福祉用具貸与理由書の記入にあたって

令和３年４月改訂版

大阪市福祉局介護保険課

はじめに

福祉用具は、被保険者の心身状況・生活環境から導入の必要性及び具体的種目との適合を勘案し被保険者が住み慣れた居宅で住まいつづけることができるように導入するものです。

□ 福祉用具導入までの考え方

住まいは被保険者の生活の場です。

被保険者の生活の実態をよく確認し、福祉用具は生活を支える手段のひとつとして考慮してください。

福祉用具導入までのステップ

被保険者が望む“住まい方”は、どのようなものか （最終の到達目標）

▼

被保険者は、実際に居宅でどのような“住まい方”をしているのか

▼

被保険者が望む“住まい方”と現状の“住まい方”の差はどこか

▼

支えるべき動作を維持・実現するためには、環境面ではどのように工夫する必要があるか

▼

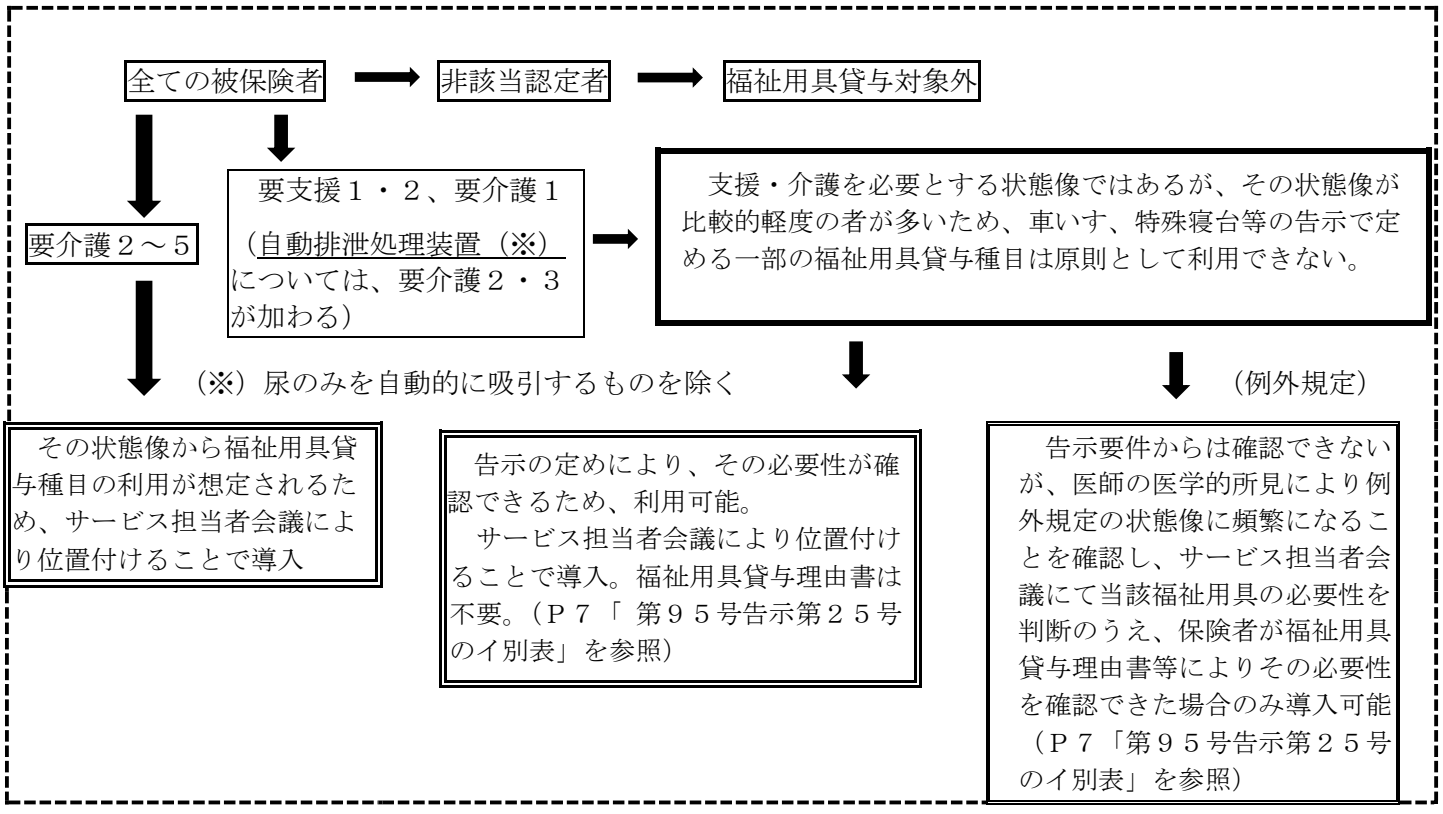
具体的な手段の一部として福祉用具を選択

現実には、被保険者や介護に携わる被保険者家族が心身状況とは関係なく福祉用具を求めており、必要な理由を確認しがたいケースもあるかもしれません。

また、福祉用具は、被保険者の心身に適合するように配慮して作られた機器ですが、被保険者の状態像の変化に対応して仕様が変化するものではありません。

できないこと・できにくいことを、できるように近づけることで被保険者本人や介助者の負担軽減につながりますが、不必要・心身状況に合わない福祉用具の導入は、廃用症候群等を招くおそれもあるなど、被保険者の心身状況に良い影響を与えるものではありません。

福祉用具貸与は、介護保険の居宅サービスの一つです。他の居宅サービスと密接に関わるものでもあるため、単純に“求められるから導入”するのではなく、福祉用具の特性が居宅（介護予防）サービス計画の全体のなかからみて必要であることを確認しながら、効率的に活用してください。



指定（介護予防）福祉用具貸与理由書（大阪市様式）（Ａ４両面）

表側（１ページ）は被保険者の情報や必要な福祉用具の種類・医師の医学的意見等を記入してください。

指定(介護予防)福祉用具貸与理由書

大阪市長

医師の医学的所見に基づき、次の利用者の居宅(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申し出ます。

【基本情報】

フリガナ		被保険者番号			
被保険者氏名					
生年月日	明・大・昭　年　月　日	要介護認定（該当に○）	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	
年齢	歳　性別　男・女		新規申請中 ・ 区分変更申請中		
認定有効期間	年　月　日～　年　月　日	現在の疾患にかかる訪問調査日	年　月　日		
住所					

計画作成担当者	作成日	令和　年　月　日	
	所属事業所	名称及び代表者名	
		住所	
		電話番号	
	フリガナ		
	氏名・印		
確認		区地域包括支援センター	確認者氏名・印

【必要な福祉用具の種類】※必要な貸与品目に☑

□ 車いす及び車いす付属品	□ 認知症老人徘徊感知機器
□ 特殊寝台及び特殊寝台付属品	□ 移動用リフト(つり具の部分を除く)
□ 床ずれ防止用具及び体位変換機	□ 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)

【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 ※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可（☑は必須）	主治医名	
	医療機関名	
	【例外的貸与基準の該当性】※該当するものに☑	
	□ 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、頻繁に第95号告示第25号のイに該当する者	
	□ 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95号告示第25号のイに該当することが確実に見込まれる者	
	□ 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25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】	

裏側（２ページ）は、サービス担当者会議の意見等を記入してください。

【医師の医学的所見／サービス担当者会議の開催状況等】(つづき)

家族による介護・支援の状況	
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　（　　）
	【サービス担当者会議開催日】　令和　年　月　日
	【サービス担当者会議出席者】　※出席には書面による照会回答分も含む。 □ 本人 □ 家族、同居人 □ 主治医 □ 福祉用具専門相談員 □ ケアプラン作成担当者 □ サービス提供事業者 □ その他　（　　）
	【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	

※ 作成にあたっては、以下の項目に留意してください。(内容に疑義があるときは、本市から照会することがあります。)

1 本書は、例外給付品目の変更及びその数量に追加が生じた場合、あるいは居宅介護(介護予防)支援事業所が変更になった場合については、再度作成し提出してください。

2 本書は、保険者(市町村長)に提出するとともに、その写し(保険者確認後の写し)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ください。

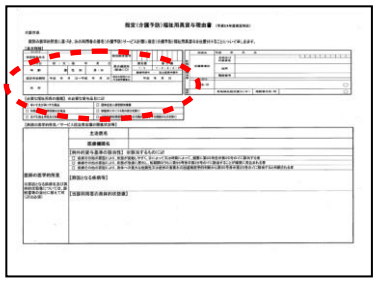
【大阪市確認欄】

確認年月日	令和　年　月　日
確認印	

1　『被保険者情報』欄

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。

（1）　認定情報



新規申請・区分変更申請中等、福祉用具貸与理由書の作成日時点で認定情報がわからない場合は、該当項目に〇をすることにより具体的な認定情報が空白となっても差し支えありません。

※1　認定申請の前に福祉用具貸与理由書の提出を行うことはできません。（認定申請前の給付は行わないため）

※2　認定調査員の訪問調査をまだ受けていない場合であって、調査の予定が決まっている場合は、予定日を記入のうえ『(予定)』と書き添えてください。　（未定の場合は空白としてください。）

（2）　住所

転居を予定し、福祉用具貸与を受ける居宅が転居後の住宅である場合は、転居先の住所を記載し『(転居後の住所)』と書き添えてください。（他市町村からの転入の場合であっても同様の取扱です。）

【基本情報】

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名			
生年月日	明・大・昭　年　月　日	要介護認定（該当に〇）	要支援 1・2　／　要介護 1・2・3・4・5
年齢	歳　性別　男・女		新規申請中　・　区分変更申請中
認定有効期間	年　月　日～　年　月　日	現在の環境にかかる訪問調査日	年　月　日
住所			

【参考】被保険者情報欄で参照する介護保険被保険者証の該当ページ

(1)

介護保険被保険者証

被保険者

番号

住所

氏名

生年月日　　性別

2 7 1 0 0 7

大阪市

大阪市長印

住所

電話　　FAX

交付年月日

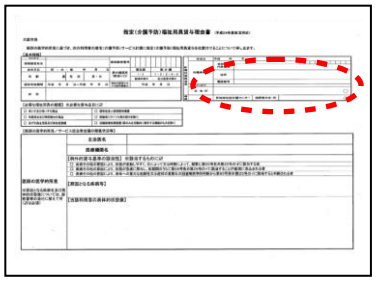
被保険者番号バーコード　(2)

要介護状態区分等		
認定年月日		
認定の有効期間		
居宅サービス等	区分支給限度基準額	
（うち種類支給限度基準額）	サービスの種類	種類支給限度基準額
認定審査会の意見及びサービスの種類の指定		

2 『計画作成担当者』欄

以下の各項目につき、福祉用具貸与理由書作成者に関する情報を記入してください。

（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。
（空白は作成時点が不明であるため無効とします。）

※ 福祉用具貸与にかかる例外給付の適用開始日は原則として保険者が確認した日からとなります。本項目に記載の日付から 適用できるものではありませんのでご注意ください。

（2）所属事業所

ア 被保険者が要介護１であり、居宅介護支援事業所が福祉用具貸与理由書を作成する場合

- 『名称及び代表者名』: 福祉用具貸与理由書の作成者が所属する居宅介護支援事業所名及び事業者番号、代表者（管理者）氏名を記入してください。
- 『 住 所 』: 理由書作成者が所属する居宅介護支援事業所の所在地を記入してください。
- 『電話番号』: 理由書作成者が所属する居宅介護支援事業所の電話番号を記入してください。
  （日中の外出頻度が高い場合等で個別連絡先を記載する場合は、事業所電話番号を記載するとともに、その旨の事情を併記のうえ記載してください。）

≪記入見本１ ：居宅介護支援事業所が福祉用具理由書を作成する場合≫

※１ この記入例は要介護１または暫定ケアプラン作成を行っているときのみであり、要支援認定が確定している者を対象とする記入見本ではありません。

※２ 作成にあたっては、居宅サービス計画（ケアプラン）作成を行っている担当者が作成してください。

計画作成担当者	作成日	令和 3 年 4 月 1 日		
	所属事業所	名称及び代表者名	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 ○○介護支援事業所 管理者 居宅 太郎	
		住所	大阪市北区中之島１－３－２０	
		電話番号	０６-６２０８－８０３３	
	フリガナ	カイゴ ハナコ		
	氏名	介護 花子		
確認		区地域包括支援センター	確認者氏名	

イ 被保険者が要支援１または２であり、地域包括支援センターが福祉用具理由書を作成する場合

- 『名称及び代表者名』:理由書作成者が所属する地域包括支援センター名及び事業者番号、代表者（管理者）氏名を記入してください。
- 『 住 所 』: 理由書を作成する地域包括支援センターの所在地を記入してください。
- 『電話番号』: 理由書を作成する地域包括支援センターの電話番号を記入してください。

≪記入見本２ ：地域包括支援センター職員が福祉用具理由書を作成する場合≫

計画作成担当者	作成日	令和 3 年 4 月 1 日		
	所属事業所	名称及び代表者名	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 ○○区地域包括支援センター 管理者 包括 太郎	
		住所	大阪市北区中之島１－３－２０	
		電話番号	０６-６２０８－８０３６	
	フリガナ	カイゴ ハナコ		
	氏名	介護 花子		
確認		区地域包括支援センター	確認者氏名	

ウ 被保険者が要支援１または２の認定を受けており、地域包括支援センターから介護予防サービス計画の原案作成の委託を受けている居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員が作成する場合

- 『名称及び代表者名』:理由書作成者が所属する事業者名及び事業者番号、代表者（管理者）氏名を記入してください。
- 『住 所』: 理由書を作成する事業所の所在地を記入してください。
- 『電話番号』: 理由書を作成する事業所の電話番号を記入してください。
- 『確 認』:理由書の内容確認を行った地域包括支援センター名及び確認者氏名を記入してください。

≪記入見本：3 地域包括支援センターから介護予防サービス計画の原案作成の委託を受けている居宅介護支援事業に所属する介護支援専門員が作成する場合≫

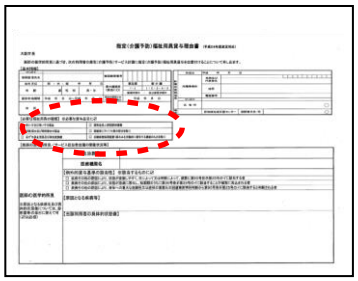
※1 この記入例は要支援１・２または暫定ケアプラン作成を行っているときのみであり、要介護認定が確定している者を対象とする記入見本ではありません。

※2 作成にあたっては、介護予防サービス計画（ケアプラン）作成を行っている担当者が作成してください。

計画作成担当者	作成日	令和 3 年 4 月 1 日		
	所属事業所	名称及び代表者名	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 ○○介護支援事業所 管理者 居宅 太郎	
		住所	大阪市北区中之島１－３－２０	
		電話番号	０６-６２０８－８０３３	
	フリガナ	カイゴ ハナコ		
	氏名	介護 花子		
確認	○○	区地域包括支援センター	確認者氏名	包括 次郎

3『必要な福祉用具の種類』欄

該当する福祉用具の□にチェックしてください。



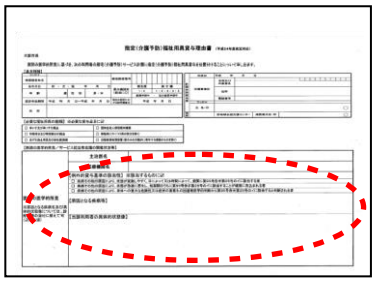
なお、すでに保険者が確認した福祉用具理由書の内容と比較して変更があるときには、該当する項目の増減にかかわらず、あらためて理由書を作成のうえ、保険者の確認を受ける必要があります。

（全ての項目の福祉用具が不要となったときは、再作成不要です。）

□　車いす及び車いす付属品	□　認知症老人徘徊感知機器
□　特殊寝台及び特殊寝台付属品	□　移動用リフト（つり具の部分を除く）
□　床ずれ防止用具及び体位変換機	□　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）

4『医師の医学的所見／サービス担当者会議の開催状況等』欄

次の各項目に必要項目を記入してください。



記入もれがある場合、保険者は該当する旨の確認ができず、審査不能となるため無効となるのでご注意ください。

※ 本項目は医師または医療機関に記入を求める欄ではありません。

≪医師の医学的所見≫

□ 主治医名

主治医の氏名を記入してください。

□ 医療機関名

主治医が属する医療機関名を記入してください。

□ 例外的貸与の該当性

以下の各項目のいずれかに該当する場合は該当項目にチェックしてください。

（1）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、頻繁に第 95 号告示第 25 号のイに該当する者

（2）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 95 号告示第 25 号のイに該当することが確実に見込まれる者

（3）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 25 号のイに該当すると判断される者

※ 上記の（1）及び（3）に記載の“第 95 号告示第 25 号のイ”とは、要支援１・２及び要介護１の認定を受けている被保険者について、特殊寝台等一部の福祉用具貸与種目の給付を原則として行わないが、一部例外を認める基準を示しているものです。

≪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。

（医学的所見のチェック欄は必須です。該当する場合は確認のうえ必ずチェックしてください。）

◆◆主治医から受ける情報の取扱については、８ページを参考にしてください。◆◆

【参考】 第 95 号告示第 25 号のイ 別表

認定調査票の基本調査の直近の結果により判断します。

ただし、ア（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方」及びオ（三）「生活環境において段差の解消が必要と認められる方」については、該当する基本調査結果がないため、主治の医師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方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介護予防（居宅介護）支援事業者が判断します。（オ（三）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。

対象外種目	要件	基本調査の結果
ア 車いす・車いす付属部品	次のいずれかに該当する方 （一） 日常的に歩行が困難な方 （二） 日常生活範囲における移動の支援が特に必要な方	 1-7「3 できない」 ―
イ 特殊寝台・特殊寝台付属部品	次のいずれかに該当する方 （一） 日常的に起きあがりが困難な方 （二） 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 （一） 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 （二） 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（つり具の部分を除く。）	次のいずれかに該当する方 （一） 日常的に立ち上がりが困難な方 （二） 移乗が一部介助又は全介助を必要とする方 （三） 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」 ―
カ 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）	次のいずれにも該当する方 （一） 排便が全介助を必要とする方 （二） 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」

【参考】 医師の医学的所見について

告示において主治医から被保険者の状態像を確認するには、次の３つの方法が示されています。

□ 主治医意見書

居宅介護（介護予防）サービス計画作成のため、保険者から情報提供を受けたものを指します。

ただし、主治医意見書があるからといって、その記載内容が告示に示す該当項目に相当することが確認できない場合は、他の方法にて確認する必要があります。

また、主治医が意見書の情報提供に同意していない場合にあっては、保険者は情報提供を行うことができないため、他の方法にて確認する必要があります。

□ 診断書

主治医が被保険者に対し交付した診断書を指します。

ただし、その記載内容から被保険者の状態像が告示に示す該当項目に相当することが確認できない場合は、主治医意見書の取扱と同様、他の方法にて確認する必要があります。

※ 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。）

□ サービス担当者会議の情報

サービス担当者会議において主治医から得た情報を指します。

ただし、サービス担当者会議で得た情報であっても、告示で示されている該当項目に相当することが確認できない場合は他の方法にて確認する必要があります。

※ サービス担当者会議における主治医との関わりについては、次ページを参照してください。

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、充分に留意のうえ取扱をお願いします。

サービス担当者会議における取扱 ＜対象：計画作成がケアマネジャーで、かつ全ての要介護度＞

担当者／主治医

居宅介護支援事業者は「主治医からの情報」を得ることが必要であるため、その手段は以下のいずれかによる。

（確認すべき情報量につき、医師とケアマネジャーの同意をもって手段を選択することが望ましい。）

サービス担当者会議への出席依頼（依頼とともに被保険者情報の伝達）

▼　▼

面談による照会　電話による照会

▼

書面による照会〔上記のいずれかの手段によることも困難である（時間が合わない等）場合〕

≪医師から得た情報の扱い・記録について≫

サービス担当者会議の内容に関わるため、関連帳票の空白域に書いても差し支えない。

ただし、情報量によっては要点のみの補記にならないように留意すること。

※別紙（書式は自由）により作成し、サービス担当者会議の資料に編綴しても可。

○ 確認事項／医療的見地から総合的事項及び検証対象（担当者会議の議題）サービスの適否についても確認。

（限定サービスのみの確認ではない）

※ とくに軽度者（要支援１・２、要介護１）について車いす等の軽度者制限対象福祉用具の導入に関し確認をする場合、維持すべき機能 ・ 補うべき機能の確認を行うことが望ましい。（例／移動の支援が特に必要な者の車いす導入につき、主治医が下肢機能の支援は必要であるが、上肢機能維持のために自走式という趣旨で車いす利用の意見を出したとき、サービス担当者会議で電動車いす導入の結論が出た場合、同じ「車いす」の導入に関する意見であっても意味合いが変わってくるので留意すること。）

Ｑ１ 主治医は存在するが、毎回の具体的な診療に関しては他の医師も行っていることが確認できている。

主治医が長期不在等により連絡が取れないことが判明しているときは、上記にある医師が当該主治医に代わってサービス担当者として動くことは可能か。

Ａ１ 可能である。

主治医は、被保険者への医療ケアについて包括的に担当する者であり、その立場から被保険者に今後必要なサービスの方向性等について助言を行うこととなる。このため、日常的に治療行為を行っている医師が、当該主治医に代わってサービス担当者となることについては支障ない。（医療的見地における被保険者の心身状況について証明できる者であり、診療等に関する情報は各医師間での連携がなされているため。）

Ｑ２　ケアマネジャーが担当する全ての被保険者において結果的に「電話照会」となったが、この取扱は指導対象となるか。

Ａ２　主治医に意思確認を行い、合意により行っているものであれば差し支えない。
（例／確認要件が多岐にわたるため、主治医がサービス担当者会議に参加希望しているにもかかわらず、電話照会のみの対応となることは不適切と思われる。）
※ 電話照会等となる場合であっても、連携不十分とならないよう留意すること及び照会・回答内容については必ず記録すること。

Ｑ３　主治医から照会事項につき書面により回答を得たが、書類の作成料を支払わなければならないのか。

Ａ３　作成料の請求があれば支払う必要がある。
ただし、介護報酬では対象外である。

５『家族による介護・支援の状況』欄

被保険者の家族による介護及び支援の状況を記入してください。



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。）

審査を担当する保険者の評価	記 入 例
○ 被保険者が家族から受けている介護・支援状況が具体的に確認できる。	被保険者の子が同居しており、子が在宅時（平日の朝・夕及び土日）には、被保険者の介護を直接行っている。 同居している子が具体的に行う介護は、食事・外出・着替えであり、その他の介助が必要なときは介護保険サービスを利用している。（訪問・通所介護等）また、被保険者が居住する地域には外出介助・訪問介護を行うボランティア活動が盛んであるため、被保険者も以前から週１回程度の支援を受けている。
× 被保険者が家族から受けている介護・支援状況が具体的に確認できない。	被保険者の同居家族が介護を行っている。

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。

※ 同居家族等からの介護・支援の有無によって給付の可否が左右されるものではありません。

6 『サービス担当者会議の意見』欄

（1） 福祉用具専門相談員の意見

□ 福祉用具専門相談員氏名

担当する福祉用具専門相談員の氏名を記入してください。

複数の事業所にわたる場合等、複数の福祉用具専門相談員が担当している場合は、担当する全ての福祉用具専門相談員氏名を併記してください。



□ 福祉用具貸与事業所名

貸与を担当する事業所名を記入してください。

複数の事業所にわたる場合等、複数の福祉用具専門相談員が担当している場合は、全ての福祉用具貸与事業所名を併記してください。

※ 福祉用具専門相談員の意見欄は、軽度者制限対象の福祉用具に限らず、被保険者が利用する全ての福祉用具についての意見を記入してください。（複数の福祉用具を組み合わせて効率的に運用しているケースも想定されるため）

□ 福祉用具専門相談員の意見

福祉用具専門相談員は、福祉用具の特性と被保険者の心身状況、住環境との適合性の検討を行う担当者です。記入にあたっては、次の各項目をふまえて記入してください。

（本欄は居宅サービス計画を作成する介護支援専門員又は福祉用具専門相談員が記入）

・被保険者の心身状況（福祉用具が無い状況）

・福祉用具導入にかかる改善見込み

・導入する福祉用具の操作・管理

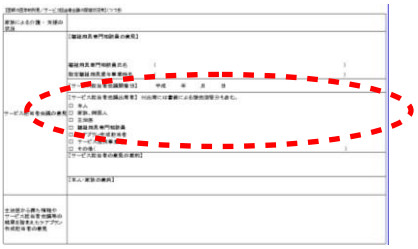
・（必要時のみ）他の福祉用具との組み合わせ利用の必要について

審査を担当する保険者の評価	記 入 例
○ 被保険者の心身状況・環境に適合する福祉用具であるか等、福祉用具専門相談員の立場からの意見が確認できる。	被保険者は（重度の関節リウマチによる）朝方のこわばり時であっても移動用リフト（昇降座椅子）を活用することにより、畳から立ち上がり、ポータブルトイレへの移乗を行うことができる。当該移動用リフトは同居家族が介助するときに問題なく操作できる。 なお、こわばりにより立位が困難な場合であっても、移動用リフトの昇降を調整することで移乗先のポータブルトイレの便座高に揃えての移乗も可能であるため、より安心しての移乗が可能となる。
× 被保険者の心身状況・環境に適合する福祉用具であるかが確認できず、審査が困難。	被保険者は移動用リフト（立ち上がり椅子）が必要である。

被保険者が当該福祉用具を安全に活用できる状況を確認します。

具体的な使用の説明を記載するときは、文字による表現が困難であれば枠内は概略のみで“詳細は別紙のとおり”とし、図や写真等に説明文を付加する形でも構いません。（図が複数枚になるときは、各々『別紙１、別紙２…』としてください。）

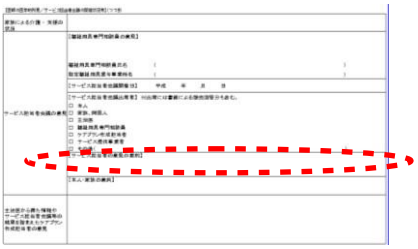
（２）　サービス担当者会議開催日／サービス担当者会議出席者



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いる場合は、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。）

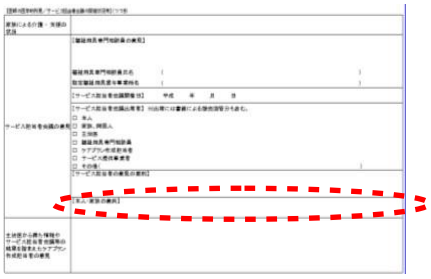
（３）　サービス担当者の意見の集約



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確認ができないということのないようにしてください。

（４）　本人、家族の意向

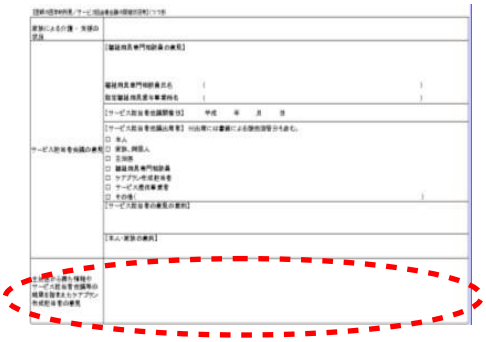


サービス担当者会議において示された、被保険者本人及び家族の意向について記入してください。

※ 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、「（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。）

７　『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』欄



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。

８　その他

（１）作成した指定（介護予防）福祉用具貸与理由書の提出先

被保険者が居住する区の保健福祉センター介護保険業務担当あて提出してください。

（担当区の確認は被保険者証にて行ってください。）

（2）その後の手続き

貸与の必要性を確認できた理由書については、審査を担当する各区保健福祉センター介護保険業務担当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。（保険者確認の証明となります。）

なお、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。

（3）貸与の開始

原則として、審査担当が確認し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、事前に確認を行うことができなかった場合にあって遡及対応が必要な場合は具体的な理由を確認のうえ審査を行うこととなります。（遡及にあたっては通常よりも審査に時間を要します。また、申出により必ずしも遡及対応を保証するものではありませんのであらかじめご了承ください。）

（4）次回以降の提出

福祉用具貸与は、ケアマネジャー等が必要と判断した場合、必要に応じてサービス担当者会議を開催し見直しすることとなります。その結果、変更することがあれば保険者の確認についても改めて行う必要があります。

ア 次回以降の提出を要する場合

(ｱ) すでに福祉用具貸与をおこなっていた被保険者の、福祉用具貸与品目及び数量に変更が生じた場合
（ただし、例外給付貸与品目の利用が削除される場合は提出不要。利用を再開される場合は理由書の提出が必要となる。）

(ｲ) 居宅介護支援事業者の変更等で居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書を提出した場合
（介護予防計画作成の委託先が変更になる場合は提出不要。）

イ 次回以降の提出は不要とする場合

(ｱ) 更新認定・区分変更認定を受けた場合
（ただし、居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書を提出した場合は必要）

(ｲ) 居宅（介護予防）サービス計画を変更した場合
（ただし、福祉用具の貸与が継続して必要か否か、必要性について見直しを行い、居宅サービス計画第４表「サービス担当者会議の要点」または、介護予防支援経過記録に見直しをおこなった日、継続貸与の必要性等を必ず記録し、保存すること）