〈あんしんサポーター（訪問型サービスA）対象者確認シート〉

**居宅介護支援事業所名：**

**介護支援専門員名：**

**作成日：**　　　　　　　　　　　　　　　　　　ケアプラン会議日：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 要支援認定 | 有：要支援1・2　,　無 |
| 住所 |  | 年齢 |  | 性別 |  |
| 状況及び訪問型サービスAの利用が必要な理由 |
| 疾病または障害の状況 |  |
| 体調管理等の状況（健康観察事項） |  |

【基準判定】（当てはまる箇所に☑を記入）

* あんしんサポーター（訪問型サービスA）の理由となる疾患等の医師の診断がある。または主治医意見書に疾患名の記載がある。
* 疾患等により内服などあるもコントロール不良などの理由で体調等の変動があり、専門的な観点での見守りや声がけが必要。
* 疾患等により精神的な変動、または体調の変動が頻繁（日単位）にあり、専門的な観点での見守りや声がけが必要。または病態が変わりやすく、対応に緊急を要する疾患がある。
* ひどい物忘れがあり、専門的な対応が必要である。
* 疾患により医療機器を使用したり、身体に器具を留置・装着しており自己管理が不十分なため動作時等に配慮が必要。
* 顕著な特異的性格があり、関わりに配慮が必要である（対人トラブル、金銭トラブル、問題行動等ある）

市記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 利用決定 | 適・否 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 課長 | 合議 | 　担当 |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 受付 |