

<2> 業務委託手順 1. 予防給付による介護予防支援

■通所介護・訪問介護単独利用の場合は、原則として総合事業の利用とする■

2022改訂	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所	<必要書類等> ★:所定様式あり ●:提出書類 なし:独自様式可
認定審査会で要支援1,2の認定	<ul style="list-style-type: none"> 届出のある居宅介護支援事業所がある場合は、サービス利用実態や本人の状況を居宅介護支援事業所へ電話で確認する 委託可能か確認し、マネジメント担当について確認 	<ul style="list-style-type: none"> 受託の確認 	
1. 利用者との契約締結	<ul style="list-style-type: none"> 利用者宅訪問し重要事項説明書で説明し契約締結 制度の説明、利用者の状況等確認 介護予防サービス計画作成(変更)届出書と(被保険者証を長寿介護課へ提出。被保険者証を後日、本人へ返却。) ※サービス利用の開始前の日で届ける 介護保険負担割合証の確認 	<ul style="list-style-type: none"> 【長寿介護課から本人へ送付】 ◆認定結果通知 ◆被保険者証 ◆チラシ「要支援1、要支援2と認定された方へ」 ◆新規の場合、介護保険負担割合証(更新の場合は7月末) 	
2. 情報整備	<ul style="list-style-type: none"> 認定審査会資料を居宅介護支援事業所へ送付 	<ul style="list-style-type: none"> 情報(認定結果等)を受け取り、内容の確認(「要介護認定等の資料提供に係る申請書」提出の上、市より直接認定情報を受け取ることも可) 情報の管理 ◆認定審査会資料(原本) 地域包括支援センター ◆認定審査会資料(コピー) 居宅介護支援事業所 	
3. アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ◆利用者宅へ訪問し、利用者・家族等と面接して行う 	<ul style="list-style-type: none"> 【利用者宅訪問・面接】 生活機能低下の背景・自立阻害要因及び課題の分析 ①既存資料等から必要な情報を把握 <ul style="list-style-type: none"> ◆基本チェックリスト ◆認定審査会資料 ②利用者及び家族と面接しながら、支援ニーズを特定(生活機能低下の背景、原因など) 	<ul style="list-style-type: none"> (様式1)アセスメントシート ●★(様式11)基本チェックリスト ★(様式5)興味・関心チェックシート
4. 介護予防サービス・支援計画表原案の作成準備	<ul style="list-style-type: none"> ◆医療系サービス利用確認書 ・医療系サービスを位置づける場合、確認は必須 ・健康状態に心配のある方は主治医確認が望ましい ◆照会文書をいただく場合、「同意書(様式12)」が必要 医療機関に要確認 	<ul style="list-style-type: none"> 医療系サービスは利用確認書を主治医へ送付し「適」「否」を確認 ・初回、認定更新時は必須 ・1年毎の見直し、ケアプランの見直しの場合は確認書または主治医照会書等により意見を求める ・サービス事業者へ連絡(空き状況、加算の有無も確認) 	<ul style="list-style-type: none"> ★(様式3)利用者基本情報 ★(医療と介護の連携様式3)利用確認書
5. 介護予防サービス・支援計画表原案の作成	<ul style="list-style-type: none"> 居宅介護支援事業所より提出された原案を自立阻害要因と計画目標が適切か確認し、必要時助言 ※急ぎの場合は事前に連絡のうえ、持ち込み可 	<ul style="list-style-type: none"> アセスメントを基に話し合い、原案作成 ・目標、具体策、サービス決定 ⇒目標は興味関心チェックシート等を参考に、具体的に改善可能な内容とする ・作成した原案(一部)を地域包括支援センターへ提出 	<ul style="list-style-type: none"> ●★(様式3)利用者基本情報 ●★(様式4)介護予防サービス・支援計画書 原案 ●★(様式5)興味・関心チェックシートのコピー ●★(様式6)週間サービス計画表 ●★(様式11)基本チェックリストのコピー
6. サービス担当者会議の開催準備	<ul style="list-style-type: none"> ◆家族等が参加できない場合は、事前に状況や課題等について確認、担当者会議の情報の共通理解を図る ◆サービス事業所等が欠席する場合は、欠席の理由、事前に利用者の状況や課題などについて確認、記録する 	<ul style="list-style-type: none"> 【日程調整】 対象:利用者、家族、サービス提供事業所、地域包括支援センター、主治医等 サービス担当者会議の開催通知と照会 	<ul style="list-style-type: none"> ★(医療と介護の連携様式11)サービス担当者会議の日程調整について ★(医療と介護の連携様式12)サービス担当者会議の開催案内・照会依頼
7. 介護予防サービス・支援計画表の確認	<ul style="list-style-type: none"> 原案内容が妥当か確認し、地域包括支援センター記入欄に記入後、居宅介護支援事業所へ送付 ※地域包括支援センター担当者がサービス担当者会議に出席したときは、その場で記入可 		

<p>8. サービス担当者 会議の開催</p>	<p>サービス担当者会議へ出席する 特に、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・支援認定のため、サービス利用の縮小が見込まれた場合 ・困難な事例 ・認定審査の結果遅延 等の場合は出席する 	<p>※介護予防サービス・支援計画書の作成時(新規、変更、更新)にサービス担当者会議開催 利用者及び家族とケアプラン内容について意向確認、サービス提供事業所を含めて目標と具体策 の合意</p> <ul style="list-style-type: none"> ・目標の共通認識 ・必要に応じ修正 <p>合意を得た後、利用者から署名 ※サービス担当者会議記録を用いた場合、経過記録に日付を入れ「サービス担当者会議 別紙参照」 と記入のこと ※署名ができない場合は、記名押印、もしくは 代理人により本人の氏名を記載、代理人の氏名・続柄を書く。</p>	<p>(様式7)介護予防支援経過記録 (様式8)サービス担当者会議録 (様式9)介護予防サービス利用票・実績報告書</p>
<p>9. 介護予防サービス 支援計画表の 交付</p>	<p>*会議後、利用者の同意を得て、関係者等へ計画表 を交付し、その旨を記録に残す *介護予防サービス提供事業所から個別援助計画を 求め、介護予防サービス・支援計画書との連動性・整合 性を確認し、その旨を記録に残す</p>	<p>介護予防サービス・支援計画書交付</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆支援計画表(同意済の原本) 利用者・居宅介護支援事業所 ◆支援計画表(同意済のコピー) 地域包括支援センター 医療系サービス利用時は主治医必須 ◆支援計画表(同意不要) 介護予防サービス提供事業所 <p>*H30～平時からの医療機関との連携促進 *医療系サービスを位置づけた場合は主治 医に対してケアプランを交付することを義務づける</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●★(様式4)介護予防サービス・支援計画書同意済コ ピー ●★(様式6)週間サービス計画表 ●(様式8)介護予防サービス担当者会議記録
<p>10. 介護予防サービス の提供</p>		<ul style="list-style-type: none"> ◆介護予防サービス利用票・実績報告書を毎月、サービス提供事業所へ送付する 	<p>(様式9)介護予防サービス利用票・実績報告書</p>
<p>11. モニタリング</p>	<p>*サービス提供事業所から送付された実績報告 の中で、主治医等に伝えたほうがよい情報が あった場合には連絡し、必要に応じて調整等 を行う</p>	<p>モニタリング結果は毎月確認(利用者宅訪問、電話連絡、事業所訪問等)し、 支援経過記録に記載</p> <ul style="list-style-type: none"> ・3ヶ月に1回は利用者宅訪問 ・状況の変化があった場合は電話や訪問等で確認 ・毎月サービス提供事業所から介護予防サービス利用票・実績報告書をもらう <p>【モニタリングの視点】</p> <ol style="list-style-type: none"> ①利用者の状況 ②ケアプランどおりサービス提供がなされているか ③サービス等の支援内容が適切かどうか ④利用者の満足度 ⑤ケアプラン変更が必要な新たな課題は生じていないか ⇒見直しの必要があれば、アセスメントから・・・ <ul style="list-style-type: none"> ◆入院した場合、7日以内に入院先の医療機関に入院前の状況報告書を送付 (居宅介護支援事業所、担当ケアマネジャー明記) 	<p>(様式7)介護予防支援経過記録 (様式9)介護予防サービス利用票・実績報告書</p> <p>★(医療と介護の連携様式1)入院前の状況報告書 ・入院時情報提供書送付のご案内</p>
<p>12. 評価 手順3へ戻る</p>	<p>居宅介護支援事業所が行った評価について確認を行い、今後の方針等につ いて必要な助言を行う</p> <p>提出された支援評価表に地域包括支援センターの意見を記載し居宅介護支援 事業所へ送付</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者宅訪問し評価実施 ・サービス提供事業所からサービスの評価報告をもらう ・訪問時の状況、サービス提供事業所からの評価、設定された目標について評価を実施 ・その結果、プラン継続・プラン変更・終了の対応方針を決定 ・評価実施後、地域包括支援センターへ紙で提出 <p>・評価期間は最長1年 短期集中予防サービスは3ヵ月、軽度者への福祉用具貸与は最長6か月</p> <p><重要：計画期間終了時></p> <ul style="list-style-type: none"> *令和4年度よりアセスメントツールの提出は不要 (USBは利用しない) *計画期間終了時は、介護予防サービス支援評価表と計画期間の経過記録を紙面で提出する (必須) *居宅支援事業所では、記録を適切にそろえて管理し、5年間保存する (必須) *居宅介護支援事業所は、地域包括支援センターから記録の提出を求められた場合は速やかに提出する (必須) <p><サービスBCの利用を終了する場合> *終了の届出が必要</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●(様式10)介護予防サービス支援評価表 ●計画期間の経過記録 ★(様式11)基本チェックリスト <p>サービスBC終了の場合 ●様式第4号 申請書(終了時)</p>

2. 介護予防・生活支援サービス対象者／事業対象者

■通所介護・訪問介護単独利用の場合は、原則として総合事業の利用とする■

業務手順	介護予防ケアマネジメントの類型	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所	必要書類 ★:所定様式あり なし:独自様式可 ●:提出書類
基本チェックリストで事業対象者に該当 1. 利用者との契約締結	A/B/C	・届出のある居宅介護支援事業所がある場合は、サービス利用実態や本人の状況を居宅介護支援事業所へ電話で確認する ・委託可能か確認し、マネジメント担当について確認 ・利用者宅訪問し重要事項説明書で説明し契約締結 ・制度の説明、利用者の状況等確認 ・介護保険被保険者証、「基本チェックリスト」、「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」を長寿介護課へ提出	・受託の確認 ・事業対象者は居宅支援の担当件数に含まれない チェックリストと届出書を受理したら長寿介護課から本人へ送付 ◆事業対象者の被保険者証 ◆チラシ「事業対象者の方へ」 ◆負担割合証	
2. 情報整備	A/B/C	・基本チェックリストの情報を居宅介護支援事業所へ送付 ・負担割合証の確認(マネジメントCは不要)	・情報を受け取り、内容の確認 ・情報の管理	
3. アセスメント	A/B/C		【利用者宅訪問・面接】 ・生活機能低下の背景・原因及び課題の分析 ①既存資料等から必要な情報を把握 ◆基本チェックリスト ◆興味・関心チェックシート ②利用者及び家族と面接しながら、支援ニーズを特定(生活機能低下の背景、原因など)	(様式1)アセスメントシート ●★(様式5)興味・関心チェックシート (マネジメントCは不要)
4. 介護予防サービス・支援計画書原案の作成準備	A/B/C	◆健康状態に心配のある方は主治医確認が望ましい ◆医療機関によっては照会文書をいただく場合に「同意書(様式12)」が必要、各医療機関に要確認	・サービス事業者へ連絡(空き状況、加算の有無も確認) ・「通所型サービス」や「短期集中予防サービス」を利用する場合は、主治医へ利用報告書または利用確認書どちらかを必ず送付する ・電話連絡や受診付添い、利用確認書等の活用などにより、主治医へ利用者の状況を確認する	★(様式2)介護予防・生活支援サービス事業利用報告書(通所型サービスのみ) ★(医療と介護の連携様式3)利用確認書 ★(様式3)利用者基本情報
5. 介護予防サービス・支援計画書原案の作成	A/B/C	居宅介護支援事業所より提出された原案を確認し、必要時助言 ◆家族等が参加できない場合は、事前に状況や課題等について確認、担当者会議の情報の共通理解を図る ◆サービス事業所等が欠席する場合は、欠席の理由、事前に利用者の状況や課題などについて確認、記録する	アセスメントを基に話し合い、原案作成 ・目標、具体策、サービス決定 ・作成した原案(一部)を地域包括支援センターへ提出	●★(様式3)利用者基本情報 ●★(様式4)介護予防サービス・支援計画書 原案 ●★(様式5)興味・関心チェックシートコピー ●★(様式6)週間サービス計画表(マネジメントCは不要)
6. サービス担当者会議の開催準備	A (Bは必要に応じて実施)		【日程調整】対象:利用者、家族、サービス提供事業所、地域包括支援センター、主治医 等 サービス担当者会議の開催通知と照会	★(医療と介護の連携様式11)サービス担当者会議の日程調整について ★(医療と介護の連携様式12)サービス担当者会議開催案内・照会依頼
7. 介護予防サービス・支援計画書の確認	A/B	原案内容が妥当か確認し、地域包括支援センター記入欄に記入後、居宅介護支援事業所へ送付 ※地域包括支援センター担当者がサービス担当者会議に出席したときは、その場で記入可		

<p>8. サービス担当者会議の開催</p>	<p>A (Bは必要に応じて実施)</p>	<p>サービス担当者会議へ出席する 特に、 ・支援認定のため、サービス利用の縮小が見込まれた場合 ・困難な事例 ・認定審査の結果遅延 等の場合は出席する</p>	<p>※介護予防サービス・支援計画書の作成時(新規、変更、更新)にサービス担当者会議開催 利用者及び家族とケアプラン内容について意向確認、サービス提供事業所を含めて目標と具体策の合意 ・目標の共通認識 必要に応じ修正 合意を得た後、利用者から署名 ※署名ができない場合は、記名押印 もしくは代理人により本人の氏名を記載、代理人の氏名・続柄を書く ※サービス担当者会議記録を用いた場合、経過記録に日付を入れ「サービス担当者会議別紙参照」と記入のこと</p>	<p>(様式7)介護予防支援経過記録 (様式8)サービス担当者会議録 (様式9)介護予防サービス利用票・実績報告書</p>
<p>9. 介護予防サービス支援計画書の交付</p>	<p>A/B/C</p>	<p>*会議後、利用者の同意を得て、関係者等へ計画書を交付し、その旨を記録に残す *介護予防サービス提供事業所から個別援助計画を求め、介護予防サービス・支援計画書との連動性・整合性を確認する</p>	<p>介護予防サービス・支援計画書交付 ◆支援計画表(同意済の原本) 利用者・居宅介護支援事業所 ◆支援計画表(同意済のコピー) 地域包括支援センター ◆支援計画表(同意不要) 介護予防サービス提供事業所</p>	<p>●★(様式4)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)同意済コピー ●★(様式6)週間サービス計画表 (マネジメントCは不要) ●(様式8)介護予防サービス担当者会議記録 (マネジメントCは不要)</p>
<p>10. 介護予防サービスの提供</p>	<p>A/B</p>		<p>◆介護予防サービス利用票・実績報告書を毎月、サービス提供事業所へ送付する (マネジメントCは不要)</p>	<p>(様式9)介護予防サービス利用票・実績報告書 (マネジメントCは不要)</p>
<p>11. モニタリング</p>	<p>A (Bは必要に応じて実施)</p>	<p>*サービス提供事業所から送付された実績報告の中で、主治医等に伝えたい情報があつた場合には連絡し、必要に応じて調整等を行う</p>	<p>モニタリング結果は毎月確認(利用者宅訪問、電話連絡、事業所訪問等)し、支援経過記録に記載 ・3か月に1回は利用者宅訪問 ・状況の変化があつた場合は電話や訪問等で確認 ・毎月サービス提供事業所から介護予防サービス利用票・実績報告書をもらう 【モニタリングの視点】 ①利用者の状況 ②ケアプランどおりサービス提供がなされているか ③サービス等の支援内容が適切であるかどうか ④利用者の満足度 ⑤ケアプラン変更が必要な新たな課題は生じていないか ⇒見直しの必要があれば、アセスメントから・・・ ◆入院した場合、7日以内に入院先の医療機関に入院前の状況報告書を送付(居宅介護支援事業所、担当ケアマネジャー明記)</p>	<p>(様式7)介護予防支援経過記録、または(様式9)介護予防サービス利用票・実績報告書 ★(医療と介護の連携様式1)入院前の状況報告書 入院時情報提供書送付のご案内</p>
<p>12. 評価 手順3へ戻る</p>	<p>A (Bは必要に応じて実施)</p>	<p>居宅介護支援事業所が行った評価について確認を行い、今後の方針等について必要な助言を行う 提出された支援評価表に地域包括支援センターの意見を記載し居宅介護支援事業所へ送付</p>	<p>・利用者宅訪問し評価実施 ・サービス提供事業所からサービスの評価報告をもらう ・訪問時の状況、サービス提供事業所からの評価、設定された目標について評価を実施 その結果、プラン継続・プラン変更・終了の対応方針を決定 ・評価実施後、地域包括支援センターへ紙で提出 ・評価期間は最長1年、短期集中予防サービスは3ヵ月 <重要：計画期間終了時> *令和4年度よりアセスメントツールの提出は不要 (USBは利用しない) *計画期間終了時は、介護予防サービス支援評価表と計画期間の経過記録を紙面で提出する (必須) *居宅支援事業所では、記録を適切に管理し、5年間保存する (必須) *居宅介護支援事業所は、地域包括支援センターから記録の提出を求められた場合は速やかに提出する (必須) <サービスBCの利用を終了する場合> *終了の届出が必要</p>	<p>●(様式10)介護予防サービス支援評価表 ●計画期間の経過記録 ★(様式11)基本チェックリスト サービスBC終了の場合 ●様式第4号 申請書(終了時)</p>