**利用者**

**【窓口相談の流れ】**

**市町村の窓口に相談（「聞き取りシート」の記入）**

○**介護サービス、**

**介護予防サービスを**

**受けたい。**

**○第２号被保険者である**

○**一般介護予防事業**

**を利用したい。**

○**訪問介護（ヘルパー）のみ、**

**通所介護（デイサービス）のみを**

**利用したい。**

○**短期予防通所サービスを利用したい。**

**Ａ：要介護認定申請書**

（認定調査の実施）

（主治医意見書の依頼）

**Ｃ：　基本チェックリスト**

**Ｂ**：**非該当**

**要介護（要支援）認定**

**該当**

**非該当**

**介護予防サービス計画**

**要支援１、要支援２**

**居宅サービス計画**

**要介護１～要介護５**

**介護予防ケアマネジメント**

（診療情報提供書の依頼）

（組合せ）

（組合せ）

※デイケア・通所型サービス・短期集中予防サービス・認知症対応型通所など、通いのサービスは1カ所しか利用できません

【介護予防サービス】

・訪問看護、訪問リハビリ

・デイケア、訪問入浴

・ショートステイ

・住宅改修

・福祉用具レンタル、購入

・特定施設入居者生活介護

【介護予防地域密着型サービス】

・グループホーム（要支援2のみ）

・小規模多機能居宅介護

・認知症対応型通所介護

**一般介護予防事業**

【介護予防・生活支援サービス事業】

・訪問型サービス

・通所型サービス

・短期集中予防サービス

**総合事業**

**予防給付**

【居宅サービス】

【地域密着型サービス】

【施設サービス】

**介護給付**

・健康長寿ふれあいサロン、いきいき講座

・湯ったりクラブ、湯湯クラブ等