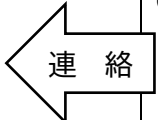
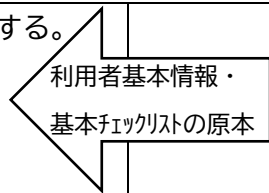
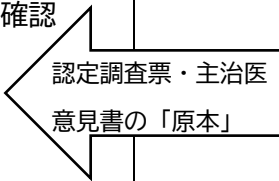


【介護予防支援業務一部委託における業務の流れ】（令和7年4月現在）

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	<ul style="list-style-type: none"> ○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。 ○被保険者証を確認する。 	<ul style="list-style-type: none"> ○利用者へ制度説明を行い、意向を確認し、同意を得る。 ○受託希望の場合は、調整開始前に必ず包括へ相談する。 ○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。 ○認定申請中であり、要支援認定となることが見込まれる利用者において、暫定利用の必要性がある場合は、調整開始前に必ず包括へ相談する。 	
			
<p>【届出に関するポイント】 届出が必要な場合は以下の通り。</p> <ul style="list-style-type: none"> ①新規で利用開始する場合。 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>*居宅が届出を行った場合は、届出済の被保険者証の写しおよび、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)届出書の写しを必ず各圏域包括へ提出する。</p> <p>*様式は「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」を使用。</p>			

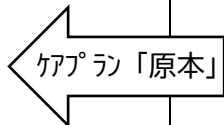
業務の流れ	函館市地域包括支援センター (以下「包括」と略す)	指定居宅介護支援事業所 (以下「居宅」と略す)	サービス提供事業者
<p>②契約の締結</p>	<p>○「介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント利用契約書」にて利用申込者と契約を締結する。</p> <p>○「重要事項説明書」を説明し署名をもらう。</p> <p>○「個人情報使用同意書」を説明し署名をもらう。</p> <p>※上記の各書類は、説明をし同意をいただいた日付を記入し、日付はさかのぼらない。</p> <div data-bbox="450 496 1095 751" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>【暫定利用時の取り扱い】 「重要事項説明書」と「個人情報使用同意書」を説明し署名をもらう。 認定結果が出た後に「利用契約書」にて契約を締結する。(日付は上記同様)</p> </div> <p>○それぞれ「原本」を包括で保管し、「写し」を居宅へ渡す。</p> <p>○函館市へ届出書、被保険者証の届出を行う。</p>	<div data-bbox="929 794 1261 874" style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> <p>契約書・重要事項説明書・ 個人情報使用同意書の「写し」</p> </div> <p>○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。</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>③認定調査票と 主治医意見書</p>	<p>○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。</p> <p>※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。</p>	<p>○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。</p>	
<p>④利用者基本情報と 基本チェック リスト</p>	<p>○必要な場合、利用者基本情報に追加記入する。</p> <p>※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。</p> <p>※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)</p> <p>※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。</p>	<p>○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。</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>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、「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>⑥サービス担当者会議の開催</p>	<p>○困難性があり、包括の介入が必要な時等、サービス担当者会議に適時参加する。</p>	<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>○「介護予防支援経過記録」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>

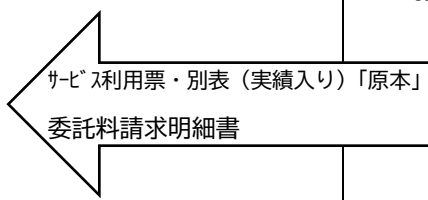
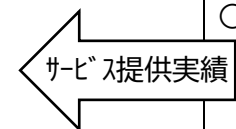


業務の流れ	函館市地域包括支援センター (以下「包括」と略す)	指定居宅介護支援事業所 (以下「居宅」と略す)	サービス提供事業者
<p>⑧サービス利用票・別表(予定)の作成</p>	<p>○サービス利用票・別表(予定)「原本」を保管する。</p>	<p>○各サービス事業者からの連絡をもとに、サービス利用票・別表(予定)「原本」を2部作成し、3か月に1回の訪問時に利用者へ説明、同意を得る。</p> <p>○サービス利用票・別表(予定)「原本」2部に利用者の署名または捺印(※)をもらい、1部を利用者へ渡す。</p> <p>○利用初回月, 更新月, サービス変更月にサービス利用票・別表(予定)「原本」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>○「介護予防支援経過記録」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記録がない場合は、これを求め「介護予防支援経過記録」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。 ○「介護予防支援経過記録」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介護予防支援 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>	
<p>⑰委託契約による 介護予防支援業務 の終了</p>	<p>○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。)</p> <p>○「介護予防サービス計画作成依頼終了届出書」を函館市へ提出する。</p>	<p>○終了の際はその旨を包括へ連絡する。</p> <p>※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。</p>	

*留意点

- 介護予防福祉用具貸与の例外給付に関する文書がある場合は、サービス担当者会議記録（介護予防支援経過記録）の「写し」、主治医意見書の「写し」、例外給付確認通知書の「写し」を包括へ渡し、居宅は「原本」を保管する。
- 医療系サービスを利用する際の主治医の指示書等（口頭確認の場合はその旨を記載した「介護予防支援経過記録」）は、ケアプランの一部として取り扱い、包括はケアプラン「原案」と一緒に内容の確認を行う。

*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。