

軽度者に対する福祉用具貸与の 例外給付の取り扱いについて

令和6年7月～

釜 石 市

1. 軽度者に対する福祉用具貸与例外給付

軽度者と認定された者は、その状態像から見て使用が想定しにくいため、【表1】の福祉用具は原則として算定することができません。

【表1】

種 目	軽度者
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・移動用リフト(つり具部分を除く)	要支援1・2 要介護1
自動排泄処理装置	要支援1・2 要介護1～3

しかしながら、厚生労働大臣が定める告示に該当する対象者【表2】については、例外的に算定が可能です。ただし、あくまで例外的措置であるという原則をもとに、利用者の状態像及び福祉用具貸与の必要性を慎重に精査する必要があります。

【表2】

対象外種目	厚生労働大臣が定める告示に該当する対象者	対象者に該当する基本調査の結果
1 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)日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	1-7「3. できない」 (該当する基本調査結果なし)
2 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)日常的に起きあがりが困難な者 (二)日常的に寝返りが困難な者	1-4「3. できない」 1-3「3. できない」
3 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」
4 認知症老人徘徊感知機器	次のいずれにも該当する者 (一)意見の伝達、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	3-1「1. 調査対象者が意見を他者に伝達できる」以外 又は 3-2～3-7のいずれか「2. できない」 又は 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 2-2「4. 全介助」以外
5 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困難な者 (二)移乗が一部介助また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	1-8「3. できない」 2-1「3. 一部介助」又は「4. 全介助」 (該当する基本調査結果なし)
6 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 (二)移乗が全介助を必要とする者	2-6「4. 全介助」 2-1「4. 全介助」

軽度者に対する福祉用具貸与の判断基準は、次ページ以降をご確認ください。

2. 軽度者に対する福祉用具貸与の判断基準

次の例外給付 1～3 のいずれかに該当する場合は、福祉用具貸与の算定が可能です。

例外給付 1：認定調査結果で確認

例外給付 2：指定居宅介護支援事業者または指定介護予防支援事業者が判断

例外給付 3：市が確認

例外給付 1：認定調査結果の確認

直近の認定調査の結果により、「厚生労働大臣が定める告示に該当する対象者」に該当するか確認します。直近の基本調査結果が【表 3】に該当する場合は給付可能です。この場合は、市への申請手続きは不要です。

【表 3】

対象種目	直近の基本調査結果
1 車いす 車いす付属品	1-7 歩行「できない」
2 特殊寝台 特殊寝台付属品	①、②のいずれかに該当 ①1-4 起き上がり「できない」 ②1-3 寝返り「できない」
3 床ずれ防止用具 体位変換器	1-3 寝返り「できない」
4 認知症老人徘徊 感知器	①、②の両方に該当 ①3-1 「調査対象者が意見を他社に伝達できる」以外 または、 3-2～3-7 のいずれか「できない」 または、 3-8～4-15 のいずれか「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 ②2-2 移動「全介助」以外
5 移動用リフト（つり 具部分を除く）	①、②のいずれかに該当 ①1-8 立ち上がり「できない」 ②2-1 移乗「一部介助」又は「全介助」
6 自動排泄処理装置	①、②の両方に該当 ①2-6 排便「全解除」 ②2-1 移乗「全解除」

例外給付2：指定居宅介護支援事業者または指定介護予防支援事業者が判断

次の【表4】の項目は、「厚生労働大臣が定める告示に該当する対象者」かどうか、基本調査結果では確認できません。そのため、主治医から得た情報、福祉用具専門相談員のほか利用者の状態像について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により、指定居宅介護支援事業者または指定介護予防支援事業者が【表4】の状態に該当するか判断してください。なお、この場合も、市への申請手続きは不要です。

【表4】

対象種目	厚生労働大臣が定める告示に該当する対象者
1 車いす 車いす付属品	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
5 移動用リフト(つり具 部分を除く)	生活環境において段差の解消が必要と認められる者

《注意点》

- 判断根拠となる記録をケアプランに記載し保管してください。
- 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、再度担当者会議等を実施する等、随時必要な理由の見直しを行ってください。
- 「助言が可能な者」とは、対象者が利用している事業所の訪問介護員、通院している医療機関の理学療法士等、日常生活の状態像を客観的に判断できる者が想定されますが、必ずしも有資格者である必要はありません。

例外給付3：市が確認

例外1、例外2で該当しない場合でも、【表5】の状態像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、福祉用具の利用が必要と思われる者については、福祉用具の貸与が可能となります。この場合は、市へ書類を提出し、市が確認のうえ可否を判断します。

◆確認方法・手順◆

①状態像の確認

利用者の状態像の確認及びアセスメントの実施により、【表5】の状態像に該当するか確認し、福祉用具貸与の適否について判断する。

②医学的所見の確認（医師への確認）

主治医意見書、医師の診断書、医学的所見の確認書類、医師からの聞き取り等により、【表5】の内容が明確にされているか確認する。

※【表5】の状態像の例のように、どの状態像に該当するのか、またその判断に至つ

た具体的な状態像の確認が必要となります。病名のみや福祉用具貸与が必要という記載ではなく、状態像の例のような具体的な記載をお願いします。

③サービス担当者会議の開催

医師の医学的所見に基づいてサービス担当者会議を開催し、福祉用具の必要性等について検討する。

※福祉用具貸与が必要であると判断した具体的な根拠を、サービス担当者会議の要点に記載してください。

④市へ書類を提出

①～③により福祉用具が必要と判断した場合、次の書類を釜石市高齢介護福祉課へ提出する。

提出 書類	(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 (2) サービス担当者会議の記録（写） (3) ケアプラン1表・2表（予防ケアプラン）（写） (4) 医学的な所見の確認書類（写）…聞き取りによる確認以外の場合
----------	--

⑤市が確認結果を通知する。

【表5】

状態像	状態像の例
(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にとって、頻繁に【表6】に該当する場合	・パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象が頻繁におき、臥位からの起き上がりが出来ない。 ・重度の関節リウマチによる間接のこわばりが朝方に強くなり激痛があるため、起き上がりが困難である。
(ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに頻繁に【表6】に該当することが確実に見込まれる者	・末期がんにより急速に状態が悪化し、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。
(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6】に該当すると判断できる者	・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、心不全発作の危険性を回避する必要がある。 ・重度の喘息発作で、特殊寝台の利用により一定の角度に状態を起こすことで、呼吸不全の危険性を回避する必要がある。 ・重度の逆流性食道炎で、特殊寝台の利用により一定の角度に状態を起こすことで誤嚥性肺炎の危険性を回避する必要がある。 ・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、床ずれの発生リスクが高い。

【表6】「厚生労働省が定める基準」

対象種目	利用者の状態像
1 車いす 車いす付属品	①、②のいずれかに該当 ①日常的に歩行が困難な者 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
2 特殊寝台 特殊寝台付属品	①、②のいずれかに該当 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
3 床ずれ防止用具 体位変換器	日常的に寝返りが困難な者
4 認知症老人徘徊感知器	①、②の両方に該当 ①意見の伝達、介護者への反応、記憶、理解のいずれかに支障がある者 ②移動において全解除を必要としない者
5 移動用リフト(つり具 部分を除く)	①～③のいずれかに該当 ①日常的に立ち上がり困難な者 ②移乗が一部介助または全解除を必要とする者 ③生活環境において段差の解消が必要と認められる者
6 自動排泄処理装置	①、②の両方に該当 ①排便が全解除を必要とする者 ②移乗が全解除を必要とする者

◆例外3 の開始日及び期間◆

例外給付の開始日は、原則、釜石市が書類を受理した日の属する月の初日（4/20 受理日 ⇒ 4/1 開始日）とし、有効期間は認定有効期間とします。（利用開始日が月の初日より後の日付の場合は、利用開始日を開始日とします。）

ただし、新規申請者、更新申請者及び区分変更申請者等で、認定日より前に福祉用具貸与の利用が必要な場合においては、認定日から1ヶ月以内の確認申請であれば、利用開始日まで遡っての例外給付を認めます。

例① 利用開始日 4/10	市・書類受理日 4/30	⇒ 給付可能 4/10～
例② 利用開始日 4/10	市・書類受理日 5/1	⇒ 給付可能 5/1～
例③ 利用開始日（認定申請日）4/10	認定日 5/15	市・書類受理日 6/10
※認定日から1ヶ月以内の申請であるため遡及 ⇒ 給付可能 4/10～		

3. 申請様式について

令和6年7月以降、確認届出書を次の様式に改めますので、ご協力をお願いします。
※当面の間、今までの様式での届出書も使用できます。

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認届出書																																											
釜石市長宛		令和6年 6月 25日																																									
関係書類を添えて、福祉用具貸与の例外給付に係る確認届出書を提出します。																																											
■申出者																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">居宅介護(介護予防)支援事業所名</td> <td colspan="3" style="text-align: center; color: red;">かまいし居宅介護支援事業所</td> </tr> <tr> <td>計画作成担当者</td> <td style="text-align: center;">釜石 鉄太郎</td> <td style="text-align: center;">電話番号</td> <td style="text-align: center;">〇〇-〇〇〇〇</td> </tr> <tr> <td>添付書類(写)</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/>サービス担当者会議の記録 <input type="checkbox"/>ケアプラン1表・2表または介護予防プラン <input type="checkbox"/>医学的な所見の確認書類 </td> </tr> </table>				居宅介護(介護予防)支援事業所名	かまいし居宅介護支援事業所			計画作成担当者	釜石 鉄太郎	電話番号	〇〇-〇〇〇〇	添付書類(写)	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議の記録 <input type="checkbox"/> ケアプラン1表・2表または介護予防プラン <input type="checkbox"/> 医学的な所見の確認書類																														
居宅介護(介護予防)支援事業所名	かまいし居宅介護支援事業所																																										
計画作成担当者	釜石 鉄太郎	電話番号	〇〇-〇〇〇〇																																								
添付書類(写)	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議の記録 <input type="checkbox"/> ケアプラン1表・2表または介護予防プラン <input type="checkbox"/> 医学的な所見の確認書類																																										
■被保険者																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">氏名</td> <td style="width: 30%;">浜 百合子</td> <td style="width: 25%;">被保険者番号</td> <td style="width: 20%;">〇〇〇〇</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>釜石市大渡町〇-〇-〇</td> <td>生年月日</td> <td>昭和10年 10月 10日</td> </tr> <tr> <td>要介護度</td> <td>介護1</td> <td>認定有効期間</td> <td>令和6年 7月 1日～ 令和7年 7月 31日</td> </tr> </table>				氏名	浜 百合子	被保険者番号	〇〇〇〇	住所	釜石市大渡町〇-〇-〇	生年月日	昭和10年 10月 10日	要介護度	介護1	認定有効期間	令和6年 7月 1日～ 令和7年 7月 31日																												
氏名	浜 百合子	被保険者番号	〇〇〇〇																																								
住所	釜石市大渡町〇-〇-〇	生年月日	昭和10年 10月 10日																																								
要介護度	介護1	認定有効期間	令和6年 7月 1日～ 令和7年 7月 31日																																								
■貸与を必要とする福祉用具																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">福祉用具種目</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/>車いす</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/>車いす付属品</td> <td style="width: 25%;"><input checked="" type="checkbox"/>特殊寝台</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/>特殊寝台付属品</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/>床ずれ防止用具</td> </tr> <tr> <td>口体位変換器</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/>認知症老人徘徊感知機器</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/>移動用リフト</td> <td><input type="checkbox"/>自動排泄処理装置</td> </tr> <tr> <td>利用開始日</td> <td colspan="5" style="text-align: center;">令和6年 7月 1日～ (予定)</td> </tr> <tr> <td>福祉用具事業所名</td> <td colspan="5" style="text-align: center;">おおわたり福祉用品センター</td> </tr> </table>				福祉用具種目	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 車いす付属品	<input checked="" 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	口体位変換器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 移動用リフト	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	利用開始日	令和6年 7月 1日～ (予定)					福祉用具事業所名	おおわたり福祉用品センター																				
福祉用具種目	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 車いす付属品	<input checked="" 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																																						
口体位変換器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 移動用リフト	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置																																						
利用開始日	令和6年 7月 1日～ (予定)																																										
福祉用具事業所名	おおわたり福祉用品センター																																										
■医師の医学的な所見等																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">医療機関名</td> <td colspan="3" style="text-align: center; color: red;">三陸在宅クリニック</td> <td style="width: 25%;">医師名</td> <td style="width: 25%;">五葉 つづじ</td> </tr> <tr> <td>所見確認方法と確認日</td> <td colspan="5"> <input type="checkbox"/>主治医意見書 <input type="checkbox"/>医師の診断書(主治医連絡票を含む) <input checked="" type="checkbox"/>医師からの聴き取りによる確認 <small>【確認日 令和6年 6月 20日】 ※文書での確認の場合は主治医意見書等の記入日</small> </td> </tr> <tr> <td rowspan="3">利用者の状態像 ※該当するものに○</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td colspan="4">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によって頻繁に「厚生労働大臣が定める基準」に該当する者</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td colspan="4">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「厚生労働大臣が定める基準」に該当することが確実に見込まれる者</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td colspan="4">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「厚生労働大臣が定める基準」に該当すると判断できる者</td> </tr> <tr> <td>疾病名</td> <td colspan="5" style="text-align: center;">パーキンソン病</td> </tr> <tr> <td>医師の所見</td> <td colspan="5" style="text-align: center;">パーキンソン病の治療薬によるON-OFF現象が頻繁におき、臥位からの起き上がりが困難である。</td> </tr> </table>				医療機関名	三陸在宅クリニック			医師名	五葉 つづじ	所見確認方法と確認日	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書(主治医連絡票を含む) <input checked="" type="checkbox"/> 医師からの聴き取りによる確認 <small>【確認日 令和6年 6月 20日】 ※文書での確認の場合は主治医意見書等の記入日</small>					利用者の状態像 ※該当するものに○	<input checked="" type="radio"/>	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によって頻繁に「厚生労働大臣が定める基準」に該当する者				<input type="radio"/>	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「厚生労働大臣が定める基準」に該当することが確実に見込まれる者				<input type="radio"/>	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「厚生労働大臣が定める基準」に該当すると判断できる者				疾病名	パーキンソン病					医師の所見	パーキンソン病の治療薬によるON-OFF現象が頻繁におき、臥位からの起き上がりが困難である。				
医療機関名	三陸在宅クリニック			医師名	五葉 つづじ																																						
所見確認方法と確認日	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書(主治医連絡票を含む) <input checked="" type="checkbox"/> 医師からの聴き取りによる確認 <small>【確認日 令和6年 6月 20日】 ※文書での確認の場合は主治医意見書等の記入日</small>																																										
利用者の状態像 ※該当するものに○	<input checked="" type="radio"/>	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によって頻繁に「厚生労働大臣が定める基準」に該当する者																																									
	<input type="radio"/>	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「厚生労働大臣が定める基準」に該当することが確実に見込まれる者																																									
	<input type="radio"/>	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「厚生労働大臣が定める基準」に該当すると判断できる者																																									
疾病名	パーキンソン病																																										
医師の所見	パーキンソン病の治療薬によるON-OFF現象が頻繁におき、臥位からの起き上がりが困難である。																																										
■サービス担当者会議を通じたケアマネジメント結果																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">サービス担当者会議</td> <td style="width: 25%;">開催日</td> <td colspan="3" style="text-align: center; color: red;">令和6年 6月 22日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>福祉用具が必要と判断した理由</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>				サービス担当者会議	開催日	令和6年 6月 22日				福祉用具が必要と判断した理由																																	
サービス担当者会議	開催日	令和6年 6月 22日																																									
	福祉用具が必要と判断した理由																																										
■市による確認欄 ■ (この欄は記入しないでください。)																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">確認日</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">年 月 日</td> <td style="width: 25%;">確認印</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; background-color: #e0f0e0;">結 果</td> <td style="text-align: center;">可</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">有効期間 年 月 日～ 年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">不可</td> <td colspan="3">(理由)</td> </tr> </table>				確認日	年 月 日			確認印	結 果	可	有効期間 年 月 日～ 年 月 日			不可	(理由)																												
確認日	年 月 日			確認印																																							
結 果	可	有効期間 年 月 日～ 年 月 日																																									
	不可	(理由)																																									

■ お問合せ先 ■

釜石市 保健福祉部 高齢介護福祉課 高齢介護係

〒026-0025 釜石市大渡町3丁目15番26号

電話 0193-22-0178 FAX0193-22-6375