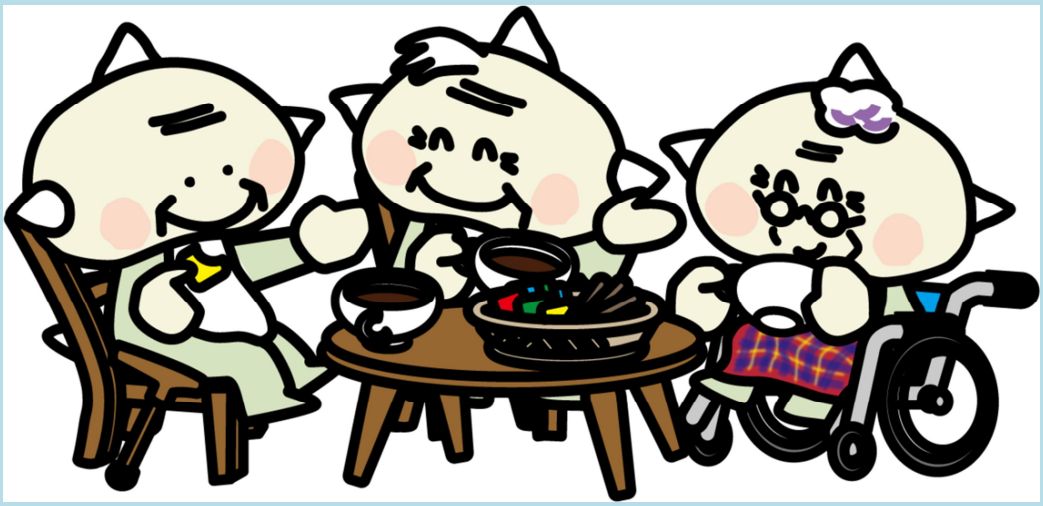
介護予防サービス計画作成
介護予防ケアマネジメント

高齢者あんしんセンターとの委託契約に関わる業務受託の手順

2026 年度版



～高崎市～

＜目次＞

Ⅰ 介護予防におけるケアマネジメントの概要 ----------１ページ
１．介護予防におけるケアマネジメントの目的
２．介護予防におけるケアマネジメントの基本的考え方
３．介護予防におけるケアマネジメントの実施主体 ----------２ページ
４．介護予防サービス計画と介護予防ケアマネジメント
５．介護予防におけるケアマネジメントのプロセス

Ⅱ 介護予防サービス計画作成及び介護予防ケアマネジメント
業務受託の流れ ----------３ページ
１．受託業務の具体的手順と注意事項
①相談申出
②利用申込の受付
③認定情報・基本情報等の入手
④アセスメント（課題分析） ----------４ページ
⑤ケアプラン原案作成
⑥サービス担当者会議 ----------５ページ
⑦利用者への説明・同意 ----------６ページ
⑧ケアプランの確定・交付
⑨ケアプランの提出
⑩サービス利用 ----------７ページ
⑪サービス利用実績の確認
⑫モニタリング ----------８ページ
⑬中間的な評価
⑭期間終了時評価 ----------９ページ

２．その他参考資料 ----------１０ページ
＜参考１＞福祉用具貸与及び特定介護予防福祉用具購入について
＜参考２＞貸与と販売の選択制について ----------１１ページ
＜参考３＞軽度者に対する福祉用具貸与について
＜参考４＞介護予防住宅改修について ----------１３ページ
＜参考５＞記録及び資料等の保存・管理について
＜参考６＞ケアプランの軽微な変更の内容について ----------１４ページ
＜参考７＞介護予防短期入所生活（療養）介護を利用する場合の
取扱について
＜参考８＞介護予防ケアマネジメントの取扱件数について --------１６ページ

Ⅲ 暫定の介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントに係る
一連の業務 ----------１６ページ

Ⅳ 更新により要介護状態区分等が変更になった場合 ----------１７ページ

Ⅴ 介護予防サービス計画作成及び介護予防ケアマネジメント業務を
受託できない場合 ----------１８ページ

Ⅵ 総合事業のサービス利用について ----------２０ページ

Ⅶ 高齢者あんしんセンター一覧 ----------２１ページ

様 式

Ⅰ　介護予防におけるケアマネジメントの概要

１．介護予防におけるケアマネジメントの目的

介護予防と自立支援の視点を踏まえ、利用者の心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、利用者自らの選択に基づきサービスが包括的かつ効率的に実施されるよう、専門的な視点から必要な援助を行うことを目的としています。

２．介護予防におけるケアマネジメントの基本的考え方

○　高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続することができるように、要介護状態になることをできる限り予防することが重要です。このためには、「本人が出来ることはできる限り本人が行なうように支援する」ことを念頭に置きつつ、いかに行動変容へ誘導するかという視点と技量が求められます。

○　利用者の生活機能の向上に対する意欲を引き出し、サービス利用後の生活をわかりやすくイメージできるようにします。それを踏まえて具体的な日常生活における行為について目標を明確にしたうえで、セルフケアやインフォーマルサービス、地域の公的サービス、介護保険サービスを適切に利用する計画を作成し、達成状況を評価して、必要に応じて計画の見直しを行なう、というサイクルが重要となります。

○　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改善に向かい、もし、医療や介護、生活支援等を必要とする状態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、健康の維持・増進に向けた取り組みを行うことが重要となります。

○　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。

○　ケアマネジメントの中で、本人が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取り組み、達成後はより自立へ向けた次のステップに移っていきます。

○　介護予防は終わりのない取り組みであり、事業の利用が終了した後も、高齢者のセルフケアとして習慣化され、継続される必要があります。そのため、事業の利用だけでなく、家庭でのセルフケアや地域での様々な支援につなげる必要があります。

３．介護予防におけるケアマネジメントの実施主体

高崎市においては、介護予防におけるケアマネジメントの実施主体は、本人の住所地を担当する「高齢者あんしんセンター」が実施します（P.１９参照）。

ただし、本人や家族の希望により、担当地域以外の高齢者あんしんセンターを指名した場合には、指名先の高齢者あんしんセンターが実施します。また、その業務の一部を指定居宅介護支援事業所に委託することができます。

４．介護予防サービス計画と介護予防ケアマネジメント

要支援認定者または事業対象者が利用するサービス内容により、ケアプラン作成をはじめとしたケマネジメントの実施方法が「介護予防サービス計画」と「介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントＡ）」とに分かれます。介護予防サービス計画については予防給付の中のケアマネジメントとして、介護予防ケアマネジメントについては総合事業の中のケアマネジメントとして実施します。

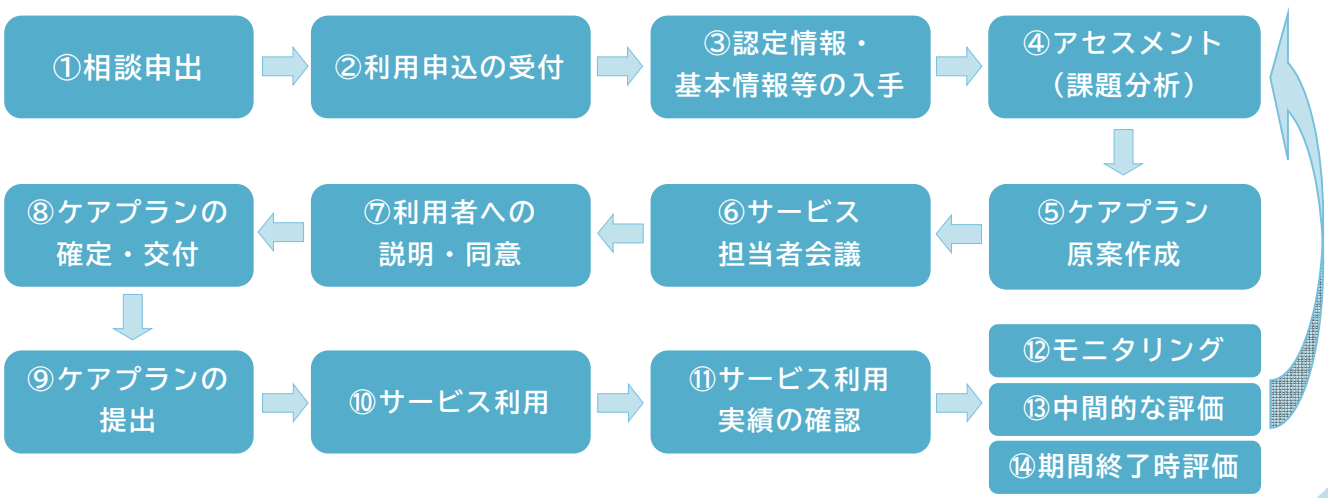
区分	要支援	要支援	要支援	事業対象者
利用サービス	予防給付のみ利用	予防給付とサービス・活動事業を利用	サービス・活動事業のみ利用	サービス・活動事業のみ利用
ケアマネジメント種別	介護予防サービス計画	介護予防サービス計画	介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）	介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）

５．介護予防におけるケアマネジメントのプロセス

介護予防サービス計画および介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントＡ）におけるケアマネジメントのプロセスは、下記のとおりとなります。

なお、介護予防のケアマネジメントを実施する際には、「高崎市アセスメントシート2015」によるアセスメントを基本としていますが、※厚生労働省が示す課題分析標準項目が記載されているものでも構いません。

※介護保険最新情報 Vol.1178　令和５年 10 月 16 日　一部改正



Ⅱ　介護予防サービス計画作成及び介護予防ケアマネジメント業務受託の流れ

1．受託業務の具体的手順と注意事項

①相談申出

利用者や家族、高齢者あんしんセンター、居宅介護支援事業所等を通じてサービス利用等の相談を受けた際には、希望するサービスや提案するサービスを想定し、実施するケアマネジメントを検討します。

②利用申込の受付

「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント業務受託報告書」「介護保険被保険者証」を高齢者あんしんセンターに提出します。

指定介護予防支援事業所が担当していた利用者が介護予防サービス計画から介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントＡ）に変更になった場合も同様です。

提出するもの
◇介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント業務受託報告書（様式１）
◇介護保険被保険者証

③認定情報・基本情報の入手

「認定情報」「基本情報」は、ケアプランを作成するために担当介護支援専門員に提供している資料のため、取扱いには十分注意してください。

受け取るもの
◆認定情報・主治医意見書（要支援者で同意のある場合）
◆基本情報がわかるもの

④アセスメント（課題分析）

アセスメントとは、利用者や家族が困っている状況や希望する生活のあり方を介護支援専門員が理解し、利用者の生活目標を実現していくために解決しなければならない生活課題を明確化し、その解決を図るための方法を明らかにするものです。

利用者宅を訪問し、「認定情報」等を参考に利用者及び家族との面談により、アセスメントを実施します。高崎市アセスメントシート２０１５等のツールを用いて課題分析を行います。

アセスメントにより、利用サービスの変更が生じ、ケアマネジメントの種別が変更となった場合には、高齢者あんしんセンターへその旨を伝えます。

Check!!

＜アセスメントの実施者＞

①介護予防サービス計画の場合
⇒居宅介護支援事業所の介護支援専門員が実施する。

②要支援認定者及び事業対象者の介護予防ケアマネジメントの場合
⇒初回は高齢者あんしんセンターが同席し、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が実施する。

③認定期間中に、介護予防サービス計画から初めて介護予防ケアマネジメントになった場合（指定介護予防支援事業所が担当していた場合も同様）
⇒高齢者あんしんセンターが、介護予防サービス計画の終了評価時に同席し、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が実施する。

⑤ケアプラン原案作成

アセスメント結果をもとに、どのような支援が必要かを利用者等と調整し、合意結果に基づきケアプラン原案を作成します。ケアプランの期間は介護予防サービス計画及び介護予防ケアマネジメントともに１年を最長とします。

主治医からの意見を聴取し（書面によるものに限らず、口頭聴取または本人による聴き取りでも可）、ケアプランに記載してください。（P.16「Ⅲ　暫定の介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントに係る一連の業務」を参照）

認定結果を待たずにサービスの利用を開始する場合（暫定プラン）については、居宅サービス計画書と介護予防サービス・支援計画書の両方を作成してください。

原案を高齢者あんしんセンターに提出し、協議の上、高齢者あんしんセンター職員が氏名を記入してお返しします。

提出するもの
◇介護予防サービス・支援計画書（原案）
◇「高崎市アセスメントシート 2015」（写し）または
「※厚生労働省が示す課題分析標準項目が記載されているアセスメントシート」と「基本チェックリスト」（写し）

※介護保険最新情報 Vol.1178　令和５年 10 月 16 日　一部改正

受け取るもの
◆介護予防サービス・支援計画書
（高齢者あんしんセンター職員が確認した氏名入り原案）

＜様式と提出書類について＞ Check!!

□様式は、全国版、群馬版どちらでもかまいません。
□提出は FAX 送信も可能です。FAX 送信の場合には、利用者の名前を一部隠す等の個人情報に配慮し、事前に連絡をしてから送信します。
□軽度者に対する福祉用具貸与をケアプランに位置づける場合には、P.11～13の「軽度者に対する福祉用具貸与について」を参考にし、認定情報等を原案と一緒に提出します。
□前回と同じ認定結果であり、評価した結果、サービス種別が変わらない場合は、前回ケアプランと評価表に基づき、介護支援専門員と高齢者あんしんセンターで協議の上、合意できた場合、ケアプランの原案の提出は省略できます。

＜ケアプランに記載する認定年月日・認定の有効期間開始日＞ Check!!

（新規の事業対象者の場合）
　□認定日は基本チェックリスト実施日
　□認定の有効期間開始日は介護保険証に印字された届出年月日
（要介護認定を更新せずに事業対象者を申請した場合）
　□認定日は基本チェックリスト実施日
　□認定の有効期間開始日は要介護認定の有効期間満了日の翌日

＜ケアプランの期間が１年を超えてもいい場合について＞ Check!!

□新規申請および区分変更申請に限り、ケアプランの期間を翌年の申請月末まで認めることとする。

＜ケアプラン作成のポイント＞ Check!!

□アセスメントにより課題が明らかになっているか
□課題の優先順位は適切か
□総合的課題と目標が合っているか
□評価しやすい具体的な目標になっているか
□セルフケア、インフォーマルサービス、フォーマルサービスの順でサービス内容を検討し位置づけられているか
□利用するサービスの種類や回数、時間等の根拠がケアプランに位置づけられているか
□ケアプラン更新時の主治医との連携については、介護保険証の有効期間に関わらず、ケアプラン更新時にはその都度意見（書面によるものに限らず口頭聴取、本人に聴き取りでも可）を聞いているか

⑥サービス担当者会議

　サービス担当者会議には、原則として利用者だけでなく家族が出席するよう調整します。サービス担当者会議を開催し、ケアプランの内容について利用者、サービス担当者等と共通認識を得て、必要な修正を加えケアプラン原案を決定します。
　ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることでサービス担当者会議に代えることができます。

＜サービス担当者会議のポイント＞ Check!!

□新規（事業対象者・要支援認定者）、要支援認定者の要介護新規申請（申請前）、および介護予防サービス計画から介護予防ケアマネジメントに移行したとき（初回のみ）については、高齢者あんしんセンター職員が、サービス担当者会議に出席します。また、大きな変化があった場合等必要に応じて出席しますので、日程調整のうえ、事前に高齢者あんしんセンターへ連絡をしてください。
□会議の内容を「支援経過記録」または居宅介護支援で使用している「サービス担当者会議の要点」に記録し、高齢者あんしんセンターへ提出します。
□やむを得ない理由がある場合とは、開催の日程調整を行なったが、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や、ケアプランの変更から間もない場合で、利用者の状態に大きな変化が見られない場合等が想定されます。
□医療系サービスを利用している場合は、改めて主治医の意見を確認した上で、サービス担当者会議で継続の必要性を確認し、ケアプランおよびサービス担当者会議録にその旨を記載します。

⑦利用者への説明・同意

サービス担当者会議において決定したケアプランや介護予防の考え方、利用者負担等について、利用者や家族に説明し、原案に利用者本人の同意が得られた場合、利用者に同意年月日と氏名を記入してもらいます。

⑧ケアプランの確定・交付

利用者およびサービス事業所等に確定したケアプランの写しを交付します。

⑨ケアプランの提出

利用者の同意が得られた正式ケアプランの原本、サービス利用票・別表等を高齢者あんしんセンターに提出します。

提出するもの
◇利用者の署名がされた「介護予防サービス・支援計画書」（原本）
◇「サービス利用票・別表」
◇「支援経過記録」または「サービス担当者会議の要点」（写し）

受け取るもの
◆利用者の署名と高齢者あんしんセンター職員の氏名が記入された「介護予防サービス・支援計画書」（写し）

＜加算について＞ Check!!

□区分支給限度額内の加算については、ケアプランに記載します。

⑩サービス利用

ケアプランに基づいた、サービスの提供、利用が開始となります。
各介護予防サービス事業者等から個別サービス計画等を受領します。
利用者の状況や課題の変化は、利用者に直接サービスを提供する事業所等により把握されることも多いため、サービス事業所等と連携を図り、情報収集に努めます。

⑪サービス利用実績の確認

ケアプランに位置付けられたサービスについて、月単位で実績を確認してください。

介護予防サービス計画	**提出するもの** ◇請求書（様式２－１） ◇請求内訳書（様式３－１） ◇利用実績確認後の「サービス利用票・別表」
介護予防ケアマネジメント	**提出するもの** ◇請求書（様式２－２） ◇請求内訳書（様式３－２） ◇利用実績確認後の「サービス利用票・別表」

※介護予防サービス計画と介護予防ケアマネジメントの「請求書」「請求内訳書」はそれぞれ異なりますので、注意してください。
※様式２-１、２-２について、適格請求書（インボイス）で提出する場合はインボイス対応の様式をご利用ください。

＜委託料の請求について＞ Check!!

□委託料は、正式ケアプランが提出してあるものに限り請求できます。
□介護新規申請、変更申請により認定が出ていない場合は、請求できません。
□サービスを利用した翌月には、請求書等を各高齢者あんしんセンターが指定する締め切り日までに提出してください。提出が遅れると月遅れの処理となる場合があります。

＜初回加算と委託連携加算について＞ Check!!

【初回加算が算定されるケース】
○新規に介護予防サービス計画もしくは介護予防ケアマネジメントを実施する場合（契約の有無に関わらず、ケアマネジメントの実施が終了して二月以上経過した後に、ケアマネジメントを実施する場合を含む。）
○要介護認定者が要支援認定を受け、あるいは事業対象者として介護予防サービス計画もしくは介護予防ケアマネジメントを実施する場合
【委託連携加算が算定されるケース】
○委託を受ける際に、高齢者あんしんセンターが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もしくは介護予防ケアマネジメント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１人につき１回を限度として算定する

⑫モニタリング

モニタリングは、少なくとも１月に１回は行い、利用者の状況等を確認し、その結果を支援経過記録に記載します。サービスの提供を開始する月の翌月から起算して３月に１回、及び評価月は利用者宅にて面接を行います。その他の月は通所サービス事業所等での面接や、電話等の方法により実施することも可能です。

またテレビ電話装置等を用いて、他のサービス事業所との連携によるモニタリングが可能ですが、テレビ電話装置等を利用したモニタリングを行うためには以下の条件を満たすことが必要です。

ア.文書により利用者の同意を得ていること

イ.サービス担当者会議等において次に掲げる事項について主治医、担当者、その他の関係者の同意を得ていること

ⅰ 利用者の状態が安定していること（介護者の状況の変化がないこと、住環境に変化がないこと、サービスの利用状況に変更がないこと等）

ⅱ 利用者がテレビ電話装置等を介して意思疎通ができること

ⅲ テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは収集できない情報について、他のサービス事業者との連携により情報を収集すること

ウ.少なくとも６か月に１回は利用者宅を訪問すること

＜モニタリングの視点＞ Check!!

□利用者の生活状況に変化がないか
□ケアプラン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
□個々の提供サービス等の支援内容が、実施の結果適切であるか
□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
□その他、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

⑬中間的な評価

ケアプランの期間のおおよそ中間にあたる月に、ケアプランの中間的な評価を行います。評価は利用者宅を訪問し、結果は「支援経過記録」または「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」に記録し、高齢者あんしんセンターへ提出します。

中間的な評価の評価期間は、ケアプラン開始から中間評価月までの期間を記載してください。

提出するもの
◇「支援経過記録」または
「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」

受け取るもの
◆高齢者あんしんセンターが確認した「支援経過記録」または
高齢者あんしんセンターの意見が記入された
「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」

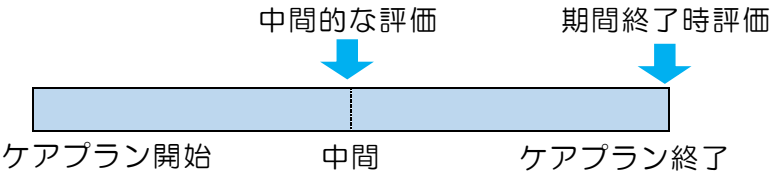
＜評価表の提出について＞ Check!!

□提出は FAX 送信も可能です。FAX 送信の場合には、
利用者の氏名を一部隠す等個人情報に配慮し、事前に連絡をしてから送信します。

例）支援計画の期間が１年の場合

※中間的な評価の記録を高齢者あんしんセンターへ提出してください。

例）支援計画の期間が１年未満の場合



※中間的な評価の記録と期間終了時評価を同時に提出していただいてもかまいません。

⑭期間終了時評価

ケアプランの実施状況を踏まえ、目標の達成状況、生活機能全体に関する評価を行い、今後の方針を決定します。評価は利用者宅を訪問して実施します。「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、高齢者あんしんセンターに提出します。期間終了時評価の評価期間は、ケアプランの「期間」欄から転記してください。

なお、評価時に「アセスメントシート 2015」等を活用してアセスメントを実施し、ケアプラン作成時の点数や内容との比較を行い、評価の参考とします。

また、認定の有効期間中に介護予防サービス計画から初めて介護予防ケアマネジメントになった場合、高齢者あんしんセンターへアセスメントを実施する際の同席を依頼します。

認定の有効期間が満了を迎える場合、適切なアセスメントを行い利用者の状況を踏まえ、更新申請を行うか、事業対象者の申請を行うかを検討します。なお、要支援の認定を取り消して事業対象者の申請を行うことは、原則として認めておりません。

提出するもの ◇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
持参するもの ○評価のために実施した「高崎市アセスメントシート 2015」または 「※厚生労働省が示す課題分析標準項目が記載されているアセスメントシート」 と「基本チェックリスト」　※介護保険最新情報 Vol.1178　令和５年 10 月 16 日　一部改正
受け取るもの ◆高齢者あんしんセンターの意見が記入された 「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」

※１　事業対象者を継続して担当する場合は、「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント業務受託報告書」の再提出は不要です。

※２　死亡、転出、転居、認定結果が要介護、受託不可で終了する場合には、認定情報・主治医意見書を返却して下さい。

Check!!

＜アセスメントの実施について＞
評価時に「高崎市アセスメントシート 2015」または「※厚生労働省が示す課題分析標準項目が記載されているアセスメントシート」と「基本チェックリスト」によりアセスメントを実施し、ケアプランの評価と今後の方針の決定、新たなケアプランの作成時に活用します。評価表提出時には、実施した「高崎市アセスメントシート 2015」または「※厚生労働省が示す課題分析標準項目が記載されているアセスメントシート」と「基本チェックリスト」を持参してください。

※介護保険最新情報 Vol.1178　令和５年 10 月 16 日　一部改正

Check!!

＜ケアプランの期間終了時以外に評価表の提出が必要な場合＞
①死亡・転出・転居により期間途中でケアプラン終了する場合
②期間途中で区分変更申請による認定区分の変更があった場合
③期間途中に利用者の状況変化等により目標やサービスに変更が生じ、ケアプランを改めて作成する場合
④事情により期間途中で受託不可になった場合（居宅介護支援事業所が変更となる場合等）
⑤要介護新規申請等により要介護になった場合、小規模多機能型居宅介護やグループホームを利用することになった場合等

２．その他参考資料

＜参考１＞ 福祉用具貸与及び特定介護予防福祉用具購入について

【福祉用具貸与及び特定福祉用具販売の居宅サービス計画への反映（第二十二・二十三号）】

福祉用具貸与及び特定福祉用具販売については、その特性と利用者の心身の状況等を踏まえて、その必要性を十分に検討せずに選定した場合、利用者の自立支援は大きく阻害されるおそれがあることから、検討の過程を別途記録する必要がある。

このため、介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与及び特定福祉用具販売を位置づける場合には、サービス担当者会議を開催し、当該計画に福祉用具貸与及び特定福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。

なお、福祉用具貸与については、居宅サービス計画作成後、必要に応じて随時担当者会議を開催して、利用者が継続して福祉用具貸与を受ける必要性について専門的意見を聴取するとともに検証し、継続して福祉用具を受ける必要がある場合には、その理由を再び居宅サービス計画に記載しなければならない。

※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
（平成１１年７月２９日老企第２２号 厚労省老人保健福祉局企画課長通知）
福祉用具貸与及び特定福祉用具販売の居宅サービス計画への反映（第二十二号・第二十三号）

＜参考２＞ 貸与と販売の選択制について

令和６年４月より貸与と販売の選択制が導入され、下記の種目が特定福祉用具販売の給付対象に追加されたことから、介護支援専門員又は福祉用具専門相談員は、利用者に対して、貸与又は販売を選択できることについて十分な説明を行い、選択にあたっての必要な情報提供及び医師や専門職の意見、利用者の身体状況等を踏まえた提案を行う必要がある。当該福祉用具を貸与した場合、福祉用具専門相談員は利用開始後６ヵ月以内に少なくとも一度モニタリングを行い、当該福祉用具の利用の必要性について確認することとする。

【令和６年４月より特定福祉用具販売の給付対象に追加された種目】

○　スロープ
- 厚生省告示第 93 号（以下「貸与告示」という。）第８項に掲げる「スロープ」のうち、主に敷居等の小さい段差の解消に使用し、頻繁な持ち運びを要しないものをいい、便宜上設置や撤去、持ち運びができる可搬型のものは除く。

○　歩行器
- 貸与告示第９項に掲げる「歩行器」のうち、脚部が全て杖先ゴム等の形状となる固定式又は交互式歩行器をいい、車輪・キャスターが付いている歩行車は除く。

○　歩行補助つえ
- カナディアン・クラッチ、ロフストランド・クラッチ、プラットホームクラッチ及び多点杖に限る。

＜参考３＞ 軽度者に対する福祉用具貸与について

軽度者（要支援１・２、要介護１）の状態像からは利用が想定されにくい種目（①車いす（付属品含む）、②特殊寝台（付属品含む）、③床ずれ防止用具、④体位変換器、⑤認知症老人徘徊感知機器、⑥移動用リフト、⑦自動排泄処理装置）の貸与が必要な場合、『軽度者に対する福祉用具貸与の取扱いについて（平成 24 年 7 月 10 日高崎市通知第 96-2 号）』に基づき、手続きを行います。

（１）福祉用具の利用が想定される状態像

対象外種目	厚生労働大臣が定める者	認定調査の結果等
① 車いす及び 車いす付属品	※次のいずれかに該当する者 ■日常的に歩行が困難な者	→基本調査１－７（歩行）が「３.できない」
	■日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者	
② 特殊寝台及び 特殊寝台付属品	※次のいずれかに該当する者 ■日常的に起き上がりが困難な者	→基本調査１－４（起き上がり）が「３.できない」
	■日常的に寝返りが困難な者	→基本調査１－３（寝返り）が「３.できない」
③・④ 床ずれ防止用具 及び体位変換器	■日常的に寝返りが困難な者	→基本調査１－３（寝返り）が「３.できない」

⑤ 認知症老人徘徊感知機器	※次のいずれにも該当する者 ■意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者	→基本調査３－１（意思の伝達）が「１.できる」以外 又は →基本調査３－２～３－７（認知機能）のいずれかが「２.できない」 又は →基本調査３－８～４－15のいずれかが「１.ない」以外 その他、主治医意見書において、認知症の症状がある旨が記載されている場合も含む。
	■移動において全介助を必要としない者	→基本調査２－２（移動）が「４.全介助」以外
⑥ 移動用リフト（つり具の部分を除く）	※次のいずれかに該当する者 ■日常的に立ち上がりが困難な者	→基本調査１－８（立ち上がり）が「３.できない」
	■移乗が一部介助又は全介助を必要とする者	→基本調査２－１（移乗）が「３.一部介助」又は「４.全介助」
	■生活環境において段差の解消が必要と認められる者	
⑦ 自動排泄処理装置	※次のいずれにも該当する者 ■排便が全介助を必要とする者	→基本調査２－６（排便）が「４.全介助」
	■移乗が全介助を必要とする者	→基本調査２－１（移乗）が「４.全介助」

※認定調査の結果等に該当する場合は、確認書類の提出は不要です

必要なこと

□表を参考に、認定調査の結果等で貸与が可能か、認定情報を確認します。

□「車いす（付属品含む）」における「日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者」及び「移動用リフト（段差解消機に限る。）」における「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」については、該当する基本調査結果がないため、主治医の意見を踏まえつつ、助言可能な者が参加するサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより、指定居宅介護(予防)支援事業所が判断することとされておりますので、介護保険課への書類提出は必要ありません。ケアプランおよびサービス担当者会議録に必要性を記載し、例外給付の根拠がわかる関係書類と一緒に高齢者あんしんセンターへ提出してください。

□主治医意見書、主治医・介護支援専門員連絡票または主治医より聴取した所見は、介護予防サービス計画書に記載してください。

□プラン更新時は、改めて主治医の意見を確認した上で、サービス担当者会議で継続の必要性を確認し、ケアプランおよびサービス担当者会議録にその旨を記載します。

提出するもの

≪車いす、移動用リフト（段差解消機に限る）の場合≫

◇サービス担当者会議録

◇例外給付の根拠が分かる関係書類（１年以内の主治医・介護支援専門員連絡票等の主治医の意見がわかる書類）の写し

（２）状態が下記のような状況で貸与が必要な場合

ⅰ	疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者 （例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象など）
ⅱ	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態に該当することが確実に見込まれる者 （例：がん末期の急速な状態悪化など）
ⅲ	疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者 （例：ぜんそく発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避など）

必要なこと

□利用前及び更新時に、介護保険課または支所市民福祉課に確認書類を提出します。
　確認書類については、高崎市ホームページを確認してください。
　http://www.city.takasaki.gunma.jp/page/3168.html
□主治医意見書、主治医・介護支援専門員連絡票または主治医より聴取した所見は、介護予防サービス計画書に記載してください。
□プラン更新時は、改めて主治医の意見を確認した上で、サービス担当者会議で継続の必要性を確認し、ケアプランおよびサービス担当者会議録にその旨を記載します。

提出するもの

◇サービス担当者会議録
◇介護保険課（支所市民福祉課）に提出して確認印のある「軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る確認書」の写し

＜参考４＞ 介護予防住宅改修について

提出するもの

◇『居宅介護・介護予防住宅改修費支給申請書（請求書）』の写し
◇『住宅改修が必要な理由書』の写し

＜参考５＞ 記録及び資料等の保存・管理について

　ケアプラン作成業務に当たり提供された資料や作成した記録等は、業務委託単価契約書別記「個人情報取扱特記事項」に基づき、取り扱いをお願いします。県基準条例により
　その完結の日から**５年間保存**します。

＜参考６＞ ケアプランの軽微な変更の内容について

居宅サービス計画を変更する際には、原則として、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（平成 11 年３月 31 日厚令 38）の第 13 条第３号から第 12 号までに規定されたケアプラン作成にあたっての一連の業務を行うことを規定しています。なお、「利用者の希望による軽微な変更を行なう場合には、この必要はないものとする。」としているところです。
なお、以下はあくまでも例示であり、「軽微な変更」に該当するかどうかは、変更する内容がケアプラン作成にあたっての一連の業務を行う必要性の高い変更であるかどうかによって軽微か否かを判断してください。

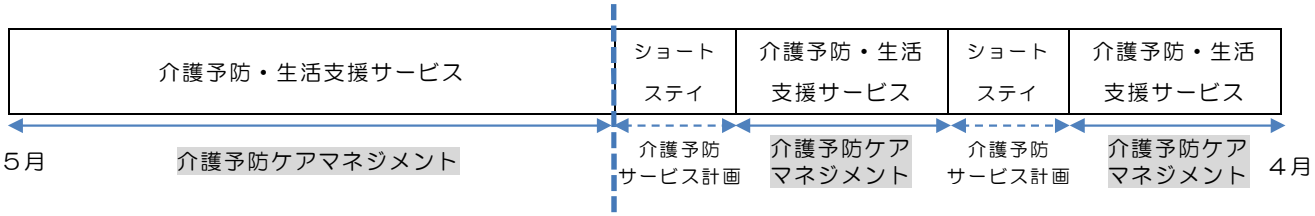
①サービス提供の曜日変更
②サービス提供の回数変更（単位数の変更が伴わない場合）
③利用者の住所変更（担当する高齢者あんしんセンターの変更が伴わない場合）
④事業所の名称変更
⑤福祉用具で同等の用具に変更するに際して単位数のみが異なる場合
⑥対象福祉用具の福祉用具貸与から特定福祉用具販売への変更
⑦目標もサービスも変わらない（利用者の状況以外の原因による）単なる事業所変更
⑧目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合
⑨同一居宅介護支援事業所内の担当介護支援専門員の変更（但し、新しい担当者が利用者はじめ各サービス担当者と面識を有していること。）

※介護保険最新情報 Vol.1213 令和６年３月 15 日　別紙 21（別添）　参照

※軽微な変更の場合でも、利用者へ説明し、同意が得られた場合は、同意年月日と氏名を記入し、利用者、サービス事業所と高齢者あんしんセンターに確定したケアプランの写しを交付します。高齢者あんしんセンターには、確定したプランとサービス利用票・別表をご提出ください。
※軽微な変更でも関係者の情報共有等、担当者会議は必要な場合があります。
※軽微な変更の場合でも、ケアプラン作成の一連の業務を実施できます。

＜参考７＞ 介護予防短期入所生活（療養）介護を利用する場合の取扱について

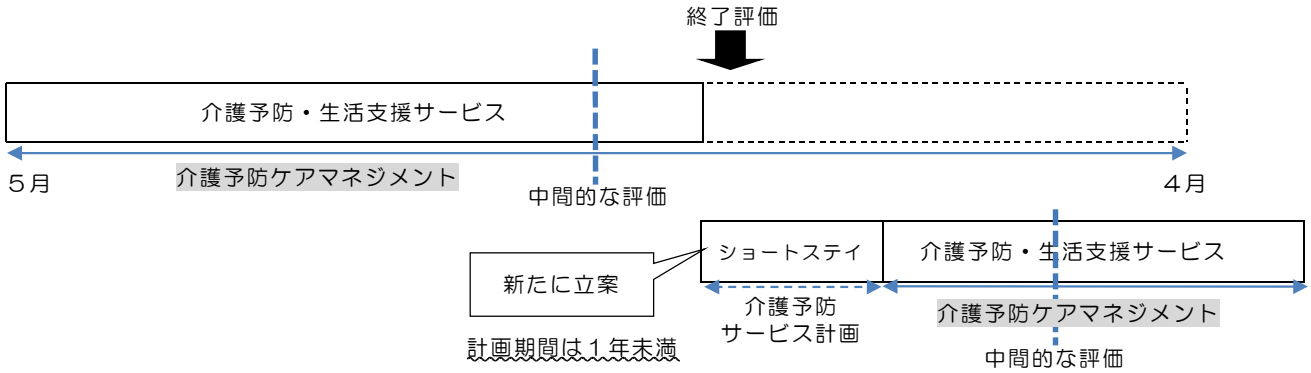
（１）介護予防・生活支援サービス（訪問型サービス・通所型サービス）を利用している者が、介護予防短期入所生活（療養）介護（以下「ショートステイ」と記載）の利用が予定されている場合



提出するもの
◇介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント業務受託報告書
◇介護予防サービス・支援計画書（原案）
◇サービス担当者会議録
◇介護予防サービス・支援計画書（正式ケアプラン）
◇サービス利用票・別表
利用月に提出するもの
◇サービス利用票・別表

※注意
　ケアプランを立案後、サービス担当者会議を開催し、ショートステイを利用する月を本人・家族・サービス担当者等と確認します。ショートステイを利用しない月は、新たなケアプランを作成することなく、介護予防ケアマネジメントとして取り扱います。一連の内容については、サービス担当者会議録に明記してください。ショートステイを利用した月のケアプラン作成料は介護予防支援費で請求し、利用のない月は介護予防ケアマネジメント費で請求します。これらの合意を得た上で正式ケアプランを提出してください。

（２）介護予防・生活支援サービス（訪問型サービス・通所型サービス）を利用している者が、ショートステイの利用が必要になった場合



　介護予防・生活支援サービスを利用している者が、ショートステイの利用が必要となった場合は、当初の介護予防ケアマネジメントの終了評価を行い、新たにケアプランを立案します。その際のケアプランの期間は、ショートステイの利用月から１年未満で設定してください。

提出するもの
◇介護予防ケアマネジメント期間終了時評価（アセスメントを実施）
◇介護予防サービス・支援計画書（原案）
◇サービス担当者会議録
◇介護予防サービス・支援計画書（正式ケアプラン）
◇サービス利用票・別表

※注意
　ショートステイを利用する前に、ケアプランを立案し、サービス担当者会議を開催します。作成したケアプランは、ショートステイの利用が終了しても、新たなケアプランを作成することなく、ケアプランの期間終了月まで介護予防ケアマネジメントとして取り扱います。一連の内容については、サービス担当者会議録に明記します。ショートステイを利用した月のプラン作成料は介護予防支援費で請求し、利用のない月は介護予防ケアマネジメント費で請求します。これらの合意を得た上で正式ケアプランを提出してください。

＜参考８＞ 介護予防ケアマネジメントの取扱件数について

「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案についてのＱ＆Ａ（平成 27 年３月 31 日版）」では、「総合事業における介護予防ケアマネジメントについて、報酬の逓減制度を設けていない。居宅介護支援事業所への委託に際しては、介護予防ケアマネジメントの適正な実施が確保されるよう、市町村において適切に判断されたい。」とされています。また、「平成 27 年度介護報酬改定に関する Q&A（平成 27 年４月１日）」では、「居宅介護支援費(Ⅰ)から(Ⅲ)の区分については、介護予防ケアマネジメントの件数を取扱件数に含まない」とされています。

ケアマネジメント業務の質を確保し、居宅介護支援の適切な提供を図るため、適正な範囲での受託をお願いします。

Ⅲ　暫定の介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメントに係る一連の業務

①更新認定が遅れた場合
（事例）旧有効期限：R7.4.1～R8.3.31　認定日：R8.5.12
②認定変更申請した場合
（事例）旧有効期限：R7.4.1～R9.3.31　申請日：R8.10.1　認定日：R8.11.1

【暫定ケアプランにかかる流れ（①R8.3.31 まで）（②申請日の前日（R8.9.30）まで）】

1．利用者の心身状況について課題分析（アセスメント）

↓

2．ケアプランの原案を作成　※ケアプランに暫定と表記する

↓

3．原案について意見を求めるためのサービス担当者会議の開催

↓

4．原案について利用者又は家族への説明・文書による同意

↓

5．ケアプランの暫定版を利用者・事業所へ交付

↓

【認定（①R8.5.12）（②R8.11.1）が出てからの流れ】
※速やかに確定版のケアプランにかかる業務を実施する

6．利用者の心身状況について課題分析（アセスメント）

↓

7．ケアプランの原案を作成

↓

8．原案について意見を求めるためのサービス担当者会議の開催

↓

9．原案について利用者又は家族への説明・文書による同意

↓

10．ケアプランの確定版を利用者・事業所へ交付

・作成は認定日以降の日付で作成し、その後、説明⇒同意⇒交付の手順を踏む。
・なお、暫定のケアプランに係るサービス担当者会議において、「見込み通りの介護度が出て、サービス内容に変更がない場合は、暫定のケアプランを確定版とする」ことが検討されていれば、確定版に係るアセスメント及びサービス担当者会議の省略が可能である。

Ⅳ　更新により要介護状態区分等が変更になった場合

1．要介護１以上の認定から要支援１、２の認定になった場合

引き続き居宅介護支援事業所の介護支援専門員が担当する場合 （受託できる場合）	提出するもの ◇介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント業務受託報告書（様式１） ◇介護保険被保険者証
高齢者あんしんセンターへ引継ぐ場合 （受託できない場合）	提出するもの ◇利用者基本情報 ◇居宅サービス計画書 ◇直近のサービス利用票・別表

2．要支援１、２の認定から要介護１以上の認定になった場合

提出（返却）するもの
◇認定情報・主治医意見書
◇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

Ⅴ　介護予防サービス計画作成及び介護予防ケアマネジメント業務を受託できない場合

受託できなくなった場合には、利用者や家族に受託できない旨を説明し、同意の上、「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント業務受託不可届出書」を高齢者あんしんセンターに提出します。提出書類は下記のとおりです。

なお、他の居宅介護支援事業所の紹介等調整努力をした上で提出をお願いします。

【ケアプランの更新時・終了時の受託不可】

１．要支援１、２の認定者の場合

提出するもの
◇介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント業務受託不可届出書（様式４）
◇認定情報・主治医意見書
◇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
◇サービス利用票・別表

２．　事業対象者の場合

提出するもの
◇介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント業務受託不可届出書（様式４）
◇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
◇サービス利用票・別表

３．小規模多機能型居宅介護やグループホームを利用することになった場合

提出するもの
◇介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント業務受託不可届出書（様式４）
◇認定情報・主治医意見書
◇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
◇サービス利用票・別表

【ケアプランの期間途中の受託不可】

１．要支援１、２の認定者の場合

提出するもの
◇介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント業務受託不可届出書（様式４）
◇認定情報・主治医意見書
◇サービス利用票・別表

２． 事業対象者の場合

提出するもの
◇介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント業務受託不可届出書（様式４）
◇サービス利用票・別表

※プランの期間途中で受託できなくなった場合は、早めに高齢者あんしんセンターへ相談してください。

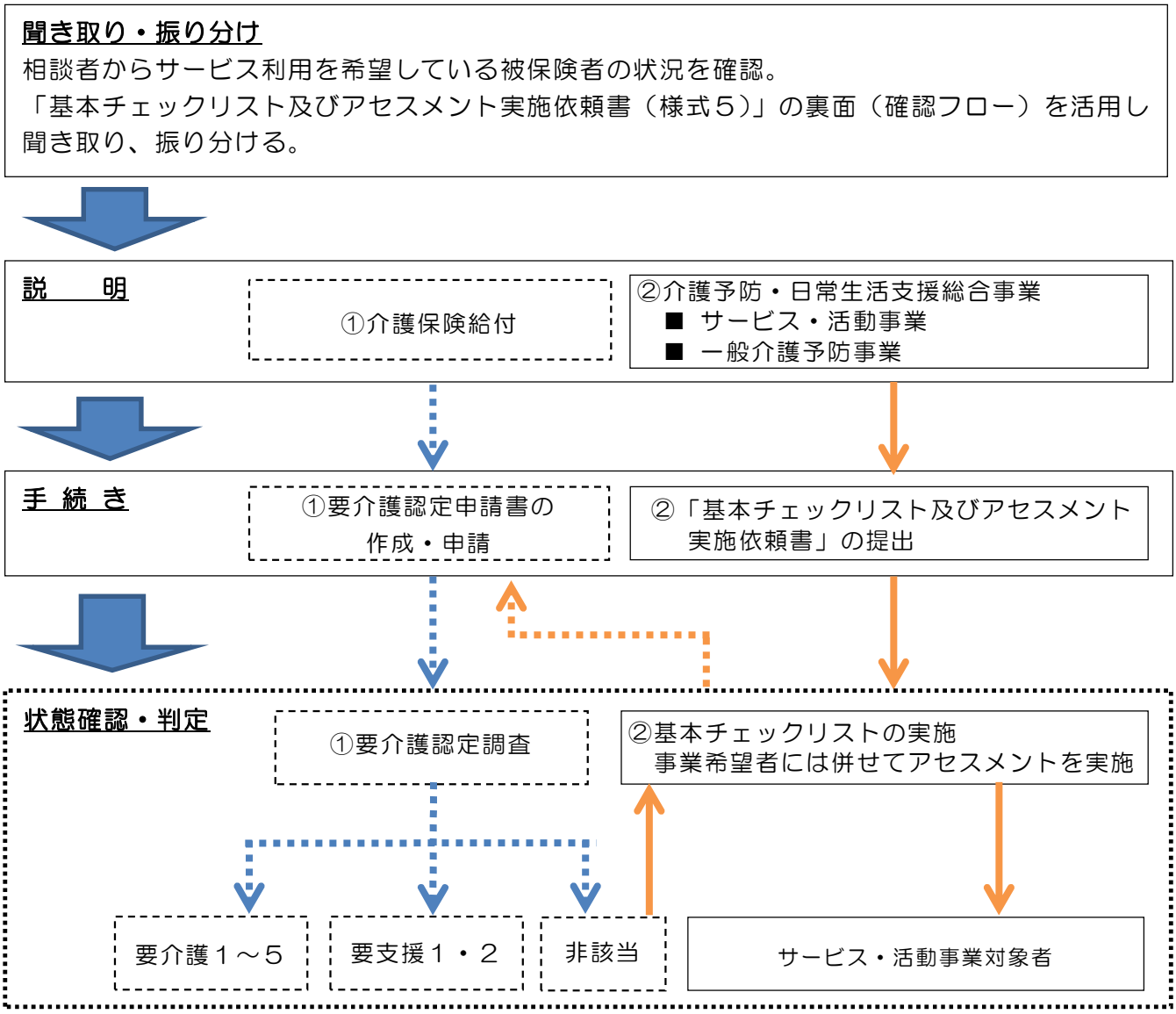
Ⅵ　総合事業のサービス利用について

利用するサービスが通所型サービス、訪問型サービスのみの場合は、介護保険の認定を受けず、基本チェックリストにより、総合事業対象者としてサービスを利用できます。

介護保険の新規及び更新申請時に通所型サービス、訪問型サービスのみ利用希望の場合は、総合事業についての説明をした上で同意が得られれば、高齢者あんしんセンターへお声がけください。その後、高齢者あんしんセンターが事業対象者となる手続きを進めます。「基本チェックリストおよびアセスメント実施依頼書」を高齢者あんしんセンターへ提出してください。

認定の有効期間が満了を迎える場合、適切なアセスメントを行い利用者の状況を踏まえ、更新申請を行うか、事業対象者の申請を行うかを検討します。なお、要支援の認定を取り消して事業対象者の申請を行うことは、原則として認めておりません。

相談から区分判定までの流れ



Ⅶ　高齢者あんしんセンター一覧

令和6年4月1日

センター番号	小学校区	センター名	住　所	電話番号	FAX	介護保険事業所番号
01	中央・南・城南	通町	通町143-2	322-2011	322-8628	1000200020
02	北・東・西	たかさき社協	末広町115-1	370-8847	386-2177	1000200046
03	塚沢・浜尻（一部）	希望館	江木町1093-1	322-2034	322-2035	1000200053
04	片岡	高風園	寺尾町2412	325-3578	322-7493	1000200111
05	寺尾・城山	ホピ園	寺尾町621-1	324-8844	324-8843	1000200095
06	佐野	サンピエール	上佐野町786-7	346-3760	346-6360	1000200137
07	六郷（一部）・浜尻（一部）	ことり	下小鳥町1234－2	362-1896	388-8302	1000200178
08	六郷（一部）・北部	ようざん　なみえ	上並榎町1182	388-9143	388-9144	1000200301
09	城東・東部	若宮苑	上大類町759	352-1119	352-8995	1000200038
10	新高尾・中川	MWS日高北	日高町349	384-8218	362-1420	1000200194
11	八幡・西部	八幡	藤塚町202	381-5367	381-5136	1000200285
12	豊岡	豊岡	藤塚町202	381-5387	381-5136	1000200129
13	乗附・鼻高	さとの花	乗附町208	321-2000	321-2266	1000200103
14	長野	森の小径	浜川町836-2	344-4439	344-3335	1000200186
15	大類・京ケ島(一部)	こまい	宿大類町921-2 2階	352-6366	350-1855	1000200061
16	南八幡・南陽台・馬庭	MWS日高南	吉井町馬庭2204	381-8826	381-8827	1000200160
17	倉賀野	倉賀野・新町南	倉賀野町1592-2	347-7277	0274-42-8039	1000200152
	新町第二		新町1906-7	0274-42-1033		
18	岩鼻	くろさわ　岩鼻	東中里町190-4	388-8116	386-8227	1000200319
19	京ケ島(一部)・滝川	恵峰園	京目町1632-1	353-2359	353-5616	1000200087
20	中居	くろさわ	中居町3-20-8	353-2333	388-9070	1000200293
21	矢中	いわた	矢中町841	347-4561	347-4656	1000200145
22	倉渕	くらぶち	倉渕町三ノ倉303	395-6200	395-6201	1000200277
23	箕輪・車郷・箕郷東	箕郷　いずみ	箕郷町矢原12-1	371-8503	371-8502	1000200210
24	金古・金古南・上郊	ルネス二之沢	足門町166-1	372-4165	350-3611	1000200228
25	国府・堤ケ岡・桜山	関越中央	北原町179-1	386-2270	384-4612	1000200236
26	新町第一	みどの新町	新町333	0274-42-0200	0274-42-0233	1000200244
27	下室田・中室田・上室田	新生会	中室田町2252	395-8080	395-8081	1000200251
28	里見・下里見・久留馬・宮沢	はるな	下室田町965-1	395-6580	395-6581	1000200202
29	吉井・多胡・吉井西・岩平・入野	吉井中央	吉井町吉井415-1	320-3166	387-3785	1000200269

様　　式

様式１	介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント業務受託報告書
様式２ー１*	R8.6 改訂版介護予防サービス計画作成業務委託料　請求書（通常様式）
様式２－１**	R8.6 改訂版介護予防サービス計画作成業務委託料　請求書（インボイス様式）
	＜記載例＞　R8.6 改訂版介護予防サービス計画作成業務委託料　請求書
様式２－２*	R8.6 改訂版介護予防ケアマネジメント業務委託料　請求書（通常様式）
様式２－２**	R8.6 改訂版介護予防ケアマネジメント業務委託料　請求書（インボイス様式）
	＜記載例＞　R8.6 改訂版介護予防ケアマネジメント業務委託料　請求書
様式３－１	R8.6 改訂版介護予防サービス計画作成業務実績報告書（請求内訳書）
	<記載例> R8.6 改訂版介護予防サービス計画作成業務実績報告書（請求内訳書）
様式３－２	R8.6 改訂版介護予防ケアマネジメント業務実績報告書（請求内訳書）
	<記載例> R8.6 改訂版介護予防ケアマネジメント業務実績報告書（請求内訳書）
様式４	介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント業務受託不可届出書
様式５	基本チェックリスト及びアセスメント実施依頼書

《様式１》

令和8年度～

居宅介護支援事業者→高齢者あんしんセンター

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント業務受託報告書

（あて先）高齢者あんしんセンター＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記被保険者の介護予防サービス計画作成業務・介護予防ケアマネジメント業務を受託します。

被保険者氏名	被保険者番号	
ﾌﾘｶﾞﾅ	生年月日	性別
	年　月　日生	男 ・ 女
介護者氏名 （本人との関係：　　）	連絡先（日中連絡のつくもの）	
事業所名 （番号　　）	担当介護支援専門員名 （登録番号　　）	
事業所所在地 電話番号　　FAX番号		

【同意欄】 私は、介護予防サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメント業務に必要な書類を高齢者あんしんセンター及び上記の居宅介護支援事業所等に提供することに同意します。

年　月　日　　利用者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

住所　高崎市＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿

（代理人氏名　　続柄　　）

【高齢者あんしんセンター記入欄】

提出日	年　月　日	認定日	年　月　日	利用開始日	年　月　日
要支援1 ・ 2（　年　月　日～　年　月末）・ 事業対象					

予	予A	事A				
			〈資料提供〉□認定情報 □主治医意見書 □アセスメントシート		受取者	
			高崎市アセスメントシート2015等(FAX 不可)	年　月　日	受付者	
			基本チェックリスト（コピー提出） ※高崎市ｱｾｽﾒﾝﾄｼｰﾄ 2015 の場合は提出不要	年　月　日	受付者	
			計画書（案）合議提出日（コピー提出）	年　月　日	受付者	
			サービス担当者会議日　年　月　日　時～　場所：　出席者：			
			サービス担当者会議録の写し提出日	年　月　日	受付者	
			計画書提出日（原本提出）	年　月　日	受付者	
			利用票・別表提出日	年　月　日	受付者	
			評価提出日（中間）（予定：　年　月）	年　月　日	受付者	
			評価提出日（期間終了）	年　月　日	受付者	
		／	軽度者福祉用具貸与に係る関係書類写し提出日	年　月　日	受付者	
		／	住宅改修に係る関係書類写し提出日	年　月　日	受付者	

終了	□認定情報　□主治医意見書
□主治医に担当ケアマネとして挨拶に行っている　□主治医にケアプランを提供している	
□保険証 □負担割合証 □本人契約 □居宅契約 □入力	備考：

【高齢者あんしんセンター記入欄】

提出日	年　月　日	認定日	年　月　日	利用開始日	年　月　日
要支援1 ・ 2（　年　月　日～　年　月末）・ 事業対象					

予	予A	事A	〈資料提供〉□認定情報　□主治医意見書　□アセスメントシート		受取者	
			高崎市アセスメントシート2015等(FAX 不可)	年　月　日	受付者	
			基本チェックリスト(コピー提出) ※高崎市ｱｾｽﾒﾝﾄｼｰﾄ 2015 の場合は提出不要	年　月　日	受付者	
			計画書(案)合議提出日(コピー提出)	年　月　日	受付者	
			サービス担当者会議日　年　月　日　時～　場所:　出席者:			
			サービス担当者会議録の写し提出日	年　月　日	受付者	
			計画書提出日(原本提出)	年　月　日	受付者	
			利用票・別表提出日	年　月　日	受付者	
			評価提出日(中間)(予定:　年　月)	年　月　日	受付者	
			評価提出日(期間終了)	年　月　日	受付者	
		／	軽度者福祉用具貸与に係る関係書類写し提出日	年　月　日	受付者	
		／	住宅改修に係る関係書類写し提出日	年　月　日	受付者	
終了			□認定情報　□主治医意見書			
□主治医に担当ケアマネとして挨拶に行っている　□主治医にケアプランを提供している						
□保険証　□負担割合証　□本人契約　□居宅契約 □入力			備考:			

【高齢者あんしんセンター記入欄】

提出日	年　月　日	認定日	年　月　日	利用開始日	年　月　日
要支援1 ・ 2（　年　月　日～　年　月末）・ 事業対象					

予	予A	事A	〈資料提供〉□認定情報　□主治医意見書　□アセスメントシート		受取者	
			高崎市アセスメントシート2015等(FAX 不可)	年　月　日	受付者	
			基本チェックリスト(コピー提出) ※高崎市ｱｾｽﾒﾝﾄｼｰﾄ 2015 の場合は提出不要	年　月　日	受付者	
			計画書(案)合議提出日(コピー提出)	年　月　日	受付者	
			サービス担当者会議日　年　月　日　時～　場所:　出席者:			
			サービス担当者会議録の写し提出日	年　月　日	受付者	
			計画書提出日(原本提出)	年　月　日	受付者	
			利用票・別表提出日	年　月　日	受付者	
			評価提出日(中間)(予定:　年　月)	年　月　日	受付者	
			評価提出日(期間終了)	年　月　日	受付者	
		／	軽度者福祉用具貸与に係る関係書類写し提出日	年　月　日	受付者	
		／	住宅改修に係る関係書類写し提出日	年　月　日	受付者	
終了			□認定情報　□主治医意見書			
□主治医に担当ケアマネとして挨拶に行っている　□主治医にケアプランを提供している						
□保険証　□負担割合証　□本人契約　□居宅契約 □入力			備考:			

様式２－１　＊

令和８年６月改定版

請　求　書

（宛先）高齢者あんしんセンター

金　額	

住　所

フリガナ
法人名

フリガナ
氏　名

電話番号

振　込　先	
金融機関名	
支店名	
種　別	普通　・　当座
番　号	
口座名義 （カタカナで）	

請求日	年　月　日	請求事業所No.	

No.	品名または名称・規格	数　量	単　価	金　額	納入年月日
	介護予防サービス計画 作成業務委託料 （　　年　　月請求分） 居宅介護支援事業所名 [　　]				
1	介護予防サービス計画作成	件	円	円	
2	初回加算対象	件	円	円	
3	委託連携加算対象	件	円	円	
4	処遇改善加算	件	円	円	
5	処遇改善加算＋初回加算	件	円	円	
6	処遇改善加算＋委託連携加算	件	円	円	
7	処遇改善加算＋初回加算＋委託連携加算	件	円	円	
			合　計	円	

※は軽減税率適用対象

注
２　１　金額は訂正しないでください。
金額の前に¥の字を記入してください。

発行責任者及び担当者（請求書の押印を省略する場合には、ご記入ください。）

・発行責任者　　電話番号

・担当者　　電話番号

検　収

様式２－１　＊＊

令和８年６月改定版

請　求　書

（宛先）高齢者あんしんセンター

金　額	

振　込　先	
金融機関名	
支店名	
種　別	普通　・　当座
番　号	
口座名義（カタカナで）	

住　所

法人名（フリガナ）

代表者名（フリガナ）

電話番号

登録番号

請求日	年　月　日	請求事業所No.	

注

２１　金額は訂正しないでください。金額の前に￥の字を記入してください。

No.	品名または名称・規格	数　量	単　価	金　額	納入年月日
	介護予防サービス計画作成業務委託料（　　年　　月請求分）居宅介護支援事業所名［　　］				
1	介護予防サービス計画作成	件	円	円	
2	初回加算対象	件	円	円	
3	委託連携加算対象	件	円	円	
4	処遇改善加算	件	円	円	
5	処遇改善加算＋初回加算	件	円	円	
6	処遇改善加算＋委託連携加算	件	円	円	
7	処遇改善加算＋初回加算＋委託連携加算	件	円	円	
			合　計	円	

※は軽減税率適用対象

10%対象	0円	10%消費税額	0円
8%対象	0円	8%消費税額	0円

発行責任者及び担当者（請求書の押印を省略する場合には、ご記入ください。）

・発行責任者　　電話番号

・担当者　　電話番号

検　収

様式２－１　＊

＜記載例＞

請　求　書

（宛先）高齢者あんしんセンター

金　額	

振　込　先	
金融機関名	
種　別	普通　・　当座
口座名義	

住　所

フリガナ
法人名

フリガナ
氏　名

電話番号

処遇改善加算をする場合で、継続なら「１・４」に記載してください。

処遇改善加算をする場合で、初回ありなら「１・２・５」に記載してください。

処遇改善加算をする場合で、委託連携加算ありなら「１・３・６」に記載してください。

請求日	年　月　日	請求事業所No.	

注　２１　金額は訂正しないでください。金額の前に¥の字を記入してください。

No.	品名または名称・規格	数　量	単　価	金　額	納入年月日
	介護予防サービス計画				
	居宅介護支援事業所名［　　］				
1	介護予防サービス計画作成	1件	○○○○円	○○○○円	
2	初回加算対象	1件	○○○○円	○○○○円	
3	委託連携加算対象	1件	○○○○円	○○○○円	
4	処遇改善加算	件	円	円	
5	処遇改善加算＋初回加算	件	円	円	
6	処遇改善加算＋委託連携加算	件	円	円	
7	処遇改善加算＋初回加算＋委託連携加算	1件	○○○円	○○○円	

処遇改善加算をする場合で、初回・委託連携加算ありなら「１・２・３・７」に記載してください。

※は軽減税率適用対象

合　計	○○○○○円

発行責任者及び担当者（請求書の押印を省略する場合には、ご記入ください。）

・発行責任者　　電話番号

・担当者　　電話番号

検　収

様式２－２　＊

令和８年６月改定版

請　求　書

（宛先）高齢者あんしんセンター

金　額	

住　所

法人名（フリガナ）

氏　名（フリガナ）

電話番号

振　込　先	
金融機関名	
支店名	
種　別	普通　・　当座
番　号	
口座名義（カタカナで）	

請求日	年　月　日	請求事業所No.	

No.	品名または名称・規格	数　量	単　価	金　額	納入年月日
	介護予防ケアマネジメント業務委託料 （　年　月請求分） 居宅介護支援事業所名 [　　]				
1	介護予防ケアマネジメントＡ	件	円	円	
2	初回加算対象	件	円	円	
3	委託連携加算対象	件	円	円	
4	処遇改善加算	件	円	円	
5	処遇改善加算＋初回加算	件	円	円	
6	処遇改善加算＋委託連携加算	件	円	円	
7	処遇改善加算＋初回加算＋委託連携加算	件	円	円	
			合　計	円	

※は軽減税率適用対象

注

２１　金額は訂正しないでください。
金額の前に¥の字を記入してください。

発行責任者及び担当者（請求書の押印を省略する場合には、ご記入ください。）

・発行責任者　　電話番号

・担当者　　電話番号

検　収

様式２－２　＊＊

令和８年６月改定版

請　求　書

（宛先）高齢者あんしんセンター

金　額	

振　込　先	
金融機関名	
支店名	
種　別	普通　・　当座
番　号	
口座名義（カタカナで）	

住　所

法人名（フリガナ）

代表者名（フリガナ）

電話番号

登録番号

請求日	年　　月　　日	請求事業所No.	

注

２１　金額は訂正しないでください。金額の前に¥の字を記入してください。

No.	品名または名称・規格	数　量	単　価	金　額	納入年月日
	介護予防ケアマネジメント業務委託料 （　　年　　月請求分） 居宅介護支援事業所名 [　　]				
1	介護予防ケアマネジメントＡ	件	円	円	
2	初回加算対象	件	円	円	
3	委託連携加算対象	件	円	円	
4	処遇改善加算	件	円	円	
5	処遇改善加算＋初回加算	件	円	円	
6	処遇改善加算＋委託連携加算	件	円	円	
7	処遇改善加算＋初回加算＋委託連携加算	件	円	円	

※は軽減税率適用対象

合　計	円

10%対象	0円	10%消費税額	0円
8%対象	0円	8%消費税額	0円

発行責任者及び担当者（請求書の押印を省略する場合には、ご記入ください。）

・発行責任者　　電話番号

・担当者　　電話番号

検　収

様式２－２　＊

＜記載例＞

請　求　書

（宛先）高齢者あんしんセンター

金　額	

振　込　先	
金融機関名	
種　別	普通　・　当座
口座名義	

住　所

フリガナ
法人名

フリガナ
氏　名

電話番号

処遇改善加算をする場合で、継続なら「１・４」に記載してください。

処遇改善加算をする場合で、初回ありなら「１・２・５」に記載してください。

処遇改善加算をする場合で、委託連携加算ありなら「１・３・６」に記載してください。

請求日	年　月　日	請求事業所No.	

注２１　金額は訂正しないでください。金額の前に¥の字を記入してください。

No.	品名または名称・規格	数　量	単　価	金　額	納入年月日
	介護予防ケアマネジメント				

処遇改善加算をする場合で、初回・委託連携加算ありなら「１・２・３・７」に記載してください。

	居宅介護支援事業所名［　　］				
1	介護予防ケアマネジメントＡ	１件	○○○○円	○○○○円	
2	初回加算対象	１件	○○○○円	○○○○円	
3	委託連携加算対象	１件	○○○○円	○○○○円	
4	処遇改善加算	件	円	円	
5	処遇改善加算＋初回加算	件	円	円	
6	処遇改善加算＋委託連携加算	件	円	円	
7	処遇改善加算＋初回加算＋委託連携加算	１件	○○○円	○○○円	
			合　計	○○○○○円	

※は軽減税率適用対象

発行責任者及び担当者（請求書の押印を省略する場合には、ご記入ください。）

・発行責任者　　電話番号

・担当者　　電話番号

検　収

令和８年６月改定版

《様式３－１》

介護予防サービス計画作成業務実績報告書（請求内訳書）

報告年月日:　　年　　月　　日

枚中　　枚目

	事業所番号			事業所名			
NO.	被保険者番号	氏　　名	要介護 認定区分	担当介護支援 専門員番号	対象年月	請求区分	請求金額
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
				小計	件数	金額	0
				合計	件数	金額	

1) 要介護認定区分は、「要支援１」または「要支援２」を選択してください。

2) 請求区分は、継続「1」、継続で委託連携加算あり「1･3」、初回「1･2」、初回で委託連携加算あり「1･2･3」から選択してください。

3) 処遇改善加算がある場合、継続「1･4」、継続で委託連携加算ありなら「1･3･6」、初回「1･2･5」、初回で委託連携加算ありなら「1･2･3･7」から選択してください。

4) 請求金額は、加算等がある場合はその金額を含めた額を記入してください。

＜記載例＞

令和８年６月改定版

《様式３－１》

介護予防サービス計画作成業務実績報告書（請求内訳書）

事業所番号と事業所名を必ず記入してください。

書類提出の年月日を記入してください。
下段の枚数の欄にも枚数のご記入をお願いします。

報告年月日：令和　8年　7月　1日

1　枚中　　1　枚目

	事業所番号	１０００００００００		事業所名	高崎居宅介護支援事業所		
NO.	被保険者番号	氏　　名	要介護認定区分	担当介護支援専門員番号	対象年月	請求区分	請求金額
1	0000000001	○○　○○	要支援　1	12345678	令和8年6月	1･4	
2	0000000002	××　×	要支援　1	12345678	令和8年6月	1･4	
3	1000000003	△△△　△△	要支援　2	12345678	令和8年6月	1･4	
4	2000000004	◇◇◇　◇	要支援　2	98765432	令和8年6月	1･2･5	
5	3000000005	■　■■	要支援　2	98765432	令和8年6月	1･2･5	
6	4000000006	▼▼　▼▼▼	要支援　2	99887766	令和8年6月	1･2･3･7	
7	5000000007	◆◆　◆◆◆	要支援　2	12345678	令和8年6月	1･3･6	
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
				小計	件数	7	金額　0
				合計	件数	7	金額　0

利用者の被保険者番号・氏名・要介護認定区分（月末時点）・担当介護支援専門員番号・利用月を記入してください。

下記の記入要領に基づき該当する番号等をドロップダウンリストから選択してください。

該当する区分の請求金額の総額を記入してください。

内訳書が2枚以上の場合には、1枚ずつの合計件数と金額を小計欄に、全部の合計件数と金額を合計欄に、それぞれ記入してください。
内訳書が1枚の場合には両方に同じ件数と金額が入ります。

1) 要介護認定区分は、「要支援1」または「要支援2」を選択してください。

2) 請求区分は、継続「1」、継続で委託連携加算あり「1･3」、初回「1･2」、初回で委託連携加算あり「1･2･3」から選択してください。

3) 処遇改善加算がある場合、継続「1･4」、継続で委託連携加算ありなら「1･3･6」、初回「1･2･5」、初回で委託連携加算ありなら「1･2･3･7」から選択してください。

4) 請求金額は、加算等がある場合はその金額を含めた額を記入してください。

令和８年６月改定版

《様式３－２》

介護予防ケアマネジメント業務実績報告書（請求内訳書）

報告年月日：　　年　　月　　日

枚中　　枚目

	事業所番号			事業所名				
NO.	被保険者番号	氏　　名	対象者区分	担当介護支援専門員番号	対象年月	ケアマネジメントの類型	請求区分	請求金額
1						A		
2						A		
3						A		
4						A		
5						A		
6						A		
7						A		
8						A		
9						A		
10						A		
11						A		
12						A		
13						A		
14						A		
15						A		
16						A		
17						A		
18						A		
19						A		
20						A		
21						A		
22						A		
23						A		
24						A		
25						A		
26						A		
27						A		
28						A		
29						A		
30						A		
					小計	件数	金額	0
					合計	件数	金額	

1) 対象者区分は、「事業対象者」または「要支援」を選択してください。
2) 請求区分は、継続「1」、継続で委託連携加算あり「1･3」、初回「2」、初回で委託連携加算あり「2･3」から選択してください。
3) 処遇改善加算がある場合、継続「1･4」、継続で委託連携加算ありなら「1･3･6」、初回「1･2･5」、初回で委託連携加算ありなら「1･2･3･7」から選択してください。
4) 請求金額は、加算等がある場合はその金額を含めた額を記入してください。

＜記載例＞

令和８年６月改定版

《様式３－２》

介護予防ケアマネジメント業務実績報告書（請求内訳書）

事業所番号と事業所名を必ず記入してください。

書類提出の年月日を記入してください。
下段の枚数の欄にも枚数のご記入をお願いします。

報告年月日：令和　8年　7月　1日

1　枚中　　1　枚目

	事業所番号	１０００００００００		事業所名				
NO.	被保険者番号	氏　　名	対象者区分	担当介護支援専門員番号	対象年月	ケアマネジメントの類型	請求区分	請求金額
1	0000000001	○○　○○	事業対象者	12345678	令和8年6月	A	1･4	
2	0000000002	××　×	要支援者	12345678	令和8年6月	A	1･4	
3	1000000003	△△△　△△	要支援者	12345678	令和8年6月	A	1･4	
4	2000000004	◇◇◇　◇	要支援者	98765432	令和8年6月	A	1･2･5	
5	3000000005	■　■■	事業対象者	98765432	令和8年6月	A	1･2･5	
6	4000000006	▼▼　▼▼▼	要支援者	99887766	令和8年6月	A	1･2･3･7	
7	5000000007	◆◆　◆◆◆	事業対象者	12345678	令和8年6月	A	1･3･6	
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								

利用者の被保険者番号・氏名・対象者区分・担当介護支援専門員番号・利用月を記入してください。

下記の記入要領に基づき該当する番号等をドロップダウンリストから選択してください。

該当する区分の請求金額の総額を記入してください。

内訳書が2枚以上の場合には、1枚ずつの合計件数と金額を小計欄に、全部の合計件数と金額を合計欄に、それぞれ記入してください。
内訳書が1枚の場合には両方に同じ件数と金額が入ります。

小計	件数	7	金額	
合計	件数	7	金額	

1) 対象者区分は、「事業対象者」または「要支援」を選択してください。
2) 請求区分は、継続「1」、継続で委託連携加算あり「1･3」、初回「2」、初回で委託連携加算あり「2･3」から選択してください。
3) 処遇改善加算がある場合、継続「1･4」、継続で委託連携加算ありなら「1･3･6」、初回「1･2･5」、初回で委託連携加算ありなら「1･2･3･7」から選択してください。
4) 請求金額は、加算等がある場合はその金額を含めた額を記入してください。

《様式４》

令和8年度～

居宅介護支援事業者⟶高齢者あんしんセンター

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント業務受託不可届出書

（あて先）高齢者あんしんセンター＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿あて

当居宅介護支援事業所は、下記被保険者の介護予防サービス計画の作成・介護予防ケアマネジメントの受託が困難なため、当該利用者の同意を得た上で、これまでのサービス計画に係る情報について提供いたします。

届出日　　年　　月　　日

居宅介護支援事業所名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当介護支援専門員名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

<table>
<tr><td>受託不可
開始年月日</td><td>年　月　日</td><td colspan="3">要支援 １ ・ ２（　年　月　日～　年　月末）
事業対象</td></tr>
<tr><td colspan="2">被保険者氏名</td><td colspan="3">被保険者番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">ﾌﾘｶﾞﾅ</td><td colspan="2">生年月日</td><td>性別</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">年　月　日生</td><td>男 ・ 女</td></tr>
<tr><td colspan="2">介護者氏名

（本人との関係：　　）</td><td colspan="3">連絡先（日中連絡のつくもの）</td></tr>
</table>

被保険者および家族同意の上、次の書類を添付してください。

≪ケアプラン更新時・終了時の受託不可≫

①更新申請により前回同様の要支援認定になったが事情により受託できない場合：

②要支援認定の認定有効期間満了後に事業対象者へと移行したが事情により受託できない場合：

③小規模多機能型居宅介護やグループホームを利用することになった場合：

④介護予防支援事業所の指定を受けた場合：

□認定情報・主治医意見書

□直近のサービス利用票・別表（①・②の場合に添付）

□評価表

≪ケアプランの期間途中の受託不可≫

⑤要支援認定のケアプランの期間途中であるが事情により受託できない場合：

⑥事業対象者でケアプランの期間途中であるが受託できない場合：

⑦介護予防支援事業所の指定を受けた場合：

□認定情報・主治医意見書（⑤場合に添付）

□直近のサービス利用票・別表

※その他必要書類は、受託先の高齢者あんしんセンターにご確認ください。

《様式５》 高崎市

基本チェックリスト及びアセスメント実施依頼書

受付場所		受付者	
担当地域型ｾﾝﾀｰ			
e-suite 読込日			

太枠の中をご記入ください。

受付日	年　月　日

対象者	被保険者番号		生年月日 年齢	年　月　日生 （　歳）	
	フリガナ		性別	男 ・ 女	
	氏名		電話番号		
	住所	〒　高崎市　町			
	現在の状況	要介護認定	要支援：１・２　要介護：１・２・３・４・５	有効期間：　年　月　日まで	
		居宅介護支援事業所名	電話番号		
		生活場所	自　宅　・その他		
		入院中＿＿＿＿＿＿	退院予定日：　年　月　日　リハビリ（予定）：有 ・ 無		
		ご本人の状態			
相談者	フリガナ		本人との関係		
	氏名		電話番号		
	住所				
困っていること 相談に来た理由					

サービスを利用するのにあたり、基本チェックリスト及びアセスメントの実施を依頼します。また、介護予防ケアマネジメントを作成する地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業者が、基本チェックリスト及びアセスメント結果を利用し、主治医から医学的情報を聴取することに対し同意します。

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

≪実施に伴う確認事項≫

1.調査の立会人：　1）上記に記入いただいた「相談者」
　2）その他の方　（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿（本人との関係）＿＿＿＿＿＿

2.昼間連絡のつく電話番号：＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿

3.調査場所：　1）上記に記入いただいた「対象者」の住所
　2）上記に記入いただいた入院中の医療機関または入所中の施設等
　3）1）・2）以外の場所　→3）を選択した方は以下もお答えください。
　（名称または氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿

　（住所）＿＿＿＿＿＿＿＿（電話番号）＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿

≪職員記入≫
1. サービス・活動事業　2．在宅福祉サービス：①おむつ給付　②理美容　③布団乾燥　④布団丸洗い

確 認 フ ロ ー

①年齢	□A.65 歳以上（1 号で申請）	□B.40～64 歳（2 号で申請）

≪ 要 介 護 認 定 申 請 ≫

②希望サービス		
□A.訪問型ｻｰﾋﾞｽ、通所型ｻｰﾋﾞｽ 配食ｻｰﾋﾞｽのみ	□B.左記と他の介護ｻｰﾋﾞｽ	□C.左記以外の介護ｻｰﾋﾞｽ

≪ 要 介 護 認 定 申 請 ≫

③歩行	
□A.可能（自立～杖使用、介助なし）	□B.不可能（車椅子使用等）

≪ 要 介 護 認 定 申 請 ≫

④もの忘れ		
□A.なし	□B.あるが日常生活に支障なし	□C.日常生活に支障あり

⑤心理・行動症状（BPSD）	
□B.なし	□C.あり

≪ 要 介 護 認 定 申 請 ≫

介護予防・日常生活支援総合事業対象

⑥支障の有無

		グループＡ		グループＢ・Ｃ	
ADL	洗身	□なし	□あり	□なし	□あり
	爪きり	□なし	□あり	□なし	□あり
IADL	薬の内服	□なし	□あり	□なし	□あり
	金銭管理	□なし	□あり	□なし	□あり
	簡単な調理	□なし	□あり	□なし	□あり
	買物	□なし	□あり	□なし	□あり
	掃除	□なし	□あり	□なし	□あり

全て「なし」　1つでも「あり」　全て「なし」　1つでも「あり」

利用サービスの目安

該当するものに○

一般介護予防事業相当

サービス・活動事業

サービス・活動事業または要介護認定