

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】 該当するものに☑してください。

訪問	☐ リハビリ専門職（理学療法士・作業療法士） ☐ リハビリ専門職（言語聴覚士） ☐ 管理栄養士
通所	☐ 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 要支援認定・事業対象者認定 を受けている。 ※暫定不可	☐
2	対象者の障害高齢者の日常生活自立度が「 自立、J1、J2、A1、A2 」である。 かつ、対象者の認知症高齢者の日常生活自立度が「 自立、I 」である。 ※対象者の自立度がこれ以外の場合はご相談ください。	☐
3	対象者は 3ヶ月で卒業 になることを理解しており、本サービスを受ける 意欲がある 。	☐
4	対象者は 具体的な生活の目標 を持っている。 (住み慣れた地域で自立した生活を目指している。)	☐
5	対象者や家族は本サービスが 自立や社会参加を目指す 事業であることを理解している。	☐
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。 (本サービスを利用することで 介護保険サービスを卒業する、 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。) ※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。	☐
7	対象者は支援内容を 生活に定着させる、または活かす ことができる。 (その見込みがある。) ※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。	☐
8	対象者や家族は本サービスが 治療ではない ことを理解している。	☐
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 支援することができる 。	☐



- ・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通所・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 高齢介護課
TEL：0829-30-9167
FAX：0829-20-1611