

令和5年度 鶴岡市短期集中予防サービスについて

	訪問型サービスC	通所型サービスC
対象者	* 事業対象者(基本チェックリストで生活機能の低下がみられた方) * 要支援1または要支援2	* 事業対象者(基本チェックリストで生活機能の低下がみられた方) * 要支援1または要支援2
内容	訪問で、効果的な日常生活動作や運動指導など、利用者の機能低下の状況に合わせて集中的に支援し、短期間で状態改善を目指します。	事業所に通所して、効果的な日常生活動作や運動指導など、利用者の機能低下の状況に合わせて集中的に支援し、短期間で状態改善を目指します。
サービスを提供する人	訪問看護・訪問リハビリテーション事業所 (理学療法士・作業療法士・管理栄養士・看護師・保健師等、保健医療の専門職)	リハビリテーション事業所 (理学療法士・作業療法士・看護師・保健師等、保健医療の専門職)
利用回数	* 1回40分 週3回を上限とし3か月実施。最大6か月まで利用可。	* 1回2時間程度 週1～3回、概ね3か月を1クールとして必要に応じて2クールまで利用可。
利用者負担	450円/回	490円/回
補助金・委託料 (市⇒事業者)	4,050円/回(委託料)	4,410円/回(委託料)
マネジメント類型	マネジメントA(原則的な介護予防ケアマネジメント)	
利用時提出書類 (包括⇒市)	①鶴岡市介護予防・生活支援サービス利用申込書様式第4号(第4条第9条関係)⇒原則として本人(家族)の自筆 *様式第4号：マニュアル61ページ ②介護予防サービス・支援計画書(ケアマネジメント結果等記録表) ③短期集中予防サービス「運動機能向上プログラム利用に係るチェックシート」⇒「利用確認書」を利用した場合はその写しも添付 *チェックシート：マニュアル62ページ *利用確認書：マニュアル58ページ	
終了時提出書類	①鶴岡市介護予防・生活支援サービス終了申込書様式第4号(第4条第9条関係) ⇒原則として本人(家族)の自筆/包括を通して提出	
その他	* 短期集中予防サービス「運動機能向上プログラム利用に係るチェックシート」で、主治医による利用適否判断が必要かどうかを確認してください。 「利用確認書」を利用した場合は、その写しを市へ提出してください。 * サービス実施事業所へ確認の上、利用調整してください。 *当サービスは鶴岡市と事業所の単年度委託契約事業です。国保連請求ではないので、限度額管理には含まれません。 * 利用があった翌月15日まで、サービス利用票・実績報告書の写しを包括経由で市へ提出してください。 *3か月(6か月)で評価(基本チェックリストの実施)し、サービス利用後も継続して介護予防に取り組めるよう、運動の継続や地域の通いの場への参加につなげてください。	