

保険給付に係る行田市の取扱いについて

保険者ごとにと取扱いに差異がありますので、他市被保険者については必ず保険者に確認をしてください。

1 手すりレンタル

○行田市は住宅改修が優先？

- ・行田市は保険給付がより少なくなる方法を優先
- ・保険給付の増大＝介護保険料の上昇
- ・誰でも“取られるもの”は少ないほうが良いですよ？

【判断ポイント】

- ・場所にもよるが、2～3年程度で住宅改修の方が保険給付が少なくなることが多い
- ・現在の状況が続いた場合、在宅生活がどのくらい続くのか？
- ・施設入所（入居）を見据えている人は、どのくらいのスパンで入所（入居）を考えているのか？

○住宅改修を拒否される場合

- ・「市の方針です」だけでは理解を得られにくい
⇒一人ひとりが保険給付の少なくなる方法を選べば、それが積み重なって巡り巡って自身や家族の払う介護保険料の上昇が抑えられることを説明して理解を求め
る。
- ・それでも理解を得られない場合は？
⇒要相談

○相談が必要な場合

【必要】

- ・玄関、掃き出し窓、トイレなどの手すり（一時的利用ではない場合）
⇒改修が適さずレンタルする場合、適さない理由が妥当かどうか確認します

【不要】

- ・住宅改修を行うまでの間の一時的利用
⇒途中から一時的利用でなくなる場合は要相談
- ・ベッドサイド
⇒レンタルでしか対応できないことが明確

2 保険給付可能な福祉用具

○対象か否かは保険者の判断

国通知（介護保険の給付対象となる福祉用具及び住宅改修の取扱いについて（平成12年1月31日老企第34号）の第1「1 厚生労働大臣が定める福祉用具貸与及び介護予防福祉用具貸与に係る福祉用具の種目」）に基づき判断

○行田市の判断

財団法人テクノエイド協会の福祉用具情報システムにおいて「介護保険対象」マークがあるものはすべて保険給付の対象

○「介護保険対象」マークがないものは？

⇒個別判断を行う。今まで保険給付対象と判断した事例なし

【福祉用具情報システム】

<https://www.techno-aids.or.jp/ServiceWelfareGoodsList.php>

3 複合的機能を有する福祉用具（ステップ台付き手すり等）

●介護保険の給付対象となる福祉用具及び住宅改修の取扱いについて（平成12年1月31日老企第34号）の第1

- 3 複合的機能を有する福祉用具について
2つ以上の機能を有する福祉用具については、次のとおり取り扱う。
- ①それぞれの機能を有する部分を区分できる場合には、それぞれの機能に着目して部分ごとに1つの福祉用具として判断する。
 - ②区分できない場合であって、購入告示に掲げる特定福祉用具の種目に該当する機能が含まれているときは、福祉用具全体を当該特定福祉用具として判断する。
 - ③福祉用具貸与の種目及び特定福祉用具の種目に該当しない機能が含まれる場合は、法に基づく保険給付の対象外として取り扱う。（以下略）

【例】ステップ台付き手すり

手すりとステップは分割できる？

- ・分割できない ⇒ 全体が保険給付の対象外
- ・分割できる ⇒ 手すり部分のみ保険給付の対象

【具体例】あがりかまち用たちあっぶ（矢崎化工）

- ・ステップ台なし（TAISコード：00055-000109） ⇒ ○保険給付対象
- ・ステップ台付き（TAISコード：00055-000105） ⇒ ×保険給付対象外
- ・別売りのステップ台（TAISコードなし） ⇒ ×保険給付対象外

○ステップ台なし（TAISコード：00055-000109）に別売りのステップ台を組み合わせて貸与する場合は？

4 軽度者への福祉用具貸与

○例外的に保険給付が可能な場合

- ・直近の認定調査の結果に基づく例外給付
- ・認定調査の結果に基づかない例外給付

○認定調査の結果に基づかない例外給付

- ・主治医から「状態像 i ~ iii」に該当すると判断される所見を確認
- ・サービス担当者会議等により福祉用具が特に必要であると判断
- ・行田市の確認を受ける

○主治医の所見【重要】

- ・医学的所見による福祉用具の必要性の確認は必須ではない
= 医学的所見により福祉用具の必要性が判断されていても、「状態像 i ~ iii」に該当する所見の確認がなされていなければ例外給付の対象外

【例 1】

88歳。要介護1・前立腺がん末期（家族談）・余命未確認。特殊寝台を希望。

- ・がん末期のため軽度者貸与の対象になると推測
- ・主治医に次の所見を確認

<主治医の所見>

前立腺がん末期。ホルモン療法及び放射線治療継続実施。病状進行により徐々に身体機能の低下見込まれ介護ベッド要す。

⇒「状態像 i ~ iii」どれに該当？

i ~ iii どの状態像か推測がつかなければ、状態像に応じた所見の確認が不十分になる。

⇒「状態像 ii」だとしたら余命や進行速度は？

ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに表1の「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

前立腺がんは一般的に比較的進行が遅いがんです。また、余命も不明のため、この所見では「状態が急速に悪化する」ことが読み取れない。

⇒特殊寝台における表1「厚生労働大臣が定める者」に該当する？

所見には「徐々に身体機能の低下見込まれ」とあり、短期間のうちに「日常的に起き上がりが困難な者」または「日常的に寝返りが困難な者」に該当すると読み取れない。

⇒所見の確認が不十分で状態像 i ~ iii のどれに該当するか不明確なため、この内容のままでは保険給付不可と判断せざるを得ない

【例 2】

70 歳・すい臓がん末期（家族談）・余命未確認。早々に特殊寝台が必要と見込む。

- ・アセスメントから「状態像 ii」に該当するのではないかと推測
- ・主治医から「状態像 ii」に該当することの所見を確認する（推測の裏付け）

ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに表 1 の「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

⇒ 「状態像 ii」に該当するか否か判断するにはどんな所見の確認が必要か？

- ① 疾病名 ② ステージ ③ 余命 ④ 治療方針（積極的治療？ターミナルケア？）
- ⑤ 状態が急速に悪化するか否か
- ⑥ 短期間のうちに「日常的に起き上がりが困難な者」または「日常的に寝返りが困難な者」に該当することが確実に見込まれるか否か

⑥の波線部分は、貸与品目によって表 1 「厚生労働大臣が定める者」の定義が異なる

- ・車いす ⇒ 「日常的に歩行が困難な者」
- ・特殊寝台 ⇒ 「日常的に起き上がりが困難な者」または「日常的に寝返りが困難な者」
- ・床ずれ防止用具 ⇒ 「日常的に寝返りが困難な者」
- ・移動用リフト ⇒ 「日常的に立ち上がりが困難な者」等

< 好ましい所見確認の例 >

すい臓がん末期。他臓器への転移ありターミナルケア実施。余命 1 か月程度。病状の急速な進行により、起き上がり・寝返りが日常的に困難になることが予見される。

○福祉用具利用の必要性は保険給付とイコールではない

「状態像 i ~ iii」のいずれにも該当する所見を得られない場合、保険給付以外の手段（自費、購入）や区分変更（相応の状態変化がある場合）を検討

○畳に布団を敷いて就寝している方が立ち上がりに支障がある場合など

介護用ベッドでなければ機能が不足しますか？

⇒ ベッドであれば事が足りるのであれば、一般的なベッドの購入も検討

5 同居家族がいる場合のヘルパー（生活援助）の利用

●留意事項通知（平成12年3月1日老企第36号）

注3において「生活援助中心型」の単位を算定することができる場合として「利用者が一人暮らしであるか又は家族等が障害、疾病等のため、利用者や家族等が家事を行うことが困難な場合」とされたが、これは、障害、疾病のほか、障害、疾病がない場合であっても、同様のやむを得ない事情により、家事が困難な場合をいうものであること。（以下略）

○生活援助の算定が可能な場合

- ・利用者が1人暮らし
- ・同居の家族等が障害・疾病を有し、家事を行うことが困難な場合
- ・やむを得ない理由がある場合

○やむを得ない理由

- ・同居の家族が要介護または要支援認定者で、家事を行うことが困難
- ・同居の家族との家族関係に極めて深刻な問題があり、援助が期待できない
- ・同居の家族が就労等で長時間にわたり不在で、かつ不在時間帯に家事の支援が不可欠な場合（在宅時に支援が可能で、在宅時に支援を行えば事が足りる場合は「不可欠」ではありません）

○やむを得ない理由ではないもの

- ・これまで家事をしたことがない
⇒やむを得ないとは考えられません。家事をしていた人がいなくなったら（施設入所や逝去など）どうするのでしょうか？したことがないのであれば、できるようにチャレンジしてみる、ということも自立支援においては大事だと考えます。
（認知症などで新たな能力の取得が期待できない場合は除きます）
- ・遠慮があり頼みにくい
⇒やむを得ないとは考えられません。どうしても同居家族に依頼したくない場合には、家政婦や家事代行業者、いきいき元気サポーター、自費ヘルパーを検討してください。
（関係性に極めて深刻な問題があり、援助が期待できない場合は除きます）

○同居家族に複数の認定者がいて、それぞれ生活援助が必要な場合（夫婦など）

- ・原則の考え方は按分
⇒夫婦2人で週2回必要な場合 夫週1回・妻週1回
- ・認定は受けているが、介護サービスの利用がない者がいる場合
⇒介護サービスの利用がある者で算定（居宅介護支援費が新たに生じるため）

○同居と別居の判断

- ・同一家屋で玄関又は居室が独立していても、室内の階段もしくは扉で家族等の部屋と行き来可能（二世帯住宅） ⇒同居
- ・同一敷地内の別棟 ⇒同居
- ・本人の居住している家屋の敷地からいったん外部（道路・他人の私有地・共同住宅の場合における共用部（廊下等））に出なければ家族の居住部分に立ち入ることができない ⇒別居

○算定の相談をする場合

- ・別添の「同居家族がいる場合の生活援助算定確認書（新規）」を記載し、担当に相談の予約を取ってください。
- ・援助内容・時間・回数などの妥当性や同居家族が家事ができない理由が算定可能な理由によるものかを判断しますので、同居家族の就労状況や支援状況（週何日勤務で、何時に家を出て何時に帰宅するのか。休日は何曜日か。支援は何ができて何ができないのか）、別居家族の状況（どこに住んでいて、どの程度支援可能か）を整理しておいてください。
- ・通常は相談時にその場で可否を回答します。
- ・プランの確定後、第1表～第7表を添付の上確認書（新規）を提出してください。

○いつ相談すればよいか

- ・OKを出せない場合や回数の再考を促すケースがあることを踏まえると、サービス担当者会議の前が適当です。
- ・認定期間満了に伴う「継続」の相談は、「本人の状態」「本人・同居家族の環境」「別居家族からの支援の状況」「生活援助の内容・回数」等に変更がなく、純粹に従前の内容の継続となる場合、認定決定後の相談で結構です。

6 居宅サービス計画作成依頼届が不要な場合

契約が一度終了した場合でも、他の居宅介護支援事業所からの届出がなく、被保険者証の印字（記載）の最新履歴が自事業所であれば、原則として再契約時に届出は不要。

【例】

- ・利用者が老健等へ一定期間入所し、退所後に再契約する場合

【注意】

- ・契約終了後に要支援をまたぐ介護度の変更（区変・更新）がないこと
- ・契約終了後に未認定期間がないこと

7 その他

軽度者への福祉用具貸与の例外給付について

1 概要

要支援1・要支援2及び要介護1の者（自動排泄処理装置については、要介護2及び要介護3を含む。以下「軽度者」という）に係る福祉用具貸与については、その状態像から見て使用が想定しにくい一部の福祉用具が「対象外種目」として定められ、算定することができません。

ただし、軽度者であっても、厚生労働省告示・通知で規定される者（利用が想定される一定の状態にある者）に限っては、例外的に福祉用具貸与費を算定することができますとされています。

対象外種目	
ア	車いす及び車いす付属品
イ	特殊寝台及び特殊寝台付属品
ウ	床ずれ防止用具及び体位変換器
エ	認知症老人徘徊感知機器
オ	移動用リフト（つり具部分を除く）
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）※要介護3以下は貸与不可

2 対象外種目を算定できる場合

次の①又は②に該当する場合のみ、福祉用具貸与の算定が可能となります。該当しない場合は算定できません。

- ①直近の認定調査の結果に基づく例外給付（⇒1～2頁）
- ②認定調査の結果に基づかない例外給付（⇒3頁）

3 直近の認定調査の結果に基づく例外給付

各対象外種目について、次ページの表1に掲げる厚生労働大臣が定める者に該当することを、直近の認定調査の結果から確認できる場合、福祉用具貸与の算定が可能となります。

なお、ア(2)及びオ(3)については、該当する認定調査項目がないため、主治の医師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適切な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、ケアマネージャー等が判断するものとします。

表1 認定調査結果に基づく判断表

対象外種目	厚生労働大臣が定める者	直近の認定調査の結果
ア 車いす及び 車いす付属品 *(1)(2)どちらかに該当する者	(1)日常的に歩行が困難な者	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	※下記(注)参照
イ 特殊寝台及び 特殊寝台付属品 *(1)(2)どちらかに該当する者	(1)日常的に起き上がりが困難な者	1-4 「3.できない」
	(2)日常的に寝返りが困難な者	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	1-3 「3.できない」
エ 認知症老人徘徊感知機器 *(1)(2)両方とも該当する者	(1)意見の伝達、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 又は3-2~3-7のいずれか「2.できない」 又は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。
	(2)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
オ 移動用リフト (つり具の部分を除く) *(1)~(3)いずれかに該当する者 ※昇降座椅子は(2)による判断に限る(下記参照)	(1)日常的に立ち上がりが困難な者	1-8 「3.できない」
	(2)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」
	(3)生活環境において段差の解消が必要と認められる者	※下記(注)参照
カ 自動排泄処理装置 *(1)(2)両方とも該当する者	(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」

※(注)ア(2)及びオ(3)については、該当する認定調査項目がないため、主治の医師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適切な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ケアマネージャー等が判断するものとする。

【昇降座椅子の取扱い】(平成19年3月30日付厚生労働省老健局振興課通知 別添Q&A)

Q: 移動用リフトのうち「昇降座椅子」については、認定調査項目の「立ち上がり」による必要性の判断ができないと思うが、考え方如何。

A: 認定調査項目で判断する場合、「立ち上がり」ではなく「移乗」で判断することとなる。その理由は、「床からの昇降」を補助する「昇降座椅子」は「床から椅子の高さまでの動き」を評価する必要があり、「畳からポータブルトイレへ」の「乗り移り」を評価する「移乗」の認定調査項目を用いる必要があるためである。したがって、昇降座椅子について「立ち上がり」で必要性を判断することは妥当ではない。

4 認定調査の結果に基づかない例外給付

次の①～③の要件をすべて満たす場合、福祉用具貸与の算定が可能となります。

① 医師の医学的な所見に基づき、表2 i～iiiのいずれかに該当すると判断されていること。

(医学的な所見の確認は、主治医意見書による確認のほか、医師の診断書又は担当のケアマネージャーが聴取したケアプランに記載する医師の所見により確認する方法でも差し支えありません)

【ポイント】

確認する内容は、「表2 i～iiiのいずれかに該当するかどうか」です。「対象外種目の福祉用具が必要かどうか」ではありません。

表2

- | |
|--|
| <p>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、頻繁に表1の「厚生労働大臣が定める者」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、重度の関節リウマチによる関節のこわばり)</p> <p>ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに表1の「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)</p> <p>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、医学的判断から表1の「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)</p> |
|--|

※表中の例は、あくまでもi～iiiの状態の者として該当する可能性があるものについての例示であって、例示以外の状態の者であっても、医学的所見によって、ア～ウの状態であると判断される場合もあります。

② ケアマネージャー等が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と判断していること。

③ 上記①②について、行田市に確認を受けること。

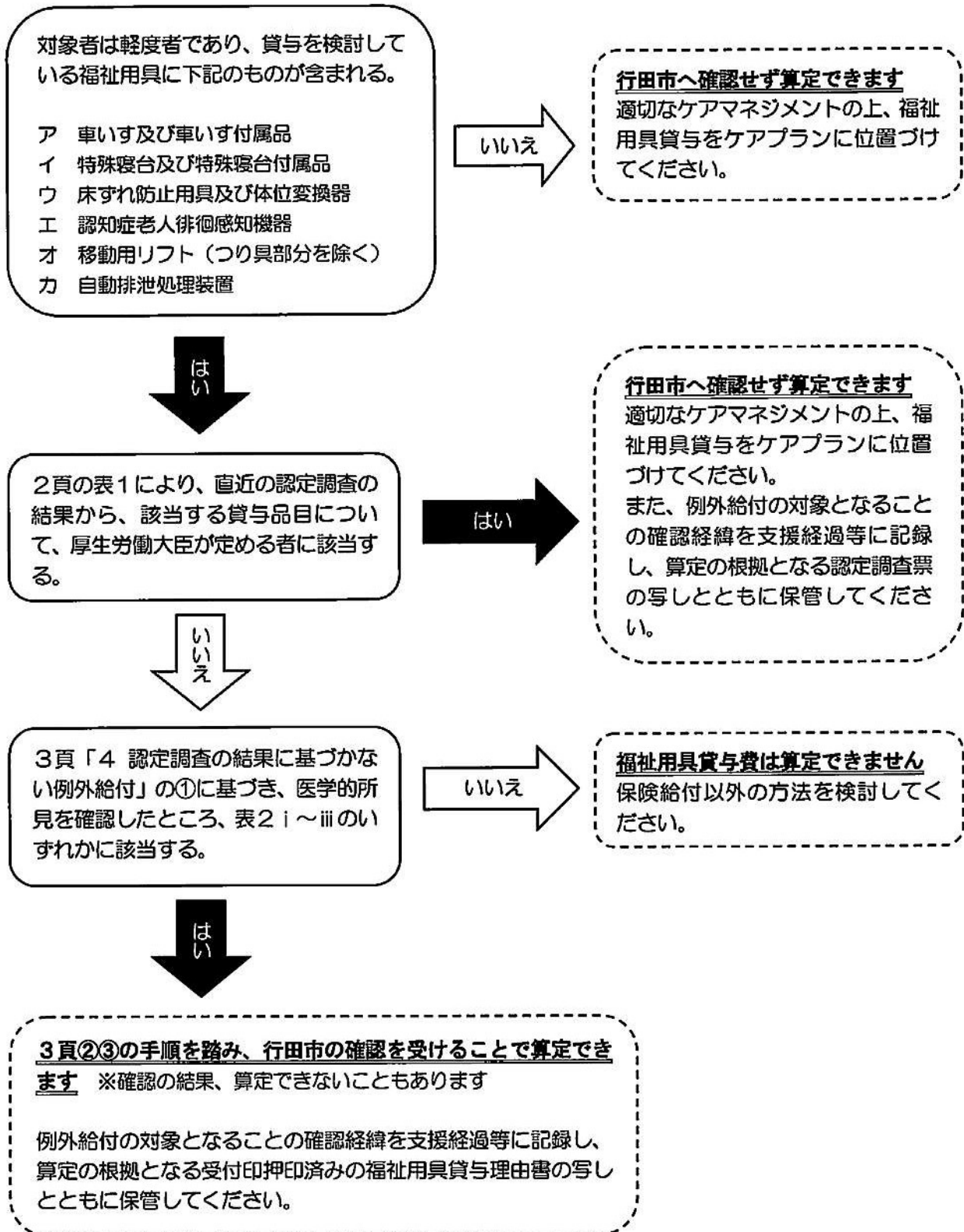
(更新等で有効期間が満了となり、引き続き軽度者で福祉用具貸与の必要がある場合は、その都度提出が必要となります)

【確認の受け方】

「福祉用具貸与理由書」(市指定書式)に「サービス担当者会議の議事録(要点)」を添付し、高齢者福祉課介護保険担当内の福祉用具貸与担当者に直接提出(要アポイント)してください。

提出書類及びヒアリング等により、上記①②の手順が適切になされていることを確認できた場合、受付印を押印した「福祉用具貸与理由書の写し」をお渡しします。(算定の根拠となりますので、ケアプランとともに保管してください。また、支援経過等に経緯を記録しておいてください)

軽度者への福祉用具貸与 算定フロー





閉じる

福祉用具比較

製品概要

印刷

印刷

企業名	矢崎化工株式会社	矢崎化工株式会社
用具・型番	あがりかまち用 たちあつぷ CKE-01-1	あがりかまち用 たちあつぷ CKE-01
製品画像	 貸与 手すり	
TAISコード	00055-000109	00055-000105
分類	[1]181803 : 手すり、支持用手すり	[1]181803 : 手すり、支持用手すり [2]182418 : 階段
発売年月	平成23年7月	平成23年4月
希望小売価格	¥116,100	¥136,900
製品概要	玄関のあがりかまちに、取付工事する事なく、置くだけな手すりです。手すりは設置する場所に合わせて高さを調整する事ができます。	玄関のあがりかまちに、取付工事する事なく、置くだけの手すり付ステップ台です。手すり、ステップ台は設置する場所に合わせて高さを調整する事ができます。
QAP		

仕様・機能・性能等

カラー																												
用具詳細	<table border="1"> <tr><td>手すり間口</td><td>516 mm</td></tr> <tr><td>手すり高さ</td><td>800~850 mm</td></tr> <tr><td>ベース</td><td>773×551 mm</td></tr> <tr><td>質量</td><td>32.8 kg</td></tr> <tr><td>パイプ径</td><td>φ32 mm</td></tr> <tr><td>材質</td><td>手すり:イレクター、アルミ合金 (ジョイント) ベース:ステンレス</td></tr> </table>	手すり間口	516 mm	手すり高さ	800~850 mm	ベース	773×551 mm	質量	32.8 kg	パイプ径	φ32 mm	材質	手すり:イレクター、アルミ合金 (ジョイント) ベース:ステンレス	<table border="1"> <tr><td>手すり間口</td><td>516 mm</td></tr> <tr><td>手すり高さ</td><td>800~850 mm</td></tr> <tr><td>ベース</td><td>773×551 mm</td></tr> <tr><td>ステップ高さ</td><td>120・140・160・180 mm</td></tr> <tr><td>重量</td><td>39.7 kg</td></tr> <tr><td>パイプ径</td><td>φ32 mm</td></tr> <tr><td>材質</td><td>手すり:イレクター、アルミ合金 (ジョイント) ベース:ステンレス ステップ台:スチール</td></tr> </table>	手すり間口	516 mm	手すり高さ	800~850 mm	ベース	773×551 mm	ステップ高さ	120・140・160・180 mm	重量	39.7 kg	パイプ径	φ32 mm	材質	手すり:イレクター、アルミ合金 (ジョイント) ベース:ステンレス ステップ台:スチール
手すり間口	516 mm																											
手すり高さ	800~850 mm																											
ベース	773×551 mm																											
質量	32.8 kg																											
パイプ径	φ32 mm																											
材質	手すり:イレクター、アルミ合金 (ジョイント) ベース:ステンレス																											
手すり間口	516 mm																											
手すり高さ	800~850 mm																											
ベース	773×551 mm																											
ステップ高さ	120・140・160・180 mm																											
重量	39.7 kg																											
パイプ径	φ32 mm																											
材質	手すり:イレクター、アルミ合金 (ジョイント) ベース:ステンレス ステップ台:スチール																											
使用上の注意	重量がありますので両手で持ってください。	重たいので、両手で持ってください。																										

福祉用具貸与理由書

新規・認定更新/区分変更・その他 () 作成日：令和 年 月 日

利用者氏名		被保険者番号	
利用者住所		年齢	歳
要介護（要支援）度		利用開始（予定）日	令和 年 月 日
認定期間	年 月 日 ~ 令和 年 月 日		

貸与希望品目	<input type="checkbox"/>	車いす	<input type="checkbox"/>	車いす付属品	<input type="checkbox"/>	移動用リフト
	<input type="checkbox"/>	特殊寝台	<input type="checkbox"/>	特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/>	その他 ()
医学的所見に基づく 利用者像の区分 <small>(医学的所見を確認し、いずれかにチェック。各項目の具体的な例示は裏面参照)</small>	<input type="checkbox"/>	①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、頻繁に表1（⇒裏面）の「厚生労働大臣が定める者」に該当する者				
	<input type="checkbox"/>	②疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに表1（⇒裏面）の「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				
	<input type="checkbox"/>	③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、医学的判断から表1（⇒裏面）の「厚生労働大臣が定める者」に該当すると判断できる者				
医師の医学的所見 <small>(上記判断の元となる所見)</small>	*①～③のチェック項目について、具体的な内容を記入 【原因となる疾病等】					
	【具体的な状態】					
	確認方法 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 聞き取り <input type="checkbox"/> 照会 <input type="checkbox"/> その他 ()			確認日 令和 年 月 日		
医師名			医療機関名			
福祉用具が特に必要な理由	*利用者の身体状況や生活環境などを具体的に記述し、福祉用具が特に必要と判断した経緯がわかるように記入					
期待できる効果						
理由書作成者	所属		氏名			
	資格		㊟			

- ※ 担当ケアマネージャーが作成してください。
- ※ 提出にあたっては、サービス担当者会議の議事録（要点）を添付してください。
- ※ 認定更新、区分変更及び貸与品目の追加があるときは、再度本理由書を提出してください。
- ※ 医学的所見の確認やケアマネジメントが適切になされていない場合、本理由書を提出しても保険給付の対象にはなりません。

算定 可 ・ 不可

表1 各貸与品目における厚生労働大臣が定める者

貸与品目	厚生労働大臣が定める者（利用者の状態像）
ア 車いす及び車いす付属品	(1)日常的に歩行が困難な者
* (1)(2)どちらかに該当する者	(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
イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品	(1)日常的に起き上がりが困難な者
* (1)(2)どちらかに該当する者	(2)日常的に寝返りが困難な者
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
エ 認知症老人徘徊感知機器	(1)意見の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者
* (1)(2)両方とも該当する者	(2)移動において全介助を必要としない者
オ 移動用リフト（つり具の部分を除く）	(1)日常的に立ち上がりが困難な者
* (1)～(3)いずれかに該当する者（昇降座椅子は(2)による判断に限る）	(2)移乗が一部介助又は全介助を必要とする者
	(3)生活環境において段差の解消が必要と認められる者
カ 自動排泄処理装置	(1)排便が全介助を必要とする者
* (1)(2)両方とも該当する者	(2)移乗が全介助を必要とする者

厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等（平成27年3月23日号外厚生労働省告示第94号 第31号のイ）

○「医学的所見に基づく利用者像の区分」における例示

①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、頻繁に表1の「厚生労働大臣が定める者」に該当する者 ⇒パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象、重度の関節リウマチによる関節のこわばり
②疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに表1の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
③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、医学的判断から表1の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

※上記例示は、あくまでも①～③の状態の者として該当する可能性があるものについての例示であって、例示以外の状態の者であっても、医学的所見によって、①～③の状態であると判断される場合もあります。

同居家族がいる場合の生活援助算定確認書（新規）

居宅支援事業所名 _____

介護支援専門員名 _____

作成日 年 月 日 相談日 _____

被保険者番号		被保険者名		男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日(才)
要介護状態区分		認定期間	年 月 日～年 月 日		住所	
本人の状態	・介護の原因となった病気や状態() 年 月頃～ ・生活状況 ・本人のできること					
本人希望のサービス内容	<input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ベッドメイク <input type="checkbox"/> 衣類の整理・補修 <input type="checkbox"/> 一般的な調理・配下膳 <input type="checkbox"/> 買物・薬の受取り <input type="checkbox"/> その他()					
家屋の形態	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 二世帯住宅 <input type="checkbox"/> 集合住宅 <input type="checkbox"/> 同一敷地内 <input type="checkbox"/> その他()					
同居家族の続柄・年齢	(家族構成) <input type="checkbox"/> 一 <input type="checkbox"/> 〇		<input type="checkbox"/> 夫(才) <input type="checkbox"/> 妻(才) <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 男(才) <input type="checkbox"/> 女(才) <input type="checkbox"/> 子の配偶者(才) <input type="checkbox"/> 孫(才) <input type="checkbox"/> その他(才)			
同居家族の状況(就労状況等)	<input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 要介護者 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他() ・サービス導入がやむを得ない理由					
本人と同居家族の関係性						
同居家族ができる介護の内容						
別居家族の支援状況						
代替サービス検討	<input type="checkbox"/> 配食サービス 利用 (あり: 回/週) (なし:理由) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 安心サポート 利用 (あり:) (なし:理由) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> その他 ()					
ケアマネジャーが必要と判断したサービス	・回数・時間:生活()回/週 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> ベッドメイク <input type="checkbox"/> 衣類の整理・補修 <input type="checkbox"/> 一般的な調理・配下膳 <input type="checkbox"/> 買い物・薬の受取り					
次回見直し時期	年 月 日 (理由)					
保険者記入欄	算定 <input type="checkbox"/> 可 (理由) <input type="checkbox"/> 不可 (理由)					

*1 ケアプラン1表～7表を添付して下さい *2 同居家族がある場合の、その他の要件に該当するかの相談用に使用してください