

介護給付算定相談票について

＜介護給付適正化の意義＞

「介護給付の適正化を図ることにより、利用者に対する適正な介護サービスを確保するとともに、不適切な給付が削減されることは、介護保険制度の信頼感を高めるとともに、介護給付費や介護保険料の増大を抑制することを通じて、持続可能な介護保険制度構築に資するものである。」とされおり、各保険者の責務において、介護給付の適正化が位置付けられています。

＜小美玉市の現状＞

介護給付の適正化を実施していく中で、十分なアセスメントが行われていないことや理由が伴わない、同居家族がいる者への生活援助や院内介助等のサービスが算定されている事例が見受けられます。また、ショートステイ利用中の福祉用具貸与等も確認されており、実際には使用されていないものが算定されているといった事例も見受けられます。

＜介護給付算定相談票の提出について＞

保険者と事業所との共通理解や適切な給付であるかを図ることを目的に、以下の内容等の場合は介護給付算定相談票の提出をお願いいたします。

1. 同居家族がいる場合の生活援助
*ケアプランでの位置づけが、第1表の「生活援助中心型の算定理由 3. その他」に該当するもの
2. 院内での介助
3. ショートステイ利用中の福祉用具貸与
4. 同種目の福祉用具貸与
5. 福祉用具の再購入
6. その他保険者の判断や確認が必要と思われるサービス等

＜提出書類＞

1. 介護給付算定相談票
*その他特記事項の欄に必要性について具体的に記載ください。
2. ケアプラン
3. サービス担当者会議の要点
4. その他保険者の判断に要すると思われる書類

介護給付算定相談票

令和 年 月 日

(あて先) 小 美 玉 市 長

居宅介護支援事業所 住所
事業所名
管理者名

被保険者氏名		被保険者番号										性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
介 護 区 分	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5											年齢	歳
被保険者住所	小美玉市 電話番号 ()												
介護支援専門員 氏名及び連絡先	氏名 電話番号 ()												
世 帯 状 況	一人暮らし・老々世帯・同居家族あり ()												
希望する介護サービスの種類 (加算等含む)	・同居家族がいる場合の生活援助 ・院内の介助 ・その他 () *その他保険者の判断や確認が必要と思われるサービス等												
希望する介護サービスの内容	(回数及び時間等のサービスの内容と希望するサービス単位)												
その他特記事項	(ケアプランに加えて、サービス提供の必要性について特記する内容等がございましたら、具体的にお書きください。)												

添付資料 利用者に係るケアプラン (サービス計画表)、サービス担当者会議資料及びその他必要資料

その他特記事項

厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護を 位置付けたケアプランの届出について

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年厚生省第38号）の改正に伴い、介護支援専門員は、居宅サービス計画（以下「ケアプラン」という。）に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護を位置付ける場合には、その利用の妥当性を検討し、当該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、市へ届ける必要があります。

令和3年度介護報酬の改定に伴い、次の見直しが行われました。

- ・ 検証の仕方について、地域ケア会議のみならず、行政職員やリハビリテーション専門職を派遣する形での対応を可能とする。
- ・ 届出頻度について、検証したケアプランの次回の届出は1年後とする。

（届出対象）

利用者の同意を得て交付（作成または変更）したケアプランで、厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護（生活援助中心型サービス）を位置付けたもの。

厚生労働大臣が定める回数（平成30年厚生労働省告示第218号）

要介護状態区分ごとの1月あたりの回数

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

厚生労働大臣が定める訪問介護は、生活援助（指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第19号）別表指定居宅サービス介護給付費単位数表の訪問介護費の注3に規定する生活援助をいう。）が中心である指定訪問介護を行った場合が対象です。よって、上記の回数には、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。

（届出期限）

ケアプランを交付（作成・変更）した月の翌月末日までに届出をお願いします。

例）令和5年10月に作成したもの → 届出期限 令和5年11月末日

提出書類・届出様式

- （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）居宅サービス計画書（第1表～第7表、アセスメント表）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を提出。
※居宅サービス計画書「第5表（居宅介護支援経過）」は、生活援助中心型の訪問介護を位置づけた理由を記載したページのみの提出で可。
- （3）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。

訪問介護の回数が多いケアプランの届出書

カガナ 被保険者氏名		保険者番号		0	8	2	3	6	2
		被保険者番号							
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日生	性 別	男 ・ 女						
住 所	電話								
要 介 護 度	<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								
利 用 開 始 月	年 月 から	生活援助の月延べ回数	回						
厚生労働大臣 が定める規定 回数を超える 訪問介護の必 要性(理由)									
	※家族の支援を受けられない状況や認知症等の症状がある事、その他の事情により、利用が必要な理由がケアプランの記載内容からわかる場合は、「居宅サービス計画に記載のとおり」とご記入ください。								
添付書類 (写し)	<input type="checkbox"/> ケアプラン (1表～7表) (5表は生活援助中心型の訪問介護の回数が多くなった経緯が分かる部分のみで可) <input type="checkbox"/> 基本情報 <input type="checkbox"/> アセスメント表 <input type="checkbox"/> 訪問介護計画書の写し								
(あて先) 小 美 玉 市 長 上記のとおり、サービス担当者会議等を通じ、適切なケアマネジメントを行った結果、規定回数を越える生活援助サービスの必要があると判断し、居宅サービス計画を作成したので添付書類を添えて届出ます。 <div style="text-align: center;">年 月 日</div> <div style="text-align: center;">事 業 所 名</div> <div style="text-align: center;">事 業 所 連 絡 先</div> <div style="text-align: center;">介 護 支 援 専 門 員 氏 名</div>									

認定有効期間の半数を 超える短期入所サービスの利用について

《概要》

短期入所生活（療養）介護サービス（以下「短期入所サービス」という。）は、利用者の自立した日常生活の維持のために利用されるもので、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ためのものです。

居宅サービス計画に位置付ける場合には、利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合を除き、短期入所サービスの日数が要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしなければなりません。

なお、この目安は要介護認定の有効期間の半数の日数以内にあるかについて機械的な適用を求めるものではなく、特に必要と認められる場合には、これを上回る日数を位置づけるなど、必要に応じて弾力的に運用することが可能です。

「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」

（平成十一年三月三十一日厚生省令第三十八号）第十三条 二十一 抜粋

介護支援専門員は、居宅サービス計画に短期入所生活介護又は短期入所療養介護を位置付ける場合にあっては、利用者の居宅における自立した日常生活の維持に十分に留意するものとし、利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合を除き、短期入所生活介護及び短期入所療養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なければならない

短期入所サービスの利用を有効期間のおおむね半数を超えて計画に位置付ける場合には、小美玉市に対し「短期入所サービスの規定日数を超えての利用願い」（以下、理由書）を提出してください。

《提出書類》

- ・「短期入所サービスの規定日数を超えての利用願い」（理由書）
- ・居宅サービス計画書第1表～第4表
- ・直近の居宅サービス利用票

《留意点》

- ・理由書の提出は、認定の有効期間内に短期入所サービスがおおむね半数を超える見込みとなった際に提出してください。
- ・必要に応じ介護保険施設等への申し込みを検討するなど、必要な援助を行ってください。
- ・理由書については、概要及び基準に鑑みて、必要な理由を記載して提出をして下さい。（単に「慣れている」「近いから」など、理由にはなりません。）

短期入所サービスの規定日数を超えての利用願い

ふりがな					被 保 険 者 番 号						
被保険者氏名											
住 所	小美玉市							☎			
生年月日	明・大・昭 年 月 日(才)				性別		男 女				
要介護状態区分	要支援 1	要支援 2	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～				年 月 日						
下記事由により、短期入所生活(療養)介護を拡大して利用したいので、申請いたします。											
(必要な理由等)											

小美玉市長 島 田 幸 三 様

年 月 日

[申請者]

住 所 小美玉市

氏 名 (被保険者との関係)

<担当介護支援専門員記入>

居宅介護支援事業所名							
担当介護支援専門員氏名							
現在までのショートステイ利用総日数							
今後のショートステイ	月	月	月	月	月	月	月
利用計画日数等	日	日	日	日	日	日	日

※ 直近の介護サービス利用票及び別表を添付してください。

(介護福祉課記入欄)	申請許可する・申請却下			
	課 長	課長補佐	係 長	係

軽度者への福祉用具貸与の例外給付について

要支援１・要支援２及び要介護１と認定されたもの（以下「軽度者」という。）に係る福祉用具貸与費についてはその状態像から見て使用が想定しにくい一部の福祉用具（以下「対象外種目」）は原則として算定することができません。

また、自動排泄処理装置については、要支援１・要支援２及び要介護１、要介護２及び要介護３と認定されたものに対しても原則的に算定ができません。

しかし、厚生労働省告示第９４号第３１号のイで定める状態像に該当する者については、対象外種目についても算定が可能です。

算定にあたっては、以降の内容に留意し適切な取り扱いをお願いします。

１． 軽度者に対する福祉用具貸与について

福祉用具貸与品目１２種のうち、軽度者がその状態像から見て使用が想定しにくい「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器」、「移動用リフト（つり具部を除く。）」及び「自動排泄処理装置」の貸与に対しては原則、保険給付となりません。

なお、「自動排泄処理装置」については要介護２・３の方も貸与不可です。ここでいう「自動排泄処理装置」は尿のみを自動的に吸引するものは除かれます。尿のみを自動的に吸引するものについては、軽度者による制限はありません。

《福祉用具の貸与種目》 （軽度者貸与可…○、軽度者貸与不可…×）

種 目		可 否
車いす	自走用標準型車いす、普通型電動車いす又は介助用標準型車いすに限る。	×
車いす付属品	クッション、電動補助装置等であって、車いすと一体的に使用されるものに限る。	×
特殊寝台	サイドレールが取り付けられているもの又は取り付けることが可能なものであって、次に掲げる機能のいずれかを有するもの 一 背部又は脚部の傾斜角度が調整できる機能 二 床板の高さが無段階に調整できる機能	×
特殊寝台付属品	マットレス、サイドレール等であって、特殊寝台と一体的に使用されるものに限る。	×
床ずれ防止用具	次のいずれかに該当するものに限る。 一 送風装置又は空気圧調整装置を備えた空気マット 二 水等によって減圧による体圧分散効果をもつ全身用のマット	×
体位変換器	空気パッド等を身体の下に挿入することにより、居宅要介護者等の体位を容易に変換できる機能を有するものに限り、体位の保持のみを目的とするものを除く。	×
手すり	取付けに際し工事を伴わないものに限る。	○
スロープ	段差解消のためのものであって、取付けに際し工事を伴わないものに限る。	○
歩行器	歩行が困難な者の歩行機能を補う機能を有し、移動時に体重を支える構造を有するものであって、次	○

	<p>のいずれかに該当するものに限る。</p> <p>一 車輪を有するものにあつては、体の前及び左右を囲む把手等を有するもの</p> <p>二 四脚を有するものにあつては、上肢で保持して移動させることが可能なもの</p>	
歩行補助つえ	松葉づえ、カナディアン・クラッチ、ロフストランド・クラッチ、プラットホームクラッチ及び多点杖に限る。	○
認知症老人徘徊感知機器	介護保険法第5条の2第1項に規定する認知症である老人が屋外に出ようとした時等、センサーにより感知し、家族、隣人等へ通報するもの	×
移動用リフト (つり具の部分は除く)	床走行式、固定式又は据置式であり、かつ、身体をつり上げ又は体重を支える構造を有するものであつて、その構造により、自力での移動が困難な者の移動を補助する機能を有するもの(取付けに住宅改修を伴うものを除く。)	×
自動排泄処理装置	尿又は便が自動的に吸引されるものであり、かつ、尿や便の経路となる部分を分割することが可能な構造を有するものであつて、居宅要介護者など又はその介護を行うものが容易に使用できるもの(交換可能部品(レシーバー、チューブ、タンク等のうち、尿や便の経路となるものであつて、居宅要介護者等又はその介護を行う者が容易に交換できるものをいう。)を除く。)	× ※1

※1 尿のみを吸引するものは支援1.2、要介護1～3の方も利用可。

2. 例外給付について

以下の(1)及び(2)の場合においては、軽度者であっても保険給付として扱うことができます。

(1) 厚生労働省告示第94号第31号のイで定める者

対象外種目	厚生労働大臣が定める者のイ
ア 車いす及び 車いす付属品	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に歩行が困難な者 (二) 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
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 (一) 日常的に起き上がりが困難な者 (二) 日常的に寝返りが困難な者
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
エ 認知症老人徘徊感知 機器	次のいずれにも該当する者 (一) 意見の伝達、介助者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者 (二) 移動において全介助を必要としない者

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 (一) 日常的に立ち上がりが困難な者 (二) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 (三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者
カ 自動排泄処理装置	次のいずれにも該当する者 (一) 排便が全介助を必要とする者 (二) 移乗が全介助を必要とする者

(2) 「(1) 厚生労働省告示第94号第31号のイで定める者」に該当しない者のうち、次のi) からiii) のいずれかに該当する旨が医師の医学的な所見にも続き判断された者

- 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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者
(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告示で定める福祉用具が必要な状態に該当するに至ることが確実に見込まれる者
(例 ガン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告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者
(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)

※ なお、いずれについてもサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要な場合にあること。

※ 軽度者への対象外種目の貸与については、「介護保険軽度者に係る福祉用具貸与の例外給付確認申請書」(以下「例外給付確認申請書」という。)の提出が必要です。

福祉用具が必要となる主な事例内容（概略）

（H19.3.14 厚生労働省「地域包括支援センター・介護予防事業担当者会議資料」より）

事例類型	必要となる福祉用具	事例内容（概要）
Ⅰ 状態の変化	・特殊寝台 ・床ずれ防止用具・体位変換器 ・移動用リフト	パーキンソン病で、内服加療中に急激な症状・症候の警戒・増悪を起こす現象（ON・OFF 現象）が頻繁に起き、日によって告示で定める福祉用具が必要な状態となる。
	・特殊寝台 ・床ずれ防止用具・体位変換器 ・移動用リフト	重度の関節リウマチで、関節のこわばりが朝方に強くなり、時間帯によって、告示で定める福祉用具が必要な状態となる。
Ⅱ 急性増悪	・特殊寝台 ・床ずれ防止用具・体位変換器 ・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、短期間で告示で定める福祉用具が必要な状態となる。
Ⅲ 医師禁忌	・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。特殊寝台の必要性を医師からも指示されている。
	・特殊寝台	重度の心疾患で、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。
	・特殊寝台	重度の逆流性食道炎（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。特殊寝台の必要性を医師からも指示されている。
	・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。床ずれ防止用具の必要性を医師からも指示されている。
	移動用リフト	人工股関節の術後で、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。

3. 「介護保険軽度者に係る福祉用具貸与の例外給付確認申請書」について

担当ケアマネジャー等は、例外給付を受ける場合には、「介護保険軽度者に係る福祉用具貸与の例外給付確認申請書」様式第1号（第5号関係）に以下の書類を添付し、介護保険係に提出して下さい。

《添付書類》

- ① サービス計画書（〔1〕、〔2〕のいずれか）
 - 〔1〕 居宅サービス計画第1表～第4表
 - 〔2〕 介護予防サービス・支援計画書、サービス担当者会議の要点
- ② 医学的な所見（〔1〕、〔2〕、〔3〕のいずれか）
 - 〔1〕 居宅介護支援事業所（介護予防支援事業所）任意の様式
 - 〔2〕 主治医意見書
 - 〔3〕 医師の診断書

※ 主治医意見書を医学的な所見として用いることも可能ですが、直近の要介護認定時の状態となるため、変化がある場合には不適切となる可能性があります。

※ 小美玉市においては、給付適正化の観点から、厚生労働省告示第94号第31号のイで定める者であっても書類の提出を求めています。

《提出期限》

新規申請、更新、区分変更の場合・・・認定日から1ヶ月以内

認定期間中の場合・・・・・・・・・・貸与開始日から1ヶ月以内

*やむを得ない理由により提出が遅れる場合には、事前に介護保険係にご相談ください。

《結果確認》

確認申請書の提出を受けた後に、内容を確認します。確認後は、居宅介護支援事業所宛に「介護保険軽度者に係る福祉用具貸与の例外給付確認通知書」を送付します。

介護保険軽度者に係る福祉用具貸与の例外給付確認申請書

小美玉市長 島田幸三 様

下記のとおり、介護保険軽度者に係る福祉用具貸与についての確認をお願い致します。

申請日 令和5年 4月 1日

フリガナ	オミタマ タロウ		被保険者番号									
被保険者氏名	玉里 太郎		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
			状態区分		要支援1・要支援2・要介護1							
生年月日	昭和〇〇年 1月 1日生（ 〇〇歳）					性別		男・女				
住 所	〒311-3495											
	小美玉市上玉里1122					電話番号		48-1111				
福祉用具の利用開始(予定)日	令和2年 7月 1日					新規・継続						
必要とする福祉用具	<input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 自動排せつ処理装置 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器											
必要とする理由	適切なマネジメントにより必要とされる理由を記入して下さい											
該当する状態 (○をつける) *車いす及び車いす 付属品の貸与の場合 は、記入は不要で す。	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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者 (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告示で定める福祉用具が必要な状態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告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者 (例 ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)											
添付書類 (添付したもの にレ点チェック してください)	サービス計画書	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書第1表～第4表 <input type="checkbox"/> 介護予防サービス・支援計画書, サービス担当者会議の要点										
	医師の医学的な 所見	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所（介護予防支援事業所）任意の様式 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書										
確認を依頼する居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所												
事業所			所在地			電話番号						
名称												
介護支援専門員 氏名												

貸与を必要とする種目にチェックをしてください。

資料4ページ等を参考に、該当する状態に○をつけてください

いつから貸与を開始するか、また、継続・新規での利用かを記入して下さい。

提出前に添付書類を確認して下さい。

提出期限： 新規申請，更新，区分変更の場合・・・認定日から1ヶ月以内
認定期間中の場合・・・・・・・・・・貸与開始日から1ヶ月以内
*やむを得ない理由により提出が遅れる場合には，事前に介護保険係にご相談ください

介護保険軽度者に係る福祉用具貸与の例外給付確認申請書

小美玉市長 島田 幸三 様

下記のとおり、介護保険軽度者に係る福祉用具貸与についての確認をお願い致します。

申請日 年 月 日

フリガナ	被保険者番号									
被保険者氏名										
	状態区分			要支援1・要支援2・要介護1						
生年月日	年 月 日生（ 歳）						性 別		男 ・ 女	
住 所	〒									
福祉用具の利用 開始(予定)日	年 月 日						新規 ・ 継続			
	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 自動排せつ処理装置 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器									
必要とする理由										
該当する状態 (○をつける) *車いす及び車いす 付属品の貸与の場合 は、記入は不要で す。	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、 i) 頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者 (例 パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)									
	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告示で ii) 定める福祉用具が必要な状態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)									
	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 iii) 判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者 (例 ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避)									
添付書類 (添付したもの にレ点チェック してください)	サービス計画書	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書第1表～第4表 <input type="checkbox"/> 介護予防サービス・支援計画書, サービス担当者会議の要点								
	医師の医学的な 所見	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所（介護予防支援事業所）任意の様式 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書								
確認を依頼する居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 所在地 電話番号 </div> 事業所 名称 介護支援専門員 氏名										

提出期限： 新規申請，更新，区分変更の場合・・・認定日から1ヶ月以内

認定期間中の場合・・・・・・・・・・貸与開始日から1ヶ月以内

*やむを得ない理由により提出が遅れる場合には、事前に介護保険係にご相談ください

訪問介護の通院等乗降介助について

要介護者である利用者に対して、通院等のため、指定訪問介護事業所の訪問介護員等が、自らの運転する車両への乗車又は降車の介助を行うとともに、併せて、乗車前若しくは降車後の屋内外における移動等の介助又は通院先若しくは外出先での受診等の手続、移動等の介助を行うサービスのこと

※通院等乗降介助のイメージは事項を参照

小美玉市介護保険通院等乗降介助における家族の同乗に関する要綱（一部抜粋） (趣旨)

居宅要介護者が訪問介護サービスのうち通院等のための乗車又は降車の介助(以下「通院等乗降介助」という。)の提供を受ける際に当該居宅要介護者の家族が同乗することについて、市がその必要性を事前に検証し、もって当該居宅要介護者に対する適正な給付の確保を図ることを目的とする。

(家族の同乗の理由)

居宅要介護者が通院等のために行う乗車・降車の介助が家族では困難であり、当該通院等乗降介助の必要性が当該居宅サービス計画に明確に位置づけられている場合であって、当該居宅要介護者が次の各号に該当するときは家族の同乗を認めるものとする。

(1) 当該居宅要介護者が、認知症又はその他の疾病等により、不穏や興奮、病状変化の確認など家族でなければ対応困難である場合で、移動中の安全性を確保する観点から乗車中においても家族による見守り・気分の確認が必要なとき。

(2) 前各号に準ずる場合で、市長が家族の同乗につき相当の理由があると認めるとき。

(居宅サービス計画の作成等)

居宅介護支援事業者は、居宅要介護者が通院等乗降介助において家族の同乗が必要である場合に、その必要性について居宅サービス計画に明確に位置づけなければならないものとする。

(申請)

居宅要介護者の家族が通院等乗降介助において同乗を希望する場合には、「訪問介護サービス(通院介助時の家族等の同乗に関する)許可願い」(様式第1号)に当該居宅要介護者に係る居宅サービス計画書、サービス利用票及び別表を添付し、提出しなければならない。

(利用の決定)

家族の同乗の理由が第2条各号のいずれかに該当するかを検証し、該当すると認めたときは「訪問介護サービス(通院介助時の家族等の同乗に関する)申請結果について」(様式第2号)により通知するものとする。

訪問介護サービス（通院介助等の家族等の同乗に関する）許可願

ふりがな					被保険者番号									
被保険者氏名														
住所	小美玉市													
生年月日	年 月 日 (才)				性別		男 ・ 女							
要介護状態区分	要支援1	要支援2	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 ~				年 月 日									
下記事由により、通院介助等に家族等を同乗させてよろしいかお伺いいたします。														
(必要な理由等)														
同乗者氏名														
被保険者との関係														

小美玉市長 島田幸三 様

年 月 日

【申請者】

住 所

氏 名 (被保険者との関係)

<担当介護支援専門員記入>

居宅介護支援事業所名	
担当介護支援専門員氏名	

※ 直近の介護サービス利用票及び別表を添付してください。

(介護福祉課記入欄)

申請許可・申請却下			
課長	課長補佐	係長	係

訪問介護の通院等乗降介助について

要介護者である利用者に対して、通院等のため、指定訪問介護事業所の訪問介護員等が、自らの運転する車両への乗車又は降車の介助を行うとともに、併せて、乗車前若しくは降車後の屋内外における移動等の介助又は通院先若しくは外出先での受診等の手続、移動等の介助を行うサービスのこと

※通院等乗降介助のイメージは事項を参照

小美玉市介護保険通院等乗降介助における家族の同乗に関する要綱（一部抜粋） (趣旨)

居宅要介護者が訪問介護サービスのうち通院等のための乗車又は降車の介助(以下「通院等乗降介助」という。)の提供を受ける際に当該居宅要介護者の家族が同乗することについて、市がその必要性を事前に検証し、もって当該居宅要介護者に対する適正な給付の確保を図ることを目的とする。

(家族の同乗の理由)

居宅要介護者が通院等のために行う乗車・降車の介助が家族では困難であり、当該通院等乗降介助の必要性が当該居宅サービス計画に明確に位置づけられている場合であって、当該居宅要介護者が次の各号に該当するときは家族の同乗を認めるものとする。

(1) 当該居宅要介護者が、認知症又はその他の疾病等により、不穏や興奮、病状変化の確認など家族でなければ対応困難である場合で、移動中の安全性を確保する観点から乗車中においても家族による見守り・気分の確認が必要なとき。

(2) 前各号に準ずる場合で、市長が家族の同乗につき相当の理由があると認めるとき。

(居宅サービス計画の作成等)

居宅介護支援事業者は、居宅要介護者が通院等乗降介助において家族の同乗が必要である場合に、その必要性について居宅サービス計画に明確に位置づけなければならないものとする。

(申請)

居宅要介護者の家族が通院等乗降介助において同乗を希望する場合には、「訪問介護サービス(通院介助時の家族等の同乗に関する)許可願い」(様式第1号)に当該居宅要介護者に係る居宅サービス計画書、サービス利用票及び別表を添付し、提出しなければならない。

(利用の決定)

家族の同乗の理由が第2条各号のいずれかに該当するかを検証し、該当すると認めたときは「訪問介護サービス(通院介助時の家族等の同乗に関する)申請結果について」(様式第2号)により通知するものとする。

訪問介護サービス（通院介助等の家族等の同乗に関する）許可願

ふりがな					被保険者番号									
被保険者氏名														
住所	小美玉市													
生年月日	年 月 日 (才)				性別		男 ・ 女							
要介護状態区分	要支援1	要支援2	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 ~				年 月 日									
下記事由により、通院介助等に家族等を同乗させてよろしいかお伺いいたします。														
(必要な理由等)														
同乗者氏名														
被保険者との関係														

小美玉市長 島田幸三 様

年 月 日

【申請者】

住 所

氏 名 (被保険者との関係)

<担当介護支援専門員記入>

居宅介護支援事業所名	
担当介護支援専門員氏名	

※ 直近の介護サービス利用票及び別表を添付してください。

(介護福祉課記入欄)

申請許可・申請却下			
課長	課長補佐	係長	係