

軽度者に対する福祉用具貸与に関する宇部市ガイドライン

～ 目 次 ～

| | | | |
|-----|---|---|----|
| 1 | 福祉用具の利用が想定される軽度者の状態像とその判定方法について | … | 1 |
| 2 | 基本調査の結果で判断する方法について | … | 2 |
| 3 | ケアマネジメントで判断する方法について | … | 3 |
| 3-1 | 概要 | … | 3 |
| 3-2 | 車いすに係る「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」について（宇部市ガイドライン） | … | 4 |
| 3-3 | 移動用リフト(つり具の部分を除く。)に係る「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」について（宇部市ガイドライン） | … | 6 |
| 4 | 「一定の条件」に照らし「手続き」を経て「例外的に」判断する方法について | … | 7 |
| 4-1 | 国の定める一定の条件及び手続きについて | … | 7 |
| 4-2 | 福祉用具が必要となるおもな事例内容 | … | 7 |
| 4-3 | 手続きについて | … | 8 |
| ○ | 福祉用具貸与(車いす)に係るチェックシート | … | 9 |
| ○ | 福祉用具貸与(移動用リフト)に係るチェックシート | … | 10 |
| ○ | 軽度者に対する福祉用具貸与のための事前申請書 | … | 11 |
| ○ | 第4表 サービス担当者会議の要点<<記入例>> | … | 12 |

軽度者に対する福祉用具貸与に関する宇部市ガイドライン

要支援1・2及び要介護1の者(以下「軽度者」という。ただし、自動排泄処理装置については、要介護2及び要介護3の者を含む)は、その状態像から利用が想定されにくい介護予防福祉用具貸与費及び福祉用具貸与費(以下「福祉用具貸与」という。)に係る福祉用具の種目について、原則として保険給付を算定できない。

ただし、軽度者であっても、身体の状態に照らし福祉用具を必要とする状態に該当すれば、福祉用具貸与費の算定が可能である。

その判断について、このガイドラインを基に取り扱うこととする。

1 福祉用具の利用が想定される軽度者の状態像とその判定方法について

軽度者については、その状態像から利用が想定されにくい福祉用具の種目について、原則として保険給付を算定できない。

ただし、下記の状態像に該当する者については、その状態像に応じて福祉用具貸与費の算定が可能である。

算定のための条件は、各種目ごとに客観的に定められている。

各種目ごとの福祉用具を必要とする状態とその判定方法について

【表1】

| 種 目 | 国が定める福祉用具を必要とする状態 第23号告示第52号 第19号のイ | 判定方法 | |
|--|--|-----------|-------------------------------|
| | | 原則 | 例外 |
| (1)車いす 及び 車いす付属品 | 次のいずれかに該当する者 | | 「一定の条件」 及び 「手続き」 で判断 |
| | (一) 日常的に <u>歩行</u> が困難な者 | 基本調査結果で判断 | |
| (二) 日常生活範囲における <u>移動の支援</u> が特に必要と認められる者 | ケアマネジメントで判断 | | |
| (2)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 <u>起き上がり</u> が困難な者 | 基本調査結果で判断 | |
| (二) 日常的に <u>寝返り</u> が困難な者 | 基本調査結果で判断 | | |
| (3)床ずれ防止用具 及び体位変換器 | 日常的に <u>寝返り</u> が困難な者 | 基本調査結果で判断 | |
| (4)認知症老人徘徊 感知機器 | 次のいずれにも該当する者 | | |
| | (一) <u>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</u> | 基本調査結果で判断 | |
| (二) <u>移動において全介助を必要としない者</u> | 基本調査結果で判断 | | |
| (5)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 <u>立ち上がり</u> が困難な者 | 基本調査結果で判断 | |
| | (二) <u>移乗が一部介助又は全介助を必要とする者</u> | 基本調査結果で判断 | |
| (三) 生活環境において <u>段差の解消が必要と認められる者</u> | ケアマネジメントで判断 | | |
| (6)自動排泄処理 装置 | 次のいずれにも該当する者 | | |
| | (一) <u>排便が全介助を必要とする者</u> | 基本調査結果で判断 | |
| (二) <u>移乗が全介助を必要とする者</u> | 基本調査結果で判断 | | |

以下、各判定方法のガイドラインを示す。

2 基本調査の結果で判断する方法について

「要介護認定等基準時間の推計の方法」別表第1の調査票のうち、基本調査の直近の結果を用いて判断する。

各種目ごとの国が定める者に該当する基本調査の結果について

【表2】

| 種目 | 国が定める福祉用具を必要とする状態 | 直近の認定基本調査の結果 |
|------------------------|-------------------------------------|--|
| (1) 車いす及び車いす付属品 | (一) 日常的に歩行が困難な者 | 基本調査第1群(身体機能・起居動作)－7(歩行) →「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 | — (該当する基本調査結果なし) |
| (2) 特殊寝台及び特殊寝台付属品 | (一) 日常的に起き上がりが困難な者 | 基本調査第1群(同上)－4(起き上がり) →「3. できない」 |
| | (二) 日常的に寝返りが困難な者 | 基本調査第1群(同上)－3(寝返り) →「3. できない」 |
| (3) 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 | 基本調査第1群(同上)－3(寝返り) →「3. できない」 |
| (4) 認知症老人徘徊感知機器 | (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 | 基本調査第3群(認知機能)－1(意思の伝達) →「1. できる」以外 または、基本調査第3群(同上) －2(毎日の日課を理解) －3(生年月日や年齢を言う) －4(短期記憶) －5(自分の名前を言う) －6(今の季節を理解する) －7(場所の理解) →いずれかが「2. できない」 または基本調査第3群(同上) －8(徘徊) －9(外出すると戻れない) →いずれかが「1. ない」以外 または、基本調査第4群(精神・行動障害) 1. (被害的) 2. (作話) 3. (感情が不安定) 4. (昼夜逆転) 5. (同じ話をする) 6. (大声をだす) 7. (介護に抵抗) 8. (落ち着きなし) 9. (一人で出たがる) 10. (収集癖) 11. (物や衣類を壊す) 12. (ひどい物忘れ) 13. (独り言・独り笑い) 14. (自分勝手に行動する) 15. (話がまとまらない) →いずれかが「1. ない」以外 |
| | (二) 移動において全介助を必要としない者 | 基本調査第2群(生活機能)－2(移動) →「4. 全介助」以外 |
| (5) 移動用リフト(つり具の部分を除く。) | (一) 日常的に立ち上がりが困難な者 | 基本調査第1群(身体機能・起居動作)－8(立ち上がり) →「3. できない」 |
| | (二) 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 | 基本調査第2群(生活機能)－1(移乗) →「3. 一部介助」「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 | — (該当する基本調査結果なし) |
| (6) 自動排泄処理装置 | (一) 排便が全介助を必要とする者 | 基本調査第2群(同上)－6(排便) →「4. 全介助」 |
| | (二) 移乗が全介助を必要とする者 | 基本調査第2群(同上)－1(移乗) →「4. 全介助」 |

注 なお、確認に用いた文書等については、サービス記録と合わせて保存しなければならない。

3 ケアマネジメントで判断する方法について

3-1 概要 (老企第36号 第2の9(2)・老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号別紙1第2の11)

○ 対象種目と、福祉用具を必要とする状態

| 種 目 | 国が定める福祉用具を必要とする状態 |
|------------------------|--------------------------------|
| (1) 車いす 及び 車いす付属品 | (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 |
| (5) 移動用リフト(つり具の部分を除く。) | (三)生活環境において段差の解消が必要と認められる者 |

○ 手続き

- ・ 主治の医師から得た情報

および

福祉用具専門相談員のほか、軽度者の状態像について適切な助言が可能な者が参加するサービス担当者会議等

⇒

適切なケアマネジメントにより指定居宅介護(介護予防)支援事業者が判断

- ・ この判断の見直しについては、必要に応じて随時行う
(サービス計画に記載された必要な理由を見直す頻度)

以下それぞれの種目について、適切なケアマネジメントのための宇部市としてのガイドラインを示す。
なおこのガイドラインは、サービス提供にあたり、状況把握を確実にし管理の際の一助となるために作成したものであり、ガイドラインから外れるものを一律に不適とすることをあらかじめ定めるものではない。

3-2 車いすに係る「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」
 について (宇部市ガイドライン) <<別紙1参照>>

(1) 安全な利用を図るための認定調査票のチェックを行う (※電動車いすのみ)

電動車いすの貸与にあたり、直近の認定調査票・基本調査にある以下の項目について、利用者が安全に電動車いすを使用できる身体状況であるか否かを確認する。

① 認定調査票・基本調査のチェック項目

- | | |
|---|--|
| a | 第1群(身体機能・起居動作)－1 2 (視力) |
| b | 第1群(同上)－1 3 (聴力) |
| c | 第3群(認知機能) ー 1 (意思の伝達)・2 (毎日の日課を理解) 3 (生年月日や年齢を言う)・4 (短期記憶) 5 (自分の名前を言う)・6 (今の季節を理解する) 7 (場所の理解)・8 (徘徊)・9 (外出すると戻れない) |
| d | 第4群(精神・行動障害) ー 1 (被害的)・2 (作話)・3 (感情が不安定) 4 (昼夜逆転)・5 (同じ話をする)・6 (大声をだす) 7 (介護に抵抗する)・8 (落ち着きなし)・9 (一人で出たがる) 10 (収集癖)・11 (物や衣類を壊す)・12 (ひどい物忘れ) 13 (独り言・独り笑い)・14 (自分勝手に行動する) 15 (話がまとまらない) |
| e | (日常生活自立度)－認知症高齢者の日常生活自立度 |

別紙(9ページ)の
 チェックシートにある
 すべての項目に該当す
 る

該当要 →

(2) 「日常生活範囲における移動」の内容を把握する

- ① 目的
 ② 目的地 (主な行き先)

・ 訪問介護において日常生活上必要と認められる目的及び目的地 (主な行き先)

例) 日用品の買い物、通院、公的機関等への手続き等

福祉用具貸与が、人員、設備及び運営に関する基準において、介護給付の場合は「利用者の日常生活の便宜を図り、その機能訓練に資するとともに、利用者を介護する者の負担の軽減を図ること」、予防給付の場合は「利用者の生活機能の維持又は改善を図ること」を目的としていることを踏まえ、個々の趣味・嗜好の便宜を図るものではなく、原則として訪問介護において保険給付の対象となる目的及び目的地 (主な行き先) を該当要件として取り扱うこと。
 また、常時居宅内で車いすを使用する場合においても目的等に含めるものとする。

③ 居宅からの距離

・ 車いすを使用する場合の目的地までの片道距離

利用者の状態像、居宅から目的地までの地形、交通機関の状況等の周辺環境を総合的に勘案して、車いすを移動手段とせざるを得ない場合、その移動距離を把握する。

④ 頻度

・ 概ね週2回以上(ただし、複数の目的地を合わせた回数で差し支えないものとする。)

「日常」とは、ほぼ毎日と想定されるが、軽度者に同様の頻度を求めることは困難である。しかし、極端に少ない頻度では日常として考えにくいことから、日常生活を維持するうえでの日用品の買い物、通院等の回数を考慮して、概ね週2回以上の外出であること。

(3) 利用者の「居宅周辺の地理」を把握する

居宅から目的地までの地形や公共交通機関の状況等を把握しておく。特に電動車いすの場合、事故発生のある危険箇所は念入りに確認しておく。

例) ・バス停まで500m以上離れている。

(4) 利用者の「身体状況」を把握する

現在の疾病のみならず、既往歴、障害の状況なども把握しておく。

例) ・片麻痺であるが、片手での操作は可能。
・夜間になると視力が落ちるが、昼間は普通に見える。

(5) 主治医から得た情報を把握する

主治医意見書の記載内容(特に「1. 傷病に関する意見」、「3. 心身の状態に関する意見」のうち、(1)日常生活の自立度等について・(5)身体の状態、「4. 生活機能とサービスに関する意見」のうち、(1)移動・(6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項及び「5. 特記すべき事項」との整合を図りながら、現時点における利用者の状態像(機能改善の可能性、行ってはいけない動作の有無等)を総合的に把握すること。

得られた情報(訪問や電話による聞き取り可)は記録しておくこと。

(6) サービス担当者会議で検討する

上記(1)から(5)で得られた情報をもとに、サービス担当者会議等を通じて、様々な観点から客観的に利用者の状態像を把握し、車いすを必要とする状況か否かを検討する。

検討結果について、助言内容等できるだけ詳細に記録しておく(結果のみの記載とならない)こと。

①本人・家族の意向

利用者又は利用者の家族の考え、要望(状態を改善しようとする意思等)を把握する。

②福祉用具専門相談員の見解

利用者の心身の状況や環境などを踏まえて、適切な福祉用具の選定と必要に応じて専門的知識にもとづく助言を求める。

例) ・利用者の心身の状況からその福祉用具の操作は可能か
・環境にその福祉用具は最も適しているか

③その他助言者の見解

利用者に関わる訪問ヘルパーや作業療法士・理学療法士等のある程度専門的な助言を行うことができるもの(一般的に家族・親族・民生委員等は含まれない)からの助言を求める。適切な助言者が存在しないなど助言者の参加がどうしても見込めない場合はその理由を記載する。

④介護支援専門員等の見解

要介護1ならば担当介護支援専門員、要支援1・2ならば各地域包括支援センターの担当職員又は業務委託を受けている指定居宅介護事業所の担当介護支援専門員の客観的な見解を示す。

(7) 車いす貸与の必要性の適否について

・上記(6)のサービス担当者会議にて必要性が認められる場合→車いすの貸与を保険給付の対象として認める。

貸与の必要の理由については、必要に応じて随時見直すこととされている。

・車いすの貸与が保険給付の対象として認められない場合→他の手法による支援、インフォーマルサービスの確保等について、指導・助言を行うよう努めること。

・また、今回把握した利用者の状態像と、直近の認定調査票及び主治医意見書の間で、顕著な差異があると認められる場合→要支援・要介護認定の区分変更申請について検討を行うこと。

3-3 移動用リフト(つり具の部分を除く。)に係る「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」について (宇部市ガイドライン) <<別紙2参照>>

(1) 段差解消が必要と考える箇所の状況を把握する

利用者が居宅で生活を送るうえで、移動用リフトの支援がなければ生活が困難となっている箇所の状況を客観的に把握する。必要に応じて、当該箇所に係る見取り図及び写真を撮っておくこと。

(2) 移動用リフトの具体的な利用方法を把握する。

上記(1)で示した箇所の段差を解消するために移動用リフトをどのように利用するのかを具体的に把握する。

(3) 主治医から得た情報を把握する

主治医意見書の記載内容(特に「1. 傷病に関する意見」、「3. 心身の状態に関する意見」のうち、(1)日常生活の自立度等について・(5)身体の状態、「4. 生活機能とサービスに関する意見」のうち、(1)移動・(6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項及び「5. 特記すべき事項」との整合を図りながら、現時点における利用者の状態像(機能改善の可能性、行ってはいけない動作の有無等)を総合的に把握すること。

得られた情報(訪問や電話による聞き取り可)は記録しておくこと。

(4) サービス担当者会議で検討する

上記(1)から(3)で得られた情報をもとに、サービス担当者会議等を通じて、様々な観点から客観的に利用者の状態像を把握し、移動用リフトを必要とする状況か否かを検討する。

検討結果について、助言内容等含めてできるだけ詳細に記録しておく(結果のみの記載とならない)こと。

①本人・家族の意向

利用者又は利用者の家族の考え、要望(状態を改善しようとする意思等)を把握する。

②福祉用具専門相談員の見解

利用者の心身の状況や環境などを踏まえて、適切な福祉用具の選定と必要に応じて専門的知識にもとづく助言を求める。

例) ・利用者の心身の状況からその福祉用具の操作は可能か
・環境にその福祉用具は最も適しているか

③その他助言者の見解

利用者に関わる訪問ヘルパーや作業療法士・理学療法士等のある程度専門的な助言を行うことができるもの(一般的に家族・親族・民生委員等は含まれない)からの助言を求める。適切な助言者が存在しないなど助言者の参加がどうしても見込めない場合はその理由を記載する。

④介護支援専門員等の見解

要介護1ならば担当介護支援専門員、要支援1・2ならば各地域包括支援センターの担当職員又は業務委託を受けている指定居宅介護事業所の担当介護支援専門員の客観的な見解を示す。

(5) 移動用リフトの必要性の適否について

・上記(4)のサービス担当者会議にて必要性が認められる場合→移動用リフトの貸与を保険給付の対象として認める。貸与の必要の理由については、必要に応じて随時見直すこととされている。

・移動用リフトの貸与が保険給付の対象として認められない場合→他の手法による支援、インフォーマル・サービスの確保等について、指導・助言を行うよう努めること。

・また、今回把握した利用者の状態像と、直近の認定調査票及び主治医意見書の間で、顕著な差異があると認められる場合→要支援・要介護認定の区分変更申請について検討を行うこと。

4 「一定の条件」に照らし「手続き」を経て「例外的に」判断する方法について

前述「2 認定調査結果で判断する」や「3 ケアマネジメントで判断する」にあてはまらない方であっても、「一定の条件」に照らし、「手続き」を経た結果、「例外的に」判断される場合がある。

4-1 国の定める一定の条件及び手続きについて

【表3】

| 一定の条件 | 手続き |
|--|---|
| <p>疾病その他の原因により、次のいずれかに該当するもの。</p> <p>I 日によって又は時間帯によって、頻繁に「福祉用具を必要とする状態」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 等)</p> <p>II 状態が急速に悪化し、短期間のうちに「福祉用具を必要とする状態」にな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 等)</p> <p>III 身体への重大な危険回避等の医学的判断から「福祉用具を必要とする状態」に該当する者 (例：ぜんそく発作時等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避 等)</p> | <p>一定の条件に照らし、福祉用具を必要とする状態であることが、</p> <p>①医師の医学的な所見に基づく判断 ②ケアマネジメントでの判断 ③市町村の確認</p> <p>のすべての手続きを経ていること</p> |

4-2 福祉用具が必要となるおもな事例内容

(平成19年3月14日地域包括支援センター・介護予防事業担当者会議資料より)
(なお、移動支援として車いすのみを必要とする場合は、ケアマネジメントで判断できる(4ページ))

【表4】

| 事例類型 | 必要となる福祉用具 | 事例内容(概要) |
|----------|-------------------------------------|---|
| I 状態の変化 | ・特殊寝台 等 ・床ずれ防止用具・体位変換器 ・移動リフト | パーキンソン病で、内服加療中に急激な症状・症候の軽快・増悪を起こす現象(ON・OFF現象)が頻繁におき、日によって、告示に定める福祉用具が必要な状態となる。 |
| | ・特殊寝台 等 ・床ずれ防止用具・体位変換器 ・移動リフト | 重度の関節リウマチで、関節のこわばりが朝方に強くなり、時間帯によって告示で定める福祉用具が必要な状態となる。 |
| II 急性増悪 | ・特殊寝台 等 ・床ずれ防止用具・体位変換器 ・移動リフト | 末期がんで、認定調査時は何とか自立していても、急激に状態が悪化し短期間で告示で定める福祉用具が必要な状態となる。 |
| III 医師禁忌 | ・特殊寝台 等 | 重度の喘息発作で、特殊寝台の利用により、一定の角度に上体を起こすことで、呼吸不全の危険性を回避する必要がある。特殊寝台の必要性を医師からも指示されている。 |
| | ・特殊寝台 等 | 重度の心疾患で、特殊寝台の利用により、急激な動きをとらないようにし、心不全発作の危険性を回避する必要がある。特殊寝台の必要性を医師からも指示されている。 |
| | ・特殊寝台 等 | 重度の逆流性食道炎(嚥下障害)で、特殊寝台の利用により、一定の角度に上体を起こすことで誤嚥性肺炎の危険性を回避する必要がある。特殊寝台の必要性を医師からも指示されている。 |
| | ・床ずれ防止用具・体位変換器 | 脊髄損傷による下半身麻痺で、床ずれ発生リスクが高く、床ずれ防止用具の利用により、床ずれの危険性を回避する必要がある。床ずれ防止用具の必要性を医師からも指示されている。 |
| | ・移動リフト | 人工股関節の術後で、移動用リフトにより、立ち座りの際の脱臼の危険性を回避する必要がある。移動用リフトの必要性を医師からも指示されている。 |

4-3 手続きについて

以下、標準的な手続き方法を示す。

なお急性増悪期などで即決が求められる場合は、事前に相談や連絡を行い、迅速な対応を行うこと。

(1) 医師の医学的な所見を確認する

- 確認方法： 電話や訪問等による聴き取りで可
- 確認内容： 単に「〇〇が必要」だけでなく、疾病その他の原因及びそれに起因する状態像を具体的に確認する

(2) サービス担当者会議を開催する

上記(1)で得られた情報をもとに、サービス担当者会議等を通じて、様々な観点から客観的に利用者の状態像を把握し、移動用リフトを必要とする状況か否かを検討する。

検討結果について、助言内容等含めてできるだけ詳細に記録しておく(結果のみの記載とならない)こと。

《記入例(12ページ)参照》

①本人・家族の意向

利用者又は利用者の家族の考え、要望を把握する。

②福祉用具専門相談員の見解

利用者の心身の状況や環境などを踏まえて、適切な福祉用具の選定と必要に応じて専門的知識にもとづく助言を求める。

③その他助言者の見解

利用者が利用中の他のサービス提供者(訪問ヘルパーや作業療法士・理学療法士等)からの情報や関係者(民生委員等)からの助言があればそれを把握する。

④介護支援専門員等の見解

要介護1ならば担当介護支援専門員、要支援1・2ならば各地域包括支援センターの担当職員又は業務委託を受けている指定居宅介護事業所の担当介護支援専門員の客観的な見解を示す。

(3) 市へ事前申請書等を提出する

上記(2)のサービス担当者会議にて必要性が認められる場合は、確認のため市へ事前申請の書類を提出する。

- 提出書類：
 - ・「軽度者に対する福祉用具貸与のための事前申請書」【別紙3】
 - ・「居宅サービス計画書(第1・2表)」または「介護予防サービス・支援計画書」
 - ・「サービス担当者会議の記録(第4表等)」

注) 提出漏れ、記載漏れについては返戻となる場合もあるので、不明な点は事前に問い合わせること

(4) 市からの報告をうける

市は提出された書類等を確認し、適否について確認報告書を担当のケアマネ等に通知する。

(5) 福祉用具貸与の利用を開始する

ケアプランを確定させ(保険給付開始日等も含め)、利用者や福祉用具貸与事業所に交付したうえで、利用開始。

(6) 貸与の必要性について検討を行う

・貸与の必要の理由については、必要に応じて随時見直すこととされている。

・利用者の状態像等の変化により、種目変更あるいは種目の追加が必要であれば、再度事前確認の手続きを行う。

福祉用具貸与（車いす）に係るチェックシート

別紙1

令和 年 月 日

| | | | | | |
|--|---|--|--|-----------|-----|
| 被保険者番号 | | 被保険者名 | | | |
| 住 所 | (郵便番号 -) | 生年月日 | M・T・S | 年 | 月 日 |
| | | 性別 | 男・女 | 年齢 | |
| 要支援・要介護度 | <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 | | | | |
| 認定の有効期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | |
| 車いすの種類 | <input type="checkbox"/> 手動車いす <input type="checkbox"/> 電動車いす | | | | |
| 【認定調査基本調査】 1-7 歩行 <input type="checkbox"/> 1. つかまらないでできる <input type="checkbox"/> 2. 何かにつかまればできる | | | | | |
| (1) 安全な利用を図るためのチェック項目（該当箇所をチェック）（※手動車いすはチェック不要） | | | | | |
| 認定調査基本調査項目 | 1-12 視力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 1mで見える(指) | 3-8 徘徊 <input type="checkbox"/> ない | 4-8 落ち着きなし <input type="checkbox"/> ない | | |
| | 1-13 聴力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 普通の声が聞き取れる | 3-9 外出すると戻れない <input type="checkbox"/> ない | 4-9 一人で出たがる <input type="checkbox"/> ない | | |
| | 3-1 意思の伝達 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> ときどきできる | 4-1 被害的 <input type="checkbox"/> ない | 4-10 収集癖 <input type="checkbox"/> ない | | |
| | 3-2 毎日の日課を理解 <input type="checkbox"/> できる | 4-2 作話 <input type="checkbox"/> ない | 4-11 物や衣類を壊す <input type="checkbox"/> ない | | |
| | 3-3 生年月日や年齢を言う <input type="checkbox"/> できる | 4-3 感情が不安定 <input type="checkbox"/> ない | 4-12 ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> ない | | |
| | 3-4 短期記憶 <input type="checkbox"/> できる | 4-4 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> ない | 4-13 独り言・独り笑い <input type="checkbox"/> ない | | |
| | 3-5 自分の名前を言う <input type="checkbox"/> できる | 4-5 同じ話をする <input type="checkbox"/> ない | 4-14 自分勝手に行動する <input type="checkbox"/> ない | | |
| | 3-6 今の季節を理解する <input type="checkbox"/> できる | 4-6 大声をだす <input type="checkbox"/> ない | 4-15 話がまとまらない <input type="checkbox"/> ない | | |
| | 3-7 場所の理解 <input type="checkbox"/> できる | 4-7 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> ない | | | |
| | 7 認知症高齢者の日常生活自立度 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I | | | |
| (2) 「日常生活範囲における移動」の内容 | | | | | |
| | 目 的 | 目的地（主な行き先） | 居宅からの距離（片道） | 頻度（例：回/週） | |
| ① | | | | | |
| ② | | | | | |
| ③ | | | | | |
| (3) 居宅周辺の地理条件（居宅から目的地までの地形、交通機関の状況等の周辺環境など） | | | | | |
| | | | | | |
| (4) 身体状況(疾病その他の原因による身体の状態など) | | | | | |
| | | | | | |
| (5) 主治医から得た情報(機能改善の可能性、リハビリ等の必要性、禁忌事項など) | | | | | |
| 医療機関名 | | 情報の取得手段 | 電話 ・ 訪問 ・ その他（ 聞取者氏名（ | | |
| 主治医名 | | | | | |
| 情報取得日 | | | | | |
| 具体的に | | | | | |
| | | | | | |
| (6) サービス担当会議の状況 | | | | | |
| 会議開催日 | 令和 年 月 日 | | | | |
| ①本人・家族の意向 | 本人・家族名（ | | | | |
| ②福祉用具専門相談員の見解 | 福祉用具専門相談員名(事業所名含む)（ | | | | |
| ③助言者（ヘルパー・デイサービス・デイケア・民生委員など）の見解 | 助言者名(事業所名含む)（ | | | | |
| ④介護支援専門員の見解 | 介護支援専門員名(事業所名含む)（ | | | | |
| (7) 結論・今後の課題・次回開催時期・開催方針など（具体的内容を記入） | | | | | |
| | | | | | |

福祉用具貸与（移動用リフト）に係るチェックシート

別紙2

令和 年 月 日

| | | | | |
|---|---|-------------|--|---|
| 被保険者番号 | | 被保険者名 | | |
| 住 所 | (郵便番号 -) | 生年月日 | M・T・S | 年 月 日 |
| | | 性別 | 男・女 | 年齢 |
| 要支援・要介護度 | <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 | | | |
| 認定の有効期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | |
| 移動用リフトの種類 | <input type="checkbox"/> 床走行式 <input type="checkbox"/> 固定式 <input type="checkbox"/> 据置式 | 利用予定の品目名 | | |
| 1. 身体状況 | 認定調査基本調査 2-1 移乗 | | <input type="checkbox"/> 1. 介助されていない | <input type="checkbox"/> 2. 見守り等 |
| | 認定調査基本調査 1-8 立ち上がり | | <input type="checkbox"/> 1. つかまらないでできる | <input type="checkbox"/> 2. 何かにつかまればできる |
| (1) 段差解消が必要と考える箇所の状況 | | | | |
| | | | | |
| (2) 移動用リフトの具体的な利用方法 | | | | |
| | | | | |
| (3) 主治医から得た情報(機能改善の可能性、リハビリ等の必要性、禁忌事項など) | | | | |
| 医療機関名 | | 情報の 取得手段 | 電話 ・ 訪問 ・ その他 (聞取者氏名 () | |
| 主治医名 | | | | |
| 情報取得日 | | | | |
| 具体的に | | | | |
| | | | | |
| (4) サービス担当会議の状況 | | | | |
| 会議開催日 | 令和 年 月 日 | | | |
| ①本人・家族の意向 | 本人・家族名 () | | | |
| ②福祉用具専門相談員の見解 | 福祉用具専門相談員名(事業所名含む) () | | | |
| ③助言者の見解 (ヘルパー・デイサービス・ デイケア・民生委員など) | 助言者名(事業所名含む) () | | | |
| ④介護支援専門員の見解 | 介護支援専門員名(事業所名含む) () | | | |
| (5) 結論・今後の課題・次回の開催時期・開催方針など(具体的内容を記入) | | | | |
| | | | | |

軽度者に対する福祉用具貸与のための事前申請書

申請日 令和 年 月 日

宇部市長 様

| | |
|------------------|---|
| 居宅介護(介護予防)支援事業所名 | |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 | |
| 計画作成担当者 | 印 |

指定(介護予防)福祉用具貸与を事前に申請します。

| | |
|----------|---|
| 被保険者番号 | |
| 被保険者氏名 | |
| 要介護度等(※) | <input type="checkbox"/> 要支援1 <input 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 |
| 認定有効期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |

※要介護2、要介護3については、自動排泄処理装置の場合のみ

軽度者の状態像の確認が必要な部分等

| 貸与品目 | 例外の給付の対象とすべき事案 |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 | <input 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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者 (例:パーキンソン病の内服加療中のON・OFF現象、重度の関節リウマチによるこわばり) |
| <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 | |
| <input type="checkbox"/> 体位変換器 | <input type="checkbox"/> II 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者 (例:がん末期の急激な状態悪化) |
| <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 | |
| <input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く) | <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告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者 (例:重度の喘息発作による呼吸不全、重度の心疾患による心不全発作、重度の嚥下障害による誤嚥性肺炎) |
| <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 | |
| <input type="checkbox"/> 提出書類 | <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書 |
| | <input type="checkbox"/> サービス担当者会議の記録 |

該当する部分の□にチェックをして市へ提出

