

美 浦 村 長 あて

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する確認書

軽度者に対する福祉用具貸与について、次のとおり医師の医学的な所見に基づき、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を行う上で、福祉用具貸与が例外的に必要であると判断しましたので報告いたします。

フリガナ											被保険者番号												
被保険者氏名											生年月日	年		月		日							
住所	〒 ー 電話番号																						
認定結果	<input type="checkbox"/> 要支援1					<input type="checkbox"/> 要支援2					<input type="checkbox"/> 要介護1												
有効期間	年 月 日					～					年 月 日												
貸与を希望する福祉用具の品目	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす附属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台附属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位交換機 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具部分を除く）（昇降座椅子を含む） <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置																						
貸与開始年月日	年 月 日					～																	
福祉用具貸与事業者																							
事業者番号																							
例外給付の対象となる要件	① <input type="checkbox"/> 直近の要介護認定調査（基本調査）の結果から【表】 ^{※1} に該当する者 ② <input type="checkbox"/> 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} に該当する者 <input type="checkbox"/> 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} に該当する者 <input type="checkbox"/> 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} に該当する者																						
※1…裏面参照																							
添付書類	※以下の書類は【要件②】の場合のみ提出してください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書（第1表）又は介護予防サービス・支援計画書 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援経過記録（第6表）又は介護予防支援経過記録 <input type="checkbox"/> 主治医の意見書又は診断書等																						
提出事業者	事業者名																						
	連絡先	〒 ー 電話番号																					
	事業者番号																					介護支援専門員名	

【表】

対象外種目	厚生労働省大臣が定める者 (平成27年厚生労働省告示第95号第25号のイ)	認定調査結果
車いす及び 車いす附属品	次のいずれかに該当する者 (1)日常的に歩行が困難な者 (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	(1)基本調査1-7「できない」 (2)基本調査項目該当なし※
特殊寝台及び 特殊寝台附属品	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 (2)日常的に寝返りが困難な者	(1)基本調査1-4「できない」 (2)基本調査1-3「できない」
床ずれ防止用具 及び体位交換機	日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3「できない」
認知症老人 徘徊感知器	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 (2)移動において全介助を必要としない者	(1)基本調査3-1 「調査対象者が意思を他者 に伝達できる」以外 又は 基本調査3-2～3-7の いずれかが「できない」 又は 基本調査3-8～4-15の いずれかが「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。) (2)基本調査2-2「全介助」以外
移動用リフト (つり具部分除く) (昇降座椅子含む)	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 (2)移乗が一部介助または全介助を必要とする者 (3)生活環境において段差の解消が必要と認められる者	(1)基本調査1-8「できない」 (2)基本調査2-1「一部介助」 又は「全介助」 (3)基本調査該当項目なし※
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)移乗が全介助を必要とする者	(1)基本調査2-6「全介助」 (2)基本調査2-1「全介助」

※基本調査に該当項目がないものは、主治医の意見書を踏まえサービス担当者会議等を開催するなどの適切なケアマネジメントを通じて、指定居宅介護（介護予防）事業者が判断する。