

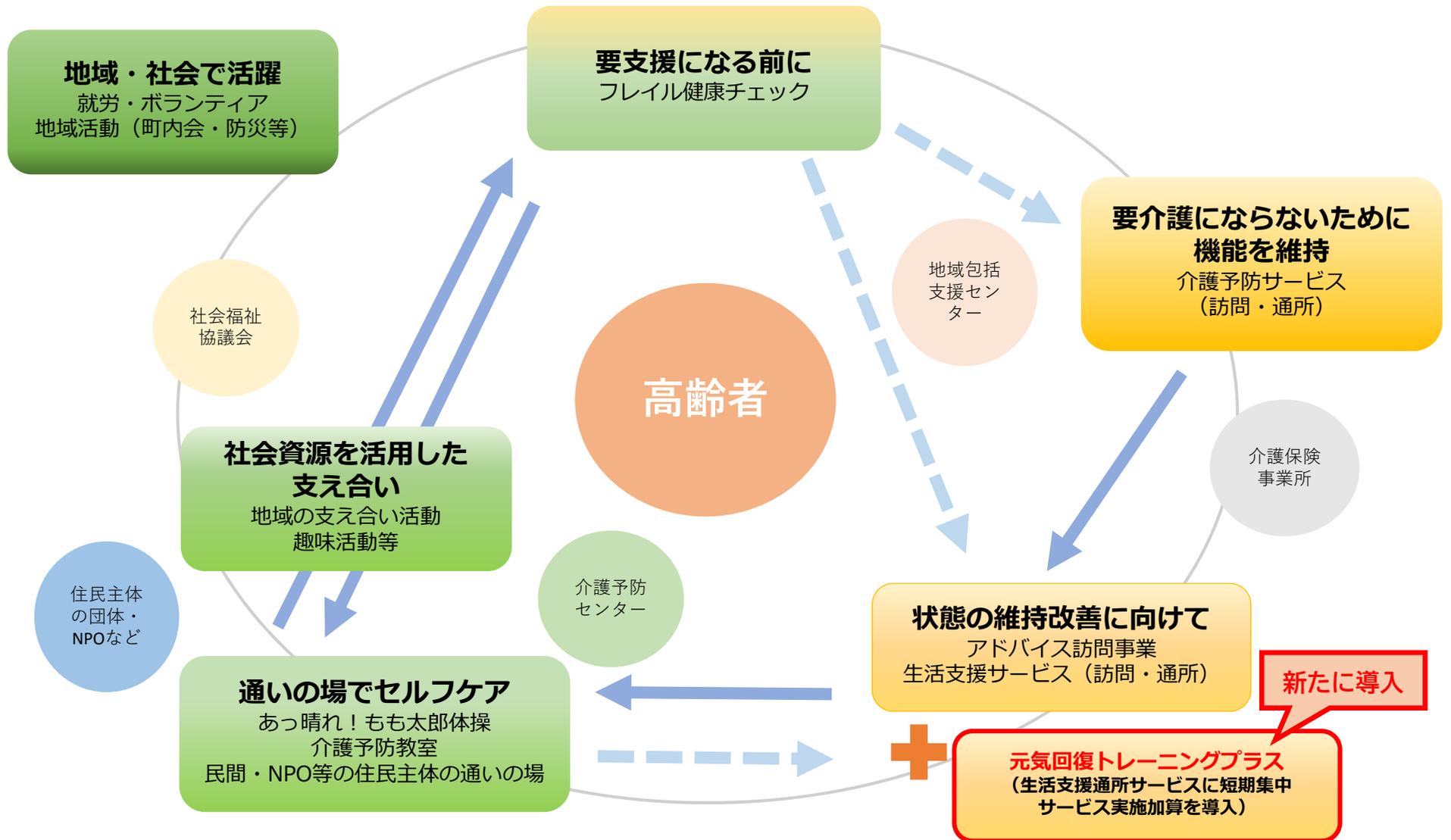
短期集中サービス実施加算 「元気回復トレーニングプラス」 の概要

岡山市保健福祉局
高齢福祉部



状態に合わせた適切なサービス・社会資源の活用

社会資源と一般介護予防事業、介護予防・生活支援サービスのサイクルで、住み慣れた地域でできるだけ自立した生活を送れる状態をキープ！



自立

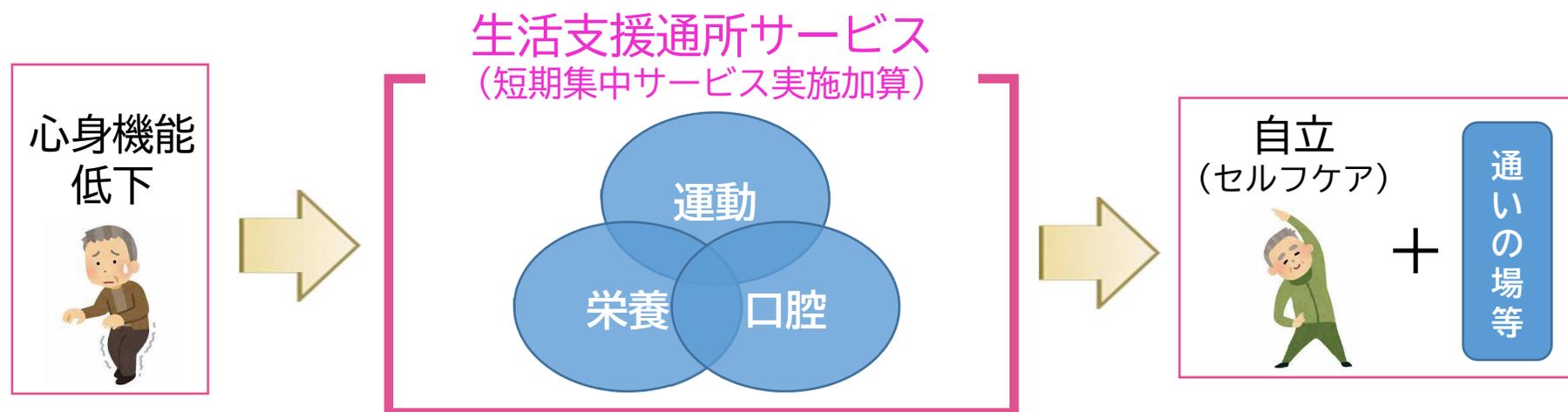
フレイル

要介護₂

短期集中サービス実施加算「元気回復トレーニングプラス」について①

加算の目的

- ◆介護予防・日常生活支援総合事業の生活支援通所サービスの加算として実施する。
- ◆退院直後等一時的に身体機能が低下している方が、運動・栄養・口腔の専門職の指導のもと、集中的にケアを行うことで、生活機能の改善・向上を図る。
- ◆本人が「改善したい」という意欲を持ってサービスを利用し、サービス終了後は一般介護予防事業や地域の資源を活用しながら、自ら介護予防に取り組み、地域において自立した在宅生活を送ることが出来る状態を目指す。



● 短期集中サービス実施加算 週2回利用 月1,550単位

※ 岡山市介護予防・日常生活支援総合事業における指定第1号事業に要する費用の額の算定に関する要綱改正予定（現状：週2回は要支援2のみ⇒短期集中加算利用者を加える内容に変更）

（参考）基本単価：生活支援通所サービス費 週2回程度 月1,519単位

対象者（下記条件すべてに当てはまる方）

- ◆ 事業対象者、要支援1、要支援2
- ◆ 介護保険、総合事業のサービス利用実績がない
- ◆ 集中的にケアを行うことで改善見込みがある
- ◆ 改善したいという意欲がある

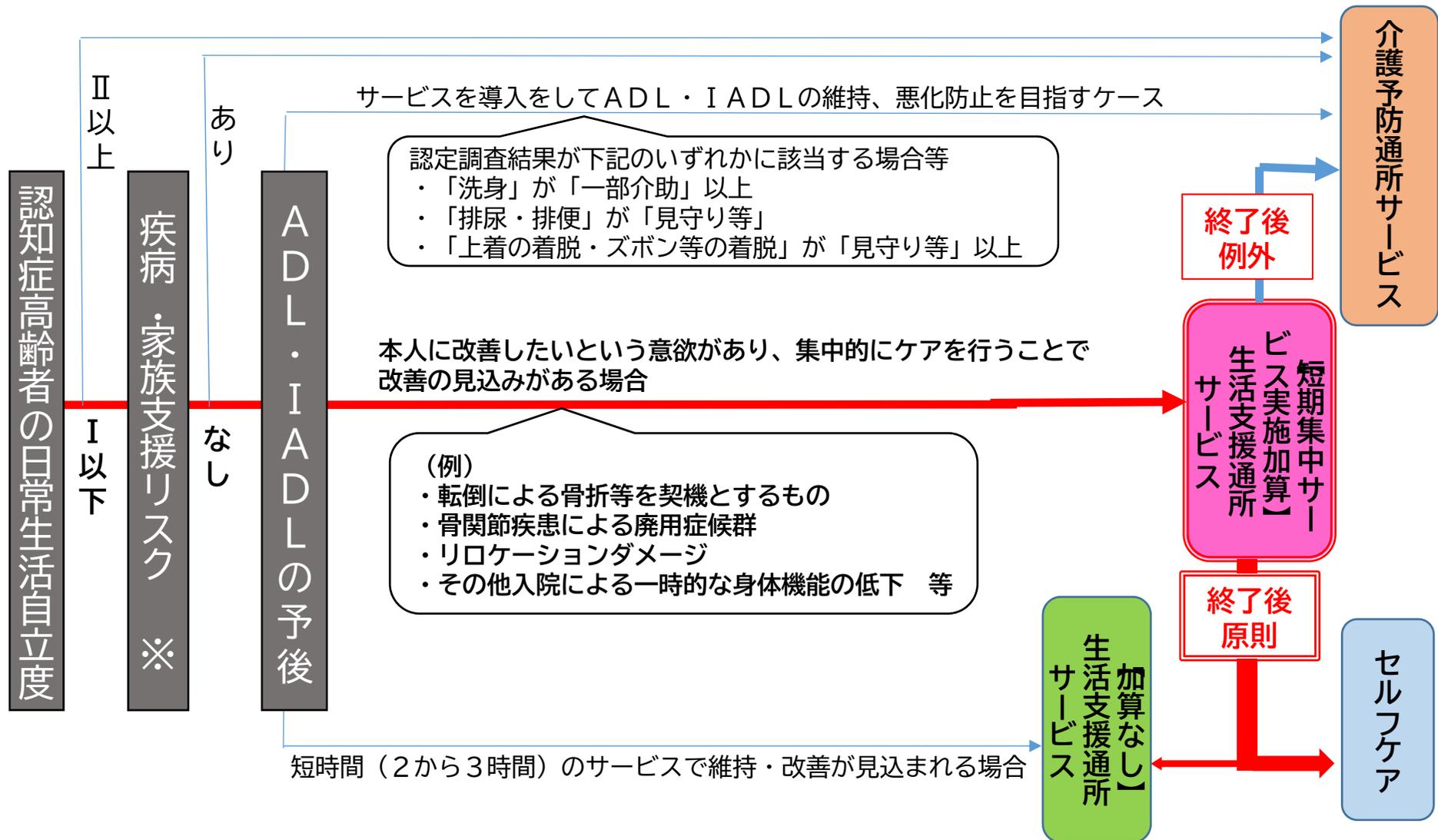


＜状態像の目安（①②の両方と、③④のいずれかに該当）＞ ※参考資料①
参照

- ① 自立した生活の維持・改善を目指して、サービス終了後も自ら介護予防活動に取り組む意欲のある方
- ② 短期集中サービスの目的及び内容を理解し、自ら参加を希望する方
- ③ 病気やけが等により一時的な筋力低下がある方で、集中的に専門的なプログラムを実施することにより生活機能の向上が見込める方
- ④ 運動不足や閉じこもり傾向があるために活動が不活発になっていて、廃用性による能力低下が推測される方

参考基準：認知症高齢者の日常生活自立度「Ⅰ」以下
本人の意思・希望やサービスの目的・内容への本人の理解度を踏まえて、事例等を参考にケアマネジャーが判断

通所サービス 新規利用者振り分けフロー



※主として下記に該当する者

- ・がん（末期、治療中）
- ・難病
- ・透析療法中
- ・ストーマ造設あり
- ・精神疾患（精神不安定含む）
- ・アルコール依存症
- ・低栄養状態（疾病を要因としたBMIと体重変動）
- ・老々介護（認々介護）

対象者の具体例①



どのような方が短期集中の対象になるのか？
具体例を判断の参考としてください。



- Aさん：骨折後体力が低下していたが、機能回復につながった事例
Bさん：本人の強い意欲で、生活改善につながった事例
Cさん：痛みで動きに制限があったが、疼痛改善により活動範囲が広がった事例

Aさん(74歳男性)

左足骨折手術後、T字杖を使って歩くことを最終目標としてリハビリが終了し、早期退院となった。退院時から歩行に不安があり、少し動くだけで疲れやすくなったと感じている。趣味の釣りもできなくなり、行動範囲は、近所の買い物くらいしか行けなくなってしまった。

本人の希望

骨折前の生活に戻りたい！

専門職の介入

- ・安定して歩くことができるようになった
- ・自転車に乗れるようになり、活動範囲がひろがった
- ・趣味の釣りを再開できた(不安定な足場でも安心！)
- ・介護予防教室への参加につながった

対象者の具体例②

Bさん(81歳男性)

食事への興味が薄く、昼食を食べない、好きなものだけ食べる等、栄養バランスに偏りがある。やせ型で足元にふらつき・しびれ感があり、歩く姿は少し不安定。噛みにくさを感じているが、病院の受診はしていない。

本人の希望

介護保険サービスを使わず、一人暮らしを続けたい！

専門職の介入

- ・お食事日記で栄養バランスを意識できるようになった
- ・クックパッドを利用して新しい料理をする等、食事に対する意識の変化があった
- ・ホームトレーニング用紙で活動状況の見える化をすることによって、本人の気づきにつながり、継続して体操をする等行動変容につながった

Cさん(87歳女性)

両膝関節変形症により、両膝関節痛と腰痛がひどく、自宅に閉じこもりがちになっている。そのため気持ちが落ち込みがちな状況が続いている。病院で腎機能低下を指摘されているため、食事制限がある。

本人の希望

少しずつでも前向きに行動していきたい！

専門職の介入

- ・痛みが軽くなり、体力向上！
- ・趣味だったグランドゴルフを再開できた
- ・腎機能については、管理栄養士が関わることで悪化を防ぎ、状態維持ができた
- ・あっ晴れ！もも太郎体操サポーター養成講座を受講する等外へ向けた活動ができるようになった

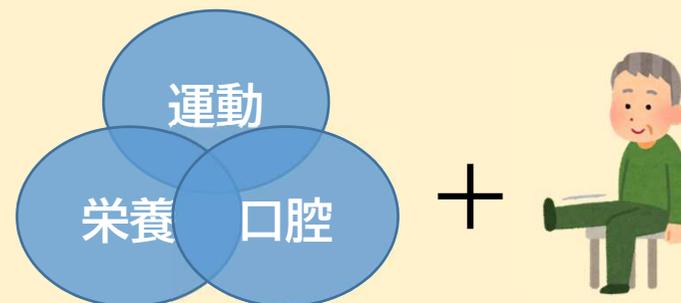


短期集中サービス実施加算「元気回復トレーニングプラス」について③

サービス内容

以下の全てを一体的に実施

- ◆運動器機能向上サービス(週2回)
- ◆口腔機能向上サービス(月1回以上)
- ◆栄養改善サービス(月1回以上)
- ◆セルフケアプログラム作成・実施状況把握(月1回以上)



サービス開始

- ◆令和4年10月～

利用回数

- ◆1回のみ

利用期間

- ◆3ヶ月または6ヶ月
- ※3ヶ月目で評価を行い、
あと3ヶ月継続するかを判断する

計画作成

<地域包括支援センター>

介護予防サービス 支援計画

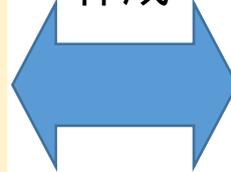
- 短期集中サービス実施
加算の対象者については、**地域包括支援センターが
計画を作成**
(当面の間)
- 自立に向けた具体的な
目標設定

<通所事業所>

生活支援通所サービス計画 運動器機能・栄養管理・ 口腔管理に係る実施計画

- 担当ケアマネジャーと連携し、
地域資源の情報を収集し、
地域での生活イメージを
計画に反映

協力して
作成



検討

地域ケア個別会議での検討

- ◆検討時期：利用開始月または翌月
- ◆1開催あたり最大3事例
- ◆地域資源など通所終了後の生活を見据えた助言を行う

サービス内容（運動）



①運動器機能向上サービス

- ❖ 利用者の運動器の機能を利用開始時に把握
- ❖ 利用者の居宅を訪問し、住環境や自宅における利用者の動作を把握・評価
必要に応じて、住環境に対して助言
- ❖ 運動器機能向上計画を作成（訪問の評価も反映したもの）

- ❖ サービス提供（週2回）
- ❖ 1ヶ月ごとに短期目標の達成度と運動器の機能の状況をモニタリング
- ❖ 3ヶ月に1回以上、自宅を訪問し、在宅でのIADL向上のための機能訓練を実施
- ❖ 3ヶ月ごとに長期目標の達成度及び運動器の機能の状況について評価し、
結果をケアマネジャーへ報告
- ❖ 利用者への助言や指導
（自宅でのセルフケアに向けた指導、動機付けを含む）

- 実施する専門職 ※外部との連携による配置も可
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・歯科衛生士・看護職員・柔道整復師・
あん摩マッサージ指圧師・はり師又はきゅう師（※条件あり）・健康運動指導士・
健康運動実践指導者
※ただし、初回アセスメントは理学療法士・作業療法士の実施が必須

②口腔機能向上サービス



- ❖ 利用者の口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題を利用開始時に把握
（課題がない場合も利用者に介護予防のための基礎知識の習得をしてもらう）
- ❖ 口腔機能改善管理指導計画を作成
- ❖ サービス提供(月1回以上)
- ❖ 利用者の口腔機能の状態に応じて、定期的に生活機能の状況をモニタリング
- ❖ 3か月ごとに口腔機能の状態を評価し、結果をケアマネジャーや主治医等へ情報提供
- ❖ 利用者への助言や指導
（自宅でのセルフケアに向けた指導、動機付けを含む）

● 実施する専門職 ※外部との連携による配置も可
言語聴覚士・歯科衛生士・看護職員



③栄養改善サービス

- ❖ 利用者の栄養状態（低栄養状態のリスク等）に関する解決すべき課題を利用開始時に把握〔摂食・嚥下機能及び食形態に配慮〕
（課題がない場合も利用者に介護予防のための基礎知識の習得をしてもらう）
- ❖ 栄養ケア計画を作成
- ❖ サービス提供（月1回以上）
- ❖ 必要に応じて居宅を訪問
- ❖ 利用者の栄養状態に応じて、定期的に生活機能の状況をモニタリング
- ❖ 3か月ごとに栄養状態を評価し、結果をケアマネジャーや主治医等へ情報提供
- ❖ 利用者への助言や指導
（自宅でのセルフケアに向けた指導、動機付けを含む）

- 実施する専門職 ※外部との連携による配置も可
管理栄養士



④セルフケアプログラムの作成・実施状況把握

- ❖運動・口腔・栄養に関する自宅でできるセルフケアプログラムを作成
- ❖定期的に実施状況を把握し、状態に応じプログラムの内容を変更
- ❖加算終了後も継続実施できるよう指導

●実施する専門職

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・歯科衛生士・看護職員・柔道整復師・
あん摩マッサージ指圧師・はり師又はきゅう師(※条件あり)・健康運動指導士・
健康運動実践指導者

サービス終了後

- ◆ 目的は自立に向けた状態改善のため、原則として通所サービスを終了
- ◆ 利用者は、サービス終了後もセルフケアプログラムに引き続き取り組む(一般介護予防事業・地域資源も活用)



・ 在宅でのセルフケアへの移行を原則

- ・ 状態維持・改善のために、引き続き、器具を使用した機能訓練が必要な場合は生活支援通所サービスを利用
- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度、疾病・家族支援リスク、ADL・IADLの予後予測を考慮し、介護予防通所サービス等(※)が相当と認められる場合に限り介護予防通所サービス等へ移行

※介護予防通所サービス、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、介護予防小規模多機能型居宅介護

● 自立支援評価加算(短期集中サービス終了月に1回に限り算定)

| | |
|-------------------|---------|
| 通所サービス利用終了 | 6,780単位 |
| 引き続き生活支援通所サービスを利用 | 1,550単位 |
| 介護予防通所サービス等へ移行 | 算定なし |

利用者負担なし
支給限度額対象外

サービス利用の流れ（利用開始まで）

<地域包括支援センター>

相談

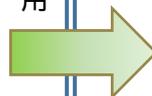
アセスメント

- ・本人の状態、意向確認
- ・振り分けフロー図を参照し対象の有無を判断
- ・従来の介護予防アセスメントシートに加えて、地域における在宅生活の視点を入れた、社会性アセスメントシート<資料③>を作成

プラン（案）作成

- ・事業所選定
- ・3ヶ月後の目標設定

事業所に利用
の問合せ



<通所事業所>

受入確認

- ・地域包括支援センターから、本人の状態、意向等について説明を受け、受入可能か確認

サービス担当者会議

- ・3ヶ月後の目標確認
- ・短期集中サービス利用の決定

プラン作成（同意）

利用者居宅訪問

- ・理学療法士または作業療法士が住環境における動作の把握・評価
(必要に応じて、住環境に対する助言)

アセスメントシート/計画書作成

- ・アセスメントシート作成<参考様式:資料⑤-⑦>
- ・生活支援通所サービス計画作成
- ・運動・栄養・口腔実施計画作成<参考様式:資料④>

短期集中サービス利用開始

サービス利用の流れ（利用開始後）

<地域包括支援センター>

| モニタリング（毎月） |
|----------------|
| ・本人、通所事業所の状況確認 |

| 地域ケア個別会議 |
|-----------------------------------|
| ・サービス開始月または翌月に開催 ・可能なら通所事業所も出席 |

| 評価（3ヶ月目、6ヶ月目） |
|--|
| ・目標到達状況の評価 ○（3ヶ月目のみ）短期集中サービスを継続するかの判断 ○短期集中サービス終了の場合は、以降のサービス内容の検討 |

<通所事業所>

1ヶ月目（4ヶ月目）

| サービス提供/ モニタリング | セルフケアプログラム 作成・実施 |
|------------------------------|---|
| ・運動・口腔・栄養改善サービス実施/ モニタリング | ・ホームトレーニング用紙等を活用 <参考様式:資料⑧> ・サービス終了後も実施できる内容で作成 |

2ヶ月目（5ヶ月目）

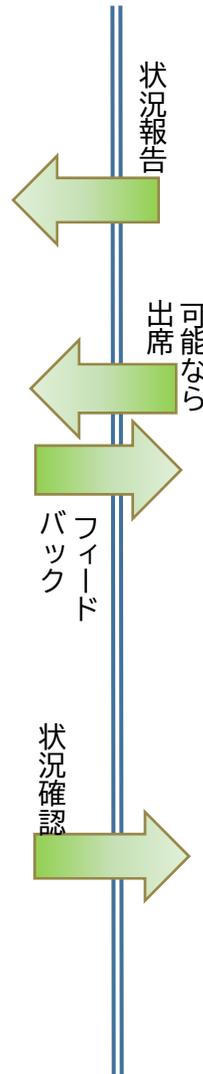
| サービス提供/ モニタリング | セルフケアプログラム 作成・実施 |
|-------------------|---------------------|
| 1ヶ月目と同じ | 1ヶ月目と同じ |

3ヶ月目（6ヶ月目）

| サービス提供/ モニタリング | セルフケアプログラム 作成・実施 |
|-------------------|---------------------|
| 1ヶ月目と同じ | 1ヶ月目と同じ |

事後アセスメント/評価

| |
|--|
| ・長期目標の達成度、運動器機能、口腔機能、栄養状態を評価 ・（3ヶ月目のみ）短期集中サービスを継続するかの判断 |
|--|



在宅でのセルフケア（一般介護予防事業や社会資源を活用しながら自ら介護予防に取り組む）

- 本人の改善したいという意欲を大切に
- 自立に向けた具体的な目標を設定し、本人、専門職がその目標に向かって集中的に取り組む
- サービス終了後も、通いの場などを活用し、継続的に介護予防に取り組んでもらう



住み慣れた地域での自立した生活につなげる

