

「軽度者に対する例外的福祉用具貸与算定の取扱い」について

例外的な福祉用具貸与費の算定を認める場合は、次に掲げる条件を満たすこと及び提出書類が必要となります。

1 必要となる条件

下記の（i）～（iii）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ることが必要な条件となります。

- 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、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

2 提出が必要な書類等

上記 i)～iii) に該当し、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場合については、次の書類を当該サービス利用開始前までに福祉事務所に提出してください。なお、利用開始前までに提出が困難な場合については至急大分市福祉事務所にご相談ください。

- (1) 「軽度者に対する例外的福祉用具貸与費算定に係る届出書」(様式別添)
- (2) 「主治医意見書の写し」、「医師の診断書」、「担当の介護支援専門員が聴取した医師の所見に関する記録文書(医師の所見を聴取した日が記録されていること)」のいずれかの書類。
- (3) サービス担当者会議等における当該福祉用具貸与に関する検討経過の記録。
- (4) (2) 及び (3) については、「軽度者に対する例外的福祉用具貸与費算定に係る届出書」の裏面「軽度者に対する例外的福祉用具貸与検討経過記録」において確認できれば不要とします。

3 受理できない場合

- (1) 医師の所見が確認できる文書等が添付されていない、もしくは内容が不明瞭な場合
- (2) 身体の状態に関する記載がない、もしくは内容が不明瞭な場合
- (3) 利用目的に関する記載がない、もしくは内容が不明瞭な場合
- (4) 代替手段の検討経過に関する記載がない、もしくは内容が不明瞭な場合
- (5) 福祉用具利用にあたっての本人の能力等に関する記載がない、もしくは内容が不明瞭な場合
- (6) 前回検討時からの見直し等に関する記載(初回不要)がない、もしくは内容が不明瞭な場合
- (7) 今後の病状等の見通し及び福祉用具貸与の必要性に関する記載がない、もしくは内容が不明瞭な場合

4 留意事項

(1) 万が一届け出た内容に虚偽が認められた場合には、介護扶助費を返還して頂きます。

| | | | | |
|----|--------|-------|-------|------|
| 課長 | 政策監/参事 | 査察指導員 | 地区担当員 | 介護担当 |
| | | | | |

令和 年 月 日

大分市福祉事務所長 殿

| 居宅介護（介護予防）支援事業所 | |
|------------------|--|
| 事業者名称及び 事業者番号 | |
| | |
| 担当者名 | |
| 電話番号 | |

軽度者に対する例外的福祉用具貸与費算定に係る届出書

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--------|---|--|--|------------|----|---|
| 番号 | H 5 0 1 | | | | | | | | | 区分 | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 |
| 氏名 | | | | | | | | | 利用開始 年月 | 月～ | |
| 要介護状態等区分 | | | | | 認定有効期間 | ～ | | | | | |
| 例外的給付対象とする福祉用具種目 | <input type="checkbox"/> 車いす（付属品を含む） <input type="checkbox"/> 特殊寝台（付属品を含む） <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 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（ <input type="checkbox"/> 昇降座椅子 <input type="checkbox"/> その他の移動用リフト） <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 | | | | | | | | | | |
| <p>上記被保険者以外の者は、下記に該当することにより、福祉用具貸与に係る例外的給付が必要と判断しましたので、届出いたします。</p> <p><input type="checkbox"/> 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 95号告示第二十五号のイに該当する者</p> <p><input type="checkbox"/> 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95号告示第二十五号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者</p> <p><input type="checkbox"/> 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95号告示第二十五号のイに該当すると判断できる者</p> | | | | | | | | | | | |

長寿福祉課確認印

軽度者に対する例外的福祉用具貸与検討経過記録

| | | | |
|-----------------|-----------|----------|--|
| 日 時 | 令和 年 月 日 | 場 所 | |
| 出席者 (職種・氏名等) | | | |
| 検討対象の福祉用具(品名) | | | |
| 主要な疾病 | | | |
| 医師の所見 | 医療機関名及び医師 | | |
| | 確認日 | 令和 年 月 日 | |
| | | | |

| 検 討 項 目 | 検 討 内 容 |
|-----------------|---------|
| ①身体の状態 | |
| ②利用目的 | |
| ③代替手段の検討経過 | |
| ④適切に利用できる能力等の確認 | |
| ⑤前回検討時からの見直し | |
| ⑥今後の見込み | |

※あくまでも参考例である為、様式については問いません。ただし上記①～⑥の検討項目が盛り込まれた内容で作成願います。

軽度者に対する例外的福祉用具貸与検討経過記録（記載例）

| | | | |
|-----------------|---|----------|--|
| 日 時 | 令和 年 月 日 | 場 所 | |
| 出席者 (職種・氏名等) | 職名等（本人、家族、医師、ケアマネジャー等）及び氏名を記載してください。 | | |
| 検討対象の福祉用具（品名） | 病名等を記載してください。 | | |
| 主要な疾病 | | | |
| 医師の所見 | 医療機関名及び医師 | | |
| | 確認日 | 令和 年 月 日 | |
| | 医師の所見を記載してください。居宅サービス計画、介護予防サービス計画に記載されていれば、その写しでも結構です。 | | |

| 検 討 項 目 | 検 討 内 容 |
|-----------------|---|
| ①身体の状態 | 現在及び今後確実に見込まれる病状、生活の状態等のうち当該福祉用具の利用に関するものを記載してください。 |
| ②利用目的 | どのような課題を解決するために利用するのか等できるだけ詳細に記載してください。 |
| ③代替手段の検討経過 | 福祉用具利用という結論に至るまでに検討した他の手段その経過について記載してください。 |
| ④適切に利用できる能力等の確認 | 福祉用具利用にあたっての本人の能力等（認知症の有無、四肢の機能等）を記載してください。 |
| ⑤前回検討時からの見直し | 前回の検討会議方針、目標から見直しを行った点について記載してください。 |
| ⑥今後の見込み | 病状、生活の状態等の今後の見通し、またその見通しから福祉用具貸与の必要性等を記載してください。 |

※あくまでも参考例である為、様式については問いません。ただし上記①～⑥の検討項目が盛り込まれた内容で作成願います。