



おあしす -Oasis-

<http://www.caresys.co.jp>

INDEX



1. 介護保険利用料が
医療費控除対象になりました！
2. ケアシス日記
3. アンケート集計結果
4. 編集後記



vol.4

介護保険サービス利用料が 医療費控除を受けられます！

みなさん！

いよいよ確定申告の時期「二月十六日～三月十五日」が迫って来ました。ただし、「医療費控除等の還付のみの場合」は、この期間外の現在でも申請可能です（税務署の場合）。

一年間は早く、そして、気付いてみると医療費等多額に及んでいたりする事も多々あります。サラリーマンで年末調整がお済みの方も、一度領収書を見返してみてはいかがでしょうか？

平成十二年分の確定申告より、「介護保険サービス（条件付けあり）」の利用に際しての利用者自己負担分も医療費控除に該当することとなりました。

ただし、条件付きのモノですので、以下を参考にして頂くか、杉石クリニック及びケアシススタッフ、担当のケアマネージャーさん等にご相談下さい。

（企画部編集長）

医療費控除

1 「医療費控除対象者」

自己または自己と生計を一（仕送りを受けている場合含む）にする配偶者やその他の親族のために医療費を支払った場合が対象となります。また、夫婦共働きで、例えば「奥様に所得があるためにご主人の扶養親族となっていない」といった場合でも、ご主人の医療費控除の対象となります。

2 「医療費控除対象」

① 治療の際使用した保険外の治療に必要な物品

② 通院・在宅医療に際し必要な交通費

↓ 公共交通機関のみ対象（緊急を要する場合等を除く）。

市バス・地下鉄等領収書がない場合、ノート等に「日付、病院名、治療を受けた人の名前、金額、交通経路」を記載し、申告書へ添付することが必要。

③ 健康診断の費用

↓ 健康診断の結果重大な疾病が発見されて、引き続き治療を受けた場合のみ対象。

④ おむつ使用料

次のいずれも満たす者

ア 傷病によりおおむね六ヵ月以上に渡り寝

たきりの状態にあると認められる者。

イ 当該傷病について医師による治療を継続

して行う必要があり、おむつの使用が必要と認められる者。

⑤ 在宅療養の介護費用

↓ 傷病により寝たきりの状態にある者が、在宅療養を行うため、医師の継続的な診療を受けており、若しくは保健婦・助産婦・看



注

これら介護保険関連にてご不明な点は、ケ

エ

介護老人福祉施設サービス
施設介護サービス、食事提供にかかる標準負担額のうち、自己負担額として支払った額の二分の一に相当する額。

イ

(3) 食事提供にかかる標準負担額及びその他負担した食材料費のうち、標準負担額に相当する金額。

ウ

(2) 同施設が行う訪問看護等の医療系サービス及び右記「イ」要件を満たす、サービス提供にかかる自己負担額。

エ

(1) 施設介護サービスのうち、食事提供以外のサービス提供にかかる自己負担額。

イ

右記「ア」の医療系サービスと共に、訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護（振替利用含む）を利用する場合に該当。

ウ

介護老人保険施設及び介護療養型医療施設（左記対象範囲限定）サービス

エ

施設介護サービスのうち、食事提供以外のサービス提供にかかる自己負担額。

イ

右記「ア」の医療系サービスと共に、訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護（振替利用含む）を利用する場合に該当。

ウ

介護老人保険施設及び介護療養型医療施設（左記対象範囲限定）サービス

エ

施設介護サービスのうち、食事提供以外のサービス提供にかかる自己負担額。

イ

右記「ア」の医療系サービスと共に、訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護（振替利用含む）を利用する場合に該当。

⑥

介護保険利用料（対象範囲に制限あり）

ア

訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所リハビリテーション、短期入所療養介護等の医療系サービス。

イ

市町村によるホームヘルパー派遣事業、社団法人シルバーサービス振興会が認定した民間事業者。

ウ

介護福祉士の資格を有する者。

ご存知ですか？



アプラン作成担当の居宅介護支援事業者（ケアマネージャー）若しくは市区町村役所・役場担当課までご相談下さい。

⑦

入院中の食事代及び部屋代

例（一） 差額ベット
例（二） 共益費

③

「医療費控除対象額」

①

年間所得が二百万円を超える世帯の場合
※十万円を超えた額

②

年間所得が二百万円以下の世帯の場合
※年間所得の五%の額

④

「申請時必要物品及び書類」

①

領収書

②

印鑑

③

年間所得を証明するモノ

④

例）サラリーマン世帯の場合は源泉徴収表
前記②④の場合「おむつ使用証明書」

⑤

様式については三ページ参照。

⑥

前記②⑤の場合、「在宅介護費用証明書」

注

介護保険サービスにおいて、指定の様式によることのできない場合は、介護支援

事業所及び基準該当サービス事業者により、領収書のほかに「医療費控除対象金額を明記した書面」を作成の上、領収書

に添付する事が必要。

「短期入所生活介護の振り替え」において

の様式は、四〜五ページ参照して下さい。

⑦

還付金振込のための振込先等がわかるもの及びその印鑑

⑤

「申告」は市役所・町役場でも取り扱って頂

ます。申告取り扱い・期間については、市役所・町役場税務課へお問い合わせ下さい。

(別紙)

おむつ使用証明書		
患 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	
傷 病 名	によりおおむね6か月以上にわたり寝たきり状態にある又はあると認められる。	
治 療 状 況	入院(所)中	在宅で治療中
必 要 期 間	発行日から 6か月未満 6か月以上1年未満 1年以上	
上記の者は、頭書の傷病により、現に治療を継続中であり、このためおむつの使用が必要であることを証明する。 平成 年 月 日 医療機関名 _____ 住 所 _____ 医 師 氏 名 _____ ③ (注)1 証明書は、当該患者に対して頭書の傷病により、継続して治療を行っている医師が記載すること。 (注)2 「必要期間」が年をまたがる場合は、その年末までに、また、「必要期間」満過後において更に治療のためおむつが必要と認められることとなった場合は、その期間経過後に、改めて証明書を発行すること。		

- ① この証明書は、おむつ代(紙おむつの購入料及び貸おむつの賃借料をいう。以下同じ。)について医療費控除を受けるために必要です。
- ② 医療費控除を受けるためには、この証明書とおむつ代の領収書を確定申告書に添付するか、確定申告の際に提示することが必要です。
- ③ おむつ代の領収書は、患者の氏名及び成人用のおむつ代であることが明記されたものであることが必要です。

税務署、若しくは、お住いの市町役所・役場にて書類は手に入ります！

参考様式につき実際の様式と異なる場合があります

(別添様式例1)

振替措置に係る短期入所サービス利用領収証(償還払方式用)

(平成 年 月分)

利用者氏名			
費用負担者氏名		続柄	
市町村名及び住所等	(住所: 印)		
居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者名			
振替措置に係る短期入所サービス	単価	日数	利用者負担額(保険対象分)
			円
			円
その他の受用(保険給付対象外のサービス)	単価	日数	利用者負担額
			円
領収額	円		
うち保険対象分の1割に相当する金額	円		

(注)

- 1 本様式例によらない領収証であっても、「居宅サービス計画を作成した介護支援事業者名」と「うち保険対象分の1割に相当する金額」が記載されたものであれば差し支えありません。
なお、利用者自ら居宅サービス計画を作成し、市町村に届出が受理されている場合においては、居宅サービス事業者は、居宅介護支援事業者名の代わりに当該市町村名を記入して下さい。
- 2 「うち保険対象分の1割に相当する金額」の欄には、保険給付対象となった場合には、保険給付を免除した利用者負担額を記載して下さい。
- 3 市町村が交付する振替措置決定通知書により、保険給付対象であることが確認できる範囲で医療費免除の対象となるものであり、すべての場合において医療費免除の対象となるものではありません。
- 4 医療費免除を受ける場合、この領収証と振替措置決定通知書を認定申請書に添付するか、又は認定申請の際に提示してください。

書類の手配は、担当のケアマネージャーさんに
ご相談下さい！

参考様式につき実際の様式と異なる場合があります

(別添様式例2)

振替措置に係る短期入所サービス利用証明書(受領委任方式用)

(平成 年 月～平成 年 月分)

利用者氏名			
費用負担者氏名		続柄	
事業所名及び住所等	(住所: 印)		
居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者名			

利用期間		日数	
------	--	----	--

医療費控除の対象となる金額	円
---------------	---

(注)

1. 利用者自ら居宅サービス計画を作成し、市町村に届出が受理されている場合においては、居宅サービス事業者は、居宅介護支援事業者名の代わりに当該市町村名を記入して下さい。
2. 医療費控除を受ける場合、振替措置に係る印紙貼とこの証明書を強制的な書寄に届付するか、又は確定申告の際に提出して下さい。

書類の手配は、担当のケアマネージャーさんにご相談下さい！

ケアシス日記 ～訪問介護・訪問入浴にて～

○月△日□曜日 晴れ

全員がいつもの時間に集合！



AM 8:45
朝のミーティング。

昨日の申し送りや
今日の訪問について、
情報交換や話し合い
を行います。

ミーティング終了し、
忘れ物がないように
注意して、

AM 9:45
いざっ、出発！
「行って来まーす。」



AM 9:45
○△様宅へ着き、
入浴車から浴槽機材
をお宅の中へ。



組み立てた浴槽の中
へ、安全のためのネ
ットを張って.....

完成！

さあっ、お風呂です！





いよいよ入浴です！
「お湯加減いかがですか？」

「シャワーの湯加減どう
ですか？
勢いはどうですか？」



洗髪中.....

「目を閉じていて下さい
ね。」

「かゆい所はないですか
？」

「お湯をかけますね。」





PM 1:00
訪問介護に向う。

「今日はお天気が良くて、絶好のお天気日和ですね。」

.... 夕方までに何軒か訪問し、帰社。

明日も頑張るぞっ！
オーッ！



今回は、みなさんに私たちケアシスが
どのような一日を過ごしているのかを知
って頂くことで、より身近な存在となれ
るように企画しました。

今以上に、サービス向上へ努めて行き
たいと思っております。

当企画を含め、みなさまのご意見・ご
感想をお待ちしております。

企画部アンケート集計結果のお知らせ

突然のアンケートにもかかわらず、多数の方にお答え頂いたことに感謝致します。
平成13年1月23日現在ではありますが、現時点での集計結果をご報告致します。
尚、今後もアンケート用紙の回収を続けて参りますので、どうぞご提出下さい。

1. 回収率；24%

2. 新聞「おあしす」について；

回答頂いた方みなさまから好評のご返事を頂きました。ですが、これは私にみなさまの愛の鞭と感じ、出版回数も含めて充実させていくつもりです。

3. 旅行企画について；

- ア 行きたいと思わない 6名
- イ 宿泊希望 4名
(内訳；a 寝たきり状態のため外出できるとは思えない 2名
b 介助があれば外出できると思う 2名)
- ウ 日帰り希望 15名
(内訳；a 行きたいが外出できない 6名
(本人の状態が良くない1名、寝たきり状態のため4名、その他1名)
b 条件がそろえば行きたい 6名
(介助があれば6名(うち、車椅子使用中4名、車椅子がない2名)
c 家族と共に行きたい 1名(車椅子必要)
d 寝たきり状態だから行けないが行くとすれば日帰り 1名
e (選択漏れ) 介助があれば行きたい 1名(車椅子必要))

以上の通りです。

編集 後記

遅ればせながら、
今年も宜しくお願い致します。

前回、みなさまにご協力頂き、アンケートが行えたことをとても嬉しく思います。

アンケートの集計結果からもお解りの通り、現在の身体状況から「外出及び旅行の制限」を受け、外出したくてもできない方が少なくないということです。また、「日帰り」を希望された方の殆どは、「寝たきり状態、若しくは、それに準ずる状態」のため、車椅子を使われています。語弊があつてはならないので付け加えますが、宿泊を希望された方の中にも「同様の状態、車椅子を使われている」方は当然いらっしゃると思います。

つまり！

旅行企画は必要ということなんです！

勿論、強制的なものでは全くありません。

更に、参加される方への配慮がされていくことです。

春には、旅行企画への「企画段階からの実行委員を患者様やご家族から募集」、「仮旅行プラン」、「参加者募集」等々お伝えできるよう、進行させて行きます。乞うご期待！



我が愛しのiMacですが、近々お別れです。それは、New Power MacG4 が来るからなのだからーっ！



おあしす -Oasis- vol.4

平成13年1月 発行

企画・編集 杉石クリニック企画部
〒470-2309
知多郡武豊町字梨子ノ木グレイス石川1階



杉石クリニック
-在宅医療研究所-

tel.(0569)74-1560
fax.(0569)74-1569



(有) ケアシス

tel.(0569)74-2150
fax.(0569)74-2151

ホームページ <http://www.caresys.co.jp>
