

令和 年 月 日

(あて先) 札幌市 区長

居宅介護(介護予防)支援事業者名

管理者名

市 町 村 確 認 依 頼 書

福祉用具貸与の提供について、下記のとおり医師の医学的な所見に基づきサービス担当者会議等を通じ検討した結果、以下の対象者に対して、福祉用具貸与の保険給付が必要であると判断しましたので確認を依頼します。

1. 被保険者情報			
被保険者氏名			
被保険者番号		要介護度	
検討対象となる福祉用具貸与種目	<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"/> 自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引するもの(特殊尿器)を除く) ※ 直近の基本調査結果等が裏面の別表に該当する場合は、市町村確認依頼は不要 ※ 交換可能部品を除く(福祉用具購入費として算定)		
2. 医師の医学的所見による判断内容			
医療機関名			
医師名		連絡先	TEL ()
該当する状態	<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94号告示第31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94号告示第31号のイに該当す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94号告示第31号のイに該当すると判断できる者		
病名			
3. サービス担当者会議情報			
開催日	年 月 日	会議の概要	別添資料のとおり
4. 添付書類(いずれも写しを添付すること)			
<input type="checkbox"/> 居宅(介護予防)サービス計画書(1~3表) <input type="checkbox"/> サービス担当者会議記録(4表) <input type="checkbox"/> 担当医からの聴取内容を記載した支援経過記録(5表) ※主治医意見書または診断書がある場合は添付願います。			
事業者名			
事業者番号		担当者名	
連絡先	住所:(〒 -) TEL ()		

【札幌市確認欄】

相談担当

別 表

平成27年厚生省告示第94号「厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等」
第31号のイ（福祉用具が必要である状態像）

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 車いすおよび 車いす付属品	次のいずれかに該当する者	
	(1)日常的に歩行が困難な者	基本調査1-7 「3. できない」
	(2)日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる者	該当項目なし（※1）
イ 特殊寝台および 特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者	
	(1)日常的に起きあがり困難な者	基本調査1-4 「3. できない」
	(2)日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-3 「3. できない」
ウ 床ずれ防止用具 および体位変換器	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 <u>いずれにも</u> 該当する者	
	(1)意志の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障がある者	基本調査3-1が 「1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外 または 基本調査3-2～7のいずれかが、「2. できない」 または 基本調査3-8～4-15のいずれかが、「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
	(2)移動において全介助を必要としない者	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	
	(1)日常的に立ち上がりが困難な者	基本調査1-8 「3. できない」
	(2)移乗において一部介助又は全介助を必要とする者	基本調査2-1 「3. 一部介助」または「4. 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	該当項目なし（※2）
カ 自動排泄処理装置 (尿のみを自動的に吸引する機能（※3）のものを除く)	次の <u>いずれにも</u> 該当する者	
	(1)排便において全介助を必要とする者	基本調査2-6 「4. 全介助」
	(2)移乗において全介助を必要とする者	基本調査2-1 「4. 全介助」

※1、2 主治の医師から得た情報、福祉用具専門相談員のほか軽度者の状態像について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ケアマネジメントにより、指定居宅介護支援事業者が「厚生労働大臣が定める者のイ」に該当するかどうかを判断する。各担当者の意見や判断がケアプランに記載されていれば、市町村確認は不要。

※3 尿のみを自動的に吸引するものについては、軽度者の例外給付の適用を受けない。