

「軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付」

1. 例外給付とは

軽度の要支援、要介護者が本来、有する能力において、日常生活を送るうえで必要とし難い福祉用具（中重度者適用用具）については、原則、給付対象外となりますが、その有する状態像に応じ例外的に給付を認めることである。例外的に給付を認められた場合においても、自立支援を目的とする。

2. 例外給付対象となる福祉用具貸与品とその確認依頼申請の有無

例外給付を受けるためには、以下の条件に該当しないとけない。

- ① 基本調査により、第 23 号告知第 21 号のイに該当する者は、市町村への確認依頼申請の必要はない。但し、下記の②、③の要件を満たし、これらについて書面等確実な方法により市町村に確認を受けた場合は例外給付の対象となる。
- ② 下記のⅠ) からⅢ) までのいずれかの状態像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第 23 号告知第 21 号のイ (※)に該当する者
(例：パーキンソン病の治療薬により ON・OFF 現象)
- Ⅱ) 疾病その他の原因より、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第 23 号告知第 21 号のイ (※)に該当するに至ることが確実に見込まれる者 (例：ガン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第 23 号告知第 21 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)

(※) 第 23 号告知第 21 号のイについては、表 1 を参照

- ③ 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。

注) 以下の対象用具については、主治医から得た情報およ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た適切なケアマネジメントにより、指定介護予防支援事業者または、居宅介護支援事業者が判断することができる場合は、市町村の確認を受ける必要がない。

対象用具	判断内容
① 車いすおよび車いす付属品	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
② 移動用リフト	生活環境において段差の解消が必要と認められる者

＜例外給付対象用具および確認依頼申請一覧＞

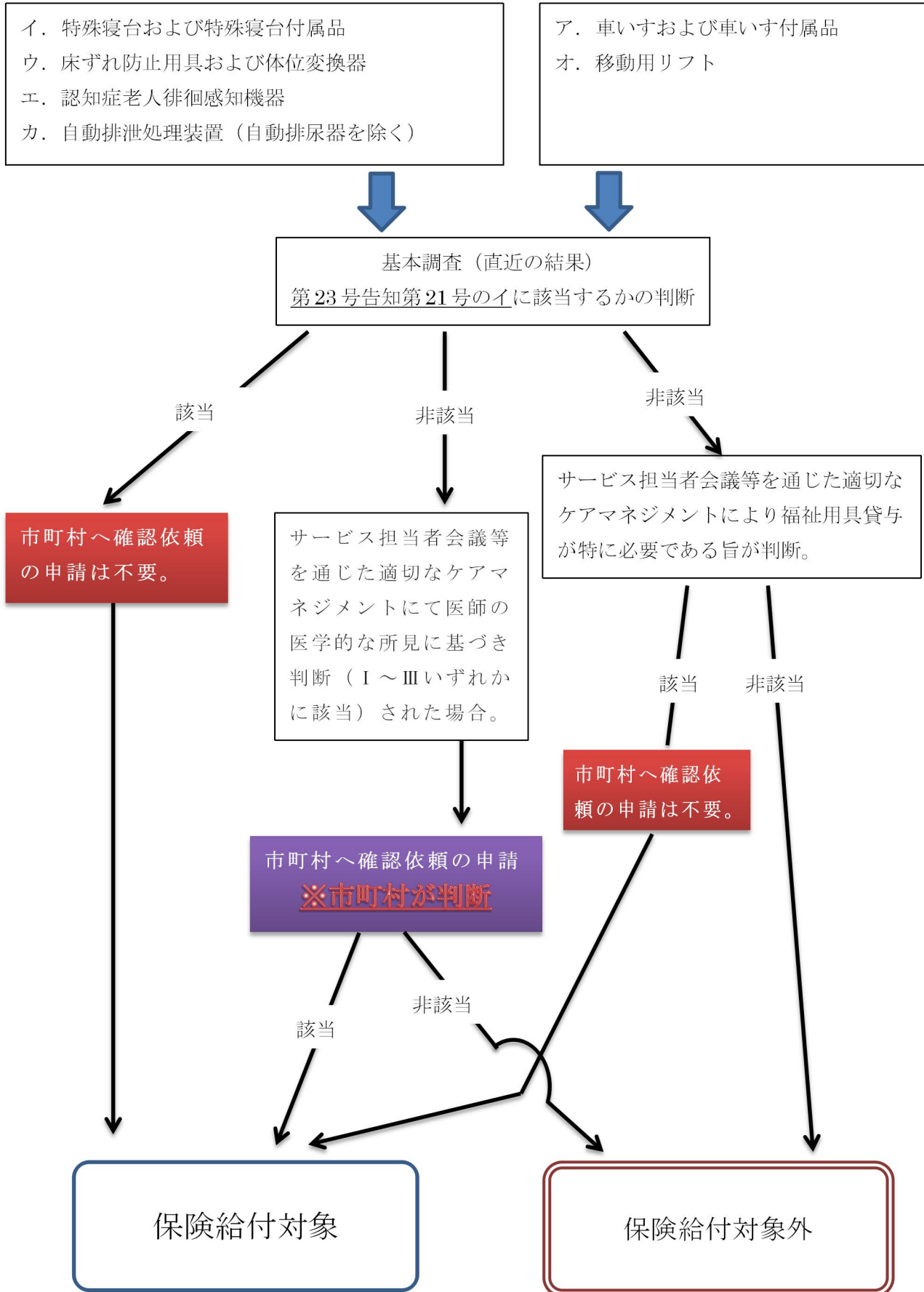
対象用具	例外給付対象者							確認依頼申請の有無
	支1	支2	介1	介2	介3	介4	介5	
① 車いすおよび車いす付属品								主治医、福祉用具貸与担当者との判断
② 特殊寝台及び特殊寝台付属品								<ul style="list-style-type: none"> 基本調査項目に該当の場合：無 基本調査項目に非該当の場合：有
③ 床ずれ防止用具および体位変換器								
④ 認知症老人徘徊感知機器								
⑤ 移動用リフト(つり具の部分を除く)								主治医、福祉用具貸与担当者との判断
⑥ 自動排泄処理装置(自動排尿器を除く)								<ul style="list-style-type: none"> 基本調査項目に該当の場合：無 基本調査項目に非該当の場合：有

※平成24年度制度改定において、**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)は、給付対象となり、合わせて例外給付の対象に追加され、要介護2及び要介護3の方であっても、例外給付の対象となる。

＜第23号告知第21号のイ(表1)＞

例外給付対象品目	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) ⇒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ケアマネジャー等が判断する。
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) 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が解消が必要と認められる者(市町村への確認不要) ⇒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ケアマネジャー等が判断する。
カ 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)	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」

3. 市町村への例外給付の確認依頼の実際の流れについて（フローチャート）



4. 確認依頼申請の申請書類作成について

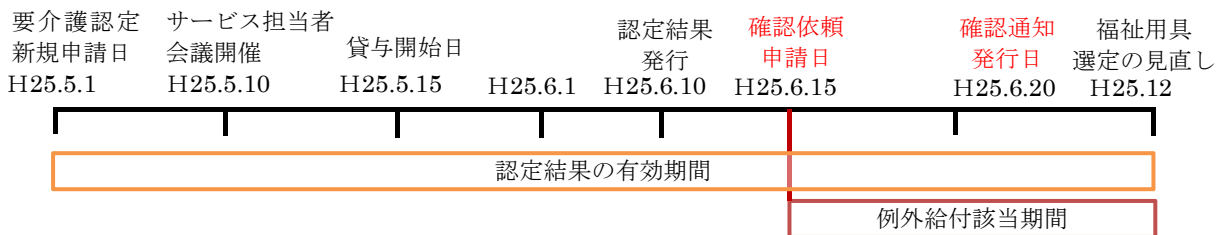
① 申請必要書類について

支援 1・2	要介護 1～要介護 3
1. 福祉用具貸与サービス利用（例外給付）確認依頼書	
2. 介護予防サービス計画書（本人の同意受領があるもの）	2. 居宅サービス計画書（1～2表）
3. サービス担当者会議の要点（介護予防支援経過記録に記載可）	3. 週間サービス計画書（3表）
4. サービス利用票に準ずるもの	4. サービス担当者会議の要点（4表）
5. サービス利用票別表に準ずるもの	5. 居宅介護支援経過（5表）
6. 介護予防支援経過記録	6. サービス利用票（6表）
7. 利用者基本情報	7. サービス利用票別表（7表）
8. 介護予防福祉用具貸与計画書（本人の同意受領があるもの）	8. アセスメントシート（様式任意）
	9. 居宅サービス計画書同意受領書（1～3表及び6・7表）（様式任意）
	10. 福祉用具貸与計画書（本人の同意受領があるもの）

② 確認依頼の注意点について

● 例外給付の遡りについて

例）新規申請等で認定結果以前に例外給付対象用具を導入。その後、月を跨いだうえで、認定結果がおり、確認依頼申請をした。



以上の場合、確認依頼書提出日が優先となり、認定期間の初めの日（申請日）に遡ることはありません。**例外給付対象になる可能性がある場合は、暫定プランにて確認依頼の申請が必要です。長崎市は確認依頼書を提出した当日から該当期間となります。** その他にも、更新の際も更新以前より重中度の介護度で貸与し、更新結果が更新日から1か月以上を跨いで軽度認定が出た場合にも注意が必要です。

● 継続申請について

本来、事業所に許可を出すのではなく対象者に許可をすることであるため、一度許可を受けている場合は継続の申請の必要はありません。

1. 1ヶ月に1回の選定の見直しする場合で**対象となる用具（機種変更を含む）に変更がない場合。**

2. 認定更新時や事業所変更の場合（**例外給付該当期間内での変更の場合**）

- ・要支援認定⇔要介護1※担当：地域包括支援センター⇔居宅介護支援事業所
- ・担当事業所が変更になった場合

※但し、担当事業所が変更になる場合の引き継ぎについて、今までの経過等の情報と合わせて例外給付が該当となった確認書についても、引き継ぎが必要です。

※以上について、定期的に利用者の状態像の確認を行い、利用者にとって適切なものか検証し、随時ケアプランの見直しは必要です。

● 再度申請が必要な場合

- ・身体状況が重度化し例外給付となる対象の認定介護度でなくなり、再度、状態が好転し例外給付対象となる認定介護度になった場合

例： 区分変更 更新申請
要介護1 ➡ 要介護2 ➡ 要介護1

- ・状態の変化等で当初例外給付として該当を受けている、貸与内容に追加等の変更が生じた場合。

例：特殊寝台服属品の一般の柵⇒介助バーに変更となった。

(一般柵と介助バーでは使用用途が違うものであるため。)

※但し、軽微の変更と思われる物についてはその都度、介護保険課と協議

③ 提出書類の作成における注意点等について

< 居宅介護支援の場合 >

提出書類	作成時の注意点及び要点等
居宅サービス計画書 第1表	「利用者や家族の生活に関する意向」に、例外給付対象となる福祉用具を利用した意向等含まれた内容でなく、全般的な外れの内容になっていないか。
居宅サービス計画書 第2表	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス利用票と整合性はとれているか。 ・特殊寝台付属品についての記載はあるか。 注) 除圧性マット、介助バー、またサイドレールも掲載が必要。
週間サービス計画書 第3表	<ul style="list-style-type: none"> ・「主な日常生活上の活動」「週間単位以外のサービス」に記載があるか。 ・週間単位以外のサービスとサービス利用票の整合性はとれているか。
アセスメントシート	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントシートのチェックだけになっていないか。課題の分析ができていないか。 ・居宅サービス計画書第2表の「生活全般に解決すべき課題」の根拠となる課題分析の記録がされているか。 例) パーキンソン病で日内変動が認められる状態。 <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントシート：移乗（自立） ・居宅サービス計画書：起き上がりが困難であり日中の活動ができなく困っている。
サービス担当者会議 の要点	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医の意見が記載されているか（主治医不参加の場合は、意見徴集した内容を掲載しても可。※その場合も面談の記録として居宅介護支援経過に記録する。 ・福祉用具専門相談員等の参加はあるか、その際の検討内容及び検討結果の整合性が図られているか。また、<u>検討内容に介護支援専門員の意見はあるか。</u> ・検討結果に特殊寝台(付属品を含む)における記載があるか。 ・例外給付の判断となる、Ⅰ) からⅢ) までのいずれかの状態像該当内容の記載はあるか。 例：「<u>医師の医学的所見Ⅱ</u>」に該当
サービス利用票 第7表	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅サービス計画書との整合性はとれているか。 ・特殊寝台付属品の内容がそれぞれ掲載されているか
サービス利用票別表 第8表	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅サービス計画書との整合性はとれているか。 ・特殊寝台付属品のそれぞれの単価が掲載されているか。 注) サイドレール1本分の単価の記載があるか。
居宅介護支援経過 第6表	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス事業所とのやり取りや、主治医との面談の記録等（担当者会議不参加の場合）の記載があるか。 ・アセスメント実施日やサービス担当者会議の開催日、または作成日等の記載が日時の整合性がとれているか。 ・福祉用具導入に至るまでの経緯がわかりやすく掲載されているか。
福祉用具貸与サービス 利用（例外給付）確認 依頼書	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議の要点に記載の例外給付の判断となる、Ⅰ) からⅢ) の記載と整合性がとれているか。 ・「上記内容を確認した日」と主治医から確認した日の整合性がとれているか。

④ 福祉用具貸与サービス利用（例外給付） 確認依頼書の記載方法について

記載例

福祉用具貸与サービス利用(例外給付)確認依頼書					
長崎市長 様		(要支援1・2、要介護1・2・3認定者)			
次のとおり関係書類を添えて、福祉用具貸与サービス利用(例外給付)の確認を依頼します。					
				提出年月日	25年 5月 15日
1 提出事業者	事業所名称	居宅介護支援事業所 ●●センター			
	担当者(ケアマネ)	長崎 太郎	要支援1・2の場合は地域 包括支援センター名を記載	電話番号	〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
	事業所所在地及び	〒 ●●●-●●●●●● 長崎市●●●		FAX番号	〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
2 利用者	(ふりがな) 氏名	ながさき たろう 長崎 太郎	被保険者 番号	0000000000	
	住所及び連絡先	〒 ●●●-●●●●●●		電話番号	〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
	要支援(介護)状態区分	要支援1 要介護1	要支援2 新規申請	認定有効 期間	平成25年 5月 1日 ~ 年 月 日
3 福祉用具	福祉用具名	車いす(付属品含む) ・ 特殊寝台(付属品含む) ・ 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(つり具部分除く) 自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引するものを除く)			
	利用開始年月日	25年 5月 16日			
4 必要性	利用者の用具必要性	●●癌により末期状態であり、余命も●ヶ月ではあるが、予後が急速に進行する可能性もある。現在の身体状況としても、内服等で疼痛緩和は行っている状況ではあるが時に呼吸苦や全身の痛みが強くなった際には体位変換時には褥瘡等が必要な状態であり、移乗も端座位の状態でないに困難。また、常に下肢の浮腫もあり、拳上が必要。急激な状態悪化を含め、特殊寝台の3モーターと付属品としてベッド両サイドにベッド褥が必要である。			
5 必要である身体状況	疾病名				
	医師の医学的な所見	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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者 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病状の重篤化の回避等医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者			
	(利用者該当する番号を囲む)	II			
	上記内容を確認した日	(確認年月日) 25年 5月 3日			
医療機関所在地	〒 ●●●-●●●●●●				
医療機関名	(医療機関名) ●●医院				
主治医名	(主治医名) 日本 太郎				
医師の診療科目	(医師の診療科目) ●●科		電話番号	〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	
※ 4 必要性はサービス担当者会議の結果から記入してください。					
※ 5 身体状況は「主治医意見書」「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書・介護予防サービス計画書に記載する医師の所見」により記入してください。					
※ 添付書類					
支援1・2…… ①介護予防サービス計画書 ②サービス担当者会議の要点 ③サービス利用票に準ずるもの ④サービス利用票別表に準ずるもの ⑤介護予防支援経過記録 ⑥利用者基本情報 ⑦介護予防福祉用具貸与計画書					
要介護1・2・3…… ①居宅介護サービス計画書(第1・2表) ②週間サービス計画書(第3表) ③サービス担当者会議の要点(第4表) ④居宅介護支援経過(第5表) ⑤サービス利用票(第6表) ⑥サービス利用票別表(第7表) ⑦アセスメントシート ⑧福祉用具貸与計画書					
(長崎市記入欄)					
確認事項	<input type="checkbox"/>	医師の所見	<input type="checkbox"/>	適切なケアマネジメント	<input type="checkbox"/>
				書類不備	<input type="checkbox"/>

要支援1・2の場合で居宅介護支援事業所が受託している場合も委託する地域包括支援センター名を掲載

申請中の場合

該当する意思の医学的所見と用具の必要性の整合性がとれているか。

<その他注意点等>

- ・ 暫定プランで提出し、要介護4などの中重度認定を受けた際、申請の必要性がなくなります。後日「取り下げ書」を提出する必要があります。
- ・ 要支援1・2の確認依頼書の作成については、本来、提出事業所の地域包括支援センターが提出することになっていますが、受託する居宅支援事業者が作成することも可能。但し、市町村への提出に際しては、委託事業者の地域包括支援センターが行うことになっていきます。※確認依頼書に添付の書類は、受託する居宅介護支援事業者が作成することになっていきます。