

軽度者に係る福祉用具貸与の取扱いについて

愛西市 高齢福祉課

令和3年4月1日版

軽度者(要支援1・2、要介護1)に対する福祉用具貸与について
※自動排泄処理装置(尿・便)についての軽度者は要支援1～要介護3

福祉用具貸与の給付要件

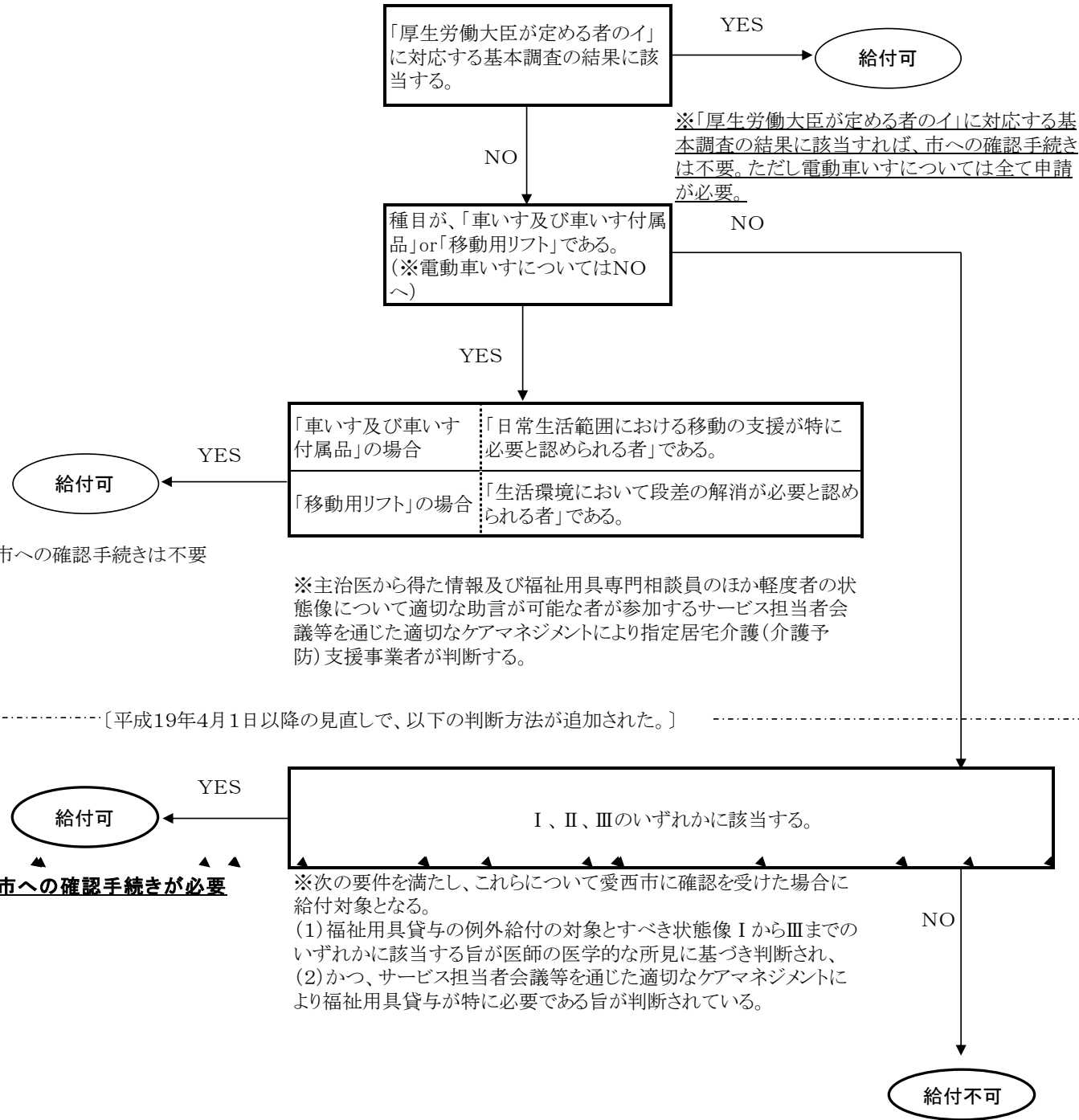
①					
車いす及び車いす付属品	特殊寝台及び特殊寝台付属品	床ずれ防止用具及び体位変換器	認知症老人徘徊感知機器	移動用リフト	自動排泄処理装置(※)

(※)尿のみを自動的に吸引するものを除く

②			
手すり	スロープ	歩行器	歩行補助つえ

給付要件:なし → 保険給付可能

①の種目に係る福祉用具貸与の判断手順



平成19年4月1日より、福祉用具貸与の例外給付の取扱いが一部改正されて、対象者が一部拡大されています。

軽度者（要支援1・2、要介護1、自動排泄処理装置については要支援1から要介護3）で基本調査の結果では、例外給付の対象とならない場合でも、次の①②の要件を満たし、これらについて愛西市に確認を受けた場合は、例外給付の対象となります。

- ① 次の i) から 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できる場合。
- ② 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場合。

（福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像）

- 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、頻繁に厚生労働大臣が定める者等（平成27年厚生労働省告示第94号第31号のイ（下記※参照）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）
- ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに平成27年厚生労働省告示第94号第31号のイに該当するに至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平成27年厚生労働省告示第94号第31号のイ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）

（※）平成27年厚生労働省告示第94号第31号のイ

イ 次に掲げる福祉用具の種類に応じ、それぞれ次に掲げる者

- (1) **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) 日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる者
- (2) **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) 日常的に起きあがり困難な者
 - (二) 日常的に寝返りが困難な者
- (3) **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
- (4) **認知症老人徘徊感知機器** 次のいずれにも該当する者
 - (一) 意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障がある者
 - (二) 移動において全介助を必要としない者
- (5) **移動用リフト(つり具の部分を除く。)** 次のいずれかに該当する者
 - (一) 日常的に立ちあがり困難な者
 - (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
- (6) **自動排泄処理装置** 次のいずれにも該当する者
 - (一) 排便において全介助を必要とする者
 - (二) 移乗において全介助を必要とする者

【確認方法】以下に示す（１）～（４）の手順を順に行うことが必須です。

（１）被保険者の状態の確認

ケアマネジャーは、主治医意見書等を参考とし、被保険者の状態が P2 に定める「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像（i、ii、iii）」のいずれかに該当する可能性があるかどうか確認をする。

（２）医師への照会

※ケアマネジャーが直接医師に確認してください。家族等が医師に確認し、それをもって所見の確認とすることは認められません。

当該被保険者の状態が P2 に定める「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像（i、ii、iii）」のいずれかに該当するかどうかを医師の医学的所見に基づき判断されていることが重要です。そのため、疾病名や福祉用具の必要性だけでなく、医学的な所見が示されていることが必要です（別紙主治医連絡票様式、主治医意見書、医師の診断書、医師から所見を聴取（聴取内容は別紙主治医連絡票様式に準ずること）など）。

医師の所見聴取のポイント

①疾病名を含む医学的な所見②該当する状態（例：寝返り困難、医学的に寝返りが禁止されている等）を具体的に聴取し、その結果③（i、ii、iii）のどの状態像に該当するかについて、医師の明確な判断を得ることが必要です。

医師から文書等で所見を得たものの、①～③が明記されておらず、客観的に医師の所見により（i、ii、iii）に当てはまると判断されているといえない場合は、別途医師に確認を行い（電話・FAX・面接等方法は問いません）、確認した内容を記録した居宅介護（予防）サービス計画（第１、２、４表）を添付資料としてください。主治医意見書、診断書についても同様に①～③が明記されている場合に、添付資料とすることができます。

なお、記録については、聴取日時・聴取方法・病院名・医師氏名を明記し、以下の参考例の網掛け部分が明確に読み取れるような記載を心がけてください。

【参考例】

◆①疾病名 で、（医学的な所見） のため、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、②状態（ ）が困難状態にあり、③ 状態像に該当する者と判断できることを 年 月 日に 病院名 医師氏名 に方法 で意見を聴取した。

◆①疾病名 で（医学的な所見） のため、状態が急速に悪化し、短期間のうちに②状態（ ）が困難な状態に至ることが確実に見込まれ、③ 状態像に該当する者と判断できることを 年 月 日に 病院名 医師氏名 に方法 で意見を聴取した。

◆①疾病名 で（医学的な所見） のため、身体への重大な危険性又は症状の重篤化を回避するため、医学的な判断から②状態（ ）をするべきではなく、③ 状態像に該当する者と判断できることを 年 月 日に 病院名 医師氏名 に方法 で意見を聴取した。

両膝の関節リュウマチであり、朝は特に痛みが激しくベッドからの起き上がりが困難。状態が変動しやすく、時間帯によって頻繁に起き上がりが困難な状態にあり、i)の状態像に該当する者であることを 年 月 日 ○○病院△△医師に電話で確認した。

心疾患による心不全があり、発作の危険性があるため、自力での起き上がりを禁止されている。状態像iii)の身体への重大な危険性の回避から、ベッドからの起き上がりができないと判断できる者であるとの医師の意見を聴取した。
(年 月 日 ○○病院△△医師に FAX で確認)

注) あくまで最低限の記載例を示したものです。

(3) サービス担当者会議の開催

(2)において P2 に定める「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像(i、ii、iii)」のいずれかに該当するとの所見が示された場合、ケアマネジャーは、サービス担当者会議を開催し、適切なケアマネジメントにより福祉用具を貸与することが当該被保険者に対して特に必要であるかどうかを判断する。

- ・ 要支援1および2の方・・・サービス担当者会議に包括職員が出席します。
- ・ 要介護1～3の方・・・サービス担当者会議に市職員は出席しません。

(4) 軽度者に係る福祉用具貸与費の例外給付の確認申請書の提出

(3)において、福祉用具を貸与することが当該被保険者に対して特に必要であると判断した場合、ケアマネジャーは高齢福祉課に次の確認申請書および添付書類を提出する。※車いす及び車いす付属品(電動車いす以外のもの)、移動用リフトは提出不要(P5 留意事項)

- ・ 軽度者に係る福祉用具貸与費の例外給付の確認申請書

【添付書類】

- ①居宅(介護予防)サービス計画書(第1表、第2表)
- ②サービス担当者会議の記録(第4表)
- ③福祉用具を必要とする理由が確認できる書類(1, 2, 4表内でも可)

(主治医意見書、医師の診断書、医師の所見を聴取した記録(聴取内容は別紙主治医連絡票様式に準ずること)、別紙主治医連絡票様式など)

軽度者に係る福祉用具貸与費の例外給付については申請時点で本人の状態像が(i、ii、iii)のいずれかに該当してなければなりません。予防的措置として将来状態が悪化し、(i、ii、iii)の状態像になる恐れがあるために福祉用具が必要であるという理由での利用・申請は原則認めませんのでご承知ください。

（５）高齢福祉課での確認

高齢福祉課は、確認申請書の内容および添付書類により下記の判断基準に照らし合わせ確認し、その結果をケアマネジャーに通知します。

《 確認の判断基準 》

- ① 居宅（介護予防）サービス計画書に「医師の所見」・「医師氏名」・「当該福祉用具貸与が特に必要な理由」が記載されていること。
- ② サービス担当者会議の記録等に「開催日」・「出席者」・「福祉用具貸与の例外給付についての検討内容」詳細に記載されていること。
- ③ 「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像（i、ii、iii）」のいずれかに該当する旨が主治医意見書、医師の診断書等（主治医連絡票を含む）、医師からの所見を聴取した記録（医師氏名・聴取日時・聴取方法・聴取内容が必要）に記載されていること。

※①、②、③の全てが書面で確認できれば、例外給付が認められる。

《 確認の有効期間 》

- ・ 開始日 → 確認申請書（添付書類を全て含む）の提出日の月の初日（新規）
- ・ 終了日 → 要介護認定の有効期間終了日

※（継続する場合）継続して軽度者の例外給付を受けるためには、有効期間が切れる前に、（２）、（３）の手続きを再度行った上で確認申請書および添付書類を高齢福祉課に提出する必要があります。継続の開始日 → 前回終了日の翌日

（留意事項）

「車いす及び車いす付属品」の「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「移動用リフト」の「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」に該当する場合は、市での確認を受ける必要はありません。

ただし、「電動車いす」については「厚生労働大臣が定める者のイ」に対応する基本調査の結果に該当していても、軽度者に係る福祉用具貸与費の例外給付の確認申請が必要となります。

軽度者に係る福祉用具貸与費の例外給付の確認申請書

年 月 日

(あて先) 愛西市長

下記のとおり、福祉用具貸与について、保険給付の対象として認めるよう申請します。
また、この申請にかかる確認のために必要のあるときは、私の心身の状態及び疾病等必要な事項について愛西市が調査することに同意します。なお、当該申請にかかる確認については、下記の居宅介護(介護予防)支援事業所に通知することに同意します。

本人同意欄

該当する□にレ点を記入

1	被保険者	(氏名)	被保険者番号										
		(住所)愛西市 (電話番号)											
		(要介護度)	☐ 要支援1	☐ 要支援2	☐ 要介護1	(有効期間) 年 月 日まで							
2	作成者	(居宅介護(介護予防)支援事業者名)											
		(事業者所在地) 〒											
		(計画作成担当者氏名) (電話番号)											
3	福祉用具を必要とする理由※	☐ 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、頻繁に厚生労働大臣が定める者等(平成27年厚生労働省告示第94号第31号のイ。以下「第94号告示第31号のイ」という。)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、短期間のうちに第94号告示第31号のイに該当するに至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第94号告示第31号のイに該当すると判断できる者										
4	確認を必要とする福祉用具及び該当する状態像	☐ 車いす及び車いす付属品	☐ 日常的に歩行が困難な者										
		☐ 特殊寝台及び特殊寝台付属品	☐ 日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる者										
		☐ 床ずれ防止用具及び体位変換器	☐ 日常的に起き上がりが困難な者										
		☐ 認知症老人徘徊感知機器	☐ 日常的に寝返りが困難な者										
		☐ 自動排泄処理装置(ただし、尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く)	☐ 意思の伝達、介助者への反応、記憶・理解のいずれかに支障があり、かつ移動において全介助を必要としない者										
5	3の福祉用具を必要とする理由を確認した方法	☐ 主治医意見書											
		☐ 医師の診断書等(主治医連絡票を含む)											
		☐ 医師から所見を聴取											
6	サービス担当者会議開催日	年 月 日											

〔添付書類〕 ☐ ①居宅(介護予防)サービス計画書(第1表、第2表)

☐ ②サービス担当者会議の記録(第4表)

☐ :例外給付を行う予定の福祉用具について必要性の検討内容が詳細に書かれたもの

☐ ③福祉用具を必要とする理由が確認できる書類(5のいずれかの書類)

※平成27年厚生労働省告示第94号第31号のイ については、裏面参照のこと

年 月 日

上記内容につき、添付書類により例外給付の要件(確認不可の種目は除く)を確認しました。

愛西市長 日 永 貴 章 印

確認の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
---------	---------------

※継続して貸与を受ける場合、確認の有効期間が切れる前に確認申請を行う必要があります。

※下記のとおり確認不可の種目は除きます。

確認不可の種目	(確認不可の種目とその理由)
---------	----------------

－ 参考 －

【平成27年厚生労働省告示第94号第31号のイ】

第31号

イ 次に掲げる福祉用具の種類に応じ、それぞれ次に掲げる者

- (1) 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) 日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる者
- (2) 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) 日常的に起きあがり困難な者
 - (二) 日常的に寝返りが困難な者
- (3) 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
- (4) 認知症老人徘徊感知機器 次のいずれにも該当する者
 - (一) 意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障がある者
 - (二) 移動において全介助を必要としない者
- (5) 移動用リフト(つり具の部分を除く。) 次のいずれかに該当する者
 - (一) 日常的に立ちあがり困難な者
 - (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
- (6) 自動排泄処理装置 次のいずれにも該当する者
 - (一) 排便において全介助を必要とする者
 - (二) 移乗において全介助を必要とする者

【添付書類】について

- ①: 居宅サービス計画書は国の標準様式(第1表、第2表)に、介護予防サービス計画書は国の標準様式(介護予防サービス・支援計画書)に該当する書面。「医師の所見」・「医師氏名」・「当該福祉用具貸与が特に必要な理由」が記載されているものが必要。
- ②: 国の標準様式(第4表)に該当する書面。介護予防の場合は、国の標準様式(介護予防支援経過記録)に該当する書面。やむを得ない理由によりサービス担当者会議を開催せず、担当者に対する照会等により意見を求めた場合は、「開催日(照会日・回答日)」・「出席者(回答者)」・「福祉用具貸与の例外給付についての検討内容(照会内容・回答内容)」が記載されているものが必要。
- ③: 主治医意見書及び医師の診断書等(主治医連絡票を含む)による場合は、その写しに福祉用具を必要とした理由を確認した箇所が分かるようにラインマーカーの上、提出してください。また、医師から所見を聴取した場合は、聴取日時、聴取方法(TEL、面接等)、聴取内容、医師氏名が記録された書面を提出してください。

【自動排泄処理装置】について

尿のみを自動的に吸引する機能のものは軽度者の例外給付の対象ではありませんが、便を自動的に吸引する機能のものが要支援1から要介護3までの軽度者の例外給付の対象となることに注意してください。

主治医 様

居宅介護(介護予防)支援事業者名 _____

介護支援専門員 _____

軽度者に係る福祉用具貸与例外給付に対する医学的所見について

下記の被保険者につきまして、「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像 (i ii iii)」に該当する可能性があり、福祉用具貸与の可否について検討中です。

つきましては、下記の「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」に該当するかどうか、医学的な所見をお願いいたします。

被保険者	フリガナ		介護保険 被保険者番号										
	氏名												
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生	要介護度	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3									
住所	〒 _____ (Tel _____)												
確認をお願いする 福祉用具	☐ 車いす ☐ 車いす付属品 ☐ 特殊寝台 ☐ 特殊寝台付属品 ☐ 床ずれ防止用具 ☐ 体位変換器 ☐ 認知症老人徘徊感知機器 ☐ 移動用リフト ☐ 自動排泄処理装置												

《医師記入欄》

該当の□欄にチェックのご記入と診断名、最終診察日、当該福祉用具貸与が必要な理由(医学的な所見)のご記入をお願いいたします。

診断名		最終診察日	令和 年 月 日
必要な福祉用具の種類	☐ 車いす ☐ 車いす付属品 ☐ 特殊寝台 ☐ 特殊寝台付属品 ☐ 床ずれ防止用具 ☐ 体位変換器 ☐ 認知症老人徘徊感知機器 ☐ 移動用リフト ☐ 自動排泄処理装置		
当該福祉用具貸与が必要な理由 (医学的な所見)	(i 、 ii 、 iii いずれかに該当する場合記載してください)		
☐	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、頻繁に厚生労働大臣が定める者等(平成 27 年 3 月 23 日厚生労働省告示第 94 号第 31 号のイ。以下「第 94 号告示第 31 号のイ」という。)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、短期間のうちに第 94 号告示第 31 号のイに該当するに至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第 94 号告示第 31 号のイに該当すると判断できる者	
☐	上記 i 、 ii 、 iii いずれにも該当しない		

(※) 第 94 号告示第 31 号

イ 次に掲げる福祉用具の種類に応じ、それぞれ次に掲げる者

(1) 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) 日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる者

(2) 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) 日常的に起きあがり困難な者 (二) 日常的に寝返りが困難な者

(3) 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

(4) 認知症老人徘徊感知機器 次のいずれにも該当する者

(一) 意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障がある者

(二) 移動において全介助を必要としない者

(5) 移動用リフト(つり具の部分を除く。) 次のいずれかに該当する者

(一) 日常的に立ちあがり困難な者 (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

(6) 自動排泄処理装置 次のいずれにも該当する者

(一) 排便において全介助を必要とする者 (二) 移乗において全介助を必要とする者

記入日 令和 年 月 日

医療機関名 _____ 所在地 _____

医師氏名 _____ Tel _____

対象外種目	厚生労働大臣が定める者のイ	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
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 1－7 「3. できない」 ※
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 1－4 「3. できない」 基本調査 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 1－3 「3. できない」
エ 認知症老人徘徊 感知機器	次のいずれにも該当するもの (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のある者 (二) 移動において全介助を必要としない者	基本調査 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 3－2～3－7 のいずれか 「2. できない」又は 基本調査 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 2－2 「4. 全介助」以外
オ 移動用リフト (つり具の部分を除く)	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	基本調査 1－8 「3. できない」 基本調査 2－1 「3. 一部介助」又は「4. 全介助」 ※
カ 自動排泄処理装置	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	基本調査 2－6 「4. 全介助」 基本調査 2－1 「4. 全介助」

※アの(二)及びオの(三)については、該当する認定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」によりケアマネジャー等が判断する。