

短期集中型サービス(サービス・活動C)

「IADL向上教室」

リハビリテーション専門職訪問事業

1 介護予防日常生活総合事業におけるサービス・活動C事業の位置づけ

<通所型サービスの概要>

	国基準型通所サービス	市基準型通所サービス (サービス・活動A)	短期集中型サービス(サービス・活動C)	
	通所介護事業所		IADL向上教室(運動型)	町DAP(強化型)
サービス提供者	通所介護事業所		運動事業所 (スポーツクラブ等)	事業所 (訪問看護ステーション等)
利用者の目安	○専門的な支援が必要な方など ○身体機能や認知機能の低下が見られ、身体介護が必要な方	生活機能・運動機能の低下が見られ、継続的に専門的な支援が必要な方	3か月間の関りで生活機能の改善を図りたい方	
内容 ※利用にはケアプランの作成が必要です	機能訓練・食事・入浴など	体操・筋力トレーニングなどにより、身体機能の維持・改善を図ります。	一人ひとりの目標に沿って、体操中心の筋力トレーニングを行います。仲間と一緒に取り組みます。	面談を中心とした個別プログラムで、生活の工夫やセルフマネジメント(自己管理)力を身につけるためのアドバイスをします。
	※施設によって内容は異なります。			
自己負担額の目安	負担割合や介護度により、自己負担額が異なります。		参加費 3,000円 (1,000円/月)	

①要支援 1・要支援 2の方

②事業対象者

上記の方の内参加を希望する者

※但し、下記の者を除く

- ・進行性疾患・がん治療中・認知症等の方
- ・通所サービス利用者
- ・訪問リハビリテーションサービス利用者

★新規に、通所介護・訪問介護サービスを利用する方には全員に紹介

★その他、介護予防の取り組みが必要と思われる方にも紹介

- ※ケアマネジャーを通じて申込み

3 I ADL向上教室事業の目的

短期集中型サービス（サービス・活動C）事業として

要支援等になる前の暮らし方に戻ることが

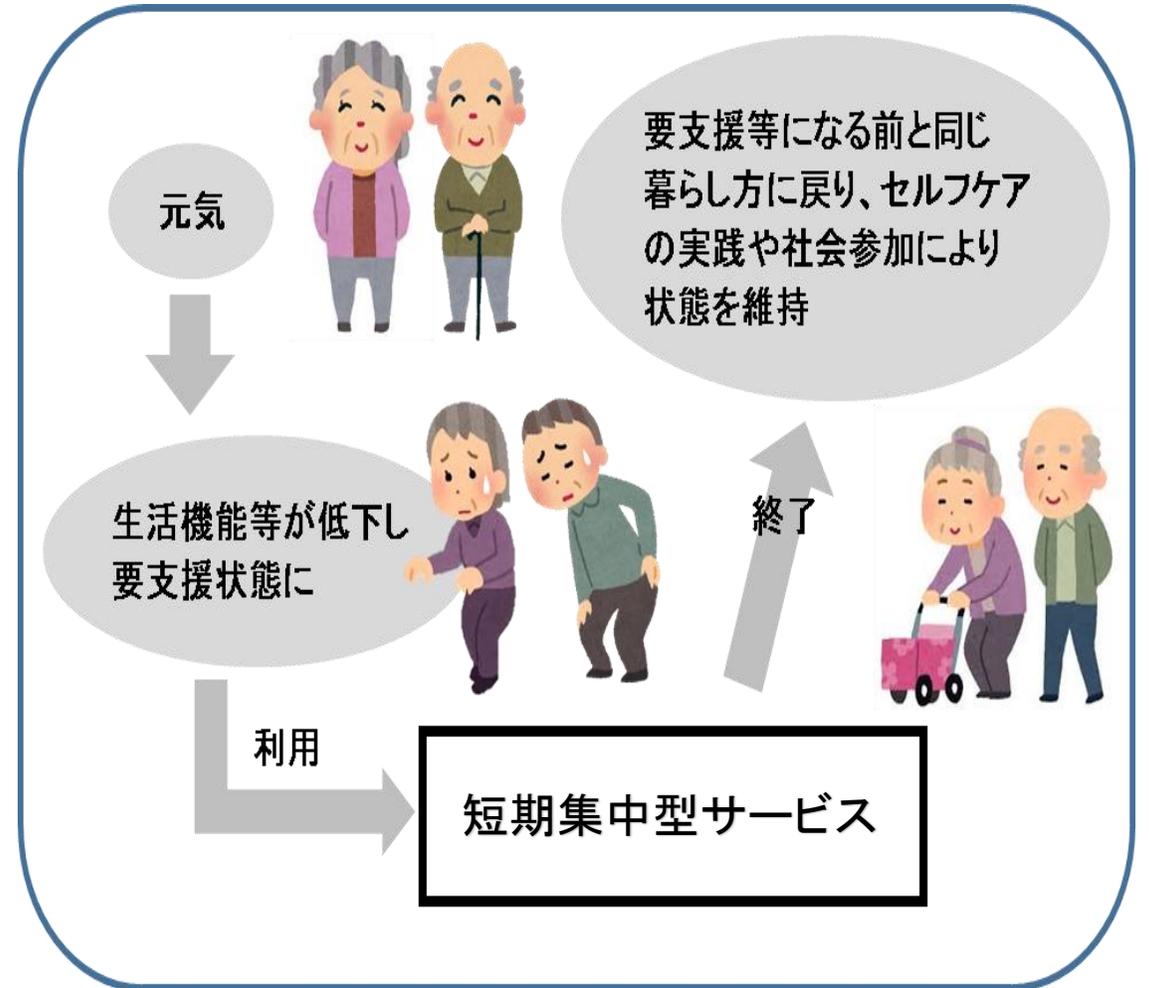
目指し、

健康運動指導士が I A D L 向上教室の中で運動指導を中心とした支援を行い、

終了後はセルフケアの実践や多様な社会参加

（趣味、自主グループ活動、就労等）を通じて

健康で自立した日常生活の維持を目指す



4 IADL向上教室の流れ

OT派遣依頼



ケアマネが
OT派遣依頼票を
メールorFAXで
介護予防・フレイル予
防推進員※に送ります

事前訪問



ケアマネジャーと共に
利用者宅を訪問し、
サービス利用担当者
会議を行います

ケアプラン 修正・交付



事前訪問後、
OTの助言を基に
ケアマネジャーは
✓ ケアプラン
を修正・参加者に
交付します

教室実施



運動事業者による
運動中心の教室
全12回

後期訪問



必要時、ケアマネジャー
と利用者宅を訪問し、
今後の話し合いを
します

中間期訪問



参加者宅or事業所
で1回中間訪問
も可能です

※町田市が別途委託するリハ職

【IADL向上教室 3か月間のスケジュール】

事前訪問



サービス担当者会議
(参加者:ケアマネ、
担当OT、
利用者)

全12回の運動プログラム実施

委託している運動事業所による
運動プログラムを実施



委託している栄養士会から
必要に応じて栄養指導



担当OTが必要と判断した場合は、OTの
再訪問又はPTの訪問(1~3回)に変更可能



プログラム後期



必要時、ケアマネと
一緒に利用者宅を
訪問し、アドバイスを
行う

【IADL向上教室期間中の実施内容】

- 1 事前訪問・サービス担当者会議（1回）
- 2 IADL向上教室（3か月間、全12回）
 - ▶ 健康運動指導士による、町トレ等の運動中心のプログラム
 - ▶ リハ専門職（OT/PT）による訪問、栄養士による訪問相談
 - ▶ 体力測定による参加者の評価
- 3 ケアマネジャーによる地域資源の情報提供



※町田市が別途委託する、介護予防・フレイル予防推進員（リハ職）が同席する場合あり

5 IADL向上教室事業の実施内容 ③初回訪問・サービス担当者会議

主としてケアマネジャーが日程調整等を実施

●実施回数・所要時間

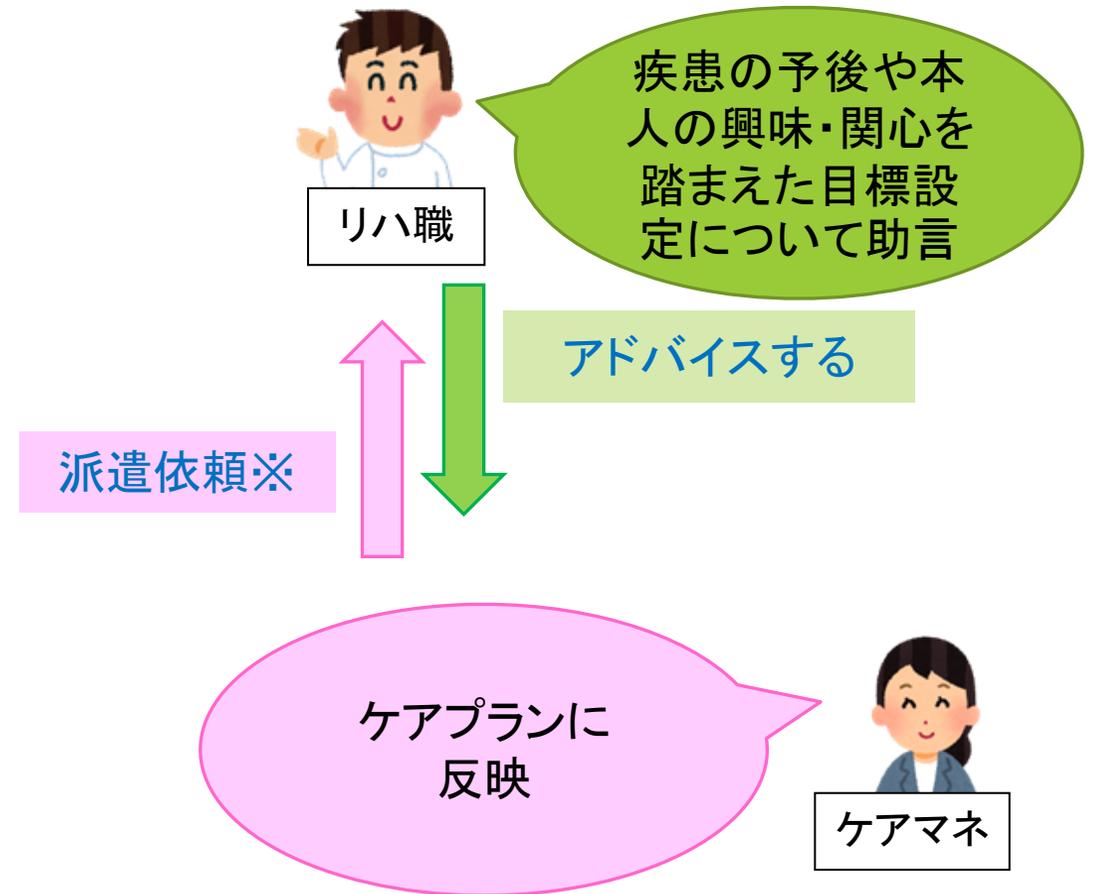
- 通所プログラム開始約1週間前までに1回実施
- 所要時間 参加者1名あたり約60～90分程度

●担当者

(訪問受託事業所) リハ職 ・ 担当するケアマネジャー

●リハ職の訪問目的

- 生活機能の課題の把握
- 動作指導、環境調整等
- リハ職訪問の必要性の判断
- ケアマネジャー・参加者との目標の共有



※初回派遣依頼は介護予防・フレイル予防推進員を通じて行われます。

●ケアマネジャー使用書式（参考）

✓ケアプラン（原案）

✓利用者基本情報

✓チェックリスト

✓健康状態確認表 運動制限・3か月以内の入院歴

血圧・服薬・食事制限

※事前訪問日までにケアマネジャーから事前に提供されます

●ケアマネジャーの訪問目的（参考）

- サービス担当者会議の実施
- ケアプラン作成のための情報共有
- リハ職・参加者との目標の共有
- 近隣の社会資源等の情報提供

介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)計画・評価表		初回	紹介	継続	認定済	申請中	要支援1	要支援2	要介護対象者	
No.	利用者名	種	男・女	プラン作成者 事業所名	住所	氏名	電話番号			
認定年月日	年 月 日	認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	計画作成(変更)日	年 月 日	初回作成日	年 月 日			
目標とする生活										
現在の状態・本人及び家族の希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	課題・背景・原因	目標に向けた具体的な実施方針 (自分でしたこと、利用サービス)				健康状態について この3ヶ月間に1週間以上の入院 あり ・ なし かかりつけの医師等から日常生活で 制限されていること あり ・ なし ありの機会記入			
日常生活(家庭生活)について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					重い高血圧(収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上) あり ・ なし その他、留意点 (主治医受診書・診断結果、観察結果を踏まえた留意点)				
社会参加、対人関係等	利用者基本情報									
(健康管理について)	作成担当者:									
居宅介護支援事業所へ 委託をする場合	健康状態確認表【2022年度版】									
計画作成時	対象者が参加希望の場合は以下の点を確認し、太枠内を記入して下さい。									
【計画書に関する留意】上記	本人に以下の内容を確認して記載します。 本人がわからない場合は、本人から医師へ確認してください。 ①医師からの運動制限の有無・運動できる範囲やその内容を確認 ②医師からの食事に関する指示やその内容 ③服薬情報(お薬手帳等の内容)									
	相談日	年月日()	支所・電話 その他()	本人の現況	在宅・入院又は入所中()	利用者名	記入者 (所属・サイン)	運動制限	無・有	内容
	本人氏名	男・女	M・T・S	年月				この3ヶ月間に1週間以上の入院	無・有	内容
	住所	Tel	Fax	日常生活	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2		かかりつけの医師等から日常生活で制限されていること	無・有	内容
	日常生活	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2	認定・総合事業情報	非該当・要支援1・要支援2・要介1・要介2・要介3・要介4 有効期間: 年月日~年月日(前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果: 事業対象者の該当あり・事業 基本チェックリスト記入日: 年月日			重い高血圧(収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上)	無・有	
	障害等認定	身体()、療育()、精神()、認知()		障害等認定	身体()、療育()、精神()、認知()			服薬情報 (お薬手帳等から転記)	無・有	内容
	本人の住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自営の有無()	隣、住	経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・			食事に関する医師の指示	無・有	内容
	家族(相談者)	住所	連絡先	家族構成	家族構成			疾病名		
	氏名	続柄	住所・連絡先	家族関係等の	家族関係等の					
	緊急連絡先									

[初回] ※必ず1回実施

作業療法士 (OT)

- 利用者の改善の可能性 (見立て)
- 利用者への生活機能改善のアドバイス
- 運動事業者へのアドバイス

[中間期・後期] ※必要時

作業療法士 (OT)

- 利用者の状況確認
状態の評価・動作の確認等

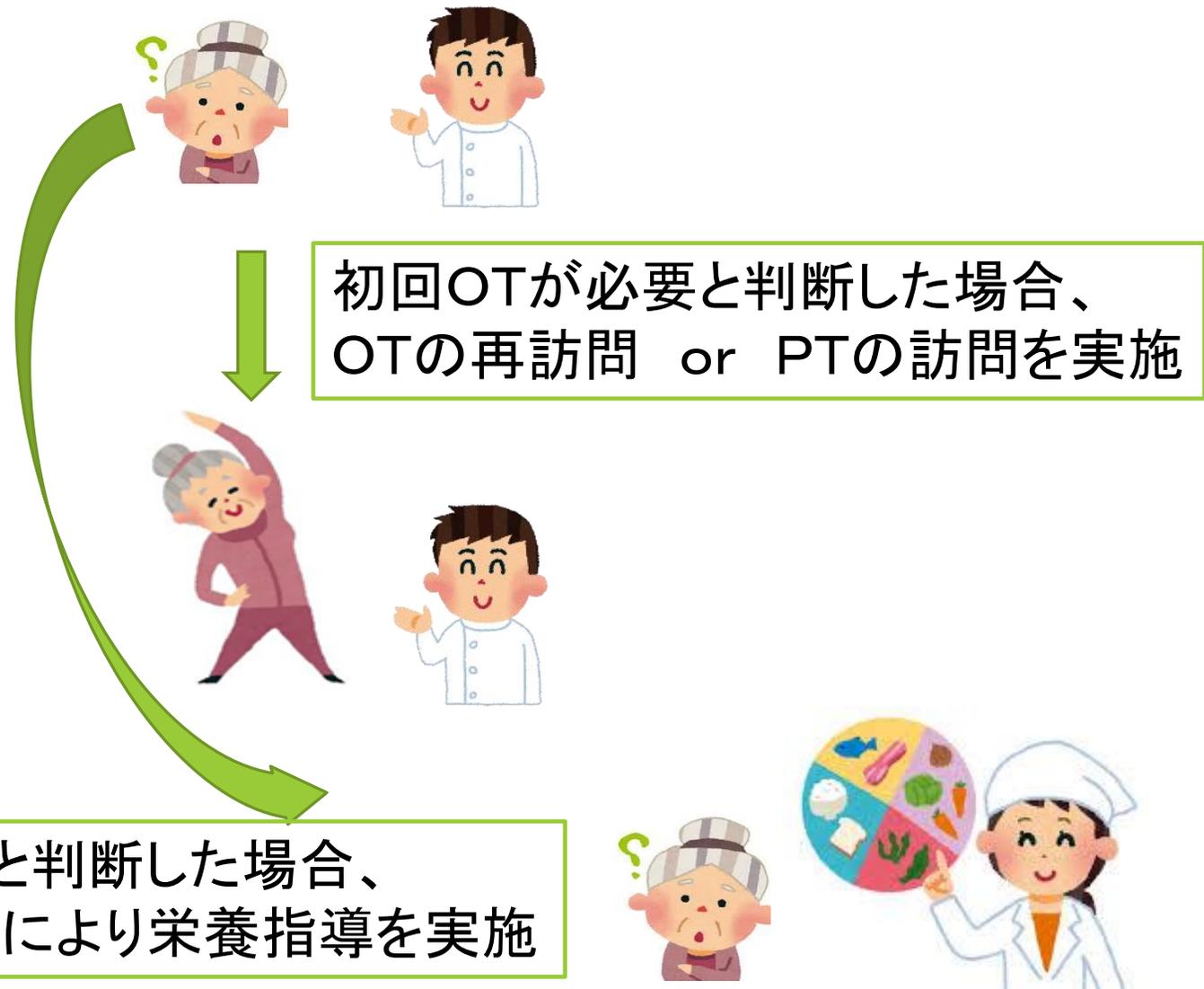
理学療法士 (PT)

- 利用者の状態の評価
- 運動事業者へのアドバイス

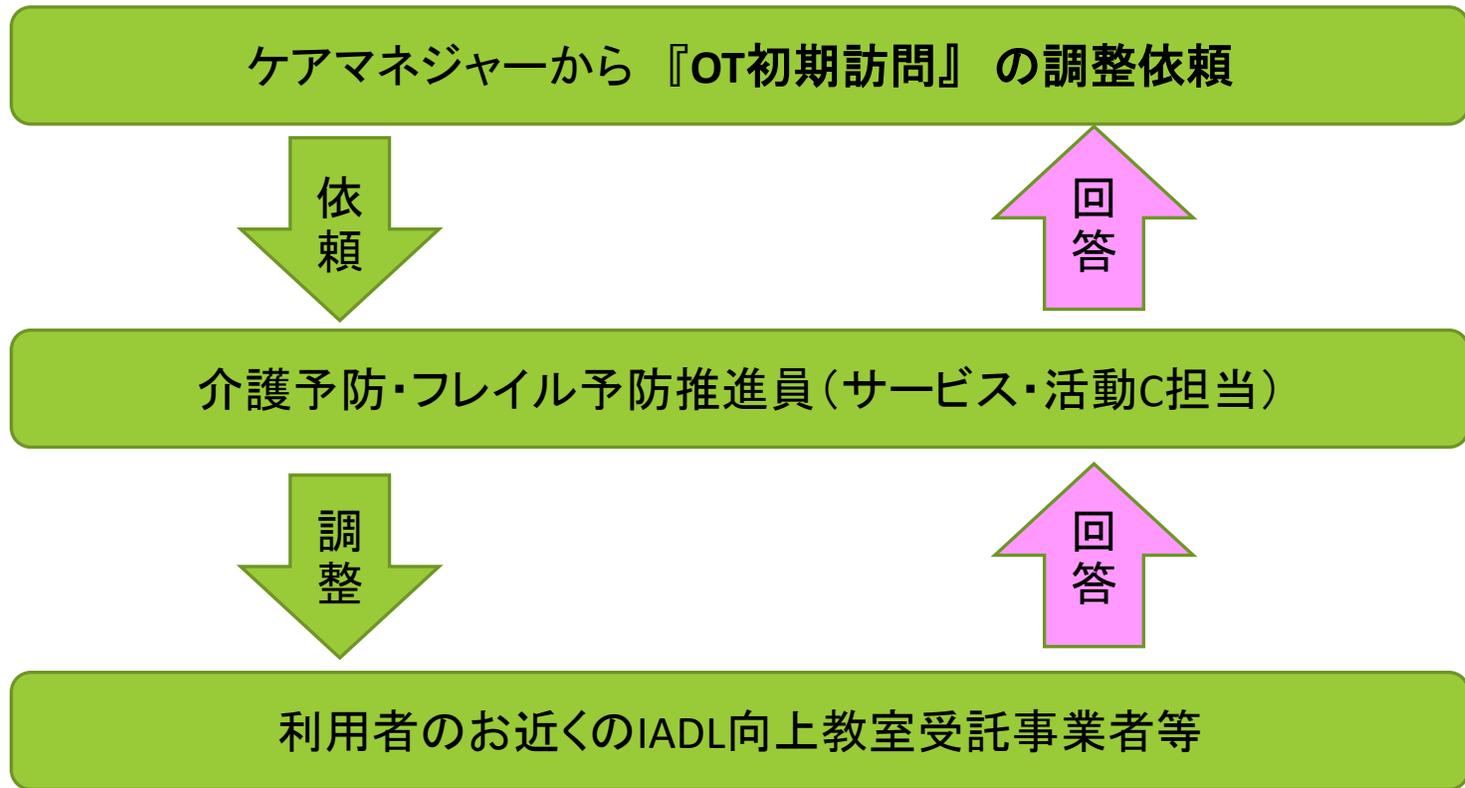
[栄養訪問] ※必要時

管理栄養士

- 栄養指導



初回訪問依頼の流れ（参考）



宛先：介護予防フレイル予防推進員 南町田病院 e-mail：mm-riha@mmhp.jp FAX：042-788-5012

IADL向上教室 OT初期訪問派遣依頼票

南町田病院 介護予防・フレイル予防推進員 今村 様 宛
申込日： 年 月 日

ケアプラン作成者	事業所	担当者：				
	TEL					
	FAX					
	メールアドレス					
利用者情報	附番	()	性別	男・女	年齢	歳
	お住まいの町名	最寄りのバス停名 ()				
	主な疾病					
	支援計画上の要点	認定状況	要支援1 ・ 要支援2 ・ 事業対象者			
訪問希望	希望事業所					
	依頼日より1週間以降の日にちで候補日を設定してください					
	候補日①	月	日	()		
	候補日②	月	日	()		
	候補日③	月	日	()		
<調整結果>訪問日程連絡連絡票 (介護予防フレイル予防推進員→ケアマネジャー)						
確定	事業所名	担当者：				
	訪問日時	月	日	()		

注) 訪問日程連絡票を介護予防フレイル予防推進員から受け取った後、訪問日程を変更する場合は、ケアマネジャーから確定した事業所の担当者へ直接連絡してください。

※ケアマネジャーは、介護予防・フレイル予防推進にメール等で訪問依頼をする
 ※介護予防・フレイル予防推進員から調整結果が返信された後に、訪問日等の変更希望があった場合は、ケアマネジャーと訪問する予定のリハ職が直接調整を行う
 ※中間期・後期訪問の日程調整は、ケアマネジャーと初期訪問を実施したリハ職で直接調整を行う

5 IADL向上教室事業の実施内容（参考）

【体力測定（初回・11日目）】

●所要時間

参加者1人あたり約30分程度

●担当者

運動事業者（健康運動指導士・その他職員等）

●測定内容

・身長・体重（BMI）

・握力 ・TUG ・CS30

※測定機器等は事業所側で準備

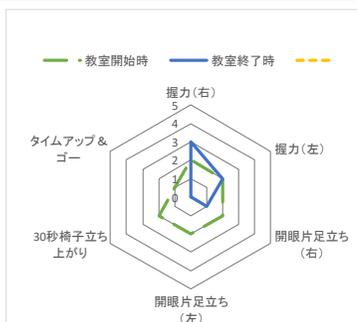
※測定マニュアルを配布し、測定方法を統一

●使用書式

➤参加記録表



通所C事業(町DAP)参加記録表				
実施年月日	年 月 日	～	年 月 日	
町田 花子 様		生年月日 S19.10.10	性別 女	
【3か月にやること手帳「やることリスト」から転記】				
①				
②				
③				
④				
⑤				
【教室中3か月間の様子】				
【測定結果】				
項目	教室開始時		教室終了時	
	年月日	年月日	年月日	年月日
身長	165 cm	—	165 cm	—
体重	50 kg	—	50 kg	—
BMI	18.4	—	18.4	—
握力(右)	15 kg	2	15 kg	3
握力(左)	15 kg	2	15 kg	2
開眼片足立ち(右)	10 秒	2	10 秒	1
開眼片足立ち(左)	10 秒	2	10 秒	0
30秒椅子立ち上がり	12 回	2	12 回	0
タイムアップ&ゴー	8.01 秒	1	8.01 秒	0
【今後も継続していきたいこと手帳「教室終了後も継続してやることリスト」から転記】				
①				
②				
③				
④				
⑤				



✓ IADL向上教室 請求書

翌月10日までに市に提出

※3月分は3月末日まで

✓ IADL向上教室 訪問実績報告書

リハ職報告書

✓ リハ職による訪問等結果報告書(OT初期用)

✓ リハ職による訪問等結果報告書(OT中間期・後期及びPT用)

リハ職による訪問等結果報告書	
事業所名: 担当: 氏名 【職種を選択】	
対象者:	【会場を選択】 番号を記載
訪問日:	〇〇〇〇年△月◇日 【選択してください】
※前回訪問時から変化した点を記載	
短期目標:※	
【リハ職アセスメント内容】※	
【本人への助言内容】自宅での課題等を記載※	
【関係機関への連絡・提案内容】	
【注】高齢者支援センターは、受け取り次第速やかに、必要事項を関係者へ連絡すること。	
【PTへ】	
【運動事業者へ】トレーニングが必要な部位・注意が必要な点等を記載※	
【ケアマネジャーへ】3か月終了後の処遇についてのアドバイスを記載	
次回訪問 予定	【無・有】 月 日() 時 分~ 時 分 (最終期訪問の判断基準等)
特記事項	

委託条件

「IADL向上教室」訪問リハ 実施体制

初回訪問

- **作業療法士**が行う
- 参加者宅の訪問時間1時間程度

中間期・後期

- 初回訪問をした**作業療法士**が行う
- 参加者宅(※中間は教室訪問も可)

例外

- 初回訪問をした作業療法士の判断により、必要があれば**理学療法士**の訪問にかえることができる

「IADL向上教室」訪問リハ 委託時間・費用

事前訪問 1回約1時間（往復の移動時間含む合計約2時間で算出）

- リハ職¥11,800円×1回 = ¥11,800円

サービス・活動C共通 支払い

◆単価契約

参加者1名1回実施毎の金額の単価契約

◆毎月払い

報告書とまとめて実施月の翌10日までに請求書提出

※3月分は3月末日までに提出

サービス・活動C共通 情報共有方法

- 多職種連携システム（メディカルケアステーションMCS）の活用
医療機関、介護サービス事業所、自治体などが連携するための
非公開型の無償サービス
【使用を想定する例】
 - ・使用書式の雛形の提供
 - ・参加者の状態の共有（体力測定結果・記録等）
- 電話・メール・郵送
情報の種別により、使い分ける