

Q & A (よくある質問)

NO	項目	質問内容	回答
1	ケアプラン	これまで医療系サービスの内容の場合3か月間の設定期間でしたが、今後は3か月～6か月で期間を設定してよいのでしょうか。	その通りです。 自立した生活が送れるよう目標を設定し、達成できると見込める期間を、3か月～6か月間で設定してください。
2	ケアプラン	要介護認定の変更申請中や更新申請中にサービスを利用している場合、暫定ケアプランは必要でしょうか。	必要です。 要介護認定の変更申請中や更新申請中、介護ケアプランの暫定ケアプランと同時に、介護予防ケアプランの暫定ケアプランも作成して利用者へ示し、同意を得てください。(サービス利用の前提として「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について」によるアセスメントからの一連の流れが必須であること。) 委託で作成している場合は、暫定ケアプランへのコメントを地域包括支援センターへ依頼しコメントが入った暫定ケアプランを利用者へ示してください。
3	ケアプラン	利用者にとって必要なサービスについて、現時点で同意を得られなかった場合について質問です。 アセスメントの結果、計画作成者が必要と思われるサービス利用について、利用者・家族から同意を得られませんでした。ケアプランに載せないべきでしょうか。	アセスメント結果によって提案したサービスについて同意を得られなかった場合は、介護予防ケアプラン内の『【本来行うべき支援ができない場合】 妥当な支援の実施に向けた方針』へ記載し、その必要性については説明をしましょう。
4	ケアプラン	アセスメントの4領域すべてにおいて、目標の設定と支援計画を立てるよう指導を受けたことがあります。 領域における課題がない場合も支援計画を立てるのでしょうか。支援計画のすべての枠をうめなければならないのでしょうか。	課題がない領域については、支援計画を立てる必要はないので無理に枠をうめる必要もありません。 ケアプランは、アセスメントにより現状を把握(アセスメント領域と現在の状況)し、領域別に解決すべき課題があるかないかを整理分析(領域における課題)し、総合的課題の欄において優先順位の高い順に整理します。 この課題を解決するための目標と具体策を本人、家族へ提案し同意を得られたならば、この目標に対して誰がいつまでにどんな方法で目標達成を目指すのかを示す欄が支援計画です。 そのため、支援計画の枠は、アセスメント4領域の枠と必ずしも連動するものではありません。
5	ケアプラン	確定しないサービスを検討中の場合についての質問です。 本人から訪問介護サービスの利用の同意は得られ、サービスを開始するためケアプランを作成しました。 同時に、通所介護サービスの利用も同意を得られましたが、サービス提供事業所が決まっていません。 ケアプランの事業所欄は『検討中』と記載して交付してよいのでしょうか。	原則、支援計画の事業所欄、期間欄は、決定した内容を記載してください。 この場合は、決まっている訪問型サービスの内容のみ記載し、介護予防通所介護サービスが決定しましたら、再度ケアプランを作成し、サービス担当者会議を経て利用者と事業所へ交付してください。
6	ケアプラン	介護保険にて住宅改修を行う場合、ケアプランに位置づけるのでしょうか。その場合の評価についてはどのようにしたらよいのでしょうか。	住宅改修の必要性が、既存のケアプランの目標達成に影響があるのであれば、ケアプランを新規作成しましょう。(アセスメントからの一連の流れを行います。)その際、現行のケアプランの目標達成状況の評価しケアプランを終結させてください。 影響がないのであれば、支援経過記録に住宅改修が必要となった経緯を記録しておきましょう。 住宅改修時、市原市へ提出する『住宅改修が必要な理由書』は、写しを保管し今後のアセスメントに生かしましょう。 委託を受けている場合は、委託元の包括へ写しの提出とともに報告をしてください。 評価は、ケアプランを終結する際に行ってください。

NO	項目	質問内容	回答
7	ケアプラン	月始めからデイサービスを利用していましたが、月途中で福祉用具を利用する事となり、新しくケアプランを作成しました。 この場合、双方のサービス計画期間を合わせて問題ないでしょうか。 また、基本チェックリストや評価はどのように対応したらよいでしょうか。	新たにサービスを追加した場合はケアプランを作成してください。（アセスメントからの一連の流れを行います） その際、現行のケアプランの目標達成状況を評価しケアプランを終結させてください。 再度、チェックリスト、アセスメントを行い、新たなサービス導入の必要性の把握を関係者間でのサービス担当者会議において共有してください。 ケアプラン計画期間について、他のサービスと計画期間を合わせる事が適切と関係者間の会議で判断された場合は合わせて構いません。 一連の経過について支援経過に記録することを忘れないようにしましょう。
8	ケアプラン	利用者の状況に変化はありませんが、サービスを追加しました。この場合、基本チェックリストは実施すべきでしょうか。	利用者の状況（身体や環境の変化等）に変化がないにもかかわらず、サービスを追加しなければならない理由の整合性が見つからない場合は、アセスメントから一連の流れによりケアプランを見直してください。 基本チェックリストはアセスメントツールの一つであり、その結果を基にサービスの追加や変更、継続を判断する目安となる事から、プラン作成時(新規 変更 更新等)は実施して下さい。 基本チェックリストを実施し、必ずケアプランに反映して下さい。
9	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、軽微な変更として取り扱う事ができますか。 ※軽微な変更⇒介護保険最新情報Vol.1049「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正等について（介護保険最新情報 Vol.958等の再周知）より参照。	状況の変化により、福祉用具を追加、あるいは返却する事では、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。
10	ケアプラン	利用者に説明、同意を得た後、ケアプランに記載されている計画期間に修正が必要なことに気がつきました。どの様に対応したらよいでしょうか。	必要な修正は迅速に行ってください。 ケアプランは公的な書類です。修正が必要な場合は委託元包括へ報告し、ケアプランを修正し、交付先（利用者、サービス提供事業所、委託元包括）へ再交付してください。 修正内容（内容に大きく影響しない程度の修正）によって、修正箇所には訂正線を引く対応が可能か、委託を受けている場合は委託元包括へ相談してください。 対応した経緯は、支援経過記録に記載をしておきましょう。
11	ケアプラン	暫定ケアプランで、デイサービスを利用する場合、確認事項は何でしょうか。	相談、対応、サービス調整は、通常の際と同様です。 認定結果が非該当となることも想定されるため、自費になる事リスクなどを説明の上、利用者の同意を得ましょう。
12	ケアプラン	事業対象者の場合、暫定の介護予防ケアマネジメントはあるのでしょうか。	事業対象者の介護予防ケアマネジメントに暫定プランは有りません。 事業対象者は基本チェックリストの該当基準を満たし介護予防サービス計画書の作成により、介護予防サービス等が開始されます。
13	ケアプラン	総合事業におけるサービスの利用者が、助け合い等の住民、団体によるサービス等を利用する場合、ケアプランに位置づける必要がありますか。	利用者の生活の質の安定、向上を図る為に必要な支援、資源の利用検討は必要です。 本人家族の役割、地域資源の活用等、ケアプランに記載しましょう。

R6.2.13
訂正

R6.4.1
修正

NO	項目	質問内容	回答
14	ケアプラン	要支援認定の方が、介護ベッド、車いす、移動リフト等の貸与が必要となった場合、介護保険サービスで利用するにはどうしたらよいのでしょうか。 また、認定更新した場合の対応はどうしたらよいのでしょうか。	状態の変化が認められたときは、まず介護認定の見直しを検討しましょう。 軽度者に対しての福祉用具貸与については、市原市ウェブページに指針が示されています。詳細はウェブページで確認してください。 https://www.city.ichihara.chiba.jp/article?articleId=6023799aece4651c88c18a09 相談先は高齢者支援課給付係となります。相談の際に提出する書類は、介護認定の更新時、変更時には再度提出します。写しは今後のために保管しておきましょう。 さらに、一連のケアマネジメントを行い、アセスメントから目標設定まで見直しをお願いします。 委託を受けている場合は、委託元包括へ書類一式を提出し、市へ相談中であることを報告してください。
15	ケアプラン	基本情報について質問です。情報に変更があった場合は、更新するのでしょうか。	更新してください。 利用者の情報をまとめる基本情報は、変更や追記情報があるごとに更新し、既存のものに追記した場合は、同意欄の余白に署名を得てください。 特段変更がない場合でも、介護認定の更新時は一度見直して、同意欄に署名を得てください。
16	モニタリング・評価	3か月に1回とありますが、面接のモニタリングは自宅ではなく、サービス提供事業所での面談でもよいのでしょうか。 これまでは、月1回の電話モニタリングを実施していますが、今後も継続と考えてよいのでしょうか。	3か月又は6か月に1回の訪問によるモニタリングは、自宅での面接を想定しております。 サービス提供事業所においてサービス提供中にモニタリングの時間を割くのは適切ではありません。モニタリングでは、本人の状態や目標の達成状況等を確認し支援経過記録へ記載しましょう。 訪問月以外のモニタリングは電話での確認でもかまいません。モニタリング結果は支援経過記録へ記載しましょう。
17	モニタリング・評価	6か月に1回とありますが、医療系サービス(訪問看護、訪問リハビリ、居宅療養管理指導、通所リハビリ等)の利用計画の場合、従来は3か月に1回の評価の実施をするよう指導がありましたが、今後は6か月に1回の評価でよいのでしょうか。	原則、評価とはケアプランの期間が終了する月に、目標が達成されたかどうかを判定する作業を指します。 長期間(7か月～12か月)のケアプラン期間以外は、ケアプランが終了する月に行ってください。
18	モニタリング・評価	通所サービスにおける運動器機能向上加算を算定している利用者の評価期間に対しては、3か月ごとに評価を行うとの指導がありましたが、今後はケアプランの評価は6か月ごととしてよいのでしょうか。	原則、評価とはケアプランの期間が終了する月に、目標が達成されたかどうかを判定する作業を指します。 長期間(7か月～12か月)のケアプラン期間以外は、ケアプランが終了する月に行ってください。
19	ケアプラン	要介護から要支援になった場合、訪問リハビリは継続して利用可能でしょうか。	必要なサービスと判断されるならば、利用は可能です。 介護認定が変わった場合は、アセスメントから一連のケアマネジメントを行い、あらたな目標設定を行ってください。目標達成のために必要なサービスが訪問リハビリテーションの場合は、サービス担当者会議で検討してください。
20	ケアプラン	同意を得たケアプランの変更について質問です。 翌月からのプランの原案を作成し、サービス担当者会議を経て包括にコメントをもらい本人に署名して頂いたが、その後サービス内容に変更が必要となった場合、コメントを入れてもらったプランを生かして良いのでしょうか。	委託元包括からのコメントは、サービス担当者会議前に受けてください。 サービス内容に変更が生じたら、再度作成し直し、委託元包括へ報告し、改めてコメントを受けてください。

R6.4.1
修正

R6.4.1
修正

NO	項目	質問内容	回答
21	給付管理	要支援認定者が月途中で区分変更申請し、同時に居宅介護支援事業所へもケアプランの作成を依頼し利用者と契約締結をしました。 結果として、その月は介護予防サービスのみを利用し介護サービスの利用はありませんでした。この場合の請求はどこが行うのでしょうか。	介護保険サービスの請求は、その月のサービス利用稼働最終日に契約している居宅介護支援事業所で請求を行います。 このケースの場合、介護認定区分変更後に介護保険サービス（要介護認定を見込んだサービス）を利用しなかったため、居宅介護支援事業所は実質稼働しなかったことになるため、指定介護予防支援事業者である地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所が請求を行います。
22	給付管理	初回加算について質問です。 サービスを2か月以上休み、改めてアセスメント、ケアプラン作成、サービス担当者会議を開催する場合、初回加算の対象となりますか。	過去2か月以上介護予防ケアマネジメントを利用しておらず、一連のケアマネジメントを行いケアプランを作成した場合は、初回加算の算定が可能です。
23	給付管理	同居の家族がいる場合、生活援助中心のサービス利用はできますか。	同居家族の有無のみではなく、個々の利用者の状況に応じて適切に判断しましょう。 同居している家族等の障がい、疾病等の理由により、当該利用者、家族が家事を行う事が困難である者に対して、または障がい、疾病がない場合でもやむを得ない事情により家事が困難な場合に対してサービス提供を検討したい場合、ケアプランに理由を明記し、高齢者支援課へ相談し妥当性の判断を得ましょう。 詳細は、市原市役所ウェブページを参照してください。 https://www.city.ichihara.chiba.jp/article?articleId=629893783e48ba77c9790c78
24	給付管理	提供票および利用票について質問です。 毎月の利用者の利用票の交付、サービス提供事業所へ提供票の交付はしないと聞いていますが、してはいけないのでしょうか。	市としては、毎月提供票・利用票の交付の義務はないと解釈しています。 しかし、提供票については事業所間の実績確認や介護保険請求等のスムーズな事務作業のために求められれば交付をして差し支えありません。 利用票は新規利用時、月額点数の変更時、介護認定更新時に利用者へ説明もかねて交付することが望ましいです。
25	給付管理	共に行うのが要支援の方の訪問介護の原則だが、同居家族がいる場合の訪問介護（例えば、要介護だと身体介護に該当するような買い物同行や入浴介助等）は市の許可を取らずに始めてよいのでしょうか。	身体介護に関する部分は同居家族がいる場合の算定シートの提出は不要です。 ただし、あくまでも利用者本人の日常生活に必要な物の購入に限定するとともに、最低限必要な行為を支援する位置づけが必要です。 詳しくは、市原市役所高齢者支援課へ確認をしてください。
26	給付管理	退職して別事業所で働くこととなったが、引き続き担当する場合に委託連携加算は算定可能ですか。	算定可能です。 ※詳細は、資料3委託連携加算の算定についてを参照ください。
27	給付管理	月額包括報酬の日割り請求について質問です。 予防短期入所生活介護、予防短期入所療養介護の利用があった際は日割りとなりますか。	入所日の前日まで、退所日の翌日からの日割り計算となります。
28	給付管理	更新申請で認定結果に変更がなかったのですが、生活援助算定シートの再提出は必要でしょうか。	アセスメントの結果が変わらなければ再提出する必要はありません。 詳しくは、市原市役所高齢者支援課へ確認してください。
29	給付管理	更新申請で認定結果に変更がなかったのですが、例外給付の再手続は必要でしょうか。	福祉用具の例外給付は、介護認定の更新のたびに手続をしてください。 詳しくは、市原市役所高齢者支援課へ確認してください。
30	事務手続き	受託が難しくなった場合について質問です。 予防プランの担当が難しくなった場合はどう対応したら良いですか。 事業所としての継続が難しい場合やケアマネ個人として担当が難しくなってしまった場合はどうしたら良いですか。	予防プランの受託はケアマネ個人としての受託ではなく、事業所として受託されています。 担当継続が難しくなり、事業所内でも調整が困難な場合は、委託元包括へご相談下さい。

NO	項目	質問内容	回答
31	事務手続き	<p>個人情報の取り扱いについて質問です。 保険証を利用者宅から、預からないよう居宅介護支援事業所で取り決めてあるところがあり、写真で地域包括にも提出するところが増えています。 情報開示などに添付する場合、写真のコピーでも開示を受け付けてもらえますか。</p>	<p>介護認定調査票等の情報開示のときは、代理人であることを証明する書類として居宅介護支援等の提供に係る契約書又は介護保険被保険者証に地域包括支援センター名、介護予防支援事業者名、居宅介護支援事業者名、介護保険施設名が記されているものとなっております。 個人情報の管理に十分配慮して上記内容を示せるものをご提示ください。 詳しくは、市原市役所高齢者支援課へご確認ください。</p>
32	事務手続き	<p>しばらく利用していない方が、利用を再開する時に再契約が必要なのはどういう場合ですか。</p>	<p>一度契約書を交わしている場合、以下の理由（解約）がなければ再契約は不要です。 利用者を取り交わす介護予防支援契約書に規定される契約の内容の終了があった場合（第4条）、契約の終了の項目にあたり、解約した場合、再契約が必要です。 (1) 第5条の規定に基づき、甲から契約の解除の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき (2) 第6条の規定に基づき、乙から契約の解除の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき (3) 甲が介護保険施設に入所したとき (4) 甲が要介護認定を受けたとき (5) 甲が乙の担当する区域外に転居したとき（委託を受けている場合） (6) 甲の居宅を担当区域とする地域包括支援センターが新たに設置されたとき（委託を受けている場合） (7) 甲が要支援認定を取り消され、基本チェックリストにも該当しなくなったとき (8) 甲の要支援認定の有効期間が終了し、基本チェックリストにも該当しなくなったとき (9) 甲が死亡したとき （甲：利用者、乙：地域包括支援センター）</p>

R6.4.1
修正

NO	項目	質問内容	回答
33	事務手続き	軽微変更時のケアプラン原本の修正は、包括へ電話連絡で構いませんか。（委託を受けている場合）	原本を保管している委託元包括と相談の上、計画作成者が原本修正を行って各関係者へ再交付してください。電話連絡で済ませることは、適切ではないと思われます。
34	事務手続き	請求について質問です。 国保連請求で、どのような場合が「月遅れ請求」の対応で、どのような場合が「修正」の対応なのかがわかりません。	「月遅れ請求」とは、月の途中で介護認定の区分変更申請がある、更新手続きが間に合わないなどの理由から、期日までに請求できないことを指します。 対応としては、翌々月以降、請求作業を行います。 「修正」とは、国保連に介護予防支援事業者が提出した給付管理票の内容とサービス提供事業所からの請求内容が合わない場合、正しく修正することを指します。 修正時の対応として、委託を受けている場合は包括が、委託でない場合は居宅介護支援事業者が修正した給付管理票を提出し、後日差額分がサービス提供事業所に支払われます。 委託を受けている場合は、サービス提供事業所などから上記の連絡を受けた際は、委託元包括へ迅速な報告をお願いします。
35	事務手続き	請求について質問です。 サービス提供事業所から返戻になったと連絡が来ましたが、なぜ返戻になったのかがわかりません。	返戻とは、国保連に提出した情報内容の誤りや漏れ、受給者資格の不一致等がある場合に、審査を通過できず支払いが行われないことをさします。 返戻の理由として、受給者の介護保険番号、生年月日の誤り、介護認定状態区分や認定有効期間の漏れなどが考えられます。 対応としては、国保連からの通知にある理由を確認し、再請求します。 委託を受けている場合は、委託元包括へ迅速な報告連絡のご協力をお願いします。
36	その他	被爆者健康手帳取得者が利用する場合、公費の助成は受けられるのでしょうか。	公費の助成の対象になります。詳しくは千葉県のウェブページを確認してください。 https://www.pref.chiba.lg.jp/kenshidou/faq/032.html
37	ケアプラン	ケアプランの期間設定について、サービス担当者会議を開催したうえで、最長1年間の期間設定ができると規定されていますが、一方で、状態が安定しサービス内容も変更がない場合は、サービス担当者会議を省略できることとなっています。その様な場合はどのように考えたらよいのでしょうか。	支援内容に変更が生じない場合でも、期間設定が更新されるため計画変更となり、サービス担当者会議開催をする必要性があります。同会議開催にあたり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など、やむを得ない理由での照会対応は可能ですが、原則会議を開催し、最長1年間の期間設定が適切と認められることが必要です。
38	ケアプラン	評価票の評価票の「ケアプラン継続・変更・終了」欄のチェックはどのように判断すればよいか。	「継続」 ①計画期間が12ヶ月設定など期間途中で評価を行い、継続と判断した場合。 ②計画期間終了時の評価を行い、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。 ※「ケアプラン継続」に関しては、毎回継続にせず適切な目標設定となるよう検討する。 ③一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。 「変更」 ①計画期間の途中で評価を行い、変更と判断した場合。 ②計画期間終了時の評価を行った場合。 ※サービスに変更がなくても、基本的には新たな目標や期間が設定されるため、「プラン変更」に印をつける。 「終了」 ①事業対象者・要支援1・2→要介護への認定区分の変更時。 ②サービスが不要になり、次の介護予防サービス・支援計画を作成する必要がない場合。

R6.4.1
修正R6.4.1
修正R5.6.13
追加R6.2.13
追加