

軽度者に対する福祉用具貸与の対象外種目に係る  
医 師 へ の 照 会 事 項

令和 年 月 日

主治医 様

居宅介護（介護予防）支援事業所名

担当介護支援専門員（担当者）名

介護保険制度において、軽度者（要支援１・２又は要介護１※自動排泄処理装置については、要介護２・３も含む）は次の福祉用具の貸与が原則対象外とされ、一定の要件にあてはまる方（厚生労働大臣が定める者）のみ貸与が認められます。

|       |                                                                                    |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 対象外種目 | ・車いす及び付属品 ・特殊寝台及び付属品 ・床ずれ防止用具及び体位変換器<br>・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。) ・自動排泄処理装置 |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------|

軽度者に対象外種目の貸与が認められるか否かは、原則として要介護（要支援）認定の基本調査の結果（一部の場合は主治医から得た情報及びケアマネジメント。以下同じ。）に基づき判断されますが、基本調査の結果のみで判断できないケースについては、医師の所見が求められています。（厚生労働省通知平12老企第36号第二の9(2)及び平18老計/老振/老老第0317001号別紙1第二の11(2)）。

つきましては、次の被保険者について下記の事項に係る所見をお願いします。

被保険者に係る所見

令和 年 月 日

|       |   |
|-------|---|
| 医療機関名 |   |
| 医 師 名 | ㊞ |

|                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |  |      |  |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--|------|--|
| 被保険者名                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 性別 |  | 生年月日 |  |
| 住所                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |  |      |  |
| 疾 病 名                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |  |      |  |
| 心 身 の 状 況<br>〔福祉用具が必要な場合は<br>その理由を含む。〕                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    |  |      |  |
| 対象外種目の貸与が例外的<br>に認められうる場合に当た<br>るか否か<br><br>※該当するものに○を付けてくだ<br>さい。 | 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<br>て、頻繁に利用者等告示第31号のイに該当する者<br><br>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<br>第31号のイに該当することが確実に見込まれる者<br><br>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<br>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<br><br>iv) 上記 i) から iii) までのいずれにも該当しない。 -----                                                                                                       |    |  |      |  |
| 福祉用具の要否<br><br>※該当するものをチェックして下<br>さい。                              | <div><input type="checkbox"/> 車いす及び付属品</div> <div><input type="checkbox"/> 特殊寝台及び付属品</div> <div><input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器</div> <div><input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器</div> <div><input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く。）</div> <div><input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置（※要介護３以下の者が軽度者の対象となる。）</div> <div><input type="checkbox"/> 以上の福祉用具は必要でない。◀ -----</div> |    |  |      |  |

|                       |                                                                                              |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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<br>(二) 日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる者                           |
| 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が困難な者<br>(二) 日常的に寝返りが困難な者                                       |
| 床ずれ防止用具<br>体 位 変 換 器  | 日常的に寝返りが困難な者                                                                                 |
| 認知症老人徘徊感知機器           | 次のいずれにも該当する者<br>(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<br>(二) 移動において全介助を必要としない者                 |
| 移動用リフト<br>(つり具の部分を除く) | 次のいずれかに該当する者<br>(一) 日常的に立ち上がりが困難な者<br>(二) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者<br>(三) 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              | 次のいずれにも該当する者<br>(一) 排便において全介助を必要とする者<br>(二) 移乗において全介助を必要とする者                                 |

## (参考2) 福祉用具が必要となる事例内容（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 | <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> <li>自動排泄処理装置</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> <li>自動排泄処理装置</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> <li>自動排泄処理装置</li> </ul> | 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  | 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。移動用リフトの利用を医師からも指示されている。                    |

## 軽度者に対する福祉用具貸与

### ①届出が必要なケース

・軽度者(要支援1・2、要介護1)で厚生労働省が定める状態像(「利用者等告示第31号のイの状態」)下記のi)～iii)に該当する可能性があり、対象外種目の貸与が必要と判断され、認定調査の結果で条件に該当しない場合

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

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

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

### ②提出書類

- ・軽度者に対する福祉用具貸与の対象外種目に係る医師への照会事項
- ・居宅サービス計画書(1):第1表
- ・居宅サービス計画書(2):第2表
- ・週間サービス計画表:第3表
- ・サービス担当者会議の要点:第4表
- ・サービス利用票:第6表
- ・サービス利用票別表:第7表

### ③提出時期

- ・初回福祉用具貸与利用前(※)
- ・介護認定更新後(更新で要介護度が要支援1・2、要介護1になり福祉用具貸与の継続が上記i)～iii)により必要と判断される場合等)

※必ず利用開始前にご相談ください。場合により保険給付の対象外となります。

### ④算定許可

- ・算定許可通知等は発行されません。

### ⑤その他留意事項

- ・要介護認定の更新後、要介護度が軽度者(要支援1・2、要介護1)になった場合、再度、福祉用具貸与の必要性を検討していただいた上で上記i)～iii)により必要と判断された場合のみの申請をお願いします。
- ・「自動排泄処理装置」については要介護2・3の者についても軽度者に該当することとなります。