

# 令和5年度介護予防ケア マネジメント作成研修

令和5年4月27日

豊島区高齢者福祉課 基幹型センターグループ

阿部陽子

**SUSTAINABLE  
DEVELOPMENT  
GOALS**

The logo for the Sustainable Development Goals (SDGs) is displayed in the bottom right corner. It features the words "SUSTAINABLE", "DEVELOPMENT", and "GOALS" stacked vertically in a bold, blue, sans-serif font. The word "GOALS" is significantly larger than the others. The letter "O" in "GOALS" is replaced by a circular icon composed of 17 colored segments, representing the 17 goals.

# 本日の内容について

1. 豊島区自立支援・重度化防止等に資するケアマネジメントに関する基本方針について
2. 介護予防ケアマネジメント実施の手順①類型の概要②委託について③委託時業務プロセス
3. 帳票の取扱いについて①変更点②包括とのやり取り
4. 運用上の注意点について①生活保護との関連②暫定プラン
5. 社会資源の活用
6. サービスの特性を活用したプラン作成

限られた時間のため、詳細は後ほどお手元の資料で確認をお願いします。

# 1.豊島区自立支援・重度化防止等に資するケアマネジメントに関する基本方針について

- 豊島区介護予防ケアマネジメントマニュアル（令和5年4月）
- 「豊島区ケアマネジメントに関する基本方針」（令和2年1月）
- 豊島区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等の基準に関する条例（平成27年3月20日条例第14号）
- 自立支援・重度化防止等に資するケアマネジメントの基本的な考え方  
介護保険最新情報Vol.685「多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き」

## 2.介護予防ケアマネジメント実施の手順

### ①ケアマネジメント類型の概要

- 豊島区の介護予防ケアマネジメントはA・B・Cの3類型。BまたはCに該当するのは、短期集中サービスや住民主体のサービス等を単独で利用する場合のみ

### 令和5年4月から一部の運用を変更

#### 【主な変更点】

- ケアマネジメント（B・C）の概要及び期間の整理。
- ケアマネジメントに使用する帳票の整理。

類型	再委託	概要	対応サービス	ケアマネジメントプロセス					プラン帳票	プランの期間
					開始月	翌月	以降	プラン期間終了月		
ケアマネジメントA (原則的なケアマネジメント)	可	介護予防支援と同様	<ul style="list-style-type: none"> <li>指定事業者のサービスを単独利用の場合</li> <li>指定事業者のサービスと下記に記載のサービスを併用する場合</li> </ul>						利用者基本情報 東京都様式(A~F表)推奨 支援経過記録表	目標達成に必要な期間 ・認定の有効期間をまたがないように配慮し最大1年までを目安とす
				サービス担当者会議	○	×	×	○		
				モニタリング	—	○	○	○ 評価		
※介護予防支援と同様										
ケアマネジメントB (簡略化したケアマネジメント)	不可	セルフマネジメントの継続に向けた支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>短期集中サービスを単独で利用の場合</li> <li>短期集中サービスと下記に記載のサービスを併用する場合</li> </ul>	サービス担当者会議	○	×	×	プラン変更時 ○	利用者基本情報 すこやか生活プラン(A表) 豊島区ケアマネジメントシート(表・裏) 支援経過記録表 評価(F表)	目標達成に必要な期間 ・認定の有効期間をまたがないように配慮し最大1年までを目安とする
				モニタリング	必要時○ (※通所型：事業者と本人の終了時評価に立会いのご協力をお願いします)			○ 評価 ※		
ケアマネジメントC (初回のみ ケアマネジメント)	不可	本人の自立支援に向けたセルフプラン作成支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>*印のサービスのみ利用の場合</li> <li>*住民主体のサービス 通所B・訪問B</li> <li>*一般介護予防事業</li> <li>*民間や地域の通いの場など</li> </ul>	サービス担当者会議	× (訪問型：サービス開始時に立会いにご協力をお願いします)			利用者基本情報 「私のプラン」 豊島区ケアマネジメントシート(表・裏) 支援経過記録表 (介護予防手帳を渡す)	—	
				モニタリング	×					

帳票の変更は後ほど「3.ケアマネジメントA帳票の取扱い」で説明します。

令和5年度 介護予防ケアマネジメント類型別 必要な帳票一覧表

類型	介護予防支援	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B)	介護予防ケアマネジメント (ケアマネジメントC)
プロセス	帳票名称			
作成届	介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書			
アセスメント	（閲覧用）認定調査票・主治医意見書（要支援の方のみ）			
	利用者基本情報			
	基本チェックリスト		豊島区アセスメントシート（表・裏）	
	アセスメント（任意様式）			
	興味・関心チェックシート			
プラン	サービス計画書（A～C表）		すこやか生活プラン （1号様式）	私のプラン（2号様式）
	週間計画表（D表）			—
サービス担当者会議	サービス担当者会議の要点（E表別紙）又は介護予防支援経過記録			—
モニタリング	モニタリング様式（任意様式※）又は介護予防支援経過記録			—
評価	評価表（F表）			—
支援の経過	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録			

※「豊島区独自様式モニタリング・評価表（B表）」は5年4月より廃止、使用不可のため注意。

## ②委託について

- ケアマネジメントA類型のみ委託可。ケアマネジメントB・ケアマネジメントCは委託不可。
- 業務委託範囲「アセスメント～評価」
- 初めて業務委託を受ける場合（受託届）を基幹型センターグループに提出。登録内容更新のため、毎年4月に再提出。  
豊島区地域包括支援センター運営協議会承認が必要。

## 豊島区指定介護予防支援業務の受託要件

受託要件1	<p>指定居宅介護支援事業所として、<u>介護保険法</u>その他<u>関係法令等を遵守</u>して運営していること。 また、従事する介護支援専門員については、<u>登録が有効</u>であること。</p>												
受託要件2 (研修種別)	<p><u>必要な知識及び能力を有する介護支援専門員</u>が従事していること。 具体的には、<u>下記(1)～(4)のいずれかの研修を最低3年に1回受講</u>し、情報を更新していること。</p> <table border="1" data-bbox="843 619 1854 825"> <thead> <tr> <th></th> <th>研修の実施主体</th> <th>研修内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(1)</td> <td>都道府県</td> <td rowspan="4">介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに関する研修</td> </tr> <tr> <td>(2)</td> <td>豊島区 <b>本日の研修</b></td> </tr> <tr> <td>(3)</td> <td>豊島区の地域包括支援センター</td> </tr> <tr> <td>(4)</td> <td>豊島区外の区市町村または地域包括支援センター</td> </tr> </tbody> </table> <p>※事業所内に(1)～(4)に該当する人が一人もない場合はご連絡ください。</p>		研修の実施主体	研修内容	(1)	都道府県	介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに関する研修	(2)	豊島区 <b>本日の研修</b>	(3)	豊島区の地域包括支援センター	(4)	豊島区外の区市町村または地域包括支援センター
	研修の実施主体	研修内容											
(1)	都道府県	介護予防支援・介護予防ケアマネジメントに関する研修											
(2)	豊島区 <b>本日の研修</b>												
(3)	豊島区の地域包括支援センター												
(4)	豊島区外の区市町村または地域包括支援センター												
受託要件3	<p>指定介護予防支援に係る責任主体である地域包括支援センターの関与について<u>理解、協力</u>できること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>介護予防サービス計画の<u>原案を作成する場合には、適切に作成されているか、内容が妥当か等</u>について地域包括支援センターが確認する。</li> <li>介護予防サービス計画の<u>評価を行った場合には</u>評価の内容を地域包括支援センターが確認し、評価を踏まえ今後の介護予防支援の方針を決定する</li> </ul>												



## ③委託業務プロセス

- 基本的には介護予防支援と同様（委託範囲は③～⑨）

- ①利用申込
- ②契約締結
- ③アセスメント
- ④介護予防サービス計画原案の作成
- ⑤サービス担当者会議
- ⑥介護予防サービス計画の交付
- ⑦サービスの提供
- ⑧モニタリング
- ⑨評価
- ⑩給付管理
- ⑪請求

# 3. ケアマネジメントAの帳票の取扱い

## ① 変更点

令和5年3月13日 令和4年度第3回豊島区介護保険事業者連絡会

ケアマネジメントAについて

東京都様式「介護予防サービス・支援計画表（A～F表）」の使用を推奨する運用に変更。

- 令和5年4月1日以降の新規プラン作成から開始
- 現行プランの場合は令和5年4月以降最初の評価後プラン作成時から

## 「すこやか生活プラン（別記様式第1号）」使用条件

条件1：「記入要領」に沿って記入。

条件2：「豊島区アセスメントシート（表・裏）」作成必須。

条件3：サービス担当者会議の記録・モニタリング記録は  
支援経過記録に記載可能。

条件4：評価は「東京都様式（F表）」に統一。

「モニタリング・評価表（B表）（別記様式第2号）」  
廃止・使用不可。

豊島区 介護予防サービス・支援計画表(すこやか生活プラン)

利用者名	様		地域包括支援センター	
<input type="checkbox"/> 事業対象 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> 継続				
計画作成日	年	月	日	
認定日	年	月	日	認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日
計画作成者	委託の場合:所属		訪問型B利用期間	
基本チェックリスト				
作成時	年	月	日	運動不足 / 5 / 2 / 3 / 2 / 3 / 5 栄養改善 / 5 / 2 / 3 / 2 / 3 / 5 口腔ケア / 5 / 2 / 3 / 2 / 3 / 5 閉じこもり / 5 / 2 / 3 / 2 / 3 / 5 もの忘れ / 5 / 2 / 3 / 2 / 3 / 5 うつ予防 / 5 / 2 / 3 / 2 / 3 / 5
評価時	年	月	日	サービス開始月 年 月 終了予定 年 月 月末
目標とする生活(ヶ月後の、なりたい自分の姿)				
目標とする生活(1年後の、なりたい自分の姿・望む生活)				
担当者からの提案(総合的な課題)				
私の取り組み内容(計画)		役割分担と内容・できるようになるための取り組み(計画)		
目標とする生活実現のため、ご本人の取り組み内容をできるだけ具体的に記入します。 記入例)〇〇のため、〇日に〇回〇〇をします。  私の取り組み内容 <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>		サービス担当者会議 年 月 日実施 ① 種別: 頻度: サービス提供者:  ② 種別: 頻度: サービス提供者:  ③ 種別: 頻度: サービス提供者:		
取り組み期間(プランの期間) 年 月 日 ~ 年 月 日				
あなたの健康状態はいかがですか(主観的健康観) 開始時 ①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない 評価時 ①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない		地域包括支援センター(意見)		
介護予防ケアマネジメント・総合事業の計画書について説明を受け、内容に同意したうえ受領しました。 年 月 日 氏名		主治医意見書・健診結果等を踏まえた留意点		
計画書交付日	年	月	日	交付先:

類型	再委託	概要	プラン帳票	留意点	プランの期間	運用開始時期
ケアマネジメントA	可	介護予防支援と同様	利用者基本情報 東京都様式（A～F表）推奨 支援経過記録表	<p>※1 ○すこやか生活プラン（A表）条件付きで使用可。 ○モニタリング・評価表（B表）廃止・使用不可。</p> <p>↓</p> <p>＜すこやか生活プラン（A表）使用について＞                      ①記入要領に沿って記入（別紙1参照）                      ②「豊島区アセスメントシート（表・裏）」の作成を必須（別紙2参照）                      ③サービス担当者会議の記録・モニタリング記録は支援経過に記載してもよい。                      ④評価は（F表）に統一。</p> <p>↓</p> <p>※2 東京都様式（A～F表）使用の際、アセスメント様式は定めていない。                      ↓                      東京都のアセスメント様式や事業所独自の様式で可</p>	すこやか生活プランA表の記入要領に下記2点を追加 ・最大1年までを目安 ・認定期間をまたがない	・令和5年4月1日以降の新規プラン作成から開始 ・現行プランの場合は令和5年4月以降最初の評価後プラン作成時から

豊島区 介護予防サービス・支援計画表（すこやか生活プラン）

利用者名	様			地域包括支援センター			
<input type="checkbox"/> 事業対象 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> 継続	計画作成日		年	月	日		
認定日	年	月	日	認定の有効期間	年	月	日
計画作成者	「 <b>予防支援計画書A表の初回・紹介・継続</b> 」に対応 初回：所属事業所で初めて計画作成をする場合 紹介：予防支援と介護予防マネジメントの切り替えに伴い所属事業所を紹介され変更した場合			訪問型B利用期間			
基本チェック	介護予防	年	月	サービス開始日			
開始時	年	月	日	終了予定月			
評価時	年	月	日	終了予定日			

目標とする生活（ヶ月後の、なりたい自分の姿）

「**予防支援計画書C表 目標**」に対応

目標とする生活（1年後の、なりたい自分の姿・望む生活）

「**予防支援計画書A表 目標とする生活(1年)(1日、1週間、1月)**」に対応

担当者からの提案（総合的な課題）

「**予防支援計画書A表 総合的な方針**」に対応

私の取り組み内容（計画）

役割分担と内容・できるようになるための取り組み（計画）  
サービス担当者会議 年 月 日実施

目標とする生活実現のため、ご本人の取り組み内容をできるだけ具体的に記入します。  
記入例) ○○のため、○日に○回○○をします。

**私の取り組み**  
「**予防支援計画書C表 本人の取り組み**」に対応  
上記上段の「目標とする生活」の実現に向けて本人が取り組む内容を具体的に記入

① 種別： 頻度：  
サービス提供者：

「**予防支援計画書C表 支援計画**」に対応  
種別：総合事業のサービス種別等を記載  
具体的な名称は(\*)参照  
家族や地域、自費サービス等も記入  
頻度：支援の頻度を記載  
サービス担当者会議で合意した頻度  
サービス提供者：事業所名等  
家族や地域等の誰が担うかも記入

取り組み期間（プランの期間）

年 月 日～年 月 日

あなたの健康状態はいかがですか(主観的健康観)

開始時  
①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない

「**予防支援計画書B表 健康状態**」に対応  
主治医意見書や健康診断の結果、聞き取った健康に関する留意点を記入

「**予防支援計画書A表 地域包括支援センター記入欄**」に対応  
再委託の場合、本人に向けた意見と日付を包括担当者が記入

地域包括支援センター（意見）

主治医意見書・健診結果等を踏まえた留意点

あなたの健康状態はいかがですか（主観的健康観）

開始時と評価時に、ご本人の主観的な健康状態について○印をつけてもらいます。

【署名】

サービス担当者会議で本計画表について説明をして同意をいただいた時点で、利用者自身に署名をいただきます。この計画書は利用者・計画作成者の双方で保管し、控えを事業者等に交付をしたら、欄外の計画交付日と交付先（本人含む）を記入します。

・訪問型サービスBの利用期間は、利用開始月から1年です。サービス開始月と終了予定月を記入します。（例：4月開始の場合、翌年3月末まで）引き続き同サービスを利用する場合には再度申込みが必要です。事業対象者の場合は、利用期間終了月に「豊島区基本チェックリスト」を実施し、再度事業対象者に該当することが必要です。  
・「豊島区アセスメントシート」に記載されている基本チェックリストは開始時と評価時に実施し、該当項目に数字を記入します。継続の場合、評価時の数字が次回プランの開始時にも入ります。

【目標とする生活（上段）】  
計画作成者と利用者・家族の三者が合意した目標と達成に必要な期間を設定して記入します。最大1年までを目安に、認定の有効期限をまたがないように配慮します。計画期間は【私の取り組み内容】の最下段にある「取り組む期間（プランの期間）」に記入します。  
【目標とする生活（下段）】  
一つの欄で目標とする生活（1年）（1日、1週間、1月）に対応します。利用者が今後どのような生活を送りたいか、意思意欲を尊重した利用者自身のイメージを記入します。  
【担当者からの提案】  
計画作成者や支援チームの専門的な視点に基づき、目標とする生活を実現するための提案を計画作成者が記入します。

【役割分担と内容・できるようになるための取り組み（計画）】  
サービス担当者会議の実施日時を記入します。記入欄が小さいため目標達成のための効果的な手段と判断した根拠や、出席者等はサービス担当者会議の要点や支援経過記録に記載します。  
①②③は「支援計画」のサービス内容に対応します。総合事業のサービスだけではなく、目標とする生活の実現のために支援を行っている家族・地域・自費サービスなどのインフォーマルサポートや総合事業以外のフォーマルサービスも記入します。支援が必要な根拠や具体的な支援内容を簡潔に記入します。ここに書かれた内容を基に、取り組みや変化についてモニタリング・評価を行います。  
(\*) 総合事業のサービス種別 訪問型サービスの場合：訪問型A2（従来型）、訪問型A4（としま介護予防）、訪問型A4（としまいきいき）、訪問型B（生活支援お助け隊）、通所型B（つながるんるん他）、訪問型C（短期集中）通所型サービス0：通所型A6（従来型）、A8（リハビリ特化型）  
・以前行った住宅改修・福祉用具購入や同居家族との共有部分の生活援助に関する情報など、後日引継ぎや情報共有が必要な事項も記入しておきます。

【私の取り組み】  
目標に向けて、ご本人が取り組む内容を可能な範囲で利用者が記入します。うまく表現できない場合には計画作成者が一緒に確認します。  
計画作成者や支援チームと一緒に、取り組み後に評価ができるような具体的内容や回数等数値化できるものや、ご本人が変化を感じられ、成果がやりがいにつながる内容を考えます。

【あなたの健康状態はいかがですか（主観的健康観）】  
開始時と評価時に、ご本人の主観的な健康状態について○印をつけてもらいます。  
【署名】  
サービス担当者会議で本計画表について説明をして同意をいただいた時点で、利用者自身に署名をいただきます。この計画書は利用者・計画作成者の双方で保管し、控えを事業者等に交付をしたら、欄外の計画交付日と交付先（本人含む）を記入します。

「**帳票のイメージ**」  
「**予防支援計画書のA・B・C表の項目を抜粋したイメージです。下半分の「私の取り組み内容（計画）」がC表の支援計画の項目と考えて記入しましょう。**  
目標達成に向けた効果的な取り組みとなるために、誰がどのような取り組みを、どのくらいの頻度でおこなうかを簡潔に記入します。支援のポイントや留意点等で書ききれない内容は、担当者会議確認をして、要点にまとめます。支援を行う担当者が多い場合や支援内容を丁寧に記載したい場合は、予防支援計画書を活用することも可能です。

豊島区アセスメントシート(表面)				年 月 日記入		現在の状況	
氏名		被保険者番号		アセスメント実施者(所属・名前)			
No.	質問項目		回答		備考		
1	バスや電車で1人で外出していますか		O. はい	1. いいえ			
2	日用品の買い物をしていますか		O. はい	1. いいえ			
3	預貯金の出し入れをしていますか		O. はい	1. いいえ			
4	友人の家を訪ねていますか		O. はい	1. いいえ			
5	家族や友人の相談にのっていますか		O. はい	1. いいえ			
			(No. 1~5の合計)		/ 5		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか		O. はい	1. 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		O. はい	1. いいえ			
8	15分位続けて歩いていますか		O. はい	1. いいえ			
9	この1年間に転んだことがありますか		1. はい	0. いいえ			
10	転倒に対する不安は大きいですか		1. はい	0. いいえ			
No.6~10の計 3点以上 □			運動機能		/ 5		
11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか		1. はい	0. いいえ			
12	身長( )m 体重( )kg BMI( ) >18.5 *BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))18.5未満なら該当		1. はい	0. いいえ			
No.11~12の計 2点以上 □			栄養改善		/ 2		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか		1. はい	0. いいえ			
14	お茶や汁物等でむせることがありますか		1. はい	0. いいえ			
15	口の渇きが気になりますか		1. はい	0. いいえ			
No.13~15の計 2点以上 □			口腔ケア		/ 3		
16	週に1回以上は外出していますか		O. はい	1. いいえ			
No.16の計 1点以上 □							
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか		1. はい	0. いいえ			
			閉じこもり				
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		1. はい	0. いいえ			
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		O. はい	1. いいえ			
20	今日が何月何日かわからない時がありますか		1. はい	0. いいえ			
No.18~20の計 1点以上 □			物忘れ		/ 3		
No.1~20の計 10点以上 □			No. 1~20の合計 生活全般		/ 20		
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない		1. はい	0. いいえ			
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		1. はい	0. いいえ			
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる		1. はい	0. いいえ			
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない		1. はい	0. いいえ			
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする		1. はい	0. いいえ			
No.21~25の計 2点以上 □			うつ・引きこもり		/ 5		

※上記の□に該当の場合は総合事業対象 項目ごとの合計数を計画表に転記

豊島区アセスメントシート(裏面)

認定情報			
事業対象者 ・ 要支援1 ・ 要支援2			
日常生活自立度 ※ アセスメント実施者の判断でご記入ください			
<障害高齢者の日常生活自立度 > 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		<認知症高齢者の日常生活自立度 > 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
医療情報(現病歴・既往歴)			
年月	病名	経過	治療中の場合は内容
年 月		治療中 経観中	
年 月		治療中 経観中	
年 月		治療中 経観中	
年 月		治療中 経観中	
入院歴: あり・なし	(ありの場合、直近の入院時期) 年 月 ~ 年 月		
家族構成	住環境		
独居・同居	一戸建て・集合住宅( 階、エレベーター:あり・なし ) 浴室 : あり・なし		
本人の意向、本人の望む生活		今回の申請に至った経緯	

※事務処理欄



介護予防サービス・支援評価表

利用者名 \_\_\_\_\_

様

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成状況に対する評価		今後の方針
				本人・家族の意見	計画作成者の評価	

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"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 二次予防事業 <input type="checkbox"/> 一次予防事業 <input type="checkbox"/> 終了

## ②包括との帳票のやりとりについて

- 利用実績提出は、原則として毎月5日
- 委託終了時すべての帳票原本を返却
- 評価表の記入について

「プラン継続」は短期入院等による一時的なサービス中断後の再開時など、稀な場合

「終了」は転出、死亡、自立による終了のみ

「プラン変更」は、予防給付・総合事業から介護給付や他制度への移行と、予防給付・総合事業の利用を継続する場合。

令和5年度 ケアマネジメントA委託時の帳票の作成について

類型	介護予防支援	介護予防ケアマネジメント (ケアマネジメントA)	包括との書類のやり取り	
プロセス	帳票名称		委託時の書類作成	運用等
受託準備	介護予防支援業務受託に関する届出書		居宅	別途要件あり
	介護予防支援業務等委託契約書		包括/居宅	受託前に締結
作成届	介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント 依頼(変更)届出書		包括	包括が高齢者福祉課へ提出
アセスメント	(閲覧用) 認定調査票・主治医意見書 (要支援の方のみ)		包括	包括が居宅に提供
	利用者基本情報		初回は包括→委託中の変化は居宅が作成	新規及び評価後など、プラン作成の都度再アセスメント実施し包括に提出
	基本チェックリスト		居宅	
	アセスメント(任意様式)		居宅	
興味・関心チェックシート		居宅		
プラン確定・交付	サービス計画書(A~C表)		原案は包括で事前確認を受ける。サービス担当者会議後の確定プラン(写)を包括に提出	必要時サービス提供事業所に配布
	週間計画表(D表)			
	利用票			
	提供表			
	サービス担当者会議の要点(E表)又は介護予防支援経過記録			
モニタリング (記録は毎月)	モニタリング様式(任意様式)又は介護予防支援経過記録		居宅	記録後包括に提出
	個別サービス計画書・事業所のモニタリング		サービス事業所	個別サービス計画書は受領後包括にも提出
評価	評価表(F表)		居宅	原本に包括のコメントを記入後、(写)を包括に提出
支援の経過	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録		居宅	上記過程で未提出の記録は委託終了まで居宅で保管
給付・請求等	実績報告書類		居宅	毎月5日までに包括に提出
	給付管理・請求		包括	—

運用については「原則」を記載しています。担当者からの指示の統一に向けて調整します。

※「豊島区独自様式モニタリング・評価表(B表)」は5年4月より廃止、使用不可のため注意。

委託終了時には業務で作成した全ての帳票原本をセンターに返却する必要がある <参照> (厚生労働省令第三十七号) 第28条第2項

## 4.運用上の注意点について

### ①生活保護受給者に関連すること

※詳細については別紙資料をご確認ください。

高齢者総合相談センター（地域包括支援センター）のプランナー（介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの担当者）からの要望があり、生活福祉課の方と学習会を実施時の資料を共有します  
（令和5年1月20日）

# プラン作成に関する内容

## 1 生活保護受給者の暫定プラン利用に関して

暫定プランでサービス利用する場合は、福祉事務所に事前連絡が必要（暫定ケアプラン及び利用票・別表を福祉事務所へ提出していない場合は、サービス利用料が支払えなくなります）

## 2 居宅療養管理指導（往診）について

外来・往診を問わず医療を受ける際には申請が必要

## 3 福祉用具購入・住宅改修に関して

福祉用具購入や住宅改修は事前の連絡が必要

# みなし2号（65歳未満）の介護サービス利用に関すること

Hから始まる被保険者番号の方は、福祉事務所が保険者です。

みなし2号の方には存在しない証書等

- 介護保険被保険者証
- 介護保険負担割合証
- 介護保険負担限度額認定証
  
- 要介護・要支援認定申請書（新規・更新・区分変更）

## ② 暫定プラン

- ・ ※詳細は令和3年3月の通知（別紙資料）をご確認ください。

「暫定（予防）ケアプラン作成時における運用方法の変更について」必ず通知本文の確認をお願いいたします

令和3年4月利用分～認定結果の見込み違いによる自費負担の発生を防ぐために必要な運用

- ① 暫定プラン作成前に、高齢者総合相談センターに連絡し、必要な措置を講じる。
- ② 訪問介護・通所介護を位置づける場合、事業所選定の注意あり。
- ③ 上記②において、暫定プラン作成し、利用者の同意を得ること。
- ④ 認定結果が確定後、速やかに所定の届出を提出すること。

# 5.社会資源の活用

今年度の情報が一覧にまとめてあります。

## 豊島区 介護保険以外の主な高齢者福祉施策

- ・この表は、豊島区で行っている介護保険以外の主な高齢者福祉施策をまとめた表です。
  - ・それぞれの施策毎に、要介護度や介護保険料所得段階等の要件がございます。
- ※介護保険料所得段階は、毎年7月頃に本人宛に郵送される「介護保険料納入決定通知書」に記載されています。
- ・担当のご利用者様の生活の一助となるサービスですので、ぜひご利用ください。





# 6.サービスの特性を活用したプラン作成

サービスを活用し、自立支援に向けたプラン作成について、事例を基に共有します。

80代前半・要支援1のAさん

腰痛・変形性膝関節症のため歩行が不安定で歩行器の貸与を利用中。高血圧症・高脂血症あり。身長150cm体重62kgBMI27.5

もともと社交的な性格だったが、家族の仕事の都合で転居が多く、夫が亡くなり一人暮らしになったばかり。区民ひろばの集まりに月2回参加していたが、だんだん足が遠のいてしまった。

Aさんにとって、自分らしく生活するとは…。

No.	質問項目	いずれかに○をお付け下さい	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.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	0.はい	1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
11	6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ
12	身長(150 )cm 体重(62 )kg BMI(27.56 ) (注)	1.はい	0.いいえ
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ
14	お茶や汁物等を飲んでむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数は減っていますか	1.はい	0.いいえ
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	1.はい	0.いいえ
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	0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
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	1.はい	0.いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが、今はおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だとは思えない	1.はい	0.いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ

<健康状態等> 要支援 1・腰痛・変形性膝関節症・高血圧症・高脂血症

<個人因子> 社交的な性格

<環境因子> 転居が多く一人暮らし

<活動・していること> 不安定だが、近隣の買物や区民ひろばに歩行器で歩いて行くことが可能

<障害要因> 歩行不安定・腰痛・体重コントロール不良

BMIが27.5  
体重コントロール不良

該当する項目は少なく、日常生活上の課題はあまりない。

- ・バスや電車で1人で外出していない
- ・友人の家を訪ねていない
- ・移動が不安定で転倒不安あり。
- ・口の渇きが気になる
- ・昨年と比べて外出の回数が減っている。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く	○			生涯学習・歴史			○
一人でお風呂に入る	○			読書	○		
自分で服を着る	○			俳句			○
自分で食べる	○			書道・習字		○	
歯磨きをする	○			絵を描く・絵手紙			○
身だしなみを整える	○			パソコン・ワープロ		○	
好きなときに眠る	○			写真			○
掃除・整理整頓	○			映画・観劇・演奏会		○	
料理を作る	○			お茶・お花		○	
買い物	○			歌を歌う・カラオケ		○	
家や庭の手入れ・世話	○			音楽を聴く・楽器演奏	○		
選択・洗濯ものたたみ	○			将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動	○		
電車・バスでの外出	○			散歩	○		
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り		○	
友達とおしゃべり・遊ぶ	○			野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん	○			競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物	○		
居酒屋に行く				針仕事	○		
ボランティア			○	畑仕事		○	
地域活動（町内会・老人クラブ）							
お参り・宗教活動							

**やっていること**  
 友達とのおしゃべり・読書・音楽鑑賞・旅行・編み物

**してみたいこと**  
 習字・PC・観劇・華道茶道・歌・踊り・畑仕事

**興味があること**  
 ボランティア・仕事・生涯学習・俳句・絵手紙・写真

**社会参加への意欲が高く、「地元で交流の場に通いたい」という目的を確認**  
 →そのためには、安定して外出するための筋力向上と栄養改善が必要

（出典）「平成25年度老人保健健康増進事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」

【目標の再確認】 地元の交流の場に参加し、自分の趣味を楽しみたい。

【ケアプラン①】 歩行器レンタル

プラン変更

【ケアプラン②】 3か月間の短期集中通所型サービスを追加。

本人の変化

サービス終了時評価の結果

- ・ 握力・（通常・最大）5m歩行速度・CS-30
  - ・ Timed Up & Go Test・身長・体重・BMI・イレブンチェック
- 検査値が向上

→本人のモチベーションの向上により、筋力維持のために区民ひろばの「としまる体操」と自分の趣味に合うサロン通所B)の参加開始。

	サービスの特徴	サービスの効果	推奨したい対象像
通所C	<ul style="list-style-type: none"> <li>・面談・マンツーマンの指導</li> <li>・無料で参加しやすい</li> <li>・コーチング(自分らしい目標・取組みを一緒に考える)</li> <li>・気軽に利用しやすい(知らない人と一斉にスタートするので仲間意識が生まれやすい)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運動の機会の獲得</li> <li>・身体状況の把握と向上</li> <li>・外出の自信</li> <li>・行動変容につながる</li> <li>・地域の活動の場所につながりやすい(通所B・区民ひろば・フレイルセンター・筋力アップ)</li> <li>・友達ができる</li> </ul>	<p><b>【機能状況】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①セルフマネジメント力があり自己管理可能。助言を受け入れられる。</li> <li>②目的がある。(例:3か月後に元気になりたい)</li> </ul> <p><b>【介護の必要性】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>③自分で通える。(タクシー利用、家族の付き添いがあっても可)</li> </ul>
通所B	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通C利用後のつなぎ先</li> <li>・社会性を求める人にはニーズが高い</li> <li>・元気な人も支援が必要な人も垣根のない共有の場</li> <li>・元気な人が支えることで、事業対象者～要介護者まで通うことができる。</li> <li>・多様で幅広い活動内容(運動系・趣味活動など)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・孤立感の解消</li> <li>・行動範囲の広がり</li> <li>・活動への参加</li> <li>・興味関心・選択肢の拡大</li> </ul>	<p><b>【機能状況】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①趣味活動等、やりたいことがある。</li> <li>②人と関わりや交流を持ちたい。</li> </ul> <p><b>【介護の必要性】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>③歩いていける場所に活動拠点がある。</li> </ul>
通所A8	<ul style="list-style-type: none"> <li>・目標が明確 (例)仕事復帰がしたい、デパートで買い物したい</li> <li>・利用時間が短時間</li> <li>・サービスの提供者側(ケアマネ含む)がサービス卒業に向けた意識を持つことが必要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・機能の改善 (外出可能、歩行状態改善)</li> </ul>	<p><b>【機能状況】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①達成したい明確な目標、卒業の意欲が高い。</li> <li>②専門職が関わり短期的に改善が望める。</li> </ul> <p><b>【介護の必要性】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>③送迎が必要な人。(例)医療保険のリハ終了後に集中してやりたい人</li> </ul>