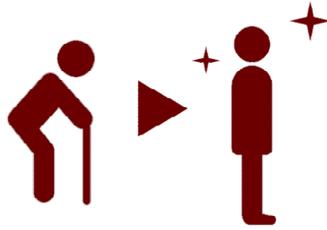


＼ 自分らしく自立した生活へ ／



# 介護保険における 福祉用具購入の手引

三条市福祉保健部高齢介護課介護保険係  
令和6年3月

## 目次

●はじめに	……………1ページ
●福祉用具購入の概要	……………1ページ
●支給要件	……………1ページ
●支給限度基準額	……………1ページ
●福祉用具購入の給付対象種目	……………2ページ
●福祉用具購入の流れ	……………3ページ
●申請書記入例	……………4ページ
●排泄予測支援機器の場合	……………5、6ページ
●同一品目の購入について	……………7ページ
●その他	……………7ページ



### 問合せ先

三条市福祉保健部 高齢介護課 介護保険係  
〒955-8686 三条市旭町二丁目3番1号  
電話 0256-34-5476 (直通)

## はじめに

この手引は、介護保険制度における福祉用具購入の支援が適正かつ効果的に行われ、福祉用具購入の支給を円滑に行うことを目的として作成したものです。書類の作成などの際にこの手引をご覧ください、適切な福祉用具の購入ができるようご活用ください。

## 福祉用具購入の概要

介護保険の福祉用具は、要介護（要支援）認定を受けている方が、できるだけ自宅で自立した日常生活を営むことができるようサポートするための用具であり、購入する費用の一部を保険給付の対象としています。

福祉用具の給付は、身体状況や介護状況の変化に応じて交換ができるよう、原則は貸与することになっています。

ただし、他人が使用した物を再利用することに心理的抵抗感が伴うもの、使用によってもとの形態や品質が変化し、再利用できないといった貸与になじまない品目は購入に該当します。

介護保険は被保険者が納める介護保険料と税金によって運営されているため、どんな福祉用具でも支給対象にしていると財源がすぐに枯渇してしまい、本当に必要な方が不利益を被ることになります。そのようなことにならないように、利用者・御家族・介護者にとって効果的で、かつ適正な給付が行われるよう、しっかりとした計画を立てましょう。

## 支給要件

以下の要件を全て満たしていること

- ・ 要支援又は要介護認定を受けている三条市の被保険者であること
- ・ 心身の状況からみて必要な購入であること
- ・ 購入品目が介護保険の給付対象となる種目であること
- ・ 福祉用具販売事業所の指定を受けた事業所から購入していること

福祉用具の購入は居宅での利用を前提としているため、**介護付きの施設に入所している場合、原則として支給されません。**

どうしても必要があると判断した場合は、購入前に御相談ください。

## 支給限度基準額

**要介護状態にかかわらず上限額は同一年度で10万円です。**

支給額は10万円の保険給付分（9割、8割、7割のいずれか）が上限となります。掛かった費用の保険給付分が払い戻されます。

# 福祉用具購入の給付対象種目

種 目	内 容
腰掛け便座	<ul style="list-style-type: none"> <li>①和式便器の上に置いて腰掛式に変換するもの</li> <li>②洋式便器の上に置いて高さを補うもの</li> <li>③電動式又はスプリング式で便座から立ち上がる際に補助できる機能を有しているもの</li> <li>④便座、バケツ等からなり、移動可能である便器で、居室において利用可能であるもの</li> </ul>
自動排泄処理装置の交換可能部品	自動排泄処理装置の交換可能部品のうち尿や便の経路となるものであって、容易に交換できるもの
入浴補助用具	<ul style="list-style-type: none"> <li>①入浴用いす (座面の高さが概ね35cm以上のもの又はリクライニング機能を有するもの)</li> <li>②浴槽用手すり (浴槽の縁を挟み込んで固定できるもの)</li> <li>③浴槽内いす (浴槽内に置いて利用することができるもの)</li> <li>④入浴台 (浴槽の縁にかけて浴槽への出入りを容易にすることができるもの)</li> <li>⑤浴室内すのこ (浴室内に置いて浴槽の床の段差の解消を図るもの)</li> <li>⑥浴槽内すのこ (浴槽の中に置いて浴槽の底の高さを補うもの)</li> <li>⑦入浴用介助ベルト (身体に直接巻き付けて使用するもので、浴槽への出入り等を容易に介助することができるもの)</li> </ul>
簡易浴槽	空気式又は折り畳み式等で容易に移動できるものであって、取水又は排水のために工事を伴わないもの
移動リフトのつり具の部分	身体に適合するもので、移動用リフトに連結可能なものであること
排泄予測支援機器	<p>利用者が常時装着した上で、膀胱内の状態を感知して尿量を推定するものであって、一定の量に達したと推定された際に排尿の機会を利用者又はその介護を行う者に自動で通知するもの</p> <p>※医学的な所見を確認した書類、使用状況等を確認した結果について提出してください</p>

## 福祉用具購入の流れ

申請者（被保険者）が福祉用具購入についてケアマネジャー等に相談します。

ケアマネジャー等は専門職の立場から、福祉用具購入の必要性についてアセスメントし、適切な選択を支援します。

福祉用具販売事業所の指定を受けた事業所で福祉用具を購入します。

福祉用具購入後に支給を申請をします。

申請者又は代理人が高齢介護課又は各サービスセンターへ申請書一式を提出します。

提出書類) ①申請書

②領収書

③購入した福祉用具のパフレット等又はそのコピー

④排泄予測支援機器の場合は、医学的な所見を確認した書類と排泄予測支援機器確認調書

申請書類受付・審査

市は提出された書類を審査します。

疑義があるものについては、ケアプランの提出を求め、再度審査します。

新規申請中の場合、認定結果が出てから審査されます。

**提出された書類を審査した結果、支給決定されない場合もあります。**

支給（不支給）決定

市は、提出された書類と申請者の状態像に矛盾点等ないか確認し、支給（不支給）を決定します。

支給決定した日の月末に保険給付分が支給されます。

不支給と決定した場合は全額自己負担となります。

### 貸与と販売の選択

令和6年度の改訂から、固定用スロープ、歩行器（歩行車を除く）、単点杖（松葉杖を除く）、及び多点杖が対象になりました。

福祉用具専門相談員又は介護支援専門員には、貸与と販売の選択について十分な説明と提案が義務づけられています。

# 申請書記入例

## 介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ	カイゴ タロウ	被保険者番号	0 0 0 0 0 ● ● ● ● ●
被保険者氏名	介護 太郎	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
		生 年 月 日	昭和16年 7月 8日
住 所	〒955-0065 三条市旭町2丁目3番1号		
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購 入 金 額	購 入 日
腰掛け便座 (ポータブルトイレ 〔楽座〕背もたれ型)	三条工業株式会社 株式会社介護	22,000円	令和5年 4月 2日
		円	年 月 日
		円	年 月 日
福祉用具が 必要な理由	右半身マヒになり、ベッドから便所までの移動は困難であるが、尿便意があり、ベッド脇にポータブルトイレを設置することにより、排泄行為の自立が図れるため。		
(宛先) 三条市長 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護(介護予防) 令和5年 4月 3日 住 所 三条市旭町2丁目3番1号 申請者 氏 名 介護 太郎 電話番号 0256(34)5511	被保険者氏名で申請してください。		

注意 ・ この申請書に、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。

・ 「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。  
欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

・ 特定福祉用具販売事業所の指定を受けた事業所で購入した場合に限って支給対象になります。

公金受取口座を利用する (償還払いでマイナポータル登録済みの方が指定できます)

公金受取口座を利用する場合は口座情報の記入は不要です。

以下の口座を利用する

被保険者以外の口座に振り込みを希望する場合は記入してください。

委任状	支給金額の受領を次の者に委任します。 令和5年4月3日		
	受任者 (口座名義人)	住 所 氏 名 電話番号	三 条 市 旭 町 2 丁 目 3 番 1 号 介 護 次 郎 0 2 5 6 ( 3 4 ) 5 5 1 1
口座振込 依 頼 欄	銀行 信用組合 三 条 金 庫 農 協		本店 支店
	種目	口座番号	フリガナ
	①普通 2当座	0 1 2 3 4 5 6	カイゴ シロウ 介護 次郎
		口座名義人	介護 次郎

# 排泄予測支援機器の場合

## 排泄予測支援機器とは

排泄予測支援機器は、利用者が常時装着した上で、膀胱内の状態を感知し、尿量を推定するものであって、一定の量に達したと推定された際に、排尿の機会を居宅要介護者等又はその介護を行う者に自動で通知するものです。

## 提出書類

- ①申請書
- ②領収書
- ③購入した福祉用具のパンフレット等又はそのコピー
- ④医学的な所見を確認した書類
  - 「医師に確認した日付」「医師に確認した方法」「医師の氏名」「利用者の膀胱機能を踏まえた排泄予測支援機器の必要性」が確認できる次のいずれかをご提出ください。提出書類は原本のコピーで構いません。
    - ・介護認定審査における主治医の意見書
    - ・サービス担当者会議等の記録本文中に記載してある医師の所見
    - ・個別に取得した医師の診断書（様式は任意）
- ⑤排泄予測支援機器確認調書（使用状況を確認した結果）

内容について確認し、販売事業所が記入して下さい。記載内容が同じであれば書式は問いません。（「排泄予測支援機器確認調書」6ページ参照。）

## 排泄予測支援機器 確認調書

介護保険法による特定福祉用具の販売にあたり、下記の内容について、確認しました。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

事業所名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

確認者名 \_\_\_\_\_

### 記

#### 【利用者情報】

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 年齢 \_\_\_\_歳

同居家族 \_\_\_\_\_ トイレへの主な介助者 \_\_\_\_\_

要介護区分 要介護・要支援 \_\_\_\_\_

介護認定調査 項目2-5 排尿（該当するものに○をする）

1. 介助されていない 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

#### 【試用した排泄予測支援機器】

メーカー名： \_\_\_\_\_ 機種名： \_\_\_\_\_

#### 【確認項目】

試用の有無 ※無の場合はその理由	有・無（無の場合、以下に試用しなかった理由を記載） _____		
試用期間	____月 ____日～ ____月 ____日（1日あたり ____時間装着）		
装着し、通知がされたか	可・否	通知後、トイレまでの誘導時間	____分
試用結果（※）（通知後にトイレで排泄できた回数／実際の通知回数）			
____月 ____日	____回／ ____回	____月 ____日	____回／ ____回
____月 ____日	____回／ ____回	____月 ____日	____回／ ____回
____月 ____日	____回／ ____回	____月 ____日	____回／ ____回
____月 ____日	____回／ ____回	____月 ____日	____回／ ____回

（※）試用結果は、実際の試用期間に応じて記入してください。

## 同一品目の購入について

- 原則として同じ品目は1つしか購入できません。

ただし、目的が異なる場合はこの限りではありません。

例) • 1階と2階にポータブルトイレを置きたい。

→同一品目ですので1つのみ給付されます。

• 入浴時にシャワーチェアと浴槽内の段差解消のための台を使いたい。

→どちらも入浴補助用具ですが、使用目的が異なるため2つとも給付されます。

以下①～③のいずれかに該当しており、かつ、三条市が必要と認めたときは支給される場合があります。**購入前に**御問合せください。

①過去に購入した福祉用具が破損した場合（破損状況が分かる写真を添付すること）

②被保険者の介護の必要の程度が著しく高くなった場合

※主に前回購入時から介護度が大きく変わった場合を指します。

③その他特別の事情がある場合

• 既に購入した福祉用具が破損又は故障し、部品交換で修理可能な場合は、部品のみ再購入が可能となります。

• 購入予定のものと既に同一のものをお持ちで、保険給付で購入しているか分からない場合は、御問合せください。

## その他

• 生活保護の方の福祉用具購入については、ケアマネジャーだけでなく市のケースワーカーとも相談をお願いします。また、申請時には提出書類に加え委任状の提出が必要になります。（委任状は窓口でお渡しできます。）

• 福祉用具の給付対象か迷ったら……

公益財団法人テクノエイド協会 (techno-aids.or.jp) から、国内の福祉用具メーカー又は輸入事業者の福祉用具に関する情報を収集した福祉用具情報システム(TAIS)が公開されています。書面情報を基に介護保険において給付対象と考えられる福祉用具について、厚生労働省告示及び取扱いに関する通知に基づき、協会の判断により、それぞれ「貸与」又は「販売」のマークを掲載していますので参考にしてください。

• **提出された書類を審査した結果、支給決定されない場合もあります。**

購入前に、適切なアセスメントの結果を基に福祉用具が必要と判断されたのか確認しましょう。

例えば……介護付きの施設に入居していませんか？

自立のために必要と考えた根拠は何ですか？