

【ケアプラン作成者向け】

通所型介護予防事業と訪問型介護予防事業同時実施マニュアル

令和4年7月作成

1 目的

訪問型介護予防事業（以下、「訪問C」という。）として、通所型介護予防事業（以下、「通所C」という。）の利用者宅を市の保健師または看護師が訪問し、通所Cのプログラムやケアプランの見直しに活用できるようケアプラン作成者とサービス事業者に情報提供するとともに、通所C終了後も利用者の主体的なセルフケアの定着と社会参加の促進を図るため、利用者のセルフケアの状況に合わせた助言・指導を行い、通所C終了後も介護予防を継続できるように支援する。

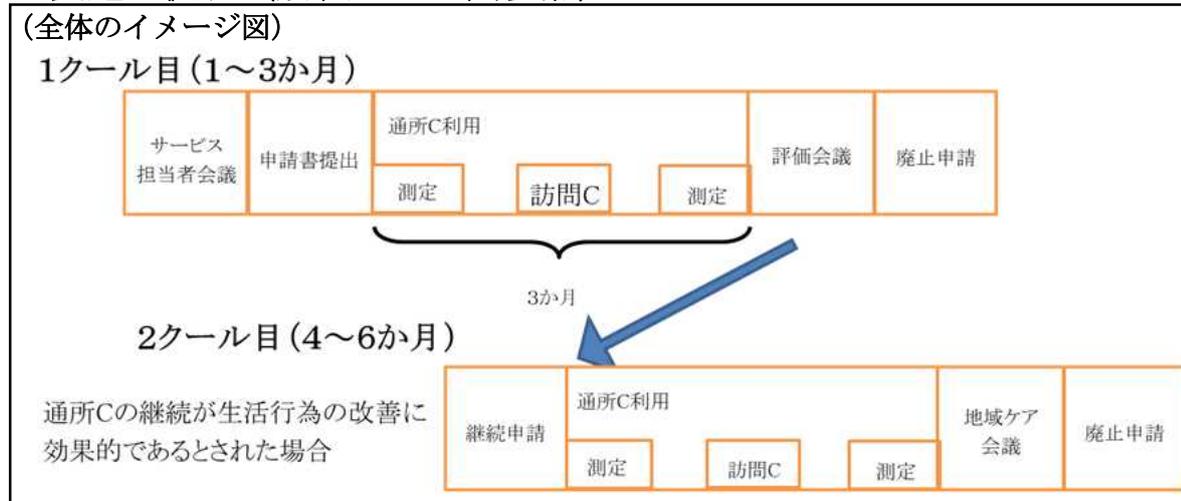
2 対象者

通所C利用者（事業対象者または要支援者1、2）

※通所Cとリハビリテーション専門職による介護予防ケアマネジメント支援（以下、「リハ職による支援」という。）を同時に利用する場合は、訪問Cの同時利用を必須としない。なお、利用者の主体的なセルフケアの定着にとって、「リハ職による支援」と訪問Cの同時利用のどちらが効果的かを考慮し、選択すること。

※リハ職による支援については、別紙フロー図や「リハビリテーション専門職による介護予防ケアマネジメント支援事務手順」を参照のこと。

3 実施の流れ（別紙フロー図参照）



(1) 介護予防ケアマネジメント作成

ア サービス担当者会議まで

(ア) ケアプラン作成者は通所C利用者に、通所・訪問Cの内容について説明する。（必要に応じてチラシ：ホームページID 1015991よりダウンロードして活用する）

(イ) ケアプラン作成者は、サービス利用者とサービス事業者、長寿福祉課に対し、サービス担当者会議の調整を行う。

(ウ) ケアプラン作成者は、ケアプランを作成後、長寿福祉課に連絡する。（※1）

(エ) 長寿福祉課は、「目標達成カレンダー（※2）」を準備する。

イ サービス担当者会議

- (ア) ケアプラン作成者は、出席者を確認する。
- (イ) サービス担当者会議では、以下の内容を出席者と検討、共有する。
 - ・サービス利用終了後の生活を見据えた目標
 - ・目標の達成のための支援方法
 - ・サービス利用終了後のつなぎ先（通いの場等）
- (ウ) 長寿福祉課より、利用者に目標達成カレンダーを配付し、使用方法を説明する。（もしくは、通所C初回見学時に12週分を配布する。）

(2) 利用申請

ア ケアプラン作成者は、申請書類を長寿福祉課に提出する。

・在宅サービス利用申請書

（確認事項：本人のサインの有無、日付は開始日前か）

・在宅サービス専用台帳

（確認事項：開始日（通所Cと訪問Cの開始日は同日か）、サービス内容（実施プログラム）の記載、申請理由の記載、ケアプラン作成者・担当者名の記載

・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）の写し

（確認事項：作成日や同意日は通所C開始前になっているか、事業者名（通所C：事業所と訪問C：長寿福祉課）や期間が記入されているか）

・利用者基本情報

イ 長寿福祉課は申請書類を受けて、利用決定通知を発送する。

(3) サービス（事業）開始

ア 通所C（3か月間）

- (ア) サービス事業者は目標達成に向けて、通所Cのプログラムを実施する。
- (イ) 利用者の体調等に変化が生じた場合は、必要に応じてケアプラン作成者、サービス事業者、長寿福祉課間において情報共有をする。
- (ウ) 長寿福祉課は、必要に応じて通所C初回時に見学に行き、利用者がサービス事業者からどのような指導がされているのか等を確認する。
- (エ) 長寿福祉課は、通所C初回終了後、利用者に電話で自宅での取り組み状況の確認をする。

イ 訪問C

（3か月間※訪問は原則1回。利用者の状況によっては、この限りではない。）

(ア) 長寿福祉課は、利用者と訪問日程を調整した後、訪問日をケアプラン作成者に伝える。

(イ) 訪問内容

- ・本人に対するヒアリングや目標達成カレンダーの利用状況により、セルフケアの取り組みを確認・評価する。
- ・日常生活の課題が解決に向かっているか、また新たな課題がないかを確認する。
- ・目標達成に向けて実践していることを確認し、改善点等を指導する。
- ・必要に応じて、家族からヒアリングを実施する。

(ウ) 長寿福祉課は、訪問で把握した内容や新たな課題、指導等について整理し、ケアプラン作成者等に情報提供をする。

※口頭で情報提供を行うほか、訪問実施記録を、郵送で提供する。（地域包括支援センターが利用するケアマネジメントシステム（WINCARE）の介護記録に入力する。）

※必要に応じてサービス事業者に対して口頭で情報提供を行う。

(4) 評価（3か月終了後）

- ア ケアプラン作成者は、出席者を確認する。（※3）
- イ 会議の場では、以下の点を共有、検討する。
 - ・目標が達成されたかどうか、達成されない場合その原因
 - ・サービス終了後のつなぎ先（通いの場、介護サービス等）を考慮した継続支援の必要性
 - ・目標未達成の場合は、その原因をふまえた支援策

(5) ※ サービス継続の場合

- ア ケアプラン作成者は、以下の申請書類を長寿福祉課に提出する。
 - ・在宅サービス専用台帳
（確認事項：通所Cと訪問Cの「変更」に✓が入っているか、開始日（通所Cと訪問Cの開始日は同日か）、サービス内容（実施プログラム）の記載、申請理由の記載、ケアプラン作成者・担当者名の記載）
 - ・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
※サービス評価表に必要事項（利用者の生年月日・ケアプラン作成者名・開始日・サービス事業者、訪問C継続）の記載があれば、在宅サービス専用台帳の提出は省略できる。
- イ 長寿福祉課は申請書類を受けて、利用決定通知を発送する。
- ウ 利用の流れは「(3)サービス(事業)開始」と同様。

(6) ※ 地域ケア会議（6か月終了後）

- ア ケアプラン作成者は、地域包括支援センターと連絡をとり、地域ケア会議の実施日等を調整する。
- イ 地域包括支援センターは、出席者を確認する。（※3）必要に応じて、アセスメントシート（※4）を活用し、会議資料とする。
- ウ 会議の場では、目標の達成状況を共有し、利用者の今後の支援について検討する。（※5）
- エ 地域包括支援センターは、地域ケア会議終了後、長寿福祉課に地域ケア会議の記録（地域ケア会議実践マニュアル 様式5-2）を開催した翌月5日までに長寿福祉課に提出する。

(7) 廃止申請

- ケアプラン作成者は、以下の申請書類を長寿福祉課に提出する。
 - ・在宅サービス専用台帳
（確認事項：通所Cと訪問Cの「廃止」に✓が入っているか。日付は空欄になっているか。）
 - ・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

4 留意事項

(1) 地域包括支援センターが指定介護予防支援事業者としてアセスメント業務や介護予防サービス計画の作成業務等を委託する場合は、以下の点に留意すること。

- ・委託先の指定居宅介護支援事業者が介護予防サービス計画を作成する場合は、計画が適切に作成されているか、内容が妥当か等について確認を行う
- ・委託先の指定居宅介護支援事業者が評価を行った場合には、当該評価の内容について確認を行う。(参考：厚生労働省「地域包括支援センターの設置運営について」より)

(2) ※について

(※1) ケアプランについて

目標を立案する際には、以下の点を考慮する。

【長期目標】

- ・解決すべき課題を目指した達成可能な目標設定になっている。
- ・達成可能となる目標と期間の設定になっている。
- ・誤った目標設定（支援者側の目標設定、サービス内容を目標に設定等）になっていない。

【短期目標】

- ・長期目標を達成するための段階的な目標と期間になっている。
- ・サービス提供事業者が作成する担当者の個別サービス計画を立てる際の指標になっている。
- ・抽象的な目標設定になっていない。

参考：平成20年7月18日 厚生労働省「ケアプラン点検支援マニュアル」(P14)

参考：ケアプランに記載する目標について

目標としてふさわしくない例	ふさわしくない理由	改善案
<ul style="list-style-type: none"> ・下肢筋力を改善し、掃除機がけができるようになる。 ・体力が改善し、外出できるようになる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・目標が2つになっている。 ・外出先が不明確である。 ・外出できるようにする方法は、体力の回復以外にも沢山ある。 ・利用者が使用していない言葉(例：下肢筋力)を使っている。 ・掃除機がけの範囲が不明確である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自室の掃除が週に2回できるようになる。(フィルター掃除は含まない。) ・毎日、自宅近所のAというコンビニで日用品数点を買に行けるようになる。
<ul style="list-style-type: none"> ・掃除機がけを通して、体力の向上を図る。 ・編み物を通して、他者とのコミュニケーション能力改善を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> ・主たる目標が生活行為ではない。生活行為を「手段」に、心身機能や基本的活動能力の向上を図ろうとしている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・できるようになりたい生活行為の絞り込みを再度行う。

目標としてふさわしくない例	ふさわしくない理由	改善案
<ul style="list-style-type: none"> 電車やバスに乗れるようになる。 	<ul style="list-style-type: none"> 目標達成の幅が大幅に広がってしまい、達成したのかしていないのか不明確になっている。 電車とバスの利用は別物であり、分けて検討する必要がある。 頻度や時間が不明確である。 	<ul style="list-style-type: none"> 混雑していない午前中に、ひとりでA駅からB駅まで、電車で往復し自宅に戻ることができる。
<ul style="list-style-type: none"> 整容を自立して行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の言葉で記載されていない。(例：自立) 	<ul style="list-style-type: none"> 近所に出かけるための身支度を、家族から最低限の援助を受けてできるようになる。
<ul style="list-style-type: none"> 近所のコンビニエンスストアに行けるようになる。 	<ul style="list-style-type: none"> 頻度や時間が不明確である。毎日通うのと週に1回通うのでは、買う品数も変わるため、それにより運ぶ技能が影響を受けるかもしれない。 	<ul style="list-style-type: none"> 毎日、自宅近所のAというコンビニで日用品数点を買に行けるようになる。
<ul style="list-style-type: none"> デイサービスに通えるようになる。 	<ul style="list-style-type: none"> 地域資源を活用すべきである。 	<ul style="list-style-type: none"> 週に1回、午前中は図書館に通えるようになる。

参考：平成 28 年度老人保健健康増進等事業「介護予防・日常生活支援総合事業における効果的な IADL 改善プログラムの開発に関する研究事業」報告 総合事業における効果的な IADL 改善プログラム実践マニュアル (P45)

(※2) 目標達成カレンダーについて

生活上の目標を本人が常に意識し、目標の達成に向けて具体的に取り組めるよう、利用者に配付し、利用者自らが記入するもの。事業所では、毎回内容をチェックし、個別指導に役立てる。訪問Cの際には、セルフケアの取組を確認、評価するために使用する。

1週目 自宅で行う体操

記入例
8月1日
運動 ○
体調 ☹️ 😊 ☺️
ひとこと 膝を痛めることなく運動ができた

いよいよ今週からですね。目標が達成できるように一緒に頑張りましょう！
先生からのサイン

(※3) 通所Cに関する各会議の参加者について (○：必須、△：出席可能)

	サービス 担当者会議	評価会議 ※3か月終了後	地域ケア会議 ※6か月終了後	備考
本人	○	△	△	
家族	△	△	△	
ケアプラン作成者	○	○	○	
通所C事業者	○	○	○	
訪問C担当者	○	○	○	
地域包括支援 センター	—	—	○	
他事業者 (ヘルパー、 福祉用具等)	○	△	○	他サービス 利用の場合

※地域ケア会議には、主催者の判断により表に示されている以外の方が参加することも想定されます。

(※4) アセスメントシートについて
別紙参照

(※5) 地域ケア会議での自立支援に向けたケース検討のポイントについて

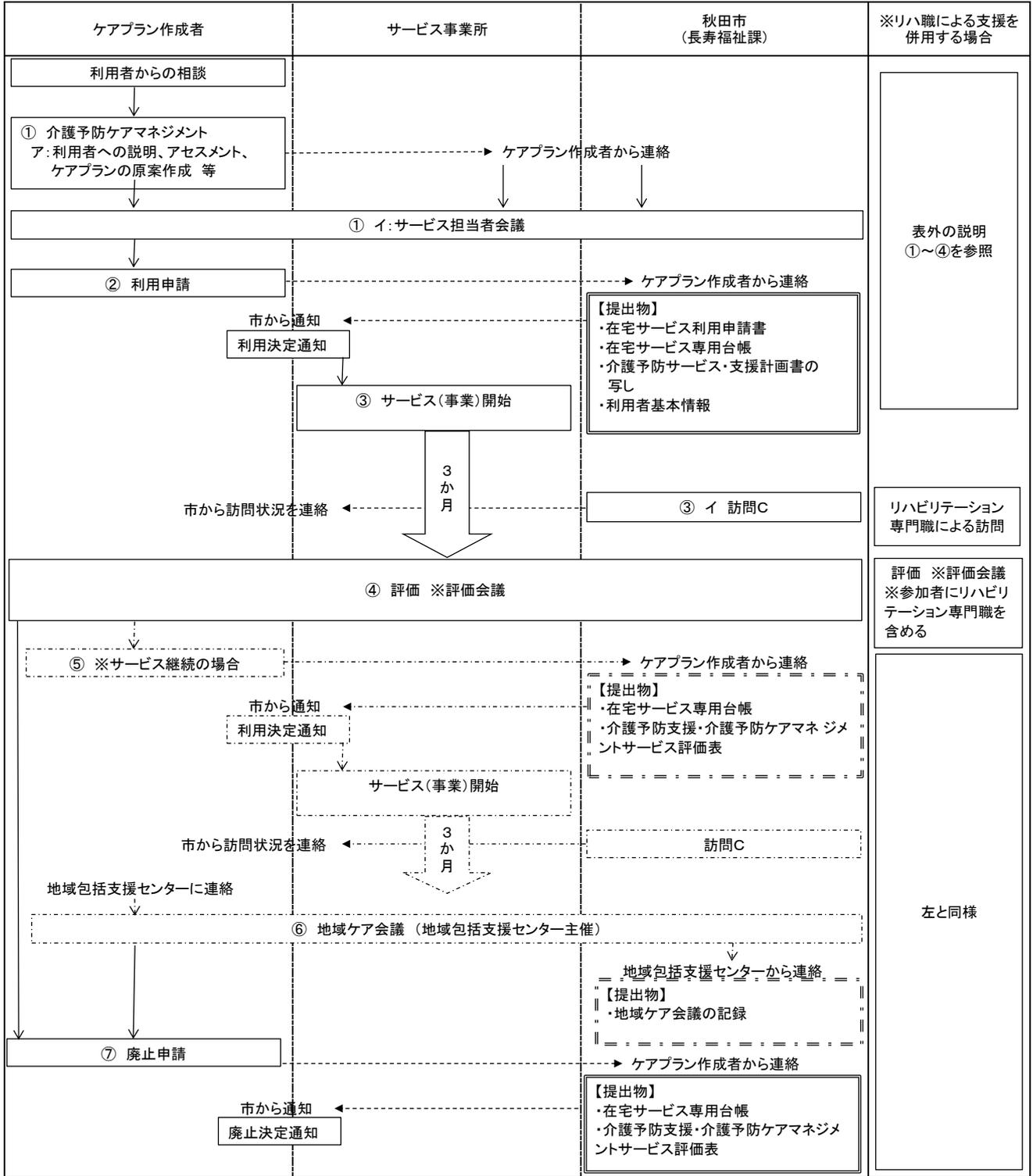
- (1) 共感的な見方での評価：当事者の心理、心模様を共感的に理解する形で生活の状況と介護の状況の評価する。専門職の価値ではなく、サービスや具体的なケアを想定せずに、当事者が生活をしていくための支援について考える。
- (2) 専門的な立場での評価：共感的な見方ののちに、ギアを入れ替えて、専門職の立場から見たその状態を、仮説的にみる。
- (3) 現在の状況において、支援が入らないとどのような日常生活になるのか、予測する。
- (4) 利用者にとって自立とはどのような意味をもっているのか、どのようなタイミングでどのようなアドバイスをすると今よりも自立した暮らしになるのかを考える。
- (5) 新たに利用者の目標を設定する際は、その達成のために最適かつ具体的な短期目標を設定することや、短期目標の達成のための効果的なサービスを設定する。

参考

2019年開催 自立支援型地域ケア会議推進事業研修 多職種編について (第2版) 資料

作成：令和 3年 7月
一部修正：令和 4年 7月

通所型介護予防事業・訪問型介護予防事業同時実施フロー図



※リハビリテーション専門職の同行訪問を併用する場合

- ① ケアプラン作成者(居宅介護支援事業所の場合は、委託元の地域包括支援センター)は、秋田市にリハビリテーション専門職の同行訪問を利用する旨を伝える。
- ② 秋田市はリハビリテーション専門職協議会に連絡をとり、担当者(リハビリテーション専門職)を調整を依頼。決定後、地域包括支援センターに連絡する。
- ③ ケアプラン作成者は、担当者(リハビリテーション専門職)と連絡をとり、同行訪問、評価会議の日程を調整する。なお、担当者(リハビリテーション専門職)はケアプラン目標達成の状況をアセスメントするため、同行訪問は訪問C利用後3か月目を実施することが望ましい。
- ④ 同行訪問、評価会議の予定が決まり次第、秋田市に書類を提出する。
 なお、提出書類、その後の流れについては、「リハビリテーション専門職による介護予防ケアマネジメント支援事務手順」を参照のこと。

アセスメントシート

利用者氏名:

様

作成日: R 年 月 日 記入者:

領域	視点	アセスメント項目	
A 運動・移動 について	自ら行きたい場所に移動するための手段を取れるかどうか。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っているかどうか。	運動機能(支えの必要性)	立ち上がり時: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり / 片足立ち時: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
		歩行状況(歩行レベル)	室内: _____ 屋外: _____
		転倒傾向	転倒: _____ つまずき: _____
		移動範囲	<input checked="" type="checkbox"/> 近隣中心 <input type="checkbox"/> 市内くらい <input type="checkbox"/> 市外まで <input type="checkbox"/> その他:
		移動手段	<input checked="" type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 車を運転 <input type="checkbox"/> 車に同乗 <input type="checkbox"/> 徒歩
B 日常生活・家庭生活 について	家事(買物・調理・掃除・ごみ捨て等)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どうかの状況。	買物	<input checked="" type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> その他:
		献立を考える	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他:
		調理	<input checked="" type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input checked="" type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 惣菜購入
		食べる楽しみ	<input checked="" type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> あまり感じない(理由: _____)
		洗濯	<input checked="" type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> していない
		掃除	<input checked="" type="checkbox"/> 自分 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input type="checkbox"/> していない
		整理整頓・ごみ捨て	<input checked="" type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 <input checked="" type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ヘルパー等 <input checked="" type="checkbox"/> していない
		身だしなみへの関心	<input checked="" type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 低い
		電気機器類の操作	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 迷う <input type="checkbox"/> 難しい(何が: _____)
		火の始末	<input checked="" type="checkbox"/> 心配ない <input type="checkbox"/> 心配している <input type="checkbox"/> 火の消し忘れなどの経験がある
		電話の利用	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない(理由: _____)
		金銭管理(家計の管理)	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない(理由: _____)
		役所や金融機関等の手続き	<input checked="" type="checkbox"/> 一人で行える <input type="checkbox"/> 人に尋ねながらしている <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> していない
		悪質商法への注意	<input checked="" type="checkbox"/> 注意している <input type="checkbox"/> 注意していない <input type="checkbox"/> 被害経験がある
		情報への関心	<input checked="" type="checkbox"/> 新聞 <input checked="" type="checkbox"/> テレビ・ラジオ <input type="checkbox"/> 人づて <input type="checkbox"/> 近隣の広報 <input type="checkbox"/> 関心がない
C 社会参加 ・対人関係	状況に見合った社会的に適切な方法で人々と交流しているか、また家族・近隣の人の人間関係が保たれているか。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の状況、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。	社会参加	<input checked="" type="checkbox"/> 活動性 <input type="checkbox"/> 趣味・楽しみがある(_____) <input type="checkbox"/> 仕事をしている <input type="checkbox"/> 地域活動やボランティア活動をしている <input type="checkbox"/> 特に無い
		外出頻度	<input checked="" type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input checked="" type="checkbox"/> 週2~3回 <input type="checkbox"/> 週1回程度 <input type="checkbox"/> 月に2~3回 <input type="checkbox"/> 殆ど出ない
		外出目的	<input checked="" type="checkbox"/> 趣味・楽しみ <input checked="" type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 地域活動への参加 <input type="checkbox"/> その他(_____)
		対人関係	家族との交流 <input checked="" type="checkbox"/> 状況: _____ 近隣との交流 <input checked="" type="checkbox"/> 状況: _____ 友人・知人との交流 <input checked="" type="checkbox"/> 状況: _____
		コミュニケーション	<input checked="" type="checkbox"/> 自己の意思の表出ができる <input type="checkbox"/> 他者の話の内容が理解できる
D 健康管理 について	清潔・整容と服薬・定期受診が行われているかどうか。また飲酒や喫煙のコントロール、食事や運動、休養など健康の自己管理の観点から、必要と思われる場合、この領域でアセスメントする必要がある。(自己管理または家族による管理)	受診の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 定期的に受診している <input type="checkbox"/> 必要時に受診している <input type="checkbox"/> 受診しない
		服薬管理の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 指示通り服用できる <input type="checkbox"/> 他者の指示が必要 <input type="checkbox"/> できない
		検診の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 健康診断を受けている <input type="checkbox"/> 健康診断を受けていない
		口腔機能の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 痛みがある (<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯茎 <input type="checkbox"/> 粘膜) <input type="checkbox"/> 義歯が合わない <input type="checkbox"/> 口の渇き <input checked="" type="checkbox"/> 硬い物が食べにくい <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 飲み込みにくい <input type="checkbox"/> 口臭が気になる
		歯の手入れ(義歯含む)	頻度(_____ 回/日・週・月) 方法: _____
		食生活・栄養状況	回数(_____ 回/日) 状況 <input type="checkbox"/> バランスに気を付けている <input type="checkbox"/> 偏っている <input checked="" type="checkbox"/> 食事が減っている <input checked="" type="checkbox"/> あまり関心がない
		水分摂取の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 気を付けている (_____) <input checked="" type="checkbox"/> 特に気を付けていない
		飲酒・喫煙の状況	飲酒頻度(_____ 回/日・週) 飲酒量(_____ / 回) 喫煙量(_____ 本/日・週)
		適度な運動	<input checked="" type="checkbox"/> している (_____) <input checked="" type="checkbox"/> していない(理由: _____)
		適度な休養	<input checked="" type="checkbox"/> 心がけている <input checked="" type="checkbox"/> つい無理をしてしまう
		排泄の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 支障がない <input type="checkbox"/> 尿漏れ・失禁がある (気がかりなこと: _____)
		入浴の状況	頻度(_____ 回/日・週) 方法 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭など
		生活リズム	<input checked="" type="checkbox"/> 保たれている (起床: 5 時 / 就寝: 22 時) <input type="checkbox"/> あまり保たれていない
		物忘れの状況	物忘れ <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし 本人の認識 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		E その他	生活状況全体を理解するために必要な項目を、聞き取りや観察から、ここでアセスメントする。
経済状況	収入: _____ 円 主な用途: _____ 心配なこと: _____		
家族の状況			
家族の介護力	<input checked="" type="checkbox"/> 期待できる <input checked="" type="checkbox"/> 期待できない(理由: _____)		
虐待の可能性	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input checked="" type="checkbox"/> 要注意(理由: _____)		
精神的な不安・意欲低下	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 見られる(理由: _____)		
見守りの状況	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 民生委員 <input checked="" type="checkbox"/> 近隣住人 <input checked="" type="checkbox"/> IT機器 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし		
緊急時のSOS発信	<input checked="" type="checkbox"/> 自分なりの対応ができる <input type="checkbox"/> 自信がない <input checked="" type="checkbox"/> 特に考えていない 緊急性の判断 <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できにくい		
価値観	大切にしたいこと: _____ 嫌なこと: _____		
本人の主訴や意向			
家族の主訴や意向			
これからの生活についての希望			
現在利用しているサービスなど			
全体的な印象			

【記入例】 地域ケア会議の記録（通所・訪問同時利用）

包括名	●●地域包括支援センター		
開催日時	R●年●月●日（●）午前・ 午後 1時30分～ 2時00分		
開催場所	●●地域包括支援センター		
ケース(イニシャル)	○○	記録者	○○
会議出席者 (所属や職名・氏名)	○○		
目標 ※ケアプランから 一日の目標を記載	一人で自宅近所のスーパーで日用品を買いに行けるようになる。		
目標の達成について	達成 ・未達成	継続利用の効果	有 ・無
会議概要	目標達成の場合	※事業終了後のセルフケアや通いの場等の利用、生活について記載 通所C継続により、下肢筋力が上がり、スーパーに杖をつきながら一人で歩くことができるようになった。また、近所の公民館で行っているサロンにも一人で行くことができるようになり、生活にメリハリがついた。	
	目標未達成の場合	※未達成の原因が明確化されているか記載	
	共通	※本人が通所Cの利用を終了することに対して理解を示しているか記載 理解している。「これからは、スーパーやサロンなどに一人で行き続けるように、家でも運動を続けるつもり。」との発言がみられた。 ※その他	
その他 申し合わせ事項	本人が「スーパーに行く」という目標の達成が継続されているか、一人で運動を続けられているかについて、家族に確認していただく。		
◆今後、在宅生活を継続するために必要な支援 (現在、地域に不足、もしくは、再構築を図りたい支援・サービスを含む) 本人の意欲や習慣化された運動を継続させるための働きかけ			
◆地域の共通課題 近所に、利用者が一人で行くことができるサロンの増加。			
※確認事項 <input checked="" type="checkbox"/> 守秘義務に関する事項について出席者に説明を行った。 <input checked="" type="checkbox"/> 地域ケア会議の内容がケアプランに反映されていることを確認した。 ※ 開催した月の翌月5日までに提出すること。(ただし、3月に開催した場合は3月31日まで)			