

# 軽度者に係る福祉用具貸与費の算定について

要介護度が要支援1・要支援2・要介護1（一部品目は要介護2・要介護3も含む）の利用者は、一部の介護予防福祉用具貸与費の算定対象外となります。

しかしながら、一律に適用されるものではなく、厚生労働大臣が定める者と認められる場合においては、介護予防福祉用具貸与費の算定対象とすることも可能となっています。

したがって、算定対象であると判断される場合は、申請書の提出が必要となります。（基本調査の結果等では申請書が不要な場合もあります。「3状態像の判断方法」でご確認ください。）

## 1 対象となる種目

### ① 要支援・要介護1利用者

- ◆ 車いす及び付属品 ※車いす利用をしない付属品のみの申請は不可
- ◆ 特殊寝台及び付属品 ※特殊寝台利用をしない付属品のみの申請は不可
- ◆ 床ずれ防止用具
- ◆ 体位変換器
- ◆ 認知症老人徘徊感知器
- ◆ 移動用リフト
- ◆ 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

### ② 要介護2・3利用者

- ◆ 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

## 2 届出期限

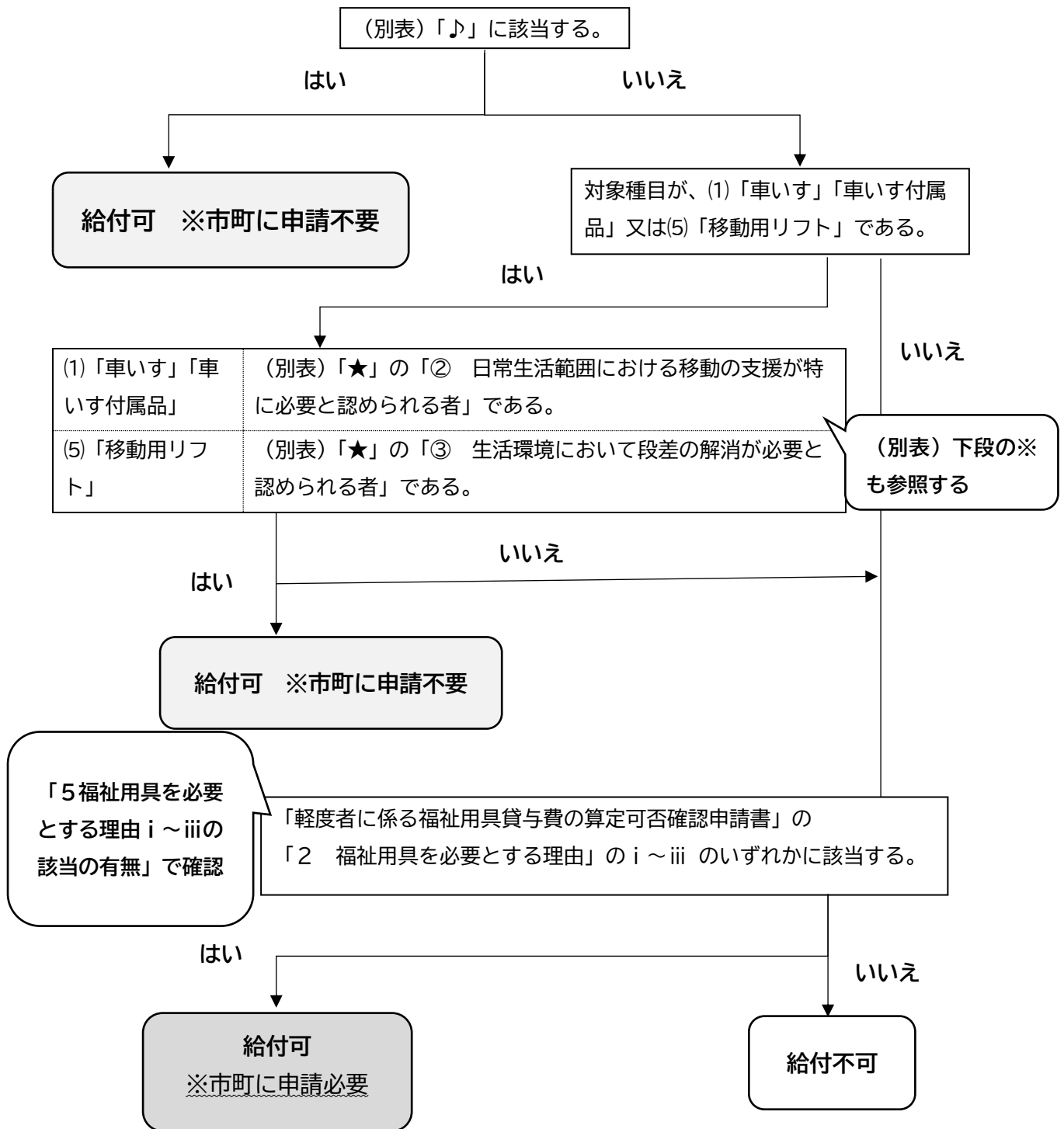
福祉用具貸与費算定対象と判断した時、担当のケアマネジャーが変更となった時のケアプランを交付（作成・変更）した月の月末まで

※同一の介護対象者であっても、再度申請が必要となります。

※認定申請中（認定更新を含む）の申請はできません。認定結果確認後、必要があれば申請してください。

※要介護認定有効期間の特例処置により、更新の有効期間が12か月間延長となる場合、現在の貸与承認期間を12か月間延長いたしますので、終期の読み替えをお願いいたします。

### 3 状態像の判断方法（フローチャート）



## 4 届出方法

以下の書類を利用者の住所のある市町介護保険担当窓口または知多北部広域連合給付係宛に郵送 or 持参してください。

**必要書類**（用紙はA4サイズに統一）

- 「軽度者に係る福祉用具貸与費の算定可否確認申請書」
- 居宅サービス計画書「第1～2表」、「第3表」又は介護予防サービス計画書の写し
  - ▶ 「第1表」又は「介護予防サービス計画書」は利用者へ交付し署名があるもの。
- 居宅サービス計画書「第4表」又は介護予防支援経過記録の該当書面
- 福祉用具を必要とする理由が確認できる書類
  - ▶ 前項の提出書類で確認できない場合に、別途提出してください。

## 5 福祉用具を必要とする理由 i～iiiの該当の有無

i

- 状態が変動しやすく、日・時間帯によって頻繁に「(別表)★」の状態像に該当する場合。

例：パーキンソン病によるオンオフ状態により、時間帯によって起き上がりが困難になるため、特殊寝台が必要。

ii

- 状態が急速に悪化し、短期間のうちに「(別表)★」の状態像に該当する場合。

例：末期の肺がんにより寝返りが困難になってきたため、床ずれ防止用具が必要。

iii

- 身体への重大な危険性・症状の重篤化の回避などの医学的判断から「(別表)★」の状態像に該当する場合。

例：脊柱管狭窄症のため、腰部に負担をかけると骨折の危険があり、自力での起き上がりが困難なため、特殊寝台が必要。

## 6 注意事項

申請書提出時に算定の可否を判断する際に、以下の記載が必要となります。

### ◎医師の医学的な所見

①主治医意見書	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ 左記いずれかの書類が必要になります。<ul style="list-style-type: none"><li>▶ 所見を記載した日付、医療機関名（科名を含む）、医師名（フルネーム）の記載が必要です。</li><li>▶ ③ケアプランに記載された医師の所見を提出する場合は、前項の内容及びケアマネジャーが医師から直接聴取し、聴取した日付と聴取方法（電話、診察に同行、書面での照会、看護師やワーカーを通して等）を記載してください。</li></ul></li><li>✓ 医学的な所見から、「<u>利用者は〇〇（疾病）のため、△△（（別表）対象種目の★）であるため、□□（対象種目）が必要である。</u>」という趣旨の内容が読み取れる記載または聞き取りをしてください。</li></ul>
②医師の診断書	
③ケアプランに記載された医師の所見	

### ◎ケアマネジャーの結論

①居宅サービス計画書第1表、第2表又は介護予防サービス計画書	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ 左記いずれかの書類が必要になります。<ul style="list-style-type: none"><li>▶ <u>サービス担当者会議を通じた「適切なケアマネジメント」により、「利用者は〇〇（疾病）のため、△△（（別表）対象種目の★）であるため、□□（対象種目）が必要である。」</u>とケアマネジャーが結論づけたことが読み取れる記載をしてください。</li></ul></li><li>✓ 「医師の指示があったから」では、ケアマネジメントにより必要と判断したとは言えません。「医学的な所見」を元に、サービス担当者会議で必要性を話し合い、ケアマネジャーが必要性を判断した経緯及び結果を記載してください。</li><li>✓ 起き上がりや寝返りが困難な利用者について、通常のベッドで寝起きできる場合では、特殊寝台を貸与する理由になりません。</li><li>✓ 「床ずれ防止用具」は特殊寝台の付属品ではありません。貸与を必要とする理由をケアプランに位置付けてください。</li></ul>
②居宅介護サービス計画書第4表又は介護予防支援経過記録の該当書面	

(別表)

軽度者対象外種目	★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
(1) 車いす及び 車いす付属品 ①②のいずれかに該当 する者	① 日常的に歩行が困難な者	1-7 歩行「3.できない」
	② 日常生活範囲※1における移動 の支援が特に必要と認められる 者	主治医から得た情報※2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 トにより指定居宅介護支援事業者が判断。
(2) 特殊寝台及び 特殊寝台付属品 ①②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	1-4 起き上がり「3.できない」
	② 日常的に寝返りが困難な者	1-3 寝返り「3.できない」
(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	1-3 寝返り「3.できない」
(4) 認知症老人徘徊感 知器 ①②の <u>いずれにも</u> 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	下記ア～ウのいずれか ア 3-1 意思の伝達「1.意思を他者に伝達できる」 <u>以外</u> イ 3-2～3-7 記憶・理解のいずれか「2.できない」 ウ 3-8～4-15 問題行動のいずれか「1.ない」 <u>以外</u> ※その他、主治医意見書において、 <u>認知症の症状がある</u> 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	2-2 移動「4.全介助」 <u>以外</u>
(5) 移動用リフト (つり具の部分を除 く。) ①～③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	1-8 立ち上がり「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	2-1 移乗「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	主治医から得た情報※2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 トにより指定居宅介護支援事業者が判断。
(6) 自動排泄処理装置 ①②の <u>いずれにも</u> 該当 する者	① 排便が全介助を必要とする者	2-6 排便「4.全介助」
	② 移乗が全介助を必要とする者	2-1 移乗「4.全介助」

- ※1 「日常生活範囲」は、買い物、通院等日常生活に必要な行為が考えられます。「趣味の集まりに参加するため」等の日常生活に該当しない行為のための貸与は認められません。担当者会議を通じて「何のために必要か」を具体的にケアプランに位置付けてください。
- ※2 「主治医から得た情報」は、必ずしも書面である必要はありません。ただし、医学的な面から必要性があるという情報を得てください。
- ※3 「起居動作が困難な者」は、★に該当しません。医師の所見及びケアマネジャーの結論における理由とならないことに留意してください。