

幸田町介護予防・日常生活支援総合事業

通所型サービスC（短期集中型通所介護）  
実施の手引き

第1版

令和元年10月

幸田町福祉課包括ケアグループ

## 1 目的

高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、自立した日常生活を営むことができるよう、保健・医療の専門職が通所と訪問を組み合わせた質の高いサービスを短期集中的に提供することにより、利用者の生活機能の維持・改善を図り、利用者の日常生活（ふだんのくらしの しあわせ）を取り戻す。高齢者がセルフケア能力を高め、家庭や地域で役割をもち、生きがいを感じながら活動的な生活を続けられるよう働きかけ、サービス終了後においても、地域の通いの場や社会参加等により、主体的に健康づくりや介護予防に取り組むことで自立した生活を送り続けることができるようにする。

## 2 対象者

通所型サービスC の対象者は、要支援1・2の認定者及び、基本チェックリストで運動・口腔・栄養・認知機能に関する機能低下が認められ、介護予防ケアマネジメントの結果、一定期間、通所型サービス C を利用することにより、機能の維持・改善が見込まれ、事業の利用に適していると判断された者。

疾病や認知症等により通所型サービス C が適さないと想定される状態像の目安	
状態像の目安	① 疾病等によりおむつ交換等の身体介護が必要な人 ② 日常生活に支障をきたすような認知症の症状・行動や意思疎通の困難さがみられる人 ③ その他、町が認める人（精神疾患、難病等）
基準	① 主治医意見書の「障害高齢者の自立度」のランクが「A2」以上 ② 主治医意見書の「認知症高齢者の自立度」のランクが「Ⅱb」以上 ③ 主治医意見書により、疾病（精神疾患、難病等）の記載がある

## 3 実施期間

・通所型サービスC は事業開始、途中、終了時等の3回以内の訪問指導と、通所事業を合わせて30回以内で、3か月から6か月程度の期間で実施する。

## 4 サービスの内容

・下肢や体幹の筋力低下、膝や腰の痛み、転倒の不安、尿失禁など、利用者の生活機能低下が運動器に起因することが確認された利用者には、理学療法士や作業療法士の訪問指導、嚥下の機能低下や言葉が出てにくくなっている利用者等にしてしている利用者には、言語聴覚士の訪問指導を行い、その後、訪問指導を行ったりハビリ職と協同で作成した個別通所計画に基づきの通所型の指導を実施する。

・生活機能の向上を図るためには、立つ・座る・歩く・階段を昇降するなどの日常生活活動のみならず、掃除・洗濯・調理などの家事動作についても対象に加えた機能訓練を実施する。

- ・利用者が自発的にプログラムに参加し、意欲的に運動を実施できるよう働きかける。また、自宅において継続的に実施できるような自宅でできる運動のプリントや意欲を維持向上させるための本人記載の記録票などの資料の提供があることが望ましい。
- ・その他、利用者に必要な個々のプログラムについては、町と協議しながら実施する。

## 5 介護予防ケアマネジメント

地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントAを実施

(参考) 介護予防ケアマネジメントのありかた

高齢者自身が、要介護状態とならないための予防やその有する能力の維持向上に努めるよう、日常生活上の課題とその原因、介護予防の取り組みを行うことによる状況改善のイメージなどについて、利用者が気付き、ケアマネジメント実施者と共有できた上で、本人のセルフマネジメントを推進していく視点でそのプロセスを進める。

利用者が、自分の課題に気付き、そこから「したい」「できるようになりたい」という意欲につなげ、具体的な生活を実現できるための取り組みが必要。

そのような支援を通して、利用者による主体的な取り組みを支援し、できることはできるだけ利用者本人が行いながら、できない部分を支援し、利用者の自立を最大限引き出すよう支援をすることが求められる。

そのうえで、地域の力を借りながら、新しい仲間作りの場や楽しみとなるような生きがい活動の場への参加に焦点を当て、できるようになった生活行為の維持に引き続き取り組むところまで結びつけるケアマネジメントが求められる。利用者の状況に応じて、様々なサービスや介護保険制度外の住民の健康づくり活動等の利用や、予防給付、介護給付とも切れ目のない支援を行うような配慮も必要。

(厚労省：介護予防ケアマネジメント実務者研修資料)

(参考) 介護予防支援の提供に当たっての留意点

- 1 単に運動機能や栄養状態、口腔機能といった特定の機能の改善だけを目指すものではなく、これらの機能の改善や環境の調整などを通じて、利用者の日常生活の自立のための取組を総合的に支援することによって生活の質の向上を目指すこと。
- 2 利用者による主体的な取組を支援し、常に利用者の生活機能の向上に対する意欲を高めるよう支援すること。
- 3 具体的な日常生活における行為について、利用者の状態の特性を踏まえた目標を、期間を定めて設定し、利用者、サービス提供者等とともに目標を共有すること。
- 4 利用者の自立を最大限に引き出す支援を行うことを基本とし、利用者のできる行為は可能な限り本人が行うよう配慮すること。
- 5 サービス担当者会議等を通じて、多くの種類の専門職の連携により、地域における様々な予防給付の対象となるサービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該

地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて、介護予防に資する取組を積極的に活用すること。

6 地域支援事業（法第百十五条の四十五に規定する地域支援事業をいう。）及び介護給付（法第十八条第一号に規定する介護給付をいう。）と連続性及び一貫性を持った支援を行うよう配慮すること。

7 介護予防サービス計画の策定に当たっては、利用者の個別性を重視した効果的なものとする。

8 機能の改善の後についてもその状態の維持への支援に努めること。

（厚労令37「指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」）

## 6 通所指導開始前の訪問指導について

通所指導開始前に理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が訪問指導にてアセスメントを行い、利用者の健康状態、生活習慣、運動機能の状態、自宅での生活動作確認や住環境、利用者の暮らす地域で参加できる社会資源等の個別の状況を把握し、住環境や生活動作に課題がある場合は助言も行う。

なお、住環境や生活動作等への助言内容については、本人・家族に指導すると共に地域包括支援センターへも報告をすること。

## 7 通所型サービスC個別計画について

訪問指導の提供にあたる理学療法士、作業療法士、言語聴覚士と連携し、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、通所型サービスCの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間等を記載した通所型サービスC個別計画（以下、「個別計画」という。）を作成する。

### (1) 目標設定について

通所型サービスC終了後に地域の通いの場や社会参加等により、主体的に健康づくりや介護予防に取り組みながら、自宅での自立した生きがいのある日常生活を継続することを目指し、介護予防ケアマネジメントで作成したケアプラン内容に合わせた目標設定を行う。

なお、改善すべき生活機能を参加者から具体的に聞き出すことが難しい場合は、参加者の日常生活で必要とされる生活機能を列挙し、それがどの程度難しいのか、また改善可能であるのかを判断し、課題となる生活機能をいくつか項目を列挙する。この列挙された生活機能について、参加者とともに楽にできるか、一人で何とかできるか、一人では難しいかを判断し、一人では難しい項目であれば、それを何とかひとりでできるようにする。ひとりで何とかできる項目であれば、楽にできるようにするといった目標設定を行

い、一人では難しい場合は、何が原因・要因となっているかについて課題を見つけ、解決に向けた具体的な目標を設定する。

## (2) 説明及び交付について

訪問指導時のアセスメントに基づき、個別計画（原案）を作成し、利用者へ説明し同意を得る。その際には、通所型サービスCが利用者の望む暮らしに向け、利用者が「したい」「できるようになりたい」ことを達成するために利用する短期集中的なサービスであること（通所型サービスCを利用すること自体が目的ではなく、通所型サービスCは手段であること）を丁寧に説明し、通所型サービスC終了後に、地域の通いの場や社会参加等へつなげるまでのフォローも含めてサービス提供を行うことも説明する。

なお、利用者が、通所型サービスC終了後の介護予防・社会参加をしようと思えるような「動機づけ」が十分にできていないと、本人の意欲を引き出せないため、サービス提供開始後も個別計画の目標について、利用者、サービス提供者、地域包括支援センターとで常に共有し、動機づけを繰り返し行うようにする。

## 8 訪問指導と通所指導について

原則として3か月から6か月程度の期間内で、利用者の個別性に応じて訪問指導と通所指導を30回以内で組み合わせて提供する。

### (1) 訪問指導

訪問指導は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が行い、通所指導開始前のアセスメント時の1回は必須とする。自宅内での運動機能の確認は難しい場合もあり、評価は必ずしも訪問指導で行う必要はなく、通所指導にて行うことも可とするが、生活の場での評価として訪問指導にて行うことが望ましい。

また、通所型サービスC終了時後に地域の通いの場や社会参加等へ円滑につなげるために、利用者の自宅から地域の通いの場や社会参加等の会場の公民館等まで利用者と一緒に歩く、会場内の環境の確認や動作指導を行う等、訪問指導は必ずしも利用者の自宅とは限らない。

なお、訪問指導は基本的には3回以内とし、通所指導を主としてサービス提供をすることが望ましいが、利用者の疾病や通所型サービス終了に向けた指導で特別な事情がある場合は、事前に町へ相談し、支援記録等に訪問指導が3回以上必要な理由を明確に記載しておくこと。

### (2) 通所指導

通所指導では理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションの視点を踏まえた機能訓練を行うが、毎回指導の開始前に、利用者サービス提供者で利用者の目標、利用者の望む暮らし等を確認する。

通所指導を行うのは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士以外の機能訓練指導員で

も構わないが、通所指導の内容や経過については、訪問指導及び個別計画作成に携わった理学療法士、作業療法士、言語聴覚士と密に情報を共有し、必要に応じて個別計画の変更を行っていく。

また、通所指導では自宅でできるセルフケア等も指導内容に加え、利用者の運動が習慣化するような工夫を行う。

## 9 評価

個別的な支援を中心とする通所型サービスCであることから、少なくとも3か月を経過した時点で評価を行い、評価結果を随時、通所計画に反映し、より効果的なプログラムを構築していくようにする。

## 10 記録の整備

利用者の記録は各事業所の取り扱いとし、日々の記録は任意の様式で行うものとするが、自立支援の観点から記入し、本人の生活機能の維持向上やセルフケアも記載する。

なお、利用者の状態の改善や悪化等が生じた場合は、記録すると共に地域包括支援センターへ速やかに報告をすること。

(参考) 事業所として整備する必要がある記録

1 従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録

2 利用者に対する次の①から④に係る記録

① 通所型サービスC（短期集中型通所介護）個別計画等(様式1～4)②提供した具体的なサービスの内容等の記録、③苦情の内容等の記録、④事故の状況及び事故に際してとった処置についての記録

## 通所型サービスC（短期集中型通所介護）の流れ

流れ	内容	資料
地域包括支援センター事前訪問	本人の状況・希望サービスの確認 (事前アセスメント通所型サービスC対象者かどうか確認)	参考様式0 事前アセスメント質問項目
動機付け	本人が半年後に、本人が望む元のくらしに戻るという意識づけ (地域リハビリテーション活動支援事業の同行訪問を利用する場合もあり)	
サービス担当者会議	通所型サービスC終了後に、本人が望む元のくらしに戻り、地域の中で活動量を維持継続するまでを支援していくことを、関係者間で意識共有する。	
訪問指導1回目 事業所 事前評価	訪問指導 訪問指導の1回目は通所指導開始前に必ず実施 (通所指導開始の同月に訪問指導の1回目を実施)  ①現状分析 本人が望むくらしができなくなった時点を確認し、原因を分析する ②目標設定 「〇〇できるようになりたい」という本人の思い、終了後の生活を見据えた目標を立てる。どんなくらしを望んでいるかをよく確認する 趣味活動や家事、サロンや老人クラブ、お達者体操など多方面から検討する ③目標を達成するための方法を検討する 通所型サービスCの参加の意思確認 3か月から6か月で終了することの合意形成 ④事前アセスメント	様式1 計画書 様式2 訪問時チェックシート 様式3 参加同意書 参考様式 興味・関心チェックシート 参考様式 居宅訪問チェックシート
計画書の作成	通所型サービスC（短期集中型通所介護）個別通所計画書の作成（利用者へ説明し同意を得る）	様式1 計画書
短期集中型通所介護サービスプログラムの実施	①通所指導（1クール 3～6か月） ②訪問指導（最大3回） 短期集中型通所サービスの実施が決定した日から終了する期間内で、通所とは別に必ず1回以上（通所指導開始前）、最大3回まで実施 ③中間アセスメント（1.5か月～3か月後）	様式4-1 評価用紙
事後アセスメント (プラン終了・プランの変更等)	①事後アセスメント ②一般介護予防事業や地域で実施しているサロンや、趣味講座、老人クラブ活動等のインフォーマルサービスを含め、介護予防の活動が継続で	

	きるようにつなげる	
--	-----------	--