

自立支援型サービス提供時に使用する 共通様式の説明書

共通様式使用の目的

- 介護予防ケアマネジメントの理解
- 介護予防ケアマネジメントの課題整理
- 事業所でのアセスメント・目標設定
- 個別支援計画への反映
- サービス内容の職種別の指示、情報共有



サービスを提供するにあたっての再確認

- 通所介護事業所には、整備しなければならない書類が定められています。

- ・介護予防通所介護計画(個別支援計画)
- ・具体的なサービスの内容等の記録(情報共有シート)
- ・苦情の内容等の記録
- ・事故の状況及び事故に際してとった処置に関する記録

■介護予防サービスについて

提供される介護予防サービスについては、意欲を高めるようコミュニケーションをとり、さまざまな工夫をして、適切に働きかけ、利用者の**自立の可能性を最大限引き出す支援**を行わなければならないとされています。

また、提供された介護予防サービスについては、**介護予防通所介護計画に定める目標達成の度合いや利用者及びその家族の満足度等について常に評価**を行うなど、その改善を図らなければならないものであるとも記載されています。

これらのことを踏まえ、管理者を中心として作成した個別支援計画を、介護職員等が理解し、実行しなければ介護予防の効果が見込みにくくなります。

■実地指導における見解

これまでの実地指導においては、介護予防ケアマネジメントと事業所の計画する個別支援計画の整合性に乏しく、サービス提供記録に関しては、個別支援計画に基づいたサービス提供記録ではなく、利用者日々の過ごしていた模様を記載した記録となっている事業所が多く見受けられました。

具体的なサービス内容を記載した記録とは、**計画に記載されているサービスが確実に実行されているかどうかを確認**できるものでなければなりませんし、**個別具体性のあるもの**でなければなりません。実地指導で確認させていただいた限りでは、利用者全員が同じ内容のチェック項目で作成されている事業所が多数でした。

自立支援や重度化防止については、現状必須とも言える目線です。ただ、総合事業の対象の皆さんは、その方法も多様で把握しなければならない状態像も多岐にわたります。**それぞれの状態像を把握**し、適切なサービス提供が望まれます。



様式の使用法

■ 予防サービス炙り出しシート

① 基本情報の入力

介護予防ケアマネジメントや利用者からの聞き取りで基本情報を整理していきます。

①利用者基本情報シート																									
記録事項													記入日												
場所													利用開始日												
■ 基本情報																									
(フリガナ)													生年												
利用者氏名													月日												
利用者住所													171歳												
													電話番号 1												
													2												
キーパーソン													続柄												
													電話番号 1												
													2												
家族構成													氏名												
													続柄												
													同居・別居												
視力													眼鏡												
聴力													補聴器												
歩行能力													その他												
													認知機能												

② アセスメント・カンファレンスシート

②-1. 介護予防ケアマネジメントの要約をします。

②アセスメント・カンファレンスシート										
								年月日更新		
被保番		氏名				認定区分				
介護予防ケアマネジメントの概略										
No.	1	居宅名				CM氏名				
記録者	場所				記入日		年齢			
確認項目	概 要									
1	総合的課題									
2	課題に対する目標と具体策		短期目標				長期目標			
3	支援の留意点 (ポイント)									
4	提供するサービス									
5	ケアマネジメントの期間									
2 ページ										



介護予防ケアマネジメントの把握のためにも、記載されている事項を整理し、要約してお書きください。

②-2. アセスメントの実施

利用者本人からの聞き取りや動作を確認して、詳細にアセスメントします。
ドロップダウンリストから事項を選択し、自立機能とそうでない機能を整理し、課題を浮き彫りにしていきます。

● アセスメント項目

・IADL(生活機能) ・精神 ・認知機能 ・社会性 ・コミュニケーション
・移動 ・食事 ・入浴 ・排泄 ・身体機能

事前アセスメント結果									
※介護予防ケアマネジメントも参考に、利用者のIADLやADLについてカンファレンス									
課題	確認項目 大分類	前回の状況			今回の状況			留意事項	
		中分類	確認事項		中分類	確認事項			
IADL (生活機能)	✓	買い物	☐ 自立	☐ 一部介助	買い物	☐ 自立	☐ 一部介助		
		金銭管理	☐ 自立	☐ 一部介助	金銭管理	☐ 自立	☐ 一部介助		
		通院	週 回	通院	週 回				
		服薬管理	☐ 自立	☐ 一部介助	服薬管理	☐ 自立	☐ 一部介助		
		掃除	☐ 自立	☐ 一部介助	掃除	☐ 自立	☐ 一部介助		
		調理	☐ 自立	☐ 一部介助	調理	☐ 自立	☐ 一部介助		
		トイレ	☐ 自立	☐ 一部介助	トイレ	☐ 自立	☐ 一部介助		
		入浴	☐ 自立	☐ 一部介助	入浴	☐ 自立	☐ 一部介助		
		着脱衣	☐ 自立	☐ 一部介助	着脱衣	☐ 自立	☐ 一部介助		
		社会参加	☐ 自立	☐ 一部介助	社会参加	☐ 自立	☐ 一部介助		
精神	✓	不安定	☐ あり	☐ なし	不安定	☐ あり	☐ なし		
		疾患	☐ あり	☐ なし	疾患	☐ あり	☐ なし		
		服薬	☐ あり	☐ なし	服薬	☐ あり	☐ なし		
		記憶	低下 ☐ あり ☐ なし	記憶	低下 ☐ あり ☐ なし				
認知機能	✓	見当識	低下 ☐ あり ☐ なし	見当識	低下 ☐ あり ☐ なし	見当識	低下 ☐ あり ☐ なし		

このアセスメントで重要なことは、課題をしっかりと把握することです。課題となっている生活機能にチェックを入れましょう。

初回のアセスメントは左側「左側前回の状況」は、白紙となります。

補足的に記載しなければならないことは、「留意事項」へ

②-3. アセスメントからカンファレンスを実施

管理者等が実施したアセスメント結果から事業所で提供すべきサービスの提供方針を各職種と連携してカンファレンスします。介護予防ケアマネジメントとの整合性も確認します。

ここで言う短期目標は、3カ月程度で達成できること、長期目標は6カ月程度で達成できる目標を記載します。

記録者		介護予防ケアマネジメントから事業所で提供するサービスの主たる目的や目標を定めます。	
1	検討項目	カンファレンス結果・方針	
2	アセスメントからの主たる利用目的		
3	主な課題・対応		
4	目標	短期	長期
5	評価項目		
6	本人のサービスに対する意欲	12345678910	
7	特記事項		

運動・栄養・口腔に関する評価指標の記入

サービスに対する意欲度を記入
※意欲度4・5・6が標準的な意欲度

③サービス担当者会議の要点を記載

サービス担当者会議で話し合ったサービスの詳細を記載していきます。

4 ページ	
検討項目	検討内容
提供する主な機能向上に資するサービスを箇条書き	可能であれば、事前に主なサービスの内容をケアマネジャーから聞いておき、必要なアプローチ方法について、会議で質問しなければならないことを記載しておく。 例えば、運動の内容や栄養改善、口腔ケア、自宅での様子など、サービス提供の検討内容を具体的に記載します。
会議での検討結果を記載	残された課題(次回開催時期)

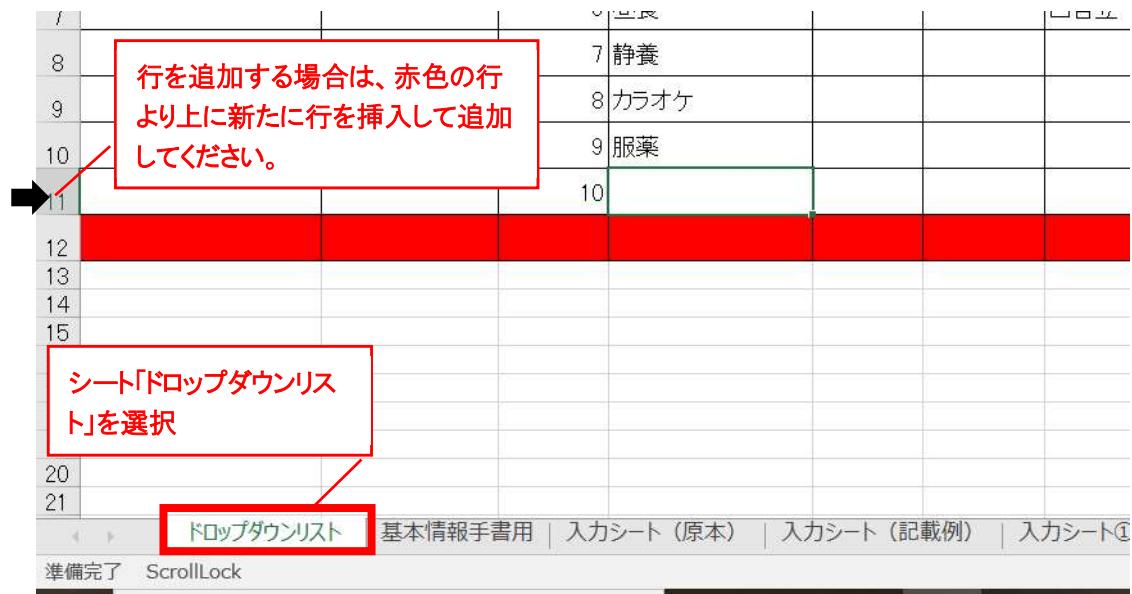
④個別支援計画の立案

利用者本人や関係者、事業所内で話し合いが終わったら、個別支援計画を作成します。事業所で達成しなければならない目標やサービス提供のためのスケジュールや内容等について計画を立てていきます。

※ドロップダウンリストは一例ですので、追記や削除はそれぞれで行ってください。追加等の仕方は、次のページに記載しています。

[illegible]

・ドロップダウンリストの追加（他の項目もこちらで追記や削除ができます）



⑤短期目標や長期目標の達成度合いをモニタリング

各目標の達成度合いを確認するため、3～6 カ月に 1 回実施状況を確認してサービスの継続の必要性を確認します。

●サービス実施状況（個別援助内容等）		
サービス項目	実施状況☑	評価
	☒ 実施できている ☐ ほぼ実施できている ☐ あまり実施できていない ☐ 実施できていない	

6 ページ

前述の個別支援内容が反映されます。

実施状況を記載していきます。

主観的な評価だけでなく、体力測定や栄養、口腔などの客観的数値に対する評価の結果を記載します。前回と比較した数値の変化等も記載します。

⑥評価結果をもとに、次回の個別支援計画の作成

着眼点

- 基本情報等の変更はないか
- アセスメント内容に変更はないか
- ケアマネジャーとの協議が必要でないか（目標やサービス内容の変更 等）
- 短期・長期目標に変更はないか

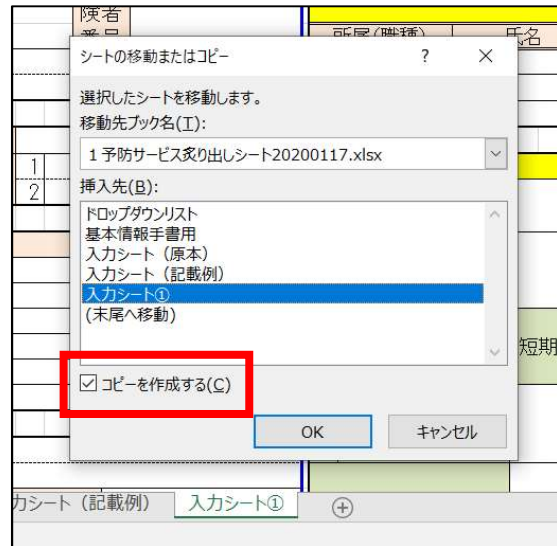
など



⑦新たな計画を立てることにシートをコピーします。

右図のように、「入力シート」を右クリックし、コピーを作成します。

必要に応じて、シートを作成していきます。



②アセスメント・カンファレンスシートは、コピー作成時、「今回から前回へ」移動しておきます。こちらは、項目を全選択し、コピー アンド ペーストします。

課題	確認項目	前回の状況			今回の状況			留意事項
	大分類	中分類	確認事項		中分類	確認事項		
□	IADL (生活機能)	買い物	□自立	□一部介助	買い物	□自立	☑一部介助	買い物は、次女が不定期ではあるが、行っている。知人にも助けてもらっている
		金銭管理	□自立	□一部介助	金銭管理	□自立	□一部介助	
		通院	週 回		通院	週2回(●●病院:内科)		
		服薬管理	□自立	□一部介助	服薬管理	☑自立	□一部介助	
		掃除	□自立	□一部介助	掃除	☑自立	□一部介助	
		調理	□自立	□一部介助	調理	☑自立	□一部介助	
		トイレ	□自立	□一部介助	トイレ	☑自立	□一部介助	
		入浴	□自立	□一部介助	入浴	□自立	☑一部介助	
		着脱衣	□自立	□一部介助	着脱衣	☑自立	□一部介助	
		社会参加	□自立	□一部介助	社会参加	☑自立	□一部介助	
□	精神	不安定	□あり	□なし	不安定	□あり	☑なし	生活に支障の出るまで(はい)がないが、多少の記憶障害はある。
		疾患	□あり	□なし	疾患	□あり	☑なし	
		服薬	□あり	□なし	服薬	□あり	☑なし	
	認知機能	記憶	低下 □あり	□なし	記憶	低下 □あり	☑なし	
		見当識	低下 □あり	□なし	見当識	低下 □あり	☑なし	
		実行機能	低下 □あり	□なし	実行機能	低下 □あり	☑なし	
□	社会性	性格	□荒 □静 □和	性格	□荒 □静 □和	☑和		
		人見知り	□する □しない	人見知り	□する □しない	☑しない		
		外出意欲	□高 □中 □低	外出意欲	□高 □中 □低	☑中		
	コミュニケーション	おしゃべり	□多 □昔 □少	おしゃべり	□多 □昔 □少	☑昔		
		言葉	□出る □出にくい	言葉	☑出る □出にくい			
		難聴	□あり □なし	難聴	☑あり □なし			
☑	移動	立上がり	□自立 □掴まり立ち	立上がり	□自立 ☑掴まり立ち	TUG:15.21秒 歩行はゆっくりでなしとできない。転倒/スク		
		室内歩行	□自立 □一部介助	室内歩行	□自立 □一部介助			
		屋外歩行	□自立 □一部介助	屋外歩行	□自立 □一部介助			

ポイント

サービス導入時の
運動器や栄養状態、口腔機能の評価は貴重！！

サービスを提供するにあたり、利用し始めの機能評価は 1 度きりです。機能の変化を追っていくためには、不可欠な情報です。

できるだけ多くの情報を持ち、個別支援計画を立てることが望ましいです。

①個別支援計画の内容を反映

①-1. 情報共有シート作成時の留意点を確認

①ー2. 機能訓練入力のためのドロップダウンリストを作成。

[illegible]

①-3. 基本情報を入力していきます。

●被保険者番号や氏名等の基本情報を入力します。

利用者基本情報														
列1	被保険者番号	氏名	フリガナ	生年月日	年齢	要介護度	有効期限	加算	月曜利用	火曜利用	水曜利用	木曜利用	金曜利用	土曜利用
4	1	1111111111	通所 太郎	シウショ タロウ	1933/1/1	8	事業対象者			月曜	火曜			
5	2	1111111112	通所 次郎	シウショ ジロウ	1934/1/1	8	要支援1			月曜		水曜		
6	3	1111111113	通所 三郎	シウショ サブロウ	1935/1/1	8	要支援2				火曜	水曜		
7	4	1111111114	通所 四郎	シウショ シロウ	1936/1/1	8	要介護1				火曜		木曜	
8	5	1111111115	通所 五郎	シウショ ゴロウ	1937/1/1	8	要介護3			月曜			木曜	金曜
9	6	1111111116	通所 花子	シウショ ハナコ	1938/1/1	8	要介護4				火曜		木曜	
10	7	1111111117	通所 月子	シウショ ツキコ	1939/1/1	8	要介護5						金曜	土曜
11	8	1111111118	通所 空子	シウショ ソラコ	1940/1/1	8	事業対象者			月曜			金曜	
12	9	1111111119	デイ 太郎	デイ タロウ	1941/1/1	8	要支援1							土曜
13	10	1111111120	デイ 次郎	デイ ジロウ	1942/1/1	7	事業対象者							土曜

留意点 | 機能訓練コンボリスト | **利用者一覧** | 利用者曜日別抽出 | 月曜看護用 | 火曜看護用 | 水曜看護用 | 木曜看護用

要介護度は、ドロップ
ダウンで選択

曜日をドロップダウン
で選択

●介護予防サービス多し出しシート説明の②-2 アセスメントから課題にあがっている生活機能を反映します。課題解決のためにサービス利用時にしなければならない目標をそれぞれ記載してください。

アセスメント結果(☑された課題解決)									
①IADL	IADL目標	②精神・認知	精神・認知目標	③社会・コミュ	社会・コミュ目標	④移動	移動目標	⑤食	
☐		☒	②レクの実施	☐		☐		☒	
☒	①買い物に行けるよう歩行訓練	☐		☒	③他者とのコミュをサポート	☒	④立ち座りの声かけ	☐	
☐		☒	②他者とのコミュをサポート	☐		☒	④トイレのついでに歩行訓練	☒	
☒	①他者とのコミュをサポート	☐		☐		☒	④トイレのついでに歩行訓練	☐	
☐		☒	②他者とのコミュをサポート	☒	③他者とのコミュをサポート	☒	④食事前に集団トレ	☐	
☒	①調理訓練	☒	②レクの実施	☐		☒	④食事前に下肢引き上げ	☒	
☐		☐		☐		☐		☐	
☒	①洗濯干し屑を1時間に1回まわす	☒	②レクの実施	☐		☒	④立ち座りの声かけ	☐	
☐		☐		☒	③他者とのコミュをサポート	☒	④トイレのついでに歩行訓練	☒	
☒	①1時間1回歩行	☒	②レクの実施	☐		☒	④トイレのついでに歩行訓練	☐	

チェックは、ドロップ
ダウンで選択

チェックした項目に実
施することを記載

●看護・介護職員との情報共有項目

看護・介護項目									
服薬:朝	服薬:昼	服薬:食間	服薬:夕	塗薬	日薬	食事	口腔	入浴予定	理美容予定
☒	☐	☐	☐	☐	☐	【通常食】	【自歯】	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☒	☐	【通常食】	【総欠損】	☐	☐
☒	☐	☐	☐	☐	☒	【通常食】	【部分義歯】	☒	☐
☐	☒	☐	☐	☐	☐	【通常食】	【総義歯】	☐	☒
☐	☐	☐	☐	☐	☐	【通常食】	【総義歯】	☒	☐
☒	☐	☐	☐	☒	☐	【通常食】	【総義歯】	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☒	【通常食】	【総義歯】	☐	☐
☐	☒	☐	☐	☐	☐	【通常食】	【総義歯】	☒	☐
☒	☐	☐	☐	☒	☐	【通常食】	【総義歯】	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	【通常食】	【総義歯】	☐	☐

ドロップダウン
で選択

- 機能訓練指導員と協議し、機能訓練指導員が直接提供するサービス以外に、看護・介護職員とともに行う機能訓練を記載します。①ー2のドロップダウンリストに入力した内容が選択できるようになっています。

機能訓練		
機能訓練①	機能訓練②	機能訓練③
てくてく体操	体幹マシントレ	
歩行運動	下肢マシントレ	握力アップの運動
てくてく体操	下肢マシントレ	
てくてく体操	下肢マシントレ	
立ち座り運動	歩行運動	スクワット
立ち座り運動	歩行マシントレ	スクワット
てくてく体操	歩行マシントレ	
立ち座り運動	上肢マシントレ	すもも裏のストレッチ
てくてく体操	立ち座り運動	
てくてく体操	立ち座り運動	

ドロップダウン
で選択

- 介護予防サービス炙り出しシート説明の②-3 カンファレンスシートの「アセスメントからの主たる利用目的」を反映します。また、特記事項にはサービス提供時に注意しなければならないことを記載します。

主たる利用目的	特記
項目	特記事項
運動	目標:近所へ買い物をするようになる 注意:運動量が増え、息が上がる
栄養	目標:筋肉量の増加 注意:食事量の確認を要する声かけ
口腔	目標:食事量の増加 注意:口腔体操を食前に
レクリエーション	目標:運動の習慣化 注意:集団レを推奨
外出の機会	目標:近所の友達の家へ行ける
運動	目標:運動の習慣化 注意:トレーニングカレンダーの活用
栄養	目標:筋肉増量のための食事改善
口腔	目標:自分で洗濯物干し
レクリエーション	目標:他者との交流 注意:レク時特に声かけ
外出の機会	目標:閉じこもり予防

炙り出しシート
のカンファレン
ス内容を反映

共有すべき
サービスの目
標や注意事項
を記載します

②利用者の曜日別抽出

曜日別の利用者の一覧を更新します。画面上に記載していますので、ご確認ください。

「行ラベル」と書いたセルの上あたりで右クリック。更新すると自動で曜日別利用者を抽出します。これが情報共有シートの氏名を選ぶドロップダウンリストとなります。

③看護職員用情報共有シートの印刷

曜日別に抽出した氏名がドロップダウンリストとして選択できるようになっています。月曜日から土曜日までの利用者をあらかじめドロップダウンリストから選択して、サービス提供日の前日までに情報共有シートを印刷し、看護職員がチェックしやすい場所に綴っておきます。

ドロップダウンには、ヨミガナと漢字氏名が表示されます。漢字氏名の方を選択してください。基本情報で入力した情報が反映されます。

個別支援計画に基づき、管理者の作成する基本情報が反映された情報共有シートですので、サービス提供時に合間を見て、必要なことができているか確認。
確認した項目には、チェックや消し込みをかけていきます。

利用者の様子や気になったところ、
次回への引継ぎ事項など、必要に応じて記載

個別支援計画に基づき、管理者の作成する基本情報が反映された情報共有シートです
 ので、サービス提供時に合間を見て、必要なことができているか確認。
 確認した項目には、チェックや消し込みをかけていきます。

確認

「時間」もしくは「チェック」を記入
例：時間の場合 10 時 15 分頃トイレに行かれたということであれば、「15」と記入
急な発熱や体調不良が、尿や便が出ていなかったからということもあります。