

配布資料 6

**令和6年度
帳票及び記入例について**

**令和6年4月
豊島区高齢者福祉課**

見出し

* 介護予防ケアマネジメント A（東京都様式）	3～ 6
* 基本チェックリスト	7
* 豊島区アセスメントシート	8～11
* 介護予防ケアマネジメント B（すこやか生活プラン）	12、 13
* 介護予防ケアマネジメント C（私のプラン）	14、 15
* 興味・関心チェックシート	16

介護予防ケアマネジメントA（東京都様式）

A表

帳票の書き方解説

No. _____

利用者名 _____

認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

計画作成者氏名 _____

計画作成事業者
事業所名及び所在地(連絡先) _____

介護予防サービス計画表(1/3)

『初回』地域包括支援センター、指定介護予防支援事業所又は委託を受けた居宅介護支援事業所で初めて受ける場合。『紹介』予防給付と介護予防ケアマネジメントを行き来する時に紹介された場合。『継続』制度間の行き来がなく予防給付又は介護予防ケアマネジメントを続ける場合。

基本チェックリストの結果から総合事業における介護予防ケアマネジメントを利用する場合。

要支援認定について「新規申請中」「区分変更申請中」「更新申請中」であって前回の認定有効期間を超えている場合は『申請中』。それ以外の場合は『認定済』。認定を受けていない場合は、○をつけない。

計画作成(変更)日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (初回作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

目標とする生活	1日、1週間、または1月	利用者が目標を立てやすい期間を選択。具体的に達成感が得られる内容で目標とする生活のイメージを言語化。 (参考)「前にはできていたが今できないものは？」を思い出しでもらう。「これ以上悪くならない」という方には「今できていること」を見つけ、それが続けられるように。
	1年	生きがいや楽しみをもとにした、将来(1年後)実現したい生活のイメージ。夢ではなく、このケアプランに取り組みことで達成可能なもの。
総合的な方針 (生活の不活発化の改善・予防のポイント)		利用者や家族、ケアチームのメンバーが「目標とする生活」「目標」(生活不活発化の改善、予防)に向けて取り組む、共通の認識や留意点を記載する。

* 初回プランではB・C表まで記入してから改めて利用者に確認しながら書くことも可能。

【地域包括支援センター記入欄】

委託の場合のみ使用。(高齢者総合相談センター職員が記入する。コメントを記載した月日も記載。)利用者本人に向けてのコメント。

【利用者記入欄】

* 委託の場合、手順としては左の高齢者総合相談センター記入の方が先。
豊島区では、原本は計画作成者が保管し、サービス終了時に高齢者総合相談センターに返却する。

サービス計画について、同意いた

年 _____ 月 _____ 日

氏名

サービス提供の際に必要な健康状態の情報(副作用を注意すべき薬や急変の可能性のある病状、禁忌事項など)を記入する。プライバイシーであるため記入の仕方、内容には十分配慮すること。

兼

基本本チャットクリストの結果(本人の主観を記載)を分数の表記で転記する。判定基準は、主観と主観が異なる場合などは「現在の状況」に「専門職」による短期集中予防サービスを利用する。場合、利用が望ましいと考えられるプログラムの枠内の数字に○をつける。

已載。
910

本人の主観と専門職(ケアマネ等)の客観的なアセスメントの両方を記載。できている・できていないを明確化し、生活全体を見る意識を忘れずに。5つの分野にしてあるが内容が重複している場合は割愛しても良い。

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
----------	------	---------	---------	-------	------

人・家族の
意欲・意向

●自ら行きたい場所に移動するための手段とれるかどうかを確認する●自宅や屋外の歩行状況や交通機関を使って移動することについての状況等

●家事(買い物・調理・掃除・洗濯・ゴミだし等)や花木の手入れやペットの世話等を行っているかを確認する●預貯金の出し入れや住居の管理等についても確認

- 家族や近隣・友人との交流状況や、関係を保つことできているか等
- 仕事やボランティア活動、老人クラブや町会等の参加状況
- 家庭内や地域での役割があるか
- 趣味や楽しみがあり続けられているか等

●入浴やシャワーの状況●肌、顔、歯、爪等の手入れ●健康のために食事や運動等の管理を行うこと●服薬、定期受診、飲酒や喫煙等の自己管理●食事・水分・排泄状況(回数や量等)

● 経済や住宅の状況、家族の状況等、上記4項目に該当しない項目で、必要と思われることについて確認する

●現在の状況について、利用者・家族の認識と意図を記載
「○○できるようになりたい」「○○をやりたい」と記載し、誰の意向かを明確にし、その理由について確認
●利用者・家族の意向が異なった場合にはそれぞれ記載
●家族が言っている事で、本人が傷つ言葉はそのまま書かない
●否定的でない、消極的な意向であった場合は、その意向に対し、直ちにプランを立てるのではなく、なぜ消極的、否定的なのかという理由を明らかにする

- 現在の状況の各項目における生活上の課題とその背景・原因を整理し分析する
- 現在の課題と、このままにしていると将来の課題になる場合を「有」「無」に分ける
- 分折は、面談の様子、利用者基情報、主治医意見書等の情報を基に、健康状態・心理・価値観・習慣・物理的環境・学習環境・経済状況等の観点から整理し、基本

●利用者にとって優
先順位の高い順に
課題を挙げ、番号を
付けていく

●複数の領域に課
題があっても、そ
の課題の原因・背
景などが同一の場合
統合して目標や具体
策を立てたほうが利
用者の理解を理
解し、より体系的な
課題を引き出すこと
ができる

●支援の必要性を
明確にするために課
題だけでなく記
意や目標・具体策
は記載しない

●総合的課題に対して目標と具体策を記載する
●目標は、利用者と家族に対して、専門家として示す提案であり、評価可能で具体的なものである

●具体策は、介護保険サービスだけでなく生活機能低下を予防するためのセルフケアや家族の支援、地域のインフォーマルサポートなどの活用についても記載する

●右欄の同意が得られた場合にはここで提議した「目標と具体策」がC表の「目標と支援内容」になる

●左欄の提案について
利用者や家系の意向を
確認して記載する
●具体案について単に
意向を聞くだけでなく、そ
の理由や根拠について
把握して記載する
●ここでの情報は、最終
的な目標設定を合意する
上での足掛かりとなる
合意が得られた場合は
「〇〇を行いたい」等と記
載する

この項目は専門家としての判断を記入する

C表

No.

利用者名

様

介護予防サービス・支援計画

給付対象サービスに○印をつける

サービス担当者会議で最終的に合意された頻度を記載する
本来はサービス事業所の個別計画によって決まる

月 日

目標	目標についての支援のポイント	具体的な支援の内容	サービス種別	サービス提供者(事業所)	頻度	期間
●日表の本人や家族の意向を踏まえ、計画作成者と本人・家族の三者で共に考え、合意した目標を記載する 当初から『課題』に対する目標と具体策』について合意が得られた場合にはそのまま転記する ●複数の目標を立てた場合、項目ごとに番号等をつけて、右欄の()内にも対応する番号等を記載する ●具体的数量目標がある達成したかどうか評価しやすい 例) ・ひとりで○○まで歩いて行かれるようになる ・一日に一度は肉か魚を調理して食べる	() ●支援者側が具体的な支援を考える上で留意点を記載する ●目標達成に向けて、支援における安全管理のポイントや支援者の役割分担など、様々な次元の項目について具体的に記載する 例) ・脱水症の心配がある ・ので夏場はみんな水分補給の声かけを行う	●本人が自ら取り組むことを、本人と相談しながら具体的に記入 ●家族が支援すること、ボランティアや近隣住民の協力、民間サービスを利用すること等について記載する 例) ・娘が病院の往復を車で送る ・近所の友人が買物に行く時にかげ、一緒に行く ●予防給付や総合事業の具体的な支援の内容を記入 例) ・自宅でもできる体操を指導する ・安全に洗濯物が干せるように見守り手の届かないところを手伝う ・調理法を覚えるまで一緒に作る	●支援の内容に適したサービス種別を具体的に記載する ●訪問型サービスについては報酬区分を記載する ●個別の加算も必要時には記載する ただし、体制加算はサービス担当者会議にて確認して記入は不要	●サービス提供を行う事業所名を記載する ●家族、地域、介護保険以外の公的サービスが担う部分についても誰が行うかを記載する	●『支援内容』を実施(目標達成)する期間を設定する ●最大1年間までを目安とし「〇年〇月〇日～〇年〇月〇日」と年月日で記入 認定の有効期間をまたがないように考慮する	
	()	●本人の取組 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				
	()	●本人の取組 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				
	()	●本人の取組 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				

※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。

【本来自ら行うべき支援が実施できない場合：当面の方針】

- 本人や家族の合意がとれない場合は、本来の支援が実施できるように働きかける具体的な手順や方針を書く
- 必要な社会資源が地域にない場合にも、地域における新たな活動の創設などの必要性を記載する

介護予防ケアマネジメントA・Bの評価表（F表）

F表
No.

この用紙は計画作成者のための帳票。
利用者本人やサービス提供事業者に見せるため
のものではないことに注意。

利用者名

様

評価日 年 月 日

介護予防サービス・支援評価表

市町村役所氏名

目標	評価期間	目標達成状況	目標達成状況に対する評価		今後の方針
			目標 達成/未達成	本人・家族の意見	計画作成者の評価
●「介護予防サービ ス・支援計画表（C 表）」の目標を転記 ●「介護予防サービス・支 援計画表（C表）」の「期 間」欄でサービス提供開始 日の最も早い日からサービ ス提供終了日の最も遅い日 を評価期間として転記する。 計画の途中で見直す場合は 次のケアプラン開始の前日 を終了日とする。		●評価期間内に目標 がどの程度達成でき ているか、生活機能 がどれだけ向上・維 持できたのかを具体 的に記載する。 ●評価の際は、サー ビス事業者等のモニ タリングと、計画作 成者のモニタリング を併せて利用者の生 活機能全体に関する 評価を行う。	●目標を達成した 場合には○印、未 達成の場合は×印 を付ける。 ●目標を達成した場合、感想 や満足度を記載する。 例）一人で○○まで行くこと ができたようになった ●目標を達成しなかった場合、 何故目標が達成されなかったの か、目標の設定の妥当性を含 め利用者・家族の認識を確認 し、原因を記載する。 例）一人では行けないが、誰 かが付き添えれば行けるよう になった	●目標が達成された場合、取り組みに対す る成果や達成状況に対する評価を記載。 ●目標が達成されなかった場合、何故目 標が達成されなかったのか、利用者・家 族の意見を含めてケアプラン作成者とし ての評価を記載する。 ●評価の際は、利用者・家族の意見、事 業所のモニタリング結果も含め、目標設 定の妥当性やサービスの入れ方について 評価する。同時に、新たな課題の発生が なかったかも含めて分析する。 例）○○が原因で××しづらくなかったた めに、目標の△△には至らなかったが、 □□の段階までは到達できた ●基本的に『プラン変更』になる。 同時に、変更後に該当する制度にもチェッ クをする。 ●『終了』は死亡、転出、ケアプランが不要 になった時。 ●『継続』はケアプラン中に一時的な入院等 のためにサービス終了をして 評価をしたが、退院後の本人状態・目標等 の変更がなく、改めて同じ ケアプラン内容を実施する場合など稀なケ ース。 ●高齢者総合相談センターの意見を踏ま えていづれかにチェックをする。	●目標達成状況や評価から、 今後の方針について、目標ご とに、専門的な観点を踏まえ て記載する。 例）目標は達成され、歩行能 力の改善もみられて、ご本人 の生活意欲も向上している。 そのためあきらめかけていた 趣味のサークル再開にも希望 を持ち始めている。本人の取 り組み内容を見直すことで、 サークルに通えるように支援 を変更する。
総合的な方針					
地域包括支援センター意見			地域包括支援センター意見		
今後の支援の総合的な方針について専門的 な観点から方針を記載する。（次に立てる ケアプランの総合的な方針につながる）			委託の場合に高齢者総合相談 センター職員が計画作成者に 対して記載する。		
総合的な方針			総合的な方針		
●プラン継続 □プラン変更 □終了			●介護給付 □予防給付 □介護予防特定高齢者施策 □介護予防一般高齢者施策 □終了		

「介護予防特定高齢者施策」→「すこやか生活プラン」
「介護予防一般高齢者施策」→「一般介護予防事業」
で読み替える（必要に応じて脇に記載）

基本チェックリスト

B表【必要な事業プログラム】欄への記載方法 基本チェックリストの項目該当数を転記する。判定基準を参考にしながらアセスメントし、事実と主観が異なる場合などは「現在の状況」にアセスメント内容で活かす。また、専門職による短期集中予防サービスを利用する場合は、利用が望ましいと考えられるプログラムの枠内の数字に○をつける。

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ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	「栄養改善」 11～12で該当する項目数／2	
12	身長()m 体重()kg BMI() (注)		
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りましたか	1.はい	0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を言う」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、電話がかけられますか	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

「運動器の機能向上」 6～10で該当する項目数／5

「口腔機能の向上」 13～15で該当する項目数／3

「閉じこもり予防」 16～17で該当する項目数／2

「物忘れ予防」 18～20で該当する項目数／3

「うつ予防」 21～25で該当する項目数／5

(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。

豊島区アセスメントシート

参考様式 1-1 (第5条関係)

豊島区アセスメントシート(表面)

氏 名		被保険者番号	年 月 日記入		アセスメント実施者(所属・名前)	現在の状況
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	0. はい 1. いいえ				運動・移動について
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				
		(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	0. はい 1. いいえ				日常生活について
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				
		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				社会参加・対人関係 コミュニケーションについて
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	0. はい 1. いいえ				健康管理について
		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	/2			
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				
		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

氏名		現在状況	
No		質問	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	基本チェックリストの聞き取りと連動して日常生活全般を把握する。ICFの「健康状態」「活動」「参加」「心身機能・構造」「環境因子」「個人因子」に着目
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	基本チェックリストNo1～10に関連し、移動能力やADL・IADLを把握する
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	
No.1～5の計 5点以上 □		日常生活について	
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	利用者基本情報の《介護予防に関する事項》やD表と連動し日常生活全般を把握する。「興味・関心チェックシート」を併用して、今後の可能性についても確認するとよい。
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	
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	
No.6～10の計 3点以上 □		運動機能	
11	6ヶ月以上、生活の内容を聴き取る。(1日何食、何時に、どんな食事をとっているか。)低栄養や偏りの発見につ	身長・体重・BMIは必ず確認。自宅に計測器械がない場合でもサービス開始までに工夫して計測。	
12	*BMI		
No.11～12の計 2点以上 □		社会参加・対人関係コミュニケーションについて	
13	半年前と比較して、口の渇きが気になりますか	運動・移動について、に連動基本チェックリストNo1～5, 16～17に関連して「活動・参加」のアセスメントを行う。出かける頻度・目的・相手との関係性などを確認する	
14	お茶や汁物等でむせることがありますか		
15	口の渇きが気になりますか		
No.13～15の計 2点以上 □		健康管理について	
16	週に1回以上は外出していますか		
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	2. いいえ
No.17の計 1点以上 □		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	2. 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
No.18～20の計 1点以上 □		物忘れ	
No.1～20の計 10点以上 □		No.1～20の合計 生活全般	
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	

※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

参考様式1-2(第5条関係)

※ 通所型サービスを利用する場合は、こちらの面もご記入の上、「豊島区通所型サービス利用意向調査票」と一緒に区に提出してください。(再委託先の居宅介護支援事業所の方は包括に提出してください)

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 経過中	
年 月		治療中 経過中	
年 月		治療中 経過中	
年 月		治療中 経過中	
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			

豊島区アセスメントシート(裏面)

利用者基本情報と重複する場合でも、すこやか生活プランを作成の場合には、裏面を記入する

該当する項目に○をつける。 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 > 該当する項目に○をつける。 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		< 認知症高齢者の日常生活自立度 > 該当する項目に○をつける。 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
医療情報(現病歴・既往歴)			
年月 病名に紐づく時期(年月、○歳ごろ)は、本人の記憶のみではなく、できるだけ客観的な情報を探しておく。	病名 主治医意見書が無い方などで病名を把握できていない場合、少なくとも「おくすり手帳」などでかかりつけ医とかかりつけ薬局を把握する。 過去の入院や手術については、現病歴・既往歴に記載しておく。	経過 治療中 経観中 治療中 経観中 治療中 経観中 治療中 経観中	治療中の場合は内容 受診している場合、可能な限り最後に検査した時期・内容・結果を確認する。 記録が残っていたら、見せてもらい記載する。「おくすり手帳」などで服薬内容を確認して記載する。
年 月		治療中 経観中	
年 月		治療中 経観中	
入院歴: あり・なし 該当する項目に○をつける。	(ありの場合、直近の入院時) 年 月	相談開始時の直近の入院歴を記載する。短期集中サービスの活用や、身体状況変化のきっかけを把握できる。	
家族構成		住環境	
独居・同居 該当する項目に○をつける。	一戸建て・集合住宅() 浴室: あり・なし	アセスメント時の状況を選択して○をつける。居住階やエレベータの有無、浴室の有無も確認	
本人の意向、本人の望む生活		今回の申請に至った経緯	
アセスメント時に把握した、本人の意向や望む生活を記入する。 表面の課題分析の結果と併せてプラン作成に活用する。		いつ頃、どんなきっかけで総合事業のサービスを受けようと思ったのかを記載する。	

※事務処理欄

介護予防ケアマネジメント B（すこやか生活プラン）

別記 様式第1号(第5条関連)

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			A表	
☐ 事業対象	☐ 要支援1	☐ 要支援2	☐ 申請中	☐ 初回	☐ 紹介	☐ 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			運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	もの忘れ予防	うつ予防	サービス開始月	
作成時	年	月	日	/5	/2	/3	/2	/3	/5	年 月
評価時	年	月	日	/5	/2	/3	/2	/3	/5	終了予定月 年 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) 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 取り組む期間（プランの期間） 年　月　日　～　年　月　日	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 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： 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 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 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	

計画書交付日 年 月 日 交付先:

利用者名		様	地域包括支援センター					
事業対象	要支援①	要支援②	申請中	継続	計画作成日	年	月	日
認定日	年	月	日	予定の活動期間	年	月	日	訪問型B利用期間
計画作成者	基本情報	氏名	性別	年齢	住所	電話番号	メールアドレス	サービス開始月
開始日時	年	月	日	終了予定月	/5	/5		完了予定月
詳細説明	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：所属事業所での切り替えに伴い、所属事業所を紹介された変更した場合							
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C表 目標」と対応							
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 頻度： 種別： 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。具体的な名称は〆の後ろに家族や地域、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							
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							
取り組み期間（プランの期間）	年	月	日	～	年	月	日	
あなたへの健康状態はいかがですか（主観的健康観）	①よい ②まあよい ③ふつ ④あまりよくない ⑤よくない							
あなたの健康状態について	「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、開き取った健康に関する留意点を記入							
主治医意見書・健診結果等を踏まえた留意点								

《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を書き
 入れない内容は、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。

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する場合は、(例)1月開始の場合、翌年3月末まで)引き継ぎ回数をサービスを利用する場合に再度申し込みが必要です。事業対象者は、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。

「豊島目次登録システム」にて記録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、該項目にアクセスメントシートへ継続されています。継続時の数字が次回プログラム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、設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旨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

必要に応じて、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を記入します。支援が必要となる家族・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を記入します。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に基づき、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A4(とし介護予防)、訪問型A4(としまいき)、訪問型B(つながるるん他)、訪問型C(短期集中)、通所型A6(従来型)、A8(リハビリ特化型)

【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めます。

企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】

利用者が、本計画書に署名をいれた時点で、利用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、控え事業者等に交付をたし、欄外の計画交付日と交付先(本人含む)を記入します。

私のプラン 氏名（ ）

私の目標（生活や活動の目標） 記入日： 年 月 日

1年後の私はこうなりたい（かなえたいこと）
そうなるためには3か月後にどうなりたい（実現可能な目標）

私の取り組み内容（計画）目標を達成するために取り組むこと	
できるだけ具体的に記入しましょう。 私の取り組み ● ● ●	医師から注意されているなど気をつけなければいけないこと ■ ■ 自己評価（主観的健康観） あなたの健康状態はいかがですか？ （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） 開始時 1 2 3 4 5 終了時 1 2 3 4 5
取り組む期間（セルフプランの期間） 年 月 日～ 年 月 日	
セルフプラン期間終了時点でやったことを振り返ってみましょう	
やってみた感想	次の課題
【担当者が提案する取組】 開始時期： 年 月 日～ 内容：	

【担当者使用欄】

認定情報：事業対象・要支援1・要支援2 ・ 計画作成日： 年 月 日

担当センター： 高齢者総合相談センター・担当者名：

確認：□内容説明（ 月 日）□本人同意（ 月 日）□本人交付（ 月 日）

私のプラン 氏名（ 可能なら本人の自署 ）

私の目標（生活や活動の目標） 記入日： 年 月 日

1年後の私はこうなりたい（かなえたいこと）
楽しみ 生きがい 行きたい場所 やりたいこと 大好きだったこと やれたらいいなと思うことで実際に取
組みたいことを本人と一緒に考えます。

そうなるためには3か月後にどうなりたい（実現可能な目標）
1年後にやりたいことに少しでも近づくため、3か月くらいの目標を本人と一緒に考えます。

私の取り組み内容（計画） 目標を達成するために取り組むこと

できるだけ具体的に記入しましょう。	医師から注意されているなど気をつけなければいけ ないこと
私の取り組み	■ <u>健康状態について、注意が必要なことや処方 されている薬などについて、記入します。</u>
● <u>実現可能な目標のため、イメージした実際の 「活動」を記入します。いつでも OK</u>	■
●	
●	
<u>上記の取組みの期間を本人と一緒に考えて決 めます</u>	自己評価（主観的健康観） あなたの健康状態はいかがですか？ （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） <u>開始時の健康状態を記入します。</u>
取り組む期間（ <u>セルフプランの期間</u> ）	開始時 1 2 3 4 5
年 月 日～ 年 月 日	終了時 1 2 3 4 5

セルフプラン期間終了時点でやったことを振り返ってみましょう

やってみた感想	次の課題
<u>取り組んだ感想を後から本人に記入してもらう 項目です。説明をお願いします。</u>	<u>後から気が付いたことがあれば本人に記入してもら う項目です。説明をお願いします。</u>

【担当者が提案する取組】 開始時期： 年 月 日～開始日のみ記入

内容：この欄はケアマネジメントCの場合、必ず担当者が記入します。

訪問 B 利用の具体的な支援内容や頻度はここに書きます。

例：週に1回、ヘルパーさんに来てもらい、お風呂の掃除をやってもらう。

【担当者使用欄】ケアマネジメントCの場合、必ず担当者が記入します

認定情報：事業対象・要支援1・要支援2 ・ 計画作成日： 年 月 日

担当センター： 高齢者総合相談センター・担当者名：

確認：□内容説明（ 月 日）□本人同意（ 月 日）□本人交付（ 月 日）

興味・関心チェックシート

氏名: 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、不明な点は空欄にしてください。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）				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

（出典）「平成25年度老人保健健康増進等事業 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」
一般社団法人 日本作業療法士協会（2014.3）