

軽度者に対する福祉用具貸与を要する例外給付に関する理由書 **(記入例)**

あて先) 佐賀中部広域連合 連合長

提出日: 年 月 日

| | | | | |
|------------------|-----------|---|------|---|
| 被 保 険 者 | ふりがな | さが たろう | 性別 | <input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女 |
| | 氏名 | 佐賀 太郎 | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 明 ・ <input type="checkbox"/> 大 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭 |
| | 被保険者番号 | 000000●▲■● | | 17年 1月 1日 |
| | 要介護状態区分 | 申請中 (<input type="checkbox"/> 新規 ・ <input type="checkbox"/> 更新 ・ <input type="checkbox"/> 変更) ・ <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"/> 要介護2 ・ <input type="checkbox"/> 要介護3 (※要介護2・3は自動排泄処理装置の場合のみ) | | |
| | 要介護認定有効期間 | 令和2年 1月 1日 ~ 令和2年 1月 31日 | | |

必要な福祉用具

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 | <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊防止用品 | 主治医より意見聴取した居宅サービス計画を添付される場合は、主治医に事後報告の必要性の有無をご確認ください。 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 | <input type="checkbox"/> 移動用リフト (つり上げ式) | |
| <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 | <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 | |

| | | | | |
|---------------------------------|--------------|---|---------------|--|
| 医 師 か ら の 所 見 | 確認日 | 令和2年 1月 20日 | 主治医への確認通知書の提示 | <input checked="" type="checkbox"/> 必要 ・ <input type="checkbox"/> 不要 |
| | 医療機関名 | 〇〇病院 | 主治医氏名 | 〇〇 〇〇 |
| | 利用者の状態像の確認方法 | <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input checked="" type="checkbox"/> 主治医より意見聴取 | | |
| | 原因となる疾病名 | パーキンソン病 | | |

利用者の状態像 (別表2参照)

| |
|---|
| <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、頻繁に利用者告示第31号のイ(別表1)に該当する者 |
| <input type="checkbox"/> ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第31号のイ(別表1)に該当するに至ることが確実に見込まれる者 |
| <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な判断から利用者等告示第31号のイ(別表1)に該当すると判断できる者 |

| | |
|---|-------------|
| サービス担当者会議実施日 | 令和2年 1月 24日 |
| (理由・状況等) パーキンソン病で、内服加療中であるが、急激な症状の軽快・増悪が1日の中でも頻繁に起こり、自らの起き上がりが困難な状態が日に数回みられる。 | |

| | | | | |
|-------------|-----------|--------------------|-------|-------------------|
| 提 出 者 | 計画作成者 | 〇〇〇事業所 | | |
| | 事業所名及び連絡先 | TEL : 0952-〇〇-〇〇〇〇 | | |
| | 担当者氏名 | 〇〇 〇〇 | 事業所番号 | 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 |

| | |
|---|-----|
| 上記の理由書について、次のとおり確認しましたので通知します。 令和 年 月 日 佐賀中部広域連合長 | 受付印 |
| <input type="checkbox"/> 給付対象 貸与期間 : 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | |
| <input type="checkbox"/> 給付対象外 | |

※貸与期間の更新、貸与品目・介護度・担当の介護支援事業所に変更がある場合は再提出ください。

別表 1

| 対象外種目 | 厚生労働大臣が定める者イ | 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 (1) 日常的に歩行が困難な者 | 基本調査 1-7【歩行】「3. できない」 |
| | (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 | — |
| 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 (1) 日常的に起き上がりが困難な者 | 基本調査 1-4【起き上がり】「3. できない」 |
| | (2) 日常的に寝返りが困難な者 | 基本調査 1-3【寝返り】「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】「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 | 基本調査 3-1【意志の伝達】 「2. とどき伝達できる」・「3. ほとんど伝達できない」・ 「4. できない」のいずれか 又は ・基本調査 3-2【毎日の日課を理解】・3-3【生年月日をいう】・3-4【短期記憶】・3-5【自分の名前をいう】・3-6【今の季節を理解】・3-7【場所の理解】 のいずれか「2. できない」 又は ・基本調査 3-8【徘徊】・3-9【外出して戻れない】・4-1【被害的】・4-2【作話】・4-3【感情が不安定】・4-4【昼夜逆転】・4-5【同じ話をする】・4-6【大声を出す】・4-7【介護に抵抗】・4-8【落ち着きなし】・4-9【一人で出たがる】・4-10【収集癖】・4-11【物や衣類を壊す】・4-12【ひどい物忘れ】・4-13【独り言・独り笑い】・4-14【自分勝手に行動する】・4-15【話がまとまらない】 のいずれか「2. とどきある」もしくは「3. ある」 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。 |
| | (2) 移動において全介助を必要としない者 | 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 (1) 日常的に立ち上がりが困難な者 | 基本調査 1-8「3. できない」 |
| | (2) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 | 基本調査 2-1「3. 一部介助」又は「4. 全介助」 |
| | (3) 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 (1) 排便が全介助を必要とする者 | 基本調査 2-6「4. 全介助」 |
| | (2) 移乗が全介助を必要とする者 | 基本調査 2-1「4. 全介助」 |

別表 2

| | |
|-----|---|
| i | 疾病その他の原因により、状態が <u>変動しやすく</u> 、日によって又は時間帯によって、頻繁に利用者告示第 3 1 号のイ（別表 1）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 など |
| ii | 疾病その他の原因により、状態が <u>急速に悪化し</u> 、短期間のうちに利用者等告示第 3 1 号のイ（別表 1）に該当する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 など |
| iii | 疾病その他の原因により、 <u>身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等</u> 医学的な判断から利用者等告示第 3 1 号のイ（別表 1）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 など |