

## 軽度者への福祉用具貸与状況確認兼届出書

|         |                                                                                                                                                                                                                                            |                |            |       |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|-------|
| 被保険者番号  |                                                                                                                                                                                                                                            | フリガナ<br>被保険者氏名 |            |       |
| 要介護状態区分 | 要支援 1・2 要介護 1・2・3                                                                                                                                                                                                                          | 認定期間           | 年 月 日～     | 年 月 日 |
| 貸与品目    | <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品<br><input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器<br><input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器<br><input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置<br><small>(尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。)</small><br><input type="checkbox"/> セニアカー | 生 年 月 日        | 年 ( 月 歳) 日 |       |
|         |                                                                                                                                                                                                                                            | 貸与開始予定年月日      | 年 月 日      |       |

|            |       |
|------------|-------|
| 基本調査項目の確認日 | 年 月 日 |
|------------|-------|

| 医師の医学的所見に基づく判断の根拠           |                                                                                                                                                                   |     |  |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|
| 必要性を判断した<br>医師              |                                                                                                                                                                   | 病院名 |  |
| 医師の医学的<br>な所見<br>(被保険者の状態像) | <input type="checkbox"/> 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95号告示第25号のイに該当する者(例:パーキンソン病の治療薬におけるON・OFF現象)                                                    |     |  |
|                             | <input type="checkbox"/> 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95号告示第25号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者(例:ガン末期の急速な状態悪化)                                                            |     |  |
|                             | <input type="checkbox"/> 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95号告示第25号のイに該当すると判断できる者(例:ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避、(例)以外の場合であっても上記の状態と判断される場合) |     |  |
| 医学的な<br>判断の確認               | <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他医師の所見がわかるもの ( )<br><input type="checkbox"/> 診療情報提供書                                                   |     |  |
| 確認日                         | 年 月 日                                                                                                                                                             |     |  |

| サービス担当者会議の開催状況等 |       |  |  |
|-----------------|-------|--|--|
| サービス担当者会議開催日    | 年 月 日 |  |  |
| ケアプラン作成者        |       |  |  |
| 居宅(介護予防)支援事業所名  | 連絡先   |  |  |
| 事業所番号           |       |  |  |

|                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>※ 添付書類</b><br>ア) 医学的な判断の確認をした書類<br>イ) サービス担当者会議の要点(第4表)<br>ウ) 介護(予防)支援経過記録(直近3カ月分) |
|---------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                               |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 遅延項目                                                                                                                                                                          | 提出遅延理由(具体的に記入) |
| <input type="checkbox"/> 新規申請中<br><input type="checkbox"/> 区分変更申請中<br><input type="checkbox"/> 退院と同時に必要<br><input type="checkbox"/> 状態像の急変<br><input type="checkbox"/> その他( ) | 貸与開始年月日 年 月 日  |

【市確認欄】記入しないでください。

|       |                                                             |                                                                      |     |     |   |     |       |
|-------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----|-----|---|-----|-------|
| 結果の連絡 |                                                             | 備 考                                                                  |     |     |   |     | 収 受 印 |
| 年 月 日 |                                                             | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続(介護度の変更・CM交代) |     |     |   |     |       |
| 状況確認日 | 貸与の必要性                                                      | 課 長                                                                  | 主 幹 | 係 長 | 係 | 受 付 |       |
| 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 必要<br><input type="checkbox"/> 不必要 |                                                                      |     |     |   |     |       |

第95号告示第25号のイに該当するかどうかは下表「基本調査の結果」欄を確認の上、判断してください。

該当する場合はこの届出書の提出は不要です。

この届出書は、基本調査の結果からは福祉用具が必要な状態に該当すると判断できないが、医学的判断により表面「医師の医学的な所見」のいずれかに該当すると考えられる場合に提出してください。

| 種目                  | 貸与の対象となる者                                                                    | 基本調査の結果                                                                                                                                                                       |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ア 車いす及び車いす付属品       | 次のいずれかに該当する者<br>(一) 日常的に歩行が困難な者                                              | 基本調査 1－7 歩行<br>「3. できない」                                                                                                                                                      |
|                     | (二) 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                                              |                                                                                                                                                                               |
| イ 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<br>(一) 日常的に起き上がりが困難な者<br>(二) 日常的に寝返りが困難な者                       | 基本調査 1－4 起き上がり<br>「3. できない」<br>基本調査 1－3 寝返り<br>「3. できない」                                                                                                                      |
| ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器    | 日常的に寝返りが困難な者                                                                 | 基本調査 1－3 寝返り<br>「3. できない」                                                                                                                                                     |
| エ 認知症老人徘徊感知機器       | 次のいずれにも該当する者<br>(一) 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者<br>(二) 移動において全介助を必要としない者 | 基本調査 3－1 意思の伝達<br>「1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外<br>又は、基本調査 3－2～3－7のいずれか「2. できない」<br>又は基本調査 3－8～4－15のいずれか「1. ない」以外<br>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<br>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<br>(一) 日常的に立ち上がりが困難な者<br>(二) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者                | 基本調査 1－8 立ち上がり<br>「3. できない」<br>基本調査 2－1 移乗<br>「3. 一部介助」又は「4. 全介助」                                                                                                             |
|                     | (三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者                                                  |                                                                                                                                                                               |
| カ 自動排泄処理装置          | 次のいずれにも該当する者<br>(一) 排便が全介助を必要とする者<br>(二) 移乗が全介助を必要とする者                       | 基本調査 2－6 排便<br>「4. 全介助」<br>基本調査 2－1 移乗<br>「4. 全介助」                                                                                                                            |

(平成12老企第36号、21.4.21老振発第0421001号)

※表中のアの(二)及びオの(三)については、該当する基本調査結果がないため、主治医から得た情報及び福祉用具専門相談員のほか適切な助言が可能なもの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支援事業者が判断してください。

なお、この判断の見直しは、居宅サービス計画に記載された必要な理由を見直す頻度(必要に応じて随時)で行ってください。

軽度者への福祉用具貸与状況確認兼届出書

|         |                                                                                                                                                                                                                                            |                |            |       |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|-------|
| 被保険者番号  |                                                                                                                                                                                                                                            | フリガナ<br>被保険者氏名 |            |       |
| 要介護状態区分 | 要支援 1・2 要介護 1・2・3                                                                                                                                                                                                                          | 認定期間           | 年 月 日～     | 年 月 日 |
| 貸与品目    | <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品<br><input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器<br><input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器<br><input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置<br><small>(尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。)</small><br><input type="checkbox"/> セニアカー | 生 年 月 日        | 年 ( 月 歳) 日 |       |
|         |                                                                                                                                                                                                                                            | 貸与開始予定年月日      | 年 月 日      |       |

|            |       |
|------------|-------|
| 基本調査項目の確認日 | 年 月 日 |
|------------|-------|

| 医師の医学的所見に基づく判断の根拠           |                                                                                                                 |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 必要性を判断した<br>医師              | <input type="checkbox"/> 軽度者であっても、基本調査項目の結果によっては、例外的に福祉用具の貸与が可能で<br>す。必ず確認をしてください。                              |
| 医師の医学的<br>な所見<br>(被保険者の状態像) | <input type="checkbox"/> 必須医師が判断し、判断の根拠となった記録と被保険者の状態像がいずれかに該当することが必要です。                                        |
| 医学的な<br>判断の確認               | <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> その他医師の所見がわかるもの ( )<br><input type="checkbox"/> 診療情報提供書 |
| 確認日                         | 年 月 日                                                                                                           |

| サービス担当者会議の開催状況等 |  |
|-----------------|--|
| サービス担当者会議開催日    |  |
| ケアプラン作成者        |  |
| 居宅(介護予防)支援事業所名  |  |
| 事業所番号           |  |

|                         |
|-------------------------|
| ※ 添付書類                  |
| ア) 医学的な判断の確認をした書類       |
| イ) サービス担当者会議の要点(第4表)    |
| ウ) 介護(予防)支援経過記録(直近3カ月分) |

|                                                                                                                                                                               |                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 遅延項目                                                                                                                                                                          | 提出遅延理由(具体的に記入)                          |
| <input type="checkbox"/> 新規申請中<br><input type="checkbox"/> 区分変更申請中<br><input type="checkbox"/> 退院と同時に必要<br><input type="checkbox"/> 状態像の急変<br><input type="checkbox"/> その他( ) | 「軽度者への福祉用具貸与状況確認票」の提出が遅れた場合に必ず記入してください。 |
|                                                                                                                                                                               | 年 月 日                                   |

|                    |                                                             |                                                                      |     |     |   |       |  |
|--------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----|-----|---|-------|--|
| 【市確認欄】 記入しないでください。 |                                                             | 結果の連絡                                                                |     | 備 考 |   | 収 受 印 |  |
| 年 月 日              |                                                             | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続(介護度の変更・CM交代) |     |     |   |       |  |
| 状況確認日              | 貸与の必要性                                                      | 課 長                                                                  | 主 幹 | 係 長 | 係 | 受 付   |  |
| 年 月 日              | <input type="checkbox"/> 必要<br><input type="checkbox"/> 不必要 |                                                                      |     |     |   |       |  |