

郡山市短期集中訪問型サービス事業の運営に関する要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、郡山市介護予防・日常生活支援総合事業施行規則（平成28年郡山市規則第43号。以下「規則」という。）第4条第2号の規定に基づき実施される短期集中訪問型サービス事業（以下「事業」という。）の運営に関し、必要な事項を定めるものとする。

(実施主体)

第2条 事業の実施主体は、郡山市とする。

(対象者)

第3条 事業の利用対象者は、本市に住所を有し、かつ、要支援認定を受けた者又は規則第5条による確認を受けた者のうち、閉じこもり、うつ、認知症等のおそれがあることから、規則第4条第1号及び第3号の事業の利用が困難であり、かつ以下の各号に掲げる要件に該当する者とする。

- (1) 外出の機会がない。
- (2) 定期的な受診の機会がなく、介護サービス等の利用がない。
- (3) 本事業の利用によりサービス利用につながる可能性が高い。
- (4) 本人に生活機能改善の意思があり、改善の見込みがある。
- (5) その他市が適当と認める者。

2 事業の利用を希望する者は、郡山市短期集中訪問型サービス事業申請書（第1号様式）により市長に申請を行うものとする。

3 市長は申請の結果を申請者及び地域包括支援センターへ通知する。（第2号様式）

(事業内容)

第4条 事業の内容は、次の各号に掲げるものとする。

(1) 事業については、地域の実情に応じて効果的かつ効率的に収集した情報等を活用して閉じこもり、うつ、認知症等の何らかの支援を要する者に何らかの介護予防活動へつなげることを目的とし、自分らしい生活の確立と自己実現を支援することを目指すため、保健師及び看護師等（以下「保健師等」という。）が対象者の居宅を訪問し、個別による相談や指導を実施する。

(2) 事業実施に係る手順は、次に掲げるとおりとする。

ア 保健師等は、事業開始前にアセスメント表（第3号様式）を用いて対象者の状態把握及び評価を行う。

イ 保健師等は、対象者の状態改善に向けた個別支援計画書（第4号様式）を作成する。その際、実施期間については概ね3月以上6月以内とし、実施回数は概ね月1回とする。

ウ 事業実施にあたっては、必要な場合に応じて、受診の勧奨を行うとともに、専門機関等との連携を図る。さらに、通所型介護予防事業や地域におけるフォーマル・インフォーマルサービス、公民館活動等を活用することとし、対象者の状態に照らしつつ、対象者が関心のあるサービスプログラム等への参加の呼びかけ等を実施することとする。

エ 保健師等は訪問終了後に対象者の状態等をアセスメント表に基づき評価する。

オ 保健師等は、訪問終了後、状態改善状況等を報告書（第5号様式）に記載し、地域包括支援センターに報告する。

(秘密の保持)

第5条 事業に係る者は、個人情報保護に万全を期するものとし、業務に関して知り得た情報を漏らしてはならない。

(委任)

第6条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が定める。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

(郡山市閉じこもり、うつ及び認知症予防支援事業の運営に関する要綱の廃止)

2 郡山市閉じこもり、うつ及び認知症予防支援事業の運営に関する要綱（平成18年4月1日制定）は廃止する。

附 則

この要綱は、令和8年10月1日から施行する。

短期集中訪問型サービス事業 参加申請書

平成 年 月 日

郡山市長

氏 名

住 所

電話番号 ()

郡山市が実施する短期集中訪問型サービス事業 に次のとおり申し込みます。

- ☐ 閉じこもり予防
☐ 認知症予防
☐ うつ予防

・参加希望者氏名 _____

・生 年 月 日 大正・昭和 年 月 日(満 歳)

・住 所 郡山市

・電 話 番 号

同意書

私は、事業参加にあたり、職員の指示に従って行動します。
また、市と地域包括支援センターが知り得た情報は、市の主催する事業及び緊急時対応等に使用することに同意します。

参加者本人署名 _____

平成 年 月 日

〒

様

郡山市長

郡山市短期集中訪問型サービス事業利用決定通知書

郡山市短期集中訪問型サービス事業の利用について、下記のとおり決定しましたので、通知します。

記

利用者名	
備 考	

アセスメント表・1

氏名 () 歳

1、家族・仕事の状況	
結 婚	①未婚 ②既婚 (同居・別居・死別・離婚)
世 帯	①単身 ②同居家族あり () 人 [構成員: 本人]
職 業	①無職 (専業主婦・家事手伝い・野菜作り・特になし) ②有職 (農業・商業・その他)
2、過去・現在の病気・体の調子について	
①心臓が悪い	なし あり (具体的に:)
②肺の病気の既往がある。もしくは、治療中である。	なし あり (具体的に:)
③がんの既往がある。もしくは、治療中である。	なし あり (具体的に:)
④失禁を繰り返す(尿もれがひどい)	なし あり (具体的に:)
⑤目の病気(白内障、緑内障など視力を大きく損ねるもの)	なし あり (具体的に:)
⑥強い痛みが続く	なし あり (具体的に:)
⑦脳梗塞・脳出血の既往がある。もしくは、治療中である。	なし あり (具体的に:)
⑧パーキンソン病の既往がある。もしくは、治療中である。	なし あり (具体的に:)
⑨認知症といわれたことがある	なし あり (具体的に:)
⑩うつ病といわれたことがある	なし あり (具体的に:)
⑪その他で不安に思うことがある。	いいえ はい (具体的に:)
3、生活の様子・出来事について	
①最近(1年以内)身近な人が亡くなった	なし あり (具体的に: 誰が いつ
②最近(1年以内)入院した	なし あり (具体的に: 病名 いつ
③現在、病気で通院している	なし あり (具体的に: 病名 いつ
④飲酒	しない する (具体的に: 種類 量 /日
⑤その他、生活していて不自由に感じている事など (体が動かない、話し相手がいない等)	なし あり

アセスメント表・2

氏 名 () 歳

【閉じこもり評価のための質問票】

質問項目		開 始 時		終 了 時	
		(H 年 月 日)	(H 年 月 日)	(H 年 月 日)	(H 年 月 日)
〈外出頻度〉		1. 週に1回以上 2. 月に1回以上 3. 月に1回未満		1. 週に1回以上 2. 月に1回以上 3. 月に1回未満	
(初回のみ) どのようなことがあったら、外出したいですか。(催し物、行事、サービス、集まり、など)					
へ手段的自立 I A D L	①バスや電車を使って一人で外出できますか。	1. は い	0. いいえ	1. は い	0. いいえ
	②日用品の買い物ができますか。	1. は い	0. いいえ	1. は い	0. いいえ
	③自分の食事の用意ができますか。	1. は い	0. いいえ	1. は い	0. いいえ
	④請求書の支払いができますか。	1. は い	0. いいえ	1. は い	0. いいえ
	⑤銀行預金、郵便貯金の出し入れができますか。	1. は い	0. いいえ	1. は い	0. いいえ
へ知的能動性	⑥年金などの書類が書けますか。	1. は い	0. いいえ	1. は い	0. いいえ
	⑦新聞を読んでいますか。	1. は い	0. いいえ	1. は い	0. いいえ
	⑧本や雑誌を読んでいますか。	1. は い	0. いいえ	1. は い	0. いいえ
	⑨健康についての記事や番組に関心がありますか。	1. は い	0. いいえ	1. は い	0. いいえ
へ社会的役割	⑩友達の家を訪ねることがあります。	1. は い	0. いいえ	1. は い	0. いいえ
	⑪家族や友達の相談にのることがあります。	1. は い	0. いいえ	1. は い	0. いいえ
	⑫病人を見舞うことができますか。	1. は い	0. いいえ	1. は い	0. いいえ
	⑬若い人に自分から話しかけることがありますか。	1. は い	0. いいえ	1. は い	0. いいえ
へ生活体力指数	⑭歩行や外出に不自由を感じますか。 理由(疾病、痛み、尿漏れ、目、耳、家の周囲、等)	0. は い	1. いいえ	0. は い	1. いいえ
	⑮イスから立ち上がる時、手の支えなしで立ち上がりますか。	1. は い	0. いいえ	1. は い	0. いいえ
	⑯最近、つまずきやすい。(転倒歴有)	0. は い	1. いいえ	0. は い	1. いいえ
⑰ 〈日中、おもに過ごす場所〉		A. 自宅の外 B. 敷地内 C. 自宅内 D. 自分の部屋		A. 自宅の外 B. 敷地内 C. 自宅内 D. 自分の部屋	
⑱ 〈日中、おもな過ごし方〉		A. 自宅外の仕事(役割) B. 家の役割(仕事) C. 趣味 D. 主にテレビ E. 特になし		A. 自宅外の仕事(役割) B. 家の役割(仕事) C. 趣味 D. 主にテレビ E. 特になし	
要閉 因 じ 点 の こ 合 も 計 り	I 手段的自立・体力低下 (①～⑤、⑭～⑯) 8点未満	点		点	
	II 知的能動性・社会的役割低下 (⑥～⑬) 8点未満	点		点	
主観的健康感		1 2 3 4 5		1 2 3 4 5	
現在の健康状態		よい まあよい ふつう あまりよくない よくない		よい まあよい ふつう あまりよくない よくない	
あてはまる番号1つに○をつける					

アセスメント表・2

氏名 () 歳

項 目	開始時(月 日)	終了時(月 日)
①うつ気分 悲しい、何の希望もない、落ち込みが続いていますか。 (2週間以上)	1. あり 0. なし ・身体の痛み あり ・ なし ・倦怠感 あり ・ なし ・イライラ感 あり ・ なし ・おこりっぽい あり ・ なし	1. あり 0. なし ・身体の痛み あり ・ なし ・倦怠感 あり ・ なし ・イライラ感 あり ・ なし ・おこりっぽい あり ・ なし
②興味や喜びの喪失 仕事や興味など、普段楽しみにしていることに興味を感じられなくなっていますか。	1. あり 0. なし	1. あり 0. なし
③食欲の減退または増加 いつもより食欲が落ちていたり(2週間以上持続)、減量しようとしていないのに、体重が減ったり(1ヶ月に3kg)していませんか。 いつもよりずっと食欲が増えていたり、食欲が非常に増進して、体重が増えたりしていませんか。	1. あり 0. なし	1. あり 0. なし
④睡眠障害 ほとんど毎晩眠れない、寝つきが悪かったり、夜中に何度も目が覚めたり、非常に朝早く目が覚めたりしますか。 眠気が強くて、毎日眠り過ぎているということがありますか。	1. あり 0. なし	1. あり 0. なし
⑤精神運動の障害(強い焦燥感・運動の制止) 話し方や動作が普段より鈍くなることはありますか。 じっとしてられず、動き回っていたり、座ってられないということがありますか。	1. あり 0. なし	1. あり 0. なし
⑥疲れやすさ・気力の減退 いつもより疲れやすくなっている、気力が低下している、など感じることはありますか。	1. あり 0. なし	1. あり 0. なし
⑦強い罪責感 自分は役に立たない人間だ、何をやっても無駄、全て自分が悪いと感じることはありますか。(2週間以上)	1. あり 0. なし	1. あり 0. なし
⑧思考力や集中力の低下(決断困難・思考力減退・集中力減退) なかなか物事に集中できなくなったり、普段より考えが遅くなったり、考えがまとまらないことはありますか。	1. あり 0. なし	1. あり 0. なし
⑨自殺への思い 死について何度も考えたり、気分がひどく落ち込んだり、自殺について考えることはありますか。	1. あり 0. なし	1. あり 0. なし
合計点数	点 項目9 (あり・なし)	
予備判定	1問題なし(1点) 2要注意(2～4点) 3専門的関わりが必要(5点以上 または⑨があり)	

主体的健康感

	開始時	終了時
現在の健康状態	1 2 3 4 5 よい まあよい ふつう あまりよくない よくない	1 2 3 4 5 よい まあよい ふつう あまりよくない よくない
あてはまる番号1つに○をつける		

アセスメント表・2

氏名 () 歳

【IADL（手段的日常生活能力）15項目】

普段行っていないなくても、行える能力がある場合は、「できる」に○印をつけてください。

質問項目	開始時		終了時	
	平成 年 月 日		平成 年 月 日	
	できる (1点)	できない (0点)	できる (1点)	できない (0点)
1. 自分で電話番号を調べて、電話をかけることができますか。	1. できる	0. できない	1. できる	0. できない
2. リーダーとして、何かの行事の企画や運営を行うことができますか。	1. できる	0. できない	1. できる	0. できない
3. 何かの会の世話係や会計係を務めることができますか。	1. できる	0. できない	1. できる	0. できない
4. ひとりでバスや電車を利用して、あるいは車を運転して出かけることができますか。	1. できる	0. できない	1. できる	0. できない
5. 見知らぬ場所へひとりで計画を立てて旅行することができますか。	1. できる	0. できない	1. できる	0. できない
6. 薬を決まった分量を決まった時間に飲むことができますか。	1. できる	0. できない	1. できる	0. できない
7. 貯金の出し入れや家賃や公共料金の支払い、家計のやりくりなど、家計を管理することができますか。	1. できる	0. できない	1. できる	0. できない
8. 日用品の買い物をすることができますか。	1. できる	0. できない	1. できる	0. できない
9. 請求書の支払いをすることができますか。	1. できる	0. できない	1. できる	0. できない
10. 銀行預金、郵便貯金の出し入れをすることができますか。	1. できる	0. できない	1. できる	0. できない
11. 年金や税金の申告書をひとりで作成することができますか。	1. できる	0. できない	1. できる	0. できない
12. 食事の用意をすることができますか。	1. できる	0. できない	1. できる	0. できない
13. 掃除をすることができますか。	1. できる	0. できない	1. できる	0. できない
14. 洗濯物、食器などの整理をすることができますか。	1. できる	0. できない	1. できる	0. できない
15. 手紙や文章を書くことができますか。	1. できる	0. できない	1. できる	0. できない
(注) 「できる」に1点を配点する。	点		点	

【認知機能低下自覚】

質問項目	初 回	終了時
	平成 年 月 日	平成 年 月 日
1. 1年前に比べて、物覚え（記憶力）に変化はありましたか。	1. よくなった 2. 少し悪くなった 1. 変わらない 3. かなり悪くなった	1. よくなった 2. 少し悪くなった 1. 変わらない 3. かなり悪くなった
2. 1年前に比べて、集中力に変化はありましたか。	1. よくなった 2. 少し悪くなった 1. 変わらない 3. かなり悪くなった	1. よくなった 2. 少し悪くなった 1. 変わらない 3. かなり悪くなった
3. 1年前に比べて、仕事や家事の段取りは良くなりましたか悪くなりましたか。	1. よくなった 2. 少し悪くなった 1. 変わらない 3. かなり悪くなった	1. よくなった 2. 少し悪くなった 1. 変わらない 3. かなり悪くなった
(注) 「よくなった、変わらない」に1点、「少し悪くなった」に2点、「かなり悪くなった」に3点を配点する。	点	点

【主観的健康感】

現在の健康状態	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
あてはまる番号1つに○をつける										
	よい	まあよい	ふつう	あまりよくない	よくない	よい	まあよい	ふつう	あまりよくない	よくない

個別支援計画書

氏名 () 歳 記載日 年 月 日

課題分析情報

支援の方針

指導・支援計画

	1回目（平成 年 月 日）	2回目（平成 年 月 日）	3回目（平成 年 月 日）
支援内容			
本人の反応			
次回継続事項			
	4回目（平成 年 月 日）	5回目（平成 年 月 日）	6回目（平成 年 月 日）
支援内容			
本人の反応			
次回継続事項			

計画作成担当者名 _____

報告書

地域包括支援センター様

以下の通り報告いたします。

氏名 () 歳

記載日 年 月 日

状態改善状況等

本人の意欲（今後の活動に対して）

積極的である ・ 少しある ・ 消極的である

継続目標（個別支援計画書にもとづく）

今後の生活に対する留意点

添付資料：① 第1号様式

② 第2号様式

報告者