

移動用リフト(昇降座いす)貸与のためのケアマネジメントシート

被保険者番号		対象者氏名		
住所 阿蘇市				電話番号
要介護度	要支援1	要支援2	経過的要介護	要介護1
居宅介護支援事業所名	電話番号		介護支援専門員	

介護支援専門員の意見(貸与の必要性並びに使用効果等を含めた意見)

判断要素

要支援1・2、要介護1の方への貸与は、原則保険給付対象外である。
 なお、国が定める移動用リフトの判断基準は、立ち上がりが「できない」・移乗が「一部介助又は全介助」となっている。
 但し、「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」については、必要書類並びに必要な専門職員を交えたサービス担当者会議で判断するとなっているため、阿蘇市においては次のような解釈で検討し、判断を行う。

①立ち上がり・移乗については、国の判断基準を遵守する。
 ②膝・腰等の障害により、いすに座る動作時において、介助を有する者。

サービス担当者会議判定欄

判定	要	判定理由:	
	否		
会議出席者	職種		氏名
	職種		氏名
	職種		氏名
	職種		氏名
	職種		氏名
	職種		氏名
	職種		氏名

※判定においては、移動手段やケアプラン内容を考慮してサービス担当者会議の合議で判定する。最終的な決定は阿蘇市の決裁による。