

アセスメント、課題分析の結果、次の福祉用具が必要ですか

「車いす及び同付属品」、「特殊寝台及び同付属品」、「床ずれ防止用具」、「体位変換器」、「認知症老人徘徊感知機器」、「移動用リフト」「自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引するものを除く）」

いいえ（上記以外の福祉用具が必要）

はい

利用者の認定区分が要支援1、2又は要介護1ですか

※「自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引するものを除く）」の場合は要介護2、3も含む

いいえ

はい

直近の認定調査における基本調査の結果が、【表1】の例外給付の対象になる状態像に該当しますか

はい

いいえ

種目は「車いす及び同付属品」または「移動用リフト（段差解消機）」ですか

はい

いいえ

市への確認は不要

サービス担当者会議等で必要性を十分検討し貸与してください。（サービス担当者会議必須）

はい

主治医から得た情報及びケアマネジメントにより次の状態像に該当すると判断しましたか

【車いす及び同付属品】
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
【移動用リフト（段差解消機）】
生活環境において段差の解消が必要と認められる者

【表2】のi～iiiいずれかに該当しますか

はい

いいえ

市への確認（例外給付申請）

市から結果通知により確認を受けましたか

いいえ

はい

いいえ

給付可

給付不可