座間市介護保険軽度者に係わる指定（介護予防）福祉用具貸与の確認取扱要領

（趣旨）

第１条　この要領は、軽度者に係わる指定（介護予防）福祉用具貸与の確認をすることに関し、必要な事項を定めるものとする。

（対象）

1. 要支援１、要支援２、要介護１の者で、指定（介護予防）福祉用具の車いす、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、移動用リフトの貸与を受けようとする者、及び要支援１、要支援２、要介護１、要介護２、要介護３の者で、指定（介護予防）福祉用具の自動排泄処理装置の貸与を受けようとする者は以下のいずれかに該当する者とする。
2. 「要介護認定等基準時間の推計の方法」に定める調査票のうち基本調査の直近の結果（以下「基本調査の結果」という。）が別表1の定めるところに該当する者。
3. ただし、別表1のアの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」及び別表1のオの③「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、該当する基本調査の結果がないため、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などを通じた適切なケアマネジメントにより指定居宅支援事業所（指定介護予防支援事業者（地域包括支援センター）が該当すると判断した者。
4. 同条第1号にかかわらず、次のⅰ）～ⅲ）に該当する者。

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、頻繁に厚生労働大臣定める者のイに該当する。

ⅱ）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに厚生労働大臣定める者のイに該当することが確実に見込まれる。

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厚生労働大臣定める者のイに該当すると判断できる。

（申請）

1. 第２条第1号に該当する軽度者に係わる指定（介護予防）福祉用具貸与を受けようとする者、又は、居宅介護サービス計画（居宅介護予防サービス計画）作成者は、指定（介護予防）福祉用具貸与利用確認申請書（第一号様式）を提出しなければならない。

第２条第２号に該当する軽度者に係わる指定（介護予防）福祉用具貸与を受けようとする者、又は居宅介護サービス計画（居宅介護予防サービス計画）作成者は、指定（介護予防）福祉用具貸与利用確認申請書（第一号様式）に次に掲げる関係書類ⅱ）を添えて保険者に申請しなければならない。

第２条３号に該当する軽度者に係わる指定（介護予防）福祉用具貸与を受けようとする者、又は、居宅介護サービス計画（居宅介護予防サービス計画）作成者は、指定（介護予防）福祉用具貸与利用確認申請書（第一号様式）に次に掲げる関係書類ⅰ）～ⅲ）を添えて保険者に申請しなければならない。

ⅰ）医師の診断書（第三～八号様式）又は、介護支援専門員が聴取した医師の所見を記載した第１表居宅サービス計画書（1）及び第２表居宅サービス計画書（2）

ⅱ）第４表サービス担当者会議の要点、又は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）

ⅲ）介護支援専門員の記載した福祉用具の貸与に係わる理由書（任意の様式）

（確認通知等）

1. 保険者は、前条の申請があった場合は、その内容を審査し、指定（介護予防）福祉用具貸与利用確認通知書（第二号様式）により申請者に通知するものとする。確認通知の有効利用期間は、当該被保険者の有する要介護認定の有効期間とする。

（見直し）

1. （削除）

（実施指導）

第６条　未申請による指定（介護予防）福祉用具貸与を受けている者を発見した場合には、保険者による個別指導をすることとする。

（実施細目）

1. この取扱要領に定めるもののほか、必要な事項は保険者が別に定める。

附　則

この要領は、平成１９年１０月１日から施行する。

この要領は、平成２０年８月１日から施行する。

この要領は、平成２１年４月１日から施行する。

この要領は、平成２４年４月１日から施行する。

この要領は、平成３１年４月１日から施行する。

別表１

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象外種目 | 厚生労働大臣定める者のイ | 厚生労働大臣定める者のイに該当する  基本調査の結果 |
| ア　車いす及び車いす付属品 | 次のいずれかに該当する者  ①日常的に歩行が困難な者  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 | 基本調査１－７（歩行）  「３．できない」  ※該当する認定調査結果がないため、適切なケアマネジメントにより、介護支援専門員等が判断する。 |
| イ　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  ①日常的に起き上がりが困難な者  ②日常的に寝返りが困難な者 | 基本調査１－４（起き上がり）  「３．できない」  基本調査１－３（寝返り）  「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者 | 基本調査１－３（寝返り）  「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者  ①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者  ②移動において全介助を必要としない者 | 基本調査３－１（意思の伝達）  「１．調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外  又は  基本調査３－２（毎日の日課を理解）  基本調査３－３（生年月日や年齢を言う）  基本調査３－４（短期記憶）  基本調査３－５（自分の名前を言う）  基本調査３－６（今の季節を理解する）  基本調査３－７（場所の理解）のいずれか  「２．できない」  又は  基本調査３－８（徘徊）  基本調査３－９（外出すると戻れない）  基本調査４－１（被害的）  基本調査４－２（作話）  基本調査４－３（感情が不安定）  基本調査４－４（昼夜逆転）  基本調査４－５（同じ話をする）  基本調査４－６（大声をだす）  基本調査４－７（介護に抵抗）  基本調査４－８（落ち着きなし）  基本調査４－９（一人で出たがる）  基本調査４－１０（収集癖）  基本調査４－１１（物や衣類を壊す）  基本調査４－１２（ひどい物忘れ）  基本調査４－１３（独り言・独り笑い）  基本調査４－１４（自分勝手に行動する）  基本調査４－１５（話がまとまらない）の  いずれか「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（移動）  「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者  ①日常的に立ち上がりが困難な者  ②移乗が一部介助又は全介助を必要とする者  ③生活環境において段差の解消が必要と認められる者 | 基本調査１－８（立ち上がり）  「３．できない」  基本調査２－１（移乗）  「３．一部介助」又は「４．全介助」   * 該当する認定調査結果がないため、適切なケアマネジメントにより、介護支援専門員等が判断する。 |
| 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） | 次のいずれかに該当する者  ①排便において全介助を必要とする者  ②移乗において全介助を必要とする者 | 基本調査２－６（排便)  「４.全介助」  基本調査２－１（移乗）  「４.全介助」 |

第一号様式

指定（介護予防）福祉用具貸与利用確認申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 性　別 | | | | 男　・　女 | | | | | | |
| 住　　所 | 座間市 | | | | | | | | | | | |
| 要介護状態  区分 | 要支援１・要支援２・要介護１　　（該当するものに○をつけて下さい。） | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 年　　月　　日　　から　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 申請理由  （該当するも  のに○をつけて下さい。） | 1「要介護認定等基準時間の推計の方法」に定める調査票のうち基本調査の直近の結果（以下「基本調査の結果」という。）が別表1の定めるところに該当する  2別表1のアの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」及び別表1のオの③「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、該当する基本調査の結果がないため、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などを通じた適切なケアマネジメントにより指定居宅支援事業所（指定介護予防支援事業者（地域包括支援センター））が該当すると判断した  3　１にかかわらず、次のⅰ）～ⅲ）に該当する  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、頻繁に厚生労働大臣定める者のイに該当する者。  ⅱ）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに厚生労働大臣定める者のイに該当することが確実に見込まれる者。  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厚生労働大臣定める者のイに該当すること判断できる者。 | | | | | | | | | | | |
| 対象福祉用具  （いずれかに  レ点をつけてください。） | □車椅子及び付属品  □特殊寝台及び付属品  □床ずれ防止用具及び体位変換器  □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機能のものを除く） | 貸与  （利用）  開始日 | | | 年 月 日 ～ | | | | | | | |
| 座　間　市　長　殿  　上記のとおり福祉用具貸与利用確認を申請します。  　　年　　月　　日  申　請　者（事業所所在地・名称）  　　　　　住　　所  　　　　　名　　称  　　　　　介護支援専門員等氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | |

※ 添付書類

1　「要介護認定等基準時間の推計の方法」に定める調査票のうち基本調査の直近の結果（以下「基本調査の結果」という。）が別表1の定めるところに該当する場合

指定（介護予防）福祉用具貸与利用確認申請書のみ

2　別表1のアの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」及び別表1のオの③「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、該当する基本調査の結果がないため、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などを通じた適切なケアマネジメントにより指定居宅支援事業所（指定介護予防支援事業者（地域包括支援センター））が該当すると判断した場合

・指定（介護予防）福祉用具貸与利用確認申請書

　　・第４表サービス担当者会議の要点、又は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）

3　１にかかわらず、次のⅰ）～ⅲ）に該当する場合

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、頻繁に厚生労働大臣定める者のイに該当する者。

ⅱ）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに厚生労働大臣定める者のイに該当することが確実に見込まれる者。

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厚生労働大臣定める者のイに該当すること判断できる者。

・指定（介護予防）福祉用具貸与利用確認申請書

・主治医意見書あるいは、医師の診断書又は、介護支援専門員が聴取した医師の所見を記載した居宅サービス計画。

・第４表サービス担当者会議の要点、又は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）

・介護支援専門員の記載した福祉用具の貸与に係わる理由書（任意の様式）

第二号様式

確認番号　　　　　　　　　号

指定（介護予防）福祉用具貸与確認通知書

申　請　者　　　　　　　　　　　　　　　様

　軽度者（要支援１、２及び要介護１）の福祉用具貸与を下記のとおり確認しました。

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者 | 様 |
| 被保険者番号 |  |
| 対象福祉用具 | □車椅子及び付属品  □特殊寝台及び付属品  □床ずれ防止用具及び体位変換器  □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機能のものを除く） |
| 確認利用期間 | 年　月　　日　　～　　　　　　年　月　　日 |

座間市介護保険課

|  |
| --- |
| 日付入り確認印 |

第三号様式

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 | 明治・大正・昭和　　　　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の例外給付に関する所見は、以下のとおりです。

　　年　　　月　　　日

診断名

福祉用具の利用が必要な状態像（いずれかの□にチェックして下さい。）

□　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帯によって、頻繁に厚生労働大臣定める者のイに該当する。

□　2　疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに厚生労働大臣定める者のイに該当することが確実に見込まれる。

□　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厚生労働大臣定める者のイに該当すると判断できる。

参照（抜粋）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象外種目 | 厚生労働大臣定める者のイ | 厚生労働大臣定める者のイに該当する基本調査の結果 |
| ア　車いす及び車いす付属品 | 次のいずれかに該当するもの  ①日常的に歩行が困難な者  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 | 基本調査１－７（歩行）  「３．できない」  ※該当する認定調査結果がないため、適切なケアマネジメントにより、介護支援専門員等が判断する。 |

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　印

医療機関名

医療機関所在地

電話

第四号様式

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 | 明治・大正・昭和　　　　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の例外給付に関する所見は、以下のとおりです。

　　年　　　月　　　日

診断名

福祉用具の利用が必要な状態像（いずれかの□にチェックして下さい。）

□　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帯によって、頻繁に厚生労働大臣定める者のイに該当する。

□　2　疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに厚生労働大臣定める者のイに該当することが確実に見込まれる。

□　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厚生労働大臣定める者のイに該当すると判断できる。

参照（抜粋）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象外種目 | 厚生労働大臣定める者のイ | 厚生労働大臣定める者のイに該当する基本調査の結果 |
| イ　特殊寝台及び特殊寝台付属品 | 次のいずれかに該当するもの  ①日常的に起き上がりが困難な者  ②日常的に寝返りが困難な者 | 基本調査１－４（起き上がり）  「３．できない」  基本調査１－３（寝返り）  「３．できない」 |

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　印

医療機関名

医療機関所在地

電話

第五号様式

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 | 明治・大正・昭和　　　　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の例外給付に関する所見は、以下のとおりです。

　　年　　　月　　　日

診断名

福祉用具の利用が必要な状態像（いずれかの□にチェックして下さい。）

□　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帯によって、頻繁に厚生労働大臣定める者のイに該当する。

□　2　疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに厚生労働大臣定める者のイに該当することが確実に見込まれる。

□　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厚生労働大臣定める者のイに該当すると判断できる。

参照（抜粋）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象外種目 | 厚生労働大臣定める者のイ | 厚生労働大臣定める者のイに該当する基本調査の結果 |
| 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１－３（寝返り）  「３．できない」 |

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　印

医療機関名

医療機関所在地

電話

第六号様式

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 | 明治・大正・昭和　　　　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の例外給付に関する所見は、以下のとおりです。

　　年　　　月　　　日

診断名

福祉用具の利用が必要な状態像（いずれかの□にチェックして下さい。）

□　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帯によって、頻繁に厚生労働大臣定める者のイに該当する。

□　2　疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに厚生労働大臣定める者のイに該当することが確実に見込まれる。

□　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厚生労働大臣定める者のイに該当すると判断できる。

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　印

医療機関名

医療機関所在地

電話

参照（抜粋）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象外種目 | 厚生労働大臣定める者のイ | 厚生労働大臣定める者のイに該当する基本調査の結果 |
| エ　認知症老人徘徊感知機器 | 次のいずれにも該当する者  ①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者  ②移動において全介助を必要としない者 | 基本調査３－１（意思の伝達）  「１．調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外  又は  基本調査３－２（毎日の日課を理解）  基本調査３－３（生年月日や年齢を言う）  基本調査３－４（短期記憶）  基本調査３－５（自分の名前を言う）  基本調査３－６（今の季節を理解する）  基本調査３－７（場所の理解）のいずれか  「２．できない」  又は  基本調査３－８（徘徊）  基本調査３－９（外出すると戻れない）  基本調査４－１（被害的）  基本調査４－２（作話）  基本調査４－３（感情が不安定）  基本調査４－４（昼夜逆転）  基本調査４－５（同じ話をする）  基本調査４－６（大声をだす）  基本調査４－７（介護に抵抗）  基本調査４－８（落ち着きなし）  基本調査４－９（一人で出たがる）  基本調査４－１０（収集癖）  基本調査４－１１（物や衣類を壊す）  基本調査４－１２（ひどい物忘れ）  基本調査４－１３（独り言・独り笑い）  基本調査４－１４（自分勝手に行動する）  基本調査４－１５（話がまとまらない）の  いずれか「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（移動）  「４．全介助」以外 |

第七号様式

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 | 明治・大正・昭和　　　　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の例外給付に関する所見は、以下のとおりです。

　　年　　　月　　　日

診断名

福祉用具の利用が必要な状態像（いずれかの□にチェックして下さい。）

□　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帯によって、頻繁に厚生労働大臣定める者のイに該当する。

□　2　疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに厚生労働大臣定める者のイに該当することが確実に見込まれる。

□　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厚生労働大臣定める者のイに該当すると判断できる。

参照（抜粋）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象外種目 | 厚生労働大臣定める者のイ | 厚生労働大臣定める者のイに該当する基本調査の結果 |
| 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もの  ①日常的に立ち上がりが困難な者  ②移乗が一部介助又は全介助を必要とする者  ③生活環境において段差の解消が必要と認められる者 | 基本調査１－８（立ち上がり）  「３．できない」  基本調査２－１（移乗）  「３．一部介助」又は「４．全介助」  ※該当する認定調査結果がないため、適切なケアマネジメントにより、介護支援専門員等が判断する。 |

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　印

医療機関名

医療機関所在地

電話

第八号様式

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 | 明治・大正・昭和　　　　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の例外給付に関する所見は、以下のとおりです。

　　年　　　月　　　日

診断名

福祉用具の利用が必要な状態像（いずれかの□にチェックして下さい。）

□　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帯によって、頻繁に厚生労働大臣定める者のイに該当する。

□　2　疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに厚生労働大臣定める者のイに該当することが確実に見込まれる。

□　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厚生労働大臣定める者のイに該当すると判断できる。

参照（抜粋）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象外種目 | 厚生労働大臣定める者のイ | 厚生労働大臣定める者のイに該当する基本調査の結果 |
| 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） | 次のいずれかに該当する者  ①排便において全介助を必要とする者認定調査票  ②移乗において全介助を必要とする者 | 基本調査２－６（排便)  「４.全介助」  基本調査２－１（移乗）  「４.全介助」 |

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　印

医療機関名

医療機関所在地

電話