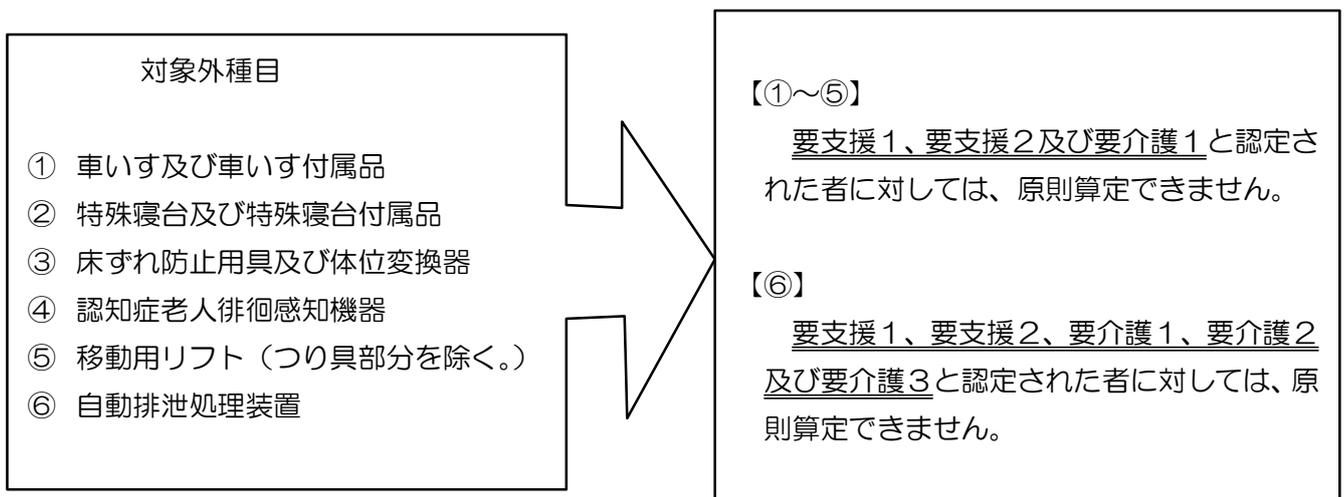


## 軽度者に対する(介護予防)福祉用具貸与費の例外給付に関する取扱いについて

### 1 軽度者に対する(介護予防)福祉用具貸与費の算定について

要支援 1、要支援 2 及び要介護 1 と認定された者（以下「軽度者」という。）にかかる(介護予防)福祉用具貸与費については、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（以下「対象外種目」）は原則として算定することができません。

また、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。）については、軽度者に加え、要介護 2 及び要介護 3 と認定された者に対しても、原則として算定することができません。



対象外種目の軽度者への貸与は、あくまで例外的措置であるという原則をもとに、適切な手順により利用者の状態及び当該福祉用具貸与の必要性を慎重に精査し、適切なケアマネジメントに基づき給付を行う必要があります。

### 2 対象外種目を軽度者に対し貸与する方法について

軽度者に該当する者であっても、厚生労働省が示している状態像に該当する者については、対象外種目の貸与が必要と判断できる場合、例外的に福祉用具貸与費の算定が可能となります。福祉用具貸与費の算定が可能となる利用者の状態像については、以下の表 1 を参照してください。

表1

対象外種目	該当する状態像	認定調査票 (基本調査)
ア 車いす及び 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	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	主治医からの情報+サービス担当者会議(福祉用具専門相談員参加)により、ケアマネジャー又は地域包括支援センター担当職員(以下、「ケアマネジャー等」という。)が判断する。
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	
	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	次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	3-1「1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外 又は、3-2~3-7のうち、いずれか「2. できない」 又は、3-8~4-15のうち、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	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	主治医からの情報+サービス担当者会議(福祉用具専門相談員参加)により、ケアマネジャー等が判断する。	
カ 自動排泄処理装置	次のいずれにも該当する者	
	①排便が全介助を必要とする者	2-6 「4. 全介助」
	②移乗が全介助を必要とする者	2-1 「4. 全介助」

表1の状態像に該当した場合、海老名市への確認は不要です。

表1の状態像に該当しない場合

次の3つの要件を満たすことで、例外的に福祉用具貸与費の算定が可能となります。

### 【要件1】

ケアマネジャー等が、「医師の医学的な所見」に基づき、表2のi) からiii) までのいずれかに該当すると判断していること

### 《医師の医学的な所見の確認方法について》

海老名市では、以下に示す3つのいずれかの方法により確認を行うことといたします。

#### (1) 主治医意見書による確認

基準で表示された状態像に該当する旨が、認定時における主治医意見書に記載されていること。  
(ケアマネジャー等が市から情報提供として写しを入手する。)

#### (2) 医師の診断書による確認

基準で示された状態像に該当する旨が主治医等の診断書に記載されていること。  
様式3又は任意の様式をもって聴取し、任意の様式を用いる場合は、様式3の記載内容に準じた内容が記載されていることを確認してください。

#### (3) 担当介護支援専門員が聴取した医師の所見

ケアマネジャー等が利用者の主治医等の診察に同行する等し、医師との面談若しくは電話等により医師の所見を聴取した場合、利用者が基準で示された状態像に該当する旨を聞き取り、以下のいずれかの記録を添付書類として提出してください。

- ・様式4
- ・任意の書式（様式4の記載内容に準じた内容が確認できるもの）
- ・居宅サービス計画の写し（「医師の所見」を記録した部分の写し）

※以下の内容がサービス担当者会議等の記録上に記録されている場合は、医師の所見がわかる書面の添付を省略できます。

- ・主治医氏名
- ・聴取した日付
- ・医療機関名
- ・例外給付に該当する理由
- ・必要と判断される福祉用具の種類

表2

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の状態像に該当する者 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、短期間のうちに表1の状態像に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
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の状態像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

## 【要件2】

ケアマネジャー等が、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

### 《サービス担当者会議の開催について》

ケアマネジャー等は、サービス担当者会議を開催し、福祉用具の例外給付が自立支援に役立つかを検討してください。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。

やむを得ない理由により、サービス担当者会議を開催できない場合は、サービス担当者会議に準じる意見照会等を経た適切なケアマネジメントの結果であることを記録した書面（居宅介護支援経過等）の写しを確認の際の添付書類として提出してください。

## 【要件3】

要件1・2について、ケアマネジャー等は、次の書類を市に提出し、書面等確実な方法により確認してください。

海老名市においては、以下の書類の提出を受け、内容を確認の上、確認通知書（様式2）をもって結果をお示ししています。

- ①軽度者に対する（介護予防）福祉用具貸与の例外給付確認申請書（様式1）
- ②医師の医学的な所見による判断が確認できる書類  
（様式3又は4（任意様式も可）又は居宅サービス計画の写し（医師の所見の記録がある部分））
- ③サービス担当者会議等の記録

※ただし、③の記録において、医師の医学的な所見による判断が明記されている場合は②の添付を省略することができます。

### 《市からの確認結果について》

提出された書類について、内容の確認を行った後、申請者（ケアマネジャー等）に対し、様式2により書面をもって結果をお示しします。

※確認通知の有効期間は、当該被保険者の有する要介護認定の有効期間となります。

**介護報酬の算定が可能になるのは、原則として市への確認日(書類提出日)以降です。**

### 《介護認定の決定が遅れる場合》

介護認定結果が遅れる場合も含め、先行利用時には暫定ケアプランを作成していただき、福祉用具の例外給付確認申請も先に提出してください。

介護報酬の算定が可能になるのは、原則として市への確認日（書類提出日）以降ですが、緊急時の対応等やむを得ない事情がある場合にはその限りではございませんので、その都度ご相談ください。（平成30年11月追記）

### 《福祉用具貸与の継続的な必要性の検証について》

当該被保険者が更新認定・区分変更認定を受けたときや、**居宅介護支援事業所を変更する場合には**、再度、市への確認が必要になります。

### 《その他注意事項》

○**運営指導**等の結果、医師の医学的所見が確認できない場合やサービス担当者会議等の記録、国等の通知に基づく必要な対応が行われていない場合（運営基準違反等）には、保険給付の返還を求めることがあります。

海老名市役所 保健福祉部  
介護保険課 事業者支援係  
問い合わせ先：046-235-8232（直通）

様式 1

軽度者に対する(介護予防)福祉用具貸与の例外給付確認申請書

1. 貸与を予定している被保険者

フリガナ				被保険者番号		
被保険者氏名						
生年月日	明・大・昭	年	月	日	被保険者資格区分	1号・2号 <small>(該当するものに○をつけてください。)</small>
住 所	海老名市					
要介護状態区分	要支援1・要支援2・要介護1 <small>(該当するものに○をつけてください。)</small>			認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

2. 貸与を予定している福祉用具

福祉用具の種類  <small>(該当するものにレ点をつけてください。)</small>	<input type="checkbox"/> 車いす及び付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く) <input type="checkbox"/> 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)
利用開始日	年 月 日 <b>※市への確認依頼日以降の日付をご記載ください。</b> <b>※認定更新に伴う確認申請の場合は、更新後の認定有効開始日をご記載ください。</b>

3. 医師の所見

該当する状態  <small>(該当するものにレ点をつけてください。)</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)の状態像に該当する者 <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)の状態像にな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)の状態像に該当すると判断できる者
<b>※医師の所見がわかる書面を添付してください。</b> <b>(「サービス担当者会議等の記録」に医師の医学的所見による判断が明記されている場合(注1)は添付を省略できます。)</b>	

海老名市長 殿

上記のとおり、軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認を申請します。

年 月 日

申 請 者 (事業所所在地・名称)

住 所 \_\_\_\_\_

名 称 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

介護支援専門員等氏名 \_\_\_\_\_

※「サービス担当者会議等の記録」を必ず添付してください。

(注1) 医師への口頭による聴取の場合は、主治医名、病院名、聴取した日付、例外給付に該当する理由、必要と判断される福祉用具の種類を、「サービス担当者会議等の記録」に記載してください。

表 1

対象外種目	状態像（平成27年度厚生労働省94号の第31号イより）
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) 日常生活の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 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
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 知器	次のいずれにも該当する者 (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 (二) 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
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。)	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

様式 2

年 月 日

[事業所名]  
[介護支援専門員氏名] 様

海老名市長 内野 優  
(公印省略)

**軽度者に対する(介護予防)福祉用具貸与の例外給付の確認通知書**

年 月 日付で申請のあった(介護予防)福祉用具貸与について、確認しましたのでお知らせします。

被保険者氏名		被保険者番号	
福祉用具の種類	<input type="checkbox"/> 車いす及び付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く) <input type="checkbox"/> 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)		
確認の結果	<input type="checkbox"/> 保険給付の対象として適当と見込まれます。 <input type="checkbox"/> 保険給付の対象外と見込まれます。 (保険給付の対象外と見込まれる理由)		
確認通知有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

[注意事項]

- この確認の結果は、提出された内容に基づいて福祉用具貸与を実施した場合に(介護予防)福祉用具貸与費の保険給付の対象として適当であるかを判断した結果をお知らせするものです。実際の支給を決定するものではありません。
- 保険者等により行われる実地調査等の結果、医師の医学的な所見が確認できない場合や、サービス担当者会議等の開催ができない場合、また、国等の通知に基づく必要な対応が行われていない場合(運営基準違反等)は、保険給付の返還を求めることがあります。
- 次のような場合には、再度確認申請書の提出が必要となります。  
確認申請書の再提出がされない場合は、保険給付の対象外となります。  
 ○認定の更新時  
 ○認定の有効期間内に、確認依頼が必要な他の品目を追加貸与する場合  
 ○変更申請を行った場合

事務担当：  
海老名市役所  
保健福祉部 介護保険課事業者支援係  
電話 046-235-8232

様式3

軽度者に対する(介護予防)福祉用具貸与の例外給付に関する診断書

介護保険被保険者	フリガナ	
	被保険者氏名	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)
	住 所	海老名市

上記の介護保険被保険者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する所見は、以下のとおりです。

1 福祉用具の利用 が必要な状態像  (該当するものにレ点をつけてください。)	<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)の状態像に該当する者
	<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)の状態像にな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)の状態像に該当すると判断できる者
2 利用が必要な福祉用具の種類  (該当するものにレ点をつけてください。)	<input type="checkbox"/> 車いす及び付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く) <input type="checkbox"/> 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)

年 月 日

医 師 氏 名	
医 療 機 関 名	
医 療 機 関 所 在 地	
医 療 機 関 連 絡 先	

表 1

対象外種目	状態像（平成27年度厚生労働省94号の第31号イより）
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) 日常生活の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 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
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 知器	次のいずれにも該当する者 (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 (二) 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
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。)	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

様式 4

軽度者に対する(介護予防)福祉用具貸与の例外給付に関する主治医所見聴取記録

聴取年月日	年 月 日
聴取方法 <small>(いずれかに○をつけてください)</small>	口頭・電話・FAX・本人又は家族による聴取 ・その他 ( )
医師氏名	
医療機関名	
医療機関所在地	
医療機関連絡先	

介護保険被保険者	フリガナ		被保険者番号	
	被保険者氏名			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)		
	住所	海老名市		

聴取内容

1 福祉用具の利用が必要な状態像 <small>(該当するものにレ点をつけてください。)</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)の状態像に該当する者
	<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)の状態像にな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)の状態像に該当すると判断できる者
2 利用が必要な福祉用具の種類 <small>(該当するものにレ点をつけてください。)</small>	<input type="checkbox"/> 車いす及び付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く) <input type="checkbox"/> 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)
3 その他聴取内容 <small>(疾病名・具体的な症状等)</small>	

以上、主治医からの所見を聴取いたしましたので、よろしく申し上げます。

居宅介護(介護予防)支援事業所名

居宅介護(介護予防)支援事業所電話番号

計画作成者(介護支援専門員)氏名

---



---



---

表1

対象外種目	状態像（平成27年度厚生労働省94号の第31号イより）
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) 日常生活の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 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
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 器	次のいずれにも該当する者 (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 (二) 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
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。)	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