**軽度者に対する福祉用具貸与の医師の確認について**

軽度者に対する福祉用具貸与について、「軽度者に対する福祉用具貸与（対象外品目）

の判断基準と書類提出について」で基本調査の結果の確認項目「できない」等になっておらず、該当基準のみでは例外給付の対象となる状態像に該当するか判断できない場合は、例外給付の確認依頼が必要となります。

**＊医師の意見について**

医師が「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像」に該当すると判断していることを確認します。確認をスムーズに行うためには、**医学的な所見の記載を明確に判断できる内容にて記入していただくことが重要です。**なお、医師から書面で確認できない場合は、介護支援専門員が受診に同席する等して医師の判断（どのような理由で福祉用具貸与を必要とするか）を詳細に聞き取り、主治医所見聴取記録を記載してください。

**＊福祉用具の貸与の適用期間について**

適用期間ついては、該当被保険者の認定有効期間を限度とし、状態像に変化が生じたり、アセスメントにより例外給付対象に該当しなくなったりした場合には、適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与を中止してください。

　なお、**例外給付の適用日（保険給付開始日）は健康介護課での確認依頼受理日以降**となります。貸与開始日より前に「確認依頼書」を提出してください。また、**認定結果判明等で介護度が決まっていない場合であっても、例外給付に該当する福祉用具の貸与を行うときは、貸与開始より前に「確認依頼書」を提出してください。**

**新たな要介護認定（更新・区分変更申請）がされた場合には、本確認書は適用さ　れません。適用期間終了後、継続での例外給付が必要な場合には再度確認依頼書の提出が必要です。**

医　師　確　認　書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者名 |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 介護度 | 　要支援１　　要支援２　　　要介護１ |
| 疾病名及び経過 |
| 当該福祉用具がどのような理由で必要か1. 品目
2. 理由
 |

確認日　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　医師氏名

　　　　　　　　　　　確認方法　　書面　　面談　　電話

医　師　確　認　書（記入例）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者名 | 栄　　〇〇子 | 性別 | 男・ | 生年月日 | 昭和１6年２月５日 |
| 介護度 | 　要支援１　　要支援２　　　要介護１ |
| 疾病名及び経過脳梗塞にて右上下肢麻痺を認め、歩行は伝え歩きで短距離は可能であるが、長距離の移動は困難状態像　疾病などにより、身体への重大な危険性や症状の重篤化の回避等医学的判断から必要 |
| 当該福祉用具がどのような理由で必要か１）品目　車椅子２）理由脳梗塞後遺症により右上下肢に麻痺があり、自宅内は家具や壁につかまり移動できるが、屋外は杖を使用するがふらつきがあり、転倒リスクもあり、長い距離の移動は難しい。容易な移動手段を確保することで生活範囲が広がり閉じこもりの改善、意欲の向上が見込まれる。 |

確認日　令和４年　４月　４日

　　　　　　　　　　　医療機関名　〇〇〇〇病院

　　　　　　　　　　　医師氏名　〇〇〇　　〇〇

　　　　　　　　　　　確認方法　　書面　　面談　　電話

**◆注意◆**

医師は医学的見地から被保険者の状態像を確認し、日常生活を送るうえでの助言を行うことはできますが、具体的な福祉用具の導入に関して決定する役割を担う立場ではありません。

特に診断書・サービス担当者会議を介して情報を得る場合、「特殊寝台が必要」等と記載を求めるような依頼は医師の職務範囲を超えているだけでなく、明確な状態像を示す根拠とはなりません。

福祉用具貸与理由書において医師から得る情報は、あくまでも**告示に示される状態像**であり、導入を検討している福祉用具に関し、医師の立場から導入に同意する趣旨の情報を求めているものではありませんので、充分に留意のうえ取扱をお願いします。