**■軽度者の福祉用具貸与に関する協議書■**

豊中市長　あて

医師の医学的所見等に基づき、下記利用者の居宅（介護予防）サービス計画に指定（介護予防）福祉用具貸与を位置

　付けることについて、次のとおり届け出ます。

提出日　　　　　　 　年　　 　月 　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 居 宅 介 護 （ 介 護 予 防 ） 支 援 事 業 所 名 | | | | | | | | | | |  | |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電　　話　　番　　号 |  |
| 管理者名 |  | | | | | | | | | | ケアプラン作成担当者名 |  |

☆地域包括支援センターから委託を受けている場合の記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当地域包括支援センター名 | （　　　　　　　）地域包括支援センター | 連絡日 | 年　　　月　　　日 |
| 地域包括の担当者名 |  | 地域包括の受付者名（　　　　　　　　　　　　） | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 1 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | | 被保険者氏名 | | |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日　（　　　　　歳） | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護状態区分 | □要支援１ 　□要支援２ 　□要介護１　　□要介護２　　□要介護３ | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 年　　 　月　　　 日 ～ 　　　　　　年　　　　 月 　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定調査実施日 | 年　　 　　月　　 　　日 | | | | | | | | | | 認定結果交付日 | | | 年　　　　月　　　日 | |
| □　認定調査結果　確認済み | | | | | | | | 福祉用具利用開始日 | | | | | 年　　　　月　　　　日 | | |

**【必要な福祉用具の種類】**必要な貸与種目に一つだけ○を付ける　**※１種目につき１枚の協議書が必要**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 車いす及び車いす付属品 |  | 移 動 用 リ フ ト （　段 差 解 消 機 ） |
|  | 特殊寝台及び特殊寝台付属品 |  | 床ずれ防止用具及び体位変換器 |
|  | 認知症老人徘徊感知機器 |  | 移動用リフト（昇降座いす等） |
|  | 自動排泄処理装置（要介護４，５以外の場合） |  | |

**【医師の医学的所見】**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **医師の医学的所見**  ◆「車いす及び車いす付属品」及び「移動用リフト（段差解消機）」については、【例外的貸与基準の該当性】のチェックは不要。  **◆** 診断書等から内容を確認することができる場合には、診断書等の添付に替えても可。（ただし、協議書への貼り付け不可。）  ◆【例外的貸与基準の該当性】でチェックした項目と【当該利用者の具体的状態像】の記入内容に整合性を図る。 | 医療機関名 | |  | |
| 医師名 | |  | |
| 医師からの情報提供日 | | 年　 　月　 　日 | 口頭　・　文書　（○で囲む） |
| 【例外的貸与基準の該当性】⇒該当するものにチェックしてください。  　□　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、頻繁に利用者等告示第三十一号のイに該当する者  　□　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者等告示第三十一号のイに該当することが確実に見込まれる者  　□　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利用者等告示第三十一号のイに該当すると判断できる者  【原因となる疾病等】  【当該利用者の具体的状態像】  【福祉用具を貸与することにより得られる効果、予測される効果】 | | | |
| 【**サービス担当者会議の開催状況等】** | | | | |
| **サービス担当者会議の意見**  ◆【サービス提供事業所の意見の要  約】は、居宅（介護予防）サービス計画に（介護予防）福祉用具貸与のみを位置付けている場合は、記載の省略可。 | | 【サービス担当者会議開催日】　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 【サービス担当者会議出席者】  □本人　　　□家族、同居人　　□医師　　　□福祉用具専門相談員  □ケアプラン作成担当者　　　　□サービス提供事業所  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 【サービス提供事業所の意見の要約】 | | |
| 【福祉用具専門相談員の意見】 | | |
| 【家族による介護・支援の状況、本人・家族の状況】 | | |
| **ケアプラン作成担当者の意見**  ◆医師から得た情報やサービス担当者会議の結果を踏まえて記入。 | |  | | |

参　考

【利用者等告示第三十一号のイ】（厚生労働大臣が定める者）

(1)車いす及び車いす付属品　次のいずれかに該当する者

(一)　日常的に歩行が困難な者　 　(二)　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者

(2)特殊寝台及び特殊寝台付属品　次のいずれかに該当する者

(一)　日常的に起きあがりが困難な者 (二)　日常的に寝返りが困難な者

(3)床ずれ防止用具及び体位変換器　日常的に寝返りが困難な者

(4)認知症老人徘徊感知機器　次のいずれにも該当する者

(一)　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る者

(二)　移動において全介助を必要としない者

(5)移動用リフト(つり具の部分を除く。)　次のいずれかに該当する者

(一)　日常的に立ち上がりが困難な者

(二)　移乗が一部介助又は全介助を必要とする者

(三)　生活環境において段差の解消が必要と認められる者

(6)自動排泄処理装置　次のいずれにも該当する者

(一)排便が全介助を必要とする者

(二)移乗が全介助を必要とする者

**※協議書の作成・提出にあたっては、「軽度者に対する福祉用具貸与の取り扱いについて」をご覧ください。**

**【市の記載欄】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **受理印** | **算定開始日**  １　利用開始日  ２　受理日  ３　　　　　　年　　　月　　　日 | **備考欄** |
| **受付者名** |