**令和6年4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**

|  |  |
| --- | --- |
| **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** | **提出書類及び注意事項** |
| **受託　相談受付及びインテーク等**❶**介護予防支援等に係る重要事項の説明と同意から契約等**　＊重要事項については、介護予防支援の開始に際し、あらかじめ行う　＊個人情報使用同意については、サービス依頼等情報を出すまでに行う書類①②③(③は原本を保険者へ届出、包括へは写しを提出)❷**アセスメント**　＊利用者及び家族と共に生活状況を確認し、問題点を明らかにするとともに、課題を検討する書類④⑤⑥(アセスメントシートの様式は問わない)❸**介護予防サービス・支援計画書原案の作成**書類⑦　＊インテーク及び❶❷の実施日時及び状況を支援経過に記録する書類⑧＊やむをえず包括のプランチェックを受ける前にサービス担当者会議を行いたい場合は、事前に包括に相談したうえでサービス担当者会議の実施後に①～⑨を提出する（理由を支援経過に記録する）❹**提出　→　包括へ**　書類①～⑧,サ担後は①～⑨　**包括は確認後返却**❺**サービス担当者会議**書類⑨(支援経過記録でも可)＊会議録を担当者に配布する**➏本人同意、介護予防サービス・支援計画書の交付**書類⑦（利用者の同意をもって原案が本プランになる）　＊申請中の暫定プランについても同様の手順で行い、事前提出ができない場合は包括へ相談する❼**原本提出　→包括へ**　　書類①～⑨❽**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・整合性を確認する❾**実施状況の把握（モニタリング）・支援経過記録**　＊サービス提供事業者等からサービスの実施状況、サービスを利用している際の利用者の状況、サービス実施の効果について、サービス提供事業者等への訪問、電話、FAX等の方法により聴取する（毎月）＊直接利用者への状況把握をする（毎月）　・少なくとも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回及びサービスの評価期間が終了する月並びに利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者の居宅を訪問し、利用者に直接面接する　・別紙（注２）に掲げる要件を満たした場合、テレビ電話装置等を活用したモニタリングを行うことを可能とする　・居宅を訪問しない月においては、可能な限り、指定介護予防サービス事業者等を訪問する等の方法により利用者に面接するように努め、面接できない場合にあっては、電話等により利用者との連絡を実施する　＊必要に応じて、介護予防サービス事業者等との連絡調整及び主治の医師等への情報提供を行う　＊モニタリングの結果を記録する（少なくとも1月に1回）書類⑧❿**評価の実施**＊介護予防サービス計画で定めた期間の終了時には、目標の達成状況を評価し、今後の方針を決定する＊期間の終了月のモニタリング時に、計画期間全体の効果を確認したうえで、更新プラン作成のための再アセスメントにつなげること書類⑩ |

|  |
| --- |
| **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) |  |
| **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) |  |
| 介護予防支援・サービス評価表 |  |

　　　　　　　**【プラン作成時の注意事項】**▸認定調査票・主治医意見書等からの情報も把握すること▸介護保険証と負担割合証を確認すること▸訪問型サービスを位置づける場合、ケアプランに「サービス提供内容（身体介護を含むか、生活援助のみか）」「提供時間の見込」を明確に記載すること　▸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載すること▸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、プラン上に記載（支援経過にも記入）すること▸軽度者に対して原則として給付できない福祉用具が、利用者の状態的に給付の対象となりうると思われる場合は、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すること▸サービスの利用回数等を記載すること▸送迎減算及び栄養・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載すること▸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載すること注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）」を参照注２）テレビ電話装置等を活用したモニタリングを行う場合は「介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント）の手順（モニタリング別紙）」を参照 |

**令和6年4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（更新）委託**

|  |  |
| --- | --- |
| **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** | **提出書類及び注意事項** |
| ❶**評価の実施から再アセスメント**＊介護予防サービス計画で定めた期間の終了時には、各サービス事業所の個別サービス計画の評価も加味して目標の達成状況を評価し、今後の方針を決定する＊期間の終了月のモニタリング時に、計画期間全体の効果を確認したうえで、更新プラン作成のための再アセスメントにつなげること＊居宅にて利用者及び家族と共に生活状況を確認し、残された或いは新たな問題点を明らかにするとともに、今後の課題を検討する書類①②③④⑤(アセスメントシートの様式は問わない)❷**介護予防サービス・支援計画書原案の作成**書類⑥　＊❶の実施日時及び状況を支援経過に記録する書類⑦＊やむをえず包括のプランチェックを受ける前にサービス担当者会議を行いたい場合は、事前に包括に相談したうえでサービス担当者会議の実施後に①～⑧を提出する（理由を支援経過に記録する）❸**提出　→　包括へ**　書類①～⑦,サ担後は①～⑧　**包括は確認後返却**❹**サービス担当者会議**書類⑦⑧(支援経過記録でも可)＊会議録を担当者に配布する**❺本人同意、介護予防サービス・支援計画書の交付**書類⑥（利用者の同意をもって原案が本プランになる）　＊申請中の暫定プランについても同様の手順で行い、提出ができない場合は包括へ相談する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・整合性を確認する❽**実施状況の把握（モニタリング）・支援経過記録**　＊サービス提供事業者等からサービスの実施状況、サービスを利用している際の利用者の状況、サービス実施の効果について、サービス提供事業者等への訪問、電話、FAX等の方法により聴取する（毎月）＊直接利用者への状況把握をする（毎月）　・少なくとも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回及びサービスの評価期間が終了する月並びに利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者の居宅を訪問し、利用者に直接面接する　・別紙（注１）に掲げる要件を満たした場合、テレビ電話装置等を活用したモニタリングを行うことを可能とする　・居宅を訪問しない月においては、可能な限り、指定介護予防サービス事業者等を訪問する等の方法により利用者に面接するように努め、面接できない場合にあっては、電話等により利用者との連絡を実施する　＊必要に応じて、介護予防サービス事業者等との連絡調整及び主治の医師等への情報提供を行う　＊モニタリングの結果を記録する（少なくとも1月に1回）書類⑦❾**評価の実施**＊介護予防サービス計画で定めた期間の終了時には、目標の達成状況を評価し、今後の方針を決定する書類① |

|  |
| --- |
| **ケアマネジメント関係** |
| 介護予防支援・サービス評価表 |  |
| 事業所評価（電話等で聞き取った場合は支援経過に記載） |  |
| 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 |  |
| 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】**▸認定調査票・主治医意見書等からの情報も把握すること▸介護保険証と負担割合証を確認すること▸訪問型サービスを位置づける場合、ケアプランに「サービス提供内容（身体介護を含むか、生活援助のみか）」「提供時間の見込」を明確に記載すること▸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載すること▸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、プラン上に記載（支援経過にも記入）すること▸軽度者に対して原則として給付できない福祉用具が、利用者の状態的に給付の対象となりうると思われる場合は、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すること▸サービスの利用回数等を記載すること▸送迎減算及び栄養・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載すること▸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載すること注１）テレビ電話装置等を活用したモニタリングを行う場合は「介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント）の手順（モニタリング別紙）」を参照　　　　　　　 |

**令和6年4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）**

|  |  |
| --- | --- |
| **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** |
| ❶**実施状況の把握(モニタリング)・支援経過記録**　＊サービス提供事業者等からサービスの実施状況、サービスを利用している際の利用者の状況、サービス実施の効果について、サービス提供事業者等への訪問、電話、FAX等の方法により聴取する（毎月）＊直接利用者への状況把握をする（毎月）　・少なくとも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回及びサービスの評価期間が終了する月並びに利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者の居宅を訪問し、利用者に直接面接する　・別紙（注１）に掲げる要件を満たした場合、テレビ電話装置等を活用したモニタリングを行うことを可能とする　・居宅を訪問しない月においては、可能な限り、指定介護予防サービス事業者等を訪問する等の方法により利用者に面接するように努め、面接できない場合にあっては、電話等により利用者との連絡を実施する　＊必要に応じて、介護予防サービス事業者等との連絡調整及び主治の医師等への情報提供を行う　＊モニタリングの結果を記録する（少なくとも1月に1回）書類⑤❷**介護予防サービス計画書の変更**　＊モニタリング等によって利用者の状況に変化があったことが明らかになった場合は介護予防サービス計画書の変更を行う。変更理由を明確にし、その評価結果を支援経過に記入すること　＊軽微な変更と判断した場合は、その旨を包括に報告し、プランに赤字で追記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＊やむをえず包括のプランチェックを受ける前にサービス担当者会議を行いたい場合は、事前に包括に相談したうえでサービス担当者会議の実施後に②～⑥を提出する（理由を支援経過に記録する）❺**提出　→　包括へ**　書類②～➄　**包括は確認後返却**❻**サービス担当者会議**書類⑥(支援経過記録でも可)＊会議録を担当者に配布する❼**本人同意、介護予防サービス計画書の交付**書類④（利用者の同意をもって原案が本プランになる）　＊申請中の暫定プランについても同様の手順で行い、事前提出ができない場合は包括へ相談する❽**提出（原本）　→　包括へ**　書類②～⑥　※①は必要時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 |  |
| 　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】**▸軽微な変更かどうか判断に迷った際は包括へ相談すること▸認定期間に配慮すること▸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▸「利用者基本情報」は内容に変更があれば提出▸訪問型サービスを利用の場合、ケアプランに「サービス提供内容（身体介護を含むか、生活援助のみか）」「提供時間の見込」を明確に記載すること▸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すること▸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、プラン上に記入すること（支援経過にも記入）▸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すること▸サービスの利用回数等を記入すること▸栄養・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すること▸注1）テレビ電話装置等を活用したモニタリングを行う場合は「介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント）の手順（モニタリング別紙）を参照 |

**令和6年4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）**

|  |  |
| --- | --- |
| **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**実施状況の把握(モニタリング)・支援経過記録**　＊サービス提供事業者等からサービスの実施状況、サービスを利用している際の利用者の状況、サービス実施の効果について、サービス提供事業者等への訪問、電話、FAX等の方法により聴取する（毎月）＊直接利用者への状況把握をする（毎月）　・少なくとも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回及びサービスの評価期間が終了する月並びに利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者の居宅を訪問し、利用者に直接面接する　・別紙（注1）に掲げる要件を満たした場合、テレビ電話装置等を活用したモニタリングを行うことが可能。　・居宅を訪問しない月においては、可能な限り、指定介護予防サービス事業者等を訪問する等の方法により利用者に面接するように努め、面接できない場合にあっては、電話等により利用者との連絡を実施する　＊必要に応じて、介護予防サービス事業者等との連絡調整及び主治の医師等への情報提供を行う　＊モニタリングの結果を記録する（少なくとも1月に1回）書類①❷**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②③❸**提出　→　包括へ**　書類①②③　**包括は確認後②の控えを返却** |

|  |
| --- |
| **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（電話等で聞き取った場合は支援経過に記載） |  |

　　　　　**【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▸プラン期間途中で転居のため終了の場合は①のみ提出▸プラン期間途中で変更申請をして要介護となった場合は①のみ提出▸変更申請後の暫定プランを予防で作成する場合は変更プランの手順に従うこと。尚、認定の結果、要介護となった場合は包括に未提出の期間の支援経過を記録し①を提出▸死亡終了の場合はその経緯を支援経過に記録し①を提出注1）テレビ電話装置等を活用したモニタリングを行う場合は「介護予防サービス・支援計画書（ケアマネジメント）の手順（モニタリング別紙）を参照 |

**令和6年4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**・計画作成にあたり必要な情報を整理する注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** | 　　**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 | ① |

　　　　　**【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単位を算定する。注1）・地域包括支援センターが作成した「利用者基本情報」や「アセスメントシート」等の情報を提供する。　　 ・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。 |

**令和６年４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（モニタリング別紙）**

|  |  |
| --- | --- |
| **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** | **留意点** |
| ❶**実施状況の把握(モニタリング)・支援経過記録**　以下の要件を満たした場合、利用者の居宅を訪問しない期間において、テレビ電話装置等を活用して、利用者に面接することができる。（ア） 利用者の同意を得ること。 （イ） サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治医、担当者その他の関係者の合意を得ていること。 ・ 利用者の心身の状態が安定していること。 ・ 利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通できること。 ・ 介護支援専門員が、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、他のサービス事業者との連携により情報を収集すること。（ウ） 少なくとも６月に１回は利用者の居宅を訪問すること。 ＊上記要件に該当しない場合は、少なくとも３月に１回は居宅を訪問しモニタリングを実施すること。＊初回のモニタリングは介護予防サービス計画の実施状況を適切に把握する観点から、利用者の居宅を訪問して行う。その結果を踏まえテレビ電話装置等を活用したモニタリングが可能かどうかを検討すること。＊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は居宅を訪問し利用者に面談すること。＊モニタリングの結果の記録を月に一回は行うこと。＊利用者宅を訪問しない月（テレビ電話装置等を活用して利用者に面接する月を除く）でも、指定介護予防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うこと。 | （ア）について〇文書により利用者の同意を得ること。その際には利用者に対し、テレビ電話装置等による面接のメリット及びデメリットを含め、具体的な実施方法（居宅への訪問は６月に１回であること等）を懇切丁寧に説明すること。〇利用者の同意であって、家族の同意ではないことに留意すること。〇利用者の認知機能が低下している場合など、同意を得ることが困難と考えられる利用者については、テレビ電話装置等を活用した面接の対象者として想定されない。（イ）について〇利用者の心身の状況が安定していることを確認するに当たり、主治の医師等による医学的な観点からの意見や、以下に例示する事項等も踏まえて、サービス担当者会議等において総合的に判断すること。 ・ 介護者の状況の変化が無いこと。・ 住環境に変化が無いこと（住宅改修による手すり設置やトイレの改修等を含む）・サービス（保険外サービスも含む）の利用状況に変更が無いこと〇テレビ電話装置等を活用して面接を行うに当たっては、利用者がテレビ電話装置等を介して、利用者の居宅において対面で面接を行う場合と同程度の応対ができることが必要。なお、テレビ電話装置等の操作については、家族等の介助者が操作を行ってもよい。〇 主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得る方法としては、 サービス担当者会議のほか、利用者の通院や訪問診療への立会時における主治の医師への意見照会や、サービス事業所の担当者との日頃の連絡調整の際の意見照会等も想定されるが、いずれの場合においても、合意に至るまでの過程を記録しておくこと。〇サービス事業所の担当者からの情報提供を受けるにあたりサービス事業所の担当者の同意を得ること。また、同意を得たことを記録すること。（画面越しでは確認できない利用者の健康状態や住環境等）〇情報提供には「モニタリングに係る情報連携シート」を活用すること。情報連携シートの項目には計画作成者が居宅サービス事業者等に情報収集を依頼することを記載する。サービス事業所の担当者の過度な負担とならないよう、情報収集を依頼する項目や情報量については留意すること。但し、情報連携シートを活用しない場合は、情報連携シートの各項目と照らし、サービス事業所との連携に必要な情報が得られているかを確認すること。（ウ）について〇３月に１回のモニタリングが利用者の使用するテレビ電話装置等のトラブルにより実施できなかった場合は特段の事情には該当しない。その場合、利用者の居宅への訪問によるモニタリングに切り替えること。 |