

### 移動用リフト貸与に係る「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」の判断のためのチェックシート

作成日		作成者氏名	
氏名		被保険者番号	
要介護度状態区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1		
移動用リフトの種類	<input type="checkbox"/> 立ち上がり用 <input type="checkbox"/> 外出用 <input type="checkbox"/> 入浴用		
	<input type="checkbox"/> 移乗用		
チェックポイント		本人の状況	
立ち上がり状況	① 立ち上がりが困難な原因 (疾患・機能障害)		
	② 屋内・外での立ち上がり困難な状況及び 手すり等を利用した場合での移動の達成 可否状況		
住宅 可 能 改 修 の	段差解消工事や手すり取付け工事等他の支援 方法では解決できない理由		
達成 状 況	移動用リフトを使用して移動することによっ て買物等日常生活上できること		
有効 性	移動用リフト利用の有効性		
阻 害 性	① 移動用リフトの必要な場面が検討されていますか		<input type="checkbox"/>
	② 有効性と比して、移動用リフト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		<input type="checkbox"/>
の計 関画 係と	計画との整合性がとれ、計画目標達成のために移動用リフト使用が明確に必要なと位置付けられていますか <input type="checkbox"/>		
安 全 性 等	① 移動用リフトの種類に応じて安全性が確認されていますか		<input type="checkbox"/>
	(自操する場合は本人について、介助する場合については主に介助者について検討) <input type="checkbox"/> 操作能力・機能の理解力 <input type="checkbox"/> 危険回避等の判断能力 <input type="checkbox"/> 設置場所の安全 その他 ( _____ )		
	② 移動用リフトの適切な選定がされていますか		<input type="checkbox"/>
そ の 他	移動用リフト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		
結 果	上記の検討内容から、移動用リフト貸与が	<input type="checkbox"/> 適切 <input type="checkbox"/> 不適切	と判断されます