

短期集中型訪問サービス事業  
(リハビリテーション専門職指導)  
マニュアル

令和8年4月

長崎市

# もくじ

## 短期集中型訪問サービス事業（リハビリテーション専門職指導）

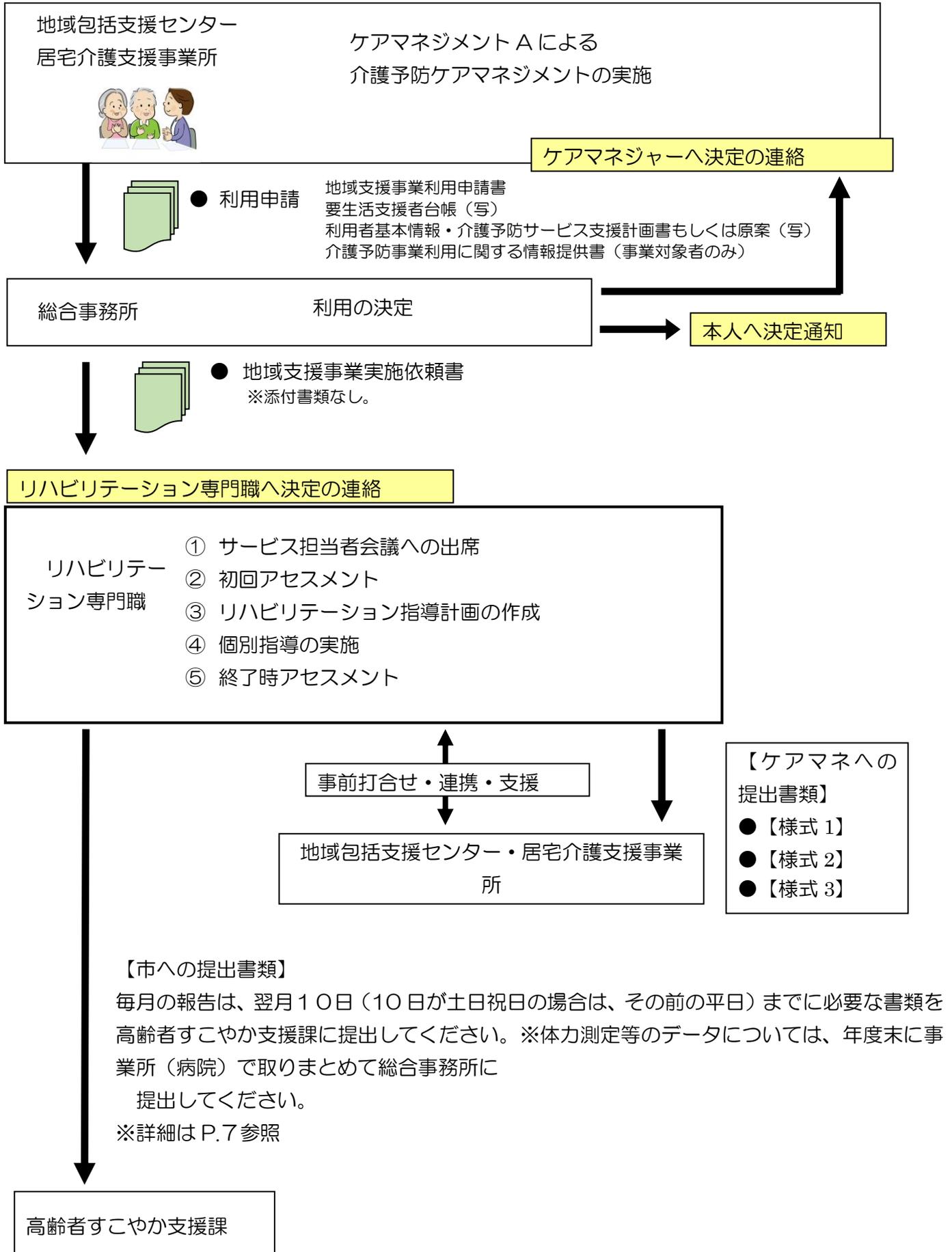
1	事業の概要	1
2	短期集中型訪問サービス事業（リハビリテーション専門職指導）実施に伴う流れ	2
3	運営について	
	（1）担当スタッフと役割	3
	（2）プログラムの流れ	3
	（3）プログラムの内容	3
	（4）プログラムに関する留意事項	4
	（5）初回利用までに実施すること	5
	（6）アセスメント（評価）について	5
	（7）安全管理について	6
	（8）報告について	7
	（9）電話確認について	7
	（10）その他	7
4	利用者の具体的な評価方法について	
	（1）目的	8
	（2）問診	8
	（3）体力評価	8
	（4）軽度認知機能低下のスクリーニングツール	11
5	短期集中型訪問サービス事業（リハビリテーション専門職指導） Q&A	17
<b>●様式集●</b>		
【様式1】	短期集中型訪問サービス事業（リハビリテーション専門職指導）実施報告書	18
【様式2】	短期集中型訪問サービス事業（リハビリテーション専門職指導）実施報告書[日別]	19
【様式3】	個別評価票	20
【様式4】	興味・関心チェックシート	22
【様式5】	短期集中型訪問サービス 主観的健康感・体力測定結果	23
【様式6】	短期集中型訪問サービス MoCA-J結果	24
【様式7】	事故報告書	25
【様式8】	短期集中型訪問サービス事業（リハビリテーション専門職指導）チラシ	26

## 短期集中型訪問サービス事業（リハビリテーション専門職指導）

### 1 事業の概要

目的	対象者に対して、理学療法士、作業療法士が自宅へ訪問することにより短期集中的に日常生活動作（ADL）または手段的日常生活動作（IADL）の改善を図り、終了時には目標達成の評価と今後の介護予防について調整する。
効果	1. 運動機能向上・・・運動機能の維持又は改善。生活活動の維持又は改善。 2. 認知機能向上・・・認知機能の維持又は改善。生活活動の維持又は改善。 3. うつ予防・・・早期に発見し、早めに個別相談や医療機関へ結びつけ、重症化を予防する。 4. 閉じこもり予防・・・外出の機会を設け、他の参加者との交流を図る事により、外出への意欲が持てる。
対象者	要支援1、要支援2または事業対象者（栄養、口腔リスクのみの該当を除く）。かつ主治医の許可がある方。
内容	家庭訪問による日常生活動作（ADL）または手段的日常生活動作（IADL）の調査、個別指導
スタッフ	理学療法士または作業療法士（1回目は、ケアマネジャーの同行訪問あり）
開催頻度	3～6ヶ月（最大6回）
時間	1時間程度
利用料	無料

## 2 短期集中型訪問サービス事業（リハビリテーション専門職指導）実施に伴う流れ



### 3 運営について

#### (1) 担当スタッフと役割

担当	職種	役割
リハビリテーション専門職	理学療法士 作業療法士	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業実施に係るアセスメント・評価</li> <li>・現在の心身機能把握</li> <li>・個別計画の立案および実施</li> <li>・主治医との連絡</li> <li>・ケアマネジャーとの連携</li> </ul>

※1回目はケアマネジャーが同行訪問する。

#### (2) プログラムの流れ

ここではプログラムの内容及び時間配分の例を示していますが、必要に応じて変更して構いません。なお、休憩や水分補給は対象者の状況や運動の内容により、適時取るようにしてください。

#### (参考例)

0分    5分    20分    50分    60分

訪問	体調確認	アセスメント	リハビリテーション専門職指導運動 指導や生活機能向上指導など	整理体操 体調確認 次回調整	終了
----	------	--------	-----------------------------------	----------------------	----

#### (3) プログラムの内容

現在の日常生活動作（ADL）または手段的日常生活動作（IADL）について評価し、今後必要な介護予防サービスを紹介し、利用へ向けた支援をします。

指導回数は最大6回ですが、必要に応じて回数を減らすことができます。

例を示していますが、内容を変更しても構いません。

回数	内容	担当者
初回支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>○初回アセスメント【様式3】</li> <li>○目標設定</li> <li>○支援計画（方針）の立案</li> <li>○初回指導と次回までの課題提示</li> </ul>	リハビリ専門職
途中支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>○課題の実施状況確認と計画修正</li> <li>○リハビリテーション指導実施</li> <li>○地域の情報提供</li> <li>○今後の介護予防についてのアドバイス</li> </ul>	リハビリ専門職
最終回支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>○終了時アセスメント【様式3】</li> <li>○目標達成の評価</li> <li>○終了後の介護予防について調整</li> </ul>	リハビリ専門職

#### (4) プログラムに関する留意事項

- ア 実施時間については、1 時間程度を目安にします。
- イ 介護予防ケアマネジメントは、ケアマネジメント A のサービスとなります。サービス担当者会議については、ケアマネジャーと担当のリハビリテーション専門職で打ち合わせてください。その際、他に受けているサービスがある場合は、できるだけそのサービス専門職も参加できるように、日程を設定してください。
- ウ 個人の状態、環境に応じた個別指導について
- (ア) 短期集中型訪問サービスにおけるリハビリ専門職指導は、最長 6 ヶ月間で、最大 6 回で終了します。支援間隔は月 1 回を想定していますが、必要に応じて変更は可能です。ただし、最終回は最短で 3 ヶ月とします。
- (イ) 他サービスの利用状況や状態の変化など、利用者の状況についてケアマネジャーと連絡をとりながら、状態に合った支援が行えるようにします。
- (ウ) 医師からの情報としては、事業対象者は「介護予防・生活支援サービス事業利用に関する情報提供書」が、要支援 1、要支援 2 については、主治医意見書があります。主治医意見書につきましては、提供にあたりケアマネジャーの手続きが必要となります。提供の必要性についてケアマネジャーと担当のリハビリテーション専門職で話し合ってください。
- (エ) 閉じこもり予防の支援においては、事業終了により、その後再度閉じこもりにならないよう、介護予防事業以外の社会資源への参加を促すようなアプローチを考慮する必要があります。
- (オ) 認知機能低下、運動機能低下と低栄養状態・口腔機能低下には関連があることから、本事業と併せて栄養改善指導、口腔改善指導等の利用についても検討を行います。
- (カ) 本事業の利用が困難な場合（訪問拒否の場合等含む）は、ケアマネジャーに報告し対応を検討してください。
- (キ) 屋外での指導は、屋内活動以上に安全管理に努め、体調不良等の有事対応（医師への連絡方法、搬送先、バイタルチェックの準備、応急処置用品の携帯ほか）について十分に準備して実施してください。

## エ 訪問に関する留意点

(ア) 毎回健康チェックを行ってください。血圧と脈拍は測定してください。

(イ) 必ず訪問当日に利用者宅に連絡して訪問予約の最終確認をしてください。

電話が繋がらず、訪問時にも本人不在の場合は、終了日までの期間で振替の対応をお願いします。

## オ 支援期間中の中断への対応

支援期間中に体調不良や拒否等の理由でサービスを中断した場合には、直ちにケアマネジャーに連絡をお願いします。

再開時にケアプラン 変更なし	利用期間内に再開する場合、利用申請書は不要。
再開時にケアプラン 変更あり	ケアマネジャーから再開依頼連絡が入ります。利用期間内に再開する場合も、地域支援事業利用申請を提出後、市からの実施依頼書が届いた後、利用再開となります。利用決定の場合は、新たに6回（最長6ヶ月）利用します。
過去に中断または 利用歴がある	原則6ヶ月が上限のサービスですが、特に必要性があれば、ケアマネジャーからの相談により、個別に検討します。

上記の他にも迷うケースがありましたらその都度、市（各総合事務所）の担当者へご相談ください。

## (5) 初回利用までに実施すること

事業所は、地域支援事業実施依頼書の到着後、担当ケアマネジャーに連絡し、利用者の基本情報や介護予防サービス支援計画について情報共有を行ってください。

## (6) アセスメント（評価）について

評価には初回アセスメント、終了時アセスメントがあります。

### (ア) 初回アセスメント

【様式 3】（初回アセスメントと課題分析、本人の目標、個別サービス計画、今後利用が望ましいインフォーマルサービス、通所型サービス）の作成を行います。

### (イ) 終了時アセスメント

【様式 3】の初回アセスメントの結果を作成します。

### (ウ) アセスメントに使用する書類

(表 1)

	様 式	初 回	2～5回	終了時
1	【様式 3】個別評価票	○		○
2	【様式 2】短期集中訪問サービス事業 (リハビリテーション専門職指導)実施報告書[日別]	○	○	○
3	【様式 4】興味関心チェックシート	必要に応じて		
4	1～3以外で、リハビリテーション専門職が 必要と判断したアセスメント様式	○		○

その他に、担当のリハビリテーション専門職が必要と判断したアセスメント様式を追加することができます。

(エ) 評価項目については、主観的健康感については必須項目です。体力測定

(①握力 ②開眼片足立ち ③椅子からの立ち上がり ④Timed Up and Go test)、軽度認知機能低下のスクリーニングツール (MoCA-J) は本人の状態や自宅の状況が許す限り実施してください。

## (7) 安全管理について

ア 対象者の主治医や緊急連絡先との連絡体制の確認や、最寄りの医療機関・救急病院のリストの作成等を行い、緊急時の対応の仕方について職員間で共有してください。

イ 事故が起こった場合や救急搬送した場合などは、速やかに電話で総合事務所に連絡後、詳細については 2 日以内に事故報告書【様式 7】にて総合事務所へ報告してください。また高齢者すこやか支援課へも実施報告書【様式 1】【様式 2】と併せて【様式 7】の提出をお願いします。

## (8) 報告について

事業実施月の翌月10日（10日が土日祝日の場合は、その前の平日）までに市（高齢者すこやか支援課）に報告してください。ただし、3月分については、3月末までに報告してください。

主観的健康観・体力測定結果【様式5】及びMoCA-J結果【様式6】については、年度末に、当年度利用終了者、中断者全員分の入力データを事業所（病院）でまとめて総合事務所へメールで提出してください。提出方法の詳細については、別途お知らせします。

### ア 市へ提出

(表2)

提出書類	高齢者すこやか支援課へ提出	総合事務所へ提出	時期
【様式1】短期集中型訪問サービス事業（リハビリテーション専門職指導）実施報告書  【様式2】短期集中型訪問サービス事業（リハビリテーション専門職指導）実施報告書[日別]	○		翌月10日まで
【様式3】個別評価票	○		初回の翌月10日まで 最終回の翌月10日まで
【様式5】短期集中型訪問サービス主観的健康観・体力測定結果  【様式6】短期集中型訪問サービスMoCA-J結果		○ データ	年度末
【様式7】事故報告書	○	○	※P6 安全管理を参照 事故発生後2日以内（総合事務所）、翌月10日まで（高齢者すこやか支援課）

### イ ケアマネジャーへ提出（リハビリテーション専門職から郵送）

(表3)

	提出書類の内容	種別
1	短期集中型訪問サービス事業（リハビリテーション専門職指導）実施報告書[日別]	様式2
2	個別評価票	様式3
3	興味・関心チェックシート	様式4

## (9) 電話確認について

原則として訪問でのリハビリテーション指導実施であり、電話での確認指導・相談は想定していません。

## (10) その他

支援するリハビリテーション専門職は原則として1名で、途中変更しないこととしています。ただし、リハビリテーション専門職の担当継続が困難になった場合など、やむをえない事情で変更した場合は、専門職間で利用者の情報や支援内容等について、引き継ぎを行

ってください。後任のリハビリテーション専門職は、前任者の残り回数分を実施します。

## 4 利用者の具体的な評価方法について

### (1) 目的

利用者を評価する目的は、高齢者の心理的・身体的状況、転倒リスク、体力水準などを把握し、個別の目標が達成できるように適切なサービス提供を行うことにあります。

事業所ではケアマネジャーが作成したケアプランに沿った個別サービス計画を立てますが、加えて【別紙1】のアセスメント項目の結果をもとに本マニュアルに掲載しているようなプログラムを計画に導入します。

### (2) 問診

問診の方法については、利用者自身で記入していただく方法や面接方式などがあります。正確な情報を得るためには、面接方式が望ましい場合もありますが、利用者に応じて事業所で判断してください。

### (3) 体力評価

体力テストは、高齢者の身体機能を評価するとともに「運動機能向上事業」の効果判定としても有用に利用します。特に下肢筋力、立位バランス、歩行の評価は重要になります。

体力測定項目は以下の4項目実施します。測定結果を個別評価表【様式3】に記録します。

#### ア 筋力：全身的体力の指標となります

##### (ア) 握力

**準備物**：握力計

**準備方法**：特になし

**測定方法**

- a 握力計を握りやすい状態に合わせます。
- b 上肢を垂らしたまま、握力計を力いっぱい握ります。
- c 計測の姿勢は立位・座位どちらでも構いません。
- d 両側を計測します。
- e 左右交互に2回ずつ計測を行い、記録します。安全のために息は止めずに、呼吸をしながら行います。

##### (イ) 椅子起立時間：下肢筋力の簡易な指標になります

**準備するもの**：椅子（高さ45cm、背もたれがあり、肘掛はなく、座る部分は傾斜がなく固めのもの）、ストップウォッチ

**準備方法**：椅子は動かないように介助者が固定します。

**測定方法**

- a 椅子から5回続けて立ち上がり、その時間を測定します。
- b 両腕を胸の前で組み、座る部分の半分は深く座ります。

- c 手を使わずに“立ち上り、座り”を5回繰り返す、5回目に立位時を終了とし、その所要時間を計測します。
- d 手を使用したり、介助を要した場合はその旨記載してください。
- e 1回の練習後、2回ずつ計測し記録します。

## イ バランス評価

### (ア) 開眼片脚立ち

**準備するもの**：ストップウォッチ

**準備方法**：測定中に対象者がふらついても支障のないスペースを確保します。

**測定方法**

- a 両手を腰に当て片足を床から離し、以下のいずれかの状態が発生するまでの時間をストップウォッチで測定します。上げる足は、前方、後方どちらに上げても可としますが、支持脚につけないようにします。
  - (a) 支持脚の位置がずれたとき
  - (b) 腰に当てた手が離れた時
  - (c) 支持脚以外の身体の一部が床に触れた時
- b 支持脚が左か右かを記録しておきます。
- c 計測は2回行い、よい方の記録を記入します。計測者は対象者の傍らに立ち、安全を確保してください。指示は「眼を開けたままこの状態をできるだけ長く保ってください」に統一します。
- d 1回の練習後、2回ずつ計測し記録します。

## ウ 敏捷性テスト

### (ア) Timed Up and Go Test：歩行能力とともに歩行時のバランスを評価します

**準備するもの**：椅子（高さ45cm、背もたれがあり、肘掛はなく、座る部分は傾斜がなく固めのもの）、ストップウォッチ、ビニールテープ

**準備方法**：椅子から直線距離で3m先の床にテープを貼ります。椅子は動かないように介助者が固定します。

**測定方法**

- a 対象者は椅子に深く腰掛けます。
- b 「はい」と同時にストップウォッチにて計測を始め、椅子から手を使わずに立ち上がり、ラインを左右どちらかの足で完全に越え（ラインを踏んだら不可）、振り返り、歩いて再び椅子に座るまでの時間を計測します。
- c 補助具（杖など）を使用した場合は、その旨記載します。
- d 測定者は対象者がバランスを崩したとき、すぐ助けられるように近くに立って補助します。
- e 1回の練習後、2回ずつ計測し記録します。

# 握力



○準備するもの：握力計

- ① 握力計を握りやすい状態にあわせる。
- ② 上肢を垂らしたまま、握力計を力いっぱい握る。  
計測姿勢は立位・座位どちらでも良い。
- ③ 左右両側計測する。
- ④ 左右2回計測し、良い方の値を記録する。

安全のために息を止めずに、はきながら行う。

# 開眼片脚立ち

○準備方法

測定中に対象者がふらついても支障のないペースを確保する

○測定方法

- ①両手を腰にあて片足を床から離し、以下のいずれかの状態となるまでの時間をストップウォッチで測定する。上げる脚は、前方・後方どちらにあげても可とするが、支持脚につけないこと。

1. 指示脚の位置がずれたとき
2. 腰にあてた手が離れたとき
3. 支持脚以外の体の一部が床に触れたとき

- ②支持脚が右か左かを記録しておく。測定者は対象者の傍らに立ち、安全を確保する。教示は「眼を開けたままこの状態をできるだけ長く保ってください」に統一する。

1回練習した後に2回測定を行い、良い方の記録を記入する。



○準備するもの  
ストップウォッチ

# 椅子起立時間



## ○準備するもの

椅子（高さ 45 cm、背もたれがあり、肘掛けはなく、座る部分は傾斜がなく固めのもの）、ストップウォッチ

## ○準備方法

椅子は動かないように介助者が固定する。

## ○測定方法

- ①椅子から5回続けて立ち上がり、その時間を測定する。
  - ②両腕を胸の前で組み座る部分の半分以上は深く座ってもらう。
  - ③手を使わずに“立ち上がり、座り”を5回繰り返し、5回目の立位時を終了とし、その所要時間を測定する。
  - ④手を使用したり、介助を要した場合はその旨を記録する。
- 1回目練習した後に2回測定を行い、良い方の記録を記入する。

# Time Up and Go Test



## ○準備するもの

椅子（高さ 45 cm、背もたれがあり、肘掛けはなく、座る部分は傾斜がなく固めのもの）、ストップウォッチ、ビニールテープ

## ○準備方法

椅子から直線距離で3m先の床にテープを張る。椅子は動かないように介助者が固定する。

## ○測定方法

- ①対象者は椅子に深く腰掛ける。
  - ②「はい」と同時にストップウォッチにて計測を始め椅子から手を使わずに立ち上がり、ラインを左右どちらかの足で完全に超え（ラインを踏んだら不可）、振り返り、歩いて再び椅子に座るまでの時間を測定する。
  - ③補助具（杖など）は、使用した場合はその旨を記載する。
  - ④測定者は対象者がバランスを崩したとき、すぐに助けられるように近くに立つ。
- 1回目練習した後に2回測定を行い、良い方の記録を記入する。

## 軽度認知機能低下のスクリーニングツール (MoCA-J)

MoCA-J は軽度認知機能低下のスクリーニングツールであり、多領域の認知機能（注意機能、集中力、実行機能、記憶、言語、視空間認知、概念的思考、計算、見当識）について、約 10 分という短い時間で評価することができる。合計で 30 点満点であり、日本語版では 26 点以上が健常範囲と考えられる

### ア Trail Making

(ア) **教示**： 数字からひらがなへ順番通りに線で結んで下さい。ここから始めて（“1”を指す），“1”から“あ”へ、そして“2”へと線を描いていって、ここで終わって下さい（“お”を指す）

**採点**： 線が交差することなく，“1-あ-2-い-3-う-4-え-5-お”の順に結ぶことができれば1点を与える。直後の自己修正以外のエラーがある場合には0点となる

### イ 視空間認知機能（立方体）

(ア) **教示**： これ（“立方体”を指す）を出来るだけ正確に、下のスペースに書き写して下さい

**採点**： 正確に描くことができていたら1点を与える。次の条件を1つでも満たしていない場合には0点となる

- a 3次元として描かれている
- b 全ての線が描かれている
- c 余計な線が加えられていない
- d 線の並行関係が保たれており、それら長さが類似している（四角柱となっている場合は問題ない）

### ウ 視空間認知機能（時計描画）

(ア) **教示**： 時計を描いてください。文字盤に数字を全て描き、11時10分を指すよう針を描いて下さい

**採点**： 次の3つの基準で採点を行い、それぞれに対して1点を与える

- a 輪郭（1点）：時計の文字盤が円形であること。わずかな歪みであれば問題ない（例えば、円を閉じるところが僅かに不完全でも問題ない）
- b 数字（1点）：数字が過不足無く描かれていること。正しい順番であり、かつ正しい位置に描かれていること。数字がローマ数字であっても問題はない
- c 針（1点）：長針、短針ともに正しい数字を指していること。短針は長針よりもはっきりと短くなくてはならない。2つの針が文字盤の中心でつながっていること
- d それぞれの基準において、条件が満たされていない場合には0点となる

### エ 命名

- (ア) **教示**： この動物の名前を教えてください（左から順に指していく）  
**採点**： 動物の名前を正しく言えばそれぞれに対して 1 点を与える  
①ライオン, ②サイ, ③ラクダ

オ 記憶

- (ア) **教示**： これから記憶の検査をします。今から単語をいくつか読み上げますので、それをよく聞いて憶えておいて下さい。私が読み終えましたら、その時に憶えている単語を私に教えて下さい。順番は気にしないで構いません。（1 秒につき 1 つのペースで単語を読み上げる。対象者が再生した単語について“第 1 試行”の欄にチェックを入れる。対象者が全ての単語を再生するか、それ以上再生できなくなったら、次の教示を与える。）同じ単語を読み上げますので、もう一度それを憶えてみて下さい。私が読み終えましたら、最初に憶えた単語も含めて、その時に憶えている単語を全て教えて下さい。（再び単語を読み上げ、対象者が再生した単語について“第 2 試行”の欄にチェックを入れる  
対象者が全ての単語を再生するか、それ以上再生できなくなったら、次の教示を与える。）検査の終わり頃に、これらの単語をもう一度思い出して頂きます  
**採点**： 第 1 試行, 第 2 試行とも得点は与えない

カ 注意

- (ア) **順唱 教示**： これからいくつかの数字を読み上げます。私が読み終えましたら、私と同じように繰り返して言って下さい。（5 つの数字を 1 秒につき 1 つのペースで読み上げる）  
**逆唱 教示**： それでは、またいくつか数字を読み上げます。今度は私が読んだ順番と逆から繰り返して言って下さい（3 つの数字を 1 秒につき 1 つのペースで読み上げる）  
**採点**： 正しく繰り返すことができたならそれぞれ 1 点を与える（逆唱では 2-4-7 が正答）
- (イ) **ビジランス 教示**： これから、ひらがなを読み上げていきますので、私が“あ”と言うたびに手を叩いて下さい。私が“あ”以外のひらがなを言う時には、手は叩かないで下さい（検査用紙に書かれたひらがなを 1 秒につき 1 つのペースで読み上げる）  
※マヒなどで両手を使う事が困難な場合には、手を叩く代わりに片手で机などを叩くよう求める  
**採点**： エラーが 1 回以下の時に 1 点を与える（エラー：“あ”の時に手を叩かない、もしくは他のひらがなの時に手を叩く）
- (ウ) **計算 教示**： 私が“止め”というまで、100 から 7 を順に引いて行って下さい（必要であればこの教示を 2 回与える）  
**採点**： 3 点満点で採点を行う。正答がない時には 0 点、正答が 1 つの時には 1 点、正答が 2 つから 3 つの時には 2 点、正答が 4 つか 5 つの時には 3 点を与える。100 から 7 を減算していく際の、それぞれの計算において正誤を判断する。例えば、1 回目の計算が間違っている場合、2 回目の計算にお

いて正しく 7 が引かれていれば、2 回目の計算は正答とする

キ 復唱

(ア) **教示**：これから文章を読み上げます。私が読んだ後に、正確に繰り返して下さい（間をとる）太郎が今日手伝うことしか知りません。（対象者が繰り返した後に次ぎの教示を与える）それでは、もうひとつ文章を読み上げます。先ほどと同じように正確に繰り返して下さい。（間をとる）犬が部屋にいるときは、猫はいつもイスの下にかくれていました

**採点**：それぞれの文章を正しく復唱できていれば 1 点を与える。復唱は正確でなければならない（言葉を省略するなどの細かいエラーにも注意を払う）

ク 語想起

(ア) **教示**：これから私が言うひらがなで始まる言葉を、出来るだけたくさん言って下さい。言葉であれば何でも構いません。時間は 1 分間です。準備はよろしいですか？（間をとる）それでは、“か”で始まる言葉を出来るだけたくさん言って下さい。（60 秒計測）止め

**採点**：言葉を 11 個以上生成出来れば 1 点を与える。対象者の生成した語は下部もしくは側部の余白に記録し、生成した総数についてもカウントしておく

ケ 抽象的思考

(ア) **教示**：（単語のペアに共通するものを表す言葉をたずねる。例題から始める。）  
“バナナ”と“ミカン”はどのように似ていますか？（もし対象者が具象的な共通部分を挙げた場合には、一度だけ次の教示を与える）他の言い方はありませんか？（対象者が適切な反応（果物）をしなかった場合には次の教示を与える）そうですね、また両方とも果物でもあります。（他の教示や明確な説明は与えない）  
（例題実施後）それでは、“電車”と“自転車”はどのように似ていますか？（回答後に次の問いを与える）それでは、“ものさし”と“時計”はどのように似ていますか？（追加の教示や手がかりは一切与えない）

**採点**：それぞれの問題で次のような適切な反応が得られれば 1 点を与える  
電車-自転車=交通手段、旅行の手段、乗り物  
ものさし-時計=測るもの、計測に使用するもの、計測器具  
車輪がある、数字があるなどの反応は適切なものとみなさない

コ 遅延再生

(ア) **教示**：先ほどいくつかの単語を憶えて頂きました。今憶えている単語をできるだけ私に教えて下さい。（手がかりのない状態で憶えていたものとして“自由再生”の欄にチェックを入れる）

**採点**：手がかりなく再生できた単語それぞれに 1 点を与える

参考項目：遅延自由再生に続き、再生できなかった単語について意味的な手がかり（カテゴリ）を与える。手がかり（カテゴリ）によって再生できた場合には、“手がかり（カテゴリ）”の欄にチェックを入れる。手がかり（カテゴリ）を与えても再生できない時には、多肢選択試行として次のような教示を与える。“次の単

語のうちどれだと思いますか？”多肢選択によって再生できた場合には“手がかり（多肢選択）”の欄にチェックを入れる

- ① 顔：手がかり（カテゴリ）：身体の一部 多肢選択：口，顔，手
- ② 絹：手がかり（カテゴリ）：生地 多肢選択：絹，麻，木綿
- ③ 神社：手がかり（カテゴリ）：建物 多肢選択：神社，学校，病院
- ④ 百合：手がかり（カテゴリ）：花 多肢選択：バラ，百合，椿
- ⑤ 赤：手がかり（カテゴリ）：色 多肢選択：赤，青，緑

**採点**：手がかりを与えた単語については得点としない。手がかり再生による得点は、記憶障害のタイプについての追加的情報としてのみ使用する。記憶障害が検索の失敗に起因しているならば、手がかりによって再生成績は改善される。記憶障害が符号化の失敗に起因しているのであれば、手がかりによる再生成績の改善はみられない

#### サ 見当識

**教示**：今日の日付を教えてください。（対象者の回答が完全でない場合には次の教示を与える）今日は何年，何月，何日，何曜日ですか？（回答後に次の教示を続ける）それでは，ここは何市（区・町）ですか？（回答後に次の教示を続ける）それでは，この場所（建物）の名前は何ですか？

**採点**：正しく回答できた項目それぞれに 1 点を与える。日付や名前については正確な回答でなくてはならない

- シ 合計得点：検査用紙の右側に記入した得点を全て合計する。教育年数が 12 年以下の場合には 1 点を加える（最高 30 点）。合計得点が 26 点以上であれば健常範囲と考えられる

日本語版 MoCA (MoCA-J) 教示マニュアル

Instruction manual of Japanese version of Montreal Cognitive Assessment (MoCA-J)

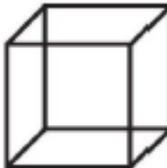
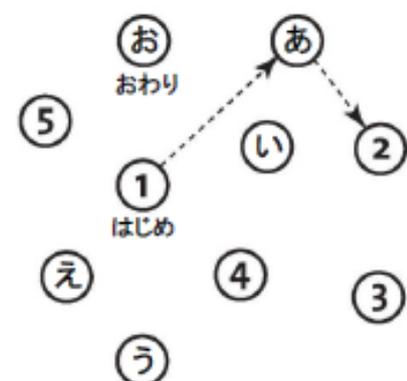
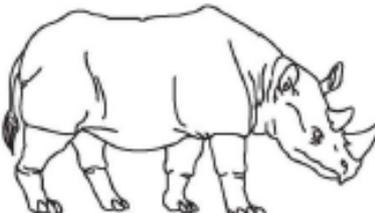
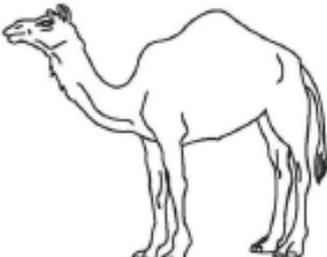
作成：鈴木宏幸

監修：藤原佳典

東京都健康長寿医療センター研究所（東京都老人総合研究所）社会参加と地域保健研究チーム

Japanese Version of  
The MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA-J)

氏名： \_\_\_\_\_  
 教育年数： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_  
 性別： \_\_\_\_\_ 検査実施日： \_\_\_\_\_

<b>視空間／実行系</b>	 図形 模写	時計描画 (11時10分) (3点)		
 [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]	___/5 輪 廓      数 字      針	
<b>命 名</b>	 [ ]	 [ ]	 [ ]	___/3
<b>記 憶</b>	単語リストを読み上げ、対象者に復唱するよう求める。2試行実施する。5分後に遅延再生を行う。	かお      まね      じんじや      ゆり      あか 顔      網      神社      百合      赤	第1試行 第2試行	配点なし
<b>注 意</b>	数唱課題 (数字を1秒につき1つのペースで読み上げる)	順唱 [ ] 2 1 8 5 4 逆唱 [ ] 7 4 2	___/2	
ひらがなのリストを読み上げる。対象者には“あ”の時に手もしくは机を叩くよう求める。2回以上間違えた場合には得点なし。 [ ] きいあうしすああくけこいあきあけえああああくあしせきああい	___/1			
対象者に100から7を順に引くよう求める。 [ ] 93      [ ] 86      [ ] 79      [ ] 72      [ ] 65 4問・5問正答：3点、2問・3問正答：2点、1問正答：1点、正答0問：0点	___/3			
<b>言 語</b>	復唱課題 太郎が今日手伝うことしか知りません。 [ ] 犬が部屋にいるときは、猫はいつもイスの下にかくれていました。 [ ]	___/2		
語想起課題 / 対象者に“か”で始まる言葉を1分間に出来るだけ多く挙げるよう求める。 [ ] _____ 11個以上で得点	___/1			
<b>抽象概念</b>	類似課題 例：バナナ - ミカン = 果物 [ ] 電車 - 自転車 [ ] ものさし - 時計	___/2		
<b>遅延再生</b>	自由再生 (手がかりなし)      顔 [ ]      網 [ ]      神社 [ ]      百合 [ ]      赤 [ ]	___/5 自由再生のみ得点の対象		
手がかり (カテゴリ) 手がかり (多肢選択)	___/5			
<b>見 当 識</b>	[ ] 年      [ ] 月      [ ] 日      [ ] 曜日      [ ] 市(区・町) [ ] 場所	___/6		
© Z.Nasreddine MD MoCA-J 作成：鈴木宏幸 監修：藤原佳典 version 2.2	www.mocatest.org	健常 ≥ 26/30	合計得点 ___/30 教育年数12年以下なら1点追加	

検査実施者 \_\_\_\_\_

## 5 短期集中型訪問サービス事業（リハビリテーション専門職指導） Q&A

Q1 短期集中型訪問サービス事業（リハビリテーション専門職指導）とはどんな事業か周知が難しい。何かわかりやすいチラシ等はないのか。

A1 【様式8】を使ってご説明ください。

Q2 短期集中型通所サービス事業との併用は可能か。

A2 可能です。短期集中型通所サービス事業を利用している方でも、自宅での運動の習慣化が難しい場合などは、本事業との併用利用を積極的に進め、自宅での様子を含めたアセスメントや自宅、周辺環境の整備等を実施し、対象者の総合的な評価、支援へと繋げてください。なお、本事業は他の訪問型サービス・通所型サービスとの併用も可能ですが、サービス担当者会議等にて目標や評価状況の共有により、本人の状態に応じたケアマネジメントを行ってください。

Q3 訪問看護との併用は可能か。

A3 可能です。訪問看護との併用は、それぞれの目標・役割が明確であれば問題ありません。なお、併用利用する際には、サービス担当者会議等にて情報共有し、重複したサービス提供とならないよう、ケアマネジメントを行ってください。

短期集中型訪問サービス事業(リハビリテーション専門職指導)  
実施報告書

令和 年 月 日

長崎市長 様

住 所  
受注者名  
代表者名

令和 年 月分の短期集中型訪問サービス事業(リハビリテーション専門職指導)の実施について、次のとおり報告します。

	実施日	対象者	担当者名	離島加算講師 氏名(職種)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
計	件			件

担当者:  
連絡先:

**短期集中型訪問サービス事業(リハビリテーション専門職指導)  
実施報告書[日別]**

日時	年 月 日( ) : ~ :
対象者氏名・生年月日	( 年 月 日生)
開催場所	( 回目)
スタッフ	担当者 (職種 ) ケアマネジャー (所属 ) その他( )
バイタルサイン	血圧 脈拍
主観的健康観 あてはまるものに1つ○	1よい 2まあよい 3ふつう 4あまりよくない 5よくない
本人の状況・主訴	
指導内容 【測定結果】	
指導の方向性	
他サービスの紹介と見学	<input type="checkbox"/> 高齢者サロン <input type="checkbox"/> その他インフォーマルサービス <input type="checkbox"/> フォーマルサービス
※最終回のみ記入 身体機能 精神認知機能	<input type="checkbox"/> 大変向上 <input type="checkbox"/> まあ向上 <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> 著しく低下 <input type="checkbox"/> 大変向上 <input type="checkbox"/> まあ向上 <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> 著しく低下
※最終回のみ記入 総合評価	
備考	

## 個別評価票(短期集中型訪問サービス事業)

事業所名

氏名

生年月日

( 歳)

評価項目	初回( 年 月 日実施)				終了時( 年 月 日実施)										
主観的健康感・自己効力感	1 よい 2 まあよい 3 ふつう 4 あまりよくない 5 よくない				1 よい 2 まあよい 3 ふつう 4 あまりよくない 5 よくない										
運動機能															
体力測定	握力	開眼片 足立ち	椅子か らの立ち 上がり	TimeUp and Go	握力	開眼片 足立ち	椅子か らの立ち 上がり	TimeUp and Go							
	右	①			右	①									
	左	②			左	②									
体力測定評価															
認知機能	配点	記載欄(太枠に点数を記入)				記載欄(太枠に点数を記入)									
①視空間/実行系	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	計	点	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	計	点		
②命名	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	計	点	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	計	点				
⑤記憶		/				点		/				点			
⑥注意 数唱課題	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	点	<input type="text"/>	<input type="text"/>	点	<input type="text"/>	<input type="text"/>	点					
ひらがなりスト	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	点	<input type="text"/>	<input type="text"/>	点	<input type="text"/>	<input type="text"/>	点					
100から7の引き算	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	点	<input type="text"/>	<input type="text"/>	点	<input type="text"/>	<input type="text"/>	点					
⑦言語 復唱課題	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	点	<input type="text"/>	<input type="text"/>	点	<input type="text"/>	<input type="text"/>	点					
語想起課題	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	点	<input type="text"/>	<input type="text"/>	点	<input type="text"/>	<input type="text"/>	点					
⑨抽象概念	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	点	<input type="text"/>	<input type="text"/>	点	<input type="text"/>	<input type="text"/>	点					
⑩遅延再生	5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	点	<input type="text"/>	点						
⑪見当識	6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	点	<input type="text"/>	点					
合計点数	30					点					点				
認知機能評価															

評価項目	初回( 年 月 日実施)	終了時( 年 月 日実施)																		
課題分析および評価																				
本人の目標および結果																				
支援目標および結果																				
個別サービス計画と評価																				
今後利用が望ましいインフォーマルサービス、通所型サービスおよび結果		<table border="1"> <tr><td>高齢者ふれあいサロン</td><td></td></tr> <tr><td>上記以外の住民運営の集い</td><td></td></tr> <tr><td>すこやか運動教室</td><td></td></tr> <tr><td>ミニデイサービス</td><td></td></tr> <tr><td>介護予防通所介護相当サービス</td><td></td></tr> <tr><td>通所介護</td><td></td></tr> <tr><td>通所リハビリテーション</td><td></td></tr> <tr><td>終了</td><td></td></tr> <tr><td>その他</td><td></td></tr> </table>	高齢者ふれあいサロン		上記以外の住民運営の集い		すこやか運動教室		ミニデイサービス		介護予防通所介護相当サービス		通所介護		通所リハビリテーション		終了		その他	
高齢者ふれあいサロン																				
上記以外の住民運営の集い																				
すこやか運動教室																				
ミニデイサービス																				
介護予防通所介護相当サービス																				
通所介護																				
通所リハビリテーション																				
終了																				
その他																				
記入者		備考																		
他サービスの紹介・見学とケアマネジャーの参加(該当日に○)																				
	1	2	3	4	5	6														
実施日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日														
個別集団プログラム																				
社会資源・他サービス等紹介																				
ケアマネジャー参加																				

【様式4】

興味・関心チェックシート

氏名： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 性別（男・女）記入日： \_\_\_\_\_ 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○を付けてください。どれに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あたるものがあれば、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・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・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 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

(出典) 「平成25年度老人保健健康増進等事業医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」  
一般社団法人日本作業療法士協会 (2014. 3)

令和 年度 短期集中型訪問サービス(リハビリテーション専門職指導) 主観的健康感・体力測定結果(事業所名):

No	事業所名	利用者氏名	生年月日	サービス利用 開始日	サービス利用 開始時年齢 (入力不要)	性別	初回時					
							測定日	主観的健康感	初握力右	初握力左	支持足(選択)	
1					0							
2					0							
3					0							
4					0							
5					0							
6					0							
7					0							
8					0							
9					0							
10					0							
11					0							
12					0							

※グレーは入力不要

令和 年度 短期集中型訪問サービス(リハビリテーション専門職指導) MoCA-J結果(事業所名: )

No	事業所名	利用者氏名	生年月日	サービス利用 開始日	サービス利用 開始時年齢	性別	初回時						
							測定日1	Trail Making	視空間認知機能 (立方体)	視空間認知機能 (時計描画/輪郭)	視空間認知機能 (時計描画/数)		
1					0								
2					0								
3					0								
4					0								
5					0								
6					0								
7					0								
8					0								
9					0								
10					0								
11					0								

※グレーは入力不要

## 事故報告書

【様式7】

報告日	年 月 日( )		管理責任者	所属氏名
			報告者	氏名
発生日時	年 月 日( ) 時 分			
発生場所				
対象事例	氏名	住所 (Tel)	年 月 日生	
事故発生状況 * 詳しく記入して下さい。				
事故への対応とその後の経過 * 詳しく記入して下さい。				
家族への報告状況				
反省点、再発防止策				

添付様式: 実施報告書【様式 2】

《長崎市介護予防・日常生活支援総合事業》

# 短期集中型訪問サービス事業(リハビリ)

**理学療法士**

**作業療法士**

**利用料無料!**

によるサービス

理学療法士等が自宅へ訪問し、自立に向けた相談支援を行います!!



**対象者**：事業対象者または要支援1・要支援2の方（65歳以上）

## 内容

専門職によるプログラム

◎理学療法士や作業療法士が自宅へ訪問し、自立に向けた相談支援を行います!

◎1回あたり1時間程度

◎最大6回まで

※治療を目的としたリハビリではありません。

## サービス内容（例）

- 日常生活の動作の改善
  - ・お風呂のまたぎ動作、階段の昇り降りの安全な動作、掃除動作や掃除道具の工夫など
- 環境整備
  - ・テーブルやいすの高さ、室内の歩行を安全にするための助言
- 外出に関する助言・指導
  - ・歩行動作や杖等の適切な使用方法、買い物や通いの場までの安全な経路の確認・助言

まずは、お住まいの地区を担当する

●●**地域包括支援センター**へご相談ください。

電話番号：095-●●●-●●●●