

軽度者に対する福祉用具貸与 例外給付の取扱い

墨田区福祉保健部介護保険課
給付・事業者担当

軽度者に対する福祉用具貸与について

要支援1・2及び要介護1の方の福祉用具貸与については、その状態像から見て使用が想定しにくい「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器」及び「移動用リフト(つり具の部分を除く。)」は、原則として貸与ができません。

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。)」は要支援1・2及び要介護1の方に加え、要介護2・3の方も原則として貸与ができません。

しかしながら、様々な疾患等によって厚生労働省の示した状態像に該当する方については、例外的に貸与が可能な場合があります。

<例外給付の判断基準>

1. 認定調査表の基本調査の直近の結果を確認する

認定調査票の基本調査の結果が2ページの表の厚生労働大臣が定める者のイに該当する場合、給付が可能です。

2. 医師の医学的所見に基づき判断する

1の項目に当てはまらない場合、次の i) から iii) まで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が特に必要である旨が判断されている場合、給付が可能です。

<福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像(i、ii、iii)>

- | | |
|------|--|
| 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
(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、短期間のうちに告示で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
(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重篤化の回避等医学的見地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
(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) |

要介護認定データ(認定調査票)に基づいて例外給付の対象を判断する場合

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	基本調査1-7 「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認められる者	— (※)
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	基本調査1-4 「3. できない」
	(二) 日常的に寝返りが困難な者	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	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。
	(二) 移動において全介助を必要としない者	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	基本調査1-8 「3. 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 「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	— (※)
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	基本調査2-6 「4. 全介助」
	(二) 移乗が全介助を必要とする者	基本調査2-1 「4. 全介助」

※車いす[移動の支援が特に認められる者]及び移動用リフト(段差解消機のみ)[段差の解消が必要と認められる者]については、調査項目の基準がないため、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、ケアマネジャーが必要と判断した場合は貸与が可能です。

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る

墨田区の確認方法について(5ページのフロー・チャートも参考にしてください)

1. 被保険者の状態の確認

認定調査票等を参考とし、被保険者の状態が「厚生労働大臣が定める者のイ」(2ページ)又は「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像(i、ii、iii)」(1ページ)に該当する可能性があるかどうか確認をします。

※介護保険被保険者証の「認定審査会の意見及びサービスの種類の指定」の欄に、軽度者に係る福祉用具貸与についての意見付与があれば、給付が可能です。(可否確認書及び報告書の提出も不要です。)

2. 「厚生労働大臣が定める者のイ」(2ページ)に対応する基本調査の結果に該当する場合

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その要否を判断し、福祉用具を貸与することが被保険者にとって必要であると判断した場合、給付が可能です。

※車いす[移動の支援が特に認められる者]及び移動用リフト(段差解消機のみ)[段差の解消が必要と認められる者]については、調査項目の基準がないため、主治の医師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適切なケアマネジメントにより指定居宅介護支援事業者が必要と判断した場合は給付が可能です。

必要な書類

(1) 福祉用具貸与の可否確認書

記入例 P7

可否確認書をご記入の上、介護支援専門員(ケアマネジャー)から福祉用具の貸与業者にご提出ください。
墨田区への提出は不要です。

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)(1ページ)に該当する場合

「厚生労働大臣が定める者のイ」の項目に該当しない場合、下記の(1)と(2)の要件を満たし、これらについて墨田区に確認を受けた場合に給付対象となります。

- (1) i から 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。
- (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旨が判断されている。

必要な書類

(1) 軽度者に係る福祉用具貸与報告書

(2) サービス担当者会議の要点(第4表)

記入例 P8,9

場合により必要な書類

居宅サービス計画書、診断書、主治医意見書等

報告書をご記入の上、その他必要書類と併せて介護支援専門員(ケアマネジャー)から墨田区にご提出ください。

報告書提出の際の注意点

- ・ 提出書類には、貸与の必要性について主治医の医学的所見に基づく具体的な理由が記載してある必要があります。
- ・ 医師の意見の確認方法が主治医意見書又は診断書の場合は、主治医意見書又は診断書も併せてご提出ください。(コピーでも構いません。)なお、主治医意見書又は診断書で所見を得たものの、疾病名を含む医学的な所見、該当する状態(寝返りができない、医学的に禁止されている等)が明記されていない場合は、別途、聴取をして記録してください。
- ・ 医師の意見の確認方法が聴取の場合は①聴取日時、②聴取方法(電話、面接等)、③主治医の氏名、④病院名、⑤聴取内容の5項目をサービス担当者会議の要点等の書面に記載し、ご提出ください。
- ・ 原則として、急を要する貸与以外は事前に区の確認を受けてください。
- ・ 必要に応じて随時、サービス担当者会議を開催し、継続して福祉用具貸与を受ける必要性について検討するようにしてください。
- ・ 認定の更新又は区分変更時には、必ずサービス担当者会議を開催し、継続して福祉用具貸与を受ける必要性について検討の上、引き続き要件に該当する場合は、再度報告書を提出してください。

医師の医学的所見の聴取のポイント

下記の3項目について医師の明確な判断を得ることが必要です。

- ① 疾病名を含む医学的な所見
- ② 該当する状態(例 起き上がり、寝返りが困難等)
- ③ i)～iii)のどの状態像に該当するか

なお、記録にあたっては、下記の参考例のように具体的な記載をお願いいたします。

(参考例)

< i) 状態変動の例 >

平成〇〇年〇〇月〇〇日 □□病院 △△医師に電話で所見を伺う

< △△医師の所見 >

変形性腰椎症のため、時間帯により痛みが激しく、ベッドからの起き上がりが困難。状態が変動しやすく、頻繁に起き上がりが困難な状態になるため、i)の状態像に該当する者と判断できる。

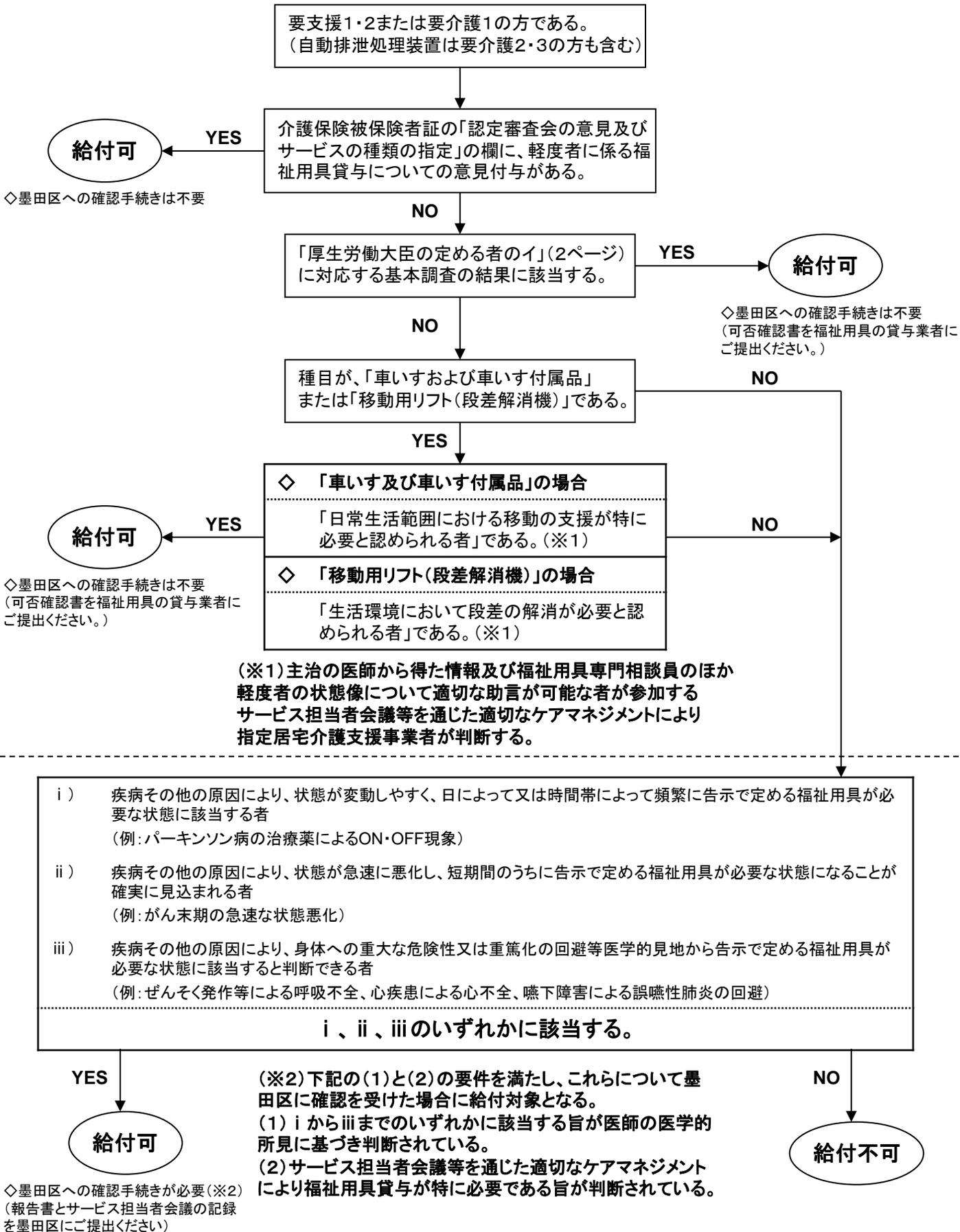
< ii) 急速悪化の例 >

肺がん末期で臥位状態では呼吸困難となり、ギャッチアップ機能による呼吸コントロールが不可欠。今後も短期間で状態悪化が確実に見込まれるため、ii)の状態像に該当すると判断できる者であることを平成〇〇年〇〇月〇〇日 □□病院 △△医師に面接で確認した。

< iii) 医師禁忌の例 >

高血圧による心不全の可能性が高いため、急激な動きをとらないようにし、心不全発作の危険性を回避したい。医学的判断から自力でのベッドからの起き上がりをすべきではなくiii)の状態像に該当すると判断できる者である、と医師の意見を聴取した。(平成〇〇年〇〇月〇〇日 □□病院 △△医師に電話で確認)

軽度者に対する福祉用具貸与に関する判断手順(フロー・チャート)



報告書等記入例

【記入例】福祉用具貸与の可否確認書

福祉用具貸与の可否確認書

記入例

平成〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者氏名	墨田 花子	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
住 所	墨田区吾妻橋1-23-20											
要介護状態区分	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3 (自動排泄処理装置のみ)											
認定有効期間	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ~ 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日											

福祉用具貸与の可否		認定調査結果の確認
車いす	可	<input type="radio"/> 日常的に歩行が困難な者（基本調査1-7歩行が「できない」） <input type="radio"/> 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
ベッド		<input type="radio"/> 日常的に起きあがり困難な者（基本調査1-4起き上がりが「できない」） <input type="radio"/> 日常的に寝返りが困難な者（基本調査1-3寝返りが「できない」）
床ずれ防止用具 体位変換器		<input type="radio"/> 日常的に寝返りが困難な者（基本調査1-3寝返りが「できない」）
徘徊感知器		<input type="radio"/> 次のいずれにも該当する者 <input type="radio"/> 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意思の伝達が「できる」以外又は3-2~3-7のいずれかが「できない」 又は3-8~4-15のいずれかが「ない」以外） <input type="radio"/> 移動において全介助を必要としない者（基本調査2-2移動が「全介助」以外）
移動用リフト (つり具の部分を除く)		<input type="radio"/> 日常的に立ち上がりが困難な者（基本調査1-8立ち上がりが「できない」） <input type="radio"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 （基本調査2-1移乗が「一部介助」又は「全介助」） <input type="radio"/> 生活環境において段差の解消が必要と認められる者（段差解消機のみ）
自動排泄処理装置 (尿のみを自動吸引する 機能のものを除く)		<input type="radio"/> 次のいずれにも該当する者 <input type="radio"/> 排便において全介助を必要とする者（基本調査2-6排便が「全介助」） <input type="radio"/> 移乗において全介助を必要とする者（基本調査2-1移乗が「全介助」）

サービス担当者会議（平成〇〇年〇〇月〇〇日開催）での確認事項 等

ご利用者様(〇〇歳)は、平成〇〇年に両膝変形性膝関節症の診断を受け、平成〇〇年に骨粗しょう症、平成〇〇年に多発性脳梗塞を発症、病状は軽度であったが、膝痛があり、歩行時に「膝折れ」があることから、室内での「伝い歩き」でも転倒があり、歩行の「不安」が強い状態にある。

以上の状態から日中も横になって過ごすことが多く、両下肢の筋力低下が顕著であることから

- 1 外出の機会は週2回以上確保することが必要であること（閉じこもり予防、健康管理）
- 2 外出時の安全の確保には車椅子の利用が不可欠であること（安全な生活空間の拡大）

以上の2点が確認された。

居宅介護支援事業所名	〇〇高齢者支援総合センター
担当ケアマネジャー名	墨田 太郎
連絡先電話番号	〇〇-△△△△-□□□□

【記入例】軽度者に係る福祉用具貸与報告書

記入例

平成〇〇年〇〇月〇〇日

墨田区長 あて

居宅介護支援事業所名 _____
担当ケアマネジャー氏名 _____
地域包括支援センター名 〇〇高齢者支援総合センター
担当者氏名 墨田 太郎
委託先居宅介護事業所名・担当ケアマネジャー氏名
〇〇居宅介護支援事業所 ・ 吾妻 一郎
連絡先電話番号 〇〇-△△△△-□□□□

下記のとおり軽度者に係る福祉用具貸与を行うことを報告します。

記

1 対象被保険者

氏名 押上 春子
被保険者番号 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1
要介護度 要支援 1 2 要介護 ① 2 3 4 5
認定有効期間 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ~ 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
貸与品目 特殊寝台、特殊寝台付属品
貸与期間 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ~ 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

2 福祉用具貸与が必要な理由

①状態変動 ②急速悪化 ③医師禁忌

3 医師の意見の確認方法

①主治医意見書 ②診断書 ③聴取した医師の所見

4 サービス担当者会議開催年月日

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

※ サービス担当者会議の記録（第4表またはE表（別紙））を添付してください。

※ 診断書等がある場合は、添付してください。

※ 介護予防プランを委託している場合は、委託先の居宅介護支援事業所名もご記入ください。

サービス担当者会議の要点

作成年月日 〇〇年〇〇月〇〇日

利用者名 押上 春子 殿

居宅サービス計画作成者(担当者)氏名 吾妻 一郎

開催日 〇〇年〇〇月〇〇日

開催場所 利用者宅

開催時間 11:00~12:00

開催回数

5回目

所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
ご本人	押上 春子様	株式会社〇〇(福祉用具専門相談員)	両国 次郎様	〇〇居宅介護支援事業所(介護支援専門員)	吾妻 一郎
ご家族(長女)	押上 夏子様	〇〇病院(主治医)	向島 三郎様(欠席)		

検討した項目

- ◇特殊寝台、特殊寝台付属品の必要性について
- ◇本人の病状や日常生活動作の確認。
- ◇本人や家族の意向の確認と今後のケア方針について

主治医の氏名、病院名、医学的所見の記載は必須です。

検討内容

- ◇聴取した医師の所見
 - 〇月〇日 〇〇病院・向島三郎医師に電話にて所見を伺う
 - 向島医師の所見…変形性腰椎症のため、時間帯により痛みが激しく、ベッドからの起き上がりが困難。状態が変動しやすく、頻繁に起き上がりが困難な状態になるため、特殊寝台の利用は、自立動作が行える為に有効である。
- ◇参加者の見解
 - 利用者は日によって状態の変動が著しく、状態の悪いときは自力での起き上がり立ち上がりが困難で、介助が必要。

結論

医師の医学的な所見に基づき、状態が悪いときには起き上がりが困難であることから、例外給付に該当する要件i)に該当すると判断する。特殊寝台、特殊寝台付属品を導入することで全員の意見が一致した。区に申請し、許可が下り次第、特殊寝台、特殊寝台付属品のレンタルを開始する。

医師から得た医学的所見は、単に「〇〇(福祉用具)が必要」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

残された課題

(次の開催時期) 更新時期あるいはADLの変化のある時

今後、疾病が重篤化したときの対応および家族・医師・事業者との連携。

「軽度者に対する福祉用具貸与 例外給付の取扱い」

平成30年4月

お問い合わせ先

- 墨田区役所介護保険課給付・事業者担当
(郵便番号) 130-8640
(住所) 東京都墨田区吾妻橋1-23-20
(電話) 03-5608-6149
(FAX) 03-5608-6938