

軽度者(要支援1・2、要介護1等)への特殊寝台等の例外的貸与について

- ① 軽度者[要支援1・2、要介護1[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)]については要介護2・3を含む]]に対する、車いすや特殊寝台など一部の福祉用具の貸与は、保険給付の対象外とされている。
- ② ただし、軽度者であっても、下表中央列に列挙された「厚生労働大臣が定める者(利用者等告示第31号のイ)」に該当する場合は保険給付の対象となる。該当するか否かは、下表右列に列挙された基本調査の結果等にもとづいて判断すること(これに該当する場合、「理由書」の提出は不要である。)
- ③ 基本調査の結果が「できる」「つかまればできる」など、下表の条件を満たさない場合であっても、以下の i)～iii)に該当する場合は、医師の医学的所見を記入した理由書を枚方市に提出し確認を受けることで、保険給付の対象となる。
 - 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(状態の変化)
 - 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 号のイに該当することが確実に見込まれる者(急性増悪)
 - 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(医師禁忌)

※ i)～iii)に該当する事例については、別紙1参照。

③に該当する場合だけ、理由書を提出してください。※別紙 2 参照

軽度者への貸与が 保険給付の対象外と なる福祉用具	「厚生労働大臣が定める者(利用者等告示第 31 号のイ)」として認められる者	判断の根拠となる基本調査またはケアマネジメント
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」 何かにつかまったり支えられても歩行が不可能であるため、車いすを使用しなければならない、あるいは、どのような状況であっても歩行ができない場合をいう。 寝たきり等で歩行することがない場合、あるいは、歩行可能であるが医療上の必要により歩行制限が行われている場合も含まれる。 認定調査結果がないため、主治医の意見を踏まえつつ、サービス担当者会議等を開催するなどの適切なケアマネジメントを通じて、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判断。
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) 日常的に起きあがり困難な者	基本調査1-4 「3. できない」 介助なしでは一人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要な場合

	(二) 日常的に寝返りが困難な者	をいう。途中まで自分でできていても最後の部分で介助が必要である場合も含まれる。 基本調査1-3 「3. できない」 介助なしでは一人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。
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」 介助なしでは一人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。
エ 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 手段を問わず、常時、だれにでも意思の伝達ができる状況以外をいう。ほぼ確実に意思が 伝達できる場合も含まれない。 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 自分では移動がまったくできない場合以外をいう。
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 (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」 自分ではまったく立ち上がることができない場合をいう。 体の一部を介護者が支える、介護者の手で引き上げるなど、介助がないとできない場合 も含まれる。 基本調査2-1 「3. 一部介助」又は「4. 全介助」 認定調査結果がないため、主治医の意見を踏まえつつ、サービス担当者会議等を開催するな どの適切なケアマネジメントを通じて、指定介護予防支援事業者又は指定居宅介護支援事業者 が判断
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	基本調査2-6 「4. 全介助」 基本調査2-1 「4. 全介助」

この表は、平成18年8月14日に厚生労働省老健局振興課から発出された事務連絡、「福祉用具貸与費及び介護予防福祉用具貸与費の取扱い等について」より抜粋したものを、平成27年度改正にともない一部修正したものである。

福祉用具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）
i) 状態の変化	・特殊寝台 ・床ずれ防止用具・体位変換器 ・移動リフト	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。
ii) 急性増悪	・特殊寝台 ・床ずれ防止用具・体位変換器 ・移動リフト	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。
iii) 医師禁忌	・特殊寝台	重度の喘息発作で、特殊寝台の利用により、一定の角度に上体を起こすことで、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、一定の角度に上体を起こすことで、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。

空白（裏ページ）

軽度者に係る福祉用具貸与の例外適用について Q&A（枚方版）

平成 27 年 4 月改訂版

Q 1. 「医師の医学的所見」については、診断書は必要か？

A1. 通知(※)中、「当該医師の医学的所見については、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。」とあり、ケアマネジャーが医師から聴取した意見・内容を記録したもので差し支えありません。「診断書」とした場合、利用者負担が発生することから、利用者の負担軽減に配慮する形での確認に努めてください。

なお、口頭確認の場合は聴取日・聴取方法を理由書に明記してください。

Q 2. 通知(※)中、「i)」から iii) までのいずれかに該当する」とあり対象像の例示があるが、iii) の「身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等」については、どのような事例が該当するか？**【参考】**

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

A2. 通知(※)中の傷病名・症状については可能性のあるものを例示したものにすぎないことから、当該事例以外の者であっても該当すると判断されることも考えられます。

ただし、あくまで当該福祉用具を利用できないことが直接的な原因となり身体への重大な危険性又は症状の重篤化の恐れが高いものが対象であり、転倒リスクが高まることによる特殊寝台(立ち上がり補助のための寝台利用)利用等は対象外です。

Q 3. サービス担当者会議の構成についてはどのようにすればよいか？

A3. 単に福祉用具相談員にとどまらず、原則として全てのサービス担当者を交えて行うこと。特に、医療系サービスを利用している場合については担当者からの意見を必ず聴取してください。

Q 4. 届出についてはどの時点で行えばよいのか？

A4. 算定開始月の末日までには届け出て、市の確認を得るようにしてください。

なお、区分変更・新規申請の結果が出ていない場合は、認定結果が出てから届け出てください。

Q 5. 提出に必要な添付書類はあるのか？

A5. 主治医の意見欄で、添付資料として意見書の写しを添付して記載を省略する場合以外には、特に必要ありません。居宅サービス計画書(2)・サービス担当者会議の記録等についても提出は不要です。(事業所の記録としては必ず備え付けてください。)

Q 6. 区分変更申請等により要介護状態区分の変更が生じた場合は、「医師の意見(医学的所見)」を再度確認する必要があるのか？

A6. ケアプランを再作成する以上、原則として「医師の意見(医学的所見)」についても再確認するべきであると考えられるが、状態像に変化が見られず、また前回確認から短期間(3か月以内)である場合は、変更認定前に取得した「医師の意見(医学的所見)」を再度活用する扱いで差し支えないものとします。

Q 7. 一度窓口で確認を受けたら、永久に有効なのか？

A7. 区分変更申請・更新申請を行った結果、再度軽度者と認定された場合は、その度に届出書の再提出が必要です。その際に医師の意見を改めて求めるかどうかについては、A6. を参考にしてください。

※文中に記載している通知とは、下記の通知です。

- ・「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(平成12年3月1日老企第36号)」の一部改正(平成27年3月27日付)
- ・「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(平成18年3月17日老計発0317001号・老振発0317001号・老老発0317001号)」の一部改正(平成27年3月27日付)

指定（介護予防）福祉用具貸与理由書（新規・更新）

枚方市長 あて

医師の医学的所見に基づき、下記利用者の居宅（介護予防）サービス計画に指定（介護予防）福祉用具貸与を位置付けることについて、以下のとおり届出します。

_____年 _____月 _____日

居宅介護（介護予防）支援事業者名

担当者名 _____ ㊞ （電話番号： _____ — — ）

被保険者番号		被保険者氏名	
住 所	〒 _____ _____ 電話（ _____ ）		
生年月日	M・T・S _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）		
要介護度等	☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3		
認定有効期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 年 _____ 月 _____ 日		
認定調査実施日	_____ 年 _____ 月 _____ 日		

【必要な福祉用具の種類】 ※必要な貸与品目に○を付けること。

	車いす及び車いす付属品		認知症老人徘徊感知機器
	特殊寝台及び特殊寝台付属品		移動用リフト
	床ずれ防止用具及び体位変換器		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）

【医師の医学的所見／サービス担当者会議の開催状況等】

医師の医学的所見 ※原因となる疾病名及び具体的状態像については、診断書等の添付に替えても可 ※ケアプラン作成担当者が聴取により医師の医学的所見を確認した場合は、下記を記入してください ・聴取日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ・聴取方法 _____	主治医名	
	医療機関名	
	【例外的貸与基準の該当性】 ※該当するものにチェックすること ☐ 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 ☐ 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号のイに該当することが確実に見込まれる者 ☐ 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	
	【原因となる疾病等】 【当該利用者の具体的状態像】 注①「利用者等告示第31号のイ」については、別紙資料をご覧ください。 ②「〇〇が必要」という「結論」ではなく、被保険者の状態が上記3項目に具体的にどのように該当しているのかをご記入ください。 ③「立ち上がる際のふらつき」は特殊寝台貸与の理由に該当しません。	

家族による介護・支援の状況	
サービス担当者会議の意見	【サービス担当者会議開催日】 年 月 日
	【ケアプラン作成担当者】 氏 名 () 所属事業所名 () (注) ケアプラン作成担当者は、要支援者でケアプランの原案作成を委託している場合は、委託先のケアマネジャーについて記載すること。
	【サービス担当者会議出席者】 ☐ 本人 ☐ 家族、同居人 ☐ 主治医 ☐ 福祉用具相談員 ☐ ケアプラン作成担当者 ☐ サービス提供事業者 ☐ その他 ()
	【福祉用具相談員の意見】 福祉用具相談員氏名 () 指定福祉用具貸与事業所名 ()
	【サービス担当者の意見の要約】
	【本人・家族の意向】
主治医から得た情報やサービス担当者会議等の結果を踏まえたケアプラン作成担当者の意見	

【枚方市確認欄】

確認年月日	年 月 日
確認印	

- (注) 1. 本理由書は、認定の更新又は要支援・要介護状態区分の変更があった場合には、再度作成し提出すること。
2. 本理由書を枚方市に2部提出すること。そして、枚方市から確認印を受けて返却された写しをサービス担当者会議の記録とともに、居宅介護（介護予防）支援事業所において保管しておくこと。