

対象外種目	*厚生労働大臣が定める者のイ (利用者等告示第三十一号のイ)	*厚生労働大臣が定める者のイ に該当する基本調査結果
-------	-----------------------------------	-------------------------------

ア <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品	下記のいずれかに該当する者 <input type="checkbox"/> チェック <input type="checkbox"/> (一) 日常的に歩行が困難な者 <input type="checkbox"/> (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	1-7 「3. できない」 該当する基本調査結果なし
--	---	-------------------------------

イ <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付 属品	次のいずれかに該当する者 <input type="checkbox"/> チェック <input type="checkbox"/> (一) 日常的に起きあがりが困難な者 <input type="checkbox"/> (二) 日常的に寝返りが困難な者	1-4 「3. できない」 1-3 「3. できない」
--	--	--------------------------------

ウ <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用 具及び体位 変換器	下記に該当する者 <input type="checkbox"/> にチェック <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者	1-3 「3. できない」
--	--	---------------

エ <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊 感知機器	次のいずれにも該当する者 <input type="checkbox"/> にチェック <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> (二) 移動において全介助を必要とする者	3-1 「1. 調査対象者が意思を他人に伝達できる」以外 又は 3-2 ~3-7 のいずれか「2. できない」又は 3-8~4-15 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 2-2 「4. 全介助」以外
---	--	--

オ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> にチェック <input type="checkbox"/> (一) 日常的に立ち上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> (二) 移乗が一部介助または全介助を必要とする者 <input type="checkbox"/> (三) 生活環境において段差の解消が必要と認められる者	1-8 「3. できない」 2-1 「3. 一部介助」又は「4. 全介助」 該当する基本調査結果なし
---	---	--

カ <input type="checkbox"/> 自動排泄処理 装置	次のいずれにも該当する者 <input type="checkbox"/> にチェック <input type="checkbox"/> (一) 排便が全介助を必要とする者 <input type="checkbox"/> (二) 移乗が全介助を必要とする者	2-6 「4. 全介助」 2-1 「4. 全介助」
--	---	------------------------------