介護予防・生活支援サービス事業（多様なサービス）ガイドブック

（令和３年４月版）

	サービス名		サービス概要
サービスＣ	1　訪問アセスメント（運動）		理学療法士、作業療法士が自宅に訪問し、例えば浴槽またぎや近所までの屋外歩行等、**生活上の課題を分析**し、自宅内でできる工夫や今必要なことをご提案します。
	2　訪問アセスメント（栄養）		管理栄養士が自宅に訪問し、**調理や食事の状況を評価**し、今できることから必要な支援まで、栄養状態を改善する方法をご提案します。
	運動プログラム	3　通所型	訪問アセスメント（運動）による分析の結果から、理学療法士、作業療法士が**個別**のプログラムを立て、通所事業所で取り組むことで課題の解決を目指します。
		4　教室型（通所）	理学療法士等が立案した**運動**プログラムに**集団**で取り組み、身体機能の向上（体力が低下したときや転倒しそうになったときにとっさに対応できるからだづくり）を目指します。
		5　訪問型	理学療法士、作業療法士が自宅に訪問し、自宅や周辺で**個別**のプログラムを実施することで、課題の解決を目指します。
	6　**栄養**プログラム（通所型・訪問型）		疾病の悪化防止や栄養状態の改善ができるように、望ましい食生活を送れるよう、月に１回、モニタリングやレシピ等の提案をします。
	7　**口腔**プログラム（通所型・訪問型）		歯科医師・歯科衛生士・言語聴覚士による口の渇きやむせ等を改善するプログラムで、食べ物の飲み込みづらさや話しづらさの改善や誤嚥性肺炎を予防します。
	8　おひさフォロー（訪問型）		運動・栄養・口腔プログラム終了後日、専門職がご自宅に訪問し、プログラムで学んだことを**復習**します。
	9　介護予防ヘルプサービス（訪問型）		退院直後など、一時的に心身機能の低下がある方の**在宅生活復帰**から安定するまでの期間を、介護予防型訪問サービス（ホームヘルプ）の上限回数を超えてホームヘルパーが集中的に支援を行います。
サービスＡ	10　家事援助サービス（訪問型）		本市が独自に養成した「家事援助スタッフ」による利用者ができない掃除やごみ捨てなどの**生活支援**を行います。

宮崎市　介護保険課

はじめに～サービス全般に関すること

（1）３～６カ月の考え方（サービスＣ）

◆利用者１人あたり、年度をとおして合計概ね６カ月間サービスＣを利用することができます。

◆年度が変わると、利用した期間はリセットされ、再び合計概ね６カ月間利用することができます。

※サービスＣの利用した期間はケアプランに記載した期間により、例えば、全体で６カ月間のケアプランでも、３カ月間サービスＣを利用する内容とした場合、サービスＣを３カ月間利用したことになります。

【例：６カ月間サービスＣを利用する例】
（１）運動プログラムを２クール利用
（２）運動プログラム（３カ月間）→教室型プログラムを利用
（３）教室型プログラム利用（７月～９月）→一般介護予防事業等で自身で取り組む（10 月～12 月）→教室型プログラムを利用（１月～３月）

◆次のサービスは、開始時期や利用期間に関し特別な考え方があるので留意してください。

サービス名		併用できないサービス
①　訪問アセスメント（運動・栄養）		◆ケアプラン確定前（担当者会議まで）に実施 ※１、２参照。
プログラム　運動	②　教室型	◆連続２クールの利用不可。 例）令和３年７～９月利用者が次に利用可能なクールは令和４年１月から。
	③　訪問型	◆３カ月利用でも６カ月利用でも利用回数上限は６回。
④　おひさフォロー		◆運動・栄養・口腔プログラム利用者に実施。 ※８参照。
⑤　介護予防ヘルプサービス		◆連続利用上限３カ月。

（2）６カ月を超えて利用が必要な場合（サービスＣ）

次のいずれかの方法で、当該年度中にサービスＣを利用することができます。

① 自立支援型地域ケア会議でサービス利用が必要と判断された場合。

② 市に個別にケース会議を実施し、サービス利用が必要と判断された場合（原則、評価会議と同じ資料が必要です。まずはご相談ください。）

（3）ステップアップファイルの活用（サービスＣ）

◆包括は、利用者がサービスＣを利用する際に、利用者に「ステップアップ・ファイル」を交付します。

◆交付の記録を別紙に記録します。

◆利用者は、サービスＣを利用する際にはステップアップ・ファイルを持参するものとし、サービス事業所から渡される「プログラム利用に当たっての目標」や「プログラ

ム実施中のセルフケアの指導内容」等を記録した印刷物を綴ります。

（4）上限回数のあるサービスのケアプランへの位置付け方（サービスC）

期間を記載します。

※サービスを利用する際には、サービス事業所にどのくらいの期間取り組むことで課題を改善できるか確認し、ケアプランに期間を記載しましょう。

※上限回数の管理は事業所が行います。

サービス 種別	事業所 （利用先）	期間
通所型短期集中サービス （運動プログラム）	○○○デイサービス	R3.4.1～R3.6.30

（5）サービスの併用について

運動・栄養・口腔の課題を解決する支援は、短期集中サービス以外にもあります。

併用できない支援は次のとおりです。

サービス名		併用できないサービス
運動プログラム	①　通所型 ②　教室型	◆通所系サービス（介護予防型通所サービス、介護予防通所リハビリテーション、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防特定施設入居者生活介護（機能訓練を実施する場合）） ◆理学療法士、作業療法士が携わる訪問系サービス（介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、介護予防訪問看護、その他医療系サービス等） ※訪問系サービスは、主治医から併用できることが確認できた場合、併用可。
	③　訪問型	◆理学療法士、作業療法士が携わる訪問系・通所系サービス（介護予防訪問（通所）リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、介護予防訪問看護、その他医療系サービス等） ※主治医から併用できることが確認できた場合、併用可。
④　栄養プログラム（通所・訪問型）		居宅療養管理指導、その他医療機関等で行う栄養指導 ※栄養プログラムでなければ対応できない支援（自宅での調理実習、３カ月の継続的なレシピの提案等）がある場合、併用可。
⑤　口腔プログラム（通所・訪問型）		居宅療養管理指導、その他医療機関等で行う口腔ケア等 ※歯科医院等で治療中の場合、主治医から併用について確認を取ること。
⑥　介護予防ヘルプサービス		介護予防型訪問サービス ※事業所の人員の問題等で、複数の事業所が共同して行う必要がある場合、この限りではない。

介護予防・生活支援サービス事業における各事業の効果的な組み合わせ

種別	分類	サービス名	備考	訪問系						通所系						
				従来	緩和A	短期集中サービスC			予防給付	従来	短期集中サービスC					予防給付
				ホームヘルプ	家事援助	介護予防ヘルプ	運動	栄養C	訪問リハ	デイサービス	運動C	教室C	栄養C	口腔C	複合	通所リハ
通所系	従来サービス	デイサービス		○	○	○	×	○	△		×	×	○	○	○	×
	短期集中サービスC	運動プログラム **通所型**		◎	○	△	◎	○	△	×		×	◎	◎	○	×
		運動プログラム **教室型**	R3開始	△	△	△	△	○	△	×	×		○	○	△	×
		栄養プログラム **個別のみ**		◎	○	○	○	×	△	○	◎	△		◎	△	○
		口腔プログラム **個別のみ**		◎	○	○	○	○	○	○	◎	△	◎		△	○
		複合プログラム（運・栄・口・認） **集団のみ**	R3開始予定	◎	○	△	○	△	△	○	○	△	△	△		○
	【比較】予防給付	通所リハ		○	○	○	△	○	△	×	×	×	○	○	○	
訪問系	従来サービス	ホームヘルプ			△	×	◎	◎	○	左上エリアと同様						
	基準緩和サービスA	家事援助サービス		△		○	○	○	○							
	短期集中サービスC	介護予防ヘルプ		×	○		◎	◎	○							
		運動プログラム	R3開始	◎	○	◎		◎	△							
		栄養プログラム		◎	○	◎	○		○							
	【比較】予防給付	訪問リハ		○	○	○	△	○								

◎＝効果的な組み合わせ、○＝併用可、△＝併用は考えにくい、×＝併用不可

1　訪問アセスメント（運動）

（1）概要（再掲）

理学療法士、作業療法士が自宅に訪問し、例えば浴槽またぎや近所までの屋外歩行等、生活上の課題を分析し、自宅内でできる工夫や今必要なことをご提案します。

（2）サービスの利用方法

◆運動機能向上により課題が解決できると見込んだタイミングから利用可能です。

【サービス導入のスケジュール例】
・包括アセスメント
↓
・包括は運動機能向上により、生活課題の改善ができると判断
↓
・包括は運動プログラム（通所型、訪問型）または教室型プログラムの対象像に合うことを確認
↓
・利用者は訪問アセスメント利用申込書を記入し、包括は事業所に訪問アセスメントを依頼
↓
・**訪問アセスメントの実施**（情報の共有）
↓
・ケアプラン原案作成

◆ケアプラン原案作成の参考となるサービスなので、時期に余裕をもって事業所に依頼してください。

◆サービス事業所には、医療情報を必ず共有してください。

◆サービス事業所は、運動プログラム（通所型）または（訪問型）を実施しています。

※訪問アセスメントの結果、必ずしも運動プログラム繋がる必要はありません。

（3）サービス選択のポイント

◆訪問アセスメント（運動）は、利用者の居宅において、課題となっている ADL・IADL の動作についての評価分析を行うことに加え、「身体機能」「住環境」「モチベーション（意欲）」「認知機能」「一日の過ごし方」等必要なことについて把握します。

◆包括と事業者は、訪問アセスメント（運動）を通じて「サービス利用」「住環境の整備」「セルフケア」等をどう活用して目標を達成できるのか検討します。

◆訪問アセスメントを通じて、事業所と包括は次のような内容を共有します。

①利用者の３～６カ月後の予後予測
②予測される予後に達成するために必要なサービスの量（サービスの種別や期間、回数等）の提案
③住宅改修、福祉用具、家具の配置の変更等の住環境に関する必要な支援
④予測される予後に達成するために必要なセルフケア
⑤運動を実施するうえでのリスク（認知機能、疾患、栄養、口腔）
⑥その他、日常生活の工夫に関すること

２　訪問アセスメント（栄養）

（１）概要（再掲）

管理栄養士が自宅に訪問し、調理や食事の状況を評価し、今できることから必要な支援など、栄養状態を改善する方法をご提案します（例：その場でできる栄養講座、栄養プログラム利用を勧める等）。

（２）サービスの利用方法

◆栄養状態の改善に向けた支援が必要と判断したタイミングから利用可能です。

【サービス導入のスケジュール例】
・包括アセスメント
　↓
・包括は栄養状態の改善に向けた支援（※）により、
　疾病の悪化防止や栄養状態の改善ができると判断
　↓
・包括は栄養プログラム（通所型、訪問型）の対象像に合うことを確認
　↓
・利用者は訪問アセスメント利用申込書を記入し、包括は事業所に訪問アセスメントを依頼
　↓
・**訪問アセスメントの実施**（情報の共有）
　↓
・ケアプラン原案作成（栄養プログラムを利用する場合は利用見込確認書を市に提出）

※単に栄養改善の必要性だけでなく、なぜ自身（家族）の力だけでは栄養の改善ができていないのか（①主治医の指示は出ているが、自分でレシピを考えて調理ができない、②総菜購入が中心だが、必要な栄養素を意識して購入することが難しい等）把握したうえで、事業所との調整を開始してください。

◆ケアプラン原案作成の参考となるサービスなので、時期に余裕をもって事業所に依頼してください。

◆血液や服薬のデータ、その他の医療情報を必ず共有してください。
※追加で主治医に確認を依頼される場合があります。

◆主治医より栄養指導の方針が示されていない場合においては、栄養指導の方向性について包括に助言をします。

※訪問アセスメントの結果、必ずしも栄養プログラムに繋がる必要はありません。

（３）サービス選択のポイント

◆訪問アセスメント（栄養）は、利用者の居宅において、課題となっているADL・IADLの状況についての評価分析を行うことに加え、「食事状況」「栄養課題」「食材・調味料の保管状況」「経済状況」「栄養面でのリスク」等、必要なことについて把握をするも

のです。

◆包括と事業者は、訪問アセスメント（栄養）を通じて、疾病の悪化防止や栄養状態の改善に向けて、栄養プログラムの利用または別の支援が必要か検討を行います。

◆訪問アセスメントを通じて、事業所と包括は次のような内容を共有します。

①利用者の３～６カ月後の予後予測 ②予測される予後に達成するために必要な支援の量（サービスの種別や期間、回数等）の提案 ③予測される予後に達成するために必要なセルフケア ④運動を実施するうえでの栄養面でのリスク ⑤その他、日常生活の工夫に関すること

◆栄養プログラム開始までに必要に応じて食事状況を記録（カレンダー等の活用）するよう、利用者に指導を行う場合があります。

※口腔分野における専門的な評価は、在宅訪問アセスメント事業（宮崎市口腔保健支援センター）　を活用することができます。

３　運動プログラム（通所型）

（１）概要（再掲）

訪問アセスメント（運動）による分析の結果から、理学療法士、作業療法士が個別のプログラムを立て、通所事業所で取り組むことで課題の解決を目指します。

（２）サービスの利用回数

時　　間：90～120 分程度

利用回数：週 2 回程度（3 カ月で全 22 回）

※週 1 回にするなど、回数を減らして実施することも可能です。

利用者負担：無料

（３）サービスの利用方法

◆訪問アセスメント（運動）の結果、包括と事業所が運動プログラム（通所型）が必要と判断することで利用可能です。

【サービス導入のスケジュール例】
・訪問アセスメント（1　訪問アセスメント（運動）参考）
　↓
・ケアプラン原案作成
　↓
・担当者会議
　↓
・サービス利用開始
（3 カ月利用の場合、通所プログラムが 22 回、事後訪問評価が 1 回。また、必要に応じ中間訪問評価を 1 回実施することができます。）

※訪問アセスメント（運動）を実施するので、時期に余裕をもって事業所に依頼してください。

（４）サービス選択のポイント

◆各事業所の共通で行う内容は、「健康状態のチェック」「ウォーミングアップ」「身体機能訓練」「生活機能訓練」「クーリングダウン」「セルフケアの指導」「セルフケアのチェック」です。

◆各事業所は、デイサービス利用者と集団で行う事業所もあれば、個別の支援に特化している事業所もありますので、利用者にあった環境を選択しましょう。

４　運動プログラム（教室型）※通所による実施

（１）概要（再掲）

理学療法士等が立案した運動プログラムに集団で取り組み、身体機能の向上（体力が低下したときや転倒しそうになったときにとっさに対応できるからだづくり）を目指します。

＜本サービスの狙い＞
本サービスは、生活課題を解決するための今までのサービスＣと違い、介護予防ケアマネジメントＡや介護予防支援から手が離れる、またはそれらの支援が必要になる前に食い止めることを目的にしています。
利用者や教室サポーター（ボランティア）が自分たちの教室を運営する意識をもって、毎週役割を持って取り組んでいきます。
最初は事業所から手取り足取り教えてもらうかもしれませんが、だんだん手が離れていきます。
３カ月のサービス終了後には、利用者一人一人が「何かやらなきゃ」と思えるような環境を目指します。

（２）サービスの時間・利用回数

時　　間：90～120 分程度
利用回数：週１回程度（３カ月で全 12 回）
利用者負担：無料
※連続２クールの利用はできません。
＜令和３年度の教室型プログラム実施月＞

クール	第１クール	第２クール	第３クール
実施期間	令和３年７月～９月	令和３年 10 月～12 月	令和４年１月～３月

（３）サービスの利用方法

◆利用受付開始が市からアナウンスがあり、包括は事業所に利用の申し込みを行います。

【サービス導入のスケジュール例】
・包括アセスメント
↓
・包括は利用者から教室型プログラムの合意が得られれば、事業所に利用申し込みの旨連絡
↓
・事業所の空きを確認し、利用者に教室型プログラム利用申込書を記入してもらう
※包括は教室型プログラム利用申込書を事業所に渡す（プログラム開始日まで）。
↓
・ケアプラン原案作成
↓
・事前ミーティングの開催（概ね開始１週間前）
↓
・サービス利用開始

（4）ミーティングについて

ミーティングは、プログラム開始前と終了前に市・包括・サービス事業者等で行います。

◆事前ミーティングでは、利用者全体の情報・課題・目標を確認し、プログラム全体でどのような方針で進めるか検討します。

◆評価ミーティングでは、利用者全体の利用者全体の目標達成状を確認し、サービスや地域などにおける課題の検討を行います。

◆サービス事業所の専門職は、利用者が教室型プログラムから移行する地域の通いの場に出向き、介護予防の取組を助言等を行うことができます（地域連携加算）。

＜ミーティングのスケジュール（予定）＞

クール	第１クール	第２クール	第３クール
事前ミーティングの実施時期の目安	６月 24 日（木）～６月 30 日（水）のいずれか	９月 24 日（金）～９月 30 日（木）のいずれか	12 月 24 日（金）～12 月 31 日（金）のいずれか
評価ミーティングの実施時期の目安	９月 24 日（金）～９月 30 日（水）のいずれか	12 月 24 日（金）～12 月 31 日（金）のいずれか	３月 25 日（金）～３月 31 日（木）のいずれか

（5）サービス選択のポイント

本サービスの対象者像は２パターンあります。

◆ひとつは「要支援１・２の者のうち、ＡＤＬ・ＩＡＤＬの維持・向上が見込まれ、集団での運動が効果的な者（以下、従来の利用者。）」です。

◆従来の利用者は、他のサービスにおいてある程度生活課題が解決したのち、本サービスを利用することで、体力が低下したときや転倒しそうになったときでも最低限の動作が行える予備力を身に付けます。

◆もうひとつは「基本チェックリストに該当した者のうち、本プログラムに取り組むことで要支援の状態になることを食い止められる見込みのある者（以下、水際層。）」です。

◆水際層は、生活上の課題は軽度の者で、要支援の状態にならないよう、一般介護予防事業等と組み合わせて、状態の維持を図ります。

＜従来の利用者と水際層のイメージ＞

従来の利用者	サービスＣ（運動プログラム）等　→　教室型プログラム　→　一般介護予防事業等
水際層	教室型プログラム　→　一般介護予防事業等

（６）教室サポーターについて

◆教室型プログラム修了者や元気高齢者は、教室サポーターとして教室型プログラムの運営スタッフ（ボランティア）として取り組むことができます。

◆教室型プログラムの効果を実感した利用者が今度は、教室サポーターとして次の利用者に伝える立場になります。

◆活動数は月１回、送迎なし、シニア応援ボランティアに登録可能。

５　運動プログラム（訪問型）

（１）概要（再掲）

理学療法士、作業療法士が自宅に訪問し、自宅や周辺で個別のプログラムを実施することで、課題の解決を目指します。

（２）サービスの時間・利用回数・利用者負担

時　　間：60 分程度
利用回数：利用期間に関わらず全６回
利用者負担：無料

（３）サービスの利用方法

◆訪問アセスメント（運動）の結果、包括と事業所が運動プログラム（訪問型）が必要と判断することで利用可能です。

【サービス導入のスケジュール例】
・訪問アセスメント（１　訪問アセスメント（運動）参考）
　↓
・ケアプラン原案作成
　↓
・担当者会議
　↓
・サービス利用開始

※訪問アセスメント（運動）を実施するので、時期に余裕をもって事業所に依頼してください。

（４）サービス選択のポイント

◆本サービスの利用者像は、自立した生活を送ることが見込まれる者であり、具体的には以下のようなケースが想定されます。

例１：通所ができない、通所につながらない 心身機能低下があり、通所サービスの利用が必要だと判断されるものの、本人の意欲等が要因で通所できない者。自宅での適切なセルフトレーニングの指導および ADL・IADL 改善を図ることに加え、本プログラムでリハビリ専門職が介入することで、通所サービスにつなぐことが目指せる場合。
例２：ADL・IADL 動作の自立に向けた介入が必要 ADL・IADL 動作が自立しておらず、家族やヘルパーの介助および見守りを要しているが、日常生活上の動作により身体機能が改善する中で、「介助」→「見守り」→「自力で実施」をどのように進めていくかについてリハビリ専門職が介入し、自宅環境での助言や指導をする必要性がある場合。

◆利用の頻度については、例えば、２週間に１回、１カ月半で６回など、柔軟に利用できるので、訪問アセスメント（運動）を通じて専門職と導入の仕方を検討しましょう。

６　栄養プログラム（通所型・訪問型）

（１）概要（再掲）

疾病の悪化防止や栄養状態の改善ができるように、望ましい食生活を送れるよう、月に１回、モニタリングやレシピ等の提案をします。

（２）サービスの時間・利用回数・利用者負担

時　　間：60 分程度

利用回数：月１回程度（３カ月で全３回）

利用者負担：無料

（３）サービスの利用方法

◆訪問アセスメント（栄養）の結果、包括と事業所が栄養プログラムが必要と判断し、利用見込確認書を市に提出し、市の確認が得られれば利用可能です。

【サービス導入のスケジュール例】
・訪問アセスメント（２　訪問アセスメント（栄養）参考）
　↓
・包括とサービス事業者は、栄養プログラムが必要と判断
　↓
・包括は**市に利用見込確認書を送付**
　↓
・市の確認
　↓
・ケアプラン原案作成
　↓
・担当者会議
　↓
・サービス利用開始

※訪問アセスメント（栄養）を実施するので、時期に余裕をもって事業所に依頼してください。

（４）サービス選択のポイント

◆栄養状態の改善のために必要な支援は、例えば、調理実習でスキルの習得が必要な者、総菜の購入方法を学ぶ必要がある者、調理を行う家族に支援が必要等、利用者によって様々です。

・場合によっては、栄養プログラム単独では改善できない例もあります。

・そのため、管理栄養士が栄養プログラムを通じて何をする必要があるのか明確にするため、サービス導入前に利用見込確認書を通じて市と確認することとしています。

・訪問アセスメント（栄養）において、この栄養課題を解決するには、利用者の生活をどうしなければいけないのか念頭におきつつ、管理栄養士と検討を行いましょう。

◆主に食事の準備をするものが本人以外（家族・訪問介護員等）の場合、その者もプログラムに同席するようにしてください。

◆通所型は、専門的な環境で行えること、運動や口腔プログラムと併せて利用できることが利点です。

◆訪問型は、自宅環境での訓練が行えること、家族・訪問介護員等と一緒に利用できることがメリットです。

7　口腔プログラム（通所型・訪問型）

（1）概要（再掲）

歯科医師・歯科衛生士・言語聴覚士による口の渇きやむせ等を改善するプログラムで、食べ物の飲み込みづらさや話しづらさの改善や誤嚥性肺炎を予防します。

（2）サービスの時間・利用回数・利用者負担

時　　間：60 分程度

利用回数：月 1 回程度（3 カ月で全 4 回）

利用者負担：無料

（3）サービスの利用方法

◆包括が口腔プログラムが必要と判断すれば利用可能です。

【サービス導入のスケジュール例】
・包括アセスメント
　↓
・包括は、口腔プログラムが必要と判断
　↓
・ケアプラン原案作成
　↓
・担当者会議
　↓
・サービス利用開始

（4）サービス選択のポイント

◆「義歯接着剤が必要」、「残存歯が少ない」、「歯や口の痛みがある」、「窒息や誤嚥等の兆候やトラブルがある」のいずれかに該当する場合、口腔プログラムではなく歯科受診をすすめます。

◆上記以外で歯科受診と本サービスのどちらを選択すべきか判断が難しい場合、在宅訪問アセスメント事業（宮崎市口腔保健支援センター）の活用を検討しましょう。

８　おひさフォロー

（１）概要（再掲）

運動・栄養・口腔プログラム終了後日、専門職がご自宅に訪問し、プログラムで学んだことを復習します。

＜おひさフォローがあるサービス＞

・運動プログラム（通所型・訪問型）

・栄養プログラム（通所型・訪問型）

・口腔プログラム（通所型（※）・訪問型）

※歯科医院等が実施する口腔プログラム（通所型）は、通所による実施になる場合があります。

（２）実施時期

プログラム開始から５～６カ月目。

※プログラムを連続６カ月利用した場合は、おひさフォローはありません。

プログラム実施期間	３カ月間	４カ月間	５カ月間	６カ月間
おひさフォロー実施月	プログラム開始から５～６カ月目			実施しない

（３）サービスの利用方法

◆ケアプランに関係なく、該当するプログラムを利用した者におひさフォローを実施します。

【サービス導入のスケジュール例】
・運動・栄養・口腔プログラム利用（１～３カ月目）
↓
・一般介護予防事業、地域活動等（４～６カ月目）
↓
・**おひさフォロー**（専門職と包括が自宅に訪問）（５～６カ月目）
↓
・状況に応じて必要な支援を提案

（４）おひさフォローが発生しない場合

◆プログラムを６カ月間利用した場合。

◆運動プログラムを利用した者が、おひさフォローの実施時期に運動プログラムや介護予防型通所サービス等を利用している場合。

（5）おひさフォローの実施例

訪：訪問アセスメント、ゴ：ゴールアセスメント、お：おひさフォロー

【例1】
ケアプラン期間：3カ月
利用サービス：運動プログラム（通所型）、栄養プログラム、口腔プログラム
プログラム実施期間：すべて3カ月

【例2】
ケアプラン期間：前期3カ月プラン、後期6カ月プラン
利用サービス（前期3カ月プラン）：運動プログラム（通所型）、栄養プログラム
利用サービス（後期6カ月プラン）：介護予防型通所サービス（通所介護）
プログラム実施期間：すべて3カ月

※運動プログラムにおいては、おひさフォロー実施月に通所介護等を利用している場合、
おひさフォローを実施しない。

【例3】
ケアプラン期間：前期3カ月プラン、後期3カ月プラン
利用サービス（前期3カ月プラン）：運動プログラム（通所型）、口腔プログラム
利用サービス（後期3カ月プラン）：運動プログラム（通所型）
プログラム実施期間：すべて3カ月

※運動プログラムにおいては、おひさフォロー実施月に運動プログラムを利用している場合、
おひさフォローを実施しない。
※プログラムを合計６カ月実施した場合、フォローアップ訪問は実施しないため、**９カ月目におひさフォローは実施できない。**

９　介護予防ヘルプサービス

（１）概要（再掲）

退院直後など、一時的に心身機能の低下がある方の在宅生活復帰から安定するまでの期間を、介護予防型訪問サービス（ホームヘルプ）の上限回数を超えてホームヘルパーが集中的に支援を行います。

（２）サービスの時間・利用回数・利用者負担

時　　間：介護予防型訪問サービスに準ずる
利用回数：上限 32 回/月（上限３カ月間）
利用者負担：介護予防型訪問サービスに準ずる（加算含む）

（３）サービスの利用方法

◆包括は介護予防ヘルプサービスが必要と判断したタイミングで市に相談してください。
※その時点で作成している書類等ありましたら提供してください。

【サービス導入のスケジュール例】
・包括アセスメント
↓
・包括は、介護予防ヘルプサービスが必要と判断
↓
・市の担当者と協議
↓
・ケアプラン原案作成
↓
・担当者会議
↓
・サービス利用開始

（４）サービス選択のポイント

◆ヘルパーの介入後、どのように生活するのか、利用者とあらかじめ共有しておきましょう。
・利用者にホームヘルプが課題解決のための期間限定的なサービスであることを説明します。

◆在宅生活の定着状況を確認しつつ、徐々に支援の手が離れていくような計画を検討します。
＜例＞

１月目				２月目				３月目	
第１週	第２週	第３週	第４週	第１週	第２週	第３週	第４週	第１週	第２週
５回	５回	４回	４回	３回	３回	２回	２回	１回	１回

◆サービス事業所の人員の問題がありますので、サービス事業所と相談しながら（できる範囲で）サービスを検討することになります。

10　訪問型家事援助サービス

（1）概要（再掲）

本市が独自に養成した「家事援助スタッフ」による利用者ができない掃除やごみ捨てなどの生活支援を行います。

※身体に触れるサービスや安全を確保しながら訓練を行うサービスはできません。

（2）サービスの時間・利用回数

時　　間：45 分～60 分程度

利用回数：週 2 回程度（給付管理あり）

（3）サービスの利用方法

◆包括が訪問型家事援助サービスが必要と判断すれば利用可能です。

【サービス導入のスケジュール例】
・包括アセスメント
↓
・包括は、訪問型家事援助サービスが必要と判断
↓
・「家事援助スタッフ事業者登録名簿」から家事援助スタッフが派遣できそうな事業所を探す
↓
・訪問型家事援助サービス事業所と調整
↓
・ケアプラン原案作成
↓
・担当者会議
↓
・サービス利用開始

（4）サービス選択のポイント

◆訪問介護員不足に対応し、必要な方にサービスが導入できるように創設された市独自のサービスです。

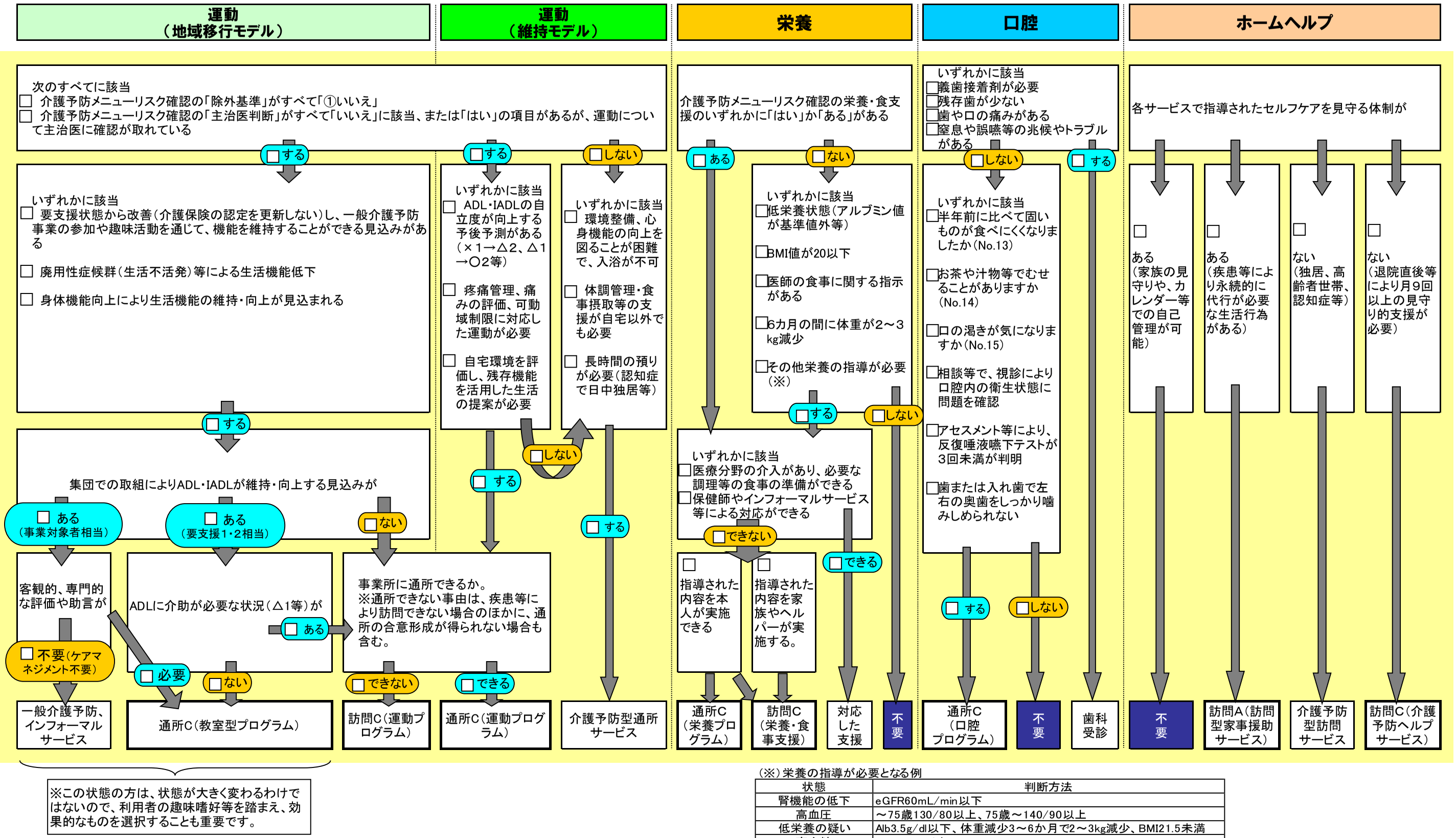
・訪問サービスのうち生活援助のみ必要な利用者については、積極的に利用を検討しましょう。

・訪問介護員不足はこれからも課題となっていきますので、サービスの日時を検討する際は、利用者の希望だけでなく、家事援助スタッフの活動日時から利用日や時間帯を提案していくことも重要です。

◆提供できるサービスの範囲を除き、基本的な考え方は介護予防型訪問サービスと同じです。

宮崎市通所（訪問）型短期集中サービス利用者像（令和3年4月版）

介護保険課(2021.4.19)



※この状態の方は、状態が大きく変わるわけではないので、利用者の趣味嗜好等を踏まえ、効果的なものを選択することも重要です。

（※）栄養の指導が必要となる例

状態	判断方法
腎機能の低下	eGFR60mL/min以下
高血圧	～75歳130/80以上、75歳～140/90以上
低栄養の疑い	Alb3.5g/dl以下、体重減少3～6か月で2～3kg減少、BMI21.5未満
高血糖	HbA1c6.0以上
貧血	Hb11.0以下
高コレステロール血症	140mg/dl以上

自覚症状はないが、放置すると、動脈硬化、心不全、脳卒中、腎不全などを引き起こすリスクが上がる。