

上里町長 宛

所在地

事業所名

管理者名

印

下記の被保険者に対して、医師の意見（医学的所見）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の結果、（介護予防）福祉用具貸与が特に必要と判断したことから確認を依頼するものです。

1 福祉用具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	
住所			
要介護度	要支援 1 要支援 2 要介護 1 要介護 2 要介護 3 認定申請中（申請日 ）		
認定有効期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日		

2 福祉用具貸与を必要と判断した福祉用具

対 象 品 目 《該当に○》	ア 車いす及び車いす付属品 イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品 ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器 エ 認知症老人徘徊感知器 オ 移動用リフト カ 自動排泄処理装置
利用開始日	令和 年 月 日 ～認定期間満了日まで

3 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 年 月 日

担当者名		連 絡 先	

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シート（様式2）
③サービス担当者会議議事録（写）④ケアプラン1表2表（介護予防ケア
プラン（1）（2））（写）

様式 2

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する確認について
医学的な所見の確認（聴取）シート

確認日（聴取日） 年 月 日

主治医氏名		医療機関名	
被保険者氏名		被保険者番号	

1. 聞き取りを行ったもの（主治医が直接記入する場合は省略）

氏名		本人との関係	
----	--	--------	--

2. 必要となる福祉用具

対象品目 《該当に○》	ア 車いす及び車いす付属品 イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品 ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器 エ 認知症老人徘徊感知器 オ 移動用リフト カ 自動排泄処理装置
----------------	--

3. 医学的所見（別表参照）

○下記の状態像の内、対象者にあてはまるものに☑をして下さい。

- ☐ （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
- ☐ （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
- ☐ （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見地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

診断名（疾病の名称）	
上記疾病を原因とするもしくは原因と見込まれる症状と必要な福祉用具について	

様式2別表

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、頻繁に厚生労働大臣が定める者のイに該当する者			
事例1	パーキンソン病で、内服加療中に急激な症状・症候の軽快・増悪を起こす現象（ON・OFF現象）が頻度におき、日によって、福祉用具が必要な状態となる。	想定される福祉用具	・特殊寝台 ・床ずれ防止用具 ・体位変換器 ・移動用リフト※
事例2	重度の関節リウマチで、関節のこわばりが朝方に強くなり、時間帯によって、福祉用具が必要な状態となる。		・特殊寝台 ・床ずれ防止用具 ・体位変換器 ・移動用リフト※
ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに厚生労働大臣が定める者のイに該当することが確実に見込まれる者			
事例1	末期がんで、認定調査時とは何とか自立していても、急激に状態が悪化し、短期間で福祉用具が必要となる。	想定される福祉用具	・特殊寝台 ・床ずれ防止用具 ・体位変換器 ・移動用リフト※
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厚生労働大臣が定める者のイに該当すると判断できる者			
事例1	重度の喘息発作で、特殊寝台の利用により、一定の角度に上体を起こすことで、呼吸不全の危険性を回避する必要がある。特殊寝台の必要性を医師からも指示されている。	想定される福祉用具	・特殊寝台
事例2	重度の心疾患で、特殊寝台の利用により、急激な動きをとらないようにし、心不全発作の危険性を回避する必要がある。特殊寝台の必要性を医師からも指示されている。		・特殊寝台
事例3	重度の逆流性食道炎（嚥下障害）で、特殊寝台の利用により、一定の角度に上体を起こすことで、誤嚥性肺炎の危険性を回避する必要がある。特殊寝台の必要性を医師からも指示されている。		・特殊寝台
事例4	脊髄損傷による下半身麻痺で、床ずれ発生リスクが高く、床ずれ防止用具の利用により、床ずれの危険性を回避する必要がある。床ずれ防止用具の必要性を医師からも指示されている。		・床ずれ防止用具 ・体位変換器
事例5	人工股関節の術後で、移動用リフトにより、立ち座りの際の脱臼の危険性を回避する必要がある。移動用リフトの必要性を医師からも指示されている。		・移動用リフト※

* この表は平成19年3月14日厚生労働省「地域包括支援センター介護予防事業担当者会議資料」を参考にしています。上記事例以外の状態であっても、福祉用具が必要な状態であると判断される場合があります。

* 「移動用リフト」の使用目的が「生活環境において段差の解消が必要」である場合の「段差解消機」「階段移動用リフト（床走行式）」については確認依頼申請書の提出は必要ありません。