

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。

第 号  
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

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)

- 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。
- 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。
- 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 号  
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	

様式第 6 号（第 16 条関係）

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	

様式第 7 号（第 18 条関係）

年 月 日

（宛先） 桐 生 市 長

所在地 \_\_\_\_\_

事業者 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5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

<b>ゴール</b>	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>運動器の機能向上</b>	
<b>目標</b>	<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 ( )
<b>目標達成度</b>	1 十分達成した 2 ある程度達成した 3 ふつう 4 あまり達成できなかった 5 達成できなかった
<b>参加</b>	( )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)」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対し同意します。

〔説明・同意日〕 年 月 日(運動)      〔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)			
<b>1</b>	<input type="checkbox"/> ストレッチ <input type="checkbox"/> 椅子での膝伸ばし <input type="checkbox"/> 足首の運動 <input type="checkbox"/> 立上がり <input type="checkbox"/> その他 ( )		
<b>2</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> ストレッチ  <input type="checkbox"/> 椅子での膝伸ばし  <input type="checkbox"/> 膝の屈伸運動  <input type="checkbox"/> その他 ( )                             </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> 足首の運動  <input type="checkbox"/> 立上がり  <input type="checkbox"/> 股関節の運動                             </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ストレッチ <input type="checkbox"/> 椅子での膝伸ばし <input type="checkbox"/> 膝の屈伸運動 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 足首の運動 <input type="checkbox"/> 立上がり <input type="checkbox"/> 股関節の運動
<input type="checkbox"/> ストレッチ <input type="checkbox"/> 椅子での膝伸ばし <input type="checkbox"/> 膝の屈伸運動 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 足首の運動 <input type="checkbox"/> 立上がり <input type="checkbox"/> 股関節の運動		
<b>3</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> ストレッチ  <input type="checkbox"/> 椅子での膝伸ばし  <input type="checkbox"/> 膝の屈伸運動  <input type="checkbox"/> 階段昇降  <input type="checkbox"/> その他 ( )                             </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> 足首の運動  <input type="checkbox"/> 立上がり  <input type="checkbox"/> 立位での股関節  <input type="checkbox"/> 前後左右にステップ                             </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ストレッチ <input type="checkbox"/> 椅子での膝伸ばし <input type="checkbox"/> 膝の屈伸運動 <input type="checkbox"/> 階段昇降 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 足首の運動 <input type="checkbox"/> 立上がり <input type="checkbox"/> 立位での股関節 <input type="checkbox"/> 前後左右にステップ
<input type="checkbox"/> ストレッチ <input type="checkbox"/> 椅子での膝伸ばし <input type="checkbox"/> 膝の屈伸運動 <input type="checkbox"/> 階段昇降 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 足首の運動 <input type="checkbox"/> 立上がり <input type="checkbox"/> 立位での股関節 <input type="checkbox"/> 前後左右にステップ		





## 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"> <li>・ない</li> <li>・ある ( )</li> </ul>			/	
4	体の中で痛むところは	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ない</li> <li>・ある ( )</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>・ない</li> <li>・ある ( )</li> </ul>	
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				

**記入例** 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 )		
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		
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・嫌いな食べ物は何ですか	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



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	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">事前</div> <div style="width: 45%;">事後</div> </div>

記入例

事前・事後アセスメント表(口腔機能の向上)

氏名	桐生 太郎	性別	男	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10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				
1															
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"/>
安 全 管 理	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"/>
	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"/>
評 価	痛みを評価しているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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"/>
方 法	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"/>
	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 ロ ー ア ッ 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(運動器の機能向上プログラム)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	運動プログラム
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10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。

## 【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 今の健康状態は」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C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。

通所型サービスC(運動器の機能向上プログラム)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。	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	運動プログラム	
1	開催予定回数		1回
2	開催回数		1回
3	参加予定者数	下記の説明を御覧ください。	20人
4	参加者数(実人数)		18人
5	参加者数(延人数)		160人
6	事業中断者数		3人
	内訳		要支援・要介護に至った者
		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		15人

- \* 開催回数は、1コース10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

下記の説明を御覧ください。

## 【アウトカムに関する評価】

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	15人
2	主観的健康感が改善した者の数	8人
3	主観的健康感を維持している者の数	5人
4	主観的健康感が悪化した者の数	2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	5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 今の健康状態は」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C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。