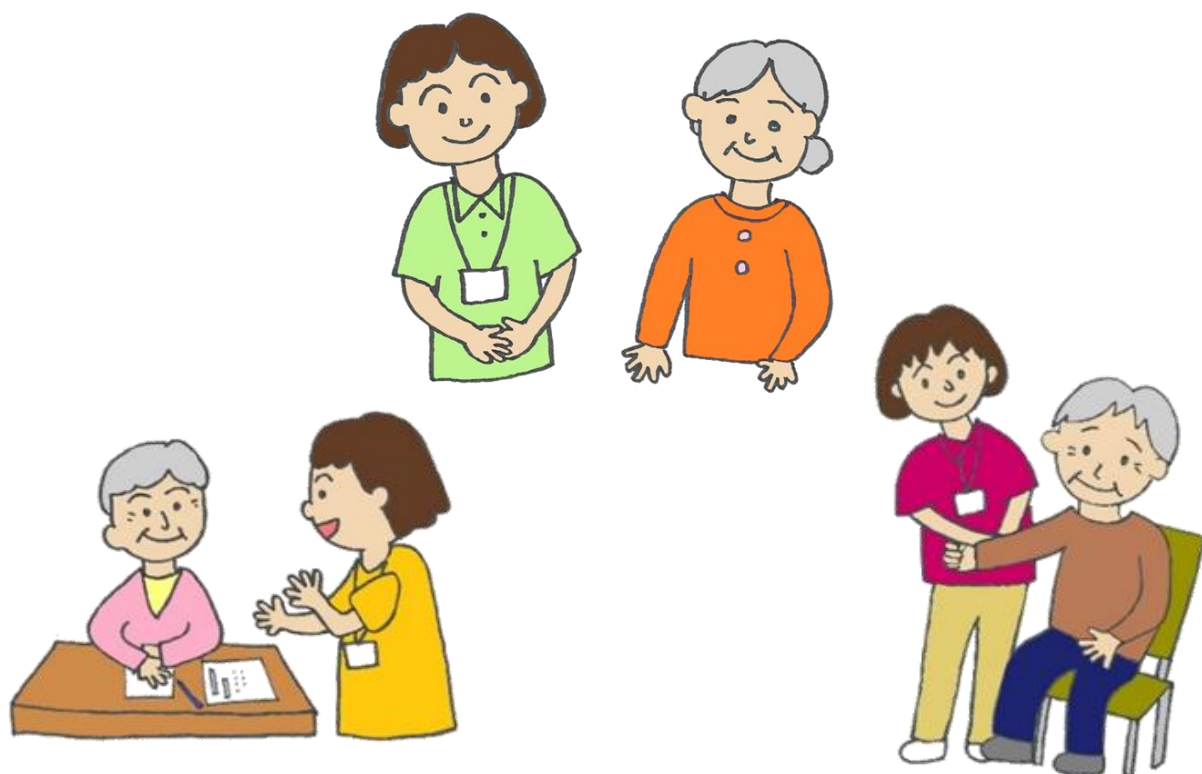


# 介護予防・日常生活支援総合事業

## 短期集中通所介護の手引き

### 【通所型サービスC】

元気アップ90 ～未来を変える 90日間のチャレンジ～



令和5年4月

周南市 地域福祉課

## 目次

1	介護予防・日常生活支援総合事業について	…… 1
2	総合事業の対象者と利用手続について	…… 2
3	周南市短期集中通所介護（通所型サービスC）について	…… 6
4	サービス提供の流れ	…… 8
5	サービス提供事業者への委託業務内容	…… 11
6	運動機能評価の方法	…… 13
7	【参考資料】	
	周南市短期集中通所介護（通所型サービスC）様式一覧	…… 14

## 1 目的

介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業という）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することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、事業対象者や要支援者に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目的としています。

## 2 総合事業の構成、サービス内容等

総合事業は、要支援者等に対して必要な支援を行う「介護予防・生活支援サービス事業」（介護保険法に基づく第1号事業）と、全ての第1号被保険者等が対象になる「一般介護予防事業」から構成されます。

周南市の実施する「介護予防・生活支援サービス事業」（介護保険法に基づく第1号事業）は下記のとおりです。

	サービス名 / 内容	サービス提供者	利用者負担のめやす
訪問型サービス	<b>総合事業訪問介護</b> 食事・入浴の介助などの身体介護や、掃除・洗濯・調理などの生活支援を行います。	訪問介護員 (ホームヘルパー)	(負担割合が1割の場合) 週1回程度利用 1,200円/月 週2回程度利用 2,398円/月 週2回超利用 3,805円/月
	<b>自立支援訪問介護(訪問型サービスA)</b> 掃除、洗濯などの生活支援を行います。(身体介護なし)	一定の研修修了者	(負担割合が1割の場合) 1回あたり1時間まで130円 ※初回のみプラス300円
	<b>地域支え合い訪問介護(訪問型サービスB)</b> 地域の支え合いにより、買い物代行やゴミ出しなどの生活支援を行います。	地縁組織/ ボランティア グループ等	1回あたり 100円～500円程度 ※提供団体によって異なる
	<b>地域支え合い移動支援(訪問型サービスD)</b> 地域の支え合いにより、サロンや通いの場までの、移動支援を行います。	非営利法人/ 地縁組織/ ボランティア グループ等	無料
通所型サービス	<b>総合事業通所介護</b> 通所介護施設(デイサービスセンター)で、自立を目的とし、食事・入浴などの身体介助を含んだ支援を行います。	通所介護施設 の従事者	(負担割合が1割の場合) 週1回程度利用 1,737円/月 週2回程度利用 3,475円/月
	<b>自立支援通所介護(通所型サービスA)</b> 通所介護施設等で、閉じこもり予防や自立に向けた支援を行います。(身体介護、入浴なし)	通所介護施設 の従事者	(負担割合が1割の場合) 1回250円
	<b>地域支え合い通所介護(通所型サービスB)</b> 公共施設(市民センター等)で、レクリエーションや運動など、介護予防を目的にした自主的な活動を行います。	地縁組織/ ボランティア グループ等	1回あたり 100円～500円程度 ※提供団体によって異なる
	<b>短期集中通所介護(通所型サービスC)</b> 病院や老人保健施設等での、3カ月間の集中的なプログラム(動機づけ面談/運動の指導等)により、終了後の身体活動や社会参加を促進し、生活機能の向上を目指します。	リハビリ専門職 等	無料

## 2

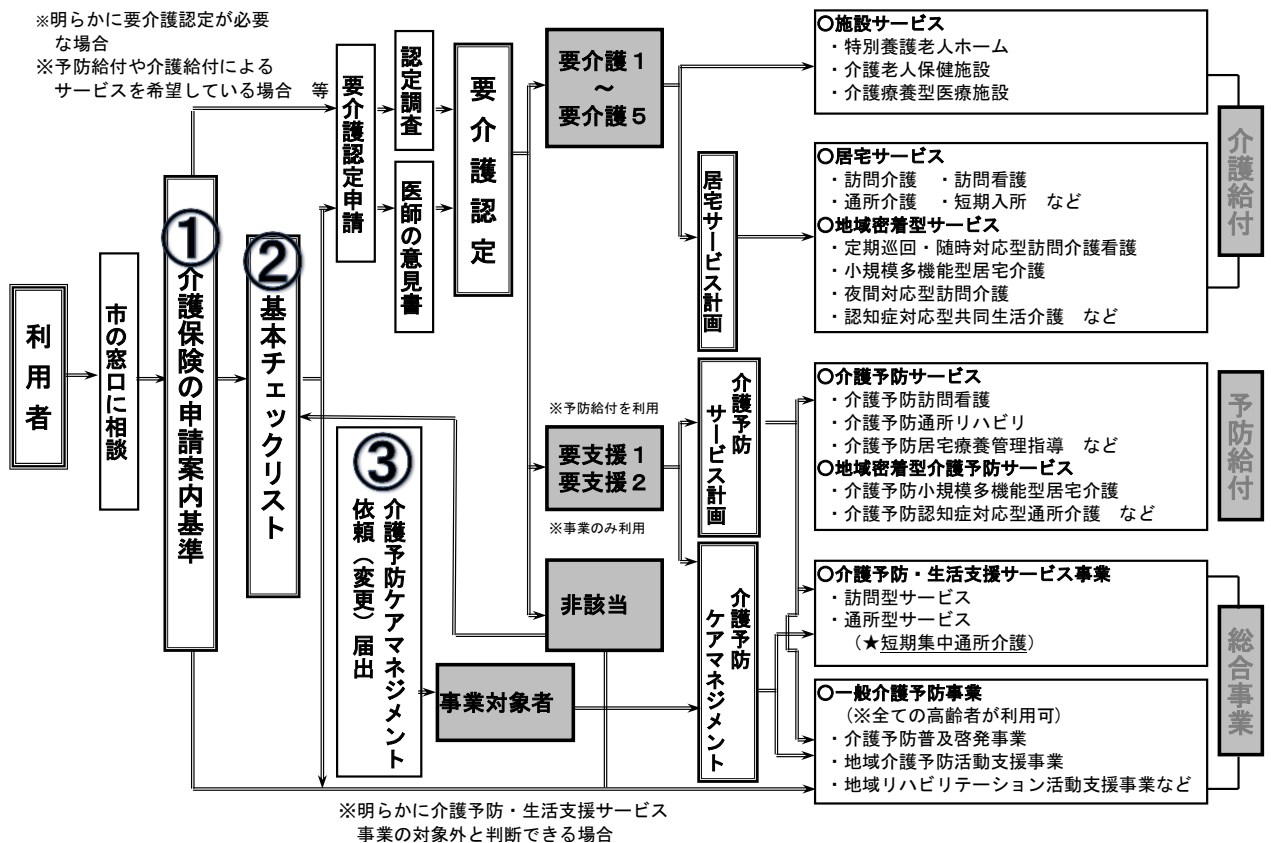
# 総合事業の対象者と利用手続について

## 1 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

## 2 利用手続

- 総合事業の利用相談・手続き支援については、地域包括支援センターの介護支援専門員等の専門職員が行います。
- 利用希望者本人の状況や希望するサービス等を踏まえ、要介護・要支援認定または基本チェックリストによる判定を行います。



### 3 介護予防ケアマネジメント

#### (1) アセスメント(課題分析)

利用者宅を訪問し、利用者及び家族との面談により実施します。「興味・関心チェックシート」や「周南市版総合事業アセスメントシート」「地域ケア会議」を活用し、利用者の状態像を把握し課題を明らかにします。

##### 【ポイント】

- 利用者の自宅に訪問して、本人との面接による聞き取り等を通じて行います。
- 説明リーフレット「要支援者・事業対象者のみなさまへ(参考資料 1)」を用いて利用者へ説明を行います。
- より本人にあった目標設定に向けて「興味・関心チェックシート(参考資料2)」なども利用して、「～できない」という課題から「～したい」「～できるようになる」というような目標に変換していく作業が必要です。
- 「周南市版総合事業アセスメントシート」を用いて、現在置かれている利用者の状態像を把握し、課題を明らかにします。
- アセスメント支援として、リハビリ専門職との同行訪問や、「私の暮らし会議(周南市介護予防・自立支援型地域ケア会議)」も活用しましょう。

#### (2) ケアプラン原案(ケアマネジメント結果)作成

利用者の状況に応じて利用するサービスの選択を支援すると共に、その後の利用者への関わりの必要度合いにより、介護予防ケアマネジメントプロセスの類型を決めます。

##### 【ポイント】

- 自立支援に向けた目標の設定
  - ・生活の目標については、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。長期目標に対し、短期目標が達成できることを目的に、計画を作成します。
  - ・利用者自身でも評価できる具体的な目標とします。
- 利用するサービス内容の選択
  - 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づけ、本人の状態や意向に合ったサービスを選択します。
- ケアマネジメントCの場合はケアマネジメント結果「私の計画表」を作成します。

##### 元気アップ90(通所型サービスC) メモ

- ★通所を利用する場合は、積極的に利用を検討しましょう。
- ★病状が不安定な人、サービス利用によりリスクを伴う可能性がある人は、事業所に相談しましょう。
- ★ケアマネジメント A の適用となります。

### (3) サービス担当者会議(ケアマネジメント B は省略可、ケアマネジメント C は除く)

家族やサービス提供担当者などとの共通認識を行います。

#### 【ポイント】

- 本人、事業所から目標達成のための意見を促します。
- サービス事業の終了、移行を意識し期間の設定等共有します。
- 担当者会議後、日々利用者の状態の変化、新たな課題の発生、目標達成等状況の変化があった場合の連絡体制づくりを行います。
- モニタリングの方法等、今後の関わり方などを事前に伝えておきます。
- ケアマネジメントBの一部、ケアマネジメントCは除きます。

#### 元気アップ90(通所型サービスC) メモ

- ★事業所の作成した「実施計画書」とすり合わせ、必要に応じ、ケアプランを調整しましょう。
- ★サービス卒業後の地域資源や、参加・活動できる場などについて情報を集め、利用者と話し合い、関係者と共有しておきましょう。
- ★終了前にも、サービス担当者会議を実施します。

### (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。

### (5) ケアプラン確定・交付(ケアマネジメント結果交付)

利用者に交付すると共に、サービス提供者にも交付します。

### (6) サービス利用開始

各サービス提供者よりサービスを実施します。

### (7) モニタリング(給付管理)

サービス利用開始後の状況、問題、意欲の変化など継続的に把握します。  
利用者及び家族より直接聴取するほか、サービス提供者から状況を聴取します。  
利用者宅への訪問によるモニタリングは、ケアマネジメントAの場合は、介護予防支援に準じ、ケアマネジメントBは1年に1回は実施することとします。

### 元気アップ90(通所型サービスC) メモ

★通所サービスC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、利用者の自宅への訪問など、1か月に1回モニタリングを行います。

★「元気アップ手帳」を活用しましょう。

#### 【ポイント】

- 介護予防支援と同様、3か月に1回及びサービスの評価期間の終了月、利用者の状況に著しい変化のあった時には、訪問して面接します(ケアマネジメントA)。ケアマネジメントBは1年に1回は実施することとします。
- 本人の取組みも含め、サービスが計画的に行われていたか確認します。
- 新たな課題の発生の有無と、再アセスメント、再プランニングの必要性の判断を行います。

## (8) 評価(ケアマネジメントCの場合を除く)

実施期間終了時、ケアプランの目標が達成されたか評価し、ケアマネジメントの類型変更も含めて、今後の方針を決定します。

### 元気アップ90(通所型サービスC) メモ

★サービス担当者会議(終了前)において、本人・地域包括支援センター・サービス提供事業者で、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。  
元気アップ手帳に、話し合ったことを記載しましょう。

★終了後、必要に応じてフォローアップ事業を利用することができます。





### 3

## 周南市短期集中通所介護(通所型サービス C)について

※周南市短期集中通所介護の人員、設備及び運営に関する基準等を定める要綱に基づき実施する。

### 1 目的

日常生活行為に支障のある者に対し、リハビリ専門職等が生活機能評価を行った上で、通所による運動等の機能向上プログラム及び動機づけ支援を、3か月の短期間集中的に(12回)行うことで、セルフマネジメント力を高め、生活機能の向上を目指す。

### 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
- であれば、どのような方でもよい。
- ただし、病状が不安定な人、リスクを伴う可能性がある人は、事業所に事前相談が必要。

### 3 利用者の目指す姿

- ① 元の暮らしに戻る
- ② できることが増える、交流が広がる、自分に合った自主運動に取り組める、したいことや楽しみが見つかる、意欲が向上する
- ③ 生活機能(心身機能、活動、参加)がアセスメントされ、必要な支援が明確になる

### 4 サービス提供に関わる職員配置

	通所型サービス C
従事者員数	<p>○利用者 10 人まで 管理者1名及び専ら当該サービスの提供に当たる従事者が1人以上</p> <p>○利用者 11 人以上 専ら当該サービスに当たる従事者に加えて、当該利用者の数に応じて必要と認められる数</p> <p>※従事者は、理学療法士又は作業療法士等の運動器の能力向上の業務を実施するにあたり、経験及び専門的知識を有すると認められる者とする。</p>



## 5 サービスの内容

	短期集中通所介護(以下、通所型サービスCという。)
提供回数、利用頻度	<p>○週1回 全12回とする。</p> <p>ただし、期間中<u>状態に大きな変化がある場合</u>で、利用回数を増やすことで目標が達成できると認められる場合は、ケアプランの変更をもって24回まで利用することができる。</p> <p>○事業者は、必要に応じて利用者の自宅を訪問し、生活行為指導、生活環境や道具の工夫に関する指導が実施できることとする。(実施回数は通所回数とは別に2回まで)</p> <p>○利用者のやむを得ない事情により、12回を待たずに終了することも可。</p>
サービス提供時間	1時間半から2時間
利用料	自己負担額なし (実施地域外の送迎に関する費用、食事などの実費は除く)
実施プログラム	<p>○セルフマネジメント力向上のための動機づけ支援を行う。</p> <p>○利用者が自宅で継続して取り組むことができるように社会参加、IADL、介護予防教育、運動機能向上のための筋力運動やストレッチ、生活行為指導、生活環境や道具の工夫に関する助言その他、リハビリテーションに資する運動等を利用者の状況に応じて実施する。</p> <p>○必要に応じて送迎を行う。</p>
フォローアップ事業 (任意)	<p>終了者の心身機能の維持・継続のために、事業所は下記のとおり、事業所においてフォローアップ事業を行えるものとする。</p> <p>○自己負担額なし</p> <p>○終了後1年以内に最大2回まで 1回60分以上 (1回目は、終了後3か月を目安とする)</p> <p>○生活機能及び運動機能等についての評価・助言</p> <p>○動機づけ面談</p>

## 6 サービスの提供に際する留意点

- 通所型サービスCは、原則3か月集中的に支援することで、セルフマネジメント力を高め、生活機能の向上を目指して実施する。
- 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するものとする。
- 活動量が減少した背景を、「加齢だから仕方がない」「もう無理だ」とあきら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、やる気を引き出すような支援が必要。

## 1 利用申請からの流れ(P. 10 図1参照)

### ① サービス導入の検討

### ② 利用決定

要支援者、事業対象者であればどのような方でも対象となります。事業者との事前調整を行い、サービス利用を決定します。

ただし、病状が不安定な人、サービス利用によりリスクを伴う可能性がある人は、事業所に相談が必要です。

### ③ サービス担当者会議(開始時)

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、目標を共有します。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。

### ④ サービス開始

サービス提供事業者は、サービス開始前に事前アセスメントとして訪問することができます。

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プランをもとに、「実施計画書(様式1)」を作成します。作成された実施計画書の写しを、市及び担当ケアマネジャーへ提出します。

「セルフマネジメントシート(様式4)」は、各回終了後、担当ケアマネジャーに提出します。

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、個別に行います。

サービス提供事業者は、サービス期間中、

・「基本情報シート(様式2)」

・「ケース記録(様式3)」

・「セルフマネジメントシート(様式4)」

・元気アップ手帳(別冊) ※セルフマネジメントシート(様式4)が含まれています。

等を活用し、個別実施計画に基づくプログラムを提供します。

### ⑤ モニタリング

担当ケアマネジャーは、サービス実施期間中は、1か月に1回利用者の自宅を訪問または連絡し課題や目標の到達程度をモニタリングします。

### ⑥ 評価訪問

担当ケアマネジャーは、サービス終了予定月には評価訪問を行い、プランの実施状況を踏まえて目標の達成状況を確認します。

状態像の大きな変更がある場合で、12回の利用で目標が達成できなかった場合、利用回数を増やすことで目標が達成できることが認められる場合のみ、更に12回まで延長利用することができます。事業所と話し合いの上、終了前会議までに市へ相談が必要です。

#### ⑦ サービス担当者会議(終了前)

終了前担当者会議(概ね11回終了後)において、本人、地域包括支援センター、サービス提供事業者の3者で、通所型サービスCの実施状況や変化等を振り返り、今後の日常生活について検討します。話し合ったことや今後の目標などは、「元気アップ手帳(別冊)」に記入してもらいましょう。

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場合は、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、家事やもともとやっていた用事などへ移行します。フォーマルサービスにつながらない場合で、事業所のフォローアップが必要と思われる場合は、終了前会議で提案し、本人の意向を確認しながら実施時期などを話し合っておきます。

#### ⑧ サービス終了

事業終了後、評価報告書(様式5)を市に提出します。

#### ⑨ モニタリング(終了後1年間)

サービス期間中に身についた行動の定着、意欲の低下防止のために、担当ケアマネジャーは終了後1年間は、行動目標の実施状況や生活機能をモニタリングします。

(訪問した場合は、ケアマネジメントB適用)

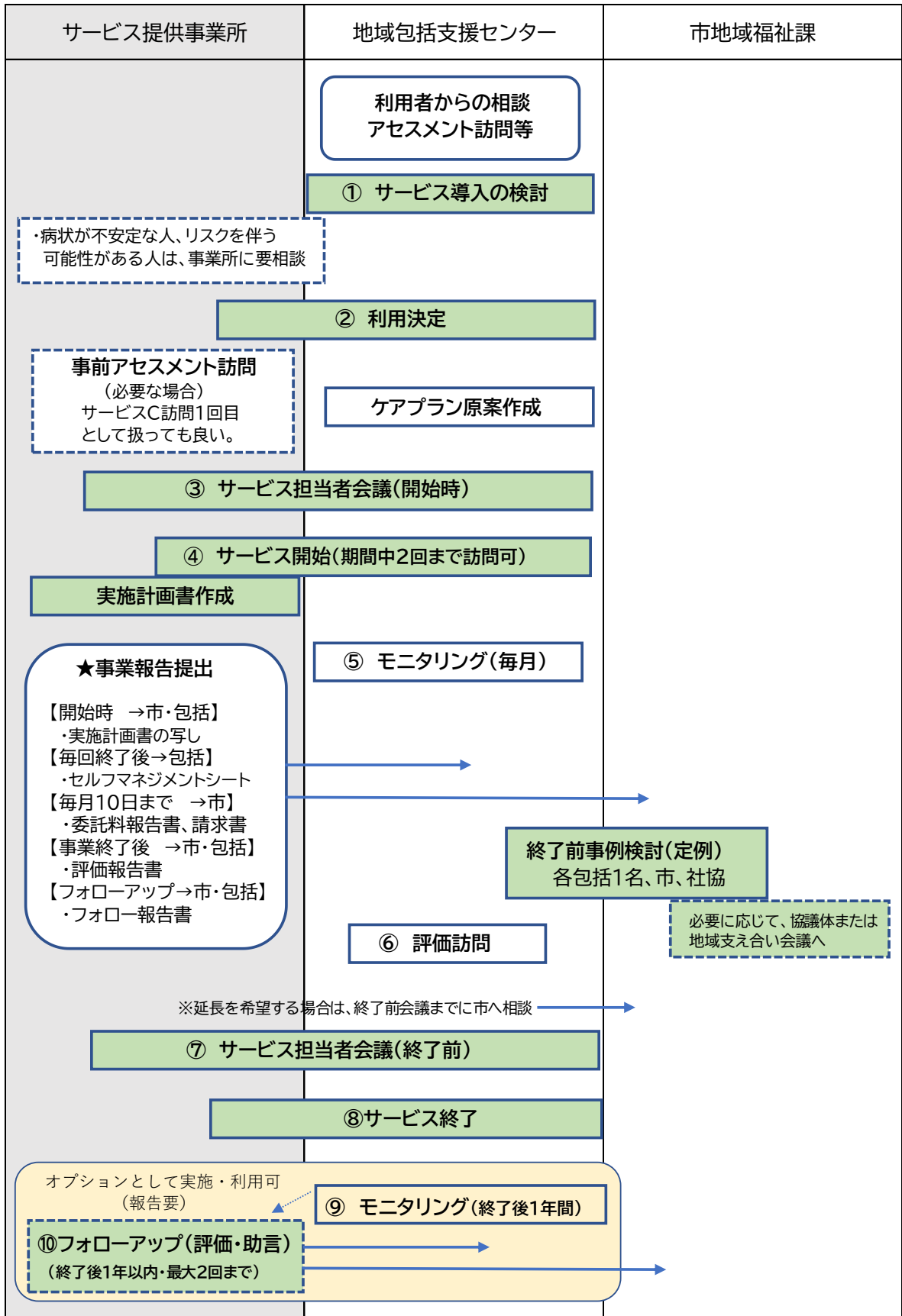
#### ⑩ フォローアップ事業の活用(任意)

フォローアップ事業を活用する場合は、担当ケアマネジャーが本人やサービス事業所と調整を行い、日時の決定を行います。(利用終了後1年間 最大2回まで)

事業者は、終了後「フォロー報告書(様式6)」を市に提出します。



(図1)



## 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情報共有
- ・その他必要と思われる事項

### ② 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。

## 2 事前アセスメントの実施

### ① 事前アセスメント

- ・家屋環境、居宅周辺環境など利用者の日常生活動作に必要な行動範囲のアセスメントとして、訪問が2回まで可能です。
- ・利用初日に、運動機能評価や記述式評価、生活動作についての問診を実施します。

### 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、「実施計画書(様式1)」に記入してください。実施計画書は、2回目のサービス提供までに作成した後、本人に同意を得るとともに、市及び担当ケアマネジャーへその写しを提出してください。

## 3 サービスの提供

### ① サービスを提供するうえでの留意点

高齢者の意欲を引き出し、セルフマネジメント力を高めることを目指し、利用者には開始時に、「元気アップ手帳(別冊)」を配布し、サービス期間中や終了後の活用を促します。

毎回、その中の「セルフマネジメントシート(様式4)」を用いて「動機づけ面談」を行い、通所日以外の6日間の過ごし方と課題を話し合い、各回終了後、担当ケアマネジャーに送付してください。

目標達成や課題解決を念頭に置いた機能向上プログラムを計画するようにしてください。

但し、徒手的なリハビリは行わないものとします。12回、フォローの主な内容は、P12図2のとおり。

### ② 経過記録

サービス期間中は、毎回、「ケース記録(様式3)」等を活用し、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。(様式は自由)

### ③ 終了に向けて

終了前担当者会議(概ね11回終了後)において、本人、地域包括支援センター、サービス提供事業者の3者で、通所型サービス C の実施状況や変化等を振り返り、今後の日常生活について検討してください。

### ④ 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・健康状態を観察し、状況に応じてサービスの提供を中止してください。

### ⑤ 緊急時対応及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、市、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。

(図2)

回	開始前	1回目	2回目	3～10回目	11回目	12回目	フォロー (終了後1年以内に2回まで)
時間	(90～120分)						(60分以上)
実 施 す る こ と	※事前アセスメントのための訪問可	●生活機能及び運動機能等についての初回評価 ●生活動作、栄養、口腔機能等についての問診 ●その他	●「セルフマネジメントシート」の作成、指導 ●運動機能向上など必要なプログラムの実施	●「セルフマネジメントシート」を活用した動機づけ面談(通所日以外の6日間の過ごし方と課題を話し合う。) ●運動機能向上など必要なプログラムの実施(徒手的なりハビリは行わない) ●いきいき百歳体操(鍾などの物品は貸し出します)  ※卒業に向けた訪問可	●生活機能及び運動機能等についての終了時評価 ※他は、3～10回目と同様	●今後の生活に関する動機づけ面談 ※他は、3～10回目と同様	●生活機能及び運動機能等についての評価(開始・終了時と同じ) ●元氣アップ手帳を活用した動機づけ面談 ※1回目は終了後概ね3か月時点を実施の目安とする。

## 4 機能評価および実施・実績報告について

### ① サービス開始時

初回に、運動機能評価(P. 13参照)及び記述式評価(参考資料2、3)についての初回評価を実施し、すみやかに「実施計画書(様式1)」の写しを市及び担当ケアマネジャーに提出してください。

### ② 実施月の翌月10日まで

「委託料報告書、請求書」を市に提出してください。

※フォローアップ事業を実施した場合も請求可。

### ③ 事業終了後すみやかに

「評価報告書(様式5)」を市及び担当ケアマネジャーに提出してください。

フォローアップ事業を実施した場合は、「フォロー報告書(様式6)」を市及び担当ケアマネジャーに提出してください。

**【運動機能評価の方法】****① 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。

**② 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) 支柱脚が踏み直った(位置がずれた)とき。
- 2) 浮かせた足が床についたとき。

※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 CS30 (30秒椅子立ち上がり回数)**

椅子に着座し、両手を胸の前で組み、30秒間で起立～着座を繰り返し高い数を記録する。股関節や膝関節が完全進展しているかに注意。完全に立ち上がっていない回数は結果から減ずる。

**④ 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、「できるだけ早く回ってください。」とする。対象者が転倒しないよう注意する。2回測定し良い方の値を記録する。



区分	名称	市への提出	担当ケアマネ ジャーへの提出	提出時期
様式1	短期集中通所介護・実施計画書	○	○	計画作成後すみやかに
様式2	短期集中通所介護・基本情報シート	—	—	—
様式3	短期集中通所介護・ケース記録	—	—	—
様式4	短期集中通所介護 セルフマネジメントシート	—	○	各回終了後
様式5	短期集中通所介護・評価報告書	○	○	終了後すみやかに
様式6	短期集中通所介護・フォロー報告書	○	○	終了後すみやかに

## 別冊(本人配布用)

名称	使用時期
元気アップ手帳(サービスC利用者専用・介護予防手帳) 様式4:セルフマネジメントシート 12回分含む	サービス開始時～終了後3か月まで使用可。

## 参考資料

区分	名称	実施時期
資料1	説明リーフレット 「要支援者・事業対象者のみなさまへ」	
資料2	興味・関心チェックシート	
資料3	老健式活動能力指標	開始時・終了・フォロー時
資料4	老年期うつ病評価尺度(GDS)	開始時・終了・フォロー時

様式1 実施計画書

周南市短期集中通所介護 実施計画書

氏名: \_\_\_\_\_

卒業年度: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

連絡先: \_\_\_\_\_

担当: \_\_\_\_\_

実施計画	実施内容	実施時期	目標達成に向けたアプローチ				成果のモニタリング			
			実施内容	実施時期	実施回数	実施状況	実施内容	実施時期	実施回数	実施状況
1. 生活習慣の改善 2. 認知機能の向上 3. 社会参加の促進 4. 介護サービスの利用 5. 家族との関係構築 6. 地域資源の活用 7. 自己管理能力の向上 8. その他	1. 生活習慣の改善 2. 認知機能の向上 3. 社会参加の促進 4. 介護サービスの利用 5. 家族との関係構築 6. 地域資源の活用 7. 自己管理能力の向上 8. その他	1. 生活習慣の改善 2. 認知機能の向上 3. 社会参加の促進 4. 介護サービスの利用 5. 家族との関係構築 6. 地域資源の活用 7. 自己管理能力の向上 8. その他	実施内容	実施時期	実施回数	実施状況	実施内容	実施時期	実施回数	実施状況
			実施内容	実施時期	実施回数	実施状況	実施内容	実施時期	実施回数	実施状況
			実施内容	実施時期	実施回数	実施状況	実施内容	実施時期	実施回数	実施状況

様式4 セルフマネジメントシート

周南市短期集中通所介護 セルフマネジメントシート

氏名: \_\_\_\_\_

目指したい3か月後の生活(目標) \_\_\_\_\_

そのために【月に3週間かけて】頑張ること \_\_\_\_\_

日付	曜日	サービス利用	体調	目標達成のために、自宅で、自分で、毎日取り組むこと(=セルフマネジメント)				できたこと・できなかったこと	日記・感想
				1	2	3	4		
月 日									
月 日									
月 日									
月 日									
月 日									
月 日									
月 日									
月 日									
月 日									

ご家族コメント欄 \_\_\_\_\_

ご本人コメント(1週間を振り返って) \_\_\_\_\_

事業所からのメッセージ・アドバイス \_\_\_\_\_

様式5 評価報告書

周南市短期集中通所介護(通所型サービスC) 評価報告書

氏名: \_\_\_\_\_ 様 大・昭 年 月 日 生 ( 歳 )

		開始前		開始後	
実施日		年 月 日		年 月 日	
身長・体重・BMI		cm kg		cm kg	
体力測定	握力(左右)	右 kg	左 kg	右 kg	左 kg
	開眼片足立ち(左右)	右 秒	左 秒	右 秒	左 秒
	CS-30	回		回	
	TUG	秒		秒	
記述式評価	主観的健康観(※1)	1・2・3・4・5・6		1・2・3・4・5・6	
	老研式活動能力指標	点		点	
	GDS	点		点	
	その他				

(※1) 1: 最高に良い 2: とても良い 3: 良い 4: あまり良くない 5: 良くない 6: 全然良くない

コメント

●利用者の変化(意識、言動、行動等)

●今後について(活動、参加、サービス等)

様式6 フォロー報告書

周南市短期集中通所介護(通所型サービスC) フォロー報告書

氏名: \_\_\_\_\_ 様 大・昭 年 月 日 生 ( 歳 )

		前回		フォロー時	
実施日		年 月 日		年 月 日	
身長・体重・BMI		cm kg		cm kg	
体力測定	握力(左右)	右 kg	左 kg	右 kg	左 kg
	開眼片足立ち(左右)	右 秒	左 秒	右 秒	左 秒
	CS-30	回		回	
	TUG	秒		秒	
記述式評価	主観的健康観(※1)	1・2・3・4・5・6		1・2・3・4・5・6	
	老研式活動能力指標	点		点	
	GDS	点		点	
	その他				

(※1) 1: 最高に良い 2: とても良い 3: 良い 4: あまり良くない 5: 良くない 6: 全然良くない

コメント

●利用者の維持状況(セルフマネジメント力、生活機能、心身の状況など)

●利用者への助言内容

●モニタリング時の視点や配慮をお願いしたいこと(事業所→包括)

## 資料1 説明リーフレット

### 要支援者・事業対象者のみなさまへ

要支援者、事業対象者のみなさまへ

周南市地域福祉課・高齢者支援課、地域包括支援センター

「要支援者」、「事業対象者」のかたは、介護予防のための支援や改善に取り組むことで、介護予防できる可能性の高い状態といえます。  
 これからは、「できなくなっていること」を補うだけでなく、なじみの環境の中で、「できていること」を続け、「したいこと」が実現できるような自分らしい暮らしをめざすことが大切です。ケアマネジャーは様々な関係者とともに、対応策を検討し支援しますが、取り組む主体は、あなた自身です。  
 持っている力を最大限に発揮し、希望と意欲をもって自立した日常生活をめざしましょう。

様	が取り組むこと	〇ケアマネジャー、サービス事業所	が支援すること
目標を決める	●体の状況や困っていること以外にも、生活の「はりあい」や「楽しみ」、大切にしている付き合い、興味や関心のあること（裏面を参照）。	○維持・改善すべき課題を把握し、適切な目標を設定するために、聞き取りや確認をおこないます。	
	●望む生活を段階的に実現していくために、「目標」がとて大切です。「したいこと」や「続けたいこと」に着目し、ケアマネジャーとよく話し合ってください。	○心身の状況や意向を踏まえた具体的な「目標」を共に考えます。介護予防のために取り組めるような活動や、活用できる社会資源について一緒に検討し、介護予防ケアプランを作成します。	
取達り成組むに向けて	●家事や日課など、自分のできることは積極的にいきましょう。1日の目標に沿って、できるだけ活動的な生活をおくりましょう。	○サービス事業者等と情報共有をしながら、チームで支援します。	
	●目標を意識してリハビリに取り組みなどサービスは主体的に利用しましょう。	○よりよいケアプランとなるよう、地域ケア会議で、専門職間で検討させていただくことがあります。	
終了	●最終目標が達成したら、サービスは終了し卒業（自立）します。	○最終目標を達成するまでは、状況に応じて目標やプランを見直しながら支援します。	

## 資料2 興味・関心チェックシート

興味・関心チェックシート

氏名： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_ 性別（男・女） 記入日： R \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に〇を付けてください。どれも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思い当たるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たため				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動（区内会・老人クラブ）				資金を伴う仕事			
お祭り・宗教活動				旅行・温泉			

## 資料3 老年期うつ病尺度（GDS）

### 老年期うつ病評価尺度（GDS）

項目	1点	0点
1 毎日の生活に満足していますか	いいえ	はい
2 毎日の活動力や周囲に対する興味が低下したと思いますか	はい	いいえ
3 生活が空虚だと思いませんか	はい	いいえ
4 毎日が退屈だと思うことが多いですか	はい	いいえ
5 たいしては機嫌よく過ごすことが多いですか	いいえ	はい
6 将来の漠然とした不安に駆られることが多いですか	はい	いいえ
7 多くの場合は自分が幸福だと思いますか	いいえ	はい
8 自分が無力だと思うことが多いですか	はい	いいえ
9 外出したり何か新しいことをするよりも家にいたいと思いませんか	はい	いいえ
10 何よりもまず、物忘れが気になりますか	はい	いいえ
11 今生きていることが素晴らしいと思いませんか	いいえ	はい
12 生きていても仕方がないと思う気持ちになることがありますか	はい	いいえ
13 自分が活気にあふれていると思いませんか	いいえ	はい
14 希望がないと思うことがありますか	はい	いいえ
15 まわりの人があなたより幸せそうにみえますか	はい	いいえ

(笹原洋男、加田博秀、柳川裕紀子による)

#### ■評価方法

- ・質問に対する答え（「はい」か「いいえ」）の点数を合計し、合計点によって、うつ病の有無や状態を判断する。
- ・0～4点：正常範囲
- ・5点以上：うつ病の疑いがある
- ・10点以上：ほぼうつ病。点数が高いほど重症と判断される。

## 資料4 老健式活動能力指標

### 老健式活動能力指標

	質問	1	0	1か0を記入
1	バスや電車を使って1人で外出できますか	はい	いいえ	
2	日用品の買い物ができますか	はい	いいえ	
3	自分で食事の用意ができますか	はい	いいえ	
4	請求書の支払いができますか	はい	いいえ	
5	銀行預金・郵便貯金の出し入れが自分でできますか	はい	いいえ	
6	年金などの書類が書けますか	はい	いいえ	
7	新聞を読んでいますか	はい	いいえ	
8	本や雑誌を読んでいますか	はい	いいえ	
9	健康についての記事や番組に関心がありますか	はい	いいえ	
10	友だちの家を訪ねることがありますか	はい	いいえ	
11	家族や友だちの相談にのることがありますか	はい	いいえ	
12	病人を見舞うことができますか	はい	いいえ	
13	若い人に自分から話しかけることがありますか	はい	いいえ	
			合計得点	点

点数が高いほど自立していることを表す。