

## 逗子市介護保険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

介護支援専門員は、主治医意見書等を参考とし、被保険者の状態が別紙1に定める「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像（Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ）」に該当する可能性があるかどうか確認をする。

### (2) 医師への照会

介護支援専門員は、当該被保険者の状態が別紙1に定める「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。

### (3) サービス担当者会議の開催

(2)において別紙1に定める「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、介護支援専門員は、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（以下「確認申請書」と言う。）」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、介護支援専門員は逗子市長に「確認申請書」を提出する。

### (5) 内容の確認

逗子市長は、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）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、その結果を介護支援専門員に通知する。

#### 《 確認の判断基準 》

|             |   |
|-------------|---|
| 確認可<br>の判断  | ① 居宅（介護予防）サービス計画書に「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。<br>② サービス担当者会議の記録等に「開催日（照会日・回答日）」・「出席者（回答者）」・「福祉用具貸与の例外給付についての検討内容（照会内容・回答内容）」が記載されていること。<br>③ 別紙1のⅠ）からⅢ）までのいずれかに該当する旨が主治医意見書、医師の診断書等（主治医連絡票を含む）、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）に記載されていること。<br>※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。 |
| 確認不可<br>の判断 | ※上記①、②、③の内、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 》

- ・開始日→確認申請書（必要な添付書類を全て含む）の提出日
- ・終了日→要介護認定又は要支援認定の有効期日の終了日

注1) ただし、合理的な理由がある場合は例外給付の対象期間を遡ることが可能です。

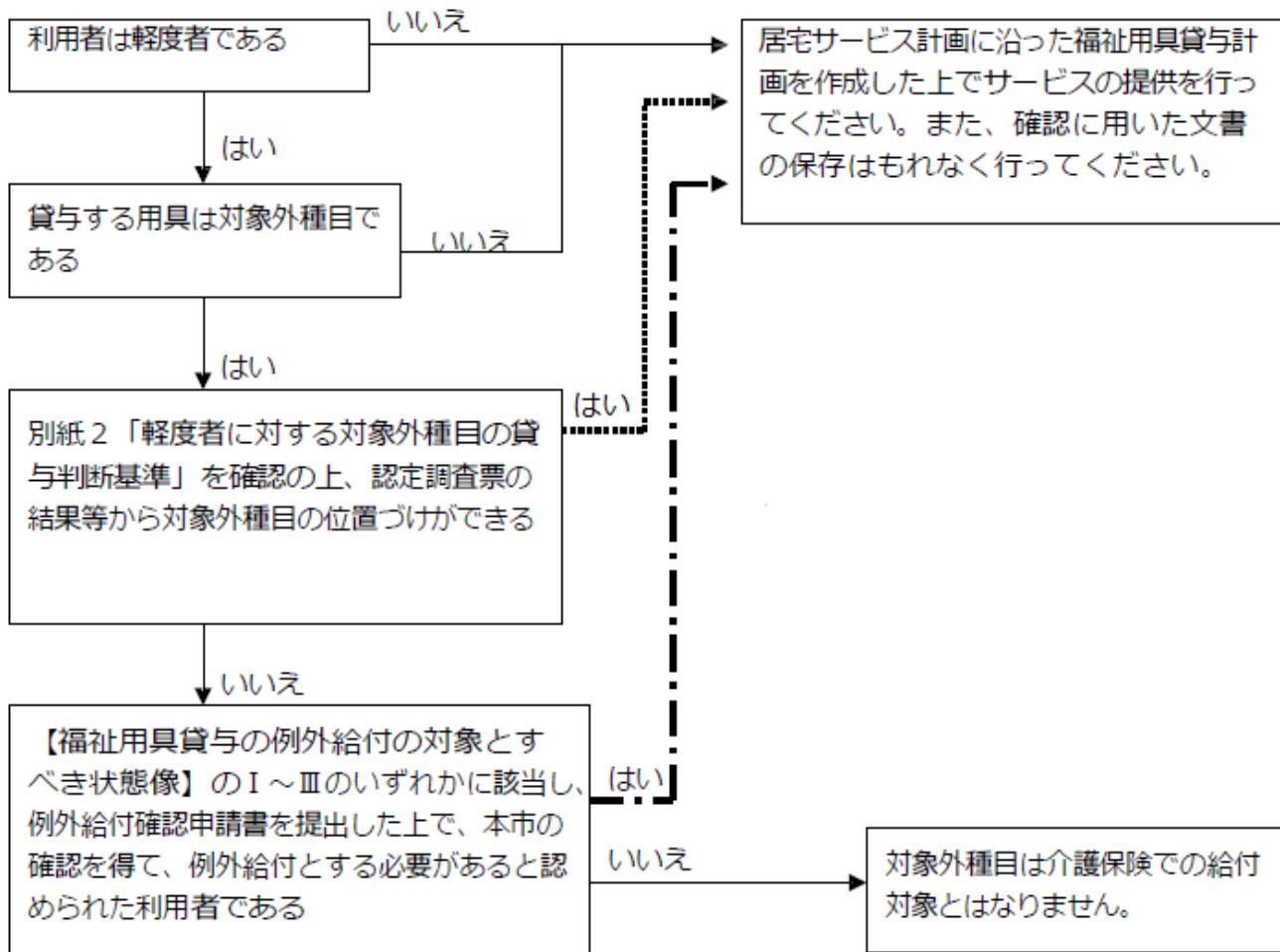
注2) 継続して貸与を受けるためには、有効期間が切れる前に(2)、(3)の手続きを再度行った上で確認申請書を逗子市長へ提出する必要があります。

【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 94 号告示第 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)
- 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 94 号告示第 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)
- 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 94 号告示第 31 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)

(※)具体的には別紙 2 「厚生労働大臣が定める者のイ」を指す。

【軽度者に対する福祉用具貸与費の算定可否の確認フローチャート】



(留意事項)

本市においては「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」及び「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、従前と取扱いは変わらず、確認を受ける必要はないもの

### 軽度者に対する対象外種目の貸与判断基準

※ 軽度者とは、要支援、要介護1の利用者です。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。）については要支援、要介護1・2・3の利用者が対象です。

※ 軽度者に対象外種目を貸与できるかの判断は、基本的に認定調査票の基本調査部分で行います。

| 対象外種目                      | 貸与条件               | 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 |  |
|----------------------------|--------------------|---------------|---|---------------------------|--|
|                            |                    |               |   | 確認箇所                      | 確認内容   |
| ア<br>車いす及び<br>車いす付属品       | (1)または(2)に該当       | (1)           | 日常的に歩行が困難な者   | 1-7                       | 「3. できない」に○がついているか   |
|                            |                    | (2)           | 日常生活範囲における移動の支援が必要と認められる者                                   | 該当なし                      | 主治医からの情報+サービス担当者会議(福祉用具専門相談員参加)により、ケアマネが判断。<br>→ サービス担当者会議の内容を記録し、残しておくこと。例外給付確認申請の必要無し。 |
| イ<br>特殊寝台及び特殊寝台付属品         | (1)または(2)に該当       | (1)           | 日常的に起きあがり困難な者   | 1-4                       | 「3. できない」に○がついているか   |
|                            |                    | (2)           | 日常的に寝返りが困難な者  | 1-3                       | 「3. できない」に○がついているか   |
| ウ<br>床ずれ防止用具及び体位変換器        | 右記に該当              |               | 日常的に寝返りが困難な者  | 1-3                       | 「3. できない」に○がついているか   |
| エ<br>認知症老人徘徊感知機器           | AとBの両方が該当          | A             | 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<br><br>(右記の3つのうち1つでも該当すれば可) | 3-1                       | 「2. ときどき伝達できる」<br>「3. ほとんど伝達できない」<br>「4. できない」のいずれかに○がついているか                             |
|                            |                    |               |   | 3-2から3-7                  | 6個の質問のうち、いずれか「2. できない」に○がついているか  |
|                            |                    |               |   | 3-8から4-15                 | 17個の質問のうち、いずれか「2. ときどきある」または「3. ある」に○がついているか<br>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   |
|                            |                    | B             | 移動において全介助を必要としない者   | 2-2                       | 「1. 介助されていない」または「2. 見守り等」または「3. 一部介助」に○がついているか   |
| オ<br>移動用リフト<br>(つり具の部分を除く) | (1)または(2)または(3)に該当 | (1)           | 日常的に立ち上がりが困難な者  | 1-8                       | 「3. できない」に○がついているか   |
|                            |                    | (2)           | 移乗が一部介助または全介助を必要とする者  | 2-1                       | 「3. 一部介助」または「4. 全介助」に○がついているか  |
|                            |                    | (3)           | 生活環境において段差の解消が必要と認められる者                                     | 該当なし                      | 主治医からの情報+サービス担当者会議(福祉用具専門相談員参加)により、ケアマネが判断。<br>→ サービス担当者会議の内容を記録し、残しておくこと。例外給付確認申請の必要無し。 |
| カ<br>自動排泄処理装置              | (1)及び(2)に該当        | (1)           | 排便が全介助を必要とする者   | 2-6                       | 「4. 全介助」に○がついているか  |
|                            |                    | (2)           | 移乗が全介助を必要とする者   | 2-1                       | 「4. 全介助」に○がついているか  |