

佐倉市の短期集中予防サービス

【平成29年度】

	介護予防・生活支援サービス事業	
	訪問型短期集中予防サービス	通所型短期集中予防サービス
提供主体	市(直接実施)	市(直接実施)
目的	早期介入による閉じこもり予防及び改善、社会参加の促進並びに介護予防を目的に、専門職により、本人の状態にあった適切な支援及び地域資源へのつなぎを行い、社会参加や要支援状態等からの自立促進及び重症化防止を目指します。	身体機能及び生活機能の全般的な低下により、生活行為に支障のある者に対し、生活行為の改善及び地域社会とのつながりを回復又は再構築するための介護予防プログラムを、保健・医療の専門職により実施します。
対象者	① 心身の状況により通所事業への参加が困難で、訪問による介護予防の支援が必要な方 ・閉じこもりに対する支援が必要な者 ・体力の改善に向けた支援が必要な者で、かつ外出が困難な者 ・日常生活動作(ADL)や手段的日常生活動作(IADL)の改善に向けた支援が必要な者 ・健康の維持、改善が必要な者 ② 心身の状況等の理由により、地域の通いの場等への参加が困難な方など	① 心身機能の低下により、排泄、入浴、調理、買い物等の生活行為に支障があり、他の通所型サービス等の利用が困難な方 ② 退院直後など一次的に体力や生活機能が低下しているが、集中的な支援により短期間での回復が期待できる方 ③ 外出のきっかけとして利用することで、終了後、何等かのサービス等へつなげられることが期待できる方など
利用条件 (全ての項目に該当する方)	① 要支援1・2介護認定者及び、基本チェックリスト実施による事業対象者 ② 介護予防ケアマネジメントでサービスの利用が必要と認められる方 ③ 3か月の短期間でサービス利用による改善が見込まれる方 ④ サービス計画に係る本人同意(利用申込書の提出)が得られる方	
サービス内容	【期間】 3か月(状況に応じ6か月まで継続可能) 【訪問回数】 月2回～週1回程度 【訪問時間】 60分程度 【サービス提供者】 保健師、看護師、理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士 【サービス内容】 専門職が住まいを訪問し、個別の相談支援等を行い、本人の社会参加を促進します。 ① 社会参加の促進や通いの場等へつなぐための助言、指導 ② 筋力や体力の維持向上を目的とする運動器の維持向上プログラムの作成、実施指導 ③ 日常生活動作の機能向上及び維持のための助言指導 ④ 栄養改善に関する助言、指導 ⑤ 口腔内の清掃、摂食、嚥下機能に関する指導など	【期間】 3か月(状況に応じ6か月まで継続可能) 【回数】 1回/週 【時間】 120分程度 【サービス提供者】 理学療法士、保健師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士 【受入人数】 10人程度 【提出書類】 主治医の指示書 【サービス内容】 専門職が住まいを訪問し、心身の状況や生活環境の評価を行った上で、生活行為の改善に効果的な介護予防プログラムを提供し、本人の社会参加を促進します。 ① 運動器の機能の維持向上プログラム提供 ② ADL、IADL向上のための訓練の実施 ③ 集団で取り組むことで効果のある介護予防教室の実施など 【会場】 千代田・染井野ふれあいセンター(送迎有)
備考	1) 訪問型・通所型短期集中予防サービスと、訪問型生活支援サービスとの併用可 2) 当面は本人の費用負担なし 3) 通所型短期集中予防サービスの提供開始時期は、平成29年5月中旬を予定しています。	

【訪問型・通所型短期集中予防サービス】

サービス利用の流れ

訪問型・通所型の短期集中予防サービスは、①要支援認定を受けた方と②地域包括支援センターで実施する「基本チェックリスト」による事業対象者に該当した方が、介護予防ケアマネジメントを通じて当該サービスの利用が必要と判断された場合に利用することができます。

1. 事前相談

訪問型あるいは通所型短期集中予防サービスを検討する段階で、市（高齢者福祉課）への事前の相談が必要となります。

地域包括支援センター（または居宅介護支援事業所）は、本人の心身の状況や意欲、サービス利用の目的などについて、市（高齢者福祉課）へ報告、相談を行います。

市（高齢者福祉課）では、サービス利用の有効性や効果などを検証した上で、その結果を包括支援センター（または居宅介護支援事業所）へお知らせします。

<居宅介護支援事業所がサービス利用を検討する場合>

介護予防支援、介護予防ケアマネジメントの委託先である居宅介護支援事業所が、当該サービスのプランへの位置づけを検討する場合は、地域包括支援センターに相談の上、市（高齢者福祉課）に事前相談します。

2. 介護予防サービス・支援計画（写）等の市（高齢者福祉課）への提供

地域包括支援センター（または居宅介護支援事業所）は、事前相談の結果を受けて作成した介護予防サービス・支援計画書（写）、利用者基本情報の（写）、基本チェックリスト（写）を市（高齢者福祉課）に提供します。

3. サービス担当者会議の開催（訪問）

サービス担当者会議を経て、介護予防サービス・支援計画書に基づいたサービス計画書を市（高齢者福祉課）が作成します。地域包括支援センター（または居宅介護支援事業所）と本人は、市（高齢者福祉課）が作成してサービス計画書（写）を受け取ります。

4. サービス提供開始

市（高齢者福祉課）では、サービス計画に係る本人からの利用申込書の提出を受けて、サービスの利用決定（決定通知書の送付）を行い、サービスの提供を開始します。

<モニタリング（評価）の実施>

本人の取り組み状況や目標の達成状況などについて評価を行い、今後の支援やサービスについての方針等について検討するため、必要に応じてサービス担当者会議等を開催します。

5. 終了

目標達成、中断等によりサービスの提供を終了する際は、地域包括支援センター（または居宅介護支援事業所）と本人へ、サービス評価票を送付します。