

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付届出書

1 被保険者情報

届出日： 年 月 日

被保険者番号											
被保険者氏名											
生年月日	明治・大正・昭和		年	月	日	(歳)					
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1		<input type="checkbox"/> 要支援2		有効 期間	年 月 日		～			年 月 日
	<input type="checkbox"/> 要介護1		<input type="checkbox"/> 要介護2			<input type="checkbox"/> 要介護3		年 月 日			
福祉用具 貸与品目	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品					<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品					
	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器					<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器					
	<input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く）					<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置					

2 主治医への確認事項

根拠となる身体状況			疾病名その他の原因
<input type="checkbox"/>	i 状態の変化	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	
<input type="checkbox"/>	ii 急性増悪	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	
<input type="checkbox"/>	iii 医師禁忌	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	
主治医	医療機関名		医師名

3 添付書類

医師の医学的な所見が確認できるもの	計画書（サービス担当者会議内容等）
<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 聴取した内容が示された書類（様式任意） <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> ケアプラン（第1表～4表） <input type="checkbox"/> 介護予防サービス・支援計画表 <input type="checkbox"/> 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）

提出者	事業所名	担当者名
		電話番号

算定可否の判断基準チェック表（「軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付届出書」別紙）

判断基準 対象外種目	①基本調査の結果 (調査日： 年 月 日)	②基本調査の結果によることができない場合 (①で届出不要の項目以外にチェックが付いた場合。)	③医師の医学的所見から (①で届出不要にならず、②のチェックがつかない場合。 「例外給付届出書」要提出。)
ア 車いす (付属品)	日常的に歩行が困難な者 「1-7 歩行」 <input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない→ <u>届出不要</u>	<input type="checkbox"/> 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 ※「例外給付届出書」、 「判断上の留意点」要提出	<input type="checkbox"/> i 状態の変化 <input type="checkbox"/> ii 急性増悪 <input type="checkbox"/> iii 医師禁忌
イ 特殊寝台 (付属品)	次の(1)(2)のいずれかに該当する者 (1)日常的に寝返りが困難な者 「1-3 寝返り」 <input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない→ <u>届出不要</u> (2)日常的に起き上がりが困難な者 「1-4 起き上がり」 <input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない→ <u>届出不要</u>		<input type="checkbox"/> i 状態の変化 <input type="checkbox"/> ii 急性増悪 <input type="checkbox"/> iii 医師禁忌
ウ 床ずれ防止用具 体位変換器	日常的に寝返りが困難な者 「1-3 寝返り」 <input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない→ <u>届出不要</u>		<input type="checkbox"/> i 状態の変化 <input type="checkbox"/> ii 急性増悪 <input type="checkbox"/> iii 医師禁忌
エ 認知症老人 徘徊感知機器	<input type="checkbox"/> 次の下線項目の(1)(2)いずれにも該当する者→ <u>届出不要</u> (1)移動において全介助を必要としない 「2-2 移動」 <input type="checkbox"/> 全介助以外 <input type="checkbox"/> 全介助 (2)ア「意思の伝達」又はイ・ウ「介護者への反応、記憶・理解」又はエ「その他」のいずれかに支障がある者 ア「3-1 意思の伝達」 <input type="checkbox"/> 意思を他者に伝達できる <input type="checkbox"/> できない以外 又は イ「3-2 毎日の日課を理解」から「3-7 場所の理解」までのいずれか () <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない 又は ウ「3-8 徘徊」から「4-15 話がまとまらない」までのいずれか () <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ない以外 又は エ その他 <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> i 状態の変化 <input type="checkbox"/> ii 急性増悪 <input type="checkbox"/> iii 医師禁忌

判断基準 対象外種目	①基本調査の結果 (調査日： 年 月 日)	②基本調査の結果によ ることができない場合 (①で届出不要の項目 以外にチェックが付いた 場合。)	③医師の医学的所見から (①で届出不要)にならず、② のチェックがつかない場合。 「例外給付届出書」要提 出。)
オ 移動用リフト (つり具の部分を除 く。)	次の(1)(2)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」 <input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない→ <u>届出不要</u> (2)移乗が一部介助又は全介助を必要 とする者 「2-1 移乗」 <input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助→ <u>届出不要</u> <input type="checkbox"/> 全介助→ <u>届出不要</u>	<input type="checkbox"/> 生活環境において段 差の解消が必要と認め られる者 ※「例外給付届出書」要 提出	<input type="checkbox"/> i 状態の変化 <input type="checkbox"/> ii 急性増悪 <input type="checkbox"/> iii 医師禁忌
カ 自動排泄処理装 置	次の下線項目の(1)(2)いずれにも該当 する者→ <u>届出不要</u> (1)排便が全介助を必要とする者 「2-6 排便」 <input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (2)移乗が全介助を必要とする者 「2-1 移乗」¥ <input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	/	<input type="checkbox"/> i 状態の変化 <input type="checkbox"/> ii 急性増悪 <input type="checkbox"/> iii 医師禁忌

<注意点>

軽度者に係る福祉用具貸与については、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十二年厚生省告示第十九号）及び指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十八年厚生労働省告示第百二十七号）の中で、その状態像から見て利用が想定しにくい品目については算定しない旨が示されています。

あくまで例外的な保険給付であることに留意し、介護保険における福祉用具の選定の判断基準について（老振発第 0617001 号）も確認し、適切な手続を行ってください。

☆判断基準チェックの流れ

1 表の①に基本調査の直近の結果を用い、その要否を判断する

「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には下線を引いています。下線に該当する場合は、軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付届出書(以下「例外給付届出書」という)の提出は必要ありません。

要否の判断に用いた文書等については、サービス記録と併せてサービスの提供に係る保険給付支払の日から5年間保管する必要があります。

2 表の①において給付可能と判断できなかった場合

(1) アとオは表の②へ(例外給付届出書要提出)

ア 車いす(付属品) (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」とオ 移動用リフトの (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することとされており、大野城市では例外給付届出書の提出を必要としています。

※ア車いす(付属品)については「車いす(電動車いす)の貸与にかかる判断上の留意点」を併せて提出してください。

なお、この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)で行うこととしています。

(2) イ・ウ・エ・カは表の③へ(例外給付届出書要提出)

次のi)～iii)のいずれかに該当することが医師の医学的な所見に基づき判断され、かつ、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ことが判断されていることが書面から確認でき、市が必要と判断した場合、保険給付が可能となります。

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、「別に厚生労働大臣が定める者」に該当する。

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「別に厚生労働大臣が定める者」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「別に厚生労働大臣が定める者」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

〈注意〉

例は、i)～iii)の状態に該当する可能性のあるものを例示したにすぎません。

したがって、例以外の者であっても、i)～iii)の状態であると判断される場合もあります。

車いす（電動車いす）の貸与にかかる判断上の留意点

届出日： 年 月 日

1 被保険者情報

被保険者番号										
被保険者氏名										
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日（ 歳）									
種類	<input type="checkbox"/> 自走式			<input type="checkbox"/> 介助用			<input type="checkbox"/> 電動			
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1			<input type="checkbox"/> 要支援2			<input type="checkbox"/> 要介護1			
有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日									

2 本人の状況

- (1) つかまれば歩ける距離は、どのくらいか _____
- (2) 杖、歩行器（カートを含む）の利用ができないか _____
- (3) 車いすを使用することが、下肢筋力の低下につながらないか _____

3 運転に伴う危険を回避するため

- (1) 認知症がないか（認知症高齢自立度は、自立が望ましい）

- (2) 普通自動車免許の取得をしているか、取得していたことがあるか

※ 交通ルールを理解し、遵守できるか

※ 電動車いすセーフティアドバイザー、福祉用具専門相談員等による実地指導、講習をうけているか、理解しているか

4 外出行為の目的と距離、頻度

外出の目的（通院、買い物等）	目的地	距離	頻度

5 生活環境

- (1) 坂道など、歩行の障害となる問題があるか

- (2) 車いすへの移乗に問題となる障害はないか

- (3) 車いすの管理上の障害はないか（充電用の電源確保、保管場所での盗難やいたずら防止など）

6 介護状況（外出の目的となる行為を代替する家族などの協力・支援を得ることができないか）

7 その他
