

資料

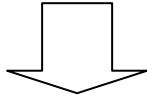
軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付

《 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の取扱いについて 》

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、(1)と(2)の要件を満たし、これらについて市町村に確認を受けた場合は例外給付の対象となります。

(1)
下記のⅠ)からⅢ)までのいずれかの状態像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。

(2)
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である旨が判断されている。



〈福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像〉

- 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23号告示第21号のイ(※)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、短期間のうちに第23号告示第21号のイ(※)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第23号告示第21号のイ(※)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)

(※)具体的には2ページ:表1の「厚生労働大臣が定める者のイ」を指す。

- ◆ 「車いす及び車いす付属品」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」および「移動用リフト」の「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」に該当する場合

→ 市町村での確認を受ける必要はありません。

ただし、主治医から得た情報および福祉用具専門相談員等が参加する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る判断が必要となります。

表1

対象外種目	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の結果
ア 車いすおよび車いす付属品	次のいずれかに該当する者	
	(1) 日常的に歩行が困難な者	基本調査1-7 「3. できない」
	(2) 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	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（市町村への確認不要） →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。
イ 特殊寝台および特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者	
	(1) 日常的に起きあがり困難な者	基本調査1-4 「3. できない」
	(2) 日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3 「3. できない」
ウ 床ずれ防止用具および体位変換器	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 <u>いずれにも</u> 該当する者	
	(1) 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	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 または 基本調査3-2～7のいずれか 「2. できない」 または 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。
	(2) 移動において全介助を必要としない者	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	
	(1) 日常的に立ち上がり困難な者	基本調査1-8 「3. できない」
	(2) 移乗が一部介助または全介助を必要とする者	基本調査2-1 「3. 一部介助」または「4. 全介助」
	(3) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	生活環境において段差の解消が必要と認められる者（市町村への確認不要） →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。
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）	次の <u>いずれにも</u> 該当する者	
	(1) 排便が全介助を必要とする者	基本調査2-6 「4. 全介助」
	(2) 移乗が全介助を必要とする者	基本調査2-1 「4. 全介助」

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る確認方法について

(1) 被保険者の状態の確認

ケアマネジャー等は、認定調査票等を参考とし、被保険者の状態が「厚生労働大臣が定める者のイ」(2ページ参照)および「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像(Ⅰ, Ⅱ, Ⅲ)」(1ページ参照)に該当する可能性があるかどうか確認をする。

(2) 医師への照会

ケアマネジャー等は、当該被保険者の状態が「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像(Ⅰ, Ⅱ, Ⅲ)」に該当するかどうか医師に照会する。(医師に照会する医学的所見は単に「福祉用具〇〇が必要」ではなく、疾病その他の原因およびそれに起因する状態像を具体的に記載してもらう。回答がない場合は、医師に所見を聴取してもよい。)

(3) サービス担当者会議の開催

(2)において「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像(Ⅰ, Ⅱ, Ⅲ)」に該当するとの所見が示された場合、ケアマネジャー等は、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。

(4) 「軽度者に係る福祉用具貸与の例外給付の確認申請書(以下「確認申請書」)」の提出

(3)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た場合、ケアマネジャー等は高年福祉課介護保険係に「確認申請書」(6ページ参照)を提出する。居宅(介護予防)サービス計画(被保険者本人またはその家族の同意のあるもの)、サービス担当者会議の記録等、医師の所見等を添付する。

(5) 高年福祉課介護保険係での確認

介護保険係は、確認申請書の内容が添付書類(居宅(介護予防)サービス計画書、サービス担当者会議の記録等、医師の所見等)により確認できるかどうか下記の判断基準に照らし合わせ、例外給付可または不可をケアマネジャー等に通知する。(「軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認について(通知)」(7ページ参照)を送付するので、事業者で保管してください。)

《確認の判断基準》

確認可(例外給付可)の判断	①、②、③の全てが書面で確認できれば、確認可の判断となる。 ①居宅(介護予防)サービス計画書に「利用者またはその家族の同意」・「医師の所見」・「医師氏名」・「当該福祉用具貸与が特に必要な理由」が記載されていること。 ②サービス担当者会議の記録等に「開催日」・「出席者」・「福祉用具貸与の例外給付についての検討内容」等が記載されていること。 ③主治医意見書、医師の診断書等(文書による照会の回答等)、医師からの所見を聴取した記録(聴取日時・方法・内容・医師氏名が必要)に「被保険者氏名・医師氏名・疾病名」・「状態像(Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ)のどれに該当するか」・「どのような動作等が困難なのか」・「そのため必要となる福祉用具の種目」等が記載されていること。
確認不可(例外給付不可)の判断	上記①、②、③のうち、一つでも書面で確認できない場合は、確認不可の判断となる。

確認の有効期間について

- ・ 開始日→確認申請書記載の貸与開始日(貸与開始予定日)(例1)
最大で確認申請書を受理した日の属する月の1日まで遡及可能(例2)
- ・ 終了日→要介護認定または要支援認定の有効期間の終了日

例1 4月5日に確認申請を受理し、4月10日から貸与予定の場合

▶ 給付開始日 : 27. 4. 10

サービス担当者 ↓会議開催日		確認申請 ↓受理日	貸与開始日 ↓(予定日)	確認通知 ↓発行日
27. 3. 25	27. 4. 1	27.4. 5	27. 4. 10	27. 4. 15

例2 4月10日に確認申請を受理し、3月25日から貸与を受けていた場合

▶ 給付開始日 : 27. 4. 1

サービス担当者 ↓会議開催日	貸与開始日 ↓		確認申請 ↓受理日	確認通知 ↓発行日
27. 3. 20	27. 3. 25	27.4. 1	27.4. 10	27. 4. 15

注1) 継続して貸与を受けるためには、原則確認の有効期間が終了する前日までに新たに必要書類を整えて、再度申請してください。

注2) 要介護認定または要支援認定が申請中の場合、結果が判定される前であっても、申請は可能です。その場合は、認定結果がでた後に、要介護1以下の方について例外給付の適否を確認し、通知します。
要介護認定または要支援認定の結果が判定された後に申請する場合、有効期間の開始日は確認申請書を受理した日の属する月の1日までしか遡及しませんので、注意してください。

注3) 月末に、急遽例外給付を受ける必要が生じた等の理由により、同月中に申請に必要な書類すべてを提出することが困難な場合は、高年福祉課介護保険係へ連絡してください。併せて、確認申請書とその時点で提出可能な書類を提出してください。やむを得ない事情があると認められた場合は、確認申請書が提出された月に申請を受け付けたものとします。

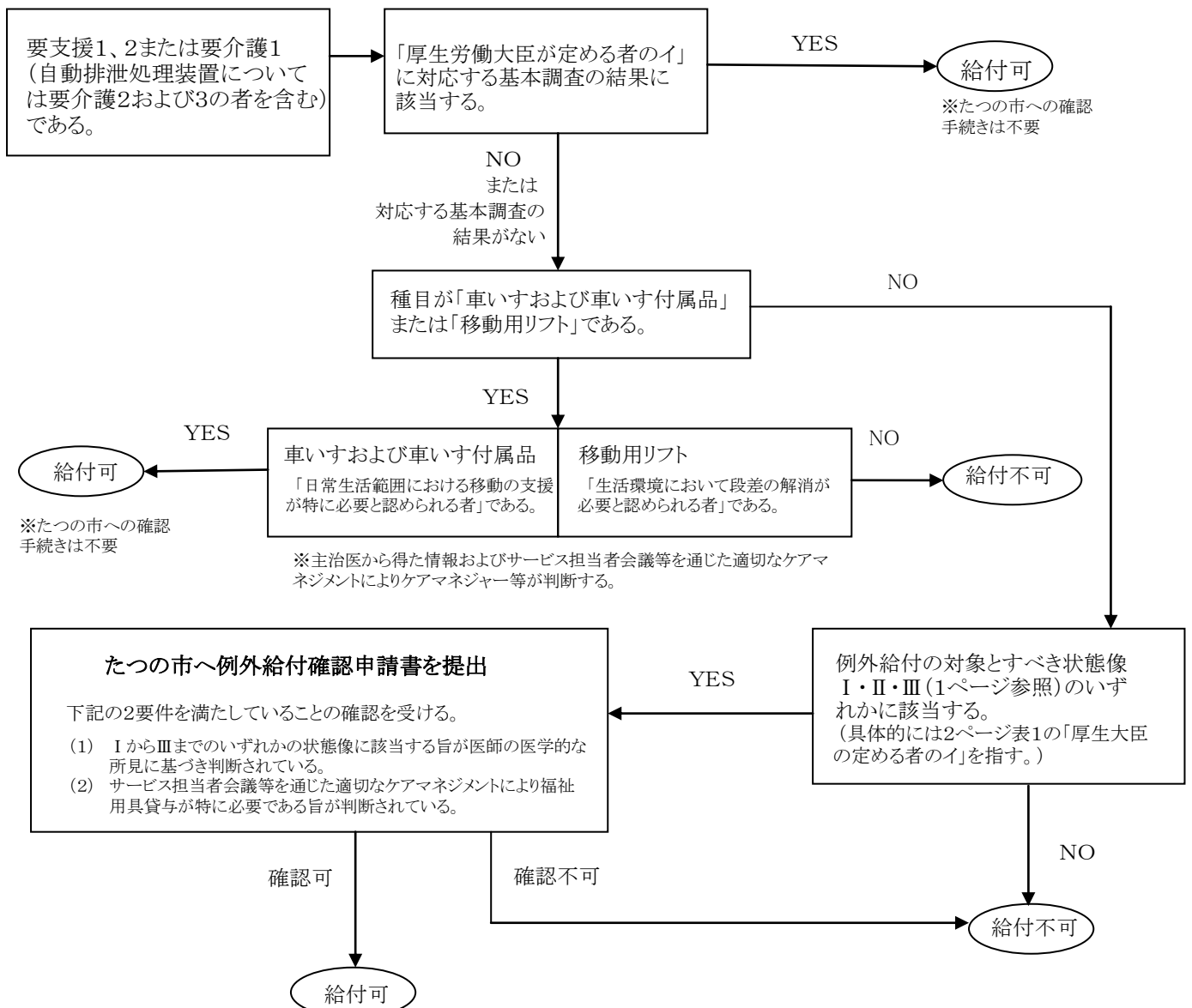
軽度者に対する福祉用具貸与 フロー図

- 軽度者＝要支援1、2または要介護1(自動排泄処理装置については要介護2および3を含む)の者
- 福祉用具貸与の給付要件

①						
車いす および 車いす 付属品	特殊寝台 および 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 感知機器	移動用 リフト	自動排泄 処理装置
給付要件:表1(2ページ参照)に定める「厚生労働大臣が定める者のイ」に該当しなければならぬ。						

②			
手すり	スロープ	歩行器	歩行補助 つえ
給付要件:なし→保険給付可能			

■ ①の種目に係る福祉用具貸与の判断手順



※種目変更等が必要になった場合、再度例外給付の確認申請を行うこと。

※継続して貸与を受ける場合、確認の有効期間の前日までに再度例外給付の確認申請を行うこと。

軽度者に対する福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）例外給付確認申請書

平成 年 月 日

たつの市長 様

居宅介護(介護予防)支援事業所名											印
事業者番号											
居宅介護(介護予防)支援事業所住所	〒										
居宅介護(介護予防)支援事業所代表者名											
居宅介護(介護予防)支援事業所電話番号	()										

次の事項について担当の居宅介護(介護予防)支援事業所から説明を受け、同意しました。

- (1) 居宅介護(介護予防)支援事業所が、私の福祉用具貸与の例外給付の確認申請を下記のとおり行うこと。
- (2) 確認結果通知を当該居宅介護(介護予防)支援事業所あてに送付すること。
- (3) この申請にかかる確認のために必要があるときは、私の要介護認定または要支援認定の結果や心身の状態および疾病など必要な事項についてたつの市が調査すること。

本人同意欄	氏名	印
-------	----	---

福祉用具貸与(介護予防福祉用具貸与)の例外給付に係る確認を受けたいので、次のとおり申請します。

1	被保険者	氏名											被保険者番号										
		住所											生年月日										
		要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 認定申請中(申請日 年 月 日)																				
		認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日																				
2	福祉用具を必要とする理由	<input type="checkbox"/>	疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によって、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する。																				
		<input type="checkbox"/>	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態にな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また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。																				
3	確認を必要とする福祉用具および該当する状態像	<input type="checkbox"/>	特殊寝台	<input type="checkbox"/>	日常的に起き上がりが困難な者	<input type="checkbox"/>	日常的に寝返りが困難な者																
		<input type="checkbox"/>	特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/>	日常的に起き上がりが困難な者	<input type="checkbox"/>	日常的に寝返りが困難な者																
		<input type="checkbox"/>	床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/>	日常的に寝返りが困難な者																		
		<input type="checkbox"/>	体位変換器	<input type="checkbox"/>	日常的に寝返りが困難な者																		
		<input type="checkbox"/>	認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/>	意思の伝達、介助者への反応、記憶・理解のいずれかに支障があり、かつ移動において全介助を必要としない者																		
		<input type="checkbox"/>	自動排泄処理装置	<input type="checkbox"/>	排便および移乗において全介助を必要とする者																		
4	2の福祉用具を必要とする理由を確認した方法	<input type="checkbox"/>	主治医意見書																				
		<input type="checkbox"/>	医師の診断書等																				
		<input type="checkbox"/>	医師から所見を聴取																				
5	サービス担当者会議開催日	年 月 日																					
6	貸与開始日(貸与開始予定日)	年 月 日																					

※添付書類

- ◆要介護の方 ①医師の医学的所見を示す資料(写) (意見書・診断書・聴取による所見)
②居宅サービス計画書(1)(2)(写)
③サービス担当者会議の要点(写)
- ◆要支援の方 ①医師の医学的所見を示す資料(写) (意見書・診断書・聴取による所見)
②介護予防サービス・支援計画表(1)(2)(写) 6
③支援経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)(写)

様

たつの市長

軽度者に対する福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）の例外給付の確認について（通知）

年 月 日付で申請のあった福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）の例外給付については、次のとおり確認したので通知します。

被保険者氏名	被保険者番号										
住所	〒 ー 電話番号() ー										
生年月日	年 月 日										
要介護度	□要支援1 □要支援2 □要介護1 □要介護2 □要介護3										
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日										
福祉用具の種目 ○印は例外給付可 ×印は例外給付不可 を表しています。	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機器				自動排泄処理装置						
確認の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日										
確認番号											

【特記事項】

【確認後の見直しについて】

- ①継続して例外給付を受ける必要がある場合、確認の有効期間が終了する日の前日までに例外給付の確認の申請をしてください。
- ②確認の有効期間内に要介護認定または要支援認定の変更を受けた結果、要介護度が要介護1（貸与品目が自動排泄処理装置の場合は要介護2、要介護3を含む。）、要支援1または要支援2だった場合、再度例外給付の確認の申請をしてください。
- ③福祉用具の種目の変更が必要となった場合にも、再度確認の申請が必要です。
- ④例外給付の確認の申請をせずに保険給付を受けた場合は、返還の対象となる場合がありますので、御注意ください。

記載例※検討内容等を第4表に記載した場合

第4表

サービス担当者会議の要点

作成年月日 平成〇〇年〇月〇日

利用者名 〇〇 〇〇 様 居宅サービス計画作成者(担当者)氏名 ×× ××
 開催日 平成〇〇年〇月〇日 開催場所 居宅介護支援事業所×× 開催時間 14:00~15:00 開催回数 1

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
	A居宅介護支援事業所×	×× ××				
	B△△訪問介護事業所	△△ △△				
	C福祉用具貸与事業所☆	☆☆ ☆☆				
検討した項目	①福祉用具(特殊寝台および特殊寝台付属品)の必要性について					
	<p>「検討内容」の欄には、医師の意見(医学的な所見)および医師の名前を必ず記載してください。また福祉用具を導入することの目的、必要性および必要となる福祉用具を明記してください。</p>					
検討内容	① ・◇◇クリニック◇◇医師の診断書において、「パーキンソン病の治療薬により身体症状の日内変動が大きい		ため、特殊寝台の導入が必要である。」と判断される。			
	・服薬時間に関係なく、一日に何度も躯幹での寝返り動作が困難となるため、寝返りや自立支援を目的とした特殊寝台および特殊寝台付属品の導入が必要である。		起き上がり等の動作を補助し			
結論	① 特殊寝台および特殊寝台付属品が必要であるため貸与の手続きを行う。		<p>単に「福祉用具〇〇が必要である」ではなく、疾病その他の原因およびそれに起因する状態像を具体的に記載してください。</p>			
残された課題	① 特殊寝台および特殊寝台付属品を導入後の効果と実際の状況について確認をする。					
(次回の開催時期)	必要に応じて随時					

介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

利用者氏名

〇〇 〇〇

様

計画作成者氏名

×× ××

年 月 日	内 容	年 月 日	内 容
平成〇〇年〇月〇日	<p>担当者会議開催 時間:14:00~15:00</p> <p>参加者:本人、長女、計画作成者、△△訪問介護事業所、福祉用具貸与事業所☆☆</p> <p>検討した項目:福祉用具(特殊寝台)の必要性について</p> <p>検討内容:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ◇◇クリニック◇◇医師の診断書において、「慢性気管支喘息による喘息発作で呼吸不全の危険性が高いため、特殊寝台の導入が必要である。」と判断される。 ● 特に、明け方に重度の喘息発作をおこすことが多いため、速やかに上体を起こし、呼吸不全の危険性を回避することを目的とした特殊寝台の導入が必要である。 ● 本人は、「電動ベッドがあれば、発作が急におきてもすぐに一人でも上体を起こせるので安心できる。」と話す。 <p>結論：特殊寝台が必要なため貸与の手続きを行う。</p> <p>次回の予定：必要に応じて随時開催する。</p>		
(××地域包括支援センター)		「検討内容」見)およびまた、福祉用及び必要となる	の欄には、医師の意見(医学的な所医師の名前を必ず記載してください。具を導入することの目的、必要性および福祉用具を明記してください。
		単に「福祉用具〇〇が必要である」ではなく、疾病その他の原因およびそれに起因する状態像	を具体的に記載してください。

※1 介護予防支援経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察(生活の活発さの変化を含む)、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業者や家族との調整などを記入する。

※2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者(所属(職種)氏名)、検討した内容等を記入する。