

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	日	日	認定の有効期間	年	月
計画作成者	「 予防支援計画書A表の初回・紹介・継続 」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ケア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	年	月
基本チェック	つ予防	/5		サービス開始月	年	月
開始時	年			終了予定月	年	月
評価時	年				年	月
目標とする生活 (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)			
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。			サービス担当者会議 年 月 日実施			
私の取り組み			① 種別: 頻度: サービス提供者:			
「 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			「 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			
取り組む期間 (プランの期間)			「 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			
あなたの健康状態はいかがですか(主観的健康観)			地域包括支援センター (意見)			
開始時			主治医意見書・健診結果等を踏まえた留意点			
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			
氏名			氏名			
計画書交付日			計画書交付日			
年 月 日			年 月 日			
交付先:			交付先:			

・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

【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。

《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

【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A 2 (従来型)、訪問型A 4 (としま介護予防)、訪問型A 4 (としまいきいき)、訪問型B (生活支援お助け隊)、通所型B (つながるるん他)、訪問型C (短期集中) 通所型サービス 0:通所型A 6 (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な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。