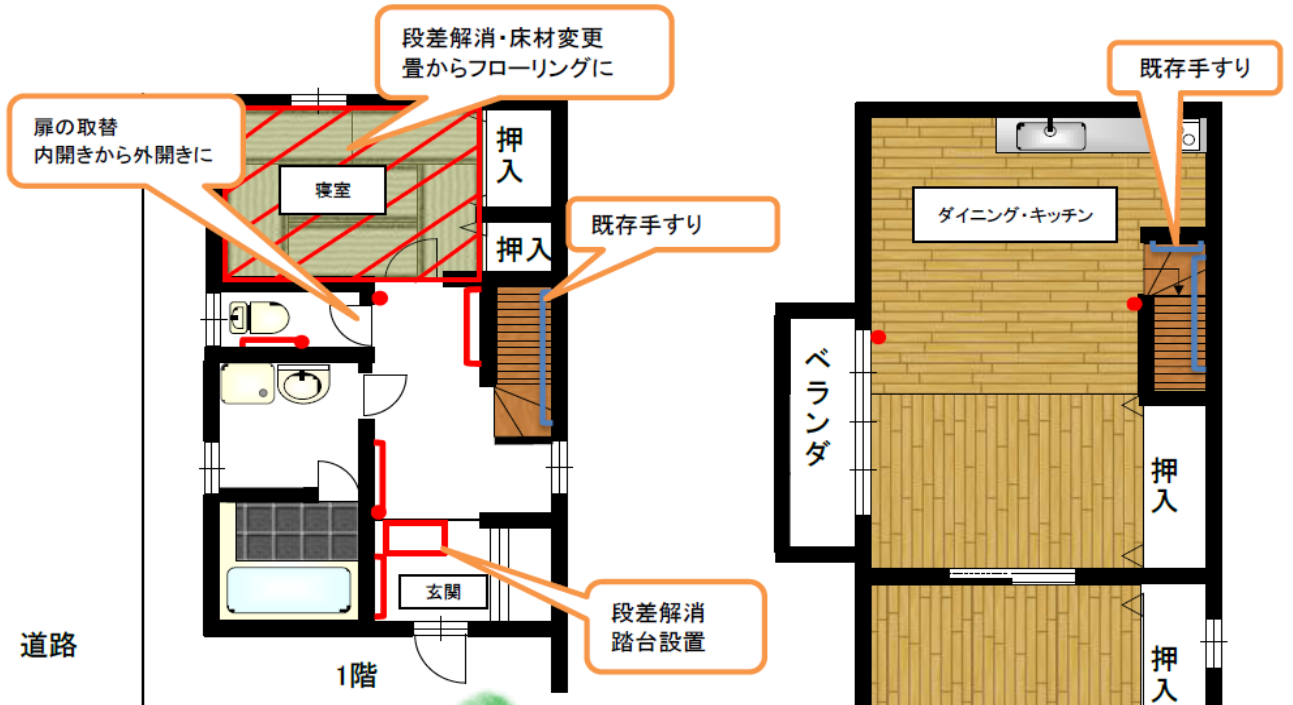


平面図

フリガナ	ザマ タウ	被保険者番号								
被保険者氏名	座間 太郎	0	0	0	0	0	9	9	9	9

1. 平面図(改修部分は朱書き)

平面図の例



- ①改修箇所・生活導線がわかるように、平面図を作成してください。
必ずこの様式を使っていただく必要はありません。
- ②改修箇所が複数ある場合
⇒図面・見積書・写真で同一の番号を振るなどの工夫をお願いします。
- ③手すり・補強板等、実際のサイズ(長さ)を併記してください。

道路

※ 添付書類

1. 改修前の写真 (日付写し込み)

(平成30年12月改正)

会社名: 株式会社 座間介護設備
 住所: 座間市緑ヶ丘〇丁目〇番〇号
 TEL: 046-△△△-△△△△
 担当者: 向日葵

必ずこの様式を使っていただく必要はありません。
 介護保険対象工事以外の改修も行う場合、
 介護保険対象工事とそれ以外がわかるように記載してください。
 『1式』や『1セット』と書かれている場合、その内訳をご記入ください。
 内訳がない場合、承認できない可能性があります。
 工事に係る材料費について区分できるものは明確に記入してください。

メーカーがセットで売っている商品は、内訳をご記入ください。

諸経費は、介護保険対象工事の
 10%未満としてください。

実際に使用する部分のみが介護保険対象です。
 (例)
 600mmの手すりを2本使用し、L字型に取り付ける場合
 600mm 1本の単価×本数=いくら
 または、
 1mの単価×必要なm=いくら
 と表記してください。

品名	仕様	数量	単価	金額	介護保険対象分 (○を付す)	定価
浴室	手すり 浴室用取付加工工ナリ 白 L-600 座間介護設備,ZA-TEBS600	2	10,000	20,000	○	15,000
	(手すり600mm, エンドキャップ2個, 固定ネジ10個)					
トイレ	手摺り L字木製手すり L=600	2	6,000	12,000	○	8,000
	コーナースラケット	1	800	800		
	エンドブラケット	2	400	800		
	手摺り L字木製手すり L=600	1.2	10,000	12,000	○	12,000
計	工事費 手摺り取り付け費			8000		
諸経費		10	%			
合計						
消費税		10	%	4,560		
総合計				50,160		

※住宅改修工事
 1:手すりの取
 ※介護保険対象ではない部分を含む見積書の場合、介護保険対象分が明確になるようにし、全体の合計金額及び対象分のみ合計金額を記してください。
 (平成30年12月改正)

御見積書

年 月 日

工事番号 (図面・写真と揃えること)	改修場所	住宅改修の種類※	内容	メーカー及び品番	数量	単価	金額	介護保険対象分 (○を付す)	定価

P2だけでは足りないときに使用してください。

※住宅改修の種類

1:手すりの取り付け 2:段差の解消 3:すべり防止のための床材の変更 4:引き戸への扉の取替え 5:洋式便器等への取替え 6:1～5に係る付帯工事
 ※介護保険対象ではない部分を含む見積書の場合、介護保険対象分が明確になるようにし、全体の合計金額及び対象分のみの合計金額を記してください。
 (平成30年12月改正)

住宅改修承諾書

△△年 ○月 ×日

住宅改修承諾書についてのお願い

(所有者)

住所 横浜市中区日本大通 1

氏名 神奈川 太郎 殿

(賃借人)

住所 座間市緑ヶ丘 1-1-1

氏名 座間 太郎

私が賃借している下記(1)の住宅の住宅改修を、別紙「介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書」のとおり行いたいので承諾願います。

記

(1)住宅	名 称	コーポ神奈川
	所 在 地	座間市緑ヶ丘 1-1-1
	住 戸 番 号	101号
(2)住宅改修の概要	個所・部位	内 容
	居室	敷居の段差解消、手摺りの設置
	廊下	手摺りの設置
	トイレ	手摺りの設置

承諾書

上記について承諾します。

(なお、

)

△△年 ○月 ×日

(所有者)

住所 横浜市中区日本大通 1

氏名 神奈川 太郎

神奈川

印

(注)

1
2
3

自身の地所・家屋でない⇒所有者の承諾書が必要です。

(平成30年12月改正)

住宅改修承諾書(家族用:賃貸契約がある場合を除く)

〇〇年 △ 月× 日

住宅改修の承諾書

(住宅所有者)

住所 座間市緑ヶ丘 1 - 1 - 1

氏名 座間 次郎

座間

(続柄 長男)

私は、下記表示の住宅に、(被保険者氏名) 座間 太郎 が

別紙「介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書」の住宅改修を行う
ことを承諾いたします。

住宅改修を行う住宅(所在地)

座間市 緑ヶ丘 1 - 1 - 1

住宅の名義が共有の場合

⇒その共有しているすべての方の署名・捺印が必要です。

※同一住所にお住まいの場合は、一つの承諾書に連名でも受付ています。

(平成30年12月改正)

被
保
険
者
様
の
情
報

委 任 状

委任者 住 所 座間市緑ヶ丘1丁目1番1号

氏 名 座間 太郎

座
間

当該申請に基づく介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費

事前申請 本申請 (※該当する委任行為の□に✓してください)

被保者様御本人様以外の方が窓口へ提出する⇒この紙が必要です。
この様式は、事業所様に申請を委任するとき用です。

△△年 ○月 ×E

受任者 住 所 座間市緑ヶ丘○丁目○番○号

事
業
所
様
の
情
報

事業 者 名 株式会社 座間介護設備

代表 者 氏 名 向日葵 一郎

印

電 話 番 号 046-△△△-△△△△

社判を押印してください。

(平成30年12月改正)

被
保
険
者
様
の
情
報

委 任 状

委任者 住 所 座間市緑ヶ丘1丁目1番1号

氏 名 座間 太郎

座間

当該申請に基づく介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費

事前申請 本申請 (※該当する委任行為の口に✓してください)

被保者様御本人様以外の方が窓口提出する⇒この紙が必要です。
この様式は、ご家族様や個人に委任するとき用です。

年 月 日

受任者 住 所 座間市相模が丘△丁目△番△号

氏 名 向日葵 一郎

電 話 番 号 046-×××-××××

向日葵

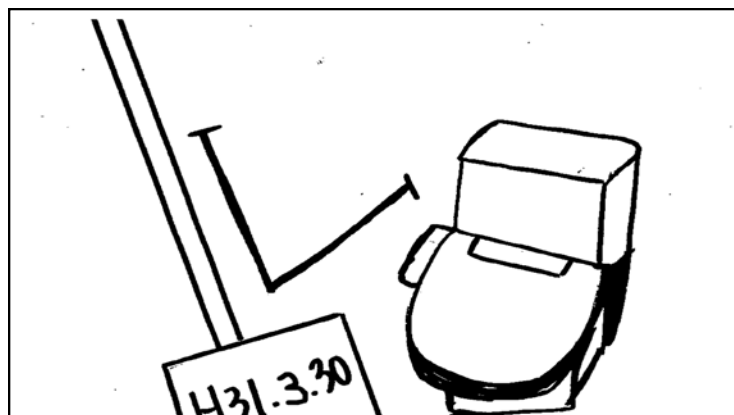
ご
家
族
様
等
の
情
報

※ 個人用

※ この場合は顔写真付きの身分証明書の提示を求め場合があります。

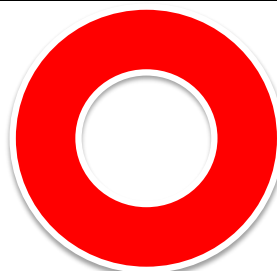
(平成30年12月改正)

(例)事前相談写真



改修場所

1Fトイレ



写真添付の注意点

1.日付記入したものを写真に写しこむ

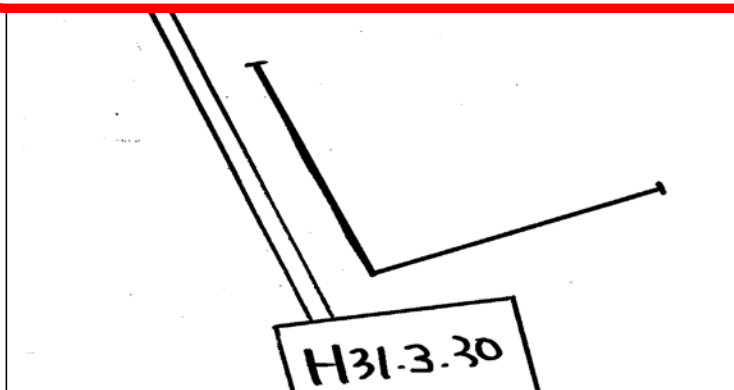
写真に記録される日付のデータのみでは申請を受け付けできません。
予めご了承ください。

2.改修箇所が写真でわかる

トイレに手すりを付けるときなど、トイレの壁であることがわかるように、
トイレの一部を映しこむようにしてください。

3.取り付け位置を書き込む

写真に直接書き込む、または、テープ等で印をつけてください。



改修場所

1Fトイレ



(平成30年12月改正)

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修工事完成届

△△年 ○月 ×日

(宛先)座間市長

被保険者様の情報

住所 座間市緑ヶ丘1丁目1番1号

氏名 座間 太郎

事前申請をした日付

△△年 ○月 ×日付けで事前申請しました介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修が次のとおり完成しましたので届け出ます。

施工住所	座間市緑ヶ丘1-1-1
改修工事内容・箇所	どのような工事をしたのか トイレ・浴室の手すり取り付け工事

着手年月日、完成年月日は必ず記入してください。

着工年月日	△△年 ○月 ×日
完成年月日	△△年 ○月 ×日

退院・退所日	年 月 日
--------	-------

※退院・退所していない場合、支給できませんので御注意ください。

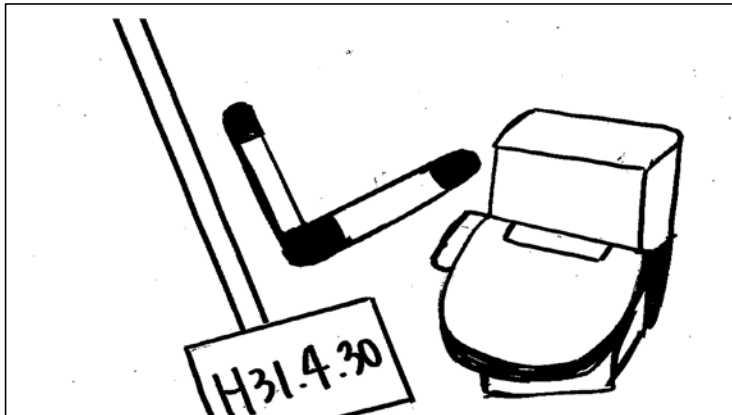
入院又は施設入所していた方が退院・退所した場合はその日付を記入してください。

添付書類

- 1 住宅改修後の写真(日付写し込で、浴室、廊下等の箇所ごとがわかるもの)
- 2 住宅改修に要した費用に係る領収書

写真はできるだけ、同じポジションで撮影してください。

(平成30年12月改正)



改修場所

1 F トイレ



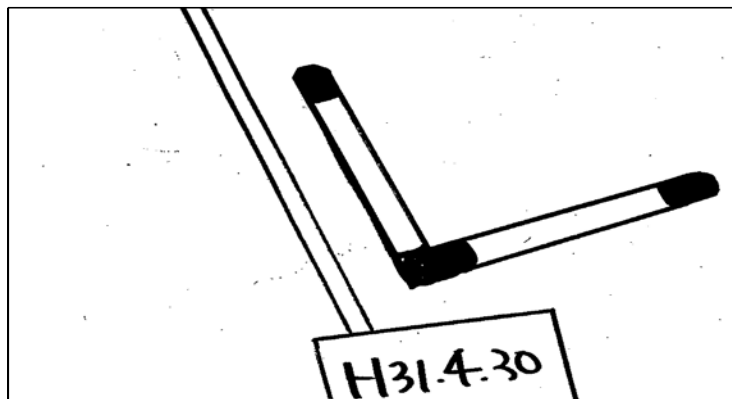
写真添付の注意点

1.日付記入したものを写真に写しこむ

写真に記録される日付のデータのみでは申請を受け付けできません。
予めご了承ください。

2.改修箇所が写真でわかる

トイレに手すりを付けるときなど、トイレの壁であることがわかるように、
トイレの一部を映しこむようにしてください。



改修場所

1 F トイレ



(平成30年12月改正)

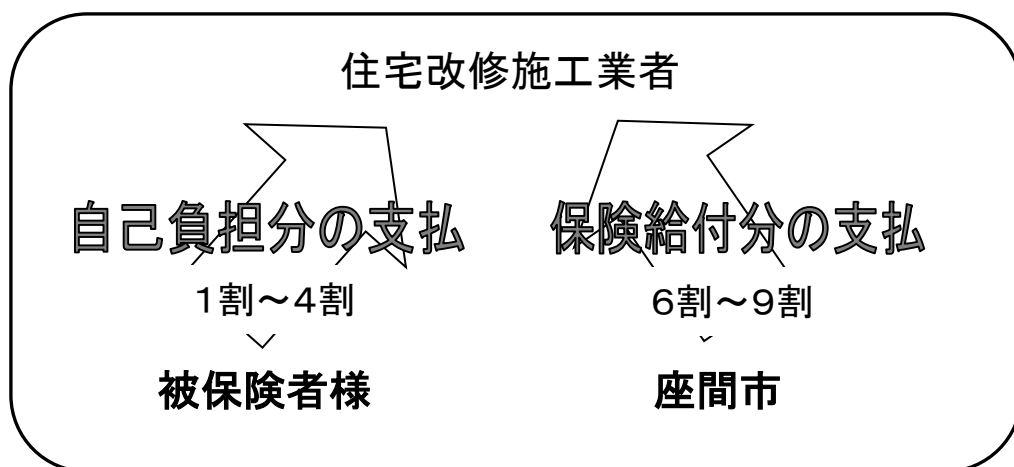
住宅改修記入例(受領委任払い)

受領委任払いでの住宅改修支給申請書の記入例です。
ご不明な点がございましたら、担当までお問い合わせください。

受領委任払いとは

事業者が介護保険対象費用の6割～9割を市から受領する方法です。

被保険者様が住宅改修施工業者に保険給付分(介護保険対象費用の6割～9割)の受領を委任をして、被保険者様は負担割合に応じた費用(1割～4割)を事業者に支払います。



注意事項

- ① 申請の際には、必要書類がそろっているか、日付等記入漏れがないか、今一度ご確認の上、介護保険課の窓口にお越しください。
- ② 捨印の意味をきちんとご利用者やご家族に説明をした上で、正しい利用をして頂かないと受付ができません。
- ③ 消えるボールペンでの記入は受け付けできません。
後に発覚した場合には、再提出をして頂きます。
メーカーでも公文書や証書類・宛名書き等に使用してはいけないと注意書きされています。
ご利用者様やご家族様に記入していただく場合は、
官公署に提出する大切な書類であることをご説明の上、正しく記入していただくようにしてください。
- ④ 申請に当たりましては、追加で資料等をご用意いただく場合がありますので予めご了承ください。

(記入例) 黒字の部分について記入してください

第52号様式

※必ず工事前に申請書を提出してください

※ 個人番号が記載されていなくても、受付は可能です。

介護保険居宅介護(介護)																						
フリガナ	ザマ タロウ										1	6	6									
被保険者氏名	座間 太郎										個人番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
生年月日	明	大	昭	#	年	4	月	1	日	生	性別	男	・	女								
住所	座間市緑ヶ丘1丁目1番1号										☑在宅 □入院・入所中											
住宅所有者	座間 太郎										本人との関係 本人											
改修の内容 箇所及び規模	手すり工事 5ヶ所										施工業者名	株式会社 座間介護設備										
	敷居の段差解消 1ヶ所										着工予定日	△△年○月×日										
											着工日	年 月 日										
											完了日	年 月 日										
負担割合	(1) 割 ※負担割合証及び被保険者証を											事前申請後、市から差し替え依頼等がなければ14日以内に承認通知を発送します。承認通知を確認後、着工してください。										
改修費用	200,000																					
<p>(宛先)座間市長</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護(介護予防)住宅改修費の支給を申請します。</p> <p>△△年○月×日</p> <p>住所 座間市緑ヶ丘1丁目1番1号</p> <p>申請者 氏名 座間 太郎</p> <p>申請日(届出日)は必ず記入してください。</p> <p>電話番号 046-252-7711</p> <p>被保険者名を記入してください。</p> <p>必ず被保険者の印鑑を押印してください。</p> <p>※この申請書に、以下の書類を添付してください。 事前申請した内容に (改修前)・理由書・平面図・見積書(内訳書)・工事前写真(日付写込)・所有者の承諾書(所有者が本人と異なる場合) ・受領委任状(受領委任払いを希望される場合)・申請委任状(窓口への申請が代理の場合) (改修後)・完成届・工事後写真(日付写込) ・領収書原本(被保険者名義)→※生活保護受給者</p> <p>施工業者様の会社名義の口座を御記入ください。</p> <p>居宅介護(介護予防)住宅改修費を下記の口座に振り込みたい。</p>																						
口座振込 依頼欄	座間 信用金庫 座間 支店										口座番号(右づめで記入)											
	金融機関コード										支店コード											
	7 7 7 7										8 8 8											
	フリガナ										カブシキガイシャ ザマカイゴセツビ											
口座名義人										株式会社 座間介護設備												

※償還払いの場合には、ご本人様指定の口座に入金となります。

○保険者確認欄

給付制限	添付書類確認	<input type="checkbox"/> 理由書	<input type="checkbox"/> 見積・内訳書
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 承諾書	<input type="checkbox"/> 図面・写真等	
事前相談承認担当者			

(平成30年12月改正)

住宅改修が必要な理由書

<基本情報>

被保険者番号	座間市介護保険課
被保険者	座間 花子
利用	座間
要介護認定	1・2 申請中※1
要支援	1・2 申請中※1
所在地・電話番号	座間市緑ヶ丘1-1-1
作成日	△△年 ○月 ×日
理由書	もくせいケアプランセンター
作成日	座間 花子

【座間市介護保険課】の様式をご使用ください。
この様式以外は受付できません。

該当する箇所に忘れずに印をつけて下さい。入院・入所中かこちらで確認できません。
事前相談処理時点で入院・入所中なのか、本申請時在宅に戻られたか等、確認させていただく場合があります。

<input type="checkbox"/> 在宅(改修する住宅と住所地が同一) <input type="checkbox"/> 改修2回目以降(利用済額)	<input type="checkbox"/> 要介護等認定申請中※1 <input type="checkbox"/> 入院・入所中(退院等に向けた改修→退院等の予定日: 年 月 日)※2 <input type="checkbox"/> 転居によるセット適用 <input type="checkbox"/> 介護度の3段階リセット適用 <input type="checkbox"/> 障害施策との併用※3
※1 認定結果が確定してから本申請 ※2 退院・退所してから本申請 ※3 事前相談が必要	
リハ職の助言 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	検討したかどうか <input checked="" type="checkbox"/> 居室の変更 <input type="checkbox"/> 福祉用具の利用 <input checked="" type="checkbox"/> 相見積を取った業者と金額 業者名: 座間建設 ￥ 250,000 <input type="checkbox"/> その他
家屋形態 <input type="checkbox"/> 戸建(持家) <input checked="" type="checkbox"/> 戸建(借家) <input type="checkbox"/> 集合(持家) <input type="checkbox"/> 集合(賃貸)	相見積を取らない場合の理由 ☆ 平成30年10月1日より、住宅改修を行う場合は、ケアプラン作成時に相見積を取り、被保険者へ助言するようになりました。

<総合的状況>

利用者身体状況 脳梗塞、両変形性膝関節症。平成○年△月×日、A病院に入院し、脱水による脳梗塞と診断を受けたが麻痺はなく、○月○日に退院。現在、起き上がりはももにつかまれば可能。立ち上がり時に左膝疼痛あり。屋内歩行はゆっくりにしたが、つたい歩きが可能。屋外移動には車いすを介助により使用。リハビリにて回復の可能性あり。車は持っているが、膝の痛みがあるため、免許返納予定。 移動や立ち上がり、姿勢保持といった生活動作に関する身体状況、屋内及び屋外での移動方法(自立歩行・つたい歩き・介助歩行・歩行器利用など)を記述する。	福祉用具の利用状況 改修前 改修後 ● 車いす <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ● 特殊寝台 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ● 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ● 体位変換器 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ● 手すり <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ● スロープ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ● 歩行器 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ● 補助つえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ● フット(つり具部分を除く) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ● 徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
介護状況 同居だが、同一敷地内長女夫婦が居住。近隣には長男家族が居住。 長女、長男が交代で介護可能。今は排泄についてはポータブルトイレを利用している。入浴は、訪問入浴利用の週2回のみに特にながかりかまち段差の昇降は介助がないと難しい。	家族の状況、主な介護者を含む介護状況を記入する。

住宅改修により、利用者等は日常生活をどう変えたいか トイレで排泄させたい。入浴については訪問入浴を利用しつつ、休日はバスボードの利用で長男長女による介助入浴の負担を軽減したい。通所介護への送りだし時も含めて、外出時の介護負担を軽減したい。脱水中に留意し、在宅生活を長くできるような配慮を希望する。長男長女の援助を受け、介護疲労に注意し、介護サービスの導入と通所介護・通所リハビリテーションの利用を希望する。福祉用具と住宅改修を導入することにより、排泄の自立を第一目標とし、さらに介護者の希望である通所介護や、休日の外出介助時の負担軽減を図り、外出機会の増加を検討していく。	住宅改修によって利用者・家族は、介護状況、ADL、社会参加など、日常生活をどう変えたいか (特に何を希望しているか)また、その効果を記入する。
---	--

改修前と改修後想定される
福祉用具の利用状況を記入する欄です。

(例)
改修前に福祉用具貸与で手すりを使用していた。その場所に住宅改修により手すりを設置することとなったとき。

住宅改修が必要な理由書

(P2)

座間市介護保険課

＜P1の「総合的状況」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改修目的と改修の方針④改修項目を具体的に記入してください。＞

活動	①改善しようとする生活動作 →	②①の具体的な困難な状況(…)を記入してください →	③改修目的・期待効果をチャエックしながら、改修の方針(…:…:…)が改善できるように記入してください →	④改修項目(改修箇所) →
排泄	<input checked="" type="checkbox"/> トイレまでの移動 <input checked="" type="checkbox"/> トイレの出入り口の出入(扉の開閉を含む) <input checked="" type="checkbox"/> 便器からの立ち座り(移乗を含む) <input checked="" type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 排泄時の姿勢保持 <input type="checkbox"/> 後始末 <input type="checkbox"/> その他()	移動はつたい歩きで何とか可能。左膝に痛みが生ずることあり。居室から廊下に3cmの段差あり、段差の昇降が不安定。便座への座位はつかまるものがないため困難。特に立ち上がり動作に苦慮している。出入口にもつかまるところがないので、扉の開閉動作が危なっかしい。	居室と廊下の3cmの段差を解消することで、安全な歩行ができるようにしたい。居室とトイレの動線には連続してつかまられるもの(手すり)が必要。ドアの開閉のために手すりを設置。	<input checked="" type="checkbox"/> 手すりの取付け (廊下の移動経路) <input type="checkbox"/> トイレ内立ち座り用、衣服着脱用) <input type="checkbox"/> 上がりかまちは横壁面) <input type="checkbox"/> 玄関扉付近の内外壁面) <input checked="" type="checkbox"/> 段差の解消) <input type="checkbox"/> 廊下3cmかさ上げ) <input type="checkbox"/> 上がりかまちは踏み台設置) <input type="checkbox"/> 引き戸などへの扉の取替え) <input type="checkbox"/> 便器の取替え) <input type="checkbox"/> 滑り防止などのための床材の変更)
入浴	<input checked="" type="checkbox"/> 浴室までの移動 <input type="checkbox"/> 衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 浴室出入口の出入(扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 浴室内での移動(立ち座りを含む) <input type="checkbox"/> 洗い場での姿勢保持(洗体・洗髪を含む) <input type="checkbox"/> 浴槽の出入(立ち座りを含む) <input type="checkbox"/> 浴槽内での姿勢保持 <input type="checkbox"/> その他()	居室から浴室までの移動は「排泄」と同じ。浴槽をまたぐ際に転倒の不安があり危険。	居室から浴室までの移動は「排泄」と同じ。バスボードを利用して安定して浴槽に入るようにする。	<input type="checkbox"/> 上がりかまちは縦手すりと踏み台設置により、上がりかまちは昇降を1人で行えるようにする。 <input type="checkbox"/> 玄関扉の内と外の壁面に手すりを取り付けることにより、扉の開閉を安定して行えるようにする。
外出	<input type="checkbox"/> 出入口までの屋内移動 <input checked="" type="checkbox"/> 上がりかまちは昇降 <input type="checkbox"/> 車いすなど、装具の着脱 <input type="checkbox"/> はき物の着脱 <input checked="" type="checkbox"/> 出入口の出入(扉の開閉を含む) <input type="checkbox"/> 出入口から敷地外までの屋外移動 <input type="checkbox"/> その他()	上がりかまちは40cmの段差があり、介助がないと昇降できないので困っている。	①②を記入し、現状の問題点をふまえた上で、改修目的の項目をチャエックする。各行為の困難事項を改善するために、どのような改修を行うのか、その方針を記入する。	<input type="checkbox"/> 改修内容の項目をチャエックし、内容を記入する。 <input type="checkbox"/> 改修箇所は、場所だけではなく「手すり」なら、「便器横壁面」等その取付箇所まで記述する。
その他の活動	現状の改善を必要とする動作についてチャエックをする。今回改修の対象でない項目にはチャエックは不要。	生活動作で困っていること、問題点について、その状況や介護の現状を具体的に記入する。	①②を記入し、現状の問題点をふまえた上で、改修目的の項目をチャエックする。各行為の困難事項を改善するために、どのような改修を行うのか、その方針を記入する。	改修内容の項目をチャエックし、内容を記入する。 改修箇所は、場所だけではなく「手すり」なら、「便器横壁面」等その取付箇所まで記述する。

(P)

住宅改修が必要な理由書

＜P1の「総合的状況」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改修目的と改修の方針④改修項目を具体的に記入してください。＞

活動	①改善しようとしている生活動作 ➡ ①の具体的な困難な状況(…なので…困っている)を記入してください	➡ ③ 改修目的・期待効果をチェックした上で、改修の方針(…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) ➡
その他の活動		<input type="checkbox"/> できなかったことのできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> できなかったことのできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け) () () () () <input type="checkbox"/> 段差の解消) () () () <input type="checkbox"/> 引き戸などへの扉の取替え) () () <input type="checkbox"/> 便器の取替え) () () <input type="checkbox"/> 滑り防止などのための床材の変更) () () <input type="checkbox"/> その他) () () ()
		<input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> できなかったことのできるようにする <input type="checkbox"/> 転倒などの防止、安全の確保 <input type="checkbox"/> 動作の容易性の確保 <input type="checkbox"/> 利用者の精神的負担や不安の軽減 <input type="checkbox"/> 介護者の負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他()	

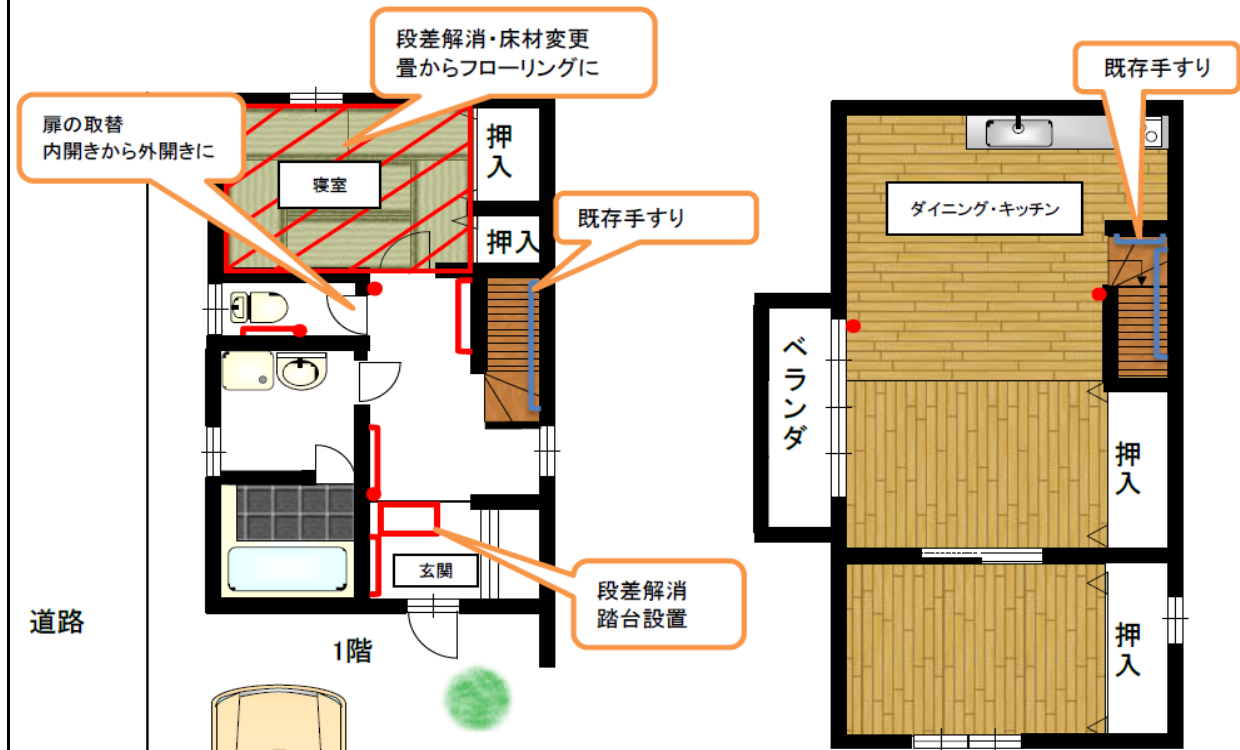
P2だけでは足りないときに使用してください。

平面図

フリガナ	ザマ タウ	被保険者番号									
被保険者氏名	座間 太郎	0	0	0	0	0	9	9	9	9	9

1. 平面図(改修部分は朱書き)

平面図の例



①改修箇所・生活導線がわかるように、平面図を作成してください。

必ずこの様式を使っていただく必要はありません。

②改修箇所が複数ある場合

⇒図面・見積書・写真で同一の番号を振るなどの工夫をお願いします。

③手すり・補強板等、実際のサイズ(長さ)を併記してください。

道路

※ 添付書類

1. 改修前の写真 (日付写し込み)

(平成30年12月改正)

見積書

△△年 ○月 ×日

会社名: 株式会社 座間介護設備

住所: 座間市緑ヶ丘○丁目○番○号

TEL: 046-△△△-△△△△

担当者: 向日葵

必ずこの様式を使っていただく必要はありません。
介護保険対象工事以外の改修も行う場合、
介護保険対象工事とそれ以外がわかるように記載してください。

『1式』や『1セット』と書かれている場合、その内訳をご記入ください。
内訳がない場合、承認できない可能性があります。
工事に係る材料費について区分できるものは明確に記入してください。

品番	数量	単価	金額	介護保険 対象分 (○を付す)	定価
浴室 壁 手摺り 浴室用抗菌加工手すり 白 L=600 (手すり600mm, エンドキヤップ2個, 固定ネジ10個)	2	セット	10,000	○	15,000
トイレ 壁 手摺り L字木製手すり L=600	2	本	6,000	○	8,000
	1	個	800		
	2	個	400		
計					
諸経費	10	%			
合計			12,000	○	12,000
消費税	10	%			
総合計			4,560		
			50,160		

メーカーがセットで売っている商品は、内訳をご記入ください。

諸経費は、介護保険対象工事の
10%未満としてください。

実際に使用する部分のみが介護保険で対象です。
(例)
600mmの手すりを2本使用し、L字型に取り付けられる場合
600mm 1本の単価×本数=いくら
または、
1mの単価×必要なm=いくら
と表記してください。

さ戸への扉の取替え 5:洋式便器等への取替え 6:1~5に係る付帯工事
なるようにし、全体の合計金額及び対象分のみ合計金額を記してください。

(平成30年12月改正)

御見積書

年 月 日

工事番号 (図面・写真と揃えること)	改修場所	住宅改修 の種類※	内容	メーカー及び品番	数量	単価	金額	介護保険 対象分 (○を付す)	定価
P2だけでは足りないときに使用してください。									

※住宅改修の種類
 1: 手すりの取り付け 2: 段差の解消 3: すべり防止のための床材の変更 4: 引き戸への扉の取替え 5: 洋式便器等への取替え 6: 1~5に係る付帯工事
 ※介護保険対象ではない部分を含む見積書の場合、介護保険対象分が明確になるようにし、全体の合計金額及び対象分のみ合計金額を記してください。

住宅改修承諾書

△△年 ○月 ×日

住宅改修承諾書についてのお願い

(所有者)

住所 横浜市中区日本大通 1

氏名 神奈川 太郎 殿

(賃借人)

住所 座間市緑ヶ丘 1-1-1

氏名 座間 太郎

私が賃借している下記(1)の住宅の住宅改修を、別紙「介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書」のとおり行いたいので承諾願います。

記

(1)住宅	名 称	コーポ神奈川
	所 在 地	座間市緑ヶ丘 1-1-1
	住 戸 番 号	101号
(2)住宅改修の概要	個所・部位	内 容
	居室	敷居の段差解消、手摺りの設置
	廊下	手摺りの設置
	トイレ	手摺りの設置

承諾書

上記について承諾します。

(なお、)

△△年 ○月 ×日

(所有者)

住所 横浜市中区日本大通 1

氏名 神奈川 太郎

神奈川

印

(注)

1

自身の地所・家屋でない⇒所有者の承諾書が必要です。

2

3

(平成30年12月改正)

〇〇年 △ 月 × 日

住宅改修の承諾書

(住宅所有者)

住所 座間市緑ヶ丘 1 - 1 - 1

氏名 座間 次郎

座間

(続柄 長男)

私は、下記表示の住宅に、(被保険者氏名) 座間 太郎 が

別紙「介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書」の住宅改修を行う
ことを承諾いたします。

住宅改修を行う住宅(所在地)

座間市 緑ヶ丘 1 - 1 - 1

住宅の名義が共有の場合

⇒その共有しているすべての方の署名・捺印が必要です。

※同一住所にお住まいの場合は、一つの承諾書に連名でも受付けています。

(平成30年12月改正)

被
保
険
者
様
の
情
報

委 任 状

委任者 住 所 座間市緑ヶ丘1丁目1番1号

氏 名 座間 太郎

座
間

当該申請に基づく介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費

事前申請 本申請 (※該当する委任行為の□に✓してください)

被保者様御本人様以外の方が窓口提出する⇒この紙が必要です。
この様式は、事業所様に申請を委任するとき用です。

△△年 ○月 ×E

受任者 住 所 座間市緑ヶ丘○丁目○番○号

事
業
所
様
の
情
報

事業 者 名 株式会社 座間介護設備

代表 者 氏 名 向日葵 一郎

印

電 話 番 号 046-△△△-△△△△

社判を押印してください。

(平成30年12月改正)

被
保
険
者
様
の
情
報

委 任 状

委任者 住 所 座間市緑ヶ丘1丁目1番1号

氏 名 座間 太郎

座間

当該申請に基づく介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費

事前申請 本申請 (※該当する委任行為の口に✓してください)

被保者様御本人様以外の方が窓口提出する⇒この紙が必要です。
この様式は、ご家族様や個人に委任するとき用です。

年 月 日

受任者 住 所 座間市相模が丘△丁目△番△号

氏 名 向日葵 一郎

電 話 番 号 046-×××-××××

向日葵

ご
家
族
様
等
の
情
報

※ 個人用

※ この場合は顔写真付きの身分証明書の提示を求め場合があります。

(平成30年12月改正)

(住宅改修 受領委任用)

委 任 状

被
保
険
者
様
の
情

委任者 住 所 座間市緑ヶ丘1丁目1番1号

氏 名 座間 太郎

座
間

住宅改修施工業者が座間市から住宅改修費の6～9割を受領する⇒この紙が必要です。

△△年 ○月 ×日

受任者 住 所 座間市緑ヶ丘○丁目○番○号

事 業 者 名 株式会社 座間介護設備

代 表 者 氏 名 向日葵 一郎

印

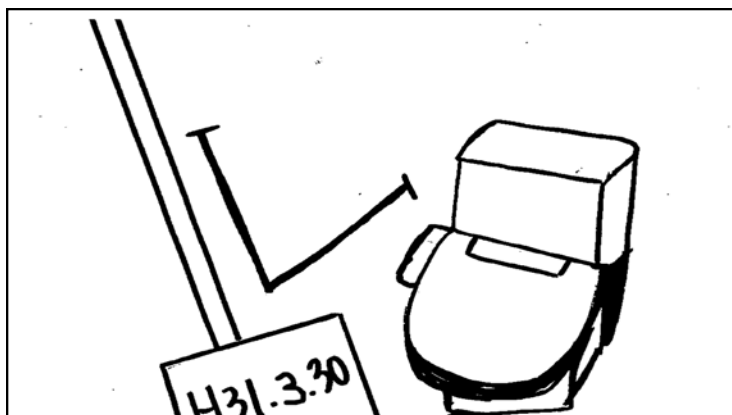
電 話 番 号 046-△△△-△△△△

社判を押印してください。

事
業
所
様
の
情
報

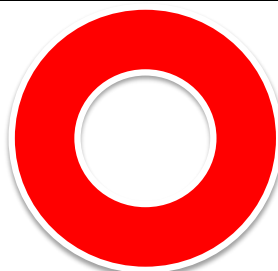
(平成30年12月改正)

(例)事前相談写真



改修場所

1Fトイレ



写真添付の注意点

1.日付記入したものを写真に写しこむ

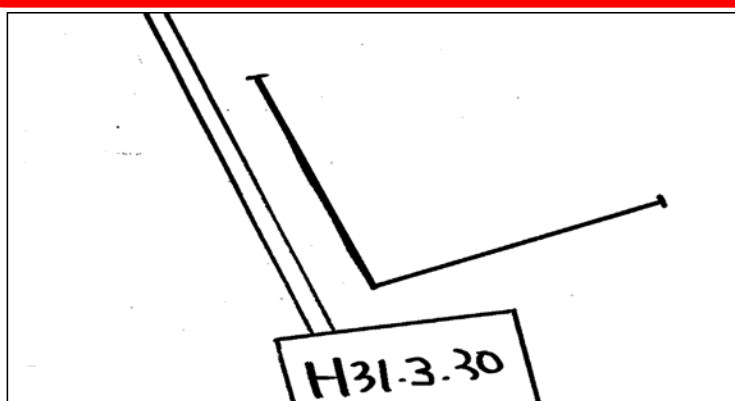
写真に記録される日付のデータのみでは申請を受け付けできません。
予めご了承ください。

2.改修箇所が写真でわかる

トイレに手すりを付けるときなど、トイレの壁であることがわかるように、
トイレの一部を映しこむようにしてください。

3.取り付け位置を書き込む

写真に直接書き込む、または、テープ等で印をつけてください。



改修場所

1Fトイレ



(平成30年12月改正)

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修工事完成届

(宛先)座間市長

完成届を記入した日付

△△年 ○月 ×日

被
保
険
者
様
の
情
報

住所 座間市緑ヶ丘1丁目1番1号

氏名 座間 太郎

事前申請をした日付

△△年 ○月 ×日付で事前申請しました介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修が

次のとおり完成しましたので届け出ます。

施工住所	座間市緑ヶ丘1-1-1
改修工事内容・箇所	どのような工事をしたのか トイレ・浴室の手すり取り付け工事

着手年月日、完成年月日は
必ず記入してください。

着工年月日	△△年 ○月 ×日
完成年月日	△△年 ○月 ×日

退院・退所日	年 月 日
--------	-------

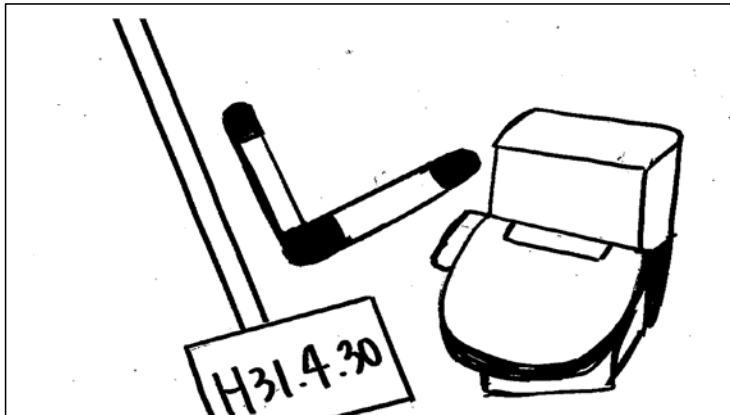
※退院・退所していない場合、支給できませんので御注意ください。

入院又は施設入所していた方が退院・退所した場合はその日付を
記入してください。

1. 住宅改修後の写真(日付写し込で、浴室、廊下等の箇所ごとがわかるもの)
2. 住宅改修に要した費用に係る領収書

写真はできるだけ、同じポジションで撮影してください。

(平成30年12月改正)



改修場所

1 F トイレ



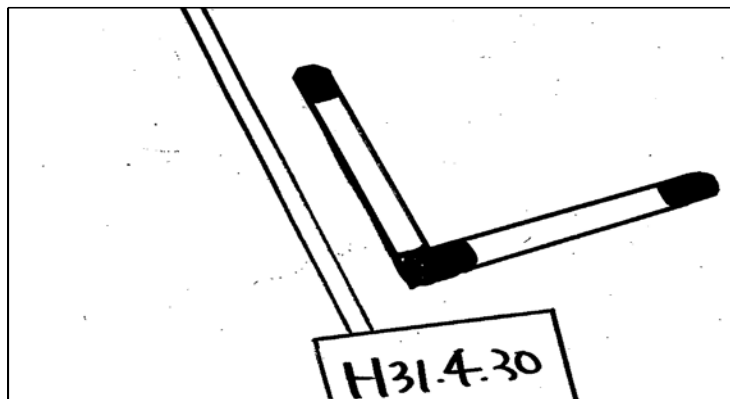
写真添付の注意点

1.日付記入したものを写真に写しこむ

写真に記録される日付のデータのみでは申請を受け付けできません。
予めご了承ください。

2.改修箇所が写真でわかる

トイレに手すりを付けるときなど、トイレの壁であることがわかるように、
トイレの一部を映しこむようにしてください。



改修場所

1 F トイレ



(平成30年12月改正)

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修内容変更(中止・取下げ)届

年 月 日

座間市長 殿

年 月 日付けで承認を受けました介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修の実施について、次のとおり変更(中止・取下げ)したいので、関係書類を添えて申請します。

申請者名 (被保険者名)	印	被保険者番号	
住所	〒 電話番号		
事業所名		担当者名	
事業所住所	〒 電話番号		
変更(中止・取下げ)の理由			
変更前	支払方法	償還払い・受領委任払い	変更後
	住宅改修の内容		
	工事予定金額	円	
	工事予定期間	着手 年 月 日 完了 年 月 日	
添付書類	<input type="checkbox"/> 変更後工事費見積書		
	<input type="checkbox"/> 変更後工事箇所図(間取り図等)及び工事箇所写真		
	<input type="checkbox"/> 預かり票		
	<input type="checkbox"/> その他()		

注意：この申請書の添付書類で変更内容等を確認できない場合は、その他書類の提出を求めることがあります。

介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修内容変更(中止・取下げ)届

△△年 ○月 ×日

座間市長 殿

□□年 ○月 ×日付けで承認を受けました介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修の実施について、次のとおり変更(中止・取下げ)したいので、関係書類を添えて申請します。

申請者名 (被保険者名)	座間 太郎	被保険者番号	0000999999	
住所	〒252-0021 座間市緑ヶ丘 1-1-1 電話番号 046-255-1111			
事業所名	株式会社 座間介護設備	担当者名	向日葵	
事業所住所	〒252-0021 座間市緑ヶ丘○丁目○番○号 電話番号 046-△△△-△△△△			
変更(中止・取下げ) の理由	本人死亡により取下げ			
変更前	支払方法	償還払い・受領委任払い	支払方法	償還払い・受領委任払い
	住宅改修の内容	手摺の取り付け	住宅改修の内容	
	工事予定金額	35,000 円	工事予定金額	円
	工事予定期間	着手 年 月 日 完了 年 月 日	工事予定期間	着手 年 月 日 完了 年 月 日
添付書類	<input type="checkbox"/> 変更後工事費見積書			
	<input type="checkbox"/> 変更後工事箇所図(間取り図等)及び工事箇所写真			
	<input checked="" type="checkbox"/> 預かり票			
	<input type="checkbox"/> その他()			

注意: この申請書の添付書類で変更内容等を確認できない場合は、その他書類の提出を求めることがあります。

○座間市介護保険住宅改修理由書作成手数料支給事務取扱要綱

(平 24 告示 44・全部改正)

(平成 22 年 4 月 26 日告示第 98 号)

改正 平成 24 年 2 月 28 日告示第 44 号

(趣旨)

第 1 条 この告示は、介護保険法(平成 9 年法律第 123 号)第 45 条に規定する居宅介護住宅改修費及び同法第 57 条に規定する介護予防住宅改修費の支給の申請に係る理由書(以下「理由書」という。)を作成した場合において、その作成手数料の一部を支給することに関し必要な事項を定めるものとする。

(平 24 告示 44・一部改正)

(支給の対象者)

第 2 条 支給の対象者は、介護支援専門員、作業療法士、福祉住環境コーディネーター検定試験 2 級以上の資格を有する者又は地域包括支援センターに勤務する社会福祉士、保健師若しくは看護師であって、居宅介護支援の提供を受けてない要介護者又は介護予防支援の提供を受けてない要支援者に対し、理由書の作成を行ったものとする。

(平 24 告示 44・一部改正)

(支給の額)

第 3 条 支給の額は、理由書の作成 1 件につき 2,100 円とする。

(平 24 告示 44・一部改正)

(手数料の請求等)

第 4 条 作成手数料の支給を受けようとする対象者は、介護保険住宅改修理由書作成手数料請求書(第 1 号様式)に住宅改修理由書作成被保険者一覧表(第 2 号様式)を添えて、市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の規定による請求書の提出があったときは、その内容を審査し、相当と認めるときは、当該請求書を提出した者(以下「請求者」という。)に対し、手数料の支給を決定し、当該手数料を支払うものとするものとする。この場合において、当該手数料の支払をもって当該請求者に対する支給決定の通知に代えるものとする。

(平 24 告示 44・一部改正)

(返還)

第 5 条 市長は、偽りその他不正の行為により手数料の支給を受けた者があるときは、支給の決定を取り消し、その者から当該手数料を返還させることができる。

(平 24 告示 44・一部改正)

(実施細目)

第 6 条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この告示は、公表の日から施行する。

附 則(平成 24 年 2 月 28 日告示第 44 号)

この告示は、平成 24 年 4 月 1 日から施行する。

第1号様式（第4条関係）

介護保険住宅改修理由書作成手数料請求書

年 月 日

(宛先) 座間市長

郵便番号
申請者所在地
名称
代表者氏名

印

介護保険住宅改修理由書作成手数料について、次のとおり請求します。

1 請求金額 円

2 請求金額の内訳

区分	実施件数	金額
住宅改修費支給申請 理由書作成業務	件 (A)	2,100円 × (A) = 円

3 手数料の受領方法

口座振込払い

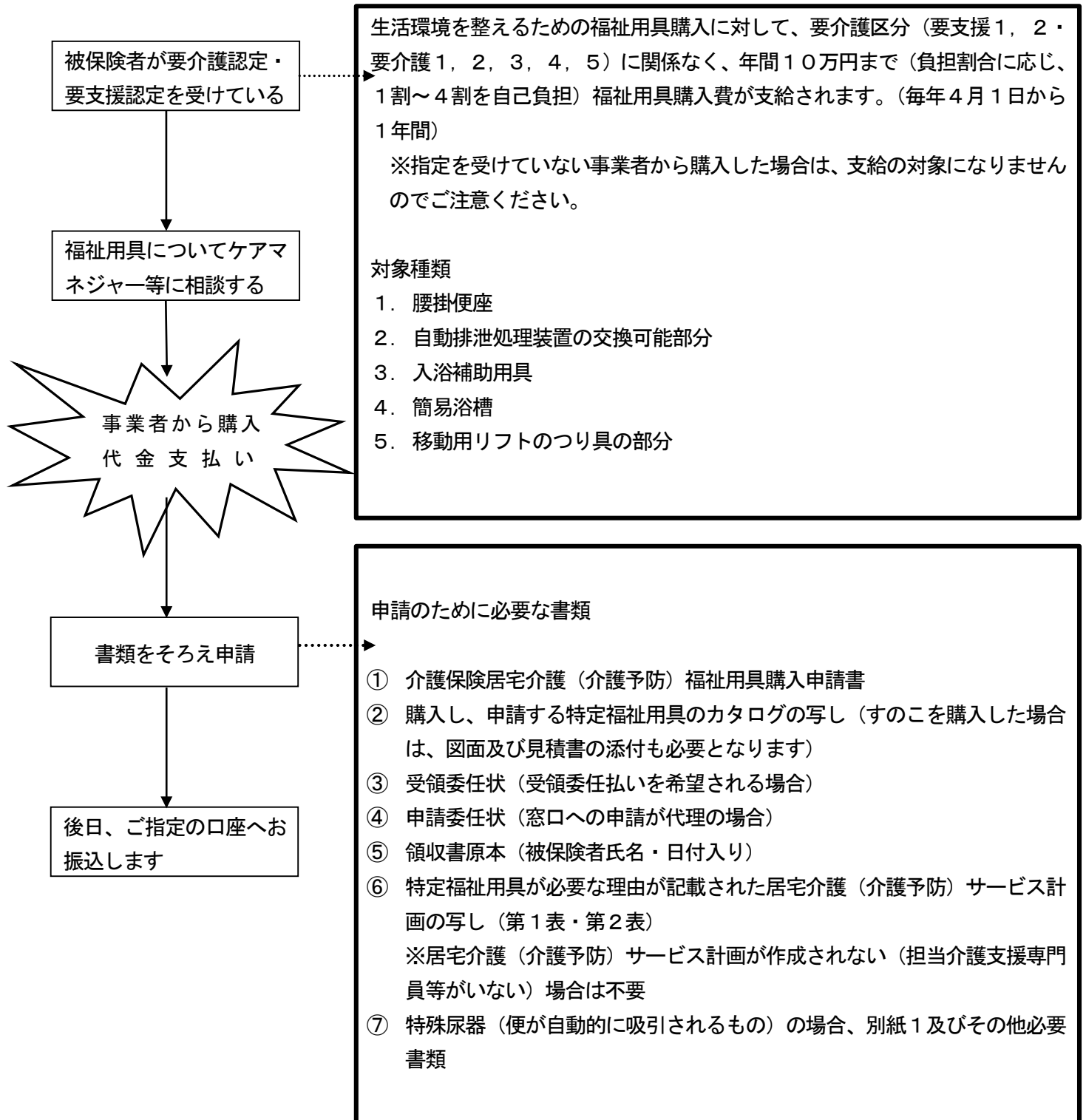
振込先銀行	銀行		支店
預金種目	普通・当座・その他 ()	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

第2号様式 (第4条関係)

住宅改修理由書作成被保険者一覧表

被保険者番号	被保険者名	住 所	理 由 書 作成年月日

特定福祉用具購入費支給までの流れ



不明な点についての御質問・お問合せは
 座間市健康部介護保険課 保険係
 046-252-7719（直通）

質問	回答
新商品が出ましたが、給付対象ですか。	実際にご利用される方がいる場合に、介護支援専門員を通じた相談があった場合に、給付対象とするかどうかを検討して回答します。
同じ製品で目的が違うので、2つ購入(貸与)が出来ますか。	利用者においても自己負担が増加するなど弊害もあるため、効果とコストを比較考慮し、介護支援専門員による適切なアセスメントに基づいて、やむを得ない場合に限り可能です。介護支援専門員を通じて、保険者にご相談ください。
最近購入したばかりですが、故障してしまいました。再購入が可能ですか。	何故、購入したばかりで故障したのか、原因により保険者が判断します。購入前に保険者に相談してください
複合的機能を有する福祉用具について、どのように取り扱われるのですか。	<p>国より通知が出ています。</p> <p>2つ以上の機能を有する福祉用具については、次のとおり取り扱う。</p> <p>(1) それぞれの機能を有する部分を区分できる場合には、それぞれの機能に着目して部分ごとに1つの福祉用具として判断する。</p> <p>(2) 区分できない場合であって、購入告示に掲げる特定福祉用具の種目に該当する機能が含まれているときは、福祉用具全体を当該特定福祉用具として判断する。</p> <p>(3) 福祉用具の種目及び特定福祉用具の種目に該当しない機能が含まれる場合は、法に基づく保険給付の対象外として取り扱う。</p>
「フィッティング期間」及び「お試し」について給付対象となりますか。	座間市では、給付対象ではありません。
新規認定申請中や更新申請中及び変更申請中に必要だった福祉用具購入についての本申請の時に添付するケアプランはどうしたら良いですか。	暫定プラン及び本プランを併せて提出してください。
福祉用具の使用により事故が発生しました。どのように対応したらよいでしょうか。	<p>保険者は、製品の安全性や機能面を保証することはできません。安全性の確保については、民法上の契約者間の責任となります。</p> <p>事業者は、福祉用具貸与、販売サービスの提供による事故が発生した場合には、市町村、当該利用者等に連絡し、必要な措置を講じるとともに、採った処置についての記録、損害賠償等を行うこととされています。</p>
計算方法について教えてください。	<p>他のサービスと同様の考え方であり、保険給付額を小数点以下切り捨てで処理し、残額が自己(本人)負担となります。具体的には、</p> <p>購入額(税込) 9,018円 負担割合1割の場合</p> <p>保険給付 $9,018円 \times 90\% = 8,116.2$ 小数点以下切り捨て</p> <p>本人負担 $9,018円 - 8,116円 = 902円$</p>

このエクセルファイルには、座間市介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請に係る次の必要書類の一式が入っています。

※	・申請書
※	・申請の委任状
※	・受領委任状
※	・(特殊尿器(便が自動的に吸引されるもの)の場合) 別紙1及びその他必要書類
	・購入した商品のカタログ (色や型番、製造業者がわかるもの)
	・居宅サービス計画書又は、支援計画表
	・居宅介護(介護予防)サービス計画が作成されない (担当介護支援専門員等がない)場合は包括職員の理由書
	・領収書原本(本人名義又は、市長宛)

～書類作成時のお願い～

※印のついたものについては、座間市の用紙を御使用ください。

※印以外のものについては、任意の書式で結構ですが、必要事項を満たすように作成してください。

また、記入例を作成しておりますので、
ホームページからダウンロードし、併せて御確認ください。

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ		保険者番号		1	4	2	1	6	6
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女						
住所	電話番号								

特定(介護予防)福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額	購入日
			領収日
		円	年 月 日
		円	年 月 日
		円	年 月 日
		円	年 月 日

負担割合 () 割 ※負担割合証及び被保険者証を確認し記入してください

福祉用具が必要な理由			
	記入者:	資格:	

(宛先)座間市長
 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。
 年 月 日
 住 所 座間市
 申請者 氏 名 _____ 印
 電話番号 _____

注意 この申請について、個人番号を使用するの照会・調査を行うことがあります。
 この申請書に、以下の書類を添付してください。
 ・カタログの写し(すのこを購入した場合は、図面及び見積書の添付も必要となります)
 ・受領委任状(受領委任払いを希望される場合)・申請委任状(窓口への申請が代理の場合)
 ・領収書原本(被保険者名義) →※生活保護受給者の場合(被保険者名義/座間市長宛)
 ・特定福祉用具が必要な理由が記載された居宅介護(介護予防)サービス計画の写し(第1表・第2表)
 ※居宅介護(介護予防)サービス計画が作成されない(担当介護支援専門員等がない)場合は不要
 ・(特殊尿器(便が自動的に吸引されるもの)の場合)別紙1及びその他必要書類

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 出張所	口座番号(右つめで記入)						
	金融機関コード	支店コード	種目	1普通預金	2当座預金				
	フリガナ								
	口座名義人								

特定(介護予防)福祉用具販売事業所番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※償還払いの場合には、ご本人様指定の口座に入金となります。
 (平成30年12月改正)

委 任 状

委任者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

当該申請に基づく介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の
申請に関する権限を下記の者に委任します。

年 月 日

受任者 住 所 _____

事業者名 _____

代表者氏名 _____ 印

電話番号 _____

(平成30年12月改正)

委 任 状

委任者 住 所

氏 名

印

当該申請に基づく介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の
申請に関する権限を下記の者に委任します。

年 月 日

受任者 住 所

氏 名

印

電 話 番 号

※ 個人用

※ この場合は顔写真付きの身分証明書の提示を求める場合があります。

(平成30年12月改正)

委 任 状

委任者 住 所

氏 名

印

当該申請に基づく介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の
給付費の償還払いによる受領方法に承諾し、その給付費の受領を下記の者に委任します。

年 月 日

受任者 住 所

事業者名

代表者氏名

印

電話番号

(平成30年12月改正)

※ 別紙1

以下のいずれかに該当するため、特殊尿器(便が自動的に吸引されるもの)が必要と判断します。

(該当するものに○及びチェックをしてください。)

1 指定居宅介護支援又は指定介護予防支援を受けている場合

ア 「要介護認定等基準時間の推計の方法」(平成12年3月24日厚生省告示第91号)別表第一の調査票(以下「調査票」という。)のうち調査項目「2-1 移乗」及び「2-6 排便」の直近の結果を用い「全介助」である者

イ 医師の医学的な所見及びサービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメントに基づき、当該福祉用具が必要と判断された者

- 医師の医学的な所見
- 主治医意見書による
 - 医師の診断書による
 - 担当の介護支援専門員等が聴取した居宅サービス計画等に記載した医師の所見による

※添付書類

- ・ サービス担当者会議の要点、又は介護予防支援経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)
(主治医意見書によるもの以外の場合)
- ・ 医師の診断書(様式1)又は居宅サービス計画等

2 指定居宅介護支援又は指定介護予防支援を受けていない場合

ア 1のアに同じ

イ 医師の医学的な所見に基づき、当該福祉用具が必要と判断された者

- 医師の医学的な所見
- 主治医意見書による
 - 医師の診断書による

※添付書類(医師の診断書による場合)

- ・ 医師の診断書(様式1)

様式 1

特定福祉用具（特殊尿器（便が自動的に吸引されるもの））に関する診断書

介護保険 被保険者	ふりがな	
	氏名	明治・大正・昭和 年 月 日生 歳
	住所	

上記の介護保険被保険者に対する特定福祉用具給付に関する所見は、以下のとおりです。

年 月 日

診断名

医学的な所見により、特殊尿器（便が自動的に吸引されるもの）の利用が、
（いずれかの口にチェックしてください）

ア 必要と判断する

イ 必要と判断しない

（アの場合）利用が必要な理由

医師氏名 印

医療機関名

医療機関所在地

電話

福祉用具購入費支給申請書記入例

福祉用具購入費支給申請書の記入例です。
ご不明な点がございましたら、担当までお問い合わせください。

償還払いとは

被保険者様が福祉用具販売事業者に費用の全額を支払い、
その後、保険給付分(介護保険対象費用の6割～9割)を市が被保険者様に支払う方法です。

受領委任払いとは

被保険者様が福祉用具販売事業者に保険給付分(介護保険対象費用の6割～9割)の受領を委任をして、
被保険者様は負担割合に応じた費用(1割～4割)を事業者を支払い、
事業者が保険給付分(介護保険対象費用の6割～9割)を市から受領する方法です。

- ※ 申請の際には、必要書類がそろっているか、日付等記入漏れがないか、
ご確認ください。
- ※ 捨印の意味をきちんとご利用者やご家族に説明をした上で、
正しい利用をして頂かないと受付ができません。
- ※ **消えるボールペンでの記入は受け付けできません。**
後に発覚した場合には、再提出をして頂きます。
メーカーでも公文書や証書類・宛名書き等に使用してはいけないと注意書きされています。
ご利用者様やご家族様に記入していただく場合は、
官公署に提出する大切な書類であることをご説明の上、正しく記入していただくようにしてください。
- ※ 申請に当たりましては、追加で資料等をご用意いただく場合があります。

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ	ザマ	タロウ	保険者番号	1	4	2	1	6	6
被保険者氏名	座間	太郎	被保険者番号	0	0	0	0	9	9
			個人番号	1	1	1	1	1	1
生年月日	明	大	昭	2	年	男	女		
住所	座間市緑ヶ丘1-1			号	046-255-1111				
特定(介護予防)福祉用具名	製造事業		個人番号を記載するとき「マイナンバーを記入するにあたって」を御確認ください。	購入日					
(種目名及び商品名)	販売事業			領収日					
腰掛便座	△□○株式会社		56,000 円	△△ 年 ○ 月 × 日					
家具調トイレ(座楽)	株式会社 座間介護設備			△△ 年 ○ 月 × 日					
入浴補助具	○□株式会社		15,000 円	△△ 年 ○ 月 □ 日					
△□浴槽手すり	株式会社 座間介護設備			△△ 年 ○ 月 □ 日					
負担割合	(1) 割 ※負担割合証及び被保険者証を確認し記入してください			年 月 日					
福祉用具が必要な理由	① 品目1の必要理由 ② 品目2の必要理由			年 月 日					
記入者	神奈川 太郎			資格: 福祉用具専門相談員					
(宛先)座間市長	申請日は必ず記入してください。			福祉用具購入費の支給を申請します。					
住所	座間市緑ヶ丘1-1-1			必ず被保険者の印鑑を押印してください。					
申請者氏名	座間 太郎			被保険者名を記入してください。					
電話番号	046-255-1111			座間					
注意	この申請について この申請書に ・カタログの写真 ・受領委任状(※ご家族様の口座の場合は、被保険者様との関係をカッコ書きで記入をお願いします。) ・領収書原本 ・特定福祉用具 ※居宅介護(受領委任の場合は、特定(介護予防)福祉用具販売事業者様の口座をご記入ください。) ・(特殊尿器(便が自動的に吸引されるもの)の場合)別紙及びその他								
居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込ん									
口座振込依頼欄	銀行	座間	本店	口座番号(右つめで記入)					
	信用金庫	座間	支店	6	6	6	6	6	6
	信用組合	座間	出張所	6	6	6	6	6	6
金融機関コード	7	7	7	7	8	8	8	種目	1普通預金
支店コード	7	7	7	7	8	8	8		2当座預金
フリガナ	カブシキガイシャ ザマカイゴセツ								
口座名義人	株式会社 座間介護設備								
特定(介護予防)福祉用具販売事業所番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0								

※償還払いの場合には、ご本人様指定の口座に入金となります。

(平成30年12月改正)

委任状

被保険者の情報

委任者 住所 座間市緑ヶ丘1丁目1番1号

氏名 座間 太郎

座間

当該申請に基づく介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の

申請の委任状は窓口へ提出される方が被保険者本人以外の場合に必要です。
事業所に申請を委任する場合、この様式を使用してください。

△△年 ○月 ×日

受任者 住所 座間市緑ヶ丘○丁目○番○号

事業者名 株式会社 座間介護設備

代表者氏名 向日葵 一郎

印

電話番号 046-△△△-△△△△

社判を押印してください。

受任者様の情報

(平成30年12月改正)

被
保
険
者
の
情
報

委 任 状

委任者 住 所 座間市緑ヶ丘1丁目1番1号

氏 名 座間 太郎

座間

当該申請に基づく介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の
申請に関する権限を下記の者に委任します。

申請の委任状は窓口提出される方が被保者本人以外の場合に必要です。
ご家族様等の個人に委任する場合は、この様式を使用してください。

△△年 ○月 ×日

受任者 住 所 座間市相模が丘△丁目△番△号

氏 名 向日葵 一郎

電 話 番 号 046-×××-××××

受
任
者
の
情
報

向日葵

※ 個人用

※ この場合は顔写真付きの身分証明書の提示を求める場合があります。

(平成30年12月改正)

委 任 状

被
保
険
者
の
情
報

委任者 住 所 座間市緑ヶ丘1丁目1番1号

氏 名 座間 太郎

座
間

当該申請に基づく介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の
給付費の償還払いによる受領方法に承諾し、その給付費の受領を下記の者に委任します。

△△年 ○月 ×日

受任者 住 所 座間市緑ヶ丘○丁目○番○号

事 業 者 名 株式会社 座間介護設備

代表者氏名 向日葵 一郎

電 話 番 号 046-△△△-△△△△

印

社判を押印してください。

福
祉
用
具
販
売
事
業
者
の
情
報

(平成30年12月改正)

給付に関する質問用紙

事業所名	
連絡先	
担当者名	
サービス種別	例) 訪問介護
問合せ内容	

算定に関する疑問について

調べる

① 介護報酬改定について（厚生労働省ホームページ）

運営基準、算定基準、解釈通知など全国共通の基準です。神奈川県や座間市も99%この基準に従っています（はっきり抵触しているのは書類の保存年限だけ）。

② 介護情報サービスかながわ（各種運営の手引き、Q&A）

神奈川県が作成する運営の手引きは、サービス種別ごとに①の内容と関連する国通知を分かりやすくまとめています。

③ 座間市による集団指導講習会資料

総合事業、居宅介護支援、地域密着事業についてはこちらも確認してください。

④ 神奈川県国保連合会ホームページ

（国保連請求・返戻については以下のコンテンツをご覧ください）

介護給付費請求事務に係るよくある電話照会

ダウンロード（各種フォーマット等）>介護給付費請求の手引き、支払関係帳票と返戻事由の解説

問合せ

座間市介護保険課保険係（給付全般） 046-252-7719

座間市介護保険課地域支援係（総合事業の給付に関する事） 046-252-7084

※別紙1にて、事業所単位で市へお問い合わせください。

※質問を受けた職員も、まず前述の①～④を調べます。このため、あらかじめ関連する算定基準、解釈通知等を示して頂けると助かります。

例) 老企第36号第2の4(1)で、訪問看護費は「通院が困難な利用者」に対して給付するとなっているが、タクシーを使わないと通院できない者は「通院が困難な利用者」に含まれるか？

※市職員も、国通知に抵触しないよう時間をかけて調べておりますが、万一市職員の回答や、座間市で一般的として実施されている運用が、国基準と異なっていることがあれば、御指摘ください。

座間市介護保険軽度者に係る指定（介護予防）福祉用具貸与の確認取扱要領

（趣旨）

第1条 この要領は、軽度者に係る指定（介護予防）福祉用具貸与の確認をすることに関し、必要な事項を定めるものとする。

（対象）

第2条 要支援1、要支援2、要介護1の者で、指定（介護予防）福祉用具の車いす、車いす付属品、特殊寝台、特殊寝台付属品、床ずれ防止用具、体位変換器、認知症老人徘徊感知機器、移動用リフトの貸与を受けようとする者、及び要支援1、要支援2、要介護1、要介護2、要介護3の者で、指定（介護予防）福祉用具の自動排泄処理装置の貸与を受けようとする者は以下のいずれかに該当する者とする。

- （1）「要介護認定等基準時間の推計の方法」に定める調査票のうち基本調査の直近の結果（以下「基本調査の結果」という。）が別表1の定めるところに該当する者。
- （2）ただし、別表1のアの②「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」及び別表1のオの③「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」については、該当する基本調査の結果がないため、主治医から得た情報及び福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態像について適切な助言が可能者が参加するサービス担当者会議などを通じた適切なケアマネジメントにより指定居宅支援事業所（指定介護予防支援事業者（地域包括支援センター））が該当すると判断した者。
- （3）同条第1号にかかわらず、次のi）～iii）に該当する者。
 - 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、頻繁に厚生労働大臣定める者のイに該当する。
 - ii）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに厚生労働大臣定める者のイに該当することが確実に見込まれる。
 - 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厚生労働大臣定める者のイに該当すると判断できる。

（申請）

第3条 第2条第1号に該当する軽度者に係る指定（介護予防）福祉用具貸与を受けようとする者、又は、居宅介護サービス計画（居宅介護予防サービス計画）作成者は、指定（介護予防）福祉用具貸与利用確認申請書（第一号様式）を提出しなければならない。

第2条第2号に該当する軽度者に係る指定（介護予防）福祉用具貸与を受けようとする者、又は居宅介護サービス計画（居宅介護予防サービス計画）作成者は、指定（介護予防）福祉用具貸与利用確認申請書（第一号様式）に次に掲げる関係書類ii）を添えて保険者に申請しなければならない。

第2条3号に該当する軽度者に係る指定（介護予防）福祉用具貸与を受けようとする者、又は、居宅介護サービス計画（居宅介護予防サービス計画）作成者は、指定（介護予防）福祉用具貸与利用確認申請書（第一号様式）に次に掲げる関係書類i）～iii）を添えて保険者に申請しなければならない。

- i）医師の診断書（第三～八号様式）又は、介護支援専門員が聴取した医師の所見を記載した第1表居宅サービス計画書（1）及び第2表居宅サービス計画書（2）
- ii）第4表サービス担当者会議の要点、又は介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）
- iii）介護支援専門員の記載した福祉用具の貸与に係わる理由書（任意の様式）

(確認通知等)

第4条 保険者は、前条の申請があった場合は、その内容を審査し、指定（介護予防）福祉用具貸与利用確認通知書（第二号様式）により申請者に通知するものとする。確認通知の有効利用期間は、当該被保険者の有する要介護認定の有効期間とする。

(見直し)

第5条 （削除）

(実施指導)

第6条 未申請による指定（介護予防）福祉用具貸与を受けている者を発見した場合には、保険者による個別指導をすることとする。

(実施細目)

第7条 この取扱要領に定めるもののほか、必要な事項は保険者が別に定める。

附 則

この要領は、平成19年10月1日から施行する。

この要領は、平成20年8月1日から施行する。

この要領は、平成21年4月1日から施行する。

この要領は、平成24年4月1日から施行する。

この要領は、平成31年4月1日から施行する。

別表 1

対象外種目	厚生労働大臣定める者のイ	厚生労働大臣定める者のイに該当する基本調査の結果
ア 車いす及び車いす付属品	次のいずれかに該当する者 ①日常的に歩行が困難な者 ②日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	基本調査 1-7 (歩行) 「3. できない」 ※該当する認定調査結果がないため、適切なケアマネジメントにより、介護支援専門員等が判断する。
イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者 ①日常的に起き上がりが困難な者 ②日常的に寝返りが困難な者	基本調査 1-4 (起き上がり) 「3. できない」 基本調査 1-3 (寝返り) 「3. できない」
ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器	日常的に寝返りが困難な者	基本調査 1-3 (寝返り) 「3. できない」
エ 認知症老人徘徊感知機器	次のいずれにも該当する者 ①意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者 ②移動において全介助を必要としない者	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」以外又は 基本調査 3-2 (毎日の日課を理解) 基本調査 3-3 (生年月日や年齢を言う) 基本調査 3-4 (短期記憶) 基本調査 3-5 (自分の名前を言う) 基本調査 3-6 (今の季節を理解する) 基本調査 3-7 (場所の理解) のいずれか 「2. できない」 又は 基本調査 3-8 (徘徊) 基本調査 3-9 (外出すると戻れない) 基本調査 4-1 (被害的) 基本調査 4-2 (作話) 基本調査 4-3 (感情が不安定) 基本調査 4-4 (昼夜逆転) 基本調査 4-5 (同じ話をする) 基本調査 4-6 (大声をだす) 基本調査 4-7 (介護に抵抗) 基本調査 4-8 (落ち着きなし) 基本調査 4-9 (一人で出たがる) 基本調査 4-10 (収集癖) 基本調査 4-11 (物や衣類を壊す) 基本調査 4-12 (ひどい物忘れ) 基本調査 4-13 (独り言・独り笑い) 基本調査 4-14 (自分勝手に行動する) 基本調査 4-15 (話がまとまらない) のいずれか「1. ない」以外 その他、主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む。 基本調査 2-2 (移動) 「4. 全介助」以外
オ 移動用リフト(つり具の部分を除く)	次のいずれかに該当する者 ①日常的に立ち上がりが困難な者 ②移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 ③生活環境において段差の解消が必要と認められる者	基本調査 1-8 (立ち上がり) 「3. できない」 基本調査 2-1 (移乗) 「3. 一部介助」又は「4. 全介助」 ※ 該当する認定調査結果がないため、適切なケアマネジメントにより、介護支援専門員等が判断する。
カ 自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く)	次のいずれかに該当する者 ①排便において全介助を必要とする者 ②移乗において全介助を必要とする者	基本調査 2-6 (排便) 「4. 全介助」 基本調査 2-1 (移乗) 「4. 全介助」

第一号様式

指定（介護予防）福祉用具貸与利用確認申請書

フリガナ				被保険者番号			
被保険者氏名							
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女	
住 所	座間市						
要介護状態区分	要支援1・要支援2・要介護1 (該当するものに○をつけて下さい。)						
認定有効期間	年 月 日 から			年 月 日			
申請理由 (該当するものに○をつけて下さい。)	<p>1「要介護認定等基準時間の推計の方法」に定める調査票のうち基本調査の直近の結果（以下「基本調査の結果」という。）が別表1の定めるところに該当する</p> <p>2別表1のアの②「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」及び別表1のオの③「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」については、該当する基本調査の結果がないため、主治医から得た情報及び福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態像について適切な助言が可能者が参加するサービス担当者会議などを通じた適切なケアマネジメントにより指定居宅支援事業所（指定介護予防支援事業者（地域包括支援センター））が該当すると判断した</p> <p>3 1にかかわらず、次のi)～iii)に該当する</p> <p>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、頻繁に厚生労働大臣定める者のイに該当する者。</p> <p>ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに厚生労働大臣定める者のイに該当することが確実に見込まれる者。</p> <p>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厚生労働大臣定める者のイに該当すること判断できる者。</p>						
対象福祉用具 (いずれかにレ点をつけてください。)	<input type="checkbox"/> 車椅子及び付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く) <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く)			貸与 (利用) 開始日	年 月 日 ~		
<p>座間市長殿 上記のとおり福祉用具貸与利用確認を申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>申請者(事業所所在地・名称) 住 所 名 称 介護支援専門員等氏名 印</p>							

※ 添付書類

1 「要介護認定等基準時間の推計の方法」に定める調査票のうち基本調査の直近の結果（以下「基本調査の結果」という。）が別表1の定めるところに該当する場合

指定（介護予防）福祉用具貸与利用確認申請書のみ

2 別表1のアの②「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」及び別表1のオの③「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」については、該当する基本調査の結果がないため、主治医から得た情報及び福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態像について適切な助言が可能な者が参加するサービス担当者会議などを通じた適切なケアマネジメントにより指定居宅支援事業所（指定介護予防支援事業者（地域包括支援センター））が該当すると判断した場合

- ・指定（介護予防）福祉用具貸与利用確認申請書
- ・第4表サービス担当者会議の要点、又は介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

3 1にかかわらず、次のi)～iii)に該当する場合

- 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、頻繁に厚生労働大臣定める者のイに該当する者。
- ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに厚生労働大臣定める者のイに該当することが確実に見込まれる者。
- 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厚生労働大臣定める者のイに該当すること判断できる者。

- ・指定（介護予防）福祉用具貸与利用確認申請書
- ・主治医意見書あるいは、医師の診断書又は、介護支援専門員が聴取した医師の所見を記載した居宅サービス計画。
- ・第4表サービス担当者会議の要点、又は介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）
- ・介護支援専門員の記載した福祉用具の貸与に係わる理由書（任意の様式）

指定（介護予防）福祉用具貸与確認通知書

申 請 者 _____ 様 _____

軽度者（要支援1、2及び要介護1）の福祉用具貸与を下記のとおり確認しました。

被保険者	様
被保険者番号	
対象福祉用具	<input type="checkbox"/> 車椅子及び付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く） <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のもの を除く）
確認利用期間	年 月 日 ～ 年 月 日

座間市介護保険課

日付入り確認印

第三号様式

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する診断書

介護保険 被保険者	ふりがな	
	氏名	明治・大正・昭和 年 月 日生 歳
	住所	

上記の介護保険被保険者に対する福祉用具の例外給付に関する所見は、以下のとおりです。

年 月 日

診断名

福祉用具の利用が必要な状態像（いずれかの□にチェックして下さい。）

- 1 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、頻繁に厚生労働大臣定める者のイに該当する。
- 2 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに厚生労働大臣定める者のイに該当することが確実に見込まれる。
- 3 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厚生労働大臣定める者のイに該当すると判断できる。

参照（抜粋）

対象外種目	厚生労働大臣定める者のイ	厚生労働大臣定める者のイに該当する基本調査の結果
ア 車いす及び車いす付属品	次のいずれかに該当するもの ①日常的に歩行が困難な者 ②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	基本調査1-7（歩行） 「3. できない」 ※該当する認定調査結果がないため、適切なケアマネジメントにより、介護支援専門員等が判断する。

医師氏名 _____ 印

医療機関名 _____

医療機関所在地 _____

電話 _____

第四号様式

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する診断書

介護保険 被保険者	ふりがな	
	氏名	明治・大正・昭和 年 月 日生 歳
	住所	

上記の介護保険被保険者に対する福祉用具の例外給付に関する所見は、以下のとおりです。

年 月 日

診断名

福祉用具の利用が必要な状態像（いずれかの□にチェックして下さい。）

- 1 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、頻繁に厚生労働大臣定める者のイに該当する。
- 2 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに厚生労働大臣定める者のイに該当することが確実に見込まれる。
- 3 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厚生労働大臣定める者のイに該当すると判断できる。

参照（抜粋）

対象外種目	厚生労働大臣定める者のイ	厚生労働大臣定める者のイに該当する基本調査の結果
イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品	次のいずれかに該当するもの ①日常的に起き上がりが困難な者 ②日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-4（起き上がり） 「3. できない」 基本調査1-3（寝返り） 「3. できない」

医師氏名 _____ 印

医療機関名 _____

医療機関所在地 _____

電話 _____

第五号様式

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する診断書

介護保険 被保険者	ふりがな	
	氏名	明治・大正・昭和 年 月 日生 歳
	住所	

上記の介護保険被保険者に対する福祉用具の例外給付に関する所見は、以下のとおりです。

年 月 日

診断名

福祉用具の利用が必要な状態像（いずれかの□にチェックして下さい。）

- 1 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、頻繁に厚生労働大臣定める者のイに該当する。
- 2 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに厚生労働大臣定める者のイに該当することが確実に見込まれる。
- 3 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厚生労働大臣定める者のイに該当すると判断できる。

参照（抜粋）

対象外種目	厚生労働大臣定める者のイ	厚生労働大臣定める者のイに該当する基本調査の結果
ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器	日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3（寝返り） 「3. できない」

医師氏名 _____ 印

医療機関名 _____

医療機関所在地 _____

電話 _____

第六号様式

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する診断書

介護保険 被保険者	ふりがな	
	氏名	明治・大正・昭和 年 月 日生 歳
	住所	

上記の介護保険被保険者に対する福祉用具の例外給付に関する所見は、以下のとおりです。

年 月 日

診断名

福祉用具の利用が必要な状態像（いずれかの□にチェックして下さい。）

- 1 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、頻繁に厚生労働大臣定める者のイに該当する。
- 2 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに厚生労働大臣定める者のイに該当することが確実に見込まれる。
- 3 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厚生労働大臣定める者のイに該当すると判断できる。

医師氏名 _____ 印

医療機関名 _____

医療機関所在地 _____

電話 _____

参照（抜粋）

対象外種目	厚生労働大臣定める者のイ	厚生労働大臣定める者のイに該当する基本調査の結果
<p>エ 認知症老人徘徊感知機器</p>	<p>次のいずれにも該当する者 ①意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者</p> <p>②移動において全介助を必要としない者</p>	<p>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 又は 基本調査 3-2（毎日の日課を理解） 基本調査 3-3（生年月日や年齢を言う） 基本調査 3-4（短期記憶） 基本調査 3-5（自分の名前を言う） 基本調査 3-6（今の季節を理解する） 基本調査 3-7（場所の理解）のいずれか 「2. できない」 又は 基本調査 3-8（徘徊） 基本調査 3-9（外出すると戻れない） 基本調査 4-1（被害的） 基本調査 4-2（作話） 基本調査 4-3（感情が不安定） 基本調査 4-4（昼夜逆転） 基本調査 4-5（同じ話をする） 基本調査 4-6（大声をだす） 基本調査 4-7（介護に抵抗） 基本調査 4-8（落ち着きなし） 基本調査 4-9（一人で出たがる） 基本調査 4-10（収集癖） 基本調査 4-11（物や衣類を壊す） 基本調査 4-12（ひどい物忘れ） 基本調査 4-13（独り言・独り笑い） 基本調査 4-14（自分勝手に行動する） 基本調査 4-15（話がまとまらない）の いずれか「1. ない」以外 その他、主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む。</p> <p>基本調査 2-2（移動） 「4. 全介助」以外</p>

第七号様式

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する診断書

介護保険 被保険者	ふりがな	
	氏名	明治・大正・昭和 年 月 日生 歳
	住所	

上記の介護保険被保険者に対する福祉用具の例外給付に関する所見は、以下のとおりです。

年 月 日

診断名

福祉用具の利用が必要な状態像（いずれかの□にチェックして下さい。）

- 1 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、頻繁に厚生労働大臣定める者のイに該当する。
- 2 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに厚生労働大臣定める者のイに該当することが確実に見込まれる。
- 3 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厚生労働大臣定める者のイに該当すると判断できる。

参照（抜粋）

対象外種目	厚生労働大臣定める者のイ	厚生労働大臣定める者のイに該当する基本調査の結果
オ 移動用リフト（つり具の部分を除く。）	次のいずれかに該当するもの ①日常的に立ち上がりが困難な者 ②移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 ③生活環境において段差の解消が必要と認められる者	基本調査1-8（立ち上がり） 「3. できない」 基本調査2-1（移乗） 「3. 一部介助」又は「4. 全介助」 ※該当する認定調査結果がないため、適切なケアマネジメントにより、介護支援専門員等が判断する。

医師氏名 _____ 印

医療機関名 _____

医療機関所在地 _____

電話 _____

第八号様式

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する診断書

介護保険 被保険者	ふりがな	
	氏名	明治・大正・昭和 年 月 日生 歳
	住所	

上記の介護保険被保険者に対する福祉用具の例外給付に関する所見は、以下のとおりです。

年 月 日

診断名

福祉用具の利用が必要な状態像（いずれかの□にチェックして下さい。）

- 1 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、頻繁に厚生労働大臣定める者のイに該当する。
- 2 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに厚生労働大臣定める者のイに該当することが確実に見込まれる。
- 3 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厚生労働大臣定める者のイに該当すると判断できる。

参照（抜粋）

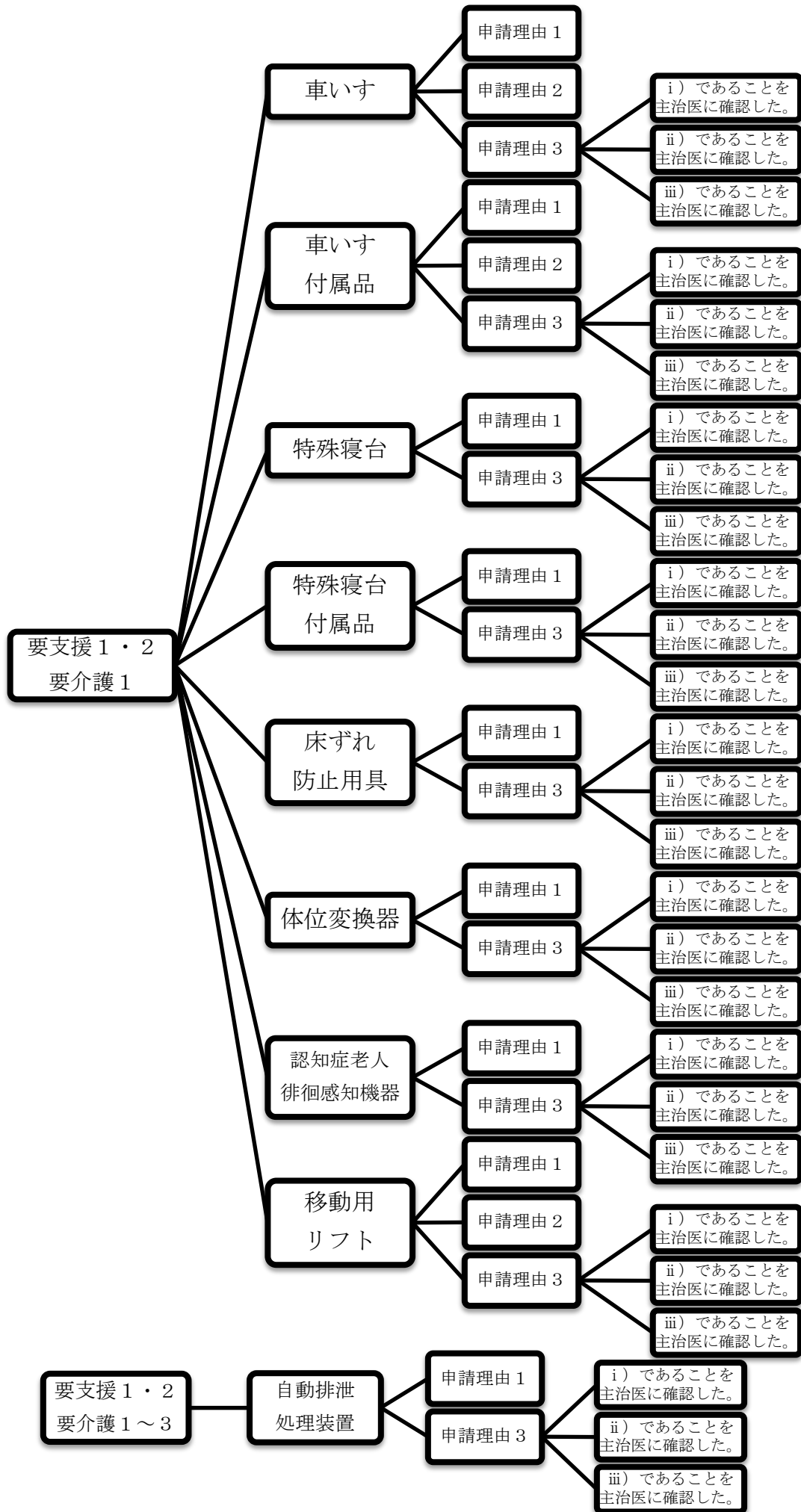
対象外種目	厚生労働大臣定める者のイ	厚生労働大臣定める者のイに該当する基本調査の結果
カ 自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く）	次のいずれかに該当する者 ①排便において全介助を必要とする者認定調査票 ②移乗において全介助を必要とする者	基本調査2-6（排便） 「4.全介助」 基本調査2-1（移乗） 「4.全介助」

医師氏名 _____ 印

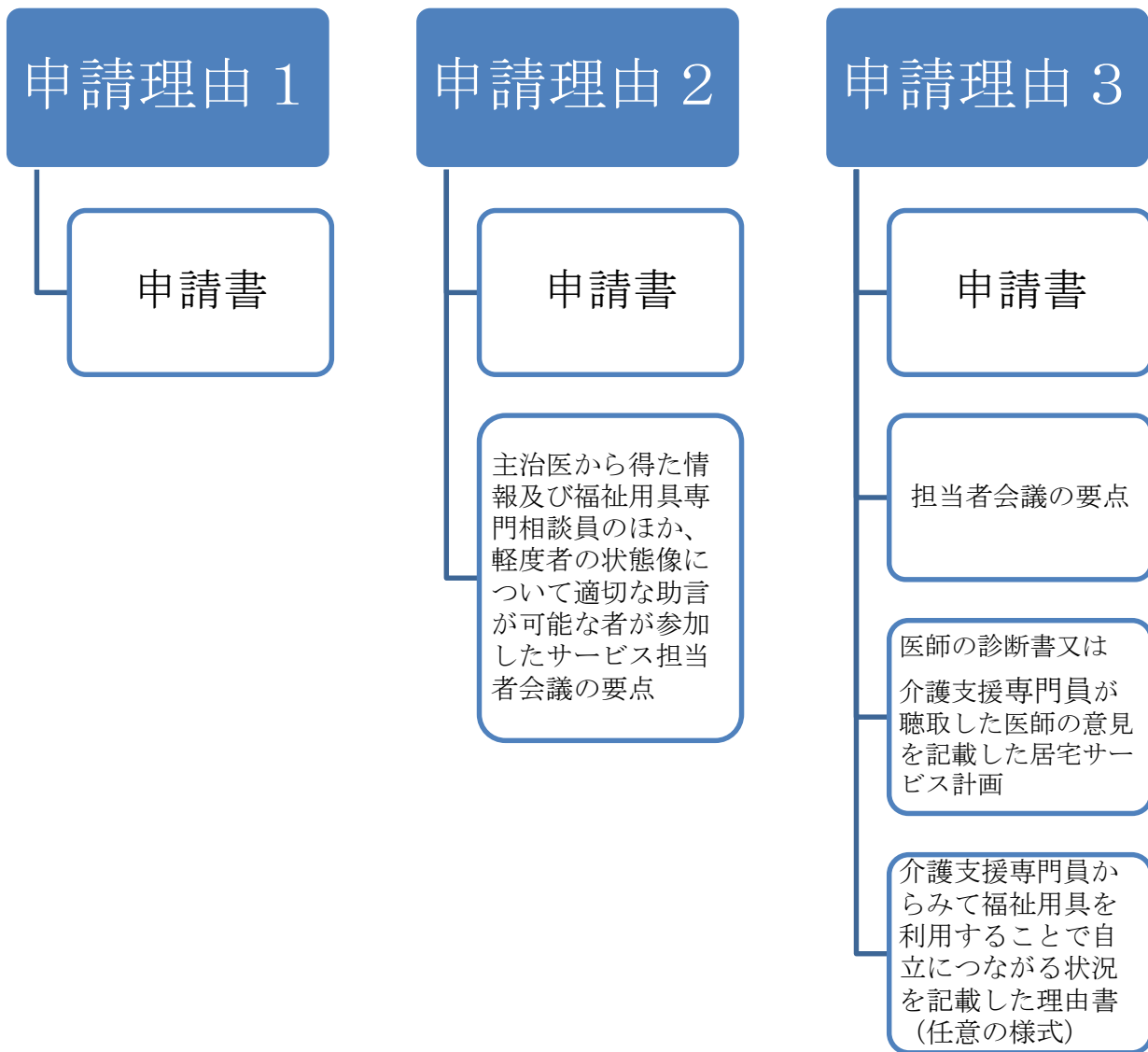
医療機関名 _____

医療機関所在地 _____

電話 _____



申請必要書類



- ※ 要介護認定が未決定中に、暫定でサービスの利用を先行する場合には、
- ①非該当になった場合には、全額自己負担になることを説明してください。
 - ②軽度者になる可能性があるため、サービスの利用をする前に、必ず、医師の意見を確認しておいてください。
 - ③認定が決まり次第、申請が必要であれば、速やかに申請手続きをしてください。

★軽度者の特定福祉用具貸与の確認申請について

①これは、例外給付です。

主治医の意見は、いずれの特定福祉用具でも確認は必要です。

担当者会議の要点及び居宅サービス計画書に確認した内容を記載してください。

(確認した日付・医療機関名・医師名・理由)

確認方法は、原則、診断書です。

座間市は独自で、介護支援専門員の聞き取りによる確認も認めています。

あくまでも、介護支援専門員の責任のある聞き取りです。

例) ○○病院△△医師に令和■月■日に、☆☆☆☆の理由で◎◎が必要であることを確認した。

理由の聞き取りが重要です。

これが無いと、給付できません。

3のⅠ)Ⅱ)Ⅲ)のいずれなのかは、

主治医が判断する部分です。

記載不備（記載内容が不足）であることが多いとみなされるものは以下のようなものです。

不十分な例)

○○病院の△△医師に令和■月■日に、(福祉用具名)が必要であると確認した。

この場合では、医師から福祉用具が必要であることを確認していますが、身体状況についての確認が出来ていません。

本来は医師の診断書が必要であり、聞き取りでは診断書の内容を網羅する必要があります。

診断書の内容とは、用具の必要性ではなく、本人の身体状況です。よってこの聞き取り内容では不十分となります。

介護支援専門員の記載した福祉用具の貸与に係わる理由書(任意の様式)には?

その福祉用具貸与の給付があることで改善、自立につながる状況を記載してください。

②1つの申請書では1つの特定福祉用具の確認申請しかできません。

座間市における短期入所生活介護及び短期入所療養介護の継続利用の取扱要領

(趣旨)

第1条 この要領は、座間市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例施行規則（平成30年座間市規則第12号）第14条第24号に規定する特に必要と認められる場合に、要支援又は要介護に認定された被保険者（以下「要介護認定等被保険者」という。）が、認定有効期間の半数を超える利用（以下「継続利用」という。）を行うことについて、必要な事項を定めるものとする。

(利用申請)

第2条 指定居宅介護支援事業者は、要介護認定等被保険者が短期入所生活介護及び短期入所療養介護を認定有効期間の半数を超えて利用する必要がある場合には、継続利用の該当となる月の前月末日までに保険者へ短期入所サービス継続利用申請書（第1号様式）及び短期入所サービス継続利用申請理由書（第2号様式）を提出し、承認を受けなければならない。

(承認)

第3条 保険者は、前条に規定する申請を受けたときには、その内容を確認し、承認又は不承認の結果を短期入所サービス継続利用承認（不承認）決定通知書（第3号様式）により、指定居宅介護支援事業者に通知するものとする。

附則

この要領は、平成30年4月1日から施行する。

短期入所サービス継続利用申請書

フリガナ		被保険者番号
被保険者氏名		
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別 男 ・ 女
住所	〒252- 座間市 電話番号 — —	
要介護状態区分	要支援・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5	
認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
申請理由 (該当するものに ○をつける)	1 利用者が認知症であるため、居宅において自立した日常生活を営むことが困難。(主治医 _____ 病院 _____) 2 同居家族が高齢であるため、居宅において自立した日常生活を営むことが困難。 3 同居家族等が疾病等であるため、居宅において自立した日常生活を営むことが困難。(誰が _____, 診断名 _____ のため) 4 その他(_____)	
利用予定の 短期入所サービス事業者	番号	
	名称	
座間市長殿 上記のとおり、短期入所利用の継続利用を申請します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 申請者 居宅介護支援事業者 <u>事業所番号 _____</u> 住 所 〒 _____ 名 称 _____ 電 話 番 号 — — _____ 介護支援専門員氏名 _____ 印		
短期入所サービス継続利用にあたって ① サービス利用限度額の範囲内で利用をする。上限を超える場合は全額自己負担とする。 ② 連続して30日を超えて利用する場合は、全額自己負担とする。		
【被保険者同意欄】 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 上記の2項目を守り、利用することに同意します。 被保険者住所 _____ 印 代筆者 住所 _____ 印 氏名 _____ </div>		

第2号様式（第2条関係）

短期入所サービス継続利用申請理由書

フリガナ			被保険者番号			
被保険者氏名						
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女
住所	〒252- 座間市 電話番号 — —					
要介護状態区分	要支援・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5					
家族図						
申請理由						
累積利用日数	年		月末現在		日	

申請者

作成日 年 月 日

住所

名称

介護支援専門員氏名印

短期入所サービス継続利用承認（不承認）決定通知書

申 請 者 _____ 様 _____

短期入所サービス継続利用を以下のとおり通知します。

被保険者	様
被保険者番号	
利用予定の短期入所 サービス事業者	番号
	名称
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日

座間市介護保険課

日付入り確認印

★短期入所の継続利用申請について

座間市独自の例外給付です。真にやむを得ない場合以外には利用できません。

安易に利用することで、短期入所生活介護が必要なのに利用できない方が出ることになります。

従って、真にやむを得ない理由を詳細（家族構成等）に確認させていただくため、必要である旨の理由書（第2号様式）を添付してください。理由書には、本入所の申し込み状況を記入してください。

また、平成27年度より、長期のショートステイ利用者に対し減算をすることとなりました。詳細は県の集団指導講習会資料（特養のもの）を参照して下さい。

理由書の例)

第2号様式（第2条関係）

短期入所サービス継続利用申請理由書

フリガナ	ザマ 知ウ	被保険者番号									
被保険者氏名	座間 太郎	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
生年月日	明・大・昭 10 年 1 月 1 日	性別	男	女							
住所	〒252-0021 座間市緑ヶ丘1丁目1番1号 電話番号 046 — 255 — 1111										
要介護状態区分	要支援・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5										
家族図	<p>本人 79歳 要介護4 認知症を患っている。</p> <p>夫 83歳 キーボード 高齢で面倒を見るのは困難である。</p> <p>長男 東京 都に在住 している。</p> <p>次男 同じビルの3Fに 居住している。</p> <p>長女 市内に在住 している。</p>										
申請理由	<p>本人は、認知症を患っており、夫は高齢（83歳）で面倒を見るのは困難である。長男は東京に在住しており日中就労している。長女は市内に在住しているが、子供（5歳）がまだ、小さいため頻繁に実家に行くのは困難な状況。また、次男は同じビルの3Fに居住しているが、日中は就労している。よって、短期入所サービス継続利用を申請する。</p> <p>なお、特別養護老人ホーム〇〇〇に入所申込みをしています。</p>										
累積利用日数	〇〇年△△月末現在										200日

申請者

作成日

住所 座間市緑ヶ丘〇丁目△番×号

名称 〇〇居宅支援事業所

介護支援専門員氏名 座間 花子



座間市訪問介護サービス及び座間市介護予防・日常生活支援総合事業の第1号事業の第1号訪問事業における生活援助算定の取扱要領

(趣旨)

第1条 この要領は、座間市訪問介護サービスを利用する単身の世帯に属する利用者又は家族若しくは親族（以下「家族等」という。）と同居している利用者であって、当該家族等の障害、疾病等の理由により、当該利用者又は当該家族等が家事を行うことが困難であるものに対して、生活援助（調理、洗濯、掃除等の家事の援助であって、これを受けなければ日常生活を営むのに支障が生ずる介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第8条第2項に規定する居宅要介護者及び座間市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱（平成29年座間市告示第6号。以下「要綱」という。）第4条に規定する総合事業対象者に対して行なわれるものをいう。）を算定することに関し、必要な事項を定めるものとする。

(同居の定義)

第2条 以下の場合を同居として取り扱うこととする。

- (1) 同一家屋で、玄関・居室・台所・浴室等の独立性が無い場合
- (2) 同一家屋で、玄関又は居室が独立していても、台所・浴室等が家族と共用の場合
- (3) 同一家屋で玄関・居室が独立していても、室内の階段もしくは扉で家族の部屋とつながっている場合
- (4) 同一敷地内で別棟であっても、台所・浴室等が家族等と共用の場合
- (5) その他市長が特に認めた場合

(家族等の障害、疾病等の理由の定義)

第3条 以下の場合を家族等の障害、疾病等の理由として取り扱うこととする。

- (1) 同居家族が障害者（身体・知的・精神）手帳を有し、家事をすることが不可能である。
- (2) 同居家族が疾病のため、家事をすることが不可能である。
- (3) 家族等が就労等で、長時間にわたり不在であり事実上独居である。
- (4) 同居の家族が、要介護認定又は要支援認定又は、事業対象者の判定を受けていて、家事が困難な状況にある。
- (5) 同居の家族との家族関係に極めて深刻な問題があり、援助が期待できない。
これについては、高齢者虐待防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律第7条の通報・相談をした場合に限る。
- (6) 同居家族の主たる介護者が労働基準法に定めのある産前産後休業（出産前6週間（多胎妊娠の場合は14週間）、出産後8週間）及び育児・介護休業法に定めのある育児休業として認められている、子が1歳に達するまでの期間にある。
- (7) 同居家族の主たる介護者の子が、保育所に利用を申し込んでいるが、入所できない等の特別の事情があり、子が就学前までの期間にある。
- (8) 同居家族が就学のため、家事をすることが不可能である。
- (9) 同居家族が要介護認定又は要支援認定又は、事業対象者の判定を受けている者の外に、障害（身体・知的・精神）を有する者の支援や介護が常時必要で、家事をすることが不可能である。
- (10) その他市長が特に認めたもの。

(家事援助の内容)

第4条 直接利用者本人の援助に該当すること、場所などの掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助であり、介護保険法による訪問介護サービスにおける生活援助算定をしなければ日常生活が維持できないと判断される必要最低限のこととする。なお、「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」(平成12年3月17日老計第10号、最終改正：平成17年6月29日老総発第0629001号・老介発第0629001号・老計発第0629001号・老振発第0629001号・老老発第0629001号)及び、厚生省通知老振76「指定訪問介護事業所の事業運営の取扱等について」中の「2保険給付として不適切な事例への対応について」を確認することとする。

2 算定をして良いのかの疑義が生じた場合には、質問用紙(第1号様式)で保険者に確認をすることとする。

(家族等の障害、疾病等の理由による算定の場合の必要手続)

第5条 居宅サービス計画書(介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表))に算定理由その他やむを得ない事情の内容について記載しなければならない。その際に、任意の様式で、その家族等の障害、疾病等の理由として把握した状況をできる限り詳細に明記するものとする。

(その他市長が特に認めた場合の必要手続)

第6条 第2条(1)～(4)及び第3条(1)～(9)では算定できないが、介護支援専門員や保健師や社会福祉士が専門的なアセスメントにより、訪問介護サービス及び「座間市介護予防・日常生活支援総合事業の第1号訪問事業」(以下「第1号訪問事業」という)における生活援助を必要とすると判断した場合には、要介護認定又は要支援認定を受けている又は事業対象者は本人と同居の家族等と介護支援専門員や保健師や社会福祉士と訪問介護事業所の担当者による担当者会議を開催するものとする。その結果、訪問介護サービス又は第1号訪問事業における生活援助を必要とするという結論に至った場合は、サービス担当者会議の要点(第4表又は介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)経過記録(サービス担当者会議の要点を含む))を保険者に提出し、申請(第2号様式)するものとする。

2 前項の申請があった場合には、保険者は、給付の確認を検討するものとし、その結果を通知(第3号様式)するものとする。

(実施細目)

第7条 この取扱要領に定めるもののほか、必要な事項は保険者が別に定める。

(見直し)

第8条 この要領は、家族のあり方や介護のあり方など社会、時代の背景の変化に応じた柔軟なものであることが望まれることから、最低、年に1回の見直しをすることとする。

附 則

この要領は、平成20年1月1日から施行する。

この要領は、平成29年4月1日から施行する。

この要領は、令和2年4月1日から施行する。

質問用紙

事業所名		電話	
記入者			
要介護・要支援者又は 総合事業対象者の状況	対象者名 被保険者番号 要介護度がある場合には要介護度 診断名 障害者手帳		
家族等の状況			
質問内容			
回答欄	年 月 日付けに受付をしました上記の質問に対し、 以下のとおり回答致します。		

訪問介護サービスにおける生活援助算定の申請書

フリガナ		被保険者 番号	
被保険者名			
生年月日	M・T・S 年 月 日	性別	男 ・ 女
住 所	座間市	障害者 手帳	
要介護区分等	要介護（ ）・要支援（ ）・事業対象者	診断名	
認定有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
申請理由 （住居の状 況・家族等の 障害、疾病等 の状況を含 む）			
<p>介護保険課長殿</p> <p>上記のとおり訪問介護サービスにおける生活援助算定を申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>申請者（事業所所在地・名称）</p> <p>住所</p> <p>名称</p> <p>介護支援専門員氏名 印</p>			

第3号様式（第6条関係）

訪問介護サービスにおける生活援助算定確認通知

申請者

様

介護保険課長

年 月 日付けにて、申請のありました訪問介護サービスにおける生活援助算定について以下のとおり確認いたしましたので、通知いたします。

フリガナ		被 保 険 者 番 号	
被保険者名			
生年月日	MTS 年 月 日	性 別	男 ・ 女
要介護度等	要介護（ ）・要支援（ ）・事業対象者		
認定有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
確認内容			
算定有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日		

※ この確認は個別性のあるものであり、類似する事例全てに反映することはできないことを申し添えます。

Q & A 集

**介護保険事業者より受けた問い合わせをまとめたものです。
回答は国や神奈川県等の見解を元に、
保険者である座間市が独自に判断したものです。**

※法令改正・新規通達発行等が生じた場合には回答内容が変更になる場合もあります。

御注意下さい。

座間市介護保険課
令和4年2月改訂版

—目次—

日割り請求について

- P. 1 サービスの日割り請求について
契約解除日が明らかでない場合

訪問介護

- P. 1 要介護夫婦へのサービス提供について
院内介助について
- P. 2 2時間ルールについて
親族が訪問介護員としてサービス提供する場合について
散歩の算定について
- P. 3 特段の専門的配慮をもって行う調理について

通所介護

- P. 4 通所介護と短期入所生活介護の同日利用と算定について
保険外サービスについて

通所リハビリテーション

- P. 4 医療と介護の通所リハビリテーション

短期入所

- P. 5 短期入所生活介護の利用日数の上限について
短期入所の継続利用確認申請について
区分変更と短期入所の継続利用
短期入所を30日を超えて利用する場合
短期入所を30日を超えて利用する場合②

福祉用具貸与

- P. 6 短期入所での福祉用具貸与について
商品が給付の対象となるか
軽度者の福祉用具の例外貸与について
- P. 7 同一品目の複数貸与について

福祉用具購入

- P. 7 給付対象について
洗浄機能付きポータブルトイレについて

住宅改修

- P. 7 浴槽の取替えについて
入院中の利用者宅の住宅改修について
一時的に親族宅で生活する場合の住宅改修について

住宅改修(つづき)

- P. 8 業者の登録について
家具への手すりの取り付けについて
洗浄機能付き便器について

ケアプラン(居宅サービスの請求について)

- P. 8 居宅サービス計画の作成の契約について
家族の勤務先を拠点とした居宅介護サービスの利用について
- P. 9 就労しながらの介護保険サービス利用について
暫定ケアプランの居宅サービス計画(介護予防サービス計画)作成依頼…
居宅の届出提出後の請求について
認定決定後の請求について
- P. 10 生活保護受給者が65歳に到達した際の請求について
サービスを先行利用する場合について
居宅の届出の提出期間について
住宅改修理由書作成手数料について
初回加算について
軽微な変更について

介護予防支援(地域包括)

- P. 11 サービス利用者に対する償還払いについて
個人情報の第三者提供に関する同意について

その他

- P. 11 文書保管について
実地指導、監査による介護報酬返還等の処理について
- P. 12 介護保険サービスにおける体験利用(お試し)について
介護支援専門員の行政窓口における申請行為の代理について
給付制限適用期間中の負担割合の確認について
- P. 13 駐車場代について

総合事業

- P. 13 総合事業における介護予防ケアマネジメント費の請求の事務処理方法について
総合事業における介護予防ケアマネジメント費の過誤申立の事務処理方法…
初回加算について
- P. 14 請求コードについて
- P. 15 月中に資格が変更となった場合の請求について
事業対象者が認定申請を行った際の暫定の届出について
座間市に居住する、他市が保険者である利用者の取扱いについて

日割り請求について

サービスの日割り請求について

Q 月途中で介護度が変わった場合は何を日割りしたらいいか。

A 月額報酬の日割り請求については次の通り通知が出ていますので、そちらを参考としてください。

※WAM-NET>行政情報>介護保険>介護保険事務処理システム変更に係る参考資料（確定版）（令和3年3月31日事務連絡）の「資料9 月額包括報酬の日割り請求に係る適用について」から確認できます。

※31日の月の場合、日割り報酬の合計単位数が、月額報酬の単位数を上回る場合があります。日割り報酬か月額報酬かの判断は、利用者の利益を優先してください。

契約解除日が明らかでない場合

Q 資料で起算日が「契約解除日（の翌日）」とされているが、当事者間で契約解除日を定めなかった場合どうすればよいか。

A あくまで当事者間の話し合いが最優先ですが、どうしてもはっきりしない場合は、介護保険制度の一般的な原則として「利用者保護」という考え方があり、これに従えば利用者にも有利となる計算をします。

例) 5月3日に前事業所のサービス最終利用、5月8日に次事業所を初回利用。前事業所と契約解除をはっきり確認しなかったとしても、5月3日を契約解除日と解する。

訪問介護

要介護夫婦へのサービス提供について

Q 介護保険制度上、夫婦のサービス提供にあたり、調理のように効率性の観点から同時に複数の利用者（夫婦）に対して、サービスを提供しても可能と聞いたことがあります。それは実際のところ可能でしょうか？ 不可でしょうか？

時間帯上別々にサービス提供（調理）を行うとそれぞれの調理に20分ずつかかり計40分かかる計画予定です。しかし、同時に夫婦の調理を行うことにより計20分短縮できる計画予定が立てられます。

A 複数の要介護者がいる世帯において生活援助を行う場合については、要介護者間で適宜所要時間を振り分けることとされており、夫婦の分の調理を同時に行う案で問題ないと考えます。振り分け方は、請求報酬が変わらなければ週内（例えば火曜日を妻、木曜日を夫等）等での振り分けが可能です。

なお、居宅サービス計画にしっかりと位置付け、明記して下さい。

院内介助について

Q 病院から訪問介護員に病院内の移動介助に診療室での立会まで求められたが、身体介護として算定してよいか。

A 院内の移動等の介助は原則院内のスタッフにより対応されるべきものですが、ケアマネジャーが病院側と調整をし、そのうえで訪問介護による院内介助の必要性をプラン上で位置づけた場合、例外的に算定することはできると考えます。

その場合、病院の誰とどのような話し合いをしたのか、介護の内容や時間の区分け等について記録として残しておく必要があります。

なお、診察室内での立会いや診察介助にかかわる内容は介護保険で算定することはできません。医師の説明や指示を訪問介護員が受けることは、訪問介護の範囲を超えていると考えます。

2時間ルールについて

Q ケアプラン上2時間を空けているが（例：～11時と13時～）、実際の提供が2時間以内だった（例：～11時15分と13時～）場合、2時間ルールが適用されるか。

A ケアプラン上2時間空いていれば、実際のサービス提供時間に関わらず別々に算定して良い。

親族が訪問介護員としてサービス提供する場合について

Q 介護支援専門員より、要介護者の親族（家族）が訪問介護員としてサービス提供する場合について、特に問題がないのか？との問い合わせがありました。

要介護者と要介護者の親族（家族）とは別居で、訪問介護支援事業所に雇用されており、その訪問介護事業所と要介護者間には契約関係が成立しています。したがって、なんら問題は無いものと判断いたしますが、よろしいでしょうか？何か、配慮をしなければならないことはあるのでしょうか？

A 指定訪問介護事業所は、訪問介護員等に別の住所において独立の世帯を構成している親族に対する訪問介護サービスをさせることは可能です。座間市はこのことについて特に条例も設けておらず、ルール上は問題ありません。

ただし、公平の観点から、「親族を介護して介護報酬をもらっている」とみなされるおそれがあり、苦情等にもつながることも考えられます。なぜ家族介護として位置付けることが出来ないかについて、介護支援専門員、訪問介護事業所間でよく相談し、介護保険課へ報告してください。

散歩の算定について

Q 利用者が、散歩の外出介助を希望しているが、身体介護として算定できるか。

A 趣味嗜好のための外出介助に介護保険の訪問介護を算定することはできません。逆に、リハビリを行うのは訪問介護の範疇を超えています。「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について（H12.3.17老計10）」1-6にいう、「安全を確保しつつ常時介助できる状態で行うもの等であって、利用者と訪問介護員等がともに日常生活に関する動作を行うことが、ADL・IADL・QOL向上の観点から、利用者の自立支援・重度化防止に資するものとしてケアプランに位置付けられたもの」なら算定ができます。

個別ケースでわからない場合は、介護保険課へお問い合わせください。

特段の専門的配慮をもって行う調理について

Q 老計第10号の「身体介護」の「特段の専門的配慮をもって行う調理」とは、単なる刻み食では算定できないのか。

A 平成14年3月28日厚生労働省老健局振興課の事務連絡「運営基準等に係る Q&A について」において、特段の専門的配慮をもって行う調理について記載があります。

3【特段の専門的配慮をもって行う調理】

「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」（平成12年3月17日老計第10号）別紙1-1-3においては、「特段の専門的配慮をもって行う調理」に該当するものとして、「嚥下困難者のための流動食」が例示されているが、それ以外にはどのようなものがあるか。

(答)

「厚生大臣が定める者等を定める件」（平成12年2月10日厚生省告示第23号）の六にいう「厚生大臣が定める特別食」を参照されたい。(以下略)

六 指定居宅サービス介護給付費単位数表の居宅療養管理指導費のハの注の厚生大臣が定める特別食

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事せんに基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、高脂血症食、通風食、嚥下困難者のための流動食、経管栄養のための濃厚流動食及び特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

また、平成17年10月改訂関係Q&A（平成17年9月7日全国介護保険指定基準・監査担当者会議資料）Ⅱ食費関係【ガイドライン・特別な食事】（問98）を確認してください。

（問98）咀嚼がしやすいよう刻み食やミキサーでかけた食事を提供した場合に、当該利用者の食費だけを高く設定することは可能か。

（答）嚥下困難な高齢者など利用者の特性に応じた調理の手間は、介護サービスの一環として評価しているので、この点に着目して利用者負担に差を設けることはできないと考えている。

以上から、保険者としては、医師の指示が確認でき、適切な栄養量及び内容を有する腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓食、高脂血症食、通風食、嚥下困難者のための流動食等の調理を「特段の専門的配慮をもって行う調理」と判断します。単なる咀嚼がしやすいよう刻み食やミキサーでかけた食事や一般の人にとっても健康によいとされるような塩分控えめ、低カロリー食の調理のみでは身体介護は算定できません。

通所介護

通所介護と短期入所生活介護の同日利用と算定について

Q 通所介護に参加した日に帰宅しないで、そのまま併設の短期入所生活介護を御利用希望の要介護者の家族がいるのだが、同日利用、算定は可能かどうか。

A (県の回答) 短期入所生活介護サービスの入所日は、朝から夜まで1日を通し短期入所生活介護サービスを受けることができるため、通所介護サービスを入所日に利用するという必要性は通常考えられません。双方のサービスを同じ日に利用する必要性をケアプラン上、きちんと位置づけることが可能でないかぎり、短期入所生活介護の入所日に通所介護サービスを機械的に組み込むことは適切ではありません。[老企36第 二・1(3)]

また、同日に短期入所サービスと通所サービスを双方算定する場合には、利用者本人の負担が増えることとなりますので、ケアマネジャーからケアプランとしての必要性を本人またはその家族に説明し、同意を得ることが必要です。なお、同様に短期入所サービスの退所日に通所介護サービスを組み込むことにつきましても、適切でないことを申し添えます。

(現在の対処) 問い合わせのあった事業所には同日算定は認められていないことを伝え、やむを得ない理由がある場合には、介護支援専門員にケアプランの裏打ち資料として理由書作成をするようにしてもらっています。その理由書には、被保険者番号、同日算定の理由、同日算定への同意をする家族・本人の署名・捺印、担当ケアマネの署名・捺印を記載いただいています。

なお、保険者へコピーの提出もお願いし、保険者がやむを得ない理由かを確認しています。認定期間内有効とします。

保険外サービスについて

Q 「介護保険サービスと保険外サービスを組み合わせる場合の取扱いについて」(H30.9.28厚労省通知)第三の2で、「③物販・移動販売やレンタルサービス」を提供する場合は通所介護をいったん中断するよう書かれているが、地域のバザーや障害者施設でクッキー等を販売することもこれに含まれるのか。

A 含まれません。ここにいう物販等とは健康食品の業者等がビジネスを行うことを指すと考えられます。地域のバザーや障害者施設での物販はビジネス目的でなく、地域との交流が主目的と考えられます。通所介護の目的と合致するため、それに係る時間を通所介護として算定してかまいません。

通所リハビリテーション

医療と介護の通所リハビリテーション

Q 医療での通所リハビリと介護保険での通所リハビリを同時に利用することは可能か？

A できません。

同一の疾患等について医療保険における疾患別リハビリテーションを行った後、介護保険における通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションに移行した日以降は、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できません。

また、同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションを行った月においては、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できません。

※参考 厚労省通知「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関する事項等について」

短期入所

短期入所生活介護の利用日数の上限について

Q 短期入所生活介護の利用日数の上限について

A 短期入所生活介護を利用する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てください。

やむを得ず超える場合は、「座間市における短期入所生活介護及び短期入所療養介護の継続利用の取扱要領」のとおり利用申請をしてください。

短期入所の継続利用確認申請について

Q 短期入所の継続利用確認申請はいつしたらいいか。

A 認定期間の半数を超えるとわかった時点で、超える前に申請をしてください。現在が認定申請中（暫定の期間中）であれば、認定が下りたあとに申請をしてください。

区分変更と短期入所の継続利用

Q 区分変更をしたとき、短期入所の継続利用に係る認定有効期間はどのように計算するか

A 区分変更により、変更前の介護度の認定有効期間が短縮され、結果的に短期入所の利用期間が認定有効期間の半数を超えてしまったような場合は、利用申請を行う必要はありません。
(令和元年11月、運用を統一しました。)

短期入所を30日を超えて利用する場合

Q 短期入所を30日を超えて（同一敷地内でない）施設を複数利用する場合の日数の数え方はどうなるか。

A 9月2日から、施設Aを25日間利用し、9月26日にAを退所、施設Bへ入所し30日利用した場合

月	9							10				
日	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5
施設A(日目)	23	24	25									
施設B(日目)			26	27	28	29	30	自費	1	2	3	4

このように計算してください。

短期入所を30日を超えて利用する場合②

Q 予防から介護に変わると、短期入所の30日ルールはリセットされるか。

A されない。(算定しないルール、減算ルールともに)

福祉用具貸与

短期入所での福祉用具貸与について

Q 居宅で利用している福祉用具貸与品を、短期入所先に持ち込んで使用しても良いか。

A 居宅で利用している貸与品を施設に持ち込むこと自体は、福祉用具貸与の算定上問題ありません。持ち込みについて事前に施設へ確認してください。

Q 特別養護老人ホーム入所希望者が、入所が決まるまでショートステイの継続利用を予定している。ショート先で利用する福祉用具を福祉用具貸与サービスで用意することは可能か。

A 老企第36号通則「サービス種類相互の算定関係について」において、「福祉用具貸与費については、短期入所生活介護又は短期入所療養介護を受けているものについても算定が可能であること。」とされています

しかし、厚令37号第120条より、「(略)利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事等の介護その他日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない。」とあり、指定短期入所生活介護の利用に係る利用者の日常生活上の世話に必要なものについては、施設側が本来用意すべきものであると言えます。

また、老企54号第二の③において、「その他日常生活費」の対象となる便宜と、保険給付の対象となっているサービスとの間に重複関係がないこと。」とあり、「そのた日常生活費」として、利用者から福祉用具貸与に係る代金については、介護報酬と重複関係に当たるため、徴収できないと考えます。

福祉用具貸与が短期入所生活介護利用中に認められている理由として、利用中の短い期間で一度返却し、退所後再度貸与するということが不合理であると考えられますが、在宅での福祉用具の利用が想定されない特別養護老人ホームの入所待ち等で短期入所生活介護継続利用中の利用者には適用されないと言えます。

よって、長期利用が見込まれ、**当該月に利用者が在宅に居ないことが予め分かっている場合は、福祉用具貸与費を算定することは適当ではない**ものであり、施設側で当該福祉用具を用意することが望ましいと考えます。

※ 平成31年3月 神奈川県高齢福祉課回答。

商品が給付の対象となるか

Q ○○商品は、給付対象ですか？

A テクノエイド協会のTAISコード及び貸与マークが付与されていれば、給付対象となります。

軽度者の福祉用具の例外貸与について

Q 軽度者の福祉用具の利用確認申請書はいつ申請したらいいか。

A 現在が認定申請中(暫定の期間中)であれば、認定が下りたあとに申請をしてください。

ただし、診断書をもらうまたは聞き取りを行う場合、福祉用具が必要であると判断した時点で診断書または主治医への聞き取りを行ってください(過去の状態について主治医から聞き取りを行うことは難しいと思われるため)。

同一品目の複数貸与について

Q 同一種類の福祉用具貸与を複数行いたいが可能か

A 福祉用具のレンタル台数には特に制限はありません。在宅介護を継続する上で、用途が明らかに異なる場合など、必要性が認められれば、同じ品目を複数借りる事ができます。

ただし、介護度ごとに毎月の支給限度額が決められています。また、利用者においても自己負担が増加するなど弊害もあるため、効果とコストを比較考慮し、サービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメントにより算定するとともに、必要な理由などを居宅介護サービス計画書第2表・第4表・第5表（介護予防サービス支援計画書・介護予防支援経過記録・サービス担当者会議の要点）に明記するようにしてください。

福祉用具購入

給付対象について

Q ○○商品は、給付対象ですか。

A 実際にご利用される方がいる場合に、介護支援専門員を通じて相談してください。給付対象とどうかを検討して回答します。

洗浄機能付きポータブルトイレについて

Q 洗浄機能やリモコン付きのポータブルトイレは給付対象か。

A トイレ本体については給付対象となります。洗浄機能・リモコンに関しては給付対象外となりますので、按分していただきます。

住宅改修

浴槽の取替えについて

Q 現在、なんとか使用している浴槽が深くて危険なため、浴槽を浅くて広いものに取り替えたいが介護保険の住宅改修費の対象になるのか。

A 高齢者が自立して入浴又は介助して入浴できるよう、浴室床と浴槽の底の高低差や浴槽の形状（深さ、縁の高さ等）を適切なものとするために行う浴槽の取替えについて、浴槽の縁も「段差」に含まれるものとして取り扱って差し支えないとのQ&Aが示されているので対象です。

入院中の利用者宅の住宅改修について

Q 入院中の方が、退院を見越して住宅改修を希望されています。可能ですか？

A 退院日が決まっており、その日までに住宅改修が必要な場合、入院中に事前相談を行い、工事をすることは可能です。しかし、工事後の本申請は退院後となるため、万が一退院が長引いた場合は、申請が延びてしまいますし、退院しなかった場合は申請できず、10割が自己負担となってしまいます。利用者の方に理解をいただいたうえで、手続きを進めてください。

一時的に親族宅で生活する場合の住宅改修について

Q 一時的に親族宅で生活する場合、親族宅での住宅改修は支給対象ですか？

A 住宅改修の支給が可能なのは、利用者の住民票のある場所のみです。住民票を移される場合は可能ですが、住民票を移されない場合は不可能です。

業者の登録について

Q 住宅改修の事業所の登録制度はあるか？

A 現在、座間市では業者の登録を行っておりません。今後、変更の可能性があります。

家具への手すりの取り付けについて

Q 玄関の下駄箱や移動に捕まる家具への手すり取り付けは対象になるのか？

A 原則対象外です。玄関の下駄箱については、安全性の確保とその箇所以外では対応が出来ない等の理由がある場合には、介護支援専門員を通じて、保険者に相談してください。詳細は、事前相談で確認をします。

洗浄機能付き便器について

Q 洗浄機能付き洋式便器の改修費は保険対象か？

A 洗浄機能を付けることは住宅改修の種類に含まれません。

ケアプラン（居宅サービスの請求について）

居宅サービス計画の作成の契約について

Q 要介護→要支援→要介護と変遷した利用者について、1つ目と同じ居宅介護支援事業所が担当する場合も新規に契約が必要か？

A 必要です。新たな日付で重要事項説明書を交付してください。
また、居宅の届出も必要です（忘れると請求が通りません）。

家族の勤務先を拠点とした居宅介護サービスの利用について

Q 家族の勤務先を通所介護の送迎地点とすることは可能か？

A 介護保険法の通所介護の場合、利用者が「居宅」から通うことは、サービス提供の直接の要件ではありません。

従って、通常、居宅から通所介護事業所に通っている利用者が、何らかのご事情により、当該居宅以外の場所から通所介護事業所に通ってサービスを受けた日についても、当該利用者の居宅サービス計画に当初から、当該サービス提供日におけるサービス提供が位置付けられており、その計画に従ったサービス提供がなされた場合には介護報酬の算定は可能であると考えます。

（県回答）

Q 家族の勤務先やショートステイ先を訪問することは「モニタリング」に当たるか？

A サービスの実施状況の把握（モニタリング）については、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を断続的に行うこととし、特段の事情のない限り、「①少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること、②少なくとも1月に1回、モニタリングの結果を記録すること。」とされており、「利用の拠点」を訪問するわけではありません。

したがって、市では特段の事情がなければ少なくとも1月に1回、利用者の居宅を訪問しなければならないと考えます。

なお、前回お答えしたのは通所介護サービスの利用の拠点についての内容であり、今回ご質問いただいた居宅介護支援サービスのモニタリングの場所とは意味が異なることを申し添えます。

（県回答）

就労しながらの介護保険サービス利用について

Q 就労している被保険者が通所介護などの介護保険サービスを利用することは可能か？

A 全く問題ありません。

暫定ケアプランの居宅サービス計画(介護予防サービス計画)作成依頼(変更)届出及び契約時期について

Q 暫定ケアプラン作成の場合は、契約の締結はどの時点ですべきなのでしょう。

通常は、認定決定日以降に、要介護認定申請日以降、且つ、サービス提供開始日以前の日の契約を行ないますが、暫定ケアプランの作成の場合には、利用者や家族等の個人情報をサービス事業者へ提供する必要がありますし、事故発生時の損害賠償等の問題もあると思われるため質問します。

A (以下、平成18年3月27日介護保険制度改革V.1.80問52より抜粋)

いわゆる暫定ケアプランについては、基本的にはこれまでと同様とすることが考えられる。したがって、要介護認定又は要支援認定を申請した認定前の被保険者は、市町村に届出の上で、居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者へ暫定ケアプランを作成してもらい、又は自ら作成し、当該暫定ケアプランに基づきサービス利用することが考えられる。

その際、居宅介護支援事業者(介護予防支援事業者)は、依頼のあった被保険者が明らかに要支援者(要介護者)であると思われるときには、介護予防支援事業者(居宅介護支援事業者)に作成を依頼するよう当該被保険者に介護予防支援事業者を推薦することが考えられる。

また、仮に居宅介護支援事業者において暫定ケアプランを作成した被保険者が、認定の結果、要支援者となった場合については、当該事業者の作成した暫定ケアプランについては、当該被保険者が自ら作成したものとみなし、当該被保険者に対して給付がなされないことがないようにすることが望ましい。

なお、いずれの暫定ケアプランにおいても、仮に認定の結果が異なった場合でも利用者に給付がなされるよう介護予防サービス事業者及び居宅サービス事業者の両方の指定を受けている事業者をケアプラン上は位置づけることが考えられる。

A(市の回答) 暫定ケアプランを作成する前に契約を結ぶ必要があります。暫定ケアプランであっても、作成に伴い、利用者等の個人情報を事業者へ提供する可能性もあることから、重要事項説明書及び個人情報使用同意書も作成し、事前に利用者へ説明し同意を受け交付する必要があります。

なお、暫定ケアプランが認定の結果、要介護となり、結果的に本プランとなるようなケースにおいて、暫定ケアプランの作成と本プランの作成を分けて別に契約を結ぶ必要はないと考えます。

居宅の届出提出後の請求について

Q 居宅の届出を提出した後、いつ請求できますか

A 居宅の届出を提出した翌月から請求可能です。

認定決定後の請求について

Q 認定が決定した後、いつ請求できますか

A 認定日の翌月から請求可能です。

生活保護受給者が65歳に到達した際の請求について

Q 生保2号でサービス利用していた方が65歳になります。手続きについて教えてください

A 誕生日の前日が資格取得日となります。まずは認定の引き継ぎを行い、居宅の届出を提出してください。届出を提出した翌月から請求が可能となります。なお、被保険者番号が変わるため、65歳到達月は給付管理票が2枚必要です。(居宅介護支援費もそれぞれ請求できません。)

サービスを先行利用する場合について

Q 介護サービスを認定決定より前に先行利用する時はどうしたらよいですか。

また、現在要支援(事業対象者)認定があり、サービスを利用していますが、要支援(事業対象者)で利用できるサービスの範囲を超えたサービスの利用を希望しています。暫定での届出は必要ですか。

A 座間市では、先行してサービスを利用する場合、暫定での届出提出をお願いしています。また、福祉用具貸与については、軽度者になる可能性もあることから、必ず医師の意見を聴取してください。

なお、現在の認定区分を超えるサービスを希望している場合(事業対象者→要支援・要介護、要支援→要介護)も同様に、暫定での届出が必要となります。

居宅の届出の提出期間について

Q 届出はいつまでに提出すればよいですか

A 速やか(サービス利用開始日から14日以内)に被保険者証、契約書を添えて提出してください。被保険者証が無い場合にはその旨伝えていただければ結構です。

住宅改修理由書作成手数料について

Q 地域包括支援センターと居宅介護支援事業所が介護保険法第115条の23第3項の規定に基づき、介護予防支援業務の一部を委託する契約を締結している場合、その要支援者が当初は居宅介護予防サービス各種を利用する予定だったが、相談をしていく中で住宅改修だけを希望することとなった。その場合の住宅改修理由書作成手数料は、どのような扱いになるのか。

A 業務委託契約の内容は、介護予防支援業務の一部ですので、介護予防支援の提供を受けない(=住宅改修のみ)要支援者については、委託業務自体が存在しません。

当該手数料については、理由書の作成を行った事業所に対してのみ、「座間市介護保険住宅改修理由書作成手数料支給事務取扱要綱」により支給されます。

初回加算について

Q 要介護認定結果が遅かった場合の初回加算の算定要件は座間市で独自にありますか。

A 初回加算の算定要件の中にあります「サービス担当者会議等による専門的意見の聴取」についてですが、認定結果遅延に伴い実施困難だった場合、要介護認定結果確定後、1ヶ月以内に実施された場合には、やむを得ない理由を支援経過記録に残し、本来算定可能だった時期に遡り算定可能と致します。ただし、実施可能な場合には、適切な時期に実施していることを算定要件とします。

軽微な変更について

Q ベランダ昇降用に福祉用具貸与で手すりを使っている利用者が、新たに上がり框用の手すりレンタルを希望している。「軽微な変更」としてサービス担当者会議を省けるか。

A 「軽微な変更」に該当しない。福祉用具において同一種目で機能の変化を伴わない変更は「軽微な変更」に該当する場合があると考えられる。しかし、新たに異なる場所で使用する福祉用具を追加することは、これに当たらない。よって、サービス担当者会議は省けない。

介護予防支援（地域包括）

サービス利用者に対する償還払いについて

Q 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第10条、第11条がよく分からない。指定介護予防支援での領収書や指定介護予防支援提供証明書の交付は、ありえるのか。

A 介護保険法第69条による介護保険料未納者の保険給付の特例により、保険給付の支払方法が償還払いになることがあります。

指定介護予防支援についても、償還払いになる場合があります。（要介護認定等をうけた第1号被保険者が納期限から1年間保険料を納付していない場合。）

指定介護予防支援事業者（地域包括支援センター）は、サービス利用者に対し「介護予防サービス・支援計画書（サービス利用表）」を提示して、介護予防支援費を全額（10割分）受領し、サービス利用者に対して「領収書」と「指定介護予防支援提供証明書」を交付します。国保連合会への給付管理票提出は行われず、保険者へ提出をします。サービス利用者は、償還払いで保険者から給付を受けることになります。

以上の場合に領収書や指定介護予防支援提供証明書の交付が必要となります。従って、準備をしておく必要があります。

個人情報の第三者提供に関する同意について

Q 「利用者基本情報」の「個人情報の第三者提供に関する同意」欄を省略してはいけないものなのでしょうか。

A 平成18年3月31日付け老振発0331009で厚生労働省老健局振興課長から通知された介護予防支援業務に係る利用者基本情報はあくまでも基本書式であるため、利用者基本情報以外の書類（例：個人情報利用の同意書）で利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することについて、同意が得られれば（同意を得ていることが確認できれば）利用者基本情報の同意欄を省略することは差し支えないと考えます。

その他

文書保管について

Q 文書の保存期間を教えてください。

A サービス内容等の記録は、5年間の保存期間になっています。

完結の日とは利用者へのサービス提供が終了した日（契約が終了した日）です。

介護給付費請求書等の保管期限は、「介護給付費請求書等の保管について」（平成13年9月19日 厚生労働省老健局介護保険・老人保険課事務連絡）に基づき、5年間の保存をお願いします。

実地指導、監査による介護報酬返還等の処理について

Q 介護保険法に基づく、実地指導や監査により介護報酬返還等の疑義が生じ、保険者への相談を文書指導、勧告されました。どのように対応したら良いのでしょうか。

A 速やかに、文書指導、勧告の通知の写しとそれに対する事業者の考えを文書で添えて保険者に、まずは相談をしてください。その後は保険者の指示に従ってください。

介護保険サービスにおける体験利用（お試し）について

Q 単なる見学、介護保険サービスの一部の利用、介護保険サービスと同等の内容を利用、特定施設入居者生活介護での体験入所についての取り扱いを教えてください。

A 神奈川県のご指導に基づき、下記の取り扱いとします。

※1 指定居宅サービスの提供に支障がない範囲（人員配置、設備基準、利用定員）であること。

	利用内容	取り扱い
1	単なる見学	無料にて行っても差し支えない。
2	介護保険サービスの一部のみ利用	介護保険外(自費)サービスとして利用できる。※1
3	介護保険サービスと同等の内容を利用	介護保険サービスとして利用する。
4	特定施設入居者生活介護での体験入所	介護保険外(自費)サービスとして利用できる。※1

介護支援専門員の行政窓口における申請行為の代理について

Q 介護支援専門員の行政窓口における申請行為の代理について、何故、身分証明書が必要なのか。

A 要介護認定については介護保険法上で代行申請が認められている場合がありますが、その他については民法に規定があります。代理とは、代理人のした行為の効果が、直接本人に帰属するので代理権が必要です。代理権は、法定代理では法律の規定に基づき、また、任意代理では本人の意思に基づいて発生します。行政窓口では、任意代理については委任状などで確認しています。この場合には、委任をされた方が間違えなくご本人かの確認も必要となることから身分証明書の提示が必要となります。なお、行政側で身分証明書の写しを頂くこともあります。

給付制限適用期間中の負担割合の確認について

Q 給付制限適用期間中の負担割合は、負担割合証に記載されるのか。

A 負担割合証には記載されません。介護保険被保険者証に記載されている制限適用期間中は、負担割合証に記載されている割合にかかわらず、3割及び4割負担となり、制限適用期間前後は、負担割合証に記載されている割合となります。

このことから、負担割合証は、給付制限の有無に左右されることはありませんので、先ず、介護保険被保険者証の制限適用有無、及び、適用期間を確認してください。

なお、制限適用期間経過を理由とする介護保険被保険者証の更新はありません。

確認例：認定期間　　《平成30年8月1日～平成31年7月31日》

制限適用期間《平成30年9月1日～平成30年9月30日　1ヶ月制限適用》

負担割合　　《1割》

この例の場合、

平成30年　8月1日～平成30年8月31日　→　負担割合証の割合1割

平成30年　9月1日～平成31年9月30日　→　制限適用により、3割及び4割負担

平成30年10月1日～平成31年7月31日　→　制限適用期間終了により、1割

となります。

駐車場代について

Q 訪問介護やサービス担当者会議のために駐車場代がかかる場合、利用者に請求しても良いか。

A 利用者への請求については当事者間の話し合いとなる。

なお、事前に申請すれば県警から車ごとに駐車許可証が交付され、指定の場所に限り駐車禁止でも駐車できる。訪問介護・訪問看護が目的の場合、最長1年の有効期間が認められる場合があるとのこと。ただし、サービス担当者会議に訪問介護目的の駐車許可証を使うことは出来ないため注意されたい。

総合事業

総合事業における介護予防ケアマネジメント費の請求の事務処理方法について

Q 総合事業における介護予防ケアマネジメント費の請求事務はどう行うのか？

A 総合事業の介護予防ケアマネジメント費の請求事務は、サービス提供年月によって変わります。

サービス提供年月が平成29年度の介護予防ケアマネジメント費の請求の場合は、国保連から配布された専用ソフトにて事務を行います。

サービス提供年月が平成30年度以降の介護予防ケアマネジメント費の請求の場合は、介護予防支援と同様の方法で事務を行います。

Q 総合事業の緩和型サービスにおいて、給付管理票がないサービスを利用し、かつ、介護予防支援業務を委託していた場合の介護予防ケアマネジメント費の請求事務はどう行うのか？

A 介護予防支援と同様の方法で請求事務を行った後、国保連へ介護予防支援業務の委託先事業所を通知するため、専用ソフトで委託先支援事業所情報を作成し、市に提出します。

総合事業における介護予防ケアマネジメント費の過誤申立の事務処理方法について

Q 総合事業における介護予防ケアマネジメント費の過誤申立の事務処理はどう行うのか？

A サービス提供年月が平成29年度の介護予防ケアマネジメント費の過誤申立を行う場合は、請求の際にお使いの専用ソフトにて事務手続きが可能です。そのため、書類の提出は不要です。

なお、総合事業以外のサービス（福祉用具貸与・訪問看護等）を使った場合の介護予防支援計画費と、総合事業サービス分（訪問介護・通所介護）の過誤申立は、従前のとおり保険者に書類を提出してもらいます。

また、サービス提供年月が平成30年度以降の介護予防ケアマネジメント費の過誤申立を行う場合は、介護予防支援と同様の方法で事務を行います。委託先支援事業所情報の作成を誤った場合は、当該ソフトで修正情報を作成した後、過誤申立の事務処理が必要となります。

初回加算について

Q 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントにおいて、委託先の事業所番号が変更となった場合、初回加算の請求はできるのか？

A 委託先の事業所番号が変更となった場合であっても、初回加算の請求はできません。初回加算の請求ができるのは次のいずれかの場合のみです。

- ①担当する地域包括支援センターが変更となった場合
- ②過去2か月以上地域包括支援センターにおいて介護予防ケアマネジメントを提供しておらず、介護予防ケアマネジメントが算定されていない場合

Q 第1号訪問介護及び介護予防訪問介護において、サービス提供事業所の事業所番号が変更となった場合、初回加算の請求はできるのか？

A サービス提供事業所の事業所番号が変更となった場合は、訪問介護の扱いに準じて初回加算の請求は可能です。

Q 要支援だった方が、事業対象者に区分が変わった場合、初回加算の請求はできるのか？

A 利用するサービス提供事業所、担当する地域包括支援センターに変更がない限り、初回加算の請求はできません。

請求コードについて

※遡って請求する場合、サービス提供年月により使用する請求コードが異なりますので
次の点にご注意ください。

Q 介護予防訪問介護及び介護予防通所介護のサービスコード（61、65）と第1号訪問介護及び第1号通所介護のサービスコード（A1、A2、A5、A6）の使い分けはどう行うのか？

A 平成29年3月31日以前から要支援認定を受けていた方は、認定の更新をするまでは介護予防訪問介護及び介護予防通所介護のサービスコードを使用します。

一方で、平成29年4月1日以降に、総合事業対象者となった方、または認定の新規申請もしくは更新をし、要支援認定を受けた方は、第1号訪問介護及び第1号通所介護のサービスコードを使用します。

そのため平成29年度分を請求する場合は、サービス提供年月の当時、これまでの介護予防訪問介護（61）又は介護予防通所介護（65）か、第1号訪問介護（A1、A2）又は第1号通所介護（A5、A6）のどちらに該当するのかご確認下さい。

※介護予防訪問介護及び介護予防通所介護のサービスコードは、総合事業への移行完了に伴い、サービス提供年月が平成30年度以降のサービスには使用できません。

Q A1、A2、A5、A6のサービスコードの違いはそれぞれ何か？

A 事業所が指定を受けた時期により、使用するコードが変わります。

- ① 平成27年3月31日以前に指定を受けた介護予防訪問介護事業所（みなし指定の及ぶ事業所）⇒A1
- ② 平成27年4月1日以降に指定を受けた介護予防訪問介護事業所（みなし指定の及ばない事業所）⇒A2
- ③ 平成27年3月31日以前に指定を受けた介護予防通所介護事業所（みなし指定の及ぶ事業所）⇒A5
- ④ 平成27年4月1日以降に指定を受けた介護予防通所介護事業所（みなし指定の及ばない事業所）⇒A6

※みなし指定の有効期限は平成30年3月31日です。平成30年4月1日以降もサービス提供をする場合は、座間市の指定を受けることが必要となります。

サービス提供年月が平成30年4月1日以降の、事業対象者・要支援者の第1号訪問介護のサービスコードはA2、第1号通所介護のサービスコードはA6に統一されます。

月中に資格が変更となった場合の請求について

Q 月中で事業対象者から資格区分が変更となった際の請求の注意点は？

A 総合事業においても、日割請求となります。本Q&A P1「日割り請求について」をご参照ください。

一例として3月27日にまで事業対象者、3月28日から要支援・要介護となった利用者の請求を複数の例で標記します。認定有効期間は申請日まで遡りますが請求はサービス提供の有無によって日割り請求日が異なります。

例1. 3月27日までに1度以上のサービス利用が有り、支援介護認定後（3月28日以降）3月中は1度もサービス利用が無い場合 ⇒ 3月分請求として、事業対象者27日分の日割り請求のみを行い、支援介護分の請求（28日～31日の分）は行わない。

例2. 3月27日までに1度以上のサービス利用が有り、支援介護認定後（3月28日以降）1度でもサービスを利用（30日にサービス利用したと仮定）した場合 ⇒ 3月分請求として、事業対象者として27日分の日割り請求と要支援・要介護として4日（28日～31日）分の請求を行う。

本資料P193「介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の手続きと利用サービスについても併せて御確認ください。

事業対象者が認定申請を行った際の暫定の届出について

Q 事業対象者が住宅改修または福祉用具購入を利用するため要介護認定申請を行った際、暫定の届出はいつから必要になるのか？

A 暫定の届出が必要となるタイミングは次のとおりです。

①住宅改修の場合 ⇒ 担当の地域包括支援センター職員（ケアマネジャー）が住宅改修の理由書を作成した後、最初の介護保険サービス利用のタイミングで届出を提出する。

②福祉用具購入の場合 ⇒ 福祉用具の利用が決定し、担当の地域包括支援センター職員（ケアマネジャー）が福祉用具の利用をケアプランに位置づけた日の後、最初の介護保険サービス利用のタイミングで届出を提出する。

③その他（福祉用具貸与・訪問看護等）の場合 ⇒ 事業対象者を超えるサービス利用を開始するタイミングで届出を提出する。

※①の例（4月14日から2週間以内に暫定の届出が必要）

4/1 4/10 4/14
認定申請 → 理由書作成 → 介護サービス利用（理由書作成後初）

座間市に居住する、他市が保険者である利用者の取扱いについて

Q 座間市の住所地特例施設に居住し、座間市に住民票がある方について

A サービスを利用開始する際には、座間市介護保険課へ居宅の届出を提出してください。座間市より保険者である市町村へ居宅の届出を提出します。

Q 座間市に居住し住民票がある、他市町村より生活保護を受給している方について

A サービスを利用開始する前に生活保護を支給している市長村の担当ケースワーカーへ連絡し、サービス利用について確認と調整をしてください。

(参考) よく使う通知・事務連絡

身体介護と生活援助の区分

「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について (H12. 3. 17 老計 10 H30 改正)」

医療と介護の区分

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について (H18. 4. 28 老老発 0428001・保医発 0428001 R2 改正)」

日割り請求について

「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料の送付について (確定版) (R3. 3. 31 老計事務連絡)」

介護給付費・介護予防・日常生活支援総合事業費 過誤申立書

サービス利用区分毎に申立書を作成してください

サービス利用区分

- 介護給付
 予防給付
 総合事業

座間市長 殿

年 月 日

次の介護給付費・介護予防・日常生活支援総合事業費について、過誤を申し立てます。
 なお、当該事業所の請求誤り等で当月支払額が過誤調整額を下回った場合には、当該事業所が所在する国民健康保険団体連合会が発行する納入通知書により、差額調整を行うことに同意します。

事業所番号									
事業所名称									
担当者氏名									
所在地	〒								
連絡先電話番号									
請求 (過誤申立) 事業所									

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供 年月	サービスコード	申立理由 番号	申立事由	再請求 有無
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6 座間 太朗	令和元 年 12月	1 7 0 2	2	・公費負担分の請求漏れ・加算をつけて請求してしまった ・利用日数を少な、請求していた・負担割合変更による ・実地指導による 等、なぜ過誤をするのかを記載	有・無 有 ・無
	0 0 0 0 0	年 月				有・無
	0 0 0 0 0	年 月				有・無
	0 0 0 0 0	年 月				有・無
	0 0 0 0 0	年 月				有・無
	0 0 0 0 0	年 月				有・無
	0 0 0 0 0	月				有・無

記入例

※返戻、保留、審査中となっている請求は過誤申立できません。請求が通っているか確認して、通った請求のみ過誤申立をしてください。
 ※座間市では、どのサービスをどのように間違えたのかを記載していただきます。請求したサービスコードと、過誤をする理由をご記入ください。
 ※座間市の被保険者の過誤申立しか受付できません。
 ※生活保護受給者で65歳未満の人(H番の人)の場合は、担当となる生活援護課に確認してください。
 ※再請求をされる場合は、本書を提出した翌月以降に行ってください。(座間市介護給付費過誤申立予定表も併せてご確認ください)

介護給付費・介護予防・日常生活支援総合事業費 過誤申立書

サービス利用区分毎に申立書を作成してください

- サービス利用区分
 介護給付
 予防給付
 総合事業

座間市長 殿

記入日

令和 2年 2月 1日

記入例

次の介護給付費・介護予防・日常生活支援総合事業費について、過誤を申し立てます。
 なお、当該事業所の請求誤り等で当月支払額が過誤調整額を下回った場合においては、当該事業所が所在する国民健康保険団体連合会が発行する納入通知書により、差額調整を行うことに同意します。

過誤請求は、高額介護サービス費や高額医療合算の計算に影響します。再請求の有無に丸を付けてください。

事業所番号※	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
事業所名称										
担当者氏名										
所在地	〒									
連絡先	電話									

事業所番号※	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供 年月	サービス コード	申立理由 番号	申立事由	再請求
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6 座間 太郎	令和 元年 12月	1 7 0 2	申立理由番号 サービス種類コード	過誤をする理由の記入例 ・公費負担分の請求漏れ・加算をつけて請求してしまった ・利用日数を少なく請求してしまった ・負担割合変更によるもの・実地指導によるもの 『過誤申立書の申立事由コード』参照	有・無
						有・無
						有・無
						有・無
						有・無

【注意点】

- ・座間市では、「どのサービスをどのように誤ったのか」を記入していただくいております。ご協力お願いします。
- ・返戻、保留、審査中となっている請求は過誤申立できません。請求が通っているか確認して、通った請求のみ過誤申立をしてください。
- ・実地指導や監査等により過誤申立を行う場合には、まずは担当者までご連絡ください。
- ・生活保護受給者で65歳未満の人(H番の人)の場合は、担当となる生活援護課に確認してください。
- ・他市の被保険者の分は該当保険者へ確認してください。

※事業所番号は、同一事業所番号を記入してください。

ただし、既に廃止してしまっている事業所からの過誤申立は受け付けられませんので、過誤請求事業所は、現在稼働している事業所となります。

過誤申立書の申立事由コード

介護サービスコード	
11	訪問介護
12	訪問入浴介護
13	訪問看護
14	訪問リハビリテーション
15	通所介護
16	通所リハビリテーション
17	福祉用具貸与
21	短期入所生活介護
22	短期入所療養介護(介護老人保健施設)
23	短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)
27	特定施設入居者生活介護(短期利用型)
28	地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用型)
31	居宅療養管理指導
32	認知症対応型共同生活介護
33	特定施設入居者生活介護
36	地域密着型特定施設入居者生活介護
38	認知症対応型共同生活介護(短期利用型)
43	居宅介護支援
51	介護老人福祉施設サービス
52	介護老人保健施設サービス
53	介護療養型医療施設サービス
54	地域密着型介護老人福祉施設
68	小規模多機能型居宅介護(短期利用型)
71	夜間対応型訪問介護
72	認知症対応型通所介護
73	小規模多機能型居宅介護
76	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
77	看護小規模多機能型居宅介護
78	地域密着型通所介護
79	看護小規模多機能型居宅介護(短期利用型)

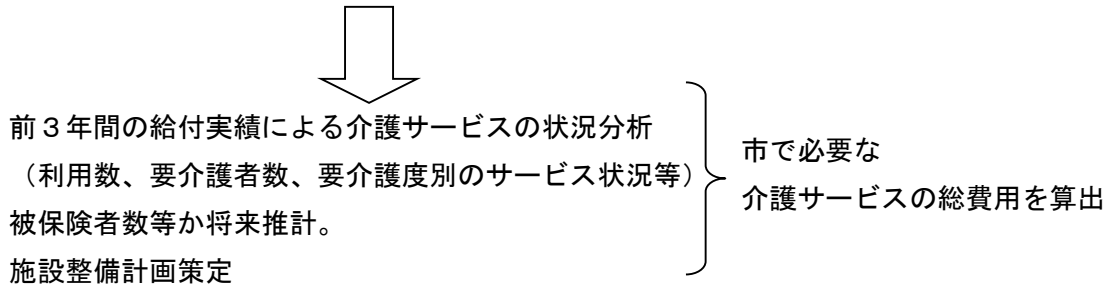
予防サービスコード	
61	介護予防訪問介護
62	介護予防訪問入浴介護
63	介護予防訪問看護
64	介護予防訪問リハビリテーション
65	介護予防通所介護
66	介護予防通所リハビリテーション
67	介護予防福祉用具貸与
24	介護予防短期入所生活介護
25	介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設)
26	介護予防短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)
34	介護予防居宅療養管理指導
35	介護予防特定施設入居者生活介護
46	介護予防支援
37	介護予防認知症対応型共同生活介護
39	介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用型)
69	介護予防小規模多機能型居宅介護(短期利用型)
74	介護予防認知症対応型通所介護
75	介護予防小規模多機能型居宅介護

日常生活支援総合事業サービスコード	
A1	訪問型サービス(みなし)
A2	訪問型サービス(介護予防訪問介護相当)
A5	通所型サービス(みなし)
A6	通所型サービス(介護予防通所介護相当)
AF	介護予防ケアマネジメント費

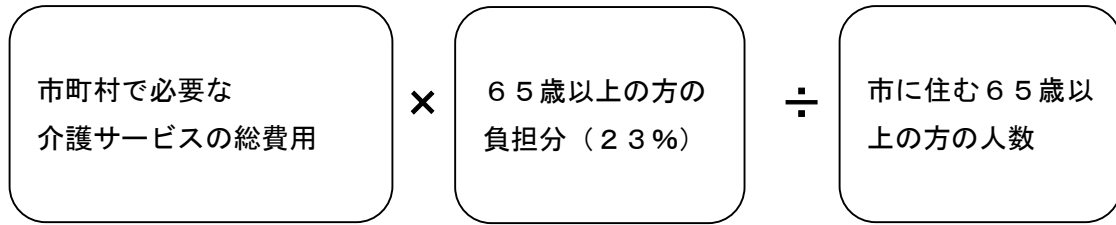
申立理由番号	
02	請求誤りによる実績取り下げ
32	給付管理票取り消しによる実績の取り下げ
42	適正化による取り下げ
99	その他の事由による実績の取り下げ

65歳以上の方の保険料の決まり方

3年に1度の介護保険事業計画作成のためのアンケート調査を実施
(介護サービス利用意向調査、介護サービス提供能力調査等)



座間市高齢者保険福祉計画・介護保険事業計画見直し検討委員会
座間市地域保険福祉サービス推進委員会
座間市議会 (条例修正)



= 保険料の基準額

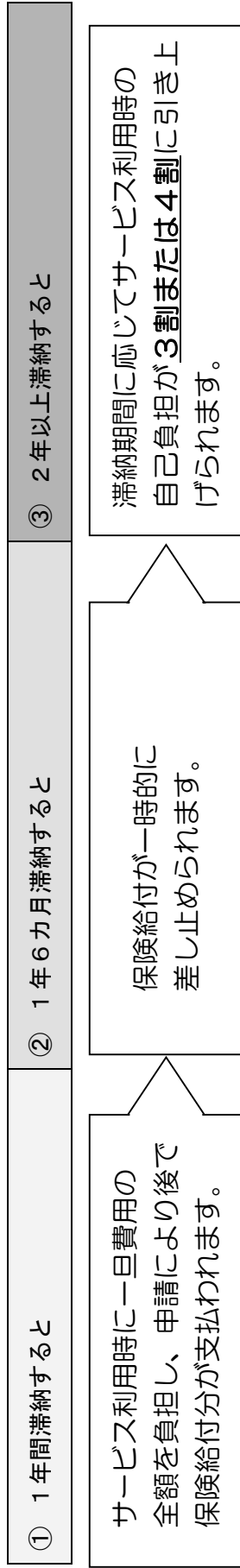
⇒座間市の基準額は年額66,000円

65歳以上の保険料の内訳

段階	対象者	基準額に対する割合	保険料（年額）
第1段階	生活保護受給者（中国残留邦人等支援給付受給者を含む） 又は老齢福祉年金受給者で、世帯全員が市民税非課税の方 世帯全員が市民税非課税の方で、 本人の前年の合計所得金額と課税年金収入額の合計が 80万円以下の方	0.3	19,800円
第2段階	世帯全員が市民税非課税の方で、 本人の前年の合計所得金額と課税年金収入額の合計が 80万円を超え120万円以下の方	0.5	33,000円
第3段階	世帯全員が市民税非課税の方で、 本人の前年の合計所得金額と課税年金収入額の合計が 120万円を超える方	0.7	46,200円
第4段階	世帯の誰かに市民税が課税されているが、 本人は市民税非課税の方（本人の前年の合計所得金額と 課税年金収入額の合計が80万円以下の方）	0.88	58,080円
第5段階	世帯の誰かに市民税が課税されているが、 本人は市民税非課税で上記に該当しない方	1.00	66,000円
第6段階	本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が、 120万円未満の方	1.20	79,200円
第7段階	本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が、 120万円以上210万円未満の方	1.25	82,500円
第8段階	本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が、 210万円以上320万円未満の方	1.50	99,000円
第9段階	本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が、 320万円以上400万円未満の方	1.70	112,200円
第10段階	本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が、 400万円以上500万円未満の方	1.80	118,800円
第11段階	本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が、 500万円以上600万円未満の方	1.90	125,400円
第12段階	本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が、 600万円以上700万円未満の方	2.00	132,000円
第13段階	本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が、 700万円以上800万円未満の方	2.10	138,600円
第14段階	本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が、 800万円以上900万円未満の方	2.20	145,200円
第15段階	本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が、 900万円以上1,000万円未満の方	2.30	151,800円
第16段階	本人が市民税課税で、前年の合計所得金額が、 1,000万円以上の方	2.40	158,400円

介護保険料を滞納すると・・・？

災害などの特別な事情がないのに、保険料の滞納が続く場合、未納期間に応じて以下のような措置がとられます。保険料は必ず納めるように促してください。



※現在、座間市では、③2年以上滞納した場合の自己負担が3割または4割への引き上げのみを運用しています。ただし、今後その他（①及び②）の給付制限も適用とする可能性があります。

※詳細については告示第113号「座間市介護保険給付制限等に関する要綱」をホームページで確認できます。

○座間市の給付制限の適用人数

年度	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	R2
人数	2	1	1	0	0	0	12	10	14	14	12	20	17	14	17	19

保険料が上昇傾向にあることも影響しており、一定数以上の対象者が毎年発生しています。

給付制限期間の決定について：要介護認定が決定した時点で期間計算を行います。認定申請時（新規・更新・変更）に未納がある場合、お早めに完納するようにしてください。※長期間に渡って納付がなく、時効を迎えていた場合、給付制限適用期間は年単位となることもあります。

■座間市では生活困窮者を自立へと導く支援を行っています。

相談窓口は…座間市生活援護課 自立サポート担当 046-252-8566

給付制限前 通知例

令和〇年〇月〇日



座間市健康部介護保険課長

介護保険料の給付制限について（通知）

日ごろより、保健福祉行政に御理解と御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、介護認定申請をされましたが、介護保険料について時効到達しているものがあり、給付制限が発生する可能性があるため、お知らせいたしました。

このことから、利用されるサービス内容に影響があるため、担当されている 地域包括支援センター職員又はケアマネジャーに予め御相談ください。

以上、よろしく申し上げます。

担当：保険係

電話番号：046-252-7719

給付制限者宛て通知例

令和〇年〇月〇日

■■■■ ■■■■ 様

座間市健康部介護保険課長

介護保険給付の減額について（お知らせ）

日ごろより、保健福祉行政に御理解と御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、申請されていた介護認定について、令和▲▲年●月×日に認定されましたが、介護保険認定申請時に保険料の未納及び保険給付の制限について説明したとおり、給付制限がかかります。

なお、詳細は別紙「介護保険給付の給付額減額等決定通知書」のとおり、令和▲▲年●月×日より令和▲▲年●月×日までの■か月間、介護保険給付額が100分の90から100分の70に減額されます。

つきましては、給付制限期間の記載された被保険者証を発行しましたので、内容について確認していただくと共に、併せて、担当ケアマネジャーや事業所へ必ず提示してください。

不明な点は、担当までお問い合わせください。

事務担当 保険係
電 話 046-252-7719（直通）

抜粋

座間市介護保険給付制限等に関する要綱

第6章 給付額減額等

(給付額減額等の対象となる被保険者)

第28条 給付額減額等の対象となる被保険者は、要介護認定等のための申請を行った第1号被保険者であって、当該要介護認定等の処分決定日において保険料徴収権消滅期間がある者とする。

(給付額減額等の決定)

第29条 市長は、法、政令及び省令に規定する給付額減額等の対象とならない第1号被保険者に該当する場合を除き、給付額減額等の決定を行うものとする。

2 市長は、給付額減額等の決定を行ったときは、処分内容を被保険者証に記載するとともに、介護保険給付の給付額減額等決定通知書(第17号様式)により通知するものとする。

(給付額減額の期間と給付額)

第30条 給付額減額決定を行った者に対する給付額減額の期間と給付額は、法、政令及び省令に規定する期間と給付額とする。

(給付額減額の開始日)

第31条 給付額減額の開始日は、処分を決定した日の属する月の翌月1日とする。

介護保険事業者における事故発生時の報告取扱要領

介護保険法に基づく指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成25年神奈川県条例第20号）、指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成25年神奈川県条例第21号）、座間市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例施行規則（平成30年3月27日規則第12号）、指定介護老人福祉施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例（平成25年神奈川県第17号）、介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例（平成25年神奈川県第18号）、指定介護療養型医療施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例（平成25年神奈川県第19号）、座間市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例施行規則（平成25年3月29日規則第31号）、座間市指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービス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を定める条例施行規則（平成25年3月29日規則第32号）、座間市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱（平成29年告示第6号）並びに介護医療員の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を定める条例（平成30年神奈川県第46号）により定めた基準による、事故が発生した場合の介護保険事業者から座間市への報告（以下「事故報告」という）は、この要領の定めるところによるものとする。

1 報告の範囲

各事業者は、次の①～④の場合、報告を行うこととする。

① サービスの提供による、利用者のケガ又は死亡事故の発生

注1) 「サービスの提供による」とは送迎・通院等の間の事故も含む。

また、在宅の通所・入所サービスおよび施設サービスにおいては、利用者が事業所内にいる間は、「サービスの提供中」に含まれるものとする。

注2) ケガの程度については、医療機関（施設の勤務医、配置医を含む）で受診を要したものを原則とする。

注3) 事業者側の過失の有無は問わない（利用者の自己過失による事故であっても、注2に該当する場合は報告すること）。

注4) 利用者が病気等により死亡した場合であっても、死因等に疑義が生じる可能性のあるときは、報告すること。

注5) 利用者が、事故発生から、ある程度の期間を経て死亡した場合は、事業者は速やかに、連絡もしくは報告書を再提出すること。

② 食中毒及び感染症、結核の発生

注) 食中毒・感染症・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は、報告すること。なお、これらについて関連する法に定める届出義務がある場合は、これに従うこと。

③ 職員（従業者）の法令違反・不祥事等の発生

報告の範囲は、利用者の処遇に影響があるもの（例：利用者からの預り金の横領、個人情報の紛失など）については報告すること。

④ 誤薬

違う薬を与薬した、時間や量の誤り、与薬もれなどが発生した場合、施設内又は外部の医療機関の医師の判断に基づく指示を受けるとともに報告すること。

⑤ その他報告が必要と認められる事故（風水害等の災害、火災、交通事故等）

2 報告先

(1) 各事業者は、1で定める事故が発生した場合、4の手順により、次の両者に報告することとする。

- ① 被保険者の属する保険者（市町村）
- ② 事業所・施設が所在する保険者（市町村）

(2) 座間市への報告は、原則、電子メールとする。

報告先は各事業所共通：kourei@city.zama.kanagawa.jp

件名は「【事故報告書】事業所名」とする。

電話及びFAXでの報告先は次のとおりとする。

県指定事業所の場合

事務担当	保険係
電話番号	046-252-7719
FAX番号	046-252-8238

地域密着型サービス、居宅介護支援、予防支援サービス、第1号訪問事業および第1号通所事業の場合

事務担当	事業者支援係
電話番号	046-252-8077
FAX番号	046-252-8238

3 報告の書式

原則として、別紙「事故報告書（事業者→座間市）」（以下「事故報告書」という。）により報告する。

4 報告の手順

① 事故後、各事業者は、第一報を事故報告書の少なくとも1から6の項目までについて可能な限り記載し、遅くとも5日以内を目安に提出すること。

注1) 電話の場合は、連絡者の名前を名乗るとともに、市町村の受付者の名前を確認すること。

注2) FAXの場合は、

○市町村へ到着したかどうかの確認を行うこと。

○書式については、原則として「事故報告書」を使用し、その時点で判明している部分を記載する。

○誤送信の可能性もあるため、対象者情報など個人情報に該当する部分は、黒く塗りつぶすなどしてから送信すること。この場合はFAXが到着したか否かを電話で確認する際に、個人情報部分を口頭で補うこと。

注3) 「速やかに」の期限については、社会通念に照らして、必要最大限の努力をして可能な範囲とする。

例1：午後に事故が起これ、処置等のために数時間を要し、終業時間が過ぎた場合には、翌朝早くに報告を行う。

例2：金曜日夕刻に事故が発生した場合には、土日の間にFAXを入れておき、月曜日朝早くに電話確認を行う。

② 事故処理の経過について、電子メール、電話又はFAXで適宜報告する。

③ 事故処理の区切りがついたところで、定められた書式（「事故報告書」）を用いて、電子メール又は文書で報告する。

④ 各事業者は、保険者、利用者（家族を含む。以下同じ）及び事業者が事故の事実関係を共通に把握することができるよう、利用者に対し、事故報告書の控えを積極的に開示し、求めに応じて交付する。

5 報告に対する座間市の対応

(1) 必要に応じて、事業者への調査及び指導を行うとともに利用者に対して事実確認等を行うものとする。

(2) 介護保険指定事業者（指定地域密着型サービス、指定居宅介護支援、指定地域密着型介護予防サービス、指定介護予防支援、基準該当サービス及び介護予防・日常生活支援総合事業を除く。）から報告のあった事故については、神奈川県が定める「介護保険適用サービスにおける事故報告に係る情報提供取扱要領」に基づき、指定権者である県の対応が必要と判断されるものについて、県に情報提供する。

附則

この要領は、平成15年9月1日から施行する。

この要領は、平成16年6月1日から施行する。

この要領は、平成18年6月1日から施行する。

この要領は、平成23年4月1日から施行する。

この要領は、平成26年6月1日から施行する。

この要領は、平成28年6月1日から施行する。

この要領は、平成29年4月1日から施行する。

この要領は、平成30年7月1日から施行する。

この要領は、令和2年4月1日から施行する。

この要領は、令和3年4月1日から施行する。

事故報告書 (事業者→座間市)

※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：西暦 年 月 日
-------	----------	--------	--------------

1事故状況	事故状況の程度	<input type="checkbox"/> 受診(外来・往診)、自施設で応急処置 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()												
	死亡に至った場合 死亡年月日	西暦		年		月		日						
2事業所の概要	法人名													
	事業所(施設)名									事業所番号				
	サービス種別													
	所在地													
3対象者	氏名・年齢・性別	氏名					年齢			性別：	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
	サービス提供開始日	西暦		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 <input type="checkbox"/> 事業対象者										
	認知症高齢者 日常生活自立度		<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <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 <input type="checkbox"/> 食堂等共用部 <input type="checkbox"/> 浴室・脱衣室 <input type="checkbox"/> 機能訓練室 <input type="checkbox"/> 施設敷地内の建物外 <input type="checkbox"/> 敷地外 <input type="checkbox"/> その他 ()												
	事故の種別	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤薬、与薬もれ等 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 医療処置関連(チューブ抜去等)												
	発生時状況、事故内容の詳細													
	その他 特記すべき事項													
5事故発生時の対応	発生時の対応													
	受診方法	<input type="checkbox"/> 施設内の医師(配置医含む)が対応 <input type="checkbox"/> 受診(外来・往診) <input type="checkbox"/> 救急搬送 <input type="checkbox"/> その他 ()												
	受診先	医療機関名							連絡先(電話番号)					
	診断名													
	診断内容	<input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> 骨折(部位：) <input type="checkbox"/> その他 ()												
検査、処置等の概要														

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

介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の手続きと利用サービスについて
認定区分と利用できるサービスコードの関係、タイミングなどを確認してください。

1) 8月末で認定期間終了となる要介護者が更新申請し、認定結果が「要支援」の場合

	7月	8月	9月
利用手続き	○更新申請	●要支援認定 △居宅届・契約	
認定有効期間	要介護		要支援
被保証		◆要支援区分・包括名記載被保証交付	
利用サービス	介護給付サービス		予防給付（デイ、ホームヘルプ以外） 総合事業「訪問・通所」サービス

※更新後、予防給付と総合事業を使う場合は介護予防支援、総合事業のみの場合は介護予防ケアマネジメント。

2) 8月末で認定期間終了となる要支援者が更新申請し、認定結果が「要支援」の場合

	7月	8月	9月
利用手続き	○更新申請	●要支援認定 △契約	
認定有効期間	要支援		要支援
被保証		◆要支援区分・包括名記載被保証交付	
利用サービス	予防給付サービス		予防給付（デイ、ホームヘルプ以外） 総合事業「訪問・通所」サービス

※1、総合事業利用できる文言が記載されていない場合、契約を交わし直す。

※2、包括または委託されている居宅事業所が同じ場合、居宅の届出は不要。

※3、更新後予防給付と総合事業を使う場合は介護予防支援、総合事業のみの場合は介護予防ケアマネジメント。

3) 8月末で認定期間終了となる要介護者が更新せず、「総合事業対象者」となる場合

	7月	8月	9月
利用手続き	◎総合事業申込	△居宅届・契約	
認定有効期間	要介護		総合事業対象者
被保証		◆事業対象者・包括名記載被保証交付	
利用サービス	介護給付サービス		総合事業「訪問・通所」サービス

※包括から委託された居宅事業所が同じであっても、区分、サービス名称が変わるため居宅の届出、及び契約を交わし直す必要がある。

4) 8月末で認定期間終了となる要支援者が更新せず、「総合事業対象者」となる場合

	7月	8月	9月
利用手続き	◎総合事業申込	△居宅届・契約	
認定有効期間	要支援		総合事業対象者
被保証		◆事業対象者・包括名記載被保証交付	
利用サービス	予防給付サービス		総合事業「訪問・通所」サービス

※1、包括または、包括から委託された居宅事業所が同じであっても、区分が変わるため居宅の届出必要。

※2、総合事業利用できる文言が記載されていない場合、契約を交わし直す。

5) 8月末で認定期間終了となる要介護・要支援者が更新申請し、認定結果が「非該当」の場合

	7月	8月	9月
利用手続き	○更新申請	非該当判定● ◎総合事業申込 △居宅届・契約	
認定有効期間	要介護・要支援		総合事業対象者
被保証	認定なしの被保証交付◇		◆事業対象者・包括名記載被保証交付
利用サービス	介護・予防給付サービス		総合事業「訪問・通所」サービス

※1、包括または、包括から委託された居宅事業所が同じであっても、区分が変わるため居宅の届出必要。

※2、総合事業利用できる文言が記載されていない場合、契約を交わし直す。

※3、総合事業の基本チェックリスト実施が8月末を過ぎてしまった場合、認定期間終了後から総合事業対象者になるまでの間にサービスを利用した分は自費となる。

6) 総合事業対象者が予防給付サービスを使うために新規申請し、認定結果が「非該当」の場合

	7月	8月	9月
利用手続き	○新規申請	非該当判定● ◎総合事業申込 △居宅届	
認定有効期間	事業対象者	事業対象者	
被保証	認定なしの被保証交付◇		◆事業対象者・包括名記載被保証交付
利用サービス	総合事業「訪問・通所」サービス		
		予防給付（デイ、ホームヘルプ以外）	

※1、予防給付サービス（デイ・ホームヘルプ以外のサービス）を利用するために、包括が居宅の届出をする必要がある。判定が非該当→「総合事業対象者」となった場合はその届出を流用できる。

※2、非該当判定時点で一度事業対象者の区分が切れるが、同時に総合事業申込をすることで、改めて「事業対象者」となり、利用していた総合事業サービス分は途切れることなく利用できる。ただし、決定前に利用していた予防給付サービス、総合事業利用限度額を超えて利用した分は自費となる。

※3、非該当判定前に予防給付サービスを利用していなかった場合でも、非該当判定日同日に改めて「事業対象者」となる必要がある。

※4、非該当判定日と事業対象者が同日ではないと、資格が途切れ、予防給付サービス利用開始時にさかのぼり利用したサービス全てが自費になる（途切れないように手続きをしてください）。

7) 総合事業対象者が予防給付サービスを使うために新規申請し、認定結果が「要介護」の場合

	7月	8月	9月
利用手続き	○新規申請 居宅届△1	●要介護認定 △2 居宅届・契約	
認定有効期間	事業対象者 A	要介護	
被保証		◆要介護区分・包括名記載被保証交付	
利用サービス	総合事業「訪問・通所」	介護給付サービス	

※1、要支援のつもりで申請しているのに、給付サービス利用開始前に△1で包括（または委託された居宅）から届出を出す。契約は総合事業のものが継続される。認定結果が要介護だったため、△2居宅が届出、契約を交わす（従来と同じ）。

※2、総合事業を利用していた場合は、給付サービスを利用し始めるまでの「訪問・通所」サービスは総合事業が継続される（Aの部分を実業対象者として扱う）。「通所、訪問」で事業対象者の利用限度額を超過し利用開始する場合はそのタイミングを介護給付サービス利用開始とする。

※3、給付サービス利用開始日が起算日となるため、届出のサービス利用開始日を正確に記入する。

※4、要介護認定が出る前に介護給付サービスを利用しなかった場合は、認定日の前日までが総合事業対象者となる。

8) 総合事業対象者が予防給付サービスを使うために新規申請し、認定結果が「要支援」の場合

	7月	8月	9月
利用手続き	○新規申請 △居宅届	●要支援認定	
認定有効期間	事業対象者 A	要支援	
被保証		◆要支援区分・包括名記載被保証交付	
利用サービス	総合事業「訪問・通所」サービス		
		予防給付（デイ、ホームヘルプ以外）	予防給付（デイ、ホームヘルプ以外）

※1、予防給付サービス（デイ・ホームヘルプ以外のサービス）、または要支援2の限度額の利用開始前に△包括（または委託された居宅）から届出を出す。契約は総合事業のものが継続される。

※2、総合事業対象者としての総合事業サービス利用から要支援者としての総合事業サービス利用となり、予防給付サービス分と合わせて利用限度額までの単位となる。

※3、※1のサービス利用開始日が起算日となるため、届出のサービス利用開始日を正確に記入する。

※4、要支援認定が出る前に※1のサービスを利用しなかった場合は、認定日の前日までが総合事業対象者となる

※5、予防給付を利用する7月8月10月は介護予防支援、総合事業のみを利用する9月分は介護予防ケアマネジメントとなるが、届出は新規申請後予防給付サービスを開始する前に提出するものが期間中有効となる。

<現状と今後の展望>

○地域包括ケアシステムの構築

Ⅱ

要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・住まい・生活支援・介護予防が包括的に確保される体制

座間市では、世代を超えて共に支え合う地域づくりを進めています。

○介護保険における地域支援事業

1) 介護予防・日常生活支援総合事業

① 介護予防・生活支援サービス事業（従前相当及び緩和型の訪問型サービス、通所型サービス）

今後の取組

総合事業の独自性などの利点を生かして、訪問、通所サービスの基準を緩和したサービスや、住民主体によるサービスなど、さまざまなサービスの創設、運用方法の改訂などにより、段階的に充実を図っていきます。

新しいサービスを創設しましたら、サービス内容、ケアマネジメントの方法、手続についての説明会を開催します。

② 一般介護予防事業

- ・ 介護予防の取組等が必要な者の把握及び支援
- ・ 介護予防の取組を学ぶ教室等の開催
- ・ 介護予防に資する地域の通いの場（高齢者サロン、運動サークル等）の増設に向けた、介護予防ボランティアの養成及び支援 など

2) 包括的支援事業

① 地域包括支援センター（座間市内6か所）の運営

② 在宅医療・介護連携推進

- ・ 平成30年4月から「座間市地域在宅医療・介護連携支援室」開設（座間綾瀬医師会へ委託）
- ・ 「座間市あんしんノート」市民向けに運用開始

③ 認知症施策の推進

認知症地域支援推進員を各地域包括支援センターに設置

④ 生活支援サービスの体制整備（資源の掘り起し等協議体を中心に推進）

⑤ 地域包括ケアシステム構築に向けた関連諸会議の開催（地域包括ケア会議の充実等）

3) 任意事業

① 介護給付費適正化事業（介護給付通知等）

② 家族介護支援事業（家族介護教室等）

認知症患者家族に特化した家族介護教室の開催等

③ その他の事業（認知症サポーター養成講座等）

座間市訪問型サービスA事業について

座間市では、平成30年度より、介護予防・日常生活支援総合事業に定める緩和型サービスのひとつとして、訪問型サービスAを委託にて実施しています。

1. 委託先

公益社団法人座間市シルバー人材センター

2. サービス提供従事者

シルバー人材センター会員で、市が定める研修（2日間・社会福祉法人座間市社会福祉協議会に実施を委託）を受講した者（60歳以上・介護に関する有資格者ではない）

3. サービス概要

比較的心身の状態が安定している事業対象者、要支援1の方、及び要支援2の方に対し、老計第10号に掲げる訪問型サービスのうち、生活援助サービスのみ提供する。（ただし、薬の受け取りは除く。）

4. サービス利用対象者

次の条件をすべて満たす者

- ① 事業対象者、要支援1又は2の認定を受けていること
- ② 心身の状態が比較的安定していること
- ③ 訪問型サービス（従前相当）の従事者でなくても対応可能な心身の状態であること
（例：認知症の症状がない、精神的に不安定でない等）

※利用者のイメージ像（一例）

認知症の症状はなく精神的にも安定しているが、腰の痛みで長時間立っていただけず、1人で掃除や調理を行うことが難しいため、家事を手伝ってほしいと思っている方。

5. サービス提供体制

- ①管理者
- ②訪問事業責任者 従前相当サービスのサービス提供責任者に相当
- ③サービス提供従事者（シルバー人材センターの会員）

6. サービスの利用回数

利用者種別	利用上限回数
事業対象者、要支援1	従前相当サービスを含め週2回まで
要支援2	従前相当サービスを含め週3回まで

7. サービスの利用者負担金額

サービス提供時間	利用者負担金額
～60分	200円
75分～90分	250円

※費用の支払いは、市から送付する納付書によって行います。

8. サービスの利用方法（概要）

①申込

担当の地域包括支援センター職員またはケアマネジャーが、必要事項を記入した利用申込書を、市介護保険課地域支援係に提出する。（申請書式は各地域包括支援センターが所持）



②利用の調整

後日、本人、担当の地域包括支援センター職員またはケアマネジャー、訪問事業責任者の三者で、サービス利用のための調整を行う。

※ 訪問事業責任者は、サービス担当者会議への出席義務はない。（緩和型サービスのため）



③利用

サービス提供従事者が本人宅を訪問し、ケアプランに位置付けられた生活援助サービスを提供する。

※ 緊急時や連絡事項がある場合は、サービス提供従事者が担当の地域包括支援センター職員に連絡する。



④実績報告（月1回）

サービス提供従事者が作成したサービス実施記録を、市介護保険課から地域包括支援センターに提供する。また、介護予防支援業務を受託している居宅介護支援事業所は、地域包括支援センターから受け取る。

9. その他

- サービスの需給状況によっては、速やかにサービスを提供できない場合があることに留意のこと。
- 当面の間、サービスの利用を検討する場合は、介護保険課地域支援係に相談のこと。

10. 問い合わせ先

介護保険課地域支援係 046-252-7084

まとめ 座間市訪問型サービスAと訪問型サービス（従前相当）との相違点

	訪問型サービスA	訪問型サービス（従前相当）
サービス提供者 (訪問担当者)	市が定める研修を受講した、 シルバー人材センターの会員 (60歳以上の健康な方) ★同世代の者からサービス提供を受けることが、利用者の介護予防の動機づけになることが期待される ★従事者は、報酬を得ながら介護予防にもなる ★有資格の訪問介護員との棲み分けにつながる	訪問介護事業所に所属する有資格者等
想定する利用対象者	<ul style="list-style-type: none"> ● 家事援助のみを希望する方。 ● 心身の状態が安定している方。 ● 専門職による支援でなくとも支障がない方 	<ul style="list-style-type: none"> ● 身体介護を必要とする方 ● 心身の状態が不安定で、通常とは異なる対応を必要とする事態の発生が想定されること。 ● 対応に特別の配慮が必要な方。
サービスの内容	老計第10号に掲げるサービスのうち、生活援助のみ。(ただし、薬の受け取りは除く。)	身体介護と生活援助
サービスの提供時間	～60分 75分～90分	介護予防訪問介護と同じ