**軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る医学的所見について（依頼）**

平成１８年４月１日の介護保険制度改正により、介護保険における福祉用具貸与については、軽度者（要支援１・２及び要介護１の方）の状態像からは利用が想定しにくい特殊寝台等の種目（下記ア～クの福祉用具）は、保険給付の対象外となりました。

ア　車いす　　イ　車いす付属品　　ウ　特殊寝台　　エ　特殊寝台付属品　　オ　床ずれ防止用具

カ　体位変換器　　キ　認知症老人徘徊感知器　　ク　移動用リフト（つり具の部分を除く。）

　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ます。その妥当性については、原則として、要介護認定の認定調査票の直近の結果を活用して客観的に判定することとされています。

しかし、国が実施した全国調査を分析した結果、こうした判断方法だけでは、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ことが判明したため、平成１９年４月から従来どおりの認定調査票の直近の結果を活用して客観的に判定する方法に加え、新しい判断基準を設けることになりました。

1. 次のⅰ）～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、
2. 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。

福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像

　ⅰ）疾病その他の原因により、状態が悪化しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に下記表に該当する者

　ⅱ）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに下記表に該当するに至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下記表に該当すると判断できる者

|  |  |
| --- | --- |
| 福祉用具の種目 | 厚生労働大臣が定める者（第２３号告示第１９号のイ） |
| ア　車いす及び車いす付属品 | 次のいずれかに該当する該当する者   1. 日常的に**歩行が困難**な者 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 |
| 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   1. 日常的に**起き上がりが困難**な者 2. 日常的に**寝返りが困難**な者 |
| 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 |
| エ　認知症老人徘徊感知機器 | 次の**いずれにも該当**する者   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 2. **移動において全介助を必要としない**者 |
| 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   1. 日常的に**立ち上りが困難**な者 2. **移乗が一部介助又は全介助を必要とする**者 3. **生活環境において段差の解消が必要と認められる**者 |

つきましては、新しい判断基準の運用にあたり「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」に該当するかどうか、医学的所見をお願いします。

**軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る医学的所見**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険被保険者 | | ふりがな | | |  | | | 男・女 |
| 氏名 | | |  | | |
| 明・大・昭　　　年　　　月　　　日生 | | |
| 住所 | | |  | | | |
| 上記の介護保険被保険者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する所見は、以下のとおりです。  　令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | |
|  | | | | 医師氏名 | | ㊞ | | |
| 医療機関名 | |  | | |
| 医療機関所在地 | |  | | |
| 電話 | |  | | |
|  | | | | | | | | |
| １　利用が必要な福祉用具（□にチェックしてください） | | | □　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 | |
| ２　福祉用具の利用が必要な状態像等  （いずれかの□にチェックして、疾病名、症状等を記入してください） | * ⅰ）疾病その他の原因により、状態が悪化しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に厚生労働大臣が定める者に該当する。   （この項目に該当する疾病名、症状等を記入してください） | | | | | | | |
| * ⅱ）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに厚生労働大臣が定める者に該当するに至ることが確実に見込まれる。   （この項目に該当する疾病名、症状等を記入してください） | | | | | | | |
| * 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厚生労働大臣が定める者に該当すると判断できる。   （この項目に該当する疾病名、症状等を記入してください） | | | | | | | |