

	地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所	必要な帳票	サービス提供事業所
<p style="writing-mode: vertical-rl; position: absolute; left: -40px; top: 50%; transform: translateY(-50%);">サービス提供前</p> <div data-bbox="129 203 604 248" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 1 利用申込受付・契約締結 </div> <p>① 介護保険被保険者証を確認する。 * 居宅介護支援事業所が契約を行う場合は、地域包括支援センターとの契約の意向を確認</p> <p>② 重要事項説明書の説明を行い利用者から同意(個人情報使用同意を含む)及び利用申込をうける。</p> <p>③ 契約を締結する。 * 契約者の意向に応じ、居宅介護支援事業所との2者、又は地域包括支援センターを含めた3者契約を締結</p> <p>④ 介護予防サービス計画作成依頼届出書を保険者に提出する。</p> <div data-bbox="129 573 604 618" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 2 アセスメントの実施 </div> <p>① 認定調査票、主治医意見書等から必要な情報を把握する。</p> <p>② 利用者基本情報(個人情報使用同意欄の記名・押印は不要とする)、基本チェックリストを作成する。 * 必要に応じ、興味・関心チェックシートも活用</p> <div data-bbox="129 813 582 857" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 3 介護予防サービス・支援計画書の作成 </div> <p>① 介護予防サービス計画の対象となる「目標・具体策」を提案し、対象者及び家族との合意により、必要な修正を加え、計画の原案を作成する。 * 介護予防支援の適切・有効な実施のため必要があるときは地域包括支援センターに助言を求めることができる</p> <div data-bbox="129 1003 831 1048" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 4 介護予防サービス・支援計画書の確認(サービス担当者会議の開催) </div> <p>① サービス担当者会議を開催し、介護予防サービス・支援計画書の内容について、サービス提供事業所、利用者等と共通認識を得て、必要な修正を加えて、計画を最終的に決定する。</p> <p>※ケアプラン期間は「介護予防支援」「介護予防ケアマネジメント」ともに最長12ヶ月とする。</p> <p>※サービス担当者会議開催時期</p> <ul style="list-style-type: none"> ・要支援、事業対象者認定を受けた場合 ・要支援、事業対象者更新認定を受けた場合 ・要支援状態区分の変更の認定を受けた場合 ・介護予防サービス支援計画を変更した場合(軽微な変更の場合は省略可) ・その他必要な場合 <p>② 利用者及び家族への計画書を説明、交付し、同意書欄に自署又は記名・押印をもらう。</p> <p>③ サービス提供事業所へ計画書等を提出する。</p>	<div data-bbox="879 331 1161 465" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ・重要事項説明書 ・契約書 ・介護予防サービス計画作成届出書 </div> <div data-bbox="879 573 1161 835" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 【事業対象者の場合】 ・基本チェックリストの写し 【要支援者の場合】 ・主治医意見書の写し ・認定調査票の写し ・利用者基本情報 ・基本チェックリスト </div> <div data-bbox="879 869 1161 947" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ・介護予防サービス・支援計画書の原案 </div> <div data-bbox="858 1350 1134 1518" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 介護予防サービス・支援計画書の写し ※原則、提供票なし。 (ただし、日割り・区分限度額越え等、必要な場合には提供票で確認する) </div>	<div data-bbox="1177 734 1501 981" style="border: 2px solid black; padding: 5px;"> ※総合事業移行に係る支援計画書作成時の注意点 ・要支援2の認定を受けている利用者が介護予防通所介護相当サービスを利用する場合、計画書の【サービス種目】欄に「週1回程度」もしくは「週2回程度」と記載すること。 </div> <p style="text-align: center;">サービス担当者会議に出席</p>	
	<p style="writing-mode: vertical-rl; position: absolute; left: -40px; top: 50%; transform: translateY(-50%);">サービス提供月</p> <div data-bbox="129 1805 587 1850" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 7 利用者の状況把握(モニタリング) </div> <p>① サービス提供事業所から結果報告を確認し、利用者の状態を把握する。</p> <p>② 毎月モニタリングを実施し、その結果を記録する。</p>	<div data-bbox="879 1805 1161 1951" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 実績の報告用紙 (被保険者番号・要支援区分・利用日・サービスコード・利用単位数・加算・利用状況がわかるもの) </div> <div data-bbox="858 1973 1161 2029" style="border: 2px solid black; padding: 5px;"> 締切:翌月の3日まで </div>	<div data-bbox="1177 1547 1501 1592" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 5 介護予防サービスの提供 </div> <p>① 介護予防サービス計画に基づいた個別サービス計画(内容・頻度等)を作成し、利用者及び家族へ説明、交付し、同意を得る。</p> <p>② 個別サービス計画に基づいたサービスの提供をする。</p> <div data-bbox="1177 1805 1501 1850" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 6 サービス提供実績の報告 </div> <p>① 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とともに、その結果を指定介護予防支援事業所に報告する。</p>

	地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所	必要な帳票	サービス提供事業所
<p>サービス提供月</p> <p>モニタリングの実施 <利用者宅訪問> ・提供開始月の翌月から起算して、本人の状況に応じて、<u>少なくとも3ヶ月に1回※</u> ・サービスの評価期間が終了する月 ・利用者の状況に著しい変化があったとき <利用者宅を訪問しない月(上記の月以外)> ・他のサービス事業所との連携により情報を収集する、またはサービス事業所に訪問して本人と面接するよう努める。上記が出来ない場合は電話、FAXなどの方法により実施する。</p> <p>③ 計画見直しの必要性について検討する。 ⇒見直しの必要があれば、再度計画作成時の手順により見直しをする。</p> <p>8 給付管理業務</p> <p>① サービス提供事業所から送付された実績を確認する。 ② 給付管理票・介護給付費明細書を作成後、翌月10日までに国保連に伝送請求する。</p> <p><u>* 介護予防支援⇄介護予防ケアマネジメントの変更により、担当方式の変更(直接⇄包括からの業務委託)が生じる場合は、その都度、市へ居宅計画依頼届出書の提出が必要</u></p>		<p>※少なくとも連続する二期間に一回、利用者の居宅を訪問し、面接するときは、利用者の居宅を訪問しない期間において、テレビ電話装置等を活用して、利用者に面接することができる。</p> <p>(1) テレビ電話装置等を活用して面接を行うことについて、文書により利用者の同意を得ていること。 (2) サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得ていること。 (i) 利用者の心身の状況が安定していること。 (ii) 利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通を行うことができること。 (iii) 担当職員が、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、担当者から提供を受け</p>	
<p>評価月</p> <p>10 評価</p> <p>① サービス提供事業者が行った評価の把握をする。 ② 利用者宅訪問、面接により目標達成状況を評価をする。 ③ 今後の方針を決定する。 ・プラン終了 ・プラン継続 ・プラン変更</p> <p><u>* 介護予防支援の適切・有効な実施のため必要があるときは地域包括支援センターに助言を求めることができる</u></p>	<p>個別サービス計画・評価表の写し</p> <p>締切:評価月の15日まで</p> <p>介護予防支援・サービス評価表</p>	<p>9 事後アセスメント</p> <p>① 個別サービス計画に基づく目標達成状況の評価をする。 ② 個別サービス計画・評価表を、指定介護予防支援事業所へ報告する。</p>	