



# 福祉用具貸与の例外給付 の確認申請の手引き

## 《目次》

1. 福祉用具貸与の例外給付の確認申請のご案内・・・・・・・・・・ P. 1
  - (1) これまでの経緯
  - (2) 例外給付の確認依頼の流れ（フロー図）
  - (3) 福祉用具貸与費の算定可否の判断基準表
  
2. 例外給付の確認依頼申請について・・・・・・・・・・ P. 5
  - (1) 必要書類一覧兼チェックリスト
  - (2) 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認依頼書【記入例】
  
3. Q&A・・・・・・・・・・ P. 7
  
4. 資料・・・・・・・・・・ P. 9
  - 福祉用具が必要となる主な事例内容（概略）
  - 医師からの意見聴取について

平成28年12月（初版）  
吉川市 長寿支援課

## 1. 福祉用具貸与の例外給付の確認申請のご案内

### (1) これまでの経緯

平成18年度介護報酬改定により、福祉用具貸与について、要支援1・要支援2及び要介護1の方は、「軽度者」となり、軽度者の状態像からは利用が想定しにくい種目である、①車いす、②車いす付属品、③特殊寝台、④特殊寝台付属品、⑤床ずれ防止用具、⑥体位変換器、⑦認知症老人徘徊感知機器、⑧移動用リフト（つり具の部分を除く）の8種目について、原則として保険給付の対象としない改正が行われました。ただし、種目ごとに必要性が認められる一定の状態にある人については、保険給付の対象として福祉用具貸与が行われ、その例外的に給付される状態像の判断方法としては、要介護認定の認定調査結果を活用して客観的に判断することとなりました。

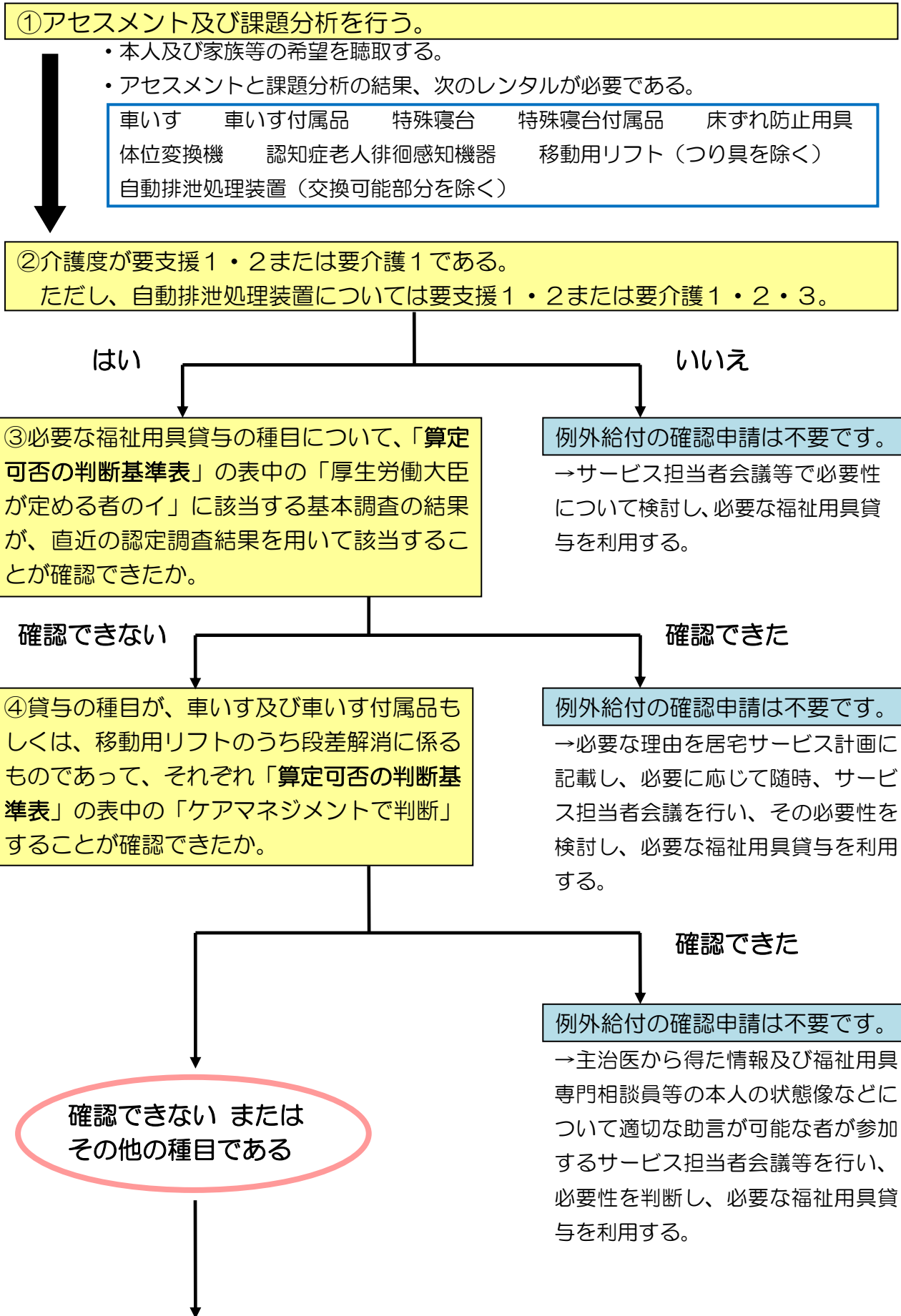
しかしながら、軽度者に係る福祉用具貸与の利用事例調査に基づき、その例外給付の判断方法について、専門家による意見等を踏まえて検討した結果、福祉用具貸与の基本枠組みについては変更せずその運用が一部見直されることになり、平成19年4月1日から必要な手続きを経て、市町村が確認を行えば例外給付が可能となりました。（平成19年3月30日老振発第0330001号、老老発第0330003号）

さらに、平成24年度の制度改正により、⑨自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引するものを除く）が追加され、対象となる福祉用具は全部で9種目となりました。この⑨自動排泄処理装置については、要介護2及び要介護3の方についても原則として保険給付の対象外となり、例外給付を行う場合は所定の手続きが必要となります。

### 《保険給付対象種目一覧表》

種目	軽度者	中重度者	
	要支援1・2、要介護1	要介護2・3	要介護4・5
自動排泄処理装置 (尿のみを自動的に吸引するものを除く)	原則、保険給付の対象外  一定の条件に該当する場合は、保険給付の対象となる。		
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(つり具の部分を除く)			
手すり	保険給付の対象		
スロープ			
歩行器			
歩行補助つえ			
自動排泄処理装置 (尿のみを自動的に吸引するもの)			

(2) 例外給付の確認依頼の流れ(フロー図)



⑤主治医の判断（医学的な所見に基づく判断）をもらう。

- ・当該種目を貸与するにあたり、必要性について次の①～③について確認する。
- ・確認した医師の所見及び医師の名前を居宅サービス計画に記載する。

※所見については確認した①～③が分かるように記載すること。

例) 平成〇年〇月〇日、△△病院△△医師に、〇〇〇（病名）で〇〇〇（状態）状態のため、×××（福祉用具名）が必要であると聴取した。

《次のいずれかの方法で医師の所見の聴取などを行う》

- ・主治医意見書により確認 … 特記事項に「必要である」旨の記載が必要。
- ・医師の診断書 … 本人負担が生じるため、同意を得る必要がある。
- ・担当のケアマネジャーが医師に所見を聴取

《ケアマネジャー等が確認する医師の所見の内容》

- ①病名等を具体的に
- ②具体的な理由
- ③申請理由の（i）～（iii）のいずれかに該当するか

（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第95号告示第25号のイに該当する。

（ii）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第95号告示第25号のイに該当することが確実に見込まれる。

（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第95号告示第25号のイに該当すると判断できる。

⑥サービス担当者会議の開催、会議録の作成。

- ・サービス担当者会議で当該種目の貸与について、その必要性が検討された。
- ・内容について、サービス担当者会議の記録に記載する。

⑦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、当該福祉用具貸与の必要性が認められた。

⑧ケアマネジャー等が吉川市に確認依頼書を提出。

- ・あらかじめ、本人等に確認依頼をする旨説明し、同意を得ておく必要がある。

⑨ケアマネジャー等が確認結果を受け取り、本人に連絡する。

- ・以後は通常のケアマネジメントとなる。

## (3) 福祉用具貸与費の算定可否の判断基準表

種目	厚生労働大臣が定める者のイ (状態像)	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
車いす 及び 車いす付属品 ※①②のいずれかに 該当	①日常的に歩行が困難な者	基本調査1-7(歩行) 「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	ケアマネジメントで判断
特殊寝台 及び 特殊寝台付属品 ※①②のいずれかに 該当	①日常的に起き上がりが困難な者	基本調査1-4(起き上がり) 「3. できない」
	②日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3(寝返り) 「3. できない」
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(寝返り) 「3. できない」
認知症老人 徘徊感知機器 ※①②のいずれにも 該当	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	基本調査3-1(意思の伝達) 「1. 調査対象者が意思を他者に伝達で きる」以外 または基本調査3-2~基本調査3-7 のいずれか 「2. できない」 または基本調査3-8~基本調査4-1 5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
	②移動において全介助を必要と しない者	基本調査2-2(移動) 「4. 全介助」以外
移動用リフト (つり具を除く) ※①②③のいずれか に該当	①日常的に立ち上がりが困難な者	基本調査1-8(立ち上がり) 「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	基本調査2-1(移乗) 「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	ケアマネジメントで判断
自動排泄処理装置 (交換可能な部品 を除く) ※①②のいずれかに 該当	①移乗が全介助を必要とする者	基本調査2-1(移乗) 「4. 全介助」
	②排便が全介助を必要とする者	基本調査2-6(排便) 「4. 全介助」

【老企第36号より抜粋】

## 2. 例外給付の確認依頼申請について

## (1) 必要書類一覧兼チェックリスト

<input type="checkbox"/> 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認依頼書	
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 確認依頼申請にあたっては、本人または家族の同意を得てください。</li> <li>・ 事業所名や担当者、連絡先については社印でも構いません。</li> </ul>
<input type="checkbox"/> 医学的所見の確認ができる書類（写し）	
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ いずれかの写しを提出してください。             <ol style="list-style-type: none"> <li>①主治医意見書</li> <li>②医師の診断書</li> <li>③主治医の所見を聴取し内容を記載した書類（指定様式なし）</li> </ol> </li> </ul>
<input type="checkbox"/> サービス担当者会議等の記録（写し）	
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 居宅サービス計画第4表「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」の写しを提出してください。</li> <li>・ 確認した内容が分かるよう記載されていることを確認する。 ※（2）例外給付の確認依頼の流れ（フロー図）及び以下を参照。</li> </ul>

### 《福祉用具貸与を必要とする理由（医学的所見）について》

（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第95号告示第25号のイに該当する。

【例】両肘の関節リウマチであり、朝方は特に痛みが激しくベッドからの起き上がりが困難となる。スムーズな起き上がりを可能にするため、特殊寝台が必要と判断した。

（ii）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第95号告示第25号のイに該当することが確実に見込まれる。

【例】がん末期で急激に状態が悪化し、短期間で寝返りや起き上がりが困難になると見込まれるため、特殊寝台が必要と判断した。また、食欲不振が続き、栄養状態が悪いため、床ずれ防止用具による予防が必要と判断した。

（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第95号告示第25号のイに該当すると判断できる。

【例】骨粗鬆症による腰椎圧迫骨折をしており、起き上がり時の負担により再発の危険性がある。圧迫骨折を回避するために特殊寝台及び特殊寝台付属品（ベッド用手すり）の必要性があると判断した。



なまりん

(2) 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認依頼書【記入例】

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認依頼書

平成28年10月25日

吉川市長あて

社印等で  
構いません。

事業所名 居宅介護支援事業所 〇〇  
 担当者 〇〇 ××  
 連絡先 048-982-××××

《被保険者情報》

被保険者氏名	<b>吉川 太郎</b>	被保険者番号	<b>0000000000</b>
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input checked="" 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		
認定有効期限	平成 <b>28</b> 年 <b>11</b> 月 <b>1</b> 日 ~ 平成 <b>29</b> 年 <b>10</b> 月 <b>31</b> 日		

《例外給付の判断》

福祉用具の種類及び該当する状態	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 <input checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <input checked="" type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 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（つり具を除く） <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置（交換可能部品を除く）
	※裏面の「福祉用具貸与費の算定可否の判断基準表により、算定が可能な場合は、吉川市への照会は不要です。算定できない場合は、次により判断し、吉川市に確認依頼申請を行ってください。
福祉用具貸与を必要とする理由(医学的所見)	<input type="checkbox"/> (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第95号告示第25号のイに該当する。
	<input checked="" type="checkbox"/> (ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第95号告示第25号のイに該当することが確実に見込まれる。
	<input type="checkbox"/> (iii) 疾病その他の原因により、身体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第95号告示第25号のイに該当すると判断できる。
主治医の所見を確認した書類等	<input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 医師からの意見聴取
サービス担当者会議開催日	平成28年10月22日
福祉用具貸与の開始年月日	平成28年11月1日 <input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 継続

下記のとおり関係書類を添えて、軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認依頼について申請します。なお、本件について被保険者（本人等）の同意を得ております。

添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 医学的所見が確認できる書類 <input checked="" type="checkbox"/> サービス担当者会議等の記録の写し		
確認日	平成 <b>28</b> 年 <b>10</b> 月 <b>22</b> 日	確認者(本人または家族等)	<b>吉川 花子(妻)</b>
遡及する場合の理由	<b>※必要に応じ記入してください。</b>		

保険者確認欄

上記の福祉用具貸与について、例外給付として介護給付の対象とすることを	
<b>可・不可</b>	と判断し通知します。

上から順にご記入ください。  
 確認後、左記の「保険者確認欄」に確認結果を記入・押印し、写しを返却いたします。

### 3. Q&A

Q1. 基本調査の結果で要件に該当する時は、確認依頼申請は必要がないのか？

A1. 基本調査の結果で貸与の要件に該当していることが確認できますので、例外給付の確認依頼申請は必要ありません。確認依頼申請は、基本調査の結果では貸与要件に該当しない場合に、(i)～(iii)の基準に当てはめて該当するかどうかを判断するものです。

～～～ 以下、例外給付の確認依頼が必要な場合の取扱い ～～～

Q2. 例外給付の適用開始日の取り扱いは？

A2. 原則として、確認依頼書を市役所が受理した日の属する月から開始することとします。遡及して開始したい場合には、確認依頼書を提出する際に、その理由を「遡及する場合の理由」欄に具体的に明記し、市役所にご提出ください。可否については合わせてお知らせします。

【例】 依頼書提出 平成28年10月8日

- ・更新申請 平成28年7月16日（要介護3）
- ・認定決定 平成28年10月2日（要介護1）  
（認定期間：平成28年9月1日～平成29年8月31日）
- ・担当者会議 平成28年10月7日



要介護3だった利用者が平成28年7月16日に更新申請をしたところ、平成28年10月2日に要介護1と認定された。そのためサービス担当者会議の開催が10月7日（同日同意）となったため、9月に遡及し確認を願います。

Q3. 例外給付の承認を受けた場合の有効期間は？

A3. 承認の有効期間は、認定期間を基準としています。認定が変わるたびに改めて手続きが必要ですので、再手続きをしないまま貸与を受けることはできません。

Q4. 居宅（介護予防）介護支援事業所に変更があった場合は？

A4. 認定期間内で適切に引継ぎがされ、新規居宅（介護予防）介護支援事業所においてもケアマネジメントの結果、当該福祉用具貸与が必要であれば、原則、再度の確認申請は必要ありません。



Q5. 福祉用具が必要な状態（疾患）を診察している医師と主治医意見書を記載した医師が違う場合はどうしたらよいですか？

A5. 福祉用具を必要としている状態を判断できる医師の意見であれば、主治医意見書を記入した医師でなくてもかまいません。状況に応じて判断してください。

Q6. 医師から必要な情報を得られません。どうしたらよいですか？

A6. 例外給付が特に必要であると判断されるには、医師の医学的な所見が不可欠であるため、情報の不足があった場合には例外給付の対象となりません。

Q7. 例外給付の確認依頼申請が必要なときはどんなときですか？

A7. 確認が必要なタイミングを表にしました。下記を参照してください。

事 例	時 期
軽度者に該当する方が保険給付対象外の福祉用具貸与を利用しようとするとき	原則、福祉用具貸与を利用する前に確認し承認を得ておく必要があります。
貸与継続のとき	原則、認定更新期間が終了する前日までに確認し承認を得ておく必要があります。
要介護認定または要支援認定が申請中のとき	認定結果が出てから速やかにご提出ください。また、結果が判定される前であっても、必要書類が揃うのであれば、事前確認が可能です。
貸与種目の追加・変更をするとき	原則、福祉用具貸与を利用する前に確認し承認を得ておく必要があります。 特殊寝台が承認済みで、特殊寝台付属品のみ の追加・変更の場合は確認依頼は不要です。 (車いす付属品についても同様とします)
車いすまたは特殊寝台を所持しており、車いす付属品または特殊寝台付属品のみを貸与しようとするとき	原則、福祉用具貸与（この場合、車いす付属品または特殊寝台付属品のみ）を利用する前に確認し承認を得ておく必要があります。

※やむを得ない事情（認定の遅れ、医師からの所見の遅れ等）がある場合は、遡及して確認及び承認を行いますので、届出時にお申し出ください。（Q2参照）



ご不明な点がございましたら、  
下記担当までお問い合わせください。  
長寿支援課 介護給付係  
電話：048-982-5119

## 4. 資料

## ○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（例）
状態の変化	○特殊寝台	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。
	○床ずれ防止用具 ・体位変換器	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。
急性増悪	○移動用リフト	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、短期間で告示で定める福祉用具が必要な状態となる。
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。必要性を医師からも指示されている。
		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。必要性を医師からも指示されている。
		重度の逆流性食道炎（嚥下障害）で、特殊寝台利用により、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。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、床ずれ発生のリスクが高く、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。必要性を医師からも指示されている。
	○移動リフト	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。必要性を医師からも指示されている。

○主治医への所見聴取について

主治医の所見を確認する書類として、「主治医意見書」「医師の診断書」「医師からの意見聴取」がありますが、「医師からの意見聴取」を行った『主治医の所見を聴取し内容を記載した書類』については、指定様式がありません。

参考までに、所見聴取用に「軽度者に対する福祉用具貸与に係る医学的所見について」を作成してありますので、事務の参考にしてください。

軽度者に対する福祉用具貸与に係る医学的所見について【記入例】

軽度者に対する福祉用具貸与に係る医学的所見について

下記の被保険者につきまして、アセスメントの結果、「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像（i～iii）」に該当する可能性があり、福祉用具貸与の可否を検討する際に医学的所見が必要となっております。つきましては、下記記載の福祉用具について、利用が必要か否かの医学的所見をお願いいたします。

居宅介護支援事業所： 居宅介護支援事業所 ○○

居宅介護支援専門員： ○○ ××

《被保険者情報》

被保険者氏名	吉川 太郎	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
被保険者住所	吉川市吉川二丁目1番地1		
生年月日	明・大・昭 15年4月1日	性別	男 ・ 女
確認をお願いする福祉用具	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 <input checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <input checked="" type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 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（つり具を除く） <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置（交換可能部品を除く）		

《医学的所見》

例外給付の対象とすべき状態像	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
福祉用具貸与の利用が必要な状態像	<input type="checkbox"/> (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第95号告示第25号のイに該当する。
	<input type="checkbox"/> (ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第95号告示第25号のイに該当することが確実に見込まれる。
	<input type="checkbox"/> (iii) 疾病その他の原因により、身体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第95号告示第25号のイに該当すると判断できる。
※「福祉用具貸与の利用が必要な状態像」の原因となる傷病名、症状等を下記にご記入ください。	
傷病名	
症状等	

記入日：平成 年 月 日

医学的所見以降は、担当医師に記入していただくかたちになります。

医療機関名： \_\_\_\_\_  
 医療機関所在地： \_\_\_\_\_  
 担当医師氏名： \_\_\_\_\_