

福祉用具貸与例外規程確認シート(記載方法)

貸与用具	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 車椅子付属品	<input type="checkbox"/> 特殊寝台	特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> 床ずれ防用具
	<input type="checkbox"/> 体位変換器	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知器	<input type="checkbox"/> 移動用リフト	自動排泄処理装置	

車椅子(付属品)・移動用リフトについては、「主治の医師から得た情報及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である者が参加するサービス担当者会議等を通じたケアマネジメント」により、それぞれ下記の状態の者であると判断できる場合は確認申請は不要です。

【例外規程(ア)の対象 → 直近の認定調査票のチェック】

**車椅子・車椅子付属品**

(1-7) 歩行	できる	<input type="checkbox"/> つかまれば	
----------	-----	--------------------------------	--

軽度者貸与の確認が必要な福祉用具にチェックをつけてください

**特殊寝台・特殊寝台付属品**

(1-3) 寝返り	できる	<input type="checkbox"/> つかまれば可	<input type="checkbox"/> できない
(1-4) 起き上がり	できる	<input type="checkbox"/> つかまれば可	<input type="checkbox"/> できない

**床ずれ防止用具・体位変換器**

(1-3) 寝返り	できる	<input type="checkbox"/> つかまれば可	<input type="checkbox"/> できない
-----------	-----	---------------------------------	-------------------------------

**認知症老人徘徊感知器**

(2-2) 移動	自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
(3-1) 意志の伝達	できる	<input type="checkbox"/> とどきできる	<input type="checkbox"/> ほとんどできない	<input type="checkbox"/> できない

(3-2) 毎日の日課を理解			
(3-3) 生年月日をいう			
(3-4) 短期記憶			
(3-5) 自分の名前をいう			
(3-6) 今の季節を理解			
(3-7) 場所の理解			

直近の認定調査の結果をチェックしてください(必要な福祉用具に対応する箇所のみで可)ここでのチェックが別紙の第95号告示第25号に該当する内容であれば、確認申請は不要です

(3-8) 徘徊	ない	<input type="checkbox"/> とどきできる	<input type="checkbox"/> ある
(3-9) 外出して戻れない	ない	<input type="checkbox"/> とどきできる	<input type="checkbox"/> ある
(4-1) 被害的	ない	<input type="checkbox"/> とどきできる	<input type="checkbox"/> ある

『疾病・身体の状態』から使用が必要と主治医が判断した、福祉用具にチェックをつけてください

(4-2) 作話	ない	<input type="checkbox"/> とどきできる	
(4-3) 感情が不安定	ない	<input type="checkbox"/> とどきできる	
(4-4) 昼夜逆転	ない	<input type="checkbox"/> とどきできる	
(4-5) 同じ話をする	ない	<input type="checkbox"/> とどきできる	
(4-6) 大声を出す	ない	<input type="checkbox"/> とどきできる	
(4-7) 介護に抵抗	ない	<input type="checkbox"/> とどきできる	<input type="checkbox"/> ある
(4-8) 落ち着きなし	ない	<input type="checkbox"/> とどきできる	<input type="checkbox"/> ある
(4-9) 一人で出たがる	ない	<input type="checkbox"/> とどきできる	<input type="checkbox"/> ある

『疾病・身体の状態』から該当すると思われる状態にチェックをいれてください

(4-10) 収集癖	ない	<input type="checkbox"/> とどきできる	
(4-11) 物や衣類を壊す	ない	<input type="checkbox"/> とどきできる	
(4-12) ひどい物忘れ	ない	<input type="checkbox"/> とどきできる	
(4-13) 独り言・独り笑い	ない	<input type="checkbox"/> とどきできる	
(4-14) 自分勝手に行動する	ない	<input type="checkbox"/> とどきできる	
(4-15) 話がまとまらない	ない	<input type="checkbox"/> とどきできる	<input type="checkbox"/> ある
(意見書)認知症の症状がある旨の記載	ない	<input type="checkbox"/> ある	

**移動用リフト**

(1-8) 立ち上がり	できる	<input type="checkbox"/> つかまれば可	<input type="checkbox"/> できない	
(2-1) 移乗	自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助

**自動排泄処理装置**

(2-1) 移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
(2-6) 排便	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助

【例外規程(イ)の対象】

**車椅子・車椅子付属品**

「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」の検討  
※別紙、サービス担当者会議の記録(写)のとおり

**移動用リフト**

「生活環境において段差の解消が必要とみとめられる者」の検討  
※別紙、サービス担当者会議の記録(写)のとおり

【例外規程(ウ)の対象】

**医師の所見** (面談 平成 年 月 日)

疾病・身体の状態

主治医より確認した、病名・症状・身体の状態について詳細を記入してください

使用が必要とされる福祉用具の種類

<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 車椅子付属品	<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	<input type="checkbox"/> 体位変換器	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知器	<input type="checkbox"/> 移動用リフト
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置			

**医師の意見【医学的な所見】** ※該当する状態にチェックをして記載

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号のイに該当する者 (申請書3-i)

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号のイに該当することが確実に見込まれる者 (申請書3-ii)

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号のイに該当すると判断できる者 (申請書3-iii)

『疾病・身体の状態』から上記のチェックした状態に該当すると判断した身体の状態について詳細を記入してください

サービス担当者会議での意見と結論

※別紙、サービス担当者会議の記録(写)のとおり