

各都道府県介護保険担当課（室）

各市町村介護保険担当課（室）

各 介 護 保 険 関 係 団 体      御 中

← 厚生労働省 老健局老人保健課

## 介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

「要介護認定等の実施について」の一部改正について

計2枚（本紙を除く）

Vol.278

平成24年3月30日

厚生労働省老健局老人保健課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう  
よろしく願いいたします。 】

連絡先 TEL：03-5253-1111（介護認定係・内線 3944）  
FAX：03-3595-4010

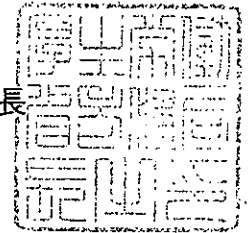


老発 0330 第 9 号

平成 24 年 3 月 30 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省老健局長



「要介護認定等の実施について」の一部改正について

・ 要介護認定等に係る申請等については、「要介護認定等の実施について」（平成 21 年 9 月 30 日老発 0930 第 5 号厚生労働省老健局長通知）により取り扱われているところであるが、今般、本通知の「別添 2 認定調査票（概況調査）」の様式を別添新旧対照表のとおり改正し、平成 24 年 4 月 1 日以降の要介護認定等の申請に係る認定調査から適用することとしたので通知する。

改正後(新)

改正前(旧)

(別添2)

調査は、調査対象者が通常の状態（調査可能な状態）であるときに実施して下さい。本人が風邪をひいて高熱を出している等、通常の状態でない場合は再調査を行って下さい。

保険者番号 被保険者番号

認定調査票（概況調査）

I 調査実施者（記入者）

|       |          |         |              |  |
|-------|----------|---------|--------------|--|
| 実施日時  | 平成 年 月 日 | 実施場所    | 自宅内 ・ 自宅外（ ） |  |
| ふりがな  |          | 所 属 機 関 |              |  |
| 記入者氏名 |          |         |              |  |

II 調査対象者

|            |                           |        |     |                   |                       |
|------------|---------------------------|--------|-----|-------------------|-----------------------|
| 過去の認定      | 初回・2回め以降<br>(前回認定 年 月 日)  | 前回認定結果 |     | 非該当・要支援（ ）・要介護（ ） |                       |
| ふりがな       |                           | 性別     | 男・女 | 生年月日              | 明治・大正・昭和<br>年 月 日（ 歳） |
| 対象者氏名      |                           |        |     | 電 話               | — —                   |
| 現住所        | 〒 —                       |        |     | 電 話               | — —                   |
| 家族等<br>連絡先 | 〒 —<br>氏名（ ） 調査対象者との関係（ ） |        |     | 電 話               | — —                   |

III 現在受けているサービスの状況についてチェック及び頻度を記入してください。

|                                                                                  |   |   |                                                      |       |   |
|----------------------------------------------------------------------------------|---|---|------------------------------------------------------|-------|---|
| 在 宅 利 用 【 認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。（介護予防）福祉用具貸与は調査日時点の、特定（介護予防）福祉用具販売は過去6月の品目数を記載 】 |   |   |                                                      |       |   |
| <input type="checkbox"/> （介護予防）訪問介護（ホームヘルプサービス）                                  | 月 | 回 | <input type="checkbox"/> （介護予防）福祉用具貸与                | 品目    |   |
| <input type="checkbox"/> （介護予防）訪問入浴介護                                            | 月 | 回 | <input type="checkbox"/> 特定（介護予防）福祉用具販売              | 品目    |   |
| <input type="checkbox"/> （介護予防）訪問看護                                              | 月 | 回 | <input type="checkbox"/> 住宅改修                        | あり・なし |   |
| <input type="checkbox"/> （介護予防）訪問リハビリテーション                                       | 月 | 回 | <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護                   | 月     | 日 |
| <input type="checkbox"/> （介護予防）居宅療養管理指導                                          | 月 | 回 | <input type="checkbox"/> （介護予防）認知症対応型通所介護            | 月     | 日 |
| <input type="checkbox"/> （介護予防）通所介護（デイサービス）                                      | 月 | 回 | <input type="checkbox"/> （介護予防）小規模多機能型居宅介護           | 月     | 日 |
| <input type="checkbox"/> （介護予防）通所リハビリテーション（デイケア）                                 | 月 | 回 | <input type="checkbox"/> （介護予防）認知症対応型共同生活介護          | 月     | 日 |
| <input type="checkbox"/> （介護予防）短期入所生活介護（特養等）                                     | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護            | 月     | 日 |
| <input type="checkbox"/> （介護予防）短期入所療養介護（老健・診療所）                                  | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護        | 月     | 日 |
| <input type="checkbox"/> （介護予防）特定施設入居者生活介護                                       | 月 | 日 | <input checked="" type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 月     | 回 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 複合型サービス                                      |   |   | 月                                                    | 日     |   |
| <input type="checkbox"/> 市町村特別給付 [ ]                                             |   |   |                                                      |       |   |
| <input type="checkbox"/> 介護保険給付外の在宅サービス [ ]                                      |   |   |                                                      |       |   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 施 設 利 用                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 施 設 連 絡 先                 |
| <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設<br><input type="checkbox"/> 介護老人保健施設<br><input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設<br><input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設（グループホーム）<br><input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設（ケアハウス等）<br><input type="checkbox"/> 医療機関（医療保険適用療養病床）<br><input type="checkbox"/> 医療機関（療養病床以外）<br><input type="checkbox"/> その他の施設 | 施設名<br>郵便番号<br>施設住所<br>電話 |

IV 調査対象者の家族状況、調査対象者の居住環境（外出が困難になるなど日常生活に支障となるような環境の有無）、日常的に使用する機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入してください。

|  |
|--|
|  |
|--|

(別添2)

調査は、調査対象者が通常の状態（調査可能な状態）であるときに実施して下さい。本人が風邪をひいて高熱を出している等、通常の状態でない場合は再調査を行って下さい。

保険者番号 被保険者番号

認定調査票（概況調査）

I 調査実施者（記入者）

|       |          |         |              |  |
|-------|----------|---------|--------------|--|
| 実施日時  | 平成 年 月 日 | 実施場所    | 自宅内 ・ 自宅外（ ） |  |
| ふりがな  |          | 所 属 機 関 |              |  |
| 記入者氏名 |          |         |              |  |

II 調査対象者

|            |                           |        |     |                   |                       |
|------------|---------------------------|--------|-----|-------------------|-----------------------|
| 過去の認定      | 初回・2回め以降<br>(前回認定 年 月 日)  | 前回認定結果 |     | 非該当・要支援（ ）・要介護（ ） |                       |
| ふりがな       |                           | 性別     | 男・女 | 生年月日              | 明治・大正・昭和<br>年 月 日（ 歳） |
| 対象者氏名      |                           |        |     | 電 話               | — —                   |
| 現住所        | 〒 —                       |        |     | 電 話               | — —                   |
| 家族等<br>連絡先 | 〒 —<br>氏名（ ） 調査対象者との関係（ ） |        |     | 電 話               | — —                   |

III 現在受けているサービスの状況についてチェック及び頻度を記入してください。

|                                                                                  |   |   |                                               |       |   |
|----------------------------------------------------------------------------------|---|---|-----------------------------------------------|-------|---|
| 在 宅 利 用 【 認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。（介護予防）福祉用具貸与は調査日時点の、特定（介護予防）福祉用具販売は過去6月の品目数を記載 】 |   |   |                                               |       |   |
| <input type="checkbox"/> （介護予防）訪問介護（ホームヘルプサービス）                                  | 月 | 回 | <input type="checkbox"/> （介護予防）福祉用具貸与         | 品目    |   |
| <input type="checkbox"/> （介護予防）訪問入浴介護                                            | 月 | 回 | <input type="checkbox"/> 特定（介護予防）福祉用具販売       | 品目    |   |
| <input type="checkbox"/> （介護予防）訪問看護                                              | 月 | 回 | <input type="checkbox"/> 住宅改修                 | あり・なし |   |
| <input type="checkbox"/> （介護予防）訪問リハビリテーション                                       | 月 | 回 | <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護            | 月     | 日 |
| <input type="checkbox"/> （介護予防）居宅療養管理指導                                          | 月 | 回 | <input type="checkbox"/> （介護予防）認知症対応型通所介護     | 月     | 日 |
| <input type="checkbox"/> （介護予防）通所介護（デイサービス）                                      | 月 | 回 | <input type="checkbox"/> （介護予防）小規模多機能型居宅介護    | 月     | 日 |
| <input type="checkbox"/> （介護予防）通所リハビリテーション（デイケア）                                 | 月 | 回 | <input type="checkbox"/> （介護予防）認知症対応型共同生活介護   | 月     | 日 |
| <input type="checkbox"/> （介護予防）短期入所生活介護（特養等）                                     | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護     | 月     | 日 |
| <input type="checkbox"/> （介護予防）短期入所療養介護（老健・診療所）                                  | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 月     | 日 |
| <input type="checkbox"/> （介護予防）特定施設入居者生活介護                                       | 月 | 日 |                                               |       |   |
| <input type="checkbox"/> 市町村特別給付 [ ]                                             |   |   |                                               |       |   |
| <input type="checkbox"/> 介護保険給付外の在宅サービス [ ]                                      |   |   |                                               |       |   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 施 設 利 用                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 施 設 連 絡 先                 |
| <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設<br><input type="checkbox"/> 介護老人保健施設<br><input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設<br><input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設（グループホーム）<br><input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設（ケアハウス等）<br><input type="checkbox"/> 医療機関（医療保険適用療養病床）<br><input type="checkbox"/> 医療機関（療養病床以外）<br><input type="checkbox"/> その他の施設 | 施設名<br>郵便番号<br>施設住所<br>電話 |

IV 調査対象者の家族状況、調査対象者の居住環境（外出が困難になるなど日常生活に支障となるような環境の有無）、日常的に使用する機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入してください。

|  |
|--|
|  |
|--|