

(令和8年度版)

桐生市通所型サービスC (複合型プログラム) 実施マニュアル

桐生市役所 健康長寿課

桐生市通所型サービスC(複合型プログラム)実施マニュアル

1. 通所型サービスCについて

保健・医療の専門職により提供される支援で、3～6か月の短期間で行われるもの。
専門職の指導のもと、生活機能の向上のためのトレーニングを行うことで、生活機能の改善・維持を目指す。

2. 実施回数及び実施時期

1コース 12回で3～4か月間。 令和8年5月～令和9年3月の間。

3. 従事者

- ①理学療法士または作業療法士 専従1名以上
- ②口腔プログラム実施日には、歯科衛生士 専従1名以上
- ③栄養プログラム実施日には、管理栄養士 専従1名以上
- ④その他の従事者(看護師、介護職員)は、利用者10名までは専従1名
利用者11名～20名までは専従2名
利用者21名～30名までは専従3名

※利用者10名増す毎に、その他の従事者を専従1名増す。

※看護職員等の医療従事者により、有事に速やかに対応できるよう体制を整える。

4. 設備

- ①運動器の機能向上プログラムには、利用者1人当たり概ね3㎡以上のサービス提供場所
- ②消火設備その他の非常災害に必要な設備

5. 送迎 有 (送迎範囲要相談)

6. 対象者

- ・要支援1及び2
- ・事業対象者(基本チェックリストを実施し、該当となった者)

7. 委託料

- ・基準額：130,000円×1～2コース、理学療法士または作業療法士・送迎代
- ・事業額：1人1回あたり3,500円の介護保険負担割合証に応じた額(9～7割分)×延べ参加人数

8. 利用者負担金 350円もしくは700円もしくは1,050円(3,500円の1割もしくは2割もしくは3割)/回

※事業所で受領し領収書発行

※生活保護受給者は、サービス利用前に福祉課保護係に相談の必要あり。

9. 定員 20名

※5人未満の申込みであれば、事業所と市で実施について協議し、事業を開催しない場合には、利用希望者の身体状況や担当ケアマネジャーとの調整のうえ、別事業所への紹介や別サービスの利用等に対応することとする。

10. 実施内容

※介護予防マニュアル改訂版(令和4年3月)の内容に準じたプログラム内容とする
(厚生労働省ホームページに介護予防マニュアル改訂版掲載)

運動レベル

	ストレッチング	バランス・機能的運動	筋力向上運動
運動①	座位・仰向けで静的・動的な種目	四つ這い姿勢・膝立ち姿勢など重心が低く、支持面が広い運動	座位・仰向け中心のコンディショニング運動
運動②	徐々に可動域を広げる	座位～立位にて動的バランス(支持基底面内で身体重心を大きく移動させる)	立位種目も取り入れ、筋力向上運動
運動③	立位種目を追加する場合は支持物を使用	立位にて機能的バランス(積極的に身体重心を移動させる)	負荷の漸増

【 プログラム参考例 】

回数	項目	内 容
1日目	運動	オリエンテーション(事業の意義、全体の流れ、1日の流れ) 測定(血圧・脈拍、身長・体重)、体力測定(握力、TUG、5m通常歩行時間、5m最大歩行時間、開眼片足立ち)、運動器の事前アセスメント 興味・関心チェックシートの記入、通所型サービスC計画の作成(確認) 運動①(ウォーミングアップ、主運動、クーリングダウン)、学習(自宅でいつどのように実施するか)
2日目	運動・ 栄養(集 団)	測定(血圧・脈拍)、運動①(ウォーミングアップ、主運動、クーリングダウン) 栄養改善の事前アセスメント、計画作成(確認) 集団栄養教育(食べることの意義、食べ方の工夫、摂食・嚥下機能の維持増進)
3日目	運動・ 口腔(集 団)	測定(血圧・脈拍)、運動①(ウォーミングアップ、主運動、クーリングダウン) 口腔機能の事前アセスメント(口腔機能の測定を含む)、計画作成(確認) 口腔清掃の方法、顔・舌の体操、発声訓練、唾液腺マッサージなど
4日目	運動	測定(血圧・脈拍) 運動①(ウォーミングアップ、主運動、クーリングダウン)
5日目	運動	測定(血圧・脈拍) 運動②(ウォーミングアップ、主運動、クーリングダウン)
6日目	運動・ 栄養(個 別)	測定(血圧・脈拍) 運動②(ウォーミングアップ、主運動、クーリングダウン) 個別栄養相談
7日目	運動・ 口腔(個 別)	測定(血圧・脈拍) 運動②(ウォーミングアップ、主運動、クーリングダウン) 個別歯科相談
8日目	運動	測定(血圧・脈拍) 運動②(ウォーミングアップ、主運動、クーリングダウン)
9日目	運動	測定(血圧・脈拍) 運動③(ウォーミングアップ、主運動、クーリングダウン)
10日目	運動・ 栄養(個 別)	測定(血圧・脈拍) 運動③(ウォーミングアップ、主運動、クーリングダウン) 個別栄養相談、栄養の事後アセスメント(目標達成度の確認を含む)
11日目	運動・ 口腔(個 別)	測定(血圧・脈拍) 運動③(ウォーミングアップ、主運動、クーリングダウン) 個別歯科相談、口腔機能の事後アセスメント(目標達成度の確認を含む)
12日目	運動	測定(血圧・脈拍、身長・体重)、体力測定(握力、TUG、5m通常歩行時間、5m最大歩行時間、開眼片足立ち)、運動器の事後アセスメント 運動①(ウォーミングアップ、主運動、クーリングダウン) 学習(今後の行き先説明、地域資源マップの活用)

(注意) 運動のみの日は、1時間30分

運動と栄養もしくは運動と歯科の日は、運動1時間と栄養もしくは歯科1時間の計2時間

11. 事業の手順

※「桐生市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱」及び「委託契約書」に沿って実施。

※「桐生市通所型サービスC事業の進め方」参照。

【事業実施前】

- (1) 受託者は、市に「桐生市通所型サービスC事業計画書(様式第8号)」を提出する。
- (2) 受託者は、サービス担当者会議に出席、もしくは、介護支援専門員の照会に対応する。
- (3) 市は、事業を利用する者(申請者)より、「桐生市介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書(様式第2号)」、利用者基本情報に関する書類の写し、ケアプランの写し、基本チェックリストの提出を受け、申請者に「桐生市介護予防・日常生活支援総合事業利用決定(却下)通知書(様式第3号)」に通知するとともに「桐生市介護予防・日常生活支援総合事業利用決定(却下)通知書(様式第4号)」により受託者に通知する。利用者基本情報に関する書類の写し、ケアプランの写しも添付する。

【事業実施】

- (1) 通所型サービスCについて説明を行う。
- (2) 「興味・関心チェックシート(様式第10号)」を用いて、利用者がしたい又はできるようになりたい生活行為を確認し、具体的な目標として明確化し、介護予防サービス計画書または介護予防ケアマネジメントに基づき「通所型サービスC計画書(様式第9号)」を作成し、同意をとる。
- (3) 「事前・事後アセスメント表(様式第11号(1)(2)(3))」「通所型サービスC計画書・実施状況記録表(様式第9号)」を用いて、運動・栄養・口腔それぞれ、事前アセスメント・通所型サービスC計画の確認(モニタリング)・事後アセスメントを行い、参加した内容を自宅や地域において活かすことできるよう支援を行う。
- (4) 受託者は実施月ごとに「桐生市介護予防・日常生活支援総合事業実施状況報告書(様式第7号)」により報告をする。
- (5) 利用者は、事業の利用を変更し、休止又は中止をしようとするときは、予め「桐生市介護予防・日常生活支援総合事業(中止・休止)届(様式第5号)」を市に提出し、市は「桐生市介護予防・日常生活支援総合事業(中止・休止)通知書(様式第6号)」により受託者に通知する。

【事業実施後(1コース終了後)】

- (1) 受託者は、事業実施後14日以内に下記の書類を市へ提出する。
 - ・請求書
 - ・桐生市介護予防・日常生活支援総合事業実施状況報告書(様式第7号)最終月分
 - ・桐生市通所型サービスC計画書・実施状況記録表(様式第9号)
 - ・興味・関心チェックシート(様式第10号)
 - ・事前・事後アセスメント表(様式第11号(1)(2)(3))
 - ・桐生市通所型サービスC事業利用参加状況報告書(様式第12号)
 - ・運動器の機能向上プロセス評価チェックリスト(様式第13号)
 - ・桐生市通所型サービスC事業評価票(様式第14号)
- (2) 市は、受託者からの請求書等の提出を受けて、書類の精査後、委託料を支出する。
- (3) 受託者は、下記の写しを利用者担当ケアマネジャーに提出する。
 - ・桐生市通所型サービスC計画書・実施状況記録表(様式第9号)
 - ・興味・関心チェックシート(様式第10号)
 - ・事前・事後アセスメント表(様式第11号(1)(2)(3))

12. その他

・安全管理マニュアルの整備

(看護職員等の医療従事者により、有事に速やかに対応できるよう体制を整える。AEDの設置が望ましい。)

・法令により必ず遵守すべき事項

- ① 従事者の清潔の保持・健康状態の管理
- ② 従事者又は従事者であった者の秘密保持
- ③ 事故発生時の対応
- ④ 廃止・休止の届出と便宜の提供

●桐生市通所型サービスC事業の進め方●

◎委託契約→桐生市通所型サービスC事業計画書（様式第8号）を市に提出

要支援認定者もしくは事業対象者



担当ケアマネ：ケアプラン作成

※受託者がサービス担当者会議に出席、もしくは、ケアマネの照会に対応し、情報共有



事業利用希望者：桐生市介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書（様式第2号）

※担当ケアマネ代行可

添付書類：①利用者基本情報に関する書類の写し

②ケアプランの写し

③基本チェックリスト

※基本チェックリストについては、事業対象者のみ。提出済みの方は省略可。



市→申請者：桐生市介護予防・日常生活支援総合事業利用決定（却下）通知書（様式第3号）

市→受託者：桐生市介護予防・日常生活支援総合事業利用決定（却下）通知書（様式第4号）

添付書類：①利用者基本情報に関する書類の写し

②ケアプランの写し



受託者：利用者に連絡（チラシ等により事業開始日時）



事業開始（実施マニュアルに基づく）



受託者（月毎）：桐生市介護予防・日常生活支援総合事業実施状況報告書（様式第7号）



事業終了



書類提出（各コース終了毎）

- 請求書
- 桐生市介護予防・日常生活支援総合事業実施状況報告書（様式第7号）コース最終月分
- 桐生市通所型サービスC計画書／実施状況記録表（様式第9号）
- 興味・関心チェックシート（様式第10号）
- 事前・事後アセスメント表（様式第11号（1）（2）（3））
- 桐生市通所型サービスC事業利用者参加状況報告書（様式第12号）
- 運動器の機能向上プロセス評価チェックリスト（様式第13号）
- 桐生市通所型サービスC事業評価票（様式第14号）



市：委託料支払い（各コース毎）

◎各コース終了後、担当ケアマネへ下記の書類の写しを提出

- ・桐生市通所型サービスC計画書／実施状況記録表（様式第9号）
- ・興味・関心チェックシート（様式第10号）
- ・事前・事後アセスメント表（様式第11号（1）（2）（3））



担当ケアマネは、上記書類を参考にアセスメントを行い、プランの継続・変更・終了の評価を行う。

◎その他

利用者が事業の利用を変更し、休止又は中止をしようとするとき

申請者→市：桐生市介護予防・日常生活支援総合事業利用変更（中止・休止）届（様式第5号）

※担当ケアマネ代行可



市→受託者：桐生市介護予防・日常生活支援総合事業利用変更（中止・休止）通知書（様式第6号）

様式第2号（第13条関係）

年 月 日

(宛先) 桐 生 市 長

申請者 住所 _____

氏名 _____

桐生市介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

桐生市介護予防・日常生活支援総合事業を利用したいので、次のとおり申請します。
なお、申請に当たり、下記のことについて誓約します。

記

住 所	桐生市		
氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日 (歳)		
電話番号			
緊急連絡先	住 所： 氏 名： 続柄 () 電話番号：		
個別事業名	1. 予防サービス () 事業 2. 生活支援サービス () 事業		

1. 私は、桐生市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱に定める内容を理解し、これに従い、自らの意思で事業を利用することとします。
2. この事業で私が提供した私個人に関する情報を統計処理することに同意します。
3. この事業で私が提供した私個人に関する情報を、ケアマネジメント事業や事業実施の際に活用する観点から関係機関へ提供することを了承します。
4. 通所型予防サービス事業の実施施設における利用に関する規程を遵守します。

様

桐生市長

印

桐生市介護予防・日常生活支援総合事業利用決定（却下）通知書

年 月 日付けで申請のあった桐生市介護予防・日常生活支援総合事業
（ ）事業の利用について、つぎのとおり決定（却下）しましたので通知します
記

1 決定

氏 名		性 別	男 ・ 女
住 所	桐生市		
利用承認事業			
事業実施日			
事業実施場所			
備 考			

2 却下

理 由	
-----	--

注)

- 1 この決定に不服があるときには、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に桐生市に対して審査請求をすることができます。
- 2 この決定については、前項の審査請求に対する裁決があったことを知った日から6か月以内に桐生市(訴訟において桐生市を代表する者は桐生市長となります。)を被告として、決定の取消しの訴えを提起することができます。なお、裁決があったことを知った日から6か月以内であっても、裁決の日から1年を経過すると、正当な理由がある場合を除き、決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。
- 3 第1項の審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければならないこととされています。

第 年 月 日

様

桐 生 市 長

印

桐生市介護予防・日常生活支援総合事業利用決定（却下）通知書

次のとおり桐生市介護予防・日常生活支援総合事業（ 事業）の
利用を決定（却下）しましたので通知します。

記

1 決 定

利用決定番号	第 号		
利用者の氏名		性 別	男 ・ 女
利用者の住所	桐生市		
生年月日	年 月 日		
電話番号			
事業利用期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
事業実施場所			

2 却 下

理 由	
-----	--

様式第5号（第16条関係）

年 月 日

（宛先）桐 生 市 長

申請者 住所

氏名

電話番号

桐生市介護予防・日常生活支援総合事業利用変更（中止・休止）届

次のとおり桐生市介護予防・日常生活支援総合事業の利用の変更（中止・休止）を申し出ます。

記

利用者の氏名		性別	男・女
利用者の住所	桐生市		
生年月日	年 月 日（ 歳）		
電話番号			
利用事業名			
変更（中止・休止） の理由	変更	月 日	年 月 日から内容を変更する。
		理由	
	中止	月 日	年 月 日から利用を中止する。
		理由	
	休止	月 日	年 月 日から 年 月 日まで利用を休止する。
		理由	

年 月 日

様

桐 生 市 長

印

桐生市介護予防・日常生活支援総合事業利用変更（中止・休止）通知書

次のとおり桐生市介護予防・日常生活支援総合事業の利用の変更（中止・休止）の申し出がありましたので通知します。

記

利用者の氏名		性別	男・女
利用者の住所	桐生市		
生年月日	年 月 日（ 歳）		
電話番号			
利用事業名			
変更（中止・休止） の理由	変 更	月 日	年 月 日から内容を変更する。
		理 由	
	中 止	月 日	年 月 日から利用を中止する。
		理 由	
	休 止	月 日	年 月 日から 年 月 日 まで利用を休止する。
		理 由	

年 月 日

(宛先) 桐 生 市 長

事業者 所在地
名称
代表者名

桐生市介護予防・日常生活支援総合事業実施状況報告書（ 年 月分）

桐生市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第18条第2項の規定により、次のとおり報告いたします。

記

1 事業名称及び利用者数

事業名称	
利用者数	人

2 延利用回数及びサービス時間数

	要支援1	要支援2	事業対象者	利用者合計
登録者数	人	人	人	人
利用者数	人	人	人	人
延利用回数	回	回	回	回
サービス時間数	分	分	分	分

桐生市通所型サービスC事業計画書

令和 年 月 日

(宛先) 桐 生 市 長

所在地
法人名
代表者

令和7年度桐生市通所型サービスC(複合型プログラム)事業について下記のように実施いたします。

会 場			
事業担当者			
事業従事者 (職種・氏名)	運動器の 機能向上	()	()
		()	()
		()	()
	栄養改善	()	()
	口腔機能 の向上	()	()
実 施 計 画	開 催 日 時	内 容	
	年 月 日() 時～ 時		
	年 月 日() 時～ 時		
	年 月 日() 時～ 時		
	年 月 日() 時～ 時		
	年 月 日() 時～ 時		
	年 月 日() 時～ 時		
	年 月 日() 時～ 時		
	年 月 日() 時～ 時		
	年 月 日() 時～ 時		
	年 月 日() 時～ 時		
	年 月 日() 時～ 時		
備 考			

(受託事業者→市)

桐生市通所型サービスC計画書

氏名		男・女	生年月日	T・S	年	月	日
						(歳)

□は該当するものにチェックを、()内は直接記入または該当するものに○印を記入して下さい

ゴール	<input type="checkbox"/> 散歩や体操など、継続して運動が続けられる <input type="checkbox"/> おいしく食事がとれる <input type="checkbox"/> □の働きが良くなり、むせにくくなる <input type="checkbox"/> その他 ()		
目標	運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上
	<input type="checkbox"/> 家でできる体操を続ける <input type="checkbox"/> 転ばない <input type="checkbox"/> 立ち上がる動作が楽にできる <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 体重を()kg増やす <input type="checkbox"/> 3食きちんと食べる <input type="checkbox"/> 食べ方の工夫を知り実行できる <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 良くなる <input type="checkbox"/> 1日1回以上、丁寧に歯を磨く <input type="checkbox"/> 毎日だ液腺マッサージや舌の運動をする <input type="checkbox"/> その他 ()
目標達成度	1 十分達成した 2 ある程度達成した 3 ふう 4 あまり達成できなかった 5 達成できなかった	1 十分達成した 2 ある程度達成した 3 ふう 4 あまり達成できなかった 5 達成できなかった	1 十分達成した 2 ある程度達成した 3 ふう 4 あまり達成できなかった 5 達成できなかった
参加	()回	()回	()回

私は、「桐生市通所型サービスC計画書」について説明を受け、内容に同意しました。また、桐生市通所型サービスCを利用し、利用後の状況を把握・評価するために、「桐生市通所型サービスC計画書」「興味・関心チェックシート」「事前・事後アセスメント表（運動器の機能向上・栄養改善・口腔機能の向上）」を市、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

〔説明・同意日〕 年 月 日(運動)
 年 月 日(栄養)
 年 月 日(歯科)

〔利用者同意サイン〕 _____

実施状況記録表

	運動プログラム（1か月ごと）	栄養プログラム（1回ごと）	口腔プログラム（1回ごと）
1	<input type="checkbox"/> ストレッチ <input type="checkbox"/> 足首の運動 <input type="checkbox"/> 椅子での膝伸ばし <input type="checkbox"/> 立上がり <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 食事内容の確認 <input type="checkbox"/> 問題点の確認 <input type="checkbox"/> 食べ方の工夫 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 清掃方法（口腔内・義歯） <input type="checkbox"/> 舌の運動、発声（ごっくん体操） <input type="checkbox"/> だ液腺マッサージ（顔面体操） <input type="checkbox"/> その他 ()
2	<input type="checkbox"/> ストレッチ <input type="checkbox"/> 足首の運動 <input type="checkbox"/> 椅子での膝伸ばし <input type="checkbox"/> 立上がり <input type="checkbox"/> 膝の屈伸運動 <input type="checkbox"/> 股関節の運動 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 食事内容の確認 <input type="checkbox"/> 問題点の確認 <input type="checkbox"/> 食べ方の工夫 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 清掃方法（口腔内・義歯） <input type="checkbox"/> 舌の運動、発声（ごっくん体操） <input type="checkbox"/> だ液腺マッサージ（顔面体操） <input type="checkbox"/> その他 ()
3	<input type="checkbox"/> ストレッチ <input type="checkbox"/> 足首の運動 <input type="checkbox"/> 椅子での膝伸ばし <input type="checkbox"/> 立上がり <input type="checkbox"/> 膝の屈伸運動 <input type="checkbox"/> 立位での股関節 <input type="checkbox"/> 階段昇降 <input type="checkbox"/> 前後左右にステップ <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 食事内容の確認 <input type="checkbox"/> 問題点の確認 <input type="checkbox"/> 食べ方の工夫 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 清掃方法（口腔内・義歯） <input type="checkbox"/> 舌の運動、発声（ごっくん体操） <input type="checkbox"/> だ液腺マッサージ（顔面体操） <input type="checkbox"/> その他 ()

事前・事後アセスメント表（運動器の機能向上）

氏名		男・女	生年月日	T・S	年 月 日	(歳)
		事前 (年 月 日)		事後 (年 月 日)		
記入者 (職種)		()		()		
1	ここ1年位の間転んだ	はい・いいえ			/	
	この事業に参加の間転んだ	はい・いいえ			/	
	「はい」の人 どこで転んだか	家の中で・屋外で			家の中で・屋外で	
	「はい」の人 けがをしたか	いいえ・捻挫・打撲・骨折・他			いいえ・捻挫・打撲・骨折・他	
2	「転ぶのではないか」という不安感	ない・時々ある・常にある			ない・時々ある・常にある	
3	体のことで気になることは	<ul style="list-style-type: none"> ・ない ・ある () 			/	
4	体の中で痛むところは	<ul style="list-style-type: none"> ・ない ・ある () 			<ul style="list-style-type: none"> ・ない ・ある () 	
5	体の動きの中で「一番気になっていること」は				/	
6	今の健康状態は	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	
7	通所型サービスCに参加していかがでしたか	/			大変満足した・ある程度満足した ふつう・やや不満・不満	
	「やや不満・不満」の人のみ それはどんな点ですか					
8	通所型サービスCに参加後、自宅や地域で活かせることがありますか	/			はい・いいえ	
	「はい」の人のみ それはどんなことですか	/			プログラムの継続・趣味活動 地域との交流や地域活動への参加 その他 ()	

改善・維持

測定	血 圧	/ mmHg		/ mmHg			
	脈 拍・不 整	(回/分) 無・有 ()		(回/分) 無・有 ()			
	身 長	cm BMI		cm BMI			
	体 重	kg		kg			
運動機能	握力	1	kg	右・左	1	kg	右・左
		2	kg	右・左	2	kg	右・左
	片足立ち (開眼)	1	秒	右・左	1	秒	右・左
		2	秒	右・左	2	秒	右・左
	TUG	1	秒		1	秒	
		2	秒		2	秒	
	通常歩行時間	1	秒		1	秒	
	最大歩行時間 (5m)	1	秒		1	秒	
2		秒		2	秒		
特記事項	事前			事後			

記入 事前・事後アセスメント表 (運動器の機能向上)

氏名	桐生 太郎	男・女	生年月日	T・S	5年11月30日 (85歳)
----	-------	-----	------	-----	-------------------

		事前 (28年10月5日)	事後 (28年12月25日)	
記入者 (職種)		木村 (理学療法士)	木村 (理学療法士)	
1	ここ1年位の間転んだ	(はい)・いいえ	/	
	この事業に参加の間転んだ			(はい)・いいえ
	「はい」の人 どこで転んだか	家の中で・屋外で		家の中で・屋外で
	「はい」の人 けがをしたか	いいえ・捻挫・打撲・骨折・他	いいえ・捻挫・打撲・骨折・他	
2	「転ぶのではないか」という不安感	ない・時々ある・常にある	ない・時々ある・常にある	
3	体のことで気になることは	(ない) ・ある ()	/	
4	体の中で痛むところは	(ない) (ある) (腰)	(ない) (ある) (腰)	
5	体の動きの中で 「一番気になっていること」は	立ち上がり時が困難	/	
6	今の健康状態は	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	
7	通所型サービスCに参加していかがでしたか	/	大変満足した・ある程度満足した ふつう・やや不満・不満	
	「やや不満・不満」の人のみ それはどんな点ですか			
8	通所型サービスCに参加後、自宅 や地域で活かせることがありますか	/	(はい)・いいえ	
	「はい」の人のみ それはどんなことですか		プログラムの継続・趣味活動 地域との交流や地域活動への参加 その他 ()	

改善・維持

測定	血圧	122/90 mmHg	120/88 mmHg	
	脈拍・不整	(88回/分)(無)・有()	(86回/分)(無)・有()	
	身長	150 cm BMI	150 cm BMI	
	体重	46 kg 20.5	46 kg 20.5	
運動機能	握力	1 20 kg (右)・左	1 22 kg (右)・左	改善
		2 16 kg 右(左)	2 18 kg 右(左)	改善
	片足立ち (開眼)	1 5.2 秒 (右)・左	1 7.8 秒 (右)・左	改善
		2 4.9 秒 右(左)	2 4.9 秒 右(左)	
	TUG	1 9 秒 44	1 8 秒 44	改善
		2 8 秒 88	2 8 秒 32	改善
	通常歩行時間	1 4 秒 22	1 4 秒 22	
	最大歩行時間 (5m)	1 3 秒 55	1 3 秒 33	改善
2 3 秒 56		2 3 秒 44		
特記事項	事前		事後	

事前・事後アセスメント表（栄養改善）

氏名		男・女	生年月日	T・S	年	月	日	(歳)
			事前 (年 月 日)	事後 (年 月 日)	改善維持			
記入者 (職種)			()	()				
体調・服薬	1	下痢が続いている	はい・いいえ	はい・いいえ				
	2	便秘が続いている	はい・いいえ	はい・いいえ				
	3	下剤を常用している	はい・いいえ	はい・いいえ				
	4	1日に5種類以上の薬を飲んでいる	はい・いいえ	はい・いいえ				
		事前「はい」の人のみ・・・具体的な内容は						
食生活	5	1日3食は食べない（1日2食以下）	はい・いいえ	はい・いいえ				
	6	食事の量が、少なくなってきた	はい・いいえ	はい・いいえ				
	7	牛乳や乳製品をあまりとらない	はい・いいえ	はい・いいえ				
	8	毎日、1人で食事をしている	はい・いいえ	はい・いいえ				
	9	食材の買物や食事の支度に不自由を感じる	はい・いいえ	はい・いいえ				
	10	食べる気力や楽しみを感じない	はい・いいえ	はい・いいえ				
事前	11	好きな食べ物・嫌いな食べ物は何か	好き () 嫌い ()					
	12	食べ物でアレルギー症状（下痢や湿疹など）がでる	はい・いいえ	具体的に ()				
	13	食事姿勢や食べる動作に不自由を感じる	はい・いいえ	具体的に ()				
	14	食事は小さくしたり、刻んだりして食べる	はい・いいえ	具体的に ()				
の み	昨日の食事をお答えください。							
	朝： 何時頃		どこで	誰と	何を食べたか			
	昼：							
	夕：							
	間食：							
16	食事作りは、誰がどのようにしていますか							
特記事項	事前		事後					

※身長・体重・BMIについては様式第11号（1）事前・事後アセスメント表（運動器の機能向上）に結果を記入

記入

事前・事後アセスメント表(栄養改善)

氏名	桐生 太郎	男・女	生年月日	T・S	5年11月30日 (85歳)
----	-------	-----	------	-----	-------------------

		事前 (28年10月15日)	事後 (28年12月15日)	改善維持		
記入者 (職種)		佐藤 (管理栄養士)	佐藤 (管理栄養士)			
体調・服薬	1	下痢が続いている	はい・ <u>いいえ</u>	はい・ <u>いいえ</u>	-	
	2	便秘が続いている	はい・ <u>いいえ</u>	はい・ <u>いいえ</u>	-	
	3	下剤を常用している	<u>はい</u> ・いいえ	<u>はい</u> ・いいえ	-	
	4	1日に5種類以上の薬を飲んでいる	<u>はい</u> ・いいえ	<u>はい</u> ・いいえ	-	
		事前「はい」の人のみ・・・具体的な内容は	高血圧・通風	高血圧・通風		
食生活	5	1日3食は食べない(1日2食以下)	<u>はい</u> ・いいえ	はい・ <u>いいえ</u>	○	
	6	食事の量が、少なくなってきた	<u>はい</u> ・いいえ	はい・ <u>いいえ</u>	○	
	7	牛乳や乳製品をあまりとらない	はい・ <u>いいえ</u>	はい・ <u>いいえ</u>	-	
	8	毎日、1人で食事をしている	<u>はい</u> ・いいえ	<u>はい</u> ・いいえ	-	
	9	食材の買物や食事の支度に不自由を感じる	<u>はい</u> ・いいえ	<u>はい</u> ・いいえ	-	
	10	食べる気力や楽しみを感じない	<u>はい</u> ・いいえ	はい・ <u>いいえ</u>	○	
事前	11	好きな食べ物・嫌いな食べ物は何か	好き (バナナ) 嫌い (しいたけ)			
	12	食べ物でアレルギー症状(下痢や湿疹など)がでる	↓ <u>はい</u> ・いいえ 具体的に ()			
	13	食事姿勢や食べる動作に不自由を感じる	↓ <u>はい</u> ・ <u>いいえ</u> はい・いい ()			
	14	食事は小さくしたり、刻んだりして食べる	↓ <u>はい</u> ・ <u>いいえ</u> 具体的に ()			
のみ	15		昨日の食事をお答えください。			
			朝： 何時頃	どこで	誰と	何を食べたか
			8時	自宅	一人	パン、バナナ、牛乳
			昼：			
			そば			
		夕：				
		ご飯、味噌汁、からあげ、サラダ				
		間食：				
		せんべい				
16	食事作りは、誰がどのようにしていますか	娘が来て作ってくれる				
特記事項	事前	孤食による食欲低下が考えられる。		事後	教室で友達ができたようで、食欲もでてきた。	

※身長・体重・BMIについては様式第11号(1)事前・事後アセスメント表(運動器の機能向上)に結果を記入(受託事業者→市)

事前・事後アセスメント表 (口腔機能の向上)

氏名		男・女	生年月日	T・S	年	月	日
							(歳)

記入者 (職種) 実施日 (. .) (. .)

質問		評価項目			事前	事後	
食 事 の Q O L	1	食事への意欲	1 ある	2 あまりない	3 ない		
	2	食事中や食後のむせ	1 ある	2 あまりない	3 ない		
	3	食事中や食後のタン (痰) のからみ	1 ない	2 時々ある	3 いつもからむ		
	4	食べこぼし	1 こぼさない	2 多少はこぼす	3 多量にこぼす		
	5	口の健康状態	1 よい	2 まあよい	3 ふう		
			4 あまりよくない	5 よくない			
衛 生	6	食物残渣	1 なし・少量	2 中程度	3 多量		
	7	舌苔	1 なし・少量	2 中程度	3 多量		
	8	義歯あるいは歯の汚れ	1 なし・少量	2 中程度	3 多量		
	9	口腔衛生習慣 (声かけの必要性)	1 必要がない	2 必要あり	3 不可		
	10	口臭	1 ない	2 弱い	3 強い		
						改善・維持	
機 能	11	反復唾液嚥下テスト (RSS T) の積算時間	1回目 () 秒	1 ()	1 ()		
		2回目 () 秒	2 ()	2 ()			
	12	オーラルディアドコキネシス	パ () 回/秒	パ ()	パ ()		
タ () 回/秒			タ ()	タ ()			
カ () 回/秒			カ ()	カ ()			
13	頬の膨らまし (空ぶくぶくうがい)	1 左右十分可能	2 やや十分	3 不十分			
そ の 他	14	今回のサービスで好ましい変化が認められたもの	1 食欲	2 会話	3 笑顔	/	
	4 その他 ()						
15	生活意識の変化	1 前進	2 変化なし	3 後退			
		()					

義歯の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 全部床義歯 <input type="checkbox"/> 部分床義歯 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 全部床義歯 <input type="checkbox"/> 部分床義歯
歯科診療の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 1週間に1~2回程度の治療 (う蝕、歯周病、義歯作成などにより治療が中心) <input type="checkbox"/> 1~数ヶ月に1回程度のメンテナンス等 (定期健診なども含む)
特記事項	事前 _____ 事後 _____

記入

事前・事後アセスメント表(口腔機能の向上)

氏名	桐生 太郎	男・女	生年月日	T・S	5年11月30日 (85歳)
----	-------	-----	------	-----	-------------------

記入者 新井 (職種 歯科衛生士) 実施日 (28. 10. 20) 事前 (28. 12 . 20) 事後

質問		評価項目			事前	事後	
食 事 の Q O L	1	食事への意欲	1ある	2あまりない	3ない	2	1
	2	食事中や食後のむせ	1ある	2あまりない	3ない	1	2
	3	食事中や食後のタン(痰)のからみ	1ない	2時々ある	3いつもからむ	2	2
	4	食べこぼし	1こぼさない	2多少はこぼす	3多量にこぼす	1	2
	5	口の健康状態	1よい 4あまりよくない	2まあよい	3ふつう 5よくない	3	3
衛 生	6	食物残渣	1なし・少量	2中程度	3多量	2	1
	7	舌苔	1なし・少量	2中程度	3多量	2	1
	8	義歯あるいは歯の汚れ	1なし・少量	2中程度	3多量	2	1
	9	口腔衛生習慣(声かけの必要性)	1必要がない	2必要あり	3不可	2	1
	10	口臭	1ない	2弱い	3強い	1	1
改善・維持							
機 能	11	反復唾液嚥下テスト(RSST)の積算時間	1回目 () 秒 2回目 () 秒	1(10) 2(12)	1(7) 2(15)		-
	12	オーラルディアドコキネシス	パ () 回/秒	パ(42)	パ(49)	改善	
			タ () 回/秒	タ(45)	タ(46)		
カ () 回/秒			カ(43)	カ(45)			
13	頬の膨らまし(空ぶくぶくうがい)	1左右十分可能	2やや十分	3不十分	1	1	
そ の 他	14	今回のサービスで好ましい変化が認められたもの	1食欲 4その他 ()	2会話	3笑顔	/	3
	15	生活意識の変化	1前進 ()	2変化なし	3後退		/

義歯の状況	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 全部床義歯 <input type="checkbox"/> 部分床義歯 <input checked="" type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 全部床義歯 <input type="checkbox"/> 部分床義歯	
歯科診療の状況	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 1週間に1~2回程度の治療(う蝕、歯周病、義歯作成などにより治療が中心) <input type="checkbox"/> 1~数ヶ月に1回程度のメンテナンス等(定期健診なども含む)	
特記事項	事前 口腔の衛生状態がやや悪い。	事後 口腔清掃がいきとどくようになった。

桐生市通所型サービスC事業利用者参加状況報告書

事業者名	
実施期間	
報告者名	

NO	利用者名	参加状況(1日目から12日目までの参加日に○)												参加回数	負担割合	備考(辞退理由)	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
計																	

(受託事業者→市)

運動器の機能向上プロセス評価チェックリスト

以下のチェックリストを参考に取り組みが不十分だと思う項目をマニュアルで確認してください

		強く そう思う	そう思う	ややそう 思わない	そう 思わない
目 標	機能の向上を目的としたプログラムに なっているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	個別の課題を把握したプログラムに なっているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	期待される生活機能の改善が明確と なっているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	実施前のバイタルサインのチェックは 行っているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
安 全 管 理	実施中に水分補給の時間を設けている か	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	実施後のバイタルサインのチェックは 行っているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	痛みを評価しているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
評 価	定期的（事前・事後）な運動機能の計 測がなされているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	定期的な健康関連QOLの測定がなされ ているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	評価を基に個別の課題を把握している か	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	骨折予防及び膝痛・腰痛対策のため の個別プログラムが検討されているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
方 法	運動器の機能向上に関する知識の提供 を行っているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	筋力向上運動を行っているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	プログラムの内容、実施頻度、各種目 の回数が明確となっているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	実施時間は1時間以上行っているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
フ ォ ッ ク プ 	脱落者は少ないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	自主グループ化を試みているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	プログラム参加後の活動状況を定期的 に把握しているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

桐生市通所型サービスC（複合型プログラム）事業評価票
（サービス提供事業者記入用）

事業所名	
報告者氏名	

【プロセスに関する評価】

項目	記入番号
十分している	1
まあまあしている	2
あまりしていない	3
していない	4

*以下の項目について、当てはまると評価できる番号を記入してください。

No	項目	内容	番号
1	事前・事後アセスメントの実施	プログラムの実施前後に事業参加者の生活機能についてアセスメントを実施しているか。	
2	個別サービス計画の作成	参加者全員について、参加の目標、ニーズ等を確認して計画を作成しているか。	
3	重要事項の説明	参加者全員に対して、プログラムの目的、注意事項等の説明を行っているか。	
4	個人情報の管理	適切に実施しているか。	
5	モニタリングの実施	プログラムの実施状況、目標の達成度をモニタリングしているか。	

【アウトプットに関する評価】

No	項目	複合プログラム	
1	開催予定回数		
2	開催回数		
3	参加予定者数		
4	参加者数（実人数）		
5	参加者数（延人数）		
6	事業中断者数		
	内 訳	要支援・要介護に至った者	
		転出・転居に至った者	
		状態悪化に至った者	
		死亡に至った者	
その他の理由			
7	最終評価ができた人数		

*開催回数は、1コース12日間を1回として、計上してください。

*参加予定者数は、中断者を含めた実人数を計上してください。

*参加者数（延人数）は、事業に参加した延人数を計上してください。

*事業中断者の内訳の人数も計上してください。

●裏面に続く

●内プログラム別評価

項 目	栄養改善	運動器の機能向上	口腔機能の向上
開催予定回数			
開催回数			
参加予定者数			
参加者数（実人数）			
参加者数（延人数）			

* 開催予定回数とは、1 コースの中で実施する回数を計上してください。

* 参加予定者数は、中断者を含めた実人数を計上してください。

* 参加者数（延人数）は、事業に参加した延人数を計上してください。

【アウトカムに関する評価】

No	項 目	人数
1	通所型サービスC事業の最終評価ができた者の人数	
2	主観的健康感が改善した者の数	
3	主観的健康感を維持している者の数	
4	主観的健康感が悪化した者の数	
5	参加後、自宅や地域によって活かせることがある者の数	
6	参加後、自宅や地域によって活かせることがない者の数	

※（No. 2・3・4）

「主観的健康感」とは・・・

様式11（1） 事前・事後アセスメント表（運動器の機能向上）の「6 今の健康状態のところ」で事前と事後を比較して判断してください。

- ・「改善者」：総合点数が良くなった者
- ・「維持者」：総合点数が変化なかった者
- ・「悪化者」：総合点数が下がった者

*（No. 5・6）

様式11（1） 事前・事後アセスメント表（運動器の機能向上）の「8 通所型サービスに参加後、自宅や地域で活かせることがありますか」のところを確認してください。

通所型サービスC（複合型プログラム）事業評価票

（サービス提供事業者記入用）

記 入 例

事業所名	○△×××
報告者氏名	桐生 太郎

【プロセスに関する評価】

項 目	記入番号
十分している	1
まあまあしている	2
あまりしていない	3
していない	4

*以下の項目について、当てはまると評価できる番号を記入してください。

左の表の当てはまる

No	項 目	内 容	番号
1	事前・事後アセスメントの実施	プログラムの実施前後に事業参加者の生活機能についてアセスメントを実施しているか。	1
2	個別サービス計画の作成	参加者全員について、参加の目標、ニーズ等を確認して計画を作成しているか。	2
3	重要事項の説明	参加者全員に対して、プログラムの目的、注意事項等の説明を行っているか。	1
4	個人情報の管理	適切に実施しているか。	1
5	モニタリングの実施	プログラムの実施状況、目標の達成度をモニタリングしているか。	2

【アウトプットに関する評価】

No	項 目	複合プログラム	
1	開催予定回数	1回	
2	開催回数	1回	
3	参加予定者数	20人	
4	参加者数（実人数）	18人	
5	参加者数（延人数）	200人	
6	事業中断者数	3人	
	内 訳	要支援・要介護に至った者	1人
		転出・転居に至った者	1人
		状態悪化に至った者	1人
		死亡に至った者	
その他の理由			
7	最終評価ができた人数	17人	

下記の説明を御覧ください

*開催回数は、1コース12日間を1回として、計上してください。

*参加予定者数は、中断者を含めた実人数を計上してください。

*参加者数（延人数）は、事業に参加した延人数を計上してください。

*事業中断者の内訳の人数も計上してください。

●裏面に続く

●内プログラム別評価

下記の説明を御覧ください

項 目	栄養改善	運動器の機能向上	口腔機能の向上
開催予定回数	3	12	3回
開催回数	3	12	3回
参加予定者数	20	20	20人
参加者数（実人数）	17	18	18人
参加者数（延人数）	51	200	54人

* 開催予定回数とは、1コースの中で実施する回数を計上してください。

* 参加予定者数は、中断者を含めた実人数を計上してください。

* 参加者数（延人数）は、事業に参加した延人数を計上してください。

【アウトカムに関する評価】

下記の説明を御覧ください

No	項 目	人数
1	介護予防事業の最終評価ができた者の人数	17人
2	主観的健康感が改善した者の数	10人
3	主観的健康感を維持している者の数	6人
4	主観的健康感が悪化した者の数	1人
5	参加後、自宅や地域によって活かせることがある者の数	10人
6	参加後、自宅や地域によって活かせることがない者の数	7人

※（No. 2・3・4）

「主観的健康感」とは・・・

様式11（1） 事前・事後アセスメント表（運動器の機能向上）の「6 今の健康状態のところで事前と事後を比較して判断してください。

- ・「改善者」：総合点数が良くなった者
- ・「維持者」：総合点数が変化なかった者
- ・「悪化者」：総合点数が下がった者

*（No. 5・6）

様式11（1） 事前・事後アセスメント表（運動器の機能向上）の「8 通所型サービスに参加後、自宅や地域で活かせることがありますか」のところで確認してください。