

笠岡市「通所型サービスC」利用の流れ

1 利用調整

- (1) 地域包括支援センターが行うケアマネジメントAにより利用者を調整し、随時事業所での利用を開始する。
- (2) 利用者への開始日等についての案内は、事業所が地域包括支援センターに連絡・調整したうえで利用者に連絡を行う。

2 事前アセスメント

利用者及び家族、地域包括支援センター担当者等と共に利用者の課題、目標及び支援の方針等について協議し、共通認識を図るために、必要に応じてサービス担当者会議に出席するとともに、地域包括支援センターが実施、作成する、

- (1) 基本チェックリスト
- (2) 利用者基本情報
- (3) アセスメントシート
- (4) 介護予防サービス支援計画書 1・2
- (5) 週間サービス計画表

をもとに、利用者の状態の把握を行う。

また、事業所による利用者への聞き取りや体力測定等により、利用者の身体機能の状況等についてさらに把握・評価したうえで、自宅での生活を念頭に置いた利用者の生活機能向上及び介護予防に資する支援内容を検討・立案する。

3 個別サービス計画の作成

(1) 目標の設定

事前アセスメントの結果を踏まえて、事業所は、利用者とともにサービス計画書に定められた目標を達成するための具体的な目標を定めた個別サービス計画を作成する。

その際、利用者が日常生活の中で必要な生活機能のうち、課題となる生活機能について、楽にできるか、一人で何とかできるか、一人では難しいかを判断し、一人で難しい項目であればそれを何とか一人でできるようにする、一人で何とかできる項目であれば楽にできるようにするといった目標設定を行う。

また、サービス事業終了後も住み慣れた地域で実施されている地域活動や自助努力によって継続した運動習慣（自主的な運動）等の定着につながるよう目標設定を行う。

(2) 個別サービス計画の作成

個別サービス計画では、運動の種類・負荷の強度・1回あたりの時間・実施形態などの詳細を記録する。なお、集団のプログラムであっても、個別に計画を立て、参加者それぞれが適切なレベルで運動ができるように配慮する。立案した目標や利用者の希望等を盛り込み策定した個別サービス計画については、利用者に提示し、納得の上で事業内容を決定するとともに、利用者及び地域包括支援センター担当者へ交付する。

4 プログラムの実施

地域包括支援センター担当者から提出される介護予防サービス支援計画書に基づき作成した個別サービス計画に定めた目標を達成するため、以下のことに留意し、プログラムを提供する。

- (1) 利用者がサービスの利用を開始する際には、事業所が利用者の健康状態や医学的観点からの留意事項の把握に努める。
- (2) 事前アセスメントに基づき設定された目標及び実施内容を鑑みプログラムを行う。
- (3) 介護保険法の基本理念に基づきプログラムを行う。
- (4) 利用者の体調の聞き取りやバイタルチェックに基づき、専門職がプログラムの実施可否を判断する。また、運動中も疲労の蓄積や脱水に注意し、異常がある場合は医療機関受診など必要な処置をとる。
- (5) 運動の実施回数や内容は、体力水準の低い高齢者が安全に運動できるよう配慮するとともに、利用者が継続して楽しく利用でき、かつ効果があるものとなるよう工夫する。
- (6) 利用者がサービス計画書の変更を希望する場合や、利用者の状態が著しく変化した場合等は、地域包括支援センター担当者等への連絡その他の必要な援助を行う。

5 実施状況及び効果の確認

- (1) プログラム開始から3か月後と6か月後には、目標の達成状況や日常生活活動能力の改善状況等を含めた評価を行い、個別サービス計画に対するサービス実施の成果と目標達成状況の確認、残されている課題を明確にし、地域包括ケア支援センターに報告する。
- (2) プログラム終了後は、個別に沿った継続できる運動や、スポーツクラブで行っている高齢者向け運動プログラム、地域のいきいき百歳体操等を紹介し、継続した運動習慣（自主的な運動）等の定着につながるよう働きかけを行う。

- (3) 通所型サービスCはプログラム実施後に介護保険（総合事業）サービスからの卒業を目指すものであるが、引き続き介護保険を利用した専門職の指導による機能訓練が必要な場合は、通所介護相当サービスでの運動器機能向上サービスを行う等適切なサービスにつなげる。