

軽度者に対する福祉用具貸与について

・軽度者(要支援1・2、要介護1の方)は原則として、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機器、移動用リフト(つり具の部分を除く)及び自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く)について貸与を受けることができません。ただし、軽度者であっても利用者の状態像に応じて利用が想定される場合は例外的に貸与可能となります。

1. 例外給付となる福祉用具の種目

(1) 要支援1・2、要介護1の利用者

- ① 車いす及び車いす付属品
- ② 特殊寝台及び特殊寝台付属品
- ③ 床ずれ防止用具及び体位変換器
- ④ 認知症老人徘徊感知器
- ⑤ 移動用リフト(つり具の部分を除く)
- ⑥ 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)

(2) 要介護2・3の利用者

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)

2. 例外給付の対象となる要件

厚生労働大臣が定める状態像に該当する者については、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種目について貸与の算定が可能です。その判断については次のとおりです。

(1) 要介護認定の認定調査票(基本調査)の結果を用いて判断する場合

次の別表に定めるところにより、要介護認定の認定調査票(基本調査)の結果を用いて要否を判断します。ただし、表中アの(二)とオの(三)については該当する基本調査結果がないため、主治医から得た情報及びケアマネジャー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り指定居宅介護支援事業者等が判断します。⇒市への書類提出は不要です。

別表： 要支援・要介護 1 の者に対する福祉用具貸与の判断

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
ア.車椅子及び車椅子 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	(一)・・・1-7「3.できない」 (二)・・・該当する基本調査結果なし
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者 (一) 日常的に起き上がりが困難な者 (二) 日常的に寝返りが困難な者	(一)・・・1-4「3.できない」 (二)・・・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	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) 意見の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障がある者 (二)移動において全介助を必要としない者	(一)・・・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 (二)・・・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) 移乗において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	(一)・・・1-8「3.できない」 (二)・・・2-1「3.一部介助」又は「4.全介助」 (三)・・・(該当する基本調査結果なし)
カ.自動排泄処理装置	次のいずれにも該当する者 (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もの	(一)・・・2-6「4.全介助」 (二)・・・2-1「4.全介助」

(2) 次のⅠ～Ⅲの状態像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を判断した場合、市への書類提出が必要です。

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、頻繁に別表の対象者に該当する者(頻繁な状態変動)

(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、短期間のうちに別表の対象者に該当することが確実に見込まれる者(急性増悪)

(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別表の対象者に該当すると判断できる者(重篤化の回避)

(例 ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害によるご嚥性肺炎の回避)

3. 市への確認手続きの必要書類

・2(2)と判断した場合は市に確認を受けてください。

・提出書類 (下記3点必須)

(1)「軽度者に対する確認依頼書」

(2)医師の医学的所見が確認できる書類(主治医意見書、医師の所見、介護支援専門員による医師からの所見聴取記録)

※いずれの書類でも問題ありませんが、国の示した状態像Ⅰ～Ⅲのどれに該当するのかを必ず明記してご提出ください。

(3)サービス担当者会議の要点

福祉用具貸与が必要である旨が判断されていることを市が確認できるように記載をお願いいたします。(7ページに記入例がございます。)

4. 軽度者に対する福祉用具貸与 Q&A

Q1 貸与開始日について

A. 原則として事前確認です。貸与を開始する前に日野市に必要書類をご提出ください。

Q2 新規申請・区分変更申請・更新申請中の確認依頼書の提出について

A. 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って福祉用具貸与が必要であると判断を行ったうえでの暫定ケアプランによる届出のもと、依頼書の申請中に ☒ を入れて、提出をお願いします。認定結果が出たあと、確認書を送付します。なお、貸与にあたっては要介護度が未確定のため、利用者に対し自己負担の可能性を説明したうえで行ってください。

Q3 末期がん等の理由による緊急退院による貸与だったため医師の意見の聴取及びサービス担当者会議が間に合いませんでした。通常通りの提出は可能ですか。

A. 貸与開始日から 30 日以内に主治医の意見を確認しそれを基にサービス担当者会議を開催、日野市へ提出する場合通常通りの申請として認めます。
また、新規申請中、区分変更中、更新申請中の方についても、結果が出てから 30 日以内であれば通常の申請として認めます。(30 日以内に間に合わない場合は遡りでの給付は認められません。提出日からの給付となります。)

※上記以外の理由により医師の医学的所見が確認できる書類及びサービス担当者会議の要点が間に合わない場合は市にご相談ください。

Q4 現在貸与している福祉用具以外に別種目の福祉用具が追加で必要、または変更になった場合確認依頼書の再度の提出は必要ですか。

A. 必要です。追加で必要になった福祉用具に加えて現在貸与されている福祉用具にも状態像欄に ☐ を入れてご提出ください。変更の場合は新しく必要になった福祉用具の状態像欄に ☐ を入れてご提出ください。

Q5 市に確認依頼書を提出した後に担当ケアマネジャーや事業所の変更等があった場合、再度の確認依頼書の提出は必要ですか。

A. 事業所間での引継ぎが(通知書の写しを変更後の事業所に渡しておく等)できていれば再度の確認依頼書の提出は必要ありません。

Q6 診察に行くのが大変、診察が1か月後で所見をもらうのが遅くなってしまう、どうしたらよいか。

A. 聴取など別の方法を探っていただき、それでも難しいということであれば、利用を待っていただく又はその期間は自費で利用していただくということになります。これらを理由として給付を遡りで認めることはできません。

Q7 医師に意見の聴取をする際、直接の連絡を取るのが難しい、必ず医師から聴取しないといけないのか。

A. 医師からの直接の聴取等が難しい場合は、病院の相談員等を介して医師の意見を聴取する等でも可能としています。聴取用の書式もございますのでご利用ください。

Q8 今までの書式では申請書の下半分を確認書として送付してもらっていたが、新書式ではどうなるのか。

A. 別途、軽度者への福祉用具貸与確認書として2週間を目途に送付させていただきます。不備等がある場合には数日以内にはご連絡させていただきますのでよろしくお願いいたします。(6ページに見本記載)

令和7年4月1日

日野介護
日野 様

日野市長 大坪 冬彦

軽度者への福祉用具貸与確認書

先日ご提出いただきました軽度者に対する福祉用具貸与に関する依頼を下記の通り確認いたしました。

貸与期間は介護認定有効期間を参照しているため区分変更、更新等により有効期間に変更がある場合再度手続きが必要となりますので、ご承知をお願いします。

何かご不明な点等ございましたらご連絡ください。

見本

被保険者番号

確認対象者

要介護度 要支援1

貸与種目 車いすおよび車いす付属品
特殊寝台および特殊寝台付属品
床ずれ防止用具

※上記以外の種目が必要になった場合、再度全種目について申請して下さい

貸与期間 2025/4/11 ~ 2026/3/31

<連絡先>

〒191-8686

東京都日野市神明1-12-1

日野市役所介護保険課介護給付係

担当 ○○・○○

電話042-514-8519

記入例

サービス担当者会議の要点

利用者名 ○○ ○○ 様

居宅サービス計画作成者(担当者) 氏名 ○○ ○○

開催日 令和 ○年 4 月 1 日

開催場所 自宅

開催時間 11:00~12:00

開催回数 1

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
	本人	○○ ○○様	●●医院(照会)	○○ ○○医師	福祉用具専門相談員	○○ ○○氏
	妻	○○ ○○様	介護支援専門員	○○ ○○		
検討した項目	特殊寝台及び特殊寝台付属品の導入について					
検討内容	①主治医の意見、聴取内容 【3月25日 ●●医院 ○○医師に事前に所見の記入を依頼。以下所見内容】 末期がんのため、治療中。今後、急激に状態が悪化し、短期間で起き上がりが困難な状態に至ることが見込まれる為、<u>状態像のⅡ</u>にあたるとして日常生活を円滑に行うために特殊寝台及び特殊寝台付属品の利用が必要である。 ② 本人・家族の意向 ③ 福祉用具専門相談員の意見:状態像を踏まえた福祉用具の必要性和利用上の留意点などを記載 ④ 担当ケアマネジャー等の意見					
結論	～のため特殊寝台及び特殊寝台付属品の導入と例外給付の申請を行う。					
残された課題 (次回の開催時期)	特殊寝台を導入してからの状態や生活状況の確認を行う。					