

「吹田市 高齢者 安心・自信サポート事業」
訪問型短期集中サポートサービス実施マニュアル

Ⅲ 帳票編

目次

Ⅲ 帳票

1 訪問型短期集中サポートサービス相談票	3
2 訪問型短期集中サポートサービス相談票記入例	4
3 訪問型短期集中サポートサービス利用申請書(様式第1号)	5
4 訪問型短期集中サポートサービス利用開始決定通知書(様式第2号)	6
5 訪問型短期集中サポートサービス利用申請却下通知書(様式第3号)	7
6 訪問型短期集中サポートサービス個人情報使用同意書	8
7 訪問型短期集中サポートサービス必要書類一覧	9
8 生活機能評価票	10
9 生活機能評価票記入例	11
10 訪問型短期集中サポートサービスアセスメントシート①②③	12
11 訪問型短期集中サポートサービスアセスメントシート①②③記入例	15
12 訪問型短期集中サポートサービス サービス担当者会議の要点	19
13 訪問型短期集中サポートサービス サービス担当者会議の要点記入例	20
14 記入例短期集中サポートサービスで「はつらつ元気手帳」を有効活用しましょう	21

訪問型短期集中サポートサービス相談票

受付

※太線枠内をご記入ください。

ふりがな						電話番号	— —	
対象者氏名								
生年月日	年	月	日	年齢		歳		
対象者住所								
相談者	本人 ・ 家族（配偶者 ・ 子 ） ・ その他（ ）							
家族構成				要介護認定				
疾患	整形疾患 ・ 廃用症候群 ・ その他（ ）							
介護保険 利用サービス	訪問型サポート（事業者名： ） 通所型サポート（事業者名： ） 福祉用具（ ） ・ その他（ ）							
その他サービス								
対象者の心身の状況								
サービスを 必要とする理由								
備考								
初回アセスメント 希望日	第1希望	日付	年	月	日	時間		
	第2希望	日付	年	月	日	時間		
担当ケアマネジャー						電話番号	— —	
地域包括支援センター名	地域包括支援センター							
居宅介護支援事業所名								
						受付番号		

令和3年（2021年）6月作成

					受付	
訪問型短期集中サポートサービス相談票					受付印	
(記入例)						
※太線枠内をご記入ください。						
ふりがな				電話番号	00-0000-0000	
対象者氏名	B氏					
生年月日	1940 年	〇月	〇日	年齢	80歳	
対象者住所	吹田市〇〇〇〇					
相談者	本人・ 家族（配偶者 ・ 子 ） ・ その他（ ）					
家族構成	独居	要介護認定		要支援 1		
疾患	整形疾患 ・ 廃用症候群 ・ その他 （ ）					
介護保険 利用サービス	訪問型サポート（事業者名：〇〇ヘルパーステーション ） 通所型サポート（事業者名：〇〇デイサービス ） 福祉用具（歩行器、浴室内手すり等 ） ・ その他 （ ）					
その他サービス	介護保険サービス以外で利用されているものがあれば記載してください。					
対象者の心身の状況	(例) 令和〇年〇月に自宅の廊下で転倒。受診の結果、腰椎圧迫骨折と診断。痛みは軽減しつつあるが、安静により下肢筋力が低下。外出時は歩行器を使用。外出後に痛みがある時は横になる。					
サービスを 必要とする理由	(例) 腰椎圧迫骨折前はいきいき百歳体操に参加していたので、また参加したい。下肢筋力低下により一人で通える自信がないので、短期集中を利用して早くよくなりたいとの希望がある。					
備考	内科的疾患・既往歴等についてご記入ください。 (身障手帳があれば障害名を記載してください)					初回アセスメントの希望日を記入してください。 時間はプルダウン可。 AM①：10時～ PM①：13時～ PM②：15時～ ※上記以外の時間の場合はご相談ください。
初回アセスメント 希望日	第1希望	日付	X年 Y月 Z日	時間		
	第2希望	日付	年 月 日	時間		
担当ケアマネジャー				電話番号		
地域包括支援センター名		地域包括支援センター				
居宅介護支援事業所名						
				受付番号	未記入で可	

様式第 1 号

訪問型短期集中サポートサービス利用申請書

年 月 日

吹田市長宛

申請者 住所
ふりがな
氏名
対象者との続柄
電話番号

次のとおり訪問型短期集中サポートサービスの利用を申請します。

対 象 者	ふりがな		性別	男 ・ 女
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日 (歳)		
	住 所			
申 請 理 由	1 整形外科疾患がある 2 廃用性症候群がある 3 その他 ()			
備 考				

決 裁 欄	起案日	年 月 日	決裁日	年 月 日
	参事	主幹	主査	係員

様式第2号

第 年 月 日
(年)

様

吹田市長

印

訪問型短期集中サポートサービス利用開始決定通知書

年 月 日付けで申請のあった訪問型短期集中サポートサービスについて、次のとおり利用を決定しましたので通知します。

利 用 者	ふりがな 氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 (歳)		
	住 所			
利 用 期 間	年 月 日 から 年 月 日			

様式第 3 号

第 年 月 日
(年)

様

吹田市長

印

訪問型短期集中サポートサービス利用申請却下通知書

年 月 日付けで利用申請のありました訪問型短期集中サポートサービスについて、次の理由により、申請を却下しましたので通知します。

却下理由

訪問型短期集中サポートサービス個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

- 1 使用する目的、条件、内容については、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに関する契約書における個人情報使用同意書に準ずる。

追加条件として、

① 使用する目的

市が、吹田市高齢者安心・自信サポート事業実施要綱に従い、私の訪問型短期集中サポートサービスを円滑に実施するために行うサービス担当者会議、関係機関との調整等が必要である場合に使用すること。

② 個人情報の内容（例示）

生活行為向上に資するプログラム作成に必要な住環境、本人動作のわかる画像や映像に関する情報

2 使用する期間

令和 年 月 日からサービス提供終了日まで

令和 年 月 日

吹田市長 様

利用者

住所

氏名

代理人

住所

氏名

利用者家族

住所

利用者との続柄（ ）氏名

訪問型短期集中サポートサービス必要書類一覧

R - ()

書類作成	提出時期		確認
地域包括職員 居宅介護支援事業所	A 相談時	訪問型短期集中サポートサービス相談票	
地域包括職員 居宅介護支援事業所	B アセスメント終了後	訪問型短期集中サポートサービス 利用申請書	
地域包括職員 居宅介護支援事業所	B アセスメント終了後	訪問型短期集中サポートサービス 個人情報使用同意書	
地域包括職員 居宅介護支援事業所	B アセスメント終了後	利用者基本情報	
地域包括職員 居宅介護支援事業所	B アセスメント終了後	吹田市基本チェックリスト	
地域包括職員 居宅介護支援事業所	B アセスメント終了後	吹田市高齢者安心・自信サポート事業 アセスメントシート	
地域包括職員 居宅介護支援事業所	C サービス担当者会議	介護予防サービス支援計画書 (ケアプラン)	
市の専門職	B アセスメント終了後	訪問型短期集中サポートサービス アセスメントシート①②③	
市の専門職	C サービス担当者会議	サービス担当者会議の要点（記録）	
地域包括職員 居宅介護支援事業所 市の専門職	市への提出不要	支援・対応経過シート	
サービス開始日 (通所サービス初回目)		年 月 日	
通所サービス事業所			
終了予定日			
目標達成後の予定		いき百・はつらつ・民間ジム・その他（ ）	

生活機能評価票

記入日	利用者名	年齢	包括・居宅名	記入者名
		歳		

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態・環境等)	①	②	③
	④	⑤	⑥

	状況の事実	現状	予後予測	備考(現在の状況)	サービス状況(現在の支援内容)
A D L	室内歩行				
	屋外歩行				
	外出頻度				
	排泄				
	食事				
	入浴				
	着脱衣				
I A D L	掃除				
	洗濯				
	買物				
	調理				
	整理				
	ごみ出し				
	通院				
	服薬				
	金銭管理				
	電話				
	社会参加				

自立度 困難度と 改善可能性	自立		一部介助		全介助	
	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
	○1	○2	△1	△2	×1	×2

生活機能評価票

記入日	利用者名	年齢	包括・居宅名	記入者名
R1.5.23	Wさん	82歳	〇〇包括	OT名記載

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態・環境等)	①両変形性膝関節症・腰痛	②下肢筋力の低下	③打撲で右肩が上がらない
	④自転車で転倒している	⑤独歩で買物に行きづらい	⑥体重が8kg減少

	状況の事実	現状	予後予測	備考(現在の状況)	サービス状況(現在の支援内容)
A D L	室内歩行	△1	○1	独歩や杖または掴まって歩く。 やや前傾姿勢になる。	
	屋外歩行	△1	○2	独歩または杖。買物は自転車。 ふらつきと足の痛み、腰の痛みあり。	
	外出頻度	△1	○2	ほぼ毎日、買物には行く。朝のお 話会は毎日車で送迎あり。	
	排泄	○2	○1	自立。移動がよりスムーズになると予測。	
	食事	○2		1日2食と決まっている。やや偏り あり。	
	入浴	○2		工夫しているが、左半身の洗身 が不十分。洗髪は不自由。	
	着脱衣	○2		座って着脱。かぶりものは右肩に 痛みあり。	
I A D L	掃除	△1	○2	手でごみを取る、拾う。掃除機は かけられない。家族の支援あり。	
	洗濯	○2		干すことはできる。ハンガーで干 した状態で収納する。	
	買物	△1	○1	ほぼ毎日行き、量を調整してい る。刺身をよく買う。家族の支援 あり。	
	調理	△1		10分程度の簡単な調理のみ。魚 を捌けるが今はできない。	
	整理	○2		片付けをしたいができていない。	
	ごみ出し	○2		生ごみは捨てている。瓶や缶は たまりがち。	
	通院	△1	○2	家族の支援あり。	
	服薬	○2		仕分けはするが、飲み忘れがあ る。内服の必要性があるのかと 思っている。	
	金銭管理	○1			
	電話	○1			
	社会参加	○2		老人会の参加を億劫に感じている。	

自立度	自立		一部介助		全介助	
困難度と 改善可能性	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
	○1	○2	△1	△2	×1	×2

令和元年(2019年)5月作成

訪問型短期集中サポートサービスアセスメントシート①

利用者名（担当者名）

令和 年 月 日

担当OT

疾患名 (既往歴含)								
本人の 希望				家族の 希望				
心身機能・身体構造			活動・参加			環境・個人因子		
項目		備考欄	項目		備考欄	項目		備考欄
筋力	<input type="checkbox"/>		起立	<input type="checkbox"/>		卒業の意思	<input type="checkbox"/>	
関節可動域	<input type="checkbox"/>		立位	<input type="checkbox"/>		対人交流	<input type="checkbox"/>	
バランス	<input type="checkbox"/>		床上動作	<input type="checkbox"/>		介護サービス	<input type="checkbox"/>	
血圧	<input type="checkbox"/>		室内移動	<input type="checkbox"/>		民間サービス	<input type="checkbox"/>	
不整脈	<input type="checkbox"/>		屋外移動	<input type="checkbox"/>		関係の形成	<input type="checkbox"/>	
貧血	<input type="checkbox"/>		階段昇降	<input type="checkbox"/>		自宅外段差	<input type="checkbox"/>	
呼吸苦	<input type="checkbox"/>		段差昇降	<input type="checkbox"/>		自宅外手摺	<input type="checkbox"/>	
浮腫	<input type="checkbox"/>		身だしなみ	<input type="checkbox"/>		エレベーター	<input type="checkbox"/>	
排尿回数	<input type="checkbox"/>		食事の準備	<input type="checkbox"/>		自宅内段差	<input type="checkbox"/>	
尿失禁	<input type="checkbox"/>		調理	<input type="checkbox"/>		自宅内手摺	<input type="checkbox"/>	
排便回数	<input type="checkbox"/>		食事の片づけ	<input type="checkbox"/>		福祉用具	<input type="checkbox"/>	
便失禁	<input type="checkbox"/>		トイレ	<input type="checkbox"/>		自助具	<input type="checkbox"/>	
歯	<input type="checkbox"/>		入浴(洗髪)	<input type="checkbox"/>		生活用具	<input type="checkbox"/>	
歯科検診	<input type="checkbox"/>		入浴(洗体)	<input type="checkbox"/>		履き物	<input type="checkbox"/>	
ムセ	<input type="checkbox"/>		浴槽移乗	<input type="checkbox"/>		趣味	<input type="checkbox"/>	
血糖値	<input type="checkbox"/>		掃除	<input type="checkbox"/>		役割	<input type="checkbox"/>	
アルブミン	<input type="checkbox"/>		洗濯	<input type="checkbox"/>		生活範囲	<input type="checkbox"/>	
尿素窒素	<input type="checkbox"/>		洗濯干し	<input type="checkbox"/>		転倒歴	<input type="checkbox"/>	
睡眠	<input type="checkbox"/>		買い物	<input type="checkbox"/>		(1年以内)		
視力	<input type="checkbox"/>		金銭管理	<input type="checkbox"/>		喪失体験	<input type="checkbox"/>	
聴力	<input type="checkbox"/>		内服管理	<input type="checkbox"/>		(3年以内)		
巻爪	<input type="checkbox"/>		通院	<input type="checkbox"/>		情報への関心	<input type="checkbox"/>	新聞
外反母趾	<input type="checkbox"/>		運動機会	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	ニュース
運動麻痺	<input type="checkbox"/>		地域活動	<input type="checkbox"/>		BMI	<input type="checkbox"/>	
痛み	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
痺れ	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
認知機能	<input type="checkbox"/>		※障害因子の場合のみチェックをつける。備考欄に部位や状態の記入。 強みはチェックをつけない。備考欄に記入。無関係なものは未記入。					
精神状態	<input type="checkbox"/>							
	<input type="checkbox"/>							
予後予測								
合意目標								
自己評価	初期	実行度：	／ 1 0	満足度：	／ 1 0			

訪問型短期集中サポートサービスアセスメントシート②

令和 年 月 日

利用者名（担当者名）

担当OT

	機能アプローチ	活動・参加アプローチ	環境アプローチ	
本人	【自宅】	<input type="checkbox"/> A D L	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 自主トレ（上肢）	<input type="checkbox"/> 起立練習	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 自主トレ（体幹）	<input type="checkbox"/> 歩行練習	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 自主トレ（下肢）	<input type="checkbox"/> 階段昇降練習	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> ストレッチ	<input type="checkbox"/> 調理	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 血圧管理	<input type="checkbox"/> 掃除	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 体重管理	<input type="checkbox"/> 洗濯	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 栄養管理	<input type="checkbox"/> 買い物	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 歯科受診	<input type="checkbox"/> 新聞を取りに行く	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 民間施設での運動	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 体育館での運動	<input type="checkbox"/>	
	【通所型サービス】	<input type="checkbox"/> プール	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> マシントレーニング	<input type="checkbox"/> 体操教室	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 体操	<input type="checkbox"/> スポーツ	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 認知課題	<input type="checkbox"/> ガーデニング	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> バランス練習	<input type="checkbox"/> レクリエーション	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> ストレッチ	<input type="checkbox"/> ボランティア活動	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自治会の活動	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 家族・友人との交流	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	家族、友人	<input type="checkbox"/> 自主トレの声かけ	<input type="checkbox"/> 外出の声掛け	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 血圧、体重管理の声掛け	<input type="checkbox"/> 外出の付き添い	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 食事内容の確認	<input type="checkbox"/> 家での役割を与える	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
サービス事業者 （デイ・訪問）	<input type="checkbox"/> 状態確認	<input type="checkbox"/> 運動指導	<input type="checkbox"/> 福祉用具の利用評価	
	<input type="checkbox"/> 個別リハ	<input type="checkbox"/> 動作指導	<input type="checkbox"/> 自助具の利用評価	
	<input type="checkbox"/> 体力測定	<input type="checkbox"/> 動作練習	<input type="checkbox"/> 住宅改修後の動作確認	
	<input type="checkbox"/> 負荷量調整	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
包括職員	<input type="checkbox"/> 状態確認	<input type="checkbox"/> モニタリング評価	<input type="checkbox"/> 福祉用具の手配	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 卒業先を探す	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 住宅改修の手配	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
専門職	<input type="checkbox"/> 状態確認	<input type="checkbox"/> モニタリング評価	<input type="checkbox"/> 福祉用具の提案	
	<input type="checkbox"/> 事業者へのメニュー提案	<input type="checkbox"/> 動作指導	<input type="checkbox"/> 自助具の提案	
	<input type="checkbox"/> 自主トレ提案	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 住宅改修の提案	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 卒業先を探す	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

訪問型短期集中サポートサービスアセスメントシート③

利用者名（担当者名）

令和 年 月 日

担当OT

情報の統合

助言内容

方向性

初回担当者会議で検討する項目

訪問型短期集中サポートサービスアセスメントシート①

利用者名（担当者名）

A氏（B職員）

令和 年 月 日

担当OT

（OT名記載）

疾患名 (既往歴含)		腰椎圧迫骨折、高血圧、2型糖尿病					
本人の希望		いきいき百歳体操に復帰したい。		家族の希望		(夫) 今後も元気に過ごしてほしい。	
心身機能・身体構造			活動・参加			環境・個人因子	
項目		備考欄		項目		備考欄	
筋力	<input checked="" type="checkbox"/>	体幹、左下肢	起立	<input type="checkbox"/>	卒業の意思	<input type="checkbox"/>	
関節可動域	<input type="checkbox"/>		立位	<input type="checkbox"/>	対人交流	<input type="checkbox"/>	家族、友人
バランス	<input checked="" type="checkbox"/>	片脚立位困難	床上動作	<input type="checkbox"/>	介護サービス	<input type="checkbox"/>	
血圧	<input type="checkbox"/>	服薬で良好	室内移動	<input type="checkbox"/>	伝い自立	民間サービス	<input type="checkbox"/>
不整脈	<input type="checkbox"/>		屋外移動	<input checked="" type="checkbox"/>	要介助	関係の形成	<input type="checkbox"/>
貧血	<input type="checkbox"/>		階段昇降	<input type="checkbox"/>		自宅外段差	<input type="checkbox"/>
呼吸苦	<input type="checkbox"/>		段差昇降	<input checked="" type="checkbox"/>	要介助	自宅外手摺	<input type="checkbox"/>
浮腫	<input checked="" type="checkbox"/>	軽度	身だしなみ	<input type="checkbox"/>		エレベーター	<input type="checkbox"/>
排尿回数	<input checked="" type="checkbox"/>	夜間3回	食事の準備	<input type="checkbox"/>		自宅内段差	<input checked="" type="checkbox"/>
尿失禁	<input type="checkbox"/>	なし	調理	<input type="checkbox"/>		自宅内手摺	<input type="checkbox"/>
排便回数	<input type="checkbox"/>	1日1回	食事の片づけ	<input type="checkbox"/>		福祉用具	<input type="checkbox"/>
便失禁	<input type="checkbox"/>	なし	トイレ	<input type="checkbox"/>		自助具	<input type="checkbox"/>
歯	<input type="checkbox"/>	自歯あり	入浴(洗髪)	<input type="checkbox"/>		生活用具	<input type="checkbox"/>
歯科検診	<input type="checkbox"/>	3か月に1回	入浴(洗体)	<input type="checkbox"/>		履き物	<input type="checkbox"/>
ムセ	<input type="checkbox"/>		浴槽移動	<input type="checkbox"/>	手すり必要	趣味	<input checked="" type="checkbox"/>
血糖値	<input type="checkbox"/>	服薬で良好	掃除	<input type="checkbox"/>		役割	<input type="checkbox"/>
アルブミン	<input type="checkbox"/>		洗濯	<input type="checkbox"/>		生活範囲	<input checked="" type="checkbox"/>
尿素窒素	<input type="checkbox"/>		洗濯干し	<input type="checkbox"/>		転倒歴	<input checked="" type="checkbox"/>
睡眠	<input checked="" type="checkbox"/>	中途覚醒あり	買い物	<input checked="" type="checkbox"/>	要介助	(1年以内)	
視力	<input type="checkbox"/>		金銭管理	<input type="checkbox"/>		喪失体験	<input type="checkbox"/>
聴力	<input type="checkbox"/>		内服管理	<input type="checkbox"/>		(3年以内)	
巻爪	<input type="checkbox"/>		通院	<input type="checkbox"/>	要介助	情報への関心	<input type="checkbox"/>
外反母趾	<input type="checkbox"/>		運動機会	<input checked="" type="checkbox"/>	週1回		
運動麻痺	<input type="checkbox"/>		地域活動	<input checked="" type="checkbox"/>	不参加	BMI	<input type="checkbox"/>
痛み	<input checked="" type="checkbox"/>	腰痛		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
痺れ	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
認知機能	<input type="checkbox"/>	※障害因子の場合のみチェックをつける。備考欄に部位や状態の記入。 強みはチェックなし。					
精神状態	<input type="checkbox"/>						
	<input type="checkbox"/>						
予後予測	栄養状態は良好のため、1～1.5ヶ月程度で下肢・体幹の筋力は向上すると思われる。 いきいき百歳体操への復帰には杖もしくは歩行器歩行での動作獲得になると考えられるため、 屋外での活動量を増やす取り組みとして、早期に歩行器の導入を検討する必要がある。						
合意目標	短期目標：夫の付き添いのもと、歩行器歩行で買い物に行くことができる。 最終目標：杖または歩行器歩行でいきいき百歳体操教室に参加する。						
自己評価	初期	実行度：	0 / 10	満足度：	0 / 10		

訪問型短期集中サポートサービスアセスメントシート②

利用者名（担当者名）

A氏（B職員）

令和 年 月 日

担当OT （OT名記載）

	機能アプローチ	活動・参加アプローチ	環境アプローチ	
本人	【自宅】	<input checked="" type="checkbox"/> A D L	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 自主トレ（上肢）	<input type="checkbox"/> 起立練習	<input type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/> 自主トレ（体幹）	<input type="checkbox"/> 歩行練習	<input type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/> 自主トレ（下肢）	<input type="checkbox"/> 階段昇降練習	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> ストレッチ	<input checked="" type="checkbox"/> 調理	<input type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/> 血圧管理	<input type="checkbox"/> 掃除	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 体重管理	<input type="checkbox"/> 洗濯	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 栄養管理	<input checked="" type="checkbox"/> 買い物	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 歯科受診	<input type="checkbox"/> 新聞を取りに行く	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 民間施設での運動	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 体育館での運動	<input type="checkbox"/>	
	【通所型サービス】	<input type="checkbox"/> プール	<input type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/> マシントレーニング	<input type="checkbox"/> 体操教室	<input type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/> 体操	<input type="checkbox"/> スポーツ	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 認知課題	<input type="checkbox"/> ガーデニング	<input type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/> バランス練習	<input type="checkbox"/> レクリエーション	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> ストレッチ	<input type="checkbox"/> ボランティア活動	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自治会の活動	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 家族・友人との交流	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	家族、友人	<input checked="" type="checkbox"/> 自主トレの声かけ	<input checked="" type="checkbox"/> 外出の声掛け	<input type="checkbox"/>
		<input checked="" type="checkbox"/> 血圧、体重管理の声掛け	<input checked="" type="checkbox"/> 外出の付き添い	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 食事内容の確認	<input type="checkbox"/> 家での役割を与える	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
サービス事業者 （デイ・訪問）	<input checked="" type="checkbox"/> 状態確認	<input checked="" type="checkbox"/> 運動指導	<input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具の利用評価	
	<input checked="" type="checkbox"/> 個別リハ	<input type="checkbox"/> 動作指導	<input type="checkbox"/> 自助具の利用評価	
	<input checked="" type="checkbox"/> 体力測定	<input checked="" type="checkbox"/> 動作練習	<input type="checkbox"/> 住宅改修後の動作確認	
	<input checked="" type="checkbox"/> 負荷量調整	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
包括職員	<input checked="" type="checkbox"/> 状態確認	<input checked="" type="checkbox"/> モニタリング評価	<input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具の手配	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 卒業先を探す	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 住宅改修の手配	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
専門職	<input checked="" type="checkbox"/> 状態確認	<input checked="" type="checkbox"/> モニタリング評価	<input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具の提案	
	<input checked="" type="checkbox"/> 事業者へのメニュー提案	<input checked="" type="checkbox"/> 動作指導	<input type="checkbox"/> 自助具の提案	
	<input checked="" type="checkbox"/> 自主トレ提案	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 住宅改修の提案	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 卒業先を探す	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

立案したプログラム項目のみチェックする。

載っていない項目は手書きで追加する。

訪問型短期集中サポートサービスアセスメントシート③

利用者名（担当者名）

A氏（B職員）

令和 年 月 日

担当OT （OT名記載）

情報の統合

夫と二人暮らしで生活をされているケースである。調理と買い物は本人の役割で行っていたが、3ヶ月前に転倒して以来、家に閉じこもり傾向となっており、買い物は旦那さんが行っている。自宅内では調理と洗濯は行っているが、疲労感や下腿部の倦怠感がある。

原因としては閉じこもり傾向となったことでの廃用性の下肢・体幹の筋力・持久力の低下、屋内でも椅子座位で過ごされている時間が長く、活動量が減少したためと考えられる。

しかし、調理にはこだわりがあり、栄養バランスを考えた食事は摂取できており、血液データからも栄養状態は良好である。

血圧に関しては服薬管理で経過良好であり、本人としても良くなりたいという意欲はある。

認知機能や視聴覚には問題がなく、筋力低下に伴った動作不安定のため、短期集中サポートサービスで改善の見込みは高いと考える。

卒業先としては、いき百に復帰したいとの希望もあり、歩行補助具（杖や歩行器）での動作獲得であれば、3ヶ月で達成できると思われる。

※利用者の強みを含めて記載すること。

助言内容

閉じこもり傾向のため、屋外での活動量を増やす取り組みが必要である。

本人の状態から、早期に歩行器を導入し、外出するきっかけ作りが必要性を説明。

旦那さんから外出の声掛けや付き添いをしてもらうようお願いした。

屋内での運動としては自主トレーニングを提案した。

日中は椅子で過ごされている時間がないため、横になるもしくは足を椅子に乘せる、足部の運動の必要性をお伝えした。

※留意点や情報提供した内容、指導内容などを記載する。

方向性

最初は通所型サービスや自主トレを中心に運動を行ってもらう。

歩行器導入時はモニタリング評価を行い、旦那さんの付き添いで外出可能か確認する。

屋外での移動に慣れ、安定性が向上してきたタイミングでいきいき百歳体操の〇〇〇〇までのモニタリングを行う。

※モニタリングは福祉用具などの評価や目標達成度の確認のため行う。

初回担当者会議で検討する項目

血圧管理は共有し、運動負荷量を検討する。

通所型サービスを体験もしくは初回参加してみでの疲労感・感想、福祉用具導入後の生活状況などの状態確認を行う。

再度詳細の目標を全員で確認（はつらつ元気手帳を利用する）

卒業先は決まっているため、包括・専門職側・通所型サービス側での役割を明確化する。

※決まっていなければ、情報提供をしていく。（いき百やはつらつ、広場で体操、体育館利用、その他（家族との旅行や友人とのお出かけ、趣味や地域活動への参加など）

訪問型短期集中サポートサービスアセスメントシート③

利用者名（担当者名） A氏（B職員）

令和 年 月 日

担当OT (OT名記載)

情報の統合

- ①利用者がどんな生活を過ごし、どのように生活状況が変化したのか
 - ②生活状況が変化した（何故その生活行為は阻害されているのか）原因について
 - ③現状の強みからの改善見込み（短期集中サポートサービスを利用で改善すること）
 - ④3か月または6か月後の目標、予後予測、卒業先について
- 以上4点に着目して記載する。

助言内容

- ①家族、本人への指導内容
 - ②どんな運動必要で、すべきなのか。
 - ③環境調整
 - ④留意点（サービスを利用する中で気を付けること）
- 以上4つで記載する。

方向性

どんなプロセスを踏んで、目標達成をしていくのか。
具体的な内容で記載する。

初回担当者会議で検討する項目

初回担当者会議で検討する項目を記載する。
基本的にはサービス担当者会議シートの要点に記載の項目となるが、個別に
確認しておく項目は必ず記載しておく。

訪問型短期集中サポートサービス

サービス担当者会議の要点

作成年月日 令和 年 月 日

利用者名：

担当包括職員名：

作業療法士名：

開催日：令和 年 月 日 時間： 場所：

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	自己評価 (初期)		自己評価 (最終)	
	本人						実行度	/10	実行度	/10
							満足度	/10	満足度	/10
包括職員との 事前相談	(未 ・ 済 ・ 不要)									
状況確認 前回からの心身の変化等	1 6 2 文字	目標確認			目標： 達成状況： 達成 ・ 一部達成 ・ 未達成 理由：					
活動量	1日の活動状況： 外出状況： 通所型サービスでの運動量： その他：				リスク管理			自宅生活での注意点： 通所型サービス利用時の注意点：		
今後の方向性	卒業時期 (仮)： 卒業先： 次回までの過ごし方：				その他 共有項目など					
結論										
残された課題	課題： 次回の開催時期：									

記入例

訪問型短期集中サポートサービス
初回
サービス担当者会議の要点(案)
作成年月日 令和 年 月 日
プルダウンから選択

利用者名： A氏
開催日： 令和 年 月 日
時間： 00:00 ~ 24:00
場所： デイサービス

担当者： ドロップボックスより選択
作業療法士名： (07名記載)

所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	自己評価 (初期)	自己評価 (最終)
本人	A氏	高齢福祉室(OT)	森	デイ(PT)	D氏	実行度 3 / 10	実行度 / 10
包括職員	B氏	ディスタッフ	C氏			満足度 3 / 10	満足度 / 10

包括職員との打ち合わせ
電話で実施。本日は運動負荷量や疲労感の確認。目標は歩行補助具利用での買い物。歩行補助具利用に関しての不満等も確認し、フォローしていきたいことを事前に共有

状況確認 前回の心身の変化等	目標確認	目標：夫と歩行器で買い物に行く 達成状況：未達成 理由：まだ怖くていける気がしない。 スーパーまで10分程度の歩行に自信がない。
活動量 今後の方向性	リスク管理	自宅生活での注意点：血圧変動なし。引き続き食事等には注意して頂く。 デイ利用時の注意点：下肢・体幹運動の負荷量を徐々に上げていく。疲労感が強くなりすぎて家事動作ができなくならないよう注意して進める。歩行器での長距離歩行練習も進めてみる

会議前に包括職員と本日の要点を話し合えば、その内容を記載

参加者名を記載

今後の方向性	卒業先：いき百への再度参加 次回までの過ごし方：一度OTもモニタリングでどの程度まで歩行ができるようになっていくか(歩行器利用)を本人宅で確認モニタリングしていく。	できれば早く杖など使いたい。恥ずかしい。と。 現状、下肢の筋力も落ちており、杖ではまだ長距離は難しい。歩行器などで長距離歩行を続け体力・筋力の向上を進めたいのでデイPTらと杖が可能か判断させてほしいこと伝える。そのためには自宅での歩行器での屋外歩行機会の増加が必要であることも伝え、夫との散歩もしてみよう。
結論	現状疲労感等はないが、外出機会は得られないまま。杖での歩行を希望されているため、デイでの運動量UPと歩行器での歩行機会を増やすことを提案。OTもモニタリングでスーパーまでの道のりやどの程度まで歩行できるかを評価していく	
残された課題	課題：外出機会を得て徐々に歩行器での歩行距離を伸ばしていく。それに伴い筋力・体力向上を目指す。 次の開催時期：1か月後の〇月〇日 デイにて13:00から	

訪問型短期集中サポートサービスで 「はつらつ元気手帳」を有効活用しましょう

○お持ちの「はつらつ元気手帳」を利用し短期集中での目標などを共有しましょう。

※ 8 ページ 「私の生活の目標」を記入。

[]

※目標は通所型サポートサービススタッフとも共有しましょう。

※ 9 ページ 「取り組むこと」（運動メニュー）等を記入。

- ・市の専門職が考えた運動メニューなどを記載しましょう。
- ・取り組む期間は3か月後を目処に日付を記載しましょう。

※ 13～15 ページ 12 ページを確認して、活動の記録を記入。

- ・活動場所と過ごし方の書き方

例) 場所：通所型サポートサービス名 過ごし方：運動と話をする

場所：友人宅 過ごし方：将棋/話をしに行く

場所：自宅/スーパー等 過ごし方：掃除/調理/買い物

など、ご自身が大切と思う活動/よく行う活動を書いてみてください。

※ 21～25 ページ いきいき百歳体操参加を記録を記入。

- ・参加されている方は記録方法を確認し記録を取っていきましょう。
- ・34ページの運動開始前の健康チェックもみてみましょう。

※ 26～28 ページ 通所型サポートサービスでの体力測定の結果を記入。

- ・通所型サポートサービスでの体力測定をスタッフと書き込みましょう。
- ・体力測定の結果は市の専門職も確認させていただきます。

※ 11 ページ 専門職のアドバイスを確認しましょう。

市の専門職より

※その他のページも有効活用してみてください。

作成日：令和2年（2020）年6月