

項目	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所	作成様式	サービス提供事業者
1	相談受付	<p>【基本チェックリストの代行について】</p> <ul style="list-style-type: none"> 新規の場合は、申請代行はできない。ただし、すでに受託している利用者が認定更新ではなく、基本チェックリストを実施する場合は、担当包括と相談・協議した上で、久留米市総合事業対象者確認依頼届出書に包括印の押印があることで申請代行可能。 	<ul style="list-style-type: none"> 基本チェックリスト 久留米市総合事業対象者確認依頼届出書 	
2	契約締結	<ul style="list-style-type: none"> サービスの利用意向のある要支援者又は事業対象者(以下「利用者」)を訪問し、サービスの概要や利用についての説明を行う。 介護保険被保険者証及び負担割合証の確認を行う。 利用者に重要事項を説明し、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント契約書により契約を締結する。 個人情報の第三者提供に関する同意書に本人及び家族より同意を得る。 <p>※契約書と重要事項説明書については、説明し、同意を得た上で1部を交付する。</p>	<p>【包括作成】</p> <ul style="list-style-type: none"> 被保険者証（写し） 負担割合証 2割・3割（写し） 重要事項説明書（2部） 介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント契約書(2部) 個人情報の第三者提供に関する同意書 利用サービスとケアマネジメント種類確認 	
3	居宅届の提出	<ul style="list-style-type: none"> 居宅届出書を窓口（市、総合支所、市民センター）へ提出。 <p>※居宅届出書は利用者の認定区分によって様式が異なる。</p>	<p>【包括作成】</p> <p>＜要支援認定者の場合＞</p> <ul style="list-style-type: none"> 居宅サービス計画等作成依頼届出書 <p>＜事業対象者の場合＞</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護予防ケアマネジメント依頼届出書 	
4	委託依頼	<ul style="list-style-type: none"> 利用者、家族にケアマネジメントについて、居宅介護支援事業所に委託することの承諾を得る。 承諾を確認後、居宅介護支援事業所に委託を依頼する。 <p>※居宅介護支援事業所へ情報提供する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 支援のイメージ（自立支援の視点や支援の方向性）について包括担当者と情報共有を行う。 <p>【※居宅介護支援事業所へ情報提供】</p> <ul style="list-style-type: none"> 被保険者証写し <p>＜要支援認定者の場合＞</p> <ul style="list-style-type: none"> 認定調査票、主治医意見書 <p>＜事業対象者の場合＞</p> <ul style="list-style-type: none"> 基本チェックリスト、 久留米市総合事業対象者確認依頼届出書 	
5	支援計画書の作成 アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> 利用者宅を訪問し、利用者、家族に対してアセスメントを実施する。 利用者基本情報、基本チェックリスト、二次アセスメントシート、興味・関心チェックシート、課題整理総括表を活用し、利用者の置かれている状況の把握、生活上の困りごと・望む暮らしなどに関する情報収集、心身機能の低下の背景・要因を分析し、解決すべき生活課題（ニーズ）と改善の可能性を把握する。 利用が見込まれるサービス事業所についての説明も行う。 <p>※利用者が要支援認定者の場合は、認定調査票及び主治医意見書のコピーも活用してアセスメントを深める。</p>	<p>【居宅介護支援事業所作成】</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者基本情報 基本チェックリスト 課題整理総括表 <p>(必要に応じて活用)</p> <ul style="list-style-type: none"> 二次アセスメントシート 興味・関心チェックシート 	

項目	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所	作成様式	サービス提供事業者
5 (つ) (き) 支援計画書の作成 (つ) (き)	支援計画書 (原案) 作成	<p>アセスメントの結果を基に介護予防サービス・支援計画書 (以下「支援計画書」) の原案を作成する。</p> <p>【目標の設定】 利用者の望む生活が達成されるよう、総合的な援助方針、目標 (達成時期など) を設定する。</p> <p>【利用するサービス内容の選択】</p> <ul style="list-style-type: none"> サービス種別、回数、期間を設定。利用回数及び利用時間については、利用者の状況や環境、希望などを勘案して適切に設定する。 必要に応じて、リハビリテーション専門職等により利用者の有する能力、改善の見通し、効果的な支援方法について助言が受けられるよう、自立支援の視点に立ったケアマネジメントを実施する。 <p>※介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントは、目標を明確にして自立のために支援を行っていくことから、計画書の作成期間としては 12 か月以内で作成する。</p>	<p>【居宅介護支援事業所作成】</p> <ul style="list-style-type: none"> 支援計画書 (原案) 支援経過記録 利用票 (案) 提供票 (案) 	
	サービス担当者会議の開催	<ul style="list-style-type: none"> 作成した支援計画書の原案を基にサ担を開催する。 サ担は原則として自宅にて行う。サービス開始前に開催し、利用者のしたい生活のイメージや解決すべき課題を利用者や家族、サービス事業所と共有する。 利用者や家族、サービス事業所間で計画や支援内容を検討し、自立支援に繋がる目標の設定や意識づけの共有を図る。 サ担の内容は支援経過記録に記載する。 (サ担の記録内容) 開催日、場所、参加者の所属・職種・氏名、検討した項目、検討内容、結果、残された課題 	<p>【居宅介護支援事業所作成】</p> <ul style="list-style-type: none"> 支援計画書 利用票 提供票 支援経過記録 <p>【利用者へ交付】</p> <ul style="list-style-type: none"> 支援計画書 利用票 <p>【サービス事業所へ交付】</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者基本情報 支援計画書 提供票 (初回、変更時) (必要に応じて交付) 基本チェックリスト 二次アセスメントシート 興味・関心チェックシート 	<ul style="list-style-type: none"> サ担へ参加し、利用者基本情報、支援計画書、提供表 (初月、変更時等) を受け取る。 必要に応じて、基本チェックリスト、二次アセスメントシート、興味・関心チェックシートを求められることが出来る。
	支援計画書の説明、同意、交付	<ul style="list-style-type: none"> サ担を基に支援計画書の原案を必要時は修正し、支援計画書を作成する。 (利用票、提供票も併せて修正する。) 支援計画書と利用票に利用者の同意の署名・捺印をもらう。 <p>※計画作成日はサ担の日、又はサ担後に計画書を修正した日とする。(本人同意日と同日)</p> <p>※利用者の負担額を明確にする為に、初回・変更時のみ利用票 (別表)、提供票を配布する。</p> <p>※初回利用票は回数や金額が変動する可能性がある旨を説明して交付する</p> <p>※医療系サービスの利用を計画に位置付ける場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求め、この意見を求めた医師等に対し、ケアプランを交付する</p>	<p>※サ担で支援計画書の原案に修正があった場合は、修正後の支援計画書を、利用者・サービス事業所へ再交付する。</p>	
	地域包括支援センター確認	<ul style="list-style-type: none"> 居宅介護支援事業所より提出された書類を確認し、支援計画書に包括名、受付印 (日付丸印)、担当者名 (ゴム印) を捺印する。 必要時には、意見を記載し、居宅介護支援事業所へ写しを返却する。 <p>※原本は包括で保管する。 ※郵送の場合は、簡易書留で返送。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 作成した書類を担当の包括へ提出する。 支援計画書は、包括から写しが返却される。 <p>※包括への提出は郵送でも可。</p>	<p>【包括へ提出】</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者基本情報 基本チェックリスト 課題整理総括表 支援計画書 (本人同意があるもの) 利用票 支援経過記録 (サ担の記録まで記載したもの)

項目	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所	作成様式	サービス提供事業者	
6	サービス提供	<ul style="list-style-type: none"> 支援計画書に基づき適切にサービスが提供されるよう、サービス事業所と情報共有を行う。 サービス事業所が作成した「個別サービス計画書」の写しを担当包括へ提出する。 	<p>※利用票の交付は、サービスの種類や回数、事業所の変更がなければ、2か月目からは原則交付しない。</p> <p>【サービス事業所作成】</p> <ul style="list-style-type: none"> 個別サービス計画書 	<ul style="list-style-type: none"> 支援計画書をふまえて、事前アセスメントを行い、個別サービス計画書を作成し、利用者に説明、同意を得て交付する。 ※加算プログラムについては個別サービス計画に明記すること。 作成した個別サービス計画書は計画作成者へも交付する。 介護予防通所リハビリや訪問型等、定額制サービスのサービス提供日時の調整を行う。 サービスを実施。 	
7	モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> 支援経過記録等によりサービス利用状況及び利用者の状態を把握し、必要な情報提供、アドバイスを行う。 居宅介護支援事業所より提出された支援経過記録に基づき、介護予防ケアマネジメントBへの移行について協議・判断する。 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の状態の変化はないか、支援計画書通りにサービスが提供されているか等のモニタリングを行う。 モニタリングは、介護予防支援、介護予防ケアマネジメントAの場合は3か月に1回、介護予防ケアマネジメントBの場合は6か月に1回は自宅を訪問して行う。自宅訪問をしない月は通所サービスの提供の場や、電話にて利用者・家族に状況の確認を行う。 毎月、サービスの利用状況や利用者の状態について、サービス事業所からの情報提供を受ける。 モニタリングやサービス事業所からの情報などで、利用者の服薬状況や口腔機能などを把握した場合は、必要に応じて、利用者の同意を得て主治医や歯科医師、薬剤師に情報提供する。 支援経過記録を3か月に1回は担当の包括へ提出する。 	<p>【包括へ提出】</p> <ul style="list-style-type: none"> 支援経過記録（3か月に1回は提出する） 	<ul style="list-style-type: none"> 毎月半ばまでにサービス実施後の効果について、事後アセスメントを行った結果（評価）を書面（任意書式）で計画作成者へ情報提供する。 サービスの提供に当たり把握した利用者の服薬状況、口腔機能その他利用者の心身の状況及び生活の状況に係る必要な情報も計画作成者へ情報提供する。
8	評価・支援計画書の見直し	<ul style="list-style-type: none"> 提出された評価表に包括の意見を記載し、包括印、担当者印を押印。居宅事業所と今後の方針を検討し、決定する。 確認した評価表の原本は包括で保管し、写しを居宅介護支援事業所へ返却する。 	<ul style="list-style-type: none"> 支援計画書で定めた期間の終了時には、利用者宅を訪問し、評価を行う。 評価は、利用者や家族の意見を踏まえつつ、利用者の状況を把握し、支援計画書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。 評価表を担当の包括へ提出し、今後の方針（継続・変更・終了）を明確にし、サービスの再検討を行う。 評価の結果、支援の継続が必要な場合は、再度、アセスメント等の一連の流れを行い、支援計画書を作成する <p>※支援計画書で定めた期間中であっても、目標が達成された場合や新たな課題が生じた場合、目標達成が困難な場合は速やかに評価を行い支援計画書の見直しを行う。</p>	<p>【包括へ提出】</p> <ul style="list-style-type: none"> 評価表 	<p>※通所リハビリを利用している場合は、加算の算定がない場合でも3か月で評価する。</p> <p>※評価表は、月半ばまでに、計画作成者へ書類にて報告する。</p>
9	給付管理 報酬の請求	<ul style="list-style-type: none"> 各包括にて給付管理票・明細書を作成し、中央包括より一括して国保連合会へ請求する。 	<ul style="list-style-type: none"> 毎月初めに前月のサービス利用実績を確認し、実績表を指定期日までに担当の包括へ提出する。 	<p>【包括へ提出】</p> <ul style="list-style-type: none"> サービス提供実績 <p>【包括ごとに作成】</p> <ul style="list-style-type: none"> 給付管理票 事業費明細書 	<ul style="list-style-type: none"> サービス提供実績を書面にて報告する。 国保連合会へ請求明細書を提出し事業費を請求する。
10	委託料の支払	<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の委託費を支払う。 			
11	その他	<ul style="list-style-type: none"> 本人及びサービス事業所との連絡・調整は随時対応し、計画の変更がある場合など、必要に応じて包括支援センターの担当者へ連絡する。 			