

会員入口

独立行政法人福祉医療機構が運営する福祉・保健・医療の総合情報

サイト内検索



会員登録

トップ

高齢・介護

医療

障害者福祉

子ども・家庭

知りたい

+ 行政情報を見る

+ 高齢者福祉制度を知りたい

+ 介護保険制度を知りたい

+ サービス提供機関を調べる

+ ケアマネを知りたい

+ 専門職養成施設を調べる

+ サービス取組事例を見る

+ 各自治体の窓口を調べる

高齢・介護 > 制度解説・ハンドブック > 介護予防支援

介護予防支援

高齢・介護

[▶ 介護保険制度解説](#) [▶ 利用までの流れ](#) [▶ サービス一覧／サービス紹介](#) [▶ よくあるご質問](#) [▶ 用語集](#)

サービスの概要を解説するページです。

印刷にも配慮したページ構成としていますので、印刷してハンドブックとしてもご利用ください。

軽度（要支援１・２）の方に対する ケアプランの作成やサービス調整

要支援１または要支援２の認定を受けた方が、自宅で介護予防のためのサービスを適切に利用できるよう、ケアプラン（介護予防サービス計画）の作成や、サービス事業所との連絡・調整などを行います。

制度上「自宅（居宅）」とされる住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の利用者（入居者）も利用します。

なお、介護予防支援は、地域包括支援センターで行っていますが、居宅介護支援事業所に業務委託をしている場合があります。



対象者

- 要支援１または要支援２の認定を受けた方

サービスの内容

- ケアプラン（介護予防サービス計画）の作成
地域包括支援センター（介護予防支援事業所）のケアマネジャーが、心身の状況や生活環境、本人や家族の希望等に沿って、ケアプラン（介護予防サービス計画）を作成します。
- サービスの連絡・調整
ケアプランに位置つけたサービス事業所や、施設などとの連絡・調整を行います。

利用料の目安

- 利用料はありません（介護保険で全額が支払われます）。

WAM NET関連情報

- [▶ サービス提供機関の情報（介護）](#)
- [▶ 地域包括支援センター - 福祉のしごとガイド職場編](#)

[▲ ページの先頭へ戻る](#)

会員入口

独立行政法人福祉医療機構が運営する福祉・保健・医療の総合情報

サイト内検索



会員登録

トップ

高齢・介護

医療

障害者福祉

子ども・家庭

知りたい

+ 行政情報を見る

+ 高齢者福祉制度を知りたい

+ 介護保険制度を知りたい

+ サービス提供機関を調べる

+ ケアマネを知りたい

+ 専門職養成施設を調べる

+ サービス取組事例を見る

+ 各自治体の窓口を調べる

高齢・介護 > 制度解説・ハンドブック > 居宅介護支援

居宅介護支援

高齢・介護

[▶ 介護保険制度解説](#) [▶ 利用までの流れ](#) [▶ サービス一覧／サービス紹介](#) [▶ よくあるご質問](#) [▶ 用語集](#)

サービスの概要を解説するページです。

印刷にも配慮したページ構成としていますので、印刷してハンドブックとしてもご利用ください。

自宅で自立した生活をするための ケアプランの作成やサービス調整

介護を必要とされる方が、自宅で適切にサービスを利用できるように、ケアマネジャー（介護支援専門員）が心身の状況や生活環境、本人・家族の希望等に沿って、ケアプラン（居宅サービス計画）を作成したり、ケアプランに位置づけたサービスを提供する事業所等との連絡・調整などを行います。

制度上「自宅（居宅）」とされる住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の利用者（入居者）も利用します。



対象者

- 要介護1以上の認定を受けた方

サービスの内容

- ケアプラン（居宅サービス計画）の作成
ケアマネジャー（介護支援専門員）が、心身の状況や生活環境、本人や家族の希望等に沿って、ケアプラン（居宅サービス計画）を作成します。
- サービスの連絡・調整
ケアプランに位置づけたサービスを提供する事業所や、施設などとの連絡・調整を行います。

※また、居宅介護支援事業所では、本人や家族の代わりに、要介護認定の申請手続きや更新認定の申請手続きを行います。

利用料の目安

- 利用料はありません（介護保険で全額が支払われます）。

WAM NET関連情報

- [▶ サービス提供機関の情報（介護）](#)
- [▶ ケアマネジャーのしごとガイド](#)

[▲ ページの先頭へ戻る](#)

居宅介護支援・介護予防支援の定義・基準

居宅介護支援

定義

「居宅介護支援」とは、居宅の要介護者が居宅サービス等を適切に利用できるよう、心身の状況、置かれている環境、要介護者の希望等を勘案し、居宅サービス計画を作成するとともに、サービス事業者等との連絡調整を行い、介護保険施設等への入所を要する場合は、当該施設等への紹介を行うことをいう。

人員基準

管理者	常勤専従の主任介護支援専門員を配置 ※ 令和3年3月31日時点で主任ケアマネジャーでない者が管理者の事業所は、当該管理者が管理者である限り、管理者を主任ケアマネジャーとする要件の適用を令和9年3月31日まで猶予する。（令和3年4月1日以降に新たに管理者となる者に対しては、更なる経過措置は適用されない。）
介護支援専門員	利用者35人に対し1人を配置

介護予防支援

定義

「介護予防支援」とは、要支援者が介護予防サービス等を適切に利用できるよう、心身の状況、置かれている環境、要支援者の希望等を勘案し、介護予防サービス計画を作成するとともに、サービス事業者等との連絡調整を行うことをいう。

人員基準

管理者	常勤専従の者を配置
担当職員	1人以上を配置（保健師、介護支援専門員、社会福祉士、経験ある看護師、高齢者保健福祉に関する相談援助業務に3年以上従事した社会福祉主事のいずれかの要件を満たす者。）

居宅介護支援・介護予防支援の報酬

居宅介護支援の介護報酬のイメージ（1月あたり）

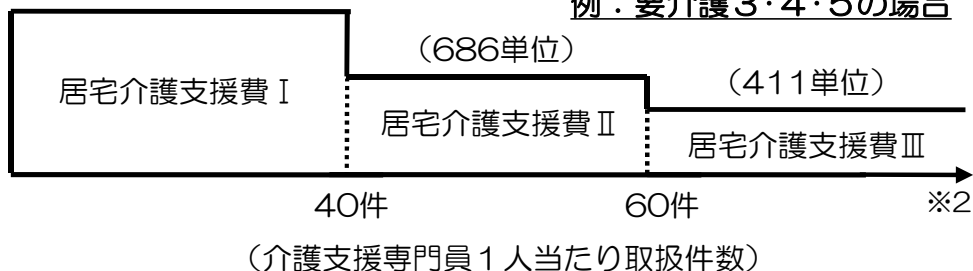
利用者の要介護度や取扱件数に応じた基本サービス費

	要介護1・2	要介護3・4・5
居宅介護支援費Ⅰ	1,057単位/月	1,373単位/月
居宅介護支援費Ⅱ	529単位/月	686単位/月
居宅介護支援費Ⅲ	317単位/月	411単位/月

【報酬体系は逡減制】※1

(1,373単位)

例：要介護3・4・5の場合



※1 介護支援専門員（常勤換算）1人当たり40件を超えた場合、超過部分のみに逡減制（40件以上60件未満の部分は居宅介護支援費Ⅱ、60件以上の部分は居宅介護支援費Ⅲ）を適用

※2 取扱件数には介護予防支援受託者数を2分の1とした件数を含む

+

利用者の状態に応じたサービス提供や
事業所の体制に対する加算・減算

初回利用者へのケアマネジメン
トに対する評価 （300単位）

入院時の病院等との連携
〔・入院後3日以内：200単位
・入院後7日以内：100単位〕

退院・退所時の病院等との連携

・退院・退所時カンファレンスへの参加あり
（連携1回：600単位、連携2回：750単位、連携3回：900単位）
・退院・退所時カンファレンスへの参加なし
（連携1回：450単位、連携2回：600単位）

利用者の状態の急変等に伴い利
用者宅で行われるカンファレン
スへの参加 （200単位）

末期がん患者に対する頻回な居宅訪
問や主治医・事業者との連携に対する
評価 （400単位）

小規模多機能型居宅介護事業所との連携

（300単位）

看護小規模多機能型居宅介護事業所との連携

（300単位）

ケアマネジメント等の
質の高い事業所への評価

（Ⅰ：500単位、Ⅱ：400単位、
Ⅲ：300単位、Ⅳ：125単位）

・離島等の事業所が
サービスを提供した場合 （15%）
・中山間地域等の小規模事業所が
サービスを提供した場合 （10%）
・中山間地域等の利用者にサービス
を提供した場合 （5%）

サービス担当者会議や定期的な
利用者の居宅訪問未実施、契約
時の説明不足等（▲50%）

訪問介護等において特定の事業
所を位置付ける割合が80%を超
える場合 （▲200単位）

+

介護予防支援の介護報酬のイメージ（1月あたり）

介護予防支援費

431単位/月

初回利用者へのケアマネジメン
トに対する評価 （300単位）

小規模多機能型居宅介護事業所との
連携 （300単位）