

廿日市市短期集中型通所・訪問サービス 対象者確認票

年 月 日 所属・担当者名 ( )

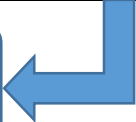
|       |     |  |    |  |    |  |
|-------|-----|--|----|--|----|--|
| 対象者情報 | 氏名  |  | 年齢 |  | 住所 |  |
|       | 介護度 |  |    |  |    |  |
|       | 疾患名 |  |    |  |    |  |

【利用を希望するサービスの内容】

|    |                                                                                                                      |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 訪問 | <input type="checkbox"/> リハビリ専門職（理学療法士・作業療法士） <input type="checkbox"/> リハビリ専門職（言語聴覚士） <input type="checkbox"/> 管理栄養士 |
| 通所 | <input type="checkbox"/> リハビリ専門職（理学療法士・作業療法士）による支援が主となります。                                                           |

【確認内容】

| 確認事項 |                                                                                                                                                        | チェック                     |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1    | 対象者は <b>要支援認定・事業対象者認定</b> を受けている。 ※暫定不可                                                                                                                | <input type="checkbox"/> |
| 2    | 対象者の障害高齢者の日常生活自立度が「 <b>自立、J1、J2、A1、A2</b> 」である。<br>かつ、対象者の認知症高齢者の日常生活自立度が「 <b>自立、I</b> 」である。<br>※対象者の自立度がこれ以外の場合はご相談ください。                              | <input type="checkbox"/> |
| 3    | 対象者は <b>3ヶ月で卒業</b> になることを理解しており、本サービスを受ける <b>意欲がある</b> 。                                                                                               | <input type="checkbox"/> |
| 4    | 対象者は <b>具体的な生活の目標</b> を持っている。<br>(住み慣れた地域で自立した生活を目指している。)                                                                                              | <input type="checkbox"/> |
| 5    | 対象者や家族は本サービスが <b>自立や社会参加を目指す</b> 事業であることを理解している。                                                                                                       | <input type="checkbox"/> |
| 6    | 対象者は本サービスを利用することで自立や社会参加できる見込みがある。<br>(本サービスを利用することで <b>介護保険サービスを卒業する、</b><br><b>または地域の中にある資源を活用する、等の見込みがある。</b> )<br>※訪問リハと訪問Cの併用は不可 ※通所リハと通所Cの併用は不可。 | <input type="checkbox"/> |
| 7    | 対象者は支援内容を <b>生活に定着させる、または活かす</b> ことができる。<br>(その見込みがある。)<br>※対象者に認知症や進行性疾患等がある場合はご相談ください。                                                               | <input type="checkbox"/> |
| 8    | 対象者や家族は本サービスが <b>治療ではない</b> ことを理解している。                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> |
| 9    | 同居家族がいる場合は、対象者の目標を理解し対象者を <b>支援することができる</b> 。                                                                                                          | <input type="checkbox"/> |



・全ての項目に☑が入っていること確認してください。  
・☑が無い場合は、本サービスは対象外の可能性がありますので、ご相談ください。

【廿日市市短期集中型訪問サービス開始時に必要な書類】

- ☐ 対象者確認票
- ☐ 基本チェックリスト
- ☐ 基本情報
- ☐ 廿日市市アセスメントシート
- ☐ ケアプラン

廿日市市役所地域包括ケア推進課  
TEL：0829-30-9167  
FAX：0829-20-1611