次の＜表１＞に該当する場合は、保険給付の対象となります。確認書の提出は不要です。

<表１>

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **対象外種目** | **状態像** | **認定調査の結果** |
| **ア　車いす、**  **車いす付属品** | 次のいずれかに該当する者 | |
| 1. 日常的に歩行が困難な者 | 基本調査１-７（歩行）  「３．できない」 |
| ② 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者 | ※（注）参照 |
| **イ　特殊寝台、**  **特殊寝台付属品** | 次のいずれかに該当する者 | |
| 1. 日常的に起き上がりが困難な者 | 基本調査１-４（起き上がり）  「３．できない」 |
| 1. 日常的に寝返りが困難な者 | 基本調査１-３（寝返り）  「３．できない」 |
| **ウ　床ずれ防止用具、体位変換器** | 1. 日常的に寝返りが困難な者 | 基本調査１-３（寝返り）  「３．できない」 |
| **エ　認知症老人徘徊感知機器** | 1. 次のいずれにも該当する者 | |
| 1. ① 意思の伝達、介護者への反応、 2. 記憶・理解のいずれかに支障が 3. ある者 | 1. 基本調査３-１（意思の伝達） 2. 「１．調査対象者が意思を他者に伝達できる」以外 |
| 1. 基本調査３-２（毎日の日課を理解）～ 基本調査３-７（場所の理解）のいずれか「２．できない」 |
| 基本調査３-８（徘徊）～ 基本調査４-１５（話がまとまらない）のいずれか「1．ない」以外  その他、主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む。 |
| ② 移動において全介助を必要としない者 | 基本調査２-２（移動）  「４．全介助」以外 |
| **オ　移動用リフト（つり具の部分を除く）** | 次のいずれかに該当する者 | |
| 1. 日常的に立ち上がりが困難な者 | 基本調査１-８（立ち上がり）  「３．できない」 |
| 1. 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 | 基本調査２-１（移乗）  「３．一部介助」又は「４．全介助」 |
| ③ 生活環境において段差の解消が必要と認められる者 | ※（注）参照 |
| **カ　自動排泄処理装置** | 1. 次のいずれにも該当する者 | |
| 1. ①　排便が全介助を必要とする者 | 1. 基本調査２-６（排便） 2. ｢４．全介助｣ |
| 1. 移乗が全介助を必要とする者 | 基本調査２-１（移乗）  ｢４．全介助｣ |

※（注）アの②及びオの③については、該当する基本調査項目がないため、主治の医師から得た情報及び

福祉用具専門相談員等が参加するサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより指定居宅介護（介護予防）支援事業者が判断します。

例えば、車いすの貸与について「日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者」と指定居宅介護（介護予防）支援事業者が判断した場合は、大田市への確認書の提出は必要はありません。