

鹿児島市運動型通所介護サービス提供の手引き

1. サービス利用、サービス提供の流れ一覧 P1~2
利用者、地域包括支援センター、指定事業者ごとの一覧
2. 地域包括支援センター、指定事業者のサービス
提供の流れについて P3~6
3. 指定事業者のサービス実施内容について P7~10
4. アセスメント表〈運動型通所介護サービス〉 P11~15
アセスメント表、別紙ADL・IADL評価

サービス利用、サービス提供の流れ一覧

利用者	地域包括支援センター	指定事業者
<p>1 利用申込み・契約の締結</p> <p>介護保険被保険者証、介護保険負担割合証を提示</p> <p>介護予防支援サービス利用契約書・重要事項同意署名</p> <p>個人情報保護法に基づく公表事項等に関する同意書の同意署名</p> <p>介護予防サービス計画作成依頼届書を記入</p> <p>2 アセスメントの実施</p> <p>4 サービス担当者会議</p> <p>介護予防ケアプランの共通認識、検討</p> <p>介護保険被保険者証、介護保険負担割合証を提示</p> <p>5 介護予防ケアプランの同意</p> <p>介護予防ケアプランへの同意署名</p> <p>6 介護予防ケアプランの確定・受取</p> <p>介護予防ケアプラン(写)受取</p> <p>7 契約の締結</p> <p>重要事項説明書、個人情報利用同意書への同意署名</p> <p>契約書 締結、保管</p> <p>8 サービス利用</p> <p>①事前アセスメント</p> <p>アセスメント表作成 (生活機能チェック表、体力測定等の実施)</p> <p>②支援計画の同意</p> <p>支援計画への同意署名</p> <p>③支援計画の受取</p> <p>支援計画(写)受取</p> <p>④健康チェック(毎回)</p> <p>健康状態をチェック</p> <p>⑤サービスの利用</p> <p>介護予防ケアプラン、支援計画に沿ったサービス利用</p>	<p>1 利用申込みの受付・契約の締結</p> <p>介護保険被保険者証、介護保険負担割合証の確認</p> <p>介護予防支援サービス利用契約書・重要事項の説明、交付</p> <p>個人情報保護法に基づく公表事項等に関する同意書の説明</p> <p>介護予防サービス計画作成依頼届書を鹿児島市介護保険課へ提出</p> <p>2 アセスメントの実施</p> <p>3 介護予防ケアプラン(案)の作成</p> <p>4 サービス担当者会議</p> <p>介護予防ケアプランの共通認識、検討</p> <p>最終決定</p> <p>5 介護予防ケアプランの説明</p> <p>6 介護予防ケアプランの確定・交付</p> <p>介護予防ケアプラン(写)交付</p> <p>③支援計画等の受取</p> <p>支援計画(写)、アセスメント表(写)受取</p>	<p>4 サービス担当者会議</p> <p>介護予防ケアプランの共通認識、検討</p> <p>介護保険被保険者証、介護保険負担割合証の確認</p> <p>6 介護予防ケアプランの確定・受取</p> <p>介護予防ケアプラン(写)受取</p> <p>7 契約の締結</p> <p>運営規程について説明</p> <p>重要事項説明書、個人情報利用同意書について説明</p> <p>契約書 締結、保管</p> <p>8 サービス実施</p> <p>①事前アセスメント</p> <p>アセスメント表作成 (生活機能チェック表、体力測定等の実施)</p> <p>②支援計画の作成</p> <p>支援計画の作成</p> <p>③支援計画等の交付</p> <p>支援計画(写)、アセスメント表(写)交付</p> <p>④健康チェック(毎回)</p> <p>健康状態をチェック</p> <p>⑤サービスの提供</p> <p>介護予防ケアプラン、支援計画に沿ったサービス提供</p> <p>⑥サービス提供記録</p> <p>サービスの提供内容を記録</p>

利用者	地域包括支援センター	指定事業者
<p>⑨中間アセスメント 3ヶ月ごとにアセスメント表作成 (生活機能チェック表、体力測定等の実施) アセスメント表(写)受取</p> <p>⑩事後アセスメント サービス提供終了日までに アセスメント表作成 (生活機能チェック表、体力測定等の実施) アセスメント表(写)受取</p> <p>⑨評価 サービス提供終了後、利用者宅での面接</p> <p>10利用期間満了</p>	<p>⑦指定事業者からの報告聴取 1ヶ月に1回以上、サービス提供状況を 指定事業者より聴取</p> <p>⑧モニタリング(1ヶ月ごと) 1ヶ月に1回以上、指定事業者への訪問や 利用者への電話等 モニタリング結果を記録</p> <p>⑨中間アセスメント アセスメント表(写)受取</p> <p>⑩モニタリング(3ヶ月ごと) 3ヶ月に1回以上、利用者宅での面接 モニタリング結果を記録</p> <p>⑪事後アセスメント アセスメント表(写)受取</p> <p>⑨評価 サービス提供終了後、利用者宅での面接 評価結果を記録</p> <p>10利用期間満了</p>	<p>⑦状況報告(モニタリング) 1ヶ月に1回以上、サービス提供状況を 地域包括支援センターへ報告</p> <p>⑨中間アセスメント 3ヶ月ごとにアセスメント表作成 (生活機能チェック表、体力測定等の実施) アセスメント表(写)交付</p> <p>⑪事後アセスメント サービス提供終了日までに アセスメント表作成 (生活機能チェック表、体力測定等の実施) アセスメント表(写)交付</p> <p>10利用期間満了</p>
毎月の給付管理、利用料の請求、支払、受領について		
<p>12利用料の支払 ・利用料の支払 (支払期日は各指定事業者の指定日まで)</p>	<p>11給付管理 給付管理表、給付管理総括表、介護予防給付費 明細書を作成し、本部へ提出 本部より鹿児島県国民健康保険団体連合会へ 翌月10日まで</p>	<p>12利用料の請求 ・利用料請求 ※サービス提供月の翌月10日までに 鹿児島県国民健康保険団体連合会に請求</p> <p>13利用料の受領 ・審査結果の受取 ※サービス提供月の翌月末日 ・支払通知の受取 ※サービス提供月の翌々月20日頃 ・利用料の受領 ※サービス提供月の翌々月末日</p>

地域包括支援センター、指定事業者のサービス提供の流れについて

1 地域包括支援センター

(1) 利用申込みの受付・契約締結

- ・利用者の介護保険被保険者証、介護保険負担割合証の確認をします。
- ・利用者に介護予防支援サービス利用契約書・重要事項説明書の説明、同意（同意欄の署名捺印）を得た上で交付します。
- ・利用者に個人情報保護法に基づく公表事項等に関する同意書の説明及び同意（同意欄の署名捺印）を得ます。
- ・利用者に介護予防サービス計画作成依頼届書を記入してもらい、鹿児島市介護保険課（保険者）へ提出します。

(2) アセスメントの実施

利用者の介護予防サービス・支援計画書（以下、「介護予防ケアプラン」という。）を作成する際は、利用者から同意（同意欄への署名）を得ます。原則、利用者の居宅を訪問し介護予防ケアプラン作成のためのアセスメントを行います。

(3) 介護予防ケアプラン（案）の作成

介護予防ケアプラン（案）を作成します。

(4) サービス担当者会議（地域包括支援センター・指定事業者・利用者 出席）

- ・介護予防ケアプランの目標を共通に認識、修正等が必要か検討し、原案の最終決定をします。
- ・会議で検討した内容等を、支援経過記録に記録します。

(5) 介護予防ケアプランの説明・同意

利用者に介護予防ケアプランの内容について説明を行い、同意（同意欄への署名）を得ます。

(6) 介護予防ケアプランの確定・交付

介護予防ケアプラン（写）を利用者に交付します。また、利用者の同意を得た上で、地域包括支援センターから指定事業者に交付します。

(7) 支援計画等の受取

指定事業者から、運動型通所介護サービス支援計画（以下「支援計画」という。）（写）、アセスメント表＜運動型通所介護サービス＞（以下「アセスメント表」という。）（写）を受け取ります。

(8) 指定事業者からの報告聴取

指定事業者から、1ヶ月に1回以上、サービス提供状況について報告を受けます。

(9) モニタリング (1ヶ月ごと)

1ヶ月に1回以上、指定事業者への訪問や利用者への電話等により、サービス利用状況の把握を行い、モニタリングの結果を支援経過記録へ記録します。

(10) 中間アセスメント

指定事業者から、3ヶ月ごとに、アセスメント表(写)を受け取ります。

(11) モニタリング (3ヶ月ごと)

3ヶ月に1回以上、利用者の居宅訪問を行い、サービス利用状況の把握を行い、モニタリングの結果を支援経過記録へ記録します。

(12) 事後アセスメント

指定事業者から、サービス提供終了日までに実施したアセスメント表(写)を受け取ります。

(13) 評価

サービス提供終了後に、利用者の居宅訪問を行い、評価結果を支援経過記録へ記録します。

(14) 給付管理

給付管理表、給付管理総括表、介護予防給付費明細書を作成し、本部へ提出後、本部より鹿児島県国民健康保険団体連合会へ、翌月10日までに提出します。

2 指定事業者

(1) サービス担当者会議 (地域包括支援センター・指定事業者・利用者 出席)

- ・介護予防ケアプランの目標を共通に認識、修正等が必要か検討します。
- ・利用者が持参する介護保険被保険者証、介護保険負担割合証の確認を行い、運動型通所介護サービスの利用対象者であること、利用者負担額等を確認します。

(2) 介護予防ケアプランの確定・受取

地域包括支援センターから、介護予防ケアプラン(写)を受け取ります。

(3) 契約の締結

- ・利用者に対し、指定事業者の運営規程について概要を説明します。
- ・サービスの内容、営業日、利用料などを記載した重要事項説明書、個人情報の利用に関する個人情報利用同意書について利用者へ説明を行い、サービスの提供内容等に納得していただいたうえで、利用者から同意(同意欄への署名)を得ます。そのうえで、利用者と指定事業者で契約書(2通)を取り交わし、双方で保管します。

(4) サービス実施

サービス実施内容については別紙参照

①事前アセスメント

アセスメント表に基づき、利用者について事前アセスメント（生活機能チェック、体力測定等）を実施し、結果を記録します。

②支援計画の作成

介護予防ケアプランを参考に、支援計画を作成し、利用者へ同意（同意欄への署名）を得ます。

③支援計画等の交付

利用者へ支援計画（写）、地域包括支援センターへ支援計画（写）、アセスメント表（写）を交付します。

④健康チェック（毎回）

利用者の健康状態を問診等によりチェックします。

⑤サービスの提供

介護予防ケアプラン、支援計画に沿ったサービスを提供します。

※利用は、週2回を限度。

※利用時間は、1回あたり2時間程度（学習時間、ウォーミングアップ、主運動、クーリングダウン）

※利用期間は介護予防ケアプランにそったサービス提供期間となります。

⑥サービス提供記録

サービスを提供したら、提供日・サービス内容・支払額・その他必要な事項を記録し、保管します。

⑦状況報告（モニタリング）

1ヶ月に1回以上、利用者の状態、サービス提供状況について、地域包括支援センターへ報告します。（電話による報告も可能。）

⑧中間アセスメント（3ヶ月ごと）

3ヶ月ごとに、アセスメント表に基づき、利用者について、中間アセスメント（生活機能チェック、体力測定等）を実施し、結果を記録します。地域包括支援センターと利用者へアセスメント表（写）を交付します。

※利用者へのアセスメント表（写）の交付について、アセスメント結果の説明に際し配慮を要する場合は、事業者独自で現状、アドバイス等をまとめ作成したものに替え交付でも良い。

⑨事後アセスメント

サービス提供終了日までに、アセスメント表に基づき、利用者について、事後アセスメント（生活機能チェック、体力測定等）を実施し、結果を記録します。地域包括支援センターと利用者へアセスメント表（写）を交付します。

※利用者へのアセスメント表（写）の交付について、アセスメント結果の説明に際し配慮を要する場合は、事業者独自で現状、アドバイス等をまとめ作成したものに替え交

付でも良い。

(5) 利用料の請求

- 利用者は、指定事業者に1割（2割）分を支払い、指定事業者は、残りの9割（8割）分を鹿児島県国民健康保険団体連合会に、サービス提供月の翌月10日までに介護予防・日常生活支援総合事業費請求書、介護予防・日常生活支援総合事業費明細書を作成のうえ、請求します。
- 運動型通所介護サービス費は、利用者1人が1回利用するごとに337単位です。

(6) 利用料の受領

指定事業者は、鹿児島県国民健康保険団体連合会における審査の後、サービス提供月の翌月末日に審査結果の受取、翌々月の20日頃に支払通知の受取、末日に受領します。

指定事業者のサービス実施内容について

1 事前アセスメント

アセスメント表に基づき、利用者について事前アセスメントを実施し、結果を記録します。
(P10参考文献の※1 P6～17、44～48を参照)

2 支援計画の作成

介護予防ケアプランを参考に、支援計画を作成し、利用者に同意(同意欄への署名)を得ます。地域包括支援センターへ支援計画(写)とアセスメント表(写)、利用者へ支援計画(写)を交付します。

トレーニング頻度の目安については、適切な強度で週2回を限度に実施する。高強度の筋力トレーニングはダメージを受けた筋線維の回復に要する時間を考慮することが必要であり間隔をあけて実施することが望ましい。

また、自宅で実施可能なプログラムを毎回実施し、本人が学習、継続実践できるように支援するとともに、本人の自立、重度化防止を目標とすること。

(P10参考文献の※1 P51運動機能様式3、P21(ウ)トレーニング頻度の目安を参照)

3 健康チェック(毎回)

看護職員や機能訓練指導員等が、健康チェック(血圧、脈拍、痛み、疲労等当日のコンディション等)を行い、運動の中止を含め適切に対応すること。

また、運動終了後も健康チェックを行い安全の確保に努めること。

4 トレーニングの時間配分とポイント(目安)

(P9参考文献の※1 P19～43、※2、※3を参照)

(1) 運動の実際

初級(コンディショニング期)

トレーニングに対して徐々に体と心を慣らす。

↓

中級(筋力増強期)

機能を向上させるために、これまでより負荷を増やし、やや高い水準の運動負荷を行う。

↓

上級(生活機能向上期)

日常生活活動や余暇活動などで必要とする複雑な動きを想定し、日常の不具合を把握した運動を行う。

(毎回の流れの目安)

時	10分	20分	30分	40分	50分	60分	70分	80分	90分	100分	110分	120分
間	健康チェック・ ストレッチ系運動		休憩		主運動及び 個別プログラム				休憩		クールダウン系運動・ 学習時間・健康チェック	

(2) ストレッチ系運動

主運動で使用する筋群等のストレッチを必ず行うこと。

首、肩、肩周囲のストレッチ、広背筋、大胸筋、広背筋、脊柱起立筋のストレッチ、体側筋群のストレッチ、体幹の回旋ストレッチ、大殿筋、中殿筋、股関節内・外転筋のストレッチ、股関節の内外旋ストレッチ、股関節周囲のストレッチ、大腿四頭筋、ハムストリング、下腿三頭筋のストレッチ、足首の回旋ストレッチなど

(3) 主運動での基本項目

①日常生活の基本的活動や転倒予防に必要な大殿筋、中殿筋、大腿四頭筋、ハムストリング、下腿三頭筋を中心にする。

自宅で実施可能なマシンを使わない形のプログラムも取り入れること。

ア. 椅子などを使用した運動（初級・中級・上級期）

イ. 設備（階段など）を使用した運動など（上級期）

ウ. 腹圧性の尿失禁の症状を持つ者に対して、骨盤底を構成する筋群を対象とした運動等

②高齢者に特有の円背を軽減するため、広背筋、脊柱起立筋を中心に運動すること。

③認知機能低下を予防するための運動（脳賦活運動やコグニサイズ等）を取り入れること。

膝痛、腰痛がある場合、上記の内容に加え、特に膝・腰の痛みの改善が図られるような下記運動を実施する。

④痛みの軽減または除去を図る場合は、膝痛対策では下肢背面の筋力の柔軟性を増すと共に大腿四頭筋を中心に運動し、腰痛対策では背筋・腹筋の強化等の運動を行う。

(4) 個別プログラムでの基本項目

①機能訓練指導員又は健康運動指導士は、アセスメントの結果を基に個別プログラムを作成し、指導すること。

②個別プログラムは、自宅で継続して行えるような内容及び道具を用いること。

③利用者のうち、関節痛などの症状があるものについては、その症状を考慮したプログラム内容を個別プログラムにも反映させること。

④リラクゼーション、ストレッチ体操などを取り入れ、疲労が著しく残らないように配慮すること。

※個別プログラムでは、個人の日常生活を営む上で、支障をきたすとみなされる部分の強化を行う。

(5) 学習時間の内容

①加齢に伴う生活機能の低下（老年症候群）への理解

- ②運動の効果と必要性
- ③自分の健康状態にあった運動について
- ④生活の中に運動を取り入れ、毎日運動を継続するための工夫について
- ⑤日常生活における健康管理について

5 状況報告（モニタリング）

1ヶ月に1回以上、利用者の状態やサービス提供状況について、地域包括支援センターに報告します。（電話による報告も可能です。）

6 中間アセスメント、事後アセスメント

アセスメント表に基づき、利用者について中間アセスメント（3ヶ月ごと）、事後アセスメント（サービス提供終了日までに）を実施し、結果を記録します。地域包括支援センターと利用者へアセスメント表（写）を交付します。（利用者へのアセスメント表（写）の交付について、アセスメント結果の説明に際し配慮を要する場合は、事業者独自で現状、アドバイス等をまとめ作成したものに替え交付でも良い。）

（P10参考文献の※1 P6～17、44～48を参照）

7 その他

（1）サービス提供は自立支援を目指すものであり、支援期間内で支援計画の目標達成（サービス終了）に向け、アセスメント結果に応じて適宜サービス内容の調整を実施します。アセスメントについては事前アセスメント、中間アセスメント（3か月毎）、事後アセスメントの実施が原則です。ただし、事後アセスメント及び介護予防ケアプランにおいて、再度利用が必要と判断された場合（終了から開始までが3か月以内の場合に限る）は対象者の負担を考慮し、事後アセスメント結果を事前アセスメントとして使用することが可能です。その場合の中間アセスメントは最終実施月（事後アセスメント実施月）から3か月になります。

（2）サービス提供場所の取扱いについては、事業所内でのサービス提供が原則です。ただし、以下の要件を満たす場合に限り、屋外でのサービス提供を可とするが、あくまで例外的であり、安易に位置付けることのないよう留意すること。

①単なる気分転換や娯楽を目的としたものは、運動型通所介護サービスとしては認められません。

②あらかじめ支援計画に位置づけられていること

介護予防ケアプランに沿った支援計画を作成することはもとより、介護予防ケアプラン作成者と協議し、実施前後の内容、評価について共有（連携）するとともに、その内容を記録すること。

③効果的な機能訓練等のサービスが提供できること

屋外でサービス提供を行う場合は、本人に同意を得ること。また、対象者一人ひとりについて、当該利用者の目標を踏まえたうえで「どのような内容で行うのか」「どうしてその場所を選んだのか」及び「屋外でのサービス提供により得られた効果（評価）」を明確に記録すること。

④屋外でのサービス提供を行う場合の人員配置や安全面について

屋外でのサービス提供を行う場合、下記の①②のとおり介護職員の人員配置や安全面にも注意すること。

ア. 事業所内、屋外ともに同様の人員配置基準を満たし、屋外でのサービス提供と同じ時間帯に事業所内でのサービスも提供する場合は、それぞれに人員基準を満たすこと。

イ. 屋外でのサービス提供は、事業所内に比べ、より安全面の確保に対する配慮が必要となるため十分留意しサービス提供を行うこと。

⑤屋外でのサービス提供を行う場合のトレーニングの時間配分について

屋外でのサービス提供においても事業所内でのサービス提供の時間と同様に、2時間程度を目安に時間配分し、サービス提供を行うこと。

<参考文献>

※1 「鹿児島県介護予防マニュアル改訂版 実践編 第3章 運動器機能向上
(鹿児島県介護予防マニュアル改訂版編集委員平成26年3月作成)」

鹿児島県ホームページ参照

※2 「認知症予防マニュアル

(独立行政法人 国立長寿医療研修センター 平成23年12月作成)」

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター ホームページ参照

※3 「認知症予防に向けた運動 コグニサイズ

(国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター作成)」

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター ホームページ参照

アセスメント表<運動型通所介護サービス>

地域包括支援センター () 担当者
 作成日 年 月 日

事業者名
 作成担当者

利用者氏名					性別	男 女	生年月日	M T S	年 月 日生(歳)	介護保険 被保険者番号		区分	要支援1・要支援2・事業対象者
住所	鹿児島市								初回参加日	年 月 日	最終参加日	年 月 日	
事業中断理由	悪化等通所困難・入院・介護保険へ移行・転居・死亡・その他()										参加回数	回	
事業評価日	事業開始時(年 月 日)				3ヶ月終了時(年 月 日)				6ヶ月終了時(年 月 日)				
目標 及び 達成 状況	目標・計画等 長期目標(期間 ~):				自己評価 大変よくできた・よくできた・あまりできなかった・ほとんどできなかった 達成状況等				自己評価 大変よくできた・よくできた・あまりできなかった・ほとんどできなかった 達成状況等				
	短期目標(期間 ~):				短期目標(計画)(継続時)(期間 ~):				短期目標(計画)(継続時)(期間 ~):				
主観的健康感	よい・まあよい・ふつう・あまりよくない・よくない				よい・まあよい・ふつう・あまりよくない・よくない				よい・まあよい・ふつう・あまりよくない・よくない				
基本 チェック リスト	1~20項目	点		点		改善・維持・悪化		点		改善・維持・悪化			
	(再掲) 6~10項目	点		点		改善・維持・悪化		点		改善・維持・悪化			
生活 機能 チェ ック	疼痛評価:VAS(0~100の数値記入)使用	膝		腰		膝		腰		膝		腰	
	ADL・IADL評価 (日常生活の様子)	別紙		別紙		別紙		別紙		別紙		別紙	
体力 測定	握力	右	kg 平均値	左	kg 平均値	右	kg 平均値	左	kg 平均値	右	kg 平均値	左	kg 平均値
		kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
	長座位体前屈	cm		cm		cm		cm		cm		cm	
	開眼片足立ち	秒		秒		秒		秒		秒		秒	
	5m歩行	秒		秒		秒		秒		秒		秒	
	TUG	秒		秒		秒		秒		秒		秒	
FRテスト	cm		cm		cm		cm		cm		cm		
※個人の状態像により、体力測定不可項目がある場合は、不可理由を記入。()													
運動機能評価	改善・維持・悪化			総合評価			改善・維持・悪化			連絡事項等			

アセスメント表<運動型通所介護サービス>

事業評価日		9ヶ月終了時(年 月 日)				1年(12ヶ月)終了時(年 月 日)				年 月(ヶ月)終了時(年 月 日)			
目標及び達成状況		自己評価 大変よくできた・よくできた・あまりできなかった・ほとんどできなかった 達成状況等				自己評価 大変よくできた・よくできた・あまりできなかった・ほとんどできなかった 達成状況等				自己評価 大変よくできた・よくできた・あまりできなかった・ほとんどできなかった 達成状況等			
		短期目標(計画)(継続時)(期間 ~):				短期目標(計画)(継続時)(期間 ~):				短期目標(計画)(継続時)(期間 ~):			
主観的健康感		よい・まあよい・ふつう・あまりよくない・よくない				よい・まあよい・ふつう・あまりよくない・よくない				よい・まあよい・ふつう・あまりよくない・よくない			
基本 チェック リスト	1~20項目	点		改善・維持・悪化		点		改善・維持・悪化		点		改善・維持・悪化	
	(再掲) 6~10項目	点		改善・維持・悪化		点		改善・維持・悪化		点		改善・維持・悪化	
生活機能 チェック	疼痛評価:VAS(0~100の数値記入)使用	膝 腰		改善・維持・悪化		膝 腰		改善・維持・悪化		膝 腰		改善・維持・悪化	
	ADL・IADL評価(日常生活の様子)	別紙		改善・維持・悪化		別紙		改善・維持・悪化		別紙		改善・維持・悪化	
体力測定	握力	右 kg 平均値	左 kg 平均値	改善・維持・悪化		右 kg 平均値	左 kg 平均値	改善・維持・悪化		右 kg 平均値	左 kg 平均値	改善・維持・悪化	
	長座位体前屈	cm	cm	改善・維持・悪化		cm	cm	改善・維持・悪化		cm	cm	改善・維持・悪化	
	開眼片足立ち	秒	秒	改善・維持・悪化		秒	秒	改善・維持・悪化		秒	秒	改善・維持・悪化	
	5m歩行	秒	秒	改善・維持・悪化		秒	秒	改善・維持・悪化		秒	秒	改善・維持・悪化	
	TUG	秒	秒	改善・維持・悪化		秒	秒	改善・維持・悪化		秒	秒	改善・維持・悪化	
	FRテスト	cm	cm	改善・維持・悪化		cm	cm	改善・維持・悪化		cm	cm	改善・維持・悪化	
※個人の状態像により、体力測定不可項目がある場合は、不可理由を記入。()													
運動機能評価		改善・維持・悪化		総合評価		改善・維持・悪化		連絡事項等					

別紙

ADL・IADL 評価

記入例

困難度と改善可能性	できる		だいたいできる		あまりできない	
	楽にできる	少し難しい	改善可能性高い	改善可能性低い	改善可能性高い	改善可能性低い
判定	○1	○2	△1	△2	□1	□2
	N相当	J相当	A相当	B相当	C相当	D相当
生活機能	事業開始時(年 月 日)			3ヶ月終了時		
	現状	本人・家族の意向等		現状	本人・家族の意向等	
ADL	室内歩行	○1		現状を6段階で示してください。		
	屋外歩行	○2	杖歩行			
	外出	○2	町内の小売店に行く			
	排泄	○1				
	食事	○1				
	入浴	○1	ほぼ毎日家風呂に入る			
IADL	着脱衣	○1				
	掃除	○2	時々掃除機もかける			
	洗濯	○2				
	買物	○2	町内の小売店にほぼ毎日行く	本人: サロンは行ったら楽しいので行きたい。うっかり忘れて行かん時もある。ポケない様に人と話さないかんと思っている。		
	調理	○2	娘の差し入れや出来合いのおかずを買う。ご飯は炊く。			
	整理・物品の管理	○2				
	ごみ出し	△2	集めてあるのを近所の娘が捨てる			
	通院	△2	近所の娘が送迎している			
	服薬	△2	娘がセットしておくとか飲むがたまに飲み忘れがある。	近所の○○さん: 最近、サロンには来なくなった。忘れていないか? 帰っている姿は良く見る。	していない場合は、していないと記載する。	
	金銭管理	○2	近所のJA窓口で下ろす			
	電話・PC		していない		現状や意向から、本人の“～したい”や現状の理由と取り組んだことを記載する。	
社会参加	△1	サロンは休み続く				
趣味活動	○1	毎日畑に行く				
考察と対応	本人は、杖歩行を、杖無しで歩行希望。膝痛も考慮し、個別プログラムや自宅での運動で改善できるように。					
今後の支援方針	杖歩行の頻度の確認を行い、運動時に歩行バランスの確認					
今後の支援方針	今後の支援方針を記載することで、継続支援に活かせます。					

本人の意欲を持って取り組み、改善できたことを実感できるように6段階で評価。
 それぞれの判定の目安(J・A・B・C相当)については、日常生活自立度を参考に示している。
 視覚的にも□→△→○へ変化すると改善したという解釈になる。

別紙

ADL・IADL 評価

困難度と改善可能性	できる		だいたいできる		あまりできない	
	楽にできる	少し難しい	改善可能性高い	改善可能性低い	改善可能性高い	改善可能性低い
判定	○1	○2	△1	△2	□1	□2

氏名		生年月日(歳) 性別	年 月 日 (歳) 男・女
----	--	----------------	-------------------

生活機能	事業開始時(年 月 日)		3ヶ月終了時(年 月 日)		6ヶ月終了時(年 月 日)	
	現状	本人・家族の意向等	現状	本人・家族の意向等	現状	本人・家族の意向等
A D L	室内歩行					
	屋外歩行					
	外出					
	排泄					
	食事					
	入浴					
	着脱衣					
I A D L	掃除					
	洗濯					
	買物					
	調理					
	整理・物品の管理					
	ごみ出し					
	通院					
	服薬					
	金銭管理					
	電話・PC					
	社会参加					
	趣味活動					
考察と対応						
次回の確認・引継ぎ事項						

別紙

ADL・IADL 評価

困難度と改善可能性	できる		だいたいできる		あまりできない	
	楽にできる	少し難しい	改善可能性高い	改善可能性低い	改善可能性高い	改善可能性低い
判定	○1	○2	△1	△2	□1	□2

生活機能	9ヶ月終了時(年 月 日)		1年(12ヶ月)終了時(年 月 日)		年 々月(々月)終了時(年 月 日)	
	現状	本人・家族の意向等	現状	本人・家族の意向等	現状	本人・家族の意向等
ADL	室内歩行					
	屋外歩行					
	外出					
	排泄					
	食事					
	入浴					
	着脱衣					
IADL	掃除					
	洗濯					
	買物					
	調理					
	整理・物品の管理					
	ごみ出し					
	通院					
	服薬					
	金銭管理					
	電話・PC					
	社会参加					
	趣味活動					
考察と対応						
次回の確認・引継ぎ事項						