# 介護予防支援業務に関するＱ&A　一宮市版　Vol.9　（2026 年 10 月現在）

この件につきましては、一宮市と市内地域包括支援センターとの間で、Attend　Mysa の機能も勘案しながら、検討した結果や取り決め事になりますので、保険者が異なる場合はその市町村の指示に従って下さい。

## 評価について

**Q1.　認定の有効期間内の途中で、評価は必要ですか？**

A.　認定の有効期間ではなく、介護予防サービス・支援計画書で定めた期間の終了月に評価をすることになっています。（P2Q8 参照）また、評価をおこなった場合は、新しい計画書の作成が必要となります。計画書作成前に担当の地域包括支援センター宛に評価表を提出（FAX 可）して下さい。（P5Q1 参照）

**Q2.　評価表の、「プラン継続」「プラン変更」等のチェックはいつ付けるのですか？**

A.　評価表の「今後の方針」「総合的な方針」まで記載しましたら、担当の地域包括支援センター宛にその評価表を提出（FAX 可）して下さい。担当包括にて評価表の、「プラン継続」「プラン変更」等のチェックをし、担当ケアマネジャーまで返却いたします。

**Q3.　評価結果が、「プラン変更」となる時とはどのような状況の時ですか？**

A.　評価結果のほとんどの場合が、この「プラン変更」になると思われます。例えば３つの目標を計画で位置づけしたうち、２つ達成、１つ未達成と評価した場合でも、計画を変更していく必要があります。当然のことながら、全て“未達成”の場合は、計画内容を見直しするべきであり、全て“達成”された場合には、次の段階の計画書を作成することが望ましく、「プラン変更」と位置づけることになります。

**Q4.　評価結果が、「プラン継続」となる時とはどのような状況の時ですか？**

A.　評価表でいう「プラン継続」とは、現在利用しているサービスの“種類が変わらず継続”とか“利用回数が変わらず継続”という意味ではなく、基本チェックリストの結果が前回と概ね変化なく、計画書で設定した目標まで、「あともう少しなので、しばらく現状で様子をみてみよう」と思われる状況であり、現計画書の内容を変更することによって利用者の気持ちの混乱や、機能低下を引き起こしてしまうような心配がある場合などに「プラン継続」と位置づけることになります。

Q5.　評価表の右下チェック欄の「介護給付」「予防給付」「介護予防・生活支援サービス事業」「一般介護予防事業」へのチェックは、現在受けているものに対して付けるのですか？

A.　いいえ。次の計画期間で受ける（位置づけようとしている）サービスについてのものにチェックを付けることになります。

Q6.　評価結果が、プランについて「終了」となる時とはどのような状況の時ですか？

A.　「介護給付」「予防給付」「介護予防・生活支援サービス事業」「一般介護予防事業」のいずれかのサービスを現在受けており、次回からは別の『介護給付かサービスを使わない場合』に移ることになった場合に「終了」へチェックすることになります。また、プランについても『介護給付かサービスを使わない場合』についても、両方ともに「終了」へチェックする時とは、次回から「利用者の希望によりサービスを使わない」「長期入院・入所」「死亡」「遠方への転居」等、サービスを今後使わない状況となった場合が考えられます。

Q7.　長期入院者に対する評価の時期はいつですか？

A.　長期入院者の場合は状態が変わりなければ、入院時に評価の必要は無く、認定期間終了時に入院中であれば終了とし、評価をしてください。入院以前と状態が変わり、計画書の変更が必要となれば、退院時に支援の方向が決まった時点で評価をしてください。

Q8.　モニタリングは、評価の一環と考えますが、規定の評価表に記載しなければなりませんか？

A.　いいえ。規定の評価表に記載する必要はありません。ただし、モニタリングの為に訪問（電話）された際には、利用者の心身状況等の把握をはじめ、サービスの利用満足度のほか、現在設定されている目標に対しての達成状況の把握をして頂く必要があります。それらの状況を支援経過記録に記録していただければ結構です。

Q9.　**評価表の地域包括支援センター意見欄は誰に対しての意見ですか？利用者に対しての意見ですか、それとも委託したケアマネジャーへの意見ですか？**

A.　担当のケアマネジャーに対しての意見です。

Q10.　**評価をする際は、必ず基本チェックリストを取り直さなければなりませんか？**

A.　更新、プラン変更、区分変更時にはまず基本チェックリストにより利用者の状況をチェックし、今般設定した目標に対しての評価を行ってください。また、その時の基本チェックリストと評価表を包括担当者に FAX 等により、提出してください。

　なお、サービス利用終了時、更新認定結果が要介護の場合と、事業所内でのケアマネジャー変更の際の評価時は、基本チェックリストを取りなおす必要はありません。

## 計画について

Q1.　**介護予防サービス・支援計画書で定めた期間の途中で、利用者の状態等は変わっていないが、利用者からの希望でサービス利用回数を少し減らすこととなった場合（週2回のヘルパー利用を週1回利用に変更等）、評価をして新しく計画書を作成する一連の作業をしなければなりませんか？**

A.　評価も再計画作成もしていただかなくて結構です。

Q2.　**現在、2 種類のサービスを利用中です。利用者の状態等は変わっていないが、利用者からの希望で 1 種類のサービスを取りやめることになりました。計画書の再作成は必要ですか？また、加算の追加や加算の取りやめが発生した場合についての計画書の再作成は必要ですか？**

A.　計画作成時に、途中でサービス内容の変更が想定される場合は、その旨を計画書に記載しておけば、計画書の再作成の必要はありません。逆に、本人の状況の変化（入退院）や、生活状況の変化（家族構成の変化）に伴うサービス内容の変更があった場合は、再度新しく計画書を作成していただく必要があります。また、加算の追加についても事前にその旨を記載しておけば、本人に説明し、計画書、利用票にサービスを追加で記載するとともに経過記録に記録することで結構です。

**Q3.　介護予防サービス・支援計画書の地域包括支援センター意見欄への意見をもらうのは、いつもらえばいいですか？**

A.　基本的には、計画書を作成し、包括担当者に意見をもらってから利用者の同意をもらってください。もし、利用者の同意を先に頂いた場合は、包括担当者の意見を参考にした予防支援に心掛けていただきながら、意見が記入された計画書のコピーを利用者に交付し、その意見を簡単にお伝えしていただければ結構です。

担当者会議案内と共に評価・プラン原案を包括センターへ事前に提出いただければプランへのコメントを担当者会議案内のコメント欄に記入しますので、Attend Mysa で入力し、印刷して使用することができます。

**Q4.　介護予防サービス・支援計画書の右端の「期間」とは、各項目の何の期間なのですか？各項目の評価期間なのですか？**

A.　計画書に掲げた支援をどの程度の期間にわたり実施するかを記載します。なお、期間の設定においては、認定の有効期間を超えないように考慮し、長くても１年程度とします。

**Q5.　暫定プランに包括のコメントはいりますか？**

A.　暫定プランには包括のコメントは不要ですが、本プランには必要となります。本プラン提出時に暫定プランの写しを提出してください。

注）新規（認定待ち）と区分変更には暫定プランの提出は必須です。

## サービス担当者会議について

**Q1.　定期的（更新ごとの）なサービス担当者会議は、必ず包括担当者の参加を求めなければいけませんか？**

A.　原則、開催前には包括担当者の参加を確認してください。特に困難事例等、援助者同士や関係機関とのチームアプローチが必要な場合など、「包括担当者に出席して欲しい」と思われるケースについては、事前に開催日時等の調整を包括担当者とお願いいたします。また、それ以外のケースについては、まず他のサービス担当者等との調整をして日時決定し、最後に開催日時の連絡（担当者会議案内 FAX で可）を包括にしてください。

　担当者会議依頼書兼回答書にて包括支援センターが欠席で意見の記入がある場合、この意見は担当者会議に対する意見です。包括支援センターが最近の利用者の状態や利用するサービス等を把握している場合は、計画書に対しての意見としても差し支えありません。原案を提出いただいていれば、計画書へのコメント欄へ記入します。

**Q2.　認定の有効期間内の途中で評価をし、「プラン変更」と位置づけた場合には、サービス担当者会議の開催は必要ですか？**

A.　必要です。

**Q3.　サービス事業所の変更は「プラン変更」と位置づけることが必要ですか？**

A.　計画書の事業所についての軽微な内容変更であれば、「プラン変更」と位置づける必要はありません。計画書の変更部分を手書きで書き加え、本人の同意を得て欄外に署名をもらい、写しを包括に提出してください。

　本人家族の状況、課題、目標、サービス種別等の変更の場合は、「プラン変更」と位置づけてください。軽微な変更に該当するかどうかでご判断ください。介護保険最新情報 Vol.959 参照。

**Q4.　同一事業所内でケアマネジャーを変更する場合評価は必要ですか？また、計画書の同意を再度取り直すことが必要ですか？**

A．　計画書に変更が無い場合でも、評価表（紙）とＵＳＢによるデータの両方を包括支援センターに提出してください。評価表には最低限「ケアマネ変更のため」と記載し、なるべく旧担当が評価を行い、新担当に引き継ぐようにしてください。

　データ提出の理由は、Attend　Mysa のデータのケアマネ氏名を包括支援センターにて変更する必要があるためです。

　利用者の手元にある計画書とケアマネジャーの手元にある計画書の作成者氏名と変更日を手書きで書き換えてください（再作成でも可）。本人の同意を得て欄外に署名をもらい、写しを包括に提出してください。

**Q5.　ケアマネジャーの異動により、法人内で居宅事業所を変更した場合や、法人内の居宅事業所の増設や合併などにより居宅事業所名が変更になった場合、担当ケアマネジャーの変更とプランの変更が無くても新たにプランを作る必要はありますか？**

A．　軽微な変更に該当するかどうかでご判断ください。介護保険最新情報 Vol.959 参照。

　上記の場合は、法人内での居宅事業所の変更は軽微な変更に非該当のため、新たにプラン作成が必要です。運営法人や担当ケアマネジャーに変更がなく、単に事業所名が変更になった場合は軽微な変更に該当するため、新たなプラン作成は不要です。

## 利用票について

**Q1.　利用票は、包括担当者に毎月渡さなければならないのでしょうか？**

A．　実績報告時に利用票を提出いただくだけで構いません。ただし、計画期間内に、利用しているサービス種類及び加算状況の追加や取りやめ、定期的に利用していた曜日が変更、定期の利用回数に増減（たまたま、その週のみ増減があった場合は除く）などがあった場合には、包括担当者に電話や FAX、実績送付状の備考欄等で連絡いただければ結構です。

Q2.　利用実績は、どのようにして包括担当者に毎月渡さなければいけませんか？

A.　市役所より配布されたソフト（Attend Mysa）の提供票入力画面にて当該月の実績を入力し、利用票と利用票別表をプリントアウトして下さい。そのプリントアウトした紙帳票を、原則として５日までに包括担当者に FAX 等でいただければ結構です。

Q3.　サービス利用票･利用票別表は要介護の方々同様、毎月利用者に対して交付し、署名が必要ですか？

A.　利用者に対して、利用サービス予定の説明や周知の為には必要ですが、そもそも厚生労働省により、定型化した様式が出されていないため、その提示や署名は必ずしも必要という訳ではありません。ただし、利用者が利用票の交付が無いために、利用日やそれにかかる費用について混乱をきたすようではいけません。署名は頂かなくても、毎月交付のみ行ったり、３ヶ月に一度は、３ヶ月分を交付するなど、苦情や混乱がないようにする工夫が必要です。

## 利用者基本情報について

Q1.　利用者基本情報は、更新毎に作成し利用者同意欄に印鑑が必要ですか？

A.　利用者基本情報の作成については、更新ごとではなく、状況に変化があった際（転居等）で結構です。契約時に必要の範囲内で個人情報を使用する旨の同意書を得ている場合は、利用者基本情報に署名・押印は無くても構いません。

Q2.　利用者基本情報は、居宅事業所が変更になった際、同意の印は改めて必要ですか？また、同一事業所内でのケアマネジャーを変更する場合は必要ですか？

A.　事業所変更の場合は、基本情報に変更が無い場合でも改めて、署名をもらってください。同一事業所内での変更は、不要です。

## 介護予防支援経過記録について

**Q1.介護予防支援経過記録にはどのような内容の記録が必要ですか？**

A.　評価について Q8 参照

モニタリングの記録（手法、だれと行ったか、サービスの実施状況）を少なくとも 1 月に 1 回結果を記録に残してください。

少なくとも 1 月に 1 回指定介護予防サービス事業所、指定地域密着型介護予防サービス事業者へ訪問、電話、FAX 等の方法でサービスの実施状況、サービスを利用している際の利用者の状況等について把握するための聴取を行ってください。

毎月提出いただく実績送付状にて実施欄を作成しましたので行ったかどうか報告ください。

## その他

**Q1.　支援経過記録を Attend Mysa に入力することは必要ですか？**

A.　モニタリングなどの支援経過を包括支援センターと市役所が把握する必要があるため、入力してください。支援経過記録の記録者が分かるように入力してください。

市外など attend 未使用事業所は紙面での提出が必要です

**Q2.　介護予防サービス作成のための資料提供の申請は、包括、居宅が各々行わなければなりませんか？**

A.　市から提供を受けた資料を包括から居宅に提供しようとすると、本人同意をとる必要があり、新たな書類が必要となるため、各々で申請をするようにしてください。

**Q3.　各種加算について、ケアプランへの記載は必要か。**

A.　ケアプランへの記載という意味であれば当該加算の名称自体を必ずしも位置づける必要性はないと考えます。従前からあるその他の加算も含め、加算の名称がケアプランに位置づけられているケースは多く見受けられますが、その場合において、加算の名称のみの位置づけにとどまらず、利用者の課題等に関連し具体的な長期・短期目標の設定に重点を置いて作成していただくようにお願いします。

Q4. **委託連携加算の算定要件についてどのように判断すれば良いか？**

A. 【算定要件】

・包括支援センターが委託する際に、当該利用者に係る必要な情報を提供し、介護予防サービス計画の作成等に協力する。

・委託を開始した日の属する月に限り、利用者一人につき一保険者あたり１回を限度として算定する。

【解釈】

令和３年４月以降の新規の利用者〇、更新や継続の利用者×、居宅を変更する利用者のうち令和３年４月以降に一度も算定していない場合は〇、算定した事がある利用者×、包括を変更する利用者〇、介護区分変更（要介護⇔要支援）した利用者〇と考えています。ただし、利用者一人につき１回限りと考えているため、記録を残しておく必要があります。また、原則はサービスを開始した月ではなく、委託を開始した月に算定されるものと考えますが、実務上はサービスを開始した月に算定することになります。