

---

# 介護保険

---

## 軽度者に対する福祉用具貸与の 例外給付に関する手引き



令和4年6月

庄原市生活福祉部高齢者福祉課



## 目次

1. はじめに	P 1
2. 介護保険における福祉用具	P 1
3. 「軽度者」とは	P 1
4. 例外給付の取扱いについて	P 2
5. 保険給付の対象種目を対象外種目（例外給付対象種目）	P 2
6. 軽度者に係る福祉用具貸与基準設定の経緯	P 2～3
7. 例外給付の対象となる要件（厚生労働省告示・通知より）	P 3
（1）基本調査の結果による判断	P 3
（2）該当する基本調査結果がない場合の判断	P 3～4
（3）市の確認による判断	P 5～8
8. 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関するQ & A	P 9～11
<b>【参考様式等】</b> ① <b>様式</b> 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 （確認依頼申請書） ② <b>様式</b> 軽度者からの福祉用具貸与に係る診療情報提供書 ③ 要支援認定者の場合の確認依頼申請書の記入例 ④ サービス担当者会議の要点の記入例	P 12～16

## 1. はじめに

この手引きは、介護給付費の算定の可否等について、利用者、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、（介護予防）福祉用具貸与事業者等の関係者が共通認識をもてるようにするために軽度者に係る福祉用具貸与に必要な手続き方法等をまとめたものです。

介護保険制度の理念である『自立支援』の視点から適切なケアマネジメントに基づくサービス提供となるよう、ご活用ください。

## 2. 介護保険における福祉用具

### 【制度の概要】

介護保険の福祉用具は、要介護者等の日常生活の便宜を図るための用具及び要介護者等の機能訓練のための用具であって、利用者がその居宅において自立した日常生活を営むことができるよう助けるものについて、保険給付の対象としています。

厚生労働大臣告示で定める福祉用具貸与の対象費目		
・車いす（付属品含む）	・特殊寝台（付属品を含む）	・床ずれ防止用具
・体位変換器	・手すり	・スロープ
・歩行器	・歩行補助つえ	・認知症老人徘徊感知機器
・自動排泄処理装置	・移動用リフト（つり具の部分を除く）	

（平成 11 年 3 月 31 日 厚生省告示第 93 号）

### 【給付制度の概要】

#### ① 貸与の原則

利用者の身体状況や要介護度の変化、福祉用具の機能の向上に応じて、適時・適切な福祉用具を利用者に提供できるよう、貸与を原則としています。

#### ② 現に要した費用

市場の価格競争を通じて適切な価格による給付が行われるよう、保険給付における公定価格を定めず、現に要した費用の額により保険給付する仕組みとしています。

## 3. 「軽度者」とは

福祉用具貸与費の算定にあたっては、要介護 1 の者をいいます。ただし、自動排泄処理装置については、要介護 1～3 の者をいいます。

介護予防福祉用具貸与費の算定にあたっては、要支援 1、要支援 2 の者をいいます。

#### 4. 例外給付の取扱いについて

軽度者に対する福祉用具貸与においては、その状態像からみて、使用が想定しにくい一部の福祉用具については、原則として、保険給付の対象外となっています。

ただし、様々な疾患等により、厚生労働省の示した状態像に該当する方については、例外的に福祉用具の貸与が認められています。

#### 5. 保険給付の対象種目と対象外種目（例外給付対象種目）

対象外種目については、次の表1とおりに定められています。

表1

	福祉用具の種目	要支援 1・2	要介護 1	要介護 2・3	要介護 4・5
1	車いす	×	×	○	○
2	車いす付属品	×	×	○	○
3	特殊寝台	×	×	○	○
4	特殊寝台付属品	×	×	○	○
5	床ずれ防止用具	×	×	○	○
6	体位変換器	×	×	○	○
7	手すり	○	○	○	○
8	スロープ	○	○	○	○
9	歩行器	○	○	○	○
10	歩行補助つえ	○	○	○	○
11	認知症老人徘徊感知機器	×	×	○	○
12	自動排泄処理装置	×	×	×	○
13	移動用リフト（つり具の部分を除く）	×	×	○	○

○印：保険給付の対象

×印：原則として、保険給付の対象外（軽度者の給付要件に該当する場合のみ対象）

#### 6. 軽度者に係る福祉用具貸与基準設定の経緯

軽度者に対する福祉用具貸与については、平成18年度介護報酬改定に伴い、保険給付の対象とならない仕組みへの改正が行われ、例外的に給付される状態像の判断方法として、認定調査結果活用することとされました。

しかしながら、この判断方法では、福祉用具が必要な状態にあるにもかかわらず、例外給

付の対象とならない事例があることから、平成19年4月から、上記の取扱いに加え、医師の意見（医学的な所見）に基づき判断され、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（介護予防福祉用具貸与）が特に必要であると判断されている場合は、これらについて、市町村が書面等確実な方法により確認し、例外給付を認めることとされました。

## 7. 例外給付の対象となる要件（厚生労働省告示・通知より）

軽度者であっても、**表2**（平成27年3月23日 厚生労働省告示第94号・31イ）で定める状態像の者については、例外的にその状態像に応じて利用が想定される対象外種目について、福祉用具貸与（介護予防福祉用具貸与）の算定が可能あり、その判断は次のとおりとされています。

### （1）基本調査の結果による判断

軽度者に対し、原則として保険給付の対象外としている福祉用具を貸与する場合は、まず直近の認定調査の結果により、その可否を判断するものとされています。

もし、該当すれば、例外給付の必要性については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ことになります。（市への確認は不要です。）

### （2）該当する基本調査結果がない場合の判断

**表2**の中で、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、該当する調査結果がありません。

そのため、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ケアマネジメントのより、ケアマネジャー等が判断することになります。

#### <注意点>

判断根拠となる結果（サービス担当者会議の記録や関係書類等）を保存してください。

利用者の身体状況等の変化により、福祉用具貸与が必要な理由に変更がある場合は、再度サービス担当者会議を実施するなど、随時必要な理由の見直しを行ってください。

表2 厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等

対象外種目	厚生労働大臣が定める者のイ (平成27年告示第94号・三十一)	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 <u>いずれかに</u> 該当する者	
	(一) 日常的に歩行が困難な者	基本調査 1-7 歩行「3 できない」
	(二) 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と止められる者	－ (該当項目なし) ⇒ケアマネジメントを通じ指定介護予防事業者・指定居宅介護支援事業者が判断
イ) 特殊寝台及び 特殊寝台付属品	次の <u>いずれかに</u> 該当する者	
	(一) 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」
	(二) 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 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 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	
	(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	基本調査 3-1 意思の伝達「1 調査対象が意思を伝達できる」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。
	(二) 移動において全介助を必要としない者	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 <u>いずれかに</u> 該当する者	
	(一) 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「4 できない」
	(二) 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」
(三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	－ (該当項目なし) ⇒ケアマネジメントを通じ指定介護予防事業者・指定居宅介護支援事業者が判断	
カ) 自動排泄処理 装置	次の <u>いずれにも</u> 該当する者	
	(一) 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」
	(二) 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」

### (3) 市の確認による判断

基本調査の結果のみでは例外給付の対象とならない事例についても、次のアとイの要件を満たし、これらについて、ウの確認依頼により、市の確認を受けた場合は例外給付の対象となります。

ア. 次の表3の i ~ iii までのいずれかに該当する旨が、医師の医学的所見に基づき判断されていること。

表3

該当する状態像	事例
i 疾病その他の原因により、 <u>状態が変動しやすく</u> 、日によって又は時間帯によって頻繁に告示第31号イで定める福祉用具が必要な状態に該当する者	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、 <u>状態が急速に悪化し</u> 、短期間のうちに告示第31号イで定める福祉用具が必要な状態に該当することが確実に認められる者	がん末期の急速な状態悪化
iii 疾病その他の原因により、 <u>身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等</u> 、医学的判断から告示第31号イで定める福祉用具が必要な状態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

#### 【医師の医学的な所見が確認できるもの】

医師の医学的な所見については、主治医意見書又は医師の診断書による確認のほか、ケアマネジャー等が聴取した医師の医学的所見をサービス担当者記録表等に記載する方法をとっても差し支えありません。

ただし、福祉用具貸与が必要となる疾病名及び上記表3の i ~ iii のいずれか該当する旨が医師の医学的な所見として記載があることが必要です。

#### ① 医師の診療情報提供書による判断

ケアマネジャーもしくは地域包括支援センターの担当者が、医師に対し、文書による場合の様式『軽度者に対する福祉用具貸与に係る診療情報提供書』の提出を依頼します。

#### ② 医師の診断書による判断

利用者が、自身の状態像の原因となっている疾病等の主治医から、「該当する状態像」が記載された診断書を取得し、担当ケアマネジャーに提出します。



### ③ 主治医の介護保険主治医意見書による判断

利用者、ケアマネジャーもしくは地域包括支援センターの担当者が、主治医に対し、要介護認定の主治医意見書の「特記事項」に「該当する状態像」の記載を依頼しておきます。

ケアマネジャーもしくは地域包括支援センターの担当者は、認定結果が出た後に、市に対し、利用者の介護認定に係る「主治医意見書」の情報提供依頼を行います。

### ④ 医師のからの聞き取りによる判断

ケアマネジャーもしくは地域包括支援センターの担当者が、電話や利用者の診察に同行するなどして、医師から、利用者の「該当する状態像」を聞き取ります。

確認した内容を「サービス担当者会議記録表」等に記載します。

家族等が医師に確認し、それをもって医師の所見の確認とすることはできません。

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】 注) あくまでも最低限の記載例を示したものです。

(a) 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 (b) 状態 ( ) が困難状態にあり、(c) 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 医師名 に方法 で意見を聴取した。

#### イ. 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。

担当ケアマネジャー等は、医師の医学的な所見を確認した後、サービス担当者会議を開催し、医師の医学的な所見を参考に福祉用具の例外給付が利用者の自立支援に役立つか検討し、例外給付が必要と判断した場合にケアプランを作成します。

また、医師の医学的な所見や医師名などについては、「サービス担当者会議記録表」等に記載します。

#### ウ. 市の介護保険担当に対し、確認依頼を行う。

担当ケアマネジャー等は、(3) のア、イにより、福祉用具を貸与することが利用者に対して特に必要であると判断した場合、市に対し、確認依頼申請書及び必要な添付書類を提出して、例外給付の対象になるかどうかの確認を受けます。

**【提出書類】**

1. 確認依頼申請書（軽度者に係る福祉用具貸与の例外給付の確認について）
2. 医学的な所見の確認書類（写）
3. サービス担当者会議等の記録（写）
4. 居宅サービス計画第1表・2表（介護予防サービス・支援計画書（写））

※ただし、医師の医学的な所見が聞き取りによる確認であり、その内容が3の「サービス担当者会議等の記録（写）」に明記されている場合は、2の「医学的な所見の確認書類（写）」の添付を省略することができます。

**<注意点>**

市の確認を受けずに介護保険の算定を行った場合、介護給付費を返還いただくことになります。未提出ということがないようにご注意ください。

**表4** 具体的な状態像や疾患の事例

以下はあくまでも状態像の例です。医学的な所見によって、利用者の状態が下記状態像に該当するか否かが判断されることになります。

状態像	状態像の例	福祉用具種目例
日常生活範囲における移動の支援が必要	下肢筋萎縮症により、10m程度の歩行しかできず、長距離の移動には車いすの使用が不可欠である。	車いす及び車いす付属品
生活環境において段差の解消が必要	慢性関節リウマチで両手指・両膝関節の痛みが強く、床からの立ち上がりが困難なため。	移動用リフト（昇降座椅子）
i 頻繁な状態変動	パーキンソン病で内服治療中の「ON・OFF現象」によって、頻繁に臥位からの起き上がりが困難となる。	特殊寝台及び特殊寝台付属品
	重度の関節リウマチによる関節のこわばりが朝方に強くなるため、畳からポータブルトイレへの移乗が全介助を要する状態となる。	移動用リフト（昇降座椅子）
ii 急性憎悪	末期がんにより急激に状態が悪化し、短期間で寝返りや起き上がりが困難な状態に至ると確実に見込まれるため。	特殊寝台及び特殊寝台付属品
iii 重篤化の回避	重度の心疾患で、心不全発作の危険性が著しく高く、急激な体動を医学的見地より回避する必要がある。	特殊寝台及び特殊寝台付属品
	重度の喘息発作で、呼吸苦の重篤化を回避するため、上体を一定の角度に起こす必要がある。	特殊寝台及び特殊寝台付属品
	脊髄損傷による下半身麻痺により、下半身の自発的な体位変換が困難なため、床ずれ発生リスクが高い。	床ずれ防止用具及び体位変換器
	人工関節の術後で、立ち座りに伴う股関節脱臼の危険性が高いため、医学的見地から股関節への負担を回避する必要がある。畳から椅子への移乗に一部介助を要する。	移動用リフト（昇降座椅子）

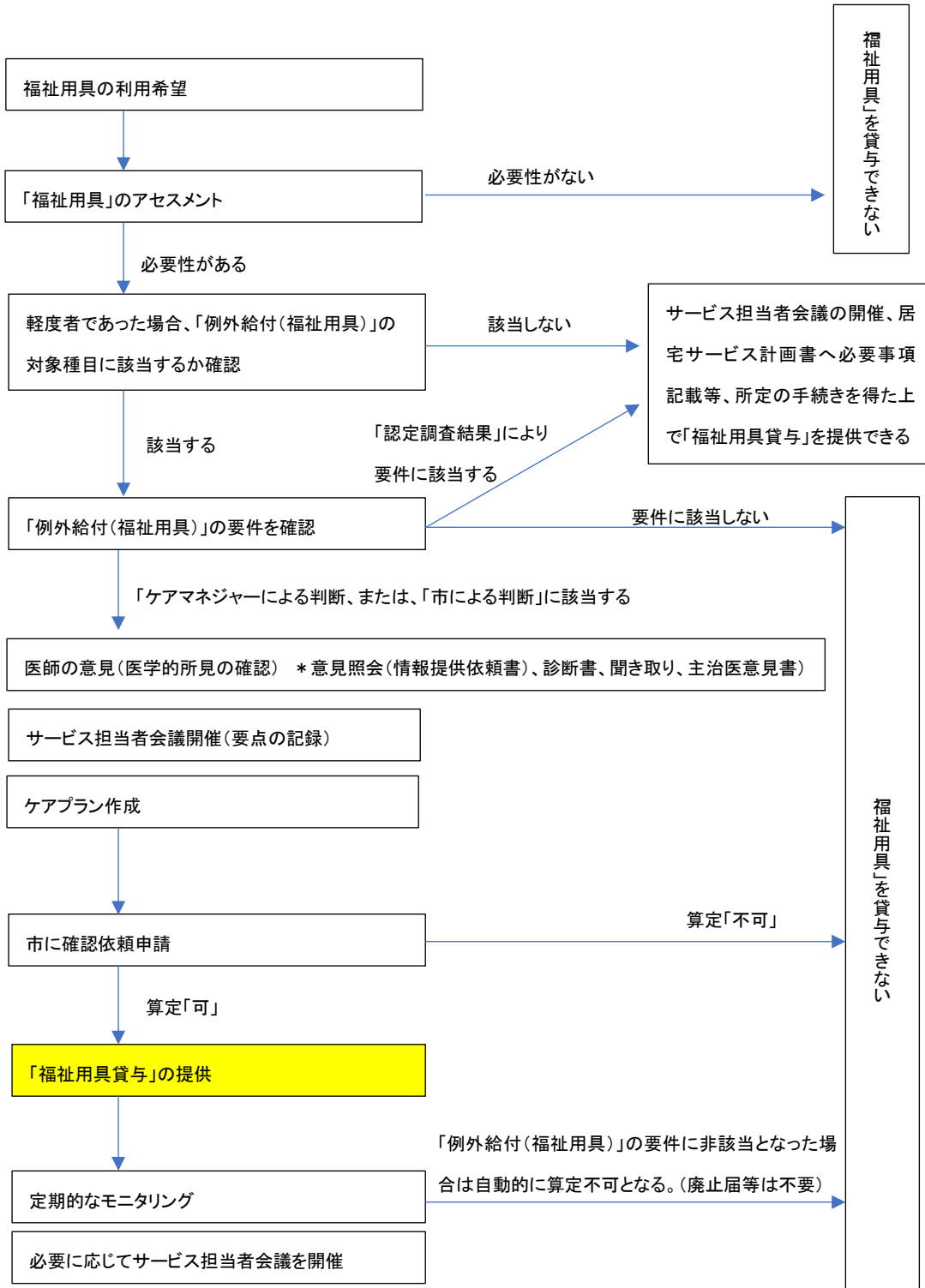
※例外給付については、「例」に示したとおり、様々な疾患等によって上記状態像に該当する方が想定されますが、軽度においてはごく稀であると考えられます。

## エ. 必要に応じて見直し

担当ケアマネジャー等は、アセスメントの結果を参考に、必要に応じてサービス担当者会議等を開催し、継続して福祉用具貸与を受ける必要性について検討します。

必要がある場合は、その理由を再びケアプランに記載します。

## オ. 例外給付の判断手順（フローチャート）



## 8. 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関するQ & A

### Q. 認定申請（新規申請）と同時に例外給付の確認依頼申請をすることは可能か。

A. 医学的所見による状態像の判断と、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って早急に福祉用具貸与が特に必要であると判断を行った上での暫定ケアプランによる申請のみ可能とします。

なお、貸与にあたっては、認定結果前（要介護度が未確定）であるため、利用者に対し自己負担の可能性を説明したうえで行います。

### Q. 認定申請中で結果が要介護1以下の暫定プランを作成し、福祉用具の貸与を開始する場合の申請書の要介護度はどのように記入すればよいか。

A. 確認依頼申請書の要介護度を「申請中」とし、認定申請日を記載したうえで、申請書を提出します。

### Q. 確認依頼申請書の提出を忘れた場合、遡及はあるのか。

A. 原則、不可とします。

ただし、医学的所見による状態像の判断と、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って、福祉用具貸与が必要であると判断を行っていたのにも関わらず、確認依頼申請書の提出を怠っていた場合は、保険者に相談してください。

### Q. 暫定プランを要介護2以上で作成し、福祉用具貸与を開始したが、結果が要介護1以下だった場合、遡及はあるのか。

A. 原則、不可とします。

福祉用具の利用開始前に、医師への意見照会とサービス担当者会議の開催の過程を経ている場合に限り、確認申請を受け付け、例外給付の対象とすることができます。

### Q. 主治医に診断書が頼めないし、直接連絡も取れない。それでも主治医の意見がないと確認申請を行えないのか。

A. 主治医の医学的所見に基づき、例外的に給付を認める制度です。主治医の意見がない場合は承認できません。文書や直接聴取する方法が難しい場合は、病院の相談員等を介して主治医の意見をもらってください。その場合は、経緯を支援経過に記録、または、聴取記録を作成し、確認申請に添付してください。

**Q. 福祉用具貸与にあたり、サービス担当者会議を開催したが、緊急だったため、主治医の意見聴取が間に合わなかった。その後、主治医の意見聴取を行った。確認申請はいつできるか。また利用開始日はいつとなるか。**

A. 主治医の意見に基づきサービス担当者会議で当該種目の貸与について検討を行う必要があるため、主治医の意見をもとに再度サービス担当者会議を開催した上で、提出します。よって、主治医の意見をもとにサービス担当者会議を開催し、ケアプランに位置付けたものを申請する手順ですので、利用開始日は主治医の意見聴取日以前になることはありません。

この日以前に貸与を開始している場合は自費となります。

**Q. 確認依頼申請書の利用開始日の具体的な記載方法は。**

A. すでに利用、または利用が開始している場合は、「その利用を開始した（する）日」とします。ただし、確認申請書の「利用（貸与）開始日」とケアプラン第2表又は介護予防プラン（2）の「期間開始日」が合致していることが必要です。

まだ利用開始日が決まっていない場合は、「未定」と記入します。

**Q. 福祉用具貸与にあたり、サービス担当者会議の記録にはどのような内容を書いておけばいいか。**

A. 主治医の意見、利用者の意向、福祉用具事業者、ケアマネジャーの意見を「検討内容」に記載します。検討後の結論は簡潔でいいので、どの品目の貸与を決定したのか明確に記載するようにしてください。

**Q. 福祉用具貸与を開始後、本人が死亡した場合、例外給付の確認申請は可能か。**

A. 死亡前に必要な書類（診療情報提供書等、サービス担当者会議）が整っていれば申請可能です。

**Q. 確認申請を提出したときから、事業所内で担当ケアマネジャーに変更があった場合、確認申請を再度提出する必要があるか。**

A. 利用者の状態や当該福祉用具貸与の必要性については、確認申請の提出時点で、担当ケアマネジャー等を含め複数の目で、一連の流れを経て確認を終えていると考えられます。

その後担当ケアマネジャーに変更があっても、基本的にはその内容を次の担当ケアマネジャーに引き継ぐことが望ましいことから、再度提出する必要はありません。

**Q. 貸与種目や貸与品目を変更したい場合や追加が必要となった場合、再度、確認申請を提出する必要があるか。**

A. 異なる種目の場合、ケアプランに新しい種目を位置付けるため、ケアプランの内容も変わり、担当者会議を改めて開催する必要もあるため、通常の手順で確認申請を行います。

同一種目の場合は提出不要です。(ただし、保険者への提出が不要なだけであり、サービス担当者会議を開催し適切なケアマネジメントを行っていることが前提。)

**Q. 例外給付の確認結果が分からないうちに貸与の開始は可能か。**

A. 可能です。

当該確認申請は、例外的に保険給付の対象であるかどうかを確認するもので、本人の希望による自費での貸与を妨げるものではありません。

**Q. 必要性の再確認における「必要に応じて」とは。**

A. 利用者が更新（区分変更）により新たな認定を受けた場合は、サービス担当者会議の開催等により、専門的な見地からの意見を求め、居宅（介護予防）サービス計画の変更の必要性について検討することとされていることから、少なくとも、その時点において、一連の確認を再度行う必要があります。

また、利用者の状態に変化があり、貸与種目の追加や変更の必要がある場合にも、同様に、一連の確認を行う必要があります。

**Q. 要支援の利用者のうち、介護予防支援事業を居宅介護支援事業所に委託している者について、申請主体は受託した居宅介護支援事業所となるか。**

A. 申請は受託した居宅介護支援事業所でよいが、確認申請書の「事業所欄(事業所番号)」は、「庄原市地域包括支援センター（3402100014）」とし、「担当者氏名」、「連絡先」については、受託した居宅介護支援事業所の内容を記入すること。

**様式 <確認依頼申請書>**

(様式1-1)

年 月 日

庄原市長様  
(高齢者福祉課 介護保険係)

事業所名	事業所番号:	
担当者氏名		
連絡先	(TEL)	(FAX)

**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(確認依頼申請書)**

- 下記の①～③について担当の居宅介護(介護予防)支援事業所より説明を受け、同意しました。
- ①居宅介護(介護予防)支援事業所が、私の福祉用具貸与の例外給付に関する確認依頼申請を下記の通りおこなうこと
  - ②確認結果通知を当該居宅介護(介護予防)支援事業所あてに送付すること
  - ③この申請にかかる確認のために必要があるときは、私の要介護度や心身の状態及び疾病等、必要な事項について、庄原市が調査すること

本人同意欄	氏名
-------	----

次の被保険者に対して、医師の意見(医学的な所見)に基づき状態像が判断され、かつサービス担当者会議の開催等を通じた適切なケアマネジメントを行ったところ、(介護予防)福祉用具貸与が必要と判断しましたので、確認を依頼します。

1. 貸与を予定している被保険者

被保険者氏名		被保険者番号	
要介護度 (該当に○)	要支援1・要支援2・要介護1・認定申請中(申請日 年 月 日)		

2. 貸与を必要と判断した福祉用具

福祉用具の種類 【該当に○】	ア. 車椅子 イ. 車椅子付属品 ウ. 特殊寝台 エ. 特殊寝台付属品 オ. 床ずれ防止用具 カ. 体位変換機 キ. 認知症老人徘徊感知器 ク. 移動用リフト
利用(貸与) 開始日	年 月 日 ~

3. 医学的所見(医学的所見の確認書類に基づき、該当する状態像にチェック)

- 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 …… 車いす及び車いす付属品
- 生活環境において段差の解消が必要と認められる者 …… 移動用リフト(つり具の部分除く)
- (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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者
- (ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示に定める福祉用具が必要な状態にな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、医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者

医療機関名		連絡先	TEL ( ) -
担当医師名		所見確認日	年 月 日

※提出書類 ①確認依頼申請書(様式1) ②医学的な所見の確認書類(写)※聞き取りの場合は不要  
③サービス担当者会議の記録(写) ④居宅サービス計画書第1表・2表(介護予防サービス・支援計画書)(写)

庄原市記載欄	確認番号	
	結果	確認・返戻

**様式 <医師からの情報提供依頼書>**

**《軽度者に対する福祉用具貸与に係る診療情報提供書》**

被保険者氏名		男・女	被保険者番号																	
[生年月日] M・T・S	年	月	日	被保険者 住 所																

**【医学的所見】**

(該当する状態像にチェックし、該当の状態像を判断した根拠(疾病名や具体的症状等)を記載してください。)

- 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 …… 車いす及び車いす付属品 ※電動車いすを含む。
- 生活環境において段差の解消が必要と認められる者 …… 移動用リフト(つり具の部分除く) ※昇降座椅子を含む。
- (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、頻繁に下記【第1表】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、短期間のうちに下記【第1表】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下記【第1表】に該当すると判断できる者

**【必要な福祉用具貸与品目】** ( ) ※下記【第1表】のア～オを選んで記入してください。

**【状態像を判断した根拠】**

**【第1表】 従来(平成18年4月)からの対象種目及び状態像**

例外給付対象種目	従来(平成18年4月)から例外給付を認められていた状態像
ア 車いす及び同付属品 (右記のいずれかに該当する者) ※電動車いすも含まれます。	(1) 日常的に歩行が困難な者 (2) 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
イ 特殊寝台及び同付属品 (右記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 (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 認知症老人徘徊探知機 (右記のいずれにも該当する者)	(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(つり具部分除く) (右記のいずれかに該当する者) ※昇降座椅子はこの種目に含まれます。	(1) 日常的に立ち上がりが困難な者 (2) 移乗が一部介助また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

年 月 日

医療機関住所 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_



要支援認定者の場合の申請書記入例

年 月 日

庄原市長様  
(高齢者福祉課 介護保険係)

事業所名	事業所番号: 庄原市包括支援センター(●●サブセンター)	
担当者氏名	ケアプランを作成する事業所と作成担当者名	
連絡先	(TEL)	(FAX)

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(確認依頼申請書)

- 下記の①～③について担当の居宅介護(介護予防)支援事業所より説明を受け、同意しました。
- ①居宅介護(介護予防)支援事業所が、私の福祉用具貸与の例外給付に関する確認依頼申請を下記の通りおこなうこと
  - ②確認結果通知を当該居宅介護(介護予防)支援事業所あてに送付すること
  - ③この申請にかかる確認のために必要があるときは、私の要介護度や心身の状態及び疾病等、必要な事項について、庄原市が調査すること

本人同意欄	氏名
-------	----

次の被保険者に対して、医師の意見(医学的な所見)に基づき状態像が判断され、かつサービス担当者会議の開催等を通じた適切なケアマネジメントを行ったところ、(介護予防)福祉用具貸与が必要と判断しましたので、確認を依頼します。

1. 貸与を予定している被保険者

被保険者氏名		被保険者番号	
要介護度 (該当に○)	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 認定申請中(申請日 年 月 日)		

2. 貸与を必要と判断した福祉用具

福祉用具の種類 【該当に○】	ア. 車椅子    イ. 車椅子付属品    ウ. 特殊寝台    エ. 特殊寝台付属品    オ. 床ずれ防止用具 カ. 体位変換機    キ. 認知症老人徘徊感知器    ク. 移動用リフト
利用(貸与)開始日	年 月 日 ~

3. 医学的所見(医学的所見の確認書類に基づき、該当する状態像にチェック)

- 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 …… 車いす及び車いす付属品
- 生活環境において段差の解消が必要と認められる者 …… 移動用リフト(つり具の部分除く)
- (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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者
- (ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示に定める福祉用具が必要な状態にな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、医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者

医療機関名		連絡先	TEL ( ) -
担当医師名		所見確認日	年 月 日

※提出書類 ①確認依頼申請書(様式1) ②医学的な所見の確認書類(写) ※聞き取りの場合は不要  
③サービス担当者会議の記録(写) ④居宅サービス計画書第1表・2表(介護予防サービス・支援計画書)(写)

庄原市記載欄	確認番号	
	結果	確認・返戻

**様式 <市からの通知書>**

(様式2)

令和 年 月 日

御中

庄原市長  
(生活福祉部 高齢者福祉課)

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)

令和 年 月 日付で受理した軽度者に対する福祉用具貸与の確認依頼について、以下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
福祉用具の種類 (該当に□)	ア 車椅子 イ 車椅子付属品 ウ 特殊寝台 エ 特殊寝台付属品 オ 床ずれ防止用具 カ 体位変換器 キ 認知症老人徘徊感知機器 ク 移動用リフト ケ 自動排泄処理装置
保険給付開始日	令和 年 月 日
確認結果	例外給付の対象

**【確認後の見直しについて】**

要介護1の利用者は月1回のモニタリングで、要支援1・2の利用者については介護予防ケアプランの評価によって、必ずその必要性を見直し、その結果を記録してください。

ケアマネジメントの結果、不要となれば貸与を中止してください。また、種目変更等が必要となれば再度確認申請依頼の手続きを行ってください。

なお、事後に行われた庄原市の現地調査及び監査等によって、上記の必要な見直し等を行っていなかった場合、保険給付の返還対象となる場合もありますのでご注意ください。

**【問合せ先】**

広島県庄原市中本町一丁目10-1  
庄原市生活福祉部 高齢者福祉課介護保険係  
TEL 0824-73-1167

**記載例**

第4表

サービス担当者会議の要点

作成年月日 年 月 日

利用者名 \* \* \* \* 株

居宅サービス計画作成者(担当者)氏名 \* \* \* \*

開催日 令和元年5月\*日

開催場所 A居宅介護支援事業所 開催日時14:00~15:00 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
本人		** ** *	A居宅介護支援事業所	** ** *		
B訪問介護事業者		** ** *	主治医			
C福祉用具貸与事業所		** ** *	** 医師(欠席)			

検討した項目 福祉用具(特殊寝台及び特殊寝台付属品)の必要性について  
 「検討内容」の欄には、医師の意見(医学的所見)及び医師の名前を記入してください。  
 また、福祉用具を導入することの目的、必要性及び必要となる福祉用具を明記してください。

検討内容	検討した項目	残された課題 (次回の開催)
<p>(**ク)リニツク** 医師) **年**月**日に面会にて聴取「パーキンソン病の治療薬により、身体症状の日内変動が大きいため、特殊寝台及び特殊寝台付属品の導入が必要である。当該福祉用具が必要な状態像に該当。」                  (B訪問介護事業所) 服薬時間に関係なく、一日に何度も車輪での深送り動作が困難になるため、寝返りや起き上がり等の動作を補助し、自立支援を目的とした特殊寝台及び特殊寝台付属品の導入が必要である。                  (C福祉用具貸与事業所) 特殊寝台の種類については、起き上がりとともに立ち上がりも困難であることから、背上げ角度と床板高さの調整機能が付いたものが良いかと思われる。                  (全員) 上記機能の付いた特殊寝台及び付属品を導入することで意見が一致した。</p>	<p>特殊寝台及び特殊寝台付属品が必要であるため貸与の手続きを行う。</p>	<p>単に「福祉用具〇〇が必要である」ではなく、疾病その他の原因及びそれ起因する状態像を具体的に記載してください。</p>
	<p>・特殊寝台及び特殊寝台付属品を導入後の効果と実際の状況について確認する。</p>	<p>必要について随時</p>