

主治医 様

## 軽度者に対する福祉用具貸与における医学的所見について

【主治医】

【依頼者】

医療機関名		居宅介護支援事業事業者・所名	
主治医氏名		居宅サービス 計画作成者氏名	

下記の被保険者は、介護保険給付での福祉用具貸与を希望していますが、**軽度者（要支援1・2、要介護1）**であるため、**原則、貸与が認められておりません。**ただし、「国の示す（i）～（iii）の状態像」（※車いす及び車いす付属品の場合は「国の定める状態」）に該当する場合は、例外給付として介護保険給付での貸与が認められます。

つきましては、下記被保険者が「国の示す（i）～（iii）の状態像」に該当するかどうか、医学的な所見をお願いいたします。

被保険者番号	2	0	0	0	0					生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
被保険者氏名											
住 所											
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"/> 暫定（認定申請中）							
	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3	（要介護2および要介護3は自動排泄処理装置のみ）								
対象の貸与しようとする福祉用具	<input type="checkbox"/> 特殊寝台	<input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品	<input 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	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 車いす付属品	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置		

## 《医師記入欄》

該当する欄の□のチェックと、診断名、直近の診察日、当該福祉用具貸与が必要な理由（医学的な所見）の記入をお願いいたします。

診 断 名	直近の診察日	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> ※車いす及び車いす付属品の場合 日常的に歩行が困難な者、または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		
<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94号告示第31号イ※に該当する者		
<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94号告示第31号イ※に該当するに至ることが確実に見込まれる者		
<input type="checkbox"/> (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94号告示第31号イ※に該当すると判断できる者		
<input type="checkbox"/> 上記(i)～(iii)のいずれにも該当しない者		
当該福祉用具貸与が必要な理由 (医学的な所見)	(i)～(iii)いずれかに該当する場合は記入してください	
必要な福祉用具の種類	<input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input 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
	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	

記入日：令和 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

主治医署名 \_\_\_\_\_ (印)

※ 第94号告示第31号イおよび(i)～(iii)の状態像についての詳細は裏面に記載しています。

○ 国の定める状態（第 94 号告示第 31 号イ）

種 目	国の定める状態	種 目	国の定める状態
車いす及び車いす付属品	次のいずれかに該当する者 ①日常的に歩行が困難な者 ②日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる者	認知症老人徘徊感知機器	次の <u>いずれにも</u> 該当する者 ①意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障がある者 ②移動において全介助を必要としない者
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日常的に起きあがり困難な者 ②日常的に寝返りが困難な者	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日常的に立ち上がりが困難な者 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
床ずれ防止用具及び体位変換器	①日常的に寝返りが困難な者	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）	次の <u>いずれにも</u> 該当する者 ①排便が全介助を必要とする者 ②移乗が全介助を必要とする者

○ (i) ~ (iii) の状態像

事例類型	状態像	主な事例内容（概略）
(i) 状態の変化	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、頻繁に国の定める状態（第 94 号告示第 31 号イ）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）	パーキンソン病で、内服治療中に急激な症状・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、国の定める状態（第 94 号告示第 31 号イ）となる。 《必要となる福祉用具》 ・特殊寝台 ・床ずれ防止用具 ・体位変換器 ・移動用リフト
		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、国の定める状態（第 94 号告示第 31 号イ）となる。 《必要となる福祉用具》 ・特殊寝台 ・床ずれ防止用具 ・体位変換器 ・移動用リフト
(ii) 急性増悪	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに国の定める状態（第 94 号告示第 31 号イ）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）	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、短期間で国の定める状態（第 94 号告示第 31 号イ）となる。 《必要となる福祉用具》 ・特殊寝台 ・床ずれ防止用具 ・体位変換器 ・移動用リフト
(iii) 医師禁忌	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国の定める状態（第 94 号告示第 31 号イ）に該当すると判断できる者 （例 喘息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）	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。 《必要となる福祉用具》・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。 《必要となる福祉用具》・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。 《必要となる福祉用具》・特殊寝台
		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。 《必要となる福祉用具》・床ずれ防止用具 ・体位変換器
		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。 《必要となる福祉用具》・移動用リフト

※上記の事例内容（概要）は、あくまでも (i) ~ (iii) の状態の方に該当する可能性のあるものを例示したものです。

また、上記の事例内容（概要）の状態以外の方であっても、(i) ~ (iii) の状態であると判断される場合もあります。

※交通事故による骨折等、一時的な状態悪化に関しては、上記の (i) ~ (iii) の状態像に該当しないため、当該事由のみをもつての貸与は例外給付には該当しません。

※例外給付については、様々な疾病、その他の原因等によって (i) ~ (iii) の状態像に該当する方が想定され、軽度者においてこれらの状態像に該当する方はごくまれであると考えられます。

※福祉用具貸与については、介護保険給付による貸与以外に、自費によるレンタル等の手段もあります。