

介護保険サービス

例外給付等運用マニュアル

米原市

令和5年 4月改定

令和4年 4月改定

令和2年 12月改定

運用マニュアルについて

介護保険法第4条では、国民は、介護が必要な状態になることを予防するために常に健康の保持増進に努めるとともに、介護が必要な状態になった場合においても、自立した生活ができるように適切なサービスを利用することにより、自分の持つ能力の維持向上に努める義務があるということがうたわれています。

また、介護保険サービスは、利用者の意志および人格を尊重しつつ、健康の維持や増進に役立つものでなければならない。サービス提供事業所においては、利用者に対し、利用者の能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるような、最も適したサービスを提供する義務があります。

本マニュアルは、自立した日常生活の営みの維持と適正な介護給付を確認する上で、国の基準を超える給付についての判断基準を示したものです。単に、算定の可否だけに目を向けるのではなく、介護保険制度の理念である「自立支援」の視点から適切なケアマネジメントに基づくサービス提供となるよう、御活用ください。

も く じ

同居家族がいる場合の生活援助・・・1

1	同居家族等がいる場合の生活援助の取扱いについて・・・	2
2	確認申請手続きの実施方法・・・	4
3	生活援助中心型サービス提供にあたっての確認手順・・・	5
4	生活援助算定 確認フローチャート・・・	7
5	規定回数以上の生活援助中心型訪問介護に係る届出について・・・	8
6	同居世帯の生活援助の例外給付に関するQ&A・・・	9
	様式・・・	11

福祉用具貸与・・・17

1	軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の取扱いについて・・・	18
2	確認申請手続きの実施方法・・・	20
3	判断基準に関するフローチャート・・・	23
4	軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関するQ&A・・・	24
	様式・・・	27

短期入所・・・31

1	短期入所サービスの長期利用の取扱いについて・・・	32
2	短期入所サービス長期利用申請の流れ・・・	35
3	連続利用の考え方について・・・	36
	様式・・・	38

同居家族がいる場合の生活援助

もくじ

1	同居家族等がいる場合の生活援助の取扱いについて	2
2	確認申請手続きの実施方法	4
3	生活援助中心型サービス提供にあたっての確認手順	5
4	生活援助算定 確認フローチャート	7
5	規定回数以上の生活援助中心型訪問介護に係る届出について	8
6	同居世帯の生活援助の例外給付に関するQ&A	9
	様式	11

1 同居家族等がいる場合の生活援助の取扱いについて

1-1 例外給付の取扱いについて

訪問介護における生活援助算定については、同居家族の状況だけで判断せず、支援者等の状況もアセスメントを実施して確認してください。同居や別居の状態よりも、むしろ、家族等による支援がどれだけ可能であり、何の支援が困難となっているのか、介護サービスを入れることで自立支援にどうつながるかというアセスメントが大切です。

また、介護保険サービスありきではなく、介護予防・日常生活支援総合事業や保険外サービスについても、本人のニーズに応じて検討されるようにお願いします。

1-2 同居・別居の判断について

次の①～③については、全て同居と判断します。

- ① 同じ家屋に家族や親族が住んでいる（一般的な同居の定義）
- ② 二世帯住居に居住している
- ③ 同一敷地内に居住している（別棟の場合も含む）

生活援助の可否については、家族の生活実態などを勘案して判断することが必要です。二世帯住宅や敷地内同居など、家屋構造から機械的に「別居」と判断することは適切ではありません。

（例：同一敷地内に本屋と離れがあり、別々に住んでいるなど）

上記の①～③のような事例については、基本的には全て「同居」と考えます。

なお、「同居」と判断しても、家族の状況や必要な援助内容によっては、算定の対象となる事例もありますので、必ずフローチャート（p 7）で確認してください。

1-3 同居家族が障がい者・疾病者である場合について

同居家族が障がい・疾病であることの判断は次のとおりです。

- ① 障害者手帳の有無だけで判断するのではなく、障がいに起因して実際に家事を行うことが困難であるかどうかで判断してください。
- ② 疾病がある場合は、その疾病名を明らかにするとともに、当該疾病によってどのような家事を行うことが困難であるかを明らかにする必要があります。
疾病の判断については、医師の診断書による確認は不要です。

1-4 障がい・疾病等はないが、「同様にやむを得ない事情」である場合

同様にやむを得ない事情は個別に判断するものです。以下のような事情が想定されます。

- ・ 住民基本台帳上の同居家族がいる場合でも、入院や入所等によって事実上独居である場合（申請書の提出は不要）
- ・ 頻回または長期の出張など不在が多い仕事についているため家事ができない場合（「1-5 日中独居の取扱いについて」（p 3）参照）
- ・ 家族間に深刻な問題があるため、家族援助を期待できない場合
- ・ 家族が家事を行うことで、介護疲れによる共倒れなど深刻な問題が生じることが明らかであると判断される場合

その他にも安全・健康・衛生上の必要性が高い場合なども「同様にやむを得ない事情」として考えられます。

なお、「家族に対して遠慮があり家事などを頼みにくい」や「家族に負担をかけたくない」「家族関係が悪いから」などの理由は「同様にやむを得ない事情」には該当しないため、訪問介護の生活援助は算定できないものとします。

1-5 日中独居の取扱いについて

家族が仕事などにより、利用者が日中独居となるケースについても、場合によっては「同様にやむを得ない事情」に該当する場合がありますが、単に「日中独居」という理由だけでは「やむを得ない事情」には該当しません。

日中独居となるケースについては、次のことについて検討することが必要です。

- ・ 家族が日中不在になることにより、どのような家事ができなくなるか、また、どのような家事なら可能であるか。
- ・ 家族が不在の時間帯に行う必要があるかどうか（家族が不在の時間帯に行わなければ日常生活上大きな支障が生じるか）。
（例）食事
- ・ 他の代替手段がないか。
（例）配食サービスを利用する

2 確認申請手続きの実施方法

利用者の状態と家族等の状況の確認およびアセスメントの実施により、生活支援の必要性を確認手順（p 5）や確認フローチャート（p 7）を参考に判断してください。

2-1 提出書類について

利用者	提出書類
要介護認定者	・ 例外給付（生活援助）確認申請書（様式1号） ・ フェイスシート ・ アセスメントシート（課題整理総括表） ・ 居宅サービス計画書 第1～3表 ・ サービス担当者会議記録
要支援認定者 事業対象者	・ 例外給付（生活援助）確認申請書（様式1号） ・ 利用者基本情報 ・ アセスメントシート（課題整理総括表） ・ 介護予防サービス・支援計画書 ・ サービス担当者会議記録

※更新の際も提出書類は同様です。

※例外給付申請に関連する内容にマーカーをしてください。

2-2 結果通知について

市は、確認申請書の内容について確認を行い、サービス提供内容が介護保険給付サービスとして適切かどうかを判断します。例外給付「可・否」の判断は、ケアマネジャーあてに通知します。通知書は事業所で保管し、判断結果について支援経過に記録してください（要支援・事業対象者は地域包括支援センターを経由して通知します）。

なお、提出書類では情報不足であると判断した場合、直接担当ケアマネジャーに確認することがあります。

2-3 注意点

- ・ 地域包括支援センターが介護予防サービス計画を作成している場合は当該地域包括支援センターから、居宅介護支援事業所に委託している場合は当該地域包括支援センター経由で確認申請書を提出してください（訪問介護事業所からの提出は受け付けられません）。
※（介護予防）小規模多機能型居宅介護サービス利用者は、当該事業所から申請してください。
- ・ 居宅介護サービス（介護予防サービス）計画作成後、必要に応じて随時サービス担当者会議を開催し、サービス計画の変更の必要性について、担当者の専門的な見地から意見を求めることが責務として規定されていますので、遵守してください。
- ・ 一度、確認申請で必要性が認められれば、継続的に算定ができるというものではありません。

再度アセスメントをしてケアプランの見直しを行い、結果「生活援助」の算定理由に該当しなくなればその時点で算定できなくなります。

3 生活援助中心型サービス提供にあたっての確認手順

3-1 同居家族の有無を確認する

同居家族の有無については、実際に居住している「家屋の状況」および「日常の生活実態」を勘案して判断する。なお住民票上の同居家族がいる場合でも、同居家族が入院や入所等によって事実上は利用者が独りである場合は申請書の提出は不要です。

3-2 利用者・同居の家族等の状況をアセスメントする

生活援助を受けなければ日常生活にどのような支障があるかという視点をもって利用者と同居の家族等の状況のアセスメントを行い、どの家事ができる、できないのかを判断して、生活援助の導入の必要性を検討します。

①利用者本人が家事を行うことができない

- ☐ 他の手法により行うことはできないか

②同居の家族等が障がい・疾病がある、または要介護・要支援者であるため家事ができない

- ☐ 本人と家族のアセスメントが十分に行われているか
本人・同居家族の身体状況が把握できているか
できること、できないことが家事項目別に整理されているか
- ☐ 診断書に頼るのではなく、身体状況など必要なアセスメントを十分に行ったか
- ☐ 同居家族等が障がい者の場合、自立支援のためにどのような生活援助中心型サービス提供が必要かを検討したか

③同居家族等がその他のやむを得ない理由で家事ができない

- ◆ 頻回または長期の出張など不在が多い仕事であるため
 - ☐ 同居家族等の就労状況を正確に把握しているか（仕事で多忙であることのみを理由にしないか）
 - ☐ その家事に必要な範囲、回数、時間帯、曜日などを検討したか
 - ☐ 同居家族等が長期出張等の場合、生活援助が必要な期間を検討したか
- ◆ 複数の要介護者を抱えて介護負担が大きいため、共倒れになる可能性がある
 - ☐ 介護者の介護負担を正確に把握しているか
- ◆ 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
 - ☐ これまでにサービスの拒否がなかったかを把握しているか
 - ☐ 虐待や孤立を防ぐための適切な介入であるかを検討したか

3-3 生活援助の必要性を検討しケアプランを作成する

- ☐ 本人の「希望」、同居家族等の「希望」、「必要性」を分けて検討したか
- ☐ できないことへの支援だけではなく、どうすればさらによくなるかを検討したか
- ☐ 家事の経験がないことを家事ができない理由にした検討をしていないか
- ☐ 近隣に住む家族等からの支援も検討したか
- ☐ 同居家族等のケアプランや他のサービスも一緒に検討したか
- ☐ 自費による介護サービスやインフォーマルサービス等の利用について検討したか

3-4 ケアプランをサービス担当者会議で確認する

- ☐ 生活援助の必要性がケアプランに明文化され、関係者（本人、同居家族等、ケアマネジャー、サービス提供事業所等）の間で共有されたか
- ☐ 生活援助の内容が、訪問介護事業所の作成する「訪問介護計画」に的確に具体化されているか

同居家族等がいる場合で、生活援助中心型の訪問介護費を算定する際は、その提供するサービス内容について、

- ・ なぜ、同居家族等が行うことができないのか
- ・ なぜ、その内容・範囲・時間・回数でサービスの提供が必要なのか

を十分に検討し、サービス担当者会議で必要性を判断した上で、ケアプランおよび訪問介護計画に位置づけ、サービスの提供を行ってください。

3-5 サービスを実施・提供する

3-6 訪問介護事業所からのフィードバックによりケアプランの見直しを行う

- ☐ 生活援助の提供が、利用者の望む暮らしに役立っているか、自立支援になっているかについて検討がなされているか
- ☐ 新たな必要性に応じて援助内容の見直しが行われているか

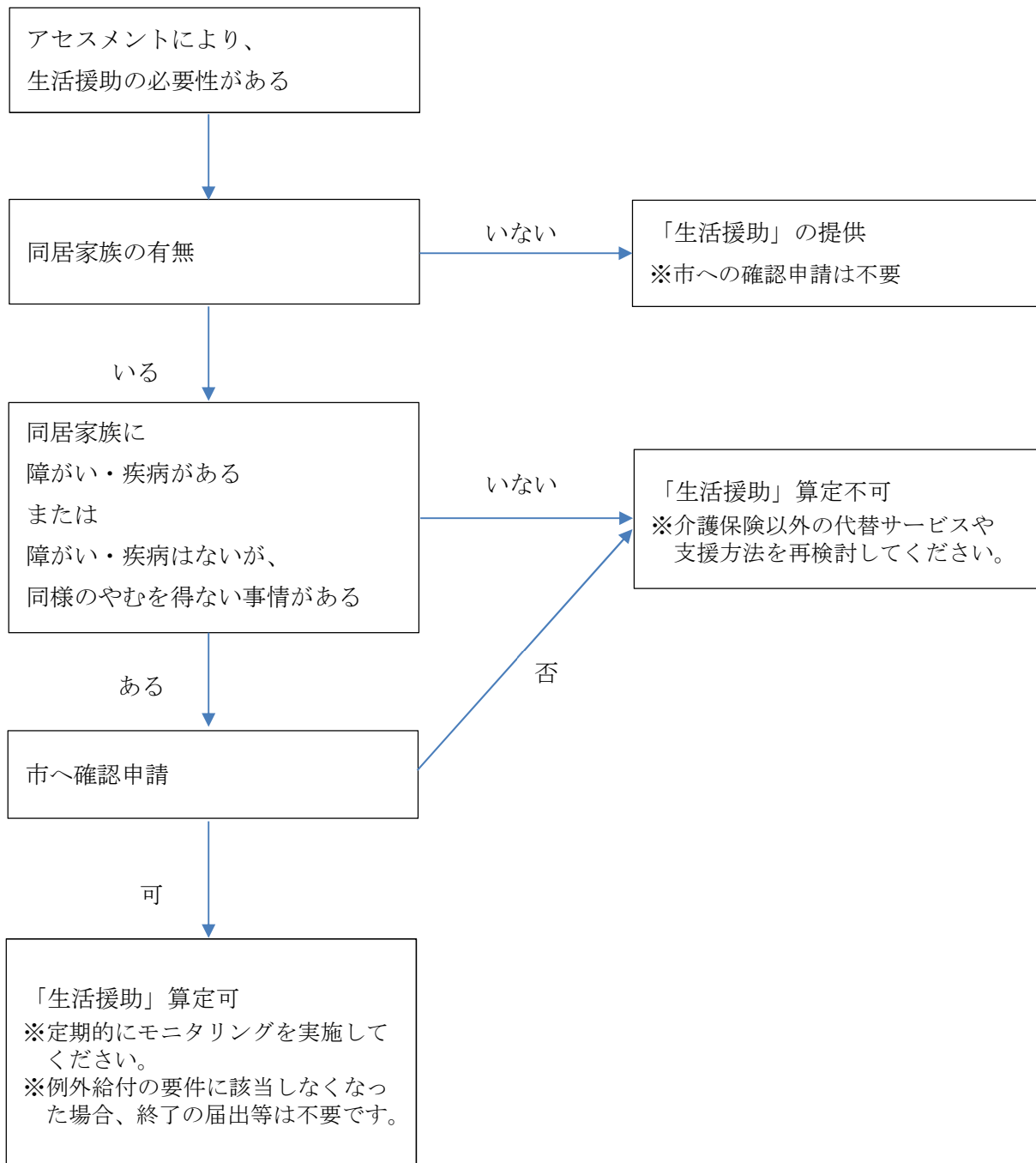
身体介護中心型における自立支援のための見守り的な援助の考え方

自立支援のための見守り的な援助（自立支援、ADL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）は、文字どおり「自立支援」を目的・目標として提供されるサービスです。よって、これを算定する際は、生活援助とは明確な相違があり、どのような目標をもって行うかを慎重に検討し、その目的・目標を明確にケアプランおよび訪問介護計画に位置づけた上でサービスを提供し、一定期間毎にその効果を細かく検証する必要があります。

その検証の頻度は1か月毎とし、中・長期的にその目的・目標が達成されず、そのサービス提供に効果が見られないと判断できる場合は、そのサービスの提供中止や、支援内容の変更を含めたケアプランの見直しを検討する必要があります。

検証の記録は、利用者の自立に関し、どのように・どの程度効果が表れているか、細かく残す必要があります。また、その目的・目標を達成した後には、改めてケアプランの見直しが必要となります。

4 生活援助算定 確認フローチャート



5 規定回数以上の生活援助中心型訪問介護に係る届出について

規定回数以上の生活援助中心型訪問介護を居宅サービス計画に位置づける場合、市への届出が必要です。訪問介護の回数について一律に制限するものではなく、個別に必要性などを確認します。

5-1 規定回数

要介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
規定回数（1月あたり）	27 回	34 回	43 回	38 回	31 回

5-2 届出が必要な居宅サービス計画および時期

以下のいずれかに該当する居宅サービス計画について、計画を作成した翌月の末（国の基準）までに市に届け出てください。

- （1）居宅サービス計画の規定回数以上訪問介護を初めて位置付けたとき
- （2）認定更新に伴い規定回数以上訪問介護の位置付けのある居宅サービス計画を変更したとき
（規定回数以上訪問介護の回数に変更がない場合を含む）
- （3）規定回数以上訪問介護の回数増加を伴う居宅サービス計画変更を行ったとき
- （4）その他市が届出を求めたとき

5-3 提出書類

- ・ 規定回数以上の生活援助中心型訪問介護届出書（様式 3 号）
- ・ 居宅サービス計画 第 1 ～ 4 表
- ・ フェイスシート
- ・ アセスメントシート（課題整理総括表）

5-4 規定回数以上訪問介護の必要性の記載について

居宅サービス計画第 1 表「総合的な援助の方針」または「生活援助中新型の算出理由」空きスペース等に記載してください。

5-5 居宅サービス計画の検証について

届出のあった居宅サービス計画は、国の指針に基づき市が必要と判断するものについて、ケアプラン会議等で検証し、結果を書面で通知します。

5-6 その他

- ・ 規定回数以上訪問介護の必要性、内容、時間数、回数等については、原則、ケアプラン会議の後、サービス担当者会議においても検討してください。
- ・ 市のシステムで定期的に規定回数以上訪問介護を利用されている被保険者を確認します。
- ・ ケアプラン会議では、妥当性のみでなく、計画作成の助言の意味合いを含めて検証を行います。

6 同居世帯の生活援助の例外給付に関するQ & A

Q 1 例えば身体2生活2の場合でも、生活2の部分は「生活援助中心型」ととらえますか？

A 1 はい、そうです。

『「身体介護中心型」を提供した後に引き続き「生活援助中心型」を提供する』と区分されるため、「生活援助中心型」を単独で算定する場合と同様に申請をしてください。

Q 2 同居家族がいても「生活援助」算定可能となった場合は共用部分の掃除も可能ですか？

A 2 共用部分（居間、食堂、台所、浴室、トイレなど）の掃除は原則としてできません。

しかし、利用者の実態と生活実態によって個別的に判断し算定可能とすることもできます。

（例）

- ・ 共通部分を利用するのが要介護認定を受けている高齢者の夫婦である場合
- ・ 家族は朝早くから夜遅くまで就労しているためトイレをほとんど使っておらず、本人の失禁が多いため、衛生面・転倒防止の観点からも日中にトイレの掃除をする必要がある場合

Q 3 一度確認申請で必要性が認められれば継続的に算定できますか？

A 3 できません。

利用者の生活環境や身体状況等が変化した場合は、再度アセスメントをしてケアプランの見直しを行い、結果「生活援助」の算定理由に該当しなくなればその時点で算定できなくなります。

また、ケアプラン作成時に算定理由が短期的症状からくる場合は、当初から短期的に生活援助を導入する必要があります。同居家族がいる場合は、家族の状況についても短期的に見直しを行う必要があります。

Q 4 家事業務を利用者と一緒に行うことにすれば「身体介護」で算定可能ですか？

A 4 必ずしもそうではありません。

単に家事を利用者と分担（例えば利用者が食事を作っている時にヘルパーが掃除をするなど）しても、ヘルパーが家事業務を行うのであれば「生活援助業務」になります。

（例）ヘルパーが利用者と一緒に調理を行う（安全確認の声掛け、疲労の確認を含む）場合

→「自立生活支援」に該当するため、身体か生活どちらで算定するかは、利用者ができること、できないこと等アセスメントを十分に行い、利用者の能力に応じたサービス提供をプランに位置づけることが大切です。

明らかに利用者の能力に見合わないと思われる見守りの援助のプランであれば「身体介護」としては算定できません。

Q 5 同居家族がいるので介護保険外の方法を検討したが代替サービスがなく、訪問介護による生活援助がないと居宅での生活が困難な場合でも算定はできないのですか？

A 5 この場合は算定できます。

代替手段があるかどうかの検討は必要ですが、全てのケースについて代替手段を導入しなければ一律に生活援助が算定できないわけではありません。

支援目標を達成する上でどのようなサービスを提供するのが適切か、サービス担当者会議等を通じて個別のケースごとに判断を行う必要があります。

(例) 日中独居で認知症があり、配食サービスだけでは食事が摂れない

Q 6 生活援助算定の可否について迷った場合は保険者が最終判断をしてくれるのですか？

A 6 最終的には保険者が判断します。

しかし、ケアマネジャーはケアプランに責任を持つ必要がありますので、その妥当性についてケアマネジメントに基づいてサービス担当者会議や、各専門職種の意見、各種制度関係資料をもとにその根拠等の確認をしていただく必要があります

Q 7 「同居家族が障がい、疾病のほか、同様のやむを得ない事情により、家事が困難な場合」とはどのような場合を指すしますか？。

A 7 これを適応する場合は、「利用者がその時間にそのサービスを利用する必要性」について十分に検討してください。

(例)

- ・ 同居家族との家族関係に深刻な問題（介護放棄・修復不能なこじれなど）があり、援助が期待できない場合（単に遠慮があり頼みにくいことは該当しません）
- ・ 同居家族が就労などで、長時間にわたり不在であり事実上独居である場合（深夜を中心とした長時間勤務や、日中勤務でも残業が多い場合、出張が多い場合など）
- ・ 家族が介護疲れで共倒れ等の深刻な問題が起きるおそれがある場合
- ・ 通常生活している以上の汚染等が生じ、同居家族等の掃除をする能力を超えている場合（本人が認知症等のため、排便等で汚損するなど）

Q 8 「やむを得ない事情」として次の場合はどうですか？

① 同居家族が孫だけであり、世代間のギャップから期待しにくい場合

② 同居家族が、これまで家事の経験がない高齢者の場合

A 8 ① 「単に遠慮があり頼みにくいこと」に該当するため、それだけでは理由にはなりません。

② 理由にはなりません。これまで家事をどうしていたのか、今後どのように暮らしていくのか、その家事が「できない」のか「していない」のかを明確に分析し、その結果で該当する場合もあります。

Q 9 サービスの変更とはどのようなときですか？

A 9 サービス量の増減（頻度）や支援内容の変更に関しては申請書を再提出してください。

なお、一時的な変更や、サービス提供の曜日・日時の変更程度については申請書の提出は必要ありません。

米 原 市 長 様

申請者 { 事業所
担当者
連絡先

例外給付（生活援助）確認申請書【新規・変更・更新】

例外給付（生活援助）の確認について、以下のとおり申請します。

1 被保険者

氏名	(歳)	介護度	☐ 要支援 1・2
被保険者番号			☐ 要介護 1・2・3・4・5
		(有効期間	年 月 日～ 年 月 日)

2 必要な生活援助

サービス区分※	サービス内容（具体的に）	回数・時間	備考
		週 回・ 分	
		週 回・ 分	
		週 回・ 分	
		週 回・ 分	
		週 回・ 分	

※サービス区分には次の①～⑦のいずれかを記入する

①掃除、②洗濯、③ベッドメイク、④衣類の整理・補修、⑤一般的な調理・配下膳、⑥買い物・薬の受け取り、⑦その他

3 例外給付を必要とする理由

--

※下記について具体的に記入する

- ・本人の状況や、本人ができる・できないこと、当該家事についてこれまでどうしていたか
- ・既往歴（主に生活援助が必要な原因の疾病）
- ・代替的手段の有無（配食サービスなど）

4 同居家族等の状況

続柄	区分	生活援助が行えない理由
	☐ 障がい・疾病 ☐ その他()	
	☐ 障がい・疾病 ☐ その他()	
	☐ 障がい・疾病 ☐ その他()	
	☐ 障がい・疾病 ☐ その他()	

5 確認リスト

チェック	項目
☐	同居家族が家事を行えない理由が下記のいずれかである。 ・ 同居家族に障がい・疾病があるため ・ 同居家族に障がい・疾病はないが、同様にやむを得ない理由があるため
☐	他のサービス（配食など）についても検討や導入をしており、それらでは対応しきれない理由がある。
☐	サービス担当者会議において生活援助の必要性が検討されている。
☐	本人や同居家族の「希望」と「必要性」を分けて検討されている
☐	生活援助の範囲は本人のものに限られており、原則、共有部分についてはサービス提供の範囲には含まれないことについて、本人・家族ともに理解を得ている。

6 添付書類

要介護認定者

- ☐ フェイスシート
- ☐ アセスメントシート（課題整理総括表）
- ☐ 居宅介護サービス計画書 第1～3表
- ☐ サービス担当者会議記録

要支援認定者

- ☐ 利用者基本情報
- ☐ アセスメントシート（課題整理総括表）
- ☐ 介護予防サービス・支援計画書
- ☐ サービス担当者会議記録

保険者確認欄

☐	生活援助の必要性を確認しました
	必要と認める生活援助 ☐ 申請のとおり ☐ _____とする
☐	生活援助の必要性を確認できませんでした 理由：

第 号
年 月 日

様

米 原 市 長
(公 印 省 略)

例外給付（生活援助）確認結果通知書

年 月 日で確認申請のあった件について、以下のとおり確認しましたので通知します。

被保険者	氏 名		被保険者番号	
判断結果	可・否	有効期間	年 月 日 ～	年 月 日
特記事項				

- ① 継続して例外給付を受ける必要がある場合、確認の有効期間が満了する日の前日までに例外給付の確認を再度申請してください（一時的に使用し期限が不明な場合は、モニタリングにより継続の必要性を検討してください）。
期間を過ぎて申請されますと、遅延理由書等の提出など、お願いすることもあります。
- ② 確認期間内に認定の変更を受けた場合、再度例外給付の確認の申請をしてください。
- ③ 生活援助の内容を変更する場合にも、再度確認の申請が必要です。
- ④ 例外給付の確認の申請をせずに保険給付を受けた場合は、返還の対象となる場合があります。

問合せ先
米原市 部 課
担当：
TEL
FAX

規定回数以上の生活援助中心型訪問介護届出書

米 原 市 長 様

事業所名

担当者

連絡先

標題の件について、以下のとおり届け出ます。

1 対象者

被保険者番号	
氏名	
住所	
生年月日・年齢	
介護度	

2 生活援助中心型訪問介護の1月当たりの回数

--

3 位置づけた回数が必要な理由

- ☐ 居宅サービス計画記載のとおり
- ☐ 居宅サービス計画記載のほか、以下のとおり

第 号
年 月 日

様

米 原 市 長
(公 印 省 略)

規定回数以上の訪問介護の居宅サービス計画位置付け確認通知書

年 月 日付で申請のありましたこのことについて、次のとおり確認しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号	
住所			
☐ 届出内容について、妥当であることを確認しました。 ☐ その他			

問合せ先
米原市 部 課
担当：
TEL
FAX

福祉用具貸与

もくじ

1 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の取扱いについて . . .	18
2 確認申請手続きの実施方法	20
3 判断基準に関するフローチャート	23
4 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する Q & A	24
様式	27

1 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の取扱いについて

1-1 例外給付の取扱いについて

要支援1、要支援2および要介護1の方は、その状態像から見て、一部の福祉用具の使用が想定しにくいいため、原則として介護報酬は算定できませんが、様々な疾患等により、厚生労働省の示した状態像に該当する方については例外的に福祉用具の給付が認められています。

また、自動排泄装置については、要介護2および要介護3の方でも厚生労働省の示した状態像に該当する方についてのみ例外給付が認められています。

したがって、軽度者に対し福祉用具貸与の例外給付を行う際には、ケアマネジャーが利用者の状態像および福祉用具貸与の必要性を慎重に精査し、適切なケアマネジメントを行うことが必要です。

1-2 例外給付の対象種目

■要支援1、2および要介護1の方

- ・車いす（付属品を含む）
- ・特殊寝台（付属品を含む）
- ・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
- ・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）

■要介護2、3の方

- ・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）

1-3 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給付を受けようとするとき

※「初めて」には、要介護2以上の者が、更新・変更認定の結果、「要支援1、2または要介護1」になる場合も含まれます。

- (2) 例外給付に係る貸与品目の追加、変更をしようとするとき

- (3) 更新・変更認定申請の結果、軽度者の認定であり、継続して例外給付を受けようとするとき

- (4) 保険者が確認の必要があると判断したとき

※上記(3)(4)について保険者が「不可」の判断をした場合、提出日の翌月分から福祉用具貸与の例外給付の対象外（介護保険給付がなされないこと）とします。

※保険者の確認（「可」の判断がないまま、福祉用具の例外給付の利用・給付が行われていたこと）が判明した場合は、不適切な給付として返還を求めることがあります。

1-4 例外給付の対象となる要件

- ① 直近の認定調査結果により表1（p19）の状態像が確認できる場合

→確認申請書の提出は不要です。

※必要性については、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ケアマネジャーが判断してください。

- ② ①に該当せず、疾病等により表2（p20）の状態像に該当することが書面等で確認できる場合
→確認申請書の提出により、市が判断します。

表 1

対象種目	状態像	認定調査結果による確認
ア 車いす (付属品含む)	(1) 日常的に歩行が困難な者	基本調査 1－7 「3. できない」
	(2) 日常生活範囲における移動支援が特に必要と認められる者	ケアマネジャーによる判断 (※1)
イ 特殊寝台 (付属品含む)	(1) 日常的に起き上がりが困難な者	基本調査 1－4 「3. できない」
	(2) 日常的に寝返りが困難な者	基本調査 1－3 「3. できない」
ウ 床ずれ防止用具・ 体位変換器	(1) 日常的に寝返りが困難な者	基本調査 1－3 「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	①～④のいずれか ①基本調査 3－1 「1. 調査対象者が意見を 他者に伝達できる」以外 ②基本調査 3－2～3－7 のいずれか 「2. できない」 ③基本調査 3－8～4－15 のいずれか 「1. ない」以外 ④主治医意見書に認知症がある旨の 記載がある
	(2) 移動において全介助を 必要としない者	基本調査 2－2 「4. 全介助」以外
オ 移動用リフト (つり具部分を除く)	(1) 日常的に立ち上がりが困難な者	基本調査 1－8 「3. できない」
	(2) 移乗が一部介助または 全介助を必要とする者	基本調査 2－1 「3. 一部介助」または「4. 全介助」
	(3) 生活環境において段差解消が 必要と認められる者	ケアマネジャーによる判断 (※1)
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)	次のいずれにも該当する者	
	(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」

※1 該当する認定調査項目がないため、「主治医から得た情報」および「サービス担当者会議等を通じたケアマネジメント」により、ケアマネジャーが判断します。

「主治医から得た情報」は書面に限りませんが、連携不十分とならないよう注意し、照会・回答内容について経過記録等に記録してください。

表 2

疾病その他の原因により、次の i ～ iii いずれかに該当する		
区分	状態	例
i 頻繁な状態変化	状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によって、頻繁に「表 1」に該当する者	パーキンソン病の治療薬による急激な症状の軽快・憎悪（ON・OFF）現象
ii 急性憎悪	状態が急速に悪化し、短期間のうちに「表 1」に該当するに至ることが確実に見込まれる者	がん末期の急速な状態悪化
iii 重篤化回避	身体への重大な危険性または症状の重篤化の回避等医学的判断から「表 1」に該当すると判断できる者	・喘息発作等による呼吸不全の回避 ・心疾患による心不全の回避 ・嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避

※例のほかにも i ～ iii の状態に該当すると判断される場合もあります。

2 確認申請手続きの実施方法

2-1 利用者の状態の確認およびアセスメントの実施

ケアマネジャーは利用者の状態像の確認およびアセスメントの実施により、当該利用者の状態が表 2 に示した i ～ iii の状態に該当する可能性、および福祉用具貸与が適切か否かを判断します。

具体的な病態像や疾患の事例

※以下はあくまで例示です。個別の状況に応じて判断します。

区分	必要となる福祉用具	状態
i 頻繁な 状態変化	特殊寝台	パーキンソン病で内服加療中に急激な症状・症候の軽快・増悪を起こす現象（ON・OFF 現象）が頻繁に起き、日によって福祉用具が必要な状態となる。
	床ずれ防止用具 体位変換器	重度の関節リウマチで関節のこわばりが朝方に強くなり、時間帯によって福祉用具が必要な状態となる。
ii 急性憎悪	移動用リフト	末期がんで、認定調査時はなんとか自立していても、急激に状態が悪化し、短時間で福祉用具が必要な状態となる。
iii 重篤化回避	特殊寝台	重度の喘息発作で、特殊寝台の利用により、一定の角度に上体を起こすことで、呼吸不全の危険性を回避する必要がある、医師からも指示されている。
		重症の心疾患で、特殊寝台の利用により急激な動きをとらないようにし、心不全発作の危険性を回避する必要がある。特殊寝台の必要性を医師からも指示されている。
		重症の逆流性食道炎（嚥下障害）で、特殊寝台の利用により、一定の角度に上体を起こすことで、誤嚥性肺炎の危険性を回避する必要がある、医師の指示がある。
	床ずれ防止用具 体位変換器	脊髄損傷による下半身麻痺で、床ずれ発生のリスクが高く、床ずれ防止用具の利用により、床ずれの危険性を回避する必要がある、医師からも指示されている。
	移動用リフト	人口股関節の術後で、移動用リフトにより、立ち座りの際の脱臼の危険性を回避する必要がある。移動用リフトの必要性を医師からも指示されている。

2-2 医学的所見の確認

アセスメントにより福祉用具の貸与が適切と考えた場合、次の a、b いずれかの方法により医師の意見（医学的な所見）を照会し、表 2 の状態像 i ～ iii のいずれかに該当することを確認します。

医師に対して医学的な所見を確認する場合、単に情報提供を求めるのではなく、担当ケアマネジャーとしてのアセスメントの内容および必要と考えられる福祉用具の種目などを明らかにしてください。

a：要介護認定の主治医の意見書

利用者の同意を得て、主治医意見書の写しを保険者から入手し、状態像 i ～ iii のいずれかに該当することを確認します。

主治医が主治医意見書作成の際に合わせて記載する場合は「特記すべき事項」欄に、利用者が i ～ iii の状態像に該当する旨を記載します。

b：医師の診療情報提供書

医師に医学的な所見を照会するにあたり、自己負担金が生じることについて利用者に説明し、同意を得てください。

診療情報提供書に状態像 i ～ iii の内容が明確に記載されていることを確認します。電話や面接等で確認した場合は、経過記録等に記載をしてください。

2-3 サービス担当者会議の開催等、適切なケアマネジメントの実施

医学的な所見を踏まえ、サービス担当者会議の開催など、適切なケアマネジメントを実施します。その結果、特に福祉用具の貸与が必要であると判断した場合、サービス担当者会議の記録とケアプランにその内容と医療機関名、医師名および医学的な所見を記入します。

2-4 確認申請書類の提出

利用者	提出書類
要介護認定者	・ 例外給付（福祉用具）確認申請書（様式 5 号） ・ 医学的な所見の確認書類（①～③のいずれか） ①主治医意見書 ②診療情報提供書 ③聞き取った内容を記録した書類（経過記録等） ・ フェイスシート ・ 居宅サービス計画書 第 1 ～ 3 表 ・ サービス担当者会議記録
要支援認定者	・ 例外給付（福祉用具）確認申請書（様式 5 号） ・ 医学的な所見の確認書類（①～③のいずれか） ①主治医意見書 ②診療情報提供書 ③聞き取った内容を記録した書類（経過記録等） ・ 利用者基本情報 ・ 介護予防サービス・支援計画書 ・ サービス担当者会議記録

※更新の際も提出書類は同様です。

※例外給付申請に関連する内容にマーカーをしてください。

2-5 申請者

利用者	申請者	備考
要介護認定者	居宅介護支援事業所	
要支援認定者	地域包括支援センター	地域包括支援センターが居宅介護支援事業所に委託している場合は、地域包括支援センターに申請書類を提出してください。
(介護予防) 小規模多機能型 居宅介護の利用者	当該事業所	上記によらず当該事業所を申請者とします。

2-6 確認通知書の送付

保険者は、下記の基準により申請書の内容が添付書類で確認できるか、申請理由に妥当性があるかを判断し、例外給付の「可・否」を要介護はケアマネジャーに、要支援は地域包括支援センターを経由し通知します。通知書は、有効期間が終了するまで保管してください。

判断基準 次の①～③全てが書面で確認できることとします。

- ① 居宅サービス計画書（介護予防サービス計画書）に、「利用者又はその家族の同意」「医師の所見」「医師名」「当該福祉用具貸与が特に必要な理由」が記載されている。
- ② サービス担当者会議の記録等に「開催日」「出席者」「福祉用具貸与の例外給付についての検討内容」等が記載されている。
- ③ 医学的な所見の確認書類に、「被保険者氏名・医師氏名・疾病名」「どの状態像（i～iii）に該当するか」「どのような動作が困難なのか」「そのために必要となる福祉用具の種目」等が記載されている。

2-7 福祉用具の貸与の実施

- ① ケアプランを確定し、利用者に説明した上で同意を得て該当ケアプランを交付する。
- ② 福祉用具貸与事業所にケアプランを交付するとともに、利用者の同意を得て、保険者から通知された保険給付開始日、福祉用具の種類等、貸与に必要な情報を提供する。
- ③ 福祉用具貸与事業所は、利用者の状態像に適した福祉用具を保険給付として貸与する。

2-8 必要性の検証

福祉用具貸与の実施は、ケアマネジャーがモニタリング（少なくとも月1回）やケアプランの評価（必要に応じて）などの手段によって必ずその必要性を見直し、その結果を記録してください。

ケアマネジメントの結果、不要となれば貸与を中止し、種目変更や貸与の再開が必要となれば再度確認申請手続きを行ってください。

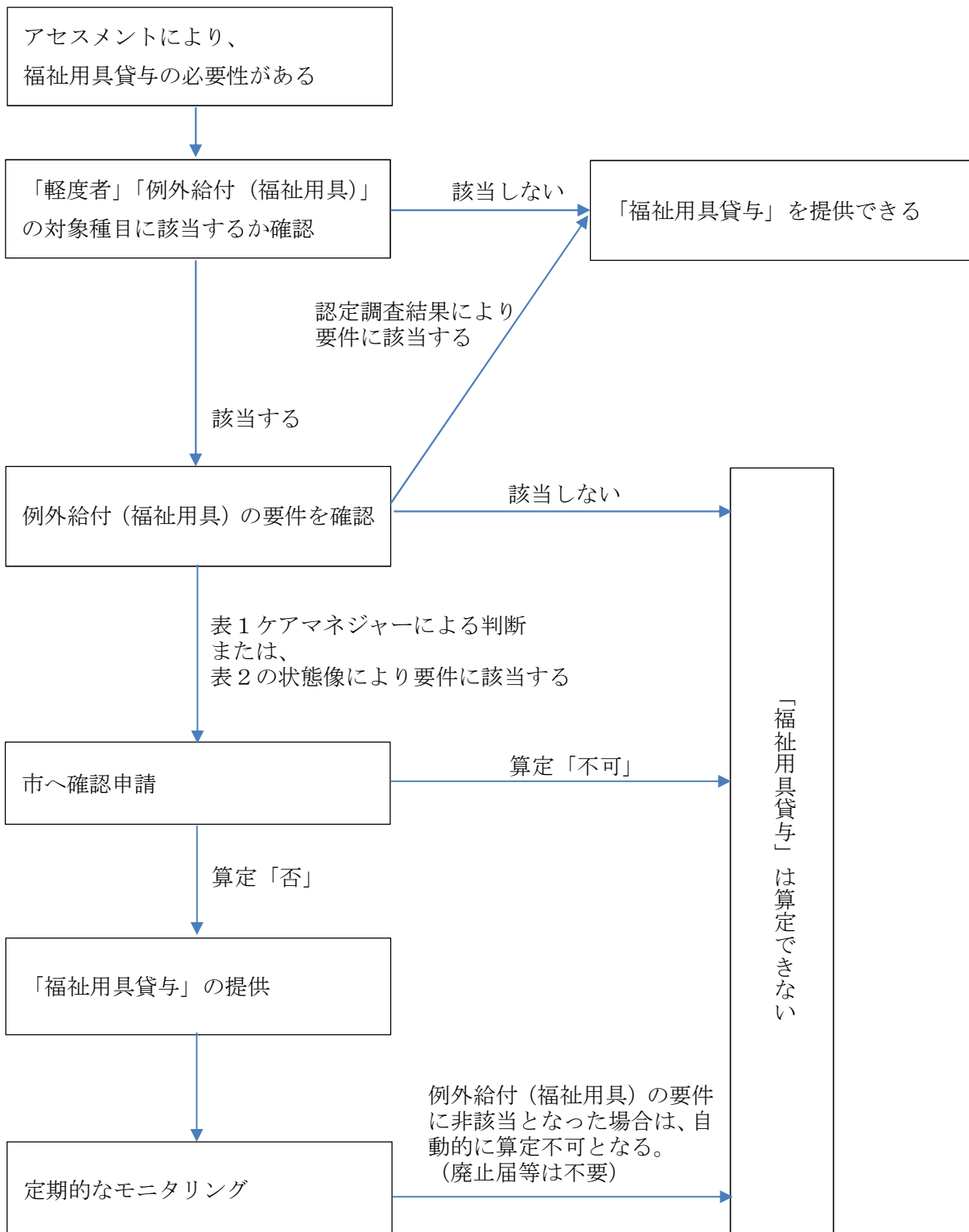
※事後に行われた保険者の実地調査および監査等によって、見直しが適切に行われていなかったことが判明した場合は保険給付の返還対象となります。

あくまで軽度者への貸与は原則保険給付対象外であることを踏まえ、適切なケアマネジメントのもと運用を行ってください。

2-9 その他留意点

ケアプラン作成後、必要に応じて随時サービス担当者会議を開催し、サービス計画の変更の必要性について、担当者に専門的な見地から意見を求めることが責務として規定されていますので、遵守してください。

3 判断基準に関するフローチャート



4 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関するQ & A

《遡及期間》

Q 1 保険給付の遡及はありますか？

A 1 下記①②の日付けを比較し、後の日付から保険給付を認めるものとします。

① 利用（貸与）開始日（確認申請書に記載）

② 確認申請書の受付日の前日から起算し、30日を遡った日

※ただし、合理的な理由があれば、ケアプランに位置づけられた利用開始日まで遡及できる。

例 1

利用開始	7 / 3	←給付開始日
受付日	7 / 25	
確認通知	8 / 7	

例 2

利用開始	6 / 20	
受付日	6 / 25	←給付開始日
確認通知	8 / 7	

《確認申請書》

Q 2 要支援の利用者のうち、介護予防支援事業を居宅介護支援事業所に委託している者について、申請主体は受託した居宅介護支援事業所となりますか。

A 2 はい。ただし、先に地域包括支援センターに提出してください。

Q 3 確認依頼申請書の利用開始日はどのように記載したらよいですか。

A 3 ・ すでに利用、または利用が決まっている
→「その用具を開始した（する）日」
・ まだ利用が決まっていない
→「未定」と記入

Q 4 確認申請書の「4 例外給付（福祉用具）を必要とする理由」はどのような内容を記載すればよいですか。

A 4 利用者の身体状況や医学的所見のほか、サービス担当者会議において福祉用具が必要であると判断したことについて、詳細に記載してください。

《提出時期》

Q 5 認定申請（新規申請）と同時に例外給付の確認申請は可能ですか。

A 5 医学的所見による状態像の判断と、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って、早急に福祉用具貸与が必要であると判断したうえでの暫定ケアプランによる申請であれば受け付け可能です。

なお、貸与にあたっては認定決定前であるため、利用者に対し自費負担の可能性を説明したうえで行ってください（新規申請でない場合における確認申請であっても、自費負担の可能性については説明しておくこと）。

＜貸与開始の時期＞

Q 6 例外給付の確認結果が分からないうちに貸与の開始は可能ですか。

A 6 可能です。

当該申請は例外的に保険給付の対象であるかを確認するものであり、本人の希望による自費でのレンタルを妨げるものではありません。

Q 7 保険者から一度確認通知書をもらえれば、無制限で福祉用具貸与は保険給付対象と認められますか。

A 7 保険給付の対象となるのは、確認通知書に記載した有効期間内です。継続して保険給付を受けようとする場合は、再度確認申請が必要です。

なお、有効期間内であっても、ケアマネジャーが変更した場合や、福祉用具の種目の追加・変更が必要となった場合にも申請が必要です。

Q 8 要介護区分が変更となった場合、再申請の必要がありますか。

A 8 要介護区分が軽度方向への変更の場合、改めて入手した医学的所見に基づき、再度確認申請を行ってください。

Q 9 福祉用具貸与を開始後、本人が死亡した場合、例外給付の確認申請は可能ですか。

A 9 亡くなる前に必要な書類（診療情報提供書等、サービス担当者会議）が整っていれば申請可能です。

Q10 確認通知は事務所あてに送付されますが、事業所が変更となった場合、再申請の必要がありますか。

A10 事業所間の連携（確認通知書の写しを変更後の事業所に渡す）があれば再申請は不要です。

Q11 市外から転入してきた被保険者が、転入前の市町村で例外給付の確認を受けていた場合、再度米原市に確認申請の手続きが必要ですか。

A11 保険者が確認する必要があるので、米原市に対して申請が必要です。

主治医の所見を確認できる書類は、該当する状態像について記載のある医師が作成した書類または、転入前の保険者から交付された確認通知を従前の支援事業所から引き継いでいる場合はその写しを提出してください。

《主治医の意見》

Q12 医学的な所見の確認書類で記載が必須の内容は何ですか。

A12 ①診断名 ②国の示した状態像に該当する旨 は必ず記載してください。

※記載がない場合は電話や面接により確認した内容を支援経過に記載したものを添付してください。

《サービス担当者会議》

Q13 サービス担当者会議に医師が出席していない場合、どのように対応したらよいですか。

A13 やむを得ず医師が欠席する場合は、事前に例外給付申請の必要性について意見を照会し、その意見をもとにサービス担当者会議で検討を行ってください（出席者の欄に、「医師名（欠席照会）」と記載すること）。

《ケアプラン》

Q14 ケアプランに医療機関名・医師名および医学的な所見を記載するよう示されていますが、記載はどの部分にすればよいですか。

A14 要介護者については、ケアプラン第1表の「総合的な援助方針」欄か、第4表の「検討内容」のいずれかに記入してください。

要支援者については、介護予防プラン（1）「健康状態について主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点」に記載してください。

Q15 ケアプランに医師名と医学的な所見を記載することが必須とされていますが、末期がんを告知されていない利用者の場合、当該所見が記載されたケアプランに本人同意を取る際、対応に苦慮します。どのように記載すればよいでしょうか。

A15 医師名および医学的な所見の記載があれば、診断名はケアプランに記載しなくても差し支えありません。

ケアプランには、状態像 i ～ iii のいずれかに該当する旨が要約して記載されていることをもって「可」とします。

Q16 ケアプランを提出する場合、本人同意のサインや押印は必要ですか。

A16 不要です。

年 月 日

米 原 市 長 様

申請者 { 事業所
担当者
連絡先

例外給付（福祉用具）確認申請書【新規・変更・更新】

例外給付（福祉用具）の確認について、以下のとおり申請します。

1 被保険者

氏名	(歳)	介護度	☐ 要支援 1・2
被保険者番号			☐ 要介護 1・2・3・4・5
		(有効期間	年 月 日～ 年 月 日)

2 必要な福祉用具

福祉用具	☐ 車いす（付属品を含む） ☐ 特殊寝台（付属品を含む） ☐ 床ずれ防止用具 ☐ 体位変換器 ☐ 認知症老人徘徊感知器 ☐ 移動用リフト（つり具部分を除く） ☐ 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）
使用開始日	年 月 日

3 医学的な所見

該当する状態像	☐ i 頻繁な状態の変化 ☐ ii 急性憎悪 ☐ iii 重篤化回避		
上記の確認方法	☐ 主治医意見書 ☐ 診療情報提供書 ☐ 医師からの所見の聴取		
医療機関名		担当医師名	
確認日	年 月 日		
医学的な所見の概要	疾患名		

4 例外給付（福祉用具）を必要とする理由

--

5 確認リスト

チェック	項目
☐	サービス担当者会議において、福祉用具貸与の必要性が検討されている。
☐	主治医からも、福祉用具貸与の必要性を確認できている。
☐	なぜ福祉用具貸与が必要か、どのような機能が必要なのかについて整理され、申請書に記載されている。
☐	本人の自立を阻害するおそれや、能力低下のおそれがない。

6 添付書類

要介護認定者

- ☐ フェイスシート
- ☐ 居宅介護サービス計画書 第1～3表
- ☐ サービス担当者会議記録
- ☐ 医学的な所見の確認書類
(①～③のいずれか)
 - ①主治医意見書
 - ②診療情報提供書
 - ③聞き取った内容を記録した書類
(経過記録等)

要支援認定者

- ☐ 利用者基本情報
- ☐ 介護予防サービス・支援計画書
- ☐ サービス担当者会議記録
- ☐ 医学的な所見の確認書類
(①～③のいずれか)
 - ①主治医意見書
 - ②診療情報提供書
 - ③聞き取った内容を記録した書類
(経過記録等)

保険者確認欄

☐	福祉用具の必要性を確認しました
	必要と認める福祉用具 ☐ 申請のとおり ☐ _____とする
☐	福祉用具の必要性を確認できませんでした 理由：

第 号
年 月 日

様

米 原 市 長
(公 印 省 略)

例外給付（福祉用具）確認結果通知書

年 月 日で確認申請のあった件について、以下のとおり確認しましたので通知します。

被保険者	氏 名			被保険者番号		
福祉用具		車いす（付属品を含む）		特殊寝台（付属品を含む）		床ずれ防止用具
		体位変換器		認知症老人徘徊感知器		
		移動用リフト（つり具部分を除く）				
		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）				
判断結果	可・否	有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
特記事項						

- ① 継続して例外給付を受ける必要がある場合、確認の有効期間が満了する日の前日までに例外給付の確認を再度申請してください（一時的に使用し期限が不明な場合は、モニタリングにより継続の必要性を検討してください）。
- ② 確認期間内に認定の変更を受けた結果、要介護 1 または要支援 1、2 になった場合、再度確認の申請をしてください（自動排泄処理装置は要介護 3 以下）。
- ③ 福祉用具の種目を変更する場合にも、再度確認の申請が必要です。
- ④ 例外給付の確認の申請をせずに保険給付を受けた場合は、返還の対象となる場合があります。

問合せ先

米原市 部 課

担当：

TEL

FAX

短期入所

もくじ

1	短期入所サービスの長期利用の取扱いについて	32
2	短期入所サービス長期利用申請の流れ	35
3	連続利用の考え方について	36
	様式	38

1 短期入所サービス長期利用の取扱いについて

1-1 例外給付の取扱いについて

短期入所サービスは、要介護者の在宅介護を維持する観点から、連続した利用は30日までと制限されています。また、ケアマネジャーは、居宅サービス計画において短期入所サービスを位置づける場合、利用日数が要介護認定等の有効期間全体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。

しかし、機械的な適応を求めるものではなく、利用者の心身の状況および本人、家族等の意向に照らし、サービスの利用が特に必要と認められる場合は、これを上回る日数の短期入所サービスを位置づけることが可能であるとされています。

そこで、短期入所サービスの弾力的運用を図るため、特に必要と認められる場合において利用ができるよう、必要な事務手続きを実施してください。

1-2 サービスの利用範囲

(1) 短期入所利用の基本原則

- ① 短期入所サービスは、あらかじめ期間を決めて利用するものです。
- ② 保険対象の利用日数は、認定有効期間のおおむね半数を超えないことを目安とします。
※やむを得ない理由により認定有効期間の半数を超えて利用する場合は申請が必要です。
- ③ 連続30日を超える利用については、介護保険適用外となります。
※31日目は、利用者の全額自己負担となります（特例はありません）。
※月をまたいで利用する場合は、前月からの利用日数を含めて日数を計算してください。
※保険者が変更した場合は、前保険者での利用日数を含めて日数を計算してください。

(2) 長期利用の取扱いについて

「3 連続利用の考え方について」（p36）をご参考ください。

(3) 対象者

- ① 利用者が認知症であること（認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa以上）等により、同居している家族等の介護が困難な場合
- ②同居している家族等が高齢、疾病、障がいのため十分な介護が困難な場合
- ③その他やむを得ない理由により、居宅において十分な介護ができないと認める場合

1-3 申請について

(1) 連続 30 日利用の場合

申請時期 : 31 日以上連続利用の必要性が明らかになった時点

検討方法 : 担当課にて書類の内容を確認する

提出書類 : 以下表のとおり

利用者	提出書類
要介護認定者	・ 例外給付（短期入所）確認申請書（様式 7 号） ・ フェイスシート ・ 居宅サービス計画書 第 1 ～ 3 表 ・ サービス担当者会議記録 ・ サービス利用票別表（対象月分）
要支援認定者	・ 例外給付（短期入所）確認申請書（様式 7 号） ・ 利用者基本情報 ・ 介護予防サービス・支援計画書 ・ サービス担当者会議記録 ・ サービス利用票別表（対象月分）

(2) 認定有効期間の半数を超えて利用する場合

申請時期 : 半数を超えることが明らかになった時点

※申請を受理してから検討会を実施します。

おおむね半数を超えると見込まれる 1 か月前までに提出してください。

検討方法 : 検討会議において協議する

提出書類 : 以下表のとおり

利用者	提出書類
要介護認定者	・ 例外給付（短期入所）確認申請書（様式 7 号） ・ フェイスシート ・ 居宅サービス計画書 第 1、2 表 ・ サービス担当者会議記録 ・ サービス利用票別表（対象月分） ・ 居宅介護支援経過
要支援認定者	・ 例外給付（短期入所）確認申請書（様式 7 号） ・ 利用者基本情報 ・ 介護予防サービス・支援計画書 ・ サービス担当者会議記録 ・ サービス利用票別表（対象月分） ・ 居宅介護支援経過

検討会議について :

担当ケアマネジャーから利用者本人の心身の状況や生活状況、介護環境、介護計画等の説明を受け、構成員で協議・検討をする中で、適切な介護計画として位置づけられているか、その必要性を見極めます。

検討会議構成員…担当ケアマネジャー、保険者（くらし支援課職員）、

地域包括支援センター職員（主任ケアマネジャー、地区担当保健師 等）

注意事項等……………認定有効期間の半数を超える利用が確実となったときに、申請書を提出して検討会議の相談申込をしてください。

なお、半数超え利用は当該認定期間中においてのみ適用します。更新・変更申請後の認定期間の半数超え利用は認められません。

1－4 結果について

保険者から、「例外給付（短期入所）確認結果通知書」を担当ケアマネジャーに交付します。

1－5 その他

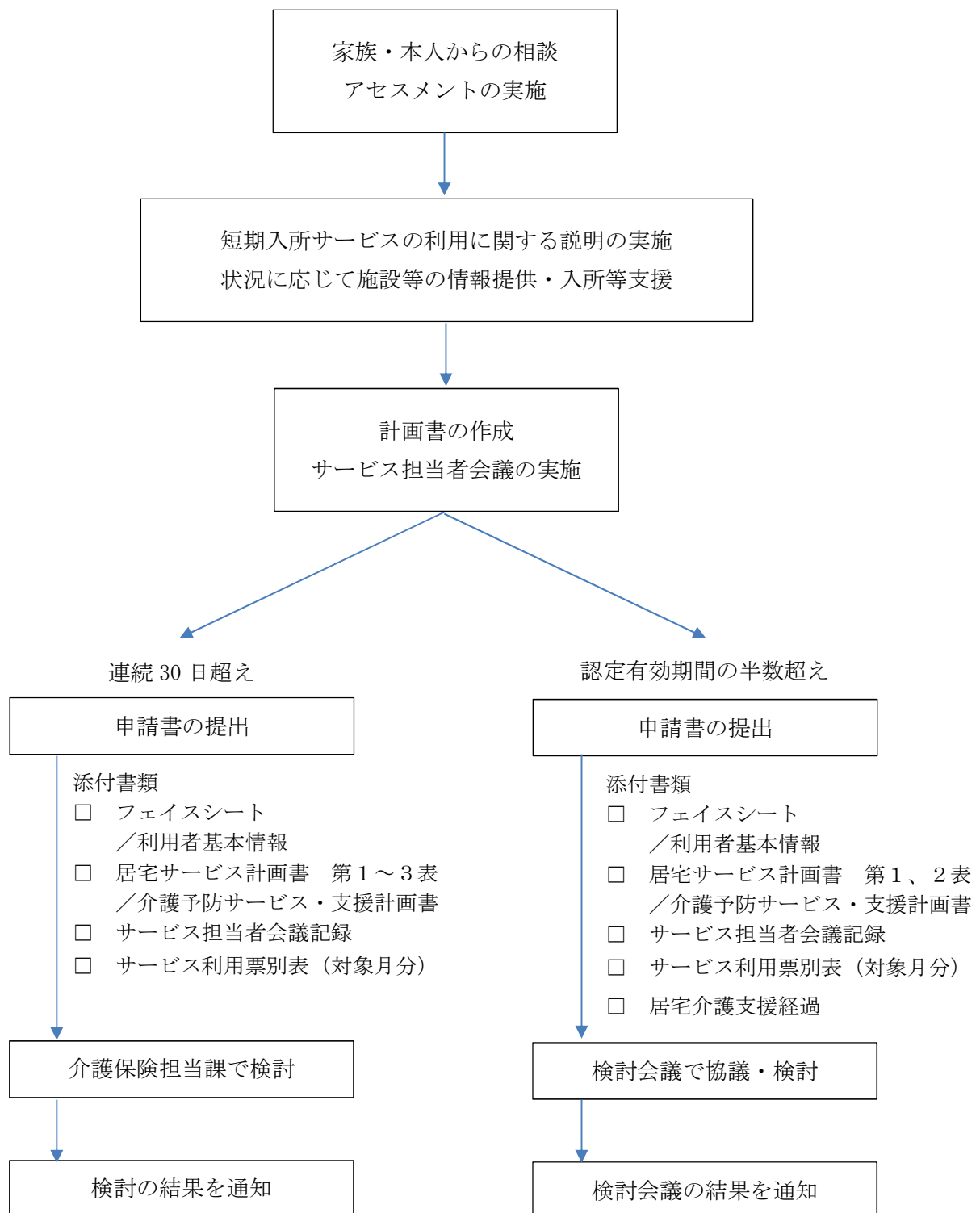
- ① 特別養護老人ホーム等の施設入所待ちで、短期入所サービスが長期化しているケースが見受けられます。短期入所はあくまでも在宅介護を支えるためのものであり、「特養入所待ち」としての利用は不適切です。

なお、連続して3か月以上短期入所サービスを利用する場合、長期化している理由や改善策、今後の支援の方向性などについて報告を求めます（様式第9号）。また、必要に応じて支援の方向性について助言・指導などを行います。

※認定期間の半数を超えなくても、短期入所サービスが長期利用となる介護計画を作成しなければならぬ場合は、地域包括支援センターにご相談ください。

- ② 次のような場合には、その都度例外給付の申請が必要となります。
 - ・ 認定更新・区分変更後、利用日数が認定有効期間の半数を超えることが明らかになったとき
 - ・ 居宅介護支援事業所が変わったとき（同一事業所内でのケアマネジャーの交替は申請不要）

2 短期入所サービス長期利用申請の流れ



3 連続利用の考え方について

【参考1】連続30日について



連続利用は30日まで

1月に17日間利用すると、2月13日で連続30日となるため、ここで一旦短期入所を区切る必要があります（原則として居宅に戻る）。

※ただし、これ以降もどうしても連続して利用したい場合は、31日目のみ全額利用者負担すれば、翌32日目から改めて連続30日の利用が可能となり報酬算定もできます。

【参考2】区分支給限度額を超えて利用した場合

例：要介護度4（30,938単位）の対象者から、区分支給限度額を超え全額利用者負担をしてもいいので、短期入所生活介護を連続して利用したいという希望があった場合



たとえ1月の30、31日を全額自己負担で利用しても、連続30日の判断基準には含まれるため、ここで一旦短期入所を区切る必要があります（原則として居宅に戻る）。

※ただし、どうしても連続して利用したい場合は、31日目も全額利用者負担すれば、翌32日目からは改めて連続30日の利用が可能となり報酬算定もできます。

【参考3】認定有効期間の半数超えについて

全額利用者負担の利用日数と、認定有効期間の半数の基準について

- ・ 本市では、一月を 30 日として計算します。
- ・ 連続 30 日を超えて全額利用者負担で利用した短期入所の日数は、認定有効期間の半数の基準には含まれません。
- ・ 区分支給限度額を超えて全額利用者負担で利用した実績がある場合は、支給限度相当分について認定有効期間の半数の基準に含めます。計算式は下記のとおりです。

$$\frac{A : (\text{短期入所サービスの区分支給限度額基準の単位数})}{B : (\text{短期入所の総単位数})} \times C : (\text{短期入所の総利用日数})$$

例：要介護度 3（27,048 単位）の対象者

通所介護……………12 回利用（1,080×12 回＝12,960 単位）

短期入所生活介護…支給限度額を超え 15 日利用（968×15 日＝14,520 単位）

A：（短期入所サービスの区分支給限度額基準の単位数）

区分支給限度額から通所介護の単位を除いた分をめいっぱい短期入所の単位にあてる

→ 27,048 単位－12,960 単位＝**14,088 単位**

B：（短期入所の総単位数）→ **14,520 単位**

C：（短期入所の総利用日数）→ **15 日**

$$\frac{A : 14,088 \text{ 単位}}{B : 14,520 \text{ 単位}} \times C : 15 \text{ 日} = 14.55 \rightarrow \underline{\underline{14 \text{ 日}}}$$

14 日間を認定有効期間の
半数の基準に含める

年 月 日

米 原 市 長 様

申請者 { 事業所
担当者
連絡先

例外給付（短期入所）確認申請書

例外給付（短期入所）の確認について、以下のとおり申請します。

1 被保険者

氏名	(歳)	介護度	☐ 要支援 1・2
被保険者番号			☐ 要介護 1・2・3・4・5
		(有効期間	年 月 日～ 年 月 日)

2 申請区分

☐連続30日超え利用（ ____ 月分） ☐認定有効期間の半数超え利用（検討会議を開催します）

3 連続30日／認定有効期間の半数 を超える理由

必要性	☐ 利用者が認知症等により、介護が困難である ☐ 介護者が高齢、疾病、障がい等により十分な介護が困難である ☐ その他やむを得ない理由による (独居であり在宅サービスを利用しても在宅での生活が困難、在宅での生活により虐待を受けるおそれがある 等)
上記により 連続利用の 必要性を 判断した理由	
本人の状況	
家族の状況	

4 施設等の申込状況

--

5 今後の支援の方向性

--

6 短期入所サービス利用状況

施設名	利用年月	利用日数	累計

※短期入所を開始した当初から現在まで順に記載してください。

7 確認リスト

チェック	項目
☐	長期利用の理由が、「3 連続 30 日／認定有効期間の半数 を超える理由」「必要性」のいずれかに該当する。 ※その他やむを得ない理由とする場合、その理由について詳細に記載している。
☐	施設入所希望である場合、複数の施設に入所申込をしている。
☐	入所日が決まっている、介護者の退院日が決まっている等、利用期間の目途が立っている。 ※原則、無制限での利用は認められません。 やむを得ず無制限で利用する場合は、相応の理由等を整理し、申請書に記載してください。

8 添付書類

■連続 30 日超え

要介護認定者

- ☐ フェイスシート
- ☐ 居宅サービス計画書 第 1 ～ 3 表
- ☐ サービス担当者会議記録
- ☐ サービス利用票別表（対象月分）

要支援認定者

- ☐ 利用者基本情報
- ☐ 介護予防サービス・支援計画書
- ☐ サービス担当者会議記録
- ☐ サービス利用票別表（対象月分）

■認定有効期間の半数超え

上記に加え、居宅介護支援経過が必要。

保険者確認欄

☐	短期入所の必要性を確認しました
	必要と認める期間 ☐ 申請のとおり ☐ _____とする
☐	短期入所の必要性を確認できませんでした 理由：

第 号
年 月 日

様

米 原 市 長
(公 印 省 略)

例外給付（短期入所）確認結果通知書

年 月 日で確認申請のあった件について、以下のとおり確認しましたので通知します。

被保険者	氏 名		被保険者番号	
申請内容	連続 30 日超え利用・認定有効期間の半数超え			
判断結果	可・否	有効期間	年 月 日 ～	年 月 日
特記事項				

問合せ先
米原市 部 課
担当：

TEL

FAX

年 月 日

米 原 市 長 様

申請者

事業所
担当者
連絡先

短期入所サービスの長期利用にかかる報告書

1 被保険者

氏名	(歳)	介護度	☐ 要支援 1・2
被保険者番号			☐ 要介護 1・2・3・4・5
		(有効期間	年 月 日～ 年 月 日)

2 短期入所サービスの利用が長期化している理由

--

3 改善策・今後の支援の方向性

改善策	
今後の支援の方向性	

4 地域包括支援センターへの相談

☐ している	年 月 日 (担当者:) 相談結果:
☐ していない	相談予定あり (月 日予定)・相談予定なし

保険者確認欄

決 裁	課 長	課長補佐	リーダー	担 当	合 議	
					介護保険 G	包括 G

ケアマネジャーへの助言・支援等