

令和7年度

集 団 指 導 資 料 ( 追 加 )

～指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所～

那珂川市健康福祉部高齢者支援課

## 指定（更新）申請様式等について

指定（更新）申請に関する様式について、市ホームページへ掲載していますので、ご確認ください。

### 地域密着型サービス事業所の指定(更新)申請・介護給付費算定に係る体制等に関する届出

更新日:2024年10月1日更新  印刷ページ表示

#### 新規・更新指定申請

地域密着型(介護予防)サービス事業の指定(更新)を希望する事業者は、指定権者である那珂川市に届出を行ってください。

#### 変更、廃止・休止、再開届出

地域密着型(介護予防)サービス事業の指定事項に変更が生じた場合や、事業所が廃止・休止、再開する場合は、指定権者である那珂川市に届出を行ってください。

#### 掲載場所

トップページ > 分類でさがす > 事業者の皆さん > 事業者向け申請・届出 > 福祉・医療(事業者向け) > 地域密着型サービス事業所の指定（更新）申請・介護給付費算定に係る体制等に関する届出

## 居宅サービス計画作成に係る届出について

### 1 概要

那珂川市では、介護支援専門員が居宅サービス計画を作成する際に、原則的に居宅サービス計画に位置付けることのできない次の①～③のサービスについて、アセスメントの結果やむを得ずサービスが必要であると判断し、居宅サービス計画に位置付ける場合、事前に保険者である本市に対して、当該事由の届出を行うこととしています。

また、基準省令により位置付けのある居宅サービス計画を市町村に届け出なければならないとされているサービス④についても、同様の届出としています。

適正なサービス利用につなげるため、ご協力をお願いします。

### 2 届出が必要な介護保険サービスの内容

①軽度者に対する福祉用具の例外給付届出（指定居宅サービスの介護報酬 福祉用具貸与留意事項通知 注4、指定介護予防サービスの介護報酬 介護予防福祉用具貸与注4）

②認定の有効期間のおおむね半数を超えて利用する短期入所（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13条第21）

③同居家族がいる場合の生活援助（「指定居宅介護サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導および福祉用具貸与に係る部分）および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の制定に伴う実施上の留意事項について」第2の2（6）（平成12年3月1日老企36号）

※同居家族全員が要介護・要支援認定を受けている場合を除く

④厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（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13条第18の2）

### 3 問い合わせ先

那珂川市 高齢者支援課 介護保険担当

### 4 資料・提出書類（別添）

- ①.軽度者に対する福祉用具の例外給付届出
- ②.認定の有効期間のおおむね半数を超えて利用する短期入所
- ③.同居家族がいる場合の生活援助
- ④.厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護

軽度者への福祉用具貸与 利用フローチャート

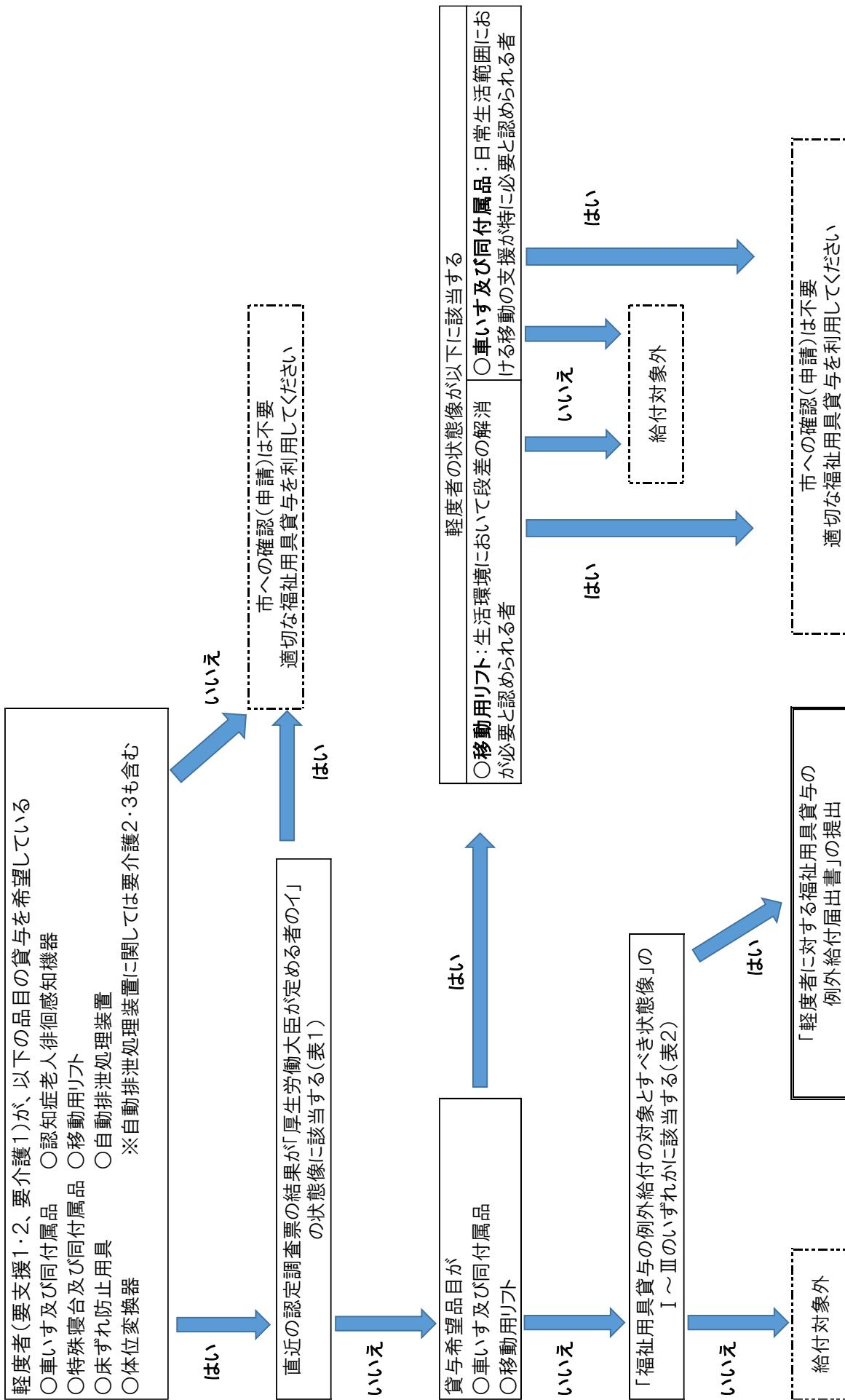


表1 厚生労働省が示した状態像

種目	厚生労働大臣が定める者のイ	厚生労働大臣が定める者のイに該当する基本調査の結果
車いす及び車いす付属品	次のいずれかに該当する者 ①日常的に歩行が困難な者 ②日常生活範囲において移動の支援が必要と認められる者	1-7歩行「3.できない」 ※基本調査に該当項目なし
特殊寝台及び特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者 ①日常的に起きあがりが困難な者 ②日常的に寝返りが困難な者	1-4起き上がり「3.できない」 1-3寝返り「3.できない」
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	1-3寝返り「3.できない」
認知症老人徘徊感知機器	次のいずれにも該当する者 ①意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解のに支障がある者 ②移動において全介助を必要としない者	3-1意思の伝達「1.調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外 又は3-2毎日の日課を理解～3-7場所の理解までのいずれかが「2.できない」 又は3-8徘徊～4-15話がまとまらず、会話にならない今までのいはずれかが「1.ない」以外 その他、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 2-2移動「4.全介助」以外
移動用リフト	次のいずれかに該当する者 ①日常的に立ち上がりが困難な者 ②移乗において一部介助又は全介助を必要とする者 ③生活環境において段差の解消が必要と認められる者	1-8立ち上がり「3.できない」 2-1移乗「3.一部介助」又は「4.全介助」 ※基本調査に該当項目なし
自動排泄処理装置	次のいずれにも該当する者 ①排便において全介助を必要とする者 ②移乗において全介助を必要とする者	2-6排便「4.全介助」 2-1移乗「4.全介助」

表2 福祉用具が必要となる主な事例内容

事例類型／福祉用具賞与の例外給付の対象とすべき状態像	必要と予想される福祉用具	事例内容の例
<b>I 状態の変化</b> 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つて、頻繁に利用者等告示第三十一号のイに該当する者	特殊寝台 床ずれ防止用具・体位変換器 移動用リフト	パーキンソン病で、内服加療中に急激なON・OFF現象が頻回に起き、日によって、福祉用具が必要な状態となる。
	特殊寝台 床ずれ防止用具・体位変換器 移動用リフト	重度の関節リウマチにより、関節のごわばりが朝方に強くなるため、時間帯によって、福祉用具が必要な状態となる。
<b>II 急性増悪</b> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第三十一号のイに該当することが確実に見込まれる者	特殊寝台 床ずれ防止用具・体位変換器 移動用リフト	末期癌で、認定調査時には自立していたが、急激な状態悪化により、短時間で福祉用具が必要な状態となる（すでにその状態である）。
	特殊寝台 床ずれ防止用具・体位変換器 移動用リフト	重度の喘息発作があり、特殊寝台を利用し、一定の角度に頭部挙上をすることで、呼吸不全の危険性を回避する必要があると、医師からも指示されている。
<b>III 医師禁忌</b> 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利用者等告示第三十一号のイに該当すると判断できる者	特殊寝台 特殊寝台 特殊寝台 床ずれ防止用具・体位変換器 移動用リフト	重度の心疾患があり、特殊寝台を利用することで、急激な動きをすることなく、心不全発作の危険性を回避するよう、医師からも指示されている。
	特殊寝台 床ずれ防止用具・体位変換器 移動用リフト	重度の逆流性食道炎（嚥下障害）があり、特殊寝台を利用し、一定の角度に頭部挙上をすることで、誤嚥性肺炎の危険性を回避する必要があると、医師からも指示されている。
		脊髄損傷からの下半身麻痺による褥瘡発生リスクが高く、福祉用具の利用により、褥瘡発生の危険性を回避するよう、医師からも指示されている。
		人工股関節の術後で、移動用リフトの利用により立ち座りの際の脱臼の危険性を回避するよう、医師からも指示されている。

# 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付届出書

## 1 被保険者情報

届出日： 年 月 日

被保険者番号									
被保険者氏名									
生年月日		明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳 )							
要介護度		<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2			有効期間	年 月 日			
		<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3				年 月 日			
福祉用具 貸与品目		<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品			<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品				
		<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器			<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器				
		<input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く。)			<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置				

## 2 主治医への確認事項

根拠となる身体状況			疾病名その他の原因
<input type="checkbox"/>	i 状態の変化	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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者	
<input type="checkbox"/>	ii 急性増悪	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で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	
<input type="checkbox"/>	iii 医師禁忌	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告示で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	
主治医	医療機関名		医師名

## 3 添付書類

医師の医学的な所見が確認できるもの		計画書(サービス担当者会議内容等)
<input type="checkbox"/> 主治医意見書		<input type="checkbox"/> ケアプラン(第1表～4表)
<input type="checkbox"/> 診断書		<input type="checkbox"/> 介護予防サービス・支援計画表
<input type="checkbox"/> ケアプラン旧第5表		<input type="checkbox"/> 介護予防支援経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)
<input type="checkbox"/> 聴取した内容が示された書類(様式任意)		
<input type="checkbox"/> その他( )		

提出者	事業所名		担当者名
	委託元	委託元担当者	電話番号

## 軽度者に対する福祉用具貸与に係る医師の医学的所見の聴取記録用紙

基本情報	被保険者名	被保険者番号						
	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						
	認定有効期間	年	月	日	年	月	日	
医師	医療機関名							
	医師名（届出書2欄の主治医であること）							
	医療機関所在地		電話番号					
	確認日および方法	年	月	日	<input type="checkbox"/> 訪問・面接（医師・その他） <input type="checkbox"/> 電話（医師・その他） ※医師以外の場合 (SWの氏名等)			
※疾病名および心身の状態を具体的に聴取し、根拠となる身体状況が届出書2欄の i ~ iii のどの類型に該当するか、医師の明確な判断を得たうえで、当該福祉用具貸与の必要性が明らかとなるよう記入してください。								
疾病名その他原因								
心身の状態	※医師が直接記入する必要はありません。介護支援専門員の聞き取りによる記載で可。							
医師の医学的所見	以上により、 <input type="checkbox"/> 状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によって（届出書／類型 i） <input type="checkbox"/> 状態が急速に悪化し、短期間のうちに（届出書／類型 ii） <input type="checkbox"/> 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（届出書／類型 iii） <span style="float: right;">下記の告示で定める状態像に該当する。</span>							
	該当する状態像      （利用者等告示第三十一号のイで定める状態像）							
	<input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難な者 (①) <input type="checkbox"/> 日常的に起上がりが困難な者 (②a) <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者 (②b) <input type="checkbox"/> 意志の伝達、介助者への反応、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者 (③) <input type="checkbox"/> 立ち上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 移乗が一部介助または全介助を必要とする者      → <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助      (④) <input type="checkbox"/> 生活環境において段差解消が必要な者 <input type="checkbox"/> 排便および移乗において全介助を必要とする者 (⑤)							
	貸与品目      上記疾患その他の原因、心身の状況および告示で定める状態像により、							
	<input type="checkbox"/> 車いす (①) <input type="checkbox"/> 車いす付属品 (①) <input type="checkbox"/> 特殊寝台 (②a、②b) <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 (②a、②b) <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 (②b) <input type="checkbox"/> 体位変換器 (②b) <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 (③) <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具部分を除く）    (④) <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 (⑤)      の貸与が必要。							
	※状態像 (①～⑤) と、貸与品目の番号 (①～⑤) が一致していること。							

## 那珂川市自立支援・重度化防止に資する居宅介護支援に係る基本方針 (ケアマネジメントガイドライン)

### 1 作成の根拠

平成29年の「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（「地域包括ケア強化法」）において、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取り組みが全国で実施されるよう制度化されました（平成29年度の介護保険制度の改正により、高齢者が自身の持つ能力に応じ、自立した生活を送ることができるよう、「自立支援・重度化防止」に全市町村が取り組むこととなりました）。

そのためには、介護保険制度の基本理念である「自立支援」「尊厳（自己決定）の保持」に関する認識を共有し、「自立支援・重度化防止」に向けた取り組みが、本人や家族の意向と合致していくよう、十分な理解と説明が必要となります。

そこで、介護保険制度の根幹であるケアマネジメントの在り方、介護保険の基本理念である、高齢者の「自立」「自立支援」についての考え方を改めて整理し、利用者本人の意思を尊重した「自立支援・重度化防止」に向けたケアマネジメントを推進する上で必要な考え方を、保険者・介護支援専門員・利用者で共有するためのツールとして活用するため、本ガイドラインを作成しました。

### 2 法の理念

介護保険法においては制度の3つの基本理念として、①利用者本位のサービス利用 ②利用者選択の尊重 ③有する能力に応じた自立の支援 が掲げられています。

保険給付は、要介護状態等の軽減または悪化の防止に資するように行われなければならないと定められているとともに、被保険者の選択に基づき行われるものであり、それは、要支援者、要介護者の自立支援という理念に沿って検討されなければならないものです。

### 3 介護保険法に掲げる用語の解釈

#### <利用者本位とは>

利用者には、自己選択、自己管理、個人の自由、個人のプライバシーの保護といった権利が保障されており、「利用者が主体的に生きていくこと」を支援することは、「利用者の尊厳の保持を支援すること」でもあります。

一方で、介護支援専門員は、家族やサービス事業者など、価値観や利害関係が異なる立場のひとから異なる期待や指示を受ける機会があるでしょう。

そのような場合であっても、介護保険法では、利用者と家族、地域、サービス事業所、医療関係者、法人など、異なる立場や考えの狭間においても、常に利用者の権利を擁護する立場から、利用者の自立やQOLを高めることを最優先する立場をとることを、介護支援専門員に求めていると解されます。

### <利用者選択の尊重とは>

介護支援専門員は、利用者と一緒に問題を整理し、利用者本人の問題解決の力を呼び起こしたり、介護サービスなどの情報提供を行ったりしながら、利用者と一緒に問題を解決する方法を探す中で、利用者が解決方法を選択し、自己決定するための支援を行う必要があります。

自己決定の重要度はその人それぞれで違いますが、日常生活における様々な自己決定が、「自分らしい暮らし」の維持・実現に欠かせないものとなっています。

「暮らしにくさ」が生じている利用者が、「そのひとらしい暮らし」を実現するために、利用者自身が「暮らしやすさ」に向けて、自己決定をしていく、その過程を介護支援専門員はさまざまな工夫（わかりやすい情報提供、決定の先に予測される状態像の提示、決定を待ち決定する力を信じる、など）をしながら支援をしていきます。

自己決定の支援にあたって、「公平性と中立性に基づいた情報提供」が重要であることは言うまでもなく、常に利用者の立場に立ち、特定の事業所に偏ることがないように情報を提供し、利用者の選択を求めるプロセスが必要です。

## 4 ケアマネジメントについて

介護保険制度の基本理念である「尊厳の保持」及び「自立支援」、「利用者本位」を具現化していくための手法として導入されたのが「ケアマネジメント」です。

高齢者の状態像を適切に把握し、自立支援に資するサービスを総合的、計画的に提供するための仕組みであり、介護保険制度の中核となるものです。

### <ケアマネジメントとは>

個々の要介護者の心身の状況や置かれている環境、希望などを十分把握したうえで、状態の軽減又は悪化を防止する視点に立って、介護保険サービスをはじめ、さまざまなサービス等を調整し総合的かつ効率的に提供するための仕組みであり、ケアマネジャーが中心となって実施されます。

本市では、介護保険制度においてケアマネジメントを担う指定居宅介護支援事業の実施にあたっては、厚生労働省の「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」に定められた『基本方針』や『取扱方針』等に基づいた運営をお願いしております。

## 5 「自立支援」とは

### (1) 「自立」の定義

「自立」について明確に定義している法律、条約等はありません。

一般的には、自立の度合いを測る尺度として、以下の4つの視点から本人の自立の度合いを測るものとされています。

- ①「身体的自立」／生活行動や行為の改善。
- ②「精神的自立」／自己決定や状況判断力の向上。自己実現。
- ③「社会的自立」／地域社会からの孤立の解消。家庭や地域での役割の発見。
- ④「経済的自立」／生活費・医療介護費の確保。他に依存しない経済生活の確保。

⇒本人の「自立支援」を図るために、アセスメントの際にこの4つの尺度のなかのどこに課題があるのかを把握し、その課題解決に向けたアプローチの手法を検討することが重要です。

## (2) 自立支援に向けたアプローチの手法

アセスメントにおいて、自立を阻害している要因・課題を把握した場合は、その要因・課題は解決可能なものなのか、どうすれば解決することができるのかを検討する必要があります。

自立を阻害している要因は、身体的状況や本人の生活環境などさまざまですが、その解決の手法については、以下の2つの視点からのアプローチの方法を検討することが重要です。

### <医学モデル的アプローチ>

障害は、病気や身体の変調が原因であり、治療やリハビリテーションによって障害を克服し、本人が自己実現を目指した日常生活そして人生を送るのを支えることを大切にしています。

⇒自立を阻害している要因が、治せる（治療・改善が可能）ものはその改善に向けた効果的なサービス利用について検討・提案します。

### <社会モデルアプローチ>

障害は社会や環境によって作られるため、生活機能の低下すなわち障害があっても、自己実現を目指しているそのひとが困らないように、社会や環境を変えようとするこを重要視しています。

⇒自立を阻害している要因が、治せない（治療・改善が難しい）ものである場合は、周囲の環境の変化、地域資源の活用などによりそれを補うことができないかを検討します。

もし、補うことができない課題である場合は、それが個人の課題なのか地域全体の課題なのかを考察し、必要に応じて、行政・地域に働きかけることが重要です。

## 6 「重度化防止」について

平成18（2006）年に介護保険制度が改正され、介護保険制度の柱に自立支援とともに「重度化防止」が明示されました。

介護サービス及び介護支援には、加齢に伴う生理的老化、病的老化や障害、疾病などのために介護が必要となったひとに対し、日常生活のなかで自らが行うことが困難となったことへの直接的な介護だけでなく、介護サービス及び介護支援を通して重度化防止、自立支援を目的とした取り組みも行われてきました。

平成29（2017）年度の制度改正では、「高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止に向けた取り組みの推進」を図るための見直しが行われました。

「重度化防止」は、介護保険制度の主要な柱です。

### <介護保険制度においての「重度化防止」の意味>

「重度化防止」というと、加齢に伴う老化や疾病などによって障害が生じ、自立した日常生活が困難となったひとの障害の状態が悪化（重度化）することを防ぐ意味に考えがちですが、介護保険制度で言う「重度化防止」は、自立の状態はもちろんのこと、要介護・要支援度がより重度の方向へ向かわないことを目指すものである。

このような意味においては、自立支援・重度化防止は、介護サービス及び居宅介護支援が取り組まれるうえで、どちらも欠けてはならないものです。

## 7 「自立支援・重度化防止」はなぜ重要なか

### <自立支援・重度化防止のための取り組みが求められる背景>

#### (1) 本人の生活の質（QOL）の向上

「自分のことは自分で決めたい」という欲求を満たすこと、本人の生活機能を改善し社会参加の機会を増やすという「自立支援」の取り組みを推進することで、超高齢化社会においても、本人のQOLの向上を図ることが重要です。

#### (2) 介護保険制度の持続可能性の確保（社会全体の介護負担の軽減）

高齢化の進行に伴う介護給付の増大により、高齢者自身、ひいては社会全体の介護負担が重くなっています。

自立支援・重度化防止の取組みや、「意識づけ」によって、介護保険制度における基本理念の正しい理解の普及を推進することで、要介護状態の重度化防止を図り、介護保険サービスの利用を抑制することなく、社会全体の介護負担の軽減を図っていく必要があります。

#### (1) 本人の生活の質（QOL）の向上について

平成25年度国民生活基礎調査の結果から、軽度認定者の約半数は廃用症候群（活動量が低下したことにより心身機能が衰え、さまざまな生活上の不具合が発生すること）により介護を必要とするに至ったとのデータがあります。

これらのひとたちは、本人の有する能力を最大限に生かして、「自立」に向けた支援を行うことにより、介護を必要とする状態を改善できる可能性が高いと考えられ、軽度の段階での「自立支援」の取組みが必要となります。

#### (2) 介護保険制度の持続可能性の確保（社会全体の介護負担の軽減）について

介護保険制度では、介護保険費用の半分を介護保険料（第1号被保険者、第2号被保険者）にて被保険者が負担する仕組みとなっています。

本市では、今後も高齢者数は増加を続ける見込みとなっており、拡大する需要に合わせて各種サービスを整備していく必要があります。住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、介護保険制度はなくてはならない制度であり、必要なサービスが抑制されるといったことがないよう、介護予防を推進し、介護保険制度持続の可能性と社会全体の介護負担軽減を高めていく必要があります。

## 8 多職種協働における介護支援専門員

介護保険制度は、支援を必要とする生活を送るうえで必要なサービスを総合的に提供する仕組です。

個々の介護支援専門員が保健・医療、福祉すべての領域に精通することを求めているのではなく、得意な領域はその専門家と協働して、常にこの三つの領域の総合性が保たれ、専門的な視点が複合的に注がれているようにすることが大切です。

生活を支えることは、ひとりの力ではありません。多様な専門職が専門知識を出し合い、連携・協働して支援に当たるための環境づくりが介護支援専門員の大きな役割です。

### <医療との連携について>

介護保険サービスを必要とするのは、「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態等」となった人です。

のことからも、かかりつけ医等の医療関係者との連携なくして、QOLの向上を図ることは困難です。

## 9 那珂川市が行っているケアマネジメントの質の向上への取組

ケアマネジメントの質の向上を目的として、本市では以下の取り組みを行っています。

- ケアマネジャーからの相談対応
- ケアプラン点検の実施
- 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付届出制
- 認定の有効期間の半数を超えて利用する短期入所について介護保険サービス利用に係る居宅サービス計画の届出制
- 住宅改修・福祉用具購入時の担当ケアマネジャーの関わりと多職種連携の推進
- 医療費との突合・縦覧点検の実施
- 給付実績の活用による個別確認
- 地域ケア会議における個別事例検討の実施
- 主任介護支援専門員連絡会、居宅部会の開催
- 在宅医療・介護関係者の情報共有とネットワークづくり支援

など

## 10 さいごに

本市では、介護保険制度に関わる中で居宅介護支援事業所のみなさまとともにケアマネジメントの在り方について考えてきました。高齢者の「自立支援」のための取り組みを進めるにあたり最も重要なのは、介護保険制度における「自立支援」の考え方を、行政、介護支援専門員、介護サービス事業所等はもとより、介護サービスを利用する利用者やその家族が「高齢者の自立支援を目指す」という姿勢をもち、それを共有することです。

そのためには、自立支援、重度化防止に向けたケアマネジメントが、本人の生活の質の向上につながり、それが社会全体の介護負担の軽減にもつながるということを、十分に理解してもらうことが重要です。本市においても、市の将来設計や介護予防の重要性等についての周知を図っておりますが、多くの住民が共通認識を持つには時間がかかかるものと思われます。

介護支援専門員のみなさまにおかれましても、本ガイドラインを活用し、自身のケアマネジメント業務の中で、自立支援、重度化防止に関する視点を持っていただくとともに、利用者や家族に対しても、その視点に基づいたサービス提案や説明に努めていただきますようお願いいたします。

## 介護保険福祉用具購入費の支給について

**衛生管理面などで福祉用具貸与になじまない、排泄や入浴等に使われる福祉用具を購入したときに、  
購入費の一部が介護保険より支給されます。**

- ・那珂川市の被保険者の方。
  - ・要介護(要支援)認定をもっている方。
  - ・指定の福祉用具販売事業所において販売される特定福祉用具で、那珂川市が日常生活の自立を助けるために必要と認めるものに限ります。
  - ・本人が在宅で生活している方。(入院・入所・外泊は不可)
- ※入院(入所)中だが退院(退所)予定が近く、在宅生活に向けての福祉用具購入が必要な方は、入院(入所)中に申請が可能です。但し、償還払いでの申請となります。

### ◆ 給付対象となる特定福祉用具の種類

品目	機能または構造
1 腰掛便座	<p>★次のいずれかに該当する場合に限る。 ※設置費用は保険給付対象外</p> <p>①和式便器の上に置いて腰掛式に変換するもの。(腰掛式に変換する場合に高さを補うものを含む。)</p> <p>②洋式便器の上に置いて高さを補うもの。</p> <p>③電動式又はスプリング式で便座から立ち上がる際に補助できる機能を有しているもの。</p> <p>④便座・パケツ等からなり、移動可能である便器(水洗機能を有する便器を含み、居室で利用可能であるもの。)</p>
2 自動排泄処理装置の交換可能部品	<p>自動排泄処理装置の交換可能部品(レシーバー、チューブ、タンク等)のうち尿や便の経路となるものであって、居宅要介護者等又はその介護を行う者が容易に交換できるもの。</p> <p>※専用パッド、洗浄液 等排泄の都度消費するもの及び専用パンツ、専用 シーツ等の関連製品は除く。</p>
3 入浴補助用具	<p>★入浴に際しての補助を目的とする用具であって次のいずれかに該当するものに限る。</p> <p>①入浴椅子 (高さが概ね35cm以上のもの又はリクライニング機能を有するものに限る)</p> <p>②浴槽用手すり (浴槽縁を挟み込んで固定できるもの)</p> <p>③浴槽内いす (浴槽内に置いて利用できるもの)</p> <p>④入浴台 (浴槽の縁にかけて浴槽への出入りを容易にできるもの)</p> <p>⑤浴室内外すのこ (浴室内外に置いて浴室の床の段差の解消を図ることができるもの)</p> <p>⑥浴槽内すのこ (浴槽の中に置いて浴槽の底面の高さを補うもの)</p> <p>⑦入浴用介助ベルト (居宅要介護者等の身体に直接巻き付けて使用するものであって、浴槽への出入り等を容易に介助することができるもの)</p>
4 簡易浴槽	<p>空気式又は折りたたみ式等で容易に移動できるものであって、取水又は排水の為に工事を伴わないもの(硬質の材質であっても使用しないときに立て掛けること等により収納できるものを含むものであり、また、居室において必要があれば入浴が可能なものに限られる)。</p>
5 移動用リフトのつり具	身体に適合するもので、移動用リフトに連結可能なもの。
6 排泄予測支援機器	<p>利用者が常時装着した上で、膀胱内の状態を感じし、尿量を推定するものであって、一定の量に達したと推定された際に、排尿の機会を居宅要介護者等又はその介護を行う者に自動で通知するもの。</p> <p>※専用ジェル等装着の都度、消費するもの及び専用シート等の関連製品は除く。</p> <p>☆購入時、要介護者の膀胱機能を確認する必要があるため、医学的な所見がわかる書類の添付が必要です。 (介護認定審査における主治医の意見書、サービス担当者会議等における医師の所見、介護支援専門員等が聴取した居宅サービス計画等に記載する医師の所見、または個別に取得した医師の診断書 等)</p>
7 スロープ ☆貸与との選択制	<p>主に敷居等の小さい段差の解消に使用し、頻繁な持ち運びを要しないもの。</p> <p>※便宜上設置や撤去、持ち運びができる可搬型のものは除く。</p>
8 歩行器 ☆貸与との選択制	<p>脚部が全て杖先ゴム等の形状となる固定式又は交互式歩行器。</p> <p>※車輪・キャスターが付いている歩行車は除く</p>
9 歩行補助つえ ☆貸与との選択制	カナディアン・クラッチ、ロフストランド・クラッチ、プラットホームクラッチ及び多点杖に限る

☆スロープ、歩行器、歩行補助つえはR6.4.1改正により追加され、貸与との選択制になります。

貸与又は販売のいずれかを選択できることを利用者等に対し、メリット及びデメリットを含め十分説明し、選択に当たり必要な情報を提供すること。また、医師や専門職の意見、利用者の身体状況等を踏まえ、提案を行うこと。

## ◆ 保険給付

要介護・要支援状態区分にかかわらず、支給限度基準額は10万円です。利用期間は4月から翌年3月の1年間で、毎年更新となります。

※購入費用(消費税を含み10万円まで)の9割、8割又は7割が支給されます。

$$\text{福祉用具購入金額} = \text{負担割合額(自己負担1割額～3割額)} + \text{残額(介護保険支給額)}$$

※自己負担の割合は負担割合証をご確認ください。

## ◆ 支給申請種類 支給申請は2通りの方法があります。

1 償還払い …… 利用者が購入費用をいったん全額事業者に支払い、後に市から介護保険支給額の払い戻しを受けます。

※入院中、入所中の方は償還払いの申請で、退院、退所を確認後に保険給付となります。

※要支援・要介護認定の新規申請中・区分申請中に申請する方は償還払いでの認定結果が下りてから保険給付となります。認定結果が非該当となった場合は、支給されません。

2 受領委任払い …… 利用者は自己負担割合額(1割額～3割額)を事業者に支払い、残りの介護保険支給額については本市が直接委任を受けた事業者に支払います。

## ◆ 申請の流れ

### ① 相談

担当のケアマネジャー又は那珂川市の第1又は第2地域包括支援センターに相談してください。

### ② 事前申請 ※受領委任払い・償還払いのいずれも、必ず購入前に申請をお願いします

書類の提出は販売事業者やケアマネジャーに依頼することができます。

### ③ 購入了承の連絡

那珂川市の介護保険担当にて事前申請書類確認後、購入了承をお知らせします。給付費の支払い方法によって、購入了承の連絡方法が異なります。

〔 償還払い…販売事業者に購入了承を連絡します。 〕

〔 受領委任払い…利用者宅に、給付券と販売事業者宛請求書を送付します。希望によっては、市が販売事業者等に預けます。 〕

### ④ 福祉用具の購入

### ⑤ 完了報告

領収証原本を市に提出してください(受領委任払いの場合は、利用者が署名した給付券を添付)。

販売事業者・ケアマネジャーに依頼できます。

⑥ 購入完了後の書類を確認後、那珂川市から福祉用具購入費を支給します。支給には完了報告から概ね1ヶ月かかります。

## ◆ 事前申請に必要な書類

	提出書類	留意事項
1	福祉用具購入申請チェックリスト (申請時提出用) + 申請書	①申請書は償還払い用か受領委任払い用のどちらかを提出してください。 ②償還払い方法の口座は原則被保険者本人の口座です。 ※例外的に家族の口座へ振り込み希望の場合はその理由とともに、委任状が必要。
2	見積書	①特定福祉用具の種目、商品名(品番等含む)、製造事業者名及び販売事業者名を記載してください。 ②10割費用額と本人負担額を記載してください。
3	パンフレット等	特定福祉用具の概要を記載した書面を添付してください。
4	居宅サービス計画 (1)～(3)表	介護保険の居宅サービスを利用している場合、当該福祉用具購入の位置付けがあるプランが必要です。 ※介護認定が要支援の方の場合は、介護予防サービス計画書を提出してください。 ※ケアマネジャーとの契約がない方は、介護保険担当へご相談ください。

## ◆ 完了報告に必要な書類

### ★ 償還払いの場合の提出書類

- ① 利用者が支払った費用10割額の領収証原本

### ★ 受領委任払いの場合の提出書類

- ① 利用者が署名した給付券
- ② 介護保険支給額の請求書(本市様式)
- ③ 利用者が支払った自己負担割合額の領収証原本  
※写しをとった後、受付印を押してお返しします。

## ◆ 福祉用具Q & A (介護報酬等に係るQ & Aより)

### 1 . 同一種目の福祉用具購入について

Q 同一種目の福祉用具を再度購入できるか。

A 福祉用具購入費支給限度額管理期間(同年度内)においては、同一種目につき1回に限られる。ただし、同一種目でも破損した場合、介護の必要の程度が著しく高くなった場合その他特別な事情がある場合であって、市町村が支給が必要と認めるときは福祉用具購入費は支給される。  
「その他特別な事情」とは、利用者の身体状況や生活環境等から必要と認められる場合の再支給のほか、ロフストランドクラッチやスロープのような種目の特性等から複数個の利用が想定される場合も含む。

※本市では、破損した福祉用具の写真等を依頼する場合があります。

### 2 . 指定を受けていない販売事業者からの福祉用具購入について

Q 利用者が指定を受けていない販売事業者で特定福祉用具を購入した場合であっても、保険者の判断で福祉用具購入費を支給することは可能か。

A 認められない。特定福祉用具販売は、福祉用具専門相談員が関与する「サービス」として位置づけられたものであり、その「サービスの質」が担保されない「購入」に対して福祉用具購入費を支給することはできない。

### 3 . 腰掛便座の給付対象範囲について

Q 腰掛便座の範囲は、家具調のもの、ウォームアップ機能付きのものなど高額なものもあるが、特に制限はないか。

A 家具調のもの等、金額にかかわらず、利用者が選択すれば給付対象として差し支えない。

※ 本市では、特別な機能のついた腰掛便座については、利用者の日常生活の自立を助けるために必要と判断したものに限り給付対象としており  
購入申請時に検討が必要となります。(例: ウォシュレットつき腰掛便座は拭き取りが自分でできない方等が対象等)

### 4 . 貸与と販売の提案に係る利用者の選択に資する情報提供について

Q 福祉用具専門相談員又は介護支援専門員が提供する利用者の選択に当たって必要な情報とはどういったものが考えられるか。

A ・利用者の身体状況の変化の見通しに関する医師やリハビリテーション専門職等から聴取した意見

・サービス担当者会議等における多職種による協議の結果を踏まえた生活環境等の変化や福祉用具の利用期間に関する見通し

・貸与と販売それぞれの利用者負担額の違い

・長期利用が見込まれる場合は販売の方が利用者負担を抑えられること

・短期利用が見込まれる場合は適時適切な福祉用具に交換できる貸与が適していること

・国が示している福祉用具の平均的な利用月数 ※固定用スロープ: 13.2か月、歩行器: 11.0か月、単点杖: 14.6か月、多点杖: 14.3か月  
等が考えられる。

## (予防) 福祉用具購入費支給申請の留意点

### 1. 福祉用具販売事業者

- ・支給申請書に記載漏れや間違いかないようにしてください。
- ・支給申請書に福祉用具が必要な理由の明記があるか、サービス担当者会議録との整合性があるかの確認をしてください。  
※「専門相談員等意見欄」及び、裏面の「特定福祉用具販売の提供が必要な理由の詳細について」は、ケアマネのほかに販売事業者の福祉用具専門相談員の記入も可能ですが、提出までに、記載内容についての確認をケアマネが行うようにしてください。
- ・福祉用具購入申請チェックリスト（申請時提出用）の確認をしてください。

### 2. 介護予防支援事業所および居宅介護支援事業所

- ・支給申請書に記載漏れや間違いかないかを確認してください。
- ・福祉用具購入申請チェックリスト（申請時提出用）の確認をしてください。
- ・支給申請書に福祉用具が必要な理由の明記があるか、サービス担当者会議との整合性があるかの確認をしてください。  
※「専門相談員等意見欄」及び、裏面の「特定福祉用具販売の提供が必要な理由の詳細について」は、販売事業者の福祉用具専門相談員が記入することも可能です。記載内容については、提出までにケアマネが確認をし、確認欄に署名をしてください。

以上、申請の際にはご留意ください。よろしくお願ひいたします。

受付印

申請者の氏名及び被保険者番号

## 福祉用具購入申請チェックリスト（申請時提出用）

居宅介護（予防）支援事業所名 担当者名

## &lt;居宅介護支援事業所/予防支援事業所&gt;

1. サービス担当者会議録等の記載内容について ※確認のみ（提出不要） 確認済→
- ①身体状況及び住環境等への適合があるか
    - ・サービス担当者会議において、当該福祉用具が必要となる個人因子（原因傷病等、それに起因する身体状況や心身の状況等）及び環境的要因（住環境や家族の状況等）の情報共有を行ったか
  - ②当該福祉用具の使用が自立の阻害をしていないか
    - ・当該利用者について医師や専門職の関わりがある場合は意見を聴取しているか
  - ③サービス担当者会議での検討
    - ・サービス担当者会議において、事前に照会もしくは会議内で出された主治医やPT等の意見を共有し、会議録にも記載しているか
    - ・当該利用者に関わるチームとしての意見が出されているか、またその記録があるか
  - ④試用状況の確認をしているか
    - ・試用の状況を十分に確認し、その記録があるか ※拍会後に確認した場合は、支援経過記録に記載があるか

## 2. 申請書への記入について

確認済→ 

- ①「居宅介護支援事業所等確認欄」への記入があるか
- ②専門相談員等意見欄及び裏面：特定福祉用具販売の提供が必要な理由の詳細
  - ・自ら記入した場合に漏れなどはないか、適切であるか
  - ・販売事業者が記入した場合に漏れなどはないか、適切であるか

福祉用具事業所名

担当者名

## &lt;福祉用具事業所&gt;

1. 必要な書類の有無について ある→
- ① 福祉用具購入費支給申請書（給付券利用または償還払い用）
  - ② 見積書（原本）
  - ③ 商品パンフレットの写し
  - ④ ケアプラン（第1～3表、もしくは介護予防サービス計画）
    - ※担当CMがあり、ケアプランが作成されている場合 ※ケアプランの作成がない場合は経過支援記録等
  - ⑤ 本チェックリスト
2. 記載内容について 確認済→
- ①について：福祉用具が必要な理由が明確に記載されているか、またサービス担当者会議録との整合性があるか
    - （専門相談員等意見欄及び裏面：特定福祉用具販売の提供が必要な理由の詳細）
    - ：福祉用具を使用することで改善が予想される生活動作の記載があるか
    - （期待される効果）

## 【選択制の対象福祉用具を提供する場合】

貸与と販売のいずれかを選択できること、そのメリット・デメリットを誰が説明したか	介護支援専門員 ・ 福祉用具専門相談員
利用者の選択に当たって必要な情報を誰が提供したか	介護支援専門員 ・ 福祉用具専門相談員
販売を選択するという判断に至った理由の記載があるか	ある ・ ない

## 居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書（給付券）

フリガナ		保険者番号	4	0	2	3	1	3
被保険者氏名		被保険者番号						
生年月日	明・大・昭 年月日	性別	男	・	女	介護度		
住所	〒 電話番号							
福祉用具種目 (福祉用具品目及び商品名)	製造業者名及び 販売事業者名	購入予定金額	購入予定日					
		円	年月日					
		円	年月日					
		円	年月日					
専門相談員等 意見欄	※特定福祉用具の提供が必要な理由							
専門相談員等氏名								
資格等								
(あて先) 那珂川市長 上記のとおり、関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請し、当該申請に基づく福祉用具購入費の支給申請及び受領に関する権限を下記の者に委任します。なお、記載内容に変更が生じた場合は、この申請書を取り下げ、新たに申請を行うことを誓約します。								
年月日								
申請者	住所							
	被保険者氏名	電話番号						
	※本人もしくは家族等の自筆であること。							
年月日								
	住所							
委任を受けた者	事業所名							
	代表者氏名	電話番号						
居宅介護支援事業所等 確認欄	支援事業者等名称	ケアマネジャー等氏名(自筆)						
事業者の紹介	ガイドブック等により、販売事業者を( )社紹介した。							
注意	<ul style="list-style-type: none"> <li>・この申請書と、見積書及び福祉用具のパンフレット等、当該福祉用具を位置づけたケアプランがある場合はそのケアプランを添付してください。</li> <li>・「専門相談員等意見欄」については、個々の用具ごとに記載してください。</li> <li>・購入後には、領収書を提出してください。</li> </ul>							

(予防) 特定福祉用具販売の提供が必要な理由の詳細について

作成者	所属事務所名等				作成日		
	資格等		氏名		電話番号		

<基本情報>

利用者	被保険者番号		年齢	歳	生年月日	年 月 日
	被保険者氏名		要介護認定	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	

<総合的状況>

利用者の身体状況	既往症等 :  困難を感じる具体的な身体状況	: 身長 cm : 体重 kg
介護状況	介護者の状況  困難を感じる住宅の状況 便座の高さ ( ) cm : 風呂桶の高さ / 内側 ( ) cm ・ 外側 ( ) cm : ( ) の段差 ( ) cm 〔その他具体的に〕  福祉用具購入の有無 なし・あり (品目 : ) 福祉用具貸与の有無 なし・あり (品目 : ) 住宅改修の有無 なし・あり (品目 : )	
その他困難がある状況		

「総合的状況」を踏まえて、改善しようとしている生活動作・福祉用具の種類・期待される効果等を具体的に記入してください。

改善をしようとしている生活動作	<input type="checkbox"/> ( ) から ( ) までの移動・出入 <input type="checkbox"/> 立ち座り (便器から・洗い場・浴槽内・上がり框・ ) <input type="checkbox"/> 姿勢保持 (排泄時・洗い場・浴槽内・ ) <input type="checkbox"/> 升降 ( ) <input type="checkbox"/> 車いす・装具等、履物の脱着 <input type="checkbox"/> 後始末	<input type="checkbox"/> その他		
利用を考えている福祉用具	<input type="checkbox"/> 腰掛便座 ・据置式便器 ・補高便座 ・立ち上がり補助便座 ・ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> 入浴補助用具 ・入浴用椅子 ・浴槽用手すり ・浴槽内椅子 ・入浴台 ・浴室内外のこ ・浴槽内外のこ ・入浴用介助用ベルト	<input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 行き器 <input type="checkbox"/> 歩行補助杖	<input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器
期待される効果	<input type="checkbox"/> できなかった ( ) をできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減	<input type="checkbox"/> その他		

紹介の状況

商品の紹介	カタログ等により、同種の福祉用具をメーカー別・仕様別に( ) 機種を紹介した。
-------	---

居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書（償還払い）

フリガナ		保険者番号		4	0	2	3	1	3	
被保険者氏名										
		被保険者番号								
生年月日	明・大・昭 年月日	性別	男・女	介護度						
住所	〒 電話番号									
福祉用具種目 (福祉用具品目及び商品名)		製造業者名及び 販売事業者名		購入予定金額		購入予定日				
				円		年月日				
				円		年月日				
				円		年月日				
専門相談員等 意見欄		※特定福祉用具の提供が必要な理由								
専門相談員等氏名										
資格等										
<p align="center">(あて先) 那珂川市長          上記のとおり、関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請し、当該申請に基づく福祉用具購入費の支給申請に関する権限を下記の者に委任します。なお、記載内容に変更が生じた場合は、この申請書を取下げ、新たに申請を行うことを誓約します。</p> <p align="center">年月日</p> <p align="center">住所</p> <p align="center">申請者</p> <p align="center">被保険者氏名</p> <p align="center">※本人もしくは家族等の自筆であること。</p> <p align="center">なお、居宅介護（予防）福祉用具購入費は下記の口座に振り込んでください。</p>										
振込先口座	銀行 農協		本店 支店 出張所	種目		口座番号				
	金融機関コード			店舗コード						
	フリガナ									
	口座名義人									
	<p align="center">年月日</p> <p align="center">住所</p> <p align="center">委任を受けた者</p> <p align="center">事業所名</p> <p align="center">代表者氏名</p> <p align="center">電話番号</p>									
居宅介護支援事業所等 確認欄		支援事業者等名称				ケアマネジャー等氏名（自筆）				
事業者の紹介		ガイドブック等により、販売事業者を（ ）社紹介した。								

- 注意**
- ・この申請書と、見積書及び福祉用具のパンフレット等、当該福祉用具を位置づけたケアプランがある場合はそのケアプランを添付してください。
  - ・「専門相談員等意見欄」については、個々の用具ごとに記載してください。
  - ・購入後には、領収書を提出してください。

(予防) 特定福祉用具販売の提供が必要な理由の詳細について

作成者	所属事務所名等				作成日		
	資格等		氏名		電話番号		

<基本情報>

利用者	被保険者番号		年齢	歳	生年月日	年 月 日
	被保険者氏名		要介護認定	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	

<総合的状況>

利用者の身体状況	既往症等 :  困難を感じる具体的な身体状況	: 身長 cm : 体重 kg
介護状況	介護者の状況  困難を感じる住宅の状況 便座の高さ ( ) cm : 風呂桶の高さ/内側 ( ) cm ・ 外側 ( ) cm : ( ) の段差 ( ) cm 〔その他具体的に〕 福祉用具購入の有無 なし・あり (品目 : ) 福祉用具貸与の有無 なし・あり (品目 : ) 住宅改修の有無 なし・あり (品目 : )	
その他困難がある状況		

「総合的状況」を踏まえて、改善しようとしている生活動作・福祉用具の種類・期待される効果等を具体的に記入してください。

改善をしようとしている生活動作	<input type="checkbox"/> ( ) から ( ) までの移動・出入 <input type="checkbox"/> 立ち座り (便器から・洗い場・浴槽内・上がり框・ ) <input type="checkbox"/> 姿勢保持 (排泄時・洗い場・浴槽内・ ) <input type="checkbox"/> 升降 ( ) <input type="checkbox"/> 車いす・器具等、履物の脱着 <input type="checkbox"/> 後始末			<input type="checkbox"/> その他
利用を考えている福祉用具	<input type="checkbox"/> 腰掛便座 - 据置式便器 - 補高便座 - 立ち上がり補助便座 - ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> 入浴補助用具 - 入浴用椅子 - 浴槽用手すり - 浴槽内椅子 - 入浴台 - 浴室内すのこ - 浴槽内すのこ - 入浴用介助用ベルト	<input type="checkbox"/> スロープ  <input type="checkbox"/> 歩行器  <input type="checkbox"/> 歩行補助杖	<input type="checkbox"/> 簡易浴槽  <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具  <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品  <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器
期待される効果	<input type="checkbox"/> できなかった ( ) をできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減			<input type="checkbox"/> その他

紹介の状況

商品の紹介	カタログ等により、同種の福祉用具をメーカー別・仕様別に( )機種を紹介した。
-------	--

## 記入例①

## 居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書（給付券）

フリガナ 被保険者氏名	ナカガワ ハナコ 那珂川 花子	保険者番号			4	0	2	3	1	3
生年月日	明・大・昭 7年10月 1日	被保険者番号	○ ○ ○ ○	× × × × × ×						
住所	〒811-1299 那珂川市西隈1丁目1番1号 電話番号092-953-2211									
福祉用具種目 (福祉用具品目及び商品名)	製造業者名及び販売事業者名	購入予定金額			購入予定日					
入浴補助用具 浴槽内イス○○-××	那珂川化成(株) かわせみ販売	15,000円			R4年12月10日					

ここに、当該福祉用具が必要となる①原因傷病等、②それに起因する身体状況、③福祉用具を導入することにより見込まれる改善点を明記してください（※福祉用具の種目の目的を含む）。

専門相談員等 意見欄	この用具が必要な理由
専門相談員等氏名	入院による廃用にて下肢筋力の低下があり、低い位置からの立ち座りができず、浴槽縁や蛇口など
資格等	身体への負担が大きい。また、浴槽が○○cmと深く、跨ぎにおいても浴槽内イス がない動作と安全性を獲得できる。浴槽内イスを利用することで、自宅で、心 ながら自立した入浴をすることが出来るようになる。

(あて先) 那珂川市長

上記のとおり、関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請し、当該申請に基づく福祉用具購入費の支給申請及び受領に関する権限を下記の者に委任します。なお、記載内容に変更が生じた場合は、この申請書を取下げ、新たに申請を行うことを誓約します。

年 月 日 **記入は不要です**

住所 那珂川市西隈1丁目1番1号

申請者

被保険者氏名 那珂川 花子

電話番号 092-953-2211

※本人もしくは家族等の自筆であること。

年 月 日 **記入は不要です**

住所 那珂川市大字安徳702番地1

委任を受けた者

事業所名 かわせみ販売

電話番号 092-953-4563

代表者氏名 安徳 一郎

居宅介護支援事業所等 確認欄	支援事業者等名称	ケアマネジャー等氏名（自筆）
	南畠ケアプラン	南畠 太郎
事業者の紹介	ガイドブック等により、販売事業者を（ 3 ）社紹介した。	
注意	<ul style="list-style-type: none"> <li>この申請書と、見積書及び福祉用具のパンフレット等、当該福祉用具を位置づけたケアプランがある場合はそのケアプランを添付してください。</li> <li>「専門相談員等意見欄」については、個々の用具ごとに記載してください。</li> <li>購入後には、領収書を提出してください。</li> </ul>	

ケアマネ等もしくは  
福祉用具専門相談員

(予防) 特定福祉用具販売の提供が必要な理由の詳細について

作成者	所属事務所名等	かわせみ販売							作成日	R 4. 12. 2
	資格等	福祉用具専門相談員		氏名	安徳 太郎			電話番号	092-953-4563	

<基本情報>

利用者	被保険者番号	0 0 0 0 1 1 1 1 1 1	年齢	●歳	生年月日	S 7 年 10 月 1 日
	被保険者氏名	那珂川 花子	要介護認定	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	

<総合的状況>

利用者の身体状況	既往症等 : 高血圧、骨粗鬆症 肺炎でR 4. 11. 20~R 4. 11. 28まで入院  困難を感じる具体的な状況 年齢による下肢筋力の衰えはあったが、肺炎による入院をきっかけに、かなりの進行が見られる。定位位置からの立ち座りにおいて、動作の困難さと不安定さが顕著である。骨粗鬆症の治療中でもあり、転倒などが骨折につながるリスクは大きい。	: 身長 148 cm : 体重 40 kg
介護状況	介護者の状況 独居であり、家族等から日常的な支援は望めない。  困難を感じる住宅の状況 便座の高さ ( ) cm : 風呂桶の高さ/内側 ( ○○ ) cm ・ 外側 ( ○○ ) cm : ( ) の段差 ( ) cm 〔その他具体的に 浴室に手すりはない。現在は、浴槽の縁や蛇口につかり立ち上がっている。 洗い場には、亡夫が購入したシャワーチェアがあり、問題なく使用している。〕 福祉用具購入の有無 (なし・あり) (品目 : ) 福祉用具貸与の有無 (なし・あり) (品目 : たちアップ／寝室) 住宅改修の有無 (なし・あり) (品目 : )	
その他困難がある状況	通所介護の利用はあるが、一人での入浴にこだわりあり自宅での入浴の継続を希望されている。通所事業所において専門職による機能訓練を受けているが、年齢から大きな回復は望めないと聞き取っている。	

「総合的状況」を踏まえて、改善しようとしている生活動作・福祉用具の種類・期待される効果等を具体的に記入してください。

改善をしようとしている生活動作	<input type="checkbox"/> ( ) から ( ) までの移動・出入 <input checked="" type="checkbox"/> 立ち座り (便器から・洗い場・浴槽内) 上がり框・ <input type="checkbox"/> 姿勢保持 (排泄時・洗い場・浴槽内・ <input type="checkbox"/> 升降 ( ) <input type="checkbox"/> 車いす・装具等、履物の脱着 <input type="checkbox"/> 後始末	<input checked="" type="checkbox"/> その他 浴槽内側が深くなっていますので、身長が低いため、浴槽の跨ぎにおいても、浴槽内椅子を使用することで、動作の容易性と安全性を確保することができる。		
利用を考えている福祉用具	<input type="checkbox"/> 腰掛便座 - 据置式便器 - 補高便座 - 立ち上がり補助便座 - ポータブルトイレ	<input checked="" type="checkbox"/> 入浴補助用具 - 入浴用椅子 - 浴槽用手すり <input checked="" type="checkbox"/> 浴槽内椅子 - 入浴台 - 浴室内すのこ - 浴槽内すのこ - 入浴用介助用ベルト	<input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助杖 	<input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器
期待される効果	<input type="checkbox"/> できなかった ( ) をできるようにする <input checked="" type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減	<input checked="" type="checkbox"/> その他 福祉用具を使用することで、自宅において、安全に、また身体への負担を軽減しながら入浴における自立を継続することができる		

紹介の状況

商品の紹介	カタログ等により、同種の福祉用具をメーカー別・仕様別に ( 2 ) 機種を紹介した。
-------	--

居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書（償還払い）

**記入例②**

フリガナ	ナカガワ ハナコ	保険者番号	4	○	□	△	◇	×	×	×	×	×
被保険者氏名	那珂川 花子	被保険者番号	0	0	0	0	x	x	x	x	x	x
生年月日	明・大昭 7年10月 1日	性別	男	・	女	介護度	介1					
住所	〒811-1299 那珂川市西隈1丁目1番1号 電話番号 092-953-2211											
福祉用具種目 (福祉用具品目及び商品名)	製造業者名及び販売事業者名	購入予定金額	購入予定日									
入浴補助用具 浴槽内イス〇〇ー××	那珂川化成(株) かわせみ販売	15,000円	令和 1年12月10日									

ここに、当該福祉用具が必要となる①原因傷病等、②それに起因する身体状況、③福祉用具を導入することにより見込まれる改善点を明記してください（※福祉用具の種目の目的を含む）。

専門相談員等  
意見欄

専門相談員等氏名  
資格等

ケアマネ等もしくは  
福祉用具専門相談員

ここに、当該福祉用具が必要となる①原因傷病等、②それに起因する身体状況、③福祉用具を導入することにより見込まれる改善点を明記してください（※福祉用具の種目の目的を含む）。

入院による床用にて下肢筋力の低下があり、低い位置からの立ち座りができず、設置済の手すりなどへの負担が大きい。また、浴槽が〇〇cmと深く、跨ぎにおいても浴槽内イ  
スの正しい動作と安全性を獲得できる。浴槽内イスを利用することで、自宅で、  
ながら自立した入浴をすることが出来るようになる。

那珂川市長

**記入は不要です** り、関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請し、当該申請に基づく福祉用具購入  
請に関する権限を下記の者に委任します。なお、記載内容に変更が生じた場合は、この申  
請書を取り消し、新たに申請を行うことを誓約します。

年 月 日

住所 那珂川市西隈1丁目1番1号

申請者

被保険者氏名 那珂川 花子 電話番号 092-953-2211

※本人もしくは家族等の自筆であること。

なお、居宅介護（予防）福祉用具購入費は下記の口座に振り込んでください。

振込先口座	なかがわ	銀行	本店	種目		口座番号						
				支店	出張所	1 普通預金	2 当座預金	3 その他	○	×	△	□ ◇
	金融機関コード	店舗コード										
	フリガナ	ナカガワ ハナコ										
	口座名義人	那珂川 花子										

年 月 日

**記入は不要です**

住所 那珂川市大字安徳 702 番地 1

委任を受けた者

事業所名 かわせみ販売

代表者氏名 安徳 一郎

電話番号 092-953-4563

居宅介護支援事業所等  
確認欄

支援事業者等名称

ケアマネジャー等氏名（自筆）

南畠ケアプラン

南畠 太郎

事業者の紹介

ガイドブック等により、販売事業者を（ 3 ）社紹介した。

- 注意**
- この申請書と、見積書及び福祉用具のパンフレット等、当該福祉用具を位置づけたケアプランがある場合はそのケアプランを添付してください。
  - 「専門相談員等意見欄」については、個々の用具ごとに記載してください。
  - 購入後には、領収書を提出してください。

ケアマネ等もしくは  
福祉用具専門相談員

(予防) 特定福祉用具販売の提供が必要な理由の詳細について

作成者	所属事務所名等		かわせみ販売		作成日	R 4. 12. 2	
	資格等	福祉用具専門相談員	氏名	安徳 太郎		電話番号	092-953-4563

<基本情報>

利用者	被保険者番号	0 0 0 0 X X X X X	年齢	●歳	生年月日	S 7 年 10 月 1 日
	被保険者氏名	那珂川 花子	要介護認定	要支援 1 · 2	要介護 1 2 · 3 · 4 · 5	

<総合的状況>

利用者の身体状況	既往症等 : 高血圧、骨粗鬆症 肺炎で R4. 11. 20 ~ R4. 11. 28 まで入院  困難を感じる具体的な状況 年齢による下肢筋力の衰えはあったが、肺炎による入院をきっかけに、かなりの進行が見られる。定位位置からの立ち座りにおいて、動作の困難さと不安定さが顕著である。骨粗鬆症の治療中でもあり、転倒などが骨折につながるリスクは大きい。	身長 148 cm : 体重 40 kg
介護状況	介護者の状況 独居であり、家族等から日常的な支援は望めない。  困難を感じる住宅の状況 便座の高さ ( ) cm : 風呂桶の高さ/内側 (○○) cm ・ 外側 (○○) cm : ( ) の段差 ( ) cm 〔その他具体的に 浴室に手すりはない。現在は、浴槽の縁や蛇口につかり立ち上がっている。 洗い場には、亡夫が購入したシャワーチェアがあり、問題なく使用している。〕 福祉用具購入の有無 なし・あり (品目 : ) 福祉用具貸与の有無 なし あり (品目 : たちアップ／寝室) 住宅改修の有無 なし あり (品目 : )	
その他困難がある状況	通所介護の利用はあるが、一人での入浴にこだわりあり自宅での入浴の継続を希望されている。通所事業所において専門職による機能訓練を受けているが、年齢から大きな回復は望めないと聞き取っている。	

「総合的状況」を踏まえて、改善しようとしている生活動作・福祉用具の種類・期待される効果等を具体的に記入してください。

改善をしようとしている生活動作	<input type="checkbox"/> ( ) から ( ) までの移動・出入	<input checked="" type="checkbox"/> その他	
	<input checked="" type="checkbox"/> 立ち座り (便器から・洗い場・浴槽内・上がり框・ )	浴槽内側が深くなつており、身長が低いため、浴槽の跨ぎにおいても、浴槽内椅子を使用することで、動作の容易性と安全性を確保することができる。	
	<input type="checkbox"/> 姿勢保持 (排泄時・洗い場・浴槽内・ )		
	<input type="checkbox"/> 升降 ( )		
	<input type="checkbox"/> 車いす・器具等、履物の脱着		
	<input type="checkbox"/> 後始末		

利用を考えている福祉用具	□腰掛便座 ・据置式便器 ・補高便座 ・立ち上がり補助便座 ・ポータブルトイレ	<input checked="" type="checkbox"/> 入浴補助用具 ・入浴用椅子 ・浴槽用手すり ○浴槽内椅子 ・入浴台 ・浴室入すのこ ・浴槽内すのこ ・入浴用介助用ベルト	<input type="checkbox"/> スロープ □歩行器	□簡易浴槽 □移動用リフトのつり具 □自動排泄処理装置の交換可能部品 □排泄予測支援機器

期待される効果	<input type="checkbox"/> できなかった ( ) をできるようにする <input checked="" type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減	<input checked="" type="checkbox"/> その他	
			福祉用具を使用することで、自宅において、安全に、また身体への負担を軽減しながら入浴における自立を継続することができる

紹介の状況

商品の紹介	カタログ等により、同種の福祉用具をメーカー別・仕様別に ( 2 ) 機種を紹介した。
-------	--

## 介護保険 住宅改修の手引き

介護保険住宅改修とは、要介護(要支援)認定を受けて在宅生活をしている人が、生活を送るために小規模な住宅改修を行った場合、その一部を支給するものです。工事を行う前に事前申請が必要となります。改修前に、必ずケアマネジャーもしくは地域包括支援センターにご相談ください。

## ◆ 対象要件

- ・ 保険者が那珂川市の方。
- ・ 要介護(要支援)の認定をもっている方。
- ・ 原則として介護保険被保険者証に記載の住所地で、実際に居住している住宅が対象。
- ・ 工事内容が介護保険の給付対象であり、事前申請書類の理由書にて住宅改修の必要性が確認できる方。
- ・ 本人が在宅で生活している方。(入院・入所・外泊は不可)

※ 入院(入所)中であるが、退院(退所)予定が近く、在宅復帰に向けての住宅改修が必要な方は、入院(入所)中に住宅改修申請が可能ですが、但し、償還払い方式の申請が必要です。

## ◆ 給付対象となる住宅改修の種類

改修種別	内容
1 手すりの取り付け	★居室、浴室、トイレ、廊下、玄関、玄関から道路までの通路等に転倒や移動または移乗動作の補助を目的として手すりを設置するもの。 ※工事で固定しない手すりは住宅改修の支給対象にはならない。
2 段差の解消	★居室、浴室、トイレ、廊下、玄関等の各室間の床の段差及び玄関から道路までの通路等の段差及び傾斜を解消するために行うもの。敷居を低くする、スロープを設置する、床のかさ上げ等の工事が対象。 ※取り付け工事で固定しないスロープや敷台等、昇降機等段差を解消する機器の設置工事は住宅改修対象にはならない。
3 滑りの防止や、移動を円滑にする等のための床または通路面の材料の変更	★居室においては畳敷きから板張り、ビニル系床材等への変更、浴室においては床材の滑りにくいものへの変更、通路面においては滑りにくい舗装材への変更等。
4 引き戸等への扉の取替え	★開き戸を引き戸、折り戸、アコーディオンカーテン等に取り換えるといった扉全体を取り替える工事のほか、扉の撤去、ドアノブの変更や戸車の設置も住宅改修対象となる。
5 洋式便器等への便器の取替え	★和式便器を洋式便器に取り替える工事。既存の便器の位置や向きを変更する場合も含む。
6 その他1から5の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修	★①手すりの取り付けのための壁の下地補強。 ②浴室の床の段差解消(浴室のかさ上げ)に伴う給排水設備工事、スロープ設置に伴う転落や脱輪防止を目的とする柵や立ち上がりの設置。 ③床材の変更のための下地補修や根太の補強、通路面の材料の変更のための路盤整備。 ④扉の取替えに伴う壁又は柱の改修工事 ⑤便器の取替えに伴う給排水工事(水洗化は除く)、床材変更。

## ◆ 保険給付

要介護・要支援状態区分にかかわらず、支給限度基準額は20万円です。20万円の工事を上限として、利用者負担は負担割合額(1割～3割)と上限額を超えた費用です。残りの額については介護保険より支給されます。支給限度額20万の範囲内であれば、何回かに分けて申請することができます。また、要介護状態区分が著しく重くなった場合や転居した場合については、条件によって支給限度基準額の利用が再度認められる場合があります。

※ 複数の業者に見積もりを依頼して、工事内容を検討されるようお願いします。

住宅改修金額 → 負担割合額(自己負担1割～3割額) + 介護保険支給額 + (上限を超えた額)

◆ 支給申請種類（支給申請は2通りの方法があります。）

- 1 償還払い… 利用者が改修費用の全額を一時立て替えて事業者に支払い、後から介護保険給付額の  
払い戻しを那珂川市から受けます。

入院中、入所中の方は償還払い申請で、退院、退所を確認後に保険給付となります。

※ 退院・退所ができなかった場合は、保険給付を受けることは出来ません。

- 2 受領委任払い… 利用者が負担額（負担割合額と上限を超えた場合はその額）を業者に支払い、介護保険  
支給額については那珂川市が業者に支払います。

※ 要介護認定新規や変更の申請中、または入院中の人は受領委任払いの利用はできません。

※ 給付制限を受けている場合は、受領委任払いの利用はできません。

◆ 申請の流れ

① 相談

- ・要介護（要支援）認定をもち居宅介護サービスを受けている方は、担当のケアマネジャーに相談してください。
- ・居宅介護サービスを利用していない方は、那珂川市の第1又は第2地域包括支援センターに相談してください。

② 施工業者の選定

③ 事前申請

事前申請に必要な書類を那珂川市高齢者支援課介護保険担当に提出してください。書類の提出はケアマネ  
ジャーや施工業者に依頼することもできます。

③ 現地確認

状況によっては、那珂川市の介護保険担当職員が、ご自宅を訪問して現地調査する場合があります。

④ 住宅改修の着工

事前申請の確認後、着工了承の連絡を行います。必ず、了承の連絡を受けた後に着工をしてください。  
了承の連絡方法は、支給方法によって異なります。

- { 償還払い… 那珂川市より施工業者に着工の連絡をします。  
受領委任払い… 利用者宅に、給付券と施工業者宛請求書を送付します。給付券確認後に着工し  
てください ※希望によっては、市が販売事業者に預けます。

※ 事前申請と異なる工事は、住宅改修費を支給することができません。工事内容を事前申請内容と変更する場  
合は、高齢者支援課介護保険担当にご連絡ください。

⑤ 住宅改修完了後の支給

住宅改修完了後、施工業者に費用を支払ってください。

- 〔 償還払い…………… 費用の全額を施工業者に支払ってください。後日介護保険支給額が  
那珂川市から利用者に支払われます。  
受領委任払い…………… 施工業者に費用の負担割合額（1割額～3割額）を支払ってください。  
その際、利用者が署名した給付券を施工業者に渡してください。

⑥ 完了報告の書類提出、住宅改修費の支給

完了報告に必要な書類を高齢者支援課介護保険窓口に提出してください。提出はケアマネジャーや施工業者  
に依頼することもできます。書類確認後、那珂川市から住宅改修費を支給します。支給には完了報告から概ね  
1ヶ月かかります。

## ◆ 事前申請に必要な書類

	提出書類	留意事項
1 (申請時提出用)	住宅改修申請チエックリスト + 住宅改修支給申請書 (給付券利用者用 又は 償還払い利用者用)	①口座は原則被保険者本人の口座。 (口座をもっていないなどの理由で家族の口座へ振り込みを希望する場合は、委任状の提出が必要です。) ※受領委任払いの場合は口座を記載する欄はありません。 ②被保険者証等を参考に正確に記載してください。
2	工事費見積書	①材料費、施工費、諸経費等を適切に区分し記載してください。 ②材料については、商品名、規格、寸法、単価を可能な限り記載してください。 ③住宅改修の種類を明記してください。(例:廊下の手すり) ④改修箇所の写真に記した番号を、見積書にも記載してください。
3	家屋全体及び改修箇所が判る見取り図	①本人の居室、改修箇所の活動線がわかるように記載してください。(段差解消については、段差の高さを明記する) ②改修箇所ごとに番号をつけ、同じ番号を写真に記載してください。 ③部屋名は、「住宅改修が必要な理由書」「見積書」「住宅改修前後の写真」において統一したものを使用してください。
4	住宅改修が必要な理由書	理由書の作成は次の者が行うことができます。 ・居宅サービス計画書を作成するケアマネジャー ・地域包括支援センター職員 ・作業療法士 ・理学療法士 ・福祉住環境コーディネーター検定試験2級以上の資格を有する者(資格証の写しを添付してください。但し、令和5年4月以降に一度添付すれば、それ以後の添付は不要です。) ※理由書の作成は、基本的には居宅サービス計画書等を作成するケアマネジャー及び地域包括支援センターの担当職員が行います。理由書作成者と利用者の居宅介護サービス計画作成者が異なる場合、理由書作成者はケアマネジャーと十分に連絡調整を行うことが必要です。
5	居宅介護サービス計画書の週間表(3表)及び担当者会議録(4表)	・介護保険の居宅サービスを利用している場合に提出が必要です。 ・要支援の方の場合は、介護予防サービス計画書を提出してください。 ・ケアマネジャーとの契約がない方は介護保険担当へお伝えください。
6	住宅所有者の承諾書	家屋の所有者が本人以外の場合に提出が必要です。 ・所有者が本人以外の家族の場合 ・賃貸契約を結んでいる場合等
7	改修前の写真	①日付入りのカラー写真であること。カメラに日付機能がない場合は、黒板・紙などを利用して写真の中に日付を入れてください。 ②改修箇所すべての写真を提出し、見取り図の番号を写真にも記載してください。 ③写真中に改修内容を図で明記してください。

## ◆ 完了報告に必要な書類

償還払いの場合の提出書類
① 利用者が支払った住宅改修費用10割額の領収証の原本
② 住宅改修後の写真
受領委任払いの場合の提出書類
① 利用者が署名した給付券
② 住宅改修費介護保険支給額の請求書
③ 利用者が支払った負担割合額の領収証の原本
④ 住宅改修後の写真

◆ 要介護状態が著しく重くなった場合の例外

初めて住宅改修費が支給された住宅改修の着工日の要介護等状態区分を基準として、下記の区分が3段階以上上がった場合(3段階リセット)に、例外的に、改めて支給限度基準額20万円分の住宅改修費が受けられます。(初回分の住宅改修について支給限度支給額の残額があっても、追加分に持ち越されず20万円となります。)

※ なお、この例外は、同一被保険者について1回のみ適用されます。

◎要介護区分の段階

要介護区分	段階
要支援1・旧要支援・経過的要介護	第一段階
要支援2	第二段階
要介護1	
要介護2	第三段階
要介護3	第四段階
要介護4	第五段階
要介護5	第六段階

◎要介護区分の3段階以上上がって改めて20万円の住宅改修費が受けられる例

初回の住宅改修着工日の要介護状態区分	追加の住宅改修着工日の要介護区分
要支援1・旧要支援・ 経過的要介護 (第一段階)⇒	要介護3(第四段階) 要介護4(第五段階) 要介護5(第六段階)
要支援2 要介護1 (第二段階)⇒	要介護4(第五段階) 要介護5(第六段階)
要介護2 (第三段階)⇒	要介護5(第六段階)

## (予防) 住宅改修費支給申請の留意点

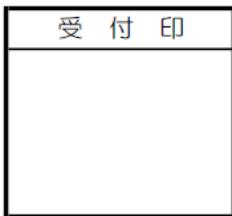
### 1. 住宅改修事業者

- ・住宅改修支給申請書の記載漏れ、捺印漏れのないようにしてください。
- ・住宅改修申請チェックリスト（申請時提出用）の確認をし、また、記載漏れのないようにしてください。
- ・添付書類が揃っているかを確認してください。
- ・工事写真は、工事の目的が分かりやすく改修前と改修後が比較しやすいアングルか、撮影日付があるかを確認してください。
- ・見取り図は、わかりやすく、出来る限り正確に書いてください。
- ・住宅改修が必要な理由書の作成の場合においては、社団法人シルバーサービス振興会「『住宅改修が必要な理由書』作成の手引き」を参照してください。

### 2. 介護予防支援事業所および居宅介護支援事業所

- ・添付するケアプラン第3表「週間サービス計画表」については、週単位以外のサービス欄に、[住宅改修（改修箇所）]を記載して下さい。
- ・添付するケアプラン第4表「サービス担当者会議の要点」については、以下の点を含めた内容を記載してください。
  - (1) 当該住宅改修が必要となる個人因子（原因傷病等、それに起因する身体状況や心身の状況等）
  - (2) // 環境的要因（住環境や家族の状況等）
  - (3) 当該住宅改修について照会した主治医やPT等の意見
  - (4) サ担会において出された意見や、検討された具体的な内容
- ・ケアプラン第1表、第2表については、提出不要ですが、理由書の記載内容と整合性があるか確認してください。
- ・「住宅改修が必要な理由書」の作成の場合においては、社団法人シルバーサービス振興会「『住宅改修が必要な理由書』作成の手引き」を参照してください。

以上、申請の際にはご留意ください。よろしくお願ひいたします。



## 住宅改修申請チェックリスト（申請時提出用）

被保険者氏名			性別	男・女	被保険者番号			
住所	〒　— TEL ( ) —			生年月日	明治　・　大正　・　昭和 年　月　日			
要介護度		有効期間	年　月　日～年　月　日					
介護保険住宅改修利用の有無	有　金額 無	円	高齢者住宅改造費 利用の有無		有　無			
改修金額	円			支払方法	償　・　受			
今回の改修事業者が本市で住宅改修を行った回数				a.初回	b.2回～4回	c.5回目以上		

＜居宅介護支援事業所/予防支援事業所＞

事業所名	担当者名
------	------

1. 添付書類の記載内容について

確認済→

- ①**身体状況への適合があるか

  - ・サービス担当者会議において、当該住宅改修が必要となる個人因子（原因傷病等、それに起因する身体状況や心身の状況等）の情報共有を行ったか

- ②**住環境等への適合があるか

  - ・サービス担当者会議において、環境的要因（住環境や家族の状況等）の情報共有を行ったか

- ③**当該住宅改修が自立の阻害をしていないか

  - ・当該利用者についてリハ職の関りがあるか、ある場合は意見を聴取しているか
  - ・必要に応じ、主治医の意見を聴取しているか

- ④**サービス担当者会議での検討

  - ・サービス担当者会議において、事前に照会もしくは会議内で出された主治医やPT等の意見を共有し、会議録にも記載しているか

- ⑤**理由書作成の際はシルバーサービス振興会「『住宅改修が必要な理由』作成の手引き」の内容に留意しているか

チェック後、居宅介護支援事業所もしくは予防支援事業所の担当者は、第3・4表等に本チェックリストを添付の上住宅改修事業所に渡してください。

居宅事業所の関りがない場合は、包括センターとの連携を検討してください。

事業所名	担当者名
------	------

＜住宅改修事業所＞



- 1. 必要な書類の有無について ある→
- ① 住宅改修支給申請書（給付券利用または償還払い用）
- ② 見積書（原本）
- ③ 住宅所有者の承諾書（所有者が申請する本人と異なる場合）
- ④ 家屋全体および改修箇所がわかりやすい見取り図
- ⑤ 改修前の状態が確認できる写真（日付入り・改修箇所の明記があるもの）
- ⑥ ケアプラン（第3・4表もしくは介護予防サービス計画書）
- ※CMがあり、ケアプランが作成されている場合
- ※（1）第4表の記載内容が十分でない場合は、第2表の追加をお願いすることができます
- ⑦ 住宅改修が必要な理由書
- ⑧ 本チェックリスト

居宅介護（予防）住宅改修費支給申請書											
フリガナ		保険者番号				4	0	2	3	1	3
被保険者氏名		被保険者番号									
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性 別	男・女	介護度							
住 所	〒 電話番号										
住宅の所有者	本人との関係（ ）										
改修の内容・箇所及び規模				事業者名							
				着工予定日	年 月 日						
				完成予定日	年 月 日						
				改修予定費用	円						
				介護保険該当額	※ 円						
(あて先) 那珂川市長											
上記のとおり、関係書類を添えて住宅改修費の支給を申請し、当該申請に基づく住宅改修費の支給申請及び受領に関する権限を下記の者に委任します。なお、記載内容に変更が生じた場合は、この申請書を取り下げ、新たに申請を行うことを誓約します。											
年 月 日											
申請者	住 所										
	氏 名	電話番号									
※本人もしくは家族等の自筆であること											
代理受領することについて、申し上げます。											
年 月 日											
住 所											
受領者	事業者名										
代表者氏名 電話番号											
注意 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ この申請書には、改修前の写真、見積書及び介護支援専門員が作成した住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類を添付してください。</li> <li>・ 完成後には、改修完成後の状態が確認できる写真、領収書を提出してください。</li> <li>・ 改修を行った住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書を添付してください。</li> </ul>											

給付券利用者用

※欄は記入の必要はありません。

※書類を提出する前に工事を施工すると、給付出来なくなります。

## 介護保険居宅介護（予防）住宅改修費支給申請書

ﾌﾘｶﾞﾅ	保険者番号			4	0	2	3	1	3
被保険者氏名	被保険者番号								
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女	介護度					
住 所	〒 電話番号								
住宅の所有者	本人との関係( )								
改修の内容・箇所及び見摸	業者名								
	着工日		年 月 日						
	完成日		年 月 日						
改修費用	円								
(あて先) 那珂川市長									
上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（予防）住宅改修費の支給を申請します。									
年 月 日									
住所									
申請者	電話番号								
氏名									
※本人もしくは家族等の自筆であること									

注意・この申請書に、介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類等を持参してください。

- ・改修を行った住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書も併せて添付してください。

居宅介護（予防）住宅改修費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 農協		本店 支店 出張所		種目	口 座 番 号					
	金融機関コード		店舗コード		1普通預金						
					2当座預金						
					3その他						
	ﾌﾘｶﾞﾅ										
	口座名義人										

償還払い利用者用

様式第1号 ※書類を提出する前に工事を施工すると、給付出来なくなります。

居宅介護（予防）住宅改修費支給申請書										
フリガナ		保険者番号	4	0	2	3	1	3		
被保険者氏名		被保険者番号								
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性 別	男	・	女	○	介護度			
住 所	〒 那珂川市									
住宅の所有者	本人との関係（ ）									
改修の内容・箇所及び規模	<p>住宅の所有者が本人でない場合は承諾書が必要。承諾書を確認する。</p>					事業者名				
	着工予定期					完成予定期				
	改修予定期費用					改修予定期費用				
	介護保険該当額					※	円			
<p>(あて先) 那珂川市長 上記のとおり、関係書類を添えて住宅改修費の支給を申請し、当該申請に基づく住宅改修費の支給申請及び受領に関する権限を下記の者に委任します。なお、記載内容に変更が生じた場合は、この申請書を取り下げ、新たに申請を行うことを誓約します。</p> <p>年 月 日</p> <p>記載の必要なし</p> <p>住 所</p> <p>申請者 氏 名</p> <p>電話番号</p> <p>※本人もしくは家族等の自筆であること</p>										
<p>代理受領することについて 申し上げます。</p> <p>年 月 日</p> <p>★給付券利用ができない場合★</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>要介護認定新規申請中、区分変更申請中等で、申請時に介護認定が確定していない場合</li> <li>入院中</li> <li>滞納があり、償還払い方式の方</li> </ul> <p>住 所</p> <p>受領者 事業者名</p> <p>代表者氏名</p> <p>電話番号</p>										
<p><b>注意</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>この申請書には、改修前の写真、見積書及び介護支援専門員が作成した住宅改修が必要である理由を記載した書類を添付してください。</li> <li>完成後には、改修完成後の状態が確認できる写真、領収書を提出してください。</li> <li>改修を行った住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書を添付してください。</li> </ul>										

※欄は記入の必要はありません。

給付券利用者用

※書類を提出する前に工事を施工すると、給付出来なくなります。

## 介護保険居宅介護（予防）住宅改修費支給申請書

姓 名			保険者番号	4 0 2 3 1 3							
被保険者氏名			被保険者番号								
生年月日	明・西暦	住宅の所有者が本人でない場合は承諾書が必要。承諾書を確認する。	性別	男・女	介護度						
住所	〒		電話番号	本							
住宅の所有者				申請後、工事OKを出すのに1週間かかることを考慮し設定されているか。急ぐ場合は事情確認し対応する。							
改修の内容・箇所及び財貨	給付対象となる住宅改修の種類 (給付対象外工事は記入不可) ・手すりの取り付け ・段差解消 ・床または廊下面の木枠交換 ・引き戸等への扉の取替え ・洋式便器等への便器の取替え				業者名						
改修費					着工日	年 月 日					
(あて先)					完成日	年 月 日					
円											
上記のとおり、 年 月 日 住所 申請者 氏名 被保険者であること 電話番号											
※本人もしくは家族等の自筆であること											

注意・この申請書に、介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類等を持参してください。

- ・改修を行った住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書も併せて添付してください。

居宅介護（予防）住宅改修費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄	銀行	本店	種目	口座番号						
	農協	支店								
	金融機関コード	出張所								
	店舗コード									
フリガナ										
口座名義人	被保険者であること									

償還払い利用者用

## 介護保険サービスの負担割合変更に伴う住宅改修費支給申請の注意点

介護保険サービス利用時の自己負担について、負担割合証の有効期限は毎年7月末日までとなっていることから、8月1日以降も引き続き要介護(支援)認定等を受けている方に対して、7月中旬頃に新しい負担割合証を送付しています。

負担割合変更に伴う介護保険住宅改修費支給申請の取り扱いについては、下記のとおりとなります。

### 記

#### **負担割合は領収日により判断します**

8月から負担割合が変更となる方が住宅改修を行った場合、「領収日（領収書の日付）」時点の負担割合が適用されます。

(例) 令和〇年7月31日まで負担割合が1割、8月1日より3割になる方

領収日が令和〇年7月31日以前 → 自己負担は1割

領収日が令和〇年8月1日以降 → 自己負担は3割

※申請日や工事日は関係しませんので、ご注意ください。

※不適切な給付を避けるため、完成日から相当期間経過後の領収書記載日のものについては、必ずしも領収書記載日で適用しない場合があります。

#### **事前申請はご注意ください**

住宅改修費支給の流れは、事前申請→給付券発行（又は工事許可連絡）→工事着工→完了報告です。事前申請から給付券発行まで、通常1週間程度かかります。

自己負担分を工事業者に支払う日（領収日）は、工事完了後であることから、7月から8月にかけての事前申請は、あらかじめ領収日を見込み、必要に応じて負担割合証の確認を行う等、十分にご注意ください。

その他、不明な点がありましたら、事前に那珂川市高齢者支援課までお問い合わせ下さい。

#### 【問合せ先】

那珂川市健康福祉部

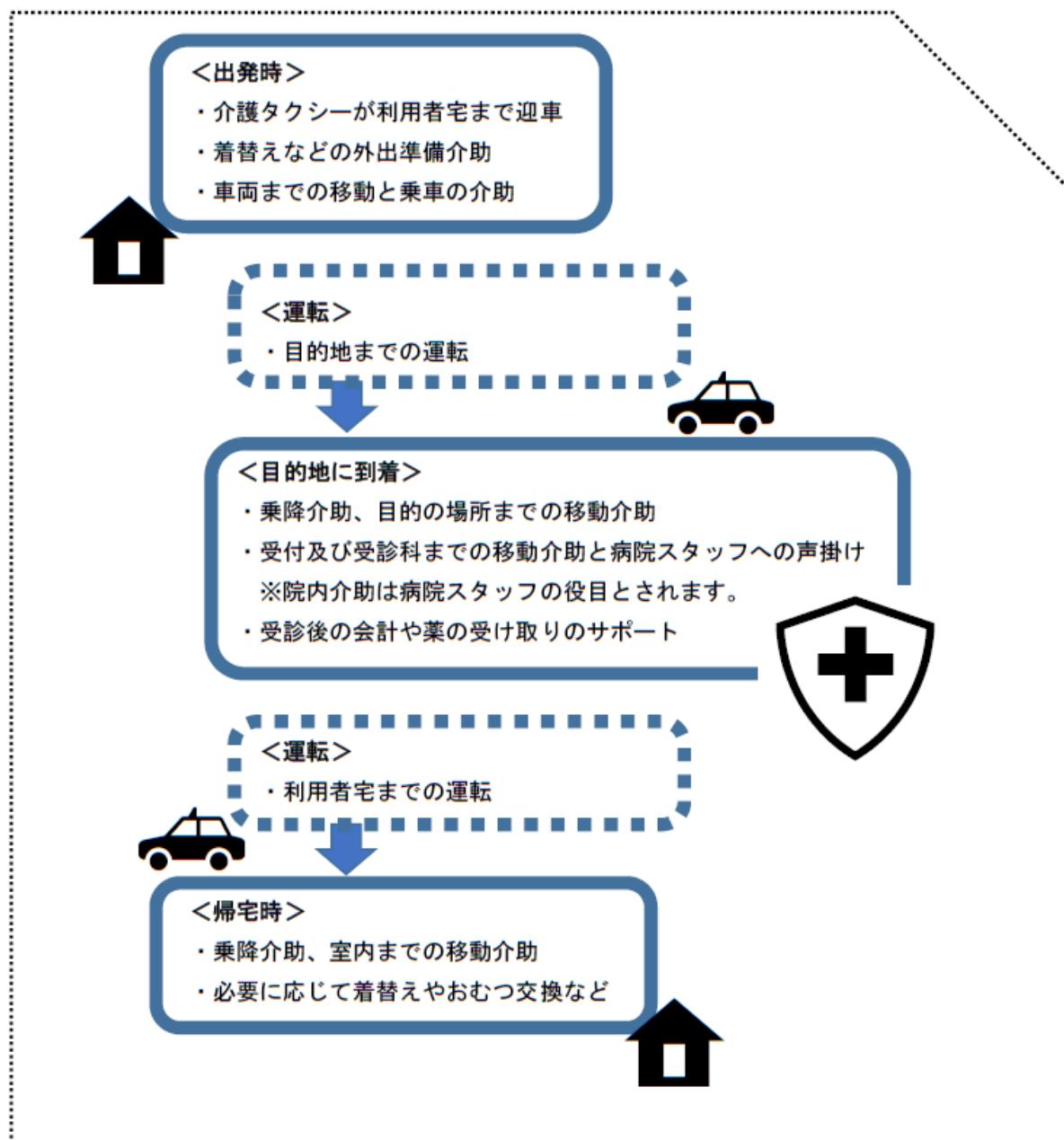
高齢者支援課介護保険担当

TEL 092-953-2211(内線147)



## 介護保険を使った介護タクシー ／通院等乗降介助における家族の同乗について

- 通院等乗降介助のサービス内容（病院受診）／1か所の場合  
※介助の範囲はケアプランで決まります。



## ●サービス利用時の注意点

### ○身体介護のサービスでの位置付けとなる場合があります。

- ・要介護4・5の場合で外出前後の介助に20~30分以上の時間がかかるとき。
- ・外出の前後に入浴や食事介助などで30分以上の身体介護があるとき。

※運転手以外に訪問介護員が介護タクシーに同乗する場合は、移動中の介助内容によって「通院等乗降介助」と判断されるケースと「身体介護」と判断されるケースがあります。

### ○運転手は病院内の付き添いは原則できません。(身体区分においても同様)

待ち時間を含めて病院内の介助は、原則として病院のスタッフが対応する、という考えです。

ただし、次のような場合は、例外的に認められるケースもあります。

- 病院内の移動に介助が必要な場合
- 認知症そのほかのために見守りが必要な場合
- 排泄介助を必要とする場合

など

※このような院内介助の判断は、市町村の規定や判断により異なります。本市では、必要に応じて相談を受けることとしています。

相談にあたっては、適切なケアマネジメントを行い、利用者が介助を必要とする心身の状態であることを整理したうえで、院内スタッフ等による対応が困難であることの明確な確認の記録をもとにご連絡ください。

### ○家族の同乗は原則として認められません。

訪問介護の通院等乗降介助は家族の同乗を想定したものではなく、あくまでも訪問介護員等による乗車又は降車の介助等を必要とする利用者に対して行うものです。

ただし、次のような場合は、例外的に認められるケースもあります。

- 認知症又は精神疾患があり、家族がいないと精神的に不安定になるために、輸送の安全を保つことが困難な場合
- 喀痰の吸引が必要な場合
- 認知症、精神疾患、失語症、難聴等により十分なコミュニケーションを図れず病状を医師に伝えることができないために、本人だけでは通院の目的が果たせない場合

※このような家族の同乗の判断は、市町村の規定や判断により異なります。本市では、必要に応じて相談を受けることとしています。

いずれの場合も、適切なケアマネジメントを行ったうえでのケアプランへの位置付けとなります。

利用者が家族の同乗を必要とする心身の状態であることを整理したうえでご連絡ください。

居宅介護支援等に係る書類・事務手続や業務負担等の取扱いについて(通知)【録】※抜粋

### 3. 介護保険最新情報Vol. 959について

居宅介護支援に係る書類・事務手続や業務負担等の取扱いについては、全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議（令和2年度）の資料においてお示ししたとおり、「居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業（令和2年度老人保健健康増進等事業）」（（株）三菱総合研究所実施）において、現場の実践者を中心に委員会を取り巻く環境や業務の変化を前提に、質の担保を図りつつ、対応可能な具体的かつ実質的な業務負担の軽減等の議論を行ってきたところですが、当該事業を踏まえ、今般、別添のとおり「「介護保険制度に係る書類・事務手続の見直し」に關するご意見への対応について」（平成22年7月30日老介発0730第1号・老高発0730第1号・老振発0730第1号・老老発0730第1号）を一部改正し、標記通知を発出したしますので、各都道府県におかれましては、趣旨をご理解の上、管内市区町村、関係機関に周知徹底を図ることともに、その運用に遺憾のないようお願いいたします。

なお、別添のうち、今般の改正以外の内容については、既にお示ししているところですが、発出してから、長期間経過し、各項目に係る取扱いの周知が徹底されていないことや、居宅介護支援事業所と各保険者において、認識が一致しないなどの状況が生じている等のご意見がある旨承知しております。

各項目に係る取扱いの可否については、「介護支援専門員の判断を十分に踏まえ、各市町村においては、その可否に係る判断にあたっては根拠を示し、双方が理解できる形で対応がなされるよう、改めて特段のご配意をお願いいたします。そのため、日頃から、居宅介護支援事業所においてもお願いしてきたところですが、各都道府県におかれましては、例えば、各地域の職能団体等を通じて、今般の各項目に係る取扱いについて、各地域の実情を踏まえた基本的な考え方等の整理や合意が図られるよう、意見交換会や協議の場等の開催を各市町村に提案し、一方、各市町村におかれましては、これらの場合を積極的に活用し、双方の認識共有、合意形成の一層の充実に努められますよう併せてお願いいたします。

また、平成30年4月から居宅介護支援事業所の指定権限を各都道府県から市町村に移譲し、これまで全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議においてもお願いしてきたところですが、各都道府県におかれましては、改めて市町村に対して必要な支援を実施していただき、ご承知いただき、適切な支援や対応をお願いいたします。

なお、当該通知の「I 居宅介護支援・介護予防支援・サービス担当者会議・介護支援専門員関係」については、本通知の適用に伴い廃止します。

また、当該事業に係る報告書については、事業完了次第、ご参考いただくために別途その掲載先をお知らせいたしますので、あらかじめご了知いただきますようお願いいたします。

**居宅介護支援・介護予防支援・サービス担当者会議・介護支援専門員に係る項目及び項目に対する取扱い**

(別添)

項目	項目に対する取扱い
<b>1 居宅介護支援</b>	
(1) 居宅介護サービス計画書（ケアプラン）の記入例について	<p>「居宅サービス計画書（ケアプラン）」の記入例については、例えば、「居宅サービス計画書（ケアプラン）の手引」（発行（財）医療社会開発センター・居宅サービス計画ガイドライン）（発行（財）全国社会福祉協議会）など、市販されている参考書籍が多数発刊されている。また、介護支援専門員実務研修なども地域において様々開催され、特にケアマネの資格取得に必修となっている「実務研修」には「居宅サービス計画等の作成」、一定の実務経験をもとに専門知識の習得を目的とする「専門研修」においても事例研究等の研修課程を設けているところであり、これらの活用を図られたい。</p>
(2) 居宅サービス計画書の更新(変更)について	<p>居宅サービス計画書の更新(変更)については、「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について」（平成11年7月29日老企22厚生労働省老人保健福祉局企画課、以下「基準の解説通知」という。）の第二「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」の3「運営に関する基準」において、①モニタリングを行い、利用者の解決すべき課題が認められる場合等に応じて居宅サービスを変更（③居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等）、②介護支援専門員は、利用者が要介護認定を受けた場合など本号には、サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする（⑤居宅サービス担当者会議等による専門的意見の聽取）と規定しているところである。</p> <p>（3）居宅サービス計画書の更新の時期の明確化について</p> <p>したがって、指定居宅介護支援等の事業及び運営に関する基準（平成11年5月31日厚令38、以下「基準」という。）においても、モニタリングにより利用者の状態（解決すべき課題）に変化が認められる場合や、要介護認定の更新時において、居宅サービス計画書の更新（変更）を求めているところであり、これを周知徹底したい。</p>
(3) 緊急入院等におけるモニタリングの例外について	<p>※基準第13条15 介護支援専門員は、次に掲げる場合には、サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。（中略）</p> <p>イ 要介護認定を受けている利用者が法第28条第2項に規定する要介護更新認定を受けた場合 ロ 要介護認定を受けている利用者が法第29条第1項に規定する要介置状況区分の変更の認定を受けた場合</p>
(4) 「家族旅行」などで、ショートステイを利用する際のサービス担当者会議とモニタリングを同時にを行うことについて	<p>基準の解説通知の「第II 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 3. 運営に関する基準 (7) 指定居宅介護支援の基本取扱方針及び具体的な取扱方針 ①モニタリングの実施」において、「特段の事情のない限り、少なくとも1ヶ月に1回は利用者の居宅で面接を行い（以下略）」とされている。 さらに、「特段の事情」とは、「利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接することができるない場合は、特段の事情」に該当し、必ずしも訪問しなければ算入となるものではない。 従つて、入院・入所等利用者の事情により利用者の居宅において面接することができるない場合は特段の事情は必要性はあることから、その後の継続的なモニタリングは必要となるものであり、留意されたい。</p> <p>（4）「家族旅行」などで、ショートステイを利用する際のサービス担当者会議とモニタリングを同時にを行うことについて 会議とモニタリングを同時にを行うことができるか否かについて）</p> <p>指定期間内に掲げるケアマネジメントの一連のプロセスについては、第1条に掲げる基本方針を達成するために必要となる業務を列挙しているものであり、基本的に「このプロセスに応じて進めて進めいくことが必要となる」。 しかしながら、より効果的・効率的な支援を行うことができるプロセスの順序に固執するものではなく、例えば、困難事例への対応に関して、関係機関が集まつて、それらの機関が把握している情報を共有し、まずは現状の評価を行うことなども考えられる。</p>

2 介護予防支援	
(1) 地域包括支援センターの指定介護予防支援業務の委託に関する事務手続きについて 072301・老・老発0723001、厚生労働省老健局振興・老人保健課長連名通知)の1(3)において、「介護予防サービス・支援計画書」(中略)の作成契約は、利用者及び地域包括支援事業者との間で締結するものであり、地域包括支援センターが介護予防サービス・支援計画書を作成を嘱託する場合であっても、利用者と委託先の指定居宅介護支援事業者との間に委託している場合であつても、利用者は地域包括支援センターと委託先の指定居宅介護支援事業者の両者と契約する必要はないので、ご留意されたい。ただし、利用者、地域包括支援センター、委託先の居宅介護支援事業所の三者の間の役割分担上の混乱を避ける観点から、一定の取り決めを行うことも想定される。	要支障者に係る地域包括支援センターの指定介護予防支援業務の委託の事務手続きについては、「介護予防支援業務の実施に当たり重視すべき事項について」(平成19年7月23日老振參第072301・老・老発0723001、厚生労働省老健局振興・老人保健課長連名通知)の1(3)において、「介護予防サービス・支援計画書」(中略)の作成契約は、利用者及び地域包括支援センターとの間で締結するもので必要はない」とされているところであります。利用者は地域包括支援センターと委託先の指定居宅介護支援事業者との間に委託している場合であつても、利用者は地域包括支援センターと委託先の指定居宅介護支援事業者の両者と契約する必要はないので、ご留意されたい。
(2) 介護予防支援業務における介護予防支援・サービス評価表の記載内容について 0331009号厚生労働省老健局振興課長通知)の「介護予防支援業務に係る関連様式例記載要領」の「4 介護予防サービス・支援評価表」において標準様式を示しているところであり、今後も活用されたい。	介護予防支援業務において記載されている内容に於ける程度差が生じることは想定されるところである。 なお、国においては、「介護予防サービス・支援評価表」において標準様式を示しているところであり、今後も活用されたい。

3 ケアプランの軽微な変更の内容について(ケアプランの作成)	<p>「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について(平成11年7月29日老企22号厚生省老人保健福祉局企画課通知)」(以下、「基準の解説通知」という。)の第Ⅱ 指定居宅介護支援等の原則として、指定居宅介護支援の「(7)指定居宅サービス支拂の基本取扱方針及び具体的な取扱方針」に於いて、居宅サービス計画を変更する際には、提出依頼までの一連の業務を行うためにあたっての一連の業務を行うことと規定している。</p> <p>なお、利用者の希望による軽微な変更(サービス提供日時の変更等)を行う場合には、この必要はないものとする。」としているところである。</p>
サービス提供の曜日変更	<p>利用者の体調不良や家族の都合などの臨時的、一時的なもので、单なる曜日、日付の変更に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号「継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用」から第12号(担当者に対する個別サービス計画の提出依頼)までの一連の業務を行つ必要性の高い変更であるかどうかによって経営者が否かを判断すべきものである。</p>
サービス提供の回数変更	<p>同一事業所における週1回程度のサービス利用回数の増減のようない場合は、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。</p> <p>なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号「継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用」から第12号(担当者に対する個別サービス計画の提出依頼)までの一連の業務を行つ必要性の高い変更であるかどうかによって経営者が否かを判断すべきものである。</p>
利用者の住所変更	<p>利用者の住所所変更については、「軽微な変更」に該当する場合があるものとを考えられる。</p> <p>なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号「継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用」から第12号(担当者に対する個別サービス計画の提出依頼)までの一連の業務を行つ必要性の高い変更であるかどうかによって経営者が否かを判断すべきものである。</p>
事業所の名称変更	
目標期間の延長	<p>単なる事業所の名称変更については、「軽微な変更」に該当する場合があるものとと考えられる。</p> <p>なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号「継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用」から第12号(担当者に対する個別サービス計画の提出依頼)までの一連の業務を行つ必要性の高い変更であるかどうかによって経営者が否かを判断すべきものである。</p>
福社用具の同種類の変更	<p>単なる目標設定期間の延長を行う場合(ケアプラン上の目標設定定期や期間)を変更する必要が無く、単に目標設定期間を延長する場合などについては、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられ</p> <p>なお、これらはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号「継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用」から第12号(担当者に対する個別サービス計画の提出依頼)までの一連の業務を行つ必要性の高い変更であるかどうかによって経営者が否かを判断すべきものである。</p>
福社用具で同種の用具に変更するに際して単位数のみが異なる場合	<p>単なる福社用具の機能の変化を伴わない用具の変更については、「軽微な変更」に該当する場合があるものとと考えられる。</p> <p>なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号「継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用」から第12号(担当者に対する個別サービス計画の提出依頼)までの一連の業務を行つ必要性の高い変更であるかどうかによって経営者が否かを判断すべきものである。</p>
対象福祉用具の福社用具販売から特定福祉用具販売への変更	<p>福社用具で同種の用具に変更するに際して単位数のみが異なる場合</p> <p>福社用具販売へ変更する場合に、「軽微な変更」に該当する場合があるものとと考えられる。</p> <p>なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号「継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用」から第12号(担当者に対する個別サービス計画の提出依頼)までの一連の業務を行つ必要性の高い変更であるかどうかによって経営者が否かを判断すべきものである。</p>
目標もサービスも変わらない(利用者の状況以外の原因による)単なる事業所変更	<p>第一義の総合的援助の方針や第二義的生活の解決すべき課題、目標、サービス種別等が変わらない範囲で、目標を達成するためのサービス内容が変わるものとされる。</p> <p>なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号「継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用」から第12号(担当者に対する個別サービス計画の提出依頼)までの一連の業務を行つ必要性の高い変更であるかどうかによって経営者が否かを判断すべきものである。</p>
目標を達成するためのサービス内容が変わっただけの場合	<p>第一義の総合的援助の方針や第二義的生活の解決すべき課題、目標、サービス種別等が変わらない範囲で、目標を達成するためのサービス内容が変わるものとされる。</p> <p>なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号「継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用」から第12号(担当者に対する個別サービス計画の提出依頼)までの一連の業務を行つ必要性の高い変更である。</p>
担当介護支援専門員の変更	<p>契約している居宅介護支援事業所における担当介護支援専門員の変更(但し、新しい担当者が利用者ははじめ各サービス担当者と面識を有していること。)のような場合には、「軽微な変更」に該当する場合があるものとを考えられる。</p> <p>なお、これはあくまで例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第13条第3号「継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用」から第12号(担当者に対する個別サービス計画の提出依頼)までの一連の業務を行つ必要性の高い変更である。</p>

4 ケアプランの軽微な変更の内容について(サービス担当者会議)	<p>基準の解説通知のとおり、「軽微な変更」に該当するものであれば、例えばサービス担当者会議の開催など、必ずしも実施しなければならないものではなく、その開催にあたっては、基準の解説通知に定めているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。</p>	<p>単なるサービス利用回数の増減(同一事業所における週1回程度のサービス利用回数の増減など)については、「軽微な変更」に該当する場合もあるものと考えられ、サービス担当者会議の開催など、必ずしも実施しなければならないものではない。 しかししながら、例えばケアマネジャーがサービス事業所へ周知した方が良いと判断されるような場合などについて、サービス担当者会議を開催することを制限するものではなく、その開催にあたっては、基準の解説通知に定めているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。</p> <p>ケアプランの「軽微な変更」に該当するものであれば、サービス担当者会議を開催する必要がある場合には、必ずしも開催されなければならないものではない。 ただし、サービス担当者会議を開催する必要がある場合には、必ずしもケアプランに開わるすべての事業所を招集する必要はない、基準の解説通知に定めているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。</p> <p>ケアプランの「軽微な変更」に該当するものであれば、サービス担当者会議を開催する必要がある場合には、必ずしも開催されなければならないものではない。 ただし、サービス担当者会議を開催する必要がある場合には、必ずしもケアプランに開わるすべての事業所を招集する必要はない、基準の解説通知に定めているように、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定される。</p> <p>「利用者の状態に大きな変化が見られない」の取扱いについては、まずはモニタリングを踏まえ、サービス事業者間(担当者間)の合意が前提である。 その上で具体的には、介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について(平成11年11月12日老第29号)の「課題分析標準項目(別添)」等のうち、例えは、「健康状態及び心身の状況(身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無等)、受診に関する状況(かかりつけ医・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等)、自身の健康に対する理解や意識の状況」 ・「受診時の同行者の有無等、服装の有無等、服薬の有無、褥瘡の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等)、自身の健康に対する理解や意識の状況」 ・「ADL(穿衣・如厕・掃除・洗濯・買物・服薬管理・金銭管理・食事等)」 ・「IADL(買い物・掃除・洗濯・買物・服薬管理・金銭管理・食事等)」 ・「日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況(症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等)」 ・「コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーション機器・方法等(対面以外のコミュニケーション機器・方法等)」 スマートフォン(も含む)」 ・「1日及び週間に生活リズム、日常生活の内容・時間・活動量等)、休息・睡眠の状況(中途覚醒、昼夜逆転等)等」 ・「排泄の場所・方法、尿・便の状況の頻度、タイミング等)、排泄内容(便祕や下痢の有無等)」 ・「入浴や更衣の状況(皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等、寝具や衣服の状況(汚れの有無、交換頻度等)」 ・「歯の状態(歯の本数、欠損している歯の有無等)、歯科の状況(歯の有無等)、かみ合わせの状態(歯の汚れ、舌苔・口臭の有無等)、口腔内の状況(歯の汚れ、舌苔・口臭の有無等)」 ・「口腔ケアの状況」 ・「食事摂取の状況(食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等)、摄食嚥下機能の状態、必要な食事の量(栄養、水分量等)、食事制限の有無」 等を総合的に勘案し、判断すべきものである。</p>
---------------------------------	---	--

<b>5 暫定ケアプランについて</b>	看取り期など限定期的な局面時における暫定的ケアプランについて、利用者の状態等を踏まえ、本ケアプラン(原案)(においても同様の内容が見込まれる場合(典型的には看取り期が想定されるが、これに限られない。)は、暫定ケアプラン作成の際に行つた「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」(平成11年3月31日厚令38)の第13条(に掲げるケアマネジメントの一連のプロセスについて、必ずしも改めて同様のプロセスを踏む必要はない。)
<b>6 その他</b>	ケアプラン作成依頼(変更)届出書の標準様式について、「居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書の様式について」等の一部改正において、要介護認定等に係る調査内容等の様式について、依頼者の同意欄を設けているが、当該欄に係る同様の内容が必要な場合について、各保険者において別の同様の文書・資料の提出や手続きの申請等を求めている場合は、当該欄の活用や当該標準様式の項目の追加等の工夫を行うことで、二重の手間を求めるることは避ける対応を図られたい。

## 「軽微な変更」に該当する場合の事務処理について

本市では、上記のいずれかに該当し、利用者の心身の状態や環境等に変化がなく、ニーズ、目標及びサービス内容に変更がない場合で、援助の方針・方向性が変更にならないものを対象とします。

「軽微な変更」に該当するものであれば、サービス担当者会議の開催など必ずしも実施しなければならないものではありません。しかし、介護支援専門員がサービス担当者会議の場においてサービス事業者へ周知したほうが良いと判断する場合等については、会議を開催しても差し支えありません。

「軽微な変更」と判断した理由や経緯、変更内容及び利用者から同意を得た日付等については、下記のとおり記録を残してください。

記録する内容	対象の帳票
「軽微な変更」とした理由や経緯、「軽微な変更」と判断した根拠及び変更内容	・支援経過（第5表）
「軽微な変更」の開始日	・居宅サービス計画書（第1表）原本 (居宅サービス計画作成（変更）日欄に変更日を 朱書き追記)
「軽微な変更」の変更内容	・居宅サービス計画書（第2表）（朱書き修正） ・週間サービス計画書（第3表）（朱書き修正）
利用者に「軽微な変更」の内容を説明し同意を得た日、利用者への説明方法（訪問・電話等）、説明した内容、同意に係る利用者（家族）からの意見等	・支援経過（第5表）
サービス事業所に「軽微な変更」の内容等を説明した日、事業所への説明方法（電話・対面等）、説明した内容（「軽微な変更」とした理由や経緯、変更した内容等）、サービス事業所からの意見等	・支援経過（第5表）
その他、介護支援専門員が必要と判断した記録	・支援経過（第5表）等

# 特別障害者手当

在宅の20歳以上の人で、常に特別な介護が必要で重度の障がいがある人に支給されるものです。

要介護認定（主に要介護4や5）を受け、在宅（グループホーム・有料老人ホーム入居者含む）において生活をされている人で、障がい手帳がない人も、必要とされる介護の状態により受給できる場合があります。

## 対象者

在宅で生活をしている20歳以上の人で、次の障がいの程度のうち2つ以上に該当するなど、常に特別な介護が必要な人。

※原則として、認定診断書により判定します。

障がいの程度	
1	両眼の視力の和が0.04以下のもの
2	両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの
3	両上肢の機能に重度の障がいを有するもの、または両上肢のすべての指を欠くものの、もしくは両上肢のすべての指の機能に重度の障がいを有するもの
4	両下肢の機能に重度の障がいを有するもの、または両下肢を足関節以上で欠くものの
5	体幹の機能に座っていることができない程度、または立ち上がることができない程度の障がいを有するもの
6	上記1～5に掲げるもののほか、身体の機能の障がい、または長期にわたる安静を必要とする症状が1～5までと同等以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの
7	精神の障害であって、上記1～6までと同程度と認められる程度のもの

## 対象外の人

- ・障がいの程度が認定基準に該当しない場合
- ・世帯（本人・配偶者及び扶養義務者）に一定額以上の所得がある人
- ・特定の施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設等）に入所している人
- ・病院に3か月以上入院している人

## 支給額等

月額：29,590円

※2月・5月・8月・11月の4期に分けて指定口座に振り込みとなります。

※支給決定を受けた場合は、申請した翌月分からの支給となります。

## 申請に必要なもの

- 1.請求書
  - 2.認定診断書
  - 3.所得状況届
  - 4.申請者の印かん
  - 5.障害者手帳（所持している場合のみ）
  - 6.年金証書または年金額がわかるもの（年金受給者のみ）
  - 7.本人名義の通帳
- ※1～3の様式は、高齢者支援課及び障がい者支援課窓口にあります。  
※2の認定診断書作成費用は自己負担となります。

## 申請方法

必要書類をそろえて、障がい者支援課障がい者支援担当窓口に提出してください。

## 福祉用具貸与における介護給付請求明細書の記載等について

福祉用具貸与における介護給付費請求明細書の給付費明細欄の「回数」及び請求額集計欄の「サービス実日数」の記載誤りが多く見受けられます。

請求誤りのまま請求されますと同一事業所の複数月の明細書における算定回数の確認やサービス間・事業所間の給付の整合性を確認して審査を行う「介護給付費縦覧審査」及び医療保険を利用した請求と突合を行う「介護給付費医療突合審査」において、「複数サービスの合計日数が受給可能日数を超えている、又は、同時算定不可なサービスが存在します。」「医療保険の入院と介護保険サービスが重複請求されています。」といったエラーとなります。

確認の結果、サービス実日数の記載誤りであった場合は過誤返戻となります。過誤返戻の手続きが必要となった場合は、居宅介護事業所に連絡しますので、担当ケアマネジャー・福祉用具事業所で確認し書類を提出してください。

回数及びサービス実日数の記載については下記のこと留意してください。

なお、回数及びサービス実日数の記載誤りの中には入院等の状況を知り得ていなかったことによるものも多く見受けられます。居宅介護（介護予防）支援事業者においては、（介護予防） 福祉用具貸与事業者への入院等の情報提供や実績管理を確実に行うように留意してください。

### ① 回数

- ・サービスの提供回数（期間ごとに給付費を算定するサービスについては算定回数）又は提供日数を記載すること
- ・福祉用具貸与もしくは介護予防福祉用具貸与・特定施設入居者生活介護における外部サービス利用型の福祉用具貸与又は介護予防特定施設入居者介護における外部サービス利用型の介護予防福祉用具貸与の場合は、福祉用具貸与もしくは介護予防福祉用具貸与を現に行った日数を記載すること。

### ② サービス実日数

当該対象サービス種類のサービスを行った実日数として、当該事業所において訪問サービス（介護予防含む）、通所サービス（介護予防含む）又は、地域密着型サービス（介護予防含む）のいずれかを実施した日数、福祉用具貸与又は介護予防福祉用具貸与を現に行った日数をそれぞれ記載すること。

なお、福祉用具貸与（介護予防含む）について、半月単位の計算を行った場合でも、介護給付費明細書の「回数」及び「サービス実日数」については、福祉用具を現に行った日数を記載することとなっていることに留意する。