

委託における介護予防システム及びケアマネジメントの流れ 【システム導入事業所】

	地域包括支援センター（以下、センターと略す）	委託先居宅介護支援事業所（以下、居宅と略す）
① ケア マネ ジャー の 決 定	<p>○委託した事業者が受託可能かどうかを確認し、下記を準備 【介護予防手帳（契約書一式）準備】 ①介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント利用に関する契約書（2部） ②介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント重要事項説明書（2部） ③介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施方法等について（3枚複写） ④個人情報使用同意書（1枚） ⑤介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書（1枚）</p>	<p>○介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントを受託</p>
② 面 談 ・ 契 約	<p>○契約に同席（必要時） ・センターがシステムに、受給者情報及び事業所、担当ケアマネジャー（以下、担当CMと略す）登録を入力し、事業所に連絡する。 ・公費適応者情報を入力する。給付制限又は公費適応者情報を確認し（生活保護・原爆被爆者等）、負担者番号、受給者番号、給付率を入力</p>	<p>○契約実施 ・契約書の日付は、利用開始日以前に契約する場合は、説明し同意を得た日を記入。やむをえず、利用開始後に契約する場合は、利用開始日にさかのぼり日付を記入。 ・利用者欄に本人氏名記入。代理人欄は成年後見人などの場合に記入。印鑑はスタンプ印は不可。 【利用者へ交付】 ①介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント利用に関する契約書（1部） ②介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント重要事項説明書（1部） ③介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施方法等について（ピンク） 【センターへ返却】 ①介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント利用に関する契約書（1部） ②介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント重要事項説明書（1部） ③介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施方法等について（白） ④個人情報使用同意書（1枚） 【居宅保管】 ③介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの実施方法等について（黄） 【居宅から市へ提出】 ⑤介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書・被保険者証（市の介護保険係へ提出） ※注意 ・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書は、ケアプランを作成する月中には必ず市へ提出する。（返戻の原因になります） ・システムの登録を急ぐ場合は、届出済の介護保険被保険者証原本又はコピーをセンターへ持参する。 ⑥要介護認定等の資料提供に係る申出書を提出 ・認定調査票・主治医意見書（写し）の内容を確認する。</p>
③ 計 画 の 立 案	<p>○システムでケアプラン原案を確認 ・センターの意見を入力し署名後、担当CMに連絡する。</p>	<p>○計画立案 ・利用者基本情報の収集・基本チェックリスト・アセスメントを行い、介護予防サービス・支援計画書（以下ケアプランと略す）原案を作成する。ケアプラン原案の作成後、センターに連絡する。 ※注意 ・利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援すべき総合的な課題を把握し、目標志向型のケアプランを作成する。 ・居宅介護支援計画連絡票により主治の医師と連携を図る。（医療系サービス導入時は必ず利用についての意見を確認する） ・ケアプランは12カ月未満（認定の有効期間とは異なる）を基準として作成する。</p>
④ サ ー ビ ス 担 当 者 会 議 の 開 催	<p>○サービス担当者会議に出席（必要時） 【センター保管】 ①利用者基本情報 ②ケアプラン（A3・利用者のサイン有・原本） ③基本チェックリスト（25項目） ④サービス担当者会議録</p>	<p>○サービス担当者会議 ・ケアプラン原案（センター確認済）を印刷し、利用者の居宅に訪問する。サービス担当者会議開催の上、ケアプランを説明し同意を得る。 ※注意 ・サービス担当者会議により、利用者が抱えている課題・目標・支援の方針等について協議した上で、軽度者に対する福祉用具貸与や訪問介護等の支援が必要と認めた場合、軽度者の福祉用具貸与（特例措置）が必要な理由書・担当者会議録、ホームヘルパー派遣にかかる理由書等を市へ提出する。 【利用者へ交付】 ・ケアプラン ・介護予防サービス利用票 ※注意 ・ケアプランの同意のサインは本人氏名。 ・ケアプランの同意日はケアプランを説明した日を記入。ただし、やむをえず、利用開始後にケアプランを説明した場合は、利用開始日を記入する。 【センターへ提出】 ①利用者基本情報 ②ケアプラン（A3・利用者のサイン有・原本） ③基本チェックリスト（25項目） ④サービス担当者会議録 【居宅保管】 ・ケアプラン（写） 【サービス事業所へ交付】 ・ケアプラン（写） ・介護予防サービス提供票 ※注意 ・ケアプランを交付した時は、担当者に対し個別サービス計画の提出を求め、ケアプランとの連動性や整合性について確認をする。</p>

委託における介護予防システム及びケアマネジメントの流れ 【システム導入事業所】

⑤ サービス利用	<p>○給付管理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎月5日までに給付管理票を受け取り、給付管理を行う。 <p>※注意</p> <ul style="list-style-type: none"> ・5日が土・日・祝日で、受け付け日に変更になる場合は居宅へ連絡する。 	<p>○給付管理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・月初めにサービス事業所よりサービス提供票（実績）を受け取り、毎月5日までにセンターに提出する。（給付管理） <p>※注意</p> <ul style="list-style-type: none"> ・5日が、土・日・祝日の場合、受け付け日に変更になる可能性がある為、センターからの連絡に留意する。
⑥ モニタリング	<p>○定期的に進捗確認実施</p>	<p>○モニタリングの実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・3ヶ月に1度、利用者の居宅を訪問し継続的なアセスメント（以下、モニタリングという）を行う。（もしくは、一定の条件を満たした上でテレビ電話等を活用し、6カ月に1度、居宅を訪問） ・その他の月は電話等でモニタリングを行う。 <p>※注意</p> <ul style="list-style-type: none"> ・モニタリング結果は少なくとも月1回は、システムの介護予防支援経過記録に記入する。（モニタリングは、システムの入力のみ行い、センターに連絡は不要。） <p>【サービス事業所と連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況や課題の変化は、サービス事業所と緊密な連携を図り、設定された目標との関係を踏まえて利用者の状況や課題の変化が認められる場合には、円滑に連絡が行われる体制を整備する必要がある。そのため、サービスの実施開始した後は、サービス事業所から、少なくとも月1回、電話やFAX等でサービス実施の効果について把握する。 <p>※注意</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の服薬状況、口腔機能その他の心身又は生活の状況に係る情報は、それらの情報のうち、主治の医師もしくは歯科医師または薬剤師の助言が必要である場合、提供する。
⑦ 評価	<p>○システムでケアプラン評価を確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ・センターは意見を入力し署名後、担当CMIに連絡する。 ・原本はセンターでプリントアウトし保管する。 	<p>○評価の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の居宅を訪問しケアプランに実施状況を踏まえ、目標の達成状況を評価する。（6か月未満で実施する） <p>※注意</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランの目標達成状況を評価しシステムに入力し、センターに連絡する。 <p>【サービス事業所と連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況や課題の変化は、サービス事業所と緊密な連携を図り、設定された目標との関係を踏まえて利用者の状況や課題の変化が認められる場合には、円滑に連絡が行われる体制を整備する必要がある。そのため、サービスの実施開始した後は、サービス事業所から、少なくとも月1回、電話等でサービス実施の効果について把握する。 ・定期的にケアプランの実施状況を踏まえ、目標の達成状況を評価し、今後の方針を決定する。必要に応じてケアプランの見直しを行う。 <p>※注意</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の服薬状況、口腔機能その他の心身又は生活の状況に係る情報は、それらの情報のうち、主治の医師もしくは歯科医師または薬剤師の助言が必要である場合、提供する。
⑧ 1年後の評価時、更新時	<p>○システムでサービス評価・ケアプラン原案の内容を確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ・センターは意見を入力し署名後、担当CMIに連絡する。 	<p>○評価・ケアプラン原案作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の居宅を訪問し、モニタリング・評価・利用者基本情報の収集・基本チェックリスト・アセスメントを行う。 ・ケアプランの目標達成状況を評価しシステムに入力し、またケアプラン原案の作成を行い、センターに連絡する。 <p>※注意</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援すべき総合的な課題を把握し、目標志向型のケアプランを作成する。 ・居宅介護支援計画連絡票により主治の医師と連携する。（医療系サービスの利用を継続する場合も、必ず利用についての意見を確認する） ・ケアプランは12か月未満（認定の有効期間とは異なる）を基準として作成。
⑨ サービス担当者会議の開催	<p>○サービス担当者会議に出席（必要時）</p> <p>【センター保管】</p> <ol style="list-style-type: none"> ①評価 ②利用者基本情報 ③ケアプラン（A3・利用者のサイン有・原本） ④基本チェックリスト（25項目） ⑤サービス担当者会議録 	<p>○サービス担当者会議</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプラン原案（センター確認済）を印刷。利用者の居宅に訪問し、サービス担当者会議開催の上、ケアプランを説明し同意を得る。 <p>※注意</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議により、利用者が抱えている課題・目標・支援の方針等について協議した上で、軽度者に対する福祉用具貸与や訪問介護等の支援が必要と認めた場合、軽度者の福祉用具貸与（特例措置）が必要な理由書・担当者会議録、ホームヘルパー派遣にかかる理由書等を市へ提出する。 <p>【利用者へ交付】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプラン ・介護予防サービス利用票 <p>※注意</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランの同意のサインは本人氏名。 ・ケアプランの同意日はケアプランを説明した日を記入。ただし、やむをえず、利用開始後にケアプランを説明した場合は、利用開始日を記入する。 <p>【センターへ提出】</p> <ol style="list-style-type: none"> ①評価 ②利用者基本情報 ③ケアプラン（A3・利用者のサイン有・原本） ④基本チェックリスト（25項目） ⑤サービス担当者会議録 <p>【居宅保管】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプラン（写） <p>【サービス事業所へ交付】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプラン（写） ・介護予防サービス提供票 <p>※注意</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランを交付した時は、担当者に対し個別サービス計画の提出を求め、ケアプランとの連動性や整合性について確認をする。