

伊豆の国市介護保険短期入所サービスにおける特例利用に関する事務
取扱要綱

制定 令和7年3月17日告示第40号

(趣旨)

第1条 この要綱は、短期入所サービスの利用に際し、居宅要介護等被保険者の心身の状況等により特に必要と認められる場合において、認定有効期間の半数を超える短期入所サービスの利用（以下「特例利用」という。）を行うことに関し、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 短期入所サービス 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の事業の人員及び運営並びに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号の規定による短期入所生活介護、短期入所療養介護、介護予防短期入所生活介護及び介護予防短期入所療養介護をいう。
- (2) 認定有効期間 要介護認定及び要支援認定の有効期間をいう。
- (3) 居宅要介護等被保険者 介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第41条第1項に規定する居宅要介護被保険者及び法第53条第1項に規定する居宅要支援被保険者をいう。
- (4) 指定居宅介護支援事業者 法第79条第1項の規定による指定を受けた居宅介護支援事業者及び法第115条の22第1項の規定による指定を受けた介護予防支援事業者をいう。

(認定有効期間のおおむね半数の取扱い)

第3条 認定有効期間のおおむね半数は、認定有効期間の日数を2で除した日数とする。ただし、利用日数の数え方については1月に30日を上限とし、支給限度日数及び支給限度基準額を超えて利用者が全額自己負担した短期入所サービスの利用日数は含めないものとする。

(特例利用対象者)

第4条 特例利用をすることができる者（以下「特例利用対象者」という。）は、

次の各号のいずれかに該当する居宅要介護等被保険者とする。

- (1) 居宅要介護等被保険者が認知症であること等により、同居の家族等による介護が困難な場合
- (2) 同居の家族等が高齢又は疾病にあり、居宅で十分な介護が受けられない場合
- (3) 一人暮らしにより、介護者がいない場合
- (4) 前3号に掲げるもののほか市長が必要と認める場合
(特例利用の利用制限)

第5条 特例利用の利用回数は、原則、特例利用対象者1人につき、1度限りとする。ただし、市長が特に必要と認める場合は、この限りでない。

(利用申請及び承認)

第6条 指定居宅介護支援事業者その他これに類する者（以下「申請者」という。）は、認定有効期間のおおむね半数を超えると見込まれる月の前月末までに居宅サービス計画書を添付の上、別記様式による介護保険短期入所サービス特例利用申請書を市長に提出しなければならない。

- 2 市長は、前項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、利用の可否を決定し、その旨を当該申請者に通知する。
- 3 市長は、第1項の規定による申請の内容が適当でないとき、当該申請者に対し、その補正又は追加の資料（以下「補正等」という。）を求めることができる。この場合において、当該申請者は、補正等を求められた日の翌日から起算して15日以内に補正等に応じなければならない。
- 4 市長は、前項の規定により補正等を求めたにもかかわらず、当該申請者が同項後段に規定する期日までに補正等に応じなかったときは、申請がなかったものとみなす。

(伊豆の国市地域ケア個別会議での意見聴取)

第7条 市長は、前条第2項の規定による審査をするに当たり、必要に応じて伊豆の国市地域包括支援センターが主体となって検討等を行う伊豆の国市地域ケア個別会議で意見を聴くことができる。

(利用の中止)

第8条 第6条第2項の規定による審査の結果、利用の承認を受けた居宅要介護等被保険者が第4条各号のいずれにも該当しなくなったときは、速やかに当該承認に係る特例利用を中止しなければならない。

(補則)

第9条 この要綱に定めるもののほか、特例利用に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この告示は、令和7年4月1日から施行する。

(準備行為)

2 この告示による第6条の規定による利用申請及び承認その他の準備行為は、この告示の施行日前においても、行うことができる。

別記様式（第6条第1項関係）（日本産業規格 A4縦型）

介護保険短期入所サービス特例利用申請書

被保険者番号			被保険者氏名									
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女						
住所												
認定有効期間	年 月 日			～	年 月 日							
要介護度	要支援 1・2			要介護 1・2・3・4・5								
短期入所利用施設名												
認定有効期間中の利用日数 （理由書提出時点での実績と今後の計画を記入してください）												
	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
日数												
累計												
	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
日数												
累計												
期間の半数を超えた利用を必要とする理由 ※いずれかに○をつけてください。 1 利用者が認知症であること等により、同居家族による介護が困難 2 同居家族が高齢・疾病等により、居宅で十分な介護が受けられない 3 一人暮らしにより、介護者がいない 4 その他（ ）												
居宅での介護ができない具体的な理由（本人・家族の意向、状況等）												
短期入所以外のサービスの検討状況又は施設申込状況（施設名、時期）												
今後の支援方針												
伊豆の国市長 あて										年 月 日		
申請者 住所						連絡先						
氏名												

添付書類 居宅サービス計画書1表、2表、4表（短期入所サービス利用の必要性について議論したもの）、5表（過去6か月間分）