

介護予防ケアマネジメントマニュアル

たつの市

令和5年9月改訂

《目次》

I	介護予防ケアマネジメントとは	2 ページ
II	介護予防ケアマネジメントの実施について	2 ページ
1	委託契約	2 ページ
2	介護予防ケアマネジメントの開始	2～3 ページ
3	サービス利用の手続き	3～4 ページ
4	利用者負担について	4 ページ
5	介護予防ケアマネジメントの展開	4～6 ページ
6	請求及び支払いについて	6～7 ページ
7	初回加算の算定要件	7 ページ
8	委託連携加算の算定要件	7 ページ
9	要支援認定更新時の流れ	7 ページ
10	基本チェックリストの記入について	7 ページ
11	基本チェックリストの事務処理について	8 ページ
別紙 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	9 ページ
別紙 2	介護保険者証 ※事業対象者印字イメージ	10 ページ
別紙 3	要介護・要支援認定資料外部提供依頼書	11 ページ
別紙 4	提出書類確認表（新規・継続・変更・終了）	12～13 ページ
別紙 5	介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費 請求総括票	14 ページ
別紙 6	介護保険要介護認定・要支援認定申請書 （新規・更新・転入）	15 ページ
別紙 7	要支援認定更新申請をされる方へ	16 ページ
別紙 8	基本チェックリスト	17 ページ
別紙 9	事業対象者決定通知書	18 ページ
別紙 10	総合事業対象者と判定された方へ	19～20 ページ
別紙 11	事業対象者に該当する基準	21 ページ

I 介護予防ケアマネジメントとは

<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」「要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする」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に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ある。

(地域支援事業実施要綱より)

<種類>

介護予防ケアマネジメントは「介護予防支援と同様のケアマネジメント（ケアマネジメントA）」のみを実施します。要支援者は利用するサービスにより介護予防支援か介護予防ケアマネジメントのどちらを利用するか決まります。(表1参照)

(表1) ケアプラン分類及び利用限度額

認定区分	サービス利用	ケアプラン分類	利用限度額
事業対象者	総合事業	介護予防ケアマネジメント	50,320円
要支援1	予防給付	介護予防支援	50,320円
	予防給付+総合事業		
要支援2	総合事業	介護予防ケアマネジメント	105,310円
	予防給付	介護予防支援	
	予防給付+総合事業		
	総合事業	介護予防ケアマネジメント	

II 介護予防ケアマネジメントの実施について

1 委託契約

- (1) 地域包括支援課が行う介護予防ケアマネジメントについては居宅介護支援事業者等に委託することができます。
- (2) 「介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務の一部委託契約書」により市(地域包括支援課)との委託契約が必要です。契約は年間契約で、毎年4月1日に継続が必要であれば再度契約します。
- (3) 介護予防支援費及び介護予防ケアマネジメント費は、委託先の居宅介護支援事業所から「代理受領委任状」を地域包括支援課へ提出し、兵庫県国民健康保険団体連合会からの直接支払いとなります。

2 介護予防ケアマネジメントの開始

利用にあたっては介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る契約書、重要

事項説明書、個人情報使用同意書の説明を書面で行い利用者の同意を得ます。必ず契約の有効期間開始日までに利用者の同意を得る必要があります。利用者が記名・押印した契約書一式は地域包括支援課へ提出します。

【注意事項】

- ・区分変更等で認定結果を確認してから利用者に契約書への記名・押印を依頼する場合は、契約期間開始日の時点で利用者に口頭で介護予防ケアマネジメントの開始について説明し同意を得ているため、契約期間開始日が契約日（記名・押印の日付）となります。
- ・記載誤りの場合は二重線と訂正印（利用者の印）で訂正します。

3 サービス利用の手続き

- (1) 要支援者又は事業対象者から依頼を受けて介護予防ケアマネジメントを実施する居宅介護支援事業所は「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（変更）届出書」【別紙1】を作成し、介護保険被保険者証を添付して地域包括支援課又は総合支所地域振興課へ提出します。（表2参照）

（表2）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）届出書の提出

届出書の提出が必要な場合	理 由
新規で予防給付及び総合事業を利用するとき	<事業所の新規登録> たつの市地域包括支援センター及び受託する居宅介護支援事業者を登録
要介護認定から要支援認定又は事業対象者になるとき	<事業所の登録変更> 居宅介護支援事業者からたつの市地域包括支援センターに登録変更、受託する居宅介護支援事業者を登録
要支援者から事業対象者になるとき	<事業所の再登録> たつの市地域包括支援センター及び受託する居宅介護支援事業者を再登録
受託する居宅介護支援事業者が変わるとき	<事業所の登録変更> 受託する居宅介護支援事業者の登録変更
認定期間終了後に新規申請しサービス利用を再開するとき	<事業所の再登録> たつの市地域包括支援センター及び受託する居宅介護支援事業者を再登録

※「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」は基本的には利用者から地域包括支援課又は総合支所地域振興課へ提出しますが、本人の代理としてその家族又は居宅介護支援事業所が代行し提出することもできます。なおその場合は委任状の必要はありませんが利用者本人が自署したものに限りません。

- (2) この届出に基づいて高年福祉課から「地域包括支援センター」と「届出年月

日」を記載した介護保険被保険者証【別紙2】を交付します。

ア 「要介護・要支援認定資料外部情報提供書」【別紙3】の提出により高年福祉課から必要な書類（主治医意見書、認定調査票）を本人又は代理者に交付します。なお、「基本チェックリスト」の原本複写は地域包括支援課から交付します。

イ 事業対象者は有効期間終了日の記載はありません。

ウ 予防給付及び総合事業から介護給付に移行した場合は「居宅サービス計画作成依頼（新規・変更・終了）届出書」の提出が必要となります。

4 利用者負担について

- (1) 総合事業を利用する際の利用者負担額は介護（予防）給付の利用者負担割合と同じ（自己負担は1割、2割又は3割）です。負担割合証で確認します。
- (2) 予防給付及び総合事業における利用者負担額の軽減制度に相当する高額介護予防サービス費相当事業及び高額医療合算介護予防サービス費相当事業を実施しています。
- (3) 保険料を滞納している方は介護保険サービスを受けた時と同様の給付制限措置を行います。

5 介護予防ケアマネジメントの展開

(1) アセスメント（課題分析）

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通じて行います。

ア 課題分析の目的は本人の望む生活（＝「したい」「生活の目標」）と現状の生活（＝「うまくできていない」）とのギャップについて、「なぜうまくできていないのか」という要因を分析し生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題（目標）」を明らかにします。

イ 課題分析の過程を通して生活機能のどこに問題があり困った状況になっているのかを、本人・家族と認識を共有し必要な助言を行います。またプラン実施の際には本人・家族の取組を積極的に促します。

ウ 本人はどのような生活を望んでいるのか、具体的に「(できれば)してみたい参加してみたい」、ADL・IADL、趣味活動、社会的活動などの内容を聴き取ることが重要です。「こういうことをしてみたい」という生活の目標を認識しそれに向かうことができれば生活の意欲を高めることにつながります。

(2) ケアプランの作成

ア アセスメントにより導き出された課題などをもとに「維持・改善すべき課題(目標)」を解決する上で最も適切な目標、支援内容、達成時期を含め段階的に支援するための計画を作成します。

イ 本人の望む生活（生活の目標）のイメージを共有し生活の目標が達成されるためには「維持・改善すべき課題（目標）」の解決を図ることが大切であることや、目標が達成されたら生活機能を維持しさらに高めていくために次のステッ

プアップの場である様々な通いの場や社会参加の場に通うことが大切であることを説明しておくことが重要です。

ウ 計画に定めた実施期間の取組によりその達成がほぼ可能と思われ利用者自身でも評価できる具体的な目標とします。

エ 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活動を積極的に利用し本人の自立支援を支えるプラン原案を本人とともに作成します。

オ 専門用語はできるだけ避け、十分説明し理解を得るようにします。

(3) サービス担当者会議

ア 利用者やその家族の生活全体及びその課題を共有し地域の公的サービス・インフォーマルサービスなどについて情報共有しその役割を理解します。また利用者の課題・生活機能向上の目的・支援の方針計画等を協議し介護予防ケアプランにおけるサービス事業者の役割を相互に理解します。

イ 疾患が理由で生活行為に制限がある場合は主治医の意見を確認する必要があります。また利用者が十分に予後予測に基づいた疾患の説明をうけ目標やケアプランを作成することが大切です。なお病院・医院には地域連携室や担当看護師などの窓口があります。

ウ プラン変更がなくても、年に1回はサービス担当者会議を開催します。

(4) ケアプランの確定・交付

利用者からケアプランの同意を得て利用者及びサービス担当者に交付します。

(5) モニタリング・評価

ア 支援計画の実施状況を把握し目標の達成状況の確認、支援内容の適否、新たな目標がないかを確認し次の支援計画にむすびつけていきます。

イ 少なくとも3ヶ月に1回、又は利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者宅を訪問し面接します。

ウ 訪問しない月にあたっては電話などにより利用者との連絡を実施します。

エ 少なくとも1ヶ月に1回サービス事業者に対してサービス実施状況や利用者の状態に関する情報を聴取しその結果を記録します。

オ 目標が達成された場合は、次のステップアップのために住民主体や一般介護予防事業などの通いの場を見学するなどスムーズな移行に配慮します。新たな課題が見つかった場合は速やかに再課題分析を行い計画を組み直します。

カ 次の支援計画の期間開始日までに介護予防ケアマネジメントで設定された目標が達成されたかを評価し、ケアプランを見直します。

キ 介護予防ケアマネジメントの様式は介護予防支援と同一のものを使用し、提出書類確認表【別紙4】を添付の上、地域包括支援課へ提出します。(表3参照)

(表3) 提出書類確認表

新規	初回ケアプランを作成したとき
継続	サービス評価期間終了後に評価を行い、ケアプランを見直して目標等を設定したとき ※評価期間は適宜又は1年毎
変更	サービス評価期間終了までにサービス内容などに変更が生じたとき、又は居宅介護支援事業者を変更したとき ※評価期間は継続するサービスの評価期間に合わせる ※居宅介護支援事業者を変更する場合は「介護予防サービス等支援評価表」と「サービス提供事業所からの報告」の提出は不要
終了	サービス利用が終了となったとき

【注意事項】

- ・ 以下の場合はサービス担当者会議の開催前にケアプラン原案を作成し、地域包括支援課に相談が必要です。

- ① 予防給付相当サービスの利用が必要な場合
- ② 事業対象者又は要支援2で週3回以上の訪問介護利用が必要な場合

- ・ ケアプランを作成し、支援計画の期間開始前に利用者に同意を得るのが原則であるため日付は下記の順となります。

- ① ケアプラン作成（変更）日
- ② 利用者の同意日
- ③ 支援計画の期間開始日

※①～③すべて同日は可能です。

※やむを得ない理由で利用者の同意が支援計画の期間開始日以降となる場合は、その理由を支援経過に記載します。又は暫定プランを作成して、支援計画の期間開始日以前に同意を得ます。

- ・ 予防給付相当サービス及び緩和したサービスを提供するには必ず市の指定を受ける必要があります。サービス提供事業所又は高年福祉課に指定有無を確認してマネジメントを行います。

※サービス提供事業所は以下の手順で市のホームページからも確認できます。

- ① たつの市ホームページ ⇒ くらし・市民 ⇒ 福祉 ⇒ 介護予防・日常生活支援総合事業 ⇒ 指定事業所一覧
- ② たつの市ホームページの内の検索機能を使用し「総合事業指定事業所一覧」で検索します。表示されたページの「指定事業所一覧」に第1号訪問・通所の事業所一覧が掲載されています。

6 請求及び支払いについて

- (1) 介護予防支援費、介護予防ケアマネジメント費ともに国保連合会に審査支払業務を委託しています。給付管理票は地域包括支援センター（地域包括支援課）か

ら国保連合会に提出します。

- (2) 毎月4日までに「介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費請求総括票」【別紙5】、サービス利用表、サービス利用表別表を地域包括支援課へ提出します。
- (3) 給付限度額は要支援者が総合事業を利用する場合、予防給付の支給限度額の範囲内で予防給付と総合事業を一体的に給付管理します。

7 初回加算の算定要件

- (1) 新規に介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを実施する場合
- (2) 介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントの実施が終了して2ヶ月以上経過した後に介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを実施する場合
- (3) 要介護者が要支援認定又は事業対象者となり、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを実施する場合

8 委託連携加算の算定要件

委託連携加算は介護予防支援のみ指定居宅介護支援事業所に委託する利用者一人につき1回を限度として初回に算定されます。なお、以下の場合には算定できません。

- (1) 指定居宅介護支援事業所の委託先を変更した場合
- (2) 指定居宅介護支援事業所内で担当ケアマネジャーを変更した場合
- (3) 中止期間・保留期間から再開した場合
- (4) 当加算を算定していた要支援者が要介護者となり再度要支援者となった場合

9 要支援認定更新時の流れ

要支援認定期間終了の2ヶ月前に認定者に対し必要書類が送付されます。利用するサービスが予防給付の場合は介護保険要介護認定・要支援認定申請書【別紙6】、総合事業のみの場合は「要支援認定更新申請をされる方へ」【別紙7】と基本チェックリスト【別紙8】を高年福祉課、地域包括支援課又は総合支所地域振興課に提出します。

10 基本チェックリストの記入について

「要支援認定更新申請をされる方へ」【別紙7】の同意欄に署名が必要です。本人以外の者が届出する場合は、届出者の欄に記入します。基本チェックリスト【別紙8】は記入漏れのないよう全ての項目に記入します。

【注意事項】

- ・現在サービス利用の希望がない場合の提出も可能です。
- ・生年月日で第1号被保険者を確認します。
※第2号被保険者の要支援認定更新は認定申請のみです。

11 基本チェックリストの事務処理について

(1) 事務処理の流れ

ア 基本チェックリストを地域包括支援課又は総合支所地域振興課へ提出します。

※介護保険被保険者証の提出は不要です。

イ 地域包括支援課が基本チェックリストを判定します。

ウ 基本チェックリストの判定結果が被保険者へ送付されます。

＜郵送される書類＞

・総合事業対象者決定通知書【別紙9】

・総合事業対象者と判定された方へ【別紙10】

(2) 事業対象者に該当する基準【別紙11】

下記の項目に該当する場合は事業対象者となります。

ア 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

イ No. 6～10までの5項目のうち3項目以上に該当⇒運動機能低下

ウ No. 11～12の2項目のすべてに該当⇒低栄養

エ 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

オ No. 16、17の2項目のうちNo. 16に該当⇒閉じこもり

カ No. 18～20までの3項目のいずれか1項目に該当⇒認知機能の低下

キ No. 21～25までの5項目のうち2項目以上に該当⇒うつ病の可能性

【注意事項】

- ・事業対象者として介護予防ケアマネジメントを行っていても、必要な場合は要介護（要支援）認定等の申請を行うことが可能です。
- ・平成27年4月以降の住所地特例対象者に対する介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントは施設所在地市町村が指定した介護予防支援事業者（地域包括支援課）が行うこととなっているため、事業対象者が転入された場合は、本市において新たに基本チェックリストを実施し判定する必要があります。地域包括支援課にご相談ください。

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

受付印

たつの市長 様

次の介護予防支援事業者に介護予防サービスの作成を依頼することを届け出します。

新規：新規で予防給付及び総合事業を利用するとき、要介護認定から要支援認定又は事業対象者になるとき

変更：要支援認定から事業対象者になるとき、受託する居宅介護支援事業者が変わるとき

予防給付サービス利用時

たつの市地域包括支援課
 行を委任する
 ことができます。なお、居宅介護
 等記入欄に記載の
 たつの市地域包括支援課

<input type="checkbox"/>	介護予防サービス計画作成届出書	新規・変更
<input type="checkbox"/>	介護予防ケアマネジメント依頼届出書	

被保険者番号		届出年月日	年 月 日
--------	--	-------	-------

総合事業サービスのみ利用時

		開始年月日	年 月 日
--	--	-------	-------

フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
氏名		性	
住所	〒 -		

届出年月日：窓口提出日
開始年月日：サービス開始日

私は、下記の事業者はこ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（変更）届出書と介護保険被保険者証を預け、提出の代行を依頼します。

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する介護予防支援事業者	
介護予防支援事業者の事業所名・番号	事業所の所在地
2 8 0 3 6 0 0 0 1 0 たつの市地域包括支援センター	〒 6 7 9 - 4 1 9 2 たつの市龍野町富永 1 0 0 5 番地 1 TEL (0791) 64-3197

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等

※居宅介護支援事業者等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。

居宅介護支援事業者等の事業所名・番号	事業所の所在地	〒 -
事業所番号と事業所名を記入		担当介護支援専門員： 氏名

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。

・事由

・変更年月日

年 月 日

- この届出書は、要支援認定時もしくは、介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメントを依頼する居宅介護支援事業所等が決まり次第、速やかにたつの市地域包括支援課へ提出してください。
- 介護予防サービス計画作成・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、変更年月日等を記入のうえ、必ずたつの市地域包括支援課へ届出をしてください。
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。
- 届出の際には、介護保険被保険者証又は介護保険資格者証を添付してください。

市確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格	<input type="checkbox"/> 届出入力（介護）	<input type="checkbox"/> 届出入力（包括）
------	---------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

様式第1号（第5条関係）

要介護・要支援認定資料外部提供依頼書

年 月 日

たつの市長 様

依頼者	住所（事業所所在地）			
	氏名（事業所名称）			
	電話番号			
	介護支援専門員氏名 ※事業所の場合		本人との 続柄	

ケアプラン作成及び介護サービス利用のため、下記被保険者の要介護・要支援認定に関する下記資料の提供を依頼します。

なお、提供された資料内容については、裏面の遵守事項を守り厳重に管理いたします。

記

1 資料の外部提供を必要とする被保険者

被保険者番号										
住 所										
氏 名										
生年月日	明治	・	大正	・	昭和	年	月	日		
要介護等認定年月日	年		月	日	認定区分（			）		

2 提供を依頼する資料（必要とする資料の提供方法のどちらかを○で囲んでください）

認定調査票（抄）	閲覧・抄本交付	主治医意見書（抄）	閲覧・抄本交付
----------	---------	-----------	---------

3 提供（閲覧）希望日時

年	月	日	（ 午前 ・ 午後 ）	時	分
---	---	---	-------------	---	---

本人同意欄（必須）

私は、たつの市が保有する私の上記資料について、上記依頼者に提供することに同意します。

被保険者署名

【代筆の場合】

代筆者住所

代筆者氏名

（本人との関係： ）

※被保険者本人の身体の状態等により、本人が自署できない場合は、親族による代筆が可能です。ただし、代筆できる親族がない場合に限り、介護者による代筆も可能です。

別紙4

提出書類確認表

たつの市地域包括支援センター宛

介護予防支援	
介護予防ケアマネジメント	

※該当にを入れてください

新規

被保険者番号 _____

居宅介護支援事業所等 管理者
担当介護支援専門員名 _____

利用者名 _____

事業所名 _____

	項目	事業所チェック	包括チェック	備考
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 介護保険被保険者証			年 月 日提出済み
2	介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る契約書及び重要事項説明書(2部)、個人情報に係る同意書(1部)			年 月 日提出済み
3	利用者基本情報			
4	基本チェックリスト			
5	経過記録表・担当者会議録			
6	第6表(利用票)、第7表(利用票別表)			
7	介護予防サービス等支援計画表			

地域包括支援センター受付日 年 月 日 (郵便・窓口)

地域包括支援センター担当者 _____

提出書類確認表

たつの市地域包括支援センター宛

介護予防支援	
介護予防ケアマネジメント	

※該当にを入れてください

変更

被保険者番号 _____

居宅介護支援事業所等 管理者
担当介護支援専門員名 _____

利用者名 _____

事業所名 _____

	項目	事業所チェック	包括チェック	備考
1	介護予防サービス等支援評価表			
2	経過記録表・担当者会議録			
3	サービス提供事業所からの報告			
4	基本チェックリスト			
5	第6表(利用票)、第7表(利用票別表)			変更箇所()
6	介護予防サービス等支援計画表			変更月(年 月)

※居宅介護支援事業者を変更した場合、「介護予防サービス等支援評価表」と「サービス提供事業所からの報告」は不要です。

地域包括支援センター受付日 年 月 日 (郵便・窓口)

地域包括支援センター担当者 _____

提出書類確認表

介護予防支援	
介護予防ケアマネジメント	

継続

※該当に☑を入れてください

たつの市地域包括支援センター宛

居宅介護支援事業所等 管理者

被保険者番号 _____

担当介護支援専門員名 _____

利用者名 _____

事業所名 _____

No.	項目	事業所チェック	包括チェック	備考
1	利用者基本情報(変更がなければ前回分のコピーでも可)			
2	介護予防サービス等支援評価表			
3	経過記録表・担当者会議録			
4	サービス提供事業所からの報告			
5	基本チェックリスト			
6	第6表(利用票)、第7表(利用票別表)			
7	介護予防サービス等支援計画表			

地域包括支援センター受付日 年 月 日 (郵便・窓口)

地域包括支援センター担当者 _____

提出書類確認表

介護予防支援	
介護予防ケアマネジメント	

終了

※該当に☑を入れてください

たつの市地域包括支援センター宛

居宅介護支援事業所等 管理者

被保険者番号 _____

担当介護支援専門員名 _____

利用者名 _____

事業所名 _____

No.	項目	事業所チェック	包括チェック	備考
1	介護予防サービス等支援評価表			
2	経過記録表 (担当者会議録)			
3	主治医意見書(写)、認定調査票(写)、チェックリスト(写)			
4	その他(書類がある場合) ・サービス提供事業所からの報告 ・第6表(利用票)、第7表(利用票別表)			

終了理由(該当項目の□にレを入れてください)

- 要介護()となったため (年 月より)
- 非該当となったため (年 月より)
- 死亡 ・ 転出となったため (年 月より)
- その他()(年 月より)

地域包括支援センター受付日 年 月 日 (郵便・窓口)

地域包括支援センター担当者 _____

令和 年 月 介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費請求総括票

提出日または送付日：令和 年 月 日

事業所指定番号	
居宅介護支援事業所名	
住 所	〒
電話番号	
担当者	

提出方法	郵送 ・ 持参					
	介護予防支援費		介護予防ケアマネジメント費			
	サービス利用月	件 数	サービス利用月	件 数		
	年 月	件	年 月	件		
	年 月	件	年 月	件		
	年 月	件	年 月	件		
	年 月	件	年 月	件		
	合 計 ※1	件	合 計 ※1	件		
請 求 内 訳	再掲	被保険者番号	氏 名	被保険者番号	氏 名	
	初回加算 算定対象者 ※2					
	修正・月遅 れ対象者 ※3	修・遅		(月)	修・遅	(月)
		修・遅		(月)	修・遅	(月)
		修・遅		(月)	修・遅	(月)
		修・遅		(月)	修・遅	(月)
		修・遅		(月)	修・遅	(月)
※1 月別欄に記入しきれない場合は2枚目以降に記入してください。合計件数は1枚目に記入してください。 ※2 介護予防支援費で初回加算算定者のうち「委託連携加算」も算定する場合には被保険者番号欄に○を記入してください。 ※3 該当する方に○で囲んでください。						

提出された利用票等の枚数を記入してください。なお、利用票等には利用実績を記載し、提出して下さい。記載がない場合は請求事務ができなくなります。(両面の場合は利用票に枚数を記入してください。)

受領日：令和 年 月 日

受領者	
-----	--

※介護保険被保険者証を必ず添付してください。

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書(新規・更新・転入)

たつの市長 様
次のとおり申請します。

受付印

申請者	<input type="checkbox"/> 本人	氏名	申請年月日	年	月	日	
	<input type="checkbox"/> 代理人	氏名	続柄 ()				
		住所	電話番号 () -				
	<input type="checkbox"/> 提出代行 <input type="checkbox"/> 受任者	※該当に○(指定居宅介護支援事業者・介護保険施設・地域密着型介護老人福祉施設・地域包括支援センター・介護医療院) 【事業所名称・住所等】					
被保険者	介護保険被保険者番号	0 0 0 0 0 0	個人番号				
	医療保険	保険者名	保険者番号				
		被保険者証	記号	番号	枝番		
		特定疾病	※第2号被保険者(40~64歳の医療保険加入者)のみ記入			資格取得日	年 月 日
	フリガナ			生年月日	明・大・昭	年 月 日	
	氏名			性別	男・女		
	住所			電話番号 () -			
	前回認定結果	要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5		
		有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
	直近の入院状況	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転入元自治体(市町村)名 [] 現在、転入元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。はい・いいえ (既に認定結果通知を受け取っている場合は「はい」を選択してください) 「はい」の場合、申請日 年 月 日				
【施設名称・住所等】		年 月 日 ~ 年 月 日					
有・無	【施設名称・住所等】	年 月 日 ~ 年 月 日					
申請の理由							
訪問調査	調査先	調査先住所					
	日程調整連絡先	氏名	電話番号 () -				
	駐車場	有り・無し(駐車場所:)					
	調査立会い	【可能な限り、家族又は施設担当者の立会いをお願いします。】 1. 有り(立会者: 続柄:) 2. 無し					
	調査希望日	□いつでも可・□月・□火・□水・□木・□金(□午前・□午後)					
主治医(かかりつけ医)	主治医氏名	医療機関名					
	医療機関住所	電話番号 () -					
※主治医への判定結果の開示についてお聞きします。下記の内容に同意される方は同意欄にご署名をお願いします。 介護認定審査会による判定結果を、主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。							
本人署名		又は	家族署名 (続柄:)				
【市記入欄】(受付者) <input type="checkbox"/> 不能欠損有 <input type="checkbox"/> 被保険者証の還付(□再交付申請) <input type="checkbox"/> 資格者証の交付(□調査時交付) <input type="checkbox"/> 意見書の配布 <input type="checkbox"/> 調査日(月 日【 】) <input type="checkbox"/> 備考:							

要支援認定更新申請をされる方へ

平成29年4月以降、更新の手続きが変わっています

平成29年4月から介護予防・日常生活支援総合事業がスタートしています。利用したいサービス内容により提出書類が異なりますのでご注意ください。

＜更新手続きの方法＞

認定更新後に 利用したいサービス	提出書類	提出先
訪問型サービスや 通所型サービスの <u>み</u> を 希望	①基本チェックリスト (裏面に記載のもの)	本庁高年福祉課 地域包括支援課 総合支所地域振興課
上記 <u>以外</u> を希望	① 介護保険 要介護認定・ 要支援認定申請書 ② 介護保険被保険者証	

※40歳～64歳（第2号被保険者）の方は、介護保険 要介護認定・要支援認定申請書で更新手続きを行ってください。

【基本チェックリストを提出される方は、下記の太枠をご記入ください。】

届出者 (本人以外 の者が届出 した場合)	氏名		本人との 関係	
	住所		電話	

基本チェックリストの結果は、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所等へ提供し、今後の総合事業に活用されることについて同意します。

被保険者署名 _____ 【代筆者の場合】
代筆者住所 _____
代筆者氏名 _____ (本人との関係 _____)

受付印

基本チェックリスト

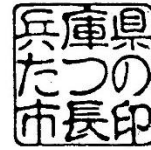
記入日： 年 月 日

被保険者 番号		氏名		生年月日	T・S	年	月	日
住所				電話				
希望するサービス内容								

No.	質問項目	回答:いずれかに○を付けてください	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
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
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
11	6ヶ月間で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)		
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
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
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
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

令和 5年 4月 1日

様

たつの市長
山本 実

総合事業対象者決定通知書

次のとおりに総合事業対象者の判定結果ができましたので通知します。

被保険者番号	
被保険者氏名	
基本チェックリスト実施日	令和 5年 4月 1日
判定結果	該当
判定理由	No. 6～10（運動器の機能）までの項目のうち3項目以上に該当したため。 No. 16～17（閉じこもり）の2項目のうちNo. 16に該当したため。

※要介護（要支援）申請をされる方は、本書をご持参下さい。
本書は、介護保険被保険者証とともに保管下さい。

・問い合わせ先
679-4192
兵庫県たつの市龍野町富永1005-1
たつの市健康部地域包括支援課
電話番号 0791-64-3197

総合事業対象者と判定された方へ

介護予防・日常生活支援総合事業が利用できます

基本チェックリスト判定で「総合事業対象者」と判定されると、**介護予防・日常生活支援総合事業**のサービスを利用することができます。サービスを利用するには、「**地域包括支援課(地域包括支援センター)**」に相談し、心身の状況に応じたサービスの種類や回数を決め、ケアプランを作成する必要があります。

○介護予防・日常生活支援総合事業のサービス

これまでの介護予防サービスの訪問介護・通所介護に相当するものです。心身状態や生活機能の低下が見られ、支援を必要とする方は次のサービスが利用できます。

訪問型サービス

自宅で、身体介護（排泄・入浴・食事の介助など）や生活援助（掃除・買物・調理・洗濯など）が利用できます。

通所型サービス

通いで、日常生活上の支援（食事・入浴の介助など）や、生活機能維持向上のための機能訓練やクリエーションなどの支援が利用できます。

○まずは、相談してください

たつの市地域包括支援課

たつの市龍野町富永 1005-1（たつの市役所 1階）

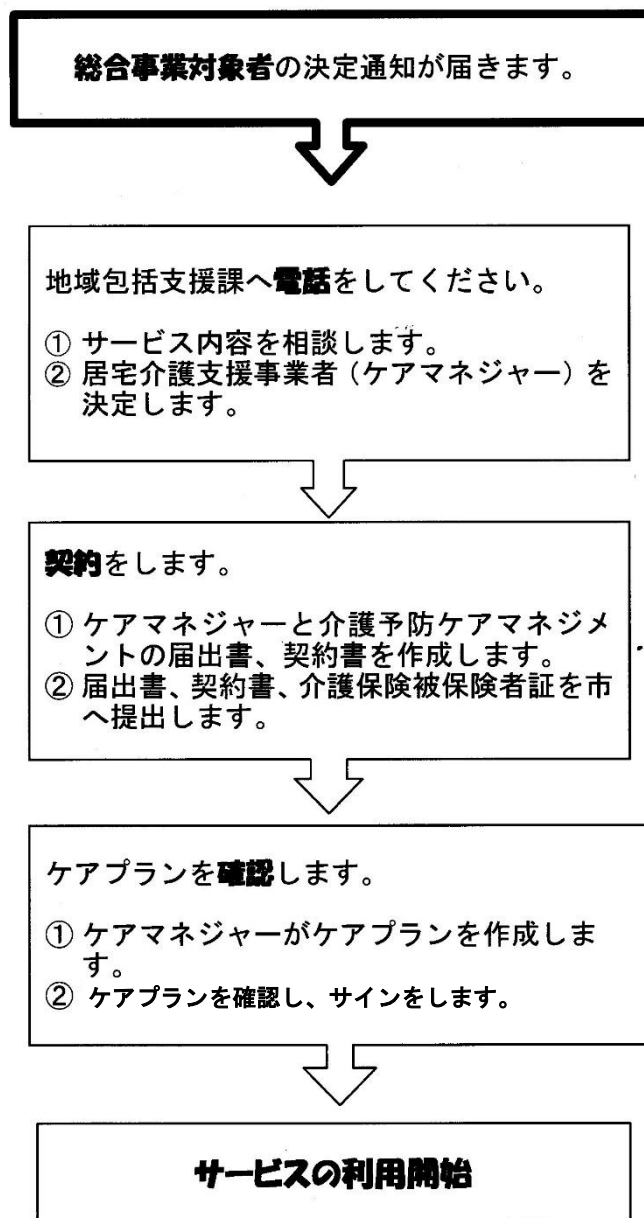
電話 0791-64-3197

下記の在宅介護支援センターでも相談できます。

在宅介護支援センター	住 所	電 話
くわのみ園在宅介護支援センター	龍野町北龍野 383-1	0791-61-9002
西はりまグリーンホームケアセンター	誉田町福田 780-1	0791-63-3101
ジュネスしんぐ在宅介護支援センター	新宮町井野原 531-2	0791-75-5228
揖保川在宅介護支援センター	揖保川町半田 608-1	0791-72-6600
御津在宅介護支援センター	御津町中島 980-3	079-324-0767

サービス利用までの基本的な流れは裏面参照

○介護予防・日常生活支援総合事業 利用までの基本的な流れ



事業対象者に該当する基準

記入日：_____年 月 日()

氏名		生年月日： T・S 年 月 日(歳)	
住所	たつの市		
希望するサービス内容：			
No.	質問項目	回答	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
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
		No.1～5の合計	
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分間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
		No.6～10の合計	
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少はありましたか	1. はい	0. いいえ
12	身長(cm) 体重(kg) (*BMI18.5未満なら該当) *BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))		
		No.11～12の合計	
13	半年前に比べて堅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
		No.13～15の合計	
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
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」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
		No.18～20の合計	
		No.1～20までの合計	
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
		No.21～25の合計	

一般的な生活機能

3点以上

2点以上

2点以上

16に該当

1点以上

10点以上

2点以上

