

令和6年度

集団指導資料（追加）

～ 指定居宅介護支援事業所 ～

那珂川市健康福祉部高齢者支援課

## 那珂川市地域密着型サービス事業所（居住系）に係る利用条件及び指定について

### 1 利用条件（居住要件の原則的取扱い）

那珂川市指定の居住系地域密着型サービス（グループホーム）は原則3ヵ月以上市内に居住していることが利用の条件となります。このため、転入により施設へ直接住民票を移すことは原則できません。（下記例外事由により入居が承認された場合のみ可。）

### 2 居住要件を満たさない場合の例外的取扱い

事例	入居可否	手続関係	判断要件
①以前那珂川市に在住していたが、他市町村へ転出していた人が再転入する場合	条件付可	那珂川市へ要望書の提出、承認後可	再転入前の那珂川市での居住年数、他市町村での居住年数を勘案し、要望書の内容と併せて判断。
②入居時に既に那珂川市に居住しているが、居住期間が3ヵ月に満たない場合	条件付可	那珂川市へ要望書の提出、承認後可	転入前の居住地の状況や、那珂川市での生活状況や居住期間等を勘案し、要望書の内容と併せて判断。
③那珂川市在住の家族が、他市区町村に住む利用希望者（認定者）を引き取る場合	条件付可	住民票を異動せず、他市町村の保険者が那珂川市の同意を得て、入居予定事業所を指定すること（同意指定※）により可	那珂川市の同意については、本人や家族の状況を勘案し判断。
		同意指定について、元の住所地での対応が出来ない場合、那珂川市へ要望書の提出、承認後可（承認後、入居に併せて家族宅又は施設への住民票の異動が必要。）	転入前の居住地の状況や、本人や家族の状況を勘案し、要望書の内容と併せて判断。
④認定者、家族とも他市町村在住で、入居を希望する場合	原則不可	やむを得ない理由があり、他市町村の元の住所地に住民登録が継続可能な場合に、同意指定でのみ可	本人及び家族の住所地に入居可能な地域密着型サービス事業所がない場合等、那珂川市でのサービス利用の妥当性を判断。
⑤認定者が他市区町村在住かつ単身者で、入居を希望する場合	原則不可	やむを得ない理由があり、他市町村の元の住所地に住民登録が継続可能な場合に、同意指定でのみ可	本人の住所地に入居可能な地域密着型サービス事業所がない場合に市域との隣接状況等、那珂川市でのサービス利用の妥当性を判断。
⑥認定者が住所地特例施設（住民票は那珂川市、保険者が他市町村。以下同じ。）に入居中（3ヵ月以上の入居を含む。以下同じ。）で、家族が他市在住または認定者が単身者の場合	原則不可	他施設への入居を検討	住所要件や居住年数に制限のない広域施設や、本人の転入前の居住地・家族が在住する地域密着型施設を検討。
		他施設の入居が不可のときは、那珂川市へ要望書の提出、承認後可	転入前の居住地の状況や、本人の状況を勘案し、要望書の内容と併せて判断。要望書には他施設との検討内容も記載。
⑦認定者が住所地特例施設に入居中、かつ家族が那珂川市在住の場合	条件付可	那珂川市へ要望書の提出、承認後可（承認後、入居に併せて家族宅又は施設への住民票の異動が必要。）	転入前の居住地の状況や、本人や家族の状況を勘案し、要望書の内容と併せて判断。

※「同意指定」とは

住民票所在地（住民票の異動をしないことが前提）の保険者が、那珂川市の地域密着型サービス事業所を指定する。（根拠法令：介護保険法第78条の2第4項第4号及び第115条の11第2項第4号）

指定にあたっては、事前に住民票所在市町村等（保険者）に対する那珂川市の同意が必要であり、事業所は住民票所在市町村等（保険者）へ指定申請が必要。

#### ●例外入居における入居可否の判断の視点（要望書に記載すべき内容等）

- (1) 経緯（①元の住所地での生活の状況や入居検討までの経緯、②元の自宅の状況（自宅を引き払うか、残す場合の理由、今後自宅に戻る可能性等） など）
- (2) 本人の現況（①現在の生活の状況（入院の有無等）や本人の要介護度、ADL、認知面等の状況、②現施設に入居することが望ましい理由 など）
- (3) 家族の状況（①家族環境（キーパーソンが他にいない状況等）、②今後の家族の関わり方（家族の希望等） など）
- (4) その他（①元の住所地の地域密着型サービス事業所やその他の施設等の状況、②他施設への入居検討内容 など）

### 3 事業所における対応

- (1) 市内に3ヵ月以上居住しているかの確認を入居相談時に必ず実施してください。
- (2) 那珂川市の介護保険被保険者証の確認を確実に実施してください。
- (3) 例外入居における入居可否の判断の視点に基づき行った聞き取り・確認状況等について記録し、その記録を保存してください。
- (4) 上記例外事例に該当する場合は、必要な手続き等を入居希望者へ案内すると同時に、市へ報告の上、協議を行い、その記録を保存してください。

事業所においては、地域密着型サービスの主旨（本人の住み慣れた地域での生活を継続するために支援するサービスであること）を十分考慮し、他市町村認定者の地域密着型サービスの利用については、その必要性について十分な検討を行い、安易に受入することがないよう、特段の配慮を願います。

## 居宅サービス計画作成に係る届出について

### 1 概要

那珂川市では、介護支援専門員が居宅サービス計画作成の際に、原則的に居宅サービス計画に位置付けることのできない次の①～③のサービスについて、アセスメントの結果やむを得ずサービスが必要であると判断し、居宅サービス計画に位置付ける場合、事前に保険者である本市に対して、当該事由の届出を行うこととしています。

また、基準省令により位置付けのある居宅サービス計画を市町村に届け出なければならないとされているサービス④についても、同様の届出としています。

適正なサービス利用につなげるため、ご協力をお願いします。

### 2 届出が必要な介護保険サービスの内容

①軽度者に対する福祉用具の例外給付届出（指定居宅サービスの介護報酬 福祉用具貸与 留意事項通知 注4、指定介護予防サービスの介護報酬 介護予防福祉用具貸与注4）

②認定の有効期間のおおむね半数を超えて利用する短期入所（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第13条第21）

③同居家族がいる場合の生活援助（「指定居宅介護サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導および福祉用具貸与に係る部分）および指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」第2の2（6）（平成12年3月1日老企36号）

※同居家族全員が要介護・要支援認定を受けている場合を除く

④厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（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第13条第18の2）

### 3 問い合わせ先

那珂川市 高齢者支援課 介護保険担当

### 4 資料・提出書類（別添）

①.軽度者に対する福祉用具の例外給付届出

②.認定の有効期間のおおむね半数を超えて利用する短期入所

③.同居家族がいる場合の生活援助

④厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護

# 軽度者への福祉用具貸与 利用フローチャート

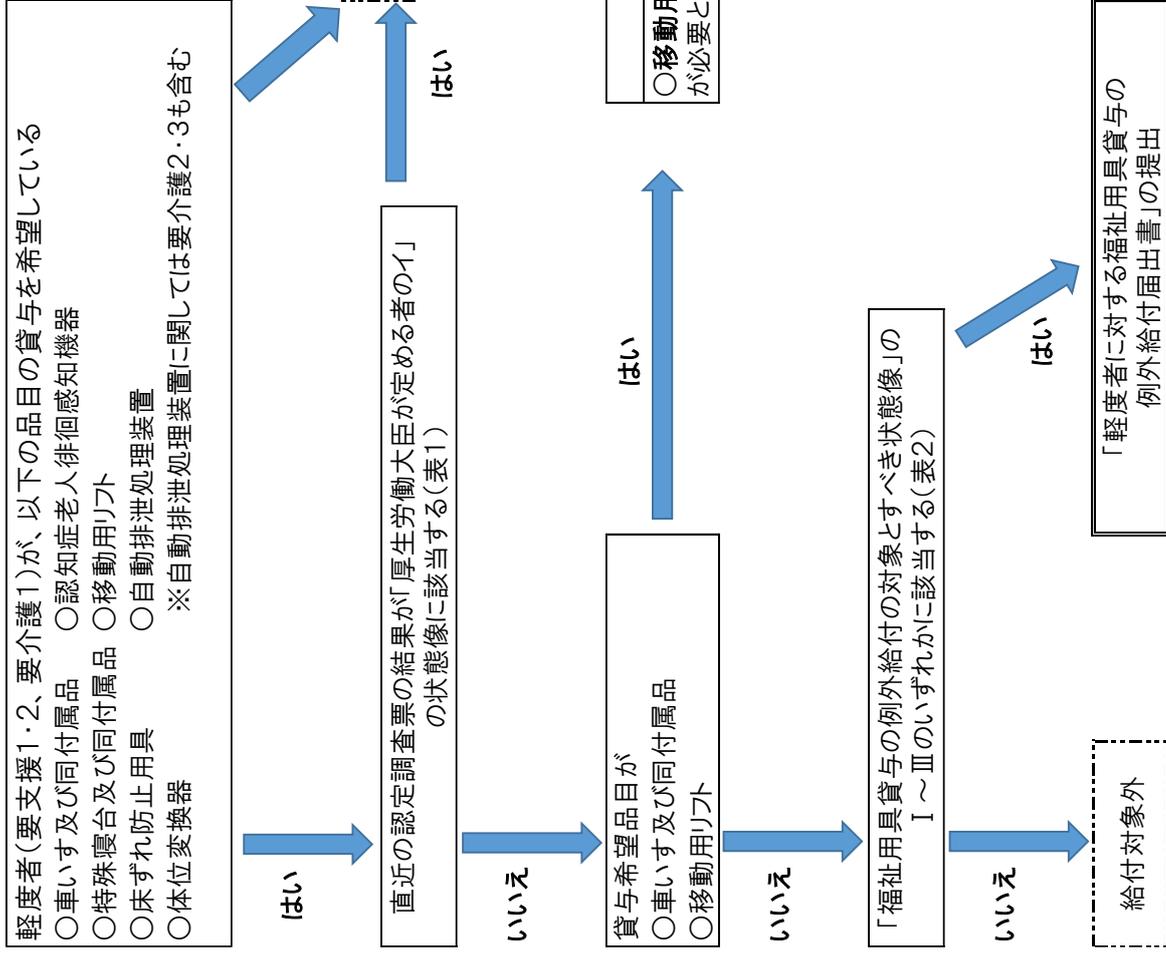


表1 厚生労働省が示した状態像

種目	厚生労働大臣が定める者のイ	厚生労働大臣が定める者のイに該当する基本調査の結果
車いす及び車いす付属品	次のいずれかに該当する者 ①日常的に歩行が困難な者 ②日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる者	1-7歩行「3.できない」 ※基本調査に該当項目なし
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 ①日常的に起きあがりやがりが困難な者 ②日常的に寝返りが困難な者	1-4起き上がり「3.できない」 1-3寝返り「3.できない」
床ずれ防止用具及び体位変換器	日常的に寝返りが困難な者	1-3寝返り「3.できない」
認知症老人徘徊感知機器	次のいずれにも該当する者 ①意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解の障害がある者 ②移動において全介助を必要としない者	3-1意思の伝達「1.調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外 又は3-2毎日の日課を理解～3-7場所の理解までのいずれかが「2.できない」 又は3-8徘徊～4-15話がまとまらず、会話にならないまでのいずれかが「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 2-2移動「4.全介助」以外
移動用リフト	次のいずれかに該当する者 ①日常的に立ち上がりが困難な者 ②移乗において一部介助又は全介助を必要とする者 ③生活環境において段差の解消が必要と認められる者	1-8立ち上がり「3.できない」 2-1移乗「3.一部介助」又は「4.全介助」 ※基本調査に該当項目なし
自動排泄処理装置	次のいずれにも該当する者 ①排便において全介助を必要とする者 ②移乗において全介助を必要とする者	2-6排便「4.全介助」 2-1移乗「4.全介助」

表2 福祉用具が必要となる主な事例内容

事例類型／福祉用具貸与の例外給付の対 象とすべき状態像	必要と予想される福祉用具	事例内容の例
<p><b>I 状態の変化</b> 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によって、頻繁に利用者等告示第三十一号のイに該当する者</p>	<p>特殊寝台 床ずれ防止用具・体位変換器 移動用リフト</p>	<p>パーキンソン病で、内服加療中に急激なON・OFF現象が頻回に起き、日によって、福祉用具が必要な状態となる。</p>
<p><b>II 急性増悪</b> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第三十一号のイに該当することが確実に見込まれる者</p>	<p>特殊寝台 床ずれ防止用具・体位変換器 移動用リフト</p>	<p>重度の関節リウマチにより、関節のこわばりが朝方に強くなるため、時間帯によって、福祉用具が必要な状態となる。</p>
<p><b>III 医師禁忌</b> 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利用者等告示第三十一号のイに該当すると判断できる者</p>	<p>特殊寝台 特殊寝台 特殊寝台 床ずれ防止用具・体位変換器 移動用リフト</p>	<p>末期癌で、認定調査時には自立していたが、急激な状態悪化により、短時間で福祉用具が必要な状態となる（すでにその状態である）。</p> <p>重度の喘息発作があり、特殊寝台を利用し、一定の角度に頭部挙上をすることで、呼吸不全の危険性を回避する必要があると、医師からも指示されている。</p> <p>重度の心疾患があり、特殊寝台を利用することで、急激な動きをすることなく、心不全発作の危険性を回避するよう、医師からも指示されている。</p> <p>重度の逆流性食道炎（嚥下障害）があり、特殊寝台を利用し、一定の角度に頭部挙上をすることで、誤嚥性肺炎の危険性を回避する必要があると、医師からも指示されている。</p> <p>脊髄損傷からの下半身麻痺による褥瘡発生リスクが高く、福祉用具の利用により、褥瘡発生の危険性を回避するよう、医師からも指示されている。</p> <p>人工股関節の術後で、移動用リフトの利用により立ち座りの際の脱臼の危険性を回避するよう、医師からも指示されている。</p>



軽度者に対する福祉用具貸与に係る医師の医学的所見の聴取記録用紙

基本情報	被保険者名	被保険者番号				
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3				
	認定有効期間	年   月   日～   年   月   日				
医師	医療機関名					
	医師名（届出書2欄の主治医であること）					
	医療機関所在地	電話番号				
	確認日および方法	年   月   日	<input type="checkbox"/> 訪問・面接（医師・その他） <input type="checkbox"/> 電話（医師・その他） <small>※医師以外の場合（SWの氏名等）</small>			
<small>※疾病名および心身の状態を具体的に聴取し、根拠となる身体状況が届出書2欄の i～iii のどの類型に該当するか、医師の明確な判断を得たうえで、当該福祉用具貸与の必要性が明らかとなるよう記入してください。</small>						
疾病名その他原因						
心身の状態 <small>※医師が直接記入する必要はありません。介護支援専門員の聞き取りによる記載で可。</small>						
医師の医学的所見	以上により、 <input type="checkbox"/> 状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によって（届出書／類型 i） <input type="checkbox"/> 状態が急速に悪化し、短期間のうちに（届出書／類型 ii） <input type="checkbox"/> 身体への重大な危険性または症状の重篤化の回避等医学的判断から（届出書／類型 iii） <b>下記の告示で定める状態像に該当する。</b>					
	該当する状態像 <small>（利用者等告示第三十一号のイで定める状態像）</small>					
	<input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難な者（①） <input type="checkbox"/> 日常的に上がりが困難な者（②a） <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者（②b） <input type="checkbox"/> 意志の伝達、介助者への反応、記憶・理解のいずれかに支障があり、かつ移動において全介助を必要としない者（③） <input type="checkbox"/> 立ち上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 移乗が一部介助または全介助を必要とする者   → <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <b>（④）</b> <input type="checkbox"/> 生活環境において段差解消が必要な者 <input type="checkbox"/> 排便および移乗において全介助を必要とする者（⑤）					
	貸与品目 <b>上記疾患その他の原因、心身の状況および告示で定める状態像により、</b> <input type="checkbox"/> 車いす（①） <input type="checkbox"/> 車いす付属品（①） <input type="checkbox"/> 特殊寝台（②a、②b） <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品（②a、②b） <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具（②b） <input type="checkbox"/> 体位変換器（②b） <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器（③） <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具部分を除く） <small>（④）</small> <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置（⑤） <b>の貸与が必要。</b> <b>※状態像（①～⑤）と、貸与品目の番号（①～⑤）が一致していること。</b>					

## 「認定の有効期間の概ね半数を超えて利用する短期入所」について

介護支援専門員は、居宅介護サービス計画作成にあたり「短期入所サービスの利用日数が、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ない」とされています。

（「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」第13条第21項）

また、基準省令の解釈通知において、短期入所サービスの利用日数に係る「要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えない」という目安については、要介護認定の有効期間の半数の日数以内であるかについて機械的な適用を求められるものではないとされています。

よって、個々の利用者の心身状況や、その置かれている環境等の適切な評価に基づき、在宅生活の維持のために特に必要と認められる場合には、要介護認定の有効期間の概ね半数を超える短期入所サービスを居宅サービス計画に位置付けることで、弾力的に運用することが可能です。

那珂川市では、介護支援専門員が居宅サービス計画を作成する際に、原則的に居宅サービス計画に位置付けることができない表題のサービスについて、アセスメントの結果やむを得ずサービス提供が必要と判断し居宅サービス計画に位置付ける場合、事前に保険者である本市に対して、当該事由の届け出を行うこととしています。

適正なサービス利用につなげるため、ご協力をお願いします。

### （1）提出時期

認定有効期間	提出を必要とする認定有効期間中の短期入所累積日数	提出の目安の時期
6か月	92日以上	左記日数の30日前を超えたとき ～前日までの間に提出
12か月	184日以上	
24か月	366日以上	
36か月	549日以上	
48か月	731日以上	

- ※1 異なる事業所を複数利用する場合は、利用日数を合算してください。
- ※2 半数を超えない場合の提出は不要です。
- ※3 提出の時期は「目安」です。必ず、利用が半数を超える前に提出をしてください。
- ※4 提出の判断に迷う場合は、電話等によりご相談ください。

(2) 提出書類

- ① 介護保険サービス利用に係る居宅サービス計画の届出書及び別表 1
- ② 居宅サービス計画書（ケアプラン）第 1 表～第 3 表（利用者の同意を得たもの）
- ③ サービス担当者会議の要点（第 4 表）
- ④ フェイスシート及びアセスメントシート

※ 支援経過記録の提出については必須とはしませんが、アセスメントにおいて重要な記載がある場合は、①～④に追加してご提出ください。

(3) 提出先

那珂川市 高齢者支援課 介護保険担当

(4) 留意事項

- ・ 「認定の有効期間の概ね半数を超えて利用する短期入所」に該当する介護保険サービスの利用を希望する住所地特例者を含むすべての被保険者を対象とし、給付実績の突合等により、本市への届け出がないことを確認した場合は、事業所への指摘事項とします。
- ・ 本届出は認定期間ごとの扱いとなりますが、認定更新後の期間について、慣用的にサービス継続を認めるものではありません。

## 厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護について

居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（生活援助中心型）を位置づける場合には、居宅サービス計画を保険者である市町村に届け出ることが義務づけられています。

介護支援専門員は、居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（厚生労働大臣が定めるものに限る。以下この号において同じ。）を位置付けるにあたっては、その利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由を記載するとともに、当該居宅サービス計画を市町村に届出なければならない。（運営に関する基準（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）第13条十八の二）

介護保険法の第一条に、「この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。」とあります。

また、介護支援専門員には、本市が示すケアマネジメントガイドラインを踏まえた居宅介護支援が望まれるところです。

当該届出の取り扱いについては、下記の通りとします。

### （1）届出の対象となる居宅サービス計画

以下の回数以上の訪問介護（生活援助中心型）を位置づける居宅サービス計画であり、当該月において作成又は変更（基準省令の解釈通知 基準第13条第十六号における軽微な変更を除く）したものの。

<厚生労働大臣が定める回数（月）>

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

（指定居宅介護支援等の運営に関する基準第13条第18号の2）

※身体介護、身体介護に引き続き生活援助を行った場合の回数は含みません。

### （2）提出書類

- ① 介護保険サービス利用に係る居宅サービス計画の届出書及び別表2
  - ② 居宅サービス計画書（ケアプラン）第1表～第3表（利用者の同意を得たもの）
  - ③ サービス担当者会議の要点（第4表）
  - ④ フェイスシート及びアセスメントシート
- ※支援経過記録の提出については必須とはしませんが、アセスメントにおいて重要な記載がある場合は、①～④に追加してご提出ください。

### （3）提出先

那珂川市 高齢者支援課 介護保険担当

※本市からは受理通知等の発行は行いません。

#### (4) 提出時期

該当する居宅サービス計画を作成又は変更した月の翌月末日まで。※居宅サービス計画を作成又は変更した月とは、利用者の同意を得て交付をした月となります。

本市では、サービス開始以前の届出や相談も受付けています。緊急を要する場合は、担当まで電話連絡をしてください。

#### (5) 保険者による地域ケア会議等における当該居宅サービス計画の検証について

「厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護」（平成 30 年厚生労働省告示第 218）が交付され、厚生労働大臣が定める回数を超えた生活援助中心型の訪問介護を位置付けたケアプランについては、市町村への届出の義務化とともに、地域ケア会議での検証を行うことと定められました。

- ・提出された居宅サービス計画をもとに、地域ケア会議で検証を行います。
- ・必要に応じて、追加資料の提出や利用者本人との面接等の実施、居宅サービス計画を作成した介護支援専門員・訪問介護サービス事業所の管理者に対し、検討会議への出席を求めることがあります。
- ・地域ケア会議での検証については、別に通知をいたします。

年 月 日

(あて先) 那珂川市長

事業所番号										
事業所名称 及び 代表者名										
連絡先										
担当者名										

介護保険サービス利用に係る居宅サービス計画の届出書

下記のサービス内容について届け出ます。

被保険者番号											
被保険者氏名											
要介護度											
有効期間	年 月 日					～	年 月 日				
サービス内容	<p>該当する番号に○を付けてください。</p> <p>1 認定の有効期間の半数を超えて利用する短期入所</p> <p>2 厚生労働大臣が定める回数以上利用の訪問介護          (1) 新規 (2) 追加・変更等</p>										

※届出に必要な書類を添付して提出してください。

## <別表1>

\*「認定の有効期間の半数を超えて利用する短期入所」の届け出をする場合に添付してください。

### 1 施設等の申込状況について

① 現在、入所を申し込んでいる。

施設名	種類	申し込み時期	待機状況
<記入例> 特別養護老人ホーム 〇〇ホーム	① 介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 3 介護療養型医療施設 4 介護医療院 5 その他（ ）	H30年5月	100人待ち  来月あたり入所可
	1 介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 3 介護療養型医療施設 4 介護医療院 5 その他（ ）		
	1 介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 3 介護療養型医療施設 4 介護医療院 5 その他（ ）		

② どこにも申し込んでいない。

### 2 認定の有効期間の半数を超える理由

- ① 介護者がいない、又は家族が対象者を介護できない状況にある。
- ② 他の施設入所又は病院への入院が困難である。
- ③ 本人又は家族が施設入所を拒んでいる。
- ④ 次の入所施設が決まっているが、一定期間待機が必要である。
- ⑤ その他（ ）

<別表2>

\*「厚生労働大臣が定める回数以上利用の訪問介護」の届出をする場合に添付してください。

日常生活自立度	寝たきり	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
	認知症	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
世帯状況	独居 ・ 家族と同居 ・ サービス付き高齢者住宅等	
サービスの継続性	限定的である (概ね か月)	
	継続的である	
	その他 ( )	
給付単位上の サービス種類と 1か月(届出月)の 利用回数について	(記入例)	生活3 × 45 回  ( ) × ( ) 回 ( ) × ( ) 回 <hr/> 合 計 ( ) 回

## 那珂川市自立支援・重度化防止に資する居宅介護支援に係る基本方針 (ケアマネジメントガイドライン)

### 1 作成の根拠

平成29年の「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（「地域包括ケア強化法」）において、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取り組みが全国で実施されるよう制度化されました（平成29年度の介護保険制度の改正により、高齢者が自身の持つ能力に応じ、自立した生活を送ることができるよう、「自立支援・重度化防止」に全市町村が取り組むこととなりました）。

そのためには、介護保険制度の基本理念である「自立支援」「尊厳（自己決定）の保持」に関する認識を共有し、「自立支援・重度化防止」に向けた取り組みが、本人や家族の意向と合致していくよう、十分な理解と説明が必要となります。

そこで、介護保険制度の根幹であるケアマネジメントの在り方、介護保険の基本理念である、高齢者の「自立」「自立支援」についての考え方を改めて整理し、利用者本人の意思を尊重した「自立支援・重度化防止」に向けたケアマネジメントを推進する上で必要な考え方を、保険者・介護支援専門員・利用者で共有するためのツールとして活用するため、本ガイドラインを作成しました。

### 2 法の理念

介護保険法においては制度の3つの基本理念として、①利用者本位のサービス利用 ②利用者選択の尊重 ③有する能力に応じた自立の支援 が掲げられています。

保険給付は、要介護状態等の軽減または悪化の防止に資するように行われなければならないと定められているとともに、被保険者の選択に基づき行われるものであり、それは、要支援者、要介護者の自立支援という理念に沿って検討されなければならないものです。

### 3 介護保険法に掲げる用語の解釈

#### <利用者本位とは>

利用者には、自己選択、自己管理、個人の自由、個人のプライバシーの保護といった権利が保障されており、「利用者が主体的に生きていくこと」を支援することは、「利用者の尊厳の保持を支援する」ことでもあります。

一方で、介護支援専門員は、家族やサービス事業者など、価値観や利害関係が異なる立場のひとから異なる期待や指示を受ける機会があるでしょう。

そのような場合であっても、介護保険法では、利用者と家族、地域、サービス事業所、医療関係者、法人など、異なる立場や考えの狭間においても、常に利用者の権利を擁護する立場から、利用者の自立やQOLを高めることを最優先する立場をとることを、介護支援専門員に求めていると解されます。

#### <利用者選択の尊重とは>

介護支援専門員は、利用者と一緒に問題を整理し、利用者本人の問題解決の力を呼び起こしたり、介護サービスなどの情報提供を行ったりしながら、利用者と一緒に問題を解決する方法を探す中で、利用者が解決方法を選択し、自己決定するための支援を行う必要があります。

自己決定の重要度はその人それぞれで違いますが、日常生活における様々な自己決定が、「自分らしい暮らし」の維持・実現に欠かせないものとなっています。

「暮らしにくさ」が生じている利用者が、「そのひとらしい暮らし」を実現するために、利用者自身が「暮らしやすさ」に向けて、自己決定をしていく、その過程を介護支援専門員はさまざまな工夫（わかりやすい情報提供、決定の先に予測される状態像の提示、決定を待ち決定する力を信じる、など）をしながら支援をしていきます。

自己決定の支援にあたって、「公平性と中立性に基づいた情報提供」が重要であることは言うまでもなく、常に利用者の立場に立ち、特定の事業所に偏ることがないように情報を提供し、利用者の選択を求めるプロセスが必要です。

#### 4 ケアマネジメントについて

介護保険制度の基本理念である「尊厳の保持」及び「自立支援」、「利用者本位」を具現化していくための手法として導入されたのが「ケアマネジメント」です。

高齢者の状態像を適切に把握し、自立支援に資するサービスを総合的、計画的に提供するための仕組みであり、介護保険制度の中核となるものです。

#### <ケアマネジメントとは>

個々の要介護者の心身の状況や置かれている環境、希望などを十分把握したうえで、状態の軽減又は悪化を防止する視点に立って、介護保険サービスをはじめ、さまざまなサービス等を調整し総合的かつ効率的に提供するための仕組みであり、ケアマネジャーが中心となって実施されます。

本市では、介護保険制度においてケアマネジメントを担う指定居宅介護支援事業の実施にあたっては、厚生労働省の「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」に定められた『基本方針』や『取扱方針』等に基づいた運営をお願いしております。

#### 5 「自立支援」とは

##### (1) 「自立」の定義

「自立」について明確に定義している法律、条約等はありません。

一般的には、自立の度合いを測る尺度として、以下の4つの視点から本人の自立の度合いを測るものとされています。

- ①「身体的自立」／生活行動や行為の改善。
- ②「精神的自立」／自己決定や状況判断力の向上。自己実現。
- ③「社会的自立」／地域社会からの孤立の解消。家庭や地域での役割の発見。
- ④「経済的自立」／生活費・医療介護費の確保。他に依存しない経済生活の確保。

⇒本人の「自立支援」を図るためには、アセスメントの際にこの4つの尺度のなかのどこに課題があるのかを把握し、その課題解決に向けたアプローチの手法を検討することが重要です。

## (2) 自立支援に向けたアプローチの手法

アセスメントにおいて、自立を阻害している要因・課題を把握した場合は、その要因・課題は解決可能なものなのか、どうすれば解決することができるのかを検討する必要があります。

自立を阻害している要因は、身体的状況や本人の生活環境などさまざまですが、その解決の手法については、以下の2つの視点からのアプローチの方法を検討することが重要です。

### <医学モデル的アプローチ>

障害は、病気や身体の変調が原因であり、治療やリハビリテーションによって障害を克服し、本人が自己実現を目指した日常生活そして人生を送るのを支えることを大切にしています。

⇒自立を阻害している要因が、治せる（治療・改善が可能）ものはその改善に向けた効果的なサービス利用について検討・提案します。

### <社会モデルアプローチ>

障害は社会や環境によって作られるため、生活機能の低下すなわち障害があっても、自己実現を目指しているそのひとが困らないように、社会や環境を変えようとするのを重要視しています。

⇒自立を阻害している要因が、治せない（治療・改善が難しい）ものである場合は、周囲の環境の変化、地域資源の活用などによりそれを補うことができないかを検討します。

もし、補うことができない課題である場合は、それが個人の課題なのか地域全体の課題なのかを考察し、必要に応じて、行政・地域に働きかけることが重要です。

## 6 「重度化防止」について

平成 18（2006）年に介護保険制度が改正され、介護保険制度の柱に自立支援とともに「重度化防止」が明示されました。

介護サービス及び介護支援には、加齢に伴う生理的老化、病的老化や障害、疾病などのために介護が必要となったひとに対し、日常生活のなかで自らが行うことが困難となったことへの直接的な介護だけでなく、介護サービス及び介護支援を通して重度化防止、自立支援を目的とした取り組みも行われてきました。

平成 29（2017）年度の制度改正では、「高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止に向けた取り組みの推進」を図るための見直しが行われました。

「重度化防止」は、介護保険制度の主要な柱です。

### <介護保険制度における「重度化防止」の意味>

「重度化防止」というと、加齢に伴う老化や疾病などによって障害が生じ、自立した日常生活が困難となったひとの障害の状態が悪化（重度化）することを防ぐ意味に考えがちですが、介護保険制度で言う「重度化防止」は、自立の状態はもちろんのこと、要介護・要支援度がより重度の方向へ向かわないことを目指すものである。

このような意味においては、自立支援・重度化防止は、介護サービス及び居宅介護支援が取り込まれるうえで、どちらも欠けてはならないものです。

## 7 「自立支援・重度化防止」はなぜ重要か

### <自立支援・重度化防止のための取り組みが求められる背景>

#### (1) 本人の生活の質（QOL）の向上

「自分のことは自分で決めたい」という欲求を満たすこと、本人の生活機能を改善し社会参加の機会を増やすという「自立支援」の取り組みを推進することで、超高齢化社会においても、本人のQOLの向上を図ることが重要です。

#### (2) 介護保険制度の持続可能性の確保（社会全体の介護負担の軽減）

高齢化の進行に伴う介護給付の増大により、高齢者自身、ひいては社会全体の介護負担が重くなっています。

自立支援・重度化防止の取り組みや、「意識づけ」によって、介護保険制度における基本理念の正しい理解の普及を推進することで、要介護状態の重度化防止を図り、介護保険サービスの利用を抑制することなく、社会全体の介護負担の軽減を図っていく必要があります。

#### (1) 本人の生活の質（QOL）の向上について

平成25年度国民生活基礎調査の結果から、軽度認定者の約半数は廃用症候群（活動量が低下したことにより心身機能が衰え、さまざまな生活上での不具合が発生すること）により介護を必要とするに至ったとのデータがあります。

これらのひとたちは、本人の有する能力を最大限に生かして、「自立」に向けた支援を行うことにより、介護を必要とする状態を改善できる可能性が高いと考えられ、軽度の段階での「自立支援」の取り組みが必要となります。

#### (2) 介護保険制度の持続可能性の確保（社会全体の介護負担の軽減）について

介護保険制度では、介護保険費用の半分を介護保険料（第1号被保険者、第2号被保険者）にて被保険者が負担する仕組みとなっています。

本市では、今後も高齢者数は増加を続ける見込みとなっており、拡大する需要に合わせて各種サービスを整備していく必要があります。住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、介護保険制度はなくてはならない制度であり、必要なサービスが抑制されるといったことがないよう、介護予防を推進し、介護保険制度持続の可能性と社会全体の介護負担軽減を高めていく必要があります。

## 8 多職種協働における介護支援専門員

介護保険制度は、支援を必要とする生活を送るうえで必要なサービスを総合的に提供する仕組みです。

個々の介護支援専門員が保健・医療、福祉すべての領域に精通することを求めているのではなく、不得意な領域はその専門家と協働して、常にこの三つの領域の総合性が保たれ、専門的な視点が複合的に注がれているようにすることが大切です。

生活を支えることは、ひとりの力ではできません。多様な専門職が専門知識を出し合い、連携・協働して支援に当たるための環境づくりが介護支援専門員の大きな役割です。

### <医療との連携について>

介護保険サービスを必要とするのは、「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態等」となった人です。

このことから、かかりつけ医等の医療関係者との連携なくして、QOLの向上を図ることは困難です。

## 9 那珂川市が行っているケアマネジメントの質の向上への取組

ケアマネジメントの質の向上を目的として、本市では以下の取り組みを行っています。

- ケアマネジャーからの相談対応
- ケアプラン点検の実施
- 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付届出制
- 認定の有効期間の半数を超えて利用する短期入所について介護保険サービス利用に係る居宅サービス計画の届出制
- 住宅改修・福祉用具購入時の担当ケアマネジャーの関わりと多職種連携の推進
- 医療費との突合・縦覧点検の実施
- 給付実績の活用による個別確認
- 地域ケア会議における個別事例検討の実施
- 主任介護支援専門員連絡会、居宅部会の開催
- 在宅医療・介護関係者の情報共有とネットワークづくり支援 など

## 10 さいごに

本市では、介護保険制度に関わる中で居宅介護支援事業所のみならずともケアマネジメントの在り方について考えてきました。高齢者の「自立支援」のための取り組みを進めるにあたり最も重要なのは、介護保険制度における「自立支援」の考え方を、行政、介護支援専門員、介護サービス事業所等のもとより、介護サービスを利用する利用者やその家族が「高齢者の自立支援を目指す」という姿勢をもち、それを共有することです。

そのためには、自立支援、重度化防止に向けたケアマネジメントが、本人の生活の質の向上につながり、それが社会全体の介護負担の軽減にもつながるということを、十分に理解してもらうことが重要です。本市においても、市の将来設計や介護予防の重要性等についての周知を図っておりますが、多くの住民が共通認識を持つには時間がかかるものと思われまます。

介護支援専門員のみならずにおかれましても、本ガイドラインを活用し、自身のケアマネジメント業務の中で、自立支援、重度化防止に関する視点を持っていただくとともに、利用者や家族に対しても、その視点に基づいたサービス提案や説明に努めていただきますようお願いいたします。

# 介護サービス事故に係る報告について

介護サービスの提供中に事故が発生した場合、事故の程度、内容に応じて保険者および事業所所在地市町村へ届出が必要です。詳しくは、介護サービスの事故に係る報告要領を確認してください。

提出期限	事故発生後遅くとも5日以内
提出方法	事故報告書に事故の状況を記入し、高齢者支援課宛に郵送または持参もしくは個人情報に対する配慮をしたうえでのメール送信

## [留意事項]

- 1 提出期限に間に合わない場合は、事前に那珂川市高齢者支援課 介護保険担当に 連絡してください。
- 2 届出の内容によっては、追加で資料の修正、提出を求められることがあります。
- 3 提出された書類は返却できません。各事業所で必ず写しを保管してください。
- 4 受理通知書は発行しません。提出を確認する書類が必要な場合は、届出書の写しに収受印を押印しますので、写しを併せて御提出ください（郵送による提出の場合は、写しを同封するとともに、切手を貼り付けた返信用封筒を添付してください）。

報告様式については、任意様式も可能としますが、本市では福岡県の様式を標準様式としています。

## 介護サービス事故に係る報告要領・報告書様式

更新日:2021年5月21日更新    

### 介護サービス事故に係る報告書要領・報告書様式

介護サービス事故に係る報告要領及び報告様式を令和6年5月27日付けで改正しました。

 [介護サービス事故に係る報告要領\[PDFファイル/264KB\]](#)

 [介護サービスに係る事故報告書様式\[Excelファイル/107KB\]](#)

#### このページに関するお問い合わせ先

**介護保険課**  
福岡県 保健医療介護部 介護保険課  
監査指導第二係  
Tel:092-643-3319  
Fax:092-643-3309

令和 5 年度

介護保険事業者における事故報告  
集計結果

那珂川市健康福祉部高齢者支援課

## 令和5年度 介護保険事業者における事故報告集計について

令和5年4月1日から令和6年3月31日までの期間内に、那珂川市に報告のあった介護サービス事業所、老人福祉施設等における事故報告を集計、分析しました。

今後の事業運営及び介護事故防止にご活用ください。

### 【1.事故報告の目的】

介護サービスの提供により発生した事故を把握するとともに、事業者の速やかな対応と再発防止への取組を支援することにより、介護サービスの質の向上を目指すことを目的としています。

### 【2.報告すべき事故の種類】

①転倒、転落、異食、不明、誤薬・与薬もれ等、誤嚥・窒息、医療処置関連（チューブ抜去等）

②その他（感染症（インフルエンザ等）、食中毒、交通事故、徘徊（利用者の行方不明を含む。）、接触、職員の違法行為・不祥事、事業所の災害被災）

※「職員の違法行為・不祥事」は、サービス提供に関連して発生したものであって、利用者に損害を与えたもの。例えば、利用者の個人情報紛失、送迎時の利用者宅の家屋の損壊、飲酒運転、預り金の紛失や横領などをいう。

#### 《報告すべき事故における留意点》

※死亡については、死亡診断書で、老衰、病死等の主に加齢を原因とするもの以外の死因が記載されたものを報告する。

※けが等については、医師（施設の勤務医、配置医を含む）の診断を受け投薬、処置等何らかの治療が必要となった事故を報告する。なお、報告すべきか不明の場合は、保険者に問い合わせること。

※食中毒、感染症等のうち、次の要件に該当する場合は、保険者への報告と併せて管轄の保健所に報告し、指導を受ける。

#### ＜報告要件＞

イ 同一の感染症若しくは食中毒による、又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤な患者が1週間以内に2人以上発症した場合

ロ 同一の有症者等が10人以上又は全利用者の半数以上発症した場合

ハ イ及びロに掲げる場合のほか、通常の発生動向を上回る感染症の発生が疑われ、特に管理者等が必要と認めた場合

※従業者の直接行為が原因で生じた事故及び従業者の介助中に生じた事故のうち、利用者の

生命又は身体に重大な被害が生じたもの（自殺、行方不明及び事件性の疑いがあるものを含む。）については、管轄の警察署に連絡する。

（注）事故報告には該当しないが、これに準ずるもの（利用者が転倒したものの、特に異常が見られずサービス提供を再開した場合や、職員による送迎時の交通違反の場合等）については、個人記録や事故に関する帳簿類等に記録するとともに、ヒヤリ・ハット事例として事業所内で検討して、再発防止を図ることが望ましい。

### 【3. 報告の範囲】

利用者又は入所者に対する各サービスの提供により事故が発生した場合については、直接介護を提供していた場合のみでなく、次の場合を含みます。

- ①利用者が事業所又は施設内にいる間に起こったもの
- ②利用者の送迎中に起こったもの
- ③その他サービスの提供に密接な関連があるもの

### 【4. 報告の時期等】

所要の措置（救急車の出動依頼、医師への連絡、利用者の家族等への連絡等）が終了した後、速やかに、遅くとも5日以内に保険者に対して報告を行います。

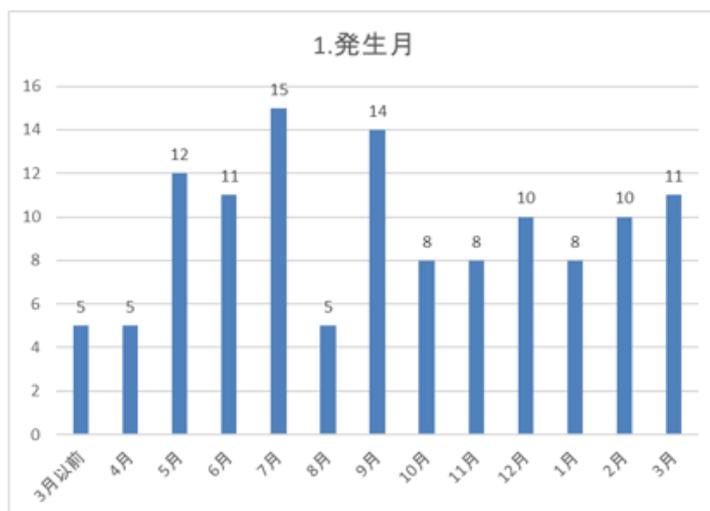
ただし、事故の程度が大きいものについては、まず、電話等により、保険者に対し、事故の概要について報告します。報告に当たっては、次の点に留意してください。

- (1) 利用者の事故について、事業所所在地の保険者と当該利用者の保険者双方に報告する。
- (2) 報告後に、当該利用者の容態が急変して死亡した場合等は、再度報告を行う。

## 【5. 事故報告の集計結果】

### 1. 発生月

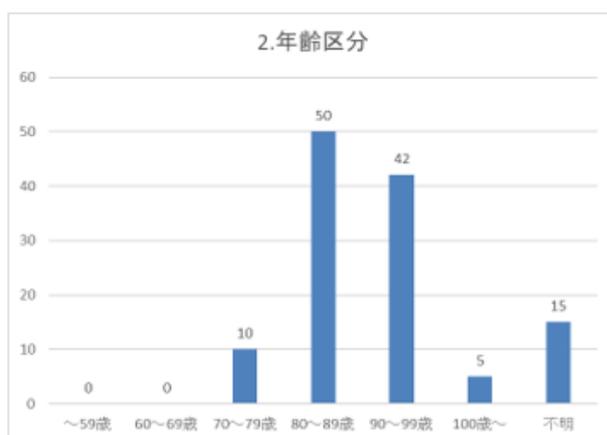
発生月	件数	構成比
3月以前	5	4.1%
4月	5	4.1%
5月	12	9.8%
6月	11	9.0%
7月	15	12.3%
8月	5	4.1%
9月	14	11.5%
10月	8	6.6%
11月	8	6.6%
12月	10	8.2%
1月	8	6.6%
2月	10	8.2%
3月	11	9.0%
合計	122	100.0%



発生月別の件数につきましては、7月が15件（12.3%）と最も多く、次いで9月が14件（11.5%）、5月が12件（9.8%）となっています。1年を通して発生しており、月平均約10件となっています。

### 2. 年齢区分

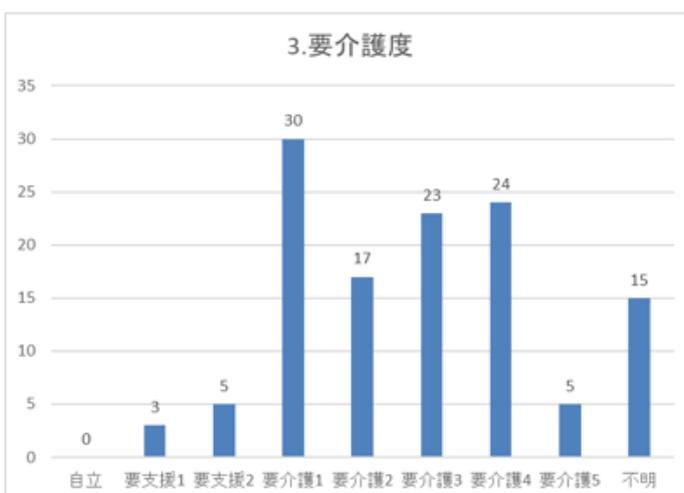
年齢区分	件数	構成比
～59歳	0	0.0%
60～69歳	0	0.0%
70～79歳	10	8.2%
80～89歳	50	41.0%
90～99歳	42	34.4%
100歳～	5	4.1%
不明	15	12.3%
合計	122	100%



年齢別の発生件数につきましては、80～89歳の50件（41.0%）が最も多く、次いで90～99歳が42件（34.4%）となっており、80歳以上が約80%を占めています。

### 3.要介護度

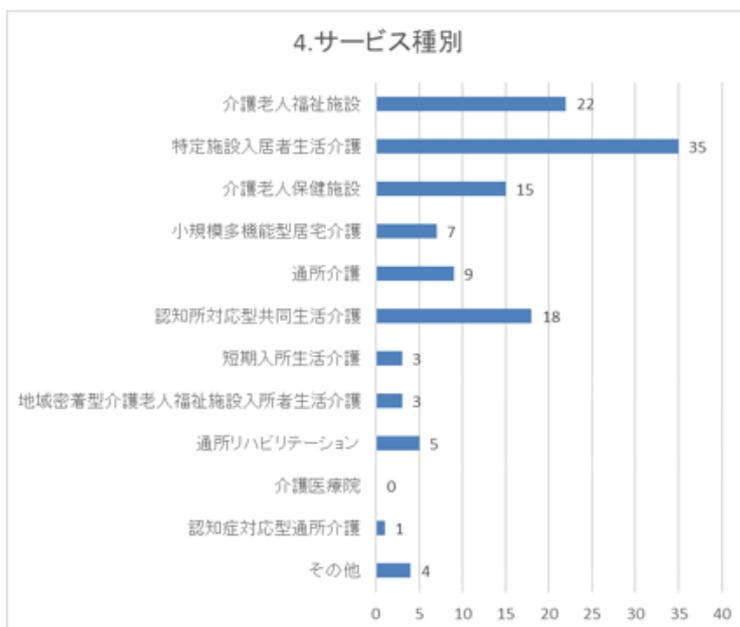
要介護度	件数	構成比
自立	0	0.0%
要支援1	3	2.5%
要支援2	5	4.1%
要介護1	30	24.6%
要介護2	17	13.9%
要介護3	23	18.9%
要介護4	24	19.7%
要介護5	5	4.1%
不明	15	12.3%
合計	122	100%



要介護度別の発生件数につきましては、要介護1が最も多く30件(24.6%)となり、次いで要介護4が24件(19.7%)、要介護3が23件(18.9%)となっています。一方で、要支援1、2については、8件(6.6%)にとどまっています。

### 4.サービス種別

サービス種別	件数	構成比
介護老人福祉施設	22	18.0%
特定施設入居者生活介護	35	28.7%
介護老人保健施設	15	12.3%
小規模多機能型居宅介護	7	5.7%
通所介護	9	7.4%
認知所対応型共同生活介護	18	14.8%
短期入所生活介護	3	2.5%
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	3	2.5%
通所リハビリテーション	5	4.1%
介護医療院	0	0.0%
認知症対応型通所介護	1	0.8%
その他	4	3.3%
合計	122	100.0%

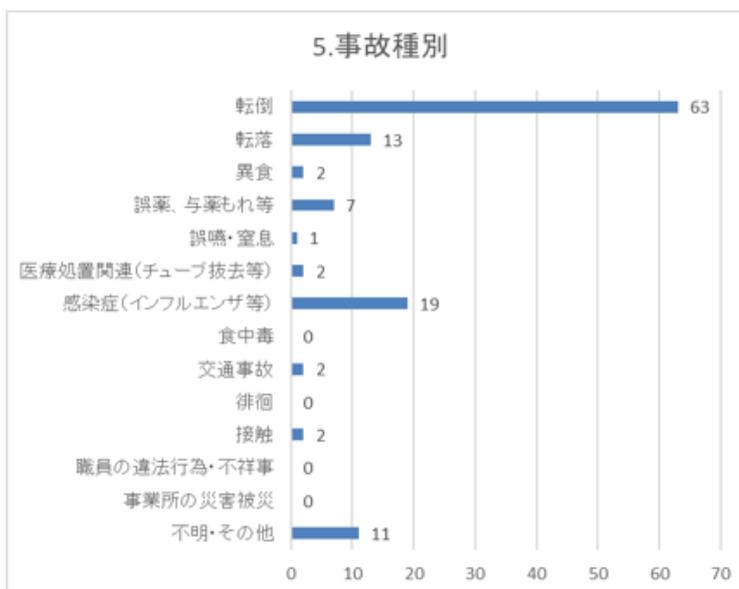


サービス種別ごとの発生件数につきましては、特定施設入居者生活介護が最も多く35件(28.7%)となり、次いで介護老人福祉施設が22件(18.0%)となっています。

入所系サービスと通所系サービスとを比べると、入所系サービスでの発生の方が圧倒的に多くなっています。

## 5.事故種別

事故種別	件数	構成比
転倒	63	51.6%
転落	13	10.7%
異食	2	1.6%
誤薬、与薬もれ等	7	5.7%
誤嚥・窒息	1	0.8%
医療処置関連(チューブ抜去等)	2	1.6%
感染症(インフルエンザ等)	19	15.6%
食中毒	0	0.0%
交通事故	2	1.6%
徘徊	0	0.0%
接触	2	1.6%
職員の違法行為・不祥事	0	0.0%
事業所の災害被災	0	0.0%
不明・その他	11	9.0%
合計	122	100%



事故種別の発生件数につきましては、転倒が63件(51.6%)と過半数を占めています。

感染症は、ほとんどが新型コロナウイルスで、1件のみ感染症胃腸炎でした。交通事故は、2件とも送迎中のもらい事故によるものです。

なお、不明・その他の内容としては、気づいたときには負傷しており、その原因がわからないもの、熱傷、離脱などを含みます。

## サービス種別×事故種別

	転倒	感染症(インフルエンザ等)	転落	その他	誤薬、与薬もれ等	異食	医療処置関連(チューブ抜去等)	交通事故	接触	誤嚥・窒息	不明	総計	構成比
特定施設入居者生活介護	22	4	3	2	2	1			1			35	29%
介護老人福祉施設	11	2	5			1					3	22	18%
認知症対応型共同生活介護	8	1		4	2		2					18	15%
介護老人保健施設	11	1	1		2							15	12%
通所介護	2	5	2									9	7%
小規模多機能型居宅介護	1	4						2				7	6%
通所リハビリテーション	1			2	1				1			5	4%
短期入所生活介護	3											3	2%
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	1	1	1									3	2%
認知症対応型通所介護			1									1	1%
その他	2	1								1		4	3%
総計	63	19	13	8	7	2	2	2	2	1	3	122	100%
構成比	52%	16%	11%	7%	6%	2%	2%	2%	2%	1%	2%	100%	

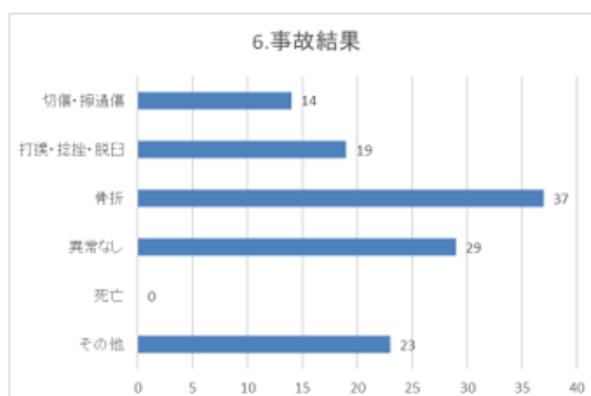
サービス種別と事故種別をクロス集計したものです。

施設系サービスでは転倒・転落が多くを占めており、誤薬、与薬漏れも見られています。

通所系サービスでも転倒・転落が多く、接触も見られています。また、両サービスともに、依然として感染症(主に新型コロナウイルス)の発生が見られます。

## 6. 事故結果

事故結果	件数	構成比
切傷・擦過傷	14	11.5%
打撲・捻挫・脱臼	19	15.6%
骨折	37	30.3%
異常なし	29	23.8%
死亡	0	0.0%
その他	23	18.9%
合計	122	100.0%



事故結果につきましては、骨折が 37 件（30.3%）と最も多く、次いで異常なしが 29 件（23.8%）、打撲・捻挫・脱臼が 19 件（15.6%）、切傷・擦過傷 14 件（11.5%）と続きます。

なお、その他の内容としては、感染症 19 件、熱傷 2 件、窒息 1 件、異食 1 件となっています。

### 事故種別×事故結果

	骨折	異常なし	その他	打撲・捻挫・脱臼	切傷・擦過傷	総計	構成
転倒	30	10		15	8	63	52%
感染症(インフルエンザ等)			19			19	16%
転落	4	5		2	2	13	11%
その他		2	2	2	2	8	7%
誤薬、与薬もれ等		7				7	6%
異食		1	1			2	2%
医療処置関連(チューブ抜去等)		2				2	2%
交通事故		2				2	2%
接触					2	2	2%
誤嚥・窒息			1			1	1%
不明	3					3	2%
総計	37	29	23	19	14	122	100%
構成	30%	24%	19%	16%	11%	100%	

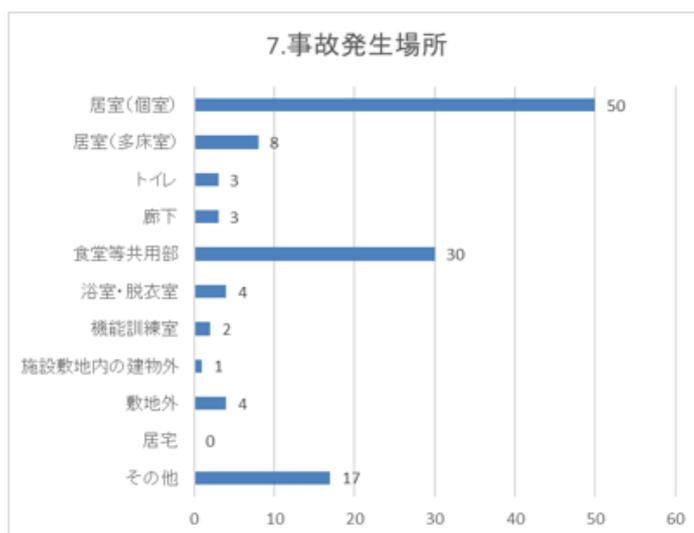
事故種別と事故結果をクロス集計したものです。

転倒・転落の結果、半数近くが骨折に至っており、また、事故原因が不明なものも、骨折に至っています。高齢者は骨折リスクが高いことがわかります。骨折に至らずとも、転倒・転落の多くが打撲・捻挫・脱臼、切傷・擦過傷など何らかの怪我につながるため注意が必要です。

誤薬・与薬もれでは、全てが異常なしとなっていますが、場合によっては身体に害を及ぼしたり、誤薬によりふらつきが起これば転倒へとつながることなども考えられます。しっかりと防止対策を講じることが必要です。

## 7. 事故発生場所

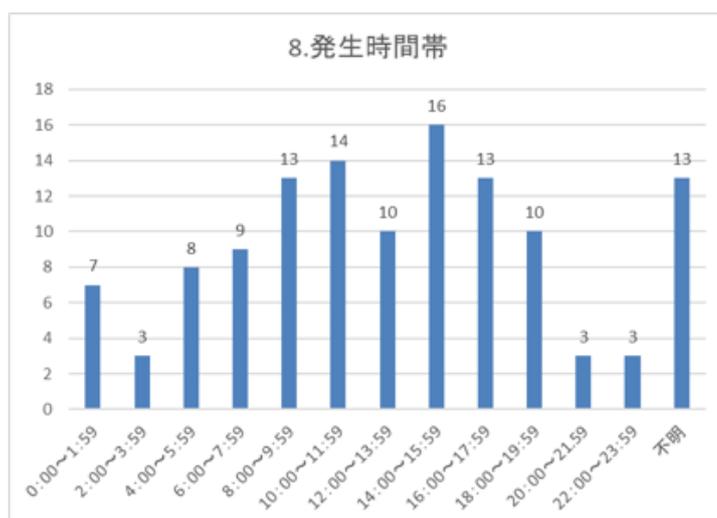
事故発生場所	件数	構成比
居室(個室)	50	41.0%
居室(多床室)	8	6.6%
トイレ	3	2.5%
廊下	3	2.5%
食堂等共用部	30	24.6%
浴室・脱衣室	4	3.3%
機能訓練室	2	1.6%
施設敷地内の建物外	1	0.8%
敷地外	4	3.3%
居室	0	0.0%
その他	17	13.9%
合計	122	100%



事故発生場所につきましては、居室が 58 件（47.6%）と半数近くを占めています。次いで、食堂等共用部 30 件（24.6%）となっています。その他は、感染症（発生場所不明）16 件、送迎車内 1 件を含みます。

## 8. 発生時間帯

発生時間帯	件数	構成比
0:00~1:59	7	5.7%
2:00~3:59	3	2.5%
4:00~5:59	8	6.6%
6:00~7:59	9	7.4%
8:00~9:59	13	10.7%
10:00~11:59	14	11.5%
12:00~13:59	10	8.2%
14:00~15:59	16	13.1%
16:00~17:59	13	10.7%
18:00~19:59	10	8.2%
20:00~21:59	3	2.5%
22:00~23:59	3	2.5%
不明	13	10.7%
合計	122	100%



発生時間帯別の件数につきましては、14:00~15:59が 16 件（13.1%）と最も多く、次いで 10:00~11:59が 14 件（11.5%）となっています。

日中活動している昼間の時間帯に多く発生する傾向があり、ベッドからの移動時、食堂・トイレ・浴室への移動時など、各利用者への見守りや介助が多くなる時間帯に、職員の見守りが不十分になることが一因として考えられます。

## 9. 発生事例と再発防止対策

いくつかの事故事例を抜粋しています。再発防止対策につきましては、「適切に対応する」や「注意する」などの漠然とした内容ではなく、根本的な原因を解決できるように、具体的な対策を講じるようにしてください。また、再発防止対策については必ず事業所全体で共有し、再発防止につなげましょう。

事故種別	事故の概要	事故結果	再発防止策
転倒	食堂ホールで転倒。指先のみ軽度動くも右手全然動かせず。ジンジンとする痛みの訴えあり。右上腕骨近位端骨折。	骨折	スリッパで行動していたため、歩行時にふらついて転倒したと思われる為、歩行時の見守り強化を行い、スリッパでなく靴の購入を検討して歩きやすい環境を整える。
転倒	居室内センサーが鳴り訪室。起床後トイレ誘導し便座へ座ったことを確認。他入所者の居室内センサーが鳴った為、一時その場を離れ再度様子を戻るとトイレの床に左側を下にしてうずくまっていた。左大腿骨骨折。	骨折	足腰の衰えが見受けられており、起床時にトイレへ行く際はふらつきも見られたため、スタッフが傍に立ち見守りを行っていたが、今回目を離してしまった。見守りを更に強化していく。
転倒	入院先より帰園。食堂で他利用者の席にもたれるように立っているのを発見し、呼びかけ、見守り職員に伝えると同時に左側臥位に倒れる形で転倒。左大腿骨頸部骨折。	骨折	退院したばかりで、動きがあることを把握できていなかった。退院前に転倒していたという情報があったが、介護職員での把握が十分でなかった。退院前の情報収集を細かく行い、退院後は見守りできる席で対応する。
転倒	床センサー作動で訪室すると同時にふらつき後ろ側に尻もちをついて転倒。ベッドの柵に後頭部をぶつけ出血。	切傷・擦過傷	床センサーを少し離して設置し歩き出したら反応するようにしていた為、ベッド横に設置し、端坐位時点で反応するようにし、早く対応できるようにする。
転落	右側仰臥位でリクライニング車いすより転落しているのを発見。右側のアームレストが下がっていた。右肩脱臼。	打撲・捻挫・脱臼	アームレストのロックが外れていた為アームレストが下がり姿勢が崩れた拍子で転落した。リクライニング車いすへ移乗した際は必ずアームレストのロックがかかっているか確認する。
転落	病院退院後、軽リフトで帰園中、息遣いの変化に気づき後方確認すると、ずり下がりを確認。頭がリクライニング車椅子の座面にまでずり落ち、足が運転席シートの下にはまり込んでいた。右脛骨骨折。	骨折	身体の屈曲制限があるが、クッションや滑り止めシートを準備していなかった。リクライニング車椅子が、本人の状態に合っていなかった。本人の状態に合った車いすで、シートベルトだけでなくクッションや枕等を使用する。
誤薬、与薬もれ等	前日に体調不良で血糖値高値となっていたため、臨時でインスリン4単位の指示が出ていた。当日も朝食前血糖チェックで高値だったため、看護師が継続の指示が出ていると勘違いし、本来不要なところ、インスリン4単位を施行した。Drへ報告し、経過観察。	異常なし	スタッフの思い込みとダブルチェックでの確認漏れがあった。臨時での投薬は指示内容を個人で把握できるよう、申し送り内容や方法を検討し、スタッフ間でのダブルチェックを徹底する。
誤薬、与薬もれ等	眠前薬を取り出し、確認する際に通常服薬している下剤がセットされていないことに気付いたが、そのまま指示を仰がず飲ませなかった。翌日、医務室看護師へ報告。経過観察。	異常なし	配薬設置時にセットし忘れていた。与薬時に気づいたが、看護師へ報告相談せずそのまま放置した。薬のセットを確実にし、二人で確認を行う。服薬支援の際、異常があった際は、看護師へ連絡し相談、確認を行う。
異食	便秘傾向により下剤を服用しても排便がなく、摘便の為受診。腹部レントゲンとCT撮影すると、回腸部にコインのようなものが写っていた。下剤処方し、自然に排便されるのを待つ。	異常なし	室内の荷物をごちゃごちゃにすることがあるので、お菓子と間違えて食べてしまった可能性が高い。居室内の環境整備を行い、危険になり得るものを排除していく。
異食	布団上でパットをちぎり、食べているのを発見。口腔内のパットを取り出し、確認すると喉の奥にパットが多量にあった為ナースへ報告。吸引器と歯ブラシを使用し取り除く。様子観察。	異常なし	普段より食事のパンをポケットに入れており、パンを食べようと思い食べてしまったと思われる。布オムツへ変更。
医療処置関連(チューブ除去等)	入浴時、シャワーチェアでカテーテルを踏んでいることに気付かず移動した際、バルーンカテーテルが抜けてしまった。予備パウチカテーテルへ交換。	異常なし	普段から、移乗の際などカテーテルの状況に気をつけていたが、入浴の際、転倒等に気を取られ問題点が無いかの再確認をおろそかにしてしまった。移乗の際は、カテーテルの状況を確認して安全に気をつけて介助する。
交通事故	送迎走行中、三叉路直進時、右側道路から車が飛び出してきて運転席側に軽くぶつかった。直後、利用者へ声掛けし状態観察したところ、打撲の様子もなし。翌日も訪問し体調面確認したが、異常なし。	異常なし	送迎中は事故が起こりうることを考慮し、安全運転する。利用者が同乗しているときは責任の重大性を自覚し送迎業務を遂行する。
接触	ベッドから車いすへ移乗の際に、両下肢がクロスし右下腿部が車椅子フットレストへ接触し切傷。受診し13針縫合。感染予防のため、破傷風注射施行。抗生剤処方。	切傷・擦過傷	心疾患、腎疾患による全身浮腫があり、接触による切傷は安易に起こりえた。下肢の位置と車椅子の位置に注意を払う必要があった。下肢浮腫が顕著な為、下腿部を保護するようなレッグウォーマー着用や車いすフットレストへの緩衝材の設置を行い再発防止に努める。

## 介護保険福祉用具購入費の支給について

衛生管理面などで福祉用具貸与になじまない、排泄や入浴等に使われる福祉用具を購入したときに、購入費の一部が介護保険より支給されます。

- ・那珂川市の被保険者の方。
  - ・要介護(要支援)認定をもっている方。
  - ・指定の福祉用具販売事業所において販売される特定福祉用具で、那珂川市が日常生活の自立を助けるために必要と認めるものに限ります。
  - ・本人が在宅で生活している方。(入院・入所・外泊は不可)
- ※入院(入所)中だが退院(退所)予定が近く、在宅生活に向けての福祉用具購入が必要な方は、入院(入所)中に申請が可能です。但し、償還払いでの申請となります。

### ◆ 給付対象となる特定福祉用具の種類

品目	機能または構造
1 腰掛便座	<p>★次のいずれかに該当する場合に限る。 ※設置費用は保険給付対象外</p> <p>①和式便器の上に置いて腰掛式に変換するもの。(腰掛式に変換する場合に高さを補うものを含む。)</p> <p>②洋式便器の上に置いて高さを補うもの。</p> <p>③電動式又はスプリング式で便座から立ち上がる際に補助できる機能を有しているもの。</p> <p>④便座・バケツ等からなり、移動可能である便器(水洗機能を有する便器を含み、居室で利用可能であるもの。)</p>
2 自動排泄処理装置の交換可能部品	<p>自動排泄処理装置の交換可能部品(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、居宅要介護者等又はその介護を行う者が容易に交換できるもの。</p> <p>※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 シーツ等の関連製品は除く。</p>
3 入浴補助用具	<p>★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。</p> <p>①入浴椅子 (高さが概ね35cm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)</p> <p>②浴槽用手すり (浴槽縁を挟み込んで固定できるもの)</p> <p>③浴槽内いす (浴槽内に置いて利用できるもの)</p> <p>④入浴台 (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)</p> <p>⑤浴室内すのこ (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)</p> <p>⑥浴槽内すのこ (浴槽の中に置いて浴槽の底面の高さを補うもの)</p> <p>⑦入浴用介助ベルト (居宅要介護者等の身体に直接巻き付けて使用するものであって、浴槽への出入り等を容易に介助することができるもの)</p>
4 簡易浴槽	<p>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、 取水又は排水の為に工事を伴わないもの(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)。</p>
5 移動用リフトのつり具	<p>身体に適合するもので、移動用リフトに連結可能なもの。</p>
6 排泄予測支援機器	<p>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等又はその介護を行う者に自動で通知するもの。</p> <p>※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。</p> <p>★購入時、要介護者の膀胱機能を確認する必要があるため、医学的な所見がわかる書類の添付が必要です。 (介護認定審査における主治医の意見書、サービス担当者会議等における医師の所見、介護支援専門員等が聴取した居宅サービス計画等に記載する医師の所見、または個別に取得した医師の診断書 等)</p>
7 スロープ ☆貸与との選択制	<p>主に敷居等の小さい段差の解消に使用し、頻繁な持ち運びを要しないもの。</p> <p>※便宜上設置や撤去、持ち運びができる可搬型のは除く。</p>
8 歩行器 ☆貸与との選択制	<p>脚部が全て杖先ゴム等の形状となる固定式又は交互式歩行器。</p> <p>※車輪・キャスターが付いている歩行車は除く</p>
9 歩行補助つえ ☆貸与との選択制	<p>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</p>

☆スロープ、歩行器、歩行補助つえはR6.4.1改正により追加され、貸与との選択制になります。

貸与又は販売のいずれかを選択できることを利用者等に対し、メリット及びデメリットを含め十分説明し、選択に当たり必要な情報を提供 すること。また、医師や専門職の意見、利用者の身体状況等を踏まえ、提案を行うこと。

## ◆ 保険給付

要介護・要支援状態区分にかかわらず、支給限度基準額は10万円です。利用期間は4月から翌年3月の1年間で、毎年更新となります。

※購入費用(消費税を含み10万円まで)の9割、8割又は7割が支給されます。

$$\text{福祉用具購入金額} = \text{負担割合額(自己負担1割額～3割額)} + \text{残額(介護保険支給額)}$$

※自己負担の割合は負担割合証をご確認ください。

## ◆ 支給申請種類

支給申請は2通りの方法があります。

1 償還払い …… 利用者が購入費用をいったん全額事業者に支払い、後に市から介護保険支給額の払い戻しを受けます。

※入院中、入所中の方は償還払いの申請で、退院、退所を確認後に保険給付となります。

※要支援・要介護認定の新規申請中・区分申請中に申請する方は償還払いで、認定結果が下りてから保険給付となります。認定結果が非該当となった場合は、支給されません。

2 受領委任払い …… 利用者は自己負担割合額(1割額～3割額)を事業者支払い、残りの介護保険支給額については本市が直接委任を受けた事業者支払いします。

## ◆ 申請の流れ

## ① 相談

担当のケアマネジャー又は那珂川市の第1又は第2地域包括支援センターに相談してください。

## ② 事前申請

※受領委任払い・償還払いのいずれも、必ず購入前に申請をお願いします

書類の提出は販売事業者やケアマネジャーに依頼することができます。

## ③ 購入了承の連絡

那珂川市の介護保険担当にて事前申請書類確認後、購入了承をお知らせします。給付費の支払い方法によって、購入了承の連絡方法が異なります。

償還払い…販売事業者に購入了承を連絡します。

受領委任払い…利用者宅に、給付券と販売事業者宛請求書を送付します。希望によっては、市が販売事業者等に預けます。

## ④ 福祉用具の購入

## ⑤ 完了報告

領収証原本を市に提出してください(受領委任払いの場合は、利用者が署名した給付券を添付)。

販売事業者・ケアマネジャーに依頼できます。

⑥ 購入完了後の書類を確認後、那珂川市から福祉用具購入費を支給します。支給には完了報告から概ね1カ月かかります。

## ◆ 事前申請に必要な書類

	提出書類	留意事項
1	福祉用具購入申請チェックリスト (申請時提出用) + 申請書	①申請書は償還払い用か受領委任払い用のどちらかを提出してください。 ②償還払い方法の口座は原則被保険者本人の口座です。 ※例外的に家族の口座へ振り込み希望の場合はその理由とともに、委任状が必要。
2	見積書	①特定福祉用具の種目、商品名(品番等含む)、製造事業者名及び販売事業者名を記載してください。 ②10割費用額と本人負担額を記載してください。
3	パンフレット等	特定福祉用具の概要を記載した書面を添付してください。
4	居宅サービス計画 (1)～(3)表	介護保険の居宅サービスを利用している場合、当該福祉用具購入の位置付けがあるプランが必要です。 ※介護認定が要支援の方の場合は、介護予防サービス計画書を提出してください。 ※ケアマネジャーとの契約がない方は、介護保険担当へご相談ください。

## ◆ 完了報告に必要な書類

## ★ 償還払いの場合の提出書類

- ① 利用者が支払った費用10割額の領収証原本

## ★ 受領委任払いの場合の提出書類

- ① 利用者が署名した給付券  
 ② 介護保険支給額の請求書(本市様式)  
 ③ 利用者が支払った自己負担割合額の領収証原本  
 ※写しをとった後、受付印を押してお返します。

## ◆ 福祉用具Q&amp;A (介護報酬等に係るQ&amp;Aより)

## 1. 同一種目の福祉用具購入について

Q 同一種目の福祉用具を再度購入できるか。

A 福祉用具購入費支給限度額管理期間(同年度内)においては、同一種目につき1回に限られる。ただし、同一種目でも破損した場合、介護の必要の程度が著しく高くなった場合その他特別な事情がある場合であって、市町村が支給が必要と認めるときは福祉用具購入費は支給される。「その他特別な事情」とは、利用者の身体状況や生活環境等から必要と認められる場合の再支給のほか、ロフトランドクラッチやスロープのような種目の特性等から複数個の利用が想定される場合も含む。

※本市では、破損した福祉用具の写真等を依頼する場合があります。

## 2. 指定を受けていない販売事業者からの福祉用具購入について

Q 利用者が指定を受けていない販売事業者で特定福祉用具を購入した場合であっても、保険者の判断で福祉用具購入費を支給することは可能か。

A 認められない。特定福祉用具販売は、福祉用具専門相談員が関与する「サービス」として位置づけられたものであり、その「サービスの質」が担保されない「購入」に対して福祉用具購入費を支給することはできない。

## 3. 腰掛便座の給付対象範囲について

Q 腰掛便座の範囲は、家具調のもの、ウォームアップ機能付きのものなど高額なものもあるが、特に制限はないか。

A 家具調のもの等、金額にかかわらず、利用者が選択すれば給付対象として差し支えない。

※本市では、特別な機能のついた腰掛便座については、利用者の日常生活の自立を助けるために必要と判断したものに限り給付対象としており購入申請時に検討が必要となります。(例:ウォシュレットつき腰掛便座は拭き取りが自分でできない方等が対象等)

## 4. 貸与と販売の提案に係る利用者の選択に資する情報提供について

Q 福祉用具専門相談員又は介護支援専門員が提供する利用者の選択に当たって必要な情報とはどういったものが考えられるか。

A ・利用者の身体状況の変化の見通しに関する医師やリハビリテーション専門職等から聴取した意見

・サービス担当者会議等における多職種による協議の結果を踏まえた生活環境等の変化や福祉用具の利用期間に関する見通し

・貸与と販売それぞれの利用者負担額の違い

・長期利用が見込まれる場合は販売の方が利用者負担を抑えられること

・短期利用が見込まれる場合は適時適切な福祉用具に交換できる貸与が適していること

・国が示している福祉用具の平均的な利用月数 ※固定用スロープ:13.2か月、歩行器:11.0か月、単点杖:14.6か月、多点杖:14.3か月等が考えられる。

## (予防) 福祉用具購入費支給申請の留意点

### 1. 福祉用具販売事業者

- ・支給申請書に記載漏れや間違いがないようにしてください。
- ・支給申請書に福祉用具が必要な理由の明記があるか、サービス担当者会議録との整合性があるかの確認をしてください。  
※「専門相談員等意見欄」及び、裏面の「特定福祉用具販売の提供が必要な理由の詳細について」は、ケアマネのほかに販売事業者の福祉用具専門相談員の記入も可能ですが、提出までに、記載内容についての確認をケアマネが行うようにしてください。
- ・福祉用具購入申請チェックリスト（申請時提出用）の確認をしてください。

### 2. 介護予防支援事業所および居宅介護支援事業所

- ・支給申請書に記載漏れや間違いがないかを確認してください。
- ・福祉用具購入申請チェックリスト（申請時提出用）の確認をしてください。
- ・支給申請書に福祉用具が必要な理由の明記があるか、サービス担当者会議との整合性があるかの確認をしてください。  
※「専門相談員等意見欄」及び、裏面の「特定福祉用具販売の提供が必要な理由の詳細について」は、販売事業者の福祉用具専門相談員が記入することも可能です。記載内容については、提出までにケアマネが確認をし、確認欄に署名をしてください。

以上、申請の際にはご留意ください。よろしくお願いたします。

受 付 印

申請者の氏名及び被保険者番号
----------------

### 福祉用具購入申請チェックリスト（申請時提出用）

居宅介護（予防）支援事業所名	担当者名
----------------	------

#### <居宅介護支援事業所/予防支援事業所>

- サービス担当者会議録等の記載内容について ※確認のみ（提出不要） 確認済→
  - ① 身体状況及び住環境等への適合があるか 
    - ・サービス担当者会議において、当該福祉用具が必要となる個人因子（原因傷病等、それに起因する身体状況や心身の状況等）及び環境的要因（住環境や家族の状況等）の情報共有を行ったか
  - ② 当該福祉用具の使用が自立の障害をしていないか 
    - ・当該利用者について医師や専門職の関わりがある場合は意見を聴取しているか
  - ③ サービス担当者会議での検討 
    - ・サービス担当者会議において、事前に照会もしくは会議内で出された主治医やPT等の意見を共有し、会議録にも記載しているか
    - ・当該利用者に関わるチームとしての意見が出されているか、またその記録があるか
  - ④ 試用状況の確認をしているか 
    - ・試用の状況を十分に確認し、その記録があるか ※担当後に確認した場合は、支援経過記録に記載があるか。
- 申請書への記入について 確認済→
  - ① 「居宅介護支援事業所等確認欄」への記入があるか
  - ② 専門相談員等意見欄及び裏面：特定福祉用具販売の提供が必要な理由の詳細
    - ・自ら記入した場合に漏れなどはないか、適切であるか
    - ・販売事業者が記入した場合に漏れなどはないか、適切であるか

福祉用具事業所名	担当者名
----------	------

#### <福祉用具事業所>

- 必要な書類の有無 について ある→
  - ① 福祉用具購入費支給申請書（給付券利用または償還払い用）
  - ② 見積書（原本）
  - ③ 商品パンフレットの写し
  - ④ ケアプラン（第1～3表、もしくは介護予防サービス計画） 
    - ※担当CMがあり、ケアプランが作成されている場合 ※ケアプランの作成がない場合は経過支援記録等
  - ⑤ 本チェックリスト
- 記載内容について 確認済→
  - ① について：福祉用具が必要な理由が明確に記載されているか、またサービス担当者会議録との整合性があるか 
    - （専門相談員等意見欄及び裏面：特定福祉用具販売の提供が必要な理由の詳細）
  - 福祉用具を使用することで改善が予想される生活動作の記載があるか 
    - （期待される効果）

#### 【選択制の対象福祉用具を提供する場合】

貸与と販売のいずれかを選択できること、そのメリット・デメリットを誰が説明したか	介護支援専門員 ・ 福祉用具専門相談員
利用者の選択に当たって必要な情報を誰が提供したか	介護支援専門員 ・ 福祉用具専門相談員
販売を選択するという判断に至った理由の記載があるか	ある ・ ない

居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書（給付券）									
フリガナ			保険者番号	4	0	2	3	1	3
被 保 険 者 氏 名			被保険者番号						
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	性 別	男 ・ 女	介 護 度					
住 所	〒		電話番号						
福祉用具種目 (福祉用具品目及び商品名)	製造業者名及び 販売事業者名	購入予定金額		購 入 予 定 日					
		円		年 月 日					
		円		年 月 日					
		円		年 月 日					
専門相談員等 意見欄	※特定福祉用具の提供が必要な理由								
専門相談員等氏名									
資格等									
<p>(あて先) 那珂川市長 上記のとおり、関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請し、当該申請に基づく福祉用具購入費の支給申請及び受領に関する権限を下記の者に委任します。なお、記載内容に変更が生じた場合は、この申請書を取下げ、新たに申請を行うことを誓約します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名 電話番号</p> <p style="text-align: center;">※本人もしくは家族等の自筆であること。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>住所</p> <p>委任を 事業所名</p> <p>受けた者 代表者氏名 電話番号</p>									
居宅介護支援事業所等 確認欄	支 援 事 業 者 等 名 称			ケアマネジャー等氏名 (自筆)					
事業者の紹介	ガイドブック等により、販売事業者を( )社紹介した。								
注意	<ul style="list-style-type: none"> <li>・この申請書と、見積書及び福祉用具のパフレット等、当該福祉用具を位置づけたケアプランがある場合はそのケアプランを添付してください。</li> <li>・「専門相談員等意見欄」については、個々の用具ごとに記載してください。</li> <li>・購入後には、領収書を提出してください。</li> </ul>								



居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書（償還払い）

フリガナ			保険者番号	4	0	2	3	1	3	
被 保 険 者 氏 名			被保険者番号							
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	性 別	男 ・ 女	介護度						
住 所	〒 電話番号									
福祉用具種目 (福祉用具品目及び商品名)	製造業者名及び 販売事業者名	購入予定金額	購 入 予 定 日							
		円	年 月 日							
		円	年 月 日							
		円	年 月 日							
専門相談員等 意見欄	※特定福祉用具の提供が必要な理由									
専門相談員等氏名										
資格等										
<p>(あて先) 那珂川市長                  上記のとおり、関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請し、当該申請に基づく福祉用具購入費の支給申請に関する権限を下記の者に委任します。なお、記載内容に変更が生じた場合は、この申請書を取下げ、新たに申請を行うことを誓約します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 被保険者氏名 電話番号</p> <p>※本人もしくは家族等の自筆であること。                  なお、居宅介護（予防）福祉用具購入費は下記の口座に振り込んでください。</p>										
振込先口座	銀行 農協	本店 支店 出張所	種 目				口 座 番 号			
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金							
			2 当座預金							
			3 その他							
	フリガナ									
	口座名義人									
<p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>委任を 受けた者 事業所名 代表者氏名 電話番号</p>										
居宅介護支援事業所等 確認欄	支 援 事 業 者 等 名 称			ケアマネジャー等氏名（自筆）						
事業者の紹介	ガイドブック等により、販売事業者を（ ）社紹介した。									

- 注意
- ・この申請書と、見積書及び福祉用具のパンフレット等、当該福祉用具を位置づけたケアプランがある場合はそのケアプランを添付してください。
  - ・「専門相談員等意見欄」については、個々の用具ごとに記載してください。
  - ・購入後には、領収書を提出してください。

(予防) 特定福祉用具販売の提供が必要な理由の詳細について

作成者	所属事務所名等				作成日			
	資格等			氏名			電話番号	

<基本情報>

利用者	被保険者番号					年齢	歳	生年月日	年	月	日
	被保険者氏名					要介護認定	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5			

<総合的状況>

利用者の身体状況	既往症等：  ：身長      cm：体重      kg  困難を感じる具体的身体状況
介護状況	介護者の状況  困難を感じる住宅の状況 便座の高さ（      ）cm：風呂桶の高さ/内側（      ）cm・外側（      ）cm：（      ）の段差（      ）cm （その他具体的に） 福祉用具購入の有無    なし・あり（品目：      ） 福祉用具貸与の有無    なし・あり（品目：      ） 住宅改修の有無    なし・あり（品目：      ）
その他困難がある状況	

「総合的状況」を踏まえて、改善しようとしている生活動作・福祉用具の種類・期待される効果等を具体的に記入してください。

改善をしようとしている生活動作	<input type="checkbox"/> （      ）から（      ）までの移動・出入 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 立ち座り（便器から・洗い場・浴槽内・上がり框・      ） <input type="checkbox"/> 姿勢保持（排泄時・洗い場・浴槽内・      ） <input type="checkbox"/> 昇降（      ） <input type="checkbox"/> 車いす・装具等、履物の脱着 <input type="checkbox"/> 後始末			
利用を考えている福祉用具	<input type="checkbox"/> 腰掛便座 ・据置式便器 ・補高便座 ・立ち上がり補助便座 ・ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> 入浴補助用具 ・入浴用椅子 ・浴槽用手すり ・浴槽内椅子 ・入浴台 ・浴室内すのこ ・浴槽内すのこ ・入浴用介助用ベルト	<input type="checkbox"/> スロープ  <input type="checkbox"/> 歩行器  <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ	<input type="checkbox"/> 簡易浴槽  <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具  <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品  <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器
期待される効果	<input type="checkbox"/> できなかった（      ）をできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減		<input type="checkbox"/> その他	

紹介の状況

商品の紹介	カタログ等により、同種の福祉用具をメーカー別・仕様別に（      ）機種を紹介した。
-------	---------------------------------------------

居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書（給付券）

フリガナ	ナカガフ ハナコ	保険者番号	4 0 2 3 1 3
被保険者氏名	那珂川 花子	被保険者番号	0 0 0 0 × × × × × ×
生年月日	明・大・昭 7年10月1日	性別	男・女 介護度 介1
住所	〒811-1299 那珂川市西隈1丁目1番1号 電話番号092-953-2211		
福祉用具種目 (福祉用具品目及び商品名)	製造業者名及び 販売事業者名	購入予定金額	購入予定日
入浴補助用具 浴槽内イス〇〇-××	那珂川化成(株) かわせみ販売	15,000円	R4年12月10日

ここに、当該福祉用具が必要となる①原因傷病等、②それに起因する身体状況、③福祉用具を導入することにより見込まれる改善点を明記してください（※福祉用具の種目の目的を含む）。

専門相談員等 意見欄	※利用の提供が必要な理由
専門相談員等氏名 資格等	ケアマネ等もしくは 福祉用具専門相談員

入院による廃用にて下肢筋力の低下があり、低い位置からの立ち座りができず、浴槽縁や蛇口などへの身体への負担が大きい。また、浴槽が〇〇cmと深く、跨ぎにおいても浴槽内イスを用いない動作と安全性を獲得できる。浴槽内イスを利用することで、自宅で、心ながら自立した入浴をすることが出来るようになる。

(あて先) 那珂川市長  
上記のとおり、関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請し、当該申請に基づく福祉用具購入費の支給申請及び受領に関する権限を下記の者に委任します。なお、記載内容に変更が生じた場合は、この申請書を取下げ、新たに申請を行うことを誓約します。

年 月 日 **記入は不要です**

住所 那珂川市西隈1丁目1番1号

申請者 被保険者氏名 那珂川 花子 電話番号 092-953-2211  
※本人もしくは家族等の自筆であること。

年 月 日 **記入は不要です**

住所 那珂川市大字安徳702番地1

委任を受けた者 事業所名 かわせみ販売  
代表者氏名 安徳 一郎 電話番号 092-953-4563

居宅介護支援事業所等 確認欄	支援事業者等名称	ケアマネジャー等氏名(自筆)
	南畑ケアプラン	南畑 太郎

事業者の紹介 ガイドブック等により、販売事業者を( 3 )社紹介した。

注意 ・この申請書と、見積書及び福祉用具のパフレット等、当該福祉用具を位置づけたケアプランがある場合はそのケアプランを添付してください。  
・「専門相談員等意見欄」については、個々の用具ごとに記載してください。  
・購入後には、領収書を提出してください。

ケアマネ等もしくは  
福祉用具専門相談員

(予防) 特定福祉用具販売の提供が必要な理由の詳細について

作成者	所属事務所名等	かわせみ販売	作成日	R 4. 1 2. 2
	資格等	福祉用具専門相談員	氏名	安徳 太郎
			電話番号	092-953-4563

<基本情報>

利用者	被保険者番号	0 0 0 0	年齢	●歳	生年月日	S 7 年 1 0 月 1 日
	被保険者氏名	那珂川 花子	要介護認定	要支援 1・2	要介護	1・2・3・4・5

<総合的状況>

利用者の身体状況	既往症等： 高血圧、骨粗鬆症 肺炎でR4. 11. 20～R4. 11. 28 まで入院 身長 148 cm：体重 40 kg  困難を感じる具体的状況 年齢による下肢筋力の衰えはあったが、肺炎による入院をきっかけに、かなりの進行が見られる。定位置からの立ち座りにおいて、動作の困難さと不安定さが顕著である。骨粗鬆症の治療中でもあり、転倒などが骨折につながるリスクは大きい。
介護状況	介護者の状況 独居であり、家族等から日常的な支援は望めない。  困難を感じる住宅の状況 便座の高さ ( ) cm：風呂桶の高さ/内側 ( ○○ ) cm：外側 ( ○○ ) cm：( ) の段差 ( ) cm その他具体的に 浴室に手すりはない。現在は、浴槽の縁や蛇口につかまり立ち上がっている。 洗い場には、亡夫が購入したシャワーチェアがあり、問題なく使用している。 福祉用具購入の有無 <u>なし</u> ・あり (品目： ) 福祉用具貸与の有無 なし <u>あり</u> (品目：たちアップ/寝室 ) 住宅改修の有無 <u>なし</u> ・あり (品目： )
その他困難がある状況	通所介護の利用はあるが、一人での入浴にこだわりあり自宅での入浴の継続を希望されている。通所事業所において専門職による機能訓練を受けているが、年齢から大きな回復は望めないと聞き取っている。

「総合的状況」を踏まえて、改善しようとしている生活動作・福祉用具の種類・期待される効果等を具体的に記入してください。

改善をしようとしている生活動作	□ ( ) から ( ) までの移動・出入 <input checked="" type="checkbox"/> 立ち座り (便器から・洗い場・ <u>浴槽内</u> 上がり框・ ) □ 姿勢保持 (排泄時・洗い場・浴槽内・ ) □ 昇降 ( ) □ 車いす・装具等、履物の脱着 □ 後始末	<input checked="" type="checkbox"/> その他 浴槽内側が深くなっており、身長が低いため、浴槽の跨ぎにおいても、浴槽内椅子を使用することで、動作の容易性と安全性を確保することができる。		
利用を考えている福祉用具	□ 腰掛便座 ・据置式便器 ・補高便座 ・立ち上がり補助便座 ・ポータブルトイレ	<input checked="" type="checkbox"/> 入浴補助用具 ・入浴用椅子 ・浴槽用手すり <u>・浴槽内椅子</u> ・入浴台 ・浴室内すのこ ・浴槽内すのこ ・入浴用介助用ベルト	□ スロープ  □ 歩行器  □ 歩行補助つえ	□ 簡易浴槽  □ 移動用リフトのつり具  □ 自動排泄処理装置の交換可能部品  □ 排泄予測支援機器
期待される効果	□ できなかった ( ) をできるようにする <input checked="" type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 □ 介護者の負担の軽減	<input checked="" type="checkbox"/> その他 福祉用具を使用することで、自宅において、安全に、また身体への負担を軽減しながら入浴における自立を継続することができる		

紹介の状況

商品の紹介	カタログ等により、同種の福祉用具をメーカー別・仕様別に ( 2 ) 機種を紹介した。
-------	--------------------------------------------

居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書（償還払い）

記入例②

フリガナ	ナカガワ ハナコ	保険者番号	4
被保険者氏名	那珂川 花子	被保険者番号	0 0 0 0 x x x x x x
生年月日	明・大 昭 7年10月 1日	性別	男・女 介護度 介1
住所	〒811-1299 那珂川市西隈1丁目1番1号 電話番号 092-953-2211		
福祉用具種目 (福祉用品目及び商品名)	製造業者名及び 販売事業者名	購入予定金額	購入予定日
入浴補助用具 浴槽内イス〇〇-x-x	那珂川化成(株) かわせみ販売	15,000円	令和1年12月10日

ここに、当該福祉用具が必要となる①原因傷病等、②それに起因する身体状況、③福祉用具を導入することにより見込まれる改善点を明記してください（※福祉用具の種目の目的を含む）。

専門相談員等 意見欄	※本人もしくは家族等の自筆であること 入院による廃用に下肢筋力の低下があり、低い位置からの立ち座りができず、設置済の手すりなどの負担が大きい。また、浴槽が〇〇cmと深く、跨ぎにおいても浴槽内イ キイ動作と安全性を獲得できる。浴槽内イスを利用することで、自宅で、 がら自立した入浴をすることが出来るようになる。
専門相談員等氏名	ケアマネ等もしくは 福祉用具専門相談員
資格等	

記入は不要です

（本件生）那珂川市長  
り、関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請し、当該申請に基づく福祉用具購入  
申請に関する権限を下記の者に委任します。なお、記載内容に変更が生じた場合は、この申  
請書を取り下げ、新たに申請を行うことを誓約します。

年 月 日

住所 那珂川市西隈1丁目1番1号

申請者

被保険者氏名 那珂川 花子

電話番号 092-953-2211

なお、居宅介護（予防）福祉用具購入費は下記の口座に振り込んでください。

振込先口座	なかがわ	銀行	本店	種 目	口 座 番 号
		農協	支店		
	金融機関コード	出張所	1 普通預金	〇 x △ □ ◇	
	店舗コード	2 当座預金			
		3 その他			
	フリガナ	ナカガワ ハナコ			
	口座名義人	那珂川 花子			

年 月 日

記入は不要です

住所 那珂川市大字安徳702番地1

委任を  
受けた者

事業所名 かわせみ販売

代表者氏名 安徳 一郎

電話番号 092-953-4563

居宅介護支援事業所等  
確認欄

支援事業者等名称

ケアマネジャー等氏名（自筆）

南畑ケアプラン

南畑 太郎

事業者の紹介

ガイドブック等により、販売事業者を（ 3 ）社紹介した。

- 注意
- ・この申請書と、見積書及び福祉用具のパンフレット等、当該福祉用具を位置づけたケアプランがある場合はそのケアプランを添付してください。
  - ・「専門相談員等意見欄」については、個々の用具ごとに記載してください。
  - ・購入後は、領収書を提出してください。

(予防) 特定福祉用具販売の提供が必要な理由の詳細について

ケアマネ等もしくは  
福祉用具専門相談員

作成者	所属事務所名等	かわせみ販売	作成日	R4.12.2	
資格等	福祉用具専門相談員	氏名	安徳 太郎	電話番号	092-953-4563

<基本情報>

利用者	被保険者番号	0 0 0 0 x x x x x x	年齢	●歳	生年月日	S7年10月1日
	被保険者氏名	那珂川 花子	要介護認定	要支援 1・2	要介護	1・2・3・4・5

<総合的状況>

利用者の身体状況	既往症等：高血圧、骨粗鬆症 肺炎でR4.11.20～R4.11.28まで入院 身長 148 cm：体重 40 kg			
	<p>困難を感じる具体的状況</p> <p>年齢による下肢筋力の衰えはあったが、肺炎による入院をきっかけに、かなりの進行が見られる。定位置からの立ち座りにおいて、動作の困難さと不安定さが顕著である。骨粗鬆症の治療中でもあり、転倒などが骨折につながるリスクは大きい。</p>			
介護状況	<p>介護者の状況</p> <p>独居であり、家族等から日常的な支援は望めない。</p> <p>困難を感じる住宅の状況</p> <p>便座の高さ( ) cm：風呂桶の高さ/内側(〇〇) cm・外側(〇〇) cm：( )の段差( ) cm</p> <p>その他具体的に 浴室に手すりはない。現在は、浴槽の縁や蛇口につかまり立ち上がっている。 洗い場には、亡夫が購入したシャワーチェアがあり、問題なく使用している。</p> <p>福祉用具購入の有無 <u>なし</u>・あり(品目： )</p> <p>福祉用具貸与の有無 なし・<u>あり</u>(品目：たちアップ/寝室 )</p> <p>住宅改修の有無 <u>なし</u>・あり(品目： )</p>			
その他困難がある状況	通所介護の利用はあるが、一人での入浴にこだわりあり自宅での入浴の継続を希望されている。通所事業所において専門職による機能訓練を受けているが、年齢から大きな回復は望めないと聞き取っている。			
「総合的状況」を踏まえて、改善しようとしている生活動作・福祉用具の種類・期待される効果等を具体的に記入してください。				
改善しようとしている生活動作	<input type="checkbox"/> ( ) から ( ) までの移動・出入 <input checked="" type="checkbox"/> 立ち座り(便器から・洗い場・ <u>浴槽内</u> 上がり框・ ) <input type="checkbox"/> 姿勢保持(排泄時・洗い場・浴槽内・ ) <input type="checkbox"/> 昇降( ) <input type="checkbox"/> 車いす・装具等、履物の脱着 <input type="checkbox"/> 後始末	<input checked="" type="checkbox"/> その他 浴槽内側が深くなっており、身長が低いため、浴槽の跨ぎにおいても、浴槽内椅子を使用することで、動作の容易性と安全性を確保することができる。		
利用を考えている福祉用具	<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 据置式便器 <input type="checkbox"/> 補高便座 <input type="checkbox"/> 立ち上がり補助便座 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input checked="" type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 入浴用椅子 <input type="checkbox"/> 浴槽用手すり <input checked="" type="checkbox"/> <u>浴槽内椅子</u> <input type="checkbox"/> 入浴台 <input type="checkbox"/> 浴室内すのこ <input type="checkbox"/> 浴槽内すのこ <input type="checkbox"/> 入浴用介助用ベルト	<input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ	<input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器
期待される効果	<input type="checkbox"/> できなかった( )をできるようにする <input checked="" type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減		<input checked="" type="checkbox"/> その他 福祉用具を使用することで、自宅において、安全に、また身体への負担を軽減しながら入浴における自立を継続することができる	
紹介の状況	商品の紹介			
	カタログ等により、同種の福祉用具をメーカー別・仕様別に( 2 )機種を紹介した。			

介護保険 住宅改修の手引き

介護保険住宅改修とは、要介護(要支援)認定を受けて在宅生活をしている人が、生活を送るために小規模な住宅改修を行った場合、その一部を支給するものです。工事を行う前に事前申請が必要となります。改修前に、必ずケアマネジャーもしくは地域包括支援センターにご相談ください。

◆ 対象要件

- ・ 保険者が那珂川市の方。
- ・ 要介護(要支援)の認定をもっている方。
- ・ 原則として介護保険被保険者証に記載の住所地で、実際に居住している住宅が対象。
- ・ 工事内容が介護保険の給付対象であり、事前申請書類の理由書にて住宅改修の必要性が確認できる方。
- ・ 本人が在宅で生活している方。(入院・入所・外泊は不可)
  - ※ 入院(入所)中であるが、退院(退所)予定が近く、在宅復帰に向けての住宅改修が必要な方は、入院(入所)中に住宅改修申請が可能です。但し、償還払い方式の申請が必要です。

◆ 給付対象となる住宅改修の種類

改修種別	内容
1 手すりの取り付け	★居室、浴室、トイレ、廊下、玄関、玄関から道路までの通路等に転倒や移動または移乗動作の補助を目的として手すりを設置するもの。 ※工事で固定しない手すりは住宅改修の支給対象にはならない。
2 段差の解消	★居室、浴室、トイレ、廊下、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及び傾斜を解消するために行うもの。敷居を低くする、スロープを設置する、床のかさ上げ等の工事が対象。 ※取り付け工事で固定しないスロープや敷台等、昇降機等段差を解消する機器の設置工事は住宅改修対象にはならない。
3 滑りの防止や、移動を円滑にする等のための床または通路面の材料の変更	★居室においては畳敷きから板張り、ビニル系床材等への変更、浴室においては床材の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。
4 引き戸等への扉の取替え	★開き戸を引き戸、折り戸、アコーディオンカーテン等に取り換えるといった扉全体を取り替える工事のほか、扉の撤去、ドアノブの変更や戸車の設置も住宅改修対象となる。
5 洋式便器等への便器の取替え	★和式便器を洋式便器に取り替える工事。既存の便器の位置や向きを変更する場合も含む。
6 その他1から5の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修	★①手すりの取り付けのための壁の下地補強。 ②浴室の床の段差解消(浴室のかさ上げ)に伴う給排水設備工事、スロープ設置に伴う転落や脱輪防止を目的とする柵や立ち上がりの設置。 ③床材の変更のための下地補修や根太の補強、通路面の材料の変更のための路盤整備。 ④扉の取替えに伴う壁又は柱の改修工事 ⑤便器の取替えに伴う給排水工事(水洗化は除く)、床材変更。

◆ 保険給付

要介護・要支援状態区分にかかわらず、支給限度基準額は20万円です。20万円の工事を上限として、利用者負担は負担割合額(1割～3割)と上限額を超えた費用です。残りの額については介護保険より支給されます。支給限度額20万の範囲内であれば、何回かに分けて申請することができます。また、要介護状態区分が著しく重くなった場合や転居した場合については、条件によって支給限度基準額の利用が再度認められる場合があります。

※ 複数の業者に見積もりを依頼して、工事内容を検討されるようお願いいたします。

住宅改修金額 → 負担割合額(自己負担1割～3割額) + 介護保険支給額 + (上限を超えた額)

## 介護保険 住宅改修の手引き

## ◆ 支給申請種類（支給申請は2通りの方法があります。）

- 1 償還払い・・・ 利用者が改修費用の全額を一時立て替えて事業者に支払い、後から介護保険給付額の払い戻しを那珂川市から受けます。

入院中、入所中の方は償還払い申請で、退院、退所を確認後に保険給付となります。

※ 退院・退所ができなかった場合は、保険給付を受けることは出来ません。

- 2 受領委任払い・・・ 利用者が負担額（負担割合額と上限を超えた場合はその額）を業者に支払い、介護保険支給額については那珂川市が業者に支払います。

※ 要介護認定新規や変更の申請中、または入院中の人は受領委任払いの利用はできません。

※ 給付制限を受けている場合は、受領委任払いの利用はできません。

## ◆ 申請の流れ

## ① 相談

- ・ 要介護（要支援）認定をもち居宅介護サービスを受けている方は、担当のケアマネジャーに相談してください。
- ・ 居宅介護サービスを利用していない方は、那珂川市の第1又は第2地域包括支援センターに相談してください。

## ② 施工業者の選定

## ③ 事前申請

事前申請に必要な書類を那珂川市高齢者支援課介護保険担当に提出してください。書類の提出はケアマネジャーや施工業者に依頼することもできます。

## ③ 現地確認

状況によっては、那珂川市の介護保険担当職員が、ご自宅を訪問して現地調査する場合があります。

## ④ 住宅改修の着工

事前申請の確認後、着工了承の連絡を行います。必ず、了承の連絡を受けた後に着工をしてください。

了承の連絡方法は、支給方法によって異なります。

- |   |           |                                                                |
|---|-----------|----------------------------------------------------------------|
| { | 償還払い・・・   | 那珂川市より施工業者に着工の連絡をします。                                          |
|   | 受領委任払い・・・ | 利用者宅に、給付券と施工業者宛請求書を送付します。給付券確認後に着工してください ※希望によっては、市が販売業者に預けます。 |

※ 事前申請と異なる工事は、住宅改修費を支給することができません。工事内容を事前申請内容と変更する場合は、高齢者支援課介護保険担当にご連絡ください。

## ⑤ 住宅改修完了後の支給

住宅改修完了後、施工業者に費用を支払ってください。

- |   |                        |                                                               |
|---|------------------------|---------------------------------------------------------------|
| { | 償還払い・・・・・・・・・・・・・・・・   | 費用の全額を施工業者に支払ってください。後日介護保険支給額が那珂川市から利用者に支払われます。               |
|   | 受領委任払い・・・・・・・・・・・・・・・・ | 施工業者に費用の負担割合額（1割額～3割額）を支払ってください。その際、利用者が署名した給付券を施工業者に渡してください。 |

## ⑥ 完了報告の書類提出、住宅改修費の支給

完了報告に必要な書類を高齢者支援課介護保険窓口に出してください。提出はケアマネジャーや施工業者に依頼することもできます。書類確認後、那珂川市から住宅改修費を支給します。支給には完了報告から概ね1カ月かかります。

## 介護保険 住宅改修の手引き

## ◆ 事前申請に必要な書類

	提出書類	留意事項
1	住宅改修申請チェックリスト (申請時提出用) + 住宅改修支給申請書 (給付券利用者用 又は 償還払い利用者用)	①口座は原則被保険者本人の口座。 (口座をもっていないなどの理由で家族の口座へ振り込みを希望する場合は、委任状の提出が必要です。) ※受領委任払いの場合は口座を記載する欄はありません。 ②被保険者証等を参考に正確に記載してください。
2	工事費見積書	①材料費、施工費、諸経費等を適切に区分し記載してください。 ②材料については、商品名、規格、寸法、単価を可能な限り記載してください。 ③住宅改修の種類を明記してください。(例:廊下の手すり) ④改修箇所の写真に記した番号を、見積書にも記載してください。
3	家屋全体及び改修箇所が判る見取り図	①本人の居室、改修箇所の生活動線がわかるように記載してください。(段差解消については、段差の高さを明記する) ②改修箇所ごとに番号をつけ、同じ番号を写真に記載してください。 ③部屋名は、「住宅改修が必要な理由書」「見積書」「住宅改修前後の写真」において統一したものを使用してください。
4	住宅改修が必要な理由書	理由書の作成は次の者が行うことができます。 ・居宅サービス計画書を作成するケアマネジャー ・地域包括支援センター職員 ・作業療法士 ・理学療法士 ・福祉住環境コーディネーター検定試験2級以上の資格を有する者(資格証の写しを添付してください。但し、令和5年4月以降に一度添付すれば、それ以降の添付は不要です。) ※理由書の作成は、基本的には居宅サービス計画書等を作成するケアマネジャー及び地域包括支援センターの担当職員が行います。理由書作成者と利用者の居宅介護サービス計画作成者とが異なる場合、理由書作成者はケアマネジャーと十分に連絡調整を行う必要があります。
5	居宅介護サービス計画書の週間表(3表)及び担当者会議録(4表)	・介護保険の居宅サービスを利用している場合に提出が必要です。 ・要支援の方の場合は、介護予防サービス計画書を提出してください。 ・ケアマネジャーとの契約がない方は介護保険担当へお伝えください。
6	住宅所有者の承諾書	家屋の所有者が本人以外の場合に提出が必要です。 ・所有者が本人以外の家族の場合 ・賃貸契約を結んでいる場合等
7	改修前の写真	①日付入りのカラー写真であること。カメラに日付機能がない場合は、黒板・紙などを利用して写真の中に日付を入れてください。 ②改修箇所すべての写真を提出し、見取り図の番号を写真にも記載してください。 ③写真中に改修内容を図で明記してください。

## ◆ 完了報告に必要な書類

償還払いの場合の提出書類
① 利用者が支払った住宅改修費用10割額の領収証の原本
② 住宅改修後の写真
受領委任払いの場合の提出書類
① 利用者が署名した給付券
② 住宅改修費介護保険支給額の請求書
③ 利用者が支払った負担割合額の領収証の原本
④ 住宅改修後の写真

◆ 要介護状態が著しく重くなった場合の例外

初めて住宅改修費が支給された住宅改修の着工日の要介護等状態区分を基準として、下記の区分が3段階以上上がった場合(3段階リセット)に、例外的に、改めて支給限度基準額20万円分の住宅改修費が受けられます。(初回分の住宅改修について支給限度支給額の残額があっても、追加分に持ち越されず20万円となります。)

※ なお、この例外は、同一被保険者について1回のみ適用されます。

◎要介護区分の段階

要介護区分	段階
要支援1・旧要支援・経過的要介護	第一段階
要支援2	第二段階
要介護1	
要介護2	第三段階
要介護3	第四段階
要介護4	第五段階
要介護5	第六段階

◎要介護区分の3段階以上上がって改めて20万円の住宅改修費が受けられる例

初回の住宅改修着工日の要介護状態区分	追加の住宅改修着工日の要介護区分
要支援1・旧要支援・経過的要介護 (第一段階)⇒	要介護3(第四段階) 要介護4(第五段階) 要介護5(第六段階)
要支援2 要介護1 (第二段階)⇒	要介護4(第五段階) 要介護5(第六段階)
要介護2 (第三段階)⇒	要介護5(第六段階)

## (予防) 住宅改修費支給申請の留意点

### 1.住宅改修事業者

- ・住宅改修支給申請書の記載漏れ、捺印漏れのないようにしてください。
- ・住宅改修申請チェックリスト（申請時提出用）の確認をし、また、記載漏れのないようにしてください。
- ・添付書類が揃っているかを確認してください。
- ・工事写真は、工事の目的が分かりやすく改修前と改修後が比較しやすいアングルか、撮影日付があるかを確認してください。
- ・見取り図は、わかりやすく、出来る限り正確に書いてください。
- ・住宅改修が必要な理由書の作成の場合においては、社団法人シルバーサービス振興会「『住宅改修が必要な理由書』作成の手引き」を参照してください。

### 2.介護予防支援事業所および居宅介護支援事業所

- ・添付するケアプラン第3表「週間サービス計画表」については、週単位以外のサービス欄に、[住宅改修（改修箇所）]を記載して下さい。
- ・添付するケアプラン第4表「サービス担当者会議の要点」については、以下の点を含めた内容を記載してください。
  - (1) 当該住宅改修が必要となる個人因子（原因傷病等、それに起因する身体状況や心身の状況等）
  - (2) // 環境的要因（住環境や家族の状況等）
  - (3) 当該住宅改修について照会した主治医やPT等の意見
  - (4) サ担会において出された意見や、検討された具体的内容
- ・ケアプラン第1表、第2表については、提出不要ですが、理由書の記載内容と整合性があるか確認してください。
- ・「住宅改修が必要な理由書」の作成の場合においては、社団法人シルバーサービス振興会「『住宅改修が必要な理由書』作成の手引き」を参照してください。

以上、申請の際にはご留意ください。よろしくお願いいたします。

受付印

住宅改修申請チェックリスト（申請時提出用）

被保険者氏名	性別	男・女	被保険者番号	
住所	〒 -		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
TEL ( )	-			
要介護度	有効期間	年 月 日	～	年 月 日
介護保険住宅改修利用の有無	有 金額 無 年 月 日	円	高齢者住宅改修費利用の有無	有 無
改修金額	円	支払方法	償 ・ 受	
今回の改修事業者が本市で住宅改修を行った回数	a.初回    b.2回～4回    c.5回目以上			

事業所名	担当者名
------	------

<居宅介護支援事業所/予防支援事業所>

1. 添付書類の記載内容について 確認済→
- ① 身体状況への適合があるか 
    - ・ サービス担当者会議において、当該住宅改修が必要となる個人因子（原因傷病等、それに起因する身体状況や心身の状況等）の情報共有を行ったか
  - ② 住環境等への適合があるか 
    - ・ サービス担当者会議において、環境的要因（住環境や家族の状況等）の情報共有を行ったか
  - ③ 当該住宅改修が自立の阻害をしていないか 
    - ・ 当該利用者についてリハ職の関りがあるか、ある場合は意見を聴取しているか
    - ・ 必要に応じ、主治医の意見を聴取しているか
  - ④ サービス担当者会議での検討 
    - ・ サービス担当者会議において、事前に照会もしくは会議内で出された主治医やPT等の意見を共有し、会議録にも記載しているか
  - ⑤ 理由書作成の際はシルバーサービス振興会「『住宅改修が必要な理由』作成の手引き」の内容に留意しているか

チェック後、居宅介護支援事業所もしくは予防支援事業所の担当者は、第3・4表等に本チェックリストを添付の上住宅改修事業所に渡してください。

居宅事業所の関りがない場合は、包括センターとの連携を検討してください。

事業所名	担当者名
------	------

<住宅改修事業所>

1. 必要な書類の有無について ある→
- ① 住宅改修支給申請書（給付券利用または償還払い用）
  - ② 見積書（原本）
  - ③ 住宅所有者の承諾書（所有者が申請する本人と異なる場合）
  - ④ 家屋全体および改修箇所がわかりやすい見取り図
  - ⑤ 改修前の状態が確認できる写真（日付入り・改修箇所の明記があるもの）
  - ⑥ ケアプラン（第3・4表もしくは介護予防サービス計画書） 
    - ※CMがあり、ケアプランが作成されている場合
    - ※（1）第4表の記載内容が十分でない場合は、第2表の追加をお願いすることがあります
  - ⑦ 住宅改修が必要な理由書
  - ⑧ 本チェックリスト

様式第1号 ※書類を提出する前に工事を施工すると、給付出来なくなります。

居宅介護（予防）住宅改修費支給申請書												
フリガナ		保険者番号					4	0	2	3	1	3
被保険者氏名		被保険者番号										
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女	介護度					
住所	〒											
	電話番号											
住宅の所有者	本人との関係（ ）											
改修の内容・箇所及び規模	事業者名											
	着工予定日		年		月		日					
	完成予定日		年		月		日					
	改修予定費用										円	
	介護保険該当額		※								円	
<p>(あて先) 那珂川市長</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて住宅改修費の支給を申請し、当該申請に基づく住宅改修費の支給申請及び受領に関する権限を下記の者に委任します。なお、記載内容に変更が生じた場合は、この申請書を取下げ、新たに申請を行うことを誓約します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名</p> <p>電話番号</p> <p>※本人もしくは家族等の自筆であること</p>												
<p>代理受領することについて、申し上げます。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>受領者 事業者名</p> <p>代表者氏名</p> <p>電話番号</p>												
<p>注意</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>この申請書には、改修前の写真、見積書及び介護支援専門員が作成した住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類を添付してください。</li> <li>完成後には、改修完成後の状態が確認できる写真、領収書を提出してください。</li> <li>改修を行った住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書を添付してください。</li> </ul>												

※欄は記入の必要はありません。

給付券利用者用

※書類を提出する前に工事を施工すると、給付出来なくなります。

## 介護保険居宅介護（予防）住宅改修費支給申請書

〒		保険者番号		4	0	2	3	1	3	
被保険者氏名		被保険者番号								
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女	介護度						
住所	〒									
住宅の所有者	電話番号 本人との関係（ ）									
改修の内容・箇所及び規模	業者名									
	着工日		年 月 日							
	完成日		年 月 日							
改修費用	円									
<p>(あて先) 那珂川市長</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（予防）住宅改修費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">※本人もしくは家族等の自筆であること</p>										
<p>注意・この申請書に、介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類等を持参してください。</p> <p>・改修を行った住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書も併せて添付してください。</p>										
居宅介護（予防）住宅改修費を下記の口座に振り込んでください。										
口座振込 依頼欄	銀行 農協		本店 支店 出張所		種目		口 座 番 号			
	金融機関コード		店舗コード		1普通預金					
					2当座預金					
					3その他					
〒										
口座名義人										

償還払い利用者用

様式第1号 ※書類を提出する前に工事を施工すると、給付出来なくなります。

居宅介護（予防）住宅改修費支給申請書												
フリガナ		保険者番号					4	0	2	3	1	3
被保険者氏名		被保険者番号										
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女	介護度					
住所	〒 那珂川市											
住宅の所有者	電話番号 本人との関係（ ）											
改修の内容・箇所及び規模	事業者名											
	着工予定											
	完成予定日											
	改修予定費用											
介護保険該当額 ※ 円												
<p>(あて先) 那珂川市長</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて住宅改修費の支給を申請し、当該申請に基づく住宅改修費の支給申請及び受領に関する権限を下記の者に委任します。なお、記載内容に変更が生じた場合は、この申請書を取下げ、新たに申請を行うことを誓約します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名 電話番号</p> <p>※本人もしくは家族等の自筆であること</p> <p>記載の必要なし</p> <p>代理受領することについて 申し上げます。</p> <p>年 月 日</p> <p>受領者 事業者名 代表者氏名 電話番号</p>												
<p>注意</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>この申請書には、改修前の写真、見積書及び介護支援専門員が作成した住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類を添付してください。</li> <li>完成後には、改修完成後の状態が確認できる写真、領収書を提出してください。</li> <li>改修を行った住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書を添付してください。</li> </ul>												

要確認!

住宅の所有者が本人でない場合は承諾書が必要。承諾書を確認する。

申請後、工事 OK を出すのに 1 週間かかることを考慮し設定されているか。急ぐ場合は事情確認し対応する。

※欄は記入の必要はありません。

★給付券利用ができない場合★

- 要介護認定新規申請中、区分変更申請中等で、申請時に介護認定が確定していない場合
- 入院中
- 滞納があり、償還払い方式の方

給付券利用者用

※書類を提出する前に工事を施工すると、給付出来なくなります。

## 介護保険居宅介護（予防）住宅改修費支給申請書

フガナ		保険者番号	4 0 2 3 1 3					
被保険者氏名		被保険者番号						
生年月日	明・ナ	性別	男・女	介護度				
住所	〒	住宅の所有者が本人でない場合は承諾書が必要。承諾書を添付する。						
住宅の所有者		電話番号	申請後、工事OKを出すのに1週間かかることを考慮し設定されているか。急ぐ場合は事前確認し対応する。					
改修の内容・箇所及び見積	給付対象となる住宅改修の種類 （給付対象外工事記載のため確認） ・手すりの取り付け ・段差解消 ・床または通路面の床材変更 ・引き戸等への扉の取替え ・洋式便器等への便器の取替え		業者名					
改修費			着工日	年	月	日		
(あて先)			完成日	年	月	日		
上記のとおり	住宅改修費の支給を申請します。		円					
申請者	住所	氏名	電話番号					
		被保険者であること						
※本人もしくは家族等の自筆であること								

注意・この申請書に、介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類等を持参してください。

・改修を行った住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書も併せて添付してください。

居宅介護（予防）住宅改修費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 農協	本店 支店 出張所	種目	口座番号				
	金融機関コード	店舗コード	1普通預金					
			2当座預金					
			3その他					
	フガナ	口座名義人						
		被保険者であること						

償還払い利用者用

## 介護保険サービスの負担割合変更に伴う住宅改修費支給申請の注意点

介護保険サービス利用時の自己負担について、負担割合証の有効期限は毎年 7 月末日までとなっていることから、8 月 1 日以降も引き続き要介護(支援)認定等を受けている方に対して、7 月中旬頃に新しい負担割合証を送付しています。

負担割合変更に伴う介護保険住宅改修費支給申請の取り扱いについては、下記のとおりとなります。

### 記

#### 負担割合は領収日により判断します

8 月から負担割合が変更となる方が住宅改修を行った場合、「領収日(領収書の日付)」時点の負担割合が適用されます。

(例) 令和〇年 7 月 31 日まで負担割合が 1 割、8 月 1 日より 3 割になる方

領収日が令和〇年 7 月 31 日以前 → 自己負担は 1 割

領収日が令和〇年 8 月 1 日以降 → 自己負担は 3 割

※申請日や工事日は関係しませんので、ご注意ください。

※不適切な給付を避けるため、完成日から相当期間経過後の領収書記載日のものについては、必ずしも領収書記載日で適用しない場合があります。

#### 事前申請はご注意ください

住宅改修費支給の流れは、事前申請→給付券発行(又は工事許可連絡)→工事着工→完了報告です。事前申請から給付券発行まで、通常 1 週間程度かかります。

自己負担分を工事業者に支払う日(領収日)は、工事完了後であることから、7 月から 8 月にかけての事前申請は、あらかじめ領収日を見込み、必要に応じて負担割合証の確認を行う等、十分にご注意ください。

その他、不明な点がありましたら、事前に那珂川市高齢者支援課までお問い合わせ下さい。

#### 【問合せ先】

那珂川市健康福祉部

高齢者支援課介護保険担当

TEL 092-953-2211(内線 147)

## 介護給付費請求書・介護給付費明細書の取り消し依頼 (過誤処理依頼書) について

請求誤りなどにより、国保連合会で審査決定済の請求(返戻は含みません)を取り下げる場合、事業所は保険者に対して過誤申立(請求の取消し)を行う必要があります。そのためには、事業者は市に対して、過誤申立依頼書(過誤処理依頼書)を提出してください。

※過誤申立を行わずに国保連合会に再請求をした場合、再請求は返戻となります。

また、再請求が発生する場合は、国保連合会にあらためて請求をしなければ、当該請求は取り消した状態のままとなります。

過誤処理には、①通常過誤②同月過誤の2種類があり、再請求を行える月が異なります。  
(再請求を行わない「請求の取下げのみ」の場合は、同月過誤となります。)

### ①通常過誤

過誤処理を行い、その決定(国保連より通知があります)を確認後、翌月以降に再請求を行います。同月内での請求の相殺はされません。

本市では原則として、この方法をお願いしています。

### ②同月過誤

過誤処理と再請求を同じ月に行います。そのため、結果として、誤った請求分(差額)のみが相殺されます。

過誤調整額が多い場合などに同月過誤処理を行います。

※事前の相談・連絡をお願いします。

### <注意事項>

・別添の「過誤申請コード表」を参照し、4ケタの数字を記入してください。

※過誤の理由(市の指導によるものや適正化の結果)等により異なりますので、必要に応じて確認してください。

・過誤の発生事由(取消事由)は詳しく記入してください。

例)・算定できない加算を請求していたことに気がついた。

・地域単価を間違えて請求していたことに気がついた。

・市の縦覧点検で請求の間違いを指摘された。

・ケアプランチェックで給付の取下げを指摘された。

・国保連合会に提出した介護給付費明細書/レセプト(伝送・磁気での請求の場合は印刷したもの)の写しを添付のうえ、過誤の箇所<sup>②</sup>にマーキングしてください。

また、再請求を行う場合は、<sup>②</sup>誤箇所(マーキングした箇所)を朱書き訂正したもの、もしくは<sup>④</sup>正しい請求明細の写しを添付してください。

※再請求の内容がわかるようにしてください。

<申請書>一以下に格納されています一

那珂川市ホームページ>分類でさがす>市民の皆さん>健康・医療・福祉>

高齢福祉・介護保険>基本情報>介護保険申請書ダウンロード「その他の書式」

注)「過誤処理依頼書」「(同月・通常)過誤申立書」の2枚が必要です。

<過誤申立事由コード体系について>

過誤申立事由コード4桁は、介護給付の様式番号2桁と申立事由番号2桁にて構成されます。

## 介護給付

様式 番号	サービス種類	明細書 様式
10	地域密着型サービス介護給付費明細書 (定期巡回・随時対応型訪問介護看護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護)	第二
11	地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書 (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)	第二の二
30	地域密着型サービス介護給付費明細書 (認知症対応型共同生活介護 (短期利用以外))	第六
31	地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書 (介護予防認知症対応型共同生活介護 (短期利用以外))	第六の二
34	地域密着型サービス介護給付費明細書 (認知症対応型共同生活介護 (短期利用))	第六の五
35	地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書 (介護予防認知症対応型共同生活介護 (短期利用))	第六の六
40	居宅介護支援介護給付費明細書	第七
41	介護予防支援介護給付費明細書	第七の二
50	地域密着型サービス介護給付費明細書 (地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)	第八

## 介護予防・日常生活支援総合事業

様式 番号	サービス種類	明細書 様式
10	介護予防・日常生活支援総合事業費明細書 (通所型サービス費)	第二の三
20	介護予防・日常生活支援総合事業費明細書 (介護予防ケアマネジメント費)	

## 申立事由番号のおもなもの

申立事由番号	内容
0 2	請求誤りによる実績取下げ (通常)
1 2	請求誤りによる実績取下げ (同月)
4 2	適正化 (その他) による保険者申立の過誤取下げ (通常)
4 3	適正化 (ケアプラン点検) による保険者申立の過誤取下げ (通常)
4 5	適正化 (医療突合) による保険者申立の過誤取下げ (通常)
4 6	適正化 (縦覧点検) による保険者申立の過誤取下げ (通常)
4 9	適正化 (その他) による保険者申立の過誤取下げ (同月)
4 A	適正化 (ケアプラン点検) による保険者申立の過誤取下げ (同月)
4 C	適正化 (医療突合) による保険者申立の過誤取下げ (同月)
4 D	適正化 (縦覧点検) による保険者申立の過誤取下げ (同月)
6 2	不正請求による実績取下げ (通常)
6 9	不正請求による実績取下げ (同月)

宛先：那珂川市長

事業者番号	
事業所	
代表者	
連絡先	
担当者	

## 過誤処理依頼書

審査決定した介護報酬請求に誤りがありましたので、下記のとおり請求の取消を依頼します。

取消内容の詳細については、別紙の過誤申立書及び介護給付費明細書のとおりです。

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">                 該当するどちらかに○をします             </div>	
過誤処理方法 ※1参照	通常過誤 ・ 同月過誤
処理依頼件数	件
誤保険請求（既請求）額A	円
正保険請求（再請求予定）額B	円
差額（A-B）C	円
再請求予定年月	年 月
取消の主な理由	請求誤り ・ 指導等による返還
備考	

※1 過誤処理方法は、原則通常過誤です。行政指導等により返還金が発生したときなど件数が多い通常過誤では

支払額への影響が大きい場合は、同月過誤を受け付けます。

公費もれ、県(市)の実地指導による返還、縦覧点検による指摘 等

### 通常過誤の場合

提出先：那珂川市 高齢者支援課 介護保険担当

提出日：再請求予定年月の前月10日（休日の場合、前営業日）まで

提出物：①過誤処理依頼書

②過誤申立書

③介護給付費明細書の写し（誤箇所を朱書訂正したもの。全件分）

### 同月過誤の場合

提出先：那珂川市 高齢者支援課 介護保険担当

提出日：再請求予定年月の前月末日（休日の場合、前営業日）まで

提出物：①過誤処理依頼書

②過誤申立書

③介護給付費明細書の写し（誤箇所を朱書訂正したもの。全件分）

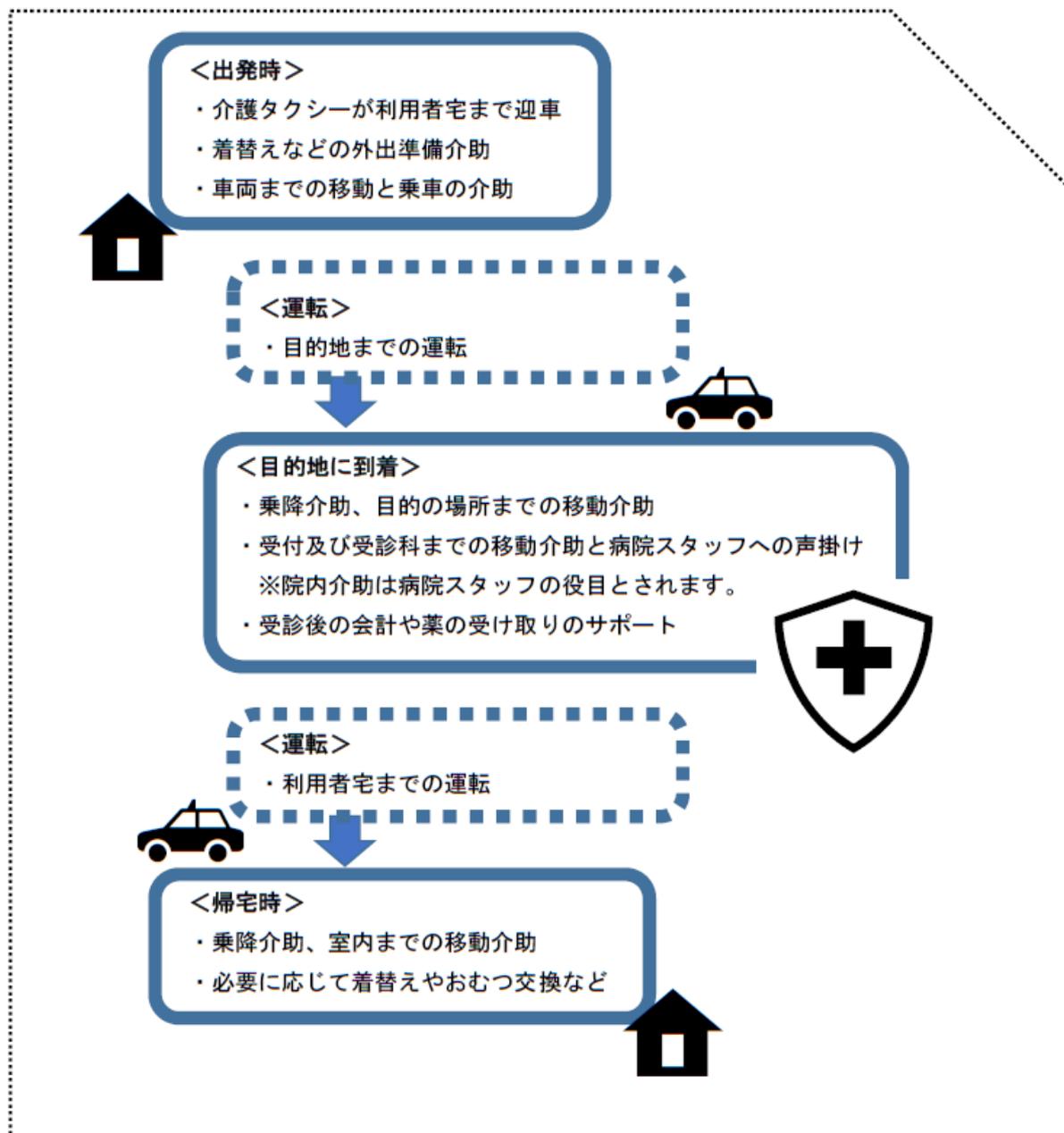
実地指導の結果等で過誤処理件数が増える場合は、事前に那珂川市 高齢者支援課 介護保険担当までご連絡ください。





## 介護保険を使った介護タクシー ／通院等乗降介助における家族の同乗について

- 通院等乗降介助のサービス内容（病院受診）／1か所の場合  
※介助の範囲はケアプランで決まります。



## ●サービス利用時の注意点

○身体介護のサービスでの位置付けとなる場合があります。

- ・要介護4・5の場合で外出前後の介助に20～30分以上の時間がかかるとき。
- ・外出の前後に入浴や食事介助などで30分以上の身体介護があるとき。

※運転手以外に訪問介護員が介護タクシーに同乗する場合は、移動中の介助内容によって「通院等乗降介助」と判断されるケースと「身体介護」と判断されるケースがあります。

○運転手は病院内の付き添いは原則できません。(身体区分においても同様)

待ち時間を含めて病院内の介助は、原則として病院のスタッフが対応する、という考えです。

ただし、次のような場合は、例外的に認められるケースもあります。

- 病院内の移動に介助が必要な場合
- 認知症そのほかのために見守りが必要な場合
- 排泄介助を必要とする場合 など

※このような院内介助の判断は、市町村の規定や判断により異なります。本市では、必要に応じて相談を受けることとしています。

相談にあたっては、適切なケアマネジメントを行い、利用者が介助を必要とする心身の状態であることを整理したうえで、院内スタッフ等による対応が困難であることの明確な確認の記録をもとにご連絡ください。

○家族の同乗は原則として認められません。

訪問介護の通院等乗降介助は家族の同乗を想定したのではなく、あくまでも訪問介護員等による乗車又は降車の介助等を必要とする利用者に対して行うものです。

ただし、次のような場合は、例外的に認められるケースもあります。

- 認知症又は精神疾患があり、家族がいないと精神的に不安定になるために、輸送の安全を保つことが困難な場合
- 喀痰の吸引が必要な場合
- 認知症、精神疾患、失語症、難聴等により十分なコミュニケーションを図れず病状を医師に伝えることができないために、本人だけでは通院の目的が果たせない場合 など

※このような家族の同乗の判断は、市町村の規定や判断により異なります。本市では、必要に応じて相談を受けることとしています。

いずれの場合も、適切なケアマネジメントを行ったうえでのケアプランへの位置付けとなります。

利用者が家族の同乗を必要とする心身の状態であることを整理したうえでご連絡ください。

## 介護機器の安全利用に関する「事故及びヒヤリハット情報」 収集・提供について

### 1. 背景・目的

少子高齢化が進展するなか、75歳以上の高齢者が増加し、高齢者の単独世帯や夫婦のみの世帯、認知症高齢者の増加などが懸念され、また、介護施設等では人材の確保や負担の軽減が喫緊の課題となっています。

こうしたなか、近年、在宅・施設を問わず福祉用具や介護ロボット（以下「介護機器」）を使用する機会は増加しており、介護機器の安心・安全な利用を推進する取組みが求められています。

こうした背景から本取り組みは、高齢者介護の現場で発生している（或いは「発生する恐れがある」）介護機器にかかわる「事故及びヒヤリハット情報」の提供を依頼し、収集した情報をもとに介護現場等で起こる可能性のある事故や怪我などを未然に防止するための事例を作成し、情報発信するものです。

本事業の趣旨をご理解いただき、ご協力賜りますようお願いいたします。

### 2. 介護機器の範囲

本事業において、取り扱う介護機器の範囲は、以下のとおりです。

- 在宅及び介護施設・事業所等において、使用される福祉用具等（高齢者の日常生活の便宜を図るための用具及び、介護を行う者の負担の軽減を図る用具）
- 介護保険において福祉用具貸与・特定福祉用具販売の対象となっている福祉用具
- ロボット介護機器の開発重点分野（平成29年10月）に該当する介護ロボットとし、かつ実用的に使用されているもの

### 3. 事故及びヒヤリハット情報の対象

原則、製品に起因しない事故及びヒヤリハットといたします。

但し、公的機関等において現在調査中のものや、原因不明なものは含めることとし、あきらかに製品の整備不良や経年変化等によるものの場合も含めることといたします。

### 4. 事故及びヒヤリハット情報の定義

本事業において、取り扱う事故及びヒヤリハットの定義は、以下のとおりといたします。

- 「事故」とは、死亡又は負傷・疾病（医師の診断や治療を必要とするもの（或いは、必要となると思慮されるもの））とする。
- 「ヒヤリハット」とは、事故や怪我に繋がるような危険な使い方及び場面、事象等とする。（参考）

例えば、

- ・ 事故や怪我は発生していないが、起こる可能性があるもの
- ・ 福祉用具等の単体に限定せず、高齢者の生活介護の全般から、事故等に繋がる恐れがあるもの
- ・ 誰もが感じる危険な使用方法や使用場面、適用状況など
- ・ 大きな事故を未然に防ぐため、介護現場で共有すべきと考えるもの

- ・ 福祉用具等の破損や紛失、盗難は除くこととするものの、それらの事象から怪我に繋がる危険性があるもの

## 5. 提供方法について

### (1) 市町村職員の皆様

令和3年3月19日に厚生労働省（老高発0319第1号他）が発出した「介護保険施設等における事故の報告様式」又は、独自の様式がある場合には、個人を特定する情報等を「黒塗り」して、そのまま提供してください。

### (2) 高齢者介護サービス事業者の皆様

定型フォーマット（※）による提供又は、協会HPに設置した入力フォームへ直接書き込みしてください。<https://www.techno-aids.or.jp/nyari/offer.html>

なお、当協会では昨年度までの情報提供の中から、既に397事例を作成しHPを通じて提供しております。利用シーンや利用場所、福祉用具等の種別毎に閲覧できますので、ご確認のうえご提供いただきますよう、よろしくお願いいたします。

また、当協会では重症事故に限定しないで、ヒヤリハット情報の収集にも努めておりますので、併せてご確認ください。

定型フォーマットは、当協会のホームページからダウンロードすることができます。下記のページをご覧ください。

（※）定型フォーマット：「事故及びヒヤリハット情報」提供シート（Excel）

## 6. 情報提供の受付期間

令和5年6月15日（木）～令和6年3月1日（金）

※これ以降も継続して情報収集いたします。

## 7. 情報の提供先

公益財団法人テクノエイド協会 企画部 伊東・松本・五島（ごしま）  
〒162-0823 東京都新宿区神楽河岸1-1 セントラルプラザ4階  
電話番号：03（3266）6883  
電子メールアドレス：[robocare@techno-aids.or.jp](mailto:robocare@techno-aids.or.jp)

（本内容に関する問い合わせ）

公益財団法人テクノエイド協会 企画部 伊東・松本・五島（ごしま）  
〒162-0823 東京都新宿区神楽河岸1-1 セントラルプラザ4階  
電話番号：03（3266）6883  
電子メールアドレス：[robocare@techno-aids.or.jp](mailto:robocare@techno-aids.or.jp)



## 製品に起因しない事故及びヒヤリハットの一例

### ○車いす

介助者が急いで開こうとして、指をシートパイプとフレームの隙間に挟んだ



車いすの操作に不慣れな人に起こりやすいヒヤリハットではないでしょうか。車いすの操作の説明をする人は、このようなことが起きないように注意を促してください。操作する人は、例えば急いでいても基本通りに操作し、習慣化することが大切です。

### ○ベッド

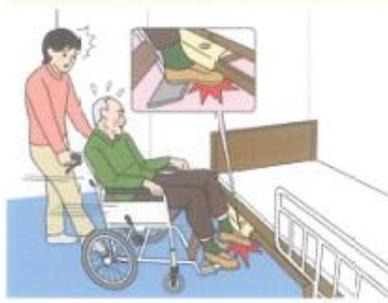
ベッドの高さを上げるつもりが、背上げの操作ボタンを押してしまい、バランスを崩した



立ち上がりを楽にするために、ベッドの高さを上昇させようとし、間違えて背上げの操作ボタンを押したのかもしれない。すぐに間違いに気がつけば大事には至らないことではありますが、パニックになってしまうことも考えられます。頻繁にこのような操作ミスが起こるときには、操作ボタンに目印を付けるなどの予防策を講じてはいかがでしょうか。

### ○車いすと移乗

利用者の片方の足がフットサポートからずり落ちていたが、介助者がそれに気づかず車いすを操作し、つま先をぶつけた



特に姿勢が崩れていると足の先端は介助者が思うよりもずっと先に出ていることがあります。足先は介助者からは死角になり見えづらいので、特に狭い場所での移動には注意しましょう。クッション・パッドを利用したり、車いすを調整するなど座位が崩れない工夫も必要です。

## 事故や怪我に繋がるような危険な使い方及び場面、事象等の一例

### ○手すりと普通ベッド

寝返りが原因でベッドから転落した際、横に設置していた床置き形手すりとベッドの隙間に挟まってしまった



床置き形手すりは、手すりの付属しない木製ベッドに組み合わせて使用されることが多くありますが、ベッドに固定されているわけではありませぬので、どうしても隙間ができてしまいます。このような隙間のリスクを認識して、危険が予想される場合は介護用のベッドを利用するなどの対応が求められます。

### ○電動三輪車と歩行器

外出先で使用する歩行車を運転席にのせて走行したが、車体からはみ出たためガードレールと接触してしました



走行中の接触ではかなり大きな衝撃が予想されます。利用者のケガににとまらず、歩行車への加害も考えられる危険な事例です。電動車いすは、歩行に何らかの補助が必要な人が利用するものであり、歩行補助員を積載しての走行は想定される場所ですが、歩行車の安全な積載については難しいというのが現状のようです。メーカーの開発努力が期待される場所です。

### ○送迎車

車いすの固定はしっかりと出来ていたが、本人が苦しかる力で車両のシートベルトはつけていなかった。まさか、急ブレーキがかかるとは考えていなかった



車両に乗車中のシートベルトは、一般の座席でも車いすでも同様に必要な安全装置です。車いすにも座位保持用の安全ベルトが装着されている場合がありますが、車両のものは目的が違いますので、必ず車両のシートベルトを装着しましょう。

## 介護機器の安全利用に関する「事故及びヒヤリハット情報」の提供シート

情報提供日: 令和  年  月  日

### 1. 所属等

所属		お名前	
部署		電話又は、 メールアドレス	
住所			

### 2. 事故及びヒヤリハット情報(記載可能な範囲で差し支えありません。)

(1)福祉用具・介護ロボット等 例) 用具種類:杖、歩行器、車いす、ベッド、ポータブルトイレ、見守り支援機器 など

製品区分		メーカー名	
用具種類		製品名・型番	

(2)いつ 例) 場面:起床時、夜勤中、食事中など 時間帯:22時頃

場面		時間帯	
----	--	-----	--

(3)どこで 例) 発生した場所:お風呂、トイレ、ベッド周辺、階段、調理・洗濯、外出先など

場所	
----	--

(4)かかった人 注) その他を選択した場合、具体的に記入してください

高齢者 ご本人	<input type="checkbox"/>	家族 親戚	<input type="checkbox"/>	介護者	<input type="checkbox"/>	その他	<input type="checkbox"/>	
------------	--------------------------	----------	--------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------	--

(5)何をしているとき 注) 具体的な行為や作業など

(6)どのようなことが起こった(或いは「どのように感じた」)

お願い) 可能であれば、現場の状況が把握できるような写真や図、イラスト等を添付してください。

(7)どうして(6)のようなことが起きましたか(或いは「起きたと思いますか」)

注) 利用者の身体状況や使用場面、製品の管理状態など推測される予兆や要因など、わかる範囲で記載してください。

### 3. 情報に関する問い合わせ

協会からの問い合わせ(可・不可)	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------

情報提供いただき、ありがとうございました。

※事務局記載欄

受付年月日	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

2023年6月版

各都道府県介護保険担当課（室）  
各市町村介護保険担当課（室）  
各介護保険関係団体 御中

← 厚生労働省 老健局 高齢者支援課

## 介護保険最新情報

### 今回の内容

「ケアプランデータ連携システム」  
利用事業所状況の掲載について  
計8枚（本紙を除く）

Vol.1155

令和5年6月14日

厚生労働省老健局高齢者支援課

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

連絡先 TEL：03-5253-1111（内線 3876）  
FAX：03-3595-3670

事務連絡  
令和5年6月14日

各都道府県介護保険主管課（室）  
各市区町村介護保険主管課（室） 御中  
各介護保険関係団体

厚生労働省老健局高齢者支援課  
介護業務効率化・生産性向上推進室

「ケアプランデータ連携システム」の利用事業所状況の掲載について（情報提供）

介護保険行政の円滑な実施につきましては、日頃から御尽力賜り厚く御礼申し上げます。  
厚生労働省では、公益社団法人国民健康保険中央会（以下「国民健康保険中央会」という。）が構築した「ケアプランデータ連携システム」の本格運用に伴い、介護サービス事業所等に積極的に周知し利用勧奨いただくよう、ご協力をお願いしてまいりました。

今般、本システムを利用している介護サービス事業所の情報が、独立行政法人福祉医療機構が運営する福祉・保健・医療の総合情報サイト「WAM NET」に掲載される旨、国民健康保険中央会より情報提供がありましたので、周知いたします。

各都道府県・市区町村におかれては、管内関係団体、介護サービス事業所等に積極的に周知し利用勧奨いただくとともに、各関係団体におかれても、加盟事業所等に周知・利用勧奨いただくよう、ご協力お願い申し上げます。

また、国民健康保険中央会に開設されているヘルプデスクのHPに、本システムの導入におけるねらい・期待する効果について、最新の資料が掲載されておりますので、併せて周知いただき、管内の介護サービス事業所への利用促進にご活用ください。

**【掲載先】**

○『ケアプランデータ連携システム』の利用事業所状況について

※7月に掲載された際に改めてご周知させていただきます。

○介護現場における生産性向上について～ケアプランデータ連携システムの導入におけるねらい・期待する効果～

[https://www.careplan-renkei-support.jp/wp-content/uploads/sites/2/2023/06/230606\\_5113\\_seisanseikoujou.pdf](https://www.careplan-renkei-support.jp/wp-content/uploads/sites/2/2023/06/230606_5113_seisanseikoujou.pdf)

**【担当】**

厚生労働省老健局高齢者支援課  
介護業務効率化・生産性向上推進室 秋山、石内、長井、黒木  
TEL:03-5253-1111（内線 3876）

# 「ケアプランデータ連携システム」 全国各事業所利用状況掲載について

2023年6月13日  
国民健康保険中央会

## ※「ケアプランデータ連携システム」全国各事業所の利用状況掲載について

---

・本システム稼働に伴い、既に本システムを導入された事業所や、利用をご検討されている事業所等から、近隣地域における利用状況（申込状況）を知りたいというご要望を多くいただいていることを踏まえ、事業所の利用状況（申込状況）を福祉・保健・医療の総合情報サイト「WAMNET」に7月下旬を目途に掲載していただくよう調整しております。

・なお、本対応に伴い、「ケアプランデータ連携システム」利用規約に「WAMNETへの掲載」に関する項目を追加する改訂を行います。

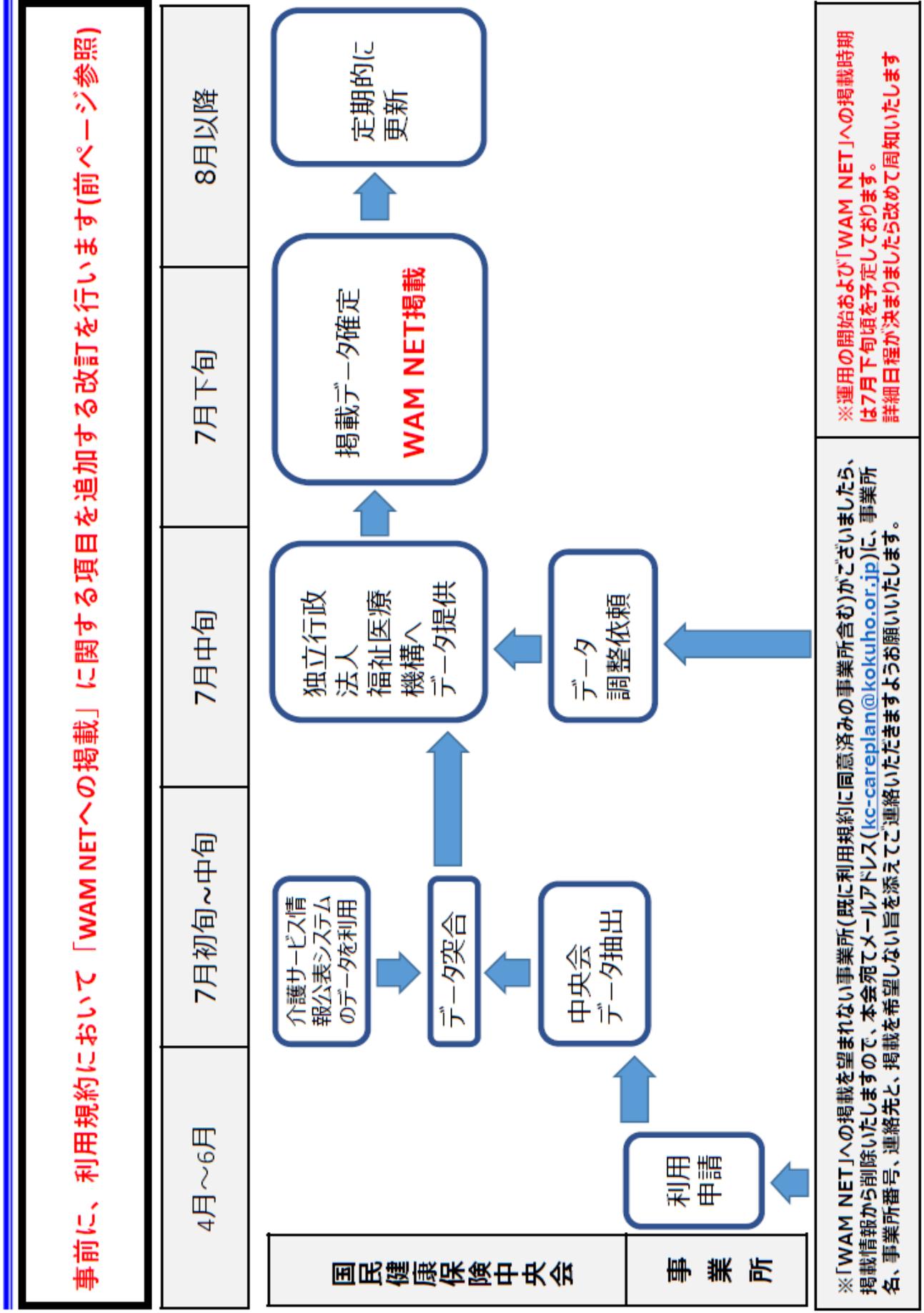
・既に利用申請をされた事業所で、個別のご事情により「WAMNET」への掲載を望まれない事業所の情報は、上記掲載情報から削除いたしますので、本会宛てにメール([kc-careplan@kokuho.or.jp](mailto:kc-careplan@kokuho.or.jp))にて、事業所名、事業所番号、連絡先(ご担当者TEL)と、掲載を希望しない旨を添えてご連絡いただくようお願いいたします。

・また、掲載内容(「地図上の表記が実際の所在地と異なる」等)に相違がある等の場合も上記アドレス宛てのメールにてご連絡をお願いいたします。

・メールにてご連絡いただく際は、**必ず表題に「WAMNET掲載について」と記載をお願いいたします。**



## ※掲載フローイメージ



## ※利用規約追加内容(第18条)

---

- 18条を（WAM NETへの掲載）とし、新規で追加します。  
また、変更前18条を19条とし、19条以下同様にひとつずつずらします。

### 第18条（WAM NETへの掲載）

1. 国保中央会は、本システムの利用を促進するため、本システムを利用し、又は利用しようとする事業所等が、他の事業所等による本システムの利用状況（以下「利用状況」といいます。）をあらかじめ把握できるようにすることを目的として、システム利用者に係る次項に定める情報（以下「本システム利用者情報」といいます。）を、厚生労働省から提供を受ける介護サービス情報公表システムに登録されている全国の介護サービス事業所情報の抽出情報（以下「介護サービス事業所情報」といいます。）と突合する方法により、独立行政法人福祉医療機構（以下「福祉医療機構」といいます。）に提供することができるとします。
2. 国保中央会が福祉医療機構に提供することができる情報の項目及び当該情報の取得の方法は次のとおりとします。

※利用規約追加内容(第18条)(続き)

項目	取得の方法
事業所の名称	本システムのデータベースより抽出します
介護保険事業所番号	
介護サービスコード	
サービス種別	
都道府県コード	
市区町村コード	
都道府県名	
市区町村名	
郵便番号	
緯度	
経度	
事業所の所在地	
介護サービス情報公表システムの事業所詳細画面のURL	

## ※利用規約追加内容(第18条)(続き)

---

3. 福祉医療機構は、国保中央会から本システム利用者情報を受領したときは、当該システム利用者に係る本システム利用状況を、福祉医療機構が運営する福祉・保険・医療の総合情報サイトであるWELFARE AND MEDICAL SERVICE NETWORK SYSTEM (以下「WAM NET」といいます。)に掲載することができるものとします。
4. システム利用者は、自己に係る本システム利用状況がWAM NETに掲載されることを望まない場合は、国保中央会ホームページ等に掲載する手続により、国保中央会に対して、国保中央会が自己に係る本システム利用者情報を福祉医療機構に提供すること及び福祉医療機構が自己に係る本システム利用状況をWAM NETに掲載することの停止を申し出ることができません。
5. 国保中央会は、前項の申し出を受けたときは、速やかにその旨を福祉医療機構に連絡し、当該申し出を行ったシステム利用者に係る本システム利用者情報を廃棄させ、当該システム利用者に係る本システム利用状況をWAM NETに掲載することを停止させるものとします。
6. 国保中央会は、システム利用者の本システム利用状況又は事業所の名称、事業所の所在地が変更されたことを知ったときは、速やかにその旨を福祉医療機構に連絡し、WAM NETに掲載された当該システム利用者に係る情報を更新させるものとします。

# 令和6年度報酬改定に伴う経過措置終了について

令和6年度介護報酬改定により「感染症対策の強化」、「業務継続に向けた取組の強化」、「認知症介護基礎研修の受講の義務付け」、「高齢者虐待防止の推進」、「施設系サービスにおける口腔衛生管理の強化」、「施設系サービスにおける栄養ケア・マネジメントの充実」について、令和6年3月31日をもって経過措置が終了しました。

事業所の皆さまにおいては、取り組み内容について再度確認してください。

## 1 感染症対策の強化 【全サービス共通】

感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から、全てのサービスを対象として運営基準が改正されました。施設系サービスでは「訓練（シミュレーション）の実施」が新たに義務化され、その他のサービスについても、「委員会の開催、指針の整備、研修・訓練の実施等」が義務づけられました。（他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えありません。）

### ○感染症対策委員会の設置・開催

事業所における感染症の予防とまん延の防止のため、対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上（特養は3月に1回以上）開催し、その結果について従業員に周知徹底を図ること。

- ・ 感染対策の知識を有する者を含む幅広い職種で構成する
- ・ 構成メンバーの責任及び役割分担を明確にし、専任の感染対策を担当する者（感染対策担当者）を決めておく
- ・ 定期的に行い、感染症の流行時期等には必要に応じて随時開催する
- ・ テレビ電話装置等を活用して行うことができる
- ・ 他の会議体を設置している場合、一体的に設置・運営することも差し支えない
- ・ 居宅介護支援事業所等で従業者が1名の場合は、開催しなくても差し支えない

## ○感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備

事業所における平常時の対策及び発生時の対応を規定した指針を整備する。

- ・ 平常時の対策：事業所内の衛生管理（環境の整備等）  
ケアにかかる感染対策（手洗い、標準的な予防策）等
- ・ 発生時の対応：発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所等の関係機関との連携、行政等への報告等
- ・ 発生時における事業所内の連絡体制や上記の関係機関への連絡体制を整備し、明記しておく

## ○感染症の予防及びまん延の防止のための研修・訓練の実施

事業所の従業員に対し研修・訓練を実施する。

- ・ 研修の内容は、感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するもの、事業所の指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行うものとする
- ・ 研修は年 1 回（特養・GH は年 2 回）以上定期的を実施し、新規採用時にも実施すること
- ・ 研修の実施内容については記録すること
- ・ 実際に感染症が発生した場合を想定し、発生時の対応について訓練を年 1 回（特養・GH は年 2 回）以上定期的に行い、事業所内の役割分担の確認や、感染対策をした上でのケアの演習などを実施する
- ・ 訓練の実施は、机上を含めその実施方法は問わない

### 参考資料

- 厚生労働省「介護現場における感染対策の手引き」

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/taisakumatome\\_13635.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/taisakumatome_13635.html)

○ 感染症対策力向上のための研修教材配信サイト

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kai go/kaigo\\_koureisha/kansentaisaku\\_00001.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kai go/kaigo_koureisha/kansentaisaku_00001.html)

## 2 業務継続に向けた取組の強化 【全サービス共通】

感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、全ての介護サービス事業者を対象に業務継続計画（BCP）の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等が義務づけられました。

（他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えありません。）

### ○感染症に係る業務継続計画

- ・ 平時からの備え  
（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等）
- ・ 初動対応
- ・ 感染拡大防止体制の確立  
（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等）

### ○災害に係る業務継続計画

- ・ 平常時の対応  
（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等）
- ・ 緊急時の対応  
（業務継続計画発動基準、対応体制等）
- ・ 他施設及び地域との連携

## ○業務継続計画についての研修・訓練の実施

事業所の従業員に対し研修・訓練を実施する。

- ・ 研修の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解の励行を行うものとする
- ・ 研修は年 1 回（特養・GH は年 2 回）以上定期的を実施し、新規採用時にも実施すること
- ・ 研修の実施内容については記録すること
- ・ 訓練は年 1 回（特養・GH は年 2 回）以上定期的を実施し、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を行う
- ・ 感染症の業務継続計画に係る研修・訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修・訓練と一体的に実施することも差し支えない
- ・ 災害の業務継続計画に係る訓練については、非常災害対策に係る訓練と一体的に実施することも差し支えない
- ・ 訓練の実施は、机上を含めその実施方法は問わない

### 参考資料

- 厚生労働省「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」
- 厚生労働省「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/taisakumatome\\_13635.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/taisakumatome_13635.html)
- 介護施設・事業者における業務継続計画（BCP）作成支援に関する研修

### 3 高齢者虐待防止の推進 【全サービス共通】

利用者の人権擁護、虐待の防止等の観点から、全ての介護サービス事業者を対象に虐待の発生・再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者の設置が義務づけられました。

#### ○運営規程に「虐待の防止のための措置に関する事項」を定める

虐待の防止に係る、組織内の体制（責任者の選定、従業者への研修方法や研修計画等）や虐待が疑われる事案が発生した場合の対応方法を指す内容であること。

尚、運営規程に当該措置を追記した後は、変更届出書を提出すること。

#### 【記載例】

（虐待の防止のために措置に関する事項）

第〇条 事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講じる。

- 一 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を設置し定期的に開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図る。
  - 二 虐待の防止のための指針を整備する。
  - 三 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に開催するために研修計画を定める。
  - 四 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。
- 2 虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、再発の確実な防止策を講じるとともに、市町村へ報告する。

## ○虐待の防止のための対策を検討する委員会（虐待防止検討委員会）

- ・ 管理者を含む幅広い職種で構成する
- ・ 虐待防止の専門家を委員として採用することが望ましい
- ・ 構成メンバーの責任及び役割分担を明確にする
- ・ 定期的を開催する
- ・ 虐待の事案については、その性質上、一概に従業者に共有されるべき情報であるとは限らないため、個別の状況に応じて慎重に対応すること
- ・ 他の会議体を設置している場合、一体的に設置・運営することも差し支えない
- ・ 他のサービス事業所との連携等により行うことも差し支えない
- ・ テレビ電話装置等を活用して行うことができる
- ・ 次のような事項について検討し、その結果（事業所における虐待に対する体制、虐待等の再発防止策等）について、従業者に周知徹底を図る
  - 1 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関すること
  - 2 虐待の防止のための指針の整備に関すること
  - 3 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること
  - 4 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること
  - 5 従業者が高齢者虐待を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関すること
  - 6 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること
  - 7 6における再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること

## ○虐待の防止のための指針

虐待防止のための指針には、次のような項目を盛り込むこと。

- ・ 事業所における虐待の防止に関する基本的考え方
- ・ 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関する事項
- ・ 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針
- ・ 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針
- ・ 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する基本方針
- ・ 成年後見制度の利用支援に関する事項
- ・ 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項
- ・ 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針
- ・ その他虐待の防止の推進のために必要な基本方針

## ○虐待の防止のための従業者に対する研修

研修の内容は、虐待等の防止に関する基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するものであるとともに、事業所の指針に基づき虐待の防止の徹底を行うものとする。

- ・ 研修は年 1 回（特養・GH は年 2 回）以上定期的を実施し、新規採用時にも実施すること
- ・ 研修の実施内容については記録すること
- ・ 研修の実施は、事業所内での研修で差し支えない

## ○虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者

委員会の開催・指針の整備・研修の実施を適切に実施するため、専任の担当者を置くこと。虐待防止検討委員会の責任者と同一の従業員が務めることが望ましい。

## 参考資料

- 厚生労働省「高齢者虐待防止に資する研修・検証資料等」

## 4 認知症基礎研修の受講の義務付け【全サービス共通】

介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させていくため、介護サービス事業者に、介護に直接携わる職員のうち医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることが義務づけられました。

経過措置期間終了までに資格を有さない全ての従業員に研修を受講させるとともに、新たに採用した従業者が資格を有していない場合、採用後 1 年を経過するまでに研修を受講させてください。

### 義務付けの対象とならない者

看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、  
介護職員初任者研修修了者、生活援助従業者研修修了者、  
介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修 課程一級課程・二級課程修了者、  
社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚師、  
精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師

## 5 口腔衛生管理の強化【地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護】

基本サービスとして、口腔衛生の管理体制を整備し、状態に応じた口腔衛生の管理を以下の手順により計画的に行うこととされました。

- ① 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、施設の介護職員に対する口腔衛生の管理に係る技術的助言又は指導を年 2 回以上行う。

② ①の技術的助言又は指導に基づき、以下の事項を記載した入所者の口腔衛生の管理体制に係る計画を作成する。必要に応じて、定期的に計画を見直すこと。

(相当の内容を施設サービス計画内に記載して計画の作成に代えることができる。)

イ 助言を行った歯科医師

ロ 歯科医師からの助言の要点

ハ 具体的方策

ニ 施設における実施目標

ホ 留意事項・特記事項

③ 医療保険で歯科訪問診察料が算定された日に、介護職員に対する口腔清掃や②の計画等への技術的助言及び指導を行う際は、歯科訪問診療又は訪問歯科衛生指導の実施時間外に行うこと。

## 6 栄養ケア・マネジメントの充実

### 【地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護】

入所者に対する栄養管理について、令和3年度から栄養マネジメント加算を廃止し、栄養ケア・マネジメントを基本サービスとして行うことを踏まえ、管理栄養士が状態に応じた栄養管理を以下の手順により計画的に行うこととされました。栄養管理の基準を満たさない場合、令和6年4月1日からは栄養管理に係る**減算の対象**となります。

① 入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、医師、管理栄養士、歯科医師、看護師、介護支援専門員等が共同して、入所者ごとの摂食、嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成する。施設サービス計画との整合性を図ること。

(相当の内容を施設サービス計画内に記載して計画の作成に代えることができる。)

② 入所者ごとの栄養ケア計画に従い、栄養管理を行うとともに、入所者の栄養状態を定期的に記録する。

- ③ 入所者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて計画を見直すこと。

#### 参考資料

- 「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月16日老認発0316第3号、老老発0316第2号）第4  
<https://www.mhlw.go.jp/content/000763199.pdf>

各都道府県介護保険担当課（室）  
各市町村介護保険担当課（室）  
各介護保険関係団体 御中

← 厚生労働省 高齢者支援課、認知症施策・地域介護推進課、老人保健課

## 介護保険最新情報

### 今回の内容

令和5年度末で経過措置期間を終了する令和3年度介護報酬改定における改定事項について（依頼）  
計3枚（本紙を除く）

Vol.1174

令和5年10月4日

厚生労働省老健局

高齢者支援課、認知症施策・地域介護推進課・老人保健課

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

連絡先 TEL：03-5253-1111（内線 3960）  
FAX：03-3595-3670

事務連絡  
令和5年10月4日

都道府県  
各 指定都市 介護保険担当主幹部（局） 御中  
中核市

厚生労働省老健局 高齢者支援課  
厚生労働省老健局 認知症施策・地域介護推進課  
厚生労働省老健局 老人保健課

令和5年度末で経過措置期間を終了する令和3年度介護報酬改定における改定事項について（依頼）

介護保険制度の円滑な運営につきまして、平素より御理解と御尽力を賜り厚く御礼申し上げます。標記の件につきまして、下記のとおり周知いたしますので、各都道府県におかれましては、内容を御了知の上、管内保険者、サービス事業者及び関係団体等への周知に特段の御配慮をお願いいたします。

#### 記

令和3年度介護報酬改定において、別紙1に掲げる改定事項については、令和5年度末（令和6年3月31日）までに経過措置が終了する予定となっております。当該経過措置の終了まで約6か月となったことから、貴自治体におかれましては管内の事業所に周知するとともに、都道府県におかれましては、管内保険者及び関係団体等に対し改めて周知いただきますようお願いいたします。

また、周知に当たって、広報資料（別紙2）をお送りしますので、研修会等での周知、ホームページへの掲載、窓口での配布等に御活用いただきますようお願いいたします。

# 経過措置を設けた令和3年度介護報酬改定事項一覧

別紙1

名称	対象サービス	経過措置の概要
感染症対策の強化	全サービス	感染症の予防及びまん延防止のための訓練、対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に対して周知すること。また、指針を整備すること。
業務継続に向けた取組の強化	全サービス	感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定した上で、従業者に対して周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的の実施すること。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うこと。
認知症介護基礎研修の受講の義務付け	全サービス ※無資格者がいない訪問サービス（訪問入浴介護を除く）、福祉用具貸与、居宅介護支援を除く	介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護にかかると基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講ずること。
高齢者虐待防止の推進	全サービス	虐待の発生又はその再発を防止するための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に対して周知を行うとともに、必要な指針を整備し、研修を定期的の実施すること。また、これらを適切に実施するための担当者置くこと。
施設系サービスにおける口腔衛生管理の強化	施設系サービス	口腔衛生の管理体制を整備し、各入所者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行うこと。なお、「計画的に」とは、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導を年2回以上実施することとする。
施設系サービスにおける栄養ケア・マネジメントの充実	施設系サービス	栄養マネジメント加算の要件を包括化することを踏まえ、入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行うこと。
事業所医師が診療しない場合の減算（未実施減算）の強化	訪問リハビリテーション	事業所の医師がリハビリテーション計画の作成に係る診療を行わなかった場合に、例外として、一定の要件を満たせば、別の医療機関の計画的医学的管理を行う医師の指示のもと、リハビリテーションを提供することができ（未実施減算）。その要件のうち別の医療機関の医師の「適切な研修の修了等」について猶予期間を3年間延長する。

※経過措置期間の終了予定日は全事項とも令和6年3月31日

# 令和5年度末で経過措置を終了する 介護報酬の改定事項について

令和3年度介護報酬改定における改定事項について（厚生労働省HP） ▶▶▶



令和3年度介護報酬改定において、以下に掲げる7つの改定事項については、令和5年度末（令和6年3月31日）までに経過措置が終了する予定です。

当該経過措置の終了まで約6ヶ月となっておりますので、運営基準等を満たすことができているか、改めて改定事項をご確認いただき、必要な対応をお願いいたします。

## 1 感染症対策の強化

委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務化。

## 2 業務継続に向けた取組の強化

業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を義務化。

## 3 認知症介護基礎研修の受講の義務付け

認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じること。

## 4 高齢者虐待防止の推進

委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること。

## 5 施設系サービスにおける口腔衛生管理の強化

口腔衛生の管理体制を整備し、入所者ごとの状態に応じた口腔衛生の管理を行うこと。

## 6 施設系サービスにおける栄養ケア・マネジメントの充実

入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行うことを運営基準に規定。

## 7 事業所医師が診療しない場合の減算の強化

事業所外の医師に求められる「適切な研修の修了等」について、適用猶予措置期間を延長。



## 令和5年度末で経過措置を終了する介護報酬の改定事項について（一覧）

### 1 感染症対策の強化

対象：全サービス

○感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から以下の内容を義務化。

・施設系サービスについて、現行の委員会の開催、指針の整備、研修の実施等に加え、訓練（シミュレーション）の実施。

・その他サービスについて、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等。

### 2 業務継続に向けた取組の強化

対象：全サービス

○感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から以下の内容を義務化。

・業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等。

### 3 認知症介護基礎研修の受講の義務付け

対象：全サービス

○認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から以下の内容を義務化。

・介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させていくため、介護サービス事業者に、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じること。

### 4 高齢者虐待防止の推進

対象：全サービス

○利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から以下の内容を義務化。

・虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めること。

### 5 施設系サービスにおける口腔衛生管理の強化

対象：施設系サービス

○口腔衛生管理体制を確保するよう促すとともに、状態に応じた丁寧な口腔衛生管理を更に充実させる観点から以下の内容を義務化。

・口腔衛生管理体制加算を廃止し、同加算の算定要件の取組を一定緩和した上で、基本サービスとして、口腔衛生の管理体制を整備し、入所者ごとの状態に応じた口腔衛生の管理を行うこと。

### 6 施設系サービスにおける栄養ケア・マネジメントの充実

対象：施設系サービス

○栄養ケア・マネジメントの取組を一層強化する観点から以下の内容を見直し。

・「入所者の栄養状態の維持及び改善を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、各入所者の状態に応じた栄養管理を計画的に行わなければならない」ことを運営基準に規定。

### 7 事業所医師が診療しない場合の減算の強化

対象：訪問リハビリテーション

○訪問リハビリテーションについて、リハビリテーション計画の作成にあたって事業所医師が診療せずに「適切な研修の修了等」をした事業所外の医師が診療等した場合に適正化（減算）した単位数で評価を行う診療未実施減算について、事業所の医師の関与を進める観点から以下の内容を見直し。

・事業所外の医師に求められる「適切な研修の修了等」について、適用猶予措置期間を延長。

# 特別障害者手当

在宅の20歳以上の人で、常に特別な介護が必要で重度の障がいがある人に支給されるものです。

要介護認定（主に要介護4や5）を受け、在宅（グループホーム・有料老人ホーム入居者含む）において生活をされている人で、障がい手帳がない人も、必要とされる介護の状態により受給できる場合があります。

## 対象者

在宅で生活をしている20歳以上の人で、次の障がいの程度のうち2つ以上に該当するなど、常に特別な介護が必要な人。

※原則として、認定診断書により判定します。

	障がいの程度
1	両眼の視力の和が0.04以下のもの
2	両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの
3	両上肢の機能に重度の障がいを有するもの、または両上肢のすべての指を欠くもの、もしくは両上肢のすべての指の機能に重度の障がいを有するもの
4	両下肢の機能に重度の障がいを有するもの、または両下肢を足関節以上で欠くもの
5	体幹の機能に座っていることができない程度、または立ち上がることができない程度の障がいを有するもの
6	上記1～5に掲げるもののほか、身体の機能の障がい、または長期にわたる安静を必要とする症状が1～5までと同等以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの
7	精神の障害であって、上記1～6までと同程度と認められる程度のもの

## 対象外の人

- ・世帯（本人・配偶者及び扶養義務者）に一定額以上の所得がある人
- ・特定の施設に入所している人
- ・病院に3か月以上入院している人

## 支給額等

月額：27,300円

※2月・5月・8月・11月の4期に分けて指定口座に振り込みとなります。

※支給決定を受けた場合は、申請した翌月分からの支給となります。

## 申請に必要なもの

- 1.請求書
- 2.認定診断書
- 3.所得状況届
- 4.申請者の印かん
- 5.障害者手帳（所持している場合のみ）
- 6.年金証書または年金額がわかるもの（年金受給者のみ）
- 7.本人名義の通帳

※1～3の様式は、高齢者支援課及び障がい者支援課窓口にあります。

※2の認定診断書作成費用は自己負担となります。

## 申請方法

必要書類をそろえて、障がい者支援課障がい者支援担当窓口へ提出してください。