



# ケアマネジャー業務 ガイドライン

富津市介護福祉課

## 目次

1	はじめに	1
①	目的	1
②	居宅介護支援業務の基本方針	1
③	ケアマネジャーの義務	2
2	ケアマネジメントの過程	4
①	業務の流れ	4
②	相談	5
③	要介護（要支援）認定申請	7
	介護保険被保険者資格（申請の条件）	7
	要介護（要支援）認定申請	10
	認定の手順	13
	負担割合	15
④	居宅介護支援の提供にあたって	16
⑤	アセスメント	18
	課題分析標準項目	20
	認定調査及び主治医意見書に関する情報開示	22
	医療系サービス	23
⑥	ケアプランの作成	26
⑦	サービス担当者会議	31
⑧	ケアプランの説明・同意・交付	34
	暫定ケアプラン	36
⑨	モニタリング	38
⑩	支援経過	40
⑪	その他の留意事項	41
3	給付管理	44
①	給付管理の流れ	44
	過誤申立	46
	請求に係る時効について	46
4	加算・減算	47
①	加算	47
②	減算	53
5	利用者負担軽減制度	58
①	高額介護（予防）サービス費	58
②	高額医療合算介護（予防）サービス費	59
③	特定入所者介護(予防)サービス費（負担限度額認定）	60
④	社会福祉法人による利用者負担軽減	63
⑤	その他の利用者負担軽減制度	65
	障害福祉サービスについて	69
	成年後見制度について	71
	その他一般施策	73

6	資料	75
	介護保険 被保険者証等再交付申請書	76
	介護保険 要介護認定・要支援認定申請書	78
	介護保険 要介護（要支援）状態区分変更申請書	80
	主治医意見書予診票	82
	介護保険（要介護認定・要支援認定・要介護認定変更）申請の取り 下げについて	84
	居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書	85
	要介護認定等に係る個人情報提供申出書	87
	居宅サービス計画書（1）	89
	居宅サービス計画書（2）	90
	週間サービス計画表	91
	サービス担当者会議の要点	92
	居宅介護支援経過	93
	サービス利用票・提供票（兼居宅サービス計画）	94
	サービス利用票別表・提供票別表	95
	利用者基本情報	96
	介護予防サービス・支援計画書	98
	介護予防支援経過記録（サービス会議の要点を含む）	99
	介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス 評価表	100
	短期入所利用日数が認定有効期間の半数を超える理由書	101
	軽度者（要支援1・2、要介護1）に対する指定福祉用具貸与に係 るサービス担当者会議録の内容チェックリスト	103
	訪問介護サービスにおける生活援助算定申請書	105
	訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について	108
	指定訪問介護事業所の事業運営の取扱等について	114
	基準回数を超える訪問介護を必要とする理由書	117
	介護給付費過誤申立書	121
	介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立書	122
	入院時情報提供書	124
	退院・退所情報記録書	126
	特定事業所集中減算算定表	127
	介護保険 負担限度額認定申請書	129
	社会福祉法人等利用者負担軽減対象者確認申請書	133
	障害者控除対象者認定証明書交付申請書	134
	おむつ代の医療費控除に係る介護保険主治医意見書の記載内容確 認書申請書	136
	おむつ使用証明書	138
	高齢者紙おむつ給付申請書	139
7	各種お問い合わせ先	142

# 1 はじめに

## ① 目的

居宅介護支援専門員（以下「ケアマネジャー」という。）が業務を行ううえで基本的なルールや支援の流れ、書式等を整理し、保険者とケアマネジャーが共通の認識の下で業務を行うことで、ケアマネジメントの質の向上と、自立支援に向けた適正な給付を目的として作成しました。

## ② 居宅介護支援業務の基本方針

ケアマネジャー業務の基本理念は「要介護者等が可能な限り居宅において、有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の選択に基づき、適切な保険医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるように支援すること」です。

この理念に基づき下記の基本方針が定められておりますので、この基本方針を念頭に、ケアマネジャー業務を行いましょう。

- 指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければならない。
- 指定居宅介護支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。
- 指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の指定居宅サービス事業者等に不当に偏することのないよう、公正中立に行わなければならない。
- 指定居宅介護支援事業者は、事業の運営に当たっては、市町村、地域包括支援センター、老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者等との連携に努めなければならない。

## ■自立支援型ケアマネジメント

ケアマネジメントでは、基本理念にあるとおり「有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう」支援します。ここでいう自立とは、身体的自立のみでなく、精神的、社会的等複合的なものです。

このため、ケアプランにおいては、利用者本人の自己決定を尊重することが最も重要です。しかしながら、本人の自己決定だからとすべて受け入れてしまえば、能力の発揮を妨げ依存性を高めてしまう場合もあります。できない理由を解明しながら、本人の現状認識を深めるなど、意思決定支援を行う必要があります。

特に、消極的・拒否的な意向の場合にはその理由を解明し、本人の意欲を高める方法等を検討することが必要になってきます。

## ③ ケアマネジャーの義務

ケアマネジャーが業務を行う上での義務について、介護保険法で以下のように定められています。なお、この義務に違反した場合、都道府県知事によりケアマネジャー登録が削除されることもありますので、遵守してください。

(介護支援専門員の義務)

第 69 条の 34 介護支援専門員は、その担当する要介護者等の人格を尊重し、常に当該要介護者等の立場に立って、当該要介護者等に提供される居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防サービス又は特定介護予防・日常生活支援総合事業が特定の種類又は特定の事業者若しくは施設に不当に偏ることのないよう、公正かつ誠実にその業務を行わなければならない。

2 介護支援専門員は、厚生労働省令で定める基準に従って、介護支援専門員の業務を行わなければならない。

3 介護支援専門員は、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術の水準を向上させ、その他その資質の

向上を図るよう努めなければならない。

（名義貸しの禁止等）

第 69 条の 35 介護支援専門員は、介護支援専門員証を不正に使用し、又はその名義を他人に介護支援専門員の業務のため使用させてはならない。

（信用失墜行為の禁止）

第 69 条の 36 介護支援専門員は、介護支援専門員の信用を傷つけるような行為をしてはならない。

（秘密保持義務）

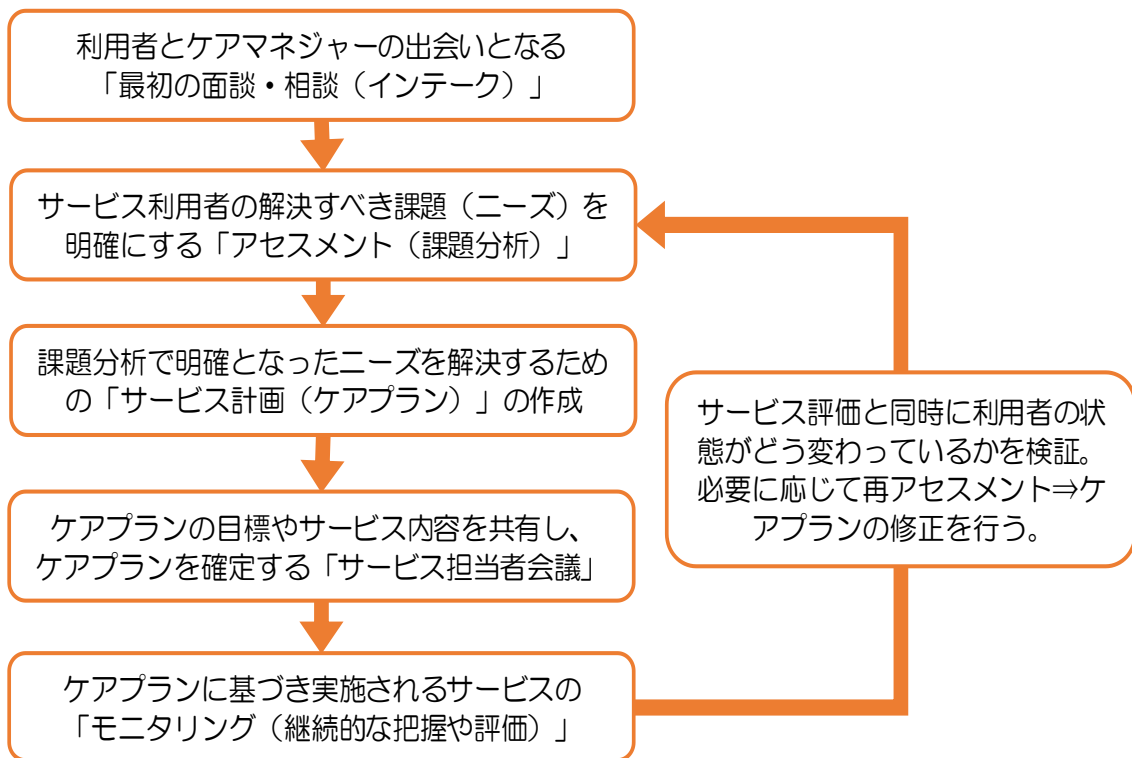
第 69 条の 37 介護支援専門員は、正当な理由なしに、その業務に関して知り得た人の秘密を漏らしてはならない。介護支援専門員でなくなった後においても、同様とする。

## 2 ケアマネジメントの過程

### ① 業務の流れ

ケアマネジャーが行うケアマネジメントは、

- ①利用者からの相談に乗ることに始まり、
- ②利用者の解決すべき課題（ニーズ）を明らかにし、
- ③ニーズを解決するためのケアプランを作成し、
- ④具体的なサービスの調整を行い、
- ④サービスの評価へと続く 一連のプロセスから構成されています。

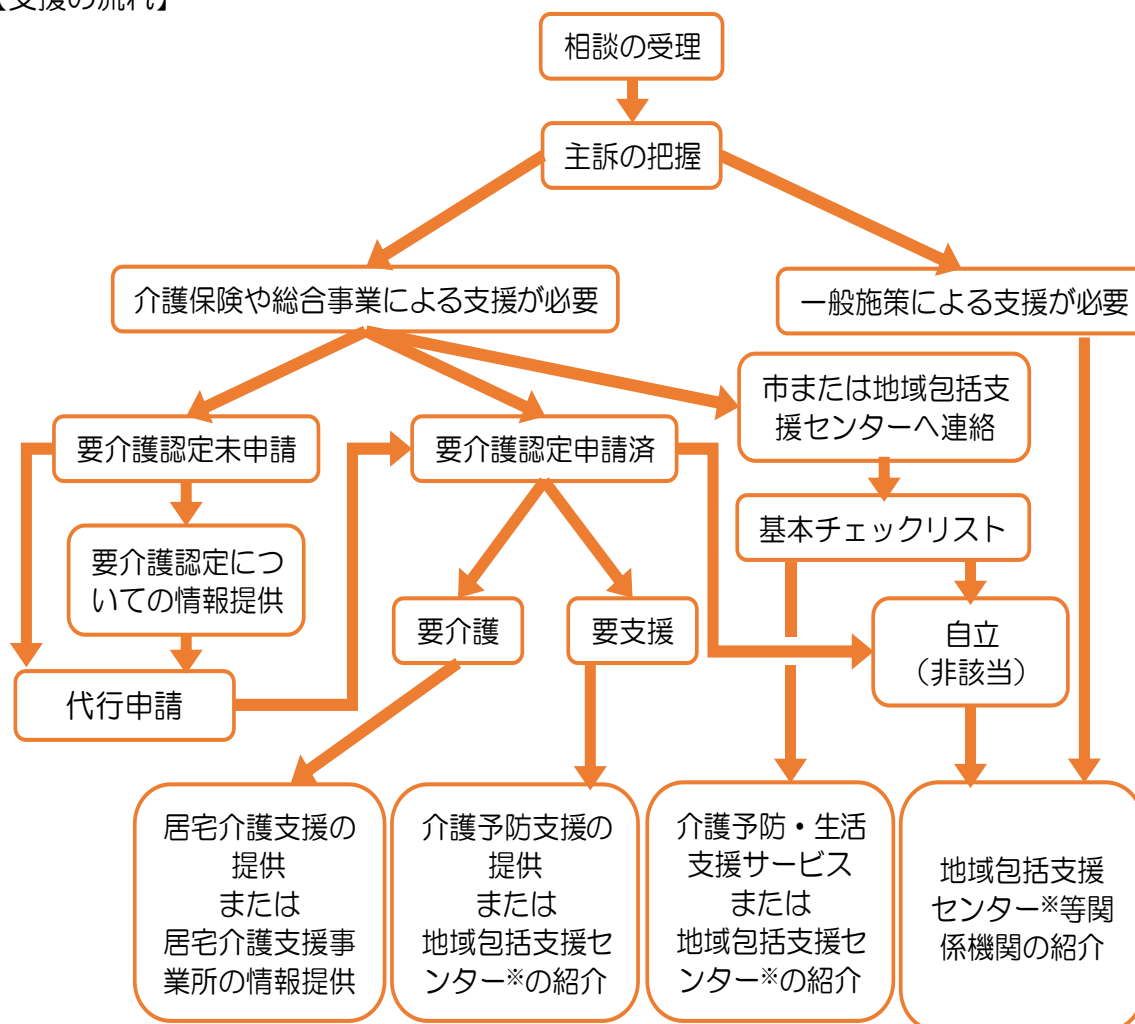


## ② 相談

本人（家族等）から相談を受けた場合には、その相談内容の主訴を明確に理解することが必要です。主訴を明確にすることによって介護保険や総合事業による支援の必要性を判断します。その際には、必要に応じて介護保険、総合事業以外の一般施策や地域のインフォーマルサービスの活用も考慮に入れ、関係機関との連絡調整を図ります。

主訴を整理し、支援の方向性を的確に見定めていくように心がけましょう。

### 【支援の流れ】



※本人の住所地を担当する地域包括支援センターに連絡します。



## チェックポイント

- 安心して相談できる雰囲気をつくり、利用者の立場で相談に 응じていますか。
- 相談者の話を十分に聞き、相談の内容を的確に把握していますか。
- 介護保険制度や保険外の制度に精通するよう努めていますか。
- 相談者に必要な情報を提供し、必要に応じて関係機関等の情報を提供していますか。
- 個人情報を適切に取り扱っていますか。

⇒各種お問い合わせ先については、P.142 へ

### ③ 要介護（要支援）認定申請

要介護（要支援）認定がないと、原則、介護保険サービスを利用することができません。円滑に申請手続きが行われるよう、支援を行いましょう。

#### 介護保険被保険者資格（申請の条件）

##### (1) 被保険者資格

市町村の区域内に住所を有する方のうち、40歳以上の方が、介護保険の被保険者となり、年齢によって次の2種類に分かれます。

- ・第1号被保険者：65歳以上の方
- ・第2号被保険者：40歳以上65歳未満の医療保険加入者

##### ■生活保護の被保護者

40歳以上65歳未満の生活保護被保護者は、医療保険非加入である場合、介護保険被保険者となりません。この場合、介護サービスについては、介護保険給付ではなく、生活保護の介護扶助を受けます。

生活保護の被保護者も65歳以上であれば第1号被保険者となります。

##### (2) 介護保険被保険者証

65歳到達日（65歳の誕生日の前日）の属する月の月上旬に郵送します（すでに介護認定中の方や認定申請中の方を除く）。

市外から転入した場合は、転入の届けを出した日の翌日以降に郵送となります。

##### ● 再交付

交付された被保険者証が破れたり、紛失したりしたときは、介護保険被保険者証等再交付申請書（P.76）を提出することで再交付できます。ただし、手続きした方が、被保険者と第三者等の関係の場合は窓口での交付はできず、住所地へ郵送します。

窓口に来た人	本人・同住所同世帯の親族	同住所別世帯の親族・同居していない親族・第三者（ケアマネジャー含む）
交付方法	窓口交付 ※要身分証明書	住所地へ郵送

### (3) 住所地特例

被保険者が市外の施設に入所・入居し、施設所在地に住所を変更した場合、施設所在地の住所ではなく、引き続き、元の住所地の被保険者となります。（施設の数の多い市町村に財政負担が偏るのを防ぐため）

#### 【住所地特例対象施設】

1. 介護保険施設：介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院
2. 特定施設：有料老人ホーム、養護老人ホーム、経費老人ホーム
3. サービス付き高齢者向け住宅（以下に該当する場合）
  - ・ サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けている
  - ・ 「入浴、排泄若しくは食事の介護」「食事の提供」「洗濯、掃除等の家事」又は「健康管理」のいずれかを行っている
  - ・ 平成27年4月以降の入居である

※なお、地域密着型の施設は住所地特例の対象とはなりません。

#### ■ 住所地特例対象者への地域密着型サービス等の提供

住所地特例対象者が利用できる地域密着型（介護予防）サービスは次のとおりです。

##### ① 特定地域密着型サービス

定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）、地域密着型通所介護

##### ② 特定地域密着型介護予防サービス

介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護

#### (4) 適用除外

市内に住所がある場合でも、次の事項に該当する場合は、当分の間、介護保険の被保険者となりません。

1. 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下「障害者総合支援法」）による支給決定（生活介護及び施設入所支援の両方）を受けた指定障害者支援施設の入所者である身体障害者
2. 身体障害者福祉法による障害者支援施設の入所者である身体障害者
3. 次の適用除外施設に入所・入居している方
  - ・ 児童福祉法の医療型障害児入所施設
  - ・ 児童福祉法の指定医療機関（医療型児童発達支援の指定病床）
  - ・ 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園法の施設
  - ・ 国立ハンセン病療養所等
  - ・ 生活保護法の救護施設
  - ・ 労働者災害補償保険法の被災労働者の介護の援護を行う施設
  - ・ 障害者支援施設に知的障害者福祉法により入所する知的及び精神障害者
  - ・ 障害者総合支援法の療養介護を行う病院

## 要介護（要支援）認定申請

### (1) 被保険者資格の確認

介護保険被保険者証等で被保険者であることが確認できたら保険者に対し申請を行います。（住所地特例等で他市町村が保険者である場合には、当該保険者に対し、申請を行います。）

なお、40歳以上65歳未満で、生活保護法または障害者総合支援法に基づくサービスを利用している方は、65歳到達日から介護保険制度に切り替わることがありますので、所管のケースワーカーと連携してください。

- 40歳以上65歳未満の場合

16種類の特定疾病に該当する場合のみ申請できます。

なお、生活保護受給者の40歳以上65歳未満の場合、生活保護制度の中でのサービスとなりますので、生活保護担当へ申請をします。

#### ■ 特定疾病

特定疾病は一時的でなく継続して介護が必要となる疾病のうち、加齢現象と医学的関係がある疾病として定められています。

① がん末期（医師が一般的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り）		
② 関節リウマチ	③ 筋萎縮性側索硬化症	④ 後縦靭帯骨化症
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		

## (2) 主治医の確認

認定申請には主治医が必要です。主治医に申請する旨を伝えてください。申請時に主治医がいない場合には、新たに主治医を決める必要があります。

また、長い間診察を受けていないと、主治医意見書を作成できないことがあります。この場合には、ケアマネジャーと市が協働して受診を促すこととなります。

## (3) 申請

### ● 申請時期

第1号被保険者は65歳到達の3ヶ月前から、第2号被保険者は40歳になる3ヶ月前から申請が可能です。ただし、サービス利用は誕生日前日からとなります。

更新申請の場合、認定有効期間終了の約2ヶ月前に更新の案内を郵送します。更新申請については、認定有効期間終了の60日前から申請が可能です。例えば、1/31有効期間終了の場合、12/2から更新申請が可能です。ケアマネジャーは更新の時期を把握し、速やかに申請がなされるよう必要な援助を行わなければなりません。

### ● 申請に必要なもの

認定申請書・介護保険被保険者証・予診票（かかりつけ医が富津、君津、木更津、袖ヶ浦の場合）・医療保険被保険者証の写し（第2号被保険者のみ）・本人の個人番号（マイナンバー）を確認できるもの・提出者の身分証・代理権が確認できるもの（代理人が申請に来る場合）

### ● ケアマネジャーの代行申請

法27条に基づき、ケアマネジャーは代行申請ができます。必ず本人（家族）の了承を得た上で、本人の医療機関受診状況を確認してから申請してください。また、この場合、代行者名称欄に記入が必要となります。

### ● 認定を受けている転入者の申請

前住所地で要介護等認定を受けていた場合、転入日（転入の届出日ではない）から14日以内に、転入申請をすることで、要介護度を引き継ぐことができます。

#### (4) 資格者証

認定申請時に、被保険者証を回収する代わりに、被保険者証に準じた資格者証を交付します。申請中は資格者証でサービスを利用します。

#### (5) 申請の取り下げ

入院等の理由により、申請の取り下げを希望する場合には介護保険（要介護認定・要支援認定・要介護認定変更）申請の取り下げについて（P.84）を提出してください。

認定申請中で死亡された場合は介護福祉課より申請者へ連絡します。

#### (6) その他の留意事項

- 区分変更申請

区分変更申請については、要支援（要介護）状態区分内での審査が行われます。元が要支援認定の場合、要介護の認定はされません。そこで、状態像に変化があると見込まれる場合には、新規要介護認定申請を原則とします。申請の際に理由を記入する必要があります。

- 末期がん等の申請

末期がん等の方については、心身の状況に応じ、迅速な介護サービス提供が必要です。速やかに要介護認定を実施する必要があることから、申請書余白等にその旨を記載してください。またがん末期等を本人に告知しているか等の情報がある場合にはその旨も記載してください。

- 閉庁日の申請

閉庁日には申請を受け付けることができません。そのため、連休中に状態が変化し区分変更申請を行いたい等については、直後の開庁日に本庁介護福祉課窓口で申請を受け付けます。

例) 12/29～1/3 閉庁日で 1/1 に状態が悪化し、区分変更申請をしたい場合、1/4 に 1/1 申請として、介護福祉課の窓口に申請してください。

- 郵送の取扱

認定申請は郵送での申請も受け付けています。ただし、郵送の場合は、申請書が到達した日が申請日となりますのでご注意ください。

## 認定の手順

---

### (1) 認定の流れ

- 1.申請に基づき、認定調査員により、心身の状況調査を行います。
- 2.同時に主治医に対し、身体・精神上的の障害の原因である疾病又は負傷の状況等の意見を求めます。
- 3.認定調査結果と主治医意見書から、コンピュータにより、要介護認定等基準時間の推計と、要介護状態区分の一次判定がされます。
- 4.介護認定審査会において、一次判定の結果にもとづき、調査の特記事項や主治医意見書の内容を踏まえた総合的な判断がされます。
- 5.市では、介護認定審査会の審査・判定に基づき要介護等認定を行い、その結果を本人に通知します。

### (2) 認定調査

認定にあたっては、認定調査員による心身の状況に関する調査を受ける必要があり、この調査を受けない場合、申請は却下となります。

認定調査員は、市の職員または、認定調査事務受託者で都道府県が実施する認定調査員研修修了者が実施します。

新規・区分変更申請については、原則、市の調査員が行い、更新申請の場合は、調査を委託しています。委託の場合でも、事業所のケアマネジャーという立場ではなく、公平・公正な立場から調査が行われます。

認定調査員には、守秘義務があり、刑法等の罰則の適用については、公務員とみなされます。

### (3) 介護認定審査会

原則、医療・保険・福祉の専門家5名の委員で構成されており、毎週、水・木曜の午後に行われます。前の週の木曜日には翌週の予定が決定されますので、開催（予定）日を確認したい場合はお問合せください。

### (4) 認定結果の通知

介護認定審査会での結果にもとづき、決定された要介護状態区分や認定有効期間などの結果は、郵送で本人に通知します。認定結果については、個人情報保護の観点からお答えできませんので、被保険者証等でご確認ください。



## (5) その他の留意事項

- 認定結果に不服があるとき

本人（家族）が認定結果に不服がある場合、まず、認定結果が本人の状態にあっているかを確認する必要があります。

本人の状態にあった認定結果である場合には、その内容を本人（家族）に説明してください。納得してもらえない場合には、どのように認定がなされたかを認定担当に確認できます。

認定調査の際、本人の心身の状況を正しく伝えられなかった場合等、本人の状態にあった認定結果でない場合には改めて申請をすることができます。このようなことを防ぐために、日常の様子のご家族やケアマネジャーの立会いをお願いしておりますので、ご協力をお願いします。

### ※審査請求

保険者が行った要介護（要支援）認定に関する処分に不服がある場合には、通知を受け取った日の翌日から3ヶ月以内であれば、第三者機関として都道府県に設置される介護保険審査会に対し審査請求を行うことができます。ただし、この審査請求に対する裁決がでるまで数ヶ月を要します。

- 認定の遅延

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、特別な理由があり遅れる場合には、見込み期間と理由を明記し、延期する旨を通知しています。

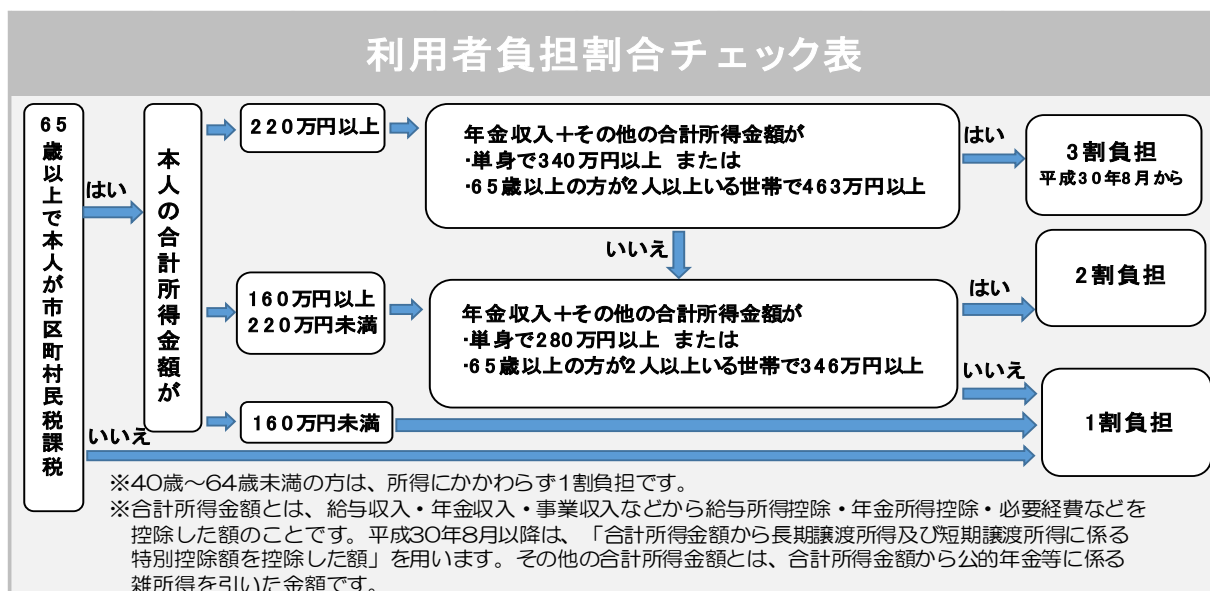
- みなし更新

認定有効期間満了60日前から認定有効期間満了日まで（更新申請が可能な期間）に区分変更申請を行った場合で、区分変更申請前と同じ要介護度が判定され申請却下となった場合については、その申請を更新申請とみなします。

## 負担割合

第1号被保険者は所得により、利用者負担割合が異なることから、負担割合と適用期間が記載された「介護保険負担割合証」が交付されます。

### (1) 負担割合の基準



### (2) 負担割合証の交付

要介護（要支援）認定を受けている方に対し、毎年7月、前年の所得により負担割合を決定し、郵送で交付します。

※新たに認定を受けた方には、認定の決定通知に同封し交付します。

適用期間は8月1日から翌年の7月31日の1年間です。

### (3) 負担割合の変更

#### ● 世帯内 65 歳以上の異動

世帯内の 65 歳以上の方の転出入や死亡などにより移動があった場合は、翌月（1日に変更の場合は当月）から変更となります。

#### ● 前年所得の変更

所得更正など前年の所得が変更となった場合、税の遡及に応じて、さかのぼって負担割合が変更となります。

※負担割合は適用期間の途中で変わる可能性があるため、確認は毎月行ってください。

※さかのぼった変更の場合、利用者負担の追加・還付が生じることがあります。

#### ④ 居宅介護支援の提供にあたって

自立支援のためのケアマネジメントには、利用者（家族）の意欲・主体的な関わりが必要不可欠です。このため、居宅介護支援の提供にあたっては、利用者（家族）が理解できるよう、わかりやすい言葉で説明することが必要です。介護保険は利用者の自立した生活を支援するための制度であり、利用者の努力も求められるという、制度の理念・目的について説明するようにしてください。

##### 【運営基準減算対象】

○利用者（家族）がサービスを選択するために必要な、居宅介護支援事業所の運営規程概要や重要事項説明書などの文書を交付・説明し、当該居宅介護支援事業所からサービスを受けることについて利用者の同意を文書により得なければなりません。

#### チェックポイント

- 利用者が介護サービスを選択するうえで必要な情報を提供していますか。
- 利用者（家族）がサービスの内容を理解できるよう、分かりやすい言葉で説明していますか。
- 被保険者証から要介護度・有効期間・審査会意見・給付制限の有無について確認していますか。
- 介護保険負担割合証で利用者の負担割合を確認しましたか。
- 利用者（家族）に居宅介護（介護予防）支援を提供に関する重要事項を記載した文書を手渡し、説明し、署名による同意を得ていますか。
- 居宅介護サービス計画作成依頼（変更）届出書に同意を得て、市に提出しましたか。

※契約書の交付

契約書の交付については、基準上明確な規定はありませんが、あらかじめ契約書により契約を結ぶことで、トラブルを未然に防ぐことができることから契約書を交わす必要があります。

### ※給付制限

災害等特別な事情がないのに介護保険料を滞納していると、滞納期間等に応じて介護保険利用の際に次のような制限（給付制限）を受ける場合があります。この給付制限の内容や期間については、被保険者証に記載されます。

#### 1. 給付の償還払い化（支払方法の変更）

1年間以上保険料を滞納すると、支払い方法変更の措置がとられる場合があります。通常であれば、負担割合証記載の負担割合（1～3割）で利用できる介護サービスですが、この措置を受けるといったん費用の全額（10割分）を利用者が負担し、市へ申請することで、保険給付分（7～9割分）が給付されます。

なお、利用者負担の生じない居宅介護支援費（介護予防支援費）についても支払い方法変更措置の対象となります。

#### 2. 給付減額

2年間以上保険料を滞納すると、滞納期間に応じた一定期間、保険給付の割合が9割・8割⇒7割、7割⇒6割に引き下げられる場合があります。

また、この措置を受けている期間については、高額介護（予防）サービス費、高額医療合算介護（予防）サービス費、特定入所者介護（予防）サービス費（負担限度額認定制度）等の支給も受けられなくなります。

### ※居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書

利用者（家族）の同意（記名）を得て、被保険者証を添えて介護福祉課に提出してください（P.85）。要介護・要支援認定前に提出する際は、余白に「暫定」と記入してください。適用開始日の翌月以降に居宅サービス計画作成依頼届出書が提出された場合も、記入された適用開始日まで遡及します。適用開始日が提出日から6ヶ月以上前の場合は、暫定ケアプラン（第1表及び第2表）の写しを提出してください。暫定ケアプランについては、P.36を参照してください。

## ⑤ アセスメント

利用者の自立支援に資するケアプランを作成するには、適切な方法により、利用者について、その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価を通じて利用者が現に抱える問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければなりません。

このため、利用者の心身の状態、生活環境、介護力等の各項目の情報を的確に、かつ総合的に把握し、利用者及び家族が直面している困りごとなどを、あらゆる面から分析し、「状態」と「原因」をつなげていく必要があります。

アセスメントは、ケアマネジャーの個人的な考え・手法で行うのではなく、客観的に課題を把握できるようにしましょう。

### 【運営基準減算対象】

○利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。ただし、例外として退院後の居宅での介護サービス利用に向け入院先でアセスメントを行うことも可能です。この場合についても、退院後、再度、居宅でのアセスメントを行い、当初のケアプランを変更する必要があるのか、検討する必要があります。

## チェックポイント

- 利用者の居宅を訪問し、利用者や家族に面接しましたか。
- 面接にあたっては、趣旨を利用者及び家族に説明し理解を得ましたか。
- 身体状況、精神状況、認知症の症状、社会参加の状況、家族の介護力、家族との関係、住環境等総合的にアセスメントしていますか。
- 認定調査結果、主治医意見書の情報提供依頼にあたり、本人の同意を得ましたか。
- 個人的な考え方や手法ではなく、客観的な手法を活用していますか。
- 介護保険負担限度額認定証・生計困難者等に対する利用者負担額軽減確認証を所持しているか確認しましたか。
- 生活保護受給者であるか確認しましたか。
- 公費負担医療の対象者であるか確認しましたか。
- 訪問看護などの医療系サービスを希望した場合、主治医の指示があることを確認しましたか。

### ※確認事項について

1. 介護保険負担限度額認定証・生計困難者等に対する利用者負担額軽減確認証  
これらを所持していると、サービス・事業所によっては利用者負担の軽減を受けられる場合があります。
2. 被爆者援護法等による公費負担医療の対象者確認  
公費負担医療の対象者であれば、医療系サービスの利用者負担が軽減される場合があります。受給者証や手帳等で確認してください。
3. 生活保護受給者  
原則、第1号被保険者であれば、自己負担（1～3割）分が、みなし2号であれば全額が介護扶助より給付されます。生活保護担当にご確認ください。

## 課題分析標準項目

標準的な課題分析手法として、

1. 居宅サービス計画ガイドライン方式（別名：全社協版）
2. 包括的自立支援プログラム方式（別名：三団体方式）
3. 日本社会福祉士会方式
4. インターライ方式（MDS方式）
5. 日本介護福祉士会方式

に加え、事業所独自の方式もありますが、最低限、国から示されている「標準的課題分析項目」について準拠している必要があります。

### 課題分析標準項目

#### 基本情報に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容（例）
1	基本情報 (受付、利用者等基本情報)	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日、住所・電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等）について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度について記載する項目
6	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である高齢者の日常生活自立度について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分）、審査会の意見、支給限度額等について記載する項目
9	課題分析（アセスメント）理由	当該課題分析（アセスメント）の理由（初回、定期、退院退所時等）について記載する項目

#### 課題分析（アセスメント）に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容（例）
10	健康状態	利用者の健康状態（既往歴、主傷病、症状、痛み等）について記載する項目
11	ADL	ADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	じょく瘡・皮膚の問題	じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）に関する項目
20	問題行動	問題行動（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）に関する項目
21	介護力	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等）に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険箇所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目



## 認定調査及び主治医意見書に関する情報開示

正確で効率的なアセスメントのために、利用者本人の同意のもと、主治医意見書と認定調査資料の開示請求をすることができます。

なお、以下のとおり、ケアプラン作成目的のものとそれ以外では申請方法が異なります。

目的	介護サービス計画（居宅サービス計画・介護予防サービス計画・施設サービス計画）の作成	左記以外
申請書	要介護認定等に係る個人情報提供申出書（P.87）	個人情報開示請求書
窓口	介護福祉課	<ul style="list-style-type: none"> <li>・総務課</li> <li>・介護福祉課 認定担当</li> </ul>
費用	1枚 10円	
備考	<p>郵送での申出も可能です。</p> <p>郵送の場合には、提供申出書・契約していることが分かる書類（介護支援専門員証（写）または契約書（写）など）・切手を貼付した返送用封筒を同封してください。</p> <p>返送の際に同封する納付書で納付してください。</p>	請求できる方は本人です

## 医療系サービス

---

医療系サービスの利用にあたっては主治医の指示書が必要です。また、医療保険と介護保険のいずれの適用となるかなどおさえておくべき事柄等を記載しています。なお、ここで記載している医療保険と介護保険の適用関係については、国の通知（医療保険と介護保険の給付調製に関する留意事項及び医療保険の相互に関連する事項等について）をもとに記載しています。詳しい内容については当該通知をご覧ください。

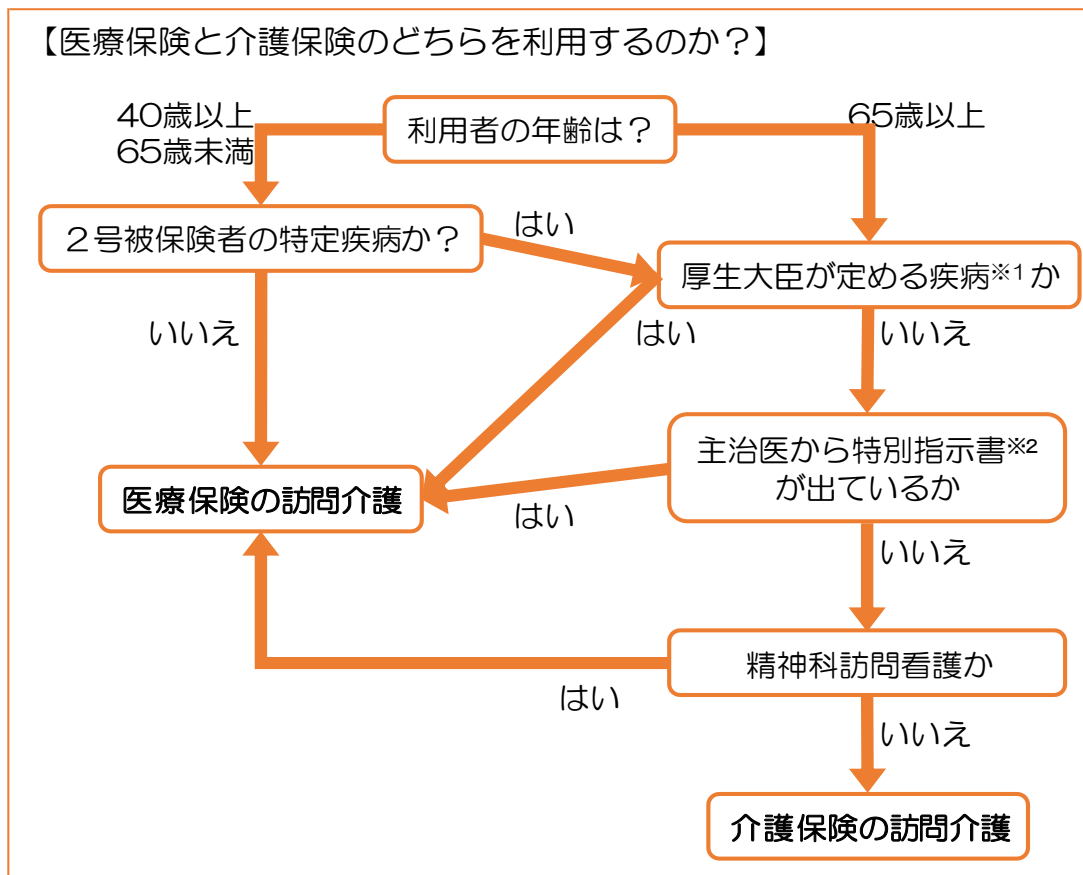
### (1) 訪問看護

訪問看護の対象者は、要介護（要支援）認定を受け、主治医が訪問看護の必要性を認めた者です。このため、利用者が訪問看護を希望しただけでは利用できません。主治医が必要と認めた場合は、主治医が訪問看護事業所に対し、訪問看護指示書を交付します。訪問看護事業所は、介護保険で訪問看護を提供する場合には、訪問看護指示書及びケアプランに基づき訪問看護サービスを提供します。

#### ● 医療保険と介護保険の適用関係

介護保険の給付は医療保険の給付より優先されます。要介護（要支援）認定者については、原則医療保険は適用されませんが、次の3つに該当する場合には、医療保険により行われ、介護保険の訪問看護は行われません。

1. 末期の悪性腫瘍その他厚生労働大臣が定める疾病等である場合
2. 急性憎悪等により主治医から特別指示書が出ている場合
3. 精神科訪問看護（認知症の患者は原則除く）



※1 末期の悪性腫瘍その他厚生労働大臣が定める疾病等とは、末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮生息策硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（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（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）をいう。）、多系統萎縮症（線状体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群をいう。）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、系髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態

※2 特別指示書とは、主治医が、利用者の急性憎悪等により一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別な指示のことです。この場合は、主治医または訪問看護事業所等に確認してください。

## (2) リハビリテーション系サービス

訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等のリハビリ系サービスを利用する場合も訪問看護と同様、医師の指示が必要となります。サービスを利用する具体的な流れについてはサービス提供事業所にお問合せください。

### ● 医療保険と介護保険の役割分担

原則、急性期及び回復期については医療保険のリハビリ、維持期・生活期については介護保険のリハビリにより実施することとなっています。要介護（要支援）の利用者が、医療保険・介護保険のリハビリをそれぞれ利用した場合、介護報酬が算定できなくなるものではありませんが、医療保険の診療報酬上算定できなくなる可能性がありますので、リハビリ系サービスをケアプランに位置付ける際には、医療保険のリハビリを受けているかどうかを確認してください。

### ● 外来リハビリ（疾患別リハビリ）

疾患別リハビリについても、急性期・回復期が疾患別リハビリ、維持期・生活期が介護保険のリハビリにより実施されます。

したがって、原則、同一の疾患等については、介護保険のリハビリに移行した後、医療保険の疾患別リハビリを利用することはできません。

※医療保険の疾患別リハビリを提供する施設とは別の施設で介護保険リハビリを利用する場合は、一定期間併用することで円滑な移行ができることから介護保険利用開始月の翌々月までは同一日以外での利用は可能です。

※介護保険に移行した後、別の疾患により疾患別リハビリが必要となった場合は併用できます。

※難病等の理由により、医療保険におけるリハビリを継続して行うことが必要と医学的に認められる場合等については、継続して利用することもできます。詳しくは医療機関にお問合せください。

## ⑥ ケアプランの作成

利用者の希望・アセスメント結果に基づき、家族の希望・地域でのサービス提供体制を勘案して、解決すべき課題に対応するための適切なサービスの組み合わせを検討します。利用者・家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、目標・達成時期、サービス種類、内容、利用料、留意事項等を記載した計画原案を作成します。

利用者が、居宅で自立した生活を継続できるようケアプランを作成します。区分支給限度基準額に余裕があるからといった理由で、自立支援を阻害するような不必要なサービスをケアプランに組み入れることは適切ではありません。

### チェックポイント

- 利用者自らが、サービスの利用を決める主体であることを認識していますか。
- 被保険者証の、「認定審査会の意見及びサービス種類の指定」欄を確認していますか。
- 介護保険内外のサービス等を取り入れて総合的なケアプランを作成するよう意識していますか。
- 利用者（家族）の負担を軽減するために効果的・効率的なサービスの組み合わせを考慮していますか。
- 緊急時の連絡先を記載する場合、同意を得ていますか。
- 区分支給限度基準額を超える場合、超える費用については全額自己負担になることを説明しましたか。
- 生活保護受給者である場合、生活保護の担当ケースワーカーに連絡しましたか。
- 公費負担医療や各種助成制度の対象者である場合、サービス事業者と連絡調整しましたか。
- 生計困難者等に対する利用者負担額軽減確認証を所持していた場合、軽減事業実施している事業所を検討しましたか。

### ※ケアプラン作成の際の留意事項

ケアプラン作成時の留意事項を掲載しています。

このほかにも個別サービスごとに留意事項が定められておりますので、必ず報酬基準及び解釈通知等をご確認ください。

### (1) 短期入所生活介護・短期入所療養介護

短期入所サービスを利用する場合、原則、認定有効期間の概ね半数を超えることはできません。やむをえない事情があり、半数を超える利用が見込まれる場合は市へ、「短期入所利用日数が認定有効期間の半数を超える理由書」(P.101)を提出し、その必要性について確認を得てください。なお、短期入所サービスの連続利用は30日までです。30日を越えて連続利用した場合は全額利用者負担となります。連続30日以上、同一の短期入所生活介護事業所に入所し、短期入所サービスを利用した場合は減算となります。(長期利用者提供減算)

### (2) 福祉用具貸与・特定福祉用具販売

福祉用具は利用者の状態に応じて適切に利用しなければ、かえって自立を妨げてしまう場合があります。ケアプランに福祉用具貸与及び特定福祉用具販売を位置付ける場合には、必ずサービス担当者会議でその必要性を検討し、必要な理由をケアプランに記載しなければなりません。

また、福祉用具貸与についてはケアプラン作成後、必要に応じて随時、サービス担当者会議でその必要性を検証したうえで、継続利用が必要な場合には、その理由をケアプランに記載しなければなりません。

なお、軽度者に対する福祉用具貸与については、報酬基準・報酬基準解釈通知に基づき、市において具体的取扱を定めています。(P.103)

### (3) 同居家族等が居る場合の生活援助

介護のケアプラン(第1表)には、生活援助中心型の算定理由欄が設けられています。

同居家族等の有無、同居家族等の障がい・疾病等の有無で一律機械的に給付の可否を決定することは不適切であり、利用者のできること、できないこと、家族等の介護力・意欲等を十分アセスメントし、利用者の目

標を実現するために必要なサービスを検討した結果、生活援助中心型の訪問介護が最適なサービスであれば、ケアマネジャーがケアプラン原案に位置づけ、最終的にサービス担当者会議でサービス導入の可否が決定されます。この場合の具体的な取扱いを定めているので P.105 を参照してください。

#### (4) 基準回数を超える訪問介護（生活援助中心型）を位置付ける場合

利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、通常の利用状況からかけ離れた（下記の回数を超える）利用回数となっているケアプランについては市への届出が必要です。（P.117）

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
27 回	34 回	43 回	38 回	31 回

（1月あたり。身体介助に引き続き生活援助を行う場合を含みません。）

#### (5) 入院・入所中の居宅サービスの算定

介護保健施設入所中の利用者は居宅サービスを利用できません。

また、医療保険による入院中については、居宅サービスをはじめとする介護保険サービスを利用できません。これらは外泊中も同様です。

例えば、入院中に退院を見越して住宅改修を行っても、結果的に退院できない場合については、住宅改修費も支給できません。

#### (6) 住宅改修

住宅改修の理由書については、ケアマネジャーもしくは包括職員が作成することとしております。これは、住宅改修も福祉用具と同様、適切なアセスメントに基づかなければ、かえって利用者の自立を妨げてしまう場合があるためです。住宅改修を行う際には、その必要性について十分アセスメントを行い、理由書を作成するようにしてください。

なお、入院中に退院を見越して住宅改修を行う場合には、利用者（家族）に対し、退院できない場合には、住宅改修費が支給されず、自費扱いになることを十分ご説明ください。

ただし、住宅改修のみ希望する被保険者については、居宅サービス計

画等を作成する介護支援専門員等が存在しないため、「福祉、保健・医療又は建築の専門家」が理由書を作成することを認めています。

## (7) 地域密着型サービスの利用

地域密着型サービスについては、原則、本市の被保険者のみが利用できます。また、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、地域密着型特別養護老人ホームについては、サービスを利用することを目的として本市に転入し、被保険者となった場合であっても、利用することはできません。

## (8) 軽微な変更

ケアプランの内容に変更がある場合には、一連の業務は行い、ケアプランを変更する必要があります。ただし、軽微な変更該当する場合には、一連の業務を実施する必要がないとされています。

まず、下表の項目に該当するかを判断してください。ただし、項目に該当するからといって、ただちに軽微な変更該当するわけではありません。恒常的な利用者の状況等、解決すべき課題及び目標の変化に起因するものかどうかを適切なアセスメントにより判断してください。判断に迷う場合には給付担当に相談してください。

項目	国の考え方
① サービス提供の曜日変更	利用者の体調不良や家族の都合などの臨時的、一時的なもので単なる曜日、日付の変更のような場合には、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。 なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号（継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用）から第11号（居宅サービス計画の交付）までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。
② サービス提供の回数変更	同一事業所における週1回程度のサービス利用回数の増減のような場合には、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。（以下略）
③ 利用者の住所変更	利用者の住所変更については、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。（以下略）
④ 事業所の名称変更	単なる事業所の名称変更については、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。（以下略）



⑤ 目標期間の延長	単なる目標設定期間の延長を行う場合（ケアプラン上の目標設定（課題や期間）を変更する必要が無く、単に目標設定期間を延長する場合など）については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。（以下略）
⑥ 福祉用具で同等の用具に変更するに際して単位数のみが異なる場合	福祉用具の同一種目における機能の変化を伴わない用具の変更については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。（以下略）
⑦ 目標もサービスも変わらない(利用者の状況以外の原因による)単なる事業所変更	目標もサービスも換わらない（利用者の状況以外の原因による）単なる事業所変更については、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。（以下略）
⑧ 目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合	第1表の総合的な援助の方針や第2表の生活全般の可決すべき課題、目標、サービス種別等が変わらない範囲で、目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合には、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。（以下略）
⑨ 担当介護支援専門員の変更	契約している居宅介護支援事業所における担当介護支援専門員の変更（ただし、新しい担当者が利用者はじめ各サービス担当者との面識を有していること。）のような場合には、「軽微な変更」に該当する可能性があるものと考えられる。（以下略）

※ 要介護認定更新時等、一連の業務を行うことが義務付けられている場合については、実施しないと運営基準減算に該当しますので、必ず実施してください。

※ 軽微な変更と判断した場合、上記のどの項目に該当しているか、及び、生じた変更が、恒常的な利用者の状況、解決すべき課題及び目標の変化に起因しない旨の確認したことを支援計経過等に記録してください。

※ ケアプランの第1表～第3表に変更箇所を追記または差替えを行ってください。追記については、いつ追記したかも分かるよう記載してください。利用者には変更について必ず同意をもらい、その旨を支援経過等に記録してください。

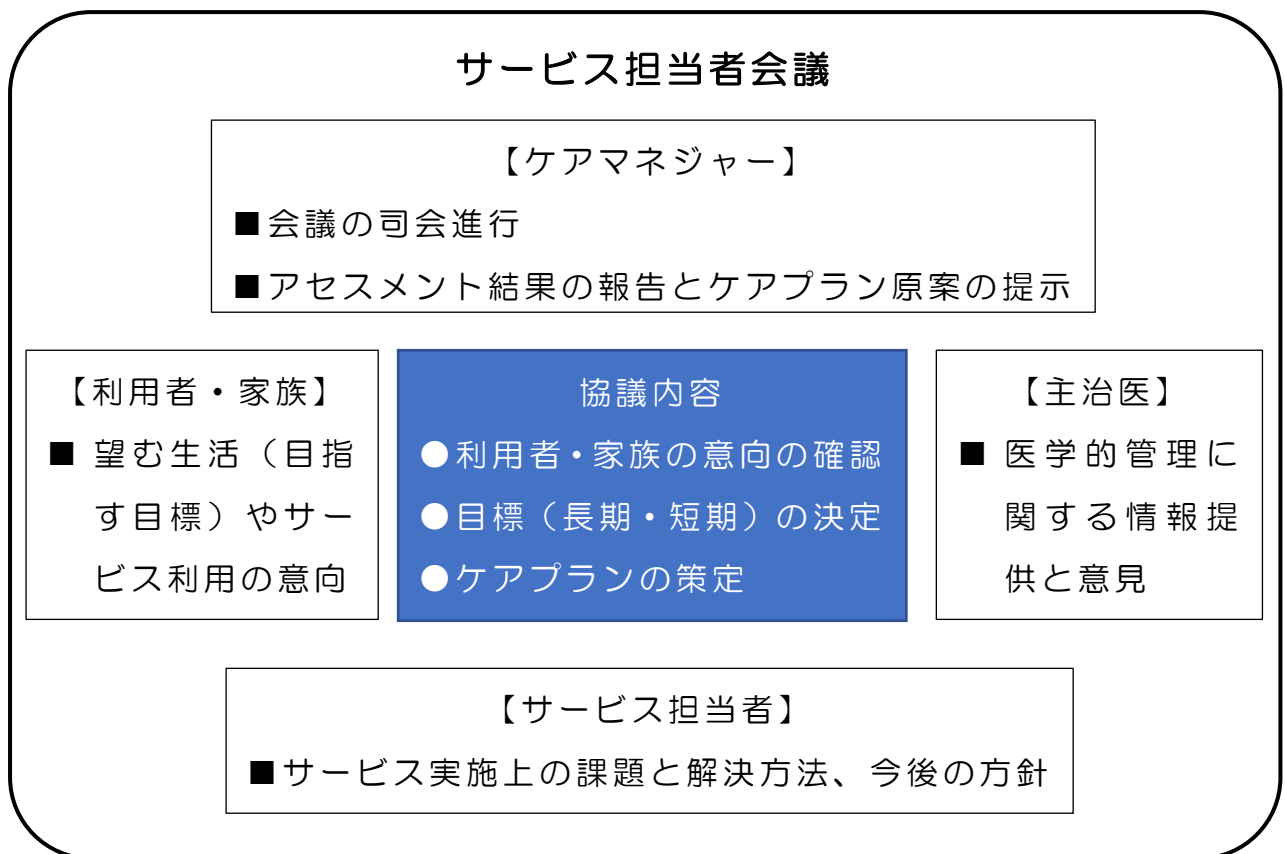
※ 軽微な変更と当たる場合でも、計画単位数が増加した場合には、トラブルを回避するためにも利用票を再作成してください。

## ⑦ サービス担当者会議

利用者の状況に関してサービス提供事業所間で情報共有を図るため、また、サービス提供事業所の専門的見地からの意見や利用者（家族）の要望を聴取し、多角的な検討を行うことにより、ケアプラン原案に変更点がないか検討するためにサービス担当者会議を開催します。

また、サービス担当者会議を開催するにあたっては、下記の点に留意して、利用者（家族）に対し、分かりやすい言葉で説明してください。

- ・単なるサービス調整の場ではなく、利用者、家族も含めた情報共有の場であること。
- ・ケアプランの目的やその目的を達成するための手段としてサービスが位置付けられていることを利用者、家族が自覚できる場であること。



【運営基準減算対象】

○要介護（支援）の認定を受けた場合や更新をした場合などには、サービス担当者会議をかならず開催しなくてはなりません。

原則、サービス担当者が参加した上で、専門的意見を聴取しますが、サービス担当者の都合により参加できないなど、やむをえない理由がある場合については、照会により意見を求めることができます。

電話等で照会した場合には、支援経過（5表）等に記録し、保管してください。照会した内容については、サービス担当者会議の要点（4表）に落とし込んでください。

サービス担当者会議の結果、ケアプランに変更がなかった場合を含め、サービス担当者会議の要点及び照会内容については、サービス終了後2年間の保存義務があります。

### チェックポイント

- 利用者（家族）にサービス担当者会議の開催と個人情報の開示について同意を得ましたか。
- 検討課題に関係するサービス担当者を招集しましたか。
- やむをえない理由でサービス担当者が出席できない場合には、照会を行っていますか。
- 会議に必要な資料（ケアプラン原案、認定調査結果等）を用意しましたか。
- 会議の進行については、できるだけ専門用語は使わず、分かりやすい言葉で行いましたか。
- サービス担当者間で情報が共有され、今後のサービス提供方針等が確認されましたか。
- サービス担当者会議開催後、サービス担当者会議の要点に記録しましたか。
- 調査結果、主治医意見書等の個人情報の取扱いには注意していますか。

## ※留意事項

### 1. 開催場所

基準上、明確に定められてはいませんが、サービス提供時の居宅での様子を把握するためや利用者がリラックスした環境であることなどから、できる限り利用者の居宅で行うよう努めてください。

なお、通所系サービス事業所でサービス提供時間中に開催した場合や、居宅サービスを利用しながら開催した場合には、その時間中に提供したサービスの介護報酬は算定できません。

特に、通所系サービスでは、その時点でサービス提供は中止となり、会議開催後、サービスを再開したとしても、開催するまでに提供した分についての報酬しか請求できないので注意してください。

### 2. 開催時期

新規申請だけでなく、更新・変更についても、必ず開催しなければなりません。

サービス担当者会議を開催するタイミングについては、基本的には、ケアプラン原案を作成し、サービスを提供する前になりますが、認定結果が出るのが遅れた場合や利用者（家族）の都合で開催できなかった場合など、やむをえない理由がある場合については、一連の業務の流れのとおりで開催できないこともありえます。ただし、この場合には、必ず、開催が遅れた理由を支援経過等に記録してください。

#### 1. サービス担当者会議の要点（第4表）の配布

サービス担当者会議の要点（第4表）のサービス担当者への配布義務は定められておりませんが、チームアプローチ上、サービス担当者間で情報共有を図ることが重要なことから、配布するよう努めてください。

#### 2. 末期の悪性腫瘍の利用者について

主治医等が日常生活上の障害が1か月以内に出現すると判断した場合以降において、主治医等の助言を得た上で、照会等によりサービス等の変更等が可能です。この場合、今後利用が必要と見込まれる担当者を含めた関係者で予測される状態変化と支援の方向性を関係者間で共有しておきましょう。

## ⑧ ケアプランの説明・同意・交付

サービス担当者会議の結果を反映したケアプラン原案（第1表～第3表、第6表・第7表）を利用者に提示し説明します。計画に位置付けたサービス等については、保険給付の対象となるか区分した上で、内容について利用者・家族に説明し文書により同意を得なければなりません。

ケアプラン原案は同意を得ることによりケアプランとして確定します。このケアプランは、すみやかに利用者及びサービス提供事業所に対し、同意を確認できるケアプランの写しを交付します。

また、担当者にケアプランを交付したときに、サービス提供事業者に対し、利用者の同意のある個別サービス計画を提出するよう依頼してください。

### 【運営基準減算対象】

○ケアプランはあくまで、基本方針や利用者の希望に基づき作成されるものです。

- ・利用者は複数の事業者等の紹介をするよう求めることができること。
- ・ケアプランに位置付けた事業者等の選定理由の説明を求めることができること。

について文書を交付して説明を行う必要があります。

○ケアプラン原案の内容について利用者や家族に説明し文書による利用者の同意をもらっていない場合やケアプランを利用者及びサービス担当者に交付していない場合は減算となります。

## チェックポイント

- 決定したケアプランについて、書面による同意を得ましたか。
- サービス利用票（第6表）、別表（第7表）について、毎月、利用者（家族）に同意の確認を行い、交付していますか。
- 同意を得たケアプランをサービス提供事業者へ交付していますか。
- 訪問看護などの医療系サービスを位置付けた場合には主治医等にケアプランを交付していますか。
- サービス事業者が作成した個別サービス計画の提出を依頼しましたか。
- 暫定ケアプランの場合の説明は十分行っていますか。

### ※留意事項

サービス利用票（第6表）、別表（第7表）について

サービス利用票及び別表については、ケアプラン作成（変更）時だけでなく、毎月（要支援の場合は3月に1回以上）、利用者に対し、同意の確認を行い交付しなければなりません。

## 暫定ケアプラン

本書では、暫定ケアプランとは、新規申請の結果が確定する前に、緊急に介護サービスを利用する必要性が生じた場合等、認定結果が確定していない状態で作成されたものをいいます。

### (1) アセスメントによる暫定サービス利用の必要性の明確化

暫定ケアプランによるサービス利用が必要になる場合については、アセスメントにより、その必要性を明確にしてください。

アセスメントの結果、要支援が見込まれる場合や要支援になるのか要介護になるのか予想できない場合は必ず利用者の住所地を担当する地域包括支援センターと連携してください。

### (2) 利用者負担についての説明

認定結果によっては、非該当による全額自己負担を含め、利用者負担が変更になる場合があります。暫定サービス利用の際には、トラブルを未然に防ぐ意味も含め、必ず、利用者（家族）に、利用者負担が変更となる可能性について説明してください。

### (3) ケアマネジメントにおける一連の業務について

アセスメントからケアプランの交付までの一連の業務は、原則、記載どおりの順序で業務を行う必要があります。ただし、緊急的なサービス利用等やむをえない場合などは業務の順序について拘束するものではないとされています。この場合は、一連の業務が前後した理由について支援経過等に記録してください。

#### ● アセスメント

暫定サービスの必要性を明確にすることからも、暫定ケアプラン作成時には、必ずアセスメントは行ってください。

#### ● ケアプランの交付

暫定ケアプラン作成時に一連の業務を行い、当該プランを交付したとしても、認定情報等が記載されていません。必ず、認定結果確認後に利用者及びサービス提供事業所に交付してください。

#### ● モニタリング

暫定ケアプランであってもサービス利用状況等を把握する必要があることから、月に1回のモニタリングは必ず実施してください。

#### (4) 認定の見込みと認定結果による給付管理について

地域包括支援センターが、要支援である可能性が高いと判断し、暫定で予防プランを作成したが、要介護と認定された場合、ケアプラン未作成による利用者の償還払い化を避けるため、自己作成とみなすことが可能です。

認定結果の見込み	暫定（予防）ケアプラン作成者	認定結果	認定結果後の取扱い
要支援	介護予防支援事業所 (地域包括支援センター)	要介護 (見込み違い)	自己作成扱い
		要支援	予防プランの取扱いに基づき給付管理
要介護	居宅介護支援事業所	要介護	ケアプランの取扱いに基づき給付管理
		要支援 (見込み違い)	地域包括支援センターと連携し、予防プランの取扱いとすることも可能
想定が難しい場合	居宅介護支援事業所と介護予防支援事業所が適宜協議し、暫定ケアプラン 暫定予防プランを作成	要介護 ・ 要支援	認定結果に応じたプランに基づき給付管理 どちらかが居宅介護（介護予防）支援費を請求可能



## ⑨ モニタリング

介護サービスの利用開始に伴い、利用者の生活には様々な変化が現れます。「ケアプランどおりにサービスが提供されているか」「目標の達成状況はどうか」「新たな課題が生じていないか」等をチェックし、場合によってはケアプランの変更も検討し、必要な場合には、改めてアセスメントをはじめとする一連の業務を行います。

そのためには、利用者(家族)、サービス提供事業所、主治医等と連携し、円滑に情報収集できる体制作りにも努めましょう。

サービス計画の実施状況の把握(モニタリング)にあたっては、特段の事情がない限り、少なくとも1月に1回(要支援の場合は3月に1回以上)、利用者の居宅を訪問し面接しなければいけません。また、モニタリング結果についても少なくとも1月に1回記録する必要がある、サービス終了後2年間保存義務があります。

### 【運営基準減算対象】

○特段の事情無く、利用者の居宅での面接を行わなかった場合等、モニタリングを実施していない、または、結果を記録していない場合(記録の内容がモニタリングの内容として不十分な場合を含む)は、減算となります。

この特段の事情とは、利用者の都合により、利用者の居宅を訪問し面接することができない場合を指し、ケアマネジャーに起因する事情は含まれません。特段の事情から居宅を訪問できない場合には、その理由について支援経過等に記録してください。

## チェックポイント

- 利用者（家族）にモニタリングの説明をし、協力を得ていますか。
- モニタリングは、継続的アセスメントであることを意識していますか。
- 少なくとも1月に1回、利用者の居宅へ訪問していますか。
- 定期的にサービス提供事業者から利用者の状態を確認していますか。
- 提供されているサービスがケアプランの目標に沿っているか、サービス提供量・回数も含め確認しましたか。
- モニタリングの結果、ケアプランに変更の必要性が生じた場合、適切に計画の変更を行っていますか。

## ※留意事項

### ①継続的アセスメント

毎月1回のモニタリングは、継続的なアセスメントの意味合いも兼ねています。したがって、サービス実施状況を把握するのに加え、アセスメント点検項目も確認し、その状況に応じて、ケアプランを変更する必要性を検討してください。

### ②サービス提供事業所との連携

利用者の心身状況等に関する情報をサービス提供事業所からも定期的に収集してください。事業所からの入手が難しい場合には、その旨を支援経過等に記録してください。

## ⑩ 支援経過

支援経過は、利用者（家族）、サービス提供事業所、関係機関等とのかわりを通じて把握した利用者（家族）の意向・満足度、目標の達成度、事業者との調整内容、考察（計画変更の必要性等）などを主に記載します。

単なるメモではなく、ケアマネジャーが専門職として残す公的な記録です。より自立支援に資するケアプランを作成するために必要な記録であり、自らを振り返る記録として活用することにより、自らの専門性を高めることも可能なことから、わかりやすく記録することが必要です。

加算等を算定する際の根拠ともなりえることから、誰が見てもわかるように記載するよう心がけましょう。

利用者と家族の認識に違いがある場合や利用者と家族がそれぞれに知られたくない内容などのうち、ケアプランの作成や介護（支援）を提供する上で必要な情報については、誰もが見るケアプランに記載せず、支援経過に記載します。

### チェックポイント

- 公的な記録であると意識しながら記載していますか。
- 誰が読んでも分かるよう、5W1H（いつ、どこで、だれが、なにを、なぜ、どのようにして）を意識し、簡潔・明瞭に記載していますか。
- モニタリング結果として活用する場合には、必要事項を記載しましたか。

## ⑪ その他の留意事項

### (1) 第三者行為

要介護状態等が、交通事故等の第三者行為が原因で生じたものであるときは、保険者である市が第三者（加害者）に対して、負担割合を決定して保険給付の請求（求償）を行います。

日常業務の中で該当する可能性のある利用者を把握した場合には、市で第三者行為求償対象者かどうか判断する必要がありますので、給付担当に連絡してください。

### (2) 事故（災害）報告

介護保険サービス提供による利用者の怪我・死亡事故の発生または食中毒・感染症等の発生及び職員（従業者）の法令違反・不祥事等が発生した場合、事故報告書（P.119）の提出など、市への報告が必要です。速やかに連絡をお願いします。

---

介護保険制度は、法で「医療との連携に十分配慮して行なわなければならない」とされております。この必要性はますます高まっており、地域包括ケアシステムの推進として、平成 30 年度の制度改正においても「適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備」のための改正が行われました。

## (1) 医療との連携

あらかじめ医療機関との情報連携に備え、利用者の状況を把握しておくことが必要です。利用者（家族）からケアマネジャーに連絡をもらえよう説明し、併せて医療機関等との情報取得や情報提供のため、個人情報使用について説明し 44 ページに様式を作成しましたので、これを参考にするなどして同意を得ておきましょう。

また、平時からの連携の促進を図る観点から、以下の情報提供が義務付けられました。

- 医療系サービスの利用を希望している場合等は、意見を求めた医師等に対しケアプランを交付すること
- 訪問介護事業所等から伝達を受けた口腔に関する問題や薬剤常用等の利用者の状態や、モニタリング時等にケアマネジャー自身が把握した状態等について、主治医等に必要な情報を伝達すること

## (2) 医療情報の入手方法

ケアマネジメントを行う際に医療情報は必要不可欠です。利用者の情報は、利用者本人や家族に確認することが基本です。その上で入手が必要な情報について、要点を整理して問い合わせるようにしましょう。代表的な入手方法を以下に記載しますので参考にしてください。

- 主治医意見書・診療情報提供書等

医療に関する情報は、主治医意見書に関する情報提供（P.22）で効率的に入手することができます。

- サービス担当者会議の活用

出席が難しい場合もありますが、「なぜ出席してほしいのか」「何を話し合うのか」を明確にして無理のない範囲で声をかけてみましょう。出席が難しい場合にはファックス等でのやり取りも有効です。

- 入院時・退院時の医療機関との連携

利用者の入院時や退院時には、より緊密に医療機関と連携をとる必要があります。

病院の医師が主治医の場合、医師と直接連絡をとりあうのは難しいかもしれません。相談窓口や相談室、医療ソーシャルワーカー（MSW）と相談するなど、連絡方法を確認しておきましょう。

入院時における医療機関との連携を促進する観点から、利用者やその家族に対して、利用者が入院した場合に、担当ケアマネジャーの氏名や連絡先等の情報を入院医療機関に提供するように依頼することが義務付けられ、すみやかな情報提供を行った場合には、入院時情報連携加算（P.47）を算定することができます。

また、退院時の連携を促進するため、医療機関では、介護支援連携指導料を、介護保険においては、退院・退所加算（P.48）を算定することができます。

### （3） 医療機関との連携において留意したいこと

ケアマネジメントを行う際に医療情報は必要不可欠です。利用者の情報は、利用者本人や家族に確認することが基本です。その上で入手が必要な情報について、要点を整理して問い合わせるようにしましょう。代表的な入手方法を以下に記載しますので参考にしてください。

- 普段からの連携が大事です。まずは担当ケアマネであることを伝えましょう。場合によっては、ケアマネという職業を説明します。
- 「何が聴きたいのかわからない」と言われたいよう、簡潔に「イエス」「ノー」で回答できるような質問をお勧めします。
- 情報提供の方法はさまざまです。まずは相手の希望を聞き、書面での情報提供を求められた場合、返信用のフォーマットを決めておくなど、相手の負担を最小限にすることが大切です。

### 3 給付管理

#### ① 給付管理の流れ

利用者がサービスを利用するとサービス提供事業者は介護給付費を請求することになります。

作業	関係書類	備考
① ケアプランの作成	居宅サービス計画書	
② サービス利用票・提供票作成	サービス利用票 サービス提供票	利用者へ自己負担等の説明
③ 実績報告	サービス提供票	サービス提供事業所から利用月の実績を提供票で確認
④ 居宅介護支援事業者 給付管理票の作成・提出 介護給付費明細書の作成・請求	給付管理票 介護給付費明細書	毎月 10 日までに国保連に提出
	サービス提供事業者 介護給付費明細書の作成・請求	介護給付費明細書
⑤ 国保連による審査	審査結果通知 (国保連から事業所へ)	
⑥ 支払い	介護給付費等決定額通知書 介護給付費等決定額内訳書	毎月、指定口座へ振り込み

#### ※留意事項

##### (1) 月途中で異動があった場合

###### ① 要介護と要支援をまたぐ変更があった場合

月末時点で担当している居宅介護支援事業所（介護予防支援事業所）が給付管理票を作成します。

###### ② 利用者が市町村をまたぐ転出入をした場合

利用者が月の途中で転出入をし、保険者が変更となった場合は、それぞれの保険者で給付管理を行います。このため、区分支給限度

額はそれぞれの保険者で算定され、同一の居宅介護支援事業所がそれぞれの給付管理表を作成した場合であっても、それぞれについて居宅介護支援費を請求することができます。

住所地特例対象施設等への転出入については、保険者は変更されないため、必ず被保険者証を確認してください。

## (2) 月末の時点で要介護度が確定していない場合

区分変更申請中などで月末時点で要介護度が確定していない場合、請求しても返戻となるため、要介護度が確定してから請求してください。

## (3) 給付制限の確認

利用者が給付制限措置を受けている場合、措置の内容によって請求方法が変わります。

### ① 支払い方法変更（償還払い化）の場合

国保連への報酬請求はできません。利用者から保険給付費を含む10割分を全額徴収し、サービス提供証明書を発行します。保険給付分（7～9割）は利用者が市に対し、申請書等を提出することで給付されます。

### ② 給付額減額の場合

利用者負担割合が3割（若しくは4割）になります。介護給付費明細書に記載する給付率を70%（若しくは60%）にして請求をします。

ただし、居宅介護支援費は、給付額減額措置であっても利用者負担は生じませんので給付率100%で請求します。

## (4) 国保連による審査

介護報酬の審査・支払の事務処理は千葉県国民健康保険団体連合会が行っています。国保連審査の結果、エラーとなり返戻になる場合があります。請求の方法、各エラーの対処方法については、直接、国保連にお問い合わせください。



## 過誤申立

既に国保連による審査が済み、支払いが確定した請求に誤りがあった場合にその請求を取り下げるために行います。返戻や保留となっているものは支払いが確定していないため過誤申し立てできません。

過誤申立書（P.121～122）を毎月 15 日までに市に提出し、国保連からの過誤決定通知書を確認した後に再請求してください。

## 請求に係る時効について

保険給付を受ける権利は時効により消滅します。

### (1) 請求に係る消滅時効

サービスを提供した日の属する月の翌々々の 1 日から 2 年間

### (2) 償還払いに係る消滅時効

領収証記載の代金完済日の翌日から 2 年間

### (3) 請求取り下げ（過誤申立）に係る再請求（増額請求）

サービスを提供した日の属する月の翌々々の 1 日から 2 年間

ただし、時効直前に提出された過誤申立依頼は民法 153 条に規定する「催告」に当たるため、申立から 6 か月以内に支払われるよう再請求します。

	R1 年	R2 年	R3 年	R4 年	R5 年	R6 年
サービス提供	4月					
請求可能期間	5月	←→	6月			
過誤申立可能期間	6月	←→	7月			
再請求可能期間	7月	←→	8月	←→	1月	

過誤申立から最長 6 か月以内の支払い

### (4) 過払い（不正請求を含まない）に係る返還請求の消滅時効

事業者が報酬を受け取った日の翌日から 5 年間（公法上の債権のため）

## 4 加算・減算

各加算・減算の詳しい算定要件、留意事項等の詳細については、報酬基準・解釈通知等を必ず参照してください。

※加算・減算の対象とする場合には予め届出が必要なものもあります。

### ① 加算

#### 初回加算（介護・支援）

<b>目的</b>	初回のケアマネジメントに係る手間を評価
<b>単位数</b>	300 単位／月
<b>算定要件</b>	①新規にケアプランを作成する場合 ②要支援（介護）者が要介護（支援）認定を受けケアプランを作成する場合 ③要介護状態区分が2区分以上変更された場合にケアプランを作成する場合

※ 契約の有無に関わらず、過去2月以上、当該事業所において、居宅介護支援費を算定していない場合に算定可能となります。介護予防支援費についても同様です。

#### 入院時情報連携加算（介護のみ）

<b>目的</b>	入院時における医療機関との連携を促進する観点から医療機関の職員に対して、利用者に関する必要な情報の提供を行うことを評価
<b>単位数</b>	入院時情報連携加算Ⅰ：200 単位／月 入院時情報連携加算Ⅱ：100 単位／月
<b>算定要件</b>	利用者が病院又は診療所に入院するに当たり、当該病院又は診療所の職員に対し、当該利用者の必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき1月に1回を限度として算定 Ⅰ：入院後3日以内に情報提供を行った場合 Ⅱ：入院後4日以上7日以内に情報提供を行った場合

※ 「必要な情報」とは、利用者の入院日、心身の状況（疾患・病歴、認知症の有無、徘徊等の有無など）、生活環境（家族構成、生活歴、介護者

の介護方法・状況など）及びサービスの利用状況をいいます。

※ 情報提供を行った日時、場所（医療機関へ出向いた場合）、内容、提供手段（面談、FAX等）についてケアプラン等に記録することが必要。

## 退院・退所加算（介護のみ）

**目的** 退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関や介護保険施設等との連携を促進する観点から、利用者に関する情報共有等を行うことを評価

単位数		カンファレンス参加なし	カンファレンス参加あり
	連携1回		I イ：450単位
連携2回		II イ：600単位	II ロ：750単位
連携3回		×	III：900単位

※ 1回以上カンファレンスによることでカンファレンス参加ありで算定可

**算定要件** 医療機関や介護保健施設等を退院・退所し、居宅サービス等を利用する場合において、医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定

※ 様式例は P.128 に掲載しています。

※ 入院又は入所期間中につき1回を限度。また初回加算との同時算定不可

※ （地域密着型）介護老人福祉施設において住宅・入所相互利用加算を算定している場合は算定できません。

※ 原則、退院・退所前に情報を得ることが望ましいが、退院後7日以内に情報を得た場合には算定できます。

※ 一定期間サービス提供がされない場合利用者の状態像が変化することが想定されるため、退院・退所日の翌月末までにサービスが提供されない場合算定できません。

※ カンファレンスに参加した場合は、カンファレンスの日時、開催場所、出席者、内容の要点等について居宅サービス計画等に記録し、利用者又は家族に提供した文書の写しを添付してください。

※ 同一日に必要な情報を複数回受けた場合又はカンファレンスに参加した場合でも1回として算定します。

※ 医療機関退院後、老健に入所・退所した場合には、直近の医療機関等である老健との情報共有の回数のみを算定します。

※ 対象となるカンファレンスについて

- 病院又は診療所：診療報酬の算定方法別表の退院時共同指導料2の注3を満たすもの
- 地域密着型介護老人福祉施設：地域密着型サービス基準第134条第6項及び第7項に基づき実施された会議で施設従業者及び入所者（家族）が参加するもの
- 介護老人福祉施設：指定介護老人福祉施設基準第7条第6項及び第7項に基づき実施された会議で施設従業者及び入所者（家族）が参加するもの
- 介護老人保健施設：介護老人保健施設基準第8条第6項に基づき実施された会議で施設従業者及び入所者（家族）が参加するもの
- 介護医療院：介護医療院基準第12条第6項に基づき実施された会議で施設従業者及び入所者（家族）が参加するもの
- 介護療養型医療施設：介護療養型医療施設基準第9条第5項に基づき実施された会議で施設従業者及び入所者（家族）が参加するもの

### 通院時情報連携加算（介護のみ）

**目的** 通院時における医療機関との連携を促進する観点から介護支援専門員に対して、利用者に関する情報提供及び情報提供を受けたことを評価

**単位数** 50 単位

**算定要件** 病院又は診療所において医師の診察を受けるときに介護支援専門員が同席し、利用者に係る必要な情報の提供を行うとともに、医師等から利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画に記録した場合は、利用者1人につき1月に1回を限度として算定。

### 緊急時等居宅カンファレンス加算（介護のみ）

<b>目的</b>	在宅患者緊急時等カンファレンスに参加することを評価
<b>単位数</b>	200 単位
<b>算定要件</b>	病院又は診療所の求めにより、当該医療機関の医師又は看護師等とともに利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に、1月に2回を限度として算定。

- ※ カンファレンスの実施日（指導した日が異なる場合は指導日も）、カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名及びそのカンファレンスの要点をケアプラン等に記録してください。
- ※ 当該カンファレンスは、利用者の病状が急変した場合や、医療機関における診療方針の大幅な変更等の必要が生じた場合に実施されるものであることから、必要に応じて、速やかにケアプランを変更し、サービス調整を行うなど適切に対応してください。

### ターミナルケアマネジメント加算（介護のみ）

<b>目的</b>	ターミナル期における頻回な訪問による利用者の状態変化等の把握等に対する評価
<b>単位数</b>	400 単位／月
<b>算定要件</b>	ターミナルケアマネジメントを受けることに同意し、在宅で死亡した利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）に対して、24 時間連絡がとれる体制を確保し、必要に応じて居宅介護支援を行うことができる体制を整備し、その死亡日及び死亡日 14 日以内に2日以上、居宅を訪問し、利用者の心身状況を記録し、主治医及びケアプランに位置付けたサービス事業者を提供する。

- ※ 在宅で死亡した死亡つきに算定する。
- ※ 1 人の利用者に対し、1 か所の事業所に限り算定できる。要件を満たす事業所が複数ある場合、死亡日又はそれに最も近い日に利用したサービスをケアプランに位置付けた事業所が算定する。
- ※ ターミナルケアマネジメントを受けることについて利用者（家族）が同

意した時点以降は次に掲げる事項を支援経過として記録します。

- ・ 終末期の利用者の心身又は家族の状況の変化や環境の変化及びこれらに対して居宅介護支援事業者が行った支援についての記録
- ・ 利用者への支援にあたり、主治医およびケアプランに位置付けたサービス事業者等と行った連絡調整に関する記録

※ ターミナルケアマネジメントを受けている利用者が、死亡診断を目的として医療機関へ搬送され、24 時間以内に死亡が確認される場合等については、算定できる。

---

### 委託連携加算（支援のみ）

<b>目的</b>	地域包括支援センターが委託する個々のケアプランについて、居宅介護支援事業所との情報連携等を評価
<b>単位数</b>	300 単位
<b>算定要件</b>	介護予防支援を居宅介護支援事業所に委託する際、利用者に係る必要な情報を居宅介護支援事業所に連携し、居宅介護支援事業者における介護予防サービス計画の作成等に協力し、委託にあたって委託連携加算を勘案した委託費の設定を行う。

※利用者 1 人につき、指定居宅介護支援事業所に委託する初回に限り算定。

※委託を開始した日の属する月に限り算定。

---

### 特定事業所加算（介護のみ）

<b>目的</b>	中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行うなど、質の高いケアマネジメントを実施する事業所に対する評価
<b>単位数</b>	特定事業所加算Ⅰ：505 単位／月 特定事業所加算Ⅱ：407 単位／月 特定事業所加算Ⅲ：309 単位／月 特定事業所加算 A：100 単位／月

---

算  
定  
要  
件

算定要件	特定事業所加算(Ⅰ)	特定事業所加算(Ⅱ)	特定事業所加算(Ⅲ)	特定事業所加算(A)
	505単位	407単位	309単位	100単位
(1)専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の主任介護支援専門員を配置していること	2名以上	1名以上	1名以上	1名以上
(2)専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の介護支援専門員を配置していること	3名以上	3名以上	2名以上	常勤:1名以上 非常勤:1名以上 (非常勤は他事業所との兼務可)
(3)利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的に開催すること	○	○	○	○
(4)24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していること	○	○	○	○ 連携でも可
(5)算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が100分の40以上であること	○	×	×	×
(6)当該指定居宅介護支援事業所における介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していること	○	○	○	○ 連携でも可
(7)地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、当該支援が困難な事例に係る者に指定居宅介護支援を提供していること	○	○	○	○
(8)地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加していること	○	○	○	○
(9)居宅介護支援費に係る運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用を受けていないこと	○	○	○	○
(10)指定居宅介護支援事業所において指定居宅介護支援の提供を受ける利用者数が当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員1人当たり40名未満(居宅介護支援費(Ⅱ)を算定している場合は45名未満)であること	○	○	○	○
(11)介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制を確保していること(平成28年度の介護支援専門員実務研修受講試験の合格発表の日から適用)	○	○	○	○ 連携でも可
(12)他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等を実施していること	○	○	○	○ 連携でも可
(13)必要に応じて、多様な主体等が提供する生活支援のサービス(インフォーマルサービス含む)が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること	○	○	○	○

特定事業所加算 A (加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲと異なる部分)

- ・介護支援専門員の配置(要件2): 常勤1名以上、非常勤1名以上(非常勤は他事業との兼務可)
- ・連絡体制・相談体制確保(要件4)、研修実施(要件6)、実務研修への協力(要件11)、事例検討会等実施(要件12): 他の事業所との連携による対応を可とする

※加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Aの要件として、必要に応じて、多様な主体等が提供する生活支援のサービス(インフォーマルサービスを含む)が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していることを新たに求める。

※毎月末までに基準の遵守状況に関する所定の記録を作成し、2年間保存するとともに、市町村長等から求めがあった場合には提出しなければなりません。

※特定事業所加算(Ⅳ)は病院との連携や看取りへの対応の状況を要件とするものであることを踏まえ、医療と介護の連携を推進する観点から、特定事業所加算から切り離して「特定事業所医療介護連携加算」とする。

特定事業所医療介護連携加算 (介護のみ)

**目的** 中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行うなど、質の高いケアマネジメントを実施する事業所に対する評価

**単位数** 125 単位/月

<b>算定要件</b>	<p>次のいずれかに適合すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・前々年度の3月から前年度の2月までの間において退院・退所加算の算定に係る病院等との連携の回数の合計が35回以上。</li> <li>・前々年度の3月から前年度の2月までの間においてターミナルケアマネジメント加算を5回以上算定。</li> <li>・特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅲ）を算定していること。</li> </ul>
-------------	---

## ② 減算

### 運営基準減算（介護のみ）

<b>目的</b>	適切なケアマネジメント業務の確保
<b>単位数</b>	<p>所定単位×50%</p> <p>2月以上継続している場合は居宅介護支援費を算定しない</p>
<b>算定要件</b>	<p>以下の項目に該当していれば減算となります。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 指定居宅介護支援の提供開始にあたり、次の①,②について文書を交付して説明していない             <ol style="list-style-type: none"> <li>① 利用者は複数のサービス事業者等を紹介できるよう求めることができること</li> <li>② ケアプランに位置付けたサービス事業者等の選定理由の説明を求めることができること</li> </ol> </li> <li>2. ケアプランの新規作成及びその変更にあたり、①～③を行っていない。             <ol style="list-style-type: none"> <li>① 利用者の居宅を訪問し、利用者及び家族に面接する</li> <li>② サービス担当者会議の開催</li> <li>③ ケアプラン原案の内容について利用者（家族）に説明し、文書で同意を得た上で利用者及び担当者に交付</li> </ol> </li> <li>3. 次の①～③の場合にサービス担当者会議等を行っていない             <ol style="list-style-type: none"> <li>① ケアプランを新規に作成した場合</li> </ol> </li> </ol>



- ② 要介護更新認定を受けた場合
- ③ 要介護状態区分の変更認定を受けた場合
- 4. 実施状況の把握（モニタリング）にあたり、次の①・②の場合
  - ① 特段の事情なく、1月に1回利用者の居宅を訪問し、面接していない
  - ② 特段の事情なく、モニタリングの結果を記録していない状態が1月以上継続している

### 特定事業所集中減算（介護のみ）

**目的** 公正中立なケアマネジメントの実施とサービスの質の向上

**単位数** -200 単位／月

**算定要件** 正当な理由なく、居宅介護支援事業所において前6月間に作成したケアプランに位置付けられたサービスごとの提供総数のうち、同一の事業者が提供したものの占める割合が80%を超えた場合に減算。

#### 1. 判定期間・減算適用期間

	判定期間	減算適用期間
前期	3/1～8/末	10/1～3/31
後期	9/1～2/末	4/1～9/30

減算要件に該当した場合、適用期間のすべてが減算

#### 2. 判定方法

事業所ごとに次のように計算し、いずれかが80%を超えた場合に減算

当該サービスに係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数

当該サービスを位置付けた計画数

#### 3. 手続き

算定の結果80%を超えた場合については、前期は9/15まで、後期は3/15までに書類を市に提出します。

※ 6月ごとに算定表（P.128）で計算してください。

※ 80%を超えていた場合であっても正当な理由がある場合には減算は適

用されませんが、書類は提出してください。

※ 対象サービスは、訪問介護、通所介護・地域密着型通所介護、福祉用具貸与です。通所介護及び地域密着型通所介護についてはそれぞれ計算するのではなく、いずれか又は双方を位置付けたケアプラン数を算出し、最も照会件数の多い法人を位置付けたケアプラン数の占める割合を計算することとして差し支えありません。

## 取扱件数による基本単位区分（介護のみ）

目的		ケアマネジメント業務を適正に実施するための取扱件数		
単位数			要介護 1・2	要介護 3・4・5
居宅介護 支援費Ⅰ	居宅介護支援費 (i)		1,076 単位	1,398 単位
	居宅介護支援費 (ii)		539 単位	698 単位
	居宅介護支援費 (Ⅲ)		323 単位	418 単位
居宅介護 支援費Ⅱ	居宅介護支援費 (i)		1,076 単位	1,398 単位
	居宅介護支援費 (ii)		522 単位	677 単位
	居宅介護支援費 (iii)		313 単位	406 単位

**算定要件** 月の末日における事業所に所属するケアマネジャー（常勤換算）1人あたりの取扱件数がそれぞれ

- ・ 居宅介護支援費（i）： 40件未満
- ・ 居宅介護支援費（ii）： 40件以上 60件未満
- ・ 居宅介護支援費（iii）： 60件以上

取扱件数

$$\frac{\text{居宅介護支援事業所全体の利用者数} + (\text{介護予防支援の委託を受けた利用者数} \div 2)}{\text{常勤換算方法により算定したケアマネジャーの員数}}$$

常勤換算方法により算定したケアマネジャーの員数

※ 取扱件数の算定については、給付管理を行い、報酬請求を行った件数をいいます。そのため、単に契約しているだけのケースは含めません。

※ 取扱件数の区部が異なる39件目と40件目又は59件目と60件目において、契約日が同一で、報酬単価が異なっていた場合については、報酬単価が高い利用者を先に並べます。

【参考】入退院時の医療・介護連携に関する報酬

診療報酬		介護報酬
<p><u>入院時支援加算</u>(200点/退院時1回)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>入院前に情報を把握し、入院中の量要支援計画を立てる</li> </ul>	<p><b>入院</b></p> <p>退院支援開始</p>	<p><u>入院時情報連携加算</u></p> <p>(提供方法は不問)</p> <p>加算Ⅰ(200単位/月1回)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3日以内の情報提供</li> </ul> <p>加算Ⅱ(100単位/月1回)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>4～7日以内の情報提供</li> </ul>
<p><u>入退院支援加算</u></p> <p>加算1(一般600点療養1,200点/退院時1回)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>入院後3日以内に退院困難患者の抽出、7日以内にカンファレンス</li> </ul> <p>加算2(一般190点療養635点/退院時1回)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>7日以内に退院困難患者の抽出、早期にカンファレンス</li> </ul>		<p><b>退院前カンファレンス</b></p> <p><u>退院・退所加算</u></p> <p>カンファレンス参加なし (450～600単位/入院期間1回)</p> <p>カンファレンス参加あり (600～900単位/入院期間1回)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関や介護保健施設等を退院・退所し、居宅サービス等を利用する場合において、医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定</li> </ul>
<p><u>介護支援連携指導料</u>(400点/入院中1回)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>退院後に介護サービスの導入が適切と考えられる患者等に対して、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して導入すべき介護サービス等について説明指導を行った場合</li> </ul>	<p><b>ケアプラン確定</b></p>	
<p><u>退院時共同指導料</u></p> <p>(400+2,000点/入院中1回)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>退院後の在宅療養を担う保険医等と入院中の保険医等とが、退院後の在宅での療養上必要な説明等を共同して行った場合(400点)</li> </ul> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>入院中の保険医療機関の保険医が、患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、(略)、居宅介護支援専門員(略)のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合(2,000点)</li> </ul> </div>	<p><b>退院</b></p>	<p><u>緊急時居宅カンファレンス加算</u></p> <p>(200単位/月2回)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関の求めにより、医療機関の医師等とともに利用者の居宅を訪問・カンファレンスを行い、必要に応じて利用者に必要なサービス等の利用に関する調整を行った場合</li> </ul>
<p><u>在宅患者緊急時等カンファレンス料</u></p> <p>(200点/月2回)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅療養の患者であって通院が困難な者の状態の急変に伴い、(略)介護支援専門員と共同で患家へ赴きカンファレンスを行い、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合</li> </ul>		

## 5 利用者負担軽減制度

介護保険サービス（総合事業）を利用する際に利用者負担軽減制度があります。

### ① 高額介護（予防）サービス費

1ヶ月に支払った利用者負担が下表の上限額を超えたときは、申請により超えた額が「高額介護（予防）サービス費」として払い戻されます。ただし、国保連からの給付実績に基づいた支給のため、請求遅れや過誤があった場合等では支給が遅れる場合があります。

該当する方については、市から申請書を送付します。原則、1度申請すれば、該当する月に申請時に指定した口座に振り込みます。

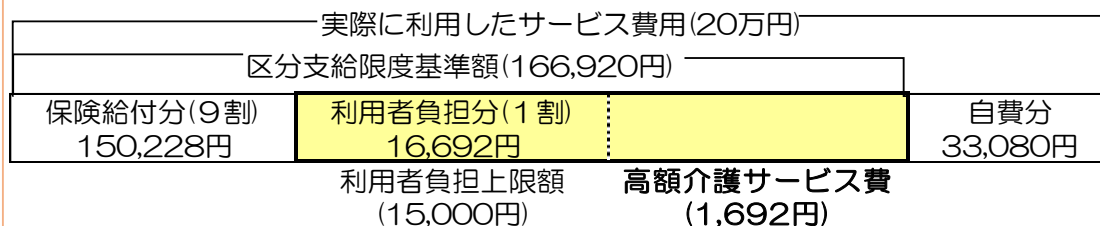
なお、高額介護（予防）サービス費受給者が亡くなった場合は、受領者を相続人に変更する手続きが必要になります。

所得区分	世帯の上限額
年収約 1,160 万円以上	140,100 円
年収約 770 万円以上約 1,160 万円未満	93,000 円
年収 383 万円以上約 770 万円未満	44,400 円
一般世帯	44,400 円
住民税世帯非課税	24,600 円
本人の課税年金収入額と合計所得金額が 80 万円以下 老齢福祉年金受給者	15,000 円 (個人)
生活保護受給者	15,000 円 (個人)

※令和3年8月利用分から現役並み所得者が細分化

#### ■高額介護サービス費のイメージ

要介護1の利用者負担上限15,000円の利用者が20万円分サービスを利用



## ② 高額医療合算介護（予防）サービス費

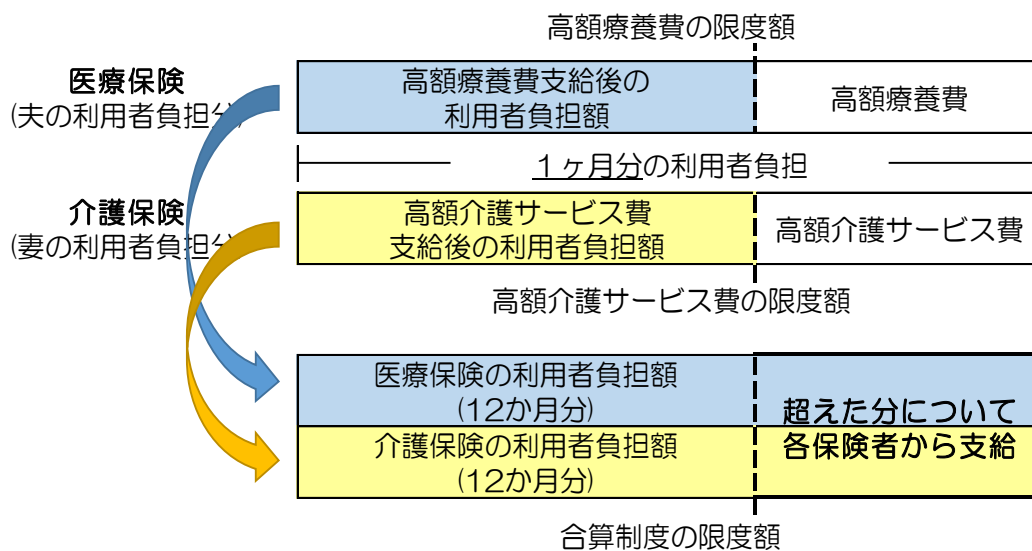
同じ医療保険に加入している世帯内で、介護保険と医療保険の自己負担の年間（8月～翌年7月）の合計額が下表の上限額を超えたときは、申請により超えた額がとして払い戻されます。

該当する方については、医療保険者から申請書が送付されます。また、申請書の受付窓口も医療保険者です。

所得区分 (基準総所得額)		70歳未満が いる世帯	70歳以上
901万円超		212万円	
600万円超 901万円以下		141万円	
210万円超 600万円以下		67万円	
210万円以下		60万円	56万円
住民税非課税世帯	Ⅱ	34万円	31万円
	Ⅰ		19万円

### ■高額医療合算介護（予防）サービス費のイメージ

夫が入院により医療保険を利用し、妻が介護保険サービスを利用している場合



### ③ 特定入所者介護(予防)サービス費(負担限度額認定)

住民税世帯非課税等の低所得者について施設サービス・短期入所サービスの食費・居住費(滞在費)負担には、所得等に応じ限度額が設定され、これを超える分は「特定入所者介護(予防)サービス費」として現物給付されます。この制度を利用するためには、市へ申請し、「介護保険負担限度額認定証」の交付を受け、施設に提示する必要があります。

#### (1) 対象施設

介護保険施設(介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院)及び地域密着型介護老人福祉施設に入所・短期入所した場合(一部、本制度が適用されない施設もありますので、事前にご確認ください。)

#### (2) 対象要件及び費用

- 配偶者(世帯分離をしている場合を含む)が住民税非課税
- 預貯金等の資産が単身で1,000万円、夫婦で2,000万円以下

区分		食費		居住費			
		短期入所	施設	多床室	従来型個室	ユニット型 個室の多床 室	ユニット 型個室
第1段階	生活保護受給者	300円	300円	0円	490円	490円	820円
	世帯全員が住民税非課税で、老齢福祉年金受給者				(320円)		
第2段階	世帯全員が住民税非課税で、前年の合計所得金額と年金収入額の合計が80万円以下	600円	390円	370円	490円 (420円)	490円	820円
第3段階 (1)	世帯全員が住民税非課税で、前年の合計所得金額と年金収入額の合計が80万円超120万円以下	1,000円	650円	370円	1,310円 (820円)	1,310円	1,310円
第3段階 (2)	世帯全員が住民税非課税で、前年の合計所得金額と年金収入額の合計が120万円超	1,300円	1,360円	370円	1,310円 (820円)	1,310円	1,310円

※令和3年8月利用分から一部の段階が細分化。

※( )内は、介護老人福祉施設に入所・短期入所した場合です。

※次のA、Bのいずれにも該当する場合は対象になりません。

A：配偶者（世帯分離をしている場合を含む）が住民税課税者

B：預貯金等が利用者段階別の一定額を超える（配偶者を含む）

第1段階：預貯金等が単身で1,000万円、夫婦で2,000万円を超える

第2段階：預貯金等が単身で650万円、夫婦で1,650万円を超える

第3段階（1）：預貯金等が単身で550万円、夫婦で1,550万円を超える

第3段階（2）：預貯金等が単身で500万円、夫婦で1,500万円を超える

### （3）申請・決定

- 申請書類

申請書、同意書に本人・配偶者の通帳等の資産が分かる書類の写しを添えて提出してください。

- 申請結果の通知

通常、申請日の世帯状況により認定し、認定の可否に関わらず、申請日から1週間から10日ほどで郵送します。

- 適用期間

適用期間については、申請日の月の翌7月31日までで、最長1年（8月1日から翌年7月31日）です。たとえば、3月25日申請の場合の適用期間は3月1日～7月31日となります。

このため、毎年、更新の手続きが必要になります。認定されている方については、6月末ころ更新のお知らせを送付しますので、認定証を利用している利用者がある場合には、更新の手続きが済んでいるか確認するようにしてください。

- 異動があった場合

世帯構成・配偶者の変更、預貯金額等の変動や生活保護受給開始（廃止）に伴い負担段階が変更となった場合は申請をお願いします。状況の把握ができない場合、翌年の判定時に必要に応じて過誤調整で対応することもあります。

- 不正受給に係る加算金

偽りその他不正の行為によって給付を受けた場合、不正受給額の最大2倍の金額を徴収することがありますのでご注意ください。



#### (4) 住民税課税世帯に対する特例減額制度

住民税課税世帯については原則、この制度の対象外ですが、施設の利用者負担の結果、生計困難となる等の一定の要件を満たす場合、負担限度額第3段階を適用する特例措置が受けられる場合があります。詳しくは給付担当までお問合せください。

#### ④ 社会福祉法人による利用者負担軽減

この軽減は、低所得で生計困難な利用者に対し、介護保険サービスを提供する社会福祉法人が、その社会的役割として利用者負担軽減することにより、利用促進を図るものです。

##### (1) 軽減対象費用と軽減割合

	生計困難者	生活保護受給者	生活扶助基準見直しに伴う特例措置対象者
対象者	以下のすべてを満たす者 ① 世帯全員が住民税非課税 ② 世帯員の年間収入合計が基準収入額以下 ③ 預貯金等が基準貯蓄額以下 ④ 日常生活に供する資産以外に資産がない ⑤ 親族等に扶養されていない ⑥ 介護保険料を滞納していない	・生活保護受給者 ・介護支援給付受給者（中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律）	下記のいずれかのうち軽減対象に該当する者 ① H25.8・H26.4・H27.4・H30.10 施行の生活扶助基準の改正に伴い生活保護廃止となった ② 廃止時点でこの事業に基づく軽減又は負担限度額認定により居住費の利用負担がなかった
軽減対象費用	次のサービスに係る <u>1割負担</u> ・ <u>食費</u> ・ <u>居住費</u>  訪問介護、夜間対応型訪問介護、通所介護、認知症対応型通所介護、短期入所生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、複合型サービス、介護福祉施設サービス	次のサービスに係る <u>居住費</u>  短期入所生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護福祉施設サービス	・次のサービスに係る <u>1割負担</u> ・ <u>食費</u> 左の生計困難者と同じ  ・次のサービスに係る <u>居住費</u> 左の生計困難者・生活保護受給者と同じ
軽減割合	原則 1/4 (老齢福祉年金受給者は 1/2)	全額	・1割負担、食費 1/4 (老齢福祉年金受給者は 1/2)  ・居住費全額

##### 【基準収入額及び基準貯蓄額】

世帯人数	基準収入額	基準貯蓄額
1人	150万円以下	350万円以下
2人	200万円以下	450万円以下

※ 以降、世帯員が1人増えるごとに基準収入額+50万円、基準貯蓄額+100万円

##### (2) 軽減実施法人

この制度は、軽減した金額について、サービス提供事業所にも事業所

負担が生じることからすべての事業所が実施しているわけではありません。軽減を実施しているかどうかは事業所にお問合せください。

### (3) 申請・決定

- 申請書類

申請書に本人及び世帯全員の通帳等の資産が分かる書類の写し等を添えて提出してください。

- 申請結果の通知

通常、申請日の世帯状況により認定し、認定の可否に関わらず、郵送します。なお、審査項目が多岐にわたるため、負担限度額認定より審査期間を要する場合があります。

- 適用期間

適用期間については、申請日の月の翌7月31日までで、最長1年（8月1日から翌年7月31日）です。たとえば、3月25日申請の場合の適用期間は3月1日～7月31日となります。

このため、毎年、更新の手続きが必要になります。認定されている方については、6月末ころ更新のお知らせを送付しますので、この制度を利用している利用者がある場合には、更新の手続きが済んでいるか確認するようにしてください。

## ⑤ その他の利用者負担軽減制度

### (1) 境界層措置

介護保険の利用者負担や介護保険料の軽減を受けることで生活保護を必要としなくなる場合に、より低い利用者負担や介護保険料の基準を適用する制度です。この制度を利用するためには、「境界層該当証明書」が必要となりますので、生活保護担当課にご相談ください。

この証明書を基に次の措置が行われます。

- 給付減額等が行われない。
- 負担限度額認定が本来より低い段階となる。
- 高額介護サービス費算出の際の段階を下げる。
- 介護保険料の所得段階が下がる。

### (2) 障害者控除対象者の認定

本人又は扶養親族が障害者である場合、税を申告する際に、所得控除できる制度があります。

この制度は基本的には障害者手帳等をお持ちの方が対象ですが、要介護認定を受けている方も障害者に準ずる者として対象となる場合があります。「障害者控除対象者認定証明書交付申請書」(P.134)による申請により下記に該当する場合は、「障害者控除対象者認定証明書」を発行しますので、税の申告の際にご利用ください。

障害者控除対象者認定の区分	障害者控除対象者認定の対象者の基準	
	年齢区分	要介護状態区分等 (障害者控除申告対象年の12月31日時点のもの)
障害者に準ずる者	65歳以上	要介護1又は要介護2
		要介護3(認知症高齢者の日常生活自立度Ⅰ、Ⅱa又はⅡb)
		要介護3(障害高齢者の日常生活自立度J、A、B)
特別障害者に準ずる者	65歳以上	要介護3(認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、M)
		要介護3(障害高齢者の日常生活自立度C)
		要介護4又は要介護5
	40歳以上 65歳未満	要介護4又は要介護5で障害者の日常生活自立度C

### (3) 医療費控除

1年間の医療費が一定額を超えた場合、確定申告により、税金の控除と対象とすることができます。介護サービスを利用した際の利用者負担についても、医療費控除の対象となる場合があります。

詳しくは、下記の国税庁ホームページをご覧ください。また、確定申告の手続きについては、木更津税務署か住民税担当課にお問合せください。

「医療費を支払ったとき（医療費控除）」

<http://www.nta.go.jp/taxes/shiraberu/taxanser/shotoku/1120.htm>

「医療費控除の対象となる介護保険制度下での居宅サービス等の対価」

<http://www.nta.go.jp/taxes/shiraberu/taxanser/shotoku/1127.htm>

「医療費控除の対象となる介護保険制度下での施設サービス等の対価」

<http://www.nta.go.jp/taxes/shiraberu/taxanser/shotoku/1125.htm>

### (4) おむつ代に係る費用の医療費控除

通常、おむつ代を医療費控除の対象とする場合には、医師が発行する「オムツ使用証明書」が必要ですが、おむつ代の医療費控除を受けることが2年目以降の方は、下記の基準を満たす場合に、「おむつ代の医療費控除に係る介護保険主治医意見書の記載内容確認書申請書(P.136)」により申請することで、医療費控除の対象とすることができます。

- 判定基準

おむつを使用した年又はその前年に発行された主治医意見書のうち、寝たきり度がB1,B2,C1,C2のいずれかで尿失禁欄にチェックがあること。

### (5) 高額療養費制度

1ヶ月に支払った医療費の自己負担が一定金額を超える高額となったときは申請により「高額療養費」として支給されます。

詳しくは、医療保険者にお問合せください。

## (6) 公費負担医療等

介護保険優先公費負担医療の給付要介護者等が保険優先の公費負担医療の対象者であるとき、公費対象サービスについても介護保険が優先し、保険給付が行われます。公費負担は、原則として現物給付で、サービス提供事業所は公費適用後の負担を徴収し、公費適用分を併せて国保連に請求します。

制度	資格証明等	備考
感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律／「一般患者に対する医療」	患者票	介護保険優先 本人負担5%
障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律／「通院医療」	受給者証	介護保険優先 本人負担あり
障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律／「更生医療」	受給者証	介護保険優先 本人負担あり
原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律 「一般疾病医療費の給付」	被爆者手帳	介護保険優先 本人負担あり
難病の患者に対する医療等に関する法律 「特定医療」	受給者証	介護保険優先 本人負担あり
被爆者体験者精神影響等調査研究事業の実施について	受給者証	介護保険優先 残りを公費※
特定疾患治療研究事業について 「治療研究に係る医療の給付」	受給者証	介護保険優先 残りを公費※
先天性血液凝固因子障害等治療研究事業について／「治療研究に係る医療の給付」	受給者証	介護保険優先 本人負担有※
水俣病総合対策費の国庫補助について 「療養費及び研究治療費の支給」	医療手帳 被害者手帳	介護保険優先 残りを公費※
メチル水銀の健康影響に係る調査研究事業について／「研究治療費の支給」	医療手帳	介護保険優先 残りを公費※
茨城県神栖町における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業要綱／「医療費の支給」	医療手帳	介護保険優先 残りを公費※

石綿による健康被害の救済に関する法律 「指定疾病に係る医療」	石綿健康被害医療手帳	介護保険優先 残りを公費
特別対策（障害者施策） 「全額免除」	受給者証	介護保険優先 残りを公費※
原爆被爆者の訪問介護利用者負担に対する助成事業について／「介護の給付」	被爆者健康手帳	介護保険優先 残りを公費※
原爆被爆者の介護保険等利用者負担に対する助成事業について／「介護の給付」	被爆者健康手帳	介護保険優先 残りを公費※
中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律／「介護支援給付」	介護券	介護保険優先 本人負担あり
生活保護法 介護扶助	介護券	介護保険優先 本人負担あり

※保険料滞納による減額分については公費負担しない。

## 障害福祉サービスについて

自立支援給付を受けている障害福祉サービス利用者が、65歳に到達し第1号被保険者に該当した場合、原則、介護保険と重複する部分については介護保険に切り替わります。しかし、一律に優先されるものではなく介護保険サービスにない障害特有の福祉サービスについては、利用可能なものもあります。詳しくは社会福祉課へお問合せください。

### ■介護保険にない障害福祉特有のサービス

- ・同行援護（視覚障害者に対する外出時の支援）
  - ・自立訓練（生活訓練）
  - ・就労移行支援（一般企業等への就労支援）
  - ・就労継続支援（一般企業等での就労が困難な者への就労支援）
  - ・行動援護（常時介護を要する知的・精神障害者に対する外出時の支援）
- など

また、高齢障害者が介護保険サービスを利用する場合、障害福祉制度と介護保険制度の利用者負担上限が異なるため利用者負担が新たに生じることがあります。平成30年度より、一定の要件を満たす者（下記）は、その介護保険の自己負担について、高額障害福祉サービス等給付費、高額障害児通所給付費及び高額障害児入所給付費（「高額障害福祉サービス等給付費等」）として償還する制度が設けられました。

具体的な要件は、下記のとおりです。

- ・介護保険サービスに相当する障害福祉サービス（居宅介護、生活介護等）に係る支給決定を65歳に達する前に5年間引き続き受けていた者
- ・障害福祉サービスに相当する介護保険サービス（訪問介護、通所介護等）を利用する者
- ・障害支援区分2以上であった者
- ・市町村民税非課税者又は生活保護世帯の者
- ・65歳に達するまでに介護保険法による保険給付を受けていない者



この「高額障害福祉サービス等給付費等」は介護保険優先原則の考え方から前述の高額介護サービス費及び高額医療合算介護サービス費の支給がある場合には、支給後の自己負担額について支給されます。

## 成年後見制度について

認知症や知的障がい、精神障がいなどによって物事を判断する能力が十分でない方について、その方の権利を守る支援者を選び、本人を法律的に支援する制度です。

### (1) 成年後見制度の種類

- **任意後見制度**…将来、判断能力が不十分になった場合に備えて「誰に」「どのような支援をしてもらうか」をあらかじめ契約により決めておく制度です。本人が望む代理人と契約し、公正証書を取り交わしておきます。
- **法定後見制度**…すでに判断能力が低下している場合に利用するもので、家庭裁判所によって、成年後見人等が選任されます。本人の判断能力に応じて「後見」「保佐」「補助」に分類され、類型によって保護者の権限が変わります。
  - 「後見」…判断する能力がほとんどない場合で、援助者として「成年後見人」が選任されます。
  - 「保佐」…判断能力が著しく不十分な場合で、援助者として「保佐人」が選任されます。
  - 「補助」…判断能力が不十分な場合で、援助者として「補助人」が選任されます。

### (2) 手続きの流れ

市町村や、後見支援センター（社会福祉協議会）、家庭裁判所で相談をすることができます。

その後、申し立てに必要な書類を作成し、本人の住所地を管轄する家庭裁判所に提出します。（申し立ては、原則、本人、配偶者、四親等内の親族です。）

申し立て後、家庭裁判所による調査や審問があり、必要に応じて本人の判断能力について鑑定を行うこともあります。

その後、家庭裁判所で後見等の開始の審判をすると同時に適任と思われる方を成年後見人として選任します。

審判は成年後見人が審判書を受領してから2週間後に確定します。

### (3) 成年後見人の仕事

成年後見人は本人の意思を尊重しながら、本人に代わって財産を管理したり必要な契約を結んだりします。

成年後見人の仕事は本人の財産管理や契約などの法律行為に関するものに限定されており、実際の介護や医療同意、死亡後の葬祭等に関する行為は含まれません。

本人の志望によって成年後見人が有していた代理権は消滅します。

## その他一般施策

---

### (1) 富津市要援護者地域見守り事業

下記の対象者に該当する要援護者のうち、希望者に対して、地区社会福祉協議会・民生委員などによる見守りサポート（声かけ等）を行います。

1. 65歳以上のひとり暮らし高齢者及び高齢者のみの世帯
2. 要介護3から要介護5までの在宅生活者
3. 障がい者（身体手帳1・2級、療育手帳A判定、精神障害者保健福祉手帳1級）

詳しくは社会福祉課（80-1258）へ

### (2) 紙おむつの支給

下記のいずれにも該当する者のうち、希望者に対して、原則年4回（4月・7月・10月・1月）紙おむつを配送します。

1. 在宅で生活をしている人
2. 市民税非課税の人
3. 介護認定で要介護3から要介護5に認定された人
4. 介護認定の認定調査項目の「排尿」「排便」がどちらも全介助の人

### (3) 福祉緊急救助通報システム

腕時計タイプの緊急用ボタンを押すと、あらかじめセットしておいた知人や親戚に自動的に連絡が入るシステムの設置を行っております。

詳しくは社会福祉協議会へ（87-9611）

### (4) 車イス・歩行器の貸与

健康上の理由、要介護者等身体に障がいのある方のために車イスと歩行器の貸し出しをしています。詳しくは社会福祉協議会へ（87-9611）

### (5) ちょっと困ったときのお助け隊

日常生活を営んでいくうえで、専門業者に頼むほどではないが自分ではできない「ちょっと困った」をお手伝いします。利用については65歳以上のひとり暮らし高齢者または高齢者のみ世帯が対象です。

詳しくは社会福祉協議会へ（87-9611）

### (6) 交通手段支援事業

ひとり暮らし高齢者・高齢者世帯等で、介護保険や障害者自立支援法

でのサービス及び家族の援助が受けられず、公共交通が利用できない方の買い物や通院を支援します。詳しくは社会福祉協議会へ

**(7) タクシー運賃助成事業**

運転免許証をお持ちでない満年齢65歳以上の方や要介護認定または要支援認定を受けている方に、タクシー利用に関する費用の一部を助成する事業を行っております。詳しくは企画課公共交通係(80-1229)へ

## 6 資料

各種様式・帳票類を掲載しました。

コピーしてご利用いただけます。



【記入例】

介護保険 被保険者証等再交付申請書

富津市長 様

次のとおり申請します。

		申請年月日	令和3年7月1日
申請者氏名	富津 太郎	本人との関係	子
申請者住所	〒293-0006 富津市下飯野2443番地 電話番号 0439-80-1262		

\*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号	0000000000	個人番号	123456789000
	フリガナ	フツツ ハナコ		
	氏 名	富津 花子	生年月日	明・大・昭 27年 5月 3日
			性 別	男 ・ 女
住 所	〒293-0006 富津市下飯野2443番地 電話番号 0439-80-1262			

再交付する 被保険者等	① 被保険者証 ② 資格者証 ③ 受給資格証明書 ④ 負担限度額認定証 ⑤ 負担割合証 ⑥ その他 ( )	再交付が必要な書類の番号に。
申請の理由	① 紛失・焼失    ② 破損・汚損    ③ その他 ( )	再交付が必要となった理由の番号に。

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入してください。

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
--------	--	---------------	--





介護保険

要介護認定・要支援認定

申請書

新規申請の場合は上段

要介護更新認定・要支援更新認定

【記入例】

更新申請の場合は下段に〇

富津市長様  
次のとおり申請します。

申請者氏名	富津 健一 電話番号 0439-80-1262	被保険者との関係	夫
申請者住所	〒 293-8506 富津市下館理2443番地	訪問調査の連絡先	申請者・立会人 (どちらかに〇)
立会人氏名	富津 彩夏 電話番号 0439-80-0000	被保険者との関係	子
提出代行者名称	該当に〇 (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護老人保健施設・指定介護老人福祉施設・指定介護療養型医療施設、介護医療院) 申請者と同一の場合でも記入してください		

電話番号は日中連絡可能な番号を記入してください

被保険者番号	0000099999	個人番号	123456654321
医療保険	医療保険者名 富津市	記号番号	富津 1111
フリガナ	ふつ しおり	生年月日	明・大・昭 35年 6月 10日
氏名	富津 詩織	性別	男 ・ 女
住所	〒 293-8506 富津市下館理2443番地	電話番号	0439-80-1262
訪問調査の場所	同上		
前回の要介護認定の結果等	要介護・要支援認定の場合の 記入	要介護状態区分 1 2 ③ 4 5	要支援状態区分 1 2
	有効期限	令和3年12月1日～ 令和4年11月30日	
※4日以内で他自治体から転入した者のみ記入	転入元自治体(市町村)名 [ ] 現在、転入元自治体で要介護・要支援認定を申請中ですか。 はい・いいえ (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) 「はい」の場合、申請日 年 月 日		
入所・入院の有無	介護保険施設等の名称	期間	年 月 日から
有・無	医療機関の名称 川上病院	期間	令和4年1月1日から
主治医	氏名	川上 一郎	医療機関名 川上病院
	所在地	〒 293-0036 富津市千種新田0000番地 電話番号 0439-80-0000	直近受診日 令和4年3月25日

2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

※主治医氏名はフルネームで記入してください

特定疾病名	脳血管疾患
-------	-------

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定又は要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果及び意見並びに主治医意見書に関する情報を富津市が地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設の関係人又は主治医意見書を記載した医師に提供することに同意します。

本人氏名 富津 詩織

※介護が必要になった原因は第三者行為(交通事故等)によるものですか?

はい ( ) 令和元年11月ころ 理由: 交通事故のため ( ) ・ いいえ

市記入欄	受付者	保険証	番号確認	備考
		有・無	カード(個・通)住民票・住基他( )	未・欠・なし他( )
	訪問調査	意見書	身元確認	
	新・継	カード・免許・ケアマネ・被保・負担・医療保他( )		

## 介護保険 要介護（要支援）状態区分変更申請書

富津市長様  
次のとおり申請し

	受付番号		申請年月日	年 月 日
申請者氏名	電話番号	被保険者との関係		
申請者住所	〒	訪問調査の連絡先	申請者・立会人 (どちらかにを)	
立会人氏名	電話番号	被保険者との関係		
提出代行者名称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護老人保健施設・指定介護老人福祉施設・指定介護療養型医療施設、介護医療院）			

電話番号は日中連絡可能な番号を記入してください

被 保 険 者	被保険者番号											個人番号											
	医療保険	医療保険者名											記号番号										
	フリガナ											生年月日	年 月 日										
	氏 名											性 別	男 ・ 女										
	住 所	〒											電話番号										
	訪問調査の場所																						
	現在の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5										要支援状態区分 1 2											
		有効期間										年 月 日 ~ 年 月 日											
	変更申請の理由																						
	入所・入院の有無	介護保険施設等の名称										期間 年 月 日から											
有 ・ 無	医療機関の名称										期間 年 月 日から												
主 治 医	氏 名											医療機関名											
	所在地	〒											直 近 受 診 日	年 月 日									

2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	
-------	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定又は要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果及び意見並びに主治医意見書に関する情報を富津市が地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設の関係人又は主治医意見書を記載した医師に提供することに同意します。

### 本人氏名

※介護が必要になった原因は第三者行為（交通事故等）によるものですか？

はい（ 年 月 ころ 理由： ）・ いいえ

市 記 入 欄	受付者	保険証	番号確認	備考
		有・無	カード（個・通）住民票・住基 他（ ）	未・欠・なし 他（ ）
	訪問調査	意見書	身元確認	
		新・継	カード・免許・ケアマネ・被保・負担・医療保 他（ ）	

# 介護保険 要介護（要支援）状態区分変更申請書

富津市長様  
次のとおり申請します。

受付番号		申請年月日	
------	--	-------	--

**【記入例】**

申請者氏名	富津 健一 電話番号 0439-80-1262	被保険者との関係	夫
申請者住所	〒293-8506 富津市下飯野2443番地	訪問調査の連絡先	申請者・立会人 (どちらかに○を)
立会人氏名	富津 彩復 電話番号 0439-80-0000	被保険者との関係	子
提出代行者名称	該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護老人保健施設・指定介護老人福祉施設・指定介護療養型医療施設、介護医療院) 申請者と同一の場合でも記入してください		

電話番号は日中連絡可能な番号を記入してください

被保険者番号	0 0 0 0 0 9 9 9 9 9	個人番号	1 2 3 4 5 6 6 5 4 3 2 1
医療保険	医療保険者名 富津市	記号番号	富津 1111
※65歳未満の方は医療保険証を提示してください。			
フリガナ	いっしお		生年月日
氏名	富津 詩織		明・大・☞ 35年 6月 10日
住所	〒293-8506 富津市下飯野2443番地		性別
訪問調査の場所	同上		
現在の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 ③ 4 5		要支援状態区分 1 2
有効期限 令和2年12月1日～ 令和3年11月30日			
変更申請の理由	前回の認定申請時と比べ、どのように状態が変わったか記入して下さい。		
入所・入院の有無	介護保険施設等の名称	期間	年 月 日から
有・無	医療機関の名称 川上病院	期間	令和4年4月1日から
主治医	氏名 川上 一郎	医療機関名	川上病院
所在地	〒293-0036 富津市千種田0000番地	直近受診日	令和4年3月25日
		電話番号	0439-80-0000

2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入 ※主治医氏名はフルネームで記入してください

特定疾病名	脳血管疾患
-------	-------

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定又は要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果及び意見並びに主治医意見書に関する情報を富津市が地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設の関係人又は主治医意見書を記載した医師に提供することに同意します。

本人氏名 富津 詩織

※介護が必要になった原因は第三者行為（交通事故等）によるものですか？

はい ( 令和元年11月ころ 理由： 交通事故のため ) ・ いいえ

市記入欄	受付者	保険証	番号確認	備考
		有・無	カード (個・通) 住民票・住基 他 ( )	未・欠・なし 他 ( )
	訪問調査	意見書	身元確認	
		新・継	カード・免許・ケアマネ・被保・負担・医療保 他 ( )	

記載日 年 月 日

申請者(患者)氏名 \_\_\_\_\_ 記載者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

介護保険の申請…初回/更新(今までの要介護度 \_\_\_\_\_)

認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

◆経過・既往など◆

現在、継続的に診療を受けたり、治療を受けている病院・診療所(医院)がありますか。

病院・医院名/診療科・病名

今までにかかった大きな病気を記入ください。

いつ頃/病気・手術・骨折など。

申請者の利き腕は 右 左 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg (おおよそで結構です。)

◆心身の状態に関すること◆ 該当するところに○印してください。

1. ひとりで外出(移動)できますか。 自由にできる(遠くまで・町内まで)・時々・できない(車いす・寝たきり)

2. 何らかの認知症を有していますか。

有しない ・見守りで自立(家庭外のみ・家庭内でも) ・要介護(日中・夜間) ・たえず介護 ・要医療

3. 認知症の中核症状

ひどい物忘れはありますか。

ない ・時々 ・ある

毎日の生活は自分ひとりの判断や意志でできますか。

できる ・何とか ・できない

言いたいことを相手に伝えられますか。

伝えられる ・いづらか困難 ・伝えられない

4. 認知症の周辺症状

実際にはないものが見えたり、聞こえたりしているようなことがありますか。

ない ・時々 ・ある

実際になかったことをあつたように言うことがありますか。

ない ・時々 ・ある

昼夜が逆転していませんか。

ない ・時々 ・ある

介護に抵抗又は拒絶することがありますか。

ない ・時々 ・ある

目的もなく歩き回ったり、外出したりすることがありますか。

ない ・時々 ・ある

ガスコンロの消し忘れ、火の不始末がありますか。

ない ・時々 ・ある

排便後、便器の中をもて遊びますか。

ない ・時々 ・ある

本来、食べないようなものを食べたり、食べようとして口に入れたりすることがありますか。

ない ・時々 ・ある

裏面にもご記入お願いいたします。

◆**身体の状態**◆ 該当するところに○印をしてください。

- 手・足・指などに欠損はありませんか。 ない ・ある (部位: )  
麻痺や力が入らず、不自由なところがありますか。 ない ・ある (部位: )  
関節が動きにくく、不自由なところがありますか。 ない ・ある (部位: )  
自分の意志ではない体の動きはありますか。 ない ・ある (部位: )  
床ずれ (褥創) がありますか。 ない ・ある (部位: )  
皮膚の病気を持っていますか。 ない ・ある (部位: )

◆**生活機能**◆

- 屋外を歩けますか。 歩ける ・介助があれば歩ける ・歩けない  
車いすは使用していますか。 用いていない ・自分で操作 ・他人が操作  
杖などを使用していますか。 用いていない ・屋外で使用 ・屋内で使用

◆**栄養・食事**◆

- 食事は自分でできますか。 できる ・何とか ・できない  
体重は増加傾向ですか。 増加傾向 ・変わらない ・減少傾向  
むせますか。 むせない ・むせる

◆**現在、介護する家族が困っていることがあればお書き下さい。**◆

◆**どのような介護サービスをご希望ですか。**◆ ※複数回答が可能です。

在宅サービス

- ・家庭を訪問するサービス ( 訪問介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 訪問入浴介護 )  
・日帰りで通うサービス ( 通所介護 通所リハビリテーション )  
・短期入所するサービス ( 短期入所生活介護 短期入所療養介護 )  
・福祉用具の貸与・住宅の改修サービス ( 福祉用具の貸与 福祉用具の購入費支給 住宅改修費の支給 )  
・その他 ( 認知症対応型共同生活介護 小規模多機能型居宅介護 )  
( 配食サービス )

施設サービス

施設サービス

- ( 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 )  
( 特定施設入居者生活介護 有料老人ホーム )

◆**介護サービスに付き、他にご意見、ご希望があればお書き下さい。**◆

年 月 日

富津市長 様

住所

氏名

被保険者との関係

提出代行者 名称

電話番号

介護保険（要介護認定・要支援認定・要介護認定変更）申請の取り下げについて

年 月 日付けで申請した介護保険法の規定に基づく（要介護認定・要支援認定・要介護認定変更）申請について、次の理由により取り下げしたいので届出します。

被保険者番号	
被保険者住所	
被保険者氏名	
理由	

## 居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書

										区	分					
										新 規 ・ 変 更						
被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号											
フリガナ																
					個 人 番 号											
					生 年 月 日					性 別						
					年 月 日					男・女						
居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者																
事業者の事業所名				事業所の所在地								〒				
居宅介護支援事業者等事業所番号				電 話 番 号 （ ）												
サービスを開始する日 又は事業所を変更する日				年 月 日から												
事業所を変更する場合の理由				※事業所を変更する場合のみ記入してください。												
<p>富津市長 様</p> <p>上記の居宅介護支援事業者・小規模多機能型居宅介護事業者・介護予防支援事業者に居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼することを届出します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: right;">Tel （ ）</p> <p>被保険者 氏 名</p>																

居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する居宅介護（介護予防）支援事業者が居宅介護（介護予防）支援の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該居宅介護（介護予防）支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

年 月 日 氏名

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに富津市へ提出してください。
- 2 居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず富津市に届け出してください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

	受付者	入力日	重複
市記入欄		/	



居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書

【記入例】

暫定

暫定利用の場合は、余白部に「暫定」と記載してください。

区	分
新 規	・ 変 更

被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号										
フリガナ フツツ ハナコ		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
富津 花子		個 人 番 号										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0
		生 年 月 日						性 別				
		昭和27年 5月 3日						男 女				
居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者												
事業者の事業所名				事業所の所在地				〒293-0006				
ケアプランセンター富津				富津市下飯野3442番地								
居宅介護支援事業者等事業所番号				電話番号				0439 (80) 1300				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0			
サービスを開始する日 又は事業所を変更する日				令和 4年 4月 1日から								
事業所を変更する場合の理由				変更する場合のみ記入してください。								
給付管理の発生する日（サービス利用開始日または契約日等）を記載してください												
富津市長 様 上記の居宅介護支援事業者・小規模多機能型居宅介護事業者・介護予防支援事業者に居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼することを届出します。 令和 4年 4月 1日 住 所 富津市下飯野24 被保険者 氏 名 富津 花子												

被保険者証をケアマネジャーが代理受領できるのは、窓口  
に直接被保険者証を提出された場合のみです。  
郵送で提出された場合等は被保険者証を被保険者宛に  
郵送します。

居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼（変更）する居宅介護（介護予防）支援事業者が居宅介護（介護予防）支援の提供に当たり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該居宅介護（介護予防）支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

令和 4年 4月 1日 氏名 富津 花子

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに富津市へ提出してください。
- 2 居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず富津市に届け出してください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

	受付者	入力日	重複
市記入欄		/	

## 要介護認定等に係る個人情報提供申出書

年 月 日

富津市長 様

(申出者) 事業者・医師名 \_\_\_\_\_  
 所在地 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_  
 閲覧又は写しの交付を受ける者の氏名 \_\_\_\_\_

要介護認定等に係る個人情報について、次のとおり提供の申出をします。

被保険者	氏名		番号									
	住所											
判定年月日	年 月 日											
開示を希望する文書の名称と方法	一次判定結果及び二次判定結果	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付									
※ □の中にレを記入してください。	認定調査票 (特記事項)	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付									
	主治医意見書	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input type="checkbox"/> 写しの交付									

[被保険者委任欄] ※介護保険要介護認定・要支援認定申請書に情報を提供することについて被保険者の同意があるときは記入する必要はありません。

私は、上記の申出者に富津市が保有する私の上記文書に記録されている個人情報を提供することに同意します。

**被保険者氏名** \_\_\_\_\_

※1 申出の際は、次に掲げる書類の写しを提出し、又は提示してください。

- (1) 申出者が被保険者と契約を締結し、又は締結することを予定している事業者又は施設であることを証明するために必要な書類 (居宅介護支援等の提供契約書等)
- (2) 閲覧又は写しの交付を受ける者が申出者の従業者であることを証明するために必要な書類 (従業者身分証明書)

[処理欄] (記入しないでください。)

申出者確認  契約書  サービス計画届出書  主治医意見書 ( )  
 従業員身分証明書  その他 ( )

## 要介護認定等に係る個人情報提供申出書

令和4年 4月 1日

富津市長 様

(申出者) 事業者・医師名 ケアプランセンター富津  
 所在地 富津市下飯野3442番地  
 電話番号 0439-80-1300  
 閲覧又は写しの交付を受ける者の氏名 千葉 県三

要介護認定等に係る個人情報について、次

被保険者	氏名	富津 花子	希望する文書の口に✓を記入してください 一次判定及び二次判定と 調査票（特記事項）は1枚 主治医意見書は2枚です 3種すべての場合 40円がかかります
	住所	富津市下飯野 2443	
	判定年月日	令和4年 3月 24日	
開示を希望する文書の名称と方法	一次判定結果及び二次判定結果	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付
※ □の中にレを記入してください。	認定調査票（特記事項）	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付
	主治医意見書	<input type="checkbox"/> 閲覧	<input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付

[被保険者委任欄]

いて被保険者の

私は、上記の申出者に富津市が保有する私の上記文書に記載されている個人情報を提供することに同意します。

認定申請書下段の同意欄に署名がない場合、本書の同意欄に氏名がないと交付できません。

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

※1 申出の際は、次に掲げる書類の写しを提出し、又は提示してください。

- (1) 申出者が被保険者と契約を締結し、又は締結することを予定している事業者又は施設であることを証明するために必要な書類（居宅介護支援等の提供契約書等）
- (2) 閲覧又は写しの交付を受ける者が申出者の従業者であることを証明するために必要な書類（従業者身分証明書）

[処理欄] (記入しないでください。)

申出者確認  契約書  サービス計画届出書  主治医意見書 ( )  
 従業員身分証明書  その他 ( )

# 居宅サービス計画書（1）

作成年月日 令和3年8月1日

初回・紹介・**継続**

**認定済**・申請中

利用者名 富津 花子 殿 生年月日 昭和27年5月3日 住所 富津市下... 2443番地

居宅サービス 認定日・有効期間は介護保険被保険者証で確認

当該事業所で初めて居宅介護支援を受ける場合は、「初回」  
他の事業所または施設から紹介された場合は「紹介」  
過去に一度でも当該事業所で居宅介護支援を受けていたら「継続」に○

居宅介護支援事業所名 富津・富津

居宅サービス計画作成（変更）日 平成29年3月28日

認定日 平成29年3月25日 認定の有効期間 平成29年4月

要介護状態区分 **要介護1** ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5

利用者及び家族の生活に対する意向	<p>【本人】自分でできる部分はそのままが... 人と会話できる場所があれば行... 【長男】できるだけ自分で介護をしたい... 【夫】特養入所中。自分は手伝えないので...</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用者や家族の意向を記載していますか。</li> <li>かかわりのある別居家族にも確認をとっていますか。</li> <li>利用者及び家族の意向が異なる場合は、各々の主訴を区別して記載していますか。</li> </ul>
------------------	---	--

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	<p>給付制限（自己負担3割 平成28年3月15日～平成29年6月30日）</p> <p>被保険者証より転記する。 何もない場合は、「なし」等記載</p>
------------------------	---

総合的な援助の方針	<p>本人の自立意欲を尊重しながら... ①心房細動、高血圧等の既往... 家事などのうち、できる... ②毎週火・木曜日はデイサー...</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>課題分析により抽出された「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応させていますか。</li> <li>各種サービス担当者がどのようなチームケアを行うのか、総合的な視点で目指すべき方向性を記載していますか。</li> <li>あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定されている場合には、対応機関やその連絡先等について記載していますか。</li> </ul>
-----------	---	---

生活援助中心型訪問介護を位置付ける必要がある場合には○をつける 説明・同意したことを証明する文言・年月日・署名・押印

生活援助中心型の算定理由	<p>1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 <b>③</b> その他（ <u>家族就業... 平日の支援を行うため</u> ）</p>
--------------	---

居宅サービス計画書について説明を受け、同意します。 令和3年8月1日 署名 富津 花子 

## 居宅サービス計画書（2）

作成年月日 令和3年8月1日

利用者名 富津 花子 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
<p>課題分析結果をもとに、優先純度合いの高いものから順に記載する</p> <p>本人が主体的・意欲的に取り組める表現にする</p> <p>実際に行われているケアの内容や介護目標そのものをニーズにはしない</p>	<p>一人で屋内の移動ができるようになる</p> <p>長期的に見て、総合的な援助の方針と一致していますか。</p> <p>認定期間も考慮した期間設定となっていますか。</p> <p>個々の解決すべき課題に対応して設定していますか。</p>	<p>H29.4.1</p> <p>～</p> <p>H29.10.1</p>	<p>一人で屋内の移動ができるようになる</p> <p>長期目標を達成するための具体的な活動の目標となっていますか。</p> <p>サービス提供事業所が作成する個別サービス計画を立てる際の指標となっていますか。</p> <p>モニタリングの際に達成度が分かるよう具体的な目標設定となっていますか。</p>	<p>H29.4.1</p> <p>～</p> <p>H29.7.31</p>	<p>「短期目標」の達成に必要なサービス内容となっていますか。</p> <p>個別サービス計画を立てるのに必要なサービス項目（送迎・食事等）や体制加算以外の加算（入浴等）も記載します。</p> <p>セルフケア・家族・インフォーマルな支援、保険・医療・福祉等のサービスを包括的に記載していますか。</p> <p>身体介護と生活援助の内容は分けて記載していますか。</p>	<p>※1</p>	住宅改修	富津工務		H29.4.1
							訪問介護	ヘルパーステーション 富津	週2回	H29.4.1 ～ H29.7.31
							家族	長男	随時	H29.4.1 ～ H29.7.31
							かかりつけ医	富津病院	月2回	H29.4.1 ～ H29.7.31
							家族	長男	毎日	

課題分析結果をもとに、優先純度合いの高いものから順に記載する

本人が主体的・意欲的に取り組める表現にする

実際に行われているケアの内容や介護目標そのものをニーズにはしない

長期的に見て、総合的な援助の方針と一致していますか。

認定期間も考慮した期間設定となっていますか。

個々の解決すべき課題に対応して設定していますか。

長期目標を達成するための具体的な活動の目標となっていますか。

サービス提供事業所が作成する個別サービス計画を立てる際の指標となっていますか。

モニタリングの際に達成度が分かるよう具体的な目標設定となっていますか。

「短期目標」の達成に必要なサービス内容となっていますか。

個別サービス計画を立てるのに必要なサービス項目（送迎・食事等）や体制加算以外の加算（入浴等）も記載します。

セルフケア・家族・インフォーマルな支援、保険・医療・福祉等のサービスを包括的に記載していますか。

身体介護と生活援助の内容は分けて記載していますか。

訪問介護など正式なサービス名称及び事業所名を記載する。

家族・インフォーマルの支援についても誰が行うのか記載していますか。

サービスや特定の事業所に偏りはないですか。

短期目標の期間と連動していますか。

・福祉用具貸与または特定福祉用具販売を計画に位置付ける場合は、「生活全般の解決すべき課題」や「サービス内容」等に該当サービスを必要とする理由が明らかになるように記載します。

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」に

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 令和3年8月1日

利用者名 富津 花子 殿

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>第2表に掲げられたサービスを、介護保険内外を問わずすべて記載します。</li> <li>第2表の「援助内容」の「頻度」と合っていますか。</li> <li>早朝、深夜、土日のサービスが利用者や介護者の状況に応じて適切に組み込まれていますか。</li> </ul>							起床
	10:00								
午前	12:00	配食サービス	9:00~17:00	訪問介護 11:15~12:30	9:00~17:00	訪問介護 11:15~12:30			食事
	14:00								
午後	16:00								主な介護者の平均的な一日の過ごし方を把握して記載します。
	18:00								
夜間	20:00			長男入浴見守			長男入浴見守		夕食 入浴
	22:00								就寝
深夜	24:00								
	2:00								
夜	4:00								
週単位以外のサービス		住宅改修(手すり設置)・福祉用具(歩行補助フス)・通院介助 月2回(長男付添い)							

・週単位以外の支援やサービス、医療、保険福祉サービスについて記載。無い場合は「なし」等記載します。

### サービス担当者会議の要点

利用者名 富津 花子 殿 居宅サービス計画作成者(担当者)氏名 千葉 景三  
 開催日 令和3年8月1日 開催場所 利用者居宅 開催時間 15:00~15:40 開催回数 2

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
利用者・家族の出席 本人：【 】 家族：【 】 (続柄： )	本人	富津 花子 様	ヘルパーステーション富津	A サービス担当者	富津病院 (主治医)	C 医師
	長男	富津 太郎 様	通所介護事業所	B サービス担当者		
※備考	<ul style="list-style-type: none"> <li>・検討するうえでのテーマが明確になっていますか。</li> <li>・項目ごとに番号をつけて記載していますか。</li> <li>・会議に参加できない担当者が居る場合には、照会した年月日、内容及び回答を記載します。</li> </ul>					
検討した項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療系サービスの場合、主治医の意見及び検討内容を記載します。</li> <li>・サービス内容だけでなく、提供方法、留意点、頻度、時間など具体的に記載します。</li> <li>・検討項目番号に対応させて記載し、すべての内容を検討します。</li> </ul>					
検討内容	<p>主治医</p> <p>①本人 長男</p> <p>②身体状況 生活状況 困りごと・生活ニーズ⇒</p> <p>③別紙「居宅サービス計画書(別紙)」</p> <p>長男の</p> <p>・福祉</p> <p>・長男</p> <p>「は行きたい」「たい。」</p>					
結論	<ul style="list-style-type: none"> <li>・テーマにあった結論となっていますか。</li> <li>・結論が明確かつ具体的に記載されていますか。</li> <li>・検討項目番号に対応させて記載し、すべてに結論を出していますか。</li> </ul>					
残された課題 (次回開催時期)	<p>1ヶ月ごとに実施予定</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・未充足となったニーズとその理由(社会資源の不足・本人希望等)について記載します。</li> <li>・結論が出なかったものは、その旨となぜ解決できないのか理由を記載します。</li> <li>・次回開催時期、開催方針等を記載していますか。</li> </ul>					

## 居宅介護支援経過

利用者名 富津 花子 様

居宅サービス計画作成者氏名 千葉 県三

・訪問、電話、サービス担当者会議等での連絡や相談、決定事項等があった場合その日付と相談や会議内容、決定事項等の内容を記載します。			
令和3年8月1日(水)	【初回電話相談】		提案した。
10:00	利用者の長男より電話あり。 64歳 女性 長男と二人暮らし 今後の生活に不安があるが、介護保 したい。		<ul style="list-style-type: none"> <li>・支援経過は公的な記録であり、ケアマネジャーの個人的なメモではありません。</li> <li>・必要に応じた訪問をしていますか。</li> <li>・月1回はモニタリングの結果を記録していますか。</li> <li>・主観的ではなく、客観的な事実に基づいた記載となっていますか。</li> <li>・訪問・電話など事実を把握した方法を記載していますか。</li> </ul>
14:00	本日 14:00 に訪問し、話を進めて 【本人・長男と面談】 利用者宅訪問。介護保険被保険者証 基本情報・アセスメント収集する		
	【契約について】 サービス利用 て利用者・長 あわせて、 連絡先を伝え		<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス担当者会議の意見を電話等で照会した場合は記載していますか。</li> <li>・やむをえない理由がある場合等、一連の流れどおりに業務が行えない場合は、その旨と理由を記載していますか。</li> <li>・特段の事情から居宅を訪問できない場合には、その理由について記録していますか。</li> </ul>
	【サービス提供事業所の選択】 訪問介護、通所介護、福祉用具貸与、住宅改修の利用希望あり 事業所を提示し、選択が可能であること、理由を求めることがで		
※ターミナルケアマネジメントを受けることについて利用者（家族）が同意した時点以降は次に掲げる事項を支援経過として記録します。			
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 終末期の利用者の心身又は家族の状況の変化や環境の変化及びこれらに対して居宅介護支援事業者が行った支援についての記録</li> <li>・ 利用者への支援にあたり、主治医およびケアプランに位置付けたサービス事業者等を行った連絡調整に関する記録</li> </ul>			



認定済・申請中

令和3年8月分

サービス利用票・提供票（兼居宅サービス計画）

居宅介護支援事業者→利用者

保険者番号	1 2 2 2 6 7	保険者名	富津市	居宅介護支援事業者事業所名 担当人名	ケアプランセンター富津 千葉県三	作成年月日	令和 3年 8月 1日	利用者確認 富津 8/29			
被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	フリガナ 被保険者氏名	フツツ ハナコ 富津 花子	保険者確認印		届出年月日	平成 年 月 日				
生年月日	明・大・昭 27年 5月 3日	性別	男・女	要介護状態区分 変更後 要介護状態区分	支1 支2 経 1 2 3 4 5 支1 支2 経 1 2 3 4 5 平成 年 月 日	区分支給 限度基準額	16,692単位/月 期間	限度額適用 期間	令和3年8月から 令和4年7月まで	前月までの 短期入所利用 日数	0日

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者 事業所名	月間サービス計画及び実績の記録																																
			日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計
			曜日	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	回数	
11:15~ 12:30	身体2生活1	ヘルパーステーション 富津	予定				1	1				1	1							1	1							1	1					8	
9:00~ 17:00	通所介護I 31	通所介護事業所富津	予定			1	1				1	1							1	1							1	1					8		
	通所介護個別機能訓練 加算I	通所介護事業所富津	予定			1	1				1	1							1	1							1	1					8		
	歩行補助つえ貸与	富津介護用品店	予定	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	30		
			予定																																
			実績																																
			予定																																
			実績																																

・第2表・第3表に記載されているサービスの種類や頻度等との整合性を確認しましたか。  
 ・1部利用者に交付し、印又は署名をもらったものを控えとして保管していますか。  
 （この同意を得た日の日付を明記していますか（欄外でも可能）。）  
 ・同意を得た後速やかに事業所に提供票を交付していますか。

サービス利用票別表・提供票別表

作成年月日 年 月 日

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引適用後		回数	サービス単位/金額	種類支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	単位数 単価	費用総額 (保険対象分)	給付率 (%)	保険給付額	利用者負担 (保険対象分)	利用者負担 (全額負担分)
					率%	単位数												
ヘルパーステーション富津	1273199999	身体2生活1	5111	455			8	3640				3640	10	36400	70	25480		10920
通所介護事業所富津	1273101234	通所介護I31	2441	656			8	5248				5248	10	52480	70	36736		15744
通所介護事業所富津	1273101234	通所介護固形訓練部練習I	5051	46			8	368				368	10	3680	70	257		3423
富津介護用品店	1273198765	歩行補助つえ貸与	1010	75				75				75	10	750	70	525		225
・利用料、自己負担額の明細です。 ・事業所ごとの合計サービス単位数が、給付管理票の各事業所の給付計画単位数と合っていますか。																		
					区分支給限度基準額(単位)			合計	9331			0	9331	93310		62998		30312

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数	サービス種類	種類支給限度基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数
訪問介護				通所リハビリテーション			
訪問入浴介護				福祉用具貸与			
訪問看護				短期入所生活介護			
訪問リハビリテーション				短期入所療養介護			
通所介護				合計			0

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数
0	0	0

## 利用者基本情報

計画作成者氏名： \_\_\_\_\_

### 《基本情報》

相談日	令和3年7月29日 (金)	来所 電話 その他 ( )	初回 再来 (前 / )
把握経路	1. 介護予防検診 2. 本人からの相談 ③. 家族からの相談 4. 非該当 5. 新予防からの移行 6. 関係者 7. その他 ( )		
本人の状況	在宅・入院又は入所中 ( )		
フリガナ 本人氏名	男・女	M・T・S	10年 1月 1日生 (84) 歳
住所	TEL	( )	
	FAX	( )	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
認定情報	非該当・要支援1・要支援2 認定期限： 令和2年8月1日 ~ 令和3年7月31日 (前回の介護度 要支援1 )		
障害等認定	身障 ( )・療養 ( )・精神 ( )・難病 ( )・その他 ( )		
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室 (有) 1階・無 )・住居改修 (有・無) 浴室 (有・無) 便所 (洋式・和式) 段差の問題 (有・無) 床材、じゅうたんの状況 ( ) 照明の状況 ( ) 履物の状況 ( )		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・その他 ( )		
来所者 (相談者)	続柄	長男	
住所			
緊急 連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先
	@@ @@	長男	富津市@@ 0439-80-@@@@
	@@ @@	長男 の妻	富津市@@ 0439-80-@@@@

**家族構成**

◎=本人、○=女性、□=男性  
 ●■=死亡、☆=キーパーソン  
 主介護者に「主」  
 副介護者に「副」  
 (同居家族等○で囲む)

君津市在住 (circled)  
 東京都在住 (circled)  
 近隣に在住 (circled)  
 日中独居 (有・無)  
 家族関係等の状況

## 利用者基本情報

### 《介護予防に関する事項》

今までの生活	K市で出生。結婚を期に富津市@@@ @@@の仕事をしていたが、出産後、 息子と娘が一人ずついるが、結婚を 長男は近隣に在住、長女は東京へ嫁 現在は、近隣に住む長男夫妻が主介護者となっている。緑内障により右目の視力がないが 長年住み慣れた家であり、下肢筋力の低下があるものの、これまでは、大きな問題なく 生活していたが、昨年12月頃から短期間に何度も転倒を外出の機会が減った。		
現在の生活状況 (どんな暮らし を 送っているか)	1日の生活・過ごし方	趣味・楽しみ・特技	
	午前中は洗濯や掃除などの自分ができる 範囲の家事を行う。	近隣の友人宅に行きおしゃべりをしたり、 高齢者の集いに出かけるなどの交流が楽し みとのこと。	
	午後はテレビを見たり、午前中に行わな かった家事をしたりして過ごす。	以前は～～	
	起床から就寝までの1日の流れや日 課にしていることなど、1日の過 ごし方を記載します。	現在の趣味だけではなく、以前取り 組んでいたものも聞き取り記載しま す。	
	6 7 12	友人・地域との関係	交流頻度や方法、内容などを書く。
	19:00 夕食 21:00 就寝		

### 《現病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)	経過	治療中の場合は内容
平成28年10月	緑内障	G眼科	TEL 治療中	
平成25年6月		C歯科	TEL	
平成2年ごろ	高血圧症 捻挫・打撲	A病院 ☆	TEL	
			TEL 経観中	

### 《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医の意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

年 月 日 氏名

印



- ・訪問、電話、サービス担当者会議等での連絡や相談、決定事項等があった場合その日付と相談や会議内容、決定事項等の内容を記載します。
- ・事実の記載は最重要事項ですが、その事実に基づき介護予防サービス計画の修正が必要と考えられた場合などは、記録を残すことも重要です。

年月日	内容	年月日	内容
平成31年1月30日(水)	<p><b>【初回電話相談】</b></p> <p>利用者の長男の妻より電話あり。</p> <p>84歳 女性 一人暮らし</p> <p>短期間に転倒を繰り返し、外出機会が減っている。</p> <p>デイサービス等を利用し、外出機会を増やしたいとのこと。</p> <p>本日14:00に訪問し、話を進めていくこととなる。</p>	平成31年1月31日(木)	<p><b>【サービス担当者会議】</b></p> <p>・開催場所：利用者宅</p> <p>・開催時間：14:00～15:00</p> <p>・参加者：本人、△デイサービス(氏名)、〇〇福祉用具事業所(氏名) 長男、長男妻、〇〇建設、担当ケアマネ(事業所名、氏名)</p> <p>・検討内容：介護予防サービス計画書原案について</p> <p>心身状況…先々月より転倒を繰り返している。現在は転倒をしていないが、転倒を繰り返した不安から、閉じこもりがちな生活となっている。下肢筋力低下が見受けられる。</p> <p>〇〇福祉用具事業所@@氏…屋外用の歩行補助杖は、~~~のため、~~~がよいと思われます。</p> <p>△デイサービス@@氏…ご利用者様のご希望と、~~~のため、月・水のご利用でいかがでしょうか。下肢筋力低下が見受けられるとのことなので、事業所では体操を行い、また自宅でもできる運動を覚えていきましょう。</p> <p>・結論：通所型サービスを週2回9:00～16:00の利用と、歩行</p>
10:00		14:00	
14:00	<p><b>【本人・長男夫婦と面談】</b></p> <p>利用者宅訪問。介護保険被保険者証を確認。</p> <p>基本情報・アセスメント収集する</p> <p><b>【契約について】</b></p> <p>サービス利用開始にあたり、契約書及び重要事項説明書等について利用者・長男に説明し、同意・押印いただき1部交付する。</p> <p>あわせて、入院した際には、担当の介護支援専門員の氏名及び連絡先を伝えるようお願いし、同意を得た。</p> <p><b>【サービス提供事業所の選択】</b></p> <p>通所介護、福祉用具貸与、住宅改修の利用希望あり事業所を提示し、選択が可能であること、理由を求めることができることを説明し、選択してもらう。</p>		

- ・支援経過は公的な記録であり、ケアマネジャーの個人的なメモではありません。
- ・必要に応じた訪問をしていますか。
- ・主観的ではなく、客観的な事実に基づいた記載となっていますか。
- ・訪問・電話など事実を把握した方法を記載していますか。

※1 介護予防支援経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察(生活の活発さ)の観察、介護予防支援や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を記入する

※2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者(所属(職種)氏名)、検討した内容等を記入する。

介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス 評価表

評価日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

利用者名 \_\_\_\_\_ 様

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

目 標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針
						未達成の場合、達成に向けての具体的な方針を記載します。

総合的な方針	地域包括支援センター意見	
	<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防特定高齢者施策 <input type="checkbox"/> 介護予防一般高齢者施策 <input type="checkbox"/> 終了

## 短期入所利用日数が認定有効期間の半数を超える理由書

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

(ふりがな)				保険者番号	122267		
被保険者氏名				被保険者番号			
生年月日	明・大・昭	年	月	日 ( 歳)	性別		
住所	富津市						
要介護度			認定有効期間	_____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日			
家族状況 (主たる介護者に◎)	主	氏名	続柄	年齢	生活の状況 (職業・介護の状況・心身の状況等)		
短期入所利用が「特に必要である」理由 (該当に○)	1) 認定調査項目における認知症高齢者の日常生活自立度 (Ⅲa Ⅲb Ⅳ M)の状態から、同居の家族等による介護が困難の状態 2) 同居の家族などが高齢、疾病等にあり在宅で十分な介護がうけられない 3) 自宅などが火災などの被害をうけ、あるいは同居する家族に不測の事態が生じ在宅に戻れる状態ではない 4) その他やむを得ない理由						
長期にわたり短期入所サービスを利用する理由	1) 他の介護サービスでは対応困難な理由・状況がわかるように記載してください						
	2) 1) の状態が 解消する見込みがある ⇒ 予定 _____年 _____月 頃 ない ⇒ 入所施設申込済 (施設名: _____) その他 ( _____ )						
利用状況	有効期間の半数を超える月: _____年 _____月						
今後の予定	1) 連続して短期入所を利用する (保険適用外の利用を含む) 2) 月に _____日程度、自宅で過ごす 3) その他 ( _____ )						
富津市長 様 上記の理由により、短期入所サービス利用日数が認定有効期間の半数を超える計画を作成しましたので必要書類を添えて届け出ます。 事業所名 _____ 電話 _____ 事業所所在地 _____ 管理者名 _____ 担当介護支援専門員 _____							

- \*提出時期  長期利用が見込まれたとき (利用開始時)  
 利用が認定有効期間のおおむね半数を超える月の前月

\*添付書類

- 短期入所利用を位置づけた最初の居宅サービス計画書第1～3表又は介護予防サービス・支援計画書  
 サービス担当者会議の要点



## 「短期入所利用日数が認定有効期間の半数を超える理由書」の提出について

### 【短期入所サービスの長期利用について】

短期入所サービスは、要介護者が在宅生活を維持する観点から利用者の心身機能の維持と家族の身体的・精神的負担の軽減を図るためのサービスであり、長期的利用を想定したものではありません。

### ○指定居宅介護支援の具体的取扱方針

介護支援専門員は、居宅サービス計画に短期入所生活介護又は短期入所療養介護を位置付ける場合にあっては、利用者の居宅における自立した日常生活の維持に十分に留意するものとし、利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合を除き、短期入所生活介護及び短期入所療養介護を利用する日数が要介護認定のおおむね半数を超えないようにしなければならない。

このため、短期入所サービスを長期利用しないための検討を行っているか、また、利用者の心身状況や環境、意向等を勘案しつつ適切な評価に基づきケアプランが作成されており、「特に必要と認められる場合」であるか確認するために理由書の提出をお願いします。

### 【提出時期】

「認定有効期間の半数を超える利用を計画したとき」に提出してください。

例 1) 新規または認定結果が出た後に行うサービス担当者会議において、認定有効期間の半数を超えるケアプランになった場合

⇒サービス担当者会議を開催し、本人の同意が得られた後に速やかに提出してください。

例 2) 本人の心身状況や家族の介護状況の変化により、短期入所サービスの利用が認定有効期間の半数を超えるケアプランになった場合

⇒見直したケアプランについてサービス担当者会議を開催し、本人の同意が得られた後に速やかに提出してください。

有効期間に応じて、下記を参考に提出してください。

- ・認定有効期間 6 か月⇒累計の利用日数が 90 日になる前月までに
- ・認定有効期間 12 か月⇒累計の利用日数が 180 日になる前月までに
- ・認定有効期間 24 か月⇒累計の利用日数が 360 日になる前月までに
- ・認定有効期間 36 か月⇒累計の利用日数が 540 日になる前月までに

### 【提出書類】

○短期入所利用日数が認定有効期間の半数を超える理由書

○添付書類（利用者同意（署名・押印など）があるものの写し）

- ・居宅サービス計画書（1）（2）または、介護予防サービス・支援計画書
- ・週間サービス計画表　・サービス担当者会議の要点

※サービス担当者会議の要点（写し）には、各サービス担当者の意見等を踏まえた今後の支援の方針が記載されていることを確認してください。

### 【留意事項】

- ・利用日数は、介護給付日数です。支給限度日数及び支給限度基準額を超えて利用者が全額自己負担した短期入所サービスの日数については含まれません。
- ・理由書の提出が無い場合や、提出された理由書において必要性が確認できなかった場合、保険給付の返還対象となる場合もありますので、ご注意ください。

軽度者（要支援1・2、要介護1）に対する指定福祉用具  
貸与に係るサービス担当者会議録の内容チェックリスト

被保険者番号		受 付 日
被 保 険 者 名		
要 介 護 度		
認 定 日		
認定有効期間	～	

審査内容（事業者名 担当 電話番号）

	サービス担当者会議録の内容確認	担当者	市確認
1	サービス計画書の写し等の提出 第1～4表、第6・7表、医師の医学的な所見がわかるもの ※貸与品の詳細が記載されていない場合、カタログの写し等も提出		
2	サービス担当者会議開催日（暫定） ( 年 月 日 )		
3	サービス担当者会議記録の記載内容 ・出席者 ・福祉用具専門相談員の意見 ・例外給付の必要性についての検討内容		
4	医師の医学的な所見の確認方法（○をつける） ( )医師がサービス担当者会議に出席 ( )診断書等（主治医意見書、カンファレンスの記録など） ( )その他（ )		
5	医師の医学的な所見の記載内容 ・主治医の病院名 ・主治医の氏名 ・疾病その他の原因 ・福祉用具についての意見 ・例外給付の対象となる状態		
6	例外給付の対象となる状態（○をつける） ( )i 日によって又は時間によって状態が変動しやすい ( )ii 短期間のうちに、状態が急速に悪化しやすい ( )iii 身体への重大な危険性、症状の重篤化の回避等の医学的判断		
7	福祉用具貸与品目（○をつける） ・車いす ・車いす付属品 ・移動用リフト ・特殊寝台 ・特殊寝台付属品 ・床ずれ防止用具 ・体位変換器 ・認知症老人徘徊感知機器 ・その他（ )		
8	福祉用具貸与品の利用開始日（予定） ( 年 月 日 )		
9	現在、医療機関又は介護保険施設に入所しているか。 (退院又は退所の予定日等 年 月 日)		

◎ 項目を満たしているか確認し、担当者の欄に押印又はサインをしてください。

介護福祉課での審査結果

年 月 日、指定福祉用具貸与は適当と認める。

軽度者に対する福祉用具貸与（例外給付）の取扱い

対象 下表の※又は、下表に該当しない方で、要支援、要介護1の方に対する車イス、車イス付属品、特殊寝台、特殊寝台付属品、床ずれ防止用具、体位変換器、認知症老人徘徊感知機器、移動用リフト等の貸与。自動排泄処理装置は、要介護2・3の方も申請対象。

提出書類：●チェックリスト

- 居宅サービス計画書（第1～3表）
- サービス担当者会議の要点（第4表）
- サービス利用票・別表（第6・7表）
- 医師の医学的な所見がわかるもの ※「ウ 市による判断」に該当する場合のみ
- 貸与品がわかるもの（カタログの写しなど）

指定福祉用具貸与費軽度者例外給付マニュアルをご確認の上、申請してください。

※ サービス担当者会議録においてチェックリスト項目が確認できること。

特殊寝台付属品を数点貸与する場合は、それぞれ必要な理由を記載してください。

○特殊寝台の貸与は、普通のベッドでは起き上がりや寝返りが困難な方のみ。

○サイドテーブルの貸与は、移動が困難でベッド上で食事をしなければならない方など

種目	貸与が認められる状態	可否の判断基準
車いす及び 車いす付属品	日常的に歩行が困難な者	基本調査 1-7：歩行「できない」
	日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	※
特殊寝台及び 特殊寝台付属品	日常的に起き上がりが困難な者	基本調査 1-4：起き上がり「できない」
	日常的に寝返りが困難な者	基本調査 1-3：寝返り「できない」
床ずれ防止用具及び 体位変換器	日常的に寝返りが困難な者	基本調査 1-3：寝返り「できない」
認知症老人 徘徊感知器	次の①②いずれにも該当する者  ①意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある ②移動において全介助を必要としない	①基本調査 3-1：意思の伝達「調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外／または 3-2～3-7：記憶・理解のいずれか「できない」 ／または 3-8～4-15：問題行動のいずれか「ない」以外 その他、主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む。 ②基本調査 2-2：移動「全介助」以外
移動用リフト	日常的に立ち上がりが困難な者	基本調査 1-8：立ち上がり「できない」
	移乗が一部介助または全介助を必要とする者	基本調査 2-1：移乗「一部介助」または「全介助」
	生活環境において段差の解消が必要と認められる者	※
自動排泄処理装置	次の①②いずれにも該当する者 ①排便が全介助を必要とする者 ②移乗が全介助を必要とする者	①基本調査 2-6：排便「全介助」 ②基本調査 2-1：移乗「全介助」

訪問介護サービスにおける生活援助算定申請書

被 保 険 者	氏 名			被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭	年 月 日	性 別	
	住所				
	要介護区分	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5			
	認定有効期間	年 月 日 から		年 月 日 まで	
世 帯 構 成		氏 名	続柄	生活の状況（障害区分・疾病名・生活の状況等）	
	世帯主				
	世帯員				
家 事 援 助 が 困 難 な 理 由	.....				
	.....				
	.....				
	.....				
	.....				
	.....				
	.....				
	.....				
<p>富津市長 様</p> <p>上記の理由により、ケアプランを添えて、訪問介護サービスにおける生活援助算定を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>事業所名</p> <p>住 所</p> <p>管理者名</p> <p>介護支援専門員名</p>					

## 同居家族が居る場合における生活援助の算定

同居家族（同一敷地内の別棟に居住を含む）の障害、疾病等の理由としては下記の理由が挙げられます。

- ① 障害者手帳（身体・知的・精神）を有していること
- ② 家事を行うことが困難な疾病であること
- ③ 要介護認定を受けていて、家事が困難であること
- ④ 家族等が就労等で長時間に渡り不在であり、実質独居状態であること

※ ケアプランにおいて、どのような援助を行うか具体的に記載してください。

※ 直接被保険者本人の援助に該当することであり、必要最低限のこととする。

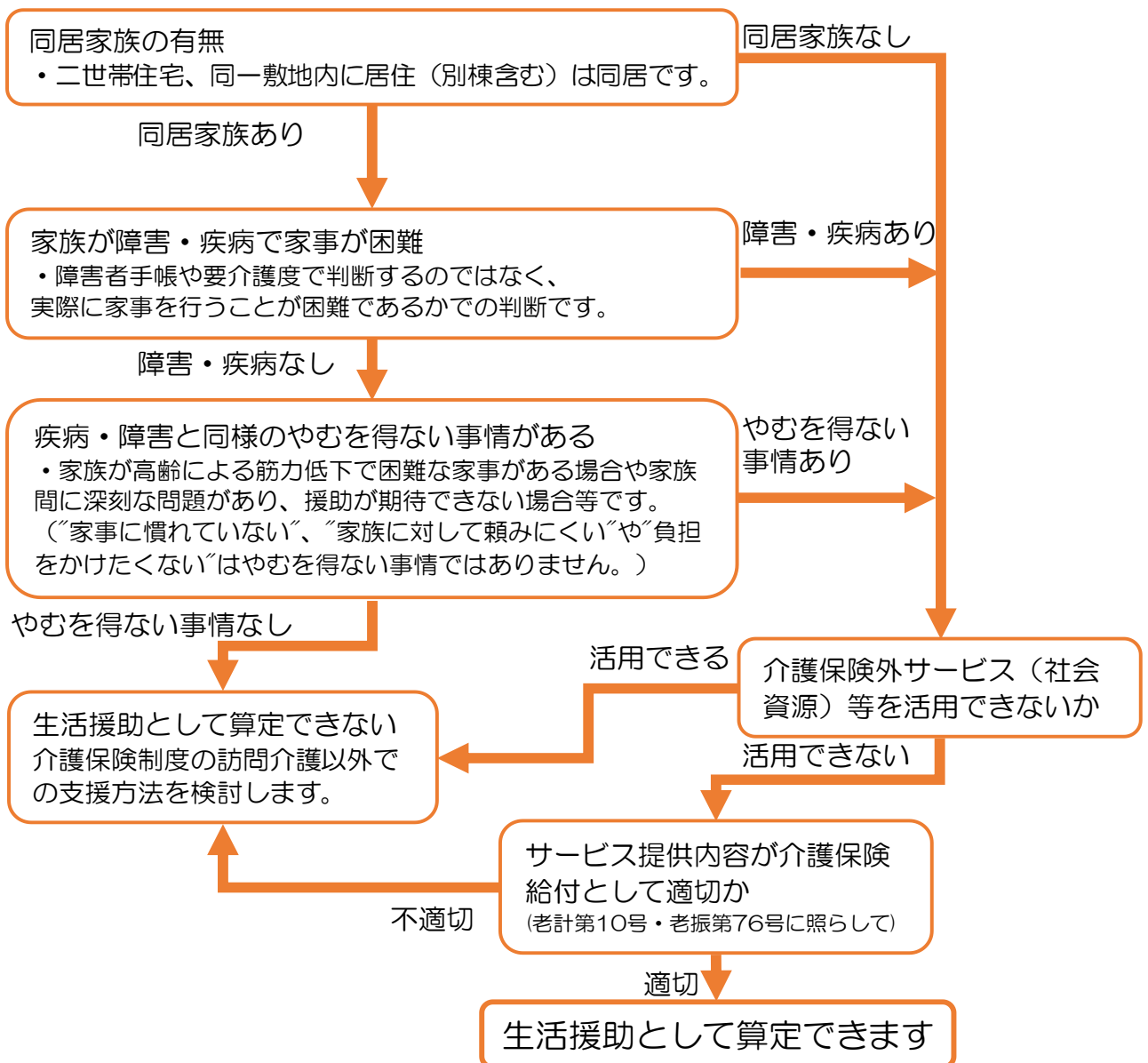
○上記④の理由による場合、共有使用となる玄関、風呂場等の清掃は家族で行うこととなります。

○訪問入浴や、デイサービス・ショートステイにて入浴されている場合の清掃もできません。

提出書類：訪問介護サービスにおける生活援助算定申請書

居宅サービス計画書（第1表～第4表、第6表、第7表）または介護予防サービス・支援計画表

### 【生活援助算定の流れ】



の写し



【老計第10号 平成12年3月17日（最終改正平成30年3月30日）】

### 訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について

訪問介護の介護報酬については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス及び居宅療養管理指導に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成12年3月1日付厚生省老人保健福祉局企画課長通知）において、その具体的な取扱いをお示ししているところであるが、今般、別紙の通り、訪問介護におけるサービス行為ごとの区分及び個々のサービス行為の一連の流れを例示したので、訪問介護計画及び居宅サービス計画（ケアプラン）を作成する際の参考として活用されたい。

なお、「サービス準備・記録」は、あくまでも身体介護又は家事援助サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、サービスに要する費用の額の算定にあたっては、この行為だけをもってして「身体介護」又は「家事援助」の一つの単独行為として取り扱わないよう留意されたい。また、今回示した個々のサービス行為の一連の流れは、あくまで例示であり、実際に利用者にサービスを提供する際には、当然、利用者個々人の身体状況や生活実態等に即した取扱いが求められることを念のため申し添える。

(別紙)

## 1 身体介護

身体介護とは、(1)利用者の身体に直接接触して行う介助サービス（そのために必要となる準備、後かたづけ等の一連の行為を含む）、(2)利用者のADL・IADL・QOLや意欲の向上のために利用者と共に行う自立支援・重度化防止のためのサービス、(3)その他専門的知識・技術（介護を要する状態となった要因である心身の障害や疾病等に伴って必要となる特段の専門的配慮）をもって行う利用者の日常生活上・社会生活上のためのサービスをいう。（仮に、介護等を要する状態が解消されたならば不要※となる行為であるといえることができる。）

※ 例えば入浴や整容などの行為そのものは、たとえ介護を要する状態等が解消されても日常生活上必要な行為であるが、要介護状態が解消された場合、これらを「介助」する行為は不要となる。同様に、「特段の専門的配慮を持って行う調理」についても、調理そのものは必要な行為であるが、この場合も要介護状態が解消されたならば、流動食等の「特段の専門的配慮」は不要となる。

### 1-0 サービス準備・記録等

サービス準備は、身体介護サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。

#### 1-0-1 健康チェック

利用者の安否確認、顔色・発汗・体温等の健康状態のチェック

#### 1-0-2 環境整備

換気、室温・日あたりの調整、ベッドまわりの簡単な整頓等

#### 1-0-3 相談援助、情報収集・提供

#### 1-0-4 サービス提供後の記録等

### 1-1 排泄・食事介助

#### 1-1-1 排泄介助

##### 1-1-1-1 トイレ利用

○トイレまでの安全確認→声かけ・説明→トイレへの移動（見守りを含む）→脱衣→排便・排尿→後始末→着衣→利用者の清潔介助→居室への移動→ヘルパー自身の清潔動作

○（場合により）失禁・失敗への対応（汚れた衣服の処理、陰部・臀部の清潔介助、便器等の簡単な清掃を含む）

##### 1-1-1-2 ポータブルトイレ利用

○安全確認→声かけ・説明→環境整備（防水シートを敷く、衝立を立てる、ポータブルトイレを適切な位置に置くなど）→立位をとり脱衣（失禁の確認）→ポータブルトイレへの移乗→排便・排尿→後始末→立位をとり着衣→利用者の清潔介助→元の場所に戻り、安楽な姿勢の確保→ポータブルトイレの後始末→ヘルパー自身の清潔動作

○（場合により）失禁・失敗への対応（汚れた衣服の処理、陰部・臀部の清潔介助）

##### 1-1-1-3 おむつ交換

○声かけ・説明→物品準備（湯・タオル・ティッシュペーパー等）→新しいおむつの準備→脱衣（おむつを開く→尿パットをとる）→陰部・臀部洗浄（皮膚の状態などの観察、パッティング、乾燥）→おむつの装着→おむつの具合の確認→着衣→汚れたおむつの後始末→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作



- (場合により) おむつから漏れて汚れたりネン等の交換
- (必要に応じ) 水分補給

### 1-1-2 食事介助

○声かけ・説明(覚醒確認)→安全確認(誤飲兆候の観察)→ヘルパー自身の清潔動作→準備(利用者の手洗い、排泄、エプロン・タオル・おしぼりなどの物品準備)→食事場所の環境整備→食事姿勢の確保(ベッド上での座位保持を含む)→配膳→メニュー・材料の説明→摂食介助(おかずをきざむ・つぶす、吸い口で水分を補給するなどを含む)→服薬介助→安楽な姿勢の確保→気分の確認→食べこぼしの処理→後始末(エプロン・タオルなどの後始末、下膳、残滓の処理、食器洗い)→ヘルパー自身の清潔動作

### 1-1-3 特段の専門的配慮をもって行う調理

○嚥下困難者のための流動食等の調理

## 1-2 清拭・入浴、身体整容

### 1-2-1 清拭(全身清拭)

○ヘルパー自身の身支度→物品準備(湯・タオル・着替えなど)→声かけ・説明→顔・首の清拭→上半身脱衣→上半身の皮膚等の観察→上肢の清拭→胸・腹の清拭→背の清拭→上半身着衣→下肢脱衣→下肢の皮膚等の観察→下肢の清拭→陰部・臀部の清拭→下肢着衣→身体状況の点検・確認→水分補給→使用物品の後始末→汚れた衣服の処理→ヘルパー自身の清潔動作

### 1-2-2 部分浴

#### 1-2-2-1 手浴及び足浴

○ヘルパー自身の身支度→物品準備(湯・タオルなど)→声かけ・説明→適切な体位の確保→脱衣→皮膚等の観察→手浴・足浴→身体を拭く・乾かす→着衣→安楽な姿勢の確保→水分補給→身体状況の点検・確認→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作

#### 1-2-2-2 洗髪

○ヘルパー自身の身支度→物品準備(湯・タオルなど)→声かけ・説明→適切な体位の確保→洗髪→髪を拭く・乾かす→安楽な姿勢の確保→水分補給→身体状況の点検・確認→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作

### 1-2-3 全身浴

○安全確認(浴室での安全)→声かけ・説明→浴槽の清掃→湯はり→物品準備(タオル・着替えなど)→ヘルパー自身の身支度→排泄の確認→脱衣室の温度確認→脱衣→皮膚等の観察→浴室への移動→湯温の確認→入湯→洗体・すすぎ→洗髪・すすぎ→入湯→体を拭く→着衣→身体状況の点検・確認→髪の乾燥、整髪→浴室から居室への移動→水分補給→汚れた衣服の処理→浴槽の簡単な後始末→使用物品の後始末→ヘルパー自身の身支度、清潔動作

### 1-2-4 洗面等

○洗面所までの安全確認→声かけ・説明→洗面所への移動→座位確保→物品準備(歯ブラシ、歯磨き粉、ガーゼなど)→洗面用具準備→洗面(タオルで顔を拭く、歯磨き見守り・介助、うがい見守り・介助)→居室への移動(見守りを含む)→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作

### 1-2-5 身体整容(日常的な行為としての身体整容)

○声かけ・説明→鏡台等への移動(見守りを含む)→座位確保→物品の準備→整容(手足の爪きり、耳そうじ、髭の手入れ、髪の手入れ、簡単な化粧)→使用物品の後始末→ヘルパー自身の清潔動作

### 1-2-6 更衣介助

○声かけ・説明→着替えの準備（寝間着・下着・外出着・靴下等）→上半身脱衣→上半身着衣→下半身脱衣→下半身着衣→靴下を脱がせる→靴下を履かせる→着替えた衣類を洗濯物置き場に運ぶ→スリッパや靴を履かせる

### 1-3 体位変換、移動・移乗介助、外出介助

#### 1-3-1 体位変換

○声かけ、説明→体位変換（仰臥位から側臥位、側臥位から仰臥位）→良肢位の確保（腰・肩をひく等）→安楽な姿勢の保持（座布団・パットなどあて物をする等）→確認（安楽なのか、めまいはないのかなど）

#### 1-3-2 移乗・移動介助

##### 1-3-2-1 移乗

○車いすの準備→声かけ・説明→ブレーキ・タイヤ等の確認→ベッドサイドで端座位の保持→立位→車いすに座らせる→座位の確保（後ろにひく、ずれを防ぐためあて物をするなど）→フットレストを下げて片方ずつ足を乗せる→気分の確認

○その他の補装具（歩行器、杖）の準備→声かけ・説明→移乗→気分の確認

##### 1-3-2-2 移動

○安全移動のための通路の確保（廊下・居室内等）→声かけ・説明→移動（車いすを押す、歩行器に手をかける、手を引くなど）→気分の確認

#### 1-3-3 通院・外出介助

○声かけ・説明→目的地（病院等）に行くための準備→バス等の交通機関への乗降→気分の確認→受診等の手続き

○（場合により）院内の移動等の介助

### 1-4 起床及び就寝介助

#### 1-4-1 起床・就寝介助

##### 1-4-1-1 起床介助

○声かけ・説明（覚醒確認）→ベッドサイドでの端座位の確保→ベッドサイドでの起き上がり→ベッドからの移動（両手を引いて介助）→気分の確認

○（場合により）布団をたたみ押入に入れる

##### 1-4-1-2 就寝介助

○声かけ・説明→準備（シーツのしわをのばし食べかすやほこりをはらう、布団やベッド上のものを片づける等）→ベッドへの移動（両手を引いて介助）→ベッドサイドでの端座位の確保→

ベッド上での仰臥位又は側臥位の確保→リネンの快適さの確認（掛け物を気温によって調整する等）→気分の確認

○（場合により）布団を敷く

### 1-5 服薬介助

○水の準備→配剤された薬をテーブルの上に出し、確認（飲み忘れないようにする）→本人が薬を飲むのを手伝う→後かたづけ、確認

### 1-6 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（自立支援、ADL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）

- ベッド上からポータブルトイレ等（いす）へ利用者が移譲する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う。
- 認知小党の高齢者がリハビリパンツやパットと交換を見守り・声かけを行うことにより、一人で出来るだけ交換し後始末が出来るように支援する。
- 認知症等の高齢者に対して、ヘルパーが声かけと誘導で食事・水分摂取を支援する。
- 入浴、更衣等の見守り（必要に応じて行う介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを含む）
- 移動時、転倒しないように側について歩く（介護は必要時だけで、事故がないように常に見守る）
- ベッドの出入り時など自立を促すための声かけ（声かけや見守り中心で必要な時だけ介助）
- 本人が自ら適切な服薬ができるよう、服薬時において、直接介助は行わず、側で見守り、服薬を促す。
- 利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う掃除、整理整頓（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）
- ゴミの分別が分からない利用者と一緒に分別をしてゴミ出しのルールを理解してもらい又は思い出してもらいよう援助
- 認知症の高齢者の方と一緒に冷蔵庫のなかの整理等を行うことにより、生活歴の喚起を促す。
- 洗濯物を一緒に干したりたたんだりすることにより自立支援を促すとともに、転倒予防等のための見守り・声かけを行う。
- 利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行うベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等
- 利用者と一緒に手助けや声かけ及び見守りしながら行う衣類の整理・被服の補修
- 利用者と一緒に手助け声かけ及び見守りしながら行う調理、配膳、後片付け（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）
- 車イス等での移動介助を行って店に行き、本人が自ら品物を選べるよう援助
- 上記のほか、安全を確保しつつ譲治介助できる常態で行うもの等であって、利用者と訪問介護員等がともに日常生活に関する動作を行うことが、ADL・IADL・QOL向上の観点から、利用者の自立支援・重度化防止に資するものとしてケアプランに位置付けられたもの

## 2 生活援助

生活援助とは、身体介護以外の訪問介護であって、掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助（そのために必要な一連の行為を含む）であり、利用者が単身、家族が障害・疾病などのため、本人や家族が家事を行うことが困難な場合に行われるものをいう。（家事援助は、本人の代行的なサービスとして位置づけることができ、仮に、介護等を要する状態が解消されたとしたならば、本人が自身で行うことが基本となる行為であるということができる。）

※ 次のような行為は家事援助の内容に含まれないものであるので留意すること。

- (1) 商品の販売・農作業等生業の援助的な行為
- (2) 直接、本人の日常生活の援助に属しないと判断される行為

### 2-0 サービス準備等

サービス準備は、家事援助サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。

#### 2-0-1 健康チェック

利用者の安否確認、顔色等のチェック

#### 2-0-2 環境整備

換気、室温・日あたりの調整等

#### 2-0-3 相談援助、情報収集・提供

#### 2-0-4 サービスの提供後の記録等

### 2-1 掃除

- 居室内やトイレ、卓上等の清掃
- ゴミ出し
- 準備・後片づけ

### 2-2 洗濯

- 洗濯機または手洗いによる洗濯
- 洗濯物の乾燥（物干し）
- 洗濯物の取り入れと収納
- アイロンがけ

### 2-3 ベッドメイク

○利用者不在のベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等

### 2-4 衣類の整理・被服の補修

- 衣類の整理（夏・冬物等の入れ替え等）
- 被服の補修（ボタン付け、破れの補修等）

### 2-5 一般的な調理、配下膳

- 配膳、後片づけのみ
- 一般的な調理

### 2-6 買い物・薬の受け取り

- 日用品等の買い物（内容の確認、品物・釣り銭の確認を含む）
- 薬の受け取り

指定訪問介護事業所の事業運営の取扱等について

1、2 (略)

(別紙)

一般的に介護保険の生活援助の範囲に含まれないと考えられる事例

1. 「直接本人の援助」に該当しない行為

主として家族の利便に供する行為又は家族が行うことが適当であると判断される行為

- ・利用者以外のものに係る洗濯、調理、買い物、布団干し
- ・主として利用者が使用する居室等以外の掃除
- ・来客の応接（お茶、食事の手配等）
- ・自家用車の洗車・清掃 等

2. 「日常生活の援助」に該当しない行為

① 訪問介護員が行わなくても日常生活を営むのに支障が生じないと判断される行為

- ・草むしり
- ・花木の水やり
- ・犬の散歩等ペットの世話 等

② 日常的に行われる家事の範囲を超える行為

- ・家具・電気器具等の移動、修繕、模様替え
- ・大掃除、窓のガラス磨き、床のワックスがけ
- ・室内外家屋の修理、ペンキ塗り
- ・植木の剪定等の園芸
- ・正月、節句等のために特別な手間をかけて行う調理 等

平成22年4月20日

## 同居の家族がいる場合の訪問介護サービスにおける生活援助算定について

家族等と同居している被保険者であって、当該家族等の障害、疾病等の理由により当該被保険者又は当該家族等が家事を行うことが困難であるものに対して生活援助を算定する場合には、下記のように取扱いをお願いいたします。

### 1. 同居の定義

- ① 同一家屋に家族等が居住
- ② 二世帯住宅
- ③ 同一敷地内の別棟に居住

### 2. 同居家族の障害、疾病等の理由定義

- ① 障害者手帳（身体・知的・精神）を有していること
- ② 家事を行うことが困難な疾病であること
- ③ 要介護認定を受けていて、家事が困難であること
- ④ 家族等が就労等で長時間に渡り不在であり、実質独居状態であること
- ⑤ その他同様のやむを得ない事情であること

### 3. 生活援助の内容

直接被保険者本人の援助に該当することであり、必要最低限のこと

### 4. 算定に係る手続き

訪問介護サービスにおける生活援助算定申請書（別紙）に居宅サービス計画書の写しを添えて介護福祉課へ提出してください。

介護福祉課

0439-80-1262

富津市では、訪問介護における生活援助型の算定は、必要のないサービスなど不適切な濫用を防ぐ為に、理由が求められていて。同居者がいる場合でも身体状況や何らかのやむを得ない事情がある場合は、認めることが出来るという観点から次のような考え方により対応をしています。

例えば、家族等が就労等で、長時間にわたり日中不在であり事実上日中独居である方に生活援助を算定する場合は、事前に市に相談をするようお願いしています。具体的には、

- 1 本人ができる場合には、算定しない。
- 2 同居の親族に出来る限る協力をお願いする。
- 3 サービスをプランに位置づける場合に本人が日常生活を営む上で最低必要な内容・回数・時間となっているか。

以上の3点をサービス担当者会議の中で確認してもらっています。

また、第三者が見たときに明確な説明が出来るように、算定を決定した経過がわかる記録を残してもらう。

市としても同じように相談記録を保存しています。

以上のように一律の基準(同居家族がいるからため。)で判断するのではなく、個々の事情に応じて判断しています。





## 基準回数を超える訪問介護を位置付ける場合の届出について

### 1 届出対象

平成30年10月以降に作成又は変更した居宅サービスで下記の回数以上の生活援助中心型訪問介護を位置付けたもの

### 2 厚生労働大臣が定める回数

基準の回数（1月あたり）

※この回数には、身体介助に引き続き生活援助を行う場合を含みません。

要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
27回	34回	43回	38回	31回

### 3 届出期限

利用者の同意を得てケアプランを交付（作成・変更）した月の翌月末日（閉庁日に当たる場合は、翌開庁日）まで

ただし、認定中の場合は、結果が確定してから届出てください。

例) 令和4年10月に作成 ⇒ 届出期限 令和4年11月末

### 4 提出書類

① 基準回数を超える訪問介護を必要とする理由書

② 居宅サービス計画書（1表～4表）

※「第1表」は、利用者へ交付した後の署名があるもの

③ 訪問介護計画書の写し

### 5 その他

届出なくサービス利用をした場合、またサービス利用に妥当性がないと判断した場合は、保険給付の対象にならない場合があります。

提出いただいたケアプランについては、今後の地域ケア会議にて、検証事例とする場合があります。対象となった場合は、改めてご連絡いたしますので資料の提出等にご協力をお願いします。

### 6 担当（提出先）

〒293-8506 富津市下飯野 2443 番地

富津市役所 健康福祉部 介護福祉課

TEL 0439-80-1262

※郵送の場合は、個人情報の取扱いにはご注意ください。

## 事故報告書（事業者→〇〇市（町村））

※第1報は、少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出すること

※選択肢については該当する項目をチェックし、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること

<input type="checkbox"/> 第1報	<input type="checkbox"/> 第___報	<input type="checkbox"/> 最終報告
------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

提出日：西暦 年 月 日

1事故状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
	死亡に至った場合 死亡年月日	西暦		年		月		日				
2事業所の概要	法人名											
	事業所（施設）名								事業所番号			
	サービス種別											
	所在地											
3対象者	氏名・年齢・性別	氏名				年齢				性別：	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
	サービス提供開始日	西暦		年		月		日	保険者			
	住所	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> その他 ( )										
	身体状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 自立									
		認知症高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M									
4事故の概要	発生日時	西暦		年		月		日		時	分頃（24時間表記）	
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室（個室） <input type="checkbox"/> 居室（多床室） <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外 <input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
		事故の種別	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連（チューブ抜去等）									
			発生時状況、事故内容の詳細									
	その他 特記すべき事項											
5事故発生時の対応	発生時の対応											
	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応 <input type="checkbox"/> 受診(外来・往診) <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
	受診先	医療機関名						連絡先（電話番号）				
	診断名											
	診断内容	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(部位： )										
		<input type="checkbox"/> その他 ( )										
検査、処置等の概要												

6 事 故 発 生 後 の 状 況	利用者の状況								
	家族等への報告	報告した家族等の 続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者		<input type="checkbox"/> 子、子の配偶者		<input type="checkbox"/> その他 ( )		
		報告年月日	西暦		年		月		日
	連絡した関係機関 (連絡した場合のみ)	<input type="checkbox"/> 他の自治体 自治体名 ( )		<input type="checkbox"/> 警察 警察署名 ( )		<input type="checkbox"/> その他 名称 ( )			
本人、家族、関係先等 への追加対応予定									
7 事故の原因分析 (本人要因、職員要因、環境要因の分 析)	(できるだけ具体的に記載すること)								
8 再発防止策 (手順変更、環境変更、その他の対応、 再発防止策の評価時期および結果等)	(できるだけ具体的に記載すること)								
9 その他 特記すべき事項									





【記入例】

1日

## 介護給付費過誤申立書

富津市長 様

事業所名 居宅介護支援事業所〇〇  
所在地 富津市下飯野△△番地  
電話 0439-80-××××  
請求事務担当者 千葉 県三

下記のとおり過誤を申し立てます。

事業所番号	1	2	3	7	1	0	0	0	0	0
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由コード				申立事
0000000000	富津 花子	令和4年4月	1	0	0	2	請求誤りによる取下げ
0000000000	富津 花子	令和4年5月	4	0	4	2	適正化による実績取
0000000000	富津 花子	令和4年6月	4	1	9	9	市指導監査による

申立事由コードは、様式番号と申立事由を組み合わせて表します。

それぞれ下表を確認してください。

例)「請求誤り」により、「居宅介護支援費」の請求明細書を取り下げる場合は、「4002」となります。

様式番号				申立事由番号	
介護給付費		介護予防・日常生活支援総合事業費		介護給付費／総合事業費 共通	
10	居宅サービス	10	介護予防・日常生活支援総合事業 (訪問介護・通所型サービス・その他の生活支援サービス)	01	台帳誤り修正による保険者申立の過誤調整
11	予防サービス			02	請求誤りによる実績取下げ
21	短期入所			09	時効による保険者申立の取下げ
24	予防短期	20	介護予防・日常生活支援総合事業 (介護予防ケアマネジメント)	11	台帳誤り修正による事業所申立の過誤調整
22	老健短期			32	給付管理票取消による実績の取下げ
25	予防老健短期			42	適正化(その他)による保険者申立の過誤取 下げ
23	病院短期			43	適正化(ケアプラン点検)による保険者申立 の過誤取下げ
26	予防病院短期			44	適正化(介護給付費通知)による保険者申立 の過誤取下げ
30	認知症共同			45	適正化(医療突合)による保険者申立の過誤 取下げ
31	予防認知症共同			46	適正化(縦覧点検)による保険者申立の過誤 取下げ
32	特定施設			47	適正化(給付実績を活用した情報提供)による 保険者申立の過誤取下げ
33	予防特定施設			62	不正請求による実績取下げ
34	認知症短期			90	その他の事由による台帳過誤
35	予防認知症短期			99	その他の事由による実績の取下げ
36	特定施設短期				
40	計画費				
41	計画費(予防)				
50	福祉施設				
60	老健				
70	療養型				

## 入院時情報提供書

医療機関



居宅介護支援事業所

医療機関名：

事業所名：

ご担当者名：

ケアマネジャー氏名：

TEL：

FAX：

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

### 1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	男	女
		生年月日	明・大・昭	年	月	日生
住所	〒	電話番号				
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	住居の種類(戸建て・集合住宅)、__階建て、居室__階、エレベーター(有・無) 特記事項( )					
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( ) 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 未申請					
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				<input type="checkbox"/> 医師の判断	
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断	
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> __割 <input type="checkbox"/> 不明		障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(身体・精神・知的)		
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他( )					

### 2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他( ) * <input type="checkbox"/> 日中独居					
主介護者氏名	(続柄・才)			(同居・別居)	TEL	
キーパーソン	(続柄・才)			連絡先	TEL:	TEL

### 3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照
入院前の家族の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照

### 4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他( )
-----------------	--

### 5. 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見)

在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居(家族構成員数 名) * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他( )
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要( )
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外(氏名 続柄・年齢 )
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める( <input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部 ) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない
家族や同居者等による虐待の疑い*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
特記事項	

### 6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり	
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり	<input type="checkbox"/> 具体的な要望( )
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり	

\* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

**7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について**

麻痺の状況		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )			
ADL	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助					
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助					
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助					
食事内容	食事回数	( ) 回/日 ( 朝__時頃 ・ 昼__時頃 ・ 夜__時頃 )				食事制限	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー				UDF等の食形態区分				
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 部分 ・ 総 )				
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
睡眠の状態		良	不良 ( )		眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
喫煙		無	有 ____本くらい/日		飲酒	無	有 ____合くらい/日あたり			
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難	眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )				
	聴力	問題なし	やや難あり	困難	補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	言語	問題なし	やや難あり	困難	コミュニケーションに関する特記事項：					
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難						
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ( )								
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ( )								
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由： _____ 期間： H ____年 ____月 ____日 ~ H ____年 ____月 ____日) <input type="checkbox"/> 不明								
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて								
入院前に実施している医療処置*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )								

**8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付**

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	在宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種： )
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者： _____ ・管理方法： _____ )		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
お薬に関する、特記事項			

**9. かかりつけ医について**

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(フリガナ)	診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = ( ) 回 / 月

\* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連



## 退院・退所情報記録書

1. 基本情報・現在の状態 等

記入日： 年 月 日

属性	フリガナ	性別	年齢	退院(所)時の要介護度 ( <input type="checkbox"/> 要区分変更 )		
	氏名	様 男・女	歳	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) ・要介護( ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし		
入院(所)概要	・入院(所)日：H 年 月 日 ・退院(所)予定日：H 年 月 日					
	入院原因疾患(入所目的等)					
	入院・入所先	施設名	棟	室		
	今後の医学管理	医療機関名：		方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療	
① 疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患	①                  ②                  ③	疾患の状況	*番号記入	安定(                  ) 不安定(                  )	
	移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 (                  )				
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ (                  )				
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず				
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 (                  )			UDF等の食形態区分	
	嚥下機能(むせ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時々・常に)		義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)	
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良			入院(所)中の使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 (                  )			眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 (                  )				
② 受け止め/意向	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	<本人> 退院後の生活に関する意向					
	<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方					
	<家族> 退院後の生活に関する意向					

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 (                  ) <input type="checkbox"/> その他 (                  )			
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 (                  )			
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 (                  )			
	禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)		
症状・病状の予後・予測					
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)		例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。			
在宅復帰のために整えなければならない要件					
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)		会議出席	
1	年 月 日			無・有	
2	年 月 日			無・有	
3	年 月 日			無・有	

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

特定事業所集中減算算定表

年 月 日

(あて先) 富津市長

法人所在地  
届出者 法人名称  
代表者の職・氏名

事業所番号	1	2	7	3	1								
事業所	ふりがな											電話	
	名称											FAX	
	所在地	(〒 - )											

判定期間	年度	該当に○ を する	前期 後期	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計
				9月	10月	11月	12月	1月	2月	
判定期間における居宅サービス計画の総数										

サービスの名称 : 訪問介護

①当該サービスを位置付けた計画数										
②当該サービスに係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数										
③割合(②÷①×100) ※小数点第2位四捨五入										%

紹介率最高法人の	名称	
	所在地	
	代表者名	
	事業所名	

③の割合が80%を超えている場合であって正当な理由がある場合には、判断基準を参照のうえ該当の番号を記載し、必要に応じて添付書類を提出してください。 正当な理由の番号:

サービスの名称 : 福祉用具貸与

①当該サービスを位置付けた計画数										
②当該サービスに係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数										
③割合(②÷①×100) ※小数点第2位四捨五入										%

紹介率最高法人の	名称	
	所在地	
	代表者名	
	事業所名	

③の割合が80%を超えている場合であって正当な理由がある場合には、判断基準を参照のうえ該当の番号を記載し、必要に応じて添付書類を提出してください。 正当な理由の番号:

サービスの名称 :

①当該サービスを位置付けた計画数										
②当該サービスに係る紹介率最高法人の居宅サービス計画数										
③割合(②÷①×100) ※小数点第2位四捨五入										%

紹介率最高法人の	名称	
	所在地	
	代表者名	
	事業所名	

③の割合が80%を超えている場合であって正当な理由がある場合には、判断基準を参照のうえ該当の番号を記載し、必要に応じて添付書類を提出してください。 正当な理由の番号:

特定事業所集中減算の算定結果 80%を超えているサービスは A. ない B. ある

「A. ない」の場合は、本用紙を事業所で2年間保存してください。  
「B. ある」の場合は、届出者の欄に記入・押印し、指定の日日までに富津市役所介護福祉課に提出してください。

特定事業所集中減算算定表

令和 4 年 4 月 1 日

(あて先) 富津市長

法人所在地 富津市下飯野〇〇〇〇  
 届出者 法人名称 株式会社 〇〇  
 代表者の職・氏名 代表取締役 〇〇 〇〇

事業所番号	1	2	7	3	1	0	0	0	0	0	
事業所	ふりがな	〇〇きょたくかいごしえんじぎょうしょ								電話	0439-80-1262
	名称	〇〇居宅介護支援事業所								FAX	0439-80-1323
	所在地	(〒 293 - 8506) 富津市下飯野〇〇〇〇								対象となる期間について記載してください	

判定期間	年度	該当に〇 をす	〇	前期 後期	3月	4月	5月	6月	7月	8月	計
					9月	10月	11月	12月	1月	2月	
判定期間における居宅サービス計画の総数											

サービスの名称 :	通所介護等	通所介護および地域密着型通所介護(以下「通所介護等」)については、 ・個別に計算する方法 ・双方を合算する方法 のいずれかで計算してください。 双方を合算する場合は、「通所介護等」としてください。	3月	計
①当該サービスを位置付けた計画数			5	
②当該サービスに係る紹介率最高法人			2	
③割合(②÷①×100) ※小数点第2位まで				%

紹介率最高法人の	名称	有限会社〇〇	「法人の」名称、所在地代表者氏名を記載してください。(事業所ではありません)
	所在地	富津市 △△	
	代表者名	△△ △△	
	事業所名	デイサービス△△	

③の割合が80%を超えている場合であって正当な理由がある場合には、判断基準を参照のうえ該当の番号を記載し、必要に応じて添付書類を提出してください。

再計算が必要なケースは記入してください。 再計算書あり 正当な理由の番号: 4

特定事業所集中減算の昇定結果	80%を超えているサービスは	A ない	B ある
----------------	----------------	------	------

別紙の該当番号を参照し、記載してください

「A. ない」の場合は、本用紙を事業所で2年間保存してください。  
 「B. ある」の場合は、届出者の欄に記入・押印し、指定の期日までに富津市役所介護福祉課に提出してください。

記入にあたっての注意事項

1. 介護予防サービスは除きます。
2. 期間における居宅サービス計画の総数は各月の利用者の人数です。
3. 月遅れ請求は、請求月でなく、実際にサービス提供した月に計上します。
4. 紹介率最高法人の件数は事業所単位でなく、法人単位で集計してください。
5. 判定期間内の廃止は、判定対象外。休止は休止期間は除きます。

介護保険 負担限度額認定申請書

年 月 日

富津市長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請します。

		介護保険法施行規則第83条の5第 号に係る申請										
フリガナ		被保険者番号										
被保険者氏名		個人番号										
生年月日	年 月 日	性別		男 ・ 女								
住 所	〒 連絡先											
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 連絡先											
入所(院)年月日(※)	年 月 日	(※) 介護保険施設に入所(院)していない場合及びショートステイを利用している場合は、記入不要です。										
配偶者の有無	有 ・ 無		左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。									
配偶者に関する事項	フリガナ											
	氏名											
	生年月日	年 月 日	個人番号									
	住 所	〒 連絡先										
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)											
課税状況	市町村民税		課税 ・ 非課税									
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者										
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に○をして下さい。) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。 預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下です。※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり。										
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え120万円以下です。(受給している年金に○をして下さい。) 預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり。										
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。(受給している年金に○をして下さい。) 預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり。										
預貯金等に関する申告	預貯金額	円	有価証券(評価概算額)	円	その他(現金・負債を含む。)	( )※					円	

※内容を記入してください。

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

## 同意書

富津市長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関(以下「銀行等」という。)に私及び私の配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、富津市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

介護保険 負担限度額認定申請書

令和

【記入例】

富津市長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請します。

		介護保険法施行規則第83条の5第 号に係る申請													
フリガナ	フツツ ハナコ			被保険者番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
被保険者氏名	富津 花子			個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
生年月日	昭和27年 5月 3日			性別	男 ・ 女										
住所	〒293-0006 富津市下飯野2443番地			マイナンバーが記入できない場合でも、その他の記載内容に不備がなければ、申請書を受理します。											
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒293-0006 富津市下飯野△△△番地 特別養護老人ホーム千葉			連絡先	0439-80-0000										
入所(院)年月日(※)	令和 4年 4月 1日			(※) 介護保険施設に入所(院)していない場合及びショートステイを利用している場合は、記入不要です。											
配偶者の有無	有 ・ 無			左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。											
配偶者に関する事項	フリガナ	フツツ イチロウ													
	氏名	富津 一郎													
	生年月日	昭和20年 4月			1月1日に他市区町村に住所があった場合、非課税証明書の写しを添付してください。										
	住所	〒293-0006 富津市下飯野2443番地													
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)				市民税課税状況に○をしてください。										
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税														
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者														
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に○をして下さい。) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。 預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下です。※預貯金、有価証券にかかると通帳等の写しは別添のとおり。														
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え120万円以下です。(受給している年金に○をして下さい。) 預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかると通帳等の写しは別添のとおり。														
	<input checked="" type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。(受給している年金に○をして下さい。) 預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかると通帳等の写しは別添のとおり。														
預貯金等に関する申告	預貯金額	1,234,567円		有価証券(評価概算額)	600,000円		その他(現金・負債を含む。)	(借入金)※ 200,000円							
	申請者が被保険者夫婦の場合、合計額を記載し、通帳の写しを添付してください。 ※内容を記入してください。														
申請者氏名	富津 太郎			連絡元(自宅・勤務先)	0439-80-1262										
申請者住所	富津市下飯野2443番地			本人との関係	長男										

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- 預貯金等については、同じ口座の全ての通帳等の写しを添付してください。
- 書き切れない場合は、余白に「続行」を記入してください。
- 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス受給等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

※裏面も必ず記入してください。

## 同意書

富津市長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関(以下「銀行等」という。)に私及び私の配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、富津市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和 4年 4月 1日

<本人>

住所 富津市下飯野2443番地

氏名 富津 花子

<配偶者>

住所 富津市下飯野2443番地

氏名 富津 一郎

## 社会福祉法人等利用者負担軽減対象者確認申請書

フリガナ				保険者番号		
被保険者氏名				被保険者番号		
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	
住所				電話番号		
被扶養状況（親族等に扶養されているか）		扶養されている ・ 扶養されていない				
世帯構成	区分	氏名		生年月日	性別	
	世帯主					
	世帯員					
世帯主と世帯構成員に係る資産の状況	区分		延面積	所有者氏名	所在地	備考
	土地	宅地	有・無			
		その他	有・無			
	建物	居住用の持家	有・無			
		その他	有・無			
	現金					
	預貯金	預貯金先		口座番号	口座名義人	預貯金額
	有価証券	有・無	種類		額面	評価概算額
自動車	有・無	使用状況	所有者氏名	車種等	評価概算額	
		使用 ・ 未使用				
その他高価な物	有・無	品目				
生計状況についての申出等 (特に生計が困難な状況等を記載)						
<p>富津市長 様</p> <p>上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額軽減の申請をします。</p> <p>また、この申請に伴い、軽減対象者及び同居の世帯員の課税状況、軽減対象者の介護認定状況、老齢福祉年金受給状況、生活保護調査状況、金融機関の預貯金状況について調査することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p>						



課長	係長	係員

障害者控除対象者認定証明書交付申請書

年 月 日

富津市長 様

申請者	住所	
	氏名	
	電話番号	

下記の者について、所得税法施行令第 10 条並びに地方税法施行令第 7 条及び第 7 条の 15 の 7 の規定による障害者に準ずる者又は特別障害者に準ずる者として認定されるよう申請するとともに、障害者控除対象者認定証明書の交付申請をします。

記

被保険者	住所					
	氏名				性別	男・女
	被保険者番号				生年月日	明・大・昭 ・ ・
申請理由	<input type="checkbox"/> _____年分の所得税の申告に使用するため <input type="checkbox"/> _____年度分の市町村民税の申告に使用するため					

介護保険担当課で保管する要介護認定又は要支援認定に係る調査内容及び介護認定審査会による判定結果の情報を障害者控除対象者認定及び障害者控除対象者認定証明書の発行に際して使用することに同意します。

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

※ 市使用欄

障害者手帳	要介護状態区分	認知症高齢者の日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	認定有効期間
有・無				・ ・ ~ ・ ・

課長	係長	係員

【記入例】

障害者控除対象者認定証明書交付申請書

令和5年1月10日

富津市長 様

原則、申請者あてに郵送します

申請者	住所	富津市下飯野 2443 番地
	氏名	富津 太郎
	電話番号	0439-80-1262

下記の者について、所得税法施行令第10条並びに地方税法施行令第7条及び第8条に基づき、令和4年11月頃に行う年末調整や令和5年2月頃に税の確定申告を行う場合など、令和4年の所得に係るものが必要な場合は、令和4年度の所得税または令和5年度分の市町村民税の申告となりますが、いずれかの記載でかまいません。

保険者	氏名	富津 花子	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
	被保険者番号	0000000000	生年月日	明・大・昭 27・5・3
申請理由		<input checked="" type="checkbox"/> 令和4年分の所得税の申告に使用するため <input type="checkbox"/> _____年度分の市町村民税の申告に使用するため		

介護保険担当課で併せて両介護認定又は両介護認定に係る調書内容及び介護認定審査会による判定。本人以外が申請する場合は、被保険者の同意の署名が必要です。証明書の発行に際して使用することに同意します。

被保険者氏名 富津 花子

※ 市使用欄

障害者手帳	要介護状態	認知症高齢者の	障害高齢者の日常生活自立度	認定有効期間
有・無		ここには記入しないでください		・ ・ ・ ~ ・ ・

おむつ代の医療費控除に係る介護保険主治医意見書の記載内容確認書申請書

年 月 日

富津市長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

おむつ代に係る所得税の医療費控除を受けるのが2年目以降であるので、 \_\_\_\_\_ 年に使用したおむつ代に係る所得税の医療費控除を受けるため、おむつ代に係る所得税の医療費控除を受けるのが2年目以降の場合に必要な事項について、介護保険主治医意見書の記載内容の確認書を交付くださるよう申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	_____	性 別	男 ・ 女
	氏 名	_____	生年月日	明 大 昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	住 所	_____		
申請者の被保険者との関係		(1) 被保険者本人 (2) 被保険者の家族（続柄 _____） (3) 被保険者の扶養者（続柄 _____） (4) 上記の者から委任を受けた者		

【被保険者同意欄】（申請者が被保険者本人でない場合に記入してください。）

私は、富津市が保有する私の介護保険主治医意見書に係る個人情報を上記の申請者に提供することに同意します。

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

※ 市使用欄

決 裁 欄	課 長	係 長	担 当	公印使用
	_____	_____	_____	_____

おむつ代の医療費控除に係る介護保険主治医意見書の記載内容確認

【記入例】

令和 5年 3月 1日

富津市長 様

申請者 住 所 富津市下飯野 2443 番地

この確認書で医療費控除を受けられるのは、おむつ代に係る医療費控除を受けるのが2年目以降の方のみです。1年目の方または、要件に該当しない方は次のページの証明書の記載を医療機関に依頼してください。

富津 太郎

0439-80-1262

令和4年以降であるので、令和4年に使用したおむつ代に係る所得税の医療費控除を受けるのが2年目以降の場合に必要な事項について、介護保険主治医意見書の記載内容の確認書を交付くださるよう申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	性 別	男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女
	氏 名	富津 花子		生年月日 明大昭 <input checked="" type="radio"/> 23年 5月 3日
	住 所	富津市下飯野 2443 番地		
申請者の被保険者との関係	(1) 被保険者本人 (2) 被保険者の家族（続柄 <input type="text"/> ） <input checked="" type="radio"/> (3) 被保険者の扶養者（続柄 <u>長男</u> ） (4) 上記の者から委任を受けた者			

【被保険者同意欄】（申請者が被保険者本人でない場合に記入してください。）

私は、富津市が保  
提供することに同意

本人以外が申請する場合は、被保険者の同意が必要です

被保険者氏名 富津 花子

※ 市使用欄

課 長	係 長	担 当	公印使用
ここには記入しないでください			
欄			

## おむつ使用証明書

患 者	住 所			
	氏 名	殿	性別	男・女
	生年月日	年	月	日生
傷 病 名	によりおおむね6か月以上にわたり寝たきり状態にある又はあると認められる			
治 療 状 況	入院（所）中	在宅で治療中		
必要期間	始 期 （イ） 年 月 日から又は（ロ） 年1月1日から 終 期 （イ） 年 月 日から又は（ロ） 同年末まで （*（イ）又は（ロ）のいずれかを○で囲んでください。）			
上記の者は、頭書の傷病により、必要期間中の治療に際し、おむつの使用が必要であることを証明する。 年 月 日 医療機関名 _____ 所在地 _____ 医師氏名 _____				
（注） 1 証明書は、当該患者に対して頭書の傷病により、継続して治療を行っている医師が記載すること。 （注） 2 「必要期間」とは、当該年において患者が上記の状態にあることが認められる期間とし、当該年の1月1日以前からおむつが必要であり、かつ、1年以上にわたってその必要性が認められる場合には、同欄の始期と終期のいずれにおいても（ロ）を○で囲むこと。なお、必要期間経過後において更に治療のためおむつが必要と認められることとなった場合は、改めて証明書を発行すること。				

## 高齢者紙おむつ給付申請書

年 月 日

富津市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電 話  
給付対象者との続柄

紙おむつの給付を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、この申請に当たり、必要な所得状況等の把握について、市が調査することに同意します。

給付 対象者	住 所	富津市											
	氏 名												
	被保険者番号												生年月日
要介護 状態区分		認定有効期間					～						

※おむつ種類	紙おむつ ・ はくパンツ ・ 尿とりパッド
--------	-----------------------

※希望する種類に○を囲んでください。

### 市使用欄

調査年月日	年 月 日	障害高齢者の 日常生活自立度		認知症高齢者の 日常生活自立度	
生活機能 (排尿排便)	一部介助・全介助	世帯員 市町村民税	課税・非課税	備考	

【記入例】

高齢者紙おむつ給付申請書

令和4年4月1日

富津市長 様

家族の方

申請者 住所 富津市下飯野2443番地  
氏名 富津 太郎  
電話 0439-80-1262  
給付対象者との続柄 子

紙おむつの給付を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、この申請に当たり、必要な所得状況等の把握について、市が調査することに同意します。

本人

給付対象者	住所	富津市下飯野2443番地						
	氏名	富津 花子						
	被保険者番号	00	00	00	00	00	00	生年月日
要介護状態区分	要介護5	認定有効期間	令和3年4月1日～令和4年3月31日					

※おむつ種類	紙おむつ ・ はくパンツ ・ 尿とりパッド
--------	-----------------------

※希望する種類に○を囲んでください。

希望する種類に○をつけてください。(1つのみ)

市使用欄

調査年月日	年 月 日	障害高齢者の日常生活自立度		認知症高齢者の日常生活自立度	
生活機能(排尿排便)	一部介助・全介助	世帯員市町村民税	課税・非課税	備考	

## 高齢者紙おむつ給付事業について

### 《申請及び給付について》

高齢者紙おむつ給付事業は、『在宅で生活』『介護認定が要介護3から要介護5』『介護認定の認定調査の項目において「排尿」「排便」が両方とも「全介助」』『給付対象者が市民税非課税』の全てに該当する方が対象となります。

給付される紙おむつは、申請時に以下の3種類から1種類を選択していただき、選択された種類を継続して給付いたします。種類を変更したい場合は、申請書を給付月の10日前までに介護福祉課へ提出していただきます。

なお、「〇〇社の△△」等の商品の指定はできませんので、ご了承ください。

紙おむつは、原則として年4回（4月、7月、10月、1月）、毎回3カ月分を委託業者が配送します。年度途中で認定を受けた場合は、申請月の翌月分から給付いたします。

給付枚数は下記表のとおりです。世帯員で市民税が課税されている人がいる場合は8割の支給となります。課税状況は毎年7月に変更され、それに伴い、給付枚数が変わる場合があります。その場合は、介護福祉課から通知いたします。

	一月あたり給付枚数（※Mサイズでの枚数）	
	非課税者	課税者
テープ止め型紙おむつ※	30	24
はくパンツ※	30	24
尿とりパッド	80	64

認定通知書に同封されているカラー用紙は給付確認及び受領証です。記載事項に誤りがないか確認のうえ、委託業者による配達時に受領日、紙おむつの種類を記入し、署名または受領印を押印してください。この用紙は、初回配達時に委託業者が回収し、以降は介護福祉課にて保管します。

### 《受給資格消滅及び給付停止事由》

『死亡』『市外転出』『状態改善による給付要件の非該当（要介護3未満への低下又は排尿・排便の「全介助」状態からの改善）』『課税状況変更により給付対象者が課税対象になる』『在宅生活ではなくなる（施設入所、入院等）』等の場合は給付することができませんので、介護福祉課までご連絡のうえ、給付停止申出書を提出してください。

※この事業での【施設】とは、『介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）』『介護老人保健施設』『介護療養型医療施設』『介護医療院』のことを言います。



## 7 各種お問い合わせ先

お問い合わせの要件	お問い合わせ先
介護保険給付、要介護認定 介護保険料などに関する事 介護報酬の請求に関する事	介護福祉課介護福祉係 Tel 80-1262 千葉県国民健康保険団体連合会 Tel 043-254-7409
養護老人ホームへの入所 老人憩いの家、ふれあいシニア館など に関する事	介護福祉課高齢者支援係 Tel 80-1300
地域福祉、民生委員、要援護者地域見 守り事業などに関する事	社会福祉課社会福祉係 Tel 80-1258
国保の加入・脱退、保険証の交付 国保税、高額療養費の請求などに 関する事	国民健康保険課国民健康保険係 Tel 80-1271
国保加入者の特定健康診査などに 関する事	健康づくり課特定健診係 Tel 80-1265
75歳以上の医療費、保険証の交付 後期医療保険料の賦課徴収などに 関する事	国民健康保険課後期高齢者医療 係 Tel 80-1254
基礎年金、障害年金 住民票異動などに関する事	市民課市民係 Tel 80-1253
障害者手帳、障害者自立支援（総合支 援）給付等に関する事	社会福祉課障害者福祉係 Tel 80-1260
生活保護の相談・申請 生活困窮者の支援などに関する事	社会福祉課生活福祉係 Tel 80-1259
高齢者総合相談 成年後見制度の紹介 高齢者虐待相談 要支援1・2の方への自立支援 などに関する事	富津地区地域包括支援センター Tel 29-6582 大佐和地区地域包括支援センタ ー Tel 29-6770 天羽地区地域包括支援センター Tel 70-6150
木更津市、君津市、袖ヶ浦市、富津市 の児童、障がい者、高齢者などの問題 について24時間相談を受付	中核地域生活支援センター 「君津ふくしネット」 Tel 27-1482
法律相談、シルバー相談等の総合相談 介護保険外の在宅ケアサービス 成年後見支援などに関する事	富津市社会福祉協議会 Tel 87-9611

## 編集協力

富津市富津地区地域包括支援センター

富津市大佐和地区地域包括支援センター

富津市天羽地区地域包括支援センター

### ケアマネジャー業務ガイドライン

令和元年7月 初 版発行

令和3年6月 第2版発行

令和4年4月 第3版発行

富津市 介護福祉課 編集

〒293-8506 千葉県富津市下飯野 2443 番地

電話 0439-80-1262