**令和4年1月1日改訂**

**介護予防支援サービス・支援計画書（ケアマネジメント）の手順・提出書類一覧（新規）委託**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **地域包括支援センター** | **介護予防支援及び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** | **提出書類** |
| ❸**提出**  書類①～⑨  確認後返却  ❻**提出(原本)**  書類①～⑨ | **介護予防サービス・支援計画書の内容及び手続の説明及び同意**  　※書類①②③  ❶**アセスメント（情報の整理から課題分析まで）**  　＊アセスメント実施日を支援経過記録に記載  ※書類④⑤  　＊アセスメントの結果（課題分析を含む）を記録  　（アセスメントシートの様式は問いません）  　＊計画書原案のチェック時に課題確認のため、アセスメントの結果記録  　　を提出  ※書類⑥  ❷**介護予防サービス・支援計画書原案の作成**  ※書類⑦⑧  ※やむをえず原案を提出する前にサービス担当者会議を行う場合は、事前に包括に相談したうえで担当者会議後①～⑧を提出（理由を支援経過に記入）  ❹**サービス担当者会議**  　＊会議録を作成し担当者に配布  ※書類⑨  ❺**本人同意、介護予防サービス・支援計画書の交付**  ※書類⑦（原案が本プランに）  　＊認定結果が遅れている場合の暫定プランは、同様の手順で暫定プラン  　　を作成・提出。事前の提出ができない場合包括へ相談  ❼**担当者に対する個別サービス計画の提出依頼**  　＊個別サービス計画と介護予防サービス・支援計画の連動性・整合性を確認  ❽**実施状況の把握（モニタリング）・支援経過記録**  　＊利用者の状況把握（毎月）  　＊サービス提供事業所からの報告聴取（毎月）  　＊居宅を訪問して利用者に面接して行う（サービスの提供を開始する月  　　の翌月から起算して３月に１回、サービスの評価期間が終了する月、  　　利用者の状況に著しい変化があったとき）  　＊居宅を訪問しない月においても、可能な限り、通所サービス事業所等  　　を訪問するなど利用者に面接するように努め、面接できない場合に  　　は、電話等により利用者と連絡を取り、利用者の状況を確認  　＊モニタリングの結果を記録（毎月）  　＊状況確認のため期間途中に支援経過の提出をお願いする場合あり  ❾**評価の実施** | |  |  | | --- | --- | | **契約関係** | | | 重要事項説明書・契約書(２部) |  | | 個人情報使用同意書(１部) |  | | 居宅(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）届出書の写し　(マイナンバー消去) |  | | **介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント関係** | | | 利用者基本情報 |  | | 基本チェックリスト |  | | アセスメントの結果記録 |  | | 介護予防サービス・支援計画書 |  | | 支援経過記録 |  | | サービス担当者会議録(支援経過記録に記載でも可) |  |   **【プラン作成時の注意事項】**  ＊アセスメントでは認定調査票・主治医意見書等からも情報を把握  ＊介護保険証と負担割合証を確認し、認定有効期間や自己負担率を説  　明  ＊同居家族がいる利用者に訪問介護の生活援助を位置づける場合は、  　同居家族が支援できない理由をプラン上に必ず記入  ＊医療系のサービスを位置づける場合は、主治医意見書等において主治医の指示があることを確認し、プラン上に記入（支援経過にも記入）  　必要に応じて医師の指示の確認を依頼する場合あり  ＊軽度者に給付できない福祉用具を介護保険で貸与する場合は、サー  　ビス利用前に保険者へ「軽度者福祉用具貸与に係る確認書」を提出  　して「要否の区分」を受けて、確認書のコピーをプランに添付  ＊サービスの利用回数等を記入  ＊運動・口腔・リハビリテーションマネジメント加算等がある場合は必ず記入  ＊支援経過には、担当経路、複数事業所の紹介やサービスを計画に位  置付けた理由などの経緯がわかるように記入  ＊注１）委託連携加算を算定する際は「介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント）の手順・提出書類一覧（委託連携加算）」を参照 |

**令和4年1月1日改訂**

**介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント）の手順・提出書類一覧（更新）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **地域包括支援センター** | **介護予防支援及び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** | **提出書類** |
| ❺**提出**  書類②～⑥  確認後返却  ❽**提出(原本)**  書類①～⑧  ※①は必要時  ※⑧は事業所から届き次第 | ❶**実施状況の把握(モニタリング)・支援経過記録**  　＊利用者の状況把握（毎月）  　＊サービス提供事業所からの報告聴取（毎月）  　＊居宅を訪問して利用者に面接して行う（サービスの提供を開始する月  　　の翌月から起算して３月に１回、サービスの評価期間が終了する月、  　　利用者の状況に著しい変化があったとき）  　＊居宅を訪問しない月においても、可能な限り、通所サービス事業所等  　　を訪問するなど利用者に面接するように努め、面接できない場合に  　　は、電話等により利用者と連絡を取り、利用者の状況を確認  　＊モニタリングの結果を記録（毎月）  　＊状況確認のため期間途中に支援経過の提出をお願いする場合あり  ※書類⑤  ❷**サービス評価の実施**  　＊計画作成者の評価表・事業所評価  ※書類⑥⑧  ❸**再アセスメントの実施**  　＊アセスメント実施日を支援経過記録に記載  ※書類②③　（①注意事項を参照）  　＊アセスメントの結果（課題分析を含む）を記録  　（アセスメントシートの様式は問いません）  　＊計画書原案のチェック時に課題確認のため、アセスメントの結果記録  　　を提出  ❹**介護予防サービス・支援計画書原案の作成**  ※書類④  ※やむをえず原案を提出する前にサービス担当者会議を行う場合は、事前に包括に相談したうえで担当者会議後①～⑧を提出（理由を支援経過に記入）  ❻**サービス担当者会議**  ※書類⑦  　＊会議録を作成し担当者へ配布  ❼**本人同意、介護予防サービス・支援計画書の交付**  ※書類④（原案が本プランに）  　＊認定結果が遅れている場合の暫定プランは、同様の手順で暫定プラン  　　を作成・提出、それができない場合は包括へ相談  ❾**担当者に対する個別サービス・支援計画の提出依頼**  　＊個別サービス計画と介護予防サービス・支援計画の連動性・整合性を確認  ❿**実施状況の把握（モニタリング）・支援経過記録** | |  |  | | --- | --- | | **介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント関係** | | | 利用者基本情報 |  | | 基本チェックリスト |  | | 再アセスメントの結果記録 |  | | 介護予防サービス・支援計画書 |  | | 支援経過記録 |  | | 介護予防支援・サービス評価表 |  | | サービス担当者会議録(支援経過記録に記載でも可) |  | | 事業所評価表 |  |   **【プラン作成時の注意事項】**  ＊アセスメントでは認定調査票・主治医意見書等からも情報を把握  ＊介護保険証と負担割合証を確認し、認定有効期間や自己負担率を説  　明  ＊「利用者基本情報」は認定更新時及び内容に変更があれば提出  ＊同居家族がいる利用者に訪問介護の生活援助を位置づける場合は、  　同居家族が支援できない理由をプラン上に必ず記入  ＊医療系のサービスを位置づける場合は、主治医意見書等において主治医の指示があることを確認し、プラン上に記入（支援経過にも記入）  　必要に応じて医師の指示の確認を依頼する場合あり  ＊軽度者に給付できない福祉用具を介護保険で貸与する場合は、サー  　ビス利用前に保険者へ「軽度者福祉用具貸与に係る確認書」を提出  　して「要否の区分」を受けて、確認書のコピーをプランに添付  ＊サービスの利用回数等を記入  ＊運動・口腔・リハビリテーションマネジメント加算等がある場合は必ず記入  ＊注１）委託連携加算を算定する際は「介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント）の手順・提出書類一覧（委託連携加算）」を参照 |

**令和4年1月1日改訂**

**介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント）の手順・提出書類一覧（変更）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **地域包括支援センター** | **介護予防サービス・支援計画書及び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** | **提出書類** |
| ❺**提出**  書類②～⑥  確認後返却  ❽**提出(原本)**  書類②～⑧  ※①は必要時  ※⑧は事業所から届き次第 | ❶**実施状況の把握(モニタリング)・支援経過記録**  　・利用者の状況把握（毎月）  　・サービス提供事業所からの報告聴取（毎月）  　・居宅を訪問して利用者に面接して行う（サービスの提供を開始する月  　　の翌月から起算して３月に１回、サービスの評価期間が終了する月、  　　利用者の状況に著しい変化があったとき）  　・居宅を訪問しない月においても、可能な限り、通所サービス事業所等  　　を訪問するなど利用者に面接するように努め、面接できない場合に  　　は、電話等により利用者と連絡を取り、利用者の状況を確認  　・モニタリングの結果を記録（毎月）  　＊状況確認のため期間途中に支援経過の提出をお願いする場合あり  ※書類⑤  ❷**サービス変更**  　＊変更理由を明確にし、支援経過に記入  　＊軽微な変更であれば、その旨を包括に報告し、プランに赤字で追記  　＊マネジメントの流れは更新時と同様  ❸**再アセスメントの実施**  　＊アセスメント実施日を支援経過記録に記載  ※書類②③　必要時①  　＊アセスメントの結果（課題分析を含む）を記録  　（アセスメントシートの様式は問いません）  　＊計画書原案のチェック時に課題確認のため、アセスメントの結果記録  　　を提出  ❹**介護予防サービス・支援計画書原案の作成**  ※書類④  ※やむをえず原案を提出する前にサービス担当者会議を行う場合は、事前に包括に相談したうえで担当者会議後②～⑥を提出（理由を支援経過に記入）  ❻**サービス担当者会議**  ※書類⑥⑦⑧  　＊会議録を作成し担当者へ配布  　　◆⑥⑧が不要な場合  　　1.支援期間が3ヶ月に満たない時  　　2.サービスが追加になった時（変更前プランが継続している場合）  ❼**本人同意、介護予防サービス計画書の交付**  ※書類④（原案が本プランに）  　＊認定結果が遅れている場合の暫定プランは、同様の手順で暫定プラン  　　を作成・提出。事前の提出ができない場合は事前に包括へ相談  ❾**担当者に対する個別サービス計画の提出依頼**  　＊個別サービス計画と介護予防サービス・支援計画の連動性・整合性を  確認  ❿**実施状況の把握（モニタリング）・支援経過記録** | |  |  | | --- | --- | | **介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント関係** | | | 利用者基本情報 |  | | 基本チェックリスト |  | | 再アセスメントの結果記録 |  | | 介護予防サービス・支援計画書 |  | | 支援経過記録 |  | | 介護予防支援・サービス評価表 |  | | サービス担当者会議録(支援経過記録に記載でも可) |  | | 事業所評価 |  |   **【プラン作成時の注意事項】**  ＊軽微な変更かどうか判断に迷った際は包括へ相談  ＊認定期間に配慮  ＊アセスメントでは認定調査票・主治医意見書等からも情報を把握  ＊介護保険証と負担割合証を確認し、認定有効期間や自己負担率を説  　明  ＊「利用者基本情報」は内容に変更があれば提出  ＊同居家族がいる利用者に訪問介護の生活援助を位置づける場合は、  　同居家族が支援できない理由をプラン上に必ず記入  ＊医療系のサービスを位置づける場合は、主治医意見書等において主治医の指示があることを確認し、プラン上に記入（支援経過にも記入）  　必要に応じて医師の指示の確認を依頼する場合あり  ＊軽度者に給付できない福祉用具を介護保険で貸与する場合は、サー  　ビス利用前に保険者へ「軽度者福祉用具貸与に係る確認書」を提出  　して「要否の区分」を受けて、確認書のコピーをプランに添付  ＊サービスの利用回数等を記入  ＊運動・口腔・リハビリテーションマネジメント加算等がある場合は必ず記入  ＊注１）委託連携加算を算定する際は「介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント）の手順・提出書類一覧（委託連携加算）」を参照 |

**令和4年1月1日改訂**

**介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント）の手順・提出書類一覧（終了）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **地域包括支援センター** | **介護予防支援及び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** | **提出書類** |
| ❸**提出**  書類①②③  確認後②をコピーして返却 | ❶**実施状況の把握(モニタリング)・支援経過記録**  　・利用者の状況把握（毎月）  　・サービス提供事業所からの報告聴取（毎月）  　・居宅を訪問して利用者に面接して行う（サービスの提供を開始する月  　　の翌月から起算して３月に１回、サービスの評価期間が終了する月、  　　利用者の状況に著しい変化があったとき）  　・居宅を訪問しない月においても、可能な限り、通所サービス事業所等  　　を訪問するなど利用者に面接するように努め、面接できない場合に  　　は、電話等により利用者と連絡を取り、利用者の状況を確認  　・モニタリングの結果を記録（毎月）  　＊状況確認のため期間途中に支援経過の提出をお願いする場合あり  ※書類①  ❷**サービス評価の実施**  　＊計画作成者の評価表・事業所評価  ※書類②③ | |  |  | | --- | --- | | **介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント関係** | | | 支援経過記録 |  | | 介護予防支援・サービス評価表 |  | | 事業所評価 |  |     **【終了時の注意事項】**  ＊プランの期間満了での終了については左記のとおり①②③を提出  ＊期間途中転居のため終了、又は変更申請をして要介護となった場合  ・支援開始後3か月満たない場合は①に終了理由を記載し提出  ・支援開始後3か月以上の場合は①②③を提出  ＊変更後の暫定プランを予防で作成した場合  ・変更プランの手順に従う  ＊死亡終了の場合はその経緯を支援経過に記録し①を提出 |

**令和4年1月1日改訂**

**介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント）の手順・提出書類一覧（委託連携加算）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **地域包括支援センター** | **介護予防支援及び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** | **提出書類** |
| ❶**情報提供書（任意様式）作成**  ・計画作成等にあたり必要な情報を整理  注1）  **❷支援経過記録**  情報提供した日時、内容を記載する。  **介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント）の手順・提出書類一覧**  **（新規、更新、変更）に続くの手順・提出書類一覧（新規）** | **❸提出**  情報提供書（任意様式）を文書で受け取る。  **❹支援経過記録**  情報提供を受けた日時、内容を記載する。 | |  |  | | --- | --- | | **介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント関係** | | | 支援経過記録 |  |     **【委託連携加算算定時の注意事項】**  ＊地域包括支援センターから居宅介護支援センターへ委託を開始した日の属する月（初めて給付管理する月）に限り、利用者 1 人につき１回を限度として300単位を算定。  注1）・地域包括支援センターが作成した情報提供書（任意様式内容は「利用者基本情報」や「アセスメントシート」等の情報を含んだもの）を提供する。  　　 ・口頭によるアドバイスも情報提供とするが、必ず居宅介護支援事業所へ内容を文書化し提出する。  ＊利用者に関する引継ぎやサービス担当者会議への参加又は初回訪問  への同行等、介護予防サービス計画の作成等に協力するよう努めるこ  と。  ＊特例として簡素化したプランの作成時には委託連携加算を算定しない。 |