

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。
 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】
医療機関名
主治医名
記入日 年 月 日
【例外的貸与基準の状態像の該当性】 ※該当するものにチェックをお願いします。
 (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、短期間のうちに95号告示第25号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、身体への侵入は危険性又は症状の悪化の回避等医学的判断から95号告示第25号のイに該当すると判断できる者
【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】
(ケアマネジャーが聴取した場合)
聴取日 聴取者 聴取方法

【サービス担当者会議開催日】 年 月 日
【ケアプラン作成担当者】
氏名()
所属事業所名()
(注) ケアプラン作成担当者は、要支援者でケアプランの原案作成を委託している場合は、委託先のケアマネジャーについて記載すること。
【サービス担当者会議出席者】
 本人
 福祉用具相談員
 家族、同居人
 ケアプラン作成担当者
 主治医
 サービス提供事業者
 その他()
【サービス担当者(ケアプラン作成担当者)の意見の要約】
例: 主治医から「パーキンソン病で内服加療中の「ON・OFF現象」によって、頻繁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。」との所見があり、サービス担当者会議を通じ、パーキンソン病で日によって又は時間帯によって状態変動が著しく、状態の悪いときは起き上がりが困難であり、特殊寝台・特殊寝台付属品が必要であると判断した。
【本人・家族の意向】

〈市記入欄〉
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。この場合、事前連絡を受けた日以降の取扱いとします。認定確定後、暫定プラン・暫定時の医師の所見を基にした会議録を必要書類に添付し、早急に市へ提出してください。

《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。
《移動用リフト(つり具の部分を除く)昇降座椅子》
基本調査(2-1)移乗が「3.一部介助」又は「4.全介助」以外は提出要です。
《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)》
軽度者は要支援1・2、要介護1・2・3の方が該当します。

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
注) 例以外の状態のものであっても、(i)~(iii)の状態であると判断される場合もありうる。

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、頻繁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。」
(ii) 例: 「がん末期で急激に状態が悪化し、短期間で起き上がりや寝返りが困難な状態に至ると確実に見込まれるため、福祉用具貸与の状態像(ii)に該当し、特殊寝台・特殊寝台付属品が必要。」
(iii) 例: 「重度の心不全による呼吸苦の重篤化を回避するために、上体をすみやかに一定の角度に起こす必要があり、福祉用具貸与の状態像(iii)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より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。