

軽度者の車いす貸与に係る「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」の判断のためのチェックシート【内灘町】

記入年月日 令和 年 月 日

被保険者番号

事業所名

被保険者名

記入者

介護度

疾病名

有効期間： 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

車椅子の種類		<input type="checkbox"/> 自走用標準型車いす <input type="checkbox"/> 介助用標準型車いす <input type="checkbox"/> 普通型電動車いす			
チェックポイント		本人の状況			
移動状況	①歩行が困難な原因（疾病・機能障害）				
	②屋内・外での歩行困難な状況及び歩行器や歩行補助つえ等を利用した場合での移動の達成可否状況				
	③移動先までの立地状況				
達成状況	車いすを使用して移動することによって買い物等日常生活上できること				
有効性	車いす利用の有効性				
使用目的等	目的地	使用目的	目的地までの距離	使用頻度（回／週）	
阻害性	①車いすの必要な場面が検討されていますか（車いすの必要性がない場面では車いすは利用しない等）				
	②有効性と比して、車いすを使用することで持っている能力の低下をまねかないと考えられますか				
計画との関係	計画との整合性がとれ、計画目標達成のために車いすの使用が必要と明確に位置づけができていますか				
安全性等	①車いすの種類に応じて安全性が確認されていますか （自走する場合は本人について、介助する場合には主に介助者についての検討）				
	操作能力・機能の理解力 （ <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 ） 移動範囲の安全 （ <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 ） 危険回避等の判断能力 （ <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 ）				
その他	②車いすの適切な選定がされていますか				
	車いす貸与の必要性に関して、上記に記載しきれなかった情報を記載する				

※注意事項

- ①このチェックシートは「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」に該当するか否かを判断するために使用するものです。「日常的に歩行が困難な者」に該当するか否かは、直近の認定調査票(基本調査部分)の写しを入手して客観的に判断します(こちらを先にしてください)。
- ②医学的見地から車いす貸与について主治医から情報を得てください。
- ③運営基準に定める手順及び『内灘町における軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る確認方法について』を確認し手順等を遵守してください。
- ④電動車いすの場合には、『電動車いす及びモーターバイク型電動車いす(セニアカー)貸与の必要性チェック表』を使用し安全性と必要性のアセスメントを実施してください。

基本的な考え方

運営基準上の基本取扱方針等の抜粋

・介護予防福祉用具貸与

サービスの提供に当たって、利用者ができないことを単に補う形でのサービス提供は、かえって利用者の生活機能の低下を引き起こし、サービスへの依存を生み出している場合があるとの指摘を踏まえ、「利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行う」ことを基本として、利用者のできる能力を阻害するような不適切なサービス提供をしないように配慮すること。

・居宅介護支援

福祉用具貸与については、その特性と利用者の心身の状況等を踏まえて、その必要性を十分に検討せず選定した場合、利用者の自立支援は大きく阻害されるおそれがあることから、検討過程を別途記録する必要がある。