

資 料

軽度者に対する福祉用具貸与の給付について

つがる市 福祉部 介護課



つ介第1091号
平成24年12月10日

居宅介護支援事業所の長 様
介護予防支援事業所の長 様

つがる市長 福島 弘芳



「つがる市軽度者に対する福祉用具貸与費の例外給付に関する要綱」の
制定及び施行について

つがる市では、要介護認定において比較的介護状態の軽い高齢者に対する福祉用具貸与費の例外給付について、介護給付費の算定基準等を基に「つがる市軽度者に対する福祉用具貸与費の例外給付に関する要綱」を、平成24年11月28日に告示し施行することとなりました。今後は軽度者に対する福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）の算定は、市の被保険者については市の確認が必要となりますので、以下の資料を確認していただき、算定する際に確認されますよう通知します。

なお、居宅サービス計画からサービス提供までに期間を考慮して、平成25年1月サービスから実施することとなりますので、資料等を確認し必要に応じ所定の手続きを実施されますようお願いいたします。

また、平成24年12月以前に既にサービス実施されたものであっても、今回の資料を参考にし算定できる要件を満たしているか、今一度ご確認されますようお願いいたします。

つがる市軽度者に対する福祉用具貸与費の例外給付に関する要綱

(趣旨)

第1条 この告示は、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年老企第36号。）」における第二の9（2）①ウ及び「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成18年老計発第0317001号、老振発第0317001号、老老発第0317001号。）」における第二の11（2）ウに基づき、市が比較的介護状態が軽い高齢者（以下「軽度者」という。）に係る指定（介護予防）福祉用具貸与費の対象外種目に係る給付（以下「例外給付」という。）の要否を判断する場合の手続きに関し必要な事項を定めるものとする。

(確認依頼書の提出)

第2条 例外給付が必要であることの確認を受けようとする者は、介護保険福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）例外給付確認依頼書（様式第1号。以下「確認依頼書」という。）に次に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。

- (1) 居宅サービス計画書又は介護予防サービス支援計画書の写し
- (2) サービス担当者会議の要点の写し（介護予防支援の場合は、サービス担当者会議の要点が記入された介護予防支援経過記録の写しで可）
- (3) 医師の医学的な所見の分かる書類の写し（主治医意見書、医師の診断書又は担当介護支援専門員（指定介護予防支援事業所にあつては担当職員）が面接若しくは電話により聴取した内容を記録したもの。ただし、サービス担当者会議の要点等に例外給付が必要な状態の原因となっている疾患名、医師の所見及び必要とされる福祉用具の種目が確認できる詳細な記録がある場合は、省略できるものとする。）

(例外給付の決定)

第3条 市長は、前条の確認依頼書の提出があつたときは、その内容を審査し、例外給付の要否及び対象期間を決定し、介護保険福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）例外給付確認通知書（様式第2号）により通知するものとする。

(例外給付の対象期間)

第4条 前条に規定する例外給付の対象期間は、第2条に規定する確認依頼書の受付日の属する月の初日以降で貸与が必要な日から、当該要介護認定又は要支援認定の有効期間の満了する日までとする。ただし、事前にやむを得な

い事情により確認依頼書の提出が遅れる等申し出のあった場合はこの限りでない。

- 2 前条の規定により例外給付を受けている者が、要介護状態区分若しくは要支援状態区分の変更の認定又は要介護認定により新たに認定を受けた場合は、この認定の効力が生じた日の前日をもって前項の対象期間が終了したものとみなす。

(例外給付の決定の取消し)

第5条 市長は、例外給付の決定を受けた者が関係法令及びこの要綱に違反したとき、又は不正の手段により給付を受けたときは、例外給付の決定を取り消すものとする。

(その他)

第6条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この告示は、公表の日から施行する。

【取扱い】要綱第4条の留意点

前条に規定する例外給付の対象期間は、第2条に規定する確認依頼書の受付日の属する月の初日以降で貸与が必要な日から、当該要介護認定又は要支援認定の有効期間の満了する日までとする。ただし、事前にやむを得ない事情により確認依頼書の提出が遅れる等申し出のあった場合はこの限りでない。

※ 第4条は、新規申請、変更申請等早急にサービス利用が必要な場合に対応できるよう(ただし書きでは2ヶ月に跨る場合等も想定している)制定していますが、例えば、1月16日から福祉用具貸与が必要で、1月末に市へ確認依頼書を提出し市が受付し、問題なければ算定はできることとなりますが、算定できない場合は、全額利用者負担や、介護報酬の返還につながりますので、できるだけ福祉用具貸与開始前に確認依頼書を提出するようお願いします。

様式第1号(第2条関係)

介護保険福祉用具貸与(介護予防福祉用具貸与)例外給付確認依頼書

年 月 日

つがる市長

	事業者番号																		
	居宅介護(介護予防)支援事業所名	印																	
	居宅介護(介護予防)支援事業所住所・電話番号	〒 電話番号：																	
	担当介護支援専門員氏名																		

軽度者に対する福祉用具貸与(介護予防福祉用具貸与)の例外給付の確認を依頼します。

被保険者	被保険者番号											氏名							
	要介護度											認定有効期間	～						
	<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、頻繁に第95号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、短時間のうちに第95号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。																	
確認を必要とする福祉用具	<input type="checkbox"/>	車いす	<input type="checkbox"/>	自走式	<input type="checkbox"/>	介助式	<input type="checkbox"/>	電動式	<input type="checkbox"/>	その他()									
	<input type="checkbox"/>	車いす付属品	<input type="checkbox"/>	クッション	<input type="checkbox"/>	その他()													
	<input type="checkbox"/>	特殊寝台	<input type="checkbox"/>	1モーター	<input type="checkbox"/>	2モーター	<input type="checkbox"/>	3モーター	<input type="checkbox"/>	()									
	<input type="checkbox"/>	特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/>	マットレス	<input type="checkbox"/>	サードレール	<input type="checkbox"/>	介助パー	<input type="checkbox"/>	その他()									
	<input type="checkbox"/>	床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/>	エアマットレス	<input type="checkbox"/>	その他()													
	<input type="checkbox"/>	体位変換器	()																
	<input type="checkbox"/>	徘徊感知機器	()																
	<input type="checkbox"/>	移動用リフト	()																
	<input type="checkbox"/>	自動排泄処理装置	()																
添付書類	<input type="checkbox"/>	居宅サービス計画書又は介護予防サービス支援計画書の写し																	
	<input type="checkbox"/>	サービス担当者会議の要点の写し(介護予防支援の場合、会議の要点が記入された経過記録の写し可)																	
	<input type="checkbox"/>	福祉用具を必要とする理由が確認出来る書類の写し(注1) <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師診断書 <input type="checkbox"/> 医師からの所見を聴取した記録(注2)																	
貸与開始日(貸与開始予定日)		年 月 日 ～																	
福祉用具貸与事業所 (介護予防福祉用具貸与事業所)		事業所名		-----															
		電話番号		-----															
		事業所番号																	
(備考)																			

注1：医師の所見によりこの依頼書を提出する場合、サービス担当者会議の記録に例外給付が必要となっている疾患名、医師の所見、必要な福祉用具品目及び聴取日、聴取を行った者、聴取に対応した医師等の氏名等が確認できる詳細な記録がある場合には提出を省略できます。

注2：聴取とは①医師に直接面接又は電話により確認 ②看護師又は病院等事務職員を通じて確認した内容を記録したもの。(裏面も活用できます。)

(様式第1号裏面) 軽度者に対する福祉用具貸与に係る医師の医学的所見の聴取記録用紙

基本情報	被保険者氏名		被保険者番号															
	要介護度																	
	認定有効期間	年 月 日 ~								年 月 日								
確認者	確認方法	<input type="checkbox"/> 訪問・面接								<input type="checkbox"/> 電話								
	確認日	年 月 日																
	確認事業所名																	
	確認者氏名																	
主治医	医療機関所在地	第1号様式裏面																
	医療機関名																	
	医師名																	
	電話番号																	
医師の医学的所見	疾病その他の原因																	
	心身の状況等	上記の疾病その他の原因により																
		<input type="checkbox"/> 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																
		<input type="checkbox"/> 状態が急速に悪化し、短時間のうちに																
		<input type="checkbox"/> 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																
		下記の状態像に該当する。																
		<input type="checkbox"/> 歩行が困難な者																
		<input type="checkbox"/> 起き上がりが困難な者																
		<input type="checkbox"/> 寝返りが困難な者																
		<input type="checkbox"/> 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もので、かつ、移動において全介助を必要としない者																
		<input type="checkbox"/> 立ち上がりが困難な者																
	該当する状態像	<input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者	<input type="checkbox"/> 一部介助				<input type="checkbox"/> 全介助											
		<input type="checkbox"/> 生活環境において段差の解消が必要と認められる者																
		<input type="checkbox"/> 排便が全介助を必要とする者																
		必要と思われる福祉用具	上記の疾病その他の原因、心身の状況等及び状態像により															
<input type="checkbox"/> 車いす			<input type="checkbox"/> 車いす付属品				<input type="checkbox"/> 特殊寝台				<input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品							
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/> 体位変換器機				<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器													
<input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く)	<input type="checkbox"/> 自動排便処理装置																	
	が必要と思われる。																	

軽度者に対する福祉用具貸与費の算定に係る関係法令等(関係部分抜粋)

◎指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準

別表11 福祉用具貸与費 注4

要介護状態区分が要介護1である者に対して、厚生労働大臣が定める福祉用具貸与に係る福祉用具の種目(車いす及び付属品、特殊寝台及び付属品、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)は算定しない。

要介護状態区分が要介護1、2、3である者に対して、自動排泄処理装置は算定しない。
ただし、別に定める者に対する場合については、この限りでない。

◎厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等(以下「厚生労働大臣が定める者」という。)
告示第95号

25 指定居宅サービス介護給付費単位数表の福祉用具貸与費の注4の厚生労働大臣が定める者

イ 次に掲げる福祉用具の種類に応じ、それぞれ次に掲げる者

(1) 車いす及び車いす付属品(次のいずれか)

(一) 日常的に歩行が困難な者

(二) 日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる者

(2) 特殊寝台及び特殊寝台付属品(次のいずれか)

(一) 日常的に起きあがり困難な者

(二) 日常的に寝返りが困難な者

(3) 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

(4) 認知症老人徘徊感知機器(次のいずれも)

(一) 意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障がある者

(二) 移動において全介助を必要としない者

(5) 移動用リフト(つり具の部分を除く。)(次のいずれか)

(一) 日常的に立ち上がりが困難な者

(二) 移乗において一部介助又は全介助を必要とする者

(三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者

(6) 自動排泄処理装置(次のいずれも)

(一) 排便において全介助を必要とする者

(二) 移乗において全介助を必要とする者

◎指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（解釈通知）

9 福祉用具貸与費

（2）要介護1の者等に係る指定福祉用具貸与費

① 算定の可否の判断基準

要介護1の者に係る指定福祉用具貸与費については、その状態像から見て使用が想定しにくい「車いす」、「車いす付属品」、「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」及び「移動用リフト」（以下「対象外種目」という。）に対しては、原則として算定できない。しかしながら第95号告示第25号（厚生労働大臣が定める者）のイで定める状態像に該当する者については、軽度者であっても、その状態像に応じて利用が想定される対象外種目について指定福祉用具貸与費の算定が可能であり、その判断については、次のとおりとする。

ア 原則として**次の表**の定めるところにより、「要介護認定等基準時間の推計の方法」（平成11年厚生省告示第91号）別表第1の調査票のうち基本調査の直近の結果（以下単に基本調査の結果という。）を用い、その要否を判断するものとする。

イ ただし、アの（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」及びオの（3）「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」については、該当する基本調査結果がないため、主治の医師から得た情報及び福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態像について適切な助言が可能な者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指定支援事業者が判断することとなる。なお、この判断の見直しについては、居宅サービス計画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）で行うこととする。

上記のア・イについては「表1 軽度者福祉用具の算定の可否の判断基準」を参照してください。

※介護予防については、上記内容と同様（準用）で、以下の記載は参考条文です。

◎「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」の制定及び「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス及び居宅療養管理指導に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について（解釈通知）・平成24年3月16日最終

11, 介護予防福祉用具貸与費 （2）要支援1、2の者に係る(以下省略) ①算定の可否の判断基準

表1 軽度者福祉用具の算定の可否の判断基準

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) 注1 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指定居宅(介護予防)支援事業者が判断する。
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) 日常的に起き上がりが困難な 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 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 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、認知症の症状がある旨、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) 注1 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指定居宅(介護予防)支援事業者が判断する。

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」

注1 市町村での確認を受ける必要はありませんが、主治医から得た情報及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て適切なケアマネジメントによる判断が必要です。

上記のア・イとは別な事由による算定（ウ）について、厚生労働省が次のとおり通知しています。

（解釈通知、2ページア、イの続き）

ウ また、アにかかわらず、次の i) から 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、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あっては、これらについて、市町村が書面等確実な方法により確認することにより、その事否を判断することができる。この場合において、当該医師の医学的な所見については、主治医意見書による確認のほか、医師の診断書又は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により確認する方法でも差し支えない。

- 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95号告示第25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、短期のうちに95号告示第25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95号告示第25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ない。また、逆に括弧内の状態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りうる。

(ウ) についての留意点

- (1) ケアマネ等は、認定調査票等を参考にして、被保険者の状態が「厚生労働大臣が定める者のイ」及び例外的な給付対象に該当するか確認してください。
- (2) 上記 i、ii、iii に該当するかを医師に照会する。
方法として、
 - ① 主治医意見書（意見書に、必要な記載がない場合には、②または③）
 - ② 診断書
 - ③ 担当ケアマネが医師から聴取し、居宅サービス計画に記載する
（但し、「福祉用具〇〇〇が必要」ではなく、疾病その他の原因及びそれに起因する状態像を聴取し、その内容を記載する）

※ 医師からの診断書が必要な場合、及び簡易的な所見に関する書類作成に費用が掛かる場合は、利用者にあらかじめ説明しておく必要があります。

※ 聴取は、①また②による。

- ① 医師から直接、担当ケアマネが聴取
- ② 看護師が医師から直接又は病院等事務職員等が医師から直接聴取した所見を担当ケアマネが聴取

- (3) (2) において、給付の対象と所見が示された場合、ケアマネ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る福祉用具の貸与が特に必要であるかどうかを判断する。
- (4) (3) により、必要と判断した場合、つがる市軽度者に対する福祉用具貸与費の例外給付に関する要綱、「様式第1号 介護保険福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）例外給付確認依頼書」に必要書類を添付して市へ提出する。
- (5) 市では、(4) 提出書類を確認し、給付の可否を「様式第2号 介護保険福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）例外給付確認通知書」を送付する。（事業者は計画書等とあわせて保管してください）
- (6) 市の確認により、給付を可能とする通知の有効期間は、介護認定有効期間として、更新（変更）申請の都度確認が必要になります。
また、有効期間内であってもプランの変更があった場合には必要となりますが、事前にご相談ください。

青森県 つがる市 福祉部 介護課

電話：0173-42-1113