

自動制御型歩行器貸与の運用について

I 対象者

- ①要支援1～要介護3の被保険者
- ②別紙チェックリストの運動項目において、4点以上の者
- ③適正な利用が可能なる者(例:歩行器の取り扱いを理解し、維持管理できること。)
- ④利用目的が適切である者
(例1:退院後のリハビリ訓練を目的とした利用)
(例2:散歩が可能となるなど閉じ籠りの防止や介護予防を目的とした利用)
(例3:ゴミの搬出等が可能となることで、ヘルパーの回数が減少するなど自立支援を目的とした利用)

II 利用までの流れ

1 市へ事前申請書類等提出

事前に、サービス担当者会議等で関係機関及び本人・家族等の意向を確認。
下記提出書類の(2)チェックリストを実施する。

《提出書類》

- (1)自動制御型歩行器貸与の事前申請書
- (2)自動制御型歩行器貸与に係るチェックリスト
- (3)居宅サービス計画書(利用者本人による記名・同意の押印)

2 市からの報告・決定を受ける

市は提出された書類等を確認し、適否について確認報告書及びチェックリスト(写し)を担当のケアマネ等に通知する。

3 自動制御型歩行器貸与の利用を開始する。

居宅サービス計画書確定後(保険給付日等も含め)、利用者や福祉用具貸与事業所に交付したうえで、利用開始。福祉用具貸与事業所から担当ケアマネに個別計画を提出。

4 貸与の必要性について、評価する。

6カ月後、自動制御型歩行器貸与に係るチェックリスト(写し)にて、貸与の必要性及び効果について評価し、上記チェックリスト(写し)を市へ提出する。

効果の確認方法

下記の内容等を記載

- ・リハビリの効果(歩行が可能となった。)
- ・外出機会の増加(外出機会が週1回から2回へ増えた。)
- ・介護予防の効果(ADLが維持できている。)

※利用頻度を記載、必要に応じて市担当者が確認します。

5 更新申請(上記1の手続きを行う)

介護認定の更新申請時等において、福祉用具貸与の事前申請を行う。

自動制御型歩行器貸与の事前申請書

申請日 平成 年 月 日

宇部市長 様

居宅介護 (介護予防)支援 事業所名	
所在地	〒
電話番号	
計画作成担当者	印

指定(介護予防)福祉用具貸与を事前に申請します。

被保険者番号	
被保険者氏名	
要支援・要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input 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
認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

<input type="checkbox"/> 提出書類	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書
	<input type="checkbox"/> 自動制御型歩行器貸与に係るチェックリスト(※)

※ 6ヵ月後に評価し、チェックリスト(写し)を提出してください。

※ 該当する部分の口にチェックをしてください。

自動制御型歩行器貸与に係るチェックリスト

		申請日	平成	年	月	日
		評価日	平成	年	月	日
被保険者番号	被保険者名					
住 所	(郵便番号 -)				生年月日	M・T・S 年 月 日
					性別	男・女
要支援・要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input 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					
認定の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					
(1)効果的な利用を図るためのチェックリスト(点数)				合計	申請時点	点
					評価時点	点
基本 チ ェ ッ ク リ ス ト 運 動 項 目	1	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか			申請時点	はい(0) いいえ(2)
					評価時点	はい(0) いいえ(2)
	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。					
	2	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか			申請時点	はい(0) いいえ(2)
					評価時点	はい(0) いいえ(2)
	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。					
	3	15分位続けて歩いていますか			申請時点	はい(0) いいえ(1)
					評価時点	はい(0) いいえ(1)
	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場合は、問いません。					
	4	この1年間に転んだことがありますか			申請時点	はい(1) いいえ(0)
				評価時点	はい(1) いいえ(0)	
この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。屋内、屋外の場所は問いません。						
5	転倒に対する不安は大きいですか			申請時点	はい(1) いいえ(0)	
				評価時点	はい(1) いいえ(0)	
現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。						
(2)利用の目的及び効果(例:外出機会の増加、閉じこもり防止、リハビリ効果等)						
利用目的(申請時点)						
効果(評価時点) 利用頻度等記載						
(3)居宅周辺の地理条件						
(4)身体状況(疾病その他の原因による身体の状態など)						
(5)サービス担当者会議における関係機関等から得た意見を記入してください。						
機関名 (職種)				氏名		
意見						
※評価は、使用開始から6ヵ月後に実施してください。				※市記載	—	