

(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所用)

介護予防ケアマネジメントマニュアル

宮古市

(令和4年12月第5版)

版数	発行月	主な改訂内容
第1版	平成29年1月	初回版
第2版	平成30年1月	<ul style="list-style-type: none"> ・「はじめに」及び目次を追加 ・3頁 「2 総合事業の概要」を追加 ・4頁 「3 介護予防ケアマネジメントの類型」を加除修正 ・5頁 「4 実施の手順」をケアマネジメントA・Cに分けて記載 ・10頁 「5 報酬(単価、加算)」からケアマネジメントCを削除 ・11頁 「6 請求までの流れ」を加除修正 ・12頁 「7 要支援認定者から事業対象者への移行」を追加 ・15頁 「9 介護予防ケアマネジメントの委託に係る手続き」を加除修正 ・16頁 「10 介護予防ケアマネジメントに係る関連様式」に様式を追加
第3版	平成31年4月	<ul style="list-style-type: none"> ・改訂履歴及び改正内容を追加 ・7頁 「4 実施の手順」(1) ケアマネジメントA手順のポイントを修正 ・8頁 「4 実施の手順」(2) ケアマネジメントC表中「その他」を加除修正 ・10頁 「5 報酬(単価、加算)」の加算を追加 ・11頁 「6 請求までの流れ」を加除修正 ・13頁 「7 要支援認定者から事業対象者への移行」(2) 表4契約書の内容を修正 ・14頁 「8 事業対象者の有効期間について」表中プラン見直し時期を修正 ・15頁 「9 介護予防ケアマネジメントの委託に係る手続き」を加除修正 ・16頁 「10 介護予防ケアマネジメントに係る関連様式」の様式を修正
第4版	令和元年10月	<ul style="list-style-type: none"> ・3頁 負担額(料金額)を変更 ・5頁 「4 実施の手順」を加筆 ・10頁 「5 報酬(単価、加算)」の額を変更 ・12頁 「7 給付管理業務について」を追加 ・13頁 「8 要支援認定者から事業対象者への移行」の一部を削除 ・16頁 「10 介護予防ケアマネジメントの委託に係る手続き」を加筆
第5版	令和4年12月	<ul style="list-style-type: none"> ・2頁 「(3) 基本的な考え方」を加筆 ・3頁 負担額を変更

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 6 頁～7 頁 「手順のポイント」を加筆 ・ 8 頁 「(2) ケアマネジメント C」を一部修正 ・ 10 頁～11 頁 「5 報酬 (単価、加算)」の報酬額を修正、「委託連携加算」を追加 ・ 12 頁 「6 請求までの流れ」を加筆 ・ 14 頁 「7 給付管理業務について」に「これまでのお問い合わせ内容」を追加 ・ 17 頁 「9 事業対象者の有効期間について」を加筆 ・ 様式 (A)・(E)・(G) の押印削除、(H) の様式変更
--	---

はじめに

介護予防ケアマネジメントは、介護予防・日常生活支援総合事業の一つです。

いつまでも住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けるためには、一人ひとりが出来る限り介護予防に努めると共に、地域や家庭の中で何らかの役割を担いながら生活することが大切です。

介護や生活支援を必要とする高齢者や、ひとり暮らし高齢者、高齢者のみの世帯が増える中、生活の継続に必要な買い物や掃除の支援、高齢者が生きがいを持って参加できる活動が、これまで以上に必要になると見込まれます。

このため、従来のホームヘルプやデイサービスだけでなく、住民主体の地区活動も含めた多様な担い手による支援体制を地域の中に充実させ、地域の支え合いの体制づくりを推進することが必要です。

こうした支え合いの地域づくりを推進するため、宮古市では、平成 29 年 4 月 1 日から介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）を実施しています。

なお、本マニュアルは、「宮古市介護予防・生活支援総合事業 利用手続きマニュアル」をふまえて作成されています。

目次

1	介護予防ケアマネジメントとは	1
	（1）事業内容	1
	（2）実施主体（実施担当者）	1
	（3）基本的な考え方	2
2	総合事業の概要	3
3	介護予防ケアマネジメントの類型	4
4	実施の手順	5
	（1）ケアマネジメントA	5
	（2）ケアマネジメントC（短期集中通所型サービス）	8
	（3）留意事項	9
5	報酬（単価、加算）	10
6	請求までの流れ	12
7	給付管理業務について	13
8	要支援認定者から事業対象者への移行	15
	（1）要支援認定者で、サービス事業のみを利用する場合	15
	（2）要支援認定者の更新時期が来たら	15
9	事業対象者の有効期間	17
10	介護予防ケアマネジメントの委託に係る手続き	18
11	介護予防ケアマネジメントに係る関連様式	19

1 介護予防ケアマネジメントとは

(1) 事業内容

総合事業における介護予防ケアマネジメントは、要支援認定者及び基本チェックリストにおいて基準項目に該当した第1号被保険者（以下、「事業対象者」という。）に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス（第1号訪問事業）、通所型サービス（第1号通所事業）、その他の生活支援サービス（第1号生活支援事業）のほか一般介護予防事業や市町村の独自施策、民間企業等より提供される生活支援サービスも含め、要支援認定者等の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業です。

(2) 実施主体（実施担当者）

利用者本人が居住する住所地の地域包括支援センターにおいて実施します。

なお、従来の介護予防支援と同様に業務の一部を指定居宅介護支援事業所へ委託することも可能です。

※地域包括支援センターとの委託契約の締結が必要となります。

(3) 基本的な考え方

介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ(遅らせる)」「要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものであり、従来からのケアマネジメントのプロセスに基づくものです。

新しい総合事業においては、高齢者自身が地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することが結果的に介護予防につながるという視点から、生活上の困りごとに対してそれを補うサービスを当てはめるのではなく、自立支援に向けて「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていくことが重要です。つまり、心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動性を高め、家庭や社会への参加を促し、それにより生きがいや自己実現のための取組みを支援して、生活の質(QOL)の向上を目指します。

このようなことから、総合事業における介護予防ケアマネジメントについては、適切なアセスメントの実施により利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、必要なサービスを主体的に利用し、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業(以下「サービス事業」という。)等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなります。

【ポイント】 自立支援を念頭にケアマネジメントを

●目標指向型のケアマネジメントを意識して

- ・生活機能の低下が生じている原因や背景を分析
- ・個々人の興味や関心のあることを中心に目標設定
- ・目標達成のための具体的な支援内容を盛り込む
- ・心身機能の向上のみならず、地域においての活動や参加が果たせるような居場所、活躍の場の創出

⇒より具体的な個々の目標設定及び支援方針が導き出せることが重要

●利用者のための目標設定がポイント

- ・利用者が主体的になれるよう支援することが重要

2 総合事業の概要

総合事業のサービス及び事業の類型に基づき、「表1 介護予防・日常生活支援総合事業のサービス等」のとおり実施します。

介護予防ケアマネジメントにおいては、サービスのみではなく、「住民主体の通いの場」やその他の社会資源等を活用し、より自立支援の視点でケアマネジメントを実施していくことが求められます。

＜表1 介護予防・日常生活支援総合事業のサービス等＞

種別	名称	内容	利用者負担	負担額の目安
訪問型サービス	国基準型訪問サービス (現行と同様のサービス)	ホームヘルパーが自宅等に訪問し、入浴や食事の介助などの身体的介助や必要に応じて掃除、洗濯等の生活援助を行います。	原則1割 (一定以上の所得がある方は介護保険制度と同率)	週1回程度の利用 月額1,176円程度
通所型サービス	国基準型通所サービス (現行と同様のサービス)	通所介護事業所内において日常生活支援や生活機能の向上のための機能訓練等を行います。	原則1割 (一定以上の所得がある方は介護保険制度と同率) *食事代等の実費	●事業対象者：月8回まで 1回：384円～395円程度 ●要支援1：月4回まで 1回：384円程度 ●要支援2：月8回まで 1回：395円程度
	基準緩和通所型サービス (新規サービス)	半日程度の通所サービスで、レクリエーションや運動機能向上などの多様なサービスを行います。	原則1割 (一定以上の所得がある方は介護保険制度と同率) *食事代等の実費	1回：300円程度
	短期集中通所型サービス	介護予防拠点施設において、6か月間短期的に保健・医療の専門職によって生活行為の改善を目的とした効果的な介護予防プログラムを実施します。	なし	無料
介護予防ケアマネジメント		地域包括支援センター等が実施するアセスメントにより、介護支援専門員(ケアマネジャー)等が利用者やその家族と話し合い、自立に向け設定した目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的なサービス内容を調整し、サービス事業等の利用について、介護予防ケアマネジメントプランを作成します。		
一般介護予防事業				<ul style="list-style-type: none"> ●最寄りの地域で保健師等による介護予防教室等を開催します。 ●地域の高齢者が身近なところに集まり、定期的に交流や体操等ができるよう、「高齢者の居場所(住民主体の通いの場)」等を育成・支援します。 ●シルバーリハビリ体操指導者養成事業、シルバーリハビリ体操教室を開催します。

3 介護予防ケアマネジメントの類型

介護予防ケアマネジメントの類型については、従来からの原則的なケアマネジメントのプロセスに沿った上で、「表2 介護予防ケアマネジメントの類型」のとおりとします。

<表2 介護予防ケアマネジメントの類型>

名称	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)	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)	
内容	<ul style="list-style-type: none"> サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合 その他地域包括支援センターが必要と判断した場合 	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用やその他の生活支援サービスに利用につなげる場合 その他地域包括支援センターが必要と判断した場合 	
実施主体	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括支援センター 居宅介護支援事業所(委託) 	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括支援センター 	
対象サービス	<ul style="list-style-type: none"> 現行相当サービス(訪問型・通所型) 基準緩和型サービス 短期集中通所型サービス 	<ul style="list-style-type: none"> 短期集中通所型サービス 	
プロセス	アセスメント	○	○
	ケアプラン原案作成	○	— (ケアマネジメント結果作成)
	サービス担当者会議	○	—
	利用者への説明・同意	○	○
	ケアプラン確定・交付	○	— (ケアマネジメント結果送付)
	サービス利用開始	○	○
	モニタリング	○	—
	評価	○	— (サービス終了時、状況確認)

(実施：○ 不要：—)

※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)は当面未実施

4 実施の手順

(1) ケアマネジメントA

1) 介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認（相談窓口で実施）

サービスの利用を開始する前に必ず地域包括支援センターにご相談ください。

2) 介護予防ケアマネジメント利用の手続（以下、利用者宅で実施）

地域包括支援センター等が利用者宅を訪問して契約内容等を説明して同意を得た上で、介護予防ケアマネジメントを開始する。

ア. アセスメント（課題分析）

利用者宅を訪問し、利用者及び家族との面談により実施する。

イ. ケアプラン原案作成

利用者の状況に応じて利用するサービスの選択を支援する。

ウ. サービス担当者会議

エ. 利用者への説明・同意

オ. ケアプラン確定・交付（利用者、サービス提供者）

利用者に交付すると共に、サービス提供者にも交付する。

カ. サービス利用開始

キ. モニタリング（給付管理）

サービス利用開始後の状況、課題、意欲の変化など継続的に把握する。利用者及び家族より直接聴取するほか、サービス提供者から状況を聴取する。

ク. 評価

実施期間終了後、ケアプランの目標が達成されたか評価し、今後の方針を決定する。

介護
予防
ケア
マネ
ジメ
ント

○手順のポイント

項目	ポイント	帳票
<p><u>アセスメント</u></p> <p>●生活機能低下の背景・原因及び課題の分析</p>	<p>○利用者の自宅に訪問して本人との面接による聴き取り等を通じて行う。</p> <p>○利用者本人の生活機能の低下等についての自覚を促す。</p> <p>○介護予防に取り組む意欲を引き出す。</p> <p>○生活行為への意欲を把握するためのアセスメントシートを用いて、情報収集だけに限らず、現在置かれている状況を具体的に分析する。</p> <p>○治療中の疾患等について、主治医からどのように聞いているか、どのように気をつけるように言われているかを本人から確認する。</p>	<p>●利用者基本情報 (A)</p> <p>●基本チェックリスト (B)</p> <p>●興味・関心チェックシート (C)</p> <p>●アセスメントシート (聴き取り用) (D)</p>
<p><u>ケアプランの原案作成</u></p> <p>●目標、具体策、利用サービスなどの決定</p>	<p>○目標の設定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活の目標については、自分の目標として意識できるような内容・表現に設定する。 ・利用者自身でも評価できる具体的な目標とする。 <p>○利用するサービス内容の選択</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各事業所の特徴を捉え、本人の状態や意向に合ったサービスを選択する。 ・本人の選択に基づいたサービス内容を意識する。 ・目標達成のためのサービス利用やその期限の根拠を押しさえる。 <p>○その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・必ず本人の取組みを入れる。 ・目標が達成されたあとは、家庭や地域の通いの場、地域活動に参加することを目指していくことを利用者と共有する。 	<p>●介護予防ケアマネジメントプラン (E)</p>
<p><u>サービス担当者会議</u></p> <p>●家族やサービス提供担当者などと共通認識</p>	<p>○本人、事業所から目標達成のための意見を促す。</p> <p>○サービス事業の終了、移行を意識し期間の設定等を共有する。</p> <p>○担当者会議後、日々利用者の状態の変化、新たな課題の発生、目標達成等状況の変化があった場合の連絡体制をつくる。</p> <p>○モニタリングの方法等、今後の関わり方などを事前に伝えておく。</p>	<p>●介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録 (F)</p> <p>(サービス担当者会議の要点含む)</p>

項目	ポイント	帳票
<p>モニタリング と評価</p>	<p>●モニタリング： <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>自宅を訪問しての面接は3カ月に1回</u> (それ以外の月はサービス事業所を訪問しての面接や電話等により状況を確認する。) ・ 利用者の状況に著しい変化のあった時 </p> <p>●評価 <ul style="list-style-type: none"> ・ 基本チェックリストにより状態の変化を確認 ・ 6カ月に1回は評価し、プランの見直しをすること </p> <p>○本人の取組みも含め、サービスが計画的に行われていたかどうか確認する。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 受けているサービス内容についての満足度 ・ 目標の達成状況 ・ 新たな課題の発生の有無と、再アセスメント、再プランニングの必要性の判断 </p> <p>○最終的な評価をサービス提供事業所にも求め、総合的に判断する。</p> <p>○目標達成後は、家庭や地域の通いの場、地域の活動への参加・移行を目指していくことを利用者と共有する。</p>	<p>●介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録(モニタリング・評価の記録を含む)</p> <p>●基本チェックリスト</p>

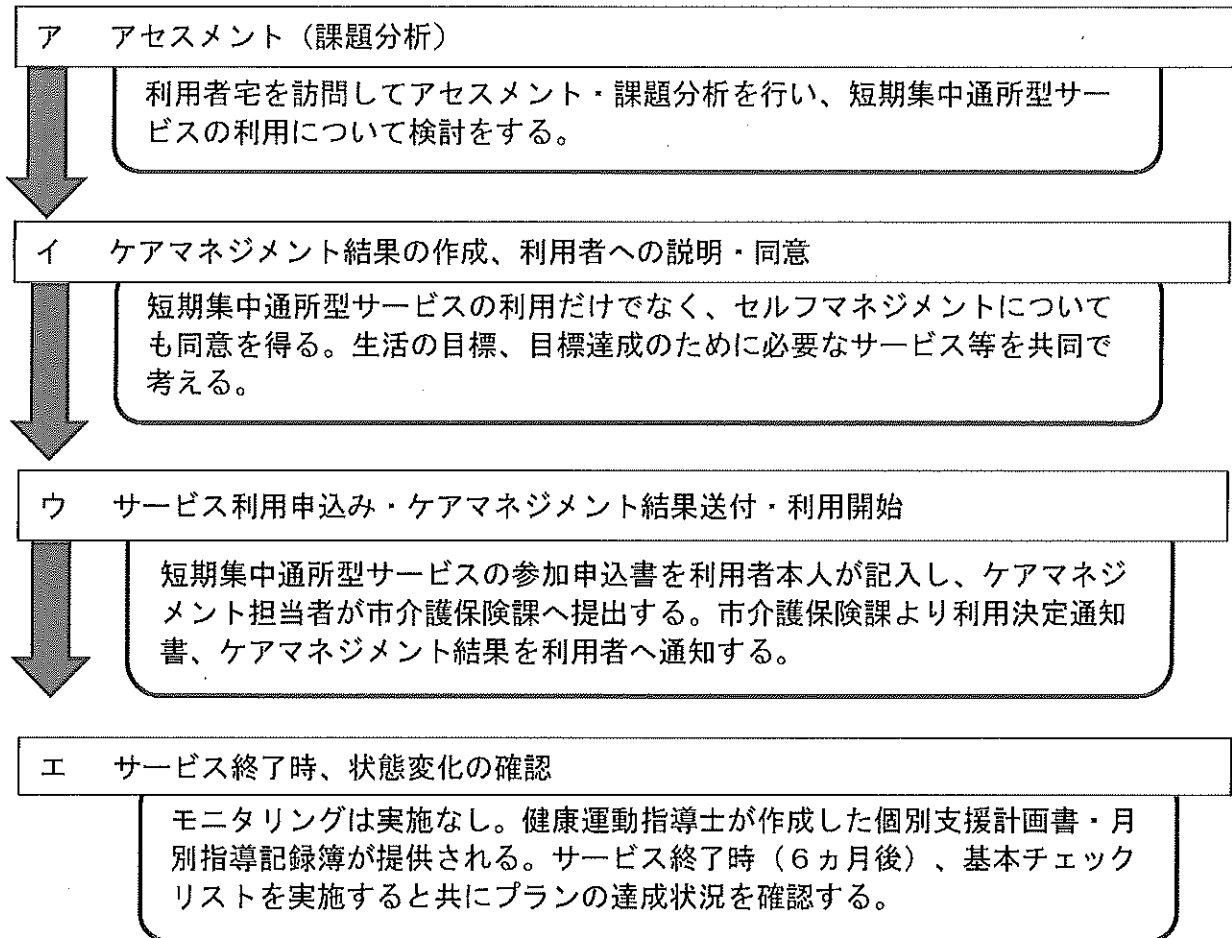
※暫定でサービスを利用する前に、必ず、地域包括支援センターへご相談ください。

※サービス事業対象者となりうる方から相談があった場合には、事業の対象となるかを確認するため、必ず、市介護保険課へご相談ください。

(2) ケアマネジメントC (短期集中通所型サービス)

サービス種別	通所型サービス
概要	介護予防拠点施設「いきいきおらんど近内」において、健康運動指導士が行う集団運動指導により、運動器の機能向上を図る。
対象者	●要支援認定者 ●事業対象者 (運動の実施により機能向上が図られる見込みの方、集団での運動指導に参加可能な方) 火～金 各曜日 定員あり
期間	6ヵ月(週1回、概ね2時間/回)
自己負担	無料
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・短期集中通所型サービスを過去1年以内に利用した方は対象外。 ・送迎有。ただし、送迎可能地区以外の方は送迎不可。 ・募集期間以外での参加希望の方は要相談。

○ケアマネジメントCの流れ（短期集中通所型サービスのみを利用する場合に実施）



（3）留意事項

- ア 介護予防ケアマネジメントにおいては、利用者及びその家族の秘密が第三者に漏れることのないよう、必要な措置を講じる必要があります。
- イ 介護予防ケアマネジメントは、自立支援に資するものとして行うものです。この支援の一つとして、総合事業のサービス事業利用者等についても地域ケア会議の検討ケースとして選定し、多職種連携による介護予防ケアマネジメント支援も積極的に進めてください。
- ウ 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、地域包括支援センター等に加え、利用者本人・家族、サービス事業の実施運営主体、地域で活動する住民主体の通いの場等の支援者も含めて、関わる者全てが総合事業における介護予防の考えを共有する必要があります。

5 報酬（単価、加算）

類型	利用サービス	利用者	報酬
ケアマネジメントA	現行相当サービス（訪問、通所） 基準緩和型サービス 短期集中通所型サービス	要支援認定者 事業対象者	438単位 +初回加算300単位 +委託連携加算300単位

○初回加算

現行の指定居宅介護支援、指定介護予防支援における基準に準じて算定できます。

ア 新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合

（契約の有無に関わらず、介護予防ケアマネジメントの実施が終了して2月以上経過した後、介護予防ケアマネジメントを実施する場合を含む）

イ 要介護者が要支援認定を受け、あるいはサービス事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合

※ただし、予防給付を受けていた者が、要支援の認定有効期間の満了の翌月から、サービス事業対象者として総合事業のサービス利用に移行するときは、初回加算の算定を行うことはできません。

※委託先の居宅介護支援事業所のみが変更となった場合には、初回加算は算定できません。転居等で介護予防支援事業所（地域包括支援センター）が変更となった場合には初回加算が算定できます。

○委託連携加算

指定介護予防支援事業所が利用者に提供する介護予防支援（介護予防ケアマネジメント）を指定居宅介護支援事業所に委託する際、当該利用者に係る必要な情報を当該指定居宅介護支援事業所に提供し、ケアプランの作成等に協力した場合は、当該委託を開始した日の属する月に限り、利用者一人につき1回を限度として算定することができます。

委託時における居宅介護支援事業所との適切な情報連携等を評価する加算です。

宮古市では次のとおり処理、記録を行うことを加算の算定条件とします。

〈算定条件〉

- (1) 地域包括支援センターと契約書を取り交わし、委託を開始すること。
- (2) 地域包括支援センターによるアセスメント情報等、ケアプランの作成に必要な情報を居宅介護支援事業所へ提供しケアプランの作成に協力すること。
※ケアプランの作成に必要な情報には、高齢者の心身機能の改善を図る視点だけでなく、日常生活の活動性を高め、社会への参加を促す視点が重要です。
※要介護から要支援となった利用者を委託する場合にあっても、利用契約時における聞き取り内容やプラン作成前の同行訪問による助言等、利用者に係る情報の提供が必要です。
- (3) 地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所の双方において、支援経過記録等に、提供年月日、提供者、提供内容を記録しておくこと。

■算定できる具体例

※委託連携加算の算定は、原則として被保険者1人につき1回を限度に算定します。

想定される例	初回加算(参考)	委託連携加算
①包括から居宅へ委託する場合	○	○
②包括で介護予防支援を行っていた者について、居宅へ委託する場合	×	○
③A居宅に委託していた者を、B居宅に委託先を変更する場合	×	○
④要介護→要支援 引き続き同一居宅介護支援事業所で支援を続け、委託する場合	○	○

■算定できない具体例

- ①要支援→事業対象者
認定有効期間が終了した翌月から、事業対象者として総合事業のサービスを利用した場合
- ②事業対象者→要支援
事業対象者の資格を終了し、翌月から要支援者となり予防給付等のサービスを利用した場合
- ③委託先の指定居宅介護支援事業所内で担当介護支援専門員を変更した場合
- ④サービス利用を中断していたが再開した場合

6 請求までの流れ

流れ	内容
申請	・ 要支援認定（更新）申請（認定調査・審査会） ・ 対象者確認票・基本チェックリスト申請
契約等	重要事項説明、契約書の作成
提出	介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書の提出 ⇒台帳登録・被保険者証の発行
プラン作成	介護予防ケアマネジメント実施 （アセスメント、ケアプラン作成、サービス担当者会議等）
利用	介護予防ケアマネジメントプラン交付・サービス利用
請求	利用実績一覧表、実績入力済の利用票、請求書、実績報告書の提出（地域包括支援センターへ） ※地域包括支援センターは介護予防ケアマネジメント費を国保連経由で市に請求し、市より支払

○請求事務の注意事項

介護予防ケアマネジメント費は市から国保連を経由して地域包括支援センターへ費用が支払われます。委託を受けた居宅介護支援事業所は、今までと同じ方法で地域包括支援センターへ報告・請求を実施します。なお、請求については、介護予防支援費と介護予防ケアマネジメントを分けて請求を行ってください。

7 給付管理業務について

1) 利用票（提供票）を作成する



毎月利用者、サービス提供事業所へ提出

2) サービス提供事業所から届く実績を確認する



3) 地域包括支援センターへ実績を入力した利用票（提供票）を提出する



※計画と実績がわかるように記載すること（計画どおりに利用しなかった理由を
余白に記載）

※利用実績一覧表も合わせて提出

4) 地域包括支援センターへ委託料を請求する

【これまでのお問い合わせ内容について】

過去にお問い合わせがあった内容について掲載します。

問1 月途中で区分変更申請し要支援から要介護になった。介護予防支援費（介護予防ケアマネジメント費）又は居宅介護支援費の請求はどこが行うのか。

答1 月途中で区分変更申請をした場合、月末時点を担当する居宅介護支援事業所等が請求します。（区分変更申請後サービス利用がなかった場合を除く）例えば4月15日に区分変更申請を行い、要支援2から要介護2に変更となった場合は月末時点の居宅介護支援事業所が給付管理し居宅介護支援費を請求します。14日までは「要支援2」に応じた単位数で請求し、15日以降は「要介護2」に応じた単位数で請求します。なお、変更申請中の請求はできませんので要介護状態区分の結果が判明した後に行います。区分支給限度基準額は、重いほうの要介護状態区分を適用します。要支援で月額報酬のサービス（訪問型サービスや通所リハビリテーション）を利用していた場合は日割り計算を適用します。

問2 月途中で居宅介護支援事業所から小規模多機能居宅介護に変更した場合は、どこが給付管理を行うのか。

答2 その月に居宅介護支援を受けた場合には、居宅介護支援事業所が小規模多機能型居宅介護サービスを含めた給付管理票を作成します。

8 要支援認定者から事業対象者への移行

(1) 要支援認定者で、サービス事業のみを利用する場合

- ① 予防給付サービスを併用していたが、途中でサービス事業のみの利用となった場合
 - ケアマネジメント担当者
 - ・介護予防ケアマネジメントへの切り替えが必要です。
 - ・ケアプランを介護予防ケアマネジメントプランに変更します。
 - ・ケアマネジメント費は、介護予防支援費（予防給付）から介護予防ケアマネジメント費（総合事業）に移行します。（「表3」参照）
- ② 要支援認定者で、新規でサービス事業のみを利用する場合
 - ケアマネジメント担当者
 - ・介護予防ケアマネジメントを実施します。
 - ・途中で予防給付のサービスを併用する場合は、介護予防サービス計画作成依頼届出書を介護保険課に提出し、ケアプランは介護予防サービス・支援計画に変更します。契約書の変更はありません。（「表4」参照）

(2) 要支援認定者の更新時期が来たら

- ① 更新時期が来たら再アセスメント及び基本チェックリストを実施し、更新するのか、事業対象者とするのか判断してください。
- ② 更新せず事業対象者とする場合は、基本チェックリスト及び介護予防ケアマネジメント依頼届出書を市介護保険課に提出してください。事業対象者として登録が完了すると、新たに介護保険被保険証が交付されます。

※一連のケアマネジメントを実施するために、有効期限30日前を目途に基本チェックリストを実施し、要支援認定申請を行う場合は、これまでと同様の支援をお願いします。

<表3 ケアマネジメント費の区分>

利用者区分	サービス利用パターン例	ケアマネジメント費の区分	
事業対象者	訪問型サービスのみ	介護予防ケアマネジメント費 (総合事業)	
	通所型サービスのみ		
	訪問型サービスと通所型サービス		
要支援1・2	予防給付サービスのみ	介護予防支援費 (予防給付)	
	予防給付サービスと		訪問型サービス
			通所型サービス
	訪問型サービスと通所型サービスのみ	介護予防ケアマネジメント費 (総合事業)	

<表4 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに係る届出書及び契約書>

利用者		届出書	契約書
新規利用者	事業対象者	介護予防ケアマネジメント 依頼届出書(G)	指定介護予防支援・介護 予防ケアマネジメント利用 契約書 ・利用者を担当する地域 包括支援センターとの契 約が必要
	要支援認定者		
給付併用		介護予防サービス計画作成 依頼届出書(H)	
既利用者	要支援認定者から事業対 象者に変更	介護予防ケアマネジメント 依頼届出書	
	要支援認定者	総合事業 のみ	
		給付併用	介護予防サービス計画作成 依頼届出書
		給付のみ	

9 事業対象者の有効期間について

事業対象者の有効期間はありません。ただし、介護予防ケアマネジメントプロセスの中で、必要に応じて基本チェックリストを実施する等、適正なケアマネジメントを実施するものとします。

事業対象者の有効期間	
未認定者、要支援認定者（更新なし） ⇒ 事業対象者	有効期間なし （但し、基本チェックリスト実施日から概ね 6ヵ月でプランの見直しを行うこと）
事業対象者 ⇒ 要支援・要介護認定者	要支援認定日の前日まで可能

※事業対象者と判定された後、一定期間サービスの利用がなく、その後新たにサービス事業の利用希望があった場合については、必要に応じて（当初判定時と比較し状態の変化が見られる等）基本チェックリストを実施し、アセスメントを行うものとします。

※目標達成後も生活の維持だけを目的にサービスを使い続けるのではなく、自立支援に役立っているか、状態が悪化しているのであれば介護認定申請の必要はないか適切に評価を行います。

10 介護予防ケアマネジメントの委託に係る手続き

- (1) 利用者の住所地のある地域包括支援センターと居宅介護支援事業者が指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託契約を締結する。

※住所地が居住地と異なる場合でも、住所地の地域包括支援センターが担当となります。その場合、居住地の地域包括支援センターと連携を図ることとします。

- (2) (1) の地域包括支援センターと利用者本人が介護予防ケアマネジメント契約を締結し、介護予防ケアマネジメント依頼届出書を作成する。

- (3) (1) の地域包括支援センターは、基本チェックリスト及び介護予防ケアマネジメント依頼届出書を市介護保険課に提出する。

- (4) 市介護保険課は、介護予防ケアマネジメント依頼届出書の提出を受けたら受給者台帳に登録し、介護保険被保険者証を発行する。届出受理後1週間程度で介護保険被保険者証を利用者宅へ郵送する。

※給付管理から委託料支払いまでの流れについては、介護予防支援給付と同様の流れとなります。

※指定居宅介護支援事業者に委託することができる件数は、所属する介護支援専門員の数に八を乗じて得た数以下となります。

ただし、介護予防ケアマネジメントについては報酬の逡減制度は設けていません。

○地域包括支援センターへの提出資料

	介護予防ケアマネジメントプラン	介護予防サービス・支援計画書
初回時	<ul style="list-style-type: none"> ○利用者基本情報 ○基本チェックリスト ○興味・関心チェックシート ○介護予防ケアマネジメントプラン 	<ul style="list-style-type: none"> ○利用者基本情報 ○基本チェックリスト ○興味・関心チェックシート ○介護予防サービス・支援計画書
評価・更新時 (プランの見直し) *6ヵ月ごとに実施	<ul style="list-style-type: none"> ○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・モニタリング・評価内容等を記載していること) ○基本チェックリスト ○興味・関心チェックシート (実施時のみ) ○介護予防ケアマネジメントプラン 	<ul style="list-style-type: none"> ○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・モニタリング等を記載していること) ○介護予防サービス・支援評価表 ○基本チェックリスト ○興味・関心チェックシート (実施時のみ) ○介護予防ケアマネジメントプラン ○介護予防サービス・支援計画書
終了時	<ul style="list-style-type: none"> ○介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録 (評価内容等を記載していること) 	<ul style="list-style-type: none"> ○介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録 ○介護予防サービス・支援評価表

※ 具体的な目標にするため興味・関心チェックシートは、初回時必須とします。

※ 利用者から同意(署名、捺印)を得た介護予防ケアマネジメントプランや介護予防サービス・支援計画書の写しを必ず提出します。

11 介護予防ケアマネジメントに係る関連様式

- 利用者基本情報（A）
- 基本チェックリスト（B）
- 興味・関心チェックシート（C）
- アセスメントシート（聴き取り用）（D）
- 介護予防ケアマネジメントプラン（E）
- 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）経過記録（F）
- 介護予防ケアマネジメント依頼届出書（G）
- 介護予防サービス計画作成依頼届出書（H）

利用者基本情報

出力日：

(A)

<<基本情報>>

作成担当者：

相談日		相談経路		初回 再来 (前/)
把握経路				
本人の現況				
フリガナ 本人氏名			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	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	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： ~ (前回の介護度：)			
	基本チェック記入結果：		記入日：	
障害等認定				
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 浴室 (有・無) 便所 (洋式・和式) 段差の問題 (有・無) 床材、じゅうたんの状況 () 照明の状況 () 履物の状況 ()			
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> ◎回=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	
				日中独居 (有・無) <家族関係等の状況>

利用者基本情報

出力日：

<<介護予防に関する事項>>

今までの生活				
現在の生活 (どんな暮らしを送っているか)	一日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族	友人・地域との交流

<<現病歴・既往歴>>

年月日	病名	医療機関・医師		経過	治療中の場合は内容
			主治医・意見書作成 (TEL)	治療中 経観中 完治 その他	
			主治医・意見書作成 (TEL)	治療中 経観中 完治 その他	
			主治医・意見書作成 (TEL)	治療中 経観中 完治 その他	
			主治医・意見書作成 (TEL)	治療中 経観中 完治 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、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、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。

年 月 日 氏名

基本チェックリスト

受付者：市・包括・居宅
所属()氏名() (B)

実施日： 年 月 日

対象者氏名	生年月日 T・S 年 月 日
-------	----------------

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を お付け下さい)		網かけ欄 の ○の数	
日常生活関連動作	1	バスや電車で1人で外出しますか	0. はい	1. いいえ	
	2	日用品の買物をしていますか	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) BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))が18.5未満の場合に該当とする。	1. はい	0. いいえ	
口腔機能	13	半年前に比べて固いもの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	口の渇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	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの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時がありますか	1. はい	0. いいえ	
うつ	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は思えない	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	

* 現在の健康状態(あてはまるものに○) 1)よい 2)まあまあ 3)ふつう 4)あまりよくない 5)よくない

<事務処理欄>

区分	全般	運動	栄養	口腔	閉じこもり	認知	うつ	判定
No.	1～20	6～10	11～12	13～15	16～17	18～20	21～25	<input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 要介護・要支援認定申請
判定基準	10点以上	3点以上	2点全て	2点以上	No.16に該当	1点以上	2点以上	
該当項目	<input checked="" type="checkbox"/>							

アセスメントシート(聴き取り用)

氏名 _____ 様 _____ 記入日 _____

領域	項目	本人の主観で選択				担当者の視点		原因及び背景・課題
		している		していない		一年以内に見込める可能性が改善のもの	一年以内に改善の可能なもの	
		楽にできる	楽にできない	一年程前から	一年以上前から			
運動・移動	1 自宅内での移動							有・無
	2 自宅外での移動							有・無
	3 転倒経験	あり	なし					有・無
	4 転倒への不安	あり	なし					有・無
	5 その他	問題あり	問題なし					有・無
日常生活(家庭生活)	1 調理							有・無
	2 買い物							有・無
	3 洗濯							有・無
	4 掃除							有・無
	5 ゴミ捨て							有・無
	6 電気機器類の操作							有・無
	7 火の始末							有・無
	8 金銭管理・各種手続き							有・無
	9 電話の利用							有・無
	10 身だしなみ							有・無
社会参加・コミュニケーション	1 友人・知人との交流							有・無
	2 家族との交流							有・無
	3 趣味・楽しみ・特技	あり	なし					有・無
	4 家庭外での役割	あり	なし					有・無
	5 家庭内での役割	あり	なし					有・無
	6 情報への関心	あり	なし					有・無
	7 物忘れ	気になる	気にならない					有・無
健康管理	1 入浴動作							有・無
	2 排泄動作							有・無
	3 着替え動作							有・無
	4 口腔清潔・歯の手入れ							有・無
	5 薬の内服							有・無
	6 医療機関への受診状況	定期的に受診	必要時受診					有・無
	7 食事摂取・水分摂取	問題なし	問題あり					有・無
	8 視力・聴力	問題なし	問題あり					有・無
	9 飲酒・喫煙	なし	あり					有・無
	10 栄養状態・体重	問題なし	問題あり					有・無

介護予防ケアマネジメントプラン

(E)

利用者氏名 () 初回 () 継続 () 様 生年月日 T・S・ (歳) 男・女 認定年月日 申請中 要支援 要支援2 サービス事業利用者 認定有効期間

計画作成(変更)日	計画作成担当者・事業所名
-----------	--------------

目標	本人・家族の意向
----	----------

領域	項目	現在の状態		維持・改善すべき課題	セルフケア・家族支援等	利用サービス	事業所等	期間等
		している	していない					
運動・移動	1 自宅内での移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	2 自宅外での移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	3 転倒経験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	4 転倒への不安	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	5 その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
日常生活(家庭生活)	1 調理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	2 買い物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	3 洗濯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	4 掃除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	5 ゴミ捨て	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	6 電気機器類の操作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	7 火の始末	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	8 金銭管理・各種手続き	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	9 電話の利用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	10 身だしなみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
社会参加・コミュニケーション	1 友人・知人との交流	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	2 家族との交流	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	3 趣味・楽しみ・特技	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	4 家庭外での役割	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	5 家庭内での役割	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	6 情報への関心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	7 物忘れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
健康管理	1 入浴動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	2 排泄動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	3 着替え動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	4 口腔清潔・歯の手入れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	5 薬の内服	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	6 医療機関への受診状況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	7 食事摂取・水分摂取	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	8 視力・聴力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	9 飲酒・喫煙	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	10 栄養状態・体重	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

健康状態に
ついて
主治医意見書、基本チェックリスト等を踏まえた留意点

地域包括支援センター確認欄

計画に関する同意 支援計画について、同意いたします。
年 月 日 氏名

介護予防ケアマネジメントプラン

(E) 記載のポイント

(初回) (継続)

様 生年月日 T・S・ (歳) 男・女 認定年月日

申請中 要支援1 要支援2 サービス事業者者

認定有効期間

計画作成担当者・事業所名

1年後に向けて本人が日常生活の中で頑張れることや取り組むべき内容を記載する。趣味・楽しみ・特技を活かして動機づけに繋がる内容、課題がしやすい内容を意識する。
* サービス利用は目標になりません。
* 「安心・安全・安定」は使わない。

本人・家族の意向

本人、家族の言葉をそれぞれ記載する。
・現状の受け止め方 ・向上への意欲 ・今後に向けた意向など

領域	項目	現在の状態、	確立・改善すべき課題	セルフケア・家族支援等	利用サービス	事業所等	期間等
運動・移動	1 自宅内での移動	<input type="checkbox"/> している	各領域における課題の中で、背景が共通するものや、方向性が同じものを統合し優先順位をつけて記載する。 生活上の課題を明らかにし、原因や背景を分析したうえで、悪化の危険性や改善の可能性を記載する。 問題点だけでなく、利用者の強み（意欲や潜在能力、環境の強み等）をもとに「改善の可能性」を予測し、ここに記載することで、今後の支援の方向性が見えてくる。	目標に向けて本人が行うセルフケアや、家族の支援内容、近隣住民の協力などインフォーマル支援について記載する。 本人のセルフケアは、 ・行動すること ・知識や方法を学ぶこと ・習慣化すること を重点に記載する 家族の支援は ・直接的な支援 ・心理的な支援 を重点に記載する	本人の望みや希望や目標と、支援内容が整合していることを確認し、具体的に記載する。 通所型サービスはサービスの内容を具体的に記載する。 訪問型サービスは本人と一緒に行動を行うことを急ぎ、この欄を優先して記載する。 サービス事業所はこの欄を参考に個別のサービス計画を作成する。	事業所等を記載する。	目標達成に必要な期間を記載する。頻度等についても記載する。 <期間> 最長6カ月 <記載例> 平成〇年〇月〇日～ 平成〇年〇月〇日 週〇回 (月)
	2 自宅外での移動	<input type="checkbox"/> している					
	3 転倒経験	<input type="checkbox"/> あり					
	4 転倒への不安	<input type="checkbox"/> あり					
	5 その他	<input type="checkbox"/> 問題あり					
日常生活（家庭生活）	1 調理	<input type="checkbox"/> している					
	2 買い物	<input type="checkbox"/> している					
	3 洗濯	<input type="checkbox"/> している					
	4 掃除	<input type="checkbox"/> している					
	5 ゴミ捨て	<input type="checkbox"/> している					
	6 電気機器類の操作	<input type="checkbox"/> している					
	7 火の始末	<input type="checkbox"/> している					
	8 金銭管理・各種手続き	<input type="checkbox"/> している					
	9 電話の利用	<input type="checkbox"/> している					
	10 身だしなみ	<input type="checkbox"/> している					
社会参加・コミュニケーション	1 友人・知人との交流	<input type="checkbox"/> している					
	2 家族との交流	<input type="checkbox"/> している					
	3 趣味・楽しみ・特技	<input type="checkbox"/> あり					
	4 家庭外での役割	<input type="checkbox"/> あり					
	5 家庭内での役割	<input type="checkbox"/> あり					
	6 情報への関心	<input type="checkbox"/> あり					
	7 物忘れ	<input type="checkbox"/> 気にならない					
健康管理	1 入浴動作	<input type="checkbox"/> している					
	2 排泄動作	<input type="checkbox"/> している					
	3 着替え動作	<input type="checkbox"/> している					
	4 口腔清潔・歯の手入れ	<input type="checkbox"/> している					
	5 薬の内服	<input type="checkbox"/> している					
	6 医療機関への受診状況	<input type="checkbox"/> 定期的に受診					
	7 食事摂取・水分摂取	<input type="checkbox"/> 問題なし					
	8 視力・聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし					
	9 飲酒・喫煙	<input type="checkbox"/> なし					
	10 栄養状態・体重	<input type="checkbox"/> 問題なし					

健康状態について

主治医意見書、基本チェックリスト等を踏まえた留意点

地域包括支援センター確認欄

計画に関する同意

支援計画について、同意いたします。

健康状態について、特に留意するべき事項があれば記載する。

年 月 日 氏名

介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

(G)

										区分		
										新規・変更		
被保険者氏名					被保険者番号							
フリガナ												
					個人番号							
生 年 月 日						性 別						
介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター												
地域包括支援センター名					事業所の所在地			〒				
事業所番号								電話番号				
介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者												
受託先事業者の事業所名					事業所の所在地			〒				
事業所番号								電話番号				
事業所を変更する場合の事由等				※事業所を変更する場合のみ記入してください。								
				変更年月日（ 年 月 日付）								
宮古市長 様 上記の事業者に介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出ます。 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 住 所 届出者 電話番号 氏 名 </div>												
保 険 者 確 認 欄			<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 事業所番号									

介護予防ケアマネジメントプランの作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者（ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者を含む）が介護予防ケアマネジメントの提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、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・意見及び主治医見書を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

年 月 日 氏名

- 注 1 この届出書は、介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所と契約を締結し次第、速やかに宮古市へ提出してください。
- 2 介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず宮古市に届け出てください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書

区 分
新規・変更

被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号			
フリガナ					
		生年月日		性 別	
		年 月 日		男・女	
介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者					
介護予防支援事業所名		介護予防支援事業所の所在地		〒	
		電話番号			
介護予防支援を受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援を受託する場合のみ記入してください。					
居宅介護支援事業所名		介護予防支援事業所の所在地		〒	
		電話番号			
介護予防支援事業所又は居宅介護支援事業所を変更する場合の事由等					
※変更する場合のみ記入してください。					
変更年月日（ ）					
宮古市長 様					
上記の介護予防支援事業所に介護予防サービス計画作成を依頼することを届出します。					
年 月 日					
住 所					
被保険者 氏 名					
電 話 番 号					
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格		<input type="checkbox"/> 届出の重複		
	<input type="checkbox"/> 介護予防事業所番号				

介護予防サービス計画作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者（介護予防支援を受託する居宅介護支援事業所を含む）が介護予防支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、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を当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。

年 月 日 氏名

(注意)

- この届出書は、要支援認定の申請時に、若しくは、介護予防サービス計画作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに宮古市へ提出してください。
- 介護予防サービス計画作成を依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援を受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず宮古市に届け出て下さい。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。