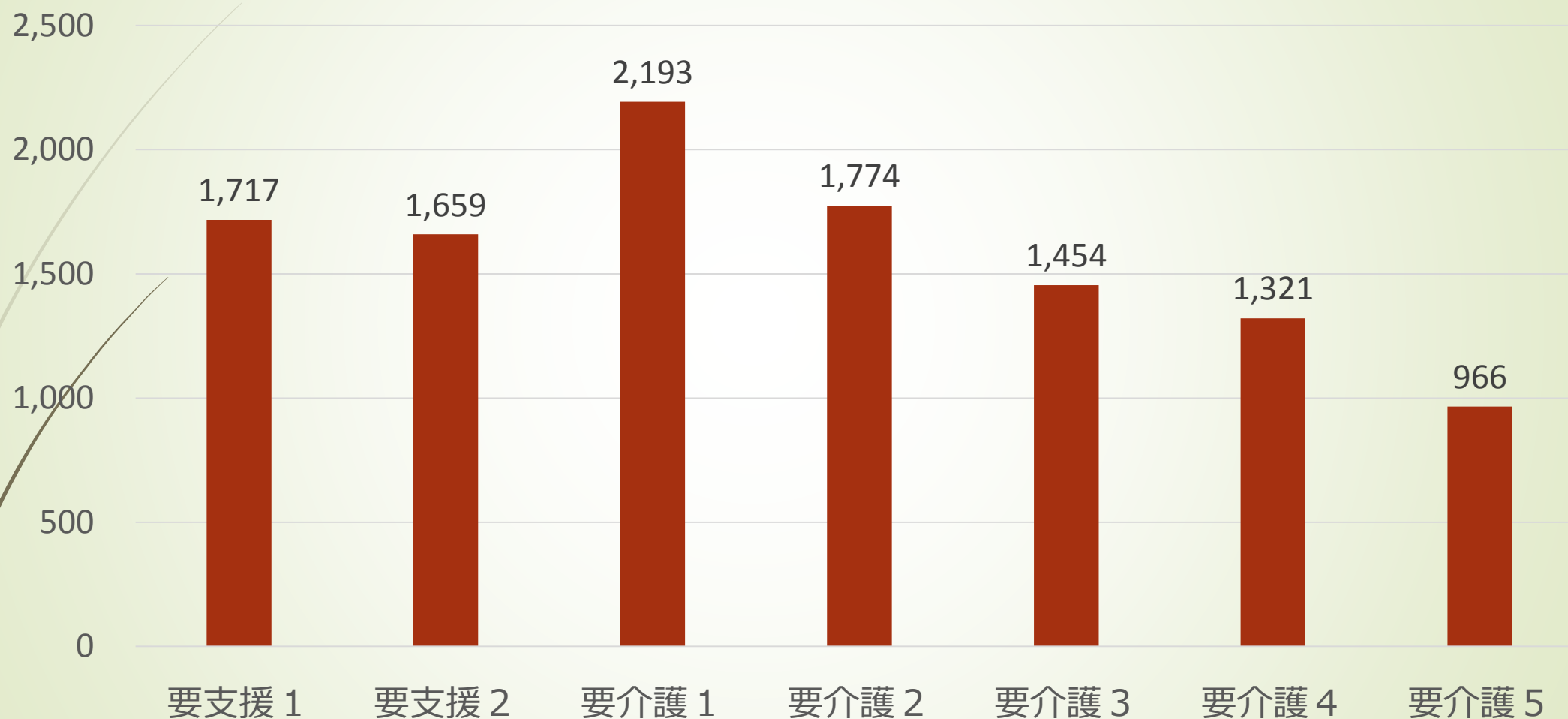


令和3年度 居宅介護支援事業所等集団指導 認定申請等に関する注意事項とお願い

鈴鹿亀山地区広域連合
介護保険課 認定グループ

要支援・要介護認定者数

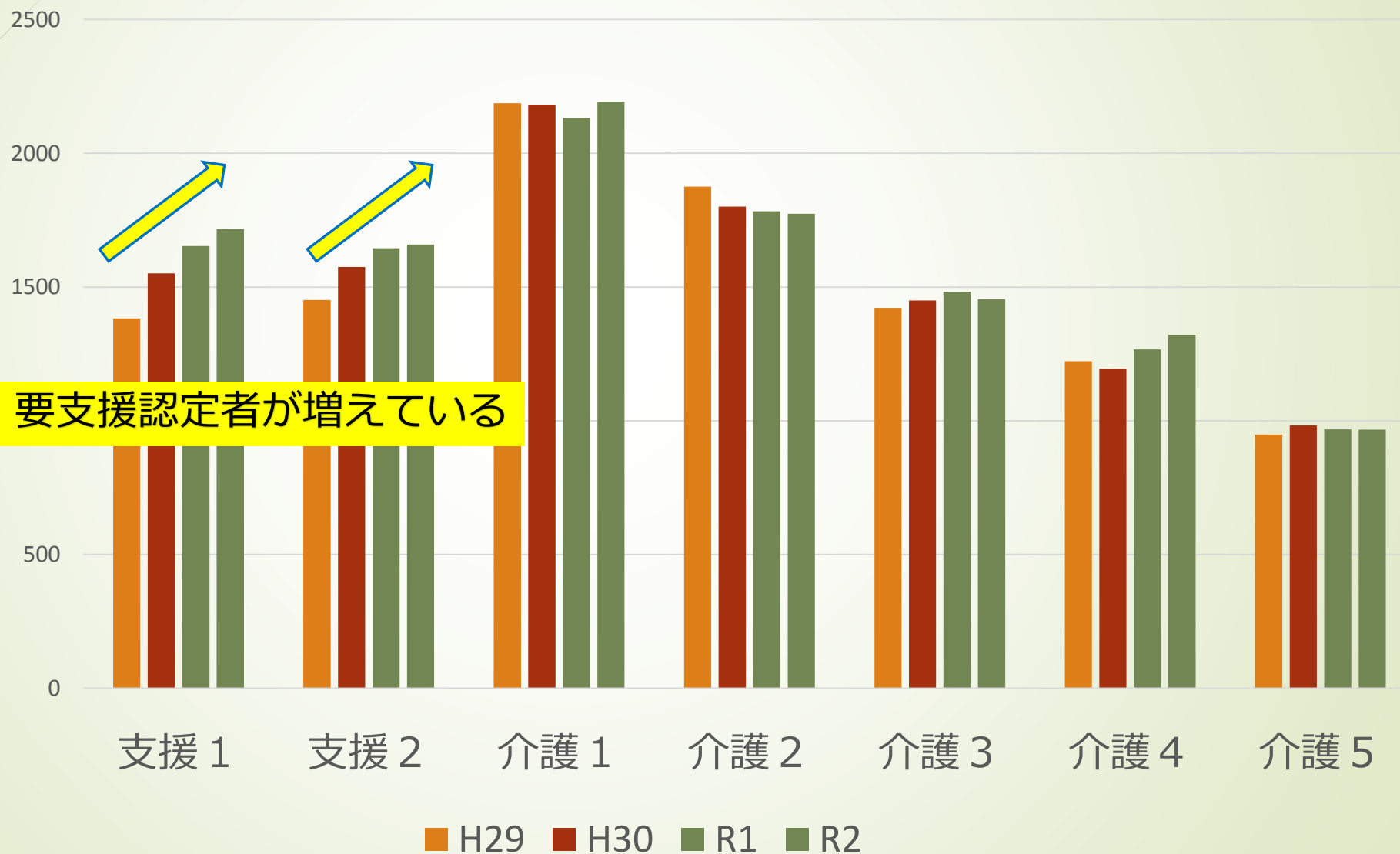
令和2年12月
事業月報より



要支援認定 3,376人 + 要介護認定 7,708人 = 総要介護認定者数 11,084人

要支援・要介護認定者数 推移

令和2年12月
事業月報より



介護認定申請件数

	新規	更新	変更（介護）	変更（支援）	合計
平成28年	2,523	6,514	806	509	10,352
平成29年	2,475	6,186	825	547	10,033
平成30年	2,478	5,008	779	576	8,841
令和元年	2,428	5,940	696	580	9,644
令和2年	2,418	5,645	772	646	9,481

要介護・要支援認定申請書について（表面）

5 険 病			
② 手続代行者	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 家 族 <input type="checkbox"/> 民生委員・成年後見人等 被保険者以外が申請するときは記載してください。
	所在地		氏名 (続柄)
	名 称		電話 ()
	電話番号		住所
③ 認定調査	現在の本人の居所	<input type="checkbox"/> 自 宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 (右に記入)	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設(特養) <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他
		名称	方
		所在地	
	調査立会人の連絡先	フリガナ氏名	続柄・関係
介護サービス計画・介護予防サービス計画の作成, 又はその他の高齢者福祉施策のために必要があるときは, 要介護認定・要支援認定にかかる認定申請者情報, 調査内容, 介護認定審査会による判定結果・意見, 及び主治医意見書を, 地域包括支援センター, 居宅介護支援事業者, 居宅サービス事業者, 介護保険施設, 主治医意見書を記載した医師, 認定調査に従事した調査員又は在宅介護支援センターに提示することにより同意します。			
介護保険法上, 結果通知が申請から30日を超える場合は遅れる理由を記載し, 延期通知をする必要がありますが, 認定の有効期間内に結果通知をする場合であれば, 延期通知を省略することに同意します。			
本人氏名(必ず記入)			

事業所印不要

担当者氏名

要介護・要支援認定申請書について（裏面）

ください。他に適用する制度については、介護保険に優先して利用できる場合があります。

連絡事項	被保険者 番号										
	<div>・認定調査希望曜日（調査は月曜日から金曜日をお願いします。）</div> <div>・いつでもよい ・希望曜日 月・火・水・木・金 希望時間 午前・午後</div> <div>・認定調査時に特に配慮すべき件があれば記入してください</div> <div>・そのほか伝達事項があれば記入してください</div>										
受付欄	被保険者証押印交付	済 → <input type="checkbox"/> 被保険者証添付有									
		<input type="checkbox"/> 窓口で事務者に直接返却 <input type="checkbox"/> 担当より郵送									
		有効期限→ 年 月 日と記入して返却									
		未済 → <input type="checkbox"/> 被保険者証添付無									
		受領印									

申請書
裏面下段



[ご来院のみなさまへ](#)

[医療関係の方へ](#)

[診療科一覧](#)

[当院について](#)

7

外来受診のご案内

[ホーム](#) ▶ [ご来院のみなさまへ](#) ▶ [介護保険主治医意見書について](#)

介護保険主治医意見書について

様式・資料



[患者さん向け案内文書](#)

[啓発チラシ・ポスター「かかりつけ医を持ちましょう」](#)

[介護保険主治医意見書予診票](#) PDF版 Word版

主治医が作成する「主治医意見書」をもとに行われます。主治医意
をお願いします。

で直接ご持参いただくか、FAXまたは郵送で提出

▶ [会計・お支払いからお帰りまで](#)

▶ [紹介状をお持ちください](#)

[動画で見る受診案内](#)

[主治医意見書について](#)

[診断書・証明書等の発行](#)

[医療に関するご相談](#)

[セカンドオピニオン外来](#)

[お薬相談外来](#)

[入院のご案内](#)

〒514-8507 津市江戸橋2丁目174 国立大学法人 三重大学医学部附属病院 総合サポートセンター
FAX : 059-231-5541

- 予診票は、主治医意見書を作成する際の資料になりますので、必ずご提出ください（予診票が無い場合は作成できかねますのでご了承願います）。
- ご本人が記入できない場合は、ご家族、又はケアマネジャーなど普段の様子が見える方が代わりに記入してください。
- 予診票は総合サポートセンターまたは市町の介護保険申請窓口で配付しますが、下記からもダウンロードいただけますので、ご利用ください。

様式・資料



[患者さん向け案内文書](#)

[啓発チラシ・ポスター「かかりつけ医を持ちましょう」](#)

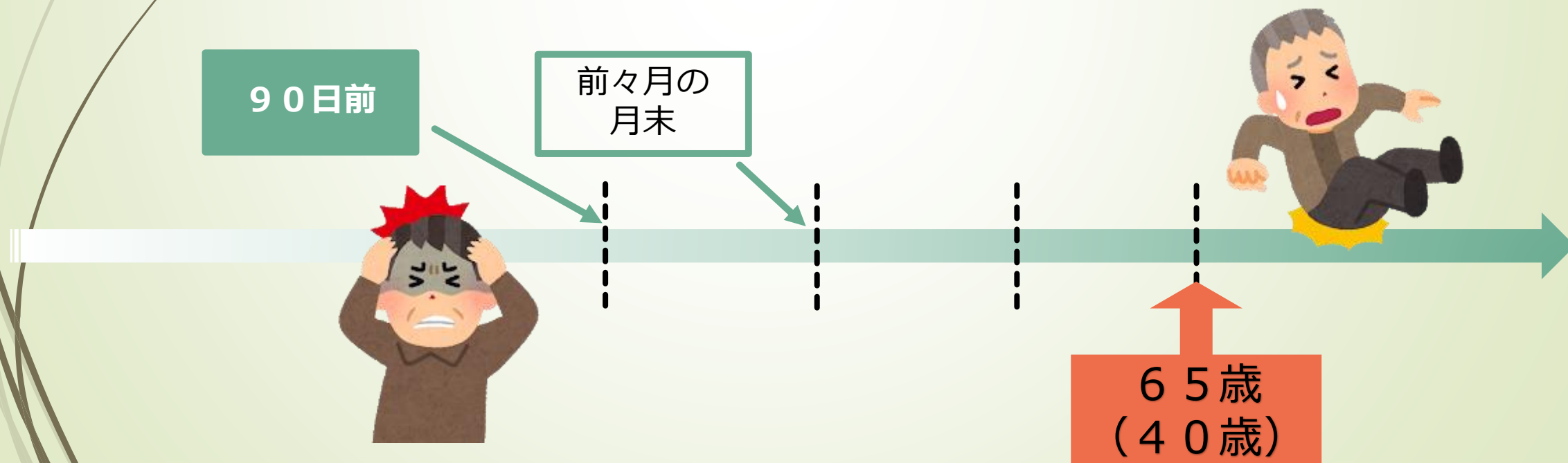
[介護保険主治医意見書予診票](#) PDF版 Word版

65歳（特定疾病に該当する者の40歳） 到達時の要介護・要支援新規申請時期について

「3か月前以内に申請を受理することを運用上の対応として可能としている。」との記載を受け、**誕生日の90日前から申請を受け付けています。**

※申請の案内は65歳到達前々月の月末に発送します

平成27年2月18日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課障害福祉課 事務連絡



新型コロナウイルス感染症に係る 要介護認定の臨時的な取扱について

厚生労働省老健局老人保健課

感染拡大防止を図る観点から面会や医療機関への受診が困難な場合、
更新申請について従来の認定有効期間に、1 2 か月までの範囲で市町村が定める期間を合算することができる。

当連合では

在宅に居住 6 か月合算
施設等に入所 1 2 か月合算 としています

月平均
(実績)

	在宅	施設
2 年度	126	37
3 年度（4～6 月）	272	52

申請時の主治医との連携について 1

10

意見書が書けない！ との相談が寄せられています

- ✓ 受診歴がない。または、前回受診からずいぶん経つ！
- ✓ 1回での受診では状態が把握できない！（整形外科に多い）



◆ 変更申請をすることが伝わっていない

- ✓ なぜ区分変更を申請する必要があるのか？
- ✓ 意見書を書いたばかりで前回との変化もない。
- ✓ 一時的な状態悪化で、近々（認定調査時には）回復する見込み。

● 申請前に、主治医との情報連携をお願いします

申請時の主治医との連携について 2

特定疾病への理解を！

- ✓ 特定疾病のどの項目を満たしているか説明できますか？

→参考：特定疾病にかかる診断基準（PDF） など

- ✓ 特定疾病について，主治医として診ている，または情報をお持ちの医師ですか？

- ◆ 特定疾病の確認が出来ずに，意見書が書けない

- ◆ 診断の為に再度受診する必要がある

→認定の遅れ，CMへの不信感

**迅速・正確な認定のため，主治医との
連携・相談に御協力をお願いします。**



1. がん【がん末期】（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）

【定義】

以下の特徴をすべて満たす疾病である。

①無制限の自律的な細胞増殖が見られること（自律増殖性）

本来、生体内の細胞は、その細胞が構成する臓器の形態や機能を維持するため、生化学的、生理学的な影響を受けながら細胞分裂し、増殖するものであるが、がん細胞はそういった外界からの影響を受けず無制限かつ自律的に増殖する。

②浸潤性の増殖を認めること（浸潤性）

上記の自律的な増殖により形成される腫瘍が、原発の臓器にはじまり、やがて近隣組織にまで進展、進行する。

③転移すること（転移性）

さらに、播種性、血行性に遠隔臓器やリンパ行性にリンパ節等へ不連続に進展、進行する。

④何らかの治療を行わなければ、①から③の結果として死に至ること（致死性）

【診断基準】

以下のいずれかの方法により悪性新生物であると診断され、かつ、治癒を目的とした治療に反応せず、進行性かつ治癒困難な状態（注）にあるもの。

- ① 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されているもの
- ② 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されていない場合は、臨床的に腫瘍性病変があり、かつ、一定の時間的間隔を置いた同一の検査（画像診査など）等で進行性の性質を示すもの。

2. 関節リウマチ

自他覚症状5項目及び臨床検査2項目の7項目中、少なくとも4項目を満たすものをいう。
なお、自他覚症状の項目 a. ～ d. は少なくとも6週間以上存在しなければならない。

（1）自他覚症状

- a. 朝のこわばり持続時間（少なくとも1時間以上）
- b. 同時に3ヶ所以上の関節腫脹あるいは関節液貯留
- c. 手首、中手指節間関節（MCP）、近位指節間関節（PIP）のなかで少なくとも1ヶ所以上の関節腫脹
- d. 同時に両側の同一部位での関節炎
- e. リウマトイド皮下結節

（2）臨床検査

- a. 血清リウマトイド因子陽性
- b. X線所見：手首、MCP、PIP 関節に骨びらんあるいはオステオポローシス像

（3）鑑別診断

- a. 五十肩、腱・腱鞘炎
- b. 痛風、仮性痛風
- c. 全身性エリトマトーデス、強皮症などの膠原病
- d. ベーチェット病、シェーグレン症候群、潰瘍性大腸炎、サルコイドーシス
- e. 変形性関節症
- f. 結核性関節炎

参考にした診断基準：

厚生省長期慢性疾患総合研究事業による診断基準

主治医変更のFAX連絡について

13

精度向上と間違い防止のために御協力をお願いします

(参考) 主治医の変更連絡について

鈴鹿亀山地区広域連合 介護保険課 認定G 宛て

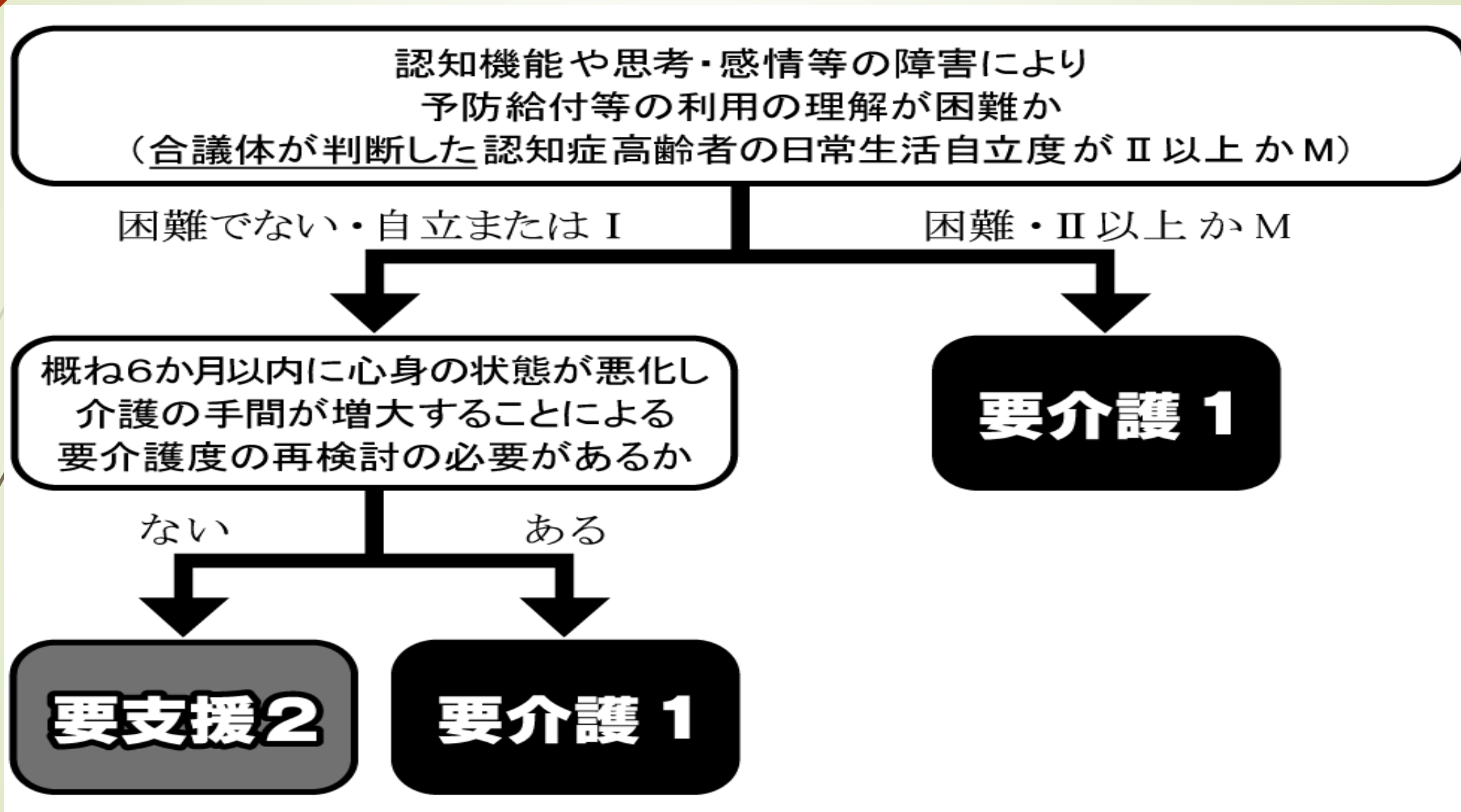
	事業所名 担当者氏名
日時	令和〇〇年〇〇月〇〇日(←FAX送信日)
被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
変更理由	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 のため
変更内容	〇〇〇〇〇病院 〇〇〇〇〇医師 から △△△△病院 △△△△医師 に変更

介護保険課 認定グループ

電話 059-369-3203

FAX 059-369-3202

支援 2 と介護 1 の違いについて



認定期間の延長について（令和3年4月～）

認定期間の上限を48か月とする

【条件】

直前の要介護度が「要介護5・36か月」と認定された者が、更新申請の二次判定で再度、要介護5と判定された方

情報提供申請様式の変更について

- 複数名分を書ける様式の廃止

被保証の取り置きと委任状の提出について

- 取り置きに係る現状
- 委任状の提出
- 対象者の条件
- 確認後はすぐに本人へ渡してください

委任状

17

年 月 日
↑作成日
(委任した日)

(宛先) 鈴鹿亀山地区広域連合長

委任者

被保険者番号 ○○○○○○○○○○○○

住所 鈴鹿市神戸 1 丁目××-××

氏名 鈴亀 太郎 (代筆 鈴亀花子 子の妻)

私は、下記の者を代理人に定め、介護保険要介護認定・要支援認定等結果通知書及び介護保険被保険者証、介護保険負担割合証を代理受領することを委任します。

代理人

住所 亀山市本丸町××-×

氏名 ○○ケアプランセンター
介保 険一

本人が書けない場合、代筆を
可とします。
押印は不要ですが、
十分な説明をお願いします。

年 月 日受領いたしました。 ←当日記載

認定有効期間開始日の取扱いについて

区分変更申請の結果、要介護から要支援に変更された場合は、
この申請の認定有効期間の始まりを認定日からとする

- 理由 ① 既に利用した介護サービスの利用料負担を軽減するため
② 申請日に遡ると、その期間、予防支援事業所の関わりがない
恐れがあるため（CM不在・予防ケアプランなし）

注 意

従来の認定期間を過ぎて、要支援の認定が出た場合、
認定日までの空白期間は、保険適用外となる

