

R2.2.17

行橋京都在宅医療・介護連携推進事業
運営会議

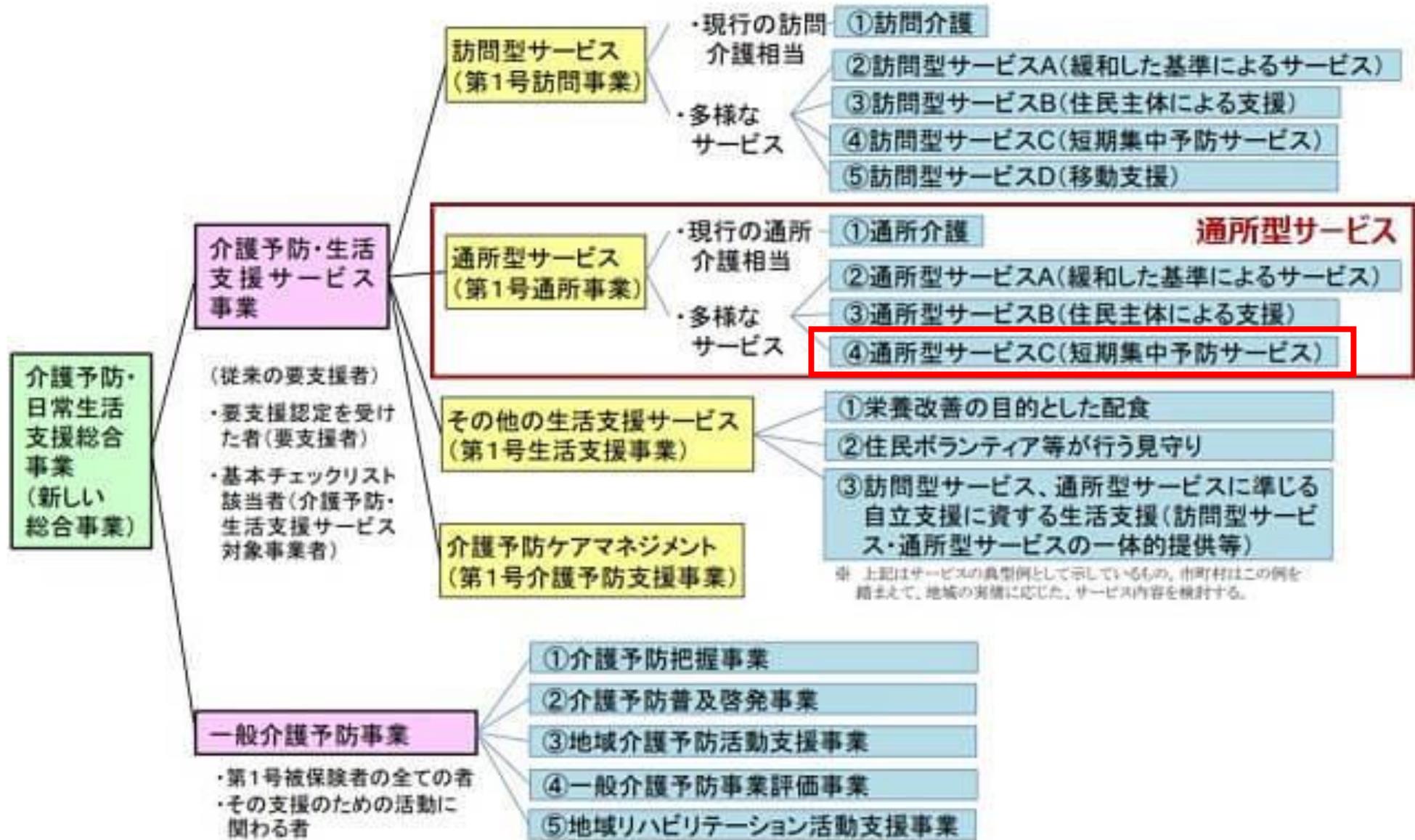
短期集中通所型介護予防事業について

～紹介と実績報告～

リハビリデイサービス リふるゆくはし

作業療法士 岡村総一郎

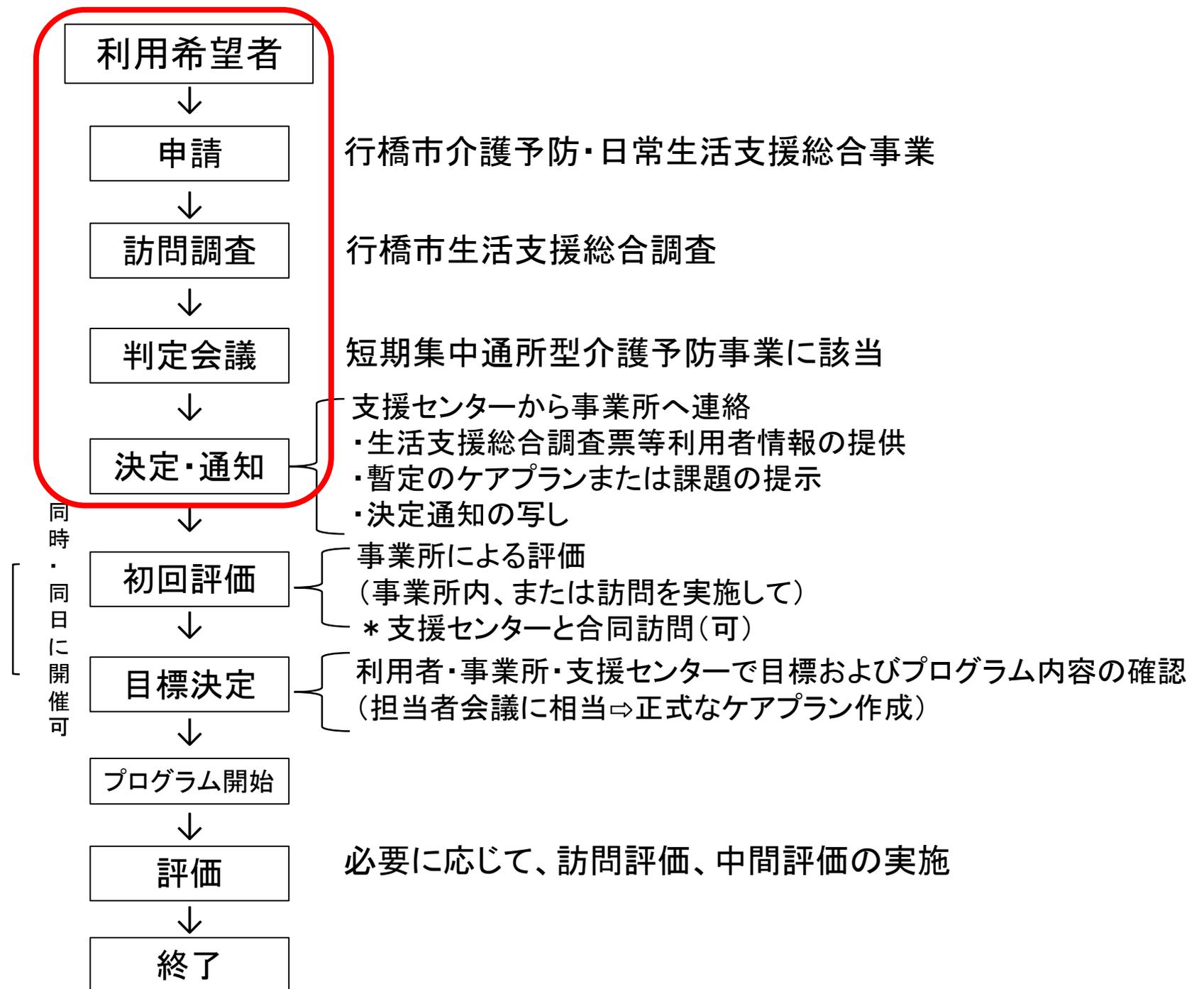
短期集中通所型介護予防事業（通所型サービスC）の位置とは



短期集中通所型介護予防事業とは (通所型サービスC)

- ✓ 新しい総合事業の通所型サービスの一つ(2回/週 計24回コース)
- ✓ 専門職(療法士)が**短期集中的**に支援するサービス
- ✓ 機能改善だけではなく、主体性を意識した上で「**活動**」「**参加**」も**考慮した関わり**をもつ
- ✓ **地域活動への移行支援**

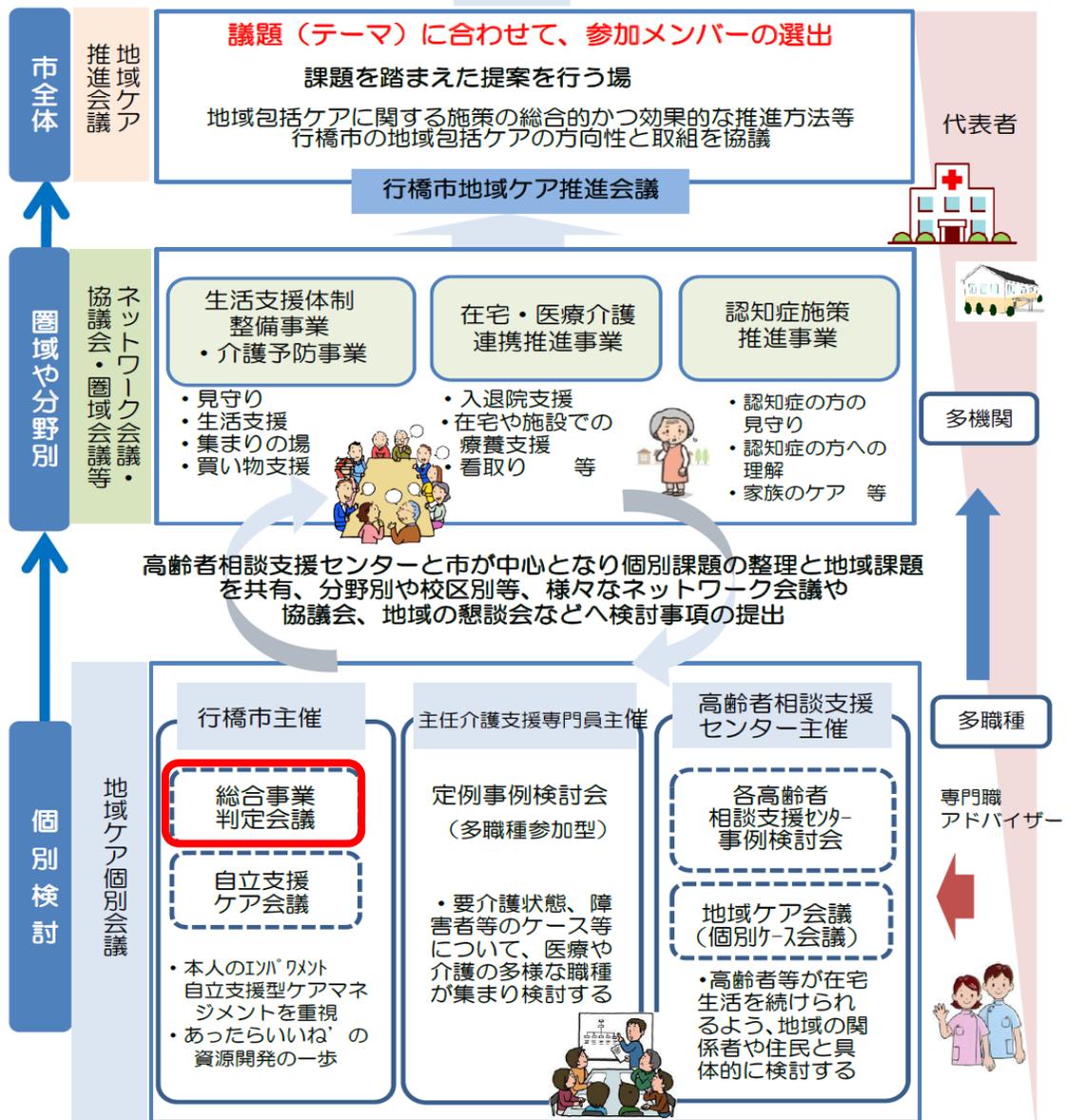
利用対象者と 利用方法



＜行橋市の地域ケア会議＞

まずは介護支援専門員の個別課題から、『あったらいいな』の発想で政策提案まで、ボトムアップ方式で会議を進めます。

行橋市における施策の展開



総合事業判定会議

- ✓ 開催頻度・・・1回/週
- ✓ 参加者・・・行政職員、ケアマネージャー、保健師、
栄養士、リハビリテーション職員など
- ✓ 内容・・・個別事例について自立支援を目的に検討し、
サービス導入や今後の方針などを決定する

行橋市介護予防・日常生活支援総合事業申請書

行橋市長 様
年 月 日

下記のとおりサービスを利用したいので、申請をします。

フリガナ		性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日生(歳)
利用者氏名	㊟				
住 所		電話番号			
世帯の状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> その他()				
介護保険認定状況等	要介護認定	有・無	要介護度	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5
	利用中のサービスの種類と内容等				

申請するサービス		申請理由
予 防 サ ー ビ ス	<input type="checkbox"/> 訪問型介護予防事業 <input type="checkbox"/> 通所型介護予防事業	<input type="checkbox"/> 現行相当 <input type="checkbox"/> 緊急時 <input type="checkbox"/> 生活援助 <input type="checkbox"/> 専門相談・指導 <input type="checkbox"/> 現行相当 <input type="checkbox"/> 活動支援 <input type="checkbox"/> 短期集中
	<input type="checkbox"/> 食の自立支援事業 <input type="checkbox"/> 在宅ショートステイ事業 <input type="checkbox"/> 高齢者生活支援事業 <input type="checkbox"/> 緊急時の福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> その他のサービス(見守り支援等)	

※この申請に関わる負担調査のため、サービス利用決定に必要な課税証明等に替えて、サービス利用者の世帯状況について、行橋市役所の電子計算機に記載されている税情報等を利用することに同意します。
また、サービス利用に関する支援計画書等を関係機関に提示することに同意します。

同意者氏名 印

(本人との関係 :)

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)	
氏 名		本人との関係
住 所	〒	電話番号

基本チェックリスト

氏名 様

実施日 年 月 日

No.	質問項目	回 答 (いずれかに○を お付け下さい)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金のおし入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
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	0.はい	1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ
12	身長 c m 体重 kg (BMI=)(注)	1.はい	0.いいえ
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	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
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されますか	1.はい	0.いいえ
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	0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
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	1.はい	0.いいえ
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	1.はい	0.いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ

(注) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする。

【主観的評価表(主観的健康感)】

◎ あなたの現在の健康状態はいかがですか。あてはまる番号に1つ○をつけてください

1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. あまりよくない 5. よくない

年度

生活支援総合調査票

新規	更新	追加
被保険者番号		

申請日
平成 年 月 日

申請区分	<input type="checkbox"/> 予防サービス	<input type="checkbox"/> 通所型サービス	<input type="checkbox"/> 訪問型サービス	<input type="checkbox"/> その他のサービス ()
	<input type="checkbox"/> 生活支援サービス	<input type="checkbox"/> 食の自立支援	<input type="checkbox"/> 生活支援住宅改修等 (<input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入)	
		<input type="checkbox"/> ショートステイ	<input type="checkbox"/> その他の支援 ()	

調査員氏名 所属地域包括
調査日 平成 年 月 日 回目 初回調査日 平成 年 月 日

フリガナ 氏名 性別 男・女 生年月日 M・T・S 年 月 日生 歳
住所 TEL 校区

I 基本項目	【家族構成】	世帯状況	独居 ・ 高齢者のみ ・ 同居		
		主生活支援者氏名	続柄	年齢	健康状態
					普通・悪い ()
		居所	市内・市外	勤務	有・無
		食生活支援者氏名	続柄	年齢	健康状態
					普通・悪い ()
	居所	市内・市外	勤務	有・無	
	支援内容				
	その他生活支援者氏名	続柄	年齢	健康状態	
				普通・悪い ()	
	居所	市内・市外	勤務	有・無	
	緊急連絡先氏名	続柄	年齢	住所・電話番号	
				市内・市外	
				市内・市外	

日常生活自立度 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
 認知症自立度 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
 認定情報 非該当 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中
 有効期限： 年 月 日 ~ 年 月 日 (前回の介護度)
 経済状況 国民年金 厚生年金 障害年金 その他年金 生活保護
 家庭介護力 1 十分ある 2 やや弱い 3 弱い

備考

既往歴 現病歴
年 月 年 月 年 月

II 疾病の状況	疾病名	外出・家事への影響	医療機関名と治療の内容 (主治医に○)	薬	受診回数	
	骨関節疾患	<input type="checkbox"/> リウマチ	有・無		有・無	月 回
		<input type="checkbox"/> 膝関節症	有・無		有・無	月 回
		<input type="checkbox"/> 腰痛	有・無		有・無	月 回
		<input type="checkbox"/> 骨折、股・膝関節術後	有・無		有・無	月 回
	循環器疾患	<input type="checkbox"/> 高血圧	有・無		有・無	月 回
		<input type="checkbox"/> 脳血管疾患後遺症	有・無		有・無	月 回
		<input type="checkbox"/> 心疾患	有・無		有・無	月 回
	呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> 喘息	有・無		有・無	月 回
		<input type="checkbox"/> 肺気腫	有・無		有・無	月 回
		<input type="checkbox"/> 慢性気管支炎	有・無		有・無	月 回
	その他	<input type="checkbox"/> 糖尿病	有・無		有・無	月 回
		<input type="checkbox"/> 肝臓疾患 ()	有・無		有・無	月 回
		<input type="checkbox"/> 腎疾患 ()	有・無		有・無	月 回
		<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 ()	有・無		有・無	月 回
精神・神経その他	<input type="checkbox"/> パーキンソン病	有・無		有・無	月 回	
	<input type="checkbox"/> うつ病	有・無		有・無	月 回	
	<input type="checkbox"/> 認知症	有・無		有・無	月 回	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	有・無		有・無	月 回	

痛みの有無 1. ない 2. ときどきある 3. いつもあるが生活に支障はない 4. いつもあり生活に支障がある

主観的健康感 1. よい 2. まあよい 3. ふうふう 4. あまりよくない 5. よくない

最近6ヶ月以内の転倒回数 無 有 (回)

BMI 1 (体重 kg) ÷ (身長 m)² = () 2 測定不明
 やせ：18.5未満 標準：18.5~25未満 肥満：25~30未満 高肥満：30以上

最近6ヶ月の体重の増減 1 減った (キロ) 2 変化なし 3 増えた (キロ)
 ※5%以上の体重の増減を目安とする

備考

III 保健・社会活動	1. この1年、市の健康教室等へ参加している	いない	いる
	2. この1年、公民館・婦人会・老人クラブ活動に参加している	いない	いる
	3. この1年、趣味や各種教室に参加している	いない	いる

備考

行橋市短期集中通所型介護予防事業の概要

【事業名】

行橋市短期集中通所型介護予防事業委託業務

【実施主体】

行橋市

【実施機関】

通所介護事業所又は通所リハビリテーション事業所等（以下、「受託者」という。）で、リハビリテーション専門職（理学療法士・作業療法士等）を配置している事業所

令和2年2月現在では、4か所

【事業費】

行橋市より受託者に支払われる利用者一人の事業費については以下のとおりとし基本単価には利用者の送迎費も含まれているが、利用者自身で通所しても減算は無いものとする。

各市町村請求

基本料金 3240円／回

評価加算 2000円／回

訪問指導加算 2000円／回

利用者負担(代理請求分)

基本料金 360円／回

訪問指導加算

「居宅訪問チェックシート」

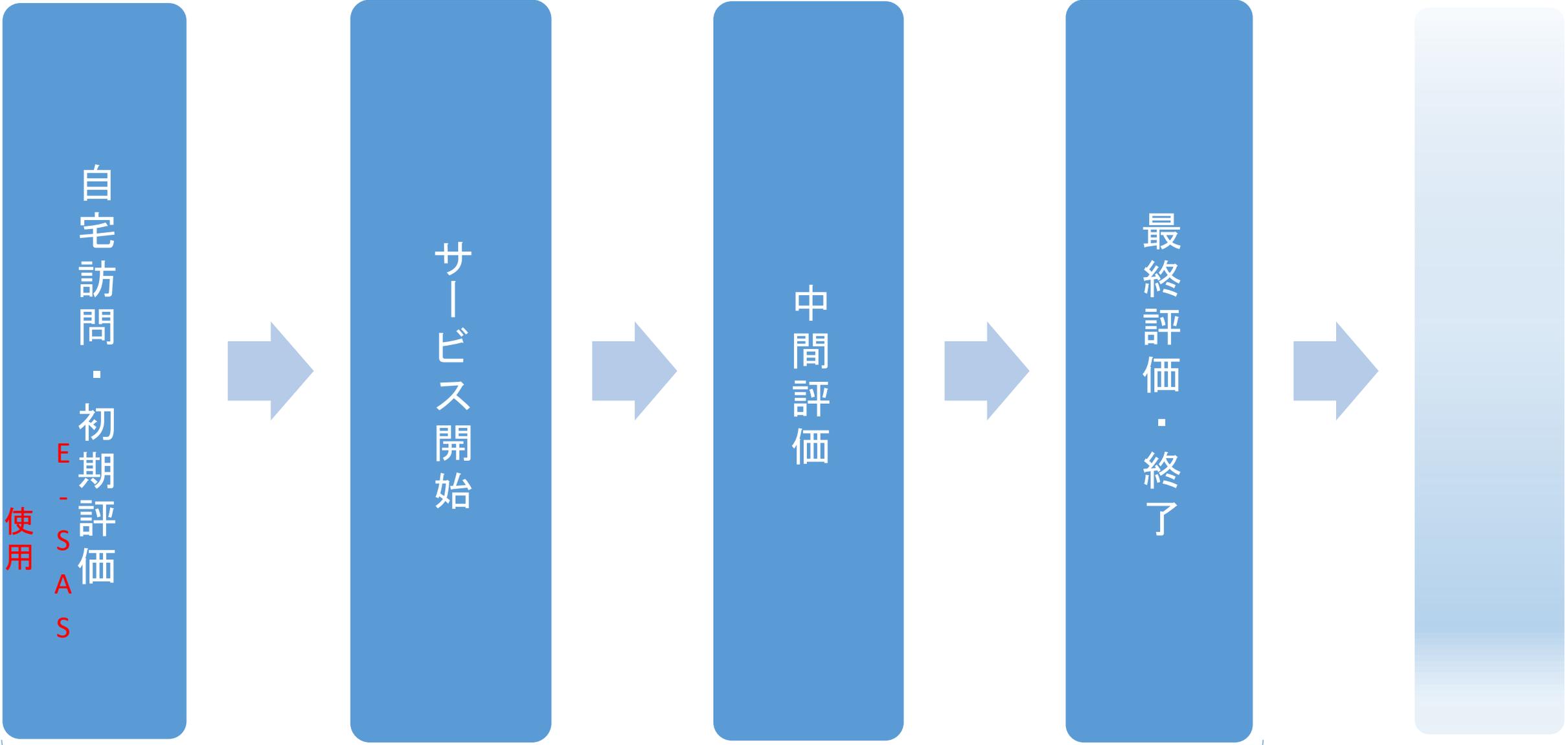
従来の個別機能訓練加算要件の居宅訪問チェックシートと同様のもの
使用方法も同じである。

評価加算

「E-SAS」(Elderly Status Assessment Set)

日本理学療法士協会が作成した介護予防事業の効果判定の評価スケール集

心理社会的評価	1:人とのつながり	2:生活のひろがり	3:ころばない自信
運動機能・動作能力評価	1:休まず歩ける距離	2:歩くチカラ	3:入浴動作



使用

E-SAS

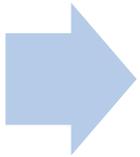
自宅訪問・初期評価



サービス開始



中間評価



最終評価・終了



3カ月(2回/週 計24回)

E-SAS 個別アドバイスシート

イキイキ地域生活
一歩・肯定書

氏名 (姓・名・姓) 性別 男性 年齢 78 才

住所(〒) 〇〇市 〇〇区 〇〇丁目 〇〇番 〇〇号

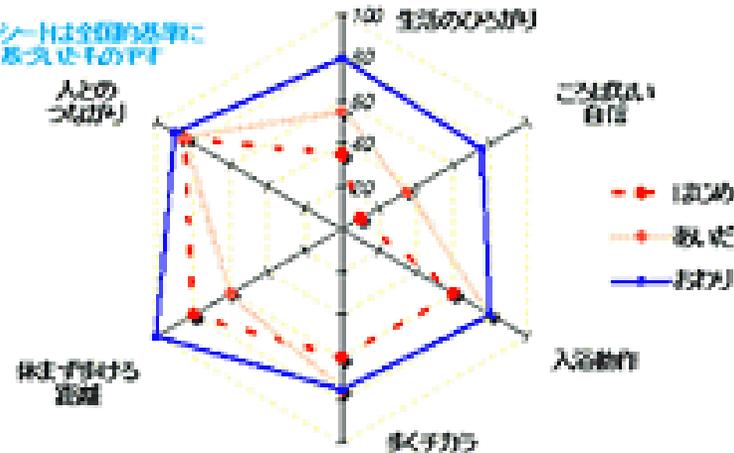
項目	はじめ 2008/03/17	現在 2008/03/17	おわり 2008/03/17	目標
生活の充実度	50	68	85	点/120点満点
こころの自信	20	30	35	点/10~40点
入浴動作	8	9	9	点/10点満点
歩く手力	10.3	8.7	6.5	秒
休まず歩ける距離	5	4	6	点/1~6点
人とのつながり	20	20	25	点/30点満点



はじめに目標をきめたこと

- ・近くの町営通園まで歩いていきたい
- ・おりにまわりたい

このシートは全国的基準に基づいて作られています



おとこと

- ・おはじ、自信がなくなってきているようです。自信アップは地域で練習したい、運動を相談下さい。
- ・人とのつながりが増え、おりにまわりたいと希望されました。
- ・休まず歩ける距離が増えましたので、目標達成しています。

担当 (〇〇電子)

E-SAS(イーサス)とは(公社)日本理学療法士協会が、厚生労働省から平成17年度～19年度に「老人保健事業推進等補助金事業」の4交付を受け、多くの会員の方のご協力得て開発したアセスメントセットです。

E-SASは介護予防事業「運動器の機能向上」の効果を、筋力やバランスといった運動機能のみによって評価するのではなく、参加者(高齢者)が活動的な地域生活の営みを獲得できたか、という視点から評価することをねらったアセスメントセットです。言い換えると、参加者(高齢者)が地域で活動的な生活を行っていくために必要とされる様々な要素を明確にするためのアセスメントセットです。

E-SASにおいて工夫している点は、「運動機能」に加えて「高齢者のイキイキとした地域生活づくり」を目指した心理社会的な概念および生活空間に着眼し、実践的ツールとして構成したところです。「イキイキとした地域生活」が障害の予防や重度化予防のための鍵であることを、参加者とその家族、介護予防に関わるすべてのスタッフにわかりやすく見せてくれます。

実績報告

(2015年12月～2019年4月 134名)

実績報告

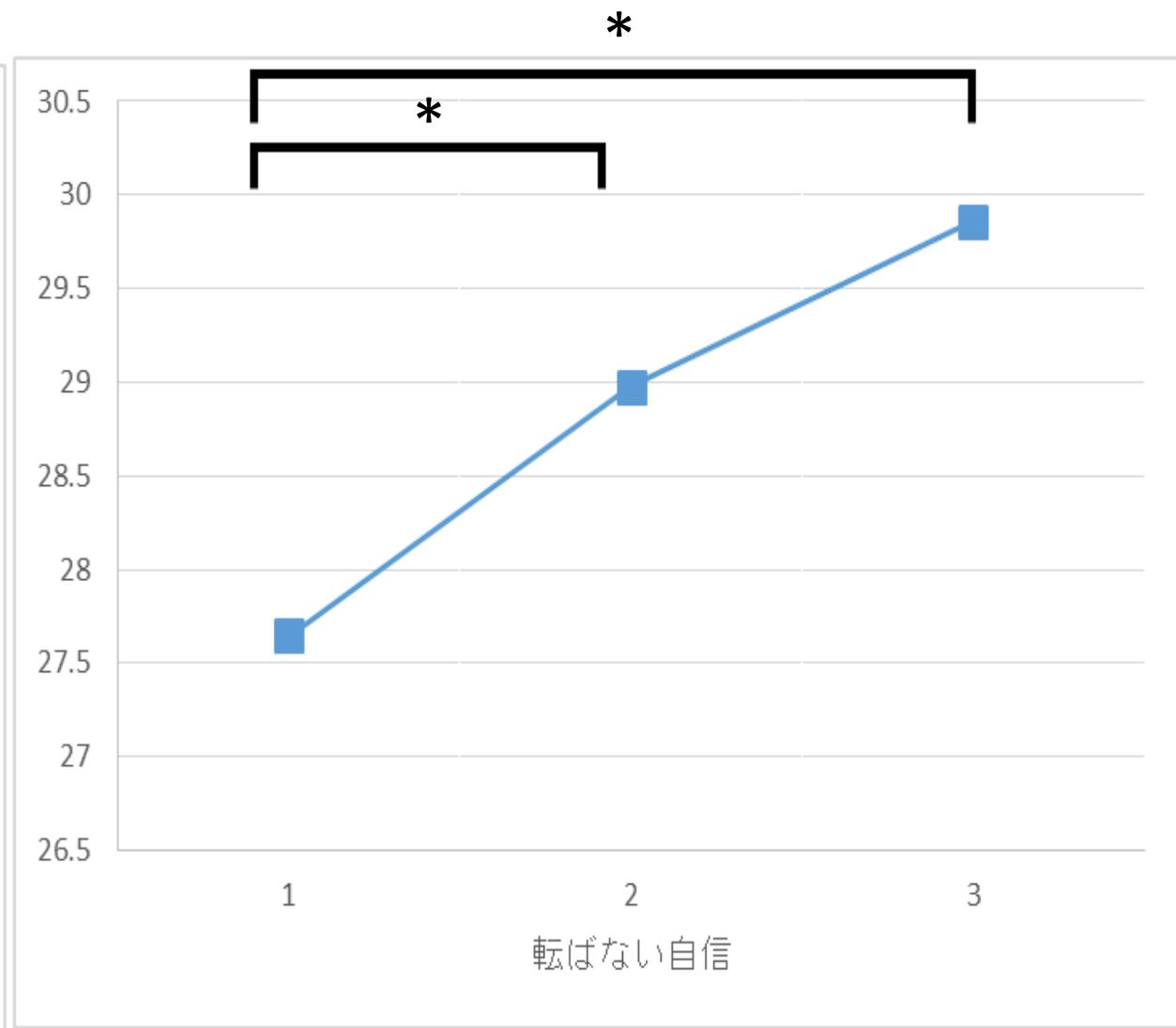
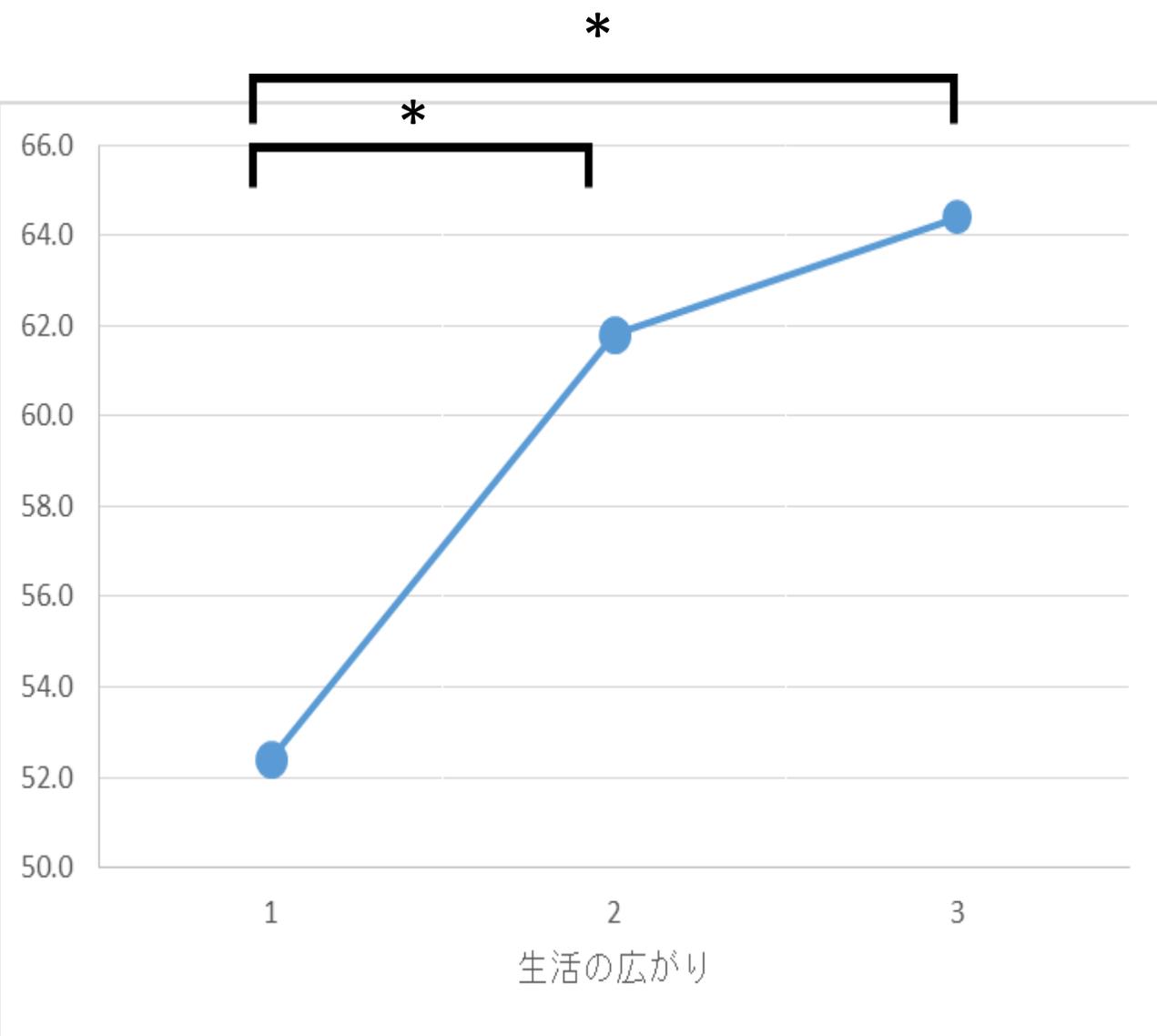
表2 ESAS項目の初回・中間・最終時の比較

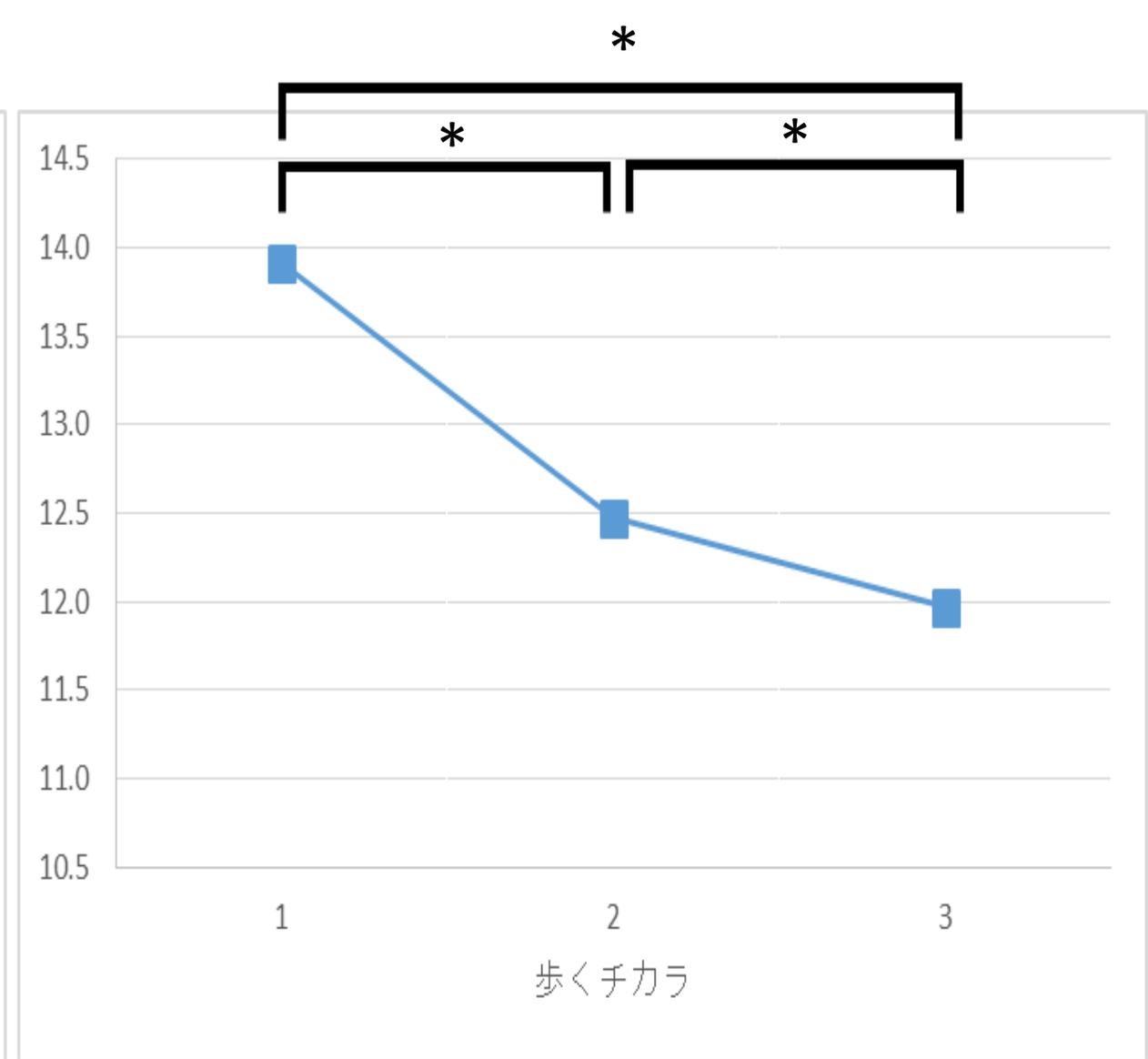
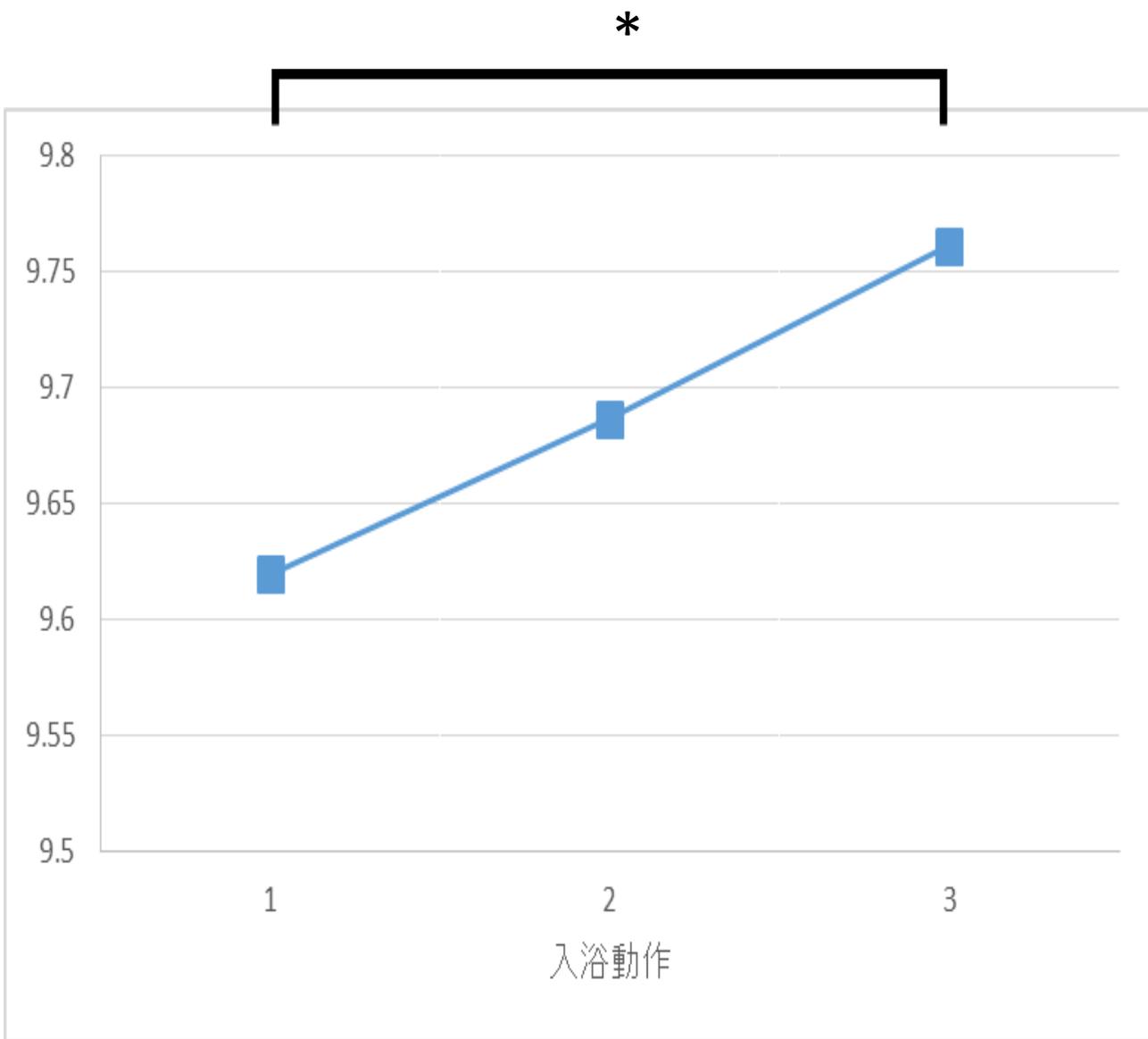
	初回		中間		初回-中間 差	最終		中間-最終 差	初回-最終差
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		平均値	標準偏差		
生活の広がり	52.4	23.4	61.8	23.0	0.000	64.4	22.8	0.483	0.000
転ばない自信	27.6	5.6	29.0	5.5	0.004	29.9	5.7	0.071	0.000
入浴動作	9.6	1.4	9.7	1.3	0.215	9.8	1.3	0.231	0.019
歩く力	13.9	5.1	12.5	4.7	0.000	12.0	4.6	0.034	0.000
休まず歩ける距離初回	3.3	1.4	3.9	1.3	0.000	4.1	1.3	0.018	0.000
人とのつながり初回	12.3	5.6	12.6	6.0	1.000	12.6	5.7	1.000	1.000

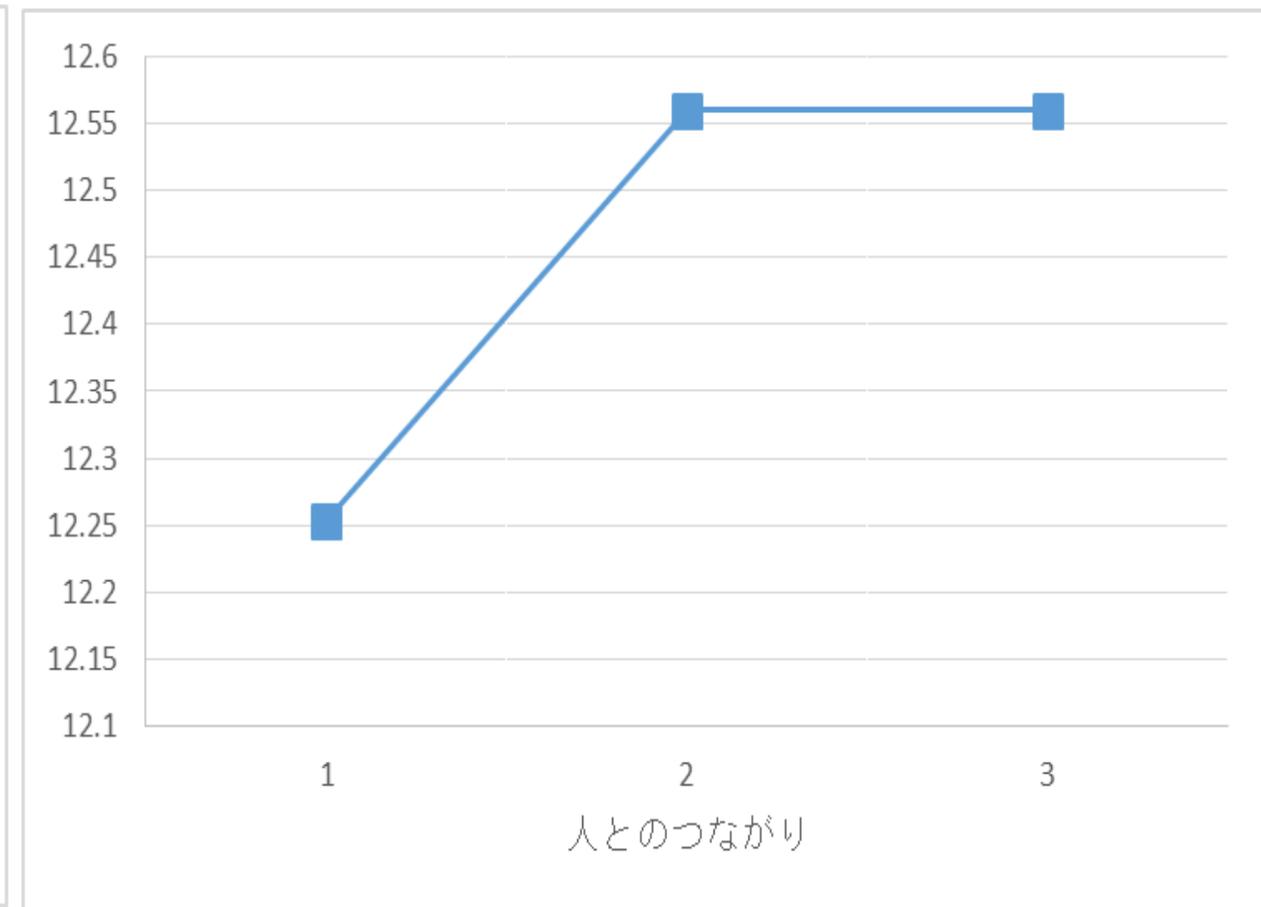
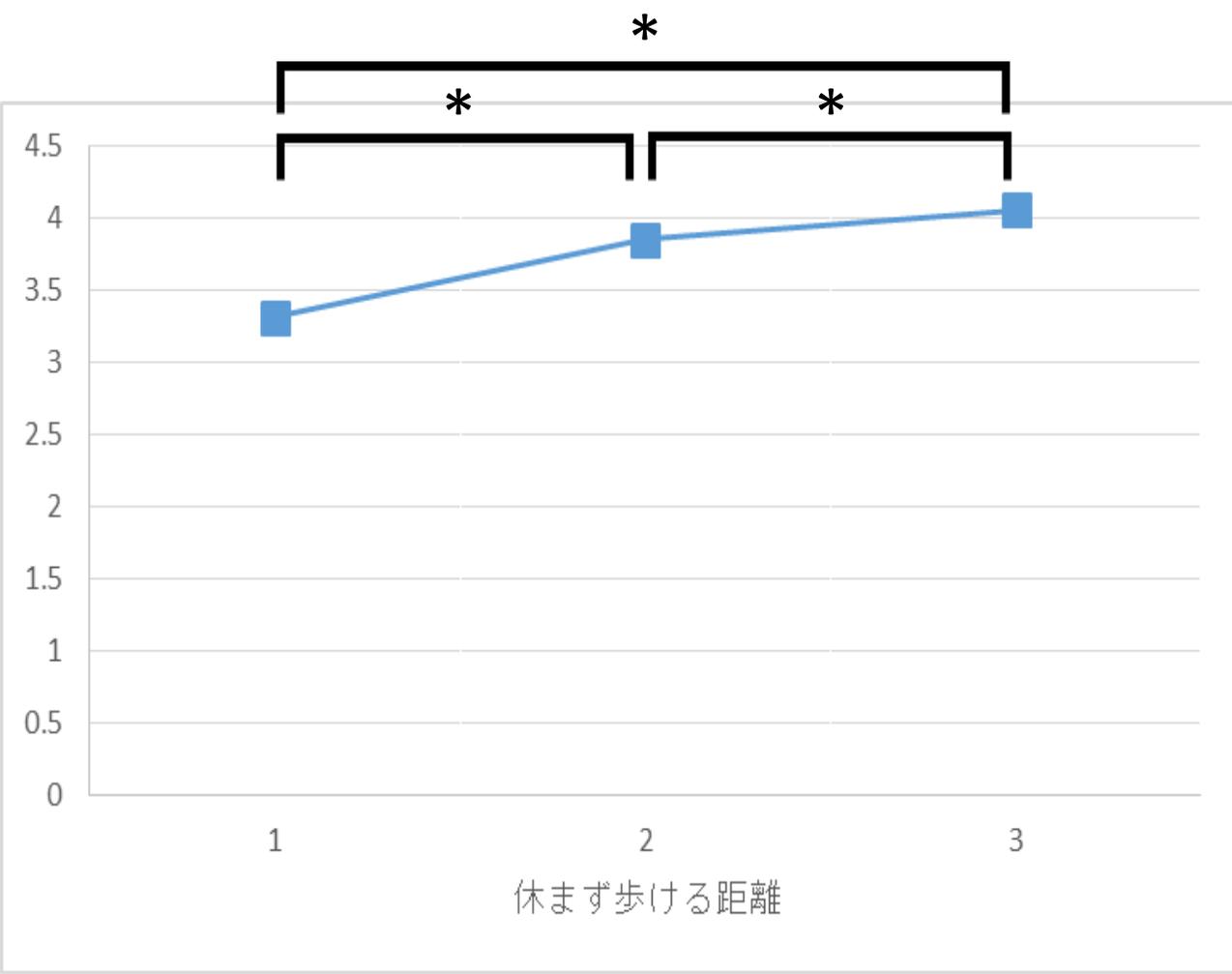
多重比較: Bonferroni法、 $p < 0.05$

表2の結果

- ・初回と最終で 改善を認めた項目
→生活の広がり、転ばない自信、入浴、歩く力、休まず歩ける
- ・初回と中間と最終、それぞれの期間で、改善を認めた項目
→歩く力、休まず歩ける
- ・いずれの期間、改善を認めなかった項目
→人とのつながり





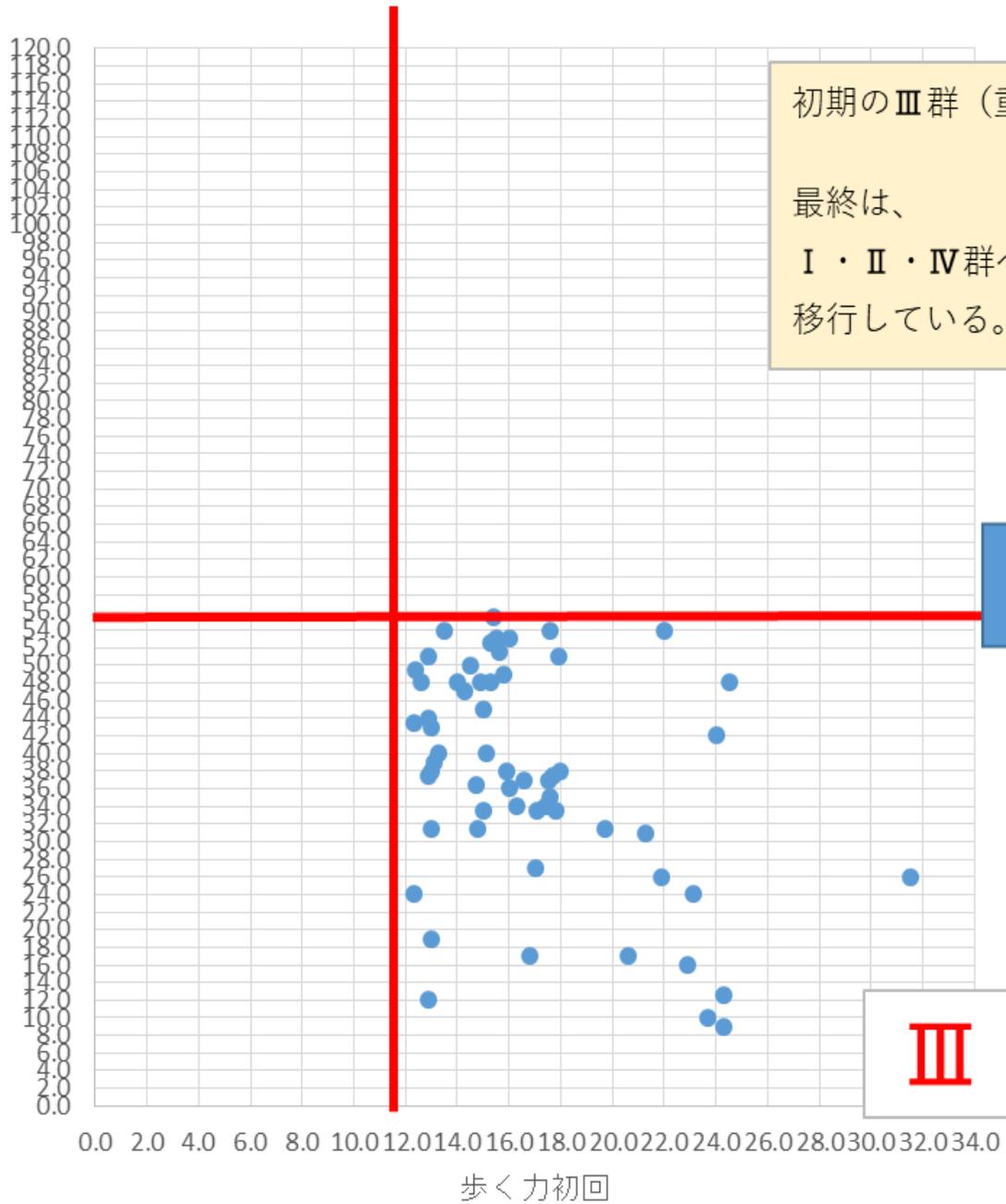


1. LSAとTUGの結果から指導タイプを決定します

下図を参照し、LSAは56点・TUGは12秒を基準として該当する型を決定してください



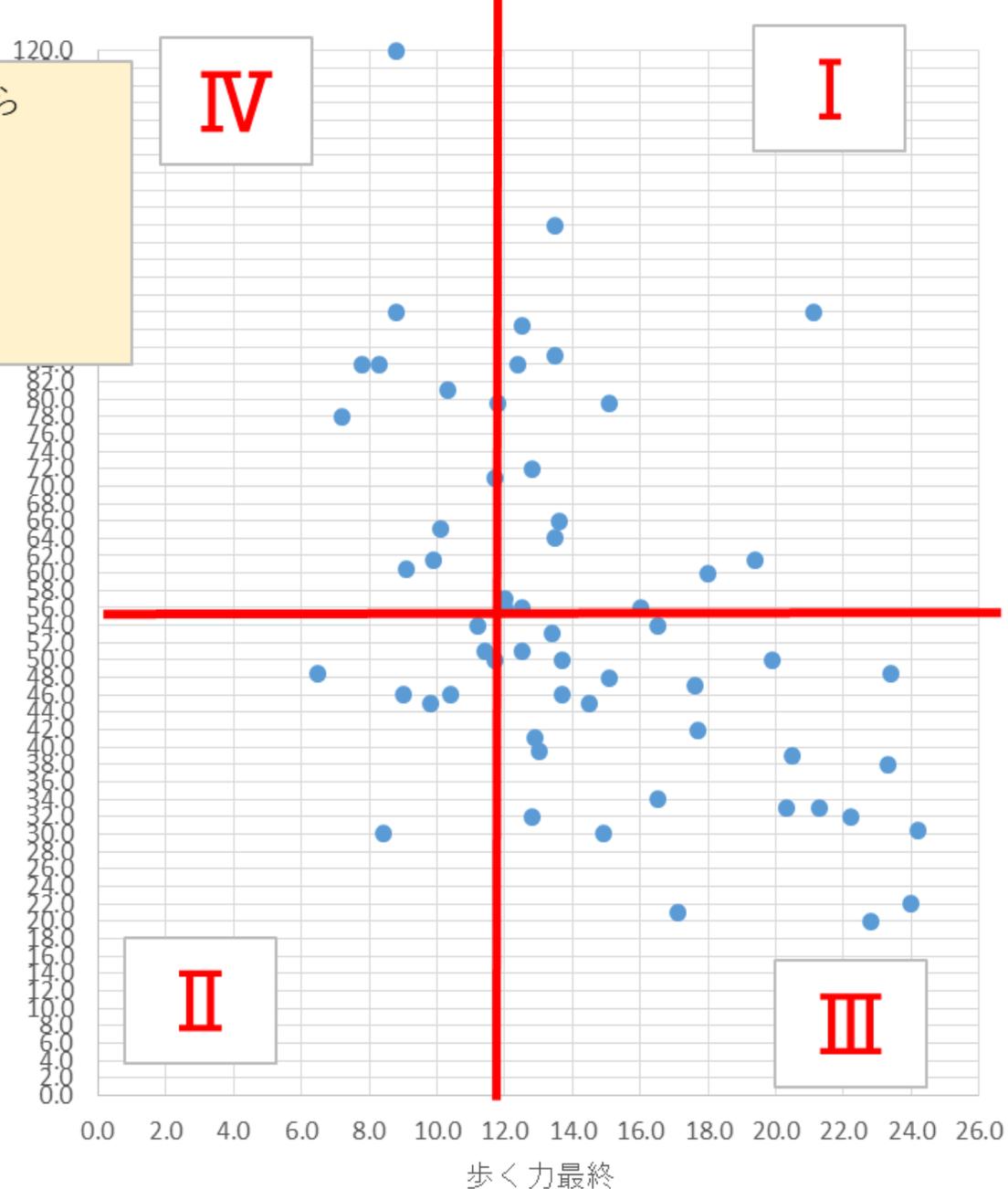
生活初回



初期のⅢ群（重症）から

最終は、
Ⅰ・Ⅱ・Ⅳ群へ
移行している。

生活最終



3群のみ n=59

	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	(両側)
生活初回	37.4	12.6	55.9	21.3	0.000
転ばない初回	27.1	6.0	29.6	5.6	0.003
入浴初回	9.3	2.0	9.5	1.9	0.095
歩く力初回	16.9	4.1	14.3	4.7	0.000
休まず歩ける距離初回	2.8	1.3	3.7	1.3	0.000
人とのつながり初回	11.0	5.4	11.7	5.5	0.193

Ⅲ群は、最終時に、生活の広がり、転ばない自信、歩く力、休まず歩ける距離の4項目において、有意な改善を認めた。

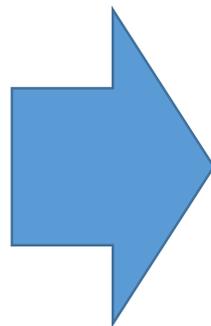
結果から

- ✓ 今回の検討では、年齢・性別・介護度・疾患別などの項目別での検討は行っていない
- ✓ より細かく項目を分け、分析していく事でより効果的な介入が期待出来る
- ✓ 3ヶ月以降の追跡調査は行えておらず、持続性の効果は不明

これまでの取り組みの結果

各市町村請求

基本料金	3600円／回
評価加算	2000円／回
訪問指導加算	2000円／回



各市町村請求

基本料金	円／回
評価加算	2000円／回
訪問指導加算	2000円／回

これまでの取り組みが評価された

課題

- ✓ 短期集中プログラムを終了後、そのまま介護保険申請に繋がってしまった方もいる
- ✓ 終了後の生活状況の把握が困難(4事業所)
- ✓ 短期集中会議での更なる内容の充実を目指す必要がある

ご清聴有難うございました