

介護予防サービス計画作成等に係る  
委託業務マニュアル

令和3年4月  
七飯町福祉課

## 目 次

### 1. 介護予防サービス計画作成業務の流れ

①	連絡・受付	1
②	契約の締結	1
③	利用者の対応依頼	1
④	アセスメントの実施	1
⑤	介護予防サービス支援計画表原案の作成	1
⑥	介護予防サービス支援計画表原案の確認	2
⑦	サービス担当者会議の開催	2
⑧	介護予防サービス支援計画表及び利用票の説明、同意	2
⑨	モニタリング及び訪問	3
⑩	給付管理業務	4
⑪	評価	4
⑫	サービス内容変更時及び介護認定更新後の対応	5
⑬	利用者及びサービス事業者との日常の連絡・調整	5
⑭	要介護・要支援認定及び七飯町保健福祉在宅サービス利用等の申請に対する援助	6
⑮	居宅介護支援事業者等への利用者情報の提供	6
⑯	委託業務の終了	6

### 2. その他、介護予防サービス計画作成業務実施上の確認事項

7

### 3. 日割りの算定方法（介護予防サービス利用の場合）

8

業務	居宅介護支援事業所	地域包括支援係
<p>①連絡・受付</p> <p>（担当している利用者が更新・変更申請等で「事業対象者」、「要支援1・2」と認定された場合）</p>	<p>担当ケアマネジャーは、担当している利用者が更新・変更申請等で「事業対象者」、「要支援1・2」と認定された場合、利用者の意向を確認の上、介護予防サービス計画作成等の業務を受託するか決定し、その結果を地域包括支援係へ連絡してください。</p> <p>介護予防サービス計画作成等の業務を受託しない場合は、利用者に同意を得た上で、地域包括支援係へ下記の書類を提出し、情報提供を行ってください。</p> <div data-bbox="384 524 927 779" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>地域包括支援係へ引継ぎをする際に提出する書類</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 基本情報</li> <li><input type="checkbox"/> 経過の概要（過去3ヶ月間の支援経過記録でも可）</li> <li><input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1及び2</li> <li><input type="checkbox"/> 直近の利用票及び別表</li> </ul> </div>	
<p>②契約の締結</p>	<p>（担当のケアマネジャーは、必要に応じて、契約時に同席してください。）</p>	<p>地域包括支援係は、利用者の方と介護予防支援等に係る契約を締結します。</p> <p>契約後、地域包括支援係は、介護保険係に「介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出」又は「介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出」を提出します。</p>
<p>③利用者の対応依頼</p>		<p>地域包括支援係は、契約締結後に下記の書類等を担当のケアマネジャーへ提供し、対応を依頼します。</p> <div data-bbox="587 1249 1506 1458" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>地域包括支援係からケアマネジャーへ提供する書類</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画作成等依頼書</li> <li><input type="checkbox"/> 認定調査票及び主治医意見書（要支援認定者のみ）</li> <li><input type="checkbox"/> 契約書の写し（希望時のみ）</li> </ul> </div>
<p>④アセスメントの実施</p>	<p>担当ケアマネジャーは、利用者宅を訪問し、下記の書式を用いて、利用者及び家族からアセスメントを行ってください。</p> <div data-bbox="384 1630 927 1883" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>アセスメントに用いる書式</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 利用者基本情報</li> <li><input type="checkbox"/> 基本チェックリスト（事業対象者は不要です）</li> <li><input type="checkbox"/> 生活状況を把握するためのアセスメントシート（必要に応じて）</li> </ul> </div>	
<p>⑤介護予防サービス支援計画表原案の作成</p>	<p>担当ケアマネジャーは、アセスメント結果等を基にどのような支援が必要かを利用者調整し、合意した結果に基づき、介護予防サービス計画原案を作成し、下記の書類を地域包括支援係に提出してください。</p>	

業務	居宅介護支援事業所	地域包括支援係
	<div data-bbox="403 147 1236 353" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div data-bbox="411 170 946 208" style="background-color: black; color: white; padding: 2px;"><b>地域包括支援係へ引継ぎをする際に提出する書類</b></div> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 基本情報（利用者の署名、捺印は不要です）</li> <li><input type="checkbox"/> 基本チェックリスト（事業対象者は不要です）</li> <li><input type="checkbox"/> 介護予防サービス支援計画表原案 <b>（2部）</b></li> </ul> <div data-bbox="954 219 1129 320" style="border: 1px solid green; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;"><b>包括に提出</b></div> </div>	
<p>⑥介護予防サービス支援計画表原案の確認</p>		<p>地域包括支援係は、介護予防サービス支援計画表原案が適切に作成されているか、内容が妥当かどうかについて確認し、意見を記入して担当ケアマネジャーへ渡します。</p> <div data-bbox="673 600 1541 723" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;"> <div data-bbox="890 622 1433 660" style="background-color: black; color: white; padding: 2px;"><b>地域包括支援係からケアマネジャーへ提供する書類</b></div> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>（意見を記入した）介護予防サービス支援計画表原案</li> </ul> </div>
<p>⑦サービス担当者会議の開催</p>	<p>担当ケアマネジャーは、サービス担当者会議の開催により、専門的意見を聴取し、目標の共有及びサービス利用頻度、内容等の確認を行い、利用者やサービス事業者との共通理解を図り、介護予防サービス支援計画に必要な修正を加え、介護予防サービス支援計画を最終的に決定してください。</p> <p>サービス担当者会議の要点は、介護予防支援経過記録に記載してください。</p>	<p>地域包括支援係は、<b>適宜</b>、サービス担当者会議に参加します。</p>
<p>⑧介護予防サービス支援計画表及び利用票の説明、同意</p>	<p>担当ケアマネジャーは、介護予防サービス支援計画表及び利用票について、その内容を利用者に説明し、同意を得てください。</p> <p>利用者から同意を得たら、介護予防サービス支援計画表に利用者の署名・捺印をいただき、下記の書類を利用者に交付してください。</p> <div data-bbox="387 1485 933 1758" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <div data-bbox="403 1552 842 1590" style="background-color: black; color: white; padding: 2px;"><b>利用者へ交付する書類</b></div> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 地域包括支援係の意見が記載された介護予防サービス支援計画表原本</li> <li><input type="checkbox"/> 利用票</li> </ul> </div> <p>担当ケアマネジャーは、利用者の同意を得た後に、地域包括支援係、サービス事業者等に下記の書類を提出してください。</p> <div data-bbox="403 1955 1252 2157" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;"> <div data-bbox="403 1977 930 2016" style="background-color: black; color: white; padding: 2px;"><b>地域包括支援係へ提出する書類</b></div> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 利用者の署名、捺印がされた介護予防サービス支援計画表原本 <b>（1部）</b></li> <li><input type="checkbox"/> 利用者の捺印がされた利用票原本</li> </ul> <div data-bbox="962 1955 1145 2056" style="border: 1px solid green; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;"><b>包括に提出</b></div> </div>	

業務	居宅介護支援事業所	地域包括支援係
	<div data-bbox="400 152 938 613"> <p><b>サービス事業者へ提出する書類</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 利用者基本情報</li> <li><input type="checkbox"/> 利用者の署名、捺印がされた介護予防サービス支援計画表写し</li> <li><input type="checkbox"/> サービス提供票</li> <li><input type="checkbox"/> サービス実施依頼書 ※通所介護・通所リハ・訪問介護のみ</li> </ul> </div> <p data-bbox="392 678 970 757">生活保護を受給している利用者は、担当ケースワーカーへ下記の書類を提出してください</p> <div data-bbox="392 786 938 1173"> <p><b>ケースワーカーへ提出する書類</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 提供票</li> <li><input type="checkbox"/> 介護予防サービス支援計画表</li> <li><input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証写し</li> </ul> <p>※新規利用時、単位数変更時、介護認定更新時のみ</p> </div>	
<p>◎モニタリング（毎月）及び訪問について</p>	<p>担当ケアマネジャーは、少なくともサービス提供開始月の翌月から起算して、3月に1回は利用者の居宅を訪問してモニタリングを実施して、利用票の内容を利用者に説明し、同意を得てください。</p> <p>利用者から同意を得たら、利用票に利用者の捺印をいただき、下記の書類を利用者に交付してください。</p> <div data-bbox="400 1496 938 1675"> <p><b>利用者へ交付する書類</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 利用票</li> </ul> </div> <div data-bbox="400 1686 938 1821"> <p><b>地域包括支援係へ提出する書類</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 利用者の捺印がされた利用票原本（1部）</li> </ul> </div> <p data-bbox="392 1839 970 1973">利用者の居宅を訪問しない月は、特段の事情がない限り、サービス事業所を訪問しての面接や電話等によりモニタリングを実施してください。</p> <p data-bbox="392 2000 970 2078">モニタリング内容は介護予防支援経過記録に記載してください。</p> <p data-bbox="416 2107 970 2134">また、通所介護・通所リハビリ・訪問介護を利用し</p>	<div data-bbox="987 1686 1257 1821"> <p><b>包括に提出</b></p> </div>

業務	居宅介護支援事業所	地域包括支援係
	<p>ている利用者は、月末にサービス事業者からサービス実施状況報告書等を受け取り、サービス実施状況を把握してください。</p> <p>担当ケアマネジャーは、モニタリング実施後、サービス事業者へ下記の書類を提出し、翌月のサービス実施の依頼を行ってください。</p> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;"><b>通所介護・通所リハ・訪問介護のサービス事業者へ提出する書類</b></p> <p><input type="checkbox"/> サービス実施依頼書</p> </div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;"><b>福祉用具貸与等、上記以外のサービス事業者へ</b></p> <p><input type="checkbox"/> サービス提供票</p> </div>	
⑩給付管理業務	<p>担当ケアマネジャーは、サービス事業者から受け取ったサービス実施状況報告書等にて、前月の単位数を確認し、地域包括支援係に下記の書類を提出してください。</p> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;"><b>地域包括支援係に提出する書類</b></p> <p><input type="checkbox"/> サービス事業者から受け取った「サービス実施状況報告書」等</p> </div>	<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> <p><b>包括に提出</b></p> </div>
⑪評価	<p>担当ケアマネジャーは、3～12ヶ月（介護予防サービス支援計画表に定めた期間の最終月）に1回、目標の達成状況等について評価を行い、介護予防支援サービス計画表の見直しを行ってください。</p> <p>評価した内容は、介護予防支援サービス評価表に記載をし、下記の書類を地域包括支援係に提出してください。</p> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;"><b>地域包括支援係に提出する書類</b></p> <p><input type="checkbox"/> 介護予防支援サービス評価表</p> <p><input type="checkbox"/> 見直しをした介護予防サービス支援計画表（2部）</p> <p><input type="checkbox"/> 計画期間中の支援経過記録（既に提出済み期間除く）</p> </div>	<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> <p><b>包括に提出</b></p> </div> <p style="margin-top: 20px;">地域包括支援係は、介護予防サービス支援計画表が適切に作成されているか、内容が妥当かどうかについて確認し、意見を記入して担当ケアマネジャーへ渡します。</p>

業務	居宅介護支援事業所	地域包括支援係
	<p data-bbox="391 327 975 454">担当ケアマネジャーは、見直しをした介護予防サービス支援計画表の内容を利用者に説明し、同意を得てください。</p> <p data-bbox="391 472 975 600">利用者から同意を得たら、見直しをした介護予防サービス支援計画表に利用者の署名・捺印をいただき、下記の書類を利用者に交付してください。</p> <div data-bbox="391 629 938 846"> <p data-bbox="402 678 847 723"><b>利用者へ交付する書類</b></p> <ul data-bbox="402 730 847 808" style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 地域包括支援係の意見が記載された介護予防サービス支援計画表原本</li> </ul> </div> <p data-bbox="391 902 975 1025">担当ケアマネジャーは、利用者の同意を得た後に、地域包括支援係、サービス事業者に下記の書類を提出してください</p> <div data-bbox="391 1048 938 1227"> <p data-bbox="402 1059 938 1104"><b>地域包括支援係に提出する書類</b></p> <ul data-bbox="402 1133 847 1211" style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 利用者の署名、捺印がされた介護予防サービス支援計画表原本 (1部)</li> </ul> </div> <div data-bbox="391 1249 938 1451"> <p data-bbox="402 1294 847 1339"><b>サービス事業者へ提出する書類</b></p> <ul data-bbox="402 1346 847 1424" style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 利用者の署名、捺印がされた介護予防サービス支援計画表写し</li> </ul> </div>	<div data-bbox="927 159 1469 203"><b>地域包括支援係からケアマネジャーへ提供する書類</b></div> <ul data-bbox="1007 215 1485 293" style="list-style-type: none"> <li>・(意見を記入した) 介護予防サービス評価表</li> <li>・(意見を記入した) 介護予防サービス支援計画表</li> </ul> <div data-bbox="975 1032 1155 1099"><b>包括に提出</b></div>
<p data-bbox="129 1536 368 1671">⑫ サービス内容変更時及び介護認定更新後の対応</p>	<p data-bbox="391 1525 975 1742">担当ケアマネジャーは、利用者の生活状況や身体状況の変化等の理由により、新たにサービス内容を変更する場合及び介護認定が更新後には、業務の流れ④～⑧に沿って介護予防サービス支援計画の見直しを行ってください。</p> <p data-bbox="391 1765 975 1843">変更及び対応内容は介護予防支援経過記録に記載してください。</p>	
<p data-bbox="129 1872 368 2007">⑬ 利用者及びサービス事業者との日常の連絡・調整</p>	<p data-bbox="391 1861 975 2033">担当ケアマネジャーは、利用者、サービス事業者からの連絡に随時対応し、介護予防サービス支援計画の変更の必要がある場合等は、必要に応じて地域包括支援係に報告をしてください。</p> <p data-bbox="391 2056 975 2134">利用者及びサービス事業者との連絡・調整内容は介護予防支援経過記録に記載してください</p>	

業務	居宅介護支援事業所	地域包括支援係
⑭要介護・要支援認定 及び七飯町保健福祉在宅サービス利用等の申請に対する援助	<p>担当ケアマネジャーは、利用者が要介護・要支援認定の更新又は変更の手続きの他、七飯町保健福祉在宅サービス利用等の必要が生じた際には、申請代行等の援助を行ってください。</p> <p>援助を行った内容は介護予防支援経過記録に記載してください。</p>	
⑮居宅介護支援事業者等への利用者情報の提供	<p>担当ケアマネジャーは、下記の理由により、担当を引き継ぐこととなった場合には、利用者の同意を得て必要な情報を引き継ぐ先の居宅介護支援事業者等へ提供してください。</p> <div data-bbox="411 607 935 954" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>居宅介護支援事業者等へ情報提供する場合の理由</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者が要介護状態となり、他の居宅介護支援事業所の利用を希望された場合</li> <li>・転居により、他地域の地域包括支援センターが担当することになった場合</li> <li>・利用者が小規模多機能型居宅介護支援事業所の利用を希望された場合</li> </ul> </div> <p>引き継ぐ先の居宅介護支援事業者等へは、下記の書類を提供してください。</p> <div data-bbox="411 1155 951 1541" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>居宅介護支援事業者等へ提供する情報</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・基本情報</li> <li>・経過の概要（過去3ヶ月間の支援経過記録でも可）</li> <li>・介護予防サービス支援計画表</li> <li>・直近の利用票又は提供票</li> </ul> </div>	
⑯委託業務の終了 （ケース支援終了時及び 契約書の契約期間終了時含む）	<p>担当ケアマネジャーは、委託業務が終了となる場合は、下記の書類を地域包括支援係に提出してください。</p> <p><u>（支援継続中でも、契約書の委託期間終了時の提出をお願いします。）</u></p> <div data-bbox="411 1899 943 2101" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>地域包括支援係に提出する書類</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 前回の評価後から委託業務終了時までの介護予防支援経過記録</li> <li><input type="checkbox"/> その他、未提出の書類</li> </ul> </div>	<div data-bbox="975 1877 1161 1966" style="border: 1px solid green; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>包括に提出</b> </div>



## 2. その他、介護予防サービス計画作成業務実施上の確認事項

- ① 地域包括支援係に提出した各種書類は写しをとり各事業所で保管しておいてください。
- ② 委託期間中に保管していた書類は、委託業務終了から5年間保存しておいてください
- ③ 担当ケアマネジャーが変更となった場合には、利用者には、下記の内容の文章にて通知して  
してください。

地域包括支援係にも、利用者に通知した文章の写しを提出してください。

	令和 年 月 日
様	
	事業所名 代表者名
介護予防支援に関する業務の担当者交代のお知らせ	
この度、令和 年 月 日より、下記のとおり介護予防支援に関する業務の担 当者を交代することになりますので、お知らせいたします。	
記	
交代前担当者氏名	
交代後担当者氏名	
交代理由：(例) 担当者が退職となるため	

### 3. 日割りの算定方法（介護予防サービス利用の場合）

月途中から介護予防通所介護・介護予防通所リハビリ・介護予防訪問介護を利用する場合又は終了する場合の日割りの算定方法については以下のとおりです。

	事 由	単価算定方法
開 始	・区分変更(要支援1⇔要支援2)	変更日
	・区分変更(要介護→要支援)	契約日
	・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)	
	・事業所指定効力停止の解除	
	・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型 共同生活介護の退居（※1）	退居日の翌日
	・介護予防小規模多機能型居宅介護の契約解除	契約解除日の翌日
終 了	・ショート施設からの退所	退所日の翌日
	・区分変更(要支援1⇔要支援2)	変更日
	・区分変更(要支援→要介護)	契約解除日
	・サービス事業所の変更(同一サービス種類のみ)	契約解除日
	・事業廃止（指定有効期間満了）	廃止・満了日
	・事業所指定効力停止の開始	開始日
	・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型 共同生活介護の入居（※1）	入居日の前日
・介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者の登録開始	サービス提供日（通い、 訪問又は宿泊）の前日	
・ショート施設への入所（同一保険者内のみ）	入所日の前日	

※1 ただし、利用者が月の途中で他の保険者に転出する場合を除く。月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。

- 加算(月額)部分に対する日割り計算は行わない。（被保険者所在の保険者内において二重支給はしない）
- 日割り計算単価についてはサービスコード表を参照。
- 公費の適用期間は、公費適用の有効期間の開始日から終了日までが算定対象となる。また、月途中に、生保単独受給者から生保併用受給者になった場合も、日割り請求とする。