

# 軽度者に対する福祉用具貸与費の算定の可否の判断に係る調査書

多摩市 健康福祉部 介護保険課

提出日：令和 年 月 日

|     |          |        |
|-----|----------|--------|
| 記入者 | 事業所の名称   | 電話 ( ) |
|     | 介護支援専門員名 | 印      |

## 1. 基本事項

|      |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者 | 氏名             | 被保険者番号   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|      | 認定区分<br>(有効期間) | <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1   (種目※ <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3)<br>令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|        |  |
|--------|--|
| 福祉用具種目 | <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品【                      】   |
|        | <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具・体位変換器<br><input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器<br><input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具を除く) 【リフトの種類:                      】<br>※ <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 |
| 算定月    | 令和 年 月   |

|         |                              |  |
|---------|------------------------------|--|
| 利用者の状態像 | <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、頻繁に第94号告示第31号のイ(第88号において準用する第31号のイ)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)                          |
|         | <input type="checkbox"/> ii  | 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第94号告示第31号のイ(第88号において準用する第31号のイ)に該当す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)                                    |
|         | <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第94号告示第31号のイ(第88号において準用する第31号のイ)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) |

### ケアプラン点検項目

- 医師の意見(医学的な所見)に基づき判断され、サービス担当者会議等を経た適切なケアマネジメントの結果を踏まえているか。
- 居宅サービス計画1~4表(介護予防サービス・支援計画A~D、E表別紙)はそろっているか。各項目の記入漏れはないか。
- 4表(E表別紙)には、医師名・医師の所見・福祉用具専門相談員等の意見・利用者が当該福祉用具を必要な具体的な理由(状態像、当該福祉用具の活用内容、期待される効果等)が記載されているか。次回の開催時期等は具体的か。
- 当該福祉用具貸与に至った状態像の維持・改善の要素、利点に着目し、サービス(検討課題)に繋げているか。

### 介護保険課使用欄

|                              |    |    |    |      |           |          |
|------------------------------|----|----|----|------|-----------|----------|
| 保険者確認                        | 課長 | 係長 | 担当 | (供覧) | 基本調査票の確認  | 決定日      |
|                              |    |    |    |      | 有 ・ 無     | 令和 年 月 日 |
| 当該福祉用具について貸与を 承認 ・ 不承認 とします。 |    |    |    |      | 計画担当者への連絡 | 令和 年 月 日 |

|                |   |                                 |     |  |
|----------------|---|---------------------------------|-----|--|
|                | 医療機関名   |                                 | 医師名 |  |
|                | 情報収集日   | 令和 年 月 日                        |     |  |
|                | 情報収集方法  | 診療情報提供書, 主治医意見書, その他 ( )        |     |  |
|                | 意見(医学的所見)   | <input type="checkbox"/> 添付書類あり |     |  |
| 医師意見等          | .....   |                                 |     |  |
|                | .....   |                                 |     |  |
|                | .....   |                                 |     |  |
|                | .....   |                                 |     |  |
|                | .....   |                                 |     |  |
|                | .....   |                                 |     |  |
|                | .....   |                                 |     |  |
|                | .....   |                                 |     |  |
| 福祉用具貸与が特に必要な状況 | サービス担当者会議実施日：令和 年 月 日   |                                 |     |  |
|                | <input type="checkbox"/> 別紙 サービス担当者会議等の記録のとおり ※添付がない場合は、以下へ記入 |                                 |     |  |
|                | 作成年月日 令和 年 月 日  |                                 |     |  |
|                | 指定介護（予防）支援事業者名  |                                 |     |  |
|                | 担当者名 <span style="float: right;">⑩</span>                     |                                 |     |  |
| .....          |   |                                 |     |  |
| .....          |   |                                 |     |  |
| .....          |   |                                 |     |  |
| .....          |   |                                 |     |  |
| .....          |   |                                 |     |  |

※軽度者に関わる当該福祉用具が介護保険の給付対象となるためには、事前に保険者の確認が必要となります。

※この書類を2部作成し、1部は市介護保険課に提出し、1部は居宅（介護予防）サービス計画書と併せて保存してください。また、指定（介護予防）福祉用具貸与事業者より当該軽度者に係る情報について確認の依頼があったときには、利用者の同意を得て、この書類を交付することができます。