

鳥取市短期集中予防サービス 実施マニュアル



令和6年4月

鳥取市福祉部長寿社会課

改訂履歴

改訂時期	主な改訂事項
令和元年6月	初回作成
令和2年4月	サービス提供の流れ（フロー図）修正
令和3年9月	サービス終了後のモニタリングについて記載を追加
令和4年4月	<ul style="list-style-type: none">・アセスメント訪問（適性調査）のサービス提供事業者への委託について記載・アセスメント訪問（適性調査）の実施者をリハビリテーション専門職と明記・終了前会議の招集者を地域包括支援センターと明記し、終了前会議の確認事項を追記・利用申請書の様式変更（利用予定事業所の記載欄を追加し、押印必須から署名優先に変更）
令和5年4月	<ul style="list-style-type: none">・サービス提供の流れ（フロー図）修正・サービス担当者会議を省略するケアマネジメントBを実施する場合の条件等を追記。・参考様式第4号、5号、様式8号の細かな文言の修正・委託料単価改訂に伴う様式第9号（短期集中予防サービス委託料請求書）の改正
令和6年4月	<ul style="list-style-type: none">・サービス内容に栄養評価に関わる記載を追記。・職員配置に栄養士を追記。・実施報告に栄養評価経過記録表の提出を追記。・参考様式10に栄養評価経過記録表を追記。

目 次

1	介護予防・日常生活支援総合事業について.....	- 1 -
2	鳥取市短期集中予防サービスについて.....	- 2 -
3	サービス提供の流れ.....	- 5 -
4	サービス利用時の介護予防ケアマネジメントについて.....	- 8 -
5	サービス提供事業所への委託業務内容.....	- 11 -
6	鳥取市へ提出する実績報告書等の作成について.....	- 16 -
7	鳥取市への届出について.....	- 18 -
8	よくあるご質問（Q & A）.....	- 19 -
9	鳥取市短期集中予防サービス様式等一覧.....	- 24 -

1 趣旨

介護予防・日常生活支援総合事業は、「市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実させることで、地域の支え合い体制づくりを推進するもの」です。

これは、地域の地理的条件や人口構成、地域高齢者の抱える疾病や介護認定を受ける原因疾患の傾向、医療機関や介護保険事業所の有無等の様々な条件が異なる中で、全国一律にサービスを提供するのではなく、地域の有する様々な条件に応じたサービスを提供することによって、より効果的に介護保険の目的を達成するために始まりました。

そのため、介護予防・日常生活支援総合事業において国の役割はガイドライン（指針）を定めて保険者である市町村を支援することに留まり、市町村は介護予防・日常生活支援総合事業の実施主体として、ガイドラインを参考にしながら実施形態、基準、報酬等を含めて自由にサービスを設計することができます。

2 鳥取市の考え方

高齢者人口が増加し、要介護者等の増加が予想されるなか、介護を必要としない期間を延ばし、介護が必要になってもより長く住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、地域ごとに取組むことが求められています。

介護予防・重症化予防の推進は、直接的に要介護認定に至る人を減らしていくための取組であり、生活環境の調整や食事・運動などの生活習慣の改善、居場所や日常生活での役割を持つことが必要です。そのためには早期に、必要な専門職を適宜活用し、生活機能の現状や回復可能性を評価した上で、必要なサービスを必要な期間だけ導入していくことが求められています。

また、高齢者の地域の社会的な活動への参加は、活動を行う高齢者自身の生きがいや介護予防につながることはもちろん、地域で活動することを通じて地域コミュニティの中での関係が構築され、日常生活や災害時の助け合いに発展していく可能性があります。

地域との関わりが途切れてしまった高齢者を地域に戻していくことは非常に困難であるため、より健康な時期から地域社会との関わりを深め、地域との関わりが途切れそうなタイミングで地域へ戻すための働きかけが求められています。

1 目的

介護予防・重症化予防の取組を進めるにあたり、必要なサービスを必要な期間だけ導入することが求められますが、初期のアセスメントで必要なサービス期間を見極めることは非常に困難です。

短期集中予防サービス（以下、「C型サービス」という。）は、日常生活行為に支障のある者に対し、保健や医療の専門職が訪問し、居宅や地域での生活環境について適切な評価を行った上で、3か月（最長6か月）の短期間に集中的にプログラムを提供するサービスです。このサービスでは、利用者自ら主体的に健康づくりや介護予防に取り組めるよう働きかけ、自立した生活を取り戻すとともに、短期的な介入で解決できる課題を解決した上で、長期的な支援が必要な課題を明らかにすることを目的として、運動機能の向上に特化したプログラムを集中的に提供しています。

2 対象者

- 要支援認定を受けた方
- 基本チェックリストにより事業対象者と判断された方

上記のうち、短期間での集中的な利用により達成可能な生活課題が明確で絞られている方や元の暮らしが取り戻せそうな方、退院直後等で短期集中的にサービスを利用することにより機能回復が期待できる方、3か月のリハ職の関与によって予後予測を立てて支援方針を明らかにしていく必要のある方等を想定しています。

3 サービスの内容

保健や医療の専門職が生活機能の評価を行った上で、通所や訪問による運動機能プログラムを、3か月の短期間に集中的に行うことで要介護状態等となることを予防します。

	鳥取市通所型短期集中予防サービス (以下、「通所型C」という。)	鳥取市訪問型短期集中予防サービス (以下、「訪問型C」という。)
サービス内容	<ul style="list-style-type: none"> ○ 専門的な運動等を集団や個別で行います。 ○ 訓練機器などを用いた筋力増強訓練、関節可動域訓練や個々の生活課題を解決するための個別訓練を行います。 ○ 利用者が自宅等で自主的に継続して運動が行えるよう、プログラムの提案・助言・指導を行い、運動習慣の定着を図るものとします。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 運動機能訓練や生活動作を応用した訓練を居宅及び日常生活を営む上で必要と認められる場所で行います。 ○ 利用者が自宅等で自主的に継続して運動が行えるよう、プログラムの提案・助言・指導を行い、運動習慣の定着を図るものとします。
サービス提供時間	1時間半～2時間	40分～1時間
本人負担	無料	
利用頻度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 通所型Cと訪問型Cを組み合わせ週1～2回程度 (ケアプランの期間の上限は3か月、延長して計6か月まで利用可能) ・ 通所型Cを主に利用する場合でも月1回以上は訪問型Cを行うこと 	

○栄養評価

通所型・訪問型短期集中予防サービスの一部として、利用者1名につき3回まで下記のサービスを行うことができます（期間延長した場合でも、上限回数は変わりません）。

- ・利用者の栄養状態について写真や聞き取りにより、下表を参考に内容を記録し、栄養士が改善方法を書面で、本人・家族へ指導してください【参考様式10】。

また、評価について、下表2「評価項目」の記載を必須とします。

※食事内容の評価・評価の記載について、栄養士が行うこととします。また、栄養士が本サービス実施時間内に利用者へ直接指導することも妨げないこととします。

評価項目	聞き取り内容の参考例
総評	下記を含めた総評
食事状況	食事回数、時間、頻度、形態 等
食事内容	摂取量（うち、タンパク質量）、偏食 等
水分量	水分摂取をした回数、種類、量 等

4 サービス提供にかかる職員配置

	通所型C	訪問型C
機能訓練指導員※1)	○利用者10人まで 理学療法士、作業療法士のいずれか1人以上 ○利用者11人以上 10人を超えた利用者数を5人につき、機能訓練指導員を1人以上	理学療法士、作業療法士のいずれか1人以上
管理栄養士または栄養士	○栄養評価実施予定の場合 管理栄養士または栄養士のいずれか1人以上 ※法人内別事業所との連携による配置可	

※1) 機能訓練指導員とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師（はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6か月以上機能訓練指導に従事した経験を有するものに限る。）

5 サービスの提供に際する留意点

- C型サービスでは、原則3か月に集中的に機能訓練を提供することで、短期間に生活機能の向上（自立度を高めること）を目指します。
- アセスメント実施時やサービス担当者会議などで、地域包括支援センターや他のサービス提供事業者とケアプランの目標や課題、役割分担を共有し、目標に即した効果的なサービスを提供してください。
- 活動量が減少した背景を、加齢だから仕方ない、と諦めがちな対象者や家族に対し、何が原因か、生活動作のどの部分に改善の可能性があるのか、どうしたら改善するのかを丁寧

に説明し理解を得て、やる気を引き出し、本人に自信を持ってもらえるような支援が必要です。

- サービス終了後の生活を念頭に、セルフケアの定着を図ることが求められます。セルフケアの定着が難しい利用者へは、運動メニューの資料を渡す、日々の取組状況を可視化することも有効です。
- 痛みによる動作の困難さから不活発になる事例は多いですが、完全に痛みがなくなることほとんどありません。痛みに対して利用者の受容を促すとともに、痛みの軽減や日々の変化を利用者本人が把握できるよう支援することも重要です。

利用申請からの流れ（図1）

① アセスメント訪問（適性調査）

C型サービスの利用希望者に対し、担当ケアマネジャーとリハビリテーション専門職等の医療専門職が訪問し、サービス利用の適性を判断します。生活課題を明らかにし、短期間（3か月）で達成する目標について利用者を交えて検討します。最初の課題解決までに3か月以上かかることが見込まれる場合は、他のサービスを検討します。

② 利用決定

アセスメント訪問により、C型サービス利用によって生活機能の改善が見込まれると判断された場合、利用者は医療機関を受診し、診療情報提供書【様式第3号】をかかりつけ医に記載してもらい、利用申請書【様式第1号】とともに長寿社会課（鳥取市中央包括支援センター）に提出します。

長寿社会課（鳥取市中央包括支援センター）は、利用者より提出された診療情報提供書および利用申請書を確認後、『利用決定通知書』を利用者に交付します。また、担当ケアマネジャーとサービス提供事業者に、利用決定を通知するとともに診療情報提供書、利用申請書のそれぞれの写しを交付します。

担当ケアマネジャーは、『介護予防ケアマネジメント依頼届』『契約書』『重要事項説明書』の説明を利用者に行い、利用契約を締結します。

③ アセスメント訪問（ケアプラン作成用）

担当ケアマネジャーは、ケアプラン作成のためのアセスメント訪問を行います。

①の訪問から担当者が変わっておらず、必要なアセスメントが十分行われていれば、省略してください。

④ サービス担当者会議

本人、家族、担当ケアマネジャー、サービス提供事業者でサービス担当者会議を行います。担当ケアマネジャーは、会議終了後、ケアプランを完成させ、サービス担当者に交付します。

また、アセスメント時に目標が利用者やサービス提供事業者の担当者と共有されていて、その目標やサービスの流れを利用者本人も理解し、C型サービスのみを利用する場合は、ケアマネジメントBとして担当者会議を省略可能です。開催の判断は担当ケアマネジャーが行いますが、必ずサービス提供事業所と相談の上で決定してください。

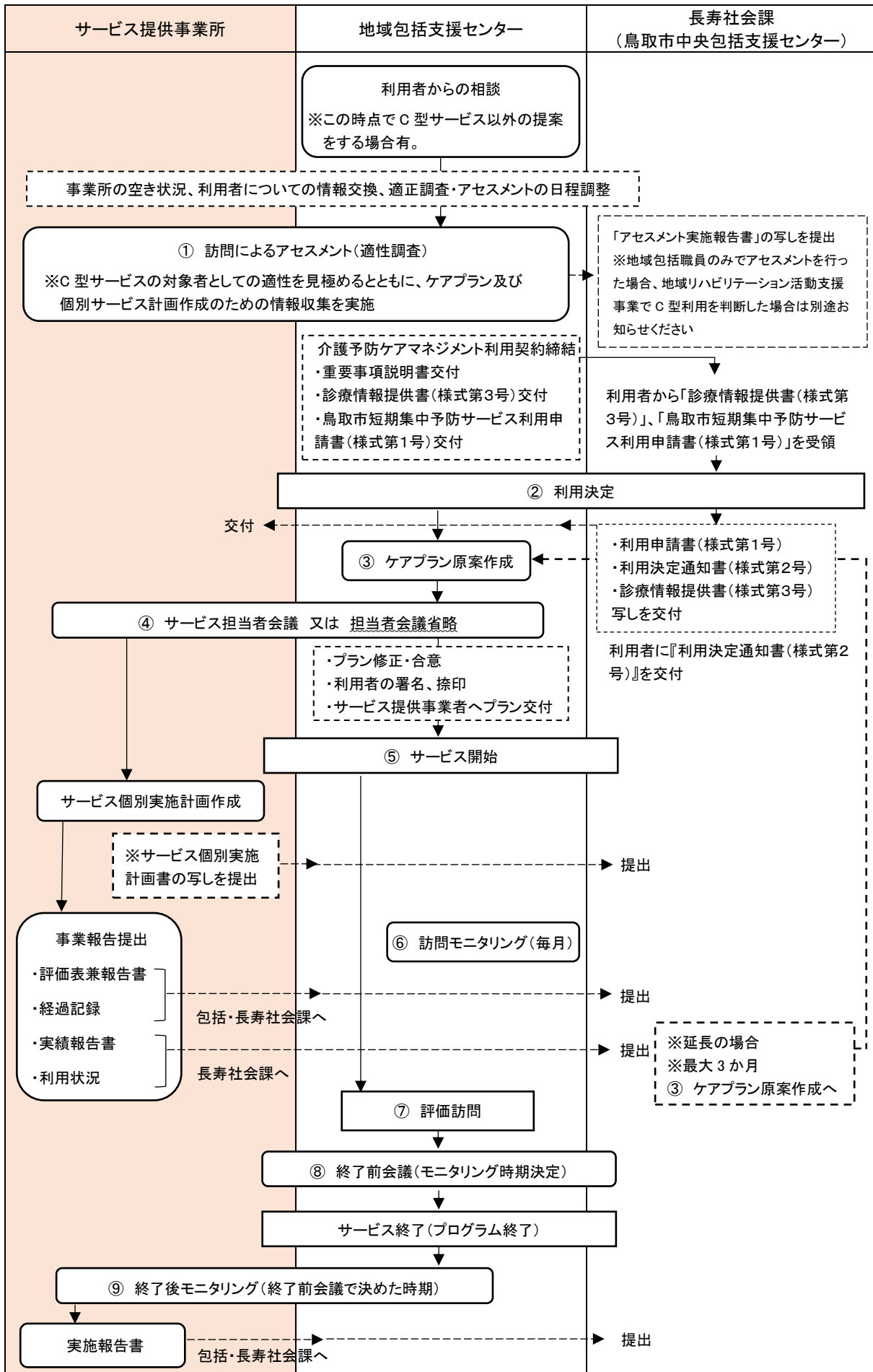
⑤ サービス開始

サービス提供事業者は、第1回目で体力測定を含めたアセスメントを行い、担当ケアマネジャーから交付されたケアプランを基に、個別実施計画書【参考様式4】を作成します。

作成した個別実施計画書の写しを、担当ケアマネジャーへ提出します。

※家屋環境、居宅周辺環境など利用者の日常生活活動に必要な行動範囲のアセスメントは、サービス期間中に適宜行ってください。

図 1



⑥ 訪問モニタリング

サービス実施期間中は、1月に1回利用者と面接し、課題や目標の到達程度をモニタリングしてください。

⑦ 評価訪問

終了前会議に先立ち、サービス終了予定月のモニタリングでは評価を実施し、『介護予防支援・介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）サービス評価表（以下、「サービス評価表」という。）』に達成状況等を記録してください。

⑧ 終了前会議

地域包括支援センターが招集し、長寿社会課（鳥取市中央包括支援センター）・地域包括支援センター・サービス提供事業者・生活支援コーディネーター等で、サービス評価表、評価兼報告書等を基に、C型サービスの効果を検証、今後の利用者の日常生活について検討します。サービス提供終了の1～2週間前（利用があと2～3回残っている頃）までに開催してください。日常生活動作が安全に行え、十分に自立レベルに達していると判断された場合、C型サービスは終了となり、一般介護予防事業や、インフォーマルな地域の多様な通いの場等に移行されます。

また、C型サービスが終了となる場合は、モニタリングの実施時期及びモニタリング内容も検討します。終了前会議で実施時期等を決定できない場合、後日、地域包括支援センター・サービス提供事業所（・利用者本人）で決定してください。モニタリングは、サービス終了から1年後までの間に実施します。サービス提供の6か月後はすべての対象者のモニタリングを実施しますので、モニタリングが複数回になることも想定されます。

日常生活動作の改善がケアプランの目標に達していない、課題が解決に至っていない場合は、最大3か月のサービス利用の延長となります。

⑨ 終了後モニタリング

終了前会議を経てC型サービスのプログラムを終了した者について、主体的に健康づくりや介護予防に取り組むことができ、自立した生活を営むことができているかを確認するため、モニタリングを実施します。

モニタリングの実施は、介護保険サービスを利用している（ケアプランが継続している）場合は担当ケアマネジャーとC型サービス提供事業所の職員が一緒に訪問して実施します。介護保険サービスを利用していない場合は、C型サービス提供事業所の職員が実施しますが、担当ケアマネジャーと一緒に訪問するかは相談して決定してください。

介護予防ケアマネジメント

(1) アセスメント（課題分析）

- 利用者の自宅に訪問して本人との面接による聴き取り等を通じて行います。
- 病気やケガ、あるいは本人を取り巻く環境等の変化により、不活発となったきっかけや原因・背景等を本人とともに確認し、本人の生活状況や生活歴等を詳しく聞き取りをしながら、「取り戻したい暮らし」や「再びできるようになりたいこと」等、意向を引き出し、取り組むべき課題をともに考えていきます。
- 取り戻したい暮らしの実現に向けて、具体化された目標が達成できるよう、介護予防に取り組む本人を支える支援体制を検討していきます。
- プロセスの中で、本人の意思決定を支援するために、この段階から、本人及び家族とコミュニケーションを深め、信頼関係の構築につとめます。

(2) ケアプラン原案（ケアマネジメント結果）作成

- 目標の設定
 - ・ 計画の目標については、単に心身機能の改善だけを目指すのではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて、本人の「自信の取り戻し」、「取り戻したい暮らし」や「再びできるようになりたいこと」等、生活の質の向上を目指すものとして、本人が、自分の目標として意識できるような内容・表現となるように設定します。

✓ C型サービスを利用する場合はリハビリテーション専門職のアセスメント内容も踏まえ、短期間（3か月）取り組むことにより、その達成がほぼ可能と思われ、本人を含め担当者全員が評価可能な具体的な目標とします。

- 利用するサービス内容の選択
 - ・ 利用するサービスを検討する際は、単に介護予防・生活支援サービス事業の利用のみに限定せず、地域のサロンなど、広く社会資源の情報を収集した上で、家族や地域住民による支援、一般介護予防事業における住民主体の活動や、民間企業の利用も積極的に位置付け、本人の自立支援を支えるケアプラン原案を本人と共に作成します。（「基本チェックリストの該当項目に基づき想定される「サービス利用例又は介護予防のための本人の活動例」も参考にしてください。）

✓ 退院直後等で短期間に集中的にサービスを利用すれば、自立支援につながると思われる場合は、C型サービスの利用が考えられます。

✓ C型サービスを利用希望の場合は、あらかじめ、利用申請書・診療情報提供書の提出が必要になります。

- ・ 利用回数及び利用時間については、利用者の状況や環境、希望等を勘案して各サービスに応じた利用回数、利用時間を設定します。

- ・ 総合事業の給付管理については、指定事業者によるサービスを利用する場合にのみ行います。
- ・ ケアプランの実施期間、モニタリングの実施間隔についても利用者によく相談しながら設定し、ケアプラン全体を作成します。

(3) サービス担当者会議

- 地域包括支援センターと介護予防・生活支援サービス事業（第1号事業）を行う事業者等が、利用者の課題やケアプランの目標を共有し、事業者からの多角的かつ専門的な意見を聞き取りプランに盛り込みます。
- 目標が達成されれば、サービス利用は終了することについて、利用者はもちろん、事業者とも共有しておく必要があります。

- ✓ C型サービスを利用する場合は、再度、目標達成後のサービス終了について説明しておきます。
- ✓ 令和5年4月以降に作成するケアプランから、C型サービスのみを利用し、アセスメント時に利用者の課題やケアプランの目標が地域包括支援センター・利用者・サービス提供事業者と共有されている場合に限り、ケアマネジメントBとしてサービス担当者会議を省略することが可能です。
- ✓ サービス担当者会議の省略は、必ずサービス提供事業所と相談して決定してください。

(4) 利用者への説明・同意

- サービス担当者会議の内容を踏まえたケアプランについて、利用者およびその家族に説明し、同意を得ます。

- ✓ ケアマネジメントBとしてサービス担当者会議を省略した場合は、作成したケアプランを地域包括支援センターが利用者およびその家族に説明し、同意を得てください。また、サービス担当者会議を省略した旨、支援経過等に記録を残してください。

(5) ケアプラン確定・交付（ケアマネジメント結果交付）

- 利用者の同意を得て、地域包括支援センターよりケアプランを利用者およびサービス実施者に交付します。

(6) サービス利用開始

- ケアプランに沿ってサービスを提供する事業者が作成した個別サービス計画に基づき、サービス利用を開始します。

(7) モニタリング（給付管理）

- 少なくとも3か月に1回およびサービス評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化があったときには、利用者の自宅に訪問して面接を行います。利用者の状況に変化があった場合は、必要に応じてケアプランの見直しを行います。
- その他の月においては、可能な限り、利用者の通所先を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、面接ができない場合は、電話等により利用者との連絡を

実施します。

- ✓ C型サービスを利用する場合は、短期間（原則3か月）で集中的なサービスの提供を行い、早期の生活改善を目指すため、利用者との面接は1か月に1回程度行います。省略できる場合については、「よくあるご質問（Q & A）」のQ15に記載していますので、参照してください。
- ✓ 目標の達成状況を確認するとともに、サービス利用の終了時期についても繰り返し説明しておくことが望ましいです。
- ✓ C型サービスは委託により実施しており、給付管理は必要ありません。（福祉用具等を併用している場合は、併用しているサービスのみ給付管理を行ってください。）
- ✓ 介護予防ケアマネジメント費は、併用サービスの有無に応じて請求先が異なります。他に給付管理が必要なサービスを利用している場合は国保連への審査請求を、利用していない場合は中央包括へ請求します。

（8）評価

- ケアプランの実施期間の終了時には、利用者宅を訪問して、プランの実施状況を踏まえて目標の達成状況の評価し、利用者と共有しながら、新たな目標の設定や、利用するサービスの見直し等の方針を決定します。

- ✓ C型サービスでは、終了前会議において、長寿社会課（鳥取市中央包括支援センター）・地域包括支援センター・サービス提供事業者・生活支援コーディネーター等で、サービス期間中の目標達成度の評価、終了後の生活を検討します。
- ✓ 終了前会議は、地域包括支援センターが招集します。
- ✓ サービス提供後に終了前会議を行うのではなく、サービスの利用を2～3回残した時点で実施することが望ましいです。
- ✓ C型サービスでは、サービス終了後にサービス提供事業者によるモニタリング訪問を行うため、終了前会議でモニタリング内容及び実施時期を検討します。
- ✓ 終了前会議の開催にあたっては、評価訪問を実施し、地域包括支援センターとして利用者の目標達成状況や残された課題を確認しておくとともに、サービス終了に対する本人及び家族の考えを確認しておくことで、会議のスムーズな進行につながります。

- 基本チェックリストのチェック内容は、本人の状態に応じて変化するため、設定したケアプランの実施期間終了時、あるいは一般介護予防事業へ移行した後や、一定期間サービス事業の利用がなかった後に、改めてサービス利用の希望があった場合等再度基本チェックリストを行い、サービスの振り分けから行います。

1 サービス提供まで

① 地域包括支援センターとの事前調整

- ・ 利用希望者の受け入れの可否
- ・ 利用希望者の状況についての情報共有
- ・ その他必要と思われる事項

② アセスメント（適性調査）

地域包括支援センターの職員に同行訪問し、アセスメントを実施して短期集中予防サービス利用の適否に関する意見を述べ、必要に応じてサービス利用にあたっての解決すべき課題や目標等を検討します。アセスメントの実施結果は、アセスメント実施報告書【参考様式12】に記入します。

必ずしもサービス提供事業者が行う必要はなく、地域包括支援センターに所属する医療専門職等がすでに実施している場合は、重ねて実施する必要はありません。

③ サービス担当者会議

本人、家族、担当ケアマネジャー、サービス提供事業者等で行うサービス担当者会議に出席し、利用者の心身機能の状況や住環境等の把握、サービス終了後の目標の確認、サービスについての十分な説明、および送迎の打ち合わせ等を行ってください。

令和5年4月以降に作成するケアプランから、C型サービスのみを利用し、アセスメントを担当ケアマネジャーと協働して実施し、アセスメント時に利用者の課題やケアプランの目標が地域包括支援センター・利用者・サービス提供事業者と共有されている場合に限り、ケアマネジメントBとしてサービス担当者会議を省略することが可能です。
開催の要不要は、地域包括支援センターとご相談ください。

2 事前アセスメントの実施

① 事前アセスメント

利用初日に運動機能の評価や生活動作についての問診を実施し、評価票兼報告書【参考様式5】に結果を記入します。

※運動機能評価の方法の詳細については、P11を参照してください。

② 個別サービス計画

事前アセスメントを行い、ケアプランと併せ、利用者1人1人の状態に応じた個別計画を作成し、短期集中予防サービス個別実施計画書【参考様式4】に記入してください。個別実施計画書は、2回目のサービス提供までに作成し、利用者に説明した後、同意を得てください。

【運動機能評価の方法】

1. 筋力

ア. 握力

左右2回ずつ測定し、良い数値を結果とする。計器が身体に触れないように測定を行う。

イ. 30秒椅子立上り回数

高さ40cmの椅子に着座し、両手を胸の前で組み、30秒間で起立～着座を繰り返した回数を測定する。股関節や膝関節が完全伸展しているかに留意。完全に立ち上がっていない回数は結果から減ずる。

2. バランス能力（開眼片足立ち）

合図で片足立ちとなり、次の状態が発生するまでの時間（秒）を測定する。

- 1) 支持脚が踏み直った（位置がずれた）とき。
- 2) 浮かせた足を床に着いたとき。

※注意：測定者は対象者のそばに立ち、安全を確保する。測定時間は、60秒以内とし、2回計測して良い方を記録する。

3. 柔軟性（長座体前屈）

背筋を伸ばし、壁に肩と背と腰をぴったりつけた長座姿勢（開始姿勢）をとる。前方に手（肘）を伸ばし、手掌を両大腿の上に置く。この時の中指の先端を「0」として、ゆっくりと前方に上体を倒していき、中指先端の移動距離を計測する。このとき膝が曲がらないように留意する。

※専用の測定機器を使用しても良い。

4. 複合動作能力（TUG：Time Up & Go test）

椅子に座った姿勢（開始姿勢）から合図で立ち上がり、3m先のマークを折り返し、再び椅子に座るまでの所要時間を測定する。マークの回り方は対象者の自由とする。教示は「できるだけ速く回って来てください」とする。対象者が転倒をしないように注意する。2回測定し良い方の値を記録する。

3 サービスの提供

① サービスを提供する上での留意点

利用者が自発的、意欲的に取り組めるように、目標達成や課題解決を念頭に置いた訓練プログラムを計画するようにしてください。またより効果を高めるため、自宅でも可能な自主トレーニングメニューも指導するようにしてください。

② 経過記録

サービス期間中は、毎回、短期集中予防サービスの経過記録【様式第8号】に、利用者への指導の要点や今後の課題等について記録してください。

③ 安全管理について

サービス提供前及び提供中は利用者の身体・健康状態等を観察し、下表に掲げる基準に該当する場合は、サービスの提供を中止してください。

サービスを実施しない場合	途中でサービスを中止する場合
安静時脈拍40回/分以下または120回/分以上	中等度以上の呼吸困難、めまい、嘔気、狭心痛、頭痛、強い疲労感などが出現した場合
安静時収縮期血圧70mmHg以下または200mmHg以上	脈拍が140回/分を超えた場合
安静時拡張期血圧120mmHg以上	運動時収縮期血圧が40mmHg以上、または拡張期血圧が20mmHg以上上昇した場合
労作性狭心症の方	頻呼吸(30回/分以上)、息切れが出現した場合
心房細動のある方で著しい徐脈または頻脈がある場合	運動により不整脈が増加した場合
心筋梗塞発症直後で循環動態が不良な場合	徐脈が出現した場合
著しい不整脈がある場合	意識状態の悪化
座位でめまい、冷や汗、嘔気などがある場合	その他異常を感じた場合
サービス実施前にすでに動悸・息切れ・胸痛のある場合	
安静時体温が38度以上	
安静時酸素飽和度(SpO2)90%以下	
その他異常を感じた場合	

参考:リハビリテーション医療における安全管理・推進のためのガイドライン

④ 緊急時対応および事故等報告について

利用者の体調の急激な悪化の際や、事故が発生した場合は、速やかに救急搬送等の必要な措置を講じてください。同時に長寿社会課（鳥取市中央包括支援センター）、地域包括支援センター、利用者の家族に報告してください。

4 機能評価および実施報告について

① サービス開始時

- 初回到生活機能及び運動機能についての初回評価を実施し、短期集中予防サービス個別実施計画書【参考様式4】を、長寿社会課（鳥取市中央包括支援センター）及び担当の地域包括支援センターに提出してください。長寿社会課（鳥取市中央包括支援センター）には実施月の翌月5日まで、担当の地域包括支援センターには実施後速やかに提出してください。運動機能評価の方法については、P11『運動機能評価の方法』を参照してください。

② 実施月の翌月5日まで

- 短期集中予防サービス評価票兼報告書【参考様式5】、短期集中予防サービスの経過記録【様式第8号】、栄養評価記録表【参考様式10】、アセスメント実施報告書【参考様式12】及びモニタリング実施報告書【様式第11号】を長寿社会課（鳥取市中央包括支援センター）及び地域包括支援センターに提出してください。アセスメント実施報告書【参考様式12】については、地域包括支援センターへは翌月5日までではなく実施後速やかに提出してください。
- 短期集中予防サービス実績報告書【様式第6号】及び短期集中予防サービス利用状況【様式第7号の1及び2】を長寿社会課（鳥取市中央包括支援センター）に提出してください。

③ 実施月の翌月10日まで

- 短期集中予防サービス委託料請求書【様式第9号】を長寿社会課（鳥取市中央包括支援センター）に提出してください。

区分	名称	市への提出	包括への提出	提出時期
参考様式4	個別実施計画書	○	○	市へは実施月の翌月5日まで 包括へは計画作成後速やかに提出
参考様式5	評価票兼報告書	○	○	実施月の翌月5日まで
様式第8号	経過記録	○	○	
様式第6号	実績報告書	○	△	
様式第7号の1及び2	利用状況	○	△	
参考様式10	栄養評価記録表	○	○	
参考様式12	アセスメント実施報告書	○	○	市へは実施月の翌月5日まで 包括へは実施後速やかに提出
様式第11号	モニタリング実施報告書	○	○	実施月の翌月5日まで
様式第9号	委託料請求書	○	△	実施月の翌月10日まで

5 終了後モニタリングの実施

① 実施時期の決定

- ・ 終了前会議でC型サービスの利用終了が決定される際に、モニタリングの実施時期及びモニタリング内容を決定します。
- ・ モニタリングはサービス提供終了から1年までの間に実施することとします。

② モニタリング内容

モニタリングでは、下記に挙げる内容を確認します。これらを確認するために注意すべき点があれば、終了前会議で検討しておきます。なお、モニタリングは原則として利用者宅で実施しますが、必要に応じて居宅を含む生活範囲での実施も可能です。

- ・ ケアプランで定めた目標が、継続して達成できているか。
- ・ C型サービス期間中に習得したセルフケア（利用者自身が行う運動や訓練、社会参加、趣味）が、継続して実施できているか。また、正しい方法で実施され、回数や負荷量が現在の利用者の機能を維持・向上するために必要な水準となっているか。
- ・ 利用者の自立した生活を阻害する要因が再発又は新たに発生していないか。

③ 実施報告

- ・ モニタリング実施後は報告書を作成し、**地域包括支援センター（担当ケアマネジャー）**・**長寿社会課（鳥取市中央包括支援センター）**へ提出してください。なお、モニタリングの結果、早期に介入すべきと思われる場合は速やかに**地域包括支援センター**へ情報提供をしてください。

6 個人情報の取扱

- ・ サービス提供事業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。
- ・ サービス提供事業者は、サービス提供に関わった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないように、必要な措置を講じなければならない。

1 実績報告に関する提出書類について

- ・評価票兼報告書【参考様式5】
- ・実績報告書【様式第6号】
- ・利用状況【様式第7号の1、様式第7号の2】
- ・経過記録【様式第8号】
- ・栄養評価記録表【参考様式10】
- ・アセスメント実施報告書【参考様式12】
- ・モニタリング実施報告書【様式第11号】

2 委託料請求に関する提出書類について

- ・請求書【様式第9号】

3 計画作成後提出書類について

計画書を作成したら速やかに提出してください。

- ・個別実施計画書【参考様式4】

4 留意事項について

- ・実績報告書について

① 提出年月日（右上の日付）は、実施月の翌日5日まで（土日祝日でもかまいません。ただし3月分については3月31日）の日付を記入してください。
日付記入の際は和暦を使用してください。

② 毎月の報告を、事業所設置法人代表者から事業所代表者へ委任している場合は、所在地、名称、代表者の欄には事業所のものを記入してください。

③ 前項の委任のない場合は、法人の所在地、名称、代表者を記入してください。

④ 当様式に記載した箇所を訂正する場合は、新たに書き直していただくか、代表者印で訂正してください。（修正インク等または、担当者の印鑑では訂正できません。）

- ・利用状況について

① 原本を提出してください。

② 送迎欄の記入漏れ等、各項目に記入漏れ及び誤りが無いように記載してください。

③ 利用日ごとに利用者に利用者確認欄にサインをもらってください。（印鑑の押印でも可とします。拇印は不可とします。）

・請求書について

- ① 請求者が自署する場合は押印を省略できますが、押印する場合は必ず委託契約書と同一の印鑑を押印してください。委託料の受領を事業所代表者に委任されている場合は、委任状の受任者欄に押印した印鑑と同一の印鑑で押印してください。
- ② 提出年月日は、実施月の翌日10日まで（土日祝日でもかまいません。）の日付を記入してください。日付記入の際は和暦を使用してください。

次に挙げる場合には、必ず報告または届出を行ってください。

1 サービス提供中に事故等が発生した場合

次の場合には、介護保険事故報告書を長寿社会課（鳥取市中央包括支援センター）に提出してください。

- ・利用者が医療機関で治療を受けた場合又は死亡した場合
- ・利用者又は従業者にノロウイルス、インフルエンザ等の感染症が発生した場合
- ・利用者の財物を毀損または滅失したために利用者との間に紛争が起こった場合
- ・上記以外の場合であっても、賠償すべき事故が発生した場合又は損害賠償を行うこととなった場合

詳細は、鳥取市介護保険事故報告事務取扱要領を参照してください。

2 委託契約に関わる事項について変更が生じた場合

次の場合には、各項目に挙げる書類の提出が必要となります。

(1) 委託契約書に記載されている法人の所在地、名称、代表者に変更があった場合

- ① 法人の所在地、名称、代表者の変更することについての変更届
- ② 口座振込依頼書

(2) 事業所の所在地、名称、代表者に変更があった場合

・実績報告書の提出等を事業所の代表者に委任している場合

- ① 事業所の所在地、名称、代表者の変更することについての変更届
- ② 事業所の新しい代表者名を記載した委任状
- ③ 口座振込依頼書（委託料の請求・受領を委託している場合）

・実績報告書の提出等を事業所の代表者に委任していない場合

- ① 法人の所在地、名称、代表者の変更することについての変更届

3 サービス提供に関わる事項について変更が生じた場合

次の場合には、長寿社会課（鳥取市中央包括支援センター）へ報告してください。

(1) 実施プログラムの内容、送迎範囲、利用調整を行う担当者等を変更する場合

※ その他、委託契約及びサービス提供に関わる事項について変更が生じる際は、必ず長寿社会課（鳥取市中央包括支援センター）へご相談ください。

Q 1 デイサービスセンター等の介護保険施設で実施する場合、他の介護保険サービス提供時間に一緒にサービスを実施することはできますか。

A 1 他のサービスの運営基準を遵守し、他のサービスの提供に支障がない範囲で、同一時間帯、同一の場所を使用して短期集中予防サービスの提供を行うことは可能です。この場合は、プログラムとサービスを行う人員を明確に区分して行ってください。

Q 2 利用者が体調不良や入院等で連続して休む場合や、要介護認定を受けた場合は、どうすればよいか。

A 2 利用者が長期間休む場合（概ね1か月以上）や、要介護認定を受け、事業の対象者でなくなった場合は、利用者を担当する地域包括支援センターへご連絡ください。

長期間休んだ後にサービス継続する場合には自動的に期間を延長せず、3ヶ月で一度終了前会議を開催し、必要に応じて期間を延長してください。

入院等が必要な身体状況の変化があった場合は、短期集中予防サービスを再度利用することを検討することができます。

Q 3 利用者が食事の提供や入浴を希望された場合、施設の自費サービスとして実施してよいか。

A 3 短期集中予防サービスの対象者は、リハビリ専門職による運動器機能向上訓練に取り組み、自宅でできる体操等（セルフケア）を学び、実践し、事業終了後は自宅等でご自身で継続して介護予防に取り組んでいただくことを想定しています。アセスメント時、食事の提供や入浴の必要が認められる人は総合事業の通所介護や民間の配食サービス等をご利用いただくことが想定されます。

Q 4 現在、介護認定等持っていないが、本事業を利用してみたいという人が事業所に直接相談に来た場合、本事業をすすめてよいか。

A 4 ご自身の体の状況に心配があり、本事業の利用を希望される人からの相談があった場合、まずお住いの地区の地域包括支援センターを紹介してください。介護認定等を持っていない場合は、地域包括支援センター及び本市が基本チェックリストの実施により事業対象者と認められた場合に、本事業の対象者になります。

Q 5 短期集中予防サービス利用中に、他の介護保険サービス等を併用することはできますか。

A 5 サービス種類によって、併用の可否が分かります。

<× 併用できないもの>

- ・機能訓練やリハビリテーションが提供されることが想定されるサービス（通所型サービス、認知症対応型通所介護、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、医療保険のリハビリテーション、小規模多機能型居宅介護）
- ・居住系サービス（認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護）
- ・宿泊系サービス（短期入所生活介護、短期入所療養介護）

<○ 併用できるもの>

- ・居宅療養管理指導
- ・福祉用具貸与、福祉用具購入、住宅改修
- ・障がい福祉サービスの就労継続支援

<△ 場合によるもの>

- ・訪問看護（医療的な管理のみを実施しているなら○、機能訓練を行う場合は×）、
- ・訪問型サービス（受けている支援を自分で行えるようになるため、連携して実施するなら○）

Q 6 週1回程度利用の場合、3か月で12回実施できるよう利用期間を設定すればよいですか。

A 6 回数にかかわらず3か月で設定してください。終了前会議の際に目標が達成できておらず、延長すれば目標達成が可能と判断する場合は延長を検討してください。延長についても回数ではなく期間で設定してください。

Q 7 最長6か月利用可能なため、利用期間を6か月で計画を立ててもよいでしょうか。

A 7 必ず3か月で計画を作成し、利用者へも3か月の計画を説明してください。終了前会議において期間延長することによって解決できる課題が残っている場合は期間延長を検討します。

Q 8 延長する場合に目標達成までの期間が定まらない場合はどうしたらよいですか。

A 8 3か月までの期間で延長してケアプランを作成し、目標達成時点でサービス提供は終了して構いません。

Q 9 入院や本人都合によりサービス提供を中止するときに手続きは必要ですか。

A 9 書面による手続きはありません。包括支援センターとサービス提供事業所で情報共有を行い、実施報告書には利用予定日と中止の理由について記載してください。

Q10 就労している利用者で、通所の送迎や訪問を勤務先にしたいのですが可能でしょうか。

A10 通所の送迎について、サービス提供事業所に確認し対応可能であれば勤務先にしていただいて構いません。訪問について、サービス実施場所は自宅だけでなく日常生活を営む上で必要と認められる場所も含みますので、勤務先で解決したい課題があるような場合は、サービス提供事業所と相談して実施場所を決めてください。ただし、勤務先で実施する場合も、生活状況や課題を把握するため必ず一度は自宅で実施してください。

Q11 診療情報提供書に記載の傷病の画像を確認したいです。

A11 担当ケアマネジャーに依頼するか、医師に直接依頼してください。

Q12 実際の利用スケジュールについて教えてください。

A12 まずは利用者の課題解決や目標達成のために必要な利用回数（週1～2回程度）を決めてください。

次に、通所型と訪問型の利用割合を決めます。訪問型のみの利用は可能ですが、通所型のみの利用は認めていません。通所型を主体に利用する場合であっても、自宅等での生活環境や運動習慣が定着しているかを確認するため、必ず訪問を月1回以上行ってください。

通所型と訪問型の組み合わせは、3か月の間に自由に変更して構いません。

<スケジュールの例>

通所型と訪問型を組み合わせた事例を掲載します。通所型と訪問型を組み合わせる場合でも、週1～2回程度の利用となるようにしてください。

●…通所、☆…訪問

(例1) 週2回利用の場合 通所型Cを中心に利用

日	月	火	水	木	金	土
1	2	3 ●	4	5 ●	6	7
8	9	10 ●	11	12 ●	13	14
15	16	17 ●	18	19 ●	20	21
22	23	24 ●	25	26 ☆	27	28
29	30					

(例2) 週2回利用の場合 通所型Cと訪問型Cを同程度利用

日	月	火	水	木	金	土
1	2	3 ●	4	5 ☆	6	7
8	9	10 ●	11	12 ☆	13	14
15	16	17 ●	18	19 ☆	20	21
22	23	24 ●	25	26 ☆	27	28
29	30					

(例3) 週1回利用の場合

日	月	火	水	木	金	土
1	2	3 ●	4	5	6	7
8	9	10 ●	11	12	13	14
15	16	17 ☆	18	19	20	21
22	23	24 ●	25	26	27	28
29	30					

(例4) 利用回数を減らしていく場合

1、2か月目…(例1)のとおり(週2回利用)

3か月目…通所を週2回から週1回に減らすとともに訪問を月2回に増加

日	月	火	水	木	金	土
1	2	3 ●	4	5	6 ☆	7
8	9	10 ●	11	12	13	14
15	16	17 ●	18	19	20 ☆	21
22	23	24 ●	25	26	27	28
29	30					

Q13 C型サービス利用を検討しているが、認定期限が迫っており3か月の途中で認定が切れてしまう（例：8月10日から利用開始予定、認定期間は9月末）。どのように対応したらよいか。

A13 認定期間を超える計画を作ることはできないので、最長で認定期間終了までのプランを作成いただきます。延長が必要と思われる場合は、通常通り終了前会議を実施して検討し、延長の可否を決定します。延長した場合、延長後のケアプランの期間は3か月を超えることはできません。

また、C型サービスは自立又は要介護となった場合は利用することはできないため、サービス利用を終了することとなります。

更新申請で自立となる可能性がある場合は、更新申請せず、認定期間が途切れる前にチェックリストを実施し、事業対象者となるよう手続き（介護保険系の給付担当へ必要書類を提出）をすることでC型サービスの継続利用が可能となります。

Q14 C型サービスの再利用は可能でしょうか。

A14 新たな疾病や障害により生活機能が低下した場合は可能です。具体的には入院や手術が必要となった場合を想定しています。

Q15 アセスメント訪問やサービス担当者会議など、利用者や家族と複数回顔を合わせる月があるが、面接してのモニタリングは実施しなければならないか。

A15 介護予防支援やケアマネジメントAは、「サービスの期間終了月及び3月に1回以上は利用者の居宅で面接してモニタリングし、居宅での面接でモニタリングしない月は、サービス事業者への訪問や電話等の適切な方法でモニタリングを行う」こととなっており、このルールは短期集中予防サービス利用時でも変わりません。

加えて、短期集中予防サービス利用時は毎月面接してモニタリングするようお願いしていますが、アセスメント訪問やサービス担当者会議の実施月など、アセスメントと時期が近接する場合は、面接によらず、電話等でのモニタリングで差し支えありません。また、評価訪問は延長時のアセスメント訪問と兼ねて実施されることを想定しています。

なお、終了前会議の結果を伝え、今後のサービス利用やセルフケア、モニタリング時期等を伝えることについては、方法は特に定めず必要に応じて実施してください。

★……居宅で面接して実施・☆……居宅以外の場所で実施可能だが、面接して行う

○……電話等の方法で実施

パターン1)

	前月	1月	2月	3月	4月
サービス利用		←			→
アセスメント	★				
モニタリング		☆	☆	☆	★(評価訪問)

パターン2)

	前月	1月	2月	3月	4月
サービス利用		←			→
アセスメント		★			
モニタリング		○	☆	★(評価訪問)	

区 分	名 称	市への 提出	包括へ の提出	提出時期・備考
様式第1号	短期集中予防サービス利用申請書	○	-	利用申請時（利用者）
様式第2号	短期集中予防サービス利用決定通知書	-	-	-
様式第3号	診療情報提供書	○	-	利用申請時（利用者）
参考様式4	短期集中予防サービス個別実施計画書	○	○	市へは実施月の翌月5日まで 包括へは計画作成後速やかに提出
参考様式5	短期集中予防サービス評価票表兼報告書	○	○	実施月の翌月5日まで
様式第6号	短期集中予防サービス実績報告書	○	-	〃
様式第7号の 1及び2	短期集中予防サービス利用状況	○	-	〃
様式第8号	短期集中予防サービスの経過記録	○	○	〃
様式第9号	短期集中予防サービス委託料請求書	○	-	実施月の翌月10日まで
参考様式10	栄養評価記録表	○	○	実施月の翌月5日まで
様式第11号	短期集中予防サービス終了後モニタリング実施報告書	○	○	実施月の翌月5日まで
参考様式12	アセスメント実施報告書	○	○	市へは実施月の翌月5日まで 包括へは実施後速やかに提出
	介護保険事故報告書	○	-	事故発生時
	鳥取市短期集中予防サービスに係る診療情報提供書の作成について(依頼)	-	-	鳥取市から医療機関宛の依頼文書の写し。提供依頼時に必要に応じて使用する