

軽度者に対する福祉用具貸与の対象外種目の運用について

軽度者に係る福祉用具貸与費は、その状態像から見て使用が想定しにくい「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」、「体位変換器」、「認知症老人徘徊感知機器」、「移動用リフト」、「自動排泄処理装置」（以下「対象外種目」という。）については、原則として算定できません。しかし、次の表に定めるものについては、軽度者であっても、その状態像に応じて利用が想定される対象外種目について算定が可能となっています。必要な場合は、以下の手順で確認してください。

- ① 軽度者が表の「厚生労働大臣が定める者」に当てはまるか、訪問調査結果を市から取得して確認する。結果が該当すれば、算定可能となる。(市へ確認依頼は不要)

種目	厚生労働大臣が定める者	訪問調査結果で該当すれば、貸与可能となる項目
車いす及び 車いす付属品	次のいずれかに該当する者	基本調査 1-7 「3. できない」 該当なし
	(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	
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	基本調査 1-4 「3. できない」 基本調査 1-3 「3. できない」
	(1) 日常的に起きあがり困難な者 (2) 日常的に寝返りが困難な者	
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」
認知症老人 徘徊感知機器	次のいずれにも該当する者	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～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
	(1) 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 (2) 移動において全介助を必要としない者	
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	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」 該当なし
	(1) 日常的に立ち上がりが困難な者	
	(2) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 (3) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	
自動排泄処理装置 (便を自動吸引するもの)	次のいずれにも該当する者	基本調査 2-6 「4.全介助」 基本調査 2-1 「4.全介助」
	(1) 排便が全介助を必要とする者 (2) 移乗が全介助を必要とする者	

なお、車いす及び車いす付属品の「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」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、該当する訪問調査結果の項目がありません。

そのため、主治の医師から得た情報及び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居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）が判断することとなりますので、市へ確認依頼は不要です。

- ② 訪問調査結果が表に該当しない場合、下記の状態に該当するかどうか、医師の医学的な所見を確認する。（電話等によりケアマネジャーが医師へ確認します。病院の看護師、SW等スタッフを通しての確認は可とします。）

- ・ 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者」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「厚生労働大臣が定める者」に該当するに至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「厚生労働大臣が定める者」に該当すると判断できる者

- ② 医師の判断を基に、担当者会議を開き貸与の必要性について話し合う。

必ず、貸与しようとしている種目全てを「担当者会議の要点」に記載してください。

- ④ ケアプランに位置付ける。

必ず、貸与しようとしている種目全てを「ケアプランの2、3表」に記載してください。

- ⑤ 市へ確認依頼書を提出する。

- 提出書類： ・ 「軽度者に対する福祉用具貸与の対象外種目の要否」確認依頼書
- ・ 居宅サービス計画書又は介護予防サービス・支援計画書など
 - ・ サービス担当者会議の要点、介護予防支援経過記録など、サービス担当者会議において福祉用具貸与の対象外種目が必要と判断された内容を確認ができる書面
 - ・ 移動用リフトについては、カタログの写し

※申請日が月の前半の場合は初日、後半は16日からの給付となるので注意してください。新規申請中で認定結果が軽度者となる可能性がある場合は、結果を待たずに提出してください。

※確認依頼書の提出は、居宅サービス計画に記載された必要な理由を見直す頻度（必要に応じて随時）で行うこととなっております。区変、更新時の他、有効期間内でも状態が変わり、ケアプランが変わった場合は提出してください。ただし、更新時でも状態が一切変わらず、ケアプランの変更が全くない場合は、提出は不要です。

- ⑥ 確認結果を根拠としてケアプランとともに保存する。

結果通知は原則月2回発送しています。給付可能となるのは通知内の「確認年月日」が属する月の15日までであれば月の初日から、16日～月末であれば16日以降となります。※通知日ではありません。

年 月 日

習志野市長 あて

担当のケアマネジャー
一を記入

事業所名
事業所所在地 〒
担当者氏名
電話番号 - -

「軽度者に対する福祉用具貸与の対象外種目の要否」確認依頼書

このことについて、次のとおり医師の医学的な所見に基づき判断し、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しましたので、要否につきまして確認を依頼します。

1. 対象被保険者

氏名
被保険者番号
要介護状態区分等 要支援1 要支援2 要介護1 新規申請中
認定有効期間 年 月 日から 年 月 日
福祉用具の種目 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機器 移動用リフト
自動排泄処理装置 (要介護2 要介護3)

貸与する項目とケアプラン、担当者会議記録が一致するように
チェック

医師から聞き取った所見を記入

医師の医学的な所見

疾病名		
該当する状態	<input type="checkbox"/> 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、頻繁に告示で定める状態に該当する者 (例：パーキンソン病の治療薬による ON・OFF 現象) <input type="checkbox"/> 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状態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) <input type="checkbox"/> 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告示で定める状態に該当すると判断できる者 (例：肺疾患による呼吸不全)	
状態を 確認した医師	医師への確認日	年 月 日
	医療機関名	
	医師の氏名	

確認した医師の情報を記入