

**周南市 介護予防・日常生活支援総合事業
短期集中通所介護（通所型サービス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、自宅において心身機能を維持・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

※入院やケガ、生活不活発等により一時的に生活機能の低下がみられるが、心身機能の向上について意欲があり、3ヶ月の短期集中通所サービス（以下、サービスという）の利用により生活機能の向上が見込める者

3 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通常の事業のサービス提供地域以外に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用
- 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

4 業務内容

（1）提供回数

- ・全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。

- ・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、生活環境並びに道具の工夫に関する指導が実施できることとし、上記の回数とは別に2回まで実施できる。

（2）実施プログラム

- ・1回あたり、1時間半～2時間程度とする。ただし、訪問指導する場合は1時間程度とする。
- ・1回ごと、動機づけ面談を行う。
- ・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、生活環境並びに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。
- ・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。
- ・必要な人には送迎を行う。

(3) サービス提供の流れ

1) サービス利用の適正を判断

地域包括支援センター等から利用者についての情報交換を行い、私の暮らし会議（介護予防・自立支援型地域ケア会議）、リハビリテーション専門職との同行訪問などを活用し、サービス利用の適正を判断する。

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や事前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短期集中通所介護実施計画書（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、訪問指導等を活用し、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、その達成に必要な通所日以外に自宅で行う宿題を示し、通所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プログラム終了後も、利用者が地域において継続的に介護予防に取り組めるよう、市が推進する「いきいき百歳体操」を取り入れること。（いきいき百歳体操に係る物品は市が準備する）

⑧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。

⑨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・TUG）、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。

ウ 送迎を行う場合は、利用者と話し合いのうえ、利用者の状態に応じた送迎を実施するものとする。ただし、事業者の責任において効率的・効果的な事業実施のため、送迎業務を再委託により行うことができるものとする。

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 11回目のサービスを終えた後、事業所、地域包括支援センター、市の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、周南市短期集中通所介護（通所型サービスC）評価報告書を作成し、速やかに市長に提出すること。

5 人員・設備・運営に関する基準

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（令和3年周南市要綱第88号）の規定を遵守すること。

6 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。

7 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、同一敷地、建物で実施されている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。