

軽度者への福祉用具貸与に係る例外給付の取り扱いについて

平成 25 年 4 月

1. これまでの経緯

平成 18 年度介護報酬改定により、福祉用具貸与について、要支援 1・2、要介護 1 の方は「軽度者」となり、軽度者の状態像からは利用が想定しにくい種目である、①車いす、②車いす付属品、③特殊寝台、④特殊寝台付属品、⑤床ずれ防止用品、⑥体位変換器、⑦認知症老人徘徊感知機器、⑧移動用リフト（つり具の部分を除く）の 8 種目について、原則として保険給付の対象としない改正が行われました。

ただし、種目ごとに必要性が認められる一定の状態にある人については、保険給付の対象として福祉用具貸与が行われ、その例外的に給付される状態像の判断方法としては、要介護認定の認定調査結果を活用して客観的に判断することとなりました。

しかしながら、軽度者に係る福祉用具貸与の利用事例調査に基づき、その例外給付の「判断方法」について、専門家による意見等を踏まえて検討した結果、福祉用具貸与の基本枠組みについては変更せずにその運用が一部見直されることになり、平成 19 年 4 月 1 日から必要な手続きを経て、市町村が確認を行えば例外給付が可能となりました。（平成 19 年 3 月 30 日老振発第 0330001 号、老老発第 0330003 号）

さらに、平成 24 年度の制度改正により、⑨自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引するものを除く）が追加され、対象となる福祉用具は全部で 9 種目となりました。この⑨自動排泄処理装置については、要介護 2 及び要介護 3 の方についても原則として保険給付の対象外となり、例外給付を行う場合は所定の手続きが必要となります。

●保険給付対象種目一覧表

種目	軽度者	中重度者	
	要支援 1・2、要介護 1	要介護 2・3	要介護 4・5
自動排泄処理装置 (尿のみを自動的に吸引するものを除く)	原則、保険給付の対象外 〔一定の条件に該当する場合は、保険給付の対象とする。〕		
車いす及び車いす付属品			
特殊寝台及び特殊寝台付属品			
床ずれ防止用具			
体位変換装置			
認知症老人徘徊感知機器			
移動用リフト（つり具の部分を除く）			
手すり			保険給付の対象
スロープ			
歩行器			
歩行補助つえ			
自動排泄処理装置 (尿のみを自動的に吸引するもの)			

※自動排泄処理装置の交換可能部品（レシーバー、チューブ、タンク等）は貸与ではなく、福祉用具購入の対象となります。

※自動排泄処理装置の関連製品等（専用パッド、洗浄液、専用パンツ、専用シート等）は、介護保険対象外です。

2. 軽度者における例外給付の取扱い

(1) 基本調査の確認

軽度者に対し、原則として保険給付外としている福祉用具を貸与する場合、まずは直近の認定調査の結果より、3 ページの表（平成 24 年厚生労働省第 95 号告示第 25 号のイで定める状態像の者）で定める基本調査の結果を確認してください。

もし、該当すれば、例外給付の必要性について、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、ケアマネジャー等が判断することとなります。

(2) 基本調査の確認項目がない場合

「車いす及び車いす付属品」の【日常生活範囲において移動の支援が必要と認められる者】及び「移動用リフト」の【生活環境において段差の解消が必要と認められる者】については、該当する基本調査の結果がありません。

このため、該当するかどうかの判断及び例外給付の必要性は、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、ケアマネジャー等が判断することとなります。

上記(1)及び(2)の場合、町への確認申請は不要ですが、町においてもその状況を把握する必要がありますので、「軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する届出書」（別紙様式 1）に①主治医から得た情報⑤、②ケアプラン 1 表・2 表（介護予防ケアプラン）⑤、③サービス担当者会議の記録⑤を添えて提出ください。

(3) 基本調査の結果では例外給付の対象とならない場合

基本調査の結果のみでは例外給付の対象とならない事例についても、次のアとイの要件を満たし、これらについて紀美野町の確認をうけた場合は例外給付の対象となります。町への確認申請（別紙様式 2）に添付書類を添えて確認申請を行ってください。

ア 下表のⅠからⅢまでのいずれかに該当する旨が、医師の医学的所見に基づき判断されている。

イ 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。

<福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像>

	該 当 項 目	事 例（※3）
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、頻繁に第 95 号告示第 25 号のイ（※2）該当する者	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、短期間のうちに第 95 号告示第 25 号のイ（※2）に該当するに至ることが確実に見込まれる者	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第 95 号告示第 25 号のイ（※2）に該当すると判断できる者	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

（※2） P.4 の表（平成 24 年厚生労働省第 95 号告示第 25 号のイで定める状態像の者）

（※3） より詳しい事例は、4 ページの主な事例内容（例）を参照してください。

表（平成 24 年厚生労働省第 95 号告示第 25 号のイで定める状態像の者）

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 （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」 — ※日常生活範囲における移動の範囲の支援が特に 必要と認められる者 ⇒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（介護予防）支援事業 所が判断する。
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 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者 （一）意志の伝達、介助者へ の反応、記憶・理解のいづれ 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. 調査対象者が意志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」 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。 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 （二）移乗が一部介助又は全 介助を必要とするもの （三）生活環境において段差 の解消が必要と認められるも の	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」 — ※生活環境において段差の解消が必要と認められ る者 ⇒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（介護予防）支援事業 者が判断する。
カ 自動排泄処理装置 （尿のみを自動的に吸 引するものを除く）	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」

●福祉用具が必要となる主な事例内容（例）

事例類型	必要となる福祉用具	事例内容（例）
Ⅰ 状態の変化	(1) 特殊寝台	パーキンソン病で、内服加療中に急激な症状・症候の軽快・憎悪を起こす現象（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。
	(2) 床ずれ防止用具・体位変換器	
	(3) 移乗用リフト	
Ⅱ 急性憎悪	(4) 特殊寝台	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となる。
	(5) 床ずれ防止用具・体位変換器	
	(6) 移乗用リフト	
Ⅲ 医師禁忌	(7) 特殊寝台	末期がんで、認定調査時是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となる。
	(8) 床ずれ防止用具・体位変換器	
	(9) 移乗用リフト	
	(10) 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。
	(11) 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。
	(12) 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。
	(13) 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。
	(14) 移乗用リフト	人口股関節の術後で、移動用リフトにより、立ち座りの際に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。

※事例内容（例）で示した疾病名について、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、給付の対象となる場合があります。

※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。

3. 確認の効力について

開始日	
原則として、例外給付について検討したサービス担当者会議の開催日	
終了日	
要介護認定または要支援認定の有効期間の終了日	

4. 届出書・確認申請書の提出時期について

(1)届出書

利用開始の月末までに届出ください。

(2)確認申請書

ア 福祉用具の貸与を開始するとき

⇒原則として、サービス提供開始前に確認申請書を提出してください。

イ 要介護・要支援認定が更新されたとき

ウ 要介護・要支援認定が区分変更されたとき

エ 支援事業所が変更になったとき

※更新・区分変更により要介護 2 以上（自動排泄処理装置については要介護 4 以上）になった場合は、福祉用具制限がなくなるので、確認申請書の提出は不要となります。

5. その他

(1)継続して例外給付を受ける場合

要介護・要支援認定有効期間の終了後も利用者の状態に変動はなく、継続して福祉用具貸与の可能性が高い場合は、確認期間の終了日前に 6 ページの手続きを再度行い、町の確認を受けてください。また、以下のことにご留意ください。

ア 要介護・要支援認定の更新申請は、有効期間終了日の 60 日前から可能ですので早めに申請してください。

イ この場合、例外給付における確認期間の開始日は、認定有効期限終了日の翌日となります。

(2)申請中の場合

「新規申請中で認定結果が出ていない場合」や「例外給付の対象者が状態悪化により区分変更申請中で認定結果が出ていない場合」については、明らかに要介護 2 以上（自動排泄処理装置については要介護 4 以上）の認定結果が想定される場合を除いては、原則として福祉用具貸与を決定した段階で確認申請書を提出してください。

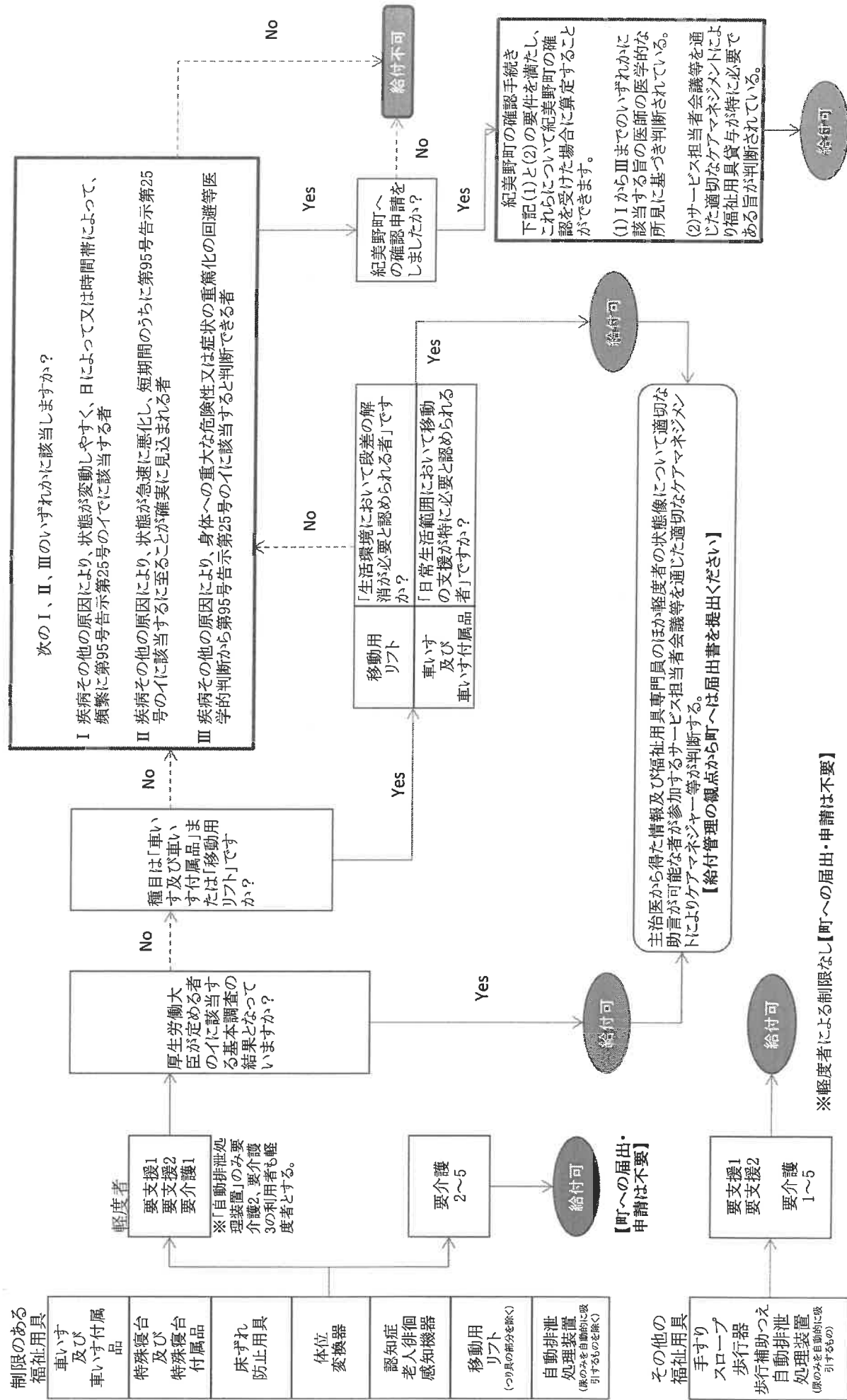
(3)例外給付について

軽度者に対する例外給付は、あくまでも例外的な取り扱いです。福祉用具も安易な使用は、利用者の自立をかえって阻害する恐れもあるため、例外給付を申請する際には、主治医の医学的所見やサービス担当者会議等により利用者の状態と福祉用具の必要性について十分に検討してください。

(4)確認前の利用について

紀美野町の確認を受けていない状態で福祉用具の例外給付が行われていた場合、県の指導及び監査等により返還の対象となる場合があります。特にサービス担当者会議実施前に貸与を開始すると介護保険サービスの対象とならない場合がありますのでご注意ください。

介護保険福祉用具貸与一口一図



軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する届出書

紀美野町長 様

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関して、次の被保険者が第 23 号告示 19 号のイで定める状態像に該当することであることについて下記のとおり届出します。

		届出年月日	令和 年 月 日
届出者（計画作成担当者）		電話番号	
居宅介護（介護予防）支援事業者名			

被 保 険 者	被保険者氏名			被保険者番号	
	住所				
	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 ☐ 認定申請中			
	認定有効期限	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日			

貸与が可能な福祉用具及び該当する状態像 (該当に○)	ア 車いす及び車いす付属品	(一)日常的に歩行が困難な者	基本調査 1-7
		(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者	主治医からの情報及びサービス担当者会議 ※下記
	イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品	(一)日常的に起き上がりが困難な者	基本調査 1-4
		(二)日常的に寝返りが困難な者	基本調査 1-3
	ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器	(一)日常的に寝返りが困難な者	基本調査 1-3
	エ 認知症老人徘徊感知機器	(一)意思の伝達、介助者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者	基本調査 3-1
			基本調査 3-2～3-7
			基本調査 3-8～4-15
		(二)移動において全介助を必要としない者	基本調査 2-2
	オ 移動用リフト	(一)日常的に立ち上がりが困難な者	基本調査 1-8
(二)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	
(三)生活環境において段差の解消が必要と認められる者		主治医からの情報及びサービス担当者会議 ※下記	
カ 自動排泄処理装置 (尿のみを自動的に吸引するものを除く)	(一)排便が全介助を必要とする者	基本調査 2-6	
	(二)移乗を全介助を必要とする者	基本調査 2-1	

※ア(二)、オ(三)の状態像に該当することを判断した内容

主治の医師から得た情報	☐ 主治医意見書	医療機関名	
	☐ 診療情報提供書	担当医師名	
	☐ 医師からの聞き取りによる確認	電話番号	
確認日	令和 年 月 日		
サービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメント	サービス担当者会議実施日	令和 年 月 日	
	貸与が必要と判断した理由・状況等		

※添付書類 ①主治医から得た情報⑤ ②ケアプラン 1 表・2 表（介護予防ケアプラン）
③サービス担当者会議の記録⑤

利用開始日（予定）	令和 年 月 日 ～
福祉用具貸与事業者	電話番号

下記の①～②について、担当の居宅介護（介護予防）支援事業所より説明を受け同意しました。

- ①居宅介護（介護予防）支援事業所が、私の福祉用具貸与の例外給付に関する届出を上記のとおり行うこと
②この申請にかかる確認のために必要がある場合は、私の要介護度や心身の状態及び疾病等、必要な事項について紀美野町が調査すること

本人同意欄

氏名

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する確認申請書

紀美野町長 様

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関して、次の被保険者が下記 i) ～ iii) の状態像に該当することが医師の意見（医学的所見）に基づき判断され、サービス担当者会議等を経た適切なケアマネジメントの結果を踏まえていることについて下記のとおり確認を依頼します。

		申請年月日	令和 年 月 日
届出者（計画作成担当者）		電話番号	
居宅介護（介護予防）支援事業者名			

被 保 険 者	被保険者氏名	被保険者番号	
	住所		
	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 ☐ 認定申請中	
	認定有効期限	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	

医 学 的 所 見	該 当 す る 状 態 像 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、頻繁に第 94 号告示第 31 号のイに該当する者			
		ii) 疾病その他の原因により、状態が急激に悪化し、短期間のうちに頻繁に第 94 号告示第 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の医学的判断から第 94 号告示第 31 号のイに該当すると判断される者			
		医療機関名		電話番号	
		担当医師名		所見確認日	
医学的所見の確認方法		主治医意見書・診療情報提供書・その他（ ）			

貸与が必要と 判断した福祉 用具	種類	ア 車いす及び車いす付属品 イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品 ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器 エ 認知症老人徘徊感知機器 オ 移動用リフト カ 自動排泄処理装置			
		利用開始日（予定）		令和 年 月 日 ～	
	福祉用具貸与事業所	事業所名			
		事業所番号		電話番号	

福祉用具貸与が特に必 要な理由・状況 (ケアマネジメント結果)	サービス担当者会議実施日		令和 年 月 日	
	理由			
	状況等			

添付書類 ①医学的所見の確認資料④ ②ケアプラン 1 表・2 表（介護予防ケアプラン）⑤ ③サービス担当者会議の記録⑥

下記の①～③について、担当の居宅介護（介護予防）支援事業所より説明を受け同意しました。
①居宅介護（介護予防）支援事業所が、私の福祉用具貸与の例外給付に関する確認申請を上記のとおり行うこと
②確認結果通知を当該居宅介護（介護予防支援事業所）あてに送付すること
③この申請にかかる確認のために必要がある場合は、私の要介護度や心身の状態及び疾病等、必要な事項について紀美野町が調査すること。

本人同意欄	氏名
-------	----

上記の申請書による福祉用具の貸与について、介護給付の対象とすることについて	
可 ・ 不可	と判断し、通知します。
令和 年 月 日 紀美野町保健福祉課長	