

指定介護予防支援業務の一部委託の承認について

1 指定介護予防支援業務の一部委託の承認とは

介護保険認定者の要支援1、2の者のケアプランについては、地域包括支援センターが指定居宅介護支援事業所に委託を行うことができるが、毎年度、委託先については市に申請書を提出し、適当な事業所については承認通知書を送付するとともに、地域包括支援センターに通知を行っている。

※関連規定：【熊本市地域包括支援センター運営協議会運営要綱第2条第3号】

支援センターが指定介護予防支援の業務の一部を委託できる指定居宅介護支援事業所の選定に関する事

2 課題

一度承認した事業所についても、毎年度申請・承認の手続きをしているため、事務的に煩雑になっている。

また、政令指定都市に移行後、居宅介護支援事業所の指定・変更・更新等の手続きは、県から本市に権限移譲されていることから、事業所の要件は当課において把握できる状況にある。

3 今後について

毎年の承認申請制から地域包括支援センターからの届出制への変更を行う。
(参考資料1-1、1-2)

改正後（新）	改正前（旧）
<pre> graph TD A[居宅介護支援事業所] -- ③委託契約 --> B[地域包括支援センター] B -- ①届出 --> C[熊本市高齢介護福祉課] C -- ②確認受理 --> B B -- ⑤連絡 --> C C -- ④変更届・廃止届 --> A </pre> 一連の流れについて承認	<pre> graph TD A[居宅介護支援事業所] -- ①承認申請 --> B[熊本市高齢介護福祉課] B -- ②承認通知 --> C[地域包括支援センター] C -- ④委託契約 --> A C -- ②承認事業所の情報提供 --> B B -- ③承認件数報告 --> D[地域包括支援センター 運営協議会] </pre>
① 地域包括支援センターより業務委託しようとする居宅介護支援事業所名や委託期間等について、事業所の状況を確認し、高齢介護福祉課へ届出を行う。（複数箇所の場合は様式1、1ヶ所の場合は様式2を使用。） ② 高齢介護福祉課にて指定の取消等に該当していないか、居宅介護予防支援事業を受託するための研修を受講している介護支援専門員が在席するか等届出の内容を確認後、受理する。 ③ 受理された届出を元に地域包括支援センターと居宅介護支援事業所が委託契約を結ぶ。 ④ ⑤居宅介護支援事業所の介護支援専門員の変更に關する届出があった場合は、高齢介護福祉課にて確認が可能であるため、受託の要件を満たさなくなった居宅介護支援事業所の情報を地域包括支援センターへ提供する。	①介護予防支援業務委託を受託する居宅介護支援事業所より、承認申請書を熊本市へ提出。 ②熊本市で申請内容の確認し、虚偽等がなければ熊本市長名で申請者へ承認通知を行うと共に、各地域包括支援センターへ情報提供 ③地域包括支援センター運営協議会にて、承認件数の報告を行う。 ④居宅介護支援事業所と地域包括支援センターが委託契約を締結。 ⑤介護予防支援業務の提供

熊本市介護予防支援業務委託届出書（案）

平成 年 月 日

（あて先） 熊本市長様

（届出者）

所在地

名称

印

事業者番号

管理者氏名

介護保険法第115条の23条第3項の規定により、指定介護予防支援業務の一部を委託する指定
 居宅介護支援事業所について、介護保険法施行規則第140条の35第1項の規定により、下記のと
 おり届け出ます。

	事業所名称		事業所番号 電話番号	委託期間	介護予防ケアマネジメント 研修受講者名
	事業所 所在地	住所			
1	☐ 圏域内			平成 年 月 日～	
	☐ 市外				
2	☐ 圏域内			平成 年 月 日～	
	☐ 市外				
3	☐ 圏域内			平成 年 月 日～	
	☐ 市外				
4	☐ 圏域内			平成 年 月 日～	
	☐ 市外				
5	☐ 圏域内			平成 年 月 日～	
	☐ 市外				
6	☐ 圏域内			平成 年 月 日～	
	☐ 市外				
7	☐ 圏域内			平成 年 月 日～	
	☐ 市外				
8	☐ 圏域内			平成 年 月 日～	
	☐ 市外				
9	☐ 圏域内			平成 年 月 日～	
	☐ 市外				
10	☐ 圏域内			平成 年 月 日～	
	☐ 市外				

熊本市介護予防支援業務委託届出書（案）

平成 年 月 日

（あて先） 熊本市長様

法人所在地

法人名

代表者氏名

印

介護保険法第 115 条の 23 条第 3 項の規定により、指定介護予防支援業務の一部を委託する指定居宅介護支援事業所について、介護保険法施行規則第 140 条の 35 第 1 項の規定により、下記のとおり届け出ます。

【居宅介護支援事業者情報】

事業者番号										
名称										
所在地	〒									
連絡先	TEL: FAX:									
管理者名										
委託期間	平成 年 月 日～									

【介護支援専門員の状況】

介護予防 ケアマネジメント 研修 受講者	受講者名	介護支援専門員登録番号	受講年度	受講都市
			年度	
			年度	
			年度	
			年度	
			年度	

