

郡山市介護保険軽度者に対する指定（介護予防）福祉用具貸与に関する事務取扱要綱

（平成25年6月28日制定）

（趣旨）

第1条 この要綱は、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年老企第36号）及び指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成18年老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号）に定めるもののほか、軽度者に対し福祉用具の貸与を行うことについて必要な事項を定めるものとする。

（定義）

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 軽度者 介護保険における要支援1、要支援2及び要介護1の者並びに自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。）の貸与を受けようとする要介護2及び要介護3の者をいう。
- (2) 福祉用具 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（つり具の部分を除く。）及び自動排泄処理装置をいう。

（対象者）

第3条 福祉用具の貸与の対象となる者は、次のいずれかに該当するものとする。

- (1) 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日又は時間帯によって頻繁に厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等（平成24年厚生労働省告示第95号。以下「第95号告示」という。）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号のイに該当するに至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できる者

（申請及び確認通知）

第4条 福祉用具の貸与を受けようとする者は、郡山市介護保険軽度者に対する指定（介護予防）福祉用具貸与についての確認申請書（第1号様式。以下「確認申請書」という。）に次に掲げる関係書類を添えて、市長に提出しなければならない。

- (1) 直近の居宅介護（介護予防）サービス計画書
- (2) サービス担当者会議の要点
- (3) 居宅介護（介護予防）支援経過
- (4) 主治医の意見書又は医師の診断書若しくは担当の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書等

2 市長は、前項の規定により確認申請書の提出があった場合は、その内容を審査し、郡山市介護保険軽度者に対する指定（介護予防）福祉用具貸与確認通知書（第2号様式。以下「確認通知書」という。）を当該申請者に交付するものとする。

（確認通知書の有効期間）

第5条 確認通知書の有効期間は、当該通知書に係る被保険者の要介護（要支援）認定の有効期間内とする。

（貸与の中止）

第6条 福祉用具の貸与を受けた軽度者が、第3条各号に該当しなくなった場合は、前条の規定にかかわらず、速やかに確認通知書に係る福祉用具の利用を中止しなければならない。

（その他）

第7条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

（施行期日）

1 この要綱は、平成25年7月1日から施行する。

（経過措置）

2 この要綱の施行の際現に福祉用具の貸与を受けている軽度者については、この要綱の施行日後はこの要綱に基づく福祉用具の貸与を受けている者とみなす。

3 この要綱の施行の際現に従前の様式の例により作成されている用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

（施行期日）

1 この要綱は、令和2年7月1日から施行する。

（経過措置）

2 この要綱の施行の際現に従前の様式の例により作成されている用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

第1号様式（第4条関係）

郡山市介護保険軽度者に対する指定（介護予防）福祉用具貸与についての確認申請書

郡山市長

| | | | | | | |
|------|---------------------------------|-------------------------|--------------------|-------------|---|---|
| | | 申請日 | | 年 | 月 | 日 |
| 申請者 | 氏名 | 住所または事業所名 〒 | | 電話番号 () | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 被保険者氏名 | 生年月日 | 住所 | | |
| | 要介護認定 支援1・支援2 介護1・介護2・介護3 | 認定期間 年 月 日～ 年 月 日 | 貸与（予定）開始日 年 月 日 | 疾病・傷病等 | | |

福祉用具が必要となる要因

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 状態が変動しやすく、日又は時間帯によって、頻繁に下記の状態に該当する |
| <input type="checkbox"/> | 状態が急速に悪化し、短期間のうちに、下記の状態に至ることが確実に見込まれる |
| <input type="checkbox"/> | 身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等、医学的判断から下記の状態に該当する |

必要な福祉用具及び該当する利用者の状態像

| | | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | 特殊寝台 | <input type="checkbox"/> | 日常的に起き上がりが困難 | <input type="checkbox"/> | 日常的に寝返りが困難 |
| <input type="checkbox"/> | 特殊寝台付属品 | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 床ずれ防止用具 | <input type="checkbox"/> | 日常的に寝返りが困難 | | |
| <input type="checkbox"/> | 体位変換器 | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 認知症老人徘徊感知機器 | <input type="checkbox"/> | 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り、かつ移動に全介助を必要としない | | |
| <input type="checkbox"/> | 移動用リフト | <input type="checkbox"/> | 日常的に立ち上がりが困難 | <input type="checkbox"/> | 移乗が一部介助又は全介助を必要とする |
| <input type="checkbox"/> | 自動排泄処理装置 (要支援1～要介護3で ある者を軽度者とする) | <input type="checkbox"/> | 排便が全介助を必要とし、かつ移乗も全介助を必要とする | | |

※該当する項目に☑印を付けてください。

※居宅サービス計画書、サービス担当者会議の要点、居宅介護支援経過、および医師の医学的な所見が記載された書類を添付してください。

※医師の医学的な所見・サービス担当者会議の結果に基づいて記入してください。

| | | | |
|-----|-------|-------|--|
| 保険者 | 確認日 | 年 月 日 | |
| | 確認者氏名 | | |

郡介第 号
年 月 日

様

郡山市長



郡山市介護保険軽度者に対する指定（介護予防）福祉用具貸与確認通知書

このことについて、下記のとおり通知します。

記

| | |
|---------|--|
| 申請日 | |
| 被保険者番号 | |
| 被保険者氏名 | |
| 対象福祉用具 | <input type="checkbox"/> 特殊寝台 |
| | <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 |
| | <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 |
| | <input type="checkbox"/> 体位変換器 |
| | <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 |
| | <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く） |
| | <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 |
| 算定の可否 | |
| 不可の理由 | |
| 貸与の有効期間 | |

問合せ先 郡山市保健福祉部介護保険課
住 所 郡山市朝日一丁目23番7号
電話番号 - -