

やすらぎ支援 申し込み前の確認事項

ケアマネジャー経由でやすらぎ支援を申し込む場合、事前にケアマネジャーが以下の項目を確認し、桜町高齢者在宅サービスセンターに申し込むときに提出してください。

◆ 「自分でできる認知症の気づきチェックリスト」の実施

☐実施した → _____点

☐未実施

◆ 申し込みの理由（複数可）

☐話し相手がほしい

☐家族の介護負担軽減

☐見守り

☐介護サービス導入に向けたステップアップ

☐その他（ _____ ）

◆ 以下の内容を本人・家族が了承している

☐生存確認の支援ではないこと

☐介護保険サービスではないこと

☐ボランティアが家に訪問すること

☐ボランティアは医療行為や身体介護等を実施できないこと

例）おむつ交換、飲水介助、内服介助等

◆ ケアマネジャーが以下の内容を了承している

☐やすらぎ支援の利用決定後、ケアプランにやすらぎ支援を記載すること

☐利用者に変化があった場合（要介護度の変更・入院・施設入所・介護サービス増加等）、やすらぎ支援担当者と適宜情報共有すること

<記入者>

担当ケアマネジャー： _____

居宅介護支援事業所： _____

地域包括支援センター： 小金井 _____ 地域包括支援センター