

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の流れ

この流れ図は基本的なパターンを示しています。 ○共通 ●要支援者 ☆事業対象者

業務の流れ	地域包括支援センター (以下「センター」と略す。)	一部業務委託の場合は 指定居宅介護支援事業者が行う (以下、「居宅」と略す。)	サービス事業者
0. 連絡票による情報提供		<ul style="list-style-type: none"> ●担当している利用者が更新・変更申請で新たに「要支援1・2・非該当（自立）」の認定結果を受けた場合は、利用者に同意を得た上で、連絡票に必要事項を記入しセンターへ連絡する。FAX利用可。 	
0. 基本チェックリストの実施	<ul style="list-style-type: none"> ☆利用者本人へ制度説明の上、対面にて基本チェックリストを聞き取る。 ☆判定結果の説明を行う。 ☆（事業対象者に該当した場合）介護保険課に①基本チェックリスト②被保険者証③介護予防ケアマネジメント依頼届出書を送付。保険者が最終判定を行う旨説明する。 ☆利用申込者に預り証・基本チェックリスト（本人控）を渡す。 ☆事業対象者と印字された被保険者証が本人宛に届くこと、届き次第、センターへの連絡を促す。 	<ul style="list-style-type: none"> ○要支援相当の方で、基本チェックリストの相談を受けた場合は、利用者に同意を得た上で、センターへの連絡と居所の地域を担当するセンターを案内する。 ☆本人から、被保険者証が届いたと連絡を受けた場合は、センターへ連絡する。 	
1. 利用申込の受付	<ul style="list-style-type: none"> ○被保険者証を確認する。 ●利用申込者に預り証を渡す。 ●利用申込者に介護予防サービス計画作成依頼届出書への必要事項の記入を求め、被保険者証とともに神戸市へ送付する。 		
2. 契約の締結	<ul style="list-style-type: none"> ○利用申込者にサービス利用契約書と重要事項説明書を交付、説明し同意を得る。 ●次回申請に備え、申請代行依頼書に同意署名をいただいでおくことよい。 ○利用者の希望する居宅が受託可能かどうかを確認する。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>○委託契約書にて居宅と契約締結する。 *なお契約期間内は同一の事業者間で2人目の介護予防ケアプラン作成時の再契約は不要。</p> </div>		
3. 利用者基本情報の作成と主治医意見書等の入手	<ul style="list-style-type: none"> ●センター名を赤スタンプで押印した認定調査票（写）および主治医意見書（写）を居宅に渡す。 ☆センター名を赤スタンプで押印した基本チェックリスト（センター控）（写）を居宅に渡す。  <ul style="list-style-type: none"> ○必要な場合、利用者基本情報に追加記入する。 利用者の同意署名は不要。 （利用者との契約時に個人情報使用への同意を得ているため。） 利用者基本情報（写）を居宅に渡す。 	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>認定調査票 主治医意見書 (写) * 赤スタンプ</p> </div> <p>又は</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>基本チェックリスト (写) * 赤スタンプ</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> ●認定調査票(写) および主治医意見書(写)の内容を確認する。 ☆基本チェックリスト(写)の内容を確認する。 ○利用者基本情報を作成する。 (ただし、新規申請代行をセンターが実施している場合、または事業対象者の場合は、センターが作成する。) センターへ利用者基本情報（原本）を渡す。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>利用者基本情報(写)</p> </div>	
4. アセスメントの実施 介護予防ケアプラン 原案の作成		<ul style="list-style-type: none"> ○アセスメントシートを用いて、アセスメントを実施した後、利用者調整し、合意した結果に基づき、介護予防サービス・支援計画表（以下、「介護予防ケアプラン」という。）原案を作成しアセスメントシートと一緒にセンターに渡す。 	
5. 介護予防ケアプラン 原案の承認	<ul style="list-style-type: none"> ○アセスメントシート及び介護予防ケアプラン（原案）が適切に作成されているか、内容が妥当かどうかについて確認する。 ○ケアマネジメント類型を確認する。 ○介護予防ケアプラン（原案）のセンター名欄に確認日を記入し確認者は押印する。 ※センターは受取次第確認し、居宅へ返却。 	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>アセスメントシート(原本) 介護予防ケアプラン(原案) センター職員確認日と確認者印入り</p> </div>	

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の流れ

この流れ図は基本的なパターンを示しています。 ○共通 ●要支援者 ★事業対象者

業務の流れ	地域包括支援センター (以下「センター」と略す。)	一部業務委託の場合は 指定居宅介護支援事業者が行う (以下、「居宅」と略す。)	サービス事業者														
6. サービス担当者会議の開催	○サービス担当者会議に適時参加する。	○サービス担当者会議の開催等により、専門的意見を聴取する。 (目標を共有し、役割分担を確認する。) ○介護予防ケアプランについて、利用者やサービス事業者との共通理解を図り、サービス利用頻度や内容等を決定する。 ○介護予防ケアプランに、必要な修正を加え計画を最終的に決定する。 <介護予防サービス・支援経過記録記入>	○サービス担当者会議に参加する。 ○専門的見地から、意見を述べる。 ○介護予防ケアプランについて共通理解の上、サービス利用頻度や内容等を決定する。														
7. 介護予防ケアプランの説明・同意		○介護予防ケアプランの内容を利用者及び家族に説明、同意を得る。 (利用者の署名が必要。自署の場合㊟の省略可)															
8. アセスメントシート及び介護予防ケアプランの提出	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> ・アセスメントシート(写) ・介護予防ケアプラン(原本) ・利用者のサイン入り ・センター職員確認日と確認者印入り </div> ○アセスメントシート(写)と介護予防ケアプラン(原本)を保管する。 ※アセスメントシート3回目記入後は(原本)を提出してもらい、センターに保管する。	○介護予防ケアプランの複写を必要分行う。センターへ(原本)を渡す。 ○アセスメントシートの1から2回目は(写)をセンターに渡す。 ※アセスメントシートを3回目まで記入した後は、シート(原本)をセンターに渡し、(写)を保管する。 ○介護予防ケアプラン(写)を保管する。 ○利用者及びサービス担当者等に介護予防ケアプラン(写)を渡す。	○介護予防ケアプラン(写)を保管する。														
9. 週間計画表またはサービス利用票・別表(予定)を利用者へ渡す		○各サービス事業者からの連絡を基にサービス利用票・別表(予定)を作成する。 ○月額定額サービスのみを利用の場合、利用者へ渡す様式は、週間計画表でも可能とする。(初回とサービス変更時でよい。) ○月額定額サービス以外を利用の場合、利用票・別表(予定)を利用者に毎月渡す。	○事前アセスメント介護予防ケアプランやサービス担当者会議の結果を踏まえ、サービス提供実施前にアセスメントを行い、必要なサービスにおいては「個別サービス計画」を立てる。 ○「個別サービス計画」について居宅に連絡する。														
10. サービス利用票・別表(予定)をセンターへ提出する	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> サービス利用票・別表(予定) (利用者確認印不要) </div>	○センターへサービス利用票・別表(予定)(利用者確認印不要)を送付する。 ・月額定額のサービスのみ利用の場合は、初回とサービス変更時のみの送付でよい。毎月の送付は不要。 ・月額定額サービス以外を利用の場合、利用票・別表(予定)をセンターに毎月送付する。															
11. サービス提供票の送付		○サービス提供票をサービス提供事業者へ送付する。															
12. 介護予防サービスの利用		○サービス利用開始後、利用者及びサービス事業者へサービス利用状況を確認・調整する。 <介護予防サービス・支援経過記録記入>	○サービスの実施 個別サービス計画に基づき、サービス提供を行う。必要に応じて、個別サービス計画を見直し変更が生じた場合は居宅へ連絡する。 ○モニタリング・報告 サービス実施後、その実施状況をモニタリングし、記録するとともにその結果を居宅に報告する。														
13. モニタリング	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">(例)</td> <td style="width: 10%;">開始月</td> <td style="width: 10%;">2月目</td> <td style="width: 10%;">3月目</td> <td style="width: 10%;">4月目</td> <td style="width: 10%;">5月目</td> <td style="width: 10%;">評価月</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1回は○</td> <td></td> <td></td> <td>◎</td> </tr> </table> <p>◎は訪問月*を示す。 訪問しない月は電話やサービス事業所での面接を実施する。 ※類型により、異なる。</p> </div>	(例)	開始月	2月目	3月目	4月目	5月目	評価月				1回は○			◎	○毎月モニタリング*を実施する。 少なくとも、サービス提供開始月の翌月から起算して3月に1回、及びサービスの評価月は、利用者の居宅を訪問し面接を行う。 訪問しない月は、サービス事業所での面接や電話によりモニタリングを実施する。 状況の変化があった場合についても、必ず利用者の居宅を訪問して面接を行う。 ※ケアマネジメント類型により異なる。 <介護予防サービス・支援経過記録記入>	
(例)	開始月	2月目	3月目	4月目	5月目	評価月											
			1回は○			◎											

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の流れ

この流れ図は基本的なパターンを示しています。 ○共通 ●要支援者 ☆事業対象者

業務の流れ	地域包括支援センター (以下「センター」と略す。)	一部業務委託の場合は 指定居宅介護支援事業者が行う (以下、「居宅」と略す。)	サービス事業者
14. サービス提供票 (実績入り) の提出		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">サービス提供票 (実績入り) (原本)</div> ← おおむね翌月2日まで	○サービス提供票 (実績入り) を作成し、居宅へ渡す。
15. サービス利用票・別表 (実績入り) の提出	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">サービス利用票・別表 (実績入り)</div> ← 翌月5日まで	○サービス提供票 (実績入り) をもとにサービス利用票・別表 (実績入り) を作成し、1部を保管し1部をセンターへ送付する。	
16. 給付管理	○毎月10日までに給付管理票を作成し 国保連に提出する。		
17. 委託料請求	○委託料請求書と請求明細書の原本を 保管する。 必要時、委任状 (原本) を保管する。	○委託料請求書か請求明細書の (原本) をセンターに渡し (写) を保管する。 ○委託料請求書の契約印と委託料の請求印を別にする時は、委任状 (原本) をセンターへ提出し (写) を保管する。	様式3-1 様式3-2 様式4 (必要時のみ) 様式2
18. 評価と介護予防支援経過記録の提出	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">介護予防サービス・支援評価表 (原本)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">介護予防サービス・支援経過記録 (写)</div> ←	○介護予防ケアプラン終了毎に (おおむね6か月から1年に1回)、計画の達成状況について評価を行い、介護予防支援・サービス評価表に記入してセンターへ渡す。 ○介護予防サービス・支援経過記録 (写) をセンターへ渡し、(原本) を保管する。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">介護予防サービス・支援評価表 (写) センター職員氏名と確認日入り</div> ○介護予防サービス・支援評価表 (写) を保管する。	○サービス提供事業者評価連絡票を使用して報告してもよい。事業者独自の既存の様式がある場合、それを使用してもよい。
19. 利用者、サービス提供事業者との日常の連絡・調整		○随時対応し、介護予防ケアプランの変更がある場合など、必要に応じてセンターに報告する。 (特に短期集中通所サービスの利用希望があった場合) ●変更申請等を行う場合は必ずセンターへ連絡する。	
20. 更新申請代行	●原則センターが神戸市へ認定申請書の提出をする。	●認定申請書への記入 (本人署名含む) 及びセンターへの提出に協力してください。 ●利用者の希望や変更申請等で居宅が申請代行をした場合はセンターへお知らせください。	
21. 委託契約による介護予防支援業務・介護予防ケアマネジメント終了時	○居宅より別紙「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント帳票早見表」のとおり、帳票類を回収する。	○別紙「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント帳票早見表」のとおり、センターへ以下の帳票類を返却する。 ・認定調査票 (写) * 赤スタンプ付 ・主治医意見書 (写) * 赤スタンプ付 ・基本チェックリスト (写) * 赤スタンプ付 (事業対象者のみ) ・利用者基本情報 (写) ・アセスメントシート (原本) ・介護予防サービス・支援経過記録 (原本) ・サービス利用票・別表 (実績入り) (原本) ・サービス提供票 (実績入り) (原本) ○以下の書類は居宅で廃棄処分とする。 ・アセスメントシート (写) ・介護予防ケアプラン (写) ・介護予防サービス・支援評価表 (写) ・健康状態確認シート (写) ・医師意見書 (写) ・サービス提供票 (予定) ・週間計画表	

(留意点) 介護予防福祉用具貸与の例外規定に関する文書 (市の確認通知等) がある場合は、介護予防サービス・支援経過記録 (写) の提出と合わせてセンターは例外規定に関する文書の (写) を受理し居宅は (原本) を保管する。委託契約による介護予防支援業務の終了時に (原本) をセンターへ渡す。