

高第 236 号
平成 19 年 5 月 11 日

〔 各居宅介護支援事業所管理者
各福祉用具貸与事業所管理者
小規模多機能型居宅介護事業所管理者 〕 様

横手市高齢ふれあい課長

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る確認手続きについて

平成 19 年 4 月 1 日より、軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の取扱いを改正する通知（平成 19 年 3 月 30 日付け老振発第 0330001 号・老老発第 0330003 号 厚生労働省老健局振興課長・老人保健課長通知）に基づき、対象ケースの確認作業を行っております。

軽度者の福祉用具貸与については、短期間に段階的な改正が行われていることもあり、内容の整理・確認をしていただくとともに、横手市における確認手続き方法を定めましたのでお知らせします。（当初の確認手続きを再検討しました。）

別紙の実施方法に従って必要な書類を高齢ふれあい課に提出し、確認を受けていただくこととなりますのでよろしくお願いいたします。

※予防給付の場合、地域包括支援センターが介護予防サービス計画を作成している場合は当該地域包括支援センターから、地域包括支援センターが介護予防サービス計画の作成を居宅介護支援事業所に委託している場合は、当該居宅介護支援事業所から必要書類を提出していただくこととします。なお、小規模多機能型居宅介護サービスを利用している場合は、当該事業所から必要書類を提出してください。

※この取扱いは、現時点における横手市での取り扱いを示したものであり、今後、国や秋田県が示す通知等により変更となる場合があります。

問い合わせ先：介護保険担当
横手市大森町字大中島 268 番地
Tel 0182-26-2114

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の取扱いの改正について

○平成 18 年度介護報酬改定に伴い、介護保険における福祉用具貸与については、軽度者（要支援 1・2、要介護 1）の状態像からは利用が想定しにくい種目（車いす等 8 種目）が原則保険給付外となり、例外的に給付される状態の判断方法として、要介護認定に係る基本調査結果等を活用することとされた。

《表 2 軽度者に対する福祉用具貸与の判断基準》を参照

○しかし、基本調査の結果等だけでは、福祉用具が必要な状態であるにもかかわらず、例外給付の対象とならない事例が存在することから、平成 19 年 4 月 1 日より、福祉用具貸与の例外給付の取扱いが再度改正されることとなった。

（平成 19 年 4 月 1 日からの改正内容）

基本調査の結果等では例外給付の対象とならない場合（表 2 に当てはまらない場合）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する。

- （1）次の i）～ iii）まで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、（2）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。

【表 1 福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像】

- | |
|--|
| <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、頻繁に第 23 号告示第 19 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、短期間のうちに第 23 号告示第 19 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第 23 号告示第 19 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）</p> <p>（注）括弧内の状態は、あくまでも i）～ iii）の状態の者に該当する可能性のあるものを例示したもので、それ以外の者であっても i）～ iii）の状態であると判断される場合もある。</p> |
|--|

※「第 23 号告示第 19 号のイ」とは表 2 の「例外に該当する者」のような状態のことです。

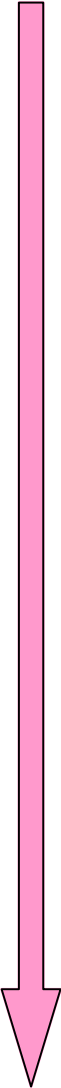
《表2 軽度者に対する福祉用具貸与の判断基準》

対象外種目	例外に該当する者	要介護認定結果等
ア 車いす及び車いす付属品	次の <u>いずれかに</u> 該当する者 (一) 日常的に歩行が困難な者	基本調査 2-5 歩行「3. できない」
	(二) 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	主治医の意見を踏まえつつ、サービス担当者会議等を開催するなどの適切なケアマネジメントを通して、指定介護予防支援事業者又は指定居宅介護支援事業者が判断
イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品	次の <u>いずれかに</u> 該当する者 (一) 日常的に起きあがり困難な者	基本調査 2-2 起き上がり「3. できない」
	(二) 日常的に寝返りが困難な者	基本調査 2-1 寝返り「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 2-1 寝返り「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 (一) 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解の <u>いずれかに</u> 支障がある者	基本調査 6-3 意思の伝達「1. できる」以外 又は 基本調査 6-4 介護者の指示への反応「1. 通じる」以外 又は 基本調査 6-5 (ア～カ)記憶・理解の <u>いずれかに</u> 「2. できない」 又は 基本調査 7 (ア～テ)問題行動の <u>いずれかに</u> 「1. ない」以外
	(二) 移動において全介助を必要としない者	基本調査 2-7 移動「4. 全介助」以外
オ 移動用リフト (つり具の部分を除く。)	次の <u>いずれかに</u> 該当する者 (一) 日常的に立ち上がりが困難な者	基本調査 3-1 立ち上がり「3. できない」
	(二) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者	基本調査 2-6 移乗「3. 一部介助」又は「4. 全介助」
	(三) 生活環境において段差の解消が認められる者	主治医の意見を踏まえつつ、サービス担当者会議等を開催するなどの適切なケアマネジメントを通して、指定介護予防支援事業者又は指定居宅介護支援事業者が判断

上記の者については、横手市高齢ふれあい課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は不要です。

軽度者に対する福祉用具貸与実施方法（例外給付）

（表2に該当しない場合）

- 
- （1）利用者の状態の確認及びアセスメントの実施
 - （2）医学的所見の確認
 - ・ 要介護認定の主治医意見書
 - ・ 医師の診断書
 - ・ 担当の介護支援専門員が聴取した居宅サービス計画に記載する医師の所見
…などで確認する。
 - （3）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
 - （4）確認依頼書の提出
提出先：〒013-0514
横手市大森町字大中島 268 番地
横手市福祉環境部高齢ふれあい課介護保険担当 あて
提出書類：①確認依頼書
②医学的な所見の確認書類（写）
③サービス担当者会議の記録（写）
④ケアプラン1表2表（予防ケアプラン）の案（写）
※利用者から同意を得る前のもの
提出方法：問いません。（郵送等でも結構です。）
 - （5）横手市からの通知
提出された書類を確認し、担当のケアマネジャー等に貸与の可否を通知します。
 - （6）福祉用具貸与の開始
 - （7）必要性の検証
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、適切なマネジメントのもとでの運用を行ってください。

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認依頼書

平成 年 月 日

横手市高齢ふれあい課長 あて

事業所名 _____

管理者名 _____ 印 _____

次の被保険者に対して、医師の意見（医学的な所見）に基づき状態像が判断され、かつサービス担当者会議の開催等を通じた適切なケアマネジメントを行ったところ、以下のとおり福祉用具貸与が必要と判断しましたので、確認を依頼します。

1. 貸与を予定している被保険者

被保険者氏名		被保険者番号	
住所	横手市		
要介護度	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 認定申請中		
認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		

2. 必要と判断した福祉用具（該当に○）

福祉用具の種類	ア. 車椅子 イ. 車椅子付属品 ウ. 特殊寝台 エ. 特殊寝台付属品 オ. 床ずれ防止用具 カ. 体位変換器 キ. 認知症老人徘徊感知器 ク. 移動用リフト（つり具の部分を除く）
利用開始(予定)日	平成 年 月 日 ~

3. 被保険者の状態像（医学的所見の確認書類に基づき、該当する状態像に「○」）

該当に○	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19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19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19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〉

注) 括弧内の状態は、あくまでもi)~iii)の状態の者に該当する可能性のあるものを例示したにすぎず、それ以外のものであってもi)~iii)の状態であると判断される場合もある。

新たに認定結果が出て、上記の例外給付が必要な場合には再度提出してください。

横手市 記入欄	《添付書類》 <input type="checkbox"/> 医学的な所見の確認書類（写） <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の記録（写） <input type="checkbox"/> ケアプラン1表2表（予防ケアプラン）案（写）	《確認者印》	《受付印》
------------	--	--------	-------

平成 年 月 日

事業所名 _____

管理者 _____ 様

横手市高齢ふれあい課長

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）

平成 年 月 日付で受理した「軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認依頼書」等について、以下のとおり確認しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号	
福祉用具の種類	ア. 車椅子 イ. 車椅子付属品 ウ. 特殊寝台 エ. 特殊寝台付属品 オ. 床ずれ防止用具 カ. 体位変換器 キ. 認知症老人徘徊感知器 ク. 移動用リフト（つり具の部分を除く）		
保険給付開始日	平成 年 月 日		
確認No.			
確認者	横手市福祉環境部高齢ふれあい課介護保険担当 _____ 印		

《確認後の見直しについて》

要介護1の利用者は月々のモニタリング等で、要支援1・2の利用者については介護予防ケアプランの評価（最長6ヵ月）によって、必ずその必要性を見直し、その結果を記録すること。

ケアマネジメントの結果、不要と判断された場合は「貸与中止」、または種類変更等が必要と判断された場合は再度確認依頼の手続きを行うこと。

なお、事後に行われた横手市の実地調査及び監査等によって、上記の必要な見直し等を行っていなかった場合、保険給付の返還対象となる場合もありますのでご注意ください。