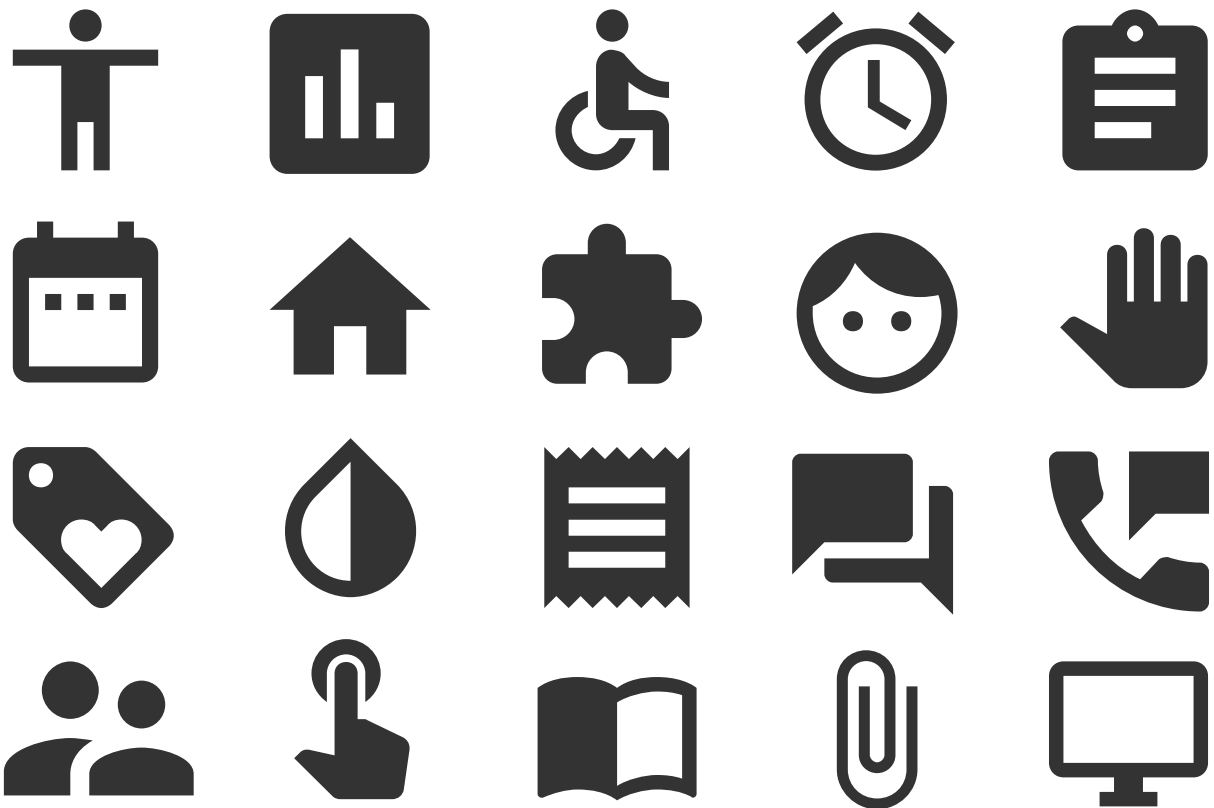


藤沢市

# ケアマネジャー 業務ハンドブック



# 目 次

<b>0 はじめに</b>		
ケアマネジャーの自己点検	0	- 1
先輩ケアマネからの一言アドバイス	0	- 2
基本方針	0	- 3
<b>1 相談から認定までの流れ</b>		
(1) 相談	1	- 1
(2) 申請	1	- 2
①新規申請	1	- 2
②更新申請	1	- 2
③変更申請	1	- 2
(3) 要支援・要介護認定	1	- 2
①認定調査	1	- 2
②介護認定審査会	1	- 2
(4) 認定結果の通知	1	- 3
<b>2 居宅介護支援業務</b>		
(1) 居宅介護支援の開始	2	- 1
(2) 居宅介護支援のプロセス	2	- 2
①アセスメント（課題分析）	2	- 2
②居宅サービス計画原案の作成・サービス調整	2	- 3
③サービス担当者会議の開催・居宅サービス計画の同意	2	- 4
④サービス提供事業所への依頼・サービスの開始	2	- 5
⑤モニタリング	2	- 5
⑥居宅サービス計画の見直し	2	- 6
(3) 給付管理・請求業務	2	- 6
<b>3 介護予防ケアマネジメント業務</b>		
介護予防ケアマネジメント業務	3	- 1
(1) 介護予防・日常生活支援総合事業	3	- 2
(2) 介護予防ケアマネジメントの開始	3	- 3
(3) 介護予防ケアマネジメントのプロセス	3	- 3
①アセスメント（課題分析）	3	- 4
②介護予防サービス・支援計画表（ケアマネジメント結果等記録表）原案の作成	3	- 4
③介護予防サービス担当者会議の開催・介護予防ケアプランの同意	3	- 5
④サービス提供事業所への依頼・サービスの開始	3	- 6
⑤モニタリング	3	- 6
(4) 給付管理・請求業務	3	- 6
(5) 評価	3	- 6
<b>4 医療との連携</b>		
(1) 主治医との連携	4	- 1
①連携を取る主治医とは	4	- 1
②医療との連携の大切さ	4	- 1
③医師との連携	4	- 1
(2) 入退院時の医療機関との連携	4	- 2
(3) 医療機関との情報連携の強化	4	- 2

<b>5 介護保険制度のサービス</b>		
(1) 居宅サービス	5	- 1
①訪問介護（ホームヘルプ）	5	- 1
②（介護予防）訪問入浴介護	5	- 3
③（介護予防）訪問看護	5	- 4
④（介護予防）訪問リハビリテーション	5	- 6
⑤（介護予防）居宅療養管理指導	5	- 7
⑥通所介護（デイサービス）	5	- 8
⑦（介護予防）通所リハビリテーション（デイケア）	5	- 8
⑧- 1（介護予防）短期入所生活介護（ショートステイ）	5	- 9
⑧- 2 共生型短期入所生活介護	5	- 10
⑨（介護予防）短期入所療養介護（ショートステイ）	5	- 10
⑩（介護予防）特定施設入居者生活介護	5	- 11
⑪- 1 福祉用具貸与	5	- 12
⑪- 2 介護予防福祉用具貸与	5	- 12
⑫（介護予防）福祉用具購入費の支給	5	- 14
⑬（介護予防）住宅改修費の支給	5	- 15
(2) 地域密着型サービス	5	- 19
①定期巡回・随時対応型訪問介護看護	5	- 19
②夜間対応型訪問介護	5	- 19
③（介護予防）認知症対応型通所介護	5	- 19
④地域密着型通所介護	5	- 20
⑤（介護予防）小規模多機能型居宅介護	5	- 20
⑥（介護予防）認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	5	- 20
⑦地域密着型特定施設入居者生活介護	5	- 21
⑧地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	5	- 21
⑨看護小規模多機能型居宅介護	5	- 21
(3) 施設サービス	5	- 22
①介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	5	- 22
②介護老人保健施設	5	- 23
③介護医療院	5	- 24
(4) 介護職員等によるたんの吸引等について	5	- 24
①対象となる医行為	5	- 24
②たんの吸引等を行えるもの	5	- 25
③登録事業者	5	- 25
④医療関係者との連携	5	- 25
(5) 共生型サービス	5	- 26
資料「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ついて（抜粋）」	5	- 27
資料「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について（抜粋）」	5	- 28
資料「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について（その2）」	5	- 29
資料「サービスを利用する前の診断書の提出及びその費用負担について」	5	- 33
資料「サービス利用前の健康診断の扱い（国Q & A）」	5	- 34
資料「入所順位の評価基準」	5	- 35
<b>6 介護保険制度と障がい者施策との適用関係について</b>		
介護保険制度と障がい者施策との適用関係について	6	- 1
資料「補装具・日常生活用具・福祉用具の区分」	6	- 3

<b>7 障がい者総合支援法</b>		
(1) 障がい福祉サービスについて	7	- 1
(2) 障がい福祉サービスに係る自立支援給付等の体系	7	- 2
(3) 障がい福祉サービス利用の手続き	7	- 3
(4) 利用者負担の仕組み	7	- 4
(5) 補装具・日常生活用具・福祉用具について	7	- 5

<b>8 生活保護制度（介護扶助）と介護保険制度の関係</b>		
(1) 生活保護利用者と介護保険の関係	8	- 1
(2) 介護扶助の介護方針及び介護報酬	8	- 1
(3) 介護扶助の給付決定と介護券発行	8	- 1
(4) 担当部署（問い合わせ、相談先）	8	- 2

<b>9 藤沢市の保健福祉サービス等（介護保険以外のサービス等）</b>		
(1) 相談窓口	9	- 1
①- 1 福祉総合相談支援センター	9	- 1
①- 2 北部福祉総合相談室	9	- 1
①- 3 バックアップふじさわ	9	- 1
②いきいきサポートセンター（地域包括支援センター）	9	- 1
③基幹型地域包括支援センター	9	- 3
④高齢者虐待専門相談	9	- 3
(2) 介護保険認定（藤沢市介護予防・日常生活支援総合事業を含む）の非該当の方・認定を受けていない方が対象の福祉サービス	9	- 4
・生活支援型ホームヘルプサービス	9	- 4
(3) 介護保険認定に関わらず利用できる福祉サービス	9	- 5
①緊急通報サービス	9	- 5
②一時入所（短期入所）サービス	9	- 5
③認知症等行方不明SOSネットワークシステム	9	- 6
(4) 介護保険認定者が対象の福祉サービス	9	- 7
①紙おむつの支給	9	- 7
②寝具乾燥消毒サービス	9	- 8
(5) 藤沢市の在宅福祉サービス利用手続きについて	9	- 9
①申請前の準備	9	- 9
②申請時の注意点	9	- 9
③申請後の注意点	9	- 10
④その他の注意点	9	- 10
(6) 健康・介護予防等の事業	9	- 11
①介護予防事業（65歳からの健康づくり）	9	- 11
②在宅療養者等歯科診療推進事業（お口の相談窓口）	9	- 11
③要介護高齢者歯科診療	9	- 11
④藤沢市医師会在宅医療支援センター	9	- 12
⑤地域の縁側（介護予防特化型）	9	- 12
⑥いきいき運動グループ（介護予防運動自主活動団体）	9	- 12
(7) 家族介護者教室等	9	- 13
①家族介護者教室	9	- 13
②在宅介護者の会「ほほえみの会」	9	- 13
(8) 認知症に関する事業	9	- 13
①知ってあんしん 認知症ガイドブック	9	- 13
②認知症サポーター養成講座	9	- 13
③認知症初期集中支援チーム	9	- 13
(9) その他事業	9	- 14
①藤沢市福祉タクシー利用券	9	- 14

②藤沢市訪問理美容サービス	9	-	14
③一声ふれあい収集	9	-	15
④高齢者はり・きゆう・マッサージ利用券	9	-	15
⑤水道料金の減免	9	-	16

## 10 藤沢市保健所のサービス等

(1) 感染症対策	10	-	1
①結核予防対策	10	-	1
②感染症予防対策	10	-	1
③エイズ予防対策	10	-	1
④肝臓疾患対策	10	-	1
(2) 精神保健対策	10	-	2
①精神保健対策	10	-	2
②関係機関との連携	10	-	3
③当事者、家族への支援	10	-	4
④地域生活支援事業・普及啓発事業	10	-	4
(3) 難病対策	10	-	5
①指定難病医療給付事業（経由事務）	10	-	5
②療養生活の相談	10	-	5
③医療相談事業	10	-	5
④患者会支援	10	-	5
(4) 原爆被爆者援護対策	10	-	5
資料「難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病」	10	-	6

## 11 その他の関連制度について

(1) 成年後見制度	11	-	1
①法定後見制度	11	-	1
②任意後見制度	11	-	3
(2) 日常生活自立支援事業（神奈川県社協受託事業）	11	-	4
(3) 高齢者虐待防止	11	-	5

## 12 介護保険課での手続等について ★各帳票は藤沢市HPをご確認ください★

(1) 認定関係	12	-	1
①介護保険要介護認定・要支援認定申請書	12	-	1
②介護保険認定関係書類の写し交付依頼書	12	-	7
③介護保険要介護認定・要支援認定申請取下げ書	12	-	10
(2) 資格関係	12	-	12
①介護保険被保険者証等再交付申請書	12	-	12
②介護保険送付先指定等届出書	12	-	15
(3) 給付関係	12	-	17
①居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書介護予防サービス計画作成介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書	12	-	17
②介護保険高額介護サービス費等支給申請書	12	-	20
（参考）高額介護サービス費等指定口座変更届	12	-	21
（参考）受給者資格者申告書兼給付費支給指定口座変更届	12	-	21
③介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書	12	-	23
④-1 介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請書	12	-	26
④-2 住宅改修完了届	12	-	28
（参考）住宅改修を必要とする理由書	12	-	31
（参考）住宅改修の承諾書	12	-	39
⑤介護保険居宅介護（介護予防）サービス費等支給申請書（償還払用）	12	-	40
⑥藤沢市介護保険負担限度額認定申請書	12	-	42

⑦利用者負担額減額・免除申請書	12	-	46
⑧社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象者確認申請書	12	-	49
⑨介護保険居宅サービス等自己負担額助成申請書	12	-	52
(参考) 受給資格者申告書兼給付費支給指定口座変更届	12	-	55

<b>13 藤沢市からの通知</b>			
○生活援助サービスに係る同居等の考え方について（改訂版）	13	-	1
○訪問介護に係る院内介助の取扱いについて（改訂版）	13	-	4
○指定訪問介護、指定介護予防訪問介護における“散歩”の考え方について（改訂版）	13	-	5
○軽度者に対する福祉用具貸与の取扱いについて	13	-	7
○第三者行為（交通事故等）による介護保険サービスの利用について	13	-	13
○居宅サービス計画作成依頼（変更）届出等マニュアル	13	-	15

## はじめに

藤沢市居宅介護支援事業所連絡協議会は、介護保険法施行の平成12年4月1日に設立され、介護支援専門員等がその職務を行う上で必要な情報の収集および提供をするとともに、介護支援専門員の資質の向上を図ることを目的として活動を行ってきました。幾度かの介護保険法の改正の中で変わりゆく介護保険制度に対し、歴代の幹事の方々が中心となり、藤沢市役所担当課の皆様と、会員である藤沢市内の介護支援専門員の高い意欲と意識に支えられ、研修企画・運営とご尽力されて今日に至っております。現在も約300名の会員の皆様による高い意識と意欲に支えられ、その活動ができていくこと、そして協議会設立時より、活動への理解と惜しみない協力をしてくださっている藤沢市役所担当課の皆様にこの場を借りてお礼申し上げます。

協議会は、平成15年度から藤沢市より「ケアマネジメント支援事業」（平成21年度までは「ケアマネジメントリーダー事業」として実施）の業務委託を受け、活動をしてまいりました。ケアマネジメント支援事業では、地域における介護支援専門員の活動を支援し、また、地域のケア体制を推進することで、介護保険利用者等、市民の自立支援及び生活の質の向上を図ることを目的とし、相談窓口の開設や、研修・サロンの開催、藤沢市ケアマネジャー業務ハンドブックの発刊やケアプラン自己チェックマニュアルの作成、「介護の日」イベント開催等を行っております。

ケアマネジメント支援事業の一環として作成している「藤沢市ケアマネジャー業務ハンドブック」は、制度改正や業務に関わる内容の変更に合わせて改編されてきました。この度、申請書類等の変更に伴い、ケアマネジメントリーダー、藤沢市介護保険課、障がい者支援課、生活介護課、地域共生社会推進室、高齢者支援課、地域医療推進課、健康づくり課、保健予防課、藤沢市地域包括支援センター等多数関係機関の協力のもと、改訂版を発刊する運びとなりました。

編集・発刊に際し、多大なるご協力を頂いた関係各機関、ケアマネジメントリーダーの皆様には心より感謝いたします。

藤沢市では「藤沢型地域包括ケアシステム」の深化・推進に向けて、高齢者のみならず、子どもから、障がいのある方や生活困窮者など、市民一人ひとりが住み慣れた地域で互いに支えあいながら安心して暮らし続けられるまちづくりを進めています。そして、その地域で暮らす方々の様々な困りごとへの支援は勿論のこと、関連する地域の課題を見出すことも、ケアマネジャーには期待されています。

会員の皆様が、この「藤沢市ケアマネジャー業務ハンドブック」を活用していただくことで、高齢者の自立した生活を支援するための一助になれば幸いです。

2024年（令和6年）8月  
藤沢市居宅介護支援事業所連絡協議会  
会長 中村 操



## ケアマネジャーの自己点検

ケアマネジャーは利用者の自立支援を進めていく立場にあります。

利用者が何らかの障がいや支援が必要になった場合においても、一人ひとりが有する能力に応じて自立した生活を営むことができるように援助することが自立支援の目的です。

支援が必要になったことが問題でなく、生活の目標を実現するために利用者が主体的にそれぞれの解決課題に対応する努力が大切です。ケアマネジャーはその前向きな強さ・力を引き出し、後押しをすること（エンパワーメント）が求められます。

ケアマネジメント過程において、ケアマネジャーとしての基本を常に認識しているかどうかを点検してみましょう。

- 利用者にとっての自立した生活とは何かを考え、話し合いましたか。
- 利用者の自立した生活の実現を支援していますか。
- 利用者の自己決定を尊重し、その実現を支援していますか。
- 利用者の自己決定に必要な知識を身につけ、情報を収集、提供していますか。
- 利用者の声を謙虚に受け止めながら、課題を明確化していますか。
- 利用者の納得と同意を得て、サービスを調整していますか。
- 常に公正中立な立場でサービスを提供していますか
- 権利擁護に関する制度も活用していますか。

さらに、利用者が望む生活に近づくように目標を定め、その目標を達成した時の状態を想定し、望ましい方向に向かっているかを点検します。望ましい方向に向かっていない場合、現状把握が不十分で、課題が不明確ということも考えられます。

また、専門的な知識を必要とする部分は、どのような専門職、機関に相談すればよいか確認します。それぞれの専門職のネットワークを持っていることにより、多角的な視点で利用者の観察、把握が可能となり、利用者への支援に大きく反映することができます。

ケアマネジャーは、倫理や視点などの自己点検を常に行い、利用者への支援展開をより適切なものにしていきましょう。

藤沢市では、厚生労働省において作成された「ケアプラン点検支援マニュアル」を参考に、藤沢市版として「ケアプラン自己チェックマニュアル」を作成しました。このマニュアルを通して自らのケアプランを「振り返る」ことで、ケアプラン作成の際に必要な視点を理解するきっかけとなればと考えております。





## 先輩ケアマネからの一言アドバイス

### 仕事を始める前に

#### ご利用者に信頼してもらうために

- ・第一印象が大切です
- ・あいさつは人間関係の始まりです
- ・オシャレと身だしなみは違います
- ・香水やタバコの臭いも気をつけて
- ・情報は生もの、常に新鮮な「ネタ」を仕込もう
- ・コミュニケーションはプロの道具、言葉遣いは適切に

### 仕事を始めてから「落とし穴」に気をつけて

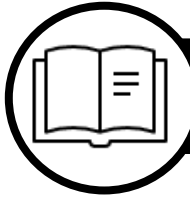
#### 「信頼されて、分かっているのは私だけ」と思い込まないために

- ・家族にしか出来ないことを大切に
- ・ケアマネジャーは家族の代わりになりえない
- ・常に一定の距離を持った介入を心がける
- ・ケアマネジャーや事業所の都合を押し付けないように
- ・不満・苦情を受けた時、背景にある真のニーズを探る
- ・「慣れ」から「狎れ」にならないように
- ・ケアマネジャーの領域の限界を知ろう（オールマイティーではない）

### 仕事に行き詰まった時に

#### 一人でつぶれてしまわないために

- ・一人で悩まない
- ・いつまでも一人で抱え込まない
- ・上司や同僚、他の職種の意見も聞こう
- ・プライドを持って、他の専門職と話をしよう
- ・重症になる前に「市」や「いきいきサポートセンター」  
(地域包括支援センター、以下「いきいきサポートセンター」とする)  
「ケアマネリーダー」に相談しよう



## 基本方針

(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1条の2 要約)

- ✓ 指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して行われるものでなければなりません。
- ✓ 指定居宅介護支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければなりません。
- ✓ 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者等に不当に偏することのないよう、公正中立に行われなければなりません。
- ✓ 指定居宅介護支援事業者は、事業の運営に当たっては、市町村、いきいきサポートセンター、老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、介護保険施設、指定特定相談支援事業者等との連携に努めなければなりません。
- ✓ 指定居宅介護支援の事業は、利用者の人権の擁護、虐待防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従事者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければなりません。



### 「バイステックの7原則」も忘れずに！

アメリカのケースワーカーで社会福祉学者のフェリックス・ポール・バイステックが定義したケースワークの基本的な姿勢のことで、対人援助に関わる職業であれば活用できることから、介護職においてもこの原則を取り入れていきましょう。

- ①個別化の原則 ②自己決定の原則 ③受容の原則 ④非審判的態度の原則
- ⑤秘密保持の原則 ⑥統制された情緒関与の原則 ⑦意図的な感情表現の原則

介護保険制度は新しい解釈が出ることも多い制度です。

各サービスの算定要件については、「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」および藤沢市介護保険課「運営の手引き」等を確認しましょう。

藤沢市介護保険課「運営の手引き」は、藤沢市のホームページ内の  
<https://www.city.fujisawa.kanagawa.jp/kaigo-j/kenko/fukushi/kaigohoken/jigyosha/syudanshidou/r010820syudanshidou.html>  
からダウンロードできます。

## 1. 相談から認定までの流れ

### (1) 相談

ケアマネジャー（介護支援専門員、以下「ケアマネジャー」とする）は、相談者の相談内容に応じて次のような支援を行います。

#### 相談の受付（インテーク）

##### 介護保険のサービスの対象と判断

- ・利用者、家族が要介護認定または要支援認定（以下「要介護認定等」とする）の申請をする際に情報提供を行います。利用者や家族による申請が困難な場合は、代行申請を行います。

##### 介護保険以外のサービスの対象と判断

- ・いきいきサポートセンター等に相談内容の引継ぎを行います。



#### インテークのポイント～信頼関係を結ぶために～

##### 所属と担当者

- ・援助が開始されるにあたり、電話を受けたケアマネジャーはまず、名前を名乗り所属をはっきりさせましょう。利用者や家族が安心感をもってもらうことにつながります。
- ・来所相談の場合は、名刺や事業所のリーフレットなどを用意するとよいでしょう。なお、ケアマネジャー個人の電話や携帯電話を知らせることは公私の区別がつかなくなるので控えます。

##### 相談の記録

- ・インテーク相談の内容は必ず記録し、事業所内で統一した「相談記録」などのフォーマットに記録し、再度相談の連絡が来ても対応できるようにしておくことも必要です。

##### 初回面接約束

- ・利用者との面接に臨むにあたり、訪問面接の日時は予め約束しましょう。
- ・利用者の思いを表現してもらい情報を収集するために、利用者の負担にならない程度に、余裕をもって面接に臨みましょう。また、面接の目的、内容、要する時間を予め伝えておきましょう。



#### ケアマネチェック項目

- 利用者・家族の相談内容をよく聴いて理解できましたか。
- 必要に応じて関連機関への連絡を行いましたか。
- 介護保険を利用するまでの大まかな流れを説明しましたか。
- 介護保険制度以外（障がい者手帳・原爆被爆者・交通事故）の福祉サービスの内容、利用までの流れを説明しましたか。

※要介護か要支援か判断に迷う場合は、いきいきサポートセンターと一緒にいきます。

## (2) 申請

(1) の相談の結果、介護保険のサービスの対象と判断した場合、要介護認定等の申請を行います。申請にあたっては、基本的には利用者、家族が行いますが、申請が困難な場合は、ケアマネジャーが代行で申請を行います。

申請の区分は次の3つがあります。申請の手続き方法等は、「●介護保険課からの手続き等の案内」を必ずご確認ください。

### ①新規申請

- ・何らかの介護・支援が必要な状態として新たに認定を受ける場合、新規申請を行います。
- ・要支援1・2の方が要介護1～5の状態と見込まれる変更の認定を受ける場合も新規申請です。

### ②更新申請

- ・要介護認定等には認定の有効期間があり、引き続き認定を受ける場合には、更新申請を行います。
- ・申請の手続きは認定有効期間の60日前から行うことができます。

### ③変更申請

- ・利用者の心身状態が変化したため要介護状態区分等の変更が必要な場合は、変更申請を行います。
  - ・要支援1・2の方が要介護1～5の状態と見込まれる場合は、変更申請ではなく、新規申請です。
- ※要支援認定を受けている人が「変更申請」をした場合、要介護1～5に該当すると認められると、申請は却下となり、変更申請前の認定が有効となります。本人の状態に応じた介護度を判定する介護保険制度の趣旨から、藤沢市では要支援1から要支援2を見込んだ「変更申請」は原則受け付けていません。

## (3) 要支援・要介護認定

### ①認定調査

認定調査は、市職員または市から委託を受けている居宅介護支援事業者等によって、専門的視点で公平かつ客観的、迅速に調査を実施します。市から委託を受けて認定調査を行う場合は、公の立場であることに留意してください。

### ②介護認定審査会

基本調査結果、特記事項、主治医意見書をもとに保健・医療・福祉の専門家で構成される介護認定審査会により、心身の状況や介護の手間の程度を勘案し、公正かつ公平な審査を行います。

#### (4) 認定結果の通知

原則として申請から30日以内に認定が行われ、その結果は利用者に通知されます。ただし、特別な理由がある場合（認定調査や主治医意見書に時間を要する等の場合）は、申請から30日以内に利用者に認定見込み期間と理由を通知した上で、認定が延期されることがあります。

※更新申請の場合、現在の認定有効期間の満了日までに、新たな認定結果をお知らせできる場合については、延期通知書の送付を省略します。



##### サービスを先行させる必要がある場合

要介護認定等の効力は申請日に遡りますので、緊急にサービスを必要としている場合は、認定結果が出る前に暫定ケアプランを作成し、サービス提供を受けることができます。負担割合証については介護保険課認定担当に申し込めば先行発行できます。ただし、認定結果が「非該当」であった場合や、認定された区分支給限度額を上回る費用は全額自己負担になりますので注意しその旨を本人、家族にも伝えましょう。



##### ケアマネチェック項目

- 身分証明書を提示しましたか。
- 認定申請に関する情報提供を行い、利用者の手続きが完了したことを確認しましたか。
- 介護保険被保険者証の内容を確認しましたか。（要介護度、認定有効期間等）
- 認定申請には、主治医が必要です。申請時に主治医がいない場合は新たに主治医を決め、またはしばらく受診していない場合は受診が必要です。その際、認定申請をしていることを医師に伝えましたか。
- 更新申請は有効期間満了前までに行いましたか。
- 暫定ケアプランでサービス提供を先行した場合、想定される認定結果の限度額を上回らないようなプランを立てていますか。また認定結果が「非該当」のとき、あるいは認定結果が予想より低かった場合は、費用に自己負担が生じる可能性があることを説明していますか。
- 認定結果が要支援1・2の場合、いきいきサポートセンターが担当する事を説明しましたか。また、要支援1・2の認定の場合、特別養護老人ホームや介護老人保健施設等の施設への申込ができないことを説明しましたか。
- 要介護状態であっても原則要介護3以上でないと特別養護老人ホームへ入所できない事を説明しましたか。
- 要介護状態区分が変更になった場合、変更申請日に溯って利用者負担額が変更になる可能性があることを説明しましたか。
- 変更申請にあたって、サービス担当者会議を開き、関係機関の意見を聞きましたか。

## 2. 居宅介護支援業務

居宅介護支援業務とは、要介護状態となった場合でも、その利用者が可能な限り自宅で、自身の有する能力に応じ自立した日常生活が営むことができるよう、利用者との協働し作成した居宅サービス計画に基づき、適切な保健福祉サービスが総合的・効率的に提供されるように支援する一連の援助です。

介護保険施設等への入所、入院が必要とされる利用者については、その相談に応じ、施設等と連携を図る必要もあります。

また、利用者の意思・人格を尊重し、常に利用者の立場に立ち、利用者に提供されるサービスの事業所も不当に偏りが無いよう公正性も求められます。

### (1) 居宅介護支援の開始

居宅サービス計画作成について利用者、家族から依頼を受けた際、介護保険制度について説明し、利用者の自立支援を目的とした居宅介護支援業務を行うことを伝え、契約を結びます。

#### 確認事項・事前準備

- ・介護保険被保険者証により住所地、要介護度、認定有効期間等を、介護保険負担割合証で自己負担割合を確認します。住所地と実際の居住地が異なる場合もあり、他市の保険者との調整が必要になることもあります。
- ・生活保護受給の有無を確認し、受給者であれば契約を交わす前に生活援護課に連絡し必要な連携を図っていきます（→「8.生活保護制度（介護扶助）と介護保険制度の関係」参照）。

#### 契約

- ・サービス提供の開始にあたり、重要事項説明書・契約書内容を説明し、同意を得て交付することが求められます。独居で利用者の契約等に対する判断能力が不十分と思われる場合、成年後見制度の活用等を検討し、利用者に不利益が生じないように配慮することが必要となります（→「1 1.その他の関連制度について」参照）。
- ・令和6年4月の改定において、ケアマネジメントの公正中立の確保を図る観点から、利用者又は家族に対して、前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与（以下、訪問介護等という。）の各サービスの利用割合及び前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護等の各サービスの、同一事業者によって提供されたものの割合を口頭や文書の交付で説明を行い、それを理解したことについて、署名を得るよう努めることとなりました。
- ・新規計画作成の利用者、また他事業所から変更する利用者は「居宅サービス等計画作成依頼（変更）届出書」を市窓口へ提出します。月途中の居宅介護支援事業者の変更や、利用者が他市から転入または他市へ転出する場合、扱いに注意が必要です。保険者に確認しながら対応しましょう。  
※届出はサービス利用開始月に行わないと償還払いとなるため、注意が必要です。
- ・介護保険認定関係書類の開示請求を行ない、認定調査票、主治医意見書の写しを取り寄せ、必要な情報を確認します。



### ケアマネチェック項目

- 介護保険制度の趣旨・目的を説明しましたか。
- 被保険者情報・生活保護受給の有無などを確認しましたか。
- 重要事項、契約内容を説明し、同意を得て、交付しましたか。
- サービス利用開始月の月末までに居宅サービス計画等作成依頼（変更）届出書を提出していますか。

## （２）居宅介護支援のプロセス

常に利用者の状態を把握し、利用者のニーズが変化してもその時々適切な社会資源を調整し、利用者結びつけることができるようにする一連の流れです。

### ①アセスメント（課題分析）

#### アセスメントの目的

- ・利用者本人の心身状況とその周り（家族状況・生活環境など）に関する情報を収集・整理し、また利用者本人、家族の生活上の希望・意向を確認し、利用者が本人なりの自立した生活を送っていく上での課題を明らかにしていくための過程です。

#### アセスメント項目

- ・客観的なアセスメントを行うための目安として、以下の課題分析標準項目が示されています。

#### 基本情報に関する 9 項目

（基本情報、これまでの生活と現在の状況、社会保障制度の利用情報、利用している支援や社会資源の状況、日常生活自立度（障がい）、日常生活自立度（認知症）、主訴・意向、認定情報、今回のアセスメントの理由）

#### 課題分析に関する 14 項目

（健康状態、ADL、IADL、認知機能や判断能力、コミュニケーションにおける理解と表出の状況、生活リズム、排泄の状況、清潔の保持に関する状況、口腔内の状況、食事摂取（栄養状態、BMI）の状況、社会との関わり、家族等の状況、居住環境、その他留意すべき事項・状況）

#### アセスメントの方法

- ・上の 2 3 項目を含めた課題を確認するために利用者の自宅を訪問し、利用者、家族と面接した上で行います。

#### アセスメントの留意点

- ・アセスメント面接の趣旨を利用者、家族に説明し、理解してもらう必要があります。
- ・情報が不足している場合、適切なニーズを導き出せない可能性も出てくるため、十分なアセスメントを行う必要があります。
- ・多職種による十分なアセスメントをふまえ、利用者の課題を確認する必要があります。



### ケアマネチェック項目

- 利用者の自宅等を訪問し、利用者及び家族に面接して行いましたか。
- 実施したアセスメントは記録に残しましたか。
- 十分な情報収集により、利用者の課題が明らかになりましたか。

## ②居宅サービス計画原案の作成・サービス調整

### 居宅サービス計画原案の作成

- ・アセスメントで明らかになった課題に対し目標を設定、サービス内容や回数等を検討し、居宅サービス計画の原案を作成します。
- ・居宅サービス計画の原案作成にあたっては、介護保険で給付されるサービスだけでなく、インフォーマルサービスや、行政の保健福祉サービス（→「9.藤沢市の保険福祉サービス等（介護保険以外のサービス等）」～参照）、医療保険による往診・訪問診療・訪問看護・訪問リハビリマッサージなどのサービスも視野に入れて検討します。
- ・介護保険の医療系サービス（訪問看護・訪問リハビリ・通所リハビリ等）を位置づける場合、主治医の指示を確認する必要があります。利用者の同意を得た上で主治医の指示を確認し計画に位置付けたことが、文書でわかるようにしておく必要があります。  
 ※主治医の指示は、医療機関への確認（受診時の同行等による主治医への聞き取り）や認定審査会資料の主治医意見書等により確認します。

### サービス提供事業所との調整

- ・利用者、家族の希望等を踏まえ、サービス提供事業所を選択します（サービスは、特段の理由もなく特定の事業所に集中して依頼していると減算の対象となる場合があります）。
- ・サービス提供事業所に対して、サービス内容や頻度、時間数を明確にし、サービス提供の依頼をします。
- ・利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス介護事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であることを文書の交付に加えて口頭で説明を行うとともに、それを理解した旨の署名を、利用申込者から必ず得なければなりません。



### ケアマネチェック項目

- 課題に対し利用者の状態に合った目標設定となっていますか。
- サービス提供事業所の選定において、利用者、家族の意向が反映されていますか。
- 専門用語等分かりにくい表現になっていませんか。



### ③サービス担当者会議の開催・居宅サービス計画の同意

#### サービス担当者会議の目的

作成した居宅サービス計画の原案に基づき利用者、家族、②で連絡・調整したサービス提供事業所、主治医、ケアマネジャーでサービス担当者会議を開催、目標やサービス内容・量・実施期間について確認し共通認識を持ちます。

※原則としてサービス担当者会議は利用者、家族を交え自宅で開催します。

#### サービス担当者会議開催の時期

新規にサービス利用を開始する場合だけでなく、更新認定、変更認定を受けた際、また入退院時など利用者の状態に変化があった際も、サービス担当者会議を開催する必要があります。

#### サービス担当者会議の記録

サービス担当者会議・照会内容については、必ず、サービス担当者会議録に出席者の所属（職種）及び氏名、検討内容等を記録し、保管する必要があります。

出席できない担当者がある場合にはその者の所属（職種）氏名を記載すると共に出席できない理由についても記入する。なお他の書類等で確認できる場合は本表への記載を省略して差し支えない。

#### 居宅サービス計画への同意・計画の交付

- ・サービス担当者会議開催後、必要に応じて居宅サービス計画の原案を修正し、確定した居宅サービス計画を作成します。
- ・居宅サービス計画に基づいたサービスを利用した場合の利用者負担額について説明します。
- ・居宅サービス計画の説明・同意・交付は、居宅サービスの開始前に行います。
- ・確定した居宅サービス計画の内容を利用者、家族に説明し、同意を得て、利用者、家族、サービス提供事業所に交付します（計画書作成ごと）。サービス提供事業所からは個別サービス計画の提出を求め連動性や整合性の確認をします。
- ・サービス利用票・サービス利用票別表を用いて予定確認、月ごとの単位数、利用者負担額の説明・同意の上交付します（月ごと）。



#### ケアマネチェック項目

- サービス担当者会議は、本人、家族、サービス提供事業所を交えて原則、自宅で開催しましたか。
- 居宅サービス計画書第1～3表を利用者、家族に説明・同意・署名の上交付しましたか。
- 居宅サービス計画書の説明、同意、交付は、居宅サービスの開始前に行いましたか。
- 利用者、サービス提供事業所に居宅サービス計画書第1～3表を交付しましたか。
- 居宅サービス計画と個別サービス計画は連動性や整合性はありますか。
- サービス利用票（第6表）・サービス利用票別表（第7表）を利用者、家族に説明・同意の上交付し、確認印をもらいましたか。

## ④サービス提供事業所への依頼・サービスの開始

### サービス提供依頼

居宅サービス計画に基づき毎月の予定を確認した上で、サービス提供票・サービス提供票別表を作成してサービス提供事業所へ送付、サービス提供の依頼をします。

### サービス利用開始

利用者は、計画作成や会議を経て、ようやく実際にサービスを利用することになります。実際に利用することで、利用者の持っていたイメージが現実と合っているかが明らかになることもあります。

次の⑤モニタリングで確認していきます。

## ⑤モニタリング

### モニタリングの目的

モニタリングは利用者自身の日常生活能力や社会状況等の変化によって課題が変化していないかを継続的に把握し、居宅サービス計画が予定通り実行できているかを把握する行為です。モニタリングの結果を検証し、目標の達成状況や新たな課題が発生していないかを確認します。

### モニタリングの視点

- ・利用者の生活状況に変化はないか。
- ・居宅サービス計画通りにサービスの提供がなされているか。
- ・個々の提供サービス等の支援内容が実施の結果、適切であるか。
- ・利用しているサービスに対して利用者は満足しているか。
- ・居宅サービス計画の変更を必要とする新しい課題が生じていないか。
- ・個別サービス計画の内容把握とプランの整合性を確認しているか。

### モニタリングの方法

- ・利用者宅を訪問し、利用者、家族より目標の達成状況を聞き取ります。
- ・サービス提供上の様子から利用者の状況、目標達成度や問題点の有無などをサービス提供事業所に照会します。
- ・利用者の受診している医療機関に対し医療情報の提供を求めます。また、主治医に対し利用者の生活状況や居宅サービス計画の内容等の情報提供を行います。
- ・その他、本人と関わりを持つ人（民生委員児童委員、友人、ボランティア等）からも可能であれば情報収集します。
- ・最低でも毎月1回は利用者宅に訪問、面接して行います。
- ・利用者の心身、環境、その他の状況変化があった場合は随時行います。

※令和6年度からモニタリングの方法について一部修正がありました。詳細は集団指導講習テキスト等をご覧ください。

## モニタリング記録

- ・利用者宅訪問、サービス提供事業所に対する照会などで収集したモニタリング情報は、居宅介護支援経過（第5表）等に記録し、時間の経過と利用者の状態変化等を把握できるようにしておきます。
- ・計画に位置付けられた目標について、達成状況の評価もモニタリング記録に残します。その情報は次の⑥居宅サービス計画の見直しに活用されます。
- ・サービスに対し利用者からの苦情や事故の疑いがある場合は、慎重に事実確認を行ない、必要に応じて保険者に報告します。また、その経過を記録しておきます。



### ケアマネチェック項目

- やむを得ない場合を除き、毎月1回利用者宅を訪問し、面接の上モニタリングを行なっていますか。
- モニタリング記録を毎回残していますか。
- 目標に対し評価し、計画見直しのための資料に活用できる記録となっていますか。

## ⑥居宅サービス計画の見直し

モニタリングによって、居宅サービス計画の変更や修正が必要と判断された場合は、再度、①アセスメントに戻り、居宅サービス計画の見直しを行います。



### ケアマネチェック項目

- 居宅サービス計画変更の度にサービス担当者会議を開催していますか。
- 認定の更新時期以外にも、必要に応じて居宅サービス計画の見直しを行っていますか。

利用者の状態により、必要に応じて①～⑥のプロセスを繰り返します。

## (3) 給付管理・請求業務

居宅介護支援事業所は、利用者が利用したサービスを確認し、一月ごとに給付管理票を作成し居宅介護支援介護給付費の請求書を国民健康保険団体連合会（国保連）に提出します。

### 給付管理票作成

前月のサービス終了後、サービス提供事業所から届いたサービス利用の実績を確認、単位数を計算し給付管理票を作成します。

（認定の遅延などにより被保険者情報が未確定で、給付管理票を作成できない場合は月遅れ請求となります。）

### 請求明細書作成

給付管理票を作成した利用者の居宅介護支援介護給付費明細書を作成します。

算定要件については、「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」【算定基準】  
藤沢市介護保険課作成の「運営の手引き」等を確認しましょう。

- ・途中で居宅介護支援事業者の変更があった場合、その月の給付管理は、月末の居宅介護支援事業所が行います（（看護）小規模多機能型居宅介護は除く）。ただし他市から転入、また他市への転出に伴う変更の場合は、それぞれの保険者に対し各々の居宅介護支援事業所が給付管理を行います。
- ・令和3年4月の改定で、ケアマネジメント業務を行ったにも関わらず、利用者の死亡によりサービス利用に至らなかった場合の居宅介護支援費の算定が認められました。  
利用者要件は「病院・診療所、施設から退院・退所する者等で医師が医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した利用者」。これに加え、事業所が「モニタリング等の必要なケアマネジメントを行い給付管理票の作成など、請求にあたって必要な書類の整備を行っていること」「居宅介護支援費を算定した旨を適切に説明できるよう、ケアプラン等において記録で残し、それらの書類等を管理しておくこと」が要件として求められます。
- ・認定調査や認定審査会の遅れ等により、認定有効期間満了までに介護給付か予防給付か次の認定結果がわからない場合においても、その利用者の居宅サービス計画は在宅生活を継続していくためには必要はらずです。認定有効期間満了までに認定結果がわからない場合は、まず、担当のいきいきサポートセンターに連絡し、認定結果が未確定であることを伝え、見込まれる状態に応じた居宅サービス等計画作成依頼（変更）届を市へ提出した上で、暫定での介護と予防サービス計画を作成し、いきいきサポートセンターと連携を図る必要があります。認定結果が分かり次第、遡って給付管理を行うこととなります。  
※「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出等マニュアル（暫定ケアプランの取扱い）」（13-5）参照
- ・通常のケアプランよりかけ離れた回数の訪問介護（生活援助中心型）を位置付ける場合、市町村にケアプランを提出します。市町村は地域ケア会議の開催等によりケアプランの点検を行い必要に応じケアマネジャーに対しサービス内容の是正を促すことがあります。

#### 義務付け

- ・利用者に対して入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するように依頼する事
- ・訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等についてケアマネジャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行う事



#### ケアマネチェック項目

- サービス事業所から実績を受け取り、単位数を確認しましたか。
- 月遅れ請求となる場合、サービス事業所に伝えましたか。
- 加算・減算要件に当たる利用者を確認しましたか。
- 介護見込みの暫定ケアプラン作成時、担当いきいきサポートセンターと連携を図りながら「居宅サービス計画等作成依頼（変更）届出書」を提出しましたか。

### 3. 介護予防ケアマネジメント業務

2015年（平成27年）施行の改正介護保険法においては、要支援者等に対する「介護予防訪問介護」と「介護予防通所介護」が地域支援事業における介護予防・日常生活総合事業に移行され、地域の事情に応じた多様なサービス（訪問型・通所型・生活支援サービス等）を創設できる仕組みが見直され、藤沢市では2016年（平成28年）10月から開始しています。また2024年（令和6年）4月から居宅介護支援事業所も市町村から指定を受け介護予防支援を実施できることになりました。

#### 対象者

介護予防ケアマネジメントの対象者は、要支援1・2と認定された方や基本チェックリストにより判断された事業対象者です。要介護認定を経て、要支援1・2と認定された利用者については、状態像や本人および家族の意向をもとにアセスメントを行い、総合事業における「サービス事業（訪問型サービス、通所型サービスやその他の生活支援等）」が必要な場合は総合事業で、それ以外の予防給付にある「介護予防訪問看護や介護予防訪問リハビリテーション、介護予防住宅改修」等の予防サービスが必要な場合は、従来通り予防給付から提供されることになります。

このことから、要支援1又は2と認定された方は、以下のサービス利用の組み合わせが考えられ、①～④は「予防給付による介護予防ケアマネジメント」となるため、介護予防支援でのケアプラン作成、⑤⑥においては「総合事業による介護予防ケアマネジメント」の実施の対象となります。

- ① 予防給付のサービスのみ利用
- ② 予防給付と介護予防・日常生活支援総合事業における「サービス事業」の利用
- ③ 予防給付と介護予防・日常生活支援総合事業における「サービス事業」と「一般介護予防事業」の利用
- ④ 予防給付と一般介護予防事業の利用
- ⑤ 介護予防・日常生活支援総合事業における「サービス事業」のみを利用
- ⑥ 介護予防・日常生活支援総合事業における「サービス事業」と「一般介護予防事業」の利用

#### 事業による介護予防ケアマネジメントの類型

事業による介護予防ケアマネジメントは「サービス事業」対象者、または、介護予防のサービスを利用しない要支援認定者に対して実施します。

- ① 介護予防ケアマネジメント A（原則的な介護予防ケアマネジメント）

介護予防支援給付に対するケアマネジメントプロセスと同様、アセスメントによって介護予防ケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定します。モニタリングについては少なくとも1か月（3か月に1回は対象者の居宅を訪問して対象者と面接する）ごとに行い、対象者の状況等に応じてサービスの変更を行うことが可能な体制を整えます。

- ② 介護予防ケアマネジメント B（簡略化した介護予防ケアマネジメント）

アセスメントからケアプラン原案作成までは、ケアマネジメント A と同様に実施しつつ、

サービス担当者会議を省略したケアプランの作成と、間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期を設定し、評価及びケアプラン変更等を行います。また、対象者の状況に変化があった際に、適宜サービス提供者等から事業実施者に連絡することができるよう体制を整えます。

### ③ 介護予防ケアマネジメントC（初回のみ介護ケアマネジメント）

ケアマネジメントの結果、対象者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し住民主体のサービス等を利用する場合に実施します。初回のみ簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果を対象者に説明し、理解してもらった上で、住民主体の支援等につなげます。その後は、モニタリング等はいりません。ただし、対象者の状況に変化があった際に、適宜サービス提供者等から事業実施者に連絡することができるよう体制を整えます。

#### 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

困りごとに関して単にサービスを補完する形のケアマネジメントではなく、生活機能の低下が生じている原因や背景を分析して課題を整理した上で個々の興味や関心のあることを中心に目標の設定を行い、その目標設定に向けて取り組む具体的な支援内容を盛り込むことが重要です。目標達成ができた先には、心身機能の向上のみならず、身近な地域においての活動や参加が果たせるような居場所や活動の場の創出を合わせて行うことにより、より具体的な目標設定および支援方針が導きだせることが重要です。

## （1）介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防・日常生活支援総合事業は、訪問型サービス・通所型サービスの介護予防・生活支援サービス事業と第1号被保険者に対して体操教室等の介護予防を行う一般介護予防事業の2つの事業から構成されます。

#### 介護予防・生活支援サービス事業－訪問型サービス

予防給付で提供していた介護予防訪問介護に相当するサービスと、それ以外の多様なサービスから構成されています。多様なサービスとは介護予防給付の配置基準等を緩和した基準にそった事業所（訪問型サービスA）と住民主体による支援（訪問型サービスB）、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス（訪問型サービスC）、移動支援（訪問型サービスD）が想定されています。藤沢市では、従来の介護予防訪問型サービスに相当するサービス（介護予防訪問型サービス（身体介護、生活援助）、藤沢市独自基準によるサービス（訪問型サービスA）、短期集中予防サービス（訪問型サービスC）を行っています。

#### 介護予防・生活支援サービス事業－通所型サービス

予防給付で提供していた介護予防通所介護に相当するサービスとそれ以外の多様なサービスから構成されます。多様なサービスとは、緩和した基準によるサービス（通所型サービスA）、住民主体によ

る支援（通所型サービスB）、短期集中予防サービス（通所型サービスC）がありますが、藤沢市では従来の介護予防通所介護に相当するサービスのみの実施となります。

#### 一般介護予防事業

一般介護予防事業とは「要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減をめざすこと」のための事業です。事業の対象者はすべて65歳以上の高齢者です。

藤沢市では「転倒予防講座」、「個別運動サポート」、「認知症予防に関する講座」、「介護予防教室」を行っています。また、地域介護予防活動支援事業（地域団体の介護予防に関する活動の支援）においては、「地域の縁側（介護予防特化型）」や「介護予防運動自主活動団体」への補助を行っています。また、介護予防地域講師派遣（健康づくりや介護予防に関心のある老人会等への専門職の派遣）は、歯科衛生士、栄養士、理学療法士、作業療法士、健康運動指導士の派遣を行っています。（詳細は、「9. 藤沢市の保健福祉サービス等（介護保険以外のサービス等）」をご参照ください。）

### （2）介護予防ケアマネジメントの開始

介護保険被保険者証で要支援1か2、事業対象者の確認がとれたら、すぐに担当のいきいきサポートセンター（介護予防支援事業所）に連絡して連携を図り支援の体制を整えます。そして所属している事業所が指定介護予防支援事業所であれば、「予防給付による介護予防ケアマネジメント」を作成し、給付管理をする事ができます。

※事業対象者の介護予防ケアマネジメントは原則として、いきいきサポートセンターが担当します。

※「総合事業による介護予防ケアマネジメント」は、いきいきサポートセンターとの委託契約が必要となります。

※所属している居宅介護支援事業所がいきいきサポートセンターと介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託の契約を取り交わしているか、併せていきいきサポートセンターが代理受領委任状を保険者に提出しているかも確認しましょう。

※委託件数の制限が廃止されましたが、受入件数については指定居宅介護支援の業務が適正に実施できるよう配慮しましょう。

※居住地と住所地（住民票の住所）が異なることがあるので確認しましょう。

### （3）介護予防ケアマネジメントのプロセス

基本的には介護給付、予防給付、総合事業の利用のいずれにおいても基本的な考えは同じです。

※以下、説明文のいきいきサポートセンターの記載内容については「委託型」の場合にのみ適応となりますが、所属する事業所が「指定介護予防支援事業所」の指定を受け利用者と直接契約をした後、介護予防ケアマネジメントのプロセスを経て、「総合事業におけるサービス事業」のみを利用する事になった場合は、いきいきサポートセンターとの委託を結び、連携等が必要となります。

## ①アセスメント（課題分析）

委託を受ける場合は、原則としていきいきサポートセンター職員と同行し、利用者基本情報、面談によって情報を把握し、生活機能低下の原因・背景等の分析を行い、各領域において共通した根本的な問題や課題を定めて支援ニーズを明らかにします。

※生活機能低下の原因及びその背景を把握しましょう。

廃用性の身体機能の低下 / 記憶力の低下 / 閉じこもり /  
意欲、気力の低下 / 不安、抑鬱 など

※委託元のいきいきサポートセンターが利用者との契約を取り交わし、居宅サービス等計画作成依頼（変更）届出書とサービス計画等委託証明書をいきいきサポートセンターが介護保険課に提出します。



### ケアマネチェック項目

- できないことばかりに目をむけず、本人のできること、できそうなことをさがしていますか。
- 能力（できる・一部できる・できない）と行為（している・一部している・していない）の差を確認していますか。
- 興味や関心のあることを把握できていますか。
- 望む生活がイメージでき、そこに向けた課題が共有できましたか。

## ②介護予防サービス・支援計画表（ケアマネジメント結果等記録表）原案の作成

介護予防サービス・支援計画表（ケアマネジメント結果等記録表）を以下「介護予防ケアプラン」と省略し表記します。介護保険認定関係書類の開示請求を行い、認定調査票、主治医意見書の写しを取り寄せ、必要な情報を確認します。

利用者、家族と面接しながら、アセスメントの領域ごとに現在の日常生活の状況、利用者、家族の意欲・意向、背景・原因を記載し、利用者の全体像を理解した上で、直接・間接的な課題を統合して生活全体に関わる総合的課題を記載します。

次に、専門家としての見地から、総合的課題に対する目標と具体策を提案します。利用者、家族に具体策に対する意向をたずね、すりあわせをして、その人らしい「目標指向型」の介護予防サービス計画を作ります。また、利用者自身にできる生活行為・行動の変容や健康管理・生活習慣の改善などのセルフケアに関する取り組みや、家族、友人、地域住民等のインフォーマル支援も入れ込み、計画を作ります。

※意欲を引き出す計画をつくるには、次のことを利用者に確認し、できることとできそうなことを段階的に分けていき、最も優先するものは何か、必要なものは何かを一緒に考えます。



## 確認項目

暮らし方、生活習慣で取り戻したいこと / していることで維持し続けたいこと /  
できる可能性のあることで始めたいこと / 望む、目指す生活で実現したいこと

利用者と具体策を決定し介護予防ケアプランの原案を作成し、いきいきサポートセンターに確認をしてもらいます。

### ③介護予防サービス担当者会議の開催・介護予防ケアプランの同意

利用者、家族、主治医、介護予防サービス提供事業者、いきいきサポートセンター職員などと介護予防ケアプラン原案を協議し、それぞれの立場から意見を出してもらい、関係者の合意のもとに最終決定します。会議ではサービスの内容・時間・回数・実施曜日・期間・費用も確認していきます。

サービス担当者会議の要点に内容を記載し、いきいきサポートセンターにコピーを送ります。

サービス担当者会議で決定した介護予防サービス計画にいきいきサポートセンターの意見と確認印または署名をもらいます。確定した介護予防ケアプランの内容を利用者、家族に説明し、同意を得て、利用者、家族、サービス提供事業所に交付します。また、サービス利用票・サービス利用票別表を用いて予定を確認し、月ごとの単位数、利用者負担額の説明をし、利用者から同意を得ます。

なお、次の書類については、委託元であるいきいきサポートセンターにおいても、収集・保管が必要な書類になりますので、適宜、いきいきサポートセンターに提出します。

「(1) 利用者基本情報」「(2) アセスメント表」「(3) 介護予防サービス・支援計画書」「(4) サービス担当者会議の要点 ※会議の要点が記載されている支援経過記録にて代用することも可。」「(5) 介護予防サービス・支援評価表」「(6) その他、利用者の状態像把握する上で必要と判断する書類」

委託が終了した場合は、いきいきサポートセンターは一連の記録を収集することとなっています。

※委託が終了した場合、上記(1)～(6)の書類及び一連の介護予防支援等の業務(計画作成～評価まで)に係る記録等はいきいきサポートセンターで収集・保管する必要があります。



### ケアマネチェック項目

- 使命感、自己実現、生活の充実感などの生きがい、意欲を引き出す支援になっていますか。
- 利用者の自立に向けた目標指向型の介護予防ケアプランになっていますか。
- サービス担当者会議は、利用者の居宅において家族、サービス提供事業所を交えて開催しましたか。
- 介護予防ケアプランを利用者、家族に説明・同意の上交付し、利用者確認(押印・署名どちらでも可)をもらいましたか。
- 利用者、サービス提供事業所に介護予防ケアプランを交付しましたか。

- サービス利用票・サービス利用票別表を利用者、家族に説明・同意の上交付し、利用者確認（押印・署名どちらでも可）をもらいましたか。

#### ④サービス提供事業所への依頼・サービスの開始

介護予防ケアプラン、介護予防サービス提供票と介護予防サービス提供票別表を介護予防サービス提供事業所に送り、サービスを開始します。

翌月にサービス提供実績と共にサービスの提供状況や利用者の状況なども報告してもらいます。

#### ⑤モニタリング

介護予防支援経過記録に支援の経過を記録します。

自宅訪問、電話での聞き取り、サービス提供事業所への訪問などで利用者の状況を把握し、いきいきサポートセンターに毎月報告します（報告用紙は共通版（→関連帳票集参照）もありますが、事業所独自のものでも構いません）。

#### 把握項目

- ・利用者の生活状況に変化がないか。
- ・介護予防ケアプランどおりに、利用者自身の行動やサービスの提供がなされているか。
- ・個々の提供サービス等の支援内容が、目標達成に対して、適切であるかどうか。
- ・利用しているサービスに対して利用者は満足しているか。
- ・その他、介護予防ケアプランの変更を必要とする新しい課題が生じていないか。

### （４）給付管理・請求業務

介護予防サービス提供事業所から送られてきた実績を確認し、介護予防サービス利用票と別表に実績を転記し、翌月5日までにいきいきサポートセンターに送ります。

※月の途中で介護給付と予防給付の利用があったときは、月末の事業所が給付管理をします。

※国保連からの介護予防サービス計画作成に係る収入（委託契約分）を確認します

### （５）評価

サービス提供事業所が行ったサービス実施後の評価と、利用者宅を訪問して面接した評価などをもとに、介護予防サービス計画に記載した期間で、目標達成状況の評価を行います。

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）サービス評価表に、目標がどの程度達成できたか、生活機能がどれだけ維持・向上できたのかを具体的に記載し、目標が達成できない場合はその原因も記載し、今後の方針を専門的な観点から記入します。

いきいきサポートセンターに報告し、意見を記入してもらいます。

※評価時には必ず介護予防ケアプランの見直しを行います。

※介護予防ケアプラン変更の必要性があるときには、いきいきサポートセンター、介護予防サービス提供事業所にも声をかけてサービス担当者会議を開き、要支援認定の区分変更の必要性も含めて皆で検討しましょう。

※いきいきサポートセンターから委託されている利用者が、藤沢市の在宅福祉サービスやインフォーマルサービスを利用するときは、事前に担当のいきいきサポートセンターに報告しましょう。

#### 書類例

福祉サービス利用申請書 / 利用者基本情報 /

介護予防サービス・支援計画表（ケアマネジメント結果等記録表） / その他必要書類

## 4. 医療との連携

私たちケアマネジャーから医師に積極的にアプローチしましょう。

自分が〇〇さまのケアマネジャーであることを医師に宣言しましょう。

早く顔の見える間柄になりましょう。

### (1) 主治医との連携

#### ①連携を取る主治医とは

まずは、主治医として思いつくのは「主治医意見書」を書いた医師だと思います。通常は「主治医意見書」を書いた医師の場合が多いと思いますが、利用者の中には、過去に大きな手術等をして専門的な医療は病院で受け、普段は家の近くの医師が診療している場合もあります。医師は現在診療している専門分野から「主治医意見書」を書きますので、事前に欲しい情報を整理し連携を取る必要があります。また、何ヶ所もの病院、医院に通院している利用者も多く、内科、外科、皮膚科、婦人科、耳鼻科、眼科、歯科など関係する医師の情報を集めておくことも重要です。

#### ②医療との連携の大切さ

医療との連携は、居宅サービス計画・介護予防サービス計画（ケアプラン）を作成する上で必要不可欠な要素といえます。連携の目的をしっかりと理解し、連携から得た情報がケアプラン作成に活かされるよう、ケアマネジャーから積極的に働きかけるようにします。

- ・可能であればサービス担当者会議への出席をお願いします。
- ・出席していただくことが難しい場合は手紙、電話、面会、Eメールなどの方法で連携をとりましょう。
- ・サービス担当者会議の要点に主治医の出席または連携を取っていることが記載されていなくてはなりません。



#### 医療との連携がとれると・・・

- ・利用者の身体状況（病状）やサービス提供上の留意点等を知ることができ、医療情報を踏まえた適切なケアプラン作成が可能になります。
- ・身体状況の変化に早く気がつくことができます。
- ・緊急時にアドバイスを受けることができ、適切な対応ができます。
- ・利用者・家族・サービス提供事業所に安心感を与え、連携のとれた介護体制を作ることができます。

#### ③医師との連携

医師と効果的に連携する上で、事前の情報収集が大切です。

- ・あらかじめアセスメントの結果をまとめ、医師に情報提供できるよう準備します。（医師は日常生活の状況を知らない場合が多いです）
- ・事前に主治医意見書を入手し、医療情報を把握しておきます。

- ・課題、ケアプラン原案をまとめ、具体的な相談ができるようにしておきます。
- ・限られた面会時間を効率的に使うため、サービス提供事業所の情報等も準備しておきましょう。
- ・医師に面会するときは必ず所属事業所の社員証や名刺を携帯し、利用者のケアマネジャーであることを明らかにします。
- ・定期的な連絡や報告を心掛け、連携を継続するようにします。
- ・利用者が医療系サービスの利用を希望している場合は、意見を求めた主治医（入院中の医療機関の医師）に対してケアプランを交付することが義務づけられています。
- ・訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況／モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことも義務づけられています。

## （２）入退院時の医療機関との連携

利用者が入院した場合は、退院後にケアプランの見直しが必要となることが多いため、病状やADLの状況などをよく把握して退院後に備える必要があります。

入院時は、入院先の職員に対して利用者の心身の状況や生活環境及びサービスの利用状況などの情報を迅速に供し（入院時情報提供書の利用等）連携を取ります。利用者に対しては、担当ケアマネジャーの氏名を入院先医療機関に提供するよう依頼することが義務付けられています。

また、医療機関や介護保険施設等を退院・退所し居宅サービス等を利用する場合において、退院・退所にあたって医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報（疾病の状態、特別な医療、食事摂取、口腔清潔、移動、洗身、排泄、夜間の状態、認知、精神面、リハビリ等）を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行います。

可能ならば、入院中の担当医等との退院時カンファレンスに参加して、退院・退所後の在宅での療養上必要な説明を受け、更に福祉用具貸与の利用が見込まれる場合は、必要に応じ、福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士が参加することで在宅生活のための適切な福祉用具の選択がされます。

医療機関と連携を取るには、地域連携室や相談室といった部署が窓口になりますので、まずそちらへ連絡を取ってください。

## （３）医療機関との情報連携の強化

利用者が医療機関で診察を受ける際に同行し、医師または歯科医師等と心身の状況や生活環境等の必要な情報連携を行い、当該情報を踏まえてケアマネジメントを行います。

## 5. 介護保険制度のサービス

### (1) 居宅サービス

#### ①訪問介護（ホームヘルプ）

訪問介護とは居宅において行われる入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話です。

利用者の生活において「支障」が生じていることに基づき、必要なサービス量と内容をケアマネジャーが検討し、サービスが提供されます。

その際に、訪問介護サービスを利用することにより、利用者自らが持っている生活能力を維持・向上できるよう、具体的な援助内容について利用者、家族とサービス提供事業者が話し合うことが大切です。これが訪問介護計画に反映されていきます。

訪問介護は、「身体介護」「生活援助」「通院等乗降介助」の3つの区分に分かれます。

#### 身体介護

①利用者の身体に直接接触して行う介助サービスであり、そのための準備、片付け等の一連の行為を含みます。②利用者のADL・IADL・QOLや意欲の向上のために利用者と共に行う自立支援・重度化防止のためのサービス、③その他専門的知識・技術（介護を要する状態となった要因である心身の障害や疾病等に伴って必要となる特段の専門的配慮）をもって行う利用者の日常生活上・社会生活上のためのサービスとなります。

※訪問介護の自立支援の機能を高める観点から、身体介護と生活援助の内容を規定している通知（老計10号（訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について））について、身体介護として行われる「自立支援のための見守りの援助」が明確化されました。詳しくは「介護保険最新情報VOL.637 訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」を確認ください。

#### 生活援助

単身または家族等と同居している利用者が、利用者本人または家族等の障がい、疾病等により、家事を行うことが困難である場合に、調理、洗濯、掃除等の家事の援助を行うものです。

なお、統計的に見て通常のケアプランとかけ離れた回数の訪問介護（生活援助中心型）を位置づける場合には、市町村にケアプランを届け出ることとなり、市町村は地域ケア会議の開催等によりケアプランの検証を行い、必要に応じてサービス内容の是正を促されることがあります。

（介護度別の回数上限については下記表を参照）

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

#### 通院等乗降介助

通院等をする利用者のため、訪問介護事業所の訪問介護員等が、自らの運転する車輛への乗車または

降車の介助と乗車前または降車後の屋内外における移動等の介助または通院先、外出先での受診等の手続き、移動等の介助を行うものです。

目的地が複数ある場合であっても、居宅が始点または終点となる場合には、その間の病院等から病院等への移送や、通所系サービス・短期入所系サービスの事業所から病院等への移送といった目的地間の移送に係る乗降介助に関しても、同一の事業所が行うことを条件に、算定可能となります。（通所系サービス・短期入所系サービスの事業所から病院等への移送する場合、通所サービスについては送迎減算が適用となり、短期入所サービスについては、利用者に対して送迎を行う場合の加算を算定できません。）

その他の留意点として…

- ・ サービス内容を確認し、利用者、家族に説明、了解を得た上でサービス提供事業者に伝えます。
- ・ サービス提供内容の変更については、ケアマネジャーとサービス提供事業者との説明に違いが生じないようにする必要があります。
- ・ 同居家族に対するサービス提供は禁止されています。
- ・ 事業所と同一の建物等に居住する利用者へのサービスは「同一建物減算」の対象になります。

#### 訪問介護にはあたらないサービス例（身体介護）

- リハビリ介助（リハビリの促し・指導する行為は訪問介護員の業務を超えている）
- マッサージ（訪問介護員の業務範囲外）
- 代読・代筆（代行サービスであり、本人が行う行為の介助ではないため対象外）
- 透析機関での透析前準備（訪問介護員の業務範囲外）
- 利用者の安否確認（見守り）

見守り・話し相手（日常生活動作能力（ADL）や意欲の向上のための自立支援が目的の場合を除く⇒ 老計 10 1-6「自立生活支援のための見守りの援助」 参照）

- 理美容（訪問介護員の業務範囲外）
- 外出介助（趣味嗜好・冠婚葬祭などのための利用は対象外）

※訪問介護にあたる外出介助は、通院・日常的な買物・選挙等

- 入退院の送迎（原則として家族対応）

#### 訪問介護として算定できない事例（生活援助）

- 利用者不在のままのサービス提供
- 利用者以外の家族等に係る調理、買物、掃除や自家用車の洗車・清掃（家族の利便性に供する行為または家族が行うことが適当である行為）
- ペットの世話、草むしり、花木の水やり、落ち葉掃き（訪問介護員が行わなくても日常生活を営むのに支障が生じない行為）
- 日常生活では行わない大掃除、家具の移動、窓のガラス磨き、床のワックスがけ

- 模様替え、園芸、正月等のために特別手間をかけて行う調理  
(日常的に行われる家事の範囲を超える行為)
- 来客の応接(利用者に対する介助ではない)
- 暗証番号を聞いてキャッシュカードを預かり、訪問介護員のみで銀行で依頼額の現金を引き出す(訪問介護員の業務範囲外、利用者が銀行に出向き、引き出す行為の介助なら「身体介護の外出介助」として算定可)



### 医療行為について

疾病構造の変化や医学・医療機器の進歩等により、医療機関以外で医療・看護を必要とする方が増えていますが、現行では家族が行っている医療行為であっても訪問介護員が代行する事はできません。そのことを家族に丁寧に説明することが大切になります。

例外的に、医療行為ではありますが、たんの吸引については一定の条件下で家族以外の者が実施することを当面のやむを得ない措置として許容されています。

また、介護の現場では医療行為であるか否かの判断に疑義が生じる行為も多く、国から医療行為についての解釈が示されています。

ただし、医療行為とみなされないものであっても、病状が不安定であること等により医療行為であると判断される場合がありますので注意が必要です。

サービス担当者会議等で医療の専門的管理の必要性や連携の仕方等を充分確認しておくことが必要となります。

急変時だけでなく常に医療機関との連携を図っておくことが大切になります。

## ② (介護予防) 訪問入浴介護

訪問入浴は、訪問入浴介護事業所の看護職員及び介護職員が浴槽設備等を備えた入浴車により利用者の居宅を訪問し、利用者の心身の状態を十分に配慮した上で、利用者を介助し、入浴の機会を提供するサービスです。

身体を清潔に保つこと、二次感染予防といった保健衛生面だけではなく、生活習慣として「湯船につかる」という行為が、疲れを癒し、安心感をもたすという利用者の精神面への影響も期待できます。さらに体が温まることで夜間の良眠を導き、生活リズムを整える効果もあります。

原則として、看護職員1人と介護職員2人(介護予防訪問入浴介護の場合は、看護職員1人と介護職員1人)で全身入浴を行います。入浴により身体の状態等に支障を生ずるおそれがないと認められる場合に、その主治医の意見を確認した上であれば、介護職員3人で行う場合もあります。

また、看護職員の判断で、利用者の心身の状況などから全身入浴が困難な場合は、利用者の希望により清拭または部分浴を行うことがあります。

生活環境によって利用できるかどうか判断に迷う場合がありますので、日頃からサービス提供事業者と情報交換を行うことにより、利用者の状況や希望に的確に対応することが大切です。





### ケアマネチェック項目

- 利用者が訪問入浴のイメージができるよう説明し、利用することを納得していますか。
- 利用者の医療処置（褥瘡<sup>じよくそう</sup>処置、軟膏処置）があったり、医療器具（胃ろうや人工肛門、在宅酸素）を利用していたりする場合は主治医や訪問看護師と連携し、情報提供していますか。
- 主治医から入浴の可否の判断や、入浴中のアクシデントの対処方法、留意点などを確認していますか。



### Q & A

- Q 訪問入浴の看護職員に点滴の抜針や吸引、摘便をお願いできますか。
- A 訪問の目的が訪問入浴なので、基本的にはできません。各事業所への確認が必要です。
- Q 体調に変化のある利用者が多いので、医療情報もサービス提供事業所に伝えることが必要ですか。
- A 医療情報を共有する事で本人・家族はもちろん事業所は必要時主治医と連携を取りながらサービスを提供でき、安心につながります。

## ③（介護予防）訪問看護

訪問看護は保健師、看護師、准看護師、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）等により行われる療養上の世話または必要な診療の補助で、主治医の指示及び訪問看護計画に基づいて実施されます。主治医は訪問看護事業所に対し「訪問看護指示書」を交付します。ケアマネジャーは、医師の指示を確認した上でケアプランに位置付けたことを文書に残しておきます。

### サービスの内容

- ・病状の観察
- ・身体の清潔（清拭・入浴介助）
- ・食事・栄養の支援、指導
- ・医療機器の管理、指導
- ・ターミナルケア
- ・医療処置（カテーテル交換・点滴・経管栄養管理など）
- ・家族への介護指導
- ・排泄の支援（排泄の介助など）
- ・リハビリテーション・生活範囲の拡大
- ・褥瘡<sup>じよくそう</sup>の予防や処置・創傷処置など
- ・利用者及び介護者への精神的支援

### 理学療法士（PT）等の訪問について

PT、OT、STによる訪問看護は、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリを中心としたものである場合に、看護職員の代わりに訪問させる、という位置づけであることを、利用者等に説明し、同意を得る必要があります。

利用開始時の初回訪問は、利用者の心身の状態等を評価する観点から、理学療法士等の所属する訪問看護事業所の看護職員が行います。その後は、利用者の心身の状態や家族等の環境の変化等の際に訪問

を行います。大きな変化がなくとも概ね3ヵ月に1回程度は、看護職員が訪問することとなります。その訪問について、訪問看護費を算定する場合は、ケアプランへの位置づけが必要です。

PT、OT、STが行う訪問看護については、その実施した内容を訪問看護報告書に添付します。対象者の範囲は訪問リハビリテーションと同様に「通所リハビリテーションのみでは、家屋内におけるADLの自立が困難である場合」。訪問看護を提供している利用者については、利用者の状況や実施した看護の情報を看護職員と共有し、訪問看護計画書及び訪問看護報告書について、連携して作成します。リハビリ目的のみで訪問する場合には、訪問看護ではなく、訪問リハビリテーションを利用する方がよいでしょう。



#### 介護保険より医療保険が優先される場合

##### 「特別訪問看護指示書」が交付された場合

利用者の主治医から、急性増悪等により一時的に訪問看護を頻回に行う必要があるという指示書「特別訪問看護指示書」が交付された場合、月1回に限り交付日から14日間は医療保険で対応します。

※気管カニューレを使用している状態にある者、重度の褥瘡（<sup>じよくそう</sup>真皮を超える状態）のある者は「特別訪問看護指示書」を月2回まで交付してもらえます。

##### 「厚生労働大臣が定める疾病等」に該当する場合

末期の悪性腫瘍（がん）、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン舞蹈病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類3以上であって生活機能障害度がIIまたはIIIのものに限る）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態及び急性増悪の場合、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎。

##### 医療依存度の高い状態の要介護被保険者等である患者の退院時の場合

2週間に限り医師が交付する特別訪問看護指示書により訪問出来ます。

※医療保険で訪問看護を利用する場合でもケアプランに位置付けて連携を取りましょう。

##### 精神科訪問看護指示書が交付された場合

要介護認定を受けていても医療保険の訪問看護を算定します。ただし、認知症が主傷病である場合は、介護保険で算定します。



#### ケアマネチェック項目

- 主治医の指示を確認し、記録を残しましたか。
- 利用者、家族は訪問看護の利用に同意していますか。
- ケアプランに基づき訪問看護の目的を説明しましたか。
- 訪問看護実施後の結果を確認しましたか。
- 居宅サービス計画の原案を提供した後、個別サービス計画の提出を求め連動性や整合性を確認していますか。

#### ④（介護予防）訪問リハビリテーション

通院が困難な利用者に対して理学療法士（PT）、作業療法士（OT）言語聴覚士（ST）が主治医の指示に基づき、利用者の機能回復訓練やADLの評価、介護力、生活環境の評価をして利用者にあたりリハビリテーションサービスを実施します。

「通院が困難な利用者」に対してとされていますが、通所リハビリテーションのみでは、家屋内におけるADLの自立が困難である場合の家屋状況の確認を含めた訪問リハビリテーションの提供など、ケアマネジメントの結果必要と判断された場合は、訪問リハビリテーションの提供は可能です。

訪問リハビリテーションを始めるには、主治医の診療の日から3ヶ月以内に行う必要があります。また、医療系のサービスを位置付ける際には、利用者の同意を得た上で利用者の主治医に意見を求めてください。医師の指示を確認した上で位置付けていることが文書でわかるようにします。

ケアマネジャーがケアプランに訪問リハビリテーションを位置付ける際、意見を求める事とされている「主治医の医師等」に、入院中の医療機関の医師も含まれる事になりました。利用者が訪問リハビリテーションを開始するにあたり、訪問リハビリテーション事業所の医師による診療も必要です。

1回あたり20分以上の指導を行った場合、週6回を限度として算定できます。ただし、退院・退所の日から起算して3ヶ月以内の利用者に対して週12回まで算定が可能となりました。



#### ケアマネチェック項目

- 利用者が通院困難な状態や、家屋内でADLの自立困難な状態ですか。
- 主治医の指示の内容を確認しましたか。その指示内容を記録していますか。
- 訪問リハビリテーションを導入した後の評価を行っていますか。
- 訪問リハビリテーションの自宅でのADL訓練や生活環境の評価について通所系サービスや訪問看護と連携をとっていますか。
- 事業者が開催するリハビリテーション会議の内容を共有していますか。
- 居宅サービス計画の原案を提供した後、個別サービス計画の提出を求め連動性や整合性を確認していますか。

## ⑤（介護予防）居宅療養管理指導

### 医師または歯科医師が行う場合

通院が困難な利用者に対して、医師または歯科医師が、利用者の居宅を訪問し、ケアプラン作成に必要な情報提供や家族等に対する介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言を行った場合に、月2回を限度として算定します。情報提供の方法はサービス担当者会議への参加や文書等により行います。情報提供を行わなかった場合は減算されます。

居宅療養管理指導Ⅱについては、診療報酬の在宅時医学総合管理料等を算定する利用者に対して行った場合に算定します。

### 薬剤師が行う場合

通院が困難な利用者に対して、薬剤師が、医師または歯科医師の指示に基づき、また薬学的管理指導計画に基づき利用者を訪問し、薬学的な管理指導を行い、関係職種への情報提供を行った場合に月2回（薬局の薬剤師は月4回）を限度として算定します。ただし、薬局の薬剤師については、がん末期または中心静脈栄養を受けている利用者に対し、週2回を超えない範囲で月8回を限度として算定します。薬局の薬剤師は情報通信機器を用いた服薬指導ができます。

### 管理栄養士が行う場合

通院が困難な利用者であって、厚生労働大臣が定める特別食（※）が必要と医師が認めた利用者または低栄養状態にあると医師が判断した利用者に対して、管理栄養士が、当該医師の指示に基づき利用者を訪問し、栄養ケア計画を作成してその計画に従い栄養管理を行うとともに、栄養管理に係る情報提供や栄養食事相談または助言を行った場合に、月2回を限度として算定します。

#### ※厚生労働大臣が定める特別食

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋（せん）に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、嚥下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流動食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

### 歯科衛生士等が行う場合

通院が困難な利用者に対して、歯科衛生士、保健師または看護職員が、訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき利用者を訪問し、管理指導計画を作成してその計画に基づき療養上必要な実地指導を行った場合に、月4回を限度として算定します。



### ケアマネチェック項目

- 支給限度額の範囲外ですが、積極的に利用日や内容を確認していますか。
- 居宅サービス計画に必要な情報提供と指導助言をもらっていますか。
- 得られた情報をケアプランに反映していますか。

## ⑥通所介護（デイサービス）

サービス提供事業所まで通い、住み慣れた地域での生活を継続できるよう、入浴や食事の提供といった介護だけでなく、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認等、各種のサービスを利用することによって、日常生活を営む上での生活障がい除去または軽減されます。また、自宅に引きこもりがちとなる高齢者に外出の機会を提供し、集団活動に参加することで、社会的孤立感を解消する効果が期待されます。家族介護者については、身体的な介護負担の軽減だけでなく、精神的な介護負担の軽減についても効果が期待できるサービスです。

在宅の中重度者に対応する療養通所介護は、サービス利用にあたり常時看護師による観察が必要な難病等を有する重度要介護者またはがん末期の利用者を対象としたものです。これは、医療ニーズと介護ニーズを併せ持った中重度の在宅高齢者が、訪問系サービス以外の短期入所や通所といったサービスの利用が困難であることを踏まえて、利用者への介護とその家族への身体的・精神的負担の軽減を図るために提供されるものです。

利用定員が18人以下の事業所は、地域密着型通所介護としての位置付けです。

### 通所介護事業所の種類

通常規模型通所介護 大規模型通所 介護療養通所介護 地域密着型通所介護



### ケアマネチェック項目

- 本人に利用しようという意思がありますか。
- 利用者にあった事業所（サービス提供時間や加算体制、祝日の場合の営業等）を選んでいますか。
- 加算に関する内容の計画書の確認はしましたか。
- 食費等、介護保険の給付対象外の利用料金の確認はできていますか。
- 居宅サービス計画の原案を提供した後、個別サービス計画の提出を求め連動性や整合性を確認していますか。

## ⑦通所リハビリテーション（デイケア）

加齢や病気により不自由になった心身の機能回復、維持、改善を図り、日常生活の自立に向けて理学療法、作業療法、言語療法などを受けるサービスです。サービスの利用時間数や利用者の要介護状態区分により、介護報酬が異なります。

また、このサービスは、介護予防の観点から積極的な役割が期待されるサービスです。心身の機能回

復、維持、改善のためサービス提供事業所に通い、日常生活の自立を支援するサービスに加え、必要に応じて個別サービスを組み合わせて利用します。利用者は利用する介護予防通所リハビリ事業所を1つ選び、月単位で決められた利用料を支払います。



#### ケアマネチェック項目

- 自宅での利用者の状況を確認しましたか。
- 主治医の指示内容と指示期間を確認し、記録に残していますか。  
※主治の医師等について…退院後の早期リハビリテーション開始の観点から、入院中の医療機関の医師を含みます。
- 通所リハビリの利用について利用者、家族に説明しましたか。
- ケアプランに基づき、通所リハビリを利用する目的を共通理解していますか。
- 通所リハビリ事業所を見学し、内容を確認しましたか。
- 居宅サービス計画の原案を提供した後、個別サービス計画の提出を求め連動性や整合性を確認していますか。
- リハビリの報告を定期的に受けていますか。



#### Q & A

Q 医療保険と介護保険のリハビリの関係はどうなっていますか。

A 同一疾患について医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定した後、介護保険のリハビリへ移行した日以降は、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できません。

また、同一疾患等について、介護保険におけるリハビリを行った月においては医療保険における各リハビリテーション医学管理料は算定できません。

ただし、手術、急性増悪等により医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定できます。

なお、一定期間、医療保険における疾患別リハビリと介護保険のリハビリを併用して行うことで円滑な移行が期待できる場合には「医療保険における疾患別リハビリが終了する日」前の2ヶ月間に限り、同一疾患等について介護保険におけるリハビリを行った日以外の日に医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定することができます。

### ⑧-1 (介護予防) 短期入所生活介護 (ショートステイ)

特別養護老人ホーム等の福祉施設に短期間滞在(宿泊)し、入浴や食事の提供などの日常生活の介護やレクリエーション等を計画的に利用するサービスです。

サービスを通じ、心身機能を維持・改善して生活動作を活発化させるとともに、多くの利用者や地域の人々などとのふれあいを通して人間関係、社会関係を広げて利用者の気持ちをリフレッシュさせ、生

生活を安定させるなどが期待されます。また、居宅サービス計画において計画的な利用がなされていない場合でも、急な病気や冠婚葬祭などにより家庭における介護が一時的に困難になったなど、ケアマネジャーが緊急ショートステイ利用の必要性を認めた者については、原則 7 日間以内(家族の疾病等のやむを得ない事情がある場合は 14 日間を限度)の緊急利用も可能です。突発的な生活課題を解決し、介護者の介護負担軽減を図ることにより在宅生活を支援します。

なお、要介護認定の有効期間の半数を超えないよう利用することが原則です。

※関連情報・・・利用負担に関する制度については 12-42・49・52 ページ参照

## ⑧-2 共生型短期入所生活介護

共生型サービスとは、「介護保険」か「障害福祉」のどちらかの指定を受けている事業所が、もう一方の制度の指定も受けやすくすることを目的に創設されたものであり、介護保険制度における指定を受けている障がい者施設でも、短期入所生活介護を利用することができます。



### ケアマネチェック項目

- 利用者がショートステイに行くことを納得していますか。
- ショートステイは自宅での生活を維持するためのサービスであることをふまえてモニタリング（家族の介護力の維持・向上につながっているかなど）を行っていますか。
- 確実に連絡の取れる緊急連絡先を把握し、事業所間で共有していますか。
- 利用日数は要介護認定の有効期間の半数を超えていませんか。
- 定期通院日、訪問診療日等に重ならないよう、利用計画はなされていますか。

## ⑨ (介護予防) 短期入所療養介護 (ショートステイ)

介護老人保健施設や病院等に短期間入所して、看護・医療的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話及び機能訓練を受けるとともに、居宅の介護者である家族の身体的・精神的負担の軽減を図るサービスです。

サービスを提供する事業所は、①介護老人保健施設、②療養型病床を有する病院、③診療所、④老人性認知症疾患療養棟のある病院、⑤介護医療院です。利用者の状態が施設で対応できるかどうかは、各施設に確認してください。

### 依頼後の受け入れ手順

- ・事業所が利用者、家族と直接面談し、利用者の意志や利用目的の確認をします。
- ・事業所ごとに申込書や診断書等が必要になります。診断書の取り扱いについては、国県からの通知により示されており、これを受けて湘南東部圏域（藤沢市、茅ヶ崎市、寒川町）の介護老人保健施設では、共通様式を定めています。共通様式ではありませんが、運用については各事業所に確認してください。

- ・事業所によっては、事前訪問により利用者、家族の状況を確認することがあります。また、所属医師の診察が必要な場合もあります。
- ・書類を基に判定会議で利用の可否が検討されます。
- ・検討結果は利用者へ通知され、利用が認められればケアマネジャーが利用希望日を申し込みます。

#### 緊急短期入所受入加算の日数要件

ショートステイのサービス提供を行った日から起算して7日（利用者の日常生活上の世話をを行う家族の疾病等やむを得ない事情がある場合は、14日）を限度として、算定できます。

#### 食費・滞在費の軽減

（介護予防・共生型）短期入所生活介護、短期入所療養介護を利用する場合は、食事、滞在費は原則として自己負担となり、その費用は事業所との契約によります。

所得、資産に応じて軽減措置があり、対象者は生活保護受給者や市町村民税世帯非課税者で、市町村に申請し「介護保険負担限度額認定証」の交付を受けることが必要です。



#### ケアマネチェック項目

- 主治医が了解していますか。
- ケアプランに基づいて、利用者、家族及び事業所へ利用目的を伝え、共通理解できていますか。
- 事前に事業所の状況を確認し、利用目的に沿っていることが確認できましたか。
- 入退所時の送迎の有無を家族、事業所に確認しましたか。
- 利用日数は要介護認定の有効期間の半数を超えていませんか。

### ⑩（介護予防）特定施設入居者生活介護

（介護予防）特定施設入居者生活介護とは、「特定施設入居者生活介護」の事業者指定を受けた「有料老人ホーム」（有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者向け住宅を含む）、「軽費老人ホーム（ケアハウス）」、「養護老人ホーム」（以下、「特定施設」という）に入居している要介護者に対して、その施設内において、特定施設サービス計画に基づいて行われる、入浴・排せつ・食事等の介護やその他のサービス（日常生活上または療養上の世話、機能訓練など）のことを指します。このサービスは、介護度に応じて利用者負担が異なります。

なお、入居先が、「特定施設入居者生活介護」の事業者指定を受けていない場合、上記サービスを受けることができません。特定施設ごとに提供しているサービス内容が異なりますので、確認してください。



#### サービスの提供方法の違いについて

一般型

特定施設サービス計画に基づいて、当該施設が介護サービスを提供

外部サービス利用型

特定施設サービス計画に基づいて、その特定施設が委託契約を結んだ外部の事業所が介護サービスを提供



## ⑪-1 福祉用具貸与

国が定めた福祉用具の貸与を受けることで、利用者自身の動作が安定し、また介助上の安全性を向上させることを目的としたサービスです。利用者、家族の生活や住宅環境を十分にアセスメントし、可能であれば理学療法士（PT）や作業療法士（OT）等からの意見を求めた上でサービス担当者会議にて必要性を検討し、ケアプランに位置付ける必要があります。全国平均貸与価格の公表や上限設定が行われているので、適正な価格を把握しておく必要があります。

また、利用開始後もモニタリング等で利用者が効果的に使用できているかの検証も必要となります。

### 福祉用具貸与の用具の種目（注1）

- ①車いす ②車いす付属品 ③特殊寝台 ④特殊寝台付属品 ⑤床ずれ防止用具 ⑥体位変換器  
⑦手すり（工事不要のもの） ⑧スロープ（工事不要のもの） ⑨歩行器 ⑩歩行補助杖（注1）  
⑪認知症老人徘徊感知機器 ⑫移動用リフト（つり具部分を除く）  
⑬自動排泄処理装置（交換可能部品は除く）

※要介護1の方は、上の種目のうち下線のあるものについては、利用できる方が限られています（注2）。

※自動排泄処理装置は原則要介護4・5の方が対象です。

## ⑪-2 介護予防福祉用具貸与

要支援の方も福祉用具貸与を利用できます。

用具の種目は福祉用具貸与と同じですが、要介護1の方と同様に、上の種目のうち下線のあるものについては、利用できる方が限られています（注2）。

### （注1）一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入

令和6年度介護報酬改定により、利用者負担を軽減し、制度の持続可能性の確保を図るとともに、福祉用具の適時・適切な利用、安全を確保する観点から、一部の用具について貸与と販売の選択制が導入されました。（詳細は、福祉用具購入費の支給のページを参照）

### （注2）軽度者（要支援1・2、要介護1）に対する福祉用具貸与の取り扱いについて

軽度者の方は、原則として次の種目を利用することはできません。

軽度者とは、要支援1・2、要介護1の利用者です。（自動排泄処理装置は要支援1・2、要介護1・2・3）

- ①車いす及び車いす付属品 ②特殊寝台及び特殊寝台付属品 ③床ずれ防止用具及び体位変換器  
④認知症老人徘徊感知機器 ⑤移動用リフト（つり具の部分を除く）  
⑥自動排泄処理装置（交換可能部品は除く）

ただし、次の別表に挙げる利用者については、認定調査票や主治医の見解などをもとに必要性を判断し、利用することができる場合があります。

## 別表

(1) 車いす及び車いす付属品
ア 日常的に歩行が困難な者
イ 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
(2) 特殊寝台及び特殊寝台付属品
ア 日常的に起き上がりが困難な者
イ 日常的に寝返りが困難な者
(3) 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
(4) 認知症老人徘徊感知機器
ア 意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶または理解に障がいがある者
イ 移動において全介助を必要としない者
(5) 移動用リフト
ア 日常的に立ち上がりが困難な者
イ 移乗が一部介助または全介助を必要とする者
ウ 生活環境において段差の解消が必要と認められる者
(6) 自動排泄処理装置
ア 排便が全介助を必要とする者
イ 移乗が全介助を必要とする者

※別表に当てはまらない軽度者であっても、医師の医学的な所見によって必要性が想定される状態像であることが判断され、かつサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具が特に必要である旨が判断されると、それを市町村が確認すれば利用することができる場合があります。

### 必要性が想定される状態像

i) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によって、頻繁に、別表に定める福祉用具が必要な状態に該当する者 (例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象等)
ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに、別表に定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者 (例：がん末期の急速な状態悪化等)
iii) 疾病その他の原因により、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、別表に定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者 (例：ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避等)

詳細については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」【算定基準】や神奈川県高齢福祉課作成の「運営の手引き」等を参考にしましょう。

なお、藤沢市介護保険課ホームページ（<https://www.city.fujisawa.kanagawa.jp/>）に、取扱いについての通知とQ & Aが掲載されています。



#### Q & A

Q 全ての福祉用具貸与事業所が、対象となる用品を同じように扱っていますか。

A 事業所により取り扱っている商品、単位数が異なります。複数のサービス提供事業所と情報交換を行い、適切なものをレンタルできるようにすることが大切です。



#### ケアマネチェック項目

- 試しに使いたいという希望に対応できるよう、事業所との連携が取りやすくなっていますか。
- 要介護度で一律に判断せず、個々の状況に合わせ必要性を検討しましたか。
- 適切な福祉用具の活用ができているか、定期的にモニタリングで確認していますか。
- 利用者が軽度者であった場合、利用者の状態によって、必要な手続きを行っていますか。

### ⑫（介護予防）福祉用具購入費の支給

直接利用者の身体に触れる特定福祉用具については、貸与ではなく購入した際の費用が支給されます。都道府県の指定を受けた福祉用具販売事業所で国が定めた福祉用具を購入した場合、1年間（4月1日～翌3月31日）で10万円を上限額とし、購入費用の9割、8割、7割相当分が償還払いで支給されます。

福祉用具貸与と同様に十分なアセスメントを行い、ケアプランに位置付ける必要があります。なお、支給を受けるには、領収証、パンフレット等の必要書類を添えて、市町村に支給申請をする必要があります。

#### 福祉用具購入の用具の種目

- ①腰掛便座    ②入浴補助用具    ③簡易浴槽    ④移動用リフトのつり具の部分
- ⑤自動排泄処理装置の交換可能部品    ⑥排泄予測支援機器    ⑦スロープ（注）
- ⑧歩行器（注）    ⑨歩行補助杖（注）

#### 【（注）選択制の対象の福祉用具種目・種類】

- 固定用スロープ    ○ 歩行器（歩行車を除く）    ○ 単点杖（松葉づえを除く）    ○ 多点杖

#### 【対象者の判断と判断体制・プロセス】

利用者等の意思決定に基づき、貸与又は販売を選択できることとし、介護支援専門員や福祉用具専門相談員は、貸与又は販売を選択できることについて十分な説明を行い、選択に当たっての必要な情報提供及び医師や専門職の意見、利用者の身体状況等を踏まえた提案を行うこととする。

## 【貸与・販売後のモニタリングやメンテナンス等のあり方】

### <貸与後>

- 利用開始後少なくとも6月以内に一度モニタリングを行い、貸与継続の必要性について検討する。

### <販売後>

- 特定福祉用具販売計画における目標の達成状況を確認する。
- 利用者等からの要請等に応じて、福祉用具の使用状況を確認し、必要な場合は、使用方法の指導や修理等を行うよう努める。
- 利用者に対し、商品不具合時の連絡先を情報提供する。



### Q & A

Q どこで購入した福祉用具でも購入費支給対象となりますか。

A 都道府県の指定を受けた販売店で購入した場合のみ購入費の支給対象となるので注意が必要です。

Q すでに購入した福祉用具が破損した場合はまた支給されますか。

A 破損や介護の必要性が著しく高くなった等、特別な事情がある場合であって、市町村が必要と認めるときは、同一種目であっても支給されます。

再購入の場合は、再購入に至った理由（破損、被保険者の心身状況の変化等）がわかるようにしてください。

場合によっては、認められないこともあります。



### ケアマネチェック項目

- 利用者、家族に対し福祉用具の購入について説明していますか。
- 利用者の状況変化等に応じ、適切な用具の提案などを行なっていますか。

## ⑬（介護予防）住宅改修費の支給

段差の解消、手すりの設置など、住宅を改修することで利用者自身の動作を安定させ、介護の安全性を向上させることを目的としたサービスです。

改修後は、利用者だけでなく家族の生活にも影響し、また手軽に復元できないことから必要性について充分検討し、可能であれば理学療法士（PT）や作業療法士（OT）等からの意見を求めた上で決定する必要があります。

20万円を上限額とし、改修費用の9割、8割、7割相当分が支給され、1回の工事が上限額に達しない場合は複数回に分けて改修することもできます。

改修前に支給申請をする必要があります。支給方法は、いったん利用者が全額自己負担し、その後費用の9割、8割、7割相当分が支給される「償還払い」と、全額自己負担せず費用の9割、8割、7割相当分が市に登録した施工業者に支給される「受領委任払い」があります。

転居した場合または要介護度が3段階以上上がった場合は、新たに20万円を上限額として住宅改修を行うことができます。要介護度が3段階以上上がった場合（要支援1または経過的要介護から要介護3以上になった場合、要支援2または要介護1から要介護4以上になった場合、要介護2から要介護5になった場合）のリセットは、1回のみ適用されます。

#### 住宅改修の種類

- ①手すりの取付け（用具貸与の手すりを除く）
- ②段差の解消
- ③滑り防止及び移動の円滑化等のための床または通路面の材料の変更
- ④引き戸等への扉の取替え
- ⑤洋式便器等への便器の取替え
- ⑥その他①～⑤に付帯して必要な工事



#### Q & A

Q 改修工事はどこに頼めばいいのですか。

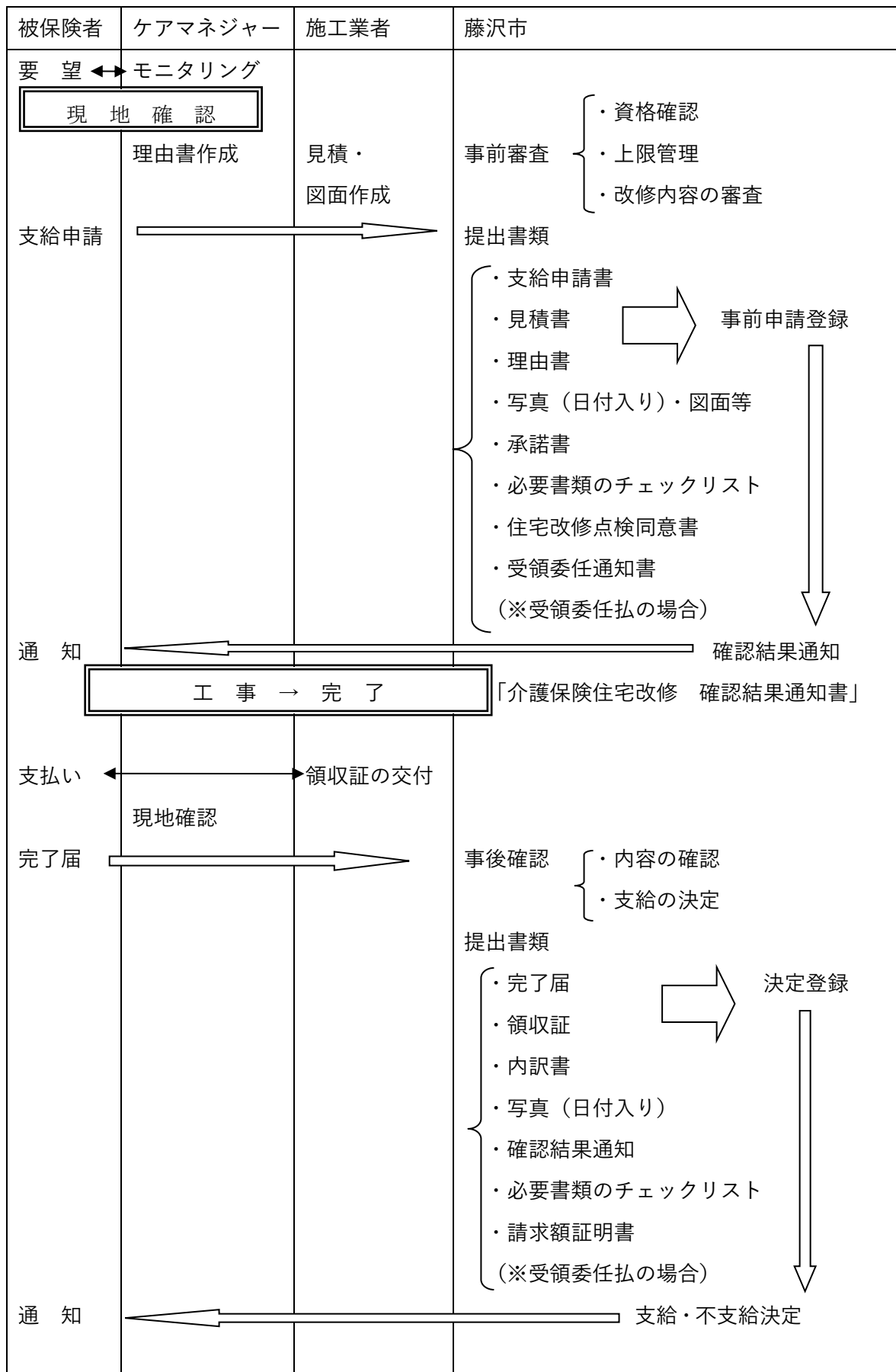
A 償還払いの場合、施工業者は都道府県の指定を受けていないため、利用者宅を建てたメーカーや工務店、福祉用具取扱店の住宅改修部門等多くの選択肢があります。受領委任払いの場合、藤沢市に登録した施工業者から選ぶ必要があります。「藤沢市介護保険住宅改修費受領委任払い事業者名簿」を確認しましょう。（ホームページで入手できます）改修内容、規模によっても選び方が変わってくることもあり、一概にどこが良いとは判断できませんが、様々な所に問い合わせ、対応や費用について比較することも一つの方法です。



#### ケアマネチェック項目

- 改修内容について、ケアマネジャーや改修業者のみの視点でなく、他の専門分野（PT、OT等）から意見を求め、検討できるよう連携をとっていますか。
- 上限額を複数回、必要に応じた使い分けができることを説明していますか。
- 住宅改修に係る対応や費用は改修業者により異なるため、利用者にとって効果的な改修となるよう、改修業者との連携を図っていますか。
- 利用者にとって効果的な改修となるよう、改修後の訪問で内容の確認を行っていますか。

【住宅改修費支給までの流れ】



※ 保険者によって申請方法が異なりますので、必ず確認しましょう。

## 事前申請・完了届を出す前に確認しましょう

- (1) 介護保険被保険者証と負担割合証を確認して、申請書類の記入をしていますか。
- (2) 申請書、見積書、理由書、領収書等提出書類に記入する被保険者氏名は、介護保険被保険者証を確認し、利用者のフルネームで記入されていますか。
- (3) 見積もり金額が20万円を超過時は、支給金額の上限を超えていることを説明していますか。
- (4) 見積書は材料費と工賃を分けて記載されていますか。
- (5) 見積書、理由書の内容、写真の箇所の整合性がとれていますか。
- (6) 付帯工事として壁紙や床面の改修をする場合、改修に必要な面積を按分した金額になっていますか。
- (7) 写真に、改修箇所がわかりやすくマジック等で書き込まれていますか。
- (8) 改修箇所が複数にわたる場合等、改修箇所や動線がわかるように平面図を添付していますか。
- (9) 段差がある場合は、段差がわかる写真を添付していますか。
- (10) 理由書作成者の記名がありますか。福祉住環境コーディネーターが理由書を作成した場合、連携している介護支援専門員または地域包括支援センターの職員の記名が必要です。
- (11) 理由書（裏面）「具体的な困難状況」は、改修箇所ごとに具体的に記載されていますか。
  - ①改修箇所ごとに動作の困難状況を明確にしましょう。

「一連の動作」、「起居動作」といった表現はせず、具体的に困難な動作を記入しましょう。（～から～までの移動、立ち上がり、方向転換が困難等）L字型手すりを設置する時は、タテとヨコそれぞれの動作の困難状況（動作）を明確にしましょう。
  - ②福祉用具と併用させて住宅改修を行う場合は、使用方法や動作の連動性を記入しましょう。

（例）バスボードと住宅改修の手すりの併用等。
  - ③既存の改修と連動させてあらたに改修を行う場合は、既存の改修の写真を添付し、使用方法や動作の連動性を記入しましょう。

（例）すでに階段にヨコ手すりを設置しているが、ADL低下に伴い、上り口にタテ手すりが必要となった等。
  - ④玄関、玄関までの動線、屋外を改修する場合は、外出する理由を記入しましょう。
  - ⑤手すりは原則、片側設置になります。両側に設置する場合は、必要とする身体的理由を記入しましょう。
  - ⑥玄関、勝手口はいずれか1カ所の改修しか認められませんが、理由によっては認められる場合もあります。理由をきちんと記入しましょう。
  - ⑦扉の取り替えは、車いす、歩行器の場合を除いて、「狭い」「介護者が入れない」「シャワーチェアが置けない」等スペース的な理由は認められません。本人の身体状況に困難状況があるかどうかを確認しましょう。
  - ⑧段差解消で床のかさ上げをする時は、福祉用具のスロープをまず検討し、それでもなおかつ支障がある場合に改修しましょう。

※ここにかかっている項目は、一例ですので、個々の住宅改修の内容に不明点がある場合は藤沢市に確認しましょう。

※介護保険の住宅改修は、日常生活に必要な動線、範囲に限られます。

ここで言う「日常生活」とは、食事、排泄、入浴、外出（理由による）を指します。「自立支援」の考え方は広範囲に渡りますが、介護保険の住宅改修における「自立支援」とは、日常生活に必要な動作を支援することと捉えます。

## (2) 地域密着型サービス（原則藤沢市に住民登録のある方が利用できます）

### ①定期巡回・随時対応型訪問介護看護（要介護1～5の方）

訪問介護と訪問看護が一体的または緊密に連携しながら、定期巡回と随時の対応を行うものです。

「一体型事業所」

1つの事業所で訪問介護と訪問看護のサービスを提供する。

「連携型事業所」

訪問介護を提供する事業所が、地域の訪問看護事業所と連携してサービスを提供する。

### ②夜間対応型訪問介護（要介護1～5の方）

夜間の定期的な巡回による訪問介護サービスに加え、随時、利用者の求めに応じた訪問介護サービス、利用者の通報に応じて調整・対応するオペレーションサービスが提供されます。

### ③（介護予防）認知症対応型通所介護（要支援1・2、要介護1～5の方）

認知症の方を対象とした通所介護（デイサービス）で、特別養護老人ホームなどに併設された事業所と、単独でサービスを提供する事業所があります。併設・単独共に利用定員は12人以下と少人数であり、家庭的な雰囲気の中でサービスが提供されます。

事業所へ通い、入浴、食事介助、機能訓練やレクリエーション等、認知症の症状に応じた専門的かつ個別的なサービス提供を受け、認知症状や生活障がいの緩和を図ります。



#### ケアマネチェック項目

- 診断書や主治医意見書（傷病に関する意見の「診断名」）などに「認知症」という文言が記載されていることを確認し、居宅介護支援経過などに記録をしましたか。
- サービス担当者会議などを活用して、サービス提供事業所等と、認知症に関する情報を共有しましたか。
- 居宅サービス計画の原案を提供したあと個別サービス計画の提出を求め、連動性や整合性を確認していますか。



#### ④地域密着型通所介護（要介護1～5の方）

利用定員が18人以下の小規模な通所介護事業所です。

#### ⑤（介護予防）小規模多機能型居宅介護（要支援1・2、要介護1～5の方）

介護が必要となった高齢者が今までの人間関係や生活環境をできるだけ維持できるよう、「通い」を中心に「訪問」「宿泊」の3つのサービス形態が一体となり、なじみのあるスタッフにより提供されます。24時間365日対応しています。

利用料は月単位の定額料金で、利用する事業所を1ヶ所選び、登録する必要があります。（食費・宿泊費・おむつ代等は別途自己負担となります。）

1事業所あたり29人（サテライト型は18人）以下の登録制で、1日に利用できる通いサービスの定員は登録定員の2分の1から15人（登録定員が25人を超える事業所にあっては登録定員に応じて次の表に定める利用定員、サテライト型は12人）まで、宿泊サービスは通いサービスの利用定員の3分の1から9人（サテライト型は6人）までとなっています。

なお、要支援の方に対しては、「通い」を利用の主体とし、適宜「訪問」や「宿泊」のサービスを組み合わせながら、生活機能向上を目指したサービスを提供します。

登録定員	利用定員
26人または27人	16人
28人	17人
29人	18人



#### Q & A

- Q 小規模多機能型居宅介護を利用している場合、他の介護保険サービスは受けられないのですか。
- A 訪問看護、訪問リハビリ、居宅療養管理指導、福祉用具貸与、福祉用具購入費・住宅改修費の支給に限り、利用することができます。
- Q 月途中で居宅介護サービスを終了し、小規模多機能型を利用した場合の給付管理票の作成はどちらのケアマネジャーが行うのですか。
- A 居宅介護支援事業所のケアマネジャーが小規模多機能型居宅介護（日割り）を含めて、その利用者に関わる給付管理の作成を行い、居宅介護支援費の請求を行います。なお、逆のケースでも同様に居宅介護支援事業所が行います。

#### ⑥（介護予防）認知症対応型共同生活介護（グループホーム）（要支援2、要介護1～5の方）

比較的安定した認知症の方が家庭的な雰囲気の中、1ユニットにつき5～9人で共同生活を送りながら日常生活の介護を受けます。居室は個室で、これまでの暮らし方を継続し、それぞれが役割をもって

生活することで認知症の進行を緩和し、安心して日常生活が送れるようになることを目指します。家族との連携や地域との交流を図る運営が行われます。また、看取り介護においては利用者および家族等の意向を尊重しつつ、他職種で共有・連携し、本人や家族に寄り添った支援を提供します。

### ⑦地域密着型特定施設入居者生活介護（要介護1～5の方）

定員29人以下の小規模で運営される有料老人ホーム等（介護専用型特定施設）です。少人数の入居者に対し、特定施設入居者生活介護と同様のサービスが提供されます。

### ⑧地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（原則要介護3以上の方）

定員29人以下の小規模で運営される介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）です。少人数の入所者に対し、介護老人福祉施設と同様のサービスが提供されます。

### ⑨看護小規模多機能型居宅介護（要介護1～5の方）

訪問看護と小規模多機能型居宅介護を組み合わせ、医療ニーズの高い要介護者に対して、看護と介護のサービスを一体的に提供します。

1事業所あたり29人（サテライト型は18人）以下の登録制で、1日に利用できる通いサービスの定員は登録定員の2分の1から15人（登録定員が25人を超える事業所にあっては登録定員に応じて次の表に定める利用定員、サテライト型は12人）まで、宿泊サービスは通いサービスの利用定員の3分の1から9人（サテライト型は6人）までとなっています。

登録定員	利用定員
26人または27人	16人
28人	17人
29人	18人



#### ケアマネチェック項目－地域密着型サービス共通

- 利用者の住民登録地は藤沢市ですか。
- 小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護等、サービスによっては、担当のケアマネジャーが変更となる旨を伝えていますか。
- 利用にあたっては、事前に見学して他の利用者や職員体制、事業所（施設）の様子などを確認し、情報を提供していますか。
- 入所（入居）するサービスの場合、利用料金や入居金などが施設によって異なりますが、正確な情報を把握していますか。

### (3) 施設サービス

#### ①介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）（原則要介護3以上の方）

##### 特徴

- ・施設サービス計画に基づいて、入浴、食事等の日常生活上のサービスが提供されます。
- ・原則として医療行為は行われません。  
ただし、平成24年4月1日から、社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正により、介護福祉士及び一定の研修を終了した介護職員等は、診療の補助として喀痰吸引等の「医療的ケア」を行うことが可能となりました。
- ・職員基準（100ベッド当たり）  
（例）医師1人(非常勤可)、看護職員3人(夜間勤務なし)、介護職員31人、ケアマネジャー1人、生活相談員1人 等
- ・居室基準  
従来型の場合、居室定員4人以下で居室面積基準1ベッド当り10.65㎡以上。  
ユニット型の場合、ユニット型個室は床面積が13.2㎡以上。  
従来居室を改修したユニット型準個室の場合、床面積が10.65㎡以上。

##### 申し込み

- ・直接、入所を希望する施設に申し込みます。  
藤沢市内の施設では、入所申込書（→関連帳票集参照）を使用していますが、各施設で独自の追加用紙の提出を求めている場合がありますので確認しましょう。なお、横浜市内と川崎市内では「特別養護老人ホーム入所申込受付センター」を設置して、特別養護老人ホームの入所申込みを一括して受け付けています。詳しくは、横浜市、川崎市のホームページをご覧ください。

##### 費用

- ・利用者負担は、施設により異なるため、事前に入所施設にお問い合わせください。  
施設サービス費用の1～3割負担額と食費及び居住費の他に、日常生活費（歯ブラシや理美容代等）がかかる場合がありますので、施設に直接確認しましょう。

（注1）食事、居住費は原則として自己負担となり、その費用は施設との契約によります。

（注2）その他に施設独自の費用が発生する場合もあるので、直接施設へ確認する必要があります。

※関連情報・・・利用負担に関する制度については 12-42・49・52 ページ参照

##### 入所対象者

- ・平成27年4月1日以降、新たに入所する方については、原則として要介護3以上の方に限定されましたが、要介護1・2の方であっても、居宅において日常生活を営むことが困難なことについてやむを得ない事由がある方については特例的に入所が認められる場合がありますので、直接施設に確認してください。

## 入退所指針

- ・神奈川県では、特別養護老人ホームへの入所申込が増加している中で、施設サービスを受ける必要性が高い入所希望者を優先的に入所させるという観点から、入退所に関する手続き及び基準を示した「神奈川県特別養護老人ホーム入退所指針」を定めています。これにより入退所における透明性・公平性を確保するとともに、介護保険制度の趣旨に即した施設サービスの実施が期待されています。実際には、入所の必要性を表した「入所優先順位の評価基準」により、①要介護度、②介護者の状況、③特記事項（認知症状による問題行動、医療的処置の状況、住居環境、介護保険による居宅サービスや施設サービスの利用状況、地域性、入所待機期間等）を委員会において考慮、点数化し、合計点数の高い順に優先順位を決定することになっています（→P 5-35 参照）。

## ②介護老人保健施設（要介護1～5の方）

### 特長

- ・リハビリ中心の生活介護（在宅復帰のための療養、リハビリが中心に行われます）
- ・医師、薬剤師、看護職員、介護職員、作業療法士や理学療法士等のリハビリ専門職員、ケアマネジャー、支援相談員、管理栄養士等がいます。
- ・認知症専門棟のある施設があります。
- ・在宅復帰や在宅療養の機能を特化させた在宅強化型施設もあります。

### 入所期間

- ・個人の状態、介護状態により必要期間の相談に応じます。

### 申し込み

- ・直接、入所を希望する施設に申し込みます。

入所申込書及び健康診断書等は施設ごとに異なりますので、必ず確認が必要です。

ただし、藤沢市、茅ヶ崎市、寒川町の介護老人保健施設は、共通の診断書を使用しています。共通様式ではありますが、運用方法については各施設へ確認する必要があります。

### 費用

- ・利用者負担は、施設サービス費用の1～3割負担額と食費及び居住費・室料の金額と、その他に希望で洗濯代・衣類リースや理美容代等があり、施設により異なるため事前に入所施設にお問い合わせください。

（注1）食事、居住費は原則として自己負担となり、その費用は施設との契約によります。

（注2）その他に施設独自の費用が発生する場合もあるので、直接施設へ確認する必要があります。

※関連情報・・・利用負担に関する制度については 12-42・49・52 ページ参照

### ③介護医療院（要介護1～5の方）

#### 特徴

- ・長期的な医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者を対象とし、「日常的な医学管理」や「看取りやターミナルケア」等の医療機能と「生活施設」としての機能を兼ね備えた施設です。よって、医師・薬剤師・看護職員・介護職員・リハビリ専門職・栄養士・放射線技師・介護支援専門員・その他の従事者で構成されています。

#### I型療養床・II型療養床

- ・I型療養床とは主として長期にわたり療養が必要である者であって、重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者等を入所させるための療養床です。II型療養床とはI型療養床以外の療養床です。藤沢市では1施設対応しています。

#### 介護医療院の種類

- ・介護医療院（ユニット型に該当しない施設はここに分類されます）、ユニット型介護医療院、医療機関併設型介護医療院（医療機関併設型介護医療院、併設型小規模介護医療院）

#### 申し込み

- ・直接、入所を希望する施設に申し込みます。

#### 費用

- ・利用者負担は、施設サービス費用の1～3割負担額と食費及び居住費・室料の金額と、その他に希望で洗濯代・衣類リースや理美容代等があり、施設により異なるため事前に入所施設にお問い合わせください。

（注1）食事、居住費は原則として自己負担となり、その費用は施設との契約によります。

（注2）その他に施設独自の費用が発生する場合もあるので、直接施設へ確認する必要があります。

※関連情報・・・利用負担に関する制度については 12-42・49・52 ページ参照

## （4）介護職員等によるたんの吸引等について

平成24年4月1日より、介護福祉士及び規定の研修を修了した介護職員等は、一定の条件の下に「たんの吸引等」の行為を実施することができるようになりました。

### ①対象となる医行為

- ・たんの吸引（口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内）  
咽頭の手前までを限度とする事
- ・経管栄養（胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養・経鼻経管栄養）  
胃ろうまたは腸ろうの場合は状態に問題がない事の確認を行う  
経鼻経管は栄養チューブが正確に胃の中に挿入されている事の確認を  
医師または看護職員が行うこと

## ②たんの吸引等を行えるもの

- ・介護福祉士（平成27年度以降の合格者）
  - ・介護職員等（上記以外の介護福祉士・ホームヘルパー等で、一定の研修を終了した者）
- 「不特定多数の者対象研修」（第1号、2号）と「特定者の者対象」（3号）の研修がある。

## ③登録事業者（喀痰吸引等の実施を行う実施主体。法人等を含む）

事業者は組織体としての「責任体制」や「運営体制」を明確にしておく必要がある。  
特に在宅事業者においては、医師、看護職員、居宅ケアマネジャー等の連携体制が必要。

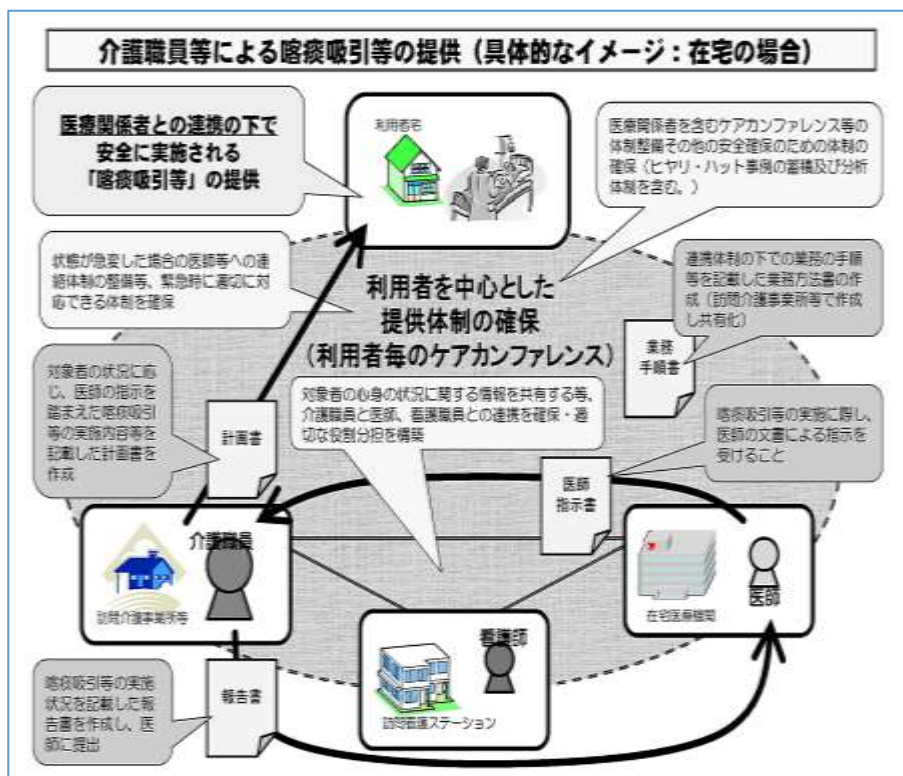
### 提供体制

安全委員会の設置等の安全確保体制整備が必要。

在宅事業所においては、他事業所の従事者等との連携体制の下で運営される定例会議（喀痰吸引等関係会議。サービス担当者会議の活用等を含む。）を設置し、運営・管理の責任を担う必要がある。サービス担当者会議等を活用する場合は居宅支援事業所との連携等が重要。

## ④医療関係者との連携

- ①医師の指示書が必要。
- ②医師、看護師が利用者の状況を定期的に確認し、介護福祉士等と情報共有をして連携体制を取る。
- ③医師、看護師との連携の下に、喀痰吸引等の計画書を作成する。
- ④実施状況に関する報告書を作成する。
- ⑤急変時に備え緊急時医師、看護師への連絡方法を定めていく。
- ⑥喀痰吸引等の業務手順等を記載した書類を作成する。








## (5) 共生型サービス

地域共生社会の実現に向けた取組の推進の一環として、平成30年度より新たに共生型サービスが位置づけられました。

このサービスは高齢者と障がい児者が同一の事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障がい福祉両方の制度に位置づけられ、障がい福祉制度の指定を受けた事業所であれば、基本的に介護保険（共生型）の指定を受けられるものとなっています。（介護保険制度の指定を受けている事業所も障がい福祉制度の指定が受けやすくなります）

このサービスの導入により、例えば、近隣の通所介護事業所が「共生型生活介護」となることで、障がいのある方が身近な場所でサービスを利用できるようになったり、馴染みのある生活介護の事業所が「共生型通所介護」となることで、障がいのある方が65歳になっても引き続き同じ事業所に通所できるようになります。

該当するサービスについては次の表のとおりです。

介護保険の指定事業所		障がい福祉サービスの指定事業所
○訪問介護		○居宅介護 ○重度訪問介護
○通所介護 ○地域密着型通所介護		○生活介護 ○自立訓練（機能訓練・生活訓練） ○児童発達支援 ○放課後等デイサービス
○短期入所生活介護		○短期入所（障がい者支援施設併設型・空床利用型のみ）
○小規模多機能型居宅介護 ○介護予防小規模多機能型居宅介護 ○看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 通い		○生活介護 ○自立訓練（機能訓練・生活訓練） ○児童発達支援 ○放課後等デイサービス
<input type="checkbox"/> 泊り		○短期入所

※ 障がい福祉サービスには介護保険の（看護）小規模多機能型居宅介護と同様のサービスはないが、障がい福祉制度における基準該当の仕組みにより、障がい児・者が（看護）小規模多機能型居宅介護に通ってサービスを受けた場合等に、障害福祉の給付対象となっている。

# 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ついて（抜粋）

社援発 0622 第 1 号 平成 23 年 6 月 22 日

厚生労働省社会・援護局長通知

## 第一 社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正関係

### 1 介護福祉士による喀痰吸引等の実施

- ① 介護福祉士は、喀痰吸引その他の身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者が日常生活を営むのに必要な行為であって、医師の指示の下に行われるもの（厚生労働省令で定めるものに限る。）を行うことを業とするものとする。

なお、厚生労働省令においては、喀痰吸引（口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部）及び経管栄養（胃ろう・腸ろう・経鼻経管栄養）を定める予定であること。

- ② 介護福祉士は、保健師助産師看護師法の規定にかかわらず、診療の補助として喀痰吸引等を行うことを業とすることができるものとする。

### 2 認定特定行為業務従事者による特定行為の実施

- ① 介護の業務に従事する者（介護福祉士を除く。）のうち、認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けている者は、保健師助産師看護師法の規定にかかわらず、診療の補助として、医師の指示の下に、特定行為（喀痰吸引等のうち当該認定特定行為業務従事者が修了した喀痰吸引等研修の課程に応じて厚生労働省令で定める行為をいう。以下同じ。）を行うことを業とすることができるものとする。

- ② 認定特定行為業務従事者認定証は、介護の業務に従事する者に対して認定特定行為業務従事者となるのに必要な知識及び技能を修得させるため、都道府県知事又はその登録を受けた者が行う喀痰吸引等研修の課程を修了したと都道府県知事が認定した者でなければ、その交付を受けることができないものとする。

### 3 登録研修機関

都道府県知事は、登録を申請した者が喀痰吸引等に関する法律制度及び実務に関する科目について喀痰吸引等研修の業務を実施するものであること等の要件の全てに適合しているときは、登録研修機関の登録をしなければならないものとする。

### 4 喀痰吸引等業務等の登録

- ① 自らの事業又はその一環として、喀痰吸引等又は特定行為の業務を行おうとする者は、その事業所ごとに、その所在地を管轄する都道府県知事の登録を受けなければならないものとする。
- ② 都道府県知事は、登録を申請した者が医療関係者との連携が確保されているものとして厚生労働省令で定める基準に適合していること等の要件の全てに適合しているときは、登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者の登録をしなければならないものとする。

### 5 その他

- ① この法律の施行の際現に介護の業務に従事する者であって、この法律の施行の際必要な知識及び技能の修得を終えている特定行為について、喀痰吸引等研修の課程を修了した者と同等以上の知識及び技能を有する旨の都道府県知事の認定を受けた者に対しては、認定特定行為業務従事者認定証を交付することができるものとする。
- ② 登録研修機関及び登録特定行為事業者の登録並びに喀痰吸引等研修の課程を修了した者と同等以上の知識及び技能を有する旨の都道府県知事の認定の手続については、施行日前においても行うことができるものとする。

## 第二 社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律の一部改正

### 1 介護福祉士の資格取得方法の見直しに係る改正規定の施行期日の変更

介護福祉士の資格取得方法の見直しに係る改正規定の施行期日を、平成 24 年 4 月 1 日から平成 27 年 4 月 1 日に変更すること。（参考）

社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律（平成 19 年法律第 125 号。以下「19 年改正法」という。）における介護福祉士の資格取得方法の見直しの内容については、以下のとおりであること。

- ① 実務経験者について、3 年以上の実務経験に加えて、新たに、実務者研修（6 ヶ月研修）の受講を義務付けたこと。
- ② 介護福祉士養成施設等の卒業者について、新たに、介護福祉士試験への合格を義務付けたこと。

### 2 その他

介護保険法等改正法の施行により、実務経験者に係る実務者研修の受講義務付けの施行期日は平成 27 年 4 月 1 日に変更されるが、実務経験者が希望する場合には、それ以前であっても、実務者研修を受講できるようにする予定であること。

そのため、本年秋頃を目途として、実務者研修の早期受講を可能とするために必要な関係省令等を策定する予定であること。



資料 医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について（抜粋）

医政第0726005号  
平成17年7月26日

厚生労働省医政局長通知

医療機関以外の高齢者介護・障害者介護の現場等において判断に疑義が生じることの多い行為であって原則として医行為でないと考えられるものを別紙の通り列挙したので、医師、看護師等の医療に関する免許を有しない者が行うことが適切か否か判断する際の参考とされたい。

行 為	条 件
一般的な方法による体温測定	水銀体温計・電子体温計による腋下での計測 耳式電子体温計による外耳道での測定
自動血圧測定器による血圧測定	
パルスオキシメーターの装着	新生児以外のものであって入院治療の必要がないもの 動脈血酸素飽和度の測定を目的とするもの
軽微な切り傷・擦り傷・やけどなどの処置	専門的な判断や技術を必要としない処置であること
医薬品の使用の介助 ①皮膚への軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く） ②皮膚への湿布の貼付 ③点眼薬の点眼 ④一包化された内服薬の内服 ⑤肛門からの座薬挿入 ⑥鼻腔粘膜への薬剤噴霧	▽医師、歯科医師又は看護職員が以下の3条件を満たしていることを確認していること ①入院や入所の必要がなく、容態が安定している ②副作用の危険性・投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要でない ③内用薬では誤嚥・座薬では肛門出血の可能性など、医薬品の使用について専門的な配慮が必要でない ▽家族・本人に対し無資格者による介助を行うことを説明した上 事前に具体的な依頼を受けていること ▽医薬品が医師の処方によるものであること ▽医師・歯科医師の処方、薬剤師の服薬指導、看護職員の保健指導を順守すること
爪切り・やすりかけ	爪に異常がないこと 爪周辺の皮膚に化膿・炎症がないこと 糖尿病等の疾患で専門的管理が必要でないこと
日常的なオーラルケア	重度の歯周病などにかかっていないこと
耳垢の除去	耳垢塞栓の除去を除く
ストマ器具のパウチにたまった排泄物を捨てること	肌に接着したパウチの取り替えを除く
カテーテルの準備、体位の保持	
市販の使い捨て浣腸器による浣腸	使用する浣腸器は下記の条件を満たしていること 挿入部の長さが5～6cm以内 グリセリン濃度50% 成人用では40g以下 小児用では20g以下 幼児用では10g以下

原則として医行為又は医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要があるものでないと考えられるものであるが、病状が不安定であること等により専門的な管理が必要な場合には、医行為であるとされる場合もあり得る。このため、介護サービス事業者等はサービス担当者会議の開催時等に、必要に応じて、医師、歯科医師又は看護職員に対して、そうした専門的な管理が必要な状態であるかどうか確認することが考えられる。さらに、病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、医師、歯科医師又は看護職員に連絡を行う等の必要な措置を速やかに講じる必要がある。

また、行為によって測定された数値を基に投薬の要否などの医学的判断を行うことは医行為であり、事前に示された数値の範囲外の異常値が測定された場合は医師、歯科医師又は看護職員に報告すべきものである。

医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法等の解釈に関するものであり、事故が起きた場合の刑法、民法等の法律の規定による刑事上・民法上の責任は別途判断されるべきものである。

医政発 1201 第 4 号  
令和 4 年 12 月 1 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長  
(公 印 省 略)

医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について  
(その 2)

医師、歯科医師、看護師等の免許を有さない者による医業（歯科医業を含む。以下同じ。）は、医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条その他の関係法規によって禁止されている。ここにいう「医業」とは、当該行為を行うに当たり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為（医行為）を、反復継続する意思をもって行うことであると解している。

ある行為が医行為であるか否かについては、個々の行為の態様に応じ個別具体的に判断する必要があるが、介護現場等において医行為であるか否かについて判断に疑義が生じることの多い行為であって原則として医行為でないと考えられるもの等については、これまで、「医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について（通知）」（平成 17 年 7 月 26 日付け医政発第 0726005 号厚生労働省医政局長通知。以下「平成 17 年通知」という。）等においてお示ししてきたところである。

今般、規制改革実施計画（令和 2 年 7 月 17 日閣議決定）において、平成 17 年通知に記載のない行為のうち、介護現場で実施されることが多いと考えられる行為を中心に、医行為ではないと考えられる行為を整理し、周知した上で、介護職員がそれらの行為を安心して行えるよう、ケアの提供体制について本人、家族、介護職員、看護職員、主治医等が事前に合意するプロセスを明らかにすることとされた。

これを踏まえ、医療機関以外の介護現場で実施されることが多いと考えられる行為であって、原則として医行為ではないと考えられるもの及び当該行為を介護職員が行うに当たっての患者や家族、医療従事者等との合意形成や協力に関する事項について別紙のとおり列挙したので、医師、看護師等の医療に関する免許を有しない者が行うことが適切か否か判断する際や、ケアの提供体制について検討する際の参考とされたい。

なお、本通知については、厚生労働省社会・援護局及び老健局と調整済みである。また、当然のこととして、医行為に該当しない行為についても、高齢者介護の現場等において安全に行われるべきものであり、また、行為の実施に当たっては、患者の状態を踏まえ、医師、歯科医師又は看護職員と連携することや、必要に応じてマニュアルの作成や医療従事者による研修を行うことが適当であることを申し添える。

(別紙)

(在宅介護等の介護現場におけるインスリンの投与の準備・片付け関係)

- 1 在宅介護等の介護現場におけるインスリン注射の実施に当たって、あらかじめ医師から指示されたタイミングでの実施の声かけ、見守り、未使用の注射器等の患者への手渡し、使い終わった注射器の片付け（注射器の針を抜き、処分する行為を除く。）及び記録を行うこと。
- 2 在宅介護等の介護現場におけるインスリン注射の実施に当たって、患者が血糖測定及び血糖値の確認を行った後に、介護職員が、当該血糖値があらかじめ医師から指示されたインスリン注射を実施する血糖値の範囲と合致しているかを確認すること。
- 3 在宅介護等の介護現場におけるインスリン注射の実施に当たって、患者が準備したインスリン注射器の目盛りが、あらかじめ医師から指示されたインスリンの単位数と合っているかを読み取ること。

(血糖測定関係)

- 4 患者への持続血糖測定器のセンサーの貼付や当該測定器の測定値の読み取りといった、血糖値の確認を行うこと。

(経管栄養関係)

- 5 皮膚に発赤等がなく、身体へのテープの貼付に当たって専門的な管理を必要としない患者について、既に患者の身体に留置されている経鼻胃管栄養チューブを留めているテープが外れた場合や、汚染した場合に、あらかじめ明示された貼付位置に再度貼付を行うこと。
- 6 経管栄養の準備（栄養等を注入する行為を除く。）及び片付け（栄養等の注入を停止する行為を除く。）を行うこと。なお、以下の3点については医師又は看護職員が行うこと。

- ① 鼻からの経管栄養の場合に、既に留置されている栄養チューブが胃に挿入されているかを確認すること。
- ② 胃ろう・腸ろうによる経管栄養の場合に、び爛や肉芽など胃ろう・腸ろうの状態に問題がないことを確認すること。
- ③ 胃・腸の内容物をチューブから注射器でひいて、性状と量から胃や腸の状態を確認し、注入内容と量を予定通りとするかどうかを判断すること。

(喀痰吸引関係)

- 7 吸引器に溜まった汚水の廃棄や吸引器に入れる水の補充、吸引チューブ内を洗浄する目的で使用する水の補充を行うこと。

(在宅酸素療法関係)

- 8 在宅酸素療法を実施しており、患者が援助を必要としている場合であって、患者が酸素マスクや経鼻カニューレを装着していない状況下における、あらかじめ医師から指示された酸素流量の設定、酸素を流入していない状況下における、酸素マスクや経鼻カニューレの装着等の準備や、酸素離脱後の片付けを行うこと。ただし、酸素吸入の開始（流入が開始している酸素マスクや経鼻カニューレの装着を含む。）や停止（吸入中の酸素マスクや経鼻カニューレの除去を含む。）は医師、看護職員又は患者本人が行うこと。
- 9 在宅酸素療法を実施するに当たって、酸素供給装置の加湿瓶の蒸留水を交換する、機器の拭き取りを行う等の機械の使用に係る環境の整備を行うこと。

10 在宅人工呼吸器を使用している患者の体位変換を行う場合に、医師又は看護職員の立会いの下で、人工呼吸器の位置の変更を行うこと。

(膀胱留置カテーテル関係)

11 膀胱留置カテーテルの蓄尿バックからの尿廃棄（DIBキャップの開閉を含む。）を行うこと。

12 膀胱留置カテーテルの蓄尿バックの尿量及び尿の色の確認を行うこと。

13 膀胱留置カテーテル等に接続されているチューブを留めているテープが外れた場合に、あらかじめ明示された貼付位置に再度貼付を行うこと。

14 専門的管理が必要無いことを医師又は看護職員が確認した場合のみ、膀胱留置カテーテルを挿入している患者の陰部洗浄を行うこと。

(服薬等介助関係)

15 患者の状態が以下の3条件を満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族等に伝えている場合に、事前の本人又は家族等の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により患者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助すること。具体的には、水虫や爪白癬に患した爪への軟膏又は外用液の塗布（褥瘡の処置を除く。）、吸入薬の吸入及び分包された液剤の内服を介助すること。

① 患者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること

② 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと

③ 内用薬については誤嚥の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと

(血圧等測定関係)

16 新生児以外の者であって入院治療の必要ないものに対して、動脈血酸素飽和度を測定するため、パルスオキシメーターを装着し、動脈血酸素飽和度を確認すること。

17 半自動血圧測定器（ポンプ式を含む。）を用いて血圧を測定すること。

(食事介助関係)

18 食事（とろみ食を含む。）の介助を行うこと。

(その他関係)

19 有床義歯（入れ歯）の着脱及び洗浄を行うこと。

注1 在宅酸素療法を実施するに当たって、酸素流入中の酸素マスクや経鼻カニューレがずれ、次のいずれかに該当する患者が一時的に酸素から離脱（流入量の減少を含む。）

したことが見込まれる場合に、当該酸素マスクや経鼻カニューレを元の位置に戻すことも、原則として、医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要がないものであると考えられる。

・ 肢体不自由等により、自力で酸素マスクや経鼻カニューレを戻すことが困難である患者

・ 睡眠中や意識がない状態で、自力で酸素マスクや経鼻カニューレを戻すことが困難である患者

注2 前記1から19まで及び注1に掲げる行為は、原則として医行為又は医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要があるものでないと考えられるものであるが、病状が不安定であること等により専門的な管理が必要な場合には、医行為であるとされる場合もあり得る。このため、介護サービス事業者等はサービス担当者会議の開催時等に、必要に応じて、医師、歯科医師又は看護職員に対して、そうした専門的な管理が必要な状態であるかどうか確認することが考えられる。さらに、病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、医師、歯科医師又は看護職員に連絡を行う等の必要な措置を速やかに講じる必要がある。

また、前記1から4までに掲げる行為については、患者の血糖値や食事摂取量等が不安定でないことが必要である。

さらに、前記2、4、16及び17に掲げる行為によって測定された数値を基に投薬の要否など医学的な判断を行うことは医行為であり、事前に示された数値の範囲外の異常値が測定された場合には医師、歯科医師又は看護職員に報告するべきものである。

注3 前記1から19まで及び注1に掲げる行為は原則として医行為又は医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要があるものではないと考えられるものであるが、その実施に当たっては、当然ながら患者本人や家族に対して分かりやすく、適切な説明を行うとともに、介護職員等の実施する行為について患者本人や家族が相談を行うことができる環境作りに努めることが望ましい。また、必要に応じて、注2のサービス担当者会議の開催時等に医師、歯科医師又は看護職員に相談する、必要に応じて書面等で指示を受ける、ケアの実施後に医師、歯科医師又は看護職員に報告を行う等して適切に連携することが望ましい。

注4 前記1から19まで及び注1に掲げる行為は原則として医行為又は医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要があるものではないと考えられるものであるが、業として行う場合には実施者に対して一定の研修や訓練が行われることが望ましいことは当然であり、介護サービス等の場で就労する者の研修の必要性を否定するものではない。

また、介護サービスの事業者等は、事業遂行上、安全にこれらの行為が行われるよう監督することが求められる。

注5 今回の整理はあくまでも医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法等の解釈に関するものであり、事故が起きた場合の刑法、民法等の法律の規定による刑事上・民事上の責任は別途判断されるべきものである。

注6 前記1から19まで及び注1に掲げる行為について、看護職員による実施計画が立てられている場合は、具体的な手技や方法をその計画に基づいて行うとともに、その結果について報告、相談することにより密接な連携を図るべきである。前記15に掲げる服薬等の介助が福祉施設等において行われる場合には、看護職員によって実施されることが望ましく、また、その配置がある場合には、その指導の下で実施されるべきである。

平成 17 年 6 月 22 日

サービスを利用する前の診断書の提出及びその費用負担について

神奈川県高齢福祉課介護保険指導班

サービス提供前の診断書の提出及びその費用負担については、取扱いは以下のとおりですのでお知らせいたします。

- ① 事業者が安易に健康診断書の提出を求めるといった取扱いは適切ではないとされています。

まず、サービスを提供する担当者どうしの会議における情報共有や、居宅療養管理指導による主治医からの情報提供といった現行制度の活用に努めることが望ましいとされています。

- ② ただし、①の方法によっても必要な健康状態の把握ができない場合は、健康診断書を利用申込者の負担で用意しなければならないこともあります。

施設系サービス並びに認知症対応型共同生活介護及び特定施設入所者生活介護の場合は、健康診断書の提出にかかる費用は利用申込者負担となります。その他のサービスについては利用申込者とサービス提供事業者の協議により、どちらの負担とするかを定めることとなります。

サービス利用前の健康診断の扱いについては、「運営基準等に係る Q & A について」（平成 13 年 3 月 28 日 事務連絡 厚生労働省老健局振興課）に掲載されていますので、ご参照ください。

- 「運営基準等に係る Q & A について」掲載ページのアドレス

<http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/1fd32594c9e1e57f49256fa4000e118c?OpenDocument>

<http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/72a48c4a24f9a26649256fa4000ff09d?OpenDocument>

### サービス利用前の健康診断の扱い

**【サービス利用前の健康診断の費用負担とサービス提供拒否について】**

サービスを提供する前に利用者に健康診断を受けるように求めることはできるか。

また、健康診断書作成に係る費用の負担はどのように取り扱うべきか。

(答)

1 施設系サービス並びに痴呆対応型共同生活介護及び特定施設入所者生活介護の場合の取扱いについて

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、痴呆対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護については、利用者が相当期間以上集団的な生活を送ることが想定されることから、健康診断書の提出等の方法により利用申込者についての健康状態を把握することは必要と考えられ、主治医からの情報提供等によっても必要な健康状態の把握ができない場合には、別途利用者に健康診断書の提出を求めることは可能であり、その費用については原則として利用申込者が負担すべきものと考えられる。また、こうした求めに利用申込者が応じない場合はサービス提供拒否の正当な事由に該当するものと考えられる。

2 1以外のサービスの場合の取扱いについて

その他の居宅サービス（訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護及び介護老人保健施設における短期入所生活介護）については、通常相当期間以上にわたって集団的な生活を送るサービスではないことから、必ずしも健康診断書の提出等による事前の健康状態の把握が不可欠であるとは言えないが、サービス担当者会議における情報の共有や居宅療養管理指導による主治医からの情報提供等によっても健康状態の把握ができない場合に事業所として利用申込者に健康診断書の提出を求めることは可能であり、その費用負担については利用申込者とサービス提供事業者との協議によるものと考えられる。しかし、そうした求めに利用申込者が応じない場合であっても、一般的にはサービス提供拒否の正当な事由に該当するものではないと考えられる。

なお、短期入所生活介護、介護老人保健施設における短期入所生活介護については、集団的なサービス提供が相当期間以上にわたる場合も考えられるが、居宅サービスとして位置づけられ、利用者からの緊急な申込みにも対応するという役割を担うべきことから、利用申込者からの健康診断書の提出がない場合にもサービス提供を拒否することは適切ではない。

3 現業制度の活用について

事業者が利用申込者に関する健康状態を把握する場合には、利用申込者の負担軽減の観点からも第一にサービス担当者会議における情報の共有や居宅療養管理指導による主治医からの情報提供といった現行制度の活用に務めることが望ましい。

なお、事業者が安易に健康診断書の提出を求めるといった取扱いは適切でない。

別表 入所順位の評価基準（3(1)関係）

1 要介護度

要介護5	40点
要介護4	35点
要介護3	30点
要介護2	20点
要介護1	10点

2 家族等の状況

身寄りがない若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護する者がいない	40点
家族等はあるが、地理的に離れている若しくは病院等に長期入院中などの状況により、事実上介護が不能	35点
介護する者はあるが、要介護状態、病気療養中、障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難	30点
介護する者はあるが、要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難	25点
介護する者はあるが、複数の介護や育児を行っているなど、十分な介護が困難	20点
介護する者はあるが、就業しているため、十分な介護が困難	20点

3 特記事項

<p>特に施設入所を考慮すべき状況が認められる場合は、各施設の委員会の判断により、その状況に応じて点数を加算することができる。</p> <p>(例)</p> <p>① 自傷行為、不潔行為、常時の徘徊など、在宅生活が困難と認められる認知症状による問題行動がある場合</p> <p>② 膀胱留置カテーテル、経管栄養、酸素療法等の医療的処置が必要な場合</p> <p>③ 住居環境(廊下、階段、便所、浴室等の住宅改修が困難)が介護に適さない場合</p> <p>④ 介護保険による居宅サービス(訪問介護、通所介護等)を利用しても在宅生活が困難と認められる場合 介護老人保健施設や病院等に入所(入院)しており、退所(退院)後も在宅生活が困難と認められる場合</p> <p>⑤ 入所待機期間が長期となっている場合</p> <p>⑥ 施設が所在する市町村若しくは近隣市町村に入所希望者又は家族等が居住している場合</p>	合計で20点を限度とする
---	--------------



## 6. 介護保険制度と障がい者施策との適用関係について

平成18年10月に障がい者自立支援法が完全施行されたことにより、「介護保険制度と障がい者施策との適用関係等について」の適用関係を改め、新しく平成19年3月28日に「障がい者自立支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について」（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 企画課長 障害福祉課長）が通知されました。

これにより、介護保険第1・2号被保険者となる方の障がい福祉サービスの優先や併用等の考え方が整理されました。

通知の概要は、「介護保険の被保険者となる障がい者で、申請に係る障がい福祉サービスの支給量が必要であると当該市町村が認めた場合、当該障がい福祉サービスに相当する介護保険サービスに係る保険給付の居宅介護サービス費等区分支給限度基準額の制約から、介護保険のケアプラン上において介護保険サービスのみでは確保できないと認められる場合、介護保険の保険給付を優先とし、更に不足する福祉サービスを障がい福祉サービスで補うことを可能とする。」とするものです。

これにより、障がい者（身障・知的・精神・発達障がい）に必要な障がい福祉固有のサービス及び介護保険で不足するサービスを障がい福祉サービスとして利用することになりました。

以下に、通知の要約を記載します。

なお、「地域社会における共生の実現に向けて新たな障がい保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律」が平成25年4月1日（一部は平成26年4月）に施行され、「障がい者自立支援法」を「障がい者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障がい者総合支援法）」とするとともに、障がい者の定義に難病等が追加されました。

### 障がい者自立支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について（要約）

#### 1. 自立支援給付と介護保険制度との適用関係等の基本的な考え方について

##### （1）介護保険の被保険者とならない者について

障がい者についても、65歳以上の者及び40歳以上65歳未満の医療保険加入者は原則として介護保険の被保険者となる。ただし、介護保険適用除外施設に入所又は入院している場合は当分の間、介護保険の被保険者とはならない。なお、介護保険適用除外施設を退所又は退院した場合は介護保険の被保険者となり、介護保険法に基づく介護保険サービスの対象者となる。

※介護保険適用除外施設とは、

- ・指定障がい者支援施設（生活介護・施設入所支援）
- ・重症心身障がい児施設
- ・ハンセン病療養所等
- ・生活保護法による救護施設
- ・労働者災がい補償保険法による施設等をいう。

## (2) 介護給付費等と介護保険制度との適用関係

介護保険の被保険者である1号及び2号被保険者が要介護又は要支援状態となった場合には、要介護認定等を受け、介護保険法による保険給付を受けることが出来る。

その際、自立支援給付より、介護保険法の保険給付を優先する。ただし、当該障がい者が障がい福祉サービスの利用を申請した場合は、障がい福祉サービスに相当する介護保険サービスの内容及び支給量等について、介護保険担当課や居宅介護支援事業者等と連携により状況を把握し、適切に支給決定する。

### ①優先される介護保険サービス

介護保険サービスが利用できる場合、介護保険法の介護給付、予防介護給付及び市町村特別給付が自立支援給付に優先する。

### ②介護保険サービス優先の捉え方

ア サービスの内容及機能が同等である場合は介護保険サービスに係る保険給付を優先するが、障がい者の心身の状況等により障がい福祉サービスを必要とする場合、市町村により具体的な内容を把握した上で介護保険サービス利用の可否を判断する。

イ サービス内容及機能が介護保険サービスに相当するものがない障がい福祉サービス固有のもの（行動援護、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援等）は、障がい福祉サービスを支給する。

### ③具体的な運用（介護給付に係るサービスは、障がい支援区分の認定が必要）

#### ②により介護保険法の保険給付が受けられない場合は介護給付費等を支給できる。

ア 在宅の障がい者で申請に係る障がい福祉サービスについて市町村が適当と認める支給量が、相当する介護保険サービスの介護給付の居宅介護サービス費等区分支給限度基準額の制約から介護保険のケアプラン上において介護保険サービスのみによって確保することができないと認められる場合。

イ 利用可能な介護保険サービスの事業所や施設が身近にない場合。又はあっても利用定員に空きがない場合。障がい福祉サービスに相当する介護保険サービスを利用することが困難と市町村が認める場合。（当該事情が解消するまでの間に限る）

ウ 介護保険法による要介護認定で非該当と判定された場合で、障がい福祉サービスによる支援が必要と市町村が認める場合。

## (3) 補装具費と介護保険制度との適用関係

補装具費の支給認定を行う際の介護保険制度との適用関係の考え方は(2)の①及び②と同様である。具体的な内容は以下のとおり。

介護保険で貸与される福祉用具で、補装具と同様の品目（車椅子、歩行器、歩行補助つえ）は介護保険による保険給付が優先する。ただし医師や身体障がい者更生相談所等（県総合療育相談センター）により障がい者の身体状況に個別対応が必要と判断される場合は、身体障がい者福祉法による補装具費として支給して差し支えない。

## 2. その他

- (1) 介護保険サービスが利用可能な障がい者について、介護保険法に基づく要介護認定等を申請していない場合は介護保険サービスの利用が優先する旨を説明し、申請するように周知徹底する。
- (2) 法施行前の身体障がい者福祉法による日常生活用具の給付・貸与事業で、介護保険による福祉用具の対象となる品目は、介護保険法を優先としてきたが、障がい者自立支援法の地域生活支援事業は、地域の実情に応じて行うため、法令上、給付調整に関する規定は適用がないものである。しかし日常生活用具に係る従来の取り扱いや本通知の趣旨を踏まえ、地域生活支援事業に係る補助金の効率的な執行の観点も考慮しつつ適切な運用に努められたい。

<資料>

## 補装具・日常生活用具・福祉用具の区分

### 1. 給付の仕組み

給付区分	社会保険サービスシステム	社会福祉系	社会保険系
	社会保障区分	障がい者福祉	介護保険
	法律	「障がい者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」	介護保険法
	制度名	補装具給付 日常生活用具給付	福祉用具貸与・購入費支給 住宅改修費支給
	受給者資格	補装具：身体障がい者手帳を所持している方 難病患者（品目による） 日常生活用具：各種手帳を所持している方 難病患者（品目による）	介護保険法に規定する要支援 又は要介護の認定を受けた方
給付システム	給付財源	国庫負担（税）	国庫負担（税）＋介護保険料
	給付費用の一部自己負担の有無	原則1割負担 （所得に応じ自己負担）	費用の1割を自己負担
	判定・処方・適合審査等	身体障がい者更生相談所 （日常生活用具は市町村）	市町村介護保険担当
	指定製作・給付業者の有無	利用者と事業者の契約制	指定事業者（住宅改修除く）

## 2. 補装具種目

種目		新規交付	再交付	修理	備考	介護保険福祉用具
義肢	殻構造義肢	○	○	×		
	骨格構造義肢	○	○	○	研修修了医師の意見書要 外装等修理は判定不要	
装具		○	○	×		
姿勢保持装置		○	○	×	来所判定 ☆又は書類判定 巡回は×	
盲人安全杖		×	×	×		
義眼		●	×	×		
眼鏡	矯正眼鏡	●	×	×		
	コンタクトレンズ	●	×	×		
	弱視眼鏡	●	×	×		
	遮光眼鏡	●	×	×	網膜色素変性症	
補聴器		○	○	×	挿耳型・FM 補聴器は来所判定	
車いす	レディメイド	○	○	×		
	オーダーメイド	○	○	×		(貸与)
車いす	電動車いす	○	○	×	来所判定 ☆	(貸与)
歩行器		●	×	×		貸与
歩行補助杖		×	×	×		貸与
重度障がい者用意思伝達装置		○	○	×	医師意見書の他に調査票が必要	

※○ 総合療育相談センターの判定を要するもの

● 意見書等により市町村が判断し、決定するもの（意見書省略可）

× 申請書により、市町村が判断し、決定するもの

☆ 頻回の修理および高額な修理については、総合療育相談センターと要調整

※介護保険福祉用具の（貸与）は要支援1・2、要介護1の場合、利用できる方が限られています。

※障がい福祉の補装具（貸与）が平成30年4月から始まりました。品目・金額・手続等は障がい者支援課へご確認ください。

### 3. 日常生活用具給付品目

	品目	利用できる方	介護保険 福祉用具
介護・ 訓練 支援用具	特殊寝台	下肢機能障がい1・2級又は体幹機能障がい1・2級の方	(貸与)
	訓練用ベッド	難病患者の方(特定疾患医療受給者証をお持ちでない場合は診断名に難病が記載されている診断書。)	(貸与)
	特殊マット	知的障がい程度が最重度・重度の方 下肢機能障がい1・2級又は体幹機能障がい1・2級の方 難病患者の方(特定疾患医療受給者証をお持ちでない場合は診断名に難病が記載されている診断書。)	(貸与)
	特殊尿器	下肢機能障がい1・2級又は体幹機能障がい1級の方 難病患者の方(特定疾患医療受給者証をお持ちでない場合は診断名に難病が記載されている診断書。)	購入
	入浴担架	下肢機能障がい1・2級又は体幹機能障がい1級の方	(購入) (貸与)
	体位変換	下肢機能障がい1・2級又は体幹機能障がい1級の方	(貸与)
	移動用リフト	難病患者の方(特定疾患医療受給者証をお持ちでない場合は診断名に難病が記載されている診断書。)	貸与
	訓練椅子(児童用)	下肢機能障がい1・2級又は体幹機能障がい1級の方	
自立生活 支援用具	入浴補助用具	下肢機能障がい6級以上又は体幹機能障がい3級以上の方 難病患者の方(特定疾患医療受給者証をお持ちでない場合は診断名に難病が記載されている診断書。)	購入
	便器(手すり付可)	下肢機能障がい1・2級又は体幹機能障がい1・2級の方 難病患者の方(特定疾患医療受給者証をお持ちでない場合は診断名に難病が記載されている診断書。)	購入
	特殊便器	上肢機能障がい1・2級の方 知的障がい程度が最重度・重度の方 難病患者の方(特定疾患医療受給者証をお持ちでない場合は診断名に難病が記載されている診断書。)	
	頭部保護帽	障がい者手帳をお持ちの方で頻繁に転倒する方(施設入所の方も可)	
	T字杖・棒状の杖	平衡機能、下肢機能又は体幹機能障がい者手帳をお持ちの方	T字、棒状杖以外は 貸与あり

	歩行支援用具 (手すり、スロープ等) 移動、移乗支援用具	平衡機能、下肢機能又は体幹機能障がい者手帳をお持ちの方 難病患者の方(特定疾患医療受給者証をお持ちでない場合は診断名に難病が記載されている診断書。)	貸与
	火災警報機	知的障がい程度が最重度・重度の方又は身体障がい者手帳1・2級の方又は精神障がい者保健福祉手帳1級の方で、障がい者世帯、障がい者高齢者世帯及びその世帯に準ずる世帯	
	自動消火器	知的障がい程度が最重度・重度の方又は身体障がい者手帳1・2級の方又は精神障がい者保健福祉手帳1級の方又は難病患者の方(特定疾患医療受給者証をお持ちでない場合は診断名に難病が記載されている診断書。)で、障がい者(難病患者)世帯、障がい者(難病患者)高齢者世帯及びその世帯に準ずる世帯	
	電磁調理器	視覚障がい1・2級の方又は知的障がい程度が最重度・重度の方で、障がい者世帯、障がい者高齢者世帯及びその世帯に準ずる世帯	
	歩行時間延長信号機用 小型送信機	視覚障がい1・2級の方	
	障がい者用屋内信号装置	聴覚障がい2級の方で、障がい者世帯、障がい者高齢者世帯及びその世帯に準ずる世帯	
	視覚障がい者用 はかり	視覚障がい1・2級の方で、障がい者世帯、障がい者高齢者世帯及びその世帯に準ずる世帯	
在宅療養支援用具	透析液加温器	じん臓機能障がい1・3級の方(自己連続携帯式腹膜灌流式(CAPD)による透析療法を行う方)	
	ネブライザー	呼吸器機能障がい1・3級又は下肢機能障がい1・2級又は体幹機能障がい1・2級で必要と認められる方 音声機能障がいを有し、咽頭又は喉頭を摘出している方 難病患者の方(特定疾患医療受給者証をお持ちでない場合は診断名に難病が記載されている診断書。)	
	電気式たん吸引器	呼吸器機能障がい1・3級又は下肢機能障がい1・2級又は体幹機能障がい1・2級で必要と認められる方 難病患者の方(特定疾患医療受給者証をお持ちでない場合は診断名に難病が記載されている診断書。)	

酸素ボンベ運搬車	医療保険における在宅酸素療法を行う方	
視覚障がい者用体温計 (音声式)	視覚障がい者1・2級の方で、障がい者世帯、障がい者 高齢者世帯及びその世帯に準ずる世帯	
視覚障がい者用体重計		
視覚障がい者用血圧計		
動脈血中酸素飽和度測 定器 (パルスオキメーター)	呼吸器機能障がい1・3級又は心臓機能障がい1・3級の 方 難病患者の方(特定疾患医療受給者証をお持ちでない場 合は診断名に難病が記載されている診断書。)	

※介護保険福祉用具の(貸与)は要支援1・2、要介護1の場合、利用できる方が限られています。

	品目	利用できる方	介護保険 福祉用具
情報・ 意思疎通 支援用具	携帯用会話補助装置	音声言語機能障がい又は肢体不自由があり、発声・発 語に著しい障がいを有する方 (申立書が必要な場合があります)	
	在宅人工呼吸器用非常 用発電機	在宅で人工呼吸器を使用している方	
	在宅人工呼吸器用非常 用蓄電器(ポータブル 電源)		
	点字ディスプレイ	学齢時以上の視覚障がい1・2級の方	
	点字器	視覚障がい者手帳をお持ちの方	
	点字タイプライター (カナタイプ含む)	視覚障がい1・2級の方で、就学又は就労している方 若しくは就労が見込まれる方	
	視覚障がい者ポータブ ルレコーダー	視覚障がい1・2級の方	
	視覚障がい者用活字読 み上げ装置	視覚障がい1・2級の方	
	視覚障がい者用読書器	視覚障がい者で、本装置により文字等を認識すること が可能になる方。	
	視覚障がい者用時計 (音声式・触読式)	視覚障がい者1・2級の方 音声式時計は原則、視覚障がい者1、2級の方で手指 の触覚に障がいがある等のため触読式時計の使用が 困難な方。	

	聴覚障がい者用通信装置（ファックス等）	聴覚障がい者手帳をお持ちの方又は発声・発語に著しい障がいを有する方。	
	聴覚障がい者用情報受信装置（アイ・ドラゴン付き）	聴覚障がい者手帳をお持ちの方	
	点字図書（翻訳料のみ）	視覚障がい者手帳をお持ちの方で、かつ主に情報の入手を点字によっている方	
	人工喉頭	音声・言語機能障がい者手帳をお持ちの方で、かつ喉頭摘出者の方	
支援用具 排泄管理	ストーマ装具	ぼうこう又は直腸機能障がい者手帳又は小腸機能障がい者手帳をお持ちの方でストーマを造設している方	
	紙おむつ	他の紙おむつ支給事業の対象外の方で、次のいずれかに該当する方 (1) 身体障がい者手帳をお持ちの方で先天性の神経障がいや脳性まひ等運動機能障がいにより紙おむつの利用が必要な3歳以上の方 (2) ぼうこう又は直腸機能障がいがあり、ストーマの変形等によりストーマ装具を装着できない3歳以上の方 (3) 障がい支援区分5・6又は知的障がい程度が最重度の方で常時紙おむつが必要な18歳以上の方	
	収尿器	高度の排尿機能障がいの方	
住宅改修支援用具	居室生活動作補助用具（1回限り）（室内）	下肢機能障がい3級以上若しくは体幹機能障がい3級以上の方又は乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障がい（移動機能障がいに限る）3級以上の方（ただし、特殊便器への取り替えをする場合には、上肢機能障がい1・2級の方） 難病患者の方（特定疾患医療受給者証をお持ちでない場合は診断名に難病が記載されている診断書。）	



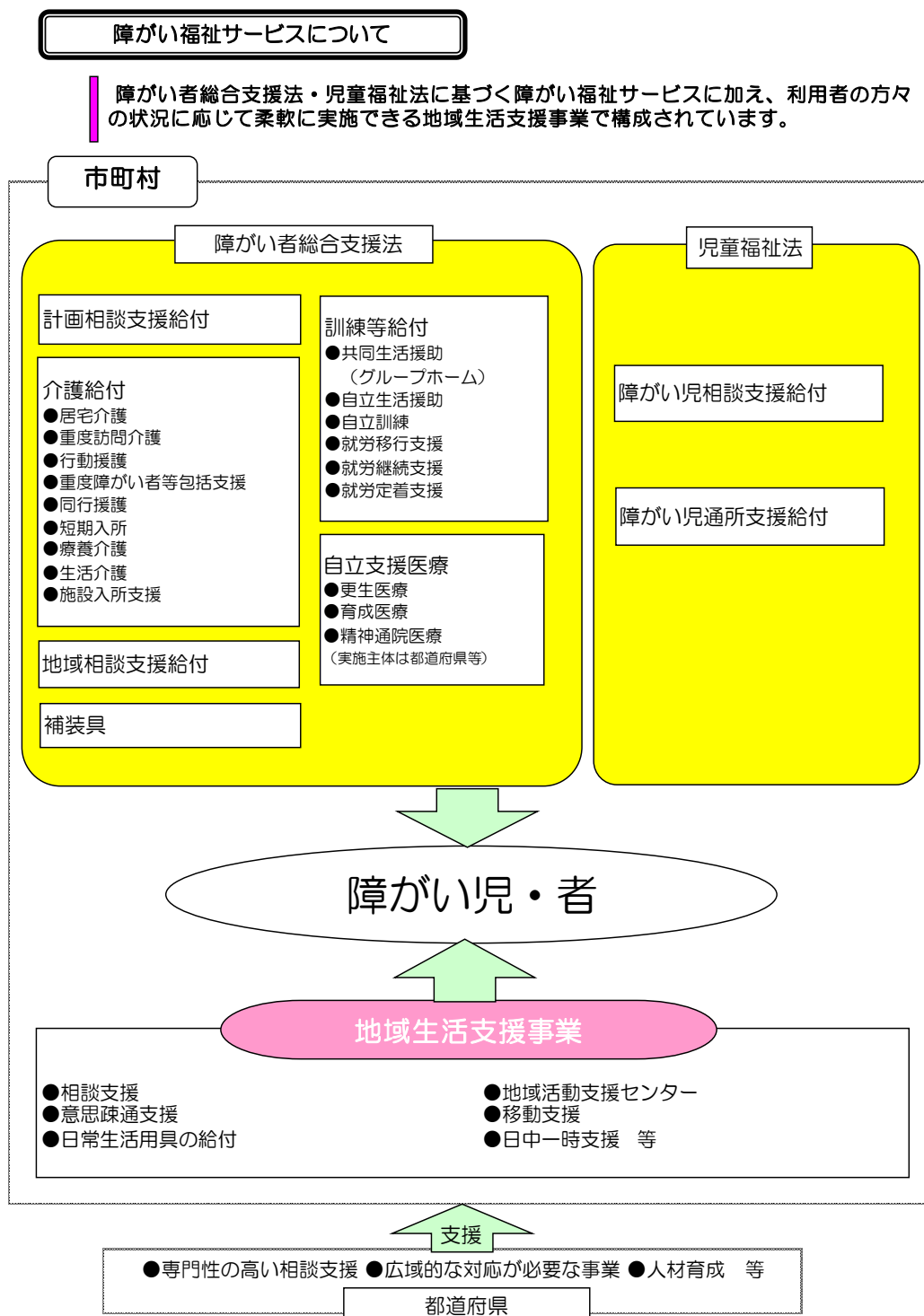
その他	情報・通信支援用具 (障がい者情報バリアフリー化支援に要するパソコン周辺機器及びソフトの等の購入)	視覚障がい 1・2 級の方又は上肢機能障がい 1・2 級の方	
福祉用具 介護保険	腰掛便座	介護保険法による要支援又は要介護認定を受けた方	購入
	認知症老人徘徊感知機器		(貸与)
	簡易浴槽(工事を伴わないもの)		購入
	移動用リフト		(貸与)
	移動用リフトのつり具		購入
	排泄予測支援機器		購入

※ 介護保険福祉用具の(貸与)は要支援 1・2、要介護 1 の場合、利用できる方が限られています。

## 7. 障がい者総合支援法

### (1) 障がい福祉サービスについて

障がい者総合支援法・児童福祉法に基づく障がい福祉サービスに加え、利用者の方々の状況に応じて柔軟に実施できる「地域生活支援事業」で構成されています。なお福祉サービスを利用する場合、サービス等利用計画の作成が必要になります。介護保険制サービスを利用の方は、ケアプランにて代用できます。



(2) 障がい福祉サービスに係る自立支援給付等の体系

種別	サービスの種類		内容
介護給付	居宅介護 (ホームヘルプ)	家事援助	自宅での調理・掃除・洗濯等
		身体介護	自宅での入浴、食事、排泄の介助等
		通院介助等	自宅から受診中を含めた通院等の介助
		通院等乗降介助	通院時に車への乗り降りがある場合の介助
	重度訪問介護		重度の肢体不自由者、重度の知的・精神障がい者で常に介護を必要とする方の介護
	行動援護		行動上著しい困難のある方の外出支援
	重度障がい者等包括支援		重度の障がいのある方に、居宅介護等、複数サービスを包括的に提供
	同行援護		視覚障がいのある方の移動及びそれに伴う外出先において必要な情報の提供、移動の援護、排泄、食事等の介護
	短期入所 (ショートステイ)		一時的な施設利用（宿泊を伴う） 入浴、排泄、食事の介護等
	療養介護		医療と介護を必要とする方に医療機関等で療養上の管理、看護、介護及び日常生活の援助
	生活介護		日中活動として入浴、排泄、食事の介護等とともに創作的活動又は生産活動の機会を提供
施設入所支援 (障がい者支援施設での夜間ケア等)		施設に入所している方に入浴、排泄、食事の介護等	
訓練等給付	共同生活援助 (グループホーム)		障がいのある方が共同生活を行う住居での、相談や日常生活上の援助
	自立生活援助		地域生活に移行した人への居宅訪問等による情報提供や助言、関係機関との連絡調整
	自立訓練 (機能訓練・生活訓練)		一定期間、身体機能又は生活能力向上のための必要な訓練
	就労移行支援		一般企業への就労を希望する方に、必要な知識及び能力向上のための訓練
	就労継続支援 (A型＝雇用型、B型)		就労が困難な方に、働く場を提供すると共に能力向上のための訓練
	就労定着支援		一般就労時の課題の把握と、自宅や企業への訪問等による関係機関との連絡調整や支援

(市町村事業) 地域生活支援事業	移動支援	移動が困難な方に、通院以外の外出時の支援
	日中一時支援	日中活動の場の確保や一時的な支援
	訪問入浴事業	自宅での入浴が困難な方に、訪問入浴車を派遣し、居室内に簡易浴槽を設置して入浴サービスを実施
	地域活動支援センターⅢ型	創作的活動又は生産活動の機会の提供と社会との交流等
	重度障がい者等入院時コミュニケーション支援事業	重度障がいのために意思疎通を図ることに支障がある方が入院された場合に、コミュニケーション支援を実施

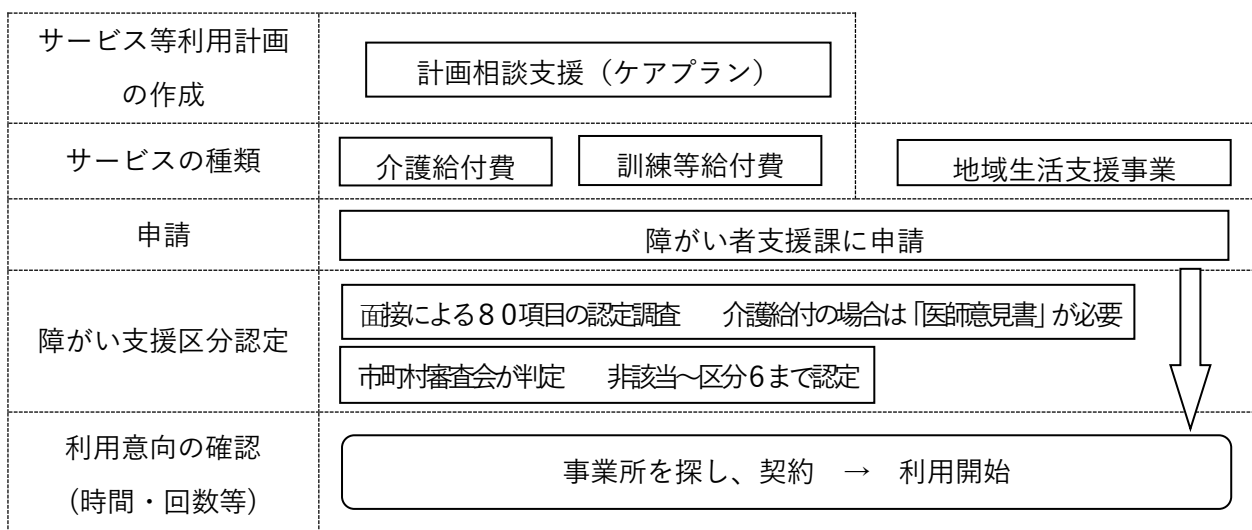
地域相談支援	地域移行支援	障がい者支援施設、精神科病院、児童福祉施設を利用する18歳以上の者等を対象として、地域移行支援計画の作成、相談による不安解消、外出の同行支援、住居確保、関係機関との調整等を行う
	地域定着支援	居宅において単身で生活している障がい者等を対象に、常時の連絡体制を確保し、緊急時に必要な支援を行う

### (3) 障がい福祉サービス利用の手続き

介護保険の被保険者となる障がい者で、申請に係る障がい福祉サービスの支給量が必要であると当該市町村が認めた場合は、まず介護保険法に基づく要支援又は要介護認定を受ける必要があります。その結果、介護保険のケアプラン上において介護保険サービスのみでは確保できない場合は、障がい福祉サービスを利用します。

なお、障がい福祉サービスの種類によってサービス利用の手続きが異なります。

#### 【支給決定までの流れ】



支給決定	区分に応じた支給基準 希望内容と調整	サービスの組み合わせで利用 上限あり。希望内容と調整
サービス利用	支給決定 「障がい福祉サービス受給者証」の交付	

※障がい支援区分とは

障がい者に対する必要とされる支援の度合いを表す区分（非該当、区分1～6：区分6の方が支援度が高い）です。必要とされる支援に応じて適切なサービス利用ができるよう障がい程度区分から見直されました。

障がい者の特性を踏まえた判定のため、移動や動作等に関連する項目（12項目）、身の回りの世話や日常生活等に関連する項目（16項目）、意思疎通等に関連する項目（6項目）、行動障がいに関連する項目（34項目）、特別な医療に関連する項目（12項目）の計80項目の認定調査を行い、認定調査票と主治医等の医師意見書をもとに市町村審査会での総合的な判定を踏まえ市町村が決定します。

#### （４）利用者負担の仕組み

障がい福祉サービス等の利用については、原則としてサービスにかかる料金の10%を負担していただきます。世帯の所得に応じて「利用者負担上限月額」の設定があります。

※サービスの利用料金以外に食費や光熱水費等実費が必要となる場合があります。

##### ①月額負担上限額

障がい福祉サービスを利用される方は、所得に応じて次の4区分の利用者負担上限月額が設定され、利用したサービスの量にかかわらず、それ以上の負担は生じません。

【障がい者（18歳以上）】 ※世帯の範囲：障がいのある方とその配偶者

区分	世帯の収入状況	月額負担上限額	
		在宅	入所
生活保護	生活保護受給世帯	0円	
低所得	市町民税非課税世帯	0円	
課税世帯	市町村民税所得割金額が16万円未満	9,300円	37,200円
	市町村民税所得割金額が16万円以上	37,200円	

##### ②医療型個別減免

福祉サービスに合わせて、療養を行うサービスを利用または施設に入所する場合、医療費、食事療養費を合算した利用者負担の上限額が設定されます。

### ③高額障がい福祉サービス費

利用者負担上限月額額は世帯で決まるため次のような場合には、これを超えた金額について償還払いされます。

- ・ 同じ世帯の中で障がい福祉サービス等を利用する方が複数いる場合
- ・ 障がい福祉サービス、障がい児通所サービス、介護保険サービス、障がい児施設給付、補装具を利用した場合

※このほか、平成30年4月利用分から、65歳になるまでに5年以上、特定の障がい福祉サービスを利用して一定の要件を満たす場合は、介護保険移行後、障がい福祉サービスに相当（類似）する介護保険サービスの利用者負担が償還されます。

### ④特定障がい者特別給付費（補足給付）

入所施設を利用する際の食費や光熱水費の実費負担について、低所得者には費用の基準を設定します。グループホームの家賃について、生活保護受給者と低所得者の方に、月額上限1万円を助成します。

### ⑤生活保護への移行防止

生活保護の対象とならない額まで利用者負担上限月額や食費等の実費負担額を引き下げます。

## （5）補装具・日常生活用具・福祉用具について

「障がい者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」に基づき、補装具・日常生活用具の取扱いは次のとおりとなります。

#### 申請書類

補装具

- ①補装具費（購入・修理）支給申請書 ②見積書 ③医師意見書 ※品目による  
④難病患者の方で特定疾患受給者証

日常生活用具

- ①日常生活用具支給申請書兼同意書 ②見積書 ③難病患者の方で特定疾患受給者証

#### 手続きに必要なもの

補装具

- ①身体障がい者手帳

日常生活用具

- ①各種手帳

#### 利用者負担確認のための所得の確認

住民基本台帳により世帯を確認し、本人と配偶者の市町村民税の課税状況を確認します。

どちらかの市町村民税が課税の場合、最多納税者の所得割額を確認します。最多納税者の所得割額が46万円以上の場合、補装具、日常生活用具の助成は受けられません。

## 利用者負担

生活保護、非課税の方の利用者負担はありません（市が全額負担します）。

課税の方の利用者負担については、「障がい者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」により定率負担1割と所得に応じた月額負担上限額が設定されています。

【補装具】		【日常生活用具】	
生活保護 非課税	課税	生活保護 非課税	課税
なし	補装具費の1割 ※37,200円の月額上限額あり	なし	品目ごとに定められた助成上限額の1割 ※月額上限額の設定はなし ※ストマ、紙おむつ及び点字図書は市が全額負担

※月額上限額 例えば補装具の費用が50万円の場合、課税の方の利用者負担は費用の1割の5万円となりますが、37,200円以上は支払うことはありません。



### ケアマネチェック項目

- 本人が障がい福祉サービスのことを知っていますか。
- 本人が障がい福祉サービスの利用を希望していますか。
- 介護保険と障がい福祉サービスで同等のものがある場合、介護保険が優先であることを説明しましたか。
- 介護保険法の要介護認定等と「障がい者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」の障がい支援区分認定は別々に行う必要があることを説明しましたか。
- 介護保険のサービスでカバーできない障がい者固有のニーズはありますか。
- 障がい福祉サービスを希望する場合、介護保険給付の不足分を障がい福祉サービスで補う形で、全体としてのケアプランが作られていますか。利用者・家族の相談内容をよく聴いて理解できましたか。

### 藤沢市障がい者虐待防止センター（障がい者支援課内）

2012年に「障害者虐待防止法」が施行されました。この法律は、障がい者の尊厳をそこなう「虐待」を防ぎ、障がい者の権利を守るために定められたものです。障がい者虐待に気づいた人には通報の義務があります。地域ぐるみの支援が問題の解決につながります。

※通報・届出をした人の情報は守られます。安心してご相談ください。

虐待には、養護者(家族や親族、同居人など)によるもの、障がい者福祉施設や福祉サービス事業などの従事者によるもの、障がい者を雇用する使用者によるものの3分類があります。

虐待の例としては、身体的、心理的、放棄・放任(ネグレクト)、性的、経済的虐待などがあり、市は、「障がいのある人」の安全の確保だけでなく、『養護者』への専門的な支援を行うための障がい者虐待防止センターを設置しています。

※福祉サービス事業などの従事者による高齢者(65歳以上)への虐待については、高齢者支援課にご相談ください。

※配偶者から暴力を受けている場合は、DV法の対象にもなります。

【所在地】〒251-8601 藤沢市朝日町1-1 (障がい者支援課内)

【電話】0466-50-3528 【FAX】0466-25-7822

※夜間・休日【電話】0466-25-1114(市役所本庁舎 中央監理室)



## Q & A

Q 介護保険と障がい福祉サービスを併用した場合、利用者負担はどうなりますか。

A 各法で利用者負担の基準が異なるため、上限額の一元管理は出来ず、利用者負担はそれぞれ別々に発生します。

Q ケアマネジャーが相談支援専門員(障がい福祉サービス計画作成者)も兼ねるのですか。

A 介護保険法のケアマネジャーと「障がい者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」の相談支援専門員とは異なる資格なので、兼ねることはできません。

Q 要介護(要支援)認定と障がい支援区分認定はどのような関係ですか。

A 認定の基準が異なるため、同じような結果にならない場合がありますが、分類の仕方は次の表のとおりです。

自立支援法では、障がい支援区分によって使えるサービスの種類や量が決められる介護給付や、障がい支援区分に関係なく障がいの特性やニーズによって選べる訓練等給付や地域生活支援事業などがあります。

また、障がい支援区分と障がい者手帳の等級とは直接関係はありません。

【介護保険】	【自立支援】
介護認定	障がい支援区分
要支援1	区分1
要支援2	
要介護1	区分2
要介護2	区分3
要介護3	区分4
要介護4	区分5
要介護5	区分6



## 8. 生活保護制度（介護扶助）と介護保険制度の関係

### （1）生活保護利用者と介護保険の関係

- ① 「65歳以上の者」と「40歳以上65歳未満の医療保険加入者」は、生活保護を利用しているも介護保険の被保険者となります。
- ② 「40歳以上65歳未満で医療保険に加入していない者」は、介護保険の被保険者になることができません。他法他施策（主に障がい福祉サービス等を優先して活用。「6.介護保険制度と障がい者施策との適用関係について」「7.障がい者総合支援法」参照）を活用してもなお、介護サービスの利用が必要不可欠な場合に限り、生活保護の介護扶助から、介護サービスの費用が全額給付されます。

	40歳～65歳未満の生活保護利用者	65歳以上の生活保護利用者
医療保険加入者	第2号被保険者 (介護保険9割+介護扶助1割)	第1号被保険者 (介護保険9割+介護扶助1割)
医療保険未加入者	介護保険の「被保険者以外の者」 (みなし2号) (介護扶助10割) ※他に活用すべき他法他施策を活用してもなお、介護サービスの利用が必要不可欠な場合に限る。	

※（ ）内は介護保険と介護扶助の費用負担関係

### （2）介護扶助の介護方針及び介護報酬

介護扶助の介護方針及び介護報酬は、介護保険と同等です。従って、原則介護保険と同範囲、同水準の介護サービスが給付されます。

ただし、最低生活保障の内容にふさわしくないサービスについては、給付が認められません（施設入所時における個室利用や、基準費用額を超える費用を要する食事または居室の提供等）。

### （3）介護扶助の給付決定と介護券発行

- ① 生活保護利用者が介護サービスを必要とする場合は、福祉事務所（生活援護課の担当ケースワーカー）へ相談します。
- ・ 介護扶助に係るサービス利用の決定は、福祉事務所が行うこととなりますので、心身の状況や病状、生活状況を十分に把握して、事前に生活援護課のケースワーカーと相談し、サービス全体の調整や提案をするようにしましょう。
  - ・ 第1号被保険者及び第2号被保険者は、介護保険課へ要介護認定の申請も必要です。
  - ・ 「被保険者以外の者（みなし2号）」に対する要介護認定は、福祉事務所が行います。認定調査は生活援護課が委託する外部法人もしくはケアマネジャーが行い、審査判定は介護認定審査

会へ委託します。

- ・生活保護法の他法優先の原則から「被保険者以外の者（みなし2号）」で障がい者の場合については、障がい者総合支援法のサービスを優先するのが原則です。
  - ・福祉用具購入と住宅改修については、福祉事務所が支出の要否を判断・決定しますので、事前に生活援護課のケースワーカーと相談してください。
- ②福祉事務所は、作成されたサービス利用票、サービス利用票別表に基づき、介護扶助のサービス給付と、指定居宅サービス事業所（介護保険法による指定だけでなく、生活保護法による指定を受けている事業所に限る）を決定します。
- ・ケアマネジャーは、本人の意向を踏まえて、居宅サービス事業所選定の援助をします。
  - ・翌月のサービス利用票とサービス利用票別表を生活援護課のケースワーカーへ提出します。
  - ・居宅サービス計画書第1・2表は、参考資料として生活援護課のケースワーカーへ提出するようにします。
  - ・居宅療養管理指導についても介護券発行が必要となるため、サービス利用票に記載をお願いします。
- ③福祉事務所から、居宅サービス事業所へ介護券（介護扶助の請求に必要な資格情報、本人支払額等が記載されているもの）が送付されます。
- ・介護扶助本人支払額について
    - －利用者負担額の全部または一部を負担する資力のある生活保護利用者については、費用の全部または一部を負担してもらいます。
    - －福祉事務所が発行する介護券に本人支払額が記載されている場合は、各事業所が本人から徴収します。
    - －本人支払額が利用者負担額に満たないときは、その差額が国保連から介護扶助として支払われます。
  - ・「被保険者以外の者（みなし2号）」の介護扶助の被保険者番号は「H221」で始まります。
  - ・介護保険被保険者証の代わりにケアマネジャー、生活保護利用者に認定結果通知を送付します。
- ④居宅サービス事業所は、介護券に記載された資格情報等を介護給付費明細書に転記して、国保連へ請求します。
- ・介護券に記載の被保険者番号及び受給者番号等を毎月よく確認したうえで、請求事務を行ってください。
  - ・「被保険者以外の者（みなし2号）」の給付費の過誤調整については、生活援護課に相談してください。

#### （4）担当部署（問い合わせ、相談先）

生活援護課 電話 0466-50-3572（直通）

## 9. 藤沢市の保健福祉サービス等（介護保険以外のサービス等）

介護保険以外のサービス等は、藤沢市「高齢者のための安心べんり帳（高齢者支援課）」「成人検診のお知らせ（健康づくり課）」等を参照してください。ここでは、特に市の制度のうちケアマネジャーが留意すべき項目と内容について整理します。

### （1）相談窓口

#### ①-1 福祉総合相談支援センター

福祉総合相談支援センターでは、福祉や介護、保健のサービスについてどのようなものがあるか知りたい、どこの課で相談や申請をすればいいかわからないなど、福祉や保健に関する総合的な相談窓口を開設しています。

- 相談時間 月曜日～金曜日（祝祭日を除く）8時30分～17時
- 相談・問い合わせ 電話0466-50-3533

#### ①-2 北部福祉総合相談室

福祉総合相談支援センターの分室として、湘南台文化センター2階に開設しています。市役所の総合相談窓口の機能に加え、同じ場所に「湘南台いきいきサポートセンター（湘南台地域包括支援センター）」、「北部障がい者地域相談支援センターかわうそ」も開設しており、幅広くご相談に応じています。

- 相談時間 月曜日～金曜日（祝祭日を除く）8時30分～17時
- 相談・問い合わせ 電話0466-46-0046

#### ①-3 バックアップふじさわ

生活困窮者自立支援法に基づく相談窓口です。さまざまな問題を抱え生活に困っている方の自立を支えるため、相談支援員が幅広く相談に応じ課題解決に向けた支援を行います。

- 相談時間 月曜日～金曜日（祝祭日を除く）8時30分～17時
- 相談・問い合わせ 電話0466-50-3533

※ ①-2の北部福祉総合相談室においても同様の相談が可能です。

また藤沢市社会福祉協議会にも「バックアップふじさわ社協」（電話0466-47-8131）を開設しております。

#### ②いきいきサポートセンター（地域包括支援センター）

いきいきサポートセンター（地域包括支援センター）は、地域の高齢者の方を対象に、高齢者がいつまでも安心して地域で暮らせるよう、相談を受け、必要な方には介護保険や介護予防・生活支援等サービスの利用調整や成年後見制度等権利擁護に関するサービスや制度の利用支援を行っています。高齢者虐待についても市の高齢者虐待相談員と連携を取りながら、相談に応じます。

要支援1・要支援2の認定を受けている方については、介護予防支援事業者として、介護保険の予防給付にかかる業務を行っています。

平成28年10月に開始となった「藤沢市介護予防・日常生活支援総合事業」では、要支援1・要支援2及び事業対象者に対する介護予防ケアマネジメント業務を行っています。藤沢市介護予防・日常生活支援総合事業及び介護予防ケアマネジメント、介護予防給付の業務の流れ等については、それぞれの項をご覧ください。

また、地域で包括的・継続的ケアマネジメントが行われるように、関係機関との連携体制づくりや地域のケアマネジャーの支援として、ケアマネジャーの相談に応じたり、サービス担当者会議の支援等を行います。

藤沢市内のいきいきサポートセンター（地域包括支援センター）

名 称	所在地	電話・FAX
片瀬いきいきサポートセンター （片瀬地域包括支援センター）	片瀬4-9-22 （片瀬しおさい荘内）	電話 29-5066 FAX 29-9380
鵜沼南いきいきサポートセンター （鵜沼南地域包括支援センター）	鵜沼海岸2-10-34 （鵜沼市民センター内）	電話 33-1166 FAX 33-1222
鵜沼東いきいきサポートセンター （鵜沼東地域包括支援センター）	鵜沼桜が岡4-14-13 タックハウス鵜沼1階	電話 55-1511 FAX 55-1515
辻堂東いきいきサポートセンター （辻堂東地域包括支援センター）	辻堂元町5-5-8	電話 36-3333 FAX 36-3323
辻堂西いきいきサポートセンター （辻堂西地域包括支援センター）	辻堂西海岸2-1-17 （辻堂市民センター内）	電話 54-9511 FAX 54-9513
村岡いきいきサポートセンター （村岡地域包括支援センター）	村岡東1-1-1	電話 24-4100 FAX 24-4172
藤沢東部いきいきサポートセンター （藤沢東部地域包括支援センター）	大鋸3-1-30	電話 55-5570 FAX 55-5571
藤沢西部いきいきサポートセンター （藤沢西部地域包括支援センター）	本町1-12-17 （Fプレイス内1F）	電話 22-7633 FAX 22-7876
明治いきいきサポートセンター （明治地域包括支援センター）	辻堂神台2-2-1 アイクロス湘南2階	電話 35-2811 FAX 35-2875
善行いきいきサポートセンター （善行地域包括支援センター）	善行1-2-3 （善行市民センター内）	電話 90-0065 FAX 84-0850
善行団地いきいきサポートセンター （善行地域包括支援センター分室）	善行団地3-15-2	電話 47-7345 FAX 47-7360

湘南大庭いきいきサポートセンター (湘南大庭地域包括支援センター)	大庭 5527-1 (保健医療センター2階こまよせ荘内)	電話 87-3588 FAX 88-7357
小糸いきいきサポートセンター (湘南大庭地域包括支援センター分室)	大庭 5254-6 湘南スカイピラ 1C	電話 90-4507 FAX 90-4510
六会いきいきサポートセンター (六会地域包括支援センター)	亀井野 4-8-1 (六会市民センター内)	電話 80-5877 FAX 84-9000
石川いきいきサポートセンター (六会地域包括支援センター分室)	石川 3-30-12	電話 52-7417 FAX 52-6980
湘南台いきいきサポートセンター (湘南台地域包括支援センター)	湘南台 1-8 (湘南台文化センター2階)	電話 45-2300 FAX 45-3313
遠藤いきいきサポートセンター (遠藤地域包括支援センター)	遠藤 2984-3 (遠藤市民センター内)	電話 54-8312 FAX 87-3099
長後いきいきサポートセンター (長後地域包括支援センター)	長後 513 (長後市民センター内)	電話 45-1121 FAX 45-1135
御所見いきいきサポートセンター (御所見地域包括支援センター)	打戻 1760-1 (御所見市民センター内)	電話 49-2020 FAX 49-2030

### ③基幹型地域包括支援センター

高齢者支援課内に専門職（保健師・社会福祉士・主任ケアマネジャー）を配置し、基幹型地域包括支援センターを設置しています。住み慣れた地域で尊厳あるその人らしい生活を継続することができるよう、市内19カ所のいきいきサポートセンター（地域包括支援センター）とともに、様々な方面から高齢者への支援を行います。

○高齢者支援課                      電話 0466-50-3523    FAX 0466-50-8412

### ④高齢者虐待専門相談

高齢者虐待相談員による「高齢者虐待相談窓口」を開設しています。高齢者虐待の可能性がある場合は、早めの通報や相談をお願いします。

○相談日                      月曜日～金曜日（祝祭日を除く）8時30分～17時（12時～13時を除く）  
○相談窓口                      高齢者支援課                      電話 0466-50-3523

(2) 介護保険認定（藤沢市介護予防・日常生活支援総合事業を含む）の非該当の方・認定を受けていない方が対象の福祉サービス

生活支援型ホームヘルプサービス

家族等の支援が得られない在宅要介護高齢者等にホームヘルパーを派遣し、日常生活に対する支援、介護予防等を図ります。

対象	藤沢市に住民登録を有し、介護保険の要介護認定及び介護予防・日常生活支援総合事業の基本チェックリストで非該当と判定された65歳以上で日常生活を営むのに支障のある方
内容	家事援助サービスが基本です。対象者の状況により、利用内容、派遣時間等を決定
費用	1時間310円（生活保護世帯は利用料免除）
申込方法	「福祉サービス利用（変更）申請書」を在宅福祉サービスセンター、地区福祉窓口（各市民センター（石川分館を含む）及び村岡公民館）に提出
問い合わせ	在宅福祉サービスセンター 電話 0466-50-3524 高齢者支援課 電話 0466-50-3571

**留意事項**

- ・介護保険及び介護予防・日常生活支援総合事業の基本チェックリストの「非該当者」全てが対象ではありません。利用者との契約によるサービスではなく、市の調査に基づき、利用の要否、利用内容、回数、時間等を市が決定します。
- ・世帯の中に要介護（要支援）認定者〔介護保険法〕または障がい者手帳等を所持する方や、同居または同一敷地内・近隣に家族がいる場合は、事前に相談をしてください。
- ・基本的には、要介護認定及び介護予防・日常生活支援総合事業の基本チェックリストで「非該当」の結果が出てから、申請・利用となります。  
しかし、非該当と推定され、かつ緊急に利用が必要であると判断される場合は、要介護認定前でも利用できる場合があります。ただし、利用後に要支援以上と認定された場合は、それまでのサービスに対して、遡及可能な範囲で介護保険を適用します。また、要支援以上の認定から非該当と認定されることが想定される場合は、在宅福祉サービスセンターやいきいきサポートセンター等に事前に相談をしてください。
- ・市は、事前調査・調整・サービスの提供を在宅福祉サービスセンターに委託しています。これらの職員やいきいきサポートセンターが、利用にあたっての調査を行う場合があります。
- ・ケアマネジャーからの情報も利用決定の参考となりますので、申請前に相談してください。

### (3) 介護保険認定に関わらず利用できる福祉サービス

#### ①緊急通報サービス

対象	藤沢市に住民登録を有し、かつ、藤沢市において在宅生活をする方で、日常生活上注意を要する方のうち、原則65歳以上の一人暮らしや65歳以上の方のみの世帯に属する方	
利用条件	固定電話回線を使用するため、固定電話回線への加入が必要	
内容	日常生活上注意を要する方のために、電話回線を利用した緊急通報装置・ペンダント・人感センサーを貸与し、コールセンターが、緊急時の対応、安否確認、相談等に応じます。人感センサーは一定時間動きがない場合はコールセンターに発信。	
費用	月額250円 サービスの利用開始に伴う緊急通報装置の設置及び保守等に係る費用は、原則自己負担なし。	
申込方法	「福祉サービス利用（変更）申請書」「同意書」「利用者基本情報記述書」を在宅福祉サービスセンター、地区福祉窓口（各市民センター（石川分館を含む）及び村岡公民館）に提出	
問い合わせ	在宅福祉サービスセンター	電話0466-50-3524
	高齢者支援課	電話0466-50-3571
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用後にケアプランへ位置付けます。</li> <li>・サービス内容や必要書類等不明な点がある場合は、申請前に在宅福祉サービスセンター等に相談します。</li> </ul>	

#### ②一時入所サービス

在宅生活が一時的に困難になった場合に、老人ホームに一時入所するサービスです。

対象	65歳以上の方で、介護者の病気、出張、冠婚葬祭等社会的な理由により家庭での養護または介護が一時的に困難となった方や、身体的・精神的な理由により、一時的に養護または介護が必要な状態となった方	
実施施設	①養護老人ホーム（ADLが自立に近い方）②特別養護老人ホーム（介護が多く必要な方）	
利用期間等	①養護老人ホーム 原則7日間以内 ②特別養護老人ホーム 介護保険制度を優先して利用し、併せて2か月以内	
費用	①養護老人ホーム 1日につき、1,320円（滞在費500円+食費820円） ※ただし、生活保護受給者は820円（滞在費無料、食費820円） ②特別養護老人ホーム	

	介護保険制度の短期入所生活介護の自己負担額に準じる。食費・居住費等については実費負担
申込方法	<p>①養護老人ホーム 「福祉サービス利用（変更）申請書」と「健康診断書」を高齢者支援課又は在宅福祉サービスセンターに提出</p> <p>②特別養護老人ホーム 「福祉サービス利用（変更）申請書」を高齢者支援課又は在宅福祉サービスセンターに提出</p> <p>※実際に利用する際は、ケアプラン等の提出も必要</p>
問い合わせ	高齢者支援課                      電話 0 4 6 6 - 5 0 - 3 5 2 3
<b>留意事項</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用の可否を決定するために調査を行います。</li> <li>・特別養護老人ホームを利用する場合、ケアプランに位置付けられることが要件になります。また、介護保険サービスの利用を併用する場合がありますので、利用施設の確保等は、原則ケアマネジャーが調整します。</li> </ul>	

### ③認知症等行方不明SOSネットワーク

行方不明のおそれのある認知症高齢者等の情報を事前に登録していただき、行方が分からなくなった時に、警察や市役所、タクシー協議会等の各関係機関が協力して、早期発見保護を図ります。

対象	藤沢市に住民登録を有し、40歳以上（居宅生活者）で、認知症等により行方不明歴のある方や行方不明の可能性のある方
保護施設	特別養護老人ホーム 鶴生園
協力機関	藤沢市福祉タクシー協議会、藤沢郵便局、北郵便局、藤沢市消防本部、藤沢市保健所、各市民センター等、藤沢市医師会、藤沢市社会福祉協議会、いきいきサポートセンター等、特別養護老人ホーム、藤沢警察署（生活安全課）、藤沢北警察署（生活安全課）
費用	登録料は無料、ただし施設で一時宿泊した場合は有料 ※一時保護した場合の迎えは、家族が行います
申込方法	<p>「福祉サービス利用（変更）申請書」「認知症等行方不明SOSネットワークの登録届」を在宅福祉サービスセンター、地区福祉窓口（各市民センター（石川分館を含む）及び村岡公民館）に提出</p> <p>※登録届には対象者の上半身（顔が判るもの）の写真が必要</p> <p>※登録届は2年毎に更新の手続きが必要</p>
問い合わせ	在宅福祉サービスセンター                      電話 0 4 6 6 - 5 0 - 3 5 2 4 高齢者支援課                                      電話 0 4 6 6 - 5 0 - 3 5 7 1



## 留意事項

- ・利用後にケアプランに位置付けます。
- ・サービス内容や必要書類等不明な点がある場合は、申請前に在宅福祉サービスセンター等に相談します。
- ・行方不明者に係わる防災行政無線の活用は、親族から警察に依頼をします。依頼を受けた警察が、市の防災危機管理室に防災行政無線の依頼をします。一般の方が直接市に依頼することはできませんので、ご注意ください。

## (4) 介護保険認定者が対象の福祉サービス

### ①紙おむつの支給

在宅で常時おむつを必要とする方に、月1回紙おむつを支給し、本人及び介護者の身体的、経済的な負担を軽減します。

対象	<p>本市に住所を有し、かつ市内に居住する在宅高齢者等で、日常的に紙おむつを使用している次のいずれかに該当する方</p> <p>(1) 介護保険で要介護4または5の認定を受けている40歳以上の方で、本人の合計所得金額が400万円未満の方</p> <p>(2) 介護保険で要支援1から要介護3までの認定を受けている65歳以上の方で、市民税非課税世帯に属する方</p> <p>※生活保護受給世帯の方、中国残留邦人で支援給付を受けている方は対象外となります。</p> <p>※サービス利用にあたっては、対象となる方の状況等を確認し、利用決定します。</p> <p>なお関係機関から聞き取りを行う場合があります。</p>
内容	<p>藤沢市で取り揃えている商品の中から、1ヶ月に必要な分を注文し、毎月配達します。</p> <p>※入院、施設入所等の理由により1ヶ月を超えて在宅生活から離れる場合は、その間、紙おむつの支給は中止</p>
費用	<p>1ヶ月の合計注文金額が4,000円以下：当該注文金額の1割</p> <p>1ヶ月の合計注文金額が4,001円以上：当該4,000円を超える額に400円を加えた額</p>
申込方法	<p>・「福祉サービス利用(変更)申請書」「紙おむつ種類選択書」「介護保険証の写し」を在宅福祉サービスセンター、地区福祉窓口(各市民センター(石川分館を含む)及び村岡公民館)に提出</p> <p>・当該年の1月2日以降に転入された方は、前住所地の市民税課税状況(世帯)や合計所得のわかる書類(所得証明書など。)の提出が必要です。</p>
問い合わせ	<p>在宅福祉サービスセンター 電話0466-50-3524</p> <p>高齢者支援課 電話0466-50-3571</p>

## 留意事項

- ・利用後にケアプランに位置付けます。
  - ・申請をした翌月からサービスが開始（配達）されます。また、変更・再開についても、連絡をした翌月からの対応になります。
  - ・サービス内容や必要書類等不明な点がある場合は、申請前に相談をしてください。
- ※対象者の合計所得や市民税課税状況等を事前に確認したい場合には、在宅福祉サービスセンター、地区福祉窓口（各市民センター（石川分館を含む）及び村岡公民館）で申請書を配布しますので、記入後に提出してください。
- ・サービス内容や必要書類等不明な点がある場合は、申請前に在宅福祉サービスセンター等に相談します。

## ②寝具乾燥消毒サービス

掛布団・敷布団などの寝具類を、指定業者が丸洗い、乾燥消毒を行います。

対象	<p>掛布団や敷布団などの寝具類を指定事業者が利用者宅を訪問し、回収したうえで、丸洗い・乾燥・消毒を行います。</p> <p>【対象者及び利用回数】</p> <p>65歳以上の在宅で生活する方で布団干し等が困難な介護保険で要支援1・2、要介護1から5の認定を受けている方</p> <p>(1) 本人が属する世帯の市民税が非課税の方は年間8回(4月、6月、7月、9月、10月、12月、1月、3月)</p> <p>(2) 本人が属する世帯の市民税が課税の方は年間4回(4月、7月、10月、1月)</p> <p>※サービス利用にあたっては、対象となる方等の状況を確認したうえで利用決定します。 なお関係機関から聞き取りを行う場合があります。</p> <p>※感染症等にかかられ、他のご利用者への影響が考えられる場合、サービスを一時中止させていただきます。</p>
内容	<ul style="list-style-type: none"><li>・指定月に指定事業者が利用者宅を訪問、寝具を回収し、預かった寝具類の丸洗い・消毒・乾燥</li><li>・寝具の種類は、「掛布団」「敷布団または敷パッド」「毛布」の各1枚と当日出す寝具に使用したカバー。合計3枚以内として同種類の寝具は1枚まで（敷布団と敷パッドの組み合わせは不可）</li></ul> <p>※5日間程度の日数がかかりますので、この間の代えの寝具が必要</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・対象者本人が属する世帯が市民税非課税者は年8回（4月、6月、7月、9月、10月、12月、1月、3月）、対象者本人が属する世帯が市民税課税者は、年4回（4月、7月、10月、1月）の利用となる</li></ul>

費用	無料	
申込方法	「福祉サービス利用（変更）申請書」等を在宅福祉サービスセンター、地区福祉窓口（各市民センター（石川分館を含む）及び村岡公民館）に提出 ※当該年の1月2日以降に転入された方は、前住所地の市民税課税状況（世帯）や合計所得のわかる書類（所得証明書など。）の提出が必要	
問い合わせ	在宅福祉サービスセンター	電話 0466-50-3524
	高齢者支援課	電話 0466-50-3571
留意事項		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用決定後の指定された月からサービスが開始されます。</li> </ul> <p>※市民税課税状況を事前に確認したい場合には、在宅福祉サービスセンター、地区福祉窓口（各市民センター（石川分館を含む）及び村岡公民館）で申請書を配布しますので、記入後に提出してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用後にケアプランに位置付けます。</li> <li>・ 感染症がある方は、申請前に在宅福祉サービスセンターへ相談します。</li> </ul>		

## （５）藤沢市の在宅福祉サービス利用手続きについて

### ①申請前の準備

- ① 「高齢者のための安心べんり帳」等で在宅福祉サービスの利用条件を確認します。（サービス内容の詳細や必要な書類が不明な場合は、在宅福祉サービスセンター、地域包括支援センター等に確認します。）
- ② 利用者等にサービス内容を説明し、利用調整することの了解を得ます。
- ③ アセスメント後に、申請手続きを進めます。  
紙おむつ支給事業、寝具乾燥消毒事業で対象者の合計所得等が不明な場合は、福祉サービス利用（変更）申請書を提出することで確認できます。  
※申請される当該月の1月2日以降に藤沢市に転入された方については、転入前の住所地の市民税課税状況等が必要な場合があります。
- ④ 申請書等必要書類の配布は、高齢者支援課、地区福祉窓口、在宅福祉サービスセンターから受け取ることができます。また、藤沢市ホームページからダウンロードもできます。

### ②申請時の注意点

- ① 申請窓口は、地区福祉窓口、在宅福祉サービスセンターになります。
- ② 申請書を提出する方は、本人、親族等、ケアマネジャーも可能です。
- ③ 福祉サービスサービス利用（変更）申請書等の記入について
  - ・ 「申請者」欄は、基本的に「本人」「親族」等を記入しますが、「窓口に来た人」の記入も可能で

す。(例：ケアマネジャー名、事業所名、住所、電話番号)

- ・「同意事項」欄の氏名を確認します。
- ・「緊急連絡先」は、同居者や親族等を記入します。また、携帯電話や職場等、複数の連絡先の確認を必要に応じて行います。(緊急連絡先がない場合、申請前に在宅福祉サービスセンターへ相談)
- ・「福祉サービスサービス利用(変更)申請書」の裏面には、同居者の同意内容が記載されていますので、住民票上の同居者を記入します。独居世帯の場合は、記入する必要はありません。

※同居者の記入がない場合は、サービス利用ができないことがあります。

- ④必要書類を受理する際に申請窓口で、対象者等の状況確認を行いますので、ケアマネジャーが代理申請をする場合は、情報提供ができる準備をします

### ③申請後の注意点

- ①申請後、市がサービスの可否を決定します。
- ②サービス利用開始後に「居宅サービス計画書」等ケアプランに位置付けます。  
予防給付及介護予防ケアマネジメントの利用者については、サービス開始後、速やかに担当地域包括支援センターに報告をします。

### ④その他の注意点

- ①事業所として新規で給付管理をする際に、藤沢市の在宅福祉サービスのみを利用されている方もいます。「居宅サービス計画書」等の作成をする前に、本人、親族や担当地区の地域包括支援センター等に確認をします。
- ②給付管理されている利用者以外の方についても可能な限り把握し、必要に応じて担当地区の地域包括支援センター等へ相談します。  
(例:夫が給付管理されていて、同居の妻が介護保険未申請の場合に、妻についてもできる限り把握し、妻に変化があった場合は、担当地区の地域包括支援センターに相談)
- ③給付管理をしなくなり、藤沢市の在宅福祉サービス利用のみとなった場合は、担当地区の地域包括支援センターや在宅福祉サービスセンターに相談します。
- ④在宅福祉サービスの利用条件や内容等が、年度途中でも変更される場合があります。また、必要書類も変更される場合がありますので、必要に応じて、在宅福祉サービスセンター、担当地区の地域包括支援センター等に確認をします。
- ⑤在宅福祉サービスを利用中は、給付管理同様に関係機関と連携し、利用者等への支援を行います。在宅福祉サービスの終了や中止をする場合は、在宅福祉サービスセンターや支援事業者に連絡をします。

## (6) 健康・介護予防等の事業

### ①介護予防事業（65歳からの健康づくり）

地域の高齢者を対象に、元気な方はなるべく要支援・要介護状態にならないように、また介護が必要な方もそれ以上悪化させないように、生活機能の向上を図り、いつまでも自分らしく自立した日常生活を営むことを目指します。

高齢者自ら介護予防への意識の向上・積極的な取り組みをしてもらうため、教室や講演会等の普及啓発活動を行います。

対象	藤沢市内在住の65歳以上の方
内容	高齢者支援課にお問い合わせください。広報ふじさわ等でもお知らせしています。
費用	無料（食費等、一部実費負担をしていただく場合もあり）
問い合わせ	高齢者支援課 電話0466-50-3523 各いきいきサポートセンター（→P9-2参照）

### ②在宅療養者等歯科診療推進事業（お口の相談窓口）

在宅療養中で歯や粘膜など口腔内に困り事のある方へ、歯科衛生士による相談、指導をします。

また、治療や口腔ケア、飲み込みなど気になっている方に対しては、歯科医院などの紹介などの調整をいたします。

対象	在宅療養中の高齢者、難病者、障がい児者
内容・費用	・お口の困り事について、歯科衛生士が電話で相談を受け、必要なサービスを紹介 ・歯が痛い・入れ歯が合わない・噛むことができない、治療や口腔ケアが必要な場合は歯科医師・歯科衛生士が訪問し、全身の状態、口腔内の確認を行い、（無料）その後、担当医を紹介（治療等については、各種保険の自己負担分の費用あり）
申込み・問い合わせ	藤沢市歯科医師会 電話0466-26-3310

### ③要介護高齢者歯科診療

一般の開業医では対応が困難な要介護高齢者や障がい児者を対象に、南部歯科診療所（藤沢市口腔保健センター内）と北部歯科診療所（藤沢市保健医療センター内）において歯科診療を行っています。

対象	高齢者の場合は、市内在住の40歳以上で、寝たきり等のため通院による歯科診療が困難な方（全身管理や診療内容等から一般診療所・在宅では診療困難な方、かかりつけ歯科医のいない方等）
費用	診療は医療保険で行い、保険の自己負担分の費用あり
診療体制等	・診療日時 木・日曜日 9時30分～13時 ・麻酔科医の全身管理の下に治療 ・バリアフリー環境で車椅子のままでも診療が可能

	・担当歯科医師とともに、歯科衛生士が口腔ケア方法を指導
申込方法	※完全予約制。各診療所に直接予約 南部歯科診療所 電話 0466-26-3310 FAX 0466-24-5325 北部歯科診療所 電話 0466-88-7315 FAX 0466-88-7318
問い合わせ	藤沢市歯科医師会 電話 0466-26-3310 FAX 0466-24-5325

#### ④藤沢市医師会在宅医療支援センター

在宅医療支援センターのコーディネーターが適切な情報提供を行い、医師・歯科医師・看護師・介護士・訪問リハビリテーション・薬剤師・栄養士・その他の職種などと連携を図り、スムーズな在宅医療への移行が可能となるように支援を行います。

対象	ケアマネジャー等の医療・介護の多職種関係者
問い合わせ	藤沢市医師会在宅医療支援センター 電話 0466-41-9980 FAX 0466-41-9981

#### ⑤地域の縁側（介護予防特化型）

地域の介護予防拠点として、高齢者の社会参加や生きがい、役割をもって生活できるように、介護予防に関連する運動の情報提供をしています。

対象	65歳以上の高齢者（ただし、会場まで自力で来られる方で身の回りのことがおおむね自立している方）
実施会場・問い合わせ	①地域市民みんなでつくる わいわい善行（善行1-26-5小山ビル1階） 電話0466-84-2422 ②地域の縁側 亀吉（鵜沼海岸7-20-21） 電話0466-34-8550
内容	介護予防に関連する運動や情報提供
費用	数百円程度（各会場によって異なります）
定員	1日15人程度（プログラムによっても異なります）
留意事項	・会場の開所日であれば自由に参加することができます。

#### ⑥いきいき運動グループ（介護予防運動自主活動団体）

内容	ラジオ体操・軽体操やロコモティブシンドローム予防のための筋力トレーニングなどを実施
費用	無料（会場によっては参加費が必要です）
問い合わせ	高齢者支援課 電話0466-50-3523

## (7) 家族介護者教室等

### ①家族介護者教室

高齢者等を介護している家族等を対象に、介護者同士の交流や介護に必要な知識を習得する場として教室を開催しています。教室の内容・日程の詳細は、市のホームページ等でご案内しています。

### ②在宅介護者の会「ほほえみの会」

在宅で介護している方を中心に、情報交換や仲間づくり、リフレッシュ等のため、月に1回集まる場を設けています。

①・②問い合わせ 高齢者支援課 電話0466-50-3523

## (8) 認知症に関する事業

### ①知ってあんしん 認知症ガイドブック（認知症ケアパス）

認知症の方やその家族、関係者が認知症を正しく理解し、認知症の進行状況に応じた福祉・介護・医療サービスの標準的な提供の流れ等を知ることで、認知症の方ができる限り住み慣れた地域で安心して生活することができることを目的に、「知ってあんしん 認知症ガイドブック（認知症ケアパス）」を作成し、広く周知・啓発を図っています。

○問い合わせ 高齢者支援課 電話0466-50-3523

### ②認知症サポーター養成講座

地域の中で認知症の方やその家族の中で認知症の方やその家族を温かく見守る応援者となる認知症サポーターを養成する講座を開催しています。

対象	藤沢市に在住・在学・在勤している方
内容	認知症に関する基礎知識や認知症の方への接し方を学びます（原則1時間30分）
講師・費用	キャラバン・メイトと呼ばれる講師役が無償で行います
申込方法	地域の集まりや団体（概ね5人以上）などで受講を希望する場合は、開催日時を決めて、開催希望日1か月半前までに、開催申込書により申し込み （開催申込書は市民センター等に配架。市ホームページからもダウンロード可能）
問い合わせ	高齢者支援課 電話0466-50-3523

### ③認知症初期集中支援チーム

認知症の方やその家族が、いつまでも住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、保健医療福祉に関する有資格者（保健師、社会福祉士等）と認知症サポート医により構成される「認知症初期集中支援チーム」を設置し、認知症の早期診断・早期対応に向けた個別支援を行っています。

対象	<p>40歳以上で、在宅で生活しており、認知症が疑われる方又は認知症の方で以下のいずれかに該当している</p> <p>①医療サービス、介護サービスを受けていない方、または中断している方で以下のいずれかに該当する</p> <p>ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない イ) 継続的な医療サービスを受けていない ウ) 適切な介護サービスに結びついていない エ) 認知症と診断されたが介護サービスが中断している</p> <p>②医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、家族や関係者が対応に苦慮している</p>
相談受付	対象となる方がいた場合は、地区を担当するいきいきサポートセンター（地域包括支援センター）へ相談

## （9）その他事業

### ①藤沢市福祉タクシー利用券（高齢者用）

通院等に利用する「福祉タクシー」の利用券を交付し、料金の一部を助成します。

対象	藤沢市在宅ねたきり高齢者台帳に（※）登録されている方
内容	1月3, 600円分、年間最大43, 200円分の利用券を交付
利用方法	1回の乗車につき2, 400円分まで利用可能。請求金額を超えて支払うことはできないため、不足が生じる場合は現金等でお支払ください。
申込方法	「福祉タクシー利用助成申請書」を高齢者支援課、地区福祉窓口（各市民センター（石川分館を含む）及び村岡公民館）に提出
問い合わせ	高齢者支援課 電話0466-50-3571

### ②藤沢市訪問理美容サービス

対象	藤沢市在宅ねたきり高齢者台帳（※）に当該年4月1日に登録されている方、又は、要介護3以上の方（車椅子等で座位が保てる方）
内容	理容師、美容師がご自宅を訪問して、頭髪のカットを提供します。（年2回）
費用	無料
申込方法	申請書を高齢者支援課から年1回4月下旬頃発送します。
問い合わせ	高齢者支援課 電話0466-50-3571
留意事項	・予算が上限に達した場合は、募集を終了とさせていただきます。



※藤沢市在宅ねたきり高齢者台帳とは

藤沢市に住民登録があり、在宅で6か月以上食事、用便、寝起き等日常生活の大半を介護によらなければならない状態が継続している65歳以上の方を対象に、民生委員・児童委員訪問調査した結果、要件に当てはまると登録できるものです。登録したい方は、地区の民生委員・児童委員、もしくは高齢者支援課までお問い合わせください。

### ③一声ふれあい収集

生活ごみ(大型ごみ・特別大型ごみを除く)・資源を集積場所まで持ち出すことが困難で家族等の協力が得られない世帯を対象に、市職員が安否確認の一声を掛けながら週1回、収集します。

対象	<ul style="list-style-type: none"> <li>①日常、介助または介護を必要とする高齢者(概ね65歳以上)のみの世帯</li> <li>②障がい者(身体障がい者手帳・療育手帳・精神障がい者保健福祉手帳の交付を受けている人)のみの世帯</li> <li>③上記①・②で同居する家族がいる場合であっても、同居者が虚弱、年少者である世帯</li> <li>④その他、市長が特に必要であると認めた世帯</li> </ul>
申込方法	<p>申請書を次の①~④いずれかの窓口へ提出</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①高齢者支援課</li> <li>②障がい者支援課(65歳未満の障がい手帳取得者に限る)</li> <li>③生活援護課(生活保護受給者に限る)</li> <li>④地区福祉窓口(各市民センター(石川分館を含む)および村岡公民館)</li> </ul>
問い合わせ	環境事業センター 電話0466-87-3912
留意事項	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・申請後、環境事業センター職員が自宅を訪問し、ケアマネジャー等介護に携わっている方の立会いのもと、聞き取り調査を行い、回収開始日・時間・場所・不在時の連絡方法等を確認します</li> <li>・ごみの分別は利用者が行ってください。</li> <li>・休止、中止する場合は事前に環境事業センターへ連絡してください。</li> <li>・資源のみなど特定のごみを指定しての回収はできません。</li> <li>・大型ごみ・特別大型ごみは興行公社(☎23-5301)での対応となります。</li> </ul>	

### ④高齢者はり・きゅう・マッサージ利用券

高齢者の健康増進と介護予防を図るため、市が指定したはり・きゅう・マッサージ施術所で利用できる利用券を交付します。

対象	藤沢市に住民登録のある70歳以上の方(当該年度中に70歳を迎える方含む)
内容	1人あたり3枚の利用券を交付

利用方法	1回の施術に対し、1枚の利用券を施術所に提出してください。 利用券1枚で、1回3,000円分の施術が自己負担なく受けられます。
申込方法	高齢者支援課へご連絡いただければ、申請書（往復はがき）を送付します。 高齢者支援課、各市民センター（石川分館含む）、村岡公民館の地区福祉窓口でも受付しております。 <これから70歳のお誕生日を迎える方について> 例年、 <u>70歳の誕生日を迎えられる前年度（1月頃）</u> に申請書を送付しています。
問い合わせ	高齢者支援課 電話0466-50-3571
留意事項	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・令和6年12月末までにご利用いただいた方には、次年度の利用券を送付します。</li> <li>・利用券を紛失・破棄した場合、再発行はできません。</li> </ul>	

### ⑤水道料金の減免

対象	要介護4又は要介護5の方
内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・上水道基本料金及び基本料金に係る消費税等相当額が減免</li> <li>・減免適用日の翌月以降の検針分から減免</li> </ul>
申請方法	<p>次の3つ方法があります。申請には、介護保険被保険者証の写しが必要です。</p> <p>①パソコン又はスマートフォンにて電子申請システムから申請してください （「県営水道のホームページ」→「水道料金ガイド」→「水道料金の減免制度」から）</p> <p>②窓口にて申請（県藤沢水道営業所又は市下水道総務課にいらしてください）</p> <p>③郵送にて申請（県藤沢水道営業所又は市下水道総務課にご送付ください）</p>
問い合わせ	<p>神奈川県企業庁藤沢水道営業所 電話0466-27-1211</p> <p>藤沢市下水道総務課 電話0466-50-8246</p>
留意事項	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅の方が対象です。減免対象者が長期に入院や施設入所されている場合は、減免申請の対象外ですので、退院や退所された後に申請を行ってください。</li> <li>・転居した場合や減免理由(対象者、要件等)に変更があった場合は、改めて申請していただく必要がありますので、県藤沢水道営業所にご連絡ください。</li> </ul>	



電子申請  
二次元コード

## 10. 藤沢市保健所のサービス等

### (1) 感染症対策

「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に基づき、感染症発生動向調査、患者発生時の疫学調査や防疫活動、患者管理、接触者健診等を行っています。また、エイズ・性感染症予防のための普及啓発、相談・検査等を行っています。

○問い合わせ 保健予防課 電話0466-50-3593(直通) FAX0466-28-2121

#### ①結核予防対策

- ・接触者健康診断等 結核患者の接触者等の健診を実施
- ・患者管理及び医療援護、療養支援 入院や通院治療の公費負担、服薬支援等
- ・普及啓発 医療従事者研修会、外国籍市民等の健診、街頭キャンペーン活動等

#### ②感染症予防対策

感染症発生動向調査により流行状況を把握するとともに、患者発生時には防疫活動等を行い感染拡大の防止に努めています。

- ・感染症発生動向調査
- ・患者発生時の疫学調査と防疫活動
- ・感染症予防講習会等の普及啓発

#### ③エイズ予防対策

エイズ予防及び患者・感染者に対する差別偏見をなくすため、エイズの正しい知識の普及啓発及び相談・検査等を行っています。

- ・普及啓発 青少年エイズ・性感染症予防講演会、資料配布、街頭キャンペーン活動等
- ・エイズ相談・HIV・梅毒検査（無料・匿名・即日）
- ・地域エイズ対策推進会議

#### ④肝臓疾患対策

- ・B型・C型肝炎検査と相談（健康づくり課で行う肝炎ウイルス検診対象外の方）
- ・予防啓発のため講演会等の開催
- ・B型・C型肝炎のインターフェロン治療、インターフェロンフリー治療、B型肝炎に対する核酸アナログ製剤治療に対する医療費の助成（経由事務）

## (2) 精神保健対策

地域住民を対象とした精神保健福祉相談、もの忘れ相談、精神障がい者の地域生活支援、当事者家族支援、自殺対策等の事業を行っています。

精神保健に関係して、本人や家族からのご相談やケアマネジャー自身が対応に困ったときは、担当までご相談ください。

○問い合わせ 保健予防課 電話0466-50-3593(直通) FAX0466-28-2121

### ①精神保健対策

定例相談 精神科嘱託医による相談(予約制) ※日程は市の広報に掲載

#### ①精神保健福祉相談(月2回)

対象	原則として精神科治療を受けていない本人または家族
内容	未治療で精神的な疾患の心配のある本人及び家族の相談を嘱託の精神科医が実施します。治療の必要性の有無等の助言を行います。
留意事項	原則として診断や継続的な相談は行いません。(継続相談が必要な場合は福祉職や保健師が対応します。)

#### ②もの忘れ相談(月2回)

対象	原則として認知症の診断や治療を受けていない本人または家族
内容	<ul style="list-style-type: none"><li>・軽度認知障がい(MCI)や早期認知症の心配がある方、家族の相談を嘱託の精神科医が実施します。本人が希望する場合は、二段階方式脳機能テストや30項目問診票による聞き取りの上で、面談を実施します。(CTやMRI等の画像診断はできませんので、確定診断とはなりません。)</li><li>・本人、家族に対してはリーフレット「脳のリハビリ」などを利用した助言や受診勧奨を行い、また、家族の対応方法について助言を行います。</li></ul>

### 随時相談

#### ①福祉職、保健師等による相談

電話による相談は、随時お受けしています。また、来所による相談を希望される方は、事前に電話等で日時を予約してから来所していただくようご案内ください。

#### ②自殺未遂者・家族のための電話相談「まごころホットライン」

大切な“いのち”を守るために、専門の相談員による電話での相談を行っています。匿名の相談も可能です。1回30分程度を目安にお願いしています。

○受付時間 月曜日から金曜日 午前9時から午後5時(年末年始・祝日を除く)

※「まごころホットライン」 電話 0466-81-9120

(※相談員の携帯電話に転送されるため、携帯電話との通話に相当する料金がかかります。)

### ③ 藤沢市認知症受入れ医療機関情報

市内で認知症、若年性認知症の診断、治療を行っている医療機関の情報を提供します。かかりつけ医のいない方については、このリストを活用してご案内いただくか、保健予防課にお尋ねいただくようお願いいたします。

ご案内は、保健予防課 電話 0466-50-3593 (直通) FAX 0466-28-2121

### ④ 認知症簡易チェックサイト

日常の暮らしの中で、認知症ではないかと心配されている方に、パソコンやスマートフォンを利用して簡易なチェックができます。医学的な判断基準ではありませんが、暮らしの中での目安として参考にしてください。

・「これって認知症？」(家族・介護者向け)  
・「わたしも認知症？」(本人向け)

} URL <http://fishbowlindex.net/fujisawan/>

## ② 関係機関(地域包括支援センター、ケアマネジャー、介護保険サービス提供事業所など)

### との連携

#### ① ケースカンファレンス、ネットワーク会議への参加

高齢者のご家族等に精神疾患、精神障がいがある方がいて、対応等に困る場合は必要に応じて保健予防課の職員がケース会議等に参加します。

また、高齢者、障がい者虐待、児童虐待ネットワーク会議等への参加協力をしています。精神症状に起因した虐待が疑われる場合には、必要に応じて介入やネットワーク会議等に参加しますのでご相談ください。

#### ② ケース事例検討会

当課では、年3回程度、神奈川県精神保健福祉センターの助言者を招いてケース事例検討会を実施しています。関係機関のケアマネジャー等に出席を依頼する場合がありますのでご協力をお願いします。また、対応困難事例の検討を希望する場合は、ご相談ください。

#### ③ 関係機関との同行訪問等について

未治療、医療中断等のケースについては、本人または同居家族等の了解を前提に、同行訪問や面接等を実施します。(同行訪問後の継続的な訪問については、保健予防課の基準により実施します。)

※医療機関や他の関係機関とやりとりした個人情報の取り扱いについては、個人情報保護法に基づき慎重に対応していただくようお願いいたします。

### ③当事者、家族への支援

#### ①マドンナの会

対象	精神疾患で療養中の女性
内容	・ 藤沢市保健所で月に1回開催 ・ 軽作業等のプログラムを通して、人との交流を楽しむ時間を作る。
留意事項	主治医が参加を了承した方で、原則、事業所やデイケア等の所属のない方が対象です。

#### ②家族教室

対象	精神障がい者（主として統合失調症）の家族等
内容	外部講師による病気の理解、くすりの話、家族の対応、社会資源の紹介などの学習と家族の交流の場として開催

#### ③団体への支援

団体名	内容等
家族会	精神障がい者のご家族の会
ふれあい会	認知症者を介護する家族の会 開催日 月に1回、第2水曜日(日程は市の広報に掲載) 会場 保健所
藤沢断酒新生会(断酒会)	開催日 月に1回、第3木曜日 会場 市役所分庁舎
つぼみの会	ひきこもる家族を持つ親・きょうだいの会 開催日 第2水曜日 会場 市役所分庁舎
絆会	若年性認知症 本人と家族の会 開催日 月に1回、原則第3金曜日（日程は広報ふじさわに掲載） 会場 市役所分庁舎

※各団体のご案内は、保健予防課 電話 0466-50-3593(直通) FAX 0466-28-2121

### ④地域生活支援事業・普及啓発事業

精神科病院から地域への移行を促進し、また、住み慣れた地域で本人が希望する生活を継続できるよう支援します。また、精神保健福祉に対する正しい知識を普及するため、地域の関係機関と協働して講演会やパネル展示等を開催します。

地域生活支援	内容	精神科病院に入院中の方が、グループホーム等の宿泊体験、居宅介護（ホームヘルプ）の利用体験を行う事で、退院の意欲を促し、生活環境調整等を行う
	問い合わせ	・ 保健予防課 電話 0466-50-3593（直通） FAX 0466-28-2121 ・ 東南部障がい者地域相談支援センターおあしす 電話 0466-55-1399

- ・精神保健福祉公開講座 日程は広報ふじさわに掲載
- ・市民講演会・パネル展示

### (3) 難病対策

指定難病患者・家族の精神的、経済的負担の軽減を図るため、医療費助成の申請受付等（経由事務）及び相談等を行っています。

○問い合わせ 保健予防課 電話 0466-50-3593（直通） FAX 0466-28-2121

#### ①指定難病医療給付事業（経由事務）

≪神奈川県指定難病医療費助成制度の対象となる疾患≫

令和6年4月1日現在 341疾患

（「難病の患者に対する医療に関する法律第5条第1項に規定する指定難病」別紙1～別紙3参照）

#### ②療養生活の相談

難病患者とその家族を対象に、療養生活等について保健師が訪問や面接相談を行っています。

#### ③医療相談事業

病気についての最新治療や療養生活について講演会や相談会を行っています。

#### ④患者会支援

- ・患者と家族の会「たんぼぼの会」

藤沢市内にお住まいの難病患者・ご家族で運営している同好会です。

参加されるみなさまの心のふれあいを目的に、年6回程度情報交換等をしています。

- ・藤沢市ALS／神経難病患者の会「オリーブの会」

進行性神経難病の患者・ご家族のみなさまと共に療養の情報交換を年6回程度開催しています。

### (4) 原爆被爆者援護対策

原爆被爆者の健康保持及び増進と福祉の向上を図るため、各種手当の申請受付等（経由事務）を行っています。

○問い合わせ 保健予防課 電話 0466-50-3593（直通） FAX 0466-28-2121

## 難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病

(1～110は平成27年1月から、111～306は同年7月から、307～330は平成29年4月から、331は平成30年4月から、332～333は令和元年7月から、334～338は令和3年11月から、339～341は令和6年4月から医療費助成を開始)

番号	病名
1	球脊髄性筋萎縮症
2	筋萎縮性側索硬化症
3	脊髄性筋萎縮症
4	原発性側索硬化症
5	進行性核上性麻痺
6	パーキンソン病
7	大脳皮質基底核変性症
8	ハンチントン病
9	神経有棘赤血球症
10	シャルコー・マリー・トゥース病
11	重症筋無力症
12	先天性筋無力症候群
13	多発性硬化症／視神経脊髄炎
14	慢性炎症性脱髄性多発神経炎／多巣性運動ニューロパチー
15	封入体筋炎
16	クローウ・深瀬症候群
17	多系統萎縮症
18	脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く。)
19	ライゾゾーム病
20	副腎白質ジストロフィー
21	ミトコンドリア病
22	もやもや病
23	プリオン病
24	亜急性硬化性全脳炎
25	進行性多巣性白質脳症
26	HTLV-1関連脊髄症
27	特発性基底核石灰化症
28	全身性アミロイドーシス
29	ウルリッヒ病
30	遠位型ミオパチー
31	ベスレムミオパチー
32	自己貪食空胞性ミオパチー
33	シュワルツ・ヤンベル症候群
34	神経線維腫症
35	天疱瘡
36	表皮水疱症
37	膿疱性乾癬(汎発型)
38	スティーヴンス・ジョンソン症候群
39	中毒性表皮壊死症
40	高安静脈炎
41	巨細胞性動脈炎
42	結節性多発動脈炎
43	顕微鏡的多発血管炎
44	多発血管炎性肉芽腫症
45	好酸球性多発血管炎性肉芽腫症
46	悪性関節リウマチ
47	バージャー病
48	原発性抗リン脂質抗体症候群
49	全身性エリテマトーデス
50	皮膚筋炎／多発性筋炎
51	全身性強皮症
52	混合性結合組織病
53	シェーグレン症候群
54	※成人発症スチル病(旧名:成人スチル病)
55	再発性多発軟骨炎
56	ベーチェット病
57	特発性拡張型心筋症
58	肥大型心筋症
59	拘束型心筋症
60	再生不良性貧血
61	自己免疫性溶血性貧血
62	発作性夜間ヘモグロビン尿症
63	特発性血小板減少性紫斑病
64	血栓性血小板減少性紫斑病
65	原発性免疫不全症候群
66	IgA腎症
67	多発性嚢胞腎
68	黄色靭帯骨化症
69	後縦靭帯骨化症
70	広範脊柱管狭窄症

※令和6年4月から名称変更

番号	病名
71	特発性大腿骨頭壊死症
72	下垂体性ADH分泌異常症
73	下垂体性TSH分泌亢進症
74	下垂体性PRL分泌亢進症
75	クッシング病
76	下垂体性ゴナドトロピン分泌亢進症
77	下垂体性成長ホルモン分泌亢進症
78	下垂体前葉機能低下症
79	家族性高コレステロール血症(ホモ接合体)
80	甲状腺ホルモン不応症
81	先天性副腎皮質酵素欠損症
82	先天性副腎低形成症
83	アジソン病
84	サルコイドーシス
85	特発性間質性肺炎
86	肺動脈性肺高血圧症
87	肺静脈閉塞症／肺毛細血管腫症
88	慢性血栓栓性肺高血圧症
89	リンパ脈管筋腫症
90	網膜色素変性症
91	バッド・キアリ症候群
92	特発性門脈圧亢進症
93	原発性胆汁性胆管炎
94	原発性硬化性胆管炎
95	自己免疫性肝炎
96	クローン病
97	潰瘍性大腸炎
98	好酸球性消化管疾患
99	慢性特発性偽性腸閉塞症
100	巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症
101	腸管神経節細胞僅少症
102	ルビンシュタイン・テイビ症候群
103	CFC症候群
104	コステロ症候群
105	チャージ症候群
106	クリオピリン関連周期熱症候群
107	若年性特発性関節炎
108	TNF受容体関連周期性症候群
109	非典型溶血性尿毒症症候群
110	ブラウ症候群
111	先天性ミオパチー
112	マリネスコ・シェーグレン症候群
113	筋ジストロフィー
114	非ジストロフィー性ミオトニー症候群
115	遺伝性周期性四肢麻痺
116	アトピー性脊髄炎
117	脊髄空洞症
118	脊髄髄膜瘤
119	アイザックス症候群
120	遺伝性ジストニア
121	※脳内鉄沈着神経変性症(旧名:神経フェリチン症)
122	脳表ヘモジデリン沈着症
123	※HTRA1関連脳小血管病(旧名:禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症)
124	皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症
125	神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症
126	※ペリー病(旧名:ペリー症候群)
127	前頭側頭葉変性症
128	ビッカースタッフ脳幹脳炎
129	痙攣重積型(二相性)急性脳症
130	先天性無痛無汗症
131	アレキサンダー病
132	先天性核上性球麻痺
133	メビウス症候群
134	中隔視神経形成異常症/ドモルシア症候群
135	アイカルディ症候群
136	片側巨脳症
137	限局性皮質異形成
138	神経細胞移動異常症
139	先天性大脳白質形成不全症
140	ドラベ症候群



## 難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病

(1～110は平成27年1月から、111～306は同年7月から、307～330は平成29年4月から、331は平成30年4月から、332～333は令和元年7月から、334～338は令和3年11月から、339～341は令和6年4月から医療費助成を開始)

番号	病名
141	海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかん
142	ミオクロニー欠神てんかん
143	ミオクロニー脱力発作を伴うてんかん
144	レノックス・ガストー症候群
145	ウエスト症候群
146	大田原症候群
147	早期ミオクロニー脳症
148	遊走性焦点発作を伴う乳児てんかん
149	片側痙攣・片麻痺・てんかん症候群
150	環状20番染色体症候群
151	ラスムッセン脳炎
152	PCDH19関連症候群
153	難治頻回部分発作重積型急性脳炎
154	徐波睡眠期持続性棘徐波を示すてんかん性脳症
155	ランドウ・クレフナー症候群
156	レット症候群
157	スタージ・ウェーバー症候群
158	結節性硬化症
159	色素性乾皮症
160	先天性魚鱗癬
161	家族性良性慢性天疱瘡
162	類天疱瘡(後天性表皮水疱症を含む。)
163	特発性後天性全身性無汗症
164	眼皮膚白皮症
165	肥厚性皮膚骨膜炎
166	弾性線維性仮性黄色腫
167	※マルファン症候群/ロイス・ディーツ症候群(旧名:マルファン症候群)
168	エーラス・ダンドロス症候群
169	メンケス病
170	オクシタル・ホーン症候群
171	ウィルソン病
172	低ホスファターゼ症
173	VATER症候群
174	那須・ハコラ病
175	ウィーバー症候群
176	コフィン・ローリー症候群
177	ジュベール症候群関連疾患
178	モワット・ウィルソン症候群
179	ウィリアムズ症候群
180	ATR-X症候群
181	クルーゾン症候群
182	アペール症候群
183	ファイファー症候群
184	アントレー・ピクスラー症候群
185	コフィン・シリズ症候群
186	ロスマンド・トムソン症候群
187	歌舞伎症候群
188	多脾症候群
189	無脾症候群
190	鰓耳腎症候群
191	ウェルナー症候群
192	コケイン症候群
193	ブラダー・ウィリ症候群
194	ソス症候群
195	ヌーナン症候群
196	ヤング・シンプソン症候群
197	1p36欠失症候群
198	4p欠失症候群
199	5p欠失症候群
200	第14番染色体父親性ダイソミー症候群
201	アンジェルマン症候群
202	スミス・マギニス症候群
203	22q11.2欠失症候群
204	エマヌエル症候群
205	脆弱X症候群関連疾患
206	脆弱X症候群
207	総動脈幹遺残症
208	修正大血管転位症
209	完全大血管転位症
210	単心室症
211	左心低形成症候群

※令和6年4月から名称変更

番号	病名
212	三尖弁閉鎖症
213	心室中隔欠損を伴わない肺動脈閉鎖症
214	心室中隔欠損を伴う肺動脈閉鎖症
215	ファロー四徴症
216	両大血管右室起始症
217	エプスタイン病
218	アルポート症候群
219	ギャロウェイ・モワット症候群
220	急速進行性糸球体腎炎
221	抗糸球体基底膜腎炎
222	一次性ネフローゼ症候群
223	一次性膜性増殖性糸球体腎炎
224	紫斑病性腎炎
225	先天性腎性尿崩症
226	間質性膀胱炎(ハンナ型)
227	オスラー病
228	閉塞性細気管支炎
229	肺胞蛋白症(自己免疫性又は先天性)
230	肺胞低換気症候群
231	$\alpha$ 1-アンチトリプシン欠乏症
232	カーニー複合
233	ウォルフラム症候群
234	ペルオキシソーム病(副腎白質ジストロフィーを除く。)
235	副甲状腺機能低下症
236	偽性副甲状腺機能低下症
237	副腎皮質刺激ホルモン不応症
238	ビタミンD抵抗性くる病/骨軟化症
239	ビタミンD依存性くる病/骨軟化症
240	フェニルケトン尿症
241	高チロシン血症1型
242	高チロシン血症2型
243	高チロシン血症3型
244	メープルシロップ尿症
245	プロピオン酸血症
246	メチルマロン酸血症
247	イソ吉草酸血症
248	グルコーストランスポーター1欠損症
249	グルタル酸血症1型
250	グルタル酸血症2型
251	尿素サイクル異常症
252	リジン尿性蛋白不耐症
253	先天性葉酸吸収不全
254	ポルフィリン症
255	複合カルボキシラーゼ欠損症
256	筋型糖原病
257	肝型糖原病
258	ガラクトース-1-リン酸ウリジルトランスフェラーゼ欠損症
259	レシチンコレステロールアシルトランスフェラーゼ欠損症
260	シトステロール血症
261	タンジール病
262	原発性高カイロミクロン血症
263	脳腫黄色腫症
264	無 $\beta$ リポタンパク血症
265	脂肪萎縮症
266	家族性地中海熱
267	高IgD症候群
268	中條・西村症候群
269	化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群
270	慢性再発性多発性骨髄炎
271	強直性脊椎炎
272	進行性骨化性線維異形成症
273	肋骨異常を伴う先天性側弯症
274	骨形成不全症
275	タナトフォリック骨異形成症
276	軟骨無形成症
277	リンパ管腫症/ゴーハム病
278	巨大リンパ管奇形(頸部顔面病変)
279	巨大静脈奇形(頸部口腔咽頭びまん性病変)
280	巨大動静脈奇形(頸部顔面又は四肢病変)
281	クリッペル・レノネー・ウェーバー症候群
282	先天性赤血球形成異常性貧血

## 難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病

(1～110は平成27年1月から、111～306は同年7月から、307～330は平成29年4月から、331は平成30年4月から、332～333は令和元年7月から、334～338は令和3年11月から、339～341は令和6年4月から医療費助成を開始)

番号	病名
283	後天性赤芽球癆
284	ダイヤモンド・ブラックファン貧血
285	ファンconi貧血
286	遺伝性鉄芽球性貧血
287	エプスタイン症候群
288	自己免疫性後天性凝固因子欠乏症
289	クロンカイト・カナダ症候群
290	非特異性多発性小腸潰瘍症
291	ヒルシュスプルング病(全結腸型又は小腸型)
292	総排泄腔外反症
293	総排泄腔遺残
294	先天性横隔膜ヘルニア
295	乳幼児肝巨大血管腫
296	胆道閉鎖症
297	アラジール症候群
298	遺伝性膵炎
299	嚢胞性線維症
300	IgG4関連疾患
301	黄斑ジストロフィー
302	レーベル遺伝性視神経症
303	アッシャー症候群
304	若年発症型両側性感音難聴
305	遅発性内リンパ水腫
306	好酸球性副鼻腔炎
307	カナバン病
308	進行性白質脳症
309	進行性ミオクローヌステんかん
310	先天異常症候群
311	先天性三尖弁狭窄症
312	先天性僧帽弁狭窄症

番号	病名
313	先天性肺静脈狭窄症
314	左肺動脈右肺動脈起始症
315	ネイルパテラ症候群(爪膝蓋骨症候群)／LMX1B関連腎症
316	カルニチン回路異常症
317	三頭酵素欠損症
318	シトリン欠損症
319	セピアプテリン還元酵素(SR)欠損症
320	先天性グリコシルホスファチジルイノシトール(GPI)欠損症
321	非ケトーシス型高グリシン血症
322	$\beta$ -ケトチオラーゼ欠損症
323	芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症
324	メチルグルタコン酸尿症
325	遺伝性自己炎症疾患
326	大理石骨病
327	特発性血栓症(遺伝性血栓性素因によるものに限る。)
328	前眼部形成異常
329	無虹彩症
330	先天性気管狭窄症／先天性声門下狭窄症
331	特発性多中心性キャスルマン病
332	膠様滴状角膜ジストロフィー
333	ハッチンソン・ギルフォード症候群
334	脳クレアチン欠乏症候群
335	ネフロン癆
336	家族性低 $\beta$ リポタンパク血症1(ホモ接合体)
337	ホモシスチン尿症
338	進行性家族性肝内胆汁うっ滞症
339	MECP2重複症候群
340	線毛機能不全症候群(カルタゲナー症候群を含む。)
341	TRPV4異常症