

短期集中予防型訪問サービス 実施の手引き

<目次>

I. 短期集中予防型訪問サービスについて	・・・ P 2
II. サービス提供の流れ	・・・ P 3
III. ケアマネジャーが行うこと	・・・ P 4
IV. 派遣事務局が行うこと	・・・ P 7
V. サービス提供者が行うこと	・・・ P 8
VI. アセスメント例	・・・ P 10
VII. よくある質問	・・・ P 11
●巻末資料 参考様式 1～5	
様式記入例 1, 3	

<名古屋市の総合事業に関する情報>

最新情報や各種資料等は「NAGOYAかいごネット（事業者向け）」に掲載されています。制度改正のご案内等を随時実施しておりますので、定期的にご確認ください。

NAGOYAかいごネット（事業者向け）

- トップページ <https://www.kaigo-wel.city.nagoya.jp/view/kaigo/company/>
→最新情報はトップページの「新着情報」をご確認ください。
- 総合事業・いきいき支援センター関係
→各種様式は「総合事業・いきいき支援センター関係」>「短期集中予防型訪問サービスについて」をご確認ください。

<関係要綱・要領>

- ・名古屋市介護予防・日常生活支援総合事業の実施に関する要綱
- ・名古屋市短期集中予防型訪問サービス実施要領

お問合せ先

<市担当部署> 名古屋市健康福祉局高齢福祉課

TEL : 052-972-2540 Email : a2540@kenkofukushi.city.nagoya.lg.jp

<派遣事務局>

愛知県理学療法士会

TEL : 052-972-6295 (FAX 共通)

Email : nagoya.houmonc@gmail.com

愛知県柔道整復師会

TEL : 052-871-2211 FAX : 052-871-2215

Email : kaigo@shadan-aisei.jp

I. 短期集中予防型訪問サービスについて

< 趣 旨 >

対象者の自宅に専門職が訪問し、運動や生活動作、生活環境等の指導を実施することにより、心身機能やADL/IADLの改善を目指し、転倒骨折の予防を図ることを目的としています。また、サービス終了後も利用者が主体的・継続的に介護予防に取り組み、できる限り要介護状態とならず、自立した日常生活を営むことができるよう支援します。

< サービスの内容 >

短期集中予防型訪問サービスは、介護予防・日常生活支援総合事業のうち、介護予防・生活支援サービスの訪問型サービスC（短期集中）として位置付けられています。

本サービスは「暮らし活性化コース」と「運動習慣定着コース」の2つのコースに分かれており、ケアマネジャーが利用者本人の状態や希望等を勘案して選択します。

	暮らし活性化コース	運動習慣定着コース
内容	専門職が訪問し、心身機能と生活環境のアセスメントに基づき、転倒予防のための動作指導、生活環境の改善提案などを行う。	専門職が訪問して自宅でできる運動を指導し、一緒に運動を行うことで運動習慣の定着を目指す。
時間	1 時間	1 時間
回数	4 週間で 1 回（最初の 4 週間は 2 回）	週 1 回
期間	12 週間（全 4 回）	12 週間（全 12 回）
サービス提供者	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	柔道整復師
派遣事務局	愛知県理学療法士会	愛知県柔道整復師会

< 対 象 者 >

要支援・事業対象者のうち、以下（1）～（4）すべてに該当する方

- （1）基本チェックリストの転倒に関する質問 No. 9、No. 10 のいずれかに「はい」と答えた方
- （2）基本チェックリストの運動器の機能に関する質問 N. 6～No. 10 のうち 3 項目以上に該当する方
- （3）介護予防訪問リハビリテーション、リハビリテーションを目的とした介護予防訪問看護（理学療法士等による訪問）のいずれも利用していない方
- （4）過去に本サービスを利用したことがない者。ただし、利用後に要介護状態区分等に変更があった場合、又は他のコースを利用する場合は除くものとする。

< 利用者負担 >

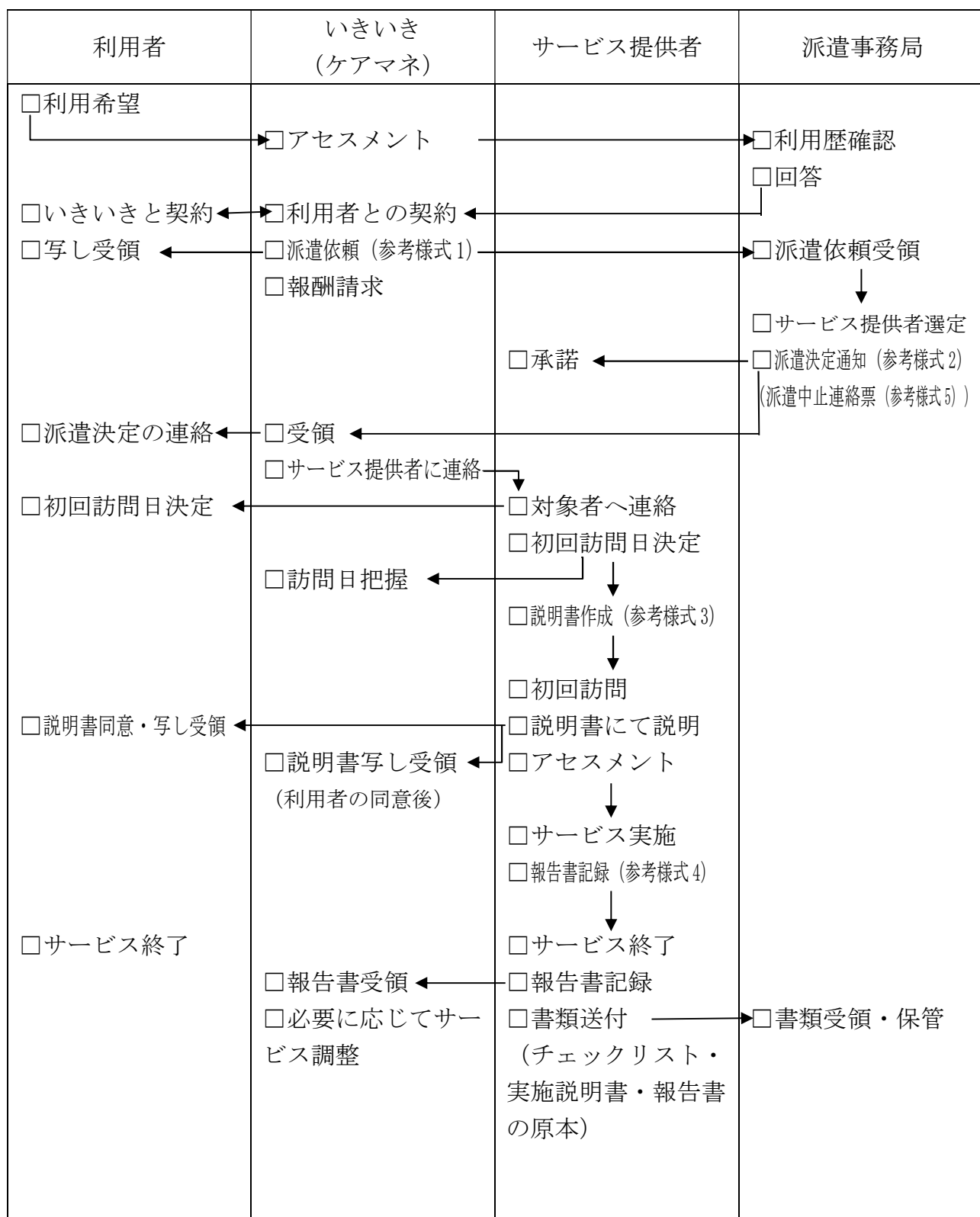
無料

< サービス提供者への報酬 >

1 回あたり 9,200 円（移動にかかる経費、消耗品費、その他雑費を含む）

Ⅱ. サービス提供の流れ

※本サービス単独利用（ケアマネジメントC）の場合を記載しています。



Ⅲ. ケアマネジャーが行うこと

＜本サービス利用時の担当事業者、ケアマネジメントの種類の整理＞

	本サービスのみ	他の総合事業（※1）と併用	予防給付と併用、または予防給付と他の総合事業と併用
担当事業者	・いきいき	・いきいき ・委託居宅（※2）	・いきいき ・委託居宅 ・指定居宅（※3）
ケアマネジメントの種類	ケアマネジメントC	・予防専門型を利用 →ケアマネジメントA ・ミニデイ型・運動型通所、生活支援型訪問を利用 →ケアマネジメントB	介護予防支援
手引き参照箇所	1 ケアマネジメントCの場合（P4～P5）	2 ケアマネジメントC以外の場合（P6）	

（※1）総合事業：介護予防・日常生活支援総合事業のうちの介護予防・生活支援サービス事業をいう。

（※2）委託居宅：いきいき支援センターから委託を受けた指定居宅介護支援事業者をいう。

（※3）指定居宅：介護予防支援の指定を受けた指定介護予防支援事業者をいう。

1 ケアマネジメントCの場合

（1）アセスメントの実施・利用者との契約

本サービスの利用希望があった場合、「わたしのカルテ」の作成により、現在の生活環境や日々の過ごし方等を聴き取り、生活上の問題となっていること及びその背景・原因を確認し、本サービスの必要性を検討します。特に、2ページに記載の対象者の条件のうち、基本チェックリスト（わたしのカルテ裏面）の条件に合致するかどうか確認します。

また、本サービスを利用したことのある人は、原則、同一のコースを再利用することはできません。利用歴の確認が必要な場合は、愛知県理学療法士会（暮らし活性化コース）または愛知県柔道整復師会（運動習慣定着コース）（以下、事務局という。）にお問い合わせください。

サービスの利用が決まったら、他サービスと同様、対象者に重要事項、個人情報使用について説明し、同意を得て契約を締結します。

＜作成書類＞

- ・わたしのカルテ
- ・基本チェックリスト（わたしのカルテ裏面）
- ・介護予防支援／第1号介護予防支援重要事項説明書（兼契約書）
- ・介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼届出書
- ・（必要に応じて）要介護認定等の資料提供に係る申出書

(2) 派遣依頼

アセスメント結果を受けて、「暮らし活性化コース」「運動習慣定着コース」のいずれかを選択し、参考様式1「ケアマネジメント結果等記録 兼 短期集中予防型訪問サービス派遣依頼書」を作成し、わたしのカルテとともに事務局に派遣依頼をします。

また、参考様式1は写しを利用者に交付します。

＜作成書類＞

- ・参考様式1「ケアマネジメント結果等記録 兼 短期集中予防型訪問サービス派遣依頼書」

(3) 報酬請求

ケアマネジメントCの報酬を国保連に請求します。請求方法については、別途マニュアル（「すこやかサン操作ガイド（ケアマネジメントC請求）」）を作成しておりますので、そちらをご参考ください。

ケアマネジメントCの場合、初回加算は算定できませんので、ご注意ください。

なお、ケアマネジメントCの請求実績は、いきいき支援センター実績報告で計上する必要はありません。

(4) 派遣決定連絡

サービス提供者が決定したら、事務局から参考様式 2「派遣決定通知書」（派遣が中止された場合は参考様式 5「派遣中止連絡票」）が送付されますので、対象者に派遣されるサービス提供者の所属、氏名、連絡先とサービス提供者から連絡がある旨を伝えます。

派遣決定について対象者に連絡した後、サービス提供者にその旨を伝えます。サービス提供者はその連絡を受けて対象者との日程調整を進めます。訪問日が決定したら、サービス提供者から連絡があるので、訪問日を支援経過記録等に記録をします。

(5) サービス開始後について

サービス提供者が初回訪問時に作成する参考様式 3「サービス実施説明書」の写しを受領し、保管をします。本サービスのみを利用している場合、モニタリングや給付管理は不要ですが、本人の状態等についてサービス提供者から相談を受けた際には可能な範囲でご対応をお願いします。

(6) サービス終了後について

サービスが終了したら、サービス提供者から参考様式4「サービス実施報告書」が送付されます。サービス提供者と連携し、利用者の心身の状況等を踏まえたうえ、地域の通いの場への参加や通所サービスへの移行など、必要に応じてサービス終了後の生活に向けた支援をお願いします。

2 ケアマネジメントC以外の場合

上記「1 ケアマネジメントCの場合」と異なる点のみ記載しております。

(1) アセスメントの実施・利用者との契約

- 指定居宅においては、契約書の書式は事業所独自のもので問題ございません。
- 指定居宅においては、「わたしのカルテ」又は「利用者基本情報」等を作成し、アセスメントを実施してください。その際、基本チェックリストのNo. 6からNo. 10の項目は最低限聴取し、利用条件に該当することを確認してください。

(2) 派遣依頼

- 本サービスについては、ケアプラン本体には記載せず、参考様式1「ケアマネジメント結果等記録 兼 短期集中予防型訪問サービス派遣依頼書」を作成し、ケアプランとともに保管してください。既にケアプランが作成されている場合で本サービスを新たに追加する場合、サービス担当者会議開催等の一連のケアプラン変更の手続きは必要ありません。
- 事務局に依頼する際、「わたしのカルテ」又は「わたしのカルテ」の代わりに「利用者基本情報」等とケアプラン原案（既にケアプランが作成されている場合は現行のケアプラン）を添付してください。

(3) 報酬請求

- 本サービスは給付管理の対象外ですので、利用票、提供票、給付管理票には記載は不要です。
- 本サービスを利用することにより、通常と異なる点はありません。該当する類型に応じた報酬請求を行ってください。

(4) 派遣決定連絡 ～ (6) サービス終了後について

- 上記「1 ケアマネジメントCの場合」と同様

IV. 派遣事務局が行うこと

(1) 利用歴確認

いきいき支援センターより、対象者の利用歴の照会があった場合は、過去の利用状況について、確認し回答します（利用の有無、利用実績があれば利用していた時期と当時の要介護状態等区分）。

(2) 派遣依頼受領

対象者のサービス利用が決定した場合は、いきいき支援センターより参考様式1「ケアマネジメント結果記録兼短期集中予防型訪問サービス派遣依頼書」及び「わたしのカルテ（または利用者基本情報等）」が送付されます。

送付された書類をもとに、サービス利用者の情報を名簿に追加します。名簿には、「被保険者番号」、「氏名」、「住所」、「生年月日」、「要介護区分」、「開始月日」、「終了年月日」を記録します。

<作成書類>

- ・利用者名簿

(3) サービス提供者選定・派遣決定通知

派遣依頼書に記載されている「希望日時」「その他希望事項」を確認のうえ、担当するサービス提供者を選定し、参考様式2「派遣決定通知書」をいきいき支援センターに送付します。

派遣依頼に対し、サービス提供を中止する場合は参考様式5「派遣中止連絡票」を送付します。

サービス提供者には、初回訪問日までに以下の書類をお渡しします。

- ・基本チェックリスト2枚（開始時・終了時）
- ・ホームエクササイズ（ポスター）
- ・ホームエクササイズ2（A4サイズの冊子）
- ・通いの場ガイドブック
- ・ミニデイ型通所サービス・運動型通所サービスのチラシ

<作成書類>

- ・参考様式2「派遣決定通知書」
- ・（中止の場合）参考様式5「派遣中止連絡票」

(4) 書類受領・保管

実施説明書・チェックリスト・実施報告書等の対象者へのサービス提供にかかる資料については、各コースの派遣事務局にて書類を保管します。

V. サービス提供者が行うこと

(1) 初回訪問日・利用日の調整

担当ケアマネジャーから対象者に派遣決定の連絡が完了した旨の報告を受けたら、対象者に連絡し、初回訪問日やサービス利用日について調整します。

初回訪問日が決定したら、担当ケアマネジャーに連絡します。

(2) サービス実施説明書の作成

事務局から共有される参考様式1「ケアマネジメント結果等記録 兼 短期集中予防型訪問サービス派遣依頼書」の内容をもとに、参考様式3「短期集中予防型訪問サービス実施説明書」を作成します。

参考様式1は、いわゆる「ケアプラン」に相当するものです。サービス及び利用コースの決定にあたり、いきいき支援センターが「わたしのカルテ」及び本人への聴き取りをもとに、心身状態及び生活環境をアセスメントし、その内容を記録したものですので、ご本人の状況把握のためによく確認します。

<作成書類>

- ・参考様式3「短期集中予防型訪問サービス実施説明書」

(3) 初回訪問

参考様式3「短期集中予防型訪問サービス実施説明書」の内容を説明し、同意（同意欄への署名）を得ます。当該説明書は、対象者の目標及び当該目標に沿った計画の他に、個人情報の取り扱いや、事故発生時の対応及び苦情相談窓口等の重要事項の説明を兼ねていますので、この点も資料に沿って内容説明します。

また、事前アセスメントとして基本チェックリストを実施するほか、10ページのアセスメント例を参考に利用者の心身機能や生活環境を可能な限り把握します。

同意を得た実施説明書について、写しを担当ケアマネジャーに送付し、原本を終了時まで保管します。利用者にも写しを交付します（初回訪問以降でも可）。

<作成書類>

- ・基本チェックリスト（開始時）
- ・参考様式3「短期集中予防型訪問サービス実施説明書」→利用者署名

(4) サービス実施

作成した実施説明書に記載の計画に沿って、またアセスメント結果を踏まえ、サービスを実施します。訪問時には毎回体調確認を行うとともに前回からの生活状況の変化を聞き取り、異変が見られる場合には担当ケアマネジャーをはじめ、関係機関に連絡を取るようによしてください。

訪問後、参考様式4「短期集中予防型訪問サービス実施報告書」に、訪問日ごとに実施内容等について記録をします。

サービスの実施内容については、厚生労働省「介護予防マニュアル第4版」(https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_25277.html)を参考にしてください。

＜作成書類＞

- ・ 参考様式4「短期集中予防型訪問サービス実施報告書」→各回の記録

(5) サービス終了後について

サービス最終日には基本チェックリストおよび10ページのアセスメント例を参考に事後アセスメントを実施し、効果判定を行い、今後の生活上のアドバイスをするよう心掛けてください。

各コース規定の回数分の訪問を実施し、サービスが終了したら参考様式4「短期集中型訪問サービス実施報告書」の「目標達成状況」と「終了後の支援」について記載し、原本を事務局に提出します。担当ケアマネジャーに対しては、写しを送付します。

また、利用者の署名入りの参考様式3「短期集中型訪問サービス実施説明書」の原本と基本チェックリスト（開始時・終了時）の原本を事務局に送付します。

利用期間終了後において、利用者の心身の状況等を踏まえたうえ、自主的継続的に介護予防活動に取り組み、要介護状態とならないよう自立した生活が送れるよう支援をお願いします。具体的には、利用者の状態にあわせた自宅でも実践できる運動プログラムの提案や地域の通いの場の紹介、または、必要に応じて担当ケアマネジャーと連携のうえ、通所サービスの利用につなげる等が想定されます。

＜作成書類＞

- ・ 基本チェックリスト（終了時）
- ・ 参考様式4「短期集中予防型訪問サービス実施報告書」→目標達成状況 等

VI. アセスメント例

初回訪問日及び最終訪問日には、基本チェックリストの実施及びアセスメントを実施します。

＜測定することが望ましい項目＞

厚生労働省の介護予防マニュアル第4版を参考に、以下の表に示す項目を測定し、心身機能の把握や効果判定に活用することが望ましい。ただし、本サービスは対象者の自宅で行うことから、必ずしも全ての項目を測定する必要はない。

区分	項目
基本属性項目	・身長、体重 ・主観的健康観 ・ADL（Barthel Index 等） ・IADL（老研式活動能力指標等）
運動機能に関する項目	・5m 歩行時間（通常・最大） ・Timed Up and Go test（TUG） ・開眼片足立ち時間 ・5 回立ち上がりテスト ・握力

＜リスク管理＞

安全にサービスを実施するため、体温・血圧・脈拍などのバイタルサインを測定するとともに、既往歴や体調、自覚症状等を確認することが望ましい。訪問時、異常が認められる場合には、サービス提供を中止し、速やかに担当ケアマネジャーやいきいき支援センター、主治医等の支援機関及び緊急連絡先に連絡する。

また、実施の可否について主治医への相談が必要と考えられる主な場合は、以下のとおりである。

- コントロールされていない心疾患・不整脈のあるもの
- 収縮期血圧 180mmHg 以上、もしくは 180mmHg 未満であっても状態等により検討が必要なもの
- 急性期の関節痛、関節炎、神経症状のあるもの
- 慢性閉塞性肺疾患で息切れ、呼吸困難感があるもの
- 急性期の肺炎、肝炎などの炎症のあるもの
- 骨粗鬆症で、脊椎圧迫骨折のあるもの
- 認知機能の低下により、プログラムの実施に支障をきたすもの
- その他、本サービスの実施等によって、健康状態が急変あるいは悪化する危険性があるもの

VII. よくある質問

Q1 キャンセルや振り替えなどの対応はどのようにすればよいか。

A1 以下の表のとおりとする。

	キャンセル分の報酬支払	振り替え	その他
事前連絡ありの欠席	×	○	最終日も可
事前連絡なしの欠席 (訪問時不在)	×	×	安否確認の対応は必要
体調不良等で途中終了	×	○	

- ・利用時間前にキャンセルの連絡があった場合、振り替えの対応とする。
- ・振り替え日は期間内とする。ただし、最終日のキャンセルの場合は前後 1 週間以内とする。
- ・訪問時不在であった場合、本人への電話および緊急連絡先への連絡等をして安否確認を行い、事務局及び担当ケアマネジャーに報告する。この場合、振り替えは不可。
- ・訪問時の不在が 2 回以上となった場合、サービス提供を終了とする。

Q2 利用期間に年末年始を含む等、あらかじめサービス提供ができない日にちがある場合、12 週間を超えて期間を設定することは可能か？

A2 可能。本人都合およびサービス提供者の都合であらかじめ 12 週間のうちに所定の回を提供できない場合、12 週間を超えて期間を設定できる。

Q3 サービスの利用期間終了後、再び本サービスを利用することは可能か？

A3 同一のコース利用については原則不可とする。ただし、利用後に要介護状態区分等に変更があった場合（事業対象者⇔要支援 1・2 又は要支援 1⇔要支援 2）は利用可能。

他のコースの利用については、ケアマネジャーによるアセスメントのうえ必要性が認められれば利用可能。ただし、期間を重複して利用することは不可。

Q4 徒手による運動療法（関節可動域運動、マッサージ等）や物理療法を行うことは可能か？

A4 不可。本サービスは指導を中心に行うものであり、治療行為にあたる可能性のあるものは実施できない。ただし、動作等の介助のために対象者の身体に触れることは可能。

Q5 住所地特例者は利用できるか？いきいき支援センターから県外の居宅介護支援事業所に委託して実施するケースは想定されるか？

A5 名古屋市内に住所を有し保険者が他市町村である住所地特例者は利用できます。なお、本サービスは委託事業として実施するため、住所地特例者であっても、サービス提供者への報酬及びケアマネジメント C で実施する場合のケアマネジメント費は本市の負担となります。

本市内の利用者自宅への訪問を想定しているため、後者のケースは想定されません。判断に迷うケースは高齢福祉課までお問い合わせください。

ケアマネジメント結果等記録 兼 短期集中予防型訪問サービス派遣依頼書

【ケアマネジメント結果等記録】

(添付書類 わたしのカルテ ※既にケアプランが作成されている場合は現行のケアプラン)

記入日	年 月 日
作成者氏名	●区●部いきいき支援センター（居宅介護支援事業所●●） 氏名： 連絡先：
利用者情報 (連絡先等はわたしのカルテ参照)	氏 名： 認定区分： 事業対象者 ・ 要支援 1 ・ 要支援 2 認定期間： 年 月 日～ 年 月 日 ☐ 基本チェックリストの所定項目に該当 ☐ 介護保険サービスの訪問リハ（訪問看護のリハ含む）を利用していない ☐ 過去に同サービスの利用なし
現在の状況	【運動・移動について】 【日常生活（家庭生活）について】
目標	
支援計画 (いずれかに☑)	短期集中予防型訪問サービスにより、 ☐ 生活動作や生活環境等の改善を図る ☐ 運動習慣の定着を図る
健康状態について	(主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点)

公益社団法人 愛知県〇〇会 事務局 御中

サービス提供者の派遣を、下記のとおり依頼いたします。

依頼コース	暮らし活性化コース ・ 運動習慣定着コース
サービス提供 希望日時	月・火・水・木・金・土・日 時～ 時の間
その他希望事項 (職種、配慮すべき 事項など)	

愛知県理学療法士会

FAX：052-972-6295

メール：nagoya.houmonc@gmail.com

愛知県柔道整復師会

FAX：052-871-2215

メール：kaigo@shadan-aisei.jp

年 月 日

御中

愛知県〇〇会

短期集中予防型訪問サービス派遣決定通知書

〇年〇月〇日付派遣依頼について、下記のとおり派遣するサービス提供者を決定しましたので通知します。

記

1 利用者名

〇〇 〇〇

2 サービス提供者名

(1) 職種 ☐理学療法士 ☐作業療法士 ☐言語聴覚士 ☐柔道整復師

(2) 氏名 〇〇〇〇

(3) 所属 〇〇病院

(4) 連絡先 電話番号：
メール：

短期集中予防型訪問サービス実施説明書（暮らし活性化コース）

利用者氏名	様	サービス提供者 所属・氏名	
被保険者番号		連絡先	
対象者区分	事業対象者・要支援 1 ・ 要支援 2		
わたしの目標			
本人： 終了後の目標： ケアプラン：			
目標達成に向けたプログラムの計画、具体策等			特記事項
利用期間	年 月 日から 年 月 日まで		
訪問日	○月○日○曜、○月○日○曜、○月○日○曜、○月○日○曜（○時から○時まで）		
緊急連絡先 (家族等)			

- サービスの安全な実施や適切な支援を行うため、本サービスで知り得た個人情報をいきいき支援センターやケアマネジャー、行政機関に提供することがあります。
- 緊急時や体調の変化等の状況、事故の発生により、サービス提供の中止・終了をすることがあります。その場合、緊急連絡先に連絡を行う等、必要な措置を講じます。
- キャンセルされる場合は事前にご連絡ください。事前連絡のないキャンセルが2度あった場合、本サービスは終了となります。

上記計画について説明を受け、同意しました。また、当該計画の交付を受けました。

同意年月日 年 月 日

利用者署名欄

苦情相談受付窓口（平日 9:00～17:00）

【制度全般に関すること】 名古屋市健康福祉局高齢福祉課 TEL:052-972-2540

【サービス提供に関すること】 愛知県理学療法士会 TEL:052-972-6295

短期集中予防型訪問サービス実施説明書（運動習慣定着コース）

利用者氏名	様	サービス提供者 所属・氏名	
被保険者番号		連絡先	
対象者区分	事業対象者・要支援 1 ・ 要支援 2		
わたしの目標			
本人： 終了後の目標： ケアプラン：			
目標達成に向けたプログラムの計画、具体策等			特記事項
利用期間	年 月 日から 年 月 日まで		
訪問日	運動習慣定着コース：毎週○曜日 ○時から○時まで		
緊急連絡先 (家族等)			

- サービスの安全な実施や適切な支援を行うため、本サービスで知り得た個人情報をいきいき支援センターやケアマネジャー、行政機関に提供することがあります。
- 緊急時や体調の変化等の状況、事故の発生により、サービス提供の中止・終了をすることがあります。その場合、緊急連絡先に連絡を行う等、必要な措置を講じます。
- キャンセルされる場合は事前にご連絡ください。事前連絡のないキャンセルが2度あった場合、本サービスは終了となります。

上記計画について説明を受け、同意しました。また、当該計画の交付を受けました。

同意年月日 年 月 日

利用者署名欄

苦情相談窓口

【制度全般に関すること】 名古屋市健康福祉局高齢福祉課 TEL:052-972-2540

【サービス提供に関すること】 愛知県柔道整復師会 TEL:052-871-2211

短期集中予防型訪問サービス実施報告書

【様式4-1】

利用者氏名	
-------	--

(短期集中予防型訪問サービス 暮らし活性化コース)

	第 1 回			第 2 回			第 3 回			第 4 回		
実施日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日
開始・終了時刻	:	～	:	:	～	:	:	～	:	:	～	:
健康状態												
指導の要点												
課題・改善点等												
特記事項												
担当者職種・氏名												

目標達成状況 (1達成できなかった～5達成できた)		左記の理由	
終了後の支援			

短期集中予防型訪問サービス実施報告書

【様式4-2】

(運動習慣定着コース)

利用者氏名	
-------	--

	第 1 回		第 2 回		第 3 回		第 4 回		第 5 回		第 6 回	
実施日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日
開始・終了時刻	:	～	:	:	～	:	:	～	:	:	～	:
健康状態												
指導の要点												
課題・改善点等												
特記事項												
担当者職種・氏名												

	第7回		第8回		第9回		第10回		第11回		第12回	
実施日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日
開始・終了時刻	:	～	:	:	～	:	:	～	:	:	～	:
健康状態												
指導の要点												
課題・改善点等												
特記事項												
担当者職種・氏名												

目標達成状況 (1達成できなかった～5達成できた)		左記の理由	
終了後の支援			

年 月 日

御中

愛知県〇〇会

短期集中予防型訪問サービス派遣中止連絡票

〇年〇月〇日付派遣依頼について、下記のとおり派遣を中止しますので連絡します。

記

1 利用者名
〇〇 〇〇

2 派遣中止理由

☐ 医師から、本サービスの利用中止の指示を受けたため。

☐ 病院に入院又は施設に入所したため。

☐ 事前連絡のないキャンセルが2度あったため。

☐ その他（ ）

ケアマネジメント結果等記録 兼 短期集中予防型訪問サービス派遣依頼書

【ケアマネジメント結果等記録】

(添付書類 わたしのカルテ ※既にケアプランが作成されている場合は現行のケアプラン)

記入日	年 月 日
作成者氏名	●区●部いきいき支援センター（居宅介護支援事業所●●） 氏名： 連絡先：
利用者情報 (連絡先等はわたしのカルテ参照)	氏 名： 認定区分： <u>事業対象者</u> ・ 要支援 1 ・ 認定期間： ●年●月●日～●年●月●日 ☒ 基本チェックリストの所定項目に該当 ☒ 介護保険サービスの訪問リハ（訪問看護のリハ含む） ☒ 過去に同サービスの利用なし
現在の状況	【運動・移動について】 下肢筋力に低下がみられ、歩行時にふらつくことが多い。自宅内の移動は何も持たずに可能ではあるが、転倒への不安が大きい。 【日常生活（家庭生活）について】 家事全般は同居の家族が行っている。自分の身の回りの物は自分で買いに行くが、最近は転倒への不安から家族に依頼することが増えており、外出頻度が減っている。
目標	転倒することなく自宅内を自由に移動し、1人で安全に出かけられる。
支援計画 (いずれかに ☒)	短期集中予防型訪問サービスにより、 ☒ 生活動作や生活環境等の改善を図る ☐ 運動習慣の定着を図る
健康状態について	(主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点)

確認をして☒をします。

他サービス併用で別途ケアプランがある場合、「ケアプラン参照」と記載する形も可。

公益社団法人 愛知県理学療法士会 事務局 御中

暮らし活性化コースは愛知県理学療法士会、運動習慣定着コースは愛知県柔道整復師会を宛先とします。

サービス提供者の派遣を、下記のとおり依頼いたします。

依頼コース	<u>暮らし活性化コース</u> ・ 運動習慣定着コース
サービス提供希望日時	<u>月</u> ・火・ <u>水</u> ・木・ <u>金</u> ・土・日 13時～16時の間
その他希望事項 (職種、配慮すべき事項)	理学療法士による歩行動作の指導を希望します。

FAX またはメールにて送付します。

希望する職種や内容等があれば記入します。

愛知県理学療法士会

FAX : 052-972-6295

メール : nagoya.houmonc@gmail.com

愛知県柔道整復師会

FAX : 052-871-2215

メール : kaigo@shadan-aisei.jp

短期集中予防型訪問サービス実施説明書（暮らし活性化コース）

利用者氏名	様	サービス提供者 所属・氏名	〇〇訪問看護ステーション 名古屋太郎
被保険者番号		連絡先	052-000-000
本人へ聴き取り等を行い、 目標を設定します。		事業対象者・要支援 1 ・ 要支援 2	
わたしの目標			
本人：つまずきを減らし、移動の不安をなくしたい。 終了後の目標：屋内の転倒リスクを軽減し、転倒の不安を軽減し、外出機会を増やす。 ケアプラン：転倒することなく自宅内を自由に移動し、1人で安全に出かけられる。			
目標達成に向けたプログラムの計画、具体策等		特記事項	
・歩行能力の評価 ・屋内環境の評価と改善提案 ・歩行能力改善に向けた運動の指導 ・移動に対する不安、外出頻度のチェック（初回以降）		特に配慮する事項が あれば記載します。	
利用期間	令和 6 年 10 月 1 日から令和 6 年 12 月 10 日まで		
実施日	10 月 1 日火曜、10 月 15 日火曜、11 月 12 日火曜、12 月 10 日火曜 (13 時から 14 時まで)		
連絡先			

目標を踏まえ、具体的に実施する
予定の内容を記載します。

利用期間は初回訪問日～4 回目訪問日を記載。

初回訪問～2 回目：2 週間

2 回目～3 回目：4 週間

3 回目～4 回目：4 週間

サービスの実施や適切な支援を行う
いきいき支援センターやケアマネジャー、行
● 緊急時や体調の変化等の状況、事故の発生
ることがあります。その場合、緊急連絡先に
● キャンセルされる場合は事前にご連絡くだ
あった場合、本サービスは終了となります。

上記計画について説明を受け、同意しました。また、当該計画の交付を受けました。

同意年月日 年 月 日

利用者署名欄

苦情相談窓口

【制度全般に関すること】 名古屋市健康福祉局高齢福祉課 TEL:052-972-2540

【サービス提供に関すること】 愛知県理学療法士会 TEL:052-972-6295

短期集中予防型訪問サービス実施説明書（運動習慣定着コース）

利用者氏名	様	サービス提供者 所属・氏名	〇〇接骨院 名古屋太郎
被保険者番号		連絡先	052-000-000
本人へ聴き取り等を行い、 目標を設定します。		事業対象者・要支援 1 ・ 要支援 2	
わたしの目標			
本人：体操をして歩く力を付けたい。			
終了後の目標：運動習慣を付け、下肢の筋力を向上して移動能力向上を図る。			
ケアプラン：下肢筋力低下を予防し、安全に歩行できる。			
目標達成に向けたプログラムの計画、具体策等			特記事項
・ 下肢筋力の測定（30 秒椅子立ち上がりテスト） ・ 下肢の体操の指導（段階的に負荷を上げていく） ・ ご自身にて自主トレーニングの記録をつけていただき、 毎回一緒に確認する。			特に配慮する事項が あれば記載します。
利用期間	令和 6 年 10 月 1 日から令和 6 年 12 月 17 日まで		
訪問日	毎週火曜日 13 時から 14 時まで		
緊急連絡先 (氏名)			

目標を踏まえ、具体的に実施する
予定の内容を記載します。

適切な支援を行う

利用期間は初回訪問日～最終訪問日を記載。

いきいき支援センターやケアマネジャー、行政機関に提供することがあります。

- 緊急時や体調の変化等の状況、事故の発生により、サービス提供の中止・終了をすることがあります。その場合、緊急連絡先に連絡を行う等、必要な措置を講じます。
- キャンセルされる場合は事前にご連絡ください。事前連絡のないキャンセルが 2 度あった場合、本サービスは終了となります。

上記計画について説明を受け、同意しました。また、当該計画の交付を受けました。

同意年月日 年 月 日

利用者署名欄

苦情相談窓口

【制度全般に関すること】 名古屋市健康福祉局高齢福祉課 TEL:052-972-2540

【サービス提供に関すること】 愛知県柔道整復師会 TEL:052-871-2211