（様式１）

令和　　年　　月　　日

野辺地町介護・福祉課長　宛

（申請者）

事業所名：

管理者名：

**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（確認依頼申請書）**

下記の①～③について担当の居宅介護（介護予防）支援事業所より説明を受け、同意しました。

①居宅介護（介護予防）支援事業所が、私の福祉用具貸与の例外給付に関する確認依頼申請を下記のとおり行うこと

②確認結果通知を当該居宅介護（介護予防）支援事業所あてに送付すること

③この申請にかかる確認のために必要があるときは、私の要介護度や心身の状態及び疾病等、必要な事項について、野辺地町が調

査すること

|  |  |
| --- | --- |
| 本人同意欄 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

　次の被保険者に対して、医師の意見（医学的な所見）に基づき状態像が判断され、かつサービス担当者会議の開催等を通じた適切なケアマネジメントを行ったところ、福祉用具貸与が必要と判断しましたので、確認を依頼します。

１．貸与を予定している被保険者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　　　所 | 野辺地町字 |
| 要介護度（該当に○） | 要支援1　　・　　要支援2　　・　　要介護1　　・　　認定申請中（申請日　　　　年　　月　　日） |
| 認定有効期間 | 　　　年　　　月　　　日　　～　　　　　　　年　　　月　　　日 |

２．貸与を必要と判断した福祉用具

|  |  |
| --- | --- |
| 福祉用具の種類【該当に○】 | １．車いす２．車いす付属品　　　　①クッション又はパッド　　②ブレーキ　　③その他　（　　　　　　　　　　　　　　）　　　　３．特殊寝台　　　　 モーター数　１・２・３４．特殊寝台付属品　　①サイドレール　（ 　）本　　取り付け位置に○→　頭側　左・右　足側　左・右　　②マットレス　　③テーブル　　　 　　 オーバーテーブル・サイドテーブル・リハビリテーブル　　④ベッド用手すり　　　取り付け位置に○→　　左・右　　　 　　⑤その他　（　　　　　　　　　　　　　　）５．床ずれ防止用具６．体位変換器７．徘徊感知器８. その他　（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用（貸与）開始日 | 令和　　　年　　　月　　　日　～　 |
| （介護予防）福祉用具貸与事業所 | 事業所名 |  |
| 事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 連絡先 | ℡ |

(裏面に続きます)

３．医学的所見（医学的所見の確認書類に基づき、該当する状態像に○）

|  |  |
| --- | --- |
|  | （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、頻繁に第23号告示第19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、短期間のうちに第23号告示第19号のイに該当するに至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第23号告示第19号のイに該当すると判断できる者 |
| 医療機関名 |  | 連絡先 | ℡ |
| 担当医師名 |  | 所見確認日 | 　　　　年　　月　　日 |

【参考】

要支援１・要支援２及び要介護１の者は、その状態像から見て以下の福祉用具の使用が想定しにくいため、

原則として介護報酬は算定できないが下記の表に該当する者について例外的に給付を認める。

表（第23号告示第19号イ）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象外種目 | 状態像 | 認定調査の結果 |
| ア　車いす及び同付属品 | 次のいずれかに該当する者（１）日常的に歩行が困難な者 | 「できない」 |
| （２）日常生活範囲における移動の支援が特に　　　必要と認められている者 | ※ |
| イ　特殊寝台及び　　同付属品 | 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 | 「できない」 |
| （２）日常的に寝返りが困難な者 | 「できない」 |
| ウ　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 | 「できない」 |
| エ　徘徊感知器 | 次のいずれかに該当する者（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 | 「意思を他者に伝達できない」など |
| （２）移動において全介助を必要としない者 | 「全介助」以外 |
| オ　移動用リフト(つり具部分は除く) | 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 | 「できない」 |
| （２）移乗が一部介助または全介助を必要とする者 | 「一部介助」または「全介助」 |
| （３）生活環境において段差の解消が必要と認められる者 | ※ |

* アの（２）及びオの（３）については、該当する認定調査結果がないため、主治の医師から得た情報及び

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ケアマネジャーが判断する。

４．特に必要と判断した理由（ケアマネジメント結果）

|  |
| --- |
| サービス担当者会議開催日　　　令和　　 年　　 月　　 日 |

５．担当居宅介護（介護予防）支援事業所【確認結果通知先】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 担当者名 |  |
| 住　　所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ |

※提出書類: ①確認依頼申請書(様式1)　　②医学的な所見の確認書類(写)　　③サービス担当者会議の記録(写)

　　　　　　④ケアプラン1表2表(介護予防ケアプラン(1)、(2))(写)

軽度者福祉用具貸与意見書

**<事業所記入欄>**

**基本情報**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 性　別 | 男　　　女 |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日生　　　　　 | 年　齢 | 　　　　　　　　　歳 |
| 住　　所 | 野辺地町字 |  |  |
| 介護度 | 要支援１　要支援２　介護１ | 認定日　 | 令和 　年　　月　　日 |
| 認定有効期間 | 　　　年　　　月　　　日～　　　　　　年　　　月　　　日 |

**<医療機関記入欄>**

**必要と考えられる福祉用具（該当する番号に○）**

|  |
| --- |
| １．車椅子及び同付属品２．移動用リフト（昇降座椅子）３．特殊寝台及び同付属品４．床ずれ防止用具５．体位変換機６．徘徊感知器７．その他（　　　　　　　　　　　　　　） |

**診断名（特定疾病または生活機能低下の直接原因となっている傷病名のみ記入）**

|  |
| --- |
| １．　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　２．　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　３．　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　４．　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　５．　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

**運動・移動等低下の直接の原因となっている傷病と状態像（該当する番号に○）**

|  |
| --- |
| 1. パーキンソン病治療薬による「ＯＮ・ＯＦＦ」現象による頻繁な状態変動

２．重度の関節リウマチにより一時的に関節のこわばりが強くなり移乗の全介助が必要な状態1. 末期がんにより急激に状態が悪化し、短期間で寝返りや起き上がりが困難な状態に至ると確実に見込まれる状態。
2. 重度の心疾患で、心不全の危険性が著しく高く、急激な体動を医学的見地より回避する必要がある状態。
3. 重度の呼吸器疾患で呼吸苦の重篤化を回避するため、状態を一定の角度に起こす必要がある状態
4. 脊髄損傷による下半身麻痺により、下半身の自発的な体位交換が困難なため褥創発生の危険性が高い状態。
5. 人工関節の術後で、立ち座りに伴い股関節脱臼の危険性が高いため医学的見地から股関節への負担を回避する必要があり、移乗に一部介助を要する状態。
6. その他（傷病名と状態像を記入）

〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記載日　令和　　　年　　 月　　 日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞