令和8年度
介護予防ケアマネジメント研修

～介護予防支援・介護予防ケアマネジメントA（再委託）
および総合事業等の活用について～

令和8年6月15日から6月25日まで
豊島区高齢者福祉課・高齢者総合相談センター

本日の内容について

１ 自立に向けて支援するために

本人らしい望む生活に向けたアセスメント

豊島区総合事業サービスの活用

２ 総合事業サービスを効果的に活用した事例

東京都様式介護予防サービス支援計画表（A～D表）帳票の書き方

３ 介護予防支援・ケアマネジメントA業務のプロセス

ケアマネジメントA委託時の帳票の作成について

４ 生活福祉課からの情報提供（暫定プランを含む）

豊島区ケアマネジメントに関する基本方針について

「豊島区ケアマネジメントに関する基本方針」

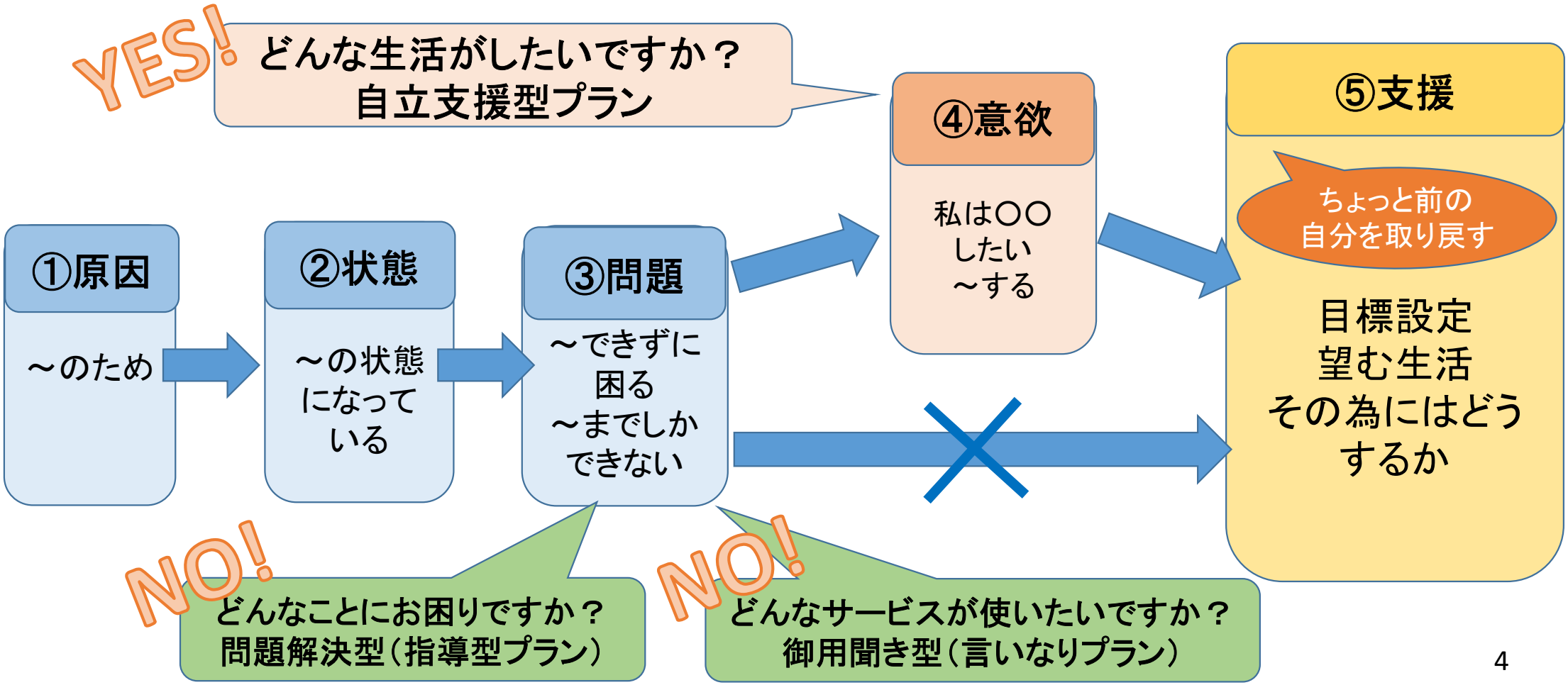
（令和2年1月）

【目的】

　豊島区では加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等についてこれらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保険医療サービス及び福祉サービスに係る給付を受けられるために適切なケアマネジメントの実現を目指す。

自立に向けて支援するために

ケアマネジメントの目標は「望む生活」・サービスは「そのための道具」



本人らしい望む生活に向けたアセスメント

本人らしい望む生活

望む生活を送るためには(分析)

・運動機能訓練が必要で効果があるか
・学んだことを続ける意欲があるか
・自己通所できるか・協力者がいるか
・趣味や地域との交流を望んでいるか など

主なアセスメント

・生活の状況：趣味・交流・活動・セルフマネジメント力
・健康状態　：疾患（既・現病歴・内服薬・予後予測）ADL・栄養・口腔
・個人因子　：認知機能/精神の状態・家族・友人
・環境因子　：清潔・住環境　など

多職種の視点が欲しい

短期集中訪問型（訪問C）にて専門職の視点や助言・指導を受ける
PT/OT/ST/管理栄養士/歯科衛生士

アセスメントに不安

プラン作成前に**元気はつらつ訪問**にて医療アセスメント強化
PT/OT

元気はつらつ報告会にて検討

ICFによって本人の全体像をつかみ、多職種で検討する

元気はつらつ訪問

リハビリ専門職との同行訪問

元気はつらつ訪問は、リハビリ専門職とケアマネジャーが協働しながら利用者様の自立支援について考え、在宅生活を支えていく事業です。

対象者は、要支援2、1、事業対象者の方です。

SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS

お申し込みは、高齢者総合相談センターまで。

短期集中訪問型（訪問C）

介護予防・日常生活支援総合事業

生活機能を改善するための
運動器の機能向上や
栄養改善・口腔ケアの
プログラムを提供します！

短期集中訪問型サービスをご利用ください！

プログラム	リハビリテーション	低栄養改善	口腔ケア
専門職	理学療法士（PT） 作業療法士（OT） 言語聴覚士（ST）	管理栄養士	歯科衛生士
内　容	●1クール概ね3ヶ月のプログラム ●月1回または月2回（上限6回）の訪問 ●環境整備、福祉用具の選定の助言・ホームプログラムの提供・外出訓練・言語障害、嚥下障害へのアプローチ等	●1クール概ね3ヶ月のプログラム ●月1回の訪問と期間中に1～2回の電話フォロー ●栄養指導・調理指導・メニュー提供・栄養食品利用の助言等 ＊糖尿病・腎臓病等の方の利用も可	●1クール概ね3ヶ月のプログラム ●月1回の訪問と期間中2回の電話フォロー ●口腔機能訓練・摂食、嚥下機能訓練・歯口清掃指導等

★対象者：要支援１・２、事業対象者の方
★利用料：無料
★利用方法等については、下記担当へ

【問い合わせ先】
豊島区高齢者福祉課総合事業グループ
電話　03-4566-2435　豊島区

豊島区総合事業サービスの活用（通所型サービス）

令和6年4月1日～豊島区総合事業サービスの活用シート（通所型サービス）

令和4年9月2日プランナー部会／令和4年10月4日総合事業初期対応力向上PT　にて作成・決定
令和6年4月～とし ま入浴通所サービス開始に伴う追記

サービス種別	サービスの特徴	サービスの効果	推奨したい対象像	通所型サービス併用可	ケアマネジメント類型
短期集中通所型サービス（C）	○面談・マンツーマンの指導 ○無料で参加しやすい ○コーチング（自分らしい目標・取組みを一緒に考える） ○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） （利用期間　3か月【12回】）	○運動の機会の獲得 ○身体状況の把握と向上 ○外出の自信 ○行動変容につながる ○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） ○友達ができる	**【機能状況】** 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。 ②目的がある。（例：3か月後に元気になりたい） **【介護の必要性】** 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）	○つながるサロン ○とし ま入浴通所サービス	○単独利用はケアマネジメントB
つながるサロン（B）	○通C利用後のつなぎ先 ○社会性を求める人にはニーズが高い ○元気な人も支援が必要な人も垣根のない共有の場 ○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。 ○多様で幅広い活動内容（運動系・趣味活動など） （利用期間　1年　再申込み可）	○孤立感の解消 ○行動範囲の広がり ○活動への参加 ○興味関心・選択肢の拡大	**【機能状況】** ①趣味活動等、やりたいことがある。 ②人と関わりや交流を持ちたい。 **【介護の必要性】** 歩いていける場所に活動拠点がある。	従前相当（A6）を含めすべての通所型サービス	○単独利用はケアマネジメントC ○併用利用は他サービスのケアマネジメント
とし まリハビリ通所サービス（A8）	○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 ○利用時間が短時間 ○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。 （利用期間の目安6か月、最長9か月）	○機能の改善 （外出可能、歩行状態改善）	**【機能状況】** ①達成したい明確な目標、卒業の意欲が高い。 ②専門職が関わり短期的に改善が望める。 **【介護の必要性】** 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	つながるサロン	ケアマネジメントA
とし ま入浴通所サービス（委託）	○目標が明確―**自宅での入浴が困難** ○利用時間が短時間 ○エリア　令和8年度より全域に拡充 ○ケアマネやサービス提供者側に望む視点 ①住宅改修・福祉用具の活用を含めて自宅での入浴の可否を評価する。 ②本人の意思や状態の変化に応じて、今後適切なサービスや社会資源につなぐ。 （利用期間　定め無し）	○身体の衛生状態の保持・感染症予防 ○心身機能の維持改善 （例）人との交流や保清・整容による心理的効果 孤立感の解消、明るく前向きな変化 ○全身状態の観察などアセスメントを強化できる。 ○必要なサービス導入のきっかけになる。	**【機能状況】** ①明確な目的（入浴）があり、生活上必要性が高い。 ②心理的効果が高く、生活全般の改善が期待できる。 **【介護の必要性】** 送迎が必要な人 入浴時、見守り・介助が必要な人	○つながるサロン ○短期集中通所型サービス	ケアマネジメントA

※　従前相当（A6）を利用の方は、上記の通所型サービスのうち、つながるサロン（B）のみ併用が可能。

自立支援のあと押しをする総合事業サービス併用の手続き

類型 ケアマネジメントA	併用可能な 総合事業等のサービス	サービス併用で期待する効果	プラン作成	サービス担当者会議
福祉用具のみ のプランの場合	①つながるサロン （通所B）	・外出の機会の創出 ・孤立感の解消　友人作り ・社会参加によるフレイル予防 ・意欲向上　生きがい作り　　など	**作成済みのプランがある場合追記が可能** **＊東京都様式に追記の場合** B表：サービスの必要性（根拠） C表：支援計画（目標・内容・サービス名・期間） D表：週間サービス計画	×
	②短期集中通所型 （通所C）	・運動機会の獲得 ・身体状況の把握と向上 ・知識の獲得（意識向上　行動変容） ・地域活動に繋がる（サロンなど） ・友人作り	**作成済みのプランがある場合追記が可能** ＊東京都様式に追記の場合参照	（注1）　△ 事業所が行う会議「目標確認会議」「評価会議」に参加する。 参加が難しい場合包括職員の協力を依頼する
	③としま入浴通所サービス （自宅での入浴が困難な場合）	・身体の衛生状態の保持・感染予防 ・心身の維持改善・全身状態の観察 ・必要なサービス導入のきっかけになる	**入浴サービス利用の位置づけをし、プランの再作成をする**	○
	④短期集中訪問型 （訪問C）	・PT/OT/ST/管理栄養士/歯科衛生士からの助言 ・居宅の訪問で、個別の指導を受けられる ・身体機能・生活機能の向上	利用に関しては包括担当者に相談 ケースにより追記が可能	△ 初回の訪問がサ担の位置付けとなる
	⑤元気はつらつ訪問 （初回アセスメント強化事業）	・身体評価 ・生活動作への助言 ・ホームプログラムの提案 ・自立支援に向けての助言	ケアプラン作成前などに相談ができる 利用に関しては包括担当者に相談	
訪問介護中心の プランの場合	①つながるサロン （通所B）	効果は上記参照	**作成済みのプランがある場合追記が可能** ＊東京都様式に追記の場合参照	×
	②短期集中通所型 （通所C）	効果は上記参照	**作成済みのプランがある場合追記が可能** ＊東京都様式に追記の場合参照	△ 注1参照
	③としま入浴通所サービス （自宅での入浴が困難な場合）	効果とサービス提供範囲は上記参照	**入浴サービス利用の位置づけをし、プランの再作成をする**	○
通所型サービス ・国相当基準（A6） ・としまリハビリ通所サービス（A8）	①つながるサロン （通所B）	効果は上記参照	**作成済みのプランがある場合追記が可能** ＊東京都様式に追記の場合参照	×
通所型サービス としま入浴通所サービス	②短期集中通所型 （通所C）	としま入浴サービスは通所Cの利用が可能 効果は上記参照	**作成済みのプランがある場合追記が可能** ＊東京都様式に追記の場合参照	△ 注1参照

総合事業サービスを効果的に活用した事例

総合事業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150㎝　体重62㎏　BMI27.5
- 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「自分らしくイキイキと生活する」とは…

基本チェックリスト

実施日　／　　氏名　　A　　年齢　　才　　男 ・ 女

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ら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ヵ月間で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　　）kg3MI（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言われますか	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

（注）BMI（=体重（kg）÷身長（m）÷身長（m））が18.5未満の場合に該当とする。

＜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
＜阻害要因＞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。

興味・関心チェックシート

氏名：A　年齢：　歳　性別（　）記入日：　年　月　日

表の生活行為について、現在している者には「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に〇を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思い当たるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

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	〇			生涯学習・歴史			〇
一人でお風呂に入る	〇			読書	〇		
自分で服を着る	〇			俳句			〇
自分で食べる	〇			書道・習字		〇	
歯磨きをする	〇			絵を描く・絵手紙			〇
身だしなみを整える	〇			パソコン・ワープロ		〇	
好きなときに眠る	〇			写真			〇
掃除・整理整頓	〇			映画・観劇・演奏会		〇	
料理を作る	〇			お茶・お花		〇	
買い物	〇			歌を歌う・カラオケ		〇	
家や庭の手入れ・世話	〇			音楽を聴く・楽器演奏	〇		
選択・洗濯ものたたみ	〇			将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動	〇		
電車・バスでの外出	〇			散歩	〇		
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		〇	
友達とおしゃべり・遊ぶ	〇			野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん	〇			競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物	〇		
居酒屋に行く				針仕事	〇		
ボランティア			〇	畑仕事		〇	
地域活動（町内会・老人クラブ）							
お参り・宗教活動							

（出典）「平成25年度老人保健健康増進
けたリハビリテーションの効果と質に関
一般社団法人　日本作業療法士協会（20

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

【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。

東京都様式　介護予防サービス支援計画表（A～D表）

現在の状況	本人・家族の意欲・意向	背景・原因	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての本人・家族の意向
運動・移動について 変形性膝関節症と腰痛で歩行状態は不安定。室内は伝え歩き、屋外は歩行器を使用。近所のスーパーと区民ひろばまで歩行器を使って通うことができている 膝と腰痛悪化に伴い、転倒の不安が大きくなっている。そのため外出が減り区民ひろばに通えていない。	本人：歩行器を使って近所のスーパーと区民ひろばは通っている 膝と腰が痛いです。転ばないか心配で思うように外出ができていないです	■有　□無 変形性膝関節症と腰痛で腰痛で歩行状態が不安定 転倒に対する不安が大きくなり、外出と意欲が低下している	変形性膝関節症と腰痛のため、歩行状態が不安定である。また、立ち仕事（作業）ができず、日常生活に支障が出ている。 膝と腰痛の悪化により、外出頻度、他者との交流が減っている。また、筋力低下がみられる。BMIの値が27.5と変形性膝関節症と高脂血症に影響が出ている。体重コントロールが不良のため栄養改善と筋力向上が必要	＜目標＞ 区民ひろばの集まりにつき2回通い、楽しむことができる。 ＜具体策＞ ①屋外移動に歩行器を使用する ②区民ひろばの集まりに参加する。	本人：区民ひろばの集まりはとても楽しいです。歩行器は助かっています。
日常生活（家庭生活）について 独居。家事全般、ご自身で行っているが、変形性膝関節症と腰痛のため、立ち仕事（作業）が厳しく、日常生活に支障が出ている。ベットを使用。排泄な自立。買い物は近所のスーパーに行っている。	本人：立ち仕事がつらい。甘いもの、特に生クリームが好き	■有　□無 変形性膝関節症と腰痛のため立ち仕事（作業）が厳しく、日常生活に支障が出ている			
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 夫は死去し、親族は子供を含めいない。家族の仕事の都合で転居を繰り返していたこともあり、地域に知人が少ない。社交的な性格、月2回区民ひろばの集まりに通っている 区民ひろばに通うことが困難になり、他社との交流が少なくなってしまったが、社会参加の意欲は高い	本人：夫が亡くなり、寂しい。地域に知り合いが少ない 地元で交流の場に通いたい	■有　□無 夫が死去し、親族はいない。転居を繰り返していたこともあり、地域のかかわりが少ない。 他者との交流が減少		＜目標＞ 地元の交流の場に参加し、自分の趣味を楽しむことができる。 ＜具体策＞ ①短期集中通所サービス（通所C）を利用し、専門職の助言を受ける。 ②趣味の場所を見つける	本人：地元で交流の場に通いたい
健康管理について 変形性膝関節症と腰痛でAセンター（整形外科）に月1回受診。高血圧症・高脂血症にてC医院に月1回受診。甲状腺疾患にてD内科に3か月1回受診。服薬は自己管理可 身長150cm、体重62kg、BMI27．5	本人：通院は忘れずに通えています 体重のことや先生に生クリームを我慢するように言われた。口の渇きが気になります	□有　■無 BMIの値が27.5と高く、変形性膝関節症と高脂血症に影響が出ている。体重コントロールが不良			
その他の事項について					

サービスの必要性（根拠）について追加記入する。
「この課題を○○のようにするために△△の必要があるので、具体的には□□をする。」本人や家族の意向も確認内容を追加

東京都様式　介護予防サービス支援計画表（A～D表）

介護予防サービス・支援計画表（３／３）

利用者名　A　様　　計画作成（変更）日　〇年7　月　31日

目標	支援計画							
	目標についての支援のポイント	具体的な支援の内容		※1	サービス種別	サービス提供者（事業所）	頻度	期間
区民ひろばの集まりに月2回通い、楽しむことができる。	（　）歩行状態が不安定なため、屋外の移動の際に歩行器を使用することで転倒防止に繋がります。また、区民ひろばの集まりにて他者との会話など楽しんでいきましょう。ひざや腰の痛みについては整形外科の医師に相談していきましょう	本人の取組	定期受診、服薬を忘れずに行う。無理の無い範囲で家事や身の回りのことを行う。区民ひろばに通う。転倒に気を付けて移動する					
		家族・地域の支援、民間サービス等						
		介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス	外出時に使用する歩行器の貸与、定期点検。本人の身体状態に合わせた福祉用具の提案	〇	介護予防福祉用具貸与	E福祉用具事業所	適宜	〇年8月1日～〇年7月31日
地元の交流の場に参加し、自分の趣味を楽しむことができる。	（　）短期集中通所型サービス（通所C)に通い、専門職に相談したり、助言を受けましょう。また、新たな知人や地元での通いの場を見つけていきましょう	本人の取組	食事内容を見直す。家でできる体操を行う。新たな知人とおしゃべりを楽しむ。通所Cに休まず通いつつ、趣味の場所に見学に行く					
		家族・地域の支援、民間サービス等						
		介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス	バイタルチェック、体力測定、集団での運動、個人面談（コーチング）、栄養指導、社会資源の提案、歯科講座、グループワーク、レクリエーション	〇	短期集中通所型サービス（通所C）	豊島区介護予防・日常支援事業	週1回（木）	〇年9月4日～11月20日
	（　）	本人の取組						
		家族・地域の						

追加された目標と支援計画を記入する。

具体的なサービス名称と開始・終了時期を明記する。

※1　予防給付の対象サービス又は二次予防事業の場合は

【本来行うべき支援が実施できない場合：当面の方針】

東京都様式　介護予防サービス支援計画表（A～D表）

介護予防週間支援計画表

利用者名　A　様

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00								
	2:00								
	4:00								
早朝	6:00								6:30　起床（携帯の目覚まし）
	8:00								ゴキブリ体操
午前									朝食（抜くことがある）
	10:00				短期集中通所型サービス				買い物
	12:00								12:00　昼食（朝昼兼用になる）
午後	14:00								コインランドリー（2.3日に1回）
									買い物
	16:00								15:00　おやつ
									入浴（2.3日に1回）
	18:00								19:00～21:00　夕食
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								23:00～0:00　就寝
									夜中に1回、トイレに行く

追加されたサービスを記入する。

週単位以外のサービス	歩行器（介護予防福祉用具貸与/E福祉用具事業所）

東京都様式　介護予防サービス支援計画表（A～D表）

A表

No.

初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2	地域支援事業

介護予防サービス・支援計画表（1／3）

利用者名　A　様

認定年月日　〇年　〇　月　〇日　　認定の有効期間　〇年　〇月　〇　日　～　〇年　〇　月　〇　日

計画作成者氏名　B　　担当地域包括支援センター

計画作成事業者
事業所名及び所在地（連絡先）

計画作成（変更）日　〇年　7月　31日　（初回作成日　〇　年　7月31日）

目標とする生活	1日、1週間、または1月	痛みとうまく付き合いながら区民ひろばに通い、友達とおしゃべりを楽しむ
	1　年	友人との交流を続けたい
総合的な方針（生活の不活発化の改善・予防のポイント）		変形性膝関節症と腰痛がありますが、歩行器を使い、区民ひろばの集まりに通うことや無理の無い範囲で家事や身の回りのことを行っていきましょう。本人様の意向を伺いながら支援してまいります。

【地域包括支援センター記入欄】※委託の場合

担当地域包括支援センター	名称	
	意見	

追記したプランの同意署名の取扱い
①担当者の手元にある署名入りのケアプラン（原本）の欄外などに利用者の同意を得て署名をいただく。
（文例は赤字部分参照）
②サービス担当者会議を開催する場合を除き、利用者とケアマネジャーが保管する。
③支援経過記録にも記載する。

【利用者記入欄】

介護予防サービス・支援計画について、同意いたします。

年　月　日

追記された内容について、〇年〇月〇日に説明を聞いて同意し、受け取りました。
氏名　A

介護予防支援・ケアマネジメントA業務のプロセス

プロセス	手 順
①利用申込	★利用申込の相談受付 ★内容・手続きの説明及び同意 ★重要事項説明書説明・同意・交付
②契約締結	★利用申込者との契約締結
③アセスメント	★面接等による利用者情報の把握 ★課題分析
④介護予防サービス計画原案の作成	★利用者及び家族と面接し、目標・具体策・利用サービス・期間等を確認する。 ★介護予防サービス計画原案を作成する。 ★利用表等を活用して利用者とおおよその費用を確認する。
⑤サービス担当者会議	★利用者及び家族やサービス提供担当者等の関係者が目標を共有化し、役割分担を確認する。 ★専門家としての意見の聴取、支援方策を協議し、全体が共通認識をもつ。 ★（本人又は家族が参加する場合にあっては同意を得なければならない等）※条件を満たす場合はテレビ電話装置等を活用して行うことができる。
⑥介護予防サービス計画の交付	★利用者や家族にサービス担当者会議にて確認した介護予防サービス計画の内容について説明し、同意を得て（同意欄への記名・（押印任意））参加者全員に交付する。 ＊「目標、支援計画、本来行うべき支援が出来無い場合の当面の方針、総合的な方針欄」については説明・同意が必要となる。
⑦サービスの提供	★サービス提供事業所等との調整 ★個別サービス計画書の確認
⑧モニタリング	★計画の実施状況を把握する（モニタリング） ＊サービス提供開始月は訪問 ＊提供開始翌月から起算して３月に１回は訪問（※条件を満たす場合はテレビ電話装置等を活用し連続する２期間に１回を訪問とすることができる。） ＊訪問しない月はサービス提供事業所での面接、利用者への電話等で実施状況や利用者の状況変化等を確認する。 ★月に１回は、把握したモニタリングの結果を記録する。 （利用者やその家族の意向・満足度・目標の達成度・プランの変更や必要性の有無・事業者との連絡調整内容を記録） ＊利用者の状況に変化がある時は訪問する。 ＊状況の変化により計画変更が必要な場合には引き続き「評価」を行う。
⑨評価	★計画の目標の達成状況を評価し、今後の方針を決定する。 ＊計画期間が終了する月に訪問 ＊計画期間内に評価表を作成することで、利用期間後のサービス利用等についての判定を行うサービスの利用継続でも、プランはアセスメントのプロセスを経て改めて作成する。 ★サービス提供事業所から事後アセスメントの報告を受け、サービスの効果の評価を行い次のサービスや事業につなぐ。
⑩給付管理	★サービスの利用実績を確認し、給付管理を行う
⑪請求	★介護報酬の請求
※ ③アセスメント～⑨評価までが委託の範囲	

委託ができるのは、③から⑨までのプロセス

モニタリングの記載
意向・満足度・目標の達成度・プラン変更の有無

介護予防支援・ケアマネジメントA業務のプロセス

<table>
<tr><th>再委託</th><th>概要</th><th>対応サービス</th><th colspan="5">ケアマネジメントプロセス</th><th>プラン帳票</th><th>プランの期間</th></tr>
<tr><td rowspan="3">可</td><td rowspan="3">介護予防支援と同様</td><td rowspan="3">・指定事業者のサービスを単独利用の場合

・指定事業者のサービスと短期集中型サービスや住民主体のサービスを併用する場合

・としま入浴通所サービスを単独利用・又は短期集中型サービスや住民主体のサービスを併用する場合</td><td></td><td>開始月</td><td>翌月</td><td>以降</td><td>プラン期間終了月</td><td rowspan="3">利用者基本情報
東京都様式（A～F表）推奨
支援経過記録表

*国様式の使用可</td><td rowspan="3">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</td></tr>
<tr><td>サービス担当者会議</td><td>〇</td><td>×</td><td>×</td><td>〇</td></tr>
<tr><td>モニタリング</td><td>―</td><td>〇</td><td>〇</td><td>〇
評価</td></tr>
<tr><td colspan="7">※介護予防支援と同様</td></tr>
</table>

ケアマネジメントA委託時の帳票の作成について

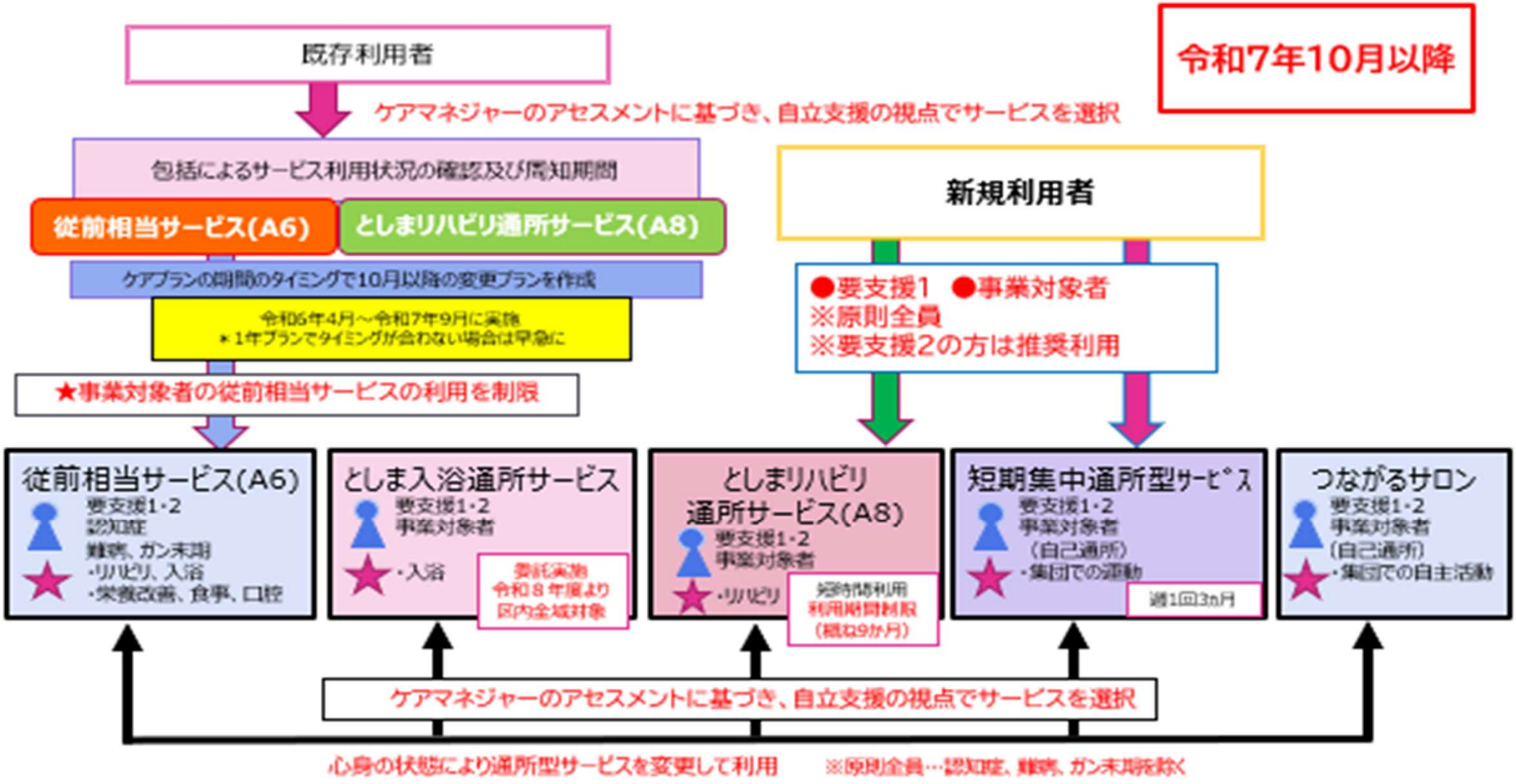
類型	介護予防支援	介護予防ケアマネジメント（ケアマネジメントA）	包括との書類のやり取り	
プロセス	帳票名称		委託時の書類作成	運用等
受託準備	介護予防支援業務受託に関する届出		居宅	別途要件あり
	介護予防支援業務等委託契約書		包括／居宅	受託前に締結
契約	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント契約書、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント契約書別紙、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントと重要事項説明書他		包括	但し、契約締結時に事業所の案内をする際は、各居宅支援事業所ごとに行う。
作成届	介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書		包括	包括が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）			
	興味・関心チェックシート			
プラン確定・交付	サービス計画書（A～C表）・国様式可		居宅	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
	週間計画表（D表）			
	利用票			初回と変更時必須
	提供表			必要時サービス提供事業所に配布
	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			委託利用者に変化が生じた際は記録して、包括に連絡し適宜提出
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	記録は毎月/期間終了・評価のタイミングで包括に提出
	個別サービス計画書・事業所のモニタリング記録		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	委託利用者に変化が生じた際は記録して、各包括に連絡し必要に応じ提出。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	原則、毎月５日までに包括に提出
	給付管理・請求		包括	―

※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

※居宅介護支援事業者が介護予防支援事業所の指定を受けた場合の注意点について
介護予防ケアマネジメントについては包括からの受託により実施となるため、介護予防ケアマネジメントAは上記に示した手続きが必要となります。ケースによっては、介護予防支援と介護予防ケアマネジメントを行き来する場合も想定されます。利用者本位の視点から介護予防支援業務受託での継続をお願いします。

※介護予防支援および介護予防ケアマネジメントAの帳票については、東京都様式に変えて、国様式である「介護予防サービス・支援計画書」「介護予防支援経過記録」「介護予防サービス・支援評価表」の使用可

通所型サービスの利用のながれ



運用上の注意点（暫定プランについて）

暫定プランを作成前

高齢者総合相談センターに連絡！

訪問介護・通所介護

事業所の選定に注意

暫定プランを作成

利用者の同意を得る

認定結果の確定後

速やかに所定の届出を提出

生活福祉課からの情報提供（暫定プラン含む）

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、事前のご連絡が必要です

新規申請中のサービス利用や、要支援認定の方が区分変更（要介護新規申請）中にサービスを利用される場合は、ご本人への説明・契約だけでなく、福祉事務所との連携が必要です。連携することで、受給者（サービス利用者）の金銭的負担を無くすだけでなく、サービス事業所が損をすることなく利用料を請求出来ます。沢山の高齢者をご担当頂いている中、お忙しいと思いますが手順に沿って事務手続きをお願いいたします。

① 暫定サービス利用が必要だと判断されたら、地域包括支援センターの担当者様より、申請予定日及び担当ケアマネジャーをケースワーカーに連絡して下さい。
② 暫定のケアプラン（サービス計画書 1.2.3 表、サービス利用票・別表）を速やかに担当ケースワーカーに提出して下さい。
③ 認定結果が判明したら、関係者へ必ずご連絡をお願いします。
④ A
暫定プラン通り（又は想定していた介護度よりも重度な結果だった）の場合には、本プランとなるサービス計画書123表、サービス利用票・別表をケースワーカーにご提出下さい。
⇒各サービス事業所に「生活保護法　介護券」を福祉事務所から送付します。
B
暫定プランが見込み違いだった場合（想定していた介護度よりも軽度な結果だった）には、ケアマネジャーさんに追加提出していただく書類について福祉事務所よりご案内します。

※ 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

ご提出頂いた暫定ケアプラン及び利用票・別表を確認した上で、別表に記載されたサービス利用料全額を介護扶助費として用意し、結果が出るまで保管しております。提出後にサービス追加等の必要性がある場合は必ずご連絡頂き、利用票・別表の再提出をお願いします。結果が出てからの追加・変更に関しては、利用料の支払いが困難になりますのでご注意下さい。

また、 ※**「暫定ケアプラン作成時における運用について」**（令和7年3月 10 日）居宅介護支援事業所及び高齢者総合相談センター宛ての運用方法に沿って暫定プラン作成をお願いします。（A2・A6 サービスを提供している事業所の選定をお願いします）

具体的な事例

担当者会議の結果
暫定介護度要介護 2

現在の介護度
要支援2　令和 7 年8月16日～令和 8 年8月31日

令和 8 年2月1日　区分変更申請（新規申請提出）
暫定ケアプランを福祉事務所へ提出（要介護2見込み）

令和8年 3 月26日　認定結果確認

A　認定結果　要介護 2 の場合
区分変更申請日より、要介護 2 で遡って介護券発行
特別な支払い等なし国保連へ通常請求事務のみ

B　認定結果　区分変更申請却下（要支援2）
区分変更申請日より認定結果連絡（地域包括へ）日までの間、要介護2で暫定利用分は10割分サービス利用料を支払います
※要支援2で利用出来るサービスが含まれている場合には、予防プランを提出頂きます
区分変更申請日から要支援 2 での介護券を発行します
要支援認定では利用できない部分の利用サービス全額（10 割）を福祉事務所から直接支払います

B2　認定結果　要介護 1
区分変更申請日より認定結果連絡（地域包括へ）日までの間、要介護2で暫定利用分は要介護 1 で請求出来る分を差し引いた額を支払います
※要介護1で請求しても単位数が変わらないサービスや、オーバーが出ない場合には要介護 1 での本プランを遡って提出していただき介護券を発券します
要介護 1 では利用できない部分の利用サービス全額（10 割）を福祉事務所から直接支払います

生活福祉課からの情報提供（暫定プラン含む）

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です

※生活保護の指定医療機関以外は受診できません

医療費や薬代は医療扶助で支払われるため、生活保護を受給している方は医療機関窓口での支払い無く、医療を利用することが出来ます（一部、本人支払額がある方を除く）。医療が必要な時には、ケースワーカーに連絡し、病状や受診先を申請する事で「生活保護法医療券」が発行されます。往診も同じように手続きが必要です。ご本人からの申請が困難な場合は、ケアマネジャーさんからご連絡いただければ外来・往診問わず医療券を発行し、受診することが出来ます。往診の必要性に関しては、受給者の病状を聞き取った上で福祉事務所が判断します。

又、居宅療養管理指導に関しては、要介護度（要介護又は要支援）があり、病状に関しての情報提供書の取得・連携が必要な状態であるかどうかを考慮した上で、ケアプランに位置付けて下さい。ケアプランに、「居宅療養管理指導」と表記していただき、「○●クリニック」「○×薬局　△店」と記載していただければ、医療機関に関しても「生活保護法　介護券」を発行させていただきます。

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、事前の申請が必要です

福祉用具購入や住宅改修に関しては、導入を検討する段階でケアマネジャーさんから必ずケースワーカーにご連絡をお願いします。ご本人の住宅環境及び介護環境に関しても確認が必要ですし、購入費や改修費を用意するために必要書類があります（福祉事務所は、本人が負担する部分を介護扶助としてお支払いします）。福祉用具の事業所が福祉事務所に請求書を持参してもすぐに費用をお支払いすることは出来ません。又、最低限度の生活を保障するという生活保護の考えからも分かるように、複数の業者より相見積もりを取り、安価な福祉用具販売事業者の選定をお願いします。

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

65歳未満で介護サービスを利用する場合は、一般の方であれば「第2号被保険者」となりますが、生活保護受給者の方は要件にある医療保険がありませんので2号被保険者にはなれません（一部社会保険加入の方を除く）。その為、「みなし2号」扱いで H から始まる被保険者番号を使用して介護保険サービスを利用している方が存在しています。福祉事務所では、「介護扶助10割」と称し、要介護認定に関する手続きや国民健康保険団体連合会への資格登録等を全て福祉事務所が行います。過誤申立書の提出や、主治医意見書の閲覧申請等も福祉事務所が窓口になります。介護保険と同等のサービスを利用できますが、介護保険で発行される証書等は存在しませんのでご注意下さい。

具体的なサービス利用に関しては、障害サービスが優先になりますが「第2 号被保険者」と同じサービスを利用することが出来ます。区分支給限度額の順守以外は、算定出来ないサービスはありません。「みなし2号」の方をご担当いただく際には、担当のケースワーカーと連絡を取り合っていただき、ご本人の生活を支えるサービスをご提案下さい。

福祉事務所への書類提出について

毎月の利用票・別表の提出をお願いします

要支援認定の方は、高齢者総合相談センター様より毎月の利用票・別表のご提出をお願いします。要支援認定で利用が安定している場合には、数か月分纏めてご提出いただいても構いません。ご提出頂いた利用票・別表に変更があった場合には、差し替え分の提出や、プラン変更の場合には計画表に関しても、ご提出をお願いします。ご本人負担部分（1割）を介護扶助でお支払いする根拠となる重要な書類です。「指定介護機関のしおり」に沿ったご提出をお願いします。

内容に関する問い合わせ先
豊島区福祉事務所
生活福祉課　　医療介護Ｇ　03-3981-1292
西部生活福祉課　医療介護Ｇ　03-5917-5761

お知らせとお願い

〇介護保険以外の高齢者施策は豊島区ホームページにあります。
　令和８年４月より電子申請により受付をしております。

〇受託届について、申請している内容に変更があった際は、
変更の申請が必要です。必ず変更申請をお願いします。
受託届は毎年申請が必要となっています。

ご清聴ありがとうございました

研修修了証が必要な方は、確認テストの提出をお願いします。

研修終了後の確認テストはQRコードからご回答ください

提出〆切は6/30（火）