居宅介護支援事業所ケアマネジャーへの展開方法

①全ての居宅介護支援事業所への周知

全事業所へ市ホームページ等にて案内を行います

②希望する事業所へ個別の事前説明（サービスＣに関する事前説明）

市担当者がサービス利用を希望する居宅介護支援事業所に事前の説明を行います（事業の内容、利用のながれ等）

③サービス利用を考えるケースが出た時の相談

実際にサービス利用を検討する場合は、まず利用者の担当地域包括支援センターに連絡の上、市に連絡してもらい、市担当者が事業所を訪問し、利用者の状況を踏まえて一緒に協議します

④ケアプラン原案作成のタイミングでの協議

ケアプランの原案ができたタイミングで担当者会議前の打合せを担当ケアマネ、市、包括で行います

⑤評価時期の協議

ケアプランの評価時期の確認を担当ケアマネ、市、包括で行います

一部委託ケアプランでの短期集中サービス利用（初回）の流れ

使用するツール等

情報収集	(1)利用者基本情報	今までの生活や既往歴の把握
	(2)介護予防アセスメント[1]および[2]	生活行為の状況を評価
リスク確認	(3)介護予防メニューリスク確認	運動リスク、栄養・口腔の介入の必要性を確認
課題抽出	(4)生活機能評価表	ADL・IADLを評価し予後予測を立てる
目標設定	訪問アセスメント	※運動・栄養プログラムの専門職が訪問によるアセスメントを実施します
	(5)ケアプラン	生活全体の課題を抽出し本人・事業所の役割を整理
	④担当者会議前協議（担当ケアマネ、市、包括で協議）	
サービス提供	サービス開始・スタートアセスメント	
モニタリング・評価	ゴールアセスメント	主観的評価（生活機能）と客観的評価（事業所アセス）を比較、目標の達成状況を再確認
~~地域ケア会議~~	(6)ケアプラン評価	
	⑤評価時協議（担当ケアマネ、市、包括で協議）	