

介護予防ケアマネジメントにおける 一部運用変更について (尼崎市 包括支援担当)

1 概要

国の制度改正等を踏まえ、介護予防ケアマネジメント実施機関における介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関するケアプラン期間、モニタリング及び評価等について必要な変更を行い、実施機関の適切かつ効果的な運用の実現や業務負担の軽減を図る。

2 主な変更内容

- 1 介護予防支援・要支援者に対する介護予防ケアマネジメントAのケアプラン期間については、「最大1年間」から「最大：認定有効期間」に変更するとともに、ケアプラン提出時の添付書類を簡素化する。
- 2 介護予防支援・要支援者に対する介護予防ケアマネジメントAの評価期間については、介護保険制度における介護予防の位置づけに基づき、計画策定時からの「1年毎」を追加する。
- 3 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントAのケアプラン様式については、「介護予防サービス・支援計画書」から国が示す標準様式に変更するとともに、介護予防ケアマネジメントCについては、「介護予防サービス・支援計画書（簡易版）」から「介護予防サービス・支援計画書（簡略様式）」に変更する。
- 4 その他、文言等を整理し運用を明確化する。

3 変更開始日

令和8年4月1日

【介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの類型】

	介護予防支援	介護予防ケアマネジメントA		介護予防ケアマネジメントC
対象者	要支援1・2	要支援1・2	事業対象者	要支援1・2 事業対象者
対象サービス	<u>介護予防給付</u> ・介護予防福祉用具貸与 ・介護予防訪問看護 ・介護予防通所リハ ・介護予防訪問リハ 等	<u>介護予防・生活支援サービス事業</u> ・通所型サービス ・訪問型サービス 専門型訪問サービス 標準型訪問サービス	<u>介護予防・生活支援サービス事業</u> ・通所型サービス ・標準型訪問サービス	<u>介護予防・生活支援サービス事業</u> ・訪問型支え合い事業
	注) 介護予防給付と介護予防・生活支援サービスを組み合わせるときは、介護予防支援を適用します。サービスの利用状況により、「介護予防支援」と「介護予防ケアマネジメント」が月単位で変更となることもあります。			
実施機関	・地域包括支援センター ・居宅介護支援事業所 (委託) ・指定介護予防支援事業所 (介護予防支援のみ)		地域包括支援センター	
アセスメント	実施 (初回・更新・変更時)		実施 (初回・変更)	初回のみ
ケアプラン様式	厚生労働省の示す標準様式			簡略様式
サービス担当者会議	ケアプラン作成時・変更時			不要
利用者への同意・説明	ケアプラン作成時・変更時			ケアプラン作成時
ケアプラン確定・交付	ケアプラン作成時・変更時 (利用者・サービス担当者への交付)			ケアプラン作成時 (利用者へののみ)
ケアプラン期間	最大：認定有効期間		最大：12ヶ月	なし
モニタリング	毎月 (3ヶ月に1回は訪問によるモニタリング・条件が揃い文章での同意が得られた場合は、6ヶ月の間の3ヶ月に1回はモニタリング訪問、別の3ヶ月に1回はテレビ電話でのモニタリングも可能)		毎月	なし
評価	策定時から1年毎・変更時・終了時		変更時・終了時	なし
委託プランの算定方法	居宅介護支援費×1/3	上限なし (通減性には含めない) ※1	—	—
サービスコード	64	AF		

※1 居宅介護支援費の通減性について、介護予防支援受託者数を3分の1とした件数を含み、介護支援専門員（常勤換算）1人あたり45件を超えた場合、超過部分に対し、通減性が適用されます。介護予防ケアマネジメントは通減性には含めませんが、計画作成者の負担等を考慮する必要があります。

《介護予防支援・要支援者に対する介護予防ケアマネジメントA》

- ① 介護予防支援と要支援者に対する介護予防ケアマネジメントAは、考え方や方法、使用様式等は同じで、サービスの利用状況により、「介護予防支援 (64)」 「介護予防ケアマネジメント (AF)」のサービスコードで請求を行う。
- ② 介護予防のケアプラン期間は、認定有効期間内（要支援認定者の場合は認定有効期間を超えない）とする。

《事業対象者に対する介護予防ケアマネジメントA》

- ① 実施機関は地域包括支援センター（原則3職種）とする。
- ② 事業対象者の介護予防ケアマネジメントAのケアプラン期間は最大：12ヶ月とする。
- ③ 要支援状態になることを少しでも遅らせることを目標として作成する。
- ④ 最大：12ヶ月でサービス利用終了を目指し、利用者が要望されるサービスを利用するだけでなく、日常生活において支援が必要となっている阻害要因を軽減することも目標にする。
- ⑤ 総合事業サービスを利用する際は、担当者会議を開き、多職種の意見を聞く。
- ⑥ 専門型訪問サービスを利用することは想定していない。
- ⑦ 計画の終了評価を行った結果、継続して総合事業サービスの利用が必要と判断される場合は、包括C内（3職種）で協議し、サービスを継続して利用するかどうか検討する。
継続の必要がある場合には、包括Cは市（包括支援担当）へ次の書類を提出します。

○利用者基本情報	○課題分析アセスメントシート	○基本チェックリスト
○サービス担当者会議録	○介護予防サービス・支援計画書	
○支援経過（サービス開始以降～直近）	○評価表	

《事業対象者に対する介護予防ケアマネジメントC》

- ① 令和3年4月から実施している。
- ② 訪問型支え合い活動のみの利用の開始時に行われる初回のみでのケアマネジメントで、地域包括支援センター職員（原則3職種）がアセスメントを行い、「介護予防サービス・支援計画書（簡略様式）」を用い、ケアプラン作成を行う。
- ③ 原則、モニタリングや評価を行わない。

【介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントの類型】

	介護予防支援	介護予防ケアマネジメント A		介護予防ケアマネジメント C
対象者	要支援 1・2	要支援 1・2	事業対象者	要支援 1・2 事業対象者
対象サービス	<u>介護予防給付</u> ・介護予防福祉用具貸与 ・介護予防訪問看護 ・介護予防通所リハ ・介護予防訪問リハ 等	介護予防・生活支援 サービス事業 ・通所型サービス ・訪問型サービス 専門型訪問サービス 標準型訪問サービス	介護予防・生活支援 サービス事業 ・通所型サービス ・標準型訪問サービス	介護予防・生活支援 サービス事業 ・訪問型支え合い事業
	注) 介護予防給付と介護予防・生活支援サービスを組み合わせるときは、介護予防支援を適用します。サービスの利用状況により、「介護予防支援」と「介護予防ケアマネジメント」が月単位で変更となることもあります。			
実施機関	地域包括支援センター 居宅介護支援事業所に委託可能		地域包括支援センター	
アセスメント	実施（初回・更新・変更時）		実施（初回・変更）	初回のみ
ケアプラン様式	介護予防サービス・支援計画書			介護予防サービス・支援計画書 (簡易版)
サービス担当者会議	ケアプラン作成時・変更時			不 要
利用者への同意・説明	ケアプラン作成時・変更時			ケアプラン作成時
ケアプラン確定・交付	ケアプラン作成時・変更時 (利用者・サービス担当者への交付)			ケアプラン作成時 (利用者へのみ)
ケアプラン期間	最大 1 年間（但し、認定有効期間内）		最大 6 カ月間	な し
モニタリング	毎 月 (3 カ月に 1 回は訪問によるモニタリング)		毎 月	な し
終了評価	ケアプラン変更時・終了時		変更時・終了時	な し
委託プランの算定方法	居宅介護支援費×1/2	上限なし (通減性には含めない) ※1	—	—
サービスコード	6 4	A F		

※1 居宅介護支援費の通減性について、介護予防支援受託者数を2分の1とした件数を含み、介護支援専門員（常勤換算）1人あたり40件を超えた場合、超過部分に対し、通減性が適用されます。介護予防ケアマネジメントは通減性には含めませんが、計画作成者の負担等を考慮する必要があります。

《介護予防支援・要支援者に対する介護予防ケアマネジメントA》

介護予防支援と要支援者に対する介護予防ケアマネジメントAは、考え方や方法、使用様式等は同じで、サービスの利用状況により、「介護予防支援」「介護予防ケアマネジメント」のサービスコードで請求を行います。

尼崎市における介護予防ケアプランの期間は最長1年（要支援認定者の場合は認定有効期間を超えない）とします。

《事業対象者に対する介護予防ケアマネジメントA》 実施機関は包括C

- ①事業対象者の介護予防ケアマネジメントAのケアプラン期間は最大6ヵ月とする。
- ②要支援状態になることを少しでも遅らせることを目標として作成する。
- ③最大6ヵ月での卒業を目指し、利用者が要望されるサービスを利用するだけでなく、日常生活において支援が必要となっている障害要因を軽減することも目標にする。
- ④総合事業サービスを利用する際は、担当者会議を開き、多職種の意見を聞く。
- ⑤専門型訪問サービスを利用することは想定していない。
- ⑥計画の終了評価を行った結果、継続して総合事業サービスの利用が必要と判断される場合は、市(包括支援担当)と協議、サービスを継続して利用するかどうか検討する。
継続の必要がある場合には、包括Cは市(包括支援担当)へ次の書類を提出します。

○利用者基本情報 ○課題分析アセスメントシート ○基本チェックリスト ○興味関心シート
○食事状況確認シート ○サービス担当者会議録○介護予防サービス・支援計画書
○支援経過（サービス開始以降～直近） ○評価表

《事業対象者に対する介護予防ケアマネジメントC》 実施機関は包括C

尼崎市では令和3年4月から実施しています。

介護予防ケアマネジメントCは訪問型支え合い活動のみの利用の開始時に行われる初回のみでのケアマネジメントで、包括C職員（原則3職種）がアセスメントを行い、介護予防サービス・支援計画書（簡易版）を用い、ケアプラン作成を行います。原則として、モニタリングや評価は行いません。