|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 項目 |  |
| 1 | 認知症高齢者生活自立度がⅡ程度以上で、日常生活に支障のある症状や行動がある（主治医意見書がある場合は、意見書で判定） |  |
| 2 | 精神疾患等により不安定な状態にあり、随時関わりが必要 |  |
| 3 | 入浴において介助（一部介助を含む）が必要※入浴サービスが必要な場合 |  |
| 4 | 食事において常に声かけ誘導以上の支援が必要※食事サービスが必要な場合 |  |
| 5 | 排泄を自立して行うことができない |  |
| 6 | 歩行状態が不安定で、移動する際には常に付き添いが必要 |  |
| 7 | 医療的なケアを職員が介助することが必要 |  |
| 8 | 状態が変化しやすく、専門的なサービスや随時の見守りが必要 |  |
| 9 | 1～8以外で、包括支援センターが総合的に判断して必要と認めた場合（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |

指定相当通所介護・元気アップデイサービス対象者判定チェックリスト

【判定方法】

上記を確認し、次のとおりサービスを選択する。

|  |  |
| --- | --- |
| 9項目のうち、該当するものが1つ以上ある場合 | 指定相当通所介護 |
| 該当するものがない場合 | 元気アップデイサービス |