

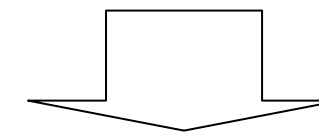
現行の判断基準等		
品目	福祉用具が必要な状態	判断基準
車いす及び車いす付属品	次のいずれかに該当する者 (1) 日常的に歩行が困難な者 (2) 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	(1) に該当する者 要介護認定に係る基本調査項目1-7に「3. できない」と記載された者 (2) に該当する者 サービス担当者会議等でケアマネが判断する
特殊寝台及び特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者 (1) 日常的に起き上がりが困難な者 (2) 日常的に寝返りが困難な者	(1) に該当する者 要介護認定に係る基本調査項目1-4に「3. できない」と記載された者 (2) に該当する者 要介護認定に係る基本調査項目1-3に「3. できない」と記載された者
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	要介護認定に係る基本調査項目1-3に「3. できない」と記載された者
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 (2) 移動において全介助を必要としない者	(1) に該当する者 要介護認定に係る基本調査項目3-1に「1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外又は基本調査項目3-2～3-7のいずれかに「2. できない」又は基本調査項目3-8～4-15のいずれかに「1. ない」以外と記載された者 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。 (2) に該当する者 基本調査2-2「4. 全介助」以外
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 (2) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 (3) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	(1) に該当する者 要介護認定に係る基本調査項目1-8に「3. できない」と記載されている者 (2) に該当する者 要介護認定に係る基本調査項目2-1に「3. 一部介助」又は「4. 全介助」と記載されている者 (3) に該当する者 サービス担当者会議等でケアマネが判断する
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 (2) 移乗が全介助を必要とする者	(1) に該当する者 要介護認定に係る基本調査項目2-6に「4. 全介助」と記載されている者 (2) に該当する者 要介護認定に係る基本調査項目2-1に「4. 全介助」と記載されている者

見直しの方針

実態調査により現行の判断基準では対象外となるが、「例外給付の対象とすべき事案」（類型 i ～ iii）が存在することが確認された。

例外的給付の対象とすべき事案（類型 i ～ iii）

- 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によって、頻繁に福祉用具が必要な状態に該当する者
(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、短期間のうちに福祉用具が必要な状態にな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福祉用具が必要な状態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)



例外給付の対象とすべき事案（類型 i ～ iii）のいずれかに該当し以下の要件①～③の全てをみたしている場合には例外的に給付を認めることとする。

- ① 「医師の意見（医学的な所見）」に基づき判断されている。
- ② サービス担当者会議等を経た適切なケアマネジメントの結果を踏まえている。
- ③ 上記①、②を市町村が確認している。

(3) 福祉用具が必要な理由（できるだけ具体的にご記入ください）

[]

(4) 意見を求めた担当医

氏 名 _____ 印

医療機関名 _____

【留意事項】

※ 「3 医師の医学的な所見による判断について」の欄には、担当の介護支援専門員が担当医から聴取した所見をもとに判断した内容を記載してください。また、記載した内容について、必ず担当医の確認と押印を得るようお願いいたします。

事業所名			
事業所番号		担当者	印
連絡先	住所 : TEL : FAX :		

(3) 福祉用具が必要な理由（できるだけ具体的にご記入ください）

[

(4) 意見を求めた担当医
 （主治医意見書を参照とした場合には、主治医意見書を記載した医師）

氏 名 _____ 印

医療機関名 _____

(5) 判断の基礎とした資料

- 主治医意見書
- 診断書
- 担当医からの聴取
- その他（ _____ ）

【留意事項】

※ 「3 医師の医学的な所見による判断について」の欄には、あくまでも、軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見について（様式2）又は診断書に記載された所見、若しくは担当の介護支援専門員が担当医から聴取した所見をもとに判断した内容を記載してください。

事業所名			
事業所番号		担当者	印
連絡先	住所 : _____ TEL : _____ FAX : _____		

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（依頼）

年 月 日

松戸市長

福祉用具貸与について、下記のとおり医師の医学的な所見に基づいた、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、（介護予防）福祉用具貸与が特に必要であると判断しましたので、確認を依頼します。

1 対象者

(1) 被保険者氏名 _____

(2) 被保険者番号 _____

(3) 住所 _____

(4) 要介護度 要介護3 要介護2 要介護1要支援1 要支援2

2 貸与品目等

(1) 貸与品目種別 自動排泄処理装置

(2) 貸与開始年月日 _____ 年 月 日から

(3) 福祉用具貸与事業者 _____
(事業者番号) ()

3 医師の医学的所見による判断について

(1) 病 名 : _____

(2) 該当する状態

- 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、排便、移乗が全介助を必要とする者に該当する
- ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに排便、移乗が困難な状態に至ることが確実に見込まれる
- 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排便、移乗が困難な者に該当すると判断できる

(3) 福祉用具が必要な理由（できるだけ具体的にご記入ください）

[

(4) 意見を求めた担当医
 （主治医意見書を参照とした場合には、主治医意見書を記載した医師）

氏 名 _____ 印

医療機関名 _____

(5) 判断の基礎とした資料

- 主治医意見書
- 診断書
- 担当医からの聴取
- その他（ _____ ）

【留意事項】

※ 「3 医師の医学的な所見による判断について」の欄には、あくまでも、軽度者に対する福祉用具貸与の例外に係る医学的所見について（様式2）又は診断書に記載された所見、若しくは担当の介護支援専門員が担当医から聴取した所見をもとに判断した内容を記載してください。

事業所名			
事業所番号		担当者	印
連絡先	住所 : _____ TEL : _____ FAX : _____		

(3) 福祉用具が必要な理由（できるだけ具体的にご記入ください）

()

(4) 意見を求めた担当医

氏 名 _____ 印

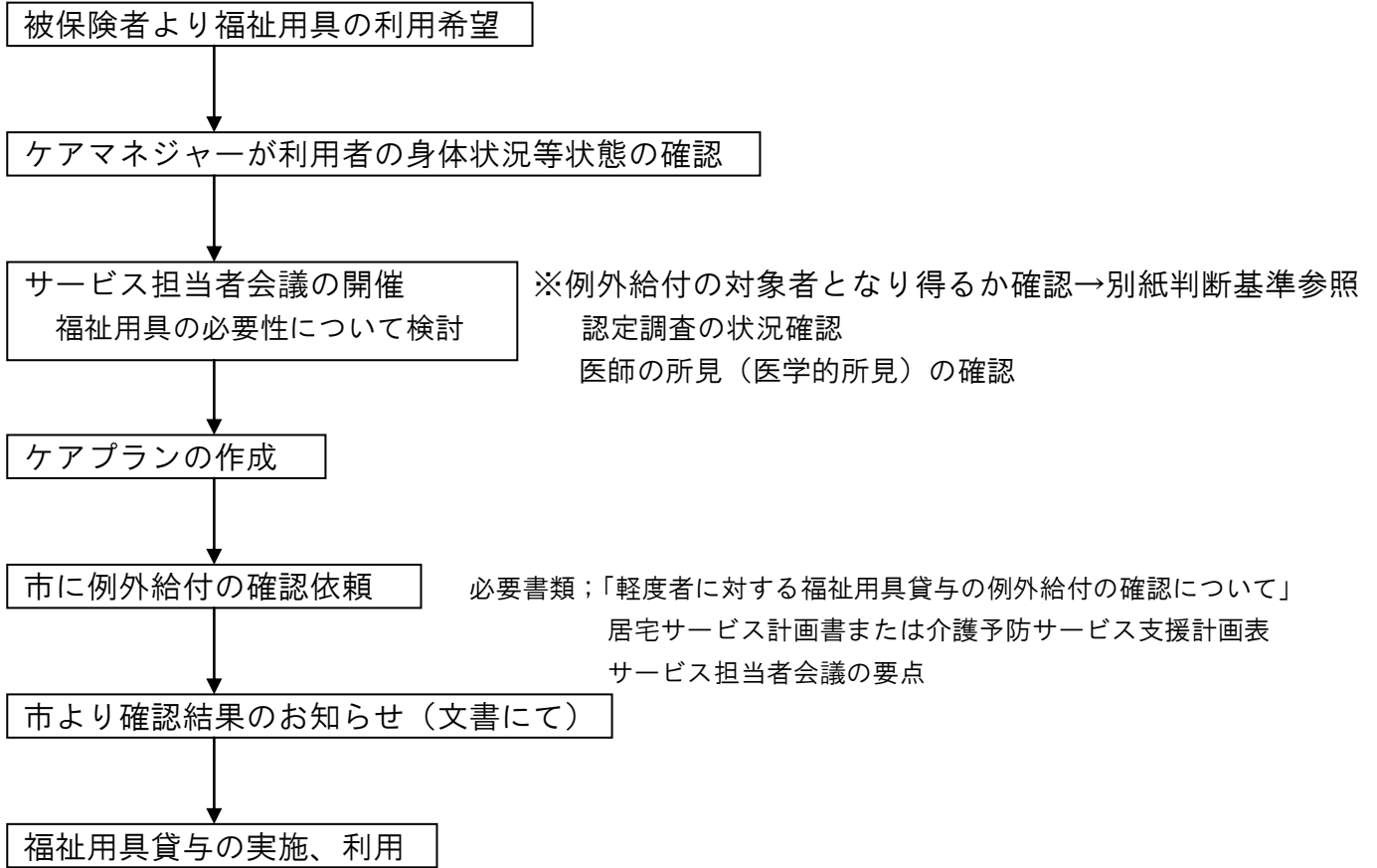
医療機関名 _____

【留意事項】

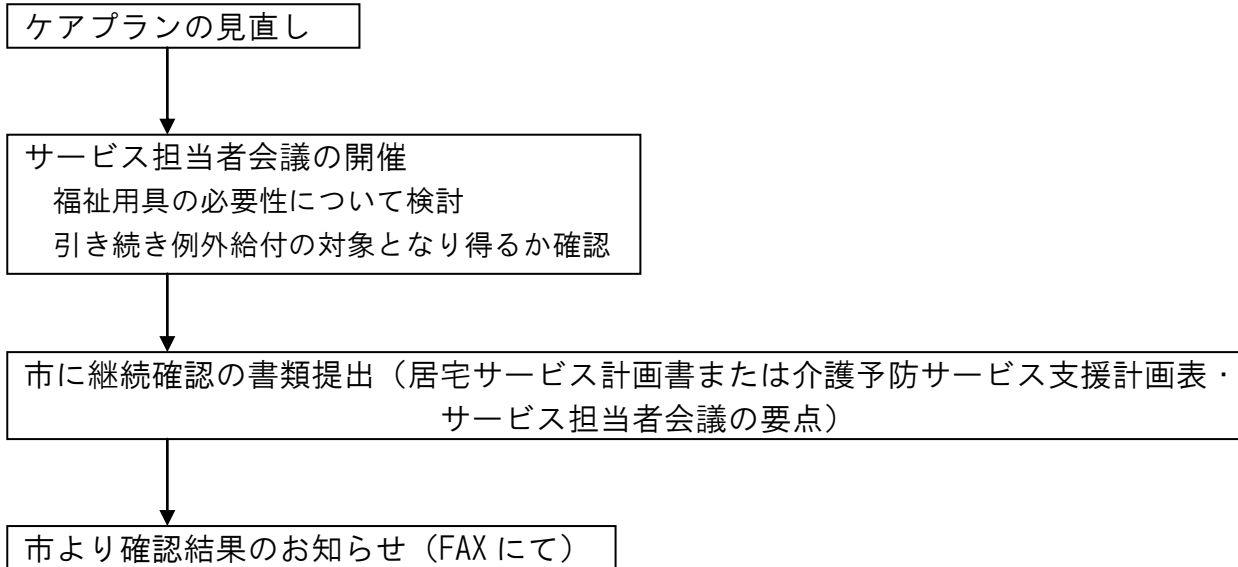
- ※ 「3 医師の医学的な所見による判断について」の欄には、担当の介護支援専門員が担当医から聴取した所見をもとに判断した内容を記載してください。また、記載した内容について、必ず担当医の確認と押印を得るようお願いいたします。

事業所名			
事業所番号		担当者	印
連絡先	住所 : TEL : FAX :		

《新規利用の流れ》



《継続利用の流れ》



軽度者（要介護 1、要支援 1・2）が利用する介護保険福祉用具貸与の
例外給付に関する Q & A

【提出書類について】

Q 1 軽度者への例外給付の市への提出書類は何が必要か

A 1 以下の 3 点が必要になります。

- ①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」（様式 1-1・1-2）
 - ②居宅サービス計画書（1）・（2）または介護予防サービス・支援計画表（1）・（2）
 - ③サービス担当者会議の要点
- 以上 3 点が必要となります。

【介護認定を申請中の方の暫定利用】

Q 2 介護認定を新規申請中の方で、特殊寝台等の福祉用具貸与の必要性が見込まれる
場合の取り扱いはどうすればよいか。

A 2 認定結果が出る前に暫定的に、特殊寝台等の利用の必要性がある場合には、申請
書類を提出し、市の確認をとってください。

市へ確認を取らずに、暫定的にサービスを利用し、結果的に軽度者に該当した場合
には、さかのぼりができず、給付の対象になりません。

【給付の対象開始日】

Q 3 市へ例外給付の申請をし、確認を取った場合、いつから給付の適用となるか

A 3 申請受付日の月の 1 日から給付の適用となります。

【その他】

Q 4 例外給付の対象者が、介護支援専門員を変更した場合の取り扱いは、どうすれば
よいか。

A 4 様式 1 の再度の提出は必要ありませんが、居宅介護支援事業所の変更の有無を問
わず、介護支援専門員は変更時に新規作成した「ケアプラン」と「担当者会議の
要点」を市へ提出してください。

Q 5 ケアプランの期間設定終了にかかる、定期的な見直し時の取り扱いは、どうすればよいか。

A 5 貸与開始後も、定期的な見直しが必要なことから、ケアプランの期間設定終了時には、「ケアプラン」と「担当者会議の要点」を市へ提出してください。提出は、遅くとも、期間終了後1ヶ月以内までに提出してください。内容確認後、市から継続の可否についてファックスで連絡します。必要時には、利用者宅へ訪問することもあります。また、市への確認が滞っている場合には給付対象外となり、返還の対象となります。

Q 6 介護区分が介護から予防又は予防から介護に変わった場合（担当ケアマネジャーの変更がない場合も含む）の取り扱いはどうしたらよいか。

A 6 ケアプランの見直しが必要となりますので、「ケアプラン」と「担当者会議の要点」を市へ提出してください。特に「要介護」から「要支援」に区分が変わった場合は、状態が改善しているので、継続利用の必要性について十分に検討してください。

問い合わせ

介護保険課給付班 047-366-7067