

【介護予防ケアマネジメント業務一部委託における業務の流れ】（令和7年4月現在）

業務の流れ	函館市地域包括支援センター (以下「包括」と略す)	指定居宅介護支援事業所 (以下「居宅」と略す)	サービス提供事業者	
①連絡・受付	<p>○利用申込者の希望する居宅が受託可能かどうかを確認する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>包括が相談受理したケースを委託する場合、右記手続きの途中もしくは終了段階で委託する場合があります。</p> </div> <p>○届出済みの被保険者証の写しを確認する。</p> <p>○市より届いた函館市基本チェックリストを確認し、写しを居宅に送達する。</p>	<p>○利用者へ制度説明を行い、意向を確認し、同意を得る。</p> <p>○受託希望の場合は、調整開始前に必ず包括へ相談する。</p> <p><u>《要介護認定を行う場合》</u></p> <p>○要介護認定で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」の認定を受けた場合、利用者に同意を得たうえで包括へ連絡する。</p> <p><u>《函館市基本チェックリストを行う場合》</u></p> <p>○相談を受け、相談内容確認票等を活用し、函館市基本チェックリストを実施。被保険者証を回収し、届出書を記載。函館市基本チェックリスト、被保険者証、届出書を市窓口へ提出し、新しい被保険者証を受け取り、写しを包括へ提出する。</p> <p>○包括から送達された函館市基本チェックリストの写しと被保険者証を本人へ返却</p>		
	<p>【届出に関するポイント】</p> <p>届出が必要な場合は以下の通り。</p> <p>①新規で利用開始する場合。</p> <p>②要介護から要支援・事業対象者になった場合。（要支援⇔事業対象者間の変更では届出不要）</p>			

業務の流れ	函館市地域包括支援センター (以下「包括」と略す)	指定居宅介護支援事業所 (以下「居宅」と略す)	サービス提供事業者
②契約の締結	<ul style="list-style-type: none"> ○「介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント利用契約書」にて利用申込者と契約を締結する。 ○「重要事項説明書」を説明し署名をもらう。 ○「個人情報使用同意書」を説明し署名をもらう。 ※上記の各書類は、説明をし同意をいただいた日付を記入し、日付はさかのぼらない。 ○それぞれ「原本」を包括で保管し、「写し」を居宅へ渡す。 	<ul style="list-style-type: none"> ○契約書・重要事項説明書・個人情報使用同意書の「写し」を保管する。 	
③認定調査票と主治医意見書 *要支援認定の場合のみ	<ul style="list-style-type: none"> ○認定調査票および主治医意見書の内容を確認する。 ※包括で取り寄せることも可能。 ※認定調査票および主治医意見書は、認定の更新・変更がされる都度提出が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ○認定調査票および主治医意見書を取り寄せ、「原本」を包括へ渡し、「写し」を保管する。 	
④利用者基本情報と基本チェックリスト *基本チェックリストは要支援認定の場合のみ	<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。 ※利用者との契約時に個人情報使用同意書で同意を得ているため、利用者基本情報に利用者の同意は不要。 ※利用者基本情報は、記載内容に変更がある都度提出が必要。(認定結果の変更のみであれば不要) ※基本チェックリストは、ケアプラン作成の都度提出が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ○利用者基本情報、基本チェックリストを作成し、「原本」を包括へ渡し、「写し」を保管する。 	

業務の流れ	函館市地域包括支援センター (以下「包括」と略す)	指定居宅介護支援事業所 (以下「居宅」と略す)	サービス提供事業者
<p>⑤ケアプランの作成・承認</p>	<p>○ケアプラン「原案」が適切に作成されているか、内容が妥当かについて確認する。</p> <p>○ケアプラン「原案」に意見、確認者氏名を記載し、居宅へ渡す。</p> <p>※ケアプランの期間は、認定の有効期間も考慮のうえ、個々のケースで判断する。 ※包括担当者が不在の場合があるため、ケアプラン「原案」の確認日の日程調整は事前に行う。 ※暫定にてサービスが動く場合は、必ず各圏域包括へその旨を伝える。また、暫定プランの様式については、予防になる可能性の高い場合は、「介護予防サービス・支援計画書」に記載し、包括で確認・承認を行う。</p>	<p>○利用者調整し、合意した結果に基づき、「介護予防サービス・支援計画書」(ケアプラン)「原案」を2部作成し、包括へ渡し確認を得る。</p> <p>○興味・関心チェックシートなども活用しながら目標を決定する(任意)。</p>	
<p>⑥サービス担当者会議の開催</p>	<p>○サービス担当者会議に適時参加する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>【包括が参加するケースの例】</p> <p>①新規に介護予防ケアマネジメントを開始する時(ケアマネジャーの初回アセスメントに同席した場合は不要。)</p> <p>②介護予防支援から介護予防ケアマネジメントになった時</p> <p>③困難性があり、包括の介入が必要な時等</p> </div>	<p>○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。</p> <p>○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。</p> <p>○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。 ※サービス担当者会議開催当日に、会議内容をもとに手書き追加してもよい。</p> <p>○利用者の状態等に変化があり、プラン変更が必要な場合も行う。</p> <p>○「介護予防ケアマネジメント経過記録」等に記入する。</p>	<p>○サービス担当者会議に参加する。</p> <p>○ケアプランについて、共通理解のうえ、サービス利用頻度や内容を検討する。</p>

業務の流れ	函館市地域包括支援センター (以下「包括」と略す)	指定居宅介護支援事業所 (以下「居宅」と略す)	サービス提供事業者
<p>⑦ケアプランの 説明・同意・提出</p>	<p>○ケアプラン「原本」を保管する。</p>	<p>○ケアプランの内容を利用者または家族に説明、同意を得る。 ※ケアプランの期間以降であっても、同意日の日付はさかのぼらない。</p> <p>○ケアプラン「原本」(包括意見, 確認者氏名入り) 2部に利用者の署名をもらい, 1部を利用者へ渡す。</p> <p>○ケアプラン「原本」の「写し」を保管し, 「原本」1部を包括へ渡す。</p> <p>○ケアプラン「写し」をサービス提供事業者へ渡す。</p>	<p>○ケアプラン「写し」を保管する。</p>



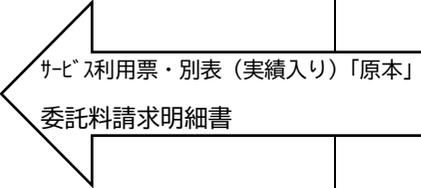
業務の流れ	函館市地域包括支援センター (以下「包括」と略す)	指定居宅介護支援事業所 (以下「居宅」と略す)	サービス提供事業者
<p>⑧サービス利用票・別表（予定）の作成</p>	<p>○サービス利用票・別表（予定）「原本」を保管する。</p>	<p>○各サービス事業者からの連絡をもとに、サービス利用票・別表（予定）「原本」を2部作成し、3か月に1回の訪問時に利用者へ説明、同意を得る。</p> <p>○サービス利用票・別表（予定）「原本」2部に利用者の署名または捺印（※）をもらい、1部を利用者へ渡す。</p> <p>○利用初回月，更新月，サービス変更月にサービス利用票・別表（予定）「原本」1部を包括へ渡し、「写し」を保管する。</p> <p>○上記以外の月のサービス利用票・別表（予定）「原本」は一部委託終了時まで保管する。</p> <p>※利用票の確認方法について，適正に利用者等が同意の意思表示をしたと確認ができるもの（例：電子メールなどの電子媒体による記録など）であれば署名または捺印に捉われない。なお，利用者確認の際は，支援経過記録への経過記録「いつ・どこで・誰に対し・何を・何によって同意を得たか」等を簡潔に記載。</p>	
<p>⑨サービス提供票の作成</p>		<p>○サービス提供票をサービス提供事業者へ送付。</p> <p>※サービスの曜日や時間のみの変更であれば，基本的には再送付の必要はない。</p>	



業務の流れ	函館市地域包括支援センター (以下「包括」と略す)	指定居宅介護支援事業所 (以下「居宅」と略す)	サービス提供事業者
⑩介護予防サービスの利用		<p>○「介護予防ケアマネジメント経過記録」へ記入。</p> <p>○モニタリング記録を保管する。</p> <p>○サービス提供事業者からのモニタリング報告がない場合は、これを求め「介護予防ケアマネジメント経過記録」に残す。</p>	<p>○事前アセスメント ケアプランやサービス担当者会議の結果をふまえ、サービス提供実施前にアセスメントを行い、個別サービス計画を立案。(様式は独自様式で可)</p> <p>○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。</p> <p>○モニタリング・報告 サービス実施後、その状況をモニタリングし記録を居宅へ報告する。(様式は独自様式で可) ※ケアプラン期間内に1回以上は報告する。</p>



業務の流れ	函館市地域包括支援センター (以下「包括」と略す)	指定居宅介護支援事業所 (以下「居宅」と略す)	サービス提供事業者
⑪ サービス提供実績 の提出			○ サービス提供実績を 作成し居宅へ渡す。
⑫ サービス利用票・ 別表(実績入り)の 提出	○ サービス利用票・別表 (実績入り)「原本」を 保管する。	○ サービス利用票・別表に実績を記載し、1部を 包括へ渡し、1部を保管する。 ※ 翌月5日までに委託料請求明細書と一緒に 提出する。(土日・休日と重なる場合はその 前日まで) 遅れる場合は包括へ連絡する。 ※ 委託料請求事務の流れは「別紙1」を参照 する。	
⑬ 給付管理	○ サービス利用票・別表(実績入り)「原本」と 委託料請求明細書をもとに毎月10日までに請求 関連帳票を作成し、国保連に提出する。 ※ 土日・休日と重なる場合はその前日まで。		
⑭ モニタリング		○ 1回/月、訪問・電話・サービス事業所での面接 等によりモニタリングを実施する。 ○ 1回/3か月、およびサービス評価月は居宅を 訪問し面接を行う。状況の変化があった場合に ついても、必ず利用者宅を訪問して面接を行う。 ○ 「介護予防ケアマネジメント経過記録」に記入 する。	



業務の流れ	函館市地域包括支援センター (以下「包括」と略す)	指定居宅介護支援事業所 (以下「居宅」と略す)	サービス提供事業者
<p>⑮介護予防ケアマネジメントサービス 評価表の提出 (以下「サービス 評価表」と略す)</p>	<p>○「サービス評価表」の内容について確認し、センター名と確認者氏名を記載する。必要な場合のみ意見欄に意見を記入し、「原本」を保管し、「写し」を居宅へ渡す。</p>	<p>○ケアプラン終了毎に、計画の達成状況について評価を行い、「サービス評価表」に記入し包括へ渡す。</p> <p>○サービス評価表（センター名、確認者氏名入り）の「写し」を保管する。</p> <p>○評価をもとに、ケアプランを見直す。</p> <p>○ケアプランの変更がある場合など、必要に応じて包括へ報告する。</p>	<p>○評価 個別サービス計画の計画期間終了後、サービスの実施状況等について評価し、ケアプランの変更が必要である場合等に居宅へ報告する。(様式は独自様式で可)</p>
<p>⑯更新・変更申請代行</p>		<p>○区分変更申請や、「事業対象者」の有効期間満了後もしくは有効期間内に、新規認定申請を行う場合は、必ず包括へ連絡する。</p> <p>○認定の更新・変更結果が出た際、新しい被保険者証の写しを包括へ渡し、業務の流れ③に戻り業務を行う。</p> <p>※更新認定結果が遅れる場合は包括へ連絡する。</p>	

業務の流れ	函館市地域包括支援センター (以下「包括」と略す)	指定居宅介護支援事業所 (以下「居宅」と略す)	サービス提供事業者
⑰委託契約による 介護予防支援業務 の終了	<ul style="list-style-type: none"> ○居宅より帳票類を回収。 (帳票類の保管は、法律上は完結日より2年保存となっているが、函館市条例に準じ、5年保存とする。) ○「介護予防ケアマネジメント依頼終了届出書」を函館市へ提出する。 	<ul style="list-style-type: none"> ○終了の際はその旨を包括へ連絡する。 ※帳票類の取り扱いは「別紙2」を参照し、3か月以内に処理する。 	

*ケアプランの「軽微な変更」について

令和2年2月 函館市保健福祉部指導監査課 発出

『ケアプランの「軽微な変更」に係る取扱いについて』の改訂について

[02_07.pdf \(city.hakodate.hokkaido.jp\)](https://city.hakodate.hokkaido.jp/02_07.pdf)

※函館市ホームページの掲載内容は経年により削除されることがありますので、データの保存や印刷をするなどして管理をして下さい。