

羽保高第 3727 号
平成25年 2月21日

指定居宅介護支援事業者
指定介護予防支援事業者
代 表 者 様

羽曳野市長 北 川 嗣 雄
(公印省略)

軽度者に対する福祉用具貸与に関する確認票の様式変更について(通知)

平素は、本市の保健福祉、介護保険事業に格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、標記の件につきまして、別紙のとおり様式を一部変更しましたので通知いたします。

今回の変更は、平成24年度制度改正により、新たに福祉用具貸与種目として「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)」が追加されましたが、要介護1の者に加え、要介護2及び要介護3の者に対しては原則として算定できないとされたことから、当該確認票に当該種目を追加したものです。

つきましては、要介護1及び要介護2若しくは要介護3の利用者に対し、「自動排泄処理装置」貸与を居宅サービス計画に位置づける場合においても、当該確認票の提出をお願いします。

お問い合わせ

羽曳野市保健福祉部保険健康室高年介護課
事業者支援担当

TEL 072 - 958 - 1111 内線 1390

FAX 072 - 950 - 2536

E-mail kounenkaigo@city.habikino.lg.jp

軽度者に対する福祉用具貸与について

1. 要支援者及び要介護1の者（以下「軽度者」という。）について、その状態像からは利用が想定しにくい福祉用具（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、認知症徘徊探知機器および移動用リフト（つり具部分を除く））（以下「対象外種目」という。）を居宅サービス計画又は介護予防サービス支援計画に位置づける場合は、当該福祉用具貸与が必要という判断に至った理由が明確にされている文書を提出して下さい。なお、要支援者については、地域包括支援センターへ、要介護1の方については、高年介護課へ提出して下さい。また、「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）」については、要介護1の者に加え、要介護2及び要介護3の者について提出してください。
2. 対象外種目を居宅サービス計画又は介護予防サービス計画に位置づけるにあたっては、認定調査票のうち、基本調査の直近の結果を用い、その要否が判断できる場合

	要支援1 要支援2	要介護1
提出物	<ul style="list-style-type: none"> * 確認票1 * 介護予防サービス計画 * 基本チェックリスト 	<ul style="list-style-type: none"> * 確認票1 * 居宅サービス計画(1)・(2) * サービス担当者会議の要点の写し(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したもの)

車いす及び車いす付属品について、「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」(注1) 移動用リフトについて、「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」(注2) に該当するかどうかについては、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等を通じた適切なケアマネジメントにより指定介護(介護予防)支援事業者が判断し、下記の書類を提出して下さい。

	要支援1 要支援2	要介護1
提出物	<ul style="list-style-type: none"> * 確認票1・2 * 介護予防サービス計画 * 基本チェックリスト 	<ul style="list-style-type: none"> * 確認票1・2 * 居宅サービス計画(1)・(2) * サービス担当者会議の要点の写し(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したもの)

「該当する基本調査結果がないもの」(注1及び注2)については、この確認票等を提出することによって、保険者がこれを認めるというものではありません。指定居宅介護(介護予防)支援事業者が、利用の妥当性及び必要性を十分に検討した上で判断するものです。

必要に応じて、貸与継続の必要性について見直しを行った際には、再度、確認票等の提出をお願いします。

羽曳野市保健福祉部高年介護課 事業者支援担当

072 - 958 - 1111 内線 1390

羽曳野市地域包括支援センター

072 - 950 - 1070 内線 1355

軽度者に対する福祉用具貸与に関する確認票

記入日 平成 年 月 日

被保険者番号	
被保険者氏名	
生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)
要介護度	要支援1 要支援2 要介護1
認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
認定調査実施日	平成 年 月 日
障害者手帳の有無	有(障害者手帳障害名 等級)・無
居宅介護支援事業所名	(要支援者で地域包括支援センターより委託されている場合は受託事業所名を記入)
担当介護支援専門員名	

軽度者の状態像の確認が必要な部分等 該当するものにレ点を記入して下さい。	
貸与品目	厚生労働大臣が定めるイに該当する基本調査の結果
車いす及び 車いす付属品	次のいずれかに該当する者 基本調査1 - 7 (歩行)が 「3 できない」 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(注1)
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 基本調査1 - 4 (起き上がり)が「3 できない」 基本調査1 - 3 (寝返り)が 「3 できない」
床ずれ防止用具 及び体位変換器	基本調査1 - 3 (寝返り)が 「3 できない」
認知症老人 徘徊探知機器	のいずれか及び に該当する者 基本調査3 - 1 (意思の伝達)が「1 調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外 基本調査3 (認知機能)(2~7)で「2 できない」 「できない」: 2 3 4 5 6 7 基本調査3 (認知機能)(8~9)で「1 ない」以外 「ない」以外: 8 9 基本調査4 (精神・問題行動)(1~15)で「1 ない」以外 「ない」以外: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 基本調査2 - 2 (移動)が「4 全介助」以外
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(昇降座椅子は、「移乗」で判断する) 基本調査1 - 8 (立ち上がり)が「3 できない」 基本調査2 - 1 (移乗)が 「3 一部介助」又は「4 全介助」 生活環境において段差の解消が必要と認められる者(注2)
自動排泄処理装置	次のいずれにも該当する者 基本調査2 - 6 (排便)が 「4 全介助」 基本調査2 - 1 (移乗)が 「4 全介助」

(注1)・(注2)により判断する場合は、確認票2についても提出願います。

基本調査結果で判断する場合は、確認票1に居宅サービス計画、サービス担当者会議の要点の写し(介護予防サービス計画・基本チェックリスト)を添付し提出願います。

心身の状況(疾患・障害等の内容及び日常生活における支障等) を詳しく記入	
該当する福祉用具(車いす・移動用リフト) の使用頻度	
必要な福祉用具を使用するにあたっての主治医からの情報・意見	医療機関名() 主治医名()
サービス担当者会議等の意見 (開催日 年 月 日)	《福祉用具専門相談員の意見》 指定福祉用具貸与事業所名() 福祉用具専門相談員名() 《サービス担当者の意見等》 《本人・家族の意向》
主治医から得た情報及びサービス担当者会議の結果を踏まえた介護支援専門員の意見 (該当する項目にレ点を入れ、意見を記載願います。)	日常生活範囲における移動の支援が特に必要 生活環境において段差の解消が必要 (意見)

添付書類

(要支援 1・2)

介護予防サービス計画

基本チェックリスト

(要介護 1)

居宅サービス計画(1)・(2)

サービス担当者会議の要点の写し

本確認票は、必要に応じて福祉用具貸与の継続の必要性を見直す際(認定の更新又は要支援・要介護状態区分の変更があった場合等) には、再度作成し提出すること。