

串本町軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付を認める場合の事務取扱要領

令和5年2月10日 町長決裁

(趣旨)

第1条 この要領は、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12年厚生省告示第19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18年厚生労働省告示第127号)により、要支援1、要支援2及び要介護1の者(以下「軽度者」という。ただし、第2条第7号については、要介護2及び要介護3の者も含む。)に対し介護報酬を算定できるとされている福祉用具貸与の例外給付について、例外給付を認める場合の事務取扱に関し必要な事項を定めるものとする。
(福祉用具貸与例外給付対象種目)

第2条 対象となる福祉用具貸与種目は、次の各号に掲げる種目とする。

- (1) 車いす及び車いす付属品
- (2) 特殊寝台及び特殊寝台付属品
- (3) 床ずれ防止用具
- (4) 体位変換器
- (5) 認知症老人徘徊感知機器
- (6) 移動用リフト(つり具の部分を除く。)
- (7) 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。)

(対象者)

第3条 対象者は、軽度者で、次の各号に掲げる要件のいずれかに該当するものとする。

- (1) 別表に定める状態像(以下「状態像」という。)に該当する者で、直近の基本調査の結果が、別表に定めるところに該当するもの。ただし、別表のアの(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」及びオの(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、主治医から得た情報及び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適切な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(以下「事業者」という。)が該当すると判断した者とする。
- (2) 次のアからウ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者
 - ア 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、頻繁に状態像に該当する者(パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象など)
 - イ 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに状態像に該当することが確実に見込まれる者(がん末期の急速な状態悪化など)
 - ウ 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

医学的判断から状態像に該当すると判断できる者(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など)

(届出)

第4条 前条第1号に該当する場合、当該軽度者を担当する事業者は、福祉用具貸与例外給付届出書(別記第1号様式)に次に掲げる書類を添えて、町長に提出しなければならない。

- (1) 介護予防サービス・支援計画書又は居宅サービス計画書
- (2) サービス担当者会議の記録

(確認申請)

第5条 第3条第2号に該当する場合、当該軽度者を担当する事業者は、福祉用具貸与例外給付確認申請書(別記第2号様式)に次に掲げる書類を添えて、町長に提出しなければならない。

- (1) 介護予防サービス・支援計画書又は居宅サービス計画書
- (2) サービス担当者会議の記録
- (3) 医師の医学的所見が確認できる書類

(確認通知)

第6条 町長は、前条の規定により確認申請があったときは、速やかに内容を審査し、適正と認めた場合は、福祉用具貸与例外給付確認通知書(別記第3号様式)により当該事業者に通知するものとする。

(有効期間)

第7条 前条の、確認通知の有効期間は、軽度者の認定有効期間とする。

附 則

この要領は、令和5年4月1日から施行する。

別表(第3条関係)

種目	例外給付の対象となる状態像	左の状態像に該当する基本調査の結果
ア 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 (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	基本調査項目1-7「3. できない」 該当する基本調査結果なし
イ 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 (二) 日常的に寝返りが困難な者	基本調査項目1-4「3. できない」 基本調査項目1-3「3. できない」
ウ 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	基本調査項目1-3「3. できない」

<p>エ 認知症老人 徘徊感知機器</p>	<p>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 (二)移動において全介助を必 要としない者</p>	<p>基本調査項目3-1「1. 調査対象者が 意思を他者に伝達できる」以外 又は 基本調査項目3-2～3-7のいずれか 「2. できない」 又は 基本調査項目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。 基本調査項目2-2「4. 全介助」以外</p>
<p>オ 移動用リフ ト(つり具の 部分を除く。)</p>	<p>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 (二)移乗が一部介助又は全介 助を必要とする者 (三)生活環境において段差 の解消が必要と認められる 者</p>	<p>基本調査項目1-8「3. できない」 基本調査項目2-1「3. 一部介助」又 は「4. 全介助」 該当する基本調査結果なし</p>
<p>カ 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。)</p>	<p>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 (二)移乗が全介助を必要とす る者</p>	<p>基本調査項目2-6「4. 全介助」 基本調査項目2-1「4. 全介助」</p>

串本町長 宛

事業所名
 代表者名
 担当者名
 所在地
 電話番号

福祉用具貸与例外給付届出書

次の被保険者について、福祉用具貸与の例外給付を届け出ます。

被保険者氏名			被保険者番号	
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 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 認定申請中			
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
福祉用具貸与 種目及び該当 する状態像	<input type="checkbox"/> 車いす・車いす付 属品	<input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難な者		
		<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		
	<input type="checkbox"/> 特殊寝台・特殊寝 台付属品	<input type="checkbox"/> 日常的に起き上がりが困難な者		
		<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者		
	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者		
	<input type="checkbox"/> 体位変換器	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者		
	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊 感知機器	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 移動において全介助を必要としない者		
	<input type="checkbox"/> 移動用リフト	<input type="checkbox"/> 日常的に立ち上がりが困難な者		
<input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者				
<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				
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装 置	<input type="checkbox"/> 排便が全介助を必要とする者 <input type="checkbox"/> 移乗が全介助を必要とする者			

※添付書類：①介護予防サービス・支援計画書又は居宅サービス計画書

②サービス担当者会議の記録

串本町長 宛

事業所名
 代表者名
 担当者名
 所在地
 電話番号

福祉用具貸与例外給付確認申請書

次の被保険者について、福祉用具貸与の例外給付を申請します。

被保険者氏名		被保険者番号	
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 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 認定申請中		
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
福祉用具貸与 種目及び該当 する状態像	<input type="checkbox"/> 車いす・車いす付 属品	<input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難な者	
		<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	
	<input type="checkbox"/> 特殊寝台・特殊寝 台付属品	<input type="checkbox"/> 日常的に起き上がりが困難な者	
		<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者	
	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者	
	<input type="checkbox"/> 体位変換器	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者	
	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊 感知機器	<input type="checkbox"/> 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	
		<input type="checkbox"/> 移動において全介助を必要としない者	
<input type="checkbox"/> 移動用リフト	<input type="checkbox"/> 日常的に立ち上がりが困難な者		
	<input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者		
	<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		
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装 置	<input type="checkbox"/> 排便が全介助を必要とする者		
	<input type="checkbox"/> 移乗が全介助を必要とする者		
医学的所見 ※該当する 場合記入	<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、頻繁に状態像に該当する者		
	<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短時間のうちに状態像に該当することが確実に見込まれる者		
	<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状態像に該当すると判断できる者		

※添付書類：①介護予防サービス・支援計画書又は居宅サービス計画書

②サービス担当者会議の記録

③医師の医学的所見が確認できる書類

年 月 日

様

申本町長

福祉用具貸与例外給付確認通知書

年 月 日付で申請のありました福祉用具貸与例外給付について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

被保険者氏名		被保険者番号	
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 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 認定申請中		
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
福祉用具貸与 種目	<input type="checkbox"/> 車いす・車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台・特殊寝台付属品 <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"/> 自動排泄処理装置		
確認結果	<input type="checkbox"/> 給付する <input type="checkbox"/> 給付しない		
例外給付に 当たっての 留意事項 又は給付 しない理由			