

短期集中型通所サービス事業 マニュアル

令和8年4月

長崎市

もくじ

短期集中型通所サービス事業

1	事業の概要	1
2	運営について	
	(1) 担当スタッフと役割	2
	(2) 運営に関する留意事項	2
3	事業所の短期集中型通所サービス事業実施に伴う流れ	
	(1) 事務の流れ	3
	(2) 利用者受け入れから終了までの事業の流れ	4
	(3) プログラムの流れ	5
	(4) プログラムの内容・毎回の流れ	6
	(5) プログラムに関する留意事項	8
	(6) 評価について	10
	(7) 回数のカウントについて	10
	(8) 中断者の取り扱いについて	11
	(9) アセスメント及び事業報告について	11
	(10) 体調チェックについて	12
	(11) その他	12
4	苦情対応について	13
5	安全管理について	13
6	介護予防事業緊急対応マニュアル	
	(1) 事前にしておくこと	14
	(2) 事業当日にすること	14
	(3) 緊急時の対応	15
7	開設に向けてのチェックリスト	16
8	ケアマネジャーの役割と連携	
	(1) ケアマネジャーの役割	17
	(2) モニタリングの方法	17
	(3) モニタリングの機会	17
9	地域包括支援センターの役割と連携	
	(1) 地域包括支援センターの業務	18
	(2) 地域包括支援センターの役割	18
10	介護予防ボランティアについて	
	(1) 役割	19
	(2) 活動内容	19
	(3) 気がけること	19
	(4) その他	19

11	利用者の具体的な評価方法について	
	(1) 目的	20
	(2) 問診	20
	(3) 体力評価	20
	(4) 軽度認知機能低下のスクリーニングツール (MoCA-J)	24
	(5) 基本チェックリストの考え方	29
12	短期集中型通所サービス事業 Q&A	32

●様式集●

【様式1】	短期集中型通所サービス事業実施報告書	36
【様式2】	短期集中型通所サービス事業実施報告[日別]	37
	記載例	38
【様式3】	短期集中型通所サービス事業 出席簿	40
	記載例	41
【様式4】	個別評価票	42
	記載例	44
【様式5】	事故 ヒヤリ・ハット	46
【様式6】	基本チェックリスト	47
【様式7】	短期集中型通所サービスチラシ	48
【様式8】	担当者調査票	49
	記載例	50
【様式9】	圏域別対応調査票	51
【様式10～12】	短期集中型通所サービス事業測定結果	53

●別添資料●

【資料1】	通所型サービス利用の基本的フローチャート	56
【資料2】	提出書類	57

短期集中型通所サービス事業

1 事業の概要

目的	<ol style="list-style-type: none"> 1 簡易な援助を必要とする高齢者が、短期集中予防サービスを利用することで、生活機能を改善し、本人の状態等に応じた介護予防プログラムに移行する動機付けを行う。 2 運動機能向上・認知機能向上の複合プログラムを実施し、効果的に心身機能・認知機能の維持・向上を図り、介護予防を推進する。
効果	<ol style="list-style-type: none"> 1 ケアプランに基づいた運動・認知機能の維持または改善・生活機能の維持または改善を図り、介護予防目標達成に資することができる。 2 外出機会・他参加者との交流を図り、活動意欲を向上する。 3 住み慣れた地域で、新たな仲間づくりや、生きがい活動の場への参加するきっかけとなる。
対象者	事業対象者（栄養、口腔リスクのみの該当を除く）、要支援1、要支援2
プログラムの内容	<p>運動機能向上：ストレッチング、バランス運動、筋力向上運動など（集団） リハビリ専門職の指導による個別プログラムの実施（個別） 体力測定</p> <p>認知機能向上：レクリエーション療法、学習療法（集団） 自宅でのIADL評価と改善についての助言（個別）</p> <p>地域の情報提供 （例）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の高齢者ふれあいサロン等の体験利用を外出プログラムの一環として実施（集団） ・地域資源紹介や体験はケアマネジャーがモニタリングの際にも実施（個別）
参加人数	1回あたり1人～15人
スタッフ	介護職員、機能訓練指導士等2名以上 理学療法士または作業療法士を毎月1回配置する
介護予防ボランティア	介護予防ボランティア（参加者への声かけ、気配り支援など） 1名あたり交通費相当の謝礼金（1千円）を委託費から支出 事業者決定後、市で配置希望介護予防ボランティアを確定する
開催頻度	24回（概ね3～6ヶ月間）
時間	1時間30分～2時間
実施会場	運営法人の施設等
送迎	あり
保険	事業所で加入
利用料	無料

2 運営について

(1) 担当スタッフと役割

担当	職種	役割
機能訓練 指導員等	① 理学療法士・作業療法士 ② 言語聴覚士 ③ 看護師・准看護師 ④ 柔道整復師 ⑤ あんまマッサージ師 ⑥ 医師 ⑦ 歯科医師 ⑧ 薬剤師 ⑨ 救急救命士 ⑩ はり師及びきゅう師	<ul style="list-style-type: none"> ・プログラムの企画 ・運営実施 実施に係わる問診 体調チェック ・運動指導 ・運動意欲、継続を高める為の支援 ・仲間づくりの為の支援 ・事業評価 ・利用者評価 ・ケアマネジャーとの連携 ・基本チェックリストの実施
介護職員等	介護福祉士、社会福祉士または介護福祉士国家試験受験資格要件を満たし、3年以上の実務に従事している者	<ul style="list-style-type: none"> ・運動の紹介・指導 ・事業運営・評価 ・利用者評価 ・ケアマネジャーとの連携 ・基本チェックリストの実施
介護予防 ボランティア	介護予防ボランティア (長崎市が育成したボランティア)	<ul style="list-style-type: none"> ・教室運営のサポート (主に利用者へのサポート)
その他	理学療法士または作業療法士 (月1回の配置が必要)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状態にあった運動機能や認知機能に働きかける集団、個別プログラムの立案と実施 ・利用者評価 ・(調整ができる場合のみ)サービス担当者会議出席、評価会議出席

機能訓練指導員等または介護職員等のいずれかで2人以上の配置が必要です。

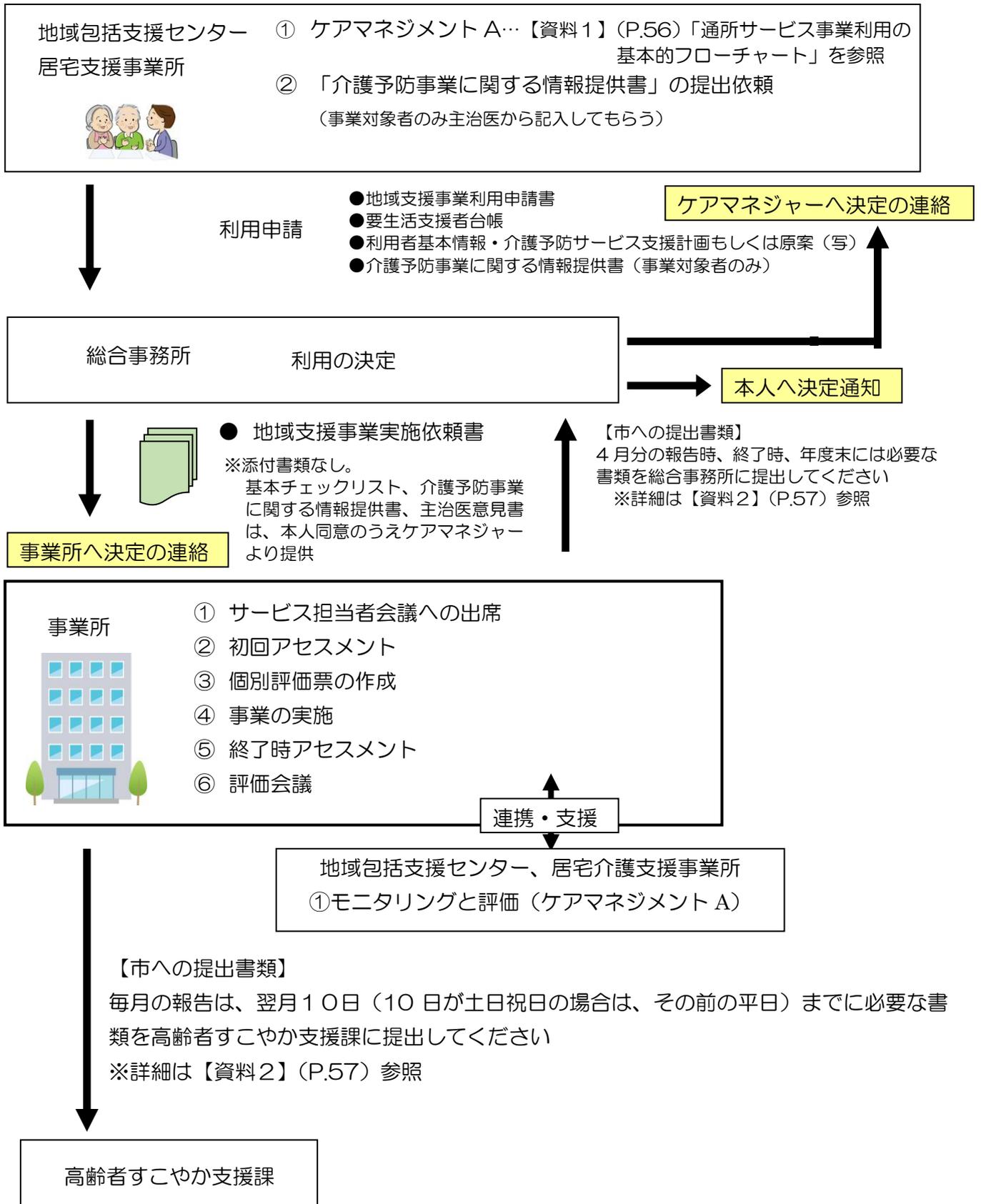
ただし、利用者が5人以下の場合、実施に支障がなければ、職員は1人でも可ですが、プログラム開始前の健康チェックとサービス提供可否の判断はスタッフ2名以上で実施してください。

(2) 運営に関する留意事項

- ア 開設までの準備については、開始前に市と事前打ち合わせをしますので、開設に向けてのチェックリスト(P16)を参考に必要な準備を行ってください。
- イ 事業運営に関することは、短期集中型通所サービスQ&A(P32)をご参照ください。
- ウ 請求等に関する問い合わせは高齢者すこやか支援課へ、運営に関する問い合わせ、参加者などに関する相談・連絡は総合事務所の担当保健師にお願いします。

3 事業所の短期集中型通所サービス事業実施に伴う流れ

(1) 事務の流れ



(2) 利用者受け入れから終了までの事業の流れ

- ア ケアマネジャーの問い合わせ（利用希望者受け入れの可否）に対応します。
- イ 地域支援事業実施依頼書の到着後、ケアマネジャーへ連絡して、（ア）～（オ）の打ち合わせを実施します。（エ）、（オ）提供時には、本人の同意を得てください。
 - （ア）初回日の決定
 - （イ）サービス担当者会議開催日の決定
 - （ウ）事前にケアプラン（原案）を受け取る場合はその方法の決定
 - （エ）介護予防事業利用に関する情報提供書、主治医意見書提供の有無の決定
 - （オ）基本チェックリスト、（実施していれば）興味関心シート提供の有無の決定
- ウ 事業利用期間中に事業所を変更する利用者を受け入れる場合があります。その際利用者に関する情報提供はケアマネジャーから受けるのが原則ですが、変更前事業所で作成した個別評価票の提供や、送迎に関する情報など、変更前事業所と連絡を取る必要がある場合は、利用者の同意を得たうえで実施してください。
- エ 本人に連絡して、初回日の連絡と送迎の方法を決定します。
- オ サービス担当者会議参加
日程調整はケアマネジャーが実施し、サービス担当者、リハ職（調整がつかなければ欠席にて開催し、会議結果を伝える）が出席します。出席できない場合は、ケアマネジャーからの照会により意見を提出してください。初回サービス担当者会議において、事業利用期間中のどの時点でケアマネジャーと連携を図るかを相談しておいてください。
- カ 初回日
 - （ア）送迎の実施
 - （イ）健康チェック
 - （ウ）当日のプログラム実施
 - （エ）全体の反省会、実施報告書作成に合わせて、個人記録の整理を実施します。
- キ 2回目以降
 - （ア）ケアマネジャーのモニタリング
事業所にてモニタリングを実施する際は、可能な限り担当者は同席して利用状況をケアマネジャーに伝えてください。
 - （イ）初回アセスメント（初回日に実施可）
 - a 原則として事業担当者が実施し、リハ職が測定結果の評価をします
 - b 【様式4】の初回欄（サービス計画）を記載する。
 - c サービス計画はケアマネジャーに報告します。
計画の受け渡し方法は、サービス担当者会議時に決めておいてください。

(ウ) ケアマネジャーへの連絡

連続して2回欠席した場合は、ケアマネジャーへ報告してください。

(エ) 評価会議

- a ケアマネジャーと開催方法や日程を決めます。
終了時のアセスメントの実施方法は初回アセスメントと同様です。
- b 評価会議にリハ職が参加できない場合は、リハ職にアセスメント結果を評価してもらえるタイミングを工夫して、アセスメントを実施してください。

(例)

6/23 評価会議で、リハ職従事日が6/9の場合、6/2までに終了時アセスメントを事業担当者が実施し、6/9 リハ職評価、6/23 会議で提供する。

- c 個別評価表を用いて関係者で運動・認知面を共有してください。

(3) プログラムの流れ

ア 毎回、認知機能と運動機能の両方のプログラムをバランスよく組み込み実施します。
また、栄養や口腔のプログラムにも積極的に取り組むようにします。

イ 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、休憩や水分補給は利用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。

(例) 1.5 時間の場合

体調チェック	ウォーミングアップ	集団プログラム 認知プログラム、運動プログラム 認知・運動の混合プログラム	個別プログラムとクールダウン運動	茶話会 帰宅前体調チェック
電子血圧計使用可 口頭での体調確認 体調不良時は見学とする	集団で同一の体操を行う。 毎回同じ内容を行うことで習得しやすい環境をつくる。 ※口腔：パタカラ体操・唾液腺マッサージ等（5分）	認知・運動と分けるのではなく、どちらにも効果のある多様なプログラムも取り入れてもらう。 ※認知：訓練型アプローチやレクレーション療法・学習療法等 ※運動：ストレッチング・バランス運動・筋力向上運動・クールダウン等	個人で実施するプログラム（専門職からあらかじめ内容について指示を受ける）	1 週間の訓練について各自が発表し、その他の参加者やスタッフからコメントや励ます時間を設ける。
10分	15分	35分	15分	15分

○時間配分を含め休憩や具体的なプログラムについては、各事業所で計画し実施する。

(4) プログラムの内容・毎回の流れ

評価 (1年に2回)	<ul style="list-style-type: none"> ○主観的指標【様式4】 ○体力測定 【様式4】【様式10】 <ul style="list-style-type: none"> ①握力 ②開眼片脚立ち ③椅子起立時間 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)【様式4】【様式11】 ○基本チェックリスト【様式12】
運動	<ul style="list-style-type: none"> ○ストレッチ体操、バランス運動、筋力向上運動(ダンベル・セラバンド等のトレーニング道具を使ってもよい)レクリエーション、リラクゼーション、健康体操(ご当地体操や創作体操など) ○リハビリ専門職の指導による個別プログラムの実施(個別)
運動機能・認知機能に働きかける内容	<ul style="list-style-type: none"> ○頭とからだを同時に使う運動やレクリエーション(例:コグニサイズ、スクエアステップ、拮抗体操(手足を左右、前後、上下で拮抗させて行う運動)、歌リズム体操(歌いながら、リズムに合わせた体操))等 ○高齢者ふれあいサロン等の見学や、認知機能に働きかける目的での外出(生活圏内) ○リハビリ専門職の指導による個別プログラムの実施(個別)
レクリエーション	<ul style="list-style-type: none"> ○仲間づくりのためのレクリエーション・ゲーム ○運動の一環としての昔の遊び

ア 開催時間については1時間30分~2時間を目安にします。

(ア) 集団でのレクリエーションと個別運動指導を実施する場合(例・所要時間90分)

0分 10分 25分 35分 65分 85分 90分

<ul style="list-style-type: none"> ・体調チェック ・あいさつ ・本日のプログラムについて(10分) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ウォーミングアップ体操(15分) 	<ul style="list-style-type: none"> 休憩 水分補給 	<ul style="list-style-type: none"> 集団で実施するミニゲーム(30分) 	<ul style="list-style-type: none"> ・個別支援(自宅での取り組み確認・指導) ・クーリングダウン(全20分) 	<ul style="list-style-type: none"> 体調チェック 水分補給 	<ul style="list-style-type: none"> 終了
--	---	--	---	---	--	--

(イ) 茶話会で自己評価を取り入れる場合(例・所要時間100分)

0分 10分 25分 35分 65分 80分 100分

<ul style="list-style-type: none"> 体調チェック あいさつ 本日のプログラムについて(10分) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ウォーミングアップ体操(15分) 	<ul style="list-style-type: none"> 休憩 水分補給 	<ul style="list-style-type: none"> コグニサイズ(30分) 	<ul style="list-style-type: none"> クーリングダウン 水分補給 	<ul style="list-style-type: none"> 茶話会で自身の運動プラン成果発表・他の参加者と共有(20分) 	<ul style="list-style-type: none"> 終了
---	---	--	---	--	--	--

(ウ) リハ職が従事して個別支援時にモニタリングを並行して実施する場合

(例・所要時間 90 分)

0分	10分	25分	35分	65分	85分	90分
<ul style="list-style-type: none"> ・体調チェック ・あいさつ ・本日のプログラムについて (10分) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ウォーミングアップ体操 (15分) 	<ul style="list-style-type: none"> 休憩 水分補給 	<ul style="list-style-type: none"> 集団で実施するリハビリ体操 (30分) 	<ul style="list-style-type: none"> ・個別支援(自宅での取り組み確認・指導) ・Aさんのモニタリング(ケアマネジャー)同席 ・クーリングダウン(全20分) 	<ul style="list-style-type: none"> 体調チェック 水分補給 	終了

(エ) 体力測定、MOCA-J等の評価を実施する場合(例・所要時間 90 分)

0分	10分	25分	35分	70分	85分	90分
<ul style="list-style-type: none"> ・体調チェック ・あいさつ ・本日のプログラムについて (10分) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ウォーミングアップ体操 (15分) 	<ul style="list-style-type: none"> 休憩 水分補給 	<ul style="list-style-type: none"> ・体力測定 ・MoCA-J ・主観的健康感 ・基本チェックリスト ・クーリングダウン(全35分) 	<ul style="list-style-type: none"> 集団で実施する頭の体操レクリエーション(15分) 	<ul style="list-style-type: none"> 体調チェック 水分補給 	終了

(オ) ウォーミングアップに口腔体操を取り入れる場合(例・所要時間 95 分)

0分	10分	30分	40分	70分	90分	95分
<ul style="list-style-type: none"> ・体調チェック ・あいさつ ・本日のプログラムについて (10分) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ウォーミングアップ体操 (15分) ・口腔体操(5分) 	<ul style="list-style-type: none"> 休憩 水分補給 	<ul style="list-style-type: none"> 集団で実施するミニゲーム(30分) 	<ul style="list-style-type: none"> ・個別支援(自宅での取り組み確認・指導) ・クーリングダウン(全20分) 	<ul style="list-style-type: none"> 体調チェック 水分補給 	終了

(5) プログラムに関する留意事項

ア 週 1 回（または週 2 回）のペースを崩さずに実施します。年末年始や急な悪天候以外でやむをえず事業を行えない場合（祝日・お盆等）は、その週のうちに振り替えてください。

（例）毎週月曜日が実施日であるが、月曜日が祝日で事業所が休みの場合は、次の日（火）に前もって振り替えて予定しておく。年間計画を立て、24 回分の日時は確定しておく必要があります。

※悪天候の際は、高齢者等避難の発令の有無に関わらず、地域の実情を踏まえ、安全面を考慮し事業所で開催の判断をしてください。中止する場合は総合事務所へご連絡ください。（週末の場合後日報告）

以下の時は教室を中止とします。

- ・長崎市が警戒レベル3（高齢者等避難）以上を発令した時
- ・長崎市へ台風が上陸する恐れがある時

イ ケアマネジャーからの情報を参考に、スタッフ 2 名以上で、毎回体調チェックを行ってください。

ウ 集団プログラムの中で、同じ運動でも負荷や強度を変えたり、個別にリハ職が指導した運動プログラムを実施する時間を設ける、サービス計画やケアプランを振り返る時間を設ける等、個人のケアプランに添った支援の時間を設けるようにしてください。

エ 屋外活動では、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、利用者の状態に応じた人的配置ほか）について十分に準備して実施してください。

オ 短期集中型通所サービス事業終了後の活動場所を考えるうえで、地域の自主グループなどのインフォーマルサービスや、高齢者ふれあいサロン、ミニデイサービスなどの介護予防・生活援助サービス等の紹介、高齢者サロン等の体験・見学により、円滑な移行を支援するのも事業所の大切な役割です。担当ケアマネジャーと相談しながら地域の活動の場へ参加するきっかけとなるよう配慮してください。

(ア) 状態に応じた介護予防プログラム移行支援

- a 地区資源の紹介（包括支援センターミニ講話、シナリオと原稿を渡して事業所に対応してもらってもよい）を年 2 回（半年に 1 回以上）実施してください。
- b 地区資源の体験（動画やスライドでの紹介、利用者体験談紹介、高齢者ふれあいサロンサポーターによる紹介、サロン見学、交流会開催など、実施方法については包括に相談して決めてください）を年 2 回（半年に 1 回以上）実施してください。
- c 本人の状態等に応じた介護予防プログラム移行のための動機付け支援（例）事業所およびケアマネジャーは、インフォーマルを含めた様々なサービス、及び関係機関または制度の利用につなげていく等の支援を実施します。

d 本人の状態等に応じた介護予防プログラム移行のための動機付け支援（太枠部分が動機づけ支援）の例

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
事業所			地域の情報提供 (包括提供情報)						高齢者ふれあい サロン見学			
モニタリング						1回			2回			
モニタリング内容 (例1の場合) (ケアマネジャー)		サービス担当者 会議				面接・情報提供(イ ンフォーマル)			評価会議			
事業利用者 (例1)			←—————→									
						24回						

(6) 評価について

- ア 本事業の介護予防ケアマネジメントにおける分類はケアマネジメント A のため、ケアマネジャーはモニタリング（「ケアプランに沿った適切なサービスを受けられているか」「問題や課題となることはないか」などを見守り・確認すること）を行います。そのためケアマネジャーからの希望があれば、プログラム時間内で時間を設け、できるだけ事業所担当が同席してください。また、短時間であっても事業前後や、茶話会などの時間等を利用して、モニタリングができるよう協力をお願いします。当初のケアプランで立案したプランの修正が必要か、今後はどのような介護予防の取り組みが適切かを事業利用期間内にケアマネジャーとともに考える時間としてください。
- イ 初回アセスメントは、事業への初回参加時に行うものですが、時間的な効率を図るため事前訪問を実施する場合は事前にアセスメントしておいても構いません。アセスメントや評価の必要性についてわかりやすく説明を行います。アセスメントを嫌う者については、できる範囲で構いません。終了時アセスメントはケアマネジメントのモニタリングとしてケアマネジャーが事業所で本人と面接する際に共に実施しますが、実施困難な場合は文書での報告をお願いします。
- ウ 少なくとも初回・最終回（出来る限り初回後、最終回前とも 4 回以内）には、体力測定（①握力 ②開眼片脚立ち ③椅子起立時間 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）、および主観的健康感を実施してください。また、最終回（前4回以内）に基本チェックリストを実施してください。
- エ 終了時アセスメントは、事業終了後の方針について検討するために重要です。ケアマネジャーと相談のうえ、利用者、ケアマネジャー、サービス提供者およびリハ職による評価会議を開催するようにしてください。リハ職出席会議開催が困難な場合は、会議開催予定日に近いタイミングでリハ職が従事する日を確認し、それまでに事業担当者で体力測定等のアセスメントを実施します。その結果をもとにリハ職に助言を受けた後に、話し合うようにしてください。また、個別評価表を用いて関係者で運動・認知面を共有してください。

(7) 回数のカウントについて

悪天候により実施が困難な場合	カウントなし
事業所の体制が整わない場合（感染症罹患等）	カウントなし

※私的な理由ではなく、入院などやむを得ない理由であれば回数にはカウントはしません。長期の入院が予想されたり、本人の意向から継続が難しいと判断した場合は、ケアマネジャーと相談の上、廃止届を提出してもらってください。

(8) 中断者の取り扱いについて

中断の場合	取り扱い
開始日決定後暫く初回参加がなかった場合	初回日から 24 回利用
初回参加があった後に中断期間がある場合	中断期間を含め 24 回

※入院等で一時中断した場合でも、引き続き継続が可能な際は、中断前の回数から続けてカウントしてください。

(9) アセスメント及び事業報告について

ア ケアマネジャーへの報告については個別評価票【様式4】（写し）を提出してください。

イ 高齢者すこやか支援課への報告については、実施報告書【様式1】【様式2】、出席簿【様式3】、個別評価票【様式4】を、翌月10日（10日が土日祝日の場合は、その前の平日）までに提出してください。

体力測定、MoCA-J、基本チェックリスト等の個別評価項目については入力データを年度末に、当年度利用終了者、中断者全員分の結果を一括して総合事務所へ提出してください。詳細はP.57 提出書類を参考にしてください。

(例)R7年度分（R8年3月提出）には、R6年度中に利用開始し、R7年度中に終了した方も含めます。なお、R8年4月以降に終了する方はR7年度分（R8年3月提出）でのデータ提出は不要です。

(10) 体調チェックについて

ア 《運動前》

次の項目に当てはまる場合は、運動ができるかどうかの判断が必要になります。
運動ができないと判断した場合は、帰宅し安静にするよう助言・指導し、必要に応じて医療機関受診を勧め、帰宅後の状態を電話などで確認してください。

- ① 収縮期血圧 180mmHg 以上、または 80mmHg 未満
- ② 拡張期血圧 110mmHg 以上
- ③ 体温 37.5℃以上
- ④ 脈拍が 120 拍/分以上
- ⑤ いつもと異なる脈の不整がある場合
- ⑥ 関節痛など慢性的な症状の悪化

※厚生労働省介護予防マニュアル【第4版】参考

他、頭痛や腹痛、下痢等全身的な体調を考慮し、判断をお願いします。

イ 《運動中》

次のような状態があれば、運動を中止する必要があります。

- | | |
|-----------------|---------------------|
| ①胸が苦しい、痛い | ⑤顔面が蒼白になる、冷や汗が出る、 |
| ②めまいがする | ⑥吐き気がする |
| ③頭がぼーっとなる | ⑦普通でないような息切れがある |
| ④急に脈が速くなる、動悸がする | ⑧腰や膝に耐えられないような痛みがある |

運動中止後、体調観察を行うとともに、状態に応じて医療機関受診など必要な処置をとります。家族や地域包括支援センター又は担当ケアマネジャーへの連絡などもあわせて行ってください。

なお、帰宅後も継続して生活状態の把握や支援が必要な場合は、総合事務所に連絡してください。

(11) その他

ア（新規事業所のみ）初めて利用者を受け入れる前には、総合事務所が事業所を訪問して事業について再度説明します。

イ 他の訪問型サービスとの併用は可能です。特に短期集中型通所サービス利用者について、対象要件を満たす場合は、栄養改善指導、口腔改善指導に積極的につないで下さい。

4 苦情対応について

- (1) 利用者によっては、苦情の内容や状況をうまく表現できなかつたり、苦情を言うことにより事業所に嫌われてサービスを利用できなくなるのではないかという不安を持ったりすることがあります。利用者が抱く疑問や不安を潜在化させることなく、早い段階で把握し事故やトラブルを未然に防ぐように心がけましょう。利用者からの苦情については、まず事業所がその責任において解決をしていきます。
- (2) 留意事項
 - ア 苦情解決にあたっては、利用者の意思・及び人格を尊重する。
 - イ プライバシーの保護に十分配慮し、利用者の立場に立った対応をする。
 - ウ 利用者から受けた苦情・相談については経過及び結果を必ず利用者に報告する。
- (3) 解決困難な案件や、他のサービス事業所に対する苦情があった場合、各総合事務所にご相談ください。

5 安全管理について

- (1) プログラムを安全に実施するために、事故予防及び事故発生時の対応を含めた安全管理マニュアルを整備する必要があります。さらに、各事業所では事故処理委員会の設置や責任者を設置する等を講じ、定期的に安全対応の確認をしてください。
- (2) 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。
- (3) 事故が起こった場合や救急搬送した場合などは、2日以内に[事故ヒヤリ・ハット報告]【様式5】を総合事務所へ提出してください。2日以内の提出が難しい場合は、その旨をすみやかに総合事務所へ電話等で報告し、後日報告書を提出してください。また、高齢者すこやか支援課へも毎月の報告書と併せて【様式5】の提出をしてください。
- (4) 保険の加入について *次頁「介護予防事業緊急対応マニュアル」を参照
 - ア 高齢者の場合は特に、万全の安全管理をしていても突発事故が起こる可能性があります。
 - イ 傷害・事故（送迎中の事故も含む）に備えて、参加者・スタッフ・講師・介護予防ボランティアを含めた傷害保険への加入のうえ、本業務の契約締結後速やかに写しを提出してください。

6 介護予防事業緊急対応マニュアル

(1) 事前にしておくこと

項目	内容	例・注意事項
(a) 主治医確認	<ul style="list-style-type: none"> 事業参加の許可 運動の際の注意事項 連絡先と診療日・時間の確認 	<p>高血圧の例</p> <p>日ごろから高血圧・不整脈のある人は、血圧上昇時・不整脈時の対処法や運動ができる上限値・程度をケアマネジャーや本人から聞いておく。</p>
(b) 家族等緊急連絡先の確認	緊急時の連絡先と続柄の確認	<ul style="list-style-type: none"> 事業開催時間帯は、どこに連絡を取ったほうが確実か。 ケアマネジャーへ連絡できるようにしておく。
(c) 近医の確認	事業開催時間帯に診療している最寄りの内科・外科・整形外科・総合病院の連絡先確認	
(d) 傷害保険への加入	連絡先の確認	
緊急連絡票の作成	(a)(b)(c)(d)を網羅したもの	誰が見てもわかるように整理しておく

(2) 事業当日にすること

項目	内容	例・注意事項
(e) 参加者の健康状態の確認	<ul style="list-style-type: none"> 主観的な体調の聞き取り 顔色、身体・関節の痛み しびれ、頭痛、腹痛、下痢、動悸・息切れ、ふらつき、めまい、咳・痰、むくみ、倦怠感、睡眠不足、食欲低下、うつ状態などの症状の有無 血圧測定 必要時脈拍測定 	<ul style="list-style-type: none"> 聞き取り及び観察により、健康状態を把握する。事業開始前の打ち合わせにおいて、スタッフ全員で観察・サポートを要するケースの状況についての共有を行う。 症状がある場合、原則として運動は控えるよう説明する。 動悸等の症状を伴う場合は、運動を行わないこととする。
(f) 環境上の安全確認	<ul style="list-style-type: none"> 玄関・会場での転倒予防 トイレ等、目が行き届かない場所の転倒リスクの確認 	<ul style="list-style-type: none"> 靴履き替え時の椅子の設置 段差・階段のあるところのマーキング 玄関での送り迎え時には必ずスタッフがついておく。 スリッパ・ストッキングをできるだけ着用しないよう注意する。 雨天時の滑り防止（雑巾の準備など）
参加者への事故防止についての説明	(e)(f)について注意事項を十分に説明し、個人個人が注意するよう自覚を持ってもらう	

(3) 緊急時の対応

対応のしかた	本人の状態	例・注意事項
自宅への護送または家族へ連絡	体調不良や身体症状が軽く、安静により回復が見込まれると判断したとき	定期受診・服薬をしており、日常的によく経験する体調不良で、いつも安静により回復している症状であるとき
主治医へ連絡	体調不良で症状があるとき 非日常的な血圧上昇があるとき	対処方法の指示を受ける
近医への受診	家族への連絡 体調不良や身体症状があり、救急搬送の必要はないものの受診が必要と判断したとき	<ul style="list-style-type: none"> 主治医が不在の時 症状の診療科目が主治医と異なるとき。 本人が受診を希望する場合（その際、主治医へも連絡する）
救急車搬送		<ul style="list-style-type: none"> 転倒し、痛みが強く身体の動きが困難なとき 体調不良または身体症状がひどく、緊急受診が必要と判断したとき。 生命の危険があると判断したとき

ア なお、緊急時の判断については、原則として利用者本人及び家族に判断能力があるときには利用者本人及び家族の意思を尊重します。しかし、利用者本人が遠慮・拒否した場合でも、緊急時や受診が必要な場合は、利用者の健康状態管理が十分にできる方法で判断し、受診を説得する等十分な対応をお願いします。（傷害保険の申請時は必ず受診が必要）

イ 当日、判断を仰ぐ場合、緊急報告を要する場合を想定し、母体法人との連絡体制が必ずとれるよう緊急時の対応マニュアルを事業所ごとに作成し、共通認識をしておくようにしてください。

ウ 緊急搬送時は必ず、対応後速やかに総合事務所へ連絡をお願いします。また、近医受診した場合も含め、2日以内に、総合事務所へ〔事故ヒヤリ・ハット報告〕【様式5】を提出してください。2日以内の提出が難しい場合は、その旨をすみやかに総合事務所へ電話等で報告し、後日報告書を提出してください。また、高齢者すこやか支援課へも毎月の報告書と併せて【様式5】の提出をしてください。

7 開設に向けてのチェックリスト

チェック	項目	内容
	利用者への連絡	利用者に日時、持ってくるもの、注意事項、事業所の連絡先などを早めに連絡してください。 都合で日程が変更になる場合は、その都度利用者に周知するとともに総合事務所へも連絡してください。
	参加者名簿	出席簿【様式3】を作成してください。
	配付様式の準備	各プログラムにより必要な様式を準備し配布してください。特に自宅でも取り組める運動等の様式は提供してください。
	事業に必要な書類、器具の準備	体調チェック表（問診）、参加名簿、名札、配布様式、血圧計セット、体力測定に必要な器具（握力計、ストップウォッチ、ビニールテープなど）、筆記用具他必要な書類、器具を準備ください。
	担当者間の役割分担	司会・進行、運動指導、体調チェックなど各事業所で役割の確認をしてください。
	リハ職との打ち合わせ	日程、内容、謝礼金などの調整、連絡などを行ってください。
	講師謝礼金	外部講師にのうち、理学療法士、作業療法士については謝礼金を委託費の中より支払います。謝礼金には交通費等を含みます。支払方法については、講師と話し合ってお決めください。
	介護予防ボランティア	介護予防ボランティアを受け入れる事業所で、活動希望者が複数名いる場合は、ローテーションを組むか、配置する日程・必要に応じた複数配置等を話し合ってお決めください。また交通費相当として委託費より1回1人千円をお支払ください。支払方法については、介護予防ボランティアと話し合ってお決めください。
	安全確認	安全管理マニュアル、緊急時連絡フロー図を作成し対応が出来るようスタッフ間で共有し準備してください。
	保険の加入	加入名簿、必要な情報の把握、手続きをしてください。
	苦情対応について	担当者、対応の方法について決めておいてください。
	その他	市が開催する介護予防事業所向け研修に参加し、事業所内で情報伝達・共有を図ってください。

8 ケアマネジャーの役割と連携

(1) ケアマネジャーの役割

ア 短期集中型通所サービスの介護予防ケアマネジメントにおける分類はケアマネジメントA(現行の予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様)です。ケアマネジャーは、事業者とともに事業の目的である、本人の状態等に応じた介護予防プログラムに移行する動機付けを行います。

(2) モニタリングの方法

ア 短期集中型通所サービス事業利用者のモニタリングはできるだけ面接をしてください。初回参加時に開催するサービス担当者会議はモニタリングとはなりませんので、別に実施してください。

(3) モニタリングの機会

ア 地域の自主グループ等の紹介や体験と同時に実施したり、短期集中型通所サービスプログラムの時間内で事業所担当を交えて実施するなど、モニタリング(ケアプランに沿った適切なサービスを受けられているか)「問題や課題となることはないか」などを見守り・確認すること)時には、できるだけ介護予防プログラム移行の動機付け支援を実施してください。

イ 利用最終月のモニタリングとして、評価会議を開催してください。終了時の評価は、事業終了後の方針を考えるうえで重要です。事業者と相談して、利用者、サービス提供者、リハ職による、評価会議を開催できるよう調整してください。リハ職出席会議開催が困難な場合は、会議開催予定日に近いタイミングでリハ職が従事する日を確認し、それまでに事業担当者で体力測定等のアセスメントを実施します。その結果をもとにリハ職に助言を受けた後に、話し合うようにしてください。

9 地域包括支援センターの役割と連携

長崎市では、高齢者のかたやその家族の日常生活の悩みや心配ごと、各種サービスの利用のしかた等さまざまな相談に応じる窓口として、19ヶ所の地域包括支援センターを設置しています。

(1) 地域包括支援センターの業務

短期集中型通所サービスにおける地域包括支援センターの主な業務は次のとおりです。

- ア 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務：地域の高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするために、どのような支援が必要かを幅広く把握し、相談を受け、介護保険サービスにとどまらず、インフォーマルを含めた様々なサービス、及び関係機関または制度の利用につなげていく等の支援を行います。
- イ 介護予防ケアマネジメント事業：介護予防・日常生活支援総合事業に関する相談を受け、介護予防ケアマネジメントを実施して、適切なサービス、及び関係機関または制度の利用につなげていく等の支援を行います。

(2) 地域包括支援センターの役割

短期集中型通所サービスにおける地域包括支援センターの役割は次のとおりです。

- ア 担当地域内にどのような介護予防が行われているか日頃から把握に努め、地域の中で本事業の利用が必要と思われる方に支援を行います。
- イ 事業者やケアマネジャーが、利用者本人の状態等に応じた介護予防プログラムに移行する動機付け支援ができるよう、定期的に地域の社会資源の情報提供を行います。また、事業者が初めて高齢者ふれあいサロンや自主グループの見学を企画する際のアドバイスや、利用者が円滑にサービス利用できるよう仲介するなど、事業者やケアマネジャーが不安なく動機付け支援ができるよう、後方支援を行います。

10 介護予防ボランティアについて

(1) 役割

介護予防ボランティアの役割は参加者への声かけ・気配り等の支援を通して利用者が楽しく事業に参加継続できるようにすることです。また、利用者同士がコミュニケーションを円滑にできるようにサポートします。

(2) 活動内容

- ア 利用者がスムーズに事業内容を実施できるよう事業所職員と共に準備を行います。
- イ 事業実施中は利用者の状態に合わせて必要な支援をします。例えば、集団の中で孤立しそうな利用者には気がけて声をかけ、利用者が事業に楽しく参加できるようにします。
- ウ 活動時間は事業実施時間とその前後15分程度です。(事業が14:00~15:30の場合は介護予防ボランティアの活動時間は13:45~15:45程度と考えて下さい)

(3) 気をつけること

- ア 介護予防ボランティアに、日程・計画をきちんと伝えてください。できれば年間計画を渡してください。変更は早めに、確実に連絡して下さい。
- イ 謝礼金(交通費)は確実に渡して下さい。出席簿や領収書等を作って管理し、出欠は間違いの無いように注意して下さい。毎回現金で渡す方法が好ましいですが、1ヶ月分まとめて振り込む場合は、事前に回数の確認をして下さい。
- ウ 複数の介護予防ボランティアが交代で事業に参加する場合は、事業所と介護予防ボランティアで順番の確認を行ってください。
- エ 介護予防ボランティアは事業所職員のお手伝いではありません。利用者のサポートができるよう支援して下さい。
- オ 事業所の担当者と介護予防ボランティアが利用者への関わり方を共有し、介護予防ボランティアが利用者の自立支援を妨げるような過度の支援にならないようによく話し合ってください。
- カ 何か問題が発生し、介護予防ボランティアとの話し合いだけでは解決できない場合は総合事務所ボランティア事業担当者へご相談下さい。

(4) その他

介護予防ボランティア登録は、短期集中型通所サービス事業の場合はおおむね75歳以下としています。

1.1 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、加えて個別評価票【様式4】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

体力測定は、高齢者の身体機能を評価するとともに「短期集中型通所サービス事業」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項目を実施し、測定結果を個別評価票【様式4】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、座る部分の半分以上は深く座ります。
- c 手を使わずに“立ち上り、座り”を5回繰り返し、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



○準備するもの
ストップウォッチ

- 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。

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。

(4) 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 (様式4の①)

(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たなら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) (様式4の①)

(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) (様式4の①)

(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（様式4の②）

(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れ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（様式4の⑤）

(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。順番は気にしなくて構いません。（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（様式4の⑥）

(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) **ピジランス 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 を順に引いていって下さい。（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（様式4の⑦）

(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（様式4の⑧）

(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（様式4の⑨）

(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（様式4の⑩）

(ア) **教示**：先ほどいくつかの単語を覚えて頂きました。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（様式4の⑪）

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

(5) 基本チェックリストの考え方

【共通的事項】	
①	対象者には、深く考えずに、主観に基づき回答してもらって下さい。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行って下さい。
②	期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらって下さい。
③	習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらって下さい。
④	各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各地域の実情に応じて適宜解釈していただいても構いませんが、各質問項目の表現は変えないで下さい。

	基本チェックリストの質問項目	基本チェックリストの質問項目の趣旨
1～5までの質問項目は日常生活関連動作について尋ねています。		
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答して下さい。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか(例えば、必要な物品を間違いなく購入しているか)を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答して下さい。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流は含みません。また、家族や親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。
6～10までの質問項目は運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわず	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを

	に昇っていますか	尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
7	椅子に座った状態から何もつかまらず立ち上がっていますか	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。
11～12までの質問項目は低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6ヵ月で2～3Kg以上の体重減少がありましたか	6ヵ月間で2～3Kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6ヵ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載して下さい。体重は1ヵ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
13～15までの質問項目は口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。
15	口の渴きが気になりますか	口の中の渴きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。
16～17までの質問項目は閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヵ月の状態を平均して下さい。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20までの質問項目は認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると云われますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。

19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。
21～25までに質問項目はうつについて尋ねています。		
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答して下さい。
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	
23	(ここ2週間)以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる	
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	

1 2 短期集中型通所サービス事業 Q&A

Q1 利用者の保険は事業所で加入するのか？

A1 利用者、事業従事者、ボランティアの保険は事業所で加入してください。

Q2 スタッフは2人以上となっているが、2人でもよいか？

A2 利用者の状況を見ながら安全に事業が運営、展開できる人員を配置してください。

Q3 スタッフの1人は機能訓練指導員等となっているが、職種は決まっているのか？

A3 機能訓練指導員等は、医師、歯科医師、薬剤師、救急救命士、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、看護師、准看護師、柔道整復師、あんまマッサージ師いずれかの資格を持つ者です。なお、月1回配置する理学療法士、作業療法士はあくまでも講師の位置づけとなりますので、スタッフの数に入りません。

Q4 介護予防ボランティアはスタッフの数に入れてよいか？

A4 介護予防ボランティアはスタッフの数には入りません。介護予防ボランティアの役割については、マニュアルの「P.19 介護予防ボランティアについて」を参照ください。

Q5 利用者の受付はどのようにするのか？

A5 ケアマネジャーから事業所へ利用希望者受け入れに関する問い合わせがあります。事業所から受け入れ可能との返事もらったケアマネジャーは「地域支援事業利用申請書」を市に提出し、利用決定後、市から事業所へ「実施依頼書」を送付します。サービス担当者会議の調整や送迎に関する準備を踏まえて利用開始日を決めてください。

Q6 利用者数が15人を越えて受け入れ可能か？

A6 15人を越えることはできません。

Q7 登録の抹消はどのようにすればよいか？

A7 ケアマネジャーが「地域支援事業廃止届」を提出し、市が廃止決定して本人と事業所に「地域支援事業依頼取消・廃止通知書」を送付します。なお、利用廃止後も出席簿【様式3】の記載は消さないようにしてください。

Q8 対象者の範囲は？

A8 事業対象者（栄養、口腔リスクのみの該当を除く）、要支援1、要支援2のかたです。

Q9 利用者が途中で要介護認定となった場合は、参加は出来ないのか？

A9 要介護認定者は、本事業を利用することはできません。利用期間中に要介護認定者となった場合はケアマネジャーより市へ「地域支援事業廃止届」を提出していただきます。その際の廃止日は、事業対象者から要介護認定者となった場合は、介護保険サービス利用開始の前日となり、要支援者が要介護認定となった場合は、要支援認定終了日となります。

Q10 他の通所型サービスを利用している人は事業に参加できるのか？

A10 介護予防通所介護相当サービス、通所リハビリテーションを利用している人は、本事業を利用することはできません。短期集中型通所サービスとミニデイサービスの併用は原則不可ですが、ミニデイサービスを利用期間中に短期間であれば利用できます。これはミニデイサービスから短期集中型通所サービスへの移行に強い不安、または何らかの事情があるが、重複期間があれば移行可能と見込まれる場合を想定しており、その場合は2回までの重複は可能です。

高齢者ふれあいサロン、生涯元気事業（すこやか運動教室：65歳以上の高齢者が地域の公民館等に送迎なしで通う月2回の運動教室）と、短期集中型訪問サービス（リハビリ専門職指導、栄養改善指導、口腔改善指導）は併用可能です。

Q11 事業所を変更して利用するかたは、前の事業者での利用状況を教えてもらってよいのか？

A11 事業所の変更をする場合は、前の事業所での様子はケアマネジャーから報告してもらってください。前の事業者を確認したいことがある場合や記録等の提供が必要と判断した場合は、変更前事業所で作成した個別評価票の提供を受けたり、送迎に関する情報提供を受けるなど変更前事業所と連絡をとることは可能です。その場合、ケアマネジャーに相談のうえ、利用者の了承を得たうえで連絡をとるようにしてください。

Q12 アセスメントの項目は決まっているのか？

A12 マニュアルに記載していますが、体力測定、MoCA-J、主観的指標となっています。体力測定の項目は握力、開眼片脚立ち、椅子起立時間、Timed Up and Go Testの4項目です。終了時には基本チェックリストを実施します。

Q13 アセスメントはどの時期に実施すればよいか？

A13 初回後4回以内、終了前4回以内に実施してください。

Q14 利用者の血圧は、毎回全員測定するのか？

A14 事業が始まるまでの時間を利用し、問診と合わせてその日の健康チェックの手段として実施してください。時間の都合上、全員を実施するのは困難な場合もありますので、高血圧の治療中で血圧が不安定な方や体調不良を訴える方などを優先して測定し、当日事業に参加できるか判断してください。

Q15 運動を中止するべき血圧の基準が知りたい。

A15 厚生労働省の介護予防マニュアル【第4版】より引用しましたので、参考にしてください。

- ① 収縮期血圧 180mmHg 以上、または 80mmHg 未満
- ② 拡張期血圧 110mmHg 以上
- ③ 体温 37.5℃以上
- ④ 脈拍が 120 拍/分以上
- ⑤ いつもと異なる脈の不整がある場合
- ⑥ 関節痛など慢性的な症状の悪化

Q16 実施会場から遠いかたを、受け入れてよいか？

A16 送迎の対応が可能であれば受け入れ可能です。

Q17 当事業における送迎は必須か？

A17 送迎は基本的には絶対条件です。しかし、本人の同意が得られており、介護予防のために自分で来ることが望ましい場合は本人・事業所・包括で話し合いその旨をプランに記入した上で自分で来るとは可能です。徒歩や公共の乗り物を利用する場合、万が一事故があったら事業内での事故とみなしますので、保険で対応してください。もしも事業所の車での送迎が困難な場合はタクシーを利用するなどの工夫をしてください。また、利用者の都合でどうしても自家用車で来る場合は、事故があった場合事業所の保険で対応できないことを最初にしっかりと説明して理解を得ておく必要があります。

Q18 悪天候により事業が実施できない場合はどうしたらよいか？

A18 中止する場合は、総合事務所と利用者へ速やかに連絡してください。また、別の日程を調整した際には、実施前に総合事務所へ日程の連絡をしてください。

Q19 介護予防に関する講話・実習時依頼した講師料は委託費から払うのか？

A19 理学療法士、作業療法士に係る謝礼金は加算します。それ以外の講師料は事業所で対応してください。

Q20 市が開催する介護予防事業所向け研修には参加しなければいけないか？

A20 市が開催する介護予防事業所向け研修には、事業所内で情報伝達・共有を図ってください。

Q21 事業終了後、継続利用することはできないのか？

A21 短期集中的に通所サービスを利用することで生活機能を改善し、本人が状態等に応じた介護予防プログラムに移行する動機づけを行う事業ですので、継続利用は不可です。

Q22 材料代等で利用者から実費をもらっても良いか？

A22 材料費も事業の委託料に含まれていますので、自己負担はありません。ただし、外出の際の施設等への入場料等については、委託料に含まれておりません。

Q23 事業を途中で中断した場合は個別評価票【様式4】はどうしたらよいのか？

A23 評価ができなかった場合でも事業所記入欄のわかるところだけ記入し、報告書と併せて高齢者すこやか支援課へ提出してください。また、ケアマネジャーとも共有して下さい。

Q24 評価のためのアセスメントは全ての項目について必要なのか？

A24 事業参加による効果を確認するため基本的には必須です。ただし、例えばうつ症状によりアセスメントをとることが参加者本人にとって負担が大きい場合等は、リハビリ専門職と相談の上できる範囲で行って下さい。

短期集中型通所サービス事業実施報告書

年 月 日

長 崎 市 長 様

住 所
受注者名
代表者名

年 月分の短期集中型通所サービス事業の実施について、次のとおり報告します。

開催日	参加者数 委託料	専門職氏名(職種)
		専門職加算額
日	人 円	円
計	円(①)	円(②)
計	円(①+②の計)	

担当者
連絡先

短期集中型通所サービス事業実施報告書[日別]

事業所名()

日時	年 月 日 () : ~ :		
開催場所			
参加者	参加者 人 / 登録者 人 見学者 人		
スタッフ及び その他職員等	担当	氏名	職種
	機能訓練指導員等		
	介護職員		
	専門職スタッフ		
	専門職講師(加算対象者)		
	その他		
	ボランティア		
	地域包括支援センター		
実施内容 (プログラム)	集団プログラム(プログラム名、内容、(簡単に)、参加者の反応)		
	個別プログラム(対象者、内容(簡単に)、参加者の反応)		
評価 (課題や方針)			

※事業終了後毎回記載し、1ヶ月分まとめて翌月10日までに高齢者すこやか支援課に提出してください。

短期集中型通所サービス事業実施報告書[日別]

事業所名(通所介護事業所〇〇)

日時	R ●年 ●月 ●日 () : ~ :		
開催場所	通所介護事業所〇〇 デイフロア		
参加者	参加者 7人 / 登録者 8人 見学者 1人		
スタッフ及び その他職員等	担当	氏名	職種
	機能訓練指導員等	長崎 花子	理学療法士
	介護職員	長崎 太郎	介護福祉士
	専門職スタッフ		
	専門職講師(加算対象者)	大分 文夫	理学療法士
	その他		
	ボランティア	宮崎 正子	
	地域包括支援センター	(〇〇包括)福岡 良子	
実施内容 (プログラム)	<p>集団プログラム(プログラム名、内容、(簡単に)、参加者の反応)</p> <p>① ストレッチ体操(準備体操)→マシントレーニング→レッドコード(整理体操)</p> <p>② 認知機能向上訓練(デュアルタスクトレーニング、難読漢字読み取り) 難読漢字読み取りでは、答えを聞いて納得している様子が伺えた。</p>		
参加者が行った プログラムとその 反応	<p>個別プログラム(対象者、内容(簡単に)、参加者の反応)</p> <p>① 初回・最終アセスメント実施者への問診、体力測定。</p> <p>② マシントレーニング実施時の負荷量、回数調整 個々に合わせた頻度、強度で実施できていた。 アセスメントでの認知機能検査では、少し緊張した面持ちが伺えた。</p>		
評価 (課題や方針)	<p>個別対応時、理学療法士による歩行チェックを実施。歩行チェック後は脚の振り出し方、接地の仕方等をアドバイスすることで、歩行状態の変化を自覚してもらっている。また、必要時、自宅でできるホームエクササイズにプログラムを追加様子を見るようにしている。引き続き、事業介入のみでなく、自宅での取り組みも斡旋できるようにスタッフ間で工夫していきたいと考えている。</p> <p>終了者が数名出ているので、当該エリアの地域包括支援センターへ空き情報を申し送り、新規見学者・参加者の獲得に向けて動いていく。</p>		
事業を運営する 中でのスタッフ の課題や改善 点、方針等			

※事業終了後毎回記載し、1ヶ月分まとめて翌月10日までに高齢者すこやか支援課に提出してください。

【様式 2 記載例】

短期集中型通所サービス事業実施報告書[日別]

事業所名(通所介護事業所〇〇)

日時	R●年 ●月 日 () : ~ :		
開催場所	通所介護事業所〇〇 デイフロア		
参加者	参加者 6人 / 登録者 6人 見学者 人		
スタッフ及び その他職員等	担当	氏名	職種
	機能訓練指導員等	長崎 花子	看護師
	介護職員	長崎 太郎	介護福祉士
	専門職スタッフ		
	専門職講師(加算対象者)	大分 文夫	理学療法士
	その他		
	ボランティア	宮崎 正子	
地域包括支援センター	(〇〇包括)福岡 良子		
実施内容 (プログラム)	<p>集団プログラム(プログラム名、内容、(簡単に)、参加者の反応)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・マシントレーニング: 使用法、効果の説明など概ね理解されてきている。 ・健康指導士講話: 痛みとストレッチについての講話を実施。痛みの部位別に分けて効果的なストレッチを実践交えて行う。実践しながら説明することでより理解がしやすかったと話される。 ・作業療法士講話: 腰部脊柱管狭窄症の主症状や原因、日常生活上の注意点などの説明を行う。自身の症状についての理解が深まった、注意点も再確認することが出来たと話される。 ・体幹筋力アップ運動: 運動後の疼痛増悪、疲労感の訴えなく実施することができた。 ・利用者同士の会話も良好。向上心も見られ良い雰囲気運動実施。笑顔が多く見られた。 ・適宜、休憩し水分補給を行った。 		
	<p>個別プログラム(対象者、内容(簡単に)、参加者の反応)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・A氏: スクエアステップ。下肢のふらつきあり。理解度良好。 ・B氏: スクエアステップ。弱視あるが比較的スムーズに実施。理解度良好。 ・C氏: マット上でのストレッチを指導。自宅のベッドでやってみるとのこと。 ・D氏: スクエアステップ。難しいステップでは混乱されたようだが、腰痛もなく実施。 ・E氏: 上下肢の運動。バスタオルを使っての運動を指導。下肢が伸びて気持ち良かったとのこと。 ・タオルを用いた運動は自宅でも行えるため、今後も継続して行い、定着を図る。 		
評価 (課題や方針)	<ul style="list-style-type: none"> ・本日からの参加者に関して、転倒リスクが高い方であるが、環境調整やスタッフ間の情報共有ができていたため、問題なく実施できた。 ・ボランティアの介入も積極的に行えている。 ・これからの季節は脱水症状に気をつけながら実施する。 ・登録者に余裕が出てきているので、地域包括支援センターに情報提供を行う。 		

※事業終了後毎回記載し、1ヶ月分まとめて翌月10日までに高齢者すこやか支援課に提出してください。

短期集中型通所サービス事業 出席簿

【様式3】

事業所名()

氏名	住所	年齢	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	計	備考	
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
26																						
27																						
28																						
29																						
30																						
合計																						

※登録抹消した方の名前も消さないで、末梢理由を簡単に書き込んで下さい。

短期業中型通所サービス事業 出席簿

事業所名()

氏名	住所	年齢	通常の利用者の書き方				新規利用者の書き方				中止になった日				備考		
			4/12	4/19	4/26	5/2	5/9	5/16	5/23	5/30	6/7	6/14	6/21	6/28		計	
1 長崎 花子	桜町●●	76	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	12	
2 中村 太郎	猪山町▲▲	72			①	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	9	
3 山口 一郎	桜町■	81	○	○	○	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11	
4 川口 市子	幸町●●	85	①	○	○	×	×	×	介護探検申請							2	
5 原田 良子	桜町▲▲	79	○	○	○	○	○	○	サロンへ							3	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	
26																	
27																	
28																	
29																	
30																	
合計																	

計の書き方
★当年度の累計を記載
4月からの延べ回数

中止者の書き方
★中止理由を記載し、利用者名
簿から、名刺は消さないでくださ
い。

24回終了者の書き方
★終了後の行先もご記入くださ
い。

※登録抹消した方の名前も消さないで、未精理由を簡単に書き込んで下さい。

【様式 4】

個別評価票(短期集中型通所サービス事業)

事業所名 _____
氏 名 _____

認定 _____ 事業対象者 ・ 要支援1 ・ 要支援2 _____
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 ふう 4 あまりよくない 5 よくない				1 よい 2 まあよい 3 ふう 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	椅子起 立時間	Timed Up and Go Test	握力	開眼片 足立ち	椅子起 立時間	Timed Up and Go Test				
		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	
ひらがなりスト	1				<input type="text"/>	点					<input type="text"/>	点	
100から7の引き算	3				<input type="text"/>	点					<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	
語想起課題	1				<input type="text"/>	点					<input type="text"/>	点	
⑨抽象概念	2	<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"/>	点		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	点	
⑪見当識	6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	点		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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>中断(その理由)</td><td></td></tr> <tr><td>その他(その理由)</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		中断(その理由)		その他(その理由)								
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																											
中断(その理由)																											
その他(その理由)																											
記入者																											
個別集団プログラム・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	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	計		
日程																										出席回数 / 24回	
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 記載例】

個別評価票(短期集中型通所サービス事業)

事業所名 ○○事業所

認定 事業対象者・要支援1・要支援2

氏名 長崎 花子

生年月日 昭和○年○月○日 (79歳)

評価項目		初回(R3年 5月 19日実施)				終了時(R3年10月20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 ④あまりよくない 5 よくない				1 よい 2 まあよい ③ 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	開眼片脚立ち	椅子起立時間	Timed Up and Go Test	握力	開眼片脚立ち	椅子起立時間	Timed Up and Go Test				
		右 13.9	① 6.8	8.4	9.9	右 15.1	① 5.9	8.2	9.5				
体力測定評価		左 15.6	② 9.8	7.3	9.8	左 15.8	② 10.1	6.8	9.1				
		握力・片脚立位が、カットオフ値を下回っており全身の筋力低下・バランス能力の低下に伴うフレイル状態である。歩行ペースは同年代並みで一見転倒リスク低い印象だが、TUG方向転換時のふらつきもあり転倒リスク高いと判断される。				握力は半年前より若干良い結果となっているが、依然としてカットオフ値以下で経過。他項目は概ね変化なくバランス能力に課題あり。自宅での運動も出来る範囲で行っており、方向転換の際のふらつきや転倒リスクについても注意を払うようになっている。							
認知機能		配点	記載欄(太枠に点数を記入・自動集計)				記載欄(太枠に点数を記入)						
①視空間/実行系		5	1	1			計 2点	1	1	1			計 3点
②命名		3	1	1	1		計 3点	1	1	1		計 3点	
⑤記憶							点						点
⑥注意 数唱課題		2	1	1			2点	1	1			2点	
ひらがなりスト		1					1点					1点	
100から7の引き算		3					2点					3点	
⑦言語 復唱課題		2	1	1			2点	1	1			2点	
語想起課題		1					1点					1点	
⑨抽象概念		2	1	1			2点	1	1			2点	
⑩遅延再生		5					0点	1				1点	
⑪見当識		6	1	1	1	1	5点	1	1	1	1	4点	
合計点数			20点				22点						
認知機能評価		入力用シートで入力する場合は太枠に記入すると自動計算します。				思考力や柔軟性は高いが、遅延再生の解答が困難で、ヒントを出しても難しい状態であった。本人も物忘れの自覚が強く、短期記憶に関しては課題がある。				初回より2点の加点があるが、カットオフ値を下回り、MCIリスクあり。初回同様短期記憶乏しい。他者交流は好まれており、引き続き集団への継続参加が必要。孫の訪問を楽しみとされており、元気でいたいという思いが強い。			

評価項目	初回(R3年 5月 19日実施)	終了時(R3年10月20日実施)																				
課題分析および評価	他者とよく会話し、歩行もスムーズであるため、一見問題なさそうだが、筋力・バランス能力低下、MCIリスクあり。特に物忘れにより、今後会話が円滑に出来なくなると他者交流がストレスとなり閉じこもりに繋がる可能性がある。	外出は継続できており、今後も趣味の温泉や運動機会の確保、買い物等を継続し、転倒に気を付けながら介護予防が必要。認知機能については、本人も自覚あり、要介護状態への移行防止を目的に専門医受診も勧奨する必要がある。																				
本人の目標および結果	週1回は温泉まで無料バスを利用して出かけたい。運動を継続したい。	月1~2回だが、温泉に行くことができた。教えてもらった運動を自宅で試みたが、毎日ではなかなか続かなかった。普段歩行時は躓きを注意しながら歩くようになった。孫が絵本の読み聞かせを喜んでくれており、認知症予防のためにも本を読んだり、孫となぞなぞをする等継続したい。																				
支援目標および結果	本人の状態に合わせた運動メニューを作成し、教室内での実施と、家庭での実践を促す。物忘れには他者交流による会話が重要であり、レク等をとおして積極的に交流機会を設ける。	提供した運動メニューを自宅で実践すること難しかったようで、引き続き集団での運動機会の確保が必要。また、他者交流・会話により認知機能低下防止が必要。																				
個別サービス計画と評価	ストレッチ 個別トレーニング(筋力維持・躓き防止) コグニサイズ、デュアルタスク 脳トレ 自宅で、なぞなぞ、本を声に出して読む等助言	教室では問題なく全てのプログラム実施済。日頃から一人で外出出来ており、近隣のすこやか運動教室参加を案内。脳トレ目的で紹介した絵本の読み聞かせや、なぞなぞは孫のためにと自ら家庭でも実践しており、今後も継続を促した。																				
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	自宅で継続した運動メニューの実践。楽しみとされている温泉を継続する。すこやか運動教室参加。認知症の診断はなく、未治療のようですが、専門医受診を促し進行予防への支援の必要性を感じる。 1つに○をつける。 複数の場合は、主な1つと「その他」に○をつけ、備考欄に詳細を記載してください。	終了後チェック <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>中断(その理由)</td><td></td></tr> <tr><td>その他(その理由)</td><td>○</td></tr> <tr><td>温泉に行く</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		中断(その理由)		その他(その理由)	○	温泉に行く	
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																						
中断(その理由)																						
その他(その理由)	○																					
温泉に行く																						
記入者	長崎 一郎	長崎 一郎																				

個別集団プログラム・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	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	計
日程	5/12	5/19	5/26	6/2	6/9	6/16	6/23	6/30	7/7	7/14	7/21	7/28	8/4	8/18	8/25	9/1	9/8	9/15	9/22	9/29	10/6	10/13	10/20	10/27	出席回数
個別集団プログラム	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○		○	○	○	○	2
社資資源・他サービス等紹介											○														2
ケアマネジャー参加	○										○											○			4
																									回

{
}

事故
ヒヤリ・ハット

報告

報告日	令和 年 月 日()		管理責任者	所属氏名
			報告者	氏名
発生日時	令和 年 月 日() 時 分			
発生場所				
対象事例	氏名	住所 (TEL)	年 月 日 生	
事故(ヒヤリ・ハット)発生状況 * 詳しく記入して下さい。				
事故(ヒヤリ・ハット)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：短期集中型通所サービス事業 実施報告書[日別]【様式2】

基本チェックリスト

【様式 6】

◎太線の枠内についてご記入ください。判定欄のご記入は必要ありません。

記入日	年 月 日	氏 名	フリガナ 様 男・女	大・昭	年 月 日生 (才)
住所	長崎市			電話	

NO	質問項目	回答	判定	
1	バスや電車で1人で外出していますか（付き添いなしで）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
2	日用品の買い物をしていますか（付き添いなしで）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
3	預貯金の出し入れをしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
4	友人の家を訪ねていますか（付き添いなしで）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
5	家族や友人の相談にのっていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか（ひとりで）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	/ 20 ()/5	
7	いすに座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
8	15分位続けて歩いていますか（付き添いなしで）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
9	この1年間に転んだことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
10	転倒に対する不安は大きいですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
11	6ヶ月間で2～3Kg以上の体重減少がありましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		()/2
12	身長 cm 体重 Kg (BMI=) (注)			
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		()/3
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
15	口の渇きが気になりますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
16	週に1回以上は外出していますか（付き添いなしで）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	()/2	
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	()/3	
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	()/5	
21	（ここ2週間）毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
22	（ここ2週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
23	（ここ2週間）以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
24	（ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
25	（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

(注) BMI=体重(Kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする。

長 崎 市

いまから介護予防をはじめよう！

短期集中型通所サービ



これは**運動機能・認知機能を維持向上**できるよう約半年間、24回介護予防に取り組む運動教室です。

筋力トレーニングやストレッチ、頭の体操などまわりの参加者と一緒に楽しく行いましょう！

-  対象：事業対象者または要支援認定者
-  時間：1 時間 30 分
-  料金は無料！！
-  自宅から会場までの送迎あり 

～いつまでも自分らしく生活できるよう、
介護予防に取り組みましょう～

あなたのお住まいの地域にある会場をご紹介します！

利用やサービスについてのお問い合わせは

〇〇地域包括支援センター ☎●●●-●●●

令和 年度（ 年度） 介護予防事業担当者調査票 【様式8】

事業名 短期集中型通所サービス事業 生涯元気事業（すこやか運動教室）

1. 法人名・開催日時・場所

法人名													
事業所名称													
住所													
電話番号													
FAX番号													
メールアドレス													
担当者名													
開催場所	住所												
	名称												
	電話番号								会場名				
開催月日	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	
	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	
	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	
	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	
	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	日（ ）	
開催時間	時 分 ~ 時 分												
対応可能17	中学校区：												
2. 職種別担当者													
区分	職種			担当者名				所属					
機能訓練指導員等													
又は													
運動指導者													
介護職員等													
又は													
職員													
理学療法士													
作業療法士													
薬剤師													
栄養士													
歯科衛生士													

令和 年度（ 年度） 介護予防事業担当者調査票 【様式8】

事業名 短期集中型通所サービス事業 生涯元気事業（すこやか運動教室）

1. 法人名・開催日時・場所

法人名	〇〇会												
事業所名称	デイサービスセンター〇〇〇												
住所	〇〇町6-3 〇〇ビル2階												
電話番号	847-1234												
FAX番号	847-1235												
メールアドレス	deisa-bisu@senta.ruru.or.jp												
担当者名	長崎 春子												
開催場所	住所		同上										
	名称		同上										
	電話番号		同上					会場名		2階 デイルーム			
開催月日 第1、第3金曜日	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
	1日	6日	3日	1日	5日	2日	7日	4日	2日	6日	3日	3日	
	8日	13日	10日	8日	12日	9日	14日	11日	9日	13日	10日	10日	
	15日	20日	17日	15日	19日	16日	21日	18日	16日	20日	17日	17日	
	22日	27日	24日	22日	26日	23日	28日	25日	23日	27日	24日	24日	
	日	日	日	29日	日	30日	日	日	日	日	日	日	
開催時間	13時30分 ～ 15時00分												
対応可能巧7	中学校区：												

2. 職種別担当者

区分	職種	担当者名	所属
機能訓練指導員等	看護師	長崎春子	デイサービスセンター〇〇〇
又は 運動指導者			
介護職員等	介護福祉士	佐世保 明	デイサービスセンター〇〇〇
又は 職員			
理学療法士 作業療法士	作業療法士	松浦 正	〇〇病院
薬剤師 栄養士 歯科衛生士			

【様式9】

(事業所名：

)圏域別対応調査票

※送迎等、対応が可能なエリアについて「対応の可否」の欄に「○」を付けてください。

圏域No.	包括	中学校名	担当町名	対応の可否	中学校区の他に町単位で対応可能なエリアがありましたら町名をご記入ください
1	東長崎	東長崎中学校	田中町、鶴の尾町、つつじが丘1~5丁目、中里町、船石町、矢上町、現川町、平間町、高城台1~2丁目、東町、松原町、古賀町		
	日見・橋	日見中学校	芒塚町、宿町、界1~2丁目、網場町、春日町、潮見町		
		橋中学校	上戸石町、川内町、戸石町、牧島町、かき道1~6丁目		
2	桜馬場	桜馬場中学校	鳳頭町、寺町、八幡町、麴屋町、諏訪町、魚の町、栄町、古川町、賑町、万屋町、築町、浜町、銅座町、鍛冶屋町、油屋町、出島町、江戸町、本河内1~4丁目、矢の平1~4丁目、中川1~2丁目、新中川町、桜馬場1~2丁目、伊勢町、伊良林1~3丁目、新大工町、鳴滝1~3丁目、銀座町、東古川町		
3	片淵・長崎	片淵中学校	下西山町、西山本町、西山1~4丁目、片淵1~5丁目、夫婦川町、木場町		
		長崎中学校	大黒町、尾上町、八千代町、御船蔵町、浜平1~2丁目、西坂町、中町、筑後町、出来大工町、馬町、炉粕町、勝山町、大井手町、今博多町、古町、桶屋町、元船町、五島町、榊島町、万才町、金屋町、興善町、桜町、恵美須町、上町、玉園町、八百屋町、立山1~5丁目、上西山町		
4	大浦	大浦中学校	船大工町、本石灰町、丸山町、寄合町、西小島1~2丁目、館内町、十人町、籠町、新地町、梅香崎町、中小島1~2丁目、稲田町、中新町、高丘1~2丁目、南町、南が丘町、八景町、星取1~2丁目		
		梅香崎中学校	常磐町、大浦町、東山手町、下町、東山町、大浦東町、日の出町、元町、椎の木町、相生町、川上町、出雲1~3丁目、上田町、松が枝町、南山手町、小曾根町、浪の平町、古河町、東琴平1~2丁目、西琴平町		
6	江平・山里	山里中学校	石神町、辻町、小峰町、三原1丁目、高尾町、本尾町、平野町、平和町、岡町、橋口町、上野町、扇町、本原町、大橋町、家野町、		
		旧江平中学校	茂里町、岩川町、川口町、浜口町、坂本1~3丁目、江平1~3丁目、宝町、幸町、天神町、銭座町、上銭座町、緑町、目覚町		
7	西浦上・三川	三川中学校	西山台1~2丁目、三原2~3丁目、三川町		
		西浦上中学校	川平町、三ツ山町、睦別当町、文教町、千歳町、若葉町、中園町、住吉町、住吉台町、泉町、泉1~3丁目、花丘町、昭和1~3丁目、大手1~3丁目、女の都1~4丁目、けやき台町		
8	緑が丘	緑が丘中学校	青山町、若草町、金堀町、城山台1丁目、花園町、立岩町、清水町、錦1~3丁目、音無町、西町、白鳥町、緑が丘町、江里町、三芳町、油木町		
	淵	淵中学校	春木町、竹の久保町、梁川町、淵町、稲佐町、光町、曙町、弁天町、宝栄町、岩見町、松山町、富士見町、城栄町、城山町		
9	・小式江見原	小江原中学校 旧式見中学校含む	柿泊町、手熊町、上浦町、小江原1~5丁目、城山台2丁目、園田町、向町、式見町、四杖町、相川町、見崎町、牧野町		
10	西部	丸尾中学校	水の浦町、大谷町、飽の浦町、秋月町、入船町、塩浜町、岩瀬道町、旭町、江の浦町、平戸小屋町、大鳥町、丸尾町		
		福田中学校	大浜町、小浦町、福田本町、小江町		
		西泊中学校	東立神町、西立神町、西泊町、木鉢町1~2丁目、みなと坂1~2丁目、小瀬戸町、神ノ島町1~3丁目		

【様式9】

圏域No.	包括	中学校名	担当町名	対応の可否	中学校区の他に町単位で対応可能なエリアがありましたら町名をご記入ください
11	岩屋	岩屋中学校	赤迫1～3丁目、岩屋町、西北町、若竹町、柳谷町、滑石1～2丁目、葉山1～2丁目、虹が丘町、エミナント葉山町		
12	滑石・横尾	滑石中学校	大園町、大宮町、滑石4～6丁目、北栄町		
		横尾中学校	滑石3丁目、北陽町、横尾1～5丁目		
13	北部	三重中学校	豊洋台1丁目～2丁目、鳴見町、鳴見台1～2丁目、欽刈町、多良町、京泊1～3丁目、さくらの里1～3丁目、三京町、松崎町、三重町、三重田町、樫山町、睦町		
外海中学校 旧黒崎中学校 旧神浦中学校		永田町、上黒崎町、下黒崎町、西出津町、東出津町、新牧野町、赤首町、神浦願山町、神浦北大中尾町、神浦上大中尾町、神浦下大中尾町、神浦丸尾町、神浦江川町、神浦上道徳町、神浦下道徳町、神浦口福町、神浦向町、神浦夏井町、上大野町、下大野町			
池島中学校		池島町			
15		琴海中学校	琴海尾戸町、琴海大平町、琴海形上町、長浦町、琴海戸根原町、琴海戸根町、琴海村松町、西海町		
16	小島・茂木	小島中学校	高平町、愛宕1～4丁目、弥生町、東小島町、上小島1～5丁目、桜木町、白木町、八つ尾町、彦見町、三景台町、早坂町、田手原町、田上1～4丁目		
		旧南中学校	大崎町、千々町		
		茂木中学校	北浦町、茂木町、宮摺町		
		日吉中学校	太田尾町、飯香浦町		
17	戸町・小ヶ倉	戸町中学校	園分町、小菅町、戸町1～5丁目、上戸町1～4丁目、新戸町1～3丁目、上戸町		
		小ヶ倉中学校	新小が倉1～2丁目、小ヶ倉町1～3丁目、大山町、ダイヤモンド1～4丁目		
	土井首	土井首中学校	磯道町、古道町、鹿尾町、京太郎町、三和町、土井首町、毛井首町、平瀬町、鶴見台1～2丁目、米山町、草住町、柳田町、八郎岳町、江川町、末石町、羊浦町、平山町、平山台1～2丁目		
18	香焼・深堀	深堀中学校	深堀町1～6丁目、大籠町		
		香焼中学校	香焼町		
5		伊王島中学校	伊王島町1～2丁目		
		高島中学校	高島町		
19	南部	三和中学校	蚊焼町、布巻町、為石町、櫛が丘町、藤田尾町、晴海台町、川原町、宮崎町		
20		野母崎中学校	野母崎樺島町、以下宿町、黒浜町、高浜町、南越町、野母町、脇野町		

令和 年度 短期集中型通所サービス 主観的健康観・体力測定結果(会場:))

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	主観的健康観	初握力右	初握力左
1					0					
2					0					
3					0					
4					0					
5					0					
6					0					
7					0					
8					0					
9					0					
10					0					
11					0					

【様式 10】

※グレーの部分は入力不要

令和 年度 短期集中型通所サービス MoCA-J 結果(会場:)

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/教)		
1					0								
2					0								
3					0								
4					0								
5					0								
6					0								
7					0								
8					0								
9					0								
10					0								
11					0								

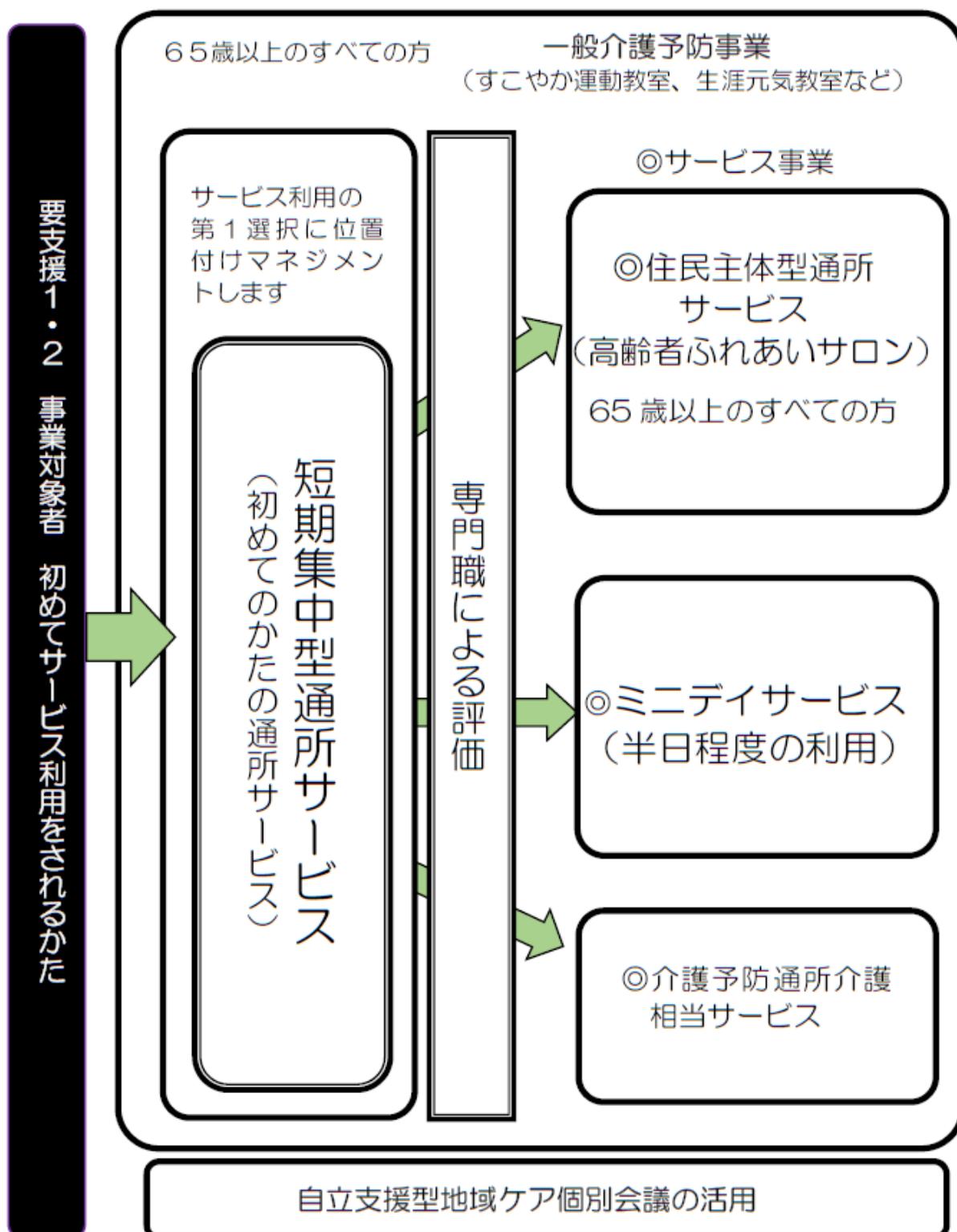
【様式11】

※グレーの部分は入力不要

オ 通所サービス事業利用の基本的フローチャートについて

～通所サービス事業利用の基本的フローチャート～

高齢者ができるだけ長く元気で過ごせるよう、一人ひとりの主体性と自立の可能性を最大限に引き出す支援を行うことを基本とした介護予防ケアマネジメントが求められています。自立支援型地域ケア会議を活用して、介護予防の専門職と共に対象者の状態に応じたサービスについて検討することもできます。詳しくは、地域包括支援センターにお問い合わせください。



提出書類

【資料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8】担当者調査票(エクセル)		○ データ	4月分の報告提出時
【様式9】圏域別対応調査票 (エクセル)		○ データ	4月分の報告提出時
【様式1】実施報告書	○		翌月10日(10日が土日祝日 の場合は、その前の平日) まで
【様式2】実施報告書[日別]	○		翌月10日(10日が土日祝日 の場合は、その前の平日)ま で ※通常開催時のみ
【様式3】出席簿	○		翌月10日(10日が土日祝日 の場合は、その前の平日)ま で
【様式4】個別評価票 ※中断者含む	○		終了月の翌月10日(10日が 土日祝日の場合は、その前 の平日)まで
【様式5】事故ヒヤリ・ハット報告	○	○	報告書の提出がすぐには難 しい場合は、発生2日以内に 電話等で総合事務所へ報告 し、報告書は後日提出してく ださい。
【様式10】【様式11】【様式12】 短期集中測定結果(エクセル) 体力測定、MoCA-J、基本チェックリスト ※中断者含む		○ データ	年度末
傷害保険証書の写し	○		本業務の契約締結後速やか に提出