

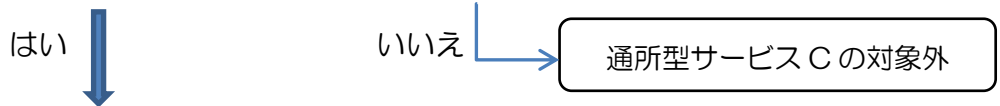
●対象者

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 以下のそれぞれの身体領域の質問項目のいずれかに該当する
 ※要支援認定者は、「独自チェックリスト」にて判断すること
 ※事業対象者は、申請後調査時に「独自チェックリスト」にて把握済み

身体領域	質問事項	チェック欄
運動機能	基本チェックリスト6～10の4項目以上該当	
	車、バイク、自転車、電動カート、電動車いすなどを自ら操作し外出できない	
閉じこもり	基本チェックリスト16・17該当（※16の外出に通所介護は含めない）	
	一日中ほとんど一人で過ごし、人と話すことがない	
物忘れ	基本チェックリスト18～20の2項目以上該当	



- ② 運動機能向上等に向けて意欲があり、以下の□の項目のすべてに当てはまる場合に、通所型サービス C の対象者と判断する

- 訪問リハビリテーションの利用がない ※訪問 C との併用は可
- 通所系サービス（現行、緩和、通所リハ）の利用がない
- 退院直後で通院によるリハビリ提供がない人
- 骨折、麻痺などにより筋力低下、関節可動域の制限により身体状況が悪化している人
- かかりつけ医による運動禁止の指示がない人
- 過去、通所型サービス C の利用終了後、1年以上経過している

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. 通所型サービス 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