

記入例

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認について（確認依頼書）

(提出先) 長寿介護課長

医師の医学的所見に基づき、下記利用者の居宅介護(介護予防)サービス計画に指定(介護予防)福祉用具貸与を位置付けることについて、以下のとおり確認をお願いします。

記入せずに空けておいてください 年 月 日

取扱区分 (新規・継続) 居宅介護(介護予防)支援事業者名 事業所所在地 〒 担当者名 電話番号

Table with 2 columns: 被保険者番号, 被保険者氏名, 住所, 生年月日, 要介護度等, 認定有効期限

【必要な福祉用具の種類】 ※必要な貸与品目をチェックすること。

Checkboxes for: 特殊寝台及び特殊寝台付属品, 移動用リフト, 床ずれ防止用具及び体位変換器, 自動排泄処理装置, 認知症老人徘徊感知機器

【サービス利用】 利用開始日 年 月 日から利用(予定)

【医師の医学的所見/サービス担当者会議の開催状況等】

Medical history section including: 医療機関名, 主治医名, 記入日, 例外的貸与基準の状態像の該当性, 原因となる疾病等, 当該利用者の具体的状態像及び福祉用具貸与の必要性

家族の介護・支援状況

Service provider section including: サービス担当者会議開催日, ケアプラン作成担当者, サービス担当者会議出席者, サービス担当者(ケアプラン作成担当者)の意見の要約, 本人・家族の意向

City entry section including: 受付印, 地域包括支援センター確認サイン(要支援者のみ), 確認日 年 月 日

【新規申請必要書類】

(介護)確認依頼書、居宅サービス計画書(1)(2)、福祉用具サービス計画書、サービス担当者会議の要点(予防)確認依頼書、介護予防サービス・支援計画表、福祉用具サービス計画書、サービス担当者会議の要点

【継続申請必要書類】

(介護)新規申請必要書類+モニタリング表(直近のもの) (予防)新規申請必要書類+介護予防支援・サービス評価表又は居宅介護支援経過(直近のもの)

※ 1 この確認依頼書は、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、再度、必要書類を作成し、提出すること。 2 この確認依頼書等は、市町村長に提出するとともに、確認通知書とともに、居宅介護(介護予防)支援事業所において保管しておくこと。

例外給付の保険給付期間は、原則、申請日以降になります。ただし、認定が遅れている等、やむを得ない場合は、医師の医学的所見の確認後、担当者会議を開催し、使用日より以前に暫定のプランを立案し、可能な限り長寿介護課へ事前連絡をしてください。

「車いす及び車いす付属品」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については、提出不要です。 「移動用リフト(つり具の部分を除く)(昇降座椅子を除く)」生活環境において段差の解消が必要と認められる者は、提出不要です。

福祉用具貸与の利用開始日は医師の所見(聞き取りでも可)に基づいたサービス担当者会議の開催日以降になります。

- (i)例 パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象 (ii)例 がん末期の急速な状態悪化 (iii)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

福祉用具が必要な理由を詳しく記載してください。(特に特殊寝台では、特殊寝台の機能が必要な理由等) (i)例: 「パーキンソン病で内服加療中の『ON・OFF現象』によって、頻りに臥位からの起き上がりが困難となるため、福祉用具貸与の状態像(i)に該当し、特殊寝台・特殊寝台付属品が必要。」

福祉用具貸与開始日以前に開催してください。

主治医がサービス担当者会議に出席できない場合は、事前に医学的所見(福祉用具貸与の必要性)が必要です。その内容を踏まえて、サービス担当者会議を開催し、福祉用具貸与の必要性を判断してください。

主治医から得た医学的所見及び福祉用具専門員のほか軽度者の状態像については、適切な助言が可能者が参加するサービス担当者等を通じ、適切なケアマネジメントにより居宅介護支援事業者が判断することとなる。

要支援者の場合は地域包括支援センターの確認も必要です。(地域包括支援センター担当の場合は不要)

居宅サービス計画書および福祉用具サービス計画書は利用者の同意が必ず必要です。