**ケアプラン点検　実施要領（変更）　　　　　　　　８－１**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 事業対象者・予防給付 | 介護給付 |
| 対　象 | 事業対象者・要支援１・要支援２ | **要介護３以上**　＊但し、更新申請でサービス内容に変更がない、同サービス頻度が減った場合は、対象から除く |
| 1. 新規　　②　区分変更　　**③　更新申請**④　ケアプラン内容変更届

※担当者会議終了後、おおむね１か月以内に提出してください。 |
| 提出書類 | ①②③　チェックシート、ケアプラン（第１表、第２表、第３表、第６表、第７表）④　　　内容変更届出書、ケアプラン（第１表、第２表、第３表、第６表、第７表）※第６表、第７表について：サービス利用開始が月の後半だった場合は、翌月分もあわせて提出してください。 |
| 提出先及び点検者 | 高齢・介護福祉課 |
| 実施内容 | 確認マニュアルを参照しながら点検し、自立支援につながっているか、また適正なサービスであるか確認します。 |
| その他 | ・提出いただいたケアプランを確認後、必要時、保険者と居宅介護支援事業所　担当ケアマネと口頭で確認をします（紙でのお知らせは廃止します。）・必要に応じてケアプラン会議を開催します。**・確認したケアプランについては、運営指導時にお伝えします。**・訪問介護における、身体見守りを利用する場合については従来どおり申請書等を提出してください（介護度に関係なく、利用する場合は提出してください）・新規で本市のケアマネとして従事される場合は、適正化業務等についての説明をいたします。・内容変更届についても給付実績とあわせて確認を行いますので、必ず提出してください。・小規模多機能型居宅介護サービス利用者は除く（令和２年５月1日～） |
| 適用日 | 令和７年４月１日 | 令和７年４月１日 |

実　施　要　領　　実施主体は薩摩川内市（保険者）　　　　　　　　　　令和7年4月1日