

令和4年11月8日

介護保険事業者各位

島原地域広域市町村圏組合介護保険課

末期がんの方の福祉用具貸与の取扱について

時下、貴職に置かれましては、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

日頃より、介護保険事業の推進についてご理解とご協力を賜り、感謝申し上げます。

さて、要支援者及び要介護1の者については、特殊寝台、特殊寝台付属品、床ずれ防止用具及び車いす等の利用に際し原則として算定できず、軽度認定者に対する例外給付の届出により貸与費を算定できることとなっていますが、コロナ感染症の影響により在宅で過ごす末期がんの方が増え、福祉用具貸与例外給付届出書の提出が増えている状況です。

このことより、末期がんの方については、状態が急速に悪化し短期間のうちに日常的に起きあがりや寝返り、歩行等が困難となることが確実に見込まれる者については、医師の医学的所見に基づき介護度に関係なく福祉用具貸与費を算定できることとします。

なお、判断にあたっては、医師の医学的な所見を以って書面で確認することとします。

つきましては、下記の必要書類を提出し、適切なサービス提供に努めて頂きますようお願いいたします。

記

1. 提出書類

◇医師の医学的な所見(軽度認定者の例外給付 様式5又は様式6)

※がん末期における状態の急速な悪化が見込まれる場合に、よりスピーディな対応を行うために提出書類を簡略化するものです。この場合にあってもマネジメントの基本的なプロセスを実施してください。

◇要介護:サービス担当者会議の要点 (記載例参照)

要支援:介護予防サービス・支援経過記録 (記載例参照)

2. 提出期間

貸与提供開始前まで (可能な限り速やかに提出)

お問い合わせ先
〒859-1492 島原市有明町大三東戊1327番地
島原地域広域市町村圏組合 介護保険課
給付係 担当 川内
電話 0957-61-1104

サービス担当者会議の要点

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿 居宅サービス計画作成者（担当者）氏名

開催日 〇〇年 〇月 〇日 開催場所 自宅 開催時間 開催回数 1

| 会議出席者 | 所属(職種) | 氏名 | 所属(職種) | 氏名 | 所属(職種) | 氏名 |
|---|--|---------|-----------|-------|-----------|-----|
| 利用者・家族の出席 本人：【 】 家族：【 】 (続柄：) | 本人 | 〇〇 〇〇 様 | □□病院 | 〇〇医師 | △△訪問介護事業所 | 〇〇氏 |
| | 妻 | 〇〇 〇〇 様 | 福祉用具専門相談員 | 〇〇氏 | | |
| | | | 介護支援専門員 | 〇〇 〇〇 | | |
| 検討した項目 | 1. 特殊寝台及び特殊寝台付属品の貸与について 2. 訪問介護の利用について | | | | | |
| 検討内容 | ① 主治医の意見 ○月○日 □□病院 ○〇医師に直接訪問し意見聴取。末期の肝臓がんで、抗がん剤治療中。腹水もみられ予後不良。今後、急激に状態悪化し、起き上がりが困難な状態に至ることが見込まれ、状態像 ii) の状態である。特殊寝台及び付属品の利用が必要である。 ② 本人・家族の意向 ③ 福祉用具専門相談員の意見 0 ④ 介護支援専門員及びサービス提供担当者の意見 | | | | | |
| 結論 | ……状態像 ii) の状態であることを参加者全員で確認し情報共有を行い、特殊寝台及び特殊寝台付属品の利用が必要であり、末期がんの方の福祉用具貸与について申請を行う。 ～のため訪問介護サービスを導入し支援を行う。 | | | | | |
| 残された課題 (次回の開催時期) | 特殊寝台導入後の生活動作などの確認 急変時の対応など、主治医や医療の訪問看護との連携を密に図っていく | | | | | |

① 医師に必要性を確認した日時と確認方法
 ② 医師名および病院名
 ③ 診断名
 ④ 医学的所見及び状態像
 ⑤ 必要とする福祉用具と必要と判断した理由

