

豊島区 介護予防サービス・支援計画表(口すこやか生活プラン・口いきいきプラン)

利用者名	該当するものにチェック。			センター	A表		
<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	月	日	～	年	月	日
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			
基本チェック	予防	サービス開始月	年	月			
開始時	年	/5	終了予定月	年	月末		
評価時	年	/5		年	月末		

・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です。

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

【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。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。

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)〇〇のため、〇日に〇回〇〇をします。	サービス担当者会議 年 月 日実施
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	① 種別: 頻度: 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(*)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) 年 月 日 ~ 年 月 日	「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し押印
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	地域包括支援センター(意見・確認印)
「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	主治医意見書・健診結果等を踏まえた留意点
年 月 日	
氏名	印

【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A2(国相当)、訪問型A4(としま介護予防)、訪問型A4(としまいきいき)、訪問型B(生活支援お助け隊)、訪問型C(短期集中) 通所型サービスの場合:通所型A6(国相当)
・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〇印をつけてもらいます。

【署名・捺印】

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・捺印をいただきます。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をしたら、欄外の計画交付日と交付先(本人含む)を記入します。

計画書交付日 年 月 日 交付先:

豊島区介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)モニタリング・評価表

利用者名	様 _____		地域包括支援センター	B表
計画作成者	委託の場合:所属 _____			
計画作成日	年 月 日	計画期間	年 月 日 ~	年 月 日
本人の 取り 組み 状況 等	1回目 モニタリング 利用者確認 訪問 年 月 日	2回目 モニタリング ご本人に記入内容を確認していただき、 署名または押印をいただきます	評価時 利用者確認 訪問 年 月 日	
	私の計画に対する意向 <input type="checkbox"/> 続けたい <input type="checkbox"/> 続けたくない	私の計画に対する意向 <input type="checkbox"/> 続けたい <input type="checkbox"/> 続けたくない	目標とする生活の達成状況 <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 概ね達成 <input type="checkbox"/> 未達成	
	取り組み状況 <input type="checkbox"/> 良く取り組めた <input type="checkbox"/> 概ね取り組めた <input type="checkbox"/> 取り組みなかった	ご本人の状況にあてはまる項目に☑ をします	<input type="checkbox"/> 主観的健康観(A表) 取り組みについて振り返り、良い変化があっ たことや新たに取り組みたいことなどを記入し ます	
	変化や気づき 取り組みによる変化・気づいた事などを 記入します	変化や気づき 取り組みによる変化・気づいた事などを 記入します	これまでの振り返り	
家族等の 支援	<input type="checkbox"/> 続けたい <input type="checkbox"/> 続けられない (その理由)	ご本人に記入していただくか、状況を 聞き取り計画作成者が記入します	家族等から見た目標の達成状況 <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 概ね達成 <input type="checkbox"/> 未達成 (その理由)	
サー ビス 提供 状況 と 妥 当 性	種別: _____ 事業所名()	種別: _____ 事業所名()	目標の達成状況 ①達成 ②概ね達成 ③未達成	
	①適切 ②ほぼ適切 ③不適切 詳細	A表のサービス種別及び事業者名を記入	今後の方向性	
計 画 作 成 者	種別: _____	事業者等によるモニタリング結果を、 計画作成者が確認をして記入します	目標の達成状況 ①達成 ②概ね達成 ③未達成	
	①適切 ②ほぼ適切 ③不適切 詳細	詳細	今後の方向性	
計 画 作 成 者	①計画通り ②ほぼ計画通り ③していない 変化:①有 ②無/課題:①有 ②無	計画作成者のモニタリング内容を記入 変化に伴うプラン変更の場合は、「評価 時」欄も記入をして、次のプランに移行	目標の達成状況 ①達成 ②概ね達成 ③未達成 総合的な支援方針	
地域包括支援センター意見(記入日 年 月 日) ①プラン継続 ②プラン変更() ③終了				

この帳票はモニタリング訪問時に利用者と共に行うイメージで、一部記入をお願いし利用者確認の印又は署名をいただきます。(毎月のモニタリング結果は経過記録等に記録します)
家族や事業者の評価と全体評価を計画作成者が記入し保管します。
事業者の評価はモニタリング報告や電話等での聞き取り内容から、家族の評価は聞き取りにより確認します。

本人の取り組み状況等の欄は、可能な範囲で利用者に記入していただきます。直接記入が難しい場合は、計画作成者が利用者から聞き取り記入をします。

モニタリング時には、A表の「目標とする生活(上段)」「私の取り組み内容」についての意向と取組状況を利用者の主観で選びチェックします。その間続けてきたご自身の取り組みを振り返り、起きた変化や気づいたことを枠内に記入します。

評価時には、A表「目標とする生活(上段)」の達成状況を利用者の主観で選びチェックし、これまでの取り組みを振り返り、これから取り組みたいことや良い変化についてコメントを記入します。

この項目は、計画作成者が聞き取りを忘れないためのチェック欄です。A表『あなたの健康状態はいかがですか(主観的健康観)』の評価時聞き取りを実行して、チェックを入れます。

【目標の達成についての考え方】
計画期間中の目標が達成したら『達成』を選択し、新しい目標を設定します。
全く目標に向かわなかった場合や、状況変化で目標の変更が必要な場合は『未達成』を選択。
目標達成には至らなかったが、取り組みの効果で変化が見られた場合は『概ね達成』を選択。

それぞれの支援者の評価や意向を確認して計画作成者が記載します。
当てはまる項目を選びチェックをします。

評価時には、目標とする生活が達成できたかどうか当てはまる項目にチェックし、計画期間中の取り組み実行状況を振り返り、それぞれの立場からコメントをもらい記入します。

計画作成者は、記入が終わった段階で利用者と確認します。

サービス評価表(F表)に対応
目標とする生活の達成状況をそれぞれの立場から評価します

* 予防支援計画で活用した場合は、サービス評価表(F表)の作成が必要です。

包括支援センター意見欄は、再委託の場合に包括の担当者が意見を記載し、担当者印を押します。
プラン継続・変更・終了の考え方はサービス評価表(F表)と同様です。

* プラン変更を選択した場合は、変更後のプラン種別をカッコ内に記入します。
(介護給付・予防給付・すこやか生活プラン・いきいきプラン・一般介護予防)

担当者
印