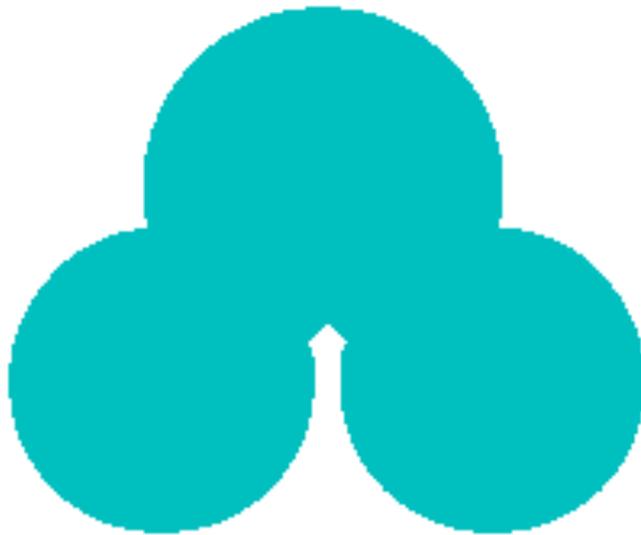


介護保険 特定福祉用具購入のてびき



令和4年12月

洲本市健康福祉部介護福祉課



電話：0799-26-0600

目 次

| | |
|-----------------------------|---|
| 介護保険 特定福祉用具購入の支給について | 1 |
| ○利用できる人 | 1 |
| ○対象となる特定福祉用具の種類 | 1 |
| （1）腰掛便座 | 1 |
| （2）自動排泄処理装置の交換可能部品 | 1 |
| （3）排泄予測支援機器 | 2 |
| （4）入浴補助用具 | 2 |
| （5）簡易浴槽 | 2 |
| （6）移動用リフトの吊り具の部分 | 2 |
| ○オーダーメイド品の購入について | 3 |
| ○対象となる特定福祉用具の購入費用の上限 | 3 |
| ○支給額 | 3 |
| ○支払日 | 3 |
| ○特定福祉用具の販売事業所について | 4 |
| ○特定福祉用具購入費の申請に必要な書類 | 4 |
| ○申請書の「福祉用具が必要な理由」欄の記入の際の注意点 | 4 |
| 「福祉用具が必要な理由」欄の記入の際の注意点 | 5 |
| 福祉用具購入Q & A | 6 |
| 申請書記入例 | 8 |
| 排泄予測支援機器 確認調書 | 9 |

平成24年11月作成
令和3年2月改訂
令和4年12月改訂

介護保険 特定福祉用具購入の支給について

在宅の要介護・要支援者の日常生活の自立を助けたり、介護者の負担を軽くしたりするために購入した特定福祉用具（入浴や排泄のために用いる貸与になじまない福祉用具で、厚生労働大臣が定めるもの）に対し、申請に基づいて購入費の一部を支給します。

○利用できる人

介護保険の認定を受けている在宅の人（認定有効期間に支払ったものが対象となります）

下記の場合は給付申請をすることはできませんのでご注意ください。

* 認定結果が出ていない場合

* 居宅にいないとき

・ 施設入所中（介護保険施設サービス適用中）

・ 病院入院中（医療保険適用中）

⇒ 「特定福祉用具販売」は、居宅サービスであるため、入所・入院中の購入は対象となりません（支払日が入所・入院中となっている場合は対象外）。

ただし、退所・退院が決定しており、退所・退院後、在宅で利用できるようになった後に申請する場合は対象となります。

※福祉用具の納入から支払いするまでに、不慮の事故等で急遽入院となった場合など、特殊な事情がある場合は、市へご相談ください。

○対象となる特定福祉用具の種類

（１）腰掛便座

次のいずれかに該当するものに限る。

- ① 和式便器の上に置いて腰掛式に変換するもの（腰掛式に交換する場合に高さを補うものを含む）
- ② 洋式便器の上に置いて高さを補うもの
- ③ 電動式また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
- ④ 便座、バケツ等からなり、移動可能である便器（居室において利用可能であるもの）

（２）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（レシーバー、チューブ、タンク等）のうち尿や便の経路となるものであって、居宅要介護者等またはその介護を行う者が容易に交換できるもの（専用パッド、洗浄液等排泄の都度消費するもの及び専用パンツ、専用シート等の関連製品は除く）

(3) 排泄予測支援機器

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。専用ジェル等装着の都度、消費するもの及び専用シート等の関連製品は除かれる。

(4) 入浴補助用具

座位の保持、浴槽への出入り等の入浴に際しての補助を目的とする用具であって、次のいずれかに該当するものに限る。

① 入浴用いす

座面の高さが概ね35cm以上のもの、またはリクライニング機能を有するもの

② 浴槽用手すり

浴槽の縁を挟み込んで固定することができるもの

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

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

⑤ 浴室内すのこ

浴室内に置いて浴室の床の段差の解消を図ることができるもの

⑥ 浴槽内すのこ

浴槽の中に置いて浴槽の底面の高さを補うもの

⑦ 入浴用介助ベルト

居宅要介護者等の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

(5) 簡易浴槽

空気式または折りたたみ式等で容易に移動できるものであって、取水または排水の工事を伴わないもの

(6) 移動用リフトの吊り具の部分

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

☆洲本市では公益財団法人テクノエイド協会が介護保険対象商品とされた特定福祉用具を保険給付対象分としているところです。

介護保険給付対象とされているかどうかはテクノエイド協会のホームページで確認できます。

トップページ>福祉用具検索 ⇒ 区分欄に販売と表示された商品が介護保険給付対象

○オーダーメイド品の購入について

申請書の必要な理由を記入する欄に既製品では対応できない理由（利用者の身体状況、家屋の状態）を詳述してください。また、下記の書類を添付してください。

- ・ オーダー品の詳細図（寸法が記載されたもの）
※セミオーダー品の場合はカタログで結構です。
- ・ オーダー品が使用場所に設置されている写真
- ・ 見積書（宛名は被保険者本人のフルネームとしてください）

○対象となる特定福祉用具の購入費用の上限

要介護度にかかわらず、毎年4月から翌年3月までの1年間で10万円までです。

同一種目は原則1年に1回のみが支給対象（介護保険法施行規則第70条第2項）です。

ただし、次の場合は支給されます。

- ① 正規の使用方で破損した場合
※通常使用・年数経過による破損も含む。
- ② 要介護度が変わり（介護の必要の程度が著しく高くなり）、現在の身体にそぐわなくなった場合
- ③ 用途及び機能が著しく異なる場合（浴槽台と浴槽用手すりなど）

※破損した特定福祉用具を再度購入する場合は、事前に市にご相談ください（修繕できる場合は修繕してください。ただし、修繕代は介護保険給付対象外です）。

※要介護度が変更になったことで、同じ種目の福祉用具を再度購入される場合は、申請書の必要な理由を記入する欄に以前の状態・現在の状態を詳述してください。

○支給額

対象となる特定福祉用具購入費用の7割から9割相当額が支給されます。

※支給額に1円未満の端数が出る場合は切り捨てて計算します。

○支払日

申請月の2か月後となります。支払いが決定しましたら、ご本人宛に「介護保険償還払支給決定通知書」を送付します。

※領収日の属する月に介護認定の変更申請をした場合は、その結果が出るまで支給できませんので、ご注意ください。

○特定福祉用具の販売事業所について

- ① 特定福祉用具は、都道府県等により特定福祉用具販売事業所の指定を受けている事業所で購入してください。指定を受けていない店舗等で購入した場合は、特定福祉用具購入費の支給を受けることができませんのでご注意ください。
- ②通信販売やインターネット販売等での購入については、指定を受けた特定福祉用具販売事業所であっても支給対象とはなりません。

☆指定を受けた特定福祉用具販売事業所かどうかは下記のサイトから確認できます。
厚生労働省「介護事業所・生活関連情報検索 介護サービス情報公表システム」

○特定福祉用具購入費の申請に必要な書類

- ・介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書（被保険者本人申請）
- ・領収書の原本
宛名は被保険者本人のフルネーム（被保険者証の記載通り）としてください。
但し書きには購入した製品名及び製品番号（カタログの番号）を記載してください。
- ・購入した特定福祉用具のカタログなど用具の概要が記載された書類（コピー可）
- ・排泄予測支援機器については、上記の書類に加えて、①医学的な所見の確認についての書面及び②確認調書が必要です。
 - ① 医学的な所見の確認についての書面（下記ア～エのいずれか）
 - ア. 介護認定審査における主治医の意見書
 - イ. サービス担当者会議等における医師の所見
 - ウ. 介護支援専門員等が聴取した居宅サービス計画等に記載する医師の所見
 - エ. 個別に取得した医師の診断書
 - ② 排泄予測支援機器確認調書（別添）本マニュアル9ページ参照

○申請書の「福祉用具が必要な理由」欄の記入の際の注意点

本マニュアル5ページを参照の上、ご記入ください。

※ご注意ください。

特定福祉用具購入費申請の有効期間は、領収日の翌日から起算して2年間です。

「福祉用具が必要な理由」欄の記入の際の注意点

①困難な状況の原因となっている傷病名等

「下肢筋力低下」を理由とする場合は、下肢筋力が低下した原因を記載してください。

例)長期の入院により下肢筋力が低下、高齢により下肢筋力が低下 など

②具体的に困っている状況

③福祉用具を導入することで期待できる効果

を記入してください。

また、退院後の在宅生活のために、入院中に福祉用具を購入した場合は、退院日も記載してください。

※複数の福祉用具を同時に購入した場合は、福祉用具ごとに理由の記載が必要です。

例)浴槽台の場合

転倒により右大腿骨を骨折、長期入院により下肢筋力が低下した。 浴槽が深いため、浴槽を

①

②

跨ぐ際バランスを崩しやすく、転倒の危険がある。 浴槽台を設置することで転倒リスクを軽減

③

し、安心して入浴することが可能となる。(退院日：R4.10.15)

例)シャワーチェアの場合

転倒により右大腿骨を骨折、長期入院により下肢筋力が低下した。 現在、入浴の際使用して

①

②

いる通常の椅子では座面が低すぎて立ち上がりが困難となっている。 適切な高さのシャワーチ

④

ェアを使用することで立ち上がりを容易にし、転倒を防止できる。(退院日：R4.10.15)

例)ポータブルトイレの場合

転倒により右大腿骨を骨折し、手術を行った。 昼間は、トイレまで歩行器を使用して行ってい

①

②

るが、夜間は転倒リスクが高く、本人も不安を感じている。 ベッド横にポータブルトイレを設置

③

することで、転倒を防止できる。(退院日：R4.10.15)

福祉用具購入Q & A

Q 1 【腰掛便座の給付対象範囲】

腰掛便座の範囲は、家具調のもの、ウォームアップ機能付きのものなど高額なものもあるが、特に制限はないか。

家具調のもの等、金額にかかわらず、利用者が選択すれば給付対象として差し支えない。
水洗式ポータブルトイレについても給付対象の範囲に含まれる（H27.4月より）。ただし、設置に要する費用は自己負担とする。

Q 2 【部品購入費】

介護保険の適用となる特定福祉用具の部品を交換した場合の部品購入費は特定福祉用具購入費の対象となるか。

福祉用具を構成する部品については、特定福祉用具購入費の対象となる福祉用具であって、製品の構造上、部品交換がなされることが前提となっている部品について、保険者が部品を交換することを必要と認めた場合には、介護保険の適用対象となる。ただし、部品交換の対象となる福祉用具は被保険者本人が介護保険の支給を受けて購入したものに限る。

また、部品の送料や取り付け代は介護保険の対象外となる（あくまで部品本体の代金のみが介護保険の給付対象である）。

部品を交換する際には、福祉用具の破損状況が分かる写真を添付するなど通常の申請とは手続きが異なるので、事前に市に相談してください。

部品交換を伴わずに修繕できる場合は、修繕を優先する（介護保険給付対象外）。

Q 3 【特定福祉用具購入費の限度額管理】

特定福祉用具購入費の支給について、下のようなケースの限度額管理はいずれの年度において行われるか。

- ①令和2年度に福祉用具の引き渡しを受け、令和3年度に代金を支払い保険給付を請求したケース。
- ②令和2年度に福祉用具の引き渡しを受け代金も支払ったが、保険給付の請求は令和3年度に行ったケース。

介護保険法第44条においては、福祉用具を購入したとき、すなわち代金を完済した時に保険給付の請求権が発生し、当該購入した日（代金を完済した日：実務的には領収証記載の日付）の属する年度において支給限度額を管理することとされている。

したがってケース①は令和3年度において、ケース②は令和2年度において、それぞれ限度額管理が行われる。

Q 4 【浴槽内いす（浴槽台）】

浴槽内いすを浴槽の内用と外用で1台ずつ購入し、踏み台として使用することは可能か。

同一種目の購入は、原則1年に1回のみが支給対象であり、また、浴槽内いすは浴槽が深すぎる場合の出入りを容易にするための福祉用具であるため、浴槽の外側に設置し、踏み台として使用することは本来の使用目的と異なるため、浴槽内いすの外用での購入は保険給付の対象とはならない。

Q 5 【死亡後の支給申請】

次の場合、介護保険の給付対象となるか。

- ①居宅要介護者が特定福祉用具を購入し、代金を完済した後、特定福祉用具を一度も利用しないまま、緊急に入院し、退院せず、死亡した場合。
- ②居宅要介護者が特定福祉用具を購入後、死亡し、代金の完済が死亡後となった場合。

- ①特定福祉用具を一度も利用しないまま死亡した場合は、介護保険の給付対象とはならないが、利用実績がある場合は対象となる。この場合、申請者・振込口座名義は相続人として申請する。
- ②要介護者の死亡日の翌日で介護保険の被保険者資格は喪失するので、資格喪失後に代金の支払いをした場合は、介護保険の給付対象とはならない。

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---|---------|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | スモト タロウ | 保険者番号 | 2 | 8 | 2 | 0 | 5 | 3 | | | | |
| 被保険者氏名 | 洲本 太郎 | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 生年月日 | 明・大 ^昭 10年1月1日生 | 性別 | 男・女 | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒656-8686 洲本市本町三丁目4番10号 電話番号 (0799) 22-3321 | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名 (種目名及び商品名) | 製造事業者名 販売事業者名 | 購入金額 | 購入日 | | | | | | | | | |
| ポータブルトイレ (腰掛便座) | 〇〇〇 (株) △△△ | 18,000円 | 令和 4年 11月15日 | | | | | | | | | |
| | | 円 | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | |
| | | 円 | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 | 変形性膝関節症のため、昼間は杖を使用してトイレまで行っているが、夜間は転倒リスクが高いため、ポータブルトイレをベッド横に置くことで、転倒防止する。 | | | | | | | | | | | |
| 洲本市長 様 | 提出日を記入 | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり関係書類を添付して、福祉用具購入費の支給を申請します。 | | | | | | | | | | | | |
| 令和 4年 12月 10日 | | | | | | | | | | | | |
| 住所 洲本市本町三丁目4番10号 | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 氏名 洲本 太郎 電話番号 (0799) 22-3321 | | | | | | | | | | | | |

(注意)・この申請書の裏面に領収書及び福祉用具のパフレット等を添付して下さい。

・「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

居宅介護（支援）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

| | | | | | |
|-------|----------------------|---|-----|------|---------|
| 金融機関名 | 銀行 〇〇 金庫 △△ 組合 | 本店 支店 出張所 | 受付印 | | |
| 預金種別 | 普通・当座・その他 | ゆうちょ銀行で店名・口座番号が分からない場合は、記号・番号を口座番号欄に記入して下さい。 例) 14330-12345671 | | | |
| 店番 | 123 | | | 口座番号 | 4567890 |
| フリガナ | スモト ハナコ | | | | |
| 口座名義人 | 洲本 花子 | | | | |

口座振替委任欄

上記の支給受領方を口座名義人 洲本 花子 (妻) に委任し、上記口座に振り込まれますようお願いいたします。

令和4年12月10日

被保険者（申請者）洲本 太郎

洲本

別添

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。