

令和7年度に向けた 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7年3月14日
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

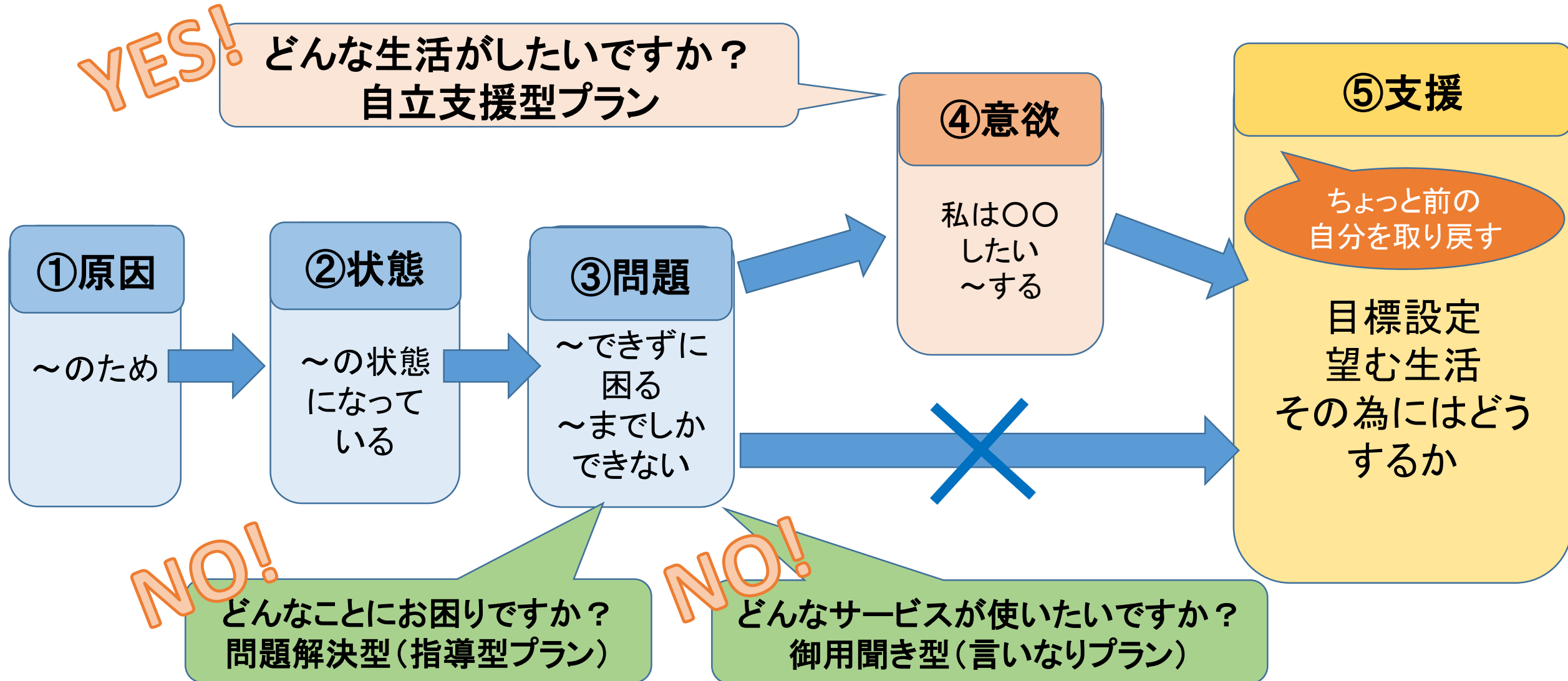
ケアマネジメントA委託時の帳票の作成について

4 運用上の注意点（暫定プランについて）

5 介護保険以外の主な高齢者福祉施策

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

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/栄養士/歯科衛生士

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

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

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

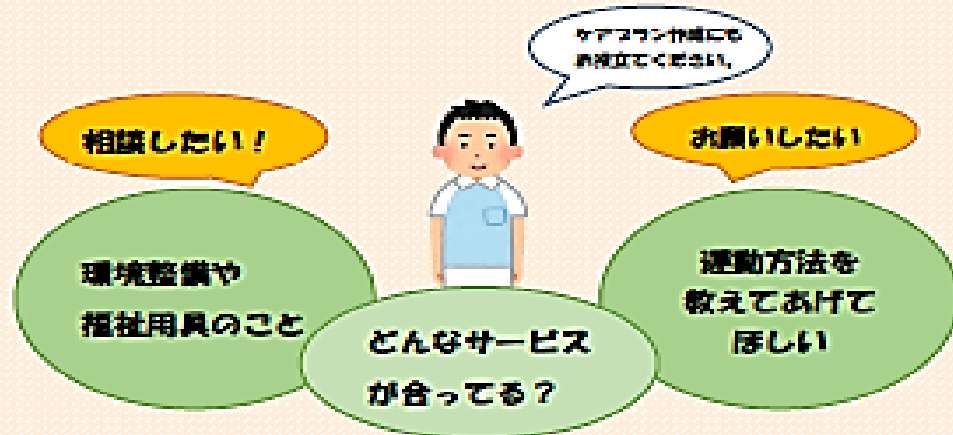
主なアセスメント

- ・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

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回の訪問と期間中に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）

資料

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(知らない人と一齐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。	国相当基準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
としまりハビリティ 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)	○目標が明確ー自宅での入浴が困難 ○利用時間が短時間 ○エリア限定 (東側圏域) 菊かおる園・東部・中央・ふくろうの杜圏域 ○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

※ 国相当基準(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)	提供範囲は、おおむね東側圏域(菊・東部・中央・ふくろう包括圏域) ・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/栄養士/専門職からの助言 ・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) ・としまりハビリ通所 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

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150cm 体重62kg 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 オ 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カ月間で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)kgBMI(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

＜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○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	○			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							

（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（2013）

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。転ばないか心配で思うように外出ができていない。	☒ 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。	<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。排泄は自立。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	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> 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
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りましたが、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			
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：通院は忘れずに通っています。 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	○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	○	介護予防福祉用具貸与	E福祉用具事業所	適宜	○年8月1日～○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	○	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）	○年9月4日～11月20日	
（ ）		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。

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							
		0:00	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜		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		10:00								朝食(抜くことがある)
		12:00								買い物
午後		14:00								12:00 昼食(朝昼兼用になる)
		16:00								コインランドリー(2.3日に1回)
		18:00								買い物
夜間		20:00								15:00 おやつ
		22:00								入浴(2.3日に1回)
深夜		24:00								19:00～21:00 夕食
										23:00～0:00 就寝
										夜中に1回、トイレに行く
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)								

短期集中通所
型サービス

追加されたサービスを
記入する。

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

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
可	介護予防支援と同様	・指定事業者のサービスを単独利用の場合		開始月	翌月	以降	プラン期間終了月	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）			初回と変更時必須
	利用票			必要時サービス提供事業所に配布
	提供表			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
	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			記録は毎月/期間終了・評価のタイミングで包括に提出
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	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

令和7年10月以降

通所型サービスの利用のながれ

既存利用者

新規利用者

ケアマネジャーのアセスメントに基づき、自立支援の視点でサービスを選択

包括によるサービス利用状況の確認及び周知期間

国相当基準 (A6)

区独自基準 (A8)

ケアプランの期間のタイミングで10月以降の変更プランを作成

令和6年4月～令和7年9月に実施

* 1年プランでタイミングが合わない場合は早急に

★事業対象者の国相当基準の利用を制限

令和7年10月以降

●要支援1 ●事業対象者
※原則全員
※要支援2の方は推奨利用

国相当基準(A6)

要支援1・2

認知症
難病、ガン末期

・リハビリ、入浴
・栄養改善、食事、口腔

区独自基準(入浴)

要支援1・2

事業対象者

・入浴

東部側で
委託実施

区独自基準(A8)

要支援1・2

事業対象者

・リハビリ

短時間利用
利用期間制限
(概ね9か月)

短期集中通所型サービス

要支援1・2

事業対象者

(自己通所)

・集団での運動

週1回3か月

つながるサロン

要支援1・2

事業対象者

(自己通所)

・集団での自主活動

ケアマネジャーのアセスメントに基づき、自立支援の視点でサービスを選択

心身の状態により通所型サービスを変更して利用

※原則全員…認知症、難病、ガン末期を除く

本人らしい望む生活に向けたアセスメント

もう一度

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/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

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

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

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

