

# 介護保険事業に係る事務手続きの手引き (居宅介護支援事業所・介護予防支援事業所用)

令和 7 年 7 月

鳥栖地区広域市町村圏組合 介護保険課

# 目 次

1. 手引き発行の目的 . . . . . P1
2. 介護予防支援業務の手順について . . . . . P2～13
3. 居宅サービス計画届出書について . . . . . P14～19
4. 要介護及び要支援認定の情報提供について . . . . . P20～23
5. 事故報告について . . . . . P24～26
6. 福祉用具購入の手続きについて . . . . . P27～30
7. 軽度者の福祉用具貸与手続きについて . . . . . P31～33
8. 住宅改修の手続きについて . . . . . P34～43
9. 住宅改修支援事業支援費の申請について . . . . . P44
10. 負担限度額認定申請について . . . . . P45～50
11. 高額介護サービス費について . . . . . P51～56
12. 高額医療介護合算サービス費について . . . . . P57
13. 過誤申請について . . . . . P58～62
14. 別居親族による訪問介護サービスの提供について . . . . . P63～65
15. 暫定ケアプランによるサービスの提供について . . . . . P66～75
16. ケアプランの軽微な変更の取扱いについて . . . . . P76～81
17. 介護保険料の滞納に伴う保険給付の制限について . . . . . P82～87
18. 認定期間の半数を超えるショートステイの利用について . . . . . P88～90
19. リハビリテーション専門職の派遣について . . . . . P91～92

# 介護保険事業に係る事務手続きの手引き発行の目的

## 1. 概要

介護保険事業の運営は、介護保険法をはじめとした法令や政省令、並びに厚生労働省から発出される各種通知により行われています。

また、介護保険財政が保険者ごとに定める市町村事業計画に基づき運営されていることから、事務手続きの細かい部分については、保険者の裁量で独自の取り決めを設け、実施している場合が少なくありません。

本組合においても、さまざまな独自ルールを定めていることから、本組合独自ルールにより事務手続きを行っているものについて手引きとして整理し、その内容について、毎年の居宅介護支援事業所等に対し、説明会を開催することとしています。

## 2. 主な対象者

本組合管内居宅介護支援事業所、介護予防支援事業所、（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所及び本組合の被保険者のケアプランを一定数作成している本組合管内以外の居宅介護支援事業所等のうち次の職員とします。

|                      |    |
|----------------------|----|
| （ア）当該事業所の管理者         | 必須 |
| （イ）当該事業所へ勤務して3年未満の職員 | 必須 |
| （ウ）その他の職員            | 任意 |

## 3. 内容

（ア）制度改正関係

発行年度の前年度に改正された制度内容

（イ）本組合独自ルール

介護予防支援業務・介護予防ケアマネジメント業務を指定居宅介護支援事業所へ委託して実施する場合の取り扱い

1 居宅介護支援事業所から地域包括支援センターへの提出書類一覧

| 提出時期          | 提出書類   |
|---------------|--|
| ①利用申込受付・契約締結後 | ○契約書<br>○重要事項説明書<br>○介護保険被保険者証   |
| ②支援計画書原案の作成後  | ○利用者基本情報<br>○基本チェックリスト（事業対象者の場合は省略可）<br>○介護予防サービス・支援計画書（原案）  |
| ③サービス担当者会議開催後 | ○介護予防サービス・支援計画書（同意欄署名有）<br>○利用票・利用票別表<br>○介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録（担当者会議の記録等）   |
| ④給付管理・請求      | ○実績を記入した利用票・利用票別表（毎月5日まで）<br>○介護予防支援・介護予防ケアマネジメント委託費請求書（毎月15日まで）   |
| ⑤評価後          | ○介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表<br>※サービス提供事業所が作成した「個別サービス計画書」・「評価」は包括から提出依頼あるときのみ添付。<br>○介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録（モニタリングの記録等） |

2 手順における注意事項

|              |   |
|--------------|---|
| ①利用申込受付・契約締結 | <p>《新規要支援認定者または事業対象者になった場合》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括支援センターが利用者に直接連絡を取り、居宅介護支援事業所と同行訪問した上（困難な場合はサービス担当者会議での説明でも可）で、プラン作成を委託することを利用者<sup>に</sup>説明。</li> </ul> <p>《更新認定により要介護から要支援になった場合》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・要支援認定に伴い、居宅介護支援は契約終了となり、地域包括支援センターが担当になることを利用者に説明。</li> <li>・地域包括支援センターから委託を受けて、引き続きケアプラン作成を担当することについて利用者の了解を得る。</li> </ul> |
| ②情報収集        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・原則、地域包括支援センターが介護保険課から情報を取り寄せる。</li> </ul>   |
| ③アセスメント      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者基本情報の作成について、「<u>介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント契約における個人情報使用同意書</u>」での同意がある場合は、署名の省略可。</li> </ul>  |

|           |  |
|-----------|--|
|           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・アセスメント後、サービス提供事業所に利用者を紹介するときは、「利用者基本情報」「基本チェックリスト」を渡し情報提供を行う。</li> <li>※ 必要に応じてアセスメントも渡す。</li> </ul>   |
| ④支援計画書の作成 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・原案作成後について<br/>包括に利用者基本情報・基本チェックリスト・支援計画書原案を提出し、包括名・担当者名・日付・意見を記載して貰う。</li> <li>・利用票(別表)の交付について<br/>初回・変更時・更新時のみ交付。<br/>利用票交付を行わない代わりに、週間(月間)予定表等を、必要に応じて利用者に交付。(H20年8月より実施)</li> <li>・提供票(別表)の交付について<br/>初回・変更時・更新時のみ交付。短期入所利用時と支給限度額を超える場合は、必ず全事業所に交付。</li> <li>・サービス提供事業所へ「介護予防サービス・支援計画書」を交付する際は、利用者の同意を得たものとする。</li> <li>・サービス提供事業所へ「介護予防サービス・支援計画書」を交付したときは、個別サービス計画の提出を求め、介護予防サービス・支援計画と個別サービス計画の連動性や整合性について確認する。個別サービス計画書を受理した時は、受理日を計画書に記載する。</li> </ul> |
| ⑤モニタリング   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月、通所への訪問による面接や、電話等の方法により、利用者の状況を把握(原則、3ヶ月に1回は自宅に訪問して面接により状況を把握)して、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録に内容と日付を記録。</li> <li>※ 毎月のモニタリング記録(経過記録)は評価時に包括へ提出。</li> <li>・<u>「介護予防サービス利用状況報告書又は介護予防ケアマネジメント利用状況報告書」</u>について<br/>サービス提供事業所が「サービス利用状況報告書」の内容を満たす別の報告書を作成している場合は、別様式で報告してもらうことも可能。<br/>サービス提供事業所から提出された報告書の内容は、評価に反映させること。</li> <li>※ 報告書の包括(居宅)記入欄については、ケアマネジャーの判断で(必要に応じて)記載し、次月の報告書受取時に写しを返却。<br/>例:1月分報告書のケアマネ記載後の返却は、2月分報告書受取時もしくはサービス事業所訪問時に写しを渡す。</li> </ul>    |
| ⑥給付管理・請求  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス提供事業所から届いた実績(サービス利用状況報告書等)を確認し、利用票に実績を記入。毎月5日までに実績を記入した利用票の写しを包括へ提出。</li> </ul>  |
| ⑦評価       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・<b>最低1年に1回</b>はプランの達成状況について評価すること。</li> <li>評価時は、必ず基本チェックリストを実施し、<b>状況の変化を確認すること。</b></li> </ul>   |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>※「介護予防サービス・支援計画書」における長期目標の最長期間は、要支援認定者については認定有効期間の満了日、事業対象者については計画作成日から4年を経過する日とする。</p> <p>なお、利用者の状況によって目標期間の設定を行うこととし、1年毎に評価を行い、評価の結果、プラン修正が必要と認められた場合は、プランの作り直しを行う。</p> <p>・評価表の作成は、サービス提供事業所から提出される事後アセスメント後の評価を確認し、利用者宅を訪問し達成状況を確認したうえで行うこと。</p> <p>・次期の支援計画書を作成する際は、事前に評価を行い、包括に評価表を提出した上で、包括名・担当者名・日付・意見を記載して貰う。</p> <p>※ 評価表の事前提出がどうしても難しい場合は、評価表と支援計画書（原案）の同時提出も可。</p> |
|--|---|

# 介護予防サービス利用状況報告書（                      年      月分    ）

地域包括支援センター名： \_\_\_\_\_

居宅介護支援事業所名： \_\_\_\_\_

サービス事業所名： \_\_\_\_\_

報 告 者 名： \_\_\_\_\_

利用者氏名： \_\_\_\_\_ 被保険者番号： \_\_\_\_\_ （ 要支援 1・要支援 2 ）

|    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|
|    |    |    |    |    |    |    |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  |
|    |    |    |    |    |    |    |
| 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|    |    |    |    |    |    |    |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
|    |    |    |    |    |    |    |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|    |    |    |    |    |    |    |
| 29 | 30 | 31 |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |    |

報告年月日： \_\_\_\_\_

1. 利用状況は？  
（ 意欲的      ・      消極的 ）
2. 精神状況は？  
（ 安定          ・      不安定 ）
3. 身体的変化は？  
（ 向上      ・      維持      ・      低下 ）
4. サービス事業所の目標設定に変更が必要？  
（ はい      ・      いいえ ）
5. 特記事項（上記変化について記入）

※利用日には○ ※加算実施日は◎

| サービス内容・種類 | 単位数（月計） | 回数 |
|-----------|---------|----|
|           |         |    |
|           |         |    |
|           |         |    |
|           |         |    |
| 合計        |         |    |

---

---

---

---

---

---

---

---

## 地域包括支援センター      記入欄 居宅介護支援事業所

記入日： \_\_\_\_\_

担当者： \_\_\_\_\_

1. 利用者の生活状況に変化は？      （ あり      ・      なし ）
2. サービス計画実施状況に変化は？      （ あり      ・      なし ）
3. サービスに対する満足度は？      （ 満足      ・      やや満足      ・      不満 ）
4. 目標設定に変更が必要か？      （ あり      ・      なし ）
5. 特記事項（上記変化について記入）

---

---

---

※ 必要に応じケアマネジャーの判断で記載し返却すること

# 介護予防・生活支援サービス利用状況報告書 ( 年 月分 )

地域包括支援センター名： \_\_\_\_\_

居宅介護支援事業所名： \_\_\_\_\_

(委託の場合は居宅介護支援事業所名を記入)

サービス事業所名： \_\_\_\_\_

報告者名： \_\_\_\_\_

利用者氏名： \_\_\_\_\_ 被保険者番号： \_\_\_\_\_ ( 事業対象者・要支援1・要支援2 )

|    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|
|    |    |    |    |    |    |    |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  |
|    |    |    |    |    |    |    |
| 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|    |    |    |    |    |    |    |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
|    |    |    |    |    |    |    |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|    |    |    |    |    |    |    |
| 29 | 30 | 31 |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |    |

報告年月日： \_\_\_\_\_

1. 利用状況は？  
( 意欲的 ・ 消極的 )
2. 精神状況は？  
( 安定 ・ 不安定 )
3. 身体的変化は？  
( 向上 ・ 維持 ・ 低下 )
4. サービス事業所の目標設定に変更が必要？  
( はい ・ いいえ )
5. 特記事項 (上記変化について記入)

※利用日には○ ※加算実施日は◎

| サービス内容・種類 | 単位数(月計) | 回数 |
|-----------|---------|----|
|           |         |    |
|           |         |    |
|           |         |    |
|           |         |    |
| 合計        |         |    |

---

---

---

---

---

---

---

---

## 地域包括支援センター 記入欄

(委託の場合は居宅介護支援事業所が記入)

記入日： \_\_\_\_\_

担当者： \_\_\_\_\_

1. 利用者の生活状況に変化は？ ( あり ・ なし )
2. サービス計画実施状況に変化は？ ( あり ・ なし )
3. サービスに対する満足度は？ ( 満足 ・ やや満足 ・ 不満 )
4. 目標設定に変更が必要か？ ( あり ・ なし )
5. 特記事項 (上記変化について記入)

---

---

---

※ 必要に応じてケアマネジャーの判断で記載し返却すること

## 委託した居宅介護支援事業所及び担当ケアマネが変更した場合の介護予防支援等業務の取り扱いについて

介護予防支援事業所である地域包括支援センターが、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の一部を居宅介護支援事業所へ委託している場合、その委託先の居宅介護支援事業所若しくは担当する介護支援専門員が変更になった場合の取り扱い及び対応方法は、次のとおりとする。

### 位置付け

下表パターン①からパターン③の場合においては、原則として、「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（以下基準）」第30条第18号の解釈通知に規定する「**軽微な変更**」として（サービス担当者会議を省略できる）取り扱いを行うこととする。

ただし、同条14号及び同号解釈通知の規定により、担当職員は、介護予防サービス計画の実施状況の把握（アセスメント）を行い、設定された目標との関係を踏まえつつ利用者の有する生活機能の状況や課題の変化が認められる場合等、必要に応じて介護予防サービス・支援計画書の変更を定めており、下表パターン①からパターン③の場合においても、必ずアセスメントを実施するとともに、必要な場合は介護予防サービス・支援計画書の変更の手順を経るものとする。（同条18号の規定において、介護予防サービス・支援計画書の変更を行う場合は、同条第3号から第12号までの一連の業務を行うように定めている。）

### 対応方法

|   | 対 応 方 法  |
|---|--|
| <p><b>パターン①</b></p> <p>委託事業所A ⇒委託事業所B<br/>(ケアマネ①) (ケアマネ①)</p> <p>※ケアマネは変わらず、委託事業所が変更。</p> | <p>(1) 契 約</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括支援センター、委託事業所B及び利用者との介護予防支援契約（三者契約）の締結。</li> <li>・地域包括支援センターと委託事業所Bとの委託契約の締結。（必要時）</li> </ul> <p>(2) 情報提供</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所Aは、利用者の情報を地域包括支援センターへ提供する。</li> <li>・地域包括支援センターは、事業所Bへ情報提供する。</li> </ul> <p>(3) アセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネ①は、事業所Bのケアマネとしてアセスメントを実施し、プラン変更の必要がないかを判断する。</li> <li>・変更がない場合、「全てのアセスメントにおいて利用者の状態の変化及びサービス内容等の変更なし。」と支援経過記録に記載する。</li> </ul> <p>(4) 計画書の作成</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所Bとして<u>介護予防サービス・支援計画書を作成</u>し、利用者の同意を得る。</li> </ul>  |
| <p><b>パターン②</b></p> <p>委託事業所A ⇒委託事業所A<br/>(ケアマネ①) (ケアマネ②)</p> <p>※委託事業所は変わらず、ケアマネが変更。</p> | <p>(1) 契 約</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・委託事業所の変更を伴わないため、新たな契約の必要なし。</li> </ul> <p>(2) 情報提供</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネ①は、ケアマネ②に対し利用者の情報を申し送り、地域包括支援センターへ担当者が変更することを報告する。</li> </ul> <p>(3) アセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネ②はアセスメントを実施し、プラン変更の必要がないかを判断する。</li> <li>・変更がない場合、「全てのアセスメントにおいて利用者の状態の変化及びサービス内容等の変更なし。」と支援経過記録に記載する。</li> </ul> <p>(4) 計画書の作成（<u>以下のいずれかの方法で実施</u>）</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 介護予防サービス・支援計画書を再作成し、利用者の同意を得る。</li> <li>② 地域包括支援センターから介護予防サービス・支援計画書の原本を受け取り、変更箇所（担当者氏名）を修正（二重線で消し、修正後の内容及び変更年月日を記入。）する。利用者同意欄の下段に、同意日と利用者署名を記入することで利用者の同意を得る。</li> </ol> |

|   |   |
|---|---|
| <p><b>パターン③</b></p> <p>委託事業所A ⇒委託事業所B<br/> (ケアマネ①) (ケアマネ②)</p> <p>※ケアマネも委託事業所も変更。</p> | <p>(1) 契 約<br/> ・パターン①と同様。</p> <p>(2) 情報提供<br/> ・パターン①と同様。</p> <p>(3) アセスメント<br/> ・ケアマネ②はアセスメントを実施し、介護予防サービス・支援計画書変更の必要がないかを判断する。<br/> 変更がない場合、「全てのアセスメントにおいて利用者の状態の変化及びサービス内容等の変更なし。」と支援経過記録に記載する。</p> <p>(4) 計画書の作成<br/> ・事業所Bとして<u>介護予防サービス・支援計画書を作成し</u>、利用者の同意を得る。</p> |
|---|---|

介護予防支援（介護予防ケアマネジメントA）業務（包括直営プランの場合）の手順

令和7年7月

|             | 利用者  | サービス提供事業所  | 地域包括支援センター   | 備考   |
|-------------|--|--|--|--|
| 利用申し込み・契約締結 | 介護保険課・市町より<br>・認定通知書(事業対象者印字)<br>・介護保険被保険者証<br><br>・契約書<br>・重要事項説明書<br><br>・包括名が印字された介護保険被保険者証 |  | ・新規利用申し込み受付・契約締結<br><br>・契約書・重要事項説明書(2部)<br>・個人情報使用同意書<br>・介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書<br>・介護保険被保険者証<br><br>・契約書および重要事項説明書を説明し、同意を得る。<br><br>・「介護予防計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書」を介護保険被保険者証と共に介護保険課又は市町の担当窓口へ提出。被保険者証に担当包括名を印字してもらい、利用者に返却。  | 【事業対象者の場合】<br>・新規利用申し込み受付は市町と包括で行うことができる。<br>・包括が受付した場合は、基本チェックリスト(原本)を市町に提出する。<br>・基本チェックリストと介護予防ケアマネジメント依頼届出書の提出は同時でもよい。<br><br>※契約締結時に、同時にアセスメントを行う場合もある。                                       |
| 情報収集        |  |  | ・介護保険課からアセスメントに必要な情報を入手。<br>・認定調査票(写)<br>・主治医意見書(写)  |  |
| アセスメント      |  | ・利用者基本情報(写)<br>・基本チェックリスト(写)   | ・利用者宅を訪問し、アセスメント実施。<br>・利用者基本情報<br>・基本チェックリスト(申請時のもので省略可)<br>・介護予防サービス・支援計画書(原案)<br><br>・アセスメントの結果に基づき、介護予防サービス・支援計画書(原案)を作成。<br>・事業所とサービス調整・担当者会議の日程調整。   | ※利用者基本情報は記載内容に変更がある時は、必ず作成。<br>※個人情報使用同意書がある場合は、同意欄の署名は省略可。<br>※基本チェックリストは、更新時・状態変化時・評価時に必ず作成。   |
| 支援計画書の作成    |  |  | サービス担当者会議<br><br>・介護予防サービス・支援計画書の目標を共通に認識。<br>・必要に応じ修正し、支援計画書を最終決定。<br><br>・介護予防サービス・支援計画書<br>・利用票(別表)・提供票(別表)<br><br>・介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録(担当者会議記録)<br><br>・利用者・家族へ計画書を交付・説明し、同意書欄に署名をもらう。(日付も記入)利用票(別表)を交付。<br>・サービス提供事業所へ計画書の写し・提供票(別表)を交付。<br><br>※利用票(別表)の交付は、初回と変更時・更新時のみ。<br>利用票(別表)交付を行わない代わりに、週間(月間)予定表等を必要に応じて利用者に交付。<br>※提供票(別表)の交付は、初回と変更時・更新時のみ。<br>提供票(別表)は、短期入所利用時と支給限度額オーバーの場合は必ず全事業所に交付。 | ※担当者会議はプラン作成時、変更時、更新時に行う。<br><br>※介護予防サービス・支援計画書の作成年月日は原案を作成した日を記載する。(担当者会議等で原案変更した場合は再作成を行った日を記載)<br>※支援経過記録にサービス担当者会議の内容(下記)を記載。<br>・出席者(所属・職種・氏名)<br>・開催した目的<br>・検討した項目・内容<br>・今後の方針<br>・残された課題 |
| サービス提供      | ・個別サービス計画書(写)(内容・頻度等)  | 《事前アセスメント》<br>・個別サービス計画書(内容・頻度等)<br><br>・介護予防サービス・支援計画書の内容に沿って、個別サービス計画書を作成。<br>・利用者・家族に対し計画書の説明を行い、利用者の同意を得て交付。<br>・加算プログラムは計画に明記し、料金やサービス提供日時を説明。  | ・個別サービス計画書(写)(内容・頻度等)<br><br>・事業所に対し、個別サービス計画書の提出を求め、介護予防サービス・支援計画と個別サービス計画の連動性や整合性について確認する。   |  |
| モニタリング      |  | 介護予防サービス(介護予防・生活支援サービス)利用状況報告書<br><br>・サービス提供事業所は、月に1回はサービスの実施状況を把握し、その結果とサービス利用実績を书面(サービス利用状況報告書等)で包括へ報告。<br><br>※「サービス利用状況報告書」の内容を満たしている報告書を事業所で作成している場合は、別様式で報告可。<br>実績と報告書を別々の書類で作成する場合、報告書はサービス提供月の翌月15日までに包括へ提出。 | 介護予防サービス(介護予防・生活支援サービス)利用状況報告書<br><br>・毎月、通所への訪問による面接や、電話等の方法により、利用者の状況を把握(3ヶ月に1回は利用者宅に訪問して面接により状況を把握)して、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録に把握した内容と日付を記録。<br><br>・介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録(毎月)<br><br>・報告の内容に計画見直しの必要があればサービス提供事業所と共に検討。<br>・サービス利用状況報告書の包括記入欄は、包括職員の判断で記載し、サービス提供事業所に返却。(必要時)   |  |
| 給付管理・請求     |  | ・国保連に翌月の10日までに請求<br>・介護給付費請求書<br>・介護給付費明細書   | ・毎月初めに、サービス利用状況報告書(もしくは提供票)で利用実績を確認。<br>・給付管理票・介護給付費明細書を作成し、翌月10日までに国保連に請求。<br><br>・給付管理票・給付管理総括表<br>・介護給付費明細書   |  |
| 評価          |  | モニタリングの記録  | モニタリングの記録<br><br>・サービス提供事業所が行った評価(モニタリング)の把握。<br>・利用者宅を訪問し、最低1年に1回(プラン変更時は随時)、目標の達成状況について評価を行う。<br>※プラン変更時・更新時・目標期間終了時は必ず評価を実施したうえで、次の支援計画書を作成すること。<br><br>・介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表<br>・介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録<br>・基本チェックリスト<br><br>《介護予防サービス・支援計画書における長期目標の最長終了日》<br>要支援認定者 → 認定有効期間の満了日<br>事業対象者 → 計画作成日から4年を経過する日<br><br>※利用者の状況によって目標期間を設定すること。<br>※1年毎に評価を行い、評価の結果、計画修正の必要が認められた場合は、プランの作り直しを行う。    | ※介護予防支援・サービス評価表の評価日は、評価を行った日を記載する。<br><br>※支援が終了する時は、基本チェックリストの作成を省略することができる。  |

介護予防支援（介護予防ケアマネジメントA）業務（居宅委託プランの場合）の手順

令和7年7月

|             | 利用者  | サービス提供事業所   | 居宅介護支援事業所   | 地域包括支援センター   | 備考   |
|-------------|--|---|---|--|--|
| 利用申し込み・契約締結 | 介護保険課・市町より<br>・認定通知書(事業対象者印字)<br>・介護保険被保険者証<br><br>・契約書<br>・重要事項説明書<br><br>・包括名が印字された介護保険被保険者証 |   | ・契約書と重要事項説明書(3部)<br>・介護保険被保険者証<br>・個人情報使用同意書(包括用・居家用)<br><br>・介護予防ケアマネジメントにおける契約書・重要事項説明書について説明し、同意を得て、介護保険被保険者証を預かる。   | 《新規要支援認定者または事業対象になった場合》<br>・包括支援センターが利用者に直接連絡を取り、居宅と同行訪問し、プラン作成を委託することを説明。(契約時)<br>※困難な場合は担当者会議同席でも可<br><br>・契約書・重要事項説明書<br>・介護保険被保険者証<br>・個人情報使用同意書(包括用)<br><br>・「介護予防計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書」を介護保険被保険者証と共に介護保険課又は市町の担当窓口へ提出。被保険者証に担当包括名を印字してもらい、利用者に返却。 | ※担当包括との委託契約を交わしていないときに、包括と居宅法人間で「指定介護予防支援事業委託契約書」を作成。すでに包括と委託契約を交わしている同一法人が運営する居宅介護支援事業所に委託する場合も契約が必要。<br><br>※契約締結時に、同時にアセスメントを行う場合もある。   |
| アセスメント      |  | ・利用者基本情報(写)<br>・基本チェックリスト(写)  | ・利用者宅訪問し、アセスメント実施。<br>・利用者基本情報<br>・基本チェックリスト(申請時のもので省略可)<br>・介護予防サービス・支援計画書(原案)<br><br>・アセスメント結果に基づき、支援計画書(原案)作成。<br>・事業所とサービス調整・担当者会議の日程調整。<br>・原案作成後、基本情報と共に包括に確認してもらうため提出。※原則、サービス担当者会議の前日までに提出。   | ・利用者基本情報<br>・基本チェックリスト(省略可)<br>・介護予防サービス・支援計画書(原案)<br><br>・初回のみ基本チェックリストは包括から居宅へ渡す。<br>・居宅介護支援事業所が作成した介護予防サービス・支援計画書(原案)を確認し、包括名・担当者名・日付・意見を記入。  | ※利用者基本情報は記載内容に変更がある時は、必ず作成。<br>※個人情報使用同意書がある場合は、同意欄の署名の省略可。<br>※基本チェックリストは更新時・状態変化時・評価時に必ず作成。  |
| 支援計画書の作成    | ・介護予防サービス・支援計画書(写)<br>・利用票(別表)<br><br>・契約書<br>・重要事項説明書   | ・介護予防サービス・支援計画書(写)<br>・提供票(別表)<br><br>・契約書(2部)<br>・重要事項説明書(2部)<br><br>・契約書・重要事項説明書の説明を行い、同意を得る。   | サービス担当者会議<br>・介護予防サービス・支援計画書の目標を共通に認識し、介護予防サービス・支援計画書の最終決定。<br><br>・介護予防サービス・支援計画書<br>・利用票(別表)・提供票(別表)<br><br>・介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録(担当者会議記録)<br><br>・利用者・家族へ計画書を交付・説明し、同意書欄には署名をもらう。(日付も記入)利用票(別表)を交付。<br>・サービス提供事業所へ計画書の写し・提供票(別表)を交付。<br><br>※利用票(別表)の交付は、初回・変更時・目標期間終了時のみ。<br>利用票(別表)交付を行わない代わりに、週間(月間)予定表等を必要に応じて利用者に交付。<br>※提供票(別表)の交付は、初回・変更時・目標期間終了時のみ。<br>提供票(別表)は、短期入所利用時と支給限度額オーバーの場合は必ず全事業所に交付。 | ・必要に応じ、担当者会議に参加。<br><br>・介護予防サービス・支援計画書(原本)<br>・利用票(別表)<br>・介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録(担当者会議記録)   | ※担当者会議はプラン作成時、変更時、更新時に行う。<br><br>※介護予防サービス・支援計画書の作成年月日は原案を作成した日を記載する。(担当者会議等で原案変更した場合は再作成を行った日を記載)<br><br>※「支援経過記録」にサービス担当者会議の内容(下記)を記載。<br>・出席者(所属・職種・氏名)<br>・開催した目的<br>・検討した項目・内容<br>・今後の方針<br>・残された課題 |
| サービス提供      | 個別サービス計画書(写)<br>(内容・頻度等)<br><br>サービスの利用・提供   | 個別サービス計画書<br>(内容・頻度等)<br><br>・介護予防サービス・支援計画の内容に沿って、個別サービス計画書を作成。<br>・利用者・家族に対して説明し、利用者の同意を得て、交付。<br>・加算プログラムを明記し料金やサービス提供日時を説明。   | 個別サービス計画書(写)<br>(内容・頻度等)<br><br>・事業所に対し、個別サービス計画書の提出を求め、介護予防サービス・支援計画書と個別サービス計画の連動性や整合性について確認する。  |  |  |
| モニタリング      |  | 介護予防サービス(介護予防・生活支援サービス)利用状況報告書<br><br>・サービス提供事業所は、月に1回はサービスの実施状況を把握し、その結果と毎月の実績を书面(介護予防・生活支援サービス利用状況報告書)でCMへ報告。<br><br>※「サービス利用状況報告書」の内容を満たしている報告書を事業所で作成している場合は、別様式で報告可。<br>実績と報告書を別々の書類で作成する場合、報告書はサービス提供月の翌月15日までにCMへ提出。 | 介護予防サービス(介護予防・生活支援サービス)利用状況報告書<br><br>・毎月、通所への訪問による面接や、電話等の方法により、利用者の状況を把握(原則、3ヶ月に1回は自宅に訪問して面接により状況を把握)して、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録に把握した内容と日付を記録。<br><br>・介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録(毎月)<br><br>・報告の内容で介護予防サービス・支援計画見直しの必要があればサービス提供事業所と共に検討。(包括に相談することもできる)<br><br>・「介護予防・生活支援サービス利用状況報告書」の包括(居宅)記入欄は、CMの判断で記載し、サービス提供事業所に返却。(必要時)  |  | ※利用者、介護予防サービス提供事業所との連絡調整は随時対応し、計画の変更がある場合などは、必要に応じて包括に連絡する。  |
| 給付管理・請求     |  | ・国保連に翌月の10日までに請求。<br>・介護給付費請求書<br>・介護給付費明細書   | ・毎月初めに、前月のサービスの利用実績を確認。<br>実績を記入した利用票(原本)<br><br>・全員分の利用票を、毎月5日までに包括へ提出。<br>介護予防支援委託費請求書<br>・毎月15日までに請求書を包括へ提出。   | ・実績を記入した利用票(写)<br><br>・実績を確認し、翌月10日までに国保連に請求。<br>・給付管理総括表<br>・給付管理票<br>・介護給付費明細書<br>介護予防支援委託費請求書   |  |
| 評価          |  | モニタリングの記録   | モニタリングの記録<br><br>・サービス提供事業所が行った評価(モニタリング)の把握。<br>・利用者宅を訪問し、最低1年に1回(プラン変更時は随時)、目標の達成状況について評価する。<br>※プラン変更時・更新時・目標期間終了時は必ず評価を実施したうえで、次の支援計画書を作成すること。<br><br>・介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表<br>・介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録<br>・基本チェックリスト<br><br>《介護予防サービス・支援計画書における長期目標の最長終了日》<br>要支援認定者 → 認定有効期間の満了日<br>事業対象者 → 計画作成日から4年を経過する日   | ・介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表<br>・介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録<br>・基本チェックリスト<br><br>・評価表に包括意見を記載し、包括名・担当者名・日付を入れて居宅に返却。<br>・必要があれば、計画作成者と今後の方針を検討する。  | ※介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表は、評価を行った日を記載する。<br><br>※支援が終了する時は、基本チェックリストの作成を省略することができる。<br><br>※利用者の状況によって目標期間を設定すること。<br>※年毎に評価を行い、評価の結果、計画修正の必要な場合は、プランの作り直しを行う。   |

# 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼 (変更)届出書について

## 1 概要

居宅介護予防サービス費・地域密着型介護予防サービス費・介護予防・生活支援サービス費については、次の条件を満たす場合は事業者へ直接支払われ（法定代理受領）、利用者は現物給付でサービスを受ける仕組みになっています。

ただし、介護予防特定施設入居者生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護等については、この限りではありません。

また、償還払い対象のサービスや居住系サービス及び給付制限を受けている場合等は除きます。

- (ア) 地域包括支援センター等へ介護予防サービス計画作成を依頼するとき
- (イ) 被保険者が自分で介護予防サービス計画作成するとき（自己作成）  
（居宅介護予防サービス費・地域密着型介護予防サービス費のみ）

## 2 根拠法令等

- (ア) 介護予防サービス計画
  - 介護予防支援
    - ①介護保険法第58条第4項
    - ②「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書の様式について」等の一部改正について（令和4年9月13日付老認発0913第3号、老老発0913第1号）
  - 介護予防ケアマネジメント
    - ①介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について（平成27年6月5日老振発第0605第1号）
- (イ) 介護予防小規模多機能型居宅介護居宅サービス計画
  - ①法第54条の2第1項 同施行規則第85条の2第2号
  - ②「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書の様式について」等の一部改正について（令和4年9月13日付老認発0913第3号、老老発0913第1号）

### 3 届出手順及び留意事項等

#### (ア) 届出の時期

法令上の明確な規定はありませんが、介護保険事業の適正な運営のため、次のように取り決めます。

① 利用者との契約締結後 10 営業日以内に届出を行ってください。

② ただし、要介護認定等申請を申請中の場合は、要支援要介護認定日から起算して 10 営業日以内に届出を行っても良いものとします。

③ 上記の提出期限が守られない場合、介護予防支援費（介護予防ケアマネジメント費）の請求が出来なくなることがありますのでご注意ください。

#### (イ) 介護予防支援費（介護予防ケアマネジメント費）の請求時期

届出を行った日の属する月の翌月以降に請求が可能です。ただし、要介護認定等申請を申請中の場合は、要支援要介護認定日（認定結果の記載された被保険者証の発行日）の属する月の翌月以降の請求となります。

#### (ウ) 留意事項

小規模多機能型居宅介護事業所が届出を行う場合は、専用の用紙を使用し、介護予防サービス利用の有無を必ず記入してください。（介護予防サービス利用の有無によって、届出月の給付管理を小規模多機能型居宅介護事業所が行うか地域包括支援センター等が行うかが異なるため。）

### 4 記載要領

別紙のとおり

★介護予防サービス（介護予防・生活支援サービス）の場合の記入要領★

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出

|  |   |             |              |
|--|---|-------------|--------------|
|  |   | ①           | 区 分<br>新規・変更 |
| 被保険者氏名   |   | 被保険者番号      |              |
| フリガナ   |   |             |              |
|  |   | 個人番号        |              |
|  |   | 生年月日        |              |
|  |   | 明・大・昭 年 月 日 |              |
| 介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者<br>介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター  |   |             |              |
| 介護予防支援事業者の事業所名<br>(地域包括支援センター名)  | 事業所の所在地   | 〒           |              |
|  |   | 電話番号 ( )    |              |
| 介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者<br>※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。  |   |             |              |
| 居宅介護支援事業者の事業所名   | 事業所の所在地   | 〒           |              |
|  |   | 電話番号 ( )    |              |
| 事業所を変更する場合の理由等 ※変更する場合のみ記入してください。  |   |             |              |
| 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント開始日   | ② 年 月 日   |             |              |
| 鳥栖地区広域市町村圏組合管理者 様<br>上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。   |   |             |              |
| 住所   | ③ 年 月 日   |             |              |
| 被保険者氏名   | 電話番号 ( )  |             |              |
| 確認欄  | <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複<br><input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者（地域包括支援センター）事業所番号 |             |              |
|  | ④   |             |              |
| 介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者又は居宅介護支援事業者が介護予防支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果、意見及び主治医意見を当該介護予防事業者又は居宅介護支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します |   |             |              |
|  | ⑤ 年 月 日 氏名  |             |              |

【新規】

当該被保険者が  
 (1)初めて介護予防サービス計画作成依頼の届出を行う場合  
 (2)事業対象者が要支援認定を受けた場合  
 (3)要支援認定者が事業対象者となる場合

【変更】

新規以外（事業所を変更

当該被保険者との  
 プラン開始（変更）日  
 を記入してください。

届出日を記入してください。

指定事業者番号を記載  
 してください。

同意日と氏名を記入し  
 てください。

【注意！！】

認定の有効期間が切れた場合（地域包括支援センター等との契約が切れた時）は、新たに介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼の届け出が必要です。

# 居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書 兼 居宅サービス計画作成方法（変更）届出書について

## 1 概要

居宅介護サービス費・地域密着型サービス費については、次の条件を満たす場合は事業者へ直接支払われ（法定代理受領）、利用者は現物給付でサービスを受ける仕組みになっています。

ただし、特定施設入居者生活介護及び認知症対応型共同生活介護等については、この限りではありません。

また、償還払い対象のサービスや居住系サービス及び給付制限を受けている場合等は除きます。

- (ア) 居宅介護支援事業者等へ居宅サービス計画作成を依頼するとき
- (イ) 被保険者が自分で居宅サービス計画を作成するとき（自己作成）

## 2 根拠法令等

### (ア) 居宅サービス計画

- ①介護保険法（平成9年法律第123号）（以下「法」という。）第46条第4項 同施行規則第77条
- ②「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書の様式について」等の一部改正について（令和4年9月13日付老認発0913第3号、老老発0913第1号）

### (イ) 小規模多機能型居宅介護居宅サービス計画

- ①法第42条の2第6項 同施行規則第65条の4第2号
- ②「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書の様式について」等の一部改正について（令和4年9月13日付老認発0913第3号、老老発0913第1号）

## 3 届出手順及び留意事項等

### (ア) 届出の時期

法令上の明確な規定はありませんが、介護保険事業の適正な運営のため、次のように取り決めます。

- ① 利用者との契約締結後 10 営業日以内に届出を行ってください。
- ② ただし、要支援要介護認定申請中の場合は、要支援要介護認定日から起算して 10 営業日以内に届出を行っても良いものとします。
- ③ 上記の提出期限が守られない場合、居宅介護支援費（介護予防支援費）の請求ができなくなる場合がありますのでご注意ください。

(イ) 居宅介護支援費等の請求時期

届出を行った日の属する月の翌月以降に請求が可能です。ただし、要支援要介護認定申請中の場合は、要支援要介護認定日（認定結果の記載された被保険者証の発行日）の属する月の翌月以降の請求となります。

(ウ) 留意事項

小規模多機能型居宅介護事業所等が届出を行う場合は、専用の用紙を使用し、居宅サービス利用の有無を必ず記入してください。（居宅サービス利用の有無によって、届出月の給付管理を小規模多機能型居宅介護事業所等が行うか居宅介護支援事業所が行うかが異なるため。）

#### 4 記載要領

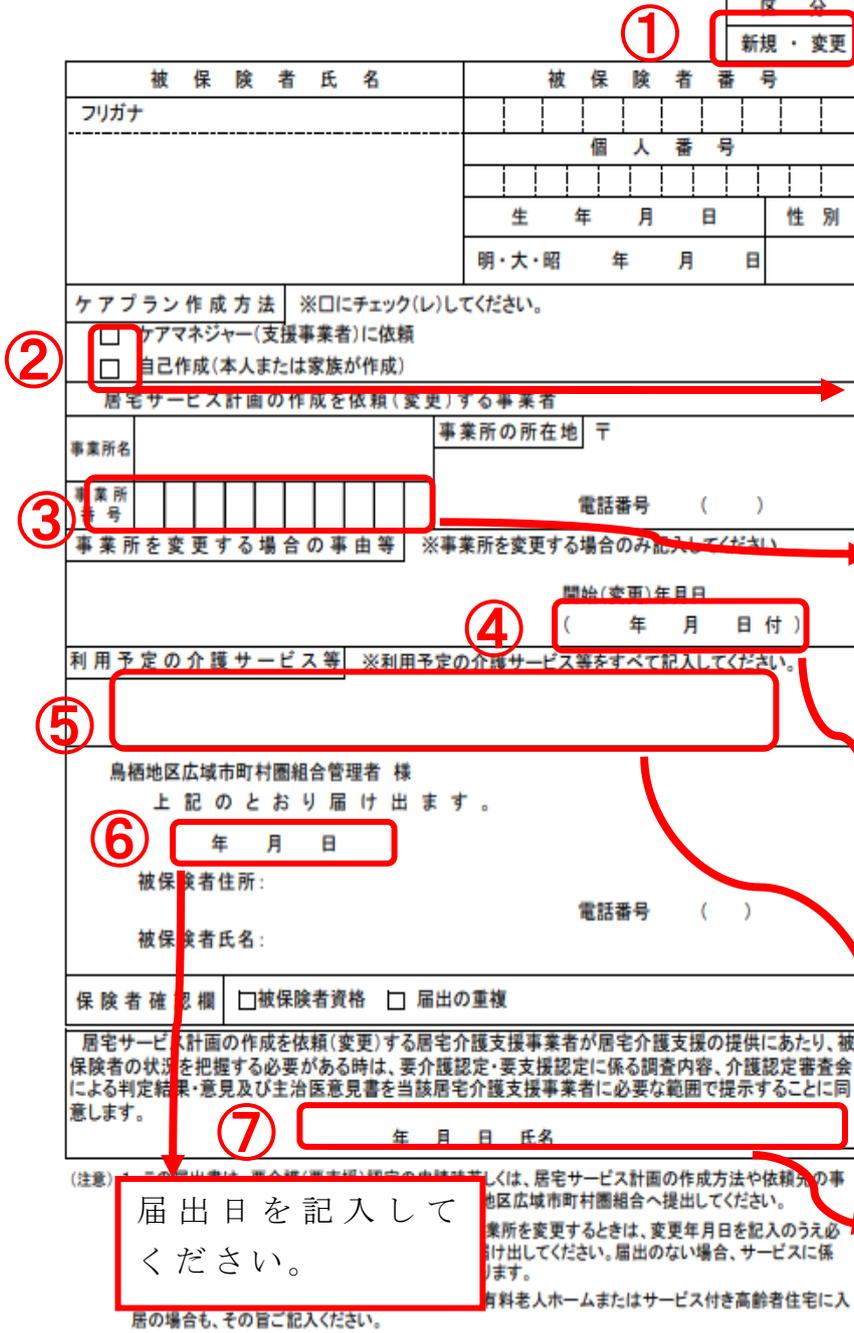
別紙のとおり

★居宅サービスの場合の記入要領★

居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書

兼居宅サービス計画作成方法(変更)届出書

|  |  |             |
|--|--|-------------|
|  |  | 区 分         |
|  |  | 新規・変更       |
| 被保険者氏名   |  | 被保険者番号      |
| フリガナ   |  | 個人番号        |
|  |  | 生年月日        |
|  |  | 性別          |
|  |  | 明・大・昭 年 月 日 |
| ケアプラン作成方法  | ※□にチェック(レ)してください。  |             |
| <input type="checkbox"/>   | ケアマネジャー(支援事業者)に依頼  |             |
| <input type="checkbox"/>   | 自己作成(本人または家族が作成)   |             |
| 居宅サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者  |  |             |
| 事業所名   | 事業所の所在地 〒  |             |
| 事業所番号  | 電話番号 ( )   |             |
| 事業所を変更する場合の事由等 ※事業所を変更する場合のみ記入してください   |  |             |
| 開始(変更)年月日 ( 年 月 日付)  |  |             |
| 利用予定の介護サービス等 ※利用予定の介護サービス等をすべて記入してください。  |  |             |
| 鳥栖地区広域市町村圏組合管理者 様<br>上記のとおり届け出ます。  |  |             |
| 被保険者住所: 電話番号 ( )   |  |             |
| 被保険者氏名:  |  |             |
| 保険者確認欄   | <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 |             |
| 居宅サービス計画の作成を依頼(変更)する居宅介護支援事業者が居宅介護支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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当該居宅介護支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。 |  |             |
|  |  | 年 月 日 氏名    |



**【新規】**  
当該被保険者が初めて居宅サービス計画作成依頼の届出を行う場合

**【変更】**  
新規以外(事業所を変更した場合等)

ケアプランの作成方法に必ずチェックをしてください。

指定事業所番号は必ず記載してください。

当該被保険者との開始(変更)日を記入してください。

利用予定の介護サービスと住宅型有料老人ホーム等への入居状況を記入してください。

同意日と氏名を記入してください。

届出日を記入してください。

**【注意！！】**  
認定の有効期間が切れた場合(居宅介護支援事業者との契約が切れた時)は、新たに居宅サービス計画作成依頼の届け出が必要です。

★小規模多機能型居宅介護サービスの場合の記入要領★

居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書

|  |   |                        |                  |   |
|--|---|------------------------|------------------|---|
|  |   | ⑧                      | 区分<br>新規・変更      | <b>【新規】</b><br>当該被保険者が初めて居宅サービス計画作成依頼の届出を行う場合<br><br><b>【変更】</b><br>新規以外（事業所を変更した場合等） |
| 被保険者氏名   |   | 被保険者番号                 |                  |   |
| フリガナ   |   | 個人番号                   |                  |   |
| 指定事業所番号は必ず記載してください。  |   | 生年月日                   | 性別               |   |
| 明・大・昭<br>年 月 日   |   |                        |                  |   |
| 居宅サービス計画の作成を依頼(変更)する事業者  |   |                        |                  | 当該被保険者との変更日を記入してください。   |
| 事業者の事業所名   | 事業所の所在地 〒   |                        |                  |   |
| 電話番号 ( )   |   |                        |                  |   |
| ⑨  | 事業所を変更する場合の事由等  | ※事業所を変更する場合のみ記入してください。 |                  |   |
| 小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無   |   | ⑩                      | 変更年月日<br>年 月 日付) | 利用開始月の居宅サービス利用の有無及び利用サービス名を記入してください。  |
| ※小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス(居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く。)及び地域密着型サービス(夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護及び認知症対応型共同生活介護(短期利用型)に限る。)の利用の有無を記入してください。                 |   |                        |                  |   |
| ⑪  | <input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用あり<br>(利用したサービス )<br><input type="checkbox"/> 居宅サービス等の利用なし |                        |                  |   |
| 鳥栖地区広域市町村圏組合管理者様<br>上記の小規模多機能型居宅介護事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届出します。  |   |                        |                  | 届出日を記入してください。   |
| ⑫  | 年 月 日   | 住所                     |                  |   |
| 被保険者   |   | 電話番号 ( )               |                  |   |
| 氏名   |   |                        |                  |   |
| 保険者確認欄 <input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業所番号                              |   |                        |                  |   |
| 居宅サービス計画の作成を依頼(変更)する居宅介護支援事業者が居宅介護支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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当該居宅介護支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。 |   |                        |                  | 同意日と氏名を記入してください。  |
| ⑬  | 年 月 日 氏名  |                        |                  |   |

**【注意】**  
 住所地特例の方が小規模多機能型居宅介護サービスを利用される場合は、介護保険課給付係に事前にご相談ください。

## 1 月未満の小規模多機能型居宅介護利用の場合の 居宅介護支援費の取扱いについて

H18 年 4 月改正関係 Q&A (vol.2)

(問)

居宅介護支援事業所の介護支援専門員を利用している者が小規模多機能型居宅介護の利用を開始した場合、介護支援専門員は当該小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員に変更されることとなり、国保連合会への「給付管理票」の作成と提出については、当該小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員が行うこととなるが、月の途中で変更が行われた場合の小規模多機能型居宅介護の利用開始前又は利用終了後の居宅介護サービス利用に係わる国保連合会への「給付管理票」の作成と提出はどこが行うのか。

(答)

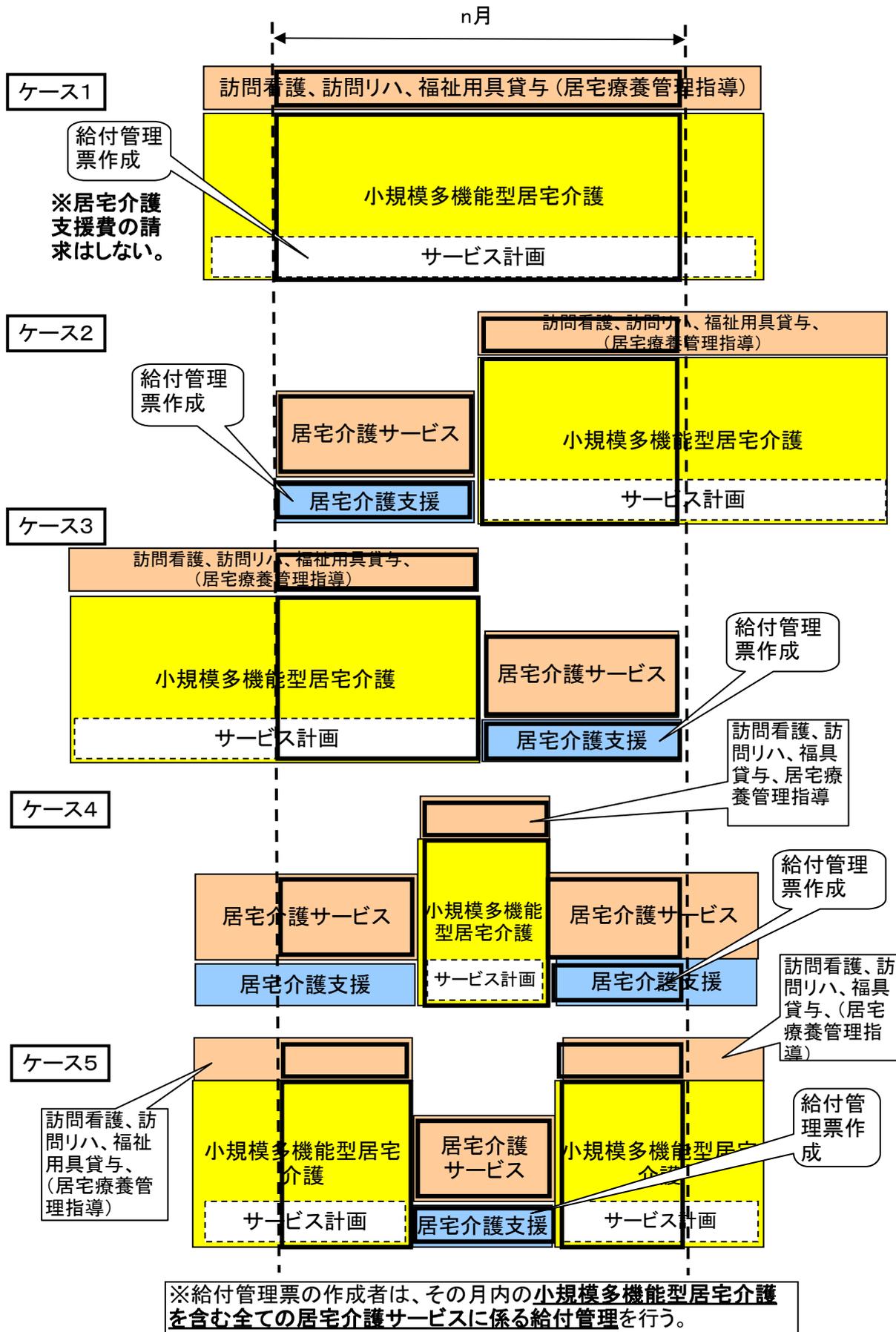
利用者が月を通じて小規模多機能型居宅介護（又は介護予防小規模多機能型居宅介護。以下略）を受けている場合には、小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員がケアプラン作成を行うこととなる。

この場合の給付管理は、他の居宅介護サービスを含めて「給付管理票」の作成と提出を行い、当該月について居宅介護支援費（又は介護予防支援費。以下略）は算定されないこととなる。（別添②のケース 1）

月の途中で小規模多機能型居宅介護の利用を開始又は終了した場合は、居宅介護支援費の算定は可能であるため、小規模多機能型居宅介護の利用開始前又は利用終了後の居宅介護支援事業所の介護支援専門員が小規模多機能型居宅介護を含めてその利用者に係わる「給付管理票」の作成と提出を行い、居宅介護支援費の請求を行うこととなる。（別添②のケース 2、3、5）

なお、同月内で複数の居宅介護支援事業所が担当する場合には、**月末時点（又は最後）**の居宅介護支援事業所の介護支援専門員が「給付管理票」の作成と提出を行い、居宅介護支援費を提出することとなる。（別添②のケース 4）

### 1月未満の小規模多機能型居宅介護利用の場合の居宅介護支援費の取扱い



# 要介護及び要支援認定の情報提供について

## 1 概要

被保険者の要介護要支援認定申請に伴い作成する、認定調査結果や主治医意見書について、居宅サービス計画及び介護予防サービス計画の作成に使用することを目的とする場合に限り、当該被保険者を担当する居宅介護支援事業者及び介護予防支援事業者に対し、資料の開示（情報提供）を行っています。なお、令和7年4月1日より担当が給付係から認定係へ変更となっております。

## 2 根拠法令等

- ・ 個人情報保護に関する法律（平成15年法律第57号）第69条第2項第1号
- ・ 鳥栖地区広域市町村圏組合介護保険要介護及び要支援認定の情報提供に係る取扱要綱第5条（申請手続き）
- ・ 同要綱第8条（遵守事項）

## 3 申請時の留意事項等

### （ア）申請者

- ① 情報提供を申請する被保険者の居宅介護支援業務若しくは介護予防支援業務を行う事業所の運営法人（事業者）です。
- ② 運営法人による申請が難しい場合は、居宅介護支援事業所による申請でもよいものとします。

### （イ）申請書提出時の留意事項

- ① 当該被保険者が要介護要支援認定を受けていること。
- ② 当該被保険者と申請事業者は、居宅介護支援若しくは介護予防支援の契約の締結を完了していること。
- ③ 居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書の提出を行っていること。
- ④ 契約書等の提示（又は写しの提出）が必要です。ただし、「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書」の同意欄に署名の記載がある場合は必要ありません。

(ウ) 情報提供の時期について

①申請書原本の受付は、原則審査会の3営業日後です。

②①の原本を受理後、即日情報提供します。(その場で交付します。)

③即日に情報提供をすることに伴い、事前に認定係へ申請書を FAX していただき、FAX を送信した旨の電話をお願いします。また、申請書の受取希望年月日の枠内に、受取希望時間を記入してください。

事前の連絡がなく申請に来られた場合は、状況により大変お待たせすることもあるため、原則半日前（午前中受け取りの場合は前営業日、午後受け取りの場合は当日の午前中）までに FAX 及び電話連絡をお願いします。

受け取りに来られる際は、必ず申請書の原本をお持ちください。

なお、従来のおおりの、数日後の受け取りや当組合の棚入れも可能です。

(FAX 番号：0942-81-3316)

(電話番号：0942-81-3315)

(例) 審査会後の日付の考え方

(1) 平日の場合

| 4/1(月) | 4/2(火)      | 4/3(水) | 4/4(木)      |       |
|--------|-------------|--------|-------------|-------|
| 審査会当日  | 1 営業日後      | 2 営業日後 | 3 営業日後      |       |
|        |             |        | 午前          | 午後    |
| パターン①  | ①FAX 及び TEL |        | ①情報提供       |       |
| パターン②  |             |        | ②FAX 及び TEL | ②情報提供 |

(2) 土日や祝日を挟む場合

| 4/1(金)    | 4/2(土)                               | 4/3(日) | 4/4(月)     | 4/5(火)     | 4/6(水)         |       |
|-----------|--------------------------------------|--------|------------|------------|----------------|-------|
| 審査会<br>当日 |                                      |        | 1 営業日<br>後 | 2 営業日<br>後 | 3 営業日後         |       |
|           |                                      |        | 午前         | 午後         |                |       |
| パターン<br>① | ①FAX 及び TEL<br>(TEL は、4/4 以降をお願いします) |        |            |            | ①情報提供          |       |
| パターン<br>② |                                      |        |            |            | ②FAX 及び<br>TEL | ②情報提供 |

※緊急を要する場合等において、急ぎで情報提供を受けたい場合は、事前に電話をお願いします。

- ④居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書 兼 居宅サービス計画作成方法（変更）届出書及び介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書を情報提供申請書の原本と同時に提出予定の場合は、事前の電話連絡の際に、その旨をお伝えください。
- ⑤介護予防支援事業所が、居宅介護支援事業所へ介護予防支援事業を委託しており、情報提供申請を当該居宅介護支援事業所が行う場合は、申請書の委託先事業所名を記載し、記載された委託事業所が資料を取りに来てください。
- ⑥介護保険施設が情報提供の申請をする際に、当該申請者が契約後初めて申請をする場合は、契約書の署名欄の写しを申請書の原本に添付してください。
- ⑦郵送で申請及び受領を行う場合は、封筒に、情報提供申請書の原本及び身分証明（介護支援専門員証）等の写し、切手を付けた返信用封筒を同封のうえ、鳥栖地区広域市町村圏組合まで郵送してください。

#### 4 申請書記載要領 別紙のとおり

# 申請書記入要領

様式第2号(第5条関係)

要介護認定等に係る情報提供申請書

年 月 日

鳥栖地区広城市町村圏組合  
管理者様

次のとおり、要介護認定等に係る情報について、鳥栖地区広城市町村圏組合介護保険要介護認定及び要支援認定の情報提供に係る取扱要綱第5条に基づき申請します。  
なお、情報提供を受けた際は、上記取扱要綱第8条の遵守事項を守り、資料を適正に管理します。

居宅介護（介護予防）支援事業者若しくは居宅介護（介護予防）支援事業所の名称を記入してください。

| 申請事業者(所)名   | 居宅介護(介護予防)支援事業者(所)等の名称 |           |    |            | 申請年月日   | 年月日     |     |  |
|-------------|------------------------|-----------|----|------------|---------|---------|-----|--|
| 申請事業者(所)所在地 | 〒                      |           |    |            | 年月日     | 受取希望年月日 |     |  |
|             | TEL ( )                |           |    |            | 年月日     |         |     |  |
| 委託先事業所名     |                        |           |    |            | 年月日     |         |     |  |
| 被保険者番号      | 氏名                     | 生年月日      | 住所 | 開示請求資料(※1) | 確認欄(※2) |         |     |  |
|             |                        |           |    |            | 届出      | 被保険者証   | 主治医 |  |
|             |                        | M T S . . |    | 1 2 3      | 有・無     | 有・無     | 有・無 |  |
|             |                        | M T S .   |    | 1 2 3      | 有・無     | 有・無     | 有・無 |  |
|             |                        | M T S . . |    | 1 2 3      | 有・無     | 有・無     | 有・無 |  |
|             |                        | M T S . . |    | 1 2 3      | 有・無     | 有・無     | 有・無 |  |

受取希望年月日の枠内の空いたところに、受取希望時間を記載してください

申請年月日：  
介護保険課へ申請した年月日を記入してください。  
受取希望年月日：  
申請日から平日を中一日明けた日付を設定してください。

※1 依頼する資料の番号に○を付けてください。

- 1 訪問調査及び認定結果情報
- 2 訪問調査票(特記事項)
- 3 主治医意見書

※2 この欄に記入しないで下さい。

依頼する資料の番号に○を付けてください。

介護予防支援事業所が、居宅介護支援事業所へ介護予防支援事業を委託しており、情報提供申請を当該居宅介護支援事業所が行う場合は、この欄を必ず記入してください。  
委託先事業所が記入されている場合は、記入されている事業所が資料を取りにきてください。

## 事故報告について

事故報告要件は下記のとおりです。該当する場合は事故報告書の提出をお願いしております。なお、住宅型有料老人ホーム等における事故については、佐賀県長寿社会課へも報告いただきますようお願いいたします。

### 報告を要する事故等

#### 1 報告の対象

介護サービス提供中に発生した事故（送迎、通院等の間も含まれます。）のうち、下記「2 報告の範囲」に含まれるものについて報告してください。なお、事業者の過失の有無は問いません。

#### 2 報告の範囲

##### (1) 利用者のケガについて

転倒等に伴う利用者のケガの程度が、病院、診療所等の受診や入院加療になった場合報告してください。ただし、ケガ等はないが慎重を期すため受診したが、特に異常がなかった場合はこの限りではありません。

##### (2) 誤嚥について

食事が喉に詰まる等により利用者を病院、診療所等へ搬送した場合報告してください。

##### (3) 誤薬について

他人の薬を誤って服薬した、飲むべき薬を飲まなかった、薬の処方量を誤って服薬してしまった等について、服薬後の利用者の影響の有無に関わらず全て報告してください。

##### (4) 食中毒、感染症及び結核について

サービス提供に関連して発生したと認められる場合に報告してください。感染症の場合で、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に定めるもののうち、1・2・3及び4類に該当する場合も報告してください。（インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症等が施設または事業所内にまん延する等の状態となった場合も含

みます。)

※関連する法に定める届出義務があるものは、これに従ってください。

**【参考】**

厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対処等に関する手順

(平成 18 年 3 月 31 日厚生労働省告示第 268 号)

養護老人ホーム等の管理者等は、イからハまでに掲げる場合には、有症者等の人数、症状、対応状況等を市町村又は保健所に迅速に報告するとともに、市町村又は保健所からの指示を求めることその他の必要な措置を講じなければならないこと。

イ 同一の感染症若しくは食中毒による又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤な患者が 1 週間内に 2 名以上発生した場合

ロ 同一の有症者等が 10 名以上又は全利用者の半数以上発生した場合

ハ イ及びロに掲げる場合のほか、通常の発生動向を上回る感染症等の発生が疑われ、特に管理者等が報告を必要と認めた場合

(5) 従業者の違法行為、不祥事の発生について

利用者からの預り金の横領など利用者の処遇に影響があるものは報告してください。

(6) その他

事業者が報告の必要性を判断した場合も報告してください。また、利用者が病気等で死亡した場合でも、死因等に疑義が生じる可能性のある時は報告してください。

3 報告の手順

(1) 事故処理の区切りがついたところで、速やかに組合が指定する報告書を用いて報告してください。

(2) 利用者が組合以外の保険者に属する場合は、当該保険者にも報告してください。

(3) 重大な事故等で組合に至急通知する必要がある時は、電話又は F A X で第一報をお願いします。事故処理の区切りがついたところで報告書を用いて報告してください。

事故報告書の様式については、鳥栖地区広域市町村圏組合の HP に掲載しています。  
鳥栖地区広域市町村圏組合 ([https://tosu-kouiki.jp/for\\_jigyousyo/todokede/sonota/](https://tosu-kouiki.jp/for_jigyousyo/todokede/sonota/))  
事業所の方 > 事業所の届出関係 > その他

# 事故報告書 (事業者→〇〇市(町村))

(別紙)

※第1報は、少なくとも1から6までについては可能な限り記載し、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内を目安に提出すること  
 ※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

第1報       第\_\_報       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<br>死亡年月日      | 西暦  |   | 年   |   | 月  |   | 日 |           |   |  |            |
| 2事業所の概  | 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  |   | 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<br>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  |   | 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<br><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<br><input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                 |   |   |   |    |   |   |           |   |  |            |
|   | 事故の種類                  | <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 誤薬・与薬もれ等 <input type="checkbox"/> 職員の不祥事等<br><input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等) <input type="checkbox"/> 不明<br><input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br><input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 感染症 |   |   |   |    |   |   |           |   |  |            |
|   | 発生日状況、事故内容の詳細          |   |   |   |   |    |   |   |           |   |  |            |
|   | その他<br>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: )<br><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<br>続柄  | <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子、子の配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( )   |   |   |    |   |   |           |   |  |            |
|   |                        | 報告年月日   | 西暦  |   | 年 |    | 月   |   | 日         |   |  |            |
|   | 連絡した関係機関<br>(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<br>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<br>(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<br>(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<br>特記すべき事項                               |                        |   |   |   |   |    |   |   |           |   |  |            |

## 特定（介護予防）福祉用具購入費支給制度について

### ■ 手続きを行う者

利用者の状況等を把握し、購入する福祉用具製品の内容及び使用内容等を把握している者（介護支援専門員（包括職員を含む）又は福祉用具業者）なお、支給申請の手続きをする場合、事前に予約が必要

### ■ 支給対象者

- 1 鳥栖広域の被保険者であり、要介護（要支援）の認定を受けていること
- 2 在宅で生活している者
- 3 要介護（要支援）認定者の心身の状況や住宅環境等に照らして使用が想定可能なものであること

### ■ 購入の対象となる福祉用具の種類

※入浴や排せつなど衛生上レンタルに適さない用具などが対象

#### 1 腰かけ便座

和式便器の上に置いて腰掛式に変換するもの、洋式便器の上に置いて高さを補うもの、便座・バケツ等からなり、移動可能である便器（水洗機能を有する便器を含み、居室において利用可能であるものに限る）など

#### 2 自動排泄処理装置の交換可能部品

尿や便の経路となるものであって、交換が容易にできるもの

#### 3 入浴補助用具

入浴用椅子、浴槽用手すり、浴槽内椅子、浴室内すのこなど

#### 4 簡易浴槽

空気式など容易に移動でき、居室で入浴可能なもの

#### 5 移動用リフトのつり具部分

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

#### 7 固定用スロープ

#### 8 歩行器（歩行車を除く）

#### 9 単点杖（松葉杖を除く）、多点杖

※ 7～9 は貸与か購入の選択制

※選択制の福祉用具において、貸与から購入に変更される場合、必ず担当者会議を開く必要はないが、基準に記載されているとおり、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士からの意見を聴取し、記録すること。(やむを得ない場合は、この限りではない。)

※指定特定福祉用具販売の具体的取扱方針 第 214 条の二 参照

## ■ 支給対象額

### 上限 10 万円

例：1割負担の場合

(支給対象額 10万円 内訳：支給 9万円 自己負担額 1万円)

## ■ 支払方法

償還払い…利用者が費用を全額支払い、利用者に支給対象額に保険給付率を乗じて得た額を給付する

受領委任払い…購入に要した費用から福祉用具購入費支給見込み金額を差し引いた額を福祉用具販売事業者に支払う

※ただし、保険料の滞納がある方については、受領委任払いは対象外

## ■ 申請から支給までの流れ (申請業務)

| 手 順             |   | 留 意 事 項 (添 付 書 類 等)  |
|-----------------|---|--|
| ① 要介護要支援の認定を受ける | ⇒ | 要介護 (要支援) 認定の有効期間が始まる前の福祉用具購入は支給対象にならない  |
| ↓               |   |  |
| ② 福祉用具の購入       |   | ●購入した福祉用具の写真 (福祉用具の品番・設置状況・日付が分かるもの) を撮る   |
| ↓               |   |  |
| ③ 支給申請 (請求)     | ⇒ | ●居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費支給申請書 (様式第 1 号または様式第 2 号)<br>※償還払いの場合：様式第 1 号<br>※受領委任払いの場合：様式第 2 号<br>償還払いの場合は振込先に本人の口座、受領委任払いの場合は福祉用具販売事業者の口座を記載する |

|           |   |   |
|-----------|---|---|
|           |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>●購入したものの明細が分かる書類<br/>(領収書でも可)(10割分)</li> <li>●領収書(原本及び写し)<br/>※原本は確認後返却</li> <li>●福祉用具パンフレットの写し</li> <li>●居宅サービス計画(第1表～第3表)</li> <li>●サービス担当者会議の要点<br/>(サービス担当者会議を開催した場合)</li> <li>※居宅サービス計画がない場合は、福祉用具サービス計画書</li> <li>※<u>選択制の福祉用具の購入申請をする場合は、多職種との協議内容または専門職からの意見を聴取したことがわかる記録と福祉用具サービス計画書</u></li> <li>●②で撮影した写真</li> <li>●居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請に伴う使用状況確認書</li> <li>●平面図(スロープが2か所以上の場合)</li> <li>●委任状(本人名義の口座ではない場合のみ)</li> <li>※振込先口座については、事前にケアマネ等が確認すること</li> </ul> |
| ↓         |   |   |
| ⑥確認及び支給決定 | ⇒ | <ul style="list-style-type: none"> <li>●必要に応じて、福祉用具の設置状況等を確認する場合がある</li> <li>●通常、支給申請後(購入)の2カ月後に振り込み</li> </ul>   |

## 特定（介護予防）福祉用具購入 チェックシート

- 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書
  - ※償還払いの場合：様式第1号（振込先は、本人口座）
  - ※受領委任払いの場合：様式第2号  
（振込先は、福祉用具販売事業者の口座）
  
- 購入したものの明細が分かる書類（領収書でも可）（10割分）
  
- 領収書（原本及び写し）
  - ※原本は確認後返却
  
- 福祉用具パンフレット（コピーでも可）
  
- 居宅サービス計画(第1表～第3表)
  - ※居宅サービス計画がない場合は、福祉用具サービス計画書
  
- サービス担当者会議の要点 第4表  
（サービス担当者会議を開催した場合）
  
- 選択制の福祉用具を購入するにあたり、多職種との協議内容または専門職からの意見を聴取したことがわかる記録と福祉用具サービス計画書（選択制の福祉用具を購入申請する場合に限る）
  
- 購入した福祉用具の写真（設置状況・日付が分かるもの）
  
- 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請に伴う使用状況確認書  
（居宅サービス計画書がある場合は介護支援専門員、福祉用具サービス計画書のみの場合は、福祉用具業者が記入）
  
- 平面図（スロープが2か所以上の場合）
  
- 委任状（本人名義の口座ではない場合に限る）

# 軽度者に対する福祉用具貸与の例外的な給付について

## 1 手続きが必要な時期

- (1) 軽度者が初めて福祉用具貸与の例外的な給付を利用しようとするとき（要介護2以上の者が、更新認定・区分変更の認定の結果、要支援1・2及び要介護1になり、例外給付を利用しようとするときを含む。ただし、自動排泄処理装置は、軽度者に加え要介護2及び要介護3になったとき。）
- (2) 例外給付を受けた後に、貸与品目の追加・変更をしようとするとき
- (3) 福祉用具の例外給付の利用者について、更新認定・区分変更の認定に伴う担当者会議の開催後
- (4) 福祉用具の例外給付の利用者について、心身の状況の変化等があったとき
- (5) 例外給付を受けた後に居宅支援事業所を変更したとき  
（居宅支援事業所が途中で包括と委託契約する場合を含む）
- (6) その他、本組合が確認の必要があると判断したとき

■ 組合が「否」の判定をした場合、(1)、(2)、(3)は 貸与開始日 から、(4)は サービス担当者会議の属する月の翌月分 から福祉用具貸与の例外給付の対象外となる

◆ 組合の「可」の判定がない状態で福祉用具の例外給付の利用・給付が行われていたことが判明した場合、不適切な給付として返還を求めることがあります。

## 2 判断基準及び結果連絡について

|         |  |                    |
|---------|--|--------------------|
| 確認・判断項目 | <ol style="list-style-type: none"> <li>① ケアマネジャーが例外給付について理解できているか</li> <li>② 提出書類に不備がないか。必要事項が適切に記入・チェックされているか</li> <li>③ フローチャートの「A」に該当 ⇒ 給付可能。（申請不要）</li> <li>④ フローチャートの「B」に該当 ⇒ <u>サービス担当者会議の記録が添付</u>されているか（要申請）</li> <li>⑤ フローチャートの「C」に該当 ⇒ 主治医の<u>医学的な所見が反映された</u>例外給付についての検討内容（心身状態・例外給付に該当する状態像・福祉用具種目の必要性・期待される効果・留意点等）が分かる<u>サービス担当者会議の記録が添付</u>されているか（要申請）</li> <li>⑥ 本人や家族の希望だけで導入しようとしていないか</li> <li>⑦ 「所見確認日」（ケアマネジャーが主治医より面接・電話・FAX等の方法で所見を入手した日）がサービス担当者会議開催日・ケアプラン作成日の後になっていないか<br/>※「医師の医学的な所見」に疾病名等のみが記載されており、例外給付の対象とすべき状態像が具体的に明らかにされていない場合は、具体的な内容を確認のうえ、再提出していただきます。</li> </ol> |                    |
| 判定      | 「可」（すべての要件を満たしていること）   | 「否」（一つでも満たしていない場合） |
| 結果連絡    | 理由書受付後、おおむね二週間でケアマネジャーに「確認通知書」を送付  |                    |

## 3 手続きの際の留意事項

### (1) 医師への確認

ケアマネジャー等は、当該被保険者の状態が「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」に該当すると判断した場合、対象となる状態像かどうかを医師に照会する。

※医師への確認は、被保険者の状態の確認を行うものである（用具の必要性の判断ではない）

### (2) サービス担当者会議の開催

(1)において、医師が「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」に該当するとの所見が示された場合、ケアマネジャーは、サービス担当者会議を開催し、適切なケアマネジメントにより福祉用具の貸与が必要であるかどうかを判断。

例外給付の対象とすべき状況等についてサービス担当者会議の記録として、「サービス担当者会議の要点」に記載しておくこと。

#### 4 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付フローチャート

### 軽度者（要支援者または要介護1※自動排泄処理装置については、要介護2及び3）の方

YES

直近の認定調査における基本調査の結果が下記の表の状態像に該当しますか？

| 対象外種目                             | 軽度者の状態像                          | 認定（基本情報）調査結果  |
|-----------------------------------|----------------------------------|---|
| 車いす・車いす付属品                        | 日常的に歩行が困難な者                      | 基本調査1-7 歩行「3. できない」   |
| 特殊寝台 及び<br>特殊寝台付属品<br>※①②のいずれか    | ①日常的に起き上がりが困難な者                  | 基本調査1-4 起き上がり「3. できない」  |
|                                   | ②日常的に寝返りが困難な者                    | 基本調査1-3 寝返り「3. できない」  |
| 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者                     | 基本調査1-3 寝返り「3. できない」  |
| 認知症老人<br>徘徊感知機器<br>※①②のいずれにも      | ①意志の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者 | 基本調査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<br>または基本調査3-2～基本調査3-7いずれか「2. できない」<br>または基本調査3-8～基本調査4-15いずれか「1. ない」以外<br>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移動において全介助を必要としない者               | 基本調査2-2 移動「4. 全介助」以外  |
| 移動用リフト(つり具の<br>部分を除く)<br>※①②のいずれか | ①日常的に立ち上がりが困難な者                  | 基本調査1-8 立ち上がり「3. できない」  |
|                                   | ②移乗が一部介助又は全介助を必要とする者             | 基本調査2-1 移乗「3. 一部介助」または「4. 全介助」  |
| 自動排泄処理装置<br>※①②のいずれにも             | ①排便が全介助を必要とする者                   | 基本調査2-6 「4. 全介助」  |
|                                   | ②移乗が全介助を必要とする者                   | 基本調査2-1 「4. 全介助」  |

NO

YES  
(申請不要)

身体の状態に照らし、福祉用具（車いす・移動用リフトのみ）を必要とする一定の条件に当てはまりますか？

| 対象外種目                 | 軽度者の状態像                     | 判断基準  |
|-----------------------|-----------------------------|---|
| 車いす・車いす付属品            | 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者 | 主治医から得た情報・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指定介護予防支援事業者・指定居宅介護支援事業者及び小規模多機能型居宅介護事業者が判断。 |
| 移動用リフト<br>(つり具の部分を除く) | 生活環境において段差の解消が必要と認められる者     |   |

添付書類：「軽度者の福祉用具貸与の例外給付理由書」・サービス担当者会議の要点・サービス計画書

NO

YES  
(要申請)

次のいずれかに該当する旨が、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ますか？

- 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、頻繁に第九十五号告示第二十五号のイ（厚生労働大臣が定める者）に該当する者（例 パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象）
- ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第九十五号告示第二十五号のイに該当することが確実に見込まれる者（例 がん末期の急速な状態悪化）
- 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第九十五号告示第二十五号のイに該当すると判断できる者（例 ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避）

添付書類：「軽度者の福祉用具貸与の例外給付理由書」・サービス担当者会議の要点・医師への所見が確認できる文書・サービス計画書

NO

YES  
(要申請)

介護保険の給付対象外になります。

介護保険の給付対象になります。

軽度者の福祉用具貸与に係る例外給付理由書

【基本情報】

|        |         |           |       |   |   |    |
|--------|---------|-----------|-------|---|---|----|
| フリガナ   | 被保険者番号  | 生年月日      | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日  |
| 被保険者氏名 | 年齢      | 年         | 歳     |   |   |    |
| 住所     | 要支援 1・2 | 要介護 1・2・3 | 認定    | 年 | 月 | 日～ |
|        | 新規申請中   | 区分変更申請中   | 有効期間  | 年 | 月 | 日  |

|         |             |   |   |   |
|---------|-------------|---|---|---|
| 計画作成担当者 | 居室サービス計画作成日 | 年 | 月 | 日 |
|         | 事業所名        |   |   |   |
|         | 電話番号        |   |   |   |
|         | 氏名          |   |   |   |

【必要な福祉用具の種類】

|  |                                      |   |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品   | <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 | <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 |
| <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 | <input type="checkbox"/> 移動用リフト      | <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置       |

【貸与する理由】(別紙のフローチャートにあてはめ選択。)

B . C

【医師の医学的所見/サービス担当者会議の開催状況等】

|   |            |
|---|------------|
| 福祉用具専門相談員の意見                              | 福祉用具貸与事業所名 |
| 主治医から得た情報やサービス担当者会議等の結果をふまえたケアプラン作成担当者の意見 |            |

|  |       |
|--|-------|
| 主治医名   | 医療機関名 |
| <p>【例外貸与基準の該当性】*該当するものに<input checked="" type="checkbox"/></p> <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によって、頻繁に第95号告示第25号のイ(フローチャートAの状態像)に該当する者<br><input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第95号告示第25号のイ(フローチャートAの状態像)に該当することが確実に見込まれる者<br><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斷から第95号告示第25号イ(フローチャートAの状態像)に該当すると判断される者<br><p>【原因となる疾病等】</p> <p>【上記例外貸与基準に該当する旨の医師の所見】</p> |       |
| 医師の医学的所見   | 所見確認日 |
|  | 年 月 日 |

## 住宅改修費支給制度

### ■ 手続きを行う者

利用者の状況等を把握し、住宅改修の内容を把握している者  
(介護支援専門員(包括職員含む)又は住宅改修業者)

※住宅改修費の金額にかかわらず全て上記の取扱いとなります。

※申請の際は、予約が必要

### ■ 支給対象の要件

- ①鳥栖広域の被保険者であり、要介護(要支援)の認定を受けていること
- ②要介護(要支援)認定者が現に居住する住宅(介護保険被保険者証に記載されている住所)で住宅改修が行なわれること
- ③要介護(要支援)認定者の心身の状況や住宅の状況等に照らして必要な改修であること
- ④保険給付対象範囲の改修であること
- ⑤医療機関に入院または介護保険施設に入所していないこと

### ■ 支給対象の種類

- ①手すりの取付け
- ②段差の解消
- ③滑りの防止及び移動の円滑化等のための床又は通路面の材料の変更
- ④引き戸等への扉の取替え
- ⑤洋式便器等への便器の取替
- ⑥その他前各号の住宅改修に付帯して必要となる住宅改修

### ■ 支給対象額

上限 20 万円

例：1割負担の場合

(支給対象額 20 万円 内訳：支給 18 万円 自己負担額 2 万円)

### ■ 支払方法

#### ①償還払い

利用者が費用の全額を施工業者へ支払い、利用者に支給対象額に保険給付率を乗じて得た額を給付するもの

#### ②受領委任払い

利用者が費用の自己負担分(1割～3割)を施工業者へ支払い、施工業者に残りの9割～7割分を給付するもの

## ■ 申請から支給までの流れ（申請業務）

### 要介護（要支援）認定を受ける

- 要介護（要支援）認定の有効期間が始まる前の住宅改修工事は支給対象となりません。
- 要介護（要支援）認定申請中であれば申請を受け付けますが、認定審査の結果、非該当となった場合には、保険給付対象とはなりません。

### 改修内容の検討

- 利用者の生活状況を把握し、生活動線上、最低限必要な箇所の改修のみの施工となりますので、事前申請前に、施工内容について、利用者、施工業者と十分な打ち合わせを行ってください。  
また、代金の支払い・受取方法（償還払い、受領委任払い）も十分な説明をお願いします。  
**（参考）支給対象となるかどうか不明な場合は、申請前に介護保険課までご相談ください。**

### 事前申請（工事着工前）

- 改修工事着工前に下記の書類を介護保険課に提出。
  - ① 介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修支給事前申請書（償還払いの場合は様式第1号、受領委任払いの場合は様式第2号）
  - ② 住宅改修が必要な理由書
  - ③ 住宅改修前の写真（撮影日が分かるもの）
  - ④ 改修予定の図面（平面図などで利用者の家の中での動線が分かるもの）
  - ⑤ 住宅改修工事見積書（改修の箇所および数量・長さ・面積等の規模の明確なもの）
  - ⑥ 住宅所有者の承諾書（本人または家族が所有者の場合は不要）

※ 住宅改修を行う建物が借家の場合は、必ず家主から承諾書をもらう必要があります。

  - ⑦ 材料のカタログのコピー（定価が記載されたもの）

### 該当工事の承認（不承認）通知書の送付

- 事前申請書類等を審査し、「介護保険住宅改修費承認（不承認）通知書」を被保険者に送付します。  
※通知書には、住宅改修費の給付見込金額を記載しています。

### 工事着工

- 承認後、施工内容を変更・中止する場合には、必ず事前に住宅改修内容変更（中止）申請書を介護保険課に提出して承認を得てください。

### 工事代金の支払

- 被保険者は、工事完了後、住宅改修施工事業者に工事代金を支払います。  
※償還払いの場合は、住宅改修に要した費用全額を住宅改修施工事業者に支払います。  
※受領委任払いの場合は、住宅改修に要した費用から住宅改修費支給見込金額を差し引いた額を住宅改修施工事業者に支払います。

### 支給申請（工事完了後）

- 改修工事完了後、下記の書類を添えて介護保険課に支給申請を行います。
  - ① 介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修支給申請書  
(償還払いの場合は様式第5号、受領委任払いの場合は様式第6号)  
※受領委任払いの場合、振込先に住宅改修施工事業者の口座を記載します。
  - ② 住宅改修後の写真（撮影日が分かるもの）
  - ③ 領収書（原本及び写し）※原本は、確認後返却します。
  - ④ 委任状（償還払いで、被保険者本人名義以外の口座を申請する場合）

## 確認及び支給

- 住宅改修内容を介護保険課が確認します。
- 原則として、確認した月の翌々月の支払日（通常 25 日）に指定された口座に支給額を振り込みます。

## ■ 制度上の取扱い・注意事項

### 1 介護認定申請中または入院中や施設入所中の方について

介護認定申請中または入院中や施設入所中の方が、事前申請による工事着工は可能ですが、支給申請は認定結果が出てから、または退院・退所した後になります。（一時帰宅中の支給申請は認められません。）そのため、認定結果が「非該当」の場合や退院・退所できない場合は、全額が自己負担になりますので、注意してください。施工途中での再入院や入所は対象とならないことがありますので、必ず事前にご相談ください。

### 2 新築や増築の住宅改修について

住宅の新築や増築（新たに居室を設ける等）、または改修理由が老朽化や器具の故障等の場合は、支給対象になりません。

### 3 ひとつの住宅に複数の被保険者がいる場合について

被保険者ごとに支給申請を行うことができます。ただし、安易に改修箇所を重複しないようにするだけでなく、被保険者の心身の状況に必要な改修であるかどうか前提になります。

### 4 家族等が自ら行う住宅改修について

被保険者が自分で材料を購入し、本人または家族によって住宅改修が行われた場合も同じように申請（償還払いのみ）は必要ですが、材料費のみが支給対象になります。この場合の「領収書」は材料の販売業者が発行したものとなります。

### 3段階リセットの例外

住宅改修の支給限度額の3段階リセットに関して、下記の段階で3段階上昇した場合に支給限度額がリセットされます。

| 「介護の必要の程度」の段階 | 要介護状態区分等               |
|---------------|------------------------|
| 第6段階          | 要介護5                   |
| 第5段階          | 要介護4                   |
| 第4段階          | 要介護3                   |
| 第3段階          | 要介護2                   |
| 第2段階          | 要支援2 又は 要介護1           |
| 第1段階          | 要支援1 又は 経過的要介護<br>旧要支援 |

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次表に定める「介護の必要の程度」の段階が3段階以上上がった場合に、20万円まで支給可能（以下「3段階リセットの例外」という。）

- 例 1 要支援1から要介護2となった場合、要介護等状態区分は3段階以上上がったものの、「介護の必要の程度」の段階は2段階しか上がっておらず、この例外は適用されない。
- 2 3段階リセットの例外が適用された場合は、以前の住宅改修で支給残額があってもリセットされ、支給限度額は20万円となり、支給限度額管理もリセット後のみの額になります。
- 3 3段階リセットの例外は1回のみ適用です。
- 4 転居された場合は、転居後の住宅改修に着目し、3段階リセットの例外が適用されます。

## 「住宅改修が必要な理由書」作成の留意事項

- ・「住宅改修が必要な理由書」については、他のサービス計画と同様に、作成者が専門家と一緒に検討を経て作成することが望ましいです。被保険者や家族の希望を取り入れつつ、利用者の自立につながるような改修計画が必要です。
- ・利用者の日常生活の動線を具体的に想定し、その間の身体状況から支障となる箇所について、施工業者や他のサービス提供者、作業療法士、理学療法士等の専門家に意見を求め、検討を行ってください。特に利用頻度が高いと考えられる「排泄」、「入浴」、「外出」の動線については必ず検討してください。

### 1 ページ目

#### 〈総合的状況〉

住宅改修のためのアセスメントになります。利用者・家族の生活状況や生活上の希望について総合的に把握します。

#### (1) 「利用者の身体状況」

住宅改修の必要性についての身体的な根拠となります。

病歴や入退院、服薬の状況を含め、身体状況（認知症の進行、可動域制限等）立ち上がりや跨ぎ動作、屋内外の移動方法（伝い歩き、杖歩行、介助歩行、車いす介助等）は必ず記述してください。

また、利用者の状況は日常的に接していないと見えにくい場合もあるため、主治医やリハビリテーションの専門家（理学療法士、作業療法士等）、担当のサービス提供者などから情報を得ることも有益です。

#### (2) 「介護状況」

どういう介護（サービス）が提供されているかが住宅改修の必要性を判断するうえで重要となります。

介護サービスやそれ以外のサービスの利用状況、家族介護（見守りを含む）の状況等を記述してください。通院等、外出状況についても改修目的の根拠となりますので、記載してください。

### (3) 「福祉用具の利用状況と住宅改修後の想定」

- ・改修前及び改修後に想定される福祉用具は、介護保険での利用分に限らずチェックを入れます（1本杖等）。
- ・改修工事に取り付ける手すり、スロープは含みません。
- ・利用者の生活状況や介護状況を改善するためには、住宅改修と福祉用具を組み合わせると一体的に検討することが重要です。
- ・「手すり」と「杖」をどのように使い分けるかなど具体的な生活動作の必要性に応じてリハビリテーションの専門職等に確認することも有益です。

### (4) 「住宅改修により利用者等は日常生活をどう変えたいか」

- ・利用者や家族の希望を受けて、専門職の判断も踏まえたうえで総合的に記述してください。
- ・利用者、家族の希望だけを取り入れて行った住宅改修では、自立支援としての効果が認められないものも少なくないため、住宅改修の必要性や目的、方針について専門職の立場からの意見を示し、利用者がそれを理解、納得したうえで自己決定を行うことができるようにすることが重要です。

## 2 ページ目

### (5) 「①改善をしようとしている生活動作」

- ・改善を必要とする動作についてレ点チェックします。
- ・今回改修の対象ではない項目はレ点チェックする必要はありません。
- ・〔その他の活動〕には、〔排泄〕〔入浴〕〔外出〕以外の活動の生活動作を記述します。（例えば、「調理：台所までの移動」や「洗濯：洗濯機からの洗濯物の取り出し」など）

### (6) 「② ①の具体的な困難状況」

- ・生活動作で困っていること、問題点について具体的に記述することで改修目的を明確にします。
- ・動作のレベル（例えば「立ち上がる」「歩く」「跨ぐ」「階段昇降」「扉

を開閉する」など)で、それがどのように困難なのかを具体的に記述します。

- ・生活のどの場面、どの動作が利用者、介助者にとって大変なのか、動作の流れに沿って一つずつ見極める必要があります。

#### (7)「③改修目的・期待効果をチェックした上で改修のコメント」

- ・困難な状況を改善するために、どのような改修を行うのか、その方針を具体的に記述します。
- ・住宅改修を行うことによって、困難な状況の改善にどのように役立つのか、改修の目的と期待する効果を明確にします。  
これは、住宅改修後の評価の際、目的が達成できたかの判断基準になります。

#### (8)「④改修項目（改修箇所）」

- ・改修内容を工事の種類ごとに整理することで、住宅改修費の対象となるものと、ならないものを確認します。
- ・改修箇所は場所だけでなく「手すり」であれば「便器横壁面」や「脱衣所入口に縦手すり」など具体的に記述してください。

# 住宅改修が必要な理由書

(P1)

## 記入要領

### <基本情報>

|     |        |                 |      |           |     |   |   |
|-----|--------|-----------------|------|-----------|-----|---|---|
| 利用者 | 被保険者番号 | 年齢              | 生年月日 | 大正・昭和     | 年   | 月 | 日 |
|     | 被保険者氏名 | 要介護認定<br>(該当に○) | 申請中  | 要支援       | 要介護 |   |   |
|     | 住所     | ／               | 1・2  | 1・2・3・4・5 |     |   |   |

|     |       |                  |   |   |   |     |    |   |   |   |
|-----|-------|------------------|---|---|---|-----|----|---|---|---|
| 作成者 | 現地確認日 | 令和               | 年 | 月 | 日 | 作成日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
|     | 所属事業所 |                  |   |   |   |     |    |   |   |   |
|     | 資格    | □介護支援専門員 □その他( ) |   |   |   |     |    |   |   |   |
|     | 氏名    |                  |   |   |   |     |    |   |   |   |
|     | 連絡先   | (TEL)            |   |   |   |     |    |   |   |   |

|     |     |    |   |   |   |     |
|-----|-----|----|---|---|---|-----|
| 保険者 | 確認日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 評価欄 |
|     | 氏名  |    |   |   |   |     |

### <総合的状況>

|                           |                     |                             |                                 |                                    |   |   |   |
|---------------------------|---------------------|-----------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---|---|---|
| 利用者の身体状況                  | 生活状況                | <input type="checkbox"/> 在宅 | <input type="checkbox"/> 入院(所)  | <input type="checkbox"/> 中(退院(所)予定 | 年   | 月   | 日 |
|                           | 世帯状況                | <input type="checkbox"/> 独居 | <input type="checkbox"/> 夫婦二人世帯 | <input type="checkbox"/> その他(同居家族: | の 人家族)  |   |   |
| 介護状況                      | 福祉用具の現状の利用状況と改修後の想定 |                             |                                 |                                    |   |   |   |
| 住宅改修により、利用者等は日常生活をどう変えたいか | (1)                 | (2)                         | (3)                             | (4)                                | 改修前   | 改修後   |   |
|                           |                     |                             |                                 |                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>●車いす</li> <li>●特殊寝台</li> <li>●床ずれ防止用具</li> <li>●体位変換器</li> <li>●手すり</li> <li>●スロープ</li> <li>●歩行器</li> <li>●歩行補助つえ</li> <li>●認知症老人徘徊感知機器</li> <li>●移動用リフト</li> <li>●腰掛便座</li> <li>●特殊尿器</li> <li>●入浴補助用具</li> <li>●簡易浴槽</li> <li>●排泄予測支援機器</li> <li>●その他</li> </ul> | <input type="checkbox"/> |   |

住宅改修が必要な理由書

(P2)

記入要領

<P1の「住宅改修により、日常生活をどう変えたいか」を踏まえて、①改善しようとしている生活動作②具体的な困難な状況③改修目的・期待効果④改修項目 を記入してください。>

| ①改善しようとしている生活動作   | ②①の具体的な困難な状況(……なので……で困っている)を記入してください              | ③改修目的・期待効果(……することで……が改善できる)を記入してください   | ④改修項目(改修箇所)  |
|---|---|--|--|
| 排泄<br><input type="checkbox"/> トイレまでの移動<br><input type="checkbox"/> トイレ出入口の出入(扉の開閉を含む)<br><input type="checkbox"/> 便器からの立ち座り(移動を含む)<br><input type="checkbox"/> 等からの移乗<br><input type="checkbox"/> 衣服の着脱<br><input type="checkbox"/> 排泄時の姿勢保持<br><input type="checkbox"/> 後始末<br><input type="checkbox"/> その他( )<br><div style="text-align: center;"><b>(5)</b></div>   | <div style="text-align: center;"><b>(6)</b></div> | <input type="checkbox"/> できなかったこととできるようにする<br><input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保<br><input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保<br><input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減<br><input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減<br><input type="checkbox"/> その他( )<br><div style="text-align: center;"><b>(7)</b></div>  | <input type="checkbox"/> 手すりの取り付け<br><input type="checkbox"/> ( )<br><input type="checkbox"/> 段差の解消<br><input type="checkbox"/> ( )<br><input type="checkbox"/> ( )<br><input type="checkbox"/> ( )<br><input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え<br><input type="checkbox"/> ( )<br><input type="checkbox"/> ( )<br><input type="checkbox"/> 便器の取替え<br><input type="checkbox"/> ( )<br><input type="checkbox"/> ( )<br><input type="checkbox"/> 滑り防止等のための床材の変更<br><input type="checkbox"/> ( )<br><input type="checkbox"/> ( )<br><input type="checkbox"/> その他<br><input type="checkbox"/> ( )<br><input type="checkbox"/> ( )<br><input type="checkbox"/> ( )<br><div style="text-align: center;"><b>(8)</b></div> |
| 入浴<br><input type="checkbox"/> 浴室までの移動<br><input type="checkbox"/> 衣服の着脱<br><input type="checkbox"/> 浴室出入口の出入(扉の開閉を含む)<br><input type="checkbox"/> 浴室内での移動(立ち座りを含む)<br><input type="checkbox"/> 浴槽の出入(立ち座りを含む)<br><input type="checkbox"/> 洗い場での姿勢保持(洗体・洗髪含む)<br><input type="checkbox"/> 浴槽内での姿勢保持<br><input type="checkbox"/> その他( )<br><input type="checkbox"/> 出入口までの屋内移動<br><input type="checkbox"/> 上がりかまちの昇降<br><input type="checkbox"/> 車いす等、装具の着脱<br><input type="checkbox"/> 履物の着脱<br><input type="checkbox"/> 出入口の出入(扉の開閉を含む)<br><input type="checkbox"/> 出入口から敷地外までの屋外移動<br><input type="checkbox"/> その他( ) |   | <input type="checkbox"/> できなかったこととできるようにする<br><input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保<br><input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保<br><input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減<br><input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減<br><input type="checkbox"/> その他( )<br><input type="checkbox"/> できなかったこととできるようにする<br><input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保<br><input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保<br><input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減<br><input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減<br><input type="checkbox"/> その他( )<br><input type="checkbox"/> できなかったこととできるようにする<br><input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保<br><input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保<br><input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減<br><input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減<br><input type="checkbox"/> その他( ) |  |
| 外出<br><input type="checkbox"/> 出入口までの屋内移動<br><input type="checkbox"/> 上がりかまちの昇降<br><input type="checkbox"/> 車いす等、装具の着脱<br><input type="checkbox"/> 履物の着脱<br><input type="checkbox"/> 出入口の出入(扉の開閉を含む)<br><input type="checkbox"/> 出入口から敷地外までの屋外移動<br><input type="checkbox"/> その他( )   |   | <input type="checkbox"/> できなかったこととできるようにする<br><input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保<br><input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保<br><input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減<br><input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減<br><input type="checkbox"/> その他( )<br><input type="checkbox"/> できなかったこととできるようにする<br><input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保<br><input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保<br><input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減<br><input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減<br><input type="checkbox"/> その他( )   |  |
| その他の活動  |   | <input type="checkbox"/> できなかったこととできるようにする<br><input type="checkbox"/> 転倒等の防止、安全の確保<br><input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保<br><input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減<br><input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減<br><input type="checkbox"/> その他( )   |  |

## 住宅改修支援事業

### 1 支援の内容

居宅介護支援（介護予防支援）の提供を受けていない要介護者<sup>\*</sup>等の「住宅改修が必要な理由書」の作成業務につき、2,000円／1件の支援を行うもの

<sup>\*</sup>住宅改修着工日の属する月に居宅介護支援（介護予防支援）の提供を受けていない要介護者等をさす

### 2 支援の対象

- ①介護支援専門員
- ②地域包括支援センター職員
- ③理学療法士及び作業療法士
- ④福祉住環境コーディネーター（2級以上の有資格者）

※ただし、③、④については、住宅改修着工時点において居宅（介護予防）サービス計画作成依頼届が提出されておらず、今後も提出予定がないことや、退院直後等で、介護支援専門員や地域包括支援センターの職員が利用者の身体状況を把握できない等、やむを得ない事情がある場合に限る。

### 3 支援費の請求

住宅改修支援事業支援費請求書（様式第1号）を、当該住宅改修支援事業を行った月（住宅改修に着工した月）の翌々月10日までに鳥栖地区広域市町村圏組合管理者に提出しなければならない。

なお、請求書の提出が、年度をまたぐ際は、早めのご提出をお願いします。

### 4 その他

住宅改修費支給の決定が未承認（全額不支給）になる場合は支給しない。

# 負担限度額認定申請について

## 1 介護保険負担限度額認定申請

対象サービス：介護保険施設・ショートステイ利用時の食費及び居住費

減額対象者：本人および世帯員全員が市町村民税非課税（生活保護世帯含む。）

- ① 市町村民税非課税世帯でも、世帯分離している配偶者が市町村民税課税者の場合
- ② 市町村民税非課税世帯（世帯分離している配偶者も非課税）でも、預貯金等が一定額（単身 1,000 万円、夫婦 2,000 万円）を超える場合

①②いずれかに該当する場合、給付の対象になりません。②については、令和3年8月から預貯金等の金額が利用者負担段階別になりました。

- ・ 第1段階：預貯金等が単身 1,000 万円、夫婦 2,000 万円を超える場合
- ・ 第2段階：預貯金等が単身 650 万円、夫婦 1,650 万円を超える場合
- ・ 第3段階①：預貯金等が単身 550 万円、夫婦 1,550 万円を超える場合
- ・ 第3段階②：預貯金等が単身 500 万円、夫婦 1,500 万円を超える場合

## 2 介護保険特定負担限度額認定申請

対象サービス：介護老人福祉施設（老人福祉法にもとづく特別養護老人ホーム）利用時の食費および居住費

減額対象者：①実質的負担軽減者（旧措置入所者で負担軽減措置によって、平成17年9月30日段階で利用者負担が5%以下だった人）

②上記以外の旧措置入所者は一般の負担軽減の対象となる → 1 へ

※旧措置入所者：介護保険法施行前に措置により特別養護老人ホームへ入所していた人

## 3 介護保険利用者負担限度額・免除等申請

対象サービス：介護老人福祉施設サービス費

減額対象者：実質的負担軽減者（旧措置入所者で負担軽減措置によって、平成17年9月30日段階で利用者負担が5%以下だった人）

◆負担限度額(1日あたり)

| 利用者負担段階   | 対象となる人<br>(市町村民税世帯非課税者)   | 居住費等の負担限度額  |                 |                    |                        | 食費の負担限度額   |              |
|-----------|---|-------------|-----------------|--------------------|------------------------|------------|--------------|
|           |   | ユニット<br>型個室 | ユニット型<br>個室の多床室 | 従来型個室              | 多床室                    | 施設<br>サービス | 短期入所<br>サービス |
| 第1段階      | ① 老齢福祉年金受給者<br>② 生活保護受給者<br>③ 境界層該当者  | 880円        | 550円            | 550円<br>(380円)     | 0円                     | 300円       | 300円         |
| 第2段階      | ① 本人の合計所得金額+課税年金<br>収入額+非課税年金収入額が年<br>額*80万円以下<br>*(令和7年8月から80.9万円以下)<br>② 境界層該当者                 | 880円        | 550円            | 550円<br>(480円)     | 430円                   | 390円       | 600円         |
| 第3段階<br>① | ① 本人の合計所得金額+課税年金<br>収入額+非課税年金収入額が年<br>額*80万円超120万円以下<br>*(令和7年8月から80.9万円超120<br>万円以下)<br>② 境界層該当者 | 1,370円      | 1,370円          | 1,370円<br>(880円)   | 430円                   | 650円       | 1,000<br>円   |
| 第3段階<br>② | ① 本人の合計所得金額+課税年金<br>収入額+非課税年金収入額が年<br>額120万円を超える<br>② 境界層該当者                                      | 1,370円      | 1,370円          | 1,370円<br>(880円)   | 430円                   | 1,360<br>円 | 1,300<br>円   |
| 第4段階      | 第1～3段階以外の人(市町村民税<br>世帯課税者、本人課税)   | 2,066円      | 1,728円          | 1,728円<br>(1,231円) | (注1)<br>437円<br>(915円) | 1,445円     |              |

※ ()内の金額は介護老人福祉施設と短期入所生活介護を利用した場合

(注1) 令和7年8月より、室料が徴収される場合は、697円になります

申請の取扱い

- ① 申請書裏面の「同意書」の記入、預貯金(普通・当座・定期)、共済建更、有価証券にかかるお持ちの全ての通帳等の写し(配偶者含む。通帳の裏面【名義、金融機関名、支店名、口座番号の確認ができる部分】、直近2か月の明細と残高の確認ができる部分。インターネットバンキングであれば口座残高ページの写し)の添付が必要です。
  - ② 本人及び世帯全員の課税状況により軽減の段階が判定されますので、必ず世帯全員の収入の申告(税務署又は市町税務課)がされていなければなりません。世帯に1人でも未申告者がいた場合は、認定できませんので、その場合、介護保険課からお知らせをしますので収入の申告を行っていただき、再度申請書を提出していただくことになります。
  - ③ 負担限度額認定証は、申請された月の初日にさかのぼり効力を有します。
  - ④ 申請時と状況等が変わり、認定の条件に該当しなくなったときは、遅滞なく市町に認定証を返してください。また、記載事項に変更があったときは、14日以内に認定証を添えて市町にその旨を届けてください。
- ※ 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) 鳥栖地区広域市町村圏組合 管理者 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請します。

|                         |  |     |                  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------|--|-----|------------------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ                    |  |     | 被保険者番号           |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名                  |  |     | 個人番号<br>(マイナンバー) |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日                    | 明・大・昭  | 年   |                  | 月  | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所                      | 〒 - 電話番号 - -   |     |                  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※ 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称 | 利用施設形態をチェックしてください。<br><input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> ショートステイ |     |                  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                         | 名称   | 所在地 |                  | 〒 - 電話番号 - -                                     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※ 入所(院)年月日              | 年  | 月   | 日                | ※ 介護保険施設に入所(院)していない場合及びショートステイを利用している場合は、記入不要です。 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|           |  |                    |   |                  |       |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--------------------|---|------------------|-------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|
| 配偶者の有無    | 有 ・ 無                                    |                    | 左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。 |                  |       |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ                                     |                    |   | 生年月日             | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |  |  |
|           | 氏名                                       |                    |   | 個人番号<br>(マイナンバー) |       |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
|           | 住所<br><small>(同居の場合は記入不要)</small>        | 〒 - 電話番号 - -       |   |                  |       |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
|           | 本年1月1日現在住所<br><small>(現住所と異なる場合)</small> | 〒 -                |   |                  |       |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
|           | 課税状況                                     | 市町村民税 【 課税 ・ 非課税 】 |   |                  |       |   |   |   |  |  |  |  |  |  |

|   |                          |  |                                |   |                                  |   |  |  |  |  |  |        |
|---|--------------------------|--|--------------------------------|---|----------------------------------|---|--|--|--|--|--|--------|
| 収入等に関する申告   | <input type="checkbox"/> | ①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者   |                                |   |                                  |   |  |  |  |  |  |        |
|   | <input type="checkbox"/> | ③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円以下です。(受給している非課税年金に○をして下さい)<br><small>※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。</small>                       |                                |   |                                  |   |  |  |  |  |  |        |
|   | <input type="checkbox"/> | ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円を超え、120万円以下です。(受給している非課税年金に○をして下さい)  |                                |   |                                  |   |  |  |  |  |  |        |
|   | <input type="checkbox"/> | ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。(受給している非課税年金に○をして下さい)   |                                |   |                                  |   |  |  |  |  |  |        |
| 預貯金等に関する申告<br><small>※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添</small> | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。<br><small>※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③~⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。</small> |                                |   |                                  |   |  |  |  |  |  |        |
|   | 預貯金額                     | 円  | 有価証券<br><small>(評価概算額)</small> | 円 | その他<br><small>(現金・負債を含む)</small> | 円 |  |  |  |  |  | ※<br>円 |

裏面もご記入ください ※内容を記入してください

## 保険者記入欄

|                     |                        |  |   |    |      |    |  |  |  |  |  |
|---------------------|------------------------|--|---|----|------|----|--|--|--|--|--|
| 市町村民税課税状況           | 課税 ・ 非課税               | 下記のとおり決定します。   |   |    |      |    |  |  |  |  |  |
| 課税年金収入額             | 円                      | ・ 承認する 【 利用者負担第 段階 】<br>交付年月日 年 月 日<br>適用年月日 年 月 日 から<br>有効期限 年 月 日 まで<br>・ 承認しない【理由】(本人・配偶者・家族)課税 ・ 預貯金等合計額超過 |   |    |      |    |  |  |  |  |  |
| 合計所得金額              | 円                      |  |   |    |      |    |  |  |  |  |  |
| 非課税年金収入額<br>(遺族・障害) | 円                      |  |   |    |      |    |  |  |  |  |  |
| 合計額<br>(A + B + C)  | 円                      | 担当者  | 係 | 係長 | 課長補佐 | 課長 |  |  |  |  |  |
| 受給年金                | 日本年金・地公共済<br>国公共済・私学共済 |  |   |    |      |    |  |  |  |  |  |

## 同意書

鳥栖地区広域市町村圏組合 管理者 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、鳥栖地区広域市町村圏組合管理者の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

〈 本人 〉

住 所

氏 名

〈 配偶者 〉

住 所

氏 名

申請者(記入者)が被保険者本人の場合には、下記について記載不要です。

|       |              |
|-------|--------------|
| 申請者氏名 | 電話番号（自宅・勤務先） |
| 申請者住所 | 本人との関係       |

### 注意事項

- (1) この申請における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。



## 同意書

鳥栖地区広域市町村圏組合 管理者 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、鳥栖地区広域市町村圏組合管理者の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び 申請年月日を記入してください を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

〈 本人 〉

住 所 佐賀県鳥栖市本町3丁目1494-1

氏 名 介 護 太 郎

〈 配偶者 〉

住 所 佐賀県〇〇市〇〇町〇丁目〇〇〇〇-〇〇

氏 名 介 護 花 子

申請者（記入者）が被保険者本人の場合には、下記について記載不要です。

|                              |                               |
|------------------------------|-------------------------------|
| 申請者氏名<br>介 護 一 郎             | 電話番号（自宅・勤務先）<br>△△△-△△△△-△△△△ |
| 申請者住所<br>佐賀県△△市△△町△丁目△△△△-△△ | 本人との関係<br>長男                  |

### 注意事項

- (1) この申請における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

## 高額介護サービス費について

介護保険では、1 か月ごとの利用者負担金の合計額が一定の上限を超えるときには、申請により高額介護サービス費としてその超えた額を支給します（同じ世帯に複数の利用者がいるときは、世帯全体の合計額）。

ただし、福祉用具購入や住宅改修にかかる自己負担分、施設における食費、居住費（滞在費）、日常生活費（理美容代・娯楽費など）は高額介護（予防）サービス費の対象にはなりません。

なお、自己負担の限度額は所得の状況に応じて定められています。（下記参照）また、対象となる方には高額介護（予防）サービス費支給申請書を送付します。

| 利用者負担段階区分  | 上限額(世帯合計)                |
|--|--------------------------|
| (1) 現役並みの所得者<br>●年収約1,160万円以上<br>(課税所得 690 万円以上)   | /                        |
|  | 140, 100円                |
|  | 93, 000円                 |
| ●年収約770万円以上1,160万円未満<br>(課税所得 380 万以上 690 万円未満)  | 44, 400円                 |
| (2)住民税世帯非課税  | 24, 600円                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・合計所得金額および課税年金収入額の合計が80万円以下の人(令和7年8月から80.9万円)</li> <li>・老齢福祉年金の受給者</li> </ul> | 15, 000円(個人)<br>24, 600円 |
| (3)・生活保護の受給者<br>・利用者負担を15, 000円に減額することで、生活保護の受給者とならない場合  | 15, 000円(個人)<br>15, 000円 |

(参考) おもな在宅サービスの支給限度額 (1割負担の場合)

(単位: 円)

| 介護度   | 1か月の利用限度額 | 自己負担額   |
|-------|-----------|---------|
| 要支援 1 | 50,320円   | 5,032円  |
| 要支援 2 | 105,310円  | 10,531円 |
| 要介護 1 | 167,650円  | 16,765円 |
| 要介護 2 | 197,050円  | 19,705円 |
| 要介護 3 | 270,480円  | 27,048円 |
| 要介護 4 | 309,380円  | 30,938円 |
| 要介護 5 | 362,170円  | 36,217円 |

※ただし、介護保険料を滞納されていて、給付額減額の措置を受けている方は支給されません。

サービス利用から申請、支給までの流れ (既申請者とは流れが異なります)

**サービス利用** 在宅サービス・施設の利用など。

(2月利用)



**審査** 国保連合会で内容の審査が行われます。

(3月中)



**該当者へ通知** 審査確認後、介護保険課から、対象者に高額介護サービス費のお知らせ  
(4月中旬) ・申請書を送付いたします。



申請書を提出した翌月の25日に本人の口座へ振込みします。

※毎月の25日が土日祝日の場合は、その前日の営業日が振込みとなります。

## 高額介護サービス費申請における注意事項

### (初回申請の方のみ)

申請書を本人宛に送付しますので、必要事項に記入のうえ介護保険課若しくは居住地の市町窓口へ提出。(直接介護保険課へ郵送でも可)

### (以前申請されている方)

今までに一度でも申請をされた方は、以後の申請は不要となり、高額介護サービス費に該当した場合は、自動で指定の口座へ振込みを行います。なお、本人には支給決定通知書を送付いたします。

---

『注 意』 次のことにお気をつけください。

※振込み口座については、ご本人名義の口座に限ります。諸事情により、どうしても不可能な場合は申請書とは別に委任状の添付をお願いしております。

※振込み口座に変更がある場合は、別に口座変更届出書があります。

※委任状等は、介護保険課のホームページからも入手が可能です。

介護保険高額介護(予防)サービス費支給申請書  
( ○ ○ 年 ○ 月 分 )

|   |   |              |               |
|---|---|--------------|---------------|
|   |   | 個人番号         | 123456789012  |
| フリガナ  | カイゴ タロウ   | 保険者番号        | 412031        |
| 被保険者氏名  | 介 護 太 郎   | 被保険者番号       | 0901234567    |
| 生年月日  | 昭 和 6 年 10 月 10 日                               |              | 男             |
| 住 所   | 841-0037<br>佐賀県鳥栖市本町3丁目1494-1 電話番号 0942-81-3317 |              |               |
|   |   | 氏 名          | 生年月日          |
|   |   | 介護保険の被保険者の場合 |               |
|   |   | 被保険者番号       |               |
|   |   | 個人番号         |               |
| 世帯構成  | 世帯主   | 介護 太郎        | M・T・S 6.10.10 |
|   | 世帯員   | 介護 花子        | M・T・S 7.12.24 |
|   |   |              | M・T・S . .     |
|   |   |              | M・T・S . .     |
| 鳥栖地区広域市町村圏組合管理者 様<br>上記のとおり関係書類を添えて高額介護(予防)サービス費の支給を申請します。<br>令和○年 ○月 ○○日<br>住所 鳥栖市本町3丁目1494-1<br>申請者 電話番号 0942-81-3317<br>氏名 介護 太郎<br>誰でも可(来庁者等) |   |              |               |

注 意

- ・給付制限を受けている方については、高額介護(予防)サービス費の支給ができない場合があります。
- ・今回の支給以降、高額介護(予防)サービス費が支給される場合、申請手続きは不要となります。
- ・以後、支給金額は今回申請した下記指定口座に振り込まれます。

高額介護(予防)サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

|       |      |   |         |         |  |  |  |
|-------|------|---|---------|---------|--|--|--|
| 口座振替  | 銀行   | 店舗コード                                   | 種 目     | 口 座 番 号 |  |  |  |
|       | 信用金庫 | 本・支店                                    | 1. 普通預金 |         |  |  |  |
| 依 頼 欄 | 信用組合 | 出張所                                     | 2. 当座預金 |         |  |  |  |
|       | 農 協  | 本・支所                                    | 3. その他  |         |  |  |  |
| フリガナ  |      | ※諸事情により被保険者本人の口座が不可能な場合は"委任状"を添付してください。 |         |         |  |  |  |
| 口座名義人 |      |   |         |         |  |  |  |

※口座振替依頼欄の振込口座については、ご本人名義の口座に限ります。

保険者記入欄

| 区 分   | 世帯集約番号 | 給付制限状況 | 備 考 |
|-------|--------|--------|-----|
| 1.単 独 |        | 有・無    |     |
| 2.合 算 |        | 給付割合   |     |

# 委任状

私は、(代理人の住所)

(代理人の氏名)

(続柄 )

---

を代理人と定め、

|           |
|-----------|
| 高額介護サービス費 |
| 住宅改修費     |
| 福祉用具購入費   |

の受領の権限を委任いたします。

年 月 日

(委任者の住所)

(委任者の氏名)

印

---

## 介護(予防)給付費振込口座変更依頼書

被保険者： \_\_\_\_\_ [被保険者番号： \_\_\_\_\_] についての保険給付費は、下記の金融機関の口座へ振り込んでください。

なお、受け取りました介護給付費について、万一紛議が生じた場合、当方の責任により解決し、貴組合に一切迷惑をおかけしません。

●対象となる給付の種類（□に“レ”を記入してください。）

- 介護保険高額介護(介護予防)サービス費
- 介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費
- 介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費

●変更後の振込口座

| 金 融 機 関 名                | 本・支店(所)名          |       |  | 種 別  |
|--------------------------|-------------------|-------|--|------|
| 銀行・農協・労働金庫・<br>信用金庫・信用組合 | 支店                | 支店コード |  | 1 普通 |
|                          | 支所<br>出張所         |       |  | 2 当座 |
| 口 座 番 号                  | 口 座 名 義 人 ( カ ナ ) |       |  |      |
|                          | ( )               |       |  |      |
| 理 由                      |                   |       |  |      |
|                          |                   |       |  |      |

令和    年    月    日

被保険者住所 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

口座名義人氏名 \_\_\_\_\_ (続柄:    )

連 絡 先 (    ) \_\_\_\_\_

# 高額医療・高額介護合算サービス費について

医療や介護に支払った金額がそれぞれ自己負担限度額を越えたとき、超えた分の額が支給されます。医療では高額医療費、介護では高額介護サービス費があります。更にその自己負担を軽減する目的で、平成20年4月に高額医療・高額介護合算制度が設けられました。年額で限度額が設けられ、限度額を超えた分は、申請して認められると後から支給されます。

## ①支給対象となる方

- (1) 毎年8月1日～翌年7月31日までの1年間で医療保険と介護保険の両方に自己負担がある世帯。
- (2) 上記(1)に該当する世帯で医療費と介護費の自己負担額の合算が自己負担限度額(下表参照)を超えた場合。

### 世帯の年間での自己負担限度額

| 所得<br>(基礎控除後の<br>総所得金額等) | 70歳未満<br>の人がいる<br>世帯 |
|--------------------------|----------------------|
| 901万円超                   | 212万円                |
| 600万円超<br>901万円以下        | 141万円                |
| 210万円超<br>600万円以下        | 67万円                 |
| 210万円以下                  | 60万円                 |
| 住民税<br>非課税世帯             | 34万円                 |

| 所得区分            | 70～74歳<br>の人がいる<br>世帯 | 後期高齢者医療制度<br>で医療を受けている人<br>がいる世帯 |
|-----------------|-----------------------|----------------------------------|
| 課税所得<br>690万円以上 | 212万円                 | 212万円                            |
| 課税所得<br>380万円以上 | 141万円                 | 141万円                            |
| 課税所得<br>145万円以上 | 67万円                  | 67万円                             |
| 一般              | 56万円                  | 56万円                             |
| 低所得者Ⅱ           | 31万円                  | 31万円                             |
| 低所得者Ⅰ※          | 19万円                  | 19万円                             |

※70歳未満の人の医療保険の自己負担額は、1ヶ月21,000円以上のみを合算対象とします。  
※低所得者Ⅰ区分の世帯で介護サービスの利用者が複数いる場合は、限度額の適用方法が異なります。

## ②申請窓口

申請窓口は、7月31日現在の加入医療保険になります。世帯内に、国保・後期・共済等が混在する場合は、それぞれの保険者に申請することになります。

## ③申請開始日

例年12月より申請受付

## ④申請の仕方

(1) 国保・後期に加入している方

医療保険の窓口で支給申請をします。(ワンストップサービスにより、介護分の自己負担額証明書の添付は必要なし)

- ↓
- 申請後、医療保険で支給額の計算をします。
- ↓
- 医療保険から、介護保険へ算出した額を通知します。
- ↓
- 医療保険と介護保険の両方から、申請者に支給額が通知され支給されます。

(2) 社会保険・共済保険等に加入されている方

介護保険の担当窓口で「支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書」を提出します。

- ↓
- 介護保険の担当窓口から「自己負担額証明書」を交付してもらう。
- ↓
- 「自己負担額証明書」を添付して、医療保険の担当窓口で支給の申請を行う。
- ↓
- 申請後、医療保険で支給額の計算をします。
- ↓
- 医療保険から介護保険へ算出した額を通知します。
- ↓
- 医療保険と介護保険の両方から、申請者に支給額が通知され支給されます。

## 介護給付費過誤申立の取扱いについて

過誤の申し立てには次の2種類があります。

### 通常過誤

1つのサービスについて、誤った請求の分を一旦取下げ、国保連で過誤取下げが確定した後（国保連から事業所に過誤決定通知書が送付されます。）、正しい請求の分を翌月10日までに再請求するやり方です。

この場合、一旦取下げとなりますので、その月の請求額からその分がまるまる差し引かれます。

金額や件数が少ない場合は通常過誤をお願いします。

### 同月過誤

誤った請求の分は、通常過誤と同様に一旦取下げますが、その取下げる同月に正しい分の請求をすることができるやり方です。

この場合、正と誤の差額分のみが相殺され振り込まれることとなりますので、件数や金額が多い場合に同月過誤をします。

通常過誤では事業所経営が成り立たなくなる等の諸般の事情により、どうしても同月過誤の必要がある場合は、事前に介護保険課にご相談ください。

また、同月過誤の場合、記載事項に1つでも誤りがあると却下され、処理が行えず通常過誤扱いとなりますので、特に注意が必要です。

※通常過誤や同月過誤の過誤申立連絡票を介護保険課に提出される場合は、入力誤り等の防止や内容確認を行うためにお手数ですが、介護給付費請求明細書の正と誤を添付していただき、毎月15日頃までに提出いただきますようお願いいたします。

過誤申立の流れ（※7月に過誤を提出すると仮定した場合での例）

| 通 常 過 誤   | 同月過誤（事前に介護保険課へ協議が必要）   |
|---|--|
| <p>(1) 7月15日までに、「介護給付費過誤申立連絡票」、「給付費明細書の正と誤（コピーで各1部ずつ）」を介護保険課へ提出</p> <p>↓</p> <p>(2) 7月20日（国保連ゞ日）に介護保険課から国保連合会へ申立書を送付</p> <p>↓</p> <p>(3) 7月下旬に国保連合会で過誤処理がなされ、8月の請求分から取り下げした金額が差し引かれる</p> <p>↓</p> <p>(4) 8月初めに、国保連合会から返戻通知と一緒に過誤決定通知が対象事業所宛てに送付<br/> <b>（注意：通知書で過誤処理が確定しているか必ず確認をお願いします）</b></p> <p>↓</p> <p>(5) 8月10日（請求の締切日）までに事業所から再請求</p> | <p>(1) 7月15日までに、「介護給付費過誤申立連絡票（同月過誤）」、「給付費明細書の正と誤（コピーで各1部ずつ）」を介護保険課へ提出</p> <p>↓</p> <p>(2) 8月5日（国保連ゞ日）に介護保険課から国保連合会へ申立書を送付</p> <p>↓</p> <p>(3) 8月10日までに、事業所から国保連合会へ正しい方を再請求</p> <p>↓</p> <p>(4) 国保連合会で8月審査にて同月過誤処理がなされる</p> <p>↓</p> <p>(5) 正と誤の差額分が相殺される</p> <p>↓</p> <p>(6) 9月初めに、国保連合会から返戻通知と一緒に過誤決定通知書が対象事業所宛てに送付</p> |

# 介護給付費過誤申立連絡票

年 月 日

鳥栖地区広域市町村圏組合  
介護保険課 給付係 様

\_\_\_\_\_  
[事業所番号]

\_\_\_\_\_  
[事業所名]

下記の介護給付費について過誤申立（取り下げ）して下さい。

| 被保険者番号 | 被保険者氏名 | サービス提供年月 | 請求明細書<br>様式 | 提供サービス | 過誤申立理由 |
|--------|--------|----------|-------------|--------|--------|
| 0 9 0  |        | 年 月      |             |        |        |
|        |        | 年 月      |             |        |        |
|        |        | 年 月      |             |        |        |
|        |        | 年 月      |             |        |        |
|        |        | 年 月      |             |        |        |
|        |        | 年 月      |             |        |        |

※提出される際は、請求明細書様式欄に記載した介護給付費請求明細書の正と誤を必ず添付してください。

(記載例)

# 介護給付費過誤申立連絡票

介護保険課への提出年月日を記載する。

□□年□□月□□日

鳥栖地区広域市町村圏組合  
介護保険課 給付係 様

[事業所番号]

4 1 1 2 3 4 5 6 7 8

[事業所名]

△△居宅介護支援事業所

下記の介護給付費について過誤申立（取り下げ）して下さい。

過誤を申し立てる理由を具体的に記載する。

提供サービスの種類を記載する。

各サービスの請求明細書の様式番号を記載する。

サービスの提供年月を記載する。

| 被保険者番号 |   | 被保険者氏名  | サービス提供年月 | 請求明細書様式 | 提供サービス | 過誤申立理由            |
|--------|---|---------|----------|---------|--------|-------------------|
| 0      | 9 | 0 0 0 0 | □□年□月    | 様式第七    | 居宅介護支援 | 特定事業所加算(I)算定誤りのため |
|        |   |         | 年 月      |         |        |                   |
|        |   |         | 年 月      |         |        |                   |
|        |   |         | 年 月      |         |        |                   |
|        |   |         | 年 月      |         |        |                   |
|        |   |         | 年 月      |         |        |                   |

※提出される際は、請求明細書様式欄に記載した介護給付費請求明細書の正と誤を必ず添付してください。

# 同月過誤

## 介護給付費過誤申立連絡票

年 月 日

鳥栖地区広域市町村圏組合  
介護保険課 給付係 様

\_\_\_\_\_  
[事業所番号]

\_\_\_\_\_  
[事業所名]

下記の介護給付費について過誤申立（取り下げ）して下さい。

| 被保険者番号 | 被保険者氏名 | サービス提供年月 | 請求明細書様式 | 提供サービス | 過誤申立理由 |
|--------|--------|----------|---------|--------|--------|
| 090    |        | 年 月      |         |        |        |
|        |        | 年 月      |         |        |        |
|        |        | 年 月      |         |        |        |
|        |        | 年 月      |         |        |        |
|        |        | 年 月      |         |        |        |
|        |        | 年 月      |         |        |        |

※提出される際は、請求明細書様式欄に記載した介護給付費請求明細書の正と誤を必ず添付してください。

# 別居親族による訪問介護サービスの提供に関する 取扱いについて

## 1 対象親族

配偶者、6親等以内の血族、3親等以内の姻族

## 2 対象となる要件

- ① 認知症等を有する利用者で、別居親族である訪問介護員でなければ対応が難しいとき
- ② 別居親族を訪問介護員として派遣するのに合理的理由<sup>※1</sup>が存在する場合

※1単に「利用者希望」「家族希望」などでは、合理的な理由とはみなさない。

## 3 事前協議

別居親族による訪問介護サービスの提供が必要な場合、訪問介護事業所は、鳥栖地区広域市町村圏組合介護保険課との事前協議が必要。

### 《事前協議のために必要な提出書類》

- 次ページ掲載の様式第1号
- 居宅サービス計画書（第1表～第4表）  
介護予防にあたっては、介護予防サービス支援計画書
- 訪問介護計画書
- 当該利用者と訪問介護員の関係がわかるもの（フェイスシート等）

**※介護支援専門員は、サービス担当者会議等において、別居親族による訪問介護サービスの必要性を確認するなど、利用者や家族、訪問介護事業所と連携をとること。**

## 4 判断基準

- ① 派遣予定のヘルパーが業務に従事する時間のうち、当該被保険者へのサービス提供時間が半数を超えてはならないこと。
- ② 居宅サービス計画書（介護予防サービス支援計画書）、訪問介護計画書に別居親族による訪問介護サービスの必要性（合理的理由）が明

記されていること。

- ③別居親族による訪問介護サービスを恒常的に利用するというのではなく、順次他のヘルパーへ替えていくなどの措置を訪問介護事業所が計画していること。
- ④認知症等の症状を有する利用者の場合は、主治医等より、利用者が認知症であり、親族でないと対応できないという客観的な意見があること。

鳥栖地区広域市町村圏組合 管理者 様

(事業所名)  
(代表者名)

**別居親族による訪問介護サービスの提供にかかる協議について**

別居親族である訪問介護員等による訪問介護サービスを提供したいので協議します。

記

新規に派遣 ( 年 月～派遣予定) 継続して派遣 ( 年 月～派遣中)

|                                     |                 |  |    |              |                |      |  |
|-------------------------------------|-----------------|--|----|--------------|----------------|------|--|
| 訪問<br>介護<br>事業者                     | 法人名             |  |    |              |                |      |  |
|                                     | 事業所名            |  |    |              | 事業者番号          |      |  |
|                                     | 所在地             | 〒  |    |              |                |      |  |
|                                     | 通常の実業<br>実施地域   |  |    |              |                |      |  |
|                                     | 管理者氏名           |  |    |              | 担当サービス提供責任者の氏名 |      |  |
| 訪問<br>介護員<br>等                      | 氏名              |  |    |              | 続柄             |      |  |
|                                     | 住所              |  |    |              |                |      |  |
|                                     | 従事時間            | 当月の<br>総派遣予定時間   | 時間 | 予定総派遣時間      | 時間             |      |  |
| 利用者                                 | 氏名              | 年齢   |    | 性別           |                | 要介護度 |  |
|                                     | 住所              |  |    |              |                |      |  |
|                                     | 被保険者番号          | 提供サービス形態   |    | 身体介護・生活援助・複合 |                |      |  |
|                                     | 要介護認定期間         | 年 月 日 ~  |    |              | 年 月 日          |      |  |
| 介護<br>支援<br>専門員                     | 氏名              |  |    |              |                |      |  |
|                                     | 事業者名            |  |    |              | 事業者番号          |      |  |
|                                     | 事業所所在地          | 〒  |    |              |                |      |  |
|                                     | 別居型サービスの<br>必要性 |  |    |              |                |      |  |
| サービス<br>担当者<br>会議等                  | 開催日時            | 年 月 日 時 分～ 時 分   |    |              |                |      |  |
|                                     | 出席者             |  |    |              |                |      |  |
|                                     | 議事要旨            |  |    |              |                |      |  |
| 認知症等<br>による主<br>治医への<br>意見確認        | 認知症             | <input type="checkbox"/> 有 ( I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M ) <input type="checkbox"/> 無 |    |              |                |      |  |
|                                     | 確認(日)           | <input type="checkbox"/> 確認していない <input type="checkbox"/> 確認している ( 年 月 日 )         |    |              |                |      |  |
|                                     | 確認者             |  |    |              |                |      |  |
| 別居親族である訪問<br>介護員等を派遣する<br>理由 (具体的に) |                 |  |    |              |                |      |  |
| 派遣予定期間                              |                 | 年 月 ~  |    |              | 年 月            |      |  |

《必要添付書類》

- ①居宅サービス計画(第1表～第4表)      ②訪問介護計画書  
③当該利用者と訪問介護員の親族関係がわかるもの(フェイスシート等)

## 暫定ケアプランによるサービスの提供について

介護サービスは、要支援・要介護の認定結果通知後にケアプラン作成など所定の手続きを経て、提供することが前提です。

ただし、利用者の心身の状態やその他特段の事由によりやむを得ない場合は、暫定ケアプランにより介護サービスを提供することも制度上認められています。

その場合であっても、介護サービス開始前までに暫定ケアプランを作成し、所定の手続きを経しておく必要があります。

**アセスメント、サービス担当者会議の開催、同意などの手順を踏まずに「暫定ケアプラン」を作成し、サービス利用を行った場合は、居宅介護支援費の減算等が生じる場合があります。**

### 1 暫定ケアプラン作成時の留意事項

要介護・要支援認定区分が要支援か要介護かによって、担当する事業所が異なるため、次の区分に従い適切に処理してください。

#### 《新規申請時》

|                |  |
|----------------|--|
| 要支援認定の可能性が高い場合 | <ul style="list-style-type: none"><li>●担当地区の地域包括支援センター（以下「包括」と記載）又は介護予防支援事業所（以下「居宅（予防）」と記載）で、サービス開始前までに予防プランを作成する。</li><li>●居宅介護支援事業所（以下「居宅」と記載）が委託を受ける場合は、包括と<u>サービス利用の必要性を協議し</u>、サービス開始前までに<u>予防プラン</u>を作成する。</li></ul> |
| 要介護認定の可能性が高い場合 | <ul style="list-style-type: none"><li>●包括は、新規申請の相談を受けている場合は利用者に居宅を紹介する。</li><li>●居宅は、サービス開始前までに介護プランを作成する。</li></ul>   |

《区分変更申請時》

|                       |  |
|-----------------------|--|
| 要支援→要介護へ変更になる可能性が高い場合 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 包括は、区分変更申請前までに居宅を利用者に紹介し、居宅へ情報提供を行う。</li> <li>● 居宅で<b>介護プラン</b>を作成する。</li> </ul>                                    |
| 要介護→要支援へ変更になる可能性が高い場合 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 居宅は、区分変更申請前までに担当地区の包括又は<b>居宅（予防）</b>を利用者に紹介し、包括へ情報提供を行う。</li> <li>● 包括又は<b>居宅（予防）</b>で<b>予防プラン</b>を作成する。</li> </ul> |

《更新申請時》（更新の認定年月日が前回の認定有効期限以降の場合）

|                         |  |
|-------------------------|--|
| 継続して要支援（要介護）認定の可能性が高い場合 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 有効期限内（もしくは次期認定期間のサービス利用開始前まで）に<b>予防プラン（介護プラン）</b>を作成する。</li> </ul>  |
| 要支援→要介護へ変更になる可能性が高い場合   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 包括は、利用者に居宅を紹介し、情報提供を行う。</li> <li>● 居宅は、有効期限内（もしくは次期認定期間のサービス利用開始前まで）に<b>介護プラン</b>を作成する。</li> </ul>                                    |
| 要介護→要支援へ変更になる可能性が高い場合   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 居宅は、利用者に担当地区の包括又は<b>居宅（予防）</b>を紹介し、情報提供を行う。</li> <li>● 包括又は<b>居宅（予防）</b>は、有効期限内（もしくは次期認定期間のサービス利用開始前まで）に<b>予防プラン</b>を作成する。</li> </ul> |

## 2 要支援・要介護認定後の処理

### ○認定結果が出た後、暫定ケアプランの内容でそのままサービス利用を継続していく場合

基準省令第13条第16号の解釈通知に規定するケアプランの「軽微な変更」に該当するため、暫定ケアプランに認定年月日・認定期間を書き加え、「申請中」を「認定済み」に書き換えることで、正式なケアプランとすることができます。

この場合、「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、老企第29号）の「居宅サービス計画書記載要領」に規定する「軽微な変更」の取り扱いとなりますので、変更箇所（認定年月日・認定期間の書き加えなど）について利用者へ説明し、署名により同意を得て、居宅サービス計画を交付してください。

### ○認定結果が出た後、暫定ケアプランの内容を見直し、サービス内容・頻度等を変更する場合

基準省令第13条第16号に規定する居宅サービス計画の変更にあたるため、サービス内容等を変更する前までに、再度、予防または介護プランの原案を作成し、担当者会議を開催する等、同条第3号～第12号の所定の手続きを経てください。

なお、暫定ケアプランにも認定年月日・認定期間等を書き加え、「申請中」を「認定済み」に書き換える（当該変更記録の箇所の冒頭に変更時点を明記する）ことで、暫定期間中の正式なケアプランとしてください。

### ○認定結果が見込みと異なった場合

|                      |  |
|----------------------|--|
| 要支援見込みで認定結果が要介護だった場合 | <ul style="list-style-type: none"><li>● 包括は、居宅に情報提供及び暫定ケアプラン(開始時に同意を得た原本)の提供を行い、暫定ケアプランのモニタリングを行う。</li><li>● 居宅は、認定結果日から10営業日以内に、居宅サービス計画作成依頼届出書を提出する。なお、変更年月日は、認定期間の開始日に遡って記入することができる。</li><li>● 居宅は、居宅サービス計画作成依頼届出書の変更年月日の月以降の給付管理を行い、居宅介護</li></ul> |
|----------------------|--|

|                             |   |
|-----------------------------|---|
|                             | <p>支援費を請求する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●居宅は、速やかに介護プランを作成し、サービス担当者会議を実施後、説明のうえ同意を得る。<br/>（その際に、予防の暫定ケアプランを介護の本プランに修正する必要があるため、包括から提供された予防プランの介護度や作成者、認定期間等を修正、加筆し、同意を得る。）<br/>（プランの遡りはせず、包括が作成した暫定ケアプランの期間内に作成する。）</li> <li>※包括は、要介護の本プランに関する引き継ぎ等の情報提供を行ってください。</li> <li>※当該プランのサービス担当者会議に必ずしも参加する必要はありません。</li> </ul>   |
| <p>要介護見込みで認定結果が要支援だった場合</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>●居宅は、包括又は居宅（予防）に情報提供及び暫定ケアプラン(開始時に同意を得た原本)の提供を行い、暫定ケアプランのモニタリングを行う。</li> <li>●包括又は居宅（予防）は、認定結果日から10営業日以内に、介護予防サービス計画作成依頼届出書を提出する。なお、変更年月日は、認定期間の開始日に遡って記入することができる。</li> <li>●包括又は居宅（予防）は、介護予防サービス計画作成依頼届出書の変更年月日の月以降の給付管理を行い、支援費を請求する。</li> <li>●包括又は居宅（予防）が担当する場合は、速やかに予防プランを作成し、サービス担当者会議を実施後、説明のうえ同意を得る。<br/>（その際に、介護の暫定ケアプランを予防の本プランに修正する必要があるため、居宅から提供された介護プランの介護度や作成者、認定期間等を修正、加筆し、同意を得る。）<br/>（プランの遡りはせず、居宅が作成した暫定ケアプランの期間内に作成する。）</li> <li>※<u>居宅が予防の委託を受けて継続して担当する場合に限っては、居宅が引続きのプランを作成し、委託元の包括が介護予防サービス計画作成依頼届出書の変更年月日の月以降の給付管理を行</u></li> </ul> |

|  |   |
|--|---|
|  | <p><u>い、支援費を請求する。</u></p> <p><u>※介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業所が継続して担当する場合に限っては、引続きのプランを作成し、介護予防サービス計画作成依頼届出書の変更年月日の月以降の給付管理を行い、支援費を請求する。</u></p> <p>※居宅は、包括又は居宅（予防）に予防の本プランに関する引き継ぎ等の情報提供を行ってください。</p> <p>※当該プランのサービス担当者会議に必ずしも参加する必要はありません。</p> |
|--|---|

《要支援見込みで認定結果が要介護だった場合のサービスの置換について》

| 暫定ケアプランに位置付けているサービス | 置換するサービス             |
|---------------------|----------------------|
| 介護予防訪問型サービス         | 訪問介護<br>(身体介護又は生活援助) |
| 自立支援訪問型サービス         | 置換不可                 |
| 生活リハビリ通所型サービス       | (地域密着型) 通所介護         |
| ハツラツ通所型サービス         | (地域密着型) 通所介護         |

※置換するためには、当該サービス事業所が介護給付サービスの指定を受けている必要があります。

《要介護見込みで認定結果が要支援だった場合のサービスの置換について》

| 暫定ケアプランに位置付けているサービス | 置換するサービス                     |
|---------------------|------------------------------|
| 訪問介護                | 介護予防訪問型サービス<br>自立支援訪問型サービス   |
| (地域密着型) 通所介護        | 生活リハビリ通所型サービス<br>ハツラツ通所型サービス |

※置換するためには、当該サービス事業所が総合事業サービスの指定を受けている必要があります。

○置換できるサービスがない場合

暫定ケアプランを「自己作成」したものとみなし、当組合から国民健康保険団体連合会に給付管理票を提出します。そのため、次の書類を当組合へ提出してください。

**【提出書類】**

- ・給付管理票、サービス提供票、提供票別表

## 【根拠規定】

### 基準省令第13条第16号の解釈通知

#### ⑮ 居宅サービス計画の変更

介護支援専門員は、居宅サービス計画を変更する際には、原則として、基準省令第13条第3号から第12号までに規定された居宅サービス計画作成に当たっての一連の業務を行うことが必要である。

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。ただし、この場合においても、介護支援専門員が、利用者の解決すべき課題の変化に留意することが重要であることは、同条第13号（⑬居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等）に規定したとおりであるので念のため申し添える。

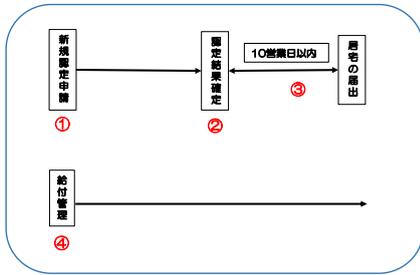
#### 居宅サービス計画書記載要領

本様式は、当初の介護サービス計画原案を作成する際に記載し、その後、介護サービス計画の一部を変更する都度、別葉を使用して記載するものとする。但し、サービス内容への具体的な影響がほとんど認められないような軽微な変更については、当該変更記録の箇所の冒頭に変更点を明記しつつ、同一用紙に継続して記載することができるものとする。（H11.11.12 介護サービス計画書の様式および課題分析標準項目の提示について 老企第29号）

○暫定ケアプランにおける見込みが明確でない場合の考え方

◆要介護見込みで要支援だった場合

○新規認定申請の場合

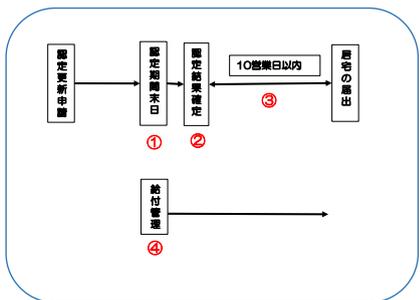


- ① 居宅が、介護の暫定プランを作成する。
- ② 認定結果に基づき、包括がサービス担当者会議を実施し、契約日以降の予防ケアプランを速やかに作成する。  
※居宅は、①の暫定ケアプランの原本を包括に提供し情報提供を行う。  
※包括は、提供された①の暫定ケアプランの要介護度や認定期間、担当者等を加筆、修正し、同意を得て本プランとする。  
(②の予防ケアプランの同意を得る際に、併せて同意を得る。)
- ③ 包括は、10営業日以内に居宅の届出を行う。  
変更開始日は、①の日付に遡ることができる。
- ④ 包括が①以降の給付管理を行う。

★居宅が委託を受けて、継続して担当する場合は、包括、利用者と3者契約を行い、居宅が予防ケアプランを作成する。(給付管理は、包括が行う)

★居宅が介護予防支援の指定を受けている場合は再契約は不要。  
居宅は、予防ケアプランを作成する。(給付管理も、居宅が行う)

○認定更新結果が認定期間内に出来なかった場合

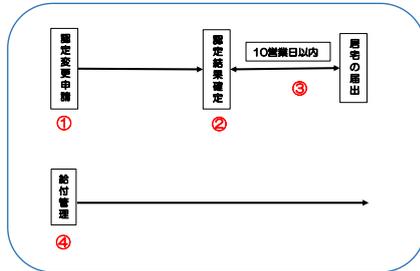


- ① 居宅が、介護の暫定プランを作成する。
- ② 認定結果に基づき、包括がサービス担当者会議を実施し、契約日以降の予防ケアプランを速やかに作成する。  
※居宅は、①の暫定ケアプランの原本を包括に提供し情報提供を行う。  
※包括は、提供された①の暫定ケアプランの要介護度や認定期間、担当者等を加筆、修正し、同意を得て本プランとする。  
(②の予防ケアプランの同意を得る際に、併せて同意を得る。)
- ③ 包括は、10営業日以内に居宅の届出を行う。  
変更開始日は、認定有効期間開始日に遡ることができる。
- ④ 包括が認定有効期間開始日以降の給付管理を行う。

★居宅が委託を受けて、継続して担当する場合は、包括、利用者と3者契約を行い、居宅が予防ケアプランを作成する。(給付管理は、包括が行う)

★居宅が介護予防支援の指定を受けている場合は再契約は不要。  
居宅は、予防ケアプランを作成する。(給付管理も、居宅が行う)

○認定変更申請の場合



- ① 居宅が、介護の暫定プランを作成する。
- ② 認定結果に基づき、包括がサービス担当者会議を実施し、契約日以降の予防ケアプランを速やかに作成する。  
※居宅は、①の暫定ケアプランの原本を包括に提供し情報提供を行う。  
※包括は、提供された①の暫定ケアプランの要介護度や認定期間、担当者等を加筆、修正し、同意を得て本プランとする。  
(②の予防ケアプランの同意を得る際に、併せて同意を得る。)
- ③ 包括は、10営業日以内に居宅の届出を行う。  
変更開始日は、①の日付に遡ることができる。
- ④ 包括が①以降の給付管理を行う。

★居宅が委託を受けて、継続して担当する場合は、包括、利用者と3者契約を行い、居宅が予防ケアプランを作成する。(給付管理は、包括が行う)

★居宅が介護予防支援の指定を受けている場合は再契約は不要。  
居宅は、予防ケアプランを作成する。(給付管理も、居宅が行う)

○暫定プランを本プランに変更する際の記載例（要介護⇒要介護）

|   |                                   |               |                       |             |                    |
|---|-----------------------------------|---------------|-----------------------|-------------|--------------------|
| 第 1 表   | 居宅サービス計画書(1) (暫定プラン)              |               | 作成年月日                 | 令和 4年12月25日 |                    |
|   |                                   |               | 初回・紹介・継続              | 認定済・申請中     |                    |
| 利用者名  | 鳥栖 太郎 様                           | 生年月日          | 昭和12年8月24日            | 住所          | 佐賀県鳥栖市本町3丁目1494番地1 |
| 居宅サービス計画作成者氏名   | 広域 太郎                             |               |                       |             |                    |
| 居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地   | 居宅介護支援事業所鳥栖広域                     |               |                       |             |                    |
| 居宅サービス計画作成(変更)日   | 令和 5年 1月 1日                       | 初回居宅サービス計画作成日 | 令和 4年 4月 1日           |             |                    |
| 認定日   |                                   | 認定の有効期間       | 令和5年 1月 1日 ~ 令和 年 月 日 |             |                    |
| 要介護状態区分   | 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5  |               |                       |             |                    |
| <b>暫定プラン</b>  |                                   |               |                       |             |                    |
| 利用者及び家族の生活に対する意向  |                                   |               |                       |             |                    |
| 介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定  |                                   |               |                       |             |                    |
| 総合的な援助の方針   |                                   |               |                       |             |                    |
| 生活援助中心型の算定理由  | 1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他 ( ) |               |                       |             |                    |
| 上記サービス計画について説明を受け、内容に同意しました。 同意年月日 令和 4年 12月 25日 署名 鳥栖 太郎 代筆 鳥栖 花子(妻) |                                   |               |                       |             |                    |



|   |   |               |                            |                        |                    |
|---|---|---------------|----------------------------|------------------------|--------------------|
| 第 1 表   | 居宅サービス計画書(1) ( <del>暫定プラン</del> )           |               | 作成年月日                      | <del>令和 4年12月25日</del> |                    |
|   |   |               | 初回・紹介・継続                   | <del>認定済・申請中</del>     |                    |
| 利用者名  | 鳥栖 太郎 様                                     | 生年月日          | 昭和12年8月24日                 | 住所                     | 佐賀県鳥栖市本町3丁目1494番地1 |
| 居宅サービス計画作成者氏名   | 広域 太郎                                       |               |                            |                        |                    |
| 居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地   | 居宅介護支援事業所鳥栖広域                               |               |                            |                        |                    |
| 居宅サービス計画作成(変更)日   | 令和 5年 1月 1日                                 | 初回居宅サービス計画作成日 | 令和 4年 4月 1日                |                        |                    |
| 認定日   | 令和5年2月2日                                    | 認定の有効期間       | 令和5年 1月 1日 ~ 令和 5年 12月 31日 |                        |                    |
| 要介護状態区分   | <del>要介護1</del> ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 |               |                            |                        |                    |
| <b>本プラン</b>   |   |               |                            |                        |                    |
| 利用者及び家族の生活に対する意向  |   |               |                            |                        |                    |
| 介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定  | ※記載なし<br>(認定審査会からの意見がない場合は、「記載なし」を記載)       |               |                            |                        |                    |
| 総合的な援助の方針   |   |               |                            |                        |                    |
| 生活援助中心型の算定理由  | 1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他 ( )           |               |                            |                        |                    |
| 上記サービス計画について説明を受け、内容に同意しました。 同意年月日 令和 4年 12月 25日 署名 鳥栖 太郎 代筆 鳥栖 花子(妻)               |   |               |                            |                        |                    |
| ※令和5年2月2日に要介護2の認定結果が確定。<br>暫定プラン作成時と状態変わらないため本プランとする。 令和 5年 2月 4日 鳥栖 太郎 代筆 鳥栖 花子(妻) |   |               |                            |                        |                    |

○暫定プランを本プランに変更する際の記載例（要介護⇒要支援）

|   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| 第 1 表   | 居宅サービス計画書(1) (暫定プラン) 作成年月日 令和 4年12月25日 |                                       |
|   | 初回・紹介・継続                               | 認定済・申請中                               |
| 利用者名  | 鳥栖 太郎 様                                | 生年月日 昭和12年8月24日 住所 佐賀県鳥栖市本町3丁目1494番地1 |
| 居宅サービス計画作成者氏名   | 広域 太郎                                  |                                       |
| 居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地   | 居宅介護支援事業所鳥栖広域                          |                                       |
| 居宅サービス計画作成(変更)日   | 令和 5年 1月 1日                            | 初回居宅サービス計画作成日 令和 4年 4月 1日             |
| 認定日   | 認定の有効期間 令和5年 1月 1日 ~ 令和 年 月 日          |                                       |
| 要介護状態区分   | 要介護1                                   | 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5             |
| 利用者及び家族の生活に対する意向  |  |                                       |
| 介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定  |  |                                       |
| 総合的な援助の方針   |  |                                       |
| 生活援助中心型の算定理由  | 1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他 ( )      |                                       |
| 上記サービス計画について説明を受け、内容に同意しました。 同意年月日 令和 4年 12月 25日 署名 鳥栖 太郎 代筆 鳥栖 花子(妻) |  |                                       |

暫定プラン



|   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| 第 1 表   | 介護予防サービス・支援計画書 令和 5年 2月 4日                                   |                                       |
|   | <del>居宅サービス計画書(1) (暫定プラン)</del> 作成年月日 <del>令和 4年12月25日</del> |                                       |
|   | 初回・紹介・継続   | 認定済・申請中                               |
| 利用者名  | 鳥栖 太郎 様  | 生年月日 昭和12年8月24日 住所 佐賀県鳥栖市本町3丁目1494番地1 |
| 居宅サービス計画作成者氏名   | <del>広域 太郎</del> みやき 次郎                                      |                                       |
| 居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地   | <del>居宅介護支援事業所鳥栖広域</del> 鳥栖広域包括支援センター                        |                                       |
| 居宅サービス計画作成(変更)日   | 令和 5年 1月 1日  | 初回居宅サービス計画作成日 令和 4年 4月 1日             |
| 認定日   | 令和5年2月2日   | 認定の有効期間 令和5年 1月 1日 ~ 令和 5年 12月 31日    |
| 要介護状態区分   | 要介護1   | 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5             |
|   | 要支援2   |                                       |
| 利用者及び家族の生活に対する意向  |  |                                       |
| 介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定  | ※記載なし<br>(認定審査会からの意見がない場合は、「記載なし」を記載)                        |                                       |
| 総合的な援助の方針   |  |                                       |
| 生活援助中心型の算定理由  | 1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他 ( )                            |                                       |
| 上記サービス計画について説明を受け、内容に同意しました。 同意年月日 令和 4年 12月 25日 署名 鳥栖 太郎 代筆 鳥栖 花子(妻)                             |  |                                       |
| ※令和5年2月2日に要支援2の認定結果が確定。<br>暫定プラン作成時と状態変わらないため、居宅サービス計画書を修正し本プランとする。 令和 5年 2月 4日 鳥栖 太郎 代筆 鳥栖 花子(妻) |  |                                       |

本プラン

○暫定プランを本プランに変更する際の記載例（要支援⇒要介護）

**介護予防サービス・支援計画書（暫定プラン）**

初回・紹介・継続
 認定済
 申請中
 要支援1
 要支援2
 地域支援事業

No. \_\_\_\_\_

利用者名 鳥栖 太郎 様 認定年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 認定の有効期間 令和5年 1月 1日～ \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

計画作成者氏名 広域 太郎 委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先） \_\_\_\_\_

計画作成（変更）日 令和4年 12月 25日（初回作成日 令和4年 12月 25日） 担当地域包括支援センター：鳥栖広域包括支援センター

目標とする生活

|    |  |    |
|----|--|----|
| 1日 |  | 1年 |
|----|--|----|

| アセスメント領域と現在の状況 | 本人・家族の意欲・意向 | 領域における課題（背景・原因） | 総合的課題 | 課題に対する目標と具体策の提案 | 具体策についての意向本人・家族 | 目標  | 支援計画           |                   |          |        |     |
|----------------|-------------|-----------------|-------|-----------------|-----------------|-----|----------------|-------------------|----------|--------|-----|
|                |             |                 |       |                 |                 |     | 目標についての支援のポイント | 本人等のセルフケアや家族のサポート | 介護保険サービス | サービス種別 | 事業所 |
|                |             |                 |       |                 |                 | ( ) |                |                   |          |        |     |
|                |             |                 |       |                 |                 | ( ) |                |                   |          |        |     |

健康状態について 【本来自らうべき支援が実施できない場合】 総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

ト

□主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点 \_\_\_\_\_ 妥当な支援の実施に向けた方針 \_\_\_\_\_

基本チェックリストの（該当した質問項目数）／（質問項目数）をお書き下さい。地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

|               |      |      |       |         |       |      |
|---------------|------|------|-------|---------|-------|------|
| 予防給付または地域支援事業 | 運動不足 | 栄養改善 | 口腔内ケア | 閉じこもり予防 | 物忘れ予防 | うつ予防 |
|               |      |      |       |         |       |      |

【意見】 \_\_\_\_\_

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

令和4年12月25日 氏名 鳥栖 太郎  
代筆 鳥栖 花子（妻）



**居宅サービス計画書**

~~介護予防サービス・支援計画書（暫定プラン）~~

初回・紹介・継続
 認定済
 申請中
 要支援1
 要支援2
 地域支援事業

要介護1

No. \_\_\_\_\_

利用者名 鳥栖 太郎 様 認定年月日 令和5年 2月 2日 認定の有効期間 令和5年 1月 1日～ 令和5年 12月 31日

計画作成者氏名 ~~広域 太郎~~ みやき 次郎 委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先） \_\_\_\_\_

計画作成（変更）日 令和4年 12月 25日（初回作成日 令和4年 12月 25日） ~~担当地域包括支援センター：鳥栖広域包括支援センター~~

目標とする生活 \_\_\_\_\_ 担当：居宅介護支援事業所鳥栖広域

|    |  |    |
|----|--|----|
| 1日 |  | 1年 |
|----|--|----|

| アセスメント領域と現在の状況 | 本人・家族の意欲・意向 | 領域における課題（背景・原因） | 総合的課題 | 課題に対する目標と具体策の提案 | 具体策についての意向本人・家族 | 目標  | 支援計画           |                   |                   |        |     |
|----------------|-------------|-----------------|-------|-----------------|-----------------|-----|----------------|-------------------|-------------------|--------|-----|
|                |             |                 |       |                 |                 |     | 目標についての支援のポイント | 本人等のセルフケアや家族のサポート | 介護保険サービスまたは地域支援事業 | サービス種別 | 事業所 |
|                |             |                 |       |                 |                 | ( ) |                |                   |                   |        |     |
|                |             |                 |       |                 |                 | ( ) |                |                   |                   |        |     |

健康状態について 【本来自らうべき支援が実施できない場合】 総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

ト

□主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点 \_\_\_\_\_ 妥当な支援の実施に向けた方針 \_\_\_\_\_

基本チェックリストの（該当した質問項目数）／（質問項目数）をお書き下さい。地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

|               |      |      |       |         |       |      |
|---------------|------|------|-------|---------|-------|------|
| 予防給付または地域支援事業 | 運動不足 | 栄養改善 | 口腔内ケア | 閉じこもり予防 | 物忘れ予防 | うつ予防 |
|               |      |      |       |         |       |      |

【意見】 \_\_\_\_\_

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

令和4年12月25日 氏名 鳥栖 太郎  
代筆 鳥栖 花子（妻）

※令和5年2月2日に要介護1の認定結果が確定。 令和 5年 2月 4日 鳥栖 太郎

暫定プラン作成時と状態変わらないため、介護予防サービス・支援計画書を修正し本プランとする。 代筆 鳥栖 花子（妻）

## 指定居宅介護支援の基準省令第13条第16号解釈通知に規定する「軽微な変更」の取り扱いについて

指定居宅介護支援基準省令第13条第16号の規定により、居宅サービス計画の変更を行う場合は、同条第3号から第12号までの手順を行うよう定めています。

ただし、同条第16号の解釈通知には、「利用者の希望により軽微な変更」を行う場合には、同条第3号から第12号の手順を行う必要はないものとしています。

この「軽微な変更」の具体的な事例は、令和3年3月31日付厚労省老健局介護保険計画課長ほか発介護保険最新情報 Vol.959 により示されておりますが、本組合としての考え方について71ページ以降に記載しておりますので、ご確認ください。

### 1 軽微な変更を行う場合の事務手順

「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、老企第29号）の「居宅サービス計画書記載要領」に規定する「軽微な変更」の取り扱いとなるので、次のとおりの適切な手順により行うこと。

①実施状況の把握（モニタリング）

②アセスメント内容の再確認

⇒ 再確認の日付をアセスメント用紙に記載

③支援経過記録に「軽微な変更」と判断した理由を記載

④原則次の⑦若しくは⑧の手順で居宅サービス計画の変更

⑦これまでの居宅サービス計画を修正する場合は、当該居宅サービス計画の変更箇所を修正（赤ペンなどの二重線で消し、修正内容を記載）し、変更記録の箇所の冒頭に変更時点を明記。変更箇所は利用者へ説明し、署名により同意を得る。

⑧居宅サービス計画の再作成を行う。日付が遡れないため空白の期間が生じないように留意すること。変更箇所は利用者へ説明し、署名により同意を得る。

⑤居宅サービス計画書の交付

## 2 短期目標期間の変更時点での手続き

基準省令第 13 条第 13 号の規定により、実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。以下『モニタリング』という。）を行い、必要である場合、居宅サービス計画の変更を要することを定めており、この時の「変更」は、同条第 16 号の規定により、当然同条第 3 号～第 12 号の手順を経るべきであると規定されている。

短期目標においても、居宅サービス計画の中で定めた期限が到来した時点で、目標が達成されたか否かを判断し、その後は、基準省令第 13 条第 3 号～第 12 号の手順に沿ってケアプランの変更を行うことが通常の流れである。

しかしながら、短期目標の内容を変更する必要がなく、単なる目標設定期間の延長を行う場合において、介護支援専門員が「軽微な変更」に該当すると判断する場合は、「1 軽微な変更を行う場合の事務手順」により手続きを行うこと。

ただし、この場合、「1 軽微な変更を行う場合の事務手順」の④については、⑦により居宅サービス計画の変更を行ってください。

なお、長期目標到達時においては、**軽微な変更となりませんので**、基準省令第 13 条第 3 号～第 12 号の手順に沿ってケアプランの変更手続きを行うこと。

### ◆目標期間の延長について

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（課題や期間）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ります。

なお、これらはいくまで例示であり「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 号までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断してください。



|  |   |   |
|--|---|---|
| <p>福祉用具で同等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>福祉用具の同一種目における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」に該当する場合はあるものと考えられる。<br/>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う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>   | <p>左記の見解のとおりと考える。<br/>なお、「軽微な変更」を行う際は、支援経過記録に「軽微な変更」として理由等を記載し、記録を残すこと。</p>   |
| <p>対象福祉用具の福祉用具貸与から特定福祉用具販売への変更</p>           | <p>指定福祉用具貸与の提供を受けている対象福祉用具（指定居宅サービス等の事業の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第199条第2号に定める対象福祉用具をいう。）をそのまま特定福祉用具販売へ変更する場合には、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。<br/>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う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p> | <p>左記の見解のとおりと考える。なお、提案に当たっては、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者の意見等、多職種による協議の結果を踏まえた利用期間の見直しを勘案すること。<br/>なお、「軽微な変更」を行う際は、支援経過記録に「軽微な変更」として理由等を記載し、記録を残すこと。</p>             |
| <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> | <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）単なる事業所変更については、「軽微な変更」に該当する場合はあるものと考えられる。<br/>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う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>  | <p>左記の見解のとおりと考える。<br/>なお、「軽微な変更」を行う際は、支援経過記録に「軽微な変更」として理由等を記載し、記録を残すこと。</p>   |
| <p>目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合</p>             | <p>第一表の総合的な援助の方針や第二表の生活全般の解決すべき課題、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だけの場合には、「軽微な変更」に該当する場合はあるものと考えられる。<br/>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う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>                                      | <p>左記の見解のとおりと考える。<br/>なお、「軽微な変更」を行う際は、支援経過記録に「軽微な変更」として理由等を記載し、記録を残すこと。</p>   |
| <p>担当介護支援専門員の変更</p>                          | <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をはじめ各サービス担当者と同様の業務を有していること。）のような場合には、「軽微な変更」に該当する場合はあるものと考えられる。<br/>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う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきものである。</p>                                   | <p>左記の見解のとおりと考える。なお、新しい担当者がアセスメント内容、ケアプランを見直した結果、ケアプラン変更の必要がないと判断した場合は、「軽微な変更」に該当すると考える。<br/>なお、「軽微な変更」として、一連の業務を省略する場合は事前に利用者及びサービス担当者にケアマネジャーが交代する旨の説明を行い、ケアプランの計画作成者氏名を修正し、変更時点を明記して同意を得ること。</p> |

| 項目                                  | 国の考え方  | 本組合における基本的・具体的考え方   |
|-------------------------------------|--|---|
| 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>基準の解釈通知のとおり、「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い。しかしながら、例えば、ケアマネジャーがサービス事業所へ周知したほう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、基準の解釈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>左記の見解のとおりと考える。<br/>なお、「軽微な変更」を行う際は、支援経過記録に「軽微な変更」とした理由等を記載し、記録を残すこと。</p> |
| ケアプランの軽微な変更に関するサービス担当者会議の必要性        | <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。<br/>しかしながら、例えば、ケアマネジャーはサービス事業所へ周知したほう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ものではなく、その開催にあたっては、基準の解釈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>左記の見解のとおりと考える。<br/>なお、「軽微な変更」を行う際は、支援経過記録に「軽微な変更」とした理由等を記載し、記録を残すこと。</p> |
| ケアプランの軽微な変更に関するサービス担当者会議の全事業所招集の必要性 | <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。<br/>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関わるすべての事業所を招集する必要はなく、基準の解釈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>左記の見解のとおりと考える。<br/>なお、「軽微な変更」を行う際は、支援経過記録に「軽微な変更」とした理由等を記載し、記録を残すこと。</p> |
| 「利用者の状態に大きな変化が見られない」の取扱い            | <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。<br/>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日老企第29号）の「課題分析標準項目（別添）」等のうち、例えば、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「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、褥そうの有無等）、受診に関する状況（かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等）、服薬に関する状況（かかりつけ薬局・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」</li> <li>・ 「ADL（寝返り、起き上がり、座位保持、立位保持、立ち上がり、移乗、移動方法（杖や車椅子の利用の有無等を含む）、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等）」</li> <li>・ 「IADL（調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等）」</li> <li>・ 「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）」</li> <li>・ 「コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況（視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通）、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ツール（電話、PC、スマートフォン）も含む）」</li> <li>・ 「1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度（活動の内容・時間・活動量等）、休息・睡眠の状況（リズム、睡眠の状況（中途覚醒、昼夜逆転等）等）」</li> <li>・ 「排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム（日中・夜間の頻度、タイミング等）、排泄内容（便秘や下痢の有無等）」</li> <li>・ 「入浴や整容の状況、皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等）、寝具や衣類の状況（汚れの有無、交換頻度等）」</li> </ul> | <p>左記の見解のとおりと考える。</p>   |

○軽微な変更に関する質問事項

| 質問事項   | 本組合の見解  |
|--|---|
| <p>サービスに位置付けていた通所介護事業所(A)が廃止となったため、通所介護事業所(B)にサービス事業所を変更する場合(利用回数や加算が変わらないと想定する)</p>                       | <p>利用者の状態や目標、サービスが変わらない状況で、単なる事業所変更の場合同様に、軽微な変更と該当すると考え、<u>「軽微な変更」</u>を行う際は、支援経過記録に「<u>軽微な変更</u>」とした理由等を記載し、記録を残すこと。</p>  |
| <p>サービスに位置付けていた通所介護事業所(A)が廃止となったため、通所介護事業所(B)にサービス事業所を変更する場合(その際に加算等が変わる場合<br/>(例)個別機能訓練加算 I イ⇒ I ロ等))</p> | <p>利用者の状態等に変化がない場合で、個別的な加算が変更になるケースがあまり考えにくいですが、利用者の状態や目標に変更がなく新たな加算算定又は加算を減らす場合であれば、軽微な変更と該当すると考える。なお、「軽微な変更」を行う際は、支援経過記録に「<u>軽微な変更</u>」とした理由等を記載し、記録を残すこと。</p>        |
| <p>同一サービス事業所において、新たにサービス事業所の体制的な加算を算定する場合又は加算を減らす場合</p>  | <p>利用者の状態や目標、サービスが変わらない状況で、単なる事業所の加算変更の場合は、軽微な変更と該当すると考える。なお、「<u>軽微な変更</u>」を行う際は、支援経過記録に「<u>軽微な変更</u>」とした理由等を記載し、記録を残すこと。</p>   |
| <p>同一サービス事業所において、新たに利用者個別的な加算を算定される場合又は加算を減らす場合</p>  | <p>利用者の状態等に変化がない場合で、個別的な加算が変更になるケースがあまり考えにくいですが、利用者の状態や目標に変更がなく新たな加算算定又は加算を減らす場合であれば、軽微な変更と該当すると考える。なお、「<u>軽微な変更</u>」を行う際は、支援経過記録に「<u>軽微な変更</u>」とした理由等を記載し、記録を残すこと。</p> |

## 介護保険料の滞納に伴う保険給付の制限について

### 給付制限の趣旨

介護保険制度は、社会連帯の考え方にに基づき、被保険者相互が負担能力に応じて保険料を負担し合うことによりその財源を賄っています。保険料の納付がないと介護保険制度を維持していく上で、大きな支障となります。仮に、保険料を滞納している被保険者が通常どおり保険給付を受け続けることがあれば、被保険者間の公平感を損なうものであり、他の被保険者の保険料納付意欲を減退させることにもなります。そのため、介護保険法では、特別な理由もなく長い間保険料を納付しない被保険者に対し、介護保険サービスを利用した際の保険給付を制限すると規定されています。

### 給付制限の内容

介護保険料を長期間納付していない被保険者に対し、未納期間に応じて以下のような給付制限措置がとられます。

※サービス・活動事業（第1号事業）のサービスは、給付制限措置の対象となりません。

| 給付制限の種類              | 適用の原因  | 措置の内容   | 適用期間                 | 備考                                       |
|----------------------|--|---|----------------------|--|
| 1 支払方法の変更<br>(償還払い化) | 納期限から1年以上<br>保険料を滞納<br><br>注1                  | サービス利用の際、<br>いったん全額<br>(10割)を負担<br><br>注2<br>注3   | 原則未納が解消さ<br>れるまで     | 補足給付も償還払<br>いの対象となる                      |
| 2 保険給付の支払の<br>一時差止   | 償還払い化の措置が<br>され、かつ納期限か<br>ら1年6か月以上保<br>険料を滞納   | 償還払い分の保険給付<br>が差し止められ、滞納<br>保険料が控除される             | 原則未納が解消さ<br>れるまで     |  |
| 3 滞納保険料の控除           |  |   |                      |  |
| 4 給付額減額              | 保険料を2年以上滞<br>納し、かつ保険料徴<br>収権消滅期間（時効<br>の期間）がある | サービス利用時の自己<br>負担が3割または4割<br>負担となる<br><br>注4<br>注5 | 保険料徴収権消滅<br>期間に応じた期間 | 高額介護サービス<br>費や高額医療合<br>算、補足給付も支<br>給されない |

(注1) 被保険者証(第三面)の給付制限の欄に「支払方法の変更」の記載を原則として要介護認定等の際に行います。なお、支払い方法の変更の措置開始日は、証交付日の属する月の翌月1日となります。

(注2) 保険給付対象分については、後日、被保険者本人の申請に基づき、償還払いとなります。また、対象者が介護保険施設に入所している場合は、入所時の食費、居住費(滞在費)についてもいったん基準費用額を自己負担し、後日、申請により償還払いとなります。なお、保険外の負担(日常生活品費等)については、通常の方と同様です。

(注3) 居宅介護サービス計画費(介護予防サービス計画費)については、自己負担がないため10割が保険給付として居宅介護支援(介護予防支援)事業者を支払われます。

(注4) 被保険者証(第三面)の給付制限の欄に「給付額の減額」の記載を原則として要介護認定等の際に行います。なお、給付減額措置の開始日は、証交付日の属する月の翌月1日となります。

(注5) 給付減額措置時の負担割合は、通常の自己負担が1割または2割となる被保険者は3割負担、通常の自己負担が3割となる被保険者は4割負担となります。

## 1 支払方法の変更(保険給付の償還払い化)法第66条

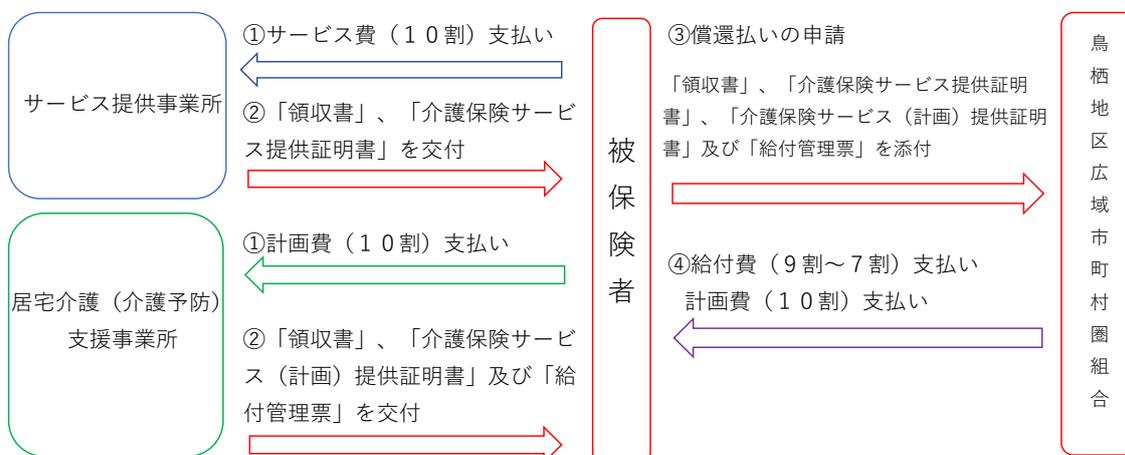
要介護(支援)認定を受けた第1号被保険者が、納期限から1年間介護保険料を納付しない場合は、省令などで定める公費負担医療を受けることができる者及び災害など政令で定める特別な事情がある場合を除き、償還払いによる給付に切り替え、その旨を被保険者証に記載します。

(1) 被保険者証への記載支払方法変更の措置(償還払い化)を行った場合、被保険者証(第三面)の「給付制限」欄に「支払方法の変更」と記載されます。

(2) サービス費用額の徴収

支払方法の変更の措置(償還払い化)を行っている間は保険給付の法定代理受領の対象となりませんので、サービス提供事業所と居宅介護(介護予防)支援事業所は、利用者からサービス費用額の全額(10割)を徴収し、利用者へ「領収書」と「介護保険サービス提供証明書」又は「介護保険サービス(計画)提供証明書」及び「給付管理票」を交付してください。国保連への請求は行いません。(返戻となります。)その後、被保険者は「領収書」と「介護保険サービス提供証明書」と「介護保険サービス(計画)提供証明書」及び「給付管理票」を添えて鳥栖地区広域市町村圏組合の介護保険課へ申請をし、給付費の支給を受けます。

### サービス費用額の徴収について(イメージ図)



※1 居宅介護支援事業所及び介護予防支援事業所も、償還払いの措置が行われている間は、利用者からサービス費用額の全額（10割）を徴収します。

※2 「介護保険サービス提供証明書」又は「介護保険サービス（計画）提供証明書」の様式は HP に掲載しておりますが、任意の様式でも構いません。その場合、「介護給付費明細書」に事業所印を押印していたとき、書類の名称は二重線を引いて訂正してください。

### (3) サービス・活動事業（第1号事業）について

総合事業は給付制限の対象外です。

支払方法の変更（償還払い化）措置がされていても総合事業（A2、A3、A6、A7、AF）の請求は通常どおり、代理受領します。

例1) 総合事業のみ利用している場合。A2、A6を利用。

全て給付制限対象外。通常どおり代理受領する。

A2、A6は1割～3割を被保険者へ請求。AFは自己負担なし。

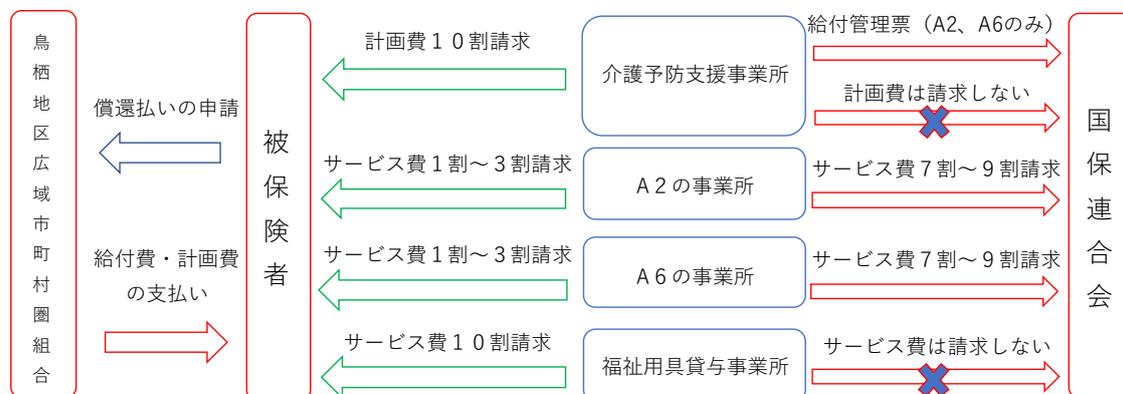
例2) 総合事業のほかに予防給付のサービスも利用している場合。A2とA6と、車いす（福祉用具貸与）を利用。

A2とA6は給付制限対象外のため、通常どおり代理受領する。1割～3割を被保険者へ請求し、7割～9割は国保連合会へ請求する。

福祉用具貸与と、介護予防支援費（居宅支援サービス計画費）は償還払いとなるため、全額（10割）請求する。国保連合会へは請求しない。

A2、A6は保険給付分を国保連合会へ請求するため、給付管理票の提出は必要。

給付管理票は、A2とA6のみ記載して国保連合会へ提出する。（※注意 給付管理票に総合事業以外のサービスの記載があると給付管理票が返戻となり、請求が通りません。）



#### (4) 支払方法の変更と給付額減額が重複している場合

保険料納期限から1年以上滞納しており、かつ時効となった保険料がある被保険者については、「償還払い化」と「給付額減額」は同時に行われます。その期間は、利用者本人へサービス費用額の全額（10割）を請求します。その後、被保険者は鳥栖地区広域市町村圏組合の介護保険課へ給付費を請求しますが、給付額が減額（7割または6割）されます。

#### (5) 措置の開始と終了

##### <措置の開始>

保険料滞納期間が1年以上の被保険者に対し、原則は要介護（支援）認定の際に、被保険者証（第三面）の「給付制限」欄に「支払方法の変更」を記載します。

支払方法の変更の措置開始日は、認定日の属する月の翌月1日となります。ただし、要介護（支援）更新認定が、更新後の認定有効期間開始日の前々月に行われる場合は、新たな要介護（支援）認定の有効期間の開始日となります。

##### <措置の終了>

滞納保険料を完納した場合や、災害など政令で定める特別な事情があると認められる場合は、被保険者証（第三面）の「給付制限」欄の「支払方法の変更」の記載を削除し、措置の終了となります。

#### ➤ 関係法令

- ・法第66条（保険料滞納者に係る支払方法の変更）
- ・令第30条（法第66条第1項に規定する政令で定める特別の事情）
- ・令第31条（法第66条第3項に規定する政令で定める特別の事情）
- ・規則第98条（法第66条第1項の厚生労働省令で定める医療に関する給付）
- ・規則第99条（法第66条第1項の厚生労働省令で定める期間）
- ・規則第100条（令第30条第3号の厚生省令で定める事由）
- ・規則第101条（支払方法変更の記載方法）

## 2 保険給付の支払の一時差止法第67条第1項

支払方法変更措置をされている被保険者が、納期限から1年6か月間介護保険料を納付しない場合は、償還払いによる給付の一部または全部について支給を一時差止めることとなります。

## 3 一時差止された保険給付からの滞納保険料額の控除法第67条第3項

保険給付の支給を一時差止めてもなお納付がない場合には、あらかじめ被保険者へ文書

で通知のうえ、滞納保険料相当額を差止めている保険給付支給額から控除し、残額を給付します。

#### 4 給付額減額法第 69 条

滞納して2年経過した保険料は時効により納めることができなくなります。

要介護（支援）認定を受けた第 1 号被保険者が、過去 10 年間に、時効により徴収権の消滅した保険料（消滅保険料）がある場合は、災害など政令で定める特別な事情がある場合を除き、その時効が消滅した未納期間に応じて、保険給付額が減額となり、その旨を被保険者証に記載します。また、この措置の期間中は高額介護（予防）サービス費や補足給付（特定入所者介護サービス費）などの給付も受けられなくなります。

##### （1）被保険者証への記載

給付額減額措置を行った場合、被保険者証(第三面)の「給付制限」欄に「給付額の減額」と記載されます。

##### （2）措置の内容

時効により保険料徴収権が消滅した未納期間に応じて給付額減額期間が算定され、その期間中は保険給付率が 7 割または 6 割へ引き下げられます。

また高額介護（予防）サービス費、高額医療合算介護（予防）サービス費、(特例) 特定入所者介護（予防）サービス費の支給がされません。

※本来の負担割合によって制限後の給付率が変わりますので、負担割合証を併せて確認してください。

※居宅介護（支援）サービス計画費は自己負担がないため、10 割が保険給付として居宅介護（予防）支援事業所へ支払われます。

##### （3）措置の開始と終了

###### <措置の開始>

給付額減額期間が 1 か月以上と算定される被保険者に対し、要介護（支援）認定の際に被保険者証（第三面）の「給付制限」欄に「給付額の減額」を記載します。

給付額減額などの措置開始日は、認定日の属する月の翌月 1 日となります。ただし、要介護（支援）更新認定が、更新後の認定有効期間開始日の前々月に行われる場合は、新たな要介護（支援）認定の有効期間の開始日となります。

###### <措置の終了>

被保険者証(第三面)の「給付制限」欄に記載された終了年月日をもって終了となります。

給付額減額の措置後に災害など政令で定める特別な事情があると認められる場合は、被

保険者証（第三面）の「給付制限」欄の「給付額の減額」の記載を削除し、措置の終了となります。

➤ 関係法令

- ・法第69条(保険料を徴収する権利が消滅した保険給付の特例)
- ・令第33条(保険料徴収権消滅期間の算定方法)
- ・令第34条(給付額減額期間の算定方法)
- ・令第35条(法第69条第1項ただし書に規定する政令で定める特別の事情)
- ・規則第111条(給付額減額期間の算定方法)
- ・規則第112条(給付額減額等の記載方法等)

事業所の皆様にご留意いただきたいこと

被保険者証の確認の徹底について

被保険者証はサービスを受ける際にその都度、事業者へ被保険者証を提示することが義務付けられています（規則第63条）。それにも関わらず、給付制限の記載が見逃され、国保連の審査で返戻となつてから気づかされるケースが発生しています。

円滑な事業運営のため、サービス提供時及び費用徴収時には必ず被保険者証を確認し、給付制限に関する記載がある場合は、利用者からの利用徴収方法を間違えないように取り扱いをお願いします。

サービス提供時に被保険者証の提示を受けた際には、ここも必ず確認してください。

| (三)   | (二)  | (一) |         |                               |        |   |   |                        |         |                     |  |                     |  |                     |  |                     |   |          |      |          |          |         |                    |         |                               |             |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |     |  |           |  |    |            |    |                       |      |        |    |       |      |           |    |   |       |          |                   |  |
|---|--|-----|---------|-------------------------------|--------|---|---|------------------------|---------|---------------------|--|---------------------|--|---------------------|--|---------------------|---|----------|------|----------|----------|---------|--------------------|---------|-------------------------------|-------------|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------|-----|--|-----------|--|----|------------|----|-----------------------|------|--------|----|-------|------|-----------|----|---|-------|----------|-------------------|--|
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center;">内 容</th> <th style="text-align: center;">期 間</th> </tr> <tr> <td>支払方法の変更</td> <td>開始年月日 令和4年9月1日<br/>終了年月日 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>給付額の減額</td> <td>開始年月日 令和4年9月1日<br/>終了年月日 令和5年3月31日<br/>開始年月日 年 月 日<br/>終了年月日 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>在宅介護支援事業所若しくは介護予防支援事業所及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称</td> <td>〇〇〇センター<br/>届出年月日 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>介護保険施設等</td> <td>種類 入所等<br/>年月日 年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>名称 退所等<br/>年月日 年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>種類 入所等<br/>年月日 年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>名称 退所等<br/>年月日 年 月 日</td> </tr> </table> | 内 容  | 期 間 | 支払方法の変更 | 開始年月日 令和4年9月1日<br>終了年月日 年 月 日 | 給付額の減額 | 開始年月日 令和4年9月1日<br>終了年月日 令和5年3月31日<br>開始年月日 年 月 日<br>終了年月日 年 月 日 | 在宅介護支援事業所若しくは介護予防支援事業所及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称 | 〇〇〇センター<br>届出年月日 年 月 日 | 介護保険施設等 | 種類 入所等<br>年月日 年 月 日 |  | 名称 退所等<br>年月日 年 月 日 |  | 種類 入所等<br>年月日 年 月 日 |  | 名称 退所等<br>年月日 年 月 日 | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>要介護状態区分等</td> <td>要介護1</td> </tr> <tr> <td>認定年月日(注)</td> <td>令和4年8月1日</td> </tr> <tr> <td>認定の有効期間</td> <td>令和4年8月1日～令和5年7月31日</td> </tr> <tr> <td>療養サービス等</td> <td>区分支給限度基準額<br/>年月日～年月日<br/>1月あたり</td> </tr> <tr> <td>うち種類支給限度基準額</td> <td>サービスの種類 種類支給限度基準額</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>認定審査会の意見及びサービスの種類</td> <td>の指定</td> </tr> </table> | 要介護状態区分等 | 要介護1 | 認定年月日(注) | 令和4年8月1日 | 認定の有効期間 | 令和4年8月1日～令和5年7月31日 | 療養サービス等 | 区分支給限度基準額<br>年月日～年月日<br>1月あたり | うち種類支給限度基準額 | サービスの種類 種類支給限度基準額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 認定審査会の意見及びサービスの種類 | の指定 | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">介護保険被保険者証</th> </tr> <tr> <td>番号</td> <td>0000123456</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>〇〇〇-〇〇〇<br/>鳥栖市本町〇〇番地〇</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td>トス タロウ</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>鳥栖 太郎</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>昭和10年〇月〇日</td> </tr> <tr> <td>性別</td> <td>男</td> </tr> <tr> <td>交付年月日</td> <td>令和4年〇月〇日</td> </tr> <tr> <td>保険者番号並びに保険者の名称及び印</td> <td> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>           鳥栖地区広域市町村圏組合         </td> </tr> </table> | 介護保険被保険者証 |  | 番号 | 0000123456 | 住所 | 〇〇〇-〇〇〇<br>鳥栖市本町〇〇番地〇 | フリガナ | トス タロウ | 氏名 | 鳥栖 太郎 | 生年月日 | 昭和10年〇月〇日 | 性別 | 男 | 交付年月日 | 令和4年〇月〇日 | 保険者番号並びに保険者の名称及び印 | <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> 鳥栖地区広域市町村圏組合 |
| 内 容   | 期 間  |     |         |                               |        |   |   |                        |         |                     |  |                     |  |                     |  |                     |   |          |      |          |          |         |                    |         |                               |             |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |     |  |           |  |    |            |    |                       |      |        |    |       |      |           |    |   |       |          |                   |  |
| 支払方法の変更   | 開始年月日 令和4年9月1日<br>終了年月日 年 月 日  |     |         |                               |        |   |   |                        |         |                     |  |                     |  |                     |  |                     |   |          |      |          |          |         |                    |         |                               |             |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |     |  |           |  |    |            |    |                       |      |        |    |       |      |           |    |   |       |          |                   |  |
| 給付額の減額  | 開始年月日 令和4年9月1日<br>終了年月日 令和5年3月31日<br>開始年月日 年 月 日<br>終了年月日 年 月 日  |     |         |                               |        |   |   |                        |         |                     |  |                     |  |                     |  |                     |   |          |      |          |          |         |                    |         |                               |             |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |     |  |           |  |    |            |    |                       |      |        |    |       |      |           |    |   |       |          |                   |  |
| 在宅介護支援事業所若しくは介護予防支援事業所及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称   | 〇〇〇センター<br>届出年月日 年 月 日   |     |         |                               |        |   |   |                        |         |                     |  |                     |  |                     |  |                     |   |          |      |          |          |         |                    |         |                               |             |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |     |  |           |  |    |            |    |                       |      |        |    |       |      |           |    |   |       |          |                   |  |
| 介護保険施設等   | 種類 入所等<br>年月日 年 月 日  |     |         |                               |        |   |   |                        |         |                     |  |                     |  |                     |  |                     |   |          |      |          |          |         |                    |         |                               |             |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |     |  |           |  |    |            |    |                       |      |        |    |       |      |           |    |   |       |          |                   |  |
|   | 名称 退所等<br>年月日 年 月 日  |     |         |                               |        |   |   |                        |         |                     |  |                     |  |                     |  |                     |   |          |      |          |          |         |                    |         |                               |             |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |     |  |           |  |    |            |    |                       |      |        |    |       |      |           |    |   |       |          |                   |  |
|   | 種類 入所等<br>年月日 年 月 日  |     |         |                               |        |   |   |                        |         |                     |  |                     |  |                     |  |                     |   |          |      |          |          |         |                    |         |                               |             |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |     |  |           |  |    |            |    |                       |      |        |    |       |      |           |    |   |       |          |                   |  |
|   | 名称 退所等<br>年月日 年 月 日  |     |         |                               |        |   |   |                        |         |                     |  |                     |  |                     |  |                     |   |          |      |          |          |         |                    |         |                               |             |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |     |  |           |  |    |            |    |                       |      |        |    |       |      |           |    |   |       |          |                   |  |
| 要介護状態区分等  | 要介護1   |     |         |                               |        |   |   |                        |         |                     |  |                     |  |                     |  |                     |   |          |      |          |          |         |                    |         |                               |             |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |     |  |           |  |    |            |    |                       |      |        |    |       |      |           |    |   |       |          |                   |  |
| 認定年月日(注)  | 令和4年8月1日   |     |         |                               |        |   |   |                        |         |                     |  |                     |  |                     |  |                     |   |          |      |          |          |         |                    |         |                               |             |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |     |  |           |  |    |            |    |                       |      |        |    |       |      |           |    |   |       |          |                   |  |
| 認定の有効期間   | 令和4年8月1日～令和5年7月31日   |     |         |                               |        |   |   |                        |         |                     |  |                     |  |                     |  |                     |   |          |      |          |          |         |                    |         |                               |             |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |     |  |           |  |    |            |    |                       |      |        |    |       |      |           |    |   |       |          |                   |  |
| 療養サービス等   | 区分支給限度基準額<br>年月日～年月日<br>1月あたり  |     |         |                               |        |   |   |                        |         |                     |  |                     |  |                     |  |                     |   |          |      |          |          |         |                    |         |                               |             |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |     |  |           |  |    |            |    |                       |      |        |    |       |      |           |    |   |       |          |                   |  |
| うち種類支給限度基準額   | サービスの種類 種類支給限度基準額  |     |         |                               |        |   |   |                        |         |                     |  |                     |  |                     |  |                     |   |          |      |          |          |         |                    |         |                               |             |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |     |  |           |  |    |            |    |                       |      |        |    |       |      |           |    |   |       |          |                   |  |
|   |  |     |         |                               |        |   |   |                        |         |                     |  |                     |  |                     |  |                     |   |          |      |          |          |         |                    |         |                               |             |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |     |  |           |  |    |            |    |                       |      |        |    |       |      |           |    |   |       |          |                   |  |
|   |  |     |         |                               |        |   |   |                        |         |                     |  |                     |  |                     |  |                     |   |          |      |          |          |         |                    |         |                               |             |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |     |  |           |  |    |            |    |                       |      |        |    |       |      |           |    |   |       |          |                   |  |
|   |  |     |         |                               |        |   |   |                        |         |                     |  |                     |  |                     |  |                     |   |          |      |          |          |         |                    |         |                               |             |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |     |  |           |  |    |            |    |                       |      |        |    |       |      |           |    |   |       |          |                   |  |
|   |  |     |         |                               |        |   |   |                        |         |                     |  |                     |  |                     |  |                     |   |          |      |          |          |         |                    |         |                               |             |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |     |  |           |  |    |            |    |                       |      |        |    |       |      |           |    |   |       |          |                   |  |
|   |  |     |         |                               |        |   |   |                        |         |                     |  |                     |  |                     |  |                     |   |          |      |          |          |         |                    |         |                               |             |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |     |  |           |  |    |            |    |                       |      |        |    |       |      |           |    |   |       |          |                   |  |
| 認定審査会の意見及びサービスの種類   | の指定  |     |         |                               |        |   |   |                        |         |                     |  |                     |  |                     |  |                     |   |          |      |          |          |         |                    |         |                               |             |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |     |  |           |  |    |            |    |                       |      |        |    |       |      |           |    |   |       |          |                   |  |
| 介護保険被保険者証   |  |     |         |                               |        |   |   |                        |         |                     |  |                     |  |                     |  |                     |   |          |      |          |          |         |                    |         |                               |             |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |     |  |           |  |    |            |    |                       |      |        |    |       |      |           |    |   |       |          |                   |  |
| 番号  | 0000123456   |     |         |                               |        |   |   |                        |         |                     |  |                     |  |                     |  |                     |   |          |      |          |          |         |                    |         |                               |             |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |     |  |           |  |    |            |    |                       |      |        |    |       |      |           |    |   |       |          |                   |  |
| 住所  | 〇〇〇-〇〇〇<br>鳥栖市本町〇〇番地〇  |     |         |                               |        |   |   |                        |         |                     |  |                     |  |                     |  |                     |   |          |      |          |          |         |                    |         |                               |             |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |     |  |           |  |    |            |    |                       |      |        |    |       |      |           |    |   |       |          |                   |  |
| フリガナ  | トス タロウ   |     |         |                               |        |   |   |                        |         |                     |  |                     |  |                     |  |                     |   |          |      |          |          |         |                    |         |                               |             |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |     |  |           |  |    |            |    |                       |      |        |    |       |      |           |    |   |       |          |                   |  |
| 氏名  | 鳥栖 太郎  |     |         |                               |        |   |   |                        |         |                     |  |                     |  |                     |  |                     |   |          |      |          |          |         |                    |         |                               |             |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |     |  |           |  |    |            |    |                       |      |        |    |       |      |           |    |   |       |          |                   |  |
| 生年月日  | 昭和10年〇月〇日  |     |         |                               |        |   |   |                        |         |                     |  |                     |  |                     |  |                     |   |          |      |          |          |         |                    |         |                               |             |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |     |  |           |  |    |            |    |                       |      |        |    |       |      |           |    |   |       |          |                   |  |
| 性別  | 男  |     |         |                               |        |   |   |                        |         |                     |  |                     |  |                     |  |                     |   |          |      |          |          |         |                    |         |                               |             |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |     |  |           |  |    |            |    |                       |      |        |    |       |      |           |    |   |       |          |                   |  |
| 交付年月日   | 令和4年〇月〇日   |     |         |                               |        |   |   |                        |         |                     |  |                     |  |                     |  |                     |   |          |      |          |          |         |                    |         |                               |             |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |     |  |           |  |    |            |    |                       |      |        |    |       |      |           |    |   |       |          |                   |  |
| 保険者番号並びに保険者の名称及び印   | <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> 鳥栖地区広域市町村圏組合 |     |         |                               |        |   |   |                        |         |                     |  |                     |  |                     |  |                     |   |          |      |          |          |         |                    |         |                               |             |                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |     |  |           |  |    |            |    |                       |      |        |    |       |      |           |    |   |       |          |                   |  |

(注)：事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日

## 短期入所サービスの利用について

短期入所生活（療養）介護サービス（以下「短期入所サービス」という。）は、要介護者の在宅生活を維持する観点から、利用者の心身機能の維持と家族の身体的・精神的負担の軽減を図るためのものです。

短期入所サービスの適切な利用を確保するため、次の場面において、規定のとおり取り扱いをお願いします。

### 1 認定有効期間のおおむね半数を超えて短期入所を利用する場合

居宅サービス計画作成にあたっては、居宅介護支援基準省令第 13 条第 21 号の規定に基づき、短期入所サービスの利用日数が、要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしなければならないとされています。

ただし、「おおむね半数を超えない利用」とは、在宅生活の維持という観点からの目安ですので、一律・機械的に適用されるものではなく、特に必要と認められる場合においては、認定有効期間のおおむね半数を超えて「短期入所サービスを居宅サービス計画に位置付けることも可能」となっています。

そこで、短期入所日数が要介護認定有効期間のおおむね半数を超えると判断される場合、「短期入所日数が要介護認定有効期間のおおむね半数を超える理由書」の提出を行ってください。

なお、提出にあたっては、以下の点に留意してください。

- ①短期入所サービスの利用については、有効期間のおおむね半数を超える場合であっても、その利用者の心身の状況等を十分に勘案し必要最低限にとどめること。
- ②短期入所サービスの利用がおおむね半数を超える場合にあっては、特別養護老人ホーム等への入所待機状態にあるか。また、本理由による待機者については、入所の優先順位が比較的高いと考えられるが、特定の施設のみでなく複数の施設に入所予約をするなど、短期入所のおおむね半数を超えての利用の早期解消に努めていること。

居宅サービス計画作成時に、短期入所サービスの利用日数が有効期間のおおむね半数を超えると判断される場合は、「短期入所日数が要介護認定有効期間のおおむね半数を超える理由書」を提出してください。

※次期有効期間において同様におおむね半数を超えると判断される場合は再度提出すること。また、担当の居宅介護支援事業所が変更になった場合も、再度提出をすること。

短期入所日数が要介護認定有効期間のおおむね半数を超える理由書

年 月 日

鳥栖地区広域市町村圏組合

管理者 様

事業所名称

連絡先

代表者氏名

(担当介護支援専門員の氏名 )

下記理由により、短期入所利用日数が介護認定有効期間のおおむね半数を超えるので、居宅サービス計画書（第1表～第4表）を添えて届出します。

モニタリングは居宅で実施します。

【※初回のみチェック】

|   |      |        |     |        |                     |   |   |      |     |     |  |  |  |  |
|---|------|--------|-----|--------|---------------------|---|---|------|-----|-----|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者  | 氏 名  | ( 歳)   |     |        | 被保険者番号              | 0 | 9 | 0    |     |     |  |  |  |  |
|   | 住 所  |        |     |        |                     |   |   |      | 性 別 | 男・女 |  |  |  |  |
|   | 認定期間 | 年 月 日～ |     |        | 年 月 日               |   |   | 要介護度 |     |     |  |  |  |  |
| 家 族 構 成   |      | 氏 名    | 年 齢 | 本人との続柄 | 生活の状況（心身の状況・介護の状況等） |   |   |      |     |     |  |  |  |  |
|   |      |        |     |        |                     |   |   |      |     |     |  |  |  |  |
|   |      |        |     |        |                     |   |   |      |     |     |  |  |  |  |
|   |      |        |     |        |                     |   |   |      |     |     |  |  |  |  |
| 本人の<br>状<br>況   |      |        |     |        |                     |   |   |      |     |     |  |  |  |  |
| 短期入所サ<br>ー<br>ビ<br>ス<br>を<br>利<br>用<br>す<br>る<br>理<br>由 |      |        |     |        |                     |   |   |      |     |     |  |  |  |  |
| 今後の方<br>針   |      |        |     |        |                     |   |   |      |     |     |  |  |  |  |

欄内で納まらない場合は、別紙（任意用紙）を添付してください。

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

鳥栖地区広域市町村圏組合  
管理者 鳥栖市長 向門 慶人 様

（申請者）

所属

氏名

電話

鳥栖地区広域市町村圏組合地域リハビリテーション活動支援事業  
専門職派遣依頼書

次のとおりリハビリテーション専門職の派遣を依頼します。

|             |                                    |
|-------------|------------------------------------|
| 希望日時        | < 第1希望 ><br>年 月 日 ( )<br>時 分 ~ 時 分 |
|             | < 第2希望 ><br>年 月 日 ( )<br>時 分 ~ 時 分 |
| 場 所         |                                    |
| 当日の<br>活動内容 |                                    |
| 派遣団体名等      |                                    |
| 参加予定人数      | 人                                  |
| 備 考         |                                    |

# ～地域リハビリテーション活動支援事業のご紹介～

地域リハビリテーション活動支援事業は、リハビリテーション専門職等が高齢者の有する能力を評価し改善の可能性を助言することで、ケアマネジャー等と連携しながら、介護予防の取組を総合的に支援することを目的としております。

## ～ 事業内容 ～

### 住宅改修・福祉用具の提案

自宅に伺い、在宅生活が安全に継続できるように、対象者の動きを評価し、対象者に合った住宅改修や福祉用具の提案をします。



### 自宅環境の評価

自宅に伺い、在宅生活が安全に継続できるように、対象者の動きと住環境・周辺の生活環境との適合を評価し、活動しやすい環境づくりを提案・支援します。



### 会議等における助言

アセスメント時の同行訪問やサービス担当者会議等に参加し、対象者の身体状況・住環境・心理面等を踏まえた自立支援の視点からケアマネジャーのケアプラン作成に有効な助言をします。



### 事業所に対する助言

事業所に伺い、自立支援の視点から、事業所で困っていること（課題解決のための知恵、評価など）や、対象者が元気に過ごせるノウハウを助言します。



### 【お願い】

『医療福祉専門学校 緑生館』と委託契約し、地域リハビリテーション活動支援事業を実施しております。同事業の利用を希望される場合は、事前に日程調整の上「派遣依頼書」（組合 HP 掲載）を介護保険課地域支援係まで提出をお願いいたします。

### 【お問い合わせ先】

介護保険課 地域支援係 ☎：0942-81-3111  
医療福祉専門学校 緑生館 ☎：0942-84-5100

※緑生館：全市町対応可

鳥栖地区広域市町村圏組合 介護保険課  
☎ : 0942-81-3317 FAX : 0942-81-3316  
E-mail : [kyufukakari@ktarn.jp](mailto:kyufukakari@ktarn.jp)  
HP : <https://www.tosu-kouiki.jp>