日常生活範囲における移動の支援判断シート

判定　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | ０ | ９ | ０ | ０ |  |  |  |  |  |  | 被保険者氏名 |  |
| 住所 | 丸森町 |
| 要介護度 | 要支援（　　）　　　要介護（　　） | 新規　　　更新　　申請中（　　　月　　　日申請） |

|  |
| --- |
| （１）サービス担当者会議 |
| 開催年月日 | 開催場所 | 出席者 |
| 年　　月　　日 |  |  |
| （２）日常生活動作等の状況 |
| 1. 屋歩行外

（１５分程度） | ア．歩けない | イ．補助用具等があれば可 | ウ．歩ける |
| 1. 短期記憶
 | ア．問題なし | イ．問題あり |  |
| （３）世帯状況 |
| 構　　成 | ア．１人暮らし高齢者、高齢者のみ世帯 | イ．日中高齢者のみ | ウ．その他（　　　　　　　　　　） |
| （４）利用理由の割合　（社会的理由（通院・日用品買物・金融機関等）÷（私的理由（趣味・農作業等）＋社会的理由）＝％ |
| 割　　合 | ア．５０％以上 | イ．５０％未満 |  |
| （５）利用頻度 |
| 頻　　度 | ア．週３日以上 | イ．週３日未満 |  |
| （６）主治医の意見（医学的観点からの留意事項） |
| 意見内容 | ア．必要性あり | イ．必要性なし | ウ．不明 |
| （７）参考（主治医意見書の内容・機能訓練の取組み状況） |
| ①維持改善の見通し | ア．期待できない | イ．期待できる | ウ．不明 |
| ②医学的管理の必要性 | ア．訪問看護 | イ．通所リハ | ウ．訪問リハ |
| ③機能訓練 | ア．通所リハ利用 | イ．取組意欲有 | ウ．取組意欲無し |
| （８）総合判定 |
| ①日常生活動作等の状況による判定 | ア．福祉用具貸与の対象 | イ．福祉用具貸与の対象外 |
| ②世帯状況による判定 | ア．福祉用具貸与の対象 | イ．福祉用具貸与の対象外 |
| ③利用理由の割合による判定 | ア．福祉用具貸与の対象 | イ．福祉用具貸与の対象外 |
| ④利用頻度による判定 | ア．福祉用具貸与の対象 | イ．福祉用具貸与の対象外 |
| ⑤主治医の意見による判定 | ア．福祉用具貸与の対象 | イ．福祉用具貸与の対象外 |
| ⑥総合判定 | ア．福祉用具貸与の対象 | イ．福祉用具貸与の対象外 |
| 特記事項 |
|  |

※裏面「電動カートの貸与について」をご確認のうえ提出ください。　　　　　　　　　　　　（R1.6）

●電動カートの貸与について

　要介護１、要支援１・２の認定者（以下「軽度者」という。）に対する福祉用具貸与については、利用者の状態像からは使用が想定しにくい「車いす」「車いす付属品」「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」「移動用リフト」「自動排泄処理装置（要介護２・３も含む。）」の貸与は原則認められていません。

　ただし、本町では、電動カート貸与に関して「車いす及び車いす付属品」の貸与基準をもとに、基本調査の結果により「（一）基本調査１－７（歩行）」において「３．できない」と判断された者」、「（二）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」は例外として軽度者であっても貸与を可能とします。

　特に、（二）については認定調査項目に該当するものがないため、「主治医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又は指定介護予防支援事業者が判断する」とされています。

　例外として貸与を認める判断基準を（二）に基づき、サービス担当者会議等を通じて指定居宅支援事業者又は指定介護予防支援事業者が日常生活範囲における移動の支援を必要と判断した場合は、その判断を尊重し、貸与を認めることとするが、日常生活範囲における移動の支援を判断する資料として、「日常生活範囲における移動の判断シート」（以下「判断シート」という。）を活用し、確認書の添付書類とします。

　具体的には、判断シートの(2)から(6)の状況を確認し、(7)を参考として勘案し、出席者の話し合いのうえ指定居宅介護支援事業者又は指定介護予防支援事業者が総合判定を行い、貸与の対象と判断された方に電動カートの貸与を認めることとします。

　なお、この判断は、６月に１回見直すこととします。

　また、貸与の対象外とされた方には、ケアマネジメントを担当する者が保険給付の対象とならない理由を丁寧に説明することとします。

丸森町保健福祉課介護保険班

電話　0224-51-9904