

軽度者に対する福祉用具貸与の対象外種目に係る  
医師への照会事項

年 月 日

主治医 \_\_\_\_\_ 殿

居宅介護(介護予防)支援事業所名 \_\_\_\_\_

担当介護支援専門員(担当者)名 \_\_\_\_\_

介護保険制度において、軽度者(要支援1・2又は要介護1)は次の福祉用具の貸与が原則対象外とされ、一定の要件にあてはまる方(厚生労働大臣が定める者)のみ貸与が認められます(介護給付費単位数表11注2)。

対象外種目	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 車いす及び付属品</li> <li>・ 特殊寝台及び付属品</li> <li>・ 床ずれ防止用具及び体位変換器</li> <li>・ 認知症老人徘徊感知機器</li> <li>・ 移動用リフト(つり具の部分を除く。)</li> </ul>
-------	--

軽度者に対象外種目の貸与が認められるか否かは、原則として要介護(要支援)認定の基本調査の結果(一部の場合は主治医から得た情報及びケアマネジメント。以下同じ。)に基づき判断されますが、基本調査の結果のみで判断できないケースについては、医師の所見が求められています(厚生労働省通知平12老企第36号第二の9(2)及び平18老計/老振/老老第0317001号第二の11(2))。

つきましては、次の被保険者について下記の事項に係る所見をお願いします。

被保険者に係る所見

年 月 日

医療機関名			
医師名			

被保険者名		性別		生年月日	
住所					
疾病名					
心身の状況 (福祉用具が必要な場合は その理由を含む。)					
対象外種目の貸与が例外的に認められる場合に当たるか否か。 ※該当するものに○を付けて下さい。	関係する対象外種目	車いす及び付属品	・ 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		
		移動用リフト	・ 生活環境において段差の解消が必要と認められる者		
		全種目	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			
		・ いずれにも該当しない。			
福祉用具の要否 ※該当するものをチェックして下さい。	<input type="checkbox"/> 車いす及び付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び付属品 <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(つり具の部分を除く。) <input type="checkbox"/> 以上の福祉用具は必要でない。 ←				