

通所型サービス(予防デイ、元気デイ)の様式例について

介護予防・生活支援サービス事業の通所型サービス(予防デイ、元気デイ)において使用する様式を作成しました。

なお、この様式は、標準様式例として作成したものであり、当該様式以外の様式の使用を拘束する趣旨のものではありません。

■様式の構成

様式1	介護予防・生活支援サービス事業(通所型サービス) 利用者基本情報
様式2	通所型サービス アセスメント表 1-2
様式3	通所型サービス アセスメント表 2-2
様式4	通所型サービス計画書(1枚目)
様式5	通所型サービス計画書(2枚目)
様式6	通所型サービス計画の実施状況報告書

■各様式の記載について(ポイント)

様式1	利用者基本情報については、担当の介護支援専門員等から情報提供を受けた内容の転記でかまいません。
様式2	全て記載する必要はなく、通所型サービス事業所においてアセスメントが必要な項目のみ記載してください。家族等から支援を受けており自分で行っていない場合等は空欄でかまいません。
様式3	項番がふられている各チェック項目は、介護支援専門員等が使用するアセスメントツールと同じ内容になっています。そのため、初回のチェックについては、担当の介護支援専門員等から情報提供を受けた内容の転記でかまいません。
様式4	アセスメントで把握した利用者の居宅での生活状況を踏まえ、ICFの視点から目標や支援内容を記載します。
様式5	栄養や口腔面で留意すべきことや改善点がないかどうかを確認し記載します。モニタリング・評価については通所型サービス計画の実施状況の把握として計画期間終了後に記載し、利用者及び家族に説明後、次の計画へ繋げます。特に、他事業所との連携を意識して記載します。
様式6	少なくとも1月に1回は、通所型サービス計画に係る当該利用者に対するサービスの提供状況や利用者の状態について、担当の介護支援専門員等に報告します。

通所型サービス 利用者基本情報

記入日 年 月 日
 記入者

基本情報

利用者基本情報は担当の介護支援専門員等からの情報提供をもとに記載してよい。(転記可)

ふりがな			生年月日	
利用者氏名			M・T・S	年 月 日
住所	〒		電話番号	
世帯類型	1. 同居 2. 日中独居 3. 高齢者夫婦 4. 独居	区分	申請中 要支援 1・2	事業対象者
緊急連絡先	氏名	本人との続柄	住所	電話番号
①				
②				

交流

1. 事業所以外に週に1回以上外出している	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
2. 主な外出先と頻度	<input type="checkbox"/> 校区外 <input type="checkbox"/> 校区内 <input type="checkbox"/> 近所のみ 頻度(回/週・月) 主な外出先()
3. 地域活動への参加	<input type="checkbox"/> 参加あり <input type="checkbox"/> 以前はあったが今はない <input type="checkbox"/> 参加なし
4. 趣味活動	<input type="checkbox"/> 趣味活動がある <input type="checkbox"/> 趣味活動はあるが今はしていない <input type="checkbox"/> 趣味がない
特記事項	

認知面

認知症高齢者の日常生活自立度	自立 I II III IV M	特記事項
問題行動	なし 徘徊 妄想 介護拒否 異食 その他()	
1. 会話がまとまらない	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
2. 物忘れがある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
3. 自分の意思を伝えることができる	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> できるが配慮が必要 <input type="checkbox"/> できない	

栄養

1. 食事の回数	回/日 (規則的 不規則的)
2. 食事制限がある場合	<input type="checkbox"/> 実行できている <input type="checkbox"/> 実行できていない 制限の内容(カロリー(糖分) 塩分 蛋白質 その他
特記事項	

口腔

義歯	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり()) <input type="checkbox"/> 無
1. 固いものの食べにくさがある	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 特記事項
2. むせることがある	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
3. 口の渇きや口臭が気になる	<input type="checkbox"/> ある

状態が変わった場合等はいつの時点で変わったのかを明記し担当の介護支援専門員等に情報提供を行う。

既往歴・疾病

発症時期	
平成 年 月 日	
平成 年 月 日	
平成 年 月 日	

例)
平成28年5月30日追記
口の渇きが気になるようになったと本人から聞き取る。

服薬・点眼・点滴

支援を受ける原因になった主要な病気を3つまで挙げる。

主治医①	医療機関名	医師名	<TEL>
主治医②	医療機関名	医師名	<TEL>

通所型サービス アセスメント表 1-2

利用者氏名

④

① 基本動作	1. 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
	2. 背もたれなしで座る	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 背もたれがあればできる <input type="checkbox"/> できない
	3. 座位から立位になる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない
	4. 立位保持ができる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない
	5. ベッドから椅子に移ることができる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない
	【できない場合の考えられる原因・解決すべき課題】	
	【事業所でサービス提供した場合の改善の見込み】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 維持	

①

各項目をアセスメントしチェックを入れる。
 家族等から支援を受けており、自分で行っていない場合は空欄でよい。
 初回のチェックは担当の介護支援専門員等による2次アセスメントツールの内容の転記でよい。

②

①で「できる」以外にチェックが入った場合で、事業所としてアセスメントする必要がある場合に記載する。
 2次アセスメントツールの「できない場合考えられる原因」を参考にする。

③

①で「できる」以外にチェックが入った場合で、事業所としてアセスメントする必要がある場合に記載する。
 事業所でサービスを提供することで、自立に向けた改善が見込まれる場合には、「あり」にチェックを入れる。
 改善までは見込めないが状態を維持できると考えられる場合には「維持」にチェックを入れる。
 記載欄は、2次アセスメントツールの「支援の方向性」を参考にする。

④

①～③のアセスメントの結果、事業所で支援が必要な項目のみチェックを入れる。ここにチェックが入った項目が通所型サービス計画に位置付けられる。

歩行	1. 屋内歩行ができる	<input type="checkbox"/> 自立して歩く	<input type="checkbox"/> 杖・歩行器を使用して歩く	<input type="checkbox"/> 一人ではできない
	2. 屋外歩行ができる	<input type="checkbox"/> 自立して歩く	<input type="checkbox"/> 杖・歩行器を使用して歩く	<input type="checkbox"/> 一人ではできない
	3. 継続して歩ける時間	<input type="checkbox"/> 15分以下	<input type="checkbox"/> 15分以上	
	【できない場合の考えられる原因・解決すべき課題】			
	【事業所でサービス提供した場合の改善の見込み】 <input type="checkbox"/>			

状態が変わった場合等はいつの時点で変わったのかを明記し、担当の介護支援専門員等に情報提供を行う。
 例)平成29年5月30日
 15分以上継続して歩けるようになった。

外出	1. バスや電車で1人で外出できる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守りがあればできる	<input type="checkbox"/> できない	
	2. 事業所までの移動手段	<input type="checkbox"/> 事業所による送迎	<input type="checkbox"/> 家族による送迎	<input type="checkbox"/> 徒歩	<input type="checkbox"/> その他
	3. 階段を手すりや壁をつたわずに昇ることができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> つかまればできる	<input type="checkbox"/> できない	
	【できない場合の考えられる原因・解決すべき課題】				
	【事業所でサービス提供した場合の改善の見込み】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 維持				

入浴	1. 入浴を1人でできる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
	2. 浴室内を移動できる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る <input type="checkbox"/> できない
	3. 身体を洗う	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る <input type="checkbox"/> できない
	4. 浴槽に入れる、浴槽から出る	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る <input type="checkbox"/> できない
	5. 身体を拭く	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る <input type="checkbox"/> できない
	6. 髪を洗う	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る <input type="checkbox"/> できない
	【できない場合の考えられる原因・解決すべき課題】		
	【事業所でサービス提供した場合の改善の見込み】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 維持		

排泄	1. 排泄が1人でできる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
	2. 後始末をする(拭き取る)	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る <input type="checkbox"/> できない
	【できない場合の考えられる原因・解決すべき課題】		
	【事業所でサービス提供した場合の改善の見込み】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 維持		

整容・更衣	1. 整容が1人でできる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
	2. 髪や髭の手入れができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る <input type="checkbox"/> できない
	3. 歯磨きができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る <input type="checkbox"/> できない
	4. 自分で衣服の着脱ができる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る <input type="checkbox"/> できない
	【できない場合の考えられる原因・解決すべき課題】		
	【事業所でサービス提供した場合の改善の見込み】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 維持		

通所型サービス アセスメント表 2-2

利用者氏名 _____

調理	①	1-1. メニューを考える 1-2. 必要な食材・調味料を準備する 1-3. 自分で食事の支度をし、片付けができる	□できる □少しの支援で出来る □できない □できる □少しの支援で出来る □できない □できる □少しの支援で出来る □できない
	②	調理をしていない場合の考えられる原因	③ 本人・家族の希望
	④	事業所での支援の必要性及び方法	
	⑤	2-1. 洗濯機等を利用し、洗濯を行う 2-2. 洗濯物を干して取り込んでいる	□できる □少しの支援で出来る □できない □できる □少しの支援で出来る □できない
洗濯		洗濯をしていない場合の考えられる原因	本人・家族の希望
		事業所での支援の必要性及び方法	
	⑤	3-1. 掃除機を使って掃除ができる 3-2. 雑巾を絞って拭くことができる 3-3. 水廻りの掃除ができる 3-4. 部屋のゴミを集め収集所まで持って行くことができる	□できる □少しの支援で出来る □できない □できる □少しの支援で出来る □できない □できる □少しの支援で出来る □できない □できる □少しの支援で出来る □できない
掃除		掃除をしていない場合の考えられる原因	本人・家族の希望
		事業所での支援の必要性及び方法	
	⑤	4-1. 日用品の買物をしている 4-2. お店まで移動する 4-3. 必要な品物をカゴ・カートに入れる 4-4. 代金の支払ができる 4-5. 買った物を持って帰る	□はい □いいえ □できる □少しの支援で出来る □できない □できる □少しの支援で出来る □できない □できる □少しの支援で出来る □できない □できる □少しの支援で出来る □できない
買物		買物ができない場合の考えられる原因	本人・家族の希望
		事業所での支援の必要性及び方法	

① 各項目をアセスメントしチェックを入れる。
家族等から支援を受けており、自分で行っていない場合は空欄でよい。
初回のチェックは担当の介護支援専門員等による2次アセスメント

② ①で「できる」以外にチェックが入った場合で、事業所としてアセスメントする必要がある場合に記載する。

③ ①で「できる」以外にチェックが入った場合で、事業所としてアセスメントする必要がある場合に記載する。2次アセスメントツールの「できない場合考えられる原因」を参考にする。

④ ①で「できる」以外にチェックが入った場合に記載する。
利用者の居宅での生活を確認したうえで、生活機能の維持・向上のために事業所としてどのような支援が必要なのかを記載する。
特に、訪問型サービスを利用している場合等は、他のサービス事業所との連携も意識して記載

⑤ ①～④のアセスメントの結果、事業所で支援が必要な項目のみチェックを入れる。ここにチェックが入った項目が通所型サービス計画に位置付けられる。

⑥ 居宅で本人が取り組んでいる体操や趣味活動等を記載する。

⑥ ■居宅で本人が取り組んでいること

通所型サービス計画書

利用者氏名	(男・女)	生年月日	作成者										
② 申請中・要支援 1・2 事業対象者		① 有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日										
③ (予防デイ・元気デイ・併用)		計画期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日										
家族及び本人の意向													
介護予防・生活支援サービス事業・支援計画書													
④ 目標①													
目標②													
通所型サービス計画書													
⑤ 目標①													
目標②													
【目標達成のために取り組むこと】													
心身機能		活動	参加										
⑥													
【目標達成のために支援する内容】													
⑦ 項目	⑧ 支援内容		⑨ 留意点										
⑦													
⑧													
⑨													
【送迎方法】													
迎え	有・無	送り	⑩ 有・無										
無の場合の交通手段													
送迎に関する留意事項													
【報酬算定及び週間予定表】													
曜日	利用	提供時間	算定区分 (元気デイのみ)	食事	入浴	送迎	栄養	口腔	外出	レク	機能訓練 (全体)	機能訓練 (個別)	その他
	予防・元気	: ~ :	時間以上 時間未満										
	予防・元気	: ~ :	時間以上 時間未満										
	予防・元気	: ~ :	時間以上 時間未満										
【加算】				【実施場所】									
選択的サービス複数実施加算			生活機能向上グループ活動加算	元気デイのみ		□ 本体事業所							
運動器機能向上加算	栄養改善加算	口腔機能向上加算		口腔ケア加算	⑫ □ サテライト								
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無									

① 要支援1・2の利用者は記

② 要支援1及び事業対象者については予防デイと元気デイの併用は不可。そのため、併用に○がつくのは、要支援2の場合のみ。

③ 担当の介護支援専門員等が把握した意向を転記するのではなく、事業所として利用者及び家族の意向を聞き取り

④ 介護予防・生活支援サービス事業・支援計画書の通所型サービスにおける「目標」を2つまで転記する。

⑤ ④の目標をもとに、事業所としての目標を2つまで挙げる。④の目標をより具体的にした目標を設定する。

⑥ 目標達成のために本人が取り組む内容を記載する。体の働きや精神の働きである「心身機能」、ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」といった生活機能の維持・向上を図るために、ICFの視点から記載する。本人が取り組む内容であるため、「～しましょう」といった

⑦ ⑪に掲げる項目のうち、「栄養」「口腔」を除き、特に目標達成のために必要な項目を選択し記載する。

⑧ 目標達成のために事業所が支援する内容を記載する。⑥の本人が取り組む内容との連動性を意識する。

⑨ 医療やリハビリ面での注意事項がある場合にはこの欄に記載する。

⑩ 通所型サービスの利用後、ボランティアや自主活動等に参加し送迎を行う場合には、その旨を記載する。

⑪ 提供するサービスに○をする。

⑫ サテライトにチェックが入った場合の実施場所を記載する。

【栄養・口腔に関する目標と支援内容】

	① 目標	支援内容
栄養		
口腔		

上記の計画について説明を受け、実施することに同意します

平成 年 月 日

事業所名 _____

利用者氏名 _____ 印

説明者 _____

代理人氏名 _____ 印

① 栄養や口腔面で課題があるにもかかわらず支援がなされていない現状がある。
 栄養と口腔面での改善すべき課題がある場合には事業所においても改善目標を掲げ支援内容を記載する。

② サービスが計画どおりどれくらい実施できているのかを10段階で評価する。
 本人の主観だけでなく、サービスの提供状況をもとに評価する。

③ 通所型サービス計画の目標の達成度を10段階で評価する。

④ 通所型サービスでのサービスや目標の達成状況に対して、利用者及び家族がどれくらい満足しているかを10段階で評価する。

⑤ 通所型サービス計画の実施状況の把握のために、サービスの提供状況や利用者の状態等を踏まえ、それぞれ具体的な内容を記載する。

⑥ ②～⑤を踏まえ、今後の支援の方針や、通所型サービス計画の変更の必要性について記載する。

⑦ 他事業所と連携すべき内容を記載する。自立に向けた取り組みが事業所間で連携して行えるように意識して記載する。

モニタリング・評価

① サービスの実施状況

② 未実施 _____ ⑤ _____ ⑩ 実施

② 目標の達成度

③ 未達成 _____ ⑩ 達成

③ 利用者及び家族の満足度

④ 不満足 _____ ⑩ 満足

④ 今後の方針・計画変更の必要性等

⑥ _____

⑤ 他事業所との連携

⑦ _____

⑤ 計画期間終了後にモニタリング・評価を行い、記載する。

上記の評価について説明を受けました

平成 年 月 日

説明者 _____

氏名 _____ 印

通所型サービス計画の実施状況報告書

利用者氏名

【 年 月分】

毎月担当の介護支援専門員等へ実施状況報告を提出する。

■サービスの提供状況

■利用者の状態（利用者の心身の状況及び心身の状況の変化等）

【地域包括支援センター確認印】
平成 年 月 日

【 年 月分】

■サービスの提供状況

■利用者の状態（利用者の心身の状況及び心身の状況の変化等）

【地域包括支援センター確認印】
平成 年 月 日

【 年 月分】

■サービスの提供状況

■利用者の状態（利用者の心身の状況及び心身の状況の変化等）

【地域包括支援センター確認印】
平成 年 月 日

通所型サービス 利用者基本情報

記入日 平成29年3月25日

記入者 保険 花子

基本情報

フリガナ	クルメ ハナコ	性別	年齢	生年月日
利用者氏名	久留米 花子	女	81歳	M・T・ ㊟ 10年 3月 3日
住所	〒830-*** 久留米市A町	電話番号	**-****	
世帯類型	1. 同居 2. 日中独居 3. 高齢者夫婦 (4) 独居	区分	申請中 (要支援) ・ 2 事業対象者	
緊急連絡先	氏名	本人との続柄	住所	電話番号
①	久留米 太郎	長男	久留米市B町	****-*****
②	久留米 梅子	長男の妻	久留米市B町	****-*****

交流

1. 事業所以外に週に1回以上外出している	<input checked="" type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
2. 主な外出先と頻度	<input type="checkbox"/> 校区外 <input type="checkbox"/> 校区内 <input checked="" type="checkbox"/> 近所のみ 頻度(1回/ (週) ・月) 主な外出先()
3. 地域活動への参加	<input type="checkbox"/> 参加あり <input checked="" type="checkbox"/> 以前はあったが今はない <input type="checkbox"/> 参加なし
4. 趣味活動	<input type="checkbox"/> 趣味活動がある <input checked="" type="checkbox"/> 趣味活動はあるが今はしていない <input type="checkbox"/> 趣味がない
特記事項	地元の同級生との交流があり、毎年温泉で同窓会をしていたが最近行かなくなった。今は電話で話す程度。地区の老人会に入っていたが2年ほど前から足腰が弱くなり、集まりに参加しなくなった。

認知面

認知症高齢者の日常生活自立度	(自立) I II III IV M	特記事項
問題行動	(なし) 徘徊 妄想 介護拒否 異食 その他()	特になし
1. 会話がまとまらない	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
2. 物忘れがある	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
3. 自分の意思を伝えることができる	<input checked="" type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> できるが配慮が必要 <input type="checkbox"/> できない	

栄養

1. 食事の回数	3回/日 ((規則的) 不規則的)
2. 食事制限がある場合	<input type="checkbox"/> 実行できている <input checked="" type="checkbox"/> 実行できていない 制限の内容(カロリー(糖分) (塩分) 蛋白質 その他)
特記事項	最近息子が食事のことを心配し、週5回(夕食のみ)宅配食をとるようになった。減塩は意識する必要がある。

口腔

義歯	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 問題あり(入れ歯がぐらつく時がある)) <input type="checkbox"/> 無	
1. 固いものの食べにくさがある	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	特記事項
2. むせることがある	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	歯茎が痩せて入れ歯があてていない。歯科受診も出来ていない。
3. 口の渇きや口臭が気になる	<input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない	

既往歴・疾病

発症時期	疾患名	特記事項
平成13年3月 日	変形性腰椎症、変形性膝関節症	腰や膝の痛み。特に屈むときに痛む。
平成13年3月 日	骨粗しょう症	
平成23年7月 日	高血圧症	

服薬・点眼・点鼻薬

〇〇薬	特記事項 痛みが強い時に痛み止めを飲んでる。
主治医① 医療機関名 〇〇病院	医師名 △△医師 <TEL> ** - ****
主治医② 医療機関名 □□クリニック	医師名 □□医師 <TEL> ** - ****

通所型サービス アセスメント表 1-2

利用者氏名 久留米 花子

基本動作	1. 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がる	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> できない
	2. 背もたれなしで座る	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> 背もたれがあればできる <input type="checkbox"/> できない
	3. 座位から立位になる	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない
	4. 立位保持ができる	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない
	5. ベッドから椅子に移ることができる	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない
	【できない場合の考えられる原因・解決すべき課題】 変形性腰椎症や膝関節症による痛みがあり、あらゆる動作に支障を来している。痛みによって活動、参加に支障を来しており、さらに筋力や体力が低下し転倒、骨折の恐れがある。		
	【事業所でサービス提供した場合の改善の見込み】 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 維持 膝や腰部の筋力をつけ、歩行や動作時のアドバイスを行うことで活動量を増やす。また、痛みへの対応方法をアドバイスし、痛みとの付き合い方を身に付けていく。		

歩行	1. 屋内歩行ができる	<input type="checkbox"/> 自立して歩く	<input checked="" type="checkbox"/> 杖・歩行器を使用して歩く	<input type="checkbox"/> 一人ではできない
	2. 屋外歩行ができる	<input type="checkbox"/> 自立して歩く	<input checked="" type="checkbox"/> 杖・歩行器を使用して歩く	<input type="checkbox"/> 一人ではできない
	3. 継続して歩ける時間	<input checked="" type="checkbox"/> 15分以下	<input type="checkbox"/> 15分以上	
	【できない場合の考えられる原因・解決すべき課題】 変形性腰椎症や膝関節症により歩行時に痛みが生じ、活動範囲が狭くなっている。			
	【事業所でサービス提供した場合の改善の見込み】 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 維持 屋外屋内での移動についてアドバイスし、歩行時に生じた痛みへの対応ができるようになる。			

外出	1. バスや電車で1人で外出できる	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守りがあればできる	<input checked="" type="checkbox"/> できない
	2. 事業所までの移動手段	<input checked="" type="checkbox"/> 事業所による送迎 <input type="checkbox"/> 家族による送迎 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他		
	3. 階段を手すりや壁をつたわずに昇ることができる	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> つかまればできる	<input type="checkbox"/> できない
	【できない場合の考えられる原因・解決すべき課題】 変形性腰椎症や膝関節症による痛みにより、外出の機会が減っている。外出中に生じた痛みへの対応ができるように支援する。			
	【事業所でサービス提供した場合の改善の見込み】 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 維持 目的地まで歩くことや諦めていた活動を再開できるようになる。			

入浴	1. 入浴を1人でできる	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
	2. 浴室内を移動できる	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る <input type="checkbox"/> できない
	3. 身体を洗う	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る <input type="checkbox"/> できない
	4. 浴槽に入れる、浴槽から出る	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る <input type="checkbox"/> できない
	5. 身体を拭く	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る <input type="checkbox"/> できない
	6. 髪を洗う	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る <input type="checkbox"/> できない
	【できない場合の考えられる原因・解決すべき課題】		
	【事業所でサービス提供した場合の改善の見込み】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 維持		

排泄	1. 排泄が1人でできる	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
	2. 後始末をする(拭き取る)	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る <input type="checkbox"/> できない
	【できない場合の考えられる原因・解決すべき課題】		
	【事業所でサービス提供した場合の改善の見込み】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 維持		

整容・更衣	1. 整容が1人でできる	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
	2. 髪や髭の手入れができる	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る <input type="checkbox"/> できない
	3. 歯磨きができる	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る <input type="checkbox"/> できない
	4. 自分で衣服の着脱ができる	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 少しの支援で出来る <input type="checkbox"/> できない
	【できない場合の考えられる原因・解決すべき課題】		
	【事業所でサービス提供した場合の改善の見込み】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 維持		

通所型サービス アセスメント表 2-2

利用者氏名 久留米 花子

調理	<input checked="" type="checkbox"/> 1-1. メニューを考える 1-2. 必要な食材・調味料を準備する 1-3. 自分で食事の支度をし、片付けができる	■できる □少しの支援で出来る □できない □できる ■少しの支援で出来る □できない □できる ■少しの支援で出来る □できない
	調理をしていない場合の考えられる原因 腰や膝の痛みがあり、長い時間調理場に立てない。	本人・家族の希望 (本人)できないところだけ手伝ってもらえば、あとは自分でしたい。 (息子)家族として必要なことがあれば手伝う。
	事業所での支援の必要性及び方法 料理を作りたいという本人の希望があるため、自宅環境に応じた調理時の姿勢等、膝や腰に負担のかからない方法をアドバイスする。また、自宅での調理方法等については、訪問型サービス事業所と連携し、本人の状態を確認しながら助言を行う。	
洗濯	<input type="checkbox"/> 2-1. 洗濯機等を利用し、洗濯を行う 2-2. 洗濯物を干して取り込んでいる	■できる □少しの支援で出来る □できない □できる ■少しの支援で出来る □できない
	洗濯をしていない場合の考えられる原因	本人・家族の希望
	事業所での支援の必要性及び方法	
掃除	<input checked="" type="checkbox"/> 3-1. 掃除機を使って掃除ができる 3-2. 雑巾を絞って拭くことができる 3-3. 水廻りの掃除ができる 3-4. 部屋のゴミを集め収集所まで持っていくことができる	□できる □少しの支援で出来る ■できない □できる ■少しの支援で出来る □できない □できる □少しの支援で出来る ■できない □できる □少しの支援で出来る ■できない
	掃除をしていない場合の考えられる原因 膝や腰の痛みがあり屈む動作ができない。	本人・家族の希望 (本人)できないところだけ手伝ってもらえば、あとは自分でしたい。 (息子)家族として必要なことがあれば手伝う。
	事業所での支援の必要性及び方法 屈んで行う掃除、特に拭き掃除や水廻りの掃除に支障を来たしている。膝や腰に負担がかからず、痛みの増悪を招かない方法をアドバイスする。また、訪問型サービス事業所において、自宅環境に応じ、道具を工夫したやり方を提案するとのことなので、事業所においても同様の動作の習得が出来るよう支援する。	
買物	<input type="checkbox"/> 4-1. 日用品の買物をしている 4-2. お店まで移動する 4-3. 必要な品物をカゴ・カートに入れる 4-4. 代金の支払ができる 4-5. 買った物を持って帰る	■はい □いいえ □できる ■少しの支援で出来る □できない ■できる □少しの支援で出来る □できない ■できる □少しの支援で出来る □できない □できる ■少しの支援で出来る □できない
	買物ができない場合の考えられる原因	本人・家族の希望
	事業所での支援の必要性及び方法	

■居宅で本人が取り組んでいること

特になし。

通所型サービス計画書

利用者氏名	久留米 花子 (男・ <input checked="" type="radio"/> 女)	生年月日	昭和10年 3月 3日	作成者	保険 花子
区分	申請中・ <input checked="" type="radio"/> 要支援①・2 事業対象者	有効期間	平成29年4月1日 ~ 平成30年1月31日		
	(<input checked="" type="radio"/> 予防デイ <input checked="" type="radio"/> 元気デイ・併用)	計画期間	平成29年4月1日 ~ 平成29年9月30日		
家族及び本人の意向	膝や腰が痛くてできないことが増え、外に出ることも少なくなってきた。できることは自分で行き、以前のように友人と出かけた。				
介護予防・生活支援サービス事業・支援計画書					
目標①	義歯の調整を行い支障なく食事を摂ることができる				
目標②	歩行時に生じた痛みへの対応ができる				
通所型サービス計画書					
目標①	自宅でもできる口腔体操の方法を身につける				
目標②	400メートル先の地域の集会所まで歩けるようになる				

【目標達成のために取り組むこと】

心身機能	活動	参加
膝や腰の負担を軽減するために、体重増加を防ぎ、筋力をつけるための運動を行います。	自宅で家事を行うことで活動量を増やしましょう。また、屋外歩行時の痛みへの対処方法や杖の正しい使い方を身につけましょう。	以前行っていた老人会や同窓会に行けるように、まずは地域の集会所まで移動できるように活動しましょう。

【目標達成のために支援する内容】

項目	支援内容	留意点
機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・コンビニ(100メートル先)や集会所(400メートル先)等、本人の環境にあった屋外歩行能力を身につけることができるように支援する。 ・痛みを考慮した家事動作の方法をアドバイスする。 	腰痛があるので、痛いときは無理をしないよう声かけする

【送迎方法】

迎え	<input checked="" type="radio"/> 有・無	送り	<input checked="" type="radio"/> 有・無	無の場合の交通手段
送迎に関する留意事項				

【報酬算定及び週間予定表】

曜日	利用	提供時間	算定区分 (元気デイのみ)	食事	入浴	送迎	栄養	口腔	外出	レク	機能訓練 (全体)	機能訓練 (個別)	その他
月	予防・ <input checked="" type="radio"/> 元気	9:30~12:30	2 時間以上 3 時間未満			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
木	予防・ <input checked="" type="radio"/> 元気	9:30~12:30	2 時間以上 3 時間未満			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	予防・元気	: ~ :	時間以上 時間未満										

【加算】

選択的サービス複数実施加算			生活機能向上グループ活動加算	元気デイのみ	
運動器機能向上加算	栄養改善加算	口腔機能向上加算		口腔ケア加算	
<input checked="" type="radio"/> 有・無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input checked="" type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有・無	

【実施場所】

<input checked="" type="checkbox"/> 本体事業所
<input type="checkbox"/> サテライト

【栄養・口腔に関する目標と支援内容】

	目標	支援内容
栄養	間食を減らし、減塩を意識したバランスの良い食事をとる。	食生活や食事の内容を報告してもらい、栄養バランスのとれた食事ができているか確認する。事業所でのおやつも低カロリーなものを提供する。
口腔	歯科受診し、入れ歯の調整をする。 口腔ケアや口腔体操を続けて行う。柔らかい食事ばかりでなく、お肉等のたんぱく質も食べる。	自宅での口腔体操、口腔ケアの実施状況を確認し、正しいやり方を習得してもらう。

上記の計画について説明を受け、実施することに同意します

平成29年3月25日

事業所名 **元気デイ

利用者氏名 久留米 花子 印

説明者 保険 花子

代理人氏名 久留米 太郎（続柄）長男 印

モニタリング・評価

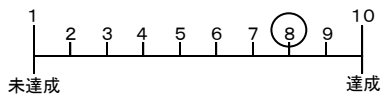
評価者 保険 花子
 評価実施日 平成 29年9月10日

①サービスの実施状況



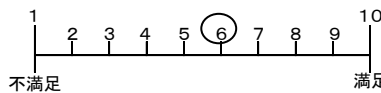
（ 予定通り実施できている。 ）

②目標の達成度



（ 集会所までの移動工程を確認し、杖の使い方や痛みが生じる前に休憩を入れるなど、目的地まで移動できる歩行能力を身につけてきている。
 口腔ケアも十分に実施できており、栄養バランスも偏らずに食事摂取できている。 ）

③利用者及び家族の満足度



（ 痛みを感じながらの生活には不安が残っている。1人での外出はまだできないため、友人との外出等、以前のような地域との交流はまだできていない。 ）

④今後の方針・計画変更の必要性等

（ 自宅でもできる家事や運動を続けながら友人と一緒に地域の集まりの場に参加し、役割を見出すことが必要と考える。 ）

⑤他事業所との連携

（ 掃除や調理といった自宅での家事動作について、痛みの増悪を招かないやり方を習得できている。元気ヘル ）

上記の評価について説明を受けました

平成29年9月30日

説明者 保険 花子

氏名 久留米 花子 印

通所型サービス計画の実施状況報告書

利用者氏名 久留米 花子

【平成29年4月分】

■サービスの提供状況

デイサービスには休まずに通われています。口腔体操のやり方やケアの方法も習得されています。歩行に関しては、痛みを感じる前に休みながら歩き、杖を正しく使う方法を助言しています。

■利用者の状態（利用者の心身の状況及び心身の状況の変化等）

環境にも慣れ始め口腔体操や運動を楽しく実施できています。自宅での口腔体操も毎日行っているとのこと。外出することに関しても前向きになり、杖の正しい使い方や歩行姿勢について気にかけるようになったようです。栄養面に関しても、食事への満足感が高まり、間食が減ってきています。

【地域包括支援センター確認印】

平成 年 月 日

【 年 月分】

■サービスの提供状況

■利用者の状態（利用者の心身の状況及び心身の状況の変化等）

【地域包括支援センター確認印】

平成 年 月 日

【 年 月分】

■サービスの提供状況

■利用者の状態（利用者の心身の状況及び心身の状況の変化等）

【地域包括支援センター確認印】

平成 年 月 日