

川西市・猪名川町共催  
令和7年度集団指導資料

令和7年度運営指導  
【川西市ケアマネジメントマニュアル】

川西市福祉部介護保険課  
猪名川町生活部介護保険課

## < 主な説明内容 >

留意点（介護予防支援・介護予防ケアマネジメント編）

第6表（居宅介護支援編、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント編）

例外給付（資料編）

短期入所サービス利用中の福祉用具貸与の取り扱い（資料編）

### 川西市ケアマネジメントマニュアル

居宅介護支援編

全30ページ

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント編

全30ページ

資料編

全82ページ

### 【掲載先】

市ホームページ「川西市ケアマネジメントマニュアルについて」

[https://www.city.kawanishi.hyogo.jp/kurashi/fukushi\\_kaigo/1017467/kaigohoken/1018433.html](https://www.city.kawanishi.hyogo.jp/kurashi/fukushi_kaigo/1017467/kaigohoken/1018433.html)

< 留意点 >

「介護予防サービス計画作成・ケアマネジメント依頼（変更）届出書」  
提出者について

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

川西市長 あて  
 次のとおり、介護予防支援事業者に介護予防サービス計画作成  
地域包括支援センターに介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出ます。

提出日： 年 月 日

開始日	年	月	日	区分	新規・変更・フレイル
基本チェックリスト実施日	年	月	日		

※基本チェックリスト実施日は介護予防ケアマネジメント対象者のみ記入してください。

被保険者氏名	被保険者番号
フリガナ	個人番号
電話番号	生年月日
( )	明・大・昭 年 月 日
住所	

介護予防サービス計画を作成する事業者「地域包括支援センター・川西市から介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業所」又は、介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する事業者「地域包括支援センター」

事業所名	事業所の所在地 千
事業所番号 ( )	電話番号 ( )

介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者  
 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。

居宅介護支援事業所名	居宅介護支援事業所の所在地 千
事業所番号 ( )	電話番号 ( )

地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等(変更する場合のみ記入)

変更年月日 年 月 日

介護保険資格者証 (介護予防ケアマネジメントのみ)	提	氏名又は名称
必要	出	住所
不要	者	電話番号

【添付書類】  
 ・介護保険被保険者証 基本チェックリスト(介護予防ケアマネジメントの場合)

【注意】 この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業者等が  
 決まり次第速やかに川西市介護保険課へ提出してください。

市 記 入 欄	被保証	有	受付	入力	発行	申請 状 区 変	新規 要 新 規
	チェックリスト	有					/

委託元の「地域包括支援センター」  
委託先の「居宅介護支援事業所」  
どちらでも提出可能

< 留意点 >

○介護予防サービス計画書の記載内容について

「川西市ケアマネジメントマニュアル（初版）」P.67～68）

削除となります

⑤ケアプラン記載内容一部省略について

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）

氏名: \_\_\_\_\_ 種（男・女） \_\_\_\_\_ 歳 誕生年月日 年 月 日 認定の有無（短期 長期） 年 月 日～ 年 月 日 状態（総合・継続） 認定済・申請中 要支援1・要支援2 事業対象者

施設名称 \_\_\_\_\_ 福祉の理念、事業内容（介護予防事業・高齢者福祉活動） \_\_\_\_\_

施設所在地（住所） 日 年 月 日（初回作成日 年 月 日） 自治体福祉支援センター: \_\_\_\_\_

目標とする生活 \_\_\_\_\_

1日		1年		1年		1年		1年		1年		1年		1年	
アセスメント結果と現在の状況	本人・家族の意向・意向	課題における（発着・期定）	介護支援	課題に対する目標と実施案の概要	実施案についての意向 本人・家族	目標	目標についての実施のポイント	ケアプランの策定（ケアプラン）	介護予防サービス（介護予防サービス）	サービス（介護予防サービス）	事業内容（介護予防サービス）	期間	実施日	担当者	備考
運動・移動について		口解 口解					( )								
日常生活(家事)生活について		口解 口解					( )								
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		口解 口解					( )								
健康状態について		口解 口解													

健康状態について 介護支援計画書、経過記録、経過結果等を記入する。 【本を行うべき支援の実施できない場合】 追加の実施計画（付録）を付す。 介護支援計画書の作成、生活不安発現の改善手続のポイント

基本チェックリストの該当した項目数（「個別目標数」を記入して下さい。地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの内部的数値に○印をつけて下さい。）

運動	食事	口解	期にも	物取	うつ
不安	不安	不安	不安	不安	不安
○	○	○	○	○	○

子記録付または地域支援事業

施設名称 \_\_\_\_\_ 支障センター \_\_\_\_\_

計画に関する備考 \_\_\_\_\_

上記計画について説明を受け、同意し、交付を受けました。

年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

## < 第6表 > 「川西市ケアマネジメントマニュアル」

(居宅介護支援編 P.18)

び、各サービス提供事業者において、交付に係る記録を支援経過等に記載するか、または、交付書兼受領書を活用し、交付の記録として保存するかいずれかの方法を参考に行ってください。

交付したケアプランに対応した個別サービス計画書を担当者(介護サービス事業者)より受領してください。

なお、利用票の交付について、**居宅介護支援**においては「文書による同意」が必要ですので、利用票の欄外に署名を得る又は押印を得るのどちらかの方法をとっておいてください。

**介護予防支援**においては文書による同意の義務は示されていないものの利用日や費用についての混乱を防ぐ手段として、上記方法又は利用者に口頭で同意を得たうえで支援経過に記録する方法をとっておいてください。

### 6. 実施状況の把握(モニタリングの実施)

ケアプランに基づいてサービス提供の把握を行います。また、必要に応じてケアプランの変更やサービス提供事業者等との連携調整等を行ってください。

実施状況の把握(モニタリング)にあたっては、利用者・家族や事業者等との連絡を継続的に行い、利用者側に特段の事情がない限り、少なくとも月1回は(介護予防支援の場合は3か月に1回、間の月は電話での面談で可)利用者の居宅を訪問して面談するとともに、モニタリングの結果を記録しなければなりません。

### 7. ケアプラン変更についての専門的意見の聴取

更新認定や変更認定等において、ケアプランを変更する際、サービス担当者会議を開催し、計画変更の必要性について専門的見地からの意見を求めてください(やむを得ない理由がある場合は、照会等により意見を求めることができます)。

### 8. ケアプランの変更

モニタリングの結果、プランの変更が必要となった場合や更新、区分変更申請を行った場合などケアプランを再度作成する場合は、上記1.課題分析以降の一連の業務を行ってください。

(介護予防支援・介護予防ケアマネジメント編 P.25)

### ⑥ 利用票の説明と同意

#### (居宅介護支援)

介護保険最新情報 Vol.958(令和3年3月31日)において、第6表の利用者確認欄が削除されていますが、居宅サービス計画書記載要領において、「居宅介護支援事業者が保存するサービス利用票(控)に、利用者の確認を受ける。」と記載されており、その確認方法として文書による利用者の同意を得る必要があります。

「文書による同意」については、以下のいずれかの対応を行うようお願いします。

① サービス利用票(第6表)の欄外に署名を得る。

② サービス利用票(第6表)の欄外に押印を得る。

※ 「利用者に口頭で同意を得て、居宅サービス計画書第5表(支援経過)に記録する」ことで同意を得たことは認められません。

※ 利用者が自署することができない場合、代筆が可能です。その場合、代筆者の氏名・続柄等記載してください。家族、後見人以外の代筆は認められませんのでご注意ください。

#### (介護予防支援)

介護予防支援については、利用票の様式が定められておらず、よってその同意の確認の有無についても示されていません。又、運営基準上文書による同意が必要なものに、利用票は含まれていません。

ただし、利用サービス予定の説明や周知のためには利用票を用いることは有効であり、利用票の説明や同意の確認がないために利用日やそれに係る費用について混乱を招くことがないようにする必要があります。

川西市では以下のいずれかの対応を行うようお願いします。

① 利用者に口頭で同意を得て、支援経過表に記録する。

② サービス利用票(第6表)の欄外に署名を得る。

③ サービス利用票(第6表)の欄外に押印を得る。

※ 利用票の作成がない月の場合は、利用内容等について口頭で説明したうえで①の対応

## < 例外給付 >

「川西市ケアマネジメントマニュアル」(資料編 P.44～)

### 車いす：市への申請不要

#### 3. 例外給付の対象となる場合

##### ①認定調査票の記載内容を確認する

直近の認定調査における基本調査の結果から、以下の表1に該当しているか確認してください。

例) 特殊寝台及び特殊寝台付属品の場合

表1を見ると、「日常的に起き上がりが困難な者」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(起き上がり)もしくは1-3(ねがえり)が「できない」になっていれば保険給付の対象になるため、川西市への申請は不要です。

例外給付の対象になる状態像であることが基本調査で確認できる場合は、サービス担当者会議等で必要性を検討の上、貸与してください。

##### ②基本調査の確認項目がない場合

「車椅子及び同付属品」の「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「移動リフト」のうち段差解消機にかかる状態像である「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ありません。

そのため、状態像が該当するかどうかの判断は、医師から得た情報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より、ケアマネジャー等が判断してください。川西市への申請は不要です。

## < 例外給付 >

「川西市ケアマネジメントマニュアル」（資料編 P.45、48）

### 状態像 ~ について

#### ③基本調査の内容から例外給付の対象にならない場合

基本調査の結果のみでは例外給付の対象にはならない場合でも、以下の条件を全て満たす場合であって、これらについて川西市が書面等確実な方法により確認できる場合は例外給付の対象になります。

#### ・例外給付の対象となる条件

- ア) 表2のi)～iii)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。
- イ) 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福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されている。
- ウ) ア及びイについて、川西市に書面等の確実な方法により確認を受けること。

※申請の方法については、P49「4. 川西市への申請について」を参照ください。

※対象品目について、表2に該当しない場合は保険給付の対象となりませんが、これは当該対象品目の必要性を否定するものではなく、介護保険外の提供（自費利用）を妨げるものではありません。

(表2)

類型	状態
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、頻繁に利用者等告示第三十一号のイ（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、短期間のうちに利用者等告示第三十一号のイ（表1）の状態像に該当す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状態の重篤化の回避等医学的判断から利用者等告示第三十一号のイ（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）

# < 例外給付 >

「川西市ケアマネジメントマニュアル」資料編 P.46～47)

## 状態像 ～ について

(表 1)

種目	例外給付の対象となる状態像 (厚生労働大臣が定める者のイ)	左の状態像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 (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	基本調査 1-7 「3.できない」  (二) については該当項目なし
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) 日常的に起きあがり困難な者  (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	次の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 「調査対象者が意見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)	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	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」
※オ) のうち、 段差解消機のみ	(三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	(三) については該当項目なし
カ) 自動排泄処理装置 (尿のみを自動的に吸引するものを除く)	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	基本調査 2-6 「4.全介助」  基本調査 2-1 「4.全介助」

※ オ) のうち、昇降座椅子については「(二) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者」のみで判断します。尚、「移乗」には床からベッド等への乗り移り(床からの立ち上がり)を含みます。

## < 例外給付 >

「川西市ケアマネジメントマニュアル」(資料編 P.50～)

### 医師の意見聴取

#### ①アセスメント

- ・「軽度者に対する福祉用具貸与例外給付について」の「2. 例外給付の対象種目」及び「3. 例外給付の対象となる場合」をご参照ください。
- ・福祉用具の使用の必要性について検討し、必要であると判断した場合は福祉用具の提供方法として例外給付に該当する状態像であるかを検討してください。
- ・対象品目に関する状態像については、表1を参照してください。
- ・軽度者に対する福祉用具貸与は原則給付対象外です。本人や家族の希望だけでなく、適切なケアマネジメントに基づいて貸与してください。

#### ②原案作成

- ・福祉用具の位置づけの必要性について、ニーズや目標を明確に記載してください。

#### ③医師意見聴取

- ・福祉用具の導入の可否や、福祉用具の必要性ではなく、医学的な所見から原因疾患との関連性や、i)～iii)のどの状態像に該当するか、また、その判断の根拠となる意見を聴取してください。なお、ケアマネジャーの意見に同意する趣旨や状態像の番号(i～iii)だけを確認することや、病名のみを聴取している場合、具体的な医師の所見が確認できませんのでご注意ください。

##### (記載例)

- 「●●ががん末期の状態悪化により余命数日から数ヶ月と考えられ、短期間で起き上がりができない状態に至ると確実に見込まれるため、ii)に該当すると判断する」
- ×→「起立動作を安全に行うためにベッドが必要」(福祉用具の使用についての意見)  
「パーキンソン病」(病名のみ)、「i」(状態像の番号のみ)  
「(ケアマネジャーの意見に対し)必要性を認める」(同意のみ)等

- ・対象種目ではない福祉用具の貸与と同様にサービス提供時や療養上の留意点について、幅広い医学的意見の収集に努めてください。

#### ④サービス担当者会議

- ・医師から聴取した意見内容を踏まえてサービス担当者間で検討する必要があります。
- ・対象品目に関わらず、福祉用具を位置づける際は、導入の必要性や、福祉用具の使用による本人の身体及び生活の改善の見込み等について検討してください。
- ・例外給付を申請する場合は表1及び表2の状態像に該当するかについても確認・検討してください。

#### 軽度者に対する福祉用具貸与例外給付に関するQ&A

##### 算定期間について

Q1. 例外給付の算定期間はいつまでですか。

A1. 認定有効期間の範囲内になります。

Q2. 例外給付の算定期間はいつからですか。

A2. 医師から状態像の聴取を行った後その内容を踏まえてサービス担当者会議を開催した日、又は利用開始日を比較し、後の方の日付からになります。

##### 提出時期について

Q3. 認定申請中で介護度が未確定の期間に利用開始します。いつ申請をすればいいですか。

A3. 認定結果の確認後、速やかに申請してください。ただし、確認期間の開始はQ2の通りですので暫定プラン作成時に医師の意見の聴取やサービス担当者会議を開催しておいてください。(詳細はQ2参照)

##### 提出書類について

Q4. 「医師の医学的な所見」について、どのような内容の聴取や記載が必要ですか。

A4. 聴取日、病院名、医師名に加えて、利用者の身体状況が、i)～iii)のどの状態像に該当するかについての確認、その判断の根拠となった具体的な所見及び疾病名の確認ができる必要があります。「病名」「病状」のみの所見や「福祉用具が必要」「転倒のリスク」等の福祉用具の必要性のみの所見では、例外給付における状態像の確認ができません。

Q5. 「医師の医学的な所見」について、情報収集を電話による聴取とした場合、日時や医師名等を確認できる書類がないが、どうすればよいですか。

A5. 医師の意見を踏まえて開催したサービス担当者会議の要点に、聴取日時や内容、主治医名等を記載してください。FAX等で聴取した場合は当該FAXの写しを添付してください。

Q6. 「サービス担当者会議の要点」について、どのような内容の検討や記載が必要ですか。

A6. 通常のサービス担当者会議の要点に必要な内容はもちろんのこと、少なくとも開催日、参加者(欠席の担当者については照会者)、照会内容、福祉用具導入の必要性、例外給付申請にあたって医師から状態像等について聴取した内容(いつ、だれに、聴取方法含む)、状態像について担当者間で検討した内容、例外給付申請の必要性については記載が必要です。

## < 例外給付について >

「川西市ケアマネジメントマニュアル」(資料編 P.50～)

### サービス担当者会議

#### ①アセスメント

- ・「軽度者に対する福祉用具貸与例外給付について」の「2. 例外給付の対象種目」及び「3. 例外給付の対象となる場合」をご参照ください。
- ・福祉用具の使用の必要性について検討し、必要であると判断した場合は福祉用具の提供方法として例外給付に該当する状態像であるかを検討してください。
- ・対象品目に関する状態像については、表1を参照してください。
- ・軽度者に対する福祉用具貸与は原則給付対象外です。本人や家族の希望だけでなく、適切なケアマネジメントに基づいて貸与してください。

#### ②原案作成

- ・福祉用具の位置づけの必要性について、ニーズや目標を明確に記載してください。

#### ③医師意見聴取

- ・福祉用具の導入の可否や、福祉用具の必要性ではなく、医学的な所見から原因疾患との関連性や、i)～iii)のどの状態像に該当するか、また、その判断の根拠となる意見を聴取してください。なお、ケアマネジャーの意見に同意する趣旨や状態像の番号(i～iii)だけを確認することや、病名のみを聴取している場合、具体的な医師の所見が確認できませんのでご注意ください。

##### (記載例)

- 「●●が末期の状態悪化により余命数日から数ヶ月と考えられ、短時間で起き上がりができない状態に至ると確実に見込まれるため、ii)に該当すると判断する」
- ×→「起居動作を安全に行うためにベッドが必要」(福祉用具の使用についての意見)  
「パーキンソン病」(病名のみ)、「i」(状態像の番号のみ)  
「(ケアマネジャーの意見に対し)必要性を認める」(同意のみ)等

- ・対象種目ではない福祉用具の貸与と同様にサービス提供時や療養上の留意点について、幅広い医学的意見の収集に努めてください。

#### ④サービス担当者会議

- ・医師から聴取した意見内容を踏まえてサービス担当者間で検討する必要があります。
- ・対象種目に関わらず、福祉用具を位置づける際は、導入の必要性や、福祉用具の使用による本人の身体及び生活の改善の見込み等について検討してください。
- ・例外給付を申請する場合は表1及び表2の状態像に該当するかについても確認・検討してください。

#### 軽度者に対する福祉用具貸与例外給付に関するQ&A

##### 算定期間について

Q1. 例外給付の算定期間はいつまでですか。

A1. 認定有効期間の範囲内になります。

Q2. 例外給付の算定期間はいつからですか。

A2. 医師から状態像の聴取を行った後その内容を踏まえてサービス担当者会議を開催した日、又は利用開始日を比較し、後の方の日付からになります。

##### 提出時期について

Q3. 認定申請中で介護度が未確定の期間に利用開始します。いつ申請をすればいいですか。

A3. 認定結果の確認後、速やかに申請してください。ただし、確認期間の開始はQ2の通りですので暫定プラン作成時に医師の意見の聴取やサービス担当者会議を開催しておいてください。(詳細はQ2参照)

##### 提出書類について

Q4. 「医師の医学的な所見」について、どのような内容の聴取や記載が必要ですか。

A4. 聴取日、病院名、医師名に加えて、利用者の身体状況が、i)～iii)のどの状態像に該当するかについての確認、その判断の根拠となった具体的な所見及び疾病名の確認ができる必要があります。「病名」「病状」のみの所見や「福祉用具が必要」「転倒のリスク」等の福祉用具の必要性のみの所見では、例外給付における状態像の確認ができません。

Q5. 「医師の医学的な所見」について、情報収集を電話による聴取とした場合、日時や医師名等を確認できる書類がないが、どうすればよいですか。

A5. 医師の意見を踏まえて開催したサービス担当者会議の要点に、聴取日時や内容、主治医名等を記載してください。FAX等で聴取した場合は当該FAXの写しを添付してください。

Q6. 「サービス担当者会議の要点」について、どのような内容の検討や記載が必要ですか。

A6. 通常のサービス担当者会議の要点に必要な内容はもちろんのこと、少なくとも開催日、参加者(欠席の担当者については照会者)、照会内容、福祉用具導入の必要性、例外給付申請にあたって医師から状態像等について聴取した内容(いつ、だれに、聴取方法含む)、状態像について担当者間で検討した内容、例外給付申請の必要性については記載が必要です。

# < 短期入所サービス利用中の福祉用具貸与の取り扱い >

「川西市ケアマネジメントマニュアル」（資料編 P.68～69）

設の利用開始日においては連続利用制限の対象となり、全額自己負担となります。

※令和3年 報酬改定に関するQ&A Vol.3 問67,68参照

## 【例3】短期入所生活介護と短期入所療養介護を併用する場合

	～8/14	8/15～8/24	8/25（※1）	8/26～9/9	9/10（※1）	9/11	9/12
A施設 短期入所 生活介護 (カウント日数)	利用なし	10日 (10日目)	1日(通所) (11日目)	利用なし	1日(入所) (1日目)	1日 (2日目)	1日 (3日目)
B施設 短期入所 療養介護 (カウント日数)	利用なし	利用なし	1日(入所) (1日目)	15日 (16日目)	1日(通所) (17日目)	利用なし	利用なし

（※1）連続利用日数については、短期入所生活介護と短期入所療養介護はサービス区分が異なるため、それぞれについてカウントします。

→A施設での利用日数とB施設での利用日数は通算されません。

このため、例の場合、A施設への入所から通算して30日超となる日以降についても連続利用制限の対象とはなりません。この場合であっても適切な短期入所サービスの計画、利用が必要であることに十分留意してください。

## ③ 長期利用者提供減算

短期入所生活介護の基本サービス費については、施設入所と比べ入退所が頻繁であり、利用者の状態が安定していないことから、特別養護老人ホームへ入所した当初に施設での生活に慣れるための様々な支援を評価する初期加算相当分を評価しています。

こうしたことから、居宅へ戻ることなく、自費利用を挟み同一事業所を連続30日を超えて同一事業所を利用しているものに対して短期入所生活介護を提供する場合には、連続30日を超えた日から1日につき30単位を所定単位数より減算します。

令和6年度より、短期入所生活介護における長期利用は施設と同様の利用形態となっていくことから、居宅に戻ることなく自費利用を挟み同一事業所を連続60日を超えて利用しているものに対して短期入所生活介護を提供する場合には、連続60日を超えた日から短期入所生活介護費は介護福祉施設サービス費と同単位数となっています(すでに長期利用者提供減算により算定単位数がこれを下回っている場合を除く)。

## (5) 短期入所サービス利用中の福祉用具貸与の取り扱い

### ① 短期入所施設利用中の福祉用具貸与の算定について

#### (ア) 法令等

- 貸与された福祉用具は、利用者の居宅において利用されるものである。  
(根拠：指定居宅サービス等の人員、設備及び運営に関する基準（厚生労働省令第37号）第193条）
- 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者についても算定が可能。

(根拠：指定居宅介護サービスに要する費用の額の算定に関する基準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（老企第36号平成12年3月1日）第二通則（2））

#### (イ) 考え方

福祉用具貸与は居宅において利用されるものに対して保険給付が行われるものとされる一方で、短期入所生活介護または短期入所療養介護を利用中であっても、福祉用具貸与の算定は認められています。しかし、これは、短期間の利用を目的とする短期入所サービスの本来の利用形態を鑑み、短期入所サービス利用中の短い期間の間に自宅で貸与されていた福祉用具を一旦返却し、退所後再度搬入することが非常に不合理であるということから認められているものと考えます。そのため、当該月に一度も自宅に帰ることなく短期入所サービスを長期継続利用する場合等については、短期入所サービスの利用中であっても福祉用具貸与費の算定が認められない場合があります。（「2. 短期入所施設への福祉用具の持ちこみについて」も参考して下さい）

#### (ウ) 算定方法

- 当該月に居宅での福祉用具の利用が全くなかった場合、当該月の福祉用具貸与費の算定はできません。
- 当該月に居宅での福祉用具の利用があった場合、当該月の福祉用具貸与費の算定は可能です。その場合、月単位での算定が可能です。ただし、通知はあくまでも「算定が可能」とされており、利用者負担軽減の観点から居宅での利用がない期間が月の半数を超える等の場合には一旦貸与を中止し、日割り又は半月請求とすることも検討して下さい。

### ② 短期入所施設への福祉用具の持ち込みについて

#### (ア) 法令等

- 短期入所生活介護事業者は、短期入所生活介護を提供するために必要な設備及び備品等を備えなければならない。  
(根拠：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（厚生労働省令第37号）第124条）
- 貸与された福祉用具は、利用者の居宅において利用されるものである。  
(根拠：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（厚生労働省令第37号）第193条）

#### (イ) 考え方

短期入所施設への福祉用具の持ち込みは原則として認められません。短期入所施設内の福祉用具の費用は短期入所サービスの報酬に包括されているものであり、施設内の福祉用具は短期入所施設が用意すべきものと考えられています。

ただし、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の結果、短期入所施設に備えられている福祉用具では本人の心身の状況から考えて施設内での生活が困難と判断される場合であって、かつ当該短期入所施設でなければならない理由がある場合に、例外的に福祉用具を短期入所施設に持ち込んで利用することは可能とします（介護保険法第8条に基づき居宅において貸与されている福祉用具を含む）。その場合にはケアマネジメントの結果と共に当該福祉用具の利用の必要性及び持ち込みが必要な理由を居宅介護支援経過等に明記して下さい。

## 【掲載先】

市ホームページ「川西市ケアマネジメントマニュアルについて」

[https://www.city.kawanishi.hyogo.jp/kurashi/fukushi\\_kaigo/1017467/kaigohoken/1018433.html](https://www.city.kawanishi.hyogo.jp/kurashi/fukushi_kaigo/1017467/kaigohoken/1018433.html)

市ホームページ「介護保険課から介護保険サービス事業所へのお知らせ」

[https://www.city.kawanishi.hyogo.jp/kurashi/fukushi\\_kaigo/1017467/kaigohoken/1023317.html](https://www.city.kawanishi.hyogo.jp/kurashi/fukushi_kaigo/1017467/kaigohoken/1023317.html)