

# 軽度者に対する福祉用具貸与にかかる確認依頼書（介護保険の保険者確認書）

年 月 日

八女市長 様

次の被保険者に対する福祉用具貸与又は介護予防福祉用具貸与について、医師の医学的所見に基づき、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により、対象貸与品目の貸与が特に必要であると判断したので、次のことについて確認を依頼します。

フリガナ		保険者番号	4 0 2 1 0 7						
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	要介護区分	要支援（1・2）・要介護（1・2・3）・認定申請中						
福祉用具の種類	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <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"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置								
(介護予防) 福祉用具貸与事業所	事業所番号								

## ① 例外給付の対象となる福祉用具の種目

車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/> 基本調査1-7（歩行）が「3. できない」（提出不要） I 調査票の写しを入手。 II サービス担当者会議を開催し、適切なマネジメントに基づき、福祉用具貸与を居宅サービス計画に位置づける。 <hr/> <input type="checkbox"/> 「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」 <b>（要提出）⇒確認書は発行しません ※③を記入すること</b> I 通院や買物等日常生活の範囲において、移動の支援が特に必要と認められるかどうかをケアマネが確認。 II 主治医から得た情報及び福祉用具専門相談員を含むサービス担当者会議を通じた適切なマネジメントに基づき、福祉用具貸与を居宅サービス計画に位置づける。 <hr/> <input type="checkbox"/> 医師の医学的所見で判断しケアマネジメントにより判断した場合 <b>（要提出）⇒確認書を発行します※②、③を記入すること</b> I 医師の医学的所見に基づき、②のいずれかに該当するかどうかを確認し、確認書を記入する。 II サービス担当者会議を開催し、適切なマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要と認められる。
特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> 基本調査1-4（起き上がり）が「3. できない」（提出不要） ※どちらかに該当 <input type="checkbox"/> 基本調査1-3（寝返り）が「3. できない」（提出不要） ※どちらかに該当 I 調査票の写しを入手。 II サービス担当者会議を開催し、適切なマネジメントに基づき、福祉用具貸与を居宅サービス計画に位置づける。 <hr/> <input type="checkbox"/> 医師の医学的所見で判断しケアマネジメントにより判断した場合 <b>（要提出）⇒確認書を発行します ※②、③を記入すること</b> I 医師の医学的所見に基づき、②のいずれかに該当するかどうかを確認し、確認書を記入する。 II サービス担当者会議を開催し、適切なマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要と認められる。
床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/> 基本調査1-3（寝返り）が「3. できない」（提出不要） I 調査票の写しを入手。 II サービス担当者会議を開催し、適切なマネジメントに基づき、福祉用具貸与を居宅サービス計画に位置づける。 <hr/> <input type="checkbox"/> 医師の医学的所見で判断しケアマネジメントにより判断した場合 <b>（要提出）⇒確認書を発行します ※②、③を記入すること</b> I 医師の医学的所見に基づき、②のいずれかに該当するかどうかを確認し、確認書を記入する。 II サービス担当者会議を開催し、適切なマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要と認められる。
体位変換器	<input type="checkbox"/> 基本調査1-3（寝返り）が「3. できない」（提出不要） I 調査票の写しを入手。 II サービス担当者会議を開催し、適切なマネジメントに基づき、福祉用具貸与を居宅サービス計画に位置づける。 <hr/> <input type="checkbox"/> 医師の医学的所見で判断しケアマネジメントにより判断した場合 <b>（要提出）⇒確認書を発行します ※②、③を記入すること</b> I 医師の医学的所見に基づき、②のいずれかに該当するかどうかを確認し、確認書を記入する。 II サービス担当者会議を開催し、適切なマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要と認められる。
認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/> 基本調査2-2（移動）が「4. 全介助」以外（提出不要） <b>【上記に該当し、かつ下記のいずれかに該当する者】</b> <input type="checkbox"/> 基本調査3-1（意思の伝達）が「1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外 <input type="checkbox"/> 基本調査3-2（毎日の日課を理解）～基本調査3-7（場所の理解）のいずれかが「2. できない」 <input type="checkbox"/> 基本調査3-8（徘徊）～4-15（話がまとまらない）のいずれかが「1. ない」以外 <input type="checkbox"/> 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 I 調査票の写しを入手。 II サービス担当者会議を開催し、適切なマネジメントに基づき、福祉用具貸与を居宅サービス計画に位置づける。 <hr/> <input type="checkbox"/> 医師の医学的所見で判断しケアマネジメントにより判断した場合 <b>（要提出）⇒確認書を発行します ※②、③を記入すること</b> I 医師の医学的所見に基づき、②のいずれかに該当するかどうかを確認し、確認書を記入する。 II サービス担当者会議を開催し、適切なマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要と認められる。

移動用リフト (つり具の部分 を除く)	<input type="checkbox"/> 基本調査1-8 (立ち上がり) が「3. できない」 (提出不要) ※どちらかに該当 <input type="checkbox"/> 基本調査2-1 (移乗) が「3. 一部介助」又は「4. 全介助」 (提出不要) ※どちらかに該当 I 調査票の写しを入手。 II サービス担当者会議を開催し、適切なマネジメントに基づき、福祉用具貸与を居宅サービス計画に位置づける。
	<input type="checkbox"/> 生活環境において段差の解消が必要と認められる者 (要提出) ⇒確認書は発行しません ※ ③を記入すること I 生活環境において、段差の解消が必要かどうかケアマネが確認。 II 主治医から得た情報及び福祉用具専門相談員を含むサービス担当者会議を通じた適切なマネジメントに基づき、福祉用具貸与を居宅サービス計画に位置づける。
	<input type="checkbox"/> 医師の医学的所見で判断しかつケアマネジメントにより判断した場合 (要提出) ⇒確認書を発行します ※②、③を記入すること I 医師の医学的所見に基づき、②のいずれかに該当するかどうかを確認し、確認書を記入する。 II サービス担当者会議を開催し、適切なマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要と認められる。
自動排せ処理 装置	<input type="checkbox"/> 基本調査2-1 (移乗) が「4. 全介助」 (提出不要) ※いずれにも該当 <input type="checkbox"/> 基本調査2-6 (排便) が「4. 全介助」 (提出不要) ※いずれにも該当 I 調査票の写しを入手。 II サービス担当者会議を開催し、適切なマネジメントに基づき、福祉用具貸与を居宅サービス計画に位置づける。
	<input type="checkbox"/> 医師の医学的所見で判断しかつケアマネジメントにより判断した場合 (要提出) ⇒確認書を発行します ※②、③を記入すること I 医師の医学的所見に基づき、②のいずれかに該当するかどうかを確認し、確認書を記入する。 II サービス担当者会議を開催し、適切なマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要と認められる。

② 福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像に該当することが判断されていること

(1) 疾病名			
(2) 福祉用具貸与 の例外給付の対象 とすべき状態像 (医師の所見)	<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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者(リウマチ・パーキンソン等) <input type="checkbox"/> ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者(末期がん等) <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告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者(慢性気管炎等)		
(3) 主治医意見書 等を記載した医師 又は所見を求めた 担当医	医療機関名		担当医師名
	医療機関連絡先	TEL	所見確認日
			年 月 日
(4) <u>医学的所見の 確認書類・添付書類</u>	<input type="checkbox"/> 医師の診断書(写し) <input type="checkbox"/> 主治医意見書(写し) <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の会議録の写し(「第4表 サービス担当者会議の要点」、「介護予防支援経過記録」等) (担当の職員又は介護支援専門員が医師から聴取した医学的所見の内容が記録されていること。)		

③ 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

(1) サービス担当者会議開催日	年 月 日
(2) 特に必要と判断した理由	(サービス計画に記載された内容)
(3) <u>確認書類・添付書類</u>	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議の会議録の写し(「第4表 サービス担当者会議の要点」、「介護予防支援経過記録」等) (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が記録されていること。)

確認を依頼する居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業所

事業所名	事業所番号													
事業所所在地														
担当者氏名										連絡先 ( )				

保 険 者 確 認 欄	上記の理由に基づき、介護保険の福祉用具貸与が[ 必要 ・ 不必要 ]と確認します。  年 月 日 八女市長
----------------	-------------------------------------------------------------

※新たに認定結果が出て、上記の例外給付が必要な場合には再度提出してください。