

第一号訪問事業（短期集中予防サービス）実施要領

目標 10人／年

1. 【事業の名称】 第一号訪問事業（短期集中予防サービス。以下「訪問型 C」という。）

1. 【事業目的・内容】 要支援者及び第一号事業対象者（以下「要支援者等」という。）に対して、3～6カ月の短期間で専門職がその者の居宅を訪問し、生活上の問題・課題及びその背景・原因を総合的に把握し、必要な相談・指導等を実施し、問題解決・原因の解消を図り自立した生活を目指すものである。相談・指導内容は以下の通り。

種類	内 容
運動器機能向上	歩行・玄関の昇降・トイレ・入浴等の日常生活上の動作の改善のための指導又は動線確保のためのアドバイス（マッサージや施術は含まれない）。
閉じこもり予防 うつ予防	閉じこもりによる活動意欲・筋力の低下等の予防のために、教室や地域の趣味活動へ繋げることや、その人に合った出掛け方のアドバイス。意欲低下・眠れない・疲れやすい・楽しく思えない等の相談や、その人に合ったストレス解消方法・リラックス方法のアドバイス。
医療受診をしていない方	医療につなぐことにより、自立した在宅生活を望める方（精神疾患等）
認知症予防	物忘れや記憶力の低下等の気になる症状をチェックし、脳を活発に働かせるための過ごし方の指導や、認知症に関する情報の提供。
口腔機能向上	「固いものが食べづらい」「むせやすい」「口が乾く」等の高齢期の症状の改善を目指し、口の手入れ・唾液腺マッサージ・舌体操の指導等。

1. 【根拠法令等】 介護保険法第 115 条の 45 第 1 項第 1 号イ地域支援事業実施要綱（国）別記 1 総合事業－(1)介護予防・生活支援サービス事業－イ各論－
（ア）訪問型サービス－④ 檀原市第一号事業実施要綱別表－2 訪問型サービス C の事業費

檀原市第一号事業の人員(中略)を定める要綱第 35 条の 2～第 35 条の 4

1. 【対象者】 要支援者等のうち、介護予防ケアマネジメントで事業の利用が適当であると判断された者であって、次のいずれかに該当するもの。

- 1) 通所が困難な場合
- 2) 訪問で行うことが効果的と判断する場合
- 3) 通所が可能な者であっても、訪問と併用することが効果的と判断する場合

1. 【担当職種】 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・**看護師**

1. 【実施期間及び場所】 年間を通じて実施。市内一円（ただし、対象者の居宅に限る）。

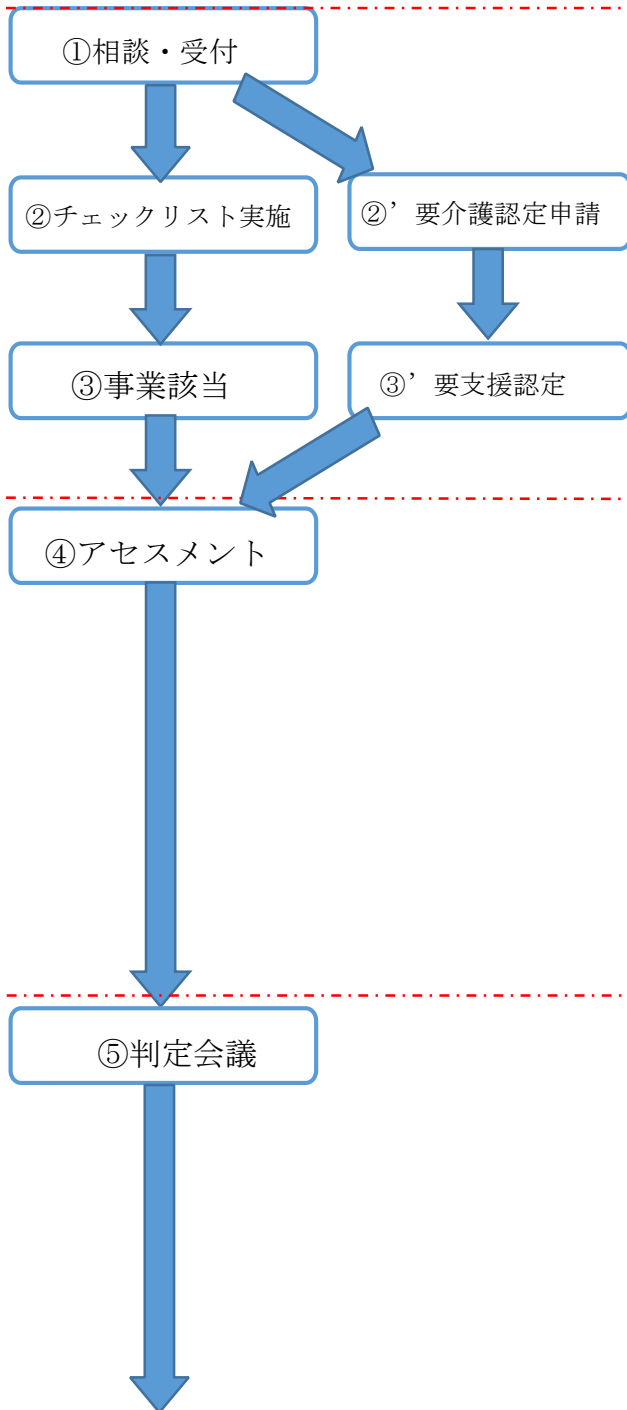
1. 【利用頻度】 ケアマネジメントにより、必要と認められた頻度。

1. 【提供時間】 1 回あたり 45 分～60 分程度（PT・OT・ST については 40 分）

1. 【費 用】 PT・OT・ST：8,500 円/回 その他の職種：4,000 円/回 ※利用者負担は無し

1. 【注 意 点】 訪問 C 終了後の行き場として、通いの場（元気な一歩会、ふれあいサロン等）を案内すること。

1. 通所型C サービス利用の流れ



I：対象者の把握・抽出。

退院直後のみならず、傷病直後や一時的な体調不良後（夏バテ等）や意欲低下も含み、短期間に集中して関与することで自立への効果が見込める者が対象者となる。よって、日ごろの総合相談支援業務（実態把握）の中で随時対象者を抽出する。

I：課題（問題）の原因・背景を明らかにする。

「閉じこもりがち」という課題の場合には、なぜ閉じこもりがちになっているのか、課題となっている原因・背景の分析が必要である。これにより、支援内容の方向性が決まる。（下記例参照）

II：自立に対する本人の意思・意欲を確認する。

最終的な目標は自立である。アセスメントの段階で利用者には3ヶ月で自立するという意思・意欲があるか確認し、そのことについて合意がなされている必要がある。

- | | |
|----------------------------------|------------------|
| 例1：「歩行が不安定で転倒に対する不安が強いので閉じこもりがち」 | ⇒ 運動器機能向上 |
| 例2：「玄関の段差が大きく昇降が困難で閉じこもりがち」 | ⇒ 運動器機能向上＋住環境の整備 |
| 例3：「社会参加の機会が無く意欲低下があり閉じこもりがち」 | ⇒ 閉じこもり予防＋うつ予防 |
| 例4：「精神疾患（通院治療中）で閉じこもりがち」 | ⇒ 疾患に対する支援は医療の範囲 |

I：関係者（市・包括）による判定会議で判定する。

判定会議（ケース会議）を行う。ここでは課題・目標と訪問である必要性の確認を行い、訪問型Cの対象者とするか判定する。

II：提供サービスの確認。

頻度が週3回や、期間が2ヶ月間であっても良い。また、訪問型Cだけでなく、他のサービスについても検討する。

III：終了後の生活や社会資源について確認する。

最終目標について、終了後の自立した生活像が具体的に描けているか、継続した自立生活が送れるか、社会資源に繋がっているかを確認する。

⑥サービス担当者会議

I：構成員について。

構成員については包括・訪問担当者・訪問担当者（併用する場合）を最低限の構成員とする。利用者の課題や目標等によっては栄養士・歯科衛生士・看護師等の参加も考えられる。

II：目標（終了後の生活像）を共有する。

担当者全員が最終的な目標（終了後の生活像）を共有する必要がある。

III：目標達成のための手段を検討する。

目標達成に向けた段階的な目標（短期目標）及びその期間を設定し、支援内容を検討する。この短期目標の積み重ねが、最終的な目標の達成に繋がることを意識する。

IV：セルフケアを意識する。

提供されるサービスを利用するだけでなく、家族や本人が意識して行うべき事や取り組むべき事についても具体的に提示し、セルフケアとして位置づける。

⑦サービスの利用開始

I：運動器機能向上について。

家での動作訓練だけでなく、動き方の工夫や住環境の工夫等のアドバイスも含まれるが、マッサージや施術は行わない。

II：うつ・閉じこもりに予防について。

社会資源に繋げることを意識すること。単なる見守りではない。

⑧7～9回目

ここからは
頻度に応じて
適切な時期に
モニタリングを
行う。

I：本人の意識・取り組み状況について確認する。

本人の満足度や訓練の取り組み状況について確認する。このとき、他のサービスや、セルフケアとして位置づけている内容についても、その取り組み状況を確認する。

II：支援内容と進捗状況（目標達成度）について確認する。

「⑥サービス担当者会議」で検討した支援内容と短期目標の進捗状況（目標達成度）を確認する。

III：今後の方針について検討する。

進捗状況（目標達成度）により今後の支援内容等を検討する。検討する内容としては支援内容や目標設定の妥当性、セルフケアの取り組み状況等が考えられる。目標達成できているかどうかに関わらず、随時検討し見直しを行う。

⑨8週目

モニタリング。
（週1回の場合は除く。）

I：取り組み状況や進捗状況、目標達成度について確認する。

⑧と同様に取り組み状況や進捗状況等について確認する。

II：終了後を見据えた具体的な動作の訓練を検討する。

最終的な目標を見据え、具体的な支援等を検討する。このとき、セルフケアについても再度検討する必要がある。（下記例参照）

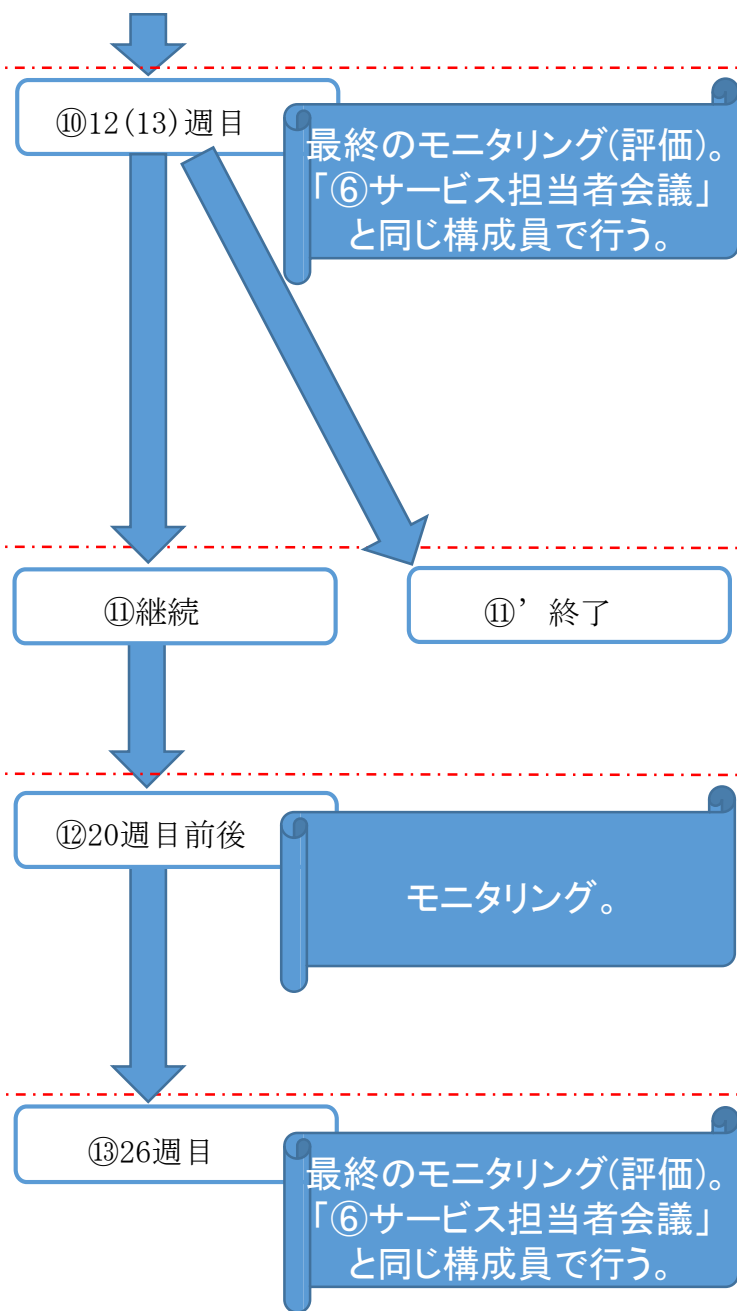
例1）目標：「〇〇まで一人で行くことが出来るようになる」

課題：「道のりの中で坂道がある」

訓練：「坂道を登ったり下ったりする」

例2）目標：「〇〇に参加する」

支援：「家族や訪問指導員等と体験で参加してみる」



I：目標達成度等について確認する。

⑧・⑨と同様に目標達成度や取り組み状況等について確認する。

II：終了可能かどうかを検討する。

訪問型Cを終了して、社会資源へ繋げられるか、目標として設定した自立した生活が可能かどうか検討する。目標達成できないようであれば他のサービスに繋げる、訪問型Cを延長する等検討する。但し、今後はセルフケアや社会資源の活用、一般介護予防事業で目標を達成することが可能であれば訪問型Cを終了する。また、訪問型Cの延長は、期間を延長することで目標を達成できる場合に限られる。このとき、延長期間は全て最大の3ヶ月とするのではなく、必要とする月数を検討すること。目標の見直しも行う。

III：終了可能でなかった場合、その原因について検討する。

設定した目標と期間は妥当であったか、支援内容は適切であったか、本人の取り組み状況はどうだったのか等、その原因について検討する。

終了までに、訪問型C終了後の行き場として、通いの場（元気な一歩会やふれあいサロン）を案内する。

⑧ or ⑨と同様に本人の意識・取り組み状況や訓練の進捗状況、目標達成度の確認を行い、終了に向けた支援や終了基準の検討を行う。

I：目標達成度について確認する。

⑩と同様に目標達成度について確認する。

II：終了可能かどうかを検討する。

⑩と同様に社会資源へ繋げられるか、目標として設定した自立した生活が可能かどうか検討する。

III：終了可能でなかった場合、その原因について検討し、情報を蓄積させる。

⑩と同様に目標達成できなかった原因について検討する。検討した原因については、今後のアセスメントやサービス内容の決定に際し活用できるため、その詳細内容を蓄積させていく必要がある。

目標達成できた場合も、何が効果的であったのか等の検討・評価を行い、情報を蓄積する。

