

阿南市
介護予防ケアマネジメント
マニュアル



阿南市 介護・ながいき課

平成29年4月

目 次

1	介護保険制度の基本的考え方	1
2	介護予防の基本的考え方	1
3	阿南市の総合事業	1
	（1）介護予防・生活支援サービス事業対象者と事業内容	3
	（2）一般介護予防事業対象者と事業内容	5
	（3）その他の事業	5
4	相談受付からケアマネジメント・サービス利用まで	6
	（1）相談からサービス利用手続き図	6
	（2）窓口での相談手続き等	7
5	介護予防ケアマネジメントの考え方	18
	（1）介護予防ケアマネジメント	18
	（2）介護予防ケアマネジメントの留意事項	19
	（3）介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例	20
6	介護予防ケアマネジメントの類型	22
	（1）介護予防ケアマネジメントA	22
	（2）介護予防ケアマネジメントB	22
	（3）介護予防ケアマネジメントC	23
7	介護予防ケアマネジメントに使用する様式	24
8	介護予防ケアマネジメントの手順	26
9	介護予防ケアマネジメントの留意事項	30
10	阿南市版 介護予防ケアマネジメント実施における関連様式	
	① 様式第1号 受付シート	
	② 様式第2号 基本チェックリスト	
	③ 様式第3号 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 様式第3号（裏）委任状	
	④ 様式第4号 興味・関心チェックシート	
	⑤ 様式第5号 阿南市アセスメントシート 様式第5号（裏）現行相当サービスの判断基準	
	⑥ 様式第6号 運動プログラム参加に係るチェックシート	
	⑦ 様式第7-1・7-2号 利用者基本情報（Ⅰ）（Ⅱ）	
	⑧ 様式第8-1・8-2号 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録票）Ⅰ・Ⅱ	
	⑨ 様式第9号 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録	
	⑩ 様式第10号 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	
	⑪ 様式第11号 介護予防ケアマネジメント 依頼終了届出書	
	⑫ 別紙1 利用者基本情報（Ⅰ）（Ⅱ）の記入の仕方	
	⑬ 別紙2 介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント結果等記録票）Ⅰ・Ⅱの記入の仕方	
	⑭ 別紙3 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録の記入の仕方	
	⑮ 別紙4 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント サービス評価表の記入の仕方	

1 介護保険制度の基本的考え方

介護保険制度においては、『介護を要する状態となっても、できる限り、居宅で自立した生活を営めるようにサービスを提供すること』、『利用者に対しても、介護が必要な状態となることを予防するための健康の保持増進、介護が必要な状態となった場合にも、介護サービスを利用した自立した生活のための能力維持、向上を求めること』が掲げられています。

介護保険制度の基本理念は、「できる限り在宅で自立した日常生活を継続できるように支援すること」です。

条文 介護保険法第4条第1項（国民の努力及び義務）

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 介護予防の基本的考え方

介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減・悪化の防止を目的として行うものです。特に、生活機能の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すのではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人一人の生きがいや自己実現のための取組を支援して、生活の質の向上を目指すものです。

3 阿南市の総合事業

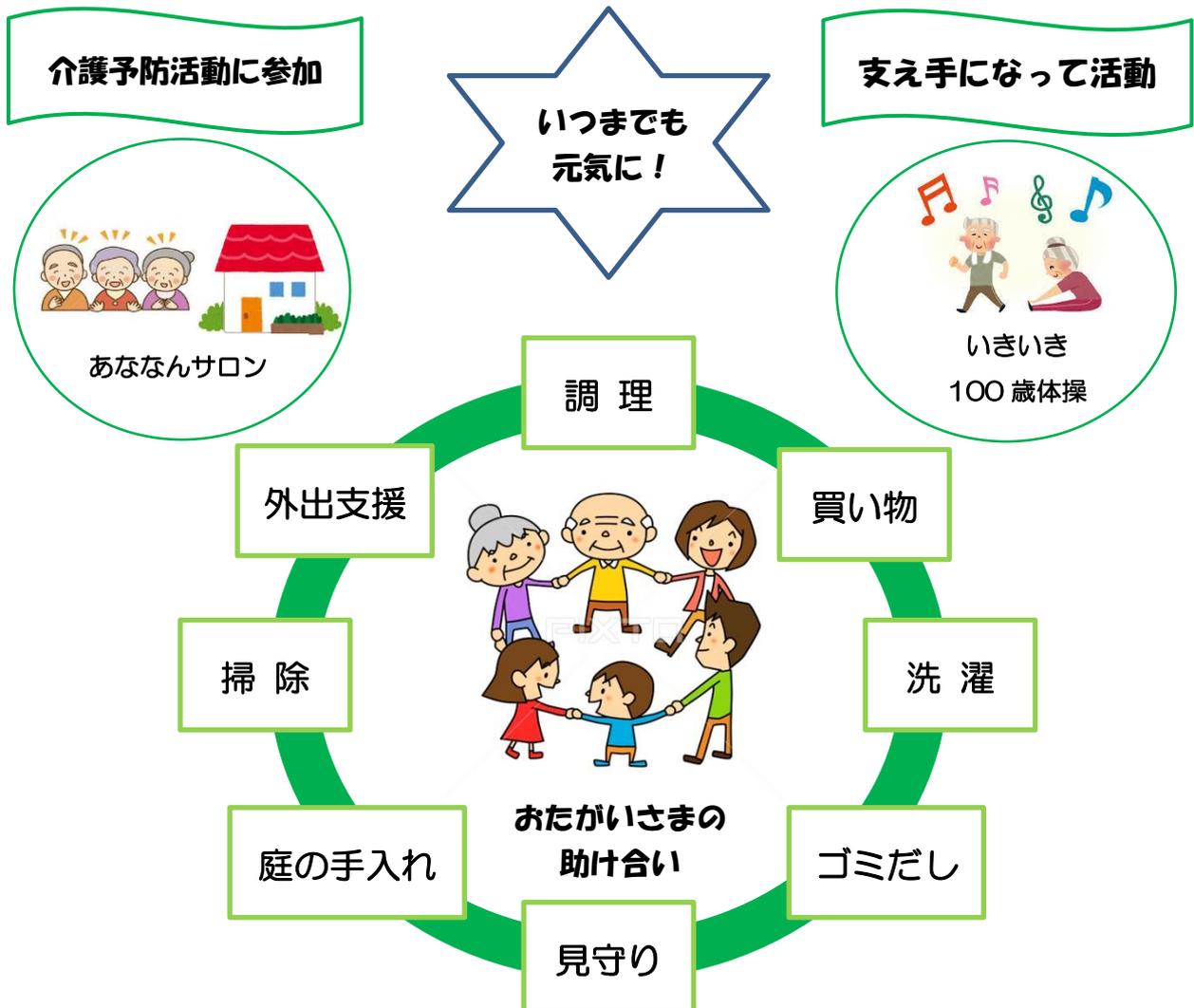
団塊の世代が75歳以上となる平成37年には、単身高齢者世帯、高齢者のみの世帯、認知症高齢者の大幅な増加が見込まれており、高齢者が住み慣れた地域で人生の最後まで自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域の実情に合わせた地域包括ケアシステムの構築が求められています。

地域包括ケアシステムの構築については、生産年齢人口減少による担い手不足の中で、高齢者の増加に伴う生活支援ニーズにどのように応えていくのが課題です。

その解決方法として、阿南市では、各地域で住民自らが介護予防に取り組む活動の支援を行うことで、地域の健康度を高め、人と人がつながり・支え合う地域づくりを目指すとともに、高齢者の社会参加を促し、専門職以外の生活支援の担い手の確保を図らなければならないと考えています。

そのため、阿南市では以下のことを基本として総合事業を実施します。

- 1 介護予防訪問介護・通所介護サービスについては、移行当初は現行相当サービスと緩和した基準によるサービスを提供します。
- 2 新たなサービスの創出については、今後、生活支援コーディネーターや協議体を中心として、地域ニーズを把握し、地域の実情に応じたサービス内容や提供方法等について検討していきます。
- 3 高齢者ができる限り要介護状態になることを予防し、健康でその人らしい暮らしができることを目指すと共に、地域全体が健康で、通いの場が拠点となり、人と人のつながりにより支え合える地域づくりを行います。



(1) 介護予防・生活支援サービス事業対象者と事業内容

<対象者>

- ① 要支援者・・・要支援認定を受けた方（要支援 1・2）
- ② 事業対象者・・・65歳以上の者で、基本チェックリストの実施により基準項目に該当する方

※ 基本チェックリスト 25 項目のうち、下記の項目に該当する場合に対象

No.	質問項目	回答 いずれかに○をつけて下さい		合計 点	項目
		0	1		
1	バスや車で1人で外出していますか	0	1		生活全般
2	日用品の買い物をしていますか	0	1		
3	預貯金の出し入れをしていますか	0	1		
4	友人の家を訪ねていますか	0	1		
5	家族や友人の相談にのっていますか	0	1		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0	1		運動機能
7	椅子に座った状態からなにもつかまらずに立ち上がっていますか	0	1		
8	15分くらい続けて歩いていますか	0	1		
9	この1年間に転んだことがありますか	1	0		
10	転倒に対する不安は大きいですか	1	0		栄養関係
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1	0		
12	身長 cm 体重 kg BMIが18.5未満である (BMI=体重kg÷身長m÷身長m)	1	0		
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	0		口腔機能
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1	0		
15	口の渇きが気になりますか	1	0		
16	週に1回以上は外出していますか	0	1		外出
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1	0		
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云われますか	1	0		物忘れ
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	1		
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1	0		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1	0		こころ
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	0		
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	1	0		
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1	0		
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1	0		

No.1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当	複数の項目に支障がある場合
No.6～10 までの5項目のうち3項目以上に該当	運動機能の低下
No.11～12 の2項目のすべてに該当	低栄養状態
No.13～15 までの 3 項目のうち2項目以上に該当	口腔機能の低下
No.16～17 の2項目のうちNo.16 がいいえに該当	閉じこもり
No.18～20 の3項目のうちいずれか1項目以上に該当	認知機能の低下
No.21～25 の5項目のうちいずれか2項目以上に該当	うつ病の可能性

※ 40～64 歳の第 2 号被保険者については、がんや関節リウマチ等の特定疾病に起因して要介護状態等となることがサービスを受ける前提となるため、要介護認定等申請を行ってください。

基本チェックリストは、要介護認定等を省略し、迅速にサービス事業の利用開始につなぐことができるものです。

<事業内容>

訪問型サービス
(現行の訪問介護相当)

★阿南市介護予防訪問介護相当サービス
有資格者(訪問介護員等)による
身体介護、生活援助サービス

訪問型サービス A
(緩和した基準によるサービス)

★阿南市訪問型生活応援サービス
生活援助サービス(身体介護を除く)
※在宅において自立した生活を送ることができることを目標に支援を行うサービス

通所型サービス
(現行の通所介護相当)

★阿南市介護予防通所介護相当サービス
専門職によるデイサービス
(介護福祉士等、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師)

通所型サービス A
(緩和した基準によるサービス)

★阿南市はつらつデイサービス
生活機能を改善することを目標に支援を行うサービス

(2) 一般介護予防事業対象者と事業内容

<対象者>

65歳以上の高齢者とその支援のための活動に関わる者

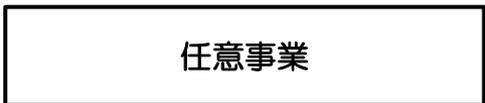


★地域介護予防活動支援事業
(住民主体の介護予防活動)

- あななんサロン
- いきいき100歳体操
- 阿波踊り体操

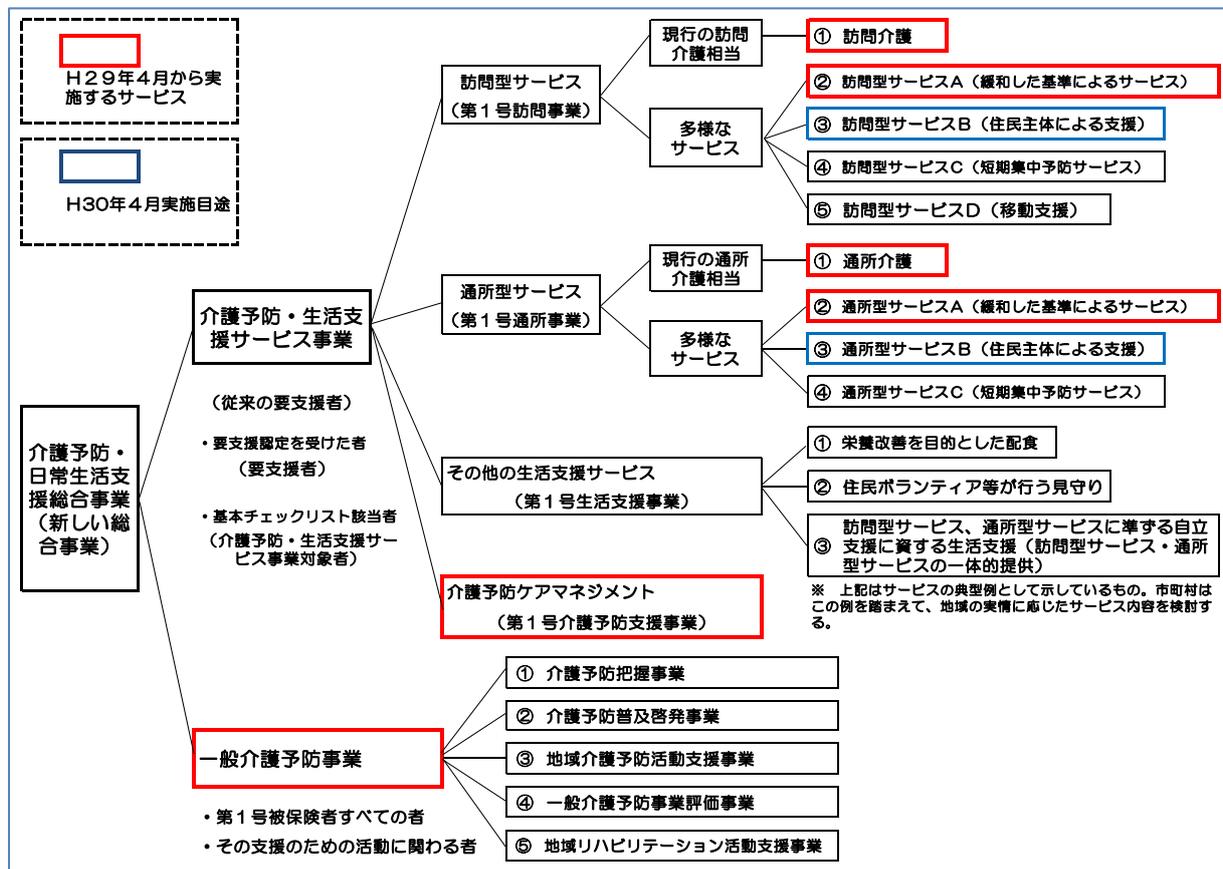
※開催会場は、阿南市 HP に掲載

(3) その他の事業



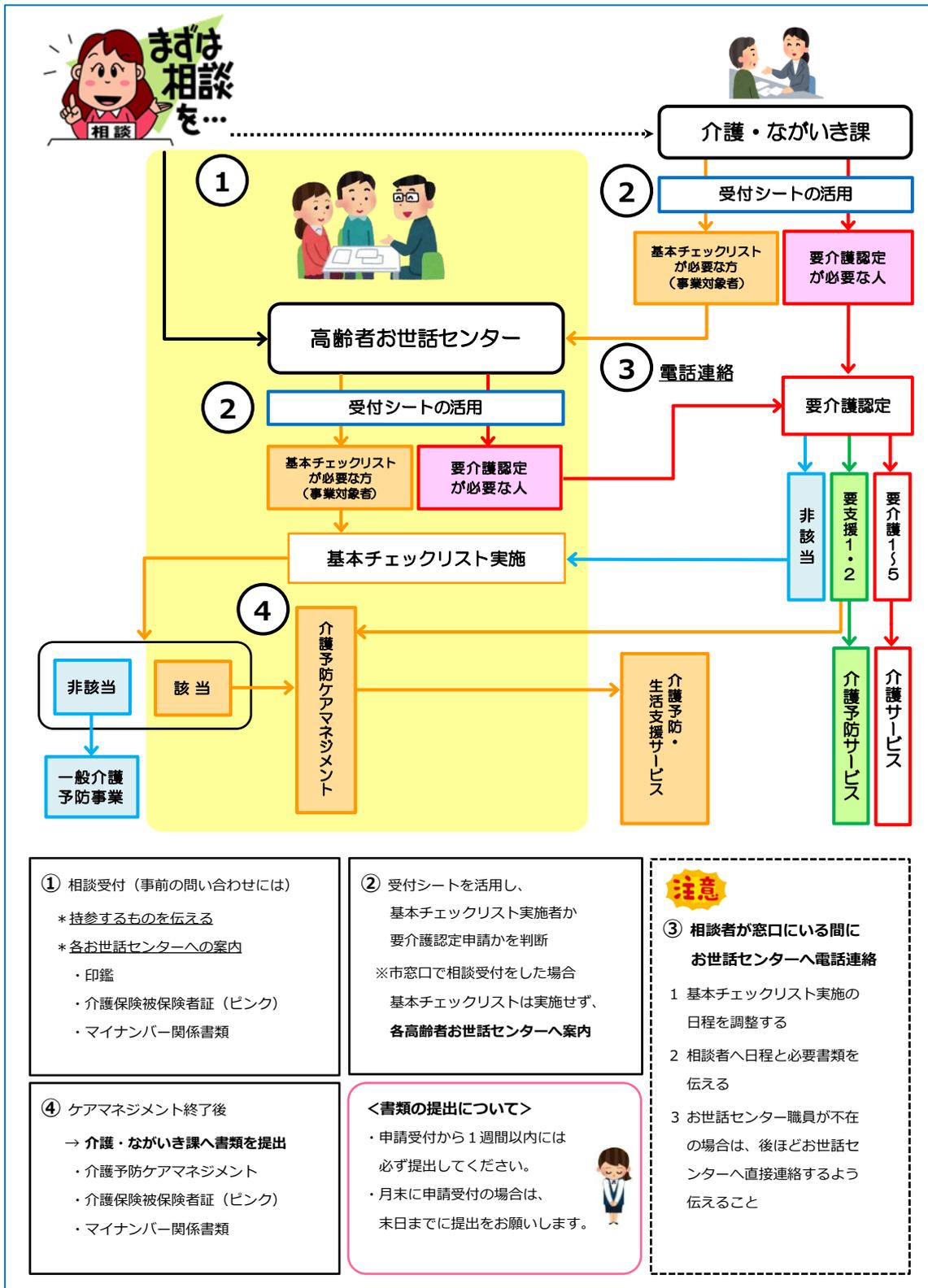
★認知症サポーター養成講座

※上記事業内容は、平成 29 年 4 月実施のものであり、今後順次見直し予定です。
阿南市高齢者福祉事業も実施しております。



4 相談受付からケアマネジメント・サービスの利用まで

(1) 相談からサービス利用手続き図



(2) 窓口での相談手続き等

① 相談目的や希望するサービスを聴き取る

<相談の受付時に、受付シートの活用>

受付シートの活用について

総合事業の実施にあたって、基本チェックリスト対象者または要介護認定申請対象者の判断を行う必要があります。そのため、各相談窓口で統一した考え方にに基づき振り分けを行うためにシートを活用してください。

※明らかに要介護認定が必要な場合は、このシートの記入は必要ありません。

<相談窓口>

阿南市介護・ながいき課

総合事業の対象者が要介護認定申請が必要な方かを受付シートを活用して判断します。

- ・要介護認定申請が必要な方・・・受付
- ・総合事業の対象者・・・各高齢者お世話センターを案内

総合事業の対象者の場合の基本チェックリストは、市の窓口では行いません。

<高齢者お世話センターへの案内時の注意事項>

- ①相談者が窓口にいる間に、お世話センターへ電話連絡
(基本チェックリスト実施日等の調整を行い、
相談者に伝えること。)
- ②必要書類について
(印鑑、介護保険被保険者証、マイナンバー関係書類)
- ③お世話センター職員が不在の場合は、後ほど相談者からお世話センターへ直接連絡するよう伝えること

各高齢者お世話センター

総合事業の対象者が要介護認定申請が必要な方かを判断します。

要介護認定申請が必要な方・・・受付

総合事業の対象者・・・基本チェックリストの実施

受付シート

受付	市・(〇部) 高齢者お世話センター 受付者(阿南 花子)
----	--

受付年月日：平成 29 年 8 月 7 日

フリガナ	アナン タロウ		電話番号	0884-00-0000	
対象者氏名	阿南 太郎				
生年月日	明治・大正・昭和	7年 10月 20日	年齢	84 歳	
住所	阿南市 富岡 町 トノ町 12-3				
要介護認定の有無	有・ 無	有の場合は要介護度	要支援()・要介護()		
認定有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
代理人氏名	阿南 次郎		対象者との関係	子	
電話番号	自宅	0884-00-0000	携帯	090-0000-0000	

↓
対象者の年齢が65歳以下の場合・要介護1以上の場合 **要介護認定申請へ**

1 対象者の方の現在の身体状況(該当する箇所に○)

歩行	自分で歩ける・ 杖等を使用すればできる	歩けない
更衣	自分できる ・一部助けがあればできる	できない
入浴	自分できる ・一部助けがあればできる	できない
食事	自分できる ・一部助けがあればできる	できない
物忘れ	なし・ 日常生活に支障がない程度の物忘れあり	日常生活に支障あり

↓
1つでも該当する場合は**要介護認定申請へ**

2 利用したいサービス内容

<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション(デイケア) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護・療養介護(ショートステイ等) <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 訪問サービス(ホームヘルプ) <input checked="" type="checkbox"/> 通所サービス(デイサービス)	<input type="checkbox"/> 近くにある通いの場を利用したい <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 一般介護予防事業を紹介 ※基本チェックリストの必要なし </div>
① 国の介護保険サービス	② 阿南市の総合事業サービス	



3 訪問調査について

訪問先	氏名	阿南 太郎		本人との続柄	本人
	電話番号	自宅	0884-00-0000	携帯	090-0000-0000
	住所	※住民票と同じであれば記載必要なし			
訪問を希望する日時		〇月〇日		午前・午後 9 時頃	

② 総合事業の説明を行う（趣旨・内容・手続き等）

以下に記載する内容等の説明を行う

<趣旨>

- ①効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開による要支援状態等からの自立の促進や重度化予防の推進を図る事業であること
- ②ケアマネジメントの中で、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んだ上で、目標達成の後は、より自立に向けた次のステップに移っていくこと

<サービス内容について>

パンフレットを用い、サービス内容等の説明を行う。

<手続きについて>

- ①要介護認定等の申請の説明
- ②総合事業のサービスのみ利用する場合は、基本チェックリストを活用して事業対象者とし、迅速なサービス事業の利用が開始できること
- ③総合事業のサービス利用開始後も、必要な時は要介護認定等申請も可能であること

③ 要介護認定申請の受付又は基本チェックリストの実施

<要介護認定申請の受付>

今までどおりの受付を行ってください。

<基本チェックリストの実施>

- ①担当者が、各質問項目と質問項目の趣旨を説明し理解していただきながら、各質問に答えてもらうようにしてください。（窓口担当者が聴き取り、記入する）
- ②基本チェックリストの実施日が、事業対象者に該当する基準日となることに注意が必要（記入年月日が記載されていることを確認）

様式第2号

基本チェックリスト

受付 (〇 〇) 高齢者お世話センター
 受付者 (阿南 花子)

被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		記入日	平成 29 年 8 月 7 日	
ふりがな	あなん たろう		明 大 昭	電話番号	
氏名	阿南 太郎		生年月日	7 年 10 月 4 日 0884-00-0000	
住所	阿南市 富岡町 トノ町 12-3		性別	代理人	阿南 次郎 続柄 (子)
			男・女		

No.	質問項目	回答 いずれかに〇をつけて下さい		合計点	項目
1	バスや車で1人で外出していますか	0 はい	1 いいえ	3	生活全般
2	日用品の買い物をしていますか	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		
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	3	運動機能
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分くらい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	1	栄養関係
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が18.5未満である (BMI=体重kg÷身長m÷身長m)	1 はい	0 いいえ	1	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	2	外出
15	口の渇きが気になりますか	1 はい	0 いいえ		
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	0	物忘れ
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	2	こころ
21	（この質問）毎日の生活に満足感がない	1 はい	0 いいえ		
22	（この質問）やれていたことが楽しめなくなった	1 はい	0 いいえ		
23	（この質問）いたことが今はおっくうに感じられる	1 はい	0 いいえ		
24	（この質問）聞だと思えない	1 はい	0 いいえ		
25	（この質問）ような感じがする	1 はい	0 いいえ		

<阿南市の取扱い>
基本チェックリスト実施
日とケアマネジメント依
頼届出の日は同日と
します！

介護予防ケアマネジメントの実施に当たり、利用者の状況を把握する必要が
 セサメントシートを、市、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、
 介護保険施設、↑ 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。

平成 29 年 8 月 7 日

氏名 阿南 太郎 印

【事務処理欄】

区分	全般	運動	栄養	口腔	外出	物忘れ	こころ	判定
No.	1~20	6~10	11~12	13~15	16~17	18~20	21~25	<input checked="" type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス
判定基準	10点以上	3点以上	2点全て	2点以上	No.16以外に該当	1点以上	2点以上	<input type="checkbox"/> 一般介護予防事業
該当項目に〇		〇			〇		〇	<input type="checkbox"/> 要介護認定申請

基本チェックリストについての考え方

【共通事項】

- ①対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。
- ②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ってください。
- ③習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。
- ④各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。

	質問項目	質問項目の趣旨
	1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。	
1	バスや車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや自動車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや自動車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談にに応じている場合も「はい」とします。

	質問項目	質問項目の趣旨
6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
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	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るかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6ヵ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6ヵ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載してください。体重は1ヵ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
15	口の渇きが気になりますか	口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヵ月の状態を平均してください。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。

	質問項目	質問項目の趣旨
18～20の質問項目は認知症について尋ねています。		
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	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
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	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。
21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
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	
23	(ここ2週間) 以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	

基本チェックリストの事務処理欄を確認し、事業対象者に該当した場合

④ 介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書の受理

<高齢者お世話センター窓口>

- ① 介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届書を記入してもらう
- ② 基本チェックリスト・被保険者証・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届書を介護・ながいき課へ提出

<介護・ながいき課への書類の提出について>

- ・ 申請受付から **1週間以内**に提出してください。
- ・ 月末の申請受付の場合は、**月末まで**に提出してください。

☆お願い☆

介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書には、「個人番号（マイナンバー）」を記載してください。

～個人番号（マイナンバー）の取扱いについて～

介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届書の裏面に**委任状**がありますので、ご利用ください。なお、個人番号の取扱いに関する必要書類は、以下のとおりです。

【必要書類】

○個人番号（マイナンバー）の記載のある証明書が必要

個人番号カード・通知カード・住民票（個人番号の記載があるもの）

○窓口に来られた方の身元確認について（本人又は代理人*委任状記載あり）

- ・顔写真入りの公的機関が発行した証明書・・・1点
- ・顔写真入り以外の証明・・・2点

○委任状がない代理人が窓口に来られる場合

- ・本人の身元確認書類・・・1点
- ・代理人の身元確認書類・・・顔写真入りの証明 1点もしくは顔写真入り以外は2点

【個人番号（マイナンバー）に関する必要書類】（委任状の下欄にあります。）

※下記を参考にして必要書類を確認してください。

個人番号の確認		本人申請		本人以外の窓口申請			
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票		<input type="checkbox"/> 窓 口 <input type="checkbox"/> 使 者 <input type="checkbox"/> 郵 送		法定代理人		家族・事業者代行	
個人番号の記載がない理由 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他 ()		1点確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障がい者手帳 <input type="checkbox"/> パスポート 2点確認 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 介護負担割合証 <input type="checkbox"/> 介護限度額証 <input type="checkbox"/> 健康保険証		<input type="checkbox"/> 成年後見人の証明 1点確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 () 2点確認 <input type="checkbox"/> 顔写真なしの証明書 () ()		<input type="checkbox"/> 委任状記載あり <input type="checkbox"/> 委任状記載なし 代理人の身元確認 1点確認 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 () 本人の身元確認 1点確認 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 介（負・割・限） <input type="checkbox"/> 健康保険証 代理人の身元確認 1点確認 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 () 2点確認 <input type="checkbox"/> 顔写真なしの証明書 () ()	

様式第3号

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

		区 分	
		新規・変更	
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号	
フリガナ アナン タロウ		1234567890	
阿 南 太 郎		個 人 番 号 (マイナンバー)	
		123123456789	
生 年 月 日	明・(大)・昭 7 年 10 月 4 日	性 別	(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 〒 774-0000 地域包括支援センターの所在地	
阿南〇〇高齢者お世話センター 印		阿南市〇〇町〇〇〇〇 〇〇-〇	
事業所番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	電話番号 〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇	
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下さい。			
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地 〒 —	
事業所番号		電話番号 ()	
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等 ※変更する場合のみ記入してください。			
変更年月日 平成 年 月 日			
阿南市長 宛て 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け出します。 平成 29 年 8 月 7 日 住 所 阿南市 富岡町 トノ町 12-3 被保険者 阿南 太郎 電話番号 0884-00-0000			
<p><阿南市の取扱い> 基本チェックリスト実施日とケアマネジメント依頼届出の日は同日とします!</p>			

受理年月日	【保険者確認欄】		
事務局記載欄	<input type="checkbox"/> 本人窓口申請	<input type="checkbox"/> 要支援認定者 (申請中・認定済)	<input checked="" type="checkbox"/> 入力 入力日(4/10)
	<input checked="" type="checkbox"/> 代理人申請	<input checked="" type="checkbox"/> 事業対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 負担割合証(済・未) 未
	<input type="checkbox"/> 使者申請	<input checked="" type="checkbox"/> 基本チェックリスト添付	発送日(4/12)
	<input type="checkbox"/> その他	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証回収	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証発送日 発送日(4/12)
		※個人番号(マイナンバー)の確認書類は裏面へ	

委任状

阿南市長 宛て

代理人(頼まれる人)

住 所 阿南市 富岡 町 トノ町 12-3

氏 名 阿南 次郎 (印)

私は、上記の者を代理人に定め、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)届出に関する権利を委任します。

平成 **29** 年 **8** 月 **7** 日

委任者(頼む人)

住 所 阿南市 富岡 町 トノ町 12-3

氏 名 阿南 太郎 (印)

事務処理欄

個人番号の確認	本人申請	本人以外の窓口申請				
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input checked="" type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> 窓 口 <input type="checkbox"/> 使 者 <input type="checkbox"/> 郵 送	法定代理人		家族・事業者代行		
個人番号の記載がない理由	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 成年後見人の証明	<input checked="" type="checkbox"/> 委任状記載あり 代理人の身元確認	<input type="checkbox"/> 委任状記載なし 本人の身元確認		
		<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障がい者手帳 <input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input checked="" type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 介(負・割・限) <input type="checkbox"/> 健康保険証	
		<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 介護負担割合証 <input type="checkbox"/> 介護限度額証 <input type="checkbox"/> 健康保険証	1点確認 <input type="checkbox"/> その他 ()	1点確認 <input type="checkbox"/> その他 ()	1点確認 <input type="checkbox"/> その他 ()	代理人の身元確認
			2点確認 顔写真なしの証明書 ()	2点確認 顔写真なしの証明書 ()	1点確認 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()	2点確認 顔写真なしの証明書 () ()

⑤ 被保険者証の発行

市は「介護予防ケアマネジメント依頼届出書」の受理後、受給者台帳に登録し、被保険者証を発行する。（後日郵送）

被保険者証に、事業対象者の「認定年月日」は記載されますが、「認定の有効期間」欄は記載されません。

(例)平成29年8月7日基本チェックリストを実施し、事業対象者となった場合

(一)		(二)		(三)	
介護保険被保険者証		事業対象者		給付制限	内容
番号	〒000-0000	認定年月日	平成 29 年 8 月 7 日	開始年月日	平成 年 月 日
住所	徳島県阿南市000町000	認定の有効期限	平成 年 月 日 - 平成 年 月 日	終了年月日	平成 年 月 日
フリガナ	000 0000	区分支給限度基準額		開始年月日	平成 年 月 日
氏名	○ ○ ○ ○	居宅サービス等 1月当たり	平成 年 月 日 - 平成 年 月 日	終了年月日	平成 年 月 日
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	（うち種類支給限度基準額）	サービスの種類	種類支給限度基準額	
交付年月日	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日		種類支給限度基準額		
保険者番号並びに保険者の名称及び印	3 6 2 0 4 6 徳島県阿南市高岡町トノ町12番地3 阿南市	認定審査会の意見及びサービスの種類の指定			
				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	阿南〇〇高齢者お世話センター
				届出年月日	平成29年8月7日
				ケアマネジメント依頼届出の日	届出年月日 平成 年 月 日
				届出年月日	平成 年 月 日
				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

<阿南市の取扱い>
基本チェックリスト実施日とケアマネジメント依頼届出の日は同日とします！

ケアマネジメント依頼届出の日

<注意>

事業対象者については、有効期間はありません。

自立・回復等の理由により「事業対象者」でなくなった場合、「介護予防ケアマネジメント依頼終了届」と「介護被保険者証」を提出してください。

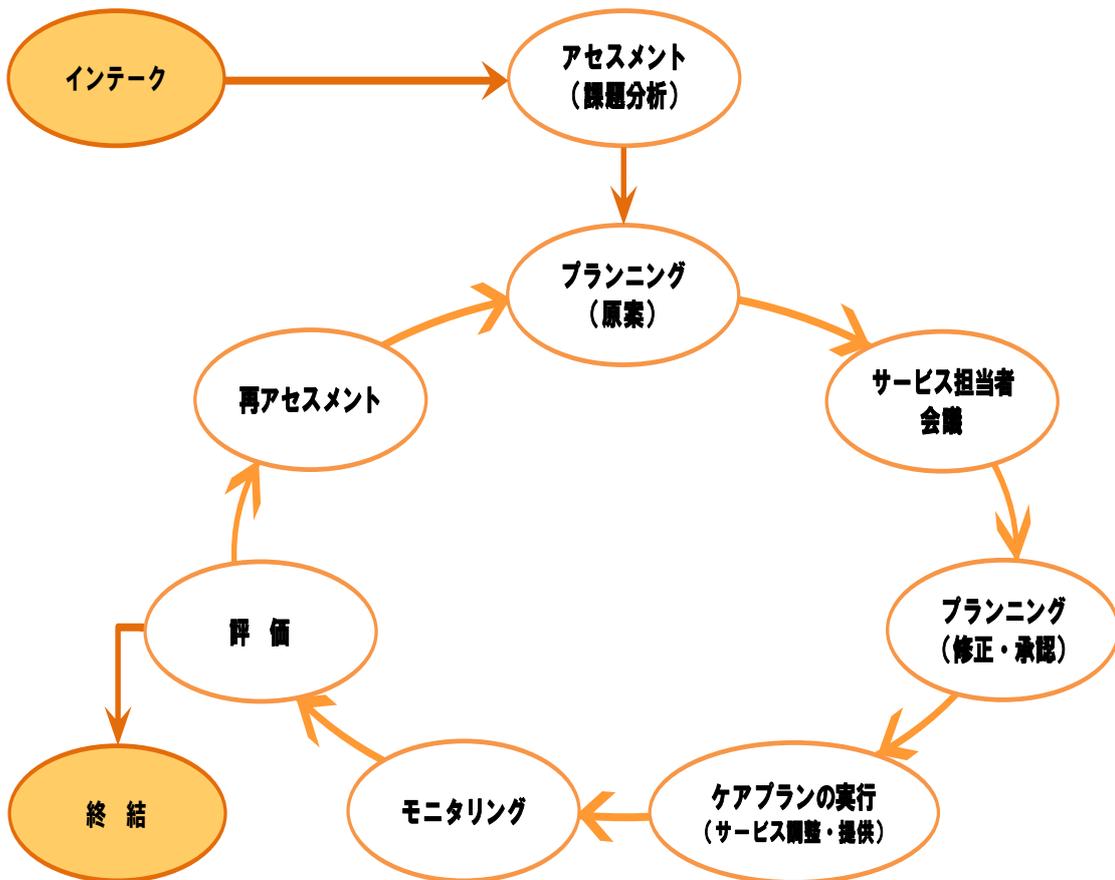
5 介護予防ケアマネジメントの考え方

(1) 介護予防ケアマネジメント

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出来る限り防ぐ（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、基本的なケアマネジメントのプロセスに基づくものです。

総合事業における介護予防ケアマネジメントは、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、具体的に介護予防・生活支援サービス事業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になります。

[ケアマネジメントのプロセス]



(2) 介護予防ケアマネジメントの留意事項

<介護予防ケアマネジメントにおける利用者の理解と納得>

- 自立支援に向けたアプローチに関して利用者が十分に理解し、納得することが重要
- 自立支援や介護予防に向けて必要なサービスをケアプランに位置づけ、それによる効果を利用者に丁寧に説明し、理解・同意を得たうえでサービス提供や事業参加することが必要



理解・納得することにより、利用者が主体的なサービス利用や活動を考え、目標の達成を意識する

<目標の設定>

- 適切なアセスメントの実施により、利用者の理解が得られれば、主体的な目標設定が可能となる
- 利用者を含めさまざまな専門家によるケアカンファレンスを通じ、利用者の改善の可能性を実現するため、利用者が行うセルフケアも含めた具体的な支援方法を探り、固める



利用者の自立に向けた目標指向型プランの策定

<目標の共有と利用者の主体的なサービス利用>

- 利用者とサービス提供者による「生活機能向上のための目標の共有および利用者の主体的なサービス利用」を勧めることが重要

<将来の改善の見込みに基づいたアセスメント>

個々の利用者ごとに、生活機能を向上させ活動や参加に導くためには、状態像の変化に応じて必要な支援要素を決定し、当該支援要素に対応した適切なサービスを調整し、定期的に見直しをしていく仕組みを構築することが必要。そのひとつに地域ケア会議の活用がある。

<明確な目標設定をもった介護予防ケアプランづくり>

個々の利用者ごとに、生活機能が、いつまでにどの程度向上するのか、または、どの程度の期間維持できるのかを明らかにし、利用者・家族およびサービス提供者がその目標を共有するとともに、適切に評価することが重要。

(3) 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

課 題	目 標
<p>セルフケア</p> <p>清潔・整容・排せつの自立、TPOに 応じた更衣、服薬管理、健康に留 意した食事・運動など</p>	<p>健康</p> <p>毎年健診に行く、体にいいと思う食 事や運動を日々続ける、自分で服 薬管理する</p> <p>日常生活</p> <p>起床から就寝まで規則正しい生活 リズムで過ごす、TPOに 応じた身支度をする</p>
<p>家庭生活</p> <p>日常の買い物、食事の準備、掃除・ 洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単 な家の修理・電球の交換・水やり・ ペットの世話など</p>	<p>家事</p> <p>炊事・掃除・洗濯などを自分で 用事 買い物や銀行の用事を自分で済 ます</p>
<p>対人関係</p> <p>家族や友人への気配り・支援、近 所の人・友人・同僚との人間関係 づくりと保持、夫婦・親密なパー トナーとの良好な関係保持など</p>	<p>関係</p> <p>家族と仲良く過ごす、近所の人と いい関係で過ごす</p> <p>役割</p> <p>庭の草むしりや孫の世話など家 族の用事や世話を 他者への支援 誰かの手助けをしたり、相談者 になる</p>
<p>主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活）</p> <p>自営業の店番・田んぼの見回りな どの仕事、ボランティアや奉仕活 動など人の役に立つ活動、預貯金 の出し入れ</p>	<p>仕事</p> <p>店番や畑仕事など自営業の手伝 いを続ける</p> <p>活動</p> <p>地域の奉仕活動に参加する</p> <p>経済生活</p> <p>預貯金の出し入れや管理を する</p>
<p>コミュニケーション</p> <p>家族や友人への手紙やメール、 家族や友人との会話、電話での 会話</p>	<p>家族や友人との会話や電話、手 紙やメールのやりとりを 続ける</p>

課 題	目 標
<p>運動と移動</p> <p>自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動にバス・電車・他人が運転する自動車を使用、自分で自動車や自転車を使って移動</p>	<p>外出</p> <p>週に2回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する</p> <p>旅行</p> <p>家族や友人と2泊3日の旅行に行く</p>
<p>知識の応用（判断・決定）</p> <p>日常生活に関する内容について、自分で判断・決定</p>	<p>何か起こったら自分で判断する 自分のことは自分で決める</p>
<p>コミュニティライフ・社会生活・市民生活</p> <p>友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を決めて投票、自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など</p>	<p>交流・参加</p> <p>自治会のお祭りに参加する、老人会の行事に参加する、候補者を決めて投票する</p> <p>楽しみ</p> <p>趣味の会に参加する、週1回外出する、趣味を持つ</p>

出典：介護予防マニュアル改訂版 平成24年3月 介護予防マニュアル改訂委員会

6 介護予防ケアマネジメントの類型

(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）

- 介護予防訪問介護相当サービス
- 訪問型生活応援サービス
- 介護予防通所介護相当サービス
- はつらっデイサービス



注意事項

- ・利用者との面談によるモニタリングは少なくとも3か月に1回行うこと
- ・利用者の状況に応じてサービスの変更を行うことが可能な体制をとっておく

(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）

- 指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合を想定



注意事項

- ・サービス担当者会議を省略したケアプランの作成
- ・間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期を設定

(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）

○一般介護予防事業



注意事項

- ・目標設定及び利用サービスの選定までは、利用者と高齢者お世話センター等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、利用サービスの内容等を「ケアマネジメント結果」として共有
- ・モニタリングは、3～6か月以内に1回のみ実施
- ・その後は、利用者自身のセルフマネジメントにより、住民主体の支援の利用等を継続

【ケアマネジメントの類型における各プロセスの実施】

	予防給付の ケアマネジメント	事業による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
アセスメント	○	○	○	○
ケアプラン原案作成	○	○	○	—
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
サービス利用開始	○	○	○	○
モニタリング	○	3か月に1回 ○	△	3～6か月以内に 1回のみ実施

(○：実施 △：必要に応じて実施 —：不要)

7 介護予防ケアマネジメントに使用する様式

阿南市における介護予防ケアマネジメントについては、新たに様式を作成しましたが、各高齢者お世話センターが使用している従来からの様式を継続して使用することも可能です。

平成 29 年 4 月からは、阿南市版アセスメントシート等を活用し、より標準的なアセスメントを実施します。

<継続可能な様式>

- ・様式第 7-1 号 利用者基本情報（Ⅰ）
- ・様式第 7-2 号 利用者基本情報（Ⅱ）
- ・様式第 8-1 号 介護予防サービス・支援計画書（Ⅰ）
- ・様式第 8-2 号 介護予防サービス・支援計画書（Ⅱ）
- ・様式第 9 号 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録表
- ・様式第 10 号 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

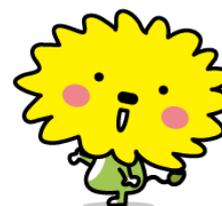
<阿南市版の様式>※平成 29 年 4 月から使用

- ・様式第 1 号 受付シート
*総合事業対象者が要介護認定申請が必要な方の判断に活用
- ・様式第 2 号 基本チェックリスト
- ・様式第 3 号 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
（裏） 委任状
- ・様式第 3 号 興味・関心チェックシート
*アセスメント（課題分析）の際に活用
- ・様式第 5 号 阿南市アセスメントシート
*アセスメント（課題分析）の際に活用
（裏） 現行相当サービスの判断基準
*現行相当サービスを利用する場合の判断基準
- ・様式第 6 号 運動プログラム参加に係るチェックシート
*「医師意見書」による医療情報が得られなくなるため、特に運動機能向上等身体に負担が加わるプログラムに参加する場合に活用
- ・様式第 11 号 介護予防ケアマネジメント依頼終了届出書

<様式の使用について>

様 式	使用時期等
基本チェックリスト（様式第2号）	3か月ごとに使用
興味・関心チェックシート（様式第4号）	初回のみ
阿南市アセスメントシート（様式第5号）	6か月ごとに使用
運動プログラム参加に係るチェックシート（様式第6号）	医師からの運動制限・注意がある方が運動プログラムに参加するとき

介護予防ケアマネジメントに使用する様式については、阿南市のホームページからダウンロードしてください。



8 介護予防ケアマネジメントの手順

① 訪問日程調整

*利用者の自宅に訪問して本人との面接による聞き取り等を行うための訪問日時を調整する。

【活用様式】

- ・『受付シート』

② アセスメント（課題分析）

*本人にあった目標設定に向けて、本人の趣味活動、社会的活動、生活歴等も聞き取りながら、

「～できない」という課題から



「～したい」「～できるようになる」というような目標に変換していく

【活用様式】

- ・『基本チェックリスト』
- ・『興味・関心チェックシート』
- ・『阿南市アセスメントシート』
- ・『利用者基本情報（Ⅰ・Ⅱ）』
- ・『運動プログラム参加に係るチェックシート』
（※医師からの制限がある方）

*利用者本人の生活機能の低下等についての自覚を促すとともに、介護予防に取り組む意欲を引き出す。

*この段階から、本人及び家族とコミュニケーションを深め、信頼関係の構築に努める。

③ ケアプラン（ケアマネジメント結果）作成

*目標の設定

- 生活の目標については、単に心身機能の改善だけを目指すのではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて、生活の質の向上を目指すものとして、利用者が自分の目標として意識できるような内容・表現となるように設定する。
- 計画に定めた実施期間の間に取り組むことにより、その達成がほぼ可能と思われる、利用者自身でも評価できる具体的な目標とすることが望ましい。

【活用様式】

- 『介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例』
- 『介護予防サービス・支援計画書（Ⅰ・Ⅱ）』

*利用するサービス内容の選択

- 単にサービス事業の利用のみに限定せず、広く社会資源の情報を収集した上で、家族や地域住民による支援、一般介護予防事業における住民主体の活動や、民間企業の利用も積極的に位置付け、本人の自立支援を支えるケアプラン原案を本人と共に作成する。
- 利用回数及び利用時間については、利用者の状況や環境、希望等を勘案して適切な利用回数、利用時間を設定する。
- 現行相当サービスの利用に位置付ける場合は、阿南市アセスメントシートを基に、阿南市の現行相当サービスの判断基準を参考にして、適切なケアプランを作成すること。

【活用様式】

- 『現行相当サービスの判断基準』

＜訪問型サービス（現行の訪問介護相当）・通所型サービス
（現行の通所介護相当）のサービスを利用する場合について＞

◎なぜ、専門職によるサービスが必要なのか？

- ・「介護予防サービス・支援計画書（Ⅰ）」のアセスメント領域と現在の状況に明確に記載してください。
- ・「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録票（サービス担当者会議の要点を含む）」に、サービス担当者会議において上記サービスが必要な理由が検討され、決定したプロセスを記載してください。

※上記書類と「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」の提出を6か月後に阿南市が求めることがあります。

④ サービス担当者会議

*ケアマネジメントA、Bにおいて実施する。

*ケアマネジメントBは、サービス担当者会議を省略する場合も想定しているが、ケアプランの変更等を行ったときは、利用者、サービス実施者ともその内容を共有することが必要

【活用様式】

- ・『介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録』

⑤ 利用者への説明・同意

⑥ ケアプラン確定・交付

- * サービス担当者会議の内容を踏まえたケアプランについて、利用者及び家族に説明し、同意を得る。
- * 本人の同意を得て、高齢者お世話センターよりケアプランをサービス実施者にも交付する。
- * ケアマネジメントCの場合は、ケアマネジメント結果を利用者に交付し、サービス実施者には、利用者から持参してもらうか、利用者の同意を得て、高齢者お世話センターから送付する。

⑦ サービス利用開始

⑧ モニタリング

- * ケアマネジメントAの場合は、少なくとも3か月に1回及びサービス評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあったときには、訪問して面接する。利用者の状況に変化のあった場合は、必要に応じて計画の見直しを行う。
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Bの場合は、利用者及び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。
- * ケアマネジメントCの場合は、3～6か月以内に、利用者宅を訪問して面接する。
- * ケアマネジメントB、ケアマネジメントCの該当者については、利用者の状況変化等があった際に、サービス実施者側から高齢者お世話センターへ情報が入る体制を作っておく。

⑨ 評価（ケアマネジメントCの場合を除く）

*ケアマネジメントA、Bについては、設定したケアプランの実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、プランの実施状況を踏まえて目標の達成状況を評価し、利用者と共に共有しながら、新たな目標の設定や、利用するサービスの見直し等今後の方針を決定する。

【活用様式】

・『介護予防ケアマネジメントサービス評価表』

9 介護予防ケアマネジメントの留意事項

- (1) 阿南市が行う介護予防ケアマネジメントについては、**基本チェックリストと並行して要介護認定の申請受付を原則想定していない**。基本チェックリストで事業対象者となった者が、総合事業のサービスを利用し、途中で介護予防給付を利用する必要が生じた場合等には、要介護認定等の申請をする場合においても要介護認定の結果ができるまでは総合事業を継続することができる。

同月の途中で総合事業から介護給付サービス利用に変更した場合は、同月末の時点で居宅介護支援を行っている事業者が、居宅介護支援費を請求することができる。限度額管理の必要なサービスの利用については、認定結果に基づいて、月末の時点でケアマネジメントを行っている居宅介護支援事業者が、高齢者お世話センターと連絡を取り、給付管理を行う。

なお、要介護認定のいわゆる暫定ケアプランによる介護給付サービスを利用している場合は、並行して総合事業を利用することはできない。

- (2) 総合事業の利用については、ケアプランの自己作成に基づく利用は想定していない。予防給付において自己作成している者が、加えてサービス事業を利用する場合は、高齢者お世話センターによる介護予防ケアマネジメントにつなぐことが必要である。
- (3) 要介護認定等申請を受けて非該当となった者について、基本チェックリストを活用して、事業対象者の基準に該当した場合は、総合事業の対象として介護予防ケアマネジメントの依頼を届け出ることができる。
- (4) 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。

- (5) 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ある。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、多種職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いただきたい。
- (6) 介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、高齢者お世話センターに加え、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支援者も含めて、関わるもの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る。