

自立支援に向けた 介護予防ケアマネジメントの手引き

豊中市福祉部長寿安心課

令和8年（2026年）7月

《目次》

1. 介護予防・日常生活支援総合事業について . . . p 1

- (1) 介護予防・日常生活支援総合事業とは
- (2) 総合事業の目的
- (3) 総合事業の構成

2. 相談・受付・利用までの流れについて . . . p 4

- (1) 窓口での振り分けの基本的な考え方について
- (2) 窓口等での実施手順

3. 介護予防ケアマネジメントについて . . . p 11

- (1) 自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント
 - ① 介護保険の理念について
 - ② これからの介護予防で求められる視点
 - ③ 自立支援のための介護予防ケアマネジメント
- (2) 介護予防ケアマネジメントの類型と概要
- (3) 介護予防ケアマネジメント実施の手順

4. サービス内容と利用対象者像について . . . p 21

5. 給付管理について . . . p 22

- ① 支給限度額について
- ② 費用負担について
- ③ 請求の流れ
- ④ その他

6. 契約関係について . . . p 23

- ① 住所地特例者、他市居住者について

(1) ケアマネジメントに関する様式

様式 1	基本チェックリスト
------	-----------

様式 2	基本チェックリストについての考え方
------	-------------------

様式 3-1	居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書 (介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書)
--------	--

様式 3-2	介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書【事業対象者用】
--------	-------------------------------

様式 4	興味・関心チェックシート
------	--------------

様式 5	利用者基本情報
------	---------

様式 6-1	介護予防サービス・支援計画書
--------	----------------

様式 6-2	介護予防サービス・支援計画書【初回のためのケアマネジメント用】
--------	---------------------------------

様式 7	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の要点を含む)
------	--

様式 8	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
------	----------------------------

(2) 参考資料

表 4	介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例
-----	-------------------------

表 11	要支援者等について特に把握が必要な課題分析(アセスメント)に関する項目(例)
------	--

表 12	維持・改善すべき課題別の状態と配慮すべきケアプランの在り方(例)
------	----------------------------------

【参考資料】介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務に係る関連様式例記載要領

1. 介護予防・日常生活支援総合事業について

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業とは

介護保険法 第 115 条の 45 (地域支援事業)

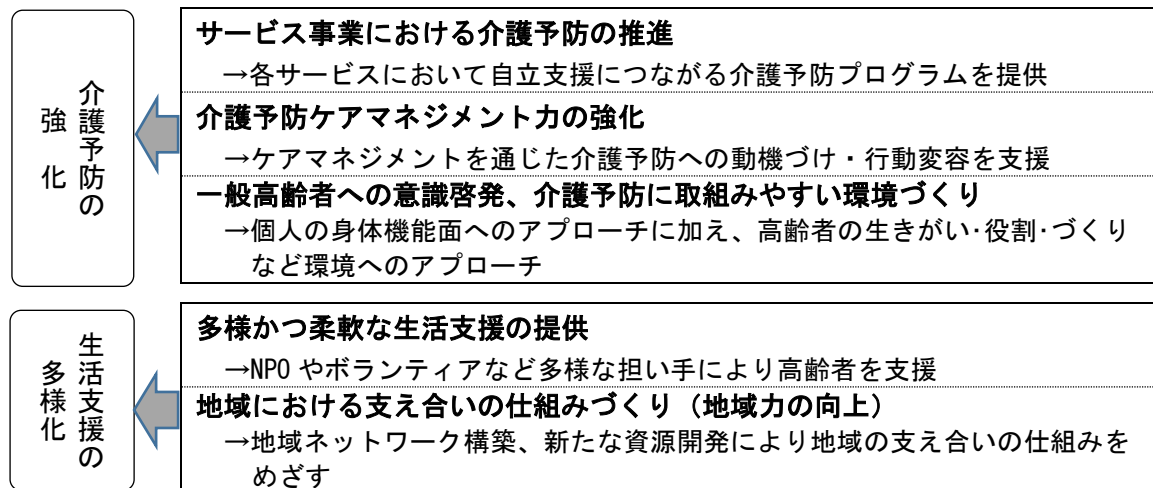
市町村は、被保険者の要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び地域における自立した日常生活の支援のための施策を総合的かつ一体的に行うため、厚生労働省令で定める基準に従って、地域支援事業として、次に掲げる事業（以下「介護予防・日常生活支援総合事業」という。）を行うものとする。（以下略）

介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」といいます。）は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることをめざすものです。

豊中市では平成 29 年 4 月から実施しています。

(2) 総合事業の目的

総合事業の目的は、「介護予防の強化」と「生活支援の多様化」とであるとされています。



介護や生活支援を必要とする高齢者や、独り暮らし高齢者・高齢者のみ世帯が増える中、地域で安心して生活していくには、買い物や掃除・ゴミ出し・見守りなど日常生活における多様で柔軟な支援がこれまで以上に必要になることが見込まれています。このため、従来の訪問介護や通所介護だけではなく、住民が実施する取組みや地域での支え合いなど、多様な担い手により高齢者を支援する体制を地域の中に作っていくことが求められています。

高齢者がいつまでも健康で元気に過ごしていくには、一人ひとりができる限り介護予防に努めることが大切ですが、それに加えて、高齢者自身が家庭や地域の中で何らかの役割を担い、やりがいや生きがいを持って生活することも介護予防につながります。

さらには、元気な高齢者が増え、その方々が自らの豊富な知識や経験を生かして「地域活動の担い手」「地域の要援護高齢者の支え手」となることで地域が活性化し、より良い地域づくりにつながることも期待されています。

(3) 総合事業の構成

総合事業の構成は以下のとおりです。



【介護予防ケアマネジメント】

介護予防及び日常生活支援を目的として、地域包括支援センター(または委託を受けた居宅介護支援事業所)が要支援者・事業対象者に対してアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、本人が自立した生活を送ることができるようケアマネジメントを行い、上記サービスなど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ものです。

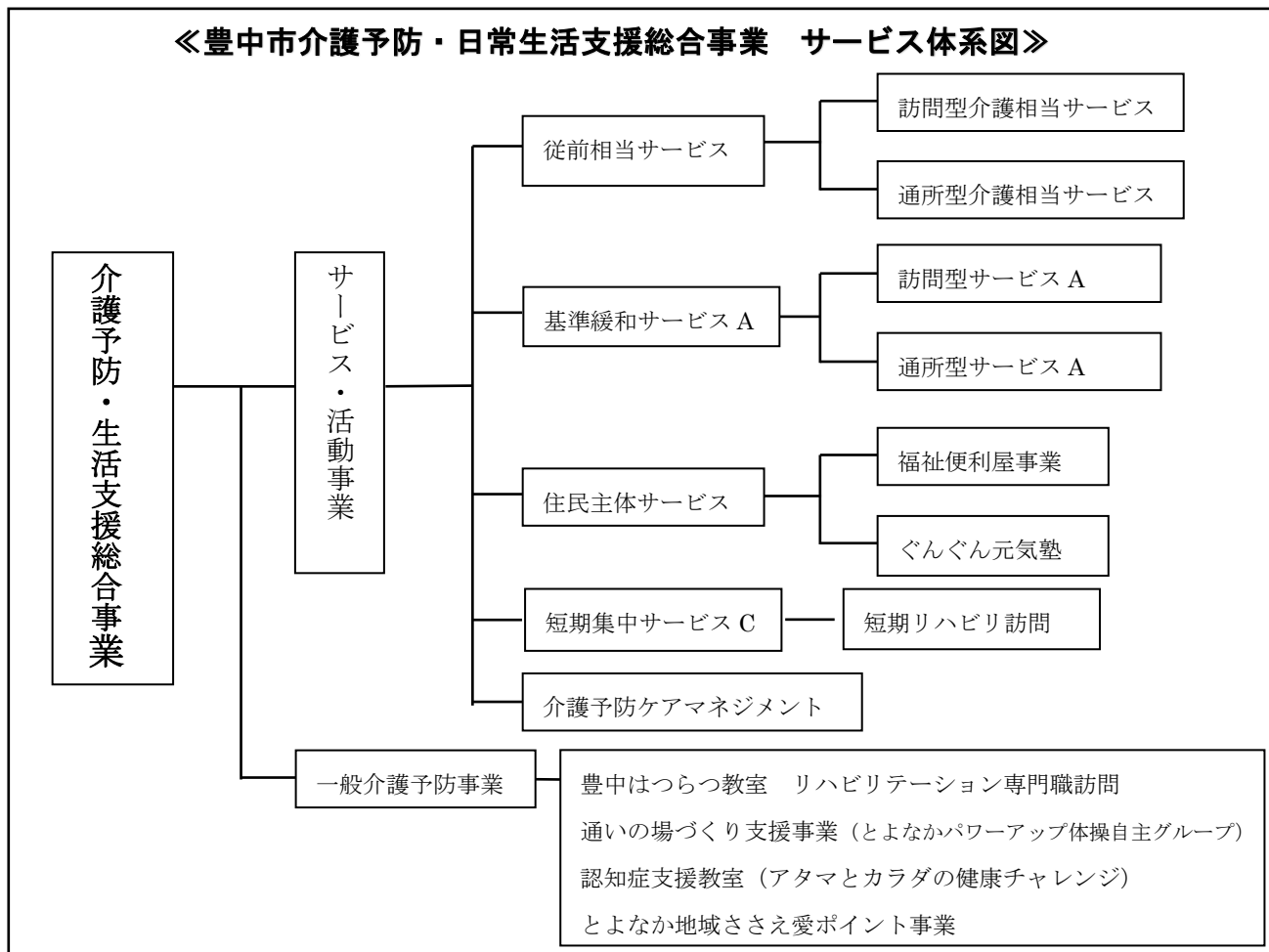
【サービス・活動事業】

「介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援)」に基づき、「訪問型サービス(第1号訪問事業)」や「通所型サービス(第1号通所事業)」、「その他生活支援サービス(第1号生活支援事業)」を利用するものです。

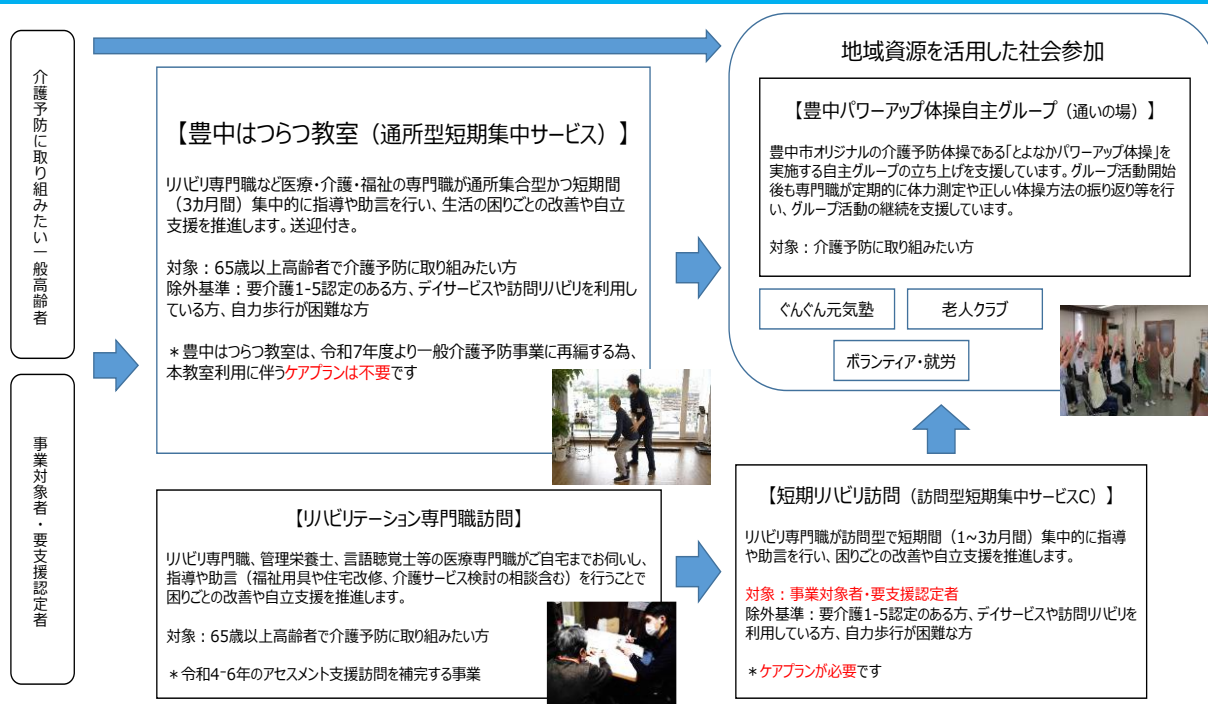
【一般介護予防事業】

第1号被保険者全員を対象とし、介護予防活動の普及啓発などを行うものです。介護予防活動の推進にあたっては、年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民主体の通いの場を充実させ、人と人のつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような「地域づくり」につなげていく必要があります。

《豊中市介護予防・日常生活支援総合事業 サービス体系図》



令和7年度から再編した介護予防事業（自立支援・社会参加を目標とした全体像）



2. 相談・受付・利用までの流れについて

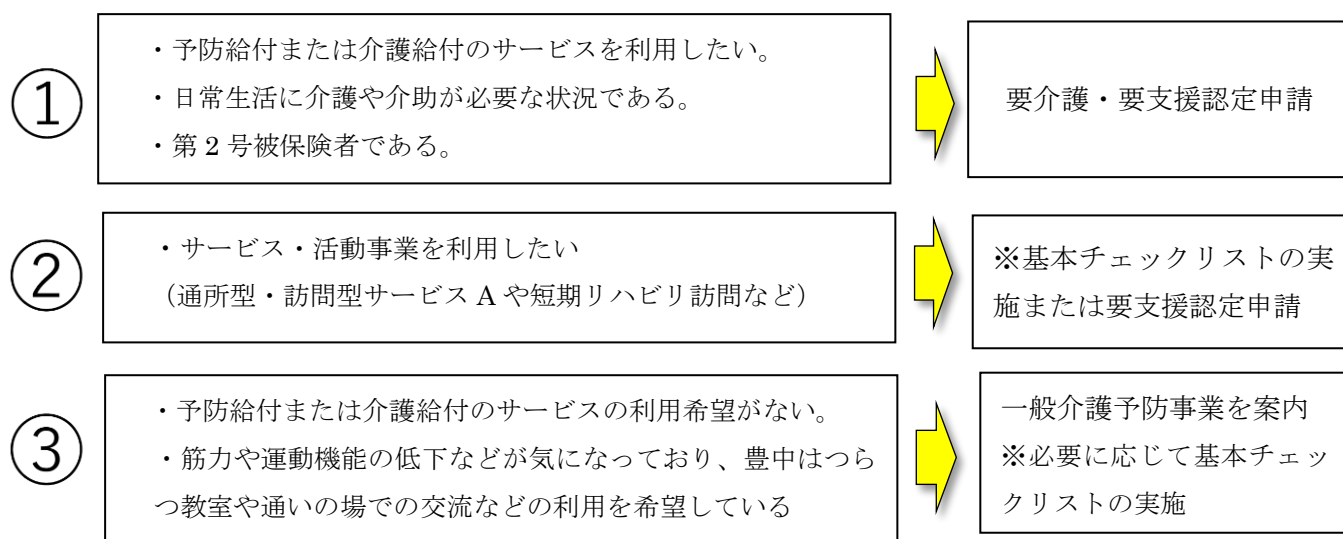
(1) 窓口での振り分けの基本的な考え方について

令和6年度までは、通所訪問型短期集中サービス（豊中はずらつ教室）の利用にあたっては、要支援認定を持っている又は事業対象者であることが必要でした。しかし、より早期からの介護予防を実現するため、**令和7年度から豊中はずらつ教室は一般介護予防事業に位置付けられ、認定がない人でも利用可能となりました。**社会参加を目標とした介護予防を推進するため、リハビリ専門職等が支援し、自立した生活に向けた課題を改善し、可能な限りセルフケアを継続することをめざします。そのためには、地域資源を活用した社会参加を窓口でも啓発することが重要です。

予防給付サービスやサービス・活動事業の利用にあたっては、窓口等において「要介護・要支援認定申請」や「基本チェックリスト」実施について案内する必要があります。それぞれ利用できるサービスは以下の通りです。

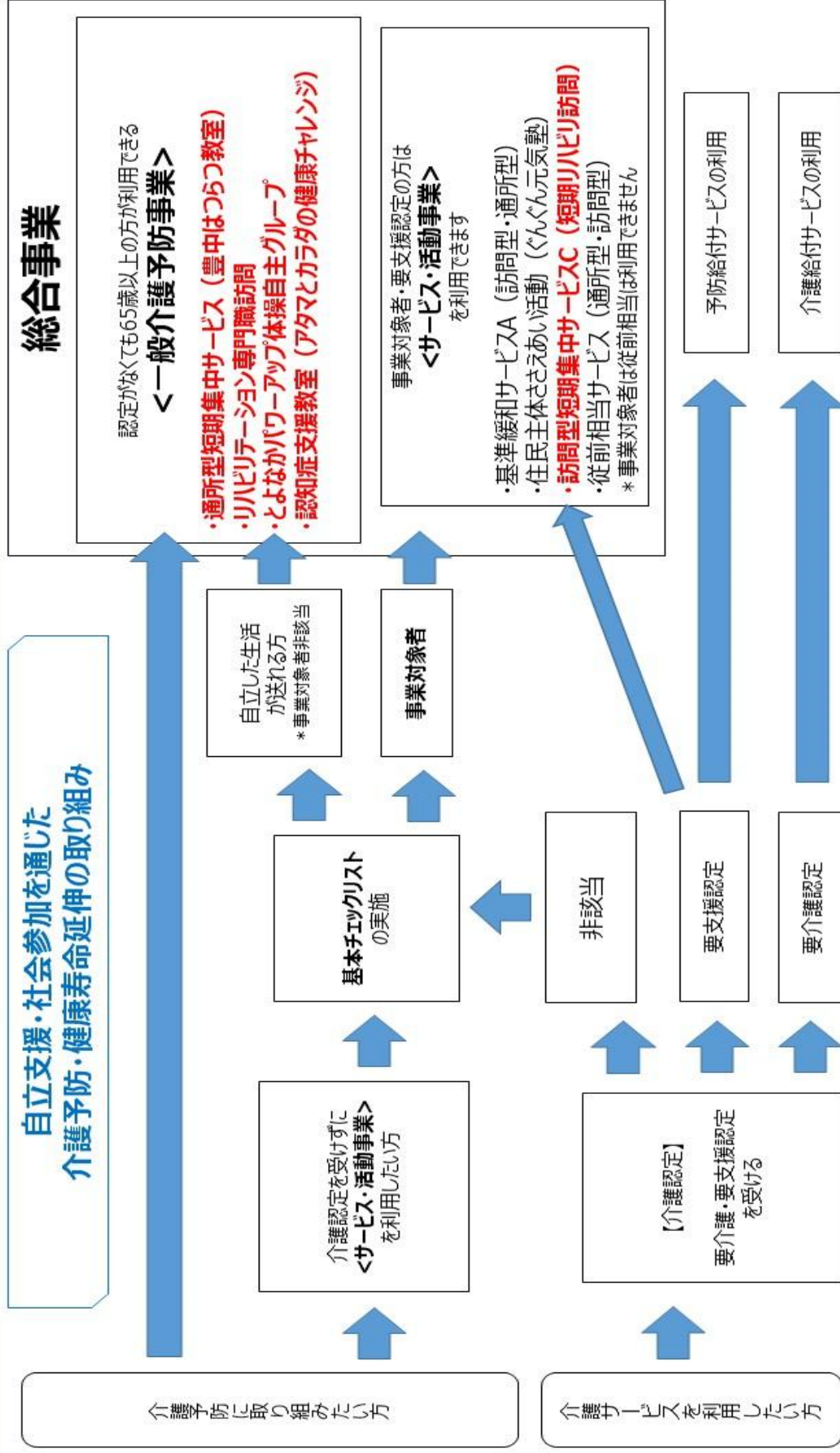
区分	利用できるサービス
自立（元気な人）	一般介護予防事業
事業対象者	生活機能の低下等により何らかのサービス利用が望ましいと思われる場合は基本チェックリストを実施し、事業対象者になればサービス・活動事業を利用できる。あわせて一般介護予防事業も利用可能。
要支援認定	予防給付サービス、サービス・活動事業、一般介護予防事業を利用できる。
要介護認定	介護給付サービスのみ利用できる（サービス・活動事業は利用できない）

☆「要介護・要支援認定申請」または「基本チェックリストの実施」、「一般介護予防事業の案内」を案内する際のめやすは、以下のとおりです。



※「要介護・要支援認定申請」または「基本チェックリストの実施」については、**事業対象者の支給限度額・利用回数上限が要支援1相当であることを踏まえて**選択する必要があります。

令和7年度からのサービス・活動事業



(2) 窓口等での実施手順

1. 聞き取り及び説明

■ 聞き取り

- ・ 相談受付窓口は、長寿安心課及び地域包括支援センター（分室を含む）とする。
- ・ 原則、被保険者本人が直接窓口に出向いて手続きを行うが、本人が来所できないため、長寿安心課等の窓口に来た場合は、家族等の来所による相談に基づき、本人の状況や相談の目的等を聞き取る。

■ 総合事業の説明

- ・ 各種事業チラシやパンフレット等を用いて、総合事業の趣旨や内容、手続きについて説明を行う。

- ・ 総合事業は、適切な介護予防ケアマネジメントに基づき、要支援状態からの自立の促進や重症化予防の推進を図るものであること。
- ・ 介護予防ケアマネジメントにおいては、本人が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取り組み、達成後は自立に向けた次のステップに移行していくこと。
- ・ 事業対象者となった後や、総合事業のサービスを利用し始めた後も、必要な時にはいつでも要介護・要支援認定申請が可能であること。
- ・ 短期集中的な取り組みで改善が期待出来る方（認定前高齢者、事業対象者、要支援認定者）には、主に豊中はつらつ教室やリハビリテーション専門職訪問のサービス提案をすること。
- ・ 社会参加によっても介護予防の取り組みは行えること

など

- ・ 「窓口での振り分けの基本的な考え方について（P.4）」に基づき、「要介護・要支援認定申請」または「基本チェックリストの実施」を選択することを説明し、振り分けを行う。アセスメントにより認定申請、基本チェックリストともに不要であると判断した場合には、「一般介護予防事業の案内」を行う。

※2-1. 要介護・要支援認定申請

- ・ P4の①のような場合は、要介護・要支援認定の申請につなぐ。

※予防給付又は介護給付のサービスを利用したい場合は、希望理由の聞き取りを行い、介護予防事業による維持・改善が可能と思われる場合は、必要に応じて、総合事業の利用を勧める。

※ 2-2. 一般介護予防事業

- ・ P4 の③のような場合は、一般介護予防事業につなぐ。

2-3. 基本チェックリストの実施

- ・ P4 の②のような場合は、「基本チェックリスト」を実施する。

■基本チェックリストの実施

- 「基本チェックリストについての考え方」に基づき、質問項目の趣旨を説明しながら本人等に記入してもらう。
 - 年齢を確認する。(65歳以上であることを確認する)
 - 既に要支援・要介護認定を持っていないことを確認する。
 - 基本チェックリスト(表面)の内容を確認し、聞き取る。あわせて、同意欄の説明を行い、署名してもらう。
 - ⇒ 事業対象者の基準に該当した者については、地域包括支援センターが利用者宅を訪問して介護予防ケアマネジメントを行うこと、そのために利用者の情報を地域包括支援センターに伝える旨を説明する。
 - 基本チェックリスト(裏面)を記入してもらう。
 - ・ 各質問項目の趣旨や判断については、「基本チェックリストについての考え方」を参考にする。
 - ・ 期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらう。
 - ・ 習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断で回答してもらう。
 - ・ 各質問項目の表現は変えない。
 - 「事業対象者に該当する要件」に照らし合わせて、該当項目に○をつけ、判定を記入する。
 - **《事業対象者に該当する要件》に該当する**
 - ⇒ 事業対象者となるため、サービス・活動事業の利用可能であるが、まずは豊中はずらつ教室を主とした一般介護予防事業の利用を勧める。
 - 《事業対象者に該当する要件》に1つも該当しない**
 - ⇒ 必要に応じて、一般介護予防事業の利用を勧める。
 - 《事業対象者に該当する要件》に多数該当**
 - ⇒ 事業対象者となるため、サービス・活動事業の利用可能であるが、まずは豊中はずらつ教室を主とした一般介護予防事業の利用を勧める。
 - ⇒ ただし、必要に応じて、要介護・要支援認定申請について検討する。
- ※ 基本チェックリスト実施後に、住宅改修が必要、福祉用具のレンタルがといったニーズが出てきた場合などは、改めて要介護・要支援認定申請の案内を行う。

＜地域包括支援センターから長寿安心課への送付＞

- ・ 基本チェックリストの原本については、長寿安心課で保管するため、地域包括支援センター受付分は長寿安心課に送付する。
- ・ 委託居宅介護支援事業所が実施した基本チェックリストの原本については、地域包括支援センター経由で長寿安心課に送付する。
- ・ 基本チェックリストについては、原本を長寿安心課に送付する前にコピーをとる。

＜長寿安心課から地域包括支援センターへの送付＞

- ・ 長寿安心課受付分については、基本チェックリストの写しを地域包括支援センターに送付する。

- ・ 地域包括支援センター等が、介護予防ケアマネジメントを行うとともに、「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書【事業対象者用】」を対象者に記入してもらう。
- ・ 「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書【事業対象者用】」と被保険者証を長寿安心課に提出する。委託居宅介護支援事業所が提出する際は、地域包括支援センター経由で長寿安心課に提出する。

【注意点】

「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書」と同様に、「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」については、未来日での受け付けはできない。

- ・ 長寿安心課で受理後、事業対象者である旨と基本チェックリスト実施日等を記載した被保険者証を発行する。
- ・ 被保険者証については、原則、即時発行は行わず、後日郵送とする。

《介護保険被保険者証》

(一)										(二)		(三)							
介護保険被保険者証										要介護状態区分等		給付制限		内容		期間			
番号										認定年月日		事業対象者		開始年月日		平成 年 月 日			
住所										(事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)		令和〇年〇月〇日		終了年月日		平成 年 月 日			
フリガナ										認定の有効期間		平成 年 月 日～平成 年 月 日		開始年月日		平成 年 月 日			
氏名										居宅サービス等		区分支給限度基準額		終了年月日		平成 年 月 日			
生年月日										（うち種類支給限度基準額）		平成 年 月 日～平成 年 月 日		居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称		〇地域包括支援センター			
交付年月日										サービスの種類		種類支給限度基準額		届出年月日		平成 年 月 日			
保険者番号並びに保険者の名称及び印										認定審査会の意見及びサービスの種類の指定		介護保険施設等		種類		入所等年月日		平成 年 月 日	
														名称		退所等年月日		平成 年 月 日	
														種類		入所等年月日		平成 年 月 日	
														名称		退所等年月日		平成 年 月 日	

《長寿安心課、地域包括支援センターの事務について（概要）》

A. 長寿安心課で受け付けた場合

～基本チェックリストの実施が必要と判断～



長寿安心課

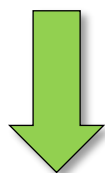
- ①基本チェックリストを実施する。
- ②基本チェックリスト実施結果を保険システムに入力する。
- ③地域包括支援センターに「基本チェックリスト」の情報を共有する（包括システム）。



地域包括支援センター

- ①「基本チェックリスト」の情報を受け取って、実施結果を包括システムに入力する。
- ②必要に応じて、リハビリテーション専門職訪問を依頼
- ③総合事業の趣旨、介護予防ケアマネジメントの説明、契約など
- ④長寿安心課宛てに以下の書類を提出する。← ← ←
 - ☐「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書【事業対象者用】」
 - ☐被保険者証

- 居宅介護支援事業所に委託する場合は、当該事業所も同席する。
- 「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書【事業対象者用】」及び被保険者証は、地域包括支援センターに提出する。



「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」の未来日での提出は不可。
※認定有効期間が残っている場合は、満了日以降に提出する。

長寿安心課

- ①「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書【事業対象者用】」の内容を保険システムに入力する。
- ②事業対象者宛てに被保険者証（必要に応じて、負担割合証）を送付する。

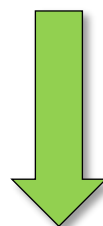
B. 地域包括支援センターで受け付けた場合

～基本チェックリストの実施が必要と判断～



地域包括支援センター

- ①基本チェックリストを実施する。(※居宅介護支援専門員が基本チェックリストを実施した場合は原本を地域包括支援センターへ提出する)
 - ②基本チェックリスト実施結果を包括システムに入力する。
 - ③長寿安心課宛てに「基本チェックリスト（原本）」を提出する。
 - ④必要に応じて、リハビリテーション専門職訪問を依頼
 - ⑤総合事業の趣旨、介護予防ケアマネジメントの説明、契約など
 - ⑥長寿安心課宛てに以下の書類を提出する。← ← ←
 - ☐「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書【事業対象者用】」
 - ☐被保険者証
- 居宅介護支援事業所に委託する場合は、当該事業所も同席する。
 - 「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書【事業対象者用】」及び被保険者証は、地域包括支援センターに提出する。



「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書」の未来日での提出は不可。
※認定有効期間が残っている場合は、満了日以降に提出する。

長寿安心課

- <地域包括支援センターの③により「基本チェックリスト（原本）」を受理した場合>
- ①「基本チェックリスト（原本）」を受理する。
 - ②基本チェックリスト実施結果を保険システムに入力する。
- <地域包括支援センター⑤により被保険者証等を受理した場合>
- ③「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書【事業対象者用】」の内容を保険システムへ入力する。
 - ④事業対象者宛てに被保険者証（必要に応じて、負担割合証）を送付する。

3. 介護予防ケアマネジメントについて

(1) 自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント

① 介護保険の理念について

【介護保険法】

(目的)

第1条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(介護保険)

第2条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第1項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第1項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

(国民の努力及び義務)

第4条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

- ✧ 第1条では、要介護者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保険給付を行うと定められています。
- ✧ 第2条第2項では、保険給付は要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われなければならないと定められています。保険給付は、被保険者の選択に基づき行われるもの（同法第2条第3項）ですが、それは要支援者・要介護者の自立支援という理念に沿って検討し提供される必要があります。
- ✧ 第4条では、国民の努力や義務(自助)についても定めており、国民は自ら要介護状態となることを予防するため、常に健康の保持増進に努め、要介護状態等になった場合においても、保健福祉サービス等を利用することにより、その有する能力の維持向上に努めると定めています。

②介護予防で求められる視点

要支援者については、排泄・食事摂取などの身の回りの生活行為（ADL）は自立しているものの、掃除や買い物などの生活行為（IADL）の一部が難しくなっている人が多い状況です。このような要支援者の状態を踏まえると、「支援する側」と「支援される側」という画一的な関係性でなく、これまでの地域とのつながりを維持しながら、その有する能力に応じた柔軟な支援をすることで、ご本人の自立意欲向上につなげていくことが求められます。

運動機能や栄養状態の「心身機能の改善」など高齢者個人へアプローチだけではなく、高齢者が地域で「生きがい」「役割」を持って生活できる「居場所」「出番」づくりといった「高齢者を取り巻く環境へのアプローチ」も重要です。つまり、心身機能向上プログラムのみによる介護予防だけではなく、「自分のしたい活動や普通の生活を継続することで、結果的に介護予防になる」という発想の転換を行い、本人の「自発性・参加意欲」と「継続性」をキーワードとした支援を行っていく必要があるのです。

しかしながら、個人の参加意欲は、周りからの働きかけで簡単に高まるものではないため、介護予防活動への参加につなげるためには、本人に対する「動機づけ」が何よりも重要です。自分自身がしてみたい、興味が持てるような活動を地域の中で見つけ出し、参加につなげていけるような側面的支援をどのように行っていくか考えることが大切です。

③自立支援のための介護予防ケアマネジメント

自立支援は介護保険の基本理念です。総合事業においては、生活支援の提供や介護予防の中で、自立支援の考え方に改めて立ち返って、これを実践することを志向しています。自立支援は、単に「できないことを代わりにやる」という意味での支援ではなく、可能な限り自分でできることは自分で対応し、「できないこと」を可能な限り「できるようにするための支援」を提供するものです。よって、自立支援の実現においては「外部の専門職の技術的介入」も必要ですが、「本人の自立に向けた意欲」があり、「主体的かつ積極的に参画」することが前提となります。

そのためには、本人の興味・関心や生活上の困りごとを把握したうえで、それを本人の「したい」「できるようにになりたい」と望む自分らしい生活を実現するために、ケアマネジメントの中で生活行為が具体的かつ明確に「目標」として設定されていることが重要です。

例えば、「足腰が弱って買い物に出るのが億劫になった」という高齢者に対して、単に訪問介護の生活援助や宅配サービスの利用を勧めるのではなく、「近くのスーパーに買い物に出られるようにになりたい」という本人の希望を実現するために、「何が必要なのか」という視点からケアプランを考える必要があります。

ケアマネジメントを行うことの目標は、サービスを利用してもらうことではなく、その人の生活していた日常生活に戻るように支援することです。設定される目標は、それまでのご本人の生活が反映されるため多様なものになることが想定されます。例えば、「元気な時のように孫と近所の公園を散歩したい」「趣味のサークルに復帰したい」などです。当然ながら本人の「したい」「できるようにになりたい」を把握し、支援を検討するには、利用者のこれまでの（困りごとが生じるまでの）生活や周囲の人間関係などを丁寧にアセスメントしたうえでのケアマネジ

メントが必要です。

＊ ＊ 自立を支援するケアマネジメントの例 ＊ ＊

【第１ステップ】 介護予防が有効な対象者を見極める

がんや難病など進行性疾患や認知症の人には「永続的なサービス提供による支援」が望ましいと考えられますが、慢性疾患や生活不活発病の人には「短期的サービス」により機能回復を図ることが望ましいと考えられます。

【第２ステップ】 生活課題を把握し、その原因や背景を分析する

日常生活における課題として「入浴ができない」状態があり、「入浴できるようにする」ため、「通所サービスを利用する」といった判断がなされたとします。しかし、これは「既存のサービスで、できない事柄をどのように代替するか」といった判断に留まっています。

「お世話型のケアプラン」では本人の自立を阻害してしまう危険性があり、そこで終わらないよう、もう一步進めて「入浴ができない原因や背景」を分析する必要があります。「足が上がりえない等、入浴動作ができない(身体的要因)」のか「浴槽が深い、手すりがないなど浴室の構造が問題 (環境的要因)」なのかなど、「入浴ができない」という生活上の課題を解決するために、「入浴ができない原因」を身体機能面だけに着目するのではなく、本人の精神状態(意欲)、段差などの住環境、家族の状況、経済状況なども含めて総合的にアセスメントを行い、生活上の課題を発生させている要因(複数の因子の関連を含めて)を明らかにすることからは始める必要があります。

【第３ステップ】 課題解決に向けて、自立を支援するようなケアプランを作成する

アセスメントの結果、入浴ができない原因が「下肢筋力が弱っているので、浴槽をまたぐことができない」ということが分かり、本人は「自宅でゆっくり入浴ができるようになりたい」と思っているとしします。

これを解決するためには、身体的要因に対してはデイサービスなどで単なる運動ではなく下肢の筋力強化運動を行う、環境的要因に対しては、手すりをつける、浴槽台を使用する、などを行い、自宅で入浴できるようにするなどのケアプランが考えられます。

同じように、例えば、買い物に行けない要因が「買ったものを手に持って歩けない」のであれば手押し車を使用することも考えられますし、下肢筋力が低下していることが要因であれば下肢筋力を強化するプログラムを組み込むといった支援が考えられます。

また、モニタリングを通じて利用者の心身状況の変化、目標達成状況、日常生活の改善(悪化)状況などを確認し、評価を行い、その後の支援方針(サービス終了、提供内容を見直して継続する、目標を見直すなど)をこまめに見直していくことが自立支援につながります。

(2) 介護予防ケアマネジメントの類型と概要

豊中市で実施するケアマネジメント類型はA、B及びCの3類型とします。

※地域包括支援センターにおいては、介護予防ケアマネジメント終了後（自立・要介護判定）も委託先の介護支援専門員からの相談に適宜応じること。

※ 介護予防ケアマネジメントの対象は「事業対象者」「要支援者」です。

但し、「要支援者」が予防給付サービスを利用する場合には、従来の介護予防支援を行い、「介護予防支援費」が適用されます。

	ケアマネジメントA (原則的なケアマネジメント)	ケアマネジメントB (簡略化したケアマネジメント)	ケアマネジメントC (初回のみケアマネジメント)
概 要	◆従来の「指定介護予防支援」と同様のプロセス(介護報酬の請求方法を除く)で実施する。	◆高齢者の「セルフマネジメント」を支援する。 ◆短期リハビリ訪問や豊中はつらつ教室の利用により向上した生活機能をサービス終了後も維持するために、サービス利用中に獲得したセルフケア習慣の定着や地域の活動等への参加が継続できるよう支援する。 ※利用期間は原則6か月間。 ※介護予防支援またはケアマネジメントAから移行 ※必須ではない	◆目標設定及び利用サービスの選定までは、利用者と地域包括支援センターが相談しながら実施。 ◆ケアプランは作成せず、アセスメントの内容や目標・利用サービス内容等を「ケアマネジメント結果」として共有。 ◆その後は利用者自身が目標達成に向けてマネジメントを展開する。(セルフマネジメントの推進)
適 用 対 象 者	◆給付管理の対象となる総合事業のサービス(指定を受けたサービス＝従前相当、基準緩和型サービス)を利用する場合 ◆短期リハビリ訪問(訪問型短期集中サービス)を利用する場合	◆短期リハビリ訪問や豊中はつらつ教室の利用中に給付管理のあった方が、利用後に給付管理の対象となるサービスを利用しない場合 ※必須ではない	◆一般介護予防事業や住民主体サービス等を利用するなど、給付管理の対象となるサービスを利用しない場合であって、利用者自身が自分の健康づくりや介護予防活動に主体的に取り組む姿勢を持っていたりするような場合が想定される。 (例) アセスメント等の結果、「配食サービス」「校区サロン」や「体操の集い」などを利用しながらセルフマネジメントを行う場合など。
プ ロ セ ス	①アセスメント ②ケアプラン原案作成 ③サービス担当者会議 ④利用者への説明・同意 ⑤ケアプラン確定・交付 ⑥サービス利用開始 ⑦モニタリング (電話等→毎月) (訪問等→3か月に1回) ⑧評価	①アセスメント ②ケアプラン原案作成 ③利用者への説明・同意 ④ケアプラン確定・交付 ⑤ケアプランの実行 ⑥モニタリング (電話等→毎月) (訪問等→3か月に1回) ※介護予防支援またはケアマネジメントAの情報を基礎に①②を実施	①アセスメント ②ケアマネジメント結果を利用者に説明・同意・交付(結果を本人または包括からサービス提供者にも提供) ③利用開始 ④1年以内のモニタリング (1回のみで可。モニタリング時期は本人状況を踏まえ適宜判断)

※ 1 単位＝10.84 円(端数切捨て)

	ケアマネジメントA (原則的なケアマネジメント)	ケアマネジメントB (簡略化したケアマネジメント)	ケアマネジメントC (初回のみケアマネジメント)																																													
委託料	◆原則的なケアマネジメントであり、現行の介護予防支援と同じプロセスであることを踏まえ、介護予防支援費と同額とする。 <table><tr><td>①</td><td>基本 (1月につき)</td><td>442 単位</td></tr><tr><td>②</td><td>初回加算</td><td>300 単位</td></tr><tr><td>③</td><td>委託連携加算</td><td>300 単位</td></tr><tr><td>④</td><td>高齢者虐待防止措置未実施減算</td><td>▲4 単位</td></tr><tr><td>⑤</td><td>業務継続計画未実施減算</td><td>▲4 単位</td></tr><tr><td>⑥</td><td>介護職員等 処遇改善加算</td><td>①から⑤により算定した単位数の21/1000に相当する単位数</td></tr></table> ※ 算定方法や基準は「指定介護予防支援」と同様の考え方とする	①	基本 (1月につき)	442 単位	②	初回加算	300 単位	③	委託連携加算	300 単位	④	高齢者虐待防止措置未実施減算	▲4 単位	⑤	業務継続計画未実施減算	▲4 単位	⑥	介護職員等 処遇改善加算	①から⑤により算定した単位数の21/1000に相当する単位数	◆ケアマネジメントAとほとんど同様のプロセスであることを踏まえ、ケアマネジメントAと同額とする。 <table><tr><td>①</td><td>基本 (1月につき)</td><td>442 単位</td></tr><tr><td>②</td><td>委託連携加算</td><td>300 単位</td></tr><tr><td>③</td><td>高齢者虐待防止措置未実施減算</td><td>▲4 単位</td></tr><tr><td>④</td><td>業務継続計画未実施減算</td><td>▲4 単位</td></tr><tr><td>⑤</td><td>介護職員等 処遇改善加算</td><td>①から④により算定した単位数の21/1000に相当する単位数</td></tr></table>	①	基本 (1月につき)	442 単位	②	委託連携加算	300 単位	③	高齢者虐待防止措置未実施減算	▲4 単位	④	業務継続計画未実施減算	▲4 単位	⑤	介護職員等 処遇改善加算	①から④により算定した単位数の21/1000に相当する単位数	◆ケアマネジメントAから業務は一部省略されるものの、利用者自身のセルフマネジメントへの働きかけ、1年以内のモニタリングなどを踏まえ、以下の額とする。 <table><tr><td>①</td><td>基本 (初回月のみ支給)</td><td>742 単位</td></tr><tr><td>②</td><td>高齢者虐待防止措置未実施減算</td><td>▲7 単位</td></tr><tr><td>③</td><td>業務継続計画未実施減算</td><td>▲7 単位</td></tr><tr><td>④</td><td>介護職員等 処遇改善加算</td><td>①から③により算定した単位数の21/1000に相当する単位数</td></tr></table> ※ モニタリングを行う月の分も上記に含める	①	基本 (初回月のみ支給)	742 単位	②	高齢者虐待防止措置未実施減算	▲7 単位	③	業務継続計画未実施減算	▲7 単位	④	介護職員等 処遇改善加算	①から③により算定した単位数の21/1000に相当する単位数
	①	基本 (1月につき)	442 単位																																													
②	初回加算	300 単位																																														
③	委託連携加算	300 単位																																														
④	高齢者虐待防止措置未実施減算	▲4 単位																																														
⑤	業務継続計画未実施減算	▲4 単位																																														
⑥	介護職員等 処遇改善加算	①から⑤により算定した単位数の21/1000に相当する単位数																																														
①	基本 (1月につき)	442 単位																																														
②	委託連携加算	300 単位																																														
③	高齢者虐待防止措置未実施減算	▲4 単位																																														
④	業務継続計画未実施減算	▲4 単位																																														
⑤	介護職員等 処遇改善加算	①から④により算定した単位数の21/1000に相当する単位数																																														
①	基本 (初回月のみ支給)	742 単位																																														
②	高齢者虐待防止措置未実施減算	▲7 単位																																														
③	業務継続計画未実施減算	▲7 単位																																														
④	介護職員等 処遇改善加算	①から③により算定した単位数の21/1000に相当する単位数																																														
居宅支援事業所への原案作成委託について	委託の可否について ◆委託可 ◆但し、初回は包括が立ち会い、総合事業の趣旨説明・契約を行う。包括の同席・助言の下で、居宅介護支援事業所がアセスメント・担当者会議を行い、ケアプランや支援経過記録の提出を求めること。(※ 介護予防支援と同様の手順) 原案作成委託費について ◆委託費は、介護予防支援と同様 包括(1)：居宅(9) ◆介護予防支援ではないことから居宅介護支援事業所の取扱い(＝1/3件扱い)の対象外となる。		委託の可否について ◆委託不可 ◆地域包括支援センターが行うこと。																																													

	ケアマネジメントA (原則的なケアマネジメント)	ケアマネジメントB (簡略化したケアマネジメント)	ケアマネジメントC (初回のためのケアマネジメント)
様式	①基本チェックリスト ②興味・関心チェックシート ③利用者基本情報 ④介護予防サービス・支援計画書 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 ※ケアマネジメントBは①②について省略可能		左記の①～④ ⑤ 必要に応じて介護予防サービス・支援計画書は、【初回のためのケアマネジメント用】を使用
その他	◆地域包括支援センター職員の担当件数上限について ケアマネジメントA・Bは、介護予防支援と同様のプロセスを経ることから、適切なケアマネジメントを行うために現行上限 (概ね 30 件) に含めることとする。		
	◆介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センター職員のほか、指定介護予防支援事業所の介護支援専門員 (=プランナー) も担当可能。但し、プランナーによるケアマネジメントにあたっては、センター職員が適切に助言・指導等の関与を行うこととする。		

(3) 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）実施の手順

※厚労省ガイドライン、「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)」から抜粋、一部改編

	A	B	C
1) アセスメント（課題分析）	○	○	○
◆必要に応じて、リハビリ専門職と利用者宅を訪問し、利用者及び家族との面談により実施する。 《生活機能低下の背景・原因及び課題の分析》 *利用者宅を訪問して本人との面接による聴き取り等を通じて行う。 *医療情報、趣味活動、社会的活動、生活歴等を聞き取りながら「○○できない」という課題から「したい」「できるようになる」という目標に変換していく。 *利用者本人の生活機能低下等についての自覚を促す。 *介護予防に取り組む意欲を引き出す。 《リハビリテーション専門職訪問について》 *アセスメントにリハビリの視点を加え、具体的な目標を設定するためのもの。同行を強制するものでないで、利用者と相談して利用するか決めること。 《ケアマネジメントBについて》 *ケアマネジメントA等で作成したアセスメント・帳票が基礎となる。 *短期リハビリ訪問や豊中につらつ教室実施事業所からの適切な引継ぎを行い評価することで、基本チェックリスト、興味・関心チェックシートの作成は省略可。	【関係帳票】 ・基本チェックリスト ・興味・関心チェックシート ・利用者基本情報 表 11		
2) ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）作成	○	○	×
◆利用者の状況に応じてサービスの選択を支援すると共に、その後の利用者への関わりの必要度合を考慮して、介護予防ケアマネジメントの類型を決める。 (ケアマネジメントBは介護予防支援またはケアマネジメントAから移行するもの) 《ケアマネジメントCについて》 *初回のみケアマネジメントで、モニタリングも1度のみで可としていることから、ケアマネジメント結果に基づき、本人が自分の健康づくり・介護予防活動について、主体的に取り組む姿勢をもっていただくことが重要である。 *そのうえで疾病や障害を踏まえた生活上の留意点を本人が理解して家族や周囲に伝えておくことや、状況が変化した場合や困りごとが発生した場合には地域包括支援センターに相談するという意識を醸成していく必要がある。 ◆目標・具体策・利用サービスなどを決定する 《目標設定について》 *目標設定については、利用者が自分の目標として意識できるような内容・表現を心がけ、利用者自身でも評価できる具体的な目標とする。 《ケアマネジメントBについて》 *短期リハビリ訪問や豊中につらつ教室実施事業者から適切な引継を行い、評価することでケアプラン原案の地域包括支援センターの確認は省略可。	【関係帳票】 ・介護予防サービス支援計画書 表 4 表 12		

3) サービス担当者会議	○	×	×
 ◆ケアプラン作成時・変更時に開催し、利用者・家族、サービス提供事業者などとの共通認識を図る。	【関係帳票】 ・介護予防サービス支援計画書 ・介護予防ケアマネジメント経過記録		
4) 利用者への説明・同意	○	○	○
5) ケアプラン確定・交付	○	○	△
 ◆利用者に交付するとともに、サービス提供事業者にも交付する。	【関係帳票】 ・介護予防サービス支援計画書		
6) サービス利用開始（ケアマネジメントの実施）	○	○	○
◆各サービス提供者よりサービスを実施。			
7) モニタリング	○	○	○
 ◆サービス利用開始後の状況、問題、意欲の変化など継続的に把握 ◆利用者及び家族から直接聴取するほか、サービス提供者から状況を聴取 ◆利用者宅への訪問によるモニタリング 《ケアマネジメントA、Bの場合》 *少なくとも3か月に1回※及び利用者の状況に著しい変化のあった時には、訪問して面接する。利用者の同意を得て、状態が安定している場合などには、テレビ電話装置等の活用で6か月に1度の訪問も可能。利用者の状況に著しい変化のあった場合は、必要に応じて計画の見直しを行う。 ※ケアマネジメントBにおいては、3か月目と6か月目 *それ以外の月においては、可能な限り、利用者の通所先を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、面接ができない場合は電話等により利用者との連絡を実施する。 《ケアマネジメントCの場合》 *1年以内に1回実施する。*利用者と家族との相談によって設定した時期に、利用者宅を訪問して面接する。 *利用者の状況に変化等があった際には、適宜サービス提供者等から地域包括支援センターに連絡する体制を作っておく。	【関係帳票】 ・介護予防サービス支援計画書 ・介護予防ケアマネジメント経過記録		
8) 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、ケアマネジメントの類型変更も含めて、今後の方針を決定する。24か月以上のケアプラン期間の場合は、中間期にも評価を行う。 《短期リハビリ訪問や豊中はつつ教室利用後について》 *給付管理の対象となるサービスを利用しない場合はケアマネジメントBに移行することができる。※必須ではない。 《ケアマネジメントBについて》 *基本は6か月継続するもので、延長は不可。ただし、一定の基準を満たす方は3か月目の面接によるモニタリング時に評価し、終了することも可。	【関係帳票】 ・介護予防ケアマネジメントサービス評価表 ・介護予防ケアマネジメント経過記録		

参 考

アセスメント時の留意点

【本人・家族とのコミュニケーションで心がけること】

- ◇「できていないこと」ばかりに目を向けず、本人が「できていること」「できそうなこと(潜在能力)」を探す。
- ◇能力（できる・一部できる・できない）と行為（している・一部している・していない）の差を確認し、できる能力があるのに行為として「していないもの」があれば、なぜしていないのかを明確にし、行為として行うことの大切さを理解してもらえよう働きかける。
- ◇めざす生活や目標が表現されにくい場合は、本人の関心のあることや、今までやってきたことから一緒に考える。
- ◇家族や友人、仲間との人間関係の中で動機づけが促されたり、取り組みが継続されることも活用する（環境づくり）。
- ◇具体的な支援方針に基づいたサービス利用やセルフケア実現により、数か月後の姿がイメージできるように予後予測の視点を持ったうえで、利用者に丁寧な説明を行う。

ケアプラン作成時の留意点

【ケアプラン期間】

- ◇利用者の状況に応じて目標が達成できる適切な期間を設定（最大認定有効期間）。ただし、事業対象者は、概ね12か月ごとに評価を行い、必要に応じてケアプランを変更する。

【目標設定にあたっての留意事項】

◇自己効力感につながる目標設定

目標は利用者が一定の期間に達成可能でありうることや、利用者の価値観や好みを十分に考慮することが重要である。達成できない目標を設定することは、利用者が自信をなくしたり、意欲を低下させることにもつながる。特に介護予防を開始したときは、それほど困難でない目標を設定し、達成感や自信を強化することも有効と考えられる。

◇可能性の洞察

「できないことを」を探して、それを補うサービスを組み込むことばかりに焦点を当てるのではなく、本人が「できること」「できそうなこと」を一緒に探し、生活機能の向上が図られるような目標を立てる視点を持つ必要がある。このためには、利用者に「生活機能が向上すると、どのような生活が送れるのか」といった具体的なイメージをもってもらい、一緒に目標を立てる必要がある。

【サービス選択にあたっての留意事項】

- ◇利用者のニーズや状態像に応じたサービス選択を行うため、地域にあるサービスやその特徴なども含めて広く社会資源を把握していく必要がある。
- ◇事業者間の情報共有の必要性
サービス提供にあっては、個々の事業所のサービスが連動する必要があるという意識をより強く持つことが重要である。例えば、通所型サービスを利用している人であれば、通所型サービスで身体機能の向上が見られた場合、その向上した機能をさらに活かす訪問型サービスやセルフケアの内容に変更していく必要がある。

サービス担当者会議の目的

- ◇利用者や家族の生活全体およびその課題を共通理解する。
- ◇地域の公的サービス・インフォーマルサービスなどの情報を共有し、その役割を理解する。
- ◇利用者の課題、生活機能向上の目標、支援方針、支援計画などを協議する。
- ◇介護予防ケアプランにおけるサービス事業者等の役割を相互に理解する。

ケアマネジメント B を実施する上での留意点

～アセスメント～

- ◇ケアマネジメント A のアセスメント・帳票を基に、短期リハビリ訪問や豊中はつらつ教室終了時の心身機能や活動・参加意欲にかかる本人情報を、利用者だけでなく、短期リハビリ訪問や豊中はつらつ教室実施事業所からも収集する。

～ケアプラン原案作成から交付まで～

- ◇支援計画の欄には、短期集中サービス利用時から使用している「介護予防手帳（はつらつ手帳）」を活用したセルフケアの習慣獲得を記載。また、地域活動等への参加についても利用者と相談しながら記載する。

～ケアプランの実行・モニタリング～

- ◇3 か月目、6 か月目、及び評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあった時には、自宅や地域活動の場に訪問して面接する。それ以外の月においては、可能な限り、訪問して利用者に面接するよう努めるとともに、面接ができない場合は電話等により利用者との連絡を実施する。

～評価（終了）～

- ◇介護予防手帳を活用したセルフケアが定着できているか確認し評価
- ◇介護予防に資する地域の活動等への参加を促し、参加状況を評価状態維持できていれば終了。サービスが必要な状態であれば、ケアマネジメント A に移行。ケアマネジメント B の延長は不可

リハビリテーション専門職訪問のポイント

- ◇アセスメントにリハビリの視点を加え、具体的な目標を設定するためのもの。同行を強制するものではないので、利用者と相談して利用するか決める

- ◇健康推進課 健康支援係（06-6858-2236）

伝える項目 1) 同行訪問の希望日時（第 1 希望・第 2 希望・第 3 希望）
 2) 本人氏名
 3) 年齢
 4) 性別
 5) 住所
 6) 主たる疾患

- ◇候補日を複数日程用意する

4. サービス内容と利用対象者像について

		従前相当サービス	基準緩和サービス	住民主体サービス	訪問型短期集中サービス	一般介護予防事業
サービスのおもな概要	訪問型	◆ホームヘルパーが、身体介護・生活援助を提供 ◆基準緩和サービスとの併用不可 ◆週1～2回程度 ◆利用時間は利用者により異なる	◆訪問介護員または一定の研修受講者により、生活援助を提供(※身体介護は含まない) ◆従前相当サービスとの併用は不可 ◆週1回(概ね月4回)まで、または週2回(概ね月8回)まで ◆概ね1回1時間程度	◆福祉便利屋 (市社会福祉協議会との共同実施) 高齢者が日常生活の中で抱える身近な困りごとに対し、地域住民によるボランティアの助け合いを通じて、以下のような支援を行います。 ・買い物の代行 ・話し相手 ・家具の移動 ・電球の交換 ・ゴミ出し など	◆短期リハビリ訪問 短期間(1～3か月間)に訪問型(自宅での生活機能のチェック、指導等)で支援を行い、外出、家事、入浴など生活課題の改善を図ることで自立支援を推進します。	◆豊中はつらつ教室 短期間(3か月間)に通所型(集団体操や個別トレーニング、介護予防の講習等)を主とした支援を行い、外出、家事、入浴など生活課題の改善を図ることで自立支援を推進します。
	通所型	◆生活機能向上のための機能訓練を提供 ◆基準緩和サービスとの併用不可 ◆週1～2回程度	◆運動・レクリエーション等を提供 ◆従前相当サービスとの併用は不可 ◆週1回(概ね月4回)まで、または週2回(概ね月8回)まで	◆ぐんぐん元気塾 (市社会福祉協議会との共同実施) 地域住民が主体となり、地域サロン等において体操を取り入れた健康増進活動を実施しています。		
対象者(利用条件)		要支援1・2の認定者	要支援1・2の認定者 事業対象者	65歳以上高齢者	要支援1・2の認定者 事業対象者	65歳以上高齢者
		◆認定調査票もしくは医師の意見書の認知症自立支援度がⅡ以上の人、認知症と診断されている人 ◆認定調査票もしくは医師の意見書の障害自立度がランクB以上の人 ◆退院6か月以内で状態が変化しやすい人 ◆ターミナルケアが必要な人 ◆疾病その他の原因により状態が変化しやすい人 ◆訪問介護で身体介護が必要な人 ◆訪問介護で週3回訪問が必要な人(要支援2の人が対象) ◆その他、現在サービスを利用していて、サービスの利用継続が必要な人(服薬管理、体調管理、入浴介助が必要なケースや身体・精神・療育等手帳保有など特別に配慮を必要とするケース等)	(左記以外の人) ・要支援1・事業対象者 →週1回まで ・要支援2 →週2回まで	◆福祉便利屋 介護保険の対象となるサービスや、身体介護に該当する支援は対象外です。	◆短期間(1～3か月間)、集中的に筋力強化運動や包括的な指導、社会参加支援を行うことにより、生活課題の改善が見込める人 ※通所介護、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションを受けている方は、本サービスを利用できません。 ※利用期間中の自己負担はありません。	◆短期間(3か月間)、集中的に筋力強化運動や包括的な指導、社会参加支援を行うことにより、生活課題の改善が見込める人 ※通所介護、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションを受けている方は、本サービスを利用できません。 ※利用期間中の自己負担はありません。
給付管理の有無		あり	あり	なし	あり	なし

5. 給付管理について

① 支給限度額について

要支援 1	50,320円
要支援 2	105,310円
事業対象者	(上限額は要支援1と同様)

② 費用負担について

利用サービス	事業対象者	要支援者
総合事業のみを利用する場合	介護予防ケアマネジメント費 (総合事業費から支出)	介護予防ケアマネジメント費 (総合事業費から支出)
総合事業と予防給付を利用する場合	—	介護予防支援費 (給付費から支出)
予防給付のみを利用する場合	—	介護予防支援費 (給付費から支出)

③ 請求の流れ

- ◆介護予防支援と同様の流れで、大阪府国民健康保険団体連合会を通じて請求を行います。
- ◆給付管理の対象となるサービスは以下の通りです。

【給付管理の対象となるサービス】

従前相当サービス（訪問介護相当サービス・通所介護相当サービス）、
基準緩和型サービス（訪問型サービスA・通所型サービスA）、
短期リハビリ訪問（訪問型短期集中サービス）

④ その他

- ◆事業対象者の有効期間は設けないこととします。
- ◆総合事業においても、介護保険負担割合証の割合（1割～3割）に応じた自己負担とします。（但し、対象は指定事業者によるサービス）
- ◆総合事業においても、高額介護予防サービス費に相当する事業（支給）を実施します。（但し、対象は指定事業者によるサービス）

6. 契約関係について

① 住所地特例者、他市居住者について

	豊中市の被保険者で 「住所地特例者」の場合	住所地特例者以外 (豊中市被保険者で他市居住者) の場合
ケア マネジ メント サ ー ビ ス 提 供	総合事業は居住地市町村が提供。 ケアマネジメントも居住地の地域包括 支援センターが行う。	* 豊中市外の事業所は、従前相当サービス、 基準緩和サービスのそれぞれについて、 豊中市の事業所指定を受けていることが 必要です。 * 被保険者が遠方に居住する場合の介護予 防ケアマネジメントについては、保険者 の地域包括支援センターが居住市の居宅 介護支援事業所に委託することになりま す。(介護予防支援と同様の考え方)
基 本 チ ェ ッ ク リ ス ト の 実 施	居住地市町村でチェックリストを実施 (要介護認定を希望する場合は、保険者 市へ申請)	
介 護 予 防 ケ ア マ ネ ジ メ ン ト 依 頼 届	居住地市町村へ提出 (居住地市町村から保険者へ送付)	
請 求 先	国民健康保険団体連合会経由で保険者 へ請求	