

福祉用具貸与が必要となる理由書

台東区長 殿

福祉用具貸与を行なう理由について、下記のとおり報告します。

被保険者番号		フリガナ	
		被保険者名	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	要介護度	要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 申請中
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

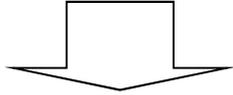
作成日	年 月 日
居宅介護(介護予防) 支援事業者名	
担当者名	
連絡先	()
委託先の事業者名	
担当者名	
連絡先	()

被保険者の状態像 (印で囲ってください)	<ul style="list-style-type: none"> 状態の変化 急性増悪 医師禁忌 	被保険者の疾病名 及び心身の状態		
サービス担当者会議において 被保険者が福祉用具を必要と する状態であると認めた理由			貸与品目 特殊寝台・特殊寝台付属品 床ずれ防止用具・体位変換器 認知症老人徘徊感知機器 移動用リフト 自動排泄処理装置	
医師の医学的な所見を示す資料		サービス担当者会議等 の計画に関する資料	居宅サービス計画書(第1表～第5表)	
主治医意見書	診断書		医師に聴取した所見の記録	介護予防支援に係る関連様式(A表～F表)
医療機関名			医師名	

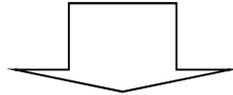
手続き方法

医学的な所見の収集

- ・ 主治医意見書
- ・ 診断書
- ・ 医師に聴取した所見の記録



サービス担当者会議等の開催



区による確認

以下の書類を介護保険課給付担当に提出します。

- ・ 福祉用具貸与が必要な理由書
- ・ 要介護者: 居宅サービス計画書(第1表～第5表)
- ・ 要支援者: 介護予防支援に係る関連様式(A表～F表)
- ・ で収集した医学的な所見の資料

区による確認後、理由書に確認印を押して事業所にお渡ししますので、ケアプラン等と一体的に保管してください。

確認後も必要に応じてサービス担当者会議等を開催し、継続して福祉用具貸与の必要性を検証してください。

貸与については確認印の日から算定可能となりますので、介護認定申請中などのため要介護2以上(自動排泄処理装置の場合は要介護4以上)になるかどうか不明な場合は、貸与開始前に理由書を提出してください。

福祉用具が必要となる主な事例内容

事例類型	主な事例内容
状態の変化 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が必要な状態	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。
	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。
急性増悪 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用が必要な状態	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、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態となる。
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症状の重篤化の回避など、医学的判断から利用が必要な状態	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。
	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。
	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。
	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指示されている。
	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。

【提出・問い合わせ先】

台東区役所2階 番窓口
福祉部介護保険課給付担当
電話03(5246)1249