

# 広島市短期集中型サービス実施事務マニュアル

(短期集中運動型デイサービス)



広島市健康福祉局高齢福祉部地域包括ケア推進課

平成29年4月策定

令和4年4月更新

## 目次

---

I	介護予防・日常生活支援総合事業における 短期集中型サービスについて ……………	1
II	短期集中型運動型デイサービスについて ……………	6
III	サービス提供の流れ ……………	9
IV	サービス事業所への委託業務内容 ……………	12
V	広島市へ提出する実績報告書の作成について ……………	17
VI	広島市への届出について ……………	19
VII	不特定多数の者を対象とした広報について ……………	21
VIII	よくあるご質問 (FAQ) ……………	22

## 参考資料

---

参考資料 短期集中運動型デイサービス 様式等一覧

## I 介護予防・日常生活支援総合事業における 短期集中型サービスについて

### 1 介護予防・日常生活支援総合事業について

---

#### ■ 概要

広島市では、高齢者一人一人が生き生きと暮らし、住み慣れた地域で最後まで自分らしい暮らしを続けるまちを実現するため、日常生活の場で医療・介護・予防・住まい・生活支援を一体的に提供する仕組み（地域包括ケアシステム）の一つとして、平成29年4月から「介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」といいます。）」を開始しました。

総合事業では、高齢者が自立した日常生活を送ることを目的に、一人一人の目標や状態に合わせてサービスを提供します。そのため、従来の介護事業者によるサービスの提供に加え、地域住民やボランティアも含めた様なサービスを提供するとともに、地域における住民の通いの場を充実させることで、介護予防の自主的な取組を支援します。

総合事業には、要支援1・2の人や、基本チェックリストにより生活機能の低下がみられた人（事業対象者）が利用できる「介護予防・生活支援サービス事業」と、65歳以上のすべての人が利用できる「一般介護予防事業」があります。

## ■ 総合事業の対象者

### ① 介護予防・生活支援サービス事業

要支援認定者及び基本チェックリスト該当者

(地域包括支援センターが実施する介護予防ケアマネジメントでサービス利用が必要であると認められた者)

### ② 一般介護予防事業

65歳以上の全ての高齢者(介護保険の第1号被保険者)

#### (参考) 基本チェックリスト

質問事項		【判定基準】
1	バスや電車で1人で外出していますか	いずれか一つでも該当すると「事業対象者」と判定
2	日用品の買物をしていますか	
3	預貯金の出し入れをしていますか	
4	友人の家を訪ねていますか	
5	家族や友人の相談にのっていますか	
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	
7	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ますか	
8	15分位続けて歩いていますか	
9	この1年間に転んだことがありますか	
10	転倒に対する不安は大きいですか	
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	No1～20 10項目以上 (複数項目に支障)
12	身長 <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> kg (BMI = <input type="text"/> ) (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	No6～10 3項目以上 (運動機能の低下)
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	
15	口の渇きが気になりますか	
16	週に1回以上は外出していますか	No11～12 2項目 (低栄養状態)
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	
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言われますか	No13～15 2項目以上 (口腔機能の低下)
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	
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	No16 1項目 (閉じこもり)
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) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	No18～20 1項目以上 (認知機能の低下)
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	
		No21～25 2項目以上 (うつ病の可能性)

## ■ 総合事業の利用までの流れ

### (1) 利用相談、認定・判定

- ・ 利用希望者等は、区役所地域支えあい課又は地域包括支援センターで利用相談を行います。
- ・ 利用者本人の状況や希望する内容等を踏まえ、要介護・要支援認定又は基本チェックリストによる判定を行います。

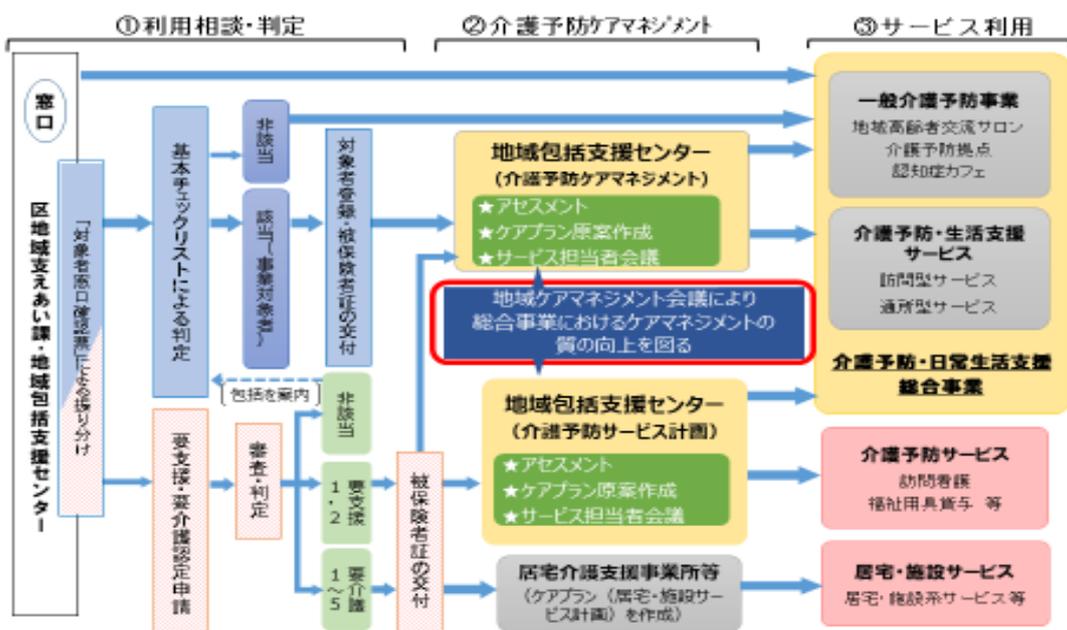
### (2) 介護予防ケアマネジメント

- ・ サービスの利用にあたっては、地域包括支援センターの保健師等の専門職が介護予防ケアマネジメントを受けます。
  - ① 利用者本人の心身機能や生活機能等を確認します（アセスメント）。
  - ② 介護予防と自立支援の視点を踏まえ、利用者本人の日常生活に必要な介護予防や生活支援を判断し、「ケアプラン」を作成します。
- ※ 要支援認定者については、地域包括支援センターから委託を受けた指定居宅支援事業所が行う場合があります。

### (3) サービス利用

- ・ 地域包括支援センターと訪問型サービスや通所型サービスを提供する事業者等が「サービス担当者会議」で利用者の課題やケアプランの目標を共有した上で、利用者へのサービスを開始します。

## 【参考】 総合事業の利用までの流れ



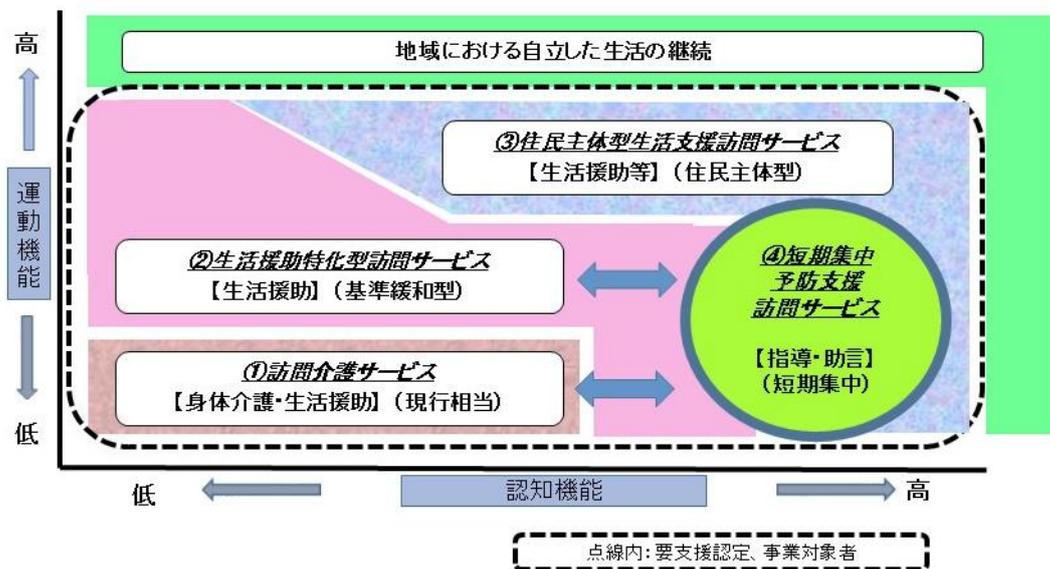
## 2 短期集中型サービスの位置づけ

総合事業のサービスのうち、短期集中型サービスは、生活機能が低下している高齢者に対し、専門職が集中的な支援を行うことで効果的に機能回復を図るサービスです。

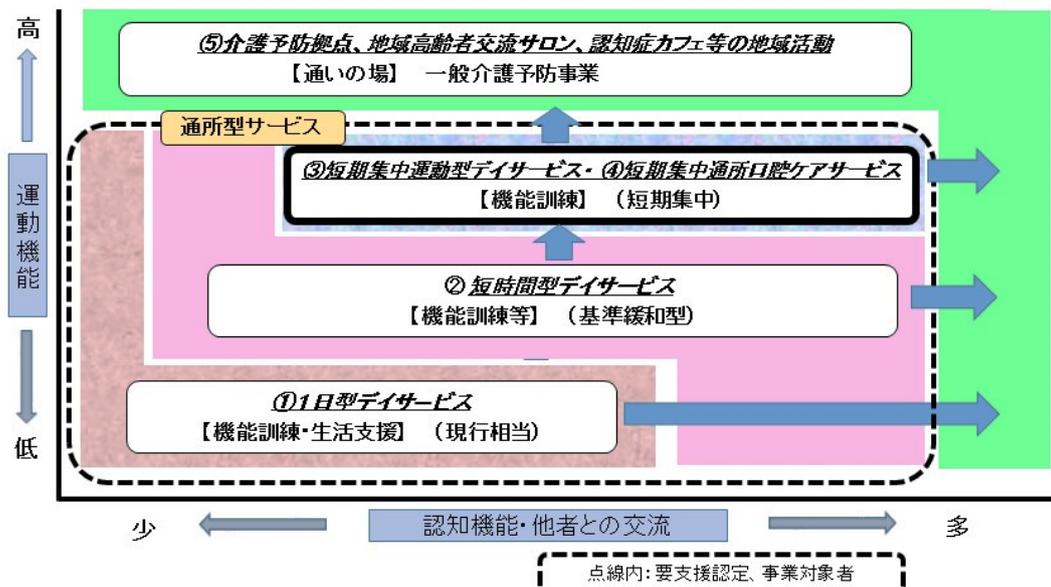
高齢者のセルフケア能力を高める働きかけを行い、サービス終了後も継続して介護予防に取り組み、自立した生活が継続できるよう支援します。

さらに、機能が改善した場合には、可能な限り地域の介護予防拠点等の利用への移行を目指します。

### (1) 訪問型サービス



### (2) 通所型サービス・一般介護予防事業

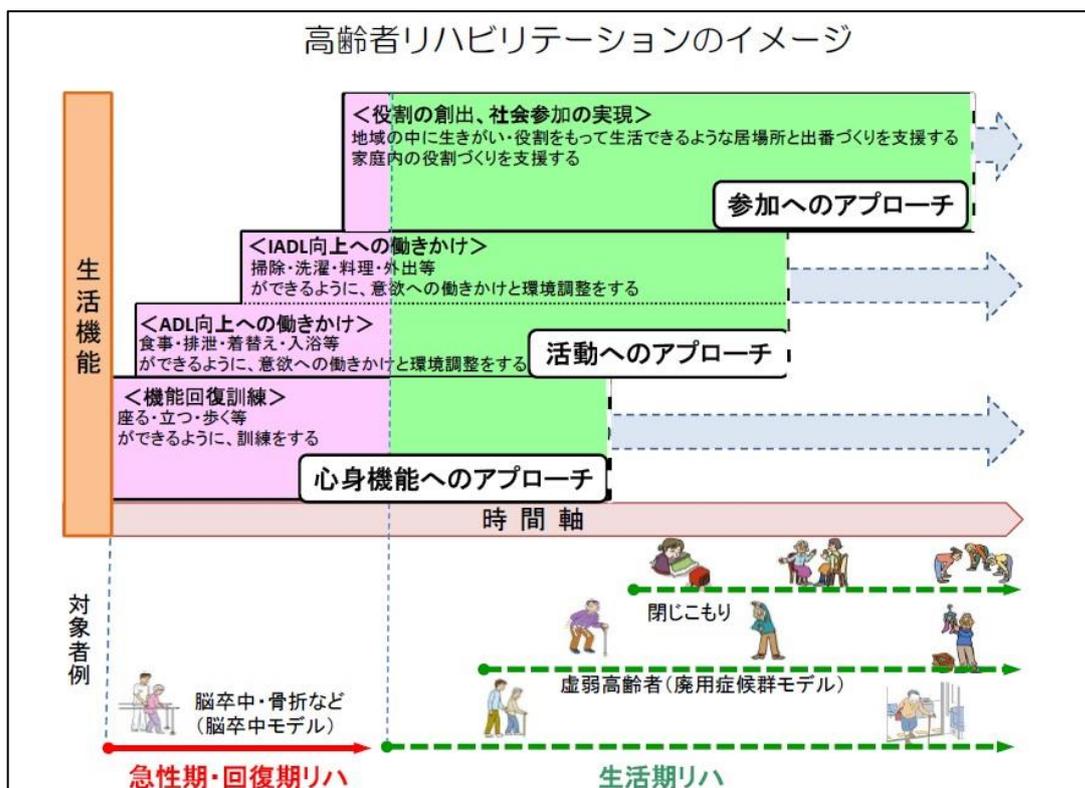


(参考) 介護予防の基本的な考え方

- 介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減・悪化の防止を目的としています。
- 特に、生活機能(※)の低下した高齢者に対しては、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素に働きかけることが重要です。
- また、単に運動機能や栄養状態といった心身機能の改善のみを目指すのではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人一人の生きがいや自己実現のための取組を支援して、生活の質(QOL)の向上を目指すことが重要です。

※生活機能とは、次の要素から構成されます。

- ・「心身機能」…人が生きていくために必要な機能、体の働きや精神の働き
- ・「活動」…ADL、IADL等の生活行為全般
- ・「参加」…家庭や社会生活で役割を果たすこと



## Ⅱ 短期集中運動型デイサービスについて

### 1 短期集中型サービスの概要

#### ■ 目的・内容

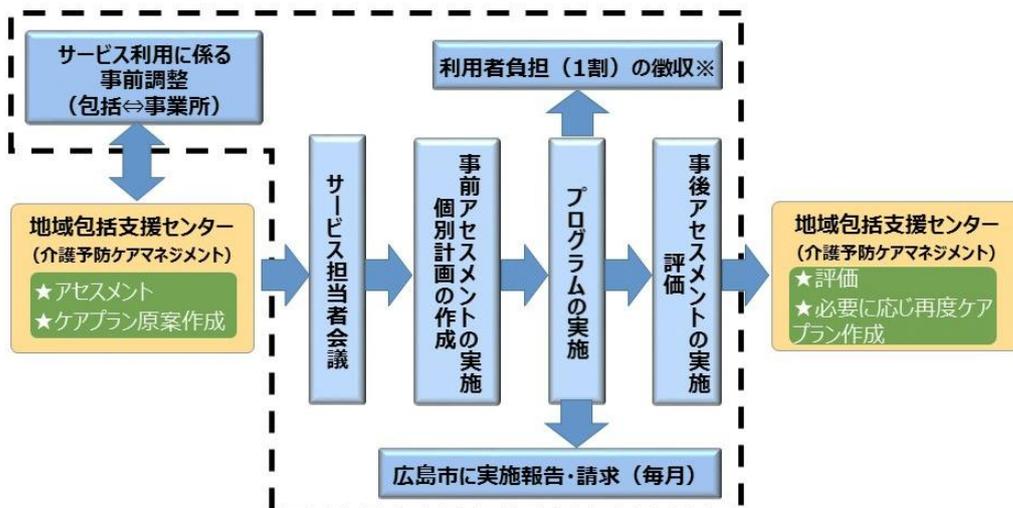
介護予防・日常生活支援総合事業において、地域包括支援センターが実施する介護予防ケアマネジメントに基づき、短期集中的にサービスを受けることで生活機能の改善が見込まれる高齢者（要支援者、事業対象者）に対し提供する訪問型・通所型のサービスです。高齢者が要介護状態等になることを予防し、自立した生活が維持できるよう、必要に応じて、他のサービスと組み合わせながら、次の介護予防サービスを提供します。

- ① 運動器の機能が低下している者に対し、日常生活動作の改善などの助言や、転倒を予防するため、下肢筋力、平衡能力、歩行能力の維持向上を目的とした運動指導等を行う。
- ② 低栄養状態のおそれのある者に、低栄養状態を改善させるための栄養相談等を行う。
- ③ 口腔機能の低下が認められる者に、嚙んだり飲みこんだりといった口腔機能を向上させるため、摂食・嚥下機能訓練、口腔清掃の自立支援等を行う。

#### ■ サービスの流れ（概略）

☐内は短期集中型サービス受託者の業務内容

短期集中型サービスは、**地域包括支援センターが作成するケアプランに基づき提供**する。



※ 利用者負担は、原則として1か月分を月末又は翌月に徴収する。

※ サービス提供期間中は、地域包括支援センターが利用者について毎月モニタリング（3か月に1回は面談）を行うが、利用者の状況変化等あった場合など必要に応じて、随時地域包括支援センターと連携する。

※ 事前・事後アセスメントや個別計画等は広島市所定の様式を使用する。

## 2 短期集中運動型デイサービスの提供について

### ■ サービスの内容

生活機能の改善のため、デイサービスセンター等において運動器の機能向上プログラムを行います。必要に応じて口腔機能向上、送迎のサービスを加えて実施します。

#### ① 運動器の機能向上プログラム

【頻度】週1～2回、1回あたり1～2時間、

利用期間3か月間（利用開始日の3か月後の応当日の前日まで）

\*週2回実施する場合は、2日以上の間隔を空けて実施する。

\*やむを得ず利用期間を延長する場合は、2クール目として翌月から3か月間<sup>※1</sup>の利用を認める。（1年度内に最大2クールとする。）

#### ② 口腔機能向上プログラム（加算）<sup>※2</sup>

【頻度】2週間に1回、全7回まで。1回当たり15分以上

#### ③ 送迎サービス（加算）

※1 2クール目は1か月ごとの包括報酬であるため、2クール目の3か月間とは、1クール終了月の「翌月の初め」から「3か月後の月の終わり」までです。

※2 利用者が①と②の両方のサービスを利用する場合は、同じ日に実施してください。（口腔ケアのみのサービス提供はできません。）

### ■ サービス提供にかかる職員配置

#### a. 指定事業者の場合

法令又は本市要綱等で定められている各サービス（介護予防通所リハビリテーション・1日型デイサービス・短時間型デイサービス）の実施に必要な職員数を配置してください。ただし、アセスメント、個別サービス計画作成及び評価は、次の職種の者が実施してください。

区 分	職 種
運動器の機能向上プログラム	理学療法士、作業療法士、柔道整復師、健康運動指導士、健康運動実践指導者又は介護予防運動指導員のいずれか1人
口腔機能向上プログラム（加算）	歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士のいずれか1人

#### b. フィットネス事業所等の場合

同一時間帯に受け入れる利用者数に応じて、下表のとおり職員を配置してください。

利用者数	職 種	配置人数
1～5人まで	理学療法士、作業療法士、柔道整復師、健康運動指導士、健康運動実践指導者又は介護予防運動指導員（以下「理学療法士等」という。）のいずれか1人	1人以上
6～10人まで	ア. 理学療法士等のいずれか1人 イ. アに挙げた職種又は運動指導の経験が1年以上ある者 1人以上	2人以上
11人～15人まで	ア. 理学療法士等のいずれか1人 イ. アに挙げた職種又は運動指導の経験が1年以上ある者 2人以上	3人以上

### 3 サービスの提供に当たっての留意点等

---

- 短期集中型サービスでは、一定の期間内に集中的にサービスを行うことで、短期間で生活機能の向上（自立度を高めること）を目指すこと。
- サービス担当者会議などで、地域包括支援センターや他のサービス提供事業者とケアプランの目標等を共有し、目標に即した効果的なサービスを提供すること。
- 受託事業者が、他の種類のサービス（現行相当型、基準緩和型など）を同日に提供する場合は、短期集中的に行う機能訓練のプログラムが効果的なものとなるよう、他のサービスと時間や場所、グループを分けて実施するなどの工夫をすること。
- 利用期間中からサービス終了（卒業）後を見据え、地域包括支援センターと連携してサービス終了後の機能維持のための方策を検討し、助言すること。
- 介護予防マニュアルに基づき、40分程度の筋力向上運動を含むプログラムとすること（ストレッチやリズム運動のみでは筋力向上運動と認められません。）。なお、効果が挙がっていない場合はプログラムの実施内容の変更を求め場合があります。

### Ⅲ サービス提供の流れ

#### 利用申請からの流れ

##### ① 介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）の作成・利用調整

利用者が居住する地区を担当する地域包括支援センター又は地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業者※（以下「地域包括支援センター等」という。）は、ケアプラン原案を作成し、利用希望事業所との利用調整を行います。

※ 要支援認定を受けている場合は、地域包括支援センターから指定居宅介護支援事業所に委託する場合があります。

##### ② サービス担当者会議

本人、家族、地域包括支援センター等の担当ケアマネジャー、サービス提供事業者等が参加するサービス担当者会議を行います。

担当ケアマネジャーは、会議終了後、その結果を反映させたケアプランを完成させ、以下の書類を事業所に送付します。

- ・ ケアプラン
- ・ 基本チェックリスト
- ・ 利用者基本情報
- ・ 広島市版アセスメントシート

##### ③ 利用者へ訪問日等の連絡

事業所は、担当ケアマネジャーからの書類が届いた後に、利用者へサービスの利用（送迎時間等）について連絡を行います。

##### ④ 利用者と利用契約の締結

事業所は、利用者へ利用者負担等について説明を行った上で利用契約を締結し、サービスの提供を開始します。

##### ⑤ 事前アセスメントの実施

第1回目で体力測定を含めた事前アセスメントを行い、担当ケアマネジャーから送付されたケアプラン等を基に、『アセスメント票（様式1-1～2）』を作成し、サービスを開始してください。

※ 必要に応じ、プランを作成した地域包括支援センター等と連絡を取ってください。

---

## ⑥ 個別サービス計画の作成

第1回目で事前アセスメントを行ったのち、第2回目までに『個別サービス計画(様式2-1~2)』を作成し、利用者に同意のサインをもらい、その写しを担当する地域包括支援センター等に送付してください。

## ⑦ 利用状況の記録

事業所は、毎月、『短期集中運動型デイサービス利用状況(利用明細)(様式6)』の写しを、担当する地域包括支援センター等へ送付します(翌月の5日まで)。

## ⑧ モニタリング(利用状況等の確認)

地域包括支援センター等は、『短期集中運動型デイサービス利用状況(利用明細)(様式6)』をもとに、毎月、利用者との面談等を行い、サービスの利用状況等について確認し、適宜ケアプランの見直しを行います。

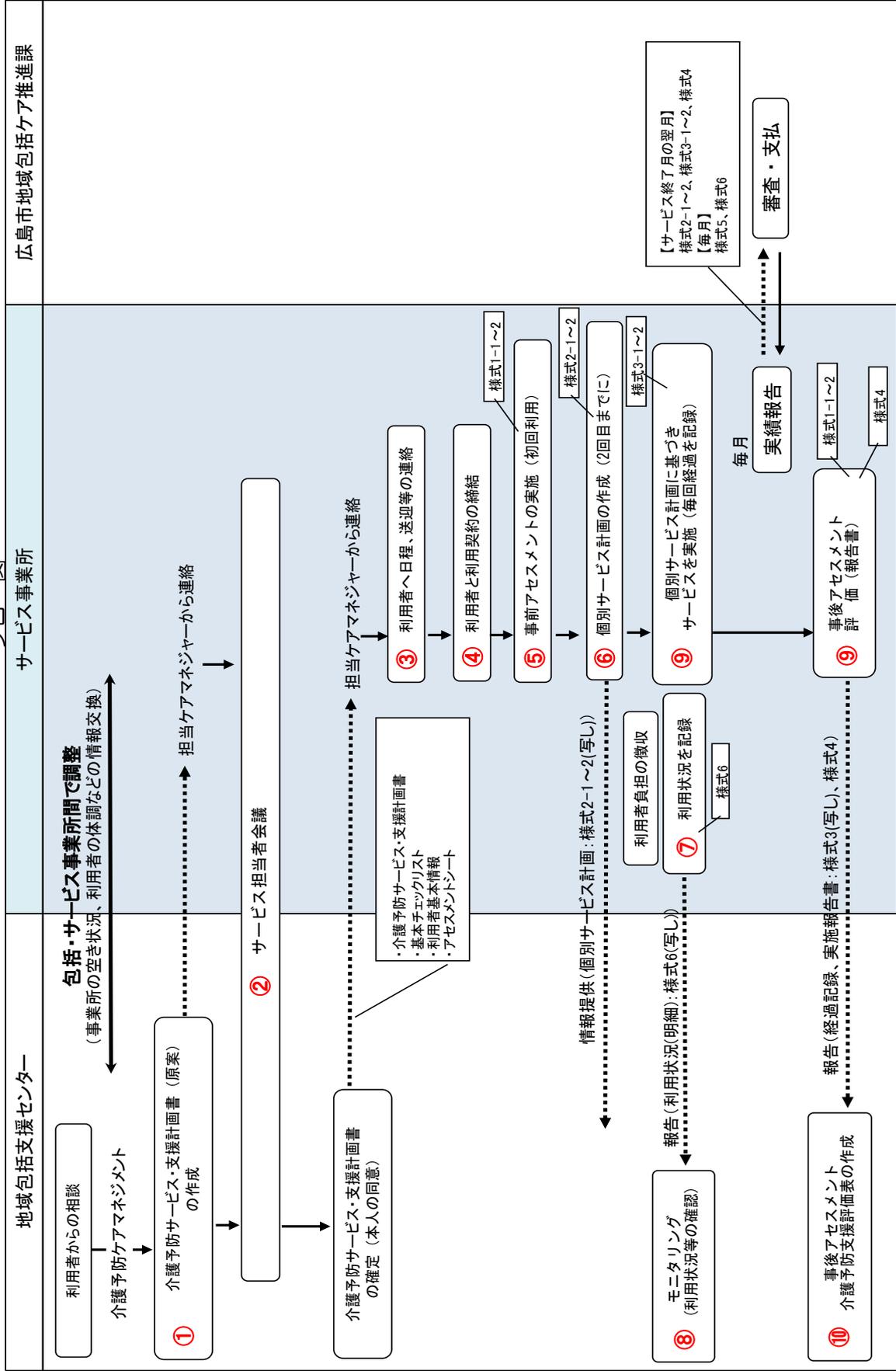
## ⑨ サービスの実施・評価(報告)

サービスの利用期間中は、事業所で『機能向上プログラムの経過記録(様式3-1~2)』を作成し、サービスの期間が終了後、その写しを『短期集中運動型デイサービス実施報告書(様式4)』とともに、すみやかに担当する地域包括支援センター等へ送付してください。

## ⑩ 事後アセスメント・介護予防支援評価表の作成

地域包括支援センター等は、『短期集中運動型デイサービス実施報告書(様式4)』を参考に、利用者と面談のうえ、サービス実施後の評価を実施し、必要に応じて再度ケアプランを作成します。

フロー図



広島市地域包括ケア推進課

## Ⅳ サービス事業所への委託業務内容

### 1 サービス提供まで

#### ① 地域包括支援センター等との事前調整

サービス提供開始前に、次の場合などにおいて地域包括支援センター等との連絡調整が必要となります。

- ・ 地域包括支援センター等から施設の空き状況について問い合わせがあった場合
- ・ 事業の利用を予定している者の身体状況や事業を実施する上での注意点についての情報共有が必要な場合

その他にも必要に応じて地域包括支援センター等と連携をとるようにしてください。

#### ② サービス担当者会議

本人、家族、地域包括支援センター等の担当ケアマネジャー、サービス提供事業者等で行うサービス担当者会議へ出席し、利用者の心身機能の状況や住環境等の把握、サービス終了後の目標の確認、サービスについての十分な説明と送迎の打ち合わせ等を行ってください。

※ サービス担当者会議の日程について、サービス提供開始予定日が近づいても連絡がない場合は、担当ケアマネジャーへ連絡をとってください。

#### ③ 利用者への連絡

担当ケアマネジャーからのケアプラン等の書類が届いた後に、担当ケアマネジャーへ連絡したうえで、利用者へサービスの利用について、送迎時間等もあわせて連絡を行ってください。

※ ケアプランが届く前にサービス提供を開始しないでください。開始予定日が近づいてもケアプランが届かない場合には、担当ケアマネジャーまたは地域包括支援センター等にご相談ください。

#### ④ 利用契約の締結

サービス提供前に、改めて重要事項や注意事項について説明を行い、利用者との間で利用契約を締結してください。

## 2 事前アセスメントの実施

### ① 事前アセスメント

利用初日に体力測定や口腔に関する問診を実施し、**アセスメント票（様式1-1～2）**に結果を書き込みます。

※ 運動器の機能向上プログラムのみを利用する者については、口腔に関する問診（様式1-2）を実施する必要はありません。

#### 《体力測定の方法》

- ・握力：左右それぞれ2回ずつ測定し、良い数値を結果とする。
- ・開眼片足立ち：目を開けたまま片足で立った状態を維持できる時間を測定する。  
(測定時間は60秒以内)
- ※ **必ず補助者が対象者の傍らに立ち、安全を確保すること。**
- ・5m通常歩行：5mの区間を通常の歩行速度で通過する時間を測定する。  
※ 5m区間の前後に、それぞれ3mずつスペースを確保すること。
- ・Timed up&go テスト：椅子に座っている状態から3m前方のコーンを回り、椅子に座るまでの時間を測定する。

### ② 個別サービス計画

事前アセスメントののち、ケアプランやアセスメント結果を基に、利用者一人一人の状態に応じた個別計画を作成し、**様式2-1～2**に記入してください。

個別サービス計画は2回目のサービス提供までに作成し、利用者に説明したのち同意を得てください。

※ 必要に応じ、担当する地域包括支援センター等と連絡を取ってください。

利用者から同意を得たのち、それぞれ担当する地域包括支援センター等に**様式2-1～2**の写しを提出してください。

#### (参考) 指定介護予防事業者の場合

##### 《アセスメントの実施・個別サービス計画の作成に従事する職員》

**運動器の機能向上** 理学療法士、 作業療法士、 柔道整復師、  
健康運動指導士、 健康運動実践指導者、  
介護予防運動指導員

**口腔機能向上** 歯科医師 歯科衛生士 言語聴覚士

※外部の施設等との契約による人員確保も可能です。

ただし、アセスメントの実施・個別サービス計画の作成は、サービスを提供する事業所内で行ってください。

### 3 サービスの提供

#### ① サービスを提供するうえでの留意点

- ・ 利用者が自発的、意欲的に取り組めるように、また家庭や地域においても日常的に継続できるように、プログラム内容や構成などを工夫する。
- ・ 「認知症」や「うつ」などの症状等が見られた利用者について、何らかの支援が必要と判断した場合には、担当する地域包括支援センター等に情報提供し、連携して利用者への支援を行う。

#### ② 安全管理について ※運動器の機能向上プログラム実施に際して

《プログラム実施前》

- 運動を行う前に次の項目を確認し、該当する場合は運動を実施しない。
  - 安静時に収縮期血圧 180mmHg 以上、または拡張期血圧 110mmHg 以上である場合
  - 安静時脈拍が 110 拍/分以上、または 50 拍/分以下の場合
  - いつもと異なる脈の不整がある場合
  - 関節痛等慢性的な症状の悪化
  - その他、体調不良等の自覚症状を訴える場合
- 血圧等を測定できない場合、次の問診チェックを行い、2項目以上該当した場合は運動を実施しない。

<input type="checkbox"/> 体がだるい	<input type="checkbox"/> 下痢をしている	<input type="checkbox"/> ふらふらする
<input type="checkbox"/> 動悸や息切れがする	<input type="checkbox"/> 咳や痰が出る	<input type="checkbox"/> 熱がある
<input type="checkbox"/> 胸やおなかが痛い	<input type="checkbox"/> 食欲がない	<input type="checkbox"/> 便秘が続いている
<input type="checkbox"/> めまいがする	<input type="checkbox"/> 頭痛がする	

《プログラム実施中》

- 実施中に、本人の自覚症状のほか、参加者同士で次の項目を確認し、該当する場合は無理せず休憩を取り、場合によっては運動を中止する。
  - 顔面蒼白 □ 冷や汗 □ 吐き気 □ 嘔吐 □ 脈拍・血圧
- 運動中の主観的な運動強度を確認し、「楽である」と感じる運動を実施する。

《プログラム実施後》

- 運動した後、しばらく対象者の状態を確認し、次の項目に該当する場合は医療機関受診等必要な処置をとる。
- 安静時に収縮期血圧 180mmHg 以上、または拡張期血圧 110mmHg 以上である場合
  - 安静時脈拍が 110 拍／分以上、または 50 拍／分以下の場合
  - いつもと異なる脈の不整がある場合

※ 利用者の体調が急激に悪化した際、または事故が発生した際には、速やかに地域包括ケア推進課及び利用者の家族へ報告する。（市への報告の方法は、**VI 市への報告・届出について**を参照してください。）

サービス提供期間中は、毎回、**機能向上プログラムの経過記録（様式 3-1～2）**に、利用者に対する指導内容や今後の課題等について記録してください。

## 4 事後アセスメントの実施、報告

### ① 事後アセスメントの実施

最終回に事後アセスメントを実施し、**アセスメント票（様式 1-1～2）**にアセスメント結果を記入してください。アセスメントの測定方法、注意事項については、事前アセスメントの項目を参照してください。

## ② 地域包括支援センター等への報告（毎月、及びサービス終了時）

- ・ 毎月5日までに、**短期集中運動型デイサービス利用状況（利用明細）（様式6）**の写しを、担当の地域包括支援センター等に提出してください（※様式6の原本は広島市へ提出）。
- ・ サービス終了後は、**短期集中運動型デイサービス実績報告書（様式4）**を作成し、**機能向上プログラムの経過記録（様式3-1～2）**の写しとともに、すみやかに担当の地域包括支援センター等に提出してください。

## ③ 広島市への報告（毎月）

毎月10日までに、前の月に実施したサービスの実績を広島市健康福祉局高齢福祉部地域包括ケア推進課に報告してください。詳しい提出書類については、P.17～を参照してください。

## 5 個人情報の取り扱い

個人情報の取り扱いについては次の事項に十分注意してください。

（個人情報取扱特記事項より抜粋）

- ・ 業務に関して知り得た個人情報をみだりに他人に知らせ、又は不当な目的に使用してはならない。この契約が終了し、又は解除された後においても同様とする。
- ・ 発注者の指示又は承諾があるときを除き、業務に関して知り得た個人情報を業務の目的以外の目的のために利用し、又は第三者に提供してはならない。
- ・ 業務に関して知り得た個人情報の漏えい、改ざん、滅失及びき損の防止その他の個人情報の適正な管理のために必要な措置を講じなければならない。
- ・ 本サービスの提供に従事する者だけでなく、その他職員についても、本サービスについて知り得るた個人情報を適正に取扱うよう必要な措置を講じること。

その他、委託契約書内の個人情報の取扱いに関する規定をよく読み、適切に業務を実施してください。

## V 市へ提出する実績報告書について

### ◆ 提出が必要な書類

---

サービスの利用があった場合、次の書類を提出してください。

#### 1 実施報告及び請求に関する提出書類

- ・ 実績報告書【様式5】
- ・ 利用状況【様式6】

#### 2 サービス提供に関する提出書類

(※ 1クール(3か月)のサービス利用終了者分について

**郵送**により提出してください。)

- 1) 個別計画【様式2-1、2-2】(写し)
- 2) 経過記録【様式3-1、3-2】(写し)
- 3) 実施報告書【様式4】(写し)

### ◆ 作成上の留意点

---

#### (1) 様式5について

- ・ 提出年月日(右上の日付)は実施月の翌月10日まで(土日祝日も構いません。ただし3月分については、3月31日)の日付を記入してください。
- ・ 毎月の報告を事業所設置法人代表者から事業所代表者へ委任している場合は、所在地、施設名、代表者の欄には事業所のものを記入し、**電子メール**により提出してください。(電子メールによる提出が難しい場合は、郵送での提出も可)
- ・ 前項の委任のない場合は、法人の所在地、名称、代表者を記入してください。
- ・ 当様式について訂正する場合は、新たに様式を作成し提出してください。  
(郵送による提出の場合も同様)

#### (2) 様式6について

- ・ 原本を**郵送**により提出してください。
- ・ 送迎欄の記入漏れ(送迎を実施した場合は片道、往復のいずれかにチェック)、各サービスの記入誤りがないよう記載してください。
- ・ 利用日ごとに利用者に署名をもらってください。(利用者本人の押印でも可。拇印は不可。) 利用者の署名漏れにご注意ください。

◆ 書類提出時の留意点

- ・ 電子メールにより様式5を提出する場合は、必ず件名を「【短期集中・運動】〇月分報告（事業所名）」としてください。（〇は該当月を入力）
- ・ 様式6及びサービス提供に関する提出書類については、個人情報が含まれているため、必ず郵送により提出してください。

提出先：広島市健康福祉局高齢福祉部地域包括ケア推進課（市役所本庁舎2F）

e-mail：hokatsucare@city.hiroshima.lg.jp

提出期限：【実績報告及び請求に関する書類】実施月の翌月10日まで（必着）

（ただし、3月分は3月31日まで）

【サービス提供に関する提出書類】サービス終了月の翌月10日まで（必着）

## VI 市への届出について

次に挙げる場合には、必ず報告・届出を行ってください。

### サービス提供中に事故が発生した場合

---

次の場合には、**事故発生連絡票**を地域包括ケア推進課に提出してください。

- 利用者が死亡した場合又は医療機関で治療を受けた場合
- 利用者の財物を毀損したり、滅失したために、利用者との間に紛争が起こった場合
- 利用者又は従業者にノロウィルス、インフルエンザ等の感染症が発生した場合
- 上記以外の場合であっても、賠償すべき事故が発生した場合又は損害賠償を行うこととなった場合
- その他、必要と判断した場合

### 委託契約に関わる事項について変更が生じた場合

---

次の場合には、各項目に挙げる書類の提出が必要です。

#### (1) 委託契約書に記載されている法人の所在地、名称、代表者が変更する場合

- 口座振替依頼書

#### (2) 事業所の代表者等が変更になったとき

##### ① 実績報告書の提出などを事業所の代表者に委任している場合

- 事業所の代表者が変更することについての変更届
- 事業所の新しい代表者名を記載した委任状
- 口座振替依頼書（委託料の請求・受領を委任している場合に限る）

##### ② 実績報告書の提出などを事業所の代表者に委任していない場合

届出は不要です。

(3) 実施計画書に記載した内容を変更する場合

① 提供サービス（口腔ケアサービス・送迎サービス）を追加する場合

- 実施計画を変更することについての変更届
- （口腔ケアサービスの場合）従事職員の資格証の写し

② 利用定員、実施予定日、実施プログラムの内容、送迎範囲等を変更する場合

- 実施計画を変更することについての変更届

※ サービス提供に必要な職員数が配置されている場合は、従事職員の追加・変更についての届出は不要です。

※ その他、委託契約に関わる事項について変更が生じる際には、必ず地域包括ケア推進課へご相談ください。

★問い合わせ先★

広島市健康福祉局高齢福祉部地域包括ケア推進課

〒730-8586 広島市中区国泰寺町1-6-34

電話：082（504）2648

FAX：082（504）2136

## Ⅶ 不特定多数の者を対象とした広報について

不特定多数の者に対して当サービスの実施を広報する際には、次に挙げる事項に基づき、実施してください。

### ◆原則◆

事業について広告をする場合においては、  
虚偽又は誇大な内容であってはならない。

(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準  
第34条及び第105条より準用)

### 必ず記載が必要な項目

- 広島市の受託事業であること
- サービスを利用できる対象者は、広島市介護予防・日常生活支援総合事業において、要支援認定者及び基本チェックリストに該当した第1号被保険者のうち、地域包括支援センター又は地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業者による介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントにおいて、短期集中運動型デイサービスの利用が必要と認められた者であること。

#### 【例文】

利用対象者は、要支援1・2の人や、基本チェックリストにより生活機能の低下がみられた人（事業対象者）のうち、専門職による短期間（3か月程度）の機能訓練等のサービスを受けることで改善が見込まれる人です。

- サービスを利用するためには、地域包括支援センター等のケアマネジャーがケアプランを作成し、サービス担当者会議を実施する必要があること

#### 【例文】

サービスを利用するためには、地域包括支援センター等の担当ケアマネジャーに、ケアプランを作成してもらい、サービス担当者会議（サービス提供に関わる専門職との会議）を行う必要があります。まずは、お近くの地域包括支援センターに相談してください。

## Ⅷ よくあるご質問（FAQ）

**Q 1** デイサービスセンターなどの介護保険施設で実施する場合、他サービスの利用者と一緒にサービスを実施してよいでしょうか。

---

**A 1** 介護保険のサービスと一体的に実施していただいて構いませんが、運営規程に定める従事職員数を確保し、利用定員の範囲内で事業を実施してください。  
なお、サービスの提供に当たっては、短期集中型のサービスが効果的なものとなるよう、御配慮ください。

**Q 2** 利用者が入院や体調不良等で連続して休む場合や、要介護認定を受けた場合は、どうなりますか。

---

**A 2** 利用者が長期間にわたり休む場合（1か月以上）や、要介護認定を受けた場合など、継続して事業が利用できなくなったときは、お手数ですが、利用者を担当する地域包括支援センターまでお知らせください。

**Q 3** 利用者の友人等、サービスを利用されたい方がいるのですが、その場合はどうしたらよいでしょうか。

---

**A 3** 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にご相談いただくよう、ご説明をお願いします。

**Q 4** 地域包括支援センターに提供する資料についても、「不特定多数の者に対する広報についての取扱」に準じて作成する必要があるのでしょうか。

---

**A 4** 事業者が地域包括支援センターに提供する資料のうち、センターが利用者に適した事業所を選定する際の検討資料として活用する資料であれば、「不特定多数の者に対する広報についての取扱」に準じて作成する必要はありません。  
ただし、地域包括支援センターの窓口に案内チラシとして設置するものについては、本取扱に準じて作成してください。

Q 5 利用者負担の徴収は、サービス提供日ごとに行ってもよいでしょうか。

---

A 5 徴収の時期は、原則として月末又は翌月初めとしていますが、利用者からの同意が得られれば、サービス提供日ごとに徴収してもかまいません。

Q 6 プランには記載されていませんが、口腔ケアサービスの提供が必要だと思われる方に対して、事業所の判断で口腔ケアサービス（加算）を提供してもよいでしょうか。

---

A 6 サービスの提供は、地域包括支援センター等が作成するプランに基づいて実施します。そのため、事業所の判断で実施することはできません。

事業所でのアセスメント等により、口腔ケアサービスの提供が必要だと思われる方については、担当ケアマネジャーへご相談ください。

Q 7 やむを得ず、2クール目を利用することになった方について、2クール目の初回の体力測定を実施する必要がありますか。

---

A 7 1クール目の終了日から2クール目の開始日までの期間が1～2週間しか開かない場合は、1クール目終了時の体力測定結果を2クール目開始時の体力測定に記載することとしてもかまいません。

ただし、その際は1クール終了時の測定結果である旨を記載してください。

短期集中運動型デイサービス 様式等一覧

区分	名 称	市への 報告	包括への 報告	提出時期
様式1-1~2	『アセスメント票』	×	×	—
様式2-1~2	『個別計画』	○ (写し)	○ (写し)	市：1クール終了後 包括：計画作成後
様式3-1~2	『経過記録』	○ (写し)	○ (写し)	1クール終了後
様式4	『短期集中運動型デイサービス実施 報告書』	○ (写し)	○	〃
様式5	『短期集中通所運動型デイサービス 実績報告書（ 年 月分）』	○	×	毎月 (翌月10日まで※)
様式6	『短期集中運動型デイサービス利用 状況（利用明細）（ 年 月分）』	○	○ (写し)	毎月 (市：翌月10日※) (包括：翌月5日※)
事故発生連絡票	事故発生連絡票	○	×	事故発生時

※3月分については、3月31日まで



口腔機能アセスメント票 (加算有の場合)

ふりがな	
氏名	

記入者: \_\_\_\_\_

事前: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

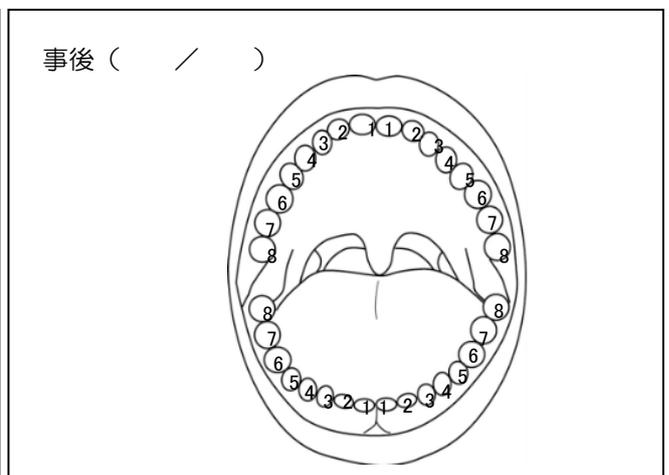
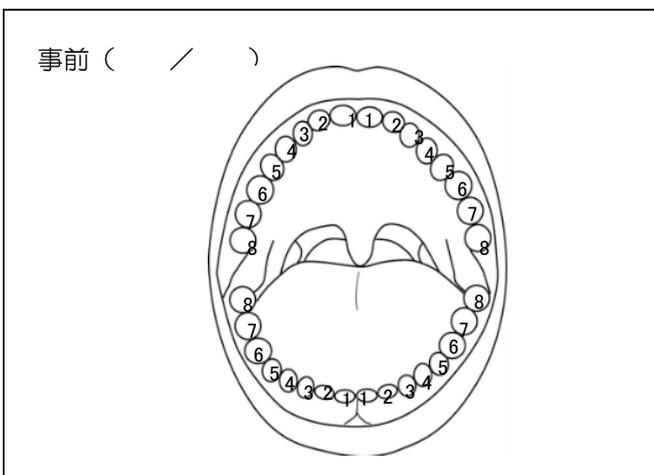
事後: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

質問事項			評価項目		事前	事後
基本 リス テッ ク	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1 はい	0 いいえ		
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1 はい	0 いいえ		
	15	口の乾きが気になりますか	1 はい	0 いいえ		

※事前の欄には、基本チェックリストの結果を転記する。

Q O L	1	食事が楽しみですか	1 とても楽しみ 4 楽しくない	2 楽しみ 5 全く楽しくない	3 ぶつう		
	2	食事をおいしく食べていますか	1 とてもおいしい 4 あまりおいしくない	2 おいしい 5 おいしくない	3 ぶつう		
	3	お口の健康状態はどうか	1 よい 4 あまりよくない	2 まあよい 5 よくない	3 ぶつう		
食 事	4	食事中や食後のむせ	1 ない	2 あまりない	3 ある		
	5	食事中や食後の痰のからみ	1 ない	2 時々ある	3 いつもからむ		
衛 生	6	食物残渣	1 なし・少量	2 中程度	3 多量		
	7	舌苔	1 なし・少量	2 中程度	3 多量		
	8	歯又は義歯の汚れ	1 なし・少量	2 中程度	3 多量		
	9	口臭	1 なし	2 弱い	3 強い		
機 能	10	口腔清掃の習慣	1 毎日(朝・昼・夜)      2 磨かない日がある				
	11	反復唾液嚥下テスト (RSST)	右欄に嚥下回数(30秒中)を記載				
	12	頬の膨らまし(空ぶくぶくうがい)	1 左右十分可能	2 やや不十分	3 不十分		

義歯の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 全部床義歯 <input type="checkbox"/> 部分床義歯 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 全部床義歯 <input type="checkbox"/> 部分床義歯
歯科診療の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 1週間に1~2回程度の治療(う蝕、歯周病、義歯作成等の治療が中心) <input type="checkbox"/> 1~数ヶ月に1回程度のメンテナンス等(定期健診等も含む)
特記事項	



★利用者のコメント(サービス利用による改善点や変化等について、ご本人の主観を記入してください。)

--

# 運動器の機能向上プログラム個別計画

様

作成日： 年 月 日

計画の期間	年 月 日 ~	年 月 日
-------	---------	-------

わたしのゴール

ゴールに向かう身近な目標	目標達成のための具体的計画 (頻度も含む)		実施期間
	プログラム		

実行や支援にあたって注意する事など

利用者同意サイン		続柄	
----------	--	----	--

事業所名 計画作成者 (職種: )

記入例

# 運動器の機能向上プログラム個別計画

様

作成日： 年 月 日

計画の期間 年 月 日 ~ 年 月 日

わたしのゴール

例) 転倒なく、買い物やデパートに行けるようになる

**【ポイント1】**

- ・ 対象者の課題となる生活機能を把握し、対象者の「望む生活」や「したいこと」につながる具体的な活動を目標として設定する。
- ・ 対象者がイメージしやすいような生活の延長線上での目標設定を意識する。

※介護予防サービス・支援計画書の目標との擦り合わせが重要

ゴールに向かう身近な

例) 体を動かすことに慣れ、地域介護予防拠点に参加する。

プセ  
ロール

**【ポイント2】**

- ・ 「わたしのゴール」を達成するための身近な目標を設定。
- ※目標は、評価しやすいように具体的な状況・状態像や数値化(時間・日数・回数等)して記載する。

例) バスに乗って外出できるようになる。

□専  
グ門  
ラの  
ム

プセ  
ロール  
グフ  
ラケ  
ムア

実行や支援にあたって注意する事など

利用者同意サイン

続柄

事業所名

計画作成者

(職種: )

# 口腔機能向上プログラム個別計画

様

作成日： 年 月 日

計画の期間	年 月 日 ~	年 月 日
-------	---------	-------

わたしのゴール

ゴールに向かう身近な目標	目標達成のための具体的計画 (頻度も含む)		実施期間
	プログラム		
	プログラムA		
	プログラム		
	プログラムA		

実行や支援にあたって注意する事など

利用者同意サイン		続柄	
----------	--	----	--

事業所名 計画作成者 (職種: )

# 口腔機能向上プログラム個別計画

様

作成日： 年 月 日

計画の期間 年 月 日 ~ 年 月 日

わたしのゴール

ゴールに向かう身近な

**【ポイント1】**

- ・ 対象者の課題となる生活機能を把握し、対象者の「望む生活」や「したいこと」につながる具体的な活動を目標として設定する。
- ・ 対象者がイメージしやすいような生活の延長線上での目標設定を意識する。

※介護予防サービス・支援計画書の目標との擦り合わせが重要

**【ポイント2】**

- ・ 「わたしのゴール」を達成するための身近な目標を設定。
- ※目標は、評価しやすいように具体的な状況・状態像や数値化(時間・日数・回数等)して記載する。

グ  
門  
ラ  
的  
ム

プ  
セ  
ロ  
ル  
グ  
フ  
ラ  
ケ  
ム  
ア

実行や支援にあたって注意する事など

利用者同意サイン		続柄	
----------	--	----	--

事業所名

計画作成者

(職種: )

# 運動器の機能向上プログラムの経過記録

様式3-1(短期集中運動型デイサービス)

目標(ゴール)
---------

氏名	
----	--

	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回
実施日	月 日	月 日	月 日	月 日	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					
担当者の署名					

# 運動器の機能向上プログラムの経過記録

様式3-1(短期集中運動型デイサービス)

氏名	
----	--

	第6回	第7回	第8回	第9回	第10回
実施日	月 日	月 日	月 日	月 日	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					
担当者の署名					

# 運動器の機能向上プログラムの経過記録

様式3-1(短期集中運動型デイサービス)

氏名	
----	--

	第11回	第12回	第13回		
実施日	月 日	月 日	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					
担当者の署名					

# 口腔機能向上プログラムの経過記録

様式3-2(短期集中運動型デイサービス)

目標(ゴール)
---------

氏名	
----	--

	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回
実施日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
開始・終了時刻	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :
指導の要点					
課題・改善点等					
口腔清掃方法等 変更の必要性					
特記事項					
担当者の署名					

# 口腔機能向上プログラムの経過記録

様式3-2(短期集中運動型デイサービス)

氏名	
----	--

	第6回	第7回			
実施日	月 日	月 日			
開始・終了時刻	: ~ :	: ~ :			
指導の要点					
課題・改善点等					
口腔清掃方法等 変更の必要性					
特記事項					
担当者の署名					

## 短期集中運動型デイサービス実施報告書

広島市

地域包括支援センター長 様

作成日：

年 月 日

（

居宅介護支援事業所）

次のとおり報告します。

被保険者番号		利用者氏名						
項目		サービス開始時（月 日）		3ヶ月後（月 日）				
運動器の機能向上	握力(筋力)	kg（左・右）		kg（左・右）				
	開眼片足立ち（バランス能力）	秒		秒				
	5m歩行速度（歩行能力）	秒		秒				
	Timed up & go（複合動作能力）	秒		秒				
	目標の達成度	<input type="checkbox"/> 達成	理由等					
		<input type="checkbox"/> 未達成						
	サービス継続の必要性	<input type="checkbox"/> 必要	理由等					
		<input type="checkbox"/> 不要						
項目		サービス開始時			3ヶ月後			
口腔機能向上	舌苔（口腔清掃）	1 なし・少量	2 中程度	3 多量	1 なし・少量	2 中程度	3 多量	
	歯又は義歯の汚れ（口腔清掃）	1 なし・少量	2 中程度	3 多量	1 なし・少量	2 中程度	3 多量	
	反復唾液嚥下テスト（摂食・嚥下機能）	回/30秒			回/30秒			
	頬の膨らまし（摂食・嚥下機能）	1 十分	2 やや不十分	3 不十分	1 十分	2 やや不十分	3 不十分	
	目標の達成度	<input type="checkbox"/> 達成	理由等					
		<input type="checkbox"/> 未達成						
	サービス継続の必要性	<input type="checkbox"/> 必要	理由等					
		<input type="checkbox"/> 不要						
総合的評価	<input type="checkbox"/> 改善	理由等	★生活機能が改善した内容等について御記入ください。					
	<input type="checkbox"/> 維持							
	<input type="checkbox"/> 悪化							

所属（事業所）

作成担当者氏名

**記入例**

**短期集中運動型デイサービス実施報告書**

広島市 地域包括支援センター長 様 作成日： 年 月 日  
 （ 居宅介護支援事業所）

**《留意点》**

計画期間中にサービスの利用を中止した場合は、中止に至った理由を記載し、利用時の状況や経過等から評価を行う。

次のとおり報告します。

被保険者番号		利用者氏名	
項目		サービス開始時（ 月 日）	3ヶ月後（ 月 日）
運動器の機能向上	握力(筋力)	kg（左・右）	
	開眼片足立ち（バランス能力）	秒	秒
	5m歩行速度（歩行能力）	秒	秒
	Timed up & go（複合動作能力）	秒	秒
	目標の達成度	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 未達成	理由等
	サービス継続の必要性	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	
項目		サービス開始時	3ヶ月後
口腔機能向上	舌苔（口腔清掃）	1 2 なし・少量 中程度	
	歯又は義歯の汚れ（口腔清掃）	1 2 なし・少量 中程度	
	反復唾液嚥下テスト（摂食・嚥下機能）	<input type="checkbox"/>	
	頬の膨らまし（摂食・嚥下機能）	1 2 十分 やや不十分	
	目標の達成度	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 未達成	理由等
	サービス継続の必要性	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	
総合的評価	<input type="checkbox"/> 改善	★生活機能が改善した内容等について御記入ください。	
	<input type="checkbox"/> 維持		
	<input type="checkbox"/> 悪化		

**【ポイント1】**

対象者の体力や生活状況を踏まえ、「目標の達成度」や「サービス継続の必要性」の評価を行い、その理由を具体的に記載する。

**【ポイント2】**

・ 対象者の主観的健康観の変化や日常生活動作の改善状況等を踏まえて評価を行う。

所属（事業所）

作成担当者氏名

様式5(短期集中運動型デイサービス)

年 月 日

所在地

名称

代表者 職名

氏名

短期集中運動型デイサービス実績報告書( 年 月分)

短期集中運動型デイサービス業務の実績報告については次のとおりです。

事業所名 ( )

1 当月実利用人員 \_\_\_\_\_ 人

2 委託料 \_\_\_\_\_ 円 (①+②)

(内訳)

1 ク ー ル 目	区 分		委託単価 (A)	延利用者数 (B)	合計 (A×B)
	基礎運営費		4,500 円	人	円
	口腔機能向上プログラム(加算)		720 円	人	円
	送迎 (加算)	片道利用	450 円	人	円
		往復利用	900 円	人	円
小 計				円 (①)	

2 ク ー ル 目	区 分		委託単価 (A)	実利用者数 (B)	合計 (A×B)
	月額包括報酬		13,590 円	人	円 (②)

様式5(短期集中運動型デイサービス)

**記入例**

4月～2月分は翌月10日までの日付、3月分は3月31日(休日でも可)を記入

年 月 日

毎月の実績報告を委任している場合は委任状の受任者名で、委任していない場合は法人の代表者名で報告してください。

所在地

名称

代表者 職名

氏名

短期集中運動型デイサービス実績報告書( 年 月分)

毎月記入

短期集中運動型デイサービス業務の実績報告については次のとおりです。

事業所名を記入

事業所名 ( )

1 当月実利用人員 \_\_\_\_\_ 人

登録者のうち当月利用した人数(頭数)  
※注 延べ利用人数ではありません。

2 委 託 料 \_\_\_\_\_ 円 (①+②)

委託料の明細を記入

(内訳)

1 ク ル 目	区 分		委託単価 (A)	延利用者数 (B)	合計 (A×B)
	基礎運営費		4,500 円	人	円
口腔機能向上プログラム(加算)		720 円	人	円	
送迎 (加算)	片道利用	450 円	人	円	
	往復利用	900 円	人	円	
小 計				円 (①)	

2 ク ル 目	区 分		委託単価 (A)	実利用者数 (B)	合計 (A×B)
	月額包括報酬		13,590 円	人	円 (②)

短期集中運動型デイサービス利用状況(利用明細)  
( 年 月分)

事業所名 \_\_\_\_\_

被保険者番号		<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2
氏 名		
生年月日	明・大・昭	・ ・ 生
担当地域包括支援センター	地域包括支援センター (委託先: 居宅介護支援事業所)	

《利用開始日》

年 月 日

《参考:利用可能な期間》

年 月 日 まで

※利用期間は3か月間(利用開始日の3か月後の応当日の**前日まで**)です。

《利用状況》

実施日	時 間	区分	口腔 (加算)	送迎 (加算)	利用者署名
/ ( )	時 分 ~ 時 分	<input type="checkbox"/> 1クール目	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	
		<input type="checkbox"/> 2クール目	—	—	
/ ( )	時 分 ~ 時 分	<input type="checkbox"/> 1クール目	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	
		<input type="checkbox"/> 2クール目	—	—	
/ ( )	時 分 ~ 時 分	<input type="checkbox"/> 1クール目	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	
		<input type="checkbox"/> 2クール目	—	—	
/ ( )	時 分 ~ 時 分	<input type="checkbox"/> 1クール目	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	
		<input type="checkbox"/> 2クール目	—	—	
/ ( )	時 分 ~ 時 分	<input type="checkbox"/> 1クール目	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	
		<input type="checkbox"/> 2クール目	—	—	

《利用者負担》 いずれか該当するほうに○をつけてください。

1割 ・ 無

【注意事項】

- ・様式6の原本は地域包括ケア推進課へ翌月10日までに提出してください。
- ・また、様式6の写しを担当ケアマネジャーへ翌月5日までに提出してください。
- ・やむを得ず、2クール目を利用することになった場合、1クール終了月の「翌月の初め」から「3か月後の月の終わり」まで利用可能です。
- (例)1クール目の最終利用日が7/8の場合、2クール目の利用は8月から10月です。





●参考資料●

- 介護予防マニュアル改訂版（平成24年3月）  
【厚生労働省】
- 広島県介護予防実践マニュアル（平成25年3月）  
【広島県健康福祉局介護保険課】
- 自立支援のための短期集中予防サービス実践  
トレーニングマニュアル（平成31年3月）  
【広島県】

広島市短期集中型サービス実施事務マニュアル  
(短期集中運動型デイサービス)

---

広島市健康福祉局高齢福祉部地域包括ケア推進課

〒730-8586

広島市中区国泰寺町一丁目6番34号

TEL 082-504-2648 FAX 082-504-2136