

●対象者

事業対象者・要支援1・2認定のある方、もしくは下記①のうち、
下記②及び③に該当

※該当項目にチェック

① 厚生労働省が定める「基本チェックリスト」のうち下記のいずれかに該当する
（※栄養のみ、口腔のみの該当は対象外）

- 生活機能 10項目以上/20項目
- 運動器 3項目以上/5項目
- 閉じこもり No.16に該当
- 物忘れ 1項目以上/3項目
- こころ 2項目以上/5項目

はい



いいえ



訪問型サービスCの対象外

② 以下の口の項目のすべてに当てはまる

- 訪問リハビリテーションの利用がない
- 通所系サービス（現行、緩和、通所リハ）の利用がない ※通所Cとの併用は可
- 過去、訪問型サービスCの利用終了後、1年以上経過している

はい



いいえ



訪問型サービスCの対象外

③ 生活機能向上等に向けて意欲があり、以下の口の項目のいずれかを希望している場合に、**訪問型サービスCの対象者と判断する**

- 生活機能に関する相談指導
- 自宅で行う自主訓練の提案、指導、助言等
- 生活動作（段差昇降、入浴動作、排泄動作等）の改善・工夫に関する指導、助言
- 住宅環境相談（手すりの設置、段差の解消等）
- その他この事業の目的達成に必要な相談指導

記入はここまで

【地域包括支援センター記入欄】

※該当項目に○

総合判定結果	1. 訪問型サービスC（事業対象者・要支援1・要支援2）
年 月 日	2. 非該当
	3. 一般介護予防事業の紹介