

7 軽度者に係る福祉用具貸与費の算定

1 軽度者の範囲

要支援1・要支援2・要介護1

(自動排泄処理装置については、要介護2・要介護3も軽度者に含む。)

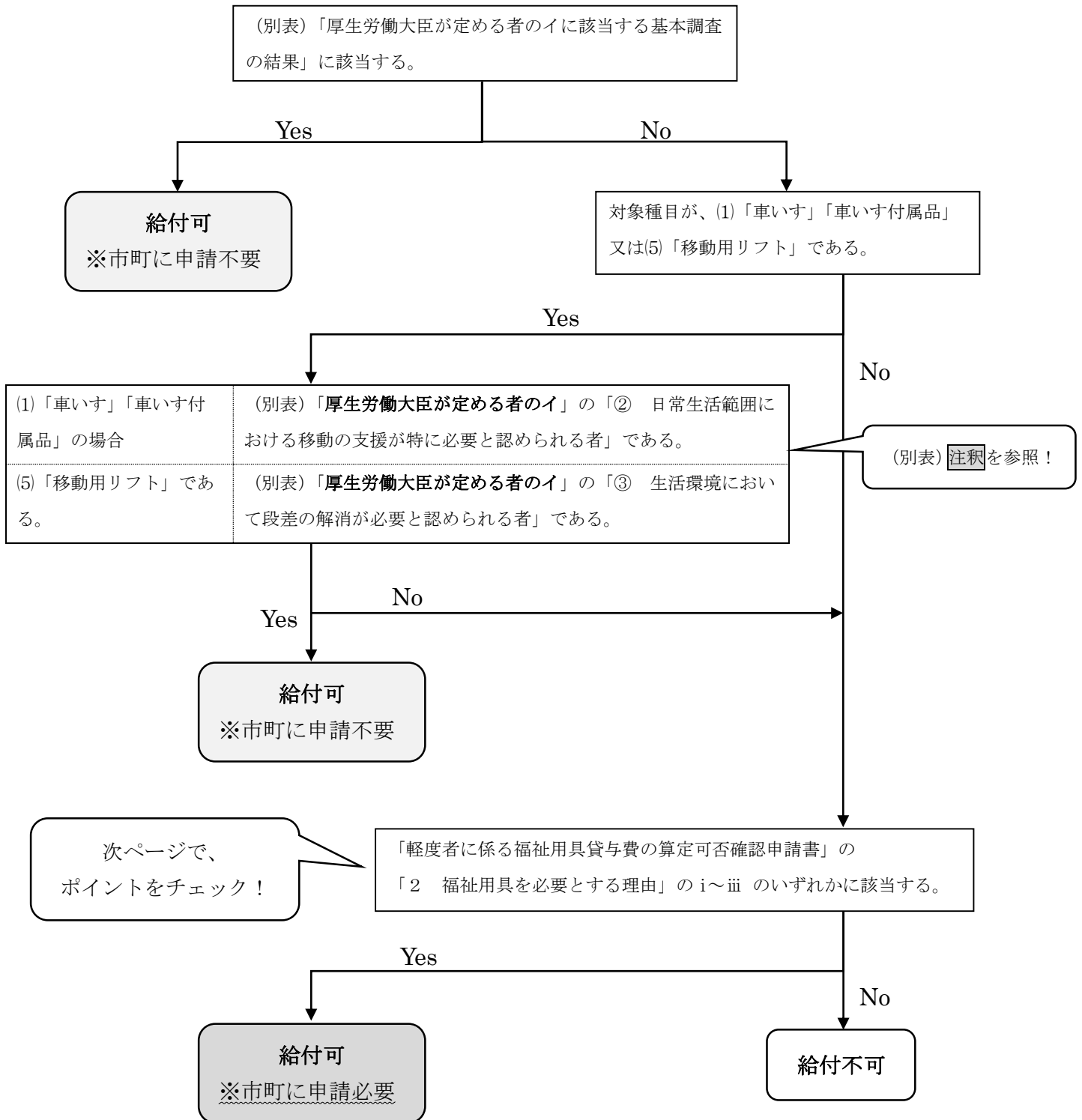
2 対象種目

- (1) 「車いす」「車いす付属品」
- (2) 「特殊寝台」「特殊寝台付属品」
- (3) 「床ずれ防止用具」「体位変換器」
- (4) 「認知症老人徘徊感知器」
- (5) 「移動用リフト」
- (6) 「自動排泄処理装置 (※)」

軽度者に対しては、
原則として算定できない。
★ただし、厚生労働大臣が定める者のイの状態像
(別表)に該当する場合は算定できる。

(※) 尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。

3 状態像の判断方法（フローチャート）



要点解説

「2 福祉用具を必要とする理由」の 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 ON・OFF 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、特殊寝台が必要である。
- 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である。
- 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、特殊寝台が必要である。

<記載のポイント>

- ★ 「○○ (病気等) のため、
△△ ((別表) 対象種目の厚生労働大臣が定める者のイ) が困難なため、
□□ (対象種目) が必要である。」

「起居動作」は不可！！

という旨を、

居宅サービス計画書第1表、第2表、介護予防サービス計画書又は
居宅介護サービス計画書第4表（サービス担当者会議の要点）若しくは
介護予防支援経過記録の該当書面に記載すること。

4 申請方法

※「3 状態像の判断方法(フローチャート)」において、給付可かつ市町へ申請必要の場合のみ。

- (1) 申請窓口 被保険者の住所のある市町介護保険担当窓口
- (2) 提出書類 ア 「軽度者に係る福祉用具貸与費の算定可否確認申請書」
イ 居宅サービス計画書第1表、第2表、**第3表**又は介護予防サービス計画書
(本人又は代理人の同意を得ているもの)
ウ 居宅介護サービス計画書第4表(サービス担当者会議の要点)又は
介護予防支援経過記録の該当書面
エ 福祉用具を必要とする理由が確認できる書類

注意事項

- ① 認定申請中(認定更新を含む。)の場合、軽度者に係る福祉用具貸与費の算定可否確認申請はできません。認定結果を受けた後、必要があれば申請してください。
- ② 担当のケアマネジャーが変更となった場合、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。

確認事項

下記①と②のいずれも記載が必要

- ① 医師の医学的な所見
(主治医意見書、医師の診断書又はケアプランに記載された医師の所見(※))
(※) ケアマネジャーが医師から直接聴取し、聴取した日付、**医療機関名**(科名を含む。)、医師名(フルネーム)及び聴取方法(電話、診察に同行、書面での照会等)が記載されていること。
- ② 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、必要と判断した旨

<記載のポイント>

- ① 「医師が必要と判断したから。」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。医師の「医学的な所見」をもとに、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。
(例) 居宅介護サービス計画書第4表(サービス担当者会議の要点)において、「ケアマネジャーの所感」という項目を設け、そこでアセスメント結果を記載する。
- ② 起き上がり・寝返りが困難な利用者について、福祉用具貸与の「特殊寝台」が必要な理由をケアプランに位置付けてください。
※ 通常のベッドで寝起きできる場合(床からの起き上がりが困難等)では、「特殊寝台」を貸与する理由になりません。
- ③ 特殊寝台を利用(自主購入による利用を含む。)していないにも関わらず、特殊寝台付属品のみを貸与することはできません。
- ④ 「床ずれ防止用具」について、「寝返りが困難」であり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。特殊寝台の付属品ではないので、特殊寝台の必要性のみでは床ずれ防止用具を貸与する理由になりません。

(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旨が記載されている場合も含む。</u>
	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」

注釈

(※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ること。

(※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ること。

8 短期入所サービスを利用する日数が認定期間のおおむね半数を超える利用に係る事前協議について

1 概要

居宅サービス計画作成にあたっては、短期入所サービスの利用日数が、要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしなければなりませんとされています。

しかしながら、「おおむね半数を超えない利用」とは、在宅生活の維持という観点からの目安なので、一律に適用されるものではなく、特に必要と認められる場合においては、認定有効期間のおおむね半数を超えて短期入所サービスを居宅サービス計画に位置付けることも可能となっています。

したがって、短期入所サービスが認定有効期間のおおむね半数を超えて必要であると判断される場合は、事前協議書の提出が必要となります。

2 対象となる短期入所サービス

短期入所サービス	(介護予防) 短期入所生活介護
	(介護予防) 短期入所療養介護
宿泊サービス	指定通所介護事業所で提供する宿泊サービス
	指定地域密着型通所介護事業所で提供する宿泊サービス
	指定第1号通所事業事業所で提供する宿泊サービス
	指定(介護予防)認知症対応型通所介護事業所で提供する宿泊サービス

3 申請方法

(1) 申請窓口

知多北部広域連合 事業課 給付係

(2) 提出書類

ア 「短期入所サービスを利用する日数が認定期間のおおむね半数を超える利用に係る事前協議書」

イ 当該認定有効期間の居宅サービス計画書等（第1表、第2表、第3表及びサービス担当者会議の要点）

ウ イに基づく認定有効期間中に作成した全てのサービス利用票（別表を除く）

※ 宿泊サービスを連続して提供する日数が上限30日を超えた場合は、宿泊サービス提供期間の延長の是非を判断したことが確認できる記録を提出する必要があります。詳細は、次のページをご確認ください。

(3) 提出時期

ア 認定有効期間日数の半数の日を超える見込みが立ったとき。

イ 担当のケアマネジャーが変更となったとき。

※ 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。

4 事前協議書記載の留意事項

「具体的な理由」について、下記の(1)~(4)のいずれも記載が必要となります。

(1) 本人の状況

本人にどのような疾患があり、どのような介護が必要であることを記載すること。

(2) 同居の家族構成

(3) (2)に記載の家族が、介護対象者を介護できない理由

(例) 夫は認知症で介護が必要、娘と娘の夫は日中仕事、孫は学校であるため。

(4) 短期入所サービス利用期限の設定（施設申込み状況等）

いつまで当該サービスの利用が見込まれるかの期限を設定すること。

また、施設申込みをしている場合は、申し込んだ日付と施設名称を記載すること。

5 その他の留意事項

(1) 連続して30日を超えて短期入所サービスを利用する場合

【短期入所サービス】

原則、連続して30日を超えて短期入所サービスを利用することはできません。ただし、30日を超えた日を自費負担した場合は、自費負担した翌日以降、再度、連続した30日まで介護保険の対象となります。

(例) 9月1日から11月30日まで短期入所サービスを継続して利用する場合

- ① 9月 1日～ 9月30日 介護保険対象（30日間）
- ② 10月 1日 自費負担
- ③ 10月 2日～10月31日 介護保険対象（30日間）
- ④ 11月 1日 自費負担
- ⑤ 11月 2日～11月30日 介護保険対象（29日間）

※ 事業所を変更した場合であっても、日数の換算はリセットされません。

※ 短期入所サービスを同日に2つの事業所で利用した場合は、2日間利用したものとみなします。

※ 同一事業所において、30日を超えて短期入所サービスを長期利用した場合は、減算の対象となりますので、ご注意ください。

【宿泊サービス】

短期入所サービスと同様に、利用者に連続して宿泊サービスを提供する日数の上限は、原則30日とします。30日を超えることとなる場合は、実施状況の把握（モニタリング）を行い、利用者及び家族からの希望、宿泊サービス事業所からの意見を求め、専門的見地からの調整を行った上で、宿泊サービス提供期間の延長の是非を判断します。

(参考)「愛知県における指定通所介護事業所等で提供する宿泊サービス事業の指針」

(2) 福祉用具貸与を受けている場合

継続して短期入所サービスを長期利用しており、居宅の実績が無い場合には、福祉用具貸与は認められません。

※ 「居宅の実績」の確認方法については、提出書類②のサービス利用票で確認を行います。(短期入所サービスを利用していない日があるか、送迎加算があるか等)

9 ケアプラン点検

令和2年度のケアプランの点検の結果は以下のとおりです。

<令和2年8月に実施した主な照会内容> 照会件数 224 件 (68 事業所)

- ・ 給付管理票の区分支給限度額管理対象の居宅サービス提供はなく、居宅介護支援が給付
- ・ 主治医意見書の認知症自立度がⅡ以下の状態の方に、通所介護の認知症加算が給付
- ・ 短期入所利用中の他の在宅サービス給付
- ・ 要介護1以下で、寝返りや起き上がりができる身体軽度状態の方に、福祉用具の特殊寝台を貸与
- ・ 短期入所を認定有効期間の50%以上利用
- ・ 生活援助中心型サービスの利用回数が基準回数以上の居宅サービス計画
- ・ 介護予防通所介護相当サービス、訪問介護の生活援助を単独利用
- ・ 通所介護サービスを利用し、個別機能訓練加算を算定

<照会結果>

○過誤 8 件

- ・ 給付管理票の区分支給限度額管理対象の居宅サービス提供はなく、居宅介護支援が給付
- ・ 主治医意見書の認知症自立度がⅡ以下の状態の方に、通所介護の認知症加算が給付

○事前協議漏れ 22 件

- ・ 要介護1以下で、寝返りや起き上がりができる身体軽度状態の方に、福祉用具の特殊寝台を貸与
- ・ 短期入所サービスを利用する日数が認定期間のおおむね半数を超える利用に係る事前協議
- ・ 生活援助中心型サービスの利用回数が基準回数以上の居宅サービス計画

○その他

- ・ ケアマネジメントの過程が不適切

→ (例：アセスメントR2年11月25日、ケアプラン原案作成年月日R2年11月24日、サービス担当者会議R2年12月29日、説明・同意R2年11月24日)

<点検結果より判断した、ケアプラン作成時に注意していただきたい点>

○訪問介護の生活援助のみ、通所サービスのみなどの1種類サービス利用しているが、サービス利用以外にセルフケアの位置づけがない。

→ (例：短期目標「運動を続けることで筋力維持ができる」→サービス内容「通所介護1回/週」のみ)

★サービスの利用以外に利用者自身が取り組むべき事項がないプランが見受けられます。セルフケアは介護サービスの最も重要な取り組みと言われており、適切な保険サービス、医療サービス、福祉サービスを総合的かつ効率的に提供することが望ましいと考えられます。

○短期目標が利用者の取り組む具体的な目標となっていない。

→ (例：「転ばないように注意する」「出来る家事を継続することで物忘れの進行を予防する」「本人の生活環境にあった生活環境を整えることができる」)

★目標は、抽象的な言葉ではなく、具体的に内容を記載することとし、かつその期間で実現が可能と見込まれるものでなければなりません。目標に定めるべき内容も、個別具体的な目標となっているか、とても達成できないような目標となっていないか、利用者以外の目標になっていないかを見直し、利用者がケアプランを見て実際に取り組むことができる目標を設定しましょう。

○短期目標が長期目標を見据えた段階的な目標になっていない。

→ (例：長期目標「皮膚の清潔が保たれる」→短期目標「同じ」、長期目標「今の筋力の維持ができ家事が継続できる」→短期目標「転倒なく過ごすことができる」、長期目標「身の回りのことが自分でできる状態が維持できる」→短期目標「困ったときに助けを呼べる」)

★目標は、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応して設定されるものです。解決すべき課題の達成は段階的に行われるものと考えられ、長期目標と短期目標は整合性を取る必要があります。

○生活全般の解決すべき課題（ニーズ）で、利用者の取り組むべき課題が明確になっていない

→ (例：「外出したい」「お風呂に入りたい」「自宅で暮らしたい」)

★利用者の自立支援のためには、アセスメントにおいて利用者とともに「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を導き、ケアプランを作成することになります。「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」は単に「〇〇したい」といった利用者の希望のみでなく、「ニーズに対して〇〇したい」のように理由を明記することで、なぜそうなりたいのか明確になります。

○目標がずっと変わらないものがある

→（例：「状態が変化しなければ目標期間は自動的に延長する」「変化がなければ期間を延長」と記載されている。）

★「長期目標」「短期目標」いずれにも「期間」を設定することとされています。サービスを利用することは目的ではなく、あくまでも目標を達成するための手段であるため、期間内に目標を達成されたのか評価し、見直しが必要になるのかどうか判断します。始めから延長することを記載したプランは想定していません。