

**(介護予防)福祉用具貸与費算定に係る報告書**

|                |     |     |               |  |  |  |  |  |  |      |                   |
|----------------|-----|-----|---------------|--|--|--|--|--|--|------|-------------------|
| 被保険者番号         |     |     |               |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | T・S 年 月 日<br>( 歳) |
| 氏 名            |     |     |               |  |  |  |  |  |  | 性 別  | 男 ・ 女             |
| 住 所            | 〒   |     |               |  |  |  |  |  |  |      |                   |
| 要介護度<br>(該当に○) | 要支援 | 要介護 | 要介護(支援)認定期間   |  |  |  |  |  |  |      |                   |
|                | 1・2 | 1   | 年 月 日 ~ 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |      |                   |

被保険者本人の状況その他生活環境等、福祉用具が必要な理由

|                                  |       |
|----------------------------------|-------|
| サービス担当者会議等開催日                    | 年 月 日 |
| 前回報告日<br>(貸与に係る報告が2回目以降の場合に記載する) | 年 月 日 |

野木町長 宛

上記理由により(介護予防)福祉用具貸与が必要と判断しましたので、報告します。

年 月 日

|                      |                             |
|----------------------|-----------------------------|
| 居宅支援事業所<br>介護予防支援事業所 |                             |
| 担当ケアマネージャー氏名         |                             |
| 福祉用具貸与事業所            |                             |
| 福祉用具専門相談員            |                             |
| 医療機関名                |                             |
| 担当医師氏名               |                             |
| 医師への確認日等             | 年 月 日 [ 主治医意見書・診断書・その他( ) ] |

該当箇所にし点チェックをしてください。

| 種目                    | 厚生労働大臣が定める状態像イ   | 直近の基本調査項目の結果等   |
|-----------------------|--|---|
| □ア. 車いす及び車いす付属品       | <input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難な者   | <input type="checkbox"/> 基本調査1-7「3. できない」   |
|                       | <input type="checkbox"/> 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   | <input type="checkbox"/> 主治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な者が参加するサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより指定居宅介護支援事業者が判断   |
|                       | <input type="checkbox"/> iに該当  | <input type="checkbox"/> 主治医意見書、診断書又は担当の介護支援専門員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判断し、かつ、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより必要と判断   |
|                       | <input type="checkbox"/> iiに該当<br><input type="checkbox"/> iiiに該当                                  |   |
| □イ. 特殊寝台及び特殊寝台付属品     | <input type="checkbox"/> 日常的に起き上がりが困難な者  | <input type="checkbox"/> 基本調査1-4「3. できない」   |
|                       | <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者  | <input type="checkbox"/> 基本調査1-3「3. できない」   |
|                       | <input type="checkbox"/> iに該当  | <input type="checkbox"/> 主治医意見書、診断書又は担当の介護支援専門員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判断し、かつ、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより必要と判断   |
|                       | <input type="checkbox"/> iiに該当<br><input type="checkbox"/> iiiに該当                                  |   |
| □ウ. 床ずれ防止用具及び体位変換器    | <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者  | <input type="checkbox"/> 基本調査1-3「3. できない」   |
|                       | <input type="checkbox"/> iに該当  | <input type="checkbox"/> 主治医意見書、診断書又は担当の介護支援専門員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判断し、かつ、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより必要と判断   |
|                       | <input type="checkbox"/> iiに該当<br><input type="checkbox"/> iiiに該当                                  |   |
| □エ. 認知症老人徘徊感知機器       | <input type="checkbox"/> 意思の伝達、介護者への反応、記憶及び理解のいずれかに支障がある者  | <input type="checkbox"/> 基本調査3-1「1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外<br><input type="checkbox"/> 基本調査3-2～基本調査3-7のいずれか「2. できない」<br><input type="checkbox"/> 基本調査3-8～基本調査4-15のいずれか「1. ない」以外<br><input type="checkbox"/> 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 |
|                       | <input type="checkbox"/> 移動において全介助を必要としない者   | <input type="checkbox"/> 基本調査2-2「4. 全介助」以外  |
|                       | <input type="checkbox"/> iに該当  | <input type="checkbox"/> 主治医意見書、診断書又は担当の介護支援専門員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判断し、かつ、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより必要と判断   |
|                       | <input type="checkbox"/> iiに該当<br><input type="checkbox"/> iiiに該当                                  |   |
| □オ. 移動用リフト（つり具の部分を除く） | <input type="checkbox"/> 日常的に立ち上がりが困難な者  | <input type="checkbox"/> 基本調査1-8「3. できない」   |
|                       | <input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者   | <input type="checkbox"/> 基本調査2-1「3. 一部介助」又は「4. 全介助」以外   |
|                       | <input type="checkbox"/> 生活環境において段差の解消が必要と認められる者   | <input type="checkbox"/> 主治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な者が参加するサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより指定居宅介護支援事業者が判断   |
|                       | <input type="checkbox"/> iに該当<br><input type="checkbox"/> iiに該当<br><input type="checkbox"/> iiiに該当 | <input type="checkbox"/> 主治医意見書、診断書又は担当の介護支援専門員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判断し、かつ、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより必要と判断   |

- 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23号告示第21号のイに該当する者
- ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第23号告示第21号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者
- 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23号告示第21号のイに該当すると判断できる者