

令和3年度

介護保険施設等集団指導資料

(令和3年10月14日 送付)

東根市 福祉課 介護保険係

目 次

1 法令遵守と実地指導について	1
2 変更・廃止・休止・介護給付費算定に係る体制等に関する届出について.....	2
3 指定更新について	6
4 事故報告について	7
5 新型コロナウイルス感染症拡大防止対策及び非常災害対策について	13
6 軽度者に対する福祉用具貸与について	16
7 末期がん等の方への対応について	18

1 法令遵守と実地指導について

(1) 介護サービス事業者の責務

介護サービス事業者は、次の理念に基づいてサービスを提供しなければなりません。

- ① 要介護者等利用者の人格を尊重するとともに、指定基準等を遵守し、利用者のために忠実に職務を遂行すること。
- ② 利用者の心身の状況等に応じて適切なサービスを提供すること。
- ③ 提供するサービスを自ら評価することなどによって、常に事業運営の向上に努めること。

(2) 指定の取消等の状況

制度施行から令和元年度までに、全国において 1,811 事業所が指定の取消処分（令和元年度：78 事業所） を、937 事業所が指定の効力の停止処分（令和元年度：75 事業所） を受けています。

山形県内でも、令和元年度末までに 4 事業所に対して指定を取消し、2 事業所（介護予防含む）に対して指定の効力停止処分、8 事業所に対して改善勧告を行っていません。また、山形市において認知症対応型共同生活介護事業所 1 事業所（介護予防含む）に、米沢市において小規模多機能型居宅介護事業所 1 事業所に、指定の取消処分が行われています。

※出典・・・令和 3 年度山形県介護施設等集団指導資料

(3) 実地指導

介護保険法第 23 条に基づき、サービスを提供する事業所において、関係者から関係書類等を基に面談方式にて説明を求め、適切なサービスの提供と介護報酬請求の適正化を図ることを目的とします。

令和 3 年度の実地指導は、新型コロナウイルス感染防止の観点から、実施時間を短時間となるよう、事業所におかれましては事前準備等のご協力をお願いします。

2 変更・廃止・休止・介護給付費算定に係る体制等に関する届出について

(1) 変更届について

変更があった日から 10 日以内に東根市 福祉課 介護保険係に変更届及び添付資料（変更したことがわかるもの）を提出してください。なお、添付書類については標準添付資料（P5）を参照してください。

なお、提出期限日は変更があった日から 10 日目が閉庁日の場合は、翌開庁日までとします。

例)

変更があった日	変更があった日から 10 日目	変更届 提出期限
令和 3 年 9 月 13 日	令和 3 年 9 月 22 日（水）	令和 3 年 9 月 22 日（水）
令和 3 年 9 月 14 日	令和 3 年 9 月 23 日（木・祝日）	令和 3 年 9 月 24 日（金）
令和 3 年 9 月 15 日	令和 3 年 9 月 24 日（金）	令和 3 年 9 月 24 日（金）
令和 3 年 9 月 16 日	令和 3 年 9 月 25 日（土）	令和 3 年 9 月 27 日（月）
令和 3 年 9 月 17 日	令和 3 年 9 月 26 日（日）	令和 3 年 9 月 27 日（月）
令和 3 年 9 月 18 日	令和 3 年 9 月 27 日（月）	令和 3 年 9 月 27 日（月）
令和 3 年 9 月 19 日	令和 3 年 9 月 28 日（火）	令和 3 年 9 月 28 日（火）

※9月23日、9月25日、9月26日は閉庁日のため、翌開庁日が提出期限となる。

(2) 廃止・休止届について

廃止又は休止をするときは、廃止又は休止が決定した段階で市へ連絡をし、廃止又は休止の日の 1 ヶ月前までに東根市 福祉課 介護保険係に廃止・休止届を提出してください。

なお、当該届出の日前 1 月以内に当該サービスを受けている利用者が、引き続き当該サービスの利用を希望する場合は、必要なサービスが継続的に提供されるよう、居宅介護支援事業者等、他のサービス事業所その他関係者との連絡調整その他の便宜の提供を行わなければなりません。

については、廃止・休止をしようとする事業所は、下記のとおり廃止・休止の日 2 ヶ月前～1 ヶ月前の間に必要な措置を行ってください。

【廃止・休止の際の手続きの流れについて】

時 期	具体的な手続き等
廃止又は休止の2ヶ月前～1ヶ月前 (2ヶ月以上前からでも可)	利用者に十分説明のうえ理解を得て、他事業所の紹介、居宅介護支援事業所等との調整等、利用者への継続的なサービス提供のための便宜提供を行う。 ※引継先事業所のない利用者が発生しないようにすること。
廃止又は休止の1ヶ月前まで	下記の書類を東根市福祉課へ届出する。 ○廃止・休止届出書 ○当該事業所のサービス利用者一覧【任意様式】 ○廃止又は休止後の各利用者の他事業所への引継状況一覧(引継事業所名が記載されているもの)【任意様式】 ※この時点で引継先が決定していない利用者がある場合は「現在調整中」等と記載のうえ提出し、引継先が決定した時点(廃止又は休止する日まで)で、改めて引継状況一覧を提出すること。 ※運営法人変更に伴う廃止など利用者へのサービス提供に影響を生じない場合は、廃止・休止届出書のみ提出で構いません。
廃止又は休止日まで	まだ引継先が決定していない利用者がある場合は、改めて引継状況一覧を提出すること。 ※居宅介護支援事業所の場合は他の事業所の請求に影響があるため、請求事務を終了するとともに、返戻等が生じた場合に対応できるようにしておくこと。

(4) 介護給付費算定に係る体制等に関する届出について

加算の算定を開始する場合は、算定を開始する月の前月の15日までに届出書等を提出してください。

※本市では、サービスの種類を問わず前月の15日までとしていることに注意してください。

※15日が閉庁日の場合は、翌開庁日までの提出とします。

例) 令和4年2月から算定を開始 → 令和4年1月17日(月)まで提出

(1月15日(土)が閉庁日のため、翌開庁日(1月17日)が提出期限となる。)

※算定要件を満たすことを確認するため、資格証の写し等、添付書類等の提出を求められる場合があります。

※加算の算定要件を満たさなくなった場合も、速やかに届出を提出してください。

※加算の算定要件を満たさなかった（満たさなくなった）場合に受領していた介護給付費は不正利得となり、返還することになります。また、悪質と判断された場合は指定取消等の処分となることがあります。

(参考) 変更届への添付書類一覧

項目	変更届への添付書類	留意事項	認知症対応型通所介護(予防)	小規模多機能型居宅介護(予防)	認知症対応型共同生活介護(予防)	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	地域密着型通所介護	居宅介護支援/介護予防支援
事業所(施設)の名称	—	【関連して変更となる可能性がある事項】 ・運営規程	○	○	○	○	○	○
事業所(施設)の所在地	—	【関連して変更となる可能性がある事項】 ・運営規程 ・事業所(施設)の建物の構造、専用区画等	○	○	○	○	○	○
申請者の名称	・登記事項証明書		○	○	○	○	○	○
主たる事務所の所在地	・登記事項証明書		○	○	○	○	○	○
代表者(開設者)の氏名、生年月日及び住所	・登記事項証明書 ・誓約書(参考様式8)	・代表者の姓、住所または職名の変更のみの場合は、誓約書は不要	○	○	○	○	○	○
登記事項証明書又は条例等(当該事業に関するものに限る。)	・登記事項証明書又は条例等		○	○	○	○	○	○
事業所(施設)の建物の構造、専用区画等	・建物の構造概要 ・平面図(参考様式3) ・設備の概要(参考様式4)	・平面図(参考様式3)は、変更箇所を着色する等の対応を行ってください	○	○	○	○	○	○
事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所	・管理者の経歴(参考様式2) ・誓約書(参考様式8) ・(必要に応じて)資格証の写し	・管理者が「常勤」であること ・管理者が兼務する職種がある場合は、「管理者が当該事業所で兼務する他の職種、管理者が兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設の名称及び兼務する職種・勤務時間等」を変更届出書に明記すること。 (管理者の勤務状況がわかる資料(従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表等)の添付でも可とする。) ・管理者の姓、住所、経歴の変更のみの場合は、誓約書は不要	○	○	○	○	○	○
運営規程 【変更事項が以下の①～③のいずれかの場合】 ①従業者(職員)の職種、員数及び職務の内容 ②営業日及び営業時間 ③利用定員/入居定員及び居室数/入所定員	・変更後の運営規程 ・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表(参考様式1) ・(必要に応じて)資格証の写し	・従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)については、変更する月のもの(月途中で変更となる場合は、変更する月と翌月分)を添付 ・運営規定の附則に改正年月日を追記	○	○	○	○	○	○
運営規程 【変更事項が上記の①～③以外の場合】	・変更後の運営規程							
協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関	・左記の変更内容がわかるもの		—	○	○	○	—	—
介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携・支援の体制	・左記の変更内容がわかるもの		—	○	○	—	—	—
本体施設・本体施設との移動経路等	・左記の変更内容がわかるもの		—	—	—	○	—	—
併設施設の状況等	・左記の変更内容がわかるもの		—	—	—	○	—	—
介護支援専門員の氏名及びその登録番号	・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表(参考様式1) ・介護支援専門員一覧(参考様式7) ・介護支援専門員証の写し	・「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」は、介護支援専門員の人員配置基準を確認できる情報のみの記載で可 ・就労の終了の場合は、介護支援専門員証の写しは不要	—	○	○	○	—	○

※ 厚生労働省の「変更届への標準添付書類一覧」を参考に、市で整理したものです。変更内容等によっては追加での添付書類や確認等を行うことがあります。

※ 参考様式1～7については、厚生労働省ホームページ(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/other/index.html【ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 福祉・介護 > 介護・高齢者福祉 > その他 > 11. 指定居宅サービス事業所、介護保険施設、指定介護予防サービス事業所、指定地域密着型サービス事業所、指定地域密着型介護予防サービス事業所及び指定居宅介護支援事業所の指定に関する様式例について】)に掲載

※ 参考様式8(暴力団等に該当しない旨の誓約書)については、山形県ホームページ(<https://www.pref.yamagata.jp/090002/kenfuku/koreisha/jigyosha/shinseihoukoku/sinseisy2007.html>【ホーム > 健康・福祉・子育て > 高齢者福祉 > 介護事業者向け > 申請 > 介護保険事業者指定申請書・更新申請書・変更届出書・介護給付費算定に係る体制等に関する届出書の様式について(R3.6更新)】)に掲載

3 指定更新について

介護保険法の指定を受けた事業所は、指定を受けた日から6年ごとに指定の更新を受けなければ、指定の効力を失うこととなりますので、各事業所において申請期間内に東根市福祉課 介護保険係に更新申請書を提出してください。

(1) 更新申請受付期間について

指定満了日の2ヶ月前の日から1ヶ月前の日の前日まで

※1ヶ月前の日の前日が閉庁日の場合は翌開庁日までとします。

(2) 提出書類

① 指定更新申請書

② 欠格事由に該当しない旨の誓約書

※欠格事由とは以下のとおりです。

- ・地域密着型サービス事業所：介護保険法第78条の2第4項
- ・居宅介護支援事業所：介護保険法第79条第2項
- ・地域密着型介護予防支援事業所：介護保険法第115条の12第2項
- ・介護予防支援事業所：介護保険法第115条の22第2項
- ・介護予防・日常生活支援総合事業者(第一号事業)：介護保険法第115条の45の5第2項に規定する厚生労働省令で定める基準(介護保険法施行規則第140条の63の6)

③ 暴力団等に該当しない旨の誓約書

④ 介護支援専門員一覧(該当するサービスのみ)

※該当するサービス：小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、居宅介護支援、介護予防支援

(3) 提出先

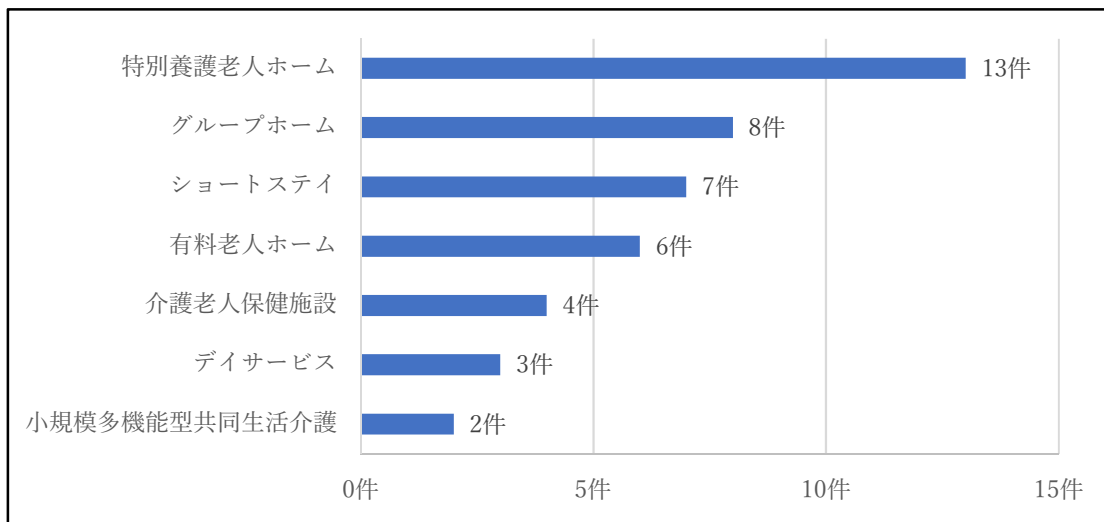
東根市 福祉課 介護保険係

4 事故報告について

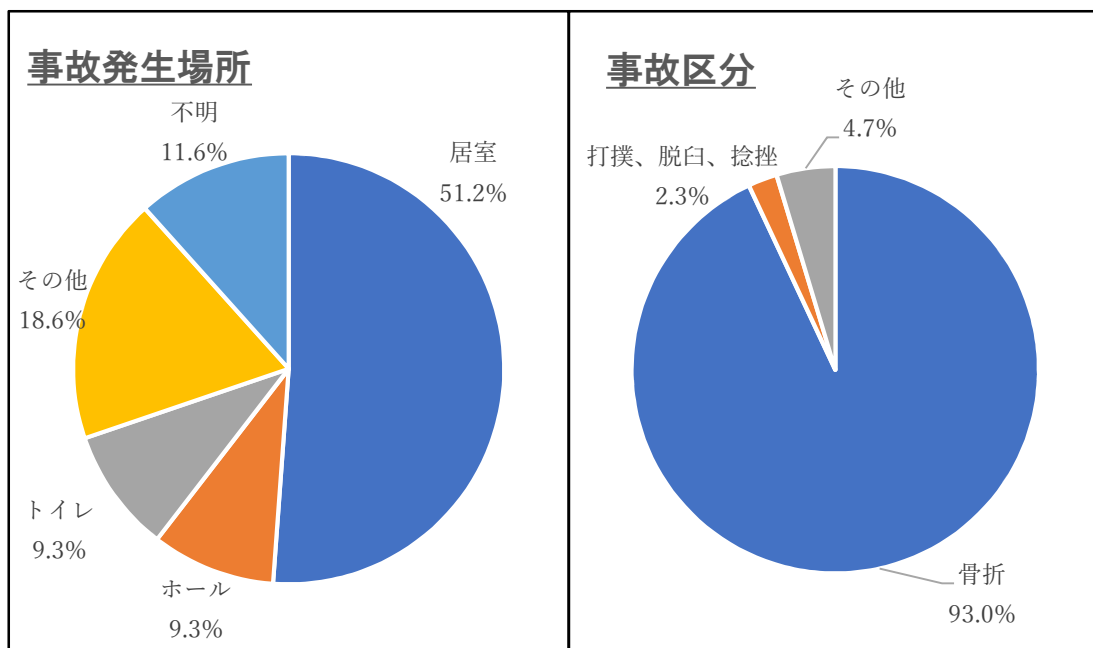
(1) 令和2年度 事故発生状況について

令和2年4月1日から令和3年3月31日までの期間に、東根市に提出された事故報告書の集計結果（43件）をお知らせします。

① サービス種別ごと 発生件数



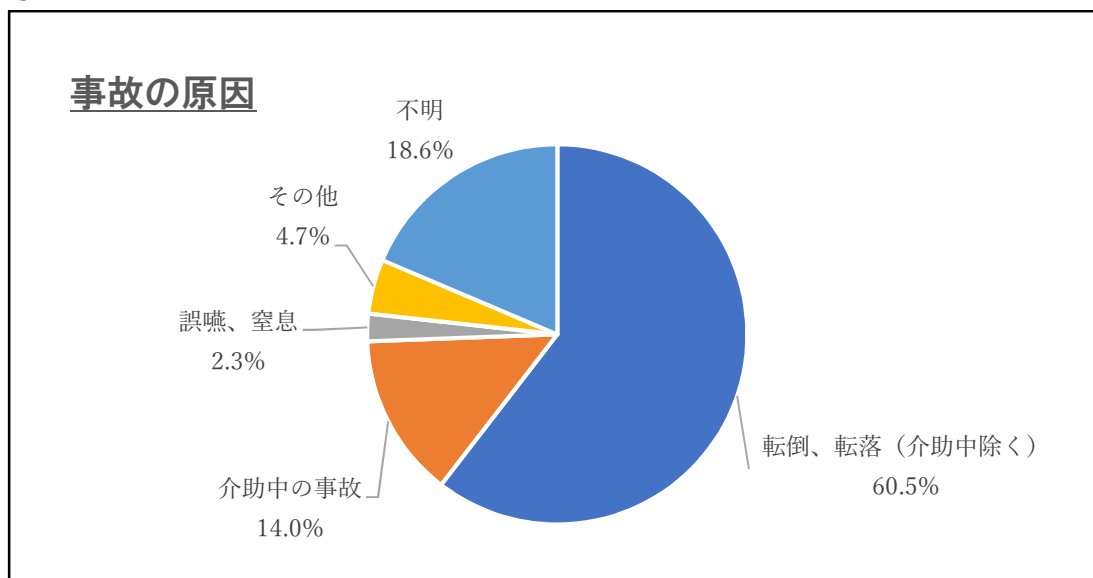
② 事故発生場所及び事故区分について



事故発生場所について、居室が全体の半数となっています。「その他」の内訳は、送迎中等の施設外での発生が多くなっています。

事故区分について、ほとんどが「骨折（40件）」となっております。「その他」は、外傷を伴わない事故となっております。

③ 事故原因について



事故の原因は、「転倒、転落（介助中除く）」が約6割となっております。

「介助中の事故」は、車椅子移乗中の事故、送迎中による事故の報告がありました。職員の安全確認が不十分であったことを起因とする事故も発生しています。

なお、「不明」については、原因が推察はされるが、明確に特定されていないものを含んでいます。

(2) 事故報告基準及び報告方法等について

本市の事故報告の取扱いについて、P 9～12 のとおり整理しましたのでご確認ください。

東根市事故報告の取扱いについて

1 事故報告について

介護サービスの提供中に事故が発生した場合は、各指定サービス等に係る基準省令で定める「事故発生時の対応」の対応を速やかに行ってください。

今般、「事故発生時の対応」にある「市町村への連絡」について、以下のとおり整理しましたので報告が必要な事故が発生した場合は、利用者及び職員の安全確保を行ったうえで報告を行ってください。

2 事故の定義

(1) 重大事故

①死亡、重篤状態

- ・事故発生原因の如何を問いません（利用者自身の転倒等による事故も含みます）。
- ・窒息による死亡等事故を含む。
- ・送迎中の事故により第三者が死亡、重篤状態となった場合も含む。
- ・原因が単なる病気によるものは報告不要（ただし、後日、利用者家族等とのトラブルが発生する恐れがあるものについては、報告してください）。

②一定程度の後遺障害、一酸化炭素中毒（事故発生原因の如何は問わない）

③利用者の行方不明

※事業所で行方不明と判断したもの（外部機関への要請の有無・発見されるまでの時間は問わない）。

④火災

⑤自然災害（地震、風水害等）による人的被害及び建物の損壊（損壊程度は問わない）等の物的被害

(2) その他の事故

①医療上の治療を受けた場合

- ・利用者自身の転倒による怪我也含む。
- ・送迎中の事故により、第三者が負傷した場合も含む。

②死亡等につながる恐れがある場合

- ・物品等（飲食物以外）の重要な部分に破損・故障・汚染・変質等の劣化が生じた事態
- ・飲食物に毒物・劇物等が含有・付着した事態
- ・窒息その他生命・身体に著しい危険が生じた事態

③第三者による建物損傷

④施設内での盗難

⑤訪問系サービスにおける利用者宅での物損事故等

※ 消費者安全法（平成21年法律第50号）において、地方公共団体の長は消費者事故等に関する情報を得たときは、消費者庁長官に対して通知しなければならないこととされております。

介護サービス事業所等においては、消費（役務）安全性を欠くことが疑われる事故が発生した場合となります。

- ・（1）重大事故のうち通知対象となる事故
 - ①、②、④のうち、消費（役務）安全性を欠くことが疑われる事故
- ・（2）その他の事故のうち通知対象となる事故
 - ①（うち治療期間30日以上を負傷・疾病に限る）及び②の事故のうち、消費（役務）安全性を欠くことが疑われる事故

（3）報告が不要なもの

- ①単なる病気による死亡や重篤状態
- ②医療上の治療を受けなかった怪我

※報告が不要なものであっても、苦情・トラブルに発展する可能性のあるものについては、報告を行ってください。

3 報告書の様式

別紙「事故報告書」を使用してください。

4 報告期日

- （1）重大事故・・・事故発生後速やかに福祉課介護保険係に連絡を入れるとともに、原則として事故発生当日に報告書を提出してください。ただし、夜間・閉庁日においては翌開庁日とします
- （2）その他の事故・・・事故発生後1週間以内に報告してください。

5 報告対象

市内全ての介護保険サービス施設・事業所を報告対象とします。

市外の介護保険サービス施設・事業所については、サービス利用者の保険者が東根市である場合は東根市にも報告をしてください。

なお、県所管事業所における事故については、県にも報告書を提出する必要があります。

6 その他

- ・報告書提出後、事故発生時の状況等について、事業所及び関係者等に対し聞き取り及び関係書類の確認、発生場所での状況確認を行う場合があります。

事故報告書 (事業者→東根市)

※事故発生後速やかに提出すること。

※選択肢については該当する項目をチェックし、該当する項目が複数ある場合は全て選択すること

<input type="checkbox"/> 第1報	<input type="checkbox"/> 第 ____ 報	<input type="checkbox"/> 最終報告
------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

提出日： 年 月 日

1事故 状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()										
	死亡に至った場合 死亡年月日	西暦 和暦		年		月		日				
2 事 業 所 の 概 要	法人名											
	事業所(施設)名								事業所番号			
	サービス種別											
	所在地											
3 対 象 者	氏名・年齢・性別	氏名				年齢				性別：	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
	サービス提供開始日	西暦 和暦		年		月		日	保険者			
	住所	<input type="checkbox"/> 事業所所在地と同じ <input type="checkbox"/> その他 ()										
	身体状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 自立									
	認知症高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M										
4 事 故 の 概 要	発生日時	西暦 和暦		年		月		日		時		分頃(24時間表記)
	発生場所	<input type="checkbox"/> 居室(個室) <input type="checkbox"/> 居室(多床室) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外 <input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> その他 ()										
	事故の種別	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)										
	発生時状況、事故内容の詳細											
	その他 特記すべき事項											
5 事 故 発 生 時 の 対 応	発生時の対応											
	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応 <input type="checkbox"/> 受診(外来・往診) <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他 ()										
	受診先	医療機関名							連絡先(電話番号)			
	診断名											
	診断内容	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(部位：) <input type="checkbox"/> その他 ()										
	検査、処置等の概要											

6 事 故 発 生 後 の 状 況	利用者の状況								
	家族等への報告	報告した家族等の 続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子、子の配偶者 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
		報告年月日	西暦 和暦		年		月		日
	連絡した関係機関 (連絡した場合のみ)	<input type="checkbox"/> 他の自治体 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> その他 自治体名（ ） 警察署名（ ） 名称（ ）							
	本人、家族、関係先等 への追加対応予定								
7 事故の原因分析 (本人要因、職員要因、環境要因の分析)		(できるだけ具体的に記載すること)							
8 再発防止策 (手順変更、環境変更、その他の対応、 再発防止策の評価時期および結果等)		(できるだけ具体的に記載すること)							
9 その他 特記すべき事項									

5 新型コロナウイルス感染症拡大防止対策及び非常災害対策について

(1) 新型コロナウイルス感染症拡大防止対策について

① 新型コロナウイルス感染症関連情報について

新型コロナウイルス感染症関連の国及び県からの事務連絡等については、随時メールにて連絡を行っておりますので、確認を行ってください。

なお、国及び県が介護事業所等向けに新型コロナウイルス感染対策等をホームページにまとめて掲載しているため、適宜参照してください。

【厚生労働省ホームページ】

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureissha/taisakumatome_13635.html

(ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 福祉・介護 > 介護・高齢者福祉
> 介護事業所等向けの新型コロナウイルス感染症対策等まとめページ)

【山形県ホームページ】

<https://www.pref.yamagata.jp/090002/kenfuku/koreisha/jigyosha/tsuuchi/kansensyo.html>

(ホーム > 健康・福祉・子育て > 高齢者福祉 > 介護事業者向け > 通知
> 感染症対策・注意報通知)

また、新型コロナウイルス感染拡大防止対策については、以下の介護保険最新情報をご参照ください。

- ・介護保険最新情報 vol. 808
「社会福祉施設等における感染拡大防止のための留意点について（その2）」
- ・介護保険最新情報 vol. 881
「社会福祉施設等における感染拡大防止のための留意点について（その2）（一部改正）」
- ・介護保険最新情報 vol. 929
「高齢者施設における感染対策の更なる推進について」
- ・介護保険最新情報 vol. 930
「介護現場における感染対策の手引き（第2版）等について」

② 新型コロナウイルス感染者が発生した場合の情報提供について

事業所内において新型コロナウイルス感染者が発生した場合は、速やかに保健所のほか、本市にも感染状況に関する報告を行ってください。

報告の際は感染状況のほか、感染が発生するまでの経過、利用者やスタッフの検査見

通し、サービスの提供状況（今後の対応を含む）等を整理し、報告を行うようにしてください。

（２）非常災害対策について

事業者は法令等に基づき、非常災害に関する具体的な計画を立て、定期的に避難訓練等を行ってください。

また、浸水想定区域内にある社会福祉施設においては、令和３年５月の水防法（昭和24年6月4日号外法律第193号）改正により、原則年一回以上の避難訓練の実施と訓練実施後概ね一ヶ月を目安とした訓練結果報告（「訓練実施結果報告書（様式例）」はP15を参照）が義務化されたことに留意してください。

6 軽度者に対する福祉用具貸与について

福祉用具貸与では、軽度者（要介護1及び要支援1・2）について、車いす等の種目は、保険給付の対象外です（自動排泄処理装置については、要介護2・3も対象外）。ただし、軽度者であっても、「厚生労働大臣が定める者（95号告示第25号のイ）」に該当する場合は、貸与費が算定できるものとされています。

また、「厚生労働大臣が定める者」に該当しない場合であっても、医学的所見に基づき市町村の確認を受けることにより、貸与費を算定が可能とされています。

「厚生労働省大臣が定める者」に該当しない場合、本市では「診療情報提供書」等により確認を行っていたところですが、医師から「診療情報提供書」の提供に時間がかかることや、医師と介護支援専門員とのスムーズな意思疎通が図られず「診療情報提供書」の内容から福祉用具貸与の必要性の判断が困難である事例が散見され、結果的に利用者に弊害が生じていたところでした。

こういった現状を踏まえ「診療情報提供書」の参考様式をP17のとおり整理しましたのでご活用ください。

なお、参考様式と同等の内容が確認できれば、任意様式でも対応が可能です。

診 療 情 報 提 供 書

指定介護予防支援事業者
指定居宅介護支援事業者：

担当介護支援専門員： _____ 様

氏 名	様 (男・女)	生年月日	歳
傷病名			

1. 病状、治療経過等（具体的に記載してください）

2. (i)～(iii)のうち該当する状態像の記号に○をつけ、下表に○及びチェックをつけてください

- (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**頻繁に下表の右欄の状態像**に該当する者 <例：パーキンソン病、重度の関節リウマチ>
- (ii) 疾病その他の原因により、**状態が急速に悪化し**、**短期間のうちに頻繁に下表の右欄の状態像**に該当するにいたることが**確実に**見込まれる者 <例：がん末期>
- (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下表の右欄の状態像**に該当すると判断できる者 <例：呼吸不全、心不全、誤嚥性肺炎の回避>

	例外給付対象種目 (該当する記号に○をつけてください)	例外給付が認められる状態像 (該当する状態像にチェックをつけてください)
必要な福祉用具	ア 車いす及び同付属品	<input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難 <input type="checkbox"/> 日常生活範囲における移動の支援が特に必要
	イ 特殊寝台及び同付属品	<input type="checkbox"/> 日常的に起き上がりが困難 <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難
	ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難
	エ 認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/> 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障があり、かつ移動において全介助を必要としない
	オ 移動用リフト（除つり具部分） ※昇降座椅子含む	<input type="checkbox"/> 日常的に立ち上がりが困難 <input type="checkbox"/> 移乗に一部介助または全介助が必要 <input type="checkbox"/> 生活環境において段差の解消が必要
	カ 自動排泄処理装置	<input type="checkbox"/> 排便に全介助が必要であり、かつ移乗に全介助が必要
	【備考】	

年 月 日

所在地：

医療機関名：

医師名：

(印)

7 末期がん等の方への対応について

末期がん等の方については、状態が急激に悪化し、迅速に介護サービスの利用が必要となる場合があります。居宅介護支援事業所におかれましては、適切な対応をいただいているところですが、改めて以下の点に留意し適切な介護サービスの提供を行っていただくようお願いいたします。

(1) 包括支援センターとの連携について

末期がん等の方については、要介護認の二次判定が出る前に介護サービスを提供する例（いわゆる、暫定利用）がほとんどです。このため、包括支援センターと居宅介護支援事業所が連携し、対応していくことが重要となりますので、十分な連携と綿密な情報共有を行うようにしてください。

(2) 市への申請・届出等について

末期がん等の方については、早急な介護サービスの利用が求められる場合があり、利用のタイミングによっては市への申請・届出等が時間的に困難となるケースが想定されます。

市に対する申請・届出等が行えなかったため、求められている介護サービスの利用ができないことは、利用者にとって大きな不利益になると考えられます。このため、早急な介護サービスの利用が求められるが、申請・届出等が遅れて対応せざるを得ない等の場合は、早期に市介護保険係へ連絡するようにしてください。

末期がんの方についてはご本人の状態の変化やご家族様の心情の変化により、臨機応変な対応が求められることに留意いただき、ご本人及びご家族の方に適切な対応が取れるようにしてください。