

(様式1)

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する届出書

フリガナ	カミアマクサ ハナコ		被保険者番号	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
被保険者氏名	上天草 花子													
生年月日	● 年 ● 月 ● 日 ( ●● 歳)													
住 所	〒 ○○○-○○○ 上天草市○○町○○ ○○番地													
要介護度区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 申請中													
認定有効期間	● 年 ● 月 ● 日 ~ ● 年 ● 月 ● 日													
共通記入														
福祉用具	<input checked="" type="checkbox"/> 車いす・車いす付属品 ( <input checked="" type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 電動) <input type="checkbox"/> 移動用リフト (つり具の部分を除く)													
家族等の状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( ※同居家族等の支援を受けることが困難であればその旨を記載 )													
操作時の安全性 (本人または介助者)	視覚 ( <input type="checkbox"/> 支障あり <input checked="" type="checkbox"/> 支障なし)    聴覚 ( <input type="checkbox"/> 支障あり <input checked="" type="checkbox"/> 支障なし) 操作能力 ( <input type="checkbox"/> 支障あり <input checked="" type="checkbox"/> 支障なし)    危険回避等の判断力 ( <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 意思の伝達 ( <input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 困難)    その他 ( )													
車椅子貸与希望者のみ記入														
屋内での利用	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし													
屋外での利用	生活必需品の買い物	<input checked="" type="checkbox"/> 週1回以上		<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> なし									
	通院	<input type="checkbox"/> 週1回以上		<input checked="" type="checkbox"/> 月1回以上	<input type="checkbox"/> なし									
	金融機関・官公庁など	<input type="checkbox"/> 週1回以上		<input type="checkbox"/> 月1回以上	<input checked="" type="checkbox"/> なし									
	その他	行き先・頻度 ( )												
交通機関等の利用	<input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 困難 ( )													
身体状態 (歩行の状況)														
疾患名または機能上の問題、福祉用具の使用の有無、屋内・屋外での移動の状況、自宅内及び自宅周辺の環境(段差、坂道等)による影響、介助の状況など														
移動用リフト貸与希望者のみ記入														
身体状態 (立ち上がり及び移乗の状況)														
疾患名または機能上の問題、現在、立ち上がりや移乗をどのように行っているか、介助の状況など														
担当の介護支援専門員等の必要性に関する意見														
利用者の困りごとから、対象となる福祉用具を使用することでどのようなことが可能になるかを具体的に記載														
上天草市長 様 軽度者における(介護予防)福祉用具の貸与が特に必要であると判断したので届出ます。 ● 年 ● 月 ● 日														
事業所名 ○○居宅介護支援事業所														
所在地 上天草市○○町○○														
担当者名 □□ □□														
連絡先 ○○○○-○○-○○○○														

◆添付書類

サービス担当者会議の要点(第4表) もしくは (介護予防) 支援経過記録

※市記入欄

確認日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否 (理由 )
-----	---	---	---	---

(様式2)

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する確認申請書

フリガナ	カミアマクサ ハナコ		被保険者番号	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
被保険者氏名	上天草 花子													
生年月日	● 年 ● 月 ● 日 ( ●● 歳)													
住 所	〒 ○○○-○○○○ 上天草市○○町○○ ○○番地													
要介護度区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 申請中(新規・変更・更新) <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3(自動排泄処理装置の場合)													
認定有効期間	● 年 ● 月 ● 日 ~ ● 年 ● 月 ● 日													
医学的な所見 *状態像に チェック	<input checked="" type="checkbox"/> i	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、頻繁に下記の状態像に該当する。												
	<input type="checkbox"/> ii	疾病その他の原因により、状態が急激に悪化し、短期間のうちに下記の状態像に該当するに至ることが確実に見込まれる。												
	<input type="checkbox"/> iii	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、医学的判断から下記の状態像に該当すると判断できる。												
福祉用具				該当する利用者の状態像										
<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品(自走・介助・電動)				<input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難な者 <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 checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品				<input checked="" type="checkbox"/> 日常的に起き上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者										
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具				<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者										
<input type="checkbox"/> 体位変換器				<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者										
<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器				<input type="checkbox"/> 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り、かつ移動において全介助を必要としない者										
<input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具部分を除く) ※(1)~(3)のいずれか				<input type="checkbox"/> (1) 日常的に立ち上がりが困難な者(昇降座椅子以外) <input type="checkbox"/> (2) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 <input type="checkbox"/> (3) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者(段差解消機)										
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置				<input type="checkbox"/> 排便及び移乗において全介助を必要とする者										
上記を確認した根拠		<input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師診断書 <input type="checkbox"/> その他( )												
上天草市長 様 軽度者における(介護予防)福祉用具の貸与が特に必要であると判断したので確認を依頼します。 ● 年 ● 月 ● 日														
事業所名 ○○居宅介護支援事業所														
所在地 上天草市○○町○○														
担当者名 □□ □□														
連絡先 ○○○○-○○-○○○○														

◆添付書類

- ①医師の医学的所見が確認できる書類(③に記載がある場合は省略可能)
- ②居宅サービス計画書(第1表・第2表)もしくは介護予防サービス・支援計画表
- ③サービス担当者会議の要点(第4表)もしくは介護予防支援経過記録

※市記入欄

確認日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否(理由 )
-----	-------	--

# サービス担当者会議の要点

作成年月日 年 月 日

利用者名 上天草 花子 様

居宅サービス計画作成者(担当者)氏名 □□□□

開催日 〇年〇月〇日

開催場所 自宅

開催時間 時 分 ~ 時 分

開催回数

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
本人		上天草 花子 様	B訪問介護事業所	〇〇 〇〇 氏		
家族(夫)		上天草 太郎 様	C福祉用具事業所 福祉用具専門相談員	□□ □□ 氏		
A事業所 介護支援専門員	□□ □□		D医院(※欠席照会)	〇〇 〇〇 医師		
検討した項目	<p>特殊寝台・付属品の貸与の必要性について</p> <p>①医師の医学的所見                      ②医学的所見から判断される状態像                      ③特殊寝台の必要性の検討</p> <p>①医師の医学的所見(確認した日と確認方法(訪問・電話等)、医師名、病院名、診断名等に起因する状態像)                      ②医師の所見に基づき、どの状態像に該当するかの判断                      ③本人、家族の意向                      ④サービス担当者会議出席者による福祉用具の必要性の検討内容                      などを記載します。</p>					
検討内容	<p>①〇月〇日、主治医 D医院 〇〇医師に電話照会を行う。「パーキンソン病で内服加療中であり、薬効のON・OFF現象により、日によって又は時間帯によって日内変動があり、状態悪化時は頻繁に臥位からの起き上がりが困難となる」旨の意見をいただく。</p> <p>②医師の医学的所見に基づき、例外給付に該当する要件 i の状態像に該当すると判断する。</p> <p>③(本人・夫)本人は、できるだけ自分の力で起き上がり、身の回りのことは行っていききたいとの意向。夫も膝と腰が悪いため介助が負担になっている。今後可能な限り夫婦2人での在宅生活を望まれている。</p> <p>④(B訪問介護事業所)利用者は日によって状態の変動が激しく、状態の悪いときは起き上がりやベッドからの立ち上がりや床からの立ち上がりが必要。(C福祉用具事業所)特殊寝台の種類については、起き上がりと共に立ち上がりも困難であることから、背上げ角度と床板高さの調整機能がついたものの方が良いかと思われる。</p>					
結論	<p>特殊寝台を使用することで、本人が起居動作を楽に行えるようになると考えられる。背上げ角度と高さ調整機能の付いた特殊寝台を導入することで意見が一致した。                      要介護1のため、福祉用具貸与の例外給付の確認申請を行う。</p>					
残された課題						
(次の開催時期)	〇年〇月					