**通院介助の取り扱いについて（確認書）**

　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 被保険者氏名 |  |
| 被保険者住所 |  | | |
| 介護支援専門員名 |  | 居宅介護支援事業所名 |  |
| 通院先病院名 |  | 担当医師名 |  |
| 訪問介護事業所名 |  | | |

**１．院内介助が必要な事由（該当する項目にチェック）**

**（１）移動の状況について**

**屋内の状況は？（５ｍ以上歩けるか？）**

　　　　　　□つかまらないでできる

　　　　　　□何かにつかまればできる

　　　　　　□できない

**外出時の状況は？**

　　　　　　□１人で移動可

介助内容

　　　　　　□介助必要･･･

**（２）排泄の状況について**

介助内容

　　　　　　□自立

　　　　　　□介助必要･･･

**（３）常時見守りが必要な状況について**

　　　　　　□ない

状　況

　　　　　　□ある･･･

**２．介護保険の中での訪問介護による介助の必要性について（該当する項目にチェック）**

　　　　　　□対応できる家族等がいないことを確認した

　　　　　　□医学的所見の聴取、治療方針の判断等を求められる通院でないことを確認した

　　　　　　□できるだけ近隣で対応可能な病院がないか確認した

　　　　　　□介護保険以外の施策を検討した（院内ボランティア等）

　　　　　　□通院等乗降介助のみで対応できないことを確認した

　　　　　　□通院日以外も身体介護の必要性があることを確認した

　　　　　　□介護保険適用外（単なる付添い時間や診察室内、タクシー代等）の実費について

説明、同意を得た

**３．医師の意見（通院における医学的観点からの留意事項）**　※口頭の確認でも可

**４．当該医療機関等の院内スタッフによる対応が得られないことを確認した経緯**

**（１）確認方法･･･**

**（２）対応できない理由**

**５．自宅からの経路及び利用方法**

**（１）形態について**

　　　　　□身体介護でタクシー

　　　　　　□身体介護で公共機関（バス・電車）

　　　　　　□身体介護のみ（徒歩等）

　　　　　　□上記以外の移動手段（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**（２）身体介護での算定時間について**

乗車前の身体介護内容

　　　　　外出前　　　　　分　→

移動中の身体介護内容

　　　　　　往　路　　　　　分　→

院内の身体介護内容

　　　　　　　　　　病院内　　　　　分　→

移動中の身体介護内容

復　路　　　　　分　→

降車後の身体介護内容

帰宅後　　　　　分　→

**身体介助とする場合の算定時間は　　　時間　　　分（身体介護　　　　で算定予定）**

**☆提出に必要な書類　　　□サービス担当者会議録　　　□ケアプラン**