

家族介護用品支給事業

新規利用者の申請にあたり、購入を希望するオムツの取り扱いの有無とともに配達に対応について事前に事業者（薬局）と調整の上、申請書の提出をお願いします。

事業者（薬局）は利用者からの意向があれば配達に対応することになっていますが、薬局の事業規模等により、配達に対応に限度があるため、事前の相談をいただきたいと薬剤師会から要望がありました。

申請書等の押印（認印）について

新型コロナウイルス感染症拡大防止を背景として、内閣府から行政手続きにおける国民の負担を軽減し、国民の利便性を図ることを目的に、行政手続きにおける押印の見直しの要請がありました。沼津市においても、行政手続きにおける押印の見直しをした結果、申請書等の押印は不要とする扱いとなりました。

居宅介護支援事業所の皆様には、各種手続きの支援等をいただいておりますが、利用者やその家族に対して、これまで同様、懇切丁寧な説明を実施していただき、トラブル等の発生のないようお願いします。

※承諾書、委任状、同意書（欄）など、本人の意思確認を強く求める手続きであるため、署名または記名・押印を求める場合があります。

要介護認定期間内の短期入所が半数を超える利用について

令和3年4月から、更新申請の場合の要介護認定の有効期間の上限が48か月となる予定となっていることを受けて、今後の取り扱いを以下のとおりとします。

理由書の提出時期について

- ・有効期間6か月の場合 90日を超えることが見込まれたとき
- ・有効期間12か月の場合 180日を超えることが見込まれたとき
- ・有効期間18か月の場合 270日を超えることが見込まれたとき
- ・有効期間24か月の場合 360日を超えることが見込まれたとき
- ・有効期間36か月の場合 360日を超えることが見込まれたとき
- ・有効期間48か月の場合 360日を超えることが見込まれたとき

有効期間36か月、48か月の場合は、初回以降の理由書の提出時期を、個別の状況に応じて指定します。（例：次回提出は720日を超えることが見込まれた時）

沼津市で実施している介護保険以外のサービス等について

別紙資料のとおり

沼津市で実施している介護保険以外のサービス等について

○沼津市家族介護慰労事業

【対象者】要介護3～5で在宅の高齢者を、1年間、介護保険サービスを利用せずに在宅で介護している家族（年間7日以内のショートステイの利用を除く）

【内 容】慰労金の額 年間10万円

○緊急通報装置設置費用の一部助成

【対象者】心臓疾患又は脳血管疾患の理由により緊急時の通報が困難な65歳以上の人（単身生活者又は高齢者のみの世帯）

【内 容】民間の緊急通報装置を設置した場合の初期費用（導入費用）について市民税非課税世帯4,000円、市民税課税世帯2,000円を助成
※月額利用料金については助成の対象外

○日常生活用具給付等事業

(1) 電磁調理器

【対象者】65歳以上の一人暮らし高齢者で、認知症等の理由により火の扱いに不安のある人（前年所得税非課税者）

【内 容】購入金額の2分の1を給付（上限41,000円）

(2) 住宅用防災警報器

【対象者】65歳以上の一人暮らし高齢者又は高齢者のみの世帯（世帯全員が所得税非課税）

【内 容】購入金額の10分の9を給付（上限9,000円）

※寝室、階段等に新規に設置するもので、1世帯につき2台を限度とする。

○介護保険特別給付（生活援助見守り型訪問介護サービス）

(1) 見守りサービス

【対象者】認知症、うつ又は閉じこもり等の症状を有しており、介護者が長時間外出する際に居宅等における見守りが必要な人

【内 容】給付額（自己負担額）は介護保険の訪問介護（生活援助）に準ずる。

(2) 理美容等外出支援サービス

【対象者】理美容、冠婚葬祭等のための外出時に車いすへの移乗等の身体介助が必要な人

【内 容】給付額（自己負担額）は介護保険の訪問介護（身体介護）に準ずる。

○重度要介護者通院支援

【対象者】要介護4又は5で、ストレッチャー対応により大型車で移動を要する人

【内 容】対象者が通院する場合の輸送費用の一部を市が負担します。（所得に応じて利用者負担有）

上記内容については、各制度の概要のみを掲載しています。要件等の詳細については沼津市介護保険課給付係（055-934-4874）にお問い合わせください。

介護予防支援事業等の事務の流れ～居宅介護支援事業者への業務委託の場合～

沼津市版

令和元年 12 月 20 日改訂

業務の流れ

業務内容	担当	必要書類
<p>【契約】</p> <p>(1) 居宅介護支援事業所に受託の可否を確認する。</p> <p>(2) 利用者、居宅介護支援事業所（新規の場合は利用者も含む）と契約日時の調整を図り、契約や介護予防サービス・支援計画書（以下ケアプランという）作成に係る日程調整を行う。</p> <p>(3) 利用者との契約締結</p> <p>ア 包括の代表者印が押印されている契約書を 2 通用意</p> <p>イ 利用者の署名・押印された契約書を 1 通は利用者に渡し、1 通を地域包括支援センターが保管する。</p> <p>ウ 利用者の署名押印のある「居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書」及び被保険者証を利用者から預かる。</p> <p>※可能な限り居宅介護支援事業所同席のもとで契約をする</p>	<p>地域包括支援センター</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 契約書 ・ 重要事項説明書 ・ 個人情報使用同意書 ・ 居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書 ・ 負担割合証
<p>(4) 市役所へ書類提出</p> <p>「居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書」及び被保険者証を提出する。また、「要介護被保険者等情報提供申請書（居宅介護支援事業者用）」を提出し主治医意見書・認定調査結果を入手。入手した書類は、写しを居宅介護支援事業所に渡し、原本を地域包括支援センターが保管する。</p> <p>(5) 被保険者証（ケアプラン作成事業者名入り）は、写しをとった上で利用者に返却する。</p>	<p>地域包括支援センター</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 居宅（介護予防）サービス計画作成（変更）届出書 ・ 被保険者証 ・ 要介護被保険者等個人情報提供申請書 ・ 個人情報使用同意書

業務内容	担当	必要書類
<p>(6) 契約時やケアプラン作成のため、包括から提供を受けた情報は、重要な個人情報として居宅介護支援事業所内で保管する。</p>	居宅介護支援事業所	
<p>【ケアマネジメント】</p> <p>(7) アセスメント</p> <p>ア 利用者・家族との面接、基本チェックリスト、認定調査票、主治医意見書等から必要な情報（生活に対する意向も含む）を把握する。</p> <p>イ 把握した情報をもとに、生活機能の低下の背景・原因及び課題の分析を行う。</p> <p>(8) ケアプラン（原案）の作成</p> <p>ア 明らかとなった課題の解決に向け、利用者の生活に対する意向も踏まえた具体的な目標や具体策、サービスの決定。</p> <p>※利用者に関わる加算はケアプランに記載する。</p> <p>イ 利用者、家族に目標と具体策等について説明を行い、合意を得る。</p> <p>ウ 地域包括支援センターにケアプラン原案の確認を依頼する。</p> <p>※ 地域包括支援センターは、ケアプラン原案の確認後、年月日等を記入し、居宅介護支援事業所に渡す。</p> <p>(9) サービス担当者会議</p> <p>ア ケアプランの内容について利用者、家族、サービス事業者等と確認し、介護予防に向けた共通認識を得たうえで必要な修正を加えケアプランの原案を決定。（計画は<u>6～12か月</u>を期間とし設定）</p> <p>※ 地域包括支援センターは状況に応じ参加</p> <p>イ 支援経過等にサービス担当者会議の状況及び利用者、サービス事業者等との連携・調整内容について記載する。</p>	居宅介護支援事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・ 主治医意見書 ・ 認定調査結果 ・ 利用者基本情報 ・ 基本チェックリスト ・ ケアプラン ・ サービス利用票 ・ サービス利用票別表 <p>→ 包括へ提出</p>

業務内容	担当	必要書類
<p>(10) サービス担当者会議終了後、ケアプランの内容を利用者に説明し、同意日及び利用者名を記載してもらう。</p> <p>(11) ケアプランの交付</p> <p>ア 利用者及びサービス事業者に写しを交付する。原本については地域包括支援センターへ提出し、写しを居宅介護支援事業所で保管する。</p> <p>※ケアプランの日付の時系列等については別紙1を参照のこと</p>	居宅介護支援事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプラン → 利用者へ交付 原本を包括へ
<p>(12) モニタリング</p> <p>ア 原則として指定介護予防サービス事業者等への訪問、利用者への電話等の方法により、利用者の状況等を確認するとともに、個別計画表の入手、確認を行い、少なくとも1か月に1回はモニタリングを実施、その結果を記録する。</p> <p>イ 3か月に1回は訪問を行い、利用者・サービスの提供状況を把握する</p> <p>※訪問しない月でも利用者の状況に変化があった場合は、利用者宅を訪問し確認を行う。</p> <p>ウ 計画の見直しの必要性について検討</p> <p>見直しの必要があれば、評価をした上で、(7)～(11)の手続きによりケアプランを変更する。</p>	居宅介護支援事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・経過記録
<p>【給付管理】</p> <p>(13) 給付管理業務</p> <p>ア サービス事業者から提出された、「サービス提供票及び別表」を利用者ごとに分類し利用者に確認した実績と突合する。</p> <p>イ サービス利用票及び別表に実績を記載し、「委託実績確認票」を作成のうえ写しをとり、地域包括支援センターが余裕をもって請求できる日時までに提出する。</p>	居宅介護支援事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・委託実績確認票 ・サービス利用票 ・サービス利用票別表 → 包括へ提出

業務内容	担当	必要書類								
<p>(14) 介護報酬の請求</p> <p>居宅介護支援事業所から送られてきた「委託実績確認票」「サービス利用票及び別表」をもとに国保連請求データを作成し、毎月10日までに提出する。</p>	<p>地域包括支援センター</p>									
<p>【評価】</p> <p>(15) 評価</p> <p>ア サービス事業者から事後アセスメント等の結果報告を受け、利用者宅を訪問し面接。</p> <p>イ ケアプランに位置づけた期間が終了するとき（<u>6か月～12か月に1回</u>）は、目標の達成状況について評価を行う。</p> <p>ウ 評価結果及び利用者・家族の状況を踏まえ、表1評価表項目一覧のようにサービスにつなぐ又は終了等の対応方針案を決定。</p> <p>エ 「介護予防サービス支援評価表」を作成し、原本を地域包括支援センターへ提出する。その際、当該計画期間に係る経過記録も併せて提出する。</p> <p>表1 評価表項目一覧</p> <table border="1" data-bbox="230 1062 1267 1461"> <thead> <tr> <th>評価表項目</th> <th>項目内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>プラン継続</td> <td>ケアプラン継続中に一時的な入院等があり、利用が中断され、退院後も本人の状態や以降の変化がなく改めて同じケアプランの目標、内容を実施する場合など</td> </tr> <tr> <td>プラン変更</td> <td>達成可能な目標の再設定、再設定した目標を達成するためのサービス種類や期間を変更する場合など</td> </tr> <tr> <td>終了</td> <td>サービスが不要になり、介護予防のケアプランを作成する必要がない場合</td> </tr> </tbody> </table>	評価表項目	項目内容	プラン継続	ケアプラン継続中に一時的な入院等があり、利用が中断され、退院後も本人の状態や以降の変化がなく改めて同じケアプランの目標、内容を実施する場合など	プラン変更	達成可能な目標の再設定、再設定した目標を達成するためのサービス種類や期間を変更する場合など	終了	サービスが不要になり、介護予防のケアプランを作成する必要がない場合	<p>居宅介護支援事業所</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護予防サービス・支援評価表 ・ 介護予防支援経過記録 <p>→ 包括へ提出</p>
評価表項目	項目内容									
プラン継続	ケアプラン継続中に一時的な入院等があり、利用が中断され、退院後も本人の状態や以降の変化がなく改めて同じケアプランの目標、内容を実施する場合など									
プラン変更	達成可能な目標の再設定、再設定した目標を達成するためのサービス種類や期間を変更する場合など									
終了	サービスが不要になり、介護予防のケアプランを作成する必要がない場合									

業務内容	担当	必要書類
<p>(16) 評価及びケアプラン変更案の確認</p> <p>ア 居宅介護支援事業所の作成した「介護予防サービス支援評価表」及び「経過記録」を基に、今後の方針について適切かどうか判断し、適切でない場合は作成者と詳細について意見交換し、方針の統一を図る。</p> <p>イ 確認した担当者が確認した年月日、地域包括支援センター意見等を記入し、居宅介護支援事業所に写しを渡す。</p>	地域包括支援センター	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防サービス・支援評価表 ・介護予防支援経過記録
<p>ウ 地域包括支援センターとの意見交換の結果を踏まえ、評価内容を利用者に伝える。必要に応じて、今後の支援計画について協議する。</p> <p>エ 予防給付を継続する場合は、評価の結果を基に（7）からの手続きによって行うこと。</p> <p>※ <u>1年に1回はサービス担当者会議を開催し、利用者の生活状況等を確認の上、ケアプランの作成（変更）を行うこと。</u></p> <p>※ その他必要に応じサービス担当者会議を開催すること</p>	居宅介護支援事業所	

※総合事業対象者に対する居宅介護支援事業所への業務委託の流れについても上記内容と同様とする。

※要介護から要支援と認定され、引き続き介護予防サービスの利用を希望する場合には、利用者の同意を得たうえで、地域包括支援センターに利用者に関する基本情報を提供する。

※介護予防支援業務の委託契約が終了した時（要支援から要介護になった場合はその限りではない）

居宅介護支援事業所が所持する、主治医意見書（写）、認定調査結果（写）介護保険被保険者証（写）利用者基本情報、基本チェックリスト、介護予防サービス・支援計画書（写）介護予防支援経過記録、介護予防サービス・支援評価表（写）を地域包括支援センターへ提出する。

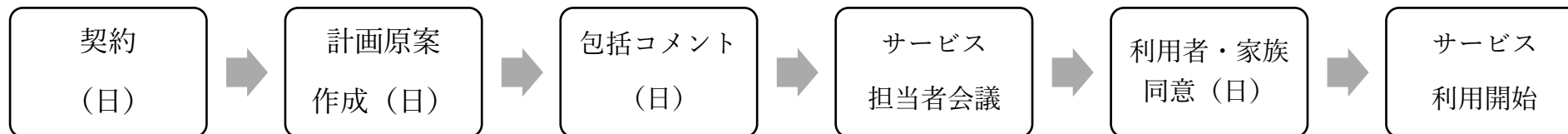
※地域包括支援センターは利用者に対する介護予防支援の提供に関わる記録を整備し、利用者との契約が完結した日から2年間保存しなければならない。

別紙 1

ケアプラン日付の時系列解釈について

- ① ケアプランの日付については、数字を揃えるのではなく「**流れ**」を揃えるようにすること。（意図的に数字を揃える必要はない）
- ② 契約や地域包括支援センターにコメントをもらうことが時間的に難しい場合には、事前に利用者、家族または包括に連絡をし、口頭で意思の確認のうえ、後日口頭確認日の日付を記入することが可能。ただし、その内容について経過記録に必ず記載すること
- ③ 居宅（介護予防）サービス計画作成（変更）届出書の提出については、契約日またはサービス利用初月の1日など、サービス利用日までに届け出ること。

揃えるのは「日付」ではなく「流れ」



※すべて同じ日になることもないわけではないが、意図的に数字を揃える必要はない