

令和 7 年
介護予防・日常生活支援総合事業、生活支援体制整備事業等の推進に係る自治体セミナー
東海北陸管内 6 県意見交換会

要支援者等における支援の方向性について ～リエイブルメントの視点を取り入れた支援～

令和7年6月11日

(株)日本能率協会総合研究所
福祉・医療・労働政策研究部
主幹研究員 服部真治

自己紹介

■ 学位

千葉大学大学院医学薬学府博士課程修了 博士（医学）

■ 研究分野

介護保険制度、地域包括ケアシステム

■ 職歴

八王子市介護保険課主査、財政課主査、高齢者いきいき課課長補佐、厚生労働省老健局総務課・介護保険計画課・振興課併任課長補佐、医療経済研究機構政策推進部研究事業担当部長兼研究部主席研究員 等を経て現職

■ 現職（兼務）

新見公立大学客員教授、放送大学客員教授、法政大学大学院人間社会研究科兼任講師
全国移動サービスネットワーク政策アドバイザー、日本リエイブルメント協会顧問
日本老年学的評価研究機構（JAGES）理事、地域共生開発機構ともつく理事
東京都健康長寿医療センター非常勤研究員、千葉大学予防医学センタープロジェクト研究員
立命館大学OIC総合研究機構客員協力研究員

■ 著書（書籍）

1. 私たちが描く新地域支援事業の姿～地域で助け合いを広める鍵と方策～，堀田力・服部真治，中央法規，2016年（共編著）
2. 入門 介護予防ケアマネジメント～新しい総合事業対応版，監修 結城康博・服部真治、総合事業・介護予防ケアマネジメント研究会編，ぎょうせい，2016年（共編著）
3. 地域でつくる！介護予防ケアマネジメントと通所型サービスCー生駒市の実践から学ぶ総合事業の組み立て方ー，著 田中明美・北原理宣 編著 服部真治，社会保険研究所，2017年（共編著）
4. 地域で取り組む 高齢者のフレイル予防，【監修】一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会【編著】辻哲夫、飯島勝矢、服部真治，中央法規出版，2021年（共著） など

【高齢者福祉・介護保険】のご担当者様必見

市町村職員様向け 伴走型支援事業のご案内

期間限定特典
オンライン
無料相談

定額制

アドバイザー
サービス

期間限定
特典あり

具体的なノウハウと
豊富な情報で
伴走支援!!

定額制で何處でも
相談できる!



こんなお悩みはありませんか?

地域ケア会議や協議
体など様々な会議を
行っているが、予定
が合わない……

前任者から引き継いで
事業を行っているが、
何のためにやっている
かよく分からない……

研修会に参加して先
進自治体の視察を聞
いても、自らの自治体
には当てはまらない……

このままではいけない
という危機感があるが、
どこから手を付けてい
のかわからない……



市町村職員の皆さんのお困りごとを、

オンラインで気軽にご相談いただけます!!

専門職メンターが対応し、円滑な事業推進をお手伝いします。

サービス
内容一覧

- 介護予防・日常生活支援総合事業の再構築
- 自立支援型地域ケア会議の有効活用
- 社会福祉協議会との連携
- 評価指標の設定
- 移動支援の立ち上げ
- 生活支援体制整備事業の見直し
- 地域包括支援センター業務の整理・見直し
- データ分析、評価の支援

JMAR
JMA Research Institute Inc.

詳細はホームページへ

専門職メンターの紹介

地域づくり加速化事業、アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム、都道府県伴走支援事業等で
アドバイザーを務める経験豊かなメンターが皆様の運営をサポート

服部 真治 (はっとりしんじ)

総合事業、生活支援体制整備事業
介護保険事業計画策定



地域包括ケアシステムに関する学
文・実践(博士・医学)と元・自治体
福祉部長としての経験を活かし、
多岐にわたります。

井澤 久美 (いざわくみ)

地域包括支援センターの運営
地域ケア会議支援



元・地域包括支援センター長、書籍
作家でもあり、介護・福祉の現場から
活躍します。

西田 和正 (にしだかずまさ)

データ分析、評価
地域リハビリテーション、サービス・活動C



データ分析を得意とし(博士・工
学)、また高齢者福祉士としての活
躍経験を活かし、サービス・活
動C等の立ち上げ支援を行います。

伊藤 みどり (いとうみどり)

移動支援
総合事業



介護予防・日常生活支援総合事業
の推進・運営、サービス・活動Cの
推進など、住民主体の移動支援の
立ち上げを支援します。

藤澤 竜太 (ふじさわりゅうた)

地域包括支援センターの運営
地域ケア会議支援



元・地域包括支援センター長、書籍
作家でもあり、介護・福祉の現場から
活躍します。

中村 美那子 (なかむねみねこ)

総合事業、移動支援
地域ケア会議支援



社会福祉協議会との連携
元・社会福祉協議会、地域づくり・高齢者福祉に
関する活動の推進・運営に携わり、
また地域包括ケアシステムの推進に
関する活動を活かし、SDGの支援や、市
町村の発展に貢献しています。

参加者の声【実績】

これまでにご支援を続けてきた自治体の皆様からお話を伺いました



新潟県出雲町
保健福祉課
松永 佐和子

行政の「困った」に寄り添ってもらうことで、
効果的な打ち手が見えました。
地域包括ケアシステムを推進していく中で、研修等
で知ることだけではその理解が浅いのかどうかわ
からず、困っていた時に、町が取り組みたいこと
を希望してもらいながら、相談に乗ってもらいました。



神奈川県横浜市長
高橋 隆雄
土山 雄矢

庁内の横断的統合が図れ、総合事業を
大きく改革することができました。
地域包括ケアサービスを中心とした総合事業の再構築
に当たり、関係者を交えた検討の中で、今や市や区
議を交えていたというほど、相談ごとに一つひとつ
にご対応いただきました。その結果、市全体で地域包括
ケアサービスを大きく広げることができました。



大阪府豊能市長
南條 隆雄
崎山 雄平

自立支援型地域ケア会議の立ち上げの際、
現地支援を行っていただきました。
自立支援型地域ケア会議を立ち上げた後、運営面への
指導の他に町長や町議会への説明など、実際に会議
を行う時に必要だった。新たな会議の立ち上げは
苦労する事も多いですが、担当の方と一緒に悩み、
相談によって進めたのが助かりました。

サービス内容・料金

皆様の悩みごとや相談ごとを総合的にバックアップをします!

会費 月額 37,800円 (41,580円/税込)
年間 50万円以下 (498,960円/税込) で契約可能です。
※入会費から翌年3月末までの期間300となります。
(500万円以上の場合は、37,800円×10ヶ月×消費税=415,800円/税込)

6月末までに、FAXもしくはメールで
ご連絡いただくと、
オンライン無料相談1回分を
プレゼントします!

「定額制アドバイザーサービス」でご支援が出来ること

Service1 随時のオンラインチャット

Service2 WEB会議による相談支援(月1回)を保障

オプション契約内容※

① オンライン研修 ② 現地支援 ③ データ分析
※上記オプションの契約は一部です。市町村のご要望に合わせて柔軟に月割いたします。

JMAR
JMA Research Institute Inc.

株式会社日本能率協会総合研究所
〒115-8511 東京都港区赤坂3-1-1 日本能率協会ビル5F

まずはお気軽に、TEL/FAX/メールにてご連絡ください。オンライン無料相談1回分をプレゼント中!(2025年6月末まで)



03-3578-7547



mentor@jmar.co.jp



03-3578-7619 (担当: 井澤/加藤)



https://www.jmar.co.jp

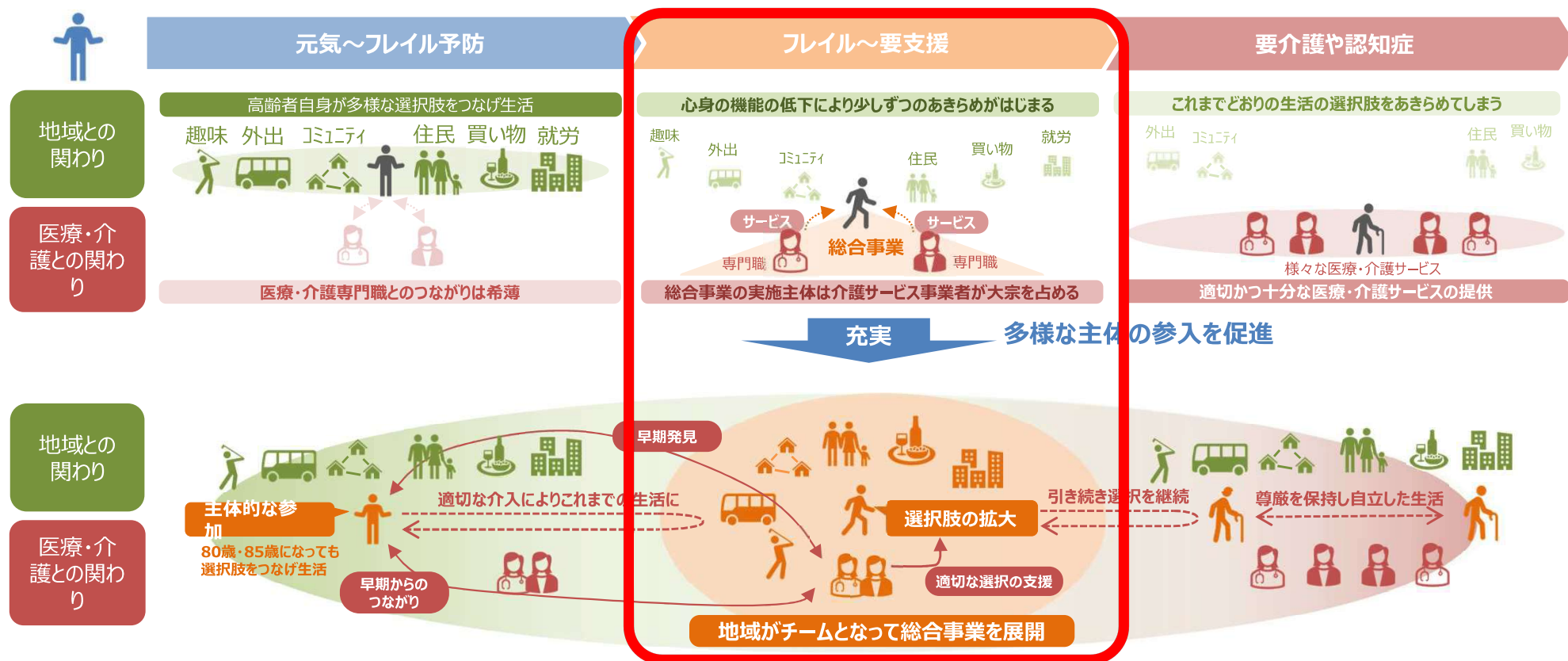


HPはこちら

介護予防・日常生活支援総合事業ガイドラインの改正

介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会における議論の中間整理（概要②）

- 高齢者の地域での生活は、医療・介護専門職との関わりのみならず、地域の住民や産業との関わりの中で成立するもの。また、高齢者自身も多様な主体の一員となり、地域社会は形作られている。
- 総合事業の充実とは、こうした地域のつながりの中で、地域住民の主体的な活動や地域の多様な主体の参入を促進し、医療・介護の専門職がそこに関わり合いながら、**高齢者自身が適切に活動を選択できる**ようにするものである。
- 総合事業の充実を通じ、高齢者が元気にうちから地域社会や医療・介護専門職とつながり、そのつながりのもとで社会活動続け、介護が必要となっても必要な支援を受けながら、住民一人ひとりが自分らしく暮らし続けられる「地域共生社会」の実現を目指していく。



地域の人と資源がつながり地域共生社会の実現や地域の活性化

多様なサービス・活動の例（令和6年度ガイドライン改正）

○実施要綱の改正内容について具体的なイメージができるよう、事業例について、「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインについて」（平成27年6月5日老発0605第5号厚生労働省老健局長通知）の一部を改正。

従前相当サービス	選択 支援	多様なサービス・活動
● 専門職による専門的な支援ニーズに総合的に応えるサービス ● 想定される対象者は、進行性疾患や病態が安定しない者など ● サービスの内容は総合的なものであるほか一定の制約あり		● 地域住民を含む地域の多様な主体により展開されるサービスや活動 ● 想定される対象者は、地域とのつながりの中で生活する要支援者等 ● サービスの内容は高齢者の視点に立って検討される

【高齢者の選択肢の拡大の視点にたった多様なサービス・活動A・B(D)のイメージ】

訪問型の多様なサービス・活動のイメージ	通所型の多様なサービス・活動のイメージ
● 地域住民が担い手となって活動することができる活動 ● 介護予防のための地域住民等による見守りの援助の実施 ➡ 多世代の地域住民が高齢者に対する生活支援や介護予防のための見守りの援助等を実施する（多様なサービス・活動の利用者が、自身ができる範囲で活動することも想定される） ➡ （有償・無償）ボランティア活動による場合は、サービス・活動B、雇用（ボランティアとの選択も可）による場合など、地域の多様な主体への委託による活動として実施する場合は、訪問型サービス・活動Aとなる ● 高齢者の生活支援のための掃除、買い物等の一部の支援を行う活動 など ➡ 地域の訪問型サービスの利用者の支援ニーズを把握した結果、例えば、掃除がその大宗を占める場合、掃除に特化したサービス・活動を提供 ➡ 地域の清掃業者に委託等を行う場合、サービス・活動Aとなる ● 通院・買い物等の移動支援や移送前後の生活支援 ➡ 地域住民の互助活動としての移動支援と付き添いであり、行き先は、介護予防・社会参加の推進の観点から、市町村と地域住民とが協議のもと定める ➡ 原則としてサービス・活動B・Dでの実施を想定しているが、中間支援組織等への委託を行う場合はサービス・活動Aの一部として実施することも可能 ※ 買い物支援については、通所型サービスを実施する場所あてに共同で配送を依頼することや、移動販売を訪問型サービス・活動Aとして実施することなども想定される	● 地域住民が担い手となって活動することができる活動 ➡ 多世代の地域住民が高齢者や例えば子どもなどの見守りを行う場、高齢者が自身のスキルを活かし、他の高齢者の支援を行う場、例えば農業などの地域産業と連動し、食品の加工や農作業などを行う場（多様なサービス・活動の利用者が、自身ができる範囲で活動することも想定される） ➡ 訪問型サービスと同様 ● セルフケアの推進のため一定の期間を定めて行う運動習慣づけのための活動 ➡ 外出機会の低下等がみられる者、サービス・活動Cの利用終了直後の者などに対する運動習慣づけのための活動 ➡ 民間の運動・健康づくり施設への委託等（期間を定めて支援し、終了後は自主的な活動（セルフケア）に移行すること）を想定 ● 高齢者の社会参加のための生涯学習等を含む多様な活動 ➡ 高齢者が興味・関心があり、今後の外出機会の向上や社会参加に資する活動と連動するような、ITリテラシーの向上やスキルアップのための学習活動やサークル活動等への参加を支援 ➡ 当該活動を実施する多様な主体への委託等が想定（利用者の自己負担等に関わりのない活動経費の一部を定額で支援する手法が適切） ● 住民や地域の多様な主体相互の協力で行う入浴・食事等の支援 ➡ 多世代の地域住民が集まる場で、高齢者同士が入浴時の見守りや食事等の支援（配膳等）を行う活動 ➡ 入浴施設、公民館、図書館など地域の多様な空間を活用することを想定

高齢者の選択肢の拡大に向けた総合事業の事業評価の推進（令和6年度要綱改正）

- 法第115条の45の2において、市町村は、定期的に総合事業の実施状況について、調査・分析・評価を行うとともに、その結果に基づき必要な措置を講ずるよう努めるものとされており、当該調査・分析・評価事務については、一般介護予防事業評価事業として実施することが可能。
- 具体的な評価のあり方については、今後、検討を深めることとしているが、国において実施要綱に示す評価の留意点について、介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会における議論の中間整理で示された4つの視点を踏まえ、見直しを行う。

総合事業の評価指標の見直しに当たっては、・高齢者一人一人の介護予防・社会参加・自立した日常生活の継続の推進の状況 ・高齢者の地域生活の選択肢の拡大 ・地域の産業の活性化（地域づくり） ・総合事業と介護サービスを一連のものとして地域の介護サービスを含む必要な支援を継続的かつ計画的に提供するための体制づくりの4つの観点を盛り込むことが必要であると考えられる。

評価のための前提となる考え方	
高齢者の視点	● 高齢者の地域での生活や選択（活動）がどのように変化したか ● 高齢者にかかわる活動に地域の多様な主体がどのように関与しているか
保険者の視点	人材の視点
	財政の視点
	● 地域住民などの多様な主体による参画が進み、そこに医療・介護の専門職がゆるやかに関わっているか。 ● あらかじめ決められた予算（上限額や介護保険事業計画等）の範囲内で実現できているか

総合事業の充実に向けた評価指標の例				
3つのアプローチ	プロセス	アウトプット	アウトカム	最終アウトカム
1 高齢者の 選択肢の拡大	➢ 生活支援コーディネーターや協議体等による取組実績	● 多様なサービス・活動の種類・数	● 従前相当サービスが位置づけられたプランの割合	
2 ポピュレーション・ アプローチ	➢ 出前講座・説明会等の開催数 ➢ 通いの場の箇所数 ➢ 体力測定会の開催数 ➢ 広報活動の回数	● 多様なサービス・活動の参加者数等 ● 出前講座・説明会等に出席した住民の数 ● 通いの場の参加者数	● 多様なサービス・活動に対する継続参加率 ● 社会参加率 ● 通いの場の75歳以上高齢者の年代別参加率・継続参加率	
3 ハイレスク・ アプローチ	➢ 孤独・孤立等の状態にある高齢者へのアウトリーチ支援の実績等 ➢ サービス・活動Cなど専門職による支援を想定するサービス・活動の開催回数・参加者数等	● 孤独・孤立等の状態にあった高齢者の地域の活動の参加者数 ● 想定対象者に占める実際の参加者数 ● 参加者の参加前後の生活状況等の変化	● 孤独・孤立等の状態にあった高齢者の地域の活動の継続参加率 ● 社会参加率 ● 参加者の一定期間後の生活状況等	
				□ 調整済み軽度認定率 □ 初回認定者の平均年齢 □ 在宅継続数・率

介護予防・日常生活支援総合事業の目的

～なぜ、介護予防通所介護と介護予防訪問介護は廃止されたのか～

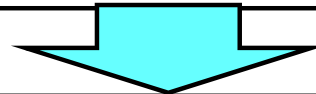
社会保障審議会介護保険部会 「見直しに関する意見（平成16年7月30日）」

- ・介護保険制度本来の在り方から見れば、軽度者に対するサービスは利用者の要介護度の維持や改善につながることが期待されるが、実態としては、**軽度者の改善率は低く、予防効果を示していない**のではないかと
- ・「かわいそうだから**何でもしてあげるのが良い介護**である」といった考え方が、**かえって本人の能力の実現を妨げ、いわゆる廃用症候群を引き起こしている**
- ・「**家事代行型の訪問介護サービスを利用し続ける**ことにより、**能力が次第に低下し、家事不能に陥る**場合もある」

介護保険制度の導入の基本的な考え方

【背景】

- 高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の増加、介護期間の長期化など、介護ニーズはますます増大。
- 一方、核家族化の進行、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化。
- 従来の老人福祉・老人医療制度による対応には限界。



高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組み（介護保険）を創設

1997年 介護保険法成立、2000年 介護保険法施行

【基本的な考え方】

- **自立支援**・・・単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をすることを超えて、高齢者の自立を支援することを理念とする。
- **利用者本位**・・・利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス、福祉サービスを総合的に受けられる制度
- **社会保険方式**・・・給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用

保険給付と地域支援事業の違い

【保険給付】

- ・ 事業者 自由参入（指定）
- ・ 基準 国が決める
- ・ 単価 国が決める
- ・ 量 限度額内で利用者が決める
- ・ 財政 決算主義

【地域支援事業】

- ・ 事業者 直営、委託、補助
- ・ 基準 市町村が決める
- ・ 単価 市町村が決める
- ・ 量 市町村が決める
- ・ 財政 予算主義

要支援者等の状態像と支援のあり方

要支援・要介護に至る原因

現在の要介護度	第1位 原因名	%	第2位 原因名	%	第3名 原因名	%
要支援者	関節疾患	19.3	高齢による衰弱	17.4	骨折・転倒	16.1
要支援1	高齢による衰弱	19.5	関節疾患	18.7	骨折・転倒	12.2
要支援2	関節疾患	19.8	骨折・転倒	19.6	高齢による衰弱	15.5
要介護者	認知症	23.6	脳血管疾患（脳卒中）	19.0	骨折・転倒	13.0
要介護1	認知症	26.4	脳血管疾患（脳卒中）	14.5	骨折・転倒	13.1
要介護2	認知症	23.6	脳血管疾患（脳卒中）	17.5	骨折・転倒	11.0
要介護3	認知症	25.3	脳血管疾患（脳卒中）	19.6	骨折・転倒	12.8
要介護4	脳血管疾患（脳卒中）	28.0	骨折・転倒	18.7	認知症	14.4
要介護5	脳血管疾患（脳卒中）	26.3	認知症	23.1	骨折・転倒	11.3

厚生労働省.2022（令和4）年国民生活基礎調査の概況. 2023, p23.

介護保険制度における要介護認定制度について

□ 趣旨

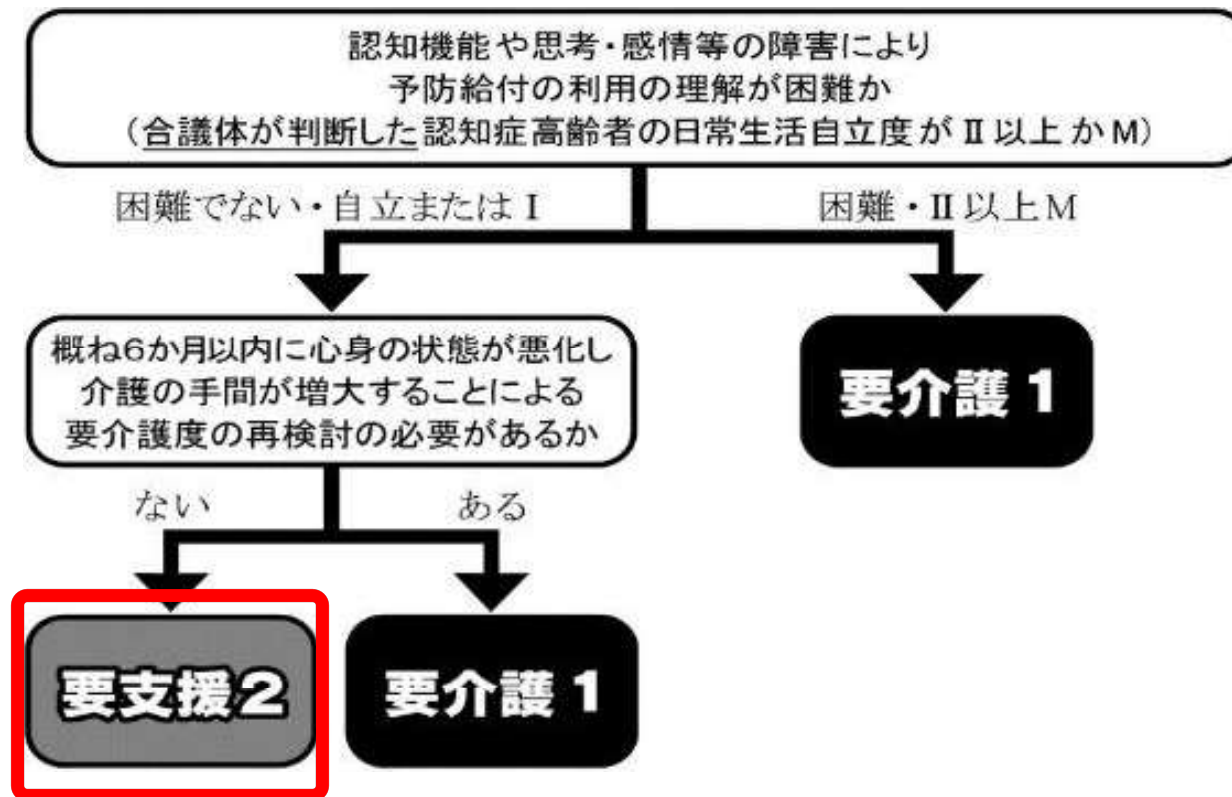
- 介護保険制度では、寝たきりや認知症等で常時介護を必要とする状態（要介護状態）になった場合や、家事や身支度等の日常生活に支援が必要であり、特に介護予防サービスが効果的な状態（要支援状態）になった場合に、介護の必要度合いに応じた介護サービスを受けることができる。
- この要介護状態や要支援状態にあるかどうかの程度判定を行うのが要介護認定（要支援認定を含む。以下同じ。）であり、介護の必要量を全国一律の基準に基づき、客観的に判定する仕組み。

□ 要介護認定の流れ

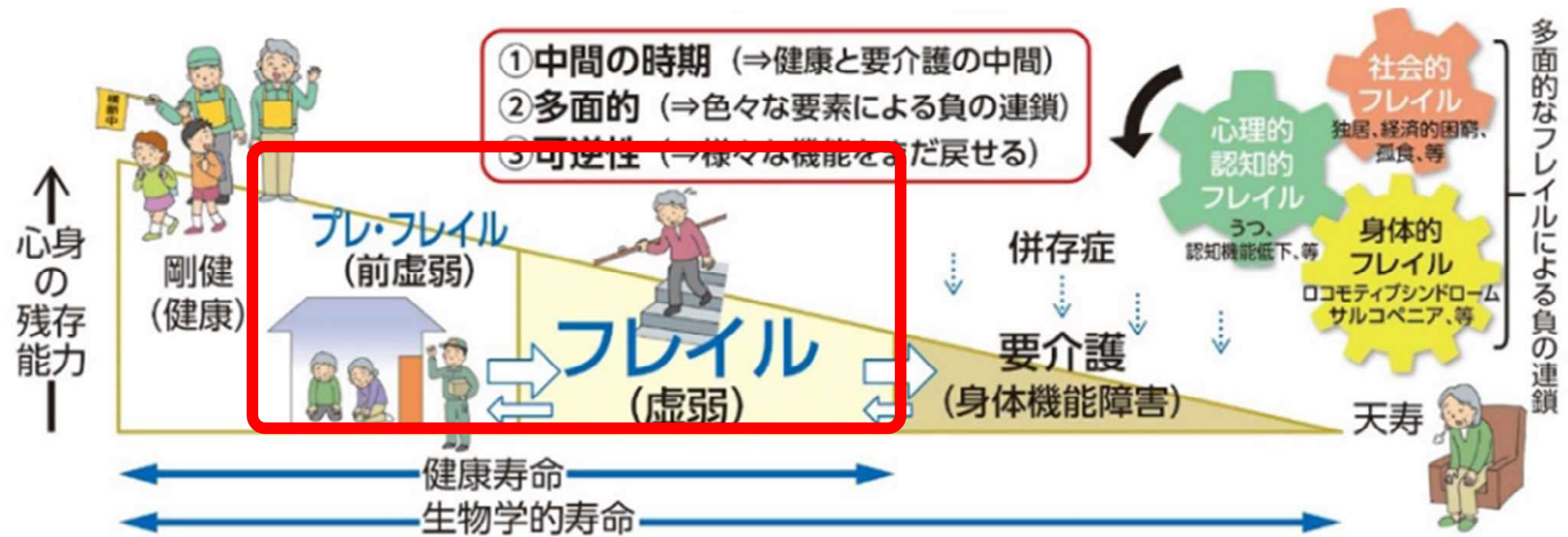
- 要介護認定は、まず、市町村の認定調査員による心身の状況調査（認定調査）及び 主治医意見書に基づくコンピュータ判定を行う。（一次判定）
- 次に保健・医療・福祉の学識経験者により構成される介護認定審査会により、一次判定結果、主治医意見書等に基づき審査判定を行う。（二次判定）
- この結果に基づき、市町村が申請者についての要介護認定を行う。

要支援者の判定について

□ 要支援 2 と要介護 1 の判定 (状態の維持・改善可能性に関する審査判定)

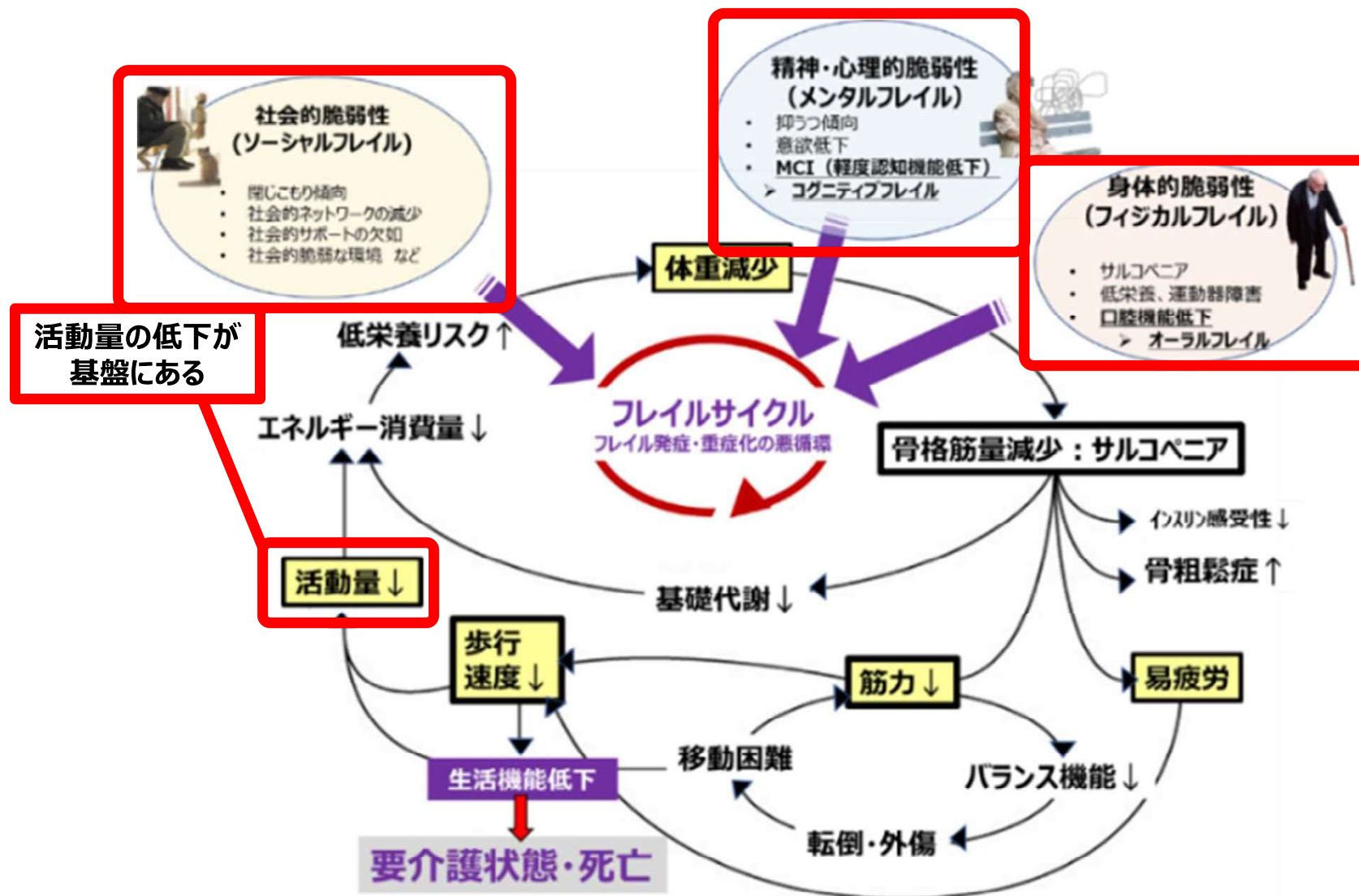


フレイルの特性



出典：飯島勝矢, “各論4トピックス1, 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 フレイル 検診への期待”, 長寿科学振興財団, 2021. を一部改変

フレイル発症・重症化の悪循環（フレイルサイクル）



2019年 Medical Science Digest「フレイル・サルコペニアの危険因子とその階層構造」 田中友規、飯島勝矢

指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準

(介護予防支援の提供に当たっての留意点)

第三十一条 介護予防支援の実施に当たっては、介護予防の効果を最大限に発揮できるよう次に掲げる事項に留意しなければならない。

一 **単に運動機能や栄養状態、口腔機能といった特定の機能の改善だけを目指すものではなく、これらの機能の改善や環境の調整などを通じて、利用者の日常生活の自立のための取組を総合的に支援することによって生活の質の向上を目指すこと。**

二 利用者による主体的な取組を支援し、**常に利用者の生活機能の向上に対する意欲を高めるよう支援すること。**

三 **具体的な日常生活における行為について、利用者の状態の特性を踏まえた目標を、期間を定めて設定し、利用者、サービス提供者等とともに目標を共有すること。**

四 **利用者の自立を最大限に引き出す支援を行うことを基本とし、利用者のできる行為は可能な限り本人が行うよう配慮すること。**

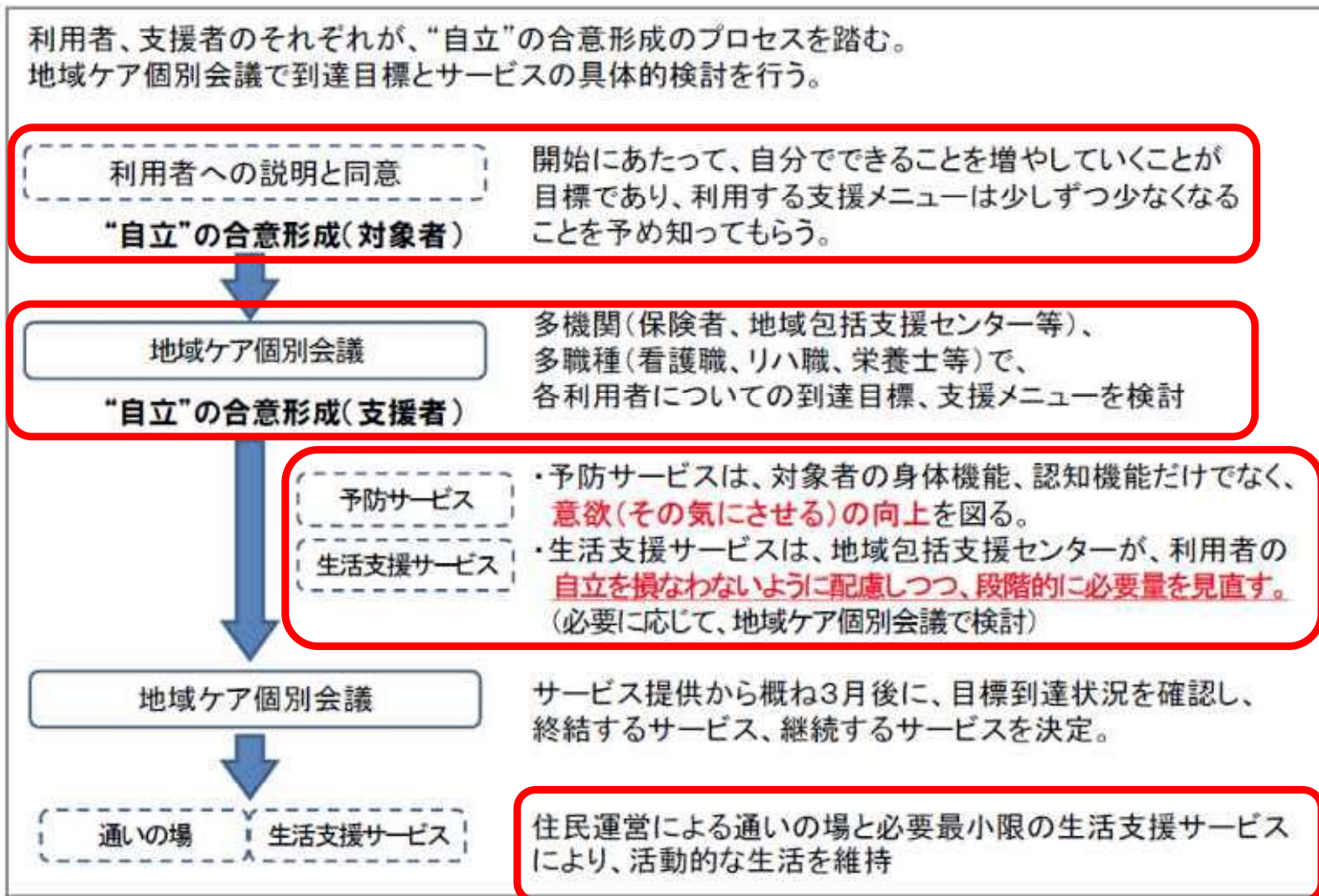
五 サービス担当者会議等を通じて、**多くの種類の専門職の連携により、**地域における様々な予防給付の対象となるサービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて、**介護予防に資する取組を積極的に活用すること。**

六 地域支援事業(法第百十五条の四十五に規定する地域支援事業をいう。)及び介護給付(法第十八条第一号に規定する介護給付をいう。)と連続性及び一貫性を持った支援を行うよう配慮すること。

七 介護予防サービス計画の策定に当たっては、**利用者の個別性を重視した効果的なものとする。**

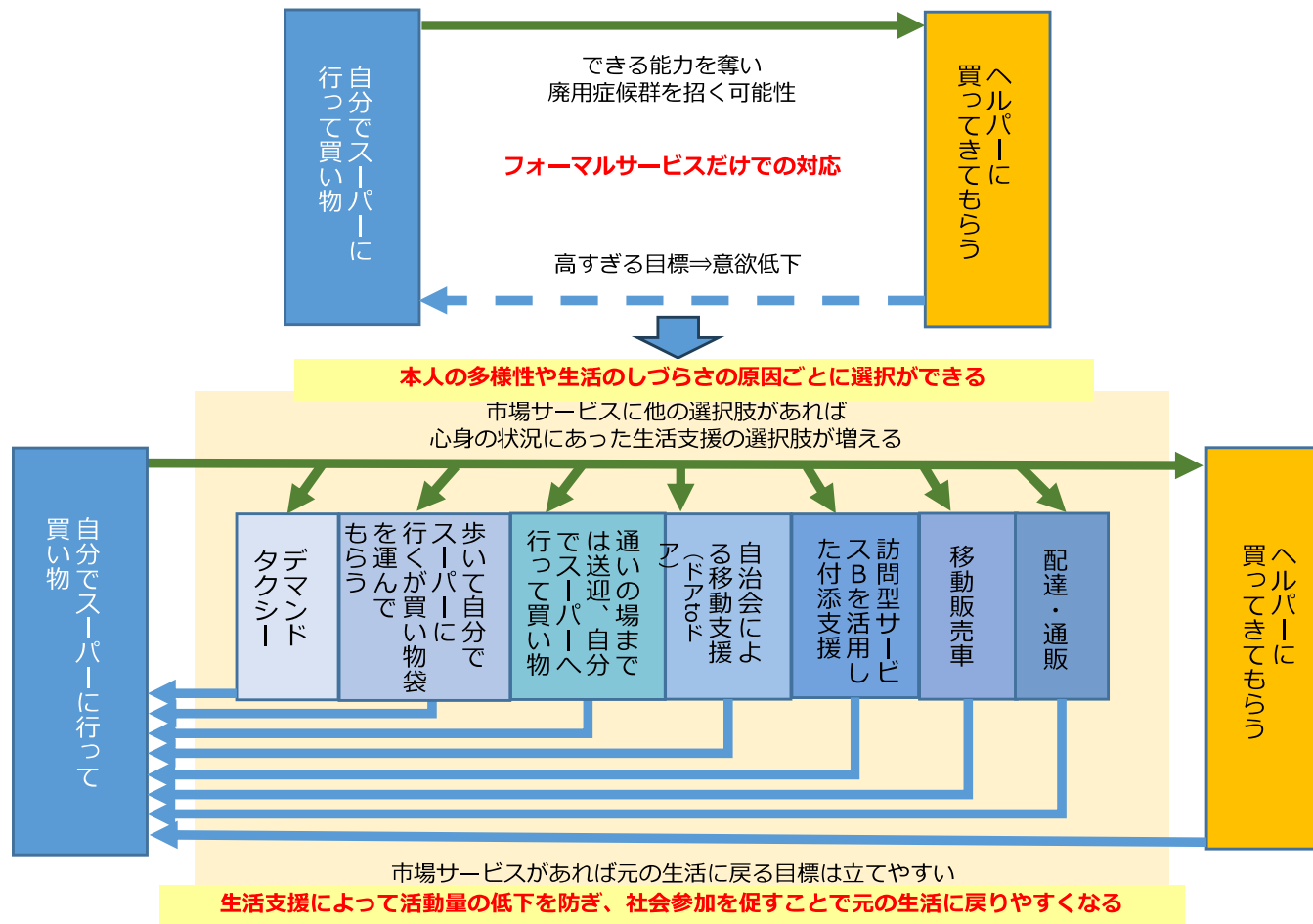
八 **機能の改善の後についてもその状態の維持への支援に努めること。**

自立の合意形成



出典：株式会社日本総合研究所（2014）：平成25年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）介護サービス事業所による生活支援サービスの推進に関する調査研究事業「要支援者の自立支援のためのケアマネジメント事例集」

生活支援・介護予防と市場サービス等の役割



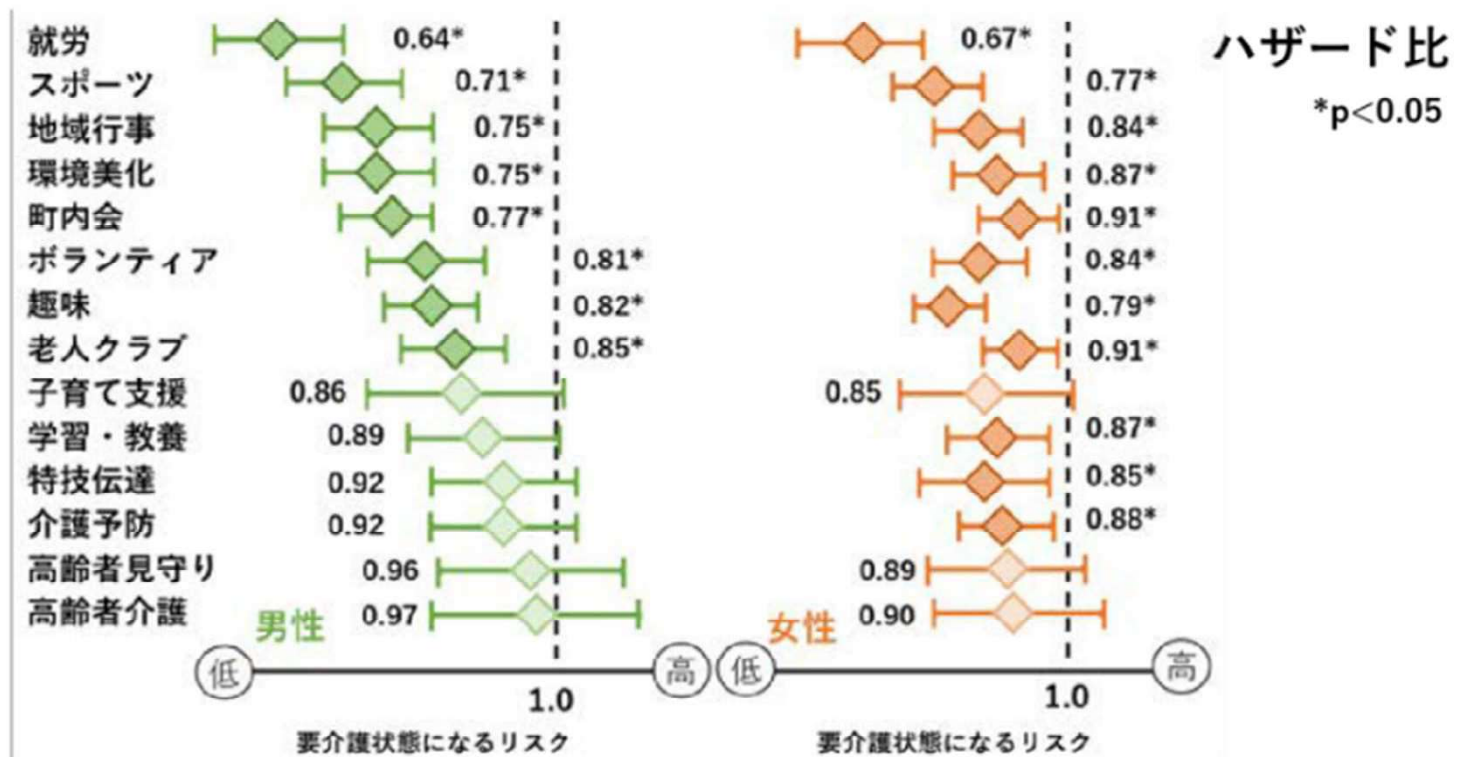
出典：令和2年度老人保健健康増進等事業「自治体と民間企業の協働による都市部における地域づくりの展開に向けた調査研究事業」国際長寿センター（一部改変）

ヘルパーと同じ役割を住民に担ってもらうことが目的ではない

参加している組織の種類と要介護認定リスク

対象

JAGES2013回答者を約3年追跡：高齢者90,889名
男性42,659名（平均年齢73.5±6.0歳），女性48,230名（平均年齢73.8±6.1歳）

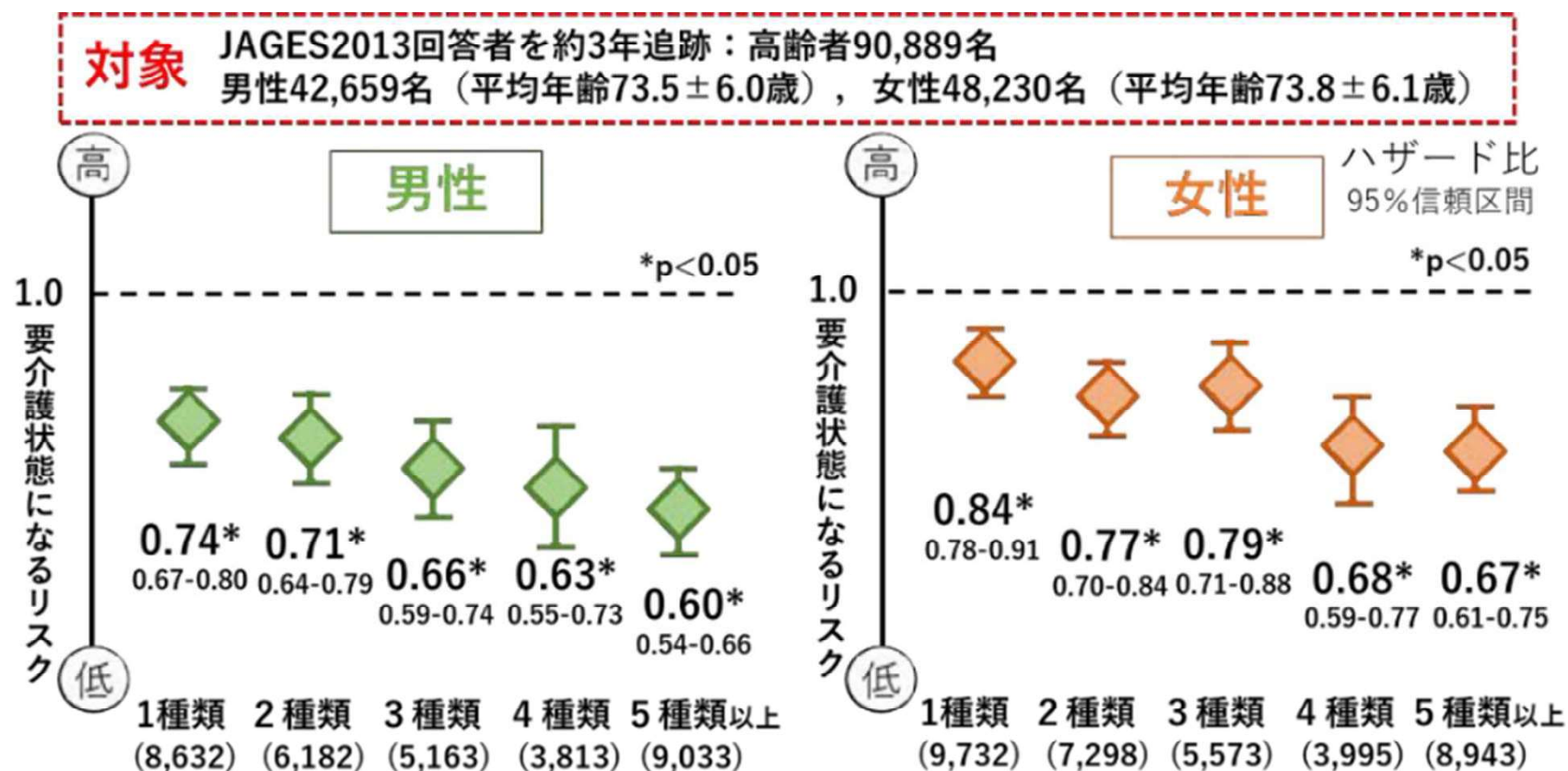


各組織への不参加を基準(1.0)とし，要介護リスク(%)を数値化

東馬場要，井手一茂，渡邊良太，飯塚玄明，近藤克則. 高齢者の社会参加の種類・数と要介護認定発生の関連－JAGES2013-2016 縦断研究. 総合リハビリテーション 49(9). 897-904, 2021

日々の活動量を上げる

参加している地域組織の数が多いほど要介護認定リスクが少ない



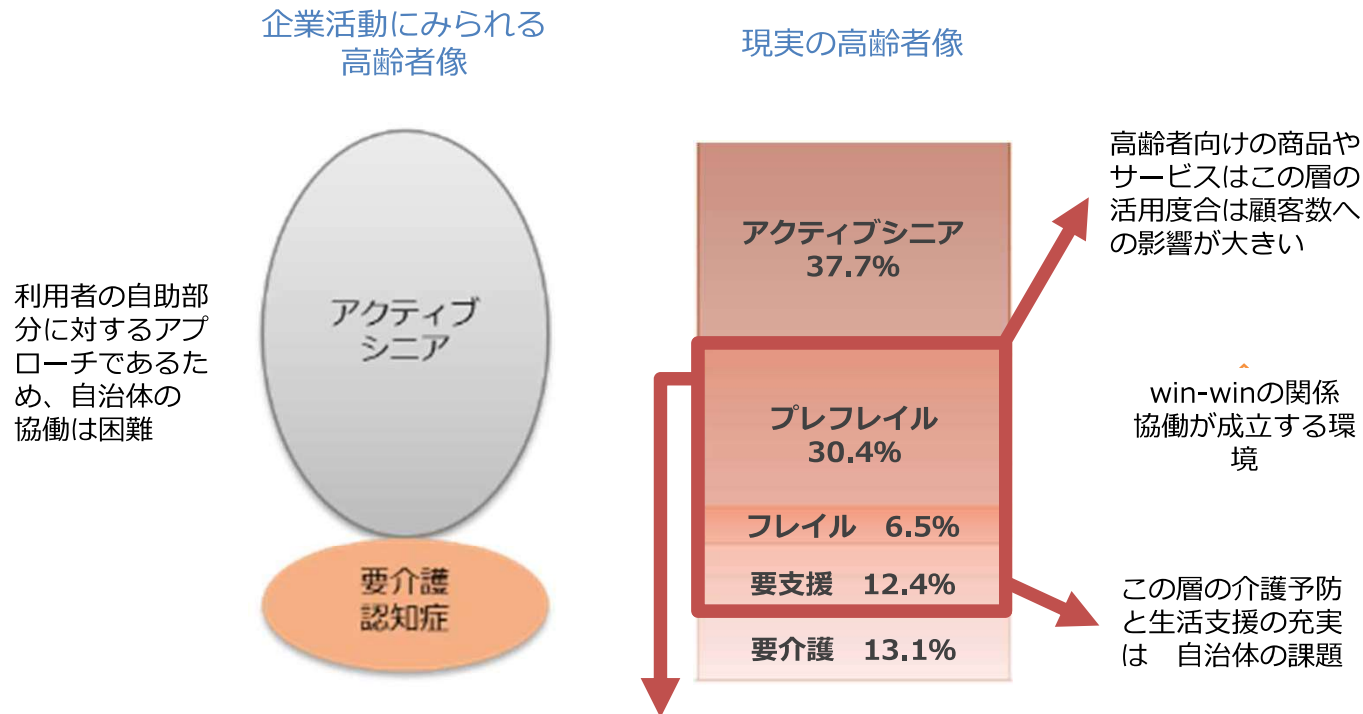
参加種類数が0の者を基準(1.0)とし，要介護リスク(%)を数値化

年齢，等価所得，教育歴，婚姻状況，健康状態，喫煙，飲酒，うつ，IADL，可住地人口密度を調整済み

東馬場要，井手一茂，渡邊良太，飯塚玄明，近藤克則．高齢者の社会参加の種類・数と要介護認定発生の関連－JAGES2013-2016 縦断研究．総合リハビリテーション 49(9)．897-904、2021

住民主体の「通いの場」だけでは足りない

「フレイル」という新たなマーケット



「フレイル高齢者が出かけたくなるまち」
「フレイル高齢者が安心して買い物に行けるまち」
「フレイル高齢者が社会参加できるまち」

出典：令和3年度老人保健事業推進費等補助金「地域包括ケアシステムの構築を起点にした多様な産業との連携がもたらす地域づくりの展開に向けた調査研究」（国際長寿センター）一部改変

リエイブルメント

総合事業の目的を共通化

～地域支援事業の中で総合事業に求められていること～

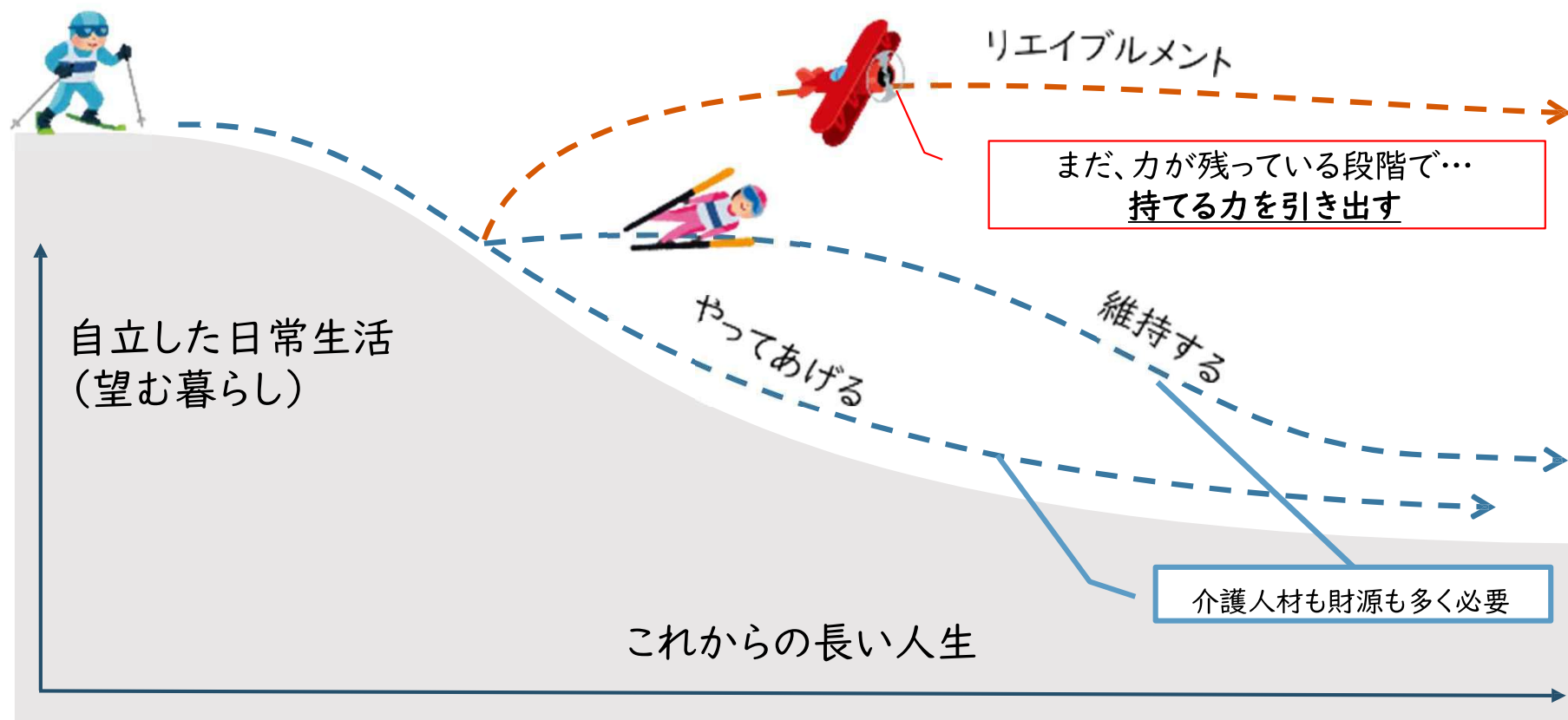
支援が必要な状態になっても、安心と希望をもち、できる限り

「望む暮らし」・「馴染みの暮らし」を送れるよう多様な主体・専門職で支える仕組み

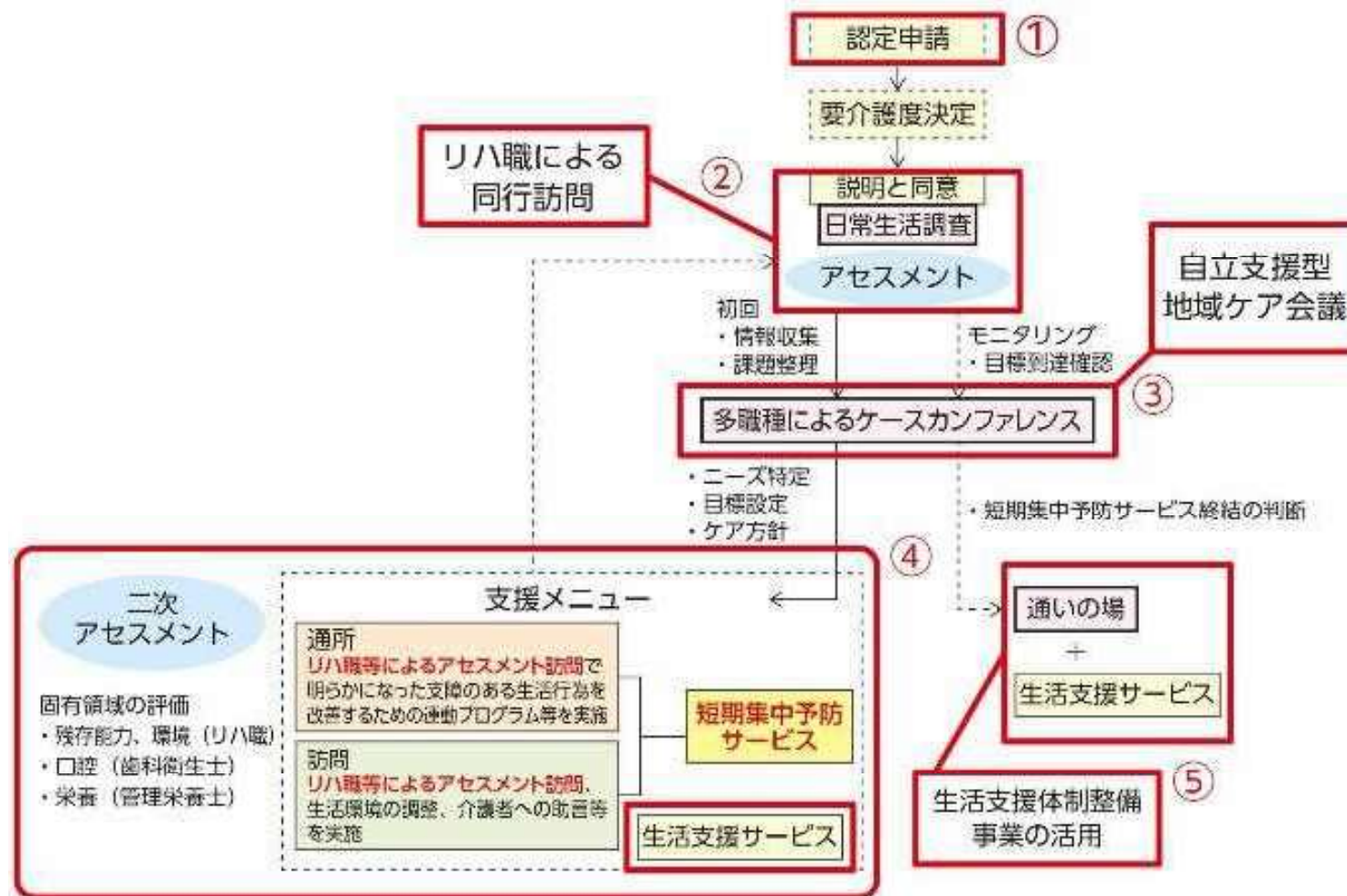
キーワード(大事にしたいと考えた視点)は

リエイブルメント Re-ablement<再び自分でできるようにする>

ポイント



介護予防・日常生活支援総合事業のモデル



出典：厚生労働省老健局. “市町村介護予防強化推進事業の概要” 厚生労働省.2012を元に改編

地域リハビリテーション活動支援事業の実施例（山口県防府市）

リハ職同行訪問アセスメント



生活情報の収集（面談）



身体機能等の生活機能の評価



生活課題の解決方法を提案



目標の
設定と共有

プラン選択肢
の提案

短期集中予防サービス（C型）の概要

○サービス内容

・保健・医療の専門職が、居宅や地域での生活環境を踏まえた適切な評価のための訪問を実施した上で、おおよそ週1回以上、生活行為の改善を目的とした効果的な介護予防プログラムを実施する、3～6ヶ月の短期間で行われる短期集中予防サービス

○単価

・サービスの内容に応じ、市町村が適切な単価の設定を行うものとする。なお、保健・医療の専門職が関与するものであることから、国が定める単価を上限とするものではない。

○留意事項（抜粋）

・個別的な支援を中心とする短期集中予防サービスであることから、3か月を経過した時点で評価を行い、たとえばサービス担当者会議等のカンファレンスを開催し、サービス終了後も引き続き社会参加に資する取組が維持されるよう配慮すること。ただし、カンファレンスの結果、サービスの継続が生活行為の改善に効果的であると判断された場合には、最大6か月までサービスを継続してもよい。

・サービス終了後は、余暇やボランティア活動、地域の通いの場等の社会参加、一般介護予防事業、通所型サービスB等の社会参加に資する取組を継続できるよう配慮すること。

短期集中予防サービスの会場例

□ 老健はくあいの会場の様子



社会参加プログラム



IADLプログラム



面談



運動機能向上プログラム

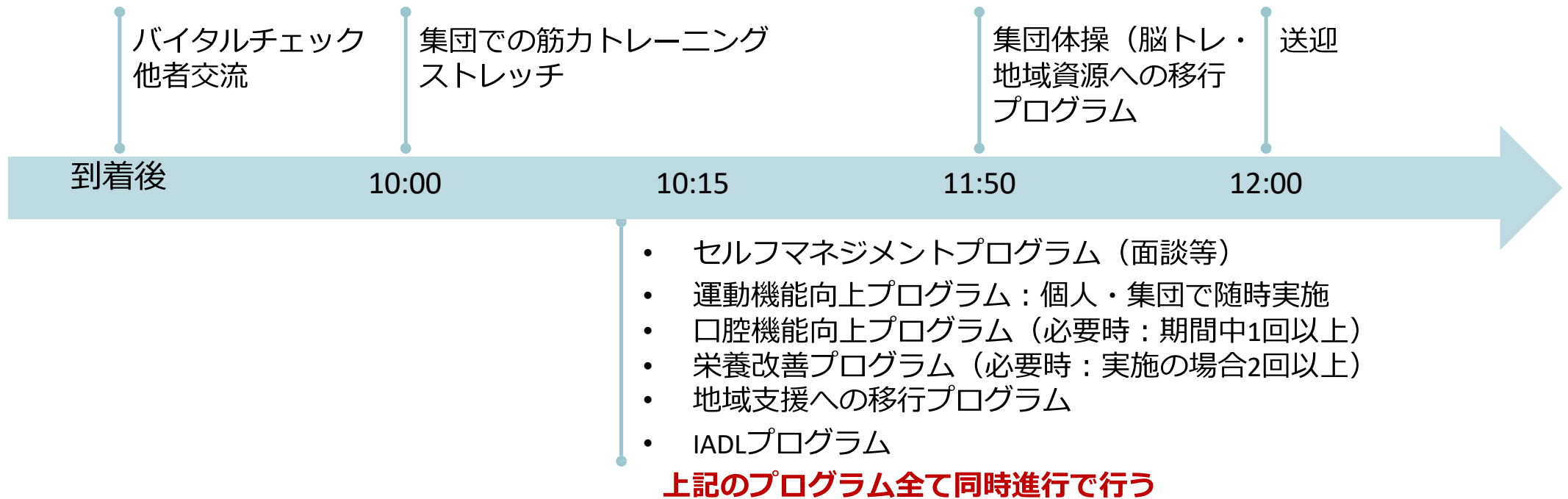


口腔機能向上アプローチ

出典：老健はくあい岡崎浩之氏の研修資料より引用

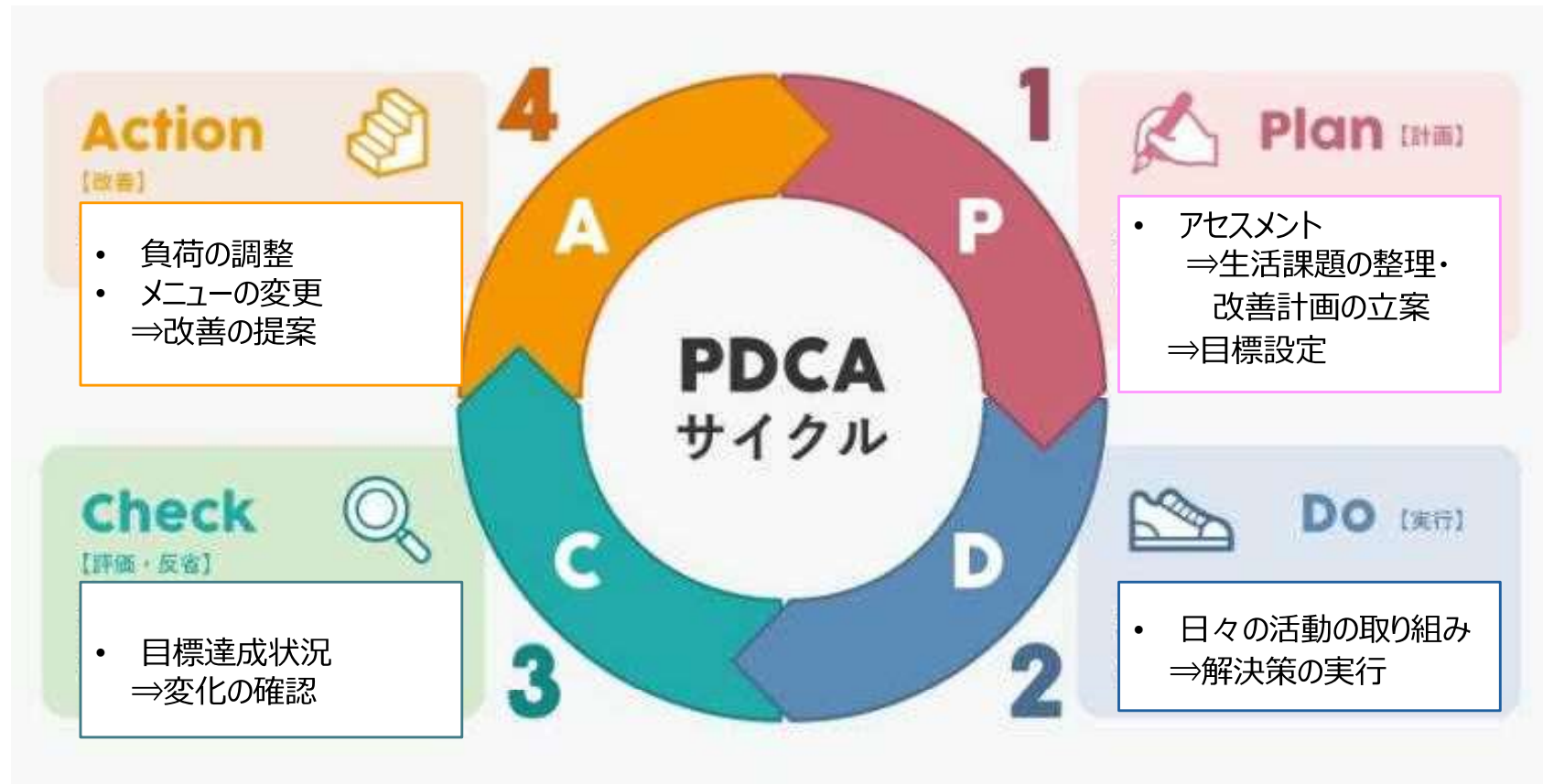
短期集中予防サービスの流れ

老健はくあいの通所プログラム 2時間の流れ



老人保健施設はくあい 岡崎浩之氏資料を元に改変

セルフマネジメントプログラム



医療法人一祐会名倉氏資料の一部を修正

✓ 利用者が主体となってPDCAサイクルを回すことができるように一緒に考える

介護予防手帳の活用



ケアプラン (介護予防サービス・支援計画書 A 表「目標」)

なりたい自分

改善・向上したいと思っていること

目標 (解決すべき生活課題)

1週目の活動の記録 よくできた◎ できた○ 少し△ できなかった×

月日	事項(1)	取組(1)	取組(2)	ひとこと
1/1				
1/2				
1/3				
1/4				
1/5				
1/6				
1/7				
1/8				
1/9				
1/10				

取組への実行度
自己評価 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
家族評価 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

次週の取組に向けて

出欠印欄

八王子市資料の一部を修正

- ✓ 目標や目標を達成する取り組みを**利用者と一緒に考える**
- ✓ 日々の取り組みを自宅で記録し、面談の中で振り返る

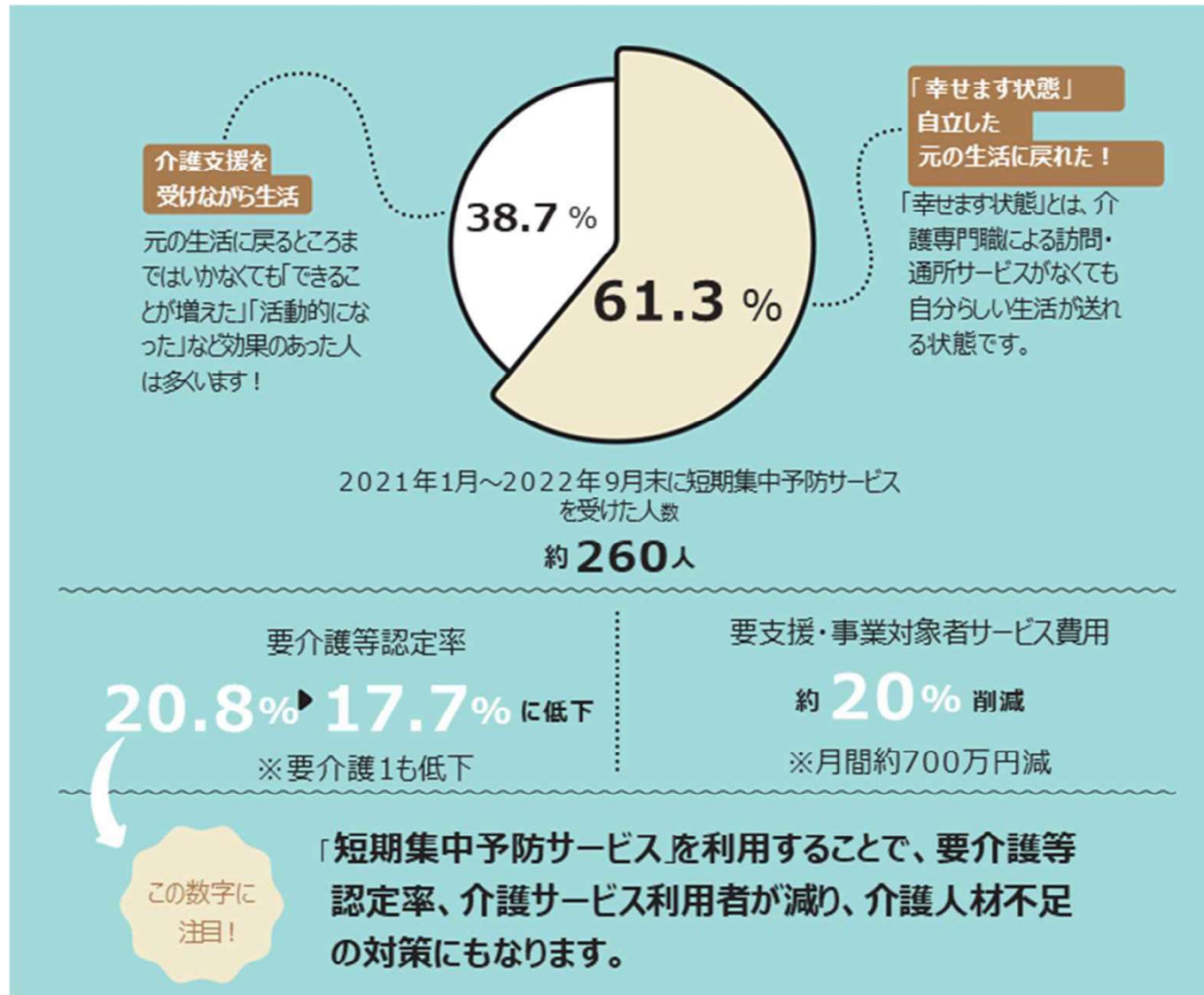
12回の使い方

	寝屋川市	防府市
初回	・10～15分ほどのオリエンテーション ・体力測定、アンケート ・目標の確認 ・他利用者への紹介	・体力測定、アンケート ・目標の確認、設定
2～11回	・関わり方は利用者の進捗状況に合わせる ・早期に目標達成した利用者は面談の時間を減らす（逆に進捗状況が思わしくない利用者については時間を割く） ・事業所での運動はあくまでおまけだと全員に何回も話す ・利用者が目標を達成したなど良かったイベントは全員に共有（代理体験効果を狙う） ・常に終了後の生活を意識する（SCも介入して終了後の具体的なイメージを話し合う） ・10回目に体力測定、短期集中終了後のサービス利用の話をする	・目標に対しての進捗状況を確認しながら早期に目標が達成できた場合には次の目標を設定し、力んでもらう ・サービス利用時間を主体的に過ごせるよう徐々に関わりを利用者主体に変化させていく ・事業所での運動は活動量の確保のためではなくやり方を覚えるためということを伝える ・利用者の生活者としての強みを伝えてもらう
最終回	・卒業証書を渡して理学療法士と一緒に写真を撮る ・フォローアップ制度の説明 ・これからの生活をどうしていくかの確認 ・困った時は相談に乗ることを説明 ・「事業所で運動しなくても普段の生活でちゃんと運動（家事や買い物を含めて）をしていれば維持はできる」と全員に伝える	・最終評価（体力測定、アンケート） ・後続く利用者に向けた一言メッセージを披露してもらうことで自己肯定感を高め、他利用者への動機づけをしてもらう ・介護予防手帳でフォローする利用者については事業所またはケアマネが説明 ・生活の中での活動量を増やすことを意識して過ごしてもらうように伝える

運動・栄養・口腔プログラムの例

	寝屋川市	防府市
運動PG	・ホームエクササイズは、スクワットや体幹伸展のストレッチ、タンデムゲイト（継足歩行）などごく簡単なもの（利用者に配布する運動の資料は50種類以上） ・利用者の機能や課題に応じた運動、体操（資料の中からオーダーメイドで提案） ・めじろん体操/準備・整理体操（家でもできること）	・各メニューを資料にしてラックに整理しており、面談の都度個別の状態像に応じて紹介 ・壁面に掲示している資料を見て実践することでホームエクササイズに加えている ・事業所によってはマシンを設置している施設もあるが極力マシンや徒手による物療に頼らないことがコンセプトであるため、身体の動かし方や体操がメイン
栄養PG	・月1回程度 ・基本的に全員に向けた講和（例：オーラルフレイルとは？一時間で栄養が大きく変わるテクニック） ・個別の関わりが必要だと理学（作業）療法士が判断した利用者については個別面談	
口腔PG	・基本的に関わりが必要だと理学（作業）療法士が判断した利用者については個別面談 ・基本的に関わりが必要だと理学（作業）療法士が判断した利用者については個別面談 ・飲み込み、口の動き、むせ等の状態に応じた口腔体操の提案	・期間中1回は個別にアセスメント ・必要と判断される利用者については毎回、それ以外は必要時に適宜支援

山口県防府市の場合



出典：ILC-Japan,令和4年度老人保健事業推進事業「虚弱な高齢者が元の生活を取り戻せる地域づくり_リエイブルメント導入マニュアル」別冊,2023