

被保険者の不服申立て

- 要介護・要支援認定や保険料等の徴収金に関して不服がある場合は、各都道府県の介護保険審査会に審査請求を行うことができます。
- 介護保険審査会は、被保険者、市町村、公益の三者の代表で構成され、合議体で審査請求事件の審理・裁決を行います。

① 介護保険審査会への審査請求 (法183～184条)

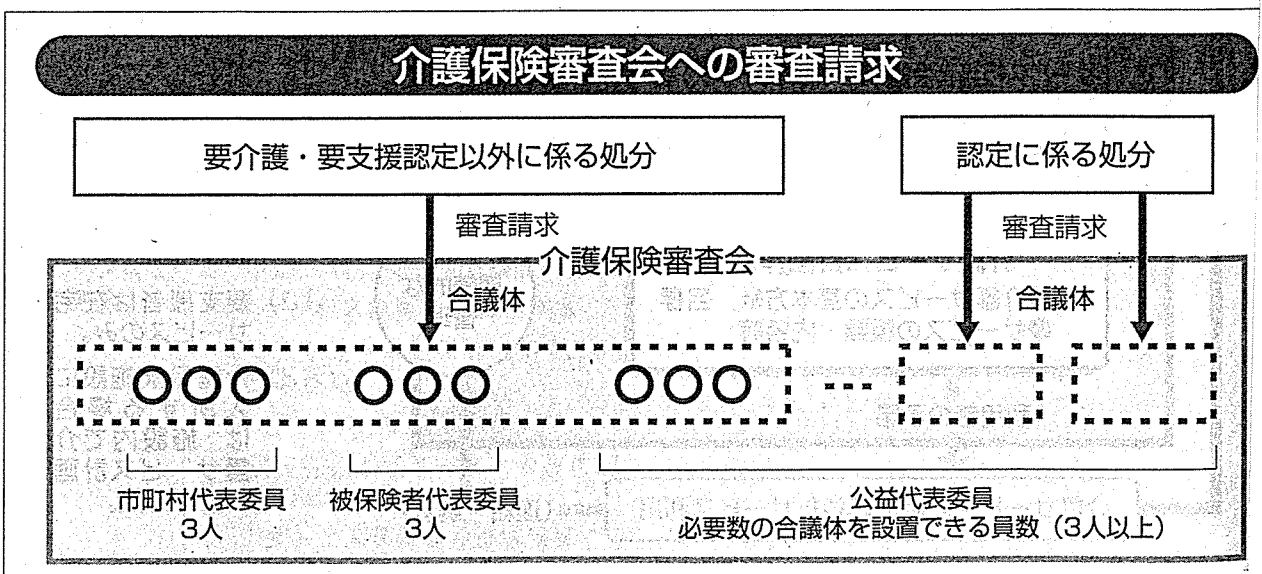
保険者の行った行政処分に不服がある場合は、第三者的機関として都道府県に設置される介護保険審査会（地方自治法上の附属機関）に審査請求を行うことができます（国保制度の「国民健康保険審査会」と類似の機関）。審査対象となるのは次のような処分です。審査庁は市町村ではなく介護保険審査会となります。

- (1)保険給付に関する処分（要介護・要支援認定に関する処分、被保険者証の交付の請求に関する処分、給付制限に関する処分等）
- (2)保険料その他の徴収金に関する処分（保険料の賦課徴収に関する処分、不正利得に関する徴収金等に係る賦課徴収、保険料等の徴収金に係る滞納処分等）

② 介護保険審査会の構成 (法185～188条、令46条)

介護保険審査会の委員は、①被保険者代表（3人）、②市町村代表（3人）、③公益代表（3人以上で、認定に関する処分に対する審査請求を取り扱う合議体を必要数設置できる員数として条例で定める数）の三者構成となっています。委員は都道府県知事が任命し（任期は3年）、互選により公益代表委員の1名が会長になります。

また、要介護・要支援認定に対する審査請求に関して専門の事項を調査するため、都道府県の実情に応じ、保健・医療・福祉の有識者を専門調査員として置くことができます（任意設置）。

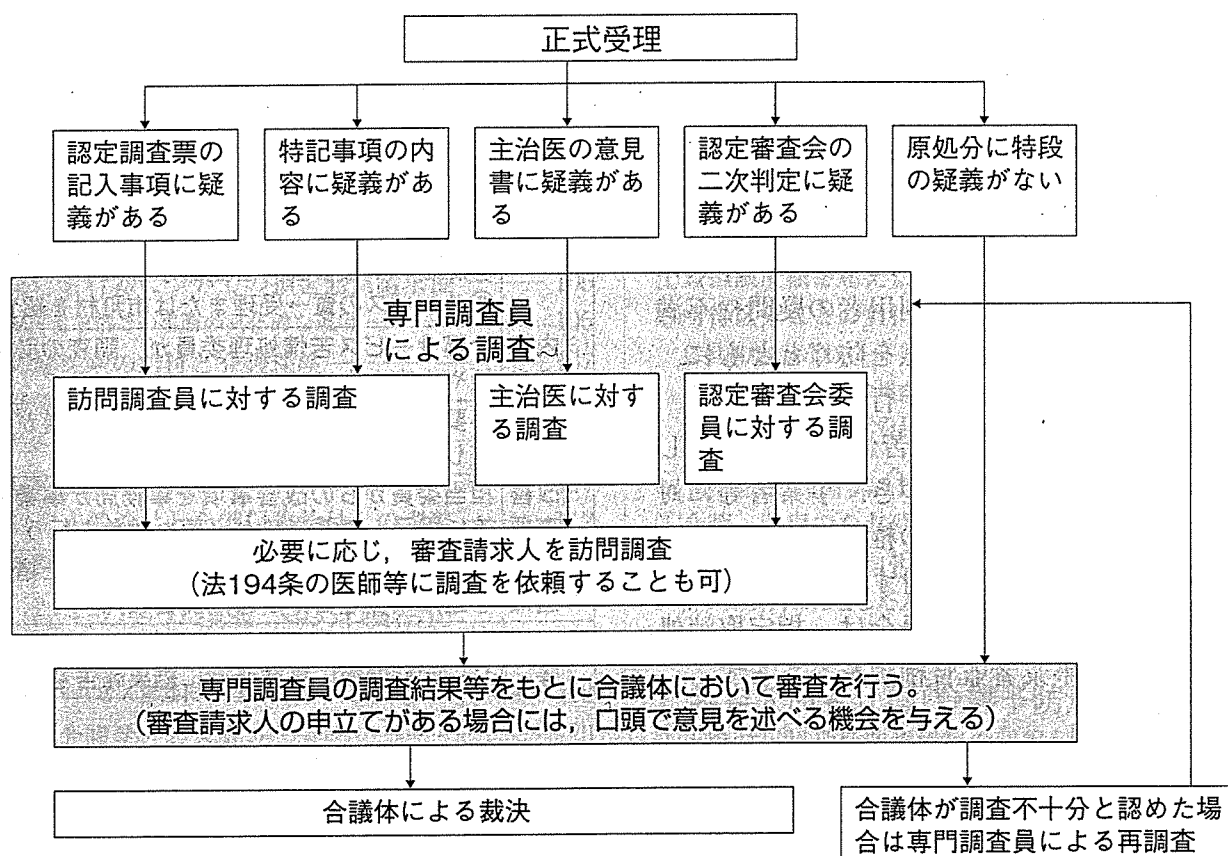


▶ 審査・裁決の方法（法189～190条）

要介護・要支援認定以外の処分の審査請求は、公益代表委員3人（会長と指名された委員2人）・市町村代表委員3人（全員）・被保険者代表委員3人（全員）の合議体で取り扱われます。会議は三者各1人以上を含む過半数の委員の出席により行われ、議決は出席委員の過半数で決しますが、可否同数のときは会長が決定します。

要介護・要支援認定に関する処分の審査請求は、指名された公益代表委員の合議体（委員定数は都道府県の条例で定める数）で取り扱われます。会議は合議体を構成する全委員の出席により行われ、議決は全委員の過半数で決します。

参考／要介護・要支援認定に係る審査請求処理のフロー図



■市町村への通知等（法191～196条）

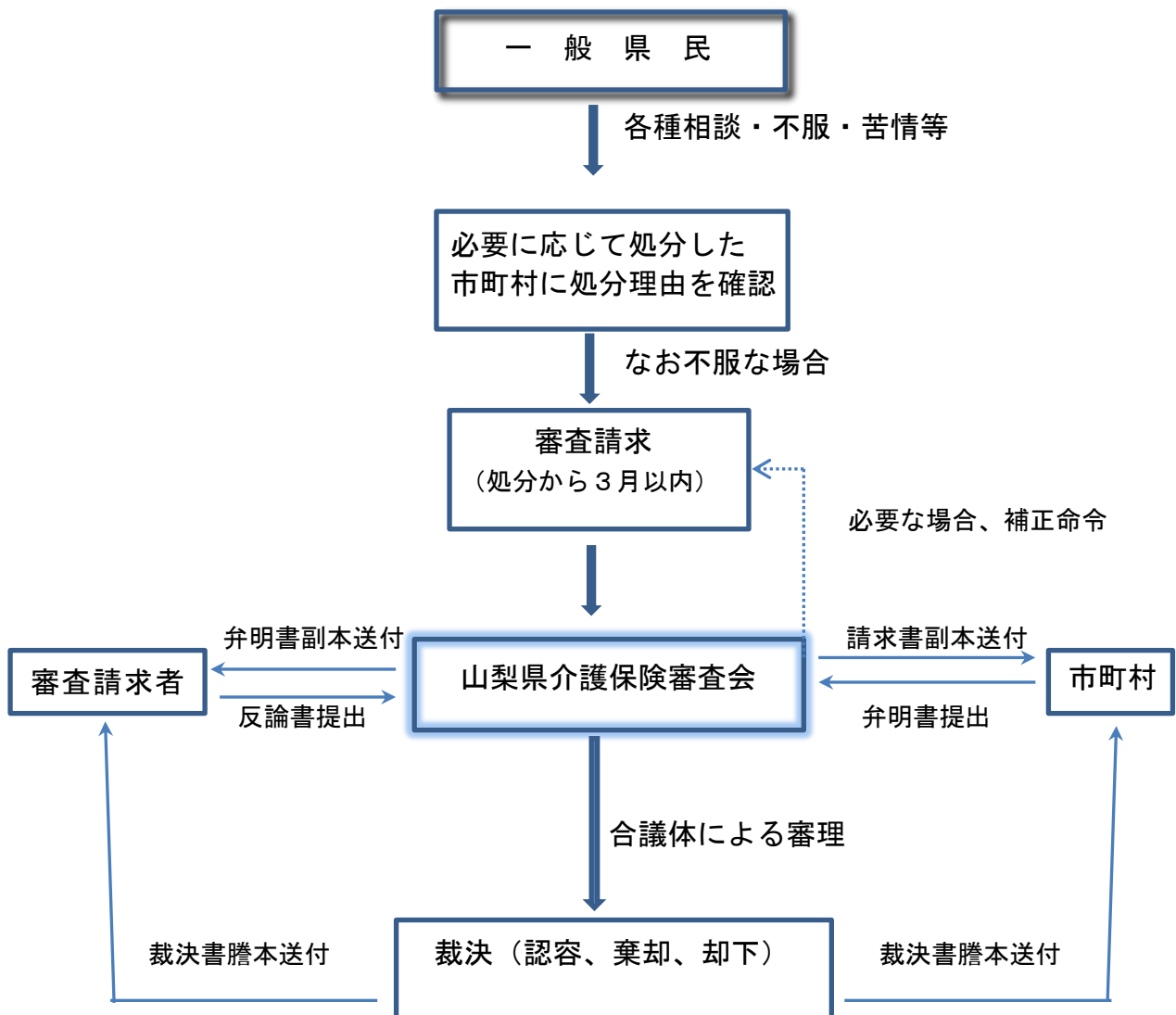
審査請求は、正当な理由がない限り、処分の内容を知った翌日から3月以内に文書または口頭で行うことが原則で、その処分を行った市町村がある都道府県の介護保険審査会に対してのみ行うことができます。

介護保険審査会は、審査請求を処分をした市町村や利害関係人に通知するとともに、必要がある

ときは本人や関係者に報告または意見をもとめたり、医師等に診断・調査を行わせることもできます。

処分取消の訴え（訴訟）は、その処分について介護保険審査会に審査請求を行い、裁決を経た後でなければ提起することはできません。

審査請求事務処理の流れ



※裁決があるまでは、いつでも審査請求を取り下げることができる。

※請求理由

- ・単に認定結果が不服ということではなく、認定結果が妥当ではないと考える具体的な根拠を記入してください（要介護認定）
- ・保険料が高くて困るということではなく、保険料の額が妥当でないと考える具体的な根拠を記入してください（介護保険料）

■ 審査請求及び裁決状況（令和7年4月1日時点）

制度開始以来、40件の審査請求があり、要介護認定に係る処分に対する不服が32件、保険料その他に係る処分に対する不服が8件あった。これらの審査請求のうち、30件が裁決（10件は取下げ）となり、26件が棄却（1件は一部却下）となり、4件が認容（処分庁の行政処分を取消す）となった。

年 度	請 求			裁 決			取 下 げ
		要 介 護 認 定	そ の 他		棄 却	認 容	
H11	1	1		1	1		
H12	2	2		2	2		
H13	2	2		0			2
H14	—			0			
H15	—			0			
H16	1	1		1		1	
H17	5	5		5	5		
H18	6	4	2	4	※1 3	1	2
H19	3	3		3	3		
H20	3	3		3	2	1	
H21	4	4		3	3		1
H22	1	1		1	1		
H23	1	1		1	1		
H24	—						
H25	2		2	2	2		
H26	1	1					1
H27	1	1		1		1	
H28	1	1					1
H29	1		1	1	1		
H30	2	1	1				※2 2
R1	2		2	2	2		
R2	1	1					1
R3	—						
R4	—						
R5	—						
R6	—						
計	40	32	8	30	26	4	10

※1うち1件一部却下

※2「審査請求人地位承継にかかる申し出受理」により審査手続き終了

要介護・要支援の認定

- ◎被保険者が介護保険の給付を受けるためには、市町村の認定を受ける必要があります。
「要介護者」または「要支援者」と認定された被保険者に対し、介護の必要の程度（および状態の維持・改善可能性）に応じたサービスが保険給付されるしくみです。
- ◎「要介護者」とは寝たきりや認知症等で常時介護を必要とする状態の人、「要支援者」とは家事や身支度等の日常生活に支援を必要とする状態の人です。
- ◎市町村は認定のための審査・判定の機関として、介護認定審査会を設置します。

1 申請から認定まで

介護保険の給付を受けるためには、被保険者は、市町村による要介護者または要支援者の認定を受けることが必要です（要介護認定・要支援認定）。

認定手順の概略は次頁の図のとおりです。市町村は、①被保険者からの申請を受けて、②心身の状況等を調査する（認定調査）とともに、主治医の意見をきき（主治医意見書）、③介護認定審査会にそれにもとづく一次判定結果と主治医意見書等を通知、審査・判定を依頼します。そして、④介護認定審査会の審査・判定結果（二次判定）に従い認定を行い、⑤被保険者に認定結果を通知します。自立（要介護・要支援に非該当）の場合にも、理由をつけて通知します。

なお、調査等や審査・判定に当たっては、公平性と客観性の観点から、全国一律の基準が用いられています。

■介護認定審査会（法14～17条）

要介護・要支援の審査・判定のため、市町村は介護認定審査会を設置します。認定審査会の委員は、保健・医療・福祉の学識経験者を市町村長が任命します。なお、認定審査会は地方自治法上の附属機関に該当し、同法にもとづき、複数の市町村が認定審査会を共同設置することもできます。また、広域連合・一部事務組合が認定審査会を設置することがあります。

●合議体と委員定数（令5～9条）

認定審査会では、5人程度で構成される合議体で審査・判定を行います（更新認定や委員確保が著しく困難な場合は3人以上5人未満とすることも認められます）。通常は、合議体での議決（過半数の委員の出席による過半数の議決）が認定審査会の議決となります。

委員の定数は、必要数の合議体を設置できる員数を条例で定めます。委員の任期は2年ですが、

2年を超え3年以下の期間で条例により定めることもできます。

■都道府県の援助等（法16条、38条）

都道府県は、地方自治法にもとづく市町村の委託を受けたときは、都道府県介護認定審査会を設置して審査・判定業務を行います。委託は、事務執行体制等から、市町村が自ら審査・判定業務を行うことが困難な場合等に認められるものです。

ただし、委託の対象は審査・判定業務のみで、認定調査や認定は市町村自身が行います。

また、都道府県は市町村の行う認定業務について、福祉事務所や保健所等を通じて必要な援助・協力を行うことができます。

●共同設置の支援（法16条）

都道府県は、市町村による認定審査会の共同設置について、市町村間の調整や運営上の助言等の援助を行うことができます。

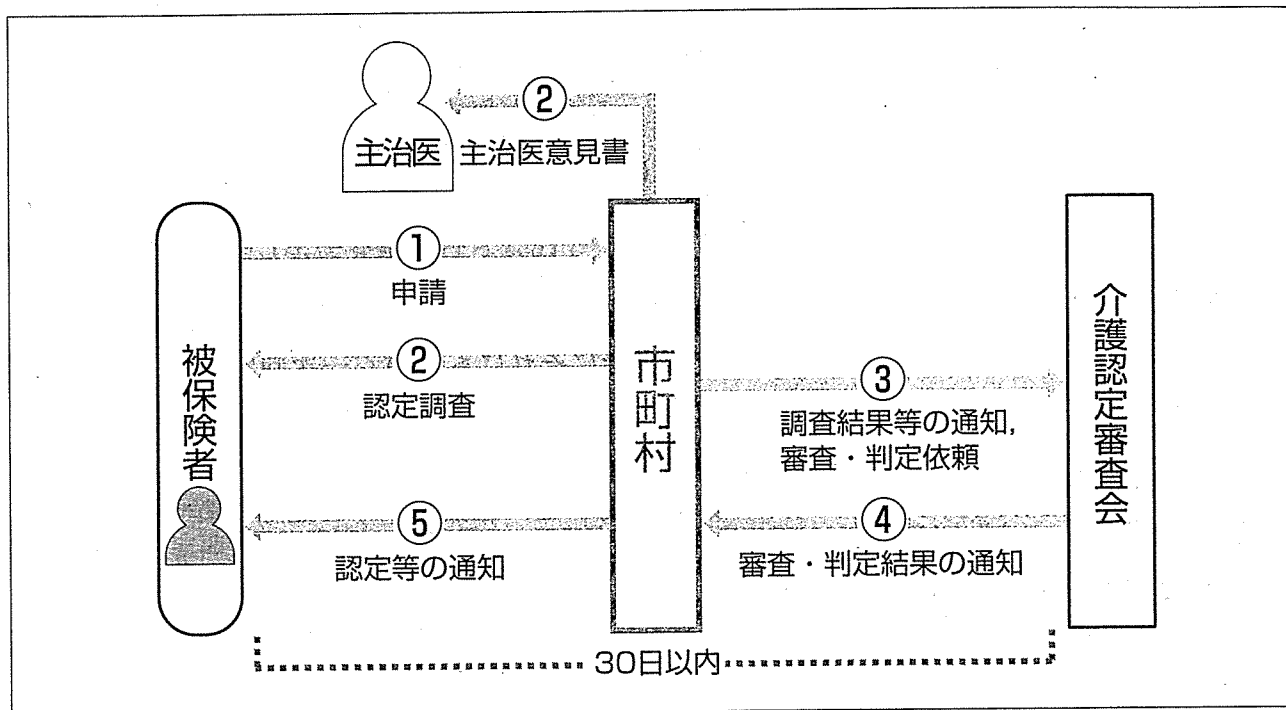
●申請日から30日以内に認定

認定は、原則として、申請日から30日以内に行われます。ただし、特別の理由がある場合（心身状況等の調査に日時を要する等）は、30日以内に被保険者に見込期間と理由を通知したうえで、延期されることがあります。

なお、市町村での認定結果に不服がある場合は、都道府県の介護保険審査会に審査請求をすることができます（86頁参照）。

●介護予防・日常生活支援総合事業への活用

申請者の同意にもとづいて、総合事業の介護予防ケアマネジメント等にも認定調査内容、介護認定審査会の判定結果・意見、主治医意見書が活用されます。



■認定日前や申請日前のサービス

要介護認定・要支援認定の効力は、申請日にさかのぼりますので、申請日から認定日までの間でも（暫定介護サービス計画を策定して）、介護保険のサービスが現物給付でうけられます（居宅介護サービス費等）。

なお、申請前であっても、緊急等やむをえない事情がある場合には、介護保険のサービスがうけられますが、申請日までの間は償還払いとなります（特例居宅介護サービス費等）。

◎暫定介護サービス計画にもとづくサービス

要介護認定等を申請した認定前の被保険者は、市町村に届出のうえで、居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者に暫定サービス計画を作成してもらい（または自ら作成し）、それにもとづきサービスを利用できます。そして、要介護度等の確定後にサービス計画を作成し直します。

仮に、認定の結果として、「自立」とされた場合や、保険給付の対象とならないサービス利用があった場合（例えば、認定された要介護度が暫定サービス計画で想定したものよりも低かったために支給限度基準額を超えた場合）には、被保険者は原則として、その分の費用を全額支払うことが必要となります。

■資格者証の交付

認定の申請は、被保険者証を添えて行い、被保険者には資格者証（暫定被保険者証）が交付されます。資格者証は、認定前にサービスをうけるときの等は、被保険者証の代わりに用いられます。

資格者証の有効期限は、市町村が任意に定めませんが、標準的には申請日から30日で、更新認定では認定有効期間終了日の場合もあります（56頁参照）。なお、被保険者証は、認定後に要介護度等を記載のうえで返送されます。

② 要介護者と要支援者

●要介護状態と要介護者（法7条1項・3項，則2条）

「要介護状態」とは，身体または精神の障害のために，入浴・排せつ・食事など日常生活での基本的な動作について，6カ月にわたり継続して常時介護を要すると見込まれる状態をいいます。

要介護状態にあると認定された被保険者が「要介護者」です。要介護状態は，介護の必要の程度により要介護1～5に区分され（要介護状態区分），区分に応じて居宅サービス・地域密着型サービスまたは施設サービスが提供されます。

●要支援状態と要支援者（法7条2項・4項，則3条）

「要支援状態」とは，①身体または精神の障害のために，入浴・排せつ・食事など日常生活での基本的な動作について，6カ月にわたり継続して常時介護を要する状態の，軽減・悪化防止のために特に役立つ支援が必要と見込まれ，または②身体または精神の障害のために，6カ月にわたり継続して日常生活を営むうえで支障があると見込まれる状態をいいます。

要支援状態にあると認定された被保険者が「要支援者」です。要支援状態は，支援の必要の程度により要支援1・要支援2に区分され（要支援状態区分），区分に応じて介護予防サービス・地域密着型介護予防サービスが提供されます。

●第2号被保険者は特定疾病によることが条件

40歳以上65歳未満の第2号被保険者については，要介護・要支援状態の原因となった心身の障害が，がん末期，初老期認知症や脳血管疾患等の老化に起因する一定の疾病（特定疾病）によるものであることが条件です。

■第2号被保険者の認定での特定疾病

平成18年4月からは，次の合計16の疾病・疾患群が特定疾病として定められています（令2条）。

- (1)がん（医師が一般に認められている知見にもとづき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る）
- (2)関節リウマチ
- (3)筋萎縮性側索硬化症
- (4)後縦靱帯骨化症
- (5)骨折を伴う骨粗鬆症
- (6)初老期における認知症
- (7)進行性核上性麻痺，大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- (8)脊髄小脳変性症
- (9)脊柱管狭窄症
- (10)早老症
- (11)多系統萎縮症
- (12)糖尿病性神経障害，糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- (13)脳血管疾患
- (14)閉塞性動脈硬化症
- (15)慢性閉塞性肺疾患
- (16)両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

●特定疾病の基本的な考え方

特定疾病は，一時的ではなく継続して介護が必要となる疾病のうち，本来高齢者に発生する疾病が65歳未満で発生する場合を想定したものです。

こうした前提から，心身の病的な加齢現象との医学的関係がある疾病で，次のいずれをも満たすものが特定疾病とされています。

- (1)65歳以上の高齢者に多く発生しているが，40歳以上65歳未満でも発生がみられる等，罹患率・有病率等について加齢との関係が認められ，医学的根拠が明確に定義できること
- (2)継続して要介護状態等となる割合が高いと考えられること

3 要介護認定の手順 (法27条, 則35~37条)

要介護認定は、被保険者の申請にはじまり、次の手順で行われます。

- ① 申請書に被保険者証（第2号被保険者は医療保険の被保険者証）を添えて市町村に申請する。申請書には、氏名等のほか、主治医があるときはその氏名等、第2号被保険者は特定疾病の名称等を記載する。
申請は、一定の居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・介護保険施設、地域包括支援センターが手続を代行できる。
- ② (1)市町村は、申請のあった被保険者を面接し、心身の状況等について調査する（被保険者が遠隔地に居所をもつときには他の市町村に嘱託可能）。調査は、指定市町村事務受託法人に委託することができる（介護支援専門員その他の保健、医療または福祉に関する専門的知識を有する人が実施）。
(2)同時に、被保険者の主治医に対し、身体・精神上的の障害の原因である疾病または負傷の状況等について意見を求める（主治医がいないとき等は、医師を指定し、診断をうけさせる）。 *調査・診断命令に従わないときは申請却下
- ③ 市町村は②の結果を介護認定審査会に通知し、次の事項の審査・判定を求める。
 - ・第1号被保険者＝要介護状態に該当すること、該当する要介護状態区分
 - ・第2号被保険者＝要介護状態に該当すること、該当する要介護状態区分、その原因である身体上または精神上的の障害が特定疾病により生じたものであること
- ④ 介護認定審査会は③の事項に関して審査・判定を行い、その結果を市町村に通知する。その際、必要のあるときは次のような意見を述べる。
 - a. 要介護状態の軽減または悪化の防止のために必要な療養に関する事項
 - b. サービスの適切・有効な利用等に関する留意事項
- ⑤ 市町村は④の介護認定審査会の審査・判定にもとづき要介護認定を行ったとき、その結果を被保険者に通知する。このとき被保険者証に次の事項を記載し返す。
 - a. 該当する要介護状態区分
 - b. ④の b. の事項に関する介護認定審査会の意見要介護者に該当しないと認めたときは、理由をつけて通知し、被保険者証を返す。

●要支援認定の手順 (法32条, 則49~51条)

要支援認定についても、基本的に要介護認定と同様の手順で要支援状態区分の審査・判定が行われます。なお、④の介護認定審査会の意見としては、療養に関する事項に加えて家事援助に関する事項も述べることができます。

■住所移転（他市町村への転出）時の認定 (法36条)

市町村は、認定をうけている被保険者が他市町村に転出するときは、認定の内容や負担割合に関する情報等を記載した受給資格証明書を交付します。転入先の市町村では、被保険者が転入日から14日以内に受給資格証明書を添えて認定を申請した場合は、認定審査会での審査・判定を経ることなく、証明書の内容に即して認定できます。

転入先市町村で引き継がれるのは、要介護・要支援状態区分や認定審査会の意見等です。認定の

有効期間は、原則6カ月（転入日から月末までと6カ月）ですが、有効期間の短縮・延長（3カ月～12カ月）が行われていた場合は、転入先での有効期間も同じく定められます（81頁参照）。

なお、認定申請者が認定前に転出したときは、①申請後にサービスをうけていない場合には転入先の市町村で申請し直し、②申請後にサービスをうけていた場合には転出元の市町村で認定が行われる等の取扱いとなります。

▶ 認定の申請と認定調査 (法27条・32条, 則35～37条・49～51条)

認定の申請は、①被保険者本人に加えて、②家族・親族等、民生委員・介護相談員等、成年後見人が代理で行うことができます。また、③地域包括支援センターや、④指定基準（認定申請に係る援助の部分）に違反したことがない居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・介護保険施設が代行できます（社会保険労務士法による社会保険労務士の申請代行の対象ともなっています）。

申請は、認定申請書に被保険者証を添付して行います（第2号被保険者で、被保険者証の交付をうけていないときには添付は不要です）。なお、第2号被保険者は、医療保険の被保険者証等を提示します。

●市町村による認定調査の実施 (平21老発0930-5)

原則として申請をうけた市町村の職員により直接、認定調査を行います（住所地特例等により遠隔地に住む被保険者については他の市町村に嘱託可能）。また、指定市町村事務受託法人に委託することができます（都道府県等による認定調査員研修を修了した介護支援専門員その他の保健、医療または福祉に関する専門的知識を有する人（介護支援専門員以外は介護に係る実務の経験が5年以上または認定調査に従事した経験が1年以上であることが必要）が調査を実施します）（27頁参照）（法24条の2）。なお、更新認定・変更認定に限り、居宅介護支援事業者等への委託も認められます。

認定調査では、調査票にもとづいて概況調査・基本調査・特記事項の記載が行われます。基本調査は、高齢者の生活を体系的に理解できるように、①身体機能・起居動作、②生活機能、③認知機能、④精神・行動障害、⑤社会生活への適応の5群と特別な医療（過去14日間）についての聞き取り等で、特記事項は基本調査に対応した選択根拠や具体的状況を記載するものです。基本調査は一次判定（要介護認定等基準時間の算定）に、特記事項は二次判定に用いられます。

■がん患者に係る特定疾病の記載

(平31.2.19老健局老人保健課事務連絡)

第2号被保険者が認定の申請をするに当たっての特定疾病の名称の記入については、申請者の心情に配慮する等の観点から、「末期がん」等の記載に限らず、単に「がん」と記載されたもので市町村は申請を受理して差し支えありません。

■認定調査の委託 (法28～29条等)

市町村は、更新認定・変更認定の認定調査を、①指定居宅介護支援事業者、②地域密着型介護老

人福祉施設、③介護保険施設、④地域包括支援センター、⑤介護支援専門員に委託できます。

ただし、一定の指定基準違反がないことが委託の要件となっています（①で利益収受の禁止等の規定、②③で利益供与等の禁止の規定、⑤で指定居宅介護支援の基本取扱方針の規定）。

委託による認定調査は、認定調査員研修を修了した介護支援専門員等が実施します。委託をうけた介護支援専門員等は、業務上の守秘義務を負い、刑法等の罰則の適用については公務員とみなされます。

●認定調査の方法と実施保険者数

(令和5年度介護保険事務調査)

		実施保険者数（重複あり）
新規	保険者による直接調査	1,544 (98.3%)
	認定調査を指定市町村事務受託法人へ委託	282 (18.0%)
更新・変更	保険者による直接調査	1,501 (95.5%)
	認定調査を指定市町村事務受託法人へ委託	301 (19.2%)
	認定調査を指定居宅介護支援事業者等へ委託	1,067 (67.9%)

※平成30年度介護保険事務調査から、保険者が実施している内容については市町村としてではなく保険者として回答

認定調査の実施と調査票記入の留意事項 (平21老老発0930-2 別添1)

1. 調査実施全般について

認定調査は、原則的に1名の調査対象者に1名の認定調査員が1回で行います。調査対象者の急病等により状況が一時的に変化しているなど、適切に行えないと判断したときは、状況安定後に再度調査日を設定します。

また、入院後間もない等、調査対象者の心身の状態が安定するまでに相当期間を要し、サービスの利用を見込めない場合は、必要に応じ、申請者に対して、一旦申請を取り下げ状態が安定してから再度申請を行うよう説明します。

なお、1回目の認定調査の際に、異なる調査員による再調査が不可欠と判断したときに限り、2回目の認定調査を行います。

調査員は、あらかじめ調査対象者や家族等、実際の介護者と日時・調査実施場所を調整したうえで、原則として日頃の状況を把握できる場所で、認定調査を実施します。家族等の介護者がいる在宅の調査対象者については、介護者が不在の日は避け、やむをえず介護者不在で調査を行った場合は「特記事項」に記載します。病院や施設等で認定調査を実施する場合は、調査対象者の病室や居室等、通常過ごしている場所を確認し、病院や施設等と調整した上で実施します。

2. 調査実施上の留意点など

実施にあたっては、調査目的の説明を必ず行い、基本的に「目に見える」、「確認し得る」という事実によって、調査を行うことを原則としています。できるだけ、調査対象者本人、介護者双方から個別に聞き取りを行い、独居者や施設入所者等についても、可能な限り家族や施設職員等、調査対象者の日頃の状況を把握している者に立ち会いを求め、正確な調査を行うよう努めます。

なお、調査対象者の心身の状況については、個別性があることから、例えば、視力障害、聴覚障害等や疾病の特性（スモンなど）

等に配慮しつつ、選択基準に基づき行う必要があります。

質問を行う際は、①声の聞こえやすさなどに配慮し調査場所を工夫する、②丁寧な言葉遣いや、聞き取りやすい明瞭な発音を心がける、③専門用語や略語を使用しない、等に留意します。

面接方法を工夫するなどしても、調査対象者が認定調査に応じない場合は、市町村の担当者に相談します。正当な理由なしに、調査に応じない場合は、申請が却下となることもあります。

調査項目の確認は、危険がないと考えられれば、調査対象者本人に実際に行うを行ってもらう等により行います。行ってもらえなかった場合や日常の状況と異なると考えられる場合は、選択の根拠と、より頻回に見られる状況や日頃の状況について、具体的な内容を「特記事項」に必ず記載します（調査項目に該当する介助についての状況が特記事項に記されていないとき、再調査を依頼する場合があります）。

3. 調査結果の確認・主治医意見書との関係

認定調査員は、調査対象者や介護者に、認定調査の結果で不明な点や選択に迷う点があれば再度確認し、調査内容の信頼性を確保するとともに、意思疎通がうまくいかなかったための誤りを修正するようにします。「特記事項」を記入するときは、基本調査と特記事項の記載内容に矛盾がないか確認し、審査判定に必要な情報を簡潔明瞭に記載するよう留意します。

なお、認定調査の調査項目と主治医意見書の記載内容では選択基準が異なるものもあるため、類似の設問でも両者の結果が一致しないこともありえます。したがって、両者の単純な差異のみを理由に介護認定審査会で一次判定の修正が行われることはありません。

4 一次判定のしくみ (平12.3.24告示91)

要介護認定は、介護の必要度（どのくらい介護サービスを行う必要があるか）を判断するものです（したがって、病気の重さと要介護度の高さは必ずしも一致しない場合があります）。その判断は、客観的で公平な判定を行うために、一次判定とそれを原案とした二次判定の2段階で行われます。

一次判定では、基本調査と主治医意見書にもとづき、要介護認定等基準時間を推計し（認知症高齢者には加算）、それにより要介護状態区分を判定します。要介護認定等基準時間が32分以上50分未満の場合は、認知症・状態の安定性の評価により「要支援2」と「要介護1」に振り分けられます。

● 8つの生活場面ごとの行為についての時間と認知症加算を合計

要介護認定等基準時間は、基本調査にもとづき、直接生活介助（①食事、②排泄、③移動、④清潔保持）、⑤間接生活介助、⑥BPSD関連行為、⑦機能訓練関連行為、⑧医療関連行為の8つの生活場面ごとの行為区分ごとの時間と、運動能力が低下していない認知症高齢者の認知症加算の合計です。

行為区分ごとの時間は、樹形モデルにもとづき算出されます。これらの時間は、実際のケア時間を示すものではありませんが、各行為ごとの介護の手間が相対的にどの程度かかっているか示しています。

● 運動能力の低下していない認知症高齢者についてのケアの時間を加算

認知症加算は、①要介護認定等基準時間が70分未満で、②基本調査で認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ、ⅣまたはM、かつ障害高齢者の日常生活自立度が自立、JまたはAの場合を対象として、次の(1)(2)のとおり行われます。

(1)要介護1以下と要介護2ごとに、基本調査（および主治医意見書）の一定項目を用いて、より重度の要介護度となる可能性が高いケースを判別して、要介護状態区分が1段階上がる時間が加算されます。

(2)さらに、定められたBPSD関連行為への該当項目数が、要介護度ごとに一定数以上である場合に時間が加算され、さらに段階が上がることになります。

認知症加算は、従来は「運動能力の低下していない認知症高齢者の指標」にもとづき「レ」マーク表示で重度変更が行われていたものですが、平成21年度からは、基準時間に加算分数を積み足す方法に改善されています。

要支援1	要介護認定等基準時間が25分以上32分未満である状態又はこれに相当すると認められる状態
要支援2	要支援状態の継続見込期間にわたり継続して常時介護を要する状態の軽減又は悪化の防止に特に資する支援を要すると見込まれ、要介護認定等基準時間が32分以上50分未満である状態又はこれに相当すると認められる状態
要介護1	要介護認定等基準時間が32分以上50分未満である状態又はこれに相当すると認められる状態で、要支援2に該当しないもの
要介護2	要介護認定等基準時間が50分以上70分未満である状態又はこれに相当すると認められる状態
要介護3	要介護認定等基準時間が70分以上90分未満である状態又はこれに相当すると認められる状態
要介護4	要介護認定等基準時間が90分以上110分未満である状態又はこれに相当すると認められる状態
要介護5	要介護認定等基準時間が110分以上である状態又はこれに相当すると認められる状態

介護認定審査会資料（例）

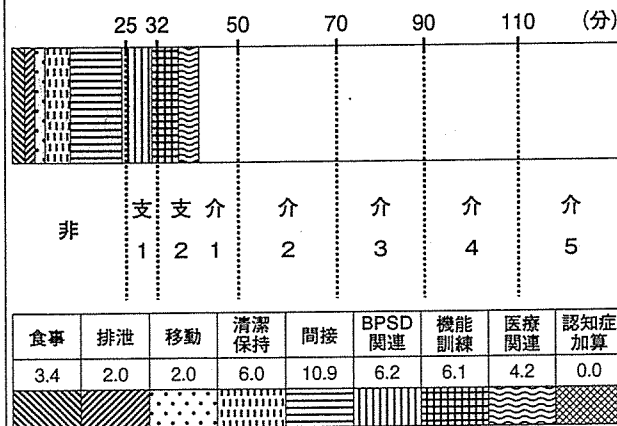
被保険者区分：第1号被保険者 年齢：85歳 性別：男 現在の状況：居宅（施設利用なし）
申請区分：新規申請 前回要介護度：なし 前回認定有効期間：月間

1 一次判定等①

（この分数は、実際のケア時間を示すものではない）

一次判定結果：要介護1

要介護認定等基準時間：40.8分



警告コード：

3 中間評価項目得点③

第1群	第2群	第3群	第4群	第5群
82.1	100.0	100.0	92.6	48.4

4 日常生活自立度④

障害高齢者自立度：J2

認知症高齢者自立度：I

5 認知機能・状態の安定性の評価結果⑤

認知症高齢者の日常生活自立度

認定調査結果：I

主治医意見書：IIa

認知症自立度II以上の蓋然性：81.9%

状態の安定性：安定

給付区分：介護給付

6 現在のサービス利用状況（なし）⑥

2 認定調査項目②

	調査結果	前回結果
第1群 身体機能・起居動作		
1. 麻痺（左一上肢） （右一上肢） （左一下肢） （右一下肢） （その他）	ある ある	— — — — —
2. 拘縮（肩関節） （股関節） （膝関節） （その他）		— — — —
3. 寝返り	つかまれば可	—
4. 起き上がり	つかまれば可	—
5. 座位保持	自分で支えれば可	—
6. 両足での立位	支えが必要	—
7. 歩行	つかまれば可	—
8. 立ち上がり	つかまれば可	—
9. 片足での立位	支えが必要	—
10. 洗身		—
11. つめ切り		—
12. 視力		—
13. 聴力		—
第2群 生活機能		
1. 移乗		—
2. 移動		—
3. えん下		—
4. 食事摂取		—
5. 排尿		—
6. 排便		—
7. 口腔清潔		—
8. 洗顔		—
9. 整髪		—
10. 上衣の着脱		—
11. スボン等の着脱		—
12. 外出頻度		—
第3群 認知機能		
1. 意思の伝達		—
2. 毎日の日課を理解		—
3. 生年月日をいう		—
4. 短期記憶		—
5. 自分の名前をいう		—
6. 今の季節を理解		—
7. 場所の理解		—
8. 徘徊		—
9. 外出して戻れない		—
第4群 精神・行動障害		
1. 被害的		—
2. 作話		—
3. 感情が不安定		—
4. 昼夜逆転		—
5. 同じ話をする		—
6. 大声を出す		—
7. 介護に抵抗		—
8. 落ち着きなし		—
9. 一人で出たがる		—
10. 収集癖		—
11. 物や衣類を壊す		—
12. ひどい物忘れ		—
13. 独り言・独り笑い		—
14. 自分勝手に行動する		—
15. 話がまとまらない	ある ときどきある	—
第5群 社会生活への適応		
1. 薬の内服	一部介助	—
2. 金銭の管理	一部介助	—
3. 日常の意思決定	特別な場合以外可	—
4. 集団への不適応		—
5. 買い物	見守り等	—
6. 簡単な調理	全介助	—

<特別な医療>

点滴の管理	気管切開の処置
中心静脈栄養	疼痛の看護
透析	経管栄養
ストーマの処置	モニター測定
酸素療法	じょくそうの処置
レスピレーター	カテーテル

介護保険法（抄）

第十二章 審査請求

（審査請求）

第百八十三条 保険給付に関する処分（被保険者証の交付の請求に関する処分及び要介護認定又は要支援認定に関する処分を含む。）又は保険料その他この法律の規定による徴収金（財政安定化基金拠出金、納付金及び第百五十七条第一項に規定する延滞金を除く。）に関する処分に不服がある者は、介護保険審査会に審査請求をすることができる。

2 前項の審査請求は、時効の中断に関しては、裁判上の請求とみなす。

（介護保険審査会の設置）

第百八十四条 介護保険審査会（以下「保険審査会」という。）は、各都道府県に置く。

（組織）

第百八十五条 保険審査会は、次の各号に掲げる委員をもって組織し、その定数は、当該各号に定める数とする。

- 一 被保険者を代表する委員 三人
- 二 市町村を代表する委員 三人
- 三 公益を代表する委員 三人以上であって政令で定める基準に従い条例で定める員数

2 委員は、都道府県知事が任命する。

3 委員は、非常勤とする。

（委員の任期）

第百八十六条 委員の任期は、三年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

2 委員は、再任されることができる。

（会長）

第百八十七条 保険審査会に、公益を代表する委員のうちから委員が選挙する会長一人を置く。

2 会長に事故があるときは、前項の規定に準じて選挙された者が、その職務を代行する。

（専門調査員）

第百八十八条 保険審査会に、要介護認定又は要支援認定に関する処分に対する審査請求の事件に関し、専門の事項を調査させるため、専門調査員を置くことができる。

2 専門調査員は、要介護者等の保健、医療又は福祉に関する学識経験を有する者のうちから、都道府県知事が任命する。

3 専門調査員は、非常勤とする。

(合議体)

第百八十九条 保険審査会は、会長、被保険者を代表する委員及び市町村を代表する委員の全員並びに会長以外の公益を代表する委員のうちから保険審査会が指名する二人をもって構成する合議体で、審査請求(要介護認定又は要支援認定に関する処分に対するものを除く。)の事件を取り扱う。

2 要介護認定又は要支援認定に関する処分に対する審査請求の事件は、公益を代表する委員のうちから、保険審査会が指名する者をもって構成する合議体で取り扱う。

3 前項の合議体を構成する委員の定数は、都道府県の条例で定める数とする。

第百九十条 前条第一項の合議体は、被保険者を代表する委員、市町村を代表する委員及び公益を代表する委員各一人以上を含む過半数の委員の、同条第二項の合議体は、これを構成するすべての委員の出席がなければ、会議を開き、議決をすることができない。

2 前条第一項の合議体の議事は、出席した委員の過半数をもって決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。

3 前条第二項の合議体の議事は、その合議体を構成する委員の過半数をもって決する。

(管轄保険審査会)

第百九十一条 審査請求は、当該処分をした市町村をその区域に含む都道府県の保険審査会に対してしなければならない。

2 審査請求が管轄違いであるときは、保険審査会は、速やかに、事件を所轄の保険審査会に移送し、かつ、その旨を審査請求人に通知しなければならない。

3 事件が移送されたときは、はじめから、移送を受けた保険審査会に審査請求があったものとみなす。

(審査請求の期間及び方式)

第百九十二条 審査請求は、処分があったことを知った日の翌日から起算して三月以内に、文書又は口頭でしなければならない。ただし、正当な理由により、この期間内に審査請求をすることができなかったことを疎明したときは、この限りでない。

(市町村に対する通知)

第百九十三条 保険審査会は、審査請求がされたときは、行政不服審査法第二十四条の規定により当該審査請求を却下する場合を除き、原処分をした市町村及びその他の利害関係人に通知しなければならない。

(審理のための処分)

第百九十四条 保険審査会は、審理を行うため必要があると認めるときは、審査請求人若しくは関係人に対して報告若しくは意見を求め、その出頭を命じて審問し、又は医師その他保険審査会の指定する者(次項において「医師等」という。)に診断その他の調査をさせることができる。

2 都道府県は、前項の規定により保険審査会に出頭した関係人又は診断その他の調査をした医師等に対し、政令で定めるところにより、旅費、日当及び宿泊料又は報酬を支給しなければならない。

(政令への委任)

第百九十五条 この章及び行政不服審査法に規定するもののほか、審査請求の手續及び保険審査会に関して必要な事項は、政令で定める。

(審査請求と訴訟との関係)

第百九十六条 第百八十三条第一項に規定する処分の取消しの訴えは、当該処分についての審査請求に対する裁決を経た後でなければ、提起することができない。

介護保険法施行令（抄）

（公益を代表する委員の員数の基準）

第四十六条 法第百八十四条に規定する保険審査会（以下「保険審査会」という。）の公益を代表する委員の員数に係る法第百八十五条第一項第三号に規定する政令で定める基準は、保険審査会の要介護認定又は要支援認定に係る審査請求の事件の件数その他の事情を勘案して、各都道府県が必要と認める数の法第百八十九条第二項に規定する合議体を保険審査会に設置することができる数であることとする。

（審査請求書の記載事項等）

第四十七条 法第百八十三条第一項の審査請求（法第二十二条第三項の規定による徴収金に関する処分に係るものを除く。）においては、次に掲げる事項を審査請求書に記載し、又は陳述しなければならない。

- 一 原処分の名宛人たる被保険者の氏名、住所又は居所、生年月日及び被保険者証の番号
- 二 審査請求人が原処分の名宛人たる被保険者以外の者であるときは、審査請求人の被保険者との関係

（移送の通知）

第四十八条 法第百九十一条第二項の規定による通知は、移送の理由を記載した文書をもって行わなければならない。

（保険者等に対する通知）

第四十九条 法第百九十三条の規定による通知は、審査請求書の副本若しくは写し又は行政不服審査法（平成二十六年法律第六十八号）第二十一条第二項に規定する審査請求録取書の写しをもって行わなければならない。

（裁決書の記載事項）

第五十条 法第百八十三条第一項の審査請求についての裁決書には、次に掲げる事項（法第二十二条第三項の規定による徴収金に関する処分に係る審査請求にあつては、第二号に掲げる事項を除く。）を記載しなければならない。

- 一 審査請求人及び参加人（行政不服審査法第十三条第四項に規定する参加人をいう。）の氏名又は名称及び住所若しくは居所又は事務所の所在地
- 二 原処分の名宛人たる被保険者の氏名、住所又は居所、生年月日及び被保険者証の番号
- 三 審査請求人が原処分の名宛人たる被保険者以外の者であるときは、その氏名又は名称、住

所若しくは居所又は事務所の所在地及び被保険者との関係

四 審査請求が代理人によってされたとき、又は審査請求人が総代を互選したときは、その代理人又は総代の氏名及び住所又は居所

五 原処分をした保険者の名称及び事務所の所在地

六 裁決の主文

七 事案の概要

八 行政不服審査法第二十八条に規定する審理関係人の主張の要旨

九 裁決の理由

十 裁決の年月日

(関係人に対する旅費等)

第五十一条 都道府県が法第百九十四条第二項の規定により支給すべき旅費、日当及び宿泊料については、地方自治法（昭和二十二年法律第六十七号）第二百七条の規定に基づく条例による実費弁償の例によるものとし、報酬については、条例の定めるところによる。

山梨県介護保険審査会の公益を代表する委員の定数等に関する条例

(趣旨)

第一条 この条例は、介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第百八十五条第一項第三号及び第百八十九条第三項の規定に基づき山梨県介護保険審査会の公益を代表する委員の定数及び合議体を構成する委員の定数を定めるとともに、介護保険法施行令（平成十年政令第四百十二号）第五十一条の規定に基づき同法第百九十四条第一項に規定する医師等に対する同条第二項の報酬（第四条において「医師等に対する報酬」という。）を定めるものとする。

(公益を代表する委員の定数)

第二条 公益を代表する委員の定数は、十二人以内とする。

(合議体を構成する委員の定数)

第三条 合議体を構成する委員の定数は、三人とする。

(医師等に対する報酬)

第四条 医師等に対する報酬の額は日額九千八百円とし、診断その他の調査に要した日数に応じて支給する。

山梨県介護保険審査会運営規程

（趣旨）

第1条 この規程は、介護保険法（以下「法」という。）その他法令に定めるもののほか、山梨県介護保険審査会（以下「審査会」という。）の運営に関し必要な事項を定める。

（審査会の会長）

第2条 会長は、審査会を代表し、審査会の議事を進行する。

（招集）

第3条 審査会の会議（合議体の会議を含む。以下同じ。）は会長が招集する。ただし、委員の任命後最初に開催される会議は、知事が招集する。

（合議体）

第4条 法第189条第1項及び第2項に規定する合議体を構成する公益を代表する委員の指名は、会長が行う。

2 法第189条第1項に規定する合議体の会議は、会長がその議長となる。

3 法第189条第2項に規定する合議体（以下「公益代表合議体」という。）の会議は、当該公益代表合議体を構成する委員の互選によって定める長がその議長となる。

4 公益代表合議体の議長は、部会の審査及び裁決の結果について、速やかに会長あてに報告するものとする。

（会議の公開等）

第5条 審査会の会議は、原則として非公開とする。

2 会議を開催したときは、議事の要領を記載した議事録を調製し、保管する。

（個人情報等の管理）

第6条 審査会の委員及び事務局の職員は、山梨県個人情報保護条例の趣旨にのっとり、常に個人の権利利益情報の保護に留意し、個人情報を含む文書等を適切に管理しなければならない。

（専門事項の調査）

第7条 要介護認定又は要支援認定に関する処分に対する審査請求の事件に関する専門の事項の調査については、専門調査員又は職員のうち会長が指名する者が行うものとする。

(審理手続きの専決)

第8条 審査請求の事件を円滑に処理するため、次に掲げる事務は審査会の庶務を担当する課の長が決裁することができるものとする。ただし、疑義のある事項については、会長又は公益合議体の長の指示を受けなければならない。

- (1) 審査請求を受理すること（審査請求の補正を命ずることを含む。）
- (2) 審査請求書の副本又は審査請求録取書の写しを処分庁に送付し、弁明書の提出を求めること及び処分庁以外の利害関係人に審査請求を受理したことを通知すること。
- (3) 弁明書の副本を審査請求人に送付し、反論書の提出を求めること。
- (4) 認定事件を取り扱う公益代表合議体の指定及び公益代表合議体の会議の招集に関して通知すること。
- (5) 認定事件に争点が認定調査の結果であると認められる場合に、審査請求人の心身の状況等について、県の職員に調査をさせること並びに当該調査に係る報告書の写しを審査請求人及び処分庁に送付し、意見を求めること。
- (6) 裁決を審査請求人に送達し、並びに裁決書の謄本を参加人及び処分庁に送付すること。
- (7) 裁決の内容を公開すること。

2 前項各号に掲げる事務のほか、審理を行うために必要な資料の収集、調査その他これらに準ずる事務は、会長又は公益代表合議体の長が決裁することができるものとする。

(委任)

第9条 この規程に定めるもののほか、審査会の運営に必要な事項は会長が定める。

附則

この規程は、平成16年4月26日から適用する。

山梨県介護保険審査請求事務処理要領

1 目的

この要領は、介護保険制度に係る審査請求に関する事務処理について必要な事項を定め、山梨県介護保険審査会（以下「審査会」という。）における審理・裁決を的確、効率的に実施し、もって審査請求人の権利擁護に資することを目的とする。

2 審査請求及び審理、裁決手続

審査請求及び審理、裁決の手続は、介護保険法並びに行政不服審査法に定めるもののほか次のとおりとする。

(1) 審査請求の提起

①審査請求期間

審査請求は、処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内にしなければならない。

②審査請求

審査請求する場合は、審査請求書（第1号様式）を正副2通提出しなければならない。
審査請求を受け付けるに当たっては、審理を適切かつ円滑に行うために、審査請求の理由（訪問調査、主治医意見書、2次判定の瑕疵等）をできるだけ明確に記載してもらうことが望ましい。

③口頭による審査請求

審査請求は原則として書面によることとするが、本人が口頭による審査請求を望む場合には、審査請求録取書（第2号様式）に基づく事項を陳述させ、その内容を陳述人に読み聞かせて誤りのないことを確認させ、陳述人に押印させなければならない。
この場合は、できる限り事前に日時を設定し、複数の職員で録取するように対応することが望ましい。なお、電話による審査請求は認めない。

④市町村経由による審査請求

審査請求は、市町村を経由してすることもできる。
この場合には、市町村に審査請求書を提出し、又は市町村に対し審査請求録取書に記載されている事項を陳述するものとする。
上記の場合、市町村は直ちに審査請求書の正本又は審査請求録取書を審査会に送付しなければならない。
市町村経由による審査請求の場合における審査請求期間の計算は、市町村に審査請求書を提出し、又は審査請求録取書に記載されている事項を陳述した時に、審査請求があったものとみなす。

⑤審査請求人適格

審査請求は、当該処分によって直接に自己の権利利益を侵害された者に認められる。ただし、代理人によって審査請求する場合はこの限りではない。

⑥補正命令

審査請求が、次のような適式要件あるいは適法要件を欠いているが補正することができるものであるときは、審査会は補正命令書（第3号様式）により補正を命じなければならない。補正の期間は10日間とする。

適式要件：審査請求書の記載すべき事項が記載されているかなど審査請求が方式に適合しているかどうかの要件

適法要件：審査請求人適格を欠いていないかなど審査請求が適法かどうかの要件

⑦管轄外時の移送通知

審査請求が管轄違いであるときは、審査会は、第4号様式により速やかに、事件を所轄の介護保険審査会に移送し、かつ第5号様式によりその旨を審査請求人に通知しなければならない。

(2) 審査請求の審理

①弁明書の提出

審査会は、審査請求を受理したときは、審査請求書の副本又は審査請求録取書の写しを市町村に送付し、弁明書（第6号様式）の提出を求めることができる。弁明書は、正副2通を提出しなければならない。また、弁明書の提出期間は10日間とする。

市町村から弁明書の提出のあったときは、審査会は、その副本を審査請求人に送付しなければならない。ただし、審査請求の全部を認容するときはこの限りではない。

②反論書の提出

審査請求人は、弁明書の副本の送付を受けたときは、これに対する反論書（第7号様式）を審査会に提出することができる。反論書の提出期間は10日間とする。

③審理の方式

審査請求の審理は、書面による。ただし審査請求人の申立があったときは、口頭で意見を述べる機会を与えなければならない。

また、必要があると認められる場合には、審査会は、審査請求人や関係人に対して出頭を求めることができる。

④要介護認定に係る審理

要介護認定に係る審理については審査請求時点ではなく、原処分が行われた時点での処分について審理を行う。

また、審査会での審理に先立って、専門調査員又は職員に事前に調査を行わせることができる。

(3) 審査請求の裁決

①裁決の種類

裁決は次の3種類とする。

認容：審査請求に理由があり、原処分を取り消す場合。

棄却：審査請求に理由がなく、原処分が妥当なものである場合。

却下：審査請求が法定の期間経過後にされたものであるとき、その他不適法であり、当該申請を却下する場合。

②裁決の方式

裁決は、裁決書（第8号様式）により書面で行う。

③裁決の送達

裁決があったときは、審査請求人及び市町村に対して裁決書の謄本を送付する。

(4) 審査請求の取り下げ

審査請求人は、裁決があるまではいつでも審査請求取下書（第9号様式）により、審査

請求を取り下げることができる。

3 審査会の運営

この要領のほか審査会の運営に必要な事項は別に定める。

4 その他

この事務処理要領は、必要に応じて適宜見直しを行うものとする。

附 則

この要領は、平成11年10月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成16年4月26日から適用する。

附 則

この要領は、平成28年4月1日から適用する。