

## 指定（介護予防）福祉用具貸与理由書

泉佐野市長 様

医師の医学的所見に基づき、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、以下のとおり届出します。

作成日 令和 年 月 日

被保険者証等を確認し、必要項目を記入してください。

居宅介護（介護予防）支援事業者名  
担当者名

指定（介護予防）福祉用具貸与理由書の作成を行った日を記入してください。

被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	被保険者氏名	泉佐野 花子
住 所	泉佐野市		
生年月日	M・T・S	年 月 日	
要介護度等	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更申請中		
認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
認定調査実施日	令和 年 月 日		

新規申請、区分変更申請中の際は、要介護度、認定有効期間は、記入しないでください。

福祉用具貸与を希望される対象種目に○を入れてください。

**【必要な福祉用具の種類】** ※必要な貸与種目に○を付けること。

	車いす及び車いす付属品	認知症老人徘徊感知機器
○	特殊寝台及び特殊寝台付属品	移動用リフト（つり目の部を除く）
	床ずれ防止用具及び体位変換器	自動排泄処理装置

介護支援専門員が、必要項目を記入してください。  
この欄は医師が直接記入する必要はありません。

**【医師の医学的所見／サービス担当者会議の開催状況等】**

<p>直近の要介護認定時の主治医意見書、診断書、医師への聴取等により確認し、その確認方法に該当するものにチェックしてください。</p>	<p>確認方法</p> <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 診断書等 <input type="checkbox"/> 医師への聴取（年 月 日） <input type="checkbox"/> 医師による記入 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	主治医	主治医・医療機関名を記入してください。
	医療機関名	

医師の医学的所見  
※原因となる疾病名及び具体的状態像については、診断書等の添付に替えても可

**【例外的貸与基準の該当性】** ※該当するものにチェックすること

- 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によって、頻繁に利用者等告示第31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31号のイに該当することが確実に見込まれる者
- 疾病その他の要因により、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31号のイに該当すると判断できる者

**【原因となる疾病等】**

原因となる疾病等を記入してください。

**【当該利用者の具体的状態像】**

医師から得た情報から、例外的貸与基準（3ページ〔表2〕医師の医学的所見、i）～iii）に 該当する状態であることが具体的にわかるように記入してください。  
医師に、貸与の必要性の判断や同意を求めるのではなく、あくまでも告示に示された状態像である事を確認してください。

（例 ○ パーキンソン病により、時間帯によって頻繁に起き上がりが困難となる。）  
 （例 × パーキンソン病により、特殊寝台が必要である。）

必ずチェックを入れてください。

<p>家族による介護・支援の状況</p>	<p>家族による介護及び支援の状況を記載してください。家族の同居、別居は問いません。独居の場合はその旨を記載してください。</p>
<p>サービス担当者会議の開催日及びケアプラン作成担当者欄の記入を してください。</p>	<p>【サービス担当者会議開催日】 令和      年      月      日</p> <p>【ケアプラン作成担当者】 氏      名（      ） 所属事業所名（      ） (注) ケアプラン作成担当者は、要支援者でケアプランの原案作成を委託している場合は、委託先のケアマネジャーについて記載すること。</p> <p>【サービス担当者会議出席者】</p> <p><input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族、同居人 <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 福祉用具相談員 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成担当者 <input type="checkbox"/> サービス提供事業者 <input type="checkbox"/> その他（      ）</p> <p>サービス担当者会議出席者の欄にチェックを入れてください。サービス担当者会議に出席できず、照会回答となった担当者がある場合は、その他にチェックを入れ、照会(依頼)先を記入してください。</p> <p>【福祉用具相談員の意見】</p> <p>福祉用具がない状況での利用者の心身状況や、その福祉用具を導入した場合の改善の見込みなど、環境に適合して安全に活用できる状況について、担当福祉用具相談員からの意見を記入してください。複数の福祉用具を貸与する場合は、全ての貸与する種目について意見を記入してください。</p> <p>福祉用具相談員氏名（      ） 指定福祉用具貸与事業所名（      ）</p> <p>【サービス担当者の意見の要約】</p> <p>サービス担当者会議に参加された各担当者からの意見の要約及び福祉用具貸与について合意した旨を記入してください。</p> <p>【本人・家族の意向】</p> <p>福祉用具を貸与することで、「どのような活用を望んでいるか」等の意向について記入してください。</p>
<p>主治医から得た情報やサービス担当者会議等の結果を踏まえたケアプラン作成担当者の意見</p>	<p>関係者より聞き取りした結論を踏まえて、ケアプラン作成担当者としての意見を記してください。該当する福祉用具が必要である旨の内容となるようにしてください。</p>

- (注) 1. 本理由書は、市長に提出するとともに、その写しをサービス担当者会議の記録とともに居宅介護(介護予防)支援事業所において保管してください。
2. 認定の更新や要支援・要介護状態区分の変更をする場合、あるいは例外給付種目の変更及び追加が生じた場合は、再度理由書を作成し提出してください。
3. 居宅介護(介護予防)支援事業所に変更が生じた場合は、再度理由書を提出してください。

【添付資料】

要介護：理由書、居宅サービス計画書 第1・2表(写)、サービス担当者会議の要点(写)

要支援：理由書、介護予防サービス・支援計画表(写) 介護予防サービス・支援計画表の意見欄は地域包括支援センターが記入済みであること

介護予防支援経過記録(サービス担当者会議の要点)(写)