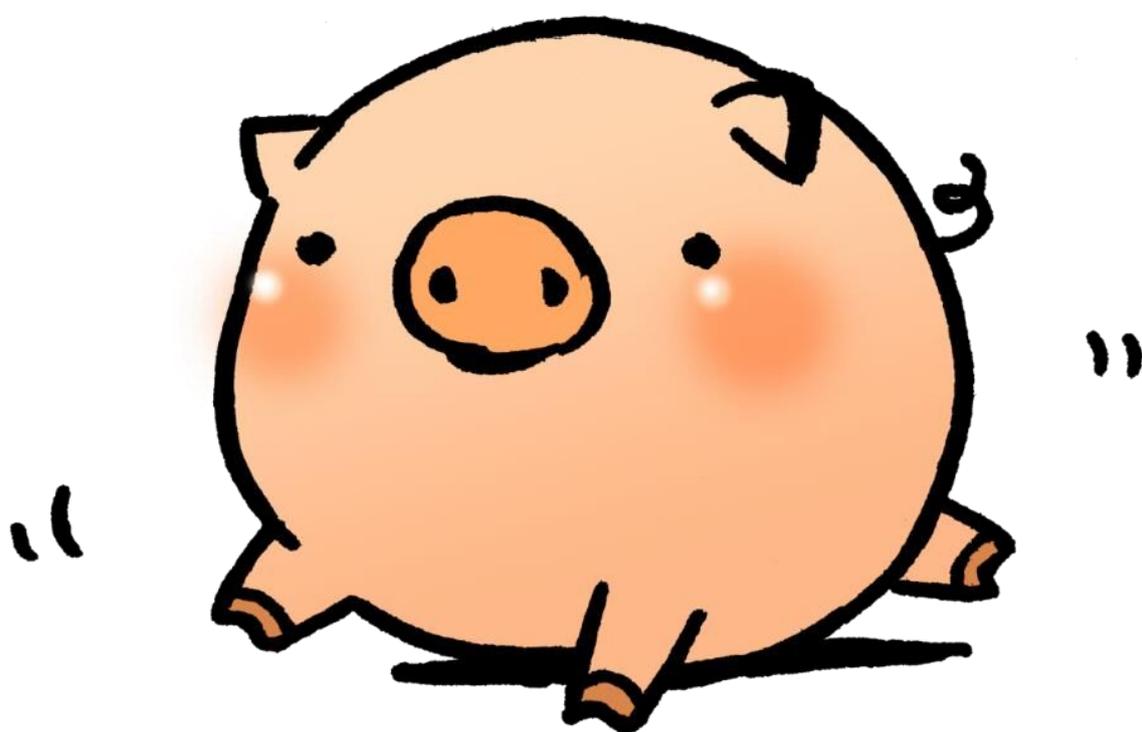


介護予防ケアマネジメント作成 マニュアル



令和7年4月改訂

前橋市

目次

- 介護予防サービス計画作成（予防給付）の流れ P.1
～「新規」に「要支援認定者」となる場合～
- 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）の流れ P.3
～「要支援認定」から「事業対象者」となる場合～
- 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）の流れ P.5
～新規に事業対象者となる場合～
- 介護予防ケアマネジメント手続きに係る留意事項 P.7
- 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント書類等早見表 P.10
- 介護予防ケアマネジメント実施時期について（図表） P.11
- 計画期間内のプラン変更がある書類提出のフローチャート P.12
- 暫定利用フロー図 P.13
- 認定の結果、暫定ケアプラン作成者が作成者となれず、
給付管理が行えない場合の取扱いについて（自己作成扱い） P.14
- 介護予防支援から介護予防ケアマネジメントに変更となった場合の
フローチャート P.15

介護予防サービス計画作成(予防給付)の流れ

～新規に要支援認定者となる場合～

項目	手 順	書類等	備 考
利用申込	居宅介護支援事業所で 相談、連絡を受ける 利用者宅を訪問し、必要書類を 説明し、預かる	① ② ③ ⑬	
	介護保険課手続き	① ② ⑬	<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員証を提示し、⑬を「介護保険課」または「支所市民サービス課」窓口にて情報開示を申す。申請手続き当日に交付可。 ・「主治医意見書(写)」及び「認定調査票(写)」を受領(有料)。
	地域包括支援センターに 必要書類を提出する	① ③	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターに委託事業所名を記載された①を預かる。 ・受託事業所名が記入された①を利用者へ返却する
	地域包括支援センターより 必要書類を預かる	④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫	<ul style="list-style-type: none"> ・④ ⑤を担当の地域包括支援センターから利用者ごとに受けとる(コピーは不可) ・⑧初回のケアプラン作成時に実施する ・⑥ ⑦ ⑧の記載内容に変化がある場合は上書きする ・⑨標準様式を使用する。ぐんま版予防プラン様式も使用可 ・⑪でサービス事業所より実績報告を受ける
	必要な手続きを行う	⑤	<ul style="list-style-type: none"> ・⑤を説明し同意を得る 「利用者様用」を利用者に渡す ・利用者が署名できない場合家族等が利用者欄に記名し、代理人欄に署名する
予防プラン原案作成	ケアプラン作成に必要な情報を 収集する	⑥ ⑦ ⑧	
	原案作成	⑨	<ul style="list-style-type: none"> ・本人・家族の意向を確認し、アセスメントの結果を踏まえて、⑨の原案を作成する
	書類を地域包括支援センターに 提出する	⑤ ⑥ ⑦(写) ⑨	<ul style="list-style-type: none"> ・⑥(写)を取り、受託事業所が保管する ・⑧は提出不要 ・⑨(原案)に担当の地域包括支援センターの確認を受ける

サービス担当者会議	サービス担当者会議を開催する	⑨(原案) ⑪	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者・家族・サービス事業所と、⑨(原案)を検討。 ・合意が得られたら、⑨の同意欄に記名をもらう ・サービス内容を確認し、サービス事業所に、⑨・⑪交付する ・⑨を交付したサービス事業所に個別サービス計画の提出を依頼する
プラン提出	同意を得た予防プラン(写)を、地域包括支援センターに提出する	⑨(写)	<ul style="list-style-type: none"> ・原本は受託事業所が保管する
モニタリング	サービス事業所との連携	⑪	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス利用時の状況等を⑪で毎月確認する
	モニタリングの実施	⑫	<ul style="list-style-type: none"> ・3月に1回は、利用者の居宅で面接を行う ・1月に1回は、⑪等を用いてモニタリングを実施し、⑫に記載し、受託事業所が保管する
評価	評価を行い、評価表を地域包括支援センターへ提出する	⑩	<ul style="list-style-type: none"> ・評価月に自宅を訪問して評価を実施する ・⑩に担当の地域包括支援センターのコメントを受け、原本は受託事業所が保管する (死亡時は評価表の作成は不要)
給付管理	介護予防支援業務委託料請求	⑭ ⑮	<ul style="list-style-type: none"> ・締切日を確認し、⑭・⑮を担当の地域包括支援センターに提出する ・書類⑭ ⑮は市 HP に掲載あり
介護予防支援の終了	終了時、書類を地域包括支援センターへ返却する	①(写)⑥(写) ⑦ ⑨ ⑩ ⑫ 主治医意見書・認定調査票(写)	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護になった時、死亡・転出・施設入所等で介護予防支援が終了となった時は、担当の地域包括支援センターへ連絡する ・返却書類以外の書類やデータ等については、受託事業所が委託契約書に従って適正に処分する

- ① 介護保険被保険者証（暫定利用の場合は介護保険資格者証）
 - 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
 - ③ 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント依頼申出書
 - ④ 介護予防サービス計画等作成についての依頼書
 - ⑤ 介護予防支援事業・介護予防ケアマネジメント事業利用申込書重要事項説明書個人情報利用同意書
 - ⑥ 利用者基本情報 ⑦ 基本チェックリスト ⑧ 興味・関心チェックシート
 - ⑨ 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表）
 - ⑩ 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)サービス評価表
 - ⑪ 利用実績報告書 ⑫ 介護予防支援経過記録 ⑬ 要介護・要支援認定等に係る個人情報提供申請書
 - ⑭ 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント実績報告書兼委託料請求書、委託料請求書(明細書)
 - ⑮ 給付管理票または給付管理連絡票
- ※網かけ以外は市のHPに掲載のある資料

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）の流れ

～「要支援認定」から「事業対象者」となる場合～

項目	手順	書類等	備考
利用申込	認定終了1～2か月前に利用者宅を訪問し、総合事業の説明を行い、必要書類を預かる	⑬ ⑭ ⑮	<ul style="list-style-type: none"> ・⑬は総合事業の説明等に使用 ・⑭で基本チェックリスト実施の申し込みを受ける ・氏名は自署または家族等が本人名を記名する ・⑮を利用者に渡す ・包括職員が基本チェックリスト実施時に、介護保険被保険者証を預かる
	地域包括支援センターに必要書類を提出する	⑭	<ul style="list-style-type: none"> ・事業対象者選定の基本チェックリスト実施に同行を希望する場合は、包括職員と訪問日時を調整する
	地域包括支援センターより必要書類を預かる	⑯	<ul style="list-style-type: none"> ・「基本チェックリスト」で該当となったら、⑯を受け取る
予防プラン原案作成	ケアプラン作成に必要な情報を収集する	⑥ ⑦ ⑧ ⑳	<ul style="list-style-type: none"> ・⑳を利用者から預かる ・⑥の記載内容に大きな変化がある場合は、再作成する ・⑦を記入（⑱を事前アセスメントに活用してもよい） ・⑧の記載内容に変化がある場合は上書きする
	原案作成	⑨	<ul style="list-style-type: none"> ・本人、家族の意向を確認し、アセスメントの結果を踏まえて、⑨(原案)を作成する ・⑨は標準様式を使用する。(ぐんま版予防プラン様式も使用可)
	書類を地域包括支援センターに提出する	⑥ ⑦(写) ⑨ ⑳	<ul style="list-style-type: none"> ・⑳を提出し、包括職員が受託事業所名を記入する ・受託事業所名記入済みの⑤を利用者へ返却する ・⑥は再作成した場合に原本を提出する ・⑧の提出は不要 ・⑨(原案)に担当の地域包括支援センターの確認を受ける
サービス担当者会議	サービス担当者会議を開催する	⑨(原案) ⑪	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者・家族・サービス事業所と⑨(原案)を検討する ・合意を得られたら⑨の同意欄に記名をもらう ・サービス内容を確認し、サービス事業所に⑨・⑪を交付する ・⑨を交付したサービス事業所に個別サービス計画書の提出を依頼する
プラン提出	同意を得た予防プラン(写)を地域包括支援センターに提出する	⑨(写)	<ul style="list-style-type: none"> ・原本は受託事業所が保管する

項目	手順	書類等	備考
モニタリング	サービス事業所との連携	⑪	・サービス利用時の状況等を書類⑪で毎月確認する
	モニタリングの実施	⑫	・3月に1回は、利用者の居宅で面接を行う ・1月に1回は、⑪等を用いてモニタリングを実施し、⑫に記載し、受託事業所が保管する
評価	評価を行い、評価表を地域包括支援センターへ提出する	⑩	・評価月に自宅を訪問して評価を実施する ・⑩に担当の地域包括支援センターのコメントを受け、原本は受託事業所が保管する (死亡時は評価表の作成は不要)
給付管理	介護予防ケアマネジメント業務委託料請求	⑭ ⑮	・締切日を確認し、⑭・⑮を担当の地域包括支援センターに提出する
介護予防ケアマネジメントの終了	終了時、書類を地域包括支援センターへ返却する	⑥(写) ⑲(写) ⑦ ⑨ ⑩ ⑫	・要介護になった時、死亡・転出・施設入所等で介護予防ケアマネジメントが終了となった時は、担当の地域包括支援センターへ連絡する ・返却書類以外の書類やデータ等については、受託事業所が委託契約書に従って適正に処分する

- ① 介護保険被保険者証（暫定利用の場合は介護保険資格者証）
- 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
- ③ 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント依頼申出書
- ④ 介護予防サービス計画等作成についての依頼書
- ⑤ 介護予防支援事業・介護予防ケアマネジメント事業利用申込書重要事項説明書個人情報利用同意書
- ⑥ 利用者基本情報 ⑦ 基本チェックリスト ⑧ 興味・関心チェックシート
- ⑨ 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表）
- ⑩ 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)サービス評価表
- ⑪ 利用実績報告書 ⑫ 介護予防支援経過記録 ⑬ 要介護・要支援認定等に係る個人情報提供申請書
- ⑭ 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント実績報告書兼委託料請求書、委託料請求書(明細書)
- ⑮ 給付管理票または給付管理連絡票 ⑯ 利用者への案内チラシ(参考) ⑰ 基本チェックリスト実施申込書
- ⑱ 地域包括支援センター訪問のお知らせ ⑲ 事業対象候補者選定の基本チェックリスト(写)
- ⑳ 介護保険被保険者証(事業対象者・包括届出の印字あり) ㉑ 対象者確認シート

※網かけ以外は市のHPに掲載のある資料

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）の流れ

～ 新規に事業対象者となる場合 ～

項目	手 順	書類等	備 考
利用 申込	居宅介護支援事業所で 相談、連絡を受ける	⑰ ⑱ ㉑	<ul style="list-style-type: none"> ・新規の相談者を受ける際は、㉑を使用し、認定申請か基本チェックリスト実施等を振り分ける ・⑰で、基本チェックリストの実施の申し込みを受ける ・氏名は自署または家族等が本人名を記名する ・⑱を利用者に渡す ・包括職員が基本チェックリスト実施時に、介護保険被保険者証を預かる
	地域包括支援センターに 必要書類を提出する	⑰ ㉑	<ul style="list-style-type: none"> ・基本チェックリスト実施に同行を希望する場合は、包括職員と訪問日時を調整する
	地域包括支援センター より必要書類を預かる	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑲	<ul style="list-style-type: none"> ・「基本チェックリスト」で該当となったら、④ ⑤ ⑲を地域包括支援センターから利用者ごとに受けとる（コピーは不可） ・⑧は初回のケアプラン作成時に実施する ・⑨は標準様式を使用する。ぐんま版予防プラン様式も使用可 ・⑪でサービス事業所より実績報告を受ける
	必要な手続きを行う	⑤ ㉒	<ul style="list-style-type: none"> ・⑤を説明し同意を得る ・「利用者様用」を利用者に渡す ・利用者が署名できない場合は家族等が利用者欄に記名し、代理人欄に署名する ・㉒を預かる
予 防 プ ラ ン 原 案 作 成	ケアプラン作成時に 必要な情報を収集する	⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑲	<ul style="list-style-type: none"> ・⑥ ⑦、⑧、⑨を記入する ・⑲を事前アセスメントに活用してもよい
	原案作成	⑨	<ul style="list-style-type: none"> ・本人、家族の意向を確認し、アセスメントの結果を踏まえて、⑨(原案)を作成する
	書類を地域包括支援 センターに提出する	⑦(写) ⑨(原案) ⑤ ⑥ ㉒	<ul style="list-style-type: none"> ・⑧の提出は不要 ・⑨の原案に担当の地域包括支援センターの確認を受ける ・受託事業所名が記入された㉒を利用者へ返却する
サ ー ビ ス 担 当 者 会 議	サービス担当者会議を開 催する	⑨(原案) ⑪	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者・家族・サービス事業所と⑨(原案)を検討する ・合意が得られたら⑨の同意欄に記名をもらう ・サービス内容を確認しサービス事業所に⑨ ⑪を交付する ・⑨を交付したサービス事業所に個別サービス計画書提出を依頼する

項目	手順	書類等	備考
プラン提出	同意を得た予防プラン(写)を地域包括支援センターに提出する	⑨(写)	・原本は受託事業所が保管する
モニタリング	サービス事業所との連携	⑪	・サービス利用時の状況等を⑪で毎月確認する
	モニタリングの実施	⑫	・3月に1回は、利用者の居宅で面接を行う ・1月に1回は、⑪等を用いてモニタリングを実施し、⑫に記載し、受託事業所が保管する
評価	評価を行い、評価表を地域包括支援センターへ提出する	⑩	・評価月に自宅を訪問して評価を実施する ・⑩に担当の地域包括支援センターのコメントを受け、原本は受託事業所が保管する (死亡時は評価表の作成は不要)
給付管理	介護予防ケアマネジメント業務委託料請求	⑭ ⑮	・締切日を確認し、⑭・⑮を担当の地域包括支援センターに提出する。
介護予防ケアマネジメントの終了	終了時、書類を地域包括支援センターへ返却する	⑥(写) ⑳(写) ⑦ ⑨ ⑩ ⑫	・要介護になった時、死亡・転出・施設入所等で介護予防ケアマネジメントが終了となった時は担当の地域包括支援センターへ連絡する ・返却書類以外の書類やデータ等については、受託事業所が委託契約書に従って適正に処分する

- ① 介護保険被保険者証 (暫定利用の場合は介護保険資格者証)
 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
 ③ 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント依頼申出書
 ④ 介護予防サービス計画等作成についての依頼書
 ⑤ 介護予防支援事業・介護予防ケアマネジメント事業利用申込書重要事項説明書個人情報利用同意書
 ⑥ 利用者基本情報 ⑦ 基本チェックリスト ⑧ 興味・関心チェックシート
 ⑨ 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表)
 ⑩ 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)サービス評価表
 ⑪ 利用実績報告書 ⑫ 介護予防支援経過記録 ⑬ 要介護・要支援認定等に係る個人情報提供申請書
 ⑭ 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント実績報告書兼委託料請求書、委託料請求書(明細書)
 ⑮ 給付管理票または給付管理連絡票 ⑯ 利用者への案内チラシ(参考) ⑰ 基本チェックリスト実施申込書
 ⑱ 地域包括支援センター訪問のお知らせ ⑲ 事業対象候補者選定の基本チェックリスト(写)
 ⑳ 介護保険被保険者証(事業対象者・包括届出の印字あり) ㉑ 対象者確認シート

※網かけ以外は市のHPに掲載のある資料

介護予防ケアマネジメント手続きに係る留意事項

項目	対 応	考え方・その他
利用者への説明・同意	<ul style="list-style-type: none"> 「介護予防支援事業・介護予防ケアマネジメント事業利用申込書」の利用者欄に記名する ※利用者以外が利用者の記名を行う場合は、代理人欄に署名する 家族代表欄には、利用者基本情報の緊急連絡先欄に記載される家族等の代表が記名する 「利用者基本情報」の同意欄は本人の記名をする 予防プランの同意欄は本人の記名をする 	<ul style="list-style-type: none"> 記名とは、「氏名を記載すること」と定義する ※利用者本人の直筆(自署)は求めない 暫定利用においても、介護予防支援および介護予防ケアマネジメント重要事項を説明し、同意を得て「介護予防支援事業・介護予防ケアマネジメント事業利用申込書」に記名をもらう
区分変更申請・新規申請	<p><u>事業対象者から新規申請を行う場合や、要支援1または要支援2から要介護状態区分変更申請を行う場合は申請前に、または申請後速やかに包括支援センターへ連絡する</u></p>	<p><u>アセスメント、予防と介護の暫定ケアプラン作成、担当者会議など一連のケアマネジメントを行う必要がある給付がでず利用者の全額自己負担になってしまう場合があるため、特に注意が必要</u></p>
アセスメント・予防プランの原案作成	<p>《基本チェックリスト》</p> <ul style="list-style-type: none"> 基本チェックリストは、新規および更新時の予防プラン作成時に実施する <p>《興味・関心チェックシート》</p> <ul style="list-style-type: none"> 新規の予防プラン作成時に実施する <p>・予防プランの原案を作成し、利用者の担当地域包括支援センターに提出、確認を受ける</p> <div style="border: 1px dashed red; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> 訪問型サービス、通所型サービス等の回数や曜日、時間等についての記載は不要 事業対象者は要支援1に相当する区分支給限度基準額を超過してサービスを利用することはできない(訪問型サービスⅡ+通所型サービス2の組合せはできない) 要支援認定者において区分支給限度基準額を超過してサービスを利用する際は、利用者に対し丁寧に説明し、同意を得る必要がある </div>	<ul style="list-style-type: none"> 同一認定期間内の予防プランの変更時において、利用者の状態に変化がある場合は、必要に応じて再アセスメントを実施する 更新時の再作成は不要 変化があった場合は、追記・加除等を行う 利用者のニーズ及び課題分析から取り組むべき優先度が高い領域についての課題を「有」とする 目標は具体的でわかりやすく、達成の判断が容易で、利用者の実際の行動として確認することが可能なものを設定する 住所地特例者が前橋市内の総合事業サービスを利用する際には、サービス事業所が保険者(転入前の市町村)から指定を受けているか確認する必要がある 前橋市の被保険者が他市町村の総合事業サービスを利用する際には、サービス事業所が前橋市から指定を受けているか確認する必要がある
予防プランの期間	<ul style="list-style-type: none"> プラン期間の設定については最長1年とする。 毎月モニタリングを実施し、利用者の状態に合わせて計画書を見直す ※例外として、新規申請・区分変更申請により認定期間が1年1か月未満となる場合、プラン期間を1年1か月未満の設定することができる 利用者の状態、利用するサービス(通所型C、訪問型C)の提供できる期間に合わせて予防プランの期間を設定する 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問型Cと通所型Cは、原則3か月とする 認定期間を超えないように計画する 認定期間を超える場合は注意が必要である(※参考情報 参照) プラン期間の設定は最も短いサービス提供期間に合わせる <div style="border: 1px dashed red; padding: 5px;"> <p>【参考情報】 認定期間とプラン期間の関係</p> <p>12月末で認定期間が切れる人が、12月から通所Cを利用する場合 ⇒プラン期間は認定期間内に設定する。 12/1～12/31までのプランと1/1～2月末までのプランが必要</p> </div>

項目	対応	考え方・その他
サービス担当者会議	<ul style="list-style-type: none"> 原則として予防プラン作成時や変更時に開催する サービス担当者会議の要点は支援経過記録に記載する 医療系のサービスを位置づける場合には、必ず主治の医師等の意見を求めるとともに、<u>予防プランを主治の医師等に交付する</u> <p>※認定期間内は有効と考えるため、予防プラン更新毎に取らなくても良い。ただし、以下のような状態の時は、意見を求めたうえで、予防プランを検討する</p> <ol style="list-style-type: none"> ①状態変化があり、医療系サービスの回数増や支援内容の追加等が必要な場合 ②新たな医療系サービスを追加する場合 ③予防プラン再作成時点で、主治医の変更があった場合 ④医療系サービス以外であっても医療情報が必要な場合 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者及び家族の参加を基本とする サービス事業所等で開催する場合は、サービス提供時間外の開催とする 担当者に予防プランを交付したときは、担当者に對し、個別サービス計画書の提出を求め、予防プランと個別サービス計画書の連動性や整合性について確認する 介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリ等は医師がその必要性を認めたものに限られることから、予防プランに位置づける場合には主治の医師等の指示があることを確認しなければならない。 <p>利用者がこれらのサービスを希望している場合、またその他必要な場合には、あらかじめ利用者の同意を得て主治の医師等に意見を求めるとともに、主治の医師等とのより円滑な連携に資するよう、当該意見を踏まえて作成した予防プランについて、意見を求めた主治の医師等に交付しなければならない。（交付については対面の他、郵送やメール等も可）</p>
モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> モニタリングは、利用者からの意見聴取、サービス事業者からの報告・連絡、あるいはサービス事業所への訪問などの手法を通じて定期的に実施する。これらの実施状況については、支援経過記録に随時内容を記載する モニタリングは国の示したとおりに実施する →3月に1回は利用者の居宅で面接を行う 居宅を訪問しない月は事業所での利用者との面談の実施や関係者からの情報収集、利用実績報告書等を活用することも可 利用実績報告書より利用者の状況変化等を把握した場合には利用者宅を訪問して確認を行う <div data-bbox="103 1422 813 1904" style="border: 1px dashed red; padding: 5px;"> <p>【参考例】</p> <p>原則訪問不要</p> <p>●要訪問</p> <p>●要訪問</p> <p>4月 5月 6月 7月 8月 9月</p> <p>●アセスメント ●サービス提供開始 ●評価</p> <p>・3月（みつき）に1回とは、3ヶ月毎ではなく3月のうち1回は居宅を訪問するという事。 ※利用開始月の翌月から起算して、3月のうち1回は居宅を訪問 例：5月からサービス提供開始（○印は居宅訪問） ④ 5 6 7 ⑧ 9 ⑩ 11 12 ⑫</p> </div>	<p>【厚労省令第37号第30条16号】</p> <ul style="list-style-type: none"> 少なくともサービスの期間終了月、サービス提供した月の翌月から起算して3月に1回のいずれかに該当する場合には利用者の居宅で面接を行うことが必要である。 <p>利用者宅を訪問しない月でも、サービス事業者等への訪問、利用者への電話等の方法により、利用者自身に介護予防サービス計画の実施状況について確認を行い、利用者の状況に変化があるときは、利用者宅を訪問して確認を行うことが必要で1月に1回はその結果を記録する</p> <ul style="list-style-type: none"> 3月に1回の利用者宅への訪問以外にも介護予防サービス利用期間内に、利用者の日常生活の急激な変化が生じてないか、計画内容が利用者に適合しているか等についてモニタリングをすることが望ましい。その際、サービス事業所での利用者との面談の実施や、サービス事業所、利用者または家族からの情報収集を適宜整理・活用することにより、利用者宅の訪問回数を必要最小限にすることができる
記録	<ul style="list-style-type: none"> 訪問、電話連絡、利用実績報告書などから得た必要な情報を簡潔に記録する 	

項目	対 応	考え方・その他
評 価	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者宅にて利用者及び家族と面談し評価する 《評価の時期》 ①プラン期間が終了する月（予防プラン終了月） ②利用者の状態が変化し、予防プランの見直しが必要になった時 ③資格が変わった時（事業対象者⇔要支援）や更新認定結果が非該当・要介護になった時 <ul style="list-style-type: none"> ・目標が達成された場合、達成しない原因は記載しなくてもよいが、達成された要因や今後の予防プラン作成に必要な事項等について、今後の方針欄に記載する ・死亡時は評価不要とする ・死亡した旨を支援経過記録に記入し、支援を終了する。また、担当の地域包括支援センターに死亡（死亡日時等）を連絡し書類を返却する 	<ul style="list-style-type: none"> ・予防プランで定めた期間の終了月には、予防プランの実施状況や目標の達成状況を評価し、今後の方針を決定する。評価の実施に際しては利用者の状況を的確に把握し、利用者及び家族の意見を徴する必要があることから、利用者宅を訪問して確認を行う ・プラン期間の終了月とは、<u>プラン期間が終了する月</u>または<u>区分変更申請すると決めた時</u> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・目標が達成できたとき ⇒達成できたポイントを確認して他の角度から次の目標を考える ・目標が達成できなかったとき ⇒未達成の原因を分析し、安易に同じ目標にせず、利用者及び家族と検討しながら本人が達成できる目標の設定や利用するサービスを見直す等、今後の方針を決定する </div>
介 護 予 防 支 援 の 終 了	<ul style="list-style-type: none"> ・終了後、担当の地域包括支援センターに下記の書類を返却する ①介護保険被保険者証(写) ②主治医意見書・認定調査票(写) ※支援認定者のみ ③利用者基本情報(写) ④基本チェックリスト(原本) ⑤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表) (原本) ⑥介護予防支援経過記録 ⑦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)サービス評価表 (原本) 	<p>【前橋市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例】(H26.12.10 条例第 49 号)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第 31 条 2 項（記録の整備）においては、「<u>完結の日から 5 年間保存しなければならない</u>」としている ・書類以外の書類やデータ等については、受託事業所が委託契約書に従って適正に処分する
委 託 料 請 求 【 加 算 】	<ul style="list-style-type: none"> ・指定された日までに、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント実績報告書兼委託料請求書（明細書）、給付管理連絡票を担当の地域包括支援センターに提出する ・初めてサービスを利用する場合や、2 月以上サービスを利用しておらず予防プランを新たに作成した場合は、初回加算 300 単位(3,063 円)をつけて請求できる ・前橋市内で転居があり、担当の地域包括支援センターが変更になった場合、介護予防支援の一連の新規ケアマネジメント過程を実施した場合は、初回加算を算定できる ・<u>担当の地域包括支援センターは変わらず、委託先の居宅介護支援事業所が変更になった場合は、初回加算の請求はできない</u> ・地域包括支援センターが委託を行う際に居宅介護支援事業者と情報連携等を行った場合、委託連携加算 300 単位(3,063 円)をつけて請求できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント実績報告書兼委託料請求書(明細書)の提出日の日付は提出月の 1 日で統一する ・介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント実績報告書兼委託料請求書(明細書)は、誤りがあった場合は(給付管理連絡票も含め、再提出する(修正液・テープ、二重線で訂正印も不可)) ・当該利用者について、<u>過去 2 月以上居宅介護支援を提供しておらず、居宅介護支援が算定されていない場合に、当該予防プランを評価した上で、新規に一連のケアマネジメント過程を実施した場合は、初回加算を算定することができる</u> 一連のケアマネジメント過程は、アセスメント、プラン作成、サービス担当者会議開催までの過程を指す ※H18 年厚生労働省告示第 129 号、介護保険最新情報 Vol.69 の問 62 (H21.3.23) 参照 ・介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント実績 ・委託連携加算は利用者 1 人につき居宅介護支援事業所に委託する初回に限り、所定単位数を算定できる

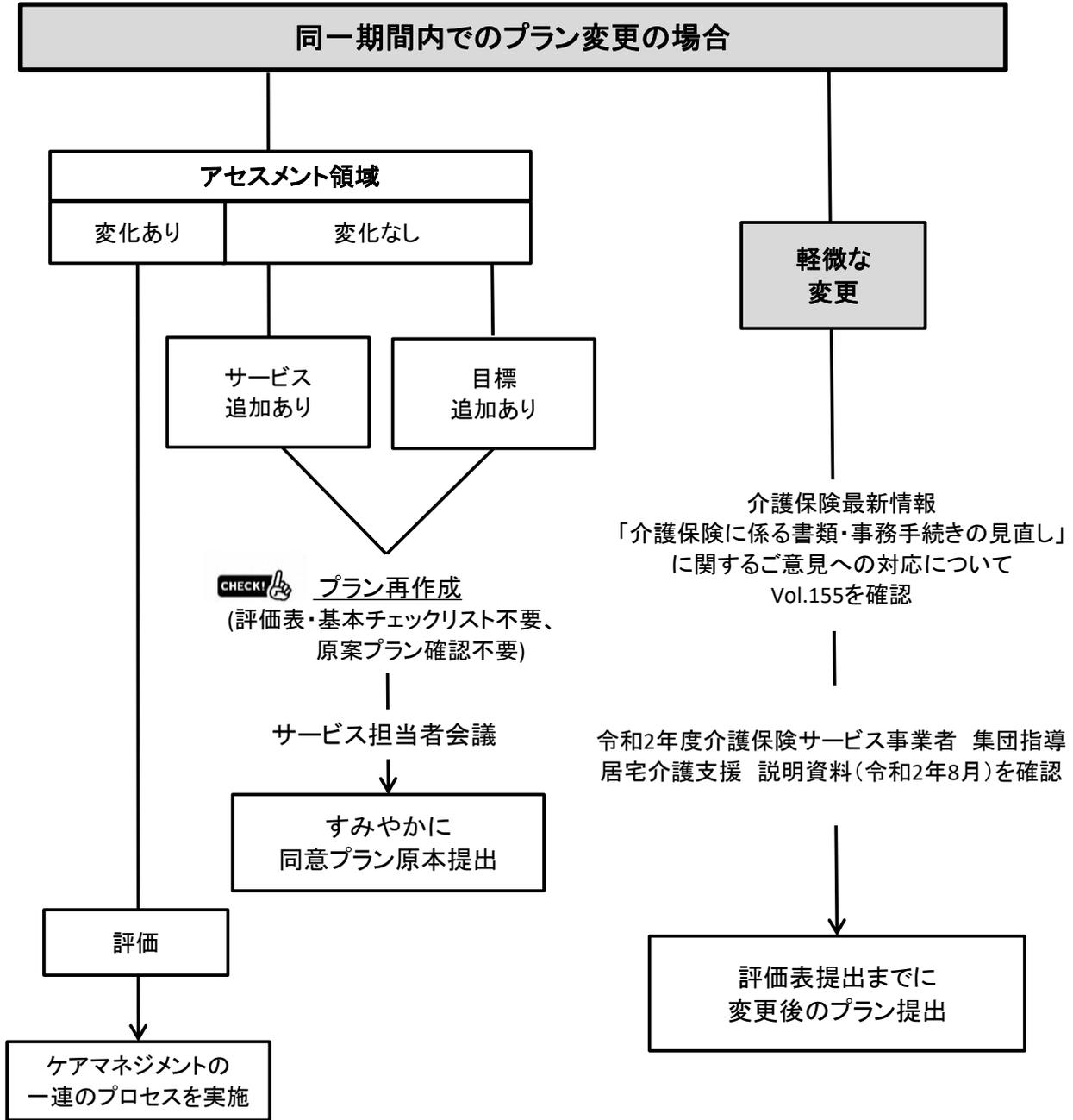
介護予防支援・介護予防ケアマネジメント書類等早見表

書類等 (の書類は終了時、包括へ返却する)	保管状況等 居宅介護支援事業者
介護保険被保険者証	<ul style="list-style-type: none"> ・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）届出書と一緒に介護保険課に提出。 ・認定の更新時は受託事業所名を地域包括支援センターで記載してもらう。
(暫定利用の場合は介護保険資格者証)	要支援認定が想定される場合、写しを地域包括支援センターへ提出。
介護保険被保険者証(写)	保管
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と一緒に介護保険課もしくは支所へ提出。
介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント依頼申出書	<ul style="list-style-type: none"> ・原本を地域包括支援センターへ提出。 ・要介護・要支援認定等に係る個人情報提供申請時に写しの提出が必要な場合がある。
要介護・要支援認定等に係る個人情報提供申請書	旧届出は介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント依頼申出書の写しと一緒に市役所へ提出し申請。
主治医意見書(写)、認定調査票(写)	保管
介護予防サービス計画等作成についての依頼書	地域包括支援センターより受け取る。
介護予防支援事業・介護予防ケアマネジメント事業利用申込書	左記の書類を依頼ごとに(コピー不可)地域包括支援センターから受け取る。書類作成後、 包括用 を地域包括支援センターへ提出。
重要事項説明書	
個人情報利用同意書	
利用者基本情報	写しを保管(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	原本を保管
興味関心チェックリスト	原本を保管(地域包括支援センターへの提出不要)
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表)	原本を保管(写しを地域包括支援センターへ提出)
介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(1号介護予防支援事業)サービス評価表	地域包括支援センターへ提出。コメントが記入されたものを受け取る。原本を保管。
利用実績報告書	前橋市地域包括支援センター独自の書式。サービス事業所より実績報告を受ける。
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含む)	介護予防支援経過記録は電子媒体での管理でよいが、指示があった時にいつでも提出できる体制をとっておく。
介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント実績報告書兼委託料請求書、委託料請求書(明細書)	<ul style="list-style-type: none"> ・締切日までに実績報告書兼委託料請求書と委託料請求書(明細書)、給付管理票または給付管理連絡票を地域包括支援センターに提出。 ・提出日の日付は提出月の1日で統一する。 ・誤りがあった場合修正不可。再提出。
給付管理票または給付管理連絡票	

図表 介護予防ケアマネジメント実施時期について(例:予防プラン期間が1年の考え方) ○:必須

類型	必要なプロセス	サービス種別	サービス提供前	サービス提供開始月	2月目	3月目	4月目	5月目	6月目	7月目	8月目	9月目	10月目	11月目	12月目 (評価月)
介護予防サービス ・支援計画書作成 (予防給付)	※介護予防サービス ・支援計画書作成の流れに準ずる	◎ 予防給付 サービス	○												○ 予防プラン 更新のための 担当者会議
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)	1 アセスメント 2 予防プラン原案作成 3 地域包括支援セン ターで予防プラン 原案の確認を受ける 4 サービス担当者会議 5 地域包括支援セン ターへ同意を得た予 防プラン写しを提出 6 モニタリング 7 評価	◎ 総合事業 サービス	—	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	モニタリング (記録を含む) 利用実績報告 書等で毎月確 認する		—												○
	モニタリング 訪問(3月に 1回は利用者の 居宅で面接を 行う)		—	原則不要											○ モニタリング 及び 評価

計画期間内のプラン変更がある書類提出のフローチャート



＜プラン再作成の利用開始日について＞

今まで利用していたサービスの利用開始日・終了日は変更しない。
追加したサービスのみ 新たな利用開始日にする。終了日はそろえる。

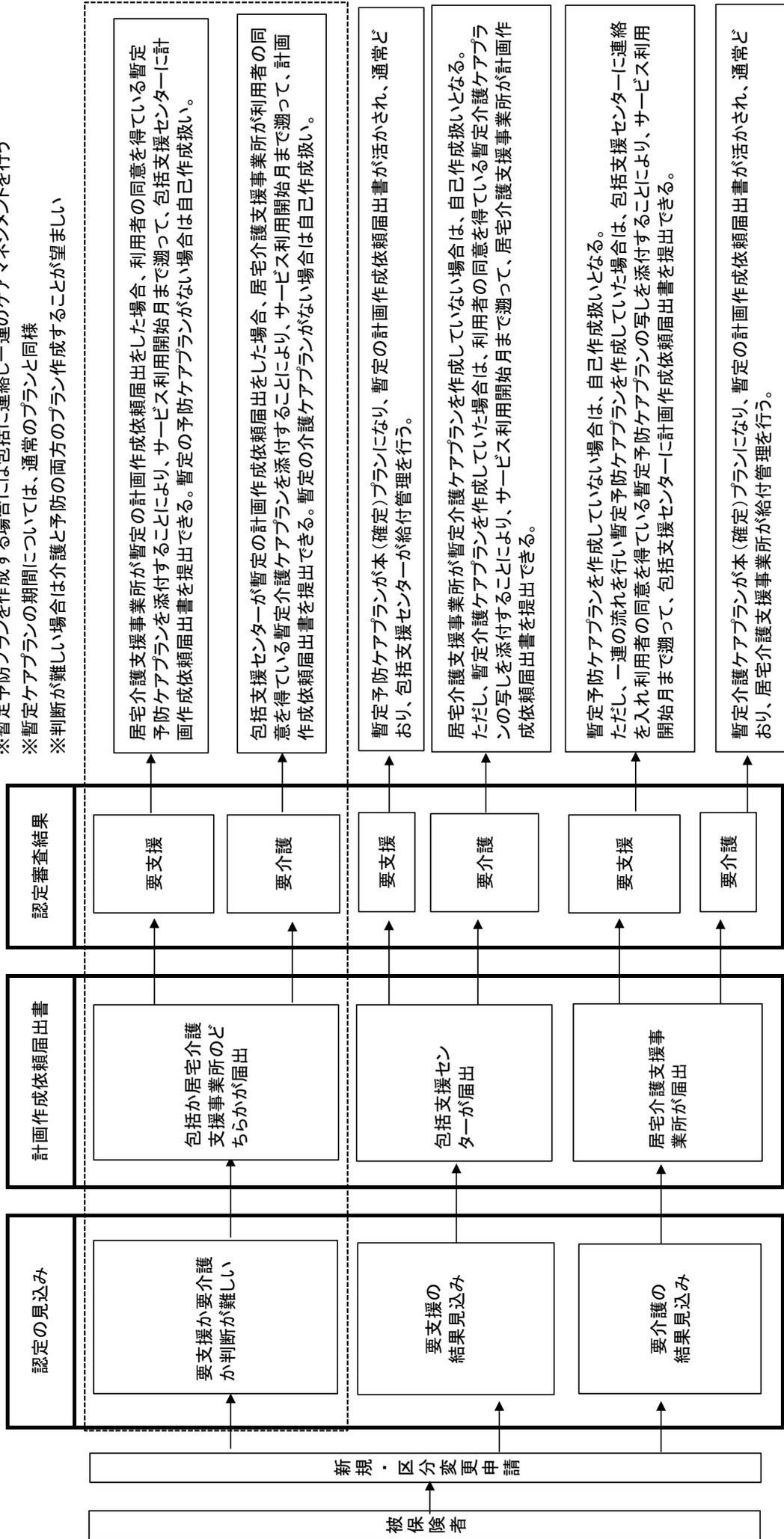
＜軽微な変更でサービス担当者会議を行う場合＞

『目標もサービスも変わらない(利用者の状況以外の原因による)単なるサービス提供事業所変更』等については同意プランを提出する。



暫定利用フロー図

※暫定予防プランを作成する場合には包括に連絡し一連のケアマネジメントを行う
 ※暫定ケアプランの期間については、通常のプランと同様
 ※判断が難しい場合は介護と予防の両方のプラン作成することが望ましい



介護予防支援から介護予防ケアマネジメントに変更となった場合のフローチャート

(介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業所が担当)

介護支援専門員の動き

- ・利用者等より相談があり、プラン作成依頼あり。
- ・相談の中で、介護予防サービスの利用希望あり居宅介護支援事業所で、直接担当することとなった。
- ・ケアマネジメントの一連の流れは介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業所が実施することとなる。

- ・担当を受けることが決まった時点で利用者の居住地に該当する地域包括支援センターに直接担当することを伝える。
- ・該当の地域包括支援センターとの契約がない場合には必ず契約する。

- ・利用実績があり、通常は介護予防支援（４６）給付であったが、急きよ、サービス利用が介護予防ケアマネジメント（ＡＦ）となった。

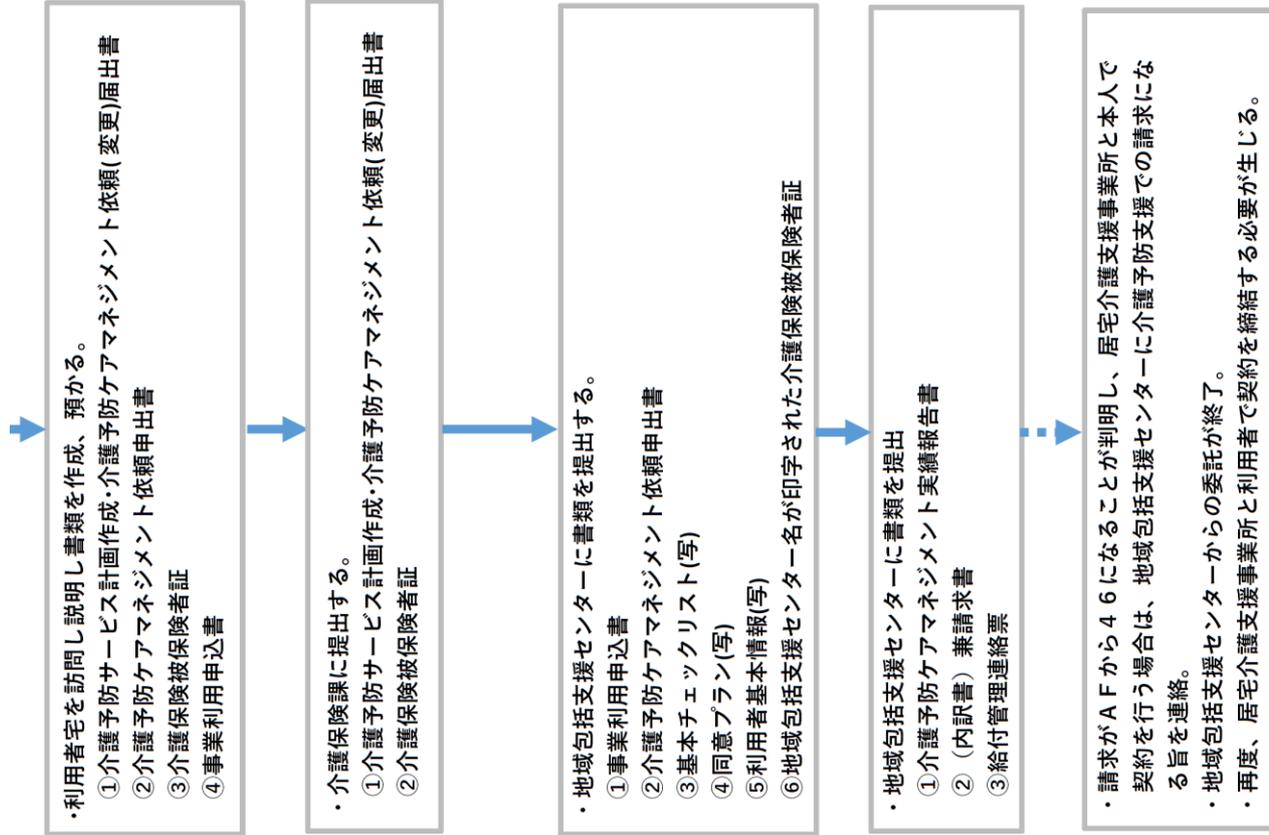
- ・請求がＡＦとなるため、居宅介護支援事業所との契約は終了となる。
- ・地域包括支援センターからの委託を受ける必要が生じる。

- ・地域包括支援センターに介護予防ケアマネジメントでの請求となる旨を連絡。

- ・地域包括支援センターから書類を受取る。
①介護予防サービス計画等作成依頼
②事業利用申込書

留意事項

- ・介護予防支援の指定を受けることで、直接居宅介護支援事業所が担当することが可能。
ただし、実績ベースで介護予防支援（４６）に限られるため、介護予防ケアマネジメント（ＡＦ）は、従来どおり地域包括支援センターが給付管理を行う。
- ・居宅介護支援事業所は地域包括支援センターとの契約締結がない場合は、委託ができない。そのため、必ず利用者の居住地の地域包括支援センターと契約を行う。
・契約が締結できていない場合は請求ができない。
・利用者が複数いる場合は、担当の利用者の居住地すべての地域包括支援センターとの契約が必要となる。
・ＡＦ請求となった場合は、指定を受けた居宅介護支援事業所と利用者との契約を終了し、地域包括支援センターから委託を受け請求することとなる。
- ・地域包括支援センターからの委託を受け、利用申込書を地域包括支援センターから受け取り利用者に説明し同意を得て記名をもらう必要がある。
・再度、居宅介護支援事業所と地域包括支援センターの契約締結のみでは給付管理は行えない。
・月末近くに介護予防支援から介護予防ケアマネジメントでの請求になることが判明した場合には、月遅れ請求になる可能性がある。



- ・委託での請求となるため、通常の委託時と同様に書類提出が必要。なお、プランについては、作成時は指定介護予防支援事業者として作成しているため、包括の確認の欄は空欄であっても問題ない。
- ・4 6請求からA F請求になった際も、指定を受けた居宅介護支援事業所が担当し作成したケアプランは引き続き使用することが可能。
- ・サービス利用の期間中のプランがない(ノープラン)等の場合は、給付管理が行えない。

- ・委託の取扱いとなるため、介護保険被保険者証には各地域包括支援センター一名が記載されているため、介護保険被保険者証を包括に提出し、委託先として居宅介護支援事業所名を記載する通常の手続きが必要となる。

- ・委託での請求となるため、介護予防支援費 (I) 4 4 2 単位となる。

- ・請求が4 6となり、なおかつ居宅介護支援事業所と本人の直接契約を再度締結することが判明した時点で、地域包括支援センターに連絡。
- ・居宅介護支援事業所と本人の直接契約が締結することで、地域包括支援センターとの利用申込書のサービス提供の終了に該当し、委託の終了となる。