

電動車いす・セニアカーレンタルについての相談シート

※下記に必要事項を記入後、居宅サービス計画書第1～3表、サービス担当者会議等の記録の写しを添えて、提出してください。

事業者名			相談者名 (被保険者との続柄)	()
事業所TEL番号			事業所FAX番号	
被保険者番号			フリガナ	
			被保険者名	(歳)
介護度	支援	1・2	障害度	自立・J・A・B・C
	介護	1・2・3・4・5	認知度	自立・I・II・III・IV・M
家族の状況	独居・高齢者世帯・同居家族あり・別居家族あり・その他()			
同居家族がいる場合、同居家族の状況	続柄	名前	年齢	介護度・障害・疾病等
利用目的	<input type="checkbox"/> 通院 回/週・月 <input type="checkbox"/> 買い物 回/週・月 <input type="checkbox"/> その他() 回/週・月			
利用頻度				
本人の状況と利用の必要性				

◆H20.6.20居宅部会資料より

セニアカーは、独居で日常生活に最小限必要な通院や買い物のために利用している場合で、それがない場合はヘルパー利用などが増加してしまうような場合には貸与可能である。(貸与の頻度の目安は週2回以上)

同居家族によって通院介助や買い物など日常生活の支援がある場合や、本人の自立支援につながるとはいえ、社会参加や気分転換のためだけの利用の場合は、セニアカーの貸与は認められない。

ただし閉じこもりやうつなどが医師の意見書や診断の中にあれば、その防止のためにセニアカーの貸与を認めることもできる。

以上をふまえ、セニアカーの貸与の際には介護度にかかわらず「福祉用具貸与についての相談票」・ケアプラン・サービス担当者会議の記録を保険者に提出し相談してください。

なお、貸与継続については、状況の変化がなければ、保険者への相談票の提出は不要である。