

「ゆめはまミーティング」
～ 要支援等ケースカンファレンス ～
介護予防ケアマネジメントマニュアル



桑名市

令和7年1月改訂版

「ゆめはまミーティング<要支援ケース>」 ～ 要支援等ケースカンファレンス ～

介護予防ケアマネジメントマニュアル もくじ

1. 介護予防ケアマネジメントについて……………	3
2. 介護予防ケアマネジメントの種類……………	4
3. 「ゆめはまミーティング<要支援ケース>」と 介護予防ケアマネジメント(介護予防支援)……………	5
4. 「ゆめはまミーティング<要支援ケース>」の開催概要について……………	8
5. 様式について……………	9
6. 「ゆめはまミーティング<要支援ケース>」開催前後の流れ……………	10
7. 当日の進め方……………	11
<参考>基本チェックリストの考え方……………	12
判定基準……………	14
<参考>アセスメントシート記入に関するQ&A……………	14
<参考>ケアミーティング(届出制)について……………	15

1. 介護予防ケアマネジメントについて

介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）」、「要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものであり、基本的なケアマネジメントのプロセスに基づくものです。

そのため、利用者の自立支援に資するように心身機能の改善だけでなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要です。適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者が目標達成のために、必要なサービスを主体的に利用して目標達成に取り組めるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業等の利用を検討し、ケアプランを作成することとなります。

「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」より

また、生活機能が低下した高齢者に対しては、心身機能を改善するために「短期集中予防サービス」を一定期間提供し、可能な限り元の生活に近づけ（**リエイブルメント※の視点**）、その後も、活動や参加を促すために、多様な社会参加の場につなげるといった視点も重視します。

ケアマネジメントにおいては、前述の「短期集中予防サービス」を重点的に活用することとし、通所サービスを新規に利用しようとする際には、「くらしいきいき教室」（通所C）を最初に利用することを推奨します（ただし、十分なケアマネジメントの結果、その他の通所型サービスが有効であると認められる場合にはこの限りではありません）。加えて、引き続きアセスメント支援として、「いきいき訪問」（訪問型サービスC）を効果的に活用してください。

なお、指定介護予防支援と、介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援業務）は制度としては別ですが、共通の考え方に基づき一体的に実施します。

※ リエイブルメント（再自立）：

「Re-Ablement（再び自分でできるようにすること）」とは高齢者が自立した在宅生活を継続するために能力の回復・改善・維持を図る支援

2. 介護予防ケアマネジメントの類型

	「原則的な介護予防ケアマネジメント (ケアマネジメントA)」	「初回のみ介護予防ケアマネジメント (ケアマネジメントC)」
対象者	次に掲げるサービスを利用する高齢者 ① 訪問介護相当サービス ② 通所 A サービス ③ 「くらしいきいき教室」 ④ えぷろんサービス ⑤ 栄養いきいき訪問 ⑥ いきいき訪問	介護保険サービスを利用しなくても地域活動に参加したり、元の生活を取り戻した高齢者(『通いの場』応援隊、「シルバーサロン」又は「健康・ケア教室」を利用するものだけでなく、ケアマネジメントの結果、一般介護予防事業や民間事業のみの利用となった方も含む)
実施機関	地域包括支援センター又はその委託を受けた居宅介護支援事業者	地域包括支援センター又はその委託を受けた居宅介護支援事業者
手続	アセスメント及びモニタリングを経て、介護予防ケアマネジメント業務の流れによる。 必要に応じて、桑名市及び桑名市地域包括支援センターが開催する「ゆめはまミーティング」を開催。	「元気アップ計画書」を交付(=セルフマネジメント支援)及び一定期間(半年～1年程度)状況の把握を行い、必要に応じて(包括、生活支援 Co.等と連携し)フォローを行う
サービス単価	①介護予防ケアマネジメント費【442 単位/月】の100% ② 初回加算【300単位/月 (1月に限る)】の100% ③ 委託連携加算【300単位/月 (委託する初回に限る)】の100%	①介護予防ケアマネジメント費【442 単位/月】の100%

3. 「ゆめはまミーティング〈要支援ケース〉」と介護予防ケアマネジメント(介護予防支援)

市町村が包括的・継続的ケアマネジメント事業の効果的な実施のため、「地域ケア会議」を開催し、会議において個別ケースの検討と地域課題の検討の両方を行うことが、以下のとおり介護保険法に明記されました。

地域ケア会議の位置づけ

介護保険法

(会議)

第115条の48

「包括的・継続的ケアマネジメント支援業務」
(包括的支援事業の一つ)

市町村は、第115条の45第2項第3号に掲げる事業の効果的な実施のために、介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者、関係機関及び関係団体(以下この条において「関係者等」という。)により構成される会議(以下この条において「会議」という。)を置くように努めなければならない。

2 会議は、厚生労働省令で定めるところにより、要介護被保険者その他の厚生労働省令で定める被保険者(以下この項において「支援対象被保険者」という。)への適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、支援対象被保険者が地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとする。

3 会議は、前項の検討を行うため必要があると認めるときは、関係者等に対し、資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力を求めることができる。

4 関係者等は、前項の規定に基づき、会議から資料又は情報の提供、意見の開陳その他必要な協力の求めがあった場合には、これに協力するよう努めなければならない。

5 会議の事務に従事する者又は従事していた者は、正当な理由がなく、会議の事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

6 前各項に定めるもののほか、会議の組織及び運営に関し必要な事項は、会議が定める。

(平二六法八三・追加、平二九法五二・一部改正)

桑名市では平成26年10月から、多職種協働でケアマネジメントを支援するための地域ケア個別会議の一類型として「地域生活応援会議」を開催していましたが、より参加しやすい、より充実した会議となるよう令和6年度から「ゆめはまミーティング〈要支援ケース〉」として開催します。

この「ゆめはまミーティング〈要支援ケース〉」は、介護保険の基本理念である高齢者の自立支援を「机上の空論」から「現場の実践」へ転換することと、高齢者の自立支援に向けたマネジメントを「個人プレー」から「チームプレー」へ転換していくことを趣旨とし、多職種協働によるケアマネジメント支援(ケースカンファレンス形式)により、ケアマネジメントの質の向上を図るとともに、個別ケースの課題分析の積み重ねにより地域課題を発見し、地域に必要な資源開発や地域づくりなどの政策形成につながる重要なものです。「介護予防ケアマネジメント」・「介護予防支援」において、このミーティングを有効にご活用ください。

また加えて、会議を開催することにより、利用者の有益性及びサービスの利用が適正化される効果が期待され、ケアプラン点検の役割も果たしています。

<参考>

第二条 (介護保険)

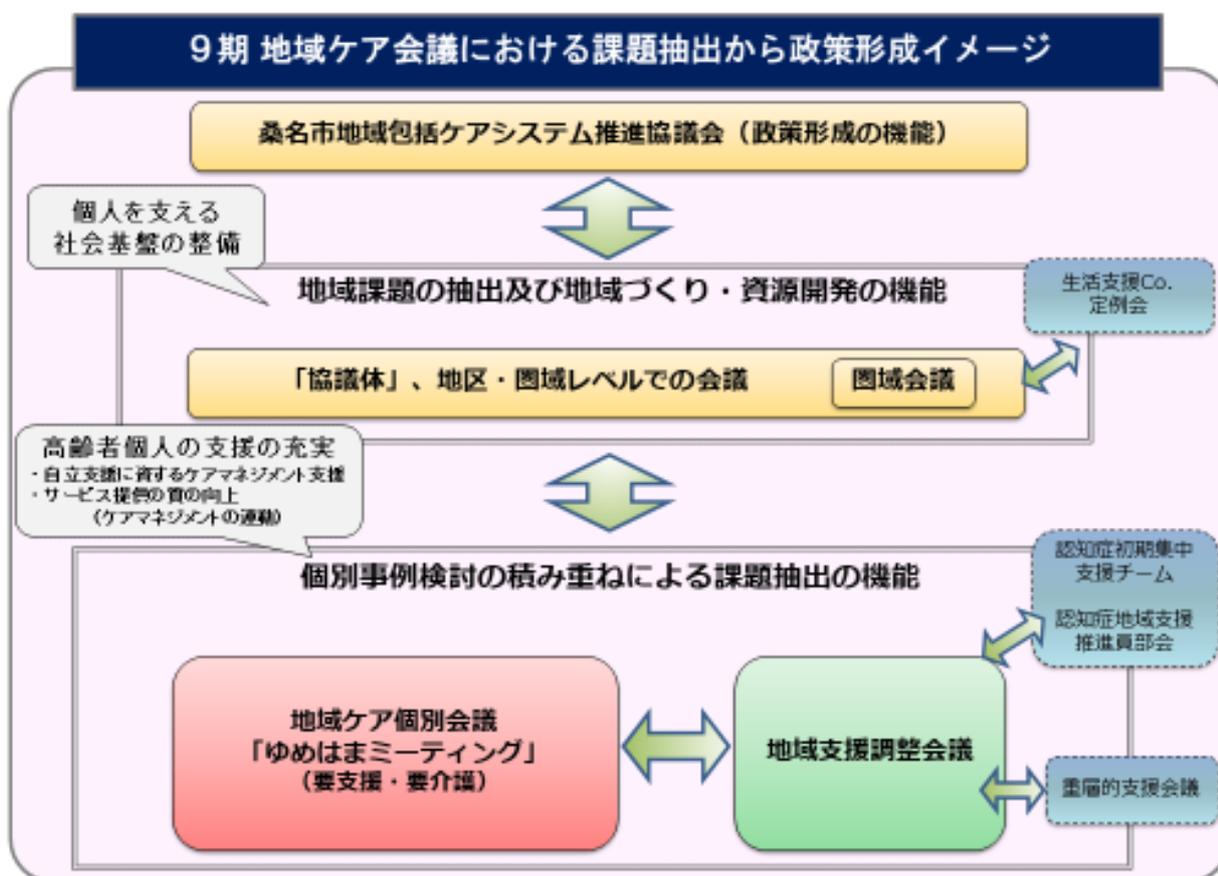
2 「介護保険」の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

4 保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

第五条 (国及び地方公共団体の責務)

3 国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

さらに、桑名市には「ゆめはまミーティング<要支援ケース>」の他にも様々な「地域ケア会議」があります。政策や市の課題を議論するマクロの「地域ケア会議」として「桑名市地域包括ケアシステム推進協議会」、個別事例の検討から、地域課題の抽出や地域に必要な資源開発や地域づくりなどにつなげていく「圏域会議」、困難事例の課題解決に向けた「地域支援調整会議」、そして個別のケアマネジメント支援を行うミクロの「地域ケア個別会議」-「ゆめはまミーティング」です。この「ゆめはまミーティング」は、要支援のプランに対して行う「ゆめはまミーティング<要支援ケース>」(旧地域生活応援会議)と、要介護のプランに対して、ケアプラン点検形式で行う「ゆめはまミーティング<要介護ケース>」があります。

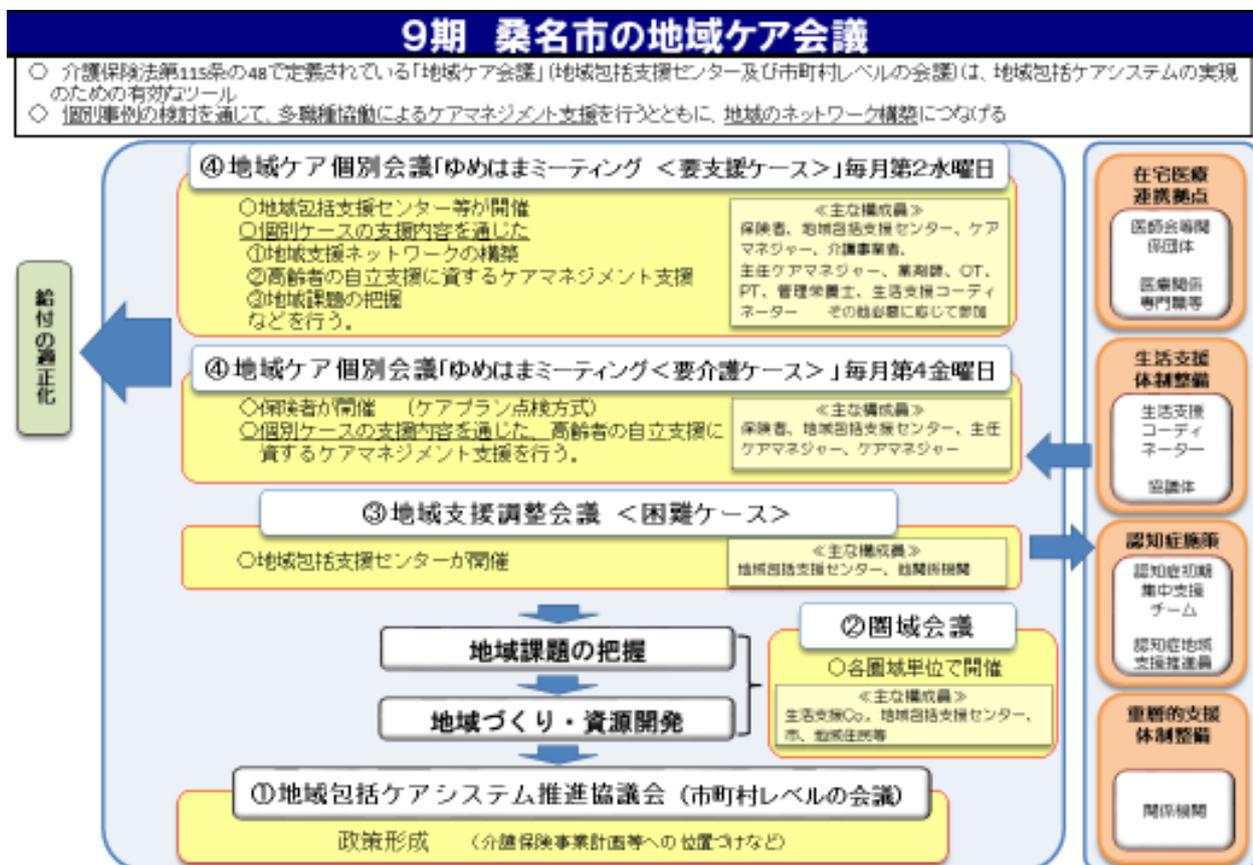


目指すところは、高齢者の自立支援・尊厳保持であり、単に身体機能を回復することだけでなく、たとえ身体的にハンディがあったとしても、持っている能力を最大限活用して、自分らしい(マイペースな)生活をできる限り続けられることです。そのためには、「高齢者個人の支援の充実」と、「個人を支える社会基盤の整備」が必要です。

「高齢者個人に対する支援の充実」には、自立支援に向けたケアマネジメント支援によるケアマネジメントの資質向上と、自立支援に資するケアマネジメントと連動した、サービス提供内容の質の向上が不可欠です。そして、これらに向けて、ケースを通して多職種でディスカッションする場、OJTの場が、「ゆめはまミーティング<要支援ケース>」になります。

また、「個人を支える社会基盤の整備・充実」については、個別のケースから、地域課題の発見・抽出により、圏域レベル、市全域レベルでの会議で議論しています。

以下は、「地域ケア会議」の全体像等の詳細と、他事業等との関係などを示したものです。



4.「ゆめはまミーティング<要支援ケース>」開催概要について

「ゆめはまミーティング<要支援ケース>」の開催概要については、概ね以下のとおりです。

日 時	第2水曜日 13:30～
場 所	桑名市役所内会議室（対面形式）
対 象	<p>○すべての(介護予防)居宅事業所が、ケアプラン点検方式で行う「ゆめはまミーティング<要介護ケース>」を含めて、<u>※1年1回程度ケアマネジメント支援を受ける機会となるよう、ケースの提供を市から依頼</u></p> <p>○市から依頼を受けた(介護予防)居宅事業所が<u>ケースを選定し</u>、ケース提供 予防事業・サービス(通所系サービス、介護予防訪問介護サービス等)を利用する、 要支援・チェックリスト該当者のケース（新規作成時、更新時等） (例:よくあるケースで、いつも同じような支援になって、課題解決につながりにくいケース等)</p> <p>* ケアプラン点検方式で行う「ゆめはまミーティング<要介護ケース>」と同様に、ケース提供居宅に対し、市から依頼します</p> <p>* いわゆる困難事例については、P6.7 図中の「支援調整会議」の対象となります</p> <p>* 経験年数の浅い介護支援専門員によるケース提供や、担当の有無に関わらず地域包括支援センターの参加により、自立支援に向けたケアマネジメント支援の場、OJT の場となることを目指します</p>
出席者	担当介護支援専門員(ケースの担当圏域包括)・サービス提供事業者(福祉用具・ショート事業所は除く)、市、地域包括支援センター、主任介護支援専門員、薬剤師、作業療法士、理学療法士、生活支援 Co.、管理栄養士等その他専門職(ケースに応じて)
件 数	2ケース/1回
形 式	ケースカンファレンス形式 (ケースに対して、多職種でより良い支援に向けてディスカッションを実施)

【以下の場合は、ミーティングの対象にはなりません】

- ① 他市町村の被保険者(桑名市に住民票あり)が住所地特例で桑名市のサービスを利用する場合
- ② 桑名市の被保険者が住所地特例で他市町村のサービスを利用する場合
- ③ 他市町村の被保険者(桑名市に住民票なし)が、桑名市のサービスを利用する場合
 ただし、ケース提供包括・介護支援専門員が会議に参加し、多職種によるケアマネジメント支援を希望する場合は、この限りではありません。
- ④ 福祉用具レンタルのみ及び購入、住宅改修、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護(ショートステイ)のみのプランを作成するケース

※1：地域支援事業（法第115条の45）実施要綱 参照

(2) 地域ケア会議の実施について

市町村は、2の(4)の包括的・継続的ケアマネジメント業務の効果的な実施のために、介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者、関係機関及び関係団体（以下「関係者等」という。）により構成される会議（以下「地域ケア会議」という。）の設置に努めなければならないこととされている。（法第115条の48第1項）

個別ケースを検討する地域ケア会議（地域ケア個別会議）は、センター等が主催し、医療、介護等の専門職をはじめ、民生委員、自治会長、NPO法人、社会福祉法人、ボランティア等地域の多様な関係者が協働し、介護支援専門員のケアマネジメント支援を通じて、介護等が必要な高齢者の住み慣れた住まいでの生活を地域全体で支援していくことを目的とするものである。なお、介護支援専門員の資質向上に資するよう、市町村内の全ての介護支援専門員が必要に応じて地域ケア会議での支援が受けられるようにする等、その効果的な実施に努めること。

5. 「ゆめはまミーティング〈要支援ケース〉」 使用様式について

会議で用いる様式について、独自の様式提出の必要はありません。

平成27年厚生労働省告示第197号(基本チェックリスト告示)に掲げる様式第1及び「地域支援事業実施要綱」に示されている一般的な様式等を用います。

【使用する様式について】

I	II	III	IV
介護支援専門員	訪問系・通所系事業所	いきいき訪問	保険者
①「ゆめはまミーティング〈要支援ケース〉」ケースシート ②利用者基本情報 ③基本チェックリスト ④介護予防サービス・支援計画表(ケアプラン) ⑤介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表(更新時)	①アセスメントシート (各事業所で使用の様式) ②サービス個別計画書 (各事業所で使用の様式) ③福祉用具サービス計画書 (基本情報・利用計画)	①いきいき訪問記録票(初回実施報告書) ②介護予防サービス計画・総合評価(いきいき訪問用)	㊦医師の意見書 ①要介護認定調査票 (基本チェックリスト該当者は除く)

【様式の説明】

I ①「ゆめはまミーティング〈要支援ケース〉」ケースシート

ケースに対する思い、多職種で検討したい内容、質問したいこと等について、ご記入ください(提出必須)

I ②基本チェックリスト

平成27年厚生労働省告示第197号に掲げる様式第1、「運動」「栄養」「口腔」「閉じこもり」「うつ」の5領域で評価します。また、p.11-「基本チェックリストについての考え方」も参照してください。

6. 「ゆめはまミーティング〈要支援ケース〉」開催前後の流れ

対象居宅(地域包括支援センター)

市役所 介護予防支援室

1. ケースの選定

ミーティング開催日前月第2水曜までに、居宅が提出するケースを1つ選定し、

- ・ケースの担当圏域包括へ利用者名、担当CM、利用サービス等の情報を報告
- ・選定したケースのサービス提供事業者へミーティング対象となった旨連絡(開催日、時間等)を行う。

(ミーティングの内容をプランに反映しやすい、新規作成時、更新時などなどのケースが望ましいが、この限りではありません。)

↓
担当包括から市へ提出ケース報告(ゆめはま)

2. 資料の提出

ミーティング開催日の前週木曜日(第1木曜)までに、ケースの担当圏域包括へ提出

↓
金曜正午まで
包括から介護予防支援室へ資料を提出

0. 市から対象居宅へプラン提出の依頼

ミーティング開催日(第2水曜)の前々月の(2か月前)までに、対象居宅へプラン提出の依頼(2居宅/月)

提出依頼

資料提出

3. 各アドバイザーへ資料の配布

金曜夕方～月曜午前に資料をデータで配布。

4. アドバイザーの事前打合せ

会議前日(火曜日)に、参加可能なアドバイザーでケースの整理等をするための打合せを行う

5. ゆめはまミーティング〈要支援ケース〉の実施

ケースに対して、多職種でより良い支援に向けてディスカッションを行う(ケースカンファレンス形式)

※紙での資料配布は行いません。各自資料等をご準備の上(PC、タブレット、紙等)ご参加ください。

6. ミーティングの内容を支援者間で情報共有

必要に応じて介護予防サービス・支援計画表を修正、修正があれば担当地域包括支援センターへ提出。

7. プランの期間終了後

評価を実施。評価に関する書類を担当地域包括支援センターへ提出。

※提出書類は P9_I (介護支援専門員)を参照

※「元気アップ計画書」(ケアマネジメントC)を担当介護支援専門員(又は地域包括支援センター)が作成した場合は、地域包括支援センター経由で計画書を市へ提出

7.「ゆめはまミーティング〈要支援ケース〉」当日の進め方

○ 13時30分から開始。1ケースあたり30～40分程度。

○ 1回につき2ケース。

○ 出席者

ケースの担当者(担当ケースの時間帯のみ出席):介護支援専門員、サービス提供事業者、
地域包括支援センター

アドバイザー:三重県介護支援専門員協会桑員支部主任介護支援専門員、薬剤師、
作業療法士、理学療法士、地域包括支援センター(3職種)、生活支援コーディネータ
ー、管理栄養士等アドバイスリクエストシートに応じて適宜

司会進行:介護予防支援室、または 地域包括支援センター

○ ケースの検討の進め方

		所要時間	ポイント
1	ケアプラン作成者から概要説明	約3分	アセスメントから導かれた利用者の状態像及び課題を説明。 ケアプランにおける目標、支援方針等を説明
2	サービス提供事業者から支援方針を説明	約3分	アセスメント等に基づき、具体的な支援内容を説明
3	担当包括より追加事項があれば説明	約2分	※居宅介護支援事業所に委託した場合のみ
4	アドバイザー、参加者によるディスカッション	約30分	アドバイザー、参加者の手上げ制によるワーキングにより、課題解決に向けた支援を検討
5	まとめ	約2分	支援方針等の確認

○ 会議進行予定時間(目安)

1 ケース目	13:30～14:10
2 ケース目	14:15～14:55

<参考> 基本チェックリストについての考え方

【共通事項】		
① 対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。		
② 期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。		
③ 習慣を問う質問項目については、頻度も含め本人の判断に基づき回答してもらってください。		
④ 各質問項目の趣旨は以下とおりです。各質問項目の表現は変えないでください。		
質問項目	質問項目の趣旨	
1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。		
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか(例えば、必要な物品を購入しているか)を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。
6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。

11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6カ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6カ月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6カ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載してください。体重は1カ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
15	口の渴きが気になりますか	口の中の渴きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1カ月の状態を平均してください。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20の質問項目は認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。
21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	
23	(ここ2週間)以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる	
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	

判定基準	リスク該当項目
質問項目No.1～20 までの20 項目のうち10 項目以上に該当	生活機能全般
質問項目No.6～10 までの5項目のうち3項目以上に該当	運動機能
質問項目No.11～12 の2項目のすべてに該当	栄養状態
質問項目No.13～15 までの3項目のうち2項目以上に該当	口腔機能
質問項目No.16 に該当	閉じこもり
質問項目No.18～20 までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当	認知症
質問項目No.21～25 までの5項目のうち2項目以上に該当	うつ

(注) この表における該当(No.12 を除く)とは、回答部分に「1.はい」又は「1.いいえ」に該当することをいう。
この表における該当(No.12 に限る)とは、BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合をいう。

<参考> アセスメントシート記入に関するQ&A

基本チェックリスト

Q1. 基本チェックリストは、利用者本人の主観でよいのか？

A1. 対象者に、各質問項目の趣旨を理解していただいたうえで回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。

Q2. 問2の「日用品の買い物をしていますか」の判断の仕方は？

A2. 頻度で判断してください。

Q3. 問3の「預貯金の出し入れをしていますか」は、金融機関まで自ら行けないと「はい」にはならないか？

A3. 銀行等まで家族に乗せていってもらっても、窓口等で自ら預貯金の出し入れをしていけば、「はい」とします。

Q4. 問19の「自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか」で、短縮リダイヤルでかける場合の判断の仕方は？

A4. 短縮リダイヤルは、自分でかけるに該当と判断して差し支えありません。

Q5. 「できる」「できない」の判断についてどう考えるのか。

A5. 見守りであっても一人でしていれば「できる」と判断してください。「いいえ」を選択した場合、何が原因でできないのか聞き取り・洞察することで、生活機能向上に向け、何を改善・工夫していけばよいかのヒントになります。計画書に役立ててください。

<参考> ケアミーティング(届出制)について

○対象:認定結果が出る前に介護保険サービスの利用を開始する場合

ただし、P8①～③、がん末期等、治癒困難(余命が概ね6か月程度)と判断されるケース、福祉用具レンタルのみ及び購入、住宅改修、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護(ショートステイ)のみのケースは対象になりません。

○流れ:ケアミーティング(届出制)に係る書類を、ケースの担当地域包括支援センターへ提出

(地域包括支援センターから市へ提出 : 原本は市が保管)

→ 地域包括支援センターの確認を受けて、サービスの利用を開始します。