

軽度者に対する福祉用具貸与の 例外支給について

玉 名 市

1 基本的事項

介護保険における福祉用具貸与種目のうち、軽度者（要支援1・2、要介護1）については、その状態像から利用が想定しにくい以下の種目は、原則として保険給付の対象外となります。なお、自動排泄処理装置については、軽度者に加え要介護2・3の方も保険給付の対象外となります。

【要支援1・2、要介護1の方が保険給付の対象外となる種目】

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（つり具の部分を除く。）

【要支援1・2、要介護1・2・3の方が保険給付の対象外となる種目】

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。）

2 例外給付

軽度者に対する福祉用具貸与の基本的事項については、上記のとおりですが、軽度者に対する保険給付対象外の福祉用具であっても、要介護・要支援認定の認定調査票（基本調査）の直近の結果や、医師が厚生労働大臣の定める特定の状態像であると判断した場合であり、かつ、医師の判断（医学的な所見）を踏まえた適切なケアマネジメントが行われていることを保険者（玉名市）が確認出来た場合に限り、例外的に給付が認められます。よって例外的に給付が認められるのは、次の（1）、（2）に該当する場合があります。

（1）直近の認定調査の結果から給付の必要性が認められる一定の状態像（具体的には、【表1】の状態像）に該当することが確認でき、かつ、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の実施を前提にケアマネジャーが必要性を判断し導入する場合。

→この場合、市への確認申請は必要ありませんが、【表1】の状態像に該当することを確認した検討内容については、支援経過記録や居宅介護（予防）サービス計画書に記録として残す必要があります。

【表1】

（平成24年厚生労働省告示第95号第二十五号のイ。以下「95号告示第二十五号のイ」）

| 対象外種目 | 貸与が認められる状態像 （95号告示第二十五号のイ） | 貸与可否の判断基準 （95号告示第二十五号のイ に該当する基本調査の結果） |
|--------------------|--------------------------------|---|
| ア 車いすおよび 車いす付属品 | 次のいずれかに該当する者 （1）日常的に歩行が困難な者 | 基本調査1-7：歩行「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 | 該当する基本調査がないため 「※」により判断する。 |

| | | |
|--------------------------|---|--|
| イ 特殊寝台および特殊寝台付属品 | 次のいずれかに該当する者 (1) 日常的に起き上がりが困難な者 | 基本調査 1-4 : 起き上がり「3. できない」 |
| | (2) 日常的に寝返りが困難な者 | 基本調査 1-3 : 寝返り「3. できない」 |
| ウ 床ずれ防止用具および体位変換器 | 日常的に寝返りが困難な者 | 基本調査 1-3 : 寝返り「3. できない」 |
| エ 認知症老人徘徊感知機器 | 次の <u>いずれにも</u> 該当する者 (1) 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 | ①基本調査 3-1 : 意思の伝達「1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外、または 3-2~3-7 : 記憶・理解のいずれか「2. できない」、または 3-8~4-15 : 問題行動のいずれか「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 | ②基本調査 2-2 : 移動「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 (1) 日常的に立ち上がりが困難な者 | 基本調査 1-8 : 立ち上がり「3. できない」 |
| | (2) 移乗が一部介助または全介助を必要とする者 | 基本調査 2-1 : 移乗「3. 一部介助」または「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 | 該当する基本調査がないため「※」により判断する。 |
| カ 自動排泄処理装置 | 次のいずれかに該当する者 (1) 排便が全介助を必要とする者 | 基本調査 2-6 : 排便「4. 全介助」 |
| | (2) 移乗が全介助を必要とする者 | 基本調査 2-1 : 移乗「4. 全介助」 |

※主治医から得た情報をもとに、福祉用具専門相談員のほか、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、指定居宅介護支援事業所および指定居宅介護予防支援事業所が判断するものです。

特に、【表 2】アの(2)及びオの(3)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」などの適切な助言が可能な者からの助言内容、助言を得た人の氏名等について必ず記録として残してください。

(2) 認定調査結果からは給付の必要性が確認できないが、【表2】の i)、ii)、iii) のいずれかの状態像に該当することが医師の医学的な所見に基づき判断されており、かつ、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認められる場合で、市がこれらについて確認できた場合。

→この場合、市へ例外給付の確認申請が必要となります。(3. 例外給付の確認申請の手続きを参照ください。)

【表2】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95号告示第二十五号のイに該当する者 (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95号告示第二十五号のイ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) |
| 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95号告示第二十五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) |

※具体的には【表1】の状態像に該当すると判断できる者を指します。

軽度者に対する例外給付は、あくまでも例外的な取扱いです。福祉用具の安易な使用は、利用者の自立をかえって阻害する恐れもあるため、例外給付の確認申請を行う場合はその必要性について十分に検討してください。

なお、福祉用具が必要となる主な事例としては【表3】の事例があげられますので、例外給付の確認申請を行う際の参考としてください。

【表3】福祉用具が必要となる主な事例内容（概略）

| 事例類型 | 必要となる福祉用具 | 事例内容（概略） |
|---------|---|---|
| I 状態の変化 | <ul style="list-style-type: none"> 特殊寝台 床ずれ防止用具・体位変換器 移動用リフト | パーキンソン病で、内服加療中に急激な症状・症候の軽快・憎悪を起こす現象（ON・OFF現象）が頻繁に起き、日によって、寝返りを行うことが困難で、告示で定める福祉用具が必要な状態となる。 |
| | <ul style="list-style-type: none"> 特殊寝台 床ずれ防止用具・体位変換器 移動用リフト | 重度の関節リウマチで、関節のこわばりが朝方に強くなり、時間帯によって、起き上がりが困難で、告示で定める福祉用具が必要な状態となる。 |

| | | |
|----------|--|--|
| II 急性憎悪 | <ul style="list-style-type: none"> ・特殊寝台 ・床ずれ防止用具・体位変換器 ・移動用リフト | <p>末期がんで、認定調査時は何とか自立していても、<u>急激に状態が悪化し、短期間で寝返りを行うことが出来なくなることが見込まれ</u>、告示で定める福祉用具が必要な状態となる。</p> |
| III 医師禁忌 | <ul style="list-style-type: none"> ・特殊寝台 | <p>重度の喘息発作で、特殊寝台の利用により、一定の角度に上体を起こすことで、呼吸不全の<u>危険性を回避する必要がある</u>。特殊寝台の必要性を医師からも指示されている。</p> |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・特殊寝台 | <p>重度の心疾患で、特殊寝台の利用により、急激な動きをとらないようにし、心不全発作の<u>危険性を回避する必要がある</u>。特殊寝台の必要性を医師からも指示されている。</p> |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・特殊寝台 | <p>重度の逆流性食道炎（嚥下障害）で、特殊寝台の利用により、一定の角度に上体を起こすことで、誤嚥性肺炎の<u>危険性を回避する必要がある</u>。特殊寝台の必要性を医師からも指示されている。</p> |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・床ずれ防止用具・体位変換器 | <p>脊髄損傷による下半身麻痺で、床ずれ発生リスクが高く、床ずれ防止用具の利用により、床ずれの<u>危険性を回避する必要がある</u>。床ずれ防止用具の必要性を医師からも指示されている。</p> |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・移動用リフト | <p>人工股関節の術後で、移動用リフトにより、立ち座りの際の脱臼の<u>危険性を回避する必要がある</u>。移動用リフトの必要性を医師からも指示されている。</p> |

3 例外給付の確認申請の手続き

(1) 利用者の状態の確認およびアセスメントの実施

ケアマネジャー等は利用者の状態像の確認及びアセスメントの実施により、当該利用者の状態が、【表2】の i)、ii)、iii) の状態像に該当する可能性、及び福祉用具貸与が適当か否かを検討する。

(2) 医学的所見の確認を行う

ケアマネジャーはアセスメントの実施により福祉用具貸与が適当と考えた場合、以下のような方法で医師の意見(医学的な所見)を照会し確認する。

(書面だけではなく、面接や電話等での確認など連携が必要です。)

- ア. 直近の要介護認定の情報提供書を取得し、主治医意見書の「特記事項」に、【表2】の「該当する状態像」が記載されていることを確認する。
- イ. 例外給付の対象となる状態像の原因となっている疾患等の主治医から、【表2】の「該当する状態像」が記載された診断書等を取得する。
- ウ. 利用者の診察等に同行するなどして、利用者が【表2】の「該当する状態像」を聞き取る。(聞き取った内容を居宅介護(予防)サービス計画に記載する。)

上記で照会、確認する医師の意見は、単に「パーキンソン病」といった疾病名や「福祉用具が必要」といった福祉用具の必要性だけでなく【表2】の「該当する状態像」に該当する医学的な所見が明確にされている必要があります。【表2】の基準は、i) 状態が頻繁に変化する、ii) 短期間に憎悪する、iii) 危険性、重篤化を回避する必要がある状態に該当するということです。

よって、①疾病名を含む医学的な所見と、②該当する状態(寝返りが極めて困難、または医学的に禁止されている等)を具体的に聞き取り、その結果、③【表2】の i)、ii)、iii) のどの状態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。

この3点が明記されていない場合は、客観的に医師の所見により確認できたと判断できませんので、別途確認を行なってください。

(例) ①パーキンソン病の②治療薬によるON・OFF現象があり、日によってまたは時間帯によって頻繁に起き上がりができなくなるため、③福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像の i) に該当する。

(3) 適切なケアマネジメントの実施

ケアマネジャー等は、上記(2)で確認した医学的な所見を踏まえ、サービス担当者会議を開催するなど、適切なケアマネジメントを実施した結果、特に福祉用具貸与が必要であると判断した場合、介護予防支援経過記録もしくはサービス担当者会議の要点、介護予防サービス・支援計画表等に、福祉用具の必要性について検討、確認した内容を記載してください。

(介護予防支援経過記録もしくはサービス担当者会議の要点への記載事項)

※最低限の記載内容です。必要に応じて追記ください。

- ① 医師の医学的所見の確認状況（日時、方法）と医師名及び診断名に起因する状態像
- ② ①をふまえてケアマネジャーによる福祉用具必要性の判断と福祉用具導入により期待される効果、療養上の留意点
- ③ 本人、家族の意向
- ④ サービス担当者会議等による、関係者による必要性の検討状況
- ⑤ 導入後のモニタリングと再検討の予定時期

※サービス担当者会議の要点の記載（記載例）

| | |
|--------|---|
| 検討した項目 | 特殊寝台の必要性について |
| 検討内容 | <p>① 医師の所見としては、2月26日△△医院〇〇医師に面会し、「重度の喘息発作があり、発作時に呼吸苦の重篤化を回避するため、状態を速やかに一定の角度に起こす必要があり、福祉用具貸与の例外給付の状態像 iii) に該当する。」との意見をいただいた。</p> <p>② ケアマネジャーとしては、本人は起き上がりに時間を要しており、速やかに上体を起こすことは極めて困難であることから、特殊寝台の導入は、喘息発作時の呼吸苦の重篤化回避に効果があると判断され、例外的給付に定められる要件 iii) に該当すると判断する。</p> <p>③ 本人、家族は電動ベッドがあれば、発作が起きてもすぐに一人でも上体を起こせるので安心とのこと。</p> <p>④ 以上を踏まえてサービス担当者会議で、特殊寝台の必要性について検討した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(〇〇訪問介護事業所の意見) 特に明け方に重度の喘息発作を起こすことが多く、速やかに起き上がりが困難であるため介助が必要。 ・(〇△福祉用具貸与事業者の意見) 特殊寝台の種類については、起き上がりが困難であることから、背上げ角度の調整機能が付いたものが良いと思われる。床の高さの調整機能までは必要ないと思われる。 ・これらの意見から上記の機能の付いた特殊寝台を導入することで意見が一致した。 |
| 結論 | 本人の状態から、背上げ角度の調整機能の付いた特殊寝台が必要であるため、貸与の手続きを行う。 |
| 残された課題 | 特殊寝台を導入後の効果と実際の状況について確認する。 |
| 次の開催時期 | 現在の認定有効期間が7月31日で切れるため、その際に再度必要性を検討する。 |

※適切なケアマネジメントを実施するため、本人や家族の希望だけで導入しようとせず、医学的な所見をふまえ、福祉用具専門相談員のほか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経て、該当する福祉用具貸与の導入について検討ください。
 ※介護予防支援経過記録についても同様に記載ください。

(介護予防サービス・支援計画表もしくは居宅サービス計画書点への記載事項)

- ①介護予防サービス・支援計画表の「主治医意見書、、、」欄もしくは、居宅サービス計画書「総合的な援助の方針」欄に【主治医医師名】及び【医学的所見】を記載ください。
- ②介護予防サービス・支援計画表の「総合的課題」欄もしくは、居宅サービス計画書「生活全般の解決すべきニーズ」欄に該当する福祉用具を必要とする理由（起き上がりができない等）を記載ください。

(4) 確認申請書の提出

担当介護支援専門員が次のア～エの書類を市高齢介護課に提出してください。

- ア 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認申請書（様式1）※
 - イ 医学的な所見の確認書類（次の①～③までのいずれかの書類）
 - ①主治医意見書
 - ②医師の診断書
 - ③担当介護支援専門員が医師に聴取した所見の記録
- ※①～③いずれについても医師名、作成日が確認できるもの
- ウ 介護予防支援経過記録もしくはサービス担当者会議の要点
 - エ 介護予防サービス・支援計画表もしくは居宅サービス計画書

※軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認申請書（様式1）作成の注意点

- 確認申請書を提出する際は、利用者（被保険者）に申請内容等について説明し、利用者（被保険者）の同意を得て、被保険者の氏名欄に捺印ください。
- 確認を必要とする福祉用具にチェックをお願いします。また、特殊寝台付属品を貸与する場合は、貸与する品目名について記載ください。
- 医師の意見（医学的な所見）について
利用者が i) ii) iii) のどの状態像に該当するかを医師に確認のうえ該当項目にチェックし、確認を行った日付、確認した方法（書類名）を記載ください。
なお医師の意見（医学的な所見）の確認は、居宅サービス計画書の作成日及び福祉用具の貸与開始日より前に行ってください。
- 当該福祉用具を特に必要と判断した理由について
例外給付となる福祉用具の必要性について、①疾病名を含む医学的な所見、②該当する状態、③該当する i) ii) iii) のどの状態像、④福祉用具の品目を必要とする理由をふまえて記載ください。（「サービス担当者会議の記録を参照」は不可とします。）

(記入例)

両肘の関節リュウマチがあり、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、上記 i) の状態像に該当し、背上げ角度の調整機能により起き上がりを補助するため特殊寝台が必要であると判断した。

(参考文例) ※最低限の記載内容です。必要に応じて追記ください。

- i) ①疾病名を含む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該当する状態(寝返りが出来ない等)が困難な状態にあり、③該当する i) ii) iii) の状態像に該当する者と判断され、④福祉用具の品目を必要とする理由があるため当該福祉用具が必要と判断した。
- ii) ①疾病名を含む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該当する状態(寝返りが出来ない等)が困難な状態に至ることが確実に見込まれ、③該当する i) ii) iii) の状態像に該当する者と判断され、④福祉用具の品目を必要とする理由があるため当該福祉用具が必要と判断した。
- iii) ①疾病名を含む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避けるため、医師の判断から②該当する状態(寝返りが出来ない等)をすべきでなく、③該当する i) ii) iii) の状態像に該当する者と判断され、④福祉用具の品目を必要とする理由があるため当該福祉用具が必要と判断した。

(5) 市が申請内容を確認後、担当介護支援専門員に確認通知書(様式2)を送付します。

4 注意事項

(1) 確認申請書等の提出日について

原則として貸与開始予定日より前に提出してください。

(2) 確認の有効期間について

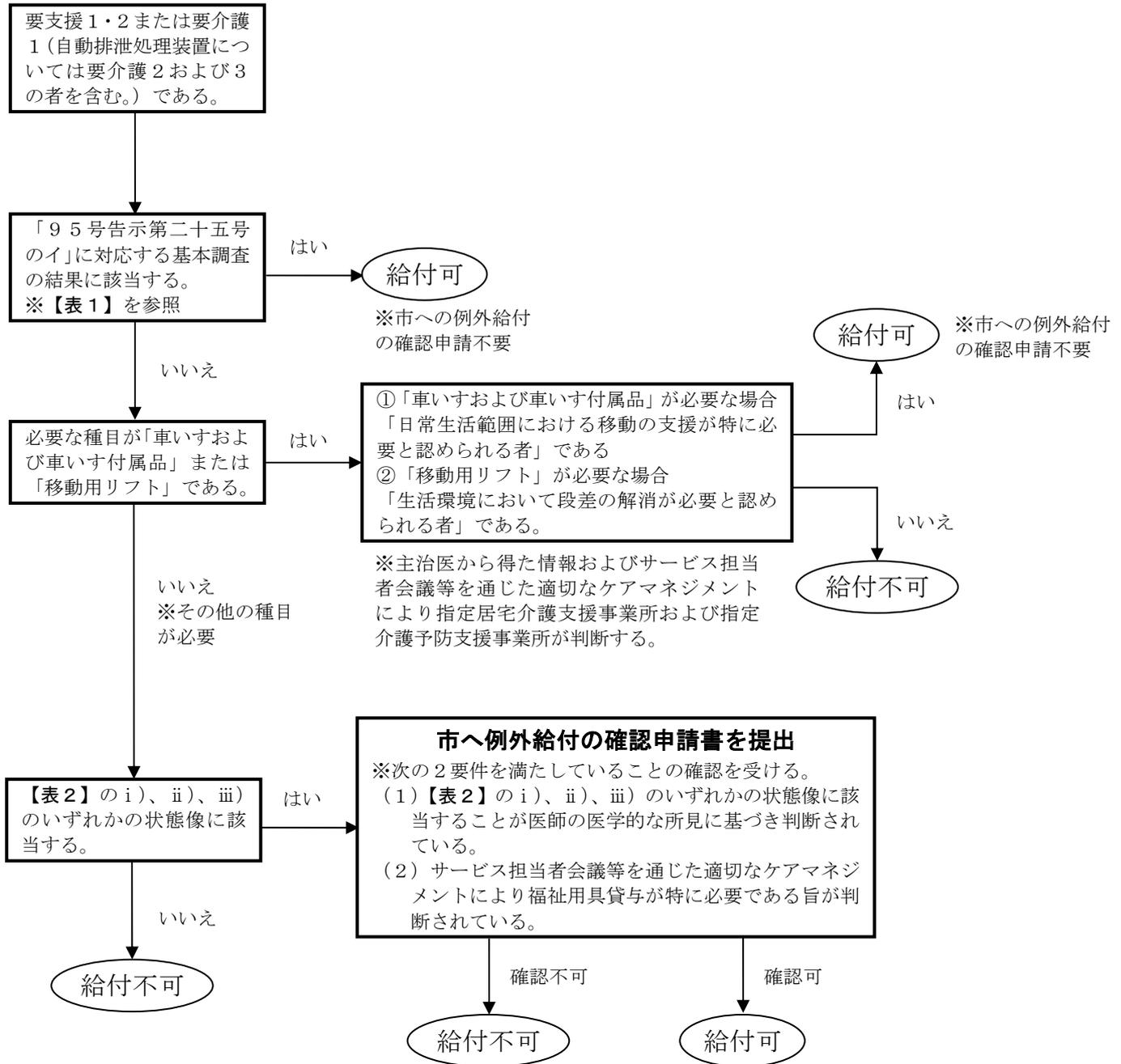
開始日は原則として確認通知日です。新規申請中や区分変更申請中の方などで緊急で福祉用具の貸与を必要とする場合、医師に「医学的な所見」を確認した後、市高齢介護課へ連絡してください。状況を確認のうえ、連絡のあった日から確認を有効とします。なお、この場合もその時点で提出可能な必要書類を提出していただき、認定結果が軽度者であった場合は、速やかに不足している書類を追加提出してください。また、認定結果がそれ以外の場合は、その旨を市高齢介護課へ連絡してください。(確認申請の結果、例外給付が認められない場合もあります。)

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付 フロー図

1 例外給付の対象種目

- ・車いすおよび車いす付属品
- ・特殊寝台および特殊寝台付属品
- ・床ずれ防止用具および体位変換器
- ・認知症老人徘徊感知機器
- ・移動用リフト（つり具の部分を除く。）
- ・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。）

2 上記1の種目に係る例外給付の確認申請の流れ



様式1

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認申請書

年 月 日

玉名市長 様

事業所名
所在地
管理者名 印
担当介護支援専門員

| | | | |
|--------------------|--|--------|--|
| 被保険者氏名 (生年月日) | (M・T・S 年 月 日生) 印 | 被保険者番号 | |
| 住 所 | 〒 | | |
| 要介護度区分 | <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 | | |
| 認定の有効期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| 確認を必要とする福祉用具 | <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 () <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換機 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊探知機 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 | | |
| 貸与開始予定日 (貸与開始日) | 年 月 日 | | |

上記の者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認をお願いします。

○医師の意見（医学的な所見）＊医学的所見の確認書類に基づいた状態像にチェック

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 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95号告示第二十五号のイに該当する者 |
| <input type="checkbox"/> | 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95号告示第二十五号のイに該当することが確実に見込まれる者 |
| <input type="checkbox"/> | 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95号告示第二十五号のイに該当すると判断できる者 |
| 上記、医師の所見を確認した日 | 年 月 日 |

○当該福祉用具を特に必要と判断した理由

| |
|--|
| |
|--|

添付書類 (1) 医学的な所見の確認書類

(2) 介護予防支援経過記録もしくはサービス担当者会議の要点

(3) 介護予防サービス・支援計画表もしくは居宅サービス計画書

年 月 日

様

玉名市長

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認について（通知）

年 月 日付で確認申請のあった軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付について、次のとおり確認しましたので通知します。

| | | | |
|------------------------------|---|--------|---------|
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | |
| 要介護度区分 | <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 | | |
| 必要性が確認できた福祉用具 (例外給付可) | | | |
| 必要性が確認できなかった福祉用具 (例外給付不可) | | | |
| 確認の有効期間 | 年 月 日から | | 年 月 日まで |

※注意事項

- (1) この通知は、例外給付の確認結果を通知するもので、(介護予防)福祉用具貸与の支給を決定するものではありません。
- (2) 保険者等により行われる実地調査等の結果、医師の意見(医学的な所見)や、サービス担当者会議等の開催などが確認できない場合は、保険給付の返還を求めることがあります。

(参考様式)

介護保険 軽度者の福祉用具貸与例外給付に係る医師の意見書

| | | | |
|---|--|------|---|
| 氏名 | | 生年月日 | |
| 【原因となる疾病名】 | | | |
| 【医学的な所見】 | | | |
| 【必要となる福祉用具】（福祉用具が必要な状態）※該当するものにチェック | | | |
| <input type="checkbox"/> 特殊寝台および付属品（起き上がりもしくは寝返りが困難・禁止されている） | | | |
| <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具および体位変換器（寝返りが困難・禁止されている） | | | |
| <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊探知機（移動はできるが、意思の伝達、記憶、理解に支障がある） | | | |
| <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置（排泄もしくは移乗が困難・禁止されている） | | | |
| 【例外給付に該当する状態像】※該当する状態像にチェック | | | |
| <input type="checkbox"/> 上記の疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、 <u>日によって又は時間帯によって</u> 、頻繁に上記の福祉用具が必要な状態となる者（例：パーキンソン病の治療薬による ON・OFF 現象） | | | |
| <input type="checkbox"/> 上記の疾病その他の原因により、 <u>状態が急速に悪化し、短期間のうちに</u> 上記の福祉用具が必要な状態とな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） | | | |
| <input type="checkbox"/> 上記の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 <u>重篤化の回避等</u> 医学的判断から上記の福祉用具が必要になる状態となると判断できる者（例：ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全） | | | |
| 上記のとおり、福祉用具の利用が妥当であることを証明する。 | | | |
| 年 月 日 | | | |
| 医療機関名 | | | |
| 所在地 | | | |
| 医師氏名 | | | 印 |

※同内容の医師の証明様式が別にある場合は、この様式を使用する必要はありません。