

(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 7 年 3 月第 6 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	省略
第 3 版	平成 31 年 4 月	省略
第 4 版	令和元年 10 月	省略
第 5 版	令和 4 年 12 月	・ 2 頁 「(3) 基本的な考え方」を加筆 ・ 3 頁 負担額を変更 ・ 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
第 6 版	令和 7 年 3 月	・ 1 頁 「(2) 実施主体及び(3) 基本的な考え方」を加筆 ・ 3 頁 「2 総合事業の概要」の負担額の目安や基準緩和訪問型及び通所型サービスを一部修正 ・ 6 頁～7 頁 「手順のポイント」を一部修正 ・ 10 頁 「5 報酬」の単位数及び加算の内容を一部修正 ・ 13 頁 「これまでのお問い合わせ内容」を加筆 ・ 15 頁 「表 4」の届出書を修正 ・ 16 頁 「10 指定介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの実施の留意点」を追加 ・ 様式 (G) を変更

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	1
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	5
4	実施の手順	6
	（１）ケアマネジメントA	6
	（２）ケアマネジメントC（短期集中通所型サービス）	9
	（３）留意事項	10
5	報酬（単価、加算）	11
6	請求までの流れ	13
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	16
10	指定介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの実施の留意点	17
11	介護予防ケアマネジメントの委託に係る手続き	18
12	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等において実施します。

令和6年4月から、指定居宅介護支援事業所においても宮古市から指定介護予防支援事業所の指定を受けることができるようになりましたが、指定居宅介護支援事業所が直接実施可能となるのは「介護予防支援」です。介護予防ケアマネジメントは地域包括支援センターでの実施となります。

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。

総合事業においては、高齢者自身がその状態や置かれている環境等に応じて、目標を設定しその達成に向けて介護予防の取組を生活の中に取り入れ、自ら実施・評

働けるように支援します。高齢者自身が地域の中で生きがいを持ち、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自立支援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」の視点**を踏まえた内容となるよう高齢者の多様な選択を支援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（役割）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**。サービスはあくまでも目標達成のための手段であり、それが目的化しないように注意が必要です。

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、その達成のために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、具体的にサービスや一般介護予防事業等を含めた利用について検討していくこととなります。

さらに、地域ケア個別会議や地域ケア推進会議、介護予防のための地域ケア個別会議、生活支援体制整備事業等の事業と連携し、高齢者が生きがいを持って生活できる地域の実現を目指します。

【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

- ・本人ができることはできるだけ本人が行う

●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
	基準緩和訪問型サービス (新規サービス)	要支援者等に対し、掃除、洗濯、買い物等の日常生活上の支援を提供 ※独居者等が退院直後自宅での生活に不安を感じるような状況であり、リハビリテーション等の他のサービスを並行して利用する等、重症化防止のためのプランの一部としての支援を提供 ※利用は最長でも6ヶ月(6ヶ月後に評価し必要性が認められた場合は継続した利用は可能)	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)	●提供時間20分以上45分未満：1回あたり200単位 ●提供時間45分以上：1回あたり225単位 (週1回程度・ひと月最大4回)
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：436円～447円程度 ●要支援1：月4回まで 1回：436円程度 ●要支援2：月8回まで 1回：447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、交流と食事を主としたサービスまたは入浴と食事を主とした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：350円程度 (週1回・ひと月最大4～5回)

	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	●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＞

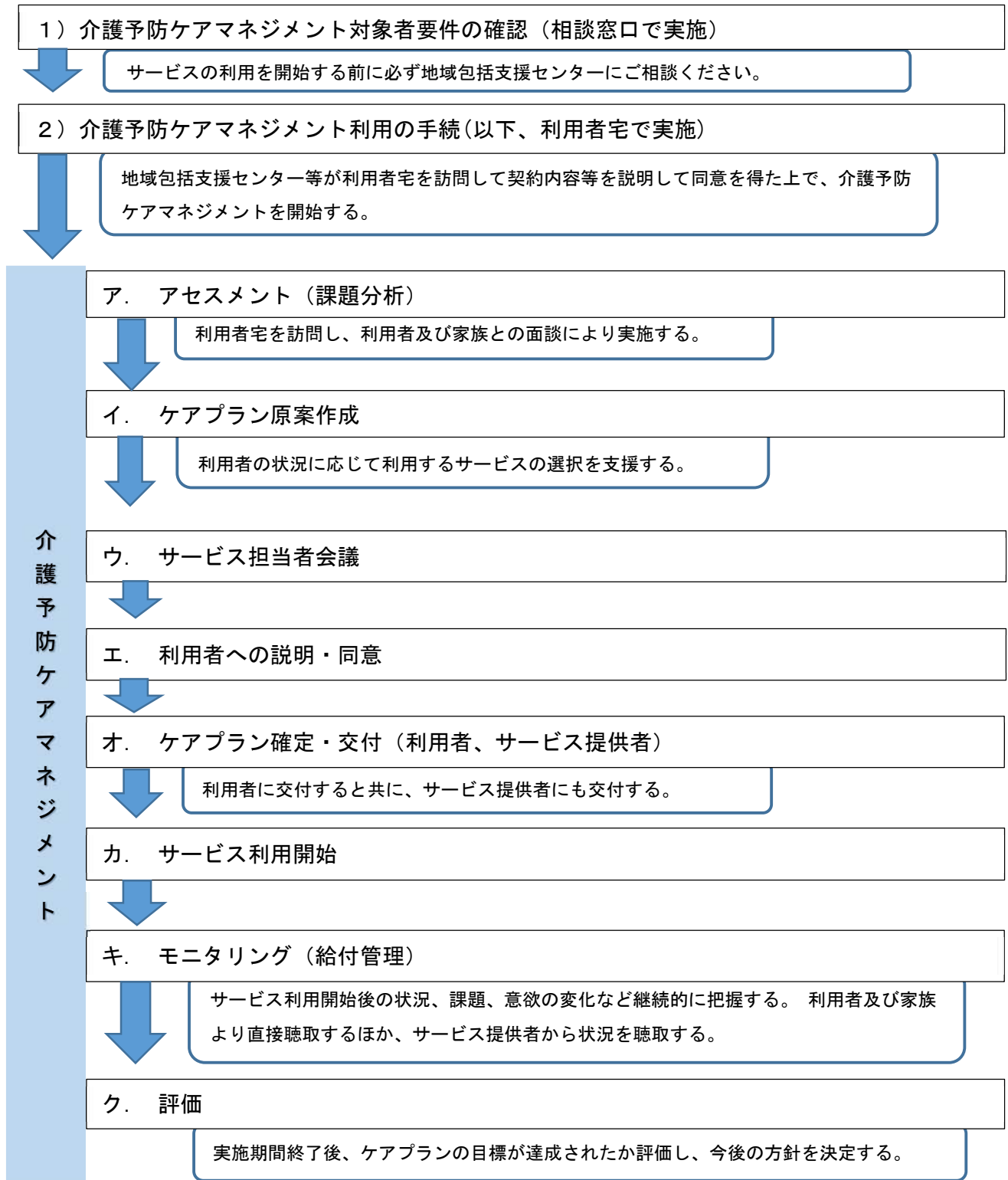
名称	ケアマネジメントA (原則的な介護予防ケアマネジメント)		ケアマネジメントC (初回のみ介護予防ケアマネジメント)
内容	・ サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合 ・ その他地域包括支援センターが必要と判断した場合		・ アセスメントの結果、補助やその他の支援を通じて地域の人材や社会資源の活用を図る場合や、生活支援サービスに利用につなげる場合 ・ その他地域包括支援センターが必要と判断した場合
実施主体	・ 地域包括支援センター ・ 居宅介護支援事業所（委託）		・ 地域包括支援センター ・ 宮古市
対象サービス	・ 現行相当サービス（訪問型・通所型） ・ 基準緩和型サービス ・ 短期集中通所型サービス		・ 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



○手順のポイント

項目	ポイント	帳票
<u>アセスメント</u> ●生活機能低下の背景・原因及び課題の分析	○利用者の自宅に訪問して本人及び家族との面接による聴き取り等を通じて行う。 ○利用者本人の生活機能の低下等についての自覚を促す。 ○自分でできること、できそうなことにも目を向け、 介護予防に取り組む意欲を引き出す。 ○アセスメントシートを用いて、情報収集だけに限らず、利用者本人の望む生活と現状の生活の差が生じている要因や背景を分析し、「維持・改善すべき課題」を明らかにする。 ○アセスメントを行う際は、国際機能分類（ICF）の考え方も踏まえて行う。 ○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。 ○家族や友人、仲間との人間関係の中で動機づけや、取り組みの継続につながることから環境づくりを行う。	●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）
<u>ケアプランの原案作成</u> ●目標、具体策、利用サービスなどの決定	○目標の設定 ・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。 ・望む生活のイメージを利用者や家族と共有する。 ○利用するサービス内容の選択 ・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。 ○その他 ・ 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。 ・サービス利用の目的を本人と共有する。	●介護予防ケアマネジメントプラン（E）

項目	ポイント	帳票
<u>サービス担当者会議</u> ●家族やサービス提供担当者などとの共通認識	○本人、家族の生活の意向・目標を共有する。 ○本人、家族、事業所から目標達成のための意見を促し、アセスメントを深め、支援策をさらに検討する。 ○計画に位置付けた取組みや関係者の役割分担を決めて共有する。 ○サービス・活動事業の終了、移行を意識し期間の設定等を共有する。 ○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。 ○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。	●介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録（F） （サービス担当者会議の要点含む）
<u>モニタリングと評価</u>	●モニタリング： ・ <u>自宅を訪問しての面接は3ヶ月に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 ●評価 ・基本チェックリストにより状態の変化を確認 ・6ヶ月に1回は評価し、プランの見直しをすること ○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。 ・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 ○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。 ○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。	●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） ●基本チェックリスト

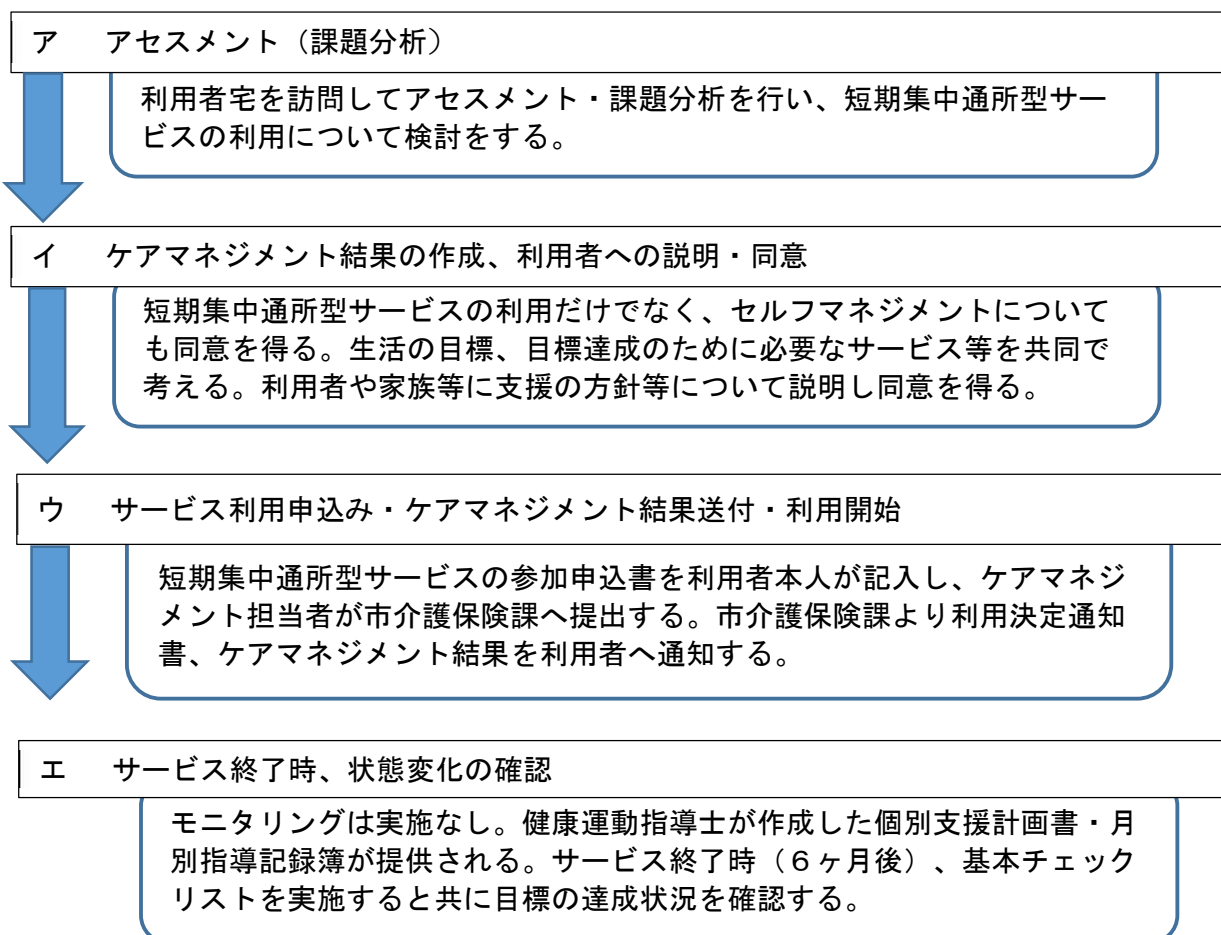
※暫定でサービスを利用する前に、必ず、地域包括支援センターへご相談ください。

※サービス・活動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ヶ月(週1回、概ね2時間/回)
自己負担	無料
その他	・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	442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月以上経過した後に、介護予防ケアマネジメントを実施する場合を含む）

イ 要介護者が要介護認定の更新等の結果、要支援認定を受け、あるいは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、介護予防支援を受けていた者が、要支援の認定有効期間の満了の翌月から、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ときは、初回加算を算定することはありません。

※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

地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを指定居宅介護支援事業者に委託する際、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者に提供し、介護予防ケアマネジメント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	介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書の提出 ⇒介護保険課で台帳に登録・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提出） ※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、区分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。

問 3 月途中で宮古市から他市町村へ転出した場合、どこが給付管理を行うのか。

答 3 月途中で転出し保険者が変更となった場合、被保険者番号が変更となるので別人として取り扱い、住所変更前も変更後もそれぞれ別々に請求が必要です。同一の居宅介護支援事業所が計画作成を行っている場合、それぞれに請求は可能ですが、実態を考慮しての判断が必要となります。

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。
 - ・ 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		介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)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
	要支援認定者	総合事業のみ		
		給付併用		
既利用者	要支援認定者から事業対象者に変更		※要支援者又は事業対象者についてチェック欄を記入	・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	総合事業のみ		
		給付併用		
		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ヶ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 指定介護予防支援と介護予防ケアマネジメントの実施の留意点

令和6年4月から、地域包括支援センターの設置者のほか、指定居宅介護支援事業者も宮古市の指定を受けて、介護予防支援事業を実施できるようになりました。

要支援者の計画作成は、介護予防サービスを含んだ「介護予防支援」と、総合事業のみの「介護予防ケアマネジメント」がありますが、今回新たに指定事業所として行うことができる業務は「介護予防支援のみ」です。そのため、以下のような場合においては注意が必要となります。

例：利用者（要支援2）について、A居宅介護支援事業所が指定介護予防支援事業所（委託ではない）として担当しているケース

利用月	利用するサービス	計画	市へ必要な届出
4月	・通所型サービス（総合事業） ・介護予防福祉用具貸与	介護予防支援	介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書 【A居宅が担当する旨の届】
5月	・通所型サービス（総合事業）	介護予防ケアマネジメント	介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書 【地域包括支援センターが担当する旨の届】
6月	・通所型サービス（総合事業） ・介護予防福祉用具貸与	介護予防支援	介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書 【A居宅が担当する旨の届】

この場合においては、4月分・6月分はA事業所が担当の指定介護予防支援事業所ですが、5月分は介護予防ケアマネジメントとなるため、地域包括支援センターが担当となります。

また、利用者がA事業所及び地域包括支援センターとそれぞれ契約する必要が生じます。

指定居宅介護支援事業所が指定介護予防支援事業所として契約する時点において、利用者、指定居宅介護支援事業所、地域包括支援センターの三者において契約を行っていても差し支えありません。

※この場合にあっても、宮古市に対して「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書」に加え、地域包括支援センターからの「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書」の提出が必要です。

11 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します。

※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、介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書を作成します。

- (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サービス計画作成・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ます。

- (4) 市介護保険課は、介護予防サービス計画作成・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します。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します。

※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。

※指定介護予防支援の提供を受ける利用者数の取扱件数は、居宅介護支援費の1/2換算です。(ケアプランデータ連携システムの活用及び事務員の配置等の要件を満たしている場合は1/3換算)

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	○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	○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ヶ月ごとに実施	○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	○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	○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)	○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。

12 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）
- 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書（G）

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。） 日中独居（有・無） ＜家族関係等の状況＞	
住所 連絡先			続柄		
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先		

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 経過中 観中 完治 その他	
			主治医・意見書作成 (TEL)	治療中 経過中 観中 完治 その他	
			主治医・意見書作成 (TEL)	治療中 経過中 観中 完治 その他	
			主治医・意見書作成 (TEL)	治療中 経過中 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

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	☐ 介護予防・生活支援サービス事業 ☐ 一般介護予防事業 ☐ 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 ☒								

(C)

興味・関心チェックリスト

履歴NO: 記入日:

記入者:

利用者ID:

利用者:

性別:

生年月日: 年 月 日 (歳)

NO	生活行為	している	してみたい	興味がある	NO	生活行為	している	してみたい	興味がある
1	自分でトイレへ行く				26	俳句			
2	一人でお風呂に入る				27	書道・習字			
3	自分で服を着る				28	絵を描く・絵手紙			
4	自分で食べる				29	パソコン・ワープロ			
5	歯磨きをする				30	写真			
6	身だしなみを整える				31	映画・観劇・演奏会			
7	好きなときに眠る				32	お茶・お花			
8	掃除・整理整頓				33	歌を歌う・カラオケ			
9	料理を作る				34	音楽を聴く・楽器演奏			
10	買い物				35	将棋・囲碁・麻雀・ゲーム			
11	家や庭の手入れ・世話				36	体操・運動			
12	洗濯・洗濯物たたみ				37	散歩			
13	自転車・車の運転				38	ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
14	電車・バスでの外出				39	ダンス・踊り			
15	孫・子供の世話				40	野球・相撲等観戦			
16	動物の世話				41	競馬・競輪・競艇・パチンコ			
17	友達とおしゃべり・遊ぶ				42	編み物			
18	家族・親戚との団らん				43	針仕事			
19	デート・異性との交流				44	畑仕事			
20	居酒屋に行く				45	賃金を伴う仕事			
21	ボランティア				46	旅行・温泉			
22	地域活動(町内会・老人クラブ)								
23	お参り・宗教活動								
24	生涯学習・歴史								
25	読書								

アセスメントシート(聴き取り用)

(D)

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改善の可能性があること	今回の計画における課題	
		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	

(E)

☐ 申請中 ☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ サービス事業対象者

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
運動・移動	1 自宅内での移動	☐ している	☐ していない					
	2 自宅外での移動	☐ している	☐ していない					
	3 転倒経験	☐ あり	☐ なし					
	4 転倒への不安	☐ あり	☐ なし					
	5 その他 ()	☐ 問題あり	☐ 問題なし					
日常生活（家庭生活）	1 調理	☐ している	☐ していない					
	2 買い物	☐ している	☐ していない					
	3 洗濯	☐ している	☐ していない					
	4 掃除	☐ している	☐ していない					
	5 ゴミ捨て	☐ している	☐ していない					
	6 電気機器類の操作	☐ している	☐ していない					
	7 火の始末	☐ している	☐ していない					
	8 金銭管理・各種手続き	☐ している	☐ していない					
	9 電話の利用	☐ している	☐ していない					
	10 身だしなみ	☐ している	☐ していない					
社会参加・コミュニケーション	1 友人・知人との交流	☐ している	☐ していない					
	2 家族との交流	☐ している	☐ していない					
	3 趣味・楽しみ・特技	☐ あり	☐ なし					
	4 家庭外での役割	☐ あり	☐ なし					
	5 家庭内での役割	☐ あり	☐ なし					
	6 情報への関心	☐ あり	☐ なし					
	7 物忘れ	☐ 気になる	☐ 気にならない					
健康管理	1 入浴動作	☐ している	☐ していない					
	2 排泄動作	☐ している	☐ していない					
	3 着替え動作	☐ している	☐ していない					
	4 口腔清潔・歯の手入れ	☐ している	☐ していない					
	5 薬の内服	☐ している	☐ していない					
	6 医療機関への受診状況	☐ 定期的に受診	☐ 必要時受診					
	7 食事摂取・水分摂取	☐ 問題なし	☐ 問題あり					
	8 視力・聴力	☐ 問題なし	☐ 問題あり					
	9 飲酒・喫煙	☐ なし	☐ あり					
	10 栄養状態・体重	☐ 問題なし	☐ 問題あり					

年 月 日 氏名

(E)記載のポイント

☐ 申請中 ☐ 要支援 1 ☐ 要支援2 ☐ サービス事業対象者

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	
運動・移動	1 自宅内での移動	☐ 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 を視点に記載する 家族の支援は ・直接的な支援 ・心理的な支援 を視点に記載する	本人の望む暮らしや目標と、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を行うことを念頭に置いて記載する。 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ヵ月 〈記載例〉 令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日 週〇回（月）	
	2 自宅外での移動	☐ している						☐ していない
	3 転倒経験	☐ あり						☐ なし
	4 転倒への不安	☐ あり						☐ なし
	5 その他（ ）	☐ 問題あり						☐ 問題なし
日常生活（家庭生活）	1 調理	☐ 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 を視点に記載する 家族の支援は ・直接的な支援 ・心理的な支援 を視点に記載する	本人の望む暮らしや目標と、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を行うことを念頭に置いて記載する。 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ヵ月 〈記載例〉 令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日 週〇回（月）	
	2 買い物	☐ している						☐ していない
	3 洗濯	☐ している						☐ していない
	4 掃除	☐ している						☐ していない
	5 ゴミ捨て	☐ している						☐ していない
	6 電気機器類の操作	☐ している						☐ していない
	7 火の始末	☐ している						☐ していない
	8 金銭管理・各種手続き	☐ している						☐ していない
	9 電話の利用	☐ している						☐ していない
	10 身だしなみ	☐ している						☐ していない
社会参加・コミュニケーション	1 友人・知人との交流	☐ 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 を視点に記載する 家族の支援は ・直接的な支援 ・心理的な支援 を視点に記載する	本人の望む暮らしや目標と、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を行うことを念頭に置いて記載する。 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ヵ月 〈記載例〉 令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日 週〇回（月）	
	2 家族との交流	☐ している						☐ していない
	3 趣味・楽しみ・特技	☐ あり						☐ なし
	4 家庭外での役割	☐ あり						☐ なし
	5 家庭内での役割	☐ あり						☐ なし
	6 情報への関心	☐ あり						☐ なし
	7 物忘れ	☐ 気になる						☐ 気にならない
健康管理	1 入浴動作	☐ 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 を視点に記載する 家族の支援は ・直接的な支援 ・心理的な支援 を視点に記載する	本人の望む暮らしや目標と、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を行うことを念頭に置いて記載する。 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ヵ月 〈記載例〉 令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日 週〇回（月）	
	2 排泄動作	☐ している						☐ していない
	3 着替え動作	☐ している						☐ していない
	4 口腔清潔・歯の手入れ	☐ している						☐ していない
	5 薬の内服	☐ している						☐ していない
	6 医療機関への受診状況	☐ 定期的に受診						☐ 必要時受診
	7 食事摂取・水分摂取	☐ 問題なし						☐ 問題あり
	8 視力・聴力	☐ 問題なし						☐ 問題あり
	9 飲酒・喫煙	☐ なし						☐ あり
	10 栄養状態・体重	☐ 問題なし						☐ 問題あり

支援計画について、同意いたします。

年 月 日 氏名

様

計画作成者氏名

[illegible]

※1 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）経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察（生活の活発さの変化を含む）、サービス担当者会議の内容、利用者の考えなどを記入し、介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。

2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者（所属（職種）氏名）、検討した内容等を記入する。

（ 1 / 1 ）

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書（G）

										区 分				
☐ 要支援認定者 ☐ 事業対象者										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				
					年 月 日					男 ・ 女				
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者 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														
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名					介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地			〒						
					電話番号									
介護予防支援事業所（地域包括支援センター）番号					サービス開始（変更）年月日									
										年 月 日				
介護予防支援又は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 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント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					居宅介護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者（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメント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	☐ 被保険者資格					☐ 届出の重複								
	☐ 介護予防事業者事業所番号													

介護予防サービス計画の作成を依頼（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、介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメント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の作成を依頼する介護予防支援事業所（介護予防ケアマネジメントについては地域包括支援センター）又は介護予防支援若しくは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、必ず宮古市へ 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。