

介護保険の例外給付の手引き

平成 29 年 12 月
令和 2 年 10 月改訂
【 村 上 市 】

【 目 次 】

例外給付の本市の取扱いについて	2
保険者に判断を仰ぐ例外給付について	2
1．軽度者に対する福祉用具貸与	2
2．要介護等の認定期間の半数を超える短期入所サービス利用	5
3．連続して 30 日を超える短期入所サービス利用	5
4．生活援助を中心とした訪問介護利用（同居家族が障害・疾患等の理由がないもの）	6
5．訪問介護おける院内介助	7
6．その他例外給付利用（居宅介護支援事業所等が判断に迷うもの）	8
各種様式について	10

例外給付の本市の取扱いについて

介護保険法の基本理念は、高齢者が可能な限り住み慣れたその地域で、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に支援することです。(法第5条)

また、健康の保持増進や適切な保健医療サービス及び福祉サービスの利用により有する能力の維持向上を市民に求めています(法第4条)。

そこで、有する能力に応じ自立した日常生活を営みの維持と適正な介護給付を確認する上で、「2. 保険者に判断を仰ぐ例外給付について」のとおり各種厚生労働省の基準を超える給付について保険者に可否の判断を仰いでいただきます。

保険者に判断を仰ぐ例外給付について

1. 軽度者に対する福祉用具貸与

「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(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」(平成12年老企第36号)により軽度者(要支援1・2、要介護1)の方については、その状態像からみて使用が想定しにくい以下の福祉用具は原則として貸与できません。

- ア) 車いす及び付属品
- イ) 特殊寝台及び付属品
- ウ) 床ずれ防止用具及び体位変換器
- エ) 認知症老人徘徊感知機器
- オ) 移動用リフト(つり具の部分を除く)

また、要介護状態区分が要支援1・2及び要介護1・2・3の方は以下の福祉用具は原則として貸与できません。

- 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。)

ただし、次の(1)に該当または(2)で保険者に容認と判断された場合は、例外的に貸与できません。

(1) 別表の厚生労働大臣が定める状態像に該当する場合

保険者に判断を仰がずに適切なケアマネジメントによりケアプランに位置付けることで給付可能。(ただし、市への書類提出は不要です。)

ただし、別表のア(二)とオ(三)については、該当する基本調査結果がないため、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等を通じた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。この判断の見直しについては、居宅介護(予防)サービス計画に記載された必要な理由を見直す頻度(必要に応じて随時)で行うこととする。(必要に応じて資料開示を求める場合があります。)

別表

福祉用具の種目	厚生労働大臣が定める者のイ		厚生労働大臣が定める者のイに該当する基本調査結果
ア) 車いす及び 車いす付属品	該当する者	(一) 日常的に歩行が困難な者 (二) 日常範囲における移動の支援が特に認められる者	基本調査 1 - 7 「3できない」
イ) 特殊寝台及び 特殊寝台付属品	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	基本調査 1 - 4 「3できない」 基本調査 1 - 3 「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 「3できない」
エ) 認知症老人 徘徊感知機器	いずれにも該当する者	(一) 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 (二) 移動において全介助を必要としない者	基本調査 3 - 1 「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 ~ 3 - 7 のいずれか「2できない」又は、基本調査 3 - 8 ~ 4 - 15 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 「4全介助」以外
オ) 移動用リフト (つり具の部分を除く)	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が必要とする者 (三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	基本調査 1 - 8 「3できない」 基本調査 2 - 1 「3一部介助」又は「4全介助」
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。)	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	基本調査 2 - 6 「4全介助」 基本調査 2 - 1 「4全介助」

(2) 基本調査の結果では例外給付の対象とならない場合でも、 の要件を満たし、市に確認を受けた場合は例外給付の対象となります。

下記の () ~ () までのいずれかに該当する旨が 医師の医学的な所見に基づき判断されている。

< 福祉用具の例外的給付の対象とすべき状態像 >

- () 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「厚生労働大臣が定める者」に該当する者(例 パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)
 - () 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「厚生労働大臣が定める者」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判断から「厚生労働大臣が定める者」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)
- 上記の状態以外であっても()～()の状態と判断される場合もありうる。

(3)(2)の例外給付の手続きの流れ及び必要な書類

医師への照会

当該被保険者の状態が「福祉用具の例外的給付の対象とすべき状態像()、()」に該当するか医師に照会する。(「福祉用具の例外的給付の対象とすべき状態像()、()」に該当しない場合は対象となりません。)

この場合の医学的所見については、主治医意見書による確認のほか、医師の診断書、介護保険情報提供票、医師に聴取して介護(予防)サービス計画に記載する医師の所見により確認する方法でも差し支えない。(診断書等の文書作成料は自己負担となります。)

また、福祉用具の貸与を必要とした根拠で「医師意見書」で、単に診断名や「福祉用具が必要」の記載のみでは、福祉用具の例外的給付の対象とすべき状態像の確認ができないため、疾病その他原因及びそれに起因する状態像等具体的な根拠の記載が必要であり、不足の場合はその部分について確認を行う。

サービス担当者会議の開催

において、「福祉用具貸与の例外給付対象とすべき状態像()、()」に該当するとの所見が示された場合、サービス担当者会議を開催し、適切なケアマネジメントにより福祉用具を貸与することが当該被保険者に対して特に必要であるかどうかを判断する。

様式 1 「軽度者に係る(介護予防)福祉用具貸与申請書」の提出

において、福祉用具を貸与することが当該被保険者に対して特に必要であると判断し、計画した場合、速やかに保険者に申請書と以下の書類を提出する。

- ・ 医師の医学的な所見の記録(主治医意見書、医師の診断書、介護保険情報提供票、担当の介護支援専門員等が聴取した医師の所見を居宅(介護予防)サービス計画に記載したもの等)
- ・ 「居宅サービス計画書(1)【第1表】」・「居宅サービス計画書(2)【第2表】」・「サービス担当者会議の要約【第4表】」

保険者での判断

保険者は、申請書の内容を基準に照らし合わせて判断し、様式 8 「保険者の判断結果について(通知)」で申請者へ通知する。(通知は、事業所で保管してください。)

(4) 容認の有効期間

開始日：原則として申請書受理日以降から保険給付が可能となります。

保険給付が必要にもかかわらず、やむを得ず書類提出ができなかった場合は理由を確認して個別に判断することとなります。

終了日：要介護認定または要支援認定の有効期間の満了日

2. 要介護等の認定期間の半数を超える短期入所サービス利用

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）第 13 条第 21 号及び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（平成 18 年厚生労働省令第 37 号）第 30 条第 23 号により「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、要介護認定等の有効期限の概ね半数を超えないようにしなければならない」とあります。

よって、次の(1)で該当被保険者の心身の状況等を勘案し、保険者が特に必要と認められると判断された場合は、要介護等の有効期限の概ね半数を超える短期入所サービスが利用できます。

概ね半数とは...要介護等の有効期間が1年間の場合は180日、2年間の場合は360日及び3年間の場合は540日をいう。(自費利用分は含めない。)

(1) 要介護等の有効期限の概ね半数を超える短期入所利用の流れ

サービス担当者会議の開催

サービス担当者会議を開催し、適切なケアマネジメントにより該当被保険者の心身の状況、介護の状況等を勘案して特に必要であるかどうかを判断する。

様式 2「要介護認定有効期間の半数を超える短期入所を利用する申請書」の提出

において、要介護認定有効期間の半数を超える短期入所を利用することが当該被保険者に対して特に必要であると判断し、計画した場合、速やかに保険者に申請書と以下の書類を提出する。

- ・ 「居宅サービス計画書(1)【第1表】」・「居宅サービス計画書(2)【第2表】」・「サービス担当者会議の要約【第4表】」・「サービス利用票(兼居宅サービス計画)【第6表】」・「サービス利用票別表【第7表】」

保険者での判断

保険者は、申請書の内容を基準に照らし合わせて判断し、様式 8「保険者の判断結果について(通知)」で申請者へ通知する。(通知は、事業所で保管してください。)

(2) 容認の有効期間

開始日：原則として申請書受理日以降から保険給付が可能となります。

保険給付が必要にもかかわらず、やむを得ず書類提出ができなかった場合は理由を確認して個別に判断することとなります。

終了日：要介護認定または要支援認定の有効期間の満了日

3. 連続して30日を超える短期入所サービス利用

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 年厚生省令第 19 号）別表 8

注 14、9注 13 により「利用者が連続して 30 日を超えて短期入所受けている場合においては、30 日を超える日以降は算定しない。」とあり、31 日目は介護保険給付適用外としています。

適正給付及び公平なサービス利用の観点から連続して 30 日を超える長期的利用は考えられないものではありません。

ただし、次の(1)で該当被保険者の心身の状況等を勘案し、30 日を超える長期的利用は止むを得ないと保険者に容認された場合は、短期入所サービスの 30 日を超える長期的利用ができます。

ただし、この例外給付は、適正なサービス利用、安易な長期的利用の抑制の観点からのものであり、あくまで介護保険給付の適用は 30 日間で、31 日目は介護保険給付適用外(自費扱い)となります。

(1) 連続して 30 日を超える短期入所サービス利用の流れ

サービス担当者会議の開催

サービス担当者会議を開催し、適切なケアマネジメントにより該当被保険者の心身の状況、介護の状況等を勘案して特に必要であるかどうかを判断する。

様式 3 「連続して 30 日を超える短期入所を利用する申請書」の提出

において、連続して 30 日を超える短期入所を利用することが当該被保険者に対して特に必要であると判断し、計画した場合、速やかに保険者に申請書と以下の書類を提出する。

- ・ 「居宅サービス計画書(1)【第1表】」・「居宅サービス計画書(2)【第2表】」・「サービス担当者会議の要約【第4表】」・「サービス利用票(兼居宅サービス計画)【第6表】」・「サービス利用票別表【第7表】」

保険者での判断

保険者は、申請書の内容を基準に照らし合わせて判断し、様式 8 「保険者の判断結果について(通知)」で申請者へ通知する。(通知は、事業所で保管してください。)

(2) 容認の有効期間

開始日：原則として申請書受理日以降から保険給付が可能となります。

保険給付が必要にもかかわらず、やむを得ず書類提出ができなかった場合は理由を確認して個別に判断することとなります。

終了日：要介護認定または要支援認定の有効期間の満了日

4. 生活援助を中心とした訪問介護利用

(同居家族が障害・疾患等の理由がないもの)

居宅算定基準別表 1 注 3 により生活援助中心型は、「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」に対して生活援助を行う場合に算定できます。

ただし、「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(訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分)及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」(平成 12 年 3 月 1 日付老企第 36 号厚生省老人保健福

社局企画課長通知)により「障害、疾病がない場合であっても同様のやむを得ない事情により家事が困難な場合」も対象となります。

よって、「障害、疾病と同様のやむを得ない事情」に該当する場合には、(1)に保険者がやむを得ない事情を勘案し、容認された場合に生活援助を中心とした訪問介護が利用できます。
(村上市元気応援訪問サービスも同様の取り扱いとなります。)

(1) 生活援助を中心とした訪問介護利用(同居家族が障害・疾患等の理由がないもの)の流れ
サービス担当者会議の開催

サービス担当者会議を開催し、適切なケアマネジメントにより当該被保険者及び同居家族等の心身の状況を勘案して特に必要であるかどうかを判断する。

(どの程度同居家族が行えるかを十分把握した上で過度な算定は行わないこと。)

生活援助が可能な基準例	生活援助が不可能な基準例
<p>家族が高齢による筋力低下等があり困難な家事がある。</p> <p>家族に家事を行わせることにより、介護疲れによる共倒れ、放置や虐待等の深刻な問題が生じる恐れが明らかにある場合</p> <p>家族就労により日中独居で家族の不在時の時間帯に行わなければ日常生活上に大きな支障がある場合</p>	<p>家族が「家事を行った経験がない」、「忙しくてしたくない」等の理由によるもの</p> <p>家族に遠慮があり「頼みにくい」、「家族に負担をかけたくない」という理由のもの</p>

様式 4「生活援助を中心とした訪問介護利用申請書(同居家族が障害、疾病等の理由のないもの)」の提出

において、生活援助を中心とした訪問介護が当該被保険者に対して特に必要であると判断し、計画した場合、速やかに保険者に申請書と以下の書類を提出する。

- ・「居宅サービス計画書(1)【第1表】」・「居宅サービス計画書(2)【第2表】」・「サービス担当者会議の要約【第4表】」・「サービス利用票(兼居宅サービス計画)【第6表】」・「サービス利用票別表【第7表】」

保険者での判断

保険者は、申請書の内容を基準に照らし合わせて判断し、様式 8「保険者の判断結果について(通知)」で申請者へ通知する。(通知は、事業所で保管してください。)

(2) 容認の有効期間

開始日：原則として申請書受理日以降から保険給付が可能となります。

保険給付が必要にもかかわらず、やむを得ず書類提出ができなかった場合は理由を確認して個別に判断となります。

終了日：要介護認定または要支援認定の有効期間の満了日

5. 訪問介護における院内介助利用

利用者の病院内の介助については、基本的に院内のスタッフにより対応すべきべきものです。ただし、『『通院等のための乗車又は降車の介助中心である場合』及び『身体介護が中心である場合』の適用関係について』（平成 15 年 5 月 8 日老振発第 0508001 号、老老発第 0508001 号）において「場合により算定対象となる。」とあります。

よって、(1) により当該被保険者の心身状況、院内の状況等を勘案し、保険者に容認された場合、身体介護を中心とした訪問介護が利用できます。

(1) 訪問介護における院内介助利用の流れ

サービス担当者会議の開催

サービス担当者会議を開催し、適切なケアマネジメントにより当該被保険者の心身状況及び院内の状況等を勘案して特に必要であるかどうかを判断する。

様式 5 「訪問介護における院内介助利用申請書」の提出

において、訪問介護における院内介助利用が当該被保険者に対して特に必要であると判断し、計画した場合、速やかに保険者に申請書と以下の書類を提出する。

- ・ 「居宅サービス計画書(1)【第 1 表】」・「居宅サービス計画書(2)【第 2 表】」・「サービス担当者会議の要約【第 4 表】」・「サービス利用票(兼居宅サービス計画)【第 6 表】」・「サービス利用票別表【第 7 表】」

保険者での判断

保険者は、申請書の内容を基準に照らし合わせて判断し、様式 7 「保険者の判断結果について(通知)」で申請者へ通知する。(通知は、事業所で保管してください。)

(2) 容認の有効期間

開始日：原則として申請書受理日以降から保険給付が可能となります。

保険給付が必要にもかかわらず、やむを得ず書類提出ができなかった場合は理由を確認して個別に判断することとなります。

終了日：要介護認定または要支援認定の有効期間の満了日

6. その他例外給付利用(居宅介護支援事業所等が判断に迷うもの)

1 ~ 5 の例外給付以外に特に居宅介護支援事業所等が保険者に判断を仰ぐ必要がある例外給付については(1) により判断を仰いでください。

ただし、例外給付ではなく、ただ単に保険者の考え方、算定方法等の質問等については、様式 7 「介護保険に関する質問票」にて問い合わせください。

(1) その他例外給付利用について

サービス担当者会議の開催

サービス担当者会議を開催し、適切なケアマネジメントにより例外給付が当該被保険者の心身状況等を勘案して特に必要であるかどうかを判断する。

様式 6 「例外利用及び給付申請書」の提出

において、例外給付が当該被保険者に対して特に必要であると判断し、計画した場合、速やかに保険者に申請書と以下の書類を提出する。

- ・ 「居宅サービス計画書（１）【第１表】」・「居宅サービス計画書（２）【第２表】」・「サービス担当者会議の要約【第４表】」・「サービス利用票（兼居宅サービス計画）【第６表】」・「サービス利用票別表【第７表】」

保険者での判断

保険者は、申請書の内容を基準に照らし合わせて判断し、様式 8「保険者の判断結果について（通知）」で申請者へ通知する。（通知は、事業所で保管してください。）

（２）容認の有効期間

開始日：原則として申請書受理日以降から保険給付が可能となります。

保険給付が必要にもかかわらず、やむを得ず書類提出ができなかった場合は理由を確認して個別に判断することとなります。

終了日：要介護認定または要支援認定の有効期間の満了日、例外給付内容により個別に判断します。

軽度者に係る（介護予防）福祉用具貸与申請書

令和 年 月 日

村上市長 様

下記被保険者について以下の（介護予防）福祉用具の貸与の可否について保険者の判断を求めます。

居宅介護（介護予防）支援事業所名				介護支援専門員 （担当者名）	
被保険者氏名	被保険者番号			生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日
住 所				要介護認定区分	要支援1・要支援2・要介護1 要介護2・要介護3
福祉用具の種目 ※該当するものに✓を付けてください。				貸与が可能な人	
<input type="checkbox"/> 車いす（ <input type="checkbox"/> 自走用標準型車いす <input type="checkbox"/> 普通型電動車いす <input type="checkbox"/> 介助用標準型車いす） <input type="checkbox"/> 車いす付属品（ <input type="checkbox"/> クッション又はパッド <input type="checkbox"/> 電動補助装置 <input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> ブレーキ <input type="checkbox"/> その他〔 〕）				次のいずれかに該当する人 ・日常的に歩行が困難な人 ・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人	
<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品（ <input type="checkbox"/> サイドレール <input type="checkbox"/> マットレス <input type="checkbox"/> ベッド用手すり <input type="checkbox"/> テーブル <input type="checkbox"/> スライディングボード・スライディングマット <input type="checkbox"/> その他〔 〕）				次のいずれかに該当する人 ・日常的に起き上がりが困難な人 ・日常的に寝返りが困難な人	
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器				日常的に寝返りが困難な人	
<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器				次のいずれにも該当する人 ・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人 ・移動において全介助を必要としない人	
<input type="checkbox"/> 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人 ・日常的に立ち上がりが困難な人 ・移乗が一部介助又は全介助を必要とする人 ・生活環境において段差の解消が必要と認められる人	
<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）				次のいずれにも該当する人 ・排便が全介助を必要とする人 ・移乗が全介助を必要とする人	
開始予定年月日	令和 年 月 日（新規・継続）				
医師の医学的な所見 該当するものに ✓を付けてくださ い。	<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、上記 に該当する。				
	<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに上記 に該当するに至ることが確実に見込まれる。				
	<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化等の回避等医学的判断から上記 に該当すると判断できる。				
	医 師 名				医療機関名

（備考）以下の書類を添付してください。

1. 医師の医学的な所見の記録（主治医意見書、医師の診断書、介護保険情報提供票、担当の介護支援専門員等が聴取した医師の所見を居宅（介護予防）サービス計画に記載したもの等）
2. 「居宅サービス計画書（1）【第1表】」・「居宅サービス計画書（2）【第2表】」・「サービス担当者会議の要約【第4表】」

要介護認定有効期間の半数以上の短期入所を利用する申請書

令和 年 月 日

村上市長 様

下記被保険者が要介護認定有効期間の半数以上の短期入所を利用するにあたり、保険者の判断を求めます。

居宅介護（予防） 支援事業所名		担当介護支援専 門員氏名	
被保険者氏名		被保険者番号	
住 所		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
要介護認定区分		認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで
短期入所サービスの利用日数等に関する本人や家族への説明			未 ・ 済
介護老人福祉施設、介護老人保健施設、グループホーム等への申し込み			未 ・ 済
申し込み状況 (申し込み施設名等、未の場合 は今後の方向性)			
在宅生活維持・復帰の可能性			無 ・ 有
有効期間の半数 以上利用する理由 (家族構成、止む を得ない理由)			

(備考)以下の書類を添付してください。

1. 「居宅サービス計画書(1)【第1表】」・「居宅サービス計画書(2)【第2表】」・「サービス担当者会議の要約【第4表】」・「サービス利用票(兼居宅サービス計画)【第6表】」・「サービス利用票別表【第7表】」

連続して 30 日を超える短期入所を利用する申請書

令和 年 月 日

村上市長 様

下記被保険者が連続して 30 日を超える短期入所を利用するにあたり保険者の判断を求めます。

居宅介護（予防） 支援事業所名		担当介護支援専 門員氏名	
被保険者氏名		被保険者番号	
住 所		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
要介護認定区分		認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで
短期入所サービスの利用日数等に関する本人や家族への説明			未 ・ 済
介護老人福祉施設、介護老人保健施設、グループホーム等への申し込み			未 ・ 済
申し込み状況 (申し込み施設名等、未の場合 は今後の方向性)			
在宅生活維持・復帰の可能性			無 ・ 有
連続して 30 日を超える短期入所を利用する理由 (家族構成、止むを得ない理由)			

(備考) 以下の書類を添付してください。

1. 「居宅サービス計画書(1)【第1表】」・「居宅サービス計画書(2)【第2表】」・「サービス担当者会議の要約【第4表】」・「サービス利用票(兼居宅サービス計画)【第6表】」・「サービス利用票別表【第7表】」

生活援助を中心とした訪問介護利用申請書
 (同居家族が障害、疾病等の理由のないもの)

令和 年 月 日

村上市長 様

下記被保険者が生活援助を中心とした訪問介護を利用するにあたり、保険者の判断を求めます。

居宅介護(予防) 支援事業所名			担当介護支 援専門員氏名																
被保険者氏名			被保険者番号																
住 所			生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日															
要介護認定区分			認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日まで															
同居家族 の状況																			
生活援助の内容 (内容・回数・時 間、時間帯等)																			
同居家族が障害、 疾病がないのに も関わらず生活 援助中心型を算 定する理由																			
介護サービス事 業者以外(市事業 等へのサービス の依頼状況																			
今後の見通し																			

(備考)以下の書類を添付してください。

- 1.「居宅サービス計画書(1)【第1表】」・「居宅サービス計画書(2)【第2表】」・「サービス担当者会議の要約【第4表】」・「サービス利用票(兼居宅サービス計画)【第6表】」・「サービス利用票別表【第7表】」

訪問介護における院内介助利用申請書

平成 年 月 日

村上市長 様

下記被保険者が訪問介護における院内介助を利用するにあたり、保険者の判断を求めます。

居宅介護（予防） 支援事業所名				担当介護支援 専門員氏名															
被保険者氏名				被保険 者番号															
住 所				生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日														
要介護認定区分				認定有効期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで							
訪問介護におい て院内での介助 を行う理由 (家族構成等、止 むを得ない理由)																			

(備考) 以下の書類を添付してください。

1. 「居宅サービス計画書(1)【第1表】」・「居宅サービス計画書(2)【第2表】」・「サービス担当者会議の要約【第4表】」・「サービス利用票(兼居宅サービス計画)【第6表】」・「サービス利用票別表【第7表】」

例外利用及び給付申請書

令和 年 月 日

村上市長 様

下記被保険者が以下の例外利用及び例外給付を受けるにあたり、保険者の判断を求めます。

居宅介護（予防） 支援事業所名		担当介護支援 専門員氏名	
被保険者氏名		被保険者番号	
住 所		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
要介護認定区分		認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日まで
保険者判断を求め るサービス名			
保険者判断を求め る具体的内容 （家族の状況、当 該サービスを必要とする止むを得ない理由等）			

（備考）以下の書類を添付してください。

1. 「居宅サービス計画書（1）【第1表】」・「居宅サービス計画書（2）【第2表】」・「サービス担当者会議の要約【第4表】」・「サービス利用票（兼居宅サービス計画）【第6表】」・「サービス利用票別表【第7表】」

【送付先】

電子メールアドレス：kaigo@city.murakami.lg.jp

介護保険に関する質問票

介護保険に関する質問は、本様式により電子メールでお願いします。

質問内容は、出来るだけ詳しく記入してください。質問の際は、事業所の見解も必ず記入し、問題の意図をはっきりさせてください。

なお、この質問票には、個人情報の記載された内容の記入はしないでください。

個人情報（氏名や被保険者番号等）を示しての質問は、送信後に電話で担当と調整ください。

送 信 日 時	令和 年 月 日 ()	
事 業 所 名		
事 業 の 種 類		
質 問 者 の 職 ・ 氏 名	職名	氏名
質 問 者 連 絡 先	電話	FAX
	e-mail	

質 問 事 項 名	
対 象 サ ー ビ ス	
質 問 内 容	
事 業 所 見 解	
参 考 法 令 通 知 等	

希 望 回 答 期 限	7日以内	7日以上でも可
-------------	------	---------

質問票提出にあたりご留意いただきたい事項

- 1 質問票を提出する前に、インターネットや介護保険制度の解説書などで十分確認してください。
- 2 質問票には事業所見解を必ず記載ください。また、事業所見解の検討する上で参考として法令や通知、ホームページなどがある場合は記載してください。
- 3 質問に関する内容確認のため追加で詳細の状況など、さらに状況説明を求める場合があります。また、照会した際に、担当者が不在でも回答ができるよう、事業所内で質問に関する情報の共有をお願いします。
- 4 回答は、FAX又は電子メールで行います。また、必要に応じて電話で補足説明させていただきます。その際に追加の質問をいただいても、即答しかねますのでご了承ください。
- 5 回答にあたっては、内容により内部での検討や県などへの問い合わせのため時間を要する場合がありますので、ご了承願います。
- 6 今後、市では過去にいただいた質問について、他の事業所へ情報提供する場合があります。
- 7 問い合わせに際しては、次のチェック表で確認のうえ問い合わせ願います。

質問内容に個人情報が含まれていないか。 (含まれている場合はFAXしないこと。事前に担当者と日程調整を行った上で窓口に来所するか郵送してください。)	
事業所としての質問である。(個人としての質問はご遠慮ください。)	
質問内容及び事業所としての見解について全職員が情報共有した上で質問しているか。	
関係法令や通知、インターネットなどを十分に調べたか。	
事業所全体で、質問に対する意図や見解について十分に検討したか。	
事業所としての具体的見解及び見解に至る法的根拠などについて、遺漏なく記載してあるか。	
質問票の記入漏れはないか。(必要に応じて詳細な資料等も添付してください。任意の書式で構いません。)	
質問と回答について事業所内に周知し、職員が常に確認できる状態にします。	

第 号
令和 年 月 日

<事業所>

(担当者) 様

村上市長 高橋 邦芳

保険者の判断結果について(通知)

令和 年 月 日付で下記被保険者のサービスに対する保険者に判断を求められたことについて、下記のとおり決定しましたので通知します。

フリガナ	被保険者番号									
被保険者氏名										
生年月日	年 月 日			性別						
住 所	新潟県村上市									
要介護認定区分		認定有効期間	年 月 日 ~		年 月 日					
保険者判断を求められた申請名										
容認又は却下										
却下の場合理由										
容認の場合期間	年 月 日 から		年 月 日 まで							
容認の条件										
確認No										

問合わせ先：

< 村 上 市 の 回 答 >

回 答 日	令和 年 月 日 ()
質 問 事 項 名	
回 答 者	介護高齢課 室・係 氏名