資料４

【４】介護保険給付事業について（居宅介護支援事業所向け）

１．訪問介護（生活援助中心型）の回数が多いケアプランについて

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成１１年厚生省令第３８号）に基づき、厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（生活援助中心型）をケアプランに位置付ける場合には、介護支援専門員は、その利用の妥当性を検討し、ケアプランに必要な理由を記載するとともに、当該ケアプランを南丹市に届け出る必要があります。

なお、本制度は利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から利用者にとってより良いサービスとすることを目的としており、サービス利用を制限するものではありません。

○厚生労働大臣が定める回数（１月あたり）

要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
２７回	３４回	４３回	３８回	３１回

※上記回数には、身体介護に引き続き生活援助が中心である訪問介護を行う場合の回数は含みません。

○届出の時期及び期限

利用者の同意を得て交付（作成又は変更）をしたケアプランに、上記の回数以上の訪問介護を位置付けたものについて、翌月の末日までに届け出てください。

※サービス内容の見直し時期（介護認定の更新又は変更、長期目標の見直し、生活援助の回数変更など）に提出が必要です。ただし軽微な変更（利用日変更など）は除きます。

【例１】１０月に作成したもの→１１月末日までに届出が必要

【例２】１月末に２月以降のケアプランを作成したところ、２月分は厚生労働大臣が定める回数を下回っていたが、３月分は厚生労働大臣が定める回数を上回った場合、介護支援専門員は、２月末に作成した第６表及び第７表を既に作成済みのケアプランと併せて、３月末までに提出が必要となります。

○提出書類

（１）訪問介護（生活援助中心型）の回数が多いケアプランの届出書

（２）アセスメント表（基本情報を含む）の写し

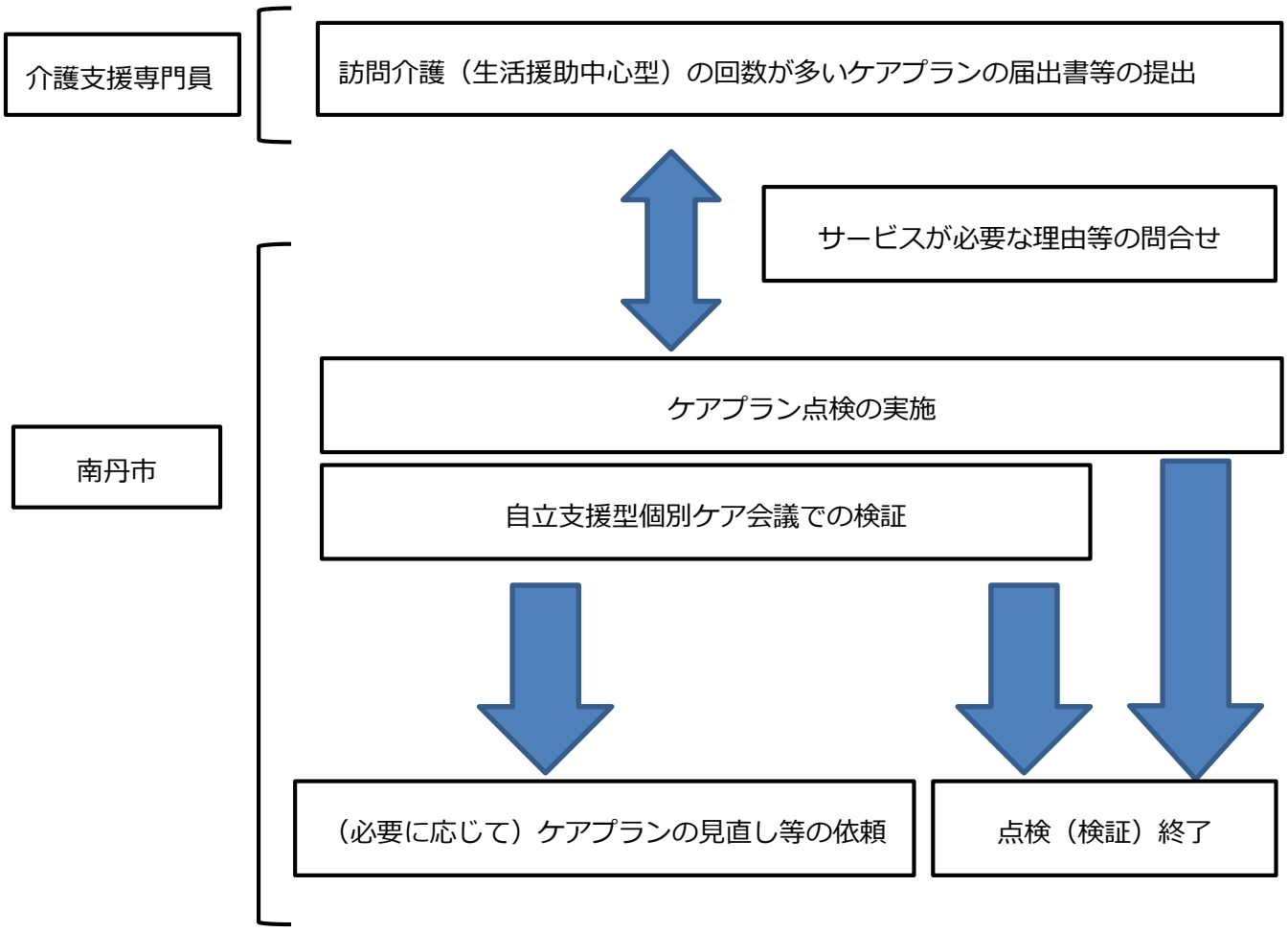
（３）居宅サービス計画書「第１表」～「第７表」の写し

※居宅サービス計画書「第１表」は利用者へ交付し署名があるもの

※居宅サービス計画書「第５表」は生活援助中心型の訪問介護を位置付けた理由を記載したページのみで可

（４）訪問介護計画書の写し　※訪問介護事業所から提供を受けたもの

南丹市における訪問回数の多いケアプランの届出に対するフロー図



さらに、令和３年度からは・・・

ケアプランに位置づけられた居宅介護サービス費、特例居宅介護サービス費、地域密着型介護サービス費及び特例地域密着型介護サービス費の総額が区分支給限度基準額に占める割合と、訪問介護に係る居宅サービス費がサービス費の総額に占める割合が、以下の厚生労働大臣が定める基準に該当する場合であって、南丹市から求めがあった場合には、ケアプランの利用の妥当性を検討し、ケアプランに訪問介護が必要な理由を記載するとともに、当該ケアプランを市に届け出る必要があります。

抽出基準

居宅介護支援事業所ごとに見て、

①区分支給限度基準額の利用割合が **７割以上**

かつ

②その利用サービスの **６割以上**が「訪問介護サービス」

訪問介護（生活援助中心型）の回数が多いケアプランの届出書

南 丹 市 長　様

年　　月　　日

事業所名	
所在地	
電話番号	
介護支援専門員氏名	㊞

フリガナ 被保険者名		被保険者番号											
生年月日	年　　月　　日												
住　所	〒 電話番号												
居宅サービス計画作成日	年　　月　　日	認定期間	年　　月　　日～ 年　　月　　日										
計画作成の区分	□ 新規　□ 更新　□ 区分変更　□ 計画変更　□ その他（　　）												
訪問介護（生活援助中心型）の回数 ※該当する区分の欄に回数を記入	要介護状態区分	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５							
	基準回数	２７回	３４回	４３回	３８回	３１回							
	計画上の回数	回	回	回	回	回							
基準回数以上となった理由 ※居宅サービス計画に詳細な理由が書かれている場合は概要のみ記入													
提出書類 ※□にチェック	□アセスメント表（基本情報を含む） □居宅サービス計画書（１）「第１表」（利用者へ交付し、署名があるもの） □居宅サービス計画書（２）「第２表」 □週間サービス計画表（３）「第３表」 □サービス担当者会議の要点「第４表」 □居宅介護支援経過「第５表」（生活援助が必要な理由の記載がある箇所のみで可） □サービス利用票「第６表」 □サービス利用票別表「第７表」 □訪問介護計画書の写し（訪問介護事業所から提供を受けたもの）												

居宅サービス計画を作成又は変更した月の翌月末までに提出してください。

２．住宅改修について

介護保険の住宅改修は、要介護者等の自立した日常生活を支援するため、手すりの取付けや段差の解消といった小規模な改修に対して、２０万円を上限に費用の保険相当額分を支給するものです。

○対象工事

①手すりの取付け　②段差の解消　　③滑りの防止、床または通路面の材料変更
④扉の取替え　　⑤和式便器から洋式便器の取替え
⑥その他①～⑤の改修に附帯して必要な工事

○支給限度額

同一住宅につき２０万円
（※利用者負担１割又は一定所得者については２割または３割）

○事前申請

・住宅改修については、必ず事前申請が必要になります。
・理由書については、入院等の有無や、限度額超過時の説明・同意確認欄のほか、令和３年度からリハビリ職の意見欄を追加しています。ホームページに掲載していますので、ご活用ください。

○理由書の書き方について

・リハビリテーション専門職の助言の有無の記載がある様式で提出してください。
様式については、以下より入手してください。
「介護保険住宅改修について」
https://www.city.nantan.kyoto.jp/www/life/109/009/000/index_8259.html
・住宅改修によって生活の動線や日常生活をどう変えたいと思っているのか（特に何を希望しているか）また、その効果を記載する。
※階段に手すりや廊下に横手すりを設置する場合などは、なぜ必要なのか、普段の状況や困っていること、改修がどのように必要で、どんな効果があるのか等を詳しく記載してください。
・利用者や家族のみの希望だけを取り入れた住宅改修では、自立支援としての効果が十分に得られないことがあります。あくまでも利用者の自立支援を目標とし、利用者・家族・住宅改修業者・理学療養士等と相談し、自立阻害となるような過剰な改修とならないように注意してください。
・改修前と改修後の状況がわかる写真は、同じ位置から撮影していただき、改修前後を対比できるようにしてください。また、改修前・改修後の状況がわかる写真は必ず日付が入っていることを確認してください。

（カメラの日付機能を利用するか、日付などを記載したボードを一緒に撮影すること。）

・１階から２階への階段に手すりを付ける場合、まずは利用者の体調を考慮し、１階での生活に変更する方法を検討してください。
それができない場合は、２階への移動を安全・安心に行えるよう充分検討したうえで、２階での生活を変更できない理由等を理由書に記載ください。
添付資料として、２階への動線を確認するため、事前申請書に１階と２階の平面図を付けてください。

・玄関/勝手口の両方に手すりを取り付ける場合、２箇所に必要な理由をそれぞれ明記してください。

・住宅改修に関するリハビリテーション専門職との連携を推進するため、理由書の様式でリハビリテーション専門職との関与を確認します。

〇住宅改修・福祉用具購入の支給申請について

・毎月末を締切日に設定し、翌月末に支給を行います。

（例：１０月７日に申請があった場合、１１月末に支給いたします。）

※支給申請時に介護認定申請中の場合、認定が決定されてから支給業務を行う場合がありますので、ご了承ください。

〇改修完了

・提出日・着工日・完成日・改修費用の記載をして、提出をお願いいたします。

住宅改修が必要な理由書（P1）

記載例

〈基本情報〉

利用者	被保険者番号	0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 1	年齢	○○歳	生年月日	明治 大正 (昭和)	18年1月1日
	被保険者氏名	南丹　太郎	要介護認定（該当に○）	要支援	要介護		
				1 ・ 2	1 ・ (2) ・ 3 ・ 4 ・ 5		
	住所	南丹市園部町小桜町47番地					

作成者	現地確認日	令和○○年○月○○日	作成日	令和○○年○月○○日
	所属事業所			
	資格（作成者が介			
	氏名			
	連絡先			

住宅改修を利用する際に、事業所や病院のリハビリテーション専門職（理学療法士・作業療法士）が、利用者宅に訪問するなどして、身体状況や住宅環境などの状況を踏まえて、住宅改修を行った場合には「はい」に○を付け、その関わった事業所や病院名を記入してください。
関わりがなかった場合には「いいえ」に○を付けてください。

保険者	確認日	令和　年　月　日	評価欄
	氏名		（特記事項）

□ 適切な改修である　□ 適切な改修ではない

今回の住宅改修に関し、リハビリ専門職による、助言や指導を受けていますか。	
(はい) ・ いいえ	「はい」の場合：リハビリ専門職の所属する事業所名（病院名） ○○○事業所

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なのかを記載する。
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）を記載する。
在宅、入院、入所の別や退院、退所予定等を記載する。

〈総合的状況〉

利用者の身体状況	○○年○○月に自宅の内廊下で転倒し、左大腿骨頸部を骨折した。入院し、人工骨頭置換術後、○○月○○日に退院。 室内はゆっくりではあるが、杖を使用して歩行可能。しかし段差が多く、転倒の危険性が高いため見守り・介助が必要である。 長距離の歩行はできないので、屋外は車いすを使用する。 （※入院・入所中の有無：　有　・　無　　退院・退所予定日：　　）　（退院・退所日　　）
介護状況	妻と長男家族3人との5人暮し。主たる介護者は妻。排泄や入浴の際は、移動面などに見守り・介助が必要な状態。 夜間の排泄にはポータブルトイレを、入浴時には、浴槽台とシャワーチェアをそれぞれ使用している。 家族は昼間、仕事に出ており、日中は本人しかいない場合もある。
住宅改修により、利用者等は日常生活をどう変えたいか	家族の見守り・介助により何とか生活できているが、排泄など生活動作はできるだけ自分でしていきたい。（自宅のトイレで排泄したい。） 外出に関しては、妻や長男家族の援助を受けることとするが、今後は通所リハビリテーションやデイサービスを利用していきたい。 住宅改修の実施によって、排泄の自立を第一目標とする。さらに外出時の負担軽減を図り、外出機会の増加を検討していくことを介護者は希望している。 ※限度額超過の場合、利用者に説明・同意：　済　・　未

家族の状況、主な介護者を含む介護状況を記載する。

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と思っているのか（特に何を希望しているか）また、その効果を記載する。

福祉用具の利用状況と住宅改修後の想定	改修前	改修後
●車いす	■	■
●特殊寝台	□	□
●床ずれ防止用具	□	□
●体位変換器	□	□
●手すり	■	□
●スロープ	□	□
●歩行器	□	□
●歩行補助つえ	□	□
●入浴補助用具	■	■
●簡易浴槽	□	□
●その他		
・	□	□
・	□	□
・	□	□

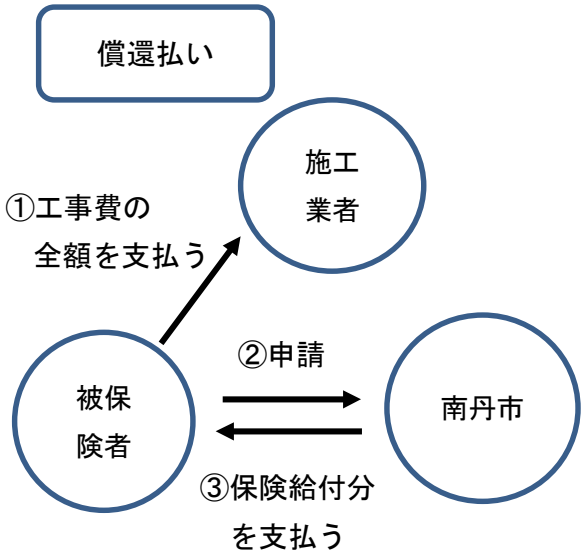
福祉用具について、住宅改修前と改修後に利用状況がどうのようになるかを想定して記載する。

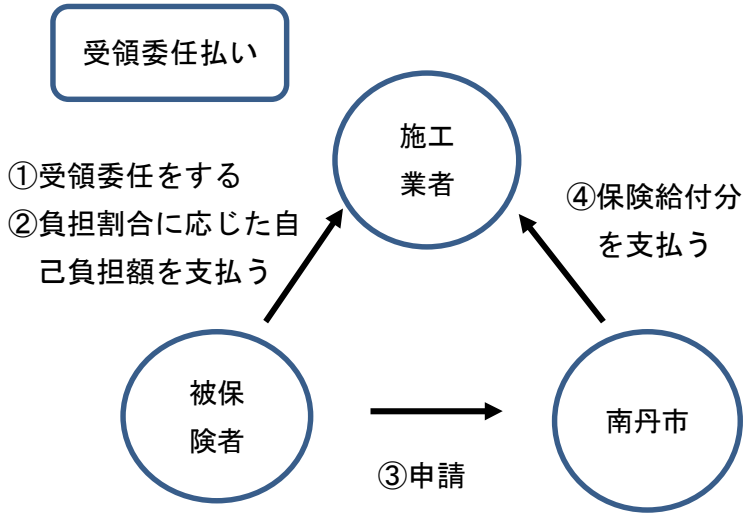
例）手すり欄：
住宅改修で手すりを設置することにより、福祉用具貸与の手すりは利用しなくなると想定した場合。

＜受領委任払について＞

受領委任払制度は、被保険者の委任に基づき、被保険者が自己負担分（１～３割と支給限度基準額（２０万円）を超える場合はその分）を工事施工業者に支払い、保険者から工事施工業者に保険給付分を支払うものです。この制度は、被保険者の一時的な負担を軽減し、住宅改修を利用しやすくすることを目的としています。

①償還払いと受領委任払いの違い





②受領委任払制度の対象者

以下の要件をすべてみたしている方

・南丹市の被保険者であり、要介護・要支援認定を受けていること。

・給付制限等に該当していないこと。

・受領委任払制度を活用することに工事施工業者の同意が得られていること。

・**生活保護の給付を受けていないこと。**

③受領委任払制度の申請

・申請書について、償還払制度の様式と異なりますので、間違えずに記載してください。

・住宅改修費支給申請書（受領委任払用）の受取人欄は、工事施工業者に記入をしてもらってください。

・**決定通知書については申請者に直接送付致しますので、着工前に必ず内容を確認してくださいますようお願いします。**

④工事内容の変更時

・事前申請時と工事の内容が変更になった場合は、工事内容変更届を提出する必要がありますので、工事内容が変更になる場合は、まず高齢福祉課へ相談をしてください。

⑤自己負担額

・住宅改修に要する費用のうち、負担割合証に記載された利用者負担の割合を乗じて得た額（１円未満の端数が生じたときは、これを切り上げた額）が自己負担となります。

・ただし、介護保険住宅改修費支給限度基準額を超えて住宅改修に要した費用については、被保険者の全額自己負担となります。

⑥住宅改修の負担割合の基準日

・住宅改修費の支給については、負担割合に基づいて行いますが、その基準日については、領収書発行日時点の負担割合となります。

・南丹市介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修承認（不承認）決定通知書に自己負担（予定）額の欄がありますが、負担割合証の更新により、事前申請時と負担割合が変更になった場合については、自己負担額・支給額が異なりますのでご注意ください。

⑦改修完了

・提出日・着工日・完成日・改修費用の記載をして、提出をお願いいたします。
※領収書に利用者負担額と総額の記載がされていることをご確認ください。

３．軽度者の福祉用具貸与について

・要支援１、２及び要介護１の方は、その状態から見て、一部の福祉用具の使用が想定しにくいため、原則として介護報酬は算定できません。（要介護２及び３の方も含まれる用具もあります。）
・しかしながら、様々な疾患等によって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の例外給付を行う際には、ケアマネジャーもしくは地域包括支援センターの職員が利用者の状態像及び福祉用具貸与の必要性を十分に確認、検討することが必要になります。

○例）特殊寝台及び同附属品の貸与の場合

・表１を見ると、「日常的に起きあがりが困難な者」もしくは「日常的に寝返りが困難な者」が例外給付の対象になる状態像であることがわかります。つまり、基本調査１-４もしくは１-３が「できない」になっていれば保険給付の対象になり得ます。

（軽度者に対する福祉用具貸与の取り扱い見直しの概要）　**別紙1**

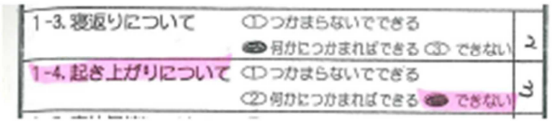
１．例外給付の対象（平成１８年４月からの規定であり、平成２７年４月以降も継続）

要支援１・要支援２及び要介護１の者は、その状態像から見て以下の福祉用具の使用が想定しにくいため、原則として介護報酬は算定できないが表１に該当する者について例外的に給付を認める。

表1（第94号告示第31号のイ 別表） 平成27年4月～

貸与種目	状態像	認定調査の結果
イ．特殊寝台及び同付属品	次のいずれかに該当する者	
	（１）日常的に起きあがりが困難な者	１－４「3.できない」
	（２）日常的に寝返りが困難な者	１－３「3.できない」

表１で特殊寝台の状態像を確認↑してから、
利用者の認定調査（マークシート）↓で確認する。



起き上がりについて、「できない」になっているため、この場合は理由書の提出は不要になります。

○注意事項

・福祉用具が必要な理由書に計画有効期間を記載する欄がありますが、その欄には福祉用具を貸与する期間を記入してください。（最大１年）介護保険の認定有効期間ではありません。
・理由書の提出を忘れた場合、提出以前に遡っての給付は不可とし、利用者の自費負担となりますので、ご注意ください。
・ケアマネジャーの交代等の理由により、理由書の提出忘れが散見されます。上記のとおり提出以前に遡っての給付は不可ですので、今一度確認をお願いいたします。

作成日	令和元年5月1日	計画有効期間（1年）令和元年 5月分から令和2年 4月分まで	
被保険者 氏名	南丹 太郎	護	要支援 1 ② 要介護1
被保険者 住所	南丹市小桜町４７番地		㊐ ・ 未 ・ 不明

計画有効期間欄については、福祉用具を貸与する期間を記入してください。
㊟認定有効期間ではありません。
計画有効期間は最大１年間です。

種 目	イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品	品 名	ミオレットII 2モータータイプ、 HRオリジナルマットレス、サイドレール KS-161Q	該当	別紙添付

医学的所見				
（ｉ）	疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に第94号告示第31号のイに該当する者			要
（ii）	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第94号告示第31号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者	○		要
（iii）	疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から第94号告示第31号のイに該当すると判断できる者			要

福祉用具貸与に関する意見	職 種	氏 名	意見徴収方法	作成・確認日	意 見	別紙添付
	主治医		意見書	年 月 日	意見書やケアマネジメント等の書類で同じ内容のものがあれば添付に○をつけてコピーの添付で可	○
			聴取り	年 月 日	医師がサービス担当者会議に出席する場合は当日の確認でも可	
	PT		意見書	年 月 日		
			聴取り	年 月 日		
	その他		意見書	年 月 日		
			聴取り	年 月 日		

サービス担当者会議		出席者名
開催日	年 月 日	福祉用具専門相談員、主治医の出席が望ましいが欠席の場合は事前確認で可

福祉用具の貸与を必要としている理由	アセスメント
利用者の状況	・現在の身体状況と福祉用具の使用状況について ・そのほかのサービス・福祉用具の利用状況について
福祉用具の必要性	・福祉用具を利用するしない時と比べ、自立した生活ができ、生活行為の幅が広がる内容等を記載する ・主治医から得た情報や、サービス担当者会議等の結果を踏まえたケアマネジャーの意見

申請確認欄
☑理由書 ☑認定調査票（マークシート）（写） ☑医学的な所見の確認書類（医師に聴取した所見の記録、主治医意見書（写）、診断書（写）） ☑サービス担当者会議の記録（写） ☑ケアプラン 第1表、第2表（介護予防プラン（1）（2））（写） ☑貸与する福祉用具のパンフレット（写可）

特殊寝台及び特殊寝台付属品の貸与について上記の内容より、医学的所見 （ii） に該当し 必要 と判断します。

事業所名・担当居宅介護支援専門員氏名 ○○事業所 ○○ ○○ ㊞

○軽度者に対する福祉用具貸与にかかる医学的所見について（FAX 照会）

・車いす及び同付属品については、「該当する認定調査結果がないため、主治の医師から得た情報及び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等が判断する。」となっています。
主治医にＦＡＸ照会する際には、以下のとおり「ⅳ」にチェックを入れてもらい、医学的所見を得ることが可能です。

軽度者に対する福祉用具貸与にかかる医学的所見について（ＦＡＸ照会）

年　　月　　日

医療機関

主治医
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生

ＦＡＸ

事業所名
所在地

ＴＥＬ
ＦＡＸ
Ｅ－ｍａｉｌ
介護支援専門員名

下記の患者様につきまして、福祉用具レンタルを検討しておりますが、患者様の要介護度が軽度者に該当するため、市役所に「福祉用具貸与が必要な理由書」を提出する必要があります。理由書を提出するにあたり、必ず医師の医学的な所見が必要とされておりますので、ご多忙中誠に恐れ入りますが、疾病名を含む医学的な所見と該当する状態を下記の主治医欄にご記入していただきご返送ください。

【介護支援専門員記入欄】

利用者氏名		生年月日		年齢	
利用者住所					
認定有効期間		要介護度			
貸与を検討している種目					
貸与が必要だと判断した理由					

【主治医記入欄】

1．「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」について、次（ⅰ～ⅳ）のいずれかに☑をしてください。（※裏面の表１（平成 27 年厚生労働省告示第 94 号第 31 号のイ）の状態像を参照ください。）

□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によって、頻繁に表１の状態像に該当する者　（例：パーキンソン病の治療薬によるＯＮ・ＯＦＦ現象）

□ⅱ）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに頻繁に表１の状態像に該当するに至ることが確実に見込まれる者　（例：がん末期の急速な状態悪化）

□ⅲ）疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から、表１の状態像に該当すると判断できる者　（例：ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避）

〈車いす・移動用リフトを貸与される場合のみ選択可〉
□ⅳ）上記のいずれにも当てはまらない。

2．上記の状態に関係する疾病名と医学的所見等をご記入ください。
※（ⅳ）を選択された場合は、医学的所見の欄に「福祉用具貸与が必要な理由」をご記入ください。

疾病名	
医学的所見	

上記のとおり連絡いたします。

年　　月　　日　　主治医＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿