

短期集中予防サービス
実施
マニュアル

Ver.1.0

平成29年10月

松戸市

□■□ 目次 □■□

1	背景	3
2	目的	3
3	目指す姿	4
4	介護予防ケアマネジメント	5
5	利用者像	6
6	従来の二次予防事業との相違点	8
7	実施内容	12
1)	基本的な考え方	12
2)	対象者	12
3)	実施プログラム	13
	＜単一型プログラム＞	15
	①運動器機能向上プログラム	15
	②栄養改善プログラム	23
	③口腔機能向上プログラム	27
	④認知機能向上プログラム	31
	＜事業所一覧＞	37
	＜機能強化型プログラム＞	38
	基本フロー	42
1)	事前訪問	43
2)	通所型	44
3)	事後訪問	44
4)	プログラム（例）	45
	＜事業所一覧＞	46
8	プログラム終了後	48
9	積極的な利用	49
10	注意すべき事項	50
11	想定される事例	51
12	Q&A	52
13	要綱	53

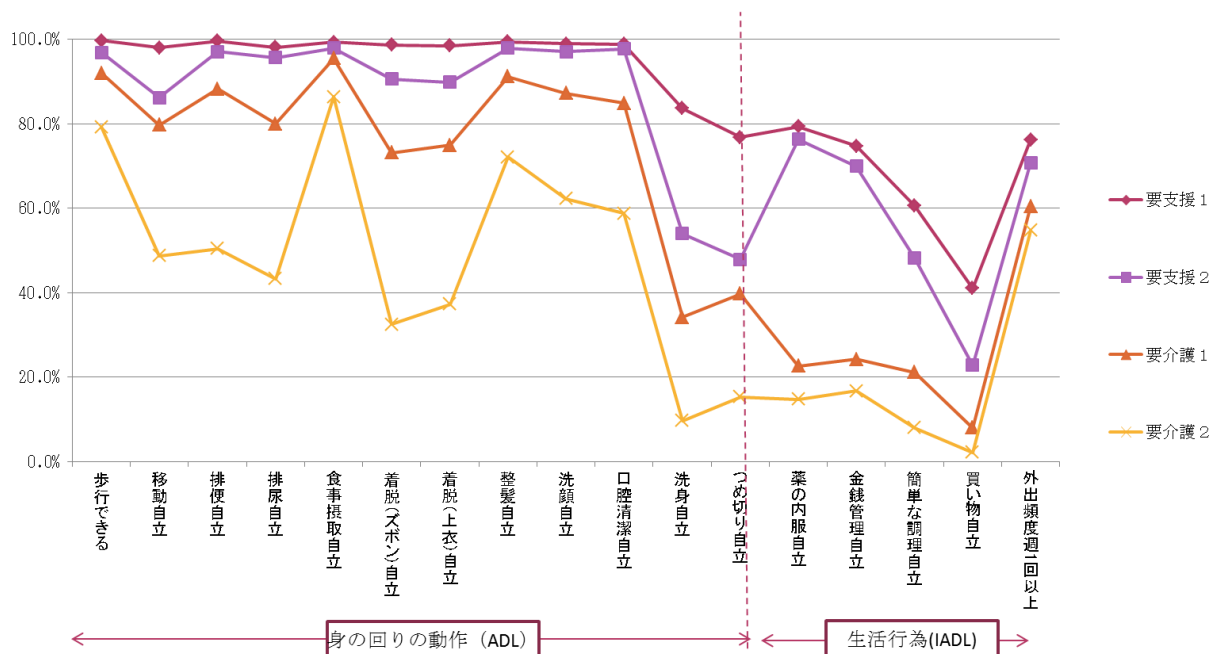
1 背景

団塊の世代が75歳以上となる平成37（2025）年に向け、高齢者の増加が必至であることから、介護が必要な状態になっても住み慣れた地域で暮らせるようにするため、高齢者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが安定・継続的に受けられるようにしていかなければならない。

その一方で、生産年齢人口の減少により、専門職等の介護人材が不足していることから、高齢者も自ら機能の維持・向上を図れるための自立の促進や重度化予防の推進が必要となってきている。

2 目的

法上で、国民も自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めることとされていることから、特に、重度化前の要支援者等については、掃除や買い物などの生活行為（以下「IADL」という。）の一部が難しくなっているが、排せつ、食事摂取などの身の回りの生活行為（以下「ADL」という。）は自立している者が多いことから、地域とのつながりを意識しながら、有する能力に応じた柔軟な支援を受けられるようにしていくことで、自立意欲の向上につなげていくことが求められている。



※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

※2 平成23年度要介護認定における認定調査結果（出典：認定支援ネットワーク（平成24年2月15日集計時点））

そこで、早期に保健・医療の専門職により短期間のサービスを提供することにより高齢者の機能改善を促進し、自らセルフケアによる自立への自覚や地域とつながることにより継続性を確保できる仕組みを構築する。

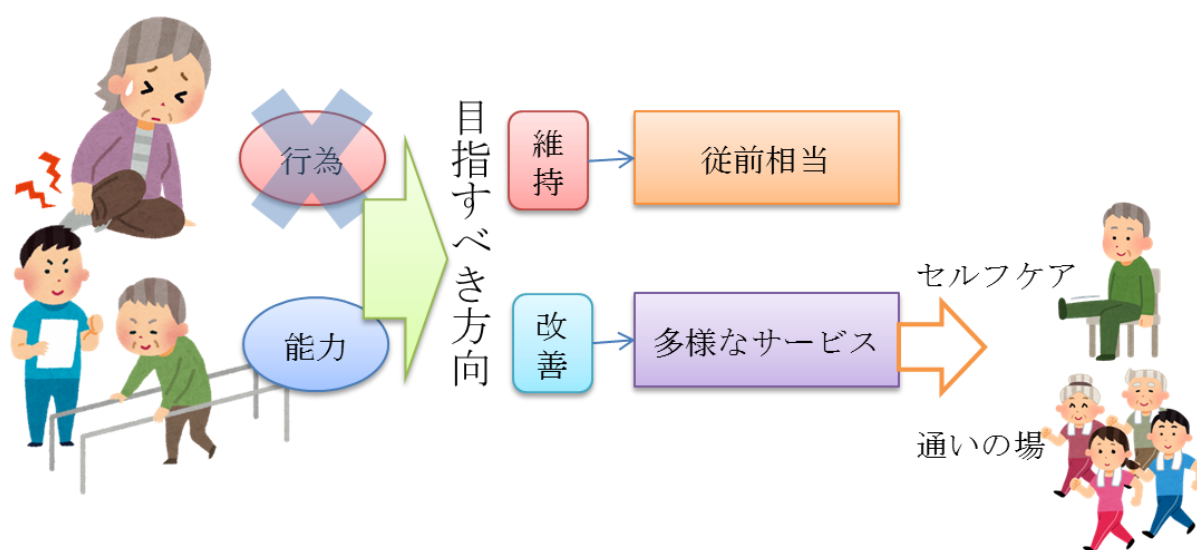
3 目指す姿

高齢者が、介護が必要となっても可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じて自立した日常生活が営めることが望ましい。

そのためには、高齢者を行っている行為のみで判断するのではなく、その有する能力の維持・改善を目指し、セルフケアや地域の通いの場とつながり、可能な限り自立した生活ができるようにしていく。

特に、要支援者等は早期に集中的に対応することにより、機能の維持・向上が望める。

また、サービスの利用者として「支えられる側」に留まらず、時には「支える側」として活躍できる場や機会を創設していくことを目指す。



4 介護予防ケアマネジメント

高齢者自身が、要介護状態とま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うえで、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」より

5 利用者像

<介護予防ケアマネジメントの対象者像>

認定調査結果から見ると、
その多くは、**ADLは自立**しているが、
IADLの一部は行いにくくなっている

心身機能や生活環境が少しずつ変化する中で起こってきている。

加齢に伴う視力や聴力の低下
病気による体調の不良等
家族や友人との死別
家族との同居により家庭内の役割を喪失 など

<対象者の多くに見られる代表的な状態>

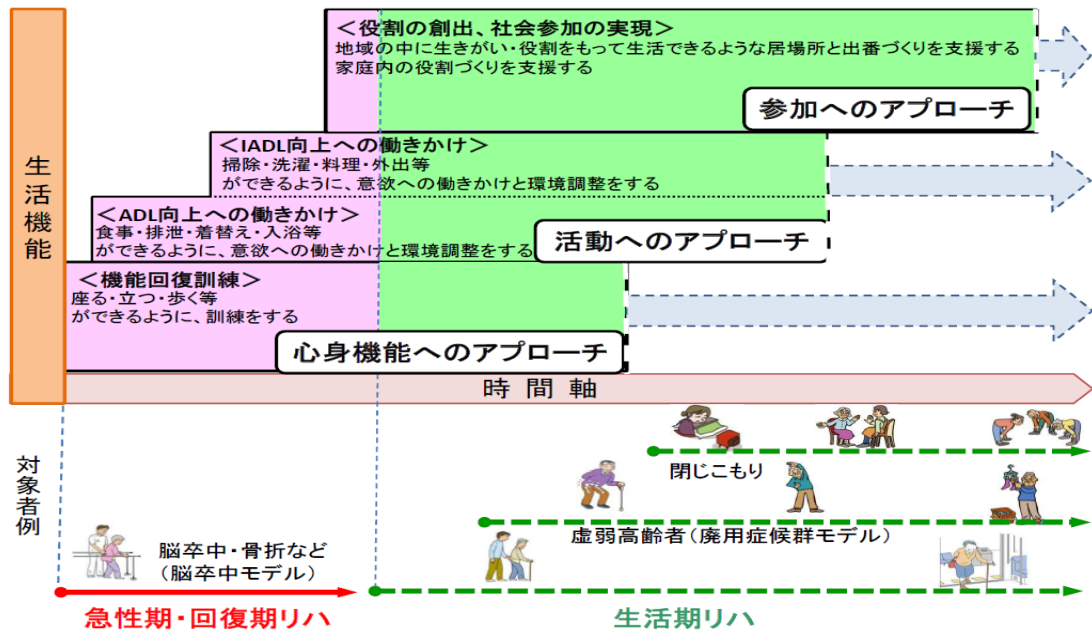
- ① 健康管理の支援が必要な者
- ② 体力の改善に向けた支援が必要な者
- ③ ADLやIADLの改善に向けた支援が必要な者
- ④ 閉じこもりの対する支援が必要な者
- ⑤ 家族等の介護者への負担軽減が必要な者

その他、MC I 高齢者における認知機能の低下や、うつ状態に対する支援が必要な者が想定される。

<短期集中予防サービスの対象者像>

- ① 利用者の特定の機能改善を目指すのではなく、自ら行うセルフケアや通いの場の参加等により地域とつながれるような様々な自立のための取り組み、生活の質の向上を目指す人
- ② 利用者の能力を見極め、目標や期間を設定し、利用者、サービス提供者等とともに目標を共有できる人
- ③ 単に必要なサービスを提供するだけの利用者ではなく、高齢者の能力が発揮され生きがいを持ち、尊厳の保持を目指す人

※期間が限定されることで、利用しにくいとの意見もありますが、目指す方向性を再考する必要があります。



(厚生省資料)

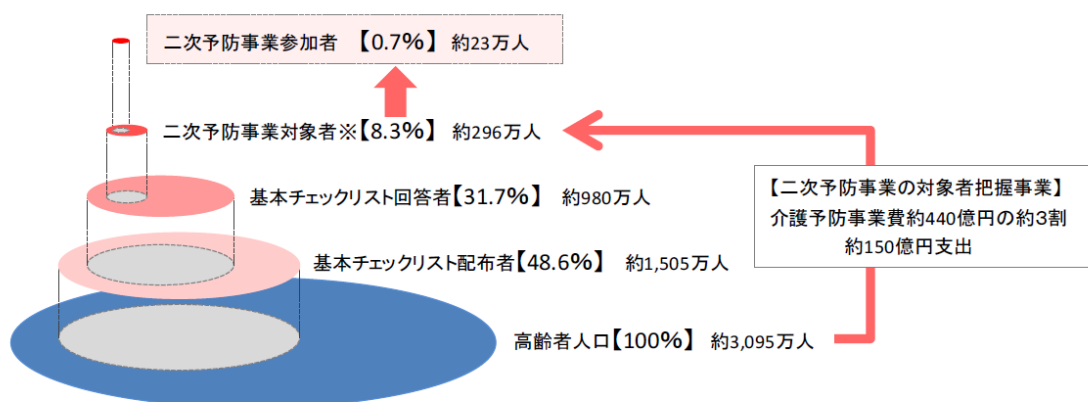
6. 従来の二次予防事業との相違点

(1) 平成 18 年度の「介護予防」の問題点

・介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減・悪化の防止を目的として行うものであり、その充実に向けては、平成 18 年度の介護保険制度の改正にて介護予防事業が導入され、予防重視型システムへの転換が行われた。しかし、「費用対効果が低い」「虚弱高齢者の把握が不十分」「トレーニングへの偏り」「出口対策の不足」などと評価されたように、期待された効果を得ることができず、大きな方針転換が求められた。

・要支援・要介護状態になるおそれのある高齢者を対象に予防を行う二次予防事業では、その対象者の把握として、基本チェックリストの配布が行われた。基本チェックリストの配布及び回収の費用には、全国の介護予防事業費の 3 割にあたる約 150 億円が費やされたが、実際の二次予防事業の参加率は、高齢者の 5% を目標としながら 0.7% にとどまり、費用対効果の低い事業と評価された。また、基本チェックリストの未回答者ほどリスク層としての把握が重要であるものの、人員・費用面での負担が大きく、十分に手が回らなかった点も否めない。

<図表 2：介護予防事業の実施状況>



出所)「平成 24 年度介護予防事業及び介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況に関する調査」に基づき、三菱 UFJ リサーチ & コンサルティングが作成。※二次予防事業対象者: 要介護認定更新非該当による対象者(0.1%)、前年度からの継続者(1.2%)を除く

・二次予防事業参加率が低かった原因の一つとして、事業内容が筋力トレーニングなどに偏り、高齢者の参加意欲を十分に引き出せなかったことが考えられる。確かに、肉体的な意味では、筋力トレーニングは有効であり、実際に身体機能を維持・改善するのに効果的である。しかし、筋力トレーニングへの参加の動機が、「基本チェックリストに該当した二次予防対象者だから」ということで、本人の参加意欲は継続するだろうか。本人の意欲とは関係のないところで参加への動機づけがなされることの限界が、これまでの二次予防事業の問題点であったといえる。

・一部の自治体では、二次予防事業の「卒業後」も含めて取組を進め、結果的に要支援認定率が低下したが、多くの自治体では、こうした出口対策まで包括的に取り組むことができなかつたことも課題である。「卒業後」、日常生活に戻ったとたんに、活動性が低下し、二次予防事業の成果が持続できないといった問題もあった。卒業後の日常生活における元気高齢者の健康づくりの場として期待された一次予防事業は、開催頻度が低い、動機づけが不十分といった問題から、広がりが限定的で、二次予防事業の成果を維持できるだけの取組に発展しなかつた。

(2) 地域の人とのつながりの中に介護予防を位置付け、継続性を重視

・これらの反省から、新しい総合事業における介護予防は、「高齢者本人の参加意欲を基本に、地域生活の中で活動性を継続的に高める取組」を進める方向に舵が切られた。これを実現する手法も、全数配布による基本チェックリストで選ばれた対象者に専門職がサービスを提供する「個別アプローチ」から、地域における住民主体の自発的な健康づくりを側面的に支援するアプローチへと大きく転換することになる。

・つまり、筋力トレーニングをすることで生活を活発化させるというよりは、自分の興味関心の持てる活動に継続的に参加することで、生活を活発化させ、そのことで心身機能が維持されるような取組を志向すると言い換えることもできる。

・これらの取組においては、継続性を担保するために、住民が自ら参加・活動しようと思えるような「動機づけ」によって、地域における人と人とのつながりの中で取組を進めることがポイントになる。先進事例における体操教室などの取組も、一人で取り組むよりも仲間がいるからこそ継続への動機づけがなされるという側面も大きい。また、地域の人と人とのつながりの中で生み出される住民主体の取組は、結果的に閉じこもりの高齢者を把握したり、生活支援のニーズを発見するためのネットワークとして機能することも期待できるだろう。

(3) 介護予防・生活支援・社会参加の融合

・介護予防、生活支援、社会参加は、本来同じ方向性をもつ取組である。たとえば、一人暮らし高齢者宅のごみ出しを、近所の高齢者が手伝う（生活支援）ことによって、手伝っている高齢者は地域社会への参加（社会参加）を通じて、他者に貢献し、そのことが本人の生活意欲を高め、結果的に本人の「介護予防」になるといった考え方である。

・しかしながら、従来の高齢者福祉行政では、介護予防、生活支援、社会参加を別々の取組として別々の部署などで取り扱い、介護予防については、筋力トレーニング、生活支援についてはボランティア団体、社会参加についてはサロン事業といった形で別々に取り組まれることが多かった。

より効果的で効率的な介護予防を推進するためには、これら3つの取組を、これまで以上に融合させることが重要になる。

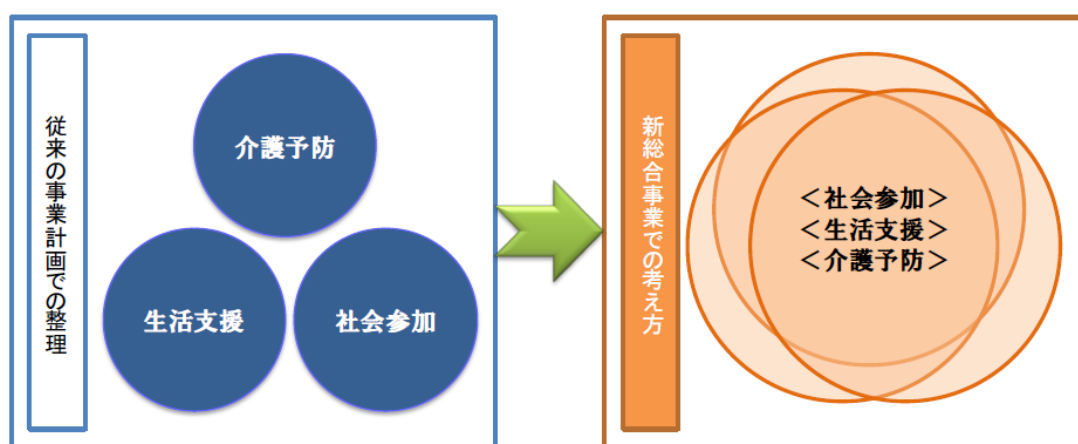
・「支える側・支えられる側」という垣根を可能な限り取り払い、「担い手となること＝結果的に予防になる」という考え方に基づき、介護予防・生活支援・社会参加を一体的

に融合させる。これが、地域包括ケアシステム構築に向けた地域づくりにおいて中核となる。

・もちろん、すべての高齢者が、先のごみ出しの例のような生活をできるとは限らず、ADLの低下に伴い、活動の範囲が、「社会」→「地域」→「家庭内」と移行していく高齢者も少なくない。

しかし、自らの生活の範囲で、何らかの役割を果たすことは可能である。高齢者の、各々の生活機能・生活範囲に応じた「社会参加」が可能となるよう、地域の見守りなどの担い手から、支援・サービスを利用しながら「ちょっとしたお手伝い」を行う担い手（例えばサロンに通いながら、その場で、他の利用者にお茶を出すといった小さな貢献）まで、幅広い「社会参加」の機会を提供していくことが重要である。

＜図表 3：介護予防・生活支援・社会参加の融合＞



・そうした「ちょっとした貢献」も含めて考えれば、日常生活を継続する中で結果的に「介護予防」になるという取組には、「提供者」と「利用者」、「支える側」と「支えられる側」という考え方が当てはまらないことが理解できる。従前の、単純な「支える側・支えられる側」の関係を越えて、支えられる側も支える側になりうる「住民の支え合いの仕組みづくり」が、総合事業における「地域づくり」の理念である。

(4) 高齢者の状態の変化に支援を合わせる体制づくり

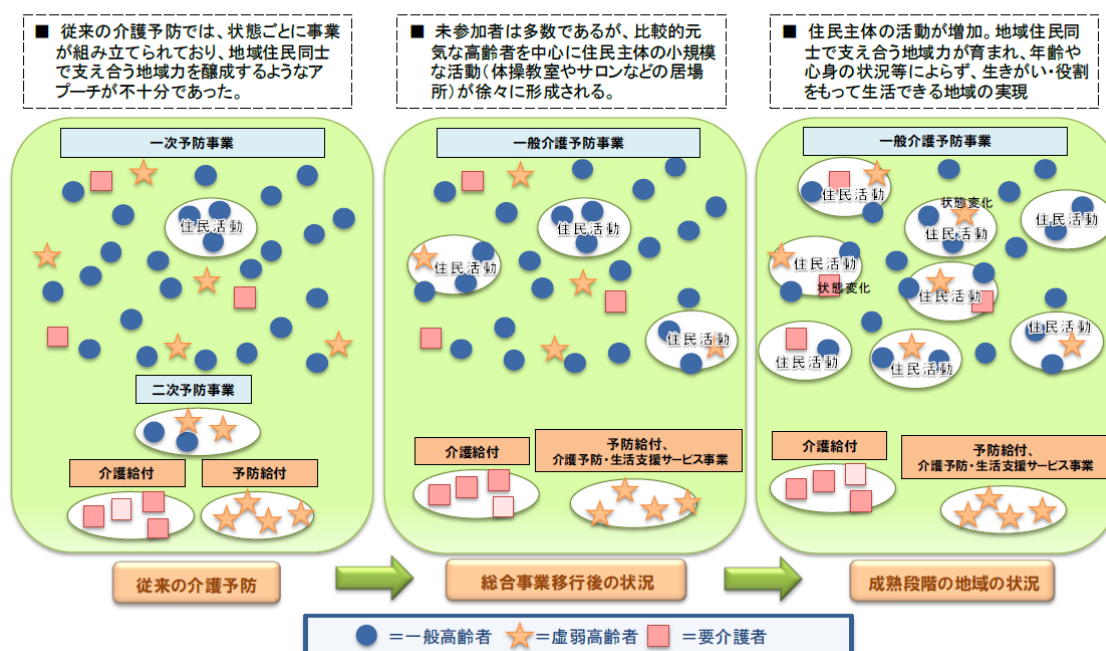
・従前の介護予防では、要支援者には予防給付、虚弱高齢者には二次予防事業、元気高齢者には一次予防事業・健康づくり事業というように、高齢者の状態毎に異なる事業を展開してきた。そのため、一次予防事業や健康づくり事業等で展開されている各種の住民活動では、心身機能の低下に伴い、活動から離れることを余儀なくされることも少なくなかった。また、要支援者の機能が向上し非該当となった場合には、要支援給付の対象から地域支援事業の対象へとかわることで、支援・サービスの連続性が担保されない事態が生じていた。

・地域包括ケアシステムの構築が目指す「住み慣れた地域での生活の継続」は、中重度になった場合のみを想定しているのではなく、元気な状態から、徐々に心身機能が低下

していくステージにおいても担保されるべきである。そのためには、多少の心身機能の変化に関わらず、なじみの居場所に続けられる地域づくりを行う必要がある。すなわち、支援の内容に合わせて高齢者が、一次予防→二次予防→予防給付と動く仕組みから、高齢者の状態にあわせて支援の内容を柔軟に変化させる仕組みへの転換が求められているのである。元気高齢者の時には社会参加の機会が中心に提供され、虚弱高齢者や要支援者になると、地域の同じ場所で、社会参加の機会に加えて、心身機能の状態にあわせた機能回復訓練や生活支援が提供され自立支援が行われる姿が考えられる。

・こうした仕組みを住民の支え合いの中でつくっていくことで住民ネットワークが形成され、①顔見知りの関係による参加しやすさ、②心身機能の状態が変化してもなじみの関係を継続できる環境、を確保することができる。

<図表 4：高齢者の状態の変化に支援を合わせる体制>



平成 26 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進事業）地域支援事業の新しい総合事業の市町村による円滑な実施に向けた調査研究事業「介護予防・日常生活支援総合事業への移行のためのポイント解説」三菱UFJリサーチ&コンサルティング H27年3月 P6～P9より抜粋

7 実施内容

1) 基本的な考え方

短期集中予防サービスは、生活機能が低下し始めてきた高齢者に対して

- ① 専門職が
- ② 早期に、短期間集中的に
- ③ 機能改善、セルフケア、地域への参画
- ④ 支えられる側から時に支える側に

など、最終的には（総合事業）事業対象者からの脱却し、行動変容を目指すものです。

安易に繰り返し利用をするものではないため、1年間に1回の利用です。

（平成28年度通所型短期集中サービス終了者実績）

プログラム	終了者				合計	その他中止等	非該当
	改善	向上	維持	悪化			
運動	31	17	25	8	81	4	13
栄養	0	0	0	0	0	0	0
口腔	5	1	6	0	12	0	0
認知	9	11	14	4	38	1	4
合計	45	29	45	12	131	7	17
変化率	34.4%	22.1%	34.4%	9.2%	100.0%		
回復率	56.5%						
完全回復率							13.0%

<目標>

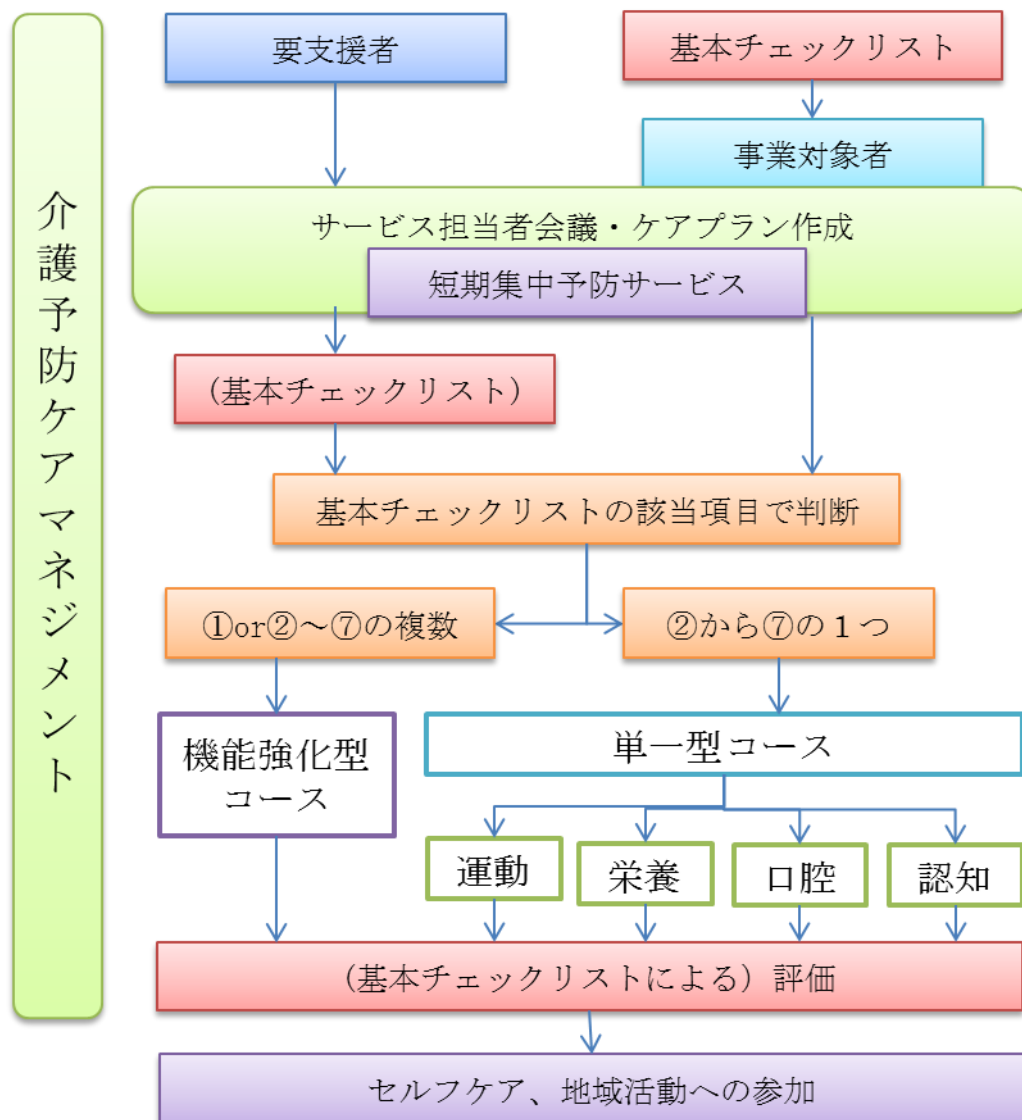
- ① 参加者を増やす
- ② 継続的なセルフケアの実施を100%にする
- ③ 回復率を70%以上にする
- ④ 非該当者を30%以上にする
- ⑤ 地域活動への参加者を50%にする

2) 対象者

- ① 要支援者（基本チェックリストを実施し、必要なプログラムを判断）
- ② 事業対象者

※利用者の中には、慢性疾患を抱えている場合もあることから、医療との連携が必要な場合があります。そのため、必要に応じて、「介護サービス利用時診断書」や「松戸市版運動機能向上等プログラム参加に係るチェックシート」などを活用し、主治医等の意見を聴取した上で決定してください。

3) 実施プログラム



(基本チェックリストの該当項目)

質問項目	該当基準	該当項目	単一				機能強化
			運動	栄養	口腔	認知	
No.1～20	10/20 以上	①複合					○
No.6～10	3/5 以上	②運動	○				2 項目 以上の 場合
No.11～12	2/2	③栄養		○			
No.13～15	2/3 以上	④口腔			○		
No.16	1/1	⑤閉じこもり	△			△	
No.18～20	1/3 以上	⑥認知				○	
No.21～25	2/5 以上	⑦うつ	△			△	

① コースの設定

基本チェックリストの該当項目により、区分しています。

○単一型コース（通所）

運動、栄養、口腔、閉じこもり、認知、うつの6つの該当項目の1つに該当した場合、4つのプログラムを設定しています。

- ・運動（閉じこもり、うつ）
- ・栄養
- ・口腔
- ・認知（閉じこもり、うつ）

○機能強化型コース（訪問+通所）

運動、栄養、口腔、閉じこもり、認知、うつの6つの該当項目の2つ以上、もしくは複合の項目に該当した場合のプログラムを設定しています。

② 利用要件

区分	単一型コース	機能強化型コース
事業所	指定	
利用期間	3ヶ月から6ヶ月（週1回又は週2回） ※口腔は月1回又は2回	
実施回数・時間	運動：24回、2時間/回	訪問：2回、1時間/回
	栄養：6～8回、2時間/回	
	口腔：6回、45～60分/回	通所：24回以内 2時間/回
	認知：24回、2時間/回	
送迎	事業所による	必須
報酬単価	基本：350 送迎加算：10 改善加算：35	訪問基本：500 通所基本：450 改善加算：45以上
利用者負担	1・2割（加算は含まない）	
支給限度額	対象	
介護予防ケアマネジメント	原則、ケアマネジメントA ただし、地域への活動への参加開始時のみケアマネジメントCを追加適用	
他のサービスとの併用	介護予防通所介護相当サービスとの併用は不可。介護予防訪問介護相当サービス、元気応援サービス、一般介護予防事業との併用は可。	介護予防通所介護相当サービスとの併用は不可。介護予防訪問介護相当サービス、元気応援サービス、一般介護予防事業との併用は可。ただし、訪問実施月は、介護予防訪問介護相当サービスの単価を超えない範囲とする。
再利用	1年間に1回	

【単一型プログラム】



※プログラムの詳細、送迎の有無、終了後の通いの場の有無は、事業所により異なる。

利用頻度は、固定的に考えるのではなく、利用者の状況に応じて、増減させる必要がある。

①運動器の機能向上プログラム

<目的>

日常生活を維持改善するために必要な身体運動に気づき、運動の実施やその知識を得ることで、運動器の機能を改善し、自立した生活を送り続けられるように支援を行う。

<対象となる利用者>

基本チェックリスト判定様式に掲げる②の基準に該当する居宅要支援被保険者等

⑤又は⑦の基準に該当するものも含む

<プログラム内容>

骨折予防及び膝痛・腰痛予防や痛みの改善など加齢に伴う運動器の機能低下の予防・向上を図る観点から、ストレッチ、有酸素運動、簡易な器具を用いた運動等を行う。(機器を使用しない機能的トレーニングも可能。)

<専門スタッフ>

医師、保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、健康運動指導士、介護予防指導士、介護予防運動指導員又は介護予防主任指導員であること

< A E D 担当者の要件 >

救急法及び A E D 使用法の講習を受講した者であること

< 1 回当たり利用者人数（概ねの目安）、実施期間、実施回数・時間 >

10～15 人程度、6 月間以内、週 1 回又は週 2 回（計 24 回） 1 回当たり 2 時間程度

< 実施内容 > 以下のア～エのプロセスに沿って実施する。

ア 専門スタッフによる事前アセスメント

専門スタッフは、プログラム開始前に利用者の心身機能の把握及び身体機能を踏まえたプログラム実施に係るリスク評価を行うとともに、関連する Q O L 等の個別の状況についても評価・把握する。

イ 個別サービス計画書の作成

専門スタッフは、アセスメント結果を踏まえ、個別の利用者ごとのプログラム内容、実施期間、実施回数等を記載した個別サービス計画書を作成する。その際、実施期間については 3 ヶ月間程度とし、利用者の負担とならず、かつ、その効果が期待できるスケジュールを設定する。また、一定期間ごとに一定の目標を定め、利用者の状況に応じて、過度の負担がかからないようにプログラムを設定する。

ウ 運動等の実施

専門スタッフは、個別サービス計画書に基づき運動（ストレッチ、有酸素運動等）を実施する。なお、1 日のプログラムの中に、セルフケアのための学習時間を入れること。

エ 専門スタッフによる事後アセスメント

専門スタッフは、プログラムの終了時に、参加状況、目標の達成度、身体機能、関連する Q O L 等を評価する。

< 留意事項 >

ア プログラムが安全に行われるよう、主治医との連携の上で実施すること。

イ 安全管理マニュアルを整備し、常に事故防止のため十分な注意を払うとともに、利用者の安全性を十分に考慮し、緊急時にも対応できるよう体制を整備すること。

ウ プログラムの実施及び評価に当たっては、『運動器の機能向上マニュアル』（厚生労働省、平成 24 年改訂版）をはじめとする文献、学術的又は一定程度その効果が把握されている資料等を参考とすること。

< 運動プログラムの補足事項 >（別添資料 1・1～1・4 を参考にすること）

ア) 安全への配慮について

本サービス等を安全に実施するために、事故発生時の対応を含めた安全管理マニュアルを整備する。また、医療従事者を配置し、事故に速やかに対応できるようにする。さらに各事業所では、安全委員会を開催し、以下の事項について定期的に確認を行う。

- 対象者の保有する医学的リスク
- 運動前、運動中、運動後の留意点
- 安全管理マニュアルの内容及び更新
- 緊急時対応フローと訓練

【介護予防マニュアル改訂版】

イ) 事前アセスメントについて

実施担当者は事前アセスメントを行う上で、参加者の健康状態・生活習慣、体力水準などの個別の状況を把握する。体力水準を把握するために体力測定を実施する場合は、握力・開眼片足立ち時間・Timed Up & Go Test・5m歩行時間（通常・最大）等を測定する。ただし、利用者が体力測定に不安を訴える場合は実施しない。事業実施前と実施後のアセスメントの結果については、介護予防ケアマネジメントを行う地域包括支援センター、ケアマネジャーへ適宜報告を行う。

体力測定結果は、松戸市短期集中予防サービス数値等評価の判断基準について（別添資料⑥）及び体力測定項目判定表（別添資料⑦）を参考にすること。参加者はどの体力要素がより低下しているのかを把握し、個別プログラムに生かす。

事前アセスメントの結果は、別添資料③ 松戸市短期集中予防サービス（単一型プログラム）参加報告書（裏）の運動プログラムに係る箇所に記入する。

ウ) 個別サービス計画

有効なサービス提供のためには、目標の設定が重要である。単なるサービス提供とならぬよう、参加者からどのような生活機能を改善したいのかを具体的に聞き取り、個別支援計画の目標とする。

（1）目標設定について

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がある。この場合、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程度列挙する。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う。この際、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ができることが望ましい。

個別サービス計画では、決定された生活機能の向上目標を達成するための、下位の目標を1ヶ月毎に設定する。

(2) 個別サービス計画書の作成

事前アセスメントに基づき、個別サービス計画（原案）を作成し、参加者の承認を得る。個別サービス計画では、運動の種類・負荷の強度・頻度・1回あたりの時間・実施形態などの詳細を記録する。なお、集団のプログラムであっても、個別に計画を立て、参加者それぞれが適切なレベルで運動ができるように配慮する。また、個別サービス計画書については、介護予防ケアマネジメントを行う地域包括支援センター、ケアマネジャーへ適宜報告し、ケアプランと連動した内容になるよう配慮する。

エ) プログラムの詳細

(1) プログラム実施前の留意点

プログラムを行う前の状態チェックで、以下に該当する場合は運動を実施しない。

- 安静時に収縮期血圧 180 mmHg 以上、または拡張期血圧 110 mmHg 以上である場合
- 安静時脈拍数が 110 拍/分以上、または 50 拍/分以下の場合
- いつもと異なる脈の不整がある場合
- 関節痛など慢性的な症状の悪化
- その他、体調不良などの自覚症状を訴える場合

※ いつもと異なる脈の不整とは：

毎回プログラム実施前に脈拍数だけでなく、不整脈についても観察する。

いつもより多く不整脈が発生する場合には運動を控える

また、参加者の事前注意として以下の項目を参加者に周知する。

■ 運動直前の食事はさける

■ 水分補給を十分に行う

■ 睡眠不足・体調不良の時には無理をしない。身体に何らかの変調がある場合には、実施担当者に伝える

(2) プログラムの実施期間・回数

① 実施期間

3か月間～6か月間、目標とする生活課題の改善状況を把握しながら実施する。

おおむね、コンディショニング期間（第1期）・筋力向上期間（第2期）・機能的運動期間（第3期）にわけて実施する。

② 運動頻度

運動の実施回数は参加者の負担とならず、かつ効果が期待できる頻度（回数）を設定する。機能向上を図るためには、週 1～2 回程度のプログラムの実施とし、自宅での運動メニューも含め、実施状況のモニタリングを行う。

③ 運動強度

体力水準の低い高齢者が安全に運動する事に配慮し 1 ヶ月毎に負荷レベルを漸増する。

最初の1ヶ月は、低負荷で高反復のコンディショニング期間とする。この期間に動作が円滑に行えるようになったら、次の1ヶ月は、参加者の日常生活で必要とされる運動の水準よりやや高い運動負荷を行い、運動器の機能向上を目指す筋力向上期間とする。十分な機能の向上が見られたなら、最後の1ヶ月は、運動器の機能向上が生活機能の改善として感じられるよう、より機能的な運動を取り入れる、機能的な運動期間とする。

筋力向上期間では、最大筋力の 6 割以上の負荷を用いて運動する必要がある。反復回数の最後の2～3 回の疲労感を聞き取り、“ややきつい”を目安に負荷量を設定するとよい。ただし判断は、参加者の主観に任せることなく、実施担当者が参加者の代償運動の有無や動作のスムーズさ、さらには運動中の表情などを観察し総合的に行う。

図表 2 運動強度の目安と運動量

運動強度の目安 (最後の 2～3 回の筋肉の疲労感)		運動量 (反復回数×セット数)
第1 期	かなり楽～比較的楽	20～30 回×1 セット
第2 期	ややきつい	10～15 回×2 セット
第3 期	ややきつい	10～15 回×3 セット

(3) プログラム内容

①標準的なプログラム

体力の諸要素を包括的に運動することができるように、ストレッチング・バランス運動・機能的運動・筋力向上運動等を組み合わせて実施する。また、進行にしたがって徐々に、強度・複雑さが増すようにプログラムすると良い。

図表 3 標準的なプログラム

ストレッチング	バランス・機能的運動		筋力向上運動
第1 期	座位・仰向けで静的・動的な種目	四つ這い姿勢 膝立ち姿勢など重心が低く、支持面が広い運動	座位・仰向け中心のコンディショニング運動 (6 種目程度)
第2 期	徐々に可動範囲を広げ	座位～立位にて動的 balan	立位種目も取り入れ、

	る	ス（支持基底面内で身体重心を大きく移動させる）	筋力向上運動（8 種目程度）
第3 期	立位種目を追加する場合は支持物を使用	立位にて機能的バランス（積極的に身体重心を移動させる）	負荷の漸増

図表 4 1 回の時間配分例

学習時間	運動			学習時間
10 分	ウォーミングアップ ストレッチング バランス運動 20 分	主運動 機能的運動 筋力向上運動 40 分	クーリングダウン ストレッチング リラクゼーション 10 分	10 分

図表 5 1 回のプログラム例

学習時間	自宅等での実施状況を確認する	運動習慣の定着	10 分
ウォーミングアップ	ストレッチング バランス運動	柔軟性 平衡性	20 分
主運動 (時期によって選択)	コンディショニング運動 筋力向上運動 機能的運動	筋力・筋持久力 生活機能	40 分
クーリングダウン	ストレッチング、リラクゼーション		10 分
学習時間	自宅でいつ・どのように実施するのか	運動習慣の定着	10 分

②個別プログラムの設定

運動プログラムを実施するにあたり、1) どの体力要素がより衰えているのか、2) 痛みを増悪しない動作は何か、3) 静的・動的・機能的バランスのどれがより衰えるのか等によって、個別のプログラムを作成する。また、体力水準が高いにもかかわらず、脱落する参加者もある。この場合、体力と健康関連 QOLの乖離を確認し、乖離がみられる場合には情緒的なサポートを行う。

③プログラム実施の際の留意点

プログラムを提供する際に、以下の点を考慮して進める。

●プログラム内容の説明と同意

対象者にわかりやすい形で、プログラムの内容・進め方・効果・リスク・緊急時の対応

を説明し、対象者の同意を得る。

●体力の諸要素を包括的に運動する

高齢者では、筋力・バランス能力・柔軟性などの体力の諸要素が独立して低下することは少ない。したがって、体力の諸要素を包括的に向上させる必要がある。

●運動の対象とする筋群

生活機能の向上を図るためには、立つ・座る・歩く・階段を昇降するといった日常生活活動に必要な抗重力筋群を中心に運動する。このほか転倒を予防するためには、前脛骨筋などの抗重力筋と拮抗する筋群や体幹を安定させる腹筋群も対象に加える。また、尿失禁の予防を目的とする場合には、骨盤底筋群も対象とする。

●運動中に留意すること

運動中は、正しい運動姿勢を保つように配慮する。疲労の蓄積などにより一時的に運動器の機能が低下する場合は、負荷量を大きく減少させて、疲労の回復を図る。

実施中には、以下の自覚症状や他覚所見に基づく安全の確認を行う。

■顔面蒼白 ■冷や汗 ■吐き気 ■嘔吐

高齢者では、喉の渇きを感じにくい、頻尿を心配して水分を控えることなどから、脱水を起こしやすいので、必ず運動中に水分補給の時間をとる。

④ 対象者の意識・意欲を高めるために

運動器の機能向上プログラムによる効果を確実なものにするためには、対象者が自発的に参加し、意欲的に運動を実施した上で、終了後にも引き続いて運動を実践する意欲を保ちながら活動的な日常生活を送ることが重要となる。そのためには、対象者の意欲に働きかけることが必要になる。そのためには成功体験を積み重ねることが有効で、①できる目標を立てる（スモールステップ）、②行動を記録する（セルフ・モニタリング）、③自分を誉める（自己強化）といった技法が有効である。

(4) プログラム終了後の留意点

プログラム終了後は、しばらく対象者の状態を観察する。プログラム提供の後に対象者が以下の状態である場合は、医療機関受診など必要な処置をとる。

- 安静時に収縮期血圧 180mmHg 以上、または拡張期血圧 110mmHg 以上の場合
- 安静時脈拍数が 110 拍/分以上、または 50 拍/分以下の場合
- いつもと異なる脈の不整がある場合
- その他、体調不良などの運動中の留意事項に述べた自覚症状を訴える場合

※プログラムの内容については、参考資料「体力測定マニュアル」「運動プログラム事例」も参照。

【介護予防マニュアル改訂版】

オ) 事後アセスメントについて

事後アセスメントの結果は、事前アセスメントと同様に、別添資料③ 松戸市短期集中予防サービス（単一型プログラム）参加報告書（裏）の運動プログラムに係る箇所に記入すること。また各項目における「向上」「維持」「悪化」の判断は、別添資料⑥ 松戸市短期集中予防サービス数値等評価の判断基準についてを参考にすること。

② 栄養改善プログラム

<目的>

食べることを通じて、低栄養状態の予防や改善を図るとともに、いつまでも「食」を楽しみ、自立した生活を送って、生活の質を高められるように支援を行う。

<対象となる利用者>

基本チェックリスト判定様式に掲げる③の基準に該当する居宅要支援被保険者等

<プログラム概要>

高齢者の低栄養状態を早期に発見するとともに、「食べること」を通じて低栄養状態を改善し、高齢者の自立支援のひとつとしての「個別的な栄養相談」、「集団的な栄養教育」等を実施する。

<専門スタッフの要件>

管理栄養士であること

<1回当たり利用人数、実施期間、実施回数>

概ね10人程度、6月間以内（可能な限り、3月間程度とすること）、6～8回程度（計8回を限度） 1回当たり2時間程度

<実施内容>

以下の(ア)を実施した後、「以下のアの単独実施」又は「以下のアとイの双方を同時に実施」のいずれかの形態によって実施。なお、アについては、以下の(イ)～(ウ)のプロセスに沿って実施する。

(ア) 管理栄養士による事前アセスメント

管理栄養士はプログラム開始前に、利用者に対して身長、体重等の身体計測を行うとともに、食事摂取状況、アレルギー状況等を把握し、低栄養状態のリスクに係る評価を行う。

ア 個別的な栄養相談（10人程度の小グループ）

(イ) 利用者本人による栄養改善のための計画作成の支援

管理栄養士は、アセスメント結果及び利用者の意向を踏まえ、栄養改善の観点から必要となる栄養量や日常の食事の形態など、配慮すべき事項について説明し、当該説明を踏まえ利用者が行う計画づくりを支援する。当該計画は、可能な限り3ヶ月間程度の計画とし、計画期間中に個別的な栄養相談を6～8回程度組み込むとともに、栄養改善に向けた食事に関する目標を定めることとする。

(ウ) 情報提供

管理栄養士は、利用者による計画の実施に当たり、利用者の低栄養状態を改善するため、

地域における食事作りの会や食事会等を提供しているボランティア組織の紹介、高齢者の食事づくりに便利な器具、栄養改善に有効な食品の購入方法等に関する情報提供を行う。

(エ) 管理栄養士による事後アセスメント

管理栄養士は、計画終了時に、利用者の目標達成度、低栄養状態の改善状況等を評価する。

イ 集団的な栄養教育

介護予防のための栄養改善の知識経験を有する専門家等により、「食べることの意義」、「栄養改善のための自己マネジメントの方法」、「栄養改善のための食べ方、食事作りと食材の購入方法」、「摂食・嚥下機能を含めた口腔機能の向上等に関連すること」等に関する講義又は実習を実施する。

<留意事項>

ア プログラムの実施に当たっては、一方的な「指導」とならないよう、それぞれの地域の実情に応じ、独自に実施方法の工夫を行うことが必要である。

イ 調理実習等を実施する場合の食材料費・調理費相当分の費用については、基本的には、利用者から支払を受けること。

ウ 栄養改善プログラムの実施及び評価に当たっては、『栄養改善マニュアル』（厚生労働省、平成 24 年改訂版）をはじめとする文献、学術的又は一定程度その効果が把握されている資料等を参考とすること。

<栄養プログラムの補足事項>（別添資料 2-1～2-5 を参考にすること）

ア) 事前アセスメントについて

「低栄養状態等に係わる食生活上の課題」を見つけ出すために、その具体的状況や背景を聞き取るとともに、身長、体重等の計測を行う。把握すべき項目には、以下の内容が考えられる。必要に応じて医師に相談する。

- (1) 体重：体重の変化は、エネルギー摂取量の過不足の最も良い指標である。定期的な体重測定の実施の有無、体重の変化量、体重の減少や増加が続いているかを確認する。
- (2) 食事の内容：1日の食事回数、主菜（肉・魚・豆類・卵などたんぱく質を多く含む食品を主とした料理）や副菜（野菜を主とした料理）、牛乳・乳製品・豆乳などの摂取回数、水分の摂取量を把握する。サプリメントや健康食品、こだわって習慣的に摂取している食品が、栄養面で不適切あるいは経済的に負担になっている場合もあるので確認する。
- (3) 食事の準備：買物や食事の準備に不自由を感じているか、特に、野菜や果物などの生鮮食料品を定期的に入手できる状況にあるかどうかを確認する。また、食品の調理や保管が衛生的になされているかの確認も大切である。

(4) 食事の状況：食欲や食事への意欲の低下は、低栄養の大きなリスクとなる。そのため、食欲の有無、食事が楽しいか、他の人と一緒に食事をする機会があるか、1日の中の食事パターンなどを確認する。

なお、3ヶ月以内の手術や食事療法の必要な入院、食事療法や食事に注意が必要な慢性疾患、継続する下痢や便秘がある場合には、管理栄養士が個別相談を行い、必要に応じて医師の指示や指導等を受ける。

【介護予防マニュアル改訂版】

書式に関しては、別添資料③ 松戸市短期集中予防サービス参加報告書(裏)の栄養プログラムに係る箇所に記入する。

イ) 参加者本人による栄養改善のための計画作成

事前アセスメントの結果及び参加者の意向を踏まえて、栄養改善のための計画を作成する。その際、プログラムの目標、家庭や地域での自発的な取り組みの内容等を考慮して、実施期間、実施回数等を設定する。

まず、参加者が何をを目指したいか(例：「〇〇ができるようになりたい」、「もっと元気そうに見えるようになりたい」、「食事をおいしく食べたい」)をゴールとして設定する。そのゴールを達成するために、「体重をいつまでにどの位増加させたいか」、「おかずを1品増やす」というように、「何を」、「いつ」、「どこで」、「どの位食べるようになる」等の具体的な目標と行動計画を作成する。

その際、対象者にとって身近な地域の食に関連する資源の活用等の視点を盛り込む。事前アセスメントから把握したアセスメント項目への対応をすること。管理栄養改善士は、対象者及び家族が日常の生活や環境の中で、主体的かつ無理なく取り組めることに配慮し、参加者による計画づくりを支援する。

ウ) プログラムの詳細について

家族を含めた個別指導、小グループでの栄養相談、集団的プログラムを適宜、組み合わせて実施する。初回の栄養相談及び教育等の実施時に、今後の日程や場所などを示した予定表を配布する。試食や調理等を行う場合には、管理栄養士等を中心として安全・衛生管理を行う。

(1) プログラムの趣旨

プログラムは、高齢者の低栄養改善状態の改善をめざした食事の内容だけでなく、おいしく食べることや食事の準備などを含む日常生活における「食べること」の自立に向け、高齢者の嗜好、身体状況、生活習慣や食環境を考慮し総合的に支えるものである。その際、管理栄養士は、他の職種や地域資源と連携しながら、栄養改善相談を行う。

(2) プログラム実施期間・回数

実施期間は概ね3~6か月程度(参加者の過度な負担とならず、効果が期待できる期間・回数)とする(例：栄養改善相談を最初の1ヶ月間は2週間毎に、その後は1か月に1回程度等)。

(3) プログラム内容

家族を含めた個別指導、小グループでの栄養改善相談、集団的プログラムを適宜、組み合わせ実施する。初回の栄養改善相談及び教育等の実施時に、今後の日程や場所などを示した予定表を配布する。試食や調理等を行う場合には、管理栄養改善士等を中心として安全・衛生管理を行う。小グループで行う栄養改善相談は、グループダイナミクスによる効果をもつと言われている。

集団的プログラムは、地域及び施設等の実情に応じて、複合型プログラムの一環として行うことができる。そのような実施形態においても、事前アセスメントから管理栄養改善士による個別相談の必要性を把握し、基本チェックリストの2項目に該当する者や集団での取り組みによる改善が困難と予測される者には、管理栄養改善士による個別相談を行う。

また、集団指導として、管理栄養改善士等による低栄養改善状態の説明や、対象者ひとり一人が実行可能な具体的な情報や技術提供を行う。

簡単な調理実習やゲームなどによる双方向的プログラムを通じて参加者相互の関係づくりを行い、参加者の参加や継続に対する意欲を高める工夫をする。参加者同士による情報交換も有効である。

プログラム作成に際しては、気持ちをほぐし、楽しい時間を過ごして心理的な抵抗感を減らせるように配慮する。

【介護予防マニュアル改訂版】

ウ) 事後アセスメントについて

事後アセスメントの結果は、事前アセスメントと同様に、別添資料③ 松戸市短期集中予防サービス（単一型プログラム）参加報告書（裏）の栄養プログラムに係る箇所に記入すること。また各項目における「向上」「維持」「悪化」の判断は、別添資料6 松戸市短期集中予防サービス数値等評価の判断基準についてを参考にすること

③ 口腔機能向上プログラム

<目的>

口腔機能の維持・改善を通じて、いつまでも、おいしく、楽しく、安全な食生活の営みができるよう支援を行う。

<対象となる利用者>

基本チェックリスト判定様式に掲げる④の基準に該当する居宅要支援被保険者等

<プログラム概要>

高齢者の摂食・嚥下機能の低下を早期に発見し、その悪化を予防する観点から、口腔機能向上のための教育や口腔清掃の自立支援、摂食・嚥下機能訓練の指導等を実施する。

<専門スタッフの要件>

歯科医師、保健師、医師、歯科衛生士、看護師、准看護師又は言語聴覚士であること。

<1回当たり利用人数（概ねの目安）、実施期間、実施回数・時間>

概ね10人程度、3か月程度、月1回～2回程度（計6回）、1回当たり45分～60分程度

<実施内容>

以下のア～エのプロセスに沿って実施する。

ア 専門スタッフによる事前アセスメント

専門スタッフは、プログラム開始前に対象者の口腔機能の状態の把握、評価を行う。

イ 個別サービス計画書の作成

専門スタッフは、アセスメント結果を踏まえ、個別の利用者ごとのプログラム内容、実施期間、実施回数等を記載した個別サービス計画書を作成する。

ウ プログラムの実施

専門スタッフは、以下の(ア)～(オ)の内容を含むプログラムを実施する。

(ア) 口腔機能の向上教育

(イ) 口腔清掃の指導

(ウ) 摂食・嚥下機能に関する機能訓練の指導

(エ) セルフケアプログラムの策定

(オ) セルフケアプログラム実施に当たっての指導

※セルフケアプログラムには、口腔清掃の実施、日常的にできる口腔機能の向上のための訓練（「健口体操」等）の実施等、居宅において利用者が日常的に実施すべき内容を盛り込む。

エ 専門スタッフによる事後アセスメント

専門スタッフは、計画終了後に、利用者の目標の達成度、口腔機能の状態等を評価する。

<留意事項>

ア プログラムが安全に行われるよう、主治医との連携の上で実施すること。

イ 安全管理マニュアルを整備し、常に事故防止のため十分な注意を払うとともに、利用者の安全性を十分に考慮し、緊急時にも対応できるよう体制を整備すること。

ウ 口腔機能向上プログラムの実施及び評価に当たっては、『口腔機能の向上マニュアル』（厚生労働省、平成24年改訂版）をはじめとする文献、学術的又は一定程度その効果が把握されている資料等を参考とすること。

<口腔プログラムの補足事項>（別添資料3-1～3-4）

ア) 事前アセスメントについて

①基本 チェックス ト3項目の 課題確認	かみにくさ	咀嚼機能の問い。
	むせ	嚥下（飲み込み）機能の問い。
	口のかわき	口がかわくと口腔内の細菌叢が変わるため、肺炎や上気道感染のリスクに関する問い。
②咬筋の触診	噛みしめたときに、頬骨から下顎に向かって走る筋（咬筋）の触知具合により、咬合力を評価する。	
③歯や義歯の汚れ	口腔の清掃状態を評価する。	
④舌のよごれ	口腔の清掃状態を評価する。舌苔が認められれば、舌の運動機能や全身的な状態（舌診）についても推測できる。	
⑤ブクブクうがい	うがいの際には、口唇、舌、頬、など口腔諸器官を全て使っているので、口腔機能の巧緻性と協調性を評価する。	
⑥RSST (反復唾液嚥下テスト)	30秒間に空嚥下（生唾を飲む）が何回できるかを観察する。3回以上できれば問題ないが、2回以下の場合は、嚥下機能が低下していることの見安になる。	
⑦オーラルディアドコキネシス	10秒間に何回、「パ」が言えるか測定する（口唇の機能の評価）。その他に「タ（舌の中央部分の機能評価）」「カ（舌根部や咽頭機能の評価）」についても同様におこない、主に咀嚼機能の巧緻性について評価をする。	

特記事項	上記(①～⑦)の中で、あるいはそれら以外に特記すべき事項があれば記す。(問題点ばかりではなく、肯定的な事項を記すのも良い。)また、対象者・利用者の状況により、質問、観察が実施できない場合は、特記事項の欄に理由を記す。
問題点	口腔機能の問題として、かむ、飲み込み、口のかわき、口臭、歯みがき、食べこぼし、むせ、会話等について該当するものにチェックをする。

【介護予防マニュアル改訂版】

事前アセスメントの書式に関しては、別添資料3 松戸市短期集中予防サービス(単一型プログラム)参加報告書(裏)の口腔プログラムに係る箇所に記入する。

イ) 個別サービス計画の作成

通所型を基本として確実かつ集中的に口腔機能向上プログラムを行う。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基づき、歯科衛生士、保健師(看護師)、言語聴覚士等の担当者は、事前アセスメントにより参加者の課題やサービス提供上の注意点等を把握して、個別サービス計画(口腔機能の向上指導管理計画)を作成する。

ウ) プログラムの詳細について

(1) プログラムの趣旨

プログラムは、口腔機能が低下しているおそれがあり、要介護認定を受けていない高齢者を対象として、要介護状態に陥らないよう、自分らしい生活の確立と自己実現を支援するものである。

① 口腔機能向上の必要性についての教育

当該事業への積極的な参加を図るためには、おいしく食べて、楽しく話し、よく笑うなどの基になる口腔機能を維持・向上させる必要があること、高齢者に理解しやすいように図表やビデオ、パンフレット実際の体験者の事例なども交えて説明し、理解を得る必要がある。

② 口腔清掃の自立支援

口腔を清潔に保つ習慣は口腔疾患を予防するのみならず、高齢期には心身への生活の刺激ともなる上、インフルエンザ等の気道からの感染を防ぐ効果が大きく、また口腔清掃が咳や嚥下の反射機能などの口腔機能を向上する効果もある。これらを踏まえ、日常的な口腔清掃の意義と必要性について分かりやすく説明し、動議づけや習慣づけを行う。

③ 食・嚥下機能等の向上支援

担当者は、以下の摂食・嚥下機能等の基本的な知識を学んだ上で、参加者がそれらの機能向上訓練等を、セルフケアとして日常生活の場で継続実施できるようプログラムを実施する。

- ・ 加齢にともない低下する摂食・嚥下機能のメカニズム
- ・ 摂食・嚥下機能の低下により生じやすいムセや誤嚥・窒息あるいは肺炎
- ・ 摂食・嚥下機能の低下と食事環境との関連とその改善策

(2) プログラムの実施期間、回数

プログラムは 3 か月～6 か月で 月 1～2 回程度とする。

(3) プログラム内容

1 回のプログラムの流れは以下を目安とする。

【介護予防マニュアル改訂版】

図表 5 プログラム内容

- | |
|---|
| <p>①口腔体操の指導：参加者自らが主体的に口唇や頬、歯や咽などの咀嚼や嚥下の器官の動きを維持し、高めていくための直接的な機能訓練</p> <p>②口腔清掃の指導：清掃しづらい部位を指摘し歯ブラシの仕方、義歯の清掃法・管理法等を指導</p> <p>③口腔清掃の実施：参加者では清掃困難な部位の清掃介助等の実施</p> <p>④唾液腺マッサージ指導：三大唾液腺（耳下腺、顎下腺、舌下腺）へのマッサージ法の指導</p> <p>⑤咀嚼訓練（指導）：おいしく食べ、窒息予防など安全な食事を継続するための訓練、および指導</p> <p>⑥嚥下訓練（指導）：むせの軽減、肺炎予防などを目的とした訓練、および指導</p> <p>⑦発音・発声に関する訓練（指導）：構音機能の維持・向上を目的とし、ひいては咀嚼や嚥下機能に関する訓練、および指導</p> <p>⑧食事姿勢や食環境についての指導：食事の時の姿勢や適切な食具の選択など、その機能を十分発揮し向上できるような環境面への援助や指導助言を実施する。</p> |
|---|

【介護予防マニュアル改訂版】

エ) 事後アセスメントについて

事後アセスメントの結果は、事前アセスメントと同様に、別添資料③ 松戸市短期集中予防サービス（単一型プログラム）参加報告書（裏）の口腔プログラムに係る箇所に記入すること。また各項目における「向上」「維持」「悪化」の判断は、別添資料⑥ 松戸市短期集中予防サービス数値等評価の判断基準についてを参考にすること。

④ 認知機能向上プログラム

<目的>

生活活動や趣味活動を増やし、人との交流を図ることで、認知機能を維持・改善し、自立した生活を送り続けられるよう支援を行う。

<対象となる利用者>

基本チェックリスト判定様式に掲げる⑥の基準に該当する居宅要支援被保険者等⑤又は⑦の基準に該当するものも含む

<プログラム概要>

運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能向上のプログラムにあわせて、認知機能低下の予防・支援を目的としたプログラムを提供することにより、認知症の予防を図る。

<専門スタッフの要件>

医師、保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、健康運動指導士、介護予防指導士又は介護予防主任指導員であること

<AED担当者の要件>

※運動器の機能向上を実施する際には、救急法及びAED使用法の講習を受講した者であること

<1回当たり利用人数（概ね目安）、実施回数・時間>

概ね10人程度、6ヶ月程度、週1回又は週2回（計24回）・1回当たり2時間程度

<実施内容>

以下のア～エのプロセスに沿って実施する。

ア 専門スタッフによる事前アセスメント

専門スタッフが、評価ツールを用いて、認知機能を評価する。

イ 個別サービス計画書の作成

認知機能低下予防・支援のために、運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能向上のプログラムとあわせて、興味を持って継続できるプログラムが提供できるよう、本人の希望と生活目標の課題分析、期間や頻度等を計画する。

ウ プログラムの実施

運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上のプログラムにあわせて、認知機能低下予防・支援を目的としたプログラムを提供する。

(ア) 目的型アプローチ

認知機能低下予防・支援に特化した園芸、料理、パソコン、旅行プログラム、ウォーキング、水泳、食生活改善プログラムなど

(イ) 訓練型アプローチ

日常生活動作訓練、認知機能訓練、記憶訓練、計算訓練、有酸素運動、体操など

エ 専門スタッフによる事後アセスメント

事前アセスメントで用いた評価ツールを用いて、比較検討やプランの妥当性の検討を行い、目標の達成度合と客観的状态を評価する。

<留意事項>

ア プログラムが安全に行われるよう、主治医との連携の上で実施すること。

イ 事故防止のため十分な注意を払うとともに、利用者の安全性を十分に考慮し、緊急時にも対応できるよう体制を整備すること。

ウ 認知症予防プログラムの実施及び評価に当たっては、『認知機能低下予防・支援マニュアル』（厚生労働省、平成24年改訂版）をはじめとする文献、学術的又は一定程度その効果が把握されている資料等を参考とすること。

<認知機能向上プログラムの補足事項>

ア) 事前アセスメントについて

事前アセスメントの書式に関しては別添資料③ 松戸市短期集中予防サービス(単一型プログラム)参加報告書(裏)の運動プログラムに係る箇所に記入すること。

3か月～6か月の介入前後で同じ評価尺度を用いた比較により効果を判定する。認知機能の評価は、利便性を考慮し、集団でできるものを基本とした(図表2)。本来は国際的にも定評のある認知機能検査が望まれるが、その場合は評価用紙などを購入して実施する必要がある。

<厚生労働省 HP 参照>

図表 2 評価尺度

1) 認知機能の評価尺度

①集団式松井 10 単語記憶テスト<即時再生>：10 単語を読み上げた後に、覚えた単語を1分間で書く作業を4回繰り返す。40点満点で評価。集団で、6分程度かかる。単語セットは介入前後で同じセットを用いる。

②山口漢字符号変換テスト：主に前頭葉機能（実行機能や注意）を評価する。色を表す漢字を、対応する記号に変換する。正解の記号数を得点とする。集団で実施し、5分で終了する。

③語想起テスト：単語を連想して思い出す作業能力を評価する。「動物名」を、1分間でなるべくたくさん書く作業を行い、個数を点数とする。2分で終了。

④集団式松井 10 単語記憶テスト<遅延再生>：①の 10 単語を、1分間で思い出して書いてもらう。10点満点。2分で終了。

上記①～④の項目をセットとして、約 17 分間で実施する。これらの評価用紙と効果評価実施マニュアルは厚生労働省 HP 参照。

さらに下記個別テストを追加しても良い。

⑤TMT（トレイルメイキングテスト）：散らばった数字を1から順番につないでいく TMT-A と 1→あ→2→いと、数字とひらがなの2系列を平行して順番につないでいく TMT-B がある。所要時間を計測するので、個別で実施する。両方行くと、2～8分程度かかる。

2) その他の評価尺度

歩行を中心とした介入プログラムなので、体力の評価尺度測定として、①Timed Up and Go test (TUG; 椅子から立ち上がり 3 m 歩行して戻って着座するまでの時間) や②5 m 最大歩行速度を評価する。

万歩計を付けるので、万歩計の歩数の記録の伸びも介入効果として捉えることが可能である。この場合は介入最初の週と最後の週の一日平均歩数を比較する。

介入プログラム 3 か月（計 12 回）の参加率も教室運営の評価指標とする。可能であれば、介入プログラム実施前と終了後 6 か月でアンケート調査を行い、歩行習慣化率（参加者の中で歩行習慣のある人の割合）を比較すると、プログラムの長期効果を示すことができる。

また、開始前の基本チェックリストの点数と終了後の基本チェックリストの点数を比較することで効果を見ることもできる。さらに参加者をフォローし、要介護状態になることを防いでいるかどうかという本事業の本質的な効果をみることも極めて重要である。

事前アセスメントの結果及び参加者の意向を踏まえて、認知機能低下予防のための個別サービス計画を作成する。参加者が興味を持って継続できるプログラムが提供できるよう、参加者の希望と生活目標の課題分析、期間や頻度等を計画する。また、個別サービス計画については、介護予防ケアマネジメントを行う地域包括支援センター、ケアマネジャーへ適宜報告し、ケアプランと連動した内容になるよう配慮する。

イ) プログラムの詳細について

先行研究の結果から、運動習慣は認知機能低下を抑制する効果をもたらすと考えられる。運動のなかでも歩くことは、気軽にできて費用もかからない。ここでは、地域高齢者がグループ活動をとおして、楽しみながら歩く習慣が主体的に身につけられるウォーキング・プログラムの実施のポイントと実施例を示す<厚生労働省 HP 参照>。また、屋内会場を使ってプログラムを実施できる場合には、MCIの中核的問題である記憶機能向上が可能な複合プログラムの実施例もあわせて参照し<厚生労働省 HP 参照>、プログラム計画の一助とされたい。

●主体的で継続的な行動変容を促すプログラムの実施のポイント

1) プログラムの効果を知ってもらう

説明会等で、運動習慣による認知機能低下の予防効果を知ってもらうことで、対象者がプログラムへの参加意欲が高まる。また、プログラム終了後も自主活動を続けることの意義や効果もあわせて伝える。

2) 週に1回程度行なう

対象者がウォーキングを習慣化するための知識と方法を獲得し、プログラム終了後も個人やグループでウォーキング習慣を継続してもらうためには、1週間に1回プログラムを実施する。1週間に1回、メンバー同士で歩行状況を報告しあうことによって、ウォーキングの意欲を高めたり、歩数を増やすコツを学習し、よりウォーキングが習慣化しやすくなる。また、メンバー同士、直接会って活動する頻度が多いほど、メンバー間の信頼関係が構築しやすい。

3) 6名程度のグループ単位で運営する

メンバーの主体的で活発な活動を促進するために、プログラムはグループ単位で運営するとよい。グループのメンバーは毎回固定し、6名程度にすれば、信頼関係も構築しやすい。また、プログラム終了後もグループ単位で自主活動を継続していけるように、住所の近メンバー同士で編成するとよい。

4) テキストを使用する

支援者だけがプログラムの実施内容や予定を把握しているというやり方では、メンバーはプログラムに対して受身的になりやすい。メンバーにもプログラムの実施内容や予定がわかるテキストを提供し、より主体的な活動を促す。

5) 行動変容理論を活用する

無理なく着実にウォーキングを習慣化してもらうために、行動変容の理論を活用してすすめるとよい。たとえば、歩数計を装着して自分の歩数を記録したり（セルフ・モニタリング法）、他のメンバーから歩数を増やすコツを学んだり（モデリング）、最初から高い歩数の目標を立てずに低い目標を徐々に達成して最終目標に近づけていく（スモールステップ法）などの方法が有効である。

6) 話し合いや作業はメンバー同士で行う

主体的なグループ活動を促し、自己紹介やウォーキングの記録の報告、ウォーキング・イベントの計画立案などの話し合いは、メンバー同士で進めてもらう。また、役割を分担する機会を多く設けると、自然に信頼関係や支援関係が構築され、プログラム終了後も自主活動が継続されやすい。

7) プログラム実施期間中に自主活動の準備をしておく

プログラム終了後も自主活動が継続できるように、プログラムの実施期間中に、自主化した後の活動場所、いつ集まるか、どのような活動をするか、地域で一緒に活動できるグループとのつながりを作る工夫等について話し合っておく。複数のグループで、合同イベントなどがしやすいように、連絡先の交換をしておくのもよい。また、すでに自主活動をしているグループが地域にあれば、仲間に加えてもらうとよい。

8) 自主活動の状況をモニターし評価する

プログラム終了後、1、2ヶ月に1回程度でも、グループの自主活動の様子について見学・報告をしてもらうような機会を与えるとよい。自分たちの活動が認められていると認識することは、活動を続けていく上で励みになる。また、自主活動グループの活動状況を広報誌やマスコミに取材してもらい、活動の存在を地域に知ってもらうのも効果的である。もし、自主活動が継続できていないグループがあれば、どうすればうまくいくか相談にのることも大切である。

9) 活動報告会・交流会を開催する

プログラムが終了して半年後、または1年後に、自主活動グループ全体の活動報告会や情報交換会などのイベントを実施するとよいであろう。イベントの開催が活動継続の励みにもなり、他との交流や連携が生まれ、さらに自主活動が活発になる効果が期待できる。

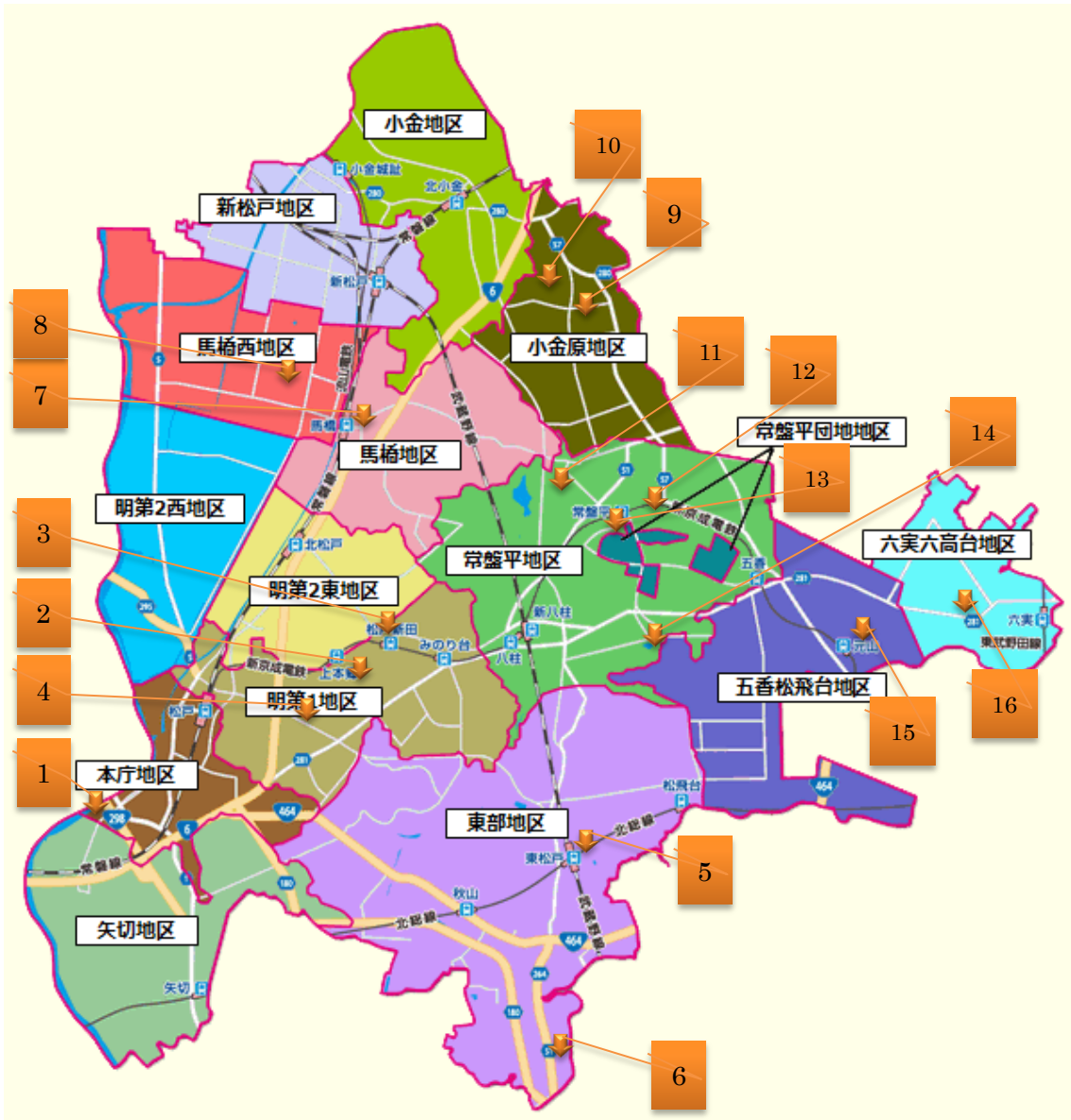
【介護予防マニュアル改訂版】

ウ) 事後アセスメントについて

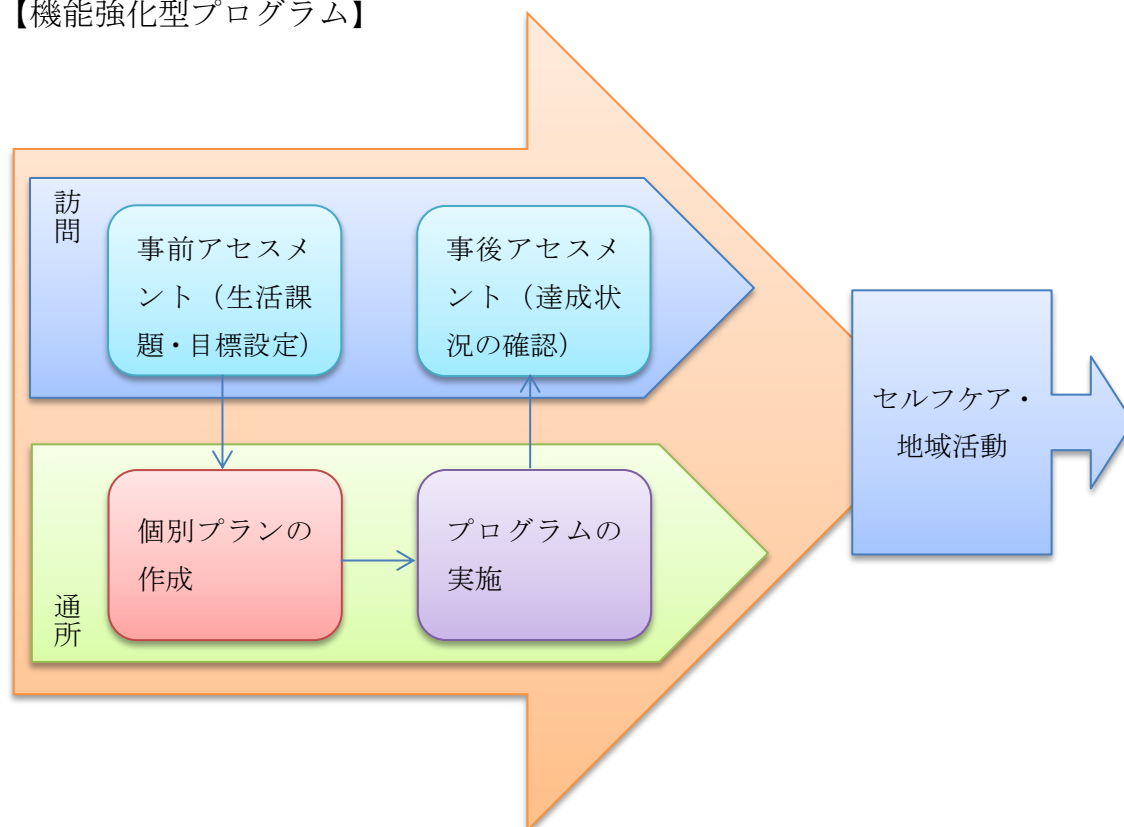
事後アセスメントの結果は、事前アセスメントと同様に、別添資料③ 松戸市短期集中予防サービス（単一型プログラム）参加報告書（裏）の認知プログラムに係る箇所に記入すること。また各項目における「向上」「維持」「悪化」の判断は、別添資料⑥ 松戸市短期集中予防サービス数値等評価の判断基準についてを参考にすること。

<事業所一覧>*送迎の「※は条件あり」

No.	事業所名	所在地	送迎	利用できるプログラム (定員)				地区
				運動	栄養	口腔	認知	
1	妙樹デイサービス	小山 407-5	○※	14			14	本庁
2	上本郷名倉整骨院	仲井町 3-71 第3ア ンビルマンション 1F		10				明1
3	松戸新田接骨院	松戸新田 266-10		8		8	8	
4	緑ヶ丘接骨院	緑ヶ丘 1-23 第1泉 ビル 1F		6				
5	カトレアデイサービス	紙敷 3-10-1	○※	15			15	東部
6	梨香苑	高塚新田 123-13	○※	10	2	4	5	
7	デイサービスま ばし	馬橋 1898 コーポ馬 橋 102	○※	14				馬橋
8	新松戸名倉接骨 院	新松戸南 1-485-1		10				馬橋西
9	デイサービスグ リーン	小金原 4-24-17	○※				15	小金原
10	ペンギン整骨院	常盤平 3-8-9 レクコーポ 常盤平 1F		1 ～6				常盤平
11	常盤平中央接骨 院	常盤平 3-21-8		10				
12	ソレイユ倶楽部	五香西 5-19-8	○※	20	20	20	20	五香松 飛台
13	リハビリサロン たんぽぽ	五香南 2-18-5	○※	20		5	20	
14	松寿園ココから スタジオ	六高台 2-19-2 松寿園 4階	○※	12				六実六 高台



【機能強化型プログラム】



※プログラムの詳細、終了後の通いの場の有無は、事業所により異なる。

<目的>

(共通)

居宅における日常生活の課題を明確化し、機能改善に取り組み、課題がクリアーできたか確認するとともに、自立した生活が送れるようにセルフケアや通いの場への参画など地域とのつながりが持てるような支援を行う。

(訪問型)

居宅での日常生活の課題を具体化、共有化するために保健・医療専門職が訪問し、適切な改善を目指した通所プログラムへつなげ、通所プログラム終了後、改善状況等を共有化するとともに、継続的なセルフケア意識の定着化を図る。

(通所型)

日常生活を維持改善するために必要な運動機能、認知機能、栄養改善、口腔機能等を効果的・効率的に組み合わせ、自立した生活を送り続けられるように支援を行う。

<対象となる利用者>

基本チェックリスト判定様式に掲げる①もしくは②から⑦の中で複数に該当する居宅要支援被保険者等

<プログラム概要>

(共通)

日常生活の課題を解決するために、運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能向上、認知機能低下のプログラムを複合的に取り組み、生活機能の改善を図る。

(訪問)

生活機能に関する問題を総合的に把握し、居宅生活を継続するための相談・指導を行い、通所型短期集中予防サービスでの機能強化を図るとともに、終了後の訪問による評価並びに、社会参加の促進を図る。

(通所)

運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能向上、認知機能低下のプログラムを複合的に実施することにより、一層の予防・支援を目的としたプログラムを提供し、生活機能の改善を図る。

<専門スタッフの要件>

(訪問)

理学療法士又は作業療法士

(通所)

保健師、看護師、理学療法士又は作業療法士が、機能強化型プログラム全体の管理及び運営を行い、より専門的な関与を要する場合において、医師、(管理)栄養士、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士が助言、指導を実施する。

※複合プログラムの中で、栄養改善に関する項目を実施する際には、医師・管理栄養士・栄養士が中心となり実施する。(経験のある保健師・看護師が行ってもよい)

口腔機能向上に関する項目を実施する際には、歯科医師・歯科衛生士・言語聴覚士が中心となり実施する。(経験のある保健師・看護師が行ってもよい)

< A E D 担当者の要件 >

(通所)

※運動器の機能向上(認知機能低下で運動器の機能向上を行う場合も含む)を実施する際には、救急法及び A E D 使用法の講習を受講した者であること

< 1回当たり利用人数（概ねの目安）、実施期間、実施回数・時間 >

（訪問）

1人、6月間以内、通所プログラム開始前、実施後の2回・1回当たり1時間程度

（通所）

10～30人程度、6月間以内、週1回又は週2回（計24回）、1回当たり2時間程度

※運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能向上、認知機能低下のプログラムを効果的・効率的に組合せ実施すること。

< 実施内容 >

（訪問）

以下のア～ウのプロセスに沿って実施する。

ア 事前訪問

専門スタッフは、通所プログラム開始前に利用者の心身機能の把握及び身体機能を踏まえ、居宅生活を継続するための通所プログラム実施に係るリスク評価を行うとともに、関連するQOL等の個別の状況についても評価・把握し、通所プログラムの組合せや優先順に関する情報を収集する。

イ 通所型短期集中予防サービスへの連携

専門スタッフは、通所プログラムスタッフへ生活課題を伝えるとともに、実施すべきプログラムや配慮すべき事項等の情報提供を行い、利用者の過度の負担がかからないようにプログラムを設定できるように助言する。

ウ 事後訪問

専門スタッフは、通所プログラム終了後、通所プログラムスタッフから実施状況の報告を受け、事前訪問で設定した課題に対する改善状況を確認し、居宅生活を維持するため必要なセルフケアや社会参加を促進する。

また、訪問終了時には、基本チェックリストを活用して、生活状況の確認を行い、結果を通所プログラムに対し、報告する。

（通所）

以下のア～エのプロセスに沿って実施する。

ア 専門スタッフによる事前調整

専門スタッフは、事前訪問した訪問型短期集中予防サービススタッフから、必要な情報の提供を受け、具体的な生活機能の問題・課題を明確化する。

イ 個別サービス計画書の作成

専門スタッフは、個別の利用者ごとのプログラム内容、実施期間、実施回数等を記載した個別サービス計画書を作成する。その際、実施期間についても、利用者の負担とならず、かつ、その効果が期待できるスケジュールを設定する。また、一定期間ごとに一定

の目標を定め、利用者の状況に応じて、過度の負担がかからないようにプログラムを設定する。

ウ セルフケアの推進

専門スタッフは、個別サービス計画書に基づき運動（ストレッチ、有酸素運動等）や社会参加を実施する。なお、1日のプログラムの中に、セルフケアのための学習時間を入れること。

エ 専門スタッフによる事後調整

専門スタッフは、通所プログラムの状況を訪問型短期集中予防サービススタッフに提供し、日常生活での改善状況の評価を受ける。

<留意事項>

（共通）

ア プログラムが安全に行われるよう、主治医との連携の上で実施すること。

<訪問の補足事項>

ア) 通所前の報告書について

通所前訪問を実施し、得られた内容を踏まえ、別添資料④ わたしの元気回復計画(表)を作成し、通所プログラム担当者へ報告すること。

イ) 通所後の報告書について

通所終了後の訪問内容を、別添資料④ わたしの元気回復計画(裏)に記入し、市へ送付すること。

<通所の補足事項>

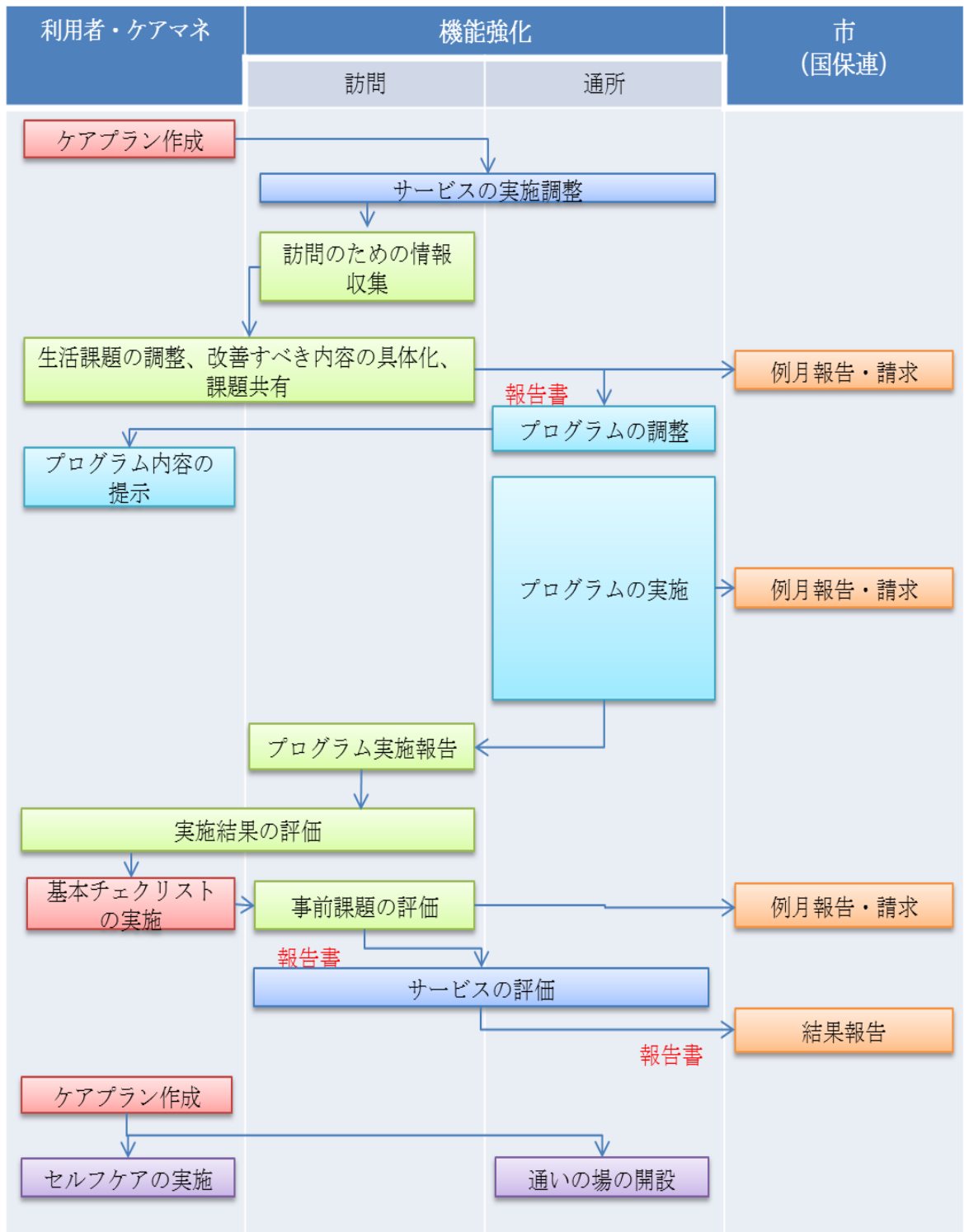
ア) 事前アセスメントについて

事前アセスメントの書式に関しては別添資料⑤ 松戸市短期集中予防サービス(機能強化型複合プログラム)参加報告書(裏)の運動プログラムに係る箇所に記入する。

イ) 事後アセスメントについて

事後アセスメントの結果は、事前アセスメントと同様に、別添資料⑤ 松戸市短期集中予防サービス(機能強化型複合プログラム)参加報告書(裏)の各プログラムに係る箇所に記入すること。また各項目における「向上」「維持」「悪化」の判断は、別添資料⑥ 松戸市短期集中予防サービス数値等評価の判断基準及び別添資料⑦ 体力測定項目判定表を参考にすること。

基本フロー



<訪問後の通所型プログラムの組み方>

<単一型との相違点>

- ① 訪問を行うこと
- ② 4つのプログラムを組み合わせていること
- ③ スタッスの資格基準を厳しくしていること
- ④ 単価が高いこと

 **結果が求められる**

1) 事前訪問

- ① サービス開始時には、ケアマネ等からケアプラン、アセスメントシートや興味関心シートを収集し、生活上の課題を把握する
- ② 訪問時に、生活上の課題をより具体化し、通所プログラムで解決すべき内容を把握する
- ③ 把握結果を踏まえ、通所プログラムで行うべき内容、優先順位を通所プログラム作成者に報告する

2) 通所型

- ① 訪問型からの報告を踏まえ、実施するプログラム内容や回数などを作成する
※基本は、4つのプログラム（運動器、栄養、口腔、認知）から選択し、1コマ2時間の間に複数を組み合わせることは可能であるが、どのプログラムをどの程度（1プログラム30分以上）実施するかを明確化すること
※特に重要であるのは、プログラムの優先順位で、低栄養がある場合は、運動器の前に行うなど、適切に心身機能に効果的・効率的なプログラムを作成すること
- ② プログラムを利用者に連絡し、日程を調整する
※心身の状況を踏まえ、当初は週1回から始め、改善状況を踏まえ、週2回に変えること、またその逆で、当初は週2回で心身機能を引上げ、一定レベルに達したことにより、セルフケアを充分取り入れながら週1回に変更することも可である。
ただし、上限は24回であり、全ての方が24回である必要性はなく、心身の状況に応じて、適切な回数を設定すること
- ③ 実施中の配慮
※実施者の身体機能に配慮しながら、積極的にセルフケアを推進し、またICFの生活機能（活動・参加）を踏まえるとともに、背景因子（個人因子、環境因子）へのアプローチも重要である
※実施後、当初の想定のとおり、機能改善が見られない場合は、適時プログラムを変更すること（ただし、計画と実績の相違点を明らかにすること）
- ④ 終了後

※設定した機能改善が図れることは当然のこととして、セルフケアができるようになること、通いの場等への参加意欲が高まることを目指すこと

3) 事後訪問

- ① 当初設定した課題や取り組むべきプログラムに対して評価を行う
- ② セルフケアや通いの場への参加などへの促進する

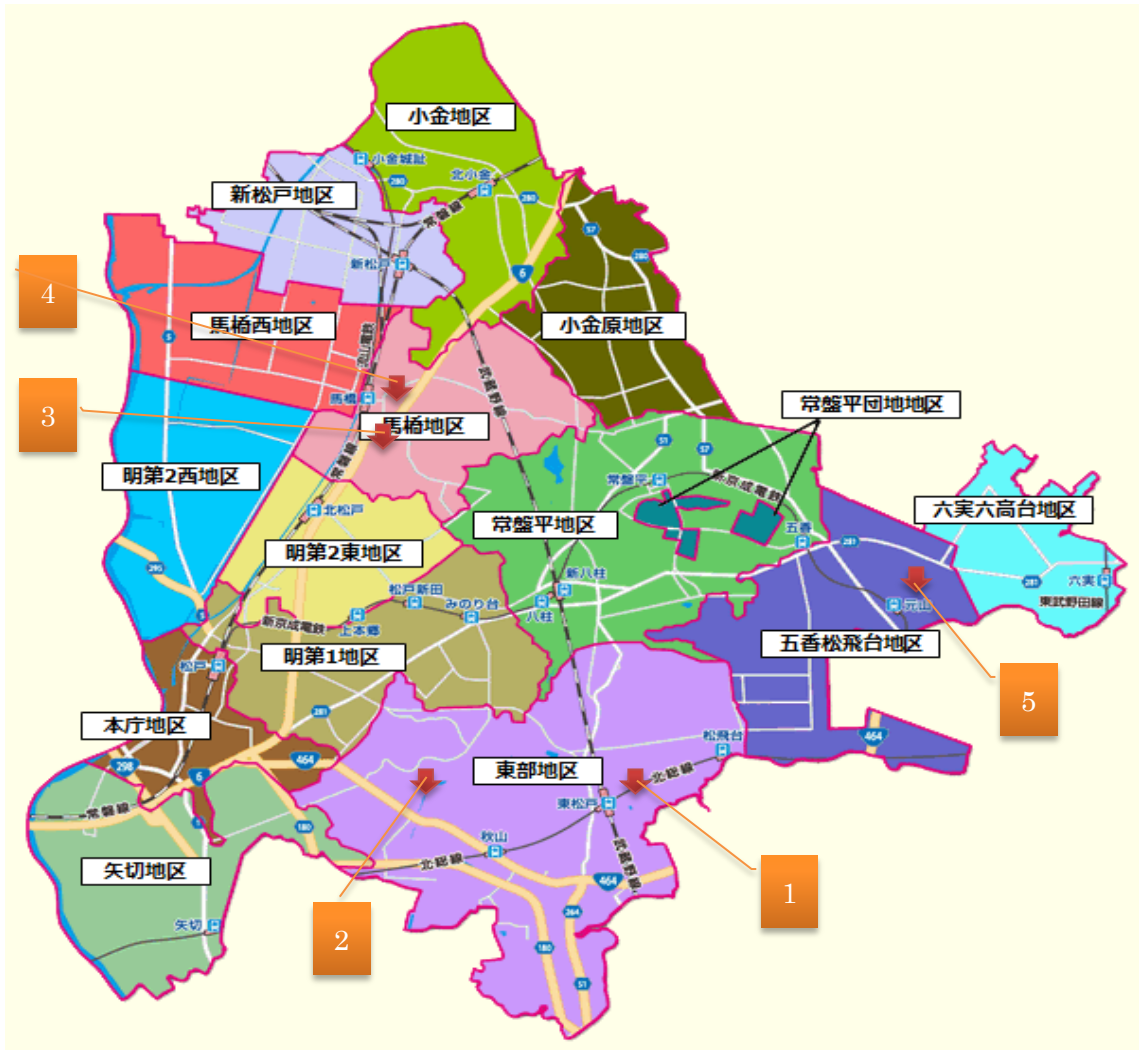
4) プログラム (例)

最初は、基礎・基本を理解し、心身の状況に合わせ、ペースアップしていく。セルフケアを理解し、自主活動を増やし、地域での通いの場等への案内を始める。

頻度	回数	訪問	通所					その他
			運動	栄養	口腔	認知	セルフケア	
	訪-1							
1/週	通-1		オリエンテーション (能力測定)					
	通-2		30分	30分	60分			
	通-3		30分	60分	30分			
	通-4		60分			30分	30分	自主活動
	通-5		60分			30分	30分	
	通-6		60分			30分	30分	
2/週	通-7		60分			30分	30分	
	通-8		60分			30分	30分	
	通-9		60分			30分	30分	
	通-10		60分			30分	30分	
	通-11		中間評価 (改善状況の確認)					
	通-12		60分			30分	30分	
	通-13		60分			30分	30分	
	通-14		60分			30分	30分	
1/週	通-15		60分			30分	30分	
	通-16		60分			30分	30分	地域へ
	通-17		60分			30分	30分	
	通-18		30分		30分	30分	30分	
	通-19		30分	30分		30分	30分	
通-20		評価 (達成状況の確認)						
2/週	通-21		60分				60分	基本チェックリスト
	通-22		60分				60分	
	通-23		30分		30分		60分	
	通-24		30分	30分			60分	
	訪-2							

<事業所一覧>※送迎は必須

No.	事業所	所在地	訪問	通所	定員	地域
1	カトレアデイサービス	紙敷 3-10-1	○	○	15名	東部
2	親愛の丘デイサービス	和名ヶ谷 1258-1	カトレア デイサービスと連携	○	15名	
3	わいわい倶楽部	中根 517	○	○	10名	馬橋
4	FG Advance 馬橋	馬橋 1890-1 ウェルネス馬橋 4F	○	○	15名	
5	リハビリサロン たんぽぽ	五香南 2-18-5	○	○	20名	五香 松飛 台



8 プログラム終了後

1) 効果判定

① プログラム終了時の基本チェックリストの実施

状態の変化を前後で行うツールとして実施し、直近の状態を反映する。

※介護保険法施行規則第162条の4の2第2項

厚生労働大臣が定める基準に該当する第一号被保険者(二回以上にわたり当該基準の該当の有無を判断した場合においては、直近の当該基準の該当の有無の判断の際に当該基準に該当した第一号被保険者)(要介護認定を受けた第一号被保険者においては、当該要介護認定による介護給付に係る居宅サービス、地域密着型サービス及び施設サービス並びにこれらに相当するサービスを受けた日から当該要介護認定の有効期間の満了の日までの期間を除く。)

② 結果の判定

事業対象者は、基本チェックリストで非該当になった場合(要支援者の場合は自主返納した場合)

→ 市長より表彰を行う

③ 事業所への対応

利用者は、基本チェックリストを実施し次の区分で処理する

○改善：実施前後で、基本チェックリストの該当項目が非該当になった場合

○向上：実施前後で、基本チェックリストのチェックが減少した場合

○維持：実施前後で、基本チェックリストのチェックが変わらない場合

○悪化：実施前後で、基本チェックリストのチェックが増加した場合

④ 改善加算

改善加算は、半年間の改善実績により決定する

○単一プログラム

利用実人数が5名以上かつ利用者の50%以上が改善した場合

○機能強化プログラム

利用者が改善できた場合、加算する(基本チェックリスト該当項目のすべてにおいて、項目非該当となった場合)

対象期間	加算期間
上半期：4/1 から 9/30	1/1 から 6/30
下半期：10/1 から 3/31	7/1 から 12/31

⑤ 客観評価の導入の検討

別途、身体機能等の改善についての効果測定を検討している。

2) セルフケア

① 事業所としてのセルフケアができる環境の工夫

→終了後の通いの場の設定

→終了後の定期的な機能測定会の実施

② 地域資源を活用した工夫

→市の補助を受けている元気応援くらぶ等への紹介

→市の元気応援ノートを活用した啓発

9. 積極的な利用

1) 利用者

利用者の利用控えは、期間が有限であることだといわれています。本来、ご自身の生活機能を向上し、自立した生活を営みたいと望んでいます。

ご自身でセルフケアができるようになることで、将来への様々な負担を軽減できることを理解してもらいましょう。

2) 支援者

公正・誠実である支援者は、利用者の行為にとらわれることなく、能力を総合的に判断し、自立支援に向けたマネジメントを実現していく必要があります。それが、高齢化の進展、介護人材不足や財源不足などへ寄与し、介護保険制度の持続可能性を高めていきます。

3) 事業所

本来、機能改善し、自立を支援していく事業所も、自らのプログラムの有効性を積極的にアピールするための努力や地域の社会資源として貢献していくことも重要です。

4) 市

機能改善に取り組んでいる人の情報を積極的に発信していきます。

10. 注意すべき事項

1) 事業所の開設日・対応時間

事業所運営規定に準ずる

2) 個人情報管理

短期集中予防サービス事業所の従業者は、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。

1. 短期集中予防サービス事業者は、当該短期集中予防サービス事業所の従業者であった者が、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。
2. 短期集中予防サービス事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。

3) 的確な生活課題の把握

生活機能全般の向上の阻害要因に基づき、高齢者自身の心身の状態、日頃の生活状況や人との交流等、生活環境等、在宅で暮らしやすさや心の張り合いに向けて、興味・関心を引き出すとともに、あきらめていたことや出来るようになりたいたい事、介護予防効果を高める「活動」や「参加」等出番や役割のある生活へサポートできるような的確な生活課題の把握に努める。

4) 事故等への対応

通所型短期集中予防サービス事業者は、運動器の機能向上プログラム及び複合的に実施する機能強化プログラムを実施する場合は、当該プログラムを実施する通所型短期集中予防サービス事業所ごとに、別表第3で定める要件を満たすAED（自動体外式除細動器）の担当者を置かなければならない。

1. 短期集中予防サービスの従業者は、現に短期集中予防サービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じなければならない。
2. 短期集中予防サービス事業者は、利用者が短期集中予防サービスを利用する際の緊急事態に対応できる体制を確保するため、安全管理マニュアルを整備するとともに、必要に応じて、当該マニュアルの改正を行わなければならない。なお、当該マニュアルには、緊急時の対応フローを盛り込むものとする。

1 1. 想定される事例

最近、体重減少が認められ、疲れやすくなってきた。買い物も億劫になり、家ですることなく過ごすことが多い。地域包括支援センターに相談。総合相談の中で、基本チェックリストを実施すると、20項目中10項目以上に該当、また低栄養状態、うつの可能性の計3項目で、事業対象者となる。

本人・家族は、元気になり、外出できるようになりたいと希望。

<本人・家族>

短期集中予防サービスを知らず、デイサービス希望。該当項目から、機能強化型コースに参加する

<訪問プログラム実施>

- ① 3食摂れているが、栄養バランスが悪い
- ② ややむせ込みがあり、食形態の変更の余地あり
- ③ 易疲労傾向あり、軽負荷の運動でも息切れがある
- ④ 自宅近くのコンビニにまで休憩なしで歩けることを目標にする

通所プログラムの作成：優先順位としては、栄養状態を改善させ、基礎体力の向上を図る。同時に口腔機能もチェックしていく。体力の向上をみて、運動プログラムを取り入れ、負荷量を上げていくこととした。

通所プログラム：栄養状態改善に伴い体力向上⇒負荷量の高い運動プログラムに挑戦できるようになった。⇒本人の意欲も向上し、外出の機会も増える

ケアマネジメント：通所での地域の通いの場の紹介や見学会を通じて、通所中から通いの場へ参加するようになる。ケアマネジメントCへ

12. Q&A

<共通>

(問) 基本チェックリストで該当項目が複合の①もしくは②から⑦の複数あった方は必ず、機能強化型に行く必要があるか。

(答) そのとおりです。

(問) どの時点で、利用者を振り分けるのですか？

(答) プログラムの開始日で判断します。そのため、9月中に開始した場合は、従前のとおりです。

(問) 10月から利用者の利用頻度が緩和されますが、どのように判断すればよろしいか。

(答) 週1回若しくは週2回の利用頻度の判断は、利用者の心身の状態から適正に機能の維持・向上に資するように、利用者・支援者と協議し、決定してください。

<単一型>

(問) 機能強化型を新設し、単一型の利用者は減るのではないか。

(答) 新たな利用者を確保するために、市が普及のためのPRを強化するとともに、従来から指摘があった、利用者の利用頻度を週2回から週1回も選択できるように柔軟に変更した。

<機能強化型>

(問) 最初の訪問は開始後、どの時点から通所プログラムを開始したらいいのか。

(答) 訪問結果を踏まえ、通所プログラムを作成し、利用者の同意を得て、2週間程度で開始できることを想定しています。

(問) 心身の状態から通所プログラムを規定の24回ではなく、短縮することは差し支えないか。

(答) 利用者の過度の負担にならず、心身の改善が適切に行えるならば、差し支えない。

(問) 通所プログラム終了後、最後の訪問はいつまでに実施すべきですか。

(答) 通所プログラム終了後、2週間程度を想定しています。

(問) 単一型と機能強化型通所プログラムの利用者を同一実施は可能か。

(答) 実施できません。

13. 要綱

松戸市短期集中予防に係るサービス事業支給費の額等及び指定事業者の指定基準を定める要綱

目次

- 第1章 総則（第1条・第2条）
- 第2章 サービス事業支給費の額等（第3条・第4条）
- 第3章 指定事業者の指定基準
 - 第1節 事業の一般原則（第5条）
 - 第2節 基本方針（第6条）
 - 第3節 人員に関する基準（第7条―第9条）
 - 第4節 設備に関する基準（第10条・第11条）
 - 第5節 運営に関する基準（第12条―第32条）
- 第4章 雑則（第33条）
- 附則
 - 第1章 総則

（趣旨）

第1条 この要綱は、松戸市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱（以下「実施要綱」という。）の規定に基づき、短期集中予防サービスに係るサービス事業支給費の額等及び指定事業者の指定基準について定めるものとする。

（定義）

第2条 この要綱における用語は、この要綱において定めるもののほか、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）、介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号。以下「省令」という。）、介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針（平成27年厚生労働省告示第196号）及び実施要綱の例による。

第2章 サービス事業支給費の額等

（サービス事業に要する費用の単位数及び1単位の単価）

第3条 実施要綱別表の短期集中予防サービスに係る市長が定める単位数は、別表第1のとおりとする。

2 実施要綱別表の短期集中予防サービスに係る市長が定める1単位の単価は、10円とする。

（サービス事業支給費の額）

第4条 短期集中予防サービスに係るサービス事業支給費の額は、実施要綱第6条の規定により算定された短期集中予防サービスに係るサービス事業に要する費用の額に、当該費用の額のうち基本となる支給費分の100分の10（利用者が、一定以上所得者（第一号被保険者であって法第59条の2に規定する政令で定めるところに

より算定した所得の額が同条に規定する政令で定める額以上である居宅要支援被保険者等をいう。以下同じ。)である場合にあっては、100分の20)に相当する額が利用者負担となるよう設定した割合を乗じて得た額とし、具体的には、別表第2の利用者及び短期集中予防サービス費の区分ごとに、別表第2に定める支給費の額とする。

- 2 前項の規定にかかわらず、実施要綱第6条の規定により算定された短期集中予防サービスに係るサービス事業に要する費用の額が、現に当該短期集中予防サービスに要した費用の額を超えるときにおいては、短期集中予防サービスに係るサービス事業支給費の額は、当該現に短期集中予防サービスに要した費用の額の100分の90(利用者が一定以上所得者である場合にあっては、100分の80)に相当する額とする。

第3章 指定事業者の指定基準

第1節 事業の一般原則

(事業の一般原則)

第5条 短期集中予防サービスの事業を行う指定事業者(以下「短期集中予防サービス事業者」という。以下同じ。)は、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めなければならない。

- 2 短期集中予防サービス事業者は、短期集中予防サービスに係る事業を運営するに当たっては、地域との結びつきを重視し、本市、他の総合事業実施事業者(総合事業を実施する事業者をいう。以下同じ。)又は介護予防サービス事業者(介護予防サービス事業を行う者をいう。以下同じ。)その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めなければならない。

第2節 基本方針

(基本方針)

第6条 通所型短期集中予防サービスは、居宅要支援被保険者等に対して、その心身の状況、置かれている環境等に応じて、通所の方法により、3ヶ月から6ヶ月までの短期間に、保健・医療の専門職が、運動器の機能向上プログラム、栄養改善プログラム、口腔機能向上プログラム、認知機能向上プログラム及び前記の4つのプログラムを個別課題に応じて機能強化プログラムを実施することによって、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び地域における自立した日常生活の支援を行うことを目的として実施しなければならない。

- 2 通所型短期集中予防サービスは、居宅要支援被保険者等に対して、その心身の状況、置かれている環境等に応じたサービスを提供するとともに、セルフケア(自分で自己の健康管理を行うことをいう。以下同じ。)に向けた動機づけ及び学習を行うことによって、居宅要支援者被保険者等がサービス事業を「終了」して、地域活動の中で継続的な機能維持を推進していくことを目指して行わなければならない。
- 3 通所型短期集中予防サービス事業者は、別表第3で定めるプログラムごとの目的、対象となる利用者及びプログラム概要に沿って、各プログラムを実施しなければな

らない。

- 4 訪問型短期集中予防サービスは、通所型短期集中予防サービスの複合的に実施する機能強化プログラムの実施前後に、訪問により、居宅要支援被保険者等に対して、居宅における日常生活の課題を明確化し、機能改善に取り組み、課題が達成できたか確認するとともに、自立した生活が送れるようにセルフケアや通いの場への参画など地域とのつながりが持てるような支援を行う。居宅での日常生活の課題を具体化、共有化するために保健・医療専門職が訪問し、適切な改善を目指した通所プログラムへつなげ、通所プログラム終了後、改善状況等を共有するとともに、継続的なセルフケア意識の定着化を図る。

第3節 人員に関する基準

(従業者及びその員数)

第7条 短期集中予防サービス事業者は、プログラムごとに別表第3で定める要件を満たす専門スタッフに、利用者に対するサービスを実施させなければならない。

- 2 通所型短期集中予防サービス事業者は、通所型短期集中予防サービス事業所（通所型短期集中予防サービス事業者が通所型短期集中予防サービスの事業を行う事業所をいう。以下同じ。）及びプログラムごとに、次に掲げる区分に応じ、それぞれ次に定める人数の専門スタッフを置かなければならない。

(1) 通所型短期集中予防サービスの1回当たりの利用人数（以下「1回当たり利用人数」という。）が15人以下である場合 1人以上

(2) 1回当たり利用人数が16人以上20人以下である場合 2人以上

(3) 1回当たり利用人数が21人以上25人以下である場合 3人以上

(4) 1回当たり利用人数が26人以上30人以下である場合 4人以上

(管理者)

第8条 短期集中予防サービス事業者は、短期集中予防サービス事業所ごとに、管理者を置かなければならない。

(運動器の機能向上プログラムにおけるAED担当者)

第9条 通所型短期集中予防サービス事業者は、運動器の機能向上プログラム又は認知機能向上プログラムで運動器の機能向上を実施する機能強化プログラムを実施する場合は、当該プログラムを実施する通所型短期集中予防サービス事業所ごとに、別表第3で定める要件を満たすAED（自動体外式除細動器をいう。以下同じ。）の担当者を置かなければならない。

第4節 設備に関する基準

(1回当たり利用人数)

第10条 通所型短期集中予防サービス事業者は、プログラムごとに別表第3に定める人数を概ねの目安としつつ、1回当たり利用人数を決定する。

(設備及び備品等)

第11条 通所型短期集中予防サービス事業所は、通所型短期集中予防サービスを提供する場所を有するほか、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備並びに通

所型短期集中予防サービスを提供するために必要なその他の設備及び備品等を備えなければならない。

2 前項の通所型短期集中予防サービスを提供する場所の面積は、3平方メートルに利用定員を乗じて得た面積以上としなければならない。

3 通所型短期集中予防サービス事業者は、運動器の機能向上プログラム又は認知機構向上プログラムで運動器の機能向上を実施する場合は、当該プログラムを実施する通所型短期集中予防サービス事業所ごとに、AEDを備えなければならない。

4 訪問型短期集中予防サービス事業所には、事業の運営を行うために必要な広さを有する区画を設けるほか、訪問型短期集中予防サービスの実施に必要な設備及び備品等を備えなければならない。

第5節 運営に関する基準

(サービス提供期間)

第12条 1人の利用者に対する短期集中予防サービス提供期間は、3か月間から6か月間までの範囲内の期間とする。

2 同一の利用者に対する同一のプログラムの利用については、原則、1年度間に1回のみとする。

(1か月当たりの実施回数の限度)

第13条 通所型短期集中予防サービスに係る1人の利用者に対する1か月当たりの実施回数は、10回を限度とする。

(サービスの具体的な実施方針)

第14条 通所型短期集中予防サービスは、プログラムごとに別表第3で定める実施期間、実施回数・時間、実施内容及び留意事項に沿って、サービスを実施しなければならない。

2 訪問型短期集中予防サービスは、通所型短期集中予防サービス機能強化プログラムの開始前、終了後にサービスを実施しなければならない。

(内容及び手続の説明及び同意)

第15条 通所型短期集中予防サービス事業者は、短期集中予防サービスの提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、第23条に規定する運営規程の概要、従業者の勤務体制その他の利用申込者のサービス選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明し、当該提供の開始について同意を得なければならない。

(心身の状況等の把握)

第16条 短期集中予防サービス事業者は、短期集中予防サービスの提供に当たっては、利用者に係る介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを行う地域包括支援センターその他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携、当該地域包括支援センターが開催するサービス担当者会議(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(平成18年厚生労働省令第37号)第30条第9号に規定

するサービス担当者会議をいう。以下同じ。)等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければならない。

(地域包括支援センター等との連携)

第 17 条 短期集中予防サービス事業者は、短期集中予防サービスの提供に当たっては、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを行う地域包括支援センターその他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

2 短期集中予防サービス事業者は、短期集中予防サービスの提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、当該利用者に係る介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを行う地域包括支援センターに対する情報の提供に努めなければならない。

(介護予防サービス計画又は介護予防ケアプランに沿ったサービス提供)

第 18 条 短期集中予防サービス事業者は、介護予防サービス計画(省令第 83 条の 9 第 1 号ニに規定する計画を含む。以下同じ。)又は介護予防ケアプラン(介護予防ケアマネジメントに基づくケアプランをいう。以下同じ。)が作成されている場合は、当該介護予防サービス計画又は介護予防ケアプランに沿った短期集中予防サービスを提供しなければならない。

(サービス提供の記録)

第 19 条 短期集中予防サービス事業者は、短期集中予防サービスを提供した際には、当該短期集中予防サービスの提供日及び内容、当該短期集中予防サービスについて法 第 115 条の 45 の 3 第 3 項の規定により利用者に代わって支払を受けるサービス事業支給費の額その他必要な事項を、介護予防サービス計画若しくは介護予防ケアプラン又はこれらに準ずる書面に記載しなければならない。

2 短期集中予防サービス事業者は、短期集中予防サービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録するとともに、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供しなければならない。

(利用料等の受領)

第 20 条 短期集中予防サービス事業者は、法定代理受領サービス(法第 115 条の 45 の 3 第 3 項の規定によりサービス事業費が利用者に代わり当該短期集中予防サービス事業者を支払われる場合の当該サービス事業費に係る短期集中予防サービスをいう。以下同じ。)に該当する短期集中予防サービスを提供した際には、その利用者から利用料(サービス事業支給費の支給の対象となる費用に係る対価をいう。以下同じ。)の一部として、当該短期集中予防サービスに係るサービス事業費用額(実施要綱第 6 条の規定により算定されたサービス事業に要する費用(その額が現に当該サービスに要した費用の額を超えるときは、当該現にサービスに要した費用の額とする。)をいう。以下同じ。)から当該短期集中予防サービス事業者を支払わ

れるサービス事業支給費の額を控除して得た額の支払を受けるものとする。

- 2 短期集中予防サービス事業者は、法定代理受領サービスに該当しない短期集中予防サービスを提供した際にその利用者から支払を受ける利用料の額と、短期集中予防サービスに係るサービス事業費用額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければならない。
- 3 通所型短期集中予防サービスにかかる栄養改善プログラムにおいて調理実習等を実施する場合の食材料費及び調理費相当分の費用の額については、基本的には、利用者から支払を受けるものとする。
- 4 短期集中予防サービス事業者は、前3項の支払を受ける額のほか、食事の提供に要する費用の額その他日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者負担させることが適当と認められる費用の額について、利用者から支払を受けることができる
- 5 短期集中予防サービス事業者は、前2項の費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得なければならない。

(領収証の交付)

第21条 短期集中予防サービス事業者は、短期集中予防サービスの提供に関して、利用者から利用料等の支払を受ける際、当該支払をした利用者に対し、領収書を交付しなければならない。

- 2 前項の領収書に、前条第1項から第4項までの支払を受ける額を区分して記載するとともに、前条第4項の支払を受ける額についてはそれぞれ個別の費用ごとに区分して記載しなければならない。

(緊急時等の対応)

第22条 短期集中予防サービスの従業者は、現に短期集中予防サービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じなければならない。

- 2 短期集中予防サービス事業者は、利用者が短期集中予防サービスを利用する際の緊急事態に対応できる体制を確保するため、安全管理マニュアルを整備するとともに、必要に応じて、当該マニュアルの改正を行わなければならない。なお、当該マニュアルには、緊急時の対応フローを盛り込むものとする。

(運営規程)

第23条 短期集中予防サービス事業者は、短期集中予防サービス事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程（以下「運営規程」という。）を定めておかなければならない。

- (1) 事業の目的及び運営の方針
- (2) 従業者の職種、員数及び職務の内容
- (3) 営業日及び営業時間
- (4) 短期集中予防サービスの利用定員

- (5) 短期集中予防サービスの内容及び利用料その他の費用の額
- (6) 通常の事業の実施地域
- (7) サービス利用に当たっての留意事項
- (8) 緊急時等における対応方法
- (9) 非常災害対策
- (10) その他運営に関する重要事項
(非常災害対策)

第 24 条 短期集中予防サービス事業者は、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行わなければならない。
(衛生管理等)

第 25 条 短期集中予防サービス事業者は、短期集中予防サービスの従業者の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行わなければならない。

2 短期集中予防サービス事業者は、利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じなければならない。

3 短期集中予防サービス事業者は、短期集中予防サービス事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講ずるよう努めなければならない。
(秘密保持等)

第 26 条 短期集中予防サービス事業所の従業者は、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。

2 短期集中予防サービス事業者は、当該短期集中予防サービス事業所の従業者であった者が、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。

3 短期集中予防サービス事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかななければならない。

(苦情処理)

第 27 条 短期集中予防サービス事業者は、提供した短期集中予防サービスに係る利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等の必要な措置を講じなければならない。

2 短期集中予防サービス事業者は、前項の苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければならない。

3 短期集中予防サービス事業者は、提供した短期集中予防サービスに係る利用者からの苦情に関して市が行う調査に協力するとともに、市から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

4 短期集中予防サービス事業者は、市からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を市に報告しなければならない。

(事故発生時の対応)

第 28 条 短期集中予防サービス事業者は、利用者に対する短期集中予防サービスの提供により事故が発生した場合は、市、当該利用者の家族、当該利用者に係る介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを行う地域包括支援センター等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

2 短期集中予防サービス事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。

3 短期集中予防サービス事業者は、利用者に対する短期集中予防サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならない。

4 短期集中予防サービス事業者は、業務時間内における利用者の事故等に配慮し、損害賠償保険に加入しなければならない。

(記録の整備)

第 29 条 短期集中予防サービス事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しておかななければならない。

2 短期集中予防サービス事業者は、利用者に対する短期集中予防サービスの提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完結の日から 5 年間保存しなければならない。

(1) 別表第 3 の個別サービス計画書

(2) 第 19 条第 2 項に規定する具体的なサービスの内容等の記録

(3) 第 27 条第 2 項に規定する苦情の内容等の記録

(4) 前条第 2 項に規定する事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

(改善状況等の報告)

第 30 条 短期集中予防サービス事業者は、市の定める方法に従って、短期集中予防サービスの提供による利用者の心身の状況の改善の状況その他の短期集中予防サービスの提供の成果について報告しなければならない。

(事業の廃止又は休止の届出及び便宜の供与)

第 31 条 短期集中予防サービス事業者は、当該短期集中予防サービスの事業を廃止し、又は休止しようとするときは、その廃止又は休止の日の 1 か月前までに、次に掲げる事項を市長へ届け出なければならない。

(1) 廃止し、又は休止しようとする年月日

(2) 廃止し、又は休止しようとする理由

(3) 現に短期集中予防サービスを受けている者に対する措置

(4) 休止しようとする場合にあっては、休止の予定期間

2 短期集中予防サービス事業者は、前項の規定による事業の廃止又は休止の届出をしたときは、当該届出の日の前 1 か月以内に当該短期集中予防サービスを受けていた者であって、当該事業の廃止又は休止の日以後においても引き続き当該短期集中予防サービスに相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要なサービスが継続的に提供されるよう、地域包括支援センター、サービス事業を実施する者その他

関係者との連絡調整その他の便宜の提供を行わなければならない。

第 32 条 短期集中予防サービス事業者は、居宅要支援者被保険者等がサービス事業を「終了」して、地域活動の中で継続的な機能維持を推進していくための機会と場の確保に努める。

第 4 章 雑則

(委任)

第 33 条 この要綱に定めるもののほか、短期集中予防サービスに係るサービス事業支給費の額等及び指定事業者の指定基準に関し必要な事項については、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成 27 年 10 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 29 年 10 月 1 日から施行する。

別表第1（第3条関係）

短期集中予防サービスに係るサービス事業支給費単位数表

短期集中予防サービス費（1回につき）

- | | |
|-----------------------|--------|
| (1) 訪問型短期集中予防サービス費 | 500 単位 |
| (2) 通所型短期集中予防サービス費（Ⅰ） | 395 単位 |
| (3) 通所型短期集中予防サービス費（Ⅱ） | 360 単位 |
| (4) 通所型短期集中予防サービス費（Ⅲ） | 385 単位 |
| (5) 通所型短期集中予防サービス費（Ⅳ） | 350 単位 |

注1 (2)から(5)については、通所型短期集中サービスのうち第6条で規定する運動器の機能向上プログラム、栄養改善プログラム、口腔機能向上プログラム、認知症機能向上プログラムに適用する。

注2 (2)については、送迎体制を構築しており、かつ、評価対象半年間に特定改善実績が認められた通所型短期集中予防サービス事業所において通所型短期集中予防サービスを行った場合に、当該評価対象半年間の満了日の属する月の4ヶ月後の月から9ヵ月後の月までの半年間の期間に限り、1回につき所定単位数を算定する。

注3 (3)については、送迎体制を構築しており、かつ、評価対象半年間に特定改善実績が認められていない通所型通所型短期集中予防サービス事業所において通所型短期集中予防サービスを行った場合に、当該評価対象半年間の満了日の属する月の4ヶ月後の月から9ヵ月後の月までの半年間の期間に限り、1回につき所定単位数を算定する。

注4 (4)については、送迎体制を構築しておらず、かつ、評価対象半年間に特定改善実績が認められた通所型短期集中予防サービス事業所において通所型短期集中予防サービスを行った場合に、当該評価対象半年間の満了日の属する月の4ヶ月後の月から9ヵ月後の月までの半年間の期間に限り、1回につき所定単位数を算定する。

注5 (5)については、送迎体制を構築しておらず、かつ、評価対象半年間に特定改善実績が認められていない通所型短期集中予防サービス事業所において通所型短期集中予防サービスを行った場合に、当該評価対象半年間の満了日の属する月の4ヶ月後の月から9ヵ月後の月までの半年間の期間に限り、1回につき所定単位数を算定する。

注6 注2から注5までの送迎体制は、心身の状況、置かれている環境等により、送迎が必要であると認められる利用者については、合理的範囲（原則として、30分以内であれば送迎できる範囲をいう。）であれば必ず送迎を行う体制をいう。

注7 注2から注5までの評価対象半年間は、各年の4月1日から当該年の9月30日までの半年間及び各年の10月1日から当該年の翌年の3月31日までの半年間とする。

注8 注2から注5までの特定改善実績は、次のア及びイのいずれも満たしたことを

いう。

ア 評価対象半年間に当該通所型短期集中予防サービス事業所において通所型短期集中予防サービスの提供が終了した利用者（途中でサービスの利用を中止した者も含む。）の総数（以下「通所型短期集中予防サービス終了者総数」という。）が5人以上であること。

イ 次の(ア)に占める(イ)の割合が100分の50以上であること。

(ア) 通所型短期集中予防サービス終了者総数

(イ) 当該通所型短期集中予防サービス事業所における通所型短期集中予防サービスの提供によって、心身の状況が改善し、基本チェックリスト判定様式（介護保険法施行規則第140条の62の4第2号の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第197号）の様式第2をいう。以下同じ。）に掲げる基準（次に掲げるプログラムの区分に応じ、それぞれ次に定める基準に限る。）について、該当から非該当へ改善した利用者の数

- a 運動器の機能向上プログラム 基本チェックリスト判定様式に掲げる②の基準
- b 栄養改善プログラム 基本チェックリスト判定様式に掲げる③の基準
- c 口腔機能向上プログラム 基本チェックリスト判定様式に掲げる④の基準
- d 閉じこもりに係る項目 基本チェックリスト判定様式に掲げる⑤の基準
- e 認知機能向上プログラム 基本チェックリスト判定様式に掲げる⑥の基準
- f うつ病の可能性に係る項目 基本チェック判定様式に掲げる⑦の基準

注9 利用者が介護予防通所介護相当サービス又は介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護若しくは介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている間は、通所型短期集中予防サービス費は算定しない。

注10 特定改善実績の認定は、当該年10月1日から翌年の3月31日までを期間とする評価対象半年間の実績に基づく認定から実施する。

(6) 通所型短期集中予防サービス費（V） 460単位に特定改善実績者数に応じた単位（注20の表）を加算した単位

(7) 通所型短期集中予防サービス費（VI） 460単位

(8) 通所型短期集中予防サービス費（VII） 450単位に特定改善実績者数に応じた単位（注20の表）を加算した単位

(9) 通所型短期集中予防サービス費（VIII） 450単位

注11 (6)から(9)については、通所型短期集中サービスのうち第6条で規定する機能強化プログラムに適用する。

注12 (6)については、訪問型短期集中予防サービスと一体的に実施しており、特定改善実績が認められた通所型短期集中予防サービス事業所において通所型短期集中予防サービスを行った場合に、当該評価対象半年間の満了日の属する月の4ヶ月後の月から9ヶ月後の月までの半年間の期間に限り、1回につき所定単位数を算定する。

注 13 (7)については、訪問型短期集中予防サービスと一体的に実施しており、特定改善実績が認められない通所型短期集中予防サービス事業所において通所型短期集中予防サービスを行った場合に、当該評価対象半年間の満了日の属する月の4ヶ月後の月から9ヶ月後の月までの半年間の期間に限り、1回につき所定単位数を算定する。

注 14 (8)については、訪問型短期集中予防サービスと一体的に実施しておらず、特定改善実績が認められた通所型短期集中予防サービス事業所において通所型短期集中予防サービスを行った場合に、当該評価対象半年間の満了日の属する月の4ヶ月後の月から9ヶ月後の月までの半年間の期間に限り、1回につき所定単位数を算定する。

注 15 (9)については、訪問型短期集中予防サービスと一体的に実施しておらず、特定改善実績が認められない通所型短期集中予防サービス事業所において通所型短期集中予防サービスを行った場合に、当該評価対象半年間の満了日の属する月の4ヶ月後の月から9ヶ月後の月までの半年間の期間に限り、1回につき所定単位数を算定する。

注 16 注 13 から注 16 までの評価対象半年間は、各年の4月1日から当該年の9月30日までの半年間及び各年の10月1日から当該年の翌年の3月31日までの半年間とする。

注 17 注 12 から注 16 までの特定改善実績は、次のアの基準を満たしたことをいう。

ア 評価対象半年間で、通所型短期集中予防サービス機能強化プログラムの提供によって、心身の状況が改善し、基本チェックリスト判定様式（介護保険法施行規則第140条の62の4第2号の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第197号）の様式第2をいう。以下同じ。）に掲げる基準（以下a～g）について、短期集中予防サービス実施時点の基本チェックリスト該当項目の全てにおいて項目非該当へ改善した利用者がいた場合。

- a 生活機能 10項目以上に該当 基本チェックリスト判定様式に掲げる①の基準
- b 運動器の機能向上プログラム 基本チェックリスト判定様式に掲げる②の基準
- c 栄養改善プログラム 基本チェックリスト判定様式に掲げる③の基準
- d 口腔機能向上プログラム 基本チェックリスト判定様式に掲げる④の基準
- e 閉じこもりに係る項目 基本チェックリスト判定様式に掲げる⑤の基準
- f 認知機能向上プログラム 基本チェックリスト判定様式に掲げる⑥の基準
- g うつ病の可能性に係る項目 基本チェック判定様式に掲げる⑦の基準

注 18 利用者が介護予防通所介護相当サービス又は介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護若しくは介護予防認知症対応型共同生活介護を受けている間は、通所型短期集中予防サービス費は算定しない。

注 19 特定改善実績加算の表

特定改善実績人数	加算単位数
1 人から 3 人	4 5 単位
4 人から 6 人	9 0 単位
7 人から 9 人	1 3 5 単位
1 0 人から 1 2 人	1 8 0 単位
1 3 人から 1 5 人	2 2 5 単位
1 6 人から 1 8 人	2 7 0 単位
1 9 人から 2 1 人	3 1 5 単位
2 2 人から 2 4 人	3 6 0 単位
2 5 人から 2 7 人	4 0 5 単位
2 8 人から 3 0 人	4 5 0 単位
3 1 人から 3 3 人	4 9 5 単位
3 4 人から 3 6 人	5 4 0 単位
3 7 人から 3 9 人	5 8 5 単位
4 0 人以上	6 3 0 単位

別表第 2 (第 4 条関係)

利用者の区分	別表第 1 に定める短期集中予防サービス費の区分	支給費 (1 回につき)
一定以上所得者以外の居宅要支援被保険者等	(1)訪問型短期集中予防サービス費	4,500 円
	(2)通所型短期集中予防サービス費 (I)	3,600 円
	(3)通所型短期集中予防サービス費 (II)	3,250 円
	(4)通所型短期集中予防サービス費 (III)	3,500 円
	(5)通所型短期集中予防サービス費 (IV)	3,150 円
	(6)通所型短期集中予防サービス費 (V)	4,150 円に別表第 1 の注 20 の表に掲げる単位するも 10 を乗じた額を加算する
	(7)通所型短期集中予防サービス費 (VI)	4,150 円
	(8)通所型短期集中予防サービス費 (VII)	4,050 円に別表第 1 の注 20 の表に掲げる単位するも 10 を乗じた額を加算する
	(9)通所型短期集中予防サービス費 (VIII)	4,050 円
一定以上所得者	(1)訪問型短期集中予防サービス費	4,500 円
	(2)通所型短期集中予防サービス費 (I)	3,250 円
	(3)通所型短期集中予防サービス費 (II)	2,900 円
	(4)通所型短期集中予防サービス費 (III)	3,150 円
	(5)通所型短期集中予防サービス費 (IV)	2,800 円
	(6)通所型短期集中予防サービス費 (V)	3,700 円に別表第 1 の注 20 の表に掲げる単位するも 10 を乗じた額を加算する
	(7)通所型短期集中予防サービス費 (VI)	3,700 円
	(8)通所型短期集中予防サービス費 (VII)	3,600 円に別表第 1 の注 20 の表に掲げる単位するも 10 を乗じた額を加算する
	(9)通所型短期集中予防サービス費 (VIII)	3,600 円

別表第3（第6条、第7条、第9条、第10条、第14条及び第29条関係）

プログラムごとの目的、対象となる利用者、従業者、具体的な実施方針等

(1)訪問型短期集中予防サービス

項 目	内 容	
目 的	居宅における日常生活の課題を明確化し、機能改善に取り組み、課題が達成できたか確認するとともに、自立した生活が送れるようにセルフケアや通いの場への参画など地域とのつながりが持てるような支援を行う。居宅での日常生活の課題を具体化、共有化するために保健・医療専門職が訪問し、適切な改善を目指した通所プログラムへつなげ、通所プログラム終了後、改善状況等を共有化するとともに、継続的なセルフケア意識の定着化を図る。	
対象となる利用者	基本チェックリスト判定様式に掲げる①もしくは②から⑦の中で複数に該当する居宅要支援被保険者等	
プログラム概要	生活機能に関する問題を総合的に把握し、居宅生活を継続するための相談・指導を行い、通所型短期集中予防サービスでの機能強化を図るとともに、終了後の訪問による評価並びに、社会参加の促進を図る。	
専門スタッフの要件	理学療法士、作業療法士	
実施期間	6月間以内	
実施回数・時間	通所型短期集中予防サービス実施前後 1回当たり1時間程度	
実施内容	以下のア～ウのプロセスに沿って実施する。	
	ア 事前訪問	専門スタッフは、通所プログラム開始前に利用者の心身機能の把握及び身体機能を踏まえ、居宅生活を継続するための通所プログラム実施に係るリスク評価を行うとともに、関連するQOL等の個別の状況についても評価・把握すし、通所プログラムの組合せや優先順に関する情報を収集する。
	イ 通所型短期集中予防サービスへの連携	専門スタッフは、通所プログラムスタッフへ生活課題を伝えるとともに、実施すべきプログラムや配慮すべき事項等の情報提供を行い、利用者の負担がかからないようにプログラムを設定できるように助言する。
	ウ 事後訪問	専門スタッフは、通所プログラム終了後、通所プログラムスタッフから実施状況の報告を受け、事前訪問で設定した課題に対する改善状況を確認し、居宅生活を維持するため必要なセルフケアや社会参加を促進する。また、訪問終了時には、基本チェックリストを活用して、生活状況の確認を行い、結果を通所プログラムに対し、報告する。
留意事項	ア プログラムが安全に行われるよう、主治医との連携の上で実施すること。	

(2)通所型短期集中予防サービス

①運動器の機能向上プログラム

項 目	内 容	
目 的	日常生活を維持改善するために必要な身体運動に気づき、運動の実施やその知識を得ることで、運動器の機能を改善し、自立した生活を送り続けられるように支援を行う。	
対象となる利用者	基本チェックリスト判定様式に掲げる②、⑤、⑦いずれかの基準に該当する居宅支援要支援者等。	
プログラム概要	骨折予防及び膝痛・腰痛予防や痛みの改善など加齢に伴う運動器の機能低下の予防・向上を図る観点から、ストレッチ、有酸素運動、簡易な器具を用いた運動等を行う。(機器を使用しない機能的トレーニングも可能。)	
専門スタッフの要件	医師、保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、健康運動指導士、介護予防指導士、介護予防運動指導員又は介護予防主任指導員であること	
AED担当者の要件	救急法及びAED使用法の講習を受講した者であること	
1回当たり利用人数 (概ねの目安)	10～15人程度	
実施期間	6月間以内	
実施回数・時間	週1回又は週2回(計24回) 1回当たり2時間程度	
実施内容	以下のア～エのプロセスに沿って実施する。	
	ア 専門スタッフによる事前アセスメント	専門スタッフは、プログラム開始前に利用者の心身機能の把握及び身体機能を踏まえたプログラム実施に係るリスク評価を行うとともに、関連するQOL等の個別の状況についても評価・把握する。
	イ 個別サービス計画書の作成	専門スタッフは、アセスメント結果を踏まえ、個別の利用者ごとのプログラム内容、実施期間、実施回数等を記載した個別サービス計画書を作成する。その際、実施期間については3ヶ月間程度とし、利用者の負担とならず、かつ、その効果が期待できるスケジュールを設定する。また、一定期間ごとに一定の目標を定め、利用者の状況に応じて、過度の負担がかからないようにプログラムを設定する。
	ウ 運動等の実施	専門スタッフは、個別サービス計画書に基づき運動(ストレッチ、有酸素運動等)を実施する。なお、1日のプログラムの中に、セルフケアのための学習時間を入れること。
	エ 専門スタッフによる事後アセスメント	専門スタッフは、プログラムの終了時に、参加状況、目標の達成度、身体機能、関連するQOL等を評価する。
留意事項	ア プログラムが安全に行われるよう、主治医との連携の上で実施すること。 イ 安全管理マニュアルを整備し、常に事故防止のため十分な注意を払うとともに、利用者の安全性を十分に考慮し、緊急時にも対応できるよう体制を整備すること。 ウ プログラムの実施及び評価に当たっては、『運動器の機能向上マニュアル』(厚生労働省、平成24年改訂版)をはじめとする文献、学術的又は一定程度その効果が把握されている資料等を参考とすること。	

② 栄養改善プログラム

項目	内 容	
目 的	<p>食べることを通じて、低栄養状態の予防や改善を図るとともに、いつまでも「食」を楽しみ、自立した生活を送って、生活の質を高められるように支援を行う。</p>	
対象となる利用者	<p>基本チェックリスト判定様式に掲げる③の基準に該当する居宅要支援被保険者等</p>	
プログラム概要	<p>高齢者の低栄養状態を早期に発見するとともに、「食べることを通じて低栄養状態を改善し、高齢者の自立支援のひとつとしての「個別的な栄養相談」、「集団的な栄養教育」等を実施する。</p>	
専門スタッフの要件	<p>管理栄養士であること</p>	
1回当たり利用人数 (概ねの目安)	<p>概ね 10 人程度</p>	
実施期間	<p>6ヶ月以内（可能な限り、3ヶ月間程度とすること）</p>	
実施回数・時間	<p>6～8回程度（計8回を限度） 1回当たり2時間程度</p>	
実施内容	<p>以下の(ア)を実施した後、「以下のアの単独実施」又は「以下のアとイの双方を同時に実施」のいずれかの形態によって実施。なお、アについては、以下の(イ)～(エ)のプロセスに沿って実施する。</p>	
	(ア) 管理栄養士による事前アセスメント	<p>管理栄養士はプログラム開始前に、利用者に対して身長、体重等の身体計測を行うとともに、食事摂取状況、アレルギー状況等を把握し、低栄養状態のリスクに係る評価を行う。</p>
	<p>ア 個別的な栄養相談（10人程度の小グループ）</p>	
	(イ) 利用者本人による栄養改善のための計画作成の支援	<p>管理栄養士は、アセスメント結果及び利用者の意向を踏まえ、栄養改善の観点から必要となる栄養量や日常の食事の形態など、配慮すべき事項について説明し、当該説明を踏まえ利用者が行う計画づくりを支援する。当該計画は、可能な限り3ヶ月間程度の計画とし、計画期間中に個別的な栄養相談を6～8回程度組み込むとともに、栄養改善に向けた食事に関する目標を定めることとする。</p>
	(ウ) 情報提供	<p>管理栄養士は、利用者による計画の実施に当たり、利用者の低栄養状態を改善するため、地域における食事作りの会や食事会等を提供しているボランティア組織の紹介、高齢者の食事づくりに便利な器具、栄養改善に有効な食品の購入方法等に関する情報提供を行う。</p>
	(エ) 管理栄養士による事後アセスメント	<p>管理栄養士は、計画終了時に、利用者の目標達成度、低栄養状態の改善状況等を評価する。</p>
留意事項	<p>イ 集団的な栄養教育</p>	
	<p>介護予防のための栄養改善の知識経験を有する専門家等により、「食べることの意義」、「栄養改善のための自己マネジメントの方法」、「栄養改善のための食べ方、食事作りと食材の購入方法」、「摂食・嚥下機能を含めた口腔機能の向上等に関連すること」等に関する講義又は実習を実施する。</p>	
留意事項	<p>ア プログラムの実施に当たっては、一方的な「指導」とならないよう、それぞれの地域の実情に応じ、独自に実施方法の工夫を行うことが必要である。</p>	
	<p>イ 調理実習等を実施する場合の食材料費・調理費相当分の費用については、基本的には、利用者から支払を受けること。</p>	
	<p>ウ 栄養改善プログラムの実施及び評価に当たっては、『栄養改善マニュアル』（厚生労働省、平成24年改訂版）をはじめとする文献、学術的又は一定程度その効果が把握されている資料等を参考とすること。</p>	

③ 口腔機能向上プログラム

項目	内 容	
目的	口腔機能の維持・改善を通じて、いつまでも、おいしく、楽しく、安全な食生活の営みができるよう支援を行う。	
対象となる利用者	基本チェックリスト判定様式に掲げる④の基準に該当する居宅要支援被保険者等	
プログラム概要	高齢者の摂食・嚥下機能の低下を早期に発見し、その悪化を予防する観点から、口腔機能向上のための教育や口腔清掃の自立支援、摂食・嚥下機能訓練の指導等を実施する。	
専門スタッフの要件	歯科医師、保健師、医師、歯科衛生士、看護師、准看護師又は言語聴覚士であること。	
1回当たり利用人数 (概ねの目安)	概ね 10 人程度	
実施期間	3 ヶ月間程度	
実施回数・時間	月 1 回～2 回程度 (計 6 回) 1 回当たり 45 分～60 分程度	
実施内容	以下のア～エのプロセスに沿って実施する。	
	ア 専門スタッフによる事前アセスメント	専門スタッフは、プログラム開始前に対象者の口腔機能の状態の把握、評価を行う。
	イ 個別サービス計画書の作成	専門スタッフは、アセスメント結果を踏まえ、個別の利用者ごとのプログラム内容、実施期間、実施回数等を記載した個別サービス計画書を作成する。
	ウ プログラムの実施	専門スタッフは、以下の(ア)～(カ)の内容を含むプログラムを実施する。 (ア) 口腔機能の向上教育 (イ) 口腔清掃の指導 (ウ) 摂食・嚥下機能に関する機能訓練の指導 (エ) セルフケアプログラムの策定 (カ) セルフケアプログラム実施に当たっての指導 ※セルフケアプログラムには、口腔清掃の実施、日常的にできる口腔機能の向上のための訓練(「健口体操」等)の実施等、居宅において利用者が日常的に実施すべき内容を盛り込む。
	エ 専門スタッフによる事後アセスメント	専門スタッフは、計画終了後に、利用者の目標の達成度、口腔機能の状態等を評価する。
留意事項	ア プログラムが安全に行われるよう、主治医との連携の上で実施すること。 イ 安全管理マニュアルを整備し、常に事故防止のため十分な注意を払うとともに、利用者の安全性を十分に考慮し、緊急時にも対応できるよう体制を整備すること。 ウ 口腔機能向上プログラムの実施及び評価に当たっては、『口腔機能の向上マニュアル』(厚生労働省、平成 24 年改訂版)をはじめとする文献、学術的又は一定程度その効果が把握されている資料等を参考とすること。	

④ 認知機能向上プログラム

項目	内 容	
目 的	生活活動や趣味活動を増やし、人との交流を図ることで、認知機能を維持・改善し、自立した生活を送り続けられるよう支援を行う。	
対象となる利用者	基本チェックリスト判定様式に掲げる⑤、⑥、⑦のいずれかの基準に該当する居宅要支援者被保険者等	
プログラム概要	運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能向上のプログラムにあわせて、認知機能低下の予防・支援を目的としたプログラムを提供することにより、認知症の予防を図る。	
専門スタッフの要件	医師、保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、健康運動指導士、介護予防指導士又は介護予防主任指導員であること	
AED担当者の要件	※認知機能低下で運動器の機能向上を実施する際には、救急法及びAED使用法の講習を受講した者であること	
1回当たり利用人数 (概ねの目安)	概ね 10 人程度	
実施期間	6 月間程度	
実施回数・時間	週 1 回又は週 2 回 (計 24 回) 1 回当たり 2 時間程度	
実施内容	以下のア～エのプロセスに沿って実施する。	
	ア 専門スタッフによる事前アセスメント	専門スタッフが、評価ツールを用いて、認知機能を評価する。
	イ 個別サービス計画書の作成	認知機能低下予防・支援のために、運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能向上のプログラムとあわせて、興味を持って継続できるプログラムが提供できるよう、本人の希望と生活目標の課題分析、期間や頻度等を計画する。
	ウ プログラムの実施	運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上のプログラムにあわせて、認知機能低下予防・支援を目的としたプログラムを提供する。 (7)目的型アプローチ 認知機能低下予防・支援に特化した園芸、料理、パソコン、旅行プログラム、ウォーキング、水泳、食生活改善プログラムなど (4)訓練型アプローチ 日常生活動作訓練、認知機能訓練、記憶訓練、計算訓練、有酸素運動、体操など
	エ 専門スタッフによる事後アセスメント	事前アセスメントで用いた評価ツールを用いて、比較検討やプランの妥当性の検討を行い、目標の達成度合と客観的状态を評価する。
留意事項	ア プログラムが安全に行われるよう、主治医との連携の上で実施すること。 イ 事故防止のため十分な注意を払うとともに、利用者の安全性を十分に考慮し、緊急時にも対応できるよう体制を整備すること。 ウ 認知症予防プログラムの実施及び評価に当たっては、『認知機能低下予防・支援マニュアル』(厚生労働省、平成 24 年改訂版)をはじめとする文献、学術的又は一定程度その効果が把握されている資料等を参考とすること。	

⑤ 機能強化プログラム

項 目	内 容	
目 的	日常生活を維持改善するために必要な運動機能、認知機能、栄養改善、口腔機能等を効果的に組み合わせ、自立した生活を送り続けられるように支援を行う。	
対象となる利用者	基本チェックリスト判定様式に掲げる①もしくは②から⑦の中で複数に該当する居宅要支援被保険者等	
プログラム概要	運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能向上、認知機能低下のプログラムを複合的に実施することにより、一層の予防・支援を目的としたプログラムを提供し、生活機能の改善を図る。	
専門スタッフの要件	保健師、看護師、理学療法士又は作業療法士が、機能強化型プログラム全体の管理及び運営を行い、より専門的な関与を要する場合において、医師、(管理)栄養士、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士が助言、指導を実施する。 ※複合プログラムの中で、栄養改善に関する項目を実施する際には、医師・管理栄養士・栄養士が中心となり実施する。(経験のある保健師・看護師が行ってもよい) 口腔機能向上に関する項目を実施する際には、歯科医師・歯科衛生士・言語聴覚士が中心となり実施する。(経験のある保健師・看護師が行ってもよい)	
AED担当者の要件	※運動器の機能向上(認知機能低下で運動器の機能向上を行う場合も含む)を実施する際には、救急法及びAED使用法の講習を受講した者であること	
1回当たり利用人数(概ねの目安)	10～30人程度	
実施期間	6月間以内	
実施回数・時間	週1回又は週2回(計24回) ②から④のプログラムを元に、対象者の状況に応じて必要なプログラムを設定すること。1回当たり2時間程度	
実施内容	以下のア～エのプロセスに沿って実施する。	
	ア 専門スタッフによる事前調整	専門スタッフは、事前訪問した訪問型短期集中予防サービススタッフから、必要な情報の提供を受け、具体的な生活機能の問題・課題を明確化する。
	イ 個別サービス計画書の作成	専門スタッフは、アセスメント結果を踏まえ、個別の利用者ごとのプログラム内容、実施期間、実施回数等を記載した個別サービス計画書を作成する。その際、実施期間についても、利用者の負担とならず、かつ、その効果が期待できるスケジュールを設定する。また、一定期間ごとに一定の目標を定め、利用者の状況に応じて、過度の負担がかからないようにプログラムを設定する。
	ウ セルフケアの推進	専門スタッフは、個別サービス計画書に基づき運動(ストレッチ、有酸素運動等)や社会参加を実施する。なお、1日のプログラムの中に、セルフケアのための学習時間を入れること。
	エ 専門スタッフによる事後調整	専門スタッフは、通所プログラムの状況を訪問型短期集中予防サービススタッフに提供し日常生活での改善状況の評価を受ける。
留意事項	ア プログラムが安全に行われるよう、主治医との連携の上で実施すること。	