

参考資料 2

令和 8 年度 記入例について

令和 8 年 6 月
豊島区高齢者福祉課

見出し

- * 類型別 必要な帳票一覧表 3
- * 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント A 東京都様式帳票 4～14
- * 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント B すこやか生活プラン帳票 15～23
- * 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント C 私のプラン帳票 24～30
- * 介護予防支援・介護予防ケアマネジメント A・B・C 共通様式帳票 31～33

※青字は書き方見本あり

類型別 必要な帳票一覧表 (令和6年4月～)

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 (閲覧用) 認定調査票・主治医意見書 (要支援の方のみ)			
アセスメント	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)			
プラン	興味・関心チェックシート			
	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)	
サービス担当者会議	週間計画表 (D表)			
モニタリング	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。

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント A 東京都様式 帳票

- 東京都様式 A～F 表(国様式も可)
- アセスメント用情報収集シート(都様式)

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)

- 基本チェックリスト
- モニタリング(任意様式)

介護予防ケアマネジメントA (東京都様式)

A表

No.

帳票の書き方解説

介護予防サービス計画表(1/3)

利用者名

認定年月日

年 月

月

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)

初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2	地域支援事業
----------	---------	-----------	--------

基本チャエ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は、『初回』『紹介』『継続』のいずれかを選択してください。

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」である場合は『申請中』。有効期間を超えている場合は『認定済』。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。

『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。

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？」を思い出ししてもらう。「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。
総合的な方針 (生活の不活発化の改善・予防のポイント)	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、将来(1年後)達成可能なもの。
		利用者が家族、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。

名称	【利用者記入欄】
意見	* 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。

氏名

年 月 日

基本チェックリストの結果(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。

【必要な事業プログラム】

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

日

介護予防サービス・支援

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。プライバシーであるため記入の仕方、内容には十分配慮すること。

利用者

【健康状態につき、主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点】

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つの分野にしているが内容が重複している場合は割愛しても良い。

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
<p>運動・移動について</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 自らが移動したい場所に移動するための手段が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 	<p>本人・家族の意欲・意向</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 現在の状況について、利用者・家族の認識と意向を記載 ● 「○○」をやりたくない「○○」を記載し、誰の意向かを明確にし、その理由について確認 ● 利用者や家族の意向が異なる場合はそれぞれ記載 ● 家族が言っている事で、本人が傷つく言葉はそのまま書かない ● 否定的ないし、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 	<p>背景・原因</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ● 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は『口有』にチェック ● 『口無』の場合はコメントは不要 ● 分析は、面談中の様子、利用者基本情報、主治医意見書等の情報を基に見、健康状態・心理・価値観・習慣・物的環境・人的環境・経済状況等の観点から整理し、基本についても考慮する 	<p>総合的課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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たとしても、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全体像を理解し、より根本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を記載 ● 意向や目標・具体策は記載しない 	<p>課題に対する目標と具体策の提案</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 総合的課題に対して目標と具体策を記載する ● 目標は、利用者や家族に対して、専門家として提示する ● 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 ● 右欄で同意が得られた場合にはここで提案した「目標と具体策」がC表の「目標と支援内容」につながる <p>【目標】(3ヶ月後には)一人で○○まで歩いて行かれるようになる【具体策】①○○を利用して××を行う②誰々が○○を行う③…</p>	<p>具体策についての本人・家族の意向</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 左欄の提案について利用者や家族の意向を確認して記載する ● 具体策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「○○をいただきたい」と記載する
<p>日常生活(家庭生活)について</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 家事(買い物・調理・掃除・洗濯・ゴミ出し等)や花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 					
<p>社会参加、対人関係・コミュニケーションについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 家族や近隣・友人との交流状況や、関係を保つことのできているか等 ● 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 					
<p>健康管理について</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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) 					
<p>その他の事項について</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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 					

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

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
<p>●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</p> <p>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記載する</p> <p>●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</p> <p>●具体的な数量目標がある達成したかどうか評価しやすい</p> <p>例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 	<p>()</p> <p>●支援者側が具体的な支援を考える上での留意点を記載する</p> <p>●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</p> <p>例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・脱水症の心配がある ・ので夏場はみんな水分補給の声を聞く 	<p>●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</p> <p>●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</p> <p>例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>●予防給付や総合事業の具体的な支援の内容を記入</p> <p>例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自宅で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 	<p>●支援の内容に適したサービス種別を具体的に記載する</p> <p>●訪問型サービスについては報酬区分を記載する</p> <p>●個別の加算も必要時には記載する</p> <p>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</p>	<p>●サービス提供を行う事業所名を記載する</p> <p>●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</p>	<p>●『支援内容』を実施(目標達成)する期間を設定する</p> <p>●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</p> <p>●認定の有効期間をまたがないように考慮する</p>	
		<p>本人の取組</p> <p>家族・地域の支援、民間サービス等</p> <p>介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス</p>	○			
		<p>本人の取組</p> <p>家族・地域の支援、民間サービス等</p> <p>介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス</p>				
		<p>本人の取組</p> <p>家族・地域の支援、民間サービス等</p> <p>介護保険サービス 地域支援事業 区市町村サービス</p>				

※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】

- 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

D表

No. _____

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
0:00								
深夜								
2:00								
夜								
4:00								
6:00								
早朝								
8:00								
10:00								
午前								
12:00								
14:00								
午後								
16:00								
18:00								
夜間								
20:00								
22:00								
深夜								
24:00								

週単位以外のサービス

E表(別紙)

サービス担当者会議の要点

利用者名 _____ 様 _____ 年 _____ 月 _____ 日
作成担当者 _____ 作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
開催日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 開催時間 _____ 開催回数 _____

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
利用者・家族の出席 本人：【 】 家族：【 】 (続柄：)						
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題 (次回の開催時期)						

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者事業者に見せるため
のものではないことに注意。

介護予防サービス・支援評価表

●実際に評価をし
た日を記載する。
終了日ではない。

評価日 年 月 日

利用者名

様

〒 町 丁目 番 号 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	計画作成者の評価	今後の方針
<p>●「介護予防サービス・支援計画表（C表）」の「期」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。</p>	<p>●「介護予防サービス・支援計画表（C表）」の「期」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。</p>	<p>●評価期間内に目標がどの程度達成できているか、生活機能かどれだけ向上・維持できたのかを具体的に記載する。</p> <p>●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。</p>	<p>●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。</p> <p>●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。</p> <p>●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力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。</p> <p>例) ○○が原因で××しづらくなかったが、△△の段階までは到達できた</p>	<p>●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、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。そのためあらかじ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支援を変更する。</p>	<p>●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。</p> <p>●『終了』は死亡、転出、ケアプランが不要になった時。</p> <p>●『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。</p> <p>●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。</p>

総合的な方針	地域包括支援センター意見
<p>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)</p>	<p>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。</p>
<p>●介護予防特定高齢者施策 → 「まこやか生活プラン」</p> <p>●介護予防一般高齢者施策 → 「一般介護予防事業」</p> <p>で読み替える (必要に応じて脇に記載)</p>	<p>プラン継続 <input type="checkbox"/></p> <p>プラン変更 <input type="checkbox"/></p> <p>終了 <input type="checkbox"/></p> <p>介護給付 <input type="checkbox"/></p> <p>予防給付 <input type="checkbox"/></p> <p>介護予防特定高齢者施策 <input type="checkbox"/></p> <p>介護予防一般高齢者施策 <input type="checkbox"/></p> <p>終了 <input type="checkbox"/></p>

東京都様式アセスメントシート

介護予防支援アセスメント用情報収集シート（例）

氏名： _____ 様 年齢： _____ 歳 性別： 男 ・ 女 年 月 日

1.運動・移動について			
自宅内を転倒の不安なく歩くことができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手すりや杖に頼らないと不安である <input type="checkbox"/> 介助を受けている	転倒不安の内容	考えられる原因
屋外を安全に歩くことができますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自宅の周辺なら歩ける <input type="checkbox"/> 杖や補助具が必要である <input type="checkbox"/> 介助があれば歩ける <input type="checkbox"/> 車椅子が必要である	介助の状況や歩ける距離等	留意点
交通機関を利用して外出することができますか	<input type="checkbox"/> ひとりでできる 《利用している交通機関》 電車・バス・タクシー・車運転・自転車・その他() <input type="checkbox"/> 介助がないとできない	介助の状況	本人・家族の意向
階段・段差の昇降は壁や手すりを伝わずできますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
1週間にどのくらい外出していますか	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 2～3日程度 <input type="checkbox"/> 4～5日程度 <input type="checkbox"/> 1日程度	外出理由	その他
2.日常生活(家庭生活)について			
日用品の買い物を自分で選んでしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自分で考えて頼んでいる <input type="checkbox"/> 人に任せている	主な支援者	考えられる原因
預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自分で考えて頼んでいる <input type="checkbox"/> 人に任せている	主な支援者	
公的書類の届けや契約などを自分で行っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 自分で考えて頼んでいる <input type="checkbox"/> 人に任せている	主な支援者	留意点
場面や季節・天気に合わせて着るものや履くものなどを着用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	主な決定者	
献立を考え自分で調理をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	本人・家族の意向
掃除を自分で行っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	
洗濯・ゴミ捨てなどを自分で行っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	
花木・ペットなどの世話を自分で行っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえればできる <input type="checkbox"/> いいえ	支援内容等	その他

3.社会参加・対人関係・コミュニケーションについて			
テレビ・新聞など社会の出来事に関心がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		考えられる原因
趣味や楽しみ、好きでやっていることはありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	趣味や楽しみの内容	
家族と良く話をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		留意点
友人や近隣の人たちとの関係は良いですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
友人を招いたり、友人の家を訪問したりしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
仕事を続けていますか (自営業や簡単な作業)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	仕事の内容	本人・家族の意向
ボランティア活動や老人クラブ・町内会の活動に参加していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	参加の状況	その他
家庭や地域での役割を持っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	具体的な役割	
4.健康管理について			
健康であると思いますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	疾病状況	考えられる原因
運動をしたり休養をとったりしていますか	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	内容・していない理由等	
定期的を受診していますか	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	内容・していない理由等	留意点
身だしなみや身体の清潔を心がけていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
喫煙・飲酒の状態はどうですか	<input type="checkbox"/> 両方ともしない <input type="checkbox"/> 喫煙する <input type="checkbox"/> 飲酒する	喫煙 1日 本 飲酒量	
トイレの失敗はありますか	<input type="checkbox"/> 良くある <input type="checkbox"/> たまにある <input type="checkbox"/> ない		本人・家族の意向
よく眠れていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	睡眠時間	その他
薬を飲み忘れず管理していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	服薬の内容・管理している人	
自分で物忘れがあると思いますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
5.その他の確認事項について			
自分のことは自分で決めていますか	<input type="checkbox"/> 決めている <input type="checkbox"/> 決めていない	主な決定者	
住まいのことで何か問題がありますか	<input type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	問題点	
経済的な状況はどうですか	<input type="checkbox"/> 特に問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり	問題点	
家族や友人、近隣の人たちから支援を受けることができますか	<input type="checkbox"/> 現在受けている <input type="checkbox"/> 現在は受けていないが受けることはできる <input type="checkbox"/> 受けられない	受けられない理由	

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	
		0.はい	1.いいえ
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	「口腔機能の向上」13～15で該当する項目数/3	
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	「閉じこもり予防」16～17で該当する項目数/2	
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「いつも同じ事を繰り返している」と言われますか	「物忘れ予防」18～20で該当する項目数/3	
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

「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。

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント B すこやか生活プラン 帳票

- すこやか生活プラン
- 介護予防週間支援計画表(D 表)
- 豊島区アセスメントシート
- モニタリング(任意様式)
- 東京都様式 F 表(評価表)

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		
<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	認定の有効期間		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 年 月 終了予定月 年 月末				
作成時	年	月	日	/5	/2	/3	/2				/3	/5
評価時	年	月	日	/5	/2	/3	/2				/3	/5

目標とする生活(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)	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
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。	① 種別: 頻度: サービス提供者:
<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">私の取り組み</p> <p style="text-align: center; margin: 0;">取り組む期間 (プランの期間) 年 月 日 ~ 年 月 日</p> </div>	② 種別: 頻度: サービス提供者:
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	③ 種別: 頻度: サービス提供者:
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	地域包括支援センター(意見)
氏名	主治医意見書・健診結果等を踏まえた留意点

計画書交付日 年 月 日 交付先:

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
事業対象	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	計画作成日
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た場合	計画作成者 基本情報 年 月 日 年 月 日 年 月 日
開始時	年 月 日	訪問型B利用期間 年 月 日 年 月 日 年 月 日
評価時	年 月 日	終了予定日 年 月 日 年 月 日
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	役割分担と内容で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 ① 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 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、事業所等 家族や地域等の誰が担当かも記入	日実施 頻度: 「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
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 「予防支援計画書B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	地域包括支援センター(意見) 「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
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	取り組み期間(プランの期間) 年 月 日 ~ 年 月 日	主治医意見書・健康結果等を踏まえた留意点 年 月 日 年 月 日 年 月 日
氏名	年 月 日	計画書交付日 年 月 日 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)引き続き向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。

【目標とする生活(上段)】
 計画作成者と利用者と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。最大年までを自安に、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「取り組み期間(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のみ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メンバー・マルサポーターや総合事業以外のファミリー・サポーター・サービスも記入します。必要に応じて、必要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A2(従来型)、訪問型A4(少し介護予防)、訪問型A4(少しまいきいき)、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、通所型A6(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・計画作成者の双方が保管し、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。

《職員のイメージ》
 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。

D表

No. _____

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
0:00								
深夜								
2:00								
4:00								
6:00								
早朝								
8:00								
10:00								
午前								
12:00								
14:00								
午後								
16:00								
18:00								
20:00								
夜間								
22:00								
深夜								
24:00								

週単位以外のサービス

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

豊島区アセスメント

氏名		現在の状況		
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	0. はい		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	身長	0. はい		
	*BMI	0. はい		
No.11~12の計 2点以上 □		日常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ながる		
13	半年前	0. はい	社会参加・対人関係コミュニケーションについて	
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	0. はい		
15	口の湯気が気になりますか	0. はい		
No.13~15の計 2点以上 □		基本チェックリストNo13~15に関連して口腔・嚥下状態のアセスメントを行う。口腔機能低下が全身状態の悪化につながることに注意		
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい		
No.16の計 1点以上 □		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		
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	健康管理について	
No.17の計 1点以上 □		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		
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		
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい		
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	(裏面の情報収集と一緒に確認)基本チェックリストのNo.18~20, 21~25に該当している場合、本人を知る家族や近隣の協力を得て状況の変化に対応できるようにしておくことよい。	
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		
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		
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい		
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		
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

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 経観中	
年 月		治療中 経観中	
年 月		治療中 経観中	
年 月		治療中 経観中	
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			

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

<p>該当する項目に○をつける。</p> <p>認定情報</p>			
事業対象者 ・ 要支援1 ・ 要支援2			
<p>日常生活自立度</p> <p>※ アセスメント実施者の判断でご記入ください</p>			
< 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	
<p>医療情報(現病歴・既往歴)</p>			
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 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 該当する項目に○をつける。	
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。	
<p>家族構成</p>		<p>住環境</p>	
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	
<p>本人の意向、本人の望む生活</p>		<p>今回の申請に至った経緯</p>	
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A・Bの評価表 (F表)

F表

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。

介護予防サービス・支援評価表

評価日 年 月 日

利用者名

様

目標	評価期間	目標達成状況	目標	本人・家族の意見	計画作成者の評価	今後の方針
<p>●「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。</p>	<p>●「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。</p>	<p>●評価期間内に目標がどの程度達成できているか、生活機能保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。</p>	<p>●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、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××しづらくなかったが、□□の段階までは到達できた</p>	<p>●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、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××しづらくなかったが、□□の段階までは到達できた</p>	<p>●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。</p>	
			<p>●目標を達成した場合、利用者・家族の意見、感想や満足度を記載する。 例) 一人で〇〇まで行くことができた。 ●目標を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、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</p>		<p>●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ずれかにチェックをする。</p>	

総合的な方針	地域包括支援センター意見
<p>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)</p>	<p>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。</p>
<p>総合的な方針</p>	<p>地域包括支援センター意見</p>
<p>□ プラン継続 □ プラン変更 □ 終了</p>	<p>□ 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</p>

「介護予防特定高齢者施策」→「一般介護予防事業」
「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)

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント C 私のプラン 帳票

- 私のプラン
- 豊島区アセスメントシート

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 <ul style="list-style-type: none"> ● ● ● 取り組む期間 (セルフプランの期間) 年 月 日 ~ 年 月 日	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 <ul style="list-style-type: none"> ■ ■ 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
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:

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

<p>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り組みたいことを本人と一緒に考えます。</p>
<p>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。</p>

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	
<p>できるだけ具体的に記入しましょう。</p> <p>私の取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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 ● ● <p>上記の取組みの期間を本人と一緒に考えて決めます</p> <p>取り組む期間（セルフプランの期間） 年 月 日～ 年 月 日</p>	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 ■ <p>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） 開始時の健康状態を記入します。</p> <p>開始時 1 2 3 4 5 終了時 1 2 3 4 5</p>
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	
<p>やってみた感想</p> <p>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。</p>	<p>次の課題</p> <p>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。</p>
<p>【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。</p>	

【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：

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					
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					社会参加・対人関係 コミュニケーションについて
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					
		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				健康管理について	
			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

豊島区アセスメント		介護予防支援B表「現在の状況」欄に対応		現在の状況	
氏名		課題分析の結果、原因や背景、ケアマネの判断をできる限り記載する。		基本チェックリストの聞き取りと運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	
No.	質問				
1	バスや電車で1人で外出して	0.	はい	0.	はい
2	日用品の買い物をしていますか	0.	はい	0.	はい
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.	はい	0.	はい
4	友人の家を訪ねていますか	0.	はい	0.	はい
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.	はい	0.	はい
		基本チェックリストの質問に対する、本人の回答内容に○をつける。		基本チェックリストの質問の回答が実際の状況と異なる場合や担当者が気づいた内容などを記載。本人の主観と（基本チェックリストの項目）、確認した客観的事実の両方を記載しておく。	
No.6～10の計 3点以上 □		運動機能		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	
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	0.	はい
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	0.	はい
8	15分位続けて歩いていますか	0.	はい	0.	はい
9	この1年間に転んだことがありますか	1.	はい	1.	はい
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.	はい	1.	はい
No.11～12の計 2点以上 □		日常生活機能		日常生活について	
11	6ヶ月	0.	はい	0.	はい
12	身長 *BMI	0.	はい	0.	はい
No.13～15の計 2点以上 □		口腔機能		利用者基本情報の《介護予防に関する事項》やD表と運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。	
13	半年前	0.	はい	0.	はい
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	0.	はい	0.	はい
15	口の渇きが気になりますか	0.	はい	0.	はい
No.16の計 1点以上 □		社会参加・対人関係		コミュニケーションについて	
16	週に1回以上は外出していますか	0.	はい	0.	はい
No.17の計 1点以上 □		閉じこもり		運動・移動について、に運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	
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.	はい	0.	はい
No.18～20の計 1点以上 □		物忘れ		健康管理について	
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.	はい
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.	はい
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.	はい
No.21～25の計 2点以上 □		うつ・引きこもり		(裏面の情報収集と一緒に確認)基本チェックリストのNo.18～20、21～25に該当している場合、本人を知る家族や近隣の協力を得て状況の変化に対応できるようにしておくとうい。	
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.	はい	0.	はい
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.	はい
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.	はい
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.	はい
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.	はい
No.1～20の計 10点以上 □		No.1～20の合計 生活全般		/20	
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

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>		<認知症高齢者の日常生活自立度>	
自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		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 経観中	
年 月		治療中 経観中	
年 月		治療中 経観中	
年 月		治療中 経観中	
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

<p>該当する項目に○をつける。</p> <p>認定情報</p>			
<p>事業対象者 ・ 要支援1 ・ 要支援2</p>			
<p>日常生活自立度</p> <p>※ アセスメント実施者の判断でご記入ください</p>			
<p>< 障害高齢者の日常生活自立度 ></p> <p>該当する項目に○をつける。</p> <p>自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2</p>		<p>< 認知症高齢者の日常生活自立度 ></p> <p>該当する項目に○をつける。</p> <p>自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M</p>	
<p>医療情報(現病歴・既往歴)</p>			
年月	病名	経過	治療中の場合は内容
<p>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。</p>	<p>主治医意見書が無い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。</p> <p>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。</p>	治療中	<p>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。</p> <p>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。</p>
		経観中	
		治療中	
		経観中	
		治療中	
年 月		経観中	
年 月		治療中	
年 月		経観中	
入院歴: あり・なし	(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。
<p>家族構成</p>		<p>住環境</p>	
<p>独居・同居</p> <p>該当する項目に○をつける。</p>	<p>一戸建て・集合住宅(浴室: あり・なし)</p>		<p>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</p>
<p>本人の意向、本人の望む生活</p>		<p>今回の申請に至った経緯</p>	
<p>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。</p> <p>表面の課題分析の結果と併せてプラン作成に活用する。</p>		<p>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。</p>	

※事務処理欄

介護予防支援・介護予防ケアマネジメント A・B・C 共通様式 帳票

- 興味・関心チェックシート
- 利用者基本情報(任意様式)
- 介護予防・介護予防ケアマネジメント経過記録 E 表
(任意様式)

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)

