**軽度者に対する（介護予防）福祉用具貸与に関する確認書**

［様式１］

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者名 | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | H | ５ | ０ | １ |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |
| 生年月日 | | | | | | | 要支援・要介護状態区分 | | | | | | | | | |
| 年　　　月　　　日 | | | | | | | □要支援１　 □要支援２  □要介護１　 □要介護２　 □要介護３ | | | | | | | | | |
| 被保険者住所 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福山市　　　　　町　　　丁目　　　番　　　号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　番地 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福山市福祉事務所長 様  　　（介護予防）福祉用具貸与をサービス計画に位置付ける必要があると判断しましたので、確認をお願いします。  　［　　　　　　年　　　月　　　日　］ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **届出者** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 区分 | | | | □指定居宅介護支援事業者  □指定介護予防支援事業者  □指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業者  □指定複合型サービス事業者  □自己作成  □外部サービス利用型指定(介護予防)特定施設入居者生活介護事業者 | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地又は住所 | | | | （〒　　　-　　　　）  福山市　　　　　町　　　丁目　　　番　　　号  　　　　　　　　　　　　　　　　　番地 | | | | | | | | | | | | |
| サービス計画作成  担当者名 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | （　　　　　）　　　　　－ | | | | | | | | | | | | |
| 貸与品目  ※参考「福祉用具を必要とする状態」（裏面掲載） | | | | □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（※GPS機能は対象外）  □移動用リフト  □自動排泄処理装置  （　車いす、車いす付属品は確認書不要　） | | | | | | | | | | | | |
| 貸与事業所名 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **医師の医学的な所見**  （裏面） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 確認資料 | | | □ | | 主治医意見書 | | | | | | | | | | | |
| □ | | 医師の診断書 | | | | | | | | | | | |
| □ | | 担当の介護支援専門員等が聴取した居宅（介護予防）サービス計画に記載する医師の所見 | | | | | | | | | | | |
| 医療機関(医師)名 | | | （　医師名　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 確認日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 状態像 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 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「福祉用具を必要とする状態」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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 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「福祉用具を必要とする状態」に該当するに至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又は症状の重篤化の回避等医学的判断から「福祉用具を必要とする状態」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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疾病名 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 心身の  状態 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| * 例示以外にもⅰ）～ⅲ）の状態であると判断される場合もある。 * 疾病名・心身の状況は確認した資料、及びアセスメント等の確認状況から転記して記載すること。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **サービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメント** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 貸与開始日 | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| ［事後届出の場合］　□速やかな介護サービス提供の必要性　□介護度決定後  　□その他（　　　　　　　　）←※特段の事情がない場合、確認資料を添付 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス  担当者会議 | | 開催（照会）日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 出席（回答）者 | | | |  | | | | | | | | | | |
| * 確認資料：医師の医学的所見を確認した資料の写し、及び福祉用具が必要と判断した   サービス担当者会議に係る資料の写し | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **受付** |
| 生活福祉課・　　　支所  受付者名 |
| 認定状況 |
| □要支援１　□要支援２  □要介護１　□要介護２  □要介護３ |
| 有効期間 |
| 年　　月　　日～  　　　年　　月　　日 |
| （確認印） |

|  |  |
| --- | --- |
| **福祉用具を必要とする状態**※認定調査結果で該当する場合は確認書不要 | |
| 車いす  車いす付属品 | ・日常的に歩行が困難  ・日常生活範囲において移動の支援が特に必要と認められる |
| 特殊寝台  特殊寝台付属品 | ・日常的に起きあがりが困難  ・日常的に寝返りが困難 |
| 床ずれ防止用具  体位変換器 | ・日常的に寝返りが困難 |
| 認知症老人徘徊感知機器 | ・意思の伝達、介護を行う者への反応、記憶又は理解に支障があり、移動において全介助を必要としない |
| 移動用リフト  (つり具の部分を除く。) | ・日常的に立ち上がりが困難  ・移乗が一部介助又は全介助を必要とする  ・生活環境において段差の解消が必要と認められる |
| 自動排泄処理  装置 | ・排便が全介助を必要とする  ・移乗が全介助を必要とする |

【※福祉事務所記入欄】