館林市
介護予防支援・介護予防ケアマネジメント
業務受託の手順書

令和7年4月

館林市介護保険課
館林市クローバー荘地域包括支援センター
館林市新橋地域包括支援センター
館林市東毛光生園地域包括支援センター
館林市社会福祉協議会地域包括支援センター

目　次

Ⅰ　介護予防におけるケアマネジメントの概要　・・・・・ｐ１
１．介護予防におけるケアマネジメントの目的
２．介護予防におけるケアマネジメントの基本的考え方
３．介護予防におけるケアマネジメントの実施主体
４．介護予防サービス計画と介護予防ケアマネジメント

Ⅱ　業務受託の流れ　・・・・・ｐ４
１．受託業務の具体的手順と注意事項
２．介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントのプロセス
３．暫定プラン作成のプロセス
４．「生活援助」の考え方

Ⅲ　更新により要介護状態区分等が変更になった場合　・・・・・ｐ19

Ⅳ　高齢者あんしん相談センター※一覧　・・・・・ｐ20
※高齢者あんしん相談センターは地域包括支援センターの愛称です

Ⅴ　Q&A集　・・・・・ｐ21

介護保険の基本的な考え方

【条文】

第一条（目的）

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

第四条（国民の努力及び義務）

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

Ⅰ　介護予防におけるケアマネジメントの概要

１．介護予防におけるケアマネジメントの目的

介護予防や社会参加の推進を目的として、利用者の心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、利用者自らの選択に基づき、総合事業サービスや一般介護予防事業、市の独自事業、民間企業等の多様な主体により提供される総合事業に該当しない生活支援サービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行います。

２．介護予防におけるケアマネジメントの基本的考え方

○ 高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続することができるように、要介護状態になることをできる限り予防することが重要です。このためには、「本人が出来ることはできる限り本人が行なうように支援する」ことを念頭に置きつつ、いかに行動変容へ誘導するかという視点と技量が求められます。

○ 利用者の生活機能の向上に対する意欲を引き出し、サービス利用後の生活をわかりやすくイメージできるようにします。それを踏まえて具体的な日常生活における行為について目標を設定し、その達成に向けて介護予防の取組を生活の中に取り入れ、自ら実施、評価（セルフケア）できるように支援します。

○ 高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、利用者の生活上の困りごとに対して、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」の視点を踏まえた内容となるよう利用者の多様な選択を支援していくことが重要です。

○ ケアマネジメントの中で、本人が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取り組み、達成後はより自立へ向けた次のステップに移っていきます。達成状況を評価して、必要に応じて計画の見直しを行なう、というサイクルが重要となります。

○ 介護予防は終わりのない取り組みであり、事業の利用が終了した後も、高齢者のセルフケアとして習慣化され、継続される必要があります。そのため、事業の利用だけでなく、家庭でのセルフケアや地域での様々な支援につなげる必要があります。

サービスからの卒業に向けた視点
～サービス利用を続けることが目的にならないように～

○利用者ができないことを補う形でのサービスは、かえって利用者の生活機能の低下を引き起こし、サービスへの依存を生み出している場合があります。利用者とともに、本人が「できること」を発見し、生活機能を向上させ、利用者の主体的な活動や社会参加意欲を高めるよう支援を行うことが重要です。

○居宅介護支援事業所の介護支援専門員は、高齢者あんしん相談センターと連携し地域のインフォーマルサービスに関する情報を入手することが重要です。

★事例
利用者の状況：廃用症候群により両下肢筋力低下が著名（要支援２）
利用者の課題：入浴ができない

目標が曖昧で評価が困難

本人の希望に沿ったサービスを利用する場合（お世話型ケアマネジメント）

目標
清潔の保持に努める（安全に入浴する）

ケアプラン
デイサービスで週２回入浴する

このプランの問題点
デイサービスで入浴ができても自宅では入浴ができない。
支援なしでは生活ができない。

○根本的な課題解決になっていない
○介護サービスが廃用症候群を助長

重度化の恐れ

自立支援型ケアマネジメント

目標（１年後）
自分で入浴することができる

ケアプラン
○デイサービスで下肢筋力の強化と入浴動作の訓練を行う
○浴室の住宅改修や入用補助具の購入

○要介護度の改善
○自立した生活へ

３．介護予防におけるケアマネジメントの実施主体

館林市においては、介護予防におけるケアマネジメントの実施主体は、本人の住所地を担当する「高齢者あんしん相談センター」が実施します（*ｐ２０～参照*）。また、その業務の一部を指定居宅介護支援事業所に委託することができます。

４．介護予防サービス計画と介護予防ケアマネジメント

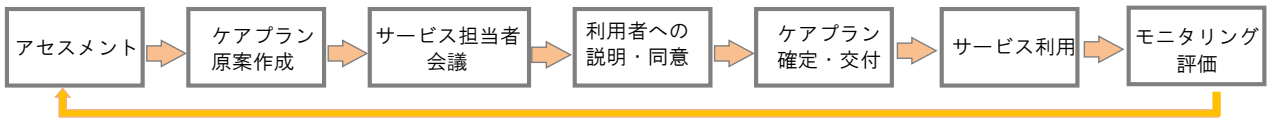
要支援認定者または事業対象者が利用するサービス内容により、ケアプラン作成をはじめとしたケマネジメントの実施方法が「介護予防サービス計画」と「介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）」とに分かれます。介護予防サービス計画については予防給付の中のケアマネジメントとして、介護予防ケアマネジメントについては総合事業の中のケアマネジメントとして実施します。

区分	要支援	要支援	要支援	事業対象者
利用 サービス	予防給付のみ 利用	予防給付と 総合事業を利用	総合事業のみ利用	総合事業のみ利用
ケアマネジ メント種別	介護予防 サービス計画	介護予防 サービス計画	介護予防 ケアマネジメント （A又はC）	介護予防 ケアマネジメント （A又はC）

５．介護予防におけるケアマネジメントのプロセス

介護予防サービス計画および介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）におけるケアマネジメントのプロセスは、下記のとおりとなります。

なお、介護予防ケアマネジメントを実施する際には、「生活状況を把握するためのアセスメントシート」等によるアセスメントを実施します。



Ⅱ 業務受託の流れ

1．受託業務の具体的手順と注意事項

①相談受付

利用者や家族を通じてサービス利用等の相談を受けた際には、希望するサービスや提案するサービスを想定し、実施するケアマネジメントを検討します。

また、利用者の認定結果（要支援１、要支援２）が出た場合、高齢者あんしん相談センターに連絡を行い、利用者の概要及び介護保険被保険者証の記載事項等を伝達します。契約等に係る利用者宅への訪問日程の調整を行います。

②ケアマネジメント業務実施依頼

高齢者あんしん相談センターより介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務の依頼を受ける場合、必要書類を預かり、ケアプラン作成のための情報収集を行います。

＜受け取るもの＞
□介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント業務依頼書
□要介護・要支援認定資料外部提供依頼書

③認定情報等の入手と取扱い

市役所介護保険課で手続きを行います。「認定情報」等は、ケアプランを作成するめに担当介護支援専門員に提供している資料のため、取扱いには十分注意してください。

＜受け取るもの（貸出）＞
□認定情報・主治医意見書

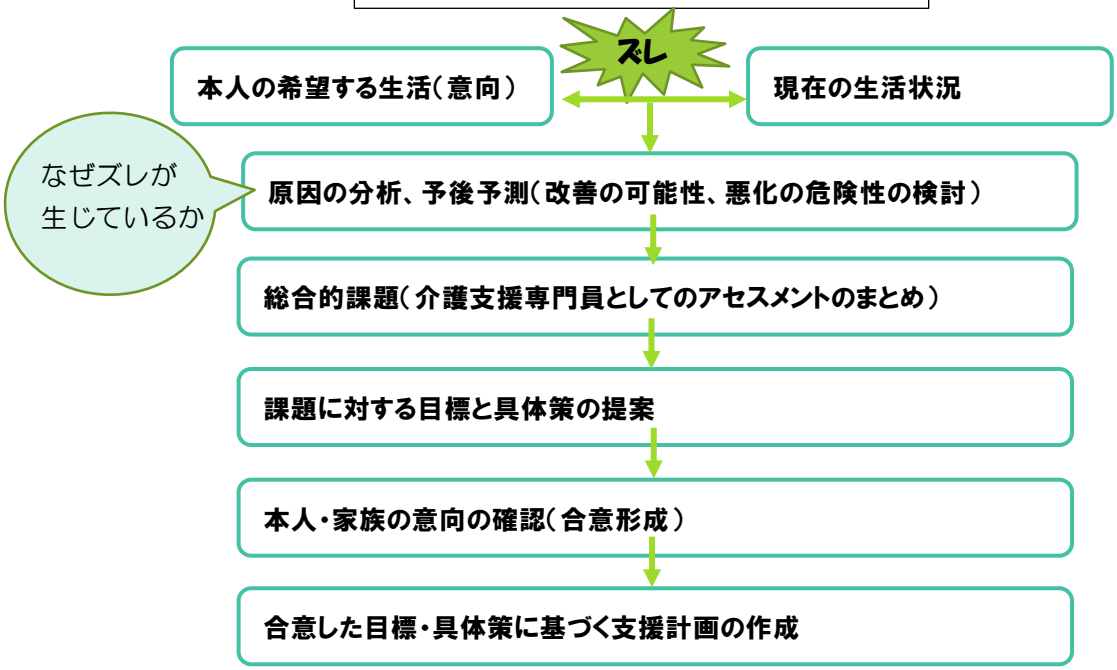
④アセスメント

アセスメントとは、利用者や家族が困っている状況や希望する生活のあり方を介護支援専門員が理解し、利用者の生活目標を実現していくために解決しなければならない課題を明確化し、その解決を図るための方法を明らかにするものです。

利用者宅を訪問し、「認定情報」等を参考に利用者及び家族との面談により、「生活状況を把握するためのアセスメントシート」等を活用してアセスメントを実施します。

アセスメントにより、利用サービスの変更が生じ、ケアマネジメントの種別が変更となった場合には、高齢者あんしん相談センターへその旨を伝えます。

アセスメントの展開



「実行状況（現在行っていること）」と「能力（物事を成し遂げる力）」を区別する視点

「能力」と「行為」の差を明確にすることが重要

実行状況 ➡ 毎日の生活の中で特別な努力なし実行している活動
（促し・見守り・介助を受けている場合も含む）

能　　力 ➡ 訓練や評価の場面で発揮することができる活動能力
生活機能をよくするために、潜在能力を引き出す

意欲を引き出す支援ポイント

高齢者の「意欲」は「生きがい」と密接に繋がっています。

「生きがい」の3つのポイント

1　使命感に基づくもの

2　自己実現を求めるもの

3　日々の生活の中に充実感を見出すもの

意欲を引き出すアプローチ

★「生活」で取り戻したいこと
★「していること」で継続したいこと
★「できること」で始めたいこと
★「目指す生活」で実現したいこと

できること・できそうなこと（可能性）を段階的に分け成功体験を感じてもらう

○目標のハードルは高すぎず・低すぎず
○サービス利用は、あくまでも手段
　→利用することだけが目的にならないように

⑤ケアプラン原案作成

アセスメント結果をもとに、どのような支援が必要かを利用者等と調整し、合意結果に基づきケアプラン原案を作成します。ケアプランの期間は介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメントともに１年を最長とします。

認定結果を待たずにサービスの利用を開始する場合、高齢者あんしん相談センターと協議の上、暫定プランを作成してください。

原案を高齢者あんしん相談センターに提出し、高齢者あんしん相談センター職員が内容を確認した上で氏名、意見等を記入、押印してお返しします。

なお、高齢者あんしん相談センターの職員がサービス担当者会議に参加する場合には会議終了時に原案確認を行うことができます。

＜ケアプラン作成のポイント＞

□アセスメントにより課題が明らかになっているか
□課題の優先順位は適切か
□総合的課題と目標が合っているか
□評価しやすい具体的な目標になっているか
□セルフケア、インフォーマルサービス、フォーマルサービスの順でサービス内容を検討し位置づけられているか
□利用するサービスの種類や回数、時間等の根拠がケアプランに位置づけられているか
□利用者が**医療系サービスの利用**を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見（書面、照会、口頭、サービス担当者会議に医師が出席等で確認したもの）を求めているか。

＜提出するもの＞

□利用者基本情報
□基本チェックリスト
□介護予防サービス・支援計画書
□介護保険証（写）
□負担割合証（写）
□利用票・別表

⑥サービス担当者会議

サービス担当者会議には、原則として利用者だけでなく家族が出席するよう調整します。サービス担当者会議を開催し、ケアプランの内容について利用者、サービス担当者等と共通認識を得て、必要な修正を加えケアプラン原案を決定します。ただし、やむを得ない理由（日程調整を行ったがサービス担当者の事由により参加できなかった場合、利用者の状態に大きな変化が見られない等における軽微な変更などが想定）がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることでサービス担当者会議に代えることができます。

□会議の内容を「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録」または居宅介護支援で使用している「サービス担当者会議の要点」に記録します。

□やむを得ない理由がある場合とは、開催の日程調整を行なったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合や、ケアプランの変更から間もない場合で、利用者の状態に大きな変化が見られない場合等が想定されます。

⑦利用者への説明・同意

サービス担当者会議において決定したケアプランや介護予防の考え方、利用者負担等について、利用者や家族に説明し、原案に利用者本人の同意が得られた場合、利用者に氏名記入してもらいます。

⑧ケアプランの提出

利用者の同意が得られた正式ケアプランの原本、サービス利用票・別表等を高齢者あんしん相談センターに提出します。

＜提出するもの＞

□介護予防サービス・支援計画書　※サービス種別の欄に生活機能向上グループ加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算等の加算等も必ず記載します

⑨ケアプランの確定・交付

利用者およびサービス事業所等に確定したケアプランの写しを交付します。

⑩サービス利用

ケアプランに基づいた、サービスの提供、利用が開始となります。

利用者の状況や課題の変化は、利用者に直接サービスを提供する事業所等により把握されることも多いため、サービス事業所等と連携を図り、情報収集に努めます。

⑪サービス利用実績の確認

ケアプランに位置付けられたサービスについて、月単位で実績を確認してください。

＜提出するもの＞
□委託料請求書
□委託料請求明細書（実績報告書）
□実績が記入された利用票
※未請求がある場合は、「実績未請求理由書」も提出

□委託料は、正式ケアプランが提出してあるものに限り請求できます。
□介護新規申請、変更申請により認定が出ていない場合は、請求できません。
□サービスを利用した翌月には、請求書等を各高齢者あんしん相談センターが指定する締め切り日までに提出してください。提出が遅れると月遅れの処理となる場合があります。

＜初回加算、委託連携加算の考え方と取扱いについて＞
⑴初回加算は、指定介護予防支援事業所が初めて当該利用者を担当する際に算定するものです。
【初回加算が算定されるケース】
〇新規に介護予防サービス計画もしくは介護予防ケアマネジメントを実施する場合（契約の有無に関わらず、ケアマネジメントの実施が終了して二月以上経過した後に、ケアマネジメントを実施する場合を含む。）
〇要介護認定者が要支援認定を受け、あるいは事業対象者として介護予防サービス計画もしくは介護予防ケアマネジメントを実施する場合

⑵委託連携加算は、介護予防支援事業所が、指定居宅介護支援事業所に委託する際、利用者に係る必要な情報を提供し、ケアプランの作成等に協力した場合に算定するものです。
〇委託を開始した日の属する月に限り、利用者１人につき１回を限度として算定することができます。

※各加算の算定用件を満たしている場合は、初回加算と委託連携加算を同時に算定することができます

⑫モニタリング

モニタリングは、少なくともサービスの提供を開始する月の翌月から起算して３月に１回、及びサービスの評価期間が終了する月は利用者宅にて面接を行います。その他の月は通所サービス事業所等への訪問や、電話等の方法により利用者の状況、サービスの実施状況等の確認を行い、１月に１回は、その結果を支援経過記録に記載します。

また、令和６年度から、他のサービス事業所との連携によるモニタリングとして以下の要件を設けた上で、テレビ電話装置等を活用したモニタリングが可能となりました。

ア.利用者の同意を得ること

イ.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医、担当者、その他の関係者の合意を得ていること

ⅰ利用者の状態が安定していること

ⅱ利用者がテレビ電話装置等を介して意思疎通ができること（家族のサポートがある場合も含む）

ⅲテレビ電話装置等を活用したモニタリングでは収集できない情報について他のサービス事業者との連携により情報を収集すること

ウ.６月に１回は利用者の居宅を訪問すること。

＜モニタリングの視点＞

□利用者の生活状況に変化がないか
□ケアプランどおりに利用者自身の行動やサービスの提供がなされているか
□個々の提供サービス等の支援内容が、実施の結果適切であるか
□利用しているサービスに対して利用者は満足しているか
□その他、ケアプランの変更を必要とする新しい課題が生じていないか

＜提出するもの＞
□介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントモニタリング・評価表
□サービス事業者によるモニタリング結果記録や評価表（写）、個別サービス計画書

⑬期間終了時評価

ケアプランの実施状況を踏まえ、目標の達成状況、生活機能全体に関する評価を行い、今後の方針を決定します。

＜提出するもの＞
□介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントモニタリング・評価表
□サービス事業者によるモニタリング結果記録や評価表（写）、個別サービス計画書

＜ケアプランの期間終了時以外に評価表の提出が必要な場合＞

①死亡・転出・転居により期間途中でケアプラン終了する場合
②期間途中で区分変更申請による認定区分の変更があった場合
③期間途中に利用者の状況変化等により目標やサービスに変更が生じ、ケアプランを改めて作成する場合
④期間途中で介護予防サービス計画から介護予防ケアマネジメント、介護予防ケアマネジメントから介護予防サービス計画にケアプランが変更となる場合（福祉用具貸与から同等の福祉用具購入に変更した場合を除く）
⑤事情により期間途中で受託不可になった場合（居宅介護支援事業所が変更となる場合等）
⑥要介護新規申請等により要介護になった場合、小規模多機能型居宅介護やグループホームを利用することになった場合等

※認定の有効期間が満了を迎える場合、適切なアセスメントを行い利用者の状況を踏まえ、更新申請を行うか、事業対象者の申請を行うかを検討します。

＜評価のポイント＞

〇目標が達成できたとき
達成できたポイントを確認して他の角度から次の目標を考える

〇目標が達成できなかった時
未達成の原因を分析し、安易に同じ目標にせず、利用者が達成できる目標の設定や利用するサービスを見直す等、今後の方針を決定する

〇【計画継続】の例
認定の有効期間内であり、
①利用者の状態は変わらず、目標が未達成だがあと少しで目標が達成しそうな段階で、利用者がそのままの目標を希望した場合
②一時的な入院等でサービス利用が中断していたが、本人の状態や意向の変化がなく同じ目標や内容を実施する場合

〇【計画変更】の例
①要支援認定の更新
②認定期間内の計画変更
③居宅介護支援事業所の変更

介護予防ケアマネジメントにおけるモニタリング・評価について

介護予防ケアマネジメントは、サービスの利用を終了しても、高齢者自身が生活機能の維持・向上のために、継続的に介護予防の取組が行えるよう「セルフマネジメント」に導くことが重要です。

そのためには、ケアプラン作成者やサービス提供事業者だけでなく、本人や家族にも積極的に関わってもらうようにすることが大切です。
「生活状況を把握するためのアセスメントシート」を使用し、本人や家族と一緒にチェックを行うことで、利用者自身の能力や現在できていること、生活機能が低下した原因や課題などが見えてきます。
課題を認識できれば積極的にケアプランに関われるようになり、セルフケアにつながります。

本人や家族の希望でサービスにつなぎ利用し続けることは、かえって本人や家族の自立を阻むだけでなく、自立支援を目的とした介護保険の理念には沿わず、適切で効果的な利用とは言えません。
介護保険や総合事業のサービスの利用を終了しても引き続き介護予防に取り組めるよう、ケアプランにインフォーマルサービスを組み入れ、それらを利用しながら地域と関わるなど切れ目のない展開が必要です。

そのためにも、セルフケアマネジメントの大切さをケアプランの早い段階から本人や家族、ケアプラン作成者やサービス提供事業所などが共有しておくことが重要です。

２．介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントのプロセス

１．相談受付（インテーク）

２．情報収集・課題分析（アセスメント）

・物理的な理由がある場合を除き、利用者の居宅を訪問し、利用者及び家族に面接

３．ケアプランの原案作成

・高齢者あんしん相談センターの確認を受ける

・最長１年毎に更新・見直し

４．原案について意見を求めるためのサービス担当者会議の開催

・原則として招集し、やむを得ない場合は照会可能

・要支援更新認定又は要支援状態の区分変更を受けた場合も開催しなければならないが、この場合は、ケアプラン変更の一連の業務（２～６）が必要

５．原案について利用者又は家族への説明・同意

６．ケアプランの確定版を利用者・事業者へ交付

７．ケアプランに基づくサービスの実施

・各介護予防サービス事業者等から個別サービス計画等を受け取る

８．モニタリング

・特段の事情がない限り、少なくとも１月に１回は利用者の状況を確認し、記録する

・サービス提供開始月の翌月から換算して３月に１回及び評価月は利用者宅にて面談を行う

９．評価

・目標未達成 → サービス提供状況の確認、新たな目標の設定
ケアプランを変更する場合は２～６を実施（軽微な変更の場合省略可）

・目 標 達 成 ↓

10．終結（介護サービスからの卒業）

※サービスを追加・変更する場合、３～6までの業務を行う必要があります

３．暫定プラン作成のプロセス

サービスを暫定利用する際に要介護・要支度の判断が難しいケースの暫定プランを作成する場合の流れ

１．新規・区分変更申請

２．高齢者あんしん相談センターに連絡・相談

・暫定プラン作成前に高齢者あんしん相談センターに連絡してください。

３．計画作成依頼届出書の提出

・高齢者あんしん相談センターと協議の上、利用者の状態で要支援・要介護を見込んでサービスの利用開始までに市介護保険課に届出を行います。

「要介護」を想定して作成する場合

４．暫定プランの作成　※ケアプランに「暫定」と表記する

・居宅サービス計画作成日を令和５年１２月 １ 日と仮定します。また、暫定プランにおいてもケアマネジメントの一連の業務を行います。

５．認定結果が「要支援」の場合

速やかに以下の手続きを行ってください

①高齢者あんしん相談センターに連絡

高齢者あんしん相談センターと利用者が契約を結ぶ。

【契約日：契約した日、契約期間の契約開始日：令和５年１２月１日】

②高齢者あんしん相談センターが計画作成依頼届出書の提出（差し替え）

【届出日：令和５年１２月１日】

③確定プランを作成

④給付管理は高齢者あんしん相談センターが行う

認定結果が「要介護」の場合

〇通常どおり

【暫定プラン作成にあたっての留意事項】

※サービス事業者は、どの要介護度になっても対応できるよう介護予防サービス（総合事業）、居宅介護サービスの両方の指定を受けている事業者を選定することで、利用者の全額自己負担となる事態を避けられる

※総合事業サービスのみの場合の介護予防ケアマネジメントについてはセルフプランの取り扱いはないため注意
※認定結果が月をまたぐ場合は、月遅れ請求となる
※暫定プランに係るサービス担当者会議において、「見込みどおりの介護度が出て、サービス内容に変更がない場合は、暫定プランを確定版とする」ことが検討されていれば、確定版に係るアセスメント及びサービス担当者会議の省略が可能

４．　「生活援助」の考え方

総合事業の「訪問型サービス」においても介護給付と同様に「生活援助中心型」算定の手順を踏む必要があります。介護予防サービス・支援計画書には、介護給付における居宅サービス計画書のような算定理由を記入する欄は指定されていませんが、経過記録に記載しておくとよいでしょう。

また、生活援助サービスを位置付ける場合、ｐ１５の「生活援助算定確認フローチャート」にてその可否を判定します。利用者・家族を含めた関係者全員が共通認識を持つためのツールとしても使用できます。

訪問型サービスは、「利用者がひとり暮らしであるか又は家族等が障害、疾病等のため、利用者や家族等が家事を行うことが困難な場合」にのみ導入できるサービスです。ただし、同居する家族にそれらの理由がない場合であっても、同様のやむを得ない事情により家事が困難な場合は、ケアプランにそれらの内容に関する事項を記載することで利用することができます。また、サービス担当者会議の議事録にその検討内容についても記載します。

＜ケアプラン記載箇所＞
□アセスメント領域と現在の状況
□本人・家族の意欲・意向
□領域における課題（背景・原因）
□課題に対する目標と具体策

「生活援助算定」確認フローチャート

前提条件
□チェック①　事業対象者、要支援1～2、または要介護1～5の利用者である

NO

YES

□チェック③　同居家族の有無と家族の状況

□チェック③-A
同居家族等の有無

同居家族がいない
（日中だけの独居は含まない）

同居家族がいる

□チェック③-B-1
同居家族の障害・疾病の有無

同居家族に障害・疾病がある
家事ができない

同居家族に障害・疾病がない

□チェック③-B-2
同居家族のその他やむを得ない事情の有無

やむを得ない事情がある
家事ができない

なし

不適切

□チェック④
サービス提供内容が
介護保険給付サービスとして適切か

適切

算定不可

NO

最終確認
□チェック⑤　事前にケアプランに位置付けられている
□チェック⑥　ケアプランが合意され明文化されている
□チェック⑦　事前に訪問介護計画に位置付けられている

YES

算定可

介護保険の訪問介護以外の代替サービス、支援方法を検討する。

「その他やむを得ない事情」に関する考え方・ポイント

「その他やむを得ない事情」については、個別判断が必要です。

以下の①～③を全て満たしたら、場合によっては「やむを得ない事情」に該当することがあります。

①「家族に対して遠慮があるので、家族には頼みにくい」、「家族に負担をかけたくない」といった理由だけでは、訪問型サービスの生活援助は算定できません。

②「その他やむを得ない事情」の場合も、家族のアセスメントが必要です。どのような家事ができる（できそう）なのか、何ができないのかを明らかにしましょう。

③「その他やむを得ない事情」で生活援助を居宅サービス計画に位置付ける場合は、短期的に位置付け、改善の方向に向けて働きかけを継続していきましょう。

○「その他やむを得ない事情」の例

■家族に高齢による筋力低下があるために、できない家事がある場合

■家族間に、これまでの関係性など利用者の今後の生活に影響を及ぼすような深刻な問題があるために、家事援助が期待できない場合

■家族に家事を行わせることにより、介護疲れによる共倒れ等の深刻な問題が生じることが明らかだと判断した場合

■その他、安全・健康・衛生上の必要性が高い場合など

○日中独居の取り扱い

「日中独居」だけでは、「やむを得ない事情」とはなりません。ただし、場合によっては「その他やむを得ない事情」に該当することがあります。

■家族が日中不在であることにより、どのような家事ができなくなり、逆にどのような家事ならば可能であるかを明確にしましょう。

■家族が不在の時間帯に行う必要性があるものなのか（家族が不在の時間帯に行わなければ、日常生活上、大きな支障が生じるか）を検討しましょう。

■他の代替手段がないか検討しましょう。

５．その他参考資料

＜参考１＞ケアプランの軽微な変更について

居宅サービス計画を変更する際には、原則として、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3月31日厚令38）の第13条第3号から第12号までに規定されたケアプラン作成にあたっての一連の業務を行うことを規定しています。なお、「利用者の希望による軽微な変更を行なう場合には、この必要はないものとする。」としているところです。

以下はあくまでも例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容がケアプラン作成にあたっての一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断してください。

■利用者の希望による軽微な変更（サービス提供日時の変更等）
■サービス提供の曜日変更
■サービス提供の回数変更
同一事業所で単一サービス種別による週１回程度のサービス利用回数の増減等
■利用者の住所変更
■事業所の名称変更
■目標期間の延長
ケアプラン上の目標設定の変更がなく単に目標設定期間の延長を行う場合
■福祉用具で同等の用具に変更するに際して単位数のみが異なる場合
■目標もサービスも変わらない（利用者の状況以外の原因による）単なる事業所変更
■目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合
総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、目標サービス種別等が変わらない範囲
■同一居宅介護支援事業所内の担当介護支援専門員の変更
新しい担当者が利用者はじめ各サービス担当者と面識を有していること。

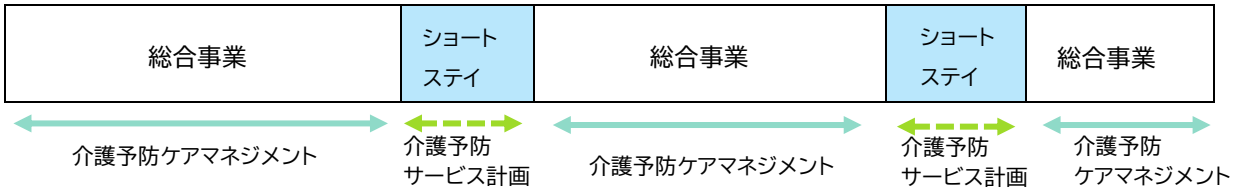
※介護保険最新情報Vol.959 令和3年3月31日

【軽微な変更として対応する場合の留意事項】

①必要事項を見え消しで訂正するなど、変更箇所が分かるようにする
②支援経過等に変更理由、変更年月日、変更内容、軽微な変更として取扱う理由等を記録する
③利用者又は家族に説明し、同意を得る
④支援経過に同意を得た日付、確認方法（電話、訪問による面接等）等を記録する
⑤各サービス事業者へ連絡し、記録する

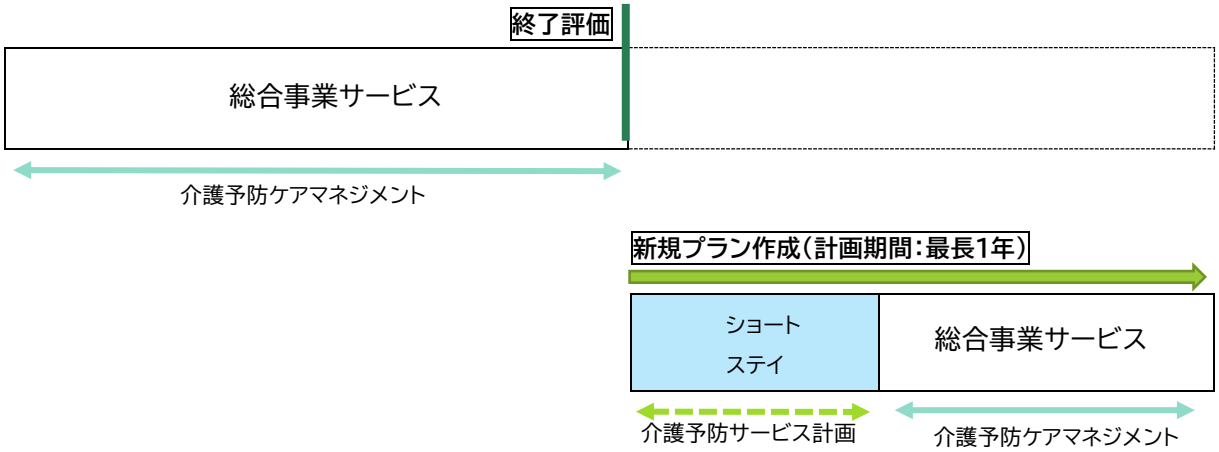
＜参考2＞介護予防短期入所生活(療養)介護を利用する場合の取り扱い

① 総合事業サービス（訪問型サービス、通所型サービス）利用者が、介護予防短期入所生活（療養）介護（以下、「ショートステイ」）の利用を予定されている場合



ケアプランを立案後、サービス担当者会議を開催し、ショートステイを利用する月を本人・家族・サービス担当者等と確認します。ショートステイを利用しない月は、新たなケアプランを作成することなく、介護予防ケアマネジメントとして取り扱います。一連の内容については、サービス担当者会議録に明記してください。ショートステイを利用した月のケアプラン作成料は介護予防支援費で請求し、利用のない月は介護予防ケアマネジメント費で請求します。これらの合意を得た上で正式ケアプランを提出してください。

② 総合事業サービス（訪問型サービス・通所型サービス）利用者が、ショートステイの利用が必要になった場合



総合事業サービス（訪問型サービス・通所型サービス）を利用している者が、ショートステイの利用が必要になった場合は、当初の介護予防ケアマネジメントの終了評価を行い、新たにケアプランを立案します（新規サービスの追加）。

Ⅲ 更新により要介護状態区分等が変更になった場合

１．要介護１以上の認定から要支援１、２の認定になった場合

	提出するもの
引き続き居宅介護支援事業所の介護支援専門員が担当する場合	□基本チェックリスト □利用者基本情報 □介護予防サービス・支援計画書
高齢者あんしん相談センターへ引き継ぐ場合（受託できない場合）	□利用者基本情報 □支援経過記録

２．要支援１、２の認定から要介護１以上の認定になった場合

居宅介護支援事業所の介護支援専門員が担当していた場合	【提出するもの】 □支援経過記録 □介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントモニタリング・評価表（終結） □サービス担当者会議の要点
高齢者あんしん相談センターが担当していた場合（居宅介護支援事業所に引き継ぐ場合）	【受け取るもの】 □利用者基本情報 □介護予防サービス・支援計画書 □支援経過記録

Ⅳ 高齢者あんしん相談センター一覧

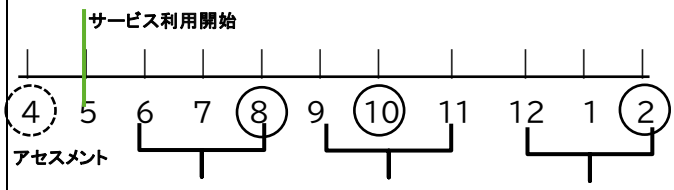
※高齢者あんしん相談センターは地域包括支援センターの愛称です

センター名・所在地・電話番号	担　当　地　区	
高齢者あんしん相談センター クローバー荘 館林市城町８－35 大名小路マンション102 **☎0276－77－1165**	〈館林地区〉	本町一丁目・本町二丁目・仲町・西本町・代官町・大街道・台宿町・広内町・東広内町・朝日町・大手町・城町・尾曳町・坂下町
	〈郷谷地区〉	瀬戸谷町・田谷町・千塚町・当郷町・細内町・四ツ谷町・若宮町・加法師町
	〈大島地区〉	大島町
高齢者あんしん相談センター 新橋 館林市下三林町452 **☎0276－75－3013**	〈館林地区〉	富士見町・栄町・新栄町
	〈六郷地区〉	小桑原町・富士原町・堀工町・分福町・青柳町・近藤町・苗木町・諏訪町
	〈三野谷地区〉	野辺町・上三林町・下三林町・入ヶ谷町
高齢者あんしん相談センター 東毛光生園 館林市成島町862－4 **☎0276－72－2060**	〈館林地区〉	岡野町（南部）
	〈多々良地区〉	高根町・西高根町・成島町・大谷町・赤土町・北成島町・松沼町・木戸町・日向町
	〈渡瀬地区〉	岡野町（北部）・大新田町・下早川田町・上早川田町・傍示塚町・足次町
高齢者あんしん相談センター 社会福祉協議会 館林市松原二丁目７－23 城沼パークハイツ101 **☎0276－60－5670**	〈館林地区〉	本町三丁目・本町四丁目・千代田町
	〈赤羽地区〉	上赤生田町・赤生田本町・赤生田町・羽附町・花山町・楠町・羽附旭町
	〈六郷地区〉	新宿・緑町・松原・つつじ町・美園町・南美園町・東美園町・西美園町

Ⅴ Q&A集

1．介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務編

	質問	回答
ケアプラン		
	福祉用具を追加 （購入・貸与）または返却する場合、ケアプランの軽微な変更に該当しますか。	該当しません。 状況の変化により、福祉用具を追加、あるいは返却する場合、アセスメントからの一連のケアマネジメントが必要となる事から軽微な変更には該当しません。
	利用者の希望により口腔機能向上加算を計画期間の途中で算定する場合、ケアプランの軽微な変更に該当しますか。	該当しません。 加算についてはケアマネジャーが利用者の状況や目標達成のために必要と判断して算定するものです。そのため、新規に加算を算定する場合は、一連のケアマネジメントの実施が必要です。
	口腔機能向上加算等の算定についてケアプランへの記載は必要ですか。	必要です。 サービス事業者が個別援助計画を立案するために必要な加算等はケアプランの「サービス種別」に記載します。また、サービス事業所の評価期間に合わせて、サービスの継続が必要かどうかを事業所の評価や利用者の状況等により判断してください。
	医療系サービスを位置付ける場合、プランの更新毎に主治の医師等へ意見を求める必要がありますか。	プラン見直し毎に必要です。また、以下のような状態の時は、意見を求めた上で、プランの見直しを検討します。 ①状態変化があり、医療系サービスの回数増や支援内容の追加等が必要な場合 ②新たな医療系サービスを追加する場合 ③プラン再作成時点で主治医の変更があった場合
	同居家族等がいる場合、訪問型サービスを利用することができますか。	同居家族等がいる場合の生活援助については、同居家族等の有無のみを判断基準として一律に支給の可否を機械的に判断することは妥当ではありません。利用者の個々の事情に応じ、ケアマネジャーがp14「生活援助の考え方」を参考にアセスメントし適切に判断してください。

質問	回答
介護予防通所リハビリと医療リハビリの併用は可能ですか。	併用は原則不可、介護保険が優先されます。ただし、一時的に介護保険と医療保険の各リハビリを同時利用できる場合もあります。 ①新たな疾患や事故等によって生じたけがや機能障害に関するリハビリの場合は一定期間が過ぎるまで医療保険で提供 ②医療保険から介護保険へのリハビリが移行する際に利用するサービス提供機関が異なる場合には、直前1か月を限定して併用することが可能 その他、医療保険における重度認知症患者デイケア、精神科デイケアを算定している患者は、同一の環境において反復継続して行うことが望ましいため、要介護認定者であっても精神科デイケア等を行っている期間内は、介護保険デイケアを算定できません。ただし、特定施設入居者生活介護または地域密着型特定施設入居者生活介護の受給者及びグループホームの入所者以外の者に対して行う重度認知症患者デイケア等については、介護保険における認知症対応型通所介護または通所リハビリテーションを行った日以外の日に限り、医療保険における重度認知症患者デイケア等を算定できます。
モニタリング	
モニタリングの「3月（みつき）に1回」とは、3か月毎と捉えてよろしいですか。	3月に1回とは、3か月毎ではなく、3月のうち1回は居宅を訪問するということです。「利用開始月の翌月から起算して、3月のうち一回は訪問」について、以下の通り例を示します。 例：5月からサービス提供開始（〇印は居宅訪問） 

２．サービス・活動事業（総合事業サービス）編

	質問	回答
総合事業サービス利用		
	通所介護従前相当サービスの利用は、要支援1のかたは週1回程度、要支援2のかたは週2回程度の利用と考えてよいですか。	質問のとおりです。
	要支援1のかたは通所介護従前相当サービスを週2回利用できますか。	要支援1は週1回程度を想定していますが、利用回数の上限は設けていないことから、受け入れ可能な事業所があれば週２回利用することは可能です。ただし、報酬は要支援1の単位となります。
	訪問型サービス A を利用したい場合、どのような手続きが必要になりますか。	訪問介護従前相当サービスと同様の流れとなり、介護予防ケアマネジメント A を実施します。
	訪問介護従前相当サービスと訪問型サービス A を同時に利用することはできますか。	訪問型サービスは3つの類型がありますが、同時に利用することはできません。アセスメントにより、サービスを選択してください。
	訪問型サービス A 及び通所型サービス A を実施する事業所は、どこで確認できますか。	館林市公式ホームページの[介護保険]-[館林市の介護サービス事業所一覧]に掲載しています。
	訪問型サービス B を利用したい場合、どのような手続きが必要になりますか。	訪問型サービス B のみ利用する場合は、高齢者あんしん相談センターが介護予防ケアマネジメント C を実施します。訪問型サービス B と他のサービスを利用する場合は、高齢者あんしん相談センター又は委託された居宅介護支援事業所が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント A を実施します。
総合事業サービスに係る請求		
	月の途中で、事業対象者から要支援へ変更になった場合、又は要支援1から要支援2へ変更になった場合	介護認定の変更日を基準として、日割り請求となります。

	質問	回答
	月の途中で、要介護から要支援へ変更になった場合、又は要支援から要介護へ変更になった場合	利用者とサービス事業所との契約日、又は契約解除日を基準として、日割り請求となります。
	月の途中で、サービスの利用を開始、又は終了した場合	利用者とサービス事業所との契約日、又は契約解除日を基準として、日割り請求となります。
	月の途中で、サービス事業所を変更した場合	同一サービス種類の変更については、利用者とサービス事業所との契約日を基準として、日割り請求となります。
	月の途中で、通所介護従前相当サービスから通所型サービス A へ変更した場合	通所介護従前相当サービスについては、契約解除日を基準日として日割り請求となり、通所型サービス A については1回当たりの報酬のため利用回数に応じた請求となります。
	月の途中で、入院した場合	契約が継続している場合は月額包括報酬となりますが、入院により契約を解除した場合は日割り請求となります。 利用者の状態や事業所の利用契約書の条件により異なります。
	月の途中で、死亡した場合	死亡した場合は契約解除になると考えられるため、死亡日を基準として、日割り請求となります。
	月の途中で、他保険者に転出した場合	それぞれの保険者において、月額包括報酬を請求できます。
	訪問介護従前相当サービスの初回加算はどのような場合に請求できますか。	サービス担当者会議を開催し、①初めて当該事業所を利用する場合、②利用者が2か月以上、当該事業所からサービス提供を受けていない場合、③要介護から要支援又は事業対象者へ変更になった場合に、初回加算を請求できます。

	質問	回答
	事業対象者が要支援になった場合、訪問介護従前相当サービスについて初回加算は請求できますか。	同一事業所から同一サービスが継続して提供されていると考えられるため、初回加算を請求できません。
	要支援2のかたが18日に変更申請を行い、要介護3であった。18日までは訪問介護従前相当サービスを利用したが、18日以降に介護給付サービスの利用がない場合、請求はどうなりますか。	訪問介護従前相当サービスについて18日まで日割りとし、高齢者あんしん相談センターが請求してください。
	要支援1のかたが15日に変更申請を行い、要介護2であった。15日までは通所介護従前相当サービスを利用し、15日以降に通所介護を利用した場合、請求はどうなりますか。	通所介護従前相当サービスについて15日まで日割りとし、居宅介護支援事業所が請求してください。
	生活保護受給者は、公費負担となりますか。	第1号被保険者及び40から64歳の生活保護受給者については、介護扶助の対象となります。
	総合事業に係る請求誤り等があった場合、どのような手続きが必要になりますか。	介護給付と同様、過誤申立が必要となります。依頼書は、館林市ホームページ[介護予防・日常生活支援総合事業]-[介護予防・生活支援サービス事業(事業者向け情報)]-[過誤申立依頼書]からダウンロードの上、提出してください。
介護予防ケアマネジメント		
	介護予防ケアマネジメントについて、担当できる件数に制限はありますか。	介護予防ケアマネジメントについては逓減制度を設けていないため、担当件数に制限はありません。
	訪問介護従前相当サービスから訪問型サービス A へ変更した場合、ケアプランの変更は必要になりますか。	サービス種別の変更になりますので、ケアプランの変更は必要になります。

	質問	回答
	「訪問型サービス B のみ利用」から、「訪問型サービス B と他サービスとの併用」へ変更になった場合、介護予防ケアマネジメントはどうなりますか。	「訪問型サービス B のみ利用」の場合、高齢者あんしん相談センターが介護予防ケアマネジメント C を実施しますが、「訪問型サービス B と他サービスとの併用」の場合は介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント A となり、居宅介護支援事業所も担当することができます。
	訪問型サービス B と通所型サービスを利用していたが、体調等により通所型サービスを一時中断し、訪問型サービス B のみとなった場合は、介護予防ケアマネジメントはどうなりますか。	通所型サービスの中断が一時的で、再開の見込みがある場合は、介護予防ケアマネジメント A が継続するとの考えから、居宅介護支援事業所が担当を継続することができます。再開する見込みがなく、訪問型サービス B のみの利用となる場合は、介護予防ケアマネジメント C となるため、高齢者あんしん相談センターへご連絡ください。
介護予防ケアマネジメントに係る請求		
	介護予防ケアマネジメントの初回加算は、どのような場合に請求できますか。	①初めて介護予防ケアマネジメントを実施する場合、②介護予防ケアマネジメントを実施してから2か月以上経過した場合、③要介護から要支援又は事業対象者へ変更になった場合、に初回加算を請求できます。
	委託先の居宅介護支援事業所が変更となった場合、初回加算を請求できますか。	委託先の居宅介護支援事業所は変更になっても、当該介護予防支援事業者としては初めて当該利用者を担当するわけではないので、初回加算を請求できません。
	要支援から要介護へ変更後、要介護から要支援へ変更になった場合、初回加算を請求できますか。	初回加算を請求することができます。
	事業対象者から要支援へ変更になった場合、初回加算を請求できますか。	事業対象者又は要支援に対して介護予防サービス計画を作成することは同等であると考えられるため、初回加算を請求できません。

	質問	回答
	転居等により介護予防支援事業者が変更となった場合、初回加算を請求できますか。	介護予防支援事業者としては初めて当該利用者を担当することになるため、初回加算を請求できます。
	介護予防ケアマネジメント C から介護予防ケアマネジメント A へ変更した場合、初回加算を請求できますか。	介護予防ケアマネジメントとしては新規ではないため、初回加算を請求できません。
	月の途中で、居宅介護支援事業所が変更となった場合、請求はどうなりますか。	変更後の居宅介護支援事業所のみ月額包括報酬を請求できます。
	月の途中で、他保険者に転出した場合、請求はどうなりますか。	それぞれの保険者において、月額包括報酬を請求できます。
	介護予防ケアマネジメントについて、返戻や請求漏れがあった場合、どのような手続きが必要になりますか。	新規で給付管理票のみ提出してください。
	通所型サービスのみの利用として介護予防ケアマネジメント費を請求したが、福祉用具貸与を利用していたことが判明した場合、どのような手続きが必要ですか。	介護予防ケアマネジメント費について過誤申立により取下げを行い、福祉用具貸与を追加し、介護予防支援費の給付管理票を提出してください。
サービス担当者会議		
	サービス担当者会議は「やむを得ない理由がある場合は、照会等により意見を求めることができる」とされているが、具体的にどのような場合ですか。	「やむを得ない理由がある場合」とは以下のような場合が想定されます。 ①サービス担当者会議の開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合 ②p17「ケアプランの軽微な変更の内容について」に該当する場合 ③利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）の心身の状況等により、主治の医師等の意見を勘案して必要と認める場合 ④ケアプランの変更から間もない場合で、利用者の状態に大きな変化が見られない場合

	質問	回答
	「ケアプランの軽微な変更」とは、どのような内容ですか。	介護保険最新情報 Vol.155【「介護保険制度に係る書類・事務手続きの見直し」に関するご意見への対応について】のなかに、「軽微な変更」について示されています。市ホームページに掲載しておりますので、ご確認ください。
	サービス担当者会議の開催場所の指定はありますか。	原則は利用者の自宅で行います。別の場所で行う場合は、自宅で行えない理由をサービス担当者会議の記録に記載してください。通所型サービス事業所で行う場合は、サービス提供時間内に行わないように注意してください。
	居宅介護支援事業所が変更となった場合、サービス担当者会議の開催は必要ですか。	前任者の介護支援専門員のケアプランを参考に、再度ケアプランを作成し、サービス担当者会議を開催してください。
	居宅介護支援事業所内で担当介護支援専門員が変更になった場合、サービス担当者会議の開催は必要ですか。	前任者の介護支援専門員のケアプランを利用し、サービス担当者会議を開催しなくても差し支えありません。
給付管理		
	事業対象者の支給限度額は要支援1相当ですか。	質問のとおりです。
	総合事業においても、給付制限は適用されますか。	質問のとおりです。
	訪問型サービス B を利用した場合、様式への記入、給付管理票等はどうなりますか。	「週間予定表」及び「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、「訪問型サービス B」について記入してください。「サービス利用票」「給付管理票」「請求明細書」については、「訪問型サービス B」について記入の必要はありません。
事業対象者		
	要介護認定の結果、非該当の可能性が高いため、要介護認定申請と基本チェックリストによる申請を同時にすることはできますか。	同時に申請することはできません。基本チェックリストによる申請は、更新のかた、又は要介護認定申請の結果非該当であり、アセスメントによりサービス利用が必要と認められるかたになります。

質問	回答
事業対象者のかたが転入してきた場合、他市町村の情報をそのまま活用し、事業対象者の認定は継続できますか。	事業対象者の認定を引き継ぐことはできず、新規申請と同様の取扱いとし、要介護認定申請が必要となります。
住所地特例	
他市の住所地特例対象者の介護予防ケアマネジメント費はどうなりますか。	A 市の被保険者で B 市に居住しているかたは、B 市の総合事業を利用し、B 市の、高齢者あんしん相談センターが介護予防サービス計画を作成します。介護予防ケアマネジメント費については、B 市のサービスコードで A 市に請求してください。

館林市介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務受託の手順書

令和６年４月１日　　初版　発行　市高齢者支援課
令和７年４月１日　　改訂　発行　市介護保険課
（協力）
館林市クローバー荘地域包括支援センター
館林市新橋地域包括支援センター
館林市東毛光生園地域包括支援センター
館林市社会福祉協議会地域包括支援センター