

介護予防通所サービスに関する目標設定・実績評価レポート

2024年度提出 赤枠は全事業所必須記載事項です。

事業所名	
作成者氏名	
介護予防通所サービスの実施有無	有 ・ 無

事業所番号	28
連絡先電話番号	(07) -
事業所規模	通常(19人以上) ・ 地域密着(18人以下)

I. 「事前・事後」チェックリスト実施結果・目標設定

	前回 目標(%)	「事前・事後」 チェックリスト 実施数(人)	達成状況 比率(%)	今回 目標(%)
改善				
維持				
悪化				
計	100%		100%	100%

利用者のどのような姿を目指し、どのような目標を設定しますか。

- ・
- ・
- ・
- ・

II. 年度途中でサービスの利用を終了・中断した人

年度途中でサービスの利用を終了・中断した人の終了・中断理由について主なものを1つ選択してください。

- ①該当者なし ②自立 ③悪化(要介護になった) ④入院・怪我 ⑤死亡 ⑥転居 ⑦事業所移行 ⑧不明

○②自立について、デイサービス卒業後に、つどいの場等の社会参加(デイサービスは除く)に繋がったケースはありますか。

○③悪化・要介護になってからも介護サービスとして引き続き利用している方は何人くらいいますか。

III. 1回当たりのサービス提供時間について

○提供時間別の利用者数

- ①1時間未満 人 ②1～2時間 人 ③2～3時間 人 ④3～4時間 人
 ⑤4～5時間 人 ⑥5～6時間 人 ⑦6～7時間 人 ⑧7時間以上 人

○最も多い提供時間

IV. サービス提供内容について

○最も多い提供時間での、サービス提供内容

- 送迎
 機能訓練
 ストレッチ 筋カトレーニング マシントレーニング 歩行訓練 口腔体操
 生活動作訓練 コグニサイズ 脳トレ その他

提出先：神戸市介護保険課

レクリエーション・趣味活動

体操 ゲーム スポーツ クイズ 野外活動 料理 工作

習字 歌 カフェ その他

食事

入浴

○上記のスケジュールについて、特に事業所として重点的に取り組んでいるメニューは何ですか。

またそのメニューを実施するにあたり、意識しているところ・工夫しているところについて記載してください。