

平成28年
那覇市介護予防・日常生活支援総合事業
介護予防ケアマネジメントについて
居宅介護支援事業所向け説明会資料

《別紙資料》

1 基本チェックリスト	・・・P 1
チェックリスト該当基準	・・・P 2
2)基本チェックリストについての考え方	・・・P 3
1 様式	
1) 基本情報	・・・P 5
2) 基本チェックリスト (P 1と同様)	
3) 介護予防サービス・支援計画書	・・・P 7
4) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録 (サービス担当者会議の要点も含む)	・・・P 8
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	・・・P 9
3 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務に係る 関連様式例記載要領	・・・P 10
4 参考資料	
○興味・関心チェックシート	・・・P 18
○介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例	・・・P 19
○介護予防ケアマネジメントにおける留意事項	・・・P 20
※事業によってはアセスメントシートがあります。	
5 要支援1・2の認定を受けている皆様へ	・・・P 21
6 サービス利用の流れ	・・・P 23

基本チェックリスト

平成28年度 事業所説明会資料

被保険者番号		記入日：平成 年 月 日	
氏 名		生年月日： 年 月 日 (歳)	
住 所			
希望するサービスの内容			
分野	No.	質 問 事 項	回答：いずれかに○をお付け下さい
生活全般	1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい 1. いいえ
	2	日用品の買い物をしていますか	0. はい 1. いいえ
	3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい 1. いいえ
	4	友人の家を訪ねていますか	0. はい 1. いいえ
	5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい 1. いいえ
運動機能	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい 1. いいえ
	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	0. はい 1. いいえ
	8	15分位続けて歩いていますか	0. はい 1. いいえ
	9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい 0. いいえ
	10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい 0. いいえ
栄養	11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい 0. いいえ
	12	身長 cm 体重 kg (BMI =) (注)	
口腔機能	13	半年前に比べて固い物が食べにくくなりましたか	1. はい 0. いいえ
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい 0. いいえ
	15	口に渴きが気になりますか	1. はい 0. いいえ
閉じこもり	16	週に1回以上は外出していますか	0. はい 1. いいえ
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい 0. いいえ
認知機能	18	周りに人から「いつも同じことを聞く」など物忘れがあるとされますか	1. はい 0. いいえ
	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	0. はい 1. いいえ
	20	今日が何月何日かわからないときがありますか	1. はい 0. いいえ
意欲	21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1. はい 0. いいえ
	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	1. はい 0. いいえ
	23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい 0. いいえ
	24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい 0. いいえ
	25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1. はい 0. いいえ

(注) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当する

◎健康状態はいかがですか (どちらかに○をお付けください。)

1.とても健康 2.まあまあ健康 3.普通 4.あまり健康でない 5.健康でない

基本チェックリストの結果を地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所へ提供し、総合事業に活用することに同意いたします。

平成 年 月 日 氏名：

面接者氏名：

総合事業における事業対象者に該当する基準

- | | |
|--------------------------------------|-----------------|
| ① 質問項目No.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当 | (複数の項目 社会生活に支障) |
| ② 質問項目No.6～10までの5項目のうち3項目以上に該当 | (運動機能低下) |
| ③ 質問項目No.11～12までの2項目のすべてに該当 | (低栄養状態) |
| ④ 質問項目No.13～15までの3項目のうち2項目以上に該当 | (口腔機能の低下) |
| ⑤ 質問項目No.16に該当 | (閉じこもり) |
| ⑥ 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 | (認知機能の低下) |
| ⑦ 様式第一の質問項目No.21～25までの5項目のうち2項目以上に該当 | (意欲の低下) |

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のとおりです。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ヵ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6ヵ月間で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ヵ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	口の渇きが気になりますか	口の中の渇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いなくても、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	

利用者基本情報

作成担当者：

《基本情報》

相 談 日	年 月 日 ()	来 所・電 話 その他 ()	初 回 再来 (前 /)	
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()			
フリガナ 本人氏名	男・女	M・T・S 年 月 日生 () 歳		
住 所	Tel () Fax ()			
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度 認知症高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・2 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日： 年 月 日			
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・			
来 所 者 (相談者)			家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住 所 連 絡 先	続 柄			
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			家族関係等の状況	

《介護予防に関する事項》

今までの生活				
現在の生活 状況（どんな 暮らしを送 っているか）	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技
	時間	本人	介護者・家族	
				友人・地域との関係

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日・	病名	医療機関・医師名 （主治医・意見作成者に☆）			経過	治療中の場合は内容
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名

印

介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）

※ ケアマネジメント結果等記録表として使用する際は、網掛け部分の記載は省略可能

N. 利用者の氏名 施設 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日 申請中 認定済・継続 初回・紹介・継続 要支援 1・要支援 2 地域支援事業

計画作成者氏名 委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

計画作成（変更）日 年 月 日（初回作成日） 年 月 日 担当地域包括支援センター

目標とする生活

1 日		1 年									
アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画				
（運動・移動について）		☐ 有 ☐ 無				目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（居宅サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
（日常生活（家庭生活）について）		☐ 有 ☐ 無				（ ）					
（社会参加、対人関係・コミュニケーションについて）		☐ 有 ☐ 無				（ ）					
（健康管理について）		☐ 有 ☐ 無				（ ）					

健康状態について

☐主治医受診票、健診結果、観察結果等を記載した留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】
 該当の支援の受給に付いた方針

総合的な方針：生活不活発性の改善予防のポイント

基本チェックリストの（該当した項目数）／（質問項目数）を記入して下さい

運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり	物忘れ	うつ予防	予防
5	2	3	2	3	3	5

【意見】

地域包括支援センター
 （捺印）

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 印

利用者氏名

計画作成者氏名

[illegible]

※1 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察(生活の活発さの変化を含む)、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。

2. サービス担当者会議を開催した場合にも、会議出席者(所属(職種)氏名)、検討した内容等を記入する。

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業) サービス評価表

評価日

利用者名

殿

計画作成者氏名

目標	評価期間	目標体制状況	目標 達成／未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

総合的な方針

地域包括支援センター意見

☐ プラン継続 ☐ プラン変更 ☐ 終了	☐ 介護給付 ☐ 予防給付 ☐ 介護予防・生活支援サービス事業 ☐ 一般介護予防事業 ☐ 終了
---	--

(介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務に係る関連様式例記載要領)

本様式例は、当初の介護予防サービス計画原案又は、介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）におけるケアプラン原案（以下、「介護予防サービス計画原案等」という。）を作成する際に記載し、その後、介護予防サービス計画又は、介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）におけるケアプラン（以下、「介護予防サービス計画等」という。）の一部を変更する都度、別葉を使用して記載するものとする。

但し、サービス内容への具体的な影響がほとんど認められないような軽微な変更については、当該変更記録の箇所の冒頭に変更時点を明記しつつ、同一用紙に継続して記載することができるものとする。

1 「利用者基本情報」

① 「作成担当者名」

利用者基本情報の作成担当者の氏名を記載する。

② 「相談日」

初回の相談日で、当該利用者基本情報を作成した年月日を記載する。また、相談の方法として、来所や電話等の種別を記入する。また、初回の訪問か、再来の場合は、前回の相談日がわかれば記載する。

③ 「本人の現況」

利用者本人の現在の居所について記載する。入院または入所中の場合は、その施設名を記載する。

④ 「本人氏名」

利用者氏名及び性別を記載する。介護保険被保険者証と一致していることを確認し、利用者の生年月日と年齢を記載する。

⑤ 「住所」

当該利用者の現在居住している居住地进行を記載すること。住民票の住所在地と異なる場合は、介護保険被保険者証に記載されている住所を記載する。

⑥ 「電話番号」

当該利用者との連絡のとれる電話番号を記載する。

⑦ 「日常生活自立度」

利用者の「障害高齢者の日常生活自立度判定基準」、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」に基づくそれぞれのランクについて、要支援認定で用いられた主治医意見書の3(1)の「日常生活の自立度等について」を参考に、現在の状態に該当するものに○印を付す。

⑧ 「認定・総合事業情報」

利用者の要介護認定等の区分について、「非該当」、「要支援1」から「要介護5」のいずれかを○で囲む。また、認定有効期間と前回の介護度を記載する。

基本チェックリストの記入について、「事業対象者の該当有り」又は「事業対象者の該当なし」のいずれかを○で囲み、記入日を記載する。

⑨ 「障害者等認定」

障害等の種別について○印で囲む。障害等級等、特記することがあれば空欄に記載する。

⑩ 「本人の住居環境」

該当するものについて○印で囲む。自室の有無、自室のある場合は自室のある階を記載する。また、住宅改修の有無についても記載する。

⑪ 「経済状況」

利用者の該当する年金等について○印で囲むとともに、経済等の状況を記入する。

⑫ 「来所者（相談者）」

来所者または相談者について、氏名を記載する。

⑬ 「住所連絡先」

来所者または相談者の住所、連絡先及び本人との続柄を記載する。

⑭ 「緊急連絡先」

緊急時に確実に連絡がとれる電話番号を記載する。連絡先は複数確認することが望ましい。当該利用者の急変等、緊急に連絡をとる必要がある場合に利用者自宅以外の連絡先を記載する。また、家族が働いている場合は、携帯電話や自宅の他に家族の職場等確実に連絡がとれる電話番号を記載する。

⑮ 「家族構成」

当該利用者の家族について記載する。介護力を考慮するために、家族の年齢や居住地域も可能な範囲で記載する。現在利用者と同居している家族は○で囲む。当該利用者に関係する家族関係等の状況を欄内の凡例を用い、利用者を中心として家族関係がわかるように図解して記載する。なお、家族関係で特記すべき事項があれば記載する。

⑯ 「今までの生活」

当該利用者の現在までの生活について、主要な出来事を時間の経過順に記載する。職業や転居、家族史、家族との関係、居住環境などについて記載する。

⑰ 「現在の生活状況（どのような暮らしを送っているか）」

「一日の生活すごし方」は、起床から就寝までの一日の流れや食事・入浴・買い物仕事や日課にしていることなど、一日の過ごし方を記載する。上段には、生活全般に関する様子を記入し、食事や入浴、家事など毎日の決まった生活行為については、下段にタイムスケジュールを記入する。

のちにアセスメント領域の「日常生活（家庭生活）について」で、この領域をアセスメントすることを念頭に必要な情報を記載する。

「趣味や楽しみ、特技」は、以前取り組んでいた趣味や楽しみ、特技も聞き取り記載する。

「友人や地域との関係」は、友人や地域との交流頻度や方法、内容を記載する。

⑱ 「現病歴・既往歴と経過」

主治医意見書からの情報や利用者・家族からの聴取をもとに、利用者の主な既往症と治療服薬の状況について時間の経過順に記載する。記入した病気のために服薬等の治療を受けている場合は、「治療中」に○印を付し、治療は受けていないが受診だけはしているという場合は、経過観察中に○印を付す。その他の状況の場合には「その他」に○印を付す。また、要支援者の場合、主治医意見書を記載した医療機関または医師については★印を付す。

⑲ 「現在利用しているサービス」

当該利用者が現在利用している支援について、サービスの種別と利用頻度について記載する。ここでいうサービス・事業は、行政の行う一般施策のような公的なサービスと、ボランティアや友人などによって行われている非公的なサービスを分けて記載する。

⑳ 「個人情報の第三者提供に関する同意」

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定、要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意を得る。

2 「介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録表）」

① 「NO.」

利用者の整理番号を記載する。

② 「利用者名」

当該介護予防サービス計画等の利用者名を記載する。

③ 「認定年月日」

当該利用者の要支援認定の結果を受けた日を記載する。

④ 「認定の有効期間」

当該利用者の認定の有効期間を日付で記載する。

⑤ 「初回・紹介・継続」

当該利用者が、当該地域包括支援センター、指定介護予防支援事業者又は当該委託を受けた居宅介護支援事業者において初めて介護予防ケアマネジメント及び予防給付を受ける場合は「初回」に、介護予防ケアマネジメントを受けていたが、予防給付を受けるように紹介された場合、又は、予防給付を受けていたが、介護予防ケアマネジメントを受けるよう紹介された場合は「紹介」に、介護予防ケアマネジメントを受け、今後も介護予防ケアマネジメントを受ける予定、あるいは予防給付を現在受けており、今後も予防給付を受ける予定の場合は「継続」に○を付す。

⑥ 「認定済・申請中」

要支援認定について「新規申請中」（前回「非該当」となり、再度申請している場合を含む。）、「区分変更申請中」、「更新申請中であって前回の認定有効期間を超えている場合」は、「申請中」に○を付す。それ以外の場合は「認定済」に○を付す。認定を受けていない場合は、○を付さない。

⑦ 「要支援1・要支援2 地域支援事業」

被保険者証に記載された「要介護状態区分」あるいは基本チェックリストの結果から総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）を『利用する場合は「地域支援事業」に○を付す。

⑧ 「計画作成者」

当該介護予防サービス計画等作成者（地域包括支援センター担当者名）の氏名を記載する。なお、介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合には、担当介護支援専門員名もあわせて記載する。

⑨ 「委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地（連絡先）」

介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合は、当該介護予防サービス計画等作成者の所属する介護予防支援事業者・事業所名及び所在地（住所と電話番号）を記載する。

⑩ 「担当地域包括支援センター」

介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメントを委託する場合に、当該利用者が利用する地域包括支援センター名を記載する。

⑪ 「計画作成（変更）日（初回作成日）」

当該地域包括支援センター若しくは介護予防支援事業者又は当該委託を受けた居宅介護支援事業者において当該利用者に関する介護予防サービス計画等を作成した日を記載する。また、「初回作成日」には、二回目以降の計画作成の場合、初回作成日を記載する。

⑫ 「目標とする生活」

利用者が今後どのような生活を送りたいか、利用者自身の意思意欲を尊重し、望む日常生活のイメージを具体的にすることで、利用者が介護予防へ主体的に取り組む動機付けとなる。

この欄には、必要に応じて計画作成者が前記のような支援を行いつつ、利用者にとっては介護予防への最初の取り組みである「目標とする生活」のイメージについて記載する。

具体的にどのような生活を送りたいかは、一日単位でも、一年単位でも、よりイメージしやすい「目標とする生活」を記述する。漠然としていて、イメージできない場合は、毎日の生活の中でどのようなことが変化すればよいのか、イメージしやすい日常生活のレベルでともに考える。計画を立て終わった時点では、全体像を把握した上で、再度利用者と修正するのは差し支えない。一日及び一年単位の両方記載しなければならないものでなく、また、両者の目標に関係がなければならないものではない。

「一日」は、大きな目標にたどり着くための段階的な目標である場合や、健康管理能力や機能の向上・生活行為の拡大・環境改善など、様々な目標が設定される場合もあり得る。また、利用者が達成感自己効力感が得られるような内容が望ましい。

「一年」は、利用者とともに、生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい目標を設定する。あくまでも、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントや利用者の取り組みによって達成可能な具体的な目標とする。計画作成者は利用者の現在の状況と今後の改善の可能性の分析を行い、利用者の活動等が拡大した状態を想像してもらいながら、その人らしい自己実現を引き出すようにする。

⑬ 「健康状態について」

「主治医意見書」（要支援者のみ）、「生活機能評価」「基本情報」等より健康状態について、介護予防サービス計画等を立てる上で留意すべき情報について記載する。

⑭ 「アセスメント領域と現在の状況」

各アセスメント領域ごとに、日常生活の状況を記載する。

各アセスメント領域において「現在、自分で（自力で）実施しているか否か」「家族などの介助を必要とする場合はどのように介助され実施しているのか」等について、その領域全般について聴取。アセスメントは、基本チェックリストの回答状況、主治医意見書、生活機能評価の結果も加味して行う。

聴取するにあたって利用者と家族の双方に聞き、実際の状況と発言していることの違い、利用者と家族の認識の違いなどにも留意する。

利用者・家族からの情報だけでなく、計画作成者が観察した状況についても記載する。

「運動・移動について」欄は、自ら行きたい場所へ様々な手段を活用して、移動できるかどうか、乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行えているかどうかについて確認する必要がある。

「日常生活（家庭生活）について」欄は、家事（買い物調理掃除洗濯ゴミ捨て等）や住居経済の管理、花木やペットの世話などを行っているかについて確認する必要がある。

「社会参加、対人関係コミュニケーションについて」欄は、状況に見合った適切な方法で、人々と交流しているか。また、家族、近隣の人との人間関係が保たれているかどうか。仕事やボランティア活動、老人クラブや町内会行事への参加状況や、家族内や近隣における役割の有無などの内容や程度はどうかについて確認する必要がある。

「健康管理について」欄は、清潔・整容・口腔ケアや、服薬、定期受診が行っているかどうか。また、飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康管理の観点から必要と思われた場合、この領域でアセスメントする。特に、高齢者の体調に影響する、食事・水分・排泄の状況については、回数や量などを具体的に確認する必要がある。

⑮ 「本人・家族の意欲・意向」

各アセスメント領域において確認をした内容について、利用者・家族の認識とそれについての意向について記載する。例えば、機能低下を自覚しているかどうか、困っているかどうか、それについてどのように考えているのか等。

具体的には、「〇〇できるようになりたい」「手伝ってもらえば〇〇したい。」と記載し、その理由についても確認する。ただし、利用者と家族の意向が異なった場合は、それぞれ記載する。否定的ないし消極的な意向であった場合は、その意向に対し、ただちに介護予防サービス計画等を立てるのではなく、その意向がなぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにすることが介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントでは大切である。これは、具体策を検討する際に参考情報となる。

⑯ 「領域における課題（背景・原因）」

各アセスメント領域において生活上の問題となっていること及びその背景・原因を「アセスメント領域と現在の状況」「本人・家族の意欲・意向」に記載した内容や、実際の面談中の様子、利用者基本情報、主治医意見書、生活機能評価の結果等の情報をもとに健康状態、心理・価値観・習慣、物的環境・人的環境、経済状況等の観点から整理し、分析する。その際、基本チェックリストのチェック結果についても考慮する。ここには、現在課題となっていることあるいはその状態でいると将来どのようなことがおこるかなど課題を予測して記載する。結果として、その領域に課題があると考えた場合に「□ 有」に■印を付す。

⑰ 「総合的課題」

前項目で分析した各「領域における課題」から、利用者の生活全体の課題を探するため、直接的な背景・原因だけでなく、間接的な背景・原因を探り、各領域における課題共通の背景等を見つけ出す。そして、利用者にとって優先度の高い順で課題を列挙する。また、課題とした根拠を記載する。例えば、複数の領域それぞれに課題があったとしても、その課題の原因や背景などが同一の場合、統合して記述したほうが、より利用者の全体像をとらえた課題となる。ここには、支援を必要とすることを明確にするために課題だけを記載し、意向や目標、具体策などは記載しない。

ここであげる総合的課題に対して、これ以降の介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントのプロセスを展開するため、優先度の高い順に1から番号を付す。

⑱ 「課題に対する目標と具体策の提案」

「総合的課題」に対して、目標と具体策を記載する。この目標は、利用者や家族に対して専門的観点から示す提案である。したがって、本人や家族の意向は入っておらず、アセスメントの結果が現れる部分である。適切にアセスメントがされたかどうかは、この項目と意向を踏まえた目標と具体策を比較すると判断できるため、地域包括支援センターでの確認は、この項目をひとつの評価指標とすることができる。このため、目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。

具体策についても、生活機能の低下の原因となっていることの解決につながる対策だけでなく、生活機能の低下を補うための他の機能の強化や向上につながる対策等、様々な角度から具体策を考える。

具体的な支援やサービスは、サービス事業や一般介護予防事業、介護保険サービスだけではなく、生活機能の低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、民間企業により提供される生活支援サービス、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。

今後、次の項目である「具体策についての意向 本人・家族」欄で同意が得られた場合は、ここで提案した目標と具体策が介護予防サービス計画等の目標と支援内容につながっていく。

計画作成者はアセスメントに基づき、専門的観点から利用者にとって最も適切と考

えられる目標とその達成のための具体的な方策について提案することが重要である。

⑱ 「具体策についての意向 本人・家族」

計画作成者が提案した「課題に対する目標と具体策」について、利用者や家族の意向を確認して記載する。ここで、専門家の提案と利用者の意向の相違点を確認できる。ここでの情報は、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。

合意が得られた場合は、「〇〇が必要だと思う」「〇〇を行いたい」等と記載する。合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを記載する。

⑲ 「目標」

前項目の利用者や家族の意向を踏まえ、計画作成者と利用者・家族の三者が合意した目標を記載する。当初から「課題に対する目標と具体策」について合意を得られていた場合には、「同左」あるいは「提案どおり」などを記載してもよい。

⑳ 「目標についての支援のポイント」

前項目の目標に対して、計画作成者が具体的な支援を考える上での留意点を記入する。

ここには、目標達成するための支援のポイントとして、支援実施における安全管理上のポイントやインフォーマルサービスの役割分担など、様々な次元の項目が書かれることがある。

㉑ 「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）」「介護保険サービスまたは地域支援事業（総合事業のサービス含む）」

「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）」欄には、本人が自ら取り組むことや、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力、民間企業により提供される生活支援サービスなどもインフォーマルサービスとして記載する。誰が、何をするのか具体的に記載する。

「介護保険サービスまたは地域支援事業（総合事業のサービス含む）」欄には、予防給付、総合事業のサービス事業や一般介護予防事業等含めた地域支援事業のサービスの内容を記載し、どのサービス・事業を利用するかわかるように○印で囲むものとする。

具体的なサービス内容について、利用者・家族と合意し、目標を達成するために最適と思われる内容については本来の支援として、そのまま記載する。

しかし、サービス内容について利用者・家族と合意できない場合や地域に適切なサービスがない場合は、利用者・家族が合意した内容や適切なサービスの代わりに行う地域の代替サービスを当面の支援として括弧書きで、サービス内容を記載する。本来の支援の下に、当面の支援を記載する。

㉒ 「【本来行うべき支援ができない場合】 妥当な支援の実施に向けた方針」

本来の支援が実施できない場合で、利用者や家族の合意がとれない場合は、本来の支援をできるように働きかける具体的な手順や方針を書く等、その内容の実現に向けた方向性を記載する。また、本来必要な社会資源が地域にない場合にも、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載する。

㉓ 「サービス種別」

「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）」「介護保険サービスまたは地域支援事業（総合事業のサービス含む）」の支援内容に適したサービス種別を具体的に記載する。

㉔ 「事業所（利用先）」

具体的な「サービス種別」及び当該サービス提供を行う「事業所名（利用先）」を記載する。また、地域、介護保険以外の公的サービスが担う部分についても明記する。

②⑥ 「期間」

「期間」は、「支援内容」に掲げた支援をどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する（「〇か月」「〇月〇日～〇月〇日」など記載する）。

なお、「期間」の設定においては要支援者の場合は「認定の有効期間」も考慮するものとする。

また、「支援内容」に掲げたサービスをどの程度の「頻度（一定期間内での回数、実施曜日等）」で実施するか提案があれば記載する。

②⑦ 「総合的な方針（生活不活発病の改善・予防のポイント）」

記載された「目標とする生活」や「目標」について、利用者や家族、計画作成者、各サービス担当者が生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む共通の方向性や特別に留意すべき点、チーム全体で留意する点などを記載する。

②⑧ 「必要な事業プログラム」

基本チェックリストの該当項目数から、プログラム毎のチェックリストの項目数を分母、該当した項目数を分子として枠内に記入する。また、専門職による短期集中予防サービスを利用する場合は、その判断基準から参加することが望まれると考えられるプログラムの枠内の数字に〇印を付す。

②⑨ 「地域包括支援センターの意見・確認印」

居宅介護支援事業者が地域包括支援センターからの委託を受けて行う場合に本欄を使用する。この場合、その介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの最終的な責任主体である当該地域包括支援センターは、介護予防サービス計画等が適切に作成されているかを確認する必要がある。

このようなことから、委託された居宅介護支援事業者は、介護予防サービス計画原案等を作成し、介護予防サービス計画書について当該地域包括支援センターの確認を受ける必要があり、その際に、本欄に確認をした当該地域包括支援センターの担当者がその氏名を記載する（当該地域包括支援センターの担当者がサービス担当者会議に参加する場合には、サービス担当者会議の終了時に介護予防サービス計画原案等の確認を行っても差し支えない）。

この確認を受けた後に、利用者に最終的な介護予防サービス計画原案の説明を行い、同意を得ることとなる。

（ただし、総合事業における介護予防ケアマネジメントの場合は、そのプロセスによっては、ケアプラン原案としての作成や、サービス担当者会議を省略することもある。）

③⑩ 「計画に関する同意」

介護予防サービス計画原案等の内容を当該利用者・家族に説明を行った上で、利用者本人の同意が得られた場合、利用者に氏名を記入してもらう。この場合、利用者名を記入した原本は、事業所において保管する。

3 「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録」

① 「利用者氏名」

当該利用者名を記載する。

② 「計画作成者名」

当該介護予防サービス計画等作成者（地域包括支援センター担当者名）の氏名を記載する。なお、介護予防支援業務又は介護予防ケアマネジメントを委託する場合には、委託を受けた指定居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員名もあわせて記載する。

③ 「年月日」「内容」

訪問、電話、サービス担当者会議等での連絡や相談、決定事項等があった場合その日付と相談や会議内容、決定事項等の内容を記載する。事業所から報告書等が提出さ

れた場合は、ここに添付する。ここでは、事実の記載は最重要事項であるが、その事実に基づき介護予防サービス計画等の修正が必要と考えられた場合などは、記録を残すことも重要である。

4 「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」

① 「利用者氏名」

当該利用者名を記載する。

② 「計画作成者名」

当該介護予防サービス計画等作成者（地域包括支援センター担当者名）の氏名を記載する。なお、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント業務を委託する場合には、担当介護支援専門員名を記載する。

③ 「評価日」

当該介護予防サービス・支援評価を行った日を記載する。

④ 「目標」

当該「介護予防サービス・支援計画書」の目標を記載する。

⑤ 「評価期間」

「介護予防サービス・支援計画書」の「期間」欄から期間を転記する。

⑥ 「目標達成状況」

評価期間内に目標がどの程度達成できているのか、具体的に記載する。

評価時に、評価期間が終わっていないサービスについてもいったん評価を行い、介護予防サービス計画等を見直す。

⑦ 「目標 達成／未達成」

目標を達成した場合には○印、未達成の場合には×印を付す。

⑧ 「目標達成しない原因（本人・家族の意見）」

何故、目標が達成されなかったのか、目標の設定の妥当性も含め当該利用者・家族の認識を確認し、原因を記載する。

⑨ 「目標達成しない原因（計画作成者の評価）」

何故、目標が達成されなかったのか、利用者・家族の意見を含め、計画作成者としての評価を記載する。

⑩ 「今後の方針」

目標達成状況や目標達成しない原因から、今後の方針について、専門的な観点を踏まえて記載する。

⑪ 「総合的な方針」

今後の支援の総合的な方針について、専門的な観点から方針を記載する。

⑫ 「地域包括支援センター意見」

介護予防サービス計画等に対する対象者の状況や事業所等からの報告を受けて、効果が認められた、維持悪化等の判定をし、その根拠も記載する。特に、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント業務を委託する場合、計画作成者の今後の方針などが適切でない場合は、詳細について意見交換を行い、地域包括支援センターと委託を受けた指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の方針の統一を図る必要がある。

地域包括支援センター意見を参考に今後の方針で該当するものにレ印を付す。

興味・関心チェックシート

氏名：_____ 年齢：_____ 歳 性別（男・女）記入日：H_____ 年 _____ 月 _____ 日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 （町内会・老人クラブ）				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

（出典）「平成 25 年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」
一般社団法人 日本作業療法士協会（2014.3）

介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

課題	目標
<u>セルフケア</u> 清潔・整容・排せつの自立、 TPOに応じた更衣、 服薬管理、健康に留意した食事・運動など	健康：毎年健診に行く、体にいいと思う食事や運動を 日々続ける、自分で服薬管理する 日常生活：起床から就寝まで規則正しい生活リズム で過ごす、TPOに応じた身支度をする
<u>家庭生活</u> 日常の買い物で、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨て などの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ ペットの世話など	家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする 用事：買い物や銀行の用事を自分ですます
<u>対人関係</u> 家族や友人への気配り・支援、近所の人・友人・同僚 との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナー との良好な関係保持など	関係：家族と仲良く過ごす、近所の人といい関係で過ごす 役割：庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や 世話をする 他者への支援：誰かの手助けをしたり、相談者になる
<u>主要な生活領域(仕事と雇用、経済生活)</u> 自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、ボランティア や奉仕活動など人の役に立つ活動、預貯金の出し入れ	仕事：店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける 活動：地域の奉仕活動に参加 経済生活：預貯金のお出し入れや管理
<u>コミュニケーション</u> 家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話 電話での会話	家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとり を続ける
<u>運動と移動</u> 自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動 にバス・電車・他人が運転する自動車を使用、自分 で自動車や自転車を使って移動	外出：週に2回は買い物に行く、展覧会、公園など 行きたいところに外出する 旅行：家族や友人と2泊3日の旅行に行く
<u>知識の応用(判断・決定)</u> 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定	何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で 決める
<u>コミュニティライフ・社会生活・市民生活</u> 友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を 決めて投票、自治会や老人会の年行事・お祭りへの 参加など	交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人会の行事 に参加、候補者を決めて投票 楽しみ：趣味の会に参加する、週に1回外出する 趣味を持つ

(介護予防マニュアル改定委員会(2011.3)「介護予防マニュアル改訂版」三菱総合研究所)

介護予防ケアマネジメントの留意事項

- ①介護予防ケアマネジメントの実施にあたっては、地域包括支援センター（プラン作成者等）と利用者・家族・サービス事業所担当者、地域で活動する住民主体の支援者も含めて、関わるもの全てが総合事業における介護予防の考えを共有することが大切である。
- ②介護予防ケアマネジメントにおいては、本人の意欲を引き出す生活目標の設定や住民主体の支援の重要性について理解し、セルフケアマネジメントにつなげるために、本人の意欲や思いを引き出す関わりや、必要な支援を主体的に選択し、「自分のプラン」であることを認識できるようにすることが求められている。
- ③ケアマネジメントCにおいては、ケアマネジメントの結果として介護予防サービス・支援計画書を活用して項目を簡略化することができるが、内容に「本人の生活の目標」、「維持・改善すべき課題」「課題の解決への具体策」「注意事項」といった内容が含まれていること。

要支援 1・2 の認定を受けている皆様へ

介護予防サービスの仕組みが変わります

～「介護予防訪問介護（ヘルパー）」と「介護予防通所介護（デイサービス）」

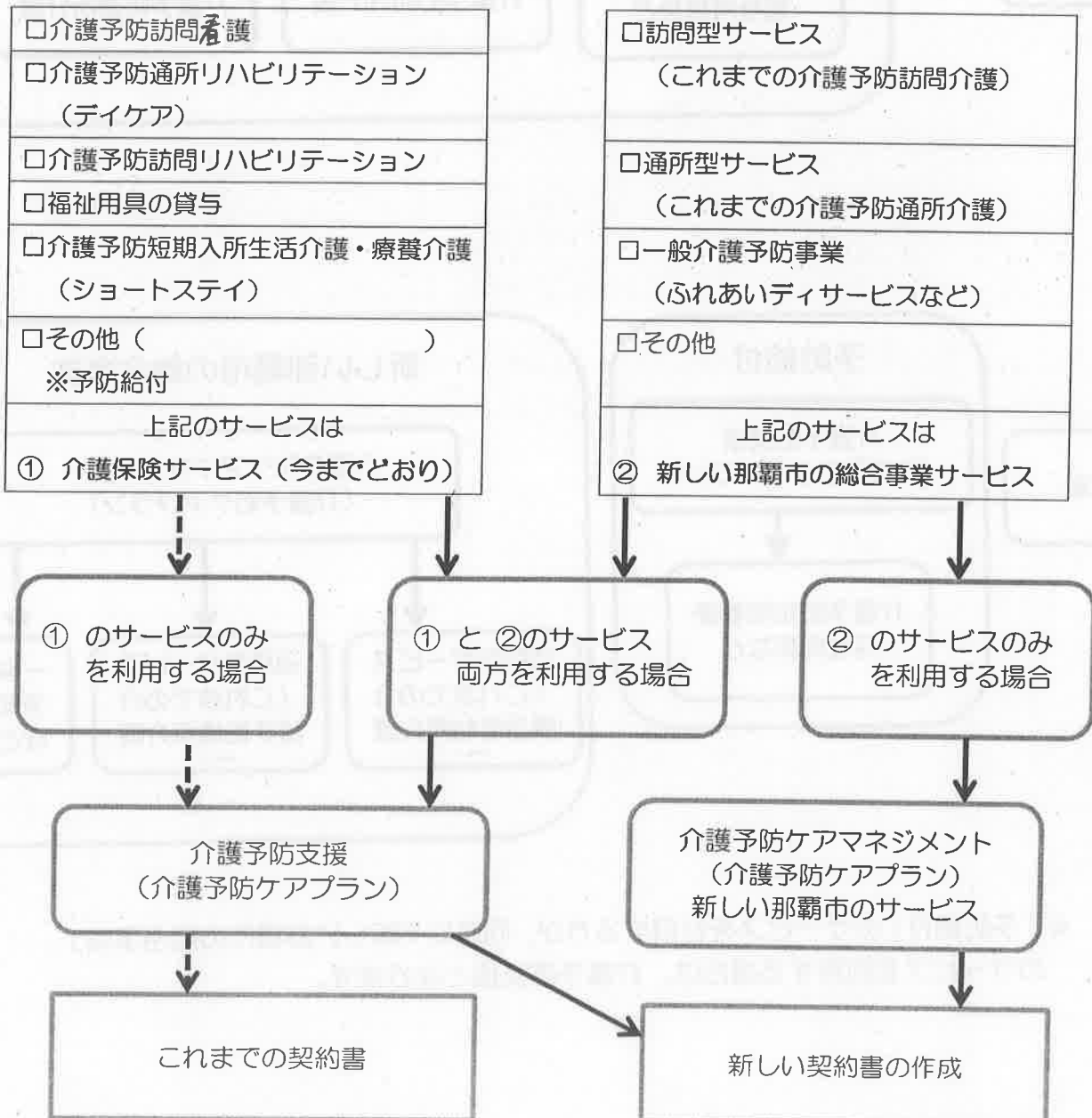
が那覇市の事業になります～

☆介護保険法が改正され、今まで全国一律、同じ仕組みで提供していた介護予防サービスのうち、「介護予防訪問介護（ヘルパー）」と「介護予防通所介護（デイサービス）」を那覇市の事業として提供することになりました。

☆保険証の認定期間の開始日が平成 29 年 4 月 1 日以降になる方から新しい制度に変わります。

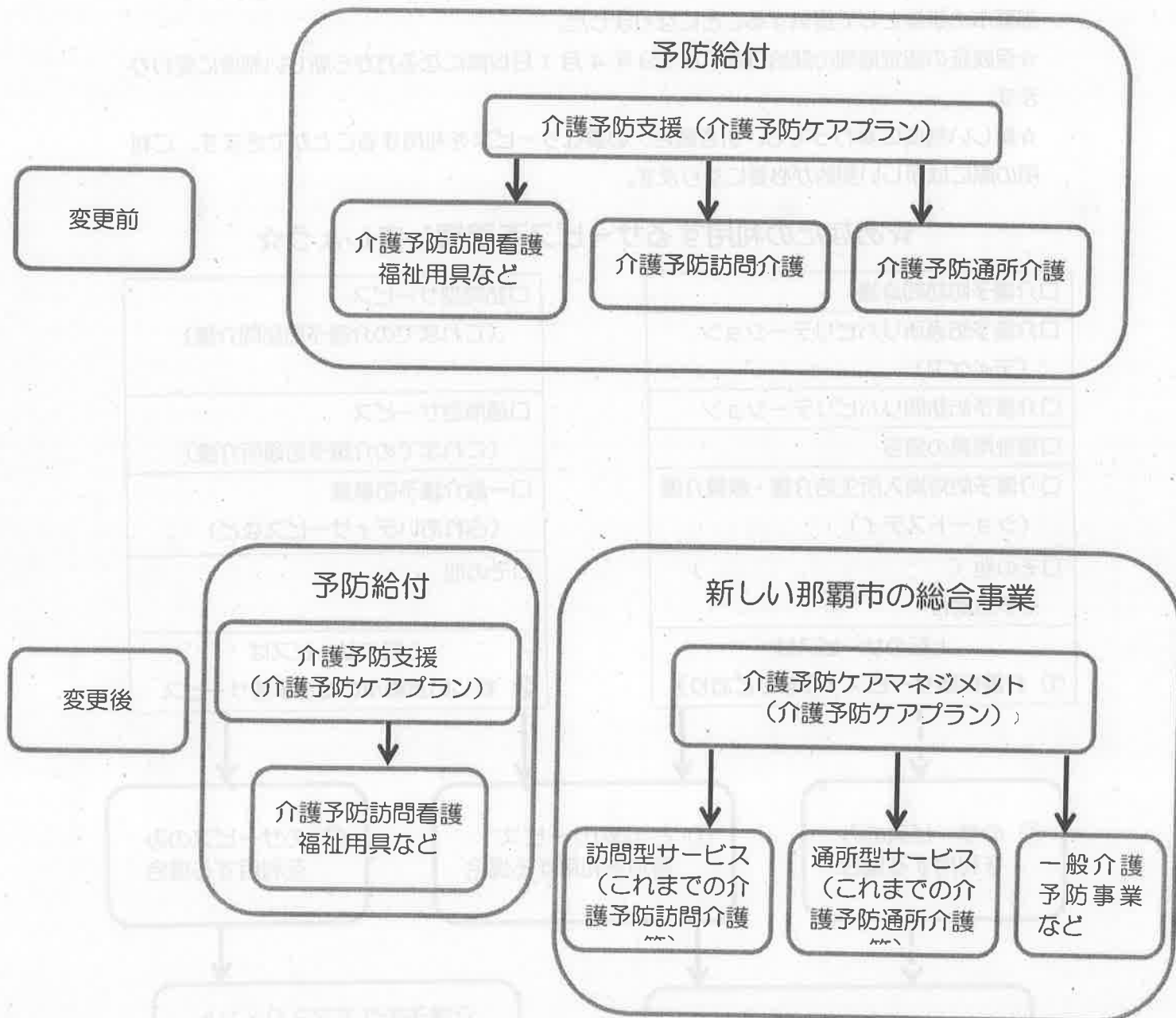
☆新しい制度に変わっても、引き続き、必要なサービスを利用することができます。ご利用の際には新しい契約が必要になります。

☆あなたの利用するサービスを確認しましょう☆



※新しい契約書は介護予防支援・介護予防ケアマネジメント共通です。
平成 29 年度の新規介護予防支援利用者も新しい契約書になります。

「要支援 1」または「要支援 2」の方



☆「予防給付」のサービスを利用する方が、同時に「新しい那覇市の総合事業」のサービスを利用する場合は、介護予防支援となります。

那覇市総合事業 訪問系サービス 概要(案) (介護支援専門員用)

	現行相当	A	B	B	C
		緩和型	ボランティア型	団体型	相談指導事業
1 開始月	平成29年4月	平成29年4月	平成29年4月(予定)	団体が決まり次第	平成29年5月(予定)
2 事業概要	訪問介護員による身体介護及び生活援助	一定の研修を修了した、主に雇用された者による生活支援	一定の研修を修了した住民ボランティア等による短時間の生活支援	一定の研修を修了した住民ボランティア等による短時間の生活支援	管理栄養士・作業療法士・歯科衛生士による居宅での助言・指導
2 流れ	アセスメント ↓ 原案作成 ↓ サービス検討会議 ↓ 事業所に申込み ↓ サービス担当者会議 ↓ ケアプランの確定・交付 ↓ サービス開始 ↓ モニタリング ↓ 評価 (予防給付サービスの流れと同様)	アセスメント ↓ 原案作成 ↓ サービス検討会議 ↓ 事業所に申込み ↓ サービス担当者会議 ↓ ケアプランの確定・交付 ↓ サービス開始 ↓ モニタリング ↓ 評価 (予防給付サービスの流れと同様)	アセスメント ↓ ケアマネジメント結果作成 ↓ サービス検討会議 ↓ 社協に申込み ↓ ・本人、ボランティアと顔合わせ ・ケアマネジメント結果の交付 (利用者とボランティアの誓約) ↓ サービス開始 ↓ 最終月に利用者の状態確認	アセスメント ↓ ケアマネジメント結果作成 ↓ サービス検討会議 ↓ 団体に申込み ↓ ・本人、ボランティアと顔合わせ ・ケアマネジメント結果の交付 (利用者とボランティアの誓約) ↓ サービス開始 ↓ 最終月に利用者の状態確認	アセスメント ↓ 原案作成 ↓ サービス検討会議 ↓ 市に申込み ↓ 各専門職の担当者へ連絡(市より担当者の情報をもらう)し、サービス担当者会議の日程調整 ↓ サービス担当者会議 ↓ ケアプランの確定・交付 ↓ サービス開始 ↓ モニタリング ↓ 評価
3 申込先(担当者)	指定事業所	指定事業所	那覇市社会福祉協議会 地域福祉課 生活支援ボランティア担当 ☎〇〇〇-〇〇〇〇	団体(未定)	那覇市 チャーがんじゅう課 包括支援グループ 訪問型サービスC担当 ☎862-9010
4 アセスメント票 *基本種類以外のもの	趣味関心シート	趣味関心シート	趣味関心シート	趣味関心シート	(※)現在栄養士に検討してもらっている (口)歯科衛生士との調整後要検討 (作)検討中 ※それぞれの内容に合わせたアセスメント票
5 サービス期間(基本)	1年間	1年間	1年間	1年間	3～6ヶ月
6 対象者名簿の管理			事業担当が名簿作成	団体	市の担当者が名簿作成
類型	介護予防 ケアマネジメントA	介護予防 ケアマネジメントA	介護予防 ケアマネジメントC	介護予防 ケアマネジメントC	介護予防 ケアマネジメントA

那覇市総合事業 通所系サービス 概要案 (介護支援専門員用)

	現行相当	B	C	
		ボランティア型	プール運動教室	地域リハビリ教室
1 開始月	平成29年4月	未定(随時)	平成29年5月	平成29年5月
2 流れ	アセスメント ↓ 原案作成 ↓ サービス検討会議 ↓ 事業所に申込み ↓ サービス担当者会議 ↓ ケアプラン確定・交付 ↓ サービス開始 ↓ モニタリング ↓ 評価	アセスメント ↓ 原案作成 ↓ サービス検討会議 ↓ 本人に説明、誓約書記入 ↓ 本人、団体コーディネーターとの連絡調整 ↓ サービス開始	アセスメント ↓ 原案作成 ↓ サービス検討会議 ↓ 本人に説明、誓約書記入 ↓ サービス担当者会議 ※事業の都合により、1クール毎にまとめて開催予定 ↓ サービス開始 ↓ モニタリング ↓ 評価	アセスメント ↓ 原案作成 ↓ サービス検討会議 ↓ 本人に説明、誓約書記入 ↓ サービス担当者会議 ↓ サービス開始 ↓ モニタリング ↓ 評価
3 申込先(担当者)	○各事業者担当	○各団体コーディネーター ○事業担当:ちゃーがんじゅう課(西里)	○各事業者担当	○各事業者担当
4 アセスメント票 *基本種類以外のもの	無し	無し	無し	無し
5 サービス期間(基本)	規定なし ※利用者の状態に応じて、多様なサービスの利用を促進。	無し	2ヶ月	原則3ヶ月(最長6ヶ月)
6 対象者名簿の管理	事業担当が名簿作成	事業担当が名簿作成	事業担当が名簿作成	事業担当が名簿作成
7 類型	介護予防 ケアマネジメントA	介護予防 ケアマネジメントC	介護予防 ケアマネジメントA	介護予防 ケアマネジメントA