

指定居宅介護支援事業所  
指定居宅介護予防支援事業所 各位

土浦市役所高齢福祉課

## 軽度者福祉用具貸与の例外給付の取扱いの整理について

このたび要介護度軽度者に対する福祉用具貸与費の例外給付の当市における取扱いについて下記のとおり整理しましたので、ご了知いただけますよう、よろしくお願いいたします。

なお、軽度者福祉用具貸与の取扱いは保険者市町村により異なる部分がありますので、当市以外の市町村が保険者である場合は、当該市町村の取扱いをご確認ください。

### 記

#### 1 貸与可否の判断方法及び市への申請の要否について

貸与の可否は次のアからウの順で判断します（H12.3.1 老企第36号等）が、市への申請が必要な場合と不要な場合があります。

「ウ. 市の確認による判断」はア又はイで判断できない場合に実施しますので、ア又はイにより判断可能な場合は市への確認申請は不要です。

##### ア. 基本調査の結果による判断→申請不要

要介護認定の認定調査票（基本調査）の直近の結果を活用して判断する方法です。貸与品目ごとに活用する項目が異なりますので、別表を確認してください。

##### イ.（該当する基本調査が無い場合）支援事業者による判断→申請不要

別表中、基本調査に該当する項目がない、「車いす及び車いす付属品（2）」と「移動用リフト（3）」については、適切なケアマネジメントを経たうえで、指定居宅介護支援事業者（指定居宅介護予防支援事業者）により判断することができます。

##### ウ. 市の確認による判断→申請必須

上記に関わらず、次の（i）から（iii）のいずれかに該当することが医師の医学的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判断される場合は、市への申請を経たうえで例外給付を受けることができます。

（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、頻繁に必要となる(状態の変化)

(ii) 疾病などにより、状態が急速に悪化し、短期間のうちに必要性が確実に見込まれる(急性増悪)

(iii) 疾病などにより、身体への重大な危険性や症状の重篤化の回避等医学的判断から必要(医師禁忌)

## 2 医師の所見確認方法について

### (1) 確認の方法

市町村の確認により算定の可否を判断する場合は、医師の医学的所見が必要となりますが、この医学的所見は文書以外に、聴き取りによる確認でも可能とします。聴き取りによる場合は支援経過記録等に記録を残すことを必要としますので、(2)も併せてご確認ください。

なお、医師の所見を文書で求めた場合、利用者の自己負担が発生する場合がありますため、聴き取りによる所見の入手を推奨します。

### (2) 聴き取り内容の記録について

医師の所見を聴き取りにより確認した場合は、次の内容を支援経過記録等に記載して、保険者の求めに応じて提示できる状態にしてください。

#### 【記載すべき事項】

- ①聴き取りの日時、場所又は方法
- ②医師の所属（病院名）、氏名
- ③利用が必要と判断される福祉用具の種目
- ④疾病等の名称
- ⑤具体的な身体状況（上記1ウ(i)から(iii)のいずれに該当するかが判別できるように記載してください。)

## 3 軽度者福祉用具貸与の手順

上記を踏まえた軽度者福祉用具貸与の標準的な手順は、次のとおりです。

### (1) 状態の把握

福祉用具利用の希望を受け、アセスメント（状態の把握）を行い、厚生労働大臣が定める利用者告示にある状態像（別表における「厚生労働大臣が定める者のイ」欄）に該当することを確認します。

### (2) 基本調査結果の確認

「ア. 基本調査の結果」又は「イ. 指定居宅介護支援事業者（指定介護予防支援事業者）の判断」により算定が可能な品目である場合は、申請書の提出は

必要ありませんが、適切なケアマネジメントを経て利用を開始してください。

### **(3) 医師の所見の確認**

「ウ. 市の確認」が必要な場合は、医師に意見照会し聴き取り又は文書（所見書、診断書等）で所見を入手します。

### **(4) サービス担当者会議の開催**

確認した医師の医学的所見を踏まえ、福祉用具専門相談員のほか、適切な助言者が参加するサービス担当者会議において福祉用具の必要性を検討してください。

### **(5) ケアプラン作成**

福祉用具が特に必要である理由を、ケアプランに必ず記載してください。（医学的所見の詳細については支援計画記録等に、必要性の検討結果についてはサービス担当者会議の要旨に記載してください。）

### **(6) 市への申請書作成**

「ウ. 市の確認」が必要な場合、ケアマネジャーは次の①から④の書類を土浦市役所高齢福祉課に提出してください（②から④は写しで可）。

- ①介護度軽度者に対する福祉用具貸与費・介護予防福祉用具貸与費給付申請書（様式1）
- ②ケアプラン1表及び2表（要支援の場合は介護予防サービス支援計画書）
- ③ケアプラン4表（サービス担当者会議に関する記録）
- ④医師の所見が確認できる文書（支援経過記録、所見書（様式2）、診断書、主治医意見書等）

### **(7) 市から決定通知の送付**

利用の可否は次の通知によりお知らせいたしますので、必ずご確認ください。  
・「軽度者に対する福祉用具取扱いの決定について（様式3）」

※決定通知書の効力は利用者の状態に変動が無い限り、原則要介護認定期間の終期まで効力を有することとします。要介護認定の更新時・区分変更時には、必要に応じて（1）から（7）の一連の確認を再度受ける必要があります。

#### 4. Q & A

Q 1 医師の医学的所見を聴き取りする場合は、看護師やスタッフからの聴き取りでもよいですか？

A 1 主治医が看護師等を通して所見を伝える判断をしていれば可とします。主治医の所見伝達方法を確認せず、単に看護師等に聴き取りをした場合は不可とします。支援経過記録に「主治医の〇〇クリニック△△医師より所見は看護師を通して伝えるとの連絡があった」等の記録をしてください。

Q 2 医師の医学的所見は主治医意見書でも可能ですか？

A 2 次の2点が特記事項欄等に記載してあれば可能とします。

- ・福祉用具が必要と認められると判断した具体的な身体状況
- ・「福祉用具が必要である」等の必要性に関する意見

注：具体的な身体状況については、疾病等の名称だけでは不足とします。疾病等を原因としてどのような症状がでているか？また、その症状が留意事項通知（老企36号）9（2）ウ（i）から（iii）（状態の変化、急性増悪、医師禁忌）のいずれに該当しているか？が判別できる程度の記載を必要とします。

Q 3 新規利用者が認定結果がでていませんが、福祉用具をすぐ使用したいです。認定の結果軽度者に該当した場合はどうしたらいいですか？

A 3 医師の所見を確認し、サービス担当者会議を経たうえで市による確認前に利用開始しても差し支えありません。要介護認定の結果が軽度者に該当した場合はすみやかに確認申請書を提出してください。（軽度者に該当しない場合は提出不要）

また、認定の結果が非該当の場合は利用料が全額自己負担となる旨を、利用者に説明してください。

Q 4 認定更新時は再度、申請書の提出が必要ですか？

A 4 必要です。

なお、更新時に引き続き軽度者であることが予想される場合は、主治医意見書を記載する医師に、福祉用具が必要と認められるような状態であれば特記事項欄に福祉用具の必要性にかかる所見を記載するようあらかじめ依頼しても差し支えないものとします。

Q 5 地域包括支援センターから予防サービス計画作成を委託されている場合は包括と委託先のどちらが提出すればよいですか？

A 5 委託先事業所が提出してください。(委託先事業所がサービス担当者会議も実施することからこの取扱いとします。)

Q 6 支援事業所等に変更があった際には再度申請書の提出が必要ですか？

A 6 不要です。

利用者の状態に変わりがなく、単に支援事業所や担当ケアマネジャーが変更になった場合には、福祉用具貸与の必要性に変わりはないと想定されますので、申請書の再提出は不要です。

Q 7 認定更新時・区分変更時のほか、再度、申請書を提出する必要があるのは、どのような場合ですか？

A 7 貸与種目の変更又は追加など、市による確認が必要な貸与で、確認を受けていないものが対象になります。サイズの変更等、貸与種目に変更・追加がない場合は軽微な変更として扱いますので申請は不要とします。

Q 8 他市町村で基本調査の結果により算定できるケースについても届出が必要と指導されました。

A 8 軽度者福祉用具の例外給付に関する手続きは保険者市町村により異なるため、保険者市町村の取扱いを確認してください。(例えば、給付適正化事業の一環として、軽度者に該当する場合は利用開始時にケアプランを全て確認している等の事情が考えられます。)

### 【関連通知】

「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（H12.3.1 老企36）

「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（H18.3.17 老計発0317001・老振発0317001・老老発0317001）

別 表

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	車いすおよび車いす付属品 ※(1) (2)のいずれか	(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	(ケアマネジメントを通じ指定介護予防支援事業者・指定居宅介護支援事業者が判断)
イ	特殊寝台および特殊寝台付属品 ※(1) (2)のいずれか	(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器	次の①②いずれにも該当する者 ①意志の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある。 ②移動において全介助を必要としない者	①基本調査 3-1 : 意思の伝達 「1. 調査対象者が意志を他者に伝達できる」 以外 又は 3-2～3-7 : 記憶・理解のいずれかが 「2. できない」 又は 3-8～4-15 : 問題行動のいずれかが 「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）※(1)～(3)のいずれか	(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」 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	(ケアマネジメントを通じ指定介護予防支援事業者・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①②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移乗が全介助を必要とする者	①基本調査 2-6 : 排便 「4. 全介助」 ②基本調査 2-1 : 移乗 「4. 全介助」

(提出先) 土 浦 市 長

事業所名： 印

担当者氏名：

**介護度軽度者に対する福祉用具貸与費・介護予防福祉用具貸与費給付申請書**

「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について 第二-9-(2)-①-ウ」及び「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について 第二-10-(2)-①-ウ」の規定に基づき、下記の者の関係書類を添付して申請します。

被保険者氏名	被保険者番号																		
介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1・2・3																		
有効期間	年 月 日 ~									年 月 日									
貸与を希望する福祉用具	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <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 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置（交換可能部品を除く）																		

- 注 意： 1. 申請にあたり下記の書類を添付してください。 ※（）内は予防給付の場合。
- (1) ケアプラン1表及び2表（介護予防サービス支援計画書）
  - (2) ケアプラン4表（サービス担当者会議に関する記録）
  - (3) 医師の所見が確認できる文書【支援経過記録, 所見書（様式2）, 診断書, 主治医意見書等】
2. 提出いただいた書類は返却いたしません。

様式 2

福祉用具貸与に関する医師の所見書

① 介護支援専門員記載欄

作成日 令和 年 月 日

利用者	被保険者番号		性別	男 ・ 女	
	氏 名				
	住 所				
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年 月 日	年齢	歳
	要介護度	要支援 1 ・ 要支援 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3			
利用者が貸与を希望する福祉用具の種類		<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品( ) <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品( ) <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"/> 自動排泄処理装置(交換可能部品を除く)			
事業所名		介護支援専門員	氏 名		

② 主治医記載欄

作成日 令和 年 月 日

主治医	病院名				
	氏名				
利用者の疾病					
上記の貸与が必要か否かの判断 (どちらかに○をつけてください)		必要 ・ 不必要			
該 当 事 項 に ○ を 付 け て 下 さい。	必 要 と 判 断 し た 場 合	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、福祉用具を必要とする状態に該当する者。		
		II	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに福祉用具を必要とする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病状の重篤化の回避等医学的判断から福祉用具を必要とする状態に該当すると判断できる者。		

③ 主治医 又は 介護支援専門員記載欄 (記載者は□にチェックして下さい。)

具体的な身体状況	
----------	--



令和 年 月 日

土浦市長

軽度者に対する福祉用具取扱いの決定について

令和 年 月 日付届出がありました，軽度者の福祉用具貸与の算定可否について，下記のとおり決定しましたので，ご通知いたします。

被保険者番号	
住 所	
氏 名	
介 護 度	
認 定 期 間	
福祉用具品目	
算 定 の 可 否	
理由	