



## 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（介護予防ケアマネジメント A）の業務委託の流れ

### （1）業務の流れ

以下の業務を行うにあたっては事前に、地域包括支援センターと指定居宅介護支援事業所との間で業務委託契約が締結されている必要があります。

- 業務内容は、介護予防支援、介護予防ケアマネジメントで委託できる11項目をすべて委託した場合を想定したものです。  
委託しない項目については、居宅介護支援事業所ではなく、地域包括支援センターが直接業務を行うことになります。
- 「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）」については、国から示された標準様式を使用します。  
([https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/shinsei/service/henkou\\_unei/kaigo-yobou.html](https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/shinsei/service/henkou_unei/kaigo-yobou.html))
- 「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント指針」をもとに適切に実施してください。

地域包括支援センター		居宅介護支援事業所		サービス提供事業所	
業務内容	関連様式	業務内容	関連様式	業務内容	関連様式
<p><b>＜1＞新規で要介護認定を受ける場合</b></p> <p>【認定申請】</p> <p>○要介護認定の申請を受け付ける</p> <p>【認定後】</p> <p>○認定がおりたら、利用者に居宅介護支援事業所に委託するかどうか意向確認をする。</p> <p><b>＜3＞事業対象者の場合</b></p> <p>【初回1クール（3～6カ月程度）以上終了後】</p> <p>地域包括支援センターで初回の介護予防ケアマネジメントを実施した後、利用者に居宅介護支援事業所に委託するかどうか意向確認をする。</p> <p style="text-align: center;"></p>		<p><b>＜2＞要介護認定結果が要介護から要支援へ変更が予想される場合</b></p> <p>【認定申請中】</p> <p>○利用者に対して、認定更新手続きの際に「要支援1・要支援2」となった場合のサービス利用や手続きについて、事前に説明しておくとともに、認定結果（要支援1・要支援2を含む）が出た場合、速やかにケアマネジャーに連絡するよう、助言しておく。</p> <p>【認定後】</p> <p>○「要支援1・要支援2」の認定結果が出た場合、所管の地域包括支援センターを紹介するとともに、サービス利用に関する手続きを説明し、介護予防サービス利用の意思を確認する。</p> <p>○介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの受託が可能な場合は、「引き続き介護予防サービス・支援計画書の作成を担当できる」ことを利用者に伝える。</p> <p>○利用者が、予防サービスの利用を希望された場合は、利用者の同意を得た上で、地域包括支援センターに利用者の基礎情報を提供する。</p>	<p>介護保険パンフレット等</p> <p>①直近に作成したケアプラン（居宅サービス計画書）の第1、2、3、6、7表</p> <p>②これまでの支援経過（様式自由）</p>		
<p><b>◎委託について利用者の意向確認ができたなら</b></p> <p>○委託先の居宅介護支援事業所に受託の可否を確認する。</p> <p>○委託による介護予防サービス・支援計画書作成に係る手続きの開始を利用者と居宅介護支援事業所に伝えます。</p> <p style="text-align: center;"></p>		<p><b>(1) サービス利用相談・申込の受付</b></p> <p>利用者に連絡して、契約や介護予防サービス・支援計画書作成に係る日程調整を行う。</p>	<p>介護保険パンフレット等</p>		

地域包括支援センター		居宅介護支援事業所		サービス提供事業所	
業務内容	関連様式	業務内容	関連様式	業務内容	関連様式
<p><b>【契約】</b> ○契約書（代表者印押印済みのものを2通）を居宅介護支援事業所に渡す ※状況に応じて、居宅介護支援事業所同席のもとで、直接契約行為または、地域包括支援センターが事前に利用者へ調整を行い、居宅介護支援事業所が契約の代行を行う。</p> <p><b>(3) 契約書の確認、区役所へ書類提出</b> 「居宅・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・廃止）届出書」「要介護認定等に係る情報提供申込書」及び被保険証を区役所に提出し、主治医意見書・認定調査結果を入手。入手した書類は、写しを居宅介護支援事業所に渡し、原本を地域包括支援センターが保管する（※）。 ※「要介護認定等に係る情報提供」について、居宅介護支援事業者が情報提供申込書に介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに係る契約書（利用者、地域包括支援センター、委託先居宅介護支援事業者の記載のあるもの）の写しを添えて区に提出すれば、<b>当該居宅介護支援事業者が直接情報提供を受け取ることができます。</b></p> <p><b>【ケアマネジメント】</b></p> <p>※ 状況に応じてサービス担当者会議へ参加</p> <p><b>(7) 介護予防サービス・支援計画の確認・決定</b> ア 介護予防サービス・支援計画書原案の確認</p>	<p>「介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに係る契約書」</p> <p>「居宅・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・廃止）届出書」 「要介護認定等に係る情報提供申込書」 「被保険者証」</p> <p>「被保険者証」 「主治医意見書」 「認定調査結果」</p>	<p><b>【契約】</b> <b>(2) 地域包括支援センターと利用者との契約締結（契約の代行）</b> ア 地域包括支援センターから契約書を2通（地域包括支援センターの代表者印が押印されているもの）を入手。 イ 利用者の署名、居宅介護支援事業所担当者名が署名された契約書を、1通は利用者に渡し、1通を地域包括支援センターに送付。（居宅介護支援事業所が写しを保管することも可。） ウ （利用者の署名押印のある）「居宅・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・廃止）届出書」及び被保険者証を利用者から預かり、地域包括支援センターの担当者に提出する。</p> <p>○ 被保険者証（地域包括支援センター名入り）は、写しをとった上で利用者に返却する。その他の入手した情報は、介護予防サービス・支援計画書作成に活用し、その後は重要な個人情報として居宅介護支援事業所内で保管する。</p> <p><b>【ケアマネジメント】</b> <b>(4) アセスメント 【利用者宅訪問】</b> ア 利用者・家族と面接や、入手した書類（主治医意見書・認定調査結果等）から、必要な情報を把握 イ 利用者基本情報を作成 ウ 生活機能低下の背景・原因及び課題の分析 エ 支援ニーズを特定し課題を分析（生活機能低下の背景・原因等）</p> <p><b>(5) 介護予防サービス・支援計画書（原案）の作成</b> ア 目標、具体策、利用サービスの決定 イ 家族やサービス提供担当者等と目標や具体策について合意し共有する。</p> <p><b>(6) サービス担当者会議の開催</b> ア 介護予防ケアプランの内容についてサービス事業者、利用者等と共通認識を得て、必要な修正を加え計画原案を決定 イ サービス担当者会議の状況及びサービス事業者・利用者との連携・調整について記載 ウ 地域包括支援センターに介護サービス・支援計画書原案の確認を依頼</p>	<p>「介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに係る契約書」</p> <p>「利用者基本情報」 「主治医意見書」 「認定調査結果」 「基本チェックリスト」 （事業対象者のみ）</p> <p>「介護予防サービス・支援計画書」 （「週間サービス計画表」）</p> <p>「6表（サービス利用票・提供票）」 「7表（サービス利用票・提供票別表）」</p>	<p><b>【契約】</b></p> <p><b>【ケアマネジメント】</b></p> <p>サービス担当者会議への参加</p>	

地域包括支援センター		居宅介護支援事業所		サービス提供事業所	
業務内容	関連様式	業務内容	関連様式	業務内容	関連様式
<p>イ 確認をした担当者が意見欄を記入し、居宅介護支援事業所に渡す。</p>	<p>「介護予防サービス・支援計画書」(写)</p>	<p>エ 地域包括支援センター確認済み原案を利用者に説明し、利用者名を記入してもらう。</p> <p><b>(8) 介護予防サービス・支援計画書の交付</b></p> <p>ア 利用者及びサービス事業者に写しを交付し、原本は居宅介護支援事業所で保管する。</p> <p>イ 地域包括支援センターに写しを提出</p>	<p>「介護予防サービス・支援計画書」(「週間サービス計画表」) (「6表、7表」)</p> <p>「介護予防サービス・支援計画書」(写)</p>	<p><b>(9) サービスの提供</b></p> <p>ア 事前アセスメント 介護予防サービス・支援計画書を踏まえ、サービス提供前にアセスメントを行い、「個別サービス計画」をたてる。</p> <p>イ 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。</p> <p>ウ 実施状況の <u>モニタリング</u> 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。必要に応じてサービス計画の見直し。</p> <p>エ 実施状況(実績)の報告 毎月、居宅介護支援事業所にサービス提供実績を報告する。</p>	<p>「6表・7表」</p>
<p><b>【給付管理】</b></p> <p><b>(14) 介護報酬等の請求</b></p> <p>居宅介護支援事業所から送られてきた「6表・7表」及び「給付管理票」をもとに請求データや書類の作成をする。</p> <p>介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費については、国保連請求データを作成し、毎月10日までに提出する。</p>	<p>「介護予防支援経過記録」</p> <p>「6表・7表」 「給付管理票」 「給付管理総括表」 「介護給付費明細書」</p>	<p><b>(10) モニタリング (実施状況の把握)</b></p> <p>ア 原則として指定介護予防サービス事業者等への訪問、利用者への電話等の方法により、利用者の状況等を確認したモニタリングを行い、<u>少なくとも1か月に1回はその結果を記録する。</u></p> <p>イ <u>3か月に1回は利用者宅の訪問を行い、利用者・サービスの提供状況を把握する。</u></p> <p>※ 訪問しない月でも利用者の状況に変化があった場合は、利用者宅を訪問し確認を行う。</p> <p>ウ 計画の見直しの必要性について検討 →見直しの必要があれば(5)～(10)の手続きによって行う。 介護予防サービス・支援計画書は必要に応じて追記・修正</p> <p><b>【給付管理】</b></p> <p><b>(13) 給付管理業務</b></p> <p>ア サービス事業者から提出された「6表・7表」を利用者ごとに分類し、利用者に確認した実績と突合する。</p> <p>イ 利用者ごとに分類した「6表・7表」をもとに「給付管理票」を作成する。</p> <p>ウ 利用者ごとに分類した「6表・7表」及び「給付管理票」の写しをとり、1部を保管し、1部を地域包括支援センターに提出する。</p> <p>※ システム対応できる場合は写し不要。</p>	<p>「6表・7表」</p> <p>「6表・7表」</p> <p>「給付管理票」</p>	<p><b>【給付管理】</b></p>	<p>「6表・7表」</p>

地域包括支援センター		居宅介護支援事業所		サービス提供事業所	
業務内容	関連様式	業務内容	関連様式	業務内容	関連様式
<p><b>【評価】</b></p> <p><b>(12) 評価及び介護予防サービス・支援計画書変更案の確認</b></p> <p>ア 居宅介護支援事業所の作成した「介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表」に基づき今後の方針について適切かどうか判断し、適切でない場合は作成者と詳細について意見交換し、方針の統一を図る。</p> <p>イ 地域包括支援センター意見を記入し、居宅介護支援事業所に戻す。</p>	<p>「介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表」</p>	<p><b>【評価】</b></p> <p><b>(11) 評価</b></p> <p>ア 介護予防サービス・支援計画書に位置づけた期間が終了するとき（3か月～6か月に1回）は、目標の達成状況について評価を行う。</p> <p>イ 事業所から事後アセスメントの結果報告を受けて、利用者宅を訪問・面接。</p> <p>ウ 評価結果及び利用者・家族の状況を踏まえ、目標の再設定又は計画の継続・変更・終了等の方針案を決定。</p> <p>エ 「介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表」を作成し、地域包括支援センターと意見交換を行う。</p> <p>オ 地域包括支援センターとの意見交換の結果を踏まえ、評価内容を利用者に伝える。必要に応じて、今後の支援計画について協議する。</p> <p>カ 評価の結果を基に手続きを行う。</p> <p>○<b>計画を変更する場合</b></p> <p>（5）～（12）の手続きを行う。現在の介護予防サービス・支援計画書に加筆修正又は新たに作成し対応する。</p> <p>○<b>計画を継続する場合</b></p> <p>（生活の目標の設定期間内にサービス期間のみ変更する場合）</p> <p>介護予防サービス・支援計画書の加筆修正等、必要な手続きを行う。</p> <p>○<b>計画を終了する場合</b></p> <p>利用者に関する書類と今後の相談対応について、地域包括支援センターに引き継ぐ。</p> <p>キ 指定介護予防小規模多機能型居宅介護の利用へと移行する場合</p> <p>ケアプラン作成担当者は、利用者の円滑な指定介護予防小規模多機能型居宅介護の利用に向け、指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業者に情報提供することの同意を利用者より得た上で、指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所に出向き、直近の介護予防サービス・支援計画書及びその実施状況に関する書類（支援経過表、評価表等）の内容をふまえ、利用者の介護予防サービスの利用状況等について情報提供を行う。</p>	<p>←</p> <p>「アセスメント結果」</p>	<p><b>【評価】</b></p> <p>○ <b>事後アセスメント</b></p> <p>サービス実施後、その結果について事業所でアセスメントを行い、アセスメント結果を居宅介護支援事業所に提出する。</p>	

## ■書類の引き継ぎ等について

### (1) 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの委託業務が終了した時

居宅介護支援事業所が所持する、当該利用者の主治医意見書（写）、認定調査結果（写）、チェックリスト（事業対象者のみ）、利用者基本情報、介護予防サービス・支援計画書、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表を地域包括支援センターへ提出する。

(参考) ・横浜市指定介護予防支援等の事業の人員及び運営、指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法等の基準に関する条例 第31条 記録の整備 (概略)

指定介護予防支援事業者は、利用者に対する指定介護予防支援の提供に関する記録を整備し、利用者との契約が完結した日から5年間保存しなければならない。

(1) 介護予防サービス計画等の介護予防支援台帳、(2) サービス事業者との連絡調整記録、(3) 請求に関する国保連への提出物の写し

・横浜市介護予防ケアマネジメント実施要綱 第19条 記録の整備 (概略)

地域包括支援センターは、利用者に対する介護予防ケアマネジメント提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完結の日から5年間保存するものとする。

(1) 介護予防サービス・支援計画書等の介護予防ケアマネジメント台帳、(2) サービス事業所との連絡調整記録、(3) 請求に関する市・国保連への提出物の写し

### (2) 要介護認定の利用者が要支援認定を受けた場合（居宅介護支援事業所へ業務委託しない場合）

要介護認定を受けている利用者が要支援認定を受けた場合、介護予防支援事業者への引継ぎを円滑にするため、その利用者からの申出があった場合には、指定居宅介護支援事業者は利用者に対し、直近の居宅サービス計画及びその実施状況に関する書類を交付してください。

(参考：「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」(平成11年厚生省令第38号)の一部改正(平成18年4月1日施行)第13条第24項、第15条)

《地域包括支援センターへの利用者基本情報提供》

当該利用者の同意を得た上で、原則として次に掲げる利用者の基礎情報を地域包括支援センターへ速やかに提供してください。

①直近に作成したケアプラン（居宅サービス計画書）の第1、2、3、6、7表

②これまでの支援経過（様式自由。ADLの状況など引継項目として特記すべき事項を記載）

※地域包括支援センターの担当者が、居宅介護支援事業所から引き継がれた利用者宅を初回訪問する際には、円滑な引継ぎを期するため、居宅介護支援事業所は**できる限り**同行訪問いただくようお願いします。やむを得ず同行訪問できないときにも、あらかじめ、または地域包括支援センター担当者の訪問時に合わせて**電話連絡**を入れるなど、ご協力をお願いします。

### (3) 利用者が要介護認定を受けた場合

要支援認定を受けている利用者が要介護認定を受けた場合、指定居宅介護支援事業者への引継ぎを円滑にするため、その利用者からの申出があった場合には、介護予防支援事業者は利用者に対し、直近の介護予防サービス計画及びその実施状況に関する書類を交付してください。

(参考：「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準

(平成十八年三月十四日厚生労働省令第三十七号)」 第14条および第30条第26項)