

軽度者に対する福祉用具貸与を必要とする理由書

東京都北区介護保険課

※ この理由書は必ず居宅介護支援事業所の担当ケアマネジャーが記入してください。

※ 該当箇所に記入又は○をしてください。

記入日： 年 月 日

居宅介護支援事業者	事業所名												
	事業所番号						連絡先						
	担当者氏名						介護支援専門員番号						
被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0								状態区分	要支援 1・要支援 2・要介護1 要介護2・要介護3
	被保険者氏名											疾病名	
	住 所												
	認定有効期間	年 月 日 ~					年 月 日						
利用(予定)福祉用具貸与サービス事業者	事業所名						事業所番号						
	所在地												
	専門相談員名						連絡先						
主 治 医	医師氏名						医療機関名						
	医療機関所在地												
福祉用具貸与品目	1特殊寝台 2特殊寝台付属品 3床ずれ防止用具 4体位変換器 5認知症老人徘徊感知機器 6移動用リフト 7自動排泄処理装置												
福祉用具貸与が必要な理由	1 疾病その他の原因により、状態が変化しやすく、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 パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象）												
	2 疾病その他の原因により状態が急速に悪化し、短期間の内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 がん末期の急速な状態悪化）												
	3 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は病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 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）												
主治医の意見の確認方法	1 主治医意見書						確 認 日	年 月 日					
	2 診断書												
	3 主治医意見聴取												
担当者(ケアマネジャー等)意見等													
その他添付書類等	① 居宅サービス計画書 第1表～第7表 ② その他証明書類等(主治医意見書・診断書等)												
備 考						受 付	入 力						
						年 月 日	年 月 日						

福祉用具が必要となる主な事例内容

事例類型	必要となる福祉用具	主な事例内容
I 状態の変化 疾病その他の原因により、状態が変化しやすく、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	① 特殊寝台 ② 床ずれ防止用具 ③ 体位変換器 ④ 移動用リフト	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)が頻繁に起き、日によって、告示で定める福祉用具が必要な状態となる。
	① 特殊寝台 ② 床ずれ防止用具 ③ 体位変換器 ④ 移動用リフト	重度の関節リュウマチで、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 疾病その他の原因により状態が急速に悪化し、短期間の内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	① 特殊寝台 ② 床ずれ防止用具 ③ 体位変換器 ④ 移動用リフト	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 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は病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	① 特殊寝台	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。
	① 特殊寝台	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。
	① 特殊寝台	重度の逆流性食道(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回避する必要がある。特殊寝台の必要性を医師から指示されている。
	① 特殊寝台 ② 床ずれ防止用具	脊髄損傷による下半身麻痺で、床ずれ発生リスクが高く、床ずれ防止道具の利用により、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指示されている。
	④ 移動用リフト	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。

該当者氏名

被保険者番号

年 月 日

上記、事例項目○印欄に該当する

主治医氏名