

軽度者に対する福祉用具貸与についての相談票

下仁田町長 様

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関して、サービス担当者会議を通じたケアマネジメントを行ったところ、対象外の貸与が特に必要であると判断したため相談します。

事業所名	電話番号
事業所の所在地	計画作成担当者氏名

被保険者情報	被保険者氏名	被保険者番号		
		個人番号		
	生年月日	M・T・S 年 月 日	性別	男 ・ 女
	要介護度	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3		
	認定有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日		

貸与が必要な福祉用具とその理由	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/> 基本調査1-7（歩行）が「3. できない」 <input type="checkbox"/> 「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」
	<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> 基本調査1-4（起き上がり）が「3. できない」 <input type="checkbox"/> 基本調査1-3（寝返り）が「3. できない」
	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止器具	<input type="checkbox"/> 基本調査1-3（寝返り）が「3. できない」
	<input type="checkbox"/> 体位変換器	<input type="checkbox"/> 基本調査1-3（寝返り）が「3. できない」
	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/> 基本調査2-2（移動）が「4. 全介助」以外 【上記に該当し、かつ下記のいずれかに該当する者】 <input type="checkbox"/> 基本調査3-1（意思の伝達）が「1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外 <input type="checkbox"/> 基本調査3-2（毎日の日課を理解）～3-7（場所の理解）のいずれかが「2. できない」 <input type="checkbox"/> 基本調査3-8（徘徊）～4-15（話がまとまらない）のいずれかが「1. ない」以外 <input type="checkbox"/> 主治医意見書において、認知症の症状がある旨の記述が記載されている
	<input type="checkbox"/> 移動用リフト (段差解消機・階段移動用)	<input type="checkbox"/> 基本調査1-8（立ち上がり）が「できない」 <input type="checkbox"/> 基本調査2-1（移乗）が「3. 一部介助」又は「4. 全介助」 <input type="checkbox"/> 生活環境における段差の解消が必要と認められる者
	<input type="checkbox"/> 移動用リフト（昇降座椅子）	<input type="checkbox"/> 基本調査2-1（移乗）が「3. 一部介助」又は「4. 全介助」
<input type="checkbox"/> 移動用リフト（上記以外）	<input type="checkbox"/> 基本調査1-8（立ち上がり）が「できない」 <input type="checkbox"/> 基本調査2-1（移乗）が「3. 一部介助」又は「4. 全介助」	
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 (尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く)	<input type="checkbox"/> 基本調査2-1（移乗）が「4. 全介助」 <input type="checkbox"/> 基本調査2-6（排便）が「4. 全介助」	

添付書類	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書又は介護予防サービス・支援計画書の写し <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の要点の写し（介護予防支援の場合は、介護予防支援経過記録の写しで可）
------	---

町記入欄

福祉用具貸与の要否	要 ・ 一部要 ・ 否			相談日
貸与期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
備考				
決済区分	課長	係長	係	起案日 年 月 日
課長専決				

伺)上記のとおり相談結果について決定し、別紙のとおり通知してよろしいか。

軽度者に対する福祉用具貸与についての相談票

下仁田町長 様

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関して、サービス担当者会議を通じたケアマネジメントを行ったところ、対象外の貸与が特に必要であると判断したため相談します。

事業所名		電話番号	
事業所の所在地		計画作成担当者氏名	

被保険者情報	被保険者氏名		被保険者番号	
			個人番号	
	生年月日	M・T・S 年 月 日	性別	男 ・ 女
	要介護度	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3		
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

貸与が必要な福祉用具とその理由	<input type="checkbox"/>	車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/>	疾病その他の理由により、状態像が変動しやすく、日によって i) 又は時間帯によって、頻繁に厚生労働が定める者のイに該当する者	
	<input type="checkbox"/>	特殊寝台及び特殊寝台付属品	<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 ii) に厚生労働大臣が定める者のイに該当することが確実に見込まれるもの	
	<input type="checkbox"/>	床ずれ防止器具	<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 iii) 篤化の回避等医学的判断から厚生労働大臣が定める者のイに該当するもの	
	<input type="checkbox"/>	体位変換器			
	<input type="checkbox"/>	認知症老人徘徊感知機器	※疾病名、状態、福祉用具を利用することで何ができるようになるか等簡潔に記入		
	<input type="checkbox"/>	移動用リフト (段差解消機・階段移動用)			
<input type="checkbox"/>	移動用リフト (昇降座椅子)				
<input type="checkbox"/>	移動用リフト (上記以外)				
<input type="checkbox"/>	自動排泄処理装置 (尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く)				

添付書類	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書又は介護予防サービス・支援計画書の写し <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の要点の写し (介護予防支援の場合は、介護予防支援経過記録の写しで可) <input type="checkbox"/> 医学的所見に基づき福祉用具の使用を要するという主治医の意見が確認できる書類
------	--

町記入欄

福祉用具貸与の要否	要 ・ 一部要 ・ 否			相談日
貸与期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
備考				
決済区分	課長	係長	係	起案日
課長専決				

伺) 上記のとおり相談結果について決定し、別紙のとおり通知してよろしいか。

福祉用具貸与への医師の所見

軽度者に係わる福祉用具貸与への判断について以下のとおり証明いたします。

被保険者氏名：

生 年 月 日： 年 月 日

介 護 度：

住 所：

電 話 番 号：

貸与する種目：

【利用者の身体状況と福祉用具が必要になった理由について】

.....

.....

.....

.....

令 和 年 月 日

医 療 機 関 名

医 師 名

印

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 車いす及び 車いす付属品	次のいずれかに該当する者 (一)日常的に歩行が困難な者 (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	基本調査1-7 「3. できない」 —
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 (一)日常的に起きあがり困難な者 (二)日常的に寝返りが困難な者	基本調査1-4 「3. できない」 基本調査1-3 「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 「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 (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 (二)移動において全介助を必要としない者	基本調査3-1「1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外 又は 基本調査3-2～基本調査3-7のいずれか「2. できない」 又は 基本調査3-8～基本調査4-15のいずれか「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。 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 (一)日常的に立ち上がりが困難な者 (二)移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 (三)生活環境において段差の解消が必要と認められる者	基本調査1-8 「3. できない」 基本調査2-1 「3. 一部介助」又は「4. 全介助」 —
カ 自動排泄処理装置	次のいずれにも該当する者 (一)排便が全介助を必要とする者 (二)移乗が全介助を必要とする者	基本調査2-6 「4. 全介助」 基本調査2-1 「4. 全介助」

ただし、アの(二)およびオの(三)については該当する認定調査項目がないため、サービス担当者会議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する。

《判断基準の運用》

◆ 算定根拠となる判断結果の記録、提出について

- 1) 給付貸与の必要性を判断した、サービス担当者会議録等及び関係書類
- 2) 居宅サービス計画への記録
- 3) 居宅サービス計画の見直す頻度は、必要に応じて随時(担当者会議を開くごと等)。

※記録書類は、事業所ごとに一貫性(様式の統一やまとめ方など)のあるものとしてください。

◆ サービス担当者会議等における解釈の取扱い

- 1) 主治医からの情報を取得する。
- 2) 「適切な助言が可能なる者」とは、対象者が利用している事業所のヘルパー、通院している医療機関の理学療法士など、日常生活の状態像を客観的に判断できる者を示す。
- 3) サービス担当者会議等に想定される出席者は、主治医、リハビリ担当者、ヘルパー等・サービス担当事業者(福祉用具専門相談員等)、被保険者・家族などである。状況や必要に応じて判断する情報が得られればよい。
- 4) 判断材料となる情報は、出席者の会議による記録、電話による記録、FAX等による記録などの方法も考えられるが、各関係者がどのように判断したかを書面により記録する。