

短期集中型サービス(サービス・活動C)

町DAP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)	
			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)	

2 町DAP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

目指し、

リハビリテーション専門職による、早期から適切な支援

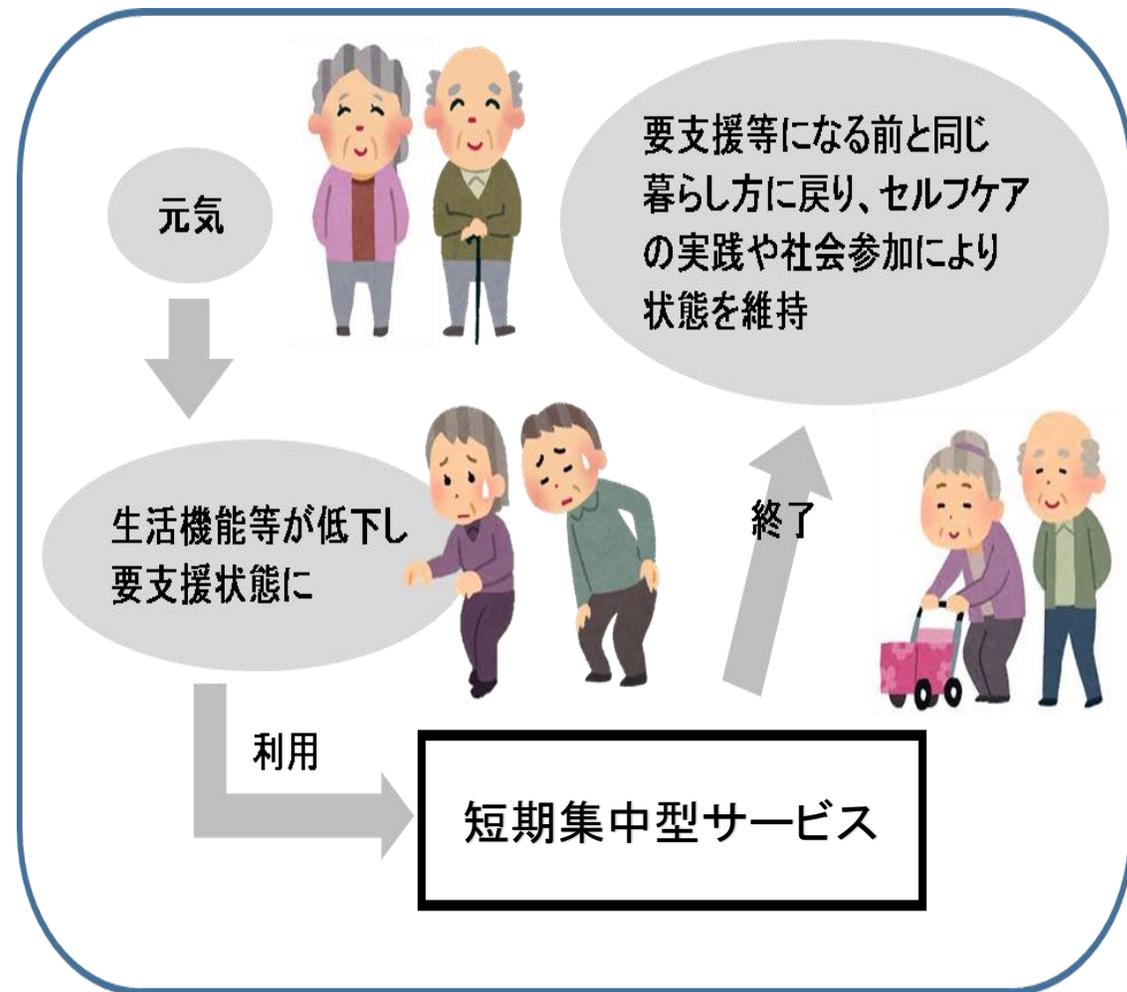
（自立を目指したセルフマネジメント力

の向上）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



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か月間の通所型サービスまたは訪問型サービスの提供

- 通所型サービス提供時、必要とする参加者には送迎を実施
- 事業所毎に訪問・通所の可否を確認し事業を実施
- 栄養・口腔プログラムも実施者と参加者が可能と判断すれば、訪問での実施可
- 体力測定は測定に必要なスペースを確保できる場合のみ、訪問での実施可（推奨はしない）

○ リハビリテーション専門職が所属する事業所に委託実施

- 町DAPでいうリハビリテーション専門職とは、作業療法士もしくは理学療法士とする

※常勤・非常勤は問わない

【町DAP 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、リハ職、
サービス利用者)

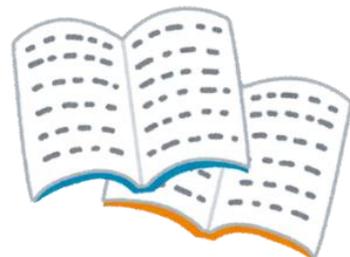
訪問又は通所プログラム



1回目
体力測定



面談を中心とした
プログラム



口腔・栄養プログラム
(各1～最大3回)



11回目
体力測定

プログラム 終了後



多様な活動へ参加
(通いの場等の多様な活動
に参加)

3か月間(全12回)のプログラム

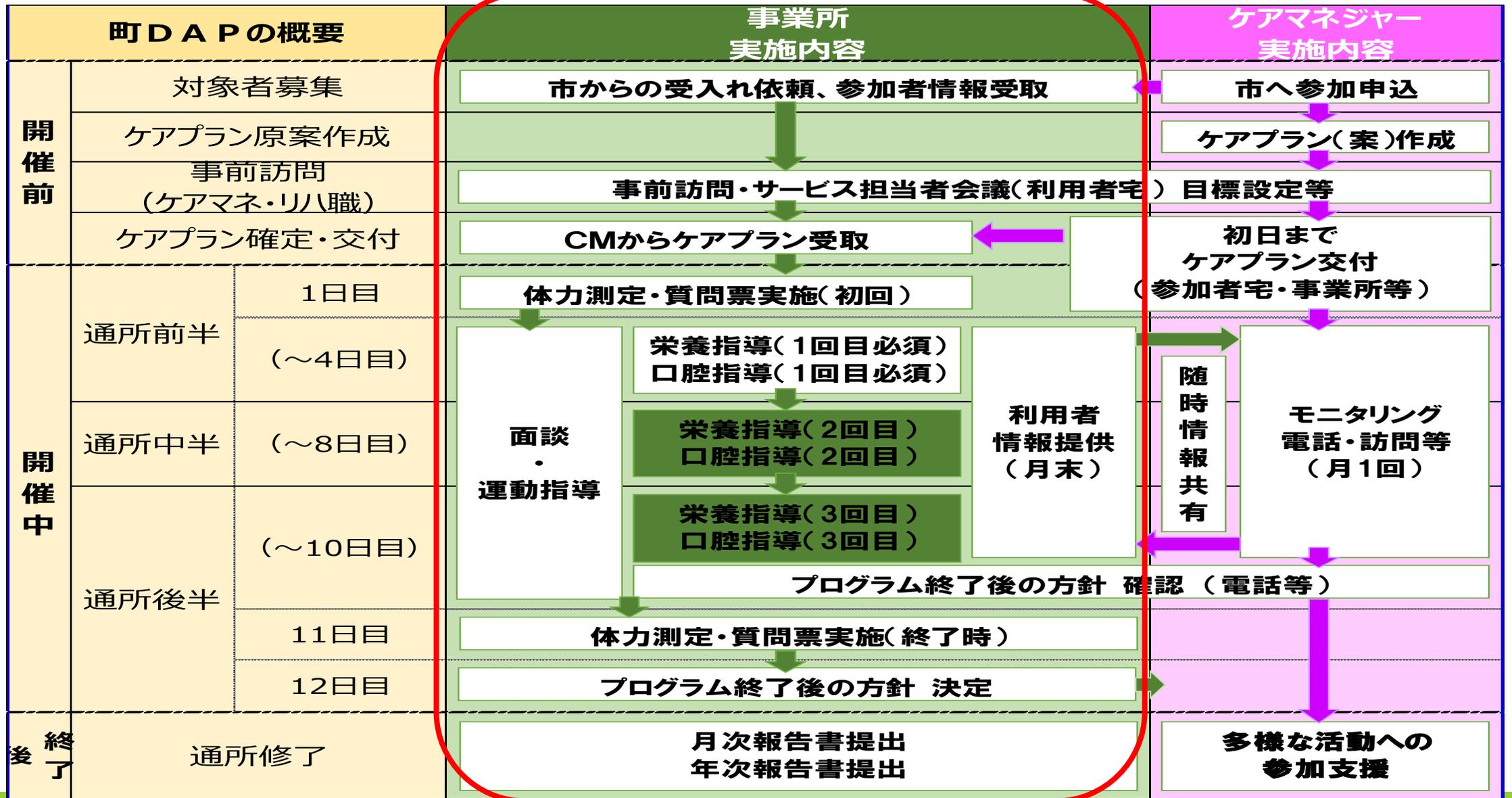
【町DAP期間中の実施内容】

- 1 事前訪問・サービス担当者会議（1回）
- 2 通所（or 訪問）プログラム（3か月間、全12回）
 - ▶ リハ職による面談中心
 - ▶ 専門職による栄養プログラム・口腔プログラム
 - ▶ 体力測定・質問票による参加者の評価
- 3 希望や状態に応じた多様な活動への参加支援



※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 町DAP事業の実施内容 ②事業利用の流れ



【事前訪問】 参加者宅

●実施回数・所要時間

- 通所・訪問プログラム開始の約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

●実施者

主として指導するリハ職 ・ 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
- ケアマネジャー・参加者との目標の共有

事前訪問状況報告書兼アセスメント表										
訪問日時					～	事業所名			記入者	
利用者 附番		性別		年齢		住所	町田市		認定情報	
①住宅環境										
形態	戸建て 集合住宅	住宅改修	有・無	改修済みの箇所		福祉用具	有・無	使用中の福祉用具		
改修が必要な箇所	コメントを記入(改修が必要な理由も記載)									
②アセスメントと提案内容										
	アセスメント					提案内容・解決策				
A. 運動・移動について										
B. 日常生活について										
C. 社会参加、対人関係										
D. 健康管理について										
E. その他										
③3か月後に見込まれる状態像										
④本人への助言内容										
⑤3か月後の目標(支援計画書A表「短期目標」)										
⑥プログラム実施時指導内容(案)										

5 町DAP事業の実施内容 ③事前訪問・サービス担当者会議

【サービス担当者会議】

●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)

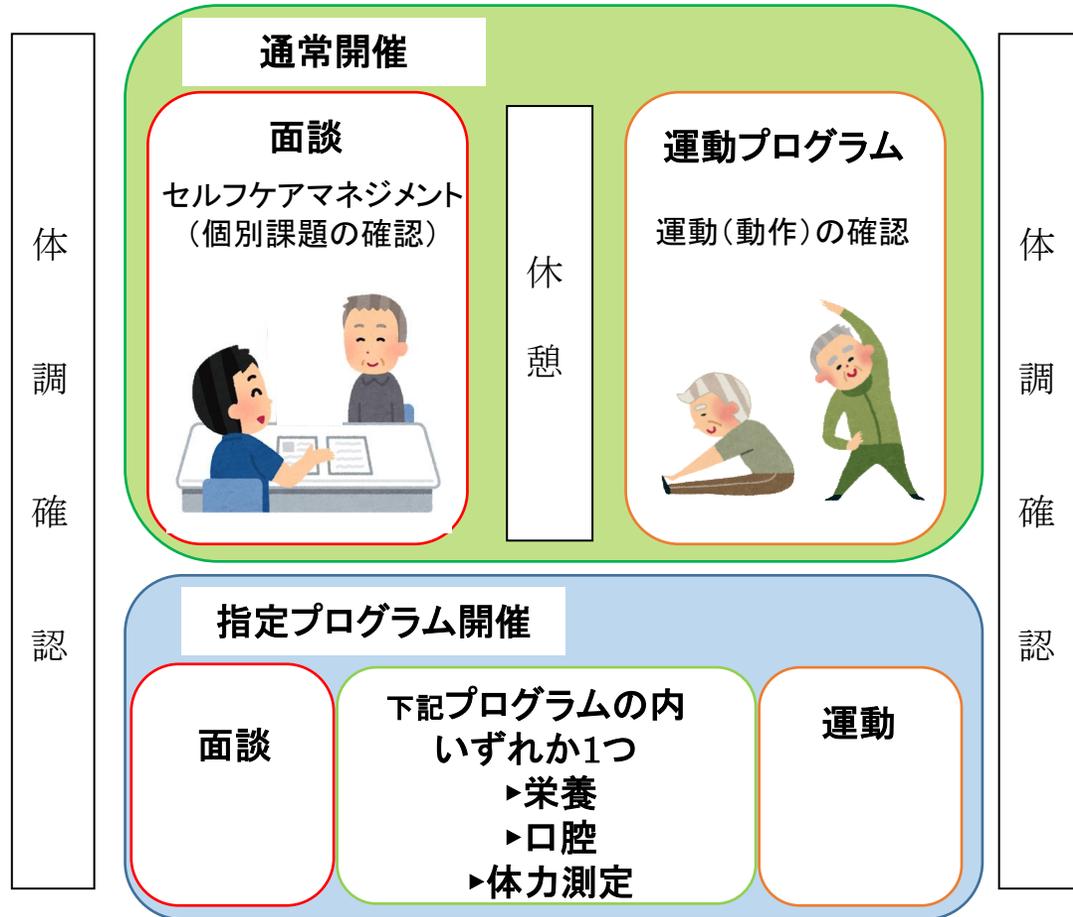
- サービス担当者会議の実施
- ケアプラン作成のための情報共有
- リハ職・参加者との目標の共有
- 近隣の社会資源等の情報提供

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	
No.	利用者名	姓	名	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施策の実施方針 (自分で付くこと、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(家族生活)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、列入職、就業	利用者基本情報									
作成担当者	作成担当者									
(健康評価について)	健康状態確認表【2022年度版】									
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。										
相談日	年 月 日 ()	実 所・電話	本人の現況							
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()		本人の氏名	男・女	M・T・S	年 月	利用者名	記入者 (所属・サイン)	年 月 日	
アット 本人氏名							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)			
住 所	Tel		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)							
自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・II a・II b・III a	運動制限					無・有
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護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		この3ヶ月間に1週間以上の入院					無・有
障害等認定	身体()、療育()、精神()、難病()		本人の 住居環境		国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・					無・有
家族 連絡先	氏名		続柄	住所・連絡先	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
緊急連絡先	氏名		続柄	住所・連絡先	重い高血圧(収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上)					無・有
	氏名		続柄	住所・連絡先	服薬情報 (お薬手帳等から転記)					無・有
	氏名		続柄	住所・連絡先	食事に関する医師の指示					無・有
	氏名		続柄	住所・連絡先	疾病名					

5 町DAP事業の実施内容 ④通所プログラム

【通所プログラム】

9:00 ← スケジュール(90分例) 10:00 → 11:00



通常開催時

面談	30分以上	リハ職
運動プログラム	45~60分	リハ職 リハ職以外(補助)

指定プログラム開催時

例) 口腔プログラム実施時
合計90分程度

口腔プログラム	30分	歯科衛生士等
+		
面談	短縮可 30分~	リハ職
運動プログラム	短縮可 30分~	リハ職等

【通所プログラム・面談】

●実施回数・所要時間

- 全12回・全回実施
- 所要時間 参加者1名あたり30分以上

●担当者

主として指導するリハ職

●実施内容

- セルフケアマネジメント及び個別課題実施状況の確認
- 本人の希望や状態に応じた多様な活動への参加支援



1週目の取組記録				よくできた○ できた○ 少し△ できなかった×	教室2日目
月	日	やること ()	やること ()	やること ()	<p>1週目の取組への自己評価</p> <p>達成できたところまで色を塗ってください</p> <p> </p> <p> 難しかった (0%) 大体できた (50%) よくできた (100%) </p> <p> 令和 年 月 日 出席印 </p> <p> 体温 血圧(mmHg) その他 </p> <p> ℃ / </p> <p>1週目の取組について担当者からのコメント</p> <p>本日のワンポイントアドバイス</p>
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					

町DAP手帳を使用し
セルフケアマネジメントを実践

【通所プログラム・運動】

●実施回数・所要時間

- 通所時に毎回実施
- 所要時間 参加者1名あたり45～60分程度
※栄養・口腔・体力測定時は時間短縮可

●担当者

リハ職

●実施内容

- 自主トレーニングの実施
- 動作確認及び指導

●使用書式

- 町トレリーフレット等

運動プログラム (自主トレーニングの実施)



5 町DAP事業の実施内容 ④通所プログラム

【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

リハ職及び事業所職員（1名以上補助者を配置）

●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				

5 町DAP事業の実施内容 ④通所プログラム

【通所プログラム・栄養】

●実施回数・所要時間

- 通所時に1回～最大3回実施
- 所要時間 参加者1名あたり最低30分

●担当者

管理栄養士

受託事業所手配

●実施内容

- 現状の評価
- 課題設定
- セルフケアマネジメント及び個別課題実施状況の確認

●使用書式

- 栄養〇〇アセスメントシート（初回・2・3回目）
- 町DAP手帳

栄養 初回アセスメントシート										
実施日								担当管理栄養士		
本人氏名							男・女	T・S	年 月 日	歳
服薬情報										
服薬管理	自立・見守り・その他()									
食事に関する 医師の指示	なし	あり	疾病名							
			指示内容							
アレルギー	なし	あり	アレルギー							
支援計画上の 目標等										
身体状況	身長	cm	体重	Kg	BMI	体重変化 (直近6か月)	増減	Kg	変化なし	
	食欲									
	睡眠									

令和 年 月 日				栄養 1回目		3か月日間の目標や続けたいこと					
身長	体重	BMI	BMI 標準値								
cm	kg		20～24.5								
該当するものに ○ 及び 記入 をしてください											
★食欲 < ある・まあまあある・あまりない >											
★睡眠 < よく眠れる・時々目が覚める・寝つきが悪い >											
★排便 < 毎日・1～2日毎・3日以上でないことがある >											
★食事は1日3食とれていますか ※ほぼ毎日の場合は、はい											
朝食	はい	はい	はい	はい							
	時々	時々	時々	時々							
	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ							
★次の食品のうち、週5日以上食べているものを選んでください											
<table border="1"> <tr> <td>10の食品群</td> <td>点</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>								10の食品群	点		
10の食品群	点										
★医師からの食事療法 < ある・ない >											
★何か困っていることや気をつけていることはありますか											
						本日のフポイントアドバイス					
						スタッフに向けてのコメント					

【通所プログラム・口腔】

●実施回数・所要時間

- 通所時に1回～最大3回実施
- 所要時間 参加者1名あたり最低30分

●担当者

受託事業所手配

歯科衛生士（歯科医師・言語聴覚士でも可）

●実施内容

- 現状の評価
- 課題設定
- セルフケアマネジメント及び個別課題実施状況の確認

●使用書式

- 口腔〇〇アセスメントシート（初回・2・3回目）
- 町DAP手帳

口腔 初回アセスメントシート										
実施日	担当者(職種・氏名)									
本人氏名				男・女	T・S	年	月	日	歳	
支援計画上の目標等										
セルフチェック	合計									
	点									
咀嚼力チェック	合計	からあげ	りんご	きゃべつ	大根の漬物	あられ	ピーナツ	生の人参	干しいも	せんべい
	点									
舌の感覚	舌苔	なし・少し・多量								
	義歯	なし・あり・不使用								

<p>★オーラルフレイルのセルフチェック</p> <p>はい・いいえ に○を付けてください</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>質問事項</th> <th>はい</th> <th>いいえ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>半年前と比べて、硬いものが食べにくくなった</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>お茶や汁物でむせることがある</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>義歯を入れている</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>口の渇きが気になる</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>半年前と比べて、外出が少なくなった</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>さきイカ・たくあんくらいの硬さの食べ物をかむことができる</td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1日に2回以上、歯をみがく</td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1年に1回以上、歯医者に行く</td> <td></td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>		質問事項	はい	いいえ	半年前と比べて、硬いものが食べにくくなった	2		お茶や汁物でむせることがある	2		義歯を入れている	2		口の渇きが気になる	1		半年前と比べて、外出が少なくなった	1		さきイカ・たくあんくらいの硬さの食べ物をかむことができる		1	1日に2回以上、歯をみがく		1	1年に1回以上、歯医者に行く		1	<p>★あなたはいつ歯みがきをしますか？</p> <p>あてはまる項目に○をしてください</p> <p>朝・昼・晩（食前・食後）・寝る前</p> <p><毎日みがかない場合> 週2～3回みがく・みがかない</p> <p>★入れ歯を使用していますか</p> <p>はい・いいえ</p> <p>3か月間の目標や続けたいこと</p> <p>本日のフンポイントアドバイス</p> <p>スタッフに向けてのコメント</p>
質問事項	はい	いいえ																											
半年前と比べて、硬いものが食べにくくなった	2																												
お茶や汁物でむせることがある	2																												
義歯を入れている	2																												
口の渇きが気になる	1																												
半年前と比べて、外出が少なくなった	1																												
さきイカ・たくあんくらいの硬さの食べ物をかむことができる		1																											
1日に2回以上、歯をみがく		1																											
1年に1回以上、歯医者に行く		1																											
<p>合計点数 オーラルフレイルの危険性は低い</p> <p>0～2点 危険性は低い</p> <p>3点 危険性あり</p> <p>4点以上 危険性が高い</p>																													



【ケアマネジャーとの連携】

●実施時期・実施方法

- 毎月末（必須） 市指定書式による
- 必要時（随時） M C S・電話・メール等

●担当者

指導を行ったリハ職、担当するケアマネジャー

●内容

- 利用者の出席状況
- プログラム中の参加者の様子
- ケアマネジャーへの伝達事項
- 利用できる近隣の社会資源等の確認

●使用書式

- リハ職アセスメントシート
- 町DAP手帳

リハ職 アセスメントシート < 1回目 > 通所・訪問		本人氏名			
実施日		担当者	職種: 氏名:		
目標		<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr> <td style="text-align: right;">目標に対する達成度</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">%</td> </tr> </table>		目標に対する達成度	%
目標に対する達成度					
%					
状況及び 観察した事 (本人のコメント)					
アセスメント (分析)					
今後の目標 (事業所からの アドバイス)					
他職種への 連絡事項					

【通所プログラム・終了後方針確認】

●実施時期・実施方法

- 教室10日目までに実施
- 実施方法は電話及び対面等

●担当者

主として指導するリハ職 ・ 担当するケアマネジャー

●実施内容

- 教室終了後に向けたアドバイスの共有
- 近隣の社会資源等の情報提供

●使用書式

- 月次参加状況表
- 参加記録表
- 町DAP手帳

ケアマネジャーと共有した内容をもとに
教室終了時に本人と今後の目標を決定

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か月間にやること】手帳「やることリスト」から転記			
①			
②			

『町DAP』振り返り&これからのこと

3か月間で一番印象に残ったこと

今後も続けたいこと

新たにチャレンジしたいこと

これからも自分らしく元気で過ごすために
続けたいことをメモしておきましょう

やることリスト

【やること1】

【やること2】

【やること3】

【やること4】

【やること5】

担当リハ職からのエール



【今後も継続していききたいこと】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	

【月次報告】

担当ケアマネジャー（毎月末）・
市（翌月10日まで）に提出

✓「町DAP」月次報告書

※事業所毎に1枚／毎月提出

●担当者

指導を行ったりハ職等

●記録内容

出欠状況

欠席時の振替日

担当専門職名

「町DAP」月次報告書

202 年 月 日

年 月分 事業所名

代表者名

担当者名

	氏名	＜実施内容＞									備考（欠席時など日時変更があれば記入してください）
		附番	事前訪問	面談・運動					栄養	口腔	
事前訪問		支援内容	事前訪問	日目	日目	日目	日目	日目	回目	回目	
		実施日									
		出席時○									
面談・運動		支援内容	事前訪問	日目	日目	日目	日目	日目	回目	回目	
		実施日									
		出席時○									
栄養専門職		支援内容	事前訪問	日目	日目	日目	日目	日目	回目	回目	
		実施日									
		出席時○									
口腔専門職		支援内容	事前訪問	日目	日目	日目	日目	日目	回目	回目	
		実施日									
		出席時○									
		支援内容	事前訪問	日目	日目	日目	日目	日目	回目	回目	
		実施日									
		出席時○									
		支援内容	事前訪問	日目	日目	日目	日目	日目	回目	回目	
		実施日									
		出席時○									
		合計									

【年次報告】

3月末までに 市に提出

✓町田市「町DAP」全体報告書

●担当者

指導を行ったり八職等

●記録内容

参加者毎の実施日

目標達成状況

運動プログラム内容

参加者への配布資料の写し

全体を通した考察・統括

「町DAP」年次報告書
2024年 月 日

2023 年度分 (圏域) 事業所名

	4月	5月	6月
事前訪問			
通所プログラム			
訪問プログラム			
人数	0	0	0
全体実教室参加者数	名		
全体延べ教室参加者数	名		

データ
%の変化 (町DAP手帳から転記)

附番 **運動プログラム**
※運動プログラムの例を記入もしくは、利用者に配布した資料を貼付してください。

配布資料
※運動プログラム以外の利用者に配布した資料を貼付してください。

考察・総括
※プログラムを実施した効果を中心に、全体の参加者の考察や総括を記入してください。

総評・データ

※通所プログラム

委託条件

町DAP 委託時間・費用（予定）

事前訪問 1回約1.5時間（往復の移動時間含む合計約2.5時間で算出）

- リハ職 ¥13,800円 × 1回 = ¥13,800円

通所 1回1.5時間（受付・送迎時間含む合計約2.5時間で算出）

- リハ職 ¥13,800円 × 12回 = ¥165,600円
- 管理栄養士 ¥5,000円 × 1～3回 = ¥5,000～¥15,000円（30分）
- 歯科衛生士等 ¥5,000円 × 1～3回 = ¥5,000～¥15,000円（30分）

町DAP 参加者送迎

- 参加者は、申込時に送迎の希望を出すことができる
- 事前訪問時にプログラムの実施方法（通所・訪問）、通所方法を決定する
- 送迎or訪問可能範囲は事業所で決定し、事前に市に申し出る（町名で指定）

参加者の送迎方法

自家送迎

- 通所プログラム時に自施設使用の場合のみ可

タクシー利用

- タクシー会社再委託契約・送迎費用は事業所側

病院循環バス等

- バス会社との委託契約・送迎費用は事業所側

町DAP 実施体制

リハビリテーション専門職

※理学療法士 or 作業療法士

- 参加者毎に主担当を置き、原則主担当が指導する
- 事前訪問は主担当が行うこととする

各専門職

(管理栄養士及び歯科衛生士等)

- 実施時のみ（1回～最大3回まで実施可）
- 専門職手配・費用負担は、受託リハ事業所側

測定実施者

- 初回と11回目を実施する際に配置
- 事業所職員のうち、最低2名 ※1名はリハ職

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