

指定（介護予防）福祉用具貸与  
の取り扱いについて

平成28年3月

和泉市高齢介護室介護保険担当

## 1. 軽度者に対する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、その状態像から見て、一部の福祉用具の使用が想定しにくいいため、原則として介護報酬は算定できないが、様々な疾患等によって厚生労働省の示した状態像（2ページの表1の利用者等告示第31号のイ）に該当する方については例外的に福祉用具貸与の給付が認められています。

したがって、軽度者に対し福祉用具貸与の例外給付を行う際には、ケアマネジャーもしくは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」とする）が利用者の状態像及び福祉用具貸与の必要性を慎重に精査し、適切なケアマネジメントを行うことが必要です。

## 2. 例外給付の対象種目

- ① 車いす及び車いす付属品
- ② 特殊寝台及び特殊寝台付属品
- ③ 床ずれ防止用具及び体位変換器
- ④ 認知症老人徘徊感知機器
- ⑤ 移動用リフト（つり具部分を除く）
- ⑥ 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）

※⑥については、要介護3までの方が例外給付の対象です。

## 3. 例外給付の対象となる要件

（1）直近の認定調査結果により表1（利用者等告示第31号のイ）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、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必要性を判断することで導入が可能。

### 和泉市への理由書の提出は不要

※表1のアの(2)及びオの(3)については、該当する認定調査結果がないため、「主治医から得た情報」及び「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」によりケアマネジャー等が判断します。（オ(3)は段差解消機のみが該当。その他の移動用リフトは認定調査票の基本調査項目によります。）

なお、この判断の見直しについては、ケアプランに記載された必要な理由を見直す頻度（必要に応じて随時）で行います。

表 1

例外給付対象種目	利用者等告示第 3 1 号のイに定める状態像	認定調査の結果	認定調査の結果で判断できない場合
ア 車いす及び車いす付属品	次のいずれかに該当する方 (1) 日常的に歩行が困難な方  (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方	1-7 「3 できない」  —	(2)については「主治医から得た情報」及び福祉用具専門相談員等の参加する「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」によりケアマネジャー等が給付が必要と判断すれば可。
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方 (1) 日常的に起きあがり困難な方  (2) 日常的に寝返りが困難な方	1-4 「3 できない」  1-3 「3 できない」	
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方	1-3 「3 できない」	
エ 認知症老人徘徊感知機器	次のいずれにも該当する方 (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方  (2) 移動において全介助を必要としない方	3-1「1 調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外又は 3-2～3-7 のいずれかが「2 できない」又は 3-8～4-15 のいずれかが「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。  基本調査 2-2 「4 全介助」以外	
オ 移動用リフト (つり具部分を除く) (昇降座椅子を含む)	次のいずれかに該当する方 (1) 日常的に立ち上がりが困難な方  (2) 移乗が一部介助または全介助を必要とする方  (3) 生活環境において段差の解消が必要と認められる方	1-8 「3 できない」  2-1 「3 一部介助」又は「4 全介助」  —	(3)については同上。 (ただし、段差解消機のみが該当)
カ 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)	次のいずれにも該当する方 (1) 排便が全介助を必要とする方  (2) 移乗が全介助を必要とする方	2-6 「4 全介助」  2-1 「4 全介助」	

(2) (1) の表 1 に該当しない方のうち、下記①～③のすべてに該当する方については導入が可能。

①表 2 のいずれかに該当することが医師の医学的所見に基づき判断されている。

②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が特に必要である旨が判断されている。

③和泉市が書面等で上記①②を確認している。和泉市への理由書の提出が必要

表 2

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 3 1 号のイに該当する方  (例：パーキンソン病の治療薬による ON・OFF 現象)
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 3 1 号のイに該当することが確実に見込まれる方  (例：がん末期の急速な状態悪化)
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 3 1 号のイに該当すると判断できる方  (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)

#### 4. 理由書の記入方法

##### (1) 作成日

福祉用具貸与理由書の作成を行った日を記入してください。

##### (2) 事業所名

福祉用具貸与理由書の作成者が所属する居宅介護（介護予防）事業所名、住所、連絡先及び代表者（管理者）氏名を記入し押印してください。また理由書作成者名も記入してください。

介護予防サービス計画書の原案作成等の業務を委託している場合は、委託を受けている居宅支援事業所名、代表者氏名を記入押印し、プラン作成者名を記入してください。

##### (3) 基本情報

被保険者本人の被保険者証等を確認し、必要事項を記入してください。

(4) 必要な福祉用具の種類

該当する福祉用具にチェックを付けてください。

なお、すでに和泉市で確認を受けている福祉用具に変更があるときは、改めて理由書を作成のうえ市に確認を受ける必要があります。(福祉用具が不要になったときは提出の必要はありません。)

(5) 医師の医学的な所見

各項目に必要な事項を記入してください。

※この項目は医師または医療機関に記入を求めるものではありません。

① 医師の医学的所見の確認方法

要介護認定の主治医意見書、診断書、医師連絡等により確認してください。

※福祉用具貸与にかかる理由書を作成するために医師に作成依頼した診断書であっても、かかる費用は自費負担となります。(介護報酬等の対象とはなりません。)

★注意★

医師は医学的見地から被保険者の状態像を確認し、日常生活を送るうえでの助言を行うことはできますが、具体的な福祉用具の導入に関して決定する役割を担う立場ではありません。

特に診断書・サービス担当者会議を介して情報を得る場合、「特殊寝台が必要」等と記載を求めるような依頼は医師の職務範囲を超えているだけでなく、明確な状態像を示す根拠とはなりません。

福祉用具貸与理由書において医師から得る情報は、あくまでも告示に示される状態像であり、導入を検討している福祉用具に関し医師の立場から導入に同意する趣旨の情報を求めているものではありませんので、十分に留意のうえ取り扱いをお願いします。

② 例外的貸与基準の該当性

チェック欄は必須です。必ずチェックしてください。

③ 原因となる疾病等及び当該利用者の具体的状態像

主治医から受けた情報を具体的に記載してください。

なお、これらの2項目は要介護認定の主治医意見書や診断書、サービス担当者会議における記録にて明確に確認できる場合は、その写しを添付することに代えても差し支えありません。

#### (6) 家族による介護・支援の状況

被保険者の家族による介護及び支援の状況を記入する欄です。家族の定義は、同居・別居を問いません。

また、同居人が介護等を行っている場合であっても、その状況を記入してください。(独居である場合はその旨を記入してください。)

居宅サービス計画を作成するにあたり、得られた情報を元に記入してください。

#### (7) サービス担当者会議の意見

##### ① サービス担当者会議開催日／サービス担当者会議出席者

当該福祉用具の位置付けについて実施されたサービス担当者会議の開催日を記入してください。

また、サービス担当者会議への出席状況についてもチェックしてください。(担当者会議に実際に出席できず、照会回答の対応となった担当者がある場合は、該当箇所をチェックのうえ、余白域にその旨補記してください。)

##### ② サービス担当者の意見の集約

サービス担当者会議により確認された意見の集約結果を記入してください。記入しきれないときは、枠内に「別紙のとおり」と記入のうえ、その内容を別紙として添付することも差し支えありません。

※ 集約結果を記入する欄ですが、枠内に収めることを優先した結果、当該内容を省略しすぎてサービス担当者の意見の内容が確認できないということのないようにしてください。

##### ③ 本人、家族の意向

サービス担当者会議において示された、被保険者本人及び家族の意向について記入してください。

※ 被保険者本人及び家族の意向の欄です。

「どのような活用を望んでいるのか」等を記入する欄であり、「(事業者が) どのように支援していくか」の欄ではありませんのでご注意ください。「どのように支援していくか」は次項に記入します。

#### (8) 主治医から得た情報やサービス担当者会議等の結果をふまえたケアプラン担当者の意見

これまでの結論をふまえ、ケアプラン作成担当者としての意見を記入する欄です。記入にあたっては、単純に「〇〇が必要」ではなく、ケアプランを通して当該福祉用具が必要である旨の内容となるようにしてください。(具体的には、狙う効果、支援(調整)効果、他の方法を検討したが困難であったという経過等。)

### (9) 貸与の開始

原則として、理由書を受け付けた日付以降が当該福祉用具の保険給付可能な日となります。したがって（保険給付による）貸与開始前に事前の確認を受ける必要があります。

なお、やむを得ない理由により、事前に確認を受けることができないことが見込まれる場合でも、貸与を行うより前にご相談ください。

貸与の必要性を確認できた理由書については、和泉市から受付印押印済みの理由書（写し）が送付されますので、居宅サービス計画に添付し、保管してください。（和泉市確認の証明となります。）

※認定有効期間の途中で居宅介護支援事業所が変更になったときは、事業所間で確実な引継ぎを行ってください。事業所の変更が生じた日の属する認定有効期間中は、前居宅介護支援事業所が提出した理由書を変更後の事業所が提出したものとみなします。ただし、必ず事業所間で「軽度者の例外給付による福祉用具貸与を利用している」ことについて、十分に情報を共有（関係書類の写しを入手する等）し、また、実際にサービスを提供する福祉用具貸与事業所とも充分連携をとるなど適切な措置をとってください。

※提出のあった理由書の記載内容に疑義がある場合にあっては、担当窓口から内容照会及び記入事項の修正を依頼することがありますので、ご協力をよろしくお願いします。

（理由書の提出後、確認に概ね一週間程度要します。結果については、理由書の写しの送付のみの対応となります。）

### (10) 再提出の時期

次の場合は再度「理由書」（必要な添付書類を全て含む）を作成し提出してください。

- ①福祉用具貸与品目及び数量に変更が生じたとき（品目が削除される場合は提出不要）
- ②要介護・要支援認定の更新・区分が変更されたとき

### (11) 添付書類

#### ① 要介護の場合

居宅サービス計画書(1)・(2)（写）

サービス担当者会議の要点（写）

#### ② 要支援の場合

介護予防サービス・支援計画表(1)・(2)（写）

介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）（写）

あくまで軽度者への貸与は原則保険給付対象外であることを踏まえ、適切なケアマネジメントのもとに運用を行ってください。