

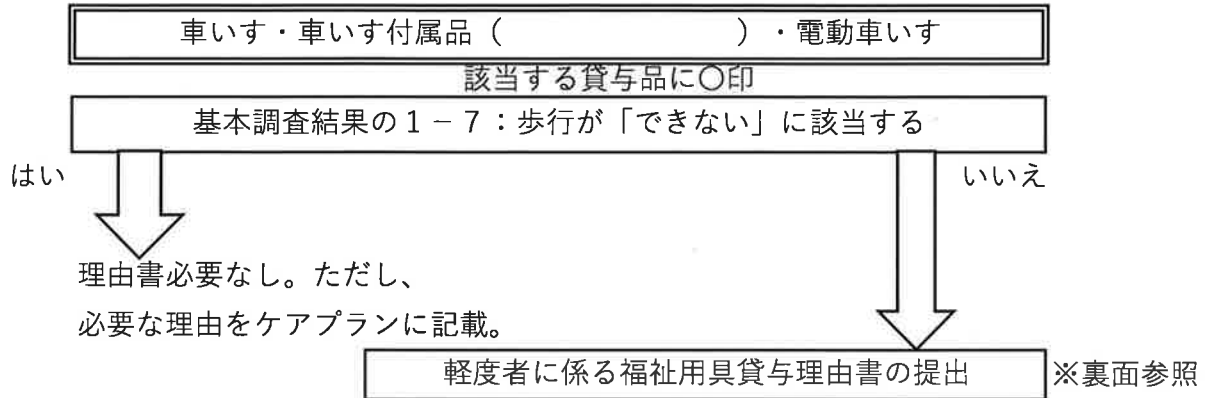
宇多津町長 殿

居宅介護支援事業所名

介護支援専門員氏名

連絡先

軽度者に係る指定(介護予防)福祉用具貸与理由書



このことについて必要と判断し貸与しましたので、下記のとおり報告します。

利用者氏名	生年月日	・	被保険者番号
住所			要介護度
認定の有効期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日	
貸与期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日	
移動の支障となる原因疾患等			
現在の歩行状況			
主治医から得た情報			
生活環境	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居家族はいるが、仕事等の為日中介護者がいない <input type="checkbox"/> 移動の手段がない <input type="checkbox"/> 付き添いがないと外出できない		
周辺環境	<input type="checkbox"/> 坂道、傾斜がきつい <input type="checkbox"/> 道路に凸凹が多く杖歩行が困難 <input type="checkbox"/> 交通環境が悪い <input type="checkbox"/> 移動手段の費用が高い		
車いす使用目的(頻度)	病院名/頻度	病院名/頻度	
	<input type="checkbox"/> 通院(/)(/)	<input type="checkbox"/> 通院(/)(/)	
	<input type="checkbox"/> 買い物(回/週)	<input type="checkbox"/> その他(/)	
ケアマネジャーが必要と判断した理由			

※ケアプラン・アセスメント・担当者会議の記録・福祉用具サービス計画を添付してください。

- 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『日常的に歩行が困難な者』『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』のいずれかに該当する者 (例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)
 - 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『日常的に歩行が困難な者』『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』のいずれか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)
 - iii) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性または症状の重篤化の回避等医学的判断から『日常的に歩行が困難な者』『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』のいずれか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)
- ⑨ 括弧内の状態は、あくまでも i)～iii)の状態の者に該当する可能性のあるものを例示したにすぎない。また、逆に括弧内の状態以外の者であっても、i)～iii)の状態であると判断される場合もありうる。
- ⑩ 上記に該当する場合であっても、認知症や身体状況により電動車いすを自分で操作できない場合や、道に迷う場合等は対象とならない。

現在の歩行状況

『歩行が不安定』『歩行に支障がある』等、あいまいな表現はしない。

どのように不安定なのか、支障があるのか具体的に記載する。

(例) 補助具〇〇を使用して、〇〇mは歩ける

「長距離は歩けない」ではなく、「〇〇m以上は歩けない」

「〇〇商店までは歩ける」等具体的に記載する。

主治医から得た情報

主治医意見書による確認のほか、医師の診断書又は担当ケアマネジャーが聴取した居宅サービス計画に記載する医師の所見により確認する方法でも差支えない。

主治医により治療上の理由等から貸与を勧められた場合であっても、上記状態像に該当しない場合は、貸与対象とならない。

ケアマネジャーが必要と判断した理由

貸与以外の選択肢についても検討し、貸与が必要な理由を記載する。

電動車いすの場合、外出時に日常的に使用し、電動車いすを使用しなければ日常生活を送ることが極めて困難となるような、やむを得ない場合に限る。(月1～2回等、少ない場合は含まない)

痛み、筋力低下、心肺機能等を含め、理由を記載する。

宇多津町長 殿

居宅介護支援事業所名

介護支援専門員氏名

連絡先

軽度者に係る指定(介護予防)福祉用具貸与理由書

特殊寝台・特殊寝台付属品 ()
床ずれ防止用具・体位変換器

該当する貸与品に○印

基本調査結果の1-3・4のいずれかが「できない」該当する
(床ずれ防止用具・体位変換器は1-3が「できない」に該当)

はい



理由書必要なし。ただし、
必要な理由をケアプランに記載。

いいえ



軽度者に係る福祉用具貸与理由書の提出 ※裏面参照

このことについて必要と判断し貸与しましたので、下記のとおり報告します。

利用者氏名	生年月日	.	.	被保険者番号
住所				要介護度
認定の有効期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日		
貸与期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日		
起居の支障となる原因 疾患等				
現在の起居動作状況 / 日内変動の有無				
主治医から得た情報 (裏面参照)				
ケアマネジャーが必要 と判断した理由				

※ケアプラン・アセスメント・担当者会議の記録・福祉用具サービス計画を添付してください。

- 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、特殊寝台の場合『日常的に起き上がりが困難な者』『日常的に寝返りが困難な者』のいずれか/床ずれ防止用具・体位変換器の場合『日常的に寝返りが困難な者』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)
- 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、特殊寝台の場合『日常的に起き上がりが困難な者』『日常的に寝返りが困難な者』のいずれか/床ずれ防止用具・体位変換器の場合『日常的に寝返りが困難な者』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)
- iii) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性または症状の重篤化の回避等医学的判断から、特殊寝台の場合『日常的に起き上がりが困難な者』『日常的に寝返りが困難な者』のいずれか/床ずれ防止用具・体位変換器の場合『日常的に寝返りが困難な者』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)
- ⑦ 括弧内の状態は、あくまでも i)～iii)の状態の者に該当する可能性のあるものを例示したにすぎない。また、逆に括弧内の状態以外の者であっても、i)～iii)の状態であると判断される場合もありうる。

主治医から得た情報

主治医意見書による確認のほか、医師の診断書又は担当ケアマネジャーが聴取した居宅サービス計画に記載する医師の所見により確認する方法でも差支えない。

主治医により治療上の理由等から貸与を勧められた場合であっても、上記状態像に該当しない場合は、貸与対象とならない。

ケアマネジャーが必要と判断した理由

『特殊寝台』とは『特殊な』ベッドのことであり、電動機能等(背上げ、足上げ、高さ調節)が必要かどうかで判断する。

(例:重度のぜんそく発作で、特殊寝台の利用により、一定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等)

☆ 付属品についても、1つ1つに必要な理由を記載する。

- ・ サイドレール:つかまらなると寝返りできない等。1本1本何のために必要かを検討する。

(不要なベッド柵を外していることがある)

- ・ 移乗介助バー:移乗時どのように使用するかを記載する。
- ・ オーバーテーブル:ベッドから離れて食事ができない理由を記載する。
- ・ 床ずれ防止用具:栄養状態、体格等も含め床ずれ発生リスク・必要性を記載する。

(例:脊髄損傷による下半身麻痺で、床ずれ発生リスクが高く、床ずれ防止用具利用により床ずれの危険性を回避する必要がある等)

宇多津町長 殿

居宅介護支援事業所名

介護支援専門員氏名

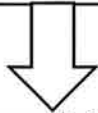
連絡先

軽度者に係る指定(介護予防)福祉用具貸与理由書

移動用リフト (つり具の部分を除く)

次のいずれかに該当。基本調査結果の1-8が「できない」、
2-1が「一部介助」または「全介助」

はい



理由書必要なし。ただし、
必要な理由をケアプランに記載。

いいえ



軽度者に係る福祉用具貸与理由書の提出

※裏面参照

このことについて必要と判断し貸与しましたので、下記のとおり報告します。

利用者氏名	生年月日	.	.	被保険者番号	
住所				要介護度	
認定の有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日				
貸与期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日				
支障となる原因疾患等					
主治医から得た情報					
現在の身体状況					
移動用リフトを使用する場面・頻度					
ケアマネジャーが必要と判断した理由					

※ケアプラン・アセスメント・担当者会議の記録・福祉用具サービス計画を添付してください。

移動用リフト貸与、裏面

介護報酬の解釈(青本、令和元年10月版) P461

- 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『日常的に立ち上がりが困難な者』『移乗が一部介助又は全介助を必要とする者』『生活環境における段差の解消が必要と認められる者』のいずれかに該当する者
(例:パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)
- 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『日常的に立ち上がりが困難な者』『移乗が一部介助又は全介助を必要とする者』『生活環境において段差の解消が必要と認められる者』のいずれか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)
- iii) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性または症状の重篤化の回避等医学的判断から『日常的に立ち上がりが困難な者』『移乗が一部介助又は全介助を必要とする者』『生活環境において段差の解消が必要と認められる者』のいずれか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の回避、人工関節の手術後で、移動用リフト貸与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等)

- ㊦ 括弧内の状態は、あくまでも i)～iii)の状態の者に該当する可能性のあるものを例示したにすぎない。また、逆に括弧内の状態以外の者であっても、i)～iii)の状態であると判断される場合もありうる。
- ㊧ 利用者の日常生活において、移動用リフトがないと利用者の移動・移乗動作にどうしても支障が生じる場合であり、住宅改修における段差解消工事や手すり取り付け工事等の他の支援方法では解決できない場合を指す。
ただし、自立支援の観点から、移動用リフトを利用することでかえって自立阻害につながるような状態象の方は除く。

主治医から得た情報

主治医意見書による確認のほか、医師の診断書又は担当ケアマネジャーが聴取した居宅サービス計画に記載する医師の所見により確認する方法でも差支えない。

主治医により治療上の理由等から貸与を勧められた場合であっても、上記状態像に該当しない場合は、貸与対象とならない。

宇多津町長 殿

居宅介護支援事業所名

介護支援専門員氏名

連絡先

軽度者に係る指定（介護予防）福祉用具貸与理由書

自動排泄処理装置
(尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く)

次のいずれにも該当。要介護4・5、
基本調査結果の2-6が「全介助」及び、2-1が「全介助」。

はい

いいえ

理由書必要なし。ただし、
必要な理由をケアプランに記載。

軽度者に係る福祉用具貸与理由書の提出

※裏面参照

このことについて必要と判断し貸与しましたので、下記のとおり報告します。

利用者 氏名	生年月日	被保険者 番号
住所	要介護度	
認定の有効期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日
貸与期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日
支障となる原因 疾患等		
主治医から得た情 報		
現在の身体・ 排泄状況		
ケアマネジャーが 必要と判断した理 由		

※ケアプラン・アセスメント・担当者会議の記録・福祉用具サービス計画を添付してください。

- 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『排便が全介助を必要とする者』『移乗が全介助を必要とする者』のいずれにも該当する者
(例:パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象)
 - 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『排便が全介助を必要とする者』『移乗が全介助を必要とする者』のいずれにも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)
 - iii) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性または症状の重篤化の回避等医学的判断から『排便が全介助を必要とする者』『移乗が全介助を必要とする者』のいずれにも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)
- ⑧ 括弧内の状態は、あくまでも i)～iii) の状態の者に該当する可能性のあるものを例示したにすぎない。また、逆に括弧内の状態以外の者であっても、i)～iii) の状態であると判断される場合もある。

主治医から得た情報

主治医意見書による確認のほか、医師の診断書又は担当ケアマネジャーが聴取した居宅サービス計画に記載する医師の所見により確認する方法でも差支えない。

主治医により治療上の理由等から貸与を勧められた場合であっても、上記状態像に該当しない場合は、貸与対象とならない。

宇多津町長 殿

居宅介護支援事業所名

介護支援専門員氏名

連絡先

軽度者に係る指定（介護予防）福祉用具貸与理由書

認知症老人徘徊感知機器

次のいずれにも該当。

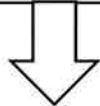
- ・基本調査3-1が「調査対象者が意見を他社に伝達できる」以外
- または、3-2～7のいずれかが「できない」

- または、3-8～4-15のいずれかが「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が「全介助」以外

はい



理由書必要なし。ただし、
必要な理由をケアプランに記載。

いいえ



軽度者に係る福祉用具貸与理由書の提出

※裏面参照

このことについて必要と判断し貸与しましたので、下記のとおり報告します。

利用者 氏名		生年月日	・	・	被保険者 番号	
住所					要介護度	
認定の有効期間	令和	年	月	日	から	令和 年 月 日
貸与期間	令和	年	月	日	から	令和 年 月 日
主治医から得た 情報						
ケアマネジャーが 必要と判断した理 由（過去の徘徊歴 も含めて記載）						

※ケアプラン・アセスメント・担当者会議の記録・福祉用具サービス計画を添付してください。

- 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『意見の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者』『移動において全介助を必要としない者』のいずれにも該当する者
 - 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『意見の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者』『移動において全介助を必要としない者』のいずれにも該当することが確実に見込まれる者
 - iii) iii) 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性または症状の重篤化の回避等医学的判断から『意見の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者』『移動において全介助を必要としない者』のいずれにも該当すると判断できる者
- ④ 括弧内の状態は、あくまでも i)～iii) の状態の者に該当する可能性のあるものを例示したにすぎない。また、逆に括弧内の状態以外の者であっても、i)～iii) の状態であると判断される場合もありうる。

主治医から得た情報

主治医意見書による確認のほか、医師の診断書又は担当ケアマネジャーが聴取した居宅サービス計画に記載する医師の所見により確認する方法でも差支えない。

主治医により治療上の理由等から貸与を勧められた場合であっても、上記状態像に該当しない場合は、貸与対象とならない。