

総社市長 様

住 所

事業所名

代表者名

軽度者への指定（介護予防）福祉用具貸与の例外給付 確認申請書

次のとおり、福祉用具の貸与が必要と判断されますので、確認をお願いします。

新規・更新（前回確認日 年 月 日）		担当介護支援専門員	
被保険者名		被保険者番号	
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3		
貸与福祉用具の種目	<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"/> 自動排泄処理装置		
医師の医学的な所見に基づき判断された福祉用具貸与を必要とする状態	医師による医学的な所見（疾病名等）		
	疾病等により福祉用具が必要な具体的な状態		
福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像	疾病その他の原因により、 <input type="checkbox"/> 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「福祉用具貸与を必要とする状態（裏面別表）」に該当する者 <input type="checkbox"/> 状態が急速に悪化し、短期間のうちに「福祉用具貸与を必要とする状態」に該当するに至ることが確実に見込まれる者 <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「福祉用具貸与を必要とする状態」に該当すると判断できる者		
福祉用具貸与による達成状況や有効性			
添付書類（①②必須）	① 【要介護1・2・3】居宅サービス計画書(第1表, 第2表) 【要支援1・2】介護予防サービス計画書(1/3・2/3・3/3) ② サービス担当者会議の要点 ③ その他申請書の内容が確認できる書類（医師の所見等）		

※ 該当項目の□に✓チェックを記入すること。

保険者確認欄

確認日	年 月 日	福祉用具を貸与することの要否	要 ・ 否
-----	-------	----------------	-------

【別表（福祉用具貸与を必要とする状態）】

特殊寝台及び特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に起きあがり困難な者 (二) 日常的に寝返りが困難な者
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
認知症老人徘徊感知機器	次のいずれにも該当する者 (一) 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 (二) 移動において全介助を必要としない者
自動排泄処理装置	次のいずれにも該当する者 (一) 排便が全介助を必要とする者 (二) 移乗が全介助を必要とする者

※95号告示第25号のイ(95号告示第79号において準用する第25号のイ)の状態【抜粋】

★軽度者への福祉用具貸与の例外給付

要支援1・2、要介護1の軽度者等への福祉用具貸与については、その状態像から使用が想定しにくい車いす・特殊寝台等の種目は保険給付の対象外となっています。ただし、その必要性が客観的に認められる場合には、給付対象となります。

特に、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・自動排泄処理装置については、認定調査項目でその必要性が判断できない場合は、書面により、市（保険者）が確認し、貸与の可否を判断します。（判断の要件は以下のとおりです。）

①福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像（下記）であることが、医師の医学的な所見に基づき判断されること

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に福祉用具貸与を必要とする状態に該当する者
【例】パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象など
<input type="checkbox"/> 状態が急速に悪化し、短期間のうちに福祉用具貸与を必要とする状態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など
<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福祉用具貸与を必要とする状態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など |
|---|

②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こと

③上記について、市が書面等確実な方法により確認すること