

川西市

ケアマネジメントマニュアル

(初版)

目次

1. 川西市のケアマネジメントに関する基本指針	5
(1) 策定の趣旨.....	5
(2) 居宅介護支援に関する基本方針.....	5
(3) 介護予防支援に関する基本方針.....	5
(4) 川西市のケアプラン点検、地域ケア会議.....	6
2. ケアマネジャーの事務手順	7
(1) 利用者の依頼を受ける.....	9
(2) ケアマネジャーの役割.....	9
(3) ケアマネジャーの業務.....	9
(4) 介護保険被保険者証の確認.....	9
(5) 介護保険負担割合証の確認.....	10
(6) 居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書.....	11
(7) 給付制限の確認.....	13
(8) 利用者負担の軽減制度の確認.....	16
(9) 公費負担医療等の確認.....	24
(10) 交通事故等が原因で介護が必要になった場合(第三者行為求償).....	25
(11) 要介護認定の流れ.....	26
(12) 要介護認定に関する注意点.....	28
3. ケアプランの作成	30
(1) ケアプランの作成.....	30
(2) 居宅サービス等の支給限度基準額.....	32
(3) 地域区分単価.....	34
(4) ケアプラン作成における注意点(運営基準減算).....	36
(5) 生活援助中心型訪問介護の訪問回数が多い居宅サービス計画.....	38
4. 介護予防・日常生活支援総合事業	40
(1) 総合事業とは.....	40
(2) 川西市の総合事業.....	40
① 趣旨.....	40
② 事業概要.....	40
③ 期待される効果.....	41
④ 対象者.....	41
(3) 介護予防ケアマネジメントとは.....	41
① 基本的考え方.....	41
② 介護予防ケアマネジメントの種類と考え方.....	42
③ 実施主体.....	43
④ 基本チェックリスト.....	43
⑤ 多機関・多職種連携と地域ケア会議の活用.....	45

(4)フレイル改善短期集中プログラム	45
①目的	45
②プログラム対象者	45
③プログラムの概要	45
④費用	46
⑤具体的な運用の流れ	47
⑥使用する書式	50
5. 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の委託	61
(1)介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の委託	61
(2)契約必要書類(地域包括支援センターと居宅介護支援事業者との委託契約)	62
(3)業務委託の流れ	63
(4)帳票類の提出	65
①利用者の基本情報が変わったとき	65
②ケアプランの有効期間と評価について	65
③毎月の実績提出について	66
④ケアプラン等への地域包括支援センターの意見記入について	66
⑤ケアプラン記載内容一部省略について	67
⑥介護予防支援における利用票・提供票発行の一部省略について	68
(5)その他留意事項	71
(6)川西市内の地域包括支援センター担当地域	72
6. 介護給付費の請求	73
(1)介護給付費の請求の流れ	73
(2)給付管理票の作成	73
(3)返戻	74
(4)過誤	76
(5)住所地特例適用居宅要支援被保険者にかかる手続き	80
7. 介護保険サービス Q&A	81
(1)同居家族がいる場合の生活援助の考え方	81
(2)院内介助	82
(3)別居親族による訪問介護サービスの提供	84
(4)介護予防サービス等利用者の日割り算定	85
(5)短期入所生活介護・短期入所療養介護の長期利用	86
(6)短期入所サービス利用中の福祉用具貸与の取り扱い	89
(7)介護老人福祉施設への特例的な入所	90
(8)暫定ケアプランの考え方	91
①暫定ケアプランとは	91
②暫定ケアプランの作成が必要となる場合の例	91
③暫定ケアプラン作成に当たっての留意事項	91
④暫定ケアプラン作成時の取り扱い	92
⑤暫定ケアプラン作成時の注意点	92
8. 現物給付以外の保険給付	94
(1)現物給付以外の保険給付	94
(2)高額介護サービス費	94

(3)高額医療合算介護サービス費	96
9. 特定福祉用具の購入	98
(1)制度の概要	98
(2)特定福祉用具の購入費支給申請手続き	100
10. 住宅改修	103
(1)制度の概要	103
(2)支給される金額の上限額	103
(3)住宅改修費の申請方法の種類	104
(4)住宅改修の対象範囲	105
(5)住宅改造助成事業(特別型)	111
11. 福祉用具貸与	113
(1)福祉用具貸与の対象用具	113
(2)福祉用具貸与例外給付制度の概要	115
(3)例外給付の対象種目	115
(4)例外給付の対象となる場合	116
(5)川西市への申請	118
12. 介護保険以外の高齢者施策	119
高齢者福祉サービス	119
13. 問い合わせ先	123

1. 川西市のケアマネジメントに関する基本方針

(令和元年12月制定)

(1) 策定の趣旨

介護支援専門員は介護保険法及び関係法令等を遵守し、制度全般の専門的な知識と利用者への深い理解により、自立支援・重度化防止に資することを目的としたケアマネジメントを行う必要があります。

この介護保険制度の根幹であるケアマネジメントのあり方を保険者と介護支援専門員で共有することを目的とし「川西市のケアマネジメントに関する基本方針」を策定しました。

居宅介護（介護予防）支援事業所におかれましては、本基本方針の内容を踏まえ、ケアマネジメントを実施していただきますようお願いいたします。

(2) 居宅介護支援に関する基本方針

本市では、「川西市指定居宅介護支援の事業の人員及び運営に関する基準等を定める条例（平成30年条例第8号）（以下「居宅介護支援基準条例」という。）」の第4条において定める「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）（以下「居宅介護支援基準省令」という。）」に基づき居宅介護支援に関する基本方針を以下のとおり定めました。

- ① 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ます。
- ② 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ます。
- ③ 利用者の意思と人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、指定居宅サービス等が特定の種類又は事業者等に偏らないよう、公正中立に行います。
- ④ 市町村、地域包括支援センター、他の指定居宅介護（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（障がい者支援）等との連携に努めます。
- ⑤ 要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行うとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行います。
- ⑥ 自らその提供する居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図ります。
- ⑦ その他、「居宅介護支援の具体的取扱方針」は、居宅介護支援基準条例を踏まえ、居宅介護支援基準省令に基づいて行います。

(3) 介護予防支援に関する基本方針

本市では、「川西市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例（平成27年条例第11号）（以下「介護予防支援基準条例」という。）」の第3条において定める「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第37号）（以下「介護予防支援基準省令」という。）」に基づき介護予防支援に関する基本方針を以下のとおり定めました。

- ① 利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるように配慮します。
- ② 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、利用者の自立に向けて設定された目標を達成するために、適切な保健医療サービス及び福祉サー

ビスが、当該目標を踏まえ、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ます。

- ③ 利用者の意思と人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、指定介護予防サービス等が特定の種類又は事業者等に偏らないよう、公正中立に行います。
- ④ 市町村、地域包括支援センター、他の指定介護予防（居宅介護）支援事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者（障がい者支援）、その他地域における様々な取組を行う者等との連携に努めます。
- ⑤ 利用者の介護予防に資するよう行うとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行います。
- ⑥ 介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の改善を実現するための適切なサービスを選択できるよう、目標志向型の介護予防サービス計画を策定します。
- ⑦ 自らその提供する介護予防支援の質の評価を行い、常にその改善を図ります。
- ⑧ その他、「介護予防支援の具体的取扱方針」は、介護予防支援基準条例を踏まえ、介護予防支援基準省令に基づいて行います。

（４）川西市のケアプラン点検、地域ケア会議

基本的には、介護支援専門員とともに検証確認していくことで、介護支援専門員の「気づき」を促し、介護支援専門員の資質向上に資することを目的としています。

ケアプラン点検については、国から示されている「ケアプラン点検支援マニュアル（平成20年7月18日発出、介護保険最新情報 Vol.38）」の趣旨に従って行います。ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ自立支援・重度化防止に資する適切なものとなっているかを検証確認していきます。また、自立支援型地域ケア会議を開催し、運営を支援しています。自立支援・重度化防止や社会資源の有効活用等について、医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、リハビリ専門職や管理栄養士等を含めた多職種協働による検討を行います。

2. ケアマネジャー(介護支援専門員)の事務手順

介護保険被保険者証・
介護保険負担割合証の確認



利用者の依頼を受け、
契約を締結する



居宅サービス計画作成依頼
届出書(介護予防サービス計画
作成・介護予防ケアマネジメン
ト依頼届出書)等の提出



利用料の軽減制度の確認



公費負担医療等の確認



ケアマネジメントプロセスの開始



利用者の被保険者証により、要介護（要支援）認定の内容、給付制限の有無などを確認します。また、負担割合証により負担割合を確認します。

利用者から居宅サービス開始に必要な手続きの依頼を受けます。

重要事項説明書などを用いて、所属する居宅介護支援事業所の説明を行った後、契約を締結します。

利用者に代わって、介護保険課に『居宅サービス計画作成依頼届出書（介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書）』を提出します（予防については担当地区地域包括支援センターが提出します）。

利用者が所持している各種の認定証等により、利用料の軽減を受けられるかどうかを確認し、未認定で軽減制度の利用の必要性があれば、制度利用に向けて支援をおこないます。

利用者が所持している各種の受給者証等により、公費負担医療等を受けられるかどうかを確認します。

資格の確認を終えたら、居宅サービス計画書(以下、「ケアプラン」とします)の原案作成に取りかかります。



アセスメント・サービスの選択

利用者が自立して生活するために解決すべき課題を把握し、利用者の状態に即した居宅サービスを選択します。



サービス担当者会議の開催

サービス担当者会議を調整し、作成したケアプランをもとに、各サービス担当者に向けて、利用者の状態、課題、課題に対する目標、具体的なケア内容について説明し、具体的なケアの内容を確定します。



ケアプランの交付 サービス利用票・提供票の作成

サービス担当者会議を経て、ケアプランの内容を利用者・家族に説明します。

毎月、サービス利用票、サービス提供票を作成し、利用者から同意を得た上で利用者及び、サービス提供事業所にケアプランを交付します。



実施状況の把握 (モニタリング)

定期的(要支援認定者は3ヶ月に1度、要介護認定者は月1度を基本に)に利用者の居宅を訪問し、利用者の生活状況、サービスの実施状況を見ながら、必要に応じてケアプランの修正等を行います。



介護給付費の請求

サービス提供月の翌月に、実績に応じて修正されたサービス提供票をもとに給付管理票を作成し、兵庫県国民健康保険団体連合会(以下、「国保連」とします)に提出します。

ケアマネジャー、サービス提供事業者が介護給付費を国保連に請求します。この際、ケアマネジャーが提出した給付管理票を元に、サービス提供事業者の請求内容が正しいか審査されます。

（１）利用者の依頼を受ける

利用者から居宅サービス開始に必要な手続きの依頼を受けます。重要事項説明書などを用いて、所属する居宅介護支援事業所の説明を行った後、契約を締結します。

（２）ケアマネジャーの役割

介護保険サービスの利用には、事前にケアプランを作成し、ケアプランの内容について利用者の同意を得たうえで、計画に基づきサービスを利用する手順が必要となります。

ケアプランの作成に重要な役割を果たすのが居宅介護支援事業者に所属するケアマネジャーです。ケアマネジャーは、利用者が居宅サービス等を利用する際に相談を受け、ケアプランを作成しサービス提供事業者の手配や予約、連絡調整、さらには、利用状況の管理など、さまざまな業務を行います。

（３）ケアマネジャーの業務

- ・ 要介護者等や介護者・家族等の相談対応
- ・ 介護保険制度、その他、活用が可能な福祉制度の情報提供
- ・ 利用者の様子を把握するために必要な情報収集の実施
- ・ ケアプラン作成のための課題分析（アセスメント）
- ・ ケアプランの作成（ニーズ、目標、介護内容、サービス、種類、頻度、時間帯、担当機関）
- ・ サービスに関する説明と同意
- ・ サービス提供事業者との連絡調整
- ・ 給付管理業務
- ・ 要介護者等の状態の把握、継続的な見守り（モニタリング）
- ・ 要介護認定の更新申請及び各種申請の援助、代行
- ・ サービスに関する苦情の受付、取次ぎ
- ・ 介護保険施設に入所する場合の紹介等
- ・ サービス担当者会議（ケアカンファレンス）を実施する場合の主催
- ・ 住宅改修、住宅改造、福祉用具購入の支援

（４）介護保険被保険者証の確認

介護認定の申請後、介護認定審査会で二次判定が行われ、その判定内容を記した介護保険被保険者証（桃色）が利用者の居宅へ送付されます。送付先変更の届出が提出されている場合は、変更先に送付されます。

被保険者証は、サービスの契約時や提供を受ける時、要介護（要支援）認定の「更新申請・区分変更申請」を行う時などに必要となります。

被保険者証は被保険者番号や住所、氏名などを第一面に、要介護認定についての情報を第二面に記載しています。また、サービス利用に伴い「居宅サービス計画作成依頼届出

※「その他の合計所得金額」とは、合計所得金額から年金収入の雑所得をのぞいた所得金額です。また、その他の合計所得金額に給与所得が含まれている場合には、所得金額調整控除適用前の給与所得から 10 万円を控除した後の金額を用います。

※合計所得金額、その他の合計所得金額ともに、譲渡所得に係る特別控除額は金額から除きます。

※判定は、第 1 号被保険者個人単位で行います（本人の合計所得が 160 万円に満たない場合は、世帯内の他の第 1 号被保険者の所得状況にかかわらず、1 割負担となります）。

送付時期

要介護認定を受けている方には毎年 7 月に新しい負担割合証を送付します。また、新たに介護認定を受けた方には、認定結果が出てから概ね 10 日程度で負担割合証を交付します。

適用期間

負担割合の適用期間は 8 月（新規申請をした人は申請日から）から翌年 7 月末です。

その他

※所得更正により負担割合が変更になった場合は、直近の 8 月まで適用期間を遡った負担割合証を、更正の行われた翌月上旬に再交付します。

※世帯構成の変更により負担割合が変更になった場合は、変更が生じた翌月から負担割合を変更し、負担割合証を再交付します。

※第 2 号被保険者が 65 歳になり、2 割（または 3 割）負担の所得水準にある場合は、65 歳になった翌月から負担割合を変更し、負担割合証を再交付します。

問い合わせ先

介護保険課 給付担当

072-740-1148

介護保険負担割合証	
交付年月日	
番号	
被 保 者 住所	見本
フリガナ	
氏名	
生年月日	性別
利用者負担の割合	適用期間
割	開始年月日 終了年月日
割	開始年月日 終了年月日
保険者番号 並びに保険者の 名称及び印	2 8 2 1 7 8 〒666-8501 兵庫県川西市中央町12番1号 川西市 電話番号(072)740-1111

（6）居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

利用者と居宅介護（介護予防）支援事業者との間で契約が成立したら、利用者を代行して、「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書」（以下、「届出書」とします）または「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」を介護保険課に提出します。

この届出書は、利用者が居宅介護（介護予防）支援事業所にケアプラン作成を依頼することを市に届け出るもので、市は毎月初旬に前月の届出内容を国保連に報告します。

利用者が途中で居宅介護（介護予防）支援事業者を変更した場合も、介護保険課に上記の届出書を提出してください（ケアマネジャー個人の変更で事業者の変更を伴わない場合、届出書の提出不要です）。

利用者が届出書を提出せずに介護サービスを利用した場合、介護給付費の現物支給は受けられません。利用者は費用をいったん全額支払い、後から負担割合に応じて 7～9 割分の償還を受けることになります（手続には 3 ヶ月程度かかります）。

届出書は、介護保険課窓口が受理した日が届出日になります。開始日が先の日付の場合受理できません。

※居宅介護（介護予防）サービス等を利用する予定がない場合、または施設に入所する場合は届出の必要はありません。また、住宅改修、福祉用具購入のみの利用の場合も、届出の必要はありません。

問い合わせ先

介護保険課 適正化担当 072-740-1149

(7) 給付制限の確認

介護保険料を滞納等している利用者は、介護保険サービスを利用するときに、次のような保険給付の制限を受けることがあります。給付制限の状況は、被保険者証の第三面の給付制限の記載欄に記載されています。ケアプランを作成する時には、給付制限を受けていないかどうか、必ず被保険者証で確認してください（要介護認定更新時に被保険者証に記載される場合があります）。また、サービス提供事業者にも必ず確認してもらうようにしてください。

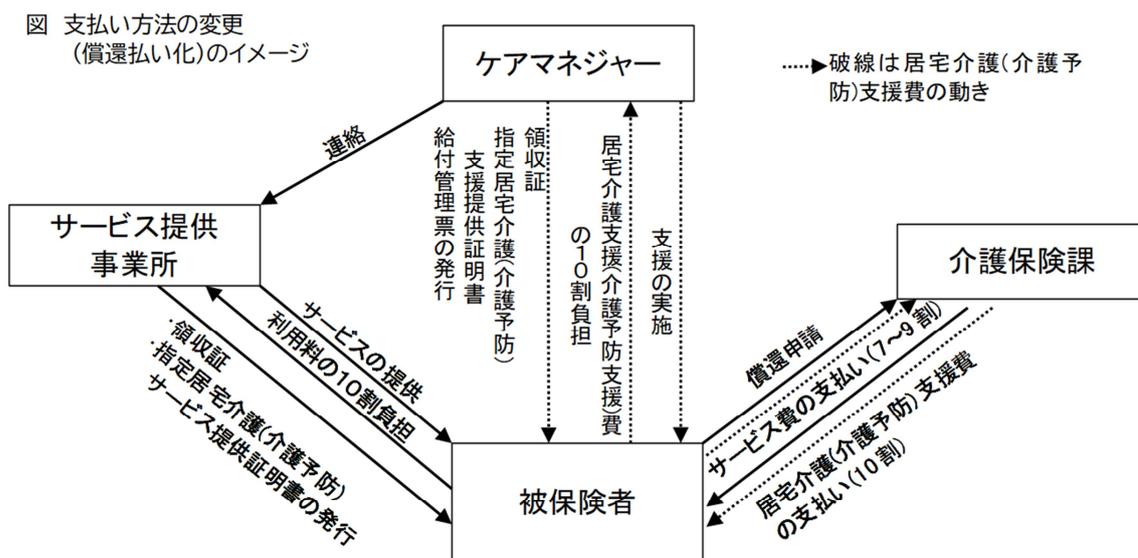
**保険料を1年以上滞納した場合
⇒支払方法の変更（償還払い化）**

被保険者証に「支払方法変更」と記載されます。

「支払方法変更」を受けた利用者の場合、現物支給が停止され、利用者はサービス利用時に費用をいったん全額（10割）サービス提供事業者を支払い、後で費用の7～9割を保険者（川西市）に請求します。「給付管理票」は介護保険課に提出してください。

サービス提供事業者は、利用者から費用の10割を徴収し、必ず「領収書」とともに

「指定居宅介護（介護予防）サービス提供証明書（介護給付費明細書に事業所印を押したもの等でも可）」を発行します。利用者は「領収書」に「指定居宅介護（介護予防）サービス提供証明書」を添付して介護保険課に申請すれば、7～9割が償還されます。また、居宅介護（介護予防）支援費の場合も、同様に10割を徴収し、申請すれば、10割が償還されます。



**保険料を1年6ヶ月以上滞納した場合
⇒保険給付の差止**

被保険者証に、「支払方法変更」と記載されます。

「保険給付の差止」を受けた利用者の場合、償還申請をした際に、保険給付が一時差止められ、差止めされた給付費から滞納保険料への充当が行われます。手続きは、前述の「支払方法の変更」の場合と同じです。

**保険料を支払わないまま時効となった場合
⇒給付額の減額**

被保険者証に、「給付額減額」と記載されます。

介護保険料は滞納したまま2年が経過すると時効により消滅し、それ以後は、消滅した分の保険料を納付することはできなくなります。

「給付額減額等」を受けた利用者の場合、時効により消滅した保険料の額に応じた期間について、負担割合が本来の負担割合から7割（本来の負担割合が7割の方は6割）に引き下げられます（ただし、居宅介護（介護予防）支援費は減額されません）。また、高額介護サービス費等の支給も受けられなくなります。

また、給付額減額期間については施設入所者等の食費・居住費などの利用者負担の軽減制度、社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度も適用されません。

【「給付額減額」および「支払方法の変更」が記載されている場合】

「給付管理票」は、介護保険課へ提出してください。サービス提供事業者は、利用者から費用の10割を徴収し、必ず「領収書」と「指定居宅介護（介護予防）サービス提供証明書」を発行します。利用者は「領収書」に「指定居宅介護（介護予防）サービス提供証明書」を添付して介護保険課に申請すれば、7割（または6割）が償還されます。

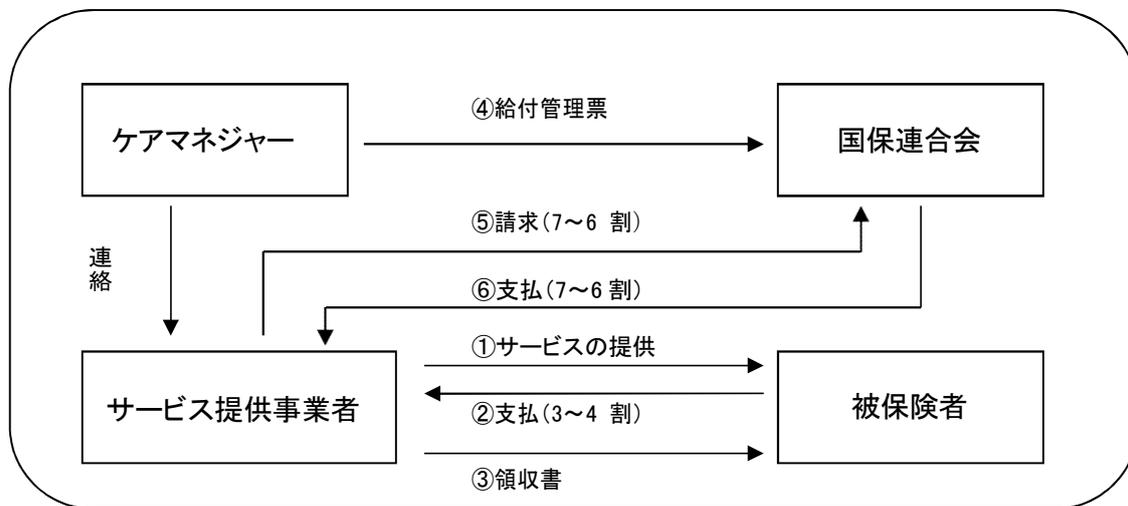
居宅介護（介護予防）支援費については、居宅介護（介護予防）支援事業所が利用者から10割を徴収し、必ず「領収書」と「指定居宅介護（介護予防）サービス提供証明書」を発行します。利用者は「領収書」と「指定居宅介護（介護予防）サービス提供証明書」を添付して介護保険課に申請すれば、10割が償還されます。

【「給付額減額」のみが記載されている場合】

給付管理票は、国保連合会へ提出してください。サービス提供事業者は、被保険者から費用の3割（または4割）を徴収します。その後、事業者は国保連に利用料の7割（または6割）を請求します。

居宅介護（介護予防）支援費については、利用者の自己負担がありませんので、通常どおり国保連に請求します。

図 「給付額減額」 のみの場合の請求方法のイメージ図



※ 総合事業には給付制限は適用されませんが、フレイル改善短期集中プログラムの場合、給付制限があると利用できません。

問い合わせ先

【保険料の納付、償還払い・給付制限に関すること】

介護保険課 資格・賦課担当 072-740-1148

【国保連合会への請求方法に関すること】

介護保険課 給付担当 072-740-1148

(8) 利用者負担の軽減制度の確認

市民税世帯非課税世帯などの低所得者に対して、①介護保険負担限度額の認定（居住費・食費の減額）、②社会福祉法人などによる利用者負担の軽減制度があります。

また、介護保険法施行以前から特別養護老人ホームに入所している方に対する利用者負担、居住費、食費の軽減を受けることができます。

さらに、収入の減少や災害による被害がある場合にも、利用者負担の減額、免除を受けることができる制度があります。こうした制度の適応を受けるには、介護保険課に申請が必要です。制度が適用されると、それぞれの種類に応じた認定証が交付されます。この認定証をサービス事業所や施設に提示すると、記載された内容に応じて利用者負担などが減額されます。

ケアマネジャーは、利用者が認定証(確認証)をサービス提供事業所に提示するように依頼してください。サービス提供事業所は、介護給付費請求時に、保険給付分とあわせて軽減分も請求します。

また、適用の可能性があるにもかかわらず利用者が申請をしていない場合は、制度を説明し申請の支援を行ってください。

利用者負担額の軽減制度

利用者負担額の軽減制度は、次の場合に適用される場合があります。

	居宅サービス費用の減額	施設サービス費用の減額
市民税世帯非課税等の低所得者に対する軽減制度		
①介護保険負担限度額の認定	○	○
②社会福祉法人等による利用者負担の軽減	○	○
介護保険法施行以前からの特別養護老人ホーム利用者に対する軽減制度		
③介護保険法施行以前からの特別養護老人ホームに入所していた人に対する減額	×	○

市民税世帯非課税などの低所得者

①介護保険負担額限度額の認定（居住費・食費の減額）

対象者

利用者負担段階の認定要件は次のとおりです。

利用者負担段階	対象者	
	収入に関する要件	資産要件
第1段階	・生活保護受給者	
	・世帯全員（世帯を分離している配偶者を含む）が市民税非課税の老齢福祉年金受給者	かつ、預貯金等の合計が1,000万（夫婦は2,000万円）以下
第2段階	・世帯全員（世帯を分離している配偶者を含む）が市民税非課税で、課税年金収入とその他の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80万円以下の人	かつ、預貯金等の合計が650万円（夫婦は1,650万円）以下
第3段階①	・世帯全員（世帯を分離している配偶者を含む）が市民税非課税で、課税年金収入とその他の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80万円超120万円以下の人	かつ、預貯金等の合計が550万円（夫婦は1,550万円）以下
第3段階②	・世帯全員（世帯を分離している配偶者を含む）が市民税非課税で、課税年金収入とその他の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120万円以上の人	かつ、預貯金等の合計が500万円（夫婦は1,500万円）以下
第4段階	・上記、利用者負担段階第1段階～第3段階以外の人	
		制度の対象外です。

※「その他の合計所得金額」とは、合計所得金額から年金収入の雑所得を除いた所得金額です。また、譲渡所得に係る特別控除額は合計所得金額からのぞきます。

※「その他の合計所得金額」とは、合計所得金額から年金収入の雑所得をのぞいた所得金額です。また、その他の合計所得金額に給与所得が含まれている場合には、所得金額調整控除適用前の給与所得から10万円を控除した後の金額を用います。また、譲渡所得に係る特別控除額はその他の合計所得金額から除きます。

※65歳未満の人は、収入等に関係なく、預貯金等の合計は1,000万（夫婦は2,000万円）以下です。

軽減内容

軽減の対象となるサービス

介護老人福祉施設（居住費・食費）、（介護予防）短期入所生活介護（滞在費・食費）、
介護老人保健施設（居住費・食費）、（介護予防）短期入所療養介護（滞在費・食費）、
介護療養型医療施設（居住費・食費）、介護医療院（居住費・食費）
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（居住費・食費）

利用者負担段階毎の一日あたりの負担限度額と基準費用額は次のとおりです。

利用者 負担段階	食費	居住費（滞在費）					
		多床室 (特養等)	多床室 (老健、療養等)	従来型個室 (特養等)	従来型個室 (老健・療養等)	ユニット型 個室的多床 室	ユニット型 個室
第1段階	300円	0円	0円	320円	490円	490円	820円
第2段階	390円 (600円)	370円	370円	420円	490円	490円	820円
第3段階 ①	650円 (1,000円)	370円	370円	820円	1,310円	1,310円	1,310円
第3段階 ②	1,360円 (1,300円)	370円	370円	820円	1,310円	1,310円	1,310円
基準費用 額	1,445円	855円	377円	1,171円	1,668円	1,668円	2,006円

※利用者負担第4段階の人の費用は入所される施設に直接お問い合わせください。

※短期入所サービスを利用した場合、食費の負担限度額は（ ）内の金額です。

【適用期間】 8月1日～翌年7月31日までの1年間。

【証の名称】 介護保険負担額限度額認定証

【利用方法】 この証は施設サービスや短期入所サービスを利用する際に適用されるものです。介護保険施設の入所時等に施設に提示するよう、利用者に案内してください。

申請方法

下記の書類を用意していただき、介護保険課の窓口、または郵送で申請してください。

【提出書類】

ア. 介護保険負担額限度額認定申請書

イ. 通帳等の写し（すべての口座等。配偶者がいる場合は配偶者分も必要）

ア. は介護保険課の窓口にあります。また、川西市のホームページにも掲載していますので印刷してご利用ください。

イ.について、通帳は(1)銀行名・支店・口座番号・名義の分かる部分、(2)申請日時点の残高と申請日から2ヶ月前までの出入金が分かる部分、(3)年金の受給が分かる部分（企業年金を含む）、(4)定期預金の残高が分かる部分が必要です。有価証券（株式・公社債等）や投資信託等については、証券会社や銀行の口座残高の写し等を添付してください。

利用者負担第4段階の人で軽減が認められる特例について

高齢者夫婦世帯等の居住費・食費の減額（短期入所には適用されません）、高齢者夫婦世帯で一方が介護保険施設に入所し、利用者負担第4段階の居住費・食費を支払っている場合、利用料の負担により、在宅で生活する配偶者の生計が困難になるケースについては、特例減額措置が講じられ、負担限度額が認定され介護保険負担限度額認定証（水色）が発行される場合があります。

対象者

次の要件を全て満たす人

- ・ 市民税課税者がいる高齢者夫婦等の世帯
- ・ 世帯員が、介護保険施設に入所（入院）し、利用者負担第4段階の居住費・食費を負担していること
- ・ 世帯の前年の公的年金等の収入金額とその他の合計所得金額（譲渡所得に係る特別控除額を除く）の合計額から、施設の利用者負担（1～3割負担、居住費、食費の年額見込みの合計額）を除いた額が80万円以下になること
- ・ 世帯の預貯金等の額が450万円以下であること
- ・ 日常生活に供する資産以外に活用できる資産のないこと
- ・ 介護保険料を滞納していないこと

介護保険負担限度額認定証	
交付年月日	
番号	
被住所	見本
フリガナ	
氏名	
生年月日	
適用年月日	から
有効期限	まで
食費の負担限度額	ユニット型個室
居住費又は滞在費の負担限度額	ユニット型準個室 従来型個室（特養等） 従来型個室（老健・療養等） 多床室
保険者番号並びに保険者名称及び印	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">2 8 2 1 7 8</div> 〒666-8501 兵庫県川西市中央町12番1号 川西市 電話番号 (072)740-1111

問い合わせ先

介護保険課 給付担当 072-740-1148

②社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度

対象者

世帯全員が市民税非課税であって、次の要件をすべて満たす人及び生活保護受給者

- ・年間収入が単身世帯で 150 万円、世帯員が 1 人増えるごとに 50 万円加算した額以下であること（収入には遺族年金・障害者年金等や仕送りなどすべての収入を含む）
- ・預貯金等の額が単身世帯で 350 万円、世帯員が 1 人増えるごとに 100 万円を加算した額以下であること
- ・日常生活に供する資産以外に活用できる資産がないこと
- ・負担能力のある親族等に扶養されていないこと（市民税課税者と同居していない、市民税課税者の扶養家族になっていない、市民税課税者から仕送り等の援助を受けていない）
- ・介護保険料を滞納していないこと

軽減内容

社会福祉法人等が提供する介護サービスの利用料が軽減されます。（この軽減は社会福祉法人の負担により実施されるもので、軽減を実施するかどうかは、それぞれの社会福祉法人が決定します。全ての社会福祉法人が軽減を実施しているわけではありません）

軽減対象	サービス種類
(1)利用者負担額	訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、予防専門型訪問サービス
(2)利用者負担額・食費	通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護、介護予通所介護
(3)利用者負担額・食費・宿泊費	小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）
(4)利用者負担額・食費・滞在費	短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護
(5)利用者負担額・食費・居住費	介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

※旧措置入所者で利用者負担割合が 5%以下の方は対象になりません。ただし、ユニット型個室の居住費は軽減の対象となります。

※生活保護受給者は個室の居住費（滞在費）のみが対象となります。

※高額介護サービス費の利用者負担上限額 15,000 円の人（5）のサービスに係る利用者負担額は軽減の対象になりません。

※特定入所者介護サービス費等の対象外となる人は、（4）と（5）のサービスに係る食費・居住費（滞在費）が軽減の対象になりません。

軽減の割合

利用者負担の 1/4（老齢福祉年金受給者は 1/2、生活保護受給者は全額）

【適用期間】 8月1日～翌年7月31日までの1年間。

【証の名称】 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証（緑色）

【利用方法】 この証を交付された利用者に対して、軽減を実施している社会福祉法人を利用したケアプランを作成する際には、必ず証を確認してください。また、サービス提供事業所（社会福祉法人）にも証を確認してもらうようにしてください。サービス提供事業所（社会福祉法人）は利用者負担を減額して請求します。

問い合わせ先

介護保険課 給付担当 072-740-1148

社会福祉法人等利用者負担軽減確認証 (社会福祉法人等による利用者負担の軽減制度)	
交付年月日	
確認番号	見本
受給者	住所
	フリガナ
氏名	氏名
	生年月日
介護保険被保険者番号	
適用年月日	から
有効期限	まで
軽減割合	
発行機関名 及び印	2 8 2 1 7 8 〒666-8501 兵庫県川西市中央町12番1号 川西市 電話番号 (072) 740-1148

社会福祉法人による利用者負担額の軽減を行う事業所一覧（市内分）

● 川西市内で軽減措置が適用される社会福祉法人

法人および事業所名	提供サービス
社会福祉法人正心会 さぎそう園 (丸山台3-5-6 TEL 794-7600)	在宅・施設サービス ※地域密着型サービスを除く
社会福祉法人正心会 ハビネス川西 (加茂3-13-26 TEL 755-1313)	在宅・施設サービス ※地域密着型サービスを除く
社会福祉法人盛幸会 湯々館 (西多田字平井田筋5 TEL 793-2727)	在宅・施設サービス ※地域密着型サービスを除く
社会福祉法人友朋会 清和苑 (清和台東2-4-32 TEL 799-6200) あいな清和苑 (久代6-1-98 TEL 767-1112)	在宅・施設サービス ※地域密着型サービスを除く ※あいな清和苑は訪問介護を除く
社会福祉法人正和会 やわらぎの里 清和台 (清和台東4-5-26 TEL 798-0007) やわらぎの里 東谷 (一庫字北中島1-1 TEL 791-6500) やわらぎの里 ぶらす館 (清和台東4-5-1 TEL 799-8665) やわらぎの里 西多田 (西多田2-1-7 TEL 793-6700)	在宅・施設サービス ※訪問介護を除く
社会福祉法人 川西市社会福祉協議会 すこやかサービスセンター (火打1-12-6 TEL 759-5200)	訪問介護 (ホームヘルプサービス)
社会福祉法人 J A兵庫六甲福祉会 オアシス大和 (大和西4-2-8 TEL 791-6366)	小規模多機能型居宅介護
社会福祉法人のぞみ 川西小花の生活 (小花2-2-2 TEL 744-2530)	小規模多機能型居宅介護居宅介護 地域密着型介護老人福祉施設

介護保険法施行以前からの利用者

③介護保険法施行時に特別養護老人ホームに入所していた人に対する減額

対象者

介護保険法施行以前からの利用者

平成 12 年 4 月 1 日時点（介護保険制度の施行時）に特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）に入所していた旧措置入所者

軽減内容

【軽減割合】利用者負担額・・・10%以下、厚生労働大臣が定めた割合
居住費・食費・・・所得等に応じて厚生労働大臣が定めた金額

【適用期間】8月1日～翌年7月31日までの1年間

【証の名称】介護保険利用者負担額減額・免除等認定証（黄色）
介護保険特定負担限度額認定証（クリーム色）

【利用方法】この証を交付された利用者に対して、介護老人福祉施設サービスを提供する際には、サービス提供事業者は、必ず証を確認してください。

【その他】「介護保険利用者負担額減額・免除等認定証」は、旧措置入所者であることを証明するものとして、利用者負担額の減額・免除をされていない人にも交付しています。

問い合わせ先

介護保険課 給付担当 072-740-1148

(9) 公費負担医療等の確認

公費負担医療等の受給者の場合は、受給者証などの証明の記載内容を確認し、サービス提供事業者はその旨を通知します。サービス提供事業者は、利用者負担額から公費負担医療分を除いた額を利用者から徴収し、介護給付費の請求時に公費負担医療分として請求します。制度の詳細については下記連絡先へ問い合わせてください。

1. 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」
連絡先：伊丹健康福祉事務所 072-785-7462
2. 障害者総合支援法「自立支援医療(精神通院医療)」
連絡先：障害福祉課 072-740-1178
3. 障害者総合支援法「自立支援医療(更生医療)」
連絡先：障害福祉課 072-740-1178
4. 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」
連絡先：兵庫県 疾病対策課 078-362-3245
5. 難病の患者に対する医療等に関する法律「特定医療」
連絡先：伊丹健康福祉事務所 072-785-7462
7. 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」
連絡先：伊丹健康福祉事務所 072-785-7462
8. 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」
連絡先：伊丹健康福祉事務所 072-785-7462
9. 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」
連絡先：熊本県 水俣病保健課 096-333-2284 新潟県 生活衛生課 025-280-5204 鹿児島県 環境林務課 099-286-2584
10. 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」
連絡先：熊本県 水俣病保健課 096-333-2284 新潟県 生活衛生課 025-280-5204 鹿児島県 環境林務課 099-286-2584
11. 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」
連絡先：伊丹健康福祉事務所 072-785-7462
12. 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」
連絡先：兵庫県 疾病対策課 078-362-3245
13. 原爆被爆者の介護保険など利用者負担に対する助成事業について「介護の給付」
連絡先：兵庫県 疾病対策課 078-362-3245

14. 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに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」

連絡先：生活支援課 072-740-1173

15. 生活保護法「介護扶助」

連絡先：生活支援課 072-740-1173

(10) 交通事故等が原因で介護が必要になった場合（第三者行為求償）

交通事故等が原因で介護保険サービスを利用する場合

介護保険サービスを利用する際には、サービス費用のうち、原則、1～3割を利用者が負担し、残りの7～9割を市等が負担します。しかし、交通事故等の第三者行為が原因で要介護状態になり、重度化して、介護保険サービスが必要になった場合、その費用は加害者である第三者が負担すべきものになります。

この場合の介護保険サービス費の保険給付相当額は、市が一時的に立て替え、後で加害者に請求することになります。

そのため、交通事故等が原因で介護保険サービスが必要となった場合、被保険者から市へ届出が必要になります。

第三者行為求償の手続き

ケアマネジャーは、被保険者が第三者行為求償に該当する可能性が生じた場合、下記の問い合わせ先までご連絡ください。

下記の書類が提出された後、市から国保連へ求償事務を委託し、求償手続きを進めていきます。

申請書類

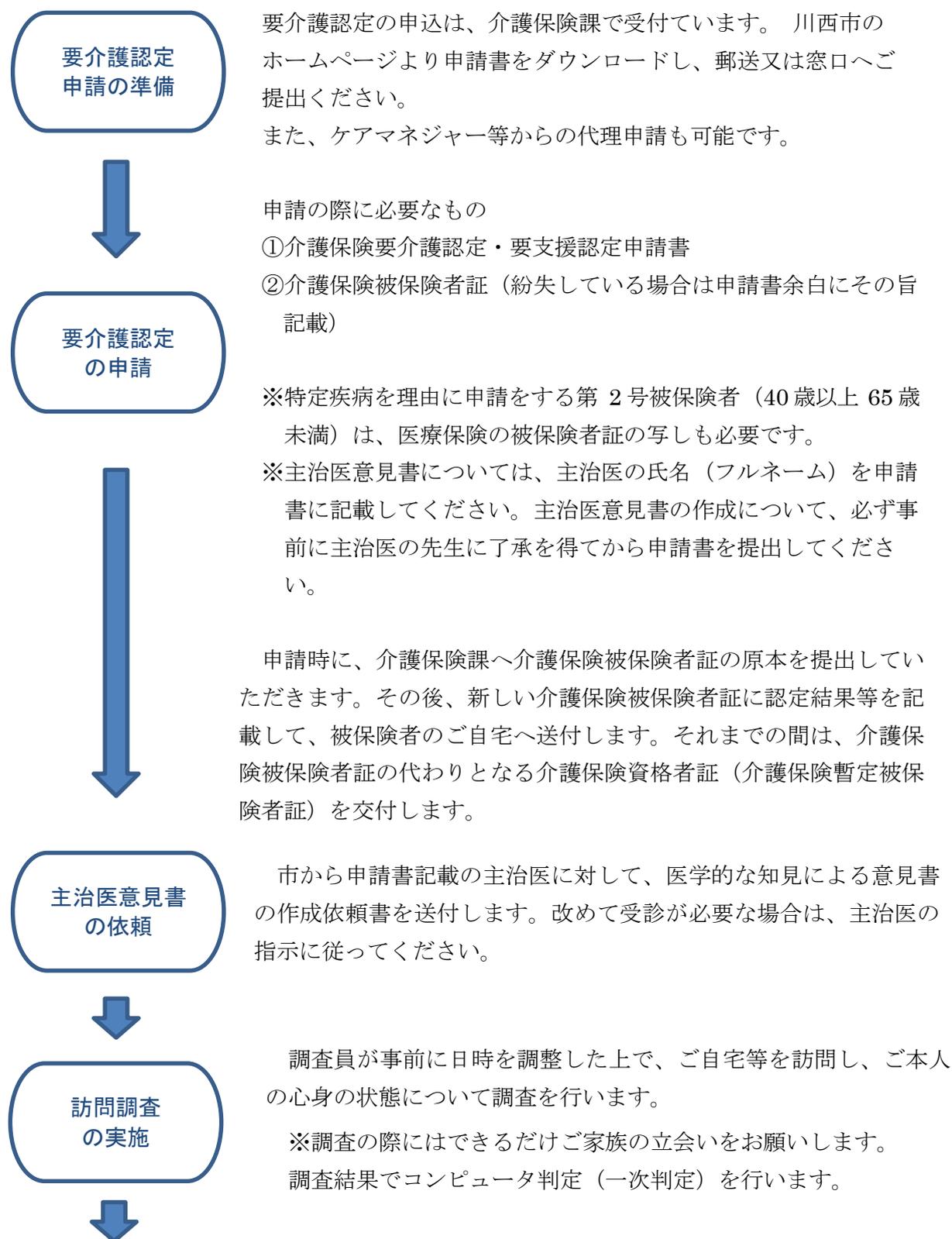
- ①第三者行為による傷病届
- ②事故発生状況報告書
- ③同意書
- ④誓約書
- ⑤承諾書
- ⑥交通事故証明書（写し可）

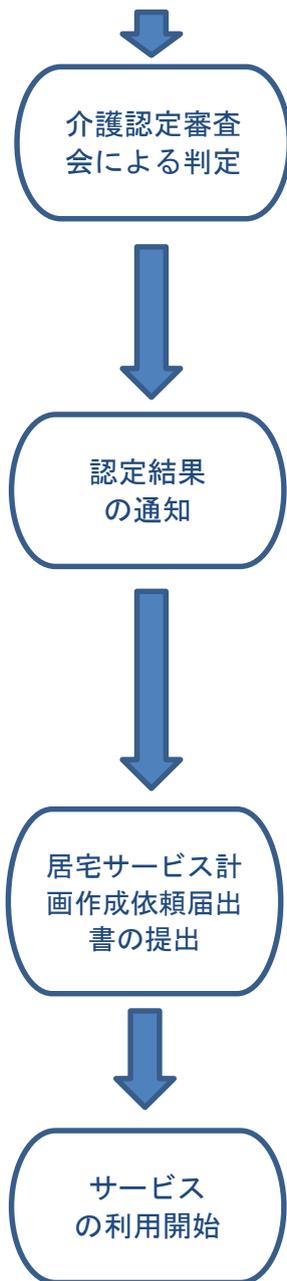
①～⑤はご連絡いただきましたら介護保険課から様式を送付します。⑥は自動車安全運転センターで発行されたものを提出して下さい。なお、既に医療保険で求償している案件については、①②⑥の提出が省略できる場合がありますので、ご相談ください。

問い合わせ先

介護保険課 給付担当 072-740-1148

(11) 要介護認定の流れ





一次判定結果、調査項目に関して調査員が聞き取りした事項（特記事項）および主治医意見書に基づいて審査し、最終の判定（二次判定）を行います。審査会の委員は医師、歯科医師、保健師、社会福祉士、薬剤師など医療・保険・福祉に関する専門家によって構成されています。

新しい介護保険被保険者証に認定結果を記載し、被保険者のご自宅へ送付します。介護保険被保険者証には、認定結果以外にも、認定の有効期間や利用できるサービスの上限（区分支給限度基準額）などが記載されています。

要介護認定の結果が通知されるまでには、通常、申請から 30 日程度かかります。新規・変更申請については、要介護または要支援と認定された場合、原則申請日に遡って有効となります。

※審査の結果、「非該当」となった場合でも、総合事業が利用できる場合がありますので、地域包括支援センターにご相談ください。

利用者に代わって、介護保険課に『居宅サービス計画作成依頼届出書（介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書）』を提出します（予防については担当地区地域包括支援センターが提出します）。

※介護保険課の窓口提出した日が届出日となります。提出の時点で既にサービスの利用を開始している場合は、届出書にサービスの利用開始日を記入してください。また、提出が大幅に遅れると償還払いとなる場合がありますので、ご注意ください。

ケアプランを作成し、サービスの利用を開始します。

第 2 号被保険者の認定について

40 歳以上 65 歳未満の第 2 号被保険者の場合、加齢に伴って生じる心身の変化に起因する疾病（下記参照）により、介護（支援）が必要となった場合に限り、要介護認定・要支援認定申請を受け付けます。
<加齢に伴って生じる心身の変化に起因する疾病（特定疾病）>

01 筋萎縮性側索硬化症 ・ 02 後縦靭帯骨化症 ・ 03 骨折を伴う骨粗しょう症 ・ 04 多系統萎縮症

05 初老期における認知症 ・ 06 脊髄小脳変性症 ・ 07 脊柱管狭窄症 ・ 08 早老症

09 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 ・ 10 脳血管疾患

11 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

12 閉塞性動脈硬化症 ・ 13 関節リウマチ ・ 14 慢性閉塞性肺疾患

15 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

16 がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）

(12) 要介護認定に関する注意点

○申請日について

認定の申請日については、原則、市が申請書を受理した日となりますので、ご注意ください。

○認定の更新（有効期間が満了する場合）

要介護認定には有効期間が設定され、この有効期間内にサービスを利用することができません。

認定有効期間の満了後にも、引き続きサービスの利用を希望する場合は、要介護認定の更新申請を行う必要があります。更新申請をせずに、認定有効期間が満了すると、介護保険給付を受けられなくなりますので、ご注意ください。

更新申請の場合も、改めて調査・判定を行い、新たな認定結果を通知します。

なお、更新の申請は有効期間が満了する日の 60 日前から可能です。

○認定の区分変更申請（認定を受けたときと状態が大きく変わった場合）

要介護認定はあくまで調査時点での状態を示すもので、その後の経過によっては状態が変わることもあります。そのような場合、認定有効期間の途中でも変更申請が可能です。変更申請の場合も、改めて調査・意見書により判定を行い、新たな認定結果を通知します。

問い合わせ先

介護保険課 認定担当 072-740-1147

○転出（引越で他の市町村に転出する場合）

介護保険被保険者証は住民票がある市町村で発行するのが原則です。したがって、転出時には川西市の被保険者証は返却し、転入先の市町村で改めて被保険者証が交付されます。

川西市で要介護認定を受けた人が転出するときには、介護保険課の窓口で、現在の要介護状態区分等を記載した「受給資格証明書」を発行します。これは、現在の要介護認定の内容を転入先の市町村に引き継ぐための書類です（事業対象者資格は引き継ぎません）。

受給資格証明書を転入先の介護保険の窓口へ提出すると、転入先では、その要介護状態区分をそのまま記載して、新しい被保険者証を発行します。

なお、この受給資格証明書は、転入から 14 日以内に転入先の介護保険窓口へ提出する必要がありますので、ご注意ください。

※ただし、被保険者が他の市区町村の介護保険施設などに入所・入居するために、住所をその施設に移す場合は、「住所地特例」として川西市の被保険者資格が継続します。

○転入（他の市町村から転入した場合）

従前の住所地で発行された「受給資格証明書」を介護保険の窓口へ提出すれば、従来の要介護状態区分を転入申請より6ヶ月間引き継ぐことができます。

被保険者証は転入手続き後、約1週間で郵送します。

なお、転入から14日以内に介護保険課へ受給資格証明書を提出する必要がありますが、もし、従前の住所地で「受給資格証明書」を発行してもらっていない場合は、川西市から従前の住所地の市町村へ発行を依頼しますので、窓口で申し出てください。

※ただし、川西市内の介護保険施設などに住民票を移す場合は「他市住所地特例」として転入前市町村の被保険者資格が継続します。

※前住所地で事業対象者として総合事業を利用していた場合でも、事業対象者資格は引き継ぎませんので、新たに認定申請をしていただく必要があります。

問い合わせ先

介護保険課 資格担当 072-740-1148

3. ケアプランの作成

(1) ケアプランの作成

ケアプランの作成に当たっては、単に利用者や介護者の要望を基に計画書を作成するのではなく、利用者自らが自立した日常生活を送るべく努力が図れるよう支援を効果的に行うために、利用者や介護者の心身の状況等に応じて継続的かつ計画的にサービス利用が行われるようにしてください。また、住み慣れた地域で継続して生活を継続していくために、日常生活全般を支援する観点から、介護保険以外の医療・保険・福祉サービスや民間サービス、地域住民が主体となって実施する生活支援等を含めて計画上に位置づけるようにしてください。

また、ケアプランの作成は以下に示すプロセスを経て行います。特に、計画を新たに作成する場合や更新認定・変更認定の場合には、やむを得ない理由がある場合を除き、サービス担当者会議を開催し、サービス担当者の意見を聞くことが必要です。

1. 課題分析（アセスメント）の実施



利用者の日常生活上の能力、利用者の生活環境、すでに受けているサービス、介護者の状況などの環境等の評価を通じて問題点を明らかにし、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、適切な方法で把握してください。

解決すべき課題の把握（アセスメント）に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者・家族と面談の上、情報を集めることが必要です。

2. ケアプラン原案作成



利用者の望む暮らしとアセスメント結果に基づき、家族の希望・地域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最も適切なサービスの組合せを検討し、サービスの目標・達成時期・内容・利用料等を記載してください。

3. サービス担当者会議時に行う専門職の意見聴取



原則はサービス担当者会議を開催し、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、ケアプラン原案について専門的見地からの意見を求めてください。やむを得ない理由がある場合は、照会等により意見を求めることができます（がん末期の場合、利用者の体調変化が著しくサービス担当者会議を開催する時間的余裕がない場合等）

4. ケアプランの説明および同意

↓ 原案での各サービスの介護保険対象・対象外を区分した上で、内容を利用者・家族に説明し、文書により利用者の同意を得てください。

5. ケアプランの交付

同意を得たケアプランを利用者・事業所に交付してください（担当者に対しては、計画の趣旨・内容を説明してください）。事業所に対し、ケアプランを交付する場合、運営基準上、受領書の使用は必須ではありませんが、各担当者の交付の記録として活用可能なことから、受領書の利用については、各事業所の判断で行ってください。なお、ケアプランの交付については、居宅介護支援事業所及び、各サービス提供事業所において、交付に係る記録を支援経過などに記載するか、または、交付書兼受領書を使用し、交付の記録として保存するかどうかの方法にて行ってください。

交付したケアプランに対応した個別サービス計画書を担当者（介護サービス事業所）より受領してください（介護予防支援も同様の取り扱いとします）。利用者の計画書への捺印の有無は不問ですが、同意を得ることは必須です。各事業所の判断で対応してください。

6. 実施状況の把握（モニタリングの実施）

ケアプランに基づいてサービス提供の把握を行います。また、必要に応じてケアプランの変更やサービス提供事業所等との連携調整等を行ってください。

実施状況の把握（モニタリング）にあたっては、利用者・家族や事業者等との連絡を継続的に行い、利用者側に特段の事情がない限り、少なくとも月1回は（介護予防支援の場合は3ヶ月に1回、間の月は電話での面談で可）利用者の居宅を訪問して面談するとともに、モニタリングの結果を記録しなければなりません。

7. ケアプラン変更についての専門的意見の聴取

↓ 更新認定や変更認定等において、ケアプランを変更する場合、原則としてサービス担当者会議を開催し、計画変更の必要性について専門的見地からの意見を求めてください（やむを得ない理由がある場合は、照会等により意見を求めることができます）。

8. ケアプランの変更

変更にあたっては、1から7の一連のプロセスを行ってください（軽微な変更は除きます）。

ケアプランの系気な変更の内容

①サービス提供の曜日変更・提供回数の変更、②利用者の住所変更、③事業所の名称変更、④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、⑤目標期間の延長、⑥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、⑦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、⑧担当介護支援専門員の変更

(2) 居宅サービス等の支給限度基準額

介護保険の居宅サービスと地域密着型サービスの各サービスは施設で提供されるものを除き、要支援・要介護の認定区分ごとに定められた1月あたりの区分支給限度基準額の範囲内で利用することができます。区分支給限度基準額は下表のとおりです。

要介護度		利用できる単位数
事業対象者		5,032 単位
要支援	1	5,032 単位
	2	10,531 単位
要介護	1	16,765 単位
	2	19,705 単位
	3	27,048 単位
	4	30,938 単位
	5	36,217 単位

この限度額を超えた分については、保険給付の対象とならず利用者が全額負担するため、事前に十分な説明が必要です。居宅介護（介護予防）支援費は支給限度基準額の対象には含まれません。また、居宅療養管理指導も支給限度基準額の対象には含まれませんが、ケアプラン上に位置づける必要があります。

対象		対象外	
居宅	訪問介護	居宅	居宅療養管理指導
	訪問入浴介護		特定施設入居者生活介護
	訪問看護		居宅介護支援
	訪問リハビリテーション	地域密着	認知症対応型共同生活介護
	通所介護		地域密着型特定施設入居者生活介護
	通所リハビリテーション		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
	短期入所生活介護	施設	介護療養型医療施設
	短期入所療養介護		介護老人保健施設
	福祉用具貸与		介護療養型老人保健施設
夜間対応型訪問介護	介護老人福祉施設		
地域密着	認知症対応型通所介護	施設	介護医療院
	小規模多機能型居宅介護		
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護		
	看護小規模多機能型居宅介護		

<限度額管理の注意点>

利用者の要介護状態区分が月の途中で変更になった場合、居宅サービス等の支給限度基準額は介護の必要性が高い方の要介護状態区分に応じた支給限度基準額を適用します。また、報酬の算定については提供時点の介護度で算定します。

例1) 1月15日に区分変更申請をして、要介護2→要介護3となった場合。

⇒1月の支給限度基準額は「要介護3」の額を適用します。

例2) 1月15日に区分変更申請をして、要介護3→要介護2となった場合。

⇒1月の支給限度基準額は「要介護3」の額を適用します。

特定福祉用具購入費	10万円 1年度あたり(4月～翌年3月)
住宅改修費	20万円 支給可能額算定の例外有(3段階リセット、転居リセット)

※特定福祉用具の購入・住宅の改修については、支給限度基準額の対象には含まれませんが、それぞれ限度額が定められています。

(3) 地域区分単価

介護報酬では、介護サービスの種別及び事業所所在地によって、1単位あたりの単価が異なります。下記の表に、サービス種別・地域ごとの単価と、兵庫県内の市町がどの地域区分に該当するかを示しているの確認してください。

＜サービス種類・地域区分ごとの1単位あたりの単価＞

サービス種類	地域区分	単価
・ 居宅療養管理指導 ・ 福祉用具貸与	全国一律	10.00 円
・ 通所介護 ・ 短期入所療養介護 ・ 特定施設入居者生活介護 ・ 認知症対応型共同生活介護 ・ 地域密着型特定施設入居者生活介護 ・ 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 ・ 介護老人保健施設サービス ・ 介護療養施設サービス ・ 介護医療院サービス	1 級地	10.90 円
	2 級地	10.72 円
	3 級地	10.68 円
	4 級地	10.54 円
	5 級地	10.45 円
	6 級地	10.27 円
	7 級地	10.14 円
	その他	10.00 円
	・ 訪問リハビリテーション ・ 通所リハビリテーション ・ 短期入所生活介護 ・ 認知症対応型通所介護 ・ 小規模多機能型居宅介護 ・ 看護小規模多機能型居宅介護	1 級地
2 級地		10.88 円
3 級地		10.83 円
4 級地		10.66 円
5 級地		10.55 円
6 級地		10.33 円
7 級地		10.17 円
その他	10.00 円	
・ 訪問看護 ・ 訪問介護 ・ 訪問入浴介護 ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ・ 夜間対応型訪問介護 ・ 居宅介護支援	1 級地	11.40 円
	2 級地	11.12 円
	3 級地	11.05 円
	4 級地	10.84 円
	5 級地	10.70 円
	6 級地	10.42 円
	7 級地	10.21 円
その他	10.00 円	

<兵庫県内の地域区分>

3級地	西宮市、芦屋市、宝塚市
4級地	神戸市
5級地	尼崎市、伊丹市、川西市、三田市
6級地	明石市、猪名川町
7級地	姫路市、加古川市、三木市、高砂市、稲美町、播磨町
その他	その他

(4) ケアプラン作成における注意点（運営基準減算）

居宅介護支援業務を行うにあたり、運営基準減算の対象にならないよう十分注意してください。運営基準減算の対象になった場合、所定単位の 100 分の 50 が減算されます。なお、運営基準減算が 2 か月以上継続している場合は、所定単位数は算定できません。

【減算の対象になる業務】

1. 指定居宅介護支援の提供開始に際しての説明

指定居宅介護支援の提供の開始に際し、下記のいずれかを行っていない場合は、契約月から当該状態が解消されるに至った月の前月まで減算をしてください。

- ①利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができることを文書で交付して説明すること。
- ②利用者はケアプランに位置付けた指定居宅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を文書で交付して説明すること。
- ③前6月間に作成された居宅サービス計画の総数のうち、訪問介護・通所介護・福祉用具貸与及び、地域密着型通所介護がそれぞれ位置づけられた居宅サービス計画の占める割合、前6月間に居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護等ごとの回数の中に同一の指定居宅サービス事業所又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合等を文書で交付して説明すること。
- ④上記の説明を理解したことについて利用申込者から署名を得ること。

2. ケアプランの新規作成及びその変更時のアセスメント等

下記のいずれかを行っていない場合は、いずれかを行わなかった月から全てを行った月の前月までを減算してください。

- ①利用者の居宅を訪問すること
- ②利用者に面接すること
- ③サービス担当者会議を開催すること
- ④ケアプランの原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得た上で、ケアプランを利用者及び担当者に交付すること

3. サービス担当者会議の開催

下記のいずれかの場合にサービス担当者会議を開催していない場合は、サービス担当者会議を開催した前月まで減算してください。

- ①ケアプランを新規に作成するとき
- ②要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた場合
- ③要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

4. 月1回の訪問、モニタリングの記録

特段の事情のない限り、下記のいずれかを行わなかった場合、実施した前月まで減算してください。

- ① 1月に1回利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。
- ② モニタリングの結果を毎月記録すること。

※介護予防支援については、運営基準減算はないもののこれらの運営基準は遵守してください。

「特段の事情」とは

特段の事情とは、利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接することができない場合を主として指すもので、ケアマネジャーに起因する事情は含まれません。

また、特段の事情がある場合は、その具体的な内容を記録しておくことが必要です。

(5) 生活援助中心型訪問介護の提供回数が多いケアプラン

届出対象

ケアプランに厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護を位置づける場合には、当該ケアプランを作成又は変更した月の翌月末日までに届け出てください。

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（平成 12 年厚生省告示第 19 号）別表「指定居宅サービス介護給付費単位数表」の 1 訪問介護費の注 3 に規定する生活援助が中心である指定訪問介護を、下表の回数以上位置づけたケアプランを作成又は変更（軽微な変更を除く。）した場合に届出が必要です。

要介護区分	回数
要介護 1	1 月につき 27 回
要介護 2	1 月につき 34 回
要介護 3	1 月につき 43 回
要介護 4	1 月につき 38 回
要介護 5	1 月につき 31 回

提出書類

1. 訪問介護(生活援助中心型)の回数が多いケアプランの届出書(兼理由書)
2. ケアプランの写し
 - ①居宅サービス計画書(1)「第 1 表」
 - ②居宅サービス計画書(2)「第 2 表」
 - ③週間サービス計画表「第 3 表」
 - ④サービス担当者会議の要点「第 4 表」
 - ⑤サービス利用票「第 6 表」
 - ⑥サービス利用票別表「第 7 表」

※第 6 表サービス利用票、第 7 表サービス利用票別表は、計画の作成月以降、最初に所定の回数以上位置づけた月のもの。
- ⑦アセスメントシート

(注意事項)

- ※被保険者ごとに、届出書を表紙とし、左上をホチキスで留めて提出してください。
- ※居宅サービス計画を作成した月の翌月末日までに提出してください。
- ※認定申請中の場合には、認定結果が確定してから提出してください。
- ※提出書類は A4 サイズに統一してください。
- ※居宅サービス計画書(1)「第 1 表」は、利用者へ交付し、署名があるものを提出してください。
- ※アセスメントシートは、この届出における居宅サービス計画作成時のものを提出してください。

留意事項

1. 当該制度の趣旨は利用者の自立支援・重度化防止にとってより良いサービスを提供することを目的とするものであり、生活援助中心型サービスが一定回数以上となったことをもってサービスの利用制限を行うものではありません。
2. 届出対象は、位置づけた生活援助中心型サービス（所要時間 20 分以上 45 分未満、45 分以上のサービス）の合計が所定の回数以上の居宅サービス計画です。身体介護に引き続き生活援助を提供するものは、回数に含めません。
3. 月の日数の多寡等により生活援助中心型サービスが所定の回数を下回る月と所定の回数以上となる月がある場合、所定の回数以上位置づけたサービス利用票の作成月の翌月末までに、届出を行ってください。

問い合わせ先

介護保険課 適正化担当 072-740-1149

4. 介護予防・日常生活支援総合事業

(1) 総合事業

介護保険法（平成9年法律第123号。）第115条の45第1項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」とします）は、介護保険制度において市町村が行う地域支援事業の一つで、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを提供することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることをめざすものです。

具体的には、① 住民主体の多様なサービスの充実を図り、要支援者等の選択できるサービス・支援を充実し、在宅生活の安心確保を図るとともに、② 住民主体のサービス利用の拡充による低廉な単価のサービス・支援の充実・利用普及、高齢者の社会参加の促進や要支援状態となることを予防する事業の充実による認定に至らない高齢者の増加、効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開による要支援状態からの自立の促進や重度化予防の推進等により、結果として費用の効率化が図られることを目指します。

介護保険法第4条では、「自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努める」こととされています。

（厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」より）

(2) 川西市の総合事業

① 趣旨

要介護状態の予防と自立に向けた支援、多様な生活支援体制のある地域づくりを進めるために、2017年4月から「総合事業」を実施しています。川西市の総合事業は、高齢者が地域で自ら介護予防に取り組み、住民主体のボランティアや地域の助け合いなど、地域全体で高齢者を支え、住み慣れた地域で自立して生活できる支援していくことをめざしています。

② 事業概要

(ア) 介護予防・生活支援サービス事業

対象者は、要支援認定を受けた方または要支援者に相当する状態の方（以下「事業対象者」とします）です。市では、現行で行われている訪問型サービスと通所型サービス（いわゆる現行相当サービス）の他に、人員基準・資格等の基準を緩和したサービス（基準該当サービス）を導入しているほか、令和4年度より、短期集中予防サービスであるフレイル改善短期集中プログラムを開始し、フレイル状態にある人への早期ハイリスクアプローチにより要介護状態への移行防止とQOL（生活の質）の向上を図る取り組みを行っています。

(イ) 一般介護予防事業

対象者は、川西市の第1号被保険者の全ての方、及びその支援のための活動に関わる方となりますが、住民主体の通いの場に65歳未満の住民も参加し、ともに介護

予防に取り組むことが望ましい姿です。事業の内容として、①介護予防把握事業、②介護予防普及啓発事業、③地域介護予防活動支援事業、④一般介護予防事業評価事業、⑤地域リハビリテーション活動支援事業となります。

③ 期待される効果

- (ア)身近な地域において社会参加や介護予防に取り組みやすく、また継続しやすい環境が整うことで、生きがいを持って生活する高齢者が増加する。
- (イ)現行のサービスの他に、基準を緩和したサービスやNPO・ボランティアによるサービスが整うことで、多様なサービスを低価格で受けることができ、自己負担額が減少する。
- (ウ)訪問介護・通所介護事業者の人員配置基準が一部緩和されることや、NPO・ボランティアなど新たなサービスの担い手が加わることで、介護人材不足に対する一助になる。

④ 対象者

(ア)介護予防・生活支援サービス事業

- ・要支援認定を受けた方
- ・「基本チェックリスト」により「事業対象者」と判断された方

(イ)一般介護予防事業

- ・介護保険第1号被保険者の全ての方
- ・上記の支援のための活動に関わる方

川西市介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業、以下、「介護予防ケアマネジメント」とします。）は、要支援者及び基本チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当した方（以下、「事業対象者」とします。）に対して、介護予防及び日常生活支援を目的に、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、第1号訪問事業（訪問型サービス）、第1号通所型サービス（通所型サービス）、ほか一般介護予防事業も含め、要支援者及び事業対象者の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業となります。

（3）介護予防ケアマネジメントとは

① 基本的な考え方

総合事業における介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ」、「要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする」ために、高齢者が地域で自立した日常生活を送れるよう支援するもので、基本的にはケアマネジメントのプロセスに基づくものとなります。

地域において高齢者が健康を維持し、改善可能な場合は適切な支援を受けて改善に向かい、もし、医療や介護、生活支援を必要とする状況になっても住み慣れた地域で暮らし、その生活の質を維持・向上させるためには、高齢者一人ひとりが自分の健康増進や介護予防に

についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取組を行うことが重要となります。

総合事業においては、高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、結果として介護予防につながるという視点からも利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスをあてはめるのではなく、利用者の自立支援につながるよう、心身機能の改善だけでなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要です。

このようなことから、総合事業における介護予防ケアマネジメントについては、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用し、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成していくことが必要です。

② 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状況や、基本チェックリスト及びアセスメントシートの結果、本人の希望する生活やサービス等を踏まえて、従来からの介護予防支援のマネジメントのプロセスに沿った上で、以下のような類型を利用者の状況に応じて実施します。

(ア) 原則的ケアマネジメント（ケアマネジメントA）

現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様、アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定する。モニタリングについては少なくとも3ヶ月ごとに行い、利用者の状況等に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとる。

(イ) 簡易的ケアマネジメント（ケアマネジメントB）

更新時、サービス変更がない場合は担当者会議を省略、モニタリングは3か月に1回、その間は必要に応じて実施および評価します。後述する「フレイル改善短期集中プログラム」を利用している場合に算定可能となります。

(ウ) 初回のみケアマネジメント（ケアマネジメントC）

ケアマネジメントの結果、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体のサービス等を利用する場合に実施します。初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアプラン原案の結果（「目標とする生活」「現状の状態・本人及び家族の希望」「課題（背景・原因）」「目標に向けた具体的提案と実施方針」等を記載）を利用者に説明し、理解を得た上で、住民主体の支援等につなげます。その後は、モニタリング等はいりません。

③ 実施主体

川西市における介護予防ケアマネジメントは、利用者本人が居住する住所地の地域包括支援センターが実施します。地域包括支援センターに配置されている3職種(保健師・社会福祉士・主任ケアマネジャー)等のほか、ケアマネジャー等の指定介護予防支援業務を行っている職員により実施することができ、これらの職員が相互に協働しながら行います。ただし、居宅介護支援事業所へ再委託することも可能です。なお、地域包括支援センターは、居宅介護支援事業所に介護予防ケアマネジメントを再委託する場合も、状況に応じ、初回の介護予防ケアマネジメント実施時に地域包括支援センターが立ち会うように努めるとともに、ケアプランに対しての関与や連携体制をとりながら、プラン作成後のフォローとして地域ケア会議等も活用し、介護予防ケアマネジメントのプロセスに関与する必要があります。

④基本チェックリスト

老化に伴う心身の衰えにより介護や支援が必要となり、介護保険認定の申請を行った結果、非該当となった場合、川西市では基本チェックリストを実施します。事業対象者に該当する基準を満たした場合、生活する上で必要な機能が低下していると判断され、事業対象者として「介護予防・生活支援サービス」を利用することが可能となります。

基本チェックリスト(介護予防・日常生活支援総合事業用)

以下の太枠の部分のみ記載ください

介護保険 被保険者 番号	0	0	0	0										フリガナ 氏名
代筆者 氏名	※本人以外が記入する場合のみ										続柄・ 関係性			
記入日	年	月	日	※回答 いずれかに○をお付けください										
No	質問項目										回答	事業所等記載		
1	バスや電車で1人で外出していますか										0. はい 1. いいえ	生活 機能 全般 (20)		
2	日用品の買物をしていますか										0. はい 1. いいえ			
3	預貯金の出し入れをしていますか										0. はい 1. いいえ			
4	友人の家を訪ねていますか										0. はい 1. いいえ			
5	家族や友人の相談にのっていますか										0. はい 1. いいえ			
6	階段や手すりや壁をつたわらずに昇っていますか										0. はい 1. いいえ			
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか										0. はい 1. いいえ			
8	15分位続けて歩いていますか										0. はい 1. いいえ			
9	この1年間に転んだことがありますか										1. はい 0. いいえ			
10	転倒に対する不安は大きいですか										1. はい 0. いいえ			
11	6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか										1. はい 0. いいえ			
12	身長	cm	体重	kg	(BMI)							栄 養 (20)		
※BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)														
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか										1. はい 0. いいえ			
14	お茶や汁物でむせることがありますか										1. はい 0. いいえ			
15	口の渇きが気になりますか										1. はい 0. いいえ			
16	週に1回以上は外出していますか										0. はい 1. いいえ			
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか										1. はい 0. いいえ			
18	周りの人から「いつも同じことを聞くなどの物忘れがあると 言われますか										1. はい 0. いいえ			
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか										0. はい 1. いいえ			
20	今日が何月何日かわからない時がありますか										1. はい 0. いいえ			
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感が無い										1. はい 0. いいえ			
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった										1. はい 0. いいえ			
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに 感じられる										1. はい 0. いいえ			
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない										1. はい 0. いいえ			
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする										1. はい 0. いいえ			
同意欄 上記の記載内容に相違ありません。介護保険事業(介護予防・日常生活支援総合事業用)の適切な運営と今後の介護予防ケアマネジメントに活用するため、この基本チェックリストの結果を、川西市、地域包括支援センター及び事業所 その他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(本人署名)														

介護予防・日常生活支援総合事業 事業対象者に該当する基準

下記のいずれかに該当

- ① No.1~20までの20項目のうち10項目以上に該当
- ② No.6~10までの5項目のうち3項目以上に該当
- ③ No.11~12の2項目のすべてに該当
- ④ No.13~15までの3項目のうち2項目以上に該当
- ⑤ No.16~17の2項目のうちNo.16に該当
- ⑥ No.18~20までの3項目のうち1項目以上に該当
- ⑦ No.21~25までの5項目のうち2項目以上に該当

(注) この表における該当(No.12を除く。)とは、基本チェックリストの回答部分に「1. はい」又は「1. いいえ」に該当することという。

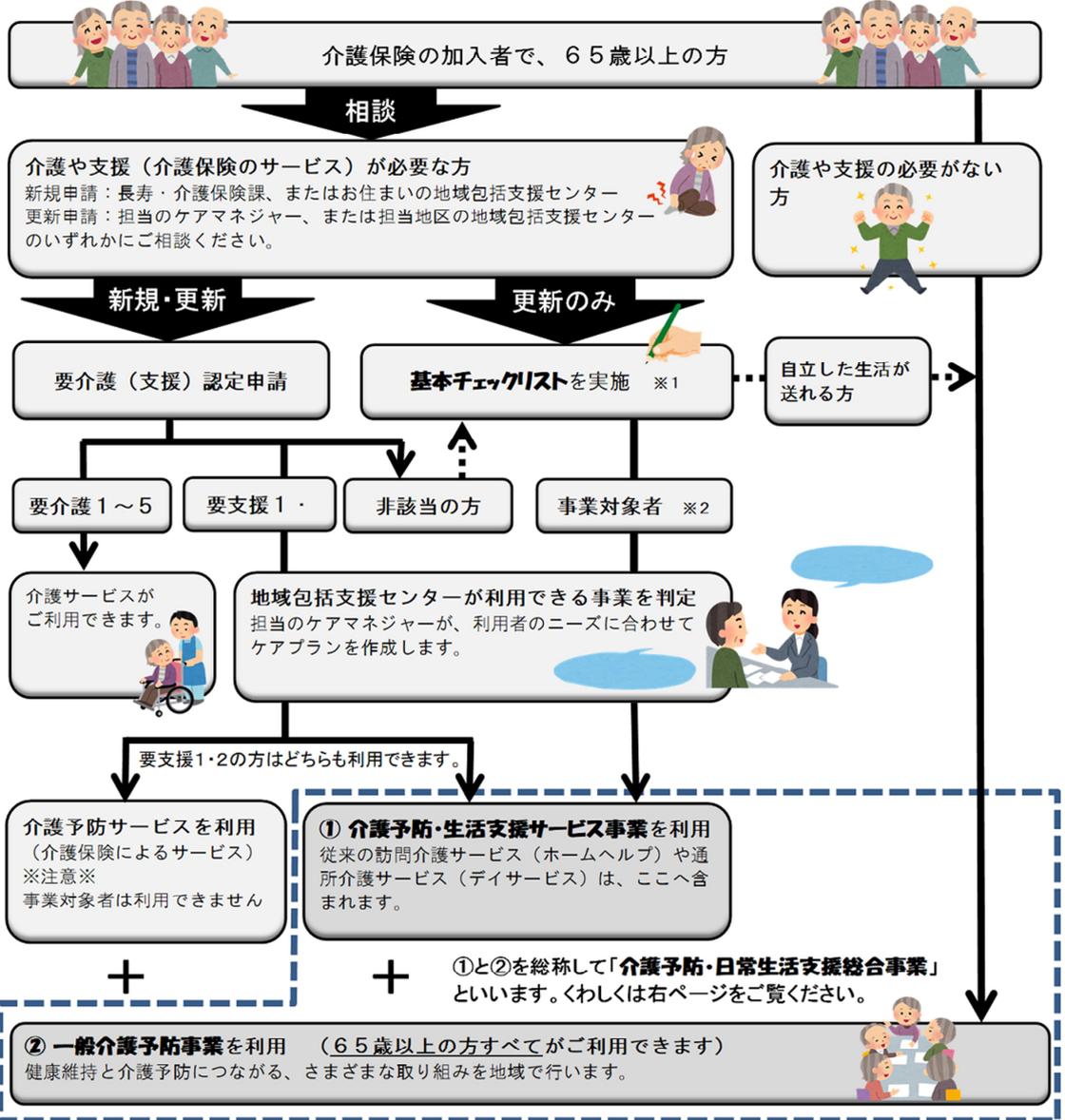
この表における該当(No.12に限る。)とは、BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合をいう。

以下は基本チェックリストの立ち会いをした地域包括支援センターもしくは事業所が記載ください。

地域包括支援センター・事業者名	立会者氏名	事業対象者
		該当・非該当

受付日(市記入欄)

利用までの流れ（概要）



※1 基本チェックリスト…生活機能の状態を確認する25項目の質問票です。すべて「はい」「いいえ」のどちらかを選択するようになり、自分では気づきにくい心身の衰えがないかを判断します。

※2 事業対象者…基本チェックリストにより生活機能の低下がみられた方です。「介護予防・生活支援サービス事業」を利用できます。

総合事業についての Q&A



すでに要支援認定を受けていて、ホームヘルプやデイサービスを利用している場合、平成29年4月1日からサービス内容が変わってしまうの？

平成29年4月1日以降の認定更新時などに、順次、総合事業に移行しますがサービスの内容は変わりません。また、従来のサービスに加えて、それよりも低い単価でご利用いただけるサービスも始まりました。くわしくは右ページ「介護予防・生活支援サービス事業について」をご覧ください。



事業対象者となったあとも、要介護（支援）認定を申請できるの？

いつでも申請できます。担当のケアマネジャー、もしくは担当地区の地域包括センターにご相談ください。

⑤多機関・多職種連携と地域ケア会議の活用

(ア)多機関・多職種連携による支援

高齢者の自立支援を実現するためには、ケアマネジャー等だけではなく、サービス事業所や医療機関など、高齢者支援に関わる多機関・多職種との連携・協働が必要となります。利用者に対するチームアプローチ（多職種協働）を実践するために、サービス担当者会議や地域ケア会議、その他日頃からの情報交換をとおして専門職が連携・協働し効果的な支援につなげることが重要となります。

また、利用者が医療系サービスの利用を希望している場合や、その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治医に意見を求め、ケアプランや支援に反映させれる事も必要です。ケアプラン作成後、当該ケアプランを主治医等に交付するなど、医療機関との密な連携を図る事も積極的に実施してください。

(イ)地域ケア会議の活用（自立支援型地域ケア会議／地域ケア個別会議）

川西市では、高齢者の自立した生活を支援するため、地域ケア会議を推進しています。この地域ケア会議には、支援困難事例等に対して地域包括支援センターが開催する「地域ケア個別会議」と、リハビリ専門職等が高齢者の自立支援に向けたアドバイスを行う「自立支援型地域ケア会議」があります。高齢者の課題解決、QOLの向上に加え、参加者のスキル向上、地域課題の把握等にもつながる会議であり会議にも積極的に参加してください。

(4) フレイル改善短期集中プログラム

①目的

疾病等でフレイル状態となり、生活機能が低下した高齢者に対し、早期ハイリスクアプローチとして、短期間集中して、運動機能向上、口腔機能の向上、栄養改善を目的としたプログラムを実施するとともに、プログラム終了後においても、地域の社会資源等を活用して、地域の活動などに参加し、要介護状態への移行を防止し、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられるよう支援することを目的とします。

②プログラム対象者

要介護認定新規申請者のうち、要支援1・2又は事業対象者で、プログラム利用を希望された人。ただし、末期がん、認知症Ⅱa以上、難病、精神疾患の方は利用対象外となります。

③プログラムの概要

介護予防・日常生活支援総合事業における、介護予防・生活支援サービスのうち、短期集中予防サービスである訪問型サービスCと通所型サービスCを一体的に実施し、サービス終了後も社会活動への参加を促すことで、フレイルから改善した状態が維持できるよう支援します。

サービス利用期間：プログラム開始～3カ月目(介護予防ケアマネジメントA)

- (1) 自宅訪問によるアセスメント等 (訪問型サービスC)
 - ・回数：2回 (通所型サービスC開始前と終了前)
 - ・内容：リハビリテーション専門職と地域包括支援センター職員で自宅訪問し、環境・生活上のアセスメントと課題整理、本人の目標設定と到達度確認などを行います。「ペコぱんだ」(口腔機能向上のトレーニンググッズ)を利用者全員に配布します。
- (2) 通所による運動等の実施 (通所型サービスC)
 - ・回数：週2回、おおむね3カ月間の計24回実施。
 - ・内容：運動機能向上プログラム、フレイル講話(栄養・口腔)、セルフプログラム指導等を行います。
- (3) 自立支援型地域ケア会議
 - ・対象者：通所型サービスC終了後も引き続き、介護保険サービス利用等が必要な人が自立支援型地域ケア会議の対象になります。
 - ・内容：自立に資する問題点や改善策を協議します。地域包括支援センター職員は、会議での意見も踏まえ、今後の生活について本人・家族へ助言し、サービスを検討します。
※介護予防サービス(福祉用具貸与、購入、住宅改修)のみ併用可能です。ただし、介護予防福祉用具貸与が3ヶ月以降も必要な場合は、プログラムの対象外となります。

モニタリング期間：4～9か月目(介護予防ケアマネジメントB)

地域包括支援センター職員によるモニタリングと支援

- ・内容：「かわナビ」を活用し、利用者の心身の状況や希望に合わせた社会資源の情報提供を行い、継続的な「体力維持系活動」「文化系活動」「地域活動」などの社会参加活動により、人とつながる事ができるよう定期的に必要な情報提供やアドバイスを行います。モニタリング期間中、社会参加活動が継続できた人は表彰の対象となります。

評価方法

- ・個人評価：通所型サービスC開始前後の体力測定・主観的健康観等の改善度
- ・事業評価：通所型サービスC終了時点で介護サービスから社会参加活動へ移行した割合

④費用

(1)利用者負担

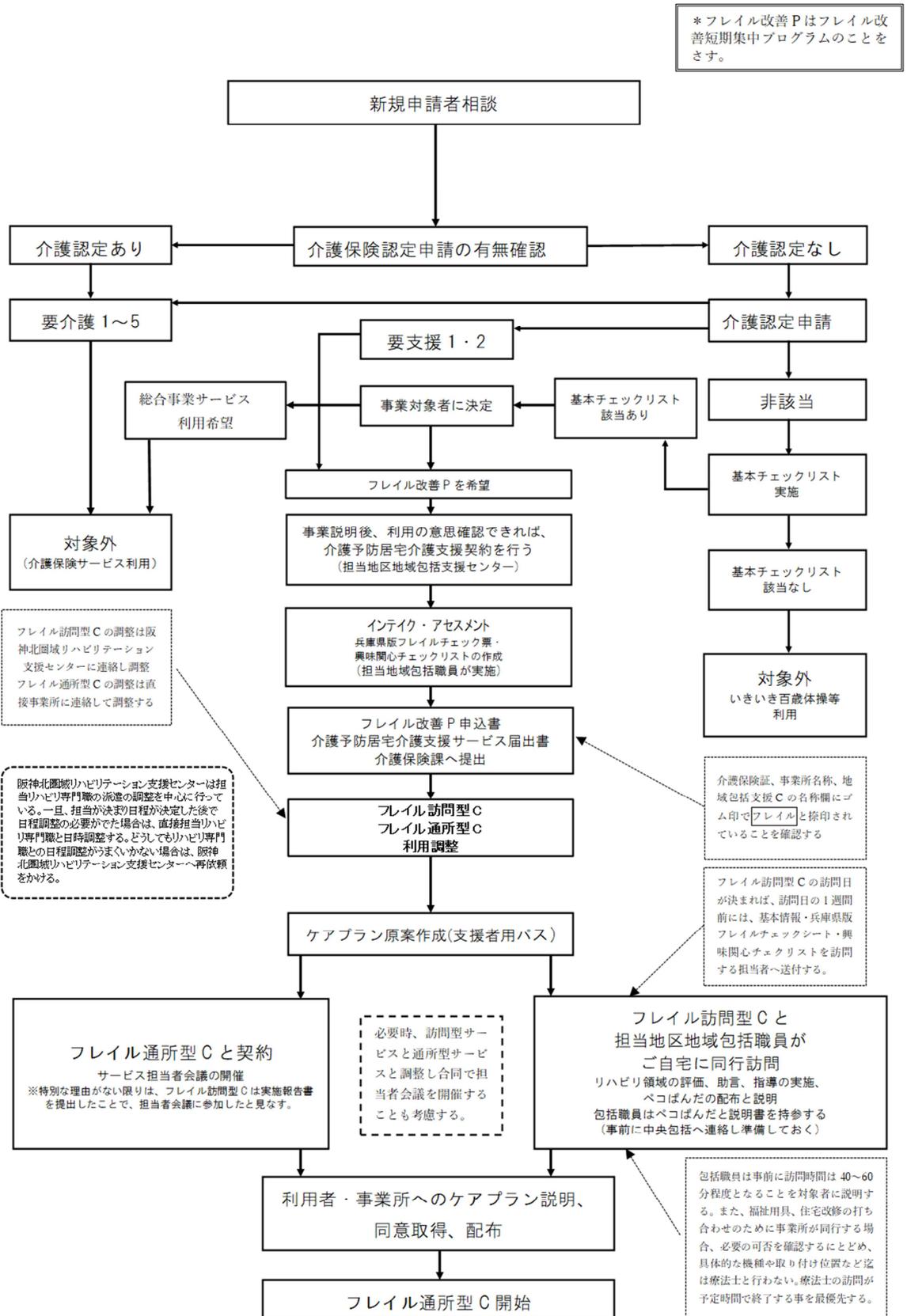
- ①通所型サービスC：100円/回 ②訪問型サービスC：無料

(2)事業者報酬

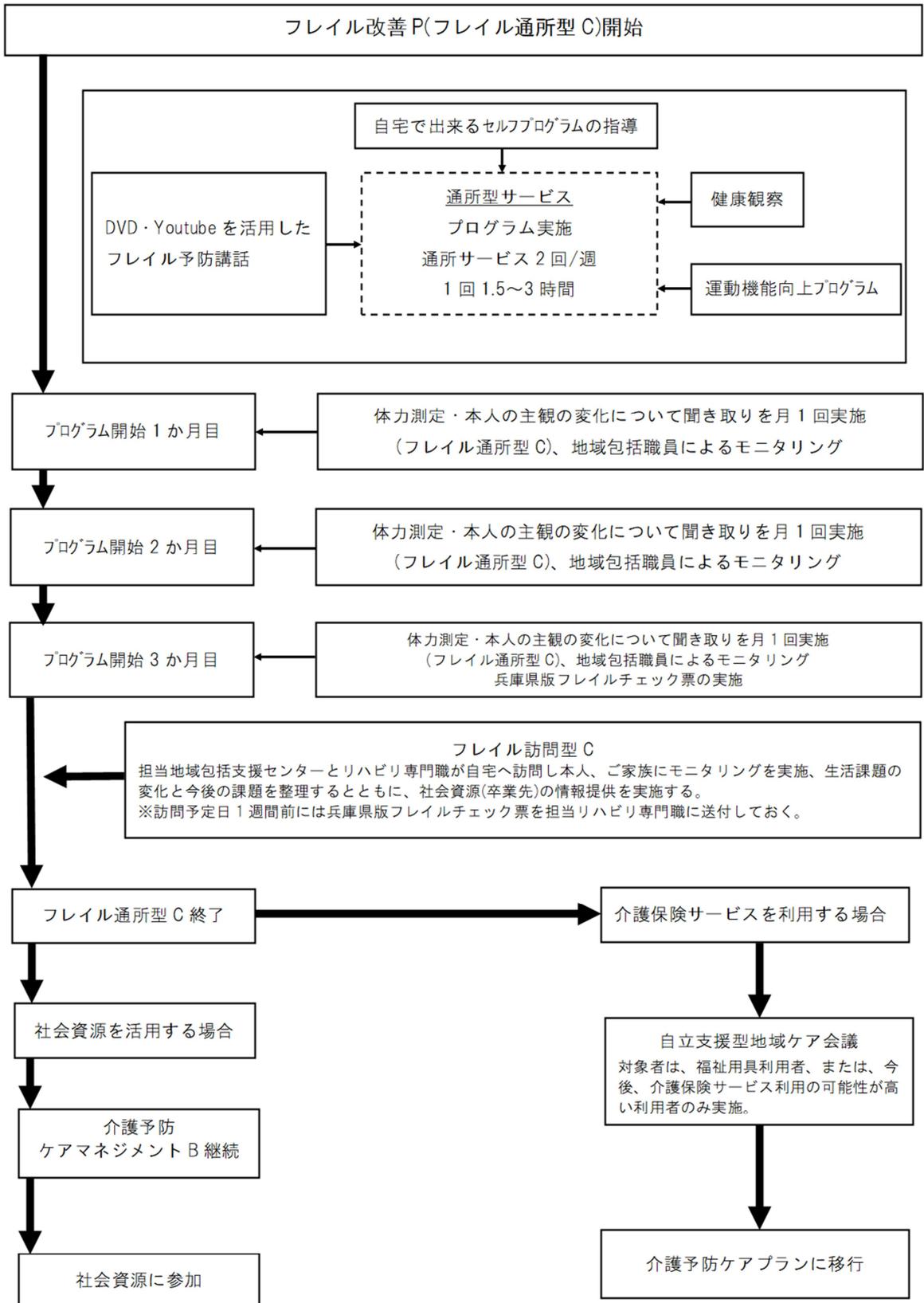
- ①通所型サービスC報酬：7,250円/回(送迎あり) 6,875円/回(送迎なし)
②訪問型サービスC報酬：8,500円/回
③介護予防ケアマネジメントA・B報酬：4,686円/月(初回加算3,210円)

⑤具体的な運用の流れ

(1)申請からフレイル訪問型C・通所型C利用開始まで

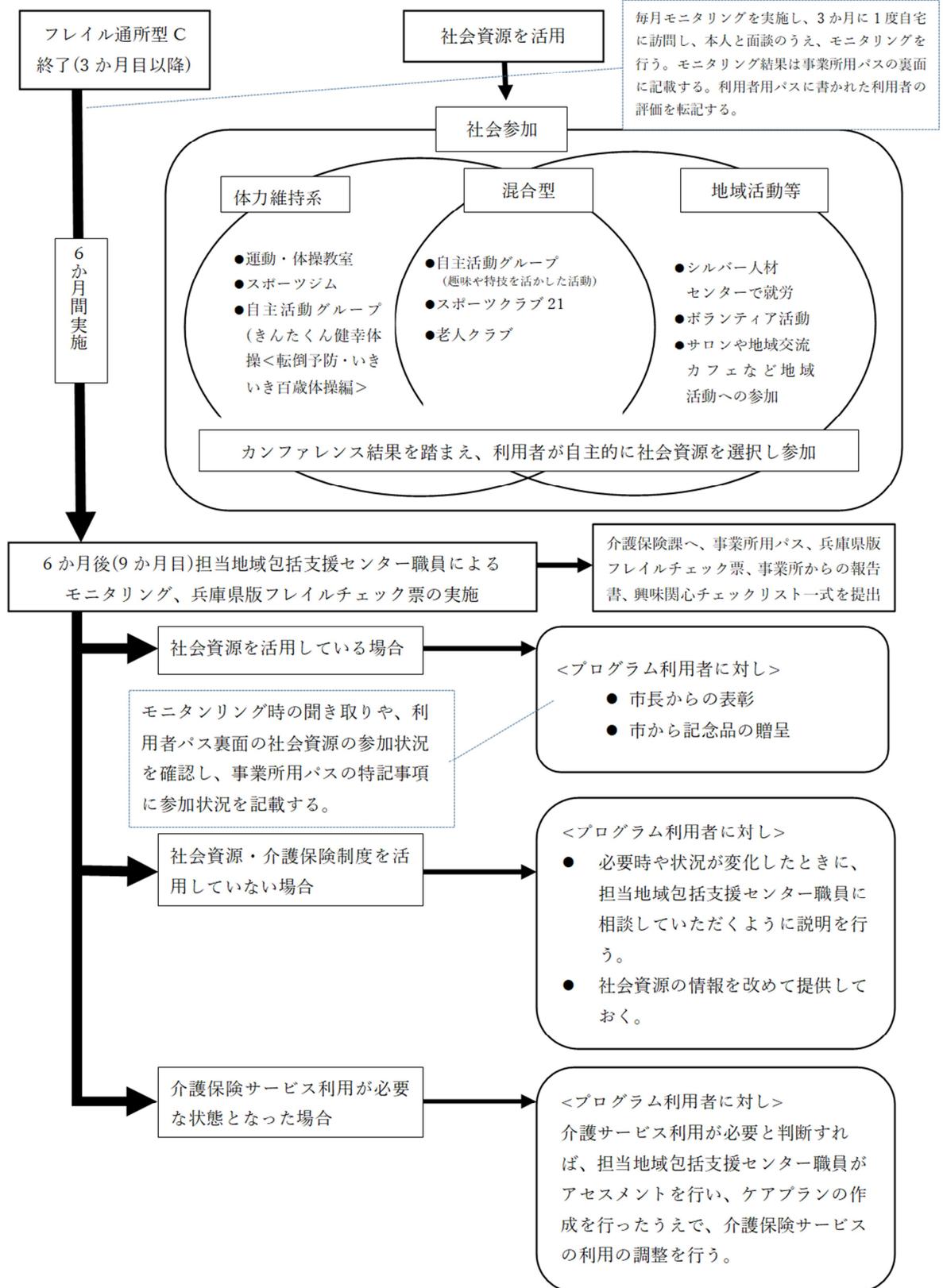


(2) 事業開始から 3 ヶ月まで



(3) 事業開始 3 ヶ月後からプログラム終了まで

フレイル改善短期集中プログラムフロー図 (3 か月終了からプログラム終了まで)



⑥使用する書式

(1)フレイル改善短期集中プログラム利用に当たって必要な書類

フレイル改善短期集中プログラムの利用に当たって、まずは、介護認定の申請を行っていただく必要があります。介護認定が要支援1、2の認定者、並びに、非該当で基本チェックリストを行い事業対象者と該当し届け出た場合に利用することが可能です。介護認定申請に関しては、通常通りの申請となります。

本事業を利用する場合は、以下の書類を介護保険課へ提出していただきます。

①介護保険被保険者証

フレイル改善短期集中プログラムの申請受理後、本事業に対応した介護保険被保険者証が発行されます。事業所記載欄にゴム印で「フレイル」と押印されます。

<フレイル改善短期集中プログラム利用時の介護保険証の記載例>

		内 容	期 間
給付制限			開始年月日
			終了年月日
			開始年月日
			終了年月日
居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称		〇〇ケアプランセンター	
		フレイル	届出年月日 令和 5年 7月 3日
			届出年月日
			届出年月日
介護保険施設等	種類		入所等年月日

<事業利用途中で介護保険認定更新を迎える場合>

(ア)更新申請と同時に、基本チェックリスト（フレイル改善短期集中プログラム用）を実施し介護保険課へ提出します。理由として本事業利用途中で更新申請を行い非該当の場合、基本チェックリストを用いて事業対象者に該当となるまでに認定の空白期間が生じるためです。

※要介護認定結果であった場合は本事業は中止となります。

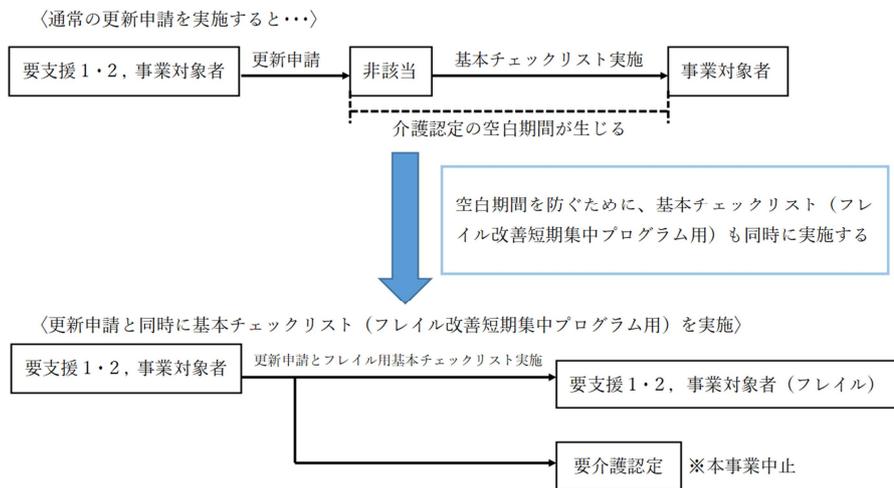
※基本チェックリスト（フレイル改善短期集中プログラム用）は、事業対象者用の基本チェックリストの内容と同様。

※要支援1・2の認定だった場合は、申請時に提出した基本チェックリスト（フレイル改善短期集中プログラム用）は無効となります。

※フレイル用基本チェックリストとは、事業対象者用の基本チェックリストと内容は同じものですが、フレイル改善短期集中プログラムと区別するため専用の基本チェックリストを設けています。更新時は、必ずフレイル改善短期集中プログラム用の基本チェックリストに内容を記載し介護保険課へ提出してください。

(イ)更新申請を行い、事業対象者（フレイル改善短期集中プログラム用）となった場合は、本事業を利用する期間に限定した認定期間が設定されます。本事業が終了すると共に認定期間は終了となるため、介護保険サービス利用が必要な場合は、再度通常の基本チェックリストの提出が必要となります。

フレイル改善短期集中プログラム利用中に更新を迎えた時のイメージ図



①基本チェックリスト（フレイル改善短期集中プログラム用）

川西市基本チェックリスト（フレイル改善短期集中プログラム用）

被保険者番号 実施機関名

氏名			住所		
生年月日	大・昭	年	月	日	面接者
					調査日 (実施日)
					年
					月
					日

フレイル改善短期集中プログラム

事業開始日 年 月 日 事業終了日(予定) 年 月 日

No	質問項目	回答 (必ずどちらかを選択してください)	確認欄
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい 1.いいえ	/20
2	日用品の買い物をしていますか	0.はい 1.いいえ	
3	預貯金のおし入れをしていますか	0.はい 1.いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい 1.いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい 1.いいえ	3項目以上
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい 1.いいえ	/5
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ちあがっていますか	0.はい 1.いいえ	
8	15分くらい続けて歩いていますか	0.はい 1.いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか	0.はい 1.いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	0.はい 1.いいえ	3項目以上
11	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	0.はい 1.いいえ	/2
12	身長 cm 体重 kg (BMI)	0.はい 1.いいえ	
	(注)BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))が18.5未満の場合に該当とする。	0.はい 1.いいえ	2項目両方
13	半年前に比べて重いものが食べにくくなりましたか	0.はい 1.いいえ	/3
14	お茶や物等でむせることがありますか	0.はい 1.いいえ	
15	口の渇きが気になりますか	0.はい 1.いいえ	
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい 1.いいえ	
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	0.はい 1.いいえ	No16に該当
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるといわれますか	0.はい 1.いいえ	/3
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい 1.いいえ	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	0.はい 1.いいえ	
21	ここ2週間 毎日の生活に充実感がない	0.はい 1.いいえ	
22	ここ2週間 これまで楽しんでやっていたことが楽しめなくなった	0.はい 1.いいえ	/5
23	ここ2週間 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	0.はい 1.いいえ	
24	ここ2週間 自分が役に立つ人間だと思えない 1.はい 0.いいえ	0.はい 1.いいえ	
25	ここ2週間 わけもなく疲れたような感じがする 1.はい 0.いいえ	0.はい 1.いいえ	

*生活機能チェック表確認結果

生活機能	運動	栄養	口腔	閉じこもり	認知	こころ

数値部分に○をしてください

事業対象者 非該当

基本チェックリストの結果については、個人情報に配慮し統計学的・医学的に使用されることに同意いたします。

被保険者氏名

②介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書

川西市長 へて [介護予防サービス計画作成] [介護予防ケアマネジメント] を依頼することを届け出ます。
 次のとおり、地域包括支援センターに [介護予防ケアマネジメント] を依頼することをお届けします。

提出日： 年 月 日

※基本方針別実施日は介護予防ケアマネジメント対象者のみ記入してください。

開始日	年 月 日	区分	新規・変更	フレイル
基本方針別実施日	年 月 日			

被保険者氏名 _____ 被保険者番号 _____

フリガナ _____ 生年月日 _____ 性別 _____

電話番号 _____ () _____ 明・大・昭 _____ 年 月 日 _____ 男・女 _____

住所 _____

介護予防サービス計画の作成または介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する地域包括支援センター

地域包括支援センター名 _____ 地域包括支援センターの所在地 〒 _____

事業所番号() _____ 電話番号() _____

介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者
 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。

居宅介護支援事業者名 _____ 居宅介護支援事業所の所在地 〒 _____

事業所番号() _____ 電話番号() _____

地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等(変更する場合のみ記入)

変更年月日 _____ 年 月 日

介護保険資格者証 (介護予防ケアマネジメントのみ)

提出者 氏名又は名称 _____

住所 _____

電話番号 _____

【添付書類】
 ・介護保険被保険者証 ・基本チェックリスト(介護予防ケアマネジメントの場合)
 【注意】 この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに川西市介護保険課へ提出してください。

市記入欄	被保証者	交付	入力	発行	申請状況	新規要否
フリガナ	有/無	有/無	有/無	有/無	有/無	要/不要

フレイルの項目に○を入れる

③川西市フレイル改善短期集中プログラム利用申込書(様式第1号)

様式第1号(第9条関係)

令和 年 月 日

川西市長 様

申込者 住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

川西市フレイル改善短期集中プログラム利用申込書

川西市フレイル改善短期集中プログラムの対象者要件に該当するため下記のとおり申し込みします。

利用者氏名		性別	男・女
生年月日	大・昭 年 月 日()歳	電話番号	
住所			
対象認定状況	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 事業対象者		
要件	退院後または通院している者で、プログラムの利用により生活機能の改善が見込める者	<input type="checkbox"/> 見込める <input type="checkbox"/> 見込めない	
	生活機能の改善の意思を明確に持っている者	<input type="checkbox"/> 持っている <input type="checkbox"/> 持っていない	

個人情報に関する承諾書

私は、川西市が実施する「川西市フレイル改善短期集中プログラム」への参加にあたり、以下の事項に承諾いたします。

- プログラムの参加にあたり、かかりつけ医に医療情報の提供を求めること。
- プログラムの分析・効果検証等のために、貴市及び関係機関が身体状況の変化などの情報を利用すること。
- プログラム参加後の表彰要件の確認のため、市税及び介護保険料の納付に関する情報を確認すること。

記入日 令和 年 月 日

(自署)
 利用者氏名 _____

(2) 事業開始以後使用する書式

① 事業所用パス

フレイル改善短期集中プログラムは、この事業所用パスを活用して運用します。介護予防居宅サービス計画書の一部としているため、必ず作成し介護予防サービス計画書と合わせて各事業所に提出してください。

フレイル改善短期集中プログラム【介護予防支援等パス兼評価表】 氏名: _____ 様 性別: 男・女 生年月日: T.S 年 月 日 生 _____ 歳 様式 2
 被保険者番号: _____ 担当地域包括支援センター名: _____ 担当者名: _____

	申請から利用まで	訪問型・通所型サービスを利用(3か月経過) 利用開始から3か月間(R...~R...)	地域の社会資源を活用 地域の社会資源利用から6か月間(R...~R...)
本人	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センターが相談対応(月 日) <input type="checkbox"/> フレイル改善短期集中プログラムの説明(月 日) <input type="checkbox"/> 介護保険認定申請書提出(月 日)※必要な方のみ <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター契約(月 日) <input type="checkbox"/> フレイル訪問型 C ご自宅訪問(月 日) <input type="checkbox"/> フレイル通所型 C 契約日(月 日) <input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画または介護予防ケアマネジメントの説明(月 日)	<input type="checkbox"/> 週に2回フレイル通所型Cの利用を実施 事業所名: _____ 利用日 □月 □火 □水 □木 □金 □土 利用時間: ~ (曜日) ~ (曜日) 送迎 □あり □なし <input type="checkbox"/> 月 日(3か月目)フレイル訪問型C・担当地域包括職員による自宅訪問	<input type="checkbox"/> 参加する社会資源①: 施設名: _____ □水 □木 □金 □土 訪問頻度: _____ <input type="checkbox"/> 参加する社会資源②: 利用日 □月 □火 □水 □木 □金 □土 <input type="checkbox"/> 訪問頻度: ~ : ~ <特記事項> _____
フレイル改善短期集中プログラム	<input type="checkbox"/> アセスメントを実施する。自立した生活に向けての改善ポイントの説明を担当地域包括職員、ご利用者に行う。 <input type="checkbox"/> ベコぼんだの使用法を説明する。	<input type="checkbox"/> フレイル通所型C終了までにリハビリ専門職(フレイル訪問型C)が担当地域包括職員とともに訪問し、社会資源活用や、日常生活に向けたアドバイスをご利用者に行う。 <input type="checkbox"/> 毎月、体力測定、主観の変化をチェックし、報告書に記載する。 <input type="checkbox"/> 上記のチェックを踏まえ、プログラムの内容を適宜修正する。 <input type="checkbox"/> 適宜、ベコぼんだの実施状況を確認し、必要であれば指導を行う。	<input type="checkbox"/> 希望する社会資源の聞き取りを行う。 <input type="checkbox"/> かわがたなどを活用し社会資源の情報提供を行う。その際、リハビリ専門職、自立支援型地域ケア会議の意見も参考にしながら、社会資源の情報提供を行う。 <input type="checkbox"/> 利用を希望する社会資源の見学をご利用者自身で行えるよう支援する。 <input type="checkbox"/> ご自身で見学の調整が難しいようであれば、連絡調整等の具体的な支援を行う。 <input type="checkbox"/> 利用申込はご利用者本人に行っていただくが、ご利用者本人が難しい状況であれば支援を行う。 <input type="checkbox"/> フレイル通所型C終了から3か月後と6か月後にご自宅に訪問しモニタリングを実施する。また、その間は電話でのモニタリングを毎月実施する。 <input type="checkbox"/> フレイル通所型C終了時から6か月目の訪問時に兵庫県版フレイルチェック票を本人に記載いただき、その内容を転記し、月末に中央地域包括支援センターに送付する。 <input type="checkbox"/> 必要に応じて目標、ケアプランの修正を実施する。
サービス事業所	<input type="checkbox"/> 本人の同意を得た後、フレイル通所型Cの契約を締結する。 <input type="checkbox"/> 契約時、本人の状態をアセスメントし、具体的なプログラムの作成を行う。	<input type="checkbox"/> 3か月のプログラム終了時に介護保険課に報告書を出す。 <input type="checkbox"/> 状況に変化があれば、担当地域包括支援センターに状態を報告し、事業継続の可否を包括職員と検討する。	<input type="checkbox"/> 希望する社会資源の聞き取りを行う。 <input type="checkbox"/> かわがたなどを活用し社会資源の情報提供を行う。その際、リハビリ専門職、自立支援型地域ケア会議の意見も参考にしながら、社会資源の情報提供を行う。 <input type="checkbox"/> 利用を希望する社会資源の見学をご利用者自身で行えるよう支援する。 <input type="checkbox"/> ご自身で見学の調整が難しいようであれば、連絡調整等の具体的な支援を行う。 <input type="checkbox"/> 利用申込はご利用者本人に行っていただくが、ご利用者本人が難しい状況であれば支援を行う。 <input type="checkbox"/> フレイル通所型C終了から3か月後と6か月後にご自宅に訪問しモニタリングを実施する。また、その間は電話でのモニタリングを毎月実施する。 <input type="checkbox"/> フレイル通所型C終了時から6か月目の訪問時に兵庫県版フレイルチェック票を本人に記載いただき、その内容を転記し、月末に中央地域包括支援センターに送付する。 <input type="checkbox"/> 必要に応じて目標、ケアプランの修正を実施する。
地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> 介護認定なしの場合は、介護保険認定申請を行う。 <input type="checkbox"/> 認定結果を確認し、非該当であれば基本チェックリストを実施し、事業対象者判定を行う。事業対象者、要支援1、2であれば、フレイル改善Pの説明、利用の意思確認を行う。 <input type="checkbox"/> 介護予防支援等の契約を締結し、インテイク、兵庫県版フレイルチェック票、興味関心チェックリストを実施する。 <input type="checkbox"/> フレイル改善P申込書、介護予防サービス計画作成依頼届出書を介護保険課に提出する。 <input type="checkbox"/> 初期アセスメントをもとにケアプラン(原案(本様式)と介護予防サービス計画書)を作成する。 <input type="checkbox"/> リハビリ専門職と同行訪問し、運動機能、自宅環境についてアセスメントを実施する。 <input type="checkbox"/> 事前中央包括からベコぼんだと説明書を受け取り、訪問時に記念品のベコぼんだをご利用者に贈呈するとともに、使い方の説明を行う。 <input type="checkbox"/> フレイル通所型C事業所を決定し、契約日調整する。 <input type="checkbox"/> フレイル通所型C事業所と担当者会議を開催し、ケアプランを確定する。 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議を開催後、ケアプラン原案の修正を実施する。 <input type="checkbox"/> ケアプランの説明を行い、ご利用者から同意を得る。 <input type="checkbox"/> ケアプランをフレイル通所型C事業所に送付。	<input type="checkbox"/> フレイル通所型Cからの情報や、直接実施したモニタリング結果から、ケアプランの修正を適宜実施する。 <input type="checkbox"/> フレイル訪問型Cで訪問する前に、兵庫県版フレイルチェック票を実施し、担当リハビリ専門職へ送付する(訪問日の1週間前までに)。 <input type="checkbox"/> モニタリング結果に応じ目標の達成状況を踏まえケアプランの修正を行う。	<input type="checkbox"/> 希望する社会資源の聞き取りを行う。 <input type="checkbox"/> かわがたなどを活用し社会資源の情報提供を行う。その際、リハビリ専門職、自立支援型地域ケア会議の意見も参考にしながら、社会資源の情報提供を行う。 <input type="checkbox"/> 利用を希望する社会資源の見学をご利用者自身で行えるよう支援する。 <input type="checkbox"/> ご自身で見学の調整が難しいようであれば、連絡調整等の具体的な支援を行う。 <input type="checkbox"/> 利用申込はご利用者本人に行っていただくが、ご利用者本人が難しい状況であれば支援を行う。 <input type="checkbox"/> フレイル通所型C終了から3か月後と6か月後にご自宅に訪問しモニタリングを実施する。また、その間は電話でのモニタリングを毎月実施する。 <input type="checkbox"/> フレイル通所型C終了時から6か月目の訪問時に兵庫県版フレイルチェック票を本人に記載いただき、その内容を転記し、月末に中央地域包括支援センターに送付する。 <input type="checkbox"/> 必要に応じて目標、ケアプランの修正を実施する。

※フレイル改善Pはフレイル改善短期集中プログラムを指す。

長期目標:	短期目標:	
初回訪問時のアセスメント(月 日)	本人の思う目標の達成状況(初回)	兵庫県版フレイルチェック票結果(初回)
フレイル訪問型 C 初回訪問時のアセスメント(月 日)	本人の思う目標(長期)の達成状況(3か月目)	兵庫県版フレイルチェック票結果(3か月)
フレイル訪問型 C(2回目)のアセスメント(月 日)	本人の思う目標(長期)の達成状況(6か月目)	兵庫県版フレイルチェック票結果(6か月)
事業終了時の評価(月 日)	本人の思う目標(長期)の達成状況(9か月目)	兵庫県版フレイルチェック票結果(9か月)
事業中止日	中止日: 月 日	
事業中止理由	理由: 利用者希望・長期入院・転居(入所)・死亡・その他()	介護保険課報告日: 月 日

フレイル改善短期集中プログラム介護予防支援などバス兼評価票使用にあたっての留意点

このバスは担当者用である。利用者への説明には別に準備されている利用者用バスを用いる。利用者には利用者用バスを渡し、このバスは担当者、事業者と共有する。

氏名: _____ T・S 年 月 日 生

被保険者番号: _____ 担当地域包括支援センター名: _____

本人	自立支援型地域ケア会議	地域包括支援センター	地域資源
<p>申請から利用まで</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域包括支援センターが相談対応(月 日) フレイル改善短期集中プログラムの説明(月 日) 介護保険認定申請書提出(月 日)※必要ならのみ 地域包括支援センター契約(月 日) フレイル訪問型C自宅訪問(月 日) フレイル通所型C契約日(月 日) 介護予防サービス計画または介護予防ケアマネジメントの説明(月 日) 	<p>訪問型・通所型サービスを利用(3か月経過)</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用開始から3か月間(R. . . ~ R. . .) 事業所名: _____ 利用日 月 日 月 日 月 日 月 日 月 日 利用時間: ~ : ~ (曜日) 送迎 〇(あり) □(なし) 月 日(3か月目)フレイル訪問型C・担当地域包括職員による自宅訪問 	<p>地域の社会資源利用が</p> <ul style="list-style-type: none"> 参加する社会資源: _____ 利用日 月 日 月 日 月 日 月 日 参加する社会資源: _____ 利用日 月 日 月 日 月 日 月 日 特記事項: _____ 	<p>9か月目のモニタリング際に、利用者用のバスの裏面を確認し、社会資源の参加状況を特記事項に記入する。</p> <p>非常の態勢状況に合わせて、項目の実施ができれば、口欄にチェックを入れる。あくまでも支援のポイントであるため、すべての項目を埋める必要はない。</p> <p>希望する社会資源の順次からチェックなど活用し、利用可能な社会資源を積極的に活用し、リハビリ専門職、自立支援型地域ケア会議の意見も参考にしながら、社会資源の情報提供を行う。</p> <p>利用を希望する社会資源の意見を本人自身で行えるよう支援する。</p> <p>毎月、利用実績報告がフレイル訪問型Cより送付される。当面、給付管理は介護保険課で行う予定のため、実績の確利用申込はご利用者本人にお願いし、実施(得体的には国保連請求も検討中)。モニタリング時に利用者より参加状況の確認を行うこと。</p> <p>フレイル通所型C終了から6か月目の訪問時に兵庫県版フレイルチェック票を本人に記載いただき、その内容を転記し、月末に中央地域包括支援センターへ送付する。</p> <p>必要に応じて目標、ケア計画の修正を行う。</p> <p>福祉用具貸与の継続、または、介護保険サービス利用開始が滞り、自立支援型地域ケア会議での事務対応が行えるよう準備する(中央地域包括支援センターへ連絡、日程の決定)。</p> <p>本人の意思での中止、長期の入院、大きな状態の変化などが発生し、フレイル改善Pの継続が困難となり事業の中止を決定した場合、速やかに介護保険課に報告するとともに、報告書類を提出する。</p> <p>入院等、状態が変化した場合フレイル改善Pを中止し、介護保険サービスの利用を検討し、ケアプランへ変更、区分変更申請などを行う。</p> <p>自立支援型地域ケア会議の開催に向けて、中央地域包括基本情報(介護予防1号様式、または、各事業所独自様式)で可。介護予防サービス計画書、バス(身体型)、フレイル訪問型C・フレイル通所型Cの評価票、興味関心チェックリストを介護保険課に提出する。会議予定日の2週間前に提出。</p> <p>自立支援型地域ケア会議の対象者は、介護サービスの利用継続、または、新たに利用する可能性が高い方を対象とする。</p> <p>利用実績報告書、並びにモニタリング時の本人からの聞き取りをもとに実績の補正を行う。</p>
<p>フレイル改善Pの説明を行い、インテイク、初期アセスメントを行う。</p> <p>介護認定なしの場合は、介護保険認定申請を行う。</p> <p>認定結果を確認し、非該当であれば基本チェックリストを実施し、事業対象となるか判定する。フレイル改善P、総合事業利用の確認を行う。</p> <p>事業対象者、要支援1または2であれば居宅介護予防支援契約を締結し、フレイル改善P申込書、介護予防サービス計画作成等依頼書提出後介護保険課に提出し、インテイク、興味関心チェックリスト、初期アセスメントをもとにケアプラン原案を作成する。</p> <p>フレイル訪問型Cと併行訪問し、運動機能、自宅環境についてアセスメントを実施する。また、サービス担当者会議を開催し、ケアプラン原案の修正を実施する。兵庫県版フレイルチェック票、興味関心チェックリストを同行訪問日に実施する。また、フレイル訪問型Cの評価票の写しをフレイル通所型C事業所に送付する。</p> <p>兵庫県版フレイルチェック票を本人に記載いただき、包括職員はこれを確認して持ち帰る。月末に中央地域包括支援センターへ送付する。</p> <p>訪問時に記念品のペロパングを本人に手渡す。</p> <p>フレイル通所型C事業所を決定し、契約日を確認する。契約日にフレイル通所型C事業所と担当者会議を開催しケアプランを確定する。</p> <p>ケアプランの説明を行い、ご利用者から同意を得る。</p> <p>ケアプランをフレイル通所型C事業所に送付。</p>	<p>フレイル通所型Cからの情報や、直接実施したモニタリング結果から、ケアプランの修正を速速実施する。</p> <p>フレイル訪問型Cと訪問する際に、兵庫県版フレイルチェック票を本人に記載いただき、その内容を転記する。転記した分は月末に中央地域包括支援センターへ送付する。</p> <p>モニタリング結果に応じ目標の達成状況を踏まえケアプランの修正を行う。</p> <p>本人の意思での中止、長期の入院、大きな状態の変化などが発生し、フレイル改善Pの継続が困難となり事業の中止を決定した場合、速やかに介護保険課に報告するとともに、報告書類を提出する。</p> <p>入院等、状態が変化した場合フレイル改善Pを中止し、介護保険サービスの利用を検討し、ケアプランへ変更、区分変更申請などを行う。</p> <p>自立支援型地域ケア会議の開催に向けて、中央地域包括基本情報(介護予防1号様式、または、各事業所独自様式)で可。介護予防サービス計画書、バス(身体型)、フレイル訪問型C・フレイル通所型Cの評価票、興味関心チェックリストを介護保険課に提出する。会議予定日の2週間前に提出。</p> <p>自立支援型地域ケア会議の対象者は、介護サービスの利用継続、または、新たに利用する可能性が高い方を対象とする。</p> <p>利用実績報告書、並びにモニタリング時の本人からの聞き取りをもとに実績の補正を行う。</p>	<p>社会資源の利用を継続して、目標の達成を確認する。</p> <p>社会資源の活用状況を定期的に確認し、必要に応じて調整を行う。</p> <p>社会資源の活用状況を定期的に確認し、必要に応じて調整を行う。</p> <p>社会資源の活用状況を定期的に確認し、必要に応じて調整を行う。</p> <p>社会資源の活用状況を定期的に確認し、必要に応じて調整を行う。</p>	<p>自立支援型地域ケア会議は、当面の間は従来と同じ日程で開催する予定。対象となる利用者がいれば、中央地域包括支援センターに連絡し検討する。</p> <p>介護サービス利用開始が滞り、自立支援型地域ケア会議での事務対応が行えるよう準備する(中央地域包括支援センターへ連絡、日程の決定)。</p> <p>本人の意思での中止、長期の入院、大きな状態の変化などが発生し、フレイル改善Pの継続が困難となり事業の中止を決定した場合、速やかに介護保険課に報告するとともに、記録簿を提出する。</p> <p>毎月、サービス計画書作成実績の報告を介護保険課に送付する。</p> <p>入院等、状態が変化した場合フレイル改善Pを中止し、介護保険サービスの利用を検討(予約ケアプランへ変更、区分変更申請など)を検討し、具体的な対応を実施する。</p> <p>地域資源の利用を希望される利用者は、自立支援型地域ケア会議を行わない。</p>

同意欄の署名については、介護予防サービス計画書の同意欄に署名していただく。

長期目標: _____ 長期目標は本人のこれからあるべき姿をもとに設定する。

短期目標: _____ 長期目標をもとに短期的な目標を設定する。

初回訪問時のアセスメント(月 日): _____ 初回訪問時の利用者の話や、実際の状態をもとに現在の状況をアセスメントする。

フレイル訪問型C初回訪問時のアセスメント(月 日): _____

フレイル訪問型C(2回目)のアセスメント(月 日): _____ 訪問時に兵庫県版フレイルチェック票を実施、健康状態を記載する。

自立支援型地域ケア会議の意見(月 日): _____ 3か月のフレイル通所型C終了後も介護サービス利用の可能性の高い利用者のみ自立支援型地域ケア会議に事例提出し、会議の結果を記載する。

事業終了時の評価(月 日): _____ 中止になった場合、速やかに介護保険課に連絡する。

事業中止日: 中止日: 月 日

事業中止理由: 理由:利用者希望・長期入院・転居(入所)・死亡・その他() 介護保険課報告日: 月 日

②利用者用パス

利用者パスは利用者に提供するものです。介護予防サービス計画書と一緒に利用者に提供し内容を説明してください。利用者パスは各サービス事業所へ提出していただく必要はありません。

「あなたの思う目標の達成状況」、裏面のフレイル通所型C、社会資源参加状況の記載については任意ですが、「あなたの思う目標達成状況」については、利用者のお気持ちが機能向上に向けてどのように変化していったか振り返っていただく資料となりますので、できるだけ記載していただくよう説明してください。

フレイル改善短期集中プログラム【利用者用パス】 担当事業所名: 地域包括支援センター 担当者名: _____
電話番号: _____

	介護認定の申請からプログラムの利用まで	訪問型・通所型サービスCを利用(3か月経過) 利用開始から3か月間(R . . . ~ R . . .)	地域の社会資源を利用(9か月経過) 地域の社会資源利用から6か月間(R . . . ~ R . . .)
目標(長期)			
利用される方(様) 歳	<input type="checkbox"/> このプログラムは、要支援1または2、事業対象者の方がご利用できます。 <input type="checkbox"/> (月 日) 介護保険認定申請書を提出します。 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証(ピンク色)が届いたら、担当の地域包括支援センターにご連絡ください。 <input type="checkbox"/> 介護認定非該当の場合は、基本チェックリストを実施し、チェック項目に該当すればプログラムをご利用できます。 <input type="checkbox"/> (月 日) 担当の地域包括支援センターと契約します。契約後、このプログラムのご利用にあたり必要な届出等は、担当の地域包括支援センターが行います。なお、訪問介護などをご利用になりたい場合は、このプログラムをご利用できません。 <input type="checkbox"/> (月 日) リハビリ専門職と担当地域包括職員がご自宅へ訪問します。現在の生活状況を伺い、日常生活における課題を共有のうえ目標を設定し、目標達成に向けたプログラムの利用について説明します。リハビリ専門職の訪問は40~60分程度となります。 <input type="checkbox"/> (月 日) 通所サービスを利用する事業所と契約します。また、サービス利用に向けて打ち合わせ(サービス担当者会議)を行います。	<input type="checkbox"/> 週に2回フレイル通所型Cを利用していただきます。 連絡先 _____ 事業所名【 _____ 】 利用日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 送迎 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 時間 : ~ : (曜日) 時間 : ~ : (曜日) <input type="checkbox"/> 毎回、機能訓練を受けていただきます。 <input type="checkbox"/> 毎月、体力測定を受けていただきます。 <input type="checkbox"/> 毎月、健康や生活に対する思いを伺います。 <input type="checkbox"/> 機能評価の結果をもとに、プログラムの内容を修正する場合があります。 <input type="checkbox"/> 自宅で出来る運動プログラムを作成してもらい、ご自宅でも体力の向上をめざしていただきます。 <input type="checkbox"/> (月 日) ※利用開始から3か月目 リハビリ専門職と担当地域包括職員がご自宅へ訪問し、目標の達成状況などをお伺いし、プログラム終了後の生活について話し合います。 <input type="checkbox"/> ご自身の意思で、プログラムの利用を中止したい、体調をくずしご利用ができない、または、長く入院することになったなどがありましたら、担当の地域包括支援センターにご連絡ください。	<input type="checkbox"/> フレイル通所型C終了後、地域の通いの場などの社会資源に参加できるよう担当地域包括職員から説明を受けていただきます。 <input type="checkbox"/> 担当地域包括職員と一緒に参加してみたい、又は参加できそうな活動を選びます。 <input type="checkbox"/> 事前に見学を行うこともできます。 <input type="checkbox"/> 受け入れ先と相談し、参加の具体的な日程をご自身で調整し決めていただきますが、不安な方は、担当地域包括職員へご相談ください。 <input type="checkbox"/> 参加する社会資源 名称: _____ 利用日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 (毎週・月回) 時間帯: ~ : 利用日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 (毎週・月回) 時間帯: ~ : <input type="checkbox"/> (月 日)と(月 日) 担当地域包括職員がご自宅に伺い、面談を行います(3か月1回程度)。また、毎月お電話で様子をお伺いします。
目標(長期)	0 _____ 10	0 _____ 10	0 _____ 10
あなたの思う目標の達成状況	<コメント> _____ _____	<コメント> _____ _____	<コメント> _____ _____

※フレイル通所型C、並びに、社会資源への参加状況をご記入(丸印)のうえ、担当地域包括職員が訪問した際にお見せください。

月 日 ~ 月 日	1 か月目							2 か月目							3 か月目																																																
フレイル通所型C参加状況	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21
	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28
	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	29	30	31	29	30	31												
	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	29	30	31	29	30	31																																	
	29	30	31	29	30	31	29	30	31	29	30	31																																																			
月 日 ~ 月 日	4 か月目							5 か月目							6 か月目																																																
社会資源1()参加状況	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21
	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28
	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	29	30	31	29	30	31												
	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	29	30	31	29	30	31																																	
	29	30	31	29	30	31	29	30	31	29	30	31																																																			
月 日 ~ 月 日	4 か月目							5 か月目							6 か月目																																																
社会資源2()参加状況	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21
	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28
	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	29	30	31	29	30	31												
	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	29	30	31	29	30	31																																	
	29	30	31	29	30	31	29	30	31	29	30	31																																																			
月 日 ~ 月 日	7 か月目							8 か月目							9 か月目																																																
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21
	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28
	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	29	30	31	29	30	31												
	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	29	30	31	29	30	31																																	
	29	30	31	29	30	31	29	30	31	29	30	31																																																			

フレイル改善短期集中プログラム【利用者用パス】(案) 担当事業所名: 地域包括支援センター 担当者名: _____
 電話番号: _____

	介護認定の申請からプログラムの利用まで	訪問型・通所型サービスを利用(3か月経過) 利用開始から3か月間(R . . . ~ R . . .)	地域の社会資源を利用(9か月経過) 地域の社会資源利用から6か月間(R . . . ~ R . . .)
目標(長期)			
利用される方(様) 歳	<input type="checkbox"/> このプログラムは、要支援1または2、事業対象者の方がご利用できます。 <input type="checkbox"/> (月 日) 介護保険認定申請書を提出します。 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証(ピンク色)が届いたら、担当の地域包括支援センターにご連絡ください。 <input type="checkbox"/> 介護認定非該当の場合は、基本チェックリストを実施し、チェック項目に該当すればプログラムをご利用できます。 <input type="checkbox"/> (月 日) 担当の地域包括支援センターと契約します。契約後、このプログラムのご利用にあたり必要な届出等は、担当の地域包括支援センターが行います。なお、訪問介護などをご利用になりたい場合は、このプログラムはご利用できません。 <input type="checkbox"/> (月 日) フレイル訪問型Cと担当地域包括職員がご自宅へ訪問します。現在の生活状況を伺い、日常生活における課題を共有のうえ目標を設定し、目標達成に向けたプログラムの利用について説明します。 <input type="checkbox"/> (月 日) 通所サービスを利用する事業所と契約します。また、サービス利用に向けて打ち合わせ(サービス担当者会議)を行います。	<input type="checkbox"/> 週に2回フレイル通所型Cを利用していただきます。 事業所名【 _____ 】 連絡先 _____ 利用日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 送迎 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 時間 : ~ : (曜日) 時間 : ~ : (曜日) <input type="checkbox"/> 毎回、機能訓練を受けていただきます。 <input type="checkbox"/> 毎月、体力測定を受けていただきます。 <input type="checkbox"/> 毎月、健康や生活に対する思いを伺います。 <input type="checkbox"/> 機能評価の結果をもとに、プログラムの内容を修正する場合があります。 <input type="checkbox"/> 自宅で出来る運動プログラムを作成してもらい、ご自宅でも体力の向上をめざしていただきます。 <input type="checkbox"/> (月 日) ※利用開始から3か月目 フレイル訪問型Cと担当地域包括職員がご自宅へ訪問し、目標の達成状況などをお伺いし、プログラム終了後の生活について話し合います。 <input type="checkbox"/> ご自身の意思で、プログラムの利用を中止したい、体調をくずしご利用ができません、または、長く入院することになったなどがありましたら、担当の地域包括支援センターにご連絡ください。	<input type="checkbox"/> フレイル通所型C終了後、地域の通いの場などの社会資源に参加できるよう担当地域包括職員から説明を受けていただきます。 <input type="checkbox"/> 担当地域包括職員と一緒に参加してみたい、又は参加できそうな活動を選びます。 <input type="checkbox"/> 事前に見学を行うこともできます。 <input type="checkbox"/> 受け入れ先と相談し、参加の具体的な日程をご自身で調整決めていただきますが、不安な方は、担当地域包括職員へご相談ください。 <input type="checkbox"/> 参加する社会資源 名称: _____ 利用日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 (毎週・月 回) 時間帯 : ~ : _____ 名称: _____ 利用日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 (毎週・月 回) 時間帯 : ~ : _____ <input type="checkbox"/> (月 日) と (月 日) 担当地域包括職員がご自宅に伺い、面談を行います(3か月目1回程度)。また、毎月お電話で様子を伺います。
目標の達成状況	利用者へ長期目標に対する達成状況を10段階評価で記入(目盛に○を入れてもらう)してもらおう。内容を確認し、支援者用パスに転記する。	目標の達成度に対するコメントを記入していただく。内容を確認し、支援者用パスに転記するとともに、アセスメントの参考にする。	目標(長期) _____ 0 _____ 10 <コメント> _____

※フレイル通所型C、並びに、社会資源への参加状況をご記入(丸印)のうえ、担当地域包括職員が訪問した際にお見せください。

月 日 ~ 月 日	1 か月目							2 か月目							3 か月目													
フレイル通所型C参加状況	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31					29	30	31					29	30	31					29	30	31				
月 日 ~ 月 日	4 か月目							5 か月目							6 か月目													
社会資源1()参加状況	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31					29	30	31					29	30	31					29	30	31				
月 日 ~ 月 日	4 か月目							5 か月目							6 か月目													
社会資源2()参加状況	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31					29	30	31					29	30	31					29	30	31				
月 日 ~ 月 日	7 か月目							8 か月目							9 か月目													
社会資源2()参加状況	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31					29	30	31					29	30	31					29	30	31				

④フレイル訪問型C リハビリテーション専門職派遣依頼書兼承諾書

フレイル通所型C利用開始までにフレイル訪問型Cにより、リハビリテーション専門職が利用者宅に訪問し、自宅環境での評価を実施します。訪問の日時調整を実施するにあたり、「リハビリテーション専門職派遣依頼書兼承諾書」を用いて調整を行います。

フレイル訪問型C リハビリテーション専門職派遣依頼書兼承諾書

申込日：○年○月○日
 依頼者：○○地域包括支援センター（担当者名）
 （連絡先）Tel：
 Mail：

【依頼者記入】
 （派遣先）

在住エリア	
性別	男性 ・ 女性
（希望日時）	
第1希望日	
第2希望日	
第3希望日	
特記事項（ある場合）	

※提出先：阪神北圏域リハビリテーション支援センター
 Mail:onsen-gengo@kyowakai.com

【派遣者記入】 受付日：○年○月○日

派遣日時	
所属・職名・氏名	所屬名： 職名：理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士 氏名：
連絡先	Tel： Mail：

フレイル訪問型C リハビリテーション専門職派遣の依頼について

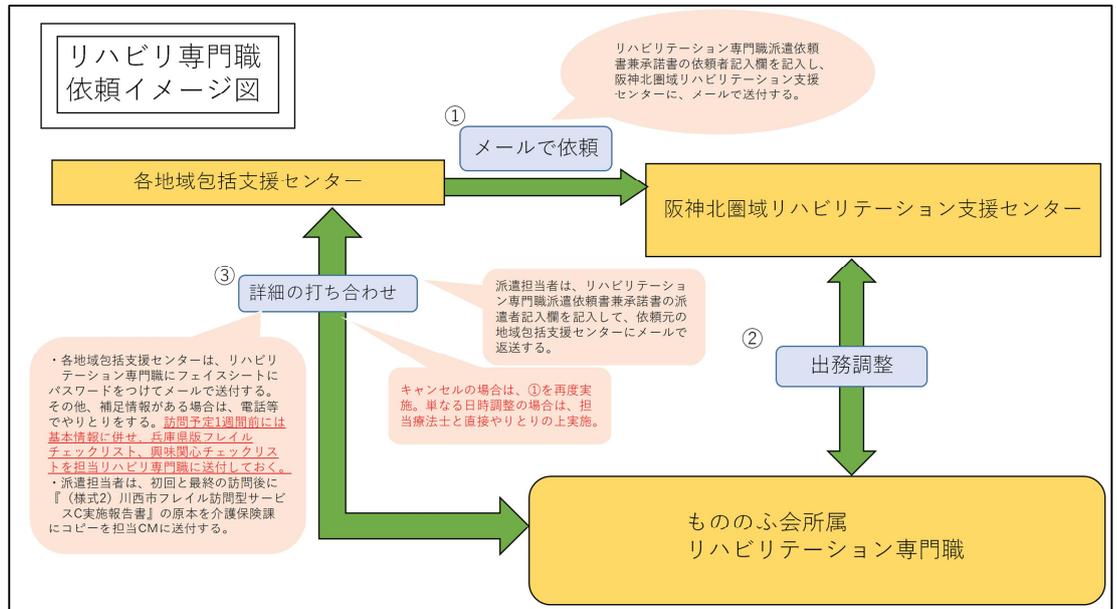
【依頼に関する決まり事】

- ・ リハビリテーション専門職派遣の窓口は、阪神北圏域リハビリテーション支援センターになります。
- ・ 原則、初回に依頼したリハビリ専門職が、2回目の訪問も実施します。2回目の訪問日程の調整は、直接リハビリ専門職と行ってください。阪神北圏域リハビリテーション支援センターに『川西市フレイル訪問型C リハビリ専門職派遣依頼書兼承諾書』の送付は不要です。

【依頼方法について】

- ① 地域包括支援センターは、『リハビリテーション専門職派遣依頼書兼承諾書兼承諾書』の【依頼者記入】の欄を記入し、阪神北圏域リハビリテーション支援センターにメールで送付してください。
- ② 阪神北圏域リハビリテーション支援センターは、リハビリ専門職の出務調整を行います。派遣リハビリ専門職が決定後、『リハビリテーション専門職派遣依頼書兼承諾書』を派遣リハビリ専門職にメールで送付します。
- ③ 派遣リハビリ専門職は、『リハビリテーション専門職派遣依頼書兼承諾書』の【派遣者記入】の欄を記入し、依頼元の地域包括支援センターにメールで送付します。
- ④ 派遣リハビリ専門職からメールが届いた後、具体的な内容について調整を行ってください。リハビリ専門職が本人像を把握するために、パスワード付きでフェイスシート（従来包括で使用しているフォーマット）を送付してください。その他、補足情報があれば電話等で情報共有を行ってください。

※予定していた訪問が急遽中止になる場合は、すみやかに派遣リハビリ専門職と包括担当者間で直接連絡調整してください。



③川西市フレイル訪問型C実施報告書（初回訪問、3ヶ月目訪問時作成）

フレイル通所型C利用開始前と、通所型C終了前に、リハビリテーション専門職が自宅へ訪問し実施報告書を作成します。実施報告書は担当地域包括支援センターへ送付されます。

様式2(第7系関係)

川西市フレイル訪問型サービス実施報告書（初回）

事業所名		担当者(職種)		性別		生年月日		年齢	
本人氏名		性別	男・女	大・昭	年	月	日	歳	
住所	川西市	保健師番号							
TEL	()	要介護度	要支援 1・2/事業対象者						
現在の状況(初回訪問日:令和 年 月 日)									
◆身体的状況									
項目	アセスメント								
歩行									
立位・座位動作									
外出時の移動手段									
日常生活動作 (排便・入浴・食事等)									
家事等									
栄養・口腔について									
社会活動									
住宅環境									
本人の目標									
課題									
全体のアセスメント									
初回指導内容									
備考									

⑤フレイル通所型C評価票

フレイル通所型C開始後、月に1度、事業者が利用者の評価を実施し評価結果を記載します。フレイル通所型Cより、担当地域包括支援センターへ評価結果が送付されます。

様式3

川西市フレイル通所型C実施報告書

事業所名		担当者(職種)		性別		生年月日		年齢	
フリガナ		性別	男・女	大・昭	年	月	日	歳	
本人氏名		保健師番号							
住所	川西市	介護度	要支援 1・2/事業対象者						
TEL	()	身長	cm	体重	kg	血圧	mmHg		
自填									
記入日	確認日	1ヶ月評価	2ヶ月評価	3ヶ月評価	結果				
握力	右	kg	右	kg	右	kg	右	kg	同上・維持・悪化
	左	kg	左	kg	左	kg	左	kg	同上・維持・悪化
関節可動域	右	°	右	°	右	°	右	°	同上・維持・悪化
	左	°	左	°	左	°	左	°	同上・維持・悪化
Timed Up&Goテスト	秒	秒	秒	秒	同上・維持・悪化				
医師の評価									※結果の分析結果 同上：数値が変動 維持：数値が変動なし 悪化：数値が低下
報告事項(様子等)									

⑥興味・関心チェックシート

事業開始時に興味・関心チェックシートを実施し、フレイル訪問型C利用時にリハビリテーション専門職に送付します。訪問時に機能評価を行う際の資料の一つとなります。

興味・関心チェックシート

氏名：_____ 年齢：_____ 性別(男・女) 記入日：H____年__月__日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないに分かるず、興味があるものには「興味がある」の列にチェックしてください。どれも該当しないものは「していない」の列にチェックしてください。リスト以外の生活行為に興味があるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレに行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演劇			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				増殖・園芸・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グランドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
習字とおしゃべり・酒席				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				棋類・将棋・パチンコ			
デート・異性との交流				織り物			
近所へ行く				針仕事			
ボランティア				雑仕事			
地域活動(部会・サークル)				資金を扱う仕事			
お祭り・宗教活動				旅行・温泉			

(出典)「平成25年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」-社団法人 日本作業療法士協会 (2014.3)

⑦兵庫県版フレイルチェック票

初回利用時と3ヶ月目に実施し、利用者の機能向上に対する意識の変化を確認します。フレイルチェック票は地域包括支援センター担当者が介護保険課へ提出します。

兵庫県 フレイルチェック票
性別 年齢 年月日

性別 男 女 身長 cm 体重 kg 年齢 歳

質問 回答

※おてはまるもの一つに✓をつけてください。

認知	「フレイル」という言葉と意味を知っていますか？	<input type="checkbox"/> 言葉も意味も知っていた <input type="checkbox"/> 言葉は知っていたが、意味は知らなかった <input type="checkbox"/> 言葉も意味も知らなかった
健康	あなたの現在の健康状態はいかがですか？	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> まあよい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> あまりよくない <input type="checkbox"/> よくない
心の健康	毎日の生活に満足していますか？	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> やや満足 <input type="checkbox"/> やや不満 <input type="checkbox"/> 不満
栄養 (栄養士 のチェック)	最近の2ヶ月間で2kg以上の体重減少がありましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 測っていない
	毎日3食きちんと食べていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 時々、欠食する <input type="checkbox"/> いいえ
	毎食(朝・昼・夕)、たんぱく質も多く含む食品(肉、魚、卵、大豆製品、牛乳・乳製品)を食べていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 時々、食べていない <input type="checkbox"/> いいえ
	口がむきやすいですか？	<input type="checkbox"/> めったにない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> よくある
	舌がむける(しゃべりにくい)ことがありますか？	<input type="checkbox"/> めったにない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> よくある
運動	軽いものが食べにくいことがありますか？	<input type="checkbox"/> めったにない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> よくある
	お茶や汁物でむせることがありますか？	<input type="checkbox"/> めったにない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> よくある
	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いませんか？(歩数計や歩数計の間に誤差がない時)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
ペットボトルのふたを開けるのが大変ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
この1年間に転んだことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
社務記録	最近の1週間あたりの外出頻度はどれくらいですか？	<input type="checkbox"/> 1日1回以上 <input type="checkbox"/> 2、3日に1回 <input type="checkbox"/> 1週間に1回以下

最近1週間を振り返って、下記の10種類の食品を毎日食べていましたか？

<input type="checkbox"/> 肉(牛、豚、鶏、魚、加工品)	<input type="checkbox"/> 緑黄色野菜(人参、ほうれん草、かぼちゃ、トマト、ピーマン等)
<input type="checkbox"/> 魚(魚、貝、かまぼこ、ちくわ等の加工品)	<input type="checkbox"/> 海藻(わかめ、ひじき、のり等)
<input type="checkbox"/> 卵(卵黄、卵白)	<input type="checkbox"/> いも(じゃがいも、里いも、さつまいも等)
<input type="checkbox"/> 大豆(豆腐、納豆、厚揚げ等)	<input type="checkbox"/> 果物(りんご、みかん、いちご、バナナ等)
<input type="checkbox"/> 牛乳(牛乳、ヨーグルト、チーズ)	<input type="checkbox"/> 油を使った料理(炒め物、揚げ物、バター・マーガリン等)

足りなかった数 _____ 点 判定：7点以上 - この数字 4-6点 - おと一息 3点以下 - フレイルに要注意

★フレイルチェックにご協力いただきありがとうございます。係の者に提出下さい。

担当 介護士 氏名

R33

5. 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の委託

(1) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の委託

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務は地域包括支援センターが行いますが、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の一部を居宅介護支援事業所に委託することができるものとされています。地域包括支援センターが居宅介護支援事業所へ介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の委託をする場合、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所は次のような事項に注意の上、書類の準備等を行ってください。

(注意事項)

- ① アセスメント業務やケアプランの作成が一体的に行えるように配慮すること
- ② 地域包括支援センターは居宅介護支援事業所が作成したケアプラン原案の内容が適切か確認を行うこと
- ③ 介護予防給付及び介護予防ケアマネジメント費の報酬請求については地域包括支援センターが行うこと

(2) 契約必要書類（地域包括支援センターと居宅介護支援事業所との委託契約）

1. 委託契約関係
① 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務に関する委託契約書 ※ 2部：居宅介護支援事業者と地域包括支援センターが1部ずつ保管。
② 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託仕様書
2. 請求書関係
① 委託料請求書および明細書 県外のお他市住所特例者（保険者が県外の市町村等の方）および県外の事業者のみ毎月提出してください。地域包括支援センターによって様式や提出書類が異なる場合がありますのでご確認ください。
② 予防プラン実績報告書
③ 代理受領委任状 ※ 県内の事業者のみ。初回契約のみ。受託事業者は複写した上で、原本を地域包括支援センターへ提出してください。地域包括支援センターは原本を「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」とともに市へ提出する。

(3) 業務委託の流れ

地域包括支援センター	居宅介護支援事業所
委託契約(委託契約済の場合は、「利用申込み受付・契約」へ)	
委託する業務の範囲などを協議の上委託契約	委託を受ける業務の範囲などを協議の上受諾契約
利用申込み受付・契約	
<p>①「介護保険被保険者証」の確認と預かり</p> <p>②重要事項説明・契約（指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の委託に関する事項を契約書に添付）</p> <p>③「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更届出書）及び、「要支援認定の資料提供に係る申出書兼誓約書（本人同意書）（事業所用）」に記名をもらう</p>	<p>同席が望ましい</p> <p>※③の業務を委託された場合は受託事業者にて行う</p>
届け出	
<p>①「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」と「介護保険被保険者証」、「代理受領委任状」（初回契約のみ）を市へ提出</p> <p>②「要支援認定の資料提供に係る申出書兼誓約書（本人同意書）（事業所用）」を市へ提出し、アセスメントに必要な「認定調査票」、「主治医意見書」等の情報を入手</p>	<p>地域包括支援センターから情報を受け取り、アセスメントの参考にする</p> <p>※ ①、②の業務を委託された場合は受託事業者にて行う</p>
アセスメント	
	<p>利用者宅を訪問し、利用者基本情報を完成 課題分析を行い利用者とともに必要な支援を検討する</p>
介護予防サービス計画・介護予防ケアプラン原案の作成	
<p>原案の内容を確認し、妥当性を判断する</p>	<p>アセスメントの結果を基に「介護予防サービス計画・介護予防ケアプラン」原案を作成（計画期間は「介護保険被保険者証」の有効期間で可）</p>
サービス担当者会議の開催	
<p>必要があれば同席</p>	<p>①「介護予防サービス計画・介護予防ケアプラン」原案の目標を利用者及び担当者間で共有</p> <p>② 必要に応じて計画を修正</p> <p>③ 役割分担の確認</p> <p>④「介護予防サービス計画・介護予防ケアプラン」原案の最終決定</p>
介護予防サービス計画・介護予防ケアプランの決定	
<p>提出された「介護予防サービス計画・介護予防ケアプラン」を確認する。</p> <p>（注）「介護予防サービス計画・介護予防ケアプラン」の同意欄について</p> <p>原則として、利用者の自署を得ること。</p> <p>自署が困難な時は、代筆者が署名する事も可だが、その場合は、余白部に代筆者の氏名と続柄を得ることががぞましい。本人の意思の確認が困難な場合は、同意欄は空欄にして、支援経過にその旨を記載する。</p>	<p>①「介護予防サービス計画・介護予防ケアプラン」原案を元に計画を決定し、地域包括支援センターへ提出</p> <p>② 地域包括支援センターによる原案の確認後、利用者及び家族へ説明し同意を得て交付する</p> <p>i. 原案について、利用者及び家族に説明</p> <p>ii. 原案について同意（原案から本計画へ）（注）</p> <p>iii. 同意を得た本計画を交付</p> <p>③ 1部は本人へ、もう1部は契約した地域包括支援センターへ介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務に関する帳票類（P64参照）とともに原則として1ヵ月以内に提出（居宅介護支援事業者は写しを保管）</p> <p>④サービス提供事業者へ計画書の写しを交付</p>

サービス提供事業者からの報告	
必要に応じて同行訪問	サービス提供事業者からの結果報告を確認し、介護予防支援経過記録へ添付の上、把握した状況等について地域包括支援センターへ報告する。
モニタリング	
	<p>モニタリングは毎月実施し支援経過記録に記載。利用者宅での面接ができない場合は、サービス提供事業所に訪問し利用者と面接もしくは利用者に電話連絡を行う。尚、利用者宅での利用者との面接は 少なくとも 3 ヶ月に 1 度は実施する。</p> <p>① サービス利用状況・利用者の状況を把握し、1 ヶ月に 1 度は支援経過記録に記載 ② 計画の見直しの必要性を検討 ⇒ 見直しの必要があれば、計画作成時と同じ手順</p>
給付管理業務	
「給付管理票」、「給付管理総括表」、「介護給付費明細書」を国保連合会へ提出	<p>① 利用者にサービス利用実績を確認し、サービス提供事業者から送付された実績と照らし合わせる ② サービス利用票・サービス利用票別表、地域包括支援センターに送付（月末締め、翌月初めに送付）</p>
評価	
<p>① 居宅介護支援事業者が行った評価について確認。 ② 評価表に意見を記入し、記名等して居宅へコピーを返却する。今後の方針について助言・指導を行う</p> <p>（注）評価表の提出について 要支援から要介護へ変更等で委託終了した際は、適切な報告・引継ぎや支援経過記録等に記載・保管し、地域包括支援センターへ評価表を提出する。</p>	<p>① サービス提供事業者が行った評価を把握する ② 計画に基づく評価は、状態に変化がない場合は、少なくとも支援計画期間の中間時に、アセスメントシートを活用しながら目標達成状況の評価を行う。また、計画期間終了時、更新時、区分変更時も必ず評価を実施する。なお、作成した評価表は、支援経過記録とともに地域包括支援センターへ提出する。 ③ 今後の方針を決定する ⇒見直しの必要があれば、計画作成時と同じ手順。</p>
(随時)利用者・サービス提供事業者との連絡調整	
必要な助言・指導を行う	利用者・サービス提供事業者との連絡を調整し、計画変更など必要に応じて地域包括支援センターに報告する

(4) 帳票類の提出

受託事業者は、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務に関する帳票類を契約した地域包括支援センターへ提出しなければなりません。

提出する書類は、下記のうち、業務の委託の範囲に応じて地域包括支援センターが指定します。

	ケアプラン	基本チェックリスト	利用者基本情報	評価票	被保険者証のコピー
新規再委託時	○	○	○		○
事業所内で担当ケアマネジャーが変更となった場合					
プラン変更が伴う場合	○	○		○	
プラン変更が伴わない場合	○※1				
居宅介護支援事業所が変更となった場合	○			○※2	
サービス内容を変更した場合	○			○	
サービス利用回数を変更した場合					
ケアプランの目標期間が終了した場合	○	○		○	
認定更新時	○	○	○	○	
ケアプラン終了時				○	

※1 同じ事業所内で担当ケアマネジャーが変更し、かつ、ケアプラン変更がない場合は、ケアプランは前任者の氏名を二重線で手書きで訂正し提出するか、または氏名を入力の上印刷して提出するかのいずれかの方法をとってください。

※2 事業所側都合の場合は不要です。

※ その他、地域包括支援センターからの求めがあった際は、帳票類を提出してください。

※ 居宅サービス計画書受領証については必須ではありません。利用者、サービス提供事業所への説明と配布した日を経過記録へ記録してください。また、事業所より個別サービス計画書を受領した場合は、その受領日を経過記録へ記録してください。

※帳票に関する注意点

①利用者の基本情報が変わったとき

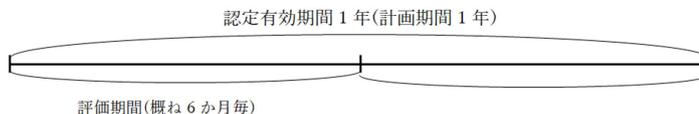
世帯状況や緊急連絡先など、変更のあった内容を書き換え提出してください。

②ケアプランの有効期間と評価票について

認定有効期間をケアプランの有効期間とし、評価は認定有効期間のおおむね半分の期間とします。ただし、評価に関しては1年を超えない期間に実施とします。また、事業対象者のケアプラン有効期間は一律2年間とします。ただし、ケアプランの有効期間を延長することは可能ですが、機械的にケアプランの有効期間、評価期間を設定するのではなく、あくまでも利用者の状態により判断してください。また、状態が変化した場合やケアプランの修正が必要になった場合は、適宜評価を行いケアプランの修正を図ってください。

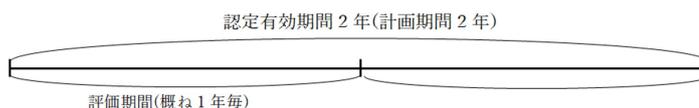
例)認定有効期間1年の場合

ケアプランの期間は1年間、評価は概ね6か月



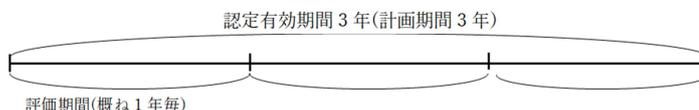
例)認定有効期間2年の場合

ケアプランの有効期間は2年間、評価は概ね1年以内を実施



例)認定有効期間3年の場合

ケアプランの有効期間は3年間、評価は概ね1年以内を実施



③毎月の実績提出について

- (ア)利用実績表のサービス種別毎の単位数を計算し記入するか、または別表を添付してください。
- (イ)サービス利用票・別表のコピーを提出してください。

④ケアプラン等への地域包括支援センターの意見記入について

居宅介護支援事業者が作成したケアプラン原案の内容について地域包括支援センターが行う確認の方法は、ケアプラン原案に意見記入し、記名等することによりますが、以下の点をすべて満たしている場合は意見記入を省略し、記名等のみとしても差し支えないものとしします。

- ・運営基準を満たしていること
- ・不適切なサービスの位置づけがされていないこと
例) 健康な同居家族のいる利用者への生活援助、院内のみの通院介助 等
- ・訪問型サービスが適切に位置づけられていること

なお、居宅介護支援事業者が評価を行った際に行う確認においては、介護予防支援・サービス評価票への意見記入は省略できません。

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

No. _____

利用者氏名 _____ 性別 (男・女) 歳 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日

計画作成者氏名 _____ 要註の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

計画作成（変更）日 年 月 日（初回作成日 年 月 日） 担当地域包括支援センター： _____

目標とする生活 _____

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）	介護保険サービス又は地域包括支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
社会参加 対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					

健康状態について
主治医受診書、健診結果、観望結果等を踏まえた留意点 _____

【本未行うべき支援が実施できない場合】
適切な支援の実施に向けた方針 _____

総合的な方針：生活不活発等の改善予防のポイント _____

基本チェックリストの（該当した項目数）／（質問項目数）を記入して下さい
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

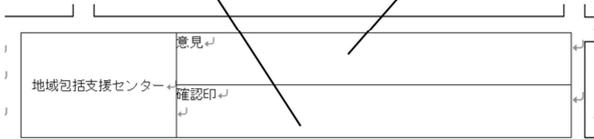
運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	/5	/2	/3	/2	/3

【意見】
地域包括支援センター（確認印） _____

計画に関する同意
上記計画について説明を受け、同意し、交付を受けました。
年 月 日 氏名 印

地域包括支援センターの確認印はこれまでどおり押印する。

意見の記入は行わない。



※なお、居宅介護支援事業所が評価を行った際に行う確認については、介護予防支援・サービス評価票への意見記入はこれまで通り実施します。

⑤ケアプラン記載内容一部省略について

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

No. _____

利用者氏名 _____ 性別 (男・女) 歳 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日

計画作成者氏名 _____ 要註の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

計画作成（変更）日 年 月 日（初回作成日 年 月 日） 担当地域包括支援センター： _____

目標とする生活 _____

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）	介護保険サービス又は地域包括支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
社会参加 対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					

健康状態について
主治医受診書、健診結果、観望結果等を踏まえた留意点 _____

【本未行うべき支援が実施できない場合】
適切な支援の実施に向けた方針 _____

総合的な方針：生活不活発等の改善予防のポイント _____

基本チェックリストの（該当した項目数）／（質問項目数）を記入して下さい
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	/5	/2	/3	/2	/3

【意見】
地域包括支援センター（確認印） _____

計画に関する同意
上記計画について説明を受け、同意し、交付を受けました。
年 月 日 氏名 印

介護予防サービス計画書の一部（上記例示した介護予防サービス計画書の内、網掛けの部分）について、他の項目と重なる内容も多く記載省略可とします。ただし、他の項目でできるだけ記載内容を反映できるように留意してください。

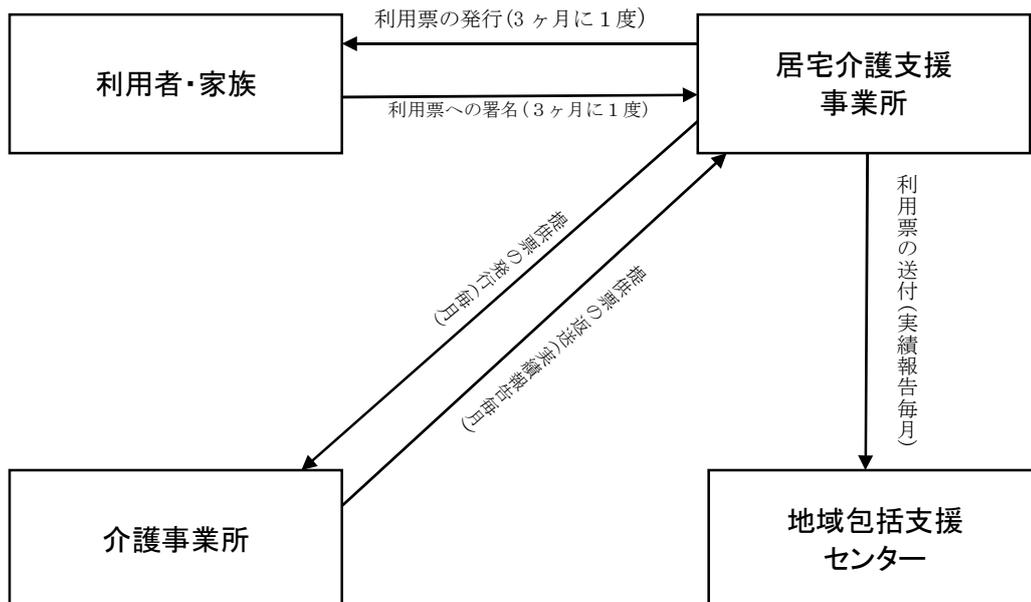
⑥介護予防支援における利用票・提供票発行一部省略について

介護予防居宅介護支援における利用票、提供票の取り扱い方法の見直しとして、定額サービス(介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防福祉用具貸与、介護予防通所リハビリ) 利用のみの毎月発行を省略可とします。ただし、以下の場合は必ず発行していただきます。

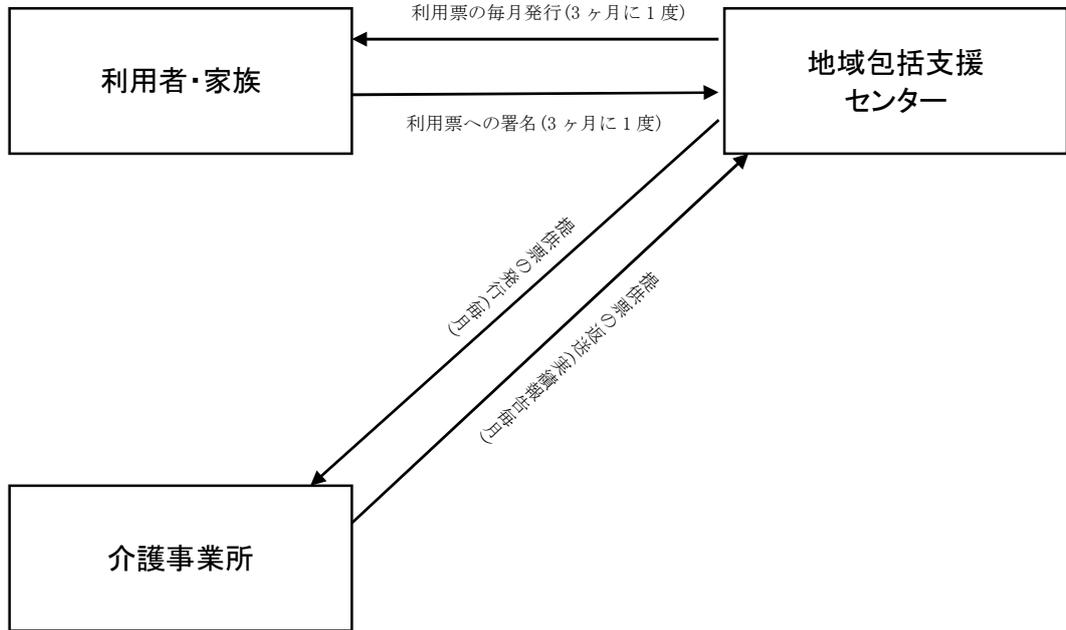
- ・初回利用時
- ・新規サービス利用時(追加)
- ・更新認定に伴うケアプラン作成時
- ・サービス内容変更時のケアプラン作成時
- ・新規サービス利用時、契約解除など日割り計算等が発生する場合
- ・区分変更申請により要介護度が変わった場合
- ・定額サービス(介護予防訪問介護、介護予防通所介護)、介護予防福祉用具貸与以外のサービス(介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリ、介護予防短期入所生活介護等)を利用する場合
- ・利用者、家族、後見人より発行が求められた場合

ただし、居宅介護支援事業所へ再委託されている場合は、再委託された居宅介護支援事業所が、サービス提供事業所から報告を受けた利用実績を集計し、従来通り利用票、利用票別表に集計した利用実績を記載の上、担当地域包括支援センターへ報告してください。

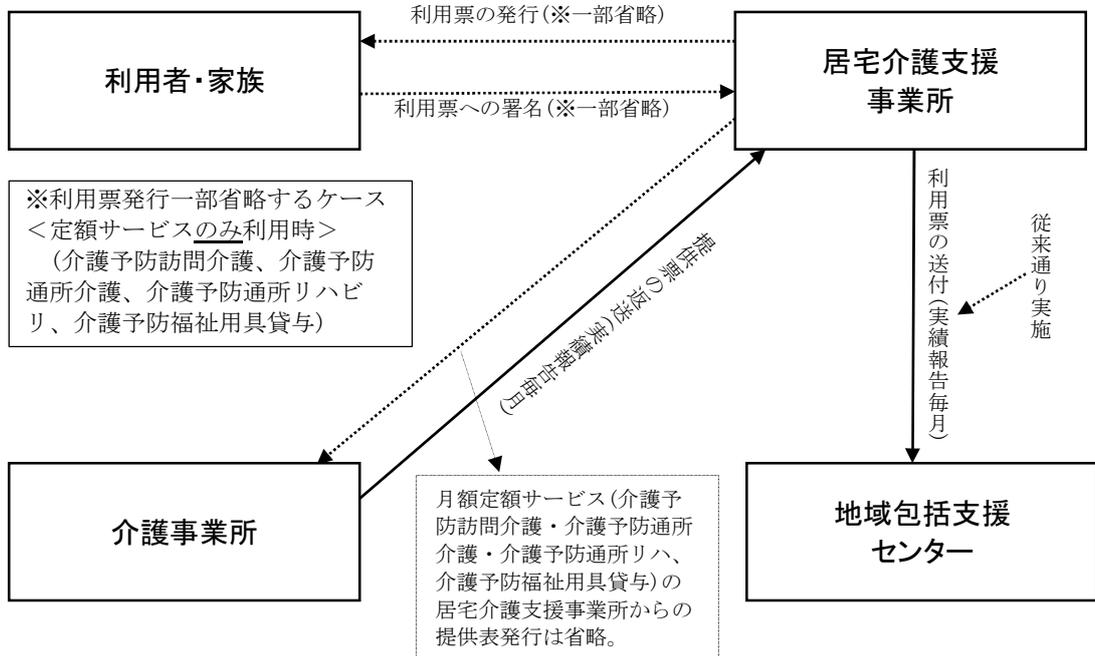
再委託の場合(従来)



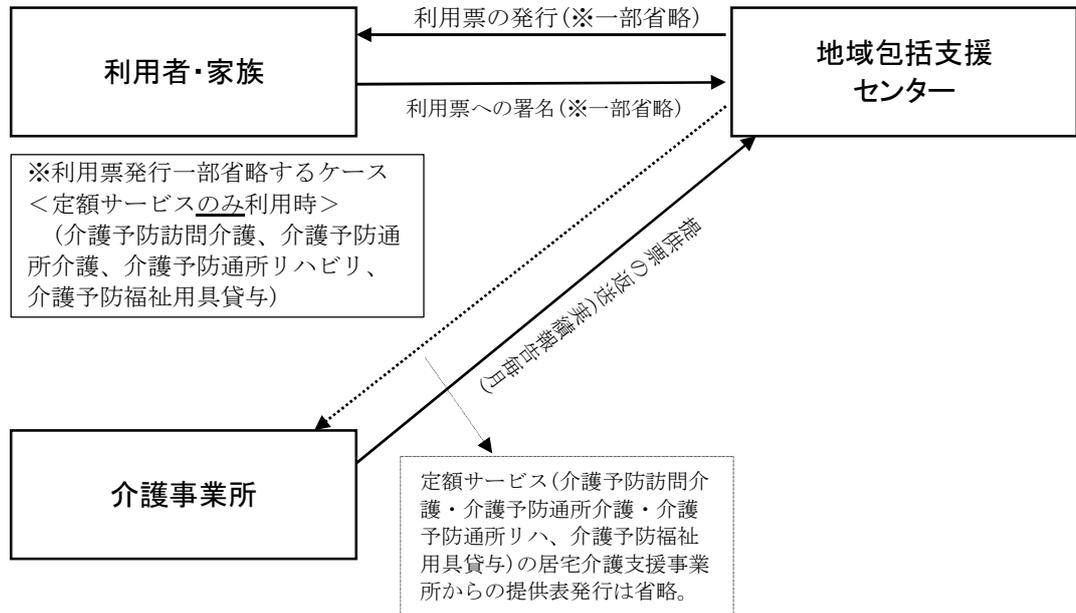
地域包括支援センター直接担当の場合(従来)



再委託の場合(R5.10～)



地域包括支援センター直接担当の場合(R5.10～)



(5) その他留意事項

1. 利用者の状況に変化があるとき等は、必要に応じて医療機関や主治医と連携を図ってください。また入退院したときは、「川西市・猪名川町入退院支援の手引き」に基づき医療機関と連携を図ってください。
2. 介護予防サービス計画・介護予防ケアプランに変更の必要がある場合に加え、利用者が区分変更、サービス中止、入退院、転居、死亡等の状況となった場合においても、地域包括支援センターに報告してください。
3. その他、委託業務の処理にあたっては、本書以外に、「川西市・猪名川町入退院の手引き」、委託者である地域包括支援センターの指示に基づき実施してください。

参考：川西市・猪名川町入退院の手引き掲載先

https://www.city.kawanishi.hyogo.jp/kurashi/fukushi_kaigo/1017467/kaigohoken/1009100.html

参考：書式類の掲載場所

申請に必要な書式については、福祉と医療の総合情報サイト<かわにしサポートナビ>関係者用サイトに「市介護保険様式(各種申請書など)」バナーがありますので、クリックしていただくと各種様式をダウンロードすることが可能です。または、市のホームページ介護保険の様式集にアクセスして頂く事で、各書式をダウンロードすることが可能です。



<市役所ホームページ>

介護保険の様式集 掲載ページリンク

https://www.city.kawanishi.hyogo.jp/kurashi/fukushi_kaigo/1017467/kaigohoken/yoshiki.html

フレイル改善短期集中プログラムに関する資料の掲載場所

フレイル改善短期集中プログラムについての資料や様式は、市のホームページ「フレイル改善短期集中プログラム」に一部掲載されています。詳しいお問い合わせにつきましては、担当地区の各地域包括支援センター、ならびに、介護保険課までお問い合わせください。

https://www.city.kawanishi.hyogo.jp/kurashi/fukushi_kaigo/1017467/kaigohoken/1015697.html

(6) 川西市内の地域包括支援センター担当区域

川西南地域包括支援センター (加茂3丁目13-26) TEL755-3315 平日 8:45~17:30

加茂1~6丁目 久代1~6丁目 栄根2丁目(1~6番除く) 下加茂1~2丁目 東久代1~2丁目
南花屋敷1~4丁目

川西地域包括支援センター (中央町15-27) TEL755-1041 平日 8:30~17:00
ランチ(出張所): 川西市立総合医療センター1階 平日9:00~16:00

鶯の森町 小花1~2丁目 小戸1~3丁目 霞ヶ丘1~2丁目 綿延町 栄町
栄根1丁目・栄根2丁目1~6番地 滝山町(8番除く) 中央町 寺畑1~2丁目 出在家町
花屋敷1~2丁目 花屋敷山手町 萩原1丁目 日高町 火打1~2丁目 丸の内町 満願寺
満願寺町 松が丘町 美園町

明峰地域包括支援センター (西多田字平井田筋5) TEL793-2703 平日 9:00~17:30

鶯台1~2丁目 鶯が丘 錦松台 滝山町8番 西多田1丁目1番・2番 西多田字上平井田
萩原2~3丁目 萩原台東1~2丁目 萩原台西1~3丁目 南野坂1~2丁目 南野山
湯山台1~2丁目 湯山裏

多田地域包括支援センター (平野2丁目11番5号) TEL790-1301 平日 8:30~17:00

新田1~3丁目 新田 多田院1~2丁目 多田院 多田院多田所 多田院西1~2丁目
多田桜木1~2丁目 鼓が滝1~3丁目 西多田(明峰小学校区除く) 西多田1丁目(1・2番除く)・2丁目
東多田1~3丁目 東多田 平野1~3丁目 平野 矢間1~3丁目 矢間東町

清和台地域包括支援センター (清和台東2丁目4-32) TEL799-6800(直通)・799-6200(代表)
平日 9:00~18:00

赤松 石道 芋生 けやき坂1~5丁目 清和台東1~5丁目 清和台西1~5丁目 虫生 柳谷 若宮

緑台地域包括支援センター (水明台1丁目1-198) TEL792-6055 平日 9:00~17:30

向陽台1~3丁目 水明台1~4丁目 清流台 緑台1~7丁目

東谷地域包括支援センター (丸山台3丁目5-6) TEL790-4055 平日 8:45~17:30
ランチ(出張所): ローソン川西見野3丁目店内(通称 ケアローソン) 平日9:30~17:00

国崎 黒川 下財町 笹部1~3丁目 笹部 大和東1~5丁目 大和西1~5丁目 長尾町 西畦野
西畦野1~2丁目 一庫 一庫1~3丁目 東畦野1~6丁目 東畦野山手1~2丁目 東畦野 丸山台1~3丁目
見野1~3丁目 緑が丘1~2丁目 美山台1~3丁目 山原1~2丁目 山原 山下町 山下 横路

川西市中央地域包括支援センター (中央町12-1 川西市役所1F 介護保険課内)
基幹型地域包括支援センター(担当区域なし) TEL755-7581 平日9:00~17:00
(上記時間外 代表TEL 740-1111)

6. 介護給付費の請求

(1) 介護給付費の請求の流れ

毎月、ケアプラン（修正があった場合は修正後）の内容に基づいて給付管理票を作成し、介護給付費の請求とともに、サービス提供月の翌月 10 日までに国保連合会へ提出します。国保連は、居宅介護支援事業者から提出を受けた給付管理票と、サービス提供事業者の請求内容を突合・審査します。審査の結果に基づき、保険者である市町村が国保連合会を通じて給付費を支払います。

(2) 給付管理票の作成

給付管理票は、サービス提供月の月末段階のサービス提供票に基づいて、支給限度基準額内として利用者に提供したサービス実績をまとめたものです。

給付管理票について

給付管理の提出を受けた国保連は、各サービス提供事業者からの請求内容が、居宅介護支援事業所から提出された給付管理票と合致しているかどうか、その請求額が支給限度基準額の範囲内であるかどうかを確認します。

サービス提供事業者からの請求額が給付管理票の内容と一致していない場合、給付費は給付管理票の内容を上限として支払われます。

給付管理票の作成における注意点

①保険者は毎月月末時点の受給者情報を国保連合会に提出します。

(1)3月15日付区分変更申請中の認定結果が4月10日に出た（認定年月日4月10日）場合・・・3月サービス提供分は5月以降に請求することになります。

(2)3月31日付サービス提供開始という居宅サービス計画作成依頼届出書を4月1日に市に届け出た場合・・・3月サービス提供分は5月以降に請求することになります。

②月の途中で、利用者の状況に変化があった場合、給付管理票の作成は次のようになります。

(1)月の途中で居宅介護支援事業者が変更になった

月の途中で居宅介護支援事業者の変更があった場合は、変更後の居宅介護支援事業者が給付管理票を作成します（変更前の居宅介護支援事業者との連絡調整が必要となることがあります。）

なお、居宅介護支援費は、変更後の居宅介護支援事業者のみが請求できます。

※変更には居宅（介護予防）サービス計画作成依頼届出書の提出が必要です。

(2)月の途中で利用者が他の市区町村へ引越しをした

月の途中で利用者が他の市区町村へ引越し保険者が移管した場合は、転出前後のそれぞれの支給限度額はそれぞれの市町村で管理することから、転入日の前日までの給付管理票と転入日以降の給付管理票は別々に作成します。

なお、居宅介護支援費は、給付管理票を同一の事業者が作成していても、それぞれの市町村に請求できます。

※月の途中で利用者が引越し、事業者が変更になった場合は(2)に該当します。

(3) 返戻

国保連合会に提出した給付管理票・介護給付費請求書等の記載内容に不備がある場合には、返戻（差し戻し）扱いとなります。返戻となった場合は、不備を修正して再請求する必要があります。

返戻

請求明細書等に、入力漏れ、入力誤り、単位や金額の計算誤り、被保険者の資格に関する情報（受給者台帳）との不一致、事業所の届出情報等に関する情報（事業所台帳）との不一致、請求明細書や給付管理票の重複請求がある場合に、「返戻」（エラー）となり、介護給付費等の支払ができません。

下記の表に請求誤りの多いエラーコード、問合せの多いエラーの対処方法等をまとめましたので参考にしてください。なお、国保連のホームページに「介護給付費請求の手引き」が掲載されていますので、ご活用ください。

下記の表を確認し、保険者に確認する必要がある場合や、ご不明な点がある場合、対応方法が分からない場合等は介護保険課 給付担当（072-740-1148）にお問合せください。

なお、お問合せの際は、国保連合会から送付のあった「請求明細書・給付管理票返戻（保留）一覧表」を用意し、以下の内容を確認の上お問合せください。

- ①被保険者番号、②サービス提供月、③請求月、④返戻内容、⑤返戻コード
- ⑥返戻のあった事業所番号

請求明細書等のエラーコードと対処方法

主なエラー ～原因と対応方法～□

(R2年1月)

返戻(保留)一覧表の備考欄	エラー内容	確認方法・対応方法
1	12PA (次の①か②が原因) ①利用者が要介護度の区分変更申請中のため、審査が通らなかった。 ②新しい要介護度が決定しているが、保険者から連合会にその情報が送られていない。	まず、現在の要介護度を確認してください。 ①の場合、新しく要介護度が決定されてから再度請求してください。 ②の場合、新しい被保険者証が届いていても連合会に情報が送られるまでタイムラグが生じている可能性があります。再度ご請求ください。
2	ANN4 ①すでに支払が終わっている。 ②通常過誤で取り下げをしたが、再請求をするタイミングが早すぎた。	①審査決定済みです。請求内容に誤りや漏れがある場合は過誤申立をしてから再度請求してください。 ※審査決定済みなのに支払がない場合、給付管理票に貴事業所が記載されていない可能性があります。ケアマネジャーに確認してください。 ②過誤申立をした場合、過誤決定通知書が届いてから再請求してください。
3	ASS0 利用者負担額等の総額が再計算値を超過しています。	計算誤り等がないか確認してください。 ポイント：単位数に誤りはありませんか。 保険請求額は小数点以下切り捨てにしていますか。
4	ANN2 同月に該当する介護給付費請求明細書(以下、「請求明細書」といいます。)を提出済みです。	請求明細書が複数提出されており、1枚が審査決定され、その他が重複請求というエラーで返戻になっています。 審査決定された方が正しいのであれば何もしなくて結構です。 1枚で提出すべきものを2枚に分けてしまっているのであれば過誤して再請求してください(例：同月で要介護度が変わった等)。
5	ADD1 事業所番号が間違っているか、サービスが間違っているようです。	事業所番号に変更はありませんか。(指定有効期限等) サービス内容に誤りがないか確認してください。
6	ASSA 請求明細書に記載された計算値が間違っているようです。	計算誤り等がないか確認してください。
7	12SA 給付率が誤っているようです。	利用者の負担割合が正しいか「負担割合証」で確認してください。
8	12QT 被保険者証の情報と一致しません。	利用者の被保険者番号、生年月日や性別等の記載誤りがないか被保険者証を確認してください。
9	12P0 保険者番号か被保険者番号が被保険者証と違っているようです。	被保険証を確認して、記載誤りがないか確認してください。
10	査定でエラーのあるもの 請求明細書と給付管理票の内容が不一致かつ、サービス提供体制強化加算等を含む場合にこのエラーとなります。	請求明細書に誤りがなければ、居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターに連絡し、給付実績の修正を行う必要があります。内容を確認のうえ、再請求願います。
11	12QA 介護度に対する請求書の様式が違っているようです。	要介護、要支援、それぞれのサービスに対応した請求明細書を提出してください。 (「介護給付費請求明細書様式(様式第一～様式第十一)」をご覧ください。)

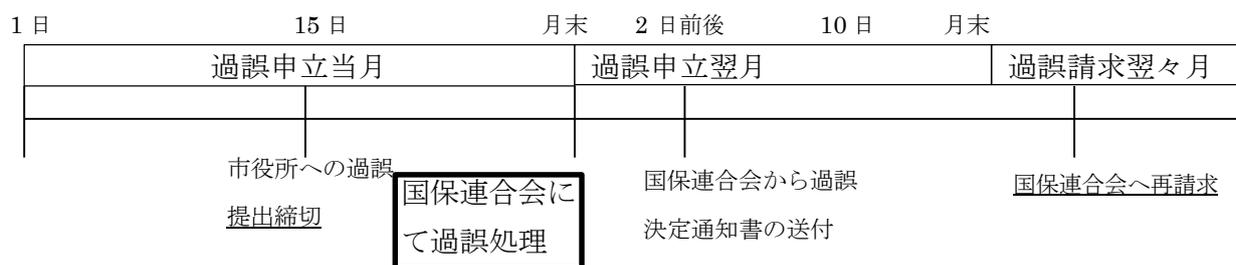
※ その他のエラーについても、本会ホームページに「介護給付費請求の手引き(審査支払結果帳票の解説)」として詳細に記載しておりますのでご活用ください。

兵庫県国民健康保険団体連合会
保険者支援部介護福祉課
TEL 078-332-5618

(4) 過誤

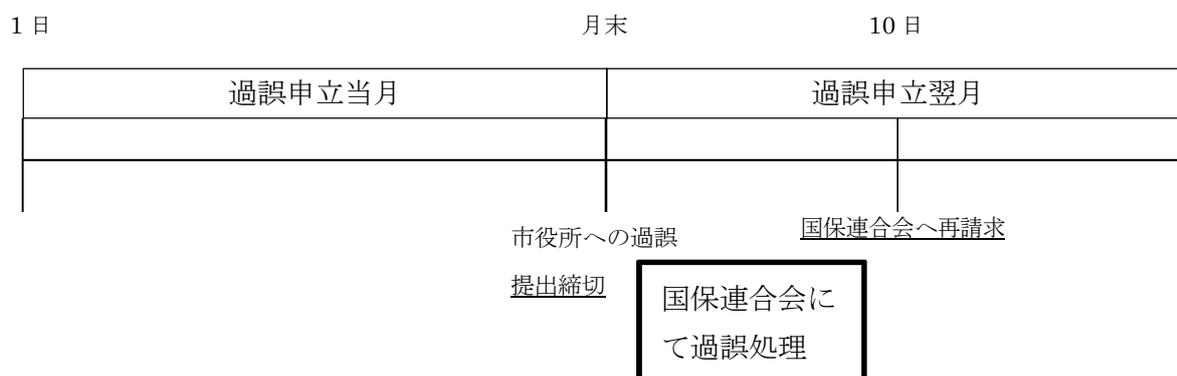
事業者が国保連合会に対して行った介護報酬請求の審査決定後、請求内容に誤りがあつた場合は、保険者（市）へ過誤申立をしてください。過誤申立には大きく分けて通常過誤と同月過誤があります。

○通常過誤（川西市への提出締切 毎月 15 日（休日前倒し））



○同月過誤（市への提出締切 毎月月末（休日前倒し））

給付実績の取り下げ（過誤）と再請求を同じ月に行う方式です。誤った請求と正しい請求の差額分だけを返還または追加支給するため、過誤金額が大きい場合や過誤申立件数が多い場合に、支払額への影響を軽減させます。



過誤申立に関するQ&A

(1) 今月 10 日に請求した内容に誤りがありました。過誤申立手続きはすぐにできますか。

国保連合会の審査終了後に過誤申立手続きを行っていただく必要があります。過誤申立手続きは、国保連合会の審査終了後の実績に対して、実績の取り下げを行うものです。国保連合会の審査の結果、返戻となれば過誤申立手続きは不要となります。

4 月利用分を 5 月審査で請求した場合、5 月末に審査決定します。6 月以降に過誤申請申立書を川西市に提出していただく必要があります。

(2) 過誤をした場合、事業所への支払額はどうなりますか。

過誤処理をした月の審査決定額から過誤調整額を差し引いた金額が支払決定の金額となります。国保連合会から送付される『介護給付費等支払決定額内訳書』で確認してください。過誤金額が審査決定金額を上回った場合、事業所への支払額がマイナスになります。この場合、国保連からの請求に基づき指定する期日までに納付書での支払いとなります。

(3) 川西市在住の利用者ですが、被保険者番号が H から始まる方（65 歳未満、生活保護受給者）です。手続きは違いますか。

違います。生活支援課に手続きを確認してください。

(4) 保険者が川西市以外の利用者がいます。川西市の過誤申立書で手続きできますか。

できません。各保険者に確認してください。また、提出先、提出期限等も各保険者に確認してください。

(5) 事業所番号・事業所名称がサービス提供時と現在で異なります。どちらを記入すればいいですか。

サービス提供時の事業所番号・事業所名称を記入してください。

(6) 申立事由コードがわかりません。何を記入すればいいですか。

「過誤申立事由コード一覧表」を確認してください。上 2 桁はサービスに対応する番号です。例えば、訪問看護なら「10」、介護予防訪問看護なら「11」です。

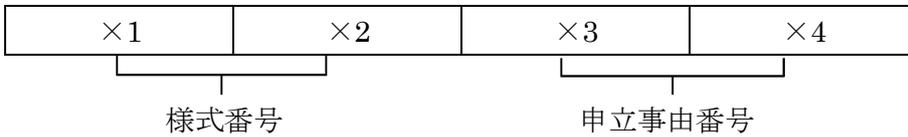
下 2 桁は申立理由に対応する番号です。川西市から指定がない場合は、通常過誤なら「02」、同月過誤なら「12」を記入してください。

適正化事業などで過誤をする場合は、その都度川西市から番号を指定します。

(7) 提出方法を教えてください。

介護保険課へ、持参または郵送してください。ファックスでの受付はできません。

「申立事由コード」欄は、以下のとおり記入してください。



過誤申立事由コード一覧表

様式番号（上2桁）

様式 番号	様式名称	
10	訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハ、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハ、福祉用具貸与、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、看護小規模多機能型居宅介護、地域密着型通所介護	様式第二
10	介護予防・日常生活支援総合事業費（訪問型サービス・通所型サービス・その他の生活支援サービス）	様式第二の三
11	介護予防訪問介護、介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハ、介護予防居宅療養管理指導、介護予防通所介護、介護予防通所リハ、介護予防福祉用具貸与、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	様式第二の二
20	介護予防・日常生活支援総合事業費（介護予防ケアマネジメント費）	様式第七の三
21	短期入所生活介護	様式第三
22	介護老人保健施設における短期入所療養介護	様式第四
23	病院又は診療所における短期入所療養介護	様式第五
2A	介護医療院における短期入所療養介護	様式第四の三
24	介護予防短期入所生活介護	様式第三の二
25	介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護	様式第四の二
26	病院又は診療所における介護予防短期入所療養介護	様式第五の二
2B	介護医療院における介護予防短期入所療養介護	様式第四の四
30	認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護（平成 18 年 3 月サービス以前）	様式第六
31	介護予防認知症対応型共同生活介護	様式第六の二
32	特定施設入所者生活介護、地域密着型特定施設入居者介護	様式第六の三
33	介護予防特定施設入居者生活介護	様式第六の四
34	認知症対応型共同生活介護（短期利用型）	様式第六の五

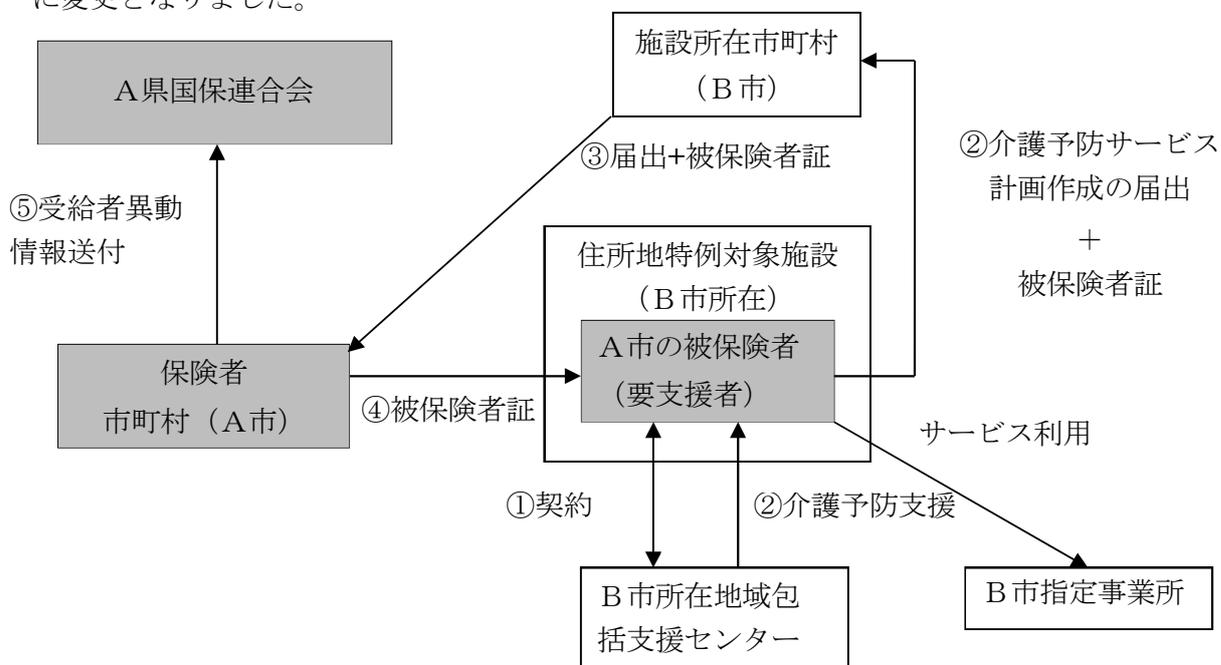
35	介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用型）	様式第六の六
36	特定施設入所者生活介護、地域密着型特定施設入居者介護（短期利用型）	様式第六の七
40	居宅介護支援	様式第七
41	介護予防支援	様式第七の二
50	介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設	様式第八
60	介護老人保健施設	様式第九
61	介護医療院	様式第九の二
70	介護療養型医療施設	様式第十

申立事由番号（下2桁）

申立事由番号	申立理由
01	台帳誤り修正による保険者申立の過誤調整
02	請求誤りによる実績取り下げ
09	時効による保険者申立の取り下げ
11	台帳誤り修正による事業所申立の過誤調整
12	請求誤りによる実績取り下げ（同月）
32	給付管理票取消による実績の取り下げ
42	適正化（その他）による保険者申立の過誤取り下げ
43	適正化（ケアプラン点検）による保険者申立の過誤取り下げ
44	適正化（介護給付費通知）による保険者申立の過誤取り下げ
45	適正化（医療突合）による保険者申立の過誤取り下げ
46	適正化（縦覧点検）による保険者申立の過誤取り下げ
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り下げ
49	適正化（その他）による保険者申立の過誤取り下げ（同月）
4A	適正化（ケアプラン点検）による保険者申立の過誤取り下げ（同月）
4B	適正化（介護給付費通知）による保険者申立の過誤取り下げ（同月）
4C	適正化（医療突合）による保険者申立の過誤取り下げ（同月）
4D	適正化（縦覧点検）による保険者申立の過誤取り下げ（同月）
4E	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り下げ（同月）
62	不正請求による実績取り下げ
69	不正請求による実績取り下げ（同月）
90	その他の事由による台帳過誤
99	その他の事由による実績の取り下げ

(5) 住所地特例適用居宅要支援被保険者にかかる手続き

平成 27 年 4 月より、住所地特例適用居宅要支援被保険者に係る介護予防支援の実施主体が、保険者市町村の地域包括支援センターから、施設所在市町村の地域包括支援センターに変更となりました。



- ① 被保険者は施設所在市町村（B市）の地域包括支援センターと契約を行います。
- ② 被保険者は介護予防サービス計画作成依頼届出書に被保険者証を添付して、施設所在市町村（B市）に対して提出します。施設所在市町村（B市）の地域包括支援センターは介護予防支援を行います。
- ③ 施設所在市町村（B市）から保険者市町村（A市）に対して、介護予防サービス計画作成依頼届出書及び被保険者証を送付します。
- ④ 保険者市町村（A市）は介護予防サービス計画作成依頼届出書をもとに、被保険者証に居宅介護支援事業者、届出年月日等を記載し、被保険者へ郵送します。
- ⑤ 保険者市町村（A市）は、該当の住所地特例者について、受給者異動連絡票情報を所在する国保連合会へ送付します。

問い合わせ先

介護保険課 適正化担当 072-740-1149

7. 介護保険サービス Q&A

介護保険サービスの提供や請求に関する問合せを掲載していますので、業務の際の参考にしてください。

なお、介護報酬の算定、人員・設備・運営の基準等についてさらに詳しい Q&A は、厚生労働省のホームページに掲載されていますのでそちらも参考にしてください。

(1) 同居家族がいる場合の生活援助の考え方

1. 「生活援助中心型の所定単位数が算定される場合」とはどのような場合か？

単身の世帯に属する利用者、又は家族等と同居している利用者であって、家族等の障害、疾病等の理由により、利用者又は家族等が家事を行うことが困難であるものに対し、生活援助が中心である指定訪問介護を行った場合に所定単位数を算定することができます。また、障害、疾病がない場合であっても、同様のやむを得ない事情により、家事が困難な場合についても「生活援助中心型」の単位数を算定することができます。

なお、ケアプランに生活援助中心型の訪問介護を位置付ける場合には、ケアプランに生活援助中心型の算定理由その他やむを得ない事情の内容について記載するとともに、生活全般の解決すべき課題に対応して、その解決に必要であって最適なサービスの内容とその方針を明確に記載する必要があります。

2. 「同様のやむを得ない事情」とはどのような場合か？

「同様のやむを得ない事情」に一律の基準はなく、個別的に判断する必要があります。

(例)

- ・家族が高齢による筋力低下があり、困難な家事がある場合
- ・家族間に利用者の今後の生活に影響を及ぼすような深刻な問題があるため、家事援助が期待できない場合
- ・家族に家事を行わせてしまうことにより、介護疲れによる共倒れ等の深刻な問題が生じることが明らかだと判断した場合
- ・その他、安全・健康・衛生上の必要性が高い場合など

※「家族に対して遠慮があり頼みにくい」や「家族に負担をかけたくない」という理由だけでは生活援助は算定できません。

「同様のやむを得ない事情」の場合も、家族がどのような家事ができるのか、できないのかを明確にしてください。また、「同様のやむを得ない事情」で生活援助を位置づける場合、その状態が改善の方向に向かうように働きかけをしてください。

3. 日中独居の場合ほどどのように考えればよいか？

家族が就労等のため、日中独居になる場合も、状況によっては「同様のやむを得ない事情」に該当することがあります。

このような日中独居の場合は、家族が日中不在であることにより、どのような家事ができないのか、できるのかを明確にし、そのできない家事を家族が不在のときに行う必要性があるのか、また、他の代替手段はないのかを検討した上で、やむを得ず生活援助サービスを提供する必要があると判断された場合は、算定することは可能です。

4. 共有部分の掃除は可能か？

共有部分（居間・食堂・台所・トイレなど）の掃除は原則としてできません。しかし、以下のような場合は利用者の状態と生活実態によって、個別に判断し算定することが可能です。

- 例）
- ・共有部分を利用するのが要介護認定を受けている高齢の夫婦である場合
 - ・家族は朝早くから夜遅くまで就労しているためトイレをほとんど使っておらず本人のため衛生面・転倒防止の観点から日中にトイレ掃除をする必要がある場合など

【参考資料】

介護保険最新情報 Vol.125 平成 21 年 12 月 25 日 厚生労働省老健局振興課
「同居家族等がいる場合における訪問介護サービス等の生活援助の取扱いについて」

（2）院内介助

1. ケアプランへの記載

院内介助は、原則として病院のスタッフ等により対応されるべきもので、場合により、院内の移動等の介助が可能であるとされています。

このため、訪問介護員等によるトイレ介助や移動介助等の院内介助が必要な場合はケアプランに次のことを記載し、その必要性を位置付ける必要があります。

- | |
|--|
| <p>①適切なアセスメントに基づく利用者の心身の状況から院内介助が必要な理由</p> <p>②必要と考えられる具体的なサービス内容
(例：トイレ介助、院内での内科から眼科等への移動介助)</p> <p>③病院のスタッフ等による対応ができないことを確認した記録
(いつ、誰に、確認した内容)</p> |
|--|

2. 通院介助で算定が可能な介助について

通院介助の一連の流れとして想定されるものには次のようなものが想定されますが、報酬算定の対象となるかどうかについては、利用者の状況に応じて異なる場合があります。

ア. 一般的には、訪問介護員が直接利用者に接していない時間や見守りの援助を行っていない時間は(③、⑦、⑨、⑩、⑬)は通常対象外と考えられます。

イ. 重度の認知症のため徘徊等で常時見守りが必要、又は1人では椅子に座ることができず、常時支え等が必要という利用者の場合は、状態により⑨以外は全て対象になることもあります。③及び⑬については、常時介助を必要とする場合は算定対象となる場合もあります。

ウ. ⑨については、どのような場合でも報酬算定の対象とはなりません。

ただし、これは報酬算定ができないということであり、訪問介護員が行うことが禁止されているわけではありません。

- ①乗車前介助（更衣、ベッドから車いすへの移乗等）
- ②乗車介助（タクシー、バス、鉄道等への車両への移動）
- ③乗車中
- ④降車介助（タクシー、バス、鉄道等への車両からの移動）
- ⑤受診等手続き
- ⑥院内移動
- ⑦診察（リハビリ、検査等）待ち時間
- ⑧トイレ介助等
- ⑨診察（リハビリ、検査等。診察室における更衣を含む）
- ⑩会計待ち時間
- ⑪会計、薬受け取り
- ⑫乗車介助（タクシー、バス、鉄道等への車両への移動）
- ⑬乗車中
- ⑭降車介助（タクシー、バス、鉄道等への車両からの移動）
- ⑮降車後介助

(3) 別居親族による訪問介護サービスの提供

訪問介護サービスの実施に当たっては、従来より同居親族による訪問介護は禁止されています。また、別居親族による訪問介護については、家族介護との区別がつきにくく外部の目も届きにくい等の理由から、サービスの質の低下につながることを懸念されます。そのため、別居親族による訪問介護を行う場合は、保険者である川西市と事前に協議する必要があります。

協議に関する書類など詳細については介護保険課 適正化担当（072-740-1149）までご連絡ください。

(4) 介護予防サービス等利用者の日割り算定

月額報酬とされている介護予防通所リハビリテーション、介護予防型訪問サービス、介護予防通所サービスについて、下記の場合は日割り計算を行うこととされています。（ただし、⑨、⑩は介護予防通所リハビリテーションは除く）

- ① 月途中で要介護から要支援に変更となった場合
- ② 月途中で要支援から要介護に変更となった場合
- ③ 月途中で要支援度が変更となった場合
- ④ 月途中で同一保険者内の転居等により事業所を変更した場合
- ⑤ 介護予防特定施設入居者生活介護等を月途中に入退所し、その前後で介護予防訪問介護等を利用した場合
- ⑥ 介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護を利用しているものが、当該サービスを利用しない日において、介護予防訪問介護等を利用した場合
- ⑦ 月の一部期間が公費適用期間であった場合
- ⑧ 事業者の事業開始、事業廃止、指定有効期間・効力停止期間の開始・終了
- ⑨ 月途中で事業対象者から要支援・要介護に変更となった場合
- ⑩ 利用者との契約開始・契約解除

上記①～③について、区分変更前後での一方のサービス利用実績がない場合も日割り計算を行います。サービス利用の実績がない期間の報酬区分は算定しません。上記以外の、月途中からの利用、月途中までの利用及び医療機関に何日間か入院していた等の場合は月額報酬で算定します。なお、加算については日割り計算を行いません。

※月の途中で利用者が死亡した場合

月途中で利用者が死亡した場合、総合事業の日割り計算の対象事由に「死亡」は含まれていませんが、「利用者との契約解除」が日割り計算の対象事由にあたりますので、事業者と利用者間で交わされている契約書における死亡の場合の契約の取り扱いに沿って、日割り計算をするかどうかを判断することが原則となります。一方、死亡日をもって契約解除という取り扱いが契約書にない場合でも、利用者の家族、事業者、ケアマネジャーとの話し合いのうえ、契約解除の取扱に準じて、死亡日を起算日として日割り請求することも可能としています。

(5) 短期入所生活介護・短期入所療養介護の長期利用

1. 認定有効期間のおおむね半数を超えて利用する場合の取り扱いについて

短期入所サービスは、利用者の自立した日常生活の維持のために利用されるものであり、ケアマネジャーは、短期入所サービスを位置付けるケアプランの作成にあたって、利用者にとってこれらの居宅サービスが在宅生活の維持につながるように十分留意する必要があります。

そのため、利用者の心身の状況等を勘案し、特に必要と認められる場合を除き、短期入所サービスを利用する日数が要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしなければならぬとされています。

ただし、前段で述べたとおり、利用者の心身の状況等を勘案し、認定有効期間の半数を超えて短期入所サービスを利用する必要がある場合においては、半数を超えてサービスを利用することができます。この際、川西市では理由書の提出を求めていますので、半数を超えるとわかった時点で、必要書類を提出してください。書類は市のホームページ、介護保険の様式集に掲載されています。

2. 「連続30日利用に関するリセット」について

短期入所サービスに関しては、施設入所と変わらない利用を防止するとともに、他の利用者の短期入所サービスの利用を確保するため、連続して利用する場合は30日目までが報酬算定の限度となっています。

しかし、利用者の家庭や心身の状況等を勘案して、短期入所を30日以上利用せざるを得ない場合も想定されるため、特に必要とされる場合に限り、特例的な扱い（いわゆる「連続30日利用に関するリセット」）が認められています。

【設定】

- ・例1：短期入所生活介護以外のサービスは使わない
 - ・例2：短期入所生活介護と短期入所療養介護以外のサービスは使わないが、短期入所生活介護を複数利用すると仮定
 - ・例3：短期入所生活介護と短期入所療養介護以外のサービスは使わないと仮定
- ※利用者は要介護2の支給限度額の範囲内において、短期入所生活介護は19日使えるものと仮定。

【例 1】同一施設での連続利用の場合

30日連続利用		※1 リセット	※2 リセットされない					
7/17～31	8/1～15	8/16	8/17～20	8/21～31	9/1～15	9/16	9/17～20	9/21～30
15日	15日	1日	4日	11日	15日	1日	4日	10日
支給限度額内利用	支給限度額内利用	連続利用制限による全額自己負担	支給限度額内利用	支給限度額超過 (全額自己負担)	支給限度額内利用	連続利用制限による全額自己負担	支給限度額内利用	利用なし

30日連続利用

- (※1) 連続利用が30日超に及ぶ場合、31日目は連続利用制限の対象となります。
7/17～8/15の利用日数は30日となる。連続利用日数リセットのためには31日目(8/16)を全額自己負担で利用する必要があり、これにより8/17から改めて連続利用日数をカウントする事となります。
退所の翌日に再入所した場合、連続利用は継続となり、30日超過分の算定不可となります。リセットの為に丸1日全額自己負担による利用が必要。
- (※2) 支給限度額超過による全額自己負担での利用については、リセットされず、連続利用日数に通算してカウントします。

【例 2】同一部に複数施設を利用する場合

	8/1～8/29	8/30	8/31	9/1
A 施設	連続 29 日利用 支給限度額内利用	退所 連続利用 30 日目 支給限度額内利用	利用なし	
B 施設	利用なし	入所 連続利用 31 日目 連続利用により <u>全額自己負担</u>	連続利用 1 日目 支給限度額内利用	連続利用 2 日目 支給限度額内利用

▲ リセット

利用日数は、原則として利用を開始した日及び利用を終了した日の両方を含むものとされており、連続利用日数の考え方も同様に算出されます。このため、A 施設から B 施設に利用する事業所を変更した日については、A 施設・B 施設ともに介護報酬請求を行うことから、利用日変更日は2日と計算されます(R3 報酬改定に関する Q&A Vol.3 問67)。

連続利用 30 日目において、A 事業所から B 事業所に利用する事業所を変更する場合は、A 事業所で連続して 30 日間短期入所生活介護費を請求していることから、B 事業所の利用開始日においては全額自己負担となります (R3 報酬改定に関する Q&A Vol.3 問68)。

短期入所生活介護・短期入所療養介護の手引き (R3.4 兵庫県より)

【例3】短期入所生活介護と短期入所療養介護を併用する場合

※1 通算しない

	※2		※2				
8/1～9	8/10～25	8/25～27	8/28～31	9/1～10	9/10～16	9/17～30	
9日	16日 (A施設)	3日 (B施設)	4日 (B施設)	10日 (B施設)	7日 (A施設)	14日	
	短期入所生活介護	短期入所療養介護			短期入所生活介護		
サービスの利用なし	支給限度額内	支給限度額内	支給限度額超過	支給限度額内	支給限度額内	サービスの利用なし	

(※1) 連続利用日数については、短期入所生活介護、短期入所療養介護とはサービス区分が異なるため、それぞれについてカウントします。

→A施設での利用日数とB施設での利用日数は通算されません。

このため、例の場合、A施設への入所から通算して30日超となる日以降についても連続利用制限の対象とはなりません。この場合であっても適切な短期入所サービスの計画、利用が必要であることに十分留意してください。

(※2) 同一日入退所をする場合については、連続利用日数をカウントする場合は2日のカウントとなります。

→例2の場合で、短期入所生活介護を連続利用した場合の8/25については、A施設での利用は連続16日目、B施設での利用は連続17日目となります。

(※3) 連続入所中に区分変更があった場合(要介護←→要支援)、支給限度額超となり、自己負担で利用する事となった場合は、いずれの場合にもカウントはリセットされず、連続利用としてカウントされます。

※ 長期利用者に対する短期入所生活介護について

長期間の利用者(自費利用などを挟み実質連続30日を超える利用者)については、基本報酬の評価を適正化します。

連続して30日を超えて同一の指定短期入所生活介護事業所に入所(指定居宅サービス基準に掲げる設備及び備品を利用した指定短期入所生活介護以外のサービスによるものも含む)している場合であって、指定短期入所生活介護を受けている利用者に対して、指定短期入所生活介護を行った場合は、1日につき30単位が所定単位数より減算されます。

3. 長期利用者提供減算について

短期入所生活介護の基本サービス費については、施設入所と比べ入退所が頻繁であり、利用者の状態が安定していないことなどから、特別養護老人ホームへ入所した当初に施設での生活に慣れるための様々な支援を評価する初期加算相当分を評価しています。

こうしたことから、居宅へ戻ることなく、自費利用を挟み同一事業所を連続30日を超

えて同一事業所を利用しているものに対して短期入所生活介護を提供する場合には、連続 30 日を超えた日から 1 日につき 30 単位を所定単位数より減算を行います。

（6）短期入所サービス利用中の福祉用具貸与の取り扱い

1. 短期入所施設への貸与品の持ち込みについて

短期入所施設内での福祉用具の費用は、短期入所サービスの報酬に包括しているものと考えますので、通常は短期入所事業所が用意すべきものと考えます。ただし、短期入所事業所に用意されているものでは利用に支障が出る場合は、持込が可能な場合がありますので、個別にご相談ください。

2. 福祉用具貸与費の算定について

短期入所生活介護又は短期入所療養介護を利用中でも福祉用具貸与費の算定は認められています。しかし、これは、短期入所サービス利用中の短い期間で、一度返却し、退所後再度搬入することが非常に不合理であるということから、認められているものであると考えます。そのため、短期入所サービス利用中であっても福祉用具貸与費の算定が認められない場合がありますので、ご注意ください。

3. 当該月に利用者が在宅にいない場合の算定について

長期的に短期入所を利用し、福祉用具の在宅利用がなかった場合は当該月については算定が認められません。

※貸与期間が1月に満たない場合の算定について

福祉用具貸与事業者は、その算定方法を運営規定等に記載しておくとともに、利用者に対して事前に説明を行い、同意を得ていることが必要です。貸与期間が1月に満たない場合の取扱いについても、一律の基準を設けるものではなく、利用契約に基づき算定されますが、適切な請求として、次のとおり例示しますので参考としてください。

【例 1】

1 日～21 日まで短期入所施設に入所し、在宅利用は 21 日～30 日の 10 日間の場合
日割り計算を行います。ただし、契約の形態により半月分の請求として差し支えありません。

【例 2】

5 日～26 日まで短期入所施設を利用し、在宅利用は、1 日～5 日、26 日～30 日に福
祉用具を貸与し、在宅利用があった場合

在宅利用は実質 10 日間ですが、月の前半と後半に利用があり、1 月分の請求として差し
支えありません。

（ 7 ） 介護老人福祉施設への特例的な入所

介護保険法の改正により、平成 27 年 4 月 1 日以降介護老人福祉施設への入所が原則要介
護 3 以上に限定される一方で、要介護 1 又は 2 の方の特例的な施設への入所が認められて
います。

指定介護老人施設等の入所に関する指針

指定介護老人福祉施設及び指定地域密着型介護老人福祉施設（以下「施設」という）に
ついては、平成 27 年 4 月 1 日以降、入所が原則、要介護 3 以上の方に限定される一方
で、居宅において日常生活を営むことが困難な事についてやむを得ない事由があること
による要介護 1 または 2 の方の特例的な施設への入所（以下「特例入所」という）が認め
られています。

（ 1 ） 特例入所の対象者

- ①認知症であり、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さ等
が頻繁に見られる。
- ②知的障害、精神障害等であり、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思
疎通の困難さ等が頻繁に見られる。
- ③家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が
困難である。
- ④単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が
期待できず、かつ、地域での介護サービスや支援の供給が不十分である。

（ 2 ） 要介護 1 又は 2 の方の入所申込み手続き

要介護 1 又は要介護 2 である者の入所申込みがあった場合、施設は当該入所申
込者について兵庫県の定める「入所コーディネートマニュアル」の評価基準に基
づく評価を行います。評価点数が 65 点以上の場合、市への意見照会を経ずに、
施設が当該入所申込者について特例入所の要件に該当すると判断することができ
ます。評価点数が 65 点未満であっても、当該入所申込者について施設が特例入
所の要件に該当するか否かを評価できないと判断した場合には、当該入所申込者
が特例入所対象者に該当するか否かを判断するにあたって、市に意見を求めるこ
とができます。

(8) 暫定ケアプランの考え方

①暫定ケアプランとは

要介護認定の結果が出ていない（＝申請中）被保険者が、居宅サービスを「現物給付」で利用するために、暫定的に作成されるケアプランです。

暫定ケアプランを作成していない場合、介護保険を利用したサービスの提供はできません。また、総合事業のガイドラインにおいて、「自己作成に基づくサービス事業の想定はしていない」と記載されていることから、暫定ケアプランを作成せずに総合事業を利用していた場合、サービス事業所は介護報酬の返還につながるため点にも留意してください。

②暫定ケアプランの作成が必要となる場合の例

- (1) 新規申請中で、やむを得ない事情により認定結果が出るまでの間にサービスを利用する場合
- (2) 認定の有効期間内に区分変更申請を行い、認定結果が出るまでの間にサービスを利用する場合
- (3) 更新申請の結果が出るのが更新前の有効期間後になり、認定結果が出るまでの間にサービスを利用する場合
- (4) 更新申請の結果が「非該当」もしくは「更新前の介護度よりも低い（高い）」と認定され、更新前の有効期間の満了後に新規申請を行い、認定結果が出るまでの間にサービスを利用する場合

③暫定ケアプラン作成にあたっての留意事項

- (1) 認定を受けていない状態で、サービスを導入する必要があるか十分検討を行ってください。
- (2) 認定結果が非該当になったり、想定した介護度より低くなることもあるので、介護サービスに要する費用が全額自己負担になる可能性があること等について、あらかじめ利用者・家族に十分説明を行ってください。また、要介護度により区分支給限度額が異なることから、必要最低限のサービス導入してください
- (3) サービス事業者については、要介護、要支援のどちらでも対応できるよう居宅サービスと介護予防サービス（総合事業含む）の両方の指定を受けている事業者を選定し、認定結果により利用者が全額自己負担することがないように適切に支援してください。
- (4) 暫定ケアプランを作成する場合であっても運営基準に定められた一連の業務（アセスメント・モニタリング・担当者会議等）を行ってください。
- (5) 確定ケアプランの作成にあたって、暫定ケアプランにおけるサービス担当者会議で、後日見込みの介護度が出た場合、当該居宅サービス計画の変更がないことが検討されていれば、一連の業務を行う必要は無く、暫定プランを本プランと読み替えます。認定情報を追記修正し、利用者の同意を得たうえで、利用者及びサービス提供事業者に交付してください。なお、請求については、認定日の属する月の翌月に請求してください。
- (6) 総合事業サービスのみの場合の介護予防ケアマネジメントについてはセルフプランの取扱いはないため注意してください。

④ 暫定ケアプラン作成時の取扱い

暫定ケアプラン作成時の取扱いについては、基本的に本プランと同様です。すなわち、サービス提供前に「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」等に定める一連の業務を行い、ケアプランを作成する必要があります。

【新規申請の場合】

必ずサービス利用前に暫定ケアプランの作成が必要です。ただし、緊急時等やむを得ない事情がある場合には、同意等一連の業務を事後とする取扱いも可能です。その経緯を支援経過記録等に記載し、その後速やかに暫定ケアプランを作成してください。認定結果が出た後にサービス担当者会議を開催し、暫定プランから変更の必要がないと判断された場合には、暫定ケアプランをそのまま本プランとすることも可能です。

【更新申請の場合】

通常は更新前の認定期間内に結果が出るため、暫定ケアプランは不要です。認定期間内に結果が出ない場合には必要です。

【変更申請の場合】

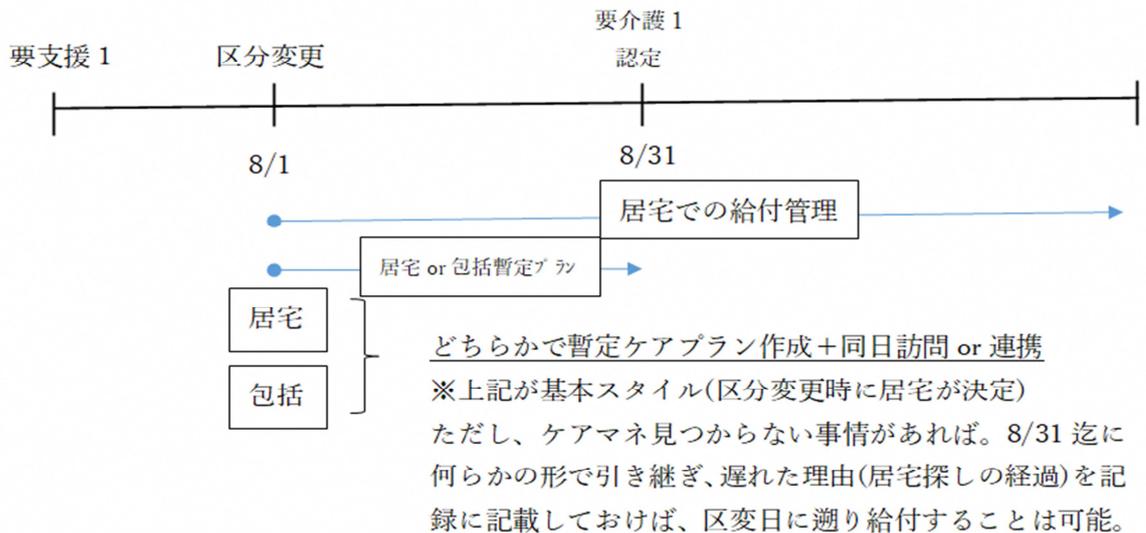
身体状況が変わったために変更申請をするのであるから、基本的に暫定ケアプランは必要です。

⑤ 暫定ケアプラン作成時の注意点

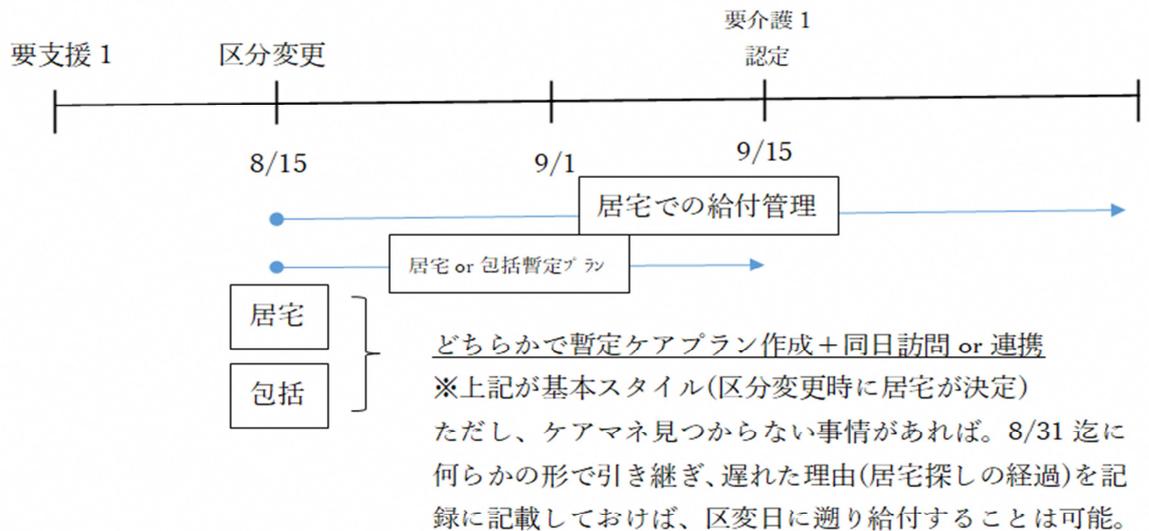
暫定プランを作成する際、見込まれる認定結果によってサービス内容を決めることとなりますが、見込みが外れる可能性がある場合には、必ず地域包括支援センターと居宅介護支援事業所の間で連携を取るようにし、どのような認定結果が出ても対応ができるようサービス提供事業所を選定するようにしてください。ただし、必ずしも両事業所の訪問は必須としませんが、両事業所において切れ目無く連携を行うとともに、その連携の記録を必ず経過記録に残してください。認定結果によってはプランの様式に相違が出る場合も考えられますが、そのような場合であっても暫定ケアプランの再作成は行わず、認定後の本プランから様式を合わせるようにすれば問題ありません。

見込み違いの介護度が出た場合、当該居宅サービス計画書、介護予防サービス計画書暫定ケアプランの同意欄の日付の設定については、説明により、利用者、利用者家族の同意を得られた日付とし、認定確定後の本プランについては、暫定プランの同意日に日付を合わせるのではなく、改めて本プランを説明し、同意が得られた日付を同意欄に記載してください。また、その経緯を支援経過記録等に記載してください。

<同月内で区分変更結果が出た場合>



<居宅がすでに決まり、区分変更結果が月をまたいだ場合>



問い合わせ先

介護保険課 適正化担当 072-740-1149

8. 現物給付以外の保険給付

(1) 現物給付以外の保険給付

介護保険では、原則として利用料の 1～3 割を自己負担してサービスを利用するしくみ（現物給付）ですが、それとは異なり、申請に基づいて保険給付が行われる場合があり、次のサービス等がその対象となっています。

①償還払給付

- ・ 特定福祉用具の購入費
- ・ 住宅の改修費

②その他の給付

- ・ 高額介護サービス費
- ・ 高額医療合算介護サービス費
- ・ 特定入所者介護サービス費（負担限度額認定）

(2) 高額介護サービス費

高額介護サービス費とは

介護サービスの利用料（同一世帯の居宅サービス・地域密着型サービス・施設サービスの合計額）の支払が一定の上限額（自己負担上限額：下記を参照してください）を超えた場合、その超えた部分について「高額介護サービス費」として支給するものです。

利用者負担段階別の自己負担上限額（月額）

高額介護サービス費の所得区分	自己負担上限額
課税所得が 690 万円以上（年収約 1,160 万円以上）の 1 号被保険者がいる世帯	世帯 140,100 円
課税所得が 380 万円以上 690 万円未満（年収が約 770 万円～約 1,160 万円未満）の 1 号被保険者がいる世帯	世帯 93,000 円
課税所得が 145 万円以上 380 万円未満（年収が約 383 万円～約 770 万円未満）の第 1 号被保険者がいる世帯	世帯 44,400 円
一般世帯（上記以外の市民税課税者がいる世帯）	世帯 44,400 円
世帯全体が市民税非課税	世帯 24,600 円
・ 課税年金収入額とその他の合計所得金額（※）の合計が 80 万円以下 ・ 老齢福祉年金受給者	個人 15,000 円
生活保護世帯	個人 15,000 円

※1 譲渡所得に係る特別控除額を除きます。

※2 「その他の合計所得金額」とは、合計所得金額から年金収入の雑所得をのぞいた所得金額です。また、その他の合計所得金額に給与所得が含まれている場合には、所得金額調整控除適用前の給与所得から 10 万円を控除した後の金額を用います。

高額介護サービス費の対象となるもの

同じ月に利用した介護サービス利用者負担（1～3割）の合計が対象です。保険適用外のサービス利用料は対象になりません。

また、施設サービスの居住費（滞在費）・食費や日常生活費、福祉用具の購入費、住宅の改修費も対象になりません。

申請の方法は

高額介護サービス費の支給に該当された場合、介護保険課から勧奨案内を送付します（サービスを利用してから勧奨案内を送付するのに3カ月程度かかります）。

勧奨案内が届いたら、必要事項を記入・押印の上介護保険課へ提出してください。

その他、記入方法や注意点については、記入例を同封していますので参考にしてください。

※2年が過ぎると時効となり、支給できなくなりますのでご注意ください。

問い合わせ先

介護保険課 給付担当 072-740-1148

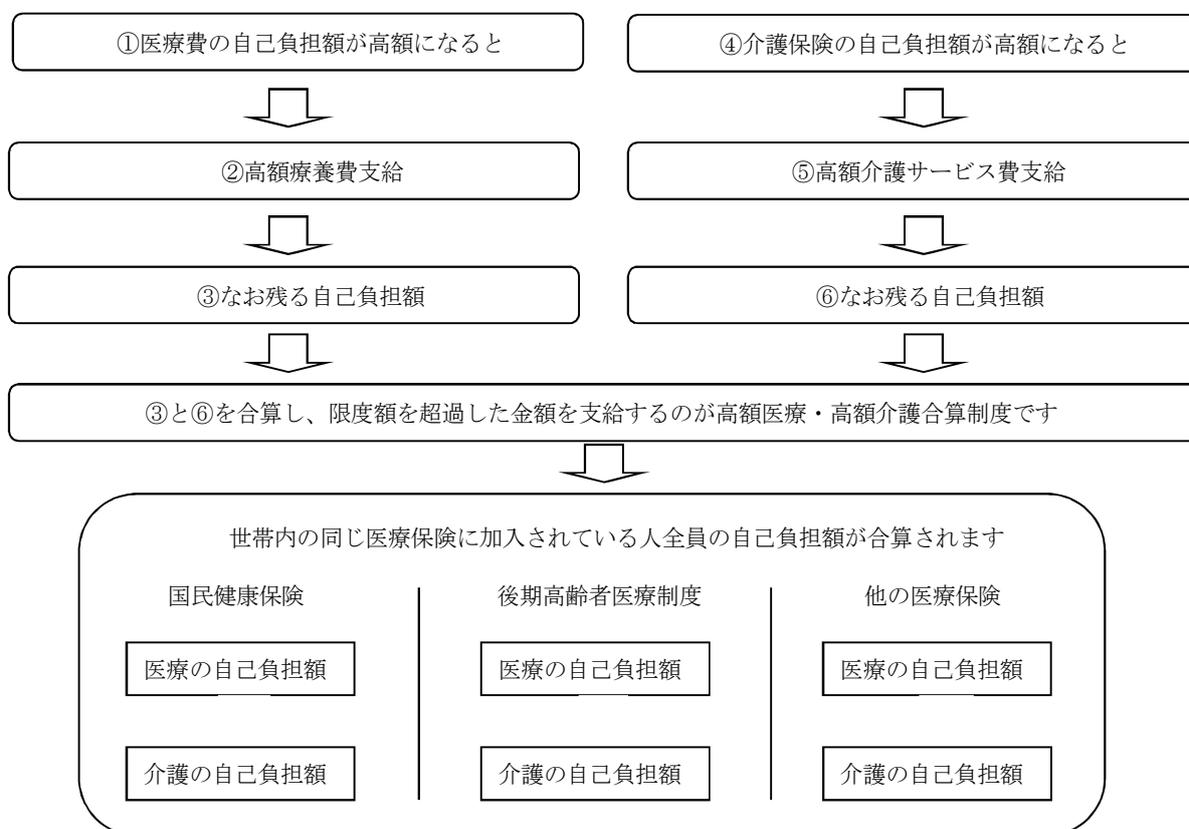
(3) 高額医療合算介護サービス費

高額医療合算介護サービス費とは

世帯内の同じ医療保険に加入している人全員が、1年間に支払った医療保険と介護保険の自己負担額(※)を合計し、限度額を超えた場合に、その超えた金額を「高額医療合算介護サービス費」として支給するものです。

※高額療養費、高額介護サービス費として支給された額、入院・入所時の食費や差額ベッド代、居住費等は含みません。

高額医療合算介護サービス費のしくみ



高額医療・高額介護合算制度の自己負担限度額＜年額／8月～翌年7月＞

所得区分 ※1	被用者保険又は国民健康保険 《70歳未満》	所得区分 ※1	被用者保険又は国民健康保険 《70～74歳》 後期高齢者医療制度
ア	212万円	現役並み所得者Ⅲ	212万円
イ	141万円	現役並み所得者Ⅱ	141万円
ウ	67万円	現役並み所得者Ⅰ	67万円
エ	60万円	一般	56万円
オ	34万円	低所得者Ⅱ	31万円
		低所得者Ⅰ	19万円※2

※1 所得区分についてはご加入の医療保険にお問い合わせください。

※2 低所得者Ⅰ区分の世帯で介護(介護予防)サービスの利用者が複数いる場合、医療保険からの支給は上記表どおりの自己負担限度額で計算され、介護保険からの支給は別途設定された自己負担限度額の31万円で計算されます。

※3 自己負担限度額を超えた額が500円以下の場合には支給されません。

申請方法は

計算期間の末日である7月31日(基準日)に、川西市の後期高齢者医療制度もしくは国民健康保険に加入していて、支給対象になると思われる場合は支給申請書をお送りします(3月頃)

申請書が届いたら、必要事項を記入し、ご返送いただくか市役所本庁舎1階の医療助成・年金課もしくは国民健康保険課の窓口へご提出ください。

計算期間中に住所やご加入の介護保険あるいは医療保険の変更があった場合は申請書を送付できない場合があります。支給対象になると思われるのに申請書が届かない場合は、それぞれにご加入の医療保険にお問い合わせください

。

問い合わせ先

医療助成・年金課

072-740-1108

国民健康保険課

072-740-2006

上記以外の医療保険(協会けんぽや健保組合、国保組合など)にご加入の方は、各医療保険にお問い合わせください。

7月31日(基準日)現在に川西市の後期高齢者医療制度、国民健康保険以外の医療保険に加入している人が支給申請をする場合は、ご加入の医療保険に支給申請を行います。

9. 特定福祉用具の購入

(1) 制度の概要

介護保険における福祉用具は原則貸与ですが、貸与になじまない入浴や排泄に用いる福祉用具等の一定の福祉用具（以下「特定福祉用具」という。）は居宅介護福祉用具購入費として支給対象となります。この特定福祉用具を購入した場合に、購入費の 7～9 割を支給する制度です。

支給される金額の上限額

原則的に要介護（要支援）の認定区分にかかわらず、同一年度（4月1日～翌年3月31日まで購入日で判断します）で10万円（消費税含む）までです。したがって、支給されるのは7～9割分にあたる7～9万円までです。それ以上購入した場合は、10万円を超える部分が自己負担となります。

なお、同一年度内で購入できるのは特定福祉用具1種目につき1個に限られています。例えば、10万円まで購入できるからといって、腰掛便座を2個購入した場合、同じ種目のものであるため、支給されるのは1個に対してのみとなります。ただし、破損した場合や同一種目であっても用途・機能が著しく異なるものである等の理由であれば、認められる場合もあります。

福祉用具購入費の対象用具（特定福祉用具）

下記にあげる特定福祉用具が介護保険における購入の支給対象となります。該当するかどうか判断できない場合は、必ず購入前に介護保険課へ確認するようにしてください。

※用途が一致しても、公益財団法人テクノエイド協会が制定している「TAISコード」があるものに限り。

※ホームセンターや通販で直接購入した場合は、同一商品であっても保険対象外。

①腰掛便座

次のいずれかに該当するものに限り。（工事を伴うものを除く）

②自動排泄処理装置の交換可能部品

自動排泄処理装置の交換可能部品のうち尿や便の経路となるものであって、居宅要介護者等又は介護を行う者が容易に交換できるもの（専用パッド、洗浄液等排泄の都度消費するもの及び専用パンツ、専用シート等の関連商品は除く）。

③排泄予測支援機器

利用者が常時装着した上で、膀胱内の状態を感知し、尿量を推定するものであって、一定の量に達したと推定された際に、排尿の機会を居宅要介護者又は介護を行う者に自動で通知するもの。専用ジェル等装着の都度、消費するもの及び専用シート等の関連製品は除く。

④入浴補助用具

座位保持、浴槽への出入り等の入浴に際しての補助を目的とする用具であって次のいずれかに該当するものに限る。

- (1) 入浴用いす
- (2) 座面の高さが概ね 35 c m 以上のもの又はリクライニング機能を有するものに限る
- (3) 2.浴槽用手すり
- (4) 浴槽の縁に挟み込んで固定することができるものに限る
- (5) 浴槽内いす
- (6) 浴槽内に置いて利用することができるものに限る
- (7) 入浴台
- (8) 浴槽の縁にかけて浴槽への出入りを容易にすることができるものに限る
- (9) 浴室内すのこ
- (10) 浴室内に置いて浴室の床の段差の解消を図ることができるものに限る
- (11) 浴槽内すのこ
- (12) 浴槽の中に置いて浴槽の底面の高さを補うものに限る
- (13) 入浴用介助ベルト
- (14) 身体に直接巻き付けて使用するもので浴槽への出入り等を容易に介助することができるものに限る

⑤簡易浴槽

空気式又は折りたたみ式等で容易に移動できるものであって、取水又は排水のために工事を伴わないもの。空気式又はおりたたみ式等で容易に移動できるもの」とは、硬質の材質であっても使用しないときに立て掛けること等により収納できるものを含むものであり、また、居室において必要があれば入浴が可能なものに限られる。

⑥移動用リフトのつり具の部分

身体に適合するもので、移動用リフトに連結可能なものであること。

※複合的機能を有する福祉用具について

2 つ以上の機能を有する福祉用具については、次のとおり扱う。

- (1) それぞれの機能を有する部分を区分できる場合には、それぞれの機能に着目して部分ごとに 1 つの福祉用具として判断する。
- (2) 区分できない場合であって、特定福祉用具の種目に該当する機能が含まれているときは、福祉用具全体を当該特定福祉用具と判断する。
- (3) 福祉用具貸与の種目及び特定福祉用具の種目に該当しない機能が含まれている場合は、法に基づく保険給付の対象外として取り扱う。

(2) 特定福祉用具の購入費支給申請手続き

特定福祉用具の購入については、「償還払い」「受領委任払い」と二通りの方法があります。

- ・償還払い…被保険者が、購入した用具の費用を全額販売事業所へ支払う。購入後、支給申請をして保険給付費の7～9割を被保険者が川西市から受領する。
- ・受領委任払い…被保険者は、購入した用具の費用のうち自己負担額1～3割を販売事業所へ支払う。購入後、支給申請をして保険給付費の7～9割を販売事業所が川西市から受領する。

※受領委任払いの場合は、川西市と合意を結んでいる販売事業所でしか購入できません。合意を結んでいても、事前に承認申請を市に提出し、承認が下りてからの購入でないと保険給付の対象となりません。

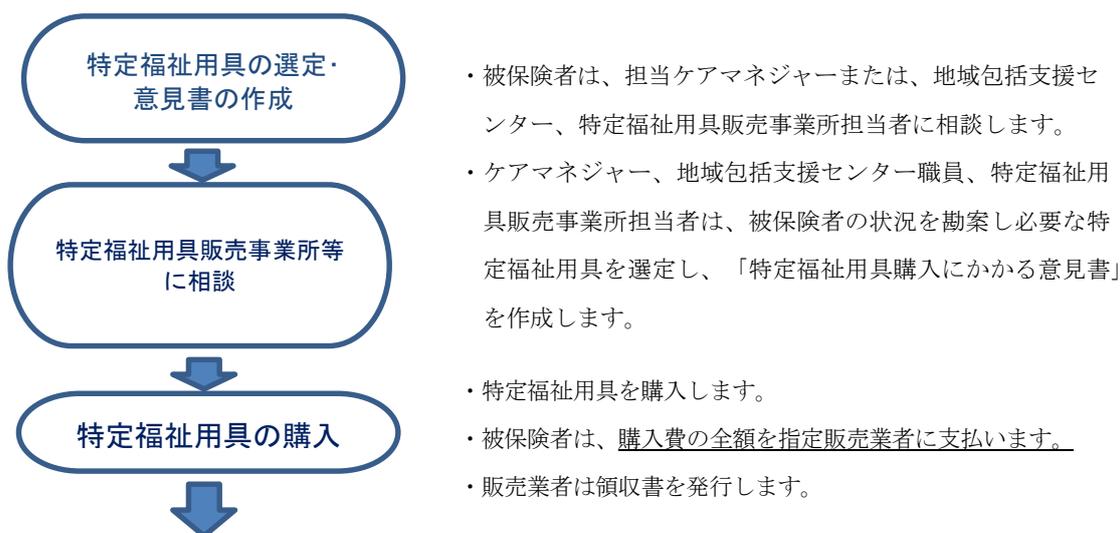
対象者および購入できる条件

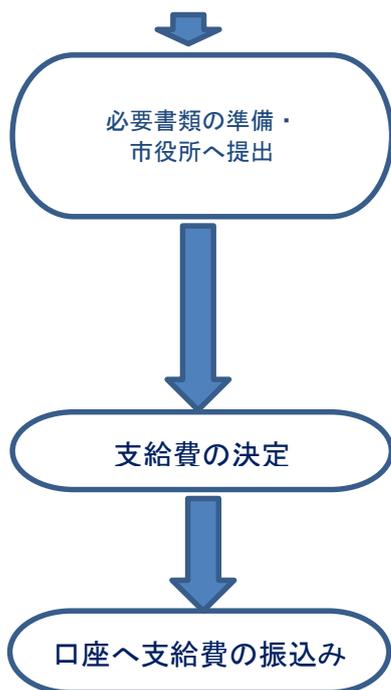
特定福祉用具を購入する場合は、以下の条件のすべてに該当する必要があります。

- ①川西市の被保険者であり、要支援 1、2 もしくは要介護 1～5 の認定を受けていること
- ②保険給付対象の福祉用具の購入であること。
- ③ケアマネジャー等が当該特定福祉用具の必要性を認めていること。
- ④被保険者本人が、入院（入所）していないこと
- ⑤都道府県等から指定を受けた指定販売事業所からの購入であること

支給申請の流れ

償還払い・受領委任払いの請求方法に応じて承認申請や支給申請を行ってください。





・上記の書類を介護保険課へ提出します。

- 介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書【償還払い】
- 特定福祉用具購入にかかる理由書
- 福祉用具サービス計画書
- 領収書
- 特定福祉用具のパンフレット等

- ・支給額が決定すると、「支給決定通知書」を被保険者に送付します。
- ・10万円を上限として購入にかかった費用の7～9割を支給します。

※受領委任払いの場合、事前に審査が必要ですので、申請の前に介護保険課へご相談ください。

必要書類

特定福祉用具の購入費支給申請の手続きを行うためには、下記の書類が必要になります。下記の書類が揃っていないと、受付できない場合がありますので注意事項もよくお読みください。

介護給付費支給申請書兼請求書(被保険者が作成)

口座振込依頼欄は、被保険者本人の口座を記入します。本人以外の口座へ振込みを希望される場合は、別途届出が必要になります(添付書類要)。

特定福祉用具購入にかかる意見書(ケアマネジャー等が作成)

この意見書には、対象者の心身の状況を総合的に勘案し、必要な特定福祉用具の購入の種類とその選定理由を記載します。この書類は購入前に作成することが必要です。

特定福祉用具購入にかかる領収書(販売事業者等が作成)

特定福祉用具購入にかかる 10 割負担の領収書。

領収日の記載は必ず確認すること。宛名については、基本的に被保険者本人とするが、

特定福祉用具購入のパンフレット等(販売事業者等が作成)

特定福祉用具の商品名・福祉用具の全体像がわかるパンフレットを添付してください。パンフレットはコピーでも可。なお、パンフレットが存在しない場合は、福祉用具の写真をとり、材質・寸法を記載してください。

必要書類の注意事項

複数の特定福祉用具を購入した場合

- ・ 介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書
まとめて1枚で可。
- ・ 福祉用具サービス計画書
1枚にまとめても、品目ごとに記載してもどちらでも構わない。ただし、まとめる場合は、品目ごとにわけて選定理由を記載する。
- ・ 特定福祉用具のパンフレット等各品目のパンフレットが必要。

問い合わせ先

介護保険課 給付担当 072-740-1148

10. 住宅改修

(1) 制度の概要

手すりの取り付け工事など、一定種類の小規模な住宅改修を行った場合に、改修費の7～9割を支給する制度です。改修の対象となる住宅は、介護保険の被保険者証に記載されている住所地の住宅に限られています。

住宅改修を行う場合には、事前申請が必要になりますので、住宅改修をする前に必ず介護支援専門員等（以下、「ケアマネジャー等」という。）に相談してください。事前申請なしに行われた改修については住宅改修費を支給できません。

なお、ケアマネジャー等は利用者に対して複数の住宅改修の事業者から見積もりを取るよう、説明する必要があります。

(2) 支給される金額の上限額

支給される金額の上限額は、要介護（要支援）の認定区分にかかわらず、20万円（消費税含む）です。したがって支給されるのは7～9割分にあたる14～18万円までです。20万円を超える改修を行った場合は、20万円を超える部分は自己負担になります。

なお、介護保険の住宅改修と合わせて兵庫県の実施する住宅改造助成事業を利用できる場合があります。ただし、①基本的に初回の介護保険の住宅改修と一体的に利用すること、②所得制限がある、③事前の現場調査が必要、④身体状況に応じた住宅改造を行うことが必要となりますので、詳しくは介護保険課給付担当（072-740-1148）へお問い合わせください。

また、住宅改修に要した費用のうち、自己負担額が50万円を超える場合、固定資産税の減額措置の対象になる場合があります。詳しくは資産税課（072-740-1133）へお問い合わせください。

(3) 住宅改修費の申請方法の種類

住宅改修の申請の方法は、償還払い方式と受領委任払い方式の 2 種類があります。

償還払い方式とは

改修工事を行う前に償還払い方式用の申請書で事前申請を行います。そして改修工事完了後に住宅改修にかかった費用を被保険者がいったん全額を支払い、後から事後申請をして費用の 7～9 割分を被保険者が川西市から受け取る方法です。

入院中または入所中（退院または退所が確定している場合に限る）や認定新規申請中でも申請が可能です。ただし、退院または退所しなくなった場合や、認定結果が非該当となった場合は支給できませんので、利用者、利用者家族に十分説明のうえ申請してください。

償還払い方式による住宅改修を利用する場合は、以下の条件のすべてに該当する必要があります。

※必ず事前申請や工事着工までに以下の点を確認してください。

- ①川西市の被保険者であり、要支援 1・2 もしくは要介護 1～5 の認定を受けていること。
- ②改修する住宅が、介護保険被保険者証に記載されている住所地の住宅であること。
- ③支給対象になる改修であること。
- ④ケアマネジャー等が当該改修を必要であると認めていること。
- ⑤被保険者本人が、入院（入所）していないこと。

入院（入所）中については、事前申請は可能ですが、事後申請時点において退院（退所）していること。

受領委任払い方式とは

改修工事を行う前に受領委任払い方式用の申請書で事前申請を行います。そして工事完了後に、被保険者は住宅改修に要した費用の 1～3 割を施工業者に支払い、残りの 7～ 9 割は受領を委任された施工業者が川西市から受け取る方法です。

被保険者は、工事完了後に住宅改修に要した費用の 1～3 割を支払うだけで住宅改修を行うことができます。

受領委任払い方式による住宅改修を利用する場合は、以下の条件のすべてに該当する必要があります。

※必ず事前申請や工事着工までに以下の点を確認してください。

- ①川西市の被保険者であり、要支援 1・2 もしくは要介護 1～5 の認定を受けていること。
- ②改修する住宅が、介護保険被保険者証に記載されている住所地の住宅であること。
- ③支給対象になる改修であること。
- ④ケアマネジャー等が当該改修を必要であると認めていること。
- ⑤介護保険料の給付制限（支払方法の変更）を受けていないこと。
- ⑥生活保護受給者でないこと。（生活支援課への申請となります）

（４）住宅改修の対象範囲

下記にあげる住宅改修が介護保険における支給対象となります。

事前申請において改修内容がこれらの範囲に該当し、住宅改修が必要等理由書に必要性が記載されているかどうか等を審査します。事前申請なしに行なわれた改修については支給対象の改修であっても、支給できませんのでご注意ください。

①手すりの取り付け

廊下、便所、浴室、玄関、玄関から道路までの通路等に転倒防止もしくは移動又は移乗動作に資することを目的として設置する工事が対象です。

②段差の解消

居室、廊下、便所、浴室、玄関等の各室間の床の段差及び玄関から道路までの通路等の段差又は傾斜を解消する目的で、敷居を低くする工事、スロープを設置する工事や浴室の床のかさ上げ等が対象です。ただし、昇降機、リフト、段差解消機等、動力により段差を解消する機器を設置する工事は対象外です。

③床・通路面の材料の変更

滑りの防止や移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更が対象になります。具体的には、居室においては畳敷きから板製床材、ビニル系床材等への変更、浴室においては床材を滑りにくいものへの変更、通路面においては滑りにくい舗装材への変更等の工事が対象です。

④引き戸等への扉の取替え

開き戸を引き戸、折戸、アコーディオンカーテン等に取り替えるといった扉全体の取替えの工事が対象です。扉の全体ではなくても、ドアノブの変更、扉位置の変更、戸車の設置等も含まれます。引き戸等の新設も扉位置の変更より費用が低く抑えられる場合に限り工事の対象になります。

⑤洋式便器などへの便器の取替え

和式便器を洋式便器に取り替える工事、既存の洋式便器を立ちあがりしやすい洋式便器に取り替える工事等が対象です。

⑥その他（①～⑤の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修）

手すりの取り付けのための壁の下地補強等です。

必要書類

事前申請

【償還払い】

居宅介護（介護予防）住宅改修費事前承認申請書（償還払）

【受領委任払い】

川西市居宅介護（介護予防）住宅改修費事前承認申請書（受領委任払）

川西市住宅改修費委任払制度に係る誓約書

【共通】

住宅改修・住宅改造が必要な理由書

住宅改修にかかる理由書の作成者の資格を証する書類（ケアマネジャー以外の場合）

内訳書（見積書）

平面図

住宅改修前の写真

所有者の承諾書（改修予定の住宅の所有者が被保険者本人またはその家族でない場合）、公営住宅の用途変更許可書等

入院（入所）中または新規介護認定申請中の承諾書

事後申請

【償還払い】

- 居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書（償還払）
- 介護保険の給付に係る口座登録申請書

【受領委任払い】

- 川西市居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書（受領委任払）
- 川西市介護保険（介護予防）住宅改修費請求書

【共通】

- 領収書
- 改修後の写真

必要書類の注意事項

事前申請（住宅改修着工前）

【償還払い】

- 居宅介護（介護予防）住宅改修費事前申請承認申請書（償還払） **介護支援専門員等作成**
償還払い方式における事前申請書になります。必要事項に記入漏れのないようにお願いします。申請書については、川西市のホームページからダウンロードが可能です。

【受領委任払い】

- 居宅介護（介護予防）住宅改修費事前申請承認申請書（受領委任払）

介護支援専門員等作成

受領委任方式で住宅改修を行うための事前申請書兼同意書になります。同意した施工業者は、同意者欄に代表者印を必ず押印してください。その他、必要事項に記入漏れのないようにお願いします。申請書については、川西市のホームページからダウンロードが可能です。

- 川西市住宅改修費委任払制度に係る誓約書 **施工業者作成**

【共通】

- 住宅改修にかかる理由書 **ケアマネジャー等作成**

この申請書は、対象者の心身の状況及び日常生活上の動線、住宅状況、福祉用具の導入状況等を総合的に勘案し、必要な住宅改修の工事の種別とその選定理由を記入します。

- 住宅改修にかかる意見書の作成者の資格を証する書類 **理由書作成者作成**

ケアマネジャー以外が住宅改修にかかる意見書を作成した場合は、資格を証明する書類を添付してください。（例：福祉住環境コーディネーター検定試験合格証のコピー）

内訳書（見積書）**施工業者作成**

工事費の内訳書（見積書）の書き方については、内訳書の項目について、改修場所、改修部分、工事名称、内容（仕様）、単価、数量などは最低限区分して記載し、材料費、施工費、諸経費を区分し、材工一式の表示はできる限り避けてください。支給対象となる住宅改修にかかる材料（手すり、床材、便器など）は、その仕様を明記してください。なお、材料費、施工費などが区分できない工事については、無理に区分する必要はありません。

平面図**施工業者作成**

改修内容をわかり易く、できるだけ詳細に記載してください。写真撮影方向を矢印で示して写真番号を記入してください。

住宅改修前の写真**施工業者等作成**

撮影日（年月日）が入っている改修前の写真が必要です。日付を入れる機能がないカメラを使用する場合は、黒板等に日付を記入したものを入れた状態で撮影してください。なおデジタルカメラからのプリントでも構いませんが、日付は必ず写真内に入れてください。見取図の写真番号と一致するように付番してください。段差解消、手すりの長さや取り付け位置（高さ）変更、便器の高さ変更、扉の間口幅変更等の改修の場合は、必ずメジャーなどをあて、改修前の段差や高さ等を示してください。

所有者の承諾書**所有者・被保険者作成**

住宅の所有者が当該住宅改修を行った被保険者またはその家族と異なる場合（例：賃貸住宅、公営住宅）は、当該住宅改修について所有者の承諾書、または公営住宅の用途変更許可書等の添付が必要になります。

入院（入所）中または新規介護認定申請中の承諾書**被保険者作成**

入院（入所）中または新規介護認定申請中の時は、事前申請はできますが、退院（退所）できない、介護認定が非該当になった場合に全額自己負担となる旨の承諾書が必要です。

事後申請（住宅改修着工後）

【償還払い】

居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書（償還払用）**被保険者作成**

口座登録申請書

【受領委任払い】

居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書（受領委任払用）**被保険者作成**

介護保険（介護予防）住宅改修費請求書

【共通】

住宅改修後の写真**施工業者作成**

撮影日（年月日）が入っている改修後の写真が必要です。

必ず、改修前の写真と同じ箇所、方向または角度で撮った写真にしてください。段差解消、手すりの長さや取り付け位置（高さ）変更、便器の高さ変更、扉の間口幅変更等の改修の場合は、必ずメジャーなどをあて、改修前と比べて変更されたことを示してください。

住宅改修にかかる領収書**施工業者等作成**

住宅改修にかかる領収書の原本（窓口受付の場合は原本提示のうえ、コピー提出でも可）が必要です。領収書には必ず領収日を記載してください。宛名については、被保険者名としてください。

住宅改修支援事業助成金

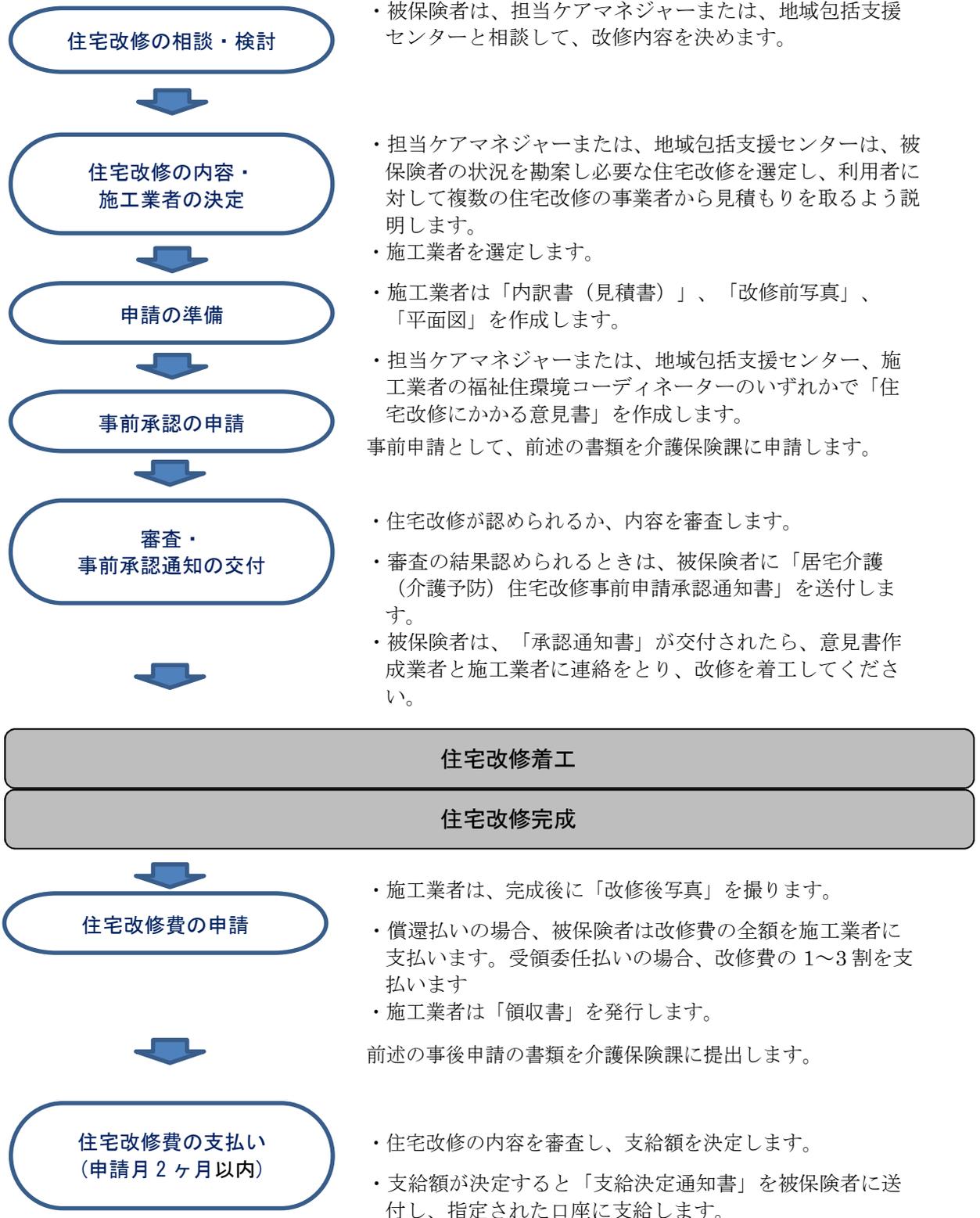
居宅介護（介護予防）支援の提供を受けていない利用者に対し、住宅改修の理由書を作成した場合、理由書作成にかかる手数料を支給します。

【提出書類】

住宅改修支援事業に係る助成金支給申請書兼請求書

詳しくは介護保険課 給付担当（072-740-1148）までご連絡ください。

支給申請の流れ



問い合わせ先

介護保険課 給付担当 072-740-1148

(5) 住宅改修費助成（特別型）

制度の概要

住宅改修対象工事費（20万円）を超える工事費に対して、住宅改修対象工事費とあわせて100万円を限度に、所得に応じた助成率で助成する制度です。

対象者

助成の対象となる条件は以下の3点です。

- ①川西市の住民として登録しており、現に居住する世帯であること
- ②介護保険の要介護認定又は要支援認定を受けた被保険者が属する世帯であること
- ③世帯の生計中心者の前年（1～6月申請の場合、前々年）収入（所得）が、以下の通りであること
 - ・給与収入のみ場合：収入 8,000,000 円以下であること
 - ・給与収入のみ以外の場合：所得 6,000,000 円以下であること

主な留意事項

- ・住宅改修をはじめて行おうとする際に、一体的に申請すること
- ・世帯ではじめての住宅改修助成事業の利用であること
- ・改造を希望する住宅の建築工事着工年月日が昭和56年5月31日以前の場合、耐震診断(簡易耐震診断を含む)を実施すること
- ・必ず着工前に申請し、決定が下りてから契約の上着工すること
既に行われた工事に対して助成することは不可
- ・現在居住している既存の住宅の改造であること（新築などは対象外）
- ・現在、自宅で生活していること
- ・年度末までに完工し、全ての手続きを完了すること

助成額は助成基準額（※）に基づき世帯の生計中心者の課税状況によって以下の助成率で決まります。なお、生計中心者は住民票上の世帯主を指すものではなく、実質的にその世帯の生計を中心的に維持している方です。

助成額・助成率

所得区分	助成率
生活保護受給世帯	3/3
市民税非課税世帯、所得税非課税かつ市民税均等割課税世帯	9/10
所得税非課税かつ市民税所得割・均等割課税世帯	2/3
所得税課税で所得税額が7万円以下の世帯	1/2
所得税課税で所得税額が7万円を超える世帯	1/3

※助成基準額は「助成対象経費（住宅改修費含む）」と「助成対象限度額（100万円）」を比較し、少ない方の額から「世帯の住宅改修限度額（世帯員で要支援・要介護認定を受けた人数×20万円）」を減じて得た額です（最大80万円）。

助成対象工事

現在居住している既存住宅の、現に日常生活に支障のある箇所を、現在の対象者の個々の身体状況に応じて改造する工事を助成対象とするため、利用者により異なります。なお、将来のことを見越して行う改造工事・単に古くなったものを新しく取り替える工事は対象外です。

助成対象工事かどうかは対象者の身体状況、ご自宅の状況を総合的に判断し、実際に調査訪問の際に確認した上で決定します。

申請等の手順は以下の通りです。

申請手順

<工事着工前>

① 事前相談 ⇒ ②市担当職員による現地調査 ⇒ ③申請 ⇒ ④助成決定
⇒ ⑤助成決定通知の送付 ⇒ ⑥契約・工事着工

- ・①の事前相談は「見積書（仮）」と「平面図（施工前・後）」を用意いただいた上で、施工業者がご相談ください。
- ・②の現地調査は原則として対象被保険者、ケアマネジャーおよび施工業者の立ち合いが必要です。また、申請に必要な書類についてはその際に説明します。
- ・事前相談から助成決定まで少なくとも 2～3 週間程度は要します。

<工事完工後>

①工事完了 ⇒ ②市担当職員による現地調査 ⇒ ③完了報告・助成金請求
⇒④助成金支払

- ・④の助成金は、施工業者に支払います（受領委任払）。

川西市役所ホームページの以下のリンクもご参照ください。

https://www.city.kawanishi.hyogo.jp/kurashi/fukushi_kaigo/fukushi/koureisya/zaitakushi/en/1007999/1008594.html

問い合わせ先

介護保険課 給付担当 072-740-1148

1 1. 福祉用具貸与

(1) 福祉用具貸与の対象用具

①車いす

自走用標準型車いす、普通型電動車いす又は介助用標準型車いすに限る。

②車いす付属品

クッション、電動補助装置等であって、車いすと一体的に使用されるものに限る。

③特殊寝台

サイドレールが取り付けられているもの又は取り付けることが可能であって、次に掲げる機能のいずれかを有するもの。

1. 背部又は脚部の傾斜角度が調整できる機能
2. 床板の高さが無段階に調節できる機能

④特殊寝台付属品

マットレス、サイドレール等であって、特殊寝台と一体的に使用されるものに限る。

⑤床ずれ防止用具

次のいずれかに該当するものに限る

1. 送風装置又は空気圧調整装置を備えた空気マット
2. 水等によって減圧による体圧分散効果をもつ全身用マット

⑥体位変換器

空気パッド等を身体の下に挿入することにより、居宅要介護者等の体位を容易に変換できる機能を有するものに限る、体位の保持のみを目的とするものを除く。

⑦手すり

取付けに際し工事を伴わないものに限る。

⑧スロープ

段差解消のためのものであって、取付けに際し工事を伴わないものに限る。

⑨歩行器

歩行が困難な者の歩行機能を補う機能を有し、移動時に体重を支える構造を有するものであって、次のいずれかに該当するものに限る。

1. 車輪を有するものにあつては、体の前及び左右を囲む把手等を有するもの
2. 四脚を有するものにあつては、上肢で保持して移動させることが可能なもの

⑩歩行補助つえ

松葉つえ、カナディアン・クラッチ、ロフストランド・クラッチ、プラットホームクラッチ及び多点杖に限る。

⑪認知症老人徘徊感知機器

認知症の方が屋外へ出ようとした時等、センサーにより感知し、家族、隣人等へ通報するもの

⑫移動用リフト（つり具の部分を除く）

床走行式、固定式又は据置式であり、かつ、身体をつり上げ又は体重を支える構造を有するものであって、その構造により、自力での移動が困難な者の移動を補助する機能を有するもの（取付けに住宅の改修を有するものを除く）（但し、エレベーターおよび階段昇降機は除く）

⑬自動排泄処理装置

尿又は便が自動的に吸引されるものであり、かつ、尿や便の経路となる部分を分割することが可能な構造を有するものであって、居宅要介護者等又はその介護を行う者が容易に使用できるもの（交換可能部分（レシーバー、チューブ、タンク等のうち、尿や便の経路となるものであって、居宅要介護者又はその介護を行う者が容易に交換できるもの）を除く）。

(2) 福祉用具貸与例外給付制度の概要

要支援 1、2 及び要介護 1 の方は、その状態像から見て、一部の福祉用具の使用が想定しにくいいため、原則として介護報酬は算定できません。（要介護 2 及び 3 の方も含まれる用具もあります。）

しかしながら、様々な疾患等によって厚生労働省の示した状態像に該当する方については例外的に給付が認められています。

したがって、軽度者に対し福祉用具の例外給付を行う際には、ケアマネジャー、または、地域包括支援センターの職員が利用者の状態像及び福祉用具貸与の必要性を十分に確認、検討することが必要になります。

以下には、例外給付の対象種目、厚生労働省の示した状態像、川西市に申請が必要な場合などを記載していますので確認してください。

(3) 例外給付の対象種目

種目	要支援		要介護				
	1	2	1	2	3	4	5
車いす及び同付属品	原則、保険給付の対象外 (例外給付の対象)		1	2	3	4	5
特殊寝台及び同付属品							
床ずれ防止用具及び体位変換器							
認知症老人徘徊感知機器							
移動用リフト（つり具の部分を除く）							
自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引するものを除く）							
手すり	保険給付の対象		1	2	3	4	5
スロープ							
歩行器							
歩行補助つえ							
自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引するもの）							

(4) 例外給付の対象となる場合

① 認定調査票の基本調査の結果を確認する

まず、直近の認定調査における基本調査の結果から、次ページの表 1 の状態像に該当するかを確認してください。

例) 特殊寝台及び同付属品の貸与の場合

表 1 を見ると、「日常的に起きあがり困難な者」または、「日常的に寝返りが困難な者」が例外給付の対象になる状態像であることがわかります。つまり、基本調査 1-4 または、1-3 が「できない」になっていれば保険給付の対象になり得ます。

もし、例外給付の対象になる状態像であることが確認できれば、サービス担当者会議等で必要性を検討しケアプランに位置づけしてください。

② 基本調査の確認項目がない場合

「車いす及び同付属品」の「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」及び「移動用リフト」の「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」については、該当する基本調査の結果がありません。

そのため、該当するかどうかの判断は、主治医から得た情報及びサービス担当者会議を通じたケアマネジメントによって、ケアマネジャーが判断してください。

③ ①の基本調査の結果を確認した結果、例外給付の対象にならない場合

基本調査の結果のみでは例外給付の対象にはならない場合でも、下記のいずれの条件も満たした場合にあたっては、これらについて川西市が書面など確実な方法により状態像が該当することを確認できた場合は例外給付の対象になります。

※②、③においては、以下のことも実施してください。

- | |
|---|
| <p>ア) 表 2 の i) から iii) のいずれかに該当する旨が医師の医学的な所見に基づき判断されている。</p> <p>イ) サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具が特に必要である旨が判断されている。</p> |
|---|

(表 1)

種目	例外給付の対象になる状態像 (厚生労働大臣が定める者のイ)	左の状態像に該当する基本調査の結果 (厚生労働大臣が定める者のイに該当する基本調査項目の結果)
ア 車いす及び車いす付属品	次のいずれかに該当する者	
	(一)日常生活に歩行が困難な者	本調査項目 1-7「3.できない」
	(二)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	該当する基本調査項目なし
イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者	
	(一)日常的に起きあがり困難な者	基本調査項目 1-4「3.できない」
	(二)日常的に寝返りが困難な者	基本調査項目 1-3「3.できない」
ウ 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	基本調査項目 1-3「3.できない」
エ 認知症老人徘徊感知機器	次のいずれにも該当する者	
	(一)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者	基本調査項目 3-1「1.調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外、 又は、基本調査項目 3-2～3-7 のいずれか「2.できない」 又は、基本調査項目 3-8～4-15 のいずれか「1.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。
	(二)移動において全介助を必要としない者	基本調査項目 2-2「4.全介助」以外
オ 移動用リフト (つり具の部分を除く)	次のいずれかに該当する者	
	(一)日常的に立ち上がりが困難な者	基本調査項目 1-8「3.できない」
	(二)移乗が一部介助又は全介助を必要とする者	基本調査項目 2-1「3.一部介助」又は「4.全介助」
カ 自動排泄処理装置 (尿のみを自動的に吸引するものを除く)	次のいずれにも該当する者	
	(一)排便が全介助を必要とする者	基本調査項目 2-6「4.全介助」
	(二)移乗が全介助を必要とする者	基本調査項目 2-1「4.全介助」
	次のいずれかに該当する者	
	(一)日常生活に歩行が困難な者	基本調査項目 1-7「3.できない」
	(二)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	該当する基本調査項目がないため、主治医へ得た情報及びサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより指定居宅介護支援事業所が判断する

(表 2)

i	疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に (表 1) の状態像に該当する者
ii	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに (表 1) の状態像に該当することが確実に見込まれる者
iii	疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から (表 1) の状態像に該当すると判断できる者

(5) 川西市への申請について

① 提出書類

- ・福祉用具貸与例外給付申請書
- ・医師の医学的な所見
主治医意見書、診断書、医師に聴取した所見の記録等
- ・サービス担当者会議等の計画に関する書類(利用者の同意を得たもの)
(要介護者) 居宅サービス計画書の第 1 表、第 2 表、第 4 表
(要支援者) 介護予防サービス・支援計画書、
介護予防支援経過記録 (サービス担当者会議の要点含む)

② 提出方法・提出先

持参もしくは郵送での提出をお願いします。

〒660-8501

川西市中央町 12 番 1 号

川西市役所 介護保険課 適正化担当

③ 提出時期

原則として、利用開始前に申請してください。

ただし、認定結果が出る前に利用していた場合、主治医の意見を聴取後サービス担当者会議を行った日まで遡って確認を出すことは可能です。認定結果が出るのが遅かったなど、やむを得ない事情で提出が遅れる場合は必ず連絡をしてください。

なお、介護予防支援業務の一部を地域包括支援センターから受託している場合は、地域包括支援センターの確認を受けた後に提出してください。

問い合わせ先

介護保険課 適正化担当 072-740-1149

1 2 . 介護保険以外の高齢者施策

高齢者福祉サービス

介護保険制度以外にも、高齢者向けに次のようなサービスがあります。詳しい内容や要件については、各問合せ先へお問い合わせください。

緊急通報システム事業

65歳以上で一人暮らしの高齢者の方などが、自宅で急病になった場合などの緊急時にすぐ通報できるよう非常用ペンダントと専用装置を貸出します。あらかじめ対象者のお名前や住所、既往症などの緊急時に必要な情報を登録しておき、ペンダントか専用装置のボタンを押すと受信センターにつながり、救急要請などの支援を行うものです。ご利用にあたっては、ご近所の方で協力員を2名登録していただく必要があります。(2名の登録が困難な場合は、ご相談ください。)

問い合わせ先：地域福祉課 072-740-1174

高齢者外出支援サービス事業

毎年4月1日時点で介護保険で要介護3以上の認定を受けており、介護保険施設に入所していない65歳以上の在宅高齢者に、タクシー又はリフト付き寝台タクシーを使用する際の費用を一部助成します。

問い合わせ先：地域福祉課 072-740-1174

救急医療情報キット配布事業

救急時に必要な情報を保管する救急医療情報キットを希望される方に配布します。

問い合わせ先：地域福祉課 072-740-1174

友愛訪問

民生委員を中心に、ひとり暮らしの高齢者を対象に定期的に自宅を訪問し、安否確認や心身状態の変化等に関する見守りを実施します。

問い合わせ先：地域福祉課 072-740-1174

サポート収集（高齢者・障がい者）の戸別収集

ごみステーションまでごみを持ち出すことができない一人暮らしの高齢者や障がい者を対象に以下の条件に基づき戸別収集を実施します。

＜対象者（次のすべての要件を満たす者）＞

*一人暮らし

*ごみステーションまでごみを持ち出すことができない

*介護保険の要介護度2以上で65歳以上、
または身体障害者手帳の障がいの程度が1級もしくは2級

問い合わせ先：美化推進課 072-744-1124

在宅高齢者介護手当支給事業

介護保険で要介護4又は5の認定を受け、過去1年間介護保険のサービスを受けていない高齢者を家庭で介護している人に年額10万円を支給します。（所得制限あり）

問い合わせ先：介護保険課 072-740-1148

家族介護用品支給事業

同居している者全員が市民税非課税世帯で、介護保険で要介護4又は5の認定を受けている高齢者を家庭で介護している人に、家族介護用品（紙おむつ・尿取りパット）を、月額6,250円分を限度に自宅へお届けします。

問い合わせ先：介護保険課 072-740-1148

おむつ代医療費控除の確認証の交付

介護保険で要介護・要支援の認定を受けている方には、要介護・要支援認定にかかる資料を確認することで、おむつ代の医療費控除の確認証を交付します。（おむつ代の医療費控除を申請されるのが2年目以降であり、かつ、主治医意見書に必要な項目が記載されている方に限ります。）

※初めておむつ代の医療費控除の申請をされる場合は、かかりつけの医療機関にご相談ください。

問い合わせ先：介護保険課 072-740-1148

障害者控除対象者認定証

介護保険で要介護・要支援の認定を受けている満65歳以上の方には、障害者手帳等をお持ちでなくても、控除対象年の12月末時点の介護認定に基づいて、所得税や市・県民税の障害者控除を受けるための認定書を交付します。

問い合わせ先：介護保険課 072-740-1148

認知症みまもり登録

住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために、①「お互いに助け合う」という考えを土台に日ごろの見守り協力を行うことと、②万一行方不明になられた場合にいち早く「川西市認知症行方不明者 SOS ネットワーク」へつなぎ早期発見のために協力しようとするものです。

問い合わせ先：各地域包括支援センター
川西市中央地域包括支援センター 072-755-7581

ふれあい入浴事業

令和5年3月31日を持ちまして事業は終了しました。

高齢者貸農園事業

令和5年3月31日を持ちまして事業は終了しました。

高齢者優待施設利用証発行

65歳以上の高齢者に、優待施設（川西市市民温水プール、川西市郷土館、神戸市立王子動物園など）で割引が受けられる利用証を発行します。写真1枚（縦3センチメートル×横2センチメートル）が必要です。

問い合わせ先：地域福祉課 072-740-1174

高齢者虐待相談窓口

「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づき、高齢者虐待の早期発見・防止を目的とした相談窓口を設置しております。高齢者虐待でお悩みのある人、虐待の疑いがあるとお気づきの場合はご相談ください。

問い合わせ先：各地域包括支援センター
川西市中央地域包括支援センター 072-755-7581

成年後見制度

成年後見制度の利用を必要とする人や、その家族・支援者や、関係機関の相談に応じます。制度の説明や、申立手続きの方法などの相談を受け付けています。

お問い合わせ先：各地域包括支援センター

川西市中央地域包括支援センター 072-755-7581

成年後見センター「かけはし」072-764-6110

つながりノート

介護や医療の必要な方が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けられるよう、ご本人や介護者が、医療・介護関係者と連携を深めるためのノートです。

問い合わせ先：川西市中央地域包括支援センター 072-755-7581

川西市・猪名川町在宅医療・介護連携支援センター 072-755-4100

各地域包括支援センター

川西市社会福祉協議会（火打1丁目12-16 キセラ川西プラザ1階）

- (1) 福祉用具貸出 車いすの貸出を行っています。
- (2) 地域福祉権利擁護事業 認知症の高齢者、知的障害、精神障害のある人が地域で安心して生活できるように、福祉サービス利用などを援助します。
- (3) ボランティアの派遣 ボランティア活動センターに登録しているグループや地域のボランティアが、話し相手や外出の手伝い等を行います。

問い合わせ先 川西市社会福祉協議会 072-759-5200

13. 問い合わせ先

兵庫県国民健康保険団体連合会

〒650-0021 神戸市中央区三宮町1丁目9-1-1801

078-332-5601(代表)

介護福祉課介護保険係（介護給付等の請求に関する審査支払等）

介護福祉課苦情相談係（指定居宅サービス等の調査・指導・助言、介護サービス苦情処理委員会等）

兵庫県

〒650-8567 神戸中央区下山通5丁目10-1

078-341-7711（代表）

高齢政策課（介護支援専門員に関すること）

この「川西市ケアマネジメントマニュアル」は各地域包括支援センターと連携し作成しました。



福祉と医療の総合情報サイト <かわにしサポートナビ>



令和4年3月に稼働したかわナビでは、介護保険事業所や地域包括支援センター、医療機関などの情報を掲載しています。介護保険サービスだけでなく、困りごとや地域のたすけあい活動、趣味や特技を活かした活動など様々な情報を掲載しています。

掲載情報は随時更新しています。ぜひ、URLか二次元コードからアクセスしてください。

<https://chiiki-kaigo.casio.jp/kawanishi>



川西市ケアマネジメントマニュアル(初版)

令和5年9月

(発行) 川西市福祉部 介護保険課

〒666-8501

川西市中央町12-1

電話 072-740-1148

FAX 072-740-2003

Email kawa0182@city.kawanishi.lg.jp