

## **サービス計画をご自身で作成される方へ**

**(ご留意いただくこと)**

### **1 自己作成のサービス計画について**

介護保険では、被保険者の方の心身の状況や環境等に応じて適切なサービスを受けていただくために専門の資格を有する介護支援専門員等が、利用者の状況をお伺いし、ご本人やご家族の希望を尊重しながら、サービス計画の作成からサービス提供事業者との調整、サービス給付の管理までの総合的なケアマネジメントを行うことを前提としています。

加えて、介護保険外のサービスや施設との調整も行うこととされており、また介護支援専門員等によるこれらの業務はすべて介護保険給付から支給され、利用者ご自身の利用料の負担はありません。

しかし、ご自身でサービス計画作成やサービス給付の管理を行うことを希望される場合は、サービス事業者との調整や依頼、また毎月月末でのサービス給付の実績の確認作業などの給付管理業務をご自身で確実に行うことが必要となります。

以上のことから、本市としては介護支援専門員等による居宅介護支援（介護予防支援）をご利用（サービス計画の作成等の依頼）になることをお勧めしています。

これらのことをご理解いただいた上で、サービス計画を自己作成される場合は、以下の点を確実に守って届出を行っていただくようお願いいたします。

### **2 サービス計画をご自身で作成される場合の流れ**

#### **① サービス利用票・サービス利用票別表の準備**

こちらのご案内の6ページ、7ページに掲載しておりますのでご利用ください。

#### **② サービス事業者との調整・仮予約**

区役所福祉課又は支所区民福祉課へ届出を行う前に、サービス事業者と事前調整を行い、サービス計画に位置付けたサービスを利用できる状態にしておいてください。

#### **③ 区役所への届出**

サービス事業者と調整した結果確定したサービス計画を、サービス利用票、サービス利用票別表に記載し、区役所福祉課又は支所区民福祉課に届出します。

自己作成のサービス計画の届出は、サービスを利用する月の前月末日までに区

役所福祉課又は支所区民福祉課へ届け出て下さい。また、電子申請サービスでも受付しておりますのでこちらをご利用ください。

**= 届出に必要なもの =**

- サービス利用票、サービス利用票別表  
(様式は6ページ、7ページにあります。)
- 介護保険被保険者証  
(電子申請サービスの場合、開いた状態の表面の画像データ)

電子申請サービスは、マイナンバーカードを用いた公的個人認証をするため、以下のものが必要となります。

**= 電子申請サービスを利用するために必要なもの =**

- 申請者のマイナンバーカード
- 署名用電子証明書暗証番号(6桁以上)
- マイナンバーカードをスキャンできるスマートフォン
- マイナアプリ(旧マイナポータルアプリ)

**④ サービス利用・利用に係る諸調整**

届出が受理されたら、ご自身でサービス利用票別表を基にサービス利用事業者ごとにサービス提供票別表を作成し、サービス提供票(サービス利用票のコピー)と併せてサービスを利用する事業者に渡します。

サービス事業者はこのサービス提供票を基に、サービス提供をします。

**⑤ サービス利用実績の確認**

毎月月末時点で、当該月に実際に利用したサービスの利用単位についてサービス事業者へ必ず確認しておいて下さい。もし、届け出たサービス内容と異なる場合は事実を確認後、サービス計画を変更する必要がある場合は、直ちに区役所又は支所へ届け出て下さい。この届出をサービス利用の翌月5日までに行わないと、当該月についてはサービス事業所に保険給付の9割、8割または7割分の支払いがされないことになります。(翌月以降に当該月分も月遅れで支払われることになります。)

※5ページに「ケアプラン自己作成の場合の流れ」を載せておりますので、そちらも合わせてご確認ください。

### 3 サービス計画をご自身で作成される場合の留意点

#### ① 計画に変更が発生した場合

計画内容と実際に受けるサービスに変更が生じた場合は、再度区役所福祉課又は支所区民福祉課に届出(サービス利用票・別表の変更後のものを提出)を行い、受付後の内容からサービス事業者ごとに改めてサービス提供票・別表を作成し、サービス事業者へ送付する必要があります。

同一事業者の同一サービスコード内での利用日の変更や介護保険給付対象外サービスの変更など、限度額に関係ない変更を除き変更の都度必ず区役所福祉課又は支所区民福祉課に届け出を行ってください。

#### ② その他の変更が発生した場合

被保険者証の記載内容に変更が生じた場合、各種減免に関する決定等に変更があった場合又は、生活保護・公費負担医療の受給資格を取得・喪失した場合には、内容により再度サービス利用票及びサービス利用票別表を再作成し届け出ることが必要な場合がありますので、直ちに区役所福祉課又は支所区民福祉課へご相談ください。

#### ③ 要介護認定等申請と同時に届出を行う場合

要介護認定等申請と同時に届出を行うなど、要介護認定等の結果が出される前に届出を行う場合は、サービス計画内容に変更がなくても、要介護認定等が行われた後に、再度届出が必要です。

この場合も、要介護認定等結果に伴う要介護認定期間等未記入事項をサービス利用票及びサービス利用票別表に書き足して区役所福祉課又は支所区民福祉課へ再提出し、その結果を事業者へ送付することが必要です。

#### ④ 軽度者(要介護1、要支援1、要支援2)の方が福祉用具貸与をご利用になる場合

軽度者の方は、福祉用具貸与の次の種目は原則としてご利用になることができません。

**ア. 車いす及び車いす付属品**

**イ. 特殊寝台及び特殊寝台付属品**

**ウ. 床ずれ防止用具及び体位変換器**

**エ. 認知症老人徘徊感知機器**

**オ. 移動用リフト(つり具の部分を除く。)**

**カ. 自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く)**

※カについては、要支援1～要介護3の者を軽度者とする。

ただし、軽度者の方でも「特定の心身の状態」(「別表1」参照)に当てはまる

方は上記ア～オの福祉用具の貸与を受けることができ、認定調査項目等が以下の（１）～（３）のいずれかに該当される方が対象となります。

（１）直近の認定調査項目で「**特定の心身の状態**」に該当する基本調査の結果（「別表１」参照）に該当される方

（２）車いす、車いす付属品、移動用リフト（段差解消機に限る）をご利用になる場合で、あらかじめ主治医からの情報及び福祉用具相談員等が参加するサービス担当者会議により必要な理由を確認された場合（「別表１」※部分参照）

⇒この場合は、サービス担当者会議の開催日時（開催できず、関係者に照会した場合はその日時）と、利用する理由をサービス利用票別表にご記載ください。

（サービス担当者会議は必要に応じて随時行うことが要件となります。）

（３）次の i) から iii) までのいずれかに該当する旨が医師の医学的な所見に基づき判断され、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貸与が特に必要である旨が判断されている場合

i) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に「**特定の心身の状態**」に該当する方

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「**特定の心身の状態**」に該当するに至ることが確実に見込まれる方

iii) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から「**特定の心身の状態**」に該当すると判断できる方

⇒これらに該当する場合は、事前に区役所で「**軽度者に係る福祉用具貸与費の例外給付の確認申請**」が必要です。申請される場合は必ず制度内容（<https://www.kaigo-wel.city.nagoya.jp/view/kaigo/company/download/tekisei/keidosharenntaru.html>）を事前に確認してください。

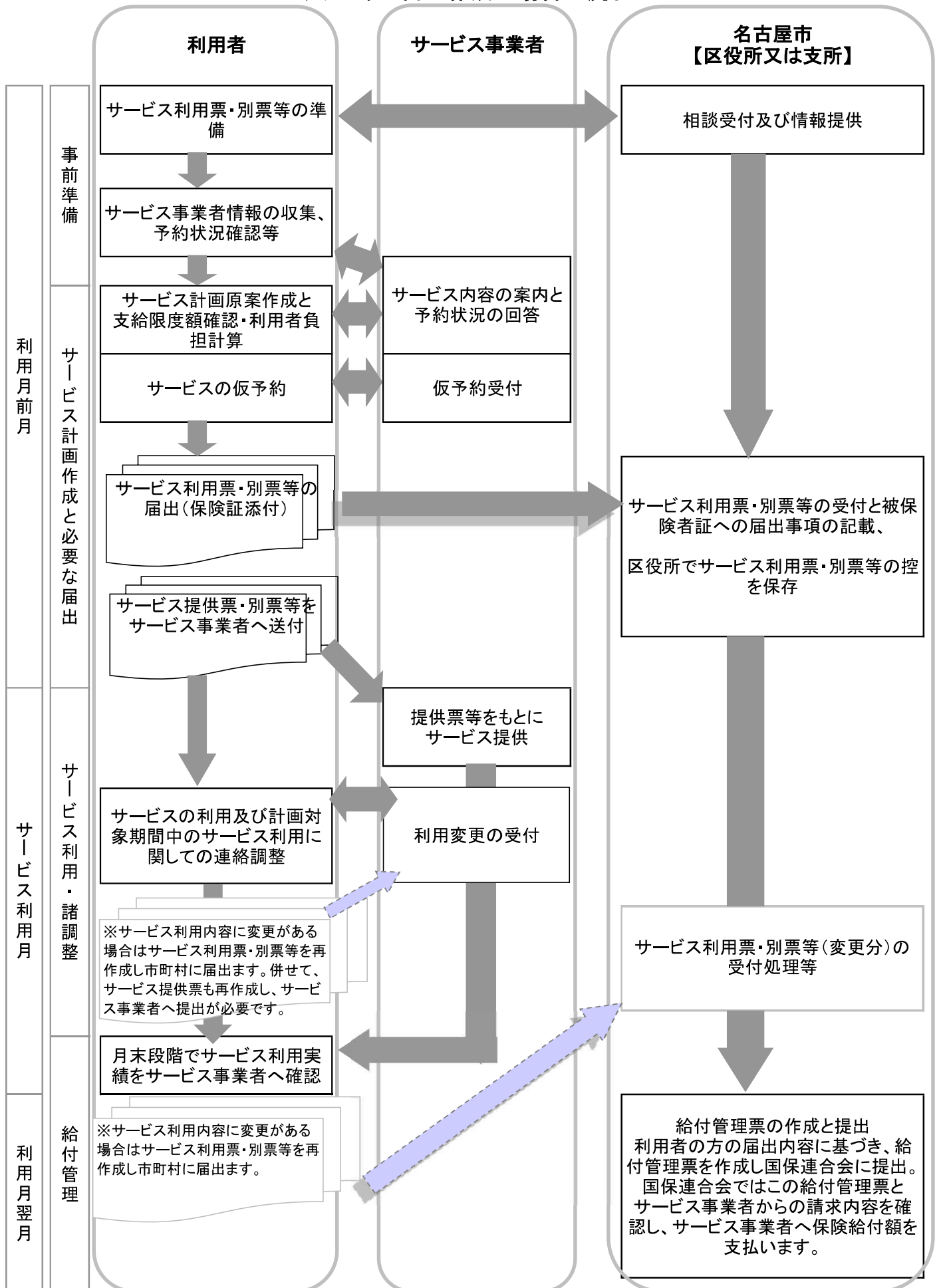
※様式は９ページに掲載しております。添付資料については様式に記載しておりますので、内容をご確認いただき添付していただきますようお願いいたします。

#### ⑤ 要介護１以上の方が訪問介護のうち、生活援助中心型をご利用になる場合

生活援助中心型のサービスは、原則としてお一人暮らしである、またはご家族等が障害・疾病等によりご本人様に対する家事援助ができないなどの理由が必要となります。

サービス利用票別表に理由をご記載ください。

## ケアプラン自己作成の場合の流れ



認定済・申請中

年 月分 サービス利用票・提供票（兼居宅サービス計画）

(利用者作成用)

| 保険者番号  |       |  |  |    |     |                       |  | 保険者名           | 名古屋市 区             |  |  |  | 作成年月日 |                   | 年 月 日 |             | 利用者確認  | 保険者確認印 |                       |  |
|--------|-------|--|--|----|-----|-----------------------|--|----------------|--------------------|--|--|--|-------|-------------------|-------|-------------|--------|--------|-----------------------|--|
| 被保険者番号 |       |  |  |    |     |                       |  | フリガナ<br>被保険者氏名 |                    |  |  |  | 届出年月日 |                   | 年 月 日 |             |        |        |                       |  |
| 生年月日   | 明・大・昭 |  |  | 性別 | 男・女 | 要介護状態区分               |  |                | 要支援１２・要介護１ ２ ３ ４ ５ |  |  |  |       | 区分支給<br>限度基準<br>額 | 単位／月  | 限度額<br>適用期間 | 年 月 から |        | 前月までの<br>短期入所<br>利用日数 |  |
|        | 年 月 日 |  |  |    |     | 変更後<br>要介護状態区分<br>変更日 |  |                | 要支援１２・要介護１ ２ ３ ４ ５ |  |  |  |       |                   |       |             | 年 月 まで |        |                       |  |
|        |       |  |  |    |     |                       |  |                | 年 月 日              |  |  |  |       |                   |       |             |        |        |                       |  |

[illegible]

## サービス利用票・提供票別表

### 区分支給限度管理・利用者負担計算

| 事業所名 | 事業所番号 | サービス内容/種類 | サービスコード       | 単位数 | 割引適用後 |     | 回数 | サービス単位/金額 | 給付管理単位数 | 種類支給限度基準を超える単位数 | 種類支給限度基準内単位数 | 区分支給限度基準を超える単位数 | 区分支給限度基準内単位数 | 単位数単価 | 費用総額<br>保険/事業対象分 | 給付率(%) | 保険/事業費請求額 | 定額利用者負担単価金額 | 利用者負担保険/事業対象分 | 利用者負担(全額負担分) |
|------|-------|-----------|---------------|-----|-------|-----|----|-----------|---------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-------|------------------|--------|-----------|-------------|---------------|--------------|
|      |       |           |               |     | 率%    | 単位数 |    |           |         |                 |              |                 |              |       |                  |        |           |             |               |              |
|      |       |           |               |     |       |     |    |           |         |                 |              |                 |              |       |                  |        |           |             |               |              |
|      |       |           |               |     |       |     |    |           |         |                 |              |                 |              |       |                  |        |           |             |               |              |
|      |       |           |               |     |       |     |    |           |         |                 |              |                 |              |       |                  |        |           |             |               |              |
|      |       |           |               |     |       |     |    |           |         |                 |              |                 |              |       |                  |        |           |             |               |              |
|      |       |           |               |     |       |     |    |           |         |                 |              |                 |              |       |                  |        |           |             |               |              |
|      |       |           |               |     |       |     |    |           |         |                 |              |                 |              |       |                  |        |           |             |               |              |
|      |       |           |               |     |       |     |    |           |         |                 |              |                 |              |       |                  |        |           |             |               |              |
|      |       |           |               |     |       |     |    |           |         |                 |              |                 |              |       |                  |        |           |             |               |              |
|      |       |           |               |     |       |     |    |           |         |                 |              |                 |              |       |                  |        |           |             |               |              |
|      |       |           |               |     |       |     |    |           |         |                 |              |                 |              |       |                  |        |           |             |               |              |
|      |       |           |               |     |       |     |    |           |         |                 |              |                 |              |       |                  |        |           |             |               |              |
|      |       |           |               |     |       |     |    |           |         |                 |              |                 |              |       |                  |        |           |             |               |              |
|      |       |           |               |     |       |     |    |           |         |                 |              |                 |              |       |                  |        |           |             |               |              |
|      |       |           |               |     |       |     |    |           |         |                 |              |                 |              |       |                  |        |           |             |               |              |
|      |       |           | 区分支給限度基準額(単位) |     |       |     | 合計 |           |         |                 |              |                 |              |       |                  |        |           |             |               |              |

### 種類別支給限度管理

### 要介護認定期間中の短期入所利用日数

| サービス種類 | 種類支給限度基準額(単位) | 合計単位数 | 種類支給限度基準を超える単位数 | サービス種類 | 種類支給限度基準額(単位) | 合計単位数 | 種類支給限度基準を超える単位数 |
|--------|---------------|-------|-----------------|--------|---------------|-------|-----------------|
|        |               |       |                 |        |               |       |                 |
|        |               |       |                 |        |               |       |                 |
|        |               |       |                 |        |               |       |                 |
|        |               |       |                 |        |               |       |                 |
|        |               |       |                 | 合計     |               |       |                 |

| 前月までの利用日数 | 当月の計画利用日数 | 累積利用日数 |
|-----------|-----------|--------|
|           |           |        |

①要支援1・2、要介護1で「確認申請」により福祉用具を利用する場合：確認申請年月日 年 月 日

・医師の所見：( ) 【医師氏名： ( )】

・福祉用具貸与が特に必要な理由：( )

②要支援1・2、要介護1で「確認申請」によらず、車いす・車いす付属品・段差解消機を利用する場合

・サービス担当者会議開催日時： 年 月 日 (※開催せず照会の場合は照会日時を記載)

・利用する理由：( )

③生活援助中心型を利用する場合

・利用する理由：1. 一人暮らし 2. 家族等が障害・疾病等 3. その他 ( )

**別表1 軽度者の方が介護保険による福祉用具の貸与を利用できる「特定の心身の状態」**

| 福祉用具名                                | 特定の心身の状態<br>(以下のいずれかに該当する方)                                  | 「特定の心身の状態」に該当する基本調査の結果等<br>(以下のいずれかに該当する場合)                                                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ア 車いす及び<br>車いす付属品                    | 日常的に歩行が困難な方                                                  | 歩行の基本調査項目において「できない」に該当する方                                                                                        |
|                                      | 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる方                                  | 適切なケアマネジメントにより判断された方。(※)                                                                                         |
| イ 特殊寝台及び<br>特殊寝台付属品                  | 日常的に起き上がりが困難な方                                               | 起きあがりの基本調査項目において「できない」に該当する方                                                                                     |
|                                      | 日常的に寝返りが困難な方                                                 | 寝返りの基本調査項目において「できない」に該当する方                                                                                       |
| ウ 床ずれ防止用具<br>及び体位変換器                 | 日常的に寝返りが困難な方                                                 | 寝返りの基本調査項目において「できない」に該当する方                                                                                       |
| エ 認知症老人徘徊<br>感知機器                    | 意思の伝達、介護者への反応、<br>記憶・理解のいずれかに支障が<br>あり、移動において全介助を必<br>要としない方 | 意思の伝達の基本調査項目において「調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外に該当する方等（主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む。）であって、移動の基本調査項目において「全介助」以外に該当する方 |
| オ 移動用リフト<br>(つり具の部分を除く。)             | 日常的に立ち上がりが困難な方                                               | 立ちあがりの基本調査項目において「できない」に該当する方                                                                                     |
|                                      | 移乗が一部介助又は全介助を必要とする方                                          | 移乗の基本調査項目において「一部介助」又は「全介助」に該当する方                                                                                 |
|                                      | 生活環境において段差の解消が必要と認められる方                                      | 適切なケアマネジメントにより、生活環境において段差の解消が必要であると判断された方。(※)                                                                    |
| カ 自動排泄処理装置<br>(尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く) | 排便が全介助を必要とし、かつ<br>移乗が全介助を必要とする者                              | 排便の基本調査項目において「全介助」に該当する方であつ、<br>移乗の基本調査項目において「全介助」に該当する方                                                         |

(※) の項目以外は、直近の認定調査の結果によって判断します。

令和      年      月      日

$$(\overline{T} - )$$

電話番号 ( )

該当する□にレ点を記入

◆ 自動排泄処理装置について、尿のみを自動的に吸引する機能のものは軽度者の例外給付の対象ではありませんが、便を自動的に吸引する機能のものが要支援1から要介護3まで軽度者の例外給付の対象となることに注意してください。

上記内容につき、添付書類により例外給付の要件(確認不可の種目は除く)を確認しました。

名古屋市 区長 印

|             |                |
|-------------|----------------|
| 確認不可<br>の種目 | (確認不可の種目とその理由) |
|-------------|----------------|

決定日 令和 年 月 日

## サービス担当者会議の要点

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿

居宅サービス計画作成者(担当者)氏名

開催日 年 月 日 開催場所 開催時間 開催回数

|                                                                      |         |     |         |     |         |     |
|----------------------------------------------------------------------|---------|-----|---------|-----|---------|-----|
| <b>会議出席者</b><br>利用者・家族の出席<br>本人：【   】<br>家族：【   】<br>（続柄：   ）<br>※備考 | 所 属(職種) | 氏 名 | 所 属(職種) | 氏 名 | 所 属(職種) | 氏 名 |
|                                                                      |         |     |         |     |         |     |
|                                                                      |         |     |         |     |         |     |
|                                                                      |         |     |         |     |         |     |
| 検討した項目                                                               |         |     |         |     |         |     |
| 検 討 内 容                                                              |         |     |         |     |         |     |
| 結 論                                                                  |         |     |         |     |         |     |
| 残された課題<br>（次回の開催時期）                                                  |         |     |         |     |         |     |

年 月 日

医療機関名

送 信 者

主治医

様

住 所

氏 名

電 話

FAX

## 軽度者に係る福祉用具貸与費の例外給付について（主治医照会票）

平素は、円滑な地域医療・介護連携の推進にご理解とご協力を賜わり厚くお礼申し上げます。

この度、下記のものにつきまして、アセスメントの結果に基づき下記の福祉用具が必要と判断し貸与を検討しております。しかし、軽度者（要支援1・2、要介護1～3）が福祉用具貸与の保険給付を受ける場合、「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」に該当する必要がありますので、先生のご意見を賜わりたくお願いいたします。

なお、ご返信は、ご多忙中お手数をおかけいたしますが、FAXまたは郵送にてお願いいたします。

医学的所見の記入例は、別紙をご覧ください。

### 【記入欄】

|                          |               |                          |                |
|--------------------------|---------------|--------------------------|----------------|
| 氏 名                      |               | 生 年 月 日                  | 年 月 日          |
| 住 所                      | 〒             | 要 介 護 度                  | 要支援・要介護（ ）     |
| 貸与を検討中の福祉用具              |               | ケアマネジメントに基づく状態像          |                |
| <input type="checkbox"/> | 車いす及び車いす付属品   | <input type="checkbox"/> | 日常的に歩行が困難な者    |
| <input type="checkbox"/> | 特殊寝台及び特殊寝台付属品 | <input type="checkbox"/> | 日常的に起き上がりが困難な者 |
| <input type="checkbox"/> | 床ずれ防止用具       | <input type="checkbox"/> | 日常的に寝返りが困難な者   |
| <input type="checkbox"/> | その他           |                          |                |
| 上記福祉用具を必要とする理由           |               |                          |                |

### 【主治医記入欄】

「上記、福祉用具の使用が必要と認められる状態像」に（ ☐ 該当する ・ ☐ 該当しない ）

※該当する場合、該当する状態像にチェックおよび傷病名、医学的所見のご記入をお願いします。

|                     |                                                                                                   |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医学的所見に基づく状態像        | <input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に上記「ケアマネジメントに基づく状態像」に該当する。        |
|                     | <input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに上記「ケアマネジメントに基づく状態像」に該当するに至ることが確実に見込まれる。     |
|                     | <input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から上記「ケアマネジメントに基づく状態像」に該当すると判断できる。 |
| 上記の原因となる傷病名         |                                                                                                   |
| 上記状態像と判断する具体的な医学的所見 |                                                                                                   |

年 月 日

主治医氏名

## 軽度者に係る福祉用具貸与費の例外給付について（主治医照会票）

### 上記状態像と判断する具体的な医学的所見の記入例

#### ●確認申請書 状態Ⅰの場合

- ・パーキンソン病があり、一日の中でも状態が変わるため、頻繁に起き上がりや寝返りが困難になることがあるため、特殊寝台が必要である。
- ・リウマチがあり、病状が不安定で、日によって時間帯によって、頻繁に起き上がりや寝返りが困難になることがあるため、特殊寝台が必要である。

#### ●確認申請書 状態Ⅱの場合

- ・がん末期であり、急速に状態が悪化しており、短期間のうちに寝返りはできなくなることが見込まれるため、床ずれ防止用具及び体位変換器が必要である。

#### ●確認申請書 状態Ⅲの場合

- ・椅子での座位が困難であり、嚥下障害のため誤嚥性肺炎を起こす可能性がある。その回避のために、特殊寝台のギャシアップ機能が必要である。

※「起き上がり困難なため特殊寝台が必要である」といった書類では、状態Ⅰ～Ⅲの状態にあるかどうか確認できません。具体的にⅠ～Ⅲの状態が分かるように記入していただきますようお願いします。