



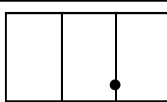
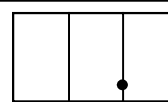
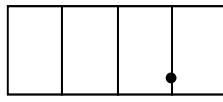

事業評価票

利用者名 _____

事業所名 _____

作成担当者 _____

種別	記入日			被保険者番号						修正	更正	事業所コード	参加回数
1	年	月	日							3	3		
1	3		8	9				18	19		23	24	25

評価項目	事前評価日				事後評価日			
	年	月	日	日	年	月	日	日
	32		37		39		44	
握力	《測定部位》 1.右 2.左	 kg 61		《測定部位》 1.右 2.左	 kg 63			
片足立ち（開眼）	《測定部位》 1.右 2.左	 秒 65		《測定部位》 1.右 2.左	 秒 68			
Timed Up & Go テスト			 秒 71 74				 秒 75 78	
主観的健康感	/ 36 点	/		/ 36 点	① 維持・改善 <input type="checkbox"/> ② 低下 <input type="checkbox"/>		80	
QOL 指標	/ 9 点			/ 9 点	① 維持・改善 <input type="checkbox"/> ② 低下 <input type="checkbox"/>		82	
目標								
総合								
サービスの継続の必要性	[無 ・ 有]							
備考	[終了理由] 最終サービス提供年月日 年 月 日							

生活行為向上マネジメントシート

生活行為向上マネジメント

利用者： _____ 担当者： _____ 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

生活行為 アセスメント	生活行為の目標	本人						
		キーパーソン						
	アセスメント項目	心身機能・構造の分析 <small>(精神機能, 感覚, 神経筋骨格, 運動)</small>		活動と参加の分析 <small>(移動能力, セルフケア能力)</small>		環境因子の分析 <small>(用具, 環境変化, 支援と関係)</small>		
	生活行為を妨げている要因							
	現状能力 (強み)							
	予後予測 <small>(いつまでに, どこまで達成できるか)</small>							
	合意した目標 <small>(具体的な生活行為)</small>							
自己評価*	初期	実行度 /10	満足度 /10	最終	実行度 /10	満足度 /10		

*自己評価では、本人の実行度（頻度などの量的評価）と満足度（質的な評価）を 1 から 10 の数字で答えてもらう

生活行為 向上 プラン	実施・支援内容	基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応的プログラム	
	達成のためのプログラム				
	いつ・どこで・誰が実施	本人			
		家族や支援者			
	実施・支援期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日			
達成	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 変更達成 <input type="checkbox"/> 未達成（理由： _____ ） <input type="checkbox"/> 中止				

上記の説明を受けて趣旨を理解し、同意しました。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏名

年 月分

サービス提供実績記録票

被保険者番号

利用決定日 年 月 日

利用者氏名

事業所コード			
--------	--	--	--

事業所名

1、通所型サービス

(プログラム開始日: 年 月 日)

※ 開始月のみ記入し、その後は変更時に記入してください

わたしのゴール(合意した目標)	目標達成のための具体的計画 (プログラム)	
	<input type="checkbox"/> 基本的プログラム	
	<input type="checkbox"/> 応用的プログラム	
	<input type="checkbox"/> 社会適応的プログラム	
日付	実施内容	実施評価

2、訪問型サービス

日付	実施内容	実施評価

事業実績報告書

_____年 _____月分

事業所コード		

事業所名 _____

	通所型サービス	訪問型サービス
開催回数		回
登録者数		名
参加者実人数		名
参加者延人数		名
担当者連携会議		

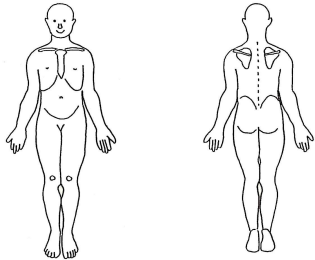


	通所型サービス	訪問型サービス	
従事者人数	医師	名	名
	理学療法士	名	名
	作業療法士	名	名
	保健師	名	名
	看護職員(看護師・准看護師)	名	名
	経験のある介護職員	名	名
	あん摩マッサージ指圧師	名	名
	柔道整復師	名	名
	言語聴覚士	名	名
	管理栄養士	名	名
	歯科衛生士	名	名
その他	名	名	

決 裁	課 長	係 長	係
供 覧			
完 結	年 月 日		

再見！生活プログラム 事前・事後アセスメント表

被保険者番号									

事前評価実施日 年 月 日 事業所名 _____
 事後評価実施日 年 月 日 担当者 (職種) _____

氏名 (男・女)		生年月日 年 月 日 (歳)	
バイタルチェック・形態測定			
血圧	/	mmHg	脈拍 回/分 不整【無・有(回/分)】
身長	cm	体重	kg BMI
心身の状況			
視力	右 : 正常・近視・遠視・老眼・白内障・その他		眼鏡使用：あり・なし
	左 : 正常・近視・遠視・老眼・白内障・その他		(常時・必要時)
聴力	右 : 正常・軽度難聴・難聴		補聴器使用：あり・なし
	左 : 正常・軽度難聴・難聴		(常時・必要時)
コミュニケーション	表出：可能・一部可能・不可能		
	理解：可能・一部可能・不可能		
物忘れ			
周囲への関心			
社会性			
痛み・しびれ・拘縮・麻痺の部位		痛み・しびれの主訴	
		拘縮 (部位・程度)	
		麻痺 (なし・あり) 片麻痺 (右・左) その他	
痛み：P しびれ：  拘縮：C 麻痺： 			

生活状況									
		自立	監視下にて自立	物を使用して自立	一部介助	全介助	していない	内容	
(日常生活動作) ADL	寝返り								
	起き上がり							座位保持：可・不可	
	立ち上がり							立位保持：可・不可	
	歩行							歩行範囲：居室内・家屋内・家屋外 階段昇降： 移動手段：広い歩き・杖・歩行器・車椅子	
	更衣							上着： スボン： 介助必要場面：排泄(尿・便)・入浴・その他	
	排泄							和式・洋式・ポータブル 失禁：便・尿 便： 回/日 (便秘・下痢・薬使用) 尿： 回/日 夜間 回/日 (頻尿・残尿感)	
	入浴							普通浴・シャワー浴 介助必要場面：更衣・浴室出入り・浴槽またぎ・洗体・洗髪	
	食事							規則・不規則 食欲：あり・なし 箸・箸スプーンフォーク併用・スプーンフォーク	
	(手段的日常生活動作) IADL	掃除							頻度
		洗濯							頻度
調理								頻度	
買い物								頻度	
金銭管理								本人・家族()・その他	
社会活動	外出							活動範囲：居室内・自宅内・自宅周辺・それ以上() 頻度： 回/週・月 外出内容：買物・通院・金融機関・ゴミ出し・散歩・その他 移動手段：徒歩・自転車・歩行器・車・タクシー・バス・電車	
	地域活動							自治会・ボランティア等	
運動機能									
		事前(平成 年 月 日)			事後(平成 年 月 日)				
握力	<測定部位>	() kg			<測定部位>	() kg			
	(小数点第一位を四捨五入)	右・左				右・左			
片足立ち(開眼)	<測定部位>	1.	() 秒		<測定部位>	1.	() 秒		
	(小数点第二位を四捨五入)	右・左	2.	() 秒		右・左	2.	() 秒	
Timed Up & Go テスト	(小数点第二位を四捨五入)	() 秒			() 秒				
特記事項									

再見！生活プログラム（自己チェック表）

様式 7

「はい」か「いいえ」のどちらかに○をつけてください。（太枠の中を記入してください）

被保険者番号

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

記入日： 年 月 日（事前・事後）		氏名（ ）					備考
主観的健康感	1	自分は健康だと思えますか。	3. はい	2. どちらかというとはい	1. どちらかというといいえ	0. いいえ	
	2	6ヶ月前に比べて、からだが軽く動きやすいと感じますか。	3. はい	2. どちらかというとはい	1. どちらかというといいえ	0. いいえ	
	3	少し重い物を持ち上げたり、運んだりできますか。	3. はい	2. どちらかというとはい	1. どちらかというといいえ	0. いいえ	
	4	階段を1階上まで昇れますか。	3. はい	2. どちらかというとはい	1. どちらかというといいえ	0. いいえ	
	5	1km(15～20分)休まずに歩くことができますか。	3. はい	2. どちらかというとはい	1. どちらかというといいえ	0. いいえ	
	6	この6ヶ月間に、痛みのためにできないことがありましたか。	0. はい	1. どちらかというとはい	2. どちらかというといいえ	3. いいえ	
	7	体操などの運動を定期的に行っていますか。	3. はい	2. どちらかというとはい	1. どちらかというといいえ	0. いいえ	
	8	散歩を定期的に行っていますか。	3. はい	2. どちらかというとはい	1. どちらかというといいえ	0. いいえ	
	9	週2回以上外出していますか。	3. はい	2. どちらかというとはい	1. どちらかというといいえ	0. いいえ	
	10	ひとりで不安なく出かけられますか。	3. はい	2. どちらかというとはい	1. どちらかというといいえ	0. いいえ	
	11	友人や親せきを訪ねるなど、人とのつき合いがありますか。	3. はい	2. どちらかというとはい	1. どちらかというといいえ	0. いいえ	
	12	疲れを感じますか。	0. はい	1. どちらかというとはい	2. どちらかというといいえ	3. いいえ	
QOL	13	家の中で役割がありますか。	3. はい	2. どちらかというとはい	1. どちらかというといいえ	0. いいえ	
	14	したいと思うことができますか。	3. はい	2. どちらかというとはい	1. どちらかというといいえ	0. いいえ	
	15	生活が楽しいですか。	3. はい	2. どちらかというとはい	1. どちらかというといいえ	0. いいえ	
合計		主観的健康感（ /36）点	QOL指標（ /9）点	総合計（ /45）点			

興味・関心チェックシート

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別（男・女）記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

表の生活行為について、現在しているものには「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○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、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			
洗濯・洗濯物たたみ				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			

生活行為向上マネジメント

相 談 票

受付者 _____

相談者 _____

相 談 日	年 月 日
被保険者氏名	
被保険者番号	
連 絡 先 等	
(相談等の内容)	
(処理経過)	

明石市処理欄 (供覧・一部非公開・5年保存)

担当課長	係 長	係
完 結	年 月 日	

明石市長 様

事業所(施設)名:

代表者名:

再見！生活プログラム事業者事故報告書（事業者→明石市）

委託契約に基づき下記のとおり報告します。なお、対象者本人及び家族から情報開示の請求があった場合は開示することに同意します。

1 対象者	氏名・年齢・性別	年齢:	性別:
	被保険者番号	サービス提供日	年 月 日
	住所		
2 事故の概要	発生時等	年 月 日 時 分	
		<input type="checkbox"/> 通所中 <input type="checkbox"/> 訪問中 <input type="checkbox"/> 送迎中 <input type="checkbox"/> その他	
	発生場所		
	事故の種別 (複数の場合は、 もつとも症状の重いもの)	<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> やけど <input type="checkbox"/> 感染症・結核 <input type="checkbox"/> 打撲・捻挫・脱臼 <input type="checkbox"/> その他の外傷 <input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事 <input type="checkbox"/> 切傷・擦過傷 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 異食・誤えん	
		死亡に至った場合はその死亡年月日: 年 月 日	
	事故の内容		
3 事故発生時の対応	対処の仕方	(時刻等もできるだけ詳しく記入すること)	
	治療した医療機関 ※あれば記入する	(医療機関名、住所、電話番号等)	
	治療の概要		
	連絡済の関係機関	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/>	
4 事故発生後の対応	利用者の状況	(病状、入院の有無、その他の利用者の状況)	
	家族への報告、 説明の内容	(時刻等もできるだけ詳しく記入すること)	
	経過	<input type="checkbox"/> 解決又は終結している。 <input type="checkbox"/> 継続している。(内容)	
	損害賠償等の状況		
	再発防止に向けての 今後の取り組み	(できるだけ具体的に記載すること)	

注)記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付してください。

〇〇様 再見！生活プログラム「申し送りシート」

当事業所では生活行為の向上を図るため、下記の通り支援しておりました。ご活用いただきますようお願いいたします。

生活行為の目標(本人・家族)		合意した目標
本人		
家族		

【生活状況の変化】

- ・していた：プログラム利用前からしていた、又は、できる
- ・できるようになった：プログラムを利用して出来るようになった
- ・支援が必要：自分に合った方法を習得するための支援が必要
- ・できない：今後も自分で実施することは困難

ADL・IADL	していた	できるようになった	支援が必要	できない	特記事項	ADL・IADL	していた	できるようになった	支援が必要	できない	特記事項
食べる・飲む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		買い物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		食事の準備	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
整容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		掃除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
トイレ行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		洗濯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		整理・ゴミだし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
平地歩行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		お金の管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
階段昇降	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		電話をかける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
屋内移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		＜その他日常生活面について＞ 主な過ごし方／本人の日常的な役割・習慣／行動面の課題					
屋外移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
交通機関利用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

【支援状況】

在宅サービス利用状況	その他のサービスや支援の利用状況
支援の経過	

【継続課題】

今後の解決すべき課題	解決すべき課題の阻害因子
解決すべき課題の解決策	

【環境面】

自宅見取図	利用者の生活導線・段差・転倒経験のある場所等も記載します
詳細	例) 玄関先の路面状況や自宅前の交通量など
自宅以外の環境	例) 外出先など本人の行動範囲における環境の概略図 (活動場所までの道のりや使用する公共交通機関、支援者など)
詳細	例) 目的行為を行う際の阻害因子や解決方法・再見！生活プログラムで実施していた取組みにおける申し送り事項など
備考	

作成日： 年 月 日 事業所：
作成者：