

周南市 訪問型短期集中予防サービス（訪問型サービス・活動C） 業務仕様書

1 概要

疾病等で生活機能が低下した高齢者が、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられることを目的とし、単に運動器の機能向上や栄養状態の改善等を図るだけでなく、サービスの利用終了後においても、心身機能を維持・継続し、地域資源等を活用して元の暮らしが送れるよう支援する。

2 対象者

事業対象者・要支援者

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 利用料

サービスに係る利用者の自己負担額は無料とする。

※ただし、事業者は、サービスに係る費用のほか、下記に掲げる費用の額の支払を利用者から受け取ることができる。

- ①通常の事業の実施地域以外の地域に訪問する場合の交通費
- ②サービスにおいて提供される便宜のうち、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、その利用者に負担させることが適当と認められる費用

5 業務内容

（1）提供回数

- ・最大12回とする。

※ただし、状態像の大きな変更がある場合に限り、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見込まれる時は、介護予防ケアプランの変更をもって、全24回まで利用することができる。

- ・終了者の心身機能の維持・継続のために、必要に応じて終了後1年以内に最大2回まで、フォローアップ事業を行える。（任意）

（2）実施プログラム

- ・1回あたり、40分～60分程度とする。
- ・1回ごと、動機付け面談（目安：20分程度）を行う。
- ・利用者の心身の状況、個別因子及び環境因子に応じて、下記を実施する。
 - ①運動機能向上プログラム
 - ②生活行為指導並びに生活環境及び道具の工夫に関する助言
 - ③栄養改善・口腔機能向上のための助言
 - ④その他社会参加支援等必要な支援
- ・医師の指示に基づくものではなく、徒手的なリハビリテーションは行わない。

(3) サービス提供の流れ

1) サービス導入の検討

要支援者もしくは事業対象者で、訪問型が適していると判断される人が対象者となる。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、サービス利用適正なしと判断可。

2) 利用調整

サービス利用の適性があると判断された場合、事業者との事前調整を行い、サービス利用を決定し、介護予防ケアマネジメントAにより随時利用を開始するものとする。利用者への開始日についての案内は、担当ケアマネジャーから利用者に連絡するものとする。

3) 事前アセスメント

事業実施前に地域包括支援センター等が作成した利用者基本情報、介護予防ケアプラン、サービス担当者会議、ケアマネジャー・リハビリテーション専門職との同行訪問等の内容等を基に、利用者のアセスメントを行い、生活機能の状況等について評価・把握を行う。

なお、介護予防ケアプランが自立に向けた具体的な目標設定になっていない場合は、地域包括支援センター等へ助言を行う。

4) 実施計画書の作成

事前アセスメントの結果を踏まえ、利用者とともに介護予防ケアプランに定められた目標を達成するための具体的な目標を定めた周南市訪問型短期集中予防サービス 実施計画書（以下、実施計画書という。）を作成するものとする。

なお、実施計画書については、作成後、必ず利用者に提示し、同意を得た上で決定すること。

5) サービスの提供

ア 地域包括支援センター等から提出される介護予防ケアプランに基づき、その目標を達成するため、以下のことに留意し必要なサービスを提供する。

- ①介護保険法の基本理念を鑑みた支援を行うこと。
- ②事前アセスメントに基づき設定された目標及び事業内容を鑑み事業を行うこと。
- ③利用者の体調の聞き取りやバイタルチェックに基づき、専門職が事業実施の可否を判断すること。
- ④身体機能や生活機能だけでなく、対象者の栄養・口腔の状態についても確認し、必要な場合は他の専門職と連携するよう努めること。
- ⑤利用者が、生活機能が低下する前にできていた活動に取り組むことができるように、プログラム期間中に働きかけること。
- ⑥動機づけ支援であり、利用開始時の面談で利用者の目標を見える化し、その達成に必要な訪問日以外に自宅で行う宿題を示し、訪問日には一緒に振り返ること。自分で毎日取り組むこと（セルフマネジメント）を利用者に働きかけ、サービス利用以外の日にも介護予防についての取り組みを自ら実践してもらうよう支援すること。
- ⑦利用者が生活する上での不安を聞き取り、軽減・解消できるような助言や取り組みを実施すること。
- ⑧効果の検証には、運動機能評価項目（握力・CS-30・開眼片足立ち）、記述式評価

項目（老研式活動能力指標、GDS）等を使用すること。

- イ 利用者が介護予防ケアプランの変更を希望する場合は、地域包括支援センター等への連絡やその他の必要な援助を行うこと。

6) 実施状況及び効果の確認

ア サービス提供の開始時及び必要時には、実施計画及び利用者の状態、サービスの提供状況等について、サービスの提供に係る介護予防サービス・支援計画書を作成した地域包括支援センター等に報告すること。利用者が提出したセルフマネジメントシートは、毎回終了後、地域包括支援センターに報告すること。

- イ 実施計画書に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも1回は、実施計画に係るサービスの成果と目標達成状況の確認、残されている課題を明確にすること。

ウ 終了前（全12回実施の場合は概ね11回）に、事業所、地域包括支援センター、本人の3者で卒業判定及び今後の対応について終了前会議を行う。

7) 実施報告

ア 毎月10日までに、報告書と請求書を市に提出すること。

- イ サービスの提供期間が終了したときは、周南市訪問型短期集中予防サービス評価報告書を作成し、速やかに市長に提出すること。

6 人員・設備・運営に関する基準

周南市訪問型短期集中予防サービスの人員、設備及び運営に関する基準等を定める要綱の規定を遵守すること。

7 書類の整備

受託者は、この事業に関する関係書類及び委託料の経理を明らかにした書類を整備し、事業完了後2年間これを保管すること。

8 その他（留意点）

- (1) 事業は独立して実施するものとし、事業実施する場合において、他の事業とプログラム等で明確に区別し、本事業、他の事業相互に支障のないようにすること。
- (2) 事業実施事業所で感染症が発生した場合等は、事業を一時的に休止する場合があるので、発生後速やかに地域福祉課に連絡すること。
- (3) アセスメント結果等の個人情報に関する取扱いについて十分に配慮し、利用者への説明、同意を得ること。
- (4) その他不明な点については、市と協議を行うこと。