

改訂前	改訂後
<p data-bbox="91 240 159 272"><u>表紙</u></p> <p data-bbox="913 309 992 331"><u>ver. 4</u></p> <p data-bbox="324 566 909 660">藤枝市介護予防ケアマネジメント マニュアル</p> <p data-bbox="501 869 734 981">安心すこやかセンター 居宅介護支援事業所 サービス提供事業所</p> <p data-bbox="539 1153 696 1179">静岡県藤枝市</p> <p data-bbox="528 1209 707 1235">平成29年3月</p> <p data-bbox="481 1268 754 1347">(平成30年10月版 改訂) (令和元年10月版 改訂) (令和3年4月版 改訂)</p>	<p data-bbox="1128 252 1196 284"><u>表紙</u></p> <p data-bbox="1921 320 2000 343"><u>ver. 5</u></p> <p data-bbox="1355 571 1939 665">藤枝市介護予防ケアマネジメント マニュアル</p> <p data-bbox="1525 869 1758 981">安心すこやかセンター 居宅介護支援事業所 サービス提供事業所</p> <p data-bbox="1563 1149 1720 1174">静岡県藤枝市</p> <p data-bbox="1552 1204 1731 1230">平成29年3月</p> <p data-bbox="1505 1260 1778 1364">(平成30年10月版 改訂) (令和元年10月版 改訂) (令和3年4月版 改訂) <u>(令和5年6月版 改訂)</u></p>

介護予防・生活支援サービス事業

訪問型サービス

総合事業訪問介護(ホームヘルプ)
要支援1・2の人+事業対象者の人
身体機能や認知機能が低下し、状態が不安定な人が日常生活において自力で行うには困難な行動で、同居家族などの支援が受けられない場合に、ヘルパーを派遣して家事などを一緒に行うことで日常生活動作能力の維持・向上を図ります。

シルバー生活援助サービス
要支援1・2の人+事業対象者の人
日常生活において自力で行うには困難な買い物、調理、掃除、洗濯などで、同居家族などの支援が受けられない場合に、委託先のシルバー人材センターに依頼していただく支援員を派遣してその行動を利用者と一緒に行います。

地域支え合い事業生活援助
要支援1・2の人+事業対象者の人
地域住民主体の支え合いの取り組みとして、日常生活の自力で行うには困難な買い物、調理、掃除、洗濯、布置りなどにおいて困難なものの支援が受けられない場合に、家庭に訪問して専門的な手技や生活支援の受け付けを行います。

介護予防生活援助サービス
要支援1・2の人+事業対象者の人
日常生活の自力で行うには困難な行動で、同居家族などの支援が受けられない場合にヘルパーなどを派遣して家事などを一緒に行うことで日常生活動作能力の維持・向上を図ります。

介護予防短期集中訪問リハビリ指導
要支援1・2の人+事業対象者の人
生活機能が低下して支援が必要になった人が、再び低下した機能を回復して自立生活に戻せるよう、リハビリ専門職・専門療養士など医療の専門職による訪問指導をおおむね3ヶ月間など一週間の短期集中で行います。

利用回数に制限はありません。利用可能な範囲が決定されます。また、支援の内容や利用料金は、利用者主体により、サービスの内容やサービスに個別に異なります。

通所型サービス

総合事業通所介護(デイサービス)
要支援1・2の人
身体機能や認知機能が低下し、状態が不安定な人が、施設に通い、食事や入浴、生活機能向上のための支援などのサービスが利用できます。

介護予防生きたけい
要支援1・2の人+事業対象者の人
身体機能の低下が軽微な状態であり、施設に通い、5時間程度自立生活練習をともに進めます。

介護予防短期集中通所リハビリ指導
要支援1・2の人+事業対象者の人
生活機能が低下して支援が必要になった人が、再び低下した機能を回復して自立生活に戻せるよう、短期間集中してリハビリを行うための施設に通い、短期間で集中的に理学療法士など医療の専門職による指導を受けます。

介護予防デイ(わっちー日コース)
要支援1・2の人+事業対象者の人
身体介護の必要のない人が、施設に通い、1日(5時間以上)滞在し、食事、介護予防のための生活機能向上の訓練を行います。

介護予防デイ(お手軽半日コース)
要支援1・2の人+事業対象者の人
身体介護の必要のない人が、施設に通い、半日(3時間以上5時間未満)滞在し、介護予防のための生活機能向上の訓練を行います。

地域支え合い事業デイ
要支援1・2の人+事業対象者の人
地域住民主体の支え合いの取り組みとして、施設などに滞在し、食事、介護予防のための生活機能向上の訓練を行います。

介護予防・生活支援サービス事業

訪問型サービス

総合事業訪問介護(ホームヘルプ)
要支援1・2の人+事業対象者の人
身体機能や認知機能が低下し、状態が不安定な人が日常生活において自力で行うには困難な行動で、同居家族などの支援が受けられない場合に、ヘルパーを派遣して家事などを一緒に行うことで日常生活動作能力の維持・向上を図ります。

シルバー生活援助サービス
要支援1・2の人+事業対象者の人
日常生活において自力で行うには困難な買い物、調理、掃除、洗濯などで、同居家族などの支援が受けられない場合に、委託先のシルバー人材センターに依頼していただく支援員を派遣してその行動を利用者と一緒に行います。

地域支え合い事業生活援助
要支援1・2の人+事業対象者の人
地域住民主体の支え合いの取り組みとして、日常生活の自力で行うには困難な買い物、調理、掃除、洗濯、布置りなどにおいて困難なものの支援が受けられない場合に、家庭に訪問して専門的な手技や生活支援の受け付けを行います。

介護予防生活援助サービス
要支援1・2の人+事業対象者の人
日常生活の自力で行うには困難な行動で、同居家族などの支援が受けられない場合にヘルパーなどを派遣して家事などを一緒に行うことで日常生活動作能力の維持・向上を図ります。

介護予防短期集中訪問リハビリ指導
要支援1・2の人+事業対象者の人
生活機能が低下して支援が必要になった人が、再び低下した機能を回復して自立生活に戻せるよう、リハビリ専門職・専門療養士など医療の専門職による訪問指導をおおむね3ヶ月間など一週間の短期集中で行います。

利用回数に制限はありません。利用可能な範囲が決定されます。また、支援の内容や利用料金は、利用者主体により、サービスの内容やサービスに個別に異なります。

総合事業通所介護(デイサービス)
要支援1・2の人
身体機能や認知機能が低下し、状態が不安定な人が、施設に通い、食事や入浴、生活機能向上のための支援などのサービスが利用できます。

介護予防生きたけい
要支援1・2の人+事業対象者の人
身体機能の低下が軽微な状態であり、施設に通い、5時間程度自立生活練習をともに進めます。

介護予防短期集中通所リハビリ指導
要支援1・2の人+事業対象者の人
生活機能が低下して支援が必要になった人が、再び低下した機能を回復して自立生活に戻せるよう、短期間で集中的に理学療法士など医療の専門職による指導を受けます。

介護予防デイ(わっちー日コース)
要支援1・2の人+事業対象者の人
身体介護の必要のない人が、施設に通い、1日(5時間以上)滞在し、食事、介護予防のための生活機能向上の訓練を行います。

介護予防デイ(お手軽半日コース)
要支援1・2の人+事業対象者の人
身体介護の必要のない人が、施設に通い、半日(3時間以上5時間未満)滞在し、介護予防のための生活機能向上の訓練を行います。

地域支え合い事業デイ
要支援1・2の人+事業対象者の人
地域住民主体の支え合いの取り組みとして、施設などに滞在し、食事、介護予防のための生活機能向上の訓練を行います。

介護保険のてびき令和4年8月版より抜粋

9ページ (表中)

通所型 サービスB (地域支え合い通所事業)
要支援1・2/事業対象者 (継続利用要介護者を含む)
地域支え合い事業デイサービス
補助(助成)
初回のみケアマネジメント[c]
作成なし
○必要な回数
各団体の任意
○体操、運動等の活動など、自主的な通いの場
○外出や交流の機会が少なく、閉じこもりの防止が主な目的となるケース
○通所型サービスAを併せて利用することで効果が期待できるケース
ボランティア主体
-

9ページ (表中)

通所型 サービスB (地域支え合い通所事業)
要支援1・2/事業対象者 (継続利用要介護者を含む)
地域支え合い事業デイ
補助(助成)
初回のみケアマネジメント[c]
作成なし
○必要な回数
各団体の任意
○体操、運動等の活動など、自主的な通いの場
○外出や交流の機会が少なく、閉じこもりの防止が主な目的となるケース
○通所型サービスAを併せて利用することで効果が期待できるケース
ボランティア主体
-

4. 介護予防ケアマネジメントの類型

原則的なケアマネジメント[a]

現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様、**アセスメント**によって**ケアプラン原案**を作成し、**サービス担当者会議**を経て決定します。
モニタリングについては電話等での確認を毎月実施、3ヵ月に1回は必ず本人の居宅を訪問して面接し、本人の状況等に応じて、サービスの変更も行うことが可能な体制をとります。
評価では、その都度、**基本チェックリスト**を行い、利用者の状態を確認します。

簡略化したケアマネジメント[b]

アセスメントから**ケアプラン原案**作成まではケアマネジメントAと同様で、**サービス担当者会議**を間隔をあげ、必要に応じて行う場合もあり、ケアプランの作成と間隔をあげ、必要に応じて**モニタリング**時期を設定し、評価及びケアプランの変更等を行う、簡略化した介護予防ケアマネジメントとなります。
評価では、その都度、**基本チェックリスト**を行い、本人の状態を確認します。

初回のみでのケアマネジメント[c]

- ①**ケアマネジメント**の結果、本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体のサービス等を利用する場合に実施します。
- ②**初回のみ**、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果を利用者に説明し、住民主体の支援等につなげるものとし、その後は**モニタリング**等はいりません。
- ③ケアマネジメントの結果、地域支え合い事業のみの利用となり、**モニタリング**については年1回電話等または訪問で本人の状態を確認し、アセスメント等のプロセスに対して、ケアマネジメント開始月分のみ、サービス事業による**ケアマネジメント費**が支払われます。

〔留意点〕
評価の際に**基本チェックリスト**で状態の確認を行った結果、自立と判定されたときは、総合事業のサービスは終了し、一般介護予防事業やインフォーマルサービスの利用を提案します。

4. 介護予防ケアマネジメントの類型

原則的なケアマネジメント[a]

現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様、**アセスメント**によって**ケアプラン原案**を作成し、**サービス担当者会議**を経て決定します。
モニタリングについては電話等での確認を毎月実施、3ヵ月に1回は必ず本人の居宅を訪問して面接し、本人の状況等に応じて、サービスの変更も行うことが可能な体制をとります。
評価では、その都度、**基本チェックリスト**を行い、利用者の状態を確認します。

簡略化したケアマネジメント[b]

アセスメントから**ケアプラン原案**作成まではケアマネジメントAと同様で、**サービス担当者会議**を間隔をあげ、必要に応じて行う場合もあり、ケアプランの作成と間隔をあげ、必要に応じて**モニタリング**時期を設定し、評価及びケアプランの変更等を行う、簡略化した介護予防ケアマネジメントとなります。
評価では、その都度、**基本チェックリスト**を行い、本人の状態を確認します。

初回のみでのケアマネジメント[c]

- ①**ケアマネジメント**の結果、本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体のサービス等を利用する場合に実施します。
- ②**初回のみ**、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果を利用者に説明し、住民主体の支援等につなげるものとし、その後は**モニタリング**等はいりません。
- ③ケアマネジメントの結果、地域支え合い事業やインフォーマルサービスのみの利用につなげるアセスメント等のプロセスに対して、ケアマネジメント開始月分のみ、サービス事業による**ケアマネジメント費**が支払われます。

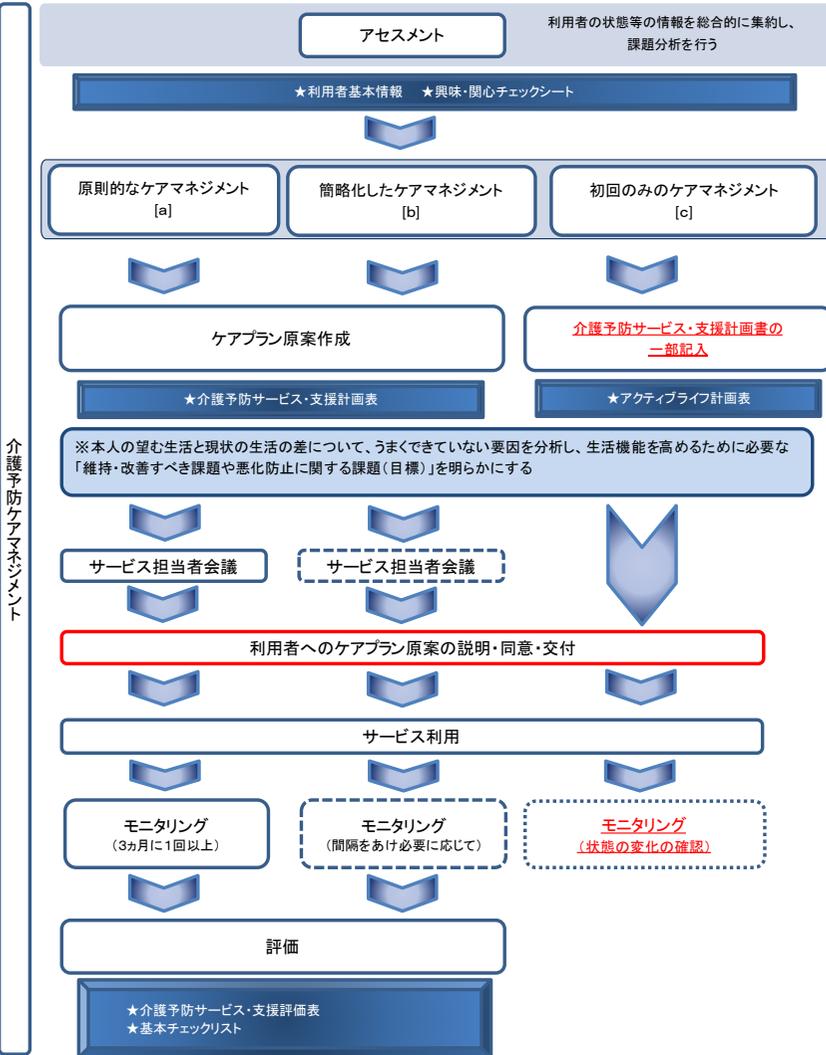
〔留意点〕
評価の際に**基本チェックリスト**で状態の確認を行った結果、自立と判定されたときは、総合事業のサービスは終了し、一般介護予防事業やインフォーマルサービスの利用を提案します。

原則的なケアマネジメント [a]	簡略化したケアマネジメント [b]	初回のみ のケアマネジメント [c]
アセスメント		
○	○	○
ケアプラン原案作成		
○	○	○
サービス担当者会議		
○	△ (間隔をあけて必要に応じて実施)	—
利用者への説明・同意		
○	○	○
ケアプラン確定・交付		
○	○	○
モニタリング		
○ (おおむね3ヵ月ごとに実施)	△ (間隔をあけて必要に応じて実施)	△ (状態の変化の確認)
評価		
○ (12ヵ月ごとに実施)	○ (12ヵ月ごとに実施)	—
利用する主なサービス		
[訪問型] ◆総合事業訪問介護 ◆介護予防ホームヘルプ ◆介護予防短期集中訪問リハビリ指導 [通所型] ◆総合事業通所介護(デイサービス) ◆介護予防デイ<がっちりコース> ◆介護予防デイ<お手軽コース> ◆介護予防短期集中通所リハビリ指導	[訪問型] ◆介護予防ホームヘルプ ◆シルバー生活援助サービス [通所型] ◆介護予防生きがいデイ ◆介護予防デイ<がっちり1日コース> ◆介護予防デイ<お手軽半日コース> 個別サービス計画の作成なし	[訪問型] ◆地域支え合い事業生活支援 [通所型] ◆地域支え合い事業デイサービス

原則的なケアマネジメント [a]	簡略化したケアマネジメント [b]	初回のみ のケアマネジメント [c]
アセスメント		
○	○	○
ケアプラン原案作成		
○	○	— (アクティブライフ計画表)
サービス担当者会議		
○	△ (間隔をあけて必要に応じて実施)	—
利用者への説明・同意		
○	○	○
ケアプラン確定・交付		
○	○	— (アクティブライフ計画表)
モニタリング		
○ (おおむね3ヵ月ごとに実施)	△ (間隔をあけて必要に応じて実施)	— (状態変化の把握ができる体制)
評価		
○ (12ヵ月ごとに実施)	○ (12ヵ月ごとに実施)	—
利用する主なサービス		
[訪問型] ◆総合事業訪問介護 ◆介護予防生活援助サービス ◆介護予防短期集中訪問リハビリ指導 [通所型] ◆総合事業通所介護(デイサービス) ◆介護予防デイ<がっちり1日コース> ◆介護予防デイ<お手軽半日コース> ◆介護予防短期集中通所リハビリ指導	[訪問型] ◆介護予防生活援助サービス ◆シルバー生活援助サービス [通所型] ◆介護予防生きがいデイ ◆介護予防デイ<がっちり1日コース> ◆介護予防デイ<お手軽半日コース> 個別サービス計画の作成なし	[訪問型] ◆地域支え合い事業生活支援 [通所型] ◆地域支え合い事業デイ ◆インフォーマルサービス(インフォーマルサービスのみの利用でも可)

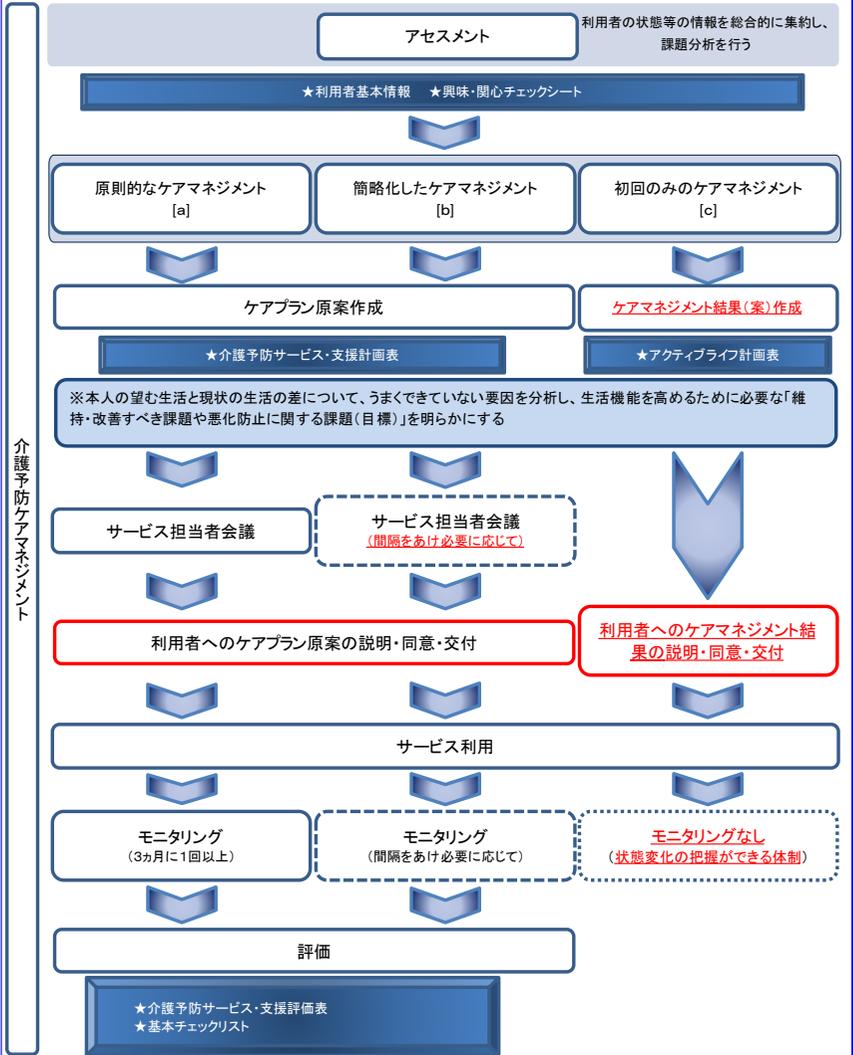
5. 介護予防ケアマネジメントの流れ

◆ケアマネジメントのプロセス



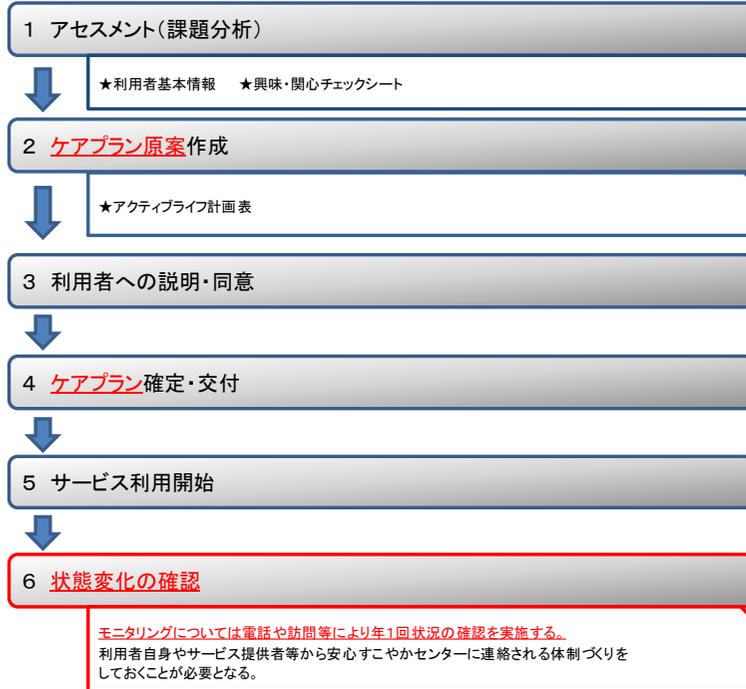
5. 介護予防ケアマネジメントの流れ

◆ケアマネジメントのプロセス



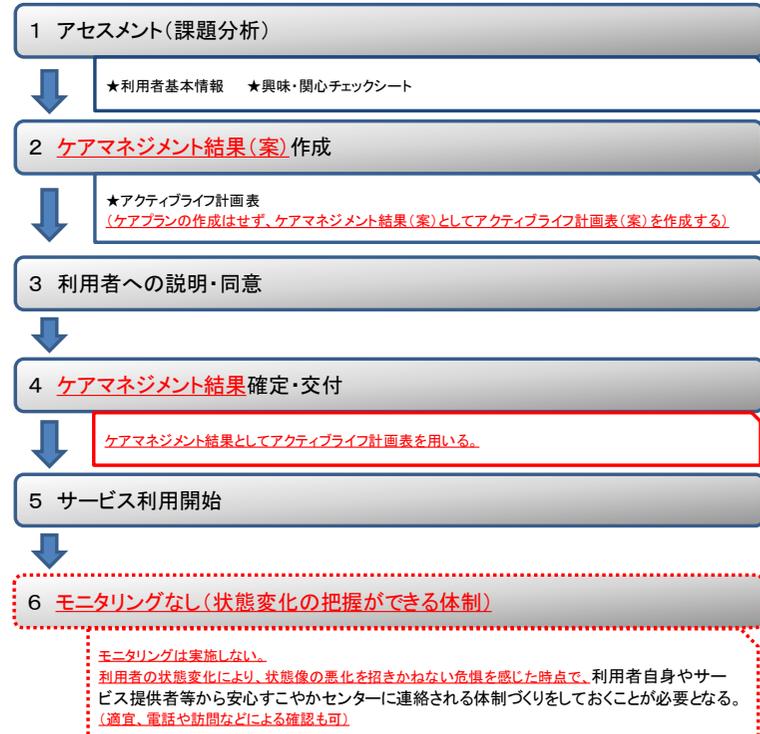
初回のみケアマネジメント[c]

◆対象者	要支援1、要支援2、事業対象者 (サービス事業のみを利用する継続利用要介護者を含む)
◆サービス種別	地域の支え合い事業 (訪問B・通所B)
◆サービス提供	安心すこやかセンター
◆基本報酬	306単位 1単位単価は10.21円
◆加算	初回加算 300単位 委託連携加算 300単位
◆算定期限	1回のみ



初回のみケアマネジメント[c]

◆対象者	要支援1、要支援2、事業対象者 (サービス事業のみを利用する継続利用要介護者を含む)
◆サービス種別	地域支え合い事業 (訪問B・通所B) インフォーマルサービス(インフォーマルサービスのみの利用でも可)
◆サービス提供	安心すこやかセンター
◆基本報酬	306単位 1単位単価は10.21円
◆加算	初回加算 300単位
◆算定期限	1回のみ



アセスメント(課題分析)

対象者を心身機能の側面から理解するのみでなく、「生活をする人」として、活動から参加までを見据える包括的な視点が求められます。
対象者のしたい生活行為のみに焦点を当てたプランとならないようにするためにも、機能への介入のみにとどまらず、改善の見込みのあるADL・IADLについても課題としてあげて介入することが重要となります。

■アセスメントにおけるポイント

- ・「できていない」といったマイナスの部分だけでなく、「できている」といったプラスの部分も把握することにより、対象者の自己有効感を高め、積極的な活動の行える生活に促していく。
- ・本人の望む生活と現状の生活の差について、「なぜ、うまくできていないのか」という要因を分析し、生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題や悪化防止に関する目標」を明らかにしていくことを目的とする。

○興味・関心チェックリストはどのような作業を目標にしているかの聞き取りのみだけではなく、作業に対する具体的なイメージに乏しいケースに対して、自己意識化へのヒントを与えてくれる点でも有用であると考えられるため、アセスメントを実施する上で有効活用していく。

- ★利用者基本情報
- ★興味・関心チェックシート

ケアプラン原案作成

ケアプラン作成には、「維持・改善すべき課題や悪化防止に対する課題」を解決していく上で最も適切な目標・支援内容や達成時期を含め、段階的に支援するための計画作成を行っていくことが大切になります。

■ケアプランの作成の際には、

- 本人・家族と
 - ①本人のしたい生活（生活の目標）のイメージを共有し、
 - ②生活の目標が達成されるためには、「維持・改善すべき課題や悪化防止に対する課題」の解決を図ることが大切であり、
 - ③目標が達成された後は、生活機能を維持・向上のために、次のステップアップの場である、様々な通所や社会参加の場に通うことが大切であることを説明しておくことが大切となります。

- 利用者や家族との適切なコミュニケーションから、課題解決に向けた目標を具体的に示し、利用者の主体的な取組みを引き出し、プラン作成を進めることが重要となります。
- 利用者自身が取組む行動や導入すべきサービスを計画するだけでなく、家族の協力や、インフォーマルなサービスを積極的に活用することも重要となります。

- ★介護予防サービス・支援計画表（原則的なマネジメント[a]簡略化したマネジメント[b]）
- ★アクティブライフ計画表（初回のみマネジメント[c]）

アセスメント(課題分析)

対象者を心身機能の側面から理解するのみでなく、「生活をする人」として、活動から参加までを見据える包括的な視点が求められます。
対象者のしたい生活行為のみに焦点を当てたプランとならないようにするためにも、機能への介入のみにとどまらず、改善の見込みのあるADL・IADLについても課題としてあげて介入することが重要となります。

■アセスメントにおけるポイント

- ・「できていない」といったマイナスの部分だけでなく、「できている」といったプラスの部分も把握することにより、対象者の自己有効感を高め、積極的な活動の行える生活に促していく。
- ・本人の望む生活と現状の生活の差について、「なぜ、うまくできていないのか」という要因を分析し、生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題や悪化防止に関する目標」を明らかにしていくことを目的とする。

○興味・関心チェックリストはどのような作業を目標にしているかの聞き取りのみだけではなく、作業に対する具体的なイメージに乏しいケースに対して、自己意識化へのヒントを与えてくれる点でも有用であると考えられるため、アセスメントを実施する上で有効活用していく。

- ★利用者基本情報
- ★興味・関心チェックシート

ケアプラン原案作成

ケアプラン作成には、「維持・改善すべき課題や悪化防止に対する課題」を解決していく上で最も適切な目標・支援内容や達成時期を含め、段階的に支援するための計画作成を行っていくことが大切になります。

■ケアプランの作成の際には、

- 本人・家族と
 - ①本人のしたい生活（生活の目標）のイメージを共有し、
 - ②生活の目標が達成されるためには、「維持・改善すべき課題や悪化防止に対する課題」の解決を図ることが大切であり、
 - ③目標が達成された後は、生活機能を維持・向上のために、次のステップアップの場である、様々な通所や社会参加の場に通うことが大切であることを説明しておくことが大切となります。

- 利用者や家族との適切なコミュニケーションから、課題解決に向けた目標を具体的に示し、利用者の主体的な取組みを引き出し、プラン作成を進めることが重要となります。
 - 利用者自身が取組む行動や導入すべきサービスを計画するだけでなく、家族の協力や、インフォーマルなサービスを積極的に活用することも重要となります。
- ※初回のみケアマネジメント[c]は利用者へのアセスメントを踏まえ、アクティブライフ計画表(案)を作成する。

- ★介護予防サービス・支援計画表（原則的なマネジメント[a]簡略化したマネジメント[b]）
- ★アクティブライフ計画表（初回のみマネジメント[c]）

サービス担当者会議

総合事業において多様な実施主体がサービス提供を行うにあたり、「利用者の情報を各サービスの担当者等で共有するとともに、利用者が抱えている課題、目標、支援の方針等について協議し、各サービスが共通の目標を達成するために具体的なサービス内容として、何ができるかについて相互に理解するなど、利用者や家族、ケアプラン作成者、プランに位置づけたサービス提供者、主治医等からなる会議」として開催することが必要である。

- サービス提供事業者だけでなく、リハビリテーション専門職や栄養士など様々な専門職の必要に応じた参加により、効果的な支援方法を手し、自立支援の視点に立った介護予防ケアマネジメントを実践するための取り組みにつなげる。

★サービス担当者会議記録等

利用者へのケアプラン原案の説明・同意・交付

- サービス担当者会議の内容を踏まえたケアプランを、利用者及び家族に説明し、同意を得る。
- 本人の同意を得た後、ケアプランを利用者やサービス提供事業者に交付する。

モニタリング

モニタリングの目的は、支援計画の実施状況を把握し、目標の達成状況の確認や支援内容の適否、新たな目標がないかなどを確認し、状況の変化に応じてケアプラン変更を行っていくことである。

- 原則的なケアマネジメント[a]：電話等での確認を毎月/3ヵ月に1回は必ず本人の居宅を訪問して面接し、利用者の状態を確認
- 簡略化したケアマネジメント[b]：モニタリングの間隔をあけて必要に応じて実施
- 初回のみ~~の~~ケアマネジメント[c]：電話や訪問等により年1回状況の確認を実施

- ケアマネジメント実施者が利用者と連絡を取らない間も、利用者の状況変化等の際には、適宜利用者自身やサービス提供者等から安心すこやかセンターに連絡される体制づくりをしておくことが必要となる。
- サービスを利用する過程において、ケアプランで立てた目標から乖離が見られた場合、安心すこやかセンターは適宜、さまざまな情報を集約し、適切なサービス提供がされるよう努めなければならない。

サービス担当者会議

総合事業において多様な実施主体がサービス提供を行うにあたり、「利用者の情報を各サービスの担当者等で共有するとともに、利用者が抱えている課題、目標、支援の方針等について協議し、各サービスが共通の目標を達成するために具体的なサービス内容として、何ができるかについて相互に理解するなど、利用者や家族、ケアプラン作成者、プランに位置づけたサービス提供者、主治医等からなる会議」として開催することが必要である。

- サービス提供事業者だけでなく、リハビリテーション専門職や栄養士など様々な専門職の必要に応じた参加により、効果的な支援方法を手し、自立支援の視点に立った介護予防ケアマネジメントを実践するための取り組みにつなげる。

★サービス担当者会議記録等

利用者へのケアプラン原案の説明・同意・交付

- サービス担当者会議の内容を踏まえたケアプランを、利用者及び家族に説明し、同意を得る。
- 本人の同意を得た後、ケアプランを利用者やサービス提供事業者に交付する。

モニタリング

モニタリングの目的は、支援計画の実施状況を把握し、目標の達成状況の確認や支援内容の適否、新たな目標がないかなどを確認し、状況の変化に応じてケアプラン変更を行っていくことである。

- 原則的なケアマネジメント[a]：電話等での確認を毎月/3ヵ月に1回は必ず本人の居宅を訪問して面接し、利用者の状態を確認
- 簡略化したケアマネジメント[b]：モニタリングの間隔をあけて必要に応じて実施

- ケアマネジメント実施者が利用者と連絡を取らない間も、利用者の状況変化等の際には、適宜利用者自身やサービス提供者等から安心すこやかセンターに連絡される体制づくりをしておくことが必要となる。
- サービスを利用する過程において、ケアプランで立てた目標から乖離が見られた場合、安心すこやかセンターは適宜、さまざまな情報を集約し、適切なサービス提供がされるよう努めなければならない。

※初回のみ~~の~~ケアマネジメント[c]はモニタリングを実施しない、利用者の状態変化により、状態像の悪化を招きかねない危惧を感じた時点で、利用者自身やサービス提供者等から安心すこやかセンターへ連絡がされる体制づくりをしておくことが必要となる。
(適宜、電話や訪問などによる確認も可)

裏表紙

藤枝市介護予防ケアマネジメントマニュアル ver. 4

平成29年3月発行 令和3年4月改訂

担当課：藤枝市役所 健康福祉部 地域包括ケア推進課

住 所：藤枝市岡出山一丁目11番1号

TEL：(054)643-3225

〔検討会メンバー〕

地域包括ケア推進課

藤枝市安心すこやかセンター

グリーンヒルズ藤枝

開寿園

ふじトピア

社会福祉協議会

第2開寿園

愛華の郷

亀寿の郷

裏表紙

藤枝市介護予防ケアマネジメントマニュアル ver. 5

平成29年3月発行 令和5年6月改訂

担当課：藤枝市役所 健康福祉部 地域包括ケア推進課

住 所：藤枝市岡出山一丁目11番1号

TEL：(054)643-3225

〔検討会メンバー〕

地域包括ケア推進課

藤枝市安心すこやかセンター

グリーンヒルズ藤枝

開寿園

ふじトピア

社会福祉協議会

第2開寿園

愛華の郷

亀寿の郷

