

軽度者の福祉用具貸与の例外給付に係る確認方法

<1>利用者の状態確認

軽度者（要支援1・要支援2・介護1）の方は、原則として下記の福祉用具が介護保険給付の対象外です。

ただし、様々な疾患等によって厚生労働省が示した状態像に該当される方については、例外的に保険給付が認められています（別紙1 利用者等告示第31号のイの要件）。

《保険給付対象外の福祉用具》

- ・車いす及び同付属品
- ・特殊寝台及び同付属品
- ・床ずれ防止用具及び体位変換器
- ・認知症老人徘徊感知機器
- ・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）

※自動排泄処理装置は、要介護2、要介護3の方も例外給付の対象用具です。

軽度者に対する福祉用具貸与の例外的な給付については、下記のi～iiiの状態像にあてはまること、医師の医学的な所見に基づき判断されていることが必要です。

利用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に該当するかどうかを確認してください。

[老企第36号第2の9(2)]

- | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>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31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)</p> <p>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31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)</p> <p>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利用者等告示第31号のイに該当すると判断できる者
(例 喘息の発作による呼吸不全、心疾患による心不全、誤嚥性肺炎の回避)</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

<2>医師への照会

ケアマネジャーは、アセスメントにより福祉用具の貸与が適当と判断した場合、沼津市様式「連絡確認票（主治医⇄ケアマネジャー）」を利用し、当該利用者が福祉用具貸与を必要とする原因となった疾病の担当医師に、利用者の状態について意見（明確な医学的所見）を求めてください。

その際、福祉用具が必要となった具体的理由が老企第 36 号第 2 の 9 (2) で示される判断基準の i ~ iii のいずれかの状態像に該当している場合は、ケアマネジャーとしての意見を記入したうえで医師へ照会してください。

《不適切と思われる例》

①特殊寝台とベッドの必要性を混同している事例（特殊寝台の背上げ・高さ調節機能を使用する必要性が見出せない）。

- ・ふとん（床）からの起き上がりが困難
- ・掴まるもの（手摺）がなければ寝返りや起き上がりが困難

②苦痛軽減、転倒防止等の予防理由のみ。

- ・腰痛や膝痛等の悪化防止や苦痛軽減のため

③状態（介護度）改善後も以前と同様に継続使用を希望する等。

《医師への照会例》

○「がん末期の状態悪化により、短期間に起き上がりが困難な状態に至ると確実に見込まれる状態像 iii に該当するので特殊寝台が必要」

×「パーキンソン病で特殊寝台が必要」（病名のみの記載では状態像が判断できません）

×「特殊寝台を継続利用したい」（医師の同意ではなく状態像の判断が必要です）

<3>サービス担当者会議の開催

医師の意見（医学的所見）において、福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき i ~ iii に該当すると所見が示された場合、ケアマネジャー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利用者の自立支援に対して有効かどうか判断します。

利用者の状態（病状やその経過、福祉用具が必要な状況、福祉用具を使うことで自立支援にどう具体的につながる効果があると判断したかという理由）をサービス担当者会議の要点に記載してください。

<4>沼津市へ確認依頼書の提出

サービス担当者会議の結果、貸与が必要と判断された場合、ケアマネジャーは確認依頼書を沼津市に提出してください。

★提出書類・確認依頼書（※別紙2）

- ・医師の意見（医学的所見）（※別紙2・連絡確認票）
- ・介護予防サービス 支援計画表（要支援1、要支援2）
- ・介護予防支援経過記録（要支援1、要支援2）
- ・居宅サービス計画（要介護1）
 - 居宅サービス計画表 1表
 - 居宅サービス計画表 2表
 - 居宅サービス計画表 3表
- サービス担当者会議の要点（給付貸与の必要性を判断した記録） 4表
- 居宅介護支援経過記録（給付貸与の必要性を判断した記録） 5表

《例外給付申請に際しての留意事項》

1. 本人や家族の希望だけで導入しようとしていないこと。
→軽度者に対する福祉用具貸与は原則として給付対象外です。適切なケアマネジメントに基づいて貸与すること。
2. 医師と連携し、利用者の状態像について十分把握できていること。
3. 医師の所見に基づき、軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の状態像 i～iii のいずれに該当するか判断できていること。
4. サービス担当者会議で福祉用具の必要性、効果等が検討されていること。
→利用者の身体状況、生活環境面からなぜ福祉用具の貸与が必要なのか、福祉用具を利用することで利用者の身体、生活にどのような改善が見込まれるか等を検討してください。
5. 提出書類（ケアプランや支援経過記録）をみて、客観的に判断できること。
→適切に検討できていても、記録になければ判断できません。他の人が見ても例外給付の対象になるということが判断できる記録を提出すること。

※沼津市は提出書類を基に利用者が福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき i ～ iii のいずれかに該当する旨を確認後、確認依頼書の写しを返却します。
提出書類で内容が把握できない場合は確認の連絡をさせていただきます。

※医師の所見を踏まえ、サービス担当者会議等により必要と判断されていれば、福祉用具貸与開始後に確認依頼書を提出しても差し支えありませんが、判断に誤りがあったことが事後に判明した場合には、当該福祉用具貸与は保険給付の対象にならないことに留意してください。

※車いす及び車いす付属品の取扱いについては、サービス担当者会議等で、日常生活において移動の支援が特に必要と認められる利用者に貸与できます。沼津市への確認の申し出は不要です。

※例外給付を行う際は医師と連絡を取る必要があります。
その際は、沼津市様式「連絡確認表（主治医⇄ケアマネジャー）」を必ず使用してください。

<5>ケアプランに位置づける

利用者や利用者家族へ説明し、同意を確認のうえ、福祉用具貸与事業者へ貸与に必要な情報を提供します。

<6>ケアプランの見直し

この判断の見直しについては、ケアプラン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）で行ってください。

ケアマネジメントの結果、福祉用具が不要となれば貸与を中止してください。再開する場合は再度確認依頼書を提出してください。

要介護認定または要支援認定の有効期間終了、更新、区分変更後も、引き続き必要性が認められる場合は、再度確認依頼書を沼津市へ提出してください。

あくまでも軽度者への貸与は原則保険給付対象外であることを踏まえ、適切なケアマネジメントのもとに運用を行ってください。

福祉用具の種類	貸与の対象となる状態	認定調査の結果	ケアマネジャーが行う手続き等
車いす (付属品 含む)	・日常的に歩行が困難	1-7「3. できない」	①調査票の写しを入手 ②サービス担当者会議を開き、居宅サービス計画に位置づける
	・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	基本調査に該当項目なし※	
特殊寝台 (付属品 含む)	・日常的に起き上がりが困難 ・日常的に寝返りが困難	次のいずれかに該当する者 1-4「3. できない」 1-3「3. できない」	①調査票の写しを入手 ②サービス担当者会議を開き、居宅サービス計画に位置づける
		1-4「3. できない」以外 1-3「3. できない」以外	①福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像 i ~ iii までのいずれかに該当するか医師の医学的所見に基づき判断する ②サービス担当者会議を開き、居宅サービス計画に位置づける 確認依頼書の提出
床ずれ防止用具及び体位変換器	・日常的に寝返りが困難	1-3「3. できない」	① 調査票の写しを入手 ② サービス担当者会議を開き、居宅サービス計画に位置づける
		1-3「3. できない」以外	①福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像 i ~ iii までのいずれかに該当するか医師の医学的所見に基づき判断する ②サービス担当者会議を開き、居宅サービス計画に位置づける 確認依頼書の提出
認知症老人徘徊感知機器	・意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかの支障があり、かつ移動において全介助を必要としない	・3-1が1以外 ・3-2~7のいずれかに「2. できない」がある ・3-8~4-15のいずれかに「2.ときどきある」または「3.ある」がある ・主治医意見書に認知症の記載がされている場合 <u>上記のいずれかに該当しかつ、</u> 2-2「4. 全介助」以外	①調査票の写しを入手 ②サービス担当者会議を開き、居宅サービス計画に位置づける
		・3-1から3-7「1. できる」 3-8~4-15の全部「1. ない」 主治医意見書に認知症の記載がない ・2-2「4. 全介助」	①福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像 i ~ iii までのいずれかに該当するか医師の医学的所見に基づき判断する ②サービス担当者会議を開き、居宅サービス計画に位置づける 確認依頼書の提出
移動用リフト	・生活環境において段差の解消が必要と認められる	基本調査に該当項目なし※	① 生活環境において、段差の解消が必要かどうかケアマネが確認 ② 主治医から得た情報および福祉用具専門相談員を含むサービス担当者会議を開き、居宅サービス計画に位置づける
	・日常的に立ち上がりが困難 ・移乗が一部介助または全介助を必要	次のいずれかに該当する者 1-8「3. できない」 2-1「3. 一部介助」または「4. 全介助」	①調査票の写しを入手 ②サービス担当者会議を開き、居宅サービス計画に位置づける
自動排泄処理装置	・排便が全介助を必要 ・移乗が全介助を必要	1-8「3. できない」以外 2-1「3. 一部介助」または「4. 全介助」以外	①福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像 i ~ iii までのいずれかに該当するか医師の医学的所見に基づき判断する ②サービス担当者会議を開き、居宅サービス計画に位置づける 確認依頼書の提出
		次のいずれにも該当する者 2-6「4. 全介助」 2-1「4. 全介助」	①調査票の写しを入手 ②サービス担当者会議を開き、居宅サービス計画に位置づける
		2-6「4. 全介助」以外 2-1「4. 全介助」以外	①福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像 i ~ iii までのいずれかに該当するか医師の医学的所見に基づき判断する ②サービス担当者会議を開き、居宅サービス計画に位置づける 確認依頼書の提出

※部分については、該当する基本調査項目がないため、主治の医師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、ケアマネジャーまたは地域包括支援センター職員が判断する。

確認依頼書

令和 年 月 日

(あて先) 沼津市長

事業所住所
事業所名
作成者氏名
電話番号
事業所印

医師の医学的な所見及び、サービス担当者会議等を通じたケアマネジメントに基づき
下記の被保険者に対する(介護予防)福祉用具貸与が特に必要であると判断したので、
確認を依頼します。

- 1 対象者
1) 被保険者番号
2) 被保険者氏名
3) 要介護度
4) 認定期間

- 2 貸与品目等
1) 貸与品目種別
2) 貸与開始年月日
3) 福祉用具貸与事業者

- 3 医師の医学的所見による類型
(1) 該当する状態
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者
III 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者

(2) 病名及び医師の意見
病名
医師の意見

(3) 意見を求めた担当医
氏名
医療機関名
連絡先

- (4) 基礎とした資料
主治医意見書
診療情報提供書
診断書
担当医からの聴取
その他

4 サービス担当者会議
開催日
出席者

Table with 3 columns: 氏名, 所属, 職種

◎ この確認依頼書には、次の書類を添付してください。

Table with 2 columns: 要支援1, 要支援2, 要介護1 and their corresponding document requirements.

連絡確認票(主治医⇄ケアマネジャー)

令和 年 月 日

Medical institution name, doctor name, business name, contact info, etc.

様の介護保険による福祉用具貸与についてご意見を伺います。

- (特殊寝台 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機器 移動用リフト 自動排泄処理装置)

相談及び連絡事項

Large empty box for consultation and contact items.

主治医記入欄

Checkboxes for agreement, illness name, doctor's opinion, and specific equipment needs.

上記のとおり連絡します。 令和 年 月 日

医療機関名

主治医

・連絡確認票の「相談連絡事項」の記入欄は、医師の医学的所見による類型の該当する状態 i ~ iii の判断をするための相談欄です。

・「病名及び医師の意見」の記入欄は、連絡確認票の医師の意見以外の状態像は記載しないこと。

※軽度者の福祉用具貸与の例外給付に係る確認方法<4>沼津市への確認依頼書の提出 参照