

「介護予防支援」と「介護予防ケアマネジメント」業務の流れ

(令和7年3月改訂版)

[地域包括支援センターが居宅介護支援事業所へ委託する場合]

申請

- ① 北名古屋市より認定結果を通知

利用の開始 (契約)

更新

- ② 利用者が、地域包括支援センター（以下包括）または居宅介護支援事業所（以下居宅）へ連絡。

新規

- ③ 利用者基本情報やサービス希望等を包括で把握する。
- ④ 包括が介護予防支援、介護予防ケアマネジメント業務を委託する場合は、包括と居宅が「介護予防支援事業・第1号介護予防支援業務委託契約書」を締結する。
- ⑤ 原案作成委託料の支払いを愛知県国民健康保険団体連合会に委託する場合は、「代理受領委任状（第1号介護予防支援事業・介護予防給付費）」に包括と居宅が記入押印し、高齢福祉課地域包括ケア推進室に提出する。
- ⑥ 利用者と包括が「介護予防支援事業・第1号介護予防支援事業重要事項説明書」の同意及び契約の締結をする。

利用開始 (アセスメント・ケアプラン原案作成)

- ⑦ 包括は、③で聞き取った利用者基本情報を居宅に情報提供する（FAX等）。
- ⑧ 包括または居宅が高齢福祉課介護保険担当（以下介護保険）に、「介護予防サービス計画作成依頼届出書」を、提出する。
- ⑨ 包括または居宅が介護保険から「要介護認定等の資料」を取り寄せる。包括が原本を保管し、居宅がコピーを保管する。
- ⑩ 居宅は、利用者のアセスメントを実施し、「利用者基本情報」「介護予防サービス・支援計画書（以下計画書）」原案「サービス利用票・別表」「基本チェックリスト」の作成を行う。
- ⑩ 居宅は、サービス担当者会議の前に、事前に連絡の上、計画書の原案を包括に提出し、包括はそれを確認し、意見と確認者の氏名を記入する。

※日にちが間に合わない場合等は、事前にFAX（個人名等は黒塗り等で配慮願います）、レインボーネット等で、計画書の内容確認を受ける。署名は、担当者会議後とする。

※居宅：計画書の原案の提出は、FAX、レインボーネット等でもよい。

包括：ア 提出された計画書原案を確認する。

イ 計画書原案の地域包括支援センター欄に、意見と担当者氏名を記入する。

別紙「包括意見書」への記入でもよい。

ウ FAX、レインボーネット等にて居宅に計画書原案又は「包括意見書」を渡す。

居宅：担当者確認済の計画書原案を受け取る。「包括意見書」の場合は、計画書原案に添付する。

※基準緩和を積極的に取り入れる。予防相当を利用する場合、総合事業訪問型・通所型サービス状態像の目安チェック表（以下目安チェック表）を提出する。

※目安チェック表は、予防相当サービス利用開始時、計画書見直し時に包括に提出する。

※基準緩和が適正と思われるケースについては、計画書の修正を依頼することがある。

⑪サービス利用票・別表の原本は、サービス実績提出までに、包括へ提出する。

⑫予防通所基準緩和サービスを利用の場合、基本チェックリストを6か月ごとに行い、サービスの継続の必要性の判断を行う。居宅は基本チェックリストを包括に提出する。包括は計画書の原本に追記し、コピーを居宅に渡す。（詳細は「予防通所基準緩和サービスの見直し」を参照）

サービス担当者会議

⑬サービス担当者会議の開催⇒開催日時を包括に連絡する。

（包括として初回は必ず出席。プラン継続・プラン変更の場合は、原則として包括担当者の出席はなしとする。ただし、困難ケースや居宅から依頼がある場合は出席することもある。）

※計画書の期間は、認定有効期間内とする。

例：認定有効期限が4年の場合は、状態の安定が見込まれる場合は、担当者会議の合意をもって最長4年としてもよい。（予防通所基準緩和サービスを利用している場合は最長1年。詳細は「予防通所基準緩和サービスの見直し」を参照）

※計画書の評価は、1年毎に行い、評価表を作成すること。

※計画書は、評価表にて変更があった時・認定更新時に作成すること

※経過記録・評価表の原本は包括へ提出する。

※担当者会議で、計画書を大幅に変更した時は、記載内容を修正後、再度内容確認と署名を受ける。

ケアプラン・利用表 交付

⑭利用者に「計画書」を説明し、署名いただき交付する。「サービス利用表・別表」を説明し、利用者の確認を得て交付する。確認を得たことを支援経過記録に記載する。

⑮「利用者基本情報」「計画書」「基本チェックリスト」の原本、「サービス利用票・別表」の原本またはコピーを包括に提出する。

⑯介護サービス事業者に「計画書（写）」・「サービス提供票・別表」を交付する。

サービス利用開始

⑰予防給付及び介護予防・日常生活支援総合事業のサービスを利用する。

⑱「介護予防支援経過記録（サービス担当者会議の要点を含む）（以下経過記録）」を作成する。

モニタリング・評価

⑱モニタリングは自宅訪問や電話、通所事業所等への訪問による状況確認を行い、3か月に1度は自宅を訪問する。

- ・3～6か月に1回、計画の達成状況について評価を行う。

毎月提出のモニタリング表を、包括に提出することで中間評価としてもよい。

認定有効期間の終了時・計画書の変更時には「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（以下評価表）」を提出。

⑳居宅は、次の計画書作成前に「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（以下評価表）」「支援経過記録表」を包括に提出する。

〈認定期間の終了時・計画書の変更時について〉

包括担当者は、提出された内容についての確認と意見を記入する。評価表右下のチェック項目も記入する。原本は包括で保管し、コピーを居宅に返却する。

※今後の方針について必要な場合は、関係者と連絡・相談を行う。

サービス継続の場合、アセスメントに戻る

実績・委託料請求

- ・サービス事業者と前月の利用実績について確認する。

⇒毎月5日までに「サービス利用票・別表（コピー）」に実績を入れて包括に提出する。

（ゴールデンウィークや、年末年始等休みが続く場合は、日にちを変更する場合あり。）

- ・毎月5日までに前月の利用実績の委託料請求明細書（居宅の所在地が愛知県外の場合は委託料支払請求書）を包括に提出する。

（5日が土曜・祝日の場合は前日、日曜日の場合は翌日まで）

〈区分変更が必要な場合について〉

○区分変更をする際は、すみやかに包括担当者に連絡する。

〈認定更新時、認定有効期間内に認定が出ない場合について〉

○すみやかに包括担当者に連絡する。

○暫定計画書を提出する。

〈ケアプランの提出時に必要な添付書類について〉

○例外給付等の申請時：確認申請書、主治医照会票や担当者会議の記録など確認できる書類

○医療サービス利用時：主治医の意見確認の書類等

〈契約終了時の報告について〉

○契約終了時は、包括担当者に連絡する。未提出分の経過記録と評価表を提出する。

【書類別提出方法】

書類様式	略称		提出時期
利用者基本情報		原本 (署名のあるもの)	初回 状態変化時
介護予防サービス・支援計画書 (更新時の暫定計画書含む) 基本チェックリスト	計画書	原本 (署名のあるもの)	初回 プラン変更時 プラン継続時
基本チェックリスト		コピー	予防通所基準緩和サービス見直し時
介護予防支援・介護予防ケアマネジメント(第一号介護予防支援事業) サービス評価表	評価表	原本	1年ごとの見直し時 サービス終了時 サービス変更時 計画書の期間終了時
介護予防支援経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)	経過記録	コピー	サービス終了時(未提出分) プラン継続時(未提出分) プラン変更時(未提出分)
サービス利用票・別表		原本・コピー どちらでも可能	前月まで(当月実績提出時でも可)
モニタリング表(A4)		コピー	実績提出時
総合事業訪問型・通所型サービス状態像の目安チェック表	目安チェック表	原本	予防相当サービス利用開始時 計画書見直し時、予防相当サービスを継続するとき
委託料請求明細書 (居宅の所在地が愛知県外の場合は委託料支払請求書)		原本・コピー どちらでも可能	毎月5日まで
例外給付等の申請、医療サービス利用に関する書類			利用開始時等、確認必要時

北名古屋市役所 東庁舎 高齢福祉課 地域包括ケア推進室

TEL (0568) 22-1111 FAX (0568) 26-4477