

那珂川市 包括的支援事業等の実施に係る方針（案）

令和8年4月

那珂川市 高齢者支援課

I. 方針策定の趣旨

この「那珂川市包括的支援事業等の実施に係る方針」は、地域包括支援センター（以下「センター」という。）の運営上の基本的考え、業務推進の方針等を明確にするとともに、那珂川市（以下「市」という。）とセンターとの連携方針を明確にすることにより、センター業務の円滑で効果的な実施に資することを目的に策定する。

II. 基本的な事業実施方針

1. 市の地域包括ケアシステムの構築方針

第9期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の3年度目にあたる令和8年度は、これまでと同様、中核的な施策として進めてきた「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取り組みをより一層推進していく。

（1）包括的なケア体制の更なる充実

- センター間の連携の更なる充実を図り、地域ケア会議や生活支援体制整備事業を推進する。
- 地域課題に対して関係機関等と連携し、取り組みを推進する。
- 介護者の離職防止や地域の支援者確保に向けた取り組みを推進する。

（2）認知症高齢者やその家族に向けた支援の充実

- 共生社会の実現を推進するための認知症基本法（令和五年法律第六十五号以下「認知症基本法」という。）や、国の認知症施策推進基本計画の趣旨に沿った役割を全うする。
- 認知症に関する正しい知識の普及と理解の促進に努める。
- 認知症の早期発見及び重症化予防に向けた取り組みを推進する。
- 認知症高齢者を介護する家族への支援と地域における支援体制の充実を図る。

（3）介護予防・重症化防止の推進

- 高齢者自らが介護予防に自主的に取り組むことができるよう、知識の普及・啓発を図る。
- 高齢者の実態把握を行い、支援が必要な人に早期に介入する。
- 対象者に適した社会資源・福祉サービスの利用に繋げる。

（4）高齢者が生き生きと安心して暮らすことができるまちづくりの推進

- 地域福祉に関わる関係者や団体等と連携できる関係づくりを推進する。
- 高齢者の権利や生活を守る権利擁護を推進する。
- 家族や地域の関係者等と連携して、高齢者虐待の早期発見・早期対応に取り組む。

（5）介護サービス基盤の推進

- 高齢者が多様なサービスや社会資源を主体的に選択できるよう情報提供や体験の機会提供を行い、在宅生活を継続できるように支援する。
- 介護従事者の資質向上に関する支援や事業所への適切な情報提供・指導助言

などを行い、質の高いサービスの充実を図る。

2. 行政との連携方針

センターの業務は多岐にわたることから、市の主管課に限らず、各関係部署や各種団体との連携・協力が必要であるため、平時より連携先の役割の理解に努め、適切な連携を図る。

（1）定例会の開催

市は、センター内会議の定例開催を支援し、情報交換及び課題共有等によるセンターの機能強化を行う。

また、各センター間および市と各センター間での情報共有を行い、いずれのセンターを利用しても同等のサービスを受けられることができる体制の強化に努める。

（2）事例対応

市は、センターと協働し、地域住民の相談に応じながら、困難事例等対応におけるセンターとの連携・協働を行うとともに、行政責任において、必要時には適切に権限を行使する。

（3）運営への関与

市は、介護保険運営協議会と協働し、センターの運営に対する評価・点検を行う。

市とセンターは、センターが実施する事業について定期的に評価し、事業改善などによるサービスの質の向上・センター機能の強化に努める。

3. 各事業に関して

「地域包括支援センター業務マニュアル」（厚生労働省老健局作成）、「地域包括支援センター運営マニュアル」（長寿社会開発センター作成）や、その他厚生労働省や福岡県からの関連通達等に従い、適切に実施する。

III. 基本的な事業実施方針

1. 公益性の視点

（1）センターは、市の介護・福祉行政の一翼を担う公的な機関として、公正で中立性の高い事業運営を行う。

（2）センターの運営費用は、市民の負担する介護保険料や、国・県・市の公費によって賅われていることを十分理解し、適切な事業運営を行う。

（3）介護サービス情報公表システム等において、センター事業内容・運営状況に関する情報を公表する。

2. 地域性の視点

（1）センターは、地域の介護・福祉サービスの提供体制を支える中核的な機関であるため、担当地域の地域特性や実情を踏まえた適切かつ柔軟な事業運営を行う。

- (2) 地域ケア会議や生活支援体制整備事業における協議体をはじめとする地域の活動の場などを通じて、地域住民や関係団体等の意見を幅広く吸い上げ、日々の活動に反映させるとともに、地域が抱える課題を把握し、解決に向けて積極的に取り組む。

3. 協働性の視点

- (1) センターの主任介護支援専門員、保健師、社会福祉士等の専門職種が相互に情報を共有し、理念・方針を理解した上で、連携・協働の実施体制を構築し、業務全体をチームとして支える。
- (2) 介護保険運営協議会での議論を踏まえ、センターの運営方針、支援、指導の内容を検討し改善する。
- (3) 地域の保健・福祉・医療の専門職種やボランティア、民生委員等の関係者と連携を図りながら活動する。
- (4) 市民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援するため、センターは市と連携を図りながら活動することで、センターの機能が発揮又は強化されるよう努める。

IV. 運営体制について

1. 職員体制

- (1) センターは、那珂川市地域包括支援センターの運営及び人員に関する基準を定める条例に基づき職員を配置する。
- (2) センターが担当する地域における第1号被保険者数が6,000人を超えた場合に増員する職員については、センター長の職種及び事業計画において重点課題として実施する事業を担当する職種を優先的に増員させるように努める。

2. センターの職務

- (1) センターは、地域包括ケアの推進のため、その中核機関としての役割を常に意識し、担当地域のニーズ・課題の把握に努める。
- (2) センターは、地域の実情に応じた重点課題・重点目標を設定し、各地域の特性に応じた事業運営に努める。
- (3) センターは、業務を遂行するために、センターの目的や業務内容に沿った年度毎の業務計画を立て、業務の遂行状況について評価する。
- (4) 評価により課題を見出し、次年度に向けて課題解決方法を検討する。

3. 職員の姿勢

- (1) センター職員は、中立・公正な立場であることを共通認識として持ち業務を遂行する。
- (2) センター職員は、センターの設置目的と基本的機能を理解した上で、業務を遂

行する。

- (3) センター職員は、抱えている事例や対処方法について相互に報告し合い、3職種が協働して「チーム」として検討しながら業務を遂行する。
- (4) センター管理者は、各職員及びセンター全体の業務を把握し、一部の業務や一部の職員の業務が集中することなく業務の調整が図られるよう業務管理に努める。

4. 職員の資質の向上

- (1) センター職員は、高齢者に関する多様な課題に組織として対応していくという重要な使命を担っていることを自覚し業務に取り組む。
- (2) センター職員は、専門性の維持向上を目的に、研修会への参加などに積極的に取り組む。
- (3) センター管理者は、市の高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画や本方針などをセンター職員に浸透させるように努める。
また、専門性の向上のための研修に参加できるよう業務分担等について配慮し、一部の職員が研修を受講した場合、センター内で研修内容を共有するために、受講報告・伝達ができるよう体制を整える。

5. 書類の整備

- (1) 実績報告書・事業計画等は市が定める期限内に整備し、提出する。
- (2) 職員の変更等があった場合は、速やかに変更届出書を提出する。
- (3) 相談記録や関係文書等の情報を適切に管理し、必要に応じて速やかに利活用できるように努める。

6. 苦情対応

センターに対する苦情を受けた場合は、その内容及び対応等を記録し、必要に応じて速やかに市に報告する。

7. 緊急時の体制

センターの開設時間外においても、緊急時に連絡を取れるよう連絡体制や連絡網等を整備・周知する。

8. 個人情報等の保護

- (1) 支援対象者の個人情報の収集については、業務上必要な範囲に限ることとし、本来の目的と異なる用途にて使用することや、外部に漏洩することのないように、情報管理を徹底する。
- (2) 個人情報の持出・開示時は、業務上必要な最低限度に留めるとともに、止むを得ず持ち出す場合は、管理簿への記載と確認を行う。

- (3) プライバシーの保護への配慮について、相談者以外の市民や事業者が安易に相談内容を聞き取ることができないように、相談スペースを仕切るなどの工夫を行い、相談者に関する個人情報や相談内容が漏れることがないように配慮する。

9. オンラインツールの活用

新型コロナウイルス感染症等の影響により事業が滞らないよう、オンライン会議などを積極的に活用する。

10. 介護保険運営協議会への意見聴取

次に定める事項について、介護保険運営協議会の意見を踏まえて適切に運営すること。

- (1) 地域包括支援センターの公正・中立性の確保に関すること
- (2) 地域包括支援センターの職員の配置に関すること

11. 広報活動等

センターが高齢者の総合相談窓口として機能するために、市民や関係団体等にセンターの取組みや役割等を様々な媒体にて発信することで周知に努める。

V. 重点取組事項

1. 認知症高齢者に向けた支援の充実

- (1) 認知症基本法の趣旨に基づき、共生社会の実現を推進するために、「新しい認知症観」に立ち、その普及が促進されるように、市民一人ひとりが認知症に関する知識及び認知症の人に関する知識および認知症の人に関する理解を深めることを目標として啓発活動を実施する。
- (2) 認知症高齢者やその家族を含めた地域住民が気軽に集える場であるオレンジ（認知症）カフェの設置に向けて、認知症サポーター養成講座等のアンケートを活用するなどして支援者等により一層の働きかけや支援を行う。
- (3) 新規のキャラバン・メイト及び認知症サポーターの増員を図るとともに、地域のキャラバン・メイト及び認知症サポーターが安心して活動ができるよう、キャラバン・メイト連絡会等を活用し情報提供・環境調整を行う。
- (4) 小中学校及び地域で認知症サポーター養成講座を開催できるよう様々な機会において関係機関等に働きかけを行う。また実施後は、受講者がその他の認知症施策等とのつながりが持てるように努める。
- (5) 認知症当事者の声などを踏まえながら、認知症の理解促進に繋がる取り組みなどの普及啓発を行う。
- (6) 第10期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画と一体的に策定する予定である（仮）那珂川市認知症基本計画の策定にあたり、本人や当事者の声を収集するなど、策定に必要な情報の収集を行う。
- (7)

2. 地域ケア会議の推進

- (1) 個別事例から抽出した地域課題を基に地域ケア会議の助言者等とともに課題解決策等の取り組み方法について検討を行う会議を実施する。
- (2) 各センター3職種及び認知症地域支援推進員において、上記会議において検討された取り組み方法等について市と連携し定期的に取りまとめを行い、各種活動に反映させるとともに関係機関に働きかけを行う。

3. 生活支援体制整備事業との連携・情報共有

- (1) 市が配置する生活支援コーディネーターと連携し、介護予防・生活支援サービス創出に向けた情報共有や具体的な活動への協力を行う。
- (2) また、第2層協議体に積極的に参画し、把握した地域のニーズを積極的に発信し、介護予防・生活支援サービス創出に向けた具体的な活動への協力を行う。
- (3) 生活支援コーディネーターが担う地域の資源把握、分析等の取り組みに対する支援・協力を行い、把握した地域資源等を必要とする利用者に情報提供を行うよう努める。
- (4) 生活支援コーディネーターと定期的な情報共有等を行う場を設ける。

4. 成年後見制度の周知及び環境整備

権利擁護支援の選択肢の一つとして利用されるよう関係機関等と連携を図り認知度向上により一層努める。

5. 第10期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定における連携・情報共有

令和8年度中に策定予定である、本市の第10期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の策定のために必要な情報の収集や共有、具体的な事業の検討について市と協力して行う。

VI. 包括的支援事業

1. 総合相談支援業務

地域の高齢者が、住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるように、様々な相談を受け、適切な機関・制度・サービスにつなぎ、必要に応じてセンターの業務に引き継ぐ。

(1) 地域におけるネットワークの構築

- センターの業務を適切に実施していくために、また業務への理解と協力を得るために、パンフレットや広報誌等を作成し、様々な場所や機関への配布等を行うなど、ネットワーク構築に向け、地域住民及び関係者へ積極的に働きかけを行う。
- 地域においてネットワークを活用した予防、ニーズ発見、相談、支援が円滑に機能するため、センターとしてのネットワーク構築及び整備を行い、市との情報共有を図る。

- 構築したネットワーク及び既存のネットワークについて3職種で共有し、ネットワークが相互に広がるよう意識した活動に取り組む。
 - 地域の課題や住民への支援については、市と情報共有を図りながら地域の関係機関と連携し、ネットワークを有効に活用した解決方法に取り組む。
- (2) 実態把握
- 地域の高齢者の心身状況や家庭環境等についての実態把握を行うことで、地域に存在する隠れた問題やニーズを発見し、早期対応できるよう取り組む。
 - 地域住民や関係機関から、支援が必要な高齢者の情報収集を行い、把握した問題やニーズについて、適切な支援が受けられるよう取り組む。
- (3) 総合相談
- 初期対応を適切に行い、課題を明確にした上で、適切な機関・制度・サービス等につなげる。
 - 関係機関からの相談に対し、速やかに対応し、その経過や結果について適切な時期に適切な報告をするなど信頼関係の構築に努める。
 - 相談記録を速やかに作成し、緊急時には担当者が不在であっても対応できる体制を整える。また、相談事例の内容を整理・分類した上で、経年的に件数を把握する。
 - 平日に仕事をしている介護者が週末である休日に相談できる窓口を設置することや、窓口への来庁以外での方法で相談をすることができるなど、相談体制の拡充に努める。
- (4) 困難事例への対応
- 困難事例（重層的課題がある、支援拒否、既存のサービスでは適切なものがない等）を把握した場合は、実態把握のうえ、センターの各専門職が連携して対応策を検討し、市の関係課および関係機関等と連携を図り、適切な対応を行う。
 - 事例毎の対応方針を検討する会議については、協議する事項を明確にしたうえで実施する。また、会議にて決定した事項については責任を持って履行し、適切に進捗管理をすること。
- (5) ケアプランが発生しない要支援・介護認定者への支援
- 継続した介護（予防）給付がない要支援・要介護認定者の住宅改修費や福祉用具購入費等の給付サービスの利用について、適切な制度活用や滞りなく申請が行えるよう、市と連携を図りながら事業所・申請者への助言指導・申請に向けての支援に取り組む。

2. 権利擁護業務

認知症等により判断力が低下した高齢者や虐待・権利侵害を受けている高齢者等に対して、権利侵害の予防や対応、権利行使の支援を専門的に行う。

(1) 権利擁護に関する啓発

権利擁護（高齢者虐待の防止、成年後見制度（任意・法定）の活用、消費者被害

の防止等）について、関係機関・地域団体・各種事業所や住民等が理解を深め、推進するための啓発活動に取り組む。

（2）高齢者虐待への対応

- 地域住民や関係機関等と連携を密にすることにより、虐待防止及び早期発見に取り組む。
- 通報や相談を受けた場合には、「高齢者虐待の防止、高齢者の擁護者に対する支援等に関する法律」及び「市町村・地域包括支援センター・都道府県のための養護者による高齢者虐待対応の手引き」に基づき、速やかに当該高齢者の状況を把握し、市と連携を図り、状況に応じた適切な対応を行う。

（3）成年後見制度の活用

- 認知症などにより判断能力の低下がみられる場合には、適切な介護サービスの利用や、金銭管理、法的行為などの支援のため、成年後見制度の活用が必要かどうか判断する。
- 成年後見制度の利用が必要と判断したが、申立て可能な親族がいない場合は市に報告し、市長申立てにつなげる。

（4）消費者被害の防止等

地域団体や消費生活センター・警察等の関係機関との連携のもと、消費者被害情報の把握を行い、情報伝達と適切な対応により被害を未然に防ぐよう支援するとともに、被害の回復のための関係機関を紹介する。

3. 包括的・継続的ケアマネジメント業務

高齢者が住み慣れた地域で生活できるよう、様々な職種と協働するとともに、地域の関係機関との連携を図る。

（1）包括的・継続的ケアマネジメント体制の構築

- 地域における包括的・継続的ケアが適切に実施できるよう、介護保険事業所への情報提供・資質向上の場の運営に取り組む。具体的には、主任ケアマネ連絡会の事務局を市と連携して運営し、資質向上に資する機会の提供や、地域の介護支援専門員・介護保険事業所及び関係機関間の連携等を推進する。
- 地域の介護支援専門員が介護保険サービス以外の様々な社会資源（地域の力）を活用できるよう、ケアマネジメントのスキルアップ、地域の連携・協力体制の整備及び利用者への説明に取り組む。

（2）介護支援専門員に対する支援

- 地域の介護支援専門員が抱える困難事例について、具体的な支援方針を検討し、指導助言、同行訪問等を行う。また、介護支援専門員から受けた相談内容を整理、分類したうえで、経年的に件数を把握する。
- 介護支援専門員のニーズや課題に基づく事例検討会及び研修会等の開催について、開催計画を立てて取り組む。特に、地域包括ケアシステムの推進において自立支援に資するケアマネジメント力の向上を図る。

- 在宅医療・介護連携推進事業の多職種連携等を活用し、介護支援専門員のニーズに基づいて多様な関係機関との意見交換を行う場への参加を促す。

4. 介護予防ケアマネジメント業務

介護保険法第115条の45第1項第1号二に規定する介護予防ケアマネジメント業務。

- (1) 別紙「介護予防ケアマネジメントについて」による。
- (2) 予防等事業対象者の把握及び支援
 - 実態把握業務に基づき、介護予防等の対象者を適切に把握し、適切と思われる業務や地域活動等への参加を促す。
 - 3職種それぞれがさまざまな機会を捉えて、予防等事業対象者の把握に努める。
 - 把握した予防等事業対象者の個別性を重視し、継続的支援を行う。
- (3) 介護予防ケアマネジメント
 - 地域の高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続することができるよう、本人ができることはできる限り本人が行うことを基本としつつ、適切なアセスメントのもと、本人の主体的な活動と生活の質の向上を目指すための支援に努める。
 - 事業対象者に対しては、事業参加状況、目標達成度、適切性、新たな介護予防ニーズの有無について、適切にモニタリングを行い、事業終了後も必要な支援を判断し、必要に応じたフォローアップを行う。
 - 指定居宅介護支援事業者に介護予防ケアマネジメント・介護予防支援の一部を委託する場合、一定の基準を設けたうえで、公益性・中立性の確保に努める。

5. 認知症高齢者及び家族への支援

- (1) 当事者及び家族への支援
 - 認知症地域支援推進員及び認知症初期集中支援チームとの連携の強化や、支援方法の再考により、より効率的な支援に繋げる。
 - 店舗や市役所等で認知症等についての相談に応じる機会を定期的で開催する。
 - 市の認知症施策に当事者の声を反映させるため、当事者の声を集める仕組みの構築に努めること。
- (2) 地域の体制づくり
 - 地域における声かけ訓練や認知症サポーター養成講座について、より多くの市民や支援者、関係者が受講できるように開催方法を工夫し、認知症に関する正しい知識の啓発活動を実施する。
 - 認知症関連施策について地域主体での実施に向け、そのノウハウについて生活支援コーディネーターや他自治体等との情報共有を図り、地域で継続可能な体制を構築する。
- (3) 関係機関との連携
 - 認知症地域支援推進員及び認知症初期集中支援チームを中心に、かかりつけ医

や認知症サポート医等との連携を図り、関係者間の連携ルールの共有等、早期診断・早期対応に向けた医療との連携・協力体制を推進する。

- 認知症高齢者やその家族のための安心手帳であるケアパスの内容の充実に取り組み、効果的な活用方法を構築する。
- ケアパスや認知症高齢者等 SOS ネットワークの登録証を活用して、市内事業所や店舗等との連携・協力体制を整備する。
- 筑紫地区ものわすれ相談事業に関して、ものわすれ相談医及び協力医療機関の普及啓発活動に継続して取り組む。
- 福岡県若年性認知症サポートセンターと連携し、「新しい認知症観」を踏まえた認知症施策の推進のために、他自治体の認知症地域支援推進員や地域包括支援センターと連携協力する体制の構築に努める。

6 その他の業務

(1) 在宅医療・介護連携推進事業

地域の医療・介護関係者による会議、在宅医療・介護関係者の研修等に参加し、在宅医療と介護サービスを一体的に提供する体制の構築を推進する。

(2) 地域介護予防活動支援事業

- 介護予防に資する知識の普及・啓発に努め、高齢者が介護予防について理解を深め、自主的に取り組めるようにする。また、高齢者がより効果的に習得できるように、地区組織やボランティアと連携する。
- 市保健センター等と連携し、一般介護予防事業の推進に取り組む。
- 地域において継続した介護予防が行えるよう、動機づけや活動の支援を行う。
- 介護予防に資する地区活動や組織に積極的に参加し、その支援を行う。
また、その活動を通じて、ネットワーク構築の視点をもって取り組む。
- 活用可能な地域の活動団体や介護予防に資する住民運営の通いの場について、引き続き把握に努めると共に、今後必要と思われる社会資源の有無等についても把握に努め、市や生活支援コーディネーターに情報を提供する。
- 資源の整理・共有が図れた後、地域の介護支援専門員等への地域社会資源の情報提供及び地域住民の介護予防活動参加推進に取り組む。

(3) 地域リハビリテーション活動支援事業

介護予防の取組みを機能強化するため、リハビリテーションに関する専門的知見を有する理学療法士等と連携する。

(4) 高齢者実態把握事業の実施

支援が必要であるが、継続的な支援に繋がっていない対象者を把握し、必要な支援を実施する。

(5) 要介護認定の代行申請

介護を必要としている本人や家族が要介護認定の申請が困難な場合、本人や家族に代わって、申請をする。

- (6) 市在宅福祉サービスの利用調整
介護保険サービスだけでなく、必要に応じて市が提供する在宅福祉サービスなどを活用し、適切な支援に努める。
- (7) その他、センターに関する法、例規、関係通達、各種マニュアルに基づく業務

(別紙)

【介護予防ケアマネジメントについて】

- ①ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）
- ②ケアマネジメントB（簡略化した介護予防ケアマネジメント）
- ③ケアマネジメントC（初回のみ介護予防ケアマネジメント）

	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB	ケアマネジメントC
対象者	<ul style="list-style-type: none">● 現行の訪問介護・通所介護相当のサービス利用者● 居宅介護支援事業所に委託している通所型サービスA利用者● その他必要と判断した者	<ul style="list-style-type: none">● 通所型サービスAのみの利用者● その他必要と判断した者	<ul style="list-style-type: none">● 通所型サービスBのみの利用者● その他サービス利用者
流れ	<ul style="list-style-type: none">① 契約・アセスメント② 居宅（介護予防）サービス計画・介護予防ケアマネジメント作成依頼届出書の提出③ ケアプラン原案作成④ サービス担当者会議、ケアプランの説明・同意、交付、利用票・提供票の交付（プランの期間分）⑤ モニタリング（毎月実施し、少なくとも3カ月に1回は自宅訪問）⑥ 評価（プランの変更時や終了時）	<ul style="list-style-type: none">① 契約・アセスメント② 居宅（介護予防）サービス計画・介護予防ケアマネジメント作成依頼届出書の提出③ ケアプラン原案作成④ （サービス担当者会議）、ケアプランの説明・同意、交付、利用票・提供票の交付（プランの期間分）⑤ モニタリング（3カ月に1回実施し、少なくとも6カ月に1回は自宅訪問）⑥ 評価（プランの変更時や終了時）	<ul style="list-style-type: none">① 契約・アセスメント② 居宅（介護予防）サービス計画・介護予防ケアマネジメント作成依頼届出書・チェックリストのコピーの提出③ 利用者と一緒にケアプラン作成④ モニタリング（年1回以上本人と面談を行う）⑤ 利用者と一緒に評価（基本チェックリストの実施） ※利用者に着しい変化があった場合には事業所からの報告を受ける
書式	<ul style="list-style-type: none">① 利用者基本情報② 基本チェックリスト③ 介護予防サービス・支援計画表（アセスメントにアセスメントシート・興味関心シートを使用）④ 利用票・提供票⑤ 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録⑥ 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⑦ サービス担当者会議録・モニタリング表（経過記録に含めても可）	<ul style="list-style-type: none">① 利用者基本情報② 基本チェックリスト③ 介護予防サービス・支援計画表（アセスメントにアセスメントシート・興味関心シートを使用）④ 利用票・提供票⑤ 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録⑥ 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⑦ モニタリング表（経過記録に含めても可）	<ul style="list-style-type: none">① 利用者基本情報② 基本チェックリスト③ 興味関心シート④ 介護予防手帳⑤ 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録

※必要があれば医療レセプトにて病名の確認を行う