

様式2

「軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認申請書」別紙（算定可否の判断基準チェック表）

<p>判断基準</p> <p>対象外種目</p>	<p>①基本調査の結果</p> <p>調査日： 年 月 日 (直近のものを参照すること)</p>	<p>②基本調査の結果によることができない場合 (①の(※)届出不要の項目以外にチェックがついた場合。)</p>	<p>③医師の医学的所見から、福祉用具の例外給付の対象とすべき状態像 (①で(※)届出不要にならず、②にチェックがつかない場合。)</p>
<p>ア 車いす及び車いす付属品</p>	<p>日常的に歩行が困難な者 「1-7 歩行」</p> <p><input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる</p> <p><input type="checkbox"/> <u>できない</u> (※) 届出不要</p>	<p><input type="checkbox"/> <u>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</u> ※様式4「福祉用具貸与に係るケアマネジメント確認書」提出</p>	<p><input type="checkbox"/> i) 状態の変動 <input type="checkbox"/> ii) 急性増悪 <input type="checkbox"/> iii) 医師禁忌</p>
<p>イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品</p>	<p>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 「1-3 寝返り」</p> <p><input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる</p> <p><input type="checkbox"/> <u>できない</u> (※) 届出不要</p> <p>(二) 日常的に寝返りが困難な者 「1-4 起き上がり」</p> <p><input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる</p> <p><input type="checkbox"/> <u>できない</u> (※) 届出不要</p>		<p><input type="checkbox"/> i) 状態の変動 <input type="checkbox"/> ii) 急性増悪 <input type="checkbox"/> iii) 医師禁忌</p>
<p>ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器</p>	<p>日常的に寝返りが困難な者 「1-3 寝返り」</p> <p><input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる</p> <p><input type="checkbox"/> <u>できない</u> (※) 届出不要</p>		<p><input type="checkbox"/> i) 状態の変動 <input type="checkbox"/> ii) 急性増悪 <input type="checkbox"/> iii) 医師禁忌</p>
<p>エ 認知症老人徘徊感知器</p>	<p>次の下線項目(1)(2)いずれにも該当する者 (※) 届出不要</p> <p>(1) 移動において全介助を必要としない 「2-2」移動</p> <p><input type="checkbox"/> <u>全介助以外</u> <input type="checkbox"/> 全介助</p> <p>(2) ア「意思の伝達」又はイ・ウ「介護者への反応、記憶・理解」又はエ「その他」のいずれかに支障がある者 ア「3-1 意思の伝達」</p> <p><input type="checkbox"/> 意思を他者に伝達できる <input type="checkbox"/> <u>できる以外</u></p>		<p><input type="checkbox"/> i) 状態の変動 <input type="checkbox"/> ii) 急性増悪 <input type="checkbox"/> iii) 医師禁忌</p>

	<p>又は、 イ「3-2 毎日の日課を理解」から 「3-7 場所の理解」までのいずれか (項目： ) <input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> <u>できない</u></p> <p>又は ウ「3-8 徘徊」から「4-15 話が まとまらない」までのいずれか (項目： ) <input type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> <u>ない以外</u></p> <p>又は エ その他 <input checked="" type="checkbox"/> <u>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</u></p>		
<p>オ 移動用リフト (つり具の部 分を除く)</p>	<p>次の(1)(2)いずれかに該当する者</p> <p>(1)日常的に立ち上がりが困難な者 「1-8 立ち上がり」 <input type="checkbox"/> つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input checked="" type="checkbox"/> <u>できない</u> <b>(※) 届出不要</b></p> <p>(2)移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 「2-1 移乗」 <input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 見守り等 <input checked="" type="checkbox"/> <u>一部介助</u> <b>(※) 届出不要</b> <input checked="" type="checkbox"/> <u>全介助</u> <b>(※) 届出不要</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <u>生活環境において 段差の解消が必要と認 められる者</u> <b>※様式4「福祉用具貸 与に係るケアマネジメ ント確認書」提出</b></p>	<p><input type="checkbox"/> i) 状態の変動 <input type="checkbox"/> ii) 急性増悪 <input type="checkbox"/> iii) 医師禁忌</p>
<p>カ 自動排泄処理 装置</p>	<p>次の下線項目(1)(2)いずれにも該当す る者 <b>(※) 届出不要</b></p> <p>(1)排便が全介助を必要とする者 「2-6 排便」 <input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> <u>全介助</u></p> <p>(二)移乗が全介助を必要とする者 「2-1 移乗」 <input type="checkbox"/> 介助されていない <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> <u>全介助</u></p>	<p>△</p>	<p><input type="checkbox"/> i) 状態の変動 <input type="checkbox"/> ii) 急性増悪 <input type="checkbox"/> iii) 医師禁忌</p>