

居宅介護支援事業者 様  
 介護予防支援事業者 様  
 福祉用具貸与事業者 様

健康福祉局介護保険課長

## 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）

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。

標記については、先に、平成24年4月より、介護保険法等の改正により、福祉用具貸与品目に「自動排泄処理装置」が追加されたこと等についてお知らせしているところです。

また、あわせて、先にお知らせを行った際に、「自動排泄処理装置のうち、便を吸引する機能のあるもの」については、軽度者への福祉用具貸与品目として取り扱うことになる旨についても、お知らせしています。

この改正等を受けて、このたび、本市における本件取扱様式について、一部改訂するとともに、「自動排泄処理装置」に係る軽度者による福祉用具貸与に関する取扱等についても改めて整理しましたので、別添のとおりお知らせします。

ご多忙の折、恐縮ですが、担当職員の方への周知をお願いいたします。

### 1 自動排泄処理装置（便を吸引する機能のあるもの）の取扱概要

福祉用具貸与の対象に自動排泄処理装置が追加されたことに伴い、軽度者への貸与について対象品目が追加されます。以下の認定調査の結果にあてはまらない場合には、例外給付の対象になるかについて市町村の確認が必要です（本市の場合は、各区役所の高齢（・障害）支援課への確認書類の提出等の手続きが必要です）。

対象種目（追加）	貸与条件	厚生労働大臣が定めるもの (国の取扱通知の規定項目のうち、イに該当)		該当する認定調査 (基本調査)の結果	
				確認箇所	確認内容
カ自動排泄処理装置（便を吸引する機種）※	(1)と(2)の両方に該当	(1)	排便が全介助を必要とするもの	2-6	「4.全介助」
		(2)	移乗が全介助を必要とするもの	2-1	「4.全介助」

※ 便を吸引する機能のある機種に限り、要支援1～要介護3の方が給付対象外種目（例外給付扱い）となります。

要介護4・5の方は、給付対象となるため、例外給付としての手続きは、不要です。

また、尿のみ吸引する機種については、要介護度にかかわらず、例外給付の手続きは不要です。

### 2 送付資料

- (1) **資料1** 「軽度者に対する福祉用具貸与について」
- (2) **資料2** 「例外給付となるか判断する場合の事務手順」及び別紙1 「軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の流れ」
- (3) **資料4** 「市内医療機関代表者あて通知文」の「様式8 情報提供様式（軽度者の福祉用具貸与関係）」  
【様式8については、今回の改正に伴い様式を改訂】※1

※1 様式8については、今回の貸与品目の追加に伴い、改訂を行いました。従前の様式による取り扱いについても、なお当分の間、適宜修正のうえ使用することができるものとします。

ただし、「自動排泄処理装置（便を吸引する機能のあるもの）」に関して、旧様式を使用する場合は、今回の改訂による追加項目について、付記した上で、使用することとなりますので、ご留意をお願いします。

### 3 その他の配慮事項

今回の送付資料については、平成19年4月27日付 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り扱いについて」の添付資料に、現時点で、国等の通知による取扱いの確認を終えている箇所について、時点修正と内容の修正を加えたものになります。

平成19年に通知した文書一式についても、内容を確認のうえ、適宜資料の差し替えをお願いいたします。

また、資料3のうち、「各区における確認のポイント」については、現時点において新たな取り扱いに関する国からの通知がなされていないため、内容更新が一部未了となっていますので、ご留意をお願いします（資料3の様式記載例についての変更はありません）。

### 4 参考資料

平成19年4月27日付 健介第162号

添付省略（平成30年7月23日健介保第617号をもって廃止）

「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り扱いについて」（前回通知）

- 資料1 「軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の対象者拡大について」
- 資料2 「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事務手順」
  - 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）
  - 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）
- 資料3 各区における確認のポイント
  - 記載例「第4表 サービス担当者会議の要点」
  - 記載例「介護予防支援経過記録」
- 資料4 「市内医療機関代表者あて通知文」
  - 様式8 情報提供様式（軽度者の福祉用具貸与関係）
- 資料5 「軽度者に対する福祉用具貸与の取扱いの見直しに関するQ&A」 ※厚労省通知より抜粋
- 資料6 「軽度者(要支援、要介護1)に対する対象外種目の貸与判断基準」 ※神奈川県作成Q&A

横浜市 健康福祉局 介護保険課  
担 当：大淵、藤見、岩間  
電 話：(045)681-5074  
F A X：(045)681-7789  
e-mail：kf-kaigokyufu@city.yokohama.jp

## 軽度者に対する福祉用具貸与について

## 1 軽度者が以下のいずれかの状態に当てはまるか、認定調査結果で確認

対象外種目	貸与条件	厚生労働大臣が定めるもののイ		厚生労働大臣が定めるもののイに該当する基本調査の結果	
				確認箇所	確認内容
ア 車いす及び 車いす付属品	(1) または(2) に該当	(1)	日常的に歩行の困難な者	1-7	「3. できない」
		(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	該当なし	ケアマネジャーの判断による(※1)
イ 特殊寝台 及び 特殊寝台付属品	(1) または(2) に該当	(1)	日常的に起き上がりの困難な者	1-4	「3. できない」
		(2)	日常的に寝返りの困難な者	1-3	「3. できない」
ウ 床ずれ防止用具 及び 体位変換機	右記に該当		日常的に寝返りの困難な者	1-3	「3. できない」
エ 認知症老人 徘徊感知器	AとBの 両方が 該当	A	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(右記4つのうち1つでも該当すれば可)	3-1	「2. ときどき伝達できる」 「3. ほとんど伝達できない」 「4. できない」のいずれか
				3-2 から 3-7	6個の質問のうち、いずれか「2. できない」
				3-8 から 4-15	17個の質問のうち、いずれか「2. ときどきある」または「3. ある」 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
		B	移動において全介助を必要としない	2-2	「1. 介助されていない」または「2. 見守り等」 または「3. 一部介助」
オ 移動用リフト (つり具の部分 を除く)	(1) または(2) または(3) に該当	(1)	日常的に立ち上がりの困難な者	1-8	「3. できない」
		(2)	移乗が一部介助または全介助を必要とする者	2-1	「3. 一部介助」または「4. 全介助」
		(3)	生活環境において段差の解消が必要と認められる者	該当なし	ケアマネジャーの判断による(※1)
カ 自動排泄処理 装置(便を吸引 する機種) (※2)	(1)と(2) 両方に 該当	(1)	排便が全介助を必要とする者	2-6	「4. 全介助」
		(2)	移乗が全介助を必要とする者	2-1	「4. 全介助」

※1 主治医からの情報とサービス担当者会議によりケアマネジャーが判断します。

認定項目の確認や区役所への届出は不要です。担当者会議の記録を保存してください。

※2 便を吸引する機種に限り、要支援1～要介護3の方が給付対象外種目となります。

要介護4・5の方は給付対象ですので、認定項目の確認や区役所への届出は不要です。

また、尿のみ吸引する機種については、介護度にかかわらず、認定項目の確認や区役所への届出は不要です。

**2 1に当てはまらない場合は例外給付となるか判断（市町村の確認が必要です！）**

下記表①～③のいずれかに該当する者であることが、

ア **医師の意見**（医学的な所見）に基づき判断され、（詳細は別紙参照）

イ サービス担当者会議等を経た**適切なケアマネジメント**の結果を踏まえてえていることを、

ウ **市町村が「確認」**している

ものであれば、例外給付を認める。

①	疾病その他の原因により、 <b>状態が変動しやすく</b> 、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）
②	疾病その他の原因により、 <b>状態が急速に悪化し</b> 、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）
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出来る者（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）

## 例外給付となるか判断する場合の事務手順

(1) 例外給付までの流れ

別紙1「軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の流れ」のとおり

(2) 利用者の状態の確認

ケアマネジャー及び地域包括支援センターの担当職員（以下、「ケアマネジャー等」と呼びます）は、利用者の状態が「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する。

(3) 医師に対する意見照会 ※詳細は資料2別紙2を参照

ケアマネジャー等は、上記(2)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、医師の意見（医学的な所見）を求めることとする。

- ① 利用者が、例外給付の対象となる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、ケアマネジャー等へ提出する。
- ② 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」を聞き取る。（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）
- 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」の記載を求める。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する。

(4) サービス担当者会議の開催

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を検討し、例外給付が必要と判断した場合に、ケアプランを作成する。

また、医師の意見（医学的な所見）及び医師の名前などを（別紙2）「サービス担当者会議の要点【第4表】」あるいは、（別紙3）「介護予防支援経過記録」に記載する。

(5) 区高齢（・障害）支援課による確認 ※詳細は資料2別紙3を参照

ケアマネジャー等はケアプラン作成後、「様式1」に「サービス担当者会議の要点【第4表】」または「介護予防支援経過記録」を添付し、各区高齢（・障害）支援課に確認を求める。

確認を求められた各区高齢（・障害）支援課は、内容の確認を行ったのちに、「様式2」によりケアプラン作成事業所へ確認結果を連絡する。

(6) 担当者会議の開催

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証する。

継続して福祉用具貸与を受ける必要性がある場合は、その理由を再びケアプランに記載する。

(様式1)

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）福祉用具貸与が必要と判断しましたので、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 要介護1・要介護2・要介護3

#### 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

連絡先	住所	
	電話	

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

(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）

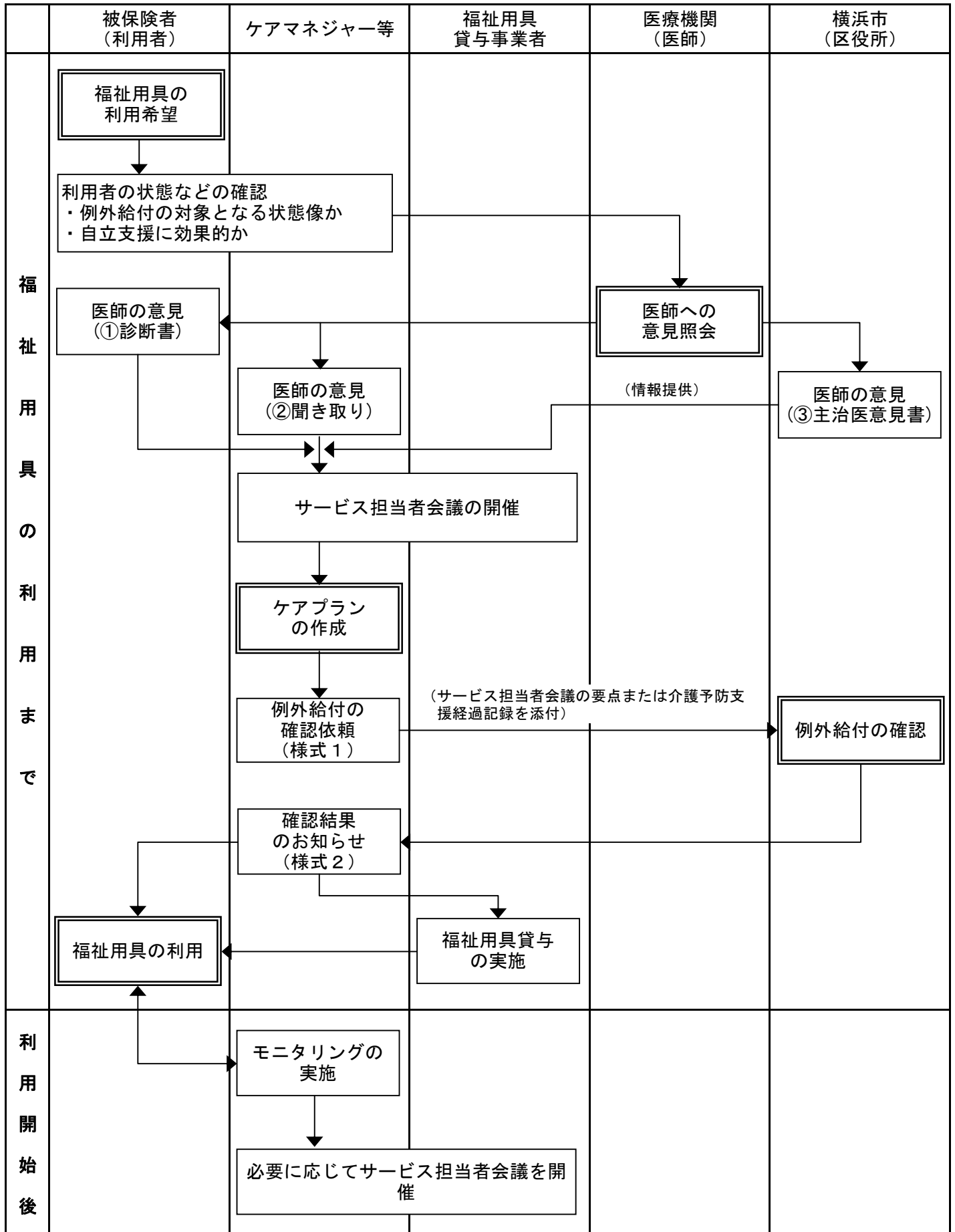
年 月 日付で依頼のあった（介護予防）福祉用具貸与について、確認しましたのでお知らせします。

被保険者氏名		被保険者番号	
福祉用具の種類			

〈注意事項〉

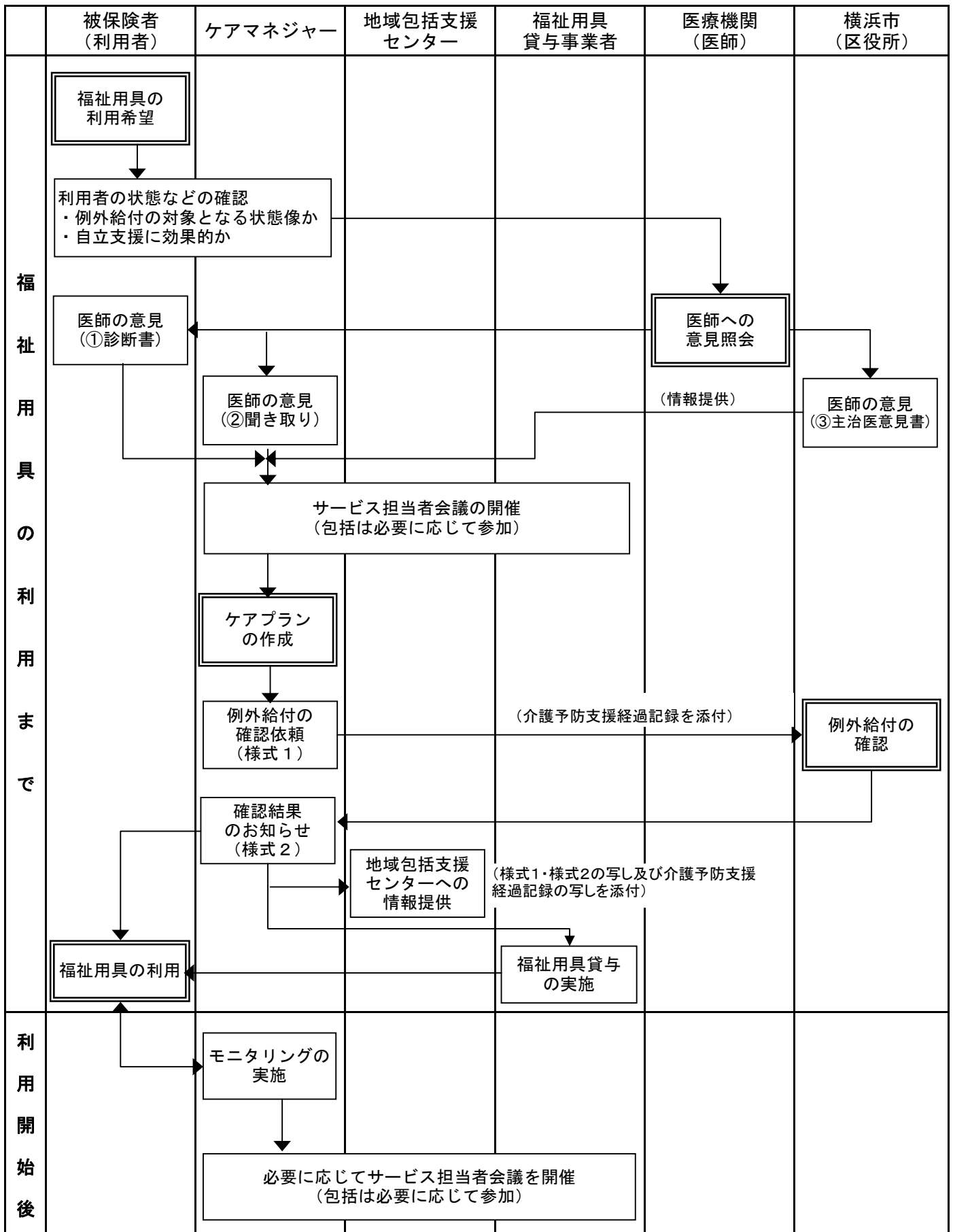
1. このお知らせは、例外給付の確認結果をお知らせするもので、（介護予防）福祉用具貸与費の支給を決定するものではありません。
2. 保険者等により行われる実地調査等の結果、医師の意見（医学的な所見）が確認できない場合や、サービス担当者会議等の開催が確認できない場合は、保険給付の返還を求めることがあります。

◎軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の流れ





◎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)



(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 患者氏名	要介護度 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3				
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					
<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					
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置					