

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付要件

種目	必要介護度	例外1 直近の認定調査結果で判断	例外2 指定居宅介護(介護予防)支援事業者が判断	例外3 町が給付の可否を判断
車いす 車いす付属品	要介護2以上	1-7歩行「3. できない」	日常生活における移動の支援が特に必要と認められる者	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ている。 i) 疾病その他原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に右記の状態に該当する者 ii) 疾病その他の原因により状態が急速に悪化し、短期間のうちに右記の状態に該当することが確実に見込まれる者 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右記に該当すると判断できる者
特殊寝台 特殊寝台付属品		①、②いずれかに該当 ①1-4起き上がり「3. できない」 ②1-3寝返り「3. できない」		①、②いずれかに該当 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
床ずれ防止用具 体位変換器		1-3寝返り「3. できない」		①、②いずれかに該当 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 日常的に寝返りが困難な者
認知症老人徘徊感知器		①、②両方に該当 ①3-1意思の伝達「1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外 又は、3-2~3-7: 記憶・理解のいずれか「2. できない」 又は、3-8~4-15: 問題行動のいずれか「1. ない」以外 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。 ②2-2移動「4. 全介助」以外		①、②両方に該当 ①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 ②移動において全介助を必要としない者
移動用リフト (つり具の部分を除く)		①、②いずれかに該当 ①1-8立ち上がり「3. できない」 ②2-1移乗「3. 一部介助」又は「4. 全介助」	生活環境において段差の解消が必要と認められる者	①~③いずれかに該当 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
自動排泄処理装置	要介護4以上	①、②両方に該当 ①2-6排便「4. 全介助」 ②2-1移乗「4. 全介助」		①、②両方に該当 ①排便において全介助を必要とする者 ②移乗において全介助を必要とする者
特記事項			・主治医から得た情報 ・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 以上を通じたケアマネジメントにより、指定居宅介護(介護予防)支援事業者が判断。	

町への申請不要
ただし、判断に至った根拠資料は保存すること

町への申請必要
確認書提出→可否を町が通知

《参考》具体的な状態像や疾患の事例

あくまでも状態像の例です。医学的な所見によって、利用者の状態像が i ~ iii に該当するか否かを判断します。

事例類型	状態像の例	福祉用具種目例
i 頻繁な状態変動	パーキンソン病で内服加療中の「ON/OFF現象」によって、頻繁に臥位からの起き上がりが困難となる。	特殊寝台
	重度の関節リウマチによる関節のこわばりが朝方に強くなるため、畳からポータブルトイレへの移乗が全介助を要する状態となる。	移動用リフト(昇降座椅子)
ii 急性憎悪	末期がんにより急激に状態が悪化し、短期間で寝返りや起き上がりが困難な状態に至ると確実に見込まれる。	特殊寝台
iii 重篤化回避	重度の心疾患で心不全発作の危険性が著しく高く、急激な体動を医学的見地により回避する必要がある。	特殊寝台
	重度の喘息発作で呼吸苦の重篤化を回避するため、上体を一定の角度に起こす必要がある。	特殊寝台
	脊髄損傷による下半身麻痺により下半身の自発的な体位変換が困難なため、床ずれの発生リスクが高い。	床ずれ防止用具及び体位変換器
	人工股関節の術後で、立ち座りに伴い股関節脱臼の危険性が高い。医学的見地から股関節への負担を回避する必要があるため、畳から椅子への移乗に一部介助を要する。	移動用リフト(昇降座椅子)

◆判断方法・順番

- ① 医師の意見(医学的な所見)に基づき判断
- ② サービス担当者会議を経た適切なケアマネジメントの結果を踏まえていること
- ③ 上記①・②を保険者が確認していること

◆要件に該当した場合の提出書類

- ①軽度者に対する福祉用具貸与に係る確認書
- ②サービス担当者会議の記録(写)
- ③サービス計画書<1>・<2>(写)
- ④医科学的な所見が確認できる書類(写) (聴取等による確認を行った場合は、確認書裏面に詳細を記入することで省略可)

《注意》

1. 提出漏れ、記載漏れがある場合は返却となる場合があるので十分事前確認をお願いします。
2. 医学的所見の確認は、i ~ iii のいずれかに該当するかを明確にしてください。

※“介護ベッドが必要”等、必要性のみの記載では、確認できないことがあります。

◆確認期間

利用開始日～介護認定の有効期間の終了日まで
 ※認定の更新、変更があった場合は再度作成し提出。

＜問い合わせ先＞
 680-0463
 八頭郡八頭町宮谷254番地1
 八頭町役場保健課介護係
 TEL(0858)72-3555