

軽度者に対する指定福祉用具貸与を必要とする理由書

年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0	生年月日	年 月 日 (歳)
	フリガナ			
	被保険者氏名	状態区分	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		
居宅介護支援 事業所 (介護予防支援 事業所)	事業所名			
	事業所所在地	〒		
	連絡先	事業所番号		
	担当者名	介護支援 専門員番号		
主 治 医	医師氏名	医療機関名		
	医療機関所在地			
福祉用具貸与 品目	1 車いす 2 特殊寝台 3 床ずれ防止用具 4 体位変換器 5 徘徊感知器 6 移動用リフト 7 自動排泄処理装置			
福祉用具貸与が 必要な理由	1 疾病その他の原因により、状態が変化しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に第95号告示第25号のイの福祉用具が必要な状態に該当する者 (例 パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)			
	2 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号のイの福祉用具が必要な状態に至ることが確実に見込まれる者 (例 がん末期の急速な状態悪化)			
	3 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号のイの福祉用具が必要な状態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)			
添付書類	1 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> ケアマネジャーと主治医との連絡票 (診療情報提供書)			
	2 居宅サービス計画書 第1表~第7表 (認定新規申請の場合は第5表は不要)			
担当者 (ケアマネジャー等) 意見				

※理由書は居宅介護支援事業所のケアマネジャーが記入してください。
 ※別紙の「軽度者に対する福祉用具の取扱いについての留意点」に基づき行ってください。
 ※主治医意見書、診断書等については、直近3か月以内のものを添付してください。
 ※第95号告示第25号のイは裏面に記載してあります。

(港区記入欄)

承認 (<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続)	承認期間		受付
	(今回)	年 月 日 ~ 年 月 日	
不承認	(前回)	年 月 日 ~ 年 月 日	
【備考】			
〒105-8511 港区芝公園1-5-25 港区保健福祉支援部介護保険課介護給付係 TEL 03-3578-2111 内線 (2877~2880)			

◎第 95 号告示第 25 号のイの福祉用具が必要な状態に該当するかどうかは、まず下表「認定調査の結果」欄の、基本調査該当項目の結果等または※印注意書きに従い判断します。ここで同告示の福祉用具が必要な状態に該当すると判断される場合は、この理由書の提出は必要ありません。

この理由書は、上記の方法では同告示の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「福祉用具貸与が必要な理由」欄の 1～3 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。

25 指定居宅サービス介護給付費単位数表の福祉用具貸与費の注 4 の厚生労働大臣が定める者

イ 次に掲げる福祉用具の種類に応じ、それぞれ次に掲げる者

対象外種目	厚生労働大臣が定める者 (平成24年第95号告示第25号)	認定調査の結果
ア 車いす及び同付属品	次のいずれかに該当する者 (1) 日常的に歩行が困難な者 (2) 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 特殊寝台及び同付属品	次のいずれかに該当する者 (1) 日常的に起きあがり困難な者 (2) 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 (1) 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 (2) 移動において全介助を必要としない者	基本調査3-1 「1.意思を他者に伝達できる」以外 または 基本調査3-2～7(いずれか) 「2.できない」 または 基本調査3-8～4-15(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 (除つり具部分)	次のいずれかに該当する者 (1) 日常的に立ち上がりが困難な者 (2) 移乗が一部介助または全介助を必要とする者 (3) 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」または「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 (1) 排便が全介助を必要とする者 (2) 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」

※ アの(2)、オの(3)については、該当する認定調査結果がないため、主治医の意見を踏まえつつ、サービス担当者会議を開催するなどの適切なケアマネジメントによりケアマネジャー等が判断する。