軽度者に対する福祉用具貸与の取扱い

令和３年　４月　１日　版

福祉用具貸与は、その特性と利用者の心身の状況を踏まえた必要性の十分な検討を経ることなく選定された場合、利用者の自立支援が大きく阻害されるおそれがありますので、居宅サービス計画作成後、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うける必要性について検証するようにしてください。

茂原市　高齢者支援課

令和３年４月現在での取扱いであり今後変更もありえます。

目　次

1　　・・・　軽度者に対する福祉用具貸与　フロー図

2－1　・・・　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

2－2　・・・　介護認定調査票

3－1　・・・　要介護認定データ（認定調査票）に基づく判断方法では例外給付の対象と判断されないものの、医師の医学的な所見によって福祉用具貸与が必要とされた場合

3－2　・・・　医師の医学的な所見によって福祉用具貸与が必要となる主な事例内容（概略）

3－3　・・・　軽度者に係る福祉用具貸与費算定の判断理由書

○　要支援①②、要介護①の者

その状態像から見て使用が想定しにくい「車いす」「特殊寝台」「床ずれ防止用具」「体位変換器」「認知症老人徘徊感知機器」「移動用リフト」は、原則として算定できません。

○　要支援者、要介護①～③の者

その状態像から見て使用が想定しにくい「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、原則として算定できません。

一定の条件に該当する者

身体等の状況が要介護②、又は要介護③以上と想定される者

区分変更申請

認定調査票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を用いてその要否を判断します。基本調査の結果が該当すれば算定可能です。

＜2-1 ページ・2-2 ページ参照＞

認定調査票の基本調査の結果のうち

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」（車いす）

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」（移動用リフト）

については、

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って、指定介護予防支援事業者又は指定居宅介護支援事業者が福祉用具貸与の必要性を判断することができます。

判断した根拠書類は事業所で保管し、**茂原市から提出依頼があったときに提出**してください。

※　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）についても同様

上記の一定の条件に該当しなかった

保険給付の対象外となります。

利用者の希望を踏まえつつ、幅広い観点から代替的な措置について助言するよう努めてください。

利用者が自ら費用を支払うことにより福祉用具の貸与を受ける場合や購入する場合は、不当な価格により購入や貸与を受けることのないよう配慮するようにしてください。

医師の医学的な所見がある場合

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、頻繁に福祉用具が必要な状態になる者（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、短期間のうちに福祉用具が必要な状態に至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福祉用具が必要な状態と判断できる者（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）

＜3-1 ページ・3-2 ページ参照＞

医師の医学的な所見で判断され、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と判断される場合は、市町村が書面で確認することによりその要否を判断することになります。

原則として貸与開始前に判断理由書を提出してください。

＜3-3 ページ参照＞

医師の医学的な所見は、主治医意見書のほか、診断書、担当の介護支援専門員が聴取した居宅サービス計画に記載する医師の所見でも差し支えありません。

茂原市に判断理由書の提出をすると、市で適正な貸与であるか確認後、確認書が送付されます。

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 ※軽度者であっても給付の対象となる状態像	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	次のいずれかの該当するもの （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	 基本調査 1－7 「3．できない」 なし
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もの （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	 基本調査 1－4 「3．できない」 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 感知機器	次のいずれにも該当するもの （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	 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～基本調査 3－7 のいずれか 「2．できない」 又は 基本調査 3－8～基本調査 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。 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もの （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	 基本調査 1－8 「3．できない」 基本調査 2－1 「3．一部介助」又は「4．全介助」 なし
カ　自動排泄処理装置	次のいずれにも該当するもの （一）　排便において全介助を必要とする者 （二）　移乗において全介助を必要とする者	 基本調査 2－6 「4．全介助」 基本調査 2－1 「4．全介助」

概況調査 **介護認定調査票（特記事項）**

＊文字の記入は見本を見て枠内に丁寧に記入して下さい。 ＊文字 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 あ ぁ ある

5 1

保険者番号		被保険者番号		認定申請日	平成 年 月 日	申請種別		取下区分		被保険者区分	
調査対象者	氏名	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日	年齢	才	性別	男 女	主キー用補助項目			

記入は鉛筆で行なってください。調査は、調査対象者が通常の状態（調査可能な状態）であるときに実施して下さい。本人が風邪をひいて高熱を出している等、通常の状態でない場合は再調査を行って下さい。

前認定結果	平成 年 月 日 ～ 年 月 日	介護支援事業者	番号
調査実施者	実施日 平成 年 月 日 「年」「月」「日」が一桁の場合は、先頭に「0」を記入してください。	調査員	番号

被保険者の状況 居宅の場合該当するものに右づめで記入して下さい。 現在のサービス ☐予防給付 ☐介護給付 ☐なし

認定調査を行った月のサービス利用回数（回/月）（用具販売は品目数/半年）（用具貸与は品目数）（複数回答可）（夜間訪問・地域特定施設・地域介護福祉は介護給付のみの項目です。）

訪問介護	訪問入浴	訪問看護	訪問リハビリ	居宅療養管理指導	通所介護（デイサービス）	通所リハビリ（デイケア）	短期生活介護	短期療養介護	特定施設入居者生活介護	福祉用具貸与	福祉用具販売	夜間対応型訪問介護

認知症対応型通所介護	小規模多機能型居宅介護	認知症対応型共同生活介護	地域特定施設入居者	地域介護福祉入所者

住宅改修 ある ない

受けているサービスを記入した場合は、必ず値の合計を記入して下さい。（利用回数と品目数の合計） 受けているサービスの合計

施設利用の場合該当するものに記入 ☐老人福祉施設 ☐老人保健施設 ☐療養型医療施設 ☐認知症対応型共同生活介護 ☐特定施設入居者生活介護 ☐医療機関（療養） ☐医療機関（療養以外） ☐その他

☐ 市町村特別給付［ ］ ☐ 予防給付・介護給付以外の在宅サービス［ ］

施設（病院）連絡先

施設（病院）名称 〒 － 施設（病院）住所

電話 （ ） －

特記事項［調査対象者の主訴、家族状況、調査対象者の居住環境（外出が困難になるなど日常生活に支障となるような環境の有無）、日常的に使用する機器・器械の有無等］

調査実施場所：自宅・自宅外（ ）

基本調査 麻痺・可動域制限は「有」の場合は合計欄にチェックした数を記入。「無」の場合は「0」を記入。

第1群 身体機能・起居動作	1. 麻痺等（複数回答可）	左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・その他 合計			
	2. 拘縮の有無（複数回答可）	肩・股・膝・その他 合計			
	3. 寝返り	☐できる	☐つかまれば可	☐できない	
	4. 起き上がり	☐できる	☐つかまれば可	☐できない	
	5. 座位保持	☐できる	☐自分で支えれば可	☐支えが必要	☐できない
	6. 両足での立位	☐できる	☐支えが必要	☐できない	
	7. 歩行	☐できる	☐つかまれば可	☐できない	
	8. 立ち上がり	☐できる	☐つかまれば可	☐できない	
	9. 片足での立位	☐できる	☐支えが必要	☐できない	
	10. 洗身	☐介助されていない	☐一部介助	☐全介助	☐行っていない
	11. つめ切り	☐介助されていない	☐一部介助	☐全介助	
	12. 視力	☐普通	☐1m先が見える	☐目の前が見える	☐ほとんど見えず ☐判断不能
	13. 聴力	☐普通	☐やっと聞こえる	☐大声が聞こえる	☐ほとんど聞こえず ☐判断不能
第2群 生活機能	1. 移乗	☐介助されていない	☐見守り等	☐一部介助	☐全介助
	2. 移動	☐介助されていない	☐見守り等	☐一部介助	☐全介助
	3. えん下	☐できる	☐見守り等	☐できない	
	4. 食事摂取	☐介助されていない	☐見守り等	☐一部介助	☐全介助
	5. 排尿	☐介助されていない	☐見守り等	☐一部介助	☐全介助
	6. 排便	☐介助されていない	☐見守り等	☐一部介助	☐全介助
	7. 口腔清潔	介助されていない・一部介助・全介助	10. 上衣の着脱	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助	
	8. 洗顔	介助されていない・一部介助・全介助	11. ズボン等の着脱	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助	
	9. 整髪	介助されていない・一部介助・全介助			
	12. 外出頻度	☐週1回以上	☐月1回以上	☐月1回未満	

第3群 認知機能	1. 意思の伝達	☐できる	☐ときどきできる	☐ほとんど不可	☐できない
	2. 毎日の日課を理解	できる できない	6. 今の季節を理解	できる できない	
	3. 生年月日をいう	できる できない	7. 場所の理解	できる できない	
	4. 短期記憶	できる できない	8. 徘徊	ない 時々ある ある	
	5. 自分の名前をいう	できる できない	9. 外出して戻れない	ない 時々ある ある	
第4群 精神・行動障害	1. 被害的	ない 時々ある ある	9. 一人で出たがる	ない 時々ある ある	
	2. 作話	ない 時々ある ある	10. 収集癖	ない 時々ある ある	
	3. 感情が不安定	ない 時々ある ある	11. 物や衣類を壊す	ない 時々ある ある	
	4. 昼夜逆転	ない 時々ある ある	12. ひどい物忘れ	ない 時々ある ある	
	5. 同じ話をする	ない 時々ある ある	13. 独り言・独り笑い	ない 時々ある ある	
	6. 大声を出す	ない 時々ある ある	14. 自分勝手に行動する	ない 時々ある ある	
	7. 介護に抵抗	ない 時々ある ある	15. 話がまとまらない	ない 時々ある ある	
	8. 落ち着きなし	ない 時々ある ある			
第5群 生活適応	1. 薬の内服	介助されていない・一部介助・全介助	4. 集団への不適応	ない 時々ある ある	
	2. 金銭の管理	介助されていない・一部介助・全介助	5. 買い物	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助	
	3. 日常の意思決定	できる・特別除・困難・できない	6. 簡単な調理	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助	
特別な医療	1. 点滴の管理	ない ある	7. 気管切開の処置	ない ある	
	2. 中心静脈栄養	ない ある	8. 疼痛の看護	ない ある	
	3. 透析	ない ある	9. 経管栄養	ない ある	
	4. ストーマの処置	ない ある	10. モニター測定	ない ある	
	5. 酸素療法	ない ある	11. じょくそうの処置	ない ある	
	6. レスピレーター	ない ある	12. カテーテル	ない ある	

日常生活の自立度	1. 障害高齢者自立度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
	2. 認知症高齢者自立度	自立 Ⅰ Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb Ⅳ M

主治医意見書の使用 ☐あり ☐なし

1. 短期記憶	☐問題なし ☐問題あり	3. 伝達能力	☐伝えられる ☐いくらか困難 ☐具体的要求に限られる ☐伝えられない
2. 認知能力	☐自立 ☐いくらか困難 ☐見守りが必要 ☐判断できない	4. 食事行為	☐自立ないし何とか自分で食べられる ☐全面介助
5. 認知症高齢者の日常生活自立度	自立 Ⅰ Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb Ⅳ M		

機械処理しますので折らないで使用して下さい。

要介護認定データ（認定調査票）に基づく判断方法では例外給付の対象と判断されないものの、医師の医学的な所見によって福祉用具貸与が必要とされた場合の取り扱いについて

軽度者に係る福祉用具貸与については、要介護認定データ（認定調査票）に基づく判断方法が原則となりますが、医師の医学的な所見によって例外的に福祉用具が必要な状態に該当する場合には次のように取り扱います。

通知の抜粋

【利用者等告示第 31 号　他】

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、頻繁に利用者等告示第 31 号のイに該当する者

（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、短期間のうちに利用者等告示第 31 号のイに該当するに至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利用者等告示第 31 号のイ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）

上記のⅰ）からⅲ）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にあっては、これらについて、市町村が書面等確実な方法により確認することにより、その要否を判断することができる。この場合において、当該医師の医学的な所見については、主治医意見書による確認のほか、医師の診断書又は担当の介護支援専門員が聴取した居宅サービス計画に記載する医師の所見により確認する方法でも差し支えない。

【老企 22 号　他】

福祉用具の必要性を判断するため、利用者の状態像が、ⅰ）からⅲ）までのいずれかに該当する旨について、主治医意見書による方法のほか、医師の診断書又は、医師から所見を聴取する方法により、当該医師の所見及び医師の名前を居宅サービス計画に記載しなければならない。

取り扱い方法

②　福祉用具貸与の判断基準は、要介護認定データ（認定調査票等）に基づく判断方法を原則とします。

②医師の医学的な所見による貸与を利用する場合は、担当する居宅介護支援事業者は、軽度者に係る福祉用具貸与費算定の判断理由書、居宅サービス計画（1）（2）、サービス担当者会議の記録、その他必要と認められる書類（福祉用具のパンフレット等）を茂原市に提出します。提出書類には、貸与の必要性について具体的な理由を記載している必要があります。また、原則として、急を要する貸与以外は事前に市の確認を受けてください。

③茂原市は提出された書類から当該貸与が適正であるか確認し、確認した旨の文書を居宅介護支援事業者に送付します。

④福祉用具貸与については、その特性と利用者の心身の状況を踏まえた必要性の十分な検討を経ることなく選定された場合、利用者の自立支援が大きく阻害されるおそれがありますので、居宅サービス計画作成後、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うける必要性について検証するようにしてください。

医師の医学的な所見によって福祉用具貸与が必要となる主な事例内容（概略）

事例類型	必要となる福祉用具	事例内容（概略）
状態の変化 （ⅰ）に該当	特殊寝台 床ずれ防止用具・体位変換器 移動用リフト	パーキンソン病で、内服加療中に急激な症状・症候の軽快・増悪を起こす現象（ON・OFF 現象）が頻繁に起き、日によって、告示で定める福祉用具が必要な状態となる。
	特殊寝台 床ずれ防止用具・体位変換器 移動用リフト	重度の関節リウマチで、関節のこわばりが朝方に強くなり、時間帯によって、告示で定める福祉用具が必要な状態となる。
急性増悪 （ⅱ）に該当	特殊寝台 床ずれ防止用具・体位変換器 移動用リフト	末期がんで、認定調査時は何とか自立していても、急激に状態が悪化し、短期間で告示で定める福祉用具が必要な状態となる。
医師禁忌 （ⅲ）に該当	特殊寝台	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。特殊寝台の必要性を医師からも指示されている。
	特殊寝台	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。特殊寝台の必要性を医師からも指示されている。
	特殊寝台	重度の逆流性食道炎（嚥下障害）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。特殊寝台の必要性を医師からも指示されている。
	床ずれ防止用具・体位変換器	脊髄損傷による下半身麻痺で、床ずれ発生リスクが高く、床ずれ防止用具の利用により、床ずれの危険性を回避する必要がある。床ずれ防止用具の必要性を医師からも指示されている。
	移動用リフト	人工股関節の術後で、移動用リフトにより、立ち座りの際の脱臼の危険性を回避する必要がある。移動用リフトの必要性を医師からも指示されている。

※ 尿のみを自動的に吸引する機能のものは除く

○事例内容（例）で示した疾病名については、福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像に該当する可能性があるものを例示したものにすぎず、例示されていない疾病名であっても、給付の対象となることがあります。
○また、逆に例示されている疾病名であっても、必ずしも福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像に該当するとは限りません。

軽度者に係る福祉用具貸与費算定の判断理由書

令和　　年　　月　　日

茂　原　市　長　　様

事　　業　　者　　名

事　　業　　所　　名

介護支援専門員　氏名

下記の被保険者について、「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」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」に規定する、軽度者に係る福祉用具貸与費の算定の判断理由は、別添の居宅サービス計画書（第１表、第２表）、サービス担当者会議の記録、その他の書類のとおりですので確認してください。

記

１．被保険者氏名……　被保険者番号……

被保険者住所……

２．貸与種目……　商品名……

貸与開始年月日（予定）……

３．医師の医学的な所見（該当に○）

	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利用者等告示第 31 号のイに該当する者
	ⅱ）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第 31 号のイ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な判断から利用者等告示第 31 号のイに該当すると判断できる者

※貸与する福祉用具のパンフレット等（写しでも可）を添付してください。