

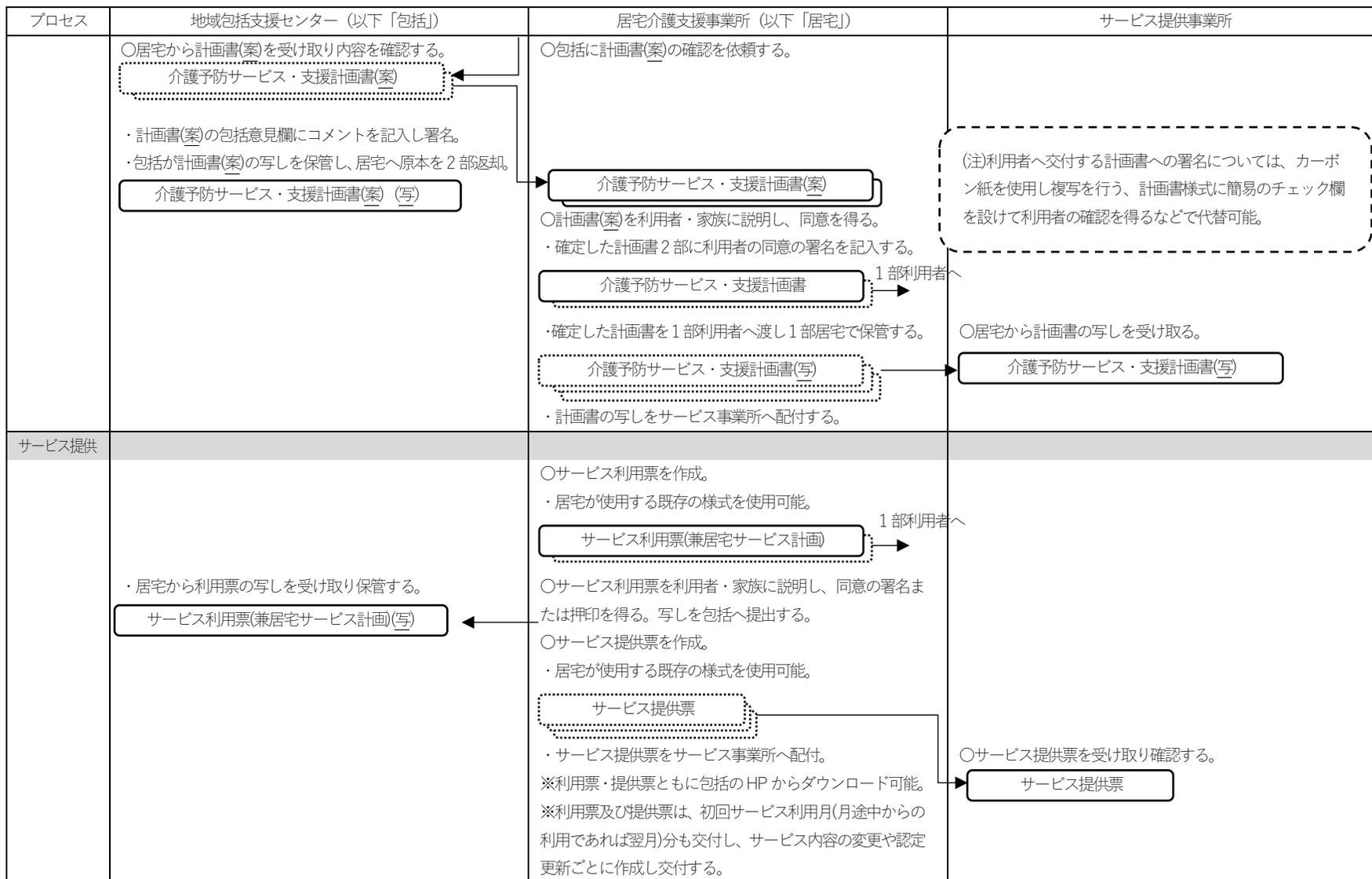
介護予防支援及び介護予防マネジメント業務の流れ（業務の一部を居宅介護支援事業所へ委託する場合の例） R4.5.23 改定

プロセス	地域包括支援センター（以下「包括」）	居宅介護支援事業所（以下「居宅」）	サービス提供事業所
事前準備	<p>【包括が居宅へ委託の依頼を行う場合】</p> <p>○利用者や相談者から要支援の認定結果を確認し、利用者や家族の状況及び意向または包括の業務状況等により、委託の必要性を判断する。</p> <p>(例)本人の配偶者が要介護認定を受けており、居宅が配偶者を担当している。</p> <p>(例)要介護者から要支援になり、本人が引き続き居宅の担当を希望している。</p> <p>○利用者が居宅の担当を希望または了承した場合は、利用者の同意を得て、居宅に利用者の基本的な情報を伝える。</p> <p>○今後の支援方針(委託の可否)について居宅と協議する。</p> <p>○居宅に介護予防支援及び介護予防マネジメント業務を委託する場合は、利用者に居宅が担当することを伝える。</p>	<p>【居宅が包括へ受託を希望する場合】</p> <p>○担当の要介護者に対して、認定の更新等の際に要支援になった場合のサービス利用や手続きを事前に説明する。</p> <p>○要介護者の認定結果を確認する。</p> <p>・要介護から要支援になった場合、包括の紹介や今後の手続き等を説明し、介護予防サービス利用の意向を確認。</p> <p>・必要に応じて居宅が担当できる旨を説明する。</p> <p>(例)利用者が居宅の担当を引き続き希望している</p> <p>(例)要支援認定と要介護認定を繰り返している。</p> <p>○利用者が介護予防サービスを利用する場合は、利用者の同意を得た上で、包括に利用者の基本的な情報を伝える。</p> <p>○今後の支援方針(受託の可否)について包括と協議する。</p> <p>○介護予防支援及び介護予防マネジメント業務委託を受託する場合は、利用者に居宅が担当することを伝える。</p>	<p>(注)包括と居宅の個人情報を含む書類等のやり取りは、個人情報保護の観点から、直接受け渡し、または郵送で行うことを基本とする。</p>
居宅と包括の契約	<p>【介護予防支援及び介護予防マネジメント業務契約】</p> <p>○居宅と業務委託契約を締結する。</p> <p>・業務委託契約書 2部、受託プラン一覧表、口座振込依頼書、請求書を居宅へ送付する。</p> <p>業務委託契約書 ←</p> <p>包括が1部保管し、居宅へ1部返送する。</p> <p>受託プラン一覧表 →</p> <p>(以下、県外の居宅のみ必要な様式)</p> <p>口座振込依頼書 ←</p> <p>請求書 →</p>	<p>○包括と業務委託契約を締結する。</p> <p>・契約書に署名と押印の後、包括へ2部とも返却する。</p> <p>業務委託契約書</p> <p>・包括から契約書を1部受け取り保管する。</p> <p>受託プラン一覧表</p> <p>※本様式は、包括へ実績を報告する際に提出する。</p> <p>口座振込依頼書</p> <p>・記入と押印の後、包括へ返送する(初回のみ)。</p> <p>請求書</p> <p>※本様式は、包括へプラン料金を請求する際に毎月使用。</p> <p>※受託プラン一覧表、口座振込依頼書、請求書のいずれも包括HPからダウンロード可能。</p>	<p>(注)業務委託契約は、年度毎の契約とし、双方に異議がなければ、原則、自動更新とする。契約更新の意向がない場合は、前年度末までに居宅から包括へ申し出る。</p>

プロセス	地域包括支援センター（以下「包括」）	居宅介護支援事業所（以下「居宅」）	サービス提供事業所
包括と利用者の契約	<p>【介護予防支援及び介護予防マネジメント利用契約】</p> <p>○利用者宅を訪問し、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る契約書・重要事項説明書・個人情報の利用目的(全様式を同一冊子内に編集したものを)を説明して、利用者(必要に応じて家族及び代理人)の同意を得る。 ※場合により、包括が単独で訪問し契約することが可能。(例)要介護から要支援になり、居宅が引き続き担当をする場合。</p> <p>○契約締結(包括と利用者間の契約)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る契約書等</div> <p>・利用者とは包括で1部ずつ保管する。</p> <p>1部利用者へ 2部とも包括へ 包括から</p>	<p>○契約手続きに同行する。</p> <p>※場合により、居宅が単独で訪問し契約代行することが可能。 (例)市外の居宅へ委託する場合。 (例)利用者に認知症があり、包括と居宅が同行することで利用者が混乱する可能性がある場合。など</p> <p>○契約締結(居宅が代行する場合)</p> <p>・予め契約書等を2部包括から受け取る(直接または郵送)。 ・利用者等へ説明し、署名・押印を得て2部とも包括へ返却する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る契約書等</div> <p>・包括から包括押印済み契約書を1部受け取り利用者へ渡す。</p> <p>包括から 利用者へ</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに係る契約書等</div>	
	<p>○介護予防サービス計画依頼(変更)届出書及び被保険者証を市へ提出する。 ・被保険者証の写しをとる。原本は包括から居宅へ直接受け渡し、包括は写しを保管する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">被保険者証(包括名印字済み)(原本)</div> <p>包括から手渡し または市から郵送</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">被保険者証(包括名印字済み)(写)</div>	<p>※場合により、居宅が市へ届出書を提出することが可能。 (例)サービス利用開始が間近で手続きを急ぐ場合。 ・被保険者証は、市から居宅が直接受け取る。 ・被保険者証の写しを2部とり1部包括へ提出し、1部居宅で保管する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">被保険者証(包括名印字済み)</div> <p>利用者へ</p>	
	<p>○認定関係資料情報提供請求書を市へ提出する。 ※請求書に「包括の委託」と明記する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">認定関係資料情報提供請求書</div> <p>市へ提出</p> <p>基本的に市から郵送 急ぐ場合は窓口で受け取り</p>	<p>※場合により、居宅が市へ請求書を提出することが可能。 (例)サービス利用開始が間近で手続きを急ぐ場合。 ※資料の入手を急ぐ場合は、市の窓口でその旨を伝える。 ※請求書に「包括の委託」と明記する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">認定調査結果(写)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">主治医意見書(写)</div>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px;"> <p>(注)令和4年6月から、認定関係資料情報提供請求書に係る費用は、居宅の負担とさせていただきます。</p> </div>

プロセス	地域包括支援センター（以下「包括」）	居宅介護支援事業所（以下「居宅」）	サービス提供事業所
アセスメント		<p>○利用者宅を訪問して利用者・家族と面接し、以下を実施・作成する。</p> <p>利用者基本情報</p> <p>基本チェックリスト</p>	
		<p>・包括が使用する基本チェックリスト(包括版)はアセスメントシートを兼ねており使用可能。</p> <p>・必要に応じてアセスメント補助シートを活用。</p> <p>・居宅が使用する既存のアセスメントツールを利用可能。 <u>その場合でも、基本チェックリスト(標準様式)の作成が必要。</u></p> <p>※利用者基本情報、基本チェックリスト(包括版及び標準様式)、アセスメント補助シートは、いずれも包括 HP からダウンロード可能。</p> <p>○上記の情報及び既存の情報から課題分析を行う。</p>	<p>(注)基本チェックリスト(包括版または標準様式)の結果を介護予防支援・サービス計画書の様式に反映させるため、いずれかの作成が必須。</p>
介護予防サービス・支援計画書原案の作成		<p>○利用者及び家族とともに計画書の原案を作成する。</p> <p>・あらかじめサービス事業所が介護予防サービスの指定を受けているかを確認する。</p> <p>介護予防サービス・支援計画書(原案)</p> <p>※計画書は、包括 HP からダウンロード可能。</p>	
	<p>○利用者基本情報、基本チェックリスト、計画書原案を居宅から受け取り内容を確認する。</p> <p>利用者基本情報</p> <p>基本チェックリスト</p> <p>介護予防サービス・支援計画書(原案)</p>	<p>○利用者基本情報、基本チェックリスト、計画書(原案)を包括に提出する。</p>	

プロセス	地域包括支援センター（以下「包括」）	居宅介護支援事業所（以下「居宅」）	サービス提供事業所
	<p>・計画書(原案)の包括意見欄にコメントを記入し署名。 ・包括が計画書(原案)の写しを保管し、居宅へ原本を2部返却する。</p> <p>介護予防サービス・支援計画書(原案) (写)</p>	<p>○包括の確認後、計画書(原案)を2部受け取る。</p> <p>介護予防サービス・支援計画書 (原案)</p>	
サービス担当者会議の開催	<p>○居宅から出席依頼がある場合など、必要があれば担当者会議に出席する。</p>	<p>○利用者・家族・関係機関とサービス担当者会議を開催し、以下を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専門的意見の聴取 ・課題・目標の共有 ・役割分担の確認 ・具体的なサービス内容の決定 など <p>○会議の内容等は、介護予防支援・介護予防マネジメント経過記録に記録する。</p> <p>介護予防支援・介護予防マネジメント経過記録</p> <p>※経過記録は、居宅が使用する既存の様式を使用可能。 ※経過記録に「別紙参照」とし、会議録を添付しても可。</p>	<p>○サービス担当者会議に出席する。</p> <p>(注)≪医療系サービスを利用する場合≫ 利用者が介護予防訪問看護、介護予防通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師の意見を求めなければならない。 また、意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付する。</p>
介護予防サービス計画書の確定		<p>○計画書原案に必要な修正を加え、最終的な計画書を作成。</p> <p>介護予防サービス・支援計画書(案)</p> <p>【計画書(原案)に修正がない場合】 次の手順による対応可</p> <ol style="list-style-type: none"> ①計画書(原案)2部に利用者の同意の署名を記入 ②確定した計画書を1部利用者へ渡し1部居宅で保管。 ③サービス事業所に計画書の写しを配付 	<p>(注)≪軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る確認手続きについて≫ 「要介護1以下(一部用具は要介護3以下)」が「車いす」や「特殊寝台」など特定の福祉用具を貸与する際、市へ確認申請が必要な場合がある。 申請を行った後、「可」判断を受けた場合は、市から発送された押印済の確認申請書の写しを包括へ提出する。</p>



プロセス	地域包括支援センター（以下「包括」）	居宅介護支援事業所（以下「居宅」）	サービス提供事業所
		<p>○サービス事業所より個別サービス計画(写)を受け取り保管。</p> <p>個別サービス計画書（写）</p> <p>○サービス事業所からの報告は、必要に応じて経過記録に記録するとともに、報告書は保管する。</p> <p>モニタリング報告書(任意様式)</p>	<p>○介護予防サービス・支援計画書を基に個別サービス計画書を作成。</p> <p>個別サービス計画書</p> <p>・個別サービス計画書を利用者・家族に説明し、同意の署名または押印を得る。</p> <p>・個別サービス計画書の写しを居宅へ渡す。 ※一部サービスについては居宅へ提出する必要なし。</p> <p>個別サービス計画書（写）</p> <p>○サービス提供を開始する。</p> <p>・随時サービス提供状況を電話や書面等で報告する</p> <p>モニタリング報告書(任意様式)</p>
モニタリング	○必要があれば同行訪問する。	<p>○少なくとも毎月1回は、モニタリングを実施する。</p> <p>・面接または電話等により実施する。面接はサービス事業所で行うことも可能。</p> <p>○少なくとも3か月に1回、または、下記の場合は、利用者宅を訪問して利用者に面接する。</p> <p>・サービス評価期間終了月</p> <p>・次回計画作成時</p> <p>○モニタリングの内容は、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録に記録する。</p> <p>介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録</p> <p>※経過記録は、居宅が使用する既存の様式を使用可能。 ※モニタリング表(包括版)も使用可能。包括HPよりダウンロード可能。</p>	
日常の利用者、サービス事業所との連絡・調整	○居宅から連絡があったときなど、必要に応じて対応し、経過記録に記録する。	○随時対応し、計画の見直しが必要な場合や支援に困難さを感じた場合など、必要に応じて包括へ連絡する。	

プロセス	地域包括支援センター (以下「包括」)	居宅介護支援事業所 (以下「居宅」)	サービス提供事業所
給付管理業務		<p>○サービス事業所から書面で実績報告を受ける。</p> <p>実績報告書(任意様式)</p> <p>・ サービス事業所の実績報告に間違いがないか確認する。 ・ 実績を記入したサービス利用票・利用票別表を作成 ・ 受託プラン一覧表に、当該月の受託した利用者を記載 ※事業所(法人)印不要。</p>	<p>○居宅にサービス提供の実績報告(月末締め)を行う。</p> <p>実績報告書(任意様式)</p> <p>※実績報告はサービス提供票等を活用など事業所対応</p>
	<p>○居宅から実績を記入したサービス利用票・利用票別表および受託プラン一覧表を受け取り、内容を確認する。</p> <p>サービス利用票・利用票別表(実績記入済) 受託プラン一覧表</p>	<p>○実績を記入したサービス利用票・利用票別表および受託プラン一覧表を、原則毎月6日必着で包括へ提出する。 ※サービス事業所の実績報告書を利用票等に替えても可</p> <p>サービス利用票・利用票別表(実績記入済) 受託プラン一覧表</p>	
	<p>○介護給付費請求書、給付管理票総括票を作成する。</p> <p>介護給付費請求書 給付管理票総括票</p> <p>→ 国保連合会へ伝送</p> <p>・ 毎月10日までに国保連合会に伝送する。</p>	<p>○代理受領委任により業務委託料は、給付管理月の翌々月に国保連合会から居宅へ直接支払われる。 ※県外の居宅は請求書により、委託料を包括へ請求する。</p>	
評価	<p>○評価表を居宅から受け取る。</p> <p>介護予防支援・介護予防マネジメントサービス評価表</p> <p>・ 評価表の包括意見欄にコメントを記入し署名。 ・ 包括が評価表の写しを保管し、居宅へ原本を返却する。</p>	<p>○評価期間終了月に利用者宅を訪問して、利用者・家族と面接し、目標達成状況、達成しない原因の分析などの評価を行う。</p> <p>・ 上記面接から、介護予防支援・介護予防マネジメントサービス評価表を作成。 ・ 評価表を包括へ提出する。</p> <p>介護予防支援・介護予防マネジメントサービス評価表</p> <p>○評価表原本を包括から受け取り、保管する。</p>	

プロセス	地域包括支援センター（以下「包括」）	居宅介護支援事業所（以下「居宅」）	サービス提供事業所
	介護予防支援・介護予防マネジメントサービス評価表(写)	介護予防支援・介護予防マネジメントサービス評価表 ○必要に応じて計画書の見直しを行う(初回計画作成と同じ手順。例示した以下の場合には計画を見直す。 (例)サービス内容が変更になった (例)要支援認定の更新や区分変更申請を行う	(注)《区分変更申請をする場合》 区分変更申請をする場合は、暫定ケアプランが必要です。認定結果が要介護になることを想定して暫定ケアプランを作成する場合は、「居宅サービス計画作成依頼届出書」の提出が必要です。 ※市 HP「暫定ケアプランの取り扱いについて」参照
委託業務終了	○返却された書類を確認。 ・不足がある場合は、居宅へ提出を依頼する。 ・全て返却されていれば、ファイルに整理し終了とする。	○介護予防支援等の委託業務で使用した書類は、全て包括へ返却する。以下の例示の場合は、委託業務を終了する。 (例)本人が死亡や転出した (例)要支援認定から要介護認定へ変更になった など	

※各プロセスにおいて居宅から包括へ提出（返却）する様式については、別紙「チェック表」で確認する。