

受付印

軽度者に係る福祉用具貸与例外給付確認書

		申請区分(該当に○)									
		新規				継続					
フリガナ		保険者番号				3	6	2	0	2	0
被保険者氏名		被保険者番号									
生年月日		年	月	日生							
住所	〒	—									
		電話番号() —									
要介護状態区分 (該当に○)		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2・3(自動排泄処理装置の場合)						
認定有効期間		年	月	日	～	年	月	日			
貸与品目 (該当品目にレ点)		<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具	<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"/> 体位変換器	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置(尿のみ自動吸引するものを除く)			

※軽度者に対する福祉用具貸与の取り扱いの概要(裏面)において、『Ⅱ』に該当する場合は、太枠内のみ記入ください。

次の i から iii のいずれかの状態に該当する者

- 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95号告示(第79号において準用する)第25号のイに該当する者
- ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短時間のうちに第95号告示(第79号において準用する)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
- 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第95号告示(第79号において準用する)第25号のイに該当すると判断できる者

上記の i ～ iii のいずれかに該当すると判断した「医師の医学的な所見」

〈確認方法〉 主治医意見書による確認 医師の診断書による確認 担当の介護支援専門員が医師から所見を聴取

〈確認日〉 年 月 日 医療機関名() 主治医()

貸与を必要とする原因疾患・身体状況(主治医の意見)

鳴門市長様

上記の被保険者について、当該福祉用具貸与を特に必要と判断しましたので、軽度者に係る福祉用具貸与例外給付について確認を依頼します。

依頼日 年 月 日

居宅介護(介護予防)支援事業所名 事業所の所在地

介護支援専門員氏名 電話() —

- 確認書の提出については認定の更新または提出したケアプランに記載された必要な理由の見直しを行った場合に必ず行ってください。
- 提出時期は、貸与を開始する日の属する月の末日までに、必ず提出してください。なお、特段の合理的な理由なく確認書の提出が遅れた場合には給付費の算定ができなくなりますのでご注意ください。
- 確認書の添付書類
 - ①介護保険被保険者証(写し) ②ケアプラン ③医師の医学的な所見にかかる資料(意見書・診断書等の写し)
 - ④サービス担当者会議の要旨に係る資料 ⑤軽度者に係る福祉用具貸与確認表

軽度者に対する福祉用具貸与の取り扱いの概要

1. 例外給付の対象（厚生労働省第95号告示 第25号のイ）

要支援1・要支援2及び要介護1の者（自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引するものを除く）については、要介護2及び要介護3を含む）は、その状態像から見て、以下の福祉用具の使用が想定しにくいと、原則として介護給付の対象外とされているが、表1に該当する者については、例外的に給付を認めることとされています。

表1

対象外種目	厚生労働省が定める者の状態像	認定調査票の基本調査の結果	
ア 車いす及び同付属品	次のいずれかに該当する者 (1) 日常に歩行が困難な者	1-7「3.できない」	⇒ Iへ
	(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	※	⇒ IIへ
イ 特殊寝台及び同付属品	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	1-4「3.できない」	⇒ Iへ
	(2) 日常的に寝返りが困難な者	1-3「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	1-3「3.できない」	⇒ Iへ
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	3-1「1.できる」以外または、3-2～3-7のいずれか「2.できない」または、3-8～4-15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。	⇒ Iへ
	(2) 移動において全介助を必要としない者	2-2「4.全介助」以外	
オ 移動用リフト（つり具部分を除く）	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	1-8「3.できない」	⇒ Iへ
	(2) 移乗が一部介助または全介助を必要とする者	2-1「3.一部介助」または「4.全介助」	
	(3) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	※	⇒ IIへ
カ 自動排泄処理装置	次のいずれにも該当する者 (1) 排便が全介助を必要とする者	2-6「4.全介助」	⇒ Iへ
	(2) 移乗が全介助を必要とする者	2-1「4.全介助」	

⇒ I の場合 本確認書の提出は必要ありません。

⇒ II の場合 本確認書（太枠内のみ記入）の提出をしてください。また添付書類③は添付不要。

該当する認定調査票の基本調査の結果がないため、主治医から得た情報及び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ケアマネジャー等が判断し、市へ確認書を提出してください。

⇒ I・IIに該当しない場合 本確認書の提出をしてください。

申請要件	下記の i)～iii)いずれかの状態像に該当する旨が医師の医学的な所見に基づき判断され、かつ、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福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されている場合。 → 市が書面等確実な方法により確認することで、貸与必要と判断します。
状態像	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、頻繁に表1の状態像に該当する者（例：パーキンソン病の治癒薬によるON・OFF現象） ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに頻繁に表1の状態像に該当するに至ることが確実に見込まれる者（例：がん末期の急速な状態悪化） 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表1の状態像に該当すると判断できる者（例：ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避）

〈根拠基準〉

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

軽度者に係る福祉用具貸与確認表

貸与被保険者氏名 ()

貸与被保険者番号 ()

- | | | |
|--|--------------------------------|---------------------------------|
| ① 例外給付は、あくまで「例外」です。このことを理解していますか。 | はい
<input type="checkbox"/> | いいえ
<input type="checkbox"/> |
| ② 対象外種目に関係する、本人の日常生活動作(状態像)を把握していますか。 | はい
<input type="checkbox"/> | いいえ
<input type="checkbox"/> |
| ③ 本人や家族の希望というだけで福祉用具を導入していませんか。 | はい
<input type="checkbox"/> | いいえ
<input type="checkbox"/> |
| ④ ケアマネジャーが行うマネジメントにおいて、主治医の医学的な所見が反映されていますか。 | はい
<input type="checkbox"/> | いいえ
<input type="checkbox"/> |
| ⑤ 福祉用具貸与の状態像に関する医学的所見だけでなく、サービス提供上あるいは療養上の留意点等、幅広い医学的意見の入手にも努めていますか。 | はい
<input type="checkbox"/> | いいえ
<input type="checkbox"/> |
| ⑥ 本人の心身状況から該当する状態像が明確となっており、それに該当する福祉用具貸与について検討されていますか。また、対象種目が適切ですか。 | はい
<input type="checkbox"/> | いいえ
<input type="checkbox"/> |
| ⑦ サービス担当者会議では、 医学的所見をふまえて 、以下の点について具体的に話し合わせ、関係者間で共有化が図れていますか。また、記録をしていますか。
(ア) 心身状態や該当する i、ii、iii に関する状態像、福祉用具種目の必要性
(イ) 期待される効果やサービス提供上・療養上の留意点 | はい
<input type="checkbox"/> | いいえ
<input type="checkbox"/> |
| ⑧ 福祉用具貸与後は、モニタリング等によって、状態の把握や、福祉用具貸与の必要性を見直していますか。また、その結果を記録していますか。 | はい
<input type="checkbox"/> | いいえ
<input type="checkbox"/> |

確認者(担当ケアマネ) 氏名()

上記チェック項目で「いいえ」の場合は、その項目について、もう一度内容を確認してください。