

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付について

堺市介護保険課

令和8年3月

目次

居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、（介護予防）福祉用具貸与事業者の方へ	1
1 軽度者に係る福祉用具貸与基準設定の経緯	1
2 軽度者に対する福祉用具貸与について	2
3 例外給付について	3
(1) 厚生労働省告示第94号第31号のイで定める状態像に該当する方	3
(2) 「(1) 厚生労働省告示第94号第31号のイで定める状態像に該当する方」に該当しない場合	7
4 指定（介護予防）福祉用具貸与理由書の作成について	11
(1) 理由書作成者	11
(2) 医師の医学的所見／サービス担当者会議の開催状況等	11
(3) 家族による介護・支援の状況	13
(4) サービス担当者会議の意見	13
(5) 主治医から得た情報やサービス担当者会議等の結果を踏まえたケアプラン作成担当者の意見	13
(6) 添付書類	13
5 理由書の提出方法について	14
(1) 提出先	14
(2) 提出の時期	14
(3) 区分変更申請中（要支援者の要介護新規申請を含む。）・新規申請中などの場合	15
(4) 保険給付の対象月について	16
(5) 自己作成の方についての取り扱い	16
(6) 問い合わせ先	16

居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、（介護予防）福祉用具貸与事業者の方へ

本冊子は、要支援1・2及び要介護1の認定を受けている方（以下「軽度者」といいます。）に係る福祉用具貸与に必要な手続方法等をまとめたものです。

軽度者に係る福祉用具貸与については、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十二年厚生省告示第十九号）及び指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成十八年厚生労働省告示第百二十七号）の中で、その状態像から見て利用が想定しにくい品目については算定しない旨が示されており、あくまで例外的な保険給付であることに留意し、本冊子を熟読のうえ、適切な手続を行ってください。

本冊子及び指定（介護予防）福祉用具貸与理由書の様式は堺市ホームページの以下の場所からダウンロードができます。

http://www.city.sakai.lg.jp/benri/download/download_kigyo/mokuteki/kenko/kaigo/index.html

掲載場所：堺市ホームページトップ＞便利情報＞申請書ダウンロード

＞申請書ダウンロード（企業の方へ）＞目的別検索＞健康・福祉＞介護

1 軽度者に係る福祉用具貸与基準設定の経緯

介護保険における福祉用具貸与においては、平成18年4月から、軽度者について、自立支援に十分な効果を上げる観点から、その状態像から見て利用が想定しにくい品目については、別に告示で定められた一定の例外となる者を除き保険給付の対象としないこととなりました。（既に福祉用具貸与を受けている利用者に対しては、平成18年4月1日から6月間の経過措置が置かれました。）

別に告示で定められた一定の例外となる者、つまり、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例外的に福祉用具貸与が行われています。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（基本調査）の直近の結果を活用して客観的に判定することとなりました。

その後、利用実態等を踏まえ、その運用を一部見直すこととなり、平成19年4月から、認定調査票（基本調査）の活用による判定方法に加え、新しい判断基準（7ページ参照）が設けられ、現在に至っています。

2 軽度者に対する福祉用具貸与について

軽度者は、その状態像から見て使用が想定しにくい「車いす」、「車いす付属品」、「特殊寝台」、「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。）」及び「自動排泄処理装置」（以下、「対象外品目」といいます。）に対しては、原則として福祉用具貸与を利用しても保険給付が受けられません。

なお、「自動排泄処理装置」については要介護2・3の方も貸与不可です。ここでいう「自動排泄処理装置」は尿のみを自動的に吸引するものは除かれます。尿のみを自動的に吸引するものについては、軽度者による制限はありません。

《福祉用具貸与の種目》

（○…貸与可能、×…貸与不可）

種目	軽度者への貸与
車いす	×
車いす付属品	×
特殊寝台	×
特殊寝台付属品	×
床ずれ防止用具	×
体位変換器	×
手すり	○
スロープ	○
歩行器	○
歩行補助つえ	○
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。）	×
自動排泄処理装置	尿のみを自動的に吸引するもの→○ 上記以外→×（要介護2及び要介護3の方も貸与不可）

3 例外給付について

(1) 厚生労働省告示第94号第31号のイで定める状態像に該当する方

厚生労働省告示第94号第31号のイで定める状態像に該当する方については、軽度者であっても、その状態像に応じて利用が想定される対象外種目に対して保険給付が受けられません。

※該当するかどうかは、直近の認定調査結果を用いて確認します。確認に用いた文書等についてはサービス記録と併せてサービス完結の日から2年間保存しなければなりません。

○厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等

(平成二十七年三月二十三日)

(厚生労働省告示第九十四号)

三十一 指定居宅サービス介護給付費単位数表の福祉用具貸与費の注4の厚生労働大臣が定める者

イ 次に掲げる福祉用具の種類に応じ、それぞれ次に掲げる者

- (1) 車いす及び車いす付属品 次のいずれかに該当する者
 - (一) 日常的に歩行が困難な者
 - (二) 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
- (2) 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
 - (一) 日常的に起きあがり困難な者
 - (二) 日常的に寝返りが困難な者
- (3) 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
- (4) 認知症老人徘徊感知機器 次のいずれにも該当する者
 - (一) 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
 - (二) 移動において全介助を必要としない者
- (5) 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
 - (一) 日常的に立ち上がりが困難な者
 - (二) 移乗において一部介助又は全介助を必要とする者
 - (三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者
- (6) 自動排泄処理装置 次のいずれにも該当する者
 - (一) 排便において全介助を必要とする者
 - (二) 移乗において全介助を必要とする者

下表アの(二)「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」及びオの(三)「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」については、該当する基本調査結果がないため、主治医から得た情報及び福祉用具専門相談員のほか、軽度者の状態像について適切な助言が可能な者が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、指定居宅介護支援事業者が判断することになります。

対象外種目	厚生労働大臣が定める者 (堺市介護保険認定調査票の結果を確認してください。)
ア 車いす及び車いす付属品	(一) 日常的に歩行が困難な者 ●基本調査第1群7 歩行 「できない」
	(二) 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(該当する基本調査結果がない) →ケアマネジメントにより居宅介護支援事業者が判断
イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品	(一) 日常的に起きあがり困難な者 ●基本調査第1群4 起き上がり 「できない」
	(二) 日常的に寝返りが困難な者 ●基本調査第1群3 寝返り 「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者 ●基本調査第1群3 寝返り 「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もの【(一)と(二)の両方に該当する場合】
	(一) 意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解のいずれかに障害がある者 ●基本調査第3群1 意思の伝達 「できる」以外 または●基本調査第3群2～7のいずれか 「できない」 または●基本調査第3群8～9、第4群1～15のいずれか 「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。
	(二) 移動において全介助を必要としない者 ●基本調査第2群2 移動 「全介助」以外
オ 移動用リフト(つり具の部分を除く。)	(一) 日常的に立ち上がりが困難な者 ●基本調査第1群8 立ち上がり 「できない」
	(二) 移乗において一部介助又は全介助を必要とする者 ●基本調査第2群1 移乗 「一部介助」または「全介助」
	(三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者 (該当する基本調査結果がない) →ケアマネジメントにより居宅介護支援事業者が判断
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もの【(一)と(二)の両方に該当する場合】
	(一) 排便において全介助を必要とする者 ●基本調査第2群6 排便 「全介助」
	(二) 移乗において全介助を必要とする者 ●基本調査第2群1 移乗 「全介助」

《移動用リフト（つり具の部分を除く。）の判断について》

【移動用リフト全般】

(一) 日常的に立ち上がりが困難な者 ●基本調査1-8 「3. できない」	いずれかに該当している場合は貸与可
(二) 移乗において一部介助又は全介助を必要とする者 ●基本調査2-1 「3. 一部介助」 または 「4. 全介助」	
(三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者 (該当する基本調査結果がない)	ケアマネジメントに基づき判断する。

以下の移動用リフトについては、その種類によって判断する認定調査項目が異なります。

【段差解消機】

(三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者 (該当する基本調査結果がない)	ケアマネジメントに基づき判断する。
--	-------------------

段差解消機については、「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」について該当する基本調査結果がないため、主治医から得た情報及び福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態像について適切な助言が可能な者が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指定居宅介護（介護予防）支援事業者が判断すれば、軽度者であっても貸与が可能です。

⇒ 段差解消機については、指定（介護予防）福祉用具貸与理由書の提出は不要です。

【昇降座椅子】

昇降座椅子は「立ち上がり」ではなく「移乗」で判断することとなります。

<p>(二) 移乗において一部介助又は全介助を必要とする者</p> <ul style="list-style-type: none">● 基本調査2-1「3. 一部介助」または「4. 全介助」	<p>該当していれば貸与可</p>
--	-------------------

参考 軽度者に対する福祉用具貸与の取扱いについて

平成19年3月30日厚生労働省老健局振興課

2 移動用リフトのうち「昇降座椅子」については、認定調査項目の「立ち上がり」による必要性の判断ができないと思うが、考え方如何。

(答)

認定調査項目で判断する場合、「立ち上がり」ではなく「移乗」で判断することとなる。

その理由は、「床からの昇降」を補助する「昇降座椅子」は「床から椅子の高さまでの動き」を評価する必要があり、「畳からポータブルトイレへ」の「乗り移り」を評価する「移乗」の認定調査項目を用いる必要があるためである。

したがって、昇降座椅子について「立ち上がり」で必要性を判断することは妥当ではない。

(2)「(1) 厚生労働省告示第94号第31号のイで定める状態像に該当する方」に該当しない場合

(1)に該当しない場合は、指定(介護予防)福祉用具貸与理由書(以下「理由書」という。)を堺市に提出してください。堺市が、提出された理由書をもとに福祉用具貸与が特に必要であると判断した場合、保険給付が可能となります。理由書の提出先は14ページを参照してください。

理由書の提出がないにもかかわらず、福祉用具貸与の算定をしている場合、給付費を返還していただくこととなりますので、未提出ということがないようご注意ください。

次のi)～iii)のいずれかに該当すること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福祉用具貸与が特に必要であることが判断された場合、指定(介護予防)福祉用具貸与理由書を提出することで、保険給付が可能になります。

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94号告示第31号のイ(3ページ参照)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

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94号告示第31号の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

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94号告示第31号のイに該当すると判断できる者

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

《注意》

例は、i)～iii)の状態に該当する可能性のあるものを例示したにすぎません。

したがって、**例**以外の者であっても、i)～iii)の状態であると判断される場合もありますのでご注意ください。

指定（介護予防）福祉用具貸与理由書

堺市長様

医師の医学的所見に基づき、下記利用者の居宅（介護予防）サービス計画に指定（介護予防）福祉用具貸与を位置付けることについて、以下のとおり届出します。

年 月 日

居宅介護（介護予防）支援事業者名 _____

代表者名 _____（担当者名 _____）

（ _____ ）地域包括支援センター _____（確認者名 _____）

被保険者番号		被保険者氏名	
住 所	〒 _____ 電話（ _____ ）		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日（ 歳）		
要介護度等	<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		
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
認定調査実施日	年 月 日		

【必要な福祉用具の種類】 ※必要な貸与品目に○を付けること。

特殊寝台及び特殊寝台付属品 <small>（特殊寝台をお持ちでない方は付属品のみ貸与はできません）</small>	移動用リフト
床ずれ防止用具及び体位変換器	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） <small>注）自動排泄処理装置については、要介護2、3の方も軽度者となりますので、理由書の提出が必要です。</small>
認知症老人徘徊感知機器	

【医師の医学的所見／サービス担当者会議の開催状況等】

医師の医学的所見 <small>※原因となる疾病名及び具体的状態像については、診断書等の添付に替えても可</small>	主治医名	
	医療機関名	
	医師の医学的所見の確認方法 <u>※該当するものにチェックすること</u>	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師連絡（医師への聴取日） 年 月 日 <input type="checkbox"/> 診断書等 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	【例外的貸与基準の該当性】 <u>※該当するものにチェックすること</u> <input type="checkbox"/> 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によって、頻りに第94号告示第31号のイに該当する者 <input type="checkbox"/> 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号のイに該当することが確実に見込まれる者 <input type="checkbox"/> 疾病その他の要因により、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号のイに該当すると判断される者	
	【原因となる疾病等】 【当該利用者の具体的状態像】	

家族による介護・支援の状況	
サービス担当者会議の意見	【サービス担当者会議開催日】 年 月 日
	【ケアプラン作成担当者】 氏 名 () 所属事業所名 () (注) ケアプラン作成担当者は、要支援者でケアプランの原案作成を委託している場合は、委託先のケアマネジャーについて記載すること。
	【サービス担当者会議出席者】 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族、同居人 <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 福祉用具相談員 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成担当者 <input type="checkbox"/> サービス提供事業者 (サービス種別:) <input type="checkbox"/> その他 ()
	【福祉用具専門相談員の意見】 福祉用具専門相談員氏名 () 指定福祉用具貸与事業所名 ()
	【サービス担当者の意見の要約】
【本人・家族の意向】	
主治医から得た情報やサービス担当者会議等の結果を踏まえたケアプラン作成担当者の意見	
貸与開始予定年月	年 月 日

【市確認欄】

確認年月日	年 月 日
確認印	

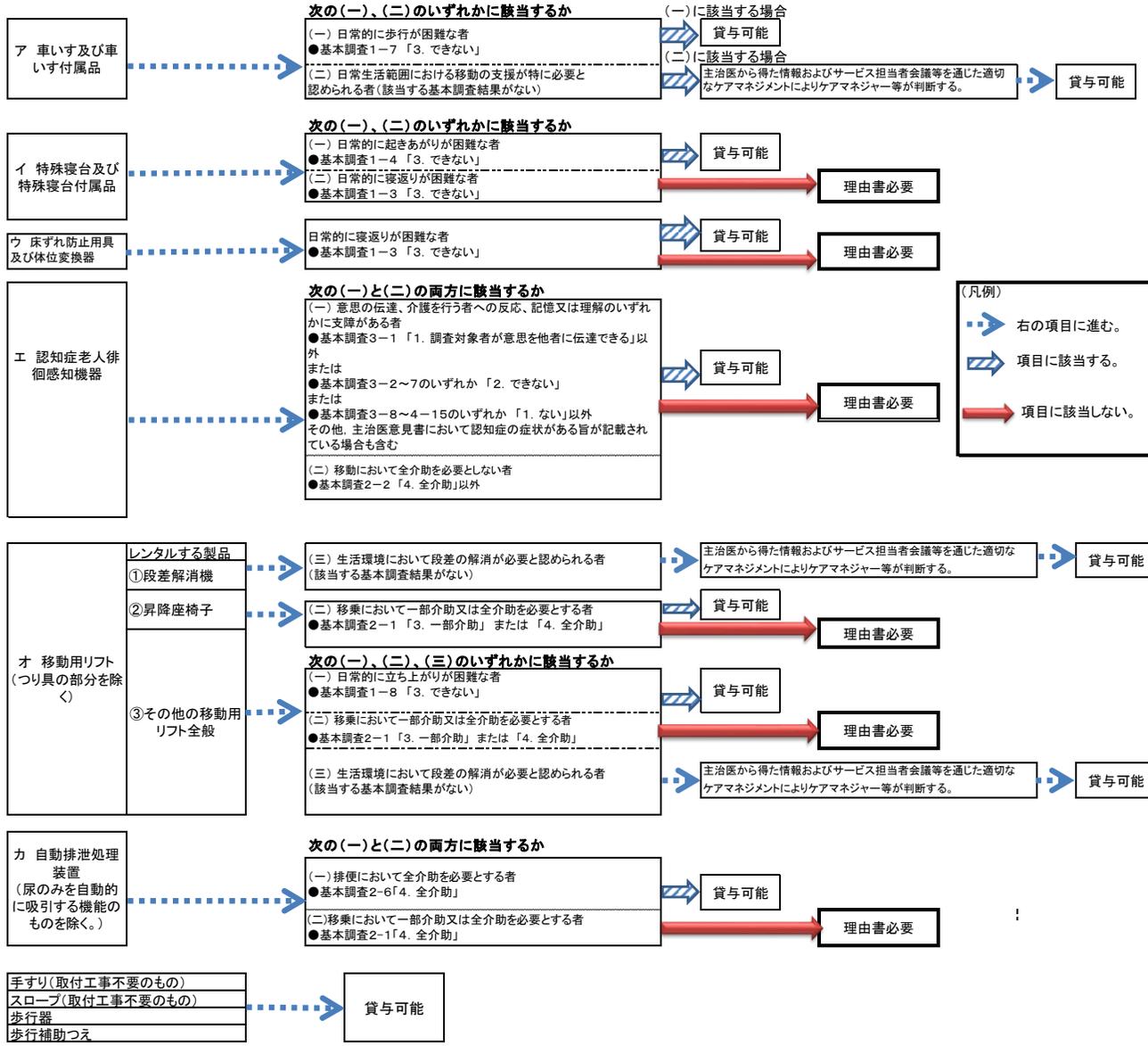
- (注) 1. 本理由書は、認定の更新、要支援・要介護状態区分又は居宅介護（介護予防）支援事業者の変更があった場合には、再度作成し提出すること。
2. 本理由書は、市長に提出するとともに、その写しをサービス担当者会議の記録とともに、居宅介護（介護予防）支援事業所において保管しておくこと。
3. 本理由書は、原則的にサービス提供月の前月末までに提出すること。
4. 堺市からの求めがあった場合は、居宅（介護予防）サービス計画の一部を提出すること。

軽度者に対する福祉用具貸与に係る判断フロー図

厚生労働省告示第94号第31号のイで定める状態像に該当するか

貸与を考えている種目

利用者軽度者（要支援1、2又は要介護1の方。ただし、自動排泄処理装置については、要介護2、3の者を含む。）



(凡例)
 ●→ 右の項目に進む。
 ⇨ 項目に該当する。
 → 項目に該当しない。

(一)(二)以外の利用者(特殊寝台等が必要な者)
 上記以外の利用者(床ずれ防止用具等が必要な者)
 (一)(二)以外の利用者(認知症老人徘徊感知機器が必要な者)

4 指定（介護予防）福祉用具貸与理由書の作成について

理由書を提出することにより福祉用具を貸与する場合は、以下のことに注意して理由書を作成してください。

(1) 理由書作成者

ア 作成日

福祉用具貸与理由書を作成した日を記入してください。

イ 作成者

理由書を作成した居宅介護支援専門員の所属している事業者名と代表者名、担当者名を記入してください。

被保険者が要支援者で、地域包括支援センターから介護予防サービス計画作成を委託されている場合は、必ず委託元の地域包括支援センターにも確認してもらい、確認者名を記入してもらってください。

指定（介護予防）福祉用具貸与理由書

場 市 長 様

医師の医学的所見に基づき、下記利用者の居宅（介護予防）サービス計画に指定（介護予防）福祉用具貸与を位置付けることについて、居宅サービス計画書（第1表、第2表、第3表、第4表）、又は介護予防サービス・支援計画表（A表、B表、C表、D表、E表）を添えて、以下のとおり届出します。

年 月 日

居宅介護（介護予防）支援事業者名 _____ (1)

代表者名 _____ (担当署名)

() 地域包括支援センター _____ (確認者名)

被保険者番号	被保険者氏名
住 所	電 話 ()
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
要介護度等	<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
認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 年 月 日
認定請求実施日	平成 年 月 日

【必要な福祉用具の種類】 ※必要な貸与品目に○を付けること。

特殊寝台及び特殊寝台付用品 (特設費を必要とする貸与品目の貸与はできません)	移動用リフト
床ずれ防止用具及び体位変換器	自動尿排泄装置 (尿のみを自動的に吸引するものを除く)
認知症老人徘徊感知機器	

【医師の医学的所見／サービス担当者会議の開催状況等】

主治 医 名	
医 療 機 関 名	
医師の医学的所見の記載方法 ※該当するものにチェックすること	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師連絡（医師への聴取日 平成 年 月 日） <input type="checkbox"/> 診断書等 <input type="checkbox"/> その他 ()
医師の医学的所見	【例外的貸与基準の該当性】 ※該当するものにチェックすること ※原因となる疾病等及び具体的な状態像については、主治医意見書や診断書等に記載がある場合は、資料の添付に替えることができます。 <input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急激に悪化し、短期間のうちに第95号告示第20号のイに該当すること <input type="checkbox"/> 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20号のイに該当すると判断される者
	【原因となる疾病等】
	【当該利用者の具体的状態像】

(2) 医師の医学的所見／サービス担当者会議の開催状況等

医師の医学的所見を確認し、主治医から得た情報を居宅介護（介護予防）支援専門員が記入してください。

この欄は医師や医療機関が直接記入する必要はありません。主治医から得た情報を理由書作成者が記入してください。

【例外的貸与基準の該当性】には必ずチェックをしてください。【原因となる疾病等】、【当該利用者の具体的状態像】については主治医意見書や診断書等に記載がある場合は、資料の添付に替えることができます。

《根拠》

平成12年3月1日老企第36号厚生省老人保健福祉局企画課長通知

平成18年3月17日老計発 0317001 老振発 0317001 老老発 0317001 老健局計画・振興・老人保健課長連名通知

《注意》

医師の医学的所見の【当該利用者の具体的状態像】の欄に「特殊寝台が必要である。」といった記載が見受けられますが、この欄では福祉用具が必要な理由ではなく、以下の例のように、医学的な所見から利用者が例外的貸与基準に当てはまる状態であることが具体的にわかるように記入してください。

【当該利用者の具体的状態像】（特殊寝台の場合の記載例）

例 パーキンソン病により、時間帯によっては起き上がりが困難となる。

例 がん末期のため短期間のうちに起き上がりも出来ない状態となることが見込まれる。

例 呼吸不全を防ぐため、体位を起き上がった状態で保持することが必要である。

医師の医学的所見をいただくに際しての聴取例（特殊寝台の場合）

要介護1以下の方が介護保険での特殊寝台貸与を給付するにあたっては、

患者様が

- ①日常的に起き上がりが困難
- ②日常的に寝返りが困難

のいずれかの状態に該当していることが必要です。

この患者様は、介護保険の認定調査では、「起き上がり」・「寝返り」とも「できない」にチェックされていませんので、医師の医学的な所見が必要です。お手数ですが、この患者様についての所見についてお聞かせください。

【特殊寝台の貸与基準の該当性】について、困難な動作とその動作についての患者様の状態をお聞かせください。

「起き上がりが困難」でしょうか。

患者様はいずれにあたりますか

- ①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になる
 - ②状態が急速に悪化し、短期のうちに起き上がりが困難な状態に至ることが確実に見込まれる
 - ③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起き上がり困難に該当すると判断できる
- 「寝返りが困難」でしょうか。

患者様はいずれにあたりますか

- ①状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に寝返りが困難になる
- ②状態が急速に悪化し、短期のうちに寝返りが困難な状態に至ることが確実に見込まれる
- ③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寝返り困難に該当すると判断できる

【原因となる疾病等】について、お聞かせください。

【当該患者様の具体的状態】について、お聞かせください。

(3) 家族による介護・支援の状況

家族やボランティア等による介護保険サービス外での介護・支援を受けている場合は、その状況を具体的に記入してください。

(4) サービス担当者会議の意見

ア 福祉用具専門相談員の意見

被保険者の身体状況や住環境を踏まえて福祉用具を貸与することについて、担当福祉用具専門相談員からの意見を記入してください。複数の福祉用具を貸与する場合は、貸与する品目すべてについて意見を書いてください。

イ サービス担当者の意見の要約

福祉用具貸与について、サービス担当者会議で出た各担当者からの意見の要約を記入してください。

ウ 本人・家族の意向

サービス担当者会議で示された本人・家族の福祉用具貸与に関する意向について記入してください。

(5) 主治医から得た情報やサービス担当者会議等の結果を踏まえたケアプラン作成担当者の意見

これまで出された医師、各サービス担当者、本人、家族の意見を踏まえて、本理由書作成者である居宅(介護予防)サービス作成担当者の福祉用具貸与についての意見を記入してください。

(6) 添付書類

令和5年3月からケアプランの添付は原則不要となりました。ただし、堺市から求められた場合は、利用者・家族に説明し、同意が得られている居宅サービス計画書(第1表、第2表、第3表)、又は介護予防サービス・支援計画表(A表、B表、C表、D表)の写しと、「サービス担当者会議の要点」(第4表又はE表等)を提出してください。

家族による介護・支援の状況	
【サービス担当者会議開催日】平成 年 月 日	
【ケアプラン作成担当】 氏名 () 所属事業所名 ()	
<small>(注) ケアプラン作成担当者は、要支援者でケアプランの原案作成を委託している場合は、委託先のケアマネジャーについて記載すること。</small>	
【サービス担当者会議出席者】	
<input type="checkbox"/> 本人	
<input type="checkbox"/> 家族、同居人	
<input type="checkbox"/> 主治医	
<input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員	
<input type="checkbox"/> ケアプラン作成担当者	
<input type="checkbox"/> サービス提供事業者 (サービス種別:)	
<input type="checkbox"/> その他 ()	
サービス担当者会議の意見	
【福祉用具専門相談員の意見】	
福祉用具専門相談員氏名 () 指定福祉用具貸与事業所名 ()	
【サービス担当者の意見の要約】	
【本人・家族の意向】	
主治医から得た情報やサービス担当者会議等の結果を踏まえたケアプラン作成担当者の意見	
貸与開始予定年月 年 月 から	
	【市様印欄】 確認年月日 年 月 日 確認印

(注) 1. 本理由書は、認定の変更、変更届、要介護状態区分又は居宅介護(介護予防)実施事業者の変更があった場合には、再度作成し提出すること。
2. 本理由書は、市長に提出するとともに、その写しをサービス担当者会議の記録とともに、居宅介護(介護予防)実施事業所において保管しておくこと。
3. 本理由書は、原則的にサービス提供月の初月末までに提出すること。
4. 堺市からの求めがあった場合は、居宅(介護予防)サービス計画の一部を提出すること。

5 理由書の提出方法について

(1) 提出先

指定（介護予防）福祉用具貸与理由書の提出先は各区役所地域福祉課介護保険係です。各区役所生活援護課ではありません。

ただし、みなし2号被保険者の理由書は、各区役所生活援護課が提出先となります。

(2) 提出の時期

ア 新規に貸与を開始するとき

原則として貸与提供開始月の前月末までに提出してください。

急遽、福祉用具貸与が必要になった場合や転入等により、やむを得ず貸与提供開始月に提出する場合は、提出時にその旨を伝えてください（事前の連絡は必要ありません）。貸与提供開始月を過ぎて理由書を提出した場合は、提出された日の属する月からの保険給付となります。提出が遅れる場合は、必ず貸与提供開始月中に各区役所地域福祉課介護保険係までご連絡ください。

イ 再提出時

認定の更新、要支援・要介護状態区分変更又は居宅介護（介護予防）支援事業者の変更がある場合には、再度、理由書を作成し提出してください。

ただし、地域包括支援センターから介護予防サービス計画作成の委託を受けている居宅介護支援事業者が変更されるだけの場合は、理由書の再提出は不要です。また、福祉用具貸与事業者を変更し、貸与品目の変更のない場合は、理由書の再提出は不要です。

ある貸与品目について理由書をすでに提出している場合であっても、理由書の提出が必要な貸与品目を追加する場合は、追加する福祉用具についての理由書を提出してください。

ただし、特殊寝台付属品等、すでに理由書を提出して貸与している福祉用具と一体的に使用するものを追加する場合は理由書を提出する必要はありません。

（例）特殊寝台付属品であるサイドレールを理由書提出により貸与後、さらにマットレスを貸与する場合には理由書提出不要です。

《注意》

理由書の提出がないにもかかわらず、福祉用具貸与の算定をしている場合、給付費を返還していただくこととなりますので、未提出ということがないようにご注意ください。

(3) 区分変更申請中（要支援者の要介護新規申請を含む。）・新規申請中などの場合

ア 新たに福祉用具貸与を利用しようとする場合

- (7) 「要介護1」等の利用者が状態悪化により区分変更申請中で、認定結果がまだ出ていない場合

明らかに要介護2以上（自動排泄処理装置の場合は要介護4以上）の認定結果が想定される場合を除き、貸与開始前に理由書を作成し、提出してください。認定結果と提出された理由書の内容が異なる場合は、改めて理由書を作成し提出してください。

- (4) 「要支援1」・「要支援2」の利用者が状態悪化により区分変更申請中（要支援者の要介護新規申請を含む。）で、認定結果がまだ出ていない場合

必要な手続は、(7)と同様ですが、介護予防サービス計画作成の委託を受けている居宅介護支援事業者が理由書を作成する際は、必ず地域包括支援センターに承認を得てください。

- (9) 新規申請中で認定結果がまだ出ていない場合

明らかに要介護2以上（自動排泄処理装置の場合は要介護4以上）の認定結果が想定される場合を除き、貸与開始前に理由書を作成し、提出してください。新規申請中のサービス利用は暫定ケアプランに基づき、提供されますので、暫定ケアプランとの整合性がとれた理由書を提出してください。認定結果と提出された理由書の内容が異なる場合は、改めて理由書を作成し提出してください。

イ 福祉用具貸与をすでに利用している場合

- (7) 区分変更申請（要支援者の新規要介護認定申請を含む。）の場合

明らかに要介護2以上（自動排泄処理装置の場合は要介護4以上）の認定結果が想定される場合を除き、区分変更申請と同時に理由書を作成し、提出してください。認定結果と提出された理由書の内容が異なる場合は、改めて理由書を作成し提出してください。

- (4) 更新申請の場合

更新申請の認定結果が、軽度者に該当した場合は、更新後の認定有効期間開始日前までに理由書を提出してください。認定結果が出るのが、認定有効期間開始日を超える場合は、認定結果通知後、速やかに提出してください。

(4) 保険給付の対象月について

軽度者の福祉用具貸与の例外給付については、①医師の医学的所見及び②適切なマネジメントにより必要性が判断されたことを、堺市（各区役所地域福祉課）が理由書により確認した場合に限られます。したがって、福祉用具貸与の開始月を過ぎても理由書の提出がない場合は、保険給付の対象とならず、後日給付費を返還していただくことになります。

やむを得ない理由により、遅れる場合は、各区役所地域福祉課介護保険係に相談してください。

(5) 自己作成の方についての取り扱い

自己作成の方については、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うことができないため、理由書による福祉用具の例外的貸与は認められません。福祉用具貸与を利用する際に理由書が必要となる場合は、ケアプランの作成を居宅介護支援事業者（要支援の方は地域包括支援センター）へ依頼し、担当となるケアマネジャーが理由書を作成するようにしてください。

(6) 問い合わせ先

堺区役所	堺保健福祉総合センター 地域福祉課 堺市堺区南瓦町3番1号	電話	228-7520（直通）
中区役所	中保健福祉総合センター 地域福祉課 堺市中区深井沢町2470-7	電話	270-8197（直通）
東区役所	東保健福祉総合センター 地域福祉課 堺市東区日置荘原寺町195-1	電話	287-8123（直通）
西区役所	西保健福祉総合センター 地域福祉課 堺市西区鳳東町6丁600	電話	275-1912（直通）
南区役所	南保健福祉総合センター 地域福祉課 堺市南区桃山台1丁1-1	電話	290-1812（直通）
北区役所	北保健福祉総合センター 地域福祉課 堺市北区新金岡町5丁1-4	電話	258-6651（直通）
美原区役所	美原保健福祉総合センター 地域福祉課 堺市美原区黒山167-1	電話	363-9316（直通）