

令和 年 月 日

富士市〇〇居宅介護支援事業所 管理者 様

富士市 地域包括支援センター

介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメント業務依頼書

要支援者に対する介護予防支援業務及び介護予防ケアマネジメント業務について、下記のとおり依頼します。

被 保 険 者 番 号	
フ リ ガ ナ	
被 保 険 者 氏 名	
性 別	
生 年 月 日	(歳)
認 定 区 分	
認 定 有 効 期 限	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
被 保 険 者 住 所	
電 話 番 号	
サ ー ビ ス 利 用 開 始 年 月	令和 年 月 日

問い合わせ先 富士市 地域包括支援センター
担 当 ()
電 話

平成 28 年 9 月 27 日
静岡県照会

下記について、お伺いします。

Q 1 介護予防ケアマネジメントについて

総合事業における介護予防ケアマネジメント事業の実施居ついて回答願います。

1 介護予防ケアマネジメントの委託について

実施要領において、本事業を委託することも可能とあり、委託により介護予防ケアマネジメントを行う場合でも、「初回の介護予防ケアマネジメント実施時に地域包括支援センターが立ち会うよう努める」とありますが、「立会う」とはどのようなことを想定しているかご教授願います。

例えば、委託先の介護支援専門員と包括職員が協力してアセスメントを行うこと等が求められているのでしょうか。

2 介護予防ケアマネジメントの介護報酬の取り扱いについて

平成 29 年度に全自治体が総合事業に移行するにあたり、本事業で発生する介護予防ケアマネジメント費の取り扱いについて、地域包括支援センター運営費の算定にあたり、契約時に前もって控除を行ったり、もしくは実施後にケアマネジメント費分を運営費用から控除しなければならないのか、直営・委託の場合においてそれぞれの様に対処すべきであるか国の見解をお願いします。

また、本事業のみを地域包括支援センターが指定事業所に委託した場合の、介護予防ケアマネジメント費の取り扱いについても、指定事業所への委託費から、先述同様に控除しなければならないのかご回答をお願いします。

3 国保連への請求方法について

本事業の介護報酬の国保連への請求について、現在ケアマネジメント A については国保連への委託が可能ですが、平成 29 年以降は B・C についても国保連へ委託ができると考えて差し支えないでしょうか。

A 1 回答（文章での回答をしていないため、電話にて回答があった）

- 1 介護予防ケアマネジメントは本来地域包括支援センターの 3 職種が執り行う業務である。委託にあたり、事業責任は地域包括支援センターにあることから、地域包括支援センターが、作成されたケアマネジメントについて、助言・指導を行うことを目的として「立会い」を求めたものであり、「立会い」については、利用者のケアマネジメントの妥当性を判断する際に初回のアセスメントが重要であり、利用者の状態などを正しく把握する必要があることから、「可能なかぎり」地域包括支援センター職員の同席をうたったものである。

なお、初回ケアマネジメント作成時に地域包括支援センター職員がその場に立合えない場合であっても、アセスメントが適切に行われているか確認する必要がある。

また、初回以降、利用者の状態が変化しない限りは、地域包括支援センターの職員が立ち会う必要はない。

- 2 現状では「平成 18 年度事務連絡」に準じて取り扱っていただくことになるが、介護予防ケアマネジメント費、包括的支援事業費、各事業費における人件費の重複が生じないように留意する必要がある。

その上で、委託契約の方法に関しては市町と事業所間の取り交わしになるため、各市町の事務が効率的に行われるよう、取り計らっていただきたい。

- 3 介護予防ケアマネジメント A・B・C のいずれにおいても、介護保険法 115 条の 47 の 6 項に基づき、国保連への委託が可能である。しかしガイドライン作成時、国保連側から委託に対応できないとの回答から、ガイドラインでは介護予防ケアマネジメント費の請求について国保連への委託を推奨していないため、法律上とガイドライン上で食い違いが発生している。受け入れ先である国保連の同意があれば、委託をしても差し支えない。

富保高発第 843 号
令和 2 年 3 月 31 日

居宅介護支援事業所 様
地域包括支援センター 様

富士市高齢者支援課長

介護サービス計画等作成のための要介護認定等資料提供の申請方法の変更に伴う開示請求
について

日頃より本市の介護予防事業の実施につきまして、ご理解とご協力をいただき、誠にあり
がとうございます。

さて、介護保険課から本年 3 月 5 日付、富保介発第 953 号で発送されました件につきま
して、当申請書の申請者を下記の通りとしていきますので、ご理解とご協力をお願いいたし
ます。

記

1. 介護保険新規申請の場合

支援認定の場合：担当の地域包括支援センターが申請を行う

介護認定の場合：居宅介護支援事業所が申請を行う

2. 介護保険更新申請の場合

支援認定の場合：直営は担当の地域包括支援センターが申請をし、

委託は委託を受けている居宅介護支援事業所が申請を行う

介護認定の場合：居宅介護支援事業所が申請を行う

3. 暫定利用の場合

委託を受ける居宅介護支援事業所と担当の地域包括支援センターの双方で協議のうえ
どちらかで当申請書を利用者から受け取り開示請求を介護保険課に申請する。

以上

問合先

富士市高齢者支援課

地域包括支援担当（若月）

電話 0545-55-2951

居宅介護支援事業所 様
地域包括支援センター 様

富士市高齢者支援課長

介護サービス計画等作成等のための要介護認定等資料提供申請者(情報開示請求者)の変更について

日頃より本市の介護予防事業の実施につきまして、ご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。

さて、本課より令和 2 年 3 月 31 日付(富保高発 843 号)にて発送されました件につきまして、下記の通り変更となりますので、ご理解とご協力をお願いいたします。

記

1. 介護保険新規申請の場合

	旧	新
要支援認定の場合	担当の地域包括支援センターが申請	委託を受けている居宅介護支援事業所が申請
介護認定の場合	居宅介護支援事業所が申請	変更なし

2. 介護保険更新申請の場合

	旧	新
要支援認定の場合	直営は担当の地域包括支援センターが申請をし、委託は委託を受けている居宅介護支援事業所が申請を行う	変更なし
介護認定の場合	居宅介護支援事業所が申請	変更なし

3. 暫定利用の場合

	旧	新
暫定利用の場合	委託を受ける居宅介護支援事業所と担当の地域包括支援センターの双方で協議のうえどちらかで当申請書を利用者から受け取り開示請求を介護保険課に申請する。	変更なし

以上

問合せ先

富士市高齢者支援課
地域支援担当(若月)

電話 0545-55-2951

富福介発第 474 号

令和 6 年 11 月 26 日

介護保険関係事業所 管理者 各位

富士市福祉部介護保険課

課長 望月 泰三

要介護認定等資料の情報提供（計画作成用・入所申込用）に係る取扱いの変更について（お知らせ）

このことについて、要介護認定等資料の情報提供に係る事務取扱いの変更により、介護サービス計画等作成のための要介護認定等資料情報提供申請書の様式が変更となり、また富士市要介護認定等資料に係る個人情報提供申請書の様式が廃止となりますので、お知らせします。

変更適用日以降の当該申請については、下記の取扱いに沿った形式での申請とするようお願いします。

なお、令和 6 年 12 月 31 日までは、経過措置として従前の申請書による申請も受け付けることとします。

記

1 変更適用日 令和 6 年 12 月 1 日

※ただし、令和 6 年 12 月 31 日までの間は経過措置を設ける。

2 変更点

(1) 様式

変更前		変更後
介護サービス計画等作成のための要介護認定等資料 情報提供申請書（第 1 号様式）	⇒	富士市要介護認定等資料に係る 情報提供申請書（第 1 号様式）
介護サービス計画等作成のための要介護認定等資料 情報提供申請書（第 2 号様式）	⇒	富士市要介護認定等資料に係る 情報提供申請書（第 2 号様式）
富士市要介護認定等資料に係る個人情報提供申請書 （第 2 号様式（介護老人福祉施設等入所申込用））		

(2) 情報提供に関する被保険者本人の同意について

	変更前		変更後
署名	必須 （委任状欄）	⇒	原則必要 （同意欄） ※介護保険要介護認定・要支援認定申請書において情報提供に同意する旨の記載がある場合で、当該認定に係る要介護認定等資料の提供を求める場合は署名不要。 ※署名が不要の場合であっても、事前に被保険者本人や親族に口頭等で同意を得ておくこと。

代筆者	・被保険者本人の 法定代理人 ・被保険者本人の 親族	⇒	変更なし ※事前の相談等なく法定代理人や親族以外が代筆している場合、 情報提供は不可。 ※介護保険要介護認定・要支援認定申請書における同意の署名についても、代筆可能な者は法定代理人と親族に限られる。
※署名の偽造について		ケアマネジャーや施設職員が、本人のふりをして署名をする、また親族等のふりをして代筆する行為は、刑法に定められているとおり違法です。 これまで署名に疑義がある場合には事業所への電話確認を行っていましたが、今後は事前の連絡をせず、過去の署名との照合や本人・親族への聞き取りを行い、疑わしい場合には法務監へ相談の上対応を検討します。	
刑法第 159 条 1 項		行使の目的で、他人の印章若しくは署名を使用して権利、義務若しくは事実証明に関する文書若しくは図画を偽造し、又は偽造した他人の印章若しくは署名を使用して権利、義務若しくは事実証明に関する文書若しくは図画を偽造した者は、3 月以上 5 年以下の拘禁刑に処する。	
刑法第 161 条 1 項		前二条【第 159 条、第 160 条】の文書又は図画を行使した者は、その文書若しくは図画を偽造し、若しくは変造し、又は虚偽の記載をした者同一の刑に処する。	

(3) 情報提供までの処理期間

	変更前	⇒	変更後
富士市要介護認定等資料に係る情報提供申請書 (第 1 号様式)	原則、申請書受理日から起算して 4 開庁日後に提供	⇒	変更なし 例：R6.12.5 (木) 申請 ↓ R6.12.10 (火) 提供
富士市要介護認定等資料に係る情報提供申請書 (第 2 号様式)	(旧計画作成用) 原則、申請書受理日から起算して 4 開庁日後に提供 (旧入所申込用) 原則、申請書受理日から起算して 6 開庁日後に提供	⇒	原則、申請書受理日から起算して 4 開庁日後に提供
※署名の偽造等が疑われる場合、過去に富士市へ提出された他の書類に記載された署名との照合や本人・親族等への聞き取り、法務監への相談等を行います。この場合、処理期間は取扱要領第 5 条に規定するとおりとなります。			

以上

富士市福祉部介護保険課 認定担当

電話 0545-55-2765

富士市アセスメントシート				
状態	身体機能	○	寝たきり状態	○ その他
			車いすを使用	
	認知症		診断あり	診断なし
			日常生活に支障がある	日常生活に支障はない
希望	介護予防サービス		訪問看護	希望していない
			ショートステイ	
			デイケア	
			訪問入浴	
			福祉用具レンタル・購入	
			住宅改修	
	入居・入所		グループホーム	希望していない
			特養・老健・療養病床	

サービスの目指すべき役割		コミュニティ	身体機能低下によるフレイルを予防	
サービスの名称		生きがいデイサービス	健康づくりデイサービス	介護予防通所介護相当サービス
身体機能	起き上がり	できる	自力でも起き上がれるが、ベッド柵や自分の膝などにつかまって起き上がることもある	ベッド柵や自分の膝などにつかまらないと起き上がれない
	座位保持	できる	背もたれがなくても座っていただける	背もたれがないと座っていただけない
	立ち上がり	できる	自力でも立ち上がれるが、自分の膝や手すりにつかまって立ち上がることもある	自分の膝や手すりにつかまらないと立ち上がれない
	片足立ち (浴槽のまたぎ)	膝の高さまで足が上げられる	手すりなどにつかまらないと膝の高さまで足を上げられない	手すりなどにつかまっても膝の高さまで足が上げられない
	両足での立位保持	できる	自力でも立っていただけるが、杖や手すりにつかまることもある	杖や手すりにつかまっていないと立っていただけない
	歩行	できる	杖や手すりにつかまって歩くこともある	杖や手すりにつかまらないと歩けない
疾患等の例		<ul style="list-style-type: none"> ・疾患は問わない ・基本チェックリストが「非該当」の人 	<ul style="list-style-type: none"> ・基本チェックリストに「該当」し、転倒や骨折経験のある人 ・廃用症候群のリスクのある人 ・閉じこもり傾向にある人 	<ul style="list-style-type: none"> ・精神疾患があり病状が不安定な人 ・持病の病状が不安定な人 ・トイレに間に合わず失禁のある人

通所型サービス診断票 実施日： 令和8年3月27日 聞き取り： 本人 ・ 本人以外（誰）

(表)		氏名			診断者	
認定区分	<input type="checkbox"/> 事業対象者	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2	生年月日	歳	

回答のいずれかに○をつけてください（身長と体重は入力）

		質問事項		回答	
判定↓ 生活機能 0点 10/20	1	バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ	
	2	日用品の買物をしていますか	はい	いいえ	
	3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ	
	4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ	
	5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	いいえ	
判定↓ 運動 0点 3/5	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	はい	いいえ	
	7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	はい	いいえ	
	8	15分位続けて歩いていますか	はい	いいえ	
	9	この1年間に転んだことがありますか	いいえ	はい	
	10	転倒に対する不安は大きいですか	いいえ	はい	
判定↓ 低栄養 0点 1/2	11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	いいえ	はい	
	12	身長 <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> kg BMI：体重kg÷身長m÷身長m(18.5未満)		該当	
判定↓ 口腔 0点 2/3	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	いいえ	はい	
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	いいえ	はい	
	15	口の渇きが気になりますか	いいえ	はい	
判定↓ 閉込 16が いい え 0	16	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ	
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	いいえ	はい	
判定↓ 認知 0点 1/3	18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	いいえ	はい	
	19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	はい	いいえ	
	20	今日は何月何日かわからない時がありますか	いいえ	はい	
判定↓ うつ 0点 2/5	21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	いいえ	はい	
	22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	いいえ	はい	
	23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	いいえ	はい	
	24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	いいえ	はい	
	25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	いいえ	はい	

身体状態	判定	サービスニーズ(該当)
生活機能		運動
運動		
低栄養		口腔・栄養
口腔機能		
閉じこもり		社会参加
うつ		
認知機能		認知機能

診断結果 ↓

運動+口腔栄養+社会参加	介護予防通所介護相当サービス
運動+口腔・栄養+認知機能	
すべて	介護申請
運動	健康づくり デイトレーニング
運動+社会参加	
運動+社会参加+認知機能	
運動+認知機能	
運動+口腔・栄養	健康づくり デイトレーニング +短期集中訪問指導
口腔・栄養	短期集中訪問指導
口腔・栄養+社会参加	健康づくり デイサービス + 短期集中訪問指導
口腔・栄養+社会参加+認知機能	
口腔・栄養+認知機能	
社会参加	健康づくり デイサービス
社会参加+認知機能	
認知機能	
該当なし	非該当

*「健康づくりデイトレーニング」「健康づくりデイサービス」等の診断結果が出た場合、「介護予防通所介護相当サービス」は利用できません。

上記の内容について、事実と相違ありません。また必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

令和 年 月 日 サイン： _____

通所型サービス診断票

(裏)

【下記に該当する場合のみ記入してください】

- ・短期集中訪問指導（訪問型サービスC）を利用しない理由
- ・健康づくりデイトレーニング⇔健康づくりデイサービス 読み替えて利用する理由
- ・介護申請（区分変更）を行わない理由

【高齢者支援課使用欄】 ※記入しないでください

				初回	・	継続
課長	政策担当 統括主幹	政策担当主幹	政策担当	担当		
※簡略サインによるチェック可			地域支援担当（見てもらう場合のみ）			

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）

2019/5/1 作成

No. _____
 利用者名 _____ 様（男・女） 歳 認定年月日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日～ 年 月 日

初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2	事業対象者
----------	---------	-----------	-------

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先） _____

計画作成（変更）日 _____ 年 _____ 月 _____ 日（初回作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日） 担当地域包括支援センター： _____

目標とする生活

1日		1年	
----	--	----	--

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）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					

健康状態について □主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点	【本来行うべき支援が実施できない場合】 妥当な支援の実施に向けた方針	総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

基本チェックリストの（該当した項目数）／（質問項目数）を記入して下さい
 地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	／5	／2	／3	／2	／3	／5

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する同意 上記計画について、同意いたします。
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____ 印 _____

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）

必ず記載を。

2019/5/1 作成

No. _____
利用者名 _____ 様 計画作成者名を記入 _____ 年 月 日 認定の有効期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

要支援1・要支援2

事業対象者

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先） _____

計画作成（変更）日 _____ 年 月 日（初回作成日 _____ 年 月 日） 担当地域包括支援センター： _____

目標とする生活 _____

担当地域包括支援センター

計画作成者の所属する事業所名

1日	サービス利用が目的にならないように。	1年
----	--------------------	----

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）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス（民間サービス）	介護保険サービス又は地域支援事業（総合事業のサービス）	サービス種別	事業所（利用先）	期間
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				()						
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				()						
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				()						
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				()						

サービス種別：「みなし(相当)」、「健康づくり」
利用回数：週〇回（曜日）
の記載をしてください。

健康状態について
主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】
妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

[Blank box for health status notes]

[Blank box for support implementation notes]

[Blank box for overall strategy notes]

基本チェックリストの(該当した項目数) / (質問項目数) を記入して下さい
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に〇印をつけて下さい

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する同意

い 上記計画について、同意いたします。

令和 年 月 日 氏名 _____ 印 _____

富士市介護予防ケアマネジメントプランB

初回計画作成日		担当包括	
計画作成日		計画事業所	※18-3
		計画担当名	

被保険者番号	
認定結果	要支援2 ・ 要支援1 ・ 事業対象者
利用者名	男 ・ 女
生年月日	M T S 年 月 日 (歳)
住所	富士市
電話	

基本チェックリスト・ 通所型サービス診断票の 該当基準	虚弱・生活機能	運動器	低栄養
	口腔機能	閉じこもり	認知機能
基本チェックリスト・通所型サービス診断票実施日			

サービス利用期間 年 月 日 ~ 年 月 日

支援計画（課題解決への具体的対策）

アセスメント領域	生活の目標1年(本人の意向) 【～してみたい。参加したい。】	具体的内容		サービス種別・事業所	評価(年 月 日)
		本人・家族	サービス事業所		
【改善したいこと・困っていること】	維持・改善すべき課題				
運動・移動					
日常生活(家庭生活)					
社会参加・対人関係・コミュニケーション					
健康管理					

上記計画に同意します。 令和 年 月 日

地域包括
支援セン
ター意見

開始時

評価

次のステップ

- プラン継続
- プラン変更

- 介護給付
- 予防給付
- 事業対象者
- 一般介護予防事業
- 終了

富士市介護予防ケアマネジメントプランB(記入方法)

被保険者	認定結果に○
認定結果	要支援2 ・ 要支援1 ・ 事業対象者
利用者名	男 ・ 女
生年月日	M T S 年 月 日(歳)
住所	富士市
電話	

初回計画作成日	初回:初めて作成した	当包括	
計画作成日	評価後の作成	計画事業所	※18-4
		計画担当名	

基本チェックリスト・通所型サービス診断票の該当基準	虚弱・生活機能	運動器	低栄養
	口腔機能	閉じこもり	認知機能
基本チェックリスト・通所型サービス診断票実施日	該当項目すべてに○		

サービス利用期間 年 月 日 ~ 年 月 日

支援計画 (課題解決への具体的対策)

アセスメント領域	生活の目標1年(本人の意向) 【~してみたい。参加したい。】	より具体的な目標とする		サービス種別・事業所	評価(年 月 日)
【改善したいこと・困っていること】	維持・改善すべき課題	具体的内容			
		本人・家族	サービス事業所		
運動・移動		本人・家族が実施していくこと、実施したいこと	事業所として実施すること	<input type="checkbox"/> 健康づくりデイトレーニング・健康づくりデイサービス・健康づくりヘルパー <input type="checkbox"/> 送迎の有無や利用曜日、利用回数についても記載すること	<input type="checkbox"/> プラン作成12か月後に評価 <input type="checkbox"/> 委託事業所は、評価後に担当包括へ提出する <input type="checkbox"/> アセスメントの上、支援計画の見直しを行う
日常生活(家庭生活)		「維持・改善すべき課題」及び「基本チェックリスト・通所型サービス診断票の該当基準」に該当の課題に対する支援計画(具体的内容)を記載すること ※特に、低栄養・口腔機能に該当した場合で課題となる場合には、訪問型サービスC等、具体的内容を検討すること			
社会参加・対人関係・コミュニケーション					
健康管理					

上記計画に同意します。 令和	説明の上、同意を得て、本人のサインをもらう	地域包括支援センター意見	開始時	プラン継続の場合には、ケアマネジメントプラ	次のステップ	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了
氏名			評価	委託の場合には、担当包括の意見を記載する	<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更	

氏名 _____

利用者基本情報（表面）

作成日	
作成者	
作成者	

【基本情報】

相談日			受付方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 再来（前 / ）			
本人の現況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院又は入所中（ ）						
フリガナ 本人氏名			性別	生年月日			
住 所	富士市			電 話			
				F A X			
日常生活 自立度	障害老人 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
	認知症高齢者 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
認定・総合 事業情報	要介護度			認 定 日			前回の要介護度
	有効期限	～		被保険者 番 号			事業対象者
	基本チェックリスト記入結果		事業対象者の該当あり ・ 事業対象者の該当なし				
	基本チェックリスト記入日		令和 年 月 日実施				
障害等 認 定	身 障				療 育		
	精 神				難 病		
本人の 住居環境	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅						
	自室の 有 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			住宅改修の 有 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
経済状況	国民年金				厚生年金		
	障害年金				生活保護		
来所者 (相談者)				続 柄	家 族 構 成		
				<small>◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)</small>			
住 所 連絡先							
緊 急 連 絡 先	氏 名	続柄	住所・連絡先				
			TEL				
			TEL				
			TEL				
			TEL				
備 考	家族関係等の状況						

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）サービス評価表

評価日 年 月 日

利用者名 様

計画作成者氏名

目標	評価期間	目標体制状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針

総合的な方針	地域包括支援センター意見
	<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防・生活支援サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業 <input type="checkbox"/> 終了

富 福 介 発 第 381 号
令 和 5 年 8 月 1 日

介護予防支援事業者
居宅介護支援事業者
各位

富士市福祉部介護保険課長

介護予防支援事業所の委託連携加算算定に係る考え方について（周知）

日ごろ、本市の介護保険行政にご理解ご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。
さて、このことについて別添のとおり本市における考え方を作成しましたので周知いたします。

記

1 周知文書

別添：介護予防支援事業所の委託連携加算算定に係る考え方について

2 算定対象サービス

介護予防支援事業所

3 その他

- (1) 算定対象サービスは介護予防支援となりますが、居宅介護支援事業所も関連する加算となるため、居宅介護支援事業所に対しても併せて周知をしています。
- (2) 基本的な考え方を示した内容となるため、判断に悩むケースや例外的な対応が必要となるケースについては担当までお問い合わせください。

担当：富士市 介護保険課 指導担当 電話：0545-55-2863 Fax：0545-51-0321 Mail：fukushi-shidou@div.city.fuji.shizuoka.jp

介護予防支援事業所の委託連携加算算定に係る考え方について

要件 当該利用者に係る必要な情報を当該指定居宅介護支援事業所に提供し、当該指定居宅介護支援事業所における介護予防サービス計画の作成等に協力した場合、当該委託を開始した日の属する月に限り利用者一人につき1回を限度として所定単位数を算定する。

事例	包括	居宅	
1 新規の算定・再算定	A 包括	A 居宅	一般的なケース。包括から居宅に必要な情報を提供すれば算定可。 パターン① 入院 サービス利用なし 退院 1月 2月 3月 4月 5月 ※初回加算においては過去2か月以上支援費が算定されていない場合には算定が可能となるが、委託連携加算については「何か月以上あけば」といった基準は無い。
2 要介護から要支援への変更	A 包括	A 居宅(介護) A 居宅(支援)	居宅はそのまま、利用者の介護度が「要介護」から「要支援」に変わった場合。 利用者に係る情報は居宅の方が多く持っているものの、包括から必要な情報を居宅に提供していれば算定可。
3 利用者の転居(包括エリア変更)	A 包括 B 包括	A 居宅	居宅は変更しないが、利用者の転居等によりA包括からB包括へと包括エリアが変更となる場合。 B包括からA居宅に対して必要な情報を提供していれば算定可。 (包括エリアが変われば、地域資源等の提供できる情報も変わってくるため、算定が可能。) なお、この場合、包括のエリアが変わるため初回加算も併算定が可能。
4 居宅内の担当ケアマネ変更	A 包括	A 居宅(担当者 a) A 居宅(担当者 b)	A居宅内で担当者がaからbへと変わった場合。 包括からA居宅に対しては既に情報を提供しているため、A居宅内で情報共有することで足りる。算定不可。
5 居宅の変更	A 包括	A 法人 A 居宅 B 法人 B 居宅	委託先がA居宅からB居宅に変わる場合。 A包括が変更先のB居宅に対して必要な情報を提供していれば算定可。 (A居宅がB居宅へ情報の引継ぎをしていたとしても、包括として改めてB居宅に必要な情報提供を行えば算定は可能。) 初回加算は包括エリアが変わらないと算定できないが、委託連携加算は同一の包括エリア内における居宅の変更でも算定可能。
6 居宅の変更(担当ケアマネはそのまま)	A 包括	A 法人 A 居宅(担当者 a) A 法人 B 居宅(担当者 a)	委託先がA居宅からB居宅に変わるが、担当ケアマネが変わらない場合。 ex・法人内の異動でケースを持ったまま居宅が変更となるケース。 ・同一法人が新たに居宅事業所を立ち上げ、ケースを持ったまま移動するケース。 事業所は変更となるものの、委託元の包括、担当ケアマネ、利用者いずれの変更もない場合には原則算定不可。 (必要な情報の提供を新たに行うことが想定されないため。)
		A 法人 A 居宅(担当者 a) B 法人 B 居宅(担当者 a)	ケアマネがケースを持ったまま、別法人の事業所に移るケース。 基本は上記と同じ考え方となる。
7 居宅の移転等	A 包括	A 居宅(所在地 A 包括エリア) A 居宅(所在地 B 包括エリア)	委託先のA居宅の所在地がA包括エリアからB包括エリアに変更となる場合。 A居宅の所在地の包括エリアが変更となっても、利用者の包括エリアは変わらないため算定不可。 (A包括との委託契約は居宅所在地が変更となっても継続しているため。) ※利用者の包括エリアが変更となる場合はケース3を参照。

※令和4年2月発出の富士市取扱いに一部修正を加えたものとなります。令和5年7月時点の見解となりますので、今後の国県Q&A等発出に伴い変更となる場合があります。

<委託連携加算算定に当たっての基本的事項>

- ・委託連携加算を算定する場合、介護予防支援事業所（地域包括支援センター）側で支援経過記録等に記録を残すこと。その際、5W1H（いつ、だれが、どこで、どのように、どのような情報を提供したか）を意識すること。
- ・加算の趣旨を鑑み、必要な情報を提供しているか否かを各事業所で判断すること。「必要な情報」とは、利用者の計画作成に資する情報であることを原則とする。
- ・サービス担当者会議の場を用いて情報提供を行うことは構わないが、単に担当者会議に出席するだけでは要件を満たさないことに留意すること。
- ・自治体により算定可否の判断が異なるため、判断に悩むケースについては相談すること。（富士市の被保険者の場合、介護保険課指導担当に相談）