

羽保高第 743 号  
平成21年 6月 1日

指定居宅介護支援事業者  
指定介護予防支援事業者  
代 表 者 様

羽曳野市長 北 川 嗣 雄  
(公印省略)

軽度者の福祉用具貸与に係る確認票及び届出書様式の変更について(通知)

平素は、本市の保健福祉、介護保険事業に格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。  
さて、標記の件につきまして、事務の簡素化並びに事務負担の軽減の為、別紙のとおり届出様式を一部変更しましたので通知いたします。

今回の変更は、平成19年5月10日付け羽保高第611号にて通知した各種届出様式において、制度改正当初であることから、介護支援専門員として確認すべき全事項を記載するものとなりましたが、既に一定年数が経過し、その取扱いも周知されてきたこと又国で進められている事業所等事務負担の軽減措置を踏まえ、届出書の記載内容を簡素化するものです。

なお、介護支援専門員として、軽度者への福祉用具の例外的貸与等について、必要な検討手続きを要することは言うまでもありません。

また、新様式については、平成21年7月1日からの取扱いとしますが、それ以前においても、新様式にて提出しても良いものいたします。

お問い合わせ

羽曳野市保健福祉部保険健康室高年介護課  
計画・事業者支援担当

TEL 072 - 958 - 1111 内線 1390

FAX 072 - 950 - 2536

E-mail kounenkaigo@city.habikino.osaka.jp

羽 曳 野 市 長 様

指定居宅介護（介護予防）支援事業所  
 名 称  
 代表者 職名  
 氏名

印

**（介護予防）福祉用具貸与例外給付届出書**

要支援の者に係る指定介護予防福祉用具貸与費又は要介護1の者に係る指定福祉用具貸与費のうち対象外種目の費用の算定に関して、その者の状態像に応じて利用が想定される対象外種目に係る費用の算定を可能と判断することについて、下記のとおり届け出します。

担当者	氏 名	_____
	職 名	_____
	連絡先	_____
	Fax	_____
	E-mail	_____

**【対象者】**

被保険者番号	_____	被保険者氏名	_____
住 所	〒 _____ 電話 ( _____ )		
生年月日	M・T・S 年 月 日 ( 歳 )		
要介護度等	要支援1	要支援2	要介護1
認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
認定調査実施日	平成 年 月 日		

例外給付を判断する届出内容

(1) 必要と判断する福祉用具貸与の種目等

種 目	_____
品 目	_____

下記の(2)(3)(4)により、特に必要性が判断される福祉用具の種目（告示で定める種目）及びその品目（名称）を記載。

(2) 例外給付の対象となる状態の事例類型に該当する旨の判断内容

事例類型

<ul style="list-style-type: none"> <li>）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21号のイに該当する者</li> <li>）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短時間のうちに第23号告示第21号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者</li> <li>）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号第21号のイに該当すると判断できる者</li> </ul>
--

費用算定告示の解釈通知に定める類型（ ），（ ），（ ）のいずれかに該当する旨、下記の(3)の「医師の医学的所見」に基づき判断をした、その項目に☑を記載

事例類型の具体的内容

疾病名	
	) (告示解釈通知の例示)パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象 ) (告示解釈通知の例示)がん末期の急速な状態悪化 ) (告示解釈通知の例示)ぜんそく発作等による呼吸不全 (告示解釈通知の例示)心疾患による心不全 (告示解釈通知の例示)嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避 上記以外の状態( ) (上記いずれかの☐の具体的な内容・必ず記載)

「(告示解釈通知の例示)」は、費用算定告示の解釈通知に定める類型( ), ( ), ( )に示された「例示」であるが、類型の状態の者に該当する可能性のあるものを例示したものにすぎないため、上記の大括弧内に、類型の状態に該当する具体的な内容を記載すること。「上記以外の状態」は、告示解釈通知の例示以外に類型の状態であると判断する場合に☐をし、その様態を小括弧内に記載し、類型の状態に該当する具体的な内容を大括弧内に記載すること。なお、別添「福祉用具が必要となる主な事例内容(概要)」を参照のこと。

(3) 事例類型に該当する旨を確認及び判断する「医師の医学的な所見」

主治医意見書による確認	
医師の診断書	
担当の介護支援専門員が聴取した居宅サービス計画に記載する医師の所見	
(上記のいずれかの方法により把握した「医師の医学的な所見」は、「医師の名前」と併せて居宅サービス計画又は介護予防サービス計画に記載しなければならない。)	
医療機関名 ( )	
主治医名 ( )	
上記を証明する書類( )又は( )の「写し」を添付して提出すること。	
事例類型( ), ( ), ( )に該当すると判断した医学的所見を記載。	
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	

上記、(2)の「例外給付の対象となる状態の事例類型」のいずれかに該当する旨の判断をした基礎となった「医師の医学的な所見」について、それを確認した方法について該当する事項に☐を記載。

(4) サービス担当者会議等を通じた適切ケアマネジメントによる福祉用具貸与が特に必要である旨の判断内容

担当介護支援専門員

所属事業所名	
ケアプラン作成担当者氏名	

ケアプラン作成担当者は、要支援者に係るケアプランの原案作成を委託している場合は、委託先のケアマネジャーについて記載すること。

サービス担当者会議

会議開催日	平成 年 月 日( )
会議出席者	ケアプラン作成担当者 利用者本人 家族、同居人 主治医( ) 福祉用具貸与事業所( ) 福祉用具専門相談員( ) サービス提供事業所( ) その他( )

サービス担当者会議は、やむを得ない理由がある場合の各担当者に対する照会等による意見の求めがなされた場合はその旨を記載すること。

サービス担当者会議において福祉用具貸与が特に必要であるとされた意見等の内容

福祉用具貸与事業所の意見	(福祉用具専門相談員の意見)
その他のサービス提供事業所の意見等	
本人、家族の意見・意向等	
その他	

上記、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と判断する理由及び根拠

--

添付する書類

医師の医学的な所見を示す書類（写） 主治医意見書 医師の診断書 担当者会議等の計画に関する書類（写） 居宅サービス計画書（第1表～第5表） 介護予防支援に係る関連様式
--

- (注) 1. 本届出書は、必要に応じて福祉用具貸与の継続の必要性を見直す際（認定の更新又は要支援・要介護状態区分の変更があった場合等）には、再度作成し提出すること。  
 2. 本届出書は、市町村長に提出するとともに、その写しを「サービス担当者会議」の記録と共に居宅介護（介護予防）支援事業所において保管しておくこと。

## 軽度者に対する福祉用具貸与について

1. 要支援者及び要介護1の者（以下「軽度者」という。）について、その状態像からは利用が想定しにくい福祉用具（車いす、車いす付属品、特殊寝台、特殊寝台付属品、床ずれ防止用具、体位変換器、認知症徘徊探知機器および移動用リフト（つり具部分を除く））（以下「対象外種目」という。）を居宅サービス計画又は介護予防サービス支援計画に位置づける場合は、当該福祉用具貸与が必要という判断に至った理由が明確にされている文書を提出して下さい。なお、要支援者については、地域包括支援センターへ、要介護1の方については、高年介護課へ提出して下さい。
2. 対象外種目を居宅サービス計画又は介護予防サービス支援計画に位置づけるにあたっては、認定調査票のうち、基本調査の直近の結果を用い、その要否が判断できる場合

	要支援1 要支援2	要介護1
提出物	* 確認票1 * 介護予防サービス支援計画書 * 基本チェックリスト	* 確認票1 * 居宅サービス計画(1)・(2) * サービス担当者会議の要点の写し(福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態像について適切な助言が可能な者が参加したもの)

車いす及び車いす付属品について、「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」(注1)、移動用リフトについて、「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」(注2)に該当するかどうかについては、該当する基本調査結果がないため、主治の医師から得た情報及び福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態について適切な助言が可能な者が参加する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指定介護(介護予防)支援事業者が判断し、下記の書類を提出して下さい。

	要支援1 要支援2	要介護1
提出物	* 確認票1・2 * 介護予防サービス支援計画書 * 基本チェックリスト	* 確認票1・2 * 居宅サービス計画(1)・(2) * サービス担当者会議の要点の写し(福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態像について適切な助言が可能な者が参加したもの)

「該当する基本調査結果がないもの」(注1及び注2)については、この確認票等を提出することによって、保険者がこれを認めるというものではありません。指定居宅介護(介護予防)支援事業者が、利用の妥当性及び必要性を十分に検討した上で判断するものです。必要に応じて、貸与継続の必要性について見直しを行った際には、再度、確認票等の提出をお願いします。

羽曳野市保健福祉部高年介護課

072 - 958 - 1111 計画・事業者支援担当 内線 1390

羽曳野市地域包括支援室

地域包括支援センター 072 - 950 - 1070 内線 1355

## 軽度者に対する福祉用具貸与に関する確認票

記入日 平成 年 月 日

被保険者番号	
被保険者氏名	
生年月日	M・T・S 年 月 日 ( 歳)
要介護度	要支援1 要支援2 要介護1
認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
認定調査実施日	平成 年 月 日
障害者手帳の有無	有(障害者手帳障害名 等級)・無
居宅介護支援事業所名	( 要支援者で地域包括支援センターより委託されている場合は受託事業所名を記入)
担当介護支援専門員名	

軽度者の状態像の確認が必要な部分等 該当するものにレ点を記入して下さい。

貸与品目	厚生労働大臣が定めるイに該当する基本調査の結果
車いす及び 車いす付属品	次のいずれかに該当する者 基本調査1-7(歩行)が 「3 できない」 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(注1)
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 基本調査1-4(起き上がり)が「3 できない」 基本調査1-3(寝返り)が 「3 できない」
床ずれ防止用具 及び体位変換器	基本調査1-3(寝返り)が 「3 できない」
認知症老人 徘徊探知機器	のいずれか及び に該当する者 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 基本調査3(認知機能)(2~7)で「2 できない」 「できない」: 2 3 4 5 6 7 基本調査3(認知機能)(8~9)で「1 ない」以外 「ない」以外: 8 9 基本調査4(精神・問題行動)(1~15)で「1 ない」以外 「ない」以外: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 基本調査2-2(移動)が「4 全介助」以外
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(昇降座椅子は、「移乗」で判断する) 基本調査1-8(立ち上がり)が「3 できない」 基本調査2-1(移乗)が 「3 一部介助」又は「4 全介助」 生活環境において段差の解消が必要と認められる者(注2)

(注1)・(注2)により判断する場合は、確認票2についても提出願います。

基本調査結果で判断する場合は、確認票1に居宅サービス計画書、サービス担当者会議の要点の写し(介護予防サービス支援計画書・基本チェックリスト)を添付し提出願います。

心身の状況( 疾患・障害等の内容及び日常生活における支障等) を詳しく記入	
該当する福祉用具( 車いす・移動用リフト) の使用頻度	
必要な福祉用具を使用するにあたっての主治医からの情報・意見	医療機関名( )主治医名( )
サービス担当者会議等の意見 ( 開催日 年 月 日)	《福祉用具専門相談員の意見》  指定福祉用具貸与事業所名( ) 福祉用具専門相談員名( )
	《サービス担当者の意見等》  《本人・家族の意向》
主治医から得た情報及びサービス担当者会議の結果を踏まえた介護支援専門員の意見 ( 該当する項目にレ点を入れ、意見を記載願います。)	日常生活範囲における移動の支援が特に必要 生活環境において段差の解消が必要 ( 意見)

## 添付書類

( 要支援 1・2 )

介護予防サービス支援計画書  
基本チェックリスト

( 要介護 1 )

居宅サービス計画( 1 )・( 2 )  
サービス担当者会議の要点の写し

本確認票は、必要に応じて福祉用具貸与の継続の必要性を見直す際( 認定の更新又は要支援・要介護状態区分の変更があった場合等) には、再度作成し提出すること。