

別表 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（一部抜粋）

| 対象外種目                                   | 厚生労働大臣が定める者イ                       | 厚生労働大臣が定める者イに該当する基本調査の結果                  |
|---|------------------------------------|---|
| ア 車いす及び<br>車いす付属品                       | 次のいずれかに該当する者                       |   |
|   | (一)日常的に歩行が困難な者                     | 基本調査1-7<br>「3. できない」                      |
|   | (二)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     | — ※                                       |
| イ 特殊寝台及び<br>特殊寝台付属品                     | 次のいずれかに該当する者                       |   |
|   | (一)日常的に起きあがり困難な者                   | 基本調査1-4 「3. できない」                         |
|   | (二)日常的に寝返りが困難な者                    | 基本調査1-3<br>「3. できない」                      |
| ウ 床ずれ防止用具<br>及び体位変換器                    | 日常的に寝返りが困難な者                       | 基本調査1-3<br>「3. できない」                      |
| エ 認知症老人<br>徘徊感知器                        | 次のいずれにも該当する者                       |   |
|   | (一)意思の伝達・介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者 | 基本調査3-1<br>「1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる」<br>以外又は |
|   |                                    | 基本調査3-2～基本調査3-7のいずれか<br>「2. できない」又は       |
|   |                                    | 基本調査3-8～基本調査4-15のいずれか<br>「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。 |                                    |   |
| (二)移動において全介助を必要としない者                    | 基本調査2-2<br>「4.全介助」以外               |   |
| オ 移動用リフト<br>(つり具の部分を除く。)                | 次のいずれかに該当する者                       |   |
|   | (一)日常的に立ち上がりが困難な者                  | 基本調査1-8<br>「3.できない」                       |
|   | (二)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<br>「3.一部介助」又は「4. 全介助」             |
| (三)生活環境において段差の解消が必要と認められる者              | — ※                                |   |
| カ 自動排泄処置<br>装置                          | 次のいずれにも該当する者                       |   |
|   | (一)排便が全介助を必要とする者                   | 基本調査2-6 「4.全介助」                           |
|   | (二)移乗が全介助を必要とする者                   | 基本調査2-1 「4.全介助」                           |

※車いす《移動の支援が特に必要と認められる》及び移動用リフト《段差の解消が必要と認められる者》については、調査項目の基準がないため、市での確認を受ける必要はありません。ただし、主治医の意見を踏まえつつ、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る判断が必要となります。