

**別紙2 確認書**（軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する確認申請書）

魚沼市長 様

申請年月日	年 月 日
本課受理日	
※本件について 検討したサービ ス担当者会議の 開催日以降	

軽度者に対する福祉用具の例外給付に関して、次の被保険者が下記Ⅰ～Ⅲの状態像に該当することが医師の意見（医学的所見）に基づき判断され、サービス担当者会議を経た適切なケアマネジメントの結果をふまえていることについて下記のとおり確認を依頼します。

届出者（計画作成担当者）	
居宅介護（介護予防）支援事業所名	TEL :

被保険者番号	被保険者生年月日	年 月 日
要介護状態区分	<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 <input type="checkbox"/> 認定申請中（区分変更含）	
認定有効期限	年 月 日 ～ 年 月 日	

直近の認定調査日	年 月 日	確認	<input type="checkbox"/> 判断基準表に該当しませんでした。
福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像（医学的所見）		※該当する状態像の <input type="checkbox"/> にチェック	
<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、頻繁に第95号告示第25号のイに該当する者			
<input type="checkbox"/> Ⅱ 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第95号告示第25号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者			
<input type="checkbox"/> Ⅲ 疾病その他の原因により、身体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95号告示第25号のイに該当すると判断できる者			
医療機関名		電話番号	
担当医氏名		所見確認日	
医学的所見の確認方法	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

※医学的所見とは「特殊寝台が必要」などという意見を医師からもらうのではなく、Ⅰ～Ⅲのどの状態に該当するかを判断するための根拠となる医学的所見のことです。

貸与が必要と判断した福祉用具の種類	※該当する種類の <input type="checkbox"/> にチェック		
<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 <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			
利用開始日（予定）	年 月 日 ～		
福祉用具貸与事業所	事業所名		
	事業所番号	電話番号	

例外給付の福祉用具が必要な理由・状況（ケアマネジメント結果）	サービス担当者会議実施日	年 月 日
	理由・状況等	

添付書類 サービス担当者会議の記録(写) ケアプラン1・2表 医学的所見の確認資料(写)

上記の申請書による福祉用具の貸与について、介護給付の対象とすることについて	
可 ・ 不可	と判断し、通知します。
年 月 日	魚沼市長
	印

別紙1 判断基準表 ※平成24年厚生労働省第95号告示第25号のイで定める状態像の老

対象外種目	厚生労働大臣が定める者のイ	厚生労働大臣が定める者のイに該当する基本調査の結果
ア 車いす及び車いす付属品	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に歩行が困難な者 (二) 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	基本調査1-7 「3. できない」 ⇒主治医意見書等を参考に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ージャーが判断する(市への確認不要)
イ 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	基本調査1-4 「3. できない」 基本調査1-3 「3. 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	基本調査1-3 「3. できない」
エ 認知症老人徘徊感知機器	次のいずれにも該当する者 (一) 意見の伝達、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	基本調査3-1 「1. 調査対象者が意見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 「2. できない」 又は 基本調査3-8～4-15 のいずれか 「1. 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。 基本調査2-2 「4. 全介助」 以外
オ 移動用リフト(つり具の部分を除く)	次のいずれかに該当する者 (一) 日常的に立ち上がりが困難な者 (二) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 (三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	基本調査1-8 「3. できない」 基本調査2-1 「3. 一部介助」又は「4. 全介助」 ⇒主治医意見書等を参考に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ージャーが判断する(市への確認不要)
カ 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	基本調査2-6 「4. 全介助」 基本調査2-1 「4. 全介助」

直近の認定調査の結果がイに該当するか確認してください。該当した場合は、例外給付の必要性について主治医意見書等を参考に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ージャーが判断することになります。届出は不要ですが判断根拠となる記録をケアプランに記載し保管してください。

参 考

<福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像>

該当項目	事例
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「判断基準表」のイに該当する者	パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象
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「判断基準表」のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者	がん末期の急速な状態悪化
III 疾病その他の原因により、身体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「判断基準表」のイに該当すると判断できる者	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。

軽度者に対する例外給付は、あくまでも例外的な取扱いです。福祉用具の安易な使用は、利用者の自立を阻害する恐れもありうるため、例外給付を申請する際には、主治医の医学的所見やサービス担当者会議等により利用者の状態と福祉用具の必要性について十分に検討してください。