

浅口市での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

この例外給付に係る確認方法の対象は、様々な疾患等により厚生労働省の示した状態像に該当する方々(別紙1)「福祉用具が必要となる主な事例内容(概略)」参照)を想定しています。

例外給付に係る確認手続きが必要な場合は、下記を参照のうえ、手続きを行ってください。確認手続きが必要かどうかは、別紙2「軽度者に対する福祉用具貸与に関する判断手順」のフローチャートを参考にしてください。

1. 例外給付とは

要支援1、要支援2及び要介護1(自動排泄処理装置の場合は、要介護2及び要介護3の者を含む。)の軽度者の者は、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について、原則として介護給付の算定対象外となっていますが、市の確認を受けるなど、一定の要件を満たす場合には、例外的に給付が認められています。

2. 例外給付の対象者及び対象種目

○要支援1、要支援2及び要介護1の者

「車いす及び車いす付属品」、「特殊寝台及び特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具及び体位変換器」、「認知症老人徘徊感知器」、「移動用リフト(つり具の部分を除く)」、「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)」

○要介護2及び要介護3の者

「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)」

3. 確認の順序

① 認定調査票(基本調査)の結果による確認

直近の認定調査票(基本調査)の結果が、保険給付の対象となる状態像(老企第36号第2の9(4)①「算定の可否判断基準」)に該当するか否かを別紙3「例外給付の対象となる厚生労働大臣が定める状態像等」により判断します。

→別紙3の状態像が確認できた場合…貸与可能。市へ「軽度者に対する福祉用具貸与 費の例外給付の確認申請書」(以下「確認申請書」という。)の提出は不要。

→別紙3の状態像が確認できなかった場合…②を検討

② 次のi)～iii)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、かつ、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場合には、これらについて市が書面等確実な方法により確認することにより、貸与が必要と判断します。→市へ確認申請書の提出が必要

【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、頻繁に別紙3「例外給付の対象となる厚生労働大臣が定める状態像等」に該当する者
- ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに別紙3に該当するに至ることが確実に見込まれる者
- 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別紙3に該当すると判断できる者

4. 「市が書面等確実な方法により確認する」(3の②) についての確認方法及び手順について

①医学的所見の確認

ケアマネジャー等は、主治医意見書、医師の診断書又は医師から所見を聴取する方法により、医師の医学的な所見に基づき、利用者の状態像が上記3. ②の i) ～ iii) に該当するかを判断します。

②サービス担当者会議の開催等、適切なケアマネジメントの実施

ケアマネジャー等は、確認した医学的な所見を踏まえ、サービス担当者会議の開催等、適切なケアマネジメントにより、福祉用具貸与が当該利用者に特に必要かどうかを判断します。

③確認申請書の提出

サービス担当者会議の結果、福祉用具貸与が特に必要と判断した場合、サービス担当者会議の記録とケアプラン（介護予防ケアプラン）にその内容と医療機関名、医師名及び医学的な所見を明記し、「確認申請書」を作成し提出します。

※確認申請書の「心身の状況等」欄へは、疾病名のみや福祉用具の必要性のみの記入ではなく、医師の医学的な所見を得た資料を基に、**別紙1**「福祉用具が必要となる主な事例内容（概略）」を参照に、被保険者の状態像を具体的に判断できる内容を記入してください。

※サービス担当者会議の記録（写）等には、貸与が特に必要と判断した箇所をマーカー等で明確にしてください。

○提出先： 浅口市健康福祉部高齢者支援課

○提出書類： ・軽度者に対する福祉用具貸与費の例外給付の確認申請書
（申請書様式は、浅口市のホームページに掲載しています。）
・サービス担当者会議の要点の写し
・居宅サービス計画書(1)・(2)の写し（要介護の場合）
介護予防サービス・支援計画書(1)・(2)の写し（要支援の場合）

④浅口市での確認と通知

提出書類の内容から被保険者の状態等を確認し、後日、確認通知書を送付します。

5. 福祉用具貸与実施後の必要性の見直しについて

ケアマネジャー等は、福祉用具貸与の実施後、要介護の利用者は月1回のモニタリングで、要支援の利用者については介護予防ケアプランの評価（必要に応じて随時）によって、必ずその必要性を見直し、その結果を記録してください。

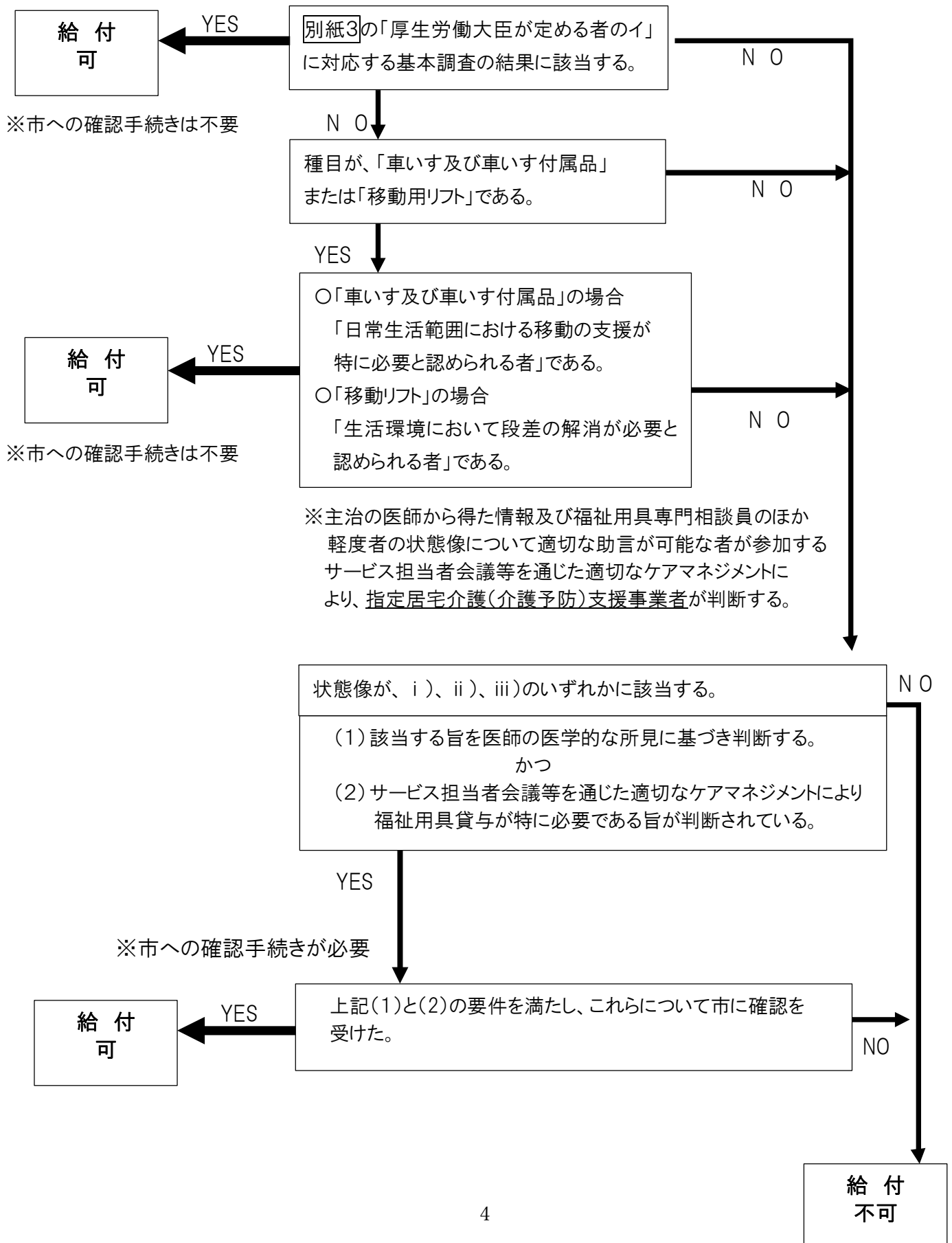
ケアマネジメントの結果、不要となれば「貸与中止」、または種目変更等が必要となれば、再度確認申請の手続きを行ってください。

軽度者に対する福祉用具の貸与は、あくまでも例外であることをふまえ、適切なケアマネジメントの実施に努めてください。

（以下は主な事例の概略であり、医学的な所見によって、利用者の状態像が上記 3 ②の i）～iii）に該当するか否かが判断されることになります。）

事例類型	必要となる福祉用具	事例内容（概略）
Ⅰ 状態の変化	・ 特殊寝台 ・ 床ずれ防止用具・体位変換器 ・ 移動リフト	パーキンソン病で、内服加療中に急激な症状・症状の軽快・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 ・ 移動リフト	重度の間接リウマチで間接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 ・ 移動リフト	末期がんで、認定調査時は何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。移動用リフト必要性を医師からも指示されている。

（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）



別紙 3

例外給付の対象となる厚生労働大臣が定める状態像等
(平成 27 年厚生労働省告示第 94 号第 31 号のイ)

太枠内に該当している場合は、確認申請書は不要。

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 車いす及び 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	基本調査に該当項目なし (主治医から得た情報及びサービス担当者 会議等を通じた適切なケアマネジメント により、 <u>指定居宅介護（予防）支援事業者</u> が判断する。)
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 (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 (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 又は 基本調査 3－2～基本調査 3－7 のいずれか「2. できない」 又は 基本調査 3－8～基本調査 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が困難な者	基本調査 1－8 「3. できない」
	(2) 移乗が一部介助又は全介助を 必要とする者	基本調査 2－1 「3. 一部介助」又は「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	基本調査に該当項目なし (主治医から得た情報及びサービス担当者 会議等を通じた適切なケアマネジメント により、 <u>指定居宅介護（予防）支援事業者</u> が判断する。)
カ 自動排泄処理装置	次のいずれにも該当する者 (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」