

廿日市市短期集中型訪問サービスについて

1. 短期集中型訪問サービスの概要

○ 目的・内容

保健、医療等の専門職が対象者の自宅に訪問し、短期・集中的に支援を行い本人の現在できていること、支援や環境整備等によりできる可能性があることに着目し、セルフケアの向上、地域での自立した生活につながることを目的として ADL、IADL 動作の改善、口腔機能向上、コミュニケーション力の改善、栄養改善のサービスを提供します。

2. サービス提供

○ サービスの内容

- ① ADL、IADL 動作の改善（理学療法士、作業療法士）
 - ・・・日常生活動作の改善、住環境に関する指導、助言
- ② 口腔機能向上・コミュニケーション力の改善（言語聴覚士）
 - ・・・食べる力（摂食・嚥下）に関する動作改善、社会参加に向けた指導、助言
- ③ 栄養改善（管理栄養士）
 - ・・・主に低栄養の改善、予防のための栄養改善に関する指導、助言

○ サービスの提供・時間等

サービスは、介護予防ケアマネジメントに基づき実施し、一人につき原則1期間のみの利用とし、最大2期間のみとする。

- ① 実施期間・回数：3ヶ月間で12回までを1期間とする。（2ヶ月間で4回以上）
- ② 1回のサービス提供時間：30分と60分の2パターン
- ③ 利用者負担：なし

※必要な支援内容に応じて①理学療法士、作業療法士 ②言語聴覚士 ③管理栄養士のサービスを併用することができるものとする

○ サービス提供の留意点

- ① 短期間で生活機能の向上（自立度を高める）を目指すこと
- ② サービス担当者会議などで、共通認識を持ちケアプランの目標等を共有し、効果的なサービスを提供すること
- ③ 利用期間中からサービス終了（卒業）を見据え、サービス終了後の機能維持のための方策を検討すること

3. サービス利用対象者

○利用対象者・状態像

対象者：要支援1、要支援2、事業対象者（基本チェックリストで該当者）

状態像：自立に対する意志、意欲が明確であり、取り組みにより改善の可能性のある人

目安：①退院、退所して間もない者のうち、心身状態が安定している者（退院、退所後概ね1か月以内）

②この事業による支援の効果が見込まれる者

③半年前と比較して、機能低下がみられる者

④他のサービスで代用できない者

○対象者選定時の判断基準について

① 本人に取組の意欲、能力があるか。

② 3か月で支援終了となることについて同意を得ることができるか

③ 改善に向けての目標設定を明確にすることが可能か

（3か月で改善の可能性があるか）

④ 支援終了後も継続して取組を行っていくことができるか

（自分自身での取組、家族の支援を受けながらの取組、地域での介護予防等の場を利用しながらの取組、等）

4. サービス提供の流れ ※フロー図参照

1) サービス提供前（フロー番号①～⑦）

① 地域包括支援センター又は地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業者（以下「地域包括支援センター等」という。）は、対象者確認票を用いて本サービスの対象となるか確認する。また基本情報、基本チェックリスト、甘日市市版アセスメントシート、ケアプラン（現）を準備する。

② 地域包括支援センター等は、高齢介護課へ連絡し、対象者確認票、基本情報、基本チェックリスト、甘日市市版アセスメントシート、ケアプラン（現）を高齢介護課へ提出する。

③ 高齢介護課は、利用の可否を地域包括支援センター等の担当者へ連絡する。決定の場合は、サービス提供事業所へ依頼する。

④ サービス提供事業所は、サービス提供担当者を決定し、高齢介護課と地域包括支援センター等の担当者へ連絡する。

⑤ 地域包括支援センター等は、ケアプラン（案）、利用者基本情報、基本チェックリスト、甘日市市版アセスメントシートを準備し、サービス提供担当者へ提出及び、サービス担当者会議の日程調整を行う。

⑥ 地域包括支援センター等は、サービス担当者会議を開催する（参加者：利用者、家族、サービス提供担当者、地域包括等、等）。

⑦ 地域包括支援センター等は、会議結果を反映させたケアプラン（本プラン）をサービス提供担当者と高齢介護課へ提出する。

2) サービス介入中（フロー番号⑧～⑫）

- ⑧ サービス提供担当者は、会議後に利用者と契約し、アセスメント票（様式1）を実施する。
- ⑨ サービス提供担当者は、サービス個別計画書（様式2）を初回訪問までに作成する。
- ⑩ サービス提供担当者は、アセスメント票（様式1）と利用者の同意を得たサービス個別計画書（様式2）の写しを高齢介護課と地域包括支援センター等へ提出する。
- ⑪ サービス提供担当者は、経過記録（様式3）の写しを月毎に地域包括支援センター等へ提出する。
- ⑫ サービス提供者担当は、サービス提供月終了後、実施月の翌月10日までに高齢介護課へ実績報告書（様式5）と請求書、経過記録（様式3）を提出する。
- ⑫' 地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業者は、地域包括支援センターへ請求書（委託料）を提出する。

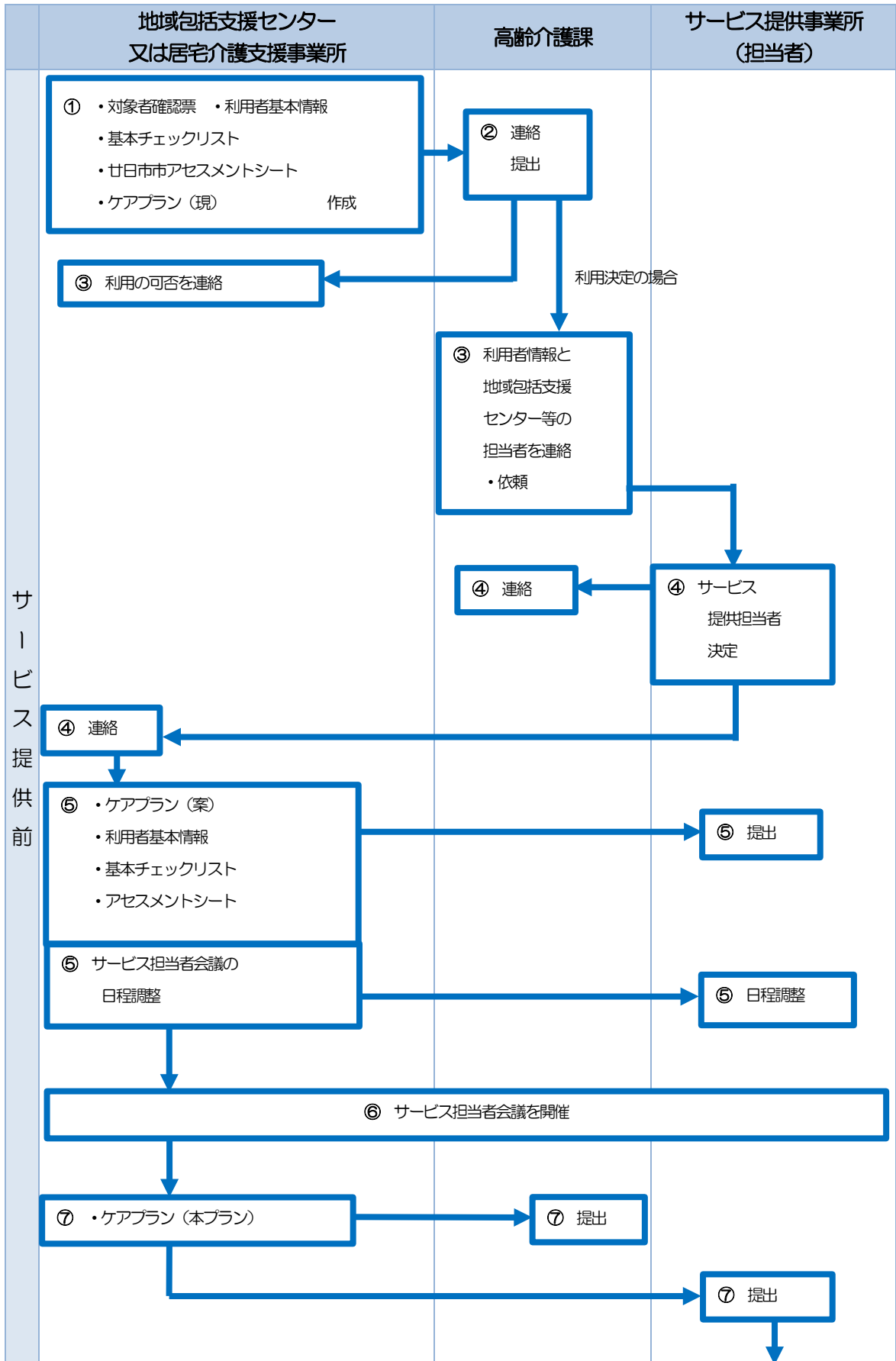
3) サービス終了後（フロー番号⑬～⑮）

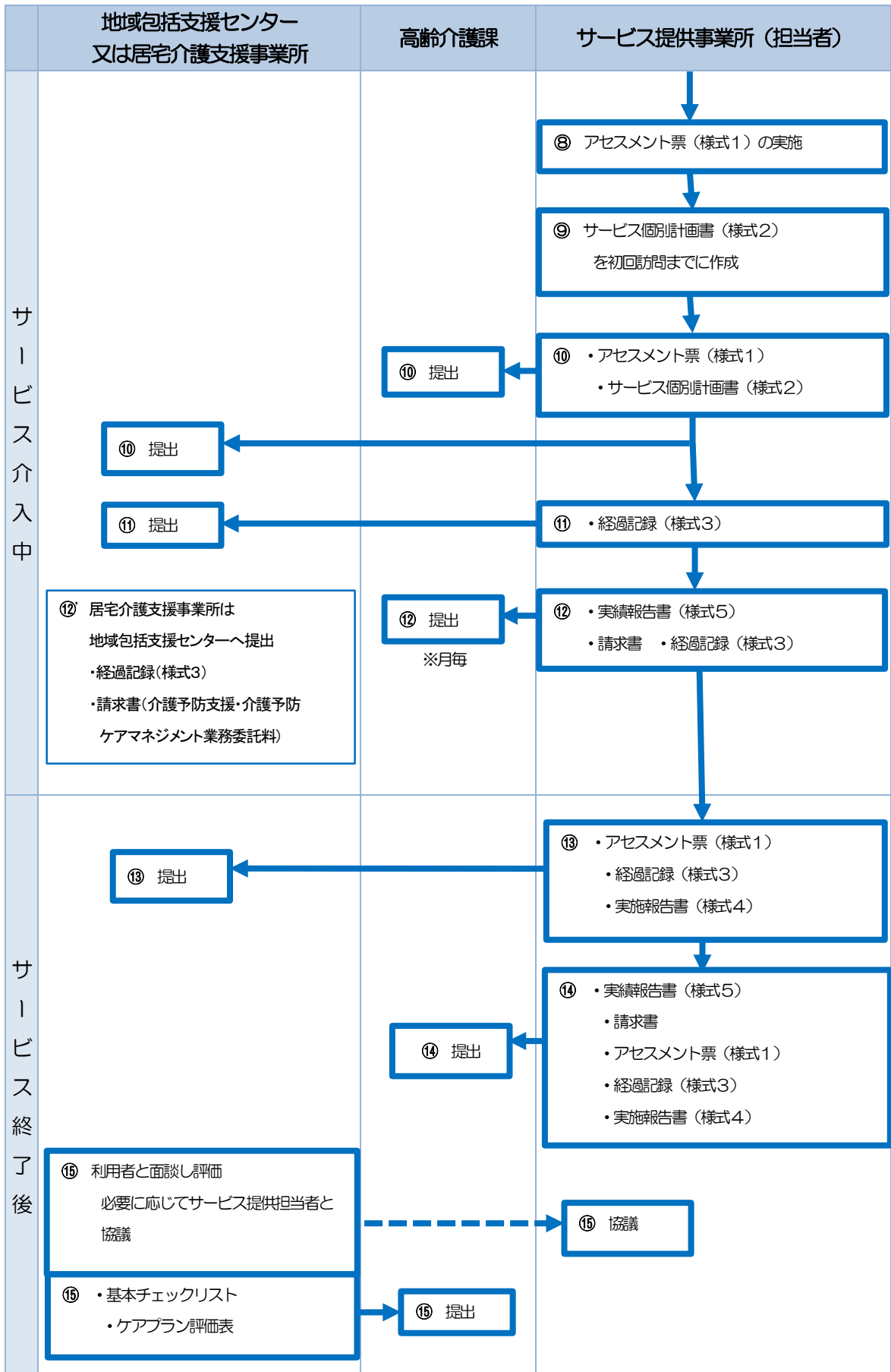
- ⑬ サービス提供担当者は、全サービス提供終了時に、地域包括支援センター等へアセスメント票（様式1）、経過記録（様式3）、実施報告書（様式4）を速やかに提出する。
- ⑭ サービス提供担当者は、全サービス提供終了時に、高齢介護課へ実績報告書（様式5）と請求書と合わせて、アセスメント票（様式1）、経過記録（様式3）、実施報告書（様式4）を提出する。
- ⑮ 地域包括支援センター等は、全サービス提供終了後（または終了直前に）、利用者と面談し、サービス実施後の評価（基本チェックリスト、ケアプラン評価表）をし、必要に応じてサービス提供担当者と協議する。基本チェックリストとケアプラン評価表の写しを高齢介護課へ提出する。

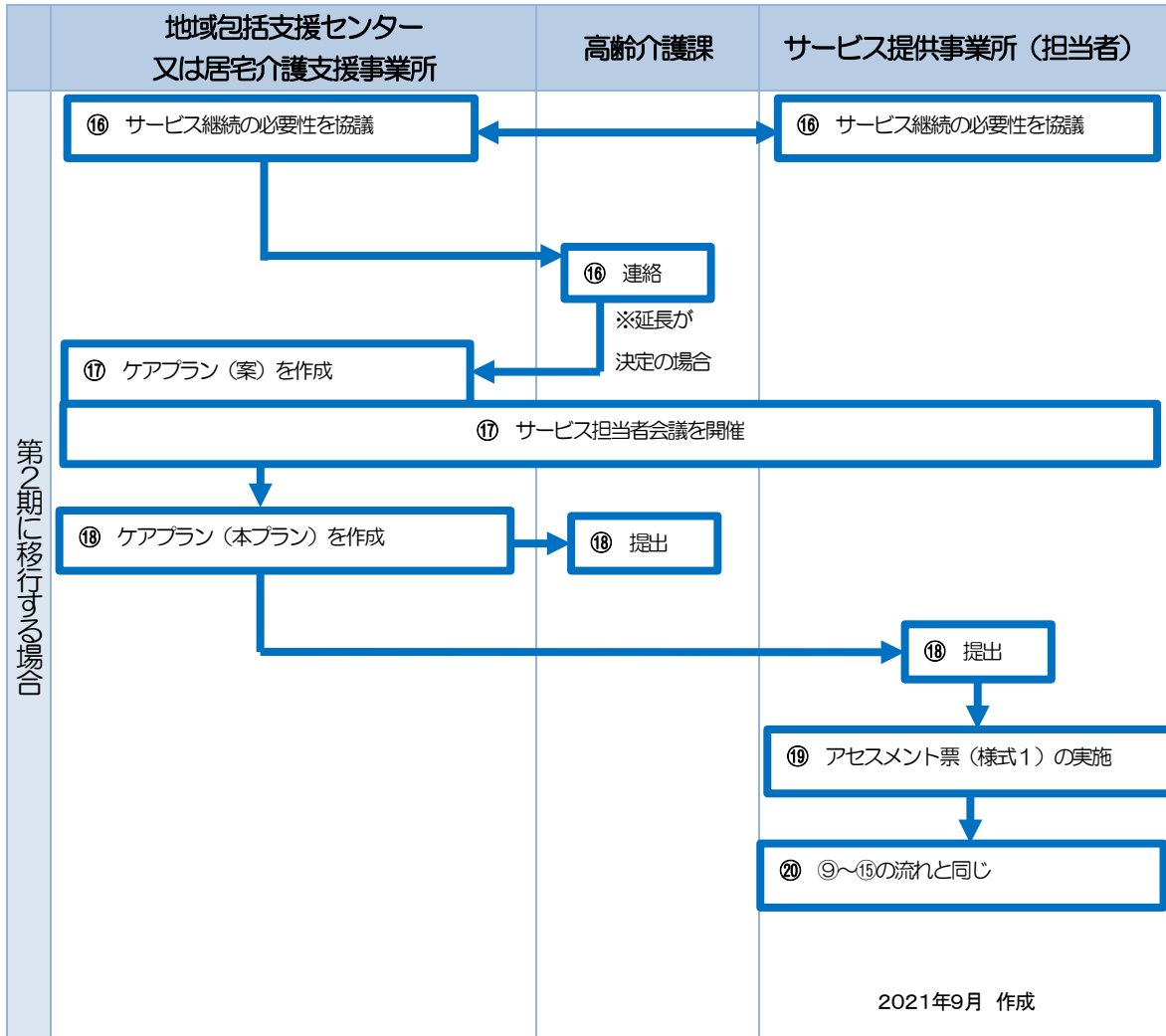
4) 第2期に移行する場合（フロー番号⑯～⑳）

- ⑯ 地域包括支援センター等とサービス提供担当者は、サービス提供期間延長の必要性について協議し、高齢介護課へ連絡する。
- ⑰ 地域包括支援センター等は、協議内容をもとに、ケアプラン（案）を作成し、サービス担当者会議を開催する。
- ⑱ 地域包括支援センター等は、会議内容を反映させたケアプラン（本プラン）をサービス提供担当者と高齢介護課へ提出する。
- ⑲ サービス提供担当者は、アセスメント票（様式1）を実施する。
- ⑳ 以降、⑨～⑮の流れと同じ。

短期集中型訪問サービス フロー図







5. 請求について

○サービス提供事業者

実施月の翌月10日までに、報告書（様式5）と請求書を高齢介護課へ提出する。

○地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業者

サービス提供担当者が提出した経過記録（様式3）と一緒に地域包括支援センターへ請求書（介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託料）を提出（実施月の翌月5日まで）する。

6. 効果判定について

短期集中型訪問サービスを利用前後で、利用者にどのような効果をもたらされたのかを検証するために、年度初め頃に前年度の短期集中予防サービスの利用者の担当地域包括支援センター等へアンケート調査等を実施する。