

# 介護予防ケアマネジメントマニュアル

---

(令和5年4月改訂)

掛川市長寿推進課

## 1 事業内容

介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」という）における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）（以下、「介護予防ケアマネジメント」という）は、要支援認定者及び基本チェックリストの記入内容が事業対象の基準に該当した者（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、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。

「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）」「一般介護予防事業」

「市町村の独自施策」 「市場において民間企業により提供される生活支援サービス」

## 2 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方

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、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、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。

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て、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】

- 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
  - ・利用者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
  - ・活動や参加を意識して、できる限り「〇〇できるようになりたい」「〇〇に挑戦する」など、目標の設定をイメージできるように支援する。
- 一般介護予防事業やインフォーマルサービスを含めたケアマネジメントを意識して
  - ・利用者が地域において自立した日常生活が送れるように、地域に存在する様々なサービスを上手に活用できるよう支援することが重要
  - ・過剰なサービスにより、本人の自立の妨げにならないよう注意する

### 3 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状況や、基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、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、以下の類型を想定しています。

表1 具体的な介護予防ケアマネジメントの類型の考え方

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)	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)
対象事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 短期集中予防サービスを利用する場合</li> <li>・ その他地域包括支援センターが必要と判断した場合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ①以外のケースで、ケアマネジメントの過程で判断した場合（指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合等）</li> </ul>
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
プロセス	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 →ケアプランの確定・交付 【利用者・サービス提供者】 →サービス利用開始 →モニタリング【給付管理】	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 →ケアプランの確定・交付 【利用者・サービス提供者】 →サービス利用開始 （→モニタリング（適宜））

※（ ）内は、必要に応じて実施

### 4 実施主体（実施担当者）

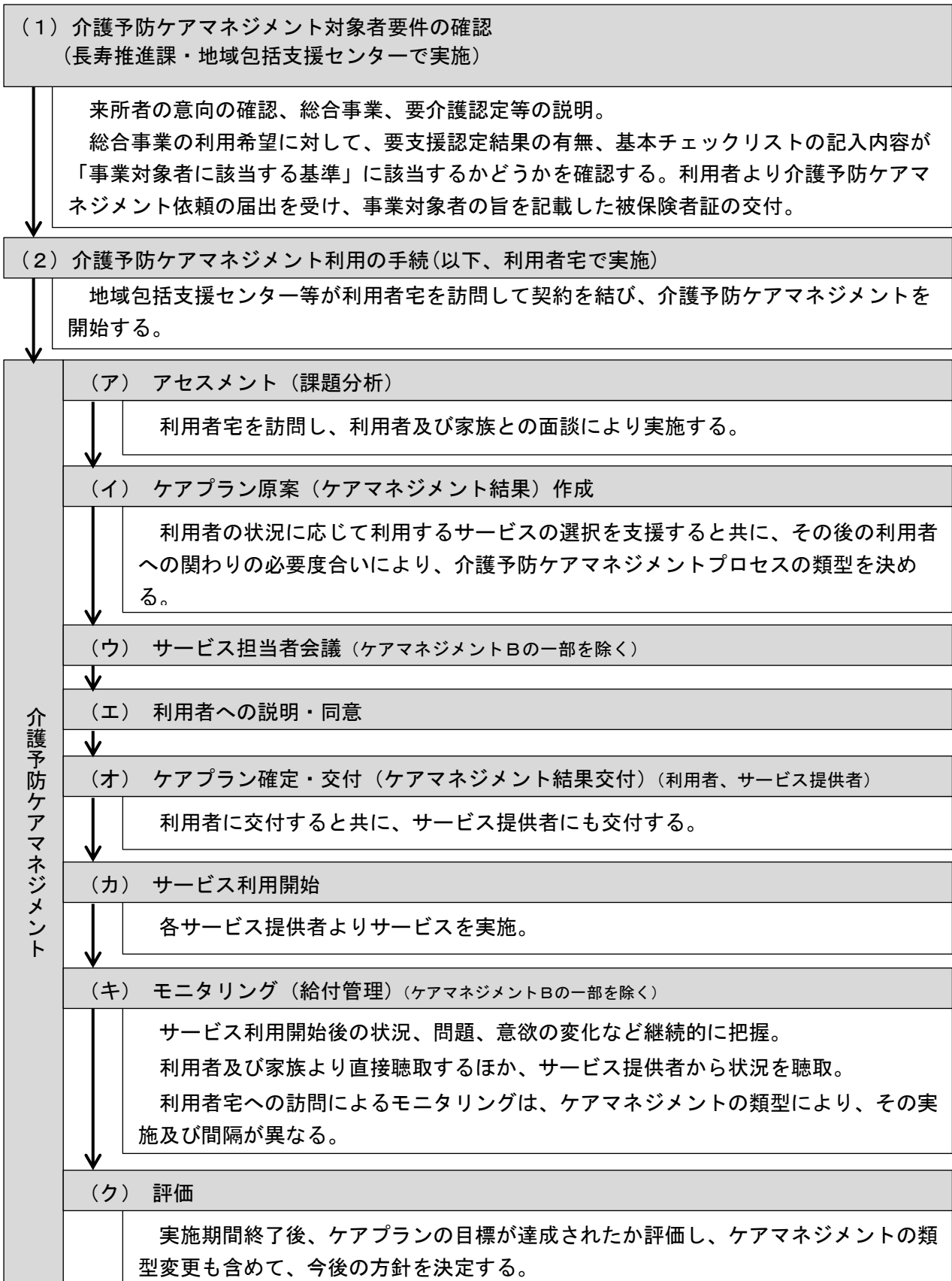
利用者本人が居住する住所地の地域包括支援センターにおいて実施します。

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ができます。※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。

### 5 実施の手順

利用者は、介護予防ケアマネジメントを開始するに当たっては、要支援認定者であること、又は、事業対象者として掛川市に登録されることが必要です。

(1) 概要



(2) 手順のポイント

<p><b>アセスメント</b></p> <p>●生活機能低下の背景・原因及び課題の分析</p>	<p>【ポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○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う。</li> <li>○利用者本人のストレングス（持っている力）を確認する。</li> <li>○利用者本人の生活機能の低下等についての自覚を促す。</li> <li>○介護予防に取り組む意欲を引き出す。</li> <li>○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。</li> <li>○本人から病気のことを、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確認する。</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【帳票】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●利用者基本情報</li> </ul> </div>
<p><b>ケアプラン原案作成</b></p> <p>●目標、具体策、利用サービスなどの決定</p>	<p>【ポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○目標の設定 <ul style="list-style-type: none"> <li>・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・表現となるように設定する。</li> <li>・利用者自身でも評価できる具体的な目標とする。</li> </ul> </li> <li>○利用するサービス内容の選択 <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・自立支援を支えるケアプランを本人と共に作成する。</li> <li>・目標達成のためのサービス利用やその期限の根拠を押さえる。</li> </ul> </li> <li>○その他 <ul style="list-style-type: none"> <li>・必ず本人の取組みを入れる。</li> </ul> </li> </ul> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【帳票】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●介護予防サービス・支援計画書</li> </ul> </div>
<p><b>サービス担当者会議</b></p> <p>●家族やサービス提供担当者などと共通認識</p>	<p>【ポイント】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○本人、事業所から目標達成のための意見を促す。</li> <li>○サービス事業の終了、移行を意識し期間の設定等共有する。</li> <li>○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づくり</li> <li>○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。</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【帳票】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●介護予防サービス・支援計画書</li> <li>●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（サービス担当者会議の要点を含む）</li> </ul> </div>

<b>モニタリングと評価</b>	<p><b>【ポイント】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○3ヶ月に1回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあった時には、訪問して面接する（ケアマネジメントA）。</li> <li>○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確認する。</li> <li>○受けているサービス内容についての満足度。</li> <li>○目標の達成状況。</li> <li>○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。</li> <li>○サービス提供事業所からの最終的な評価をもとに、総合的に判断する。</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p><b>【帳票】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●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（サービス担当者会議の要点を含む）</li> <li>●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</li> </ul> </div> <p>○1か月に1回モニタリング（電話・事業所からの報告）を支援経過への入力に努める。</p>
------------------	---

表2 ケアマネジメントの類型における各プロセスの実施

（○：実施 △：必要に応じて実施 —：不要）

	ケアマネジメントA	ケアマネジメントB
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	○	○
サービス利用開始	○	○
モニタリング	3ヶ月に1回	6ヶ月に1回
プラン有効期間	3ヶ月～12ヶ月	12ヶ月

**【プランの期間設定基準について】**

○新規利用

**プラン有効期間 3～6ヶ月**

※この場合の「新規」とは、①要支援認定による初回サービス計画書作成（要介護認定から要支援認定となった場合を含む）、②短期集中型サービスを利用する場合。

○継続利用

**プラン有効期間 3～12ヶ月**

※利用者の状況に変化が見込まれず、継続して同様のサービスを利用する場合

## 6 留意事項

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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。

## 7 ケアマネジメントAについて

### (1) サービス種別

#### ①訪問型サービス

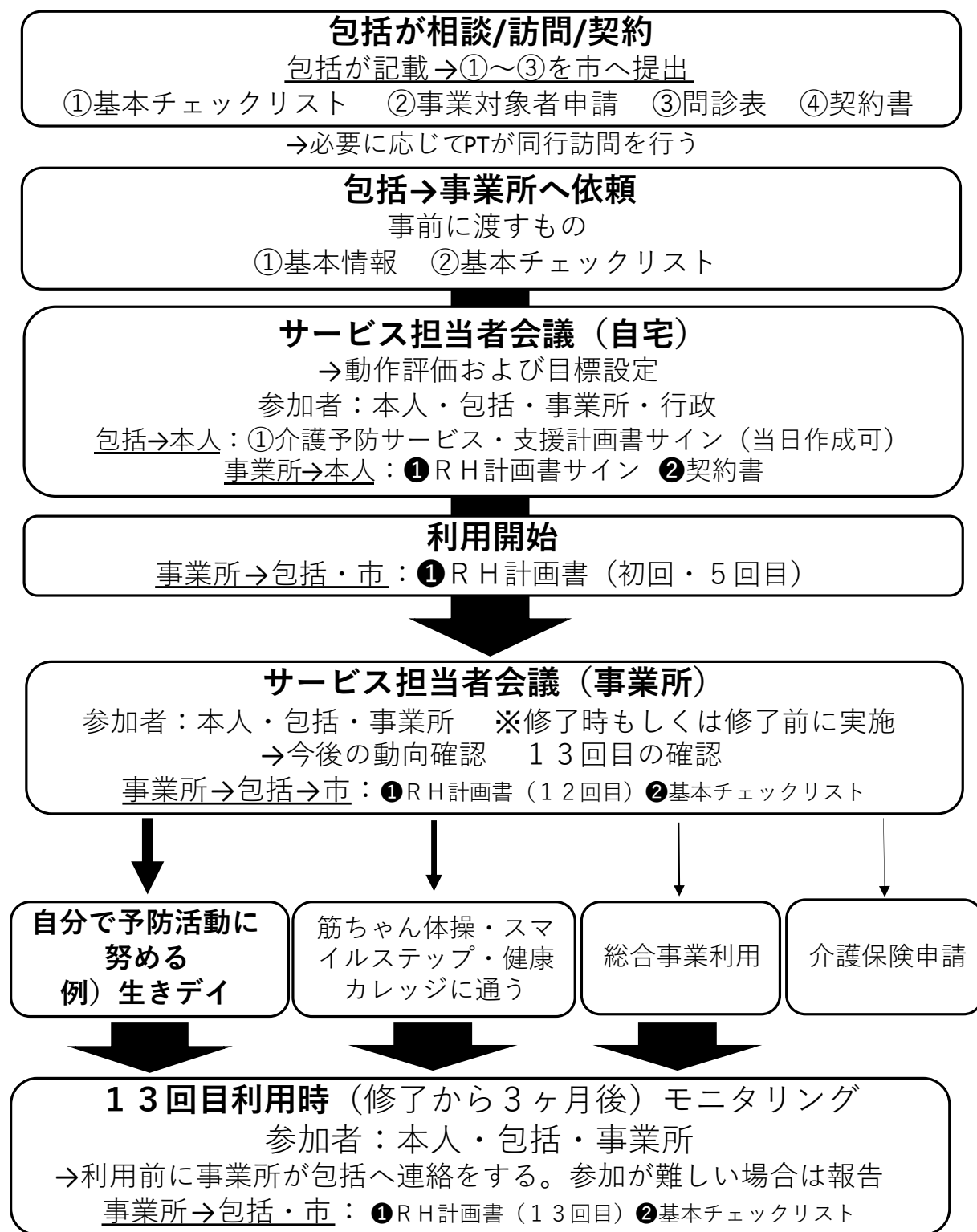
種別	訪問介護相当サービス	短期集中型訪問サービス (短期集中型)
概要	訪問介護員による身体介護・生活援助	運動指導、日常生活動作指導・訓練、 口腔機能向上、栄養改善
対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要支援 1 又は 2</li> <li>・事業対象者（基本チェックリスト該当者）</li> </ul> ○上記該当者で生活援助については同居家族の支援や地域での支え合い・支援サービスが受けられない場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要支援 1 又は 2</li> <li>・事業対象者（基本チェックリスト該当者）</li> </ul> ○上記該当者で保健・医療の専門職による訪問支援が必要な方
利用頻度 期間	要支援 1 週 1～2 回程度 要支援 2 週 1～2 回程度、2 回超 事業対象者 週 1～2 回程度、2 回超	要支援 1・2、事業対象者とも 週 1 回を 3 ヶ月間 計 12 回 （リハビリ 10 回、栄養 1 回、歯科 1 回） + 終了から 3 か月後 1 回の全 13 回 ※訪問の頻度については、ケアマネジメントにより、変更あり
サービス 提供者	訪問介護員※ ※介護福祉士又は介護職員初任者研修終了者等	リハビリテーション専門職、 歯科衛生士、栄養士 等
自己負担	あり 介護保険負担割合証に記載の割合 （1～3割） ※給付制限適用あり	あり 1 回 500 円（市より月ごと徴収）

②通所型サービス

種別	通所介護相当サービス	通所型サービスA (基準緩和型)	短期集中型通所サービス (短期集中型)
概要	○入浴、排泄、食事等の生活上の支援 ○身体機能の向上のための機能訓練 ○日常生活機能向上のための機能訓練 など	○ミニデイサービス ○運動、レクリエーションなど	○運動機能、身体機能向上を目的としたサービスの提供 ○生活機能向上を目的としたサービスの提供
対象者	・要支援1 要支援2 ・事業対象者（基本チェックリスト該当者）	・要支援1 要支援2 ・事業対象者（基本チェックリスト該当者）	・要支援1 要支援2 ・事業対象者（基本チェックリスト該当者） ○上記該当者で保健・医療の専門職による支援が必要な方
利用頻度 期間	要支援1 週1回程度 要支援2 週1～2回程度 事業対象者週1～2回程度	要支援1 週1回程度 要支援2 週1～2回程度 事業対象者 週1～2回程度	要支援1 要支援2 事業対象者とも 週1回を3ヶ月間で計12回 +終了から3か月後に1回の全13回
サービス提供者	指定介護保険サービス事業者	指定介護保険サービス事業者	リハビリテーション専門職
自己負担	あり 介護保険負担割合証に記載の割合 (1～3割) ※給付制限適用あり	あり 介護保険負担割合証に記載の割合 (1～3割) ※給付制限適用あり	1回500円 (市より月ごと徴収)



(2) 短期集中型サービス実施の流れ



※委託で居宅が受けている場合は「包括」部分を「居宅CM」と置きかえる

※サービス利用が終了した後、再利用を検討する場合は、まず市へご相談ください。

(短期集中型サービスは原則終了から1年後まで利用不可)

### (3) 提出様式

※ケアマネジメントAは従来通り（介護予防支援と同様）

提出時期	内容	提出先
サービス開始前	○重要事項説明書 ○契約書	地域包括支援センター
	○介護予防ケアマネジメント作成依頼届出書	掛川市
	○基本チェックリスト（判定時のもの） ○利用者基本情報 ○介護予防サービス・支援計画書	地域包括支援センター
サービス利用時	○サービス利用票・別表（利用者へ配布） ○サービス提供票・別表（事業者へ配布）	—
評価時	○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	地域包括支援センター
更新時 （プランの見直し）	○基本チェックリスト ○介護予防サービス・支援計画書	地域包括支援センター

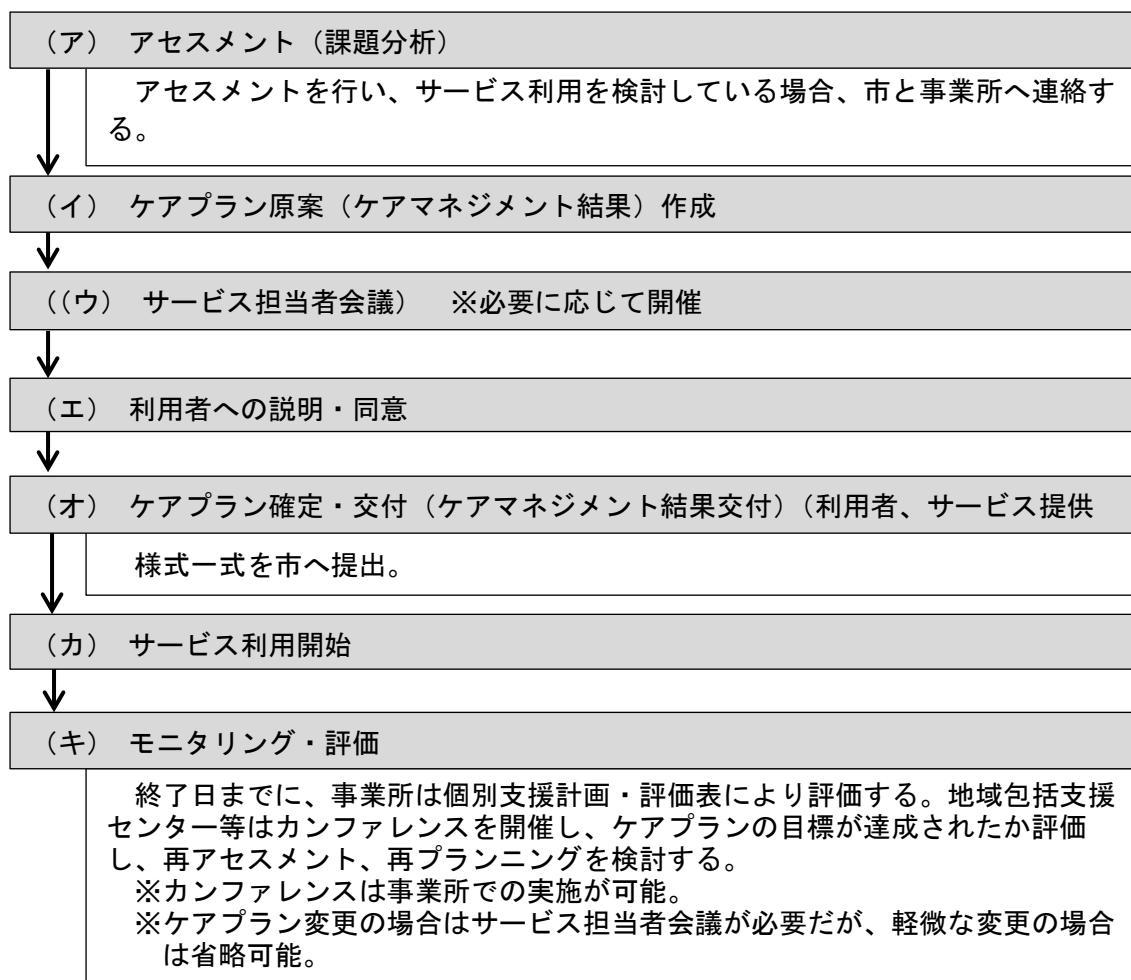
## 8 ケアマネジメントBについて

### (1) サービスの種別

#### ①訪問型サービス

種別	自立生活支援サービス (基準緩和型)
概要	○調理・掃除・買物・洗濯等の生活援助 (老計第10号の範囲内)
対象者	・要支援1又は2 ・事業対象者(基本チェックリストによる該当者) ○訪問介護相当サービス利用者は除く(併用利用不可)
利用頻度 期間	要支援1、要支援2、事業対象者 ・利用回数は週2回以内、利用時間は週2時間以内
サービス提供者	介護福祉士・介護職員初任者研修終了者又は市長が認める研修の受講者
自己負担	あり 1時間あたり、200円

## (2) ケアマネジメントBの流れについて



## (3) 提出様式

提出時期	内容	提出先
サービス開始前	○重要事項説明書	地域包括支援センター
	○契約書	
	○介護予防ケアマネジメント作成依頼届出書	掛川市
	○基本チェックリスト (判定時のもの) ○利用者基本情報 ○介護予防サービス・支援計画書	地域包括支援センター
サービス利用時	○サービス利用票・別表 (利用者へ配布) ○サービス提供票・別表 (事業者へ配布)	—
評価時	○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	地域包括支援センター
更新時 (プランの見直し)	○基本チェックリスト ○介護予防サービス・支援計画書	地域包括支援センター

## 9 サービスの併用について

### ○サービスの併用の可否一覧表

		訪問型サービス			通所型サービス		
		訪問介護相当サービス	自立生活支援サービス	短期集中型訪問サービス	通所介護相当サービス	通所型サービスA	短期集中型通所サービス
訪問型サービス	訪問介護相当サービス		×	○	○	○	○
	自立生活支援サービス	×		○	○	○	○
	短期集中型訪問サービス	○	○		○	○	○
通所型サービス	通所介護相当サービス	○	○	○		×	○
	通所型サービスA	○	○	○	×		○
	短期集中型通所サービス	○	○	○	○	○	

## 10 報酬（単価、加算）

### （1）単価及び加算（令和3年4月1日）

類型	利用サービス	利用者	報酬
ケアマネジメントA	介護相当サービス （訪問・通所） 通所型サービスA 短期集中型サービス （訪問・通所）	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
ケアマネジメントB	自立生活支援サービス	要支援認定者 事業対象者	200単位 ＋初回加算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ヶ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

※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。

移行前	移行後	初回加算の算定
事業対象者 ⇒	要支援	△ ※
	要介護	○
要支援 ⇒	事業対象者	×
	要介護	○
要介護 ⇒	事業対象者	○
	要支援	○

※過去二月以上当該地域包括支援センターにおいて、介護予防ケアマネジメントを提供しておらず、介護予防ケアマネジメント費が算出されていない場合に、当該利用者に対して介護予防サービス計画を作成した場合は算定できる

#### ○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指定介護予防支援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、当該指定居宅介護支援事業所における介護予防サービス計画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、利用者につき1回を限度として所定単位数を加算する。

#### 【事例1】

Q：要支援→要介護→要支援となったケースで、この間、同じ居宅介護支援事業者だった場合、2度目の算定が可能か？

A：算定可能

(補足)

算定要件上、「初回に限り、所定単位数を算定する」とあり、居宅介護支援事業者の観点では結果として同一事業者が行っているものの、本来介護予防ケアマネジメント業務をする地域包括支援センターから考えた場合、要介護となった時点で業務（委託）は一度終了している。そのため、2度目の要支援の時点で委託する際は、「初回」となるため算定が可能。ただし、2度目の委託の際は、居宅介護支援事業者の方が利用者に対する状況をより把握していると思われるが、その把握の多寡に関わらず、委託時における居宅介護支援事業者との適切な連携ができていることが必要。（連携ができなければ算定不可となる）

#### 【事例2】

Q：委託先の居宅介護支援事業者の運営会社の変更等により、事業所番号が変更となった場合は、新たな委託という扱いで再度算定が可能か？

A：算定不可

(補足)

上記ケースでは「初回」に算定後、運営会社変更があったとしても実態として委託状態は継続しており、適切な連携を行っているとは言えないため、算定は不可となる。

## 1 1 請求までの流れ

項目	内容
申請	要支援認定（更新）申請（認定調査・審査会）、基本チェックリスト申請
契約等	重要事項説明、契約書の締結
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（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	ケアプラン交付・サービス利用
実績照合	
請求	介護予防支援費実績報告書・介護予防マネジメント費実績報告書・利用者のサービス利用実績の提出（委託元地域包括支援センターへ） ※地域包括支援センター→国保連へ提出

## 1 2 利用者の移行方法と費用

### （1）要介護認定等に係る有効期間について

		原則の認定有効期間	認定可能な認定有効期間の範囲
新規申請		6か月	3か月～12か月
変更申請		6か月	3か月～12か月
更新申請	前回要支援→今回要支援	12か月	（介護度相違）3か月～36か月
			（介護度同一）3か月～48か月
	前回要支援→今回要介護	12か月	3か月～36か月
	前回要介護→今回要支援	12か月	3か月～36か月
	前回要介護→今回要介護	12か月	（介護度相違）3か月～36か月
（介護度同一）3か月～48か月			

### （2）事業対象者への移行

有効期間が切れる前に実施してください。

包括が市へ提出する書類

①受付表 ②基本チェックリスト

③介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント依頼届出書④問診表

※提出後、新たな介護保険被保険者証を発行し、郵送します。（被保険者証は回収する）

(3) 契約とケアマネジメント作成依頼届について

対象者		ケアマネジメント作成依頼届	契約書	提出先
新規利用者	事業対象者	介護予防ケアマネジメント作成依頼届出書	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	予防支援係
	要支援認定者	総合事業のみ		(介護予防サービス計画書) 介護予防ケアマネジメント作成依頼届出書
給付併用		提出省略		
既利用者	事業対象者に変更	介護予防ケアマネジメント作成依頼届出書		提出省略
	要支援認定者	総合事業のみ	提出省略	—
		給付のみ	提出省略	提出省略

(4) 事業対象者の有効期間について

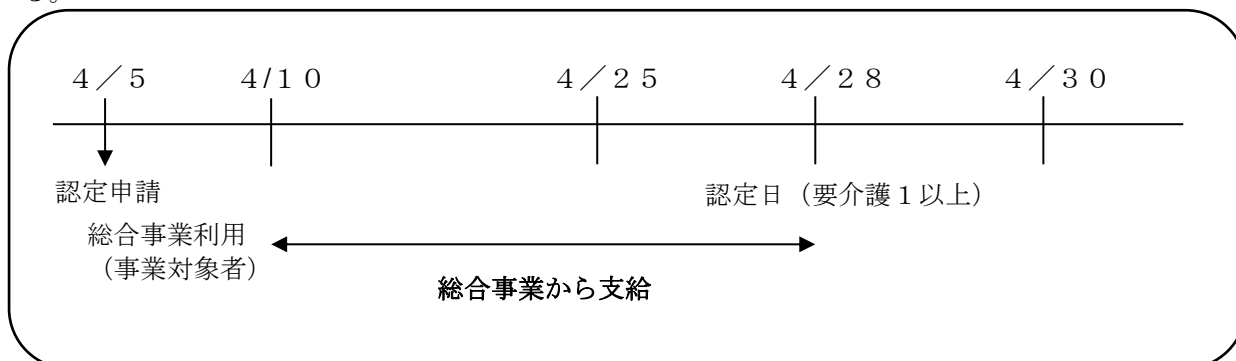
事業対象者の有効期間	
未認定者 ⇒ 事業対象者 (新規)	なし
要支援認定者 (要介護認定者) ⇒ 事業対象者 (更新) 事業対象者	なし
事業対象者 ⇒ 要支援認定者 (要介護認定者)	要支援認定日の前日まで可能 (要介護認定日)

(5) 要介護認定申請中の総合事業サービスの取り扱いについて

**※要介護認定申請の前に圏域の地域包括支援センターへ報告すること**

【パターン1】事業対象者→要介護1

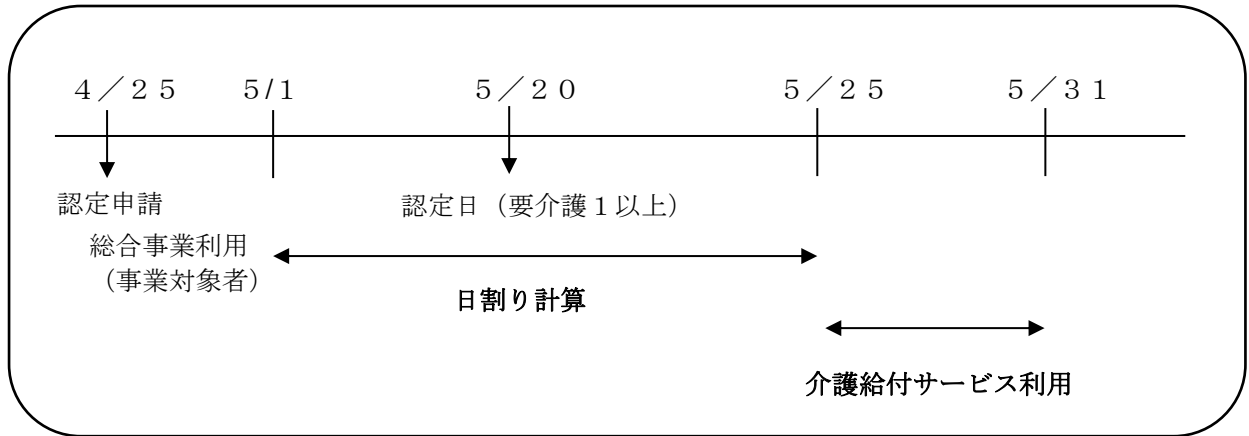
要介護認定を受け、認定結果が出る前にサービス事業の利用を開始していた場合、認定結果が要介護1以上であっても認定結果の出た日以前のサービス事業分の報酬は、総合事業より支給される。





【パターン2】事業対象者→要介護1

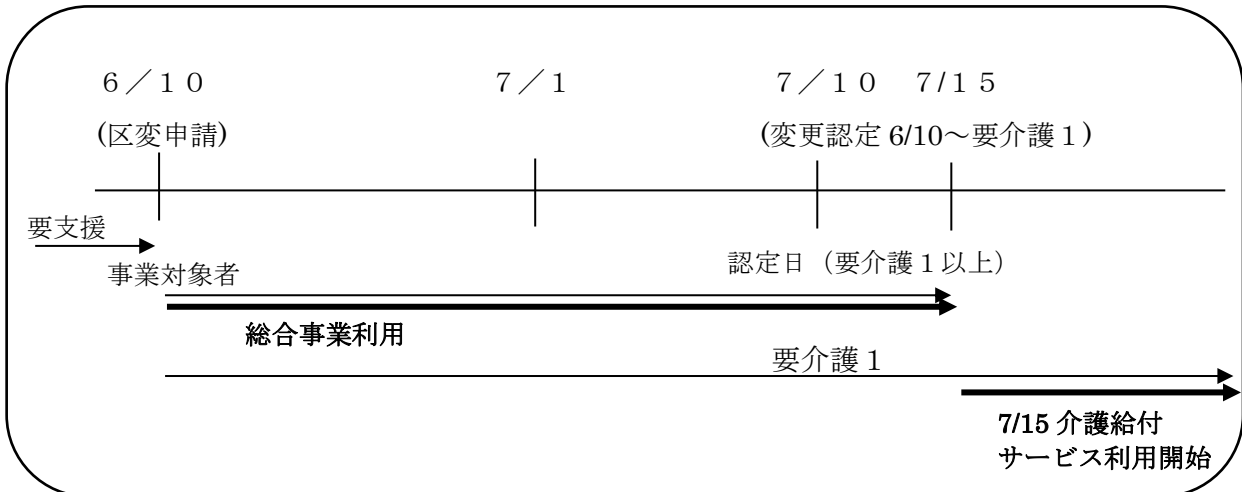
事業対象者としてサービス事業からサービスを提供された後、要介護認定を受けた場合には、介護給付サービスの利用を開始するまでの間にあたっては事業対象者として取り扱う。



※上記の場合は、指定居宅支援事業所が総合事業分と介護給付分を合わせて限度額管理し、居宅介護支援費を請求する。(給付管理票提出を含む)

【パターン3】要支援者→要介護1

要支援者が区分変更申請を行った場合（認定結果が要介護である場合）



※この場合、6/10～7/14の総合事業利用分については総合事業より支給されない。(全額自費)

ただし、総合事業利用前に基本チェックリスト該当者になっている場合は、事業対象者として6/10～7/14の総合事業利用についても総合事業により支給される。(福祉用具貸与は全額自費)

→予防支援係に6/10付けで事業対象者の申請をすること。

※6/10付けで居宅の届出を提出する場合（暫定での居宅サービス計画を作成し、介護給付サービスの利用）は事業対象者の申請は不要となる。

## 提出書類一覧

No.	原本提出	書類	備考
1		介護予防サービス計画作成等にかかる業務委託契約書	・地域包括支援センターと居宅介護支援事業所が各1通を保有
2		原案作成委託料に関する代理受領委任契約書	
3	◎	介護予防支援に関する契約書	・地域包括支援センターが原本を保管
4	◎	介護予防支援に関する重要事項説明書	
5	◎	同意書	
6		利用者基本情報	・初回と更新時に作成し提出 ・利用者の家族構成や連絡先に変化があった場合には、最新のを包括へ提出
7		基本チェックリスト	・ケアプラン作成・変更時に提出 ・実施日を必ず記載する ※プランと一緒に（セットで）包括へ提出
8	◎	介護予防サービス・支援計画書	・地域包括支援センターに <u>原本</u> を提出 ・初回は6か月以内に達成可能な目標を設定。その後は目標設定期間最長1年で可
9	◎	介護予防サービス・支援評価表	・計画期間内の評価を行う ・評価表は目標や期間の変更時、区分変更時、終了時に提出 ・定期的なモニタリングは支援経過に記載
10		介護予防ケアマネジメント作成 依頼届出書済みの介護保険証・負担割合証	・初回時、更新時コピー提出

※同意を得たプランは速やかに包括支援センターへの提出をお願いします。

また例外給付を申請している方は併せて資料をいただきたいです。

**※ No.3・4・5・8・9は、原本を地域包括支援センターへ提出**  
**※ 基本チェックリストとプランは、サービス担当者会議の前に地域包括支援センターへ提出しチェックを受ける**