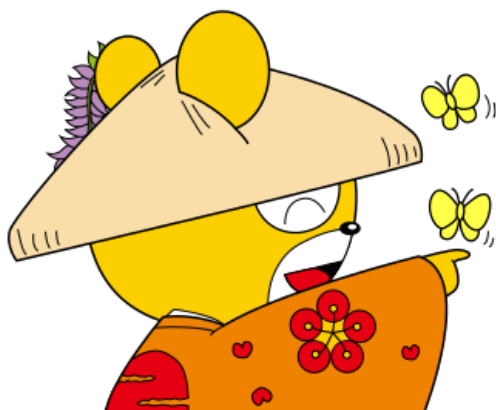




泉南市

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント

マニュアル



泉南市 福祉保険部 長寿社会推進課

泉南市地域包括支援センター 六尾の郷

泉南市地域包括支援センター なでしこりんくう

令和 7 年 10 月

も く じ

1. 泉南市ケアマネジメントに関する基本方針	3
2. 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託の流れ.....	6
3. 加算について.....	7
・初回加算について	
・委託連携加算について	
4. 利用者基本情報	9
5. 基本チェックリスト	11
6. 介護予防サービス・支援計画書	15
7. 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録	16
8. 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 ...	17
9. 軽微な変更について	18
10. 参考資料	20
・501 介護予防支援費	
11. 様式	23
・提出書類チェック表	
・委託ケアプラン内容確認表	
・給付管理確認表	



1. 泉南市 ケアマネジメントに関する基本方針

1 すべてのケアマネジメントは、利用者とその家族、及び関係する人々の人権を尊重するものでなければならない。

2 すべてのケアマネジメントは、利用者のために行われなければならない。

3 すべてのケアマネジメントは、介護保険法の理念に基づき提供されなければならない。

4 すべてのケアマネジメントは、その利用者の有する能力に応じて、自立支援、重度化防止を図らなければならない。

5 すべてのケアマネジメントは、その利用者の意思及び置かれている状況に基づいて設定された目標の達成を目指さなければならない。

6 すべてのケアマネジメントは、設定された目標の達成、未達成について、定期的に評価され、その結果に基づき、利用者の自立支援、重度化防止にとって最適な内容に調整されなければならない。

7 すべてのケアマネジメントは、市、地域包括支援センター、医療機関、介護サービス事業者、地域住民等との連携が図られるよう配慮されなくてはならない。

《解説》

1 すべてのケアマネジメントは、利用者とその家族、及び関係する人々の人権を尊重するものでなければならない。

利用者やその家族の人権尊重は言うまでもなく、介護に従事する人を含め、ケアマネジメントを通じて関わるすべての人に対する人権侵害もあってはならないということを改めて示しています。

2 すべてのケアマネジメントは、利用者のために行われなければならない。

ケアマネジャーが契約を結んだ相手方である利用者のためにケアマネジメントを行うのは当たり前ですが、家族間の問題など、状況に巻き込まれて、どうしたらいいのかわからなくなったとき、立ち返る原点は「利用者のためにはどうすればよいか」というところであることを忘れないようにしましょう。

3 すべてのケアマネジメントは、介護保険法の理念に基づき提供されなければならない。

ケアマネジメントが法令に基づいて提供されるのは前提としてありますが、特に、介護保険法第1条、第2条第2、3、4項、第4条には、介護保険制度が果たすべき役割とその理念が記されています。ここには、「（要介護状態にある者が）尊厳を保持し、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう」「要介護状態の軽減または悪化防止」「心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき」といった、制度、サービスを提供する側が心得なければならないことだけではなく、サービスを受ける人々の努力義務として「有する能力の維持向上に努める」ことも謳われています。ケアマネジャー自身だけではなく、利用者が法令違反になるようなことのないように、できるかぎり配慮してケアマネジメントを提供しなければなりません。

4 すべてのケアマネジメントは、その利用者の有する能力に応じて、自立支援、重度化防止を図らなければならない。

上記のとおり、ケアマネジメントは介護保険法の理念に基づいて提供されます。しかし、重度の利用者を担当している場合など「自立支援とか無理」「何もできないから」といった声をきくことがあります。利用者の介護度が重ければ重いほど「できること」に着目して、最後の瞬間までその人らしい生き方をしてもらうために、チームとしてどうかかわればよいかを考えるようにしましょう。

5 すべてのケアマネジメントは、その利用者の意思及び置かれている状況に基づいて設定された目標の達成を目指さなければならない。

6 すべてのケアマネジメントは、設定された目標の達成、未達成について、定期的に評価され、その結果に基づき、利用者の自立支援、重度化防止にとって最適な内容に調整されなければならない。

居宅介護支援の運営基準では、予防の場合にしか「目標の設定」については謳っていません。しかし、本市としては、どのケアマネジメントにおいても「アセスメント・プランニング」→「サービス提供」→「モニタリング」→「再アセスメント・プラン修正」のPDCAサイクルを意識して提供するべきと考えています。利用者との合意に基づいた達成可能な具体的な目標を設定し、利用者を含めたチーム全体で共有し、サービス提供を通じて、利用者に対し「自立支援、重度化防止」へ向かう変化を促します。一定期間のサービス提供の後に、達成、未達成について評価を行い、達成していれば新たな目標を、未達であれば必ずその原因をさぐり、ケアプランやサービス提供の手法等に修正を加え、それらを共有して再び次の段階へ入っていきます。このサイクルを意識することで、加齢も含め日々変化していく利用者の状態に、常に最適なケアマネジメントの提供を行えるようにします。重度の利用者の場合も同様です。

7 すべてのケアマネジメントは、市、地域包括支援センター、医療機関、介護サービス事業者、地域住民等との連携がはかられるよう配慮されなくてはならない。

ケアマネジメントが、利用者、プランナー、少数のサービス提供者の中で閉ざされたものになっていることは少なくありません。軽度者で、サービス利用が少ない場合や、施設、居住系のサービスの場合に起こりがちです。閉ざされたケアマネジメントは、生活状況の急変や、精神的、心情的なトラブル、人間関係のもつれなどに対して脆弱です。サービス提供上必要な連携はもちろんのこと、市や地域包括支援センターなどにいつでも相談できることも忘れないでください。

2. 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託の流れ

① 介護予防に係るケアプラン策定等業務委託契約書の締結

- ・地域包括支援センターと居宅介護支援事業所との業務委託契約
1部を地域包括支援センターで、1部を居宅介護支援事業所で保管
- ・MCS（メディカルケアステーション）へ招待



② 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する契約書の締結

- ・地域包括支援センターと利用者との契約
- ・契約書（2部）・重要事項説明書（2部）・個人情報使用同意書（2部）は
1部を地域包括支援センターで、1部を利用者で保管



③ 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

- ・泉南市へ届出書と介護保険証を持参



④ 必要書類を泉南市と地域包括支援センターへ提出

- ・泉南市：ケアプランと週間計画表、利用票・利用票別表を提出（必要に応じて福祉用具貸与理由書）
- ・地域包括支援センター：提出書類チェック表にて必要書類と内容を確認の上、提出

3. 加算について

・初回加算について

初回加算＝状況の聴き取り、アセスメント等、居宅サービス計画を最初から作る際の手間に対する加算

《注意》

○サービス休止期間をはさんでも再アセスメントを行わず、従前の居宅サービス計画をそのまま再開させる場合には、初回加算は取れない。

○2 か月以上サービスを休止しているケースで、サービスを再開させる必要が生じた場合に、再度アセスメントを行い、新たな居宅サービス計画を作成した場合は、初回加算の算定は可能。

○サービスの休止が2 か月以上ではない、もしくは、サービスが継続している場合でも、利用者の状況が大きく変わった場合は、再アセスメントを行い、居宅サービス計画の変更を行わなければならない。なお、この場合、初回加算は取れない（要支援から要介護になった場合、もしくは、要介護状態区分が2区分以上変更になった場合はこの限りではない）。

○再アセスメントの結果、サービス種別や頻度等が従前と同じことはあり得るが、目標設定等は改めて行うこと。

初回加算取れる？取れない？	再アセスメントした	再アセスメントしてない
2 か月以上あいている	取れる	取れない
2 か月以上あいてない	取れない	取れない
要介護から要支援になった	取れる	取れない
区分が2区分以上変わった	取れる	取れない
住所変更により担当包括が変わった	取れる	

《2回目以降の初回加算のつけ方》

前回プランの評価を行い、再アセスメントした上で作成した新規プランを算定月までに提出すること。算定月の実績（給付管理票）へ、初回加算を算定する旨を明記すること。

- （1）要支援者が、要介護認定を受けた場合に居宅サービス計画を作成する場合。
- （2）要介護状態区分が、2区分以上変更された場合に居宅サービス計画を作成する場合。

《参考》

初回加算・委託連携加算について関連する補足資料を、マニュアル末尾に添付しておりますので、併せてご参照ください。

・委託連携加算の算定について

泉南市地域包括支援センターから居宅介護支援事業所に委託をお願いする際に委託連携加算が算定されうる場面を整理しました。

	例	委託連携加算
1	地域包括支援センターから居宅介護支援事業所に新たにケアマネジメントを委託し、居宅介護支援事業所で新規にケアプランを作成した。	取れる
2	地域包括支援センターから居宅介護支援事業所にケアマネジメントを委託しており、2か月間サービス利用がなく、改めて一連のケアマネジメントを行い新しくケアプランを作成した。	取れない
3	区分変更申請もしくは更新申請の結果、介護区分が要介護から要支援となり、地域包括支援センターから新たにケアマネジメントを委託し、居宅介護支援事業所で新規にケアプランを作成した。	取れる
4	すでに地域包括支援センターでケアマネジメントを行っていたが、本人の希望等により居宅介護支援事業所へ委託し、居宅介護支援事業所がケアプランを作成した。	取れる
5	本人の希望等により、委託先の居宅介護支援事業所を変更した。	取れる
6	住所変更により担当包括が変わった。	取れる

委託連携加算とは

地域包括支援センターがケアマネジメントを居宅介護支援事業所に委託する際、利用者に係る必要な情報を当該居宅介護支援事業所に提供し、ケアプランの作成等に協力した場合、委託を開始した日の属する月に限り、利用者1人につき1回を限度として加算します。

※委託連携加算を算定する場合は、地域包括支援センターから利用者に係る必要な情報（介護保険認定調査票・主治医意見書写し/利用者基本情報/地域の社会資源情報 など）の提供があり、その旨を支援経過に記載することが条件となります。

《参考》

初回加算・委託連携加算について関連する補足資料を、マニュアル末尾に添付しておりますので、併せてご参照ください。

4. 利用者基本情報

※変更があればその都度作成する。変更がない場合でも年1回は必ず作成し包括に提出すること。
特に緊急連絡先の変更は確認必要。

利用者基本情報を作成した年月日を記載。変更があったらその都度作成

<<基本情報>>

相談日	年 月 日 ()	来 所 ・ 電 話 ・ 訪 問 その他 ()	初 回 再来 (前 /)
本人の現況	在宅 ・ 入院又は入所中 ()		
フリガナ		男 ・ 女	M ・ T ・ S 年 月 日生 () 歳
本人氏名			
住所	Tel () Fax ()		
日常生活	障害高齢者の日常生活自立度 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
自立度	認知症高齢者の日常生活自立度 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日 (前回の介護度)		
障害等認定	身障 () ・ 療養 () ・ 精神 () ・ 難病 () ・ その他 ()		
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・その他 ()		
来所者 (相談者)	続柄	家族構成 ◎＝本人、○＝女性 □＝男性 ●＝死亡、☆＝キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住所 連絡先	家族関係等の状況		
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先

入院または入所中の場合は、その施設名を記載

利用者氏名及び性別を記載。介護保険被保険者証と一致していることを確認

利用者との連絡の取れる電話番号を記載

現在居住している居住地を記載。住民票の住所地と異なる場合は、介護保険被保険者証に記載されている住所を記載

それぞれ、要介護認定で用いられた主治医意見書の「日常生活の自立度等について」を参考に、現在の状態に該当するものに○印を付す

介護保険証から記載

障がい等級等、特記することがあれば空欄に記載

自室の有無、自室がある場合は自室のある階を記載

該当する年金等について○印で囲むとともに、経済状況を記載

緊急時に連絡のとれる電話番号を記載。連絡先は複数確認することが望ましい。当該利用者の急変等、緊急に連絡を取る必要がある場合に利用者宅以外の連絡先を記載。家族が就労している場合は携帯電話や自宅の他に家族の職場等の連絡先も記載

介護力を考慮するために、家族の年齢や居住地域も可能な範囲で記載。当該利用者への家族支援の状況についても記載

今までの生活	現在までの生活について主要な出来事を時系列に記載。職業や転居、家族歴、家族との関係、居住環境、元気だった頃の暮らしなどについて記載。						
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方			趣味・楽しみ・特技			
	友人や地域との交流頻度や方法、内容を記載。						
					時間	本人	介護者・家族
					友人・地域との関係		

以前に取り組んでいた趣味や楽しみ、特技も聞き取り記載。アセスメントの社会参加・コミュニケーションに反映させる。

起床から就寝までの一日の流れや食事・入浴・買物・仕事や日課にしていることなど、一日の過ごし方を記載。上段には生活全般に関する様子を記入し、食事や入浴など毎日決まった生活行為については、下段にタイムスケジュールを記入。
※ケアプランの「日常生活（家庭生活）について」で、この領域（趣味・楽しみ・特技・友人・地域との関係）をアセスメントすることを念頭に必要な情報を記載。

<<現病歴・既往歴と経過>> (新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)	経過	治療中の場合は内容
年 月			Tel 治療中 経観中 その他	
年 月			Tel 治療中 経観中 その他	
年 月			Tel 治療中 経観中 その他	
年 月			Tel 治療中 経観中 その他	

主治医意見書からの情報や利用者・家族からの聴取をもとに、利用者の主な既往歴と治療服用、受診の状況について時間の経過順に記載。記載した病気のために服薬等の治療を受けている場合は、「治療中」に○印を付ける。治療を受けていないが受診だけはしているという場合は、経過観察中に○印を付ける。その他の状況の場合には「その他」に○印を付ける。主治医意見書を記載した医療機関または医師については☆印を付ける。

<<現在利用しているサービス>>

公的サービス	非公的サービス
地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。 令和 年 月 日 氏名 印	

自署もしくは記名押印

サービス種別と利用頻度について記載。ここでいうサービス・事業は行政の行う一般施策のような公的なサービスと、ボランティアや友人などによって行われている非公式なサービスを分けて記載。非公的サービス：配食弁当、社協サロン等。ない場合は「なし」と記載する。

5. 基本チェックリスト

基本チェックリストによる該当基準

ア	運動機能	No. 6～10 の合計が3 個以上
イ	低栄養状態	No.11～12 の合計が2 個以上
ウ	口腔機能	No.13～15 の合計が2 個以上
エ	閉じこもり	No.16 が「1. いいえ」
オ	認知機能	No.18～20 の合計が1 個以上
カ	複合	No. 1～20 の合計が10 個以上
キ	うつの可能性	No.21～25 の合計が2 個以上

事業対象者として、介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）の実施に移ることができます。

№		質 問 項		回 答		1 の数
1		バスや電車で 1 人で外出していますか		0. はい	1. いいえ	個
2		日用品の買い物をしていますか		0. はい	1. いいえ	
3		預貯金のおし入れをしていますか		0. はい	1. いいえ	
4		友人の家を訪ねていますか		0. はい	1. いいえ	
5		家族や友人の相談にのっていますか		0. はい	1. いいえ	
6		階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか		0. はい	1. いいえ	個
7		椅子に座った状態からなにもつかまらずに立ち上がっていますか		0. はい	1. いいえ	
8		15 分位続けて歩いていますか		0. はい	1. いいえ	
9		この1年間に転んだことがありますか		1. はい	0. いいえ	
10		転倒に対する不安は大きいですか		1. はい	0. いいえ	
11		6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか		1. はい	0. いいえ	個
12		BMI は 18.5 未満ですか (BMI:体重kg÷身長 m÷身長 m) 身長()cm 体 重()kg		1. はい	0. いいえ	
13		半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか		1. はい	0. いいえ	個
14		お茶や汁物等でむせることがありますか		1. はい	0. いいえ	
15		口の渇きが気になりますか		1. はい	0. いいえ	
16		週に1回以上は外出していますか		0. はい	1. いいえ	個
17		昨年と比べて外出の回数が減っていますか		1. はい	0. いいえ	
18		周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか		1. はい	0. いいえ	個
19		自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか		0. はい	1. いいえ	
20		今日が何月何日かわからない時がありますか		1. はい	0. いいえ	
						個
21	(ここ2週間)	毎日の生活に充実感がない		1. はい	0. いいえ	個
22		これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった		1. はい	0. いいえ	
23		以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる		1. はい	0. いいえ	
24		自分が役に立つ人間だと思えない		1. はい	0. いいえ	
25		わけもなく疲れたような感じがする		1. はい	0. いいえ	

ア

3個以上

イ

2個以上

ウ

2個以上

エ

No.16 に該当

オ

1 個以上

カ

10 個以上

キ

2個以上

基本チェックリストの考え方

【共通事項】

- ①対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。
- ②期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。
- ③習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。
- ④各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。

番号	質問項目	質問項目の趣旨
1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。		
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。
6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
7	椅子に座った状態からなにもつかまらずに立ち上がっていますか	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。

9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6ヵ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載してください。体重は1ヵ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
15	口の渇きが気になりますか	口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヵ月の状態を平均してください。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20の質問項目は認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	本人は物忘れがあると思っていても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。
21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	
23	(ここ2週間) 以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる	

24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	

長寿社会推進課からのお知らせ



地域みんなで介護予防

わ お たいそうつー

せんなんWAO体操 2

★せんなんWAO体操2は、泉南市独自の介護予防体操です。

理学療法士の監修のもと、準備体操、おもいを使った筋力トレーニング、ストレッチ体操からなるプログラムを続けることで、動けるカラダ、転ばないカラダづくりに、地域ぐるみで取り組みます。

★せんなんWAO体操2は、地域で取り組む介護予防体操です。

WAO体操2を通じて体力を維持し、地域住民の見守りの中で生活を継続してもらうことが大切です。

すでに取り組んでいる地域のグループに参加されたい方や自主グループをつくりたい方は、長寿社会推進課（072-483-8254）または、各地域包括支援センターまでお問合せください。

わ お たいそうつー

WAO体操 2～在宅編～

★自宅でできるWAO体操2

自宅でできる体操を動画（YouTube）で紹介しています。

DVD および紙媒体をご希望の場合は、長寿社会推進課（072-483-8254）までお問合せください。動画や紙媒体の内容は、泉南市のホームページでご覧いただけます。

泉南市ウェブサイト

【ホーム】>【くらし・手続き】>【高齢・介護】>【家でもできるぞ介護予防】



6. 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）

該当する区分に○をつける。
「初回」：初回加算対象の方 「紹介」：契約包括が変わらず事業所の移管
「継続」：上記以外のプラン ※包括エリアが変更時は「初回」になるため要注意

No. _____

利用者名 _____ 様（男・女） 歳 認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 認定の有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先） _____

計画作成（変更）日 _____ 年 _____ 月 _____ 日（初回作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日） 担当地域包括支援センター： _____

目標とする生活

★1

初回・紹介・継続

認定済・申請中

要支援1・要支援2

事業対象者

暫定プランは「申請中」に○を付け、認定有効期間は記入しない。

1日	大きな目標にたどり着くための段階的な目標を設定する。利用者が達成感を得られるような具体的なイメージがもてる内容にする。 例) 毎朝玄関まで新聞を取りに行く。 など	1年	生きがいや楽しみを話し合い、今後の生活で達成したい具体的に達成可能な目標を設定する。どのような生活を送りたいか意欲を引き出せる内容にする。 例) 近所の商店街まで一人で買い物に行くことができるようになる。 など	予防給付サービスまたは指定事業者による総合事業のサービスに該当するものについて○をつける。
----	--	----	---	---

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画						
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	※	事業所（利用先）	期間
運動・移動について	「自分でできること」「できないこと」「支援してもらっていること」等現状を簡潔に記載。複数の領域で重複する内容は一領域に記載で可。		・4領域から見つけた課題の中から、優先度の高い順に課題を挙げる。但し本人の意欲が低い場合は達成可能な順でもよい。 ・複数の課題があっても、課題の原因や背景が同一の場合、統合して記載した方がよい(より利用者の全体像を捉えるため)。	【目標】 総合的課題をもとに計画作成者の捉えた目標を記載。目標は実現でき評価可能で具体的なものを考える。 【具体策】 介護保険サービスだけでなく、インフォーマルサービスも記載し、具体策を考える。本人や家族が実際に取り組めるように具体的に記載。	・提案した具体策それぞれについて、本人や家族の意向を記載。 ・提案への合意が得られなかった場合はその理由や根拠等について本人や家族の考えを記載。	・計画作成者が提案した「課題に対する目標」と「本人・家族の意欲・意向」をすりあわせ、合意した目標を記載。 ・客観的に達成状況が判断できるように具体的な目標を2つ以上記載。	家族を含む支援者共通の安全管理上のポイントを記載。	本人が取り組むこと（セルフケア）や家族が支援すること、友人や地域のボランティアの協力など、誰が何をするのか具体的に分けて記載。	・各サービス事業者、提供機関が行う具体的な支援内容を記載。 【記載例】 （訪問型サービス） ・日頃の様子や体調確認 ・家事負担の軽減：台所、居間、寝室、浴室の掃除など （通所型サービス） ・下肢筋力向上のためのリハビリテーション ・趣味の手芸を利用者に教えるプログラムなど	・サービス種別を具体的に記載。 ・加算についても記載。※事業所の体制に係る加算は記載不要。		事業所名または機関名を記載。	★3
日常生活（家庭生活）について	・本人と家族が現状をどのように認識しているのか、今後どのようにしていきたいか、本人達の言葉のまま記載。 ・本人と家族の意向が異なる場合は、本人・家族それぞれの意向を分けて記載。 ・否定的、消極的な意向であった場合は、その意向に対してプランを立てるのではなく、否定的、消極的な理由を明らかにして記載。	□有 □無 ・本人が意識できるように課題を領域ごとに記載。 ・できないことが強調されすぎて本人の自信が失われないように配慮。 ・難しい表現や「ADL」等の専門用語は使用しない。 ・アセスメント領域ごとに課題の有無を判断し、「□有 □無」のいずれかにチェック。 ・課題が「無」であれば空欄でもよいが、本人に続けてほしいこと等さらによくする方法も記載可。					◎住宅改修・特定福祉用具購入について 住宅改修または特定福祉用具購入を追加で行うことになった場合、支援経過に経緯を記載する。 ※大きく状態が変わる場合はプラン変更。					・支援計画に掲げた支援をどの程度の期間にわたり実施するかを記載。 ・おおむね12ヶ月以内とする。但し認定有効期間を超えないこと。 【記載例】 令和〇年4月1日～令和〇年3月31日	
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて							◎軽微な変更について 本人の状態像に変化がないこと、目的やサービス内容を含め目標にも変更がないことを確認すること。内容については p.18-19 参照のこと。						
健康管理について	清潔・整容・口腔ケアや服薬、定期受診が行えているか。健康管理の観点から必要と思われる事項、特に食事、水分、排泄の状況。 基本チェックリスト：11～15						◎作成日・同意日記載の注意 作成日・同意日・サービス開始日が前後しないように注意。 ★1（計画作成日）→★2（同意日）→★3（サービス開始日） ★1（計画作成日）→★2（同意日）→★3（サービス開始日）					【サービス種別記載例】 ＜介護保険サービス＞ ○訪問型サービス（独自）、介護予防訪問看護 等 ・生活機能向上連携加算 ・口腔連携強化加算 等 ○通所型サービス（独自）、介護予防通所リハビリテーション 等 ・一体的サービス提供加算 ・口腔機能向上加算 ・栄養改善加算 ・生活機能向上連携加算 等 ○介護予防福祉用具貸与 ＜インフォーマルサービス＞ ○配食サービス ○ボランティア ○地域での交流 等	

健康状態について
□主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

医師の意見、診断名、ケアマネジャーの見立ても含め、留意すべき事項を記載。
・特定健診、定期健診や人間ドックの結果等についても記載していく。

【本来行うべき支援が実施できない場合】
妥当な支援の実施に向けた方針

・利用者や家族の同意が取れない場合は、本来の支援をできるよう働きかける具体的な手順や方法を書くなど、本来行うべき支援の実現に向けた方向性を記載。
・本来必要な社会資源が地域にない場合は、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載。

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

本人・家族を含むチームが目指す共通の方向性や共有すべき留意事項を記載。

基本チェックリストの（該当した項目数）／（質問項目数）を記入して下さい
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	／5	／2	／3	／2	／3	／5

地域包括支援センター

【意見】

【確認印】

利用者の同意を得る前に、地域包括支援センターが内容を確認し、確認印を押す。

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。
_____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____ 印

同意日は計画作成日以降。サービス開始日以前。

(サービス担当者会議の要点を含む)

計画作成者氏名

※1 介護予防支援経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察(生活の活発さの変化を含む)、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。

※2 利用者の承諾、サービス担当者会議等での合意を得て、利用者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介して意思疎通ができること(家族のサポートがある場合も含む。)、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは収集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できる場合は、利用者の居宅に訪問する頻度は、おおむね6月に1回となります(サービスの提供を開始する月、提供開始月の翌月から起算して6月に1回などがめやすになります。))。

8.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【記載ポイント】

評価日 プラン終了月の月中から月末で記載

利用者氏名 _____

計画作成者氏名 _____

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針
「介護予防サービス・支援計画」の目標と一致させる。	↑	- 評価期間内に目標がどの程度達成できているのか、具体的に記載する。 ※「達成」でも「未達成」でも記載する。	↑	- 左記で「達成」以外の時は必ず記載する。 - なぜ目標が達成されなかったのか、目標設定の妥当性も含め、本人、家族の思いや認識を確認し、原因を記載する。 ※ここには計画作成者の意見は記載しない。	- 左記で「達成」以外の時は必ず記載する。 - 本人、家族の意見を含め、計画作成者として、なぜ目標が達成されなかったのか評価を記載する。	評価の達成状況や達成しない原因から、今後の方針について専門的な観点を踏まえて各目標ごとに記載するとわかりやすい。
「介護予防サービス・支援計画」の計画開始日～月末まで - 月途中の変更の場合はその日に合わせる。 (記載例) 令和〇年4月1日～ 令和〇年3月31日 - それぞれの目標に対し、「達成」か「未達成」の何れかを記載する。 「達成」の場合は、新たな目標を記載し、「未達成」の場合は目標を見直して記載する。						
【介護予防支援契約の終期について】 なんとなくサービス終了せずに、介護予防支援契約はきちんと終了させてください。利用者の都合などでサービス休止状態になっているケースについては、モニタリングの際に必ず「いったん介護予防支援契約を終了させましょう」と確認してください。状況によっては、モニタリングの機会を待たずに確認しても構いません。このとき、利用者さまには、「今後もしサービスの必要が生じたら、いつでも再契約できますよ」と申し添えてください。また、現在サービスを使わずに過ごせている（「卒業」できている）ことについて、肯定的に捉えてお話しください。契約終了について了承が得られたら「最終の支援経過」と「評価表」を担当の地域包括支援センターへ提出してください。これらが受理されることで、当該契約は終了となります。 評価において、サービスに変更がなくても、基本的には新たな目標が設定されるため「プラン変更」に☑をつける。						

総合的な方針	地域包括支援センター意見
目標に限らず、利用者の生活全体に対する今後の総合的な支援の方向性について、専門的な観点から方針を記載する。	委託先の担当ケアマネジャーに対して、地域包括支援センターが特記する事項がある場合には記載する。 ☐ プラン継続 ☐ プラン変更 ☐ 終了 ☐ 介護給付 ☐ 予防給付 ☐ 終了

・要介護になった
 ・死亡した
 ・サービスを終了した

いずれかに
チェックする

9. 軽微な変更について

	内容	国の考え方	市の考え方	備考
1	サービス提供の曜日変更	利用者の体調不良や家族の都合などの臨時的、一時的なもので、単なる曜日、日付の変更のような場合には、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。	国の考え方に加え、利用者等の状況に変化がなく、ニーズ、目標及び日付サービス内容の変更もない場合で、利用者や家族の都合により、単に曜日、日付、サービス時間帯を変更する場合。 <u>※ただし、下記の場合は該当しない</u> ・サービス提供時間の増減の場合 ・他の介護サービス等の調整が必要な場合 ・従業員の体調不良等の突発的な理由以外の事業所側の都合による変更	支援経過（第 5 表）に「軽微な変更」と判断するに至った介護支援専門員の考えを記載するとともに、必要に応じてサービス計画書（第 2 表）、週間サービス計画書（第 3 表）、サービス利用票（第 8 表）を見え消し修正し、利用者が同意（口答含む）した日付を支援経過に記載する。
2	サービス提供の回数変更	同一事業所における週 1 回程度のサービス利用回数の増減のような場合には、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。	利用者等の状況に変化がなく、ニーズ、目標及び日付サービス内容の変更もない場合、利用者の体調不良や家族の都合等により、緊急又は一時的に（概ね 1 ヶ月）にサービス提供回数を変更する場合。 （例）週 2 回の通所介護を特定の週のみ 3 回に変更する場合 <u>※ただし、下記の場合は該当しない。</u> ・利用者の心身の状態や環境などの変化があり、回数を変更する場合 ・2 種以上の介護サービスの日数変更の場合 ・他の介護サービス等の調整が必要な場合 ・事業所側による変更の場合 ・一時的な回数の変更であっても、利用者の心身の状態等に変化があり、継続して利用回数を変更することが見込まれる場合	支援経過（第 5 表）に、経緯及び「軽微な変更」と判断するに至った介護支援専門員の考えを記載する
3	利用者の住所変更	利用者の住所変更については、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。	部屋の間取り、マンション階等が同じであり、利用者の生活状況、環境面に変化がない場合。 <u>※ただし、下記の場合は該当しない。</u> ・住所変更が他市市町村への移動があった場合（保険者変更のため） ・住所変更に伴い、住環境、家族構成等に変更がある場合	支援経過（第 5 表）に、経緯及び「軽微な変更」と判断するに至った介護支援専門員の考えを記載する
4	事業所の名称変更	単なる事業所の名称変更については、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。	事業所の運営法人や従業者に変更がなく、単に事業所の名称が変わる場合。 <u>※ただし、下記の場合は該当しない。</u> ・事業譲渡などにより運営法人が変更になり名称が変更となる場合 ・事業所番号が変更となる場合（保険者に要相談）	支援経過（第 5 表）に、経緯及び「軽微な変更」と判断するに至った介護支援専門員の考えを記載する
5	福祉用具で同等の用具に変更するに際して単位数のみが異なる場合	福祉用具の同一種目における機能の変化を伴わない用具の変更については、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。	福祉用具の同一種目における機能の変化を伴わない用具の変更の場合。 （軽微な変更該当する例） 介助用車いすを同じ機能の新しいモデルに変更し単位数が変更になる場合。 <u>※ただし、下記の場合は該当しない</u> ・福祉用具が不要になって返却する場合 ・同一種目でも機能が変更となる場合 （例：通常の車いすからリクライニング車いす） ・同一種目の貸与数及び付属品が増減する場合 ・自費で福祉用具を貸与して同じものを引続き介護保険でレンタルする場合 （サービス担当者会議に福祉用具貸与事業者が未参加であったため）	支援経過（第 5 表）に「軽微な変更」と判断するに至った介護支援専門員の考えを記載するとともに、必要に応じたサービス利用票（第 6 表）、サービス利用票別表（第 7 表）を見え消し修正し、利用者が同意（口答含む）した日付を支援経過に記載する。

6	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）単なる事業所変更	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については、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。	サービス事業所の休止・廃止、事業所都合によりサービス事業所を変更する場合。なお、事業所を変更することで利用者に不利益が生じないよう、変更前後のサービス事業との十分な情報の共有（サービス担当者会議等での共通理解）に努めること。	支援経過（第 5 表）に「軽微な変更」と判断するに至った介護支援専門員の考えを記載するとともに、居宅サービス計画書（第 2 表）、週間サービス計画書（第 3 表）、サービス利用票（第 6 表）、サービス利用票別表（第 7 表）を見え消し修正し、利用者が同意（口答含む）した日付を支援経過に記載する。
7	目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合	第一表の総合的な援助の方針や第二表の生活全般の解決すべき課題、目標、サービス種別等が変わらない範囲で、目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合には、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。	同一サービス種別において目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合、居宅サービス計画に位置付けていた訪問看護が急遽、介護保険から同一事業所の医療保険となる場合やインフォーマルサービスのみの増減で、他の介護サービスの調整が不要な場合。 <u>※ただし、下記の場合は該当しない</u> - 例えば通所介護で実施している入浴介助を訪問介護での入浴介助に変更する場合は、サービス種別が変わるため、ケアプランの再作成が必要 - 利用者の心身の状態や環境などの変化があり、サービス内容を変更する場合 - 他の介護サービス等の調整が必要な場合 - 加算の算定に変更が生じる場合	支援経過（第 5 表）に「軽微な変更」と判断するに至った介護支援専門員の考えを記載するとともに、居宅サービス計画書（第 2 表）、週間サービス計画書（第 3 表）、サービス利用票（第 6 表）、サービス利用票別表（第 7 表）を見え消し修正し、利用者が同意（口答含む）した日付を支援経過に記載する。
8	担当介護支援専門員の変更	契約している居宅介護支援事業所における担当介護支援専門員の変更（ただし、新しい担当者が利用者はじめ各サービス担当者と面識を有していること）のような場合には、「軽微な変更」に該当する場合があるものと考えられる。	同一事業者の居宅介護支援事業所における担当介護支援専門員の変更の場合。 <u>※ただし、下記の場合は該当しない</u> - 新しい担当者が利用者はじめ各サービス担当者と面識を有していない場合 - 単なる書類のみの引継ぎによる場合	居宅介護サービス計画書（第 1 表）及びサービス利用票（第 6 表）を見え消し修正し、利用者が同意（口答含む）した日付を支援経過に記載する。

- 変更箇所への記載については、地域包括支援センターが持っている原本を変更し、その写しを利用者及びサービス担当者等へ交付する。
- 支援経過記録への記載については、変更時点（年月日）、変更内容、サービス担当者へ「いつ」「何を」「どのように」周知したかを、記載すること。また、口頭で得た同意については、支援経過記録に説明日時と内容、相手方、同意の有無（相手方の反応）、同意日について記載すること。
- 「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容が同基準第 13 条第 3 号（継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用）から第 11 号（居宅サービス計画の交付）までの一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断すべきである。
- 介護支援専門員が各担当者に周知した方が良いと判断する場合等については、サービス担当者会議の開催を制限するものではない。
- 上記取扱いを行っていなかった場合は、指導の対象となり場合によっては運営基準減算を適用する。



10. 參考資料



501 介護予防支援費

加算・減算名	実施	体制	加算・減算	加算・減算適用要件
初回加算			加算 1月につき 300単位	指定介護予防支援事業所(基準第2条に規定する指定介護予防支援事業所をいう。)において、新規に介護予防サービス計画(法第8条の2第16項に規定する介護予防サービス計画をいう。)を作成する利用者に対し指定介護予防支援を行った場合に算定
初回加算Q&A				利用者が要介護者から要支援者に変更となった事例について、従前、ケアプランを作成していた居宅介護支援事業者が、地域包括支援センターから委託を受けて、新規に介護予防サービス計画を作成する場合、初回加算は算定できるか。
				介護予防支援業務を委託している居宅介護支援事業所が変更となった場合についても、初回加算を算定することができるのか。また、転居等により介護予防支援事業所が変更となった場合はどうか。
				初回加算の算定要件である「新規」には、契約は継続しているが給付管理を初めて行う利用者を含むと解してよい。
				契約期間が終了したものの、その翌日に、再度、契約がされた場合については、再度の契約時の際に初回加算は算定できるか。
				初回加算において、新規に居宅サービス計画を作成する場合の「新規」の考え方について示されたい。
				介護予防・日常生活支援総合事業による介護予防ケアマネジメントを受けている者が、介護予防支援に移行した場合は、介護予防支援の初回加算は算定できるのか。
				初回加算については、介護予防サービス計画を新たに作成するに当たり、新たなアセスメント等を要することを評価したものであり、お尋ねの事例については、算定可能である。なお、この考え方については、居宅介護支援費に係る初回加算についても共通である。(平18.4版 改定関係Q&A VOL2 問9)
				前者のケースについては、委託された居宅介護支援事業所は変更になっても、当該介護予防支援事業所としては初めて当該利用者を担当するわけではないので、初回加算を算定することができない。また、後者のように、転居等により介護予防支援事業所が変更となった場合については、介護予防支援事業所としては初めて当該利用者を担当するわけなので、初回加算を算定することが可能である。(平18.4版 改定関係Q&A VOL2 問10)
				「新規」とは、初めて給付管理を行い、報酬請求を行う月について適用するものである。したがって、従前より契約関係は存在していた利用者についても、初めて報酬請求に至った月において、初回加算を算定することが可能である。なお、この考え方については、居宅介護支援費に係る初回加算についても共通である。(平18.4版 改定関係Q&A VOL2 問11)
				初回加算については、実質的に、介護予防支援事業所が、初めて、利用者に対する対応を行う際に、その手間等を評価するという趣旨であるので、契約が実質的に継続するようなケースについては、算定することはできない。なお、この取扱方針は、形式的な空白期間を置いたとしても同様である。(平18.4版 改定関係Q&A VOL2 問12)
				契約の有無に関わらず、当該利用者について、過去2月以上、当該居宅介護支援事業所において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、当該利用者に対して居宅サービス計画を作成した場合を指す。なお、介護予防支援における初回加算についても、同様の扱いとする。(平21.3版 最新VOL69 問62)
				要支援者又はチェックリスト該当者に対して介護予防ケアプランを作成することは、要支援者に対して介護予防サービス計画を作成することと同等であることから、初回加算を算定できるのは、留意事項通知に示す、新規で介護予防サービス計画を作成する場合である。具体的には、過去2月以上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が算定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には算定が可能である。(平27.4版 最新VOL454 問189)

加算・減算名	実施	体制	加算・減算	加算・減算適用要件
委託連携加算	○		加算 当該委託を開始した日の属する月に限り利用者1人につき1回 300単位	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（指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）第2条第1項に規定する指定居宅介護支援事業所をいう。）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に算定
委託連携加算Q&A			通院時情報連携加算の「医師等と連携を行うこと」の連携の内容、必要性や方法について、具体的に示されたい。	通院時に係る情報連携を促す観点から、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成12年3月1日老企第36号）第3の「15 通院時情報連携加算」において、医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けることとしている。 なお、連携にあたっては、利用者に同席する旨や、同席が診療の遂行に支障がないかどうかを事前に医療機関に確認しておくこと。（令3. 3版 最新VOL952 問118）



11. 様式



介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントケアプラン提出書類チェック表

(事業所：

CM様⇒地域包括へ)

様

認定：要支援 1 年 / 要支援 2 年 / 事業対象者
 認定期間： 年 / ～ 年

認定期間： 年

要支援

2 /

事業対象者

認定期間：

年

/

 $\sim$

年

/

①初回

⇒直接 泉南市役所へ	☐ 届出書・介護保険者証原本 委任状 認定調査票(写し)及び主治医意見書(写し)交付申請書 (包括からお渡ししているので申請書の提出のみ/費用負担なし) ☐ 予防ケアプラン(包括印あり、担当者会議を経て本人の同意署名があるもの) ☐ 利用票・利用票別表 ☐ 軽度者福祉用具貸与理由書(必要に応じて)
⇒包括へ	☐ 予防ケアプラン(原案) →内容確認の上、包括印を押します。
⇒包括へ	☐ 利用者基本情報 ☐ 基本チェックリスト ☐ 予防ケアプラン(包括印あり、担当者会議を経て本人の同意署名があるもの) ☐ 週間計画表 ☐ 担当者会議の内容を含む支援経過 (もしくは担当者会議の要点) ☐ 軽度者福祉用具貸与の理由書(必要時) ☐ 初回月のサービス利用票・別表 ☐ 介護保険者証のコピー (届出日記載済みのもの) ※1 ☐ 契約書一式 (契約書・重要事項説明書・個人情報使用同意書)

②総合事業・予防給付への移行(要支援⇔事業対象者)

届出 ⇒泉南市役所へ	☐ 届出書・介護保険者証原本 基本チェックリスト(利用者の署名入り) ☐ 予防ケアプラン(包括印あり、担当者会議を経て本人の同意署名があるもの) ☐ 利用票・利用票別表
⇒包括へ	☐ 予防ケアプラン(原案) →内容確認の上、包括印を押します。 ☐ 評価表 【 ☐ 変更/ ☐ 予防給付にチェックで統一】 ☐ 総合事業または予防給付での期間終了までの支援経過
⇒包括へ	☐ 利用者基本情報 ☐ 基本チェックリスト ☐ 予防ケアプラン(包括印あり、担当者会議を経て本人の同意署名があるもの) ☐ 週間計画表 ☐ 担当者会議の内容を含む支援経過 (もしくは担当者会議の要点) ☐ 初回月のサービス利用票・別表 ☐ 介護保険者証のコピー (総合事業の届出日記載済みのもの) ※1

※1 初回請求月の請求が始まる前に提出ください。

裏面は2回目以降のプラン作成時にコピーしてお使いください。

介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントケアプラン提出書類チェック表

(事業所：

CM様⇒地域包括へ)

様

認定：要支援 1 年 / 要支援 2 / 事業対象者
 認定期間： 年 / ~ 年

③予防給付

⇒包括へ	☐ 予防ケアプラン(原案) →内容確認の上、包括印を押します。 ☐ 前プランの評価表 【 ☐ 変更／ ☐ 予防給付にチェックで統一】 ☐ 評価表期間内の支援経過
------	---

更新 サービス変更 プラン見直し	☐ 利用者基本情報 ☐ 基本チェックリスト ☐ 予防ケアプラン(包括印あり、担当者会議を経て本人の同意署名があるもの) ☐ 週間計画表 ☐ 担当者会議の内容を含む支援経過（もしくは担当者会議の要点） ☐ 軽度者福祉用具貸与の理由書（認定更新の場合のみ＋必要時） ☐ 現期間開始月のサービス利用票・別表 ☐ 介護保険者証のコピー（認定更新の場合のみ）
------------------------	---

※ 認定期間が2年以上の方については、おおむね1年毎にプラン見直しが必要

④総合事業 ※有効期間は定められていないものの、1年毎に手続き(更新)が必要

期間満了月に 泉南市役所へ	☐ 基本チェックリスト(利用者の署名入り) ☐ 介護保険者証原本 → 数日で新しい認定日が記載済みのものが発行
------------------	--

⇒包括へ	☐ 予防ケアプラン(原案) →内容確認の上、包括印を押します。 ☐ 前プランの評価表 【 ☐ 変更／ ☐ 予防給付にチェックで統一】 ☐ 評価表期間内の支援経過
------	---

更新	☐ 利用者基本情報
サービス変更	☐ 基本チェックリスト
プラン見直し	☐ 予防ケアプラン(包括印あり、担当者会議を経て本人の同意署名があるもの)
	☐ 週間計画表
	☐ 担当者会議の内容を含む支援経過（もしくは担当者会議の要点）
	☐ 現期間開始月のサービス利用票・別表
	☐ 介護保険者証のコピー（総合事業の届出日記載済みのもの）

※ 総合事業から予防給付、予防給付から総合事業へ移行する場合は市役所に旨の届出が必要です。
包括への提出書類は、評価表を含め、更新時の書類と同様です。

⑤終了

サービス中止 要介護	☐ 評価表 【 ☐ プラン終了/ ☐ 介護給付もしくは ☐ 終了にチェック】 ☐ サービス終了までの支援経過
---------------	--

委託ケアプラン内容確認表

※提出の必要はありませんが、書類提出時に確認用として活用ください。

		チェック項目	☑	備考
ケアプラン	1	計画作成日・同意日はサービス開始日またはそれより前の日にちですか	☐	
	2	プランの有効期間は正しいですか（概ね1年）	☐	
	3	目標は2つ以上立てていますか。その目標は評価しやすい具体的なものですか ↓ 例：「毎日〇〇をする。〇〇まで歩けるようになる。」など回数・距離・頻度などを入れる	☐	
	4	前回プランの目標が達成している場合、新たな目標が設定されていますか また未達成の場合、目標の修正またはサービスの見直しがされていますか	☐	
	5	①前回プランの評価・期間内の支援経過 ②提出プランと一緒に基本チェックリスト・週間計画・利用票 ①・②をまとめて提出されていますか	☐	
	6	健康状態について・総合的な方針 が記載されていますか ※【本来行うべき支援ができない場合】がある場合は記載必要	☐	
	7	週間サービス計画表の主な日常生活上の活動に記載がありますか	☐	
評価	1	評価日はプラン終了月の月中から月末で記載していますか	☐	
	2	評価期間（プラン開始日～プラン終了日または変更日まで）は正しいですか	☐	
	3	総合的な方針が記載されていますか	☐	
	4	プラン継続・変更・終了 / 介護給付・予防給付・終了 いずれかに☑が入っていますか	☐	要支援→事業対象者/ 事業対象者→事業対象者の場合は予防給付に☑
その他	1	支援経過について毎月記載（モニタリング含む）がありますか	☐	
	2	サービス担当者会議の記載（支援経過内・または別紙サービス担当者会議の要点）がありますか	☐	
	3	福祉用具貸与理由書の提出はされていますか	☐	
	4	医療系サービス（訪問看護・訪問リハビリ・通所リハビリ・居宅療養管理指導・短期入所療養介護【医療型ショートステイ】）を利用されている場合、医師の指示があることを確認し、ケアプランを医師に交付したことを支援経過に記載していますか	☐	指示書を確認し、支援経過にタイトルを【指示書確認】【医師にケアプラン交付】と記入。

※確認表通りに提出できない場合は個別に担当包括までご相談ください。

泉南市地域包括支援センター六尾の郷
泉南市地域包括支援センターなでしこりんくう

給付管理 確認表 居宅介護支援事業所名（ ）

提出日： 年 月 日

給付管理票枚数	
---------	--

【内訳】		利用者名	備考
当 月	初回加算		
	委託連携 加算	例：泉南 花子	理由例：〇〇より事業所変更
			理由：
			理由：
			理由：
			理由：
月遅れ		【 月分】初回加算（有・無）／委託連携加算（有・無）	
		【 月分】初回加算（有・無）／委託連携加算（有・無）	
		【 月分】初回加算（有・無）／委託連携加算（有・無）	
		【 月分】初回加算（有・無）／委託連携加算（有・無）	

【今回請求なし】 ・今回要介護になった人 ・区分変更申請中 など	例：泉南 太郎	理由例：入院中・区分変更申請中・要介護など
		理由：
		理由：
		理由：
		理由：

※初回加算、委託連携加算、月遅れについては、給付管理票の右上に赤字で【初回】・【委託連携加算】・【月遅れ】と記入ください。

※委託事業所の変更は初回加算の算定はできません。

※給付管理票と共に、その他プラン関係書類を提出される場合はわかるように分けて提出願います。

この給付管理確認表はコピーいただき、毎月給付管理票提出の際に表紙として使用ください。

泉南市地域包括支援センター六尾の郷・なでしこりんくう