

訪問型サービスの類型確認シート

認定年月日： 年 月 日 利用者名（ ）

	条件	該当していれば○
認定調査票	第3群 認知機能「1. 意思の伝達」が「できない」	
	第3群 認知機能「2. 毎日の日課を理解」～「7. 場所の理解」のいずれかが「できない」	
	第3群 認知機能「8. 徘徊」「9. 外出すると戻れない」のどちらかが、「ある」	
	第4群 精神行動障害「1. 被害的」～「15. 話がまとまらない」のいずれかが「ある」	
主治医意見書	「3(2)短期記憶」が「問題あり」	
	「3(2)日常生活の意思決定を行うための認知能力」が「判断できない」	
	「3(2)自分の意思の伝達能力」が「伝えられない」	
	「3(3)認知症の周辺症状」が「有」	
	「3(4)その他の精神・神経症状」が「有」	
その他	認知機能の低下や精神・知的障害により日常生活に支障があるような症状や行動を伴う者	
	退院直後で状態が変化しやすく、自立支援に向けた専門的サービスが特に必要な者	
	ゴミ屋敷となっている者や社会と断絶している者などの専門的な支援を必要とする者	
	心疾患や呼吸器疾患、がんなどの疾患により日常生活の動作時の息切れ等により、日常生活に支障がある者	
	ストーマケアが必要な者	
	療育手帳、精神障害者保健福祉手帳を所持している者	
	利用するサービスが、訪問型サービスAで提供できないサービス(身体介護)である	



上のチェック表の中で、いずれかに「○」がついている場合、基本的に従前の訪問介護相当のサービスを利用してください。該当しない場合も、ケアマネジメントに基づき、必要に応じて従前の訪問介護相当のサービスを利用してもかまいません。