国分寺市
介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの手引き
（改訂版）

国　分　寺　市

令和7年4月

東京都国分寺市公式 HP
https://www.city.kokubunji.tokyo.jp
（ページ番号 1023811「介護支援専門員向け情報」に掲載）

目　次

第１章　介護予防の基本的考え方・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　1

１．介護保険制度の基本的考え方　1

２．介護保険制度における介護予防　1

第２章　介護予防・日常生活支援総合事業・・・・・・・・・・・・・・・・・　2～8

１．総合事業とは　2

２．対象者　3～4

３．介護予防ケアマネジメントの考え方　5

４．介護予防ケアマネジメントの類型と考え方　6

５．国分寺市における
「介護予防・生活支援サービス（サービス活動）事業」について　7

６．従前相当サービスについて　8

第３章　利用に向けて・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　9～19

１．介護予防ケアマネジメント対象者要件の確認
（高齢福祉課・地域包括支援センターで実施）　10

２．介護予防ケアマネジメント利用の手続　10～11

３．アセスメント（課題分析）　12

４．ケアプラン原案作成　13～14

５．サービス担当者会議　15

６．利用者への説明・同意・ケアプラン確定・交付同意・交付　16

７．サービス利用　16

８．モニタリング　16～17

９．評価　18～19

第４章　認定結果が出る前の対応について（暫定ケアプラン）・・・・・・　20

第５章　指定居宅介護支援事業者への業務委託・・・・・・・・・・・・・　21～24
１．委託契約の方法　21
２．指定居宅介護支援事業所と地域包括支援センターとの連携　22
３．提出書類一覧　23
４．利用票・提供票の作成について　24

帳票の流れ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　25～29
（介護予防給付・従前相当、ケアマネジメントＡの場合）　25～26
（ケアマネジメントＢの場合）　27～28
（ケアマネジメントＣの場合）　29

委託先指定居宅介護支援事業所における
介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費の給付管理について・・・　30～31
【居宅介護支援事業所用】

様式・参考資料　目次・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　32

参考資料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　33～54

介護予防給付に関するＱ＆Ａ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　55

介護予防・日常生活支援総合事業に関するＱ＆Ａ・・・・・・・・・・・・・・　56～63

参考資料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　64～66

本手引きは、介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン、
地域包括支援センター運営マニュアル３訂を参考に、「国分寺市介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの手引き（改訂版）令和６年４月」を修正したものです。

第１章　介護予防の基本的考え方

団塊の世代が 75 歳以上となる令和７(2025)年以降、少子化を背景として生産年齢人口（現役世代）は減少し、医療・介護の専門職の担い手の確保は困難となる一方で、介護ニーズの高い 85 歳以上人口は令和 17（2035）年頃まで一貫して増加することが見込まれています。

そのため、今後高齢者が地域において健康で自立した生活を送るためには、保険者である市町村、地域包括支援センター、住民、事業者等の関係者間で、介護保険の自立支援や介護予防の理念、高齢者自らが健康保持増進や介護予防に取り組むといった基本的な考え方、わがまちの地域包括ケアシステムや地域づくりの方向性等を共有し、多職種の専門的視点を活用しながら自立支援に向けた介護予防ケアマネジメント支援を行うことが求められています。

１．介護保険制度の基本的考え方

介護保険制度の基本理念は「尊厳の保持」と「自立支援」であり、保険給付は要介護状態等の軽減や悪化の防止に資するよう、医療との連携に十分に配慮し、総合的かつ効率的に提供されるものです。

介護保険法第４条においては、「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」とあります。

２．介護保険制度における介護予防

介護予防の目的は①高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐこと、②要支援・要介護状態になっても状態の改善・維持・悪化の遅延を図ること、この２つのポイントに集約されます。①では、高齢者一人ひとりが健康増進や介護予防についての意識をもち、自ら必要な情報をアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取組を主体的に行うことが重要です。②では、生活上のさまざまな課題を抱える高齢者に対して適切な支援を行うことにより、要支援・要介護状態の予防やその重症化の予防、改善を図るものです。

（出典：地域包括支援センター運営マニュアル３訂を一部変更）

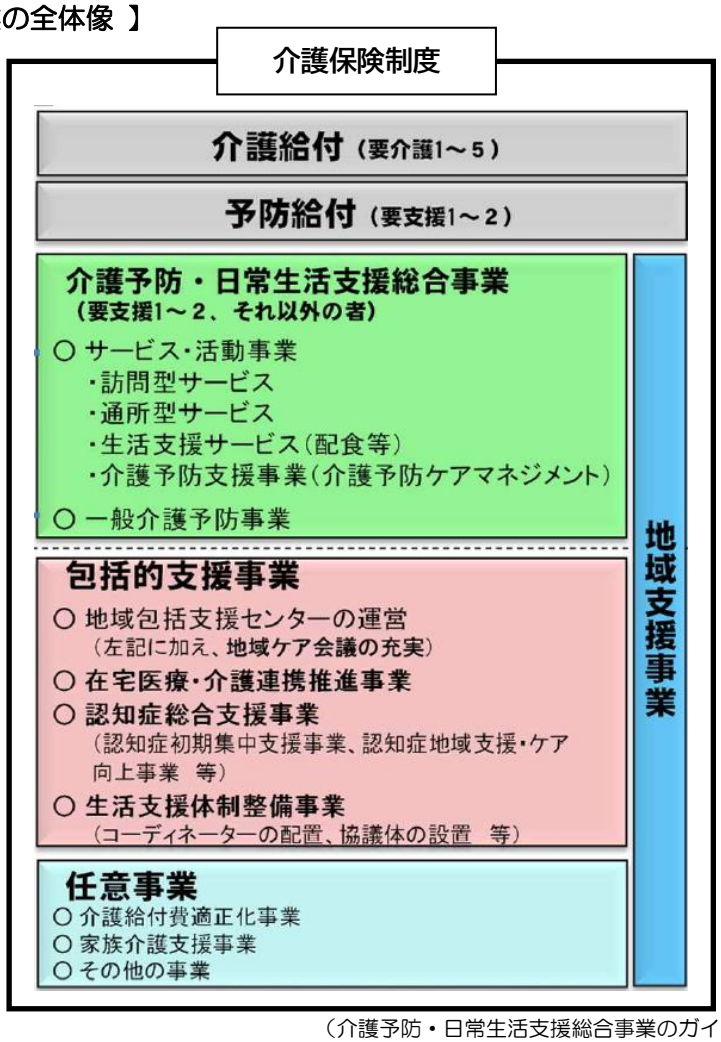
第２章　介護予防・日常生活支援総合事業

１．総合事業とは（介護予防・日常生活支援総合事業ガイドラインより引用、一部変更）

介護保険法（平成９年法律第123号）第115条の45第１項に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。介護保険制度上の市町村が行う地域支援事業の一つ。）は、認知症や障害の有無にかかわらず、地域に暮らす全ての高齢者が、自立した日常生活を送ること、また、そのための活動を選択することができるよう、地域に暮らす高齢者の立場から、市町村が中心となって、地域住民や医療・介護の専門職を含めた多様な主体の力を組み合わせて実施することにより、地域の高齢者に対する効果的かつ効率的な支援等を行うことを目的としています。

具体的には、①住民主体の多様なサービス・活動の充実を図り、居宅要支援被保険者等の選択できる生活支援・介護予防サービスを充実し、在宅生活の安心確保を図るとともに、②住民主体のサービス利用の拡充による生活支援・介護予防サービスの充実・利用普及、高齢者の社会参加の促進や要支援状態となることを予防する事業の充実による要介護・要支援認定に至らない高齢者の増加、効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開による要支援状態からの自立の促進や重度化予防の推進等により、結果として費用の効率化が図られることを目指しています。

【 地域支援事業の全体像 】



（介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインより引用、一部変更）

2．対象者

総合事業は、要介護認定の結果、要支援１・２と認定された方や、第１号被保険者であって基本チェックリストｐ.35 により「介護予防・生活支援サービス事業（サービス・活動事業）対象者（以下「事業対象者」＊という。）」と判断された方が、サービスを利用できます。

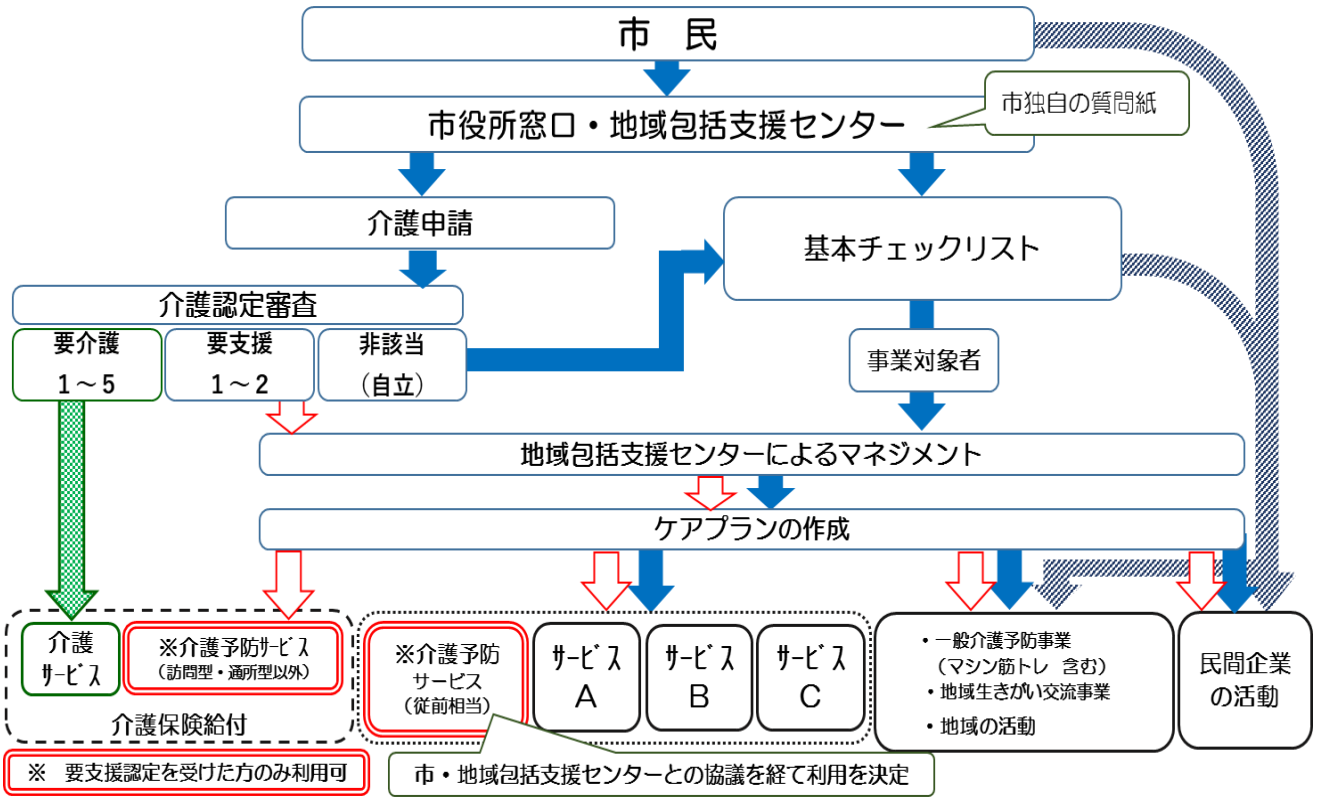
＊「事業対象者」とは

65 歳以上で、心身の状況、その置かれている環境その他の状況から要支援（要介護）状態となることを予防するための援助を行う必要があると「基本チェックリスト」の実施により該当した方です。事業対象者となるには、原則本人が地域包括支援センター又は市の窓口で手続きをする必要があります。第２号被保険者は事業対象者となることはできませんので、今まで通り要介護認定申請を行います。

また事業対象者は有効期間がないため更新手続きなどは不要です。終期はありませんが、設定したケアプランの実施期間に評価、状態のアセスメントを実施して適正なサービス提供となるようにしてください。要介護または要支援認定者になるまでは事業対象者として、介護予防・日常生活支援総合事業における「サービス事業（訪問型サービス、通所型サービスやその他の生活支援サービス等）」のみ利用することができます。

国分寺市では、サービスを利用したいなどの相談があった場合には、市独自の質問紙を用いて聞き取りを行った結果、その方にとって要介護認定申請をしたほうがよいのか事業対象者の申請をしたほうがよいのかを担当職員が説明します。その上で本人に、どちらかを選択していただきます。

【介護予防・日常生活支援総合事業利用までの流れ】



３．介護予防ケアマネジメントの考え方

介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）」「要支援・要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐ」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援するものであり、従来からのケアマネジメントのプロセスに基づくものです。

地域において高齢者が健康を維持し改善可能な場合は、適切な支援を受けて医療や介護、生活支援等を必要とする状況になっても住み慣れた地域で暮らし、その生活の質を維持・向上させるためには、高齢者一人一人が自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の保持・増進に向けた取組を行うことが重要です。

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、結果として介護予防につながるという視点からも、利用者の生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、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」にバランスよくアプローチしていくことが重要です。

また、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用し、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的にサービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこととなります。

要支援１・２と認定された方については、本人および家族の意向をもとにアセスメントを行い、「サービス事業（訪問型サービス、通所型サービスやその他の生活支援サービス等）」が必要な場合は総合事業で、それ以外の「介護予防訪問看護や介護予防訪問リハビリテーション、介護予防福祉用具貸与」等の予防サービスが必要な場合は、予防給付から提供されることになります。

サービス利用の組み合わせ例

介護予防給付のみ利用する場合	保険給付 （介護予防支援）（注１、２）
介護予防給付と総合事業併用する場合	
総合事業のみ利用する場合	総合事業による実施 （介護予防ケアマネジメント）（注２）

（注１）地域包括支援センターが指定介護予防支援事業所として実施するほか、指定を受けた指定居宅介護支援事業所が実施。
（注２）居宅介護支援事業所に委託も可。

（出典：地域包括支援センター運営マニュアル３訂を一部変更）

＜介護予防ケアマネジメントの留意点＞

利用者の主体的なサービス利用の推進

介護予防においては、利用者の意欲や主体的な取組がその効果に大きく影響するため利用者や家族と十分なコミュニケーションをとり、介護予防の意義についての理解を促すことが大切です。

利用者への丁寧な説明

ケアマネジメントの結果、適当と判断したサービス内容について利用者が十分に理解し、納得する必要があります。

自立支援や介護予防に向けて必要なサービスをケアプランに位置付けていること、それによりどのような効果を期待しているのか等を丁寧に説明します。

包括的支援の実施

介護予防給付サービスや総合事業サービスだけではなく、市町村サービスや地域におけるインフォーマルなサポート等を活用した介護予防ケアマネジメントが重要です。

適切なモニタリングと連続的なケアマネジメントの実施

利用者の状態が変化した場合には、その状態像に応じて目標の達成状況等を適切に評価し、支援内容を定期的に見直していくことが重要です。

※総合事業のサービス利用については、ケアプランの自己作成に基づく利用は想定していません。

４．介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

国分寺市の介護予防ケアマネジメントは以下のとおりです。

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状態や基本チェックリストの結果、本人の希望するサービス等を踏まえて、以下の３つの類型に分けられます。

（１）ケアマネジメントA（原則的な介護予防ケアマネジメント）

予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様、アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定します。

（2）ケアマネジメントB（簡略化した介護予防ケアマネジメント）

利用者の状態等が安定しており、目標も含めてケアプランの大きな変更はなく、間隔をあけたモニタリングの実施等を想定しています。

利用者の状態等にあわせて簡略化したプロセスでケアマネジメントを実施します。

（3）ケアマネジメントC（初回のみの介護予防ケアマネジメント）

緩和した基準による介護予防ケアマネジメントであって、基本的にサービスの利用または地域の予防活動、その他の活動への参加の開始時にのみ行われるものです。

基本的にサービス等につなげた後は、モニタリング等は行わないものとします。

★国分寺市では東京都が提案する推奨様式を使用しています。

★ケアマネジメント類型やサービス種別によって使用する様式が異なります。

<table>
<tr><th></th><th>ケアマネジメント類型</th><th>サービス種別</th><th>使用様式</th></tr>
<tr><td rowspan="3">（1）</td><td rowspan="3">ケアマネジメントＡ</td><td>指定事業者のサービス
（従前相当サービス）</td><td>Ａ表～Ｆ表</td></tr>
<tr><td>指定事業者のサービス
（訪問型サービスＡ・通所型サービスＡ）</td><td rowspan="3">簡略化された
Ａ表～Ｆ表</td></tr>
<tr><td>短期集中サービス
（訪問型サービスＣ・通所型サービスＣ）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">（2）</td><td rowspan="2">ケアマネジメントＢ</td><td>住民主体による支援
（通所サービス型Ｂ）</td></tr>
<tr><td>その他の生活支援サービス</td></tr>
<tr><td>（3）</td><td>ケアマネジメントＣ</td><td>その他の生活支援サービス
（一般介護予防事業、民間や住民主体のサービスなど）</td><td>簡略化された
Ａ表～Ｃ表</td></tr>
<tr><td>参考</td><td>介護予防支援</td><td>介護予防給付のサービス
（総合事業サービスの併用も可）</td><td>Ａ表～Ｆ表</td></tr>
</table>

（様式の記入方法については、ｐ.40～ｐ.50参照。）

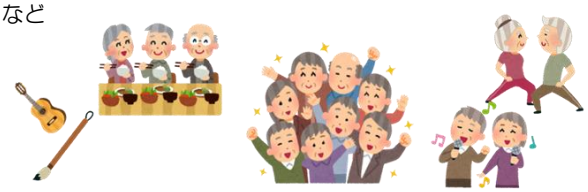
5．国分寺市における「介護予防・生活支援サービス（サービス活動）事業」について

国分寺市では、下記の表のサービスを実施しています。

【訪問型サービス】

	多様なサービス		
種別	訪問型サービスA （緩和した基準によるサービス）	訪問型サービスB （住民主体による支援）	訪問型サービスC （短期集中予防サービス）
対象者	身体介護は必要なく、家事等の生活支援が必要な方		専門職が作成する短期集中プログラムに取り組むことで改善が見込まれる方、また改善に意欲的な方
サービス内容	○生活支援： 洗濯、掃除、調理、買い物、ゴミ出しなど 		○機能改善短期集中プログラム実施： ①専門職の自宅訪問 ②個々の状況に合わせ、下記を組み合わせたプログラム作成 ・日常生活上の動作改善 ・閉じこもり予防 ・口腔機能向上 ・栄養改善　など
サービス提供者	○介護保険事業所： ・訪問介護員（有資格者） ・研修修了者	○ ＮＰＯ法人・公益社団法人等： （介護保険事業所は除く）	○受託事業所： ・理学療法士、作業療法士
運営方法	事業所指定	補助	業務委託

【通所型サービス】

	多様なサービス		
種別	通所型サービスA （緩和した基準によるサービス）	通所型サービスB （住民主体による支援）	通所型サービスC （短期集中予防サービス）
対象者	身体機能や社会的機能の維持、向上が必要な人		専門職が作成する短期集中プログラムに取り組むことで改善が見込まれる方、また改善に意欲的な方
サービス内容	○体操・運動等の活動 ○食事やレクリエーション、趣味活動等を通じた日中の居場所づくり ○定期的な交流会、サロン、会食会等、心身活性化のための活動 など 		○機能改善短期集中プログラム実施 ○個々の状況に合わせ、下記を組み合わせたプログラム作成 ・運動器の機能向上 ・口腔機能向上 ・栄養改善　など
サービス提供者	○介護保険事業所： ・介護職員（資格は問わない） ・研修修了者	○ ＮＰＯ法人・公益社団法人等： （原則介護保険事業所は除く）	○受託事業所： ・理学療法士等
運営方法	事業所指定	補助	業務委託

６．従前相当サービスについて

総合事業においては、多様なサービスの利用による生活支援を基本としていますが、有資格者による専門的なサービスを必要とする場合があります。

これら専門的サービスは従前相当サービスとして位置付けられており、ケアマネジメントについては介護予防支援と同様のプロセスや帳票が必要となります。

国分寺市における従前相当サービスについては、以下のような内容となります。

●対象者

身体介護が必要な状態や精神疾患により、以下①～③すべてに該当する場合

①有資格者による専門的サービスを受ける必要がある

②他に代替するサービスがない

③サービス提供がなされなければ、生活の継続が困難

※従前相当サービスを利用する場合は、要支援認定が必要となります。対象者が事業対象者の場合は、要介護認定申請をおこなってください。

（具体例）

◇入浴サービス利用者のうち、洗身等の直接的介助が必要な対象者

◇身体状況、疾病等の理由からリスクを伴うため、専門的な視点で見守りが必要と判断される対象者

◇精神疾患等があり、個別性の高いサービス提供が必要な対象者

●流れ

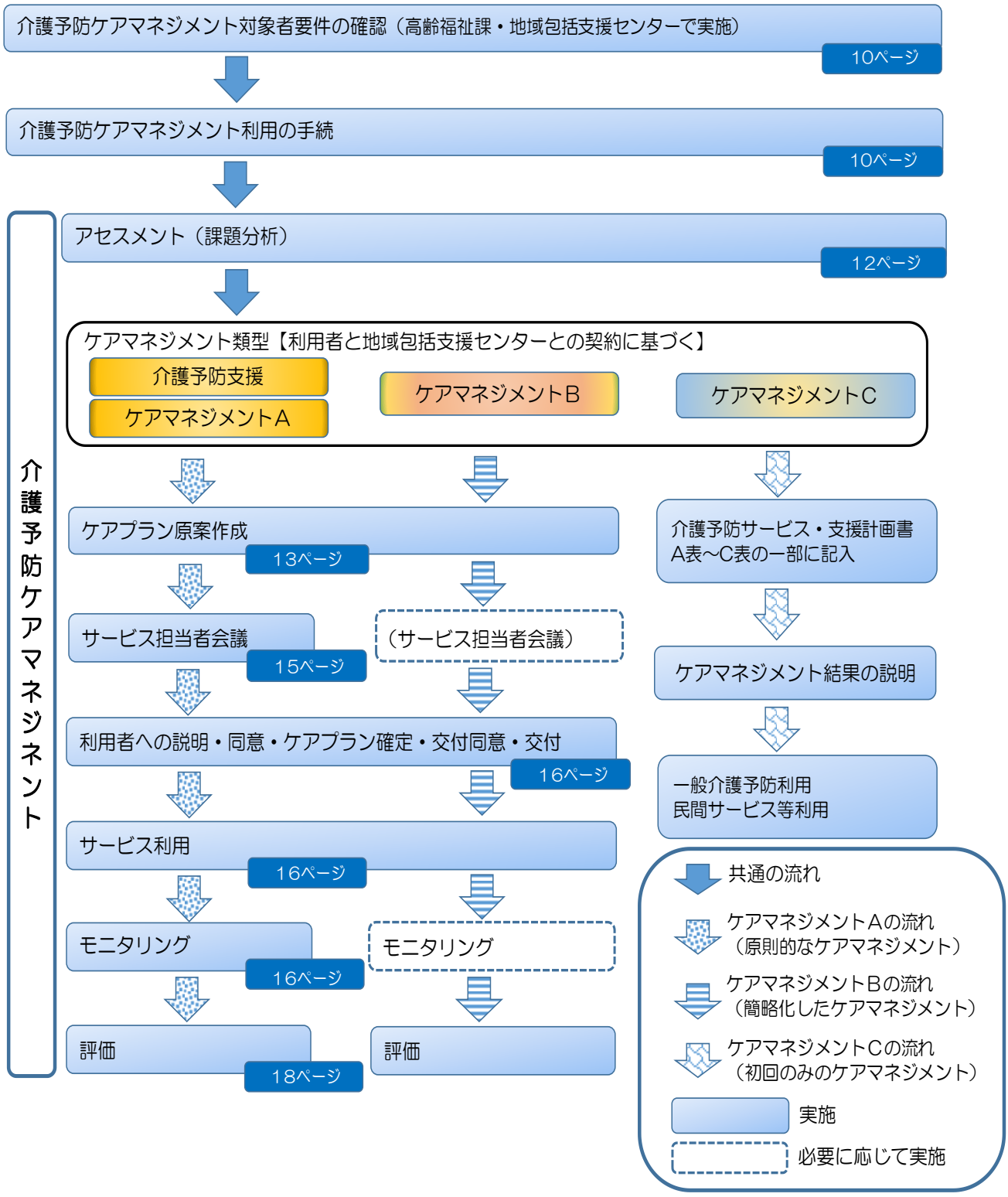
従前相当サービスが必要と思われる対象者については、そのサービスについて協議する必要があります。協議では、概要、従前相当サービスの必要性等を確認し、利用について判断します。該当するケースが発生した場合は、すみやかに地域包括支援センターへ相談し、協議に向けた準備を進めます。

従前相当サービスは、１年ごとに継続利用についての評価・検討が必要となります。

第３章　利用に向けて

高齢者（被保険者）等の生活の困りごと等の相談は、市役所高齢福祉課窓口または、地域包括支援センターで受けます。

●進め方



介護予防　ケアマネジメント対象者要件の確認
（高齢福祉課・地域包括支援センターで実施）

●本人の意向の聞き取り

おうかがい票ｐ.33 を活用し、以下 ①②③ のいずれかへ進みます。

① 要介護認定等の申請

・本人より要介護申請の希望がある場合。
・明らかに要介護認定が必要な場合。
・予防給付（介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与、介護予防通所リハビリテーション、居宅療養管理指導等）や介護給付によるサービスを希望している場合 等。

※第２号被保険者については、要介護認定を受けることにより総合事業サービスを受けることができます。

② 基本チェックリストの実施 （留意点についてはｐ.11 参照）

・本人が要介護認定等を省略して総合事業の利用を希望する場合。
・基本チェックリストを実施して総合事業利用が適切と思われる場合。
・要介護認定が非該当の場合。

※基本チェックリストを実施する場合、原則本人が直接窓口に出向いて行います。

③ 地域で参加できるサロン･サークル等を案内

・地域等での活動を希望している場合。

介護予防ケアマネジメント利用の手続

利用に向けて、①～④の手順で手続を進めます。
①利用者より介護予防ケアマネジメント作成依頼を受けます。
②利用者宅を訪問します。
③重要事項説明書、個人情報使用同意書について説明し同意を得て、契約をかわします。
④介護予防支援・介護予防ケアマネジメントを開始します。

※入院時における医療機関との連携について

入院時の医療機関との早期からの連携促進の観点から、介護予防ケアマネジメントの提供開始の際に、利用者が病院又は診療所に入院する必要が生じた場合には、担当職員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう求めます。

＜基本チェックリストの留意点＞

本人が記入します。
（「基本チェックリストについての考え方」p.36 に基づいて、質問項目の趣旨を説明しながら記入してもらいます。）

基本チェックリストの記入内容が「事業対象者に該当する基準」に該当するかどうか確認します。

基本チェックリストの実施日が、事業対象者に該当する基準日になるため、記入年月日に記入されていることを確認します。

要支援認定を受けている方が更新を希望せず、事業対象者としてサービスを希望される場合、基本チェックリストは介護保険更新時期と同様に考え、要支援認定満了日の 60 日前から申請可能です。その場合には、認定期間開始日が当該満了日翌日に事業対象者となった被保険者証が交付されます。

事業対象者となった後や、総合事業サービスによるサービスを利用し始めた後も、必要なときは要介護認定等の申請が可能です。

アセスメント（課題分析）

●目的

本人の望む生活（＝「したい」）（生活の目標）と現状の生活（＝「うまくできていない」）のギャップについて、課題分析項目に基づく情報の収集から「なぜ、うまくできていないのか」という要因を分析し、生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題（目標）」を明らかにすることです。

※課題分析の過程を通して、生活機能のどこに問題があり、困った状況になったのかを本人・家族と認識を共有し、必要な助言を行うことで、プラン実施の際には本人・家族の取組を積極的に促すことができます。また、将来の生活機能の低下を予防することにもつながります。

●基本的な考え方

〇基本チェックリストや利用者基本情報、面談などによって情報を把握し、生活機能の低下の原因や背景等の分析を行い、各領域において共通した根本的な問題や課題を定めて支援ニーズを明らかにします。

〇認定調査項目や特記事項、主治医の意見書を活用します。主治医の意見書からは、利用者の既往、服薬状況、心身状況など、安全にサービスを実施するための医学的観点からの留意点を確認することができます。

〇アセスメントは利用者と計画作成者との協働作業です。漫然と質問するのではなく、その目的について、利用者や家族へ説明したり、興味・関心チェックシートｐ.39 を活用し関心を示した内容について話を深めたりすることも、利用者を理解するためには必要です。

●ポイント

〇できないことばかりに目を向けず、本人ができること、できそうなこと（潜在能力）を探します。

〇能力（できる・一部できる・できない）と行為（している・一部している・していない）の差を確認し、できる能力があるのに行為として、していないものがあればなぜしていないのかを明確にし、行為として行う事の大切さを理解してもらえるよう働きかけます。

〇目指す生活や目標が表現されにくい場合は、本人の関心のあることや、今まで行ってきたことから一緒に考えます。

〇家族や友人、仲間との人間関係の中で動機づけが促されたり、取組が継続されることを活用します。（環境づくり）

〇具体的な支援方針に基づいたサービス利用やセルフケアの実現により、数か月後の姿がイメージできるように予後予測の視点を持った上で、利用者に丁寧な説明を行います。

〇高齢者は往々にして加齢による持病の悪化や体力の低下、気力の衰え等がみられます。その結果として、活動範囲が小さくなったり社会との交流機会が減ったりすることが、あきらめや自信の喪失感等につながっていることがあるので考慮します。

ケアプラン原案作成　（記入ポイントについては、p.40～p.47 参照。）

●目的

「維持・改善すべき課題」を解決する上で最も適切な目標、支援内容達成時期を含め、段階的に支援するための計画を作成します。

●目標と具体策のすりあわせ

〇「目標とする生活」にできるだけ近づくよう、総合的課題についても目標を設定します。

・自己効力感につながる目標を設定します。一定の期間に達成可能でありうることや、利用者の価値観や好みを十分に考慮します。

・「できないこと」を探して、それを補うサービスを組み込むことばかりに焦点をあてるのではなく、特に介護予防ケアマネジメントでは、本人が「できること」や「できそうなこと」を一緒に探し、生活機能の向上が図られる目標を立てるという視点をもちます。

〇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、「身体機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチしていきます。

〇利用者や家族に対して課題解決に向けた目標と具体策を引き出し、合意のプロセスを丁寧に進めます。

〇専門用語の使用はできるだけ避けるか、十分に説明をし、理解を得た上で使用する必要があることに留意する必要があります。

〇目標は利用者・家族及びサービス担当者が共有し、一体となって目標の実現を目指します。なお、利用者本人が自らのケアプランであると実感し、その目標は、達成可能で、しかも本人の意欲を引き出せるよう明確に設定される必要があります。 そのためには、①かつて本人が生きがいや楽しみにしていたこと（しかし今はできなくなったこと）で、②介護予防に一定期間取り組むことにより実現可能なこと、③それが達成されたかどうかが具体的にモニタリング・評価できる目標とすることが望ましいとされています。

●具体的なサービス計画

〇利用者本人の取組

生活機能の低下を予防するための、利用者自身にできる生活行為・行動の変容や健康管理・生活習慣の改善など。

〇家族や地域の支援、民間サービス等

家族、友人、地域住民といった周囲の人たちとのつながりの中に自己の役割や生きがいを感じている場合は、インフォーマルサポートの視点に立った支援内容を盛り込みます。

〇介護保険サービス、地域支援事業、区市町村サービス

生活機能低下を予防するために利用する介護予防・生活支援事業（サービス・活動事業）や予防給付のサービス等を選択します。

＜サービス選択にあたっての留意点＞

通所型サービス、介護予防通所リハビリテーション（生活不活発病予防）

生活不活発病予防の観点から、積極的に位置づけることによって、日常生活行動の活発化や社会と関わる機会を提供し、生活不活発病の予防・改善を期待できます。

訪問型サービス（本人ができることはできるだけ本人で）

利用者にとって自力で困難な行為（掃除、買い物、調理等）がある利用者に対し１対１で提供するサービスであり、利用者の状況により訪問介護員への依存関係を生じやすい指摘もあることを踏まえ、本人の置かれた環境・心情に配慮し、段階に応じ生活機能の維持・向上に資する関わり方を探求する姿勢と技量が求められます。

福祉用具の利用（利用の妥当性と適合性の検討）

利用にあたっては、生活の自立への十分な働きかけなしに福祉用具が提供される等、適切にケアマネジメントが行われないと、むしろ自立支援を損ねるおそれもあることから、利用の妥当性、適合性を精査することが必要です。

医療系サービス（介護予防訪問看護・介護予防通所リハビリテーション等）の利用

医療系サービスを計画に位置付ける際は、「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」の第30 条第二十一号及び第二十二号の記載において当該ケアプランの医師への交付についても定められており、主治医との連携を図る必要があります。

サービス担当者会議

●目的

〇利用者やその家族の生活全体及びその課題を共有します。

〇地域の公的サービス・インフォーマルサービスなどについて情報共有し、利用者の社会参加を促進し、生活の質の向上に役立てます。

〇利用者の課題・生活機能向上の目標・支援の方針・支援計画等を協議します。

〇ケアプランにおけるサービス提供事業者の役割を相互に理解します。

●開催時期

〇ケアプラン原案作成時。

〇要介護認定更新時、区分変更時。

〇臨時の開催。

・介護予防ケアプランどおりの効果を果たしていないと考えられる場合や、利用者の状況等に変化があったとき。

・サービスや事業の利用中断があり、計画変更する場合。

●開催のポイント

〇出席者については、必ず守秘義務に関する配慮義務を課すことが必要であり、インフォーマルサービスの支援者にも守秘義務が求められるため説明が必要です。

〇疾患が理由で生活行為に制限がある場合は、主治医の意見を確認する必要があります。目標設定するときは、主治医より予後予測に基づいた疾患の説明を受け、目標やケアプランを作成することが大切です。医師との日程調整が難しい事が少なくないですが、受診時または照会等により情報を得る等、工夫し実施します。

〇介護予防・生活支援事業（サービス・活動事業）提供事業者が会議に参加することで、利用者のしたい生活（生活の目標）のイメージや維持改善すべき課題（目標）を共有できます。またリハビリテーション専門職種等から個別事例にあった運動の仕方、ＡＤＬ/ＩＡＤＬの生活行為の自立支援の仕方、認知症高齢者の具体的対応の仕方など、支援方法の情報を入手できます。

〇簡略化されたケアプランを作るときは、評価する月についても話し合います。

利用者への説明・同意・ケアプラン確定・交付同意・交付

利用者・家族からケアプランの同意を得て交付します。また、サービス提供事業者に交付しサービス提供開始を伝えます。

サービス利用

ケアプランに組み込まれた具体的な支援の内容について、サービス提供事業者やインフォーマルサービスの支援者と調整を行い、計画の目標に沿ってサービスが適切に実施されるように支援します。

モニタリング

●モニタリングの目的

〇支援計画の実施状況を把握し、目標の達成状況の確認、支援内容の適否、新たな目標がないかを確認し次の支援計画に結びつけていきます。

〇モニタリングの結果を評価につなげます。

●モニタリングの視点

〇利用者の生活状況に変化がないか。

〇計画どおりに、利用者自身の行動やサービスの提供がなされているか。

〇個々のサービス提供等の内容が実施の結果、適切であるかどうか。

〇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。

〇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。

●記録（必要時「評価表」に記入）

〇モニタリングの実施状況については随時「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録」に記載します。

〇モニタリングの結果、ケアプラン変更の必要がある場合、及び要介護認定における区分変更申請が必要な場合は、「評価表」に記入します。

●実施方法

類型	実施方法
介護予防支援 ケアマネジメントＡ	・サービス提供事業者からの報告・連絡、事業者への訪問、利用者からの意見聴取などの手法を通じて定期的に行います。 ・特段の事情がない限り、サービスの評価期間終了月、サービス提供開始の翌月から起算して３か月に１回及び利用者の状況に著しい変化のあったときは、利用者の居宅を訪問して面接し、必要に応じて計画の見直しを行います。（※１）（※２） ・上記以外の月においては、可能な限り、利用者の通所先を訪問する等の方法により利用者と面接するよう努めるとともに、面接ができない場合は、電話等により、利用者自身の状況を確認するようにします。 ・また、少なくとも１か月に１回は、モニタリングの結果を記録に記載するものとする。
ケアマネジメントＢ	・利用者及び家族との相談によって設定した時期に訪問し面接します。 ・「必要に応じて実施」のため、利用者の状況変化等があった際、サービス実施者側から地域包括支援センターへ情報が入る体制を作っておきます。
ケアマネジメントＣ	・実施不要ですが、利用者の状況変化等があった際、サービス実施者側から地域包括支援センターへ情報が入る体制を作っておきます。

（※１）原則は上記の手順に従ってモニタリングを実施してください。

（※２）令和6年度介護報酬改定により、一定の要件を満たした上で、テレビ電話装置その他の情報通信機器の活用することで、モニタリングの訪問回数が、少なくとも半年に１回利用者宅を訪問することに変更可能となりました。

評価

●目的・視点

〇サービス提供事業者からの報告をもとに、介護予防サービス計画で定めた期間の終了時には各利用者の状態を評価します。ケアプランで設定された目標が達成されたかどうかをチェックするとともに、必要に応じ、今後のケアプランを見直すことが目的です。

〇サービス提供事業者が行う事前アセスメント・事後アセスメントの結果から、運動機能や栄養状態の変化、主観的健康感等の変化を把握・集約し、利用者の生活機能全体に関する評価を行います。

●実施時期

〇サービス担当者会議で評価すると決めた月。

〇介護予防サービス・支援計画表（C表）で設定した終了月。

〇本人の状態の変化に応じて目標変更するとき。

〇少なくとも１年に１回以上。

※新規、変化の生じる可能性の高い場合等、短期間で評価した方が良い場合などを見極めて期間を設定します。

●評価の反映

〇目標が達成された場合は、速やかに課題の再分析を行い次の目標を設定し、計画を見直します。

〇課題が解決されている場合は、次のステップアップのために住民主体や一般介護予防事業などの通いの場を見学するなど、スムーズな移行に配慮します。

〇新たな課題が見つかった場合や目標達成が困難な場合は、実現可能な目標となっているか、課題分析結果に基づき計画を組み直します。

●記録

「介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表」に記載します。

（記入に伴う視点はｐ.50参照）

＜評価に伴う留意点＞

サービス利用等の判定は、各利用者の生活機能の変化に応じて評価・判定されるものですが、その際、利用者や家族の意向に配慮するとともに利用者の生活の自立を支援する観点から評価・判定されることが大切です。

利用者に対して、その状態の改善・悪化に応じて、予防給付と介護予防・生活支援サービス事業（サービス・活動事業）という両制度間でのサービス移行があり得る事をあらかじめ説明しておくことが両制度の円滑な利用にあたって大切です。

評価にて改善された場合は一般介護予防事業等の案内を行うなど、終了後もセルフマネジメントが実施できるように支援していくことも必要です。

課題解決しないでサービスが終了し、その後の生活に心配な点がある方については、その後の生活の検討を行います。居宅介護支援事業者が地域包括支援センターより委託を受けて担当している場合は、地域包括支援センター等の関係機関を含めた協議を行うことが可能です。

評価表にある【プラン継続・プラン変更・終了】のチェックについては、計画作成者が「今後の方針」で該当するものに「レ」点をつけます。

※もともと達成可能な目標設定であるべきことや、モニタリングを通して目標を達成しない場合はケアプランの修正を行うべきことから、基本的には【プラン変更】となります。サービスの変更なし→プラン継続ではありませんので、注意してください。

【プラン継続】とは
・継続はまれなケース。ケアプラン中に一時的な入院等がありプランのサービス利用ができなかったが、退院後本人の状態、意向の変化がなく改めて同じケアプラン内容を実施するとき　等。

【プラン変更】とは
・目標設定期間満了したとき（認定更新時含む）。
・利用者の状態が変わったとき　等。

【終了】とは
・死亡・転出等によりプランニングの必要がなくなったとき。
・担当ケアマネジャーの交代時。
・担当居宅介護支援事業所の変更時。
・目標が達成、またはその他の理由でサービス不要となり、次のケアプランを作成する必要がなくなったとき　等。

４章　認定結果が出る前の対応について（暫定ケアプラン）

要介護認定の新規申請、区分変更申請等において、認定結果が出る前にサービスを提供する場合、要支援又は要介護の認定結果を見込んだ上で作成する暫定ケアプランが必要となります。

●作成が必要な場合

〇新規に要介護認定の申請を行い認定結果が出るまでの間にサービスを利用する場合。
〇要介護認定者が区分変更申請を行い認定結果が出るまでの間にサービスを利用する場合。
〇要介護認定者が更新申請を行い認定結果が更新前の認定有効期間中に確定しない場合。

＜作成に当たっての留意事項＞

認定結果が非該当となったとき又は暫定ケアプランに設定した要介護度等よりも重くまたは軽くなったときは、介護サービスに要する費用の全部又は一部が自己負担になる場合があるため、あらかじめ利用者又はその家族に十分な説明を行います。

要介護認定結果が要介護、要支援のいずれになるか判断できない場合、必ず居宅介護支援事業者と地域包括支援センターが相互に連携を取りながら暫定ケアプランを作成します。

暫定ケアプラン作成時のアセスメントにおいて、認定結果確定後、利用者の状況等に変化がなければ、再度、アセスメントを行う必要はありません。

暫定ケアプランを交付していても、認定情報（「認定日」「認定の有効期間」「目標、援助内容の期間」）等が記載されていないため、確定ケアプランとみなすことができません。必ず、認定結果確定後に確定ケアプランを作成し利用者及びサービス提供事業者に交付します。

要介護認定は有効期間が申請日に遡って決定され、暫定ケアプランについても決定された要介護度等に基づき有効となることから、暫定ケアプランを作成する場合にあっても、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 第 13 条第６号から第 11 号までに定める一連の業務（アセスメント、ケアプラン原案作成、サービス担当者会議の開催、ケアプランの説明及び同意、ケアプランの交付）（以下「一連の業務」という。）を行います。

更新申請の際に、利用者の状況からサービス内容に変更がないと判断し、更新前と同一内容で暫定ケアプランとする場合も基本的には一連の業務が必要となります。ただし、一連の業務を省略するような状況と考える場合には、ケアマネジャー一人で判断せず、地域包括支援センターへ相談してください。省略する場合は、その判断と利用者の同意、サービス提供事業者への電話連絡等の内容については経過記録に記載する必要があります。この場合において認定結果が出たときは、速やかに一連の業務を行わなければなりません。

要介護から要支援の認定結果となり要支援者の新規要介護認定申請をする場合、利用者や家族が認定の不服から地域包括支援センターとの面談を拒否する場合などについては、必ず当該地域包括支援センターに連絡の上、暫定ケアプラン作成時の一連の業務についての対応を相談します。

第５章　指定居宅介護支援事業者への業務委託

介護予防ケアマネジメント業務は、一部を居宅介護支援事業者に委託することが可能です。ただし利用申込みの受付、契約締結及び介護報酬の請求については、原則として地域包括支援センターが実施することとされています。また業務の一部を委託する場合も、利用者との契約締結主体は地域包括支援センターで、最終的な責任は地域包括支援センターが負うこととなります。地域包括支援センターは、委託居宅介護支援事業者（以下「委託事業者」という。）が作成した介護予防サービス計画について適切性や内容の妥当性などを点検し、業務が適切に行われているかを確認する必要があります。具体的には初回の介護予防ケアマネジメント実施時に立ち会うよう努めることですが、難しい場合は、委託事業者が行うケアマネジメントや介護予防サービス・支援計画表の確認などを通じて、全てのケースについて地域包括支援センターが関与します。

１．委託契約の方法

下記の①②の書類について、委託事業者が必要事項を記載し、担当地域包括支援センターに提出します。

① 介護予防サービス計画作成委託契約書
② 代理受領委任状（東京都以外の場合は不要）

＜① 介護予防サービス計画作成委託契約書　について＞

- ２部作成し、双方で一部ずつ保管します。
- 担当地域包括支援センターは、契約印を押印した契約書２部を委託事業者に渡し、委託事業者は契約書２部に必要事項を記載し、契約印を押印後、１部は担当地域包括支援センターに返却します。

＜② 代理受領委任状　について＞

- １部作成し、原本を担当地域包括支援センターが保管、写しを委託事業者が保管します。
- 委託事業者は、代理受領委任状に必要事項を記載し、押印後、担当地域包括支援センターに返却します。

２．指定居宅介護支援事業者と地域包括支援センターとの連携

介護予防ケアマネジメント業務等の実施に当たっては、地域包括支援センターと委託事業者が協働して利用者を支援していくことが重要です。委託事業者は、次のような場合には、地域包括支援センターと連携する必要があります。

- サービス担当者会議。
- 介護予防サービス・支援計画表に対する確認（地域包括支援センター意見欄の記入）を行ったとき。
- 利用者の同意を得て介護予防サービス・支援計画表が確定したとき（介護予防サービス・支援計画表の送付）。
- 利用者の状態が変化し、介護予防サービス・支援計画表を見直す必要が生じたとき。
- サービス提供事業者から個別介護計画に基づくサービス実施状況について報告を受けたとき。
- 月初めに前月分のサービス利用状況を確認したとき。
- 目標の達成状況を確認して介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表を作成したとき。

３．介護予防支援の指定にについて

令和６年４月１日から施行された介護保険法の改正により、介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業所についても、要支援認定の利用者に対するケアマネジメントを直接実施できるようになりました。詳しい内容、手続き等については、国分寺市福祉部高齢福祉課介護保険係へご相談ください。

（※指定を受けていない場合でも、これまでどおり地域包括支援センターから委託を受けての実施は可能です。）

３．提出書類一覧

●ケアプラン新規作成

○ 基本チェックリスト
○ 介護予防支援アセスメントシート用情報収集シート
〈作成は必須だが原則提出は不要。求められた場合は提出〉
○ 利用者基本情報
○ Ａ表～Ｃ表（介護予防サービス･支援計画表）
○ Ｄ表（介護予防週間支援計画表）

●ケアプラン継続

○ Ａ表～Ｃ表（介護予防サービス･支援計画表）
○ Ｄ表（介護予防週間支援計画表）
○ Ｆ表（介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表）

●ケアプラン変更

○ Ｆ表（介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表）
○ 基本チェックリスト
○ 介護予防支援アセスメントシート用情報収集シート
〈作成は必須だが原則提出は不要。求められた場合は提出〉
○ 利用者基本情報
〈利用者の生活状況等に変化が生じた場合（世帯構成の変化、認定情報など）は、利用者基本情報を適宜追加し認定更新時等に提出〉
○ Ａ表～Ｃ表（介護予防サービス･支援計画表）
○ Ｄ表（介護予防週間支援計画表）

●ケアプラン終了

○ Ｆ表（介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表）

●暫定プラン

○ Ｆ表（介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表）
〈要介護認定の新規申請の場合は不要〉
○ 基本チェックリスト
○ 介護予防支援アセスメントシート用情報収集シート
〈作成は必須だが原則提出は不要。求められた場合は提出〉
○ 利用者基本情報*
○ Ａ表～Ｃ表（介護予防サービス･支援計画表）*
○ Ｄ表（介護予防週間支援計画表）*

*本プラン移行時は、認定情報を反映した利用者基本情報と再度Ａ表～Ｄ表を提出

４．利用票・提供票の作成について

<table>
<tr><td rowspan="2">帳票名</td><td colspan="3">提出先</td></tr>
<tr><td>利用者</td><td>地域包括支援センター</td><td>サービス
提供事業者</td></tr>
<tr><td>サービス利用票・別表
（定額サービスのみ利用）</td><td>初回・サービス
変更時のみ</td><td rowspan="2">実績入りを
翌月６日までに提出</td><td rowspan="2">不要</td></tr>
<tr><td>サービス利用票・別表
（定額サービス外利用含む）</td><td>毎月分
（３か月に１回）</td></tr>
<tr><td>週間サービス計画表</td><td>初回・サービス
変更時のみ</td><td>初回・サービス
変更時のみ</td><td>不要</td></tr>
<tr><td>サービス提供票・別表
（予定）</td><td colspan="2">不要</td><td>前月末まで</td></tr>
<tr><td>サービス提供票・別表
（実績入り）</td><td colspan="3">不要</td></tr>
</table>

★以前より介護保険を利用している方で、利用票の受け取りを希望している場合は、個別に対応します。

★委託事業者は、給付管理のために、毎月、利用票・別表を提出します。

帳票の流れ（介護予防給付・従前相当、ケアマネジメントAの場合）

業務	居宅介護支援事業者		担当地域包括支援センター	
	介護予防給付・ 従前相当の場合	ケアマネジメントAの場合 （従前相当を除く）	介護予防給付・ 従前相当の場合	ケアマネジメントAの場合 （従前相当を除く）
1 利用申請	介護予防サービス利用希望の確認・情報共有			
2 契約締結	新規居宅介護支援事業所とは委託契約を結ぶ 利用者へは「委託契約のご案内」を交付 居宅サービス計画・介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント作成依頼届出書提出			
3 アセスメント	①②③	①②③ ⑫ ※事業対象者の場合は①の実施は不要	認定審査会資料の写しの送付	基本チェックリストまたは認定審査会資料の写しの送付
4 介護予防サービス・支援計画表原案作成	④⑤⑥	④⑤⑥		
5* 介護予防サービス・支援計画表原案提出	①③④⑤	※事業対象者の場合は①は不要 ①③④⑤		
6* 介護予防サービス・支援計画表原案の返却	担当地域包括支援センターで受け取り ④（A表のみ）		A表に計画に対する意見、日付を記載し押印	
7* サービス担当者会議の開催	目標の共有化、役割分担の確認、支援方策を協議する ⑥または⑦		担当者会議への出席	
8* 介護予防サービス・支援計画表原案の説明と同意	利用者・家族に説明を実施　同意を得る			
9 介護予防サービス・支援計画表の提出	④（A表写し） ※原案を変更している場合はB～D表も提出 ※原本は計画作成を担当した事業者で保管 利用者・サービス事業者へ交付			

	サービス利用票・別表 の交付	利用者へ交付 （定額サービスのみ利用の場合は初回のみ） ⑧	----→
10	サービス提供票・別表 の交付	サービス提供事業者へ交付（前月末までに） ⑨	
11	サービス提供事業者との 内容共有 サービスの利用	⑥	
12	給付管理	⑧⑩	----→ 翌月6日 （6日が日曜・祝日の場合は翌開所日） までに実績を提出
13	モニタリング	⑥	
14	評価	介護予防サービス計画で 定めた期間の終了時に実施 今後の支援方針検討 ⑪	----→ マネジメント担当が確認 ←---- 確認後、意見を記入し今後の方針等に ついて必要な助言・指導を行う

以後、3 アセスメント ～ 14 評価 を繰り返す

*5～8については、担当者会議で一体的に行う場合もある

←―― 担当地域包括支援センターから
居宅介護支援事業者へ提出

----→ 居宅介護支援事業者から
担当地域包括支援センターへ提出

帳票一覧

① 基本チェックリスト

② 介護予防支援アセスメントシート用情報収集シート

③ 利用者基本情報

④ A表～C表 （介護予防サービス・支援計画表〈ケアマネジメントA、Bの場合、簡略化されたA～C表でも可〉）

⑤ D表 （介護予防週間支援計画表）

⑥ E表 （介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録〈サービス担当者会議の要点を含む〉）

⑦ E表（別表）（サービス担当者会議の要点）

⑧ サービス利用票・別表

⑨ サービス提供票・別表

⑩ 給付管理票

⑪ F表 （介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表）

⑫ 興味・関心チェックシート（参考帳票）

帳票の流れ（ケアマネジメントBの場合）

業務	居宅介護支援事業者	担当地域包括支援センター
1 利用申請	介護予防サービス利用希望の確認・情報共有	
2 契約締結	新規居宅介護支援事業所とは委託契約を結ぶ	
	利用者へは「委託契約のご案内」を交付	
	居宅サービス計画・介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント作成依頼届出書提出	
3 アセスメント	①②③ ⑫ ※事業対象者の場合は①の実施は不要	← 基本チェックリストまたは認定審査会資料の写しの送付
4 介護予防サービス・支援計画表原案作成	④⑤	
5 介護予防サービス・支援計画表原案提出	※事業対象者の場合は①は不要 ①③④⑤	- - - →
6 介護予防サービス・支援計画表原案の返却	④（A表のみ）	← A表に計画に対する意見、日付を記載し押印
7 サービス担当者会議の開催 （省略可）	⑥または⑦	
8 介護予防サービス・支援計画表原案の説明と同意	利用者・家族に説明を実施 同意を得る	
9 介護予防サービス・支援計画表の提出	④（A表写し） ※原案を変更している場合はB～D表も提出 ※原本は計画作成を担当した事業所で保管 利用者・サービス事業者へ交付	- - - →
10 サービス利用票・別表の交付	利用者へ交付 （定額サービスのみ利用の場合は初回のみ） ⑧	- - - →
サービス提供票・別表の交付	サービス提供事業者へ交付（前月末までに） ⑨	

11 サービス提供事業者との内容共有 サービスの利用	⑥	
12 給付管理	⑩またはそれに準ずるもの	----→ 翌月6日（6日が日曜・祝日の場合は翌開所日）までに実績を提出
13 モニタリング（必要に応じて実施）	利用者及び家族との相談によって設定した時期に行う ⑥	
14 評価	介護予防サービス計画で定めた期間の終了時に実施 今後の支援方針検討 ⑪	----→ マネジメント担当が確認 ←---- 確認後、意見を記入し今後の方針等について必要な助言・指導を行う

以後、3 アセスメント ～ 14 評価 を繰り返す

←―― 担当地域包括支援センターから居宅介護支援事業者へ提出

----→ 居宅介護支援事業者から担当地域包括支援センターへ提出

帳票一覧

① 基本チェックリスト

② 介護予防支援アセスメントシート用情報収集シート

③ 利用者基本情報

④ A表～C表 （介護予防サービス・支援計画表〈ケアマネジメントA、Bの場合、簡略化されたA～C表でも可〉）

⑤ D表 （介護予防週間支援計画表）

⑥ E表 （介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録〈サービス担当者会議の要点を含む〉）

⑦ E表（別表）（サービス担当者会議の要点）

⑧ サービス利用票・別表

⑨ サービス提供票・別表

⑩ 給付管理票

⑪ F表 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表

⑫ 興味・関心チェックシート(参考帳票)

帳票の流れ（ケアマネジメントCの場合）

業務	居宅介護支援事業所	担当地域包括支援センター
1　利用申請	介護予防サービス利用希望の確認・情報共有	
2　契約締結	新規居宅介護支援事業所とは委託契約を結ぶ 利用者へは「委託契約のご案内」を交付 ①	
3　アセスメント	②③　⑤ ※認定者の場合は基本チェックリストを実施	← 基本チェックリスト または 認定審査会資料の写し の送付
4　ケアマネジメント結果案作成	④	
5　ケアマネジメント結果の 説明と同意	利用者・家族に説明を実施　同意を得る	
6　ケアマネジメント結果の提出 ケアマネジメント費の請求	④　- - - - - - → 翌月６日までに実績を提出	
7　サービスの利用	セルフマネジメントの推進	
8　モニタリング （不要）	利用者の状況変化などがあった際に、 サービス実施者や利用者から 地域包括支援センターへ 情報が入る体制を作っておく	

帳票一覧

① 居宅サービス計画・介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント作成依頼届書提出

② 利用者基本情報

③ 介護予防支援アセスメントシート用情報収集シート

④ A～C表 （簡略化された介護予防サービス・支援計画表）

⑤ 興味・関心チェックシート（参考帳票）

← 担当地域包括支援センターから
居宅介護支援事業者へ提出

- - - - - - → 居宅介護支援事業者から
担当地域包括支援センターへ提出

令和７年４月１日～

委託先指定居宅介護支援事業所における
介護予防支援費・介護予防ケアマネジメント費の給付管理について

１ 提出内容　　①～③は必須です。

① サービス利用票
② サービス利用票別表
③ 給付管理票

どちらも実績が入っているもの。
単位数の相違がないように記入。
初回加算算定対象者は給付管理票に（初）と**赤**で記載してください。※

①～③は紙面でご提出ください（手書きも可能です）。

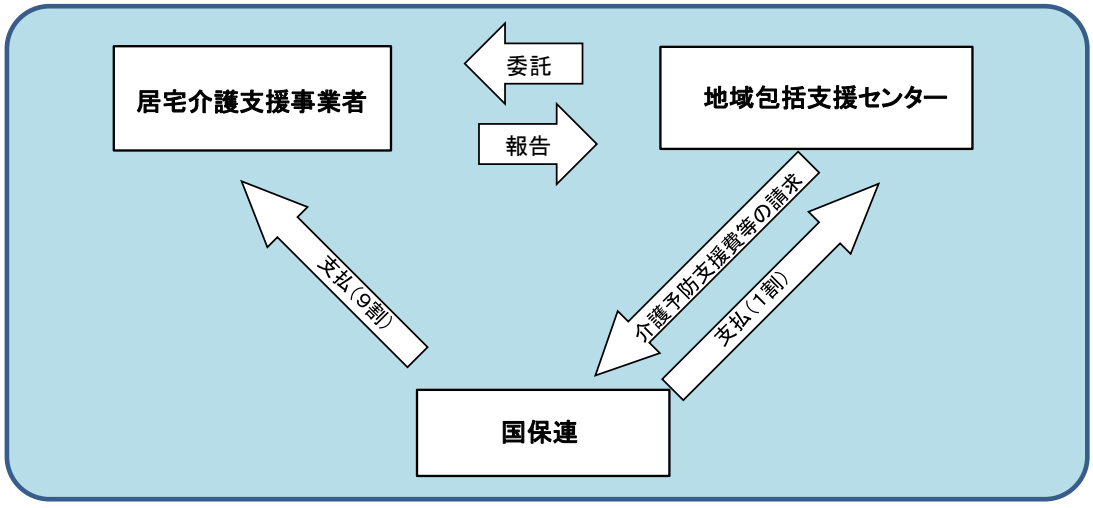
※ 初回加算について
算定漏れ防止のため、初回加算算定対象者については必ず給付管理票への記載をお願いします。２か月以上サービス利用を中断した方は、再開時に再度算定できますので、お忘れの無いよう、お願いします。

２ 提出時期　　翌月６日（６日が日曜・祝日の場合は翌開所日）まで

３ 提出方法　　持参または郵送してください。
（ＦＡＸやメールでの送付はご遠慮ください。）

４ 請求・支払いの流れ

～ 介護予防支援費･介護予防ケアマネジメント費 ～



介護予防支援費等は、居宅介護支援事業所からの実績に基づき地域包括支援センターが給付管理業務を行い、受領委任払いで（国保連から直接居宅介護支援事業所に）支払われます。

5 委託費

介護報酬の基本単位及び初回加算、委託連携加算の９割が居宅介護支援事業所に支払われます。

●介護予防給付利用・従前相当・ケアマネジメントAの場合

① 基本単位（442）単位

② 初回加算（300）単位

＊初回のみ加算します。

③ 委託連携加算（300）単位

＊委託を開始した月に限り、利用者１人につき１回を限度として加算します。

④ 虐待防止措置未実施減算（－４）単位

サービスの内容	単位数	委託先居宅介護支援事業所に支払われる額
①基本単位	442	4,396円
①基本単位＋②初回加算	742	7,380円
①基本単位＋③委託連携加算	742	7,380円
①基本単位＋②初回加算＋③委託連携加算	1,042	10,364円
①基本単位＋④虐待防止措置未実施減算	438	4,355円
①基本単位＋②初回加算＋④虐待防止措置未実施減算	738	7,339円
①基本単位＋③委託連携加算＋④虐待防止措置未実施減算	738	7,339円
①基本単位＋②初回加算＋③委託連携加算＋④虐待防止措置未実施減算	1,038	10,323円

⑤ 業務継続計画未策定減算

サービスの内容	単位数	委託先居宅介護支援事業所に支払われる額
①基本単位＋⑤業務継続計画未策定減算	438	4,355円
①基本単位＋②初回加算＋⑤業務継続計画未策定減算	738	7,339円
①基本単位＋③委託連携加算＋⑤業務継続計画未策定減算	738	7,339円
①基本単位＋②初回加算＋③委託連携加算＋⑤業務継続計画未策定減算	1,038	10,323円
①基本単位＋④虐待防止措置未実施減算＋⑤業務継続計画未策定減算	434	4,316円
①基本単位＋②初回加算＋④虐待防止措置未実施減算＋⑤業務継続計画未策定減算	734	7,300円
①基本単位＋③委託連携加算＋④虐待防止措置未実施減算＋⑤業務継続計画未策定減算	734	7,300円
①基本単位＋②初回加算＋③委託連携加算＋④虐待防止措置未実施減算＋⑤業務継続計画未策定減算	1,034	10,284円

※ケアマネジメントBとCについては市にお問い合わせください。

6 限度額管理

各区分の支給限度額については以下のとおりです。

認定状態区分	利用可能サービス	１か月あたりの支給限度額
要支援認定者	○予防給付のみ ○予防給付と事業 ○事業のみ	要支援１　5,032単位 要支援２　10,531単位
事業対象者	○事業のみ	5,032単位 利用者の状態により一時的に10,531単位とすることも可

●給付管理に関するお問い合わせ　ご契約先の地域包括支援センターへ

国分寺地域包括支援センターもとまち	：０４２－４０１－００３５
国分寺地域包括支援センターこいがくぼ	：０４２－３００－６０２４
国分寺地域包括支援センターほんだ	：０４２－３００－２３３９
国分寺地域包括支援センターなみき	：０４２－３００－３７０２
国分寺地域包括支援センターひよし	：０４２－３００－１４０５
国分寺地域包括支援センターひかり	：０４２－５７３－４０５８