**軽度者に対する福祉用具貸与及び申請方法について**

**１　福祉用具貸与の例外給付とは**

要支援・要介護１の者（軽度者）に対する以下の種目については、介護保険給付は原則対象外です。

ただし、厚生労働大臣が定める告示に該当する対象者については、要介護認定における基本調査結果等に基づく判断があった場合や、市町村が医師の所見・ケアマネジメントの判断等を書面等で確認の上、要否を判断した場合には、例外的に給付が可能です。

|  |  |
| --- | --- |
| ①　車いす及び車いす付属品 | ⑤　移動用リフト（つり具の部分を除く） |
| ②　特殊寝台及び特殊寝台付属品 | ⑥　自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引するものは除く）  ※要介護２、要介護３の者も原則対象外 |
| ③　床ずれ防止用具及び体位変換器 |
| ④　認知症老人徘徊感知機器 |

**２　例外給付の対象となる要件**

**⑴　要介護認定における基本調査結果に基づく判断**（該当する場合は、**申請不要**です。）

要介護認定における基本調査結果に基づき、次の表のとおり要否を判断します。

表1に当てはまる場合は、申請不要です。

【表１】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 種目 | 厚生労働大臣が定める告示に該当する対象者 | 対象者に該当する基本調査の結果 |
| ①車いす及び車いす付属品 | ●次のいずれかに該当する者 |  |
| （一）日常的に歩行が困難な者 | 1-7歩行【3.できない】 |
| （二）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 | 該当する基本調査結果なし  →居宅介護支援事業所等が判断**※** |
| ②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 |  |
| （一）日常的に起き上がりが困難な者 | ①1-4起き上がり【3.できない】 |
| （二）日常的に寝返りが困難な者 | ②1-3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機器 | ●次のいずれにも該当する者 |  |
| （一）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 | ・3-1「1.調査対象者が意見を他者に伝達できる」以外または ・3-2～3-7のいずれか【2.できない】または ・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 |
| （二）移動において全介助を必要としない者 | 2-2【4.全介助】以外 |
| ⑤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 |  |
| （一）日常的に立ち上がりが困難な者 | 1-8【3.できない】 |
| （二）移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 | 2-1【3.一部介助】又は【4.全介助】 |
| （三）生活環境において段差の解消が必要と認められる者 | 該当する基本調査結果なし →居宅介護支援事業者等が判断**※** |
| ⑥自動排泄処理装置 | ●次のいずれにも該当する者 |  |
| （一）排便が全介助を必要とする者 | 2-6【4.全介助】 |
| （二）移乗が全介助を必要とする者 | 2-1【4.全介助】 |

※（二）「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」及び（三）「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」については、該当する基本調査結果がないため、主治の医師から得た情報、福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態像について助言が可能な者が参加するサービス担当者会議等を通じた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します。判断の見直しについては、居宅サービス計画に記載された必要な理由を見直す頻度（必要に応じて随時）で行ってください。

**⑵　市の確認による判断（市への申請が必要です）**

　　　表１には該当しないが、疾病その他の原因により、**次のⅰ）から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、サービス担当者会議等を通じた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場合**は、これらを市が書面等で確認し、その要否を判断します。該当する場合は、申請方法の手順を御確認の上、市へ申請してください。

|  |
| --- |
| 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、頻繁に利用者等告示第31号のイに該当する者（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、短期間のうちに利用者等告示第31号のイに該当す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利用者等告示第31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、心疾病による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避） |

**３　申請方法**

**⑴　医師の医学的所見の確認**

利用者の状態像の判断について、医師の意見を確認してください。

担当ケアマネジャーが医師に医学的所見を聴取する場合は、確認日、医療機関名、医師の氏名及び

下記アからウの内容を聴取し、聴取内容を「居宅（介護予防）サービス計画書」に記入してください。

【聴取する内容】

　　ア　原因となる疾病、その他の原因

　　イ　福祉用具が必要な具体的理由

　ウ　医師の医学的所見に基づき、申請理由がⅰ）からⅲ）のいずれかに該当しているか。

【医師の所見の記入例】

「末期がんにより状態が急激に悪化し、短期間で寝返りや起き上がりが困難な状態に至ると見込まれる状態にあり、**ⅱ**の状態像に該当する者であることを令和〇年〇月〇日、〇〇病院〇〇医師に〇〇（電話、FAXなど）で確認した。」

**⑵　サービス担当者会議を開催**

サービス担当者会議で当該種目の貸与について、その必要性を検討してください。

**⑶　新座市へ必要書類を提出**

　　　書類を提出してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 共通 | ・軽度者申請に係る福祉用具貸与の確認依頼書  ・医師の所見が確認できる書類（サービス担当者会議の要点に記載があれば省略可） |
| 要介護区分 | ・居宅サービス計画書　第１表及び第２表の写し  ・サービス担当者会議の要点（第４表）の写し |
| 要支援区分 | ・介護予防サービス・支援計画の写し  ・介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）の写し |