

令和6年度

浜田市介護予防・日常生活支援総合事業
介護予防ケアマネジメントマニュアル

請求事務マニュアルを含む



令和6年4月

浜田市高齢者相談支援センター
(浜田市地域包括支援センター)

社会福祉法人 浜田市社会福祉協議会

介護予防ケアマネジメントマニュアル目次

浜田市介護予防・日常生活支援総合事業について

1. 介護予防・日常生活支援総合事業の利用について…………… 1
2. 総合事業「介護予防・生活支援サービス事業」のサービス類型…………… 1
3. 総合事業「介護予防・生活支援サービス事業」の利用対象者…………… 1
4. サービス利用手続きの流れ…………… 2
5. 総合事業「介護予防・生活支援サービス事業」利用申請の流れ…………… 3

介護予防ケアマネジメントについて

6. 介護予防ケアマネジメントの概要…………… 7
7. 介護予防ケアマネジメントにおける各プロセスの実施…………… 8

様式一覧

1. 介護申請基準表…………… 1 2
2. 基本チェックリスト…………… 1 3
3. 浜田地区広域行政組合総合事業利用申請書…………… 1 4
4. 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…………… 1 5
5. 利用者基本情報…………… 1 6
6. 介護予防サービス・支援計画表及び記入例…………… 1 8
7. 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及び記入例…………… 2 0
8. 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス経過記録…………… 2 2
9. サービス対象者確認シート（通所・訪問共通）…………… 2 3
10. 提出書類一覧…………… 2 4

ケアプラン作成費請求事務マニュアル

1. ケアプラン作成費	2 5
2. 予防ケアマネジメントサービス種類コードと単価	2 6
3. 加算について	2 6
4. 区分支給限度額	2 7
5. 総合事業サービスの請求事務の流れ	2 8
6. 委託先居宅介護支援事業所から社協への提出書類	2 9
7. プラン料請求に関する様式	2 9
8. 住民登録地と実際の居住地もしくは保険者が違う被保険者の請求について	2 9
9. プラン料請求に関する資料・様式	資料 1 ～ 資料 4 ・ 2

浜田市介護予防・日常生活支援総合事業について

1. 介護予防・日常生活支援総合事業の利用について

総合事業の概要、事業内容については、浜田市が示すものを参考にしてください。

本マニュアルは、サービス利用の手続きに関し、ケアマネジャーの業務上必要な事項について示しています。

2. 総合事業「介護予防・生活支援サービス事業」のサービス類型（平成31年3月現在）

訪問型サービス	○既存のサービス事業による、これまでの介護予防訪問介護に相当するサービス ・食事・入浴・排せつの介助などの身体介護や掃除・洗濯・調理などの生活援助 ○多様なサービス ・掃除・洗濯・買い物などの生活援助のみ
通所型サービス	○既存のサービス事業による、これまでの介護予防通所介護に相当するサービス ・食事・入浴・排せつの介助、健康管理、機能訓練、レクリエーションなど ○多様なサービス ・機能訓練、認知症予防、レクリエーションなど *多様なサービスは、身体介護、入浴サービスがありません。

3. 総合事業「介護予防・生活支援サービス事業」の利用対象者

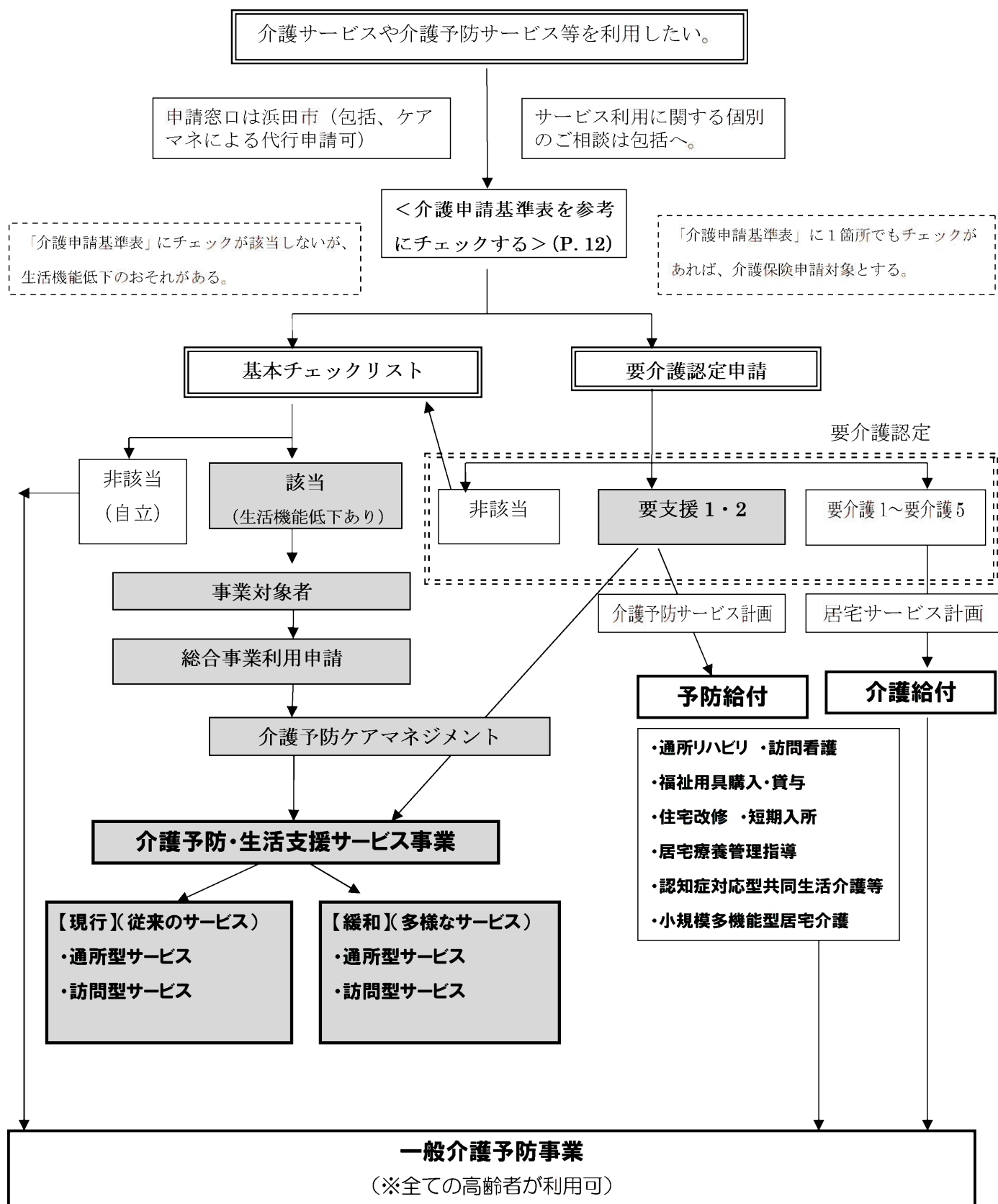
・65歳以上で次の項目に該当する方

① 要支援認定を受けた方

② 基本チェックリストにより事業対象者として判断された方

・第2号被保険者については、要支援認定を受けた方（特定疾病に起因して要介護状態等となっていることがサービスを受ける前提となるため）

4. サービス利用手続きの流れ



5. 総合事業「介護予防・生活支援サービス事業」利用申請の流れ

総合事業サービス利用の受付窓口は、浜田市となりますが、前述のフローチャートの記載のとおり、包括やケアマネジャーが相談窓口となり、いずれのサービスに該当するかの聞き取りを行い、代行申請手続きを行うことができます。ここではその手順を示します。

(1) 相談受付

対象者が「要介護（支援）認定申請」が必要か、「基本チェックリスト実施対象者（要介護（支援）申請しない）」か、「一般介護予防事業等」での対応が必要かを判断するため、相談者からの聞き取りにより「介護申請基準表」(P.12)を記入します。

*2号被保険者は、要介護（支援）認定申請が必要です。

(2) 事業対象者（要介護（支援）申請なし）（新規）の場合 P5<図 1>参照

① 基本チェックリストの実施

基本チェックリストは、原則本人に面談し、本人または家族が記載し、面談者が内容を確認します。家族等が相談のため包括支援センターまたは事業所等に来所の場合は、自宅へ訪問して行います。

② 事業対象者の決定

*事業対象者は、国のガイドライン等で「現行の要支援相当の対象者」を想定しています。

基本チェックリストの結果が、「事業対象者」の基準（表 1）に該当した場合、浜田地区広域行政組合宛ての下記の書類を提出します。

(ア) 基本チェックリスト (P.13)

(イ) 浜田地区広域行政組合総合事業利用申請書 (P.14)

(ウ) 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 (P.15)

基本チェックリストの実施日が、事業対象者の認定日となるため、記入年月日はもれなく記載が必要です。

申請書等提出後、浜田地区広域行政組合から、被保険者証・負担割合証が交付されます。

(3) 要介護（支援）認定から、「事業対象者」（要介護（支援）認定なし）への移行の場合

P6<図 2>参照

(2)と同様の流れとなります。

但し、「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」は、既に提出されていた場合は不要です。

(4) 要介護（支援）認定申請での利用の場合（新規申請）

①要介護（支援）認定申請は、通常の新規申請と同様です。

②要支援1・2の結果が出た場合、通所型・訪問型サービスは、介護予防・生活支援サービス事業（総合事業）の利用となります。

【事業対象者に該当する基準】（表1）

1) 基本チェックリスト質問項目No1～20までの20項目のうち10項目以上に該当
2) 基本チェックリスト質問項目No6～10までの5項目のうち3項目以上に該当
3) 基本チェックリスト質問項目No11～12までの2項目のうちすべてに該当
4) 基本チェックリスト質問項目No13～15までの3項目のうち2項目以上に該当
5) 基本チェックリスト質問項目No16に該当
6) 基本チェックリスト質問項目No18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当
7) 基本チェックリスト質問項目No21～25までの5項目のうち2項目以上に該当

（注）この表における該当（No12を除く）とは、基本チェックリストの回答部分に

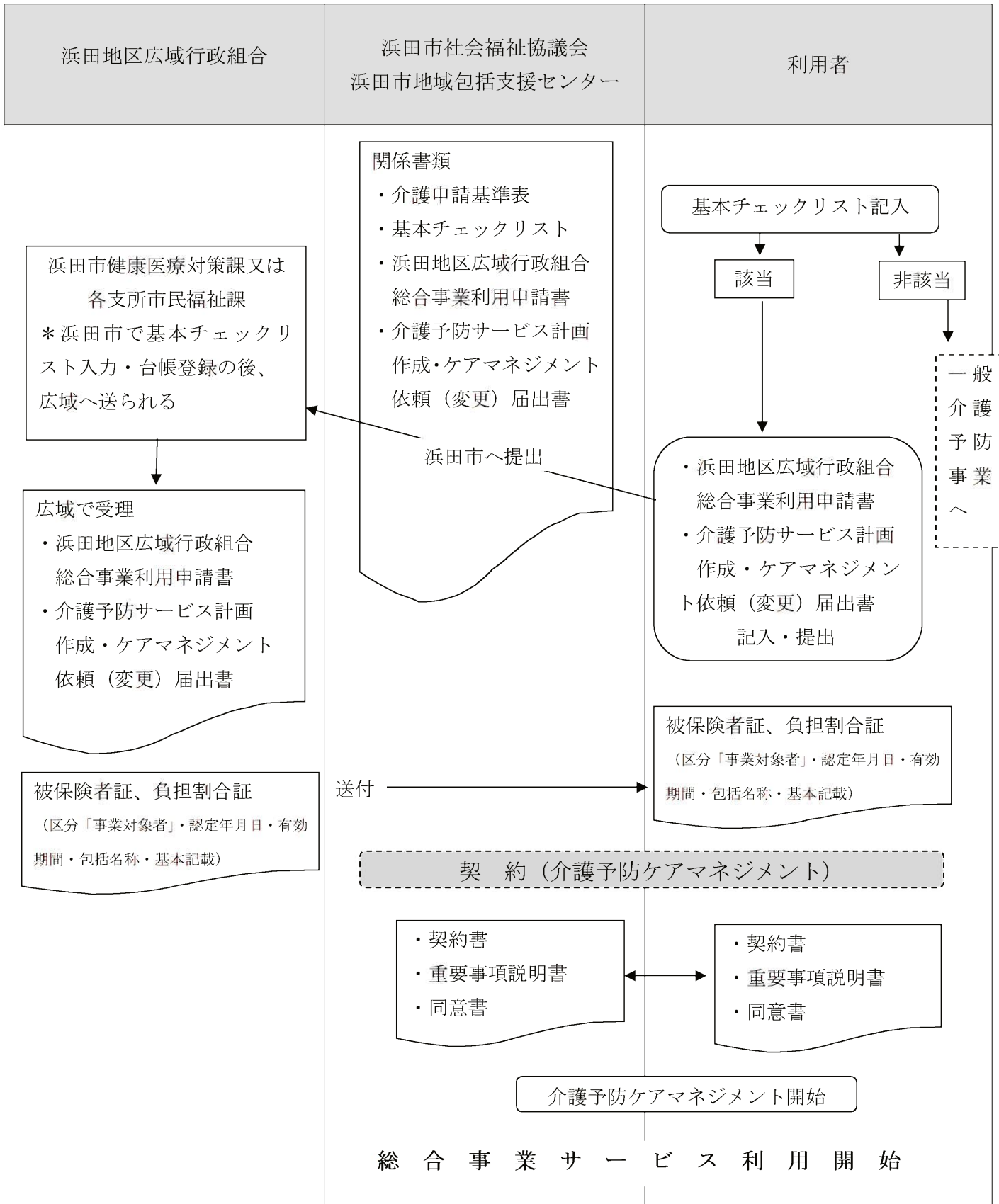
「1. はい」または「1. いいえ」に該当することをいう。

この表における該当（No12に限る）とは、 $BMI = \text{体重 (Kg)} \div \text{身長 (m)} \div \text{身長 (m)}$ が18.5未満の場合をいう。

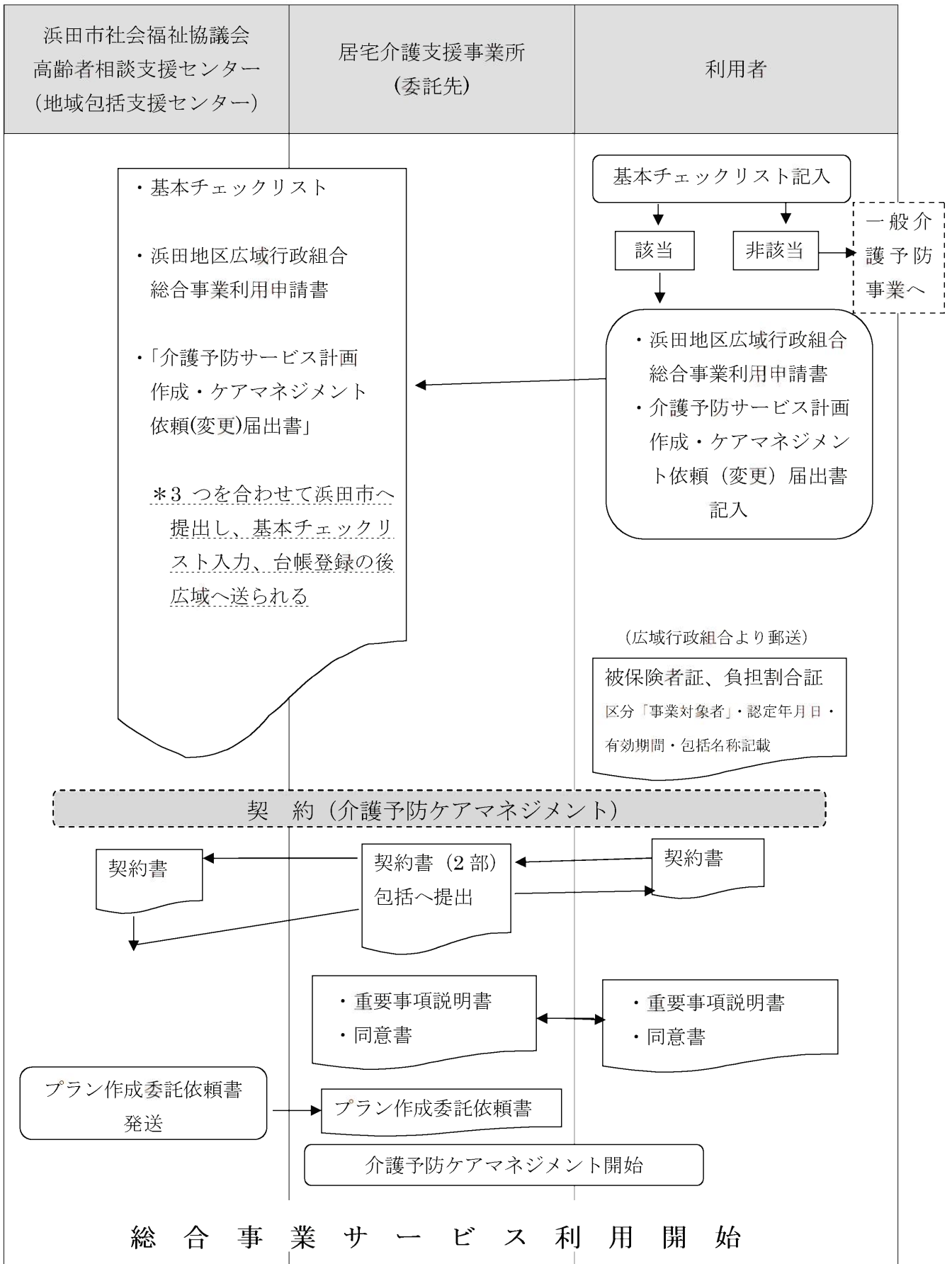
○事業対象者の総合事業サービス利用までの流れ

図 1

【新規相談・利用の場合】



【要支援認定更新時、事業対象者（介護認定なし）に移行する場合】



介護予防ケアマネジメントについて

6. 介護予防ケアマネジメントの概要

介護予防・生活支援サービス事業（総合事業）を利用する際には、従来の介護予防支援（予防給付）と同様に、利用者の心身の状態や置かれている環境等に応じて、目標を設定し、本人が自立した生活が出来るようケアプランを作成し必要な援助を行う「介護予防ケアマネジメント」が必要です。

介護保険制度の基本理念である「自立支援」の観点から、利用者の生活の質（QOL）の維持・改善に向けた介護予防ケアマネジメント及びサービス提供がなされる必要があります。

（1）実施主体 浜田市地域包括支援センター（浜田市社会福祉協議会）

*従来の介護予防支援（予防給付）と同様に、業務の一部を、指定居宅介護支援事業所へ委託。

但し、原則、総合事業の新規対象者は、利用開始して最初のモニタリング（提供を開始する月の翌月から起算して3か月）後に委託可能とします。

令和4年4月1日より相談受付窓口は浜田市社会福祉協議会及び社協各支所に設置する地域包括支援センター及びサブセンターへ変更になります。

したがって本マニュアルにおいて「地域包括支援センター」及び「サブセンター」の名称を使用する箇所については、浜田市社会福祉協議会本所及び各支所とご認識ください。

（2）介護予防ケアマネジメント類型

国においては、介護予防ケアマネジメントの類型はA～Cの3種類ありますが、現在の浜田市においては、介護予防ケアマネジメントAのみの類型です。

類型	介護予防ケアマネジメントA
対象者	要支援1・2 事業対象者（基本チェックリスト該当者）
内容	現行の介護予防支援と同様なケアマネジメント
対象事業	介護予防・生活支援サービス事業（総合事業） 通所型・訪問型サービス ・従来型 ・緩和型

7. 介護予防ケアマネジメントにおける各プロセスの実施

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、介護予防支援（予防給付）と同様に利用者の状態、基本チェックリストの結果及び本人の家族の意向等を踏まえ、以下のとおり実施します。

(1) 介護予防ケアマネジメントの具体的な手順（居宅介護支援事業所委託分）

	プロセス	手順	帳票
1	利用者との契約等の代行	「契約書」、「重要事項説明書」、「個人情報利用同意書」等の説明及び関係書類への利用者サイン・押印手続き	(包括支援センターへ提出) ・契約書 2 部 ・利用者基本情報 ・基本チェックリスト ・サービス対象者確認シート ・介護予防サービス・支援計画書原案（利用者サイン未） (居宅事業所保管) ・重要事項説明書 ・個人情報利用同意書
2	アセスメント	利用者及びその家族に面接し、支援ニーズを特定し、課題を分析	
3	介護予防ケアプランの原案作成 【プラン期間は最長 1 年】	利用者及びその家族の希望、利用者及びその家族についてのアセスメントの結果、「目標・具体策」、利用サービスなどの計画原案作成	
	プラン原案を、包括支援センターに提出 (概ねプラン開始の半月前)	包括支援センターが、プラン原案を確認 (プランに包括のサイン記入)	
4	サービス担当者会議	・初回のサービス利用開始時 ・介護予防サービス計画更新時 ・要支援更新認定時 ・要支援状態区分の変更の認定時	・経過記録（担当者会議の要点を記載されていること）
5	利用者及びその家族への説明・同意 ケアプランの確定・交付	・利用者及びその家族にプランの説明、同意及びケアプランの交付 ・サービス提供事業所にもケアプランを交付	(包括へ提出) ・介護予防サービス・支援計画書（利用者サイン済み）
6	利用者同意のプランを、包括支援センターに提出		
7	サービス利用開始	サービス提供事業所の個別計画・アセスメント・評価	
8	モニタリング	3 か月に 1 回は利用者自宅へ訪問、他の月は電話等で状況を聴取	・経過記録
9	評価 【評価は、 プラン期間終了時】	目標が達成されたか評価し、今後の方針を決定する。 ・プランに位置付けた期間終了時 ・利用者の状態が変化し、ケアプランの見直しが必要となった時	(包括支援センターへ提出) ・評価表 ・経過記録（評価の期間分） ・担当者会議録（評価の期間分） →経過記録とは別に作成している場合
	評価表、経過記録、担当者会議録を包括支援センターに提出	包括支援センターが、評価を確認 （評価表に包括職員のサイン記入）	

評価終了後、目標の達成状況及び新たな課題の発生の有無等により、再アセスメント、再プランニングの必要性となれば、手順 1～9（1 は初回のみ）の繰り返しとなります。

(2) 介護予防ケアマネジメント及び契約に関する書類の様式 ※詳細は様式一覧を参照

○介護予防ケアマネジメント

種類	様式
利用者基本情報	P. 16. 17
基本チェックリスト	P. 13
介護予防サービス・支援計画書（記入例あり）	P. 18
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（記入例あり）	P. 20
介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録	P. 22
サービス対象者確認シート（通所・訪問型共通）	P. 23
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	P. 15

○契約に関する書類

種類	様式
介護予防支援・介護予防ケアマネジメント契約書	年度ごとに変更がありますので、随時、配布します。
重要事項説明書	
個人情報利用同意書	

(3) 介護予防ケアマネジメントのポイント

ケアマネジメントに関しては、利用者の心身の状況及び置かれている環境を把握して、心身機能が低下してきた原因・背景を利用者とともに明確にします。そして、機能低下を来さないよう、必要な事あるいは改善をもたらすことを明らかにしたうえで利用者に具体策を提案します。関係者間で意見交換を図ったうえで合意した内容に沿ってサービスを展開し、その後の状況を観察しながら次の対応を検討していきます。

このプロセスにおいて、以下のポイントを参照してください。

項目	ポイント
アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者宅に訪問し、利用者及びその家族との面接による聞き取りをする。又、この場合において、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得る。 ・利用者本人へ生活機能の低下を自覚するよう促す。 ・介護予防に取り組む意欲を引き出す。 ・既存のアセスメントシートを利用し、情報収集だけでなく現況を具体的に分析する。 ・主治医のある場合、利用者が病状についてどのように聞いているか把握する。 ・なお、やむを得ない事情で家族等へのアセスメントができない場合は、利用者基本情報の家族関係等の状況及びプラン、経過記録等に記載する。

項目	ポイント
ケアプラン原案作成	<p>介護予防サービス計画作成においては、利用者及び家族の意向確認を行った上でプランに記載する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○目標設定 <ul style="list-style-type: none"> ・自分の目標として意識できるような内容表現を設定する。 ・利用者自身が評価できるような具体的な目標とする。 ○サービス内容の選択 <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状態や意向に合ったサービスを選択する。 ・目標達成のためのサービス利用やその期限の根拠を確認する。 ○その他 <ul style="list-style-type: none"> ・必ず利用者の取り組みを入れる。
サービス担当者会議	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者、事業所から目標達成のための意見を促す。 ・サービス内容等共有する。 ・会議後、利用者の状態の変化、新たな課題の発生、目標達成等の変化があった場合の連絡体制を確認する。
モニタリングと評価	<ul style="list-style-type: none"> ・3か月に1回及び評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあった時は訪問し面接する。 ・利用者の取り組みを含め、サービスが計画的に行われていたか確認する。 ・新たな課題の発生の有無と再アセスメント、再プランニングの必要性を判断する。

(4) 介護予防ケアマネジメントにおける留意点

要支援認定者と事業対象者との相違点及び介護予防ケアマネジメントの過程における留意点については以下のとおりです。

項目	要支援認定者	事業対象者
認定調査	有	無
審査会	有	無
認定日	有 * 審査日	有 * 基本チェックリスト実施日
認定有効期間	有期認定	無期認定（サービスを継続する間） * 要支援・介護認定となった場合は、終了
プラン期間	最長1年	最長1年
評価期間	サービス提供期間	サービス提供期間
サービス提供事業所からの報告	月に1回	
サービス提供事業所からの評価	加算対象等、提供するサービスに基づく期間	
上限管理	有	有

(5) 「従来型」または「緩和型」サービスの利用基準について

通所型および訪問型サービスにおける「従来型」は、身体的介護が必要な状態像を想定しています。利用者のサービスを調整する際に、「サービス対象者確認シート」(P. 23)を参照のうえ決定をしてください。

(6) 区分支給限度額について

指定事業者を利用の場合、以下のとおり限度額管理を要します。

対象者	支給限度額
要支援 1	5,032 単位/月
要支援 2	10,531 単位/月
事業対象者	5,032 単位/月 但し退院直後など集中的にサービスが必要な場合は、 <u>1か月</u> 程度を限度として 10,531 単位/月を支給限度額とする。

(7) 介護予防ケアマネジメントにおける報酬単価等

類型	介護予防ケアマネジメント A	
報酬単価及び金額	442 単位	4,420 円
初回加算及び金額	300 単位	3,000 円
委託連携加算及び金額	300 単位	3,000 円

* 【初回加算の算定要件】

① 新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合

介護予防支援（予防給付）から、介護予防ケアマネジメント（総合事業）への移行は、算定不可。

*【注意】・包括から居宅へ委託の場合や、委託先の居宅事業所が変更になった場合は、利用者が初めて介護予防ケアマネジメントを受けるわけではないため算定不可。
(地域包括支援センターが担当していること自体は変わらない)

・「要支援 1・2」と「事業対象者」の移行の場合も、同様のため算定不可。

② 過去、2か月以上介護予防ケアマネジメントを提供しておらず、報酬算定がされていない場合に、利用者に対して介護予防ケアマネジメントを作成し、報酬算定された場合に限り、初回加算を算定する。

* 【委託連携加算の算定要件】

利用者 1 人につき、包括から居宅へ介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント業務の委託を開始した日の属する月に限り、所定単位数を算定する。

(8) 利用するサービスと、業務（委託費）の区分

利用するサービス	対象者	業務
予防給付	要支援 1・2	介護予防支援
予防給付 + 総合事業	要支援 1・2	介護予防支援
総合事業	要支援 1・2・事業対象者	介護予防ケアマネジメント

但し、介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメント（原案を含む。）の提出を地域包括支援センターが確認した後、委託先居宅介護支援事業所は、委託料の請求を行う。

介護申請基準表

【介護保険申請を勧める基準】 * チェック項目がある場合は、介護保険申請を行う。（疾患については、入院が「あり」の場合）	
◎ 介護予防・日常生活支援総合事業についての説明（必要なし・済・未）	
確認事項	チェック
<介護が必要となった病気> <input type="checkbox"/> 脳血管疾患（脳梗塞 脳出血 くも膜下出血） <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 関節の痛み（膝 腰 神経痛） <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 認知症（徘徊 妄想 ひどい物忘れ） <input type="checkbox"/> その他 （ ）	<この3か月間で1週間以上の入院> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
○杖をついたり、歩行器を利用してもひとりで歩くことができない。	<input type="checkbox"/>
○認知症の悪化により日常生活に支障をきたしている。 （例）* 買う品物を忘れ、必要なものを一人で購入できない * 料理をする段取りを忘れてしまい、一人で調理ができない * 内服管理や金銭管理が自分でできない * 電話をかける、用件を伝える等ができない	<input type="checkbox"/>
○排泄介助、入浴介助等の等の身体介助が必要である。	<input type="checkbox"/>
○服薬や病気の管理のために「訪問看護サービス」や「デイケア」の利用がしたい。	<input type="checkbox"/>
○自宅内の移動、浴槽が深いなどの理由から「住宅改修」や「福祉用具のレンタルや購入」を利用したい。	<input type="checkbox"/>
○家族の介護力の問題で長時間の預かりを求めている。 （不適切な介護や高齢者虐待の疑いなどで、家族との分離が必要なため、定期・不定期のショートステイ利用が必要な場合など。	<input type="checkbox"/>
○サービス利用が必要な2号被保険者	<input type="checkbox"/>
○その他 * 総合事業の説明を理解した上で、介護認定を受けたいという希望が強い場合など 理由（ ）	<input type="checkbox"/>
状況	

基本チェックリスト

受付：社協・居宅

記入日 年 月 日

生年月日 年 月 日

氏名 (男・女)

質問項目	回答 (いずれかに○を)		事業対象者に該当する 基準(チェックをつける)
【1】バスや電車で一人で外出していますか	0.はい	1.いいえ	10項目以上に 該当 /20 <input type="checkbox"/>
【2】日用品の買い物をしていますか	0.はい	1.いいえ	
【3】預貯金の出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	運動機能の低下 3項目以上に 該当 /5 <input type="checkbox"/>
【7】いすに座った状態から何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分くらい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の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ	低栄養状態 2項目に該当 /2 <input type="checkbox"/>
【12】身長()cm、体重()kg	BMI()		
【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	口腔機能の低下 2項目以上に該 当 /3 <input type="checkbox"/>
【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】口の渇きがきになりますか	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	閉じこもり No.16に該当 /2 <input type="checkbox"/>
【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「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると 言われますか	1.はい	0.いいえ	認知機能の低下 1項目以上に 該当 /3 <input type="checkbox"/>
【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	
【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	うつ病の可能性 2項目以上に 該当 /5 <input type="checkbox"/>
【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	1.はい	0.いいえ	
【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	1.はい	0.いいえ	
【24】(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ	
【25】(ここ2週間)わけもなく疲れた感じがする	1.はい	0.いいえ	

注)BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当する

判定	<input type="checkbox"/> 一般介護予防へ <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業へ <input type="checkbox"/> 要介護(支援)認定申請へ
----	--

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

		区 分	
		新規・変更	
被保険者氏名		被保険者番号	個人番号
フリガナ			
		生年月日	
		年	月 日
介護予防サービス計画作成を依頼 (変更) する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼 (変更) する地域包括支援センター			
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名		介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地	〒
		電話番号	
介護予防支援事業所 (地域包括支援センター) 番号		サービス開始 (変更) 年月日	
		年	月 日
介護予防支援事業所又は地域包括支援センターを変更する場合の理由等			
※変更する場合のみ記入してください。			
介護予防支援又は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 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。			
居宅介護支援事業所名		居宅介護支援事業所の所在地	〒
		電話番号	
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等			
※変更する場合のみ記入してください。			
浜田地区広域行政組合管理者 様 上記の介護予防支援事業者 (地域包括支援センター) に介護予防サービス計画作成又は 介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。 年 月 日 千 住 所 被保険者 電話番号 氏 名			
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所 (地域包括支援センター) 番号		

- (注意) 1 この届出書は、介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに浜田地区広域行政組合へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所 (地域包括支援センター) 又は介護予防支援若しくは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所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず浜田地区広域行政組合へ届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

利用者基本情報

《基本情報》

作成担当者:

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 本人氏名		性別	M・T・S 年 月 日生 (歳)	
住所			Te1	
			Fax	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	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・ 総合事業 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 認定期限： 年 月 日 ~ 年 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日： 年 月 日			
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(有 階・無)、住宅改修(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 <small>◎=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)</small>	
住所 連絡先				
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			日中独居(有・無) 家族関係等の状況	

《介護予防に関する事項》

今までの生活				
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
	時間	本人	介護者・家族	友人・地域との関係
	-----	-----	-----	
	-----	-----	-----	
	-----	-----	-----	
	-----	-----	-----	

《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
			Tel	治療中 経過観察中 その他	
			Tel	治療中 経過観察中 その他	
			Tel	治療中 経過観察中 その他	
			Tel	治療中 経過観察中 その他	

《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

浜田市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、基本チェックリスト記入内容、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・意見およ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、総合事業におけるサービス事業者等実施者、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。

年 月 日 氏名

介護予防サービス・支援計画書

NO. _____

利用者名 _____ 様 認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 認定の有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 初回・紹介・継続 _____ 認定済・申請中 _____ 要支援1・要支援2 _____ 地域支援事業 _____

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

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日 _____ 1年 _____

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						
							本人等のセルフケアや家族の支援、インフォर्म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		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
社会参加、対人関係、コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											

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 _____

【本来行うべき支援が実施できない場合】
 適切な支援の実施に向けた方針 _____

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント _____

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 _____

予防給付 まだ地域 支援事業	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
/5	/2	/3	/2	/3	/3	/5

基本チェックリストの(該当した質問項目数)/(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

NO.

利用者名

利用者の
介護保険被保険者番号記入

新規申請時、認定前にサービス導入する場合は、暫定プランの作成が必要。認定が確定してから、本プランとして、認定年月日、認定有効期間、初回、認定済、要支援、要介護の日に付いて計画作成日を記入。初回作成日は暫定プラン作成日を記入。

様 **1** 認定年月日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日

本プランの計画作成日は認定年月日以降の日付で記入
※認定年月日より前に作成するプランは「暫定プラン」

計画作成者氏名

計画作成(変更)日 年 月 日 (初回作成日) 年 月 日

① 目標とする生活 **2** 事業所での初回プランの計画作成日を記入
※担当ケアマネの交代や認定変更では初回作成日は変わらない

1日

初回・紹介・継続 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日

認定済・申請中 年 月 日 年 月 日

要支援1・要支援2 年 月 日 年 月 日

地域支援事業 年 月 日 年 月 日

いすれか1つに○をする
※暫定プランは「申請中」に○をする

介護保険証で確認して記入
※暫定プランの場合は有効期間の開始日のみ
※事業対象者の場合は「申請中」に○をする

介護保険証で確認して記入
※暫定プランには○をしない
※事業対象者の場合は「地域支援事業」に○をする

介護保険証で確認して記入
※暫定プランには○をしない
※事業対象者の場合は「地域支援事業」に○をする

いすれか1つに○をする
※初回加算の対象となる(初めて予防プランを作成、2ヶ月以上サービス利用がなくてもその後プラン作成、要介護から要支援あるいは事業対象者に移行してプラン作成)場合には「初回」
※認定変更の場合は「紹介」
※継続して予防プラン作成の場合は「継続」

※暫定プランの場合に表記

介護予防サービス・支援計画書

委託の場合(計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先))
担当地域包括支援センター: 年 月 日 年 月 日

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意向	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	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

日常生活(家庭生活)について

社会参加、対人関係、コミュニケーションについて

健康管理について

<アセスメント>
本人・家族との面談により、各アセスメント領域ごとに課題を分析する

<合意形成>
専門職の提案した目標と具体策について、本人・家族の意欲や意向を確認する

<支援計画(ケアプラン)>
具体的な目標や有効なサービスの利用計画を立案する

③⑦のいずれかに本人の意向と合わせて家族等の意向を確認して記入する
※内容によりプランへの記入ができていない場合や、事情があり意向が確認できない場合は、その旨について経過記録へ記入する

*「日付」の整理 整合性がとれているか確認
1 認定年月日 ≤ 2 計画作成(変更)日 ≤ 3 同意日 ≤ 4 計画期間開始日 (ただし、暫定プランは認定日前の計画作成日となり、認定日以降で本プランの作成が必要となる)
※サービス計画期間は、認定有効期間満了日を超えない
※計画書の同意日が計画期間開始日以降となる場合は、サービス開始前に口頭等で同意を得た日付とその内容を経過記録に明記し、サービス開始までに同意欄の記載ができていなかった理由を経過記録に記入する

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

主治医意見書(要支援者のみ)、健診結果、観察結果等により健康状態について、プラン作成する上で留意すべき情報について記入する

基本チェックリストの該当した質問項目数(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 / 5

実施した基本チェックリストの数値を記入して、該当の項目に○をする 例: (3/5)

【本来进行べき支援が実施できない場合】
該当な支援の実施に向けた方針

本人や家族の意向がたとえ本業の支援が実施できない場合には、本来の支援が得るよう具体的な手順等、支援の実現に向けた方向性を記入する。また、必要な社会資源が地域にない場合にも、地域における新たな活動の創設等の必要性を記入する。

【意見】
地域包括支援センター

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

主治医意見書(要支援者のみ)、健診結果、観察結果等により健康状態について、プラン作成する上で留意すべき情報について記入する

基本チェックリストの該当した質問項目数(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 / 5

実施した基本チェックリストの数値を記入して、該当の項目に○をする 例: (3/5)

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

主治医意見書(要支援者のみ)、健診結果、観察結果等により健康状態について、プラン作成する上で留意すべき情報について記入する

基本チェックリストの該当した質問項目数(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 / 5

実施した基本チェックリストの数値を記入して、該当の項目に○をする 例: (3/5)

総合的な方針: 生活不活発病の改善・予防のポイント

①や⑧について本人や家族、計画作成者、各サービス担当者が生活不活発病の改善・予防に向けて取り組む共通の方向性や特別に留意すべき点を記入する

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

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

主治医意見書(要支援者のみ)、健診結果、観察結果等により健康状態について、プラン作成する上で留意すべき情報について記入する

基本チェックリストの該当した質問項目数(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 / 5

実施した基本チェックリストの数値を記入して、該当の項目に○をする 例: (3/5)

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

主治医意見書(要支援者のみ)、健診結果、観察結果等により健康状態について、プラン作成する上で留意すべき情報について記入する

基本チェックリストの該当した質問項目数(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 / 5

実施した基本チェックリストの数値を記入して、該当の項目に○をする 例: (3/5)

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

評価日

利用者名

様

計画作成者氏名

目標	評価期間	目標達成状況	目標 <small>達成/未達成</small>	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

総合的な方針

地域包括支援センター意見

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> プラン継続
<input type="checkbox"/> プラン変更
<input type="checkbox"/> 終了 | <input type="checkbox"/> 介護給付
<input type="checkbox"/> 予防給付
<input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業
<input type="checkbox"/> 一般介護予防事業
<input type="checkbox"/> 終了 |
|---|--|

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

利用者名 (K)	様	担当介護支援専門員名を記入する	計画作成者氏名	評価日 (M)	
目標(A)	目標達成状況(C)	目標(D)	目標達成しない原因(E)	目標達成しない原因(F)	今後の方針(G)
<p>現行の介護予防サービス・支援計画書の期間欄と同様の記入をする</p> <p>○年○月○日～○年○月○日</p> <p>ただし、以下の場合は注意 ★区分変更により要介護になった場合は終了日を申請日前日までの期間とする。 ★プラン変更の場合は、次期プランの開始前日までの期間とする。 ★死亡の場合は、死亡日までの期間とする。 ★利用中止、入院等でサービス未利用の場合は、本人または家族等の意向を確認した日までで記入する。</p>	<p>評価期間内に目標がどの程度達成できているのか、具体的に記入する</p>	<p>達成の場合同様は○印または達成と記載する。 未達成の場合は×印または未達成と記入する</p>	<p>本人・家族の意見</p>	<p>目標達成しない原因</p>	<p>介護予防サービス・支援評価を行った日を記入する プラン終了半月前から期間終了日までが最適切</p>
<p>必須記載項目 (A)(B)(C)(D)(G)(H)(I)(J)(K)(L)(M)</p> <p>達成しない場合には(E)(F)も記入する</p>					
<p>何故、目標が達成できなかったのか、本人・家族の意見を含め、計画作成者としての評価を記入する</p>					
<p>何故、目標が達成できなかったのか、本人・家族を含め、本人や家族の認識を確認して、原因を記入する</p>					
<p>次期プランの内容や要介護度によりいずれか1つを選択 プラン継続: 目標、サービス事業所や内容に変更がない場合を選択 (例えば、一時的入院等がありサービス利用ができなかったが退院後、本人の求職や意向の変化がなく、改めて同じ目標、内容を実施する場合やあと少しで目標が達成しそうな段階で、利用者がそのままの目標を希望した場合など) プラン変更: 目標、サービス事業所や内容に変更がある場合を選択 終了: 死亡、非該当、要介護となった場合、要支援から事業対象者あるいは事業対象者から要支援となった場合、居宅変更となった場合に該当する ※終了の項目に該当する場合は次期プラン内容に関係なく終了を選択</p>					
<p>地域包括支援センター意見</p> <p>□ プラン継続 □ プラン変更 □ 終了</p>					
<p>総合的な方針(H)</p> <p>今後の支援の総合的な方針について、専門的な観点から記入する 介護認定申請や区分変更申請、サービス事業所変更や居宅支援事業所変更がある場合には、その月日と内容も記入する</p>					
<p>介護予防サービス・支援評価を行った日を記入する プラン終了半月前から期間終了日までが最適切</p>					

提出書類一覧

	基本情報	チェックリスト	確認シート	計画書	評価表	経過記録 (前プランの 期間分)	会議録 (前回分)
新規・紹介（居宅変更）	○	○	通所、訪問サービスがある時	○	-	-	-
認定更新・プラン更新	○	○	通所、訪問サービスがある時	○	○	○	○
サービス追加	※2	※2	通所、訪問サービス追加の時	○	○	○	○
サービス事業所の変更	※2	※2	通所、訪問サービスの変更の時	○	※1	○	○
サービス終了	-	-	-	-	○	○	○
福祉用具購入	経過記録に記載し、計画書の変更は不要						
住宅改修	経過記録に記載し、計画書の変更は不要						
現行プラン途中での加算算定（※3）追加	利用者に加算の説明を行い経過記録へ記載、現行プランに手書きで『△年△月～□加算』と追加記載して、その写しを包括へ提出						

※1 経過記録に評価内容を記入をして、評価表の提出は不要

※2 基本情報の内容や本人の状態に変化があった場合に提出、状態に変化がなければ作成不要

※3 一体的サービス提供加算、口腔機能向上加算、栄養機能改善加算、複合プログラム実施加算

○暫定プランを提出した場合は、認定後に本プランを提出

ケアプラン作成費 請求事務マニュアル

ここからは、予防プラン作成費の請求に関する事務手続きについて説明しています。

1. ケアプラン作成費

	介護予防支援	介護予防ケアマネジメント
対象者	『要支援者』で、かつ提供月に「介護予防給付」の利用がある『要支援者』	①『要支援者』で、かつ提供月に「総合事業サービスのみ」を利用する『要支援者』 ②『事業対象者』
対象サービス種別	介護予防給付＋総合事業サービス	総合事業サービス
名称	介護予防支援費	介護予防ケアマネジメント費
種別コード	46（介護予防支援）	A F
作成内容	現行と同様	現行と同様
提供者	地域包括支援センターまたは委託先居宅介護支援事業所	地域包括支援センターまたは委託先居宅介護支援事業所
報酬単価及び金額	442 単位 4,420 円	442 単位 4,420 円
請求方法	社協（地域包括支援センター）経由で国保連合会へ請求	社協（地域包括支援センター）経由で国保連合会へ請求

2. 予防ケアマネジメントサービス種類コードと単価

区分		サービス種類コード	報酬単価及び金額	サービス利用のパターン例	
事業対象者	介護予防ケアマネジメント費	A F	442 単位 4,420 円	総合事業（訪問型）のみ	
				総合事業（通所型）のみ	
				総合事業（訪問型＋通所型）	
要支援 1 ・ 要支援 2	介護予防支援費	46	442 単位 4,420 円	介護予防給付のみ	
				介護予防給付と	総合事業（訪問型）
					総合事業（通所型）
	総合事業（訪問型＋通所型）				
	介護予防ケアマネジメント費	A F	442 単位 4,420 円	総合事業（訪問型）のみ	
				総合事業（通所型）のみ	
総合事業（訪問型＋通所型）					

3. 加算について

(1) 介護予防ケアマネジメント初回加算の取扱い 300 単位

基本的には指定介護予防支援における初回加算の基準に準じ、下記の①②の場合に算定できます。

①新規に介護予防ケアマネジメントを実施する場合

（介護予防ケアマネジメントの実施が終了して2月以上経過した後に、介護予防ケアマネジメントを実施する場合）

②要介護者が要支援認定を受け、あるいは要介護認定期間終了後事業対象者として介護予防ケアマネジメントを実施する場合

(2) 委託連携加算 300 単位

当該利用者に係る必要な情報の提供を受けて介護予防支援または介護予防ケアマネジメントを提供した場合、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント業務の委託を開始した日の属する月に算定できます。

4. 区分支給限度額

要支援者が総合事業を利用する場合には、現在適用されている介護予防給付の支給限度額の範囲内で、介護予防給付と総合事業を一体的に管理します。

事業対象者については、要支援1の利用者と同じ支給限度額とします。

利用者区分	サービス利用のパターン例		ケアマネジメント費	支給限度額
事業対象者	総合事業（訪問型）のみ		介護予防ケアマネジメント費	※原則 5,032 単位/月
	総合事業（通所型）のみ			
	総合事業（訪問型+通所型）			
要支援1	予防給付のみ		介護予防支援費	5,032 単位/月
	予防給付と	総合事業（訪問型）		
		総合事業（通所型）		
		総合事業（訪問型+通所型）		
総合事業（訪問型+通所型）		介護予防ケアマネジメント費		
要支援2	予防給付のみ		介護予防支援費	10,531 単位/月
	予防給付と	総合事業（訪問型）		
		総合事業（通所型）		
		総合事業（訪問型+通所型）		
総合事業（訪問型+通所型）		介護予防ケアマネジメント費		

※事業対象者は、原則 5,032 単位/月を支給限度額としますが、退院直後など集中的にサービスが必要な場合は、1ヶ月程度を限度として 10,531 単位/月を支給限度額とします。

5. 総合事業サービスの請求事務の流れ

分類	処理主体	事務処理内容等	
提供月	事業者⇒利用者	事業者が利用者へサービスを提供する。	
提供月翌月	月初	浜田広域⇒国保連	事業者情報に異動があった場合は、県経由で国保連に連絡する。
		浜田広域⇒国保連	受給者情報に異動があった場合は、国保連に連絡する。
	10日まで	事業者⇒国保連	事業者は国保連へ請求明細書を提出して、事業費を請求する。
		委託先⇒社協 ※提出日は別途連絡	委託先である居宅は社協（地域包括支援センター）へサービス利用票・サービス利用票別表を提出し、介護予防ケアマネジメント費・介護予防支援費を請求する。
		社協⇒国保連	社協（地域包括支援センター）は国保連へ給付管理票を提出し、介護予防ケアマネジメント費・介護予防支援費の請求データを送付する。
		利用者⇒事業者	利用者は利用者負担分の利用料を事業者を支払う。
	月末まで	国保連	国保連合会は審査を行う
		社協⇒委託先	社協（地域包括支援センター）は委託先である居宅介護支援事業所へ介護予防ケアマネジメント費、介護予防支援費を支払う。
翌々月	25日まで	国保連⇒社協・事業者	国保連は、事業費、介護予防ケアマネジメント費、介護予防支援費を事業者、社協（地域包括支援センター）に支払う。

6. 委託先居宅介護支援事業所から社協（地域包括支援センター）への提出書類

指定の期日までに実績がわかるサービス利用票、サービス利用票別表、提出一覧表、請求書の提出をお願いします。

請求書は介護予防ケアマネジメント委託業務と介護予防支援委託業務でわかれていますので区分に応じて提出してください。（それぞれの居宅介護支援事業所で介護予防支援費と介護予防ケアマネジメント費が混在している場合はそれぞれの請求書と提出一覧表が必要です。）

※【資料1】給付管理パターン参照

7. プラン料請求に関する様式

資料番号	様式名
2-1	サービス利用票
2-2	サービス利用票別表
3-1	介護予防支援業務委託請求書
3-2	介護予防ケアマネジメント業務委託料請求書
4-1	提出一覧表（介護予防支援）
4-2	提出一覧表（介護予防ケアマネジメント）

8. 住民登録地と実際の居住地もしくは保険者が違う被保険者の請求について

- (1) 住所地特例者（浜田市に住民登録しているが、他市町村の被保険者である方）
⇒浜田市の事業対象者となるため（3）を参考に請求を行ってください。

- (2) 浜田市に住民登録をしているが、他市町村の家族の家に住んでいる被保険者の方等、実際の居住地は他市町村の方
⇒浜田市の事業対象者となりますが、以下の条件が必要です。
 - ①浜田市で、事業対象者、もしくは要支援1又は2の認定を受けていること。
 - ②サービスを提供する事業所が、浜田市広域行政組合の総合事業の指定を受けていること。

(3) 他市町村に住民登録しているが、現在は浜田市の家族の家に住んでいる方等、実際の居住地は浜田市の方

⇒住民登録をしている市町村の事業対象者となります。住民登録地の市町村にサービス内容を確認してください。

- ・サービス提供事業所が、住民登録地である市町村の総合事業の指定を受けることが必要です。
- ・住民登録をしている市町村のサービスコードを使用します。
- ・介護予防ケアマネジメント費は、住民登録をしている市町村へ請求します。

資料1

	要支援者		予防プランについて				請求管理について		
	介護予防給付	事業対象者		区分	作成者	様式	プラン提出書類	請求時提出書類	プラン料請求先
		総合事業(デイ・ヘルパー)	従来型						
1	○			介護予防支援	地域包括支援センター (居宅介護支援事業所へ委託)	従来の予防プラン様式 (最大1年)	<ul style="list-style-type: none"> 利用者基本情報 基本チェックリスト 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント計画票 サービス対象者確認シート(訪問型・通所型) ※必要者のみ 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・経過記録・担当者会議録 	<ul style="list-style-type: none"> サービス利用表 サービス利用表別表 提出一覧表(介護予防支援) 介護予防支援委託料請求書 	社協(地域包括支援センター)を経由し 国保連合会へ請求
2	○	○							
3	○		○						
4		○		介護予防ケアマネジメント	地域包括支援センター (居宅介護支援事業所へ委託)	従来の予防プラン様式 ケアマネジメントA (最大1年)	<ul style="list-style-type: none"> 利用者基本情報 基本チェックリスト 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント計画票 サービス対象者確認シート(訪問型・通所型) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料請求書 	<ul style="list-style-type: none"> サービス利用表 サービス利用表別表 提出一覧表(介護予防ケアマネジメント) 介護予防ケアマネジメント業務委託料請求書 	社協(地域包括支援センター)を経由し 国保連合会へ請求
5			○						

介護予防支援委託料請求書

浜田市社会福祉協議会会長 殿

金 円

(うち消費税及び地方消費税の額 10%対象 円)

ただし、介護予防支援委託料 4,420 円 × 人 = 円
 初回加算料 3,000 円 × 人 = 円
 委託連携加算料 3,000 円 × 人 = 円

令和 年 月 日

金融機関名		
店舗名		
預金種類		口座番号
フリガナ		
口座名義人		

住 所

法人名

氏 名

登録番号

T

介護予防ケアマネジメント業務委託料請求書

浜田市社会福祉協議会会長 殿

金 円
(うち消費税及び地方消費税の額 10%対象 円)

ただし、介護予防ケアマネジメント料 4,420 円 × 人 = 円
 初回加算料 3,000 円 × 人 = 円
 委託連携加算料 3,000 円 × 人 = 円

令和 年 月 日

金融機関名		
店舗名		
預金種類		口座番号
フリガナ		
口座名義人		

住 所

法人名

氏 名

登録番号

T

令和 年 月 日

提出一覧表 (介護予防支援)

事業所名： _____

_____ 人分の給付管理票を提出

	氏名	総合事業 の利用	提供月	請求金額	加算	サービス計画作 成依頼届出日	備考
1					初回・委託		
2					初回・委託		
3					初回・委託		
4					初回・委託		
5					初回・委託		
6					初回・委託		
7					初回・委託		
8					初回・委託		
9					初回・委託		
10					初回・委託		
	合計金額						

「介護予防支援」と「介護予防ケアマネジメント」は別々に作成してください。

令和 年 月 日

提出一覧表（介護予防支援）（※1）

3 人分の給付管理票を提出

事業

初回加算、委託連携加算対象であれば 10,420 円
委託連携加算対象であれば 7,420 円
初回加算対象であれば 7,420 円
それ以外は 4,420 円

	氏名	総合事業(※2)の利用	提供月	請求金額			
1	浜田 一郎	○	5 月	4,420	初回・委託	R2. 4. 1	
2	浜田 太郎	○	5 月	10,420	初回・委託	R3. 5. 1	
3	浜田 花子		5 月	7,420	初回・委託	R3. 5. 1	
4							
5					初回・委託		
6					初回		
7					初回		
8					初回		
9					初回・委託		
	合計金額			22,260			

該当加算に○

総合事業のサービス（訪問介護・通所介護）と給付サービスの利用があれば「○」、介護予防給付サービスのみであれば空欄

『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』の届出日を記入

※1 介護予防支援とは…要支援 1、2 の認定があり、かつ介護予防給付サービス（福祉用貸与、訪問看護等）を含むサービスを利用する場合のケアプランの作成やサービスの調整

※2 総合事業とは…従来の介護予防給付のうち訪問介護、通所介護の部分

令和 年 月 日

提出一覧表（介護予防ケアマネジメント）

事業所名： _____

_____ 人分の給付管理票を提出

No.	氏名	区分	提供月	請求金額	加算	サービス計画作成依頼届出日	備考
1		事業・支援			初回・委託		
2		事業・支援			初回・委託		
3		事業・支援			初回・委託		
4		事業・支援			初回・委託		
5		事業・支援			初回・委託		
6		事業・支援			初回・委託		
7		事業・支援			初回・委託		
8		事業・支援			初回・委託		
9		事業・支援			初回・委託		
10		事業・支援			初回・委託		
	合計金額						

「介護予防支援」と「介護
予防ケアマネジメント」は別々に
作成してください。

令和 年 月 日

提出一覧表（介護予防ケアマネジメント）（※3）

3 人分の給付管理票を提出

事業

初回加算、委託連携加算
対象であれば 10,420 円
委託連携加算対象であ
れば 7,420 円
初回加算対象であれば
7,420 円
それ以外は 4,420 円

	氏名	区分	提 供 月	請求金額			
1	浜田 次郎	事業・ <u>支援</u>	5 月	4,420	初回・委託	R2.4.1	
2	浜田 三郎	<u>事業</u> ・支援	5 月	10,420	<u>初回</u> <u>委託</u>	R3.5.1	
3	浜田 花子	事業・ <u>支援</u>	5 月	7,420	初回 <u>委託</u>	R3.5.1	
		事業・支援					
		事業・支援					
		事業・支援					
6		事業・支援					
7		事業・支援					
8		事業・支援					
	合計金額			22,260			

事業対象者（※4）であ
れば事業、要支援 1 又は
2 の認定があれば支援
に○

該当加算に○

『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』の届出日を記入

※3 介護予防ケアマネジメントとは…要支援 1、2 の認定者または事業対象者が総合事業のサービ
ス（訪問介護、通所介護）のみを利用する場合のケアプランの作成やサービスの調整

※4 事業対象者とは…要支援 1、2 の認定を受けず、基本チェックリストとケアマネジメン
トにより該当となった対象者