

居宅介護支援事業者 様  
介護予防支援事業者 様  
小規模多機能型居宅介護事業者 様  
介護予防小規模多機能型居宅介護事業者 様  
看護小規模多機能型居宅介護事業者 様  
福祉用具貸与事業者 様

健康福祉局介護保険課長

## 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付関係事務の基本的な取扱いの整理の改正について（通知）

日頃から、横浜市の介護保険事業にご理解とご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、本市の軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付関係事務については、平成 30 年 7 月 23 日健介保第 617 号においてお示ししておりますが、このたび同通知、別添資料の一部を改正いたしますので通知します。

### 1 改正の概要

基本的な取扱いに変更はありませんが、Q A の文言整理や令和 4 年 10 月 14 日付厚生労働省事務連絡において示された新型コロナウイルス感染症に係る認定有効期間の臨時的取扱いを踏まえた本市の対応等について追記しています。

### 2 資料

別添「軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付について」（改正後全文）

担 当 介護保険課 三浦・一宮  
電 話 6 7 1 - 4 2 5 5  
F A X 5 5 0 - 3 6 1 4  
E-mail [kf-kaigokyufu@city.yokohama.jp](mailto:kf-kaigokyufu@city.yokohama.jp)

## 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付について

### 目次

|                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------|----|
| <b>第1 制度の概要と経緯</b>                                                 | 1  |
| 1 制度の概要                                                            | 1  |
| 2 背景と経緯                                                            | 1  |
| 3 対象外種目（例外給付対象種目）                                                  | 1  |
| 表1（通知等の変遷）                                                         | 2  |
| <b>第2 全国的な取扱い</b>                                                  | 3  |
| 1 算定の可否の判断基準                                                       | 3  |
| 表2（厚生労働省告示の表）                                                      | 4  |
| 表3（福祉用具が必要となる主な事例内容（概略））                                           | 5  |
| 2 基本調査結果による判断の方法                                                   | 6  |
| 【参考】厚生労働省の通知                                                       | 7  |
| <b>第3 横浜市における実務の流れ</b>                                             | 10 |
| 1 利用者の状態の確認                                                        | 10 |
| 2 医師に対する意見照会                                                       | 10 |
| 3 サービス担当者会議の開催                                                     | 13 |
| 4 区高齢・障害支援課への確認依頼提出                                                | 13 |
| 5 必要に応じて見直し                                                        | 16 |
| 図1・2 軽度者に対する福祉用具貸与の流れ                                              | 17 |
| 様式1 「軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認について（依頼）」                                | 19 |
| 様式2 「軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認について（お知らせ）」                              | 21 |
| 別紙様式8 医師への情報提供依頼様式                                                 | 22 |
| 資料1 「サービス担当者会議の要点 第4表」記載例                                          | 23 |
| 資料2 「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）<br>経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）」記載例 | 24 |

# 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付について

## 第1 制度の概要と経緯

### 1 制度の概要

軽度者※1に対する福祉用具貸与については、その状態像から見て使用が想定しにくいとして、原則貸与対象外となる種目（以下「対象外種目」といいます。）が定められています。

ただし、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場合は、対象外種目であっても、例外的に給付することができるかと規定されています。

#### ※1 「軽度者」とは

指定福祉用具貸与費の算定にあたっては、要介護1の者をいいます。ただし、自動排泄処理装置については、要介護1、要介護2及び要介護3の者をいいます。

指定介護予防福祉用具貸与費の算定にあたっては、要支援1又は要支援2の者をいいます。

### 2 背景と経緯

軽度者に対する福祉用具貸与については、平成18年度介護報酬改定に伴い、保険給付の対象とならない仕組みへの改正が行われ、例外的に給付される状態像の判断方法として、認定調査結果を活用することとされました。

しかしながら、この判断方法では、福祉用具が必要な状態であるにもかかわらず、例外給付の対象とならない事例があることから、平成19年4月から、この取扱いが変更され、上記に加え、医師の意見（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（介護予防）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、例外給付を認めることとされました。

これに伴い、本市では、平成19年4月27日健介第162号により、市町村の確認による判断を行うにあたっての取扱いについてお知らせしました。

以降、主に国の制度改正に伴い、事務手順の変更や給付対象種目の追加などが行われ、そのたびに関係の事業者に対しお知らせしてきました（表1）。

平成30年度は、軽度者に対する福祉用具に関しては主な改正はありませんが、平成19年以降お知らせしている内容を基に、現状に即して取扱いを整理し、改めてお知らせすることとしました。

### 3 対象外種目（例外給付対象種目）

対象外種目は、直近では平成24年4月の改正により、次のとおり定められています。

#### ◆要支援1・2、要介護1の方の対象外種目

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器、移動用リフト（つり具の部分を除く。）

#### ◆要支援1・2、要介護1～3の方の対象外種目

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。）

表1 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する通知等の変遷

| No | 年月日等                | 題名                                           | 通知元                                          | 概要                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|---------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | H19.4.27<br>健介第162号 | 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の見直しに関する取扱いについて(お知らせ)      | 横浜市<br>(介護保険課)                               | <p>○平成18年度介護報酬改定に伴い、軽度者への福祉用具貸与が保険給付の対象外となった。ただし、要介護認定調査の結果を活用し、例外的に給付することもできることとなった。</p> <p>○しかし、それだけでは、本来給付されるべき対象となる方が漏れてしまうということで、国が上記に加え、医師の意見(医学的な所見)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ていることを、市町村が「確認」しているものであれば、例外給付を認めることとされた。</p> <p>○そこで、市町村の「確認」に係る横浜市における取扱いなどをお知らせした。</p> |
| 2  | H20.9.1<br>事務連絡     | 介護保険最新情報Vol.42                               | 厚生労働省<br>(横浜市からは<br>高齢施設課<br>・事業指導室<br>より通知) | ○国の改正で、サービス担当者会議の開催について、「少なくとも6月に1回」から「必要に応じて随時」に改正された。                                                                                                                                                                                                                                        |
| 3  | H21.3.13<br>事務連絡    | 介護保険最新情報Vol.65                               | 厚生労働省<br>(横浜市からは<br>高齢施設課<br>・事業指導室<br>より通知) | ○国の改正で、給付対象種目が追加された。                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 4  | H22.3.4<br>事務連絡     | 軽度者に対する福祉用具貸与に係る事務手順の再確認について(事務連絡)           | 介護保険課                                        | ○国の取扱いに変更はないが、要介護認定の更新・変更があったときも、一連の確認を行うことを再周知した。                                                                                                                                                                                                                                             |
| 5  | H22.11.4<br>事務連絡    | 末期がん等の方への福祉用具貸与の取扱い等について(事務連絡)               | 介護保険課                                        | <p>○末期がん等心身の状態が急速に悪化することが確実に見込まれる方に対して、福祉用具貸与の取扱いなどの留意事項が国で示された。</p> <p>○これに伴い、軽度者への例外給付の取扱いについて周知した。</p>                                                                                                                                                                                      |
| 6  | H24.5.23<br>事務連絡    | 平成24年度の介護保険法改正等による軽度者に対する福祉用具貸与品目の追加について(通知) | 介護保険課                                        | <p>○介護保険法改正により、福祉用具貸与品目に「自動排泄処理装置」が追加された。</p> <p>○これに伴い、軽度者への例外給付としても品目追加となる旨周知した。</p>                                                                                                                                                                                                         |
| 7  | H30.7.23<br>事務連絡    | 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付関係事務の基本的な取扱いの整理について(通知)    | 介護保険課                                        | ○H19年の通知発出以降、法改正への対応等で随時改正のお知らせを繰り返してきており、取扱いの整理と統一化を図るため、現状に即した取扱いを整理して周知した。                                                                                                                                                                                                                  |

## 第2 全国的な取扱い（厚生労働省告示・通知より）

### 1 算定の可否の判断基準

利用者等告示第三十一号のイで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対象外種目について指定（介護予防）福祉用具貸与費（以下「福祉用具貸与費」といいます。）の算定が可能であり、その判断については、次のとおりと規定されています。

#### (1) 基本調査の結果による判断

原則として次の表2の定めるところにより、「要介護認定等基準時間の推計の方法」（平成11年厚生省告示第91号）別表第一の調査票のうち基本調査の直近の結果（以下、単に「基本調査の結果」といいます。）を用い、その可否を判断するものとされています。

#### (2) 該当する基本調査結果がない場合の判断

次の表2中で、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」及びオの(三)「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」については、該当する基本調査結果がないため、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（介護予防）支援事業者（以下「居宅介護支援事業者等」といいます。）が判断することとなります。

なお、この判断の見直しについては、居宅（介護予防）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）で行うこととされています。

#### (3) 市町村の確認による判断

前(1)(2)に関わらず、次の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つては、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、その可否を判断することができるとされています。

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（職員）が聴取した居宅（介護予防）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ありません。※具体的な事例内容は表3のとおり

- 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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者  
(例 パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)
- ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態にな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告示で定める福祉用具が必要な状態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)

注 括弧内の状態は、あくまでもi)～iii)の状態の者に該当する可能性のあるものを例示したにすぎません。また、逆に括弧内の状態以外の者であっても、i)～iii)の状態であると判断される場合もありえます。

表 2

| 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<br>車いす付属品            | 次のいずれかに該当する者<br>(一) 日常的に歩行が困難な者                                                  | 基本調査 1-7<br>「3. できない」                                                                                                                                                                              |
|                              | (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                                                  | 該当する基本調査結果なし<br>→ 居宅介護支援事業者等が判断                                                                                                                                                                    |
| イ 特殊寝台及び<br>特殊寝台付属品          | 次のいずれかに該当する者<br>(一) 日常的に起きあがり困難な者                                                | 基本調査 1-4<br>「3. できない」                                                                                                                                                                              |
|                              | (二) 日常的に寝返りが困難な者                                                                 | 基本調査 1-3<br>「3. できない」                                                                                                                                                                              |
| ウ 床ずれ防止用具<br>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<br>「3. できない」                                                                                                                                                                              |
| エ 認知症老人徘徊<br>感知機器            | 次のいずれにも該当する者<br>(一) 意見の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者<br><br>(二) 移動において全介助を必要としない者 | 基本調査 3-1<br>「1. 調査対象者が意見を他者に伝達できる」以外<br>又は<br>基本調査 3-2～3-7<br>のいずれか<br>「2. できない」<br>又は<br>基本調査 3-8～4-15<br>のいずれか<br>「1. ない」以外<br>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。<br>基本調査 2-2<br>「4. 全介助」以外 |
| オ 移動用リフト<br>(つり具の部分を除く) ※1、2 | 次のいずれかに該当する者<br>(一) 日常的に起きあがり困難な者                                                | 基本調査 1-8<br>「3. できない」                                                                                                                                                                              |
|                              | (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<br>「3. 一部介助」又は「4. 全介助」                                                                                                                                                                    |
|                              | (三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者                                                      | 該当する基本調査結果なし<br>→ 居宅介護支援事業者等が判断                                                                                                                                                                    |
| カ 自動排泄処理装置                   | 次のいずれにも該当する者<br>(一) 排便が全介助を必要とする者<br><br>(二) 移乗が全介助を必要とする者                       | 基本調査 2-6<br>「4. 全介助」<br>基本調査 2-1<br>「4. 全介助」                                                                                                                                                       |

※1 移動用リフトのうち「段差解消機」については、該当する基本調査結果がないため、サービス担当者会議等の結果で判断します（平成 18 年介護報酬改定 Q & A、Vol. 2、44）。

※2 移動用リフトのうち「昇降座椅子」については、「立ち上がり」ではなく「移乗」で判断します（H19. 3. 30 厚生労働省事務連絡、P9 参照）。

表3 福祉用具が必要となる主な事例内容（概略）

（H19.3.14 厚生労働省「地域包括支援センター・介護予防事業担当者会議資料」より）

| 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  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・特殊寝台</li> <li>・床ずれ防止用具・体位変換器</li> <li>・移動用リフト</li> </ul> | 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。          |
|          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・特殊寝台</li> <li>・床ずれ防止用具・体位変換器</li> <li>・移動用リフト</li> </ul> | 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  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・特殊寝台</li> <li>・床ずれ防止用具・体位変換器</li> <li>・移動用リフト</li> </ul> | 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、短時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 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・特殊寝台</li> </ul>                                          | 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。          |
|          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・特殊寝台</li> </ul>                                          | 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。           |
|          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・特殊寝台</li> </ul>                                          | 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おこすことで、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。 |
|          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・床ずれ防止用具・体位変換器</li> </ul>                                 | 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。    |
|          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・移動用リフト</li> </ul>                                        | 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。                    |

## 2 基本調査結果による判断の方法

指定（介護予防）福祉用具貸与事業者（以下「福祉用具貸与事業者」といいます。）は、軽度者に対して、対象外種目に係る福祉用具貸与費を算定する場合には、前1の表2に従い、「厚生労働大臣が定める者」のイへの該当性を判断するための基本調査の結果の確認については、次に定める方法によります。

なお、当該確認に用いた文書等については、サービス記録と併せて保存しなければならないとされています。

### (1) 担当の居宅介護支援事業者等がいる場合

当該軽度者の担当である居宅介護支援事業者等から当該軽度者の「要介護認定等基準時間の推計の方法」別表第一の認定調査票について必要な部分（実施日時、調査対象者等の時点の確認及び本人確認ができる部分並びに基本調査の回答で当該軽度者の状態像の確認が必要な部分）の写し（以下「調査票の写し」といいます。）の内容が確認できる文書を入手することにより、行います。

### (2) 担当の居宅介護支援事業者等がない場合

当該軽度者に担当の居宅介護支援事業者等がない場合にあつては、当該軽度者の調査票の写しを本人に情報開示させ、それを入手することにより、行います。

#### 【補足】横浜市における受付窓口

##### ① 基本調査の結果により判断する場合

前1(1)のとおり基本調査の結果により算定の可否を判断する場合は、横浜市や各区役所への届出や報告は不要ですが、判断する際に必要となる「基本調査の結果」に関する資料として、各区高齢・障害支援課にて、介護認定審査会資料（基本調査結果）の写し（以下「基本調査結果の写し」といいます。）を交付しています。

担当の居宅介護支援事業者等がいる場合は、担当の居宅介護支援事業者等が、横浜市要介護認定及び要支援認定に係る情報提供取扱要綱（平成11年10月1日福介第393号）に基づき所定の手続きを行い、入手します。

担当の居宅介護支援事業者等がない場合は、本人等に、基本調査結果の写しを簡易開示させ、入手します。

##### ② 該当する基本調査結果がない場合

前1(2)のとおり算定の可否を判断する場合は、横浜市や各区役所への届出や報告は不要ですが、当該判断に使用する文書等（サービス担当者会議の記録など）については、保存しておく必要があります。

##### ③ 市町村の確認により判断する場合

前1(3)のとおり市町村の確認により算定の可否を判断する場合は、横浜市では、各区高齢・障害支援課にて、受付しています。

詳細は、次の第3（横浜市における実務の流れ）で説明します。



【参考】厚生労働省の通知

○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（H12.3.1 労企第36号 第2の9(2)）※平成29年改正時点

要介護1の者等に係る指定福祉用具貸与費

① 算定の可否の判断基準

要介護1の者に係る指定福祉用具貸与費については、その状態像から見て使用が想定しにくい「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」（以下「対象外種目」という。）に対しては、原則として算定できない。また、「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1の者に加え、要介護2及び要介護3の者に対しては、原則として算定できない。

しかしながら利用者等告示第三十一号のイで定める状態像に該当する者については、軽度者（要介護1の者をいう。ただし、自動排泄処理装置については、要介護1、要介護2及び要介護3の者をいう。以下(2)において同じ。）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指定福祉用具貸与費の算定が可能であり、その判断については、次のとおりとする。

ア 原則として次の表の定めるところにより、「要介護認定等基準時間の推計の方法」（平成11年厚生省告示第91号）別表第一の調査票のうち基本調査の直近の結果（以下単に「基本調査の結果」という。）を用い、その要否を判断するものとする。

イ ただし、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」及びオの(三)「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」については、該当する基本調査結果がないため、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り指定居宅介護支援事業者が判断することとなる。なお、この判断の見直しについては、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）で行うこととする。

ウ また、アにかかわらず、次の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。

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三十一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三十一号のイに該当す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三十一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)

注 括弧内の状態は、あくまでも i) ~ iii) の状態の者に該当する可能性のあるものを例示したにすぎない。また、逆に括弧内の状態以外の者であっても、i) ~ iii) の状態であると判断される場合もありうる。

## ② 基本調査結果による判断の方法

指定福祉用具貸与事業者は、軽度者に対して、対象外種目に係る指定福祉用具貸与費を算定する場合には、①の表に従い、「厚生労働大臣が定める者」のイへの該当性を判断するための基本調査の結果の確認については、次に定める方法による。なお、当該確認に用いた文書等については、サービス記録と併せて保存しなければならない。

ア 当該軽度者の担当である指定居宅介護支援事業者から当該軽度者の「要介護認定等基準時間の推計の方法」別表第一の認定調査票について必要な部分（実施日時、調査対象者等の時点の確認及び本人確認ができる部分並びに基本調査の回答で当該軽度者の状態像の確認が必要な部分）の写し（以下「調査票の写し」という。）の内容が確認できる文書を入手することによること。

イ 当該軽度者に担当の指定居宅介護支援事業者がない場合にあっては、当該軽度者の調査票の写しを本人に情報開示させ、それを入手すること。

表（略）

## ○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 (H18.3.17 老計発第 0317001 号・老振発第 0317001 号・老老発第 0317001 号：別紙 1 第 2 の 11(2))

※平成 29 年改正時点

### 要支援 1 又は要支援 2 の者に係る指定介護予防福祉用具貸与費

#### ① 算定の可否の判断基準

要支援 1 又は要支援 2 の者（以下(2)において「軽度者」という。）に係る指定介護予防福祉用具貸与費については、その状態像から見て使用が想定しにくい「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。）」（以下「対象外種目」という。）に対しては、原則として算定できない。

しかしながら利用者等告示第八十八号において準用する第三十一号のイで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対象外種目について指定介護予防福祉用具貸与費の算定が可能であり、その判断については、次のとおりとする。

ア 原則として次の表の定めるところにより、「要介護認定等基準時間の推計の方法」（平成 11 年厚生省告示第 91 号）別表第 1 の調査票のうち基本調査の直近の結果（以下単に「基本調査の結果」という。）を用い、その要否を判断するものとする。

イ ただし、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」及びオの(三)「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」については、該当する基本調査結果がないため、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介護予防支援事業者が判断することとなる。なお、この判断の見直しについては、介護予防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）で行うこととする。

ウ また、アにかかわらず、次の i) から iii) までに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介護予防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つては、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職員が聴取した介護予防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。

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八十八号において準用する第三十一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八十八号において準用する第三十一号のイに該当す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八十八号において準用する第三十一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)

注 括弧内の状態は、あくまでも i) ~ iii) の状態の者に該当する可能性のあるものを例示したにすぎない。また、逆に括弧内の状態以外の者であっても、i) ~ iii) の状態であると判断される場合もありうる。

## ② 基本調査結果による判断の方法

指定介護予防福祉用具貸与事業者は、軽度者に対して、対象外種目に係る介護予防福祉用具貸与費を算定する場合には、①の表に従い、「厚生労働大臣が定める者」のイへの該当性を判断するための基本調査の結果の確認については、次に定める方法による。なお、当該確認に用いた文書等については、サービス記録と併せて保存しなければならない。

ア 当該軽度者の担当である指定介護予防支援事業者から当該軽度者の「要介護認定等基準時間の推計の方法」別表第一の認定調査票について必要な部分（実施日時、調査対象者等の時点の確認及び本人確認ができる部分並びに基本調査の回答で当該軽度者の状態像の確認が必要な部分）の写し（以下「調査票の写し」という。）の内容が確認できる文書を入手することによること。

イ 当該軽度者に担当の指定介護予防支援事業者がない場合にあつては、当該軽度者の調査票の写しを本人に情報開示させ、それを入手すること。

表（略）

## ○軽度者に対する福祉用具貸与の取扱いについて（H19.3.30 厚生労働省老健局振興課事務連絡）別添2

1（略）

2 移動用リフトのうち「昇降座椅子」については、認定調査項目の「立ち上がり」による必要性の判断ができないと思うが、考え方如何。

(答) 認定調査項目で判断する場合、「立ち上がり」ではなく「移乗」で判断することとなる。

その理由は、「床からの昇降」を補助する「昇降座椅子」は「床から椅子の高さまでの動き」を評価する必要がある、「畳からポータブルトイレへ」の「乗り移り」を評価する「移乗」の認定調査項目を用いる必要があるためである。

したがって、昇降座椅子について「立ち上がり」で必要性を判断することは妥当ではない。

### 第3 横浜市における実務の流れ

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付について「市町村の確認による判断」（前第2、1(3))で行う場合は、横浜市では次の手順で事務を進めます（フロー図は、**図1・2**参照）。

#### 1 利用者の状態の確認

担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センターの担当職員。以下「担当ケアマネジャー等」といいます。）は、利用者の状態が、前第2、1(3)のiからiiiの状態像に該当する可能性があり、かつ、福祉用具の使用が利用者の自立支援に効果的であるかを確認します。

#### 2 医師に対する意見照会

担当ケアマネジャー等は、前1により福祉用具の貸与が適当と判断した場合は、次のいずれかの方法により、前1で行った利用者の状態像の判断について医師の意見（医学的な所見）を求めます。

- (1) 利用者が、自身の状態像の原因となっている疾病等の主治医から、「該当する状態像」が記載された診断書を取得し、担当ケアマネジャー等に提出します。
- (2) 担当ケアマネジャー等が、利用者の診察に同行するなどして、利用者の「該当する状態像」を聞き取ります（**別紙様式8**などにより、文書による情報提供を行った場合は、診療情報提供料として算定可能です）。
- (3) 利用者が、主治医に対し、要介護認定の主治医意見書の「特記事項」に「該当する状態像」の記載を求めます。担当ケアマネジャー等は、その写しを区高齢・障害支援課から情報提供等により入手します。

#### 【補足】医師に対する意見照会に関するQ&A

##### Q1 医療機関への周知は行っていますか

A1 平成19年4月に市内の医療機関に対しダイレクトメールを発送し、制度見直しの概要や医師への意見照会に対する対応の依頼、文書による場合の情報提供用様式（**別紙様式8**）を周知しています。

##### Q2 医師から専門外なので所見を出せないと言われましたが、どうしたらいいですか

A2 該当する状態像について判断できる医師に所見を求めてください。

##### Q3 意見照会は、どの方法で行っても構いませんか

A3 前(1)から(3)のいずれの方法で入手しても構いませんが、下表（次頁）のとおり、費用負担や時点の問題があるので、できるだけ「聞き取り」でお願いします。

（次頁へ続く）

|     | 方法     | 費用負担 | 補足                                                     |
|-----|--------|------|--------------------------------------------------------|
| (1) | 診断書    | ○    | 利用者の費用負担となります。                                         |
| (2) | 聞き取り   | △    | 文書による場合は診療情報提供料が発生します（利用者に自己負担が発生する場合があります）。           |
| (3) | 主治医意見書 | ×    | 費用負担はありませんが、直近の要介護認定時点となるため、その間に状態変化があれば不適切となる場合があります。 |

**Q 4 診断書の写しを利用者からもらうために、診断書を書いた医師の承諾は必要ですか**

A 4 特に規定はないですが、使用目的を医師が承知している必要はあります。

**Q 5 聞き取りは、具体的にはどのように行うのですか**

A 5 聞き取りは、具其他的には、利用者の診察に同行する方法を原則とします。

ただし、医師から要望があった場合等やむを得ない場合は、電話による聞き取り、ファクシミリによる照会に対する電話回答、または、電子メールによる照会（費用の問題が発生する可能性あり）による方法が可能とされています。

文書による情報提供を求める場合は、**別紙様式 8**を使用してください。

電話による聞き取りの場合は、確認した相手や日時、内容について、必ず記録に残してください。

ファクシミリや電子メールの送受信にあたっては、特定の個人情報が流出することのないよう、墨塗り対応や暗号化など、十分対策を講じてください。

**Q 6 ① 利用者の診察に同行して聞き取ろうとしたところ、主治医から利用者の同席は望ましくないと話がありました。この場合、担当ケアマネジャー等が単独で聞き取りを行っても構いませんか**

**② その場合の費用負担はどうなりますか**

A 6 ① 医師の指示であれば構いません。

② 文書による回答の場合は、診療報酬の「診療情報提供料」として請求となり、利用者負担となります。

**Q 7 医師から、所見は看護師／相談員を通じて電話で回答したいと話がありましたが、可能ですか**

A 7 当該医師の属する医療機関に所属する看護師や相談員を通じて入手する場合は、その情報について一定の安全性・正確性が保証されることから、例外的に認めることとします。

**Q 8 医師から、所見は家族に伝えてあるので、家族から聞いてくださいと話がありましたが、可能ですか**

A 8 聞き取りによる場合は、担当ケアマネジャー等が医師と直接やりとりをし、入手することを原則とし、**Q 7**のとおり、当該医師の属する医療機関に所属する看護師や相談員を通じて入

手する場合は、その情報について一定の安全性・正確性が保証されることから、例外的に認めています。

ただし、例えば利用者や家族、サービス事業者等、当該医師の属する医療機関の関係者以外の者を通じて医師の所見を入手することは、その情報について一定の安全性・正確性が保証されるとは言い難いことから、たとえ医師からの指示であったとしても、認めることは困難です。

**Q 9 別紙様式 8**により文書による情報提供を求めたところ、たまたま利用者が受診する予定なので直接渡したいと話がありました。どうしたらよいですか。

**A 9** 原則としては、当該文書の一定の安全性・正確性を保つために、担当ケアマネジャー等が直接受け取ることにします。

ただし、一般的な診断書と同様に、当該文書を医療機関で封入封緘した状態で直接利用者が受け取り、封を開けずに担当ケアマネジャー等に渡す場合は、その方法でも構いません。

なお、既に封入封緘することなく利用者に直接渡したと話があった場合や、担当ケアマネジャー等の手元に渡る前に開封されていた場合は、担当ケアマネジャー等が当該文書を受け取った後、医師の認識と当該文書の記載内容に齟齬がないか、必要に応じて医師に確認してください。

**Q 10 主治医意見書への記入は、担当ケアマネジャー等が頼んでも構わないですか**

**A 10** 主治医の承諾が得られれば可能です。

**Q 11 主治医意見書はどのように入手したらよいですか**

**A 11** 主治医意見書は、担当ケアマネジャー等による、横浜市要介護認定及び要支援認定に係る情報提供取扱要綱（平成 11 年 10 月 1 日福介第 393 号）に基づく所定の手続き等により、入手します。

**Q 12 医師への意見照会結果に有効期間はありますか**

**A 12** 個別具体的な事情を鑑み、有効期限の設定は行いませんが、利用者の状態を正確に判断するためには、医師の所見を得た日からサービス担当者会議の開催まで、あまり日を空けないようにする必要があります。

**Q 13 認定期間中に福祉用具の利用が必要になった場合、主治医意見書は書き直してもらえますか**

**A 13** 主治医意見書は、要介護認定を行うための書類ですので、要介護認定後、当該認定を審査する際に使用した主治医意見書を書き直すことはできません。

要介護認定を受けてから概ね 1 か月以内で、主治医意見書の内容から医師の所見が判断できる場合は、主治医意見書による方法で医師の所見を入手しても構いません。

ただし、要介護認定を受けてから状態変化がある場合や、1 か月以上経過している場合は、診断書または聞き取りによる方法で行ってください。

なお、状態変化に伴い区分変更申請中の場合であっても、認定結果が確定する前の主治医意見書を情報提供することはできません。

### 3 サービス担当者会議の開催

担当ケアマネジャー等は、医師の意見（医学的な所見）を入手した後、サービス担当者会議等を開催し、医師の意見（医学的な所見）を参考に福祉用具の例外給付が利用者の自立支援に役立つか検討し、例外給付が必要と判断した場合に、ケアプランを作成します。

また、医師の意見（医学的な所見）や医師名などについては、「サービス担当者会議の要点」（記載例は資料1参照）又は「介護予防支援経過記録」（記載例は資料2参照）に記載します。

#### 【補足】 サービス担当者会議の開催に関するQ & A

Q14 やむを得ない理由により、サービス担当者会議を行うことができなかった場合は、どうしたらよいですか

A14 この場合は、サービス担当者会議に準じる意見照会等を経た適切なケアマネジメントの結果であることを記録した書面（居宅介護支援経過等）に、医師の意見（医学的な所見）や医師名などを記載し、確認依頼提出にあたっての添付書類としてください。

### 4 区高齢・障害支援課へ確認依頼提出

担当ケアマネジャー等はケアプラン作成後、次のとおり書類を整え、区高齢・障害支援課窓口原則直接提出します（個別の事情がある場合は郵送可能。詳細はQ21参照）。

#### (1) 提出書類

ア「軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認について（依頼）」（様式1）

イ（介護給付の場合）「サービス担当者会議の要点」（資料1）

ウ（予防給付の場合）「介護予防支援経過記録」（資料2）

※ やむを得ない理由により、サービス担当者会議を行うことができなかった場合の添付書類は、Q14のとおり

#### (2) 提出期限

原則として、貸与開始前に提出してください。

ただし、末期がん患者の急な退院等により早急な対応が必要な場合など、やむを得ず貸与開始後遡及して提出する場合は、貸与開始日から概ね1か月以内に行ってください。

#### (3) 確認結果

区高齢・障害支援課では、確認依頼の提出を受けた後、内容を精査します。

確認後は、担当ケアマネジャー等に連絡をしますので、原則窓口で直接様式2により確認結果をお渡しします（郵送による確認依頼の場合は郵送回答します。詳細はQ21参照）。

## 【補足】区への確認依頼提出に関するQ&A

**Q15 診断書や主治医意見書、聞き取りの資料など、医師の所見を確認した資料を添付する必要はありますか**

A15 添付する必要はありません。ただし、医師の意見（医学的な所見）や医師名などは、「サービス担当者会議の要点」又は「介護予防支援経過記録」に記載する必要があります。

**Q16 貸与開始日から1か月を経過した場合、どのような事情でも受け付けてもらえませんか**

A16 原則として受け付けることはできません。

ただし、合理的でやむを得ない事情がある場合は、貸与開始日に遡及して受け付けることもあります。

**Q17 要介護認定の新規申請中に、確認依頼を提出することはできますか**

A17 原則として、要介護認定を受けている場合に、要介護度によって給付対象外となる福祉用具について、市町村が例外給付の必要性について確認することによって、福祉用具貸与費を算定することができるものです。

したがって、要介護認定を受けていない場合は、市町村として例外給付の必要性について確認できないことから、確認依頼書の提出を受け付けることはできません。

ただし、末期がん等の心身の状態が急速に悪化することが確実に見込まれる方に対しては、認定申請日以降に作成する暫定ケアプランにおいて、要介護（要支援）認定者と同様に、前1から3の過程を経て、当該福祉用具の必要性が判断される場合に限り、新規申請中に確認依頼書の提出を受け付けることとします。

この場合、認定の結果が非該当となった場合や申請が却下・取下げとなった場合などについては、認定申請時に遡及して保険給付を受けることはできず、自費となりますので、その旨利用者や家族に十分説明をしてください（文書による承諾は、必ずしも必要ではありません）。

**Q18 要介護認定の更新・区分変更申請中に、確認依頼を提出することはできますか**

A18 現在の要介護（要支援）認定に基づき、前1から3の過程を経て、確認依頼書を提出することは可能ですが、更新後・区分変更後の結果の見込み、その内容に基づく確認依頼書については、原則として、受け付けることはできません。

ただし、例外的に受け付ける場合については、Q17 ただし書き以降と同様とします。

この場合、当該例外給付の適用開始日は、新認定の有効期間開始日となります。

**Q19 要介護認定申請中に、軽度者には該当しない見込みで、例外給付対象種目となる福祉用具を利用開始していたが、認定の結果、軽度者に該当することとなった。どうしたらよいか。**

A19 要介護認定申請中のため、第2の1(1)・(2)の基本調査の結果等による判断はできないことから、第2の1(3)の「市町村の確認による判断」で行うこととなります。

この場合は、当該福祉用具の利用開始前に、前1から3の過程を経ている場合に限り、区で確認依頼を受け付け、利用開始日に遡って例外給付対象とすることができるものとします。



**Q20 ケアプラン作成を居宅介護支援事業所に委託している場合、誰の名前で確認依頼を提出すればよいですか**

**A20** 地域包括支援センターが、ケアプラン作成を居宅介護支援事業所に委託している場合は、委託範囲には、ケアプラン作成のみならず、サービス担当者会議の開催も含まれていることから、確認依頼提出は、居宅介護支援事業所が行うこととなります。

**Q21 ①確認依頼の受付・回答を原則窓口としているのはなぜですか**  
**②例外的に郵送で行う場合の封筒や郵送料は、誰が負担するのですか**

**A21** ① 郵送の場合は、郵便事故や誤送付により個人情報の漏えいを引き起こす可能性があることから、原則として、確認依頼の受付・回答は窓口で直接行うこととしています。  
ただし、居宅介護支援事業所等が遠方にあるなど個別の事情がある場合は、例外的に、郵送による受付・回答を行うことも可能ですが、書類が区役所に到達してからの受付となりますので、早急に貸与を開始する必要がある場合は、窓口への提出や区役所への事前相談をお願いします。  
② それぞれ郵送する側が負担することとします（受付のときは、居宅介護支援事業所等で負担、回答のときは、区で負担）。

**Q22 確認依頼は、様式1を使用しないと受け付けてもらえませんか。他市町村の様式や、独自に作成した様式で提出することはできますか。**

**A22** 正確に確認作業を行うことができない可能性があるため、**様式1**を使用してください。

## 5 必要に応じて見直し

担当ケアマネジャー等は、アセスメントの結果を参考に、必要に応じて担当者会議等を開催し、継続して福祉用具貸与を受ける必要性について検討します。

必要性がある場合は、その理由を再びケアプランに記載します。

### 【補足】必要に応じての検証に関するQ&A

#### Q23 再度、区に確認依頼をするのはどのような場合ですか

A23 利用者が要介護（要支援）の更新認定や変更認定を受けた場合などです。

利用者が要介護（要支援）更新認定、要介護（要支援）状態の変更認定を受けた場合は、サービス担当者会議の開催等により、専門的な見地からの意見を求め、居宅（介護予防）サービス計画の変更の必要性について検討することとされていることから、少なくとも、その時点において、状態変化や要介護（要支援）度に変更がなくとも区高齢・障害支援課への確認依頼の提出が必要です。

なお、令和4年10月14日付厚生労働省事務連絡において示された「新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の取扱い」に基づき、認定有効期間が延長となった場合は、区への確認依頼は不要ですが、利用者の状態に変化があり、貸与種目の追加や変更の必要がある場合などは、区高齢・障害支援課に改めて確認依頼を提出する必要があります。

#### Q24 Q23以外で、再度、区に確認依頼を提出する必要があるのは、どのような場合ですか

A24 認定の変更を受けるまではいかなくとも、認定有効期間中に利用者の状態に変化があり、貸与種目の追加や変更、同一種目内での形態・形状の大幅な変更など、当初から大幅に内容変更を行う必要があるときは、再度、区高齢・障害支援課に確認依頼を提出する必要があります。

#### Q25 確認依頼を提出したときから、担当ケアマネジャー等に変更がありました。この場合、確認依頼を再度提出する必要はありますか

A25 利用者の状態や当該福祉用具貸与の必要性については、確認依頼の提出時点で、担当ケアマネジャー等を含め複数の目で、一連の流れを経て確認を終えていると考えられます。

その後担当ケアマネジャー等に変更があったとしても、そのことにより利用者の状態や当該福祉用具貸与の必要性が変わる可能性は極めて低く、基本的にはその内容で次の担当ケアマネジャー等が引き継ぐことが望ましいことから、区高齢・障害支援課に確認依頼を再度提出する必要はありません。

図1 (市町村の確認による判断で行う場合) 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の流れ

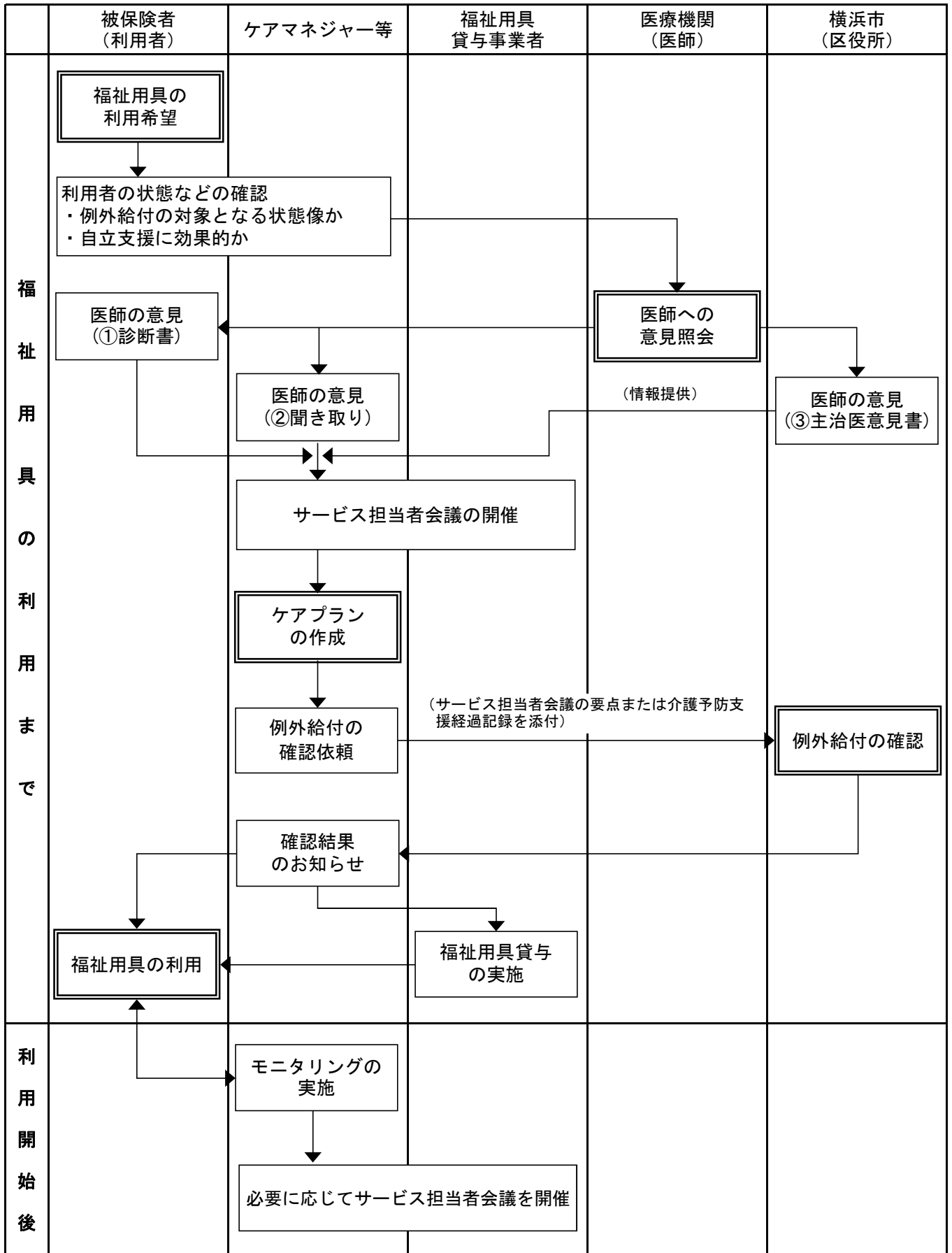
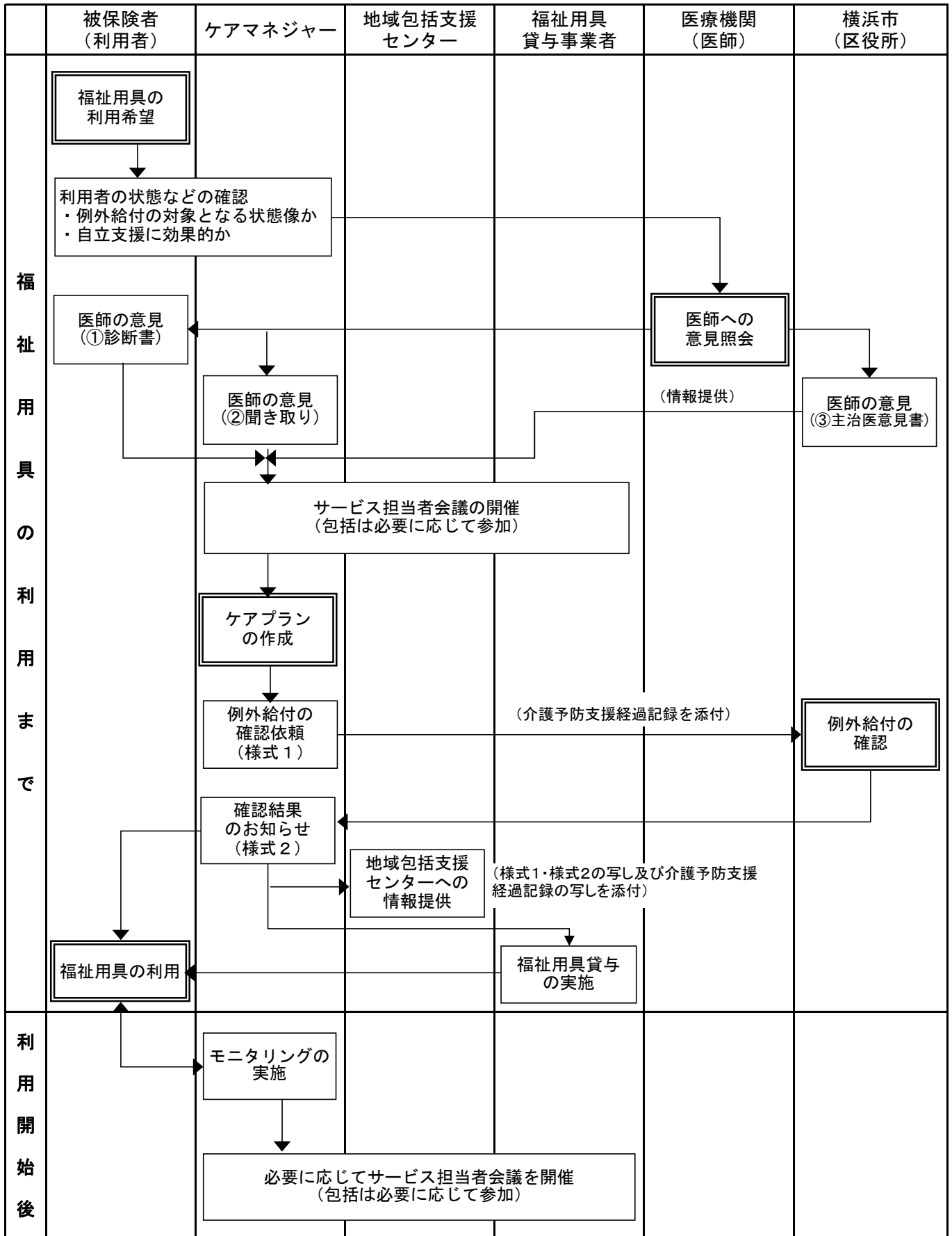


図2 (市町村の確認による判断で行う場合) 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の流れ  
 ~地域包括支援センターが居宅介護支援事業者に委託した場合~



年 月 日

横浜市 区長

事業所名  
ケアプラン作成担当者名

## 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認について（依頼）

次の利用者に対して、医師の意見（医学的な所見）に基づき判断し、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を行ったところ、（介護予防）福祉用具貸与が特に必要と判断しましたので、このことについて確認をお願いします。

## 1 貸与を予定している被保険者

|        |  |        |                                    |
|--------|--|--------|------------------------------------|
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |                                    |
| 被保険者住所 |  | 要介護度   | 要支援1・要支援2<br>要介護1・要介護2・要介護3<br>申請中 |

## 2 貸与を予定している福祉用具

|         |       |  |  |
|---------|-------|--|--|
| 福祉用具の種類 |       |  |  |
| 開始年月日   |       |  |  |
| 貸与事業者   | 事業者名  |  |  |
|         | 事業者番号 |  |  |

## 3 医師の意見（医学的な所見）

## 該当する状態

- ① 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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者
- ② 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福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者
- ③ 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見地から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者

|                        |    |     |
|------------------------|----|-----|
| 居宅介護（介護予防）<br>支援事業者連絡先 | 住所 | 〒 — |
|                        | 電話 | ( ) |

※「サービス担当者会議の要点」または「介護予防支援経過記録」を必ず添付してください。

## 記載例

### <事例>

- ①アセスメントと課題分析
- ②医学的所見の確認 7/13
- ③サービス担当者会議 7/18  
ケアプラン作成
- ④区への確認依頼 7/20
- ⑤貸与開始 8/1 予定

(様式1)

令和 5年 7月 20日

横浜市 区長

△△居宅介護支援事業所  
居宅 春子

ケアプラン作成を行った事業所名と  
ケアプラン作成担当者名を記入

### 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認について（依頼）

次の利用者に対して、医師の意見（医学的な所見）に基づき判断し、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を行ったところ、（介護予防）福祉用具貸与が特に必要と判断しましたので、このことについて確認をお願いします。

#### 1 貸与を予定している被保険者

|        |            |        |                                    |
|--------|------------|--------|------------------------------------|
| 被保険者氏名 | 横浜 太郎      | 被保険者番号 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9                |
| 被保険者住所 | 横浜市中区港町1-1 | 要介護度   | 要支援1・要支援2<br>要介護1・要介護2・要介護3<br>申請中 |

#### 2 貸与を予定している福祉用具

|         |             |                     |  |
|---------|-------------|---------------------|--|
| 福祉用具の種類 | 特殊寝台        |                     |  |
| 開始年月日   | 令和 5年 8月 1日 |                     |  |
| 貸与事業者   | 事業者名        | □□福祉用具〇〇営業所         |  |
|         | 事業者番号       | 1 4 1 2 3 4 5 6 7 8 |  |

#### 3 医師の意見（医学的な所見）

##### 該当する状態

- ① 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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者
- ② 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福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者
- ③ 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見地から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者

|                        |    |                          |
|------------------------|----|--------------------------|
| 居宅介護（介護予防）<br>支援事業者連絡先 | 住所 | 〒 231 - 0021<br>中区日本大通35 |
|                        | 電話 | 045 ( 671 ) 4255         |

※「サービス担当者会議の要点」または「介護予防支援経過記録」を必ず添付してください。

申請中の場合は、暫定ケアプランを作成するにあたって使用した方を添付

(様式2)

年 月 日

事業所名  
ケアプラン作成担当者名

横浜市 区長

### 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認について（お知らせ）

年 月 日付で確認依頼のあった次の対象者に関する（介護予防）福祉用具貸与の例外給付については、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（介護予防）福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されていることを確認しましたので、お知らせします。

#### 1 対象者等

|         |  |        |  |
|---------|--|--------|--|
| 被保険者氏名  |  | 被保険者番号 |  |
| 福祉用具の種類 |  |        |  |

#### 2 注意事項

- (1) このお知らせは、例外給付の確認結果をお知らせするもので、（介護予防）福祉用具貸与費の支給を決定するものではありません。
- (2) 保険者等により行われる実地調査等の結果、医師の意見（医学的な所見）が確認できない場合や、サービス担当者会議等の開催が確認できない場合は、保険給付の返還を求めることがあります。

(別紙様式8)

年 月 日

情報提供先

居宅介護支援事業者  
地域包括支援センター

紹介元医療機関  
の名称及び所在地

医師氏名  
TEL. (        -        -        )

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ため情報提供します。

|                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                               |       |   |   |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---|---|----------------|
| フリガナ<br>患者氏名                                                                                                                                                                                                                     | 要介護度 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2<br><input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3<br><input type="checkbox"/> 申請中 |       |   |   |                |
| 性別 (男・女)                                                                                                                                                                                                                         | 生年月日                                                                                                                                                                                          | M・T・S | 年 | 月 | 日生 (        歳) |
| 住所 横浜市                                                                                                                                                                                                                           | TEL. (        -        -        )                                                                                                                                                             |       |   |   |                |
| 傷病名                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                               |       |   |   |                |
| 1 福祉用具の利用が必要な状態像                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                               |       |   |   |                |
| <input type="checkbox"/> 状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に起き上がりが困難な者か寝返りが困難な者のいずれかに該当する                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                               |       |   |   |                |
| <input type="checkbox"/> 状態が急速に悪化し、短期間のうちに起き上がりが困難な者か寝返りが困難な者になることが確実に見込まれる                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                               |       |   |   |                |
| <input type="checkbox"/> 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見地から起き上がりが困難な者か寝返りが困難な者に該当すると判断できる                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                               |       |   |   |                |
| 2 利用が必要な福祉用具                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                               |       |   |   |                |
| <input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品<br><input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト<br><input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 |                                                                                                                                                                                               |       |   |   |                |



# 記載例

資料1

<事例>

①アセスメントと課題分析→②医学的所見の確認(7/13)→③サービス担当者会議(7/18)  
→ケアプラン作成→④区への確認依頼(7/20)→⑤貸与開始(8/1予定)

第4表

## サービス担当者会議の要点

作成年月日 令和5年7月19日

利用者名 横浜 太郎 様

居宅サービス計画作成者(担当者)氏名 居宅 春子

開催日 令和5年7月18日

開催場所 自宅

開催時間 14時00分~15時00分

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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 横浜 太郎 様 | B訪問介護事業所            | 〇〇 〇〇 |        |    |
|          | 家族                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 横浜 花子 様 | C福祉用具貸与事業所          | □□ □□ |        |    |
|          | A事業所(ケアマネ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 居宅 春子   | Dクリニック(医師)<br>※欠席照会 | △△ △△ |        |    |
| 検討した項目   | 特殊寝台の必要性について<br>①医師の医学的所見(確認した日時と確認方法(訪問・電話等)、医師名・病院名、診断名等に起因する状態像)<br>②医師の医学的所見に基づき必要性の判断<br>③本人・家族の意向<br>④サービス担当者会議での必要性の検討 などを記載します。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                     |       |        |    |
| 検討内容     | ①医師の医学的所見としては、7月13日、Dクリニック△△医師に電話照会にて「パーキンソン病で内服加療中の『ON・OFF現象』によって、頻繁に臥位からの起き上がりが困難となるため、福祉用具貸与の状態像(i)に該当する。」との意見をいただいた。<br>②ケアマネジャーとしては、医師の医学的所見に基づき、状態が悪いときは起き上がりが困難であることから、例外給付に該当する要件i)に該当すると判断する。<br>③本人は、在宅で、できるだけ自分の力で起き上がり、身の回りのことを行っていききたいとの意向。家族も同意。<br>④以上を踏まえ、サービス担当者会議での必要性について検討した。<br>・(B訪問介護事業所の意見)利用者は日によって状態の変動が著しく、状態の悪いときは起き上がり立ち上がりが困難で、介助が必要。<br>・(C福祉用具貸与事業所の意見)特殊寝台の種類については、起き上がりと共に立ち上がりも困難であることから、背上げ角度と床板高さの調整機能が付いたものが良いかと思われる。<br>・これらの意見から、上記の機能の付いた特殊寝台を導入することで全員の意見が一致した。 |         |                     |       |        |    |
| 結論       | 本人の状態から、背上げ角度と床板高さの調節機能の付いた特殊寝台が必要であるため、貸与の手続きを行う。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |         |                     |       |        |    |
| 残された課題   | 特殊寝台を導入後の効果と実際の状況について確認をする。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |         |                     |       |        |    |
| (次回開催時期) | 現在の認定有効期間が12月31日で切れるため、その際に再度必要性を検討する。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |                     |       |        |    |

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）

利用者氏名 港 三郎 様

計画作成者氏名 介護 夏子

| 年 月 日     | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 年 月 日 | 内 容                                                                                                                                                |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 令和5年7月13日 | <p>◆Hクリニック△△医師に医学的所見について電話照会。<br/>「重度の喘息発作時に、呼吸苦の重篤化を回避するため、上体をすみやかに一定の角度に起こす必要があり、福祉用具貸与の状態像（iii）に該当する。」との意見をいただいた。<br/>◆担当職員としては、医師の医学的所見に基づき、特に明け方に重度の喘息発作を起こすことが多いため、すみやかに自力で一定の角度に起こす必要があり、例外給付に該当する要件 i）に該当すると判断する。<br/>◆本人と家族の意向を確認。電動ベッドがあれば、発作が急におきても、すぐに一人でも上体を起こせるので安心できるとのこと。</p>                                                                                  |       | <p>①医師の医学的所見<br/>確認した日時と確認方法（訪問・電話等）、<br/>医師名・病院名、診断名等に起因する状態像<br/>②医師の医学的所見に基づき必要性の判断<br/>③本人・家族の意向<br/>④サービス担当者会議での必要性の検討<br/><br/>などを記載します。</p> |
| 令和5年7月18日 | <p>◆サービス担当者会議の開催（時間：13:30～14:30）<br/>○参加者：本人、家族、Aケアマネ、E事業者（デｲサービス）、F事業者（福祉用具）<br/>○検討した項目：福祉用具（特殊寝台）の必要性について<br/>○検討内容<br/>・（E事業者の意見）明け方に突発的に喘息発作が起きることが多く、すぐに一人でも状態を起こすことができる支援が必要。<br/>・（F事業者の意見）特殊寝台の種類については、電動で即座に背上げ角度調整ができる機能のついたものがよいと思われる。<br/>○結論<br/>本人の状態から、電動で即座に背上げ角度調整ができる機能のついた特殊寝台が必要であるため、貸与の手続きを行う。<br/>○次回の予定<br/>現在の認定有効期間が1月31日で切れるため、その際に再度必要性を検討する。</p> |       |                                                                                                                                                    |

※1 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察（生活の活発さの変化を含む）、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。

2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者（所属（職種）氏名）、検討した内容等を記入する。