

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付 (令和7年度版)

平成18年度介護報酬改定に伴い、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、要介護1）の状態像からは利用が想定しにくい種目（車いす等9種目）について、保険給付の対象とならない仕組みへの改正が行われ、例外的に給付される状態の判断方法として、原則的に要介護認定に係る基本調査結果を活用することとされました。

しかし、基本調査の結果だけでは、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事例があり、現在は厚生労働大臣が定める告示（※）に該当する対象者については、要介護認定における基本調査結果等に基づく判断があった場合のほか、市町村が医師の所見・ケアマネジメントの判断等を書面等で確認の上、必要と確認した場合には例外的に給付が可能となっています。

※（平成27年3月23日厚生労働省告示第94号「厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等」）
具体的な取り扱いについては以下の通りです。

1. 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の取扱いについて

軽度者（要支援1・要支援2・要介護1（自動排泄処理装置については、要介護2、要介護3を含む。）の者に係る指定福祉用具貸与費については、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（尿のみを自動的に吸引するものを除く）」は、原則として算定できません。（「手すり」、「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）」については、軽度者であっても算定可能です。）

しかしながら、基本調査の結果では例外給付の対象とならない場合でも、(1)と(2)の要件を満たし、これらについて市町村に確認を受けた場合は例外給付の対象となります。

- | |
|---|
| (1) 下記のⅠ)からⅢ)までのいずれかの状態像に該当する旨が医師の医学的な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るべき状態像>（別表1）

- | |
|--|
| 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号のイ(※)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) |
| 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、第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) |

(※)具体的には次ページ:別表2の「厚生労働大臣が定める者のイ」を指す。

- ◆ 「車いす及び車いす付属品」の「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」および「移動用リフト」の「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」に該当する場合
→ 市町村の確認を受ける必要はありません。

ただし、主治医から得た情報および福祉用具専門相談員等が参加するサービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメントによる判断が必要となります。

別表2 平成27年厚生省告示第94号「厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等」
第31号のイ（福祉用具が必要である状態像）

対象外種目	厚生労働大臣が定める者のイ	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
ア 車いすおよび 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	基本調査1-7「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	該当項目なし(※1)
イ 特殊寝台および 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	基本調査1-4「3. できない」
	(2)日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3「3. できない」
ウ 床ずれ防止用具 および体位変換器	日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3「3. できない」
エ 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)意志の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障がある者	基本調査3-1が 「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3-2~7のいずれかが、「2. できない」 または 基本調査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
	(2)移動において全介助を必要としない者	基本調査2-2「4. 全介助」以外
オ 移動用リフト (つり具の部分を除く) (昇降座椅子を含む)(※2)	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	基本調査1-8「3. できない」
	(2)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」
	(3)生活環境において段差の解消が必要と認められる者	該当項目なし(※3)
カ 自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引する機能(※4)のものを除く)	次の <u>いずれにも</u> 該当する者	
	(1) 排便において全介助を必要とする者	基本調査2-6「4. 全介助」
	(2) 移乗において全介助を必要とする者	基本調査2-1「4. 全介助」

※1、3 主治の医師から得た情報、福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態像について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ケアマネジメントにより、指定居宅介護支援事業者が「厚生労働大臣が定める者のイ」に該当するかどうかを判断する。各担当者の意見や判断がケアプランに記載されていれば、**市町村確認は不要。**

※2 昇降座椅子については、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。「立ち上がり」は椅子やベッド、車いすに座っている状態からの立ち上がり进行评估するものである。昇降座椅子は「床からの昇降」を補助するものであるため、「畳からポータブルトイレへの乗り移り」进行评估する「移乗」の認定調査項目を用いる必要がある。

※4 尿のみを自動的に吸引するものについては、軽度者の例外給付の適用を受けない。

別表3 福祉用具が必要となる主な事例内容(例)

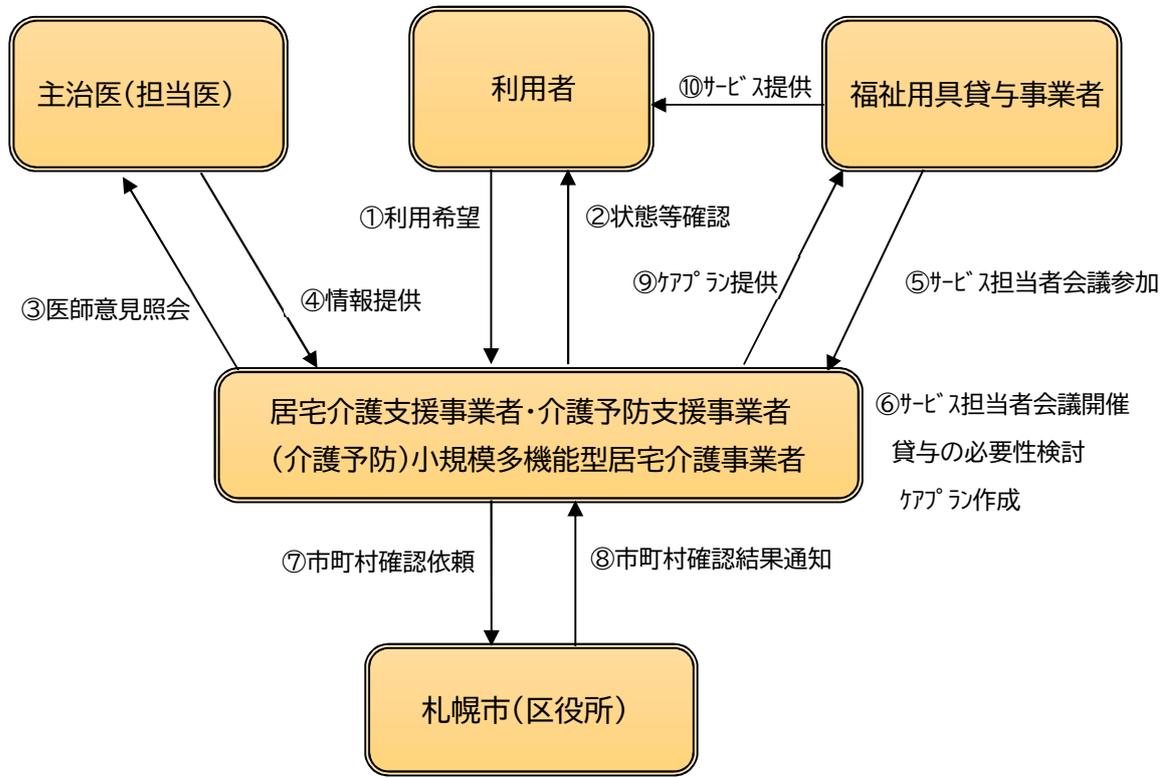
事例類型	必要となる福祉用具	事例内容(例)
I 状態の変化	<ul style="list-style-type: none"> ● 特殊寝台 ● 床ずれ防止用具・体位変換器 ● 移動用リフト ● 特殊寝台 ● 自動排泄処理装置 	パーキンソン病で、内服加療中に急激な症状・症候の軽快・増悪を起こす現象(ON・OFF 現象)が頻繁に起き、日によって、告示で定める福祉用具が必要な状態となる。
	<ul style="list-style-type: none"> ● 床ずれ防止用具・体位変換器 ● 移動用リフト ● 自動排泄処理装置 	重度の関節リウマチで、関節のこわばりが朝方に強くなり、時間帯によって、告示で定める福祉用具が必要となる。
II 急性増悪	<ul style="list-style-type: none"> ● 特殊寝台 ● 床ずれ防止用具・体位変換器 ● 移動用リフト ● 自動排泄処理装置 	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、短時間で告示で定める福祉用具が必要となる。
III 医師禁忌	<ul style="list-style-type: none"> ● 特殊寝台 ● 自動排泄処理装置(※) 	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。
	<ul style="list-style-type: none"> ● 特殊寝台 ● 自動排泄処理装置(※) 	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。
	<ul style="list-style-type: none"> ● 特殊寝台 ● 自動排泄処理装置(※) 	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。
	<ul style="list-style-type: none"> ● 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。
	<ul style="list-style-type: none"> ● 移動用リフト 	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。移動用リフトの必要性を医師からも指示されている。

※ 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)を必要とするものの状態像は、特殊寝台とほぼ同一です。

※ 事例内容(例)で示した疾病名については、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可能性があるものを例示したものにすぎず、例示されていない疾病名であっても、給付の対象となることがあります。また、逆に例示されている疾病名であっても、必ずしも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とは限りません。

2. 軽度者への例外給付の流れ

【イメージ図】



① 利用希望

利用者は、居宅介護(介護予防)支援事業者(以下「居宅介護支援事業者等」という。)へ、福祉用具の利用について相談する。

② 状態等確認

居宅介護支援事業者等は、利用者の身体状況や生活状況を確認する。

③ 医師意見照会

居宅介護支援事業者等は、利用者が福祉用具貸与を必要とする原因となった疾病の担当医に、利用者が「福祉用具貸与の例外的な給付の対象とすべき状態像」に該当するかどうか照会する。

なお、医学的所見の確認方法は、「主治医意見書による確認」、「医師の診断書による確認」、「担当の介護支援専門員等の聞き取りによる確認」のいずれの確認方法でも構わない。

④ 情報提供

担当医は居宅介護支援事業者等の照会に対し必要な情報提供を行う。

⑤ サービス担当者会議参加

福祉用具貸与事業者は居宅介護支援事業者等からの案内に基づき、サービス担当者会議に参加する。

⑥ サービス担当者会議開催・貸与の必要性検討・ケアプラン作成

居宅介護支援事業者等はサービス担当者会議を通じ、担当医からの情報提供を基に福祉用具貸与が利用者の自立支援に効果的であるか検討し、ケアプラン原案を作成する。

⑦ 市町村確認依頼

居宅介護支援事業者等は、サービス担当者会議における検討結果を踏まえ、福祉用具貸与の必要性があると判断した場合は、各区保健福祉課へ必要書類を添付した上、市町村確認依頼書を提出する。

市町村確認依頼書の提出が必要なのは次のときである。

(1) 担当者会議を実施したとき

※ただし、市町村確認結果通知書をすでに受けており、変更内容が居宅介護支援事業所や介護予防支援事業所のみである場合は除く

(2) 暫定ケアプランを作成したとき

暫定ケアプランを作成した時点で、軽度者となるおそれがあると判断した場合

※ 介護度が確定した後に、担当者会議を改めて開催(暫定ケアプランと同様の内容の場合は開催省略可)し、確定されたケアプランを改めて各区保健福祉課あてに提出する。

⑧ 市町村確認結果通知

市町村確認依頼書の提出を受けた各区保健福祉課は、認定基本調査結果等の情報を基に提出書類の確認を行い、福祉用具貸与の例外給付の妥当性について検討するとともに、確認結果について居宅介護支援事業者等へ通知する。

なお、決定日については以下のとおり

(1) ⑦-(1)により依頼を受けた場合

速やかに支給決定を行なう。(※決定日は申請日以前とはならない。)

(2) ⑦-(2)により依頼を受けた場合

- ・ 要介護認定の結果、軽度者となった場合は、市町村確認の依頼日に遡って適用を行なう。
- ・ 要介護認定の結果、軽度者とならなかった場合は、申請を行なった事業者から「市町村確認依頼書取下げ申出書」の提出を受ける。

⑨ ケアプラン提供

居宅介護支援事業者等は各区保健福祉課から送付された市町村確認結果通知書に基づき、ケアプランを確定させ、福祉用具貸与事業者へ提供する。

⑩ サービス提供

福祉用具貸与事業者はケアプランに基づきサービス提供を開始する。

※ 市町村確認結果通知書に記載された年月日の属する月から軽度者の福祉用具貸与を実施することが可能。
なお、市町村確認結果通知書に記載された年月日の属する月より前の期間に市町村確認が必要な福祉用具貸与の利用があった場合は、保険給付の対象となりません。(全額自己負担になります。)

軽度者の福祉用具貸与 対象外種目の例外給付フロー

福祉用具貸与例外給付の対象種目

・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) ・自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引するものは除く)

要支援1・2または、要介護1の認定を受けている。
(自動排泄処理装置については要支援1・2、または要介護1～3)

アセスメントの結果、福祉用具貸与例外給付の対象種目の利用が必要である。

直近の認定調査時の基本調査の結果を確認する。
基本調査の結果が、「厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等(別表2)」に
該当する …①
該当しない…②

①
市町村確認依頼は不要
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利用が可能。

②
貸与を必要とする種目が
○ 車いす、車いす付属品、移動用リフト(つり具部分を除く) …③
○ 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器、自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引するものは除く) …④

③
市町村確認依頼は不要
医師から得た情報および福祉用具専門相談
員等が参加するサービス担当者会議を通じ
た適切なケアマネジメントに基づいた、ケア
マネジャーの判断により利用可能。

④
市町村確認依頼書の提出が必要。
「軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付
に係る市町村確認の手順について」参照。

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る市町村確認の手順について

(1) 被保険者の状態の確認

介護支援専門員等は、認定調査票等を参考とし、被保険者の状態が「福祉用具貸与の例外給付の対象とするべき状態像（Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ）」（P1 [別表1](#)）および「厚生労働大臣が定める者のイ」（P2 [別表2](#)）に該当する可能性があるかどうかを確認します。

(2) 医師への照会

介護支援専門員等は、当該保険者の状態が「福祉用具貸与の例外給付の対象とするべき状態像（Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ）」に該当するかどうか医師に照会します。

（医師に照会する医学的所見は単に「福祉用具〇〇が必要」ではなく、疾病その他の原因およびそれに起因する状態像を具体的に確認する必要があります。（参考1参照））

【※注意事項】

医学的所見の確認方法として、① 主治医意見書による確認、② 医師の診断書による確認、③ 担当の介護支援専門員等の聞き取りによる確認、の3つが国の通知において示されており、このうちいずれの確認方法でも構いません。ただし、診断書や文書による情報提供を受けた際に、文書料や診療情報提供料が発生した場合は、その料金は利用者負担となります。

(3) サービス担当者会議の開催

(2)において「福祉用具貸与の例外給付の対象とするべき状態像（Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ）」に該当するとの所見が示された場合、介護支援専門員等は、サービス担当者会議を開催し、適切なケアマネジメントにより福祉用具を貸与することが当該被保険者に対して特に必要であるかどうかを判断します。

(4) 市町村確認依頼書の提出

(3)において、福祉用具を貸与することが当該被保険者に対して特に必要であると判断した場合、介護支援専門員等は区保健福祉課に「市町村確認依頼書」（[参考2](#)）を提出します。（[様式ダウンロード先 P9](#)）

また、添付書類として、居宅（介護予防）サービス計画書（1～3表）（被保険者本人またはその家族の同意のあるもの）、サービス担当者会議等の記録（4表）、支援経過記録表（5表）、医師の所見等（※）を添付します。

※ 4表・5表の記録において、医師の医学的所見による判断が示されている場合は省略可能。

(5) 市町村確認結果の通知

区保健福祉課が、市町村確認依頼書の内容が添付書類により確認できるかどうか下記の判断基準に照らし合わせ、例外給付の可否を「市町村確認結果通知」（[参考3](#)）により、介護支援専門員等に通知します。通知は申請をした事業者宛のものとなりますので、事業者で保管してください

◀ 確認の判断基準 ▶

確認可(例外給付可)の判断	ア、イ、ウの全てが書面で確認できれば、確認可の判断となる。 ア 居宅(介護予防)サービス計画書に「利用者またはその家族の同意」・「医師の所見」・「医師氏名」・「当該福祉用具貸与が特に必要な理由」が記載されていること。 イ サービス担当者介護の記録等に「開催日」・「出席者」・「福祉用具貸与の例外給付について検討内容」等が記載されていること。 ウ 主治医意見書、医師の診断書等(文書による照会の回答等)、医師からの所見を徴収した記録(聴取日時・方法・内容・医師氏名が必要)に「被保険者氏名・医師氏名・疾病名」・「状態像(Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ)のどれに該当するか(※)」・「どのような動作等が困難なのか」・「そのため必要となる福祉用具の種目」等が記載されていること。
確認不可(例外給付不可)の判断	上記ア、イ、ウのうち、一つでも書面で確認できない場合は、確認不可の判断となる。

◀ 市町村確認の有効期間について ▶

市町村確認が有効となる期間は、結果通知書に記載される依頼日が属する月の1日以降で、ケアプランに記載された福祉用具貸与の利用開始(予定)日からとなります。

依頼日が属する月の1日より前の期間は市町村確認の対象とならず、この期間に市町村確認が必要な福祉用具貸与の利用があった場合は、保険給付の対象となりません。(全額自己負担になります。)

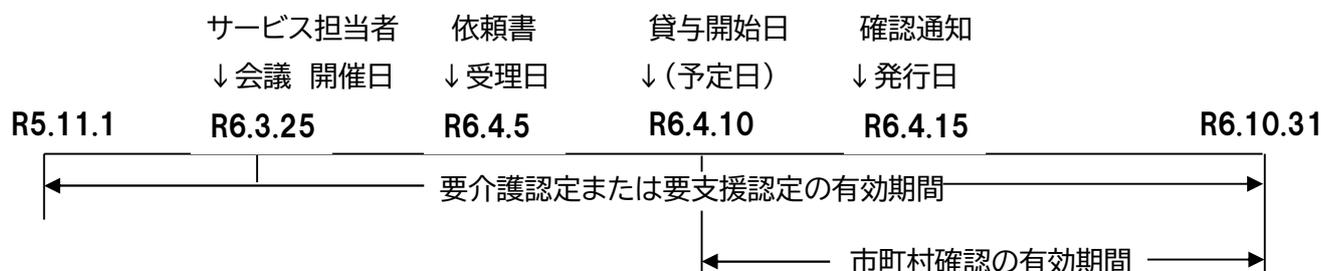
- ・ 市町村確認期間開始日 → 市町村確認依頼書添付資料に記載の貸与開始予定日(例1)
市町村確認依頼書を受理した日の属する月の1日(例2)
- ・ 市町村確認期間終了日 → 要介護認定または要支援認定の有効期間の終了日

要介護(要支援)認定の有効期間が R5.11.1～R6.10.31 の被保険者で…

例1 4月5日に市町村確認依頼書を受理し、4月10日から貸与予定の場合

福祉用具貸与の利用開始日:R6.4.10

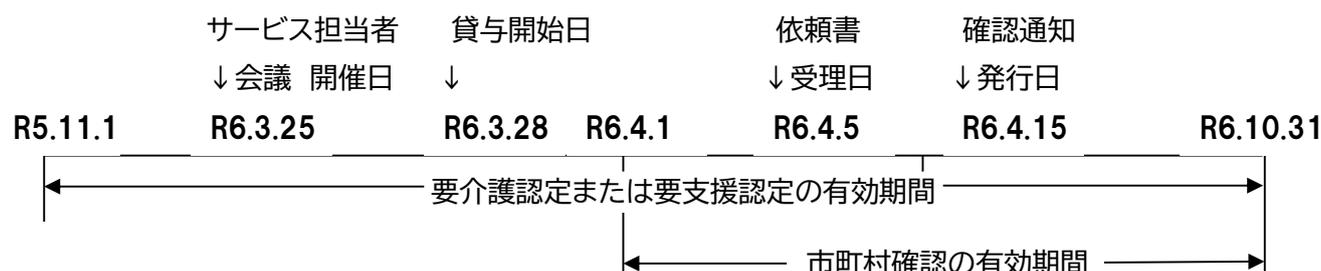
市町村確認の有効期間 :R6.4.10～R6.10.31



例2 4月5日に確認申請を受理し、3月28日から貸与を受けていた場合

福祉用具貸与の利用開始日:R6.4.1(3月分は自費利用)

市町村確認の有効期間 :R6.4.1～R6.10.31



注) 市町村確認の有効期間内であっても、介護度の変更などにより、新たにケアプランを作成した場合で、福祉用具貸与の軽度者利用を継続する場合は、新たなケアプラン等添えて、市町村確認依頼を行う必要があります。
(市町村確認依頼書の提出が必要な場合については [P4～5の⑦](#)を確認してください。)

《参考資料集》

《市町村確認依頼書の提出・お問い合わせ先》

市町村確認依頼書の提出先は、対象の被保険者の保険者である各区の保健福祉課です。
書類の提出は郵送でも可能です。

区	電話番号(保健支援係)	住所
中央区	011-205-3305	札幌市中央区南3条西11丁目
北区	011-757-2465	札幌市北区北24条西6丁目
東区	011-741-2465	札幌市東区北11条東7丁目
白石区	011-861-2450	札幌市白石区南郷通1丁目南
厚別区	011-895-2489	札幌市厚別区厚別中央1条5丁目
豊平区	011-822-2461	札幌市豊平区平岸6条10丁目
清田区	011-889-2042	札幌市清田区平岡1条1丁目
南区	011-582-4746	札幌市南区真駒内幸町2丁目
西区	011-641-6946	札幌市西区琴似2条7丁目
手稲区	011-681-2497	札幌市手稲区前田1条11丁目

《市町村確認依頼様式ダウンロード》

札幌 HP の様式ダウンロードに掲載しておりますので、下記 URL から取得してください。

https://www3.city.sapporo.jp/download/shinsei/search/procedure_view.asp?ProcID=3153

(例)

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する診断書

介護保険被保険者	ふりがな	
	氏名	男・女
		明・大・昭 年 月 日生(歳)
	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	

(いずれかの□にチェックして、疾病名、症状等を記載してください。) 福祉用具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94号告示(平成27年厚生省告示)第31号のイに該当する。 (この項目に該当する疾病その他の原因及びそれに起因する状態像を記載してください) (例示) ・パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象によって、1日のうち朝・夕の数時間起き上がりができない状態になることが頻繁に起こるため、特殊寝台の貸与が必要な類型(I)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94号告示(平成27年厚生省告示)第31号のイ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その他の原因及びそれに起因する状態像を記載してください) (例示) ・がん末期の状態であり、今後短時間で急速に状態が悪化し、寝返り・起き上がりができない状態になると確実に見込まれるため、特殊寝台の貸与が必要な類型(II)に該当する。
	<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(平成27年厚生省告示)第31号のイに該当すると判断できる。 (この項目に該当する疾病その他の原因及びそれに起因する状態像を記載してください) (例示) ・心筋梗塞による心不全の状態であり、状態を起こす行為は身体への重大な危険性と症状の重篤化を回避するために、ギャッチアップ機能を使うことが不可欠であることから、特殊寝台の貸与が必要な類型(III)に該当する。
	2. 利用が必要な福祉用具(□にチェック✓してください。) <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <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"/> 自動排泄処理装置

福祉用具の種目	第 94 号告示第 31 号のイ
ア 車いすおよび 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
イ 特殊寝台および 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
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 (一)意志の伝達、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
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 (一)日常的に立ちあがり困難な者 (二)移乗において一部介助また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
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

※ 第 94 号告示(平成 27 年厚生省告示)第 31 号のイは、裏面のとおり

令和 7 年 5 月 1 5 日

(あて先) 札幌市〇〇区長

要支援者と契約している介護予防支援事業者名及び管理者名を記入。

居宅介護（介護予防）支援事業者名 札幌市〇区第〇包括支援センター

管理者名 札幌 太郎（介護予防）

市 町 村 確 認 依 頼 書

福祉用具貸与の提供について、下記のとおり医師の医学的な所見に基づきサービス担当者会議等を通じ検討した結果、以下の対象者に対して、福祉用具貸与の保険給付が必要であると判断しましたので確認を依頼します。

1. 被保険者情報			
被保険者氏名	予防 花子		
被保険者番号	1001099999	要介護度	要支援2
検討対象となる福祉用具貸与種目	<input checked="" 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"/> 自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引するもの(特殊尿器)を除く) ※ 直近の基本調査結果等が裏面の別表に該当する場合は、市町村確認依頼は不要 ※ 交換可能部品を除く(福祉用具購入費として算定)		
2. 医師の医学的所見による判断内容			
医療機関名	〇〇病院		
医師名	札幌 太郎	連絡先	TEL 011 (456) 7890
該当する状態	<input checked="" 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 号のイに該当する者 <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 号のイに該当す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 号のイに該当すると判断できる者		
病名	△△症候群		
3. サービス担当者会議情報			
開催日	令和 ×年 ×月 ×日	会議の概要	別添資料のとおり
4. 添付書類(いずれも写しを添付すること)			
<input checked="" type="checkbox"/> 居宅(介護予防)サービス計画書(1～3 表) <input checked="" type="checkbox"/> サービス担当者会議記録(4 表) <input checked="" type="checkbox"/> 担当医からの聴取内容を記載した支援経過記録(5 表) ※主治医意見書または診断書がある場合は添付願います。			
事業者名	〇△□居宅介護支援事業所		
事業者番号	0170999999	担当者名	居宅 次郎
連絡先	住所:(〒067-0000) 札幌市〇〇区××条□丁目◇-□ TEL 011 (123) 4560		

【札幌市確認欄】

相談担当

介護予防支援事業者からの介護予防計画の作成を再委託されている居宅介護支援事業者の情報を記入する。
なお、担当者名については、介護予防支援事業者と受託した居宅介護支援事業者のそれぞれの担当者を連名で記入してもよい。
例) 山田太郎 (介護予防)、北海花子 (再委託)

サービス担当者会議の要点

作成年月日 令和7年3月28日

利用者名 ○○ ○○ 殿

居宅サービス計画作成者(担当者)氏名 ×× ××

開催日 令和7年3月28日

開催場所 居宅介護支援事業所×× 開催時間 14:00~15:00 開催回数 1

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
利用者・家族の出席 本人:【出席】 家族:【出席】 (続柄:長女)	A居宅介護支援事業所××	×× ××	D◇◇クリニック(欠席照会)	◇◇医師		
	B△△訪問介護事業所	△△ △△				
	C福祉用具貸与事業所☆☆	☆☆ ☆☆				
検討した項目	① 福祉用具(特殊寝台および特殊寝台付属品)の必要性について					
	<p>「検討内容」の欄には、医師の意見（医学的な所見）および医師の名前を必ず記載してください。また、福祉用具を導入することの目的、必要性および必要となる福祉用具を明記してください。</p>					
検討内容	<p>① ・◇◇クリニック◇◇医師の診断書において、「パーキンソン病の治療薬により身体症状の日内変動が大きいため、特殊寝台の導入が必要である。」と判断される。 ・服薬時間に関係なく、一日に何度も軀幹での寝返り動作が困難となるため、寝返りや起き上がり等の動作を補助し、自立支援を目的とした特殊寝台および特殊寝台付属品の導入が必要である。</p>					
結論	① 特殊寝台および特殊寝台付属品が必要であるため貸与の手続きを行う。					
残された課題 (次回の開催時期)	① 特殊寝台および特殊寝台付属品を導入後の効果と実際の状況について確認をする。 必要に応じて随時					

単に「福祉用具○○が必要である」ではなく、疾病その他の原因およびそれに起因する状態像を具体的に記載してください。

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)

利用者氏名 ○○ ○○ 殿

計画作成者氏名 ×× ××

年月日	項目	内容	年月日	項目	内容
令和7年3月28日	担当者会議開催	<p>時間14:00~15:00</p> <p>参加者:本人、長女、計画作成者、△△訪問介護事業所、福祉用具貸与事業所☆☆</p> <p>検討した項目:福祉用具(特殊寝台)の必要性について</p> <p>検討内容:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇◇クリニック◇◇医師の診断書において、「慢性気管支喘息による喘息発作で呼吸不全の危険性が高いため、特殊寝台の導入が必要である。」と判断される。 特に、明け方に重度の喘息発作をおこすことが多いため、速やかに上体を起こし、呼吸不全の危険性を回避することを目的とした特殊寝台の導入が必要である。 本人は、「電動ベッドがあれば、発作が急におきてもすぐに一人でも上体を起こせるので安心できる。」と話す。 <p>結論: 特殊寝台が必要なため貸与の手続きを行う。</p> <p>次回の予定: 必要に応じて随時開催する。</p>			

「検討内容」の欄には、医師の意見(医学的な所見)および医師の名前を必ず記載してください。また、福祉用具を導入することの目的、必要性および必要となる福祉用具を明記してください

単に「福祉用具○○が必要である」ではなく、疾病その他の原因およびそれに起因する状態像を具体的に記載してください。

※1 介護予防支援経過は、具体的には時系列に出来事、訪問の際の観察(生活の活発さの変化を含む)、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業者や家族との調整などを記入する。

※2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者(所属(職種)氏名)、検討した内容等を記入する。

居宅サービス計画書(2)

利用者名 ○○ ○○ 殿

作成年月日 令和7年3月28日

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
両人工股関節手術を行っている ので、起き上がり や立ちあがり等 で無理な動作を すると脱臼の恐れ がある。両股関節 に無理な負荷 をかけずに起床 動作を行いたい。	両股関節の脱臼 による再入院や 怪我の心配を せずに自宅での 生活を続ける事 ができる。	R7.4 ~ R8.3	両股関節に無理 な負担をかけず に起床動作を行 うことができる	R7.4 ~ R8.3	①特殊寝台貸与 【理由:股関節人工関節 手術を行っているが、負荷 がかかる事で脱臼の恐れ がある。背上げ機能を使用 して身体を起し、本人の 背丈に合った高さに調整 を行い立ち上がる事で、 脱臼を防ぐ事ができる。】	○	福祉用具貸与 特殊寝台(2モーター) で高さ調整を行う	○△○△	毎日	R7.4 ~ R8.3
					②特殊寝台付属品貸与 【理由:立ち上がり時に 股関節への負荷を軽減す る為、介助バーに掴まり、 立ち上がる。ベッド柵を使 用する事で転落防止を凶 る。糖尿病を患っている 為、少しの擦過傷や床ず れも治り難い事が懸念さ れるので、身体に合った マットレスを使用し皮膚 の状態を保つ。】	○	福祉用具貸与 特殊寝台付属品 (マットレス、介助 バー、ベッドサイド レール2本) ・立ち上がりが容易 になる。 ・福祉用具を使用す る上でのアドバイス と調整	○△○△	毎日	R7.4 ~ R8.3

福祉用具例外給付貸与の必要性
や利用することにより、本人の
日常生活上の阻害要因を除き、
自立に向けた生活への支援が具
体的にわかる記載内容が望まし
い。

福祉用具の具
体的な種類や物品
等を記載すると
援助内容に具体
性を持たせるこ
とができます。

ケアプランは利用者
に渡すものなので、
具体性を持たせるこ
とで、本人の理解が
深まり、目標に向け
て取組が可能となる。

※1「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。