

參考附件

一、介護保險相關參考表單

- 1.提出介護保險(要介護/要支援·認定)申請書
- 2.核發介護保險(要介護/要支援·認定)等結果通知書
- 3.核發介護保險證(不符合/非該當，由市町村提供地域支援事業之介護預防服務)
- 4.提出介護保險負擔額限度額認定申請書
- 5.核發介護保險負擔額限度額認定結果通知書
- 6.介護保險利用票(兼 居宅介護保險計畫)/介護保險利用票別表
- 7.退院支援計畫書
- 8.訪問看護指示書
- 9.訪問看護計畫書
- 10.訪問看護計畫書紀錄
- 11.居宅介護保險計畫書
- 12.介護保險擔當者會議的要點
- 13.介護保險提供票/介護保險提供票別表
- 14.週間介護保險計畫表
- 15.介護預防基本項目評估表
- 16.介護預防介護保險·支援計畫表
- 17.介護保險制度的輔具·住宅改修對象化相關問卷調查票
- 18.介護保險居宅介護住宅改修費支給申請書(等 6 頁)
- 19.KATAKURI 福祉用具秦野維護中心消毒檢核表

二、獲得主要資訊文件概要

- 1.日本介護報酬早見表(2014 年 4 月版)代表頁
- 2.日本介護保險制度概況
- 3.神奈川縣指定介護保險事業者營運手冊-訪問看護/介護預防訪問看護
- 4.海老名市役所介護保險手冊(2014 年版)
- 5.橫濱市介護保險手冊(2014 年版)

介護保険負担額限度額認定申請書

記入例

フリガナ	エビナ タロウ	保険者番号	142158
被保険者氏名	海老名 太郎	被保険者番号	0000999999
生年月日	昭和 2年 2月 2日	性別	男
住所	〒 243-0492 電話番号 046-231-2111 海老名市勝瀬175番地の1		
介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 243-0492 電話番号 046-235-4952 海老名市中新田377番地 特別養護老人ホーム ○○○○ホーム		
入所(院)年月日(※)	平成16年10月10日	ショートステイご利用(予定)の方は、記入不要です。	
負担額限度額申請事由	1 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額の合計額が年額80万円以下のもの等 ② 市町村民税世帯非課税者であって、1に該当する以外のもの 3 その他 ()		
<p style="text-align: center;">海老名市長様</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">該当する申請事由の番号に○をしてください。わからない場合は、記入しなくても結構です。</div> <p>上記のとおり食費・居住費に係る負担額限度額認定の申請をします。 また、認定にあたり必要のあるときは、私及び世帯の市県民税課税状況について税務資料等公簿により海老名市が調査することに同意します。</p> <p>19年 6月15日 申請書記入日を書いてください。</p> <p>住所 海老名市勝瀬175番地の1</p> <p>申請者 申請者はご本人のお名前をお願いします。</p> <p>氏名 海老名 太郎 電話番号 046-231-2111</p>			

※ 介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入は不要です。

海老名市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入) <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 80%; margin: 20px auto; padding: 10px;"> 海老名市で記入しますので、この欄は記入不要です。 </div>
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	

介護保険負担限度額認定結果通知書

平成 25 年 7 月 1 日

(受取人)
230-0051 横浜市 鶴見区

鶴見中央三丁目20番1号

鶴見区役所

あああ 様

横浜市 鶴見 区長



問い合わせ先
鶴見区役所
保険年金課保険係
鶴見区鶴見中央3-20-1
(510)1807-09
(510)1898 (FAX番号)

先に申請のありました負担限度額認定については、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名 横浜 太郎

被保険者番号 0000029751 利用者負担第3段階

決定年月日 平成 25 年 7 月 1 日
適用年月日 平成 25 年 7 月 1 日
有効期限 平成 26 年 6 月 30 日
承認内容 (居住費又は滞在費負担限度額)
ユニット型個室 日額 1310円
ユニット型準個室 日額 1310円
従来型個室(特等) 日額 820円
従来型個室(普通) 日額 1310円
多床室 日額 320円
(食費負担限度額)
日額 650円

- この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、神奈川県介護保険審査会(横浜市中区日本大通1) に対し審査請求をすることができます。
- この審査請求に対する裁決があり、なお不服があるときは、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、横浜市を被告として(訴訟において横浜市を代表するものは横浜市長となります。) 決定の取消しの訴えを提起することができます。
- 決定の取消しの訴えは、当該決定についての審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。ただし、次のいずれかの場合には審査請求に対する裁決を経ないで訴えを提起することができます。① 審査請求をした日から3か月を経過しても裁決がないとき、② 決定により生ずる著しい損害をさけるため緊急の必要があるとき、③ その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

切り取ってお使いください。

介護保険負担限度額認定証	
交付年月日 平成 25 年 7 月 1 日	
番号	0000029751
住所	230-0051 横浜市 鶴見区 鶴見中央三丁目20番1号 鶴見区役所
氏名	横浜 太郎
生年月日	昭和 3 年 3 月 3 日 性別 男
運用年月日	平成 25 年 7 月 1 日から
有効期限	平成 26 年 6 月 30 日まで
食費負担限度額	日額 650円
居住費又は滞在費負担限度額	ユニット型個室 日額 1310円 ユニット型準個室 日額 1310円 従来型個室(特等) 日額 820円 従来型個室(普通) 日額 1310円 多床室 日額 320円
保険者番号並びに保険者の名称及び印	141010 横浜市

退院支援計画書

ID :
患者氏名:

入院日: 平成: 25 年 4 月 6 日
計画日: 平成: 25 年 4 月 9 日
変更日: 平成: 25 年 5 月 10 日

病棟	<input type="checkbox"/> 本2 <input type="checkbox"/> 新2 <input type="checkbox"/> 3東 <input type="checkbox"/> 3西 <input type="checkbox"/> 新3 <input type="checkbox"/> 4東 <input type="checkbox"/> 4西 <input checked="" type="checkbox"/> 5東 <input type="checkbox"/> 5西
病名、合併症 (他に考えられる病名)	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 骨折・整形疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input checked="" type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()
患者以外の相談者	<input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他関係者(本人との関係:)
退院支援を行なう者の職種	<input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input checked="" type="checkbox"/> 退院支援看護師 <input checked="" type="checkbox"/> 病棟看護師 <input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> リハビリスタッフ <input type="checkbox"/> 退院支援看護師 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 福祉事務所ケースワーカー <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム紹介所 <input type="checkbox"/> その他 ()
退院困難な要因	<input checked="" type="checkbox"/> 入退院を繰り返している <input type="checkbox"/> 退院後に医療処置が必要 <input type="checkbox"/> 在宅療養の継続が困難 <input checked="" type="checkbox"/> 入院前と比べて身体機能が低下した <input type="checkbox"/> 独居または家族と同居でも介護力が不足 <input type="checkbox"/> その他 ()
退院に係る問題、課題等	<input checked="" type="checkbox"/> 退院後の療養先 <input checked="" type="checkbox"/> 介護のこと <input checked="" type="checkbox"/> 医療処置について <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 病状の不安 <input type="checkbox"/> 療養費 <input type="checkbox"/> 通院について <input type="checkbox"/> 家族のこと <input type="checkbox"/> その他 ()
退院支援に向けた目標設定、 支援期間、支援概要等	<p><退院計画の目標></p> <input checked="" type="checkbox"/> 退院後の療養先を決定 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険等の在宅サービスの準備 <input type="checkbox"/> 療養費・療養費についての検討 <input type="checkbox"/> 転院先病院・入所先施設の決定 <input type="checkbox"/> その他 ()
予想される退院先	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅(家族宅含む) <input type="checkbox"/> 回復期リハビリテーション病院(病棟) <input type="checkbox"/> 療養型病院 <input type="checkbox"/> 一般病院 <input type="checkbox"/> 緩和ケア病院(病棟) <input type="checkbox"/> 精神病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 高齢者住宅 <input type="checkbox"/> その他 ()
退院後に利用が見込まれる 社会福祉サービス等	<p><制度></p> <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他() <p><在宅サービス></p> <input type="checkbox"/> ホームヘルプサービス <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 福祉用具(内容:) <input type="checkbox"/> 住宅改修(内容:) <input type="checkbox"/> その他 ()
退院後に利用が見込まれる 社会福祉サービスの担当者	ケアネット 橋本ケアマネジャー

注)上記内容は現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。

病棟退院支援計画担当者: _____
調整部門退院支援計画担当者: _____
患者氏名: _____

訪問看護指示書

No. 342

訪問看護指示期間(平成 26年 5月 1日 ~ 平成 26年 10月 31日)

患者氏名		生年月日	明・大・昭・平 25年9月18日生 (69歳)
患者住所	〒XXXXX 電話 0 -		
主たる傷病名	筋萎縮性側索硬化症/慢性呼吸不全		
現 在 の 状 況	病状・治療 状 態	呼吸器管理でベッド上生活、全身の筋力低下著明。	
	投与中の 薬剤の 用量・用法	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____	
	日常生活 自立度	寝たきり度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症の状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
	要介護認定の状況	要支援 (1 2.) 要介護 (1 2 3 4 5)	
(該当項目に○等)	褥瘡の深さ	DESIGN分類 <input type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/> D4 <input type="checkbox"/> D5 NPUAP分類 <input type="checkbox"/> III度 <input type="checkbox"/> IV度	
	装着・使用 医療機器等	1. 自動腹膜透析装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (_____ L/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻 : サイズ _____ 日に1回交換) 8. 留置カテーテル (部位: _____ サイズ: _____ 日に1回交換) 9. 人工呼吸器 (陽圧式/陰圧式 : 設定 TV:500ml, R:12回, EPAP:4cm, ト) 10. 気管カニューレ (サイズ 12mm) 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他 (_____)	
	留意事項及び指示事項	人工呼吸器のトラブルが起きないようにチェックをお願いします。 I 療養生活指導上の留意事項 II 1. リハビリテーション 2. 褥瘡の処置等 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 人工呼吸器の作動状況を確認してください。 4. その他	
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)			
緊急時の連絡先	科	科	科
不在時の対応法	北	科	科
特記すべき留意事項 (薬の相互作用・副作用についての留意と、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応訪問介護看護及び後援型サービス利用時の留意事項等があれば記載してください)			
他の訪問看護ステーションへの指示 (<input checked="" type="checkbox"/> 有 : 指定訪問看護ステーション _____ 名)			
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 : 訪問介護事業所名 _____)			

上記のとおり、指示いたします。

平成26年5月1日

事業所

医療機関名

住 所

電 話

殿 (FAX)

医師氏名

訪問看護計画書

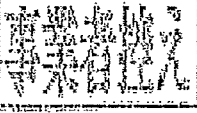
患者氏名	様		生年月日	昭和25年 9月 18日生 (64歳)							
要介護認定の状況	要支援 (1 2) 要支援/経過 要介護 (1 2 3 4 ⑤)										
住所											
看護・リハビリテーションの目標 (ご本人・ご家族の希望) 在宅で、安心して養育できるように看護・介護指導や支援を受けたい。 (看護・リハビリテーションの目標) 病状にあわせ、家族が対応できるように介護指導を実施していく。 関連職種との連携をとり安心して在宅養育が継続できるよう支援											
年月日	問題点	解決策	評価								
H26/11/1	<p>#1 ALSが進行し筋力低下が目立ってきた。現在、健康管理上以下の問題を抱えている</p> <p>1) 側臥位を嫌っており、沈下性肺炎や、服用性筋炎などのリスクあり</p> <ul style="list-style-type: none"> - 体動により、肩から頸部にかけての痛みがあるため、拒否が強い - 現在、痰が深く一度で吸引しきれず夜間痰が何度も吸引しなければならない場面も増えている - 側臥位が出来ないことは、将来的には、排便困難につながる可能性がある <p>2) ボークアプトイレでの排泄が継続できず、排便が困難となる恐れ</p> <ul style="list-style-type: none"> - 排便時呼吸器をはずしてしまうことより、必ずアンビューを使用している状況 <p>3) 口腔ケアが出来ておらず、不顕性肺炎のリスクがある</p> <p>4) 関節可動域制限が強くなってくる可能性</p> <p>#2 主介護者は妻一人であり、介護負担が多く介護の継続が困難となってくる可能性がある</p> <ul style="list-style-type: none"> - 妻はH25年1月に脳梗塞を発症後遺症はないが、ストレスの蓄積により再発のリスクがある - 本人が眠れていないと夜間の吸引回数が多く、妻の疲労感につながる可能性 - ショートステイの利用を本人があまり望んでいない - ほぼ毎日ヘルパー利用 	<p>24時間対応体制加算につき、緊急時の対応を行なう</p> <p>#1 QP</p> <p>①状態観察 バイタルサイン、呼吸状態 ②痰取状況、排泄状況 ③褥瘡状況 ④活動性、可動性の状況 ⑤皮膚状態 気管切開部、胃ろう周囲も ⑥本人の表情 ⑦呼吸器設定と動作等の確認 ⑧アモレの吸引圧と動作の確認 ⑨四肢関節や体幹の硬さや疼痛の有無と重症TP</p> <p>⑩四肢ストレッチと筋力訓練 (痛みを伴わない程度に) ⑪側臥位の履行と実施 ⑫口腔ケア ⑬関連職種との連携を図り、支援していく ヘルパーさんやCMとの情報交換を案に行っていく ⑭ヘルパーさんへの吸引と経管栄養法指導 ⑮本人への精神的支援 ⑯必要に応じた排便ケア (洗腸、排便など) EP</p> <p>#2 ①妻による介護状況の把握 ②訪問時、妻の話しをしっかりと聞いていく ③必要時、関連職種と連携を図り支援する</p>	<p>排便は頻りに出ています。体調も安定。自身の希望にて適宜カフアシストも使用しており、排便は出来ているようです。状態安定しており、看護計画を継続とします。</p>								
<p>衛生材料等が必要な処置の有無: (有) 無</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;">処置の内容</th> <th style="width: 30%;">衛生材料(種類・サイズ)等</th> <th style="width: 40%;">必要量</th> </tr> <tr> <td>気管切開孔保護</td> <td>字カーゼ</td> <td>回数回交換している</td> </tr> </table>						処置の内容	衛生材料(種類・サイズ)等	必要量	気管切開孔保護	字カーゼ	回数回交換している
処置の内容	衛生材料(種類・サイズ)等	必要量									
気管切開孔保護	字カーゼ	回数回交換している									
備 考											

上記の訪問看護計画書に基づき指定訪問看護又は看護サービスの提供を実施いたします。

平成26年11月 1日

※ 業 所 名 海老名総合病院訪問看護ステーション

住 所
電話番号
管理者氏名



居宅サービス計画書 (1)

作成年月日 平成26年 2月14日

初回・紹介(継続)

認定済 申請中

利用者名 殿 生年月日 昭和29年 9月18日 住居 市

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

居宅サービス計画作成(変更)日 平成26年 2月14日 初回居宅サービス計画作成日 平成26年 7月18日

認定日 平成26年 2月14日 認定の有効期間 平成26年 3月1日 ~ 平成28年 2月29日

要介護状態区分	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ (要介護5)
利用者及び家族の生活に対する意向	<p>【ご本人】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病状により、身体の状態での変化があるが、自宅での生活を希望している。 ・ 排泄時や入浴時、移動時などに、身体への負担を少しでも軽くできるようにしたい。 ・ 自宅での入浴が行えるようにしたい。 ・ 妻の身体のことがあり、無理ができないので、負担がかからないようにお願いしたい。 <p>【ご家族】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 二人(ご本人・妻)の希望は自宅での生活ができることで、今の生活が維持できるようにしていきたい。 ・ 主人の介護と自身(妻)の身体のことがあるので、自身の体調にも気を付けて介護していきたい。 ・ 経済的負担をしっかりと認めるようにしたい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
総合的な支援の方針	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病状により、常に医療的な管理が必要であり、訪問診療や訪問看護で病状管理が重要になるので、少しでも安定した状態で自宅で生活できるように支援していきたいと考えます。 ・ 排泄時など、身体への負担が少しでも楽に行えるように、排泄用具の利用で、転倒などを安全に移動などが行えるように支援していきたいと考えます。 ・ 身体の状態が少しでも維持でき、訪問リハビリで訓練を続けていけることで、在宅での生活が継続できるように支援していきたいと考えます。 ・ ご自宅での入浴が安全に行えるように訪問入浴の利用で、精神的にもリラックスできるように支援していきたいと考えます。また、入浴方法については、ご本人様の身体状況を常に見ていながら、必要に応じて対応できるようにしたいと考えます。 ・ 病状により、身体状態の管理が必要で、その為、奥様の通院や家事などの時間を取るのが、非常に難しく、介護保険での訪問介護と合わせて、自立支援で障害の医療介護などのご利用が出来、奥様の有効的な時間が得るように、また体調管理ができるように、関係機関との連携を図り、支援していきたいと考えます。 ・ 通院時などで外出する時に、居室が2階にて階段昇降は改善での対応が必要となりますので、ヘルパー2名体制で対応をしていきたいと考えます。 ・ 上記に伴い、奥様の休養の為に医療機関でのショートのご利用などが行えるように支援していきたいと考えます。 ・ ご本人様とご家族や支援者とのコミュニケーションは円滑に図れるように障害者との連携を図り、スムーズな支援が行えるようにしたいと考えます。

週間サービス計画表

平成26年 2月 1日
ケアホ 5第II

委介護度 委介護5
利用者名 守 亮 殿

作成者 / /

時間	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
4:00								
6:00								
8:00								
10:00				訪問介護 身体介護3				
12:00								
14:00	訪問介護身体介護2-手付センター				訪問介護身体介			
16:00						訪問介護身体介護2-手付センター		
18:00			訪問介護身体介護2-梅老名ほっ		訪問入浴訪問入			
20:00								
22:00								
24:00								
2:00								
4:00								

週単位以外
のサービス
福祉用具貸与(特殊寝台貸与・特殊寝台付属品貸与・床ずれ防止用具貸与、ケアレンタル褥老名)
訪問診療、訪問看護、訪問マッサージは医療保険での提供となります。
また重症訪問介護は身体障害者福祉制度からの提供になります。

この計画の説明を受け、同意し、交付を受けました。 同意年月日 年 月 日 署名 印

介護予防基本チェックリスト

氏名	
住所	
電話	
記入日	平成

No.	基本項目	回答 (いずれかを選択)		
生活機能全般	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	7
	2 日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ	7
	3 預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ	0
	4 友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ	7
	5 家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ	7
運動等の機能向上	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	7
	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	7
	8 15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ	7
	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	7
栄養改善	10 転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ	7
	11 6カ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ	0
口腔機能の向上	12 身長 130 cm 体重 32.8kg BMI=18.5未満の場合に1に該当 (19.4 注)			
	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	0
	14 お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ	7
閉じこもり予防・支援	15 口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ	7
	16 週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ	0
認知症予防・支援	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	7
	18 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1.はい	0.いいえ	7
	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	0
うつ予防・支援	20 今日は何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ	0
	21 (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ	0
	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	0
	23 (ここ2週間)以前は来にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ	0
	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
その他	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
	26 介護予防のサービスを利用ができる場合、利用を希望しますか	1.はい	0.いいえ	
	27 本票を地域包括支援センターへ情報提供することに同意しますか	1.はい	0.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。

※ 活動能力指標 (IADL)	1~5の項目	4 / 5	
運動等の機能向上への参加が望ましい	6~10の3項目該当	5 / 5	13
栄養改善への参加が望ましい	2項目もしくは、血清アルブミン 3.3g/dl以下	0 / 2	
口腔機能の向上への参加が望ましい	①13~15の2項目の検査による発声 持続不良②反復嚥下テスト3回未満のいずれかに該当	2 / 3	
閉じこもり予防・支援への参加が望ましい	16に該当(17も該当は特に要注釈)	1 / 2	
認知症予防・支援への参加が望ましい	18~20のいずれかに該当	1 / 3	
うつ予防・支援への参加が望ましい	21~25で2項目以上に該当	0 / 5	120
			125

(; 地域包括支援センター 担当者)

介護保險制度的輔具・住宅改修對象化相關問卷調查 (案)

區分提出者	
所屬(工作地點)	
填寫者	
電話	

■有關輔具

提案概要		※直接填寫何種內容 (案例)追加租借種類的範圍○○○○ 在輪椅的範圍內追加...			
有關該當(設想)提案內容的商品					
商品名		廠商名			
TAIS或者是JAN碼		廠商號碼			
交易台數	一個月租借台數	<input type="checkbox"/>	台	一年間販賣台數	<input type="checkbox"/>
價格	希望租借價格	<input type="checkbox"/>	日圓	希望販賣價格	<input type="checkbox"/>
有關提案事項					
區分	初次 (和現行告示項目不同)	<input type="checkbox"/>	擴充 (和解釋通知不同)	<input type="checkbox"/>	
項目 (該當項目確認事項)	其他(具有複合功能,因為包括介護保險對象外項目,不屬於上述保險對象等物品以外)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
租借・購買的區分 (在初次・其他的情況下記載)	租借	<input type="checkbox"/>	購買	<input type="checkbox"/>	
租借・購買的分類理由					
使用者					
設想使用者 ※①需要介護程度 ②狀態、症狀等		①需要介護程度			
		需要支援1	<input type="checkbox"/>	需要支援2	<input type="checkbox"/>
		需要介護1	<input type="checkbox"/>	需要介護2	<input type="checkbox"/>
		需要介護4	<input type="checkbox"/>	需要介護5	<input type="checkbox"/>
		需要介護3			<input type="checkbox"/>
		②使用者狀態			
提案理由					
※具體記載有關應成為保險對象的必要性和妥適性、實現提案時被期待之效果等。					
安全性・衛生性					
※記載提案內容實現時,所發生情況、事故等風險(包含衛生面)內容和次數。無法設想風險情況,也是要記載其理由					
※另外檢附詳細資料					
對於有效性的檢證結果					
※有關使用設想輔具情況而提升需要介護者等的ADL和IADL、QOL等有效情形,根據調查結果和資料等,填入並記載。					
※另外檢附詳細資料					

※符合該當項目、情況時,請填入「レ」

介護保険居宅介護（予防）住宅改修費支給申請書

フリガナ			保険者番号		1	4	2	1	5	8
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				
住所	〒243-04		海老名市							
住宅の所有者	本人との関係 ()									
改修の内容・箇所及び規模			施工業者名							
			着工（予定）日	平成	年	月	日			
			完成（予定）日	平成	年	月	日			
改修費用	(見積り額)		円	円						
海老名市長 殿 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。 平成 年 月 日 住所 海老名市 申請者 氏名 印 電話番号										

居宅介護（予防）住宅改修費を下記口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行 農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	口座種目	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								続柄	
	口座名義人									

(注意) 改修を始める前に、この申請書とともに、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、見積書、改修前の状態が確認できる写真を提出してください。(事後申請は支給対象となりません。)
 ○住宅改修完了後、領収書(予定金額と異なる場合は明細書も)と改修後の状態が確認できる写真を添付してください。
 ○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。
 ○原則として、過去に申請した住宅改修費用と今回の改修費用の合計額が20万円を超えた場合には、超えた部分については全額自己負担となります。

以下は記入しないでください。

海老名市 記入欄	支1・支2・1・2・3・4・5	備考						□支給 □不支給
	□添付文書 □給付率 /100	事前申請	承認	事後報告	入力①	入力②	入力③	受付No
	□送付先 有・無 □1号・2号	／	／	／	／	／	／	
	□前回までの住宅改修費限度残額 (有) 円・無)	／	／	／	／	／	／	
	□3段階リセット、有・無	／	／	／	／	／	／	
申請対象額	円	支給決定額					円	
保険給付分	円							
自己負担分	円							
限度額残	円							

住宅改修が必要な理由書

〈基本情報〉

被保険者 番号	年齢	誕生年月日	第6次 高齢 者	年 月 日	性別	口男口女	現地確認日	平成 年 月 日	作成日	平成 年 月 日
利用者 氏名	要介護認定 (該当に○)	要支援	要介護							
		1・2	1・2・3・4・5							
住所										
所属事業所										
資格 (作成者が介護支 援 専門員でないとき)										
氏名										
連絡先										

確認日	平成 年 月 日	評価額	
氏名			

〈総合的状況〉

利用者の身体状況		福祉用具の利用状況と 住宅改修後の想定	
介護状況		改修前	改修後
住宅改修により、 利用者等は日常生活 をどう変えたいか	●車いす	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	●特殊寝台	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	●床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	●体位変換器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	●手すり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	●スロープ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	●歩行器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	●歩行補助つえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	●認知症老人徘徊感知機	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	●移動用リフト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
●昇降機	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
●特殊尿器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
●入浴補助用具	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
●簡易浴槽	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
●その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

住宅改修が必要な理由書

〈総合的状況〉を踏まえて、①改善しようとしている生活動作②具体的な困難な状況③改修目的と改修の方針④改修項目を具体的に記入してください。

活動	①改善しようとしている生活動作	②①の具体的な困難な状況(…なので…で困っている)を記入してください	③改修目的・期待効果をチェックした上で、改修方針(…することで…が改善できる)を記入してください	④改修項目(改修箇所)
排泄	<input type="checkbox"/> トイレまでの移動 <input type="checkbox"/> トイレ出入口の出入 <small>(扉の開閉を含む)</small> <input type="checkbox"/> 便器からの立ち座り <small>(移乗を含む)</small> <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 排便時の姿勢保持 <input type="checkbox"/> 後始末 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> できなかったことできるようにする <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()	<input type="checkbox"/> 手すりの取り付け () () () ()
	<input type="checkbox"/> 浴室までの移動 <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 浴室出入口の出入 <small>(扉の開閉を含む)</small> <input type="checkbox"/> 浴室内での移動(立ち座りを含む) <input type="checkbox"/> 洗い場での姿勢保持 <small>(洗体・洗髪を含む)</small> <input type="checkbox"/> 浴槽の出入(立ち座りを含む) <input type="checkbox"/> 浴槽内での姿勢保持 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> できなかったことできるようにする <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()	<input type="checkbox"/> 段差の解消 () () () <input type="checkbox"/> 引手戸等への扉の取替え () ()
外出	<input type="checkbox"/> 出入口までの屋内移動 <input type="checkbox"/> 上がりかまちの昇降 <input type="checkbox"/> 車いす等、装具の着脱 <input type="checkbox"/> 履物の着脱 <input type="checkbox"/> 出入口の出入(扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 出入口から敷地外までの屋外移動 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> できなかったことできるようにする <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()	<input type="checkbox"/> 便器の取替え () () <input type="checkbox"/> 滑り防止等のための床材の変更 () ()
	その他の活動			<input type="checkbox"/> その他 () () ()

介護保険居宅介護（予防）住宅改修費支給申請添付書類

改修箇所（トイレ、浴室、廊下等）ごとの改修前それぞれの写真で、撮影日がわかるものを提出してください。（この様式でなくても結構です。）

改修箇所		対象工事種別	
改修前		撮影日	
(写真貼付欄)			
改修前		撮影日	
(写真貼付欄)			

介護保険居宅介護（予防）住宅改修費支給申請添付書類

改修箇所（トイレ、浴室、廊下等）ごとの改修後それぞれの写真で、撮影日がわかるものを提出してください。（この様式でなくても結構です。）

改修箇所		対象工事種別	
改修後	撮影日		
(写真貼付欄)			
改修後	撮影日		
(写真貼付欄)			

消毒点検チェックリスト(車いす)

消毒・洗浄： 2013年 月 日 担当者：

点検・整備： 2013年 月 日 担当者：

商号名 <input type="checkbox"/> SL-(1・2) <input type="checkbox"/> 自費) <input type="checkbox"/> ネクストコア(自・介) <input type="checkbox"/> マルチ) <input type="checkbox"/> SKT-(2・4) <input type="checkbox"/> TT-(01・02) <input type="checkbox"/> MP_TIF HG <input type="checkbox"/> AR-900(自・介) <input type="checkbox"/> AR-911(自・介) <input type="checkbox"/> MML_Fit(16・20) <input type="checkbox"/> 座生_(自・介) <input type="checkbox"/> マルチコンパクト3D <input type="checkbox"/> 在座NO				
消毒・洗浄	一次消毒(アルコール)	<input type="checkbox"/>		
	洗浄	<input type="checkbox"/>	方法(<input type="checkbox"/> 洗浄・ <input type="checkbox"/> 自動洗浄・ <input type="checkbox"/> 清拭)	
	消毒	<input type="checkbox"/>	方法(<input type="checkbox"/> 微酸性電解水・ <input type="checkbox"/> アル・ <input type="checkbox"/> 剤)	
	引継ぎ事項(破損箇所等)	<input type="checkbox"/>		
点検部位	確認項目	作業項目	判定	再判定
車輪	<input type="checkbox"/> タイヤの溝・ひび割れ <input type="checkbox"/> ハルブ <input type="checkbox"/> 空気圧 <input type="checkbox"/> 言語のがたつき・ゆがみ・破損 <input type="checkbox"/> ハンドトリムのゆがみ・ささくれ <input type="checkbox"/> 車輪	<input type="checkbox"/> 交換 <input type="checkbox"/> バンク修理 <input type="checkbox"/> 交換 <input type="checkbox"/> 調整 <input type="checkbox"/> 交換 <input type="checkbox"/> 調整 <input type="checkbox"/> 交換 <input type="checkbox"/> 調整 <input type="checkbox"/> 交換 <input type="checkbox"/> グリスアップ <input type="checkbox"/> 注油	<input type="checkbox"/> 車輪・ハンドリ ムのゆがみ確認	<input type="checkbox"/>
キャスト	<input type="checkbox"/> 磨耗 <input type="checkbox"/> 回旋 <input type="checkbox"/> がたつき <input type="checkbox"/> 車輪の回転 <input type="checkbox"/> 車輪・ベアリング	<input type="checkbox"/> 交換 <input type="checkbox"/> 注油 <input type="checkbox"/> 交換 <input type="checkbox"/> 調整 <input type="checkbox"/> 調整 <input type="checkbox"/> 注油 <input type="checkbox"/> グリスアップ <input type="checkbox"/> 分解油	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介助 ブレーキ	<input type="checkbox"/> ブレーキの効き <input type="checkbox"/> 握りの硬さ <input type="checkbox"/> ゼーフティーキャップ <input type="checkbox"/> ブレーキワイヤーキャップ <input type="checkbox"/> ブレーキワイヤー	<input type="checkbox"/> 調整 <input type="checkbox"/> 調整 <input type="checkbox"/> 注油 <input type="checkbox"/> 取付 <input type="checkbox"/> 取付 <input type="checkbox"/> 注油	<input type="checkbox"/> ブレーキワイヤー キャップ確認	<input type="checkbox"/>
駐車 ブレーキ	<input type="checkbox"/> がたつき <input type="checkbox"/> タイヤとのクリアランス <input type="checkbox"/> バーの変形	<input type="checkbox"/> 調整 <input type="checkbox"/> 調整 <input type="checkbox"/> 交換 <input type="checkbox"/> 注油	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ステップ	<input type="checkbox"/> 折りたたみが固い・緩い <input type="checkbox"/> 折りたたみ後落下 <input type="checkbox"/> 固定ボルト・ナット <input type="checkbox"/> スイングアウトロック動作 <input type="checkbox"/> レッグサポート	<input type="checkbox"/> 調整 <input type="checkbox"/> 調整 <input type="checkbox"/> 交換 <input type="checkbox"/> 調整 <input type="checkbox"/> 取付 <input type="checkbox"/> 調整 <input type="checkbox"/> 交換 <input type="checkbox"/> 取付 <input type="checkbox"/> 注油	<input type="checkbox"/> レッグサポート 確認	<input type="checkbox"/>
背折れ	<input type="checkbox"/> パイプの取付状態 <input type="checkbox"/> ロック動作 <input type="checkbox"/> 背折れ金具	<input type="checkbox"/> 調整 <input type="checkbox"/> 交換 <input type="checkbox"/> 調整 <input type="checkbox"/> 注油 <input type="checkbox"/> 交換	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肘掛 跳ね上げ	<input type="checkbox"/> ロック動作 <input type="checkbox"/> 跳ね上げ動作	<input type="checkbox"/> 注油 <input type="checkbox"/> 交換 <input type="checkbox"/> 調整	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
アーム サポート	<input type="checkbox"/> がたつき <input type="checkbox"/> よこれ <input type="checkbox"/> 破損	<input type="checkbox"/> 調整 <input type="checkbox"/> 交換 <input type="checkbox"/> 清掃 <input type="checkbox"/> 交換 <input type="checkbox"/> 交換	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
シート	<input type="checkbox"/> 張り具合 <input type="checkbox"/> よこれ <input type="checkbox"/> 破損	<input type="checkbox"/> 交換 <input type="checkbox"/> 交換 <input type="checkbox"/> しみぬき <input type="checkbox"/> 交換	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
フレーム	<input type="checkbox"/> 亀裂 <input type="checkbox"/> ゆがみ <input type="checkbox"/> よこれ <input type="checkbox"/> 社名シール	<input type="checkbox"/> 廃棄 <input type="checkbox"/> 廃棄 <input type="checkbox"/> 清掃 <input type="checkbox"/> 添付	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ①確認項目の箇所に作業が必要な場合、レ点を入れる
 ②確認項目にレ点を入れた場合、作業項目にレ点を入れる
 ③判定項目は合格の場合、レ点を入れる
 ④総合判定は合格の場合、捺印する。
 ⑤前工程で不良があった場合は、対象の箇所に再判定チェックを入れる。
 ⑥再判定にて戻された場合は今一度判定を行う。

合格	廃棄	特別活用

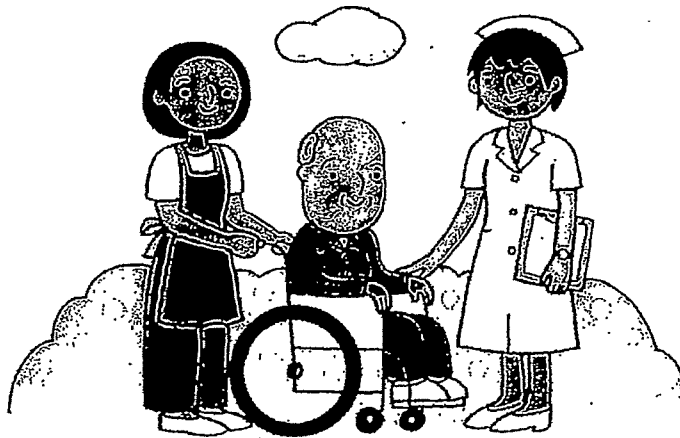
介護報酬早見表

介護報酬単位から関連通知まで

2014年4月版

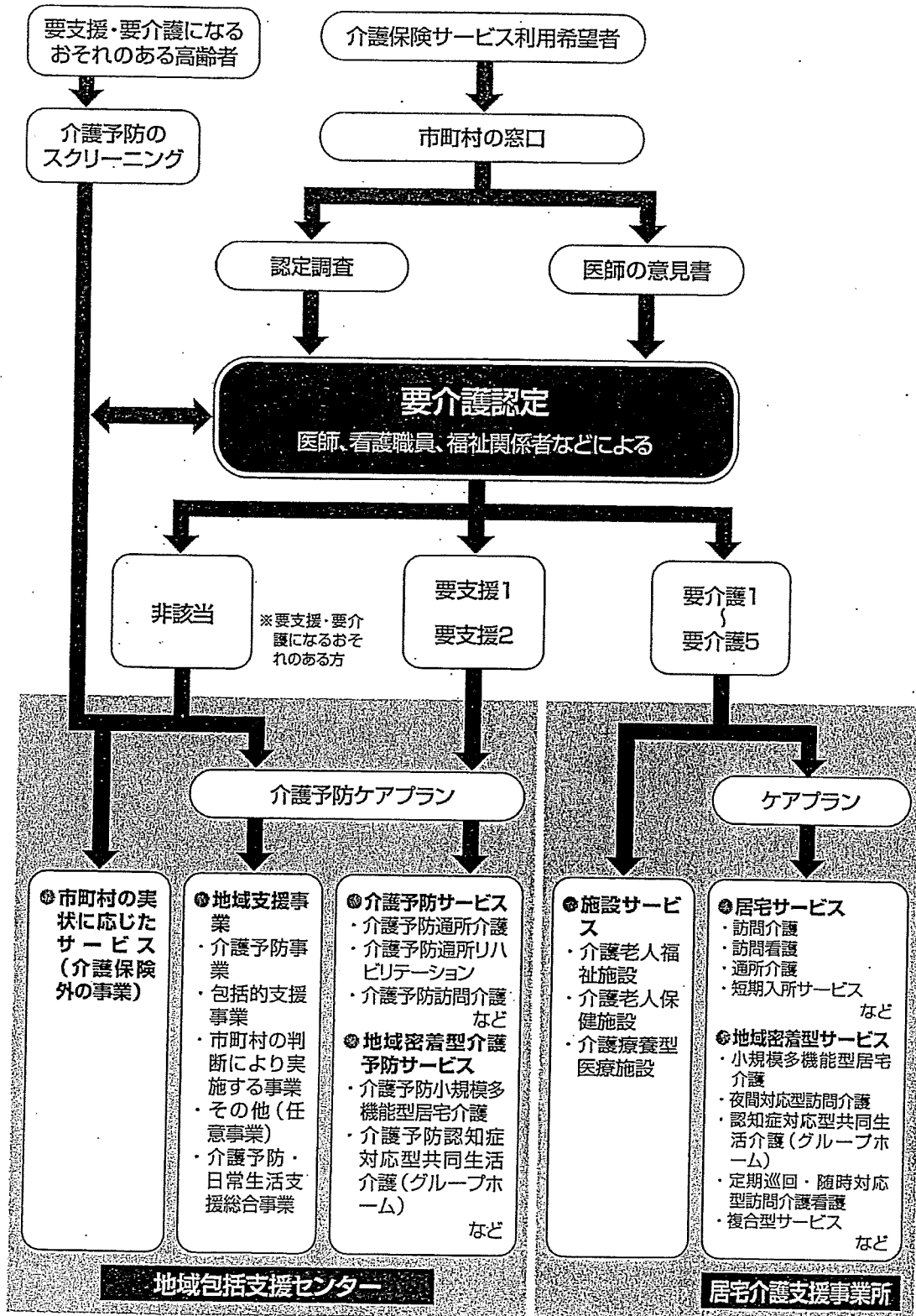
2014

第1部 ● 介護保険制度の要点等	目次
第2部 ● 介護給付費単位の概要	支 援
居宅サービス	施設
居宅介護支援	地域密着
施設サービス等	予 防
地域密着型サービス	地域密着予防
介護予防サービス	予防支援
地域密着型介護予防サービス	告知等
介護予防支援	Q & A
第3部 ● 別添厚生労働大臣が定める告示等	施設等
第4部 ● 介護認定 Q & A	Q & A
第5部 ● 人員・施設設備基準一覧表	施設等
第6部 ● 単位からサービスまで	目次

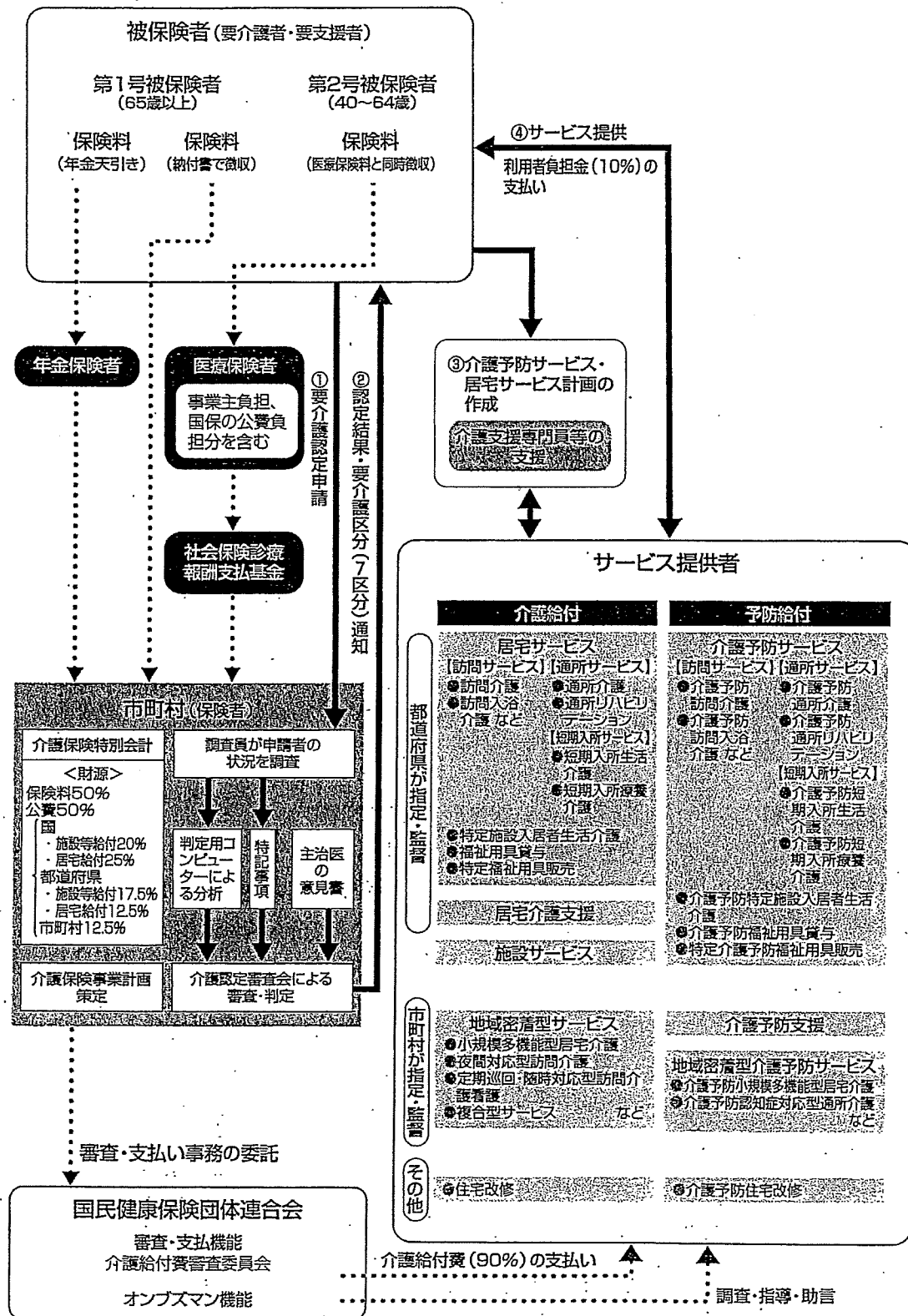


医学通信社

① 介護保険制度の全体像



② 介護保険制度の仕組み



② 給付管理業務の手順

1. 居宅介護支援の給付管理業務

居宅介護支援の給付管理業務は、サービス提供月を中心として、サービス提供月の前月から翌月までの一連の業務として繰り返されます。

介護保険制度では、サービス利用に対する保険給付の上限額が設定されていることが特徴です。実際の上限額の管理は、介護支援専門員がケアプランを作成・変更する際に、保険給付費合計額を算定することにより管理されることとなります。

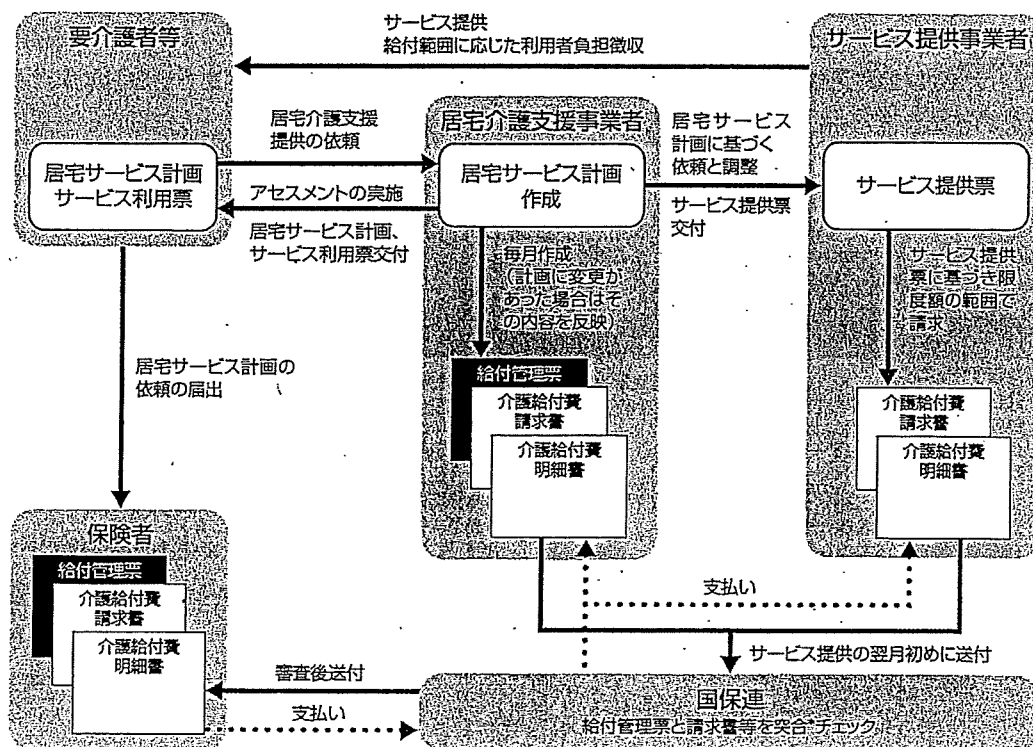
介護支援専門員は、利用者に対して「サービス利用票（第6表）」を交付します。利用者はこのサービス利用票により、自己のサービス利用に伴う利用者負担を確認します。

また、介護支援専門員は、サービス提供事業者に対して「サービス提供票」を交付します。サービス提供事業者はこのサービス提供票により、サービスの提供時期・内容を確認するとともに、徴収すべき利用者負担額を把握します。

サービス提供月終了後、介護支援専門員は、継続して実施してきた上限額管理の結果を「給付管理票」として国保連に送付します。

国保連は、給付管理票を受け取り、これを審査の「原本」として、サービス提供事業者より送付される「介護給付費請求書」「介護給付費明細書」と突合し、審査を行うこととなります。

居宅介護支援の基本的な流れ



平成25年 介護サービス施設・事業所調査の概況

目 次

調査の概要	1頁
結果の概要	
【基本票編】	
施設・事業所の状況	
(1) 施設数、事業所数	3
(2) 施設別定員の状況	4
(3) 定員階級別施設数及び構成割合	4
【詳細票編】	
1 施設・事業所の状況	
(1) 開設(経営)主体別施設・事業所数の構成割合	5
2 居宅サービス事業所の状況	
(1) 利用人員階級別事業所数の構成割合	7
(2) 要介護(要支援)度別利用者数の構成割合	8
(3) 利用者1人当たり利用回数	9
(4) 認知症対応型共同生活介護事業所における共同生活住居(ユニット)の状況	10
3 訪問看護ステーションの利用者の状況	
(1) 要介護(要支援)度別利用者の状況	11
(2) 性・年齢階級別利用者数の構成割合《利用者票》	12
(3) 同居家族の状況《利用者票》	12
(4) 利用者の認知症の状況《利用者票》	13
4 介護保険施設の状況	
(1) 定員、在所者数、利用率	14
(2) 室定員別室数の構成割合	14
(3) 介護老人福祉施設におけるユニットケア(ユニット型及び一部ユニット型)の状況	15
(4) 介護老人保健施設におけるユニットケア(ユニット型及び一部ユニット型)の状況	15
(5) 要介護度別在所者数の構成割合	16
5 介護保険施設の利用者の状況	
(1) 性・年齢階級別在所者数の構成割合《利用者票》	17
(2) 在所者の認知症の状況《利用者票》	18
(3) 在所者の認知症と寝たきりの状況《利用者票》	18
(4) 退所者の入退所の経路《利用者票》	19
(5) 利用料の状況《利用者票》	20
6 従事者の状況	
(1) 1施設・事業所当たり常勤換算従事者数	21
(2) 1事業所当たり常勤換算看護・介護職員数	22
(3) 介護保険施設の常勤換算看護・介護職員1人当たり在所者数	22
統計表	23
用語の定義	26
平成25年介護サービス施設・事業所調査の結果は、厚生労働省のホームページにも掲載しています。 アドレス (http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-22-2.html)	

介護保険審査会

1 介護保険審査会の概要

(1) 介護保険審査会の目的

市町村の行政処分に不服のある被保険者の法的地位を迅速かつ簡便な手続で保障するため、介護保険審査会の設置、運営し、被保険者の権利擁護を行うとともに、介護保険制度の信頼性の確保を図る。

(2) 審査請求の対象

市町村が行った次の処分に不服がある者は、県介護保険審査会に審査請求をすることができる。

ア 保険給付に関する処分

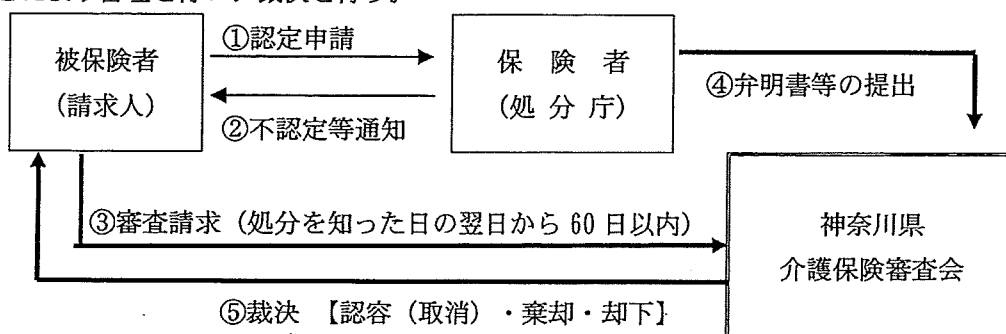
(被保険者証の交付の請求に関する処分及び要介護(要支援)認定に関する処分を含む。)

イ 保険料その他この介護保険法の規定による徴収金(財政安定化基金拠出金、納付金及び157条1項に規定する延滞金を除く。)に関する処分

2 審査請求の流れと介護保険審査会の構成

(1) 認定申請から裁決までの流れ

被保険者から審査請求があった時は、審査会は、介護保険法、行政不服審査法に基づく手続により審理を行い、裁決を行う。



(2) 審査会の構成

ア 介護保険審査会は、知事が任命する9名以上の委員(被保険者代表3名、市町村代表3名、公益代表3名以上(条例で定める))で構成する。

イ 要介護認定に対する審査請求は、公益代表委員から指名された者3名の合議体(介護認定審査部会という)で審査し、それ以外の処分(保険料賦課徴収等)に対する審査請求は、三者代表で構成する9名の合議体(保険給付等審査部会という)で審査する。

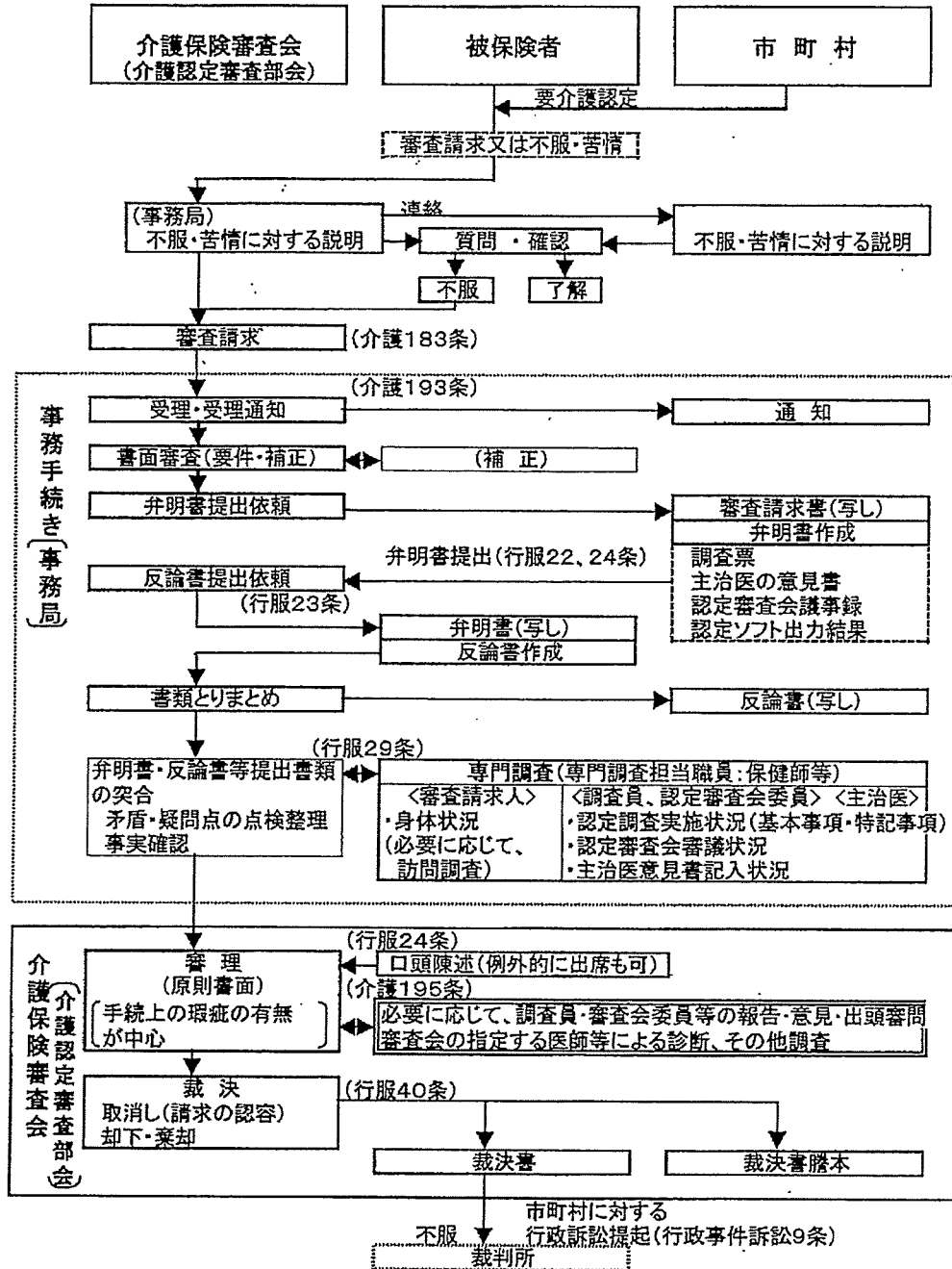
【介護認定審査部会】

地域性等を考慮し、圏域を分け3部会設置していたが、県民の介護保険制度への理解・浸透により請求件数が減少していることや事務の効率化などを考慮し、平成25年度から県庁に設置していた1部会に集約。

【保険給付等審査部会】

県全域を対象に県庁に1部会を設置。

審査請求事務の流れ(要介護認定の場合)



- ・ 指定居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・介護保険施設・地域包括支援センター・介護支援専門員

(3) 都道府県及び指定都市で研修を実施

委託による認定調査は、都道府県及び指定都市で実施する認定調査員研修の受講が要件

5 要介護認定等基準時間

要介護認定等基準時間は、介護の必要度を示す指標を、介護にかかる時間であらわしたものを。

単位は分。認定調査の結果及び医師意見書の一部項目に基づいて、以下の5つの分野ごとに推計された時間の合計を用いる。

- ①直接生活介助：入浴、排せつ、食事等の介護
- ②間接生活介助：洗濯、掃除等の家事援助等
- ③BPSD関連行為：徘徊（はいかい）に対する探索、不潔な行為に対する後始末等
- ④機能訓練関連行為：歩行訓練、日常生活訓練等の機能訓練
- ⑤医療関連行為：点滴の管理、褥創（じょくそう）の処置等の診療の補助等
(点滴管理、中心静脈栄養、透析、ストーマ、酸素療法、呼吸器、気管切開等の特別な医療12項目)

- ・ 要支援1 25分以上32分未満
- ・ 要支援2 32分以上50分未満
- ・ 要介護1 32分以上50分未満で要支援2に該当しないもの
- ・ 要介護2 50分以上70分未満
- ・ 要介護3 70分以上90分未満
- ・ 要介護4 90分以上110分未満
- ・ 要介護5 110分以上

6 介護認定審査会

介護認定審査会は、介護認定の審査判定を行う機関として、市町村に設置されている。委員定数は5名を標準とし、市町村が定める数とする。委員は、保健・医療・福祉の学識経験者を市町村長が任命する。任期は2年。

7 認定有効期間

	原則	設定可能な認定有効期間の範囲
新規申請	6ヶ月	3～12か月 : H24.4月改定
更新申請	12ヶ月	3～24か月
みなし更新	6ヶ月	3～12か月
区分変更申請	6ヶ月	3～12か月

(ただし、要支援↔要介護は6ヶ月)

・ 区分

- ※ 認定審査会は、被保険者の状態が安定しないと認められる場合は、短期（3ヶ月～）の期間指定を、また、更新申請において被保険者（要介護状態の者）の状態が安定している場合には、最長24ヶ月の期間を指定することができる。

8 H24年4月の要介護認定の見直し（このたび大きな改正はなし）

- (1) 認定有効期間の見直し：前述のとおり
- (2) 迅速な要介護認定のための業務負担軽減：申請日から30日を超える場合の、被保険者への延期通知の省略

【参考】H21年4月の要介護認定の見直し

- ① 認定調査項目を、現行の82項目から14項目を除外し、新たに6項目を追加し、合計74項目とし、群編成も現行10群を5群に編成。
- ② コンピュータによる一次判定で使用する「樹形モデル」を見直し。
- ③ 現在は、認定審査会の二次判定で行っている「要支援2」・「要介護1」の審査判定をコンピュータの一次判定で行う など。

平成25年度

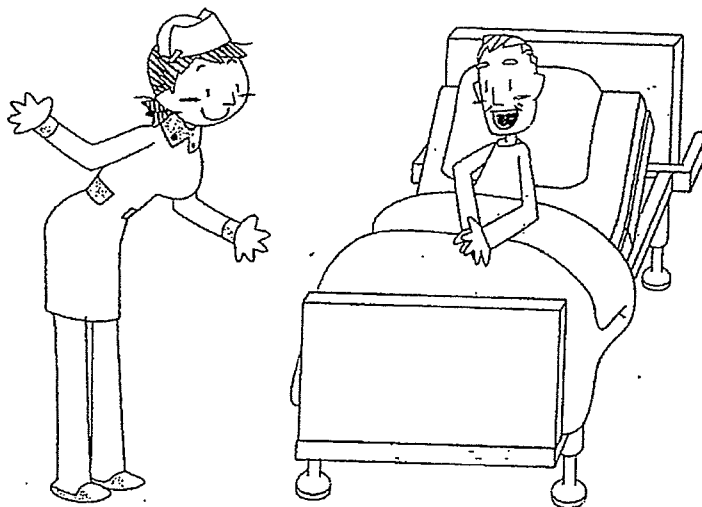
指定介護保険事業者のための運営の手引き

訪問看護／

介護予防訪問看護

神奈川県 介護保険課

介護保険制度は、更新や新しい解釈が出る大変多い制度です。この手引きは作成時点でまとめていますが、今後変更も予想されますので、常に最新情報を入手するようにしてください。



目次

項目	頁
I 基準の性格、基本方針等	1
1 基準条例の制定	1
2 基準の性格	1
3 基本方針	3
4 取扱方針	3
II 人員基準について	6
1 管理者	6
2 看護師等	6
◆ 用語の定義	8
III 設備基準について	10
1 設備及び備品等	10
IV 運営基準について	11
1 サービス提供の前に	11
(1) 内容及び手続の説明及び同意	11
(2) 提供拒否の禁止	11
(3) サービス提供困難時の対応	12
(4) 受給資格等の確認	12
(5) 要介護・要支援認定の申請に係る援助	12
2 サービス提供の開始に当たって	12
(1) 心身の状況等の把握	12
(2) 居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）等との連携	13
(3) 居宅サービス計画（介護予防サービス計画）に沿ったサービスの提供	13
(4) 居宅サービス計画（介護予防サービス計画）等の変更の援助	13
3 サービス提供時	13
(1) 身分を証する書類の携行	13
(2) サービスの提供の記録	14
4 サービス提供後	14
(1) 利用料等の受領	14
(2) 保険給付の請求のための証明書の交付	15
5 サービス提供時の注意	15
(1) 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成	15
(2) 主治の医師との関係	16
(3) 同居家族に対するサービス提供の禁止	17
(4) 利用者に関する市町村への通知	17
(5) 緊急時等の対応	17
6 事業所運営	17
(1) 運営規程	17
(2) 勤務体制の確保等	18
(3) 衛生管理等	18
(4) 掲示	19
(5) 秘密保持等	19

項目	頁
(6) 広告	19
(7) 居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者に対する利益供与の禁止	19
(8) 苦情処理	20
(9) 市町村が実施する事業への協力	21
(10) 事故発生時の対応	21
(11) 会計の区分	22
(12) 記録の整備	22
V 介護報酬請求上の注意点について	23
1 訪問看護費の算定に当たって	23
(1) 「通院が困難な利用者」について	23
(2) 訪問看護指示の有効期間について	23
(3) 訪問看護の所要時間の算定について	23
(4) 理学療法士等の訪問について	25
(5) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携	26
(6) 末期の悪性腫瘍の患者等の取扱いについて	27
(7) 特別の指示（特別指示書の交付）があった場合	28
(8) 他のサービスとの関係	28
(9) 介護老人保健施設及び介護療養型医療施設を退所・退院した日の訪問看護の取扱い	28
2 加算・減算等	28
(1) 早朝・夜間・深夜訪問看護加算	28
(2) 複数名訪問看護加算	29
(3) 長時間訪問看護加算	29
(4) 緊急時訪問看護加算	30
(5) 特別管理加算	31
(6) ターミナルケア加算	34
(7) 初回加算	35
(8) 退院時共同指導加算	36
(9) 看護・介護職員連携強化加算	37
(10) サービス提供体制強化加算	38
(11) 中山間地域等における小規模事業所加算	42
(12) 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	43
(13) 特別地域訪問看護加算	43
(14) 居宅サービス計画上准看護師の訪問が予定されている場合に准看護師以外の看護師等により訪問看護が行われた場合の取扱い	44
(15) 同一の建物に居住する利用者に対する減算	44
VI 居宅療養管理指導について	46
看護職員による相談等の評価（居宅療養管理指導費）	46
居宅療養管理指導費	46
居宅療養管理指導の指定基準（訪問看護ステーション）	47
居宅療養管理指導の指定の申請方法	47
[参考資料1] 訪問看護計画書及び訪問看護報告書等の取扱いについて	48
[参考資料2] 個人情報保護について	52
[参考資料3] 勤務形態一覧表の作成方法・常勤換算の算出方法	53

I 基準の性格、基本方針等

1 基準条例の制定

- 従前、指定居宅サービス及び指定介護予防サービスの事業の人員、設備、運営等に関する基準等については、厚生省令及び厚生労働省令により全国一律の基準等が定められていましたが、「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」(平成23年法律第37号。いわゆる「第1次一括法」)及び「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」により、「介護保険法」が改正され、各地方自治体において、当該基準等を条例で定めることとなり、神奈川県では、次のとおり当該基準等を定める条例を制定しました。
- 県内(指定都市及び中核市を除く。)に所在する指定居宅サービス事業者及び指定介護予防サービス事業者は、条例の施行日である平成25年4月1日から、条例に定められた基準等に従った事業運営を行わなければならない。

【指定訪問看護に関する基準】

- 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例(平成25年神奈川県条例第20号。以下「居宅条例」という。)
- 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例施行規則(平成25年神奈川県規則第30号。)

【指定介護予防訪問看護に関する基準】

- 指定介護予防サービス等の事業の人員、設備、運営等に関する基準等を定める条例(平成25年神奈川県条例第21号。以下「予防条例」という。)
- 指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例施行規則(平成25年神奈川県規則第31号。)

【指定訪問看護に関する基準及び指定介護予防訪問看護に関する基準の解釈通知について】

- 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例等及び指定介護予防サービス等の人員、設備運営等に関する基準等を定める条例等について(平成25年3月29日付け高施第336号。以下「解釈通知」という。)

(参考)居宅条例及び予防条例の掲載場所

- 介護情報サービスかながわ (<http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/>)
→ライブラリ(書式/通知)
→5. 国・県の通知
→高齢福祉分野における施設基準条例等の公布について
(<http://www.rakuraku.or.jp/kaigo2/60/lib-list.asp?id=686&topid=6>)
→高齢福祉分野における施設基準等に関する解釈通知について
(<http://www.rakuraku.or.jp/kaigo2/60/lib-list.asp?id=695&topid=6>)
→高齢福祉分野における施設基準条例施行規則等の公布について
(<http://www.rakuraku.or.jp/kaigo2/60/lib-list.asp?id=695&topid=6>)

2 基準の性格

◆指定居宅サービスの事業の一般原則【居宅条例 第4条】

・指定居宅サービス事業者は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立った指定居宅

あったかいね!

介護保険

利用のしかたを知っておきましょう

石段師



海老名市

もくじ

介護保険制度のしくみ	1
保険料の決め方と納め方	
介護保険に加入する方	2
●40歳から64歳の方の保険料	3
●65歳以上の方の保険料	4
介護サービスの利用のしかた	6
1 要介護認定の申請	8
2 訪問調査と審査	10
3 認定結果の通知	12
4 要支援1・2または 非該当と認定された方は	14
5 要介護1～5と認定された方は	16
利用者負担の支払い	18
●在宅サービスの費用	
●施設サービスの費用	19
介護サービスの種類	20
●在宅サービス	20
●施設サービス	23
●地域密着型サービス	24
●介護保険以外の主な 高齢者福祉サービス	25
●申請・相談窓口一覧	裏表紙

ハートページ

HEARTPAGE YOKOHAMA

横浜市北部エリア版(鶴見区・港北区・緑区・青葉区・都筑区)
横浜市内各区の介護保険窓口・地域包括支援センター他で無料配布 FREE PAPER
ハートページは本誌の社会的意義をご理解いただいた広告主様のご協賛金で制作されています。



横浜市
北部エリア版

横浜市

「介護保険総合案内」
「介護サービス事業者リスト」

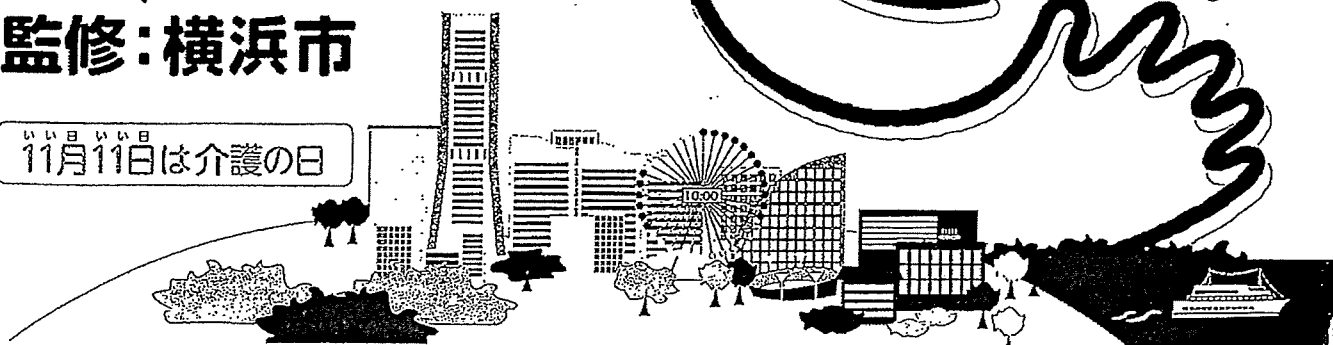
介護が必要になった方やご家族のための
介護と介護保険のナビ・マガジン

最新事業者検索ができるWeb版「ハートページネット」
www.heartpage.net



監修:横浜市

11月11日は介護の日



介護サービス事業者選びに役立つ 情報満載の「ハートページ」です。

「ハートページ」は、介護を受ける方やご家族に介護保険情報や介護サービス事業者の的確な情報を提供し、事業者を選ぶ際の参考にしていただくために、介護保険制度スタートの翌年平成13年(2001年)に社会貢献事業として誕生しました。税金を使わない民間活力を導入して編集・制作し、自治体の介護保険窓口・関連施設等で無料配布しています。創刊以来14年、今後も介護サービス事業者(ケアマネジャー他)の皆様と共に、介護保険利用者はじめ高齢者の皆様方が安心して暮らせる地域社会づくりに貢献できますよう、内容の充実に向けてまいります。

横浜市の監修、広告主様のご協賛を得て、無料配布の「ハートページ2014年・横浜市版」が実現しました。



「ハートページ」2014年度・横浜市版を無料誌としてお届けできているのは、本誌の社会的意義をご理解いただき広告の出稿をいただいている広告主様各位のご協賛の賜物です。下記広告主様一覧をご参照ください。今後とも皆様のご支援を得てハートフル・ケア(こころの通いあう介護)の気持ちが伝わる誌面をめざします。

■広告主様 一覧 (ページ順)

株式会社 ランドネクスス.....(表紙裏面)表2	医療法人社団 愛英会 横浜まちだクリニック...P9
株式会社 生活科学運営.....P1	株式会社 日経第一.....P10
株式会社 東急イーライフデザイン...P2~P3	生活協同組合ユニーコープ.....P10
株式会社 日本ケアリンク.....P4	社会福祉法人 藤雪会.....P11
社団法人 認知症高齢者研究所.....P5	医療法人社団 葵会.....P11
株式会社 タツミプランニング/ タツミメディカルサービス 株式会社.....P6	あんしんケアマネジメント 株式会社.....P11
株式会社 ケアプロデュース.....P7	社会福祉法人 横浜市福祉サービス協会...P18
株式会社 ホームヘルパー福祉協会.....P8	株式会社 木下の介護.....(裏表紙の前頁)表3
株式会社 ファーストホーム.....P9	株式会社 未来設計.....(裏表紙)表4

お役立ち情報ページ(P12~17)

株式会社 SAYME	医療法人社団 園和会
株式会社 グランフーズ	有限会社 都筑
ケアタクシー らいおんハート	株式会社 フジックスハートフル
古屋運送 株式会社	特定非営利活動法人 きずなの会 横浜支局
有限会社 ユニバーサルケア	有限会社 ケアサービス百花
dress	株式会社 ネクストバリュー
株式会社 ヘルスケア美容ネットワーク	RehaStyle アンフルール
有限会社 ヒューマンケア	ケアサポート 株式会社
理容室シルエット	株式会社 有島
美容室アルコバレーノ	株式会社 藍和
株式会社 川崎幸はきゅう院	特定非営利活動法人 まごころケアサポート
医療法人社団 清美会 清水歯科医院	株式会社 文教センター
高田歯科医院	株式会社 ホーラ
医療法人社団 慶美会	株式会社 ケアポート

※事業者リストページは、ハートページが各事業者と直接確認し合い情報収集したものです。お気付きの点等ございましたら、ハートページ編集部までお問い合わせください。

ハートページ

総目次

横浜市の介護保険総合案内 地域包括支援センター 鶴見区・港北区・緑区・ 青葉区・都筑区	P20
横浜市の 介護保険事業計画	P22
介護保険制度のしくみ	P24
介護保険の対象者	P25
保険料について	P26
サービスの利用手順	P30
利用できるサービス	P36
サービスの 利用者負担について	P49
要介護認定や要支援認定を 受けていない方へのサービス	P55
介護保険以外のサービス	P58
苦情はどこに申し出る?	P62
お問合せ	P63
事業者リストページ 第1部 居宅介護支援	P66
事業者リストページ 第2部 訪問介護	P77
訪問入浴介護	P86
訪問看護	P87
訪問リハビリテーション	P90
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	P90
夜間対応型訪問介護	P91
通所介護	P91
通所リハビリテーション	P102
福祉用具貸与 特定福祉用具購入	P104
認知症対応型通所介護	P107
小規模多機能型居宅介護	P108
複合型サービス	P110
認知症対応型共同生活介護	P110
特定施設入居者生活介護	P114
軽費老人ホームケアハウス	P120
事業者リストページ 第3部 介護老人福祉施設 短期入所生活介護	P121
介護老人保健施設 短期入所療養介護	P129
介護療養型医療施設	P133