

参考資料 1

令和 8 年度
介護予防ケアマネジメントに関する資料集

令和 8 年 6 月
豊島区高齢者福祉課

見出し

資料0 「介護予防支援・ケアマネジメント A 業務のプロセス」	3
資料1 「介護予防ケアマネジメント類型一覧表」	4
資料2 「ケアマネジメント A に複数サービス併用時の運用について」	5
資料3 「自立支援をあと押しする総合事業サービス併用の手続きについて」	6
資料4 「（追記事例）都様式（A～D 表）」	7～10
資料5 「別紙1 ケアマネジメント A 帳票の変更について」	11
資料6 「類型別 必要な帳票一覧表」	12
資料7 「ケアマネジメント A 再委託時の帳票の作成について」	13
資料8 「令和6年3月11日介護保険事業者連絡会資料」	14～19
資料9 「R6 通所型サービス活用シート第2版」	20
資料10 「暫定ケアプラン作成時における運用について」	21、22

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	<ul style="list-style-type: none"> ★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	<ul style="list-style-type: none"> ★利用申込者との契約締結
③アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> ★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	<ul style="list-style-type: none"> ★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	<ul style="list-style-type: none"> ★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	<ul style="list-style-type: none"> ★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的方針、総合的の方針欄」については説明・同意が必要となる。
⑦サービスの提供	<ul style="list-style-type: none"> ★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	<ul style="list-style-type: none"> ★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サービス担当者会議開催による訪問の場合、モニタリング（－） ※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	<ul style="list-style-type: none"> ★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	<ul style="list-style-type: none"> ★サービスの利用実績を確認し、給付管理を行う
⑪請求	<ul style="list-style-type: none"> ★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	

介護予防ケアマネジメント類型一覧表 豊島区高齢者福祉課（令和6年4月～現在）

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"> 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下記に記載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・又は下記に記載のサービスを併用する場合 						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	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
				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"> 短期集中サービスを単独で利用の場合 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 	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(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 のケアマネジ'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"> *印のサービスのみ利用の場合 *住民主体のサービス 通所B・訪問B *一般介護予防事業 *民間や地域の通いの場など 	サービス担当者会議	×			利用者基本情報 「私のプラン」 豊島区ケアマネジメント(表・裏) 支援経過記録表 (介護予防手帳を渡す)	—	
				モニタリング	×					

※ ケアマネジメントAのプラン帳票については、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

介護予防ケアマネジメント類型	複数サービス併用時の運用方法と類型変更について	
<p>ケアマネジメントA （原則的なケアマネジメント）</p> <p>・指定を受けた事業所のサービス等を利用する場合</p> <p>・地域包括支援センターが必要と判断した場合</p> <p>（居宅に業務の一部委託可）</p>	<p>※ 豊島区委託事業「としま入浴通所サービス」は、ケアマネジメントA対応サービスとなる。通所型サービスのうち、従前相当（A6）としまりハビリ（A8）との併用はできないが、短期集中通所型サービス（C）・つながるサロン（B）との併用は可能。</p> <p>1. ケアマネジメントA対応外のサービスを併用する場合</p> <p>①ケアマネジメントAのプラン帳票に当該サービスを記載し、サービスの必要性や開始時期・終了時期について記録する。 ②ケアマネジメントB・Cのプラン帳票を新たに作成する必要はない。</p> <p>2. ケアマネジメントAのプラン作成後に、ケアマネジメントA対応外のサービスを追加する場合</p> <p>①作成済みのプラン帳票に当該サービスを追記し、サービスの必要性や開始時期・終了時期について記録する。 ②1の②と同様。</p> <p>3. サービス担当者会議の取り扱い</p> <p>①訪問型サービス【短期集中訪問型サービス（C）・生活支援お助け隊（B）】の場合、サービス担当者会議を開催する。 ②通所型サービス【短期集中通所型サービス（C）・つながるサロン（B）】の場合、プラン変更によるサービス担当者会議の開催は不要。但し、短期集中通所型サービス（C）についてはサービス提供者が開催する「目標確認会議」「評価会議」に担当ケアマネジャーの参加をお願いしている。（担当ケアマネジャーの参加が難しい場合、包括職員の参加協力を依頼する。）</p> <p>4. ケアマネジメントA対応外のサービスを併用中にケアマネジメントA対応サービスを終了する場合</p> <p>①高齢者総合相談センターに連絡し、評価を行う。 ②評価の結果、ケアマネジメントが必要な場合は利用するサービス種別に応じてケアマネジメント類型を変更する。サービス不要の場合はケアマネジメントを終了する。</p>	
<p>その他のケアマネジメント （居宅に業務の委託不可）</p>	<p>ケアマネジメントB （簡略化したケアマネジメント）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・短期集中型のみ利用 ・短期集中型と住民主体サービス等併用 	<p>ケアマネジメントC （初回のみケアマネジメント）</p> <p>住民主体サービスや配食など地域の生活支援サービスにつなげるセルフプラン作成支援</p>

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

資料3

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)	×	
	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	×
	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

介護予防サービス・支援計画表(2/3)

利用者名 A 様

計画作成(変更)日

〇年9月5日

【健康状態について:主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点】

COPDによるII型呼吸不全があり定期的な通院と服薬加療を要す。呼吸苦が強くなれば、在宅酸素も視野に入れる必要あり。冷気吸入による喘息様発作を認め、冬季の室温管理と外出時に注意を要する。

【必要な事業プログラム】

Table with 6 columns: 運動器の機能向上, 栄養改善, 口腔機能の向上, 閉じこもり予防, 物忘れ予防, うつ予防. Values: 3/5, 2/2, 2/3, 1/2, 1/3, 5/5.

Main assessment table with 6 columns: 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. Includes handwritten notes and a summary box at the bottom.

サービスの必要性(根拠)について追加記入する。「この課題を〇〇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

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 ○年9月5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
日常生活の中で、動きやすい環境を整備し無理なく活動量を増やすことから始め、体調が整ったら対人交流の機会に参加できるようにしていきます。	()外出時は歩行器を使用し、室内動作の状況を一緒に確認しながら環境整備を行う	本人の取組	椅子を用意し、できる範囲で調理をする					
		家族・地域の支援、民間サービス等	室内の家具の移動に協力する					
		介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス	歩行器を使用して、安全に買物に出かける。室内の動線を確認し、家具の配置等について助言する	○	介護予防福祉用具貸与	○○商店		○年9月1日
1 歩行が不安定なため、物をもって安全に移動できるように歩行器を使用する。座ったままでも調理できるようにし、今まで行ってきた家事を継続する。室内の動線を配慮した家具の配置を行うことで室内で動きやすい環境を整備する。	()	本人の取組	新しいメニューの提示で、食事を楽しむ					
		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	本人の体調に応じた食事内容の助言やメニューの提案をおこなう	○	短期集中訪問型サービス(訪問C)	豊島区介護予防・日常生活支援事業	月1回	○年9月10日～12月10日
2 低栄養の改善を目的に短期集中訪問型サービスにより、具体的な食事内容の助言やメニューの提案を受ける。	()	本人の取組						
		家族・地域の支援、民間サービス等						

追加された目標と支援計画を記入する。

※1 予防給付の対象サービス又は介護予防特定高齢者施策の場合は、○をつける。

【本来行うべき支援が実施できない場合:当面の方針】

介護予防週間支援計画表

利用者名 _____ 様

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								6:00起床・身支度
早朝	8:00								6:30 ラジオ体操
	10:00								7:00 朝食(菓子パン・牛乳) 午前中は掃除や洗濯などの家事
午前	12:00								
	14:00								12:00昼食(ラーメンなど) 天気が良ければ散歩がてら買物
	16:00								
	18:00								18:00 夕食(コンビニ弁当)
午後	20:00								テレビ
	22:00								22:00就寝(ラジオを聴いている)
	0:00								
夜間	2:00								
	4:00								
深夜									

短期集中訪問
サービス(月1
回)

追加されたサービスを
記入する。

週単位以外のサービス	介護予防福祉用具貸与(歩行器) 短期集中訪問型サービス(月1回 第3木曜日の午前)
------------	----------------------------------------------

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	<p>（変更点）令和5年度中は、条件付きで[すこやか生活プラン（A表）]の使用を認めていたが、令和6年4月1日以降は使用できない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○すこやか生活プラン（A表）使用不可。 ○モニタリング・評価表（B表）廃止・使用不可。 ○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 ○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。 ○評価は（F表）に統一。 ○アセスメントは任意様式（東京都のアセスメント様式や事業所独自の様式で可） 	<ul style="list-style-type: none"> ・最大1年までを目安 ・認定期間をまたがない 	<ul style="list-style-type: none"> ・開始日が令和6年4月1日以降のプラン作成から

類型別 必要な帳票一覧表（令和6年4月～現在）

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（E表）			

※「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。

※介護予防支援および介護予防ケアマネジメントA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。

ケアマネジメントA委託時の帳票の作成について（令和6年4月～現在）

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）			
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）		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			記録後包括に提出
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	毎月記録後、プラン期間終了・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	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	—

※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

事務連絡
令和6年3月11日

高齢者総合相談センター 各位
指定居宅介護支援事業所 各位

高齢者福祉課
基幹型センターグループ
総合事業グループ

介護予防ケアマネジメントに関する運用の変更及び留意点について

令和6年度の豊島区介護予防・日常生活支援総合事業サービスの運用変更に伴い、下記のとおり、介護予防ケアマネジメントに関する運用の変更および留意点についてお知らせします。

記

1 使用帳票の変更

別紙1参照

ケアマネジメントAの帳票を「東京都推奨様式 A表～F表」に統一する。

令和5年度中は、条件付きで「すこやか生活プラン（A表）」の使用を認めていたが令和6年4月1日以降は使用できない。「東京都推奨様式 A表～F表」のみ使用する。

<留意点>

運用開始時期：開始日が令和6年4月1日以降のプラン作成から。

2 通所型サービスの入浴サービス利用者のプラン作成について

別紙2参照

令和6年度より開始する区独自基準としま入浴通所サービス（委託）・国相当基準（A6）の入浴サービス利用者については、ケアプランに入浴サービス利用の位置づけを必須とする

<留意点>

- 1) 国相当基準（A6）と同様に、としま入浴通所サービスを利用する場合も、ケアマネジメントA類型となる。
- 2) ケアプランに入浴サービス利用の位置づけを必須とする。

別紙2のとおり、C表の指定の箇所に①入浴サービスが必要な理由 ②入浴頻度

③入浴時の留意点を記載する。

3 国相当基準（A6）で入浴サービスを利用中の方への対応について

<留意点>

現在入浴サービスを利用中の対象者について、アセスメントの結果、入浴サービスの利用頻度が月額包括報酬に該当する場合は、以下の2点について確認する。

- 1) 本人や家族に対して、月額包括報酬払いでは自己負担額が変更になることを、変更後の通所型サービスの自己負担額がわかる書類（利用票等）を交付の上で十分説明し、同意を得ること。
- 2) 利用中の通所型サービス事業者にも情報を共有すること。

<既存のケアプランについて、制度切り替えのタイミングでの手続きについて>

ケアプランに 入浴が必要な理由 別紙2①～③と同等の記載の有無	記載されている場合	記載されていない場合
ケアプラン (追記・交付)	今回に限り、変更は不要。	別紙2①～③を参考に、既存のケアプランに追記する。
本人や家族への説明・同意・交付 (利用票の作成)	負担額の変更された利用票を作成し、本人や家族に説明し、同意を得る。	既存のケアプラン【A表等】の同意欄には、本人に年月日と署名を追記いただく。追記されたケアプランを交付する。別紙3参照
サービス担当者会議	今回に限り、入浴に係る変更のみであれば、開催不要。	
支援経過記録	本人や家族へ説明し同意を得たことを記載する。 (ケアプランを交付した場合は記載する。)	
通所型サービス事業所との情報共有 (提供票の作成・提供)	同意を得た報酬内容のサービス提供票を作成し、事業所に確認の上で交付する。	ケアプランを交付する。
入浴実績の確認 (入浴の必要性をケアプランに位置付けている場合)	要支援1は月3回以上、要支援2は月6回以上の通所実績確認により、月額包括報酬となる。(体調等により入浴が難しい場合、本人の意向を確認の上、代替対応を検討。)	

※ 従来どおり単価報酬にて継続する場合は変更がないため、上記の手続きは不要となる。

※ 継続ケースについて、令和6年4月1日以降で介護予防ケアプランを新たに作成するタイミングで、東京都様式C表に別紙2①～③についての記載を必須とする。

4 「としま入浴通所サービス」の暫定ケアプランへの位置づけについて

<留意点>

- 1) 要介護認定申請・更新申請中に「としま入浴通所サービス」を単独利用する暫定ケアプランが必要な場合は地域包括支援センター指定介護予防支援事業所にて作成する。
- 2) 他のサービスを併用する場合、可能な限り、国相当基準（A6）を提供している事業所を選定して暫定ケアプランを作成する。

※ 居宅介護支援事業所（委託）にて「としま入浴通所サービス」を介護予防ケアプランに位置付ける場合は、認定確定後を推奨する。

※ 地域包括支援センターでの対応については、3月19日センター長連絡会にて示す。

5 質問・問合せについて

所管・関連事務	担当グループ
<ul style="list-style-type: none">・総合事業サービス（訪問型サービス・通所型サービス）に関すること・国保連事務（訪問・通所・ケアマネジメント費他）に関すること・過誤申請、エラーに関すること・基本チェックリスト・ケアマネジメント届出書に関すること・総合事業の事業所指定・各種加算に関すること	総合事業グループ
<ul style="list-style-type: none">・介護予防ケアマネジメントに関すること	基幹型センターグループ

本日の説明についてのご質問・お問い合わせは、下記 FAX 又は Eメール宛にお願いいたします。連絡の際は、お手数ですが、下記の通り「件名」・「宛先」のご記入と、併せて「返信用の連絡先（事業所名・担当者氏名・連絡先 FAX または e-mail アドレス）」のご記入をお願いいたします。後日回答を送付いたします。

【記載内容】

件名：3月11日介護保険事業者連絡会問合せ

宛先：豊島区高齢者福祉課

返信先：事業所名・担当者氏名・FAX または e-mail アドレス

【送付先】

FAX：03-3981-5040

E-mail：A0029294@city.toshima.lg.jp

令和6年度 介護予防ケアマネジメント帳票の変更について 豊島区高齢者福祉課

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	<p>(変更点) 令和5年度中は、条件付きで[すこやか生活プラン (A表)]の使用を認めていたが、令和6年4月1日以降は使用できない。</p> <p>○すこやか生活プラン (A表) 使用不可。 ○モニタリング・評価表 (B表) 廃止・使用不可。 ○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</p> <p>○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。</p> <p>○評価は (F表) に統一。</p> <p>○アセスメントは任意様式 (東京都のアセスメント様式や事業所独自の様式で可)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 最大1年までを目安 認定期間をまたがない 	<ul style="list-style-type: none"> 開始日が令和6年4月1日以降のプラン作成から

C表

No.

介護予防サービス・支援計画表(3/3)

B

様

計画作成(変更)日 令和6年4月1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	
日常生活の中で、動きやすい環境を整備し無理なく活動量を増やすことから始め、体調が整ったら対人交流の機会に参加できるようにしていきます。 1 歩行が不安定なため、物をもって安全に移動できるように歩行者を使用する。座ったままでも調理できるようにし、今まで行ってきた家事を継続する。室内の動線を配慮した家具の配置を行うことで室内で動きやすい環境を整備する。 2 環境整備による住宅改修や福祉用具での対応が困難なため、自宅外での入浴支援の調整をします。	()外出時は歩行者を使用し、室内動作の状況を一緒に確認しながら環境整備を行う () ①入浴が必要な理由(心身面・環境面) 高血圧症。変形性膝関節症のため浴室内・浴槽またぎ要介助。家屋老朽化により浴室改修・福祉用具使用困難 ②入浴頻度 週1回 ③留意点 血圧180以上の場合入浴中止	本人の取組	椅子を用意し、できる範囲で調理をする						
		家族・地域の支援、民間サービス等	室内の家具の移動に協力する						
		介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス	歩行者を使用して、安全に買物に出かける。室内の動線を確認し、家具の配置等について助言する	○	介護予防福祉用具貸与	○○商店			令和6年4月1日～令和6年9月30日
		本人の取組	血圧が上がらないように食事の塩分を控える(1日7グラム以内)						
		家族・地域の支援、民間サービス等	近くのとしまる体操サロンに体験参加する		該当名称記載 ↓				
		介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス	健康状態を確認し、浴室内の移動を介助し安全を確保して清潔を保つ	○	(通所型A6/としま入浴通所サービス)	○○デイサービス事業所	週1回		令和6年4月1日～9月30日

令和6年4月1日以降、通所型サービス【国相当基準(A6)・としま入浴通所サービス】の入浴サービスを位置づける場合、他の項目とも連動のうえ「**目標についての支援のポイント欄**」に下記項目を記載すること。

①入浴支援が必要な理由(心身面・環境面)
②入浴頻度
③入浴時の留意点

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

資料9

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)	<ul style="list-style-type: none"> ○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】) 	<ul style="list-style-type: none"> ○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 	<p>【機能状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> 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) <p>【介護の必要性】</p> <p>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)</p>	○とつながる入浴サロン併用可	○ケアマネジメントB
つながるサロン (B)	<ul style="list-style-type: none"> ○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) 	<ul style="list-style-type: none"> ○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 	<p>【機能状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 <p>【介護の必要性】</p> <p>歩いていける場所に活動拠点がある。</p>	従前相当(A6)を併用可	○ケアマネジメントC ○ケアマネジメントD
としまリハビリ 通所サービス (A8)	<ul style="list-style-type: none"> ○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) 	<ul style="list-style-type: none"> ○機能の改善 (外出可能、歩行状態改善) 	<p>【機能状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 <p>【介護の必要性】</p> <p>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</p>	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)	<ul style="list-style-type: none"> ○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 <ul style="list-style-type: none"> 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) 	<ul style="list-style-type: none"> ○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。 	<p>【機能状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 <p>【介護の必要性】</p> <p>送迎が必要な人 入浴時、見守り・介助が必要な人</p>	○とつながる入浴サロン併用可	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。

居宅介護支援事業所 各位
高齢者総合相談センター 各位

令和7年3月10日
高齢者福祉課
介護保険課

暫定ケアプラン作成時における運用について

1. 暫定ケアプランの対象者について（以下の要件をすべて満たす者）
 - ① 要介護（要支援）認定申請（新規・更新・変更含む）中の者
 - ② 要介護（要支援）区分が決まる前に、暫定サービスを利用する必要がある者
 - ③ 要支援・要介護認定のいずれの結果が出るか判断できない者

 2. 上記対象者に対する運用について
 - ① 居宅介護支援事業所は、暫定ケアプラン作成の前に地域包括支援センターに連絡し、上記1の要件に合致するか双方で確認する。地域包括支援センターの指示、協力のもと、居宅介護支援事業所で暫定ケアプランを作成すること。
 - ② 暫定ケアプランに訪問介護・通所介護の利用を位置づける場合、利用者の意向を尊重しつつ、可能な限り A2・A6 サービスを提供している事業所を選定(※1)すること。
 - ③ A2・A6 サービスを提供している事業所を選定した場合は、「訪問介護又は介護予防訪問事業 (A2)」、「通所介護又は介護予防通所事業 (A6)」として暫定ケアプランを作成し、利用者の同意を得ておくこと。
 - ④ サービス担当者会議には居宅介護支援事業所とともに地域包括支援センターが参加できるよう事前に地域包括支援センターと調整すること（参加が難しい場合は照会も可）。
 - ⑤ 暫定ケアプラン作成後は、ケアプランの写しを地域包括支援センターに提出すること。
 - ⑥ 認定結果が要支援だった場合は、地域包括支援センターから、委託先の居宅介護支援事業所が記載された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）届出書を、要介護だった場合は、居宅介護支援事業所から、居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書を速やかに提出すること。
- ※1 A2・A6 サービスを提供していないサービス事業所を選定し、認定結果が要介護以外だった場合、当該事業所で提供していない A2・A6 サービスの費用については全額自費となります。

3. 介護予防支援指定の居宅介護支援事業所が暫定ケアプランを作成する場合について

上記項番1、2の運用を原則とするが、そのうち2. ④及び⑥については下記のとおりとする。

2. ④について

暫定ケアプランについて、地域包括支援センターが事前確認を行っている場合は、地域包括支援センターのサービス担当者会議出席は必須ではない。

2. ⑥について

認定結果が要支援の場合は、利用者の意向を確認した上で、介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの類型に応じて、居宅介護支援事業所もしくは地域包括支援センターが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）届出書を速やかに提出すること。

以上