

令和 7 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)事業

短期集中予防サービス
(サービス・活動 C)の効果的
な実施に関する調査研究
【調査結果報告書】

令和 8 年3月

株式会社 日本能率協会総合研究所

内容

第1章 事業概要.....	3
1 事業の背景・目的.....	4
2 実施概要.....	4
3 実施体制.....	5
第2章 先行研究レビュー.....	7
1 実施概要.....	8
2 実施結果.....	9
3 まとめ.....	27
第3章 アンケート調査.....	29
1 調査目的.....	30
2 調査設計.....	30
3 回収結果.....	30
4 調査項目.....	31
5 報告書の見方.....	35
6 調査結果のまとめ.....	36
7 調査結果.....	38
第4章 ヒアリング調査.....	159
1 ヒアリング調査の概要.....	160
2 対象自治体一覧.....	161
3 ヒアリングで得た主な知見.....	162
4 留意事項.....	164
5 自治体別ヒアリング結果.....	165

第 1 章 事業概要

1 事業の背景・目的

日本の総人口は減少局面を迎えているが、高齢者が占める割合は今後も高くなり、特に75歳以上高齢者の総人口に占める割合は増加していき、2055年には25%を超える見込みである。75歳以上の高齢者数の増加に伴って、要介護認定者も増加し、2040年にはピークを迎えると推計されている。そのため、地域支援事業において要介護状態等となることを予防し、地域で自立した日常生活を営むことができるよう支援することが重要である。しかしながら、短期集中予防サービス(サービス・活動C)を実施している市町村数は令和5年度において訪問型で455市町村(26.1%)、通所型で741市町村(42.6%)に留まっている。一方、短期集中予防サービスの利用実人数は、令和6年度において、訪問型で3,244人、通所型で16,250人に留まり、令和5年度より微減している。一方で、従前相当サービスは訪問型で315,400人、通所型で575,300人にのぼり、通所型に至っては令和4年度以降、増加している。これらの報告から、短期集中予防サービスを実施していたとしても、1市町村当たりの利用者数は従前相当サービスと比べても少ないと推測される。

これまでの報告で、短期集中予防サービスを実施する上での課題として、実施していない市町村では「現在、実施主体や担い手がいない」、実施している市町村では「地域にニーズがあるか把握が難しい」がそれぞれ最も多いことが報告されている。このことから、短期集中予防サービスの普及・拡充に向けては、未実施市町村に対する担い手確保の支援と、実施市町村に対する対象者ニーズ把握の支援という、それぞれの段階に応じた異なるアプローチが必要であることが示唆される。しかし、サービスの設置や対象者の選定といった入口から、社会参加等活動的な日常の継続といった出口に至るまでの各段階において、効果的な実施を阻害する具体的な要因や、その解決策については十分に明らかにされていない。

そこで、本事業は、各自治体における短期集中予防サービスについて、効果的な実施を阻害する入口(サービスの設置や対象者の選定)から出口(社会参加等活動的な日常の継続)までの要因や課題を明らかにし、その解決策を整理して提示することを目的とする。さらに、これらの知見をもとに手引きを作成し、全国の市町村に展開することで、介護予防に効果的なサービス・活動Cの普及を図ることを目的に実施した。

2 実施概要

本事業では有識者及び行政担当者が構成される検討委員会を設置し、指標設定の考え方について助言を得た。具体的には以下の①～⑤の項目について取り組んだ。

■事業項目

①先行研究レビュー	・先行研究レビューを実施した
②検討委員会の設置	・有識者および行政担当者を構成メンバーとし、調査項目の検討や手引きの内容等に関する検討を行った。

③アンケート調査の実施	・実施体制や内容、課題等を定量的に把握するためにアンケート調査を実施した。
④ヒアリング調査の実施	・実施の工夫や成果の要因、課題を深掘りするためにヒアリング調査を実施した
⑤手引きの策定	・短期集中予防サービスを効果的に実施するための実用的な手引きを策定した。

3 実施体制

(1)開催実績及び検討内容

下記のとおり、有識者及び行政担当で構成される検討委員会を設置し、調査票の設計や手引きの内容等についてご意見を伺った。

■有識者一覧(敬称略、五十音順、◎は委員長)

氏名	ご所属
植田 拓也	地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所 東京都介護予防・フレイル予防推進支援センター 副センター長
佐藤 孝臣	株式会社アイトラック 代表取締役
佐原 博之	公益社団法人 日本医師会 常任理事
白部 麻樹	地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
田中 明美	奈良県福祉保険部 次長
土山 雄矢	相模原市健康福祉局 地域包括ケア推進部 高齢・障害者支援課 主査
中村 一朗	一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 副部長
名倉 和幸	医療法人一祐会 介護老人保健施設ハーモニー 事業部長
◎藤原 佳典	地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所 副所長
松本 小牧	豊明市 市民生活部 共生社会課 課長
米山 久美子	認定栄養ケア・ステーション eatcoco 代表

■オブザーバー(敬称略)

氏名	ご所属
齋藤 陽子	厚生労働省 老健局 老人保健課 介護予防栄養調整官
村角 真央	厚生労働省 老健局 老人保健課 係長
池口 恵佳	厚生労働省 老健局 老人保健課 主査
内田 祐紀	厚生労働省 老健局 老人保健課 係員

■事務局 株式会社日本能率協会総合研究所

(2)実施内容

次の通り実施した。

■実施内容

	日程・場所	議事
第1回	令和7年 11月 17日(月) 10時 00分～12時 00分 開催形式:オンライン	(1)事業計画説明 (2)国内外の先行研究およびエビデンス (3)アンケート調査設計・調査票(案)検討 (4)ヒアリング調査実施概要(案)
第2回	令和8年 2月 12日(木) 17時 30分～19時 30分 開催形式:オンライン	(1)先行研究の一部追加の報告 (2)アンケート調査結果の報告 (3)ヒアリング調査の対象市町村および ヒアリング調査項目の検討 (4)サービス・活動Cの手引きの構成案および 内容の検討
第3回	令和8年 3月 4日(水) 17時 00分～19時 00分 開催形式:オンライン	(1)ヒアリング先の市町村のご報告 (2)サービス・活動Cの手引きの内容の検討

第 2 章 先行研究レビュー

1 実施概要

短期集中予防サービス(サービス・活動C)の効果に関する先行研究について、国内及び国外の調査研究報告書や論文などを整理した。

短期集中予防サービス(サービス・活動C)の効果を検証した先行研究について、以下の条件で検索し抽出した。続いて、論文の内容を要約し、一覧表で整理をした。

<p>検索範囲</p>	<p><国内文献> 2024年6月までは下記レビュー論文の情報を使用し、2024年6月以降は調査時まで同様の条件で検索して文献を抽出した。 (田中光, 石橋裕, 佐々木智也, 他. 本邦における介護予防・日常生活支援総合事業におけるスコーピングレビュー. 日本老年療法学会誌. 2025. 4; 1-9)</p> <p><老健事業> 平成30年以降に発行された報告書を確認し、該当する報告書を抽出した。</p> <p><海外文献> 2012年の特定論文以降を調査。加えて、レビュー論文の引用元及びレビュー論文以降の関連文献を掲載</p>
<p>検索データベース</p>	<p>CiNii Research、医学中央雑誌 Web、Pubmed</p>
<p>検索キーワード</p>	<p><国内文献> #1:(高齢者/TH or 高齢者/AL) and ((介護予防・日常生活支援総合事業/AL) or (一般介護予防事業/AL) or (介護予防把握事業/AL) or (介護予防普及啓発事業/AL) or (介護予防事業/AL) or (介護予防・生活支援サービス事業/AL) or (通所型サービス/AL) or (サービスC/AL)) and (PT=原著論文) #2:(高齢者/TH or 高齢者/AL) and (短期集中予防/AL or 短期集中サービス/AL or サービスC/AL or 予防C/AL) and (PT=原著論文) #3:(厚生労働研究成果データベース)"サービスC" OR 短期集中予防 OR 短期集中サービス OR 予防C</p> <p><海外文献> 2011年以降を対象に抽出した。 #1:reablement OR re-ablement #2:(restorative[Title/Abstract]) AND (("Randomized Controlled Trial"[Title/Abstract]) OR (RCT[Title/Abstract]) OR ("randomized controlled trial"[Publication Type]))</p>
<p>除外要件</p>	<p><国内文献> 一般介護予防と明記のある場合、「通いの場」と記載のある場合(住民主体サービスと判断)、論文の本旨が同事業の効果測定でないもの、特定症</p>

	<p>例の研究、専門職の関与のない運動教室、一次予防事業と明記のある情報、直近1年以内に同一著者による類似の発表のある論文(オープンアクセス文献を優先で掲載)、インタビューなどの定性的な研究</p> <p><海外文献> 脳・呼吸器疾患など特定疾患に関するもの(医療従事者によるもの)</p>
--	--

2 実施結果

データベースの検索の結果、国内文献は28件、厚生労働科学研究成果データベースは2件、海外文献は29件を採用した。

以下、各論文のタイトル及び書誌情報、発行年、論文の要約について記載した。

<国内文献>

No.	タイトル	書誌情報	内容要約
1	津島市における通所型サービスC「みらいっ歩」デモ事業の実施報告	齊藤朱美, 藤井愛海, 後藤優季, 他. 愛知作業療法 2022; 30: 22-27.	○目的:津島市における総合事業の短期集中予防サービス, 通所型サービスC「みらいっ歩」デモ事業の有効性の検証 ○結論:4名ともに心身機能評価(E-SAS)の「人とのつながり」の項目で向上を認めた。また、日常生活においては「交友関係の拡大」を認めた。そのほかの評価ではいずれも共通した大きな変化は認められない結果となった。対象者のうち目標が具体化できた3名は、生活の活動範囲に大きな変化がみられなかったが、活動・参加レベルで生活の変化が認められた。
2	総合事業通所型サービスCにおける運動介入の効果	丸山潤, 石田真二, 廣井鶴輝, 他. 新潟県厚生連医誌 2020; 29(1): 14-18.	○目的:通所型サービスC運動機能向上事業「体しゃっきり教室」の運動介入効果の検討 ○結論:握力以外の運動機能、疼痛、基本チェックリスト運動項目該当数に有意差が認められた。本研究により、同事業が全般的な運動機能や慢性疼痛による自覚的な痛みの改善に有効であることや、生活機能の改善への一定の効果が示唆された。
3	運動機能と口腔機能との関連について 介護予防事業を展開する通所型サービスCにおいて	有光一樹, 金久雅史, 光内梨佐, 他. 地域リハビリテーション 2020; 15(3): 190-194.	○目的:通所型サービスCにおいて運動機能の向上が口腔機能の改善に貢献しているかの検討 ○結論:運動機能においては、Timed up & Go Test(以下、TUG)と立ち上がり動作において有意な改善を認め、また口腔機能においても反復唾液嚥下テスト(RSST)、オーラルディアドコキネス共に有意な改善を示した。これらは高齢者に対する運動機能の介入は嚥下機能の改善につながることを示唆していた。
4	C型事業卒業生のその後から見たこと フレイル予防に必要なことは?	阿南政憲, 芹川夏子, 黒木汰一, 他. 大分県リハビリテーション医学会誌 2022; (19): 7-9.	○目的:サービスCの卒業者を対象とした再びフレイル状態であるかの身体状況及び社会参加の状況の確認 ○結論:サービスC卒業生において、フレイルチェックシートではフレイルと判断された者が1名、プレフレイルと判断された者が4名、残り3名については健康という結果であった。社会関連指標では対象者全員に週に1回以上の他者との交流があり、地区の集まりへの参加なしが4名、社会への関心については、関心なしに3名が該当した。体力チェックでは教室卒業時と比較し12%(TUG)～62%(握力)が低下し、今後フレイル状態になるリスクがあると考えられた。

5	地域に根ざした高齢者運動教室の効果検証—総合体力評価と効果要因の検討を踏まえて—	滝本幸治, 宮本謙三, 竹林秀晃, 他. 理学療法科学 2009; 24(2): 281-285.	○目的: 地域の職能を有した人材資源を有効に活用した介護予防事業において, 著者が介入してきた過去4年間の運動教室の効果検証を行う。 ○結論: 運動教室の前後で総合得点の有意な向上を認めた。効果あり群は支援開始時の総合得点が低く、体力水準が低い者に支援の効果があったと考えられる。
6	積雪・過疎地域の虚弱高齢者に対する冬季における介護予防事業効果の検討	正井美幸, 北谷正浩, 山崎俊明. 理学療法科学 2018; 33(5): 829-834.	○目的: 冬季の積雪・過疎地域における、虚弱の女性高齢者に対する介護予防事業の効果をサルコペニアと非サルコペニアに群分けし検討する。 ○結論: 介入前後では身体機能に有意差はみられなかったが、サルコペニア群では介入後に閉じこもりの減少がみられた。
7	地域高齢者の日常生活活動に影響を及ぼす身体機能の検討—宮城県大崎地区における介護予防事業(二次予防事業)からのデータより—	松井一章, 藤原孝之. 理学療法科学の歩み 2016; 27(1): 36-41.	○目的: 二次予防事業における運動教室が地域高齢者の日常生活活動にどのような影響を及ぼすのかの検証を行う。 ○結論: 体力測定値は握力を除く全項目で運動教室前後に有意差がみられた一方、老研式活動能力指標の得点においては有意差がみられなかった。ロジスティック回帰分析の結果からは、TUGにおいてのみ「手段的自立」項目との関連性が選択された。本研究ではADL向上に一部運動機能への関連が見出された一方、効果的な運動教室運営には支援内容の検討が必要であることが示唆された。
8	介護予防事業における身体の痛みの軽減及び痛みの有無による影響	星真行, 難波樹央, 高橋寿和, 他. 東北理学療法学 2019; 31: 66-73.	○目的: 介護予防事業の介入前後の痛みの軽減及び痛みの有無による介入効果への影響の検討する。 ○結論: Numerical Rating Scale(NRS)得点による痛みの軽減が認められたほか、身体機能の改善も示唆された。痛みによる郡間比較ではファンクショナルリーチ・長座体前屈での交互作用も認められ、介護予防事業における理学療法士の関与による痛みの軽減・それに伴う身体機能の改善が示唆された。
9	介護予防事業による栄養改善プログラム参加者の食事・食生活・運動器機能の改善効果	森脇弘子, 水馬朋子, 梯正之. 日本食生活学会誌 2016; 27(3): 193-200.	○目的: 高齢者が地域社会で自立した生活を送ることを目的とした栄養改善プログラムの有効性の検証する。 ○結論: 介入開始時低得点群の男女は、栄養改善プログラム実施後、「食生活状況スコア」が向上した。また低得点群の男性では、「食習慣スコア(食事の楽しみ方、現在の食生活の好ましさ)」も向上。身体機能テストのうち、TUGの結果においても低得点グループ、および他のグループの女性の間で改善がみられた。

10	一自治体における複合プログラムによる介護予防事業（すみだテイクテン）の評価	木村美佳, 守安愛, 熊谷修, 他. 日本公衆衛生雑誌 2016; 63(11): 682-693.	○目的: 運動, 栄養, 口腔機能の複合プログラム「すみだテイクテン」において、一次予防・二次予防の対象者が区別されることなく参加した事業の有用性の検証を行う。 ○結論: 一次予防対象者・二次予防対象者ともに主要評価項目、副次アウトカムともすべての項目で有意な改善が認められた。食習慣や運動習慣のみならず、生活機能や主観的健康感、社会活動にも改善が認められた。通常調理を行わない対象者の食習慣にも、有意な改善がみられた。
11	知的活動が地域在住虚弱高齢者にもたらす身体機能および心理的变化について	久保田智洋, 岩本記一, 谷口圭佑, 他. 国際エクササイズサイエンス学会誌 2024; 7(2): 32-42.	○目的: 知的活動を用いた介護予防事業にて地域在住虚弱高齢者の心理的・身体的変化を縦断的に調査し、その変化を明らかにする。 ○結論: 対象者はやる気スコアとTUGに有意な改善が認められ、集団的知的活動の地域在住虚弱高齢者のアパシー（無気力）に対する改善効果が示唆された。
12	介護予防・日常生活支援総合事業が利用者の日常生活に与える変化	鈴木岸子, 玉腰浩司, 佐久間清美. 東海公衆衛生雑誌 2019; 7(1): 95-100.	○目的: 総合事業への参加が日常生活に与える変化を明らかにする。 ○結論: 総合事業を利用したことによる生活上の変化があった者は約60%であり、ネガティブな変化を訴える者は少なかった。他者の勧めによる参加群では、「よく人と話すようになった」、「運動することが増えた」、「健康を意識するようになった」の3つの割合が高く、独居群では「食事に気を配るようになった」の割合が高かった。
13	高齢者の口腔機能に対する介護予防事業の有効性	大野慎也. 日大歯学 2016; 90(2): 101-108.	○目的: 歯科診療所で行う口腔機能向上プログラムが高齢者の口腔の健康の維持・増進に与える効果の検討及び今後の事業展開のための指針を検討する。 ○結果: 問診では前向きな返答が増加し、口腔内診査においても改善傾向がみられ、本プログラムは高齢者の口腔機能の維持・増進に有効であることが示唆された。オーラルディアドキネシスではプログラム実施前後で有意な回数の増加が認められた。3年間継続して参加した対象者は機能向上した状態が経年的に維持されていた。さらに、主観的健康感及びプログラムの感想にも前向きな姿勢がみられた。
14	フレイル予防短期スクールに参加する地域在住高齢者に対する集団型運動プログラムの短期効果に関する探索的研究	久木崎航, 丸中公貴, 金子茂稔. 体操研究 2023; 17: 22-29.	○目的: 未来図Labo社が地域在住高齢者を対象に実施している3か月間のグループ運動プログラムの有効性の検証する。 ○結論: 30秒椅子立ち上がりテスト・片足立ちテスト、TUGで統計学的な有意差がみられ、同社考案の3か月の運動プログラムは65歳以上の地域在住高齢者の下肢筋力及び歩行能力の維持・向上に効果的であることが示唆された。

15	地域在住高齢者における Instrumental Activities of Daily Living, 身体機能の改善に対する短期集中予防サービス介入	松山厚樹, 明崎禎輝, 鍛冶秀生. Professional Rehabilitation Science 2025; 2: 19-24.	○目的: ADLが自立している地域在住高齢者を対象として, IADL、身体機能の改善のための介入を実施し, その効果を検証すること。 ○結果: 身体機能、IADLが有意な改善を示し、地域高在住高齢者に対して、予防的な視点に基づき評価に基づいた適切な介入を実施する必要性が示唆された。
16	介護予防事業における基準緩和型通所サービスの取り組みと効果	堀田陽平, 谷内香織, 中村英史, 他. 石川県理学療法学雑誌 2018; 18(1): 21-28.	○目的: 虚弱高齢者を対象とした介護予防事業における基準緩和型通所サービスの効果を明らかにすること。 ○結果: 要介護度は、維持が29名、悪化が1名であったが、基本チェックリストの運動機能に関する項目、運動習慣、30秒間立ち座りテスト(CS-30)、5m歩行テスト、TUGにおいて実施前に比べ実施後に有意に改善した。
17	移動能力と生活空間のひろがりからみた介護予防事業「元気はつらつ教室」の効果	山田和政, 浜辺祐介, 今井優利, 他. 健康レクリエーション研究 2018; 14: 9-13.	○目的: 介護予防事業「元気はつらつ教室」における取り組み効果の、移動能力と生活空間のひろがりの観点からの検証すること。 ○結果: 平均値の比較では、初回と1年後で TUG遂行時間、LSA得点の有意差は認められなかった。元気はつらつ教室における取り組み効果は、いずれの参加者も転倒リスクのない移動能力を維持している一方、LSAによる生活空間のひろがりについては狭小化した者や狭小から変化のない者もみられた。
18	ロコモコーディネーターのロコトレ指導による介護度進行抑止効果	二階堂元重, 林承弘, 藤野圭司, 他. 運動器リハビリテーション 2024; 35(3): 255-263.	○目的: ロコモコーディネーターによる指導下のロコトレによる介護度の進行抑止効果を検討する。 ○結果: 指導開始時のケアレベルが高く持続的であるほど、より有用な運動訓練が実証された。身体機能評価の点では、ロコモコーディネーター指導群よりも有意に優れていることが実証された。
19	魚津市通所型介護予防事業の調査報告—膝伸展最大筋力とTimed Up and Go Testの経時的変化—	高倉響, 森下翔伍, 柳瀬克典, 他. 理学療法とやま 2022; 34: 53-60.	○目的: 魚津老人保健施設における「通所型介護予防事業」の効果を検証する。 ○結果: 膝伸展最大筋力は介入後1.5か月で有意な増加、TUGは介入後1.5か月、3か月、6か月で有意な短縮を認めた。このことより本事業による筋力増強とバランス能力向上の効果が示された。

20	当院における介護予防事業「ときも運動教室」6ヵ月後の追跡調査報告	白岡岳人, 雨宮克也, 名塚健史, 他. 埼玉県包括的リハビリテーション研究会雑誌 2018; 18(1): 9-12.	○目的: 介護予防事業における事業終了後の運動機能変化を検討する。 ○結論: 終了時から体力測定会までに有意に悪化した項目はなかった。30秒椅子立ち上がりテストでは終了時と測定会で有意な改善を認め、運動継続に向けた取り組みの有効性が示唆された。
21	介護予防事業が二次予防対象女性高齢者の主観的健康感に与える効果 栄養状態による違いに着目して	鈴木崇広, 星真行, 渡部崇久, 他. 日本予防理学療法学会雑誌 2023; 3(1): 22-29.	○目的: 介護予防事業が二次予防対象女性高齢者の主観的健康感に与える効果の栄養状態による違いに焦点を当て検討する。 ○結論: 栄養状態別における主観的健康観は介入後に改善が認められ、栄養非良好な群は栄養良好群に比べてより改善率が高かった。身体機能評価も栄養非良好な群ほど高い介入効果が示唆された。
22	二次予防事業における口腔機能向上の取り組みについて	川村孝子, 遠藤孝子, 山口柳子, 他. 秋田県公衆衛生学雑誌 2017; 13(1): 8-11.	○目的: 10年間にわたる総合事業に向けた介護予防事業、特に口腔機能向上プログラムの在り方の検討を目的とした。 ○結果: オーラルディアドコキネシスPa音/Ta音/Ka音は両群において有意な改善がみられ、反復唾液嚥下テストの初回嚥下までの時間平均や嚥下回数も有意な改善がみられた。複合群では咬筋触診の状態の改善がみとめられたほか、開眼片足立ち、TUGにおいても改善・維持の割合が高かった。これにより、複合プログラムの実施による咬筋の緊張の改善や咬合力など咀嚼機能の向上が示唆された。
23	作業参加が外出頻度やストレス反応に与える影響—デイサービスを利用する地域在住高齢者への横断的調査による検証—	佐野伸之, 京極真. 作業療法 2016; 35(3): 229-238.	○目的: デイサービスにおける作業参加と外出頻度や障害重症度、歩行能力、ストレス反応との関連を検討する。 ○結果: 障害の重さは作業参加に抑制的にはたらき、作業参加は外出を促進し、ストレス反応を抑制する効果が判明した。また歩行能力は外出頻度を促した。TUGから作業参加への影響は有意ではなく、大切な活動への参加に歩行能力の影響は低いことが示された。背景としては車いすなどの代替的な移動手段の使用が考えられ、作業療法士として、個人にとって大切な活動への関わりを支援するには機能障害や歩行能力の改善だけでなく、福祉用具の検討や環境調整などの要因について模索することの重要性が示唆された。
24	当院で開催した介護予防運動教室が参加高齢者のQOLに及ぼす影響	石川達也, 後藤文彦, 渡邊英弘, 他. 愛知作業療法 2017; 25: 87-91.	○目的: 東海記念病院リハビリテーション科で実施されている介護予防運動教室がQOLに及ぼす影響を明らかにする。 ○結果: 教室の前後でSF-36の全体的健康感・心の健康の2つの下位項目で有意な改善が認められ、先行研究とは異なる傾向を示した。

25	品川区委託介護予防事業：理学療法士による「身近でリハビリ」の介護予防効果	奥壽郎, 与那嶺司, 榎本康子, 他. 理学療法科学 2007; 22(4): 439-443.	○目的: 東京都品川区介護予防事業「身近でリハビリ」の介護予防効果の検討 ○結論: 上記すべての測定項目で有意な向上がみられ、参加者の体力全般への効果が示唆された。
26	介護予防事業の運動介入が運動機能及び健康関連QOLに及ぼす影響について	伊藤裕介, 菅沼一男, 芹田透, 他. 理学療法科学 2010; 25(5): 779-784.	○目的: 介護予防事業が特定高齢者の運動機能及び健康関連QOLに及ぼす影響の検討 ○結論: 転倒群及び非転倒群共に、運動機能は介入前後で有意差が認められた。SF-36は、非転倒群において介入前後で有意差が認められたが、転倒群は有意差が認められなかった。
27	地域における介護予防事業の自己効力感に対する効果についての縦断的研究	小野隆, 涌井佐和子, 前上里直, 他. 理学療法科学 2013; 28(1): 53-58.	○目的: 多領域の自己効力感(self-efficacy:以下SE)に対する運動機能向上を目的とした介護予防事業の効果の検討 ○結論: 外出SE得点と健康SEの保健、運動得点が介入後有意に上昇した。転倒非経験者では外出SE得点が優位に上昇し、転倒経験者は健康SEのうち保健が優位に上昇した。
28	変形性膝関節症を有する高齢者を対象とした運動介入による地域保健プログラムの効果 無作為化比較試験による検討	種田行男, 諸角一記, 中村信義, 他. 日本公衆衛生雑誌 2008; 55(4): 228-237.	○目的: 変形性膝関節症を有する高齢者を対象とした介護予防事業として実施できる運動介入プログラムの考案及びその効果の無作為化比較試験による検証 ○結論: 反復測定分散分析を用いて時点と群の相互作用を検討した結果、膝痛スコア、膝関節伸展、屈曲時のピークトルク、関節可動域、起居能力および歩行能力に効果の有意性が認められ、膝痛を有する高齢者の疼痛軽減及び運動機能の改善への有効性が検証された。
29	Effects of Reablement on the Independence of Community-Dwelling Older Adults with Mild Disability: A Randomized Controlled Trial.	Hattori, S., Yoshida, T., Okumura, Y., & Kondo, K. (2019). International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(20), 3954.	○目的: 軽度障害高齢者の長期介護サービスからの自立を改善する再活性化プログラムの有効性を評価する ○結論: 介入群と対照群の自立率はそれぞれ11.1%と3.8%(絶対差:7.3、95%信頼区間:2.0~12.5)で、介入群において有意に自立率が高かった。一方、重篤な有害事象のリスクには群間差はみられなかった。

30	Difference in long-term care cost obtained with the short-term intensive prevention service (day service type C): A 3-year follow-up study of Japanese older adults.	Watanabe, R., Saito, M., Ide, K., Kondo, K. (2025). Geriatr Gerontol Int, 25(8), 1058-1064.	<p>○目的:短期集中予防サービスの実施が、非参加者と比較して3年間の介護費用の累積を減少させるかどうかを評価することを目的とした。</p> <p>○結論:非参加者と比較して、参加者はその後3年間で1人当たり約500,000円の累積介護費用を削減した。短期集中型予防サービスの普及は、介護保険制度の持続可能性に貢献する可能性が示唆された。</p>
----	--	---	---

<海外文献>

No.	タイトル	書誌情報	内容要約
1	Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial.	Tuntland, H., Aaslund, M. K., Espehaug, B., Førland, O., & Kjekken, I. (2015). Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. BMC Geriatrics, 15, 145.	<p>○目的:在宅高齢者におけるリエイブルメントの有効性を、日常生活、身体機能、および健康関連の生活の質の観点から、通常のケアと比較検討する。</p> <p>○結論:長期的には活動パフォーマンス及びパフォーマンスに対する満足度が向上した一方、測定されたその他の指標は改善がみられなかった。</p>
2	A Randomized Trial of a Multicomponent Home Intervention to Reduce Functional Difficulties in Older Adults.	Gitlin, L. N., Winter, L., Dennis, M. P., Corcoran, M., Schinfeld, S., & Hauck, W. W. (2006). Journal of the American Geriatrics Society, 54(5), 809-816.	<p>○目的:慢性疾患を持つ高齢者における機能的困難、転倒の恐怖、家庭内の危険を軽減し、自己効力感と適応的対処能力を高める多要素介入の有効性の検証を行う。</p> <p>○結論:6か月時点で、介入参加者は対照群と比較して、ADL/IADLの困難度が低かった。また、自己効力感、転倒恐怖度、家庭内危険度、適応戦略の利用度も高く、ほとんどのアウトカム指標において、効果は12か月後も持続した。</p>
3	Promoting independence in frail older people: a randomised controlled trial of a restorative care service in New Zealand.	Senior, H. E. J., Parsons, M., Kerse, N., Chen, M. H., Jacobs, S., Hoorn, S. V., & Anderson, C. S. (2014). Age and Ageing, 43(3), 418-424.	<p>○目的:ニュージーランドでニーズ評価を依頼された虚弱高齢者の無入院生存率と健康成果に対する回復ケアサービスの有効性の評価</p> <p>○結論:介入事例では死亡または恒久的な施設入所のリスクが14.3%(施設入所の場合は8.8%、死亡のみの場合は7.2%)減少したが、有意差はなかった。介護者間の負担レベルに差はみられなかった。</p>

4	A randomised controlled trial of the Home Independence Program, an Australian restorative home-care programme for older adults.	Lewin, G., De San Miguel, K., Knuiman, M., Alan, J., Boldy, D., Hendrie, D., & Vandermeulen, S. (2012). Health & Social Care in the Community, 21(1), 69-78.	<p>○目的:高齢者向けの回復型在宅介護プログラムである Home Independence Program (HIP) が継続的なサービスの必要性を減らす上で有効かどうかを検討すること。</p> <p>○結論:3か月後と12か月後に HIP グループで継続的なパーソナルケアが必要になる可能性が低くなり、両サブグループとも時間の経過とともに個々の結果指標で改善がみられた。一方、有意差は、治療後の分析で12か月目に手段的日常生活動作(IADL)にのみ存在した。全体的な ADL スコアに経時的なグループ間差はなかったものの、入浴/シャワーの介助を必要とする HIP グループの割合は、3か月と12か月で有意に少なかった。</p> <p>この結果は、短期の回復プログラムに参加することで継続的な在宅ケアの必要性が減るという以前の知見を裏付けている。</p>
5	Assessing the impact of a restorative home care service in New Zealand: a cluster randomised controlled trial.	King, A. I. I., Parsons, M., Robinson, E., & Jørgensen, D. (2011). Health & Social Care in the Community, 20(4), 365-374.	<p>○目的:地域在住の高齢者に対する回復期在宅ケアサービスの影響を評価すること。</p> <p>○結論:介入により、高齢者の7か月時点での健康関連QOL (SF36)において、通常のケアと比較して統計的に有意に高い結果となった。他の評価指標はいずれの群でも経時的な変化がみられなかった。また、介入群と対照群の間に、短縮または退院が決定した高齢者の数において有意差がみられた。</p>

6	Frail elderly home care clients: The effects and expense of adding nursing health promotion and preventive care to personal support services.	Markle-Reid, M. (2002). Frail elderly home care clients: The effects and expense of adding nursing health promotion and preventive care to personal support services [Doctoral dissertation, McMaster University]. MacSphere.	<p>○目的:在宅介護サービスの一環として登録看護師が提供する健康増進と予防ケアに焦点を当てた虚弱高齢者へのサービス提供のための新しいモデルの開発、実装、評価を行った。</p> <p>○結論:本研究の介入により、社会的追加費用なしで身体的および精神的健康機能の臨床的かつ統計的に有意な改善と、利用者に対する社会的支援の認識レベルの向上がみられた。介入群における急性期入院の利用は、通常と比較して高齢者在宅ケア利用者100人あたり1年間で年間200,879ドルのコスト削減に相当する差があった。この結果は虚弱高齢者集団に対して、事後的かつ断片的に専門的サービスを提供するよりも、積極的な看護師による健康促進を提供する方が効果的であり、費用の差もないことを示している。</p>
7	Health promotion for frail older home care clients.	Markle-Reid, M., Weir, R., Browne, G., Roberts, J., Gafni, A., & Henderson, S. (2006). Journal of Advanced Nursing, 54(3), 381-395.	<p>○目的:高齢者に対する通常の在宅ケアに加えて積極的な看護による健康増進介入を実施した場合と、通常の在宅ケアサービスの実施事例の比較及び効果・費用を評価した。</p> <p>○結論:高齢者に対し、介護による健康促進を積極的に提供した場合、オンデマンドの介護サービス提供と比較して、精神保健機能の向上(P=0.009)、抑うつ症状の軽減(P=0.009)、および社会的支援の認識の向上(P=0.009)が認められた。介入群において、社会的観点からの追加コストは発生しなかった。</p>
8	Evaluation of an Agency-Based Occupational Therapy Intervention to Facilitate Aging in Place.	Sheffield, C., Smith, C. A., & Becker, M. (2012). The Gerontologist, 53(6), 907-918.	<p>○目的:米国における利用者の成果向上を目的とした介入について、臨床試験から機関の環境に移行することの有効性を検討すること。</p> <p>○結論:介入群では家庭安全性、HRQoL、転倒恐怖の改善が示された一方、機能状態の改善や転倒回数の減少は示されなかった。また、本介入の結果推奨されるパーソナルケア時間は39%削減され、この事業の実施が大幅なコスト削減につながることを示唆された。</p>

9	Goal setting as a feature of homecare services for older people: does it make a difference?.	Parsons, J., Rouse, P., Robinson, E. M., Sheridan, N., & Connolly, M. J. (2011). Age and Ageing, 41(1), 24-29.	<p>○目的:在宅ケアを勧められた地域在住高齢者における、指定された目標促進ツールが健康関連の生活の質 (HRQoL)、社会的支援、身体機能に与える影響を評価すること。</p> <p>○結論:介入群では、HRQoLによる評価の経時的変化がより大きく、これにより、在宅ケアの紹介時に高齢者のニーズを評価する際に目標達成促進ツールを用いることで、HRQoLが著しく改善されることが示された。ホームケア提供者間で提供されたサービスの種類には顕著なばらつきが認められた。</p>
10	Effectiveness of a lifestyle exercise program for older people receiving a restorative home care service: a pragmatic randomized controlled trial.	Burton, E., Lewin, G., Clemson, L., & Boldy. (2013). Clinical Interventions in Aging, 1591.	<p>○目的:高齢者向けの回復期在宅ケアサービスの一環として提供されている現在の体系的な運動プログラムよりも、ライフスタイル運動プログラムをより頻繁に実施することで、より大きな機能的利益が得られるかどうか検討すること。</p> <p>○結論:8週間の介入期間中、両群間で運動量に差はみられなかったが、LiFEプログラムは既存の体系的な運動プログラムと同等の効果を示し、アウトカム指標の40%で有意により効果的であることが示された。</p>
11	Occupational Therapy in HomeCare Re-ablement Services (OTHERS): results of a feasibility randomised controlled trial.	Whitehead, P. J., Walker, M. F., Parry, R. H., Latif, Z., McGeorge, I. D., & Drummond, A. E. R. (2016). BMJ Open, 6(8), e011868.	<p>○目的:在宅ケアの再活性化において作業療法士が行う日常生活動作(ADL)を対象とした介入のランダム化比較試験(RCT)を実施する実現可能性をテストすること。</p> <p>○結論:ADLプログラムの対象の15名のうち13名(86%)が介入を受け、1つ以上のADL目標を設定できた。作業療法介入群と対称群の双方ともベースラインから改善が見られたが、全体的な改善は作業療法介入群の方が大きかった。</p>

12	Integrative Psychotherapeutic Nursing Home Program to Reduce Multiple Psychiatric Symptoms of Cognitively Impaired Patients and Caregiver Burden: Randomized Controlled Trial.	Bakker, T. J. E. M., Duivenvoorden, H. J., van der Lee, J., Olde Rikkert, M. G. M., Beekman, A. T. F., & Ribbe, M. W. (2011). The American Journal of Geriatric Psychiatry, 19(6), 507-520.	<p>○目的: 認知障害患者の多重神経精神症状と介護者の負担を軽減するための統合的心理療法介護施設プログラム(統合的リエイブルメントおよびリハビリテーション)の有効性を検証すること。</p> <p>○結論: 介護者の観点から見ると、認知障害患者および介護者において、総合的心理療法介護プログラムは通常のケアよりも多重神経精神症状の軽減に有意に効果的であった。介護者の負担と能力に対する効果もみられ、追跡調査では効果がさらに増大した。看護チームの観点からみると、多重神経精神症状への効果は統計的に有意ではなかったものの、同様の傾向がみられた。</p>
13	Long-Term Effects of Individually Tailored Physical Training and Activity on Physical Function, Well-Being and Cognition in Scandinavian Nursing Home Residents: A Randomized Controlled Trial.	Frändin, K., Grönstedt, H., Helbostad, J. L., Bergland, A., Andresen, M., Puggaard, L., Harms-Ringdahl, K., Granbo, R., & Hellström, K. (2016). Gerontology, 62(6), 571-580.	<p>○目的: 介護施設入居者への個別に調整された介入完了後の3か月で、ADL、バランス機能、身体活動レベル、身体能力、転倒関連自己効力感、幸福感、認知機能への長期的な影響を評価する。</p> <p>○結論: 社会的機能と認知機能の2つの変数のみ介入3か月後、その3か月後に有意なグループ差が示された。これは介入群で低下し、非介入群はほぼ安定していた。移動に関して、介入群は非介入群よりも低下が優位に少なかった。低下の背景として、介入中止後の介入群の一部の失望感が、社会機能サブスケールのスコア低下に反映されている可能性がある。本研究では3か月間の介入中止後にADL機能、バランス、移動能力が低下するため、脆弱な高齢者の身体機能維持には、継続的かつ個別に調整され、支援された身体活動が不可欠である。</p>

14	Optimizing Function and Physical Activity Among Nursing Home Residents With Dementia: Testing the Impact of Function-Focused Care.	Galik, E., Resnick, B., Hammersla, M., & Brightwater, J. (2013). <i>The Gerontologist</i> , 54(6), 930-943.	<p>○目的: 認知障害患者への機能重視型ケア介入が認知症の介護施設入居者と介護する介護士に及ぼす影響を検証すること。</p> <p>○結論: 介入群では、身体活動の量と強度（サーベイおよびアクティグラフィックによる）および身体機能が有意に改善した。治療期間中に転倒した入居者の数が有意に減少し、治療施設の入居者の転倒は減少した。ベースライン測定完了から6か月後、治療群では、入居者とのケア交流において、看護助手が機能重視のケアを提供する割合が高まっていることも観察された。</p>
15	A Cluster Randomized Controlled Trial Testing the Impact of Function and Behavior Focused Care for Nursing Home Residents With Dementia.	Galik, E. M., Resnick, B., Holmes, S. D., Vigne, E., Lynch, K., Ellis, J., Zhu, S., & Barr, E. (2021). <i>Journal of the American Medical Directors Association</i> , 22(7), 1421-1428.e4.	<p>○目的: 認知症の介護施設入居者における機能、身体活動、行動症状に対する認知障害のための機能と行動に焦点を当てたケア(FBFC-CI)介入の有効性を検証すること。</p> <p>○結論: 4か月時点で、治療群は対照群と比較して、総活動時間、中等度活動時間、軽度活動時間が有意に増加し、ケアへの抵抗感が減少した。一方、気分、興奮、および向精神薬の使用には変化がみられなかった。</p>
16	Effects of Individually Tailored Physical and Daily Activities in Nursing Home Residents on Activities of Daily Living, Physical Performance and Physical Activity Level: A Randomized Controlled Trial.	Grönstedt, H., Frändin, K., Bergland, A., Helbostad, J. L., Granbo, R., Puggaard, L., Andresen, M., & Hellström, K. (2012). <i>Gerontology</i> , 59(3), 220-229.	<p>○目的: 介護施設の入居者に対する 3か月間の個別に調整された介入プログラムの ADL、バランス、身体活動レベル、可動性、筋力に対する効果を評価すること。</p> <p>○結論: バランス、身体活動、移乗の指標において、介入群・非介入群の参加者間に有意差が認められ、介入群では歩行／車椅子の速度と機能的脚筋力が有意に改善した。非介入群ではADL、バランス、移乗の指標が有意に低下した。10週間以上の介入に参加した者は身体活動と歩行／車椅子の速度が有意に改善したのに対し、参加期間が短い者では低下が認められた。</p>

17	Does a functional activity programme improve function, quality of life, and falls for residents in long term care? Cluster randomised controlled trial.	Kerse, N., Peri, K., Robinson, E., Wilkinson, T., Randow, M. V., Kiata, L., Parsons, J., Latham, N., Parsons, M., Willingale, J., Brown, P., & Arroll, B. (2008). <i>BMJ</i> , 337, a1445-a1445.	<p>○目的:居住型介護施設の高齢者の機能、生活の質、転倒リスクを改善する活動プログラムの有効性を評価する</p> <p>○結論:体介入群の認知機能の正常な入居者は、全体機能及び下肢機能の悪化が少なかった。認知機能障害のある入居者では、介入群でうつ病の可能性が増加し、認知能力が低い高齢者には有益ではないことが示された。</p>
18	long-term effects of the health coaching self-management program for nursing-home residents.	Park, Y.H., Moon, S.H., Ha, J. Y., & Lee, M. H. (2017). <i>Clinical Interventions in Aging</i> , 12, 1079-1088.	<p>○目的:韓国の老人ホームの高齢者(認知障害のある人を含む)向けの健康コーチングセルフマネジメントプログラム(HCSMP-NHR)の1)自己効力感と目標達成尺度(GAS)、2)健康状態と生活の質(QoL)への影響を評価する</p> <p>○結論:介入群は、9週目の自己効力感、健康不安、抑うつ、QOLにおいて良好な結果を得られ、HCSMP-NHRは軽度から中等度の認知障害を併発する慢性疾患のあるNHRの自己効力感とGASを改善し、健康状態とQOLを高める結果となった。さらにこれらの効果は5か月間の試験期間を通じて維持された。</p>
19	Does functionally based activity make a difference to health status and mobility? A randomised controlled trial in residential care facilities (The Promoting Independent Living Study; PILS).	Peri, K., Kerse, N., Robinson, E., Parsons, M., Parsons, J., & Latham, N. (2007). <i>Age and Ageing</i> , 37(1), 57-63.	<p>○目的:反復的なADL活動プログラムの居住型ケア施設で暮らす高齢者の健康状態、生活満足度、移動性への影響の評価</p> <p>○結論:介入群では、対照群と比較して、SF-36総合身体機能項目要約(PCS)スコアが3か月時点で改善した。移動能力の指標については、いずれの時点においても群間差は認められず、6か月後の追跡調査においてもいずれの指標においても群間差は認められなかった。対照群の参加者が介入群と共にウォーキンググループや運動教室に参加していることが観察されており、この混入が6か月後の追跡調査の指標に影響を与えた可能性が高い。</p>

20	Effects of a physiotherapy and occupational therapy intervention on mobility and activity in care home residents: a cluster randomised controlled trial.	Sackley, C. M., van den Berg, M. E., Lett, K., Patel, S., Hollands, K., Wright, C. C., & Hoppitt, T. J. (2009). <i>BMJ</i> , 339, b3123-b3123.	<p>○目的: 移動に制限があり、日常生活の活動を行うのに介助が必要な介護施設入居者に対する理学療法および作業療法プログラムの臨床効果を標準ケアと比較する。</p> <p>○結論: 家庭環境およびベースライン特性を調整後、ランダム化後6か月時点での平均Barthel indexスコアは、治療群間および評価群間、評価と介入の相互作用において有意差のない結果となった。認知症高齢者における移動能力の指標である平均Rivermead mobility indexスコアも2群間で有意差は認められなかった。</p>
21	Effects of comprehensive intervention on life quality among the elderly with Alzheimer Disease and their caregivers based on mixed models.	Yang, L., Xuan, C., Yu, C., Jin, X., Zheng, P., & Yan, J. (2021). <i>Nursing Open</i> , 9(2), 1412-1422.	<p>○目的: 高齢のアルツハイマー病患者とその介護者の生活の質を向上させるための多部門にわたる包括的な介入の効果を検討すること。</p> <p>○結論: 介入群は対照群と比較して、患者のコミュニケーション能力、家庭問題処理能力、セルフケア能力、家事・余暇活動が有意に改善したことが示された。また介護者の生活の質や介護能力も対照群と比較して向上し、介護者の負荷軽減も図ることができた。</p>
22	Function Focused Care for Assisted Living Residents With Dementia.	Galik, E., Resnick, B., Lerner, N., Hammersla, M., & Gruber-Baldini, A. L. (2015). <i>The Gerontologist</i> , 55(Suppl 1), S13-S26.	<p>○目的: 認知障害のある入居者のための機能重視型ケア介入 (FFC-CI) が機能、身体活動、行動、および転倒に及ぼす影響を検証すること。</p> <p>○結論: 入居者の行動、気分、アクティグラフィイーに基づく身体活動回数、転倒、および機能に関して、時間による違いは認められなかった。一方対照群では、時間の経過とともに、消費カロリーに基づく身体活動、調査結果に基づく身体活動時間、徘徊などの反復行動時間が有意に増加した。介入群では満足度の低下が少なかったことを除き、直接介護者の信念、知識、機能重視型ケア介入の遂行に関して、時間による違いは認められなかった。また介入群ではスタッフの離職率が高く(46% vs. 16%)、情報が確実に受け取られ、研究介入が一貫して実施されているかの保証が困難であった。</p>

23	A Biobehavioral Home-Based Intervention and the Well-being of Patients With Dementia and Their Caregivers.	Gitlin, L. N., Winter, L., Dennis, M. P., Hodgson, N., & Hauck, W. W. (2010). JAMA, 304(9), 983.	<p>○目的:環境の要求を患者の能力に合わせて再調整する非薬理的介入の試験の効果を検証すること。</p> <p>○結論:4か月時点で、対照群と比較して、介入群の患者は機能的自立度尺度をモデルとした15項目の尺度で測定した機能的依存度および手段的日常生活動作の依存度が低かった。介入群の患者は、5項目尺度によるエンゲージメントも改善した。介入群の介護者は、5項目尺度による幸福度と活動への自信も改善し、また介護者の特定した問題を1つ以上解決した割合が介入群において対照群ペアより約17.8%高かった。</p>
24	Randomised trial of restorative home care for frail older people in New Zealand.	Parsons, M., Senior, H., Kerse, N., Chen, M., Jacobs, S., & Anderson, C. (2017). Nursing Older People, 29(7), 27-33.	<p>○目的:コミュニティ・フレキシブル・インテグレートド・レスポンス・サポート・チーム(FIRST)と呼ばれる新しい形態の在宅ケアへの介入とランダム化評価の有効性の確立</p> <p>○結論:主要アウトカムは介入群で低下したものの、統計的に有意ではなかった。介入群の非公式介護者は、身体的および精神的要素のスコアが有意に良好であった。</p>
25	Post-Acute Care for Older People Following Injury: A Randomized Controlled Trial.	Parsons, M., Parsons, J., Pillai, A., Rouse, P., Mathieson, S., Bregmen, R., Smith, C., & Kenealy, T. (2020). Journal of the American Medical Directors Association, 21(3), 404-409.e1.	<p>○目的:高齢者が病院から退院し、退院支援チーム(SDT)に紹介された際に、(1)入院期間の短縮、(2)再入院リスクの低減、(3)医療費の削減が得られるかの評価</p> <p>○結論:介入群の参加者は、退院直前の入院期間(平均20.9日)が通常ケア群(平均26.6日)と比較して短く、退院後12か月間の入院期間も短かった。介入群では、無作為化後12か月間の医療費がより低かった。</p>
26	Effectiveness of a reablement training program for homecare staff on older adults' sedentary behavior: A cluster randomized controlled trial.	Rooijackers, T. H., Kempen, G. I. J. M., Zijlstra, G. A. R., van Rossum, E., Koster, A., Lima Passos, V., & Metzelthin, S. F. (2021). Journal of the American Geriatrics Society, 69(9), 2566-2578.	<p>○目的:ホームケアスタッフを対象とした「Stay Active at Home」(SAaH)リエイブルメント研修プログラムが、高齢のホームケア利用者の座位行動に及ぼす効果を評価する</p> <p>○結果:1日あたりの座位時間および覚醒/着用時間の割合やほとんどの副次的評価項目について、統計的に有意な差がみられなかった。</p>

27	Interprofessional homebased reablement intervention for older adults in Sweden: a randomized controlled trial.	Gustafsson, L.K., Söderman, M., Johansson, C., & Elfström, M. L. (2025). BMC Geriatrics, 25.242	<p>○目的:ランダム化比較試験において明らかになった、高齢者におけるreablementの生物学的・心理的・社会的健康に関する測定された効果を検討すること。</p> <p>○結果:両グループとも事後測定で有意に改善し、この改善は3か月後の追跡調査でも維持されたが、評価項目のグループ間差は統計的に有意なものではなかった。</p>
28	Effectiveness of the Interdisciplinary Home-based Reablement Programme (I-HARP) on improving functional independence of people living with dementia: a multicentre, pragmatic, randomised, open-label, controlled trial	Jeon, Y.H., Simpson, J., Fethney, J., Krein, L., Shin, M., Low, L.F., Woods, R. T., Mowszowski, L., Hilmer, S., Naismith, S. L., Clemson, L., Brodaty, H., Naganathan, V., Miller Amberber, A., Kenny, D., Gitlin, L., & Szanton, S. (2025). Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 96(7), 705-715.	<p>○目的:認知症患者の機能的自立、健康と幸福、家族介護者の成果とコストの改善に対する、学際的在宅リエイブメントプログラム (I-HARP) の有効性を検討すること。</p> <p>○結果:I-HARP群は、2回目と3回目の両時点で、ほとんどのアウトカム指標において通常ケア群と比較して有意に優れた結果とはならなかった。一方、統計的に有意な差として2回目の時点での家庭環境の危険性の減少がみられ、軽度認知症患者66名を対象とした解析では、介入群は通常ケア群と比較して有意に機能的自立度が良好であることが示された。</p>

3 まとめ

(1)国内文献

① 短期集中型運動プログラムによる身体機能の改善効果

複数の研究において、週1回・3か月程度の集団運動プログラムにより、TUGや椅子立ち上がり、片脚立位などの身体機能が介入前後で有意に改善することが示されていた(丸山ら, 2020; 松山ら, 2025)。運動機能の向上は口腔機能(嚥下機能・オーラルディアドコキネシス)の改善にも波及する可能性が示唆されており、複合的な機能改善効果が期待できる(有光ら, 2020)。

② 卒業後のフレイル再燃リスクと継続支援の必要性

サービスC卒業生を追跡した研究では、卒業後に握力やTUGなどの体力が低下し、半数以上がプレフレイルまたはフレイルと判定されていた(阿南ら, 2022)。一方で、全員に週1回以上の他者との交流がみられており、社会参加の継続がフレイル予防に一定の役割を果たす可能性があった。プログラム終了後のフォローアップ体制の構築が課題として示唆されている。

③ 通所型サービスCによる介護サービスからの自立促進効果

大阪府寝屋川市での地域在住高齢者を対象とした無作為化比較試験(以下、RCT)では、通所型サービスCを用いた多要素・多職種連携による個別目標指向型プログラムを3か月間実施した結果、介入群の自立率は11.1%と対照群の3.8%を有意に上回った(Hattori et al., 2019)。国内の制度的枠組みのなかで面談を中心としたセルフマネジメント支援の有効性をRCTで示した数少ない研究として位置づけられる。

④ 介護費用の抑制効果

竹田市における3年間の追跡研究では、短期集中予防サービス参加者は非参加者と比較して、3年間の累積介護費用が1人あたり約50万円低い結果となった(Watanabe et al., 2025)。厚生労働科学研究においても介入地域と非介入地域で累積認定曲線に有意差が認められており、介護保険制度の持続可能性への貢献が示唆されている。

(2)海外文献

① ADL・IADLの改善と効果の持続

多職種による在宅多要素介入によりADL・IADLの困難度が低下し、その効果が12か月後まで持続することが示されていた(Gitlin et al., 2006)。オーストラリアの在宅回復型プログラム(HIP)においても、3か月・12か月後のフォローアップで継続的なパーソナルケアの必要性が低下し、IADLでの改善が確認された(Lewin et al., 2012)。

② 個別目標設定が成果を左右する

目標達成促進ツールを用いた評価を行うことで、通常のニーズアセスメントと比較して健康関連QOLが有意に改善した(Parsons et al., 2011)。ノルウェーのRCTでも、カナダ作業

遂行・関与モデル(CMOP)を用いた個別化アプローチにより長期的な活動パフォーマンスの向上が示されており(Tuntland et al., 2015)、目標指向型・個別化された支援が効果を高める重要な要素として位置づけられている。

③ ケアコスト・入院期間の削減効果

在宅虚弱高齢者への予防的看護介入が社会的追加費用なしで身体・精神機能を改善し、急性期入院コストを大幅に削減したことが報告された(Markle-Reid et al., 2006)。急性期後の在宅リハビリを対象としたRCTでも、介入群の入院期間短縮と医療費削減が示されており(Parsons et al., 2020)、短期集中型の介入がコスト効率の高いアプローチであることが示唆された。

第 3 章 アンケート調査

1 調査目的

令和6年度に介護予防・日常生活支援総合事業(以下、総合事業)の実施要綱およびガイドライン等が改正され、「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」と示されている。つまり、生活機能が低下し始めたフレイル～要支援者に対しては、対象者がこれまでの生活に再び戻るために、適切な選択をできるように支援する必要がある、そのために短期集中予防サービス(サービス・活動C)が効果的に展開される必要がある。

しかしながら、サービス・活動Cの実施市町村数は、令和5年度において訪問型で455(26.1%)、通所型で741(42.6%)に留まるが、それにも増して、利用実人数は令和6年度において、訪問型で3,244人、通所型で16,250人に留まり、令和5年度より微減しているような状況で、全国的にサービス・活動Cの取組が十分に整備されているとは言い難い。一方、短期集中予防サービス(サービス・活動C)を活用し、事業費抑制等の効果を出している市町村も存在している。

ただし、これまでに短期集中予防サービス(サービス・活動C)の実態把握については報告されているものの、詳細な仕組みや取組内容等については明らかとなっていない。また、短期集中予防サービス(サービス・活動C)が効果的に機能するためには、総合事業の入口にあたる相談窓口での取組から出口にあたる生活支援体制整備事業等の取組が重要だが、一連の過程における実態を報告したものはこれまで見当たらない。

そこで、本調査では、全国市町村を対象に短期集中予防サービス(サービス・活動C)の実態把握を目的に、アンケート調査にて検討することとした。

2 調査設計

項目	内容
調査対象	市区町村1,741件
調査方法	・自治体に郵送で調査依頼を行い、各自治体はWebの回答フォームにて回答またはExcel電子調査票で回答 ・Excel電子調査票の場合、メールで事務局に提出
調査期間	令和7年12月23日(火)～1月23日(金)

3 回収結果

区分	配布数	有効回答数	有効回収率
全体	1,741件	618件	35.5%

4 調査項目

項目	設問番号	設問内容
1 自治体基本情報		
	F1	市町村名
	F2	人口規模(人)
	F3	高齢者の数(前期/後期)(人)
	F4	調整済み要介護認定率(%)
	F5	調整済み軽度要介護認定率(%)
	F6	日常生活圏域数
2 貴市町村の総合事業の運営体制について		
	F7	地域包括支援センターの数
	F8-1	地域支援事業担当課の名称と職員数
	F8-2	総合事業関連課の数
	F8-3	サービス・活動事業担当の職員数
	F8-4	総合事業の開始時期
3 総合事業の理解や体制の状況について		
	問 1	総合事業の目的の理解
	問 2	介護給付と総合事業の違いの理解
	問 3	要支援者認定の趣旨の理解
	問 4	介護予防効果の最大化の必要性
	問 5	介護予防支援の運営基準第 31 条の理解
	問 6	フレイルの構造の視点の理解
	問 7	ICF の視点の理解
	問 8	ICF を踏まえた評価や仕組みの整備の必要性
	問 9	R6 年度実施要綱改正の理解
	問 10	R6 年度ガイドライン改正の理解
	問 11	調査システム上の都合により設問を設定していない
	問 12	次期計画への反映
	問 13	短期集中予防サービスの目的の理解
	問 14	短期集中予防サービスの対象者の理解
	問 15	関連事業との一体的運営の必要性
	問 16	総合事業の研修
	問 17	要支援者等支援体制整備
	問 18	要支援者等支援の基本方針の文書化

	問 19	職員交代時の継承の仕組み
4 サービス・活動事業、相談体制、地域リハビリテーション活動支援事業、生活支援体制整備事業の実施状況		
	問 20-1	サービス・活動事業について
	問 20-2	事業費上限越えの有無
	問 20-3	上限越えの対策
	問 21	相談体制について(相談窓口の実施主体)
	問 22-1	相談体制について(対応フローの有無)
	問 22-2	相談体制について(窓口での工夫)
	問 23-1	ハイリスク者へのアウトリーチ方法
	問 23-2	アウトリーチの実施方法
	問 24-1	同行訪問アセスメントの実施状況
	問 24-2	同行訪問アセスメントの目的
	問 24-3	同行訪問アセスメントの効果
	問 24-4	同行訪問アセスメント実施の割合
	問 24-5	同行訪問アセスメントの単価
	問 24-6	同行訪問アセスメントの研修
	問 24-7	同行訪問アセスメント導入への課題
	問 25	生活支援コーディネーターの配置状況
5 短期集中予防サービス(サービス・活動C等)の内容・利用者変化		
	問 26	短期集中予防サービスの実施有無
	問 26-1	開始時期
	問 26-2	位置づけ
	問 26-3	専門職アセスメントの実施有無
	問 27-1	エリア設定
	問 27-2	エリア設定に考慮した要素
	問 27-3	エリア設定に関する工夫や課題
	問 28-1	短期集中予防サービスの対象者の受け入れ方法
	問 28-2	短期集中予防サービスの対象者抽出方法
	問 28-3	対象者の判断基準や方法
	問 28-4	対象者抽出の工夫
	問 29	サービスの種類
	問 30-1	サービスの実施形態
	問 30-2	サービスコード
	問 31-1	単価設定
	問 31-2	単価
	問 32-1	加算の有無

問 32-2	加算額
問 33	運営主体
問 34	サービス内容
問 35	提供回数・頻度・時間・利用者数
問 36	通所型の実施形態
問 37	関与専門職
問 38	介護予防ケアマネジメントの形態
問 39	介護予防ケアマネジメント加算
問 40	生活機能や社会参加の状況の評価
問 41	評価の場所
問 42	評価指標
問 43	モニタリングの時期
問 44	フォローアップ
問 45	介護予防手帳等の活用状況
問 46	セルフマネジメントのための工夫
問 47-1	サービスの生活機能への効果(サービス終了直後)
問 47-2	サービスの生活機能への効果(サービス終了一定期間後)
問 48	介護予防サービス等の利用状況
問 49-1	生活支援体制整備事業との連動状況
問 49-2	生活支援コーディネーターの関わりの状況
問 50	サービス終了後の地域活動や社会交流の状況
問 51	サービス終了後に必要な取組
問 52	サービス内容の標準化やマニュアル化
問 53	専門職の育成・研修体制の有無
問 54	ICT の活用の有無
問 54-1	ICT 活用の具体的状況
6 短期集中予防サービス(サービス・活動C)導入状況(導入あり)	
問 55	導入・運用のためのルールづくりの状況
問 56	導入前の事前の調整
問 57	導入に向けた準備
問 58-1	成功要因(サービス内容)
問 58-2	成功要因(環境)
問 59-1	モデル事業の実施状況
問 59-2	モデル事業の財源、事業者数、利用者数
問 60	短期集中予防サービスの効果
問 61	短期集中予防サービスの課題
問 62	改善に向けた取組

	問 63	担当者の評価
	問 64	特徴的な取組・成果・課題・展望
7 短期集中予防サービス(サービス・活動C)導入状況(導入なし)		
	問 65-1	導入していない理由
	問 65-2	導入検討の経緯・障壁
	問 65-3	今後の導入意向
	問 65-4	自治体への支援・サポートのニーズ

※問 11 は調査システム上の都合により設問を設定していない。

5 報告書の見方

- 「n」について
グラフ中の「n」は、各設問に該当する有効回答者数を表している。したがって、各選択肢の%に「n」を乗じることで、その選択肢の回答者が計算できる。
- 「%」について
グラフ中の「%」は、小数点第2位以下を四捨五入しているため、単数回答の設問(1つだけに○をつけるもの)であっても、合計が100%にならない場合がある。また、複数回答の設問(あてはまるものすべてに○をつけるもの等)の場合は、「n」に対する各選択肢の回答者数の割合を示している。
- 選択肢の記載について
グラフ中の選択肢は、原則として調査票に記載された表現のまま記載しているが、一部、必要に応じて省略している。

6 調査結果のまとめ

1. サービス・活動 C の実施は約 6 割の市町村にとどまっており、未実施の主な理由はリハ専門職を受託できる事業所の不足と卒業後の受け皿整備の困難さが挙げられる

本調査では、アンケート調査への回答があった 618 市町村のうち、サービス・活動 C の実施市町村が 369 市町村(59.7%)であった。未実施の自由記述では「リハ専門職を受託できる事業所がない」「総合事業費の上限」「卒業後の受け皿が整備できていない」が多く挙げられており、未実施の構造的背景が全国的な実態として確認された。

2. 訪問型では自治体・医療機関、通所型では民間事業者が主な担い手となっており、実施形態によって運営体制が大きく異なる

訪問型の運動・口腔プログラムでは自治体や医療機関が最多であり、直営または委託によるリハ専門職の関与が中心的な形態となっている。通所型では民間事業者(指定あり)が主体であり、地域資源の違いが実施体制に反映されている実態がみられた。

3. 通所型であっても訪問によるアセスメントを実施している市町村は限られており、個別ニーズに基づく支援が必要

同行訪問アセスメントの実施割合については未回答が 65%を占め、実施している市町村でも「1~10%未満」が最多であった。ガイドラインが求める「居宅や地域での生活環境を踏まえた適切な評価」の実践がまだ広がっていないことに加えて、リハ専門職の資源が不足している地域におけるアセスメントを強化する対応が必要ではないかと考えられた。

4. 提供期間は 3 か月(90 日)が標準的だが、提供回数はプログラムによって大きく異なっており、自立支援に向けた適切な期間の検討が必要

提供期間の中央値は概ね 90 日と一定の傾向がある一方、提供回数は通所型複合で 24 回、訪問型栄養・口腔では 3~6 回と大きな幅がみられた。手引きが示す「3~6 か月の短期間に集中的な支援」の実態は多様であり、プログラムごとの適切な提供回数に関する実践知の蓄積が期待される。

5. サービス終了後に介護予防サービス等を利用していない割合の中央値は約 64%と高く、自立支援の効果が示唆される一方、終了後の状況を把握できていない市町村が約 45%に上る

把握できている市町村では終了後の介護予防サービスの非利用(自立)割合が高く、サービス・活動 C の自立支援に対する効果を示唆する結果となった。しかし、把握していない市町村が半数近くにのぼっており、手引きが強調する「アウトカム評価体制の整備」が実装する上で課題と考えられた。

6. 卒業を促す加算設定は一部の市町村にとどまっており、終了に向けたインセンティブ設計の実践が必要

卒業加算を設定している市町村は全体の 4.6%(17 件)にとどまった。終了を促す方策のひとつとして、加算制度を含むインセンティブを設計することが必要と考えられた。

7. 運動と複合プログラムが中心を占める一方、栄養・口腔プログラムの実施は限られており、多職種連携による包括的支援の実現が求められている

実施プログラムは①運動と⑥複合が大多数を占めており、②栄養・③口腔の実施市町村は少数にとどまっている。手引きが示す ICF の視点に基づく「心身機能・活動・参加」への包括的な支援という方向性に照らすと、栄養・口腔機能への介入を組み込んだ事業設計の普及が今後の課題と考えられた。

8. サービス・活動 C と生活支援コーディネーターとの連動は限定的で、サービス終了後の地域活動・社会参加への接続体制の整備が必要

生活支援体制整備事業との連動は一部の市町村にとどまっており、サービス C 終了後の連動や通いの場や住民主体活動への円滑な接続が実現できていない市町村が多い。手引きが重点的に取り上げる「入口から出口までの一貫した支援の流れ」の設計において、生活支援コーディネーターとの連携強化が実践上の重要と考えられる。

9. 総合事業費の上限超過や委託事業者の確保困難が導入の障壁となっており、財源・人材両面での環境整備が求められている

未実施の理由として「総合事業費の上限が障壁」「受け入れ事業所がない」「担当職員の異動による専門知識の継続困難」が挙げられた。実装に向けては、こうした構造的障壁への対応策として、都道府県や国レベルの伴走支援の重要かもしれない。

10. 訪問型のサービス内容には、運動機能向上にとどまらず環境調整・IADL 練習・家族への助言が幅広く含まれており、生活全体へのアプローチが実践されている

訪問型の運動では「環境調整」、「IADL 等の練習」、「家族への助言」と、運動機能向上以外の内容が幅広く実施されていることが確認された。また、複合プログラムにおいても、多面的な支援を実施していることが明らかになった。ガイドラインが強調する ICF の視点に基づく総合的なアプローチが、実施市町村において現場レベルで実践されている実態を示していた。

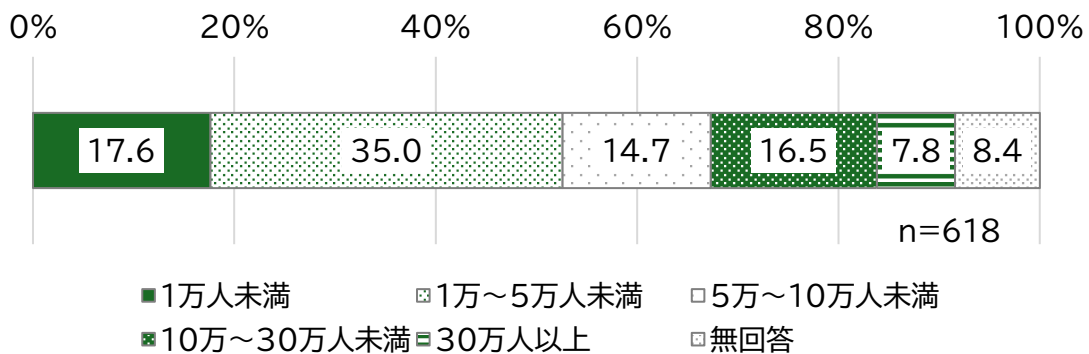
7 調査結果

1 基本情報について

問. 令和7年4月1日時点の貴市町村の人口を記入してください。(記述)

<F2>

内訳をみると、「1万～5万人未満」が35.0%と最も高く、次いで「1万人未満」が17.6%、「10万～30万人未満」が16.5%と続いている。

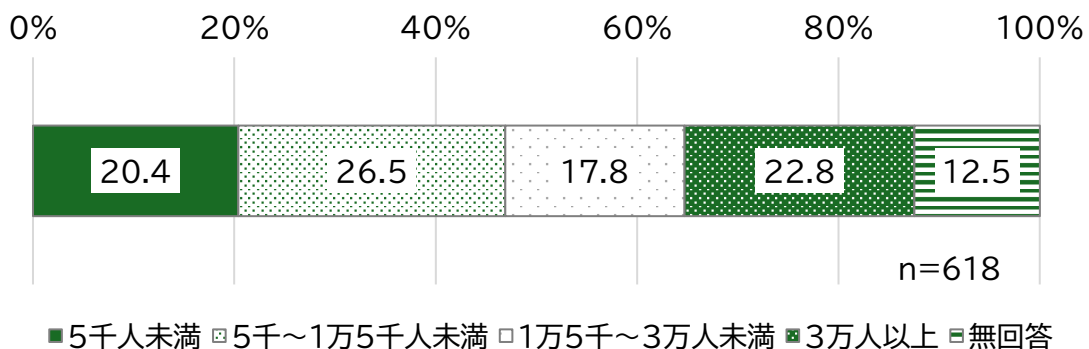


* 回答の分布を踏まえて、「1万人未満」、「1万～5万人未満」、「5万～10万人未満」、「10万～30万人未満」、「30万人以上」の5区分に分類した。

問. 令和7年4月1日時点の貴市町村の前期高齢者と後期高齢者の数を記入してください。(記述)

<F3>

内訳をみると、「5千～1万5千人未満」が26.5%と最も高く、次いで「3万人以上」が22.8%、「5千人未満」が20.4%と続いている。



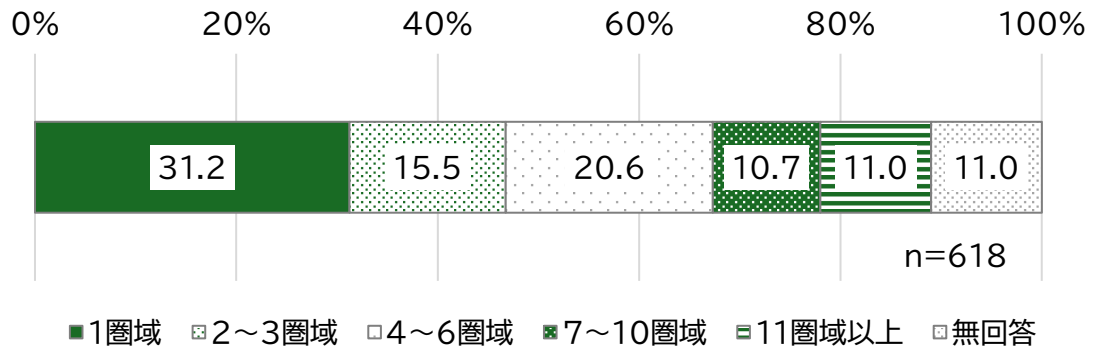
* 回答の分布を踏まえて、「5千～1万5千人未満」、「1万5千～3万人未満」、「3万人以上」の4区分に分類した。

なお、F4(調整済み要介護認定率)およびF5(調整済み軽度要介護認定率)は欠損率がそれぞれ29%・33%と高く、分析対象から除外した。

問. 現在の貴市町村の日常生活圏域数を記入してください。(記述)

<F6>

内訳をみると、「1圏域」が31.2%と最も高く、次いで「4～6圏域」が20.6%、「2～3圏域」が15.5%と続いている。



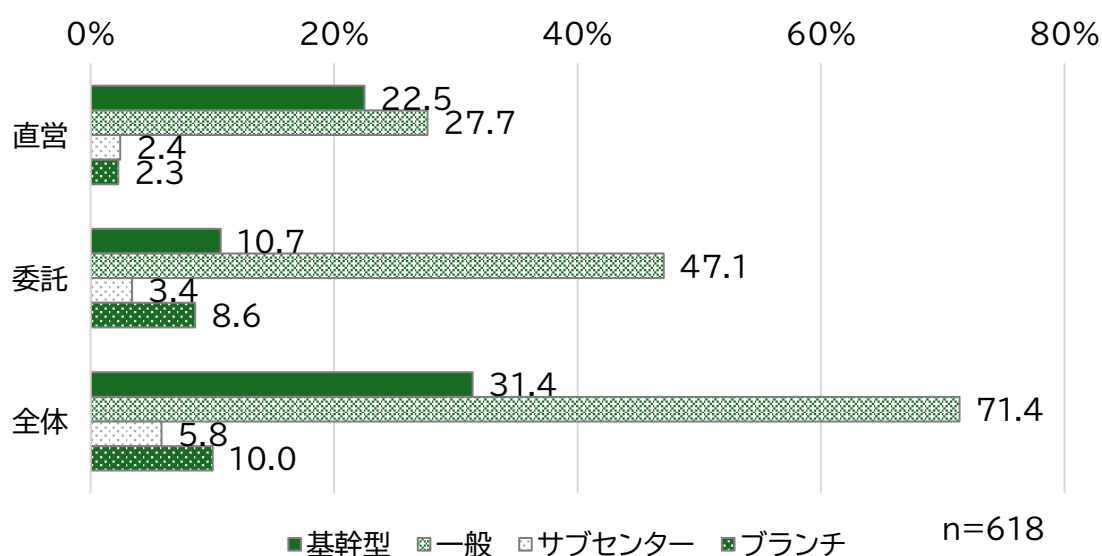
* 回答の分布を踏まえて、「1圏域」、「2～3圏域」、「4～6圏域」、「7～10圏域」、「11圏域以上」の5区分に分類した。

2 貴市町村の介護予防・日常生活支援総合事業の運営体制について

問. 現在の貴市町村の地域包括支援センター数を記入してください。(記述)

<F7>

内訳をみると、直営では「一般」が27.7%と最も多く、次いで「基幹型」が22.5%、「サブセンター」が2.4%と続いている。委託では、「一般」が47.1%と最も多く、次いで「基幹型」が10.7%、「ブランチ」が8.6%と続いている。全体では、「一般」が71.4%と最も多く、次いで「基幹型」が31.4%、「ブランチ」が10.0%と続いている。



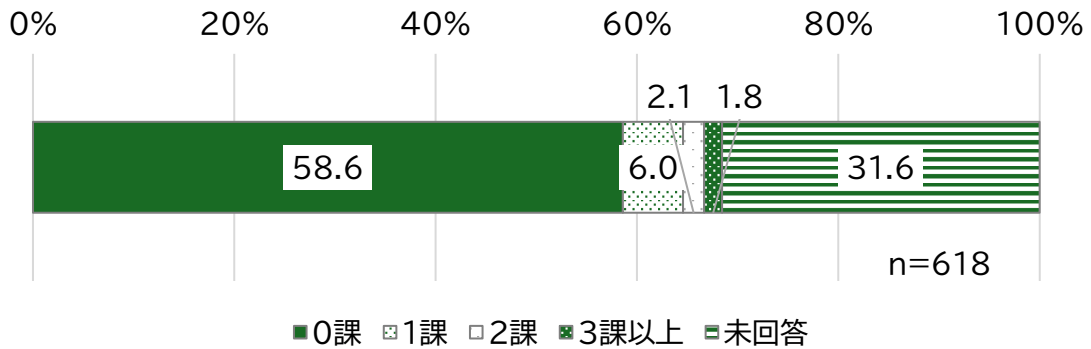
*F7については、各センター種別(基幹型・一般・サブセンター・ブランチ)について、直営・委託・合計それぞれの設置の有無を集計した。

なお、F8-1(担当課の名称・職員数)は自由記述形式であり、課名の表記ゆれや兼務による重複計上の問題から定量的な集計が困難なため、分析対象から除外した。なお、担当職員の実人数についてはF8-3を用いて分析した。

問. F8-1でご回答いただいた担当課以外に、関連している課があれば、その数を教えてください。(ない場合は「0」とご記入ください)(記述)

<F8-2>

内訳をみると、「0課」が58.6%と最も高く、次いで「1課」が6.0%、「2課」が2.1%と続いている。

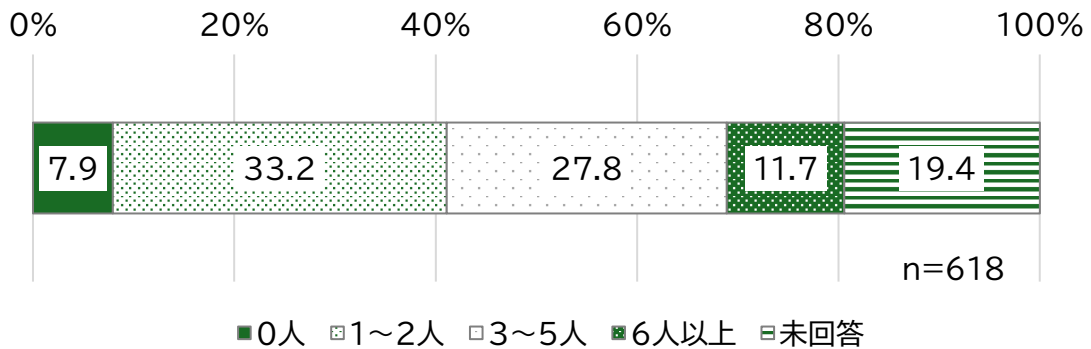


*回答の分布を踏まえて、「0課」、「1課」、「2課」、「3課以上」の4区分に分類した。

問. 地域支援事業を担当している職員のうち、サービス・活動事業を担当している職員の実人数を記入してください。(記述)

<F8-3>

内訳をみると、「1~2人」が33.2%と最も高く、次いで「3~5人」が27.8%、「6人以上」が11.7%と続いている。

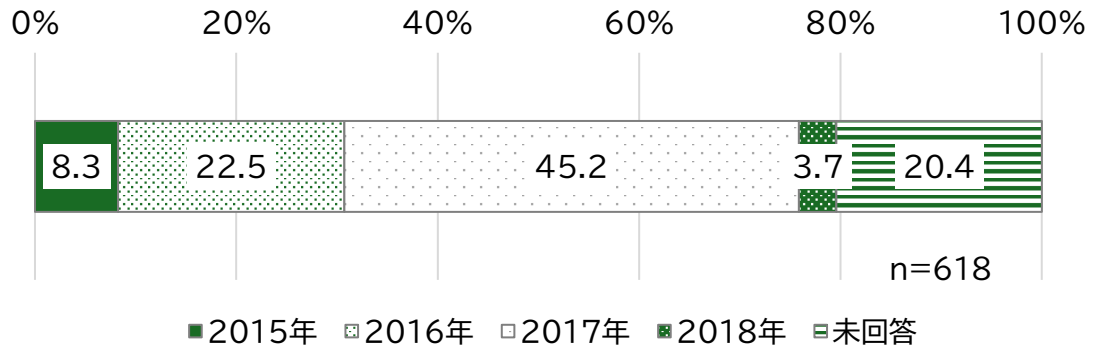


*回答の分布を踏まえて、「0人」、「1~2人」、「3~5人」、「6人以上」の4区分に分類した。

問. 総合事業を開始した時期を西暦で教えてください。(記述)

<F8-4>

内訳をみると、「2017年」が45.2%と最も高く、次いで「2016年」が22.5%、「2015年」が8.3%と続いている。

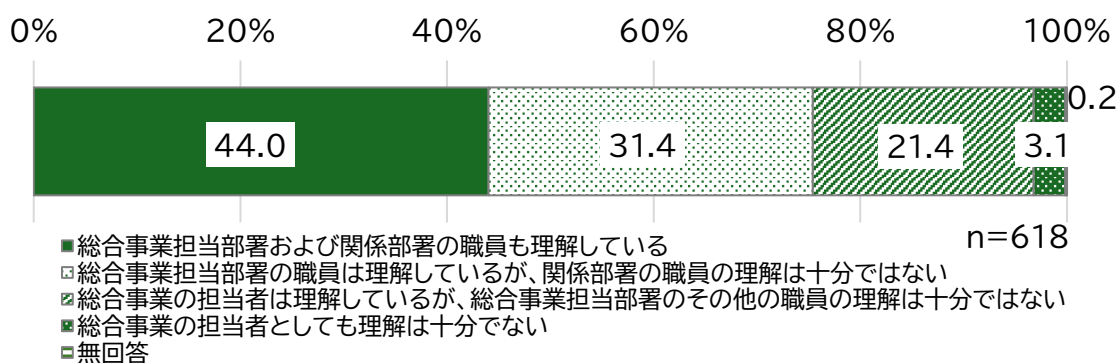


3 総合事業の理解や体制の状況について

問. 総合事業の目的(認知症や障害の有無にかかわらず、地域に暮らす全ての高齢者が、自立した日常生活を送ること、また、そのための活動を選択することができるよう、地域に暮らす高齢者の立場から、市町村が中心となって、地域住民や医療・介護の専門職を含めた多様な主体の力を組み合わせて実施することにより、居宅要支援被保険者等に対する効果的かつ効率的な支援等を行うこと)を理解していますか。(あてはまるものを1つ選択)

<問1>

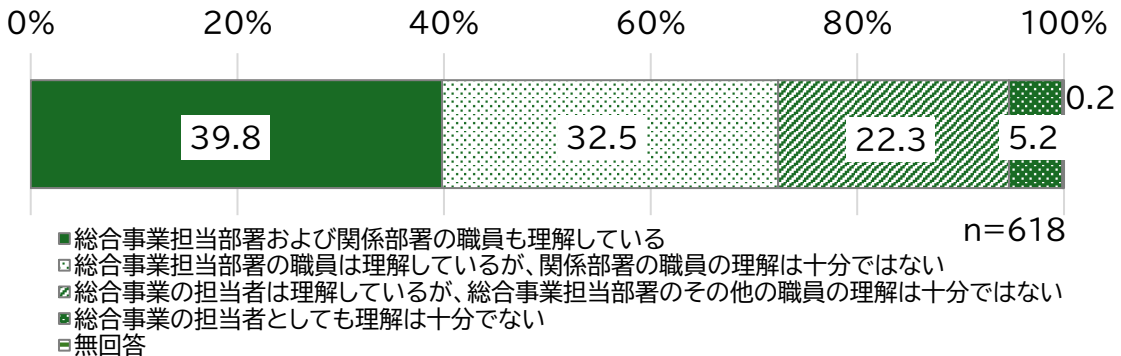
内訳をみると、「総合事業担当部署および関係部署の職員も理解している」が44.0%と最も高く、次いで「総合事業担当部署の職員は理解しているが、関係部署の職員の理解は十分ではない」が31.4%、「総合事業の担当者は理解しているが、総合事業担当部署のその他の職員の理解は十分ではない」が21.4%と続いている。



問. 介護給付と地域支援事業(総合事業)の制度的な違いを理解していますか。(あてはまるものを1つ選択)

<問2>

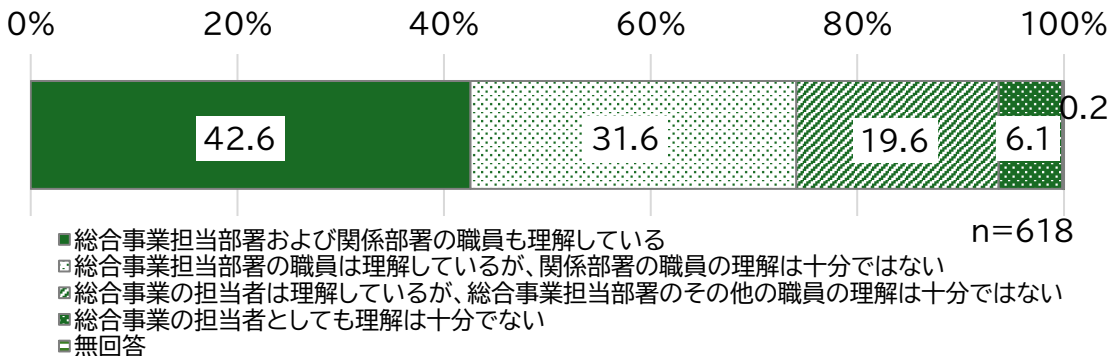
内訳をみると、「総合事業担当部署および関係部署の職員も理解している」が39.8%と最も高く、次いで「総合事業担当部署の職員は理解しているが、関係部署の職員の理解は十分ではない」が32.5%、「総合事業の担当者は理解しているが、総合事業担当部署のその他の職員の理解は十分ではない」が22.3%と続いている。



問. 要支援認定の趣旨(IADLに支援が必要で、特に介護予防サービスが効果的な状態)を理解していますか。(あてはまるものを1つ選択)

<問3>

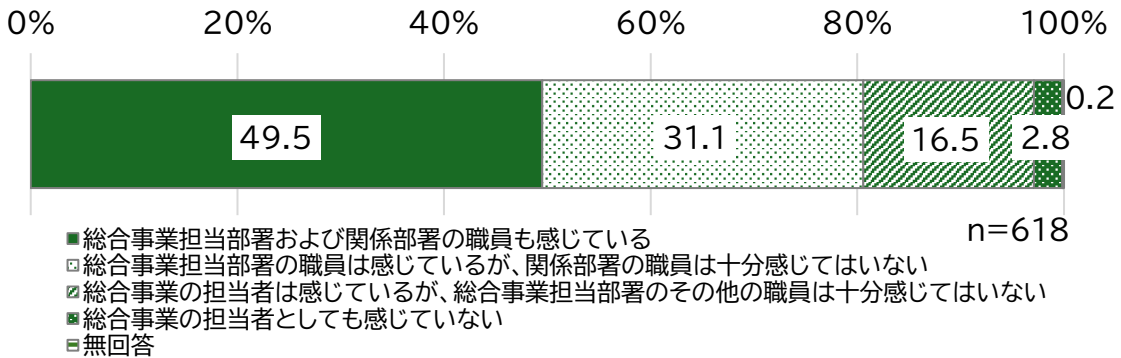
内訳をみると、「総合事業担当部署および関係部署の職員も理解している」が42.6%と最も高く、次いで「総合事業担当部署の職員は理解しているが、関係部署の職員の理解は十分ではない」が31.6%、「総合事業の担当者は理解しているが、総合事業担当部署のその他の職員の理解は十分ではない」が19.6%と続いている。



問. 介護予防の効果을 最大限に發揮できるように介護予防ケアマネジメントを実施する必要があると感じていますか。(あてはまるものを1つ選択)

<問4>

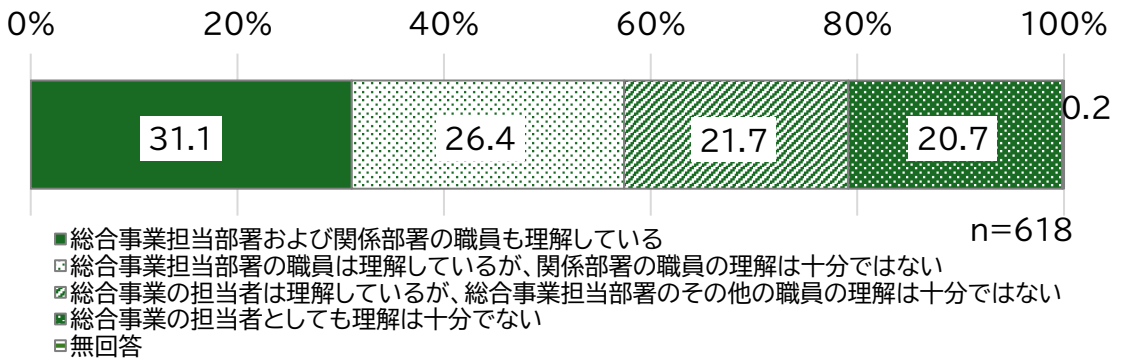
内訳をみると、「総合事業担当部署および関係部署の職員も感じている」が49.5%と最も高く、次いで「総合事業担当部署の職員は感じているが、関係部署の職員は十分感じてはいない」が31.1%、「総合事業の担当者は感じているが、総合事業担当部署のその他の職員は十分感じてはいない」が16.5%と続いている。



問. 指定介護予防支援の運営基準第31条の内容と意義を理解していますか。(あてはまるものを1つ選択)

<問5>

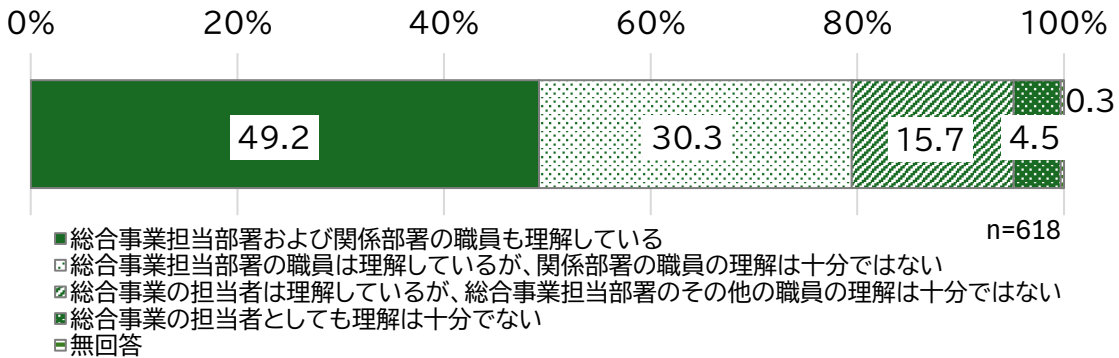
内訳をみると、「総合事業担当部署および関係部署の職員も理解している」が31.1%と最も高く、次いで「総合事業担当部署の職員は理解しているが、関係部署の職員の理解は十分ではない」が26.4%、「総合事業の担当者は理解しているが、総合事業担当部署のその他の職員の理解は十分ではない」が21.7%と続いている。



問. 高齢者の身体的・心理的・社会的な脆弱性をふまえた「フレイルサイクル(フレイル発症・重症化の悪循環)」の視点を理解していますか。(あてはまるものを1つ選択)

<問6>

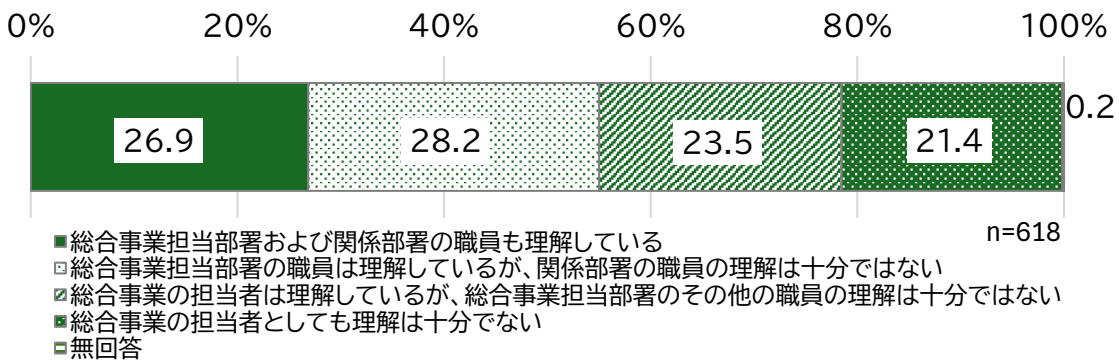
内訳をみると、「総合事業担当部署および関係部署の職員も理解している」が49.2%と最も高く、次いで「総合事業担当部署の職員は理解しているが、関係部署の職員の理解は十分ではない」が30.3%、「総合事業の担当者は理解しているが、総合事業担当部署のその他の職員の理解は十分ではない」が15.7%と続いている。



問. ICFの視点(心身機能・活動・参加の各側面)を理解していますか。(あてはまるものを1つ選択)

<問7>

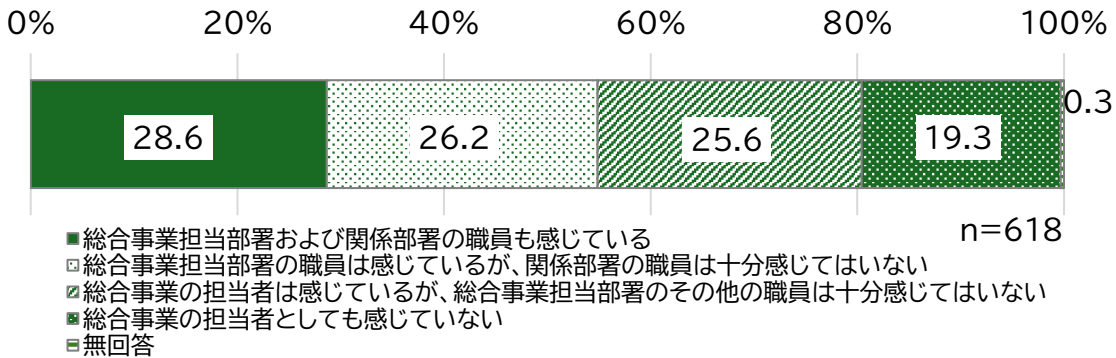
内訳をみると、「総合事業担当部署の職員は理解しているが、関係部署の職員の理解は十分ではない」が28.2%と最も高く、次いで「総合事業担当部署および関係部署の職員も理解している」が26.9%、「総合事業の担当者は理解しているが、総合事業担当部署のその他の職員の理解は十分ではない」が23.5%と続いている。



問. ICFの視点を踏まえた評価や支援の仕組みを整備する必要があると感じていますか。(あてはまるものを1つ選択)

<問8>

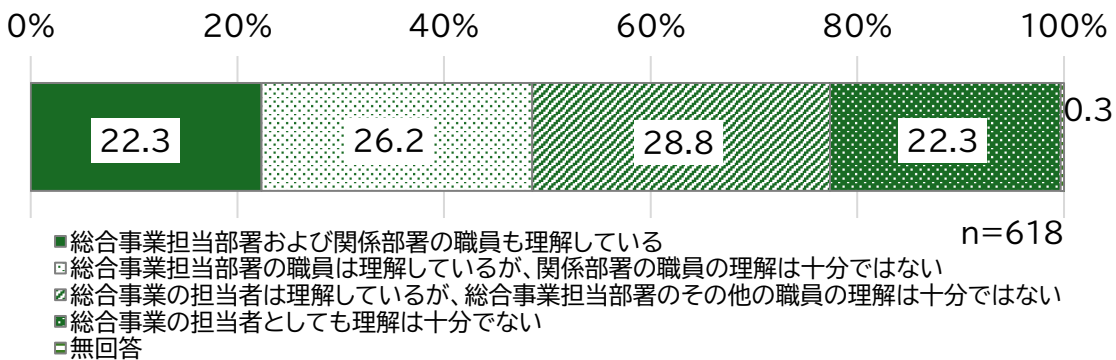
内訳をみると、「総合事業担当部署および関係部署の職員も感じている」が28.6%と最も高く、次いで「総合事業担当部署の職員は感じているが、関係部署の職員は十分感じてはいない」が26.2%、「総合事業の担当者は感じているが、総合事業担当部署のその他の職員は十分感じてはいない」が25.6%と続いている。



問. 令和6年度の地域支援事業実施要綱改正内容について理解していますか。(あてはまるものを1つ選択)

<問9>

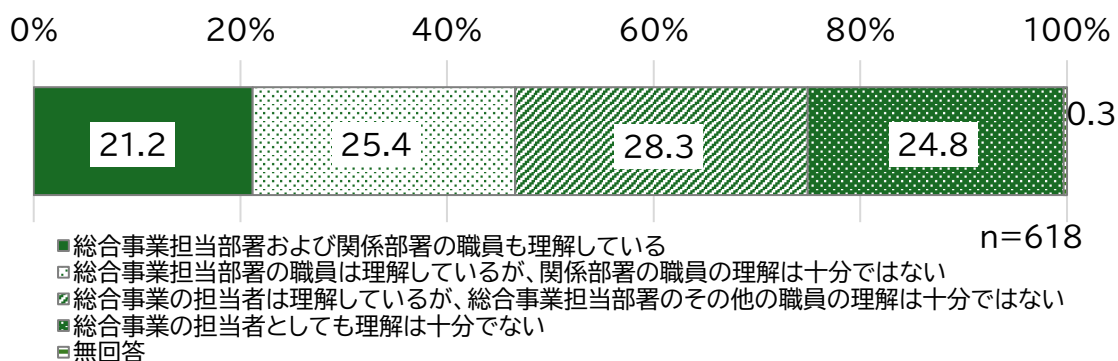
内訳をみると、「総合事業の担当者は理解しているが、総合事業担当部署のその他の職員の理解は十分ではない」が28.8%と最も高く、次いで「総合事業担当部署の職員は理解しているが、関係部署の職員の理解は十分ではない」が26.2%、「総合事業担当部署および関係部署の職員も理解している」及び「総合事業の担当者としても理解が十分でない」が22.3%と続いている。



問. 令和6年度の介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン改正内容について理解していますか。(あてはまるものを1つ選択)

<問10>

内訳をみると、「総合事業の担当者は理解しているが、総合事業担当部署のその他の職員の理解は十分ではない」が28.3%と最も高く、次いで「総合事業担当部署の職員は理解しているが、関係部署の職員の理解は十分ではない」が25.4%、「総合事業の担当者としても理解は十分でない」が24.8%と続いている。



<問11> 調査システム上の都合により設問を設定していない

問. 令和6年度の介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン改正について、第10期の介護保険事業(支援)計画でどのように対策を取ろうとお考えですか。(記述)

<問12>

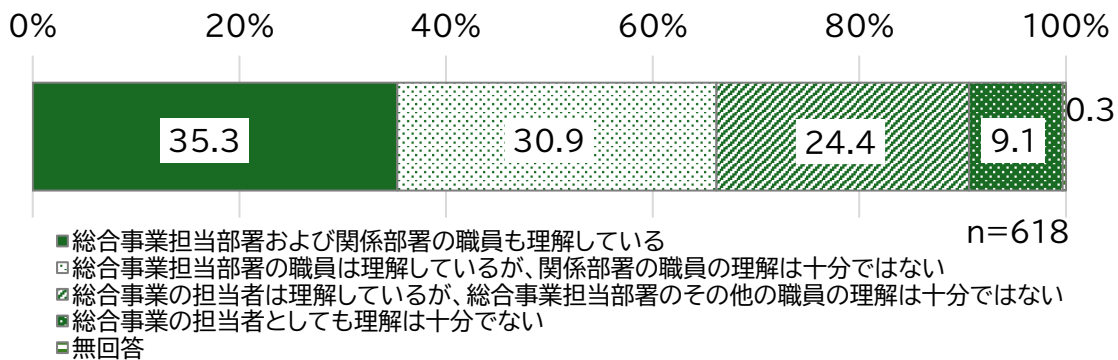
「第10期の介護保険事業(支援)計画における対策」の内容 ※主なものを抜粋

- ・令和6年の総合事業ガイドラインの改正を踏まえ、予防支援を居宅介護支援事業所に直接契約で担当していただくなど、地域包括支援センターの機能を発揮しやすいよう事業を展開。訪問型サービスでは生活支援体制整備事業と連動しながら住民主体の生活支援が浸透していくよう計画に盛り込む予定。
- ・地域包括支援センターを中心として地域ケア体制の核として位置づけ。「見える化」等のデータを活用し高齢者ニーズを的確に把握した上で、柔軟かつ効果的なサービス設計・改善を行うことで住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる支援体制の構築を目指す。
- ・地域包括支援センター・社会福祉協議会・地域支援事業担当者・介護保険事業担当者が連携するワーキングチームを設置し、サービス・活動の多様化について検討している。
- ・民間企業と共に介護予防に取り組む・リハビリ専門職の同行訪問アセスメントの実施・訪問型サービスAの民間委託化について検討中。元気な高齢者を増やすこと・自立した生活の継続・介護専門職の人材不足への備えという3課題を整理。
- ・短期集中予防サービス(サービス活動C)を要支援者等の自立支援・重度化防止に資する中核的メニューとして体系的に整備し、生活機能の改善と地域での継続的な活動参加につながる仕組みづくりを進めることを検討している。
- ・他課・福祉介護以外の関係機関と協働する方針を明記。生活支援体制整備事業・一般介護予防事業・認知症総合支援事業・地域ケア会議を連動させていく。
- ・介護保険相談窓口(入口)の整理(マニュアル・フローチャート作成等)、サービスC事業開始(現在は実施なし)、通いの場(サービスC卒業先)の数を増やし自主化に向けて取り組む。
- ・国が提示したワークシート及びニーズ調査等の分析結果に基づき、地域の多様なサービスの整備状況を把握し、改正後ガイドラインを踏まえた課題解決のための重点事項を整理する予定。
- ・限られた人員の中でサービス・活動Aを優先的に実施しているため、できる限りその目的を達成しつつ、サービスCを並行して実施できる体制を整えたい。
- ・高齢者自身が適切に活動を選択できるよう、通所A・通所C・訪問Bの追加など活動サービスの拡充を図る予定。多様なサービス・活動の実施、自立支援やリエイブルメントの視点の強化。

問. 短期集中予防サービスの目的(高齢者の運動機能や栄養といった心身機能に加え、環境へのアプローチ等も含めて生活行為を改善し、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加につなげる)を理解していますか。(あてはまるものを1つ選択)

<問13>

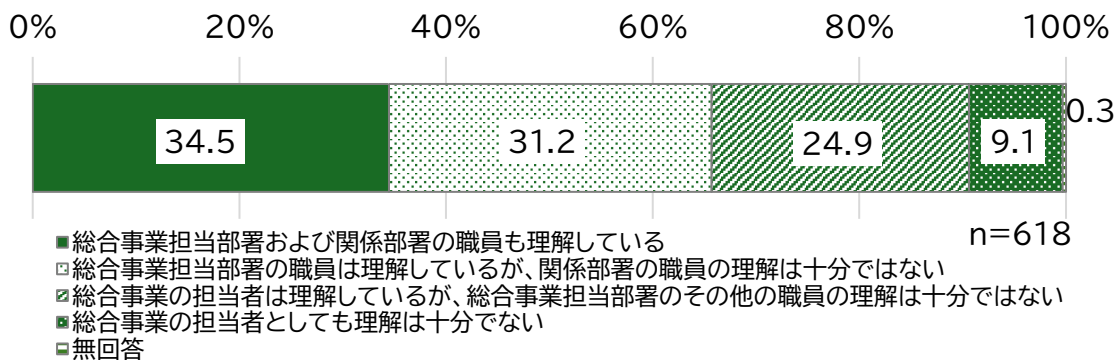
内訳をみると、「総合事業担当部署および関係部署の職員も理解している」が35.3%と最も高く、次いで「総合事業担当部署の職員は理解しているが、関係部署の職員の理解は十分ではない」が30.9%、「総合事業の担当者は理解しているが、総合事業担当部署のその他の職員の理解は十分ではない」が24.4%と続いている。



問. 短期集中予防サービスの対象者(目標達成のための計画的な支援を短期集中的に行うことにより、介護予防・自立支援の効果が増大すると認められる者)を理解していますか。(あてはまるものを1つ選択)

<問14>

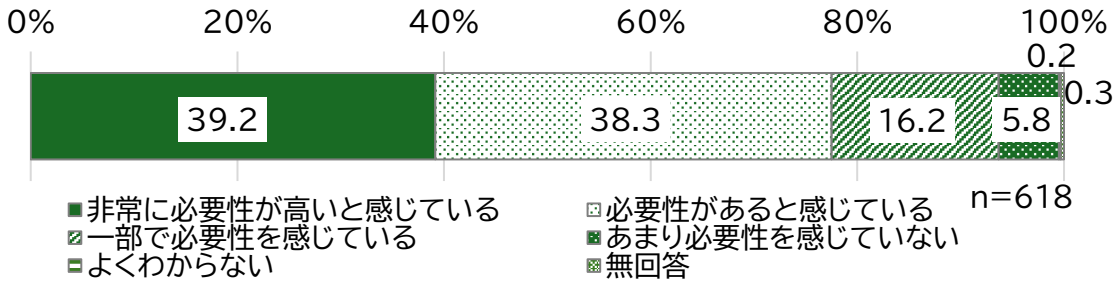
内訳をみると、「総合事業担当部署および関係部署の職員も理解している」が34.5%と最も高く、次いで「総合事業担当部署の職員は理解しているが、関係部署の職員の理解は十分ではない」が31.2%、「総合事業の担当者は理解しているが、総合事業担当部署のその他の職員の理解は十分ではない」が24.9%と続いている。



問. 短期集中予防サービスの実施にあたり、関連する事業(地域リハビリテーション活動支援事業、生活支援体制整備事業、医療・介護連携、認知症施策、一般介護予防事業等)と一体的に取り組む必要性についてどのように考えていますか。(あてはまるものを1つ選択)

<問15>

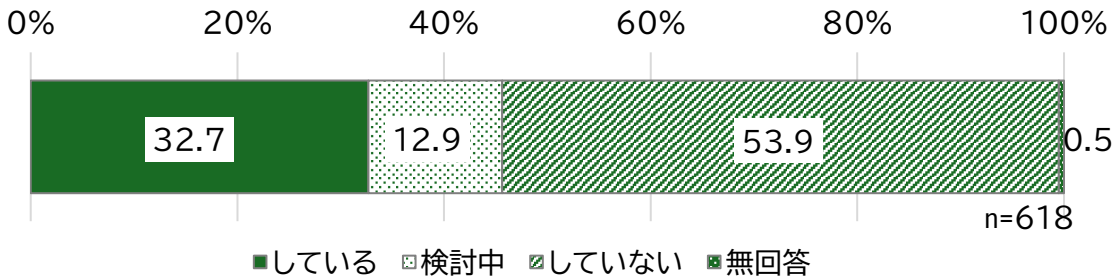
内訳をみると、「非常に必要性が高いと感じている」が39.2%と最も高く、次いで「必要性があると感じている」が38.3%、「一部で必要性を感じている」が16.2%と続いている。



問. 総合事業の趣旨・目的に関する研修を担当課職員・地域包括支援センターに実施していますか。(あてはまるものを1つ選択)

<問16>

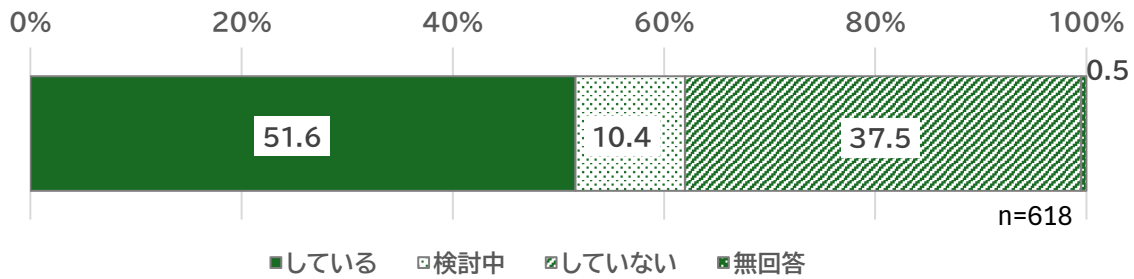
内訳をみると、「していない」が53.9%と最も高く、次いで「している」が32.7%、「検討中」が12.9%と続いている。



問. 関係部署・地域包括支援センターと連携し、要支援者等の支援体制整備を目的とした検討会議を開催していますか。(あてはまるものを1つ選択)

<問17>

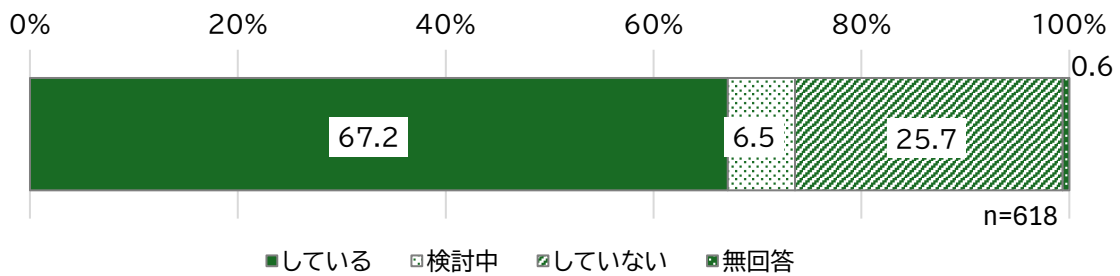
内訳をみると、「している」が51.6%と最も高く、次いで「していない」が37.5%、「検討中」が10.4%と続いている。



問. 要支援者等支援の基本方針を庁内で文書化していますか(高齢者保健福祉計画や介護保険事業計画、方針、マニュアル等)。(あてはまるものを1つ選択)

<問18>

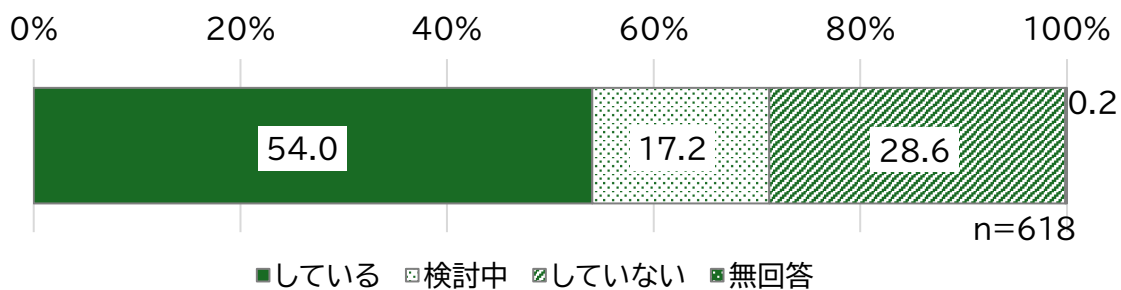
内訳をみると、「している」が67.2%と最も高く、次いで「していない」が25.7%、「検討中」が6.5%と続いている。



問. 職員の異動等の交代があった際にも制度趣旨や運用方針を継承できる仕組みを整えていますか。(あてはまるものを1つ選択)

<問19>

内訳をみると、「している」が54.0%と最も高く、次いで「していない」が28.6%、「検討中」が17.2%と続いている。



4 サービス・活動事業、相談体制、地域リハビリテーション活動支援事業、生活支援体制整備事業の実施状況

問. 令和6年4月1日から令和7年3月31日までの従前相当サービス、各サービス・活動(A～D)、その他生活支援サービスについて、事業者数・利用実人数・事業費を記入してください。把握していない場合は、概数でも構いません。

<問20-1>

■事業所団体数(か所)

令和6年4月から令和7年3月までの事業所・団体数を回答した市町村において、訪問型サービス・活動Cの中央値は1か所(第1四分位:1か所、第3四分位:3か所)、通所型サービス・活動Cの中央値は2か所(第1四分位:1か所、第3四分位:4か所)であった。

	n	平均値	標準偏差	中央値	第1四分位	第3四分位
訪問型従前相当サービス	406	35.6	65.9	14	6	33
訪問型サービス・活動A	241	20.5	43.7	6	2	16
訪問型サービス・活動B	107	3.5	7.1	1	1	3
訪問型サービス・活動C	156	2.8	3.1	1	1	3
訪問型サービス・活動D	22	9.5	35.9	1	1	2
通所型従前相当サービス	379	47.1	69.9	25	10	54
うち、リハビリ特化型	54	6.3	12.1	3	2	6
通所型サービス・活動A	252	14.7	32	5	2	13
うち、リハビリ特化型	25	3.5	5.4	1	1	3
通所型サービス・活動B	93	9.8	16	4	1	9
通所型サービス・活動C	235	3.5	6.4	2	1	4
その他生活支援サービス	64	6	12	2.5	1	4

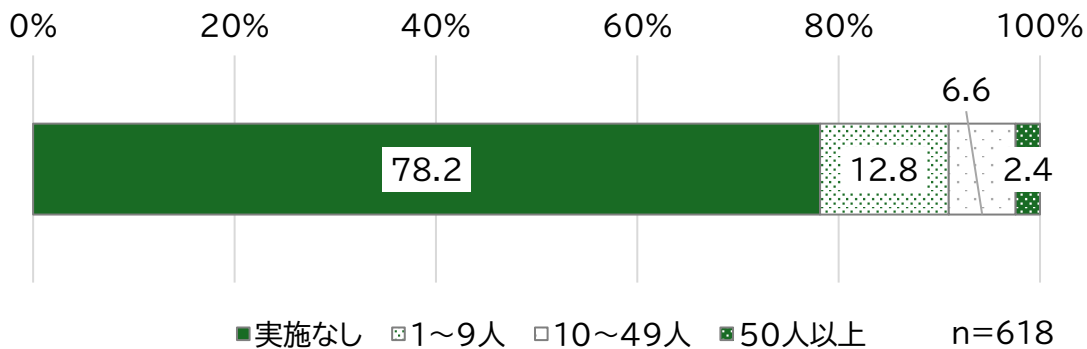
■利用実人数(人)

令和6年4月から令和7年3月までの利用実人数を回答した市町村において、訪問型サービス・活動Cの中央値は8人(第1四分位:3人、第3四分位:18人)、通所型サービス・活動Cの中央値は28人(第1四分位:12人、第3四分位:51人)であった。通所型は訪問型と比較して利用規模が大きい傾向がみられた。

	n	平均値	標準偏差	中央値	第1四分位	第3四分位
訪問型従前相当サービス	305	668.9	1699.2	120	35	458
訪問型サービス・活動A	173	385.6	1483.6	29	8	129
訪問型サービス・活動B	89	87.8	267.0	18	7	53
訪問型サービス・活動C	135	22	46.4	8	3	18
訪問型サービス・活動D	16	1407	5509.6	11	6	24.5
通所型従前相当サービス	285	1535	3798.3	340	80	1045
うち、リハビリ特化型	28	245.9	602.9	88	19.5	223
通所型サービス・活動A	186	779	3274.2	69	20	201
うち、リハビリ特化型	11	44.8	65.4	9	2	78
通所型サービス・活動B	77	420.2	1429.5	48	15	235
通所型サービス・活動C	208	57.8	93.0	28	12	51
その他生活支援サービス	51	301.9	968.6	41	20	124

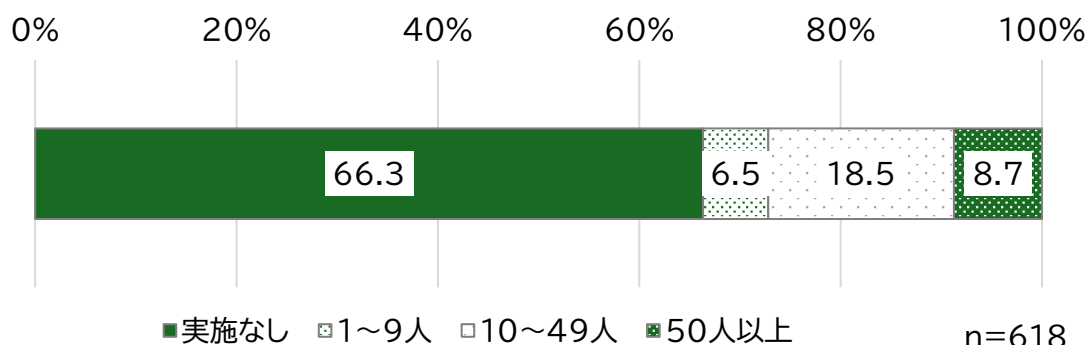
・訪問型 サービス・活動Cの利用人数

内訳をみると、「実施なし」が78.2%と最も高く、次いで「1~9人」が12.8%、「10~49人」が6.6%、「50人以上」が2.4%と続いている。



・通所型 サービス・活動Cの利用人数

内訳をみると、「実施なし」が66.3%と最も高く、次いで「10～49人」が18.5%、「50人以上」が8.7%、「1～9人」が6.5%と続いている。



■延利用人数(人)

令和6年4月から令和7年3月までの延利用者数を回答した市町村において、訪問型サービス・活動Cの中央値は36人(第1四分位:12人、第3四分位:112人)、通所型サービス・活動Cの中央値は263人(第1四分位:72人、第3四分位数638人)であった。

	n	平均値	標準偏差	中央値	第1四分位	第3四分位
訪問型従前相当サービス	334	4782.7	10741.6	1267	413	4218
訪問型サービス・活動 A	188	2624.3	7807.0	287	76	1274.5
訪問型サービス・活動 B	90	898.7	2127.6	309.5	90	967
訪問型サービス・活動 C	128	99	190.0	36	12	111.5
訪問型サービス・活動 D	17	315.9	513.4	145	67	235
通所型従前相当サービス	310	10450.8	22451.5	3310.5	1050	8807
うち、リハビリ特化型	28	2454.8	4351.5	953.5	288	2481
通所型サービス・活動 A	198	3743.2	15729.4	759	211	1801
うち、リハビリ特化型	9	352.7	352.7	226	24	637
通所型サービス・活動 B	78	5527.8	10648.2	1517	264	4438
通所型サービス・活動 C	197	617.8	1060.6	263	72	638
その他生活支援サービス	53	4179.4	7621.3	880	239	4105

■事業費(万円)

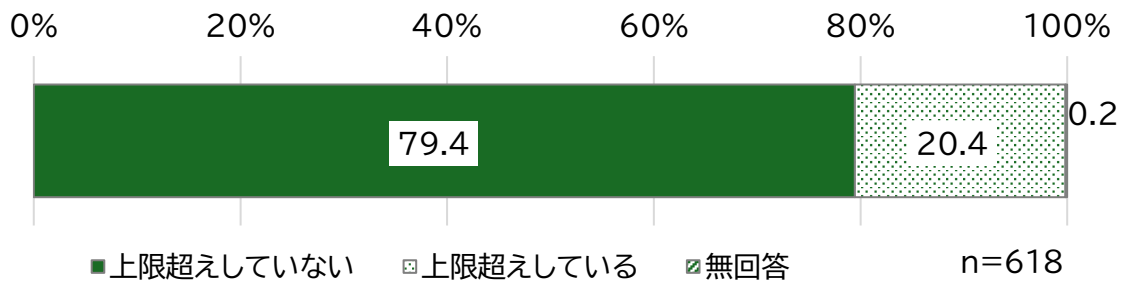
令和6年4月から令和7年3月までの事業費を回答した市町村において、訪問型サービス・活動Cの中央値は26万円(第1四分位数13万円、第3四分位数92万円)、通所型サービス・活動Cの中央値は283万円(第1四分位数109万円、第3四分位数698万円)であった。

	n	平均値	標準偏差	中央値	第1四分位	第3四分位
訪問型従前相当サービス	338	7562.5	19707.6	2039.7	627.6	5896.5
訪問型サービス・活動A	189	2024.3	5537.9	199.9	64.3	849
訪問型サービス・活動B	86	138.4	328.5	53.5	18.7	108.1
訪問型サービス・活動C	112	184.8	894.3	25.7	13	92.1
訪問型サービス・活動D	16	39.9	35.4	32.8	13.6	54.1
通所型従前相当サービス	317	20958.6	43257.2	7435.7	2246.2	18082.5
うち、リハビリ特化型	19	4380.5	4419.1	2550	848	7748.8
通所型サービス・活動A	201	3243.4	9119.3	780.2	184.7	1901.9
うち、リハビリ特化型	8	310.3	387.3	124.5	13.4	618.3
通所型サービス・活動B	77	548.4	1480.9	114.4	50.9	356.4
通所型サービス・活動C	186	689.5	1345.0	283.1	109.4	698.3
その他生活支援サービス	53	1226.9	3410.6	286.5	73.9	682

問. 総合事業費の上限額を超過しているか否か教えてください。(あてはまるものを1つ選択)

<問20-2>

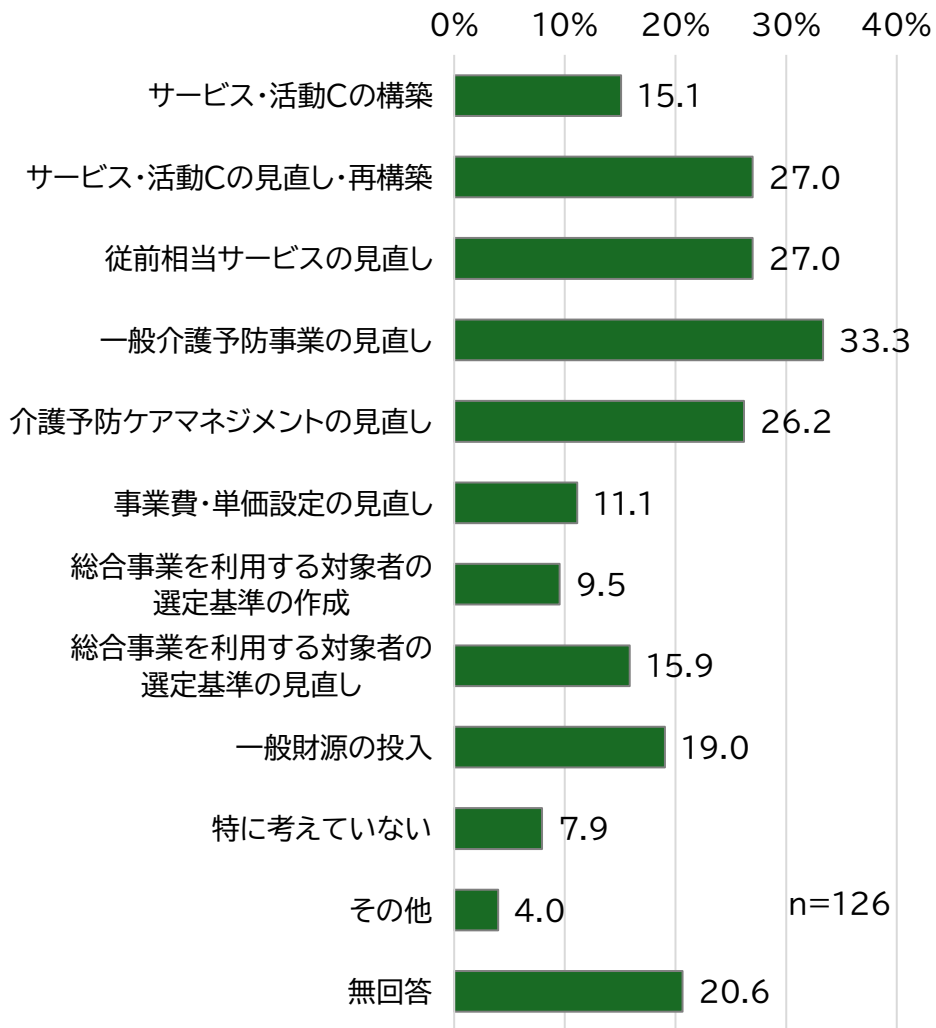
内訳をみると、「上限を超えていない」が79.4%と最も高く、次いで「上限を超えている」が20.4%と続いている。



問. 問1-2. で「2.上限越えている」と回答した方にお伺いします。今後の対策について教えてください。(あてはまるものをすべて選択)

<問20-3>

内訳をみると、「一般介護予防事業の見直し」が33.3%と最も高く、次いで「サービス・活動Cの見直し・再構築」及び「従前相当サービスの見直し」が27.0%と続いている。



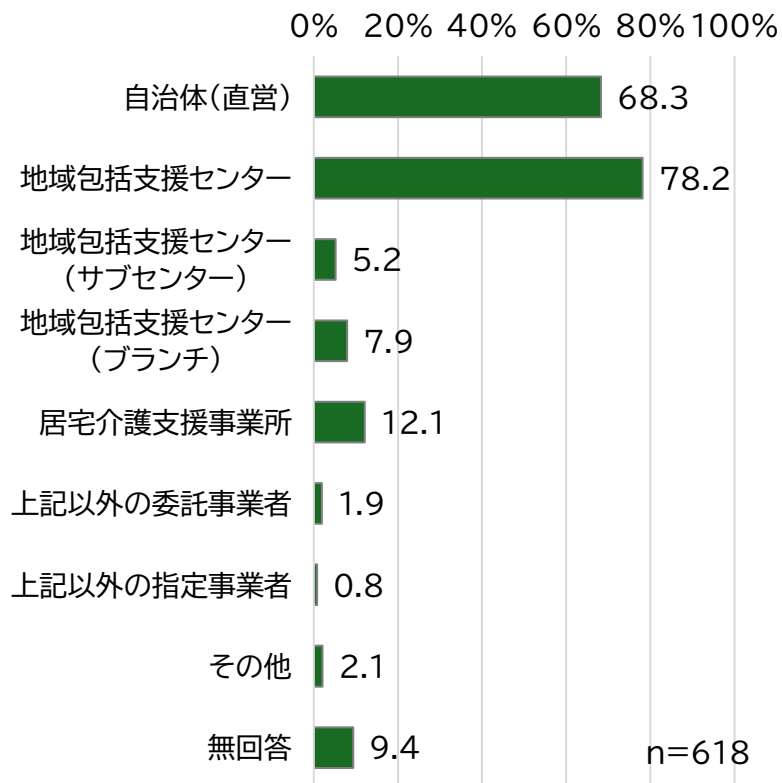
「その他」の内容 ※主なものを抜粋

- ・生活支援体制の整備
- ・訪問型・通所型サービスの利用者は増加が予測されると考えられるため、介護保険担当部署（保険者）と財源確保に向けては協議を進める
- ・予算上は上限を超えているが、決裁時には下回る
- ・第1号保険料の投入
- ・保険者機能強化推進交付金・介護保険保険者努力支援交付金評価結果を確認・分析し、取組が不足している部分や改善が必要な部分について、地域ニーズ等を踏まえながら検討し、次年度の実績につなげていく

問. 総合事業における地域の高齢者等を対象とした総合事業全般の相談窓口の実施主体について教えてください。(あてはまるものをすべて選択)

<問21>

内訳をみると、「地域包括支援センター」が78.2%と最も高く、次いで「自治体(直営)」が68.3%、「居宅介護支援事業所」が12.1%と続いている。



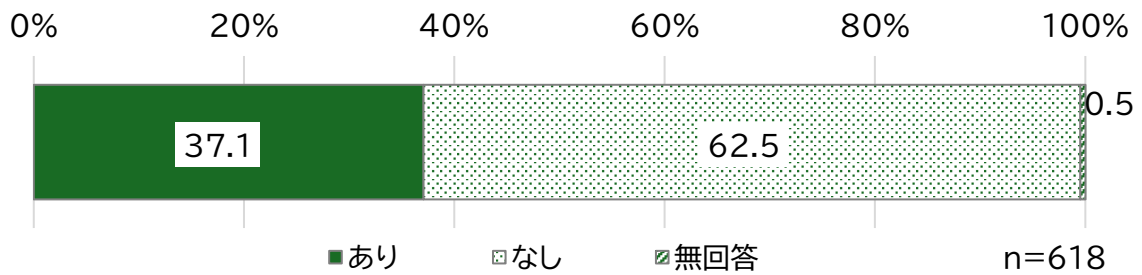
「その他」の内容 ※主なものを抜粋

- ・在宅介護支援センター
- ・社会福祉協議会

問. 相談窓口での対応フロー(マニュアル等)はありますか。(あてはまるものを1つ選択)

<問22-1>

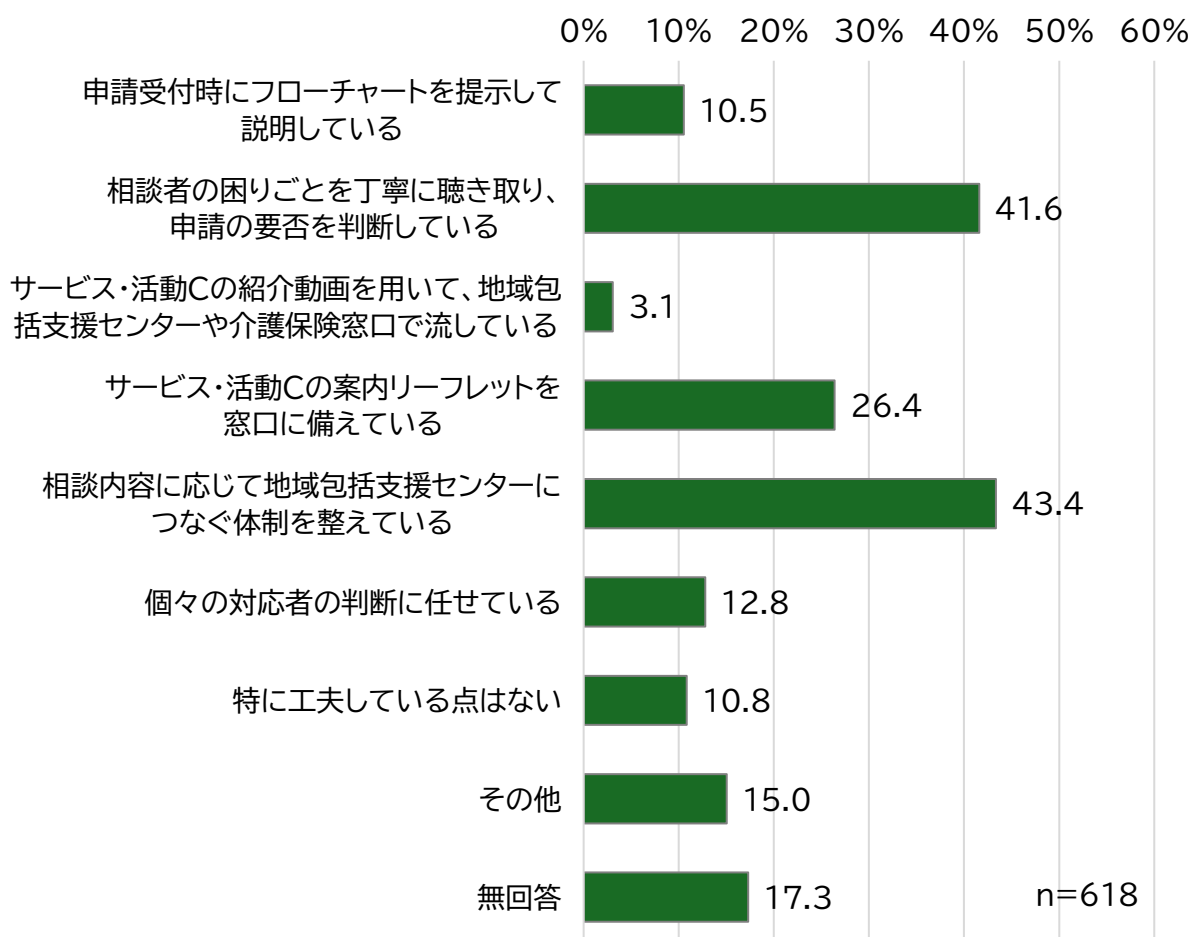
内訳をみると、「あり」が37.1%、「なし」が62.5%であった。



問. 相談窓口での対応において、短期集中予防サービスへの適切なつなぎを図るために、どのような工夫を行っていますか。(あてはまるものをすべて選択)

<問 22-2>

内訳をみると、「相談内容に応じて地域包括支援センターにつなぐ体制を整えている」が43.4%と最も高く、次いで「相談者の困りごとを丁寧に聴き取り、申請の可否を判断している」が41.6%、「サービス・活動Cの案内リーフレットを窓口に着けている」が26.4%と続いている。



「その他」の内容 ※主なものを抜粋

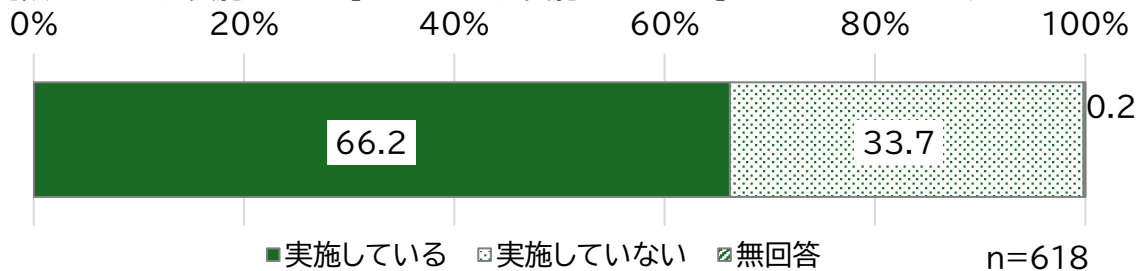
- ・通所サービスを新規で利用する場合に、短期集中通所サービスを第1選択に位置づけ、介護予防ケアパスを作成して地域包括支援センターやケアマネジャー等に周知を図っている。
- ・地域包括支援センターに所属しているOTが総合相談時の地区担当者と同行訪問し見極めを行っている。
- ・担当のPTと対象者像を共有して、開催地区で該当見込みの方へアプローチ実施。
- ・短期集中予防サービスの対象者の目安を地域包括支援センターに示している。
- ・生活機能モニタリング測定会の結果に応じて短期集中予防サービスへつないでいる。
- ・新規事業対象者と新規要支援者に決定通知書を郵送する際に通所型サービスCのチラシを同封している。
- ・対象者(新規で要支援1または要支援2の認定を受けた者)に介護保険被保険者証を郵送する際に短期集中予防サービスのリーフレットを同封している。

- ・市内医療機関に出向き、退院時の支援について短期集中予防サービスの説明を実施。
- ・70歳以上の介護認定のない方に事業対象者把握事業として、基本チェックリストを送付しスクリーニングを毎年実施。該当者には参加推奨している。
- ・サービス・活動Cの紹介動画を用いて、地域包括支援センターや介護保険窓口で流している。

問. ハイリスク者(要介護リスク者)に対してアウトリーチを実施していますか。(あてはまるものを1つ選択)

<問23-1>

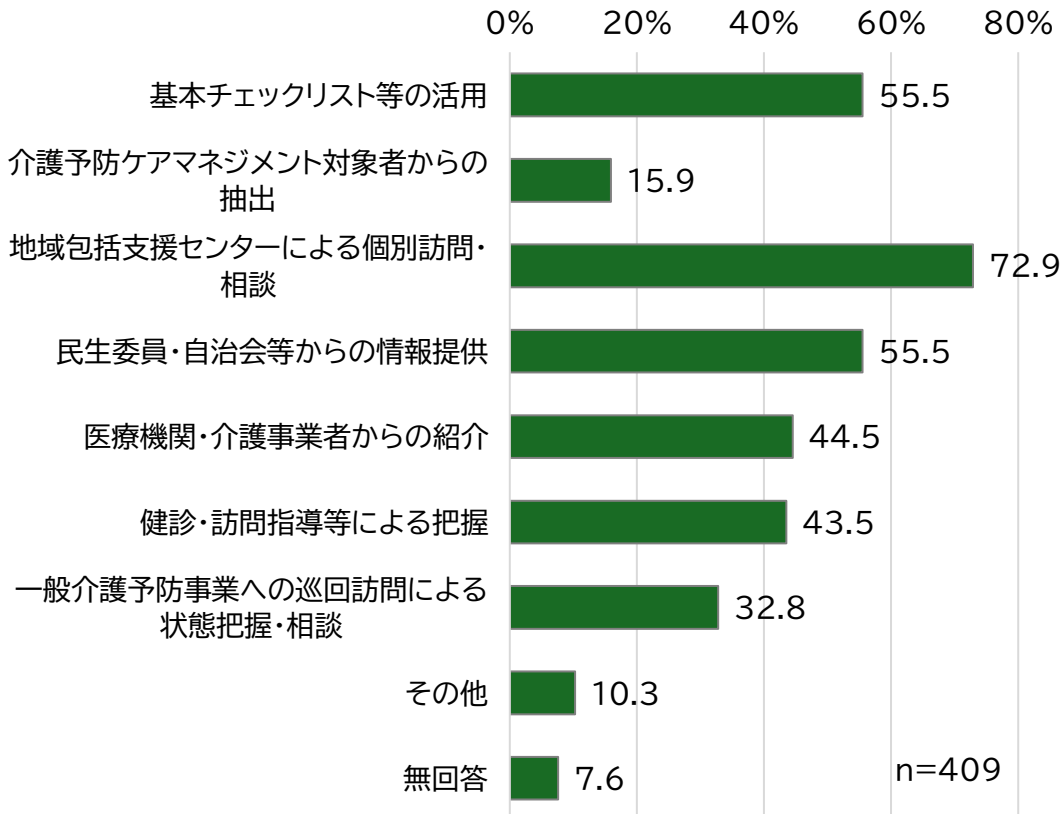
内訳をみると、「実施している」が66.2%、「実施していない」が33.7%であった。



問. 問23-1で「1.実施している」と回答した方にお伺いします。どのように実施していますか。
(あてはまるものをすべて選択)

<問23-2>

内訳をみると、「地域包括支援センターによる個別訪問・相談」が72.9%と最も高く、次いで「基本チェックリスト等の活用」が55.5%及び「民生委員・自治会等からの情報提供」が55.5%と続いている。



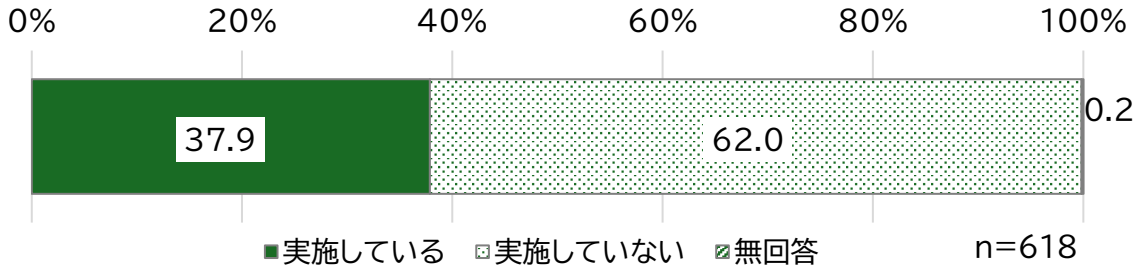
「その他」の内容 ※主なものを抜粋

- ・KDBシステムより健診・医療・介護に関するデータがない健康状態不明者を抽出し、状況把握を目的としたアンケートを送付。その結果に合わせて地域包括支援センターによる個別訪問・相談を実施している。
- ・フレイル予防事業等で保健師がアセスメントを行った結果把握した支援の必要な高齢者に対して、健診や医療の受診勧奨や地域包括支援センターへの相談、介護サービスの紹介等の必要な支援を実施している。
- ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業において健康状態不明者への個別支援を委託事業として行い、希望者に対して保健師または看護師が保健指導を実施している。
- ・介護予防把握事業で実施したアンケート調査の回答や、近隣の病院と連携して実施している体力測定を活用している。
- ・普及啓発事業の体力測定結果を確認し、ハイリスク者には個別にアプローチしている。
- ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施にて健康状態不明者にアウトリーチを実施している。
- ・住民主体の通いの場などにSC・包括・市職員などが出向き把握している。
- ・KDBデータの活用による個人的支援者の把握、訪問している。

問. 地域リハビリテーション活動支援事業等を活用したリハビリテーション専門職と地域包括支援センターのプランナーやケアマネジャー等による同行訪問アセスメントを実施していますか。(あてはまるものを1つ選択)

<問24-1>

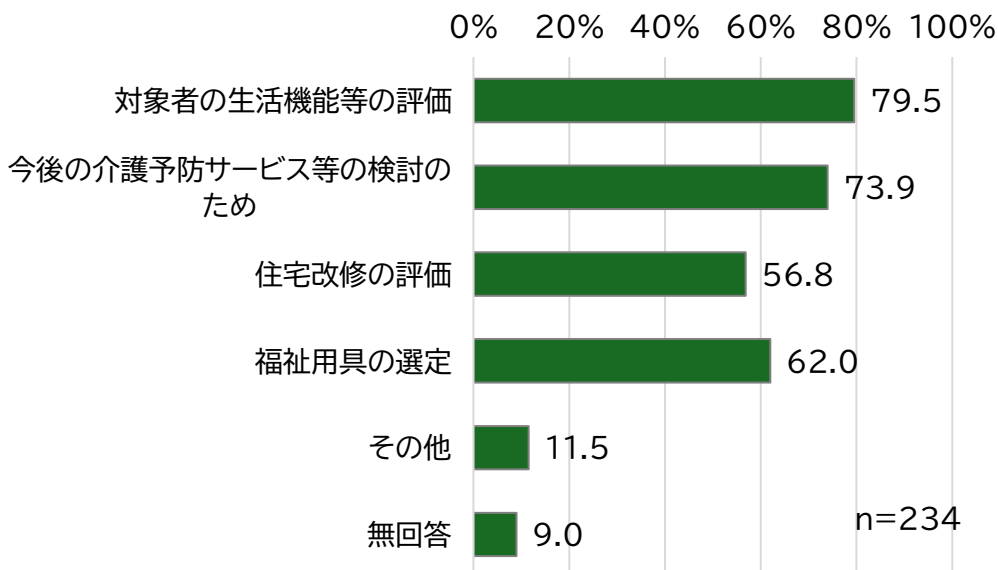
内訳をみると、「実施している」が37.9%、「実施していない」が62.0%であった。



問. 問24-1で「1.実施している」と回答した方にお伺いします。同行訪問アセスメントの目的を教えてください。(あてはまるものをすべて選択)

<問24-2>

内訳をみると、「対象者の生活機能等の評価」が79.5%と最も高く、次いで「今後の介護予防サービス等の検討のため」が73.9%、「福祉用具の選定」が62.0%と続いている。



「その他」の内容 ※主なものを抜粋

- ・本人・家族やそれを支援する介護事業所職員に対し、生活動作の困りごとを解消するために家庭へ訪問し生活の場で指導・助言を行う。
- ・通所型サービスCの事前アセスメント、運動内容の提案、専門職や家族への介助指導。
- ・地域ケア個別会議のアセスメント支援、転倒予防に対する評価。
- ・サービス・活動Cへつなげることが適切かどうかのアセスメント実施。
- ・栄養状態の評価、個別機能プログラムの立案、家族への介護指導、セルフケアの指導。
- ・【リハ職行為評価事業】としてアセスメントの助言のみではなく、対象者に対する自主トレーニ

- ングの助言なども行っている。
- ・生活機能改善のための環境評価、生活リハの助言。
 - ・本人・家族のほかプランナー・ケアマネジャーのケアマネジメント力向上のための助言。
 - ・アセスメントへの助言、自主トレーニングの提案、ケアプラン作成者への助言。
 - ・身体・認知機能や生活環境・医療面・介護サービス・ケアの方法・福祉用具・住宅改修の各観点からの評価。

問. 引き続き、問24で「1.実施している」と回答した方にお伺いします。同行訪問アセスメントの効果について教えてください(記述)

<問24-3>

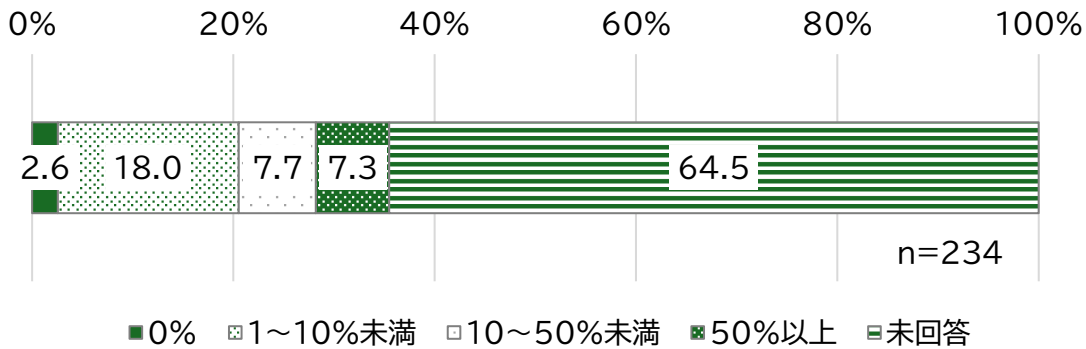
内容 ※主なものを抜粋

- ・リハ専門職による専門的な視点が加わることで、介護予防に向けての課題や目標設定を明確化できる。本人・家族の納得感が高まり、自信回復やセルフマネジメントの促進につながる。多職種が意見をすり合わせることで、より現実的で効果的な支援の提案が可能となる。地域包括支援センター職員に対するアンケート調査では、ほぼ全員が自身のアセスメントに役立っていると回答している。
- ・インフォーマルサービスのみの利用で維持や改善ができる可能性がある対象者に対して、従前相当サービスではなくインフォーマルサービスの紹介をできるようになった。介護保険認定申請前に同行訪問をすることで、お守り的に認定申請をしておくことを防ぐことができた。
- ・リハ専門職の視点が加わり、ケアマネジャーが「できないことを補うだけの支援」ではなく「できなくなったことをできるようにする支援」を目指したケアマネジメントやサービスの提案ができること。
- ・短期集中予防サービスへつながる対象者数が大幅に増えている。サービス利用希望者でも状態に応じて一般介護予防事業へつなげることができている。
- ・リハ専門職とケアマネジャーが同行訪問することにより、対象者のアセスメントと目標設定を多角的に行うことができた。また事業終了後の支援についても多職種で検討することができた。
- ・地域ケア会議において、リハ専門職が実際に訪問することで、より専門的な視点でアセスメントを行うことができる。個別課題の解決に取り組むにあたり有効である。
- ・高齢者の能力や生活環境等に応じた支援内容や、自立に向けた取り組みについて、高齢者やその家族と根拠を持って話し合うことができる。地域で活躍する様々なリハ専門職が自主的に集まり、地域包括支援センターや居宅ケアマネジャーと共に仕組みづくりを考えており、思いの共有が少しずつできている。
- ・リハビリ専門職の視点で行う運動機能・生活機能評価を包括職員(ケアマネ等)が現場で学ぶ場面があり、自立支援・介護予防ケアマネジメント向上につながっていると感じている。
- ・下肢筋力低下による日常生活動作の支障が出ており、ケアマネからリハをすすめられていたが拒否されていたケース。リハビリ専門職から専門性の高い助言を受け、本人がリハの必要性を認識し、訪問リハの調整へ進んだ。
- ・理学療法士などの専門職が同行することで、安易に介護認定の申請につなげることがなくなり、過不足ない介護給付を実践することができた。

問. 問24で「1.実施している」と回答した方にお伺いします。新規要支援者のうちどれくらいの割合で同行訪問アセスメントを実施していますか(記述)

<問24-4>

内訳をみると、「1~10%未満」が18.0%と最も高く、次いで「10~50%未満」が7.7%、「50%以上」が7.3%と続いている。



* 回答結果の分布をもとに、「0%」、「1~10%未満」、「10~50%未満」、「50%以上」、「未回答」の5区分とした。

問. 問5で「1.実施している」と回答した方にお伺いします。同行訪問アセスメントの1回あたりの単価を教えてください。(記述)

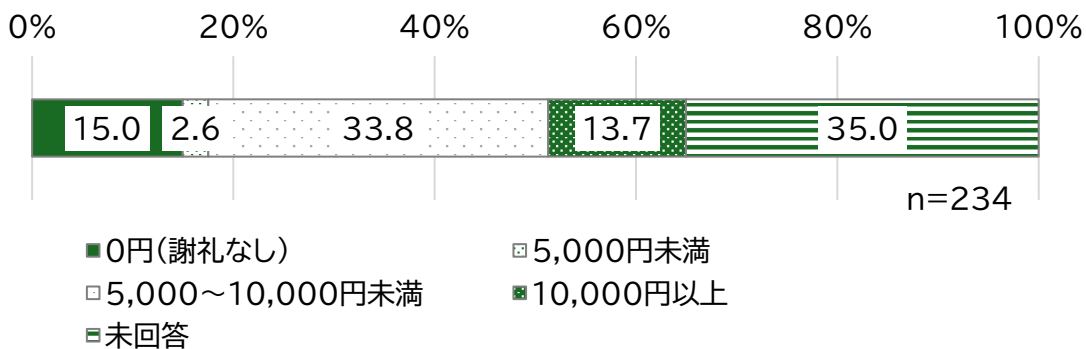
<問24-5>

0円を除いた実施自治体(n=117)における単価の平均値は8,429円(±3,819円)、中央値は8,000円(第1四分位数6,000円、第3四分位数10,000円)であった。

	n	平均値	標準偏差	中央値	第1四分位	第3四分位
同行訪問アセスメントの単価	117	8428.8	3819.4	8000	6000	10000

* 未回答を除く

内訳をみると、「5,000~10,000円未満」が33.8%と最も高く、次いで「0円(謝礼なし)」が15.0%、「10,000円以上」が13.7%、「5,000円未満」が2.6%と続いている。

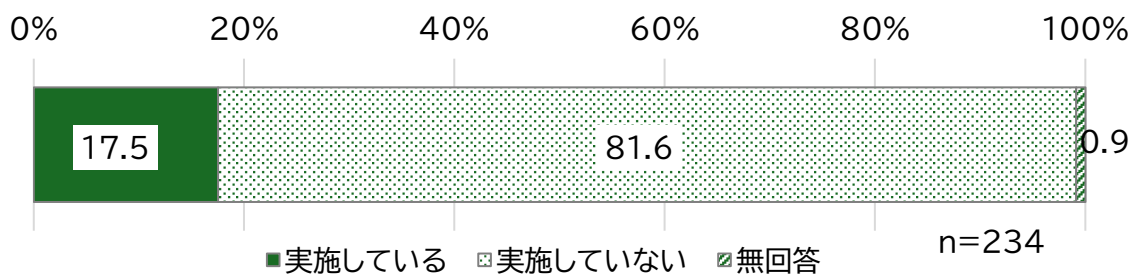


* 回答結果の分布をもとに、「0円(謝礼なし)」、「5,000円未満」、「5,000~10,000円未満」、「10,000円以上」、「未回答」の5区分とした。

問. 問5で「1.実施している」と回答した方にお伺いします。同行訪問アセスメントの実施にあたりリハ職に研修を実施しているか教えてください。(あてはまるものを1つ選択)

<問24-6>

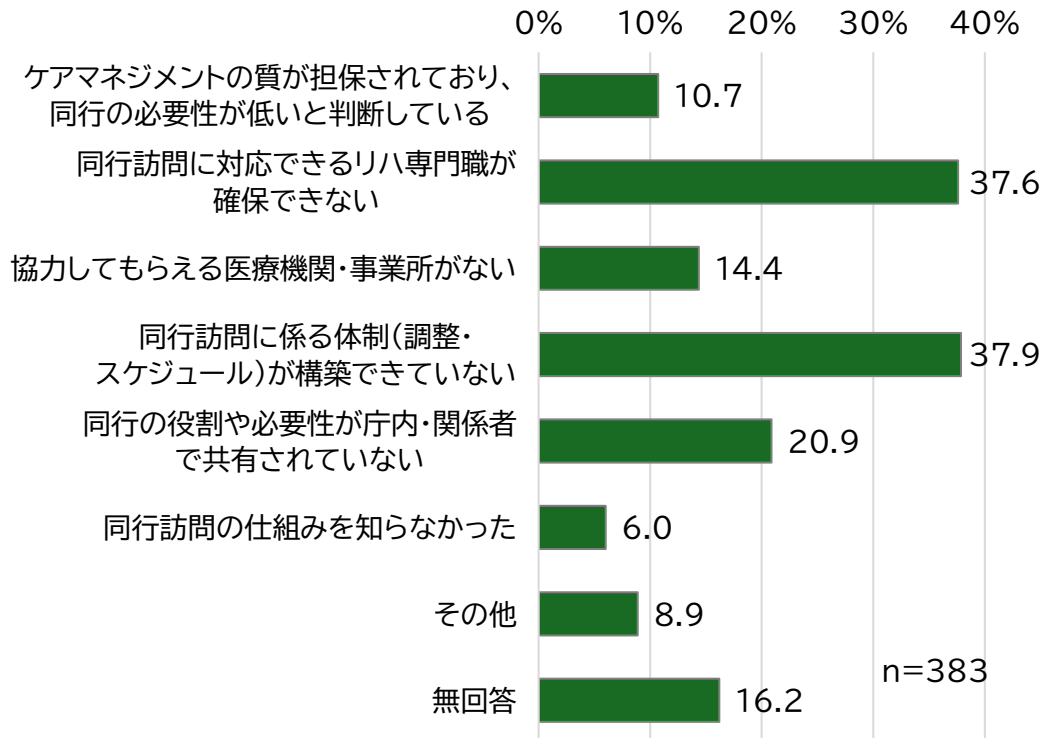
内訳をみると、「実施している」が17.5%、「実施していない」が81.6%であった。



問. 問5で「2.実施していない」と回答した方にお伺いします。同行訪問アセスメントを実施していない理由を教えてください。(あてはまるものをすべて選択)

<問24-7>

内訳をみると、「同行訪問に係る体制(調整・スケジュール)が構築できていない」が37.9%と最も高く、次いで「同行訪問に対応できるリハ専門職が確保できない」が37.6%、「同行の役割や必要性が庁内・関係者で共有されていない」が20.9%と続いている。



「その他」の内容 ※主なものを抜粋

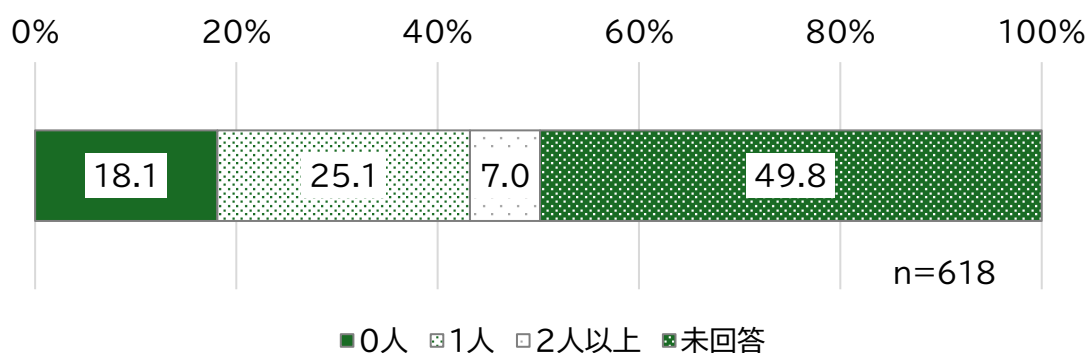
- ・サービス・活動Cでは、サービスの一部としてリハビリ専門職の同行訪問によるアセスメントを実施している。
- ・地域ケア会議推進事業の中で、ケア会議に事例提出をしたケースについて、専門職(リハ職・管理栄養士)の同行支援ができる体制を令和6年より実施している。
- ・町職員のリハ職と保健師が訪問によりハイリスク対象者の状態把握と事業対象者の選定を行っている。
- ・医療機関や訪問リハ事業所のPT・OTを派遣し、同行訪問を実施している(報償費で支払い)。
- ・地域包括支援センターにOTが配置されているため、そのOTが同行訪問を実施している。
- ・市職にリハ職がいるため「地域リハビリテーション活動支援事業」を活用しなくても同行訪問が可能。
- ・地域リハビリテーション活動支援事業としては行っていないが、町のリハビリ専門職が適宜同行訪問を行っている。
- ・村外医療機関の理学療法士に依頼する必要があるため、訪問ではなくメールや電話等で相談して対応している。
- ・通所型サービス・活動Cの利用者に訪問を実施している。
- ・別の制度の中で包括のケアマネとリハ職が同行訪問している。

問. 現在の第1層及び第2層生活支援コーディネーターの配置人数を教えてください。(記述)

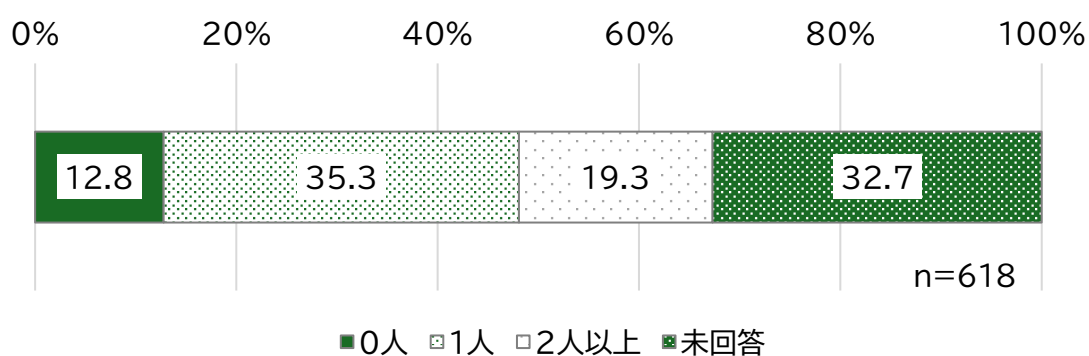
<問25>

第1層SC専任について、内訳をみると、「1人」が25.1%と最も高く、次いで「0人」が18.1%、「2人以上」が7.0%と続いている。第1層SC兼務は、「1人」が35.3%と最も高く、次いで「2人以上」が19.3%、「0人」が12.8%であった。第2層SC専任は、「0人」が21.0%と最も高く、次いで「4人以上」が12.6%、「1~3人」が11.8%であった。第2層SC兼務は、「1~3人」が19.7%と最も高く、次いで「4~9人」が14.9%、「0人」が14.1%と続いている。

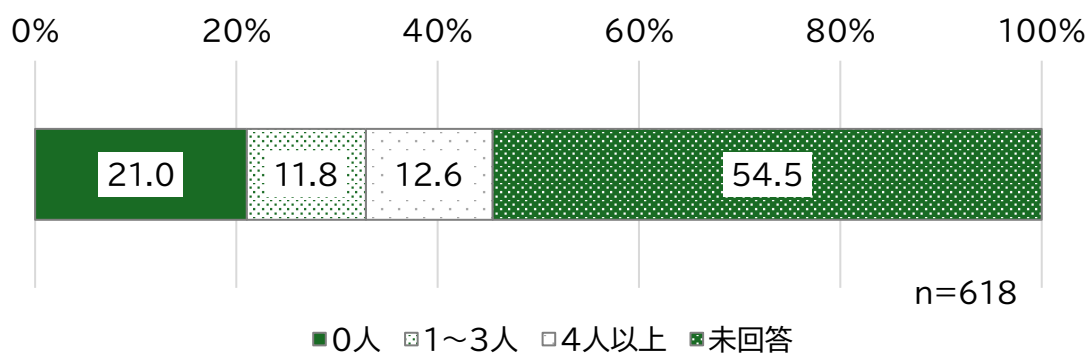
■第1層SC専任の人数



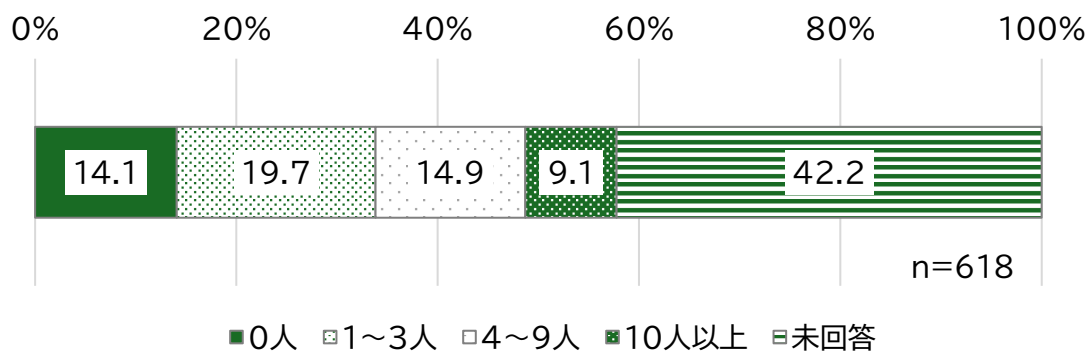
■第1層SC兼務の人数



■第2層SC専任の人数



■第2層SC兼務の人数

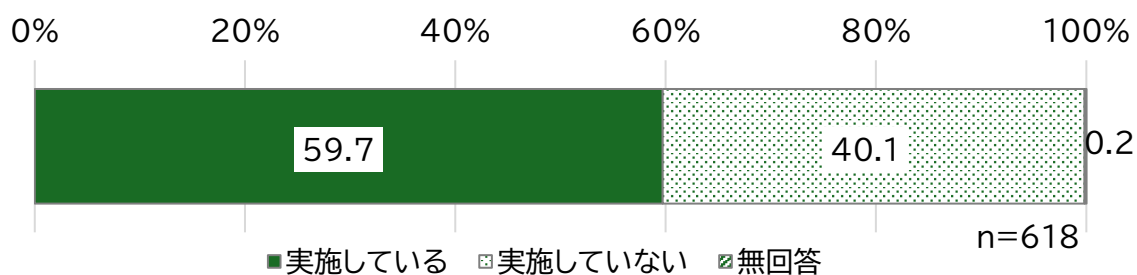


5 短期集中予防サービス(サービス・活動 C 等)の内容・利用者変化

問. 短期集中予防サービスを実施していますか。(あてはまるものを1つ選択)

<問26>

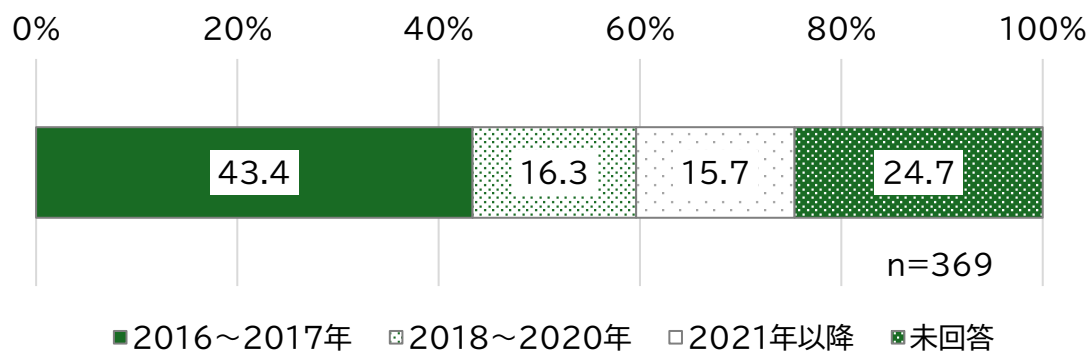
内訳をみると、「実施している」が59.7%、「実施していない」が40.1%であった。



問. 短期集中予防サービスの開始時期を西暦で教えてください。(記述)

<問26-1>

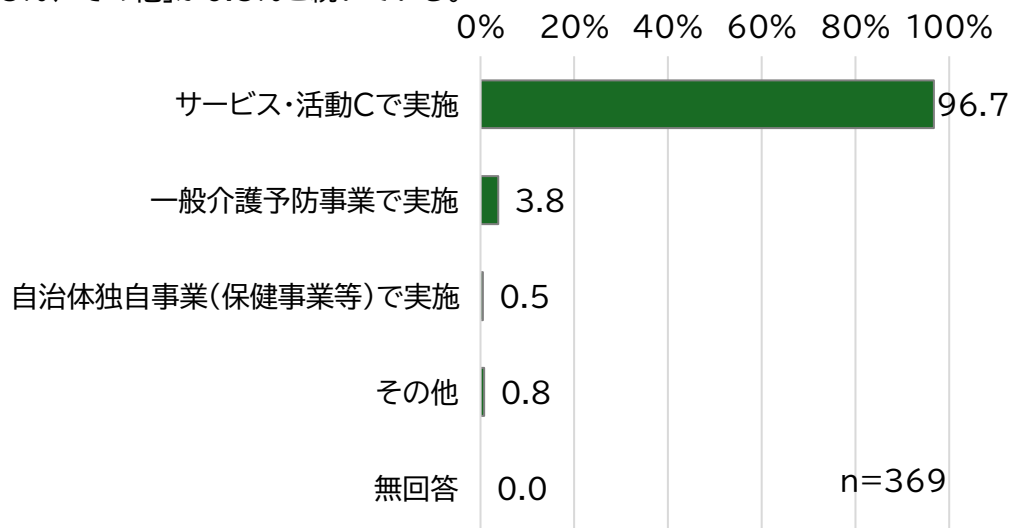
内訳をみると、「2016～2017年」が43.4%、「2018～2020年」が16.3%であった。



問. 短期集中予防サービスの位置づけを教えてください。(あてはまるものをすべて選択)

<問26-2>

内訳をみると、「サービス・活動Cで実施」が96.7%と最も高く、次いで「一般介護予防事業で実施」が3.8%、「その他」が0.8%と続いている。



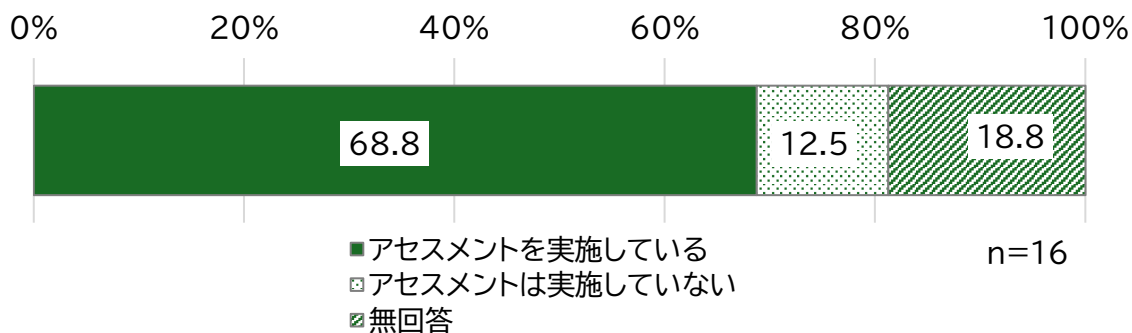
「その他」の内容 ※主なものを抜粋

- ・その他生活支援サービス
- ・地域支援事業(任意事業)
- ・サービス・活動Aの加算として実施

問. 問26-2で、2または3(サービス・活動C以外で実施)と回答した方にお伺いします。その取り組みでは専門職によるアセスメントを実施していますか。(あてはまるものを1つ選択)

<問26-3>

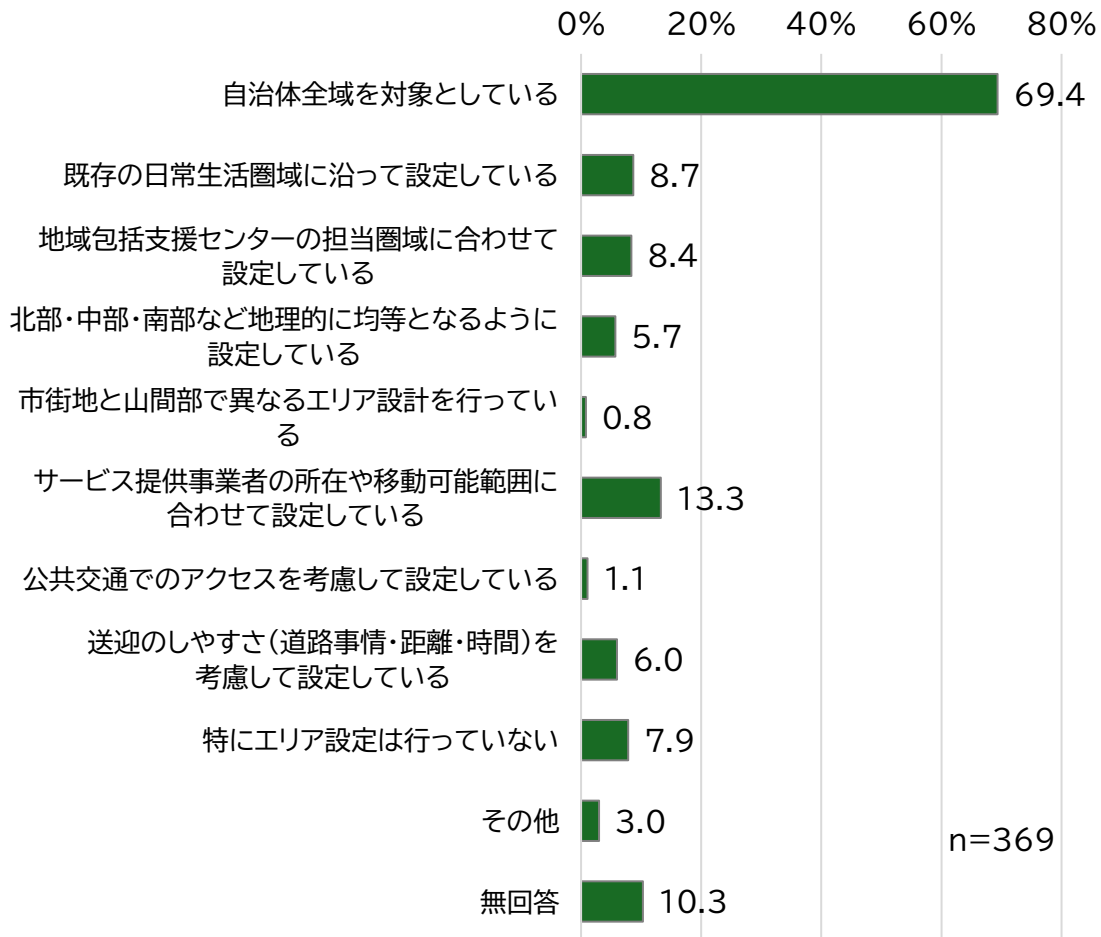
内訳をみると、「実施している」が68.8%、「実施していない」が12.5%であった。



問. 短期集中予防サービスを実施する際、エリア(地域ブロック・圏域等)をどのように設定していますか。(あてはまるものをすべて選択)

<問27-1>

内訳をみると、「自治体全域を対象としている」が69.4%と最も高く、次いで「サービス提供事業者の所在や移動可能範囲に合わせて設定している」が13.3%、「既存の日常生活圏域に沿って設定している」が8.7%と続いている。



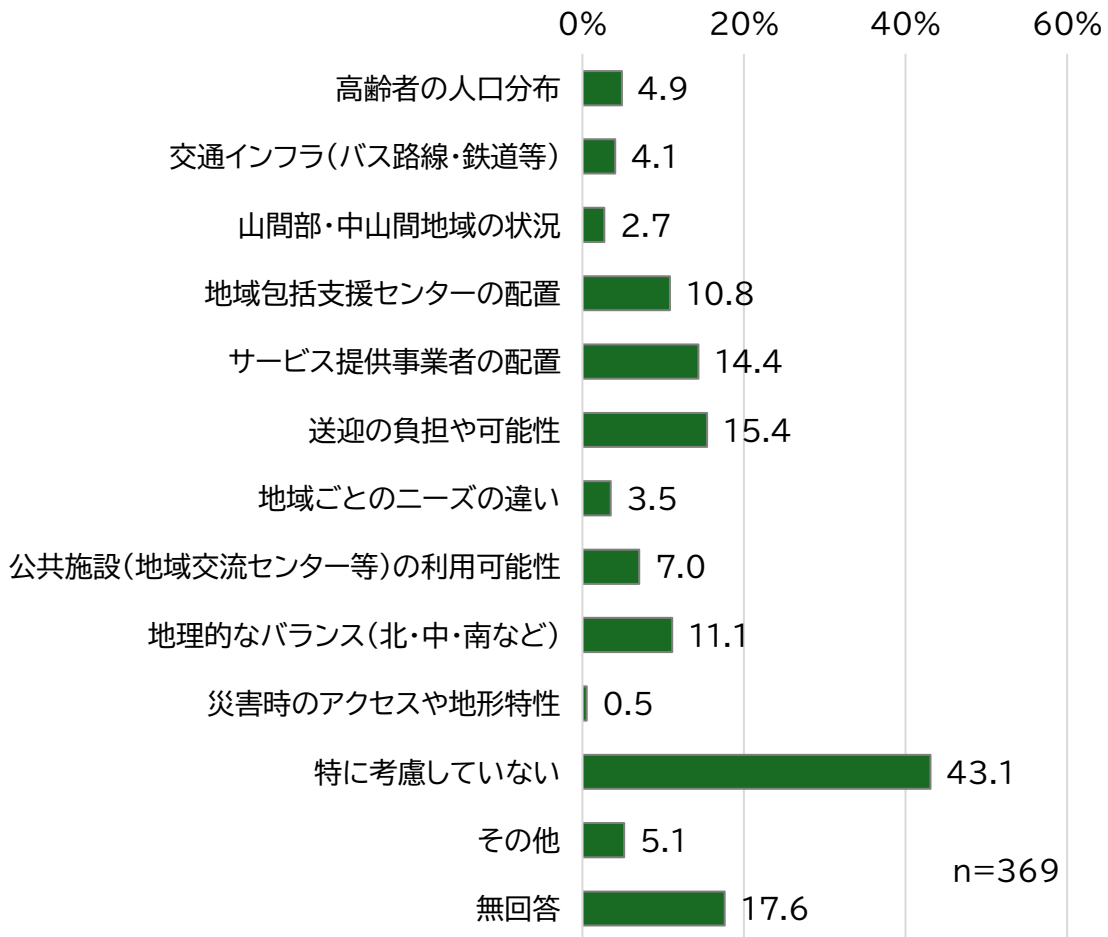
「その他」の内容 ※主なものを抜粋

- ・山間部(他のサービスが十分でない地域)のみで実施している。
- ・2023年度から現在も試行的に実施しており、2025年度も市が選定した一部の地域包括支援センターでのみ実施している。
- ・モデル事業として市内の一部のエリアで実施している。
- ・健康福祉センターの圏域に合わせて設定している。
- ・自治体全域を対象としているが、委託事業所の送迎の都合で実質利用できない地域も一部ある。
- ・各圏域1か所ずつ設置している。
- ・既存の日常生活圏域に沿って設定している。
- ・提供事業者の可能な範囲内で実施を依頼している。

問. 短期集中予防サービスの実施エリアを決定するにあたり、どのような要素を考慮しましたか。(あてはまるものをすべて選択)

<問27-2>

内訳をみると、「特に考慮していない」が43.1%と最も高く、次いで「送迎の負担や可能性」が15.4%、「サービス提供事業者の配置」が14.4%と続いている。



「その他」の内容 ※主なものを抜粋

- ・希望者が参加しやすいよう全域カバーできるようにサービスを構築している。
- ・試行的実施のため、サービス・活動Cの実施が可能で、かつ市に協力してもらえる所で実施中。
- ・訪問型なので市内全域を対象とし、事業所の活動可能エリアを考慮している。
- ・現在1か所になっているが今後はエリアを考慮し、実施する場を増やしていきたい。
- ・短期集中予防サービスを中心としたサービス体系へ変えるため全域が対象となること。
- ・提供事業者の可能な範囲内で実施を依頼した。
- ・委託先を決定する際、手を挙げた事業所が一箇所のみであった。
- ・既存の日常生活圏域に沿って設定している。

問. エリア設定に関する工夫や課題があればご記入ください。(例:送迎への配慮、山間部と市街地で別の方法を採用 など)(自由記載)

<問27-3>

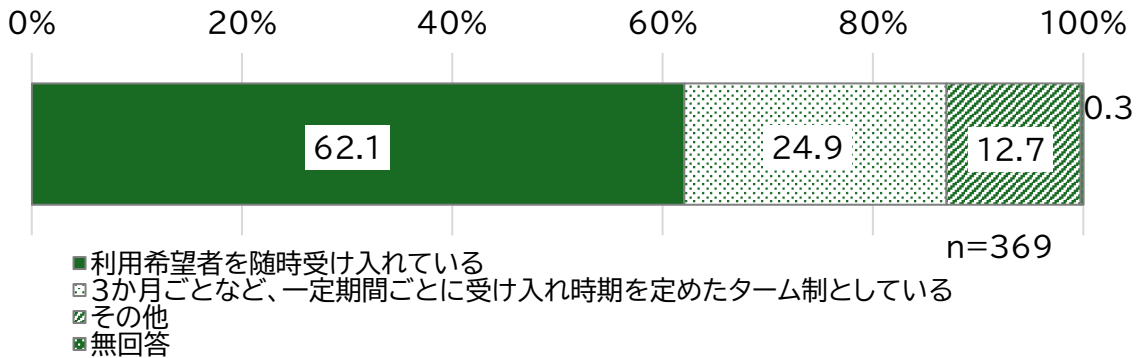
「エリア設定の工夫や課題」の内容 ※主なものを抜粋

- ・中山間地域では送迎距離が問題となり、通所型で運用することが難しかったため、訪問型の短期集中予防サービスを導入し運用している。
- ・事業所から対応可能な地域の希望を聴取し、高齢者数や事業所数が偏らないように対応圏域を調整して均衡を保っている。郊外になればなるほど、送迎にかかる時間や交通費などの負担が大きくなることが課題。
- ・圏域により受託可能な事業者の有無が異なり、また事業者ごとに送迎可否や対応範囲に差があるため、市内全域で均一的なサービス提供が実現できていないことが課題。
- ・送迎について、利用者・事業者双方の負担を考慮し、地理的にバランスよく実施事業所を配置したいと考えているが、実施事業所自体が少なく思うように配置できていない。
- ・通所型や訪問型等多様なサービスを用意し、サービス利用希望者が場所の都合からサービスを受けることができないという事態が起きないようにしている。
- ・中山間地域等で送迎が難しいエリアでは、距離による送迎加算を設定している。
- ・自治体全域を対象としているため送迎の需要が高いが、供給が充足していないことが課題。
- ・各行政区に1か所以上を目指して、サービス提供事業所の増加に向けた取り組みを実施している。
- ・送迎が長距離になりすぎないように配慮して調整を行っている。一方で特定の事業者への負担が偏りやすい。
- ・設定圏域を超える利用者については送迎加算を設定している。

問. 短期集中予防サービスの対象者の受け入れ方法について伺います。現在、どのような方法で対象者を受け入れていますか。(あてはまるものを1つ選択)

<問28-1>

内訳をみると、「利用希望者を随時受け入れている」が62.1%と最も高く、次いで「3か月ごとなど、一定期間ごとに受け入れ時期を定めたターム制としている」が24.9%、「その他」が12.7%と続いている。



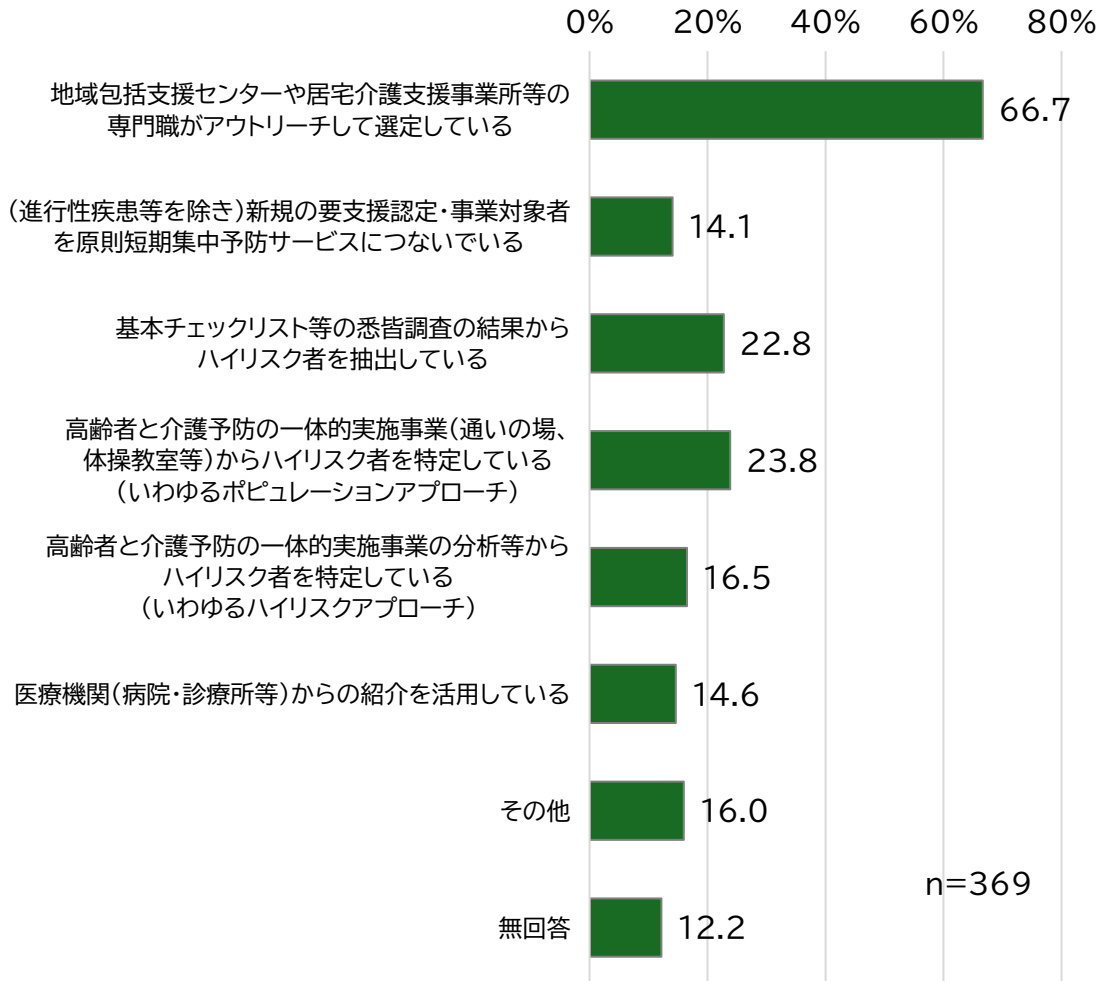
「その他」の内容 ※主なものを抜粋

- ・地域包括支援センターに相談が入るケースの中から、短期間での支援で改善の見込みがあると考えられるケースに対して、リハビリ専門職が同行訪問し、対象者を選定している。
- ・利用希望者の情報を自立支援型地域ケア会議で検討して参加の可否を決定。
- ・これまで随時受け入れをしてきたが、リエイブルメントのモデル事業を実施するにあたって、対象を絞り3か月間実施している。
- ・訪問型は随時受け入れ、通所型は一定期間ごとにターム制を採用するなど、サービス種別で受け入れ方式を使い分けている。
- ・2で設定はしているが、急ぐケースについては途中参加も認めている。
- ・希望者に基本チェックリストを用いてアセスメントを行い決定。
- ・提供人数が限られるため、包括支援センターにて選定して実施している。
- ・受け入れタイミング・人数等は委託事業所が判断し対応している。
- ・運動器は随時、口腔は期間を決めるなど、プログラム種別で受け入れ方式を使い分けている。
- ・実施期間までに地域包括支援センターが対象者を抽出し、受け入れている。

問. 短期集中予防サービスの対象者はどのような方法で抽出・把握していますか？下記から当てはまるものを選択してください。(あてはまるものをすべて選択)

<問28-2>

内訳をみると、「地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等の専門職がアウトリーチして選定している」が66.7%と最も高く、次いで「高齢者と介護予防の一体的実施事業(通いの場、体操教室等)からハイリスク者を特定している(いわゆるポピュレーションアプローチ)」が23.8%、「基本チェックリスト等の悉皆調査の結果からハイリスク者を抽出している」が22.8%と続いている。



「その他」の内容 ※主なものを抜粋

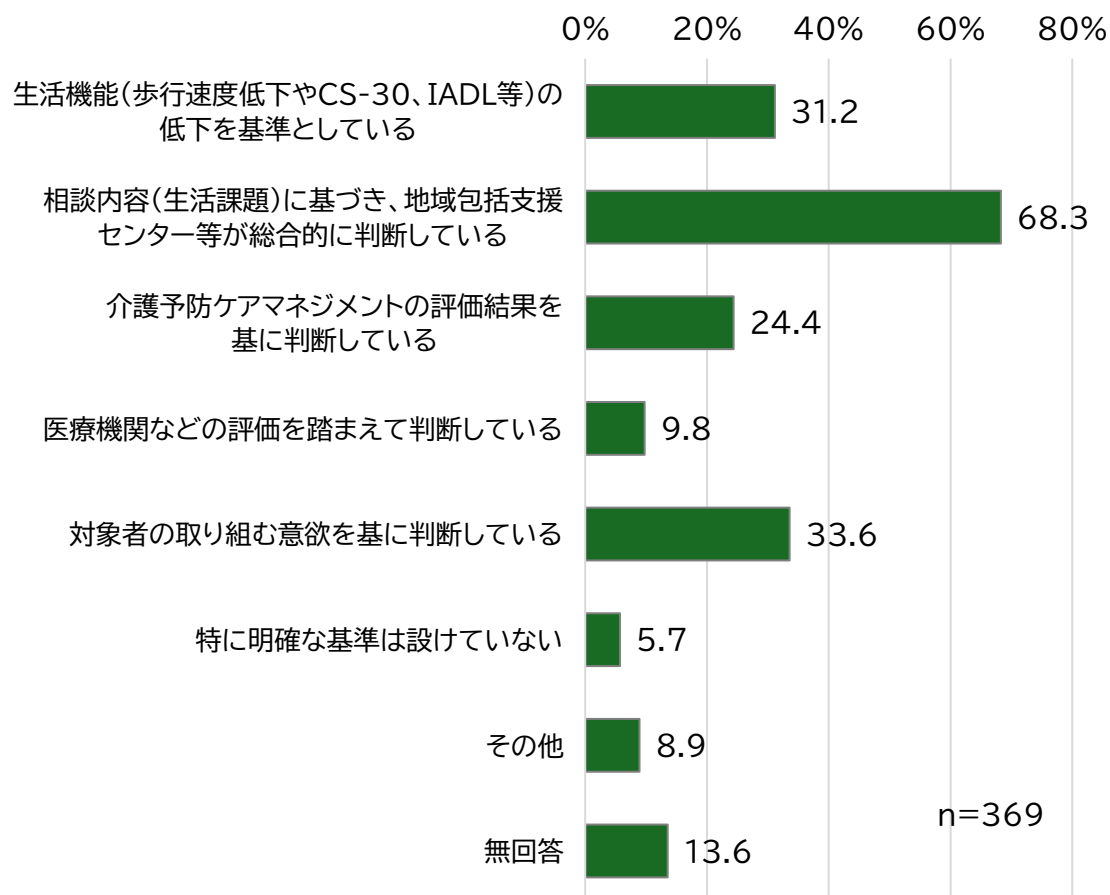
- ・地域包括支援センターに相談が入るケースの中から、短期間での支援で改善の見込みがあると考えられるケースに対して、リハビリ専門職が同行訪問し、対象者を選定している。
- ・70歳フレイルチェック事業及び他の把握事業から抽出した対象者については、地域包括支援センターへつなぎ、アセスメントを実施したうえで本サービスの対象者を抽出している。
- ・介護保険サービス利用の相談を受けた際に、短期集中でかかわることで効果が期待できる方を相談対応者が判断し、活動C担当者に相談しつないでいく。
- ・自立支援型地域ケア会議にて抽出し、対象者に対して個別でアプローチ。
- ・広報誌等で周知を行って参加希望のあった者、後期高齢者健診で実施している後期高齢者の質問票からハイリスク者を把握している。

- ・介護保険認定結果送付時に通所Cのチラシを送付し、情報を提供し希望しやすい環境づくりを実施。
- ・相談内容に基づき、地域包括支援センターと多職種が連携して総合的に判断・選定している。
- ・一般介護予防事業やケアマネジメントとの連携、地域のボランティアからの紹介、自薦。
- ・フレイルチェック測定会参加者からハイリスク者を特定している。
- ・新規の要支援認定者にチラシを配布。自立支援型地域ケア会議の事例に提案。

問. 抽出した対象者について、短期集中予防サービスの対象とする際の判断基準や方法を教えてください。(あてはまるものをすべて選択)

<問28-3>

内訳をみると、「相談内容(生活課題)に基づき、地域包括支援センター等が総合的に判断している」が68.3%と最も高く、次いで「対象者の取り組む意欲を基に判断している」が33.6%、「生活機能(歩行速度低下やCS-30、IADL等)の低下を基準としている」が31.2%と続いている。



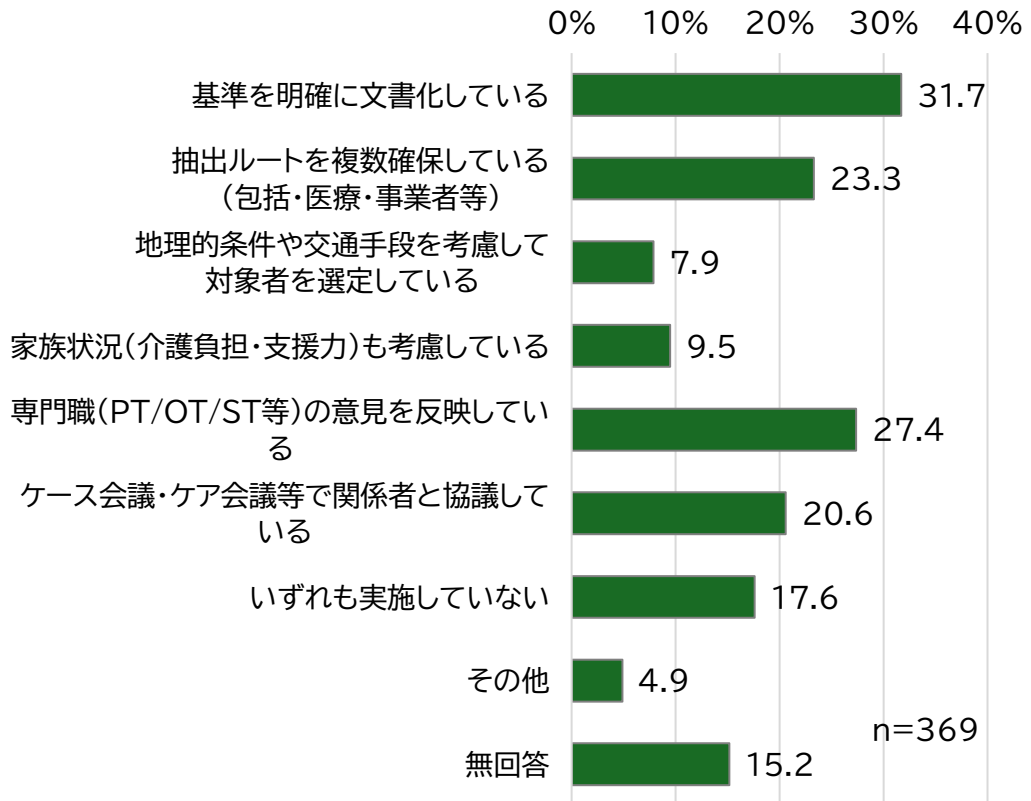
「その他」の内容 ※主なものを抜粋

- ・事業対象者で、自立生活が見込める者、改善の意思がある、基本チェックリストの基準該当者、専門職からの指導の機会がないこと、通所指導が困難、サービスCの利用歴がない、サービスC利用期間中に介護保険の更新認定申請がないこと、すべてを満たす者。
- ・通所型サービスの新規利用希望者のうち、元の生活に戻る可能性がある人(進行性の疾患等を除く)で本サービスの利用を希望する人。
- ・判断に迷う場合は、サービス・活動Cの事前訪問や地域リハビリテーション活動支援事業を活用しリハビリ専門職の評価・助言を踏まえて判断している。
- ・通所サービスを新規で利用する場合に、短期集中通所サービスを第1選択に位置づけ、地域包括支援センターやケアマネジャー等に周知を図っている。
- ・基本チェックリストの結果を基に、介護予防マニュアル第4版の事業対象者の基準に該当するかどうかで判断している。
- ・開始前のサービス担当者会議で対象者を総合的にアセスメントしている。
- ・同行訪問アセスメントにて、リハ職や包括の評価により判断している。
- ・相談内容(生活課題)に基づき、地域包括支援センター及び自治体で総合的に判断している。
- ・自立支援型地域ケア会議で判断している。
- ・地域包括支援センターによる初回訪問、リハビリ職の訪問指導による見立てによって判断。

問. 短期集中予防サービスの対象者の抽出に際して、どのような工夫を行っていますか。(あてはまるものをすべて選択)

<問28-4>

内訳をみると、「基準を明確に文書化している」が31.7%と最も高く、次いで「専門職（PT/OT/ST等）の意見を反映している」が27.4%、「抽出ルートを複数確保している（包括・医療・事業者等）」が23.3%と続いている。



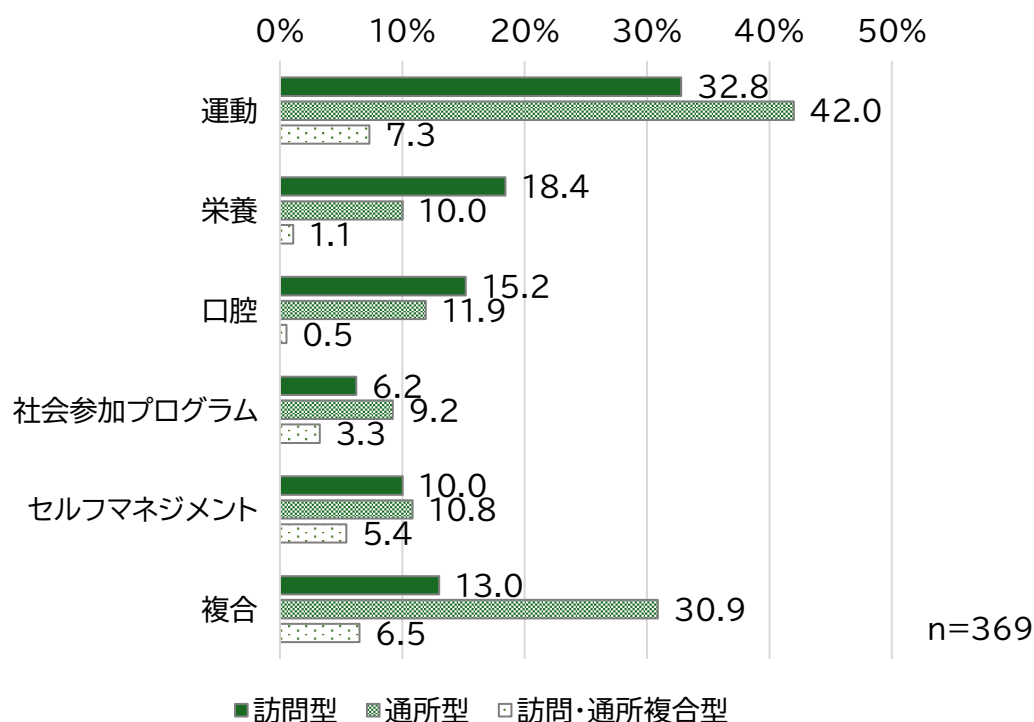
「その他」の内容 ※主なものを抜粋

- ・基本チェックリストを利用。要介護要支援認定をもっていない65歳以上の者へ誕生日に郵送。自身でチェックの結果、一定の点数を超えて生活機能の低下に該当している場合返信してもらう。市で精査の上該当している人へ介護予防事業の案内を郵送。併せて地域包括支援センターへ情報を共有し、包括より該当者へ参加の促しをしている。
- ・高齢者へ通所Cの案内及び基本チェックリストを郵送。通所Cの利用を希望するかどうかのアンケートと基本チェックリスト返送をお願いしている。
- ・総合事業のサービスを利用する際は原則短期集中予防サービスにつないでいる。
- ・通所サービスを新規で利用する場合に、短期集中通所サービスを第1選択に位置づけ、地域包括支援センターやケアマネジャー等に周知を図っている。
- ・フレイル質問票(独自のもの)を用いてスクリーニングし、必要時地域包括支援センターへつなげている。
- ・新規事業対象者認定者や新規要支援者に保険証を郵送する際に、通所Cのチラシを同封している。
- ・介護保険認定結果送付時に通所Cのチラシを送付し、情報を提供し希望しやすい環境づくりを実施している。
- ・利用希望者に体験利用の機会を設けている。
- ・おおよその基準のみ設定し、関わりの中で対象者を選定している。
- ・相談があった時のアセスメントの内容において適しているかどうかで判断している。

問. 短期集中予防サービスの種類(主な目的)についてあてはまるものすべてに○を入力してください。なお、①～⑤については単独で実施しているプログラム、複合は①～⑤いずれかのプログラムを組み合わせで一体的に実施しているものを指します。

<問29>

内訳をみると、訪問型では「運動」が32.8%と最も高く、次いで「栄養」が18.4%、「口腔」が15.2%、「複合」が13.0%と続いている。通所型では「運動」が42.0%と最も高く、次いで「複合」が30.9%、「口腔」が11.9%、「セルフマネジメント」が10.8%と続いている。訪問・通所複合型では「運動」が7.3%と最も高く、次いで「複合」が6.5%、「セルフマネジメント」が5.4%、「社会参加プログラム」が3.3%と続いている。

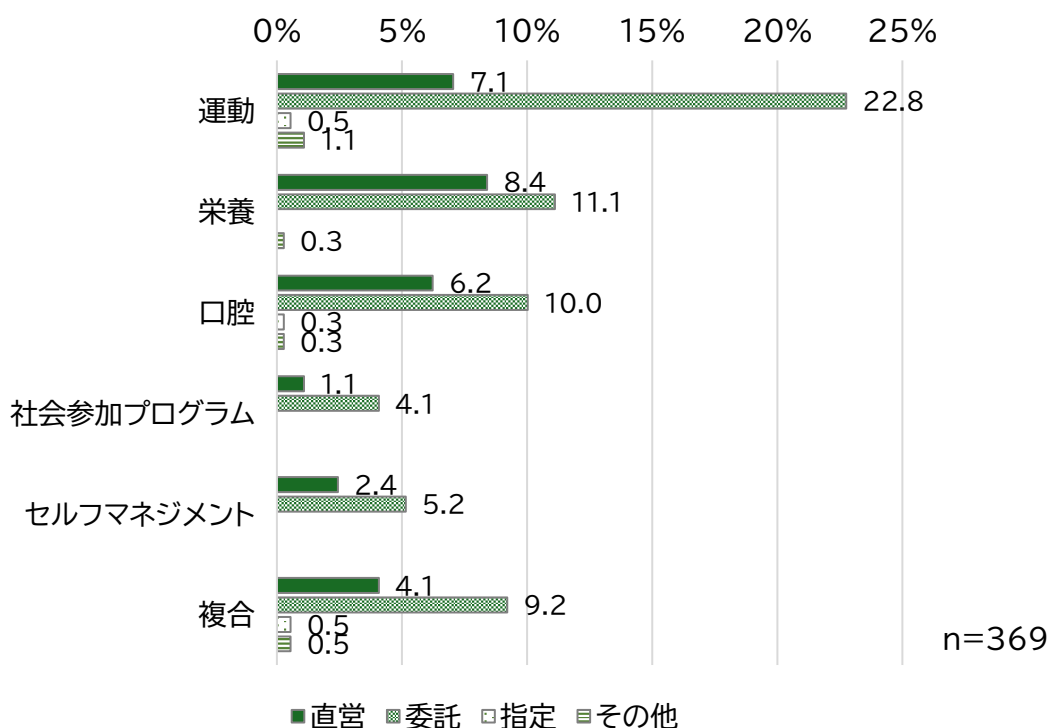


問. 短期集中予防サービスの実施形態について伺います。訪問型、通所型、訪問・通所複合型それぞれについて、あてはまるものすべてに○を入力してください。(あてはまるものをすべて選択)

<問30-1>

■訪問型

内訳をみると、直営では「栄養」が8.4%と最も高く、次いで「運動」が7.1%、「口腔」が6.2%、「複合」が4.1%と続いている。委託では「運動」が22.8%と最も高く、次いで「栄養」が11.1%、「口腔」が10.0%、「複合」が9.2%と続いている。指定ではいずれのプログラムも1%未満にとどまった。

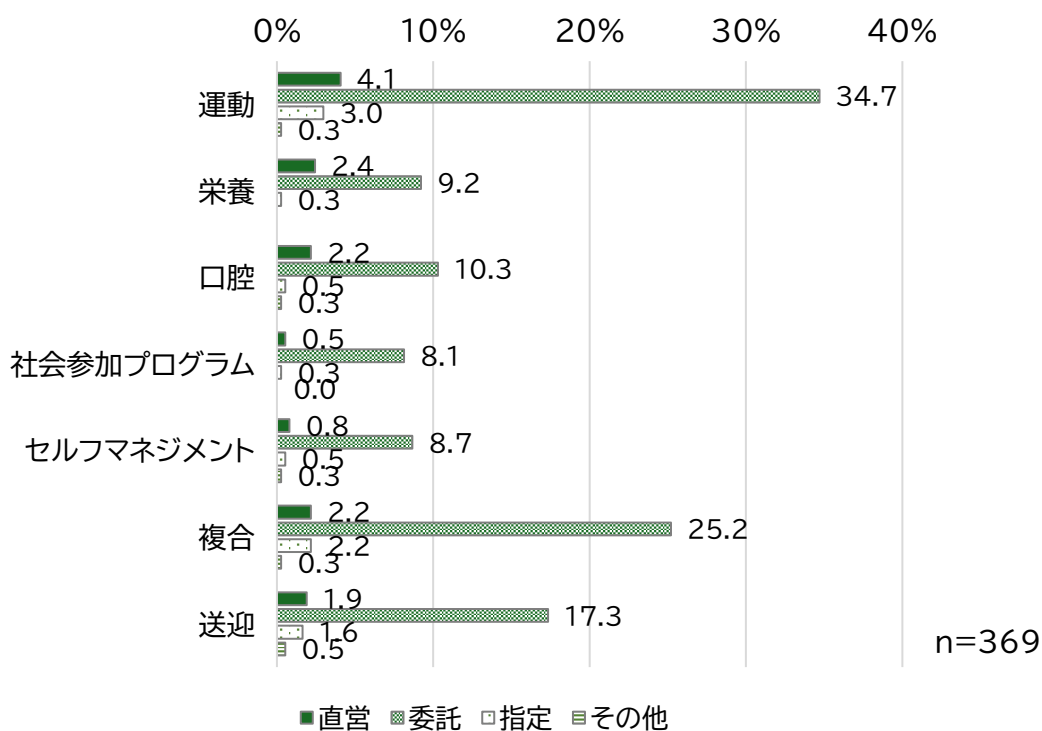


■通所型

内訳をみると、直営では「運動」が4.1%と最も高く、次いで「栄養」が2.4%、「口腔」及び「複合」が2.2%と続いている。

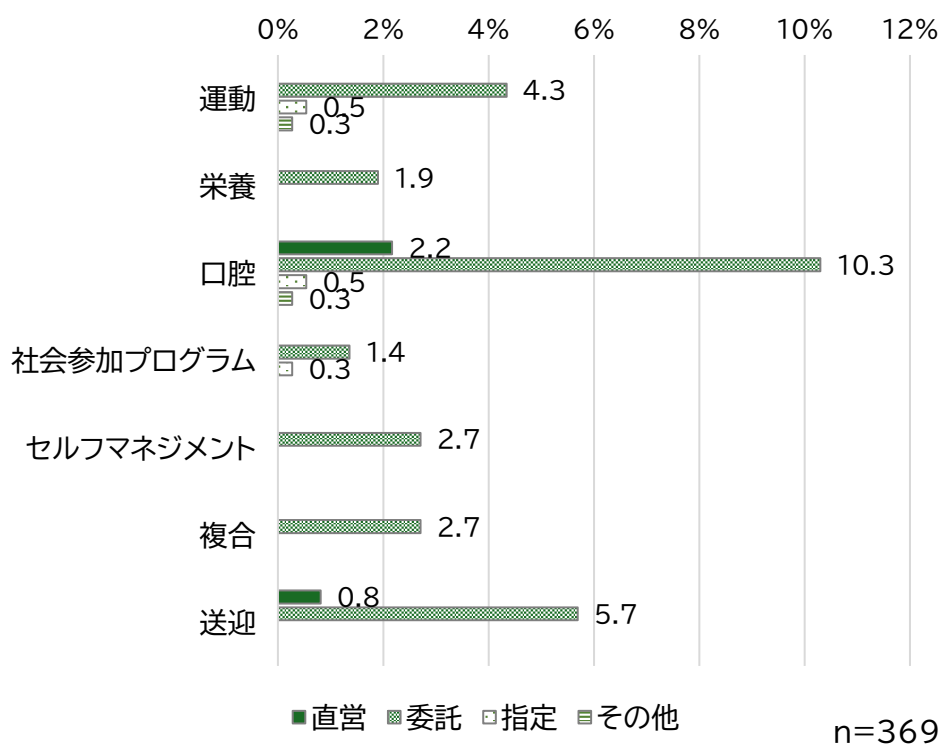
委託では「運動」が34.7%と最も高く、次いで「複合」が25.2%、「送迎」が17.3%、「口腔」が10.3%と続いている。

指定では「運動」が3.0%と最も高く、次いで「複合」が2.2%、「送迎」が1.6%と続いている。



■訪問・通所複合型

内訳をみると、直営では「口腔」が2.2%と最も高く、次いで「送迎」が0.8%にとどまった。委託では「口腔」が10.3%と最も高く、次いで「送迎」が5.7%、「運動」が4.3%、「セルフマネジメント」及び「複合」が2.7%と続いている。指定ではいずれのプログラムも1%未満にとどまった



問. 問5-1で「3または4」を選択した方に伺います。サービスコード(国保連に申請する際のサービス種別・算定要件・単位数・加算区分まで含めて定義された請求用コード)について教えてください。(記述)

<問30-2>

指定形式を採用している市町村においてサービスコードを任意で尋ねたところ、有効回答が少数にとどまった。

回答のあった市町村では、通所型に関してはA7系(通所型独自サービス定率)またはA8系(通所型独自サービス定額)のコードが使用されていた。

問. 短期集中予防サービスの単価設定について、あてはまるものに○を入力してください。複数ある場合には、記述欄にご記入ください。

<問31-1>

■訪問型

内訳をみると、運動では「1回・1人あたりの単価を設定」が19.5%と最も高く、次いで「その他」が3.8%、「人数に依らず1回あたりの単価を設定」が1.6%と続いている。

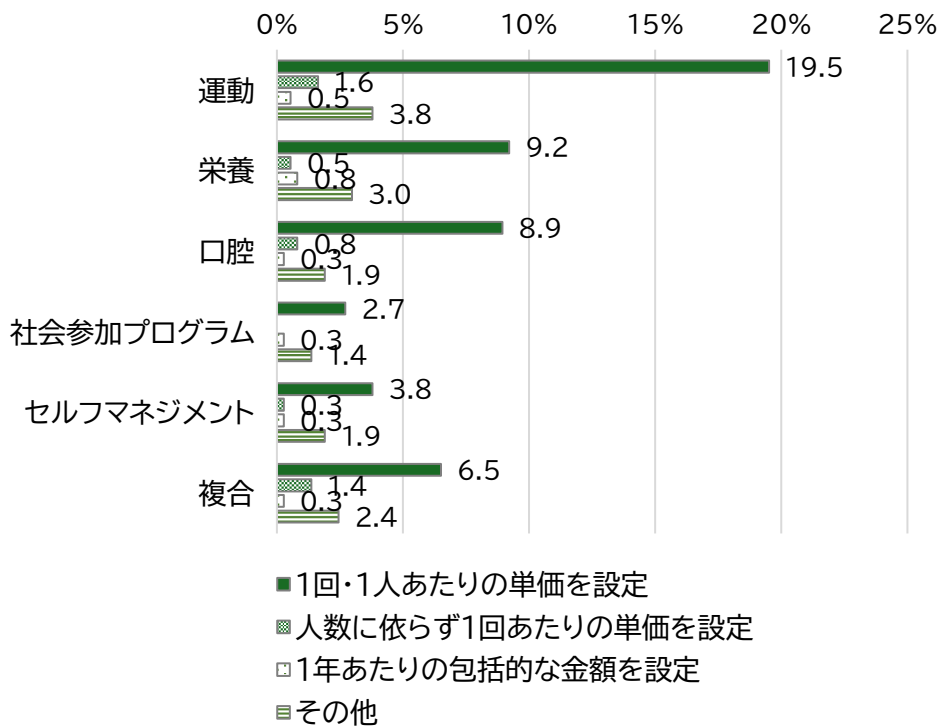
栄養では「1回・1人あたりの単価を設定」が9.2%と最も高く、次いで「その他」が3.0%、「1年あたりの包括的な金額を設定」が0.8%と続いている。

口腔では「1回・1人あたりの単価を設定」が8.9%と最も高く、次いで「その他」が1.9%、「人数に依らず1回あたりの単価を設定」が0.8%と続いている。

社会参加プログラムでは「1回・1人あたりの単価を設定」が2.7%と最も高く、次いで「その他」が1.4%、「1年あたりの包括的な金額を設定」が0.3%と続いている。

セルフマネジメントでは「1回・1人あたりの単価を設定」が3.8%と最も高く、次いで「その他」が1.9%、「人数に依らず1回あたりの単価を設定」及び「1年あたりの包括的な金額を設定」が0.3%と続いている。

複合では「1回・1人あたりの単価を設定」が6.5%と最も高く、次いで「その他」が2.4%、「人数に依らず1回あたりの単価を設定」が1.4%と続いている。



■通所型

内訳をみると、運動では「1回・1人あたりの単価を設定」が19.0%と最も高く、次いで「人数に依らず1回あたりの単価を設定」が7.1%、「その他」が4.1%と続いている。

栄養では「1回・1人あたりの単価を設定」が3.8%と最も高く、次いで「人数に依らず1回あたりの単価を設定」が2.2%、「1年あたりの包括的な金額を設定」が1.6%と続いている。

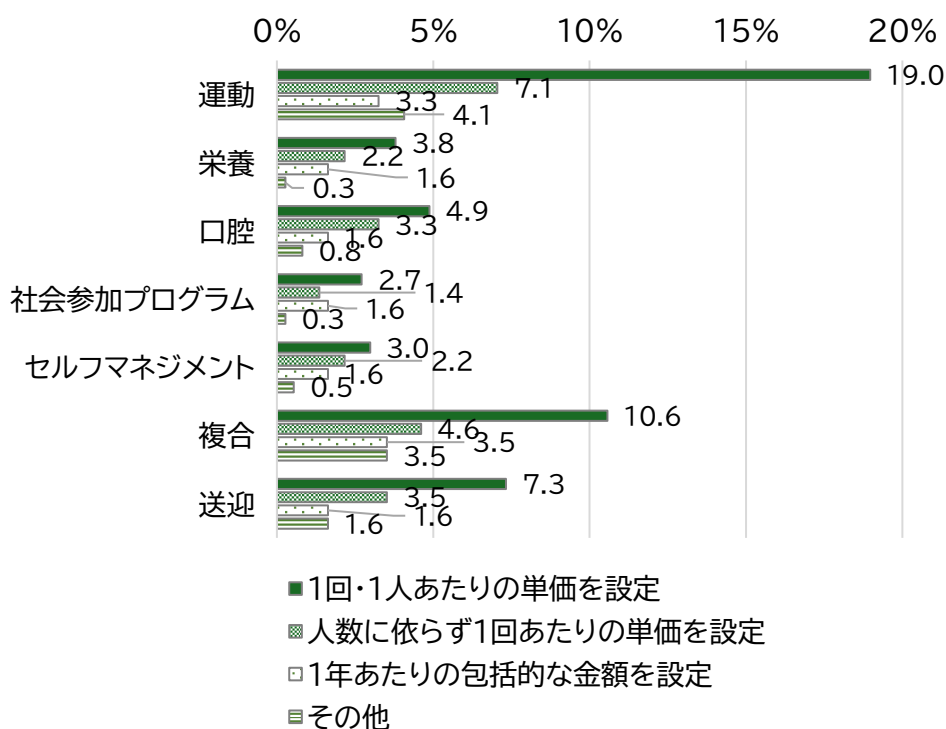
口腔では「1回・1人あたりの単価を設定」が4.9%と最も高く、次いで「人数に依らず1回あたりの単価を設定」が3.3%、「1年あたりの包括的な金額を設定」が1.6%と続いている。

社会参加プログラムでは「1回・1人あたりの単価を設定」が2.7%と最も高く、次いで「1年あたりの包括的な金額を設定」が1.6%、「人数に依らず1回あたりの単価を設定」が1.4%と続いている。

セルフマネジメントでは「1回・1人あたりの単価を設定」が3.0%と最も高く、次いで「人数に依らず1回あたりの単価を設定」が2.2%、「1年あたりの包括的な金額を設定」が1.6%と続いている。

複合では「1回・1人あたりの単価を設定」が10.6%と最も高く、次いで「人数に依らず1回あたりの単価を設定」が4.6%、「1年あたりの包括的な金額を設定」及び「その他」が3.5%と続いている。

送迎では「1回・1人あたりの単価を設定」が7.3%と最も高く、次いで「人数に依らず1回あたりの単価を設定」が3.5%、「1年あたりの包括的な金額を設定」及び「その他」が1.6%と続いている。



■訪問・通所複合型

内訳をみると、運動では「1回・1人あたりの単価を設定」が2.7%と最も高く、次いで「人数に依らず1回あたりの単価を設定」が1.1%、「その他」が0.5%と続いている。

栄養では「1回・1人あたりの単価を設定」及び「その他」がともに0.8%と最も高く、次いで「人数に依らず1回あたりの単価を設定」が0.3%と続いている。

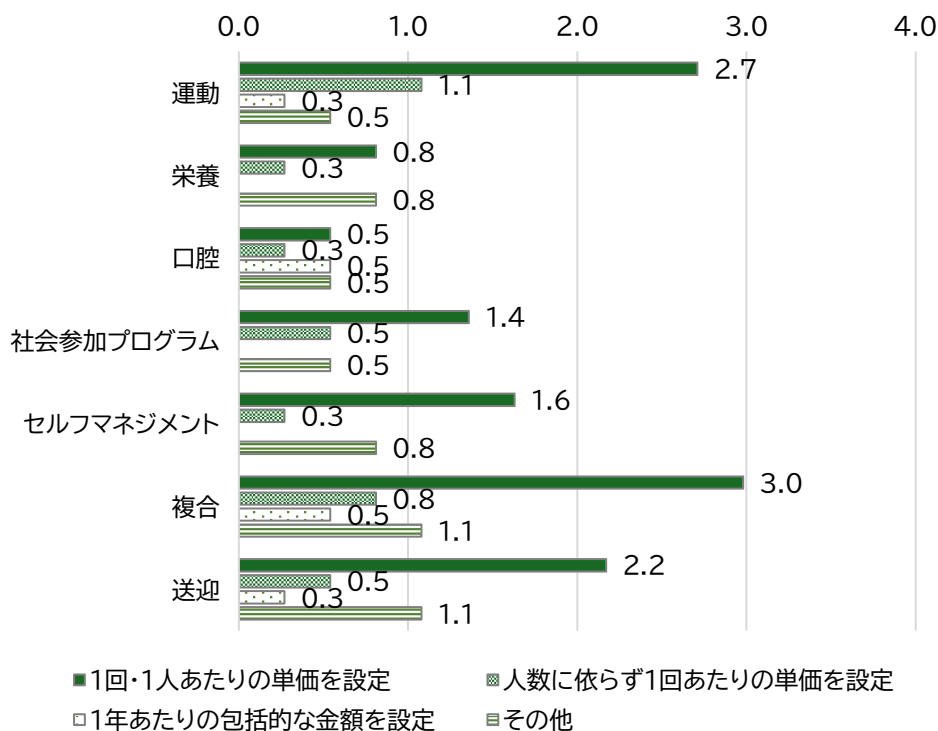
口腔では「1回・1人あたりの単価を設定」及び「1年あたりの包括的な金額を設定」、「その他」がいずれも0.5%と並んでいる。

社会参加プログラムでは「1回・1人あたりの単価を設定」が1.4%と最も高く、次いで「人数に依らず1回あたりの単価を設定」及び「その他」がともに0.5%と続いている。

セルフマネジメントでは「1回・1人あたりの単価を設定」が1.6%と最も高く、次いで「その他」が0.8%、「人数に依らず1回あたりの単価を設定」が0.3%と続いている。

複合では「1回・1人あたりの単価を設定」が3.0%と最も高く、次いで「その他」が1.1%、「人数に依らず1回あたりの単価を設定」が0.8%と続いている。

送迎では「1回・1人あたりの単価を設定」が2.2%と最も高く、次いで「その他」が1.1%、「人数に依らず1回あたりの単価を設定」が0.5%と続いている。



* 単価の金額は「1回・1人あたり」「1回あたり(人数に依らず)」「1年あたりの包括的な金額」等、単価設定方式が異なる自治体が混在しているため、単純な比較は困難である。明らかな誤入力と判断されたデータは除外したうえで集計した。

「その他」の内容 ※主なものを抜粋	
■訪問型の主なその他記述	
	・1か月・1人あたりの単価設定(月額包括)
	・1人あたり1か月の包括的な金額を設定
	・月額で設定している

- ・単価に含む(他のプログラムと一体的に設定)
- ・1事業あたりの金額を設定

■通所型の主なその他記述

- ・基本事業費(固定費)と一定人数以上の参加があった場合には個別単価を設定
- ・集団は1回あたり、個別は1回・1人あたりの単価
- ・1クール(3か月全12回)あたりの単価を設定
- ・1人あたりの1月の利用回数に応じて単価を設定
- ・送迎の距離に応じた料金設定(送迎プログラム)

■複合型の主なその他記述

- ・1人あたり1か月の包括的な金額を設定
- ・1回あたりの参加人数で複数の単価を設定
- ・通所は月額報酬、訪問は1回・1人あたりの単価を実績に応じて支払い
- ・往復1回で単価を設定(送迎)
- ・1教室あたりの金額を設定

問. 短期集中予防サービスの単価の金額についてそれぞれのプログラムごとに教えてください。(記述)

<問31-2>

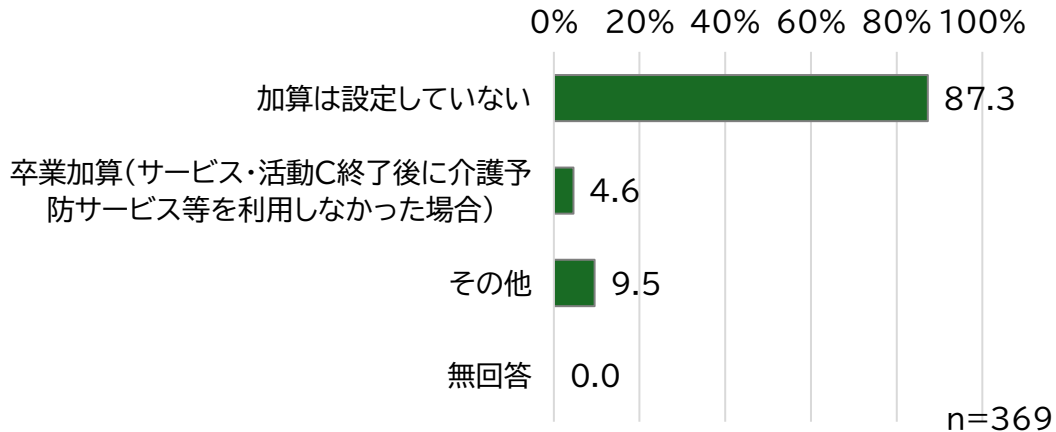
短期集中予防サービスの単価(1回あたり)について、実施形態及びプログラムごとの集計結果を以下に示す。

実施形態	プログラム	n	中央値	第1四分位	第3四分位
訪問型	運動	78	6,130	4,750	9,000
	栄養	40	6,985	5,005	8,100
	口腔	34	6,030	5,000	8,000
	複合	22	6,400	5,220	9,000
通所型	運動	76	4,625	3,550	7,320
	栄養	17	4,930	2,000	7,500
	口腔	18	4,535	1,580	7,500
	複合	38	5,522	3,500	7,000
	送迎	25	1,000	500	5,000
複合型	運動	10	5,800	3,945	7,000
	栄養	2	5,542	5,540	5,545
	口腔	3	5,545	3,620	5,600
	複合	8	4,500	3,050	6,272
	送迎	3	500	400	5,545

問. 短期集中予防サービスを実施するにあたり、短期集中予防サービスに加算を設定していますか。(あてはまるものをすべて選択)

<問32-1>

内訳をみると、「加算は設定していない」が87.3%と最も高く、次いで「その他」が9.5%、「卒業加算(サービス・活動C終了後に介護予防サービス等を利用しなかった場合)」が4.6%と続いている。



「その他」の内容 ※主なものを抜粋
・記載なし

問. 問7-1.で「2.卒業加算」「3.その他」と回答した方にお伺いします。短期集中予防サービスの加算の金額についてそれぞれのプログラムごとに教えてください。

<問32-2>

加算を設定している市町村(卒業加算17件、その他35件)を対象に加算の金額を尋ねたが、プログラム種別ごとの金額記入に0円と入力された件数が大半を占めたため、数値による集計は行わなかった。加算の内容及び金額の具体例については、以下の表に記載した。

「加算金額が複数ある場合」の内容
<p>加算を設定している市町村における加算の種類と金額の具体例は以下のとおりである。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活機能向上加算(卒業加算)として1件につき20,000円、生活機能維持支援加算(連携加算)として1件につき3,000円を設定している。 ・訪問型に連携加算(5,000円)、通所型に送迎加算(940円)・訪問評価加算(3,000円)・栄養指導加算(1,500円)・カンファレンス加算(500円)・成果加算(1,200円)を設定している。 ・成果連動支払の仕組みとして、成果値に対して1件あたり3,000円を支払う方式を採用しており、実績では1教室あたり6,000円～40,000円程度となっている。 ・通所型複合において、サービス終了後に通所サービスを利用しなかった場合に自立支援評価加算(Ⅰ)(6,780単位)、引き続き通所型サービス・活動Aを利用した場合に自立支援評価加算(Ⅱ)(1,550単位)を設定している。 ・栄養改善2,000円・口腔機能向上1,500円・初回アセスメント3,000円のようにプログラム

種別ごとに加算を設定している市町村もある。

- ・送迎加算として個別送迎(片道)1回あたり476円、個別送迎(往復)1回あたり953円を設定している。
- ・中山間地域への対応として地域加算700円を設定している。
- ・初回加算及び終了加算として、それぞれ1回あたり2,050円を設定している。
- ・訪問型・通所型ともに月1回1,000円(最大3回)の加算を設定している。

問. 短期集中予防サービスの運営主体について、それぞれのプログラムごとに教えてください。
(あてはまるものをすべて選択)

<問33>

■訪問型

内訳をみると、運動では「自治体」が7.9%と最も高く、次いで「民間事業者(指定あり)」が7.3%、「医療機関」が6.8%と続いている。

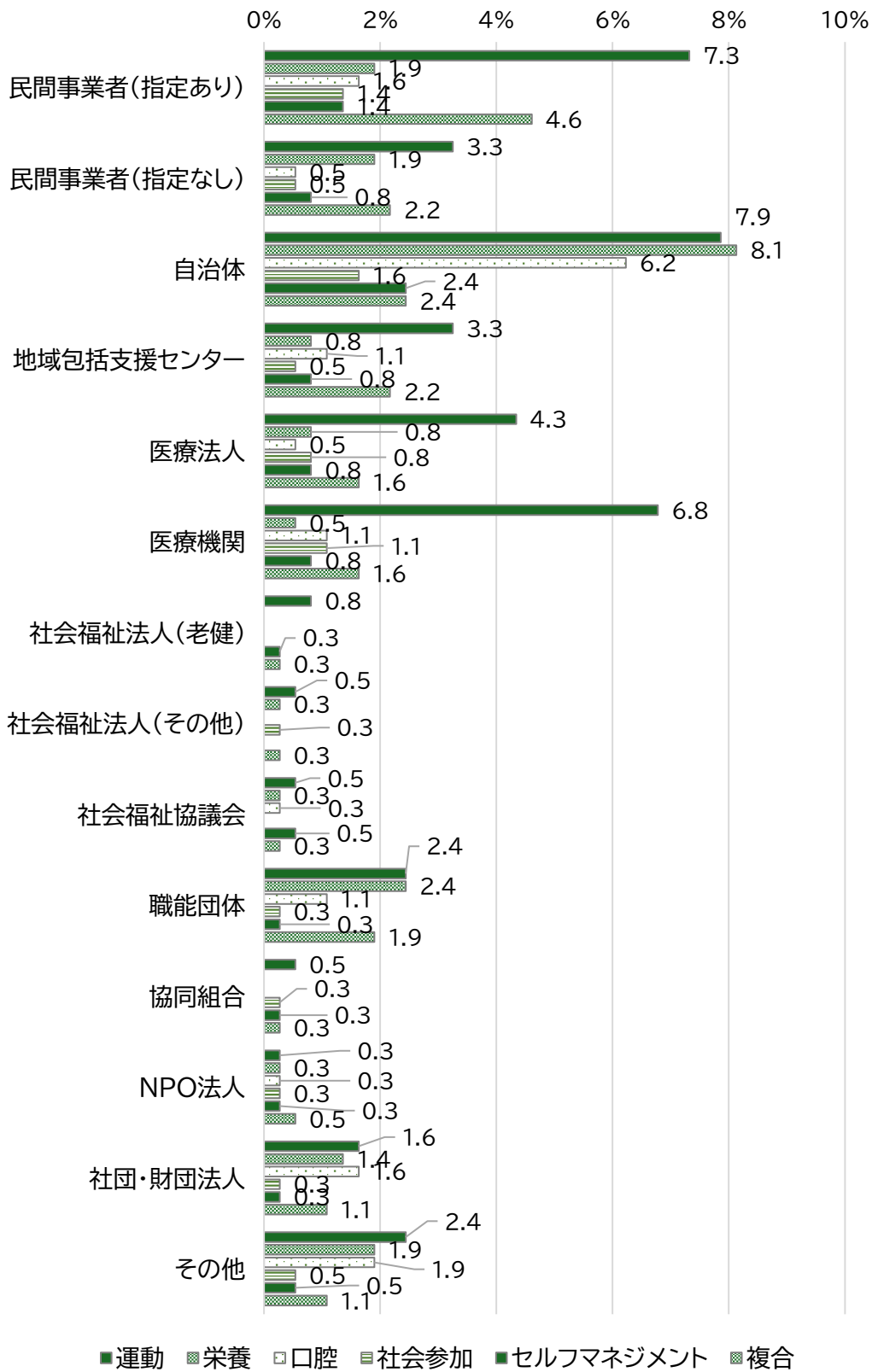
栄養では「自治体」が8.1%と最も高く、次いで「職能団体」が2.4%、「民間事業者(指定あり)」及び「その他」が1.9%と続いている。

口腔では「自治体」が6.2%と最も高く、次いで「その他」が1.9%、「民間事業者(指定あり)」及び「社団・財団法人」が1.6%と続いている。

社会参加では「自治体」が1.6%と最も高く、次いで「民間事業者(指定あり)」が1.4%、「医療機関」が1.1%と続いている。

セルフマネジメントでは「自治体」が2.4%と最も高く、次いで「民間事業者(指定あり)」が1.4%、「民間事業者(指定なし)」及び「地域包括支援センター」、「医療法人」、「医療機関」が0.8%と続いている。

複合では「民間事業者(指定あり)」が4.6%と最も高く、次いで「自治体」が2.4%、「民間事業者(指定なし)」及び「地域包括支援センター」が2.2%と続いている。



■通所型

内訳をみると、運動では「民間事業者(指定あり)」が14.4%と最も高く、次いで「民間事業者(指定なし)」が10.0%、「医療機関」が7.1%と続いている。

栄養では「民間事業者(指定あり)」が3.3%と最も高く、次いで「民間事業者(指定なし)」が3.0%、「自治体」が1.9%と続いている。

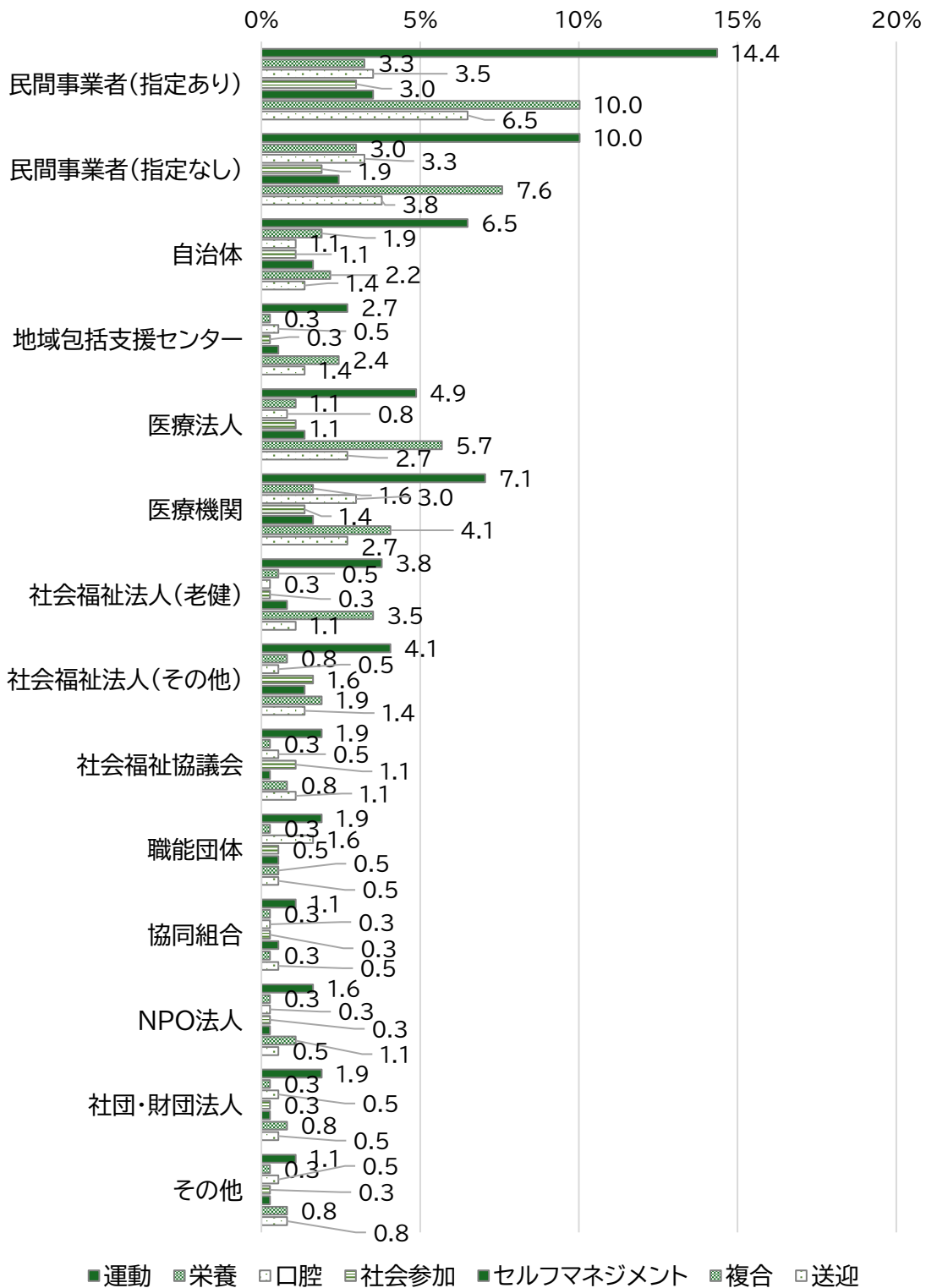
口腔では「民間事業者(指定あり)」が3.5%と最も高く、次いで「民間事業者(指定なし)」が3.3%、「医療機関」が3.0%と続いている。

社会参加では「自治体」が3.0%と最も高く、次いで「民間事業者(指定なし)」が1.9%、「医療機関」が1.4%と続いている。

セルフマネジメントでは「民間事業者(指定あり)」が3.5%と最も高く、次いで「民間事業者(指定なし)」が2.4%、「自治体」及び「医療機関」が1.6%と続いている。

複合では「民間事業者(指定あり)」が10.0%と最も高く、次いで「民間事業者(指定なし)」が7.6%、「医療法人」が5.7%と続いている。

送迎では「民間事業者(指定あり)」が6.5%と最も高く、次いで「民間事業者(指定なし)」が3.8%、「医療法人」が2.7%と続いている。



■訪問・通所複合型

内訳をみると、運動では「民間事業者(指定あり)」が2.4%と最も高く、次いで「医療機関」が1.4%、「民間事業者(指定なし)」が1.1%と続いている。

栄養では「民間事業者(指定あり)」が0.8%と最も高く、次いで「医療法人」が0.5%、「NPO法人」が0.5%と続いている。

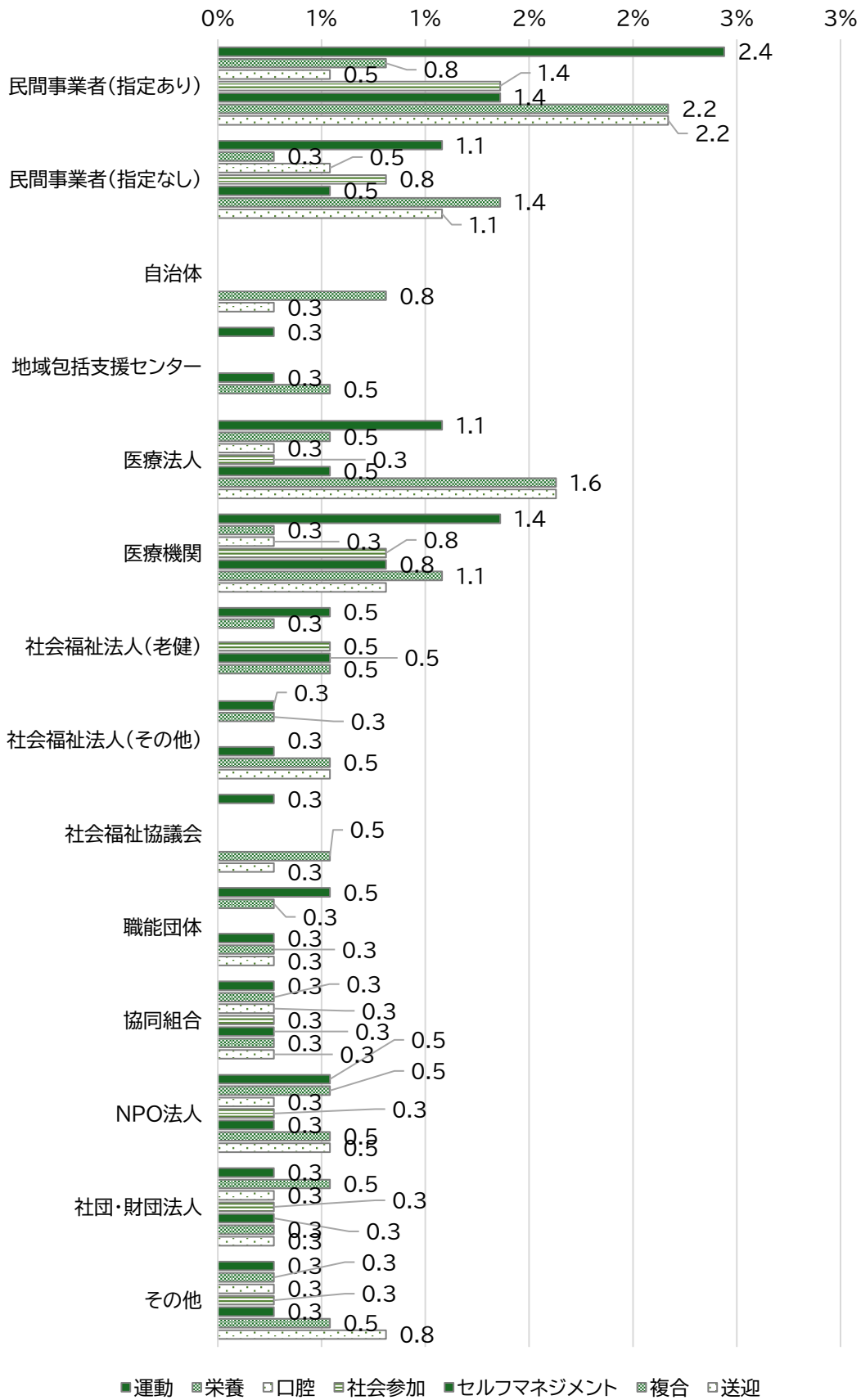
口腔では「民間事業者(指定あり)」と「民間事業者(指定なし)」がともに0.5%と最も高く、次いで各種団体が0.3%と並んでいる。

社会参加では「民間事業者(指定あり)」が1.4%と最も高く、次いで「民間事業者(指定なし)」及び「医療機関」が0.8%、「社会福祉法人(老健)」が0.5%と続いている。

セルフマネジメントでは「民間事業者(指定あり)」が1.4%と最も高く、次いで「医療機関」が0.8%、「民間事業者(指定なし)」及び「医療法人」、「社会福祉法人(老健)」が0.5%と続いている。

複合では「民間事業者(指定あり)」が2.2%と最も高く、次いで「医療法人」が1.6%、「民間事業者(指定なし)」が1.4%と続いている。

送迎では「民間事業者(指定あり)」が2.2%と最も高く、次いで「医療法人」が1.6%、「民間事業者(指定なし)」が1.1%と続いている。



「その他」の内容 ※主なものを抜粋

・記載なし

問. 短期集中予防サービスの内容について、あてはまるものすべてに○を入力してください。
(あてはまるものをすべて選択)

<問34>

■訪問型

内訳をみると、運動では「運動機能向上」が29.3%と最も高く、次いで「環境調整」が19.0%、「IADL等の練習」が18.4%、「家族への助言」が15.5%と続いており、運動機能向上のほか生活環境への介入や日常生活動作の練習も幅広く実施されていた。

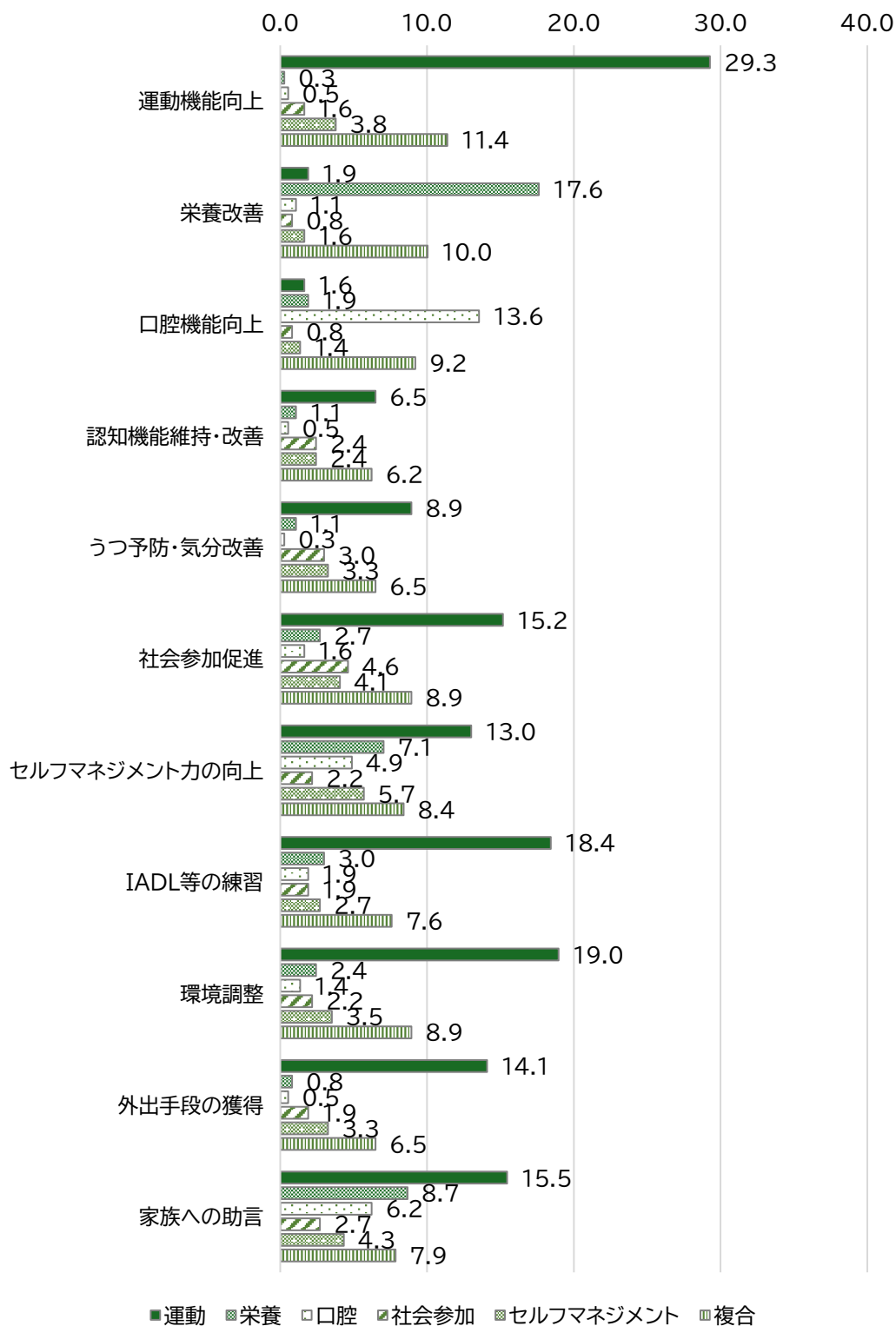
栄養では「栄養改善」が17.6%と最も高く、次いで「家族への助言」が8.7%、「セルフマネジメント力の向上」が7.1%と続いている。

口腔では「口腔機能向上」が13.6%と最も高く、次いで「家族への助言」が6.2%、「セルフマネジメント力の向上」が4.9%と続いている。

社会参加プログラムでは「社会参加促進」が4.6%と最も高く、次いで「うつ予防・気分改善」が3.0%、「家族への助言」が2.7%と続いている。

セルフマネジメントでは「セルフマネジメント力の向上」が5.7%と最も高く、次いで「家族への助言」が4.3%、「社会参加促進」が4.1%と続いている。

複合では「運動機能向上」が11.4%と最も高く、次いで「栄養改善」が10.0%、「口腔機能向上」が9.2%と続いており、複数の機能向上を組み合わせた支援が行われていた。



■通所型

内訳をみると、運動では「運動機能向上」が36.6%と最も高く、次いで「社会参加促進」が17.6%、「セルフマネジメント力の向上」が15.2%、「認知機能維持・改善」が13.0%と続いており、運動機能向上に加えて社会参加や認知機能への働きかけも多く実施されていた。

栄養では「栄養改善」が8.1%と最も高く、次いで「セルフマネジメント力の向上」が3.8%、「口腔機能の向上」が3.3%と続いている。

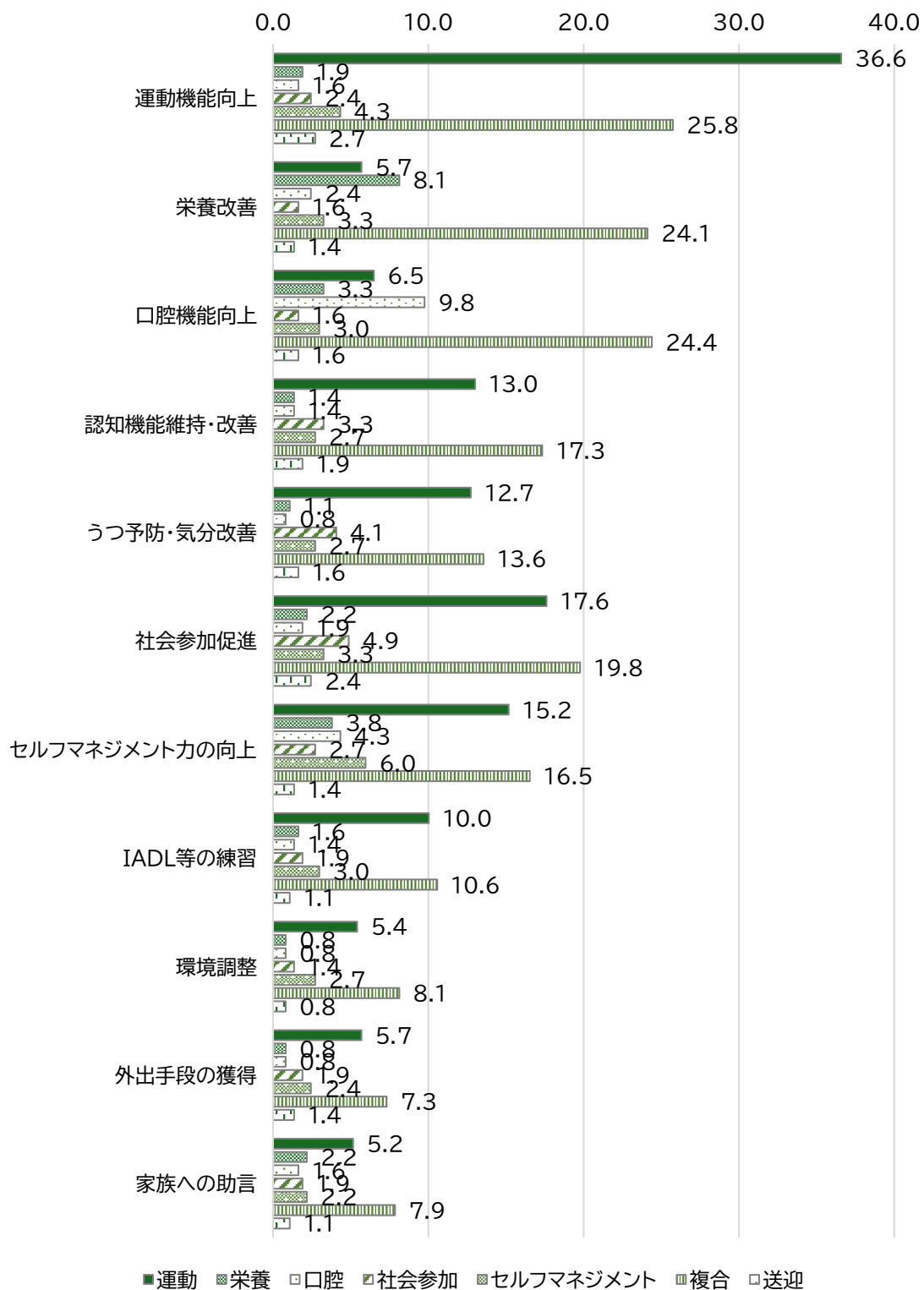
口腔では「口腔機能向上」が9.8%と最も高く、次いで「セルフマネジメント力の向上」が4.3%、「栄養改善」が2.4%と続いている。

社会参加プログラムでは「社会参加促進」が4.9%と最も高く、次いで「うつ予防・気分改善」が4.1%、「認知機能維持・改善」が3.3%と続いている。

セルフマネジメントでは「セルフマネジメント力の向上」が6.0%と最も高く、次いで「運動機能向上」が4.3%、「社会参加促進」が3.3%、「栄養改善」が3.3%と続いている。

複合では「運動機能向上」が25.8%と最も高く、次いで「口腔機能向上」が24.4%、「栄養改善」が24.1%と続いており、複数の機能向上が均等に組み合わせられていた。

送迎では「運動機能向上」が2.7%と最も高く、次いで「社会参加促進」が2.4%、「認知機能維持・改善」が1.9%と続いている。



■訪問・通所複合型

内訳をみると、運動では「運動機能向上」が4.9%と最も高く、次いで「IADL等の練習」が3.3%、「社会参加促進」が3.0%と続いており、運動機能向上のほか日常生活動作への支援も行われていた。

栄養では「栄養改善」が1.1%と最も高く、次いで「社会参加促進」が0.5%、「セルフマネジメント力の向上」が0.5%、「家族への助言」がともに0.5%と続いている。

口腔では「口腔機能向上」が0.8%と最も高く、次いで「セルフマネジメント力の向上」が0.5%、「家族への助言」が0.5%と続いている。

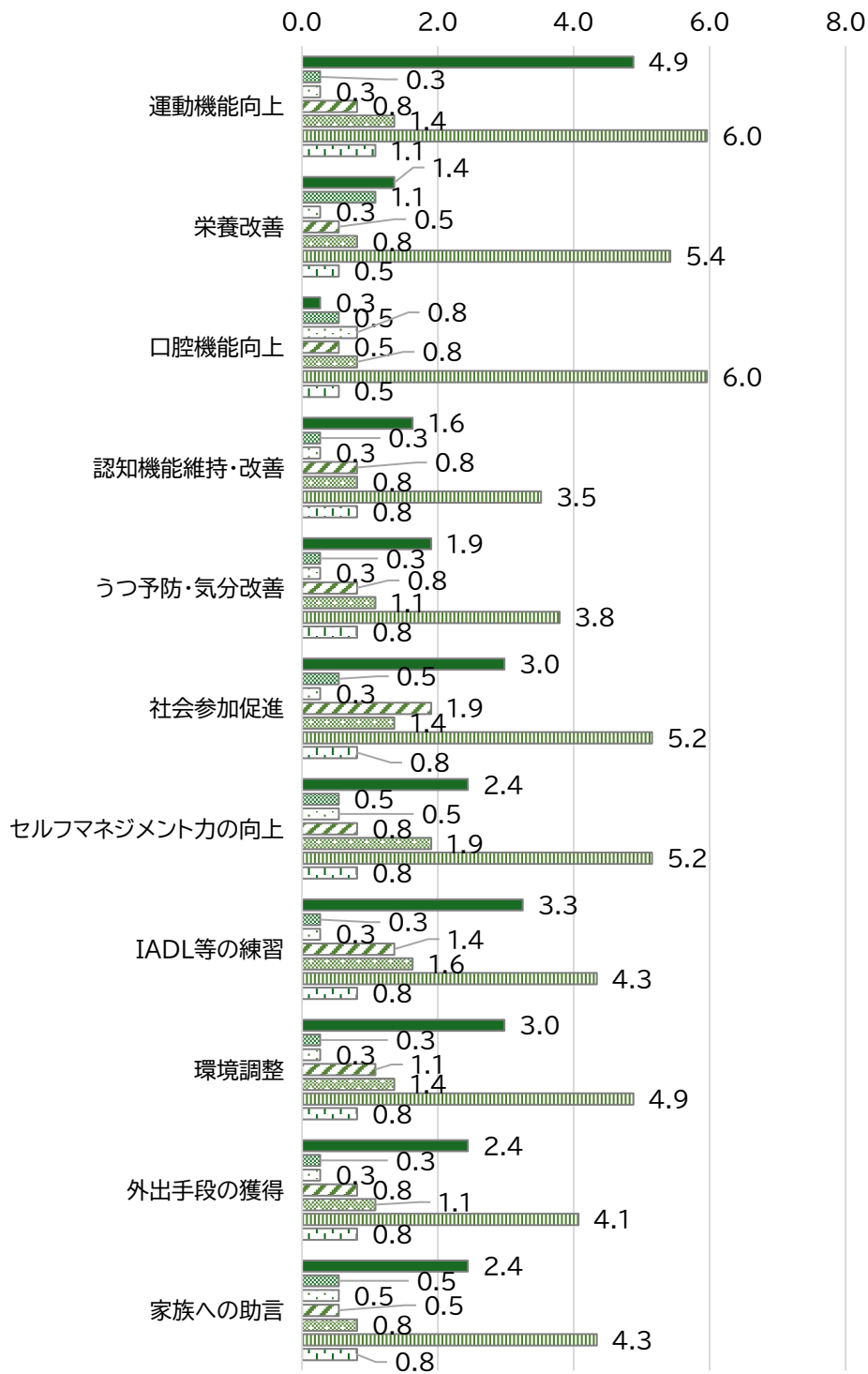
社会参加プログラムでは「社会参加促進」が1.9%と最も高く、次いで「IADL等の練習」が1.4%、「環境調整」が1.1%と続いている。

セルフマネジメントでは「セルフマネジメント力の向上」が1.9%と最も高く、次いで「IADL等の練習」が1.6%、「運動機能向上」が1.4%、「環境調整」が1.4%と続いている。

複合では「運動機能向上」及び「口腔機能向上」が6.0%と最も高く、次いで「栄養改善」が5.4%と続いており、複数の機能向上が均等に組み合わせられていた。

送迎では「運動機能向上」が1.1%と最も高く、次いで各項目がほぼ同程度(0.5~0.8%)で分布していた。

なお複合型は全プログラムで回答率が10%以下と低く、数値の解釈には注意が必要である。また、その他については回答数が少なく、自由記載もなかったため、分析から削除した。



■運動 ■栄養 □口腔 □社会参加 ■セルフマネジメント ■複合 □送迎

問. 提供回数・頻度・実施時間、令和6年度の利用者数を記入してください。(記述)

<問35>

■訪問型

提供期間の中央値はセルフマネジメント以外のプログラムでは90日(3か月)となっていた。セルフマネジメントのみ51日(4-90日)とやや短い傾向がみられた。

提供回数の中央値は運動が12回(6-24回)と最も多く、次いで複合が12回(6-12回)、社会参加プログラムが7回(3-12回)と続いており、栄養・口腔・セルフマネジメントは4~6回と比較的少なかった。

利用者数の中央値はセルフマネジメントが13人(2-23人)と最も多く、次いで運動が8人(3-21人)、社会参加プログラムが7人(5-16人)と続いており、口腔が2.5人(1-13人)と最も少なかった。

■通所型

提供期間の中央値はいずれのプログラムも概ね90日であり、送迎のみ90日(24-192日)と分布の幅が広がった。

提供回数の中央値は複合が24回(12-41回)と最も多く、次いで送迎が24回(16-36回)、運動が22回(12-30回)と続いており、栄養・口腔が3~4回と訪問型と同様に少なかった。

利用者数の中央値は複合が33人(19-55人)と最も多く、次いで社会参加プログラムが29人(12-42人)、運動・栄養が19.0人(8-37.5人、10-42.0人)、送迎が15.5人(9-56.5人)と続いており、訪問型と比較して全体的に利用者数が多い傾向がみられた。

■複合型

複合型は件数が少ないため参考値として示す。

提供期間の中央値は運動・複合がともに90日であった。

提供回数の中央値は運動が12回(12-16回)、複合が13回(12-24回)であった。

利用者数の中央値は複合が39人(14-70人)と最も多く、次いで運動が25.5人(2-39人)であった。

なお複合型②栄養・③口腔はn=0、④社会参加・⑤セルフマネジメント・⑦送迎はn=1~3と件数が極めて少ないため、数値の解釈には注意が必要である。

■訪問型:記述統計

提供期間						
	n	平均値	標準 偏差	中央値	第1 四分位	第3 四分位
運動	69	79.2	67.3	90	24	90
栄養	29	63.1	51.2	90	7	90
口腔	19	68.8	56.9	90	6	90
社会参加プログラム	7	56.6	42.4	90	7	90
セルフマネジメント	10	66.1	72.3	51	4	90
複合プログラム	20	95.8	53.9	90	90	105

提供回数						
	n	平均値	標準 偏差	中央値	第1 四分位	第3 四分位
運動	71	21.5	30.3	12	6	24
栄養	33	7.9	8.5	6	3	8
口腔	24	5.5	4.1	4	3	6
社会参加プログラム	7	9.9	8.5	7	3	12
セルフマネジメント	9	7.9	7.7	6	3	8
複合プログラム	21	20.6	31.6	12	6	12

利用者数						
	n	平均値	標準 偏差	中央値	第1 四分位	第3 四分位
運動	80	24.2	41.8	8	3	21
栄養	32	7.5	9.7	3	2	10
口腔	18	8.2	11.4	2.5	1	13
社会参加プログラム	9	11.0	9.0	7	5	16
セルフマネジメント	14	21.4	29.1	13	2	23
複合プログラム	23	9.7	12.4	6	1	12

■通所型:記述統計

	提供期間					
	n	平均値	標準 偏差	中央値	第1 四分位	第3 四分位
運動	86	92.3	82.1	90	24	93
栄養	15	109.1	110.5	90	20	168
口腔	21	99.0	96.3	90	40	90
社会参加プログラム	13	110.4	105.9	90	48	90
セルフマネジメント	15	98.2	102.1	90	24	90
複合プログラム	61	108.3	92.4	90	36	138
送迎	17	132.5	124.5	90	24	192

	提供回数					
	n	平均値	標準 偏差	中央値	第1 四分位	第3 四分位
運動	95	30.7	34.6	22	12	30
栄養	19	19.9	46.5	3	1	12
口腔	26	15.3	39.4	3.5	3	8
社会参加プログラム	12	28.8	52.2	12	10	18.5
セルフマネジメント	15	24.3	31.5	12	12	24
複合プログラム	68	40.1	48.8	24	12	41
送迎	17	41.8	53.1	24	16	36

	利用者数					
	n	平均値	標準 偏差	中央値	第1 四分位	第3 四分位
運動	88	32.3	40.3	19	8	37.5
栄養	13	40.9	64.0	19	10	42
口腔	16	42.4	63.3	17.5	6	48.5
社会参加プログラム	9	123.3	291.7	29	12	42
セルフマネジメント	12	23.4	18.4	17	10	35.5
複合プログラム	69	53.4	57.2	33	19	55
送迎	20	47.8	65.3	15.5	9	56.5

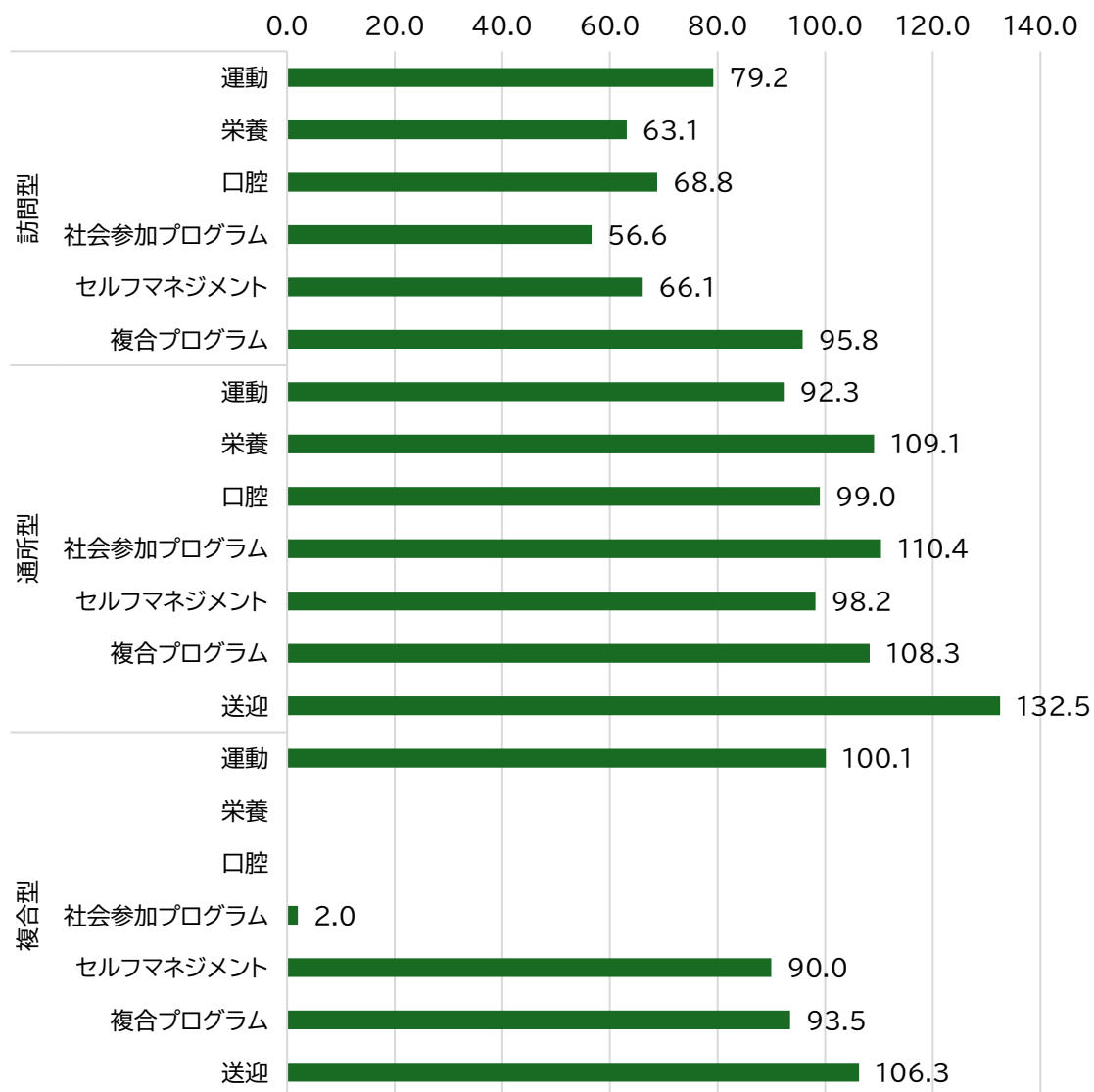
■複合型

	提供期間					
	n	平均値	標準偏差	中央値	第1四分位	第3四分位
運動	9	100.1	107.1	90	25	90
栄養	0	—	—	—	—	—
口腔	0	—	—	—	—	—
社会参加プログラム	1	2.0	—	2	2	2
セルフマネジメント	1	90.0	—	90	90	90
複合プログラム	11	93.5	54.2	90	90	112
送迎	3	106.3	90.6	90	25	204

	提供回数					
	n	平均値	標準偏差	中央値	第1四分位	第3四分位
運動	9	14.9	6.1	12	12	16
栄養	0	—	—	—	—	—
口腔	0	—	—	—	—	—
社会参加プログラム	1	2.0	—	2	2	2
セルフマネジメント	1	12.0	—	12	12	12
複合プログラム	13	20.2	18.1	13	12	24
送迎	3	80.3	107.3	25	12	204

	利用者数					
	n	平均値	標準偏差	中央値	第1四分位	第3四分位
運動	10	25.2	25.2	25.5	2	39
栄養	0	—	—	—	—	—
口腔	0	—	—	—	—	—
社会参加プログラム	1	27.0	—	27	27	27
セルフマネジメント	1	43.0	—	43	43	43
複合プログラム	12	42.7	31.4	39	13.5	69.5
送迎	3	43.0	48.0	27	5	97

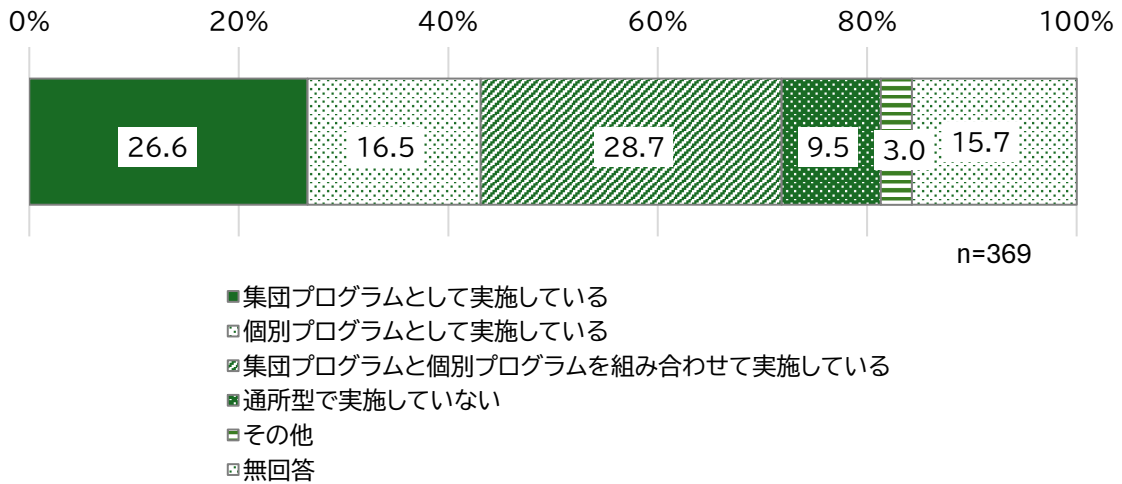
■提供期間:グラフ(平均値)



問. 通所型で短期集中予防サービスを実施しているサービスの形態について教えてください。
 (あてはまるものを1つ選択)

<問36>

内訳をみると、「集団プログラムと個別プログラムを組み合わせで実施している」が28.7%と最も高く、次いで「集団プログラムとして実施している」が26.6%、「個別プログラムとして実施している」が16.5%と続いている。



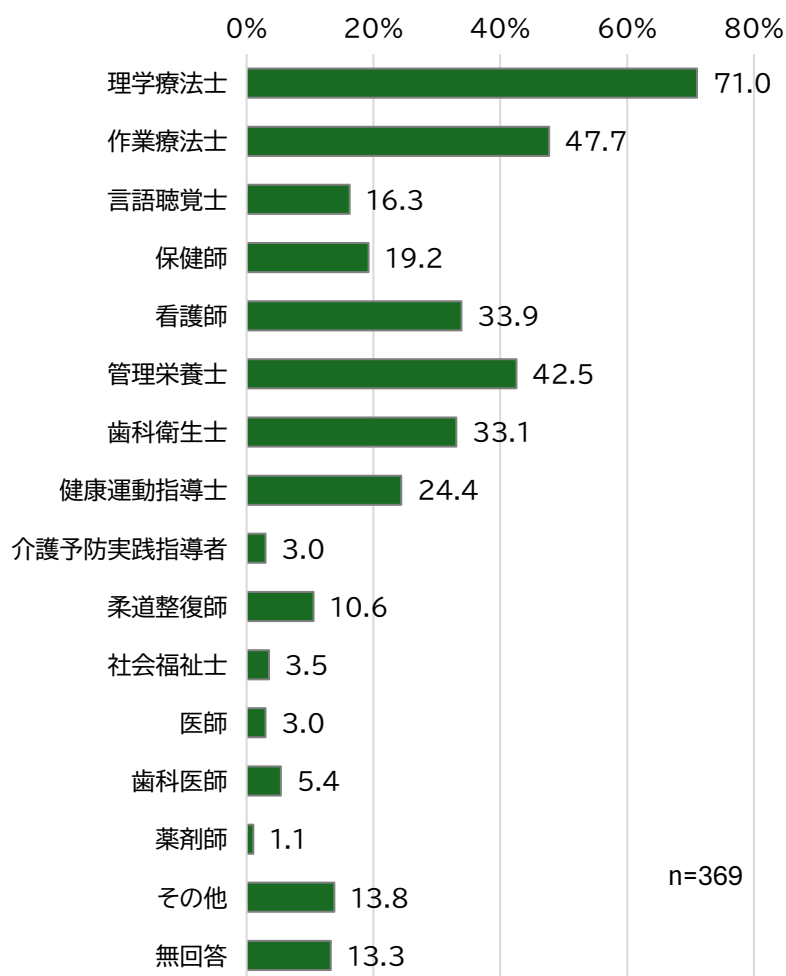
「その他」の内容 ※主なものを抜粋

- ・口腔は個別、複合プログラムは集団プログラムで実施している。
- ・集団と個別を選択して実施している
- ・提供事業所によって異なる

問. どの専門職がサービス提供に従事していますか。(あてはまるものをすべて選択)

<問37>

内訳をみると、「理学療法士」が71.0%と最も高く、次いで「作業療法士」が47.7%、「管理栄養士」が42.5%と続いている。



「その他」の内容 ※主なものを抜粋

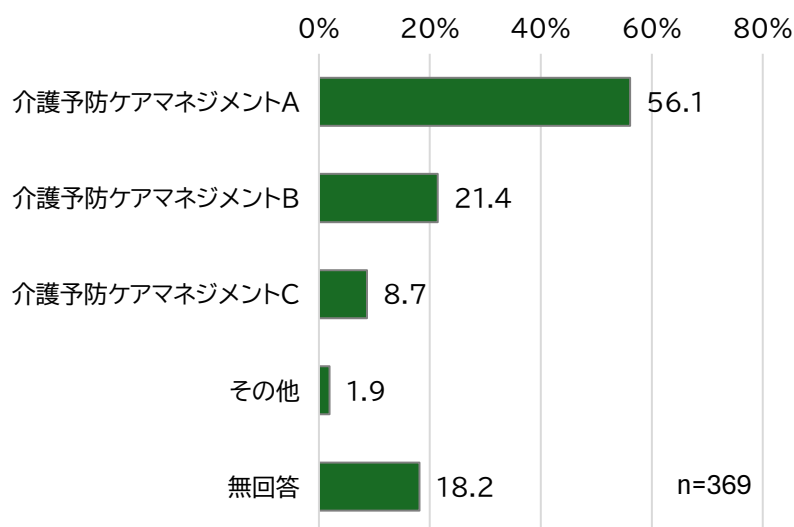
- ・あんまマッサージ師、救急救命士、はり師及びきゅう師、介護福祉士または介護福祉士国家試験受験資格要件を満たし、3年以上の実務に従事している。
- ・介護予防運動指導員、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、介護支援専門員、介護福祉士。
- ・サービス提供に資する知識・技能を有し、市長が認めた者。
- ・アセスメントに応じて、栄養士・歯科衛生士も依頼。令和6年度は実績なし。
- ・通所型1:介護職員、通所型2:介護職員・管理者、通所型3:複数職種の組み合わせなど、サービス種別によって関与専門職を使い分けている。
- ・認知症地域支援推進員、生活支援コーディネーター。
- ・生活支援コーディネーター、公認心理士。
- ・保健師看護師等の経験のある介護職員等。

- ・介護福祉士、はり師、きゅう師、栄養士。
- ・認定音楽療法士、シナプソロジーアドバンスインストラクター。

問. 短期集中予防サービスの介護予防ケアマネジメントの形態(介護予防給付を併用しない場合)をお選びください。(あてはまるものをすべて選択)

<問38>

内訳をみると、「介護予防ケアマネジメントA」が56.1%と最も高く、次いで「介護予防ケアマネジメントB」が21.4%、「介護予防ケアマネジメントC」が8.7%と続いている。



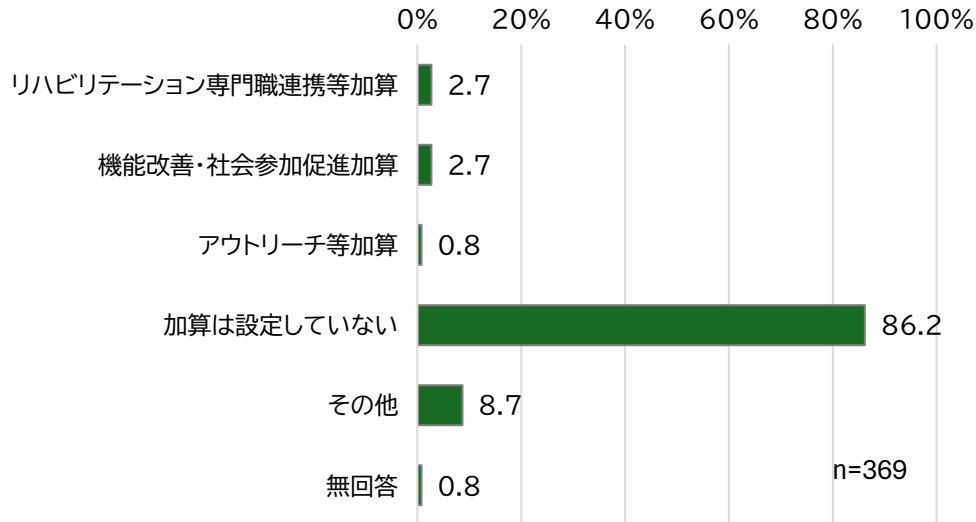
「その他」の内容 ※主なものを抜粋

- ・委託事業所が、プログラムの利用計画を作成し、介護予防ケアマネジメントは行っていない。地域包括支援センターが、委託事業所の利用計画作成を支援している。
- ・通所型1:ケアマネジメントA、通所型2・3:ケアマネジメントBなど、サービス種別によってケアマネジメントの種類を使い分けている。
- ・個別の支援計画を作成。
- ・直営包括がマネジメントしている。

問. 短期集中予防サービスを実施するにあたり、介護予防ケアマネジメントに加算を設定していますか。(あてはまるものをすべて選択)

<問39>

内訳をみると、「加算は設定していない」が86.2%と最も高く、次いで「その他」が8.7%、「リハビリテーション専門職連携等加算」及び「機能改善・社会参加促進加算」が2.7%と続いている。



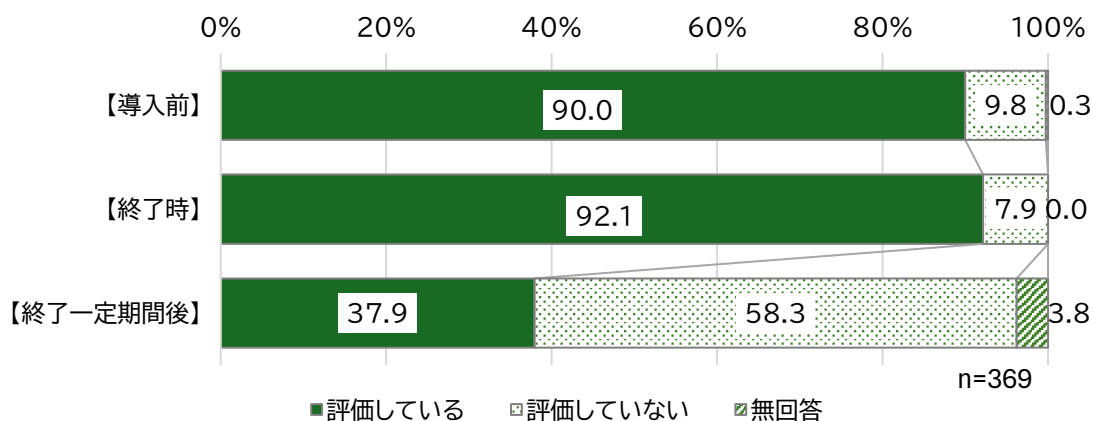
「その他」の内容 ※主なものを抜粋

- ・担当者会議開催加算、モニタリング加算、委託連携加算、初回加算。
- ・初回加算、委託連携加算、短期集中予防サービス実施加算。
- ・サービス・活動C終了後に介護予防サービス等を利用しなかった場合に算定できる加算(自立支援加算)を設定している。
- ・介護予防ケアマネジメントAは初回加算・委託連携加算あり、ケアマネジメントBは加算なし。
- ・初回加算3,000円、居宅へ委託する場合、委託連携加算3,000円(令和8年度より4,500円予定)。
- ・一体的サービス提供加算を含めた単位の約8割を、1回あたりの金額で設定している。
- ・現在はモデル事業のため、初回加算等介護予防支援と同様としている。
- ・初回加算、委託連携加算、自立支援加算。
- ・介護予防ケアマネジメントB・初回加算、訪問型サービス・活動C・初回加算。
- ・集中支援加算。

問. 生活機能や社会参加の状況について評価を実施していますか。サービス導入前、サービス終了時、サービス終了一定期間後それぞれについて教えてください。(記述)

<問40>

内訳をみると、サービス導入前は「評価している」が90.0%、「評価していない」が9.8%、サービス終了時は「評価している」が92.1%、「評価していない」が7.9%、サービス終了一定期間後は「評価している」が37.9%、「評価していない」が58.3%であった。



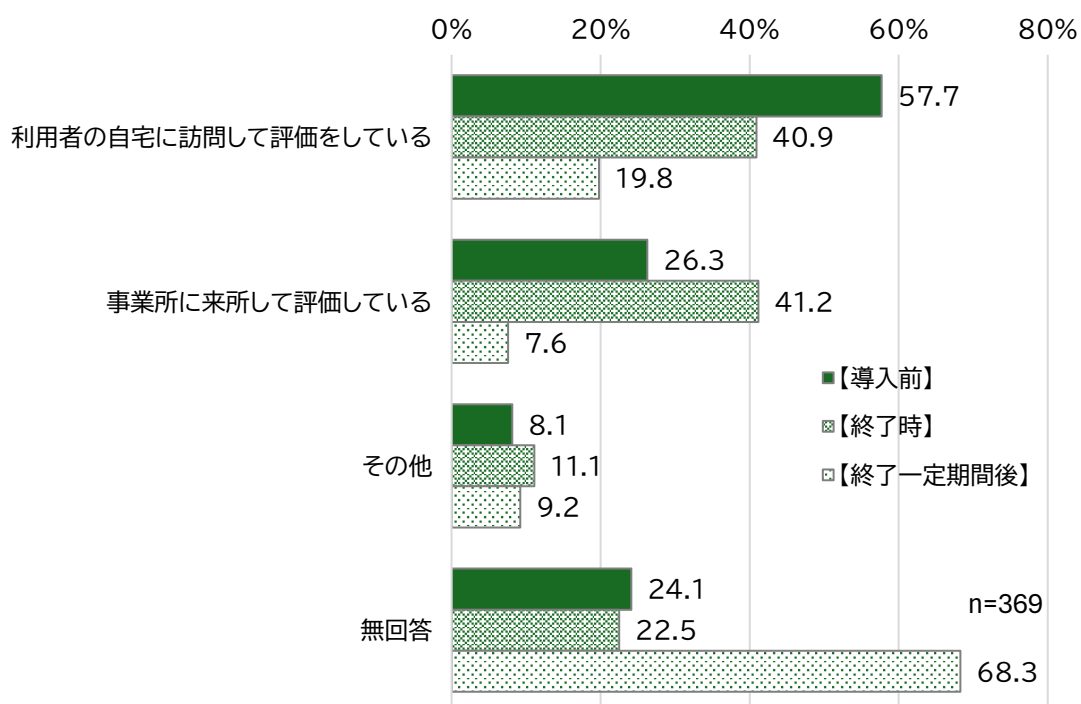
問. どこで評価しているか場所を教えてください。サービス導入前、サービス終了時、サービス終了一定期間後それぞれについて教えてください。(あてはまるものをすべて選択)

<問41>

内訳をみると、サービス導入前は、「利用者の自宅に訪問して評価をしている」が57.7%と最も高く、次いで「事業所に来所して評価している」が26.3%、「その他」が8.1%と続いている。

サービス終了時は、内訳をみると、「事業所に来所して評価している」が41.2%と最も高く、次いで「利用者の自宅に訪問して評価をしている」が40.9%、「その他」が11.1%と続いている。

サービス終了一定期間後は、「利用者の自宅に訪問して評価をしている」が19.8%と最も高く、次いで「その他」が9.2%、「事業所に来所して評価している」が7.6%と続いている。



「その他」の内容 ※主なものを抜粋

<導入前>

- ・利用額療法士による運動機能評価テストを開催会場で実施。
- ・体力測定や基本チェックリストを実施し、評価している。
- ・サービスを提供している会場で、開始時と終了時に評価をしている。
- ・1か月後に中間評価として地域ケア会議を実施。終了時、事業所に電話にて確認。
- ・一般介護予防事業(大学連携)プログラムでは、公共施設に来庁して評価している。
- ・導入前、終了直前に地域包括支援センター前にて開催。
- ・地域包括支援センターにて来所していただき評価。
- ・サービス担当者会議、ケアプランにて確認。

<終了時>

- ・地域包括支援センター、サービス事業所、市職員が、ZOOM・庁舎・包括事業所内等で評価会を実施。
- ・理学療法士による運動機能評価テストを開催会場で実施。

- ・関係者が集まって会議にて評価している。
- ・理学療法士や事業所、ケアマネ等関係者同士で終了時の状況の評価している。
- ・体力測定や基本チェックリストを実施し、評価している。
- ・一般介護予防事業(大学連携)プログラムでは、公共施設に来庁して評価している。
- ・地域包括支援センターにて来所していただき評価。
- ・初回と最終回にサービス事業所で実施。
- ・事業者からの報告書、ケアプランにより確認。
- ・本人聞き取り。

<終了一定期間後>

- ・必要時のみ関与した専門職によるモニタリング訪問を実施。専門職が訪問しない場合も6か月後に担当ケアマネに状況を確認している。
- ・終了後3か月後・6か月後のモニタリングは、電話で行うことも可能としている。
- ・介護保険システム上で認定状況・サービス利用状況等確認している。
- ・電話連絡、アンケート調査等により評価。
- ・利用者の状況に合わせて電話や訪問等選択している。
- ・通いの場などへ包括職員が訪問し評価。
- ・介護予防サービスを利用していない場合は、自宅に居宅ケアマネジャーが訪問し、評価している。
- ・翌年アンケート調査を実施している。
- ・郵送でのモニタリングを実施している。
- ・包括による訪問もしくは電話にて実施している。

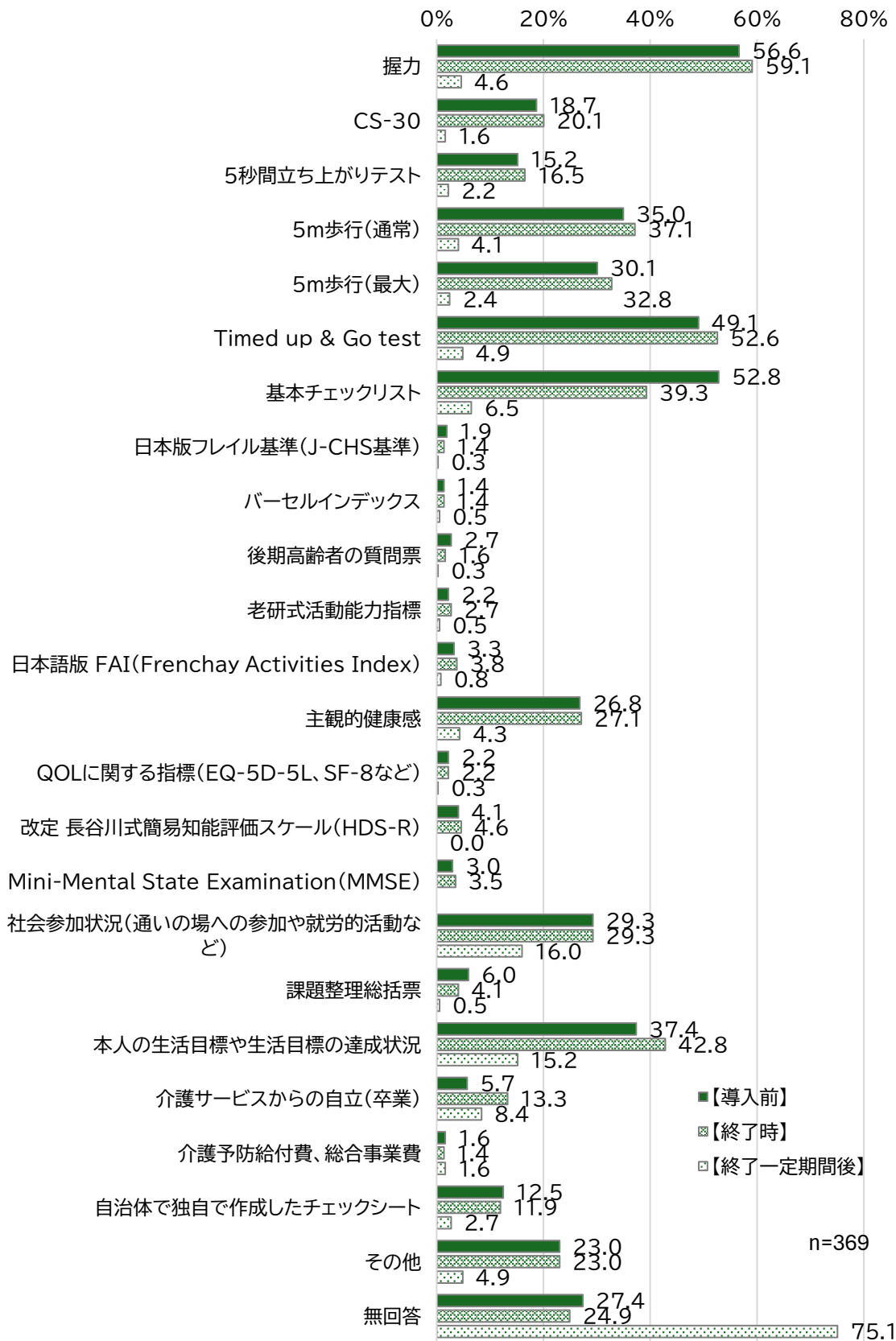
問. 短期集中予防サービスにおいて以下の評価指標を使用していますか。サービス導入前、サービス終了時、サービス終了一定期間後それぞれについて教えてください。(あてはまるものをすべて選択)

<問42>

内訳をみると、サービス導入前は、内訳をみると、「握力」が56.6%と最も高く、次いで「基本チェックリスト」が52.8%、「Timed up & Go test」が49.1%と続いている。

サービス終了時は、「握力」が59.1%と最も高く、次いで「Timed up & Go test」が52.6%、「本人の生活目標や生活目標の達成状況」が42.8%と続いている。

サービス終了一定期間後は、「社会参加状況(通いの場への参加や就労的活動など)」が16.0%と最も高く、次いで「本人の生活目標や生活目標の達成状況」が15.2%、「介護サービスからの自立(卒業)」が8.4%と続いている。



「その他」の内容 ※主なものを抜粋

<導入前>

- ・片脚立位、Life Space Assessment(LSA)、四肢骨格筋量SMI、身長、体重、オーラルフレイル。
- ・痛みの評価(VAS)、反復唾液嚥下テスト、開眼片足立ち、ファンクショナルリーチ、手段的日常生活動作、転倒不安尺度、長座居体前屈。
- ・片足立ち右(秒)、片足立ち左(秒)、TUG通常(秒)、TUG最大(秒)、老研式活動能力指標(得点)、老年期うつ病評価尺度(GDS)(得点)、EQ-5D-5L(効用値)、FAI(得点)。
- ・バランステスト(セミタンDEM、タンDEM)、下腿最大周径、指輪っかテスト、体組成計(BMI)、4m歩行(通常・最大)。
- ・10m歩行(通常・最大)、体組成計、片脚立位、ハンドヘルドダイナモメーター、MoCA-J。
- ・転倒リスク評価用紙、生活行為自己確認シート、興味関心チェックリスト、生活行為確認表。
- ・開眼片足立ち時間、立ち上がりテスト、2ステップテスト、日本版膝関節症機能評価尺度(JKOM)、日本版下肢機能評価尺度(JLEQ)、転倒不安感尺度。
- ・リーチ、片脚立位、関節可動域、下肢徒手筋力検査(MMT)、下肢周径。
- ・口腔機能項目(オーラルディアドコキネシス等)、パタカテスト、2ステップ、ロコモテスト。
- ・運動器・栄養状態及び口腔機能の評価を事業所各々の方法で行うこととしている。

<終了時>

- ・片脚立位、Life Space Assessment(LSA)、四肢骨格筋量SMI、身長、体重、オーラルフレイル。
- ・痛みの評価(VAS)、反復唾液嚥下テスト、開眼片足立ち、ファンクショナルリーチ、手段的日常生活動作、転倒不安尺度、長座居体前屈。
- ・片足立ち(左右)、TUG通常・最大、老研式活動能力指標、老年期うつ病評価尺度(GDS)、EQ-5D-5L(効用値)、FAI。
- ・10m歩行(通常・最大)、体組成計、片脚立位、HHD、MoCA-J。
- ・転倒リスク評価用紙、生活行為自己確認シート、興味関心チェックリスト、生活行為確認表。
- ・開眼片足立ち時間、立ち上がりテスト(cm)、2ステップテスト(cm)、日本版膝関節症機能評価尺度(JKOM)、日本版下肢機能評価尺度(JLEQ)、転倒不安感尺度。
- ・リーチ、片脚立位、関節可動域、下肢徒手筋力検査(MMT)、下肢周径。
- ・口腔機能項目(オーラルディアドコキネシス等)、パタカテスト、2ステップ、ロコモテスト。
- ・開眼片脚立ち、5回立ち上がり、姿勢(上肢の上がり方)を撮った写真、歩行動画。
- ・バーセルインデックス、改定長谷川式簡易知能評価スケール、社会参加の状況を参考にした。

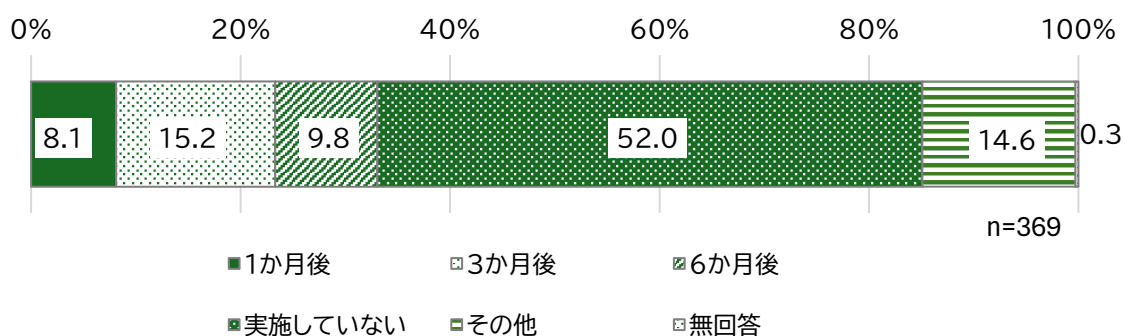
<終了一定期間後>

- ・参加者の状態変化、セルフケア継続状況、サービス利用の有無。
- ・終了一定期間後のモニタリングは、事業所ごとに任意様式で生活状況を記録している。
- ・片脚立ち・生活の広がり(LSA)。
- ・兵庫県版フレイルチェック票、開眼片足立ち(握力やTUGなどと同じく体力測定として通所型の初回やその後1か月ごとに実施)。
- ・セルフケアによる運動の定着や自宅内での活動状況。
- ・要介護認定の状況により評価。
- ・介護保険利用状況。

問. サービス終了後、一定期間経過後の評価はいつ実施していますか。(あてはまるものを1つ選択)

<問43>

内訳をみると、「実施していない」が52.0%と最も高く、次いで「3か月後」が15.2%、「その他」が14.6%と続いている。



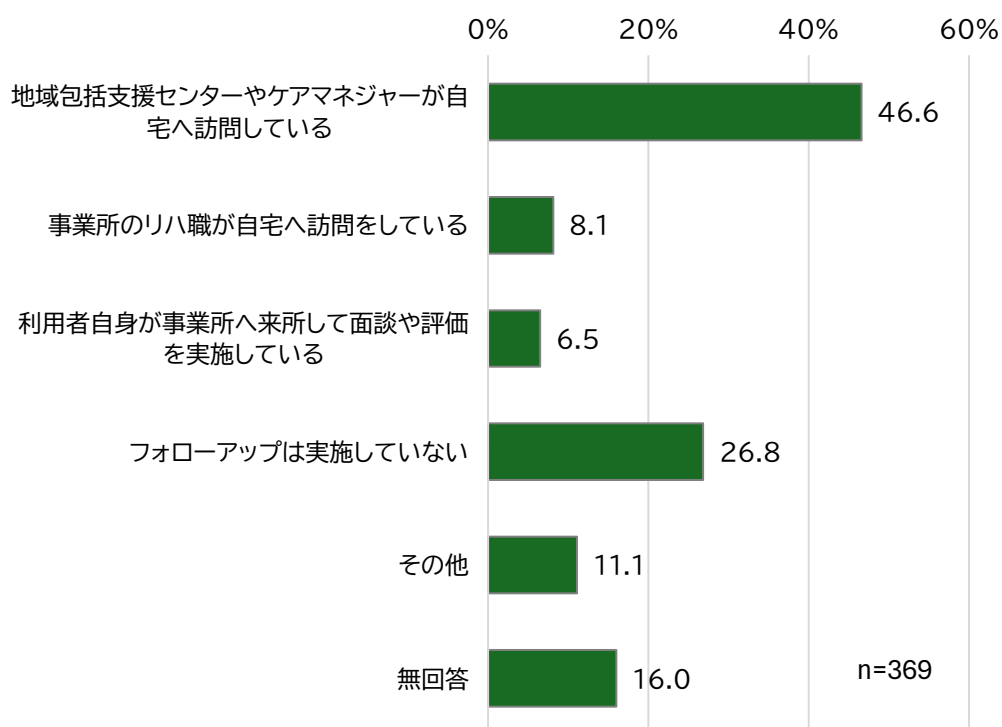
「その他」の内容 ※主なものを抜粋

- ・専門職による訪問は1～3か月後。担当ケアマネジャーへの聞き取りは6か月後。
- ・1月から12月の年間利用者を翌年の7月(12月修了者が半年経過後)にアンケートを送付し、介護度・サービス利用状況をモニタリングしている。
- ・3か月後・6か月後・1年後:包括支援センター職員が訪問、1年半後(アンケート)。
- ・訪問C(1か月後)、通所C(3か月後)、口腔C(実施していない)など、サービス種別によって評価時期を使い分けている。
- ・1か月及び6か月後訪問、1年及び3年後同窓会。
- ・1年後改めて基本チェックリストを送付し、回答依頼している。また、数か月後にフォローアップ教室の案内を実施している。
- ・地域包括支援センターによるモニタリングを終了後6か月間実施している。
- ・ケースによって異なるが、3～6か月、1年等サービス終了時の専門職のアセスメント時の判断で設定している。
- ・事業終了後3か月から6か月後の期間に、理学療法士または作業療法士が実施。
- ・3年後までは3か月ごと、それ以降は5年、10年後に実施。

問. サービス終了後、利用者の生活機能や社会参加の状況をどのようにフォローアップしていますか。(あてはまるものをすべて選択)

<問44>

内訳をみると、「地域包括支援センターやケアマネジャーが自宅へ訪問している」が46.6%と最も高く、次いで「フォローアップは実施していない」が26.8%、「その他」が11.1%と続いている。



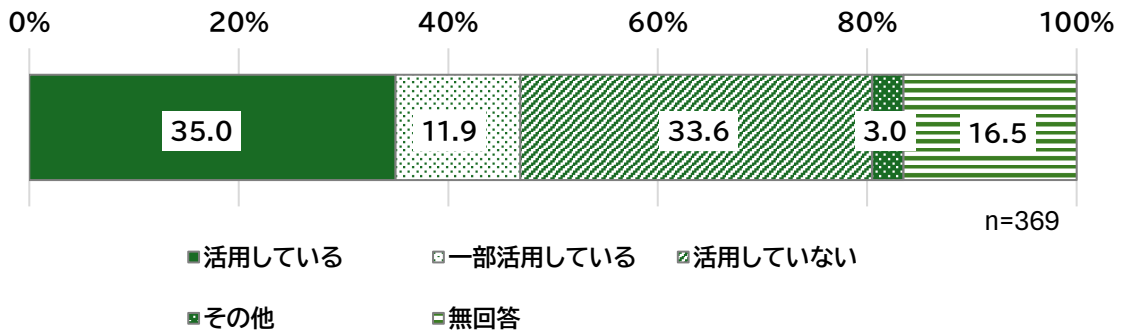
「その他」の内容 ※主なものを抜粋

- ・必要時のみ、終了後3か月を目安に事業所のリハ職がモニタリング訪問を実施しており、その中で助言等を行うことはあり得る。
- ・事業所のリハ職が主な卒業先である地域介護予防教室へ月1回訪問している。
- ・地域包括支援センター職員と理学療法士と一緒に訪問している。
- ・終了時にフォローアップの必要性を判断し、必要な対象者には訪問や電話でフォローアップを実施している。
- ・3か月後にフォローアップ教室を開催し、利用者が参加した際に実施している。
- ・社会参加の活動場所につながった場合は、担当ケアマネジャー・生活支援コーディネーターが訪問する。
- ・一体的実施対象者の場合、看護師が訪問。
- ・事業者に委託しているため内容は様々だが、終了後半年程度はフォローアップをお願いしている。
- ・自宅訪問だけでなく、通いの場での状況確認や利用者から電話などで報告などがある。
- ・地域包括支援センターでケアマネジメントCを実施(電話等による状況確認)。

問. 短期集中予防サービスで利用者が実施状況などを記録するための介護予防手帳や実施記録、活動日誌等を活用していますか。(あてはまるものを1つ選択)

<問45>

内訳をみると、「活用している」が35.0%と最も高く、次いで「活用していない」が33.6%、「一部活用している」が11.9%と続いている。



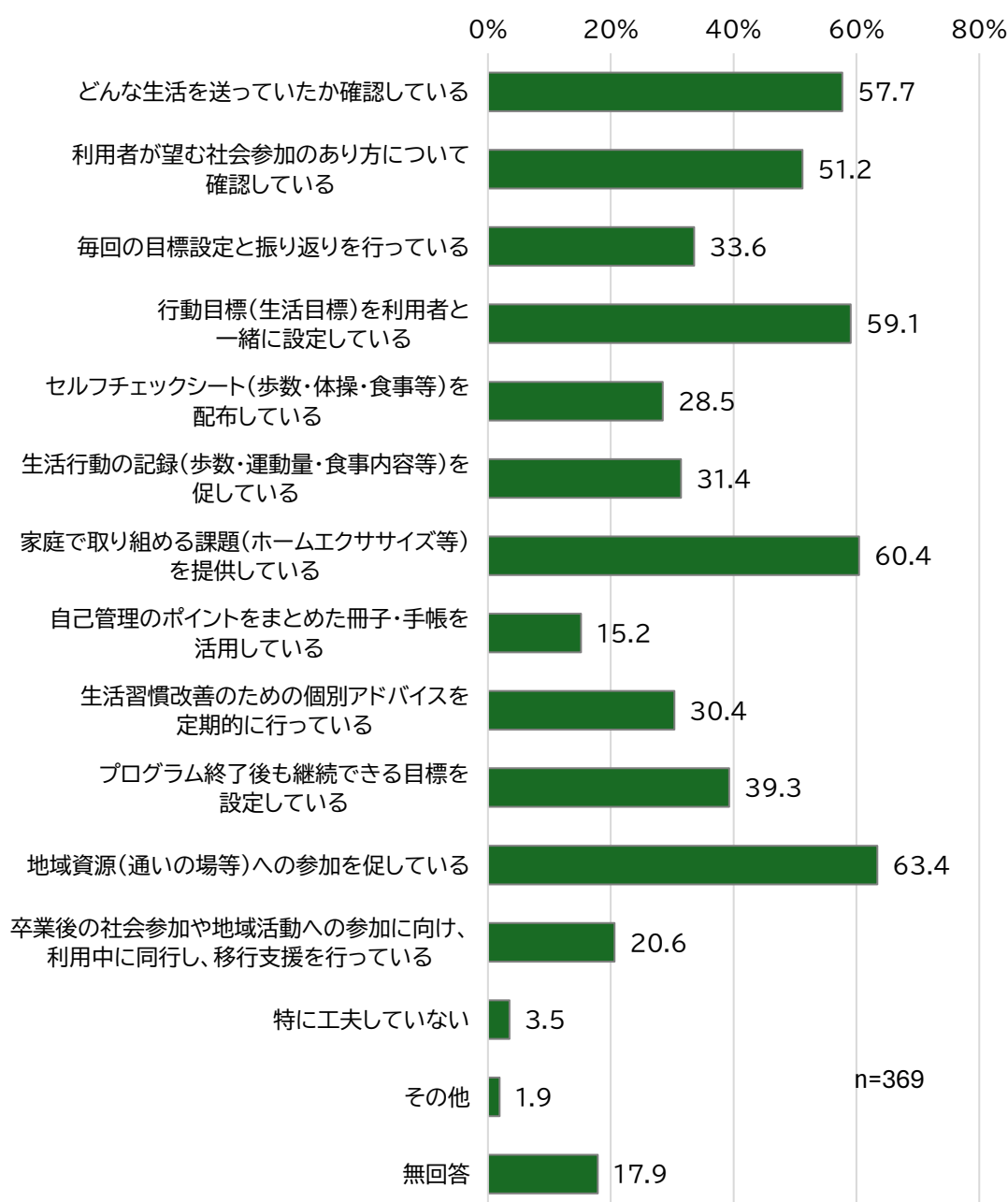
「その他」の内容 ※主なものを抜粋

- ・【市独自】フレイル改善短期集中プログラム(利用者用パス)を活用。
- ・市独自のセルフマネジメントシートを活用。
- ・参考様式として示しているホームトレーニング用紙(運動・栄養・口腔の実施記録)を事業所の判断により活用。
- ・受託業者にて作成したスケジュール表を活用。
- ・独自の記録表を作成し活用している。
- ・個別にファイルを作成している。

問. 利用者がセルフマネジメント(自ら健康や生活を管理する力)を身に付けられるよう、どのような工夫を行っていますか。(あてはまるものをすべて選択)

<問46>

内訳をみると、「地域資源(通いの場等)への参加を促している」が63.4%と最も高く、次いで「家庭で取り組める課題(ホームエクササイズ等)を提供している」が60.4%、「行動目標(生活目標)を利用者と一緒に設定している」が59.1%と続いている。



「その他」の内容 ※主なものを抜粋

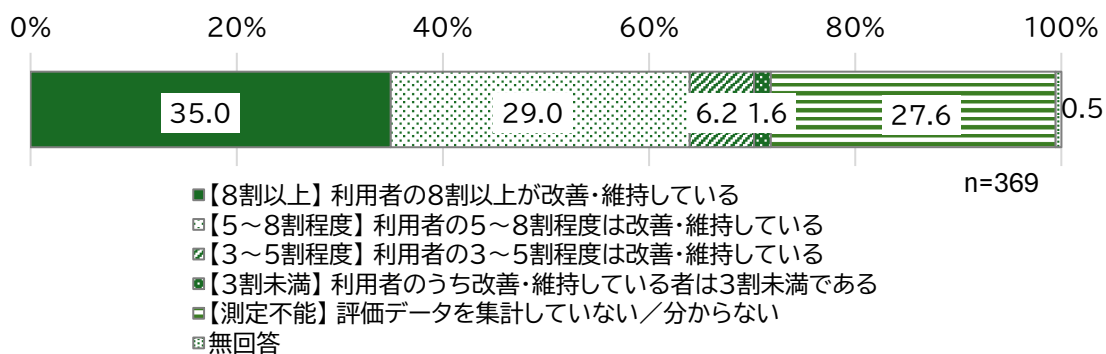
・卒業生を主な対象とした一般介護予防教室への参加を促している。

- ・セルフマネジメント手帳を活用している。
- ・1・2:介護予防ケアマネジメントにて実施。3:1回目と9回目に実施。5:受託事業者によって配布の有無が異なる。8:冊子は受託事業者によるものを使用。
- ・事業所ごとに実施事業が異なり、3・5・6・12を行っている事業所もある。
- ・本人・ケアマネと共有しながら進めている。
- ・体重管理表を配布することもある。

問. サービス終了直後の利用者の生活機能の改善・維持の状況について教えてください。(あてはまるものを1つ選択)

<問47-1>

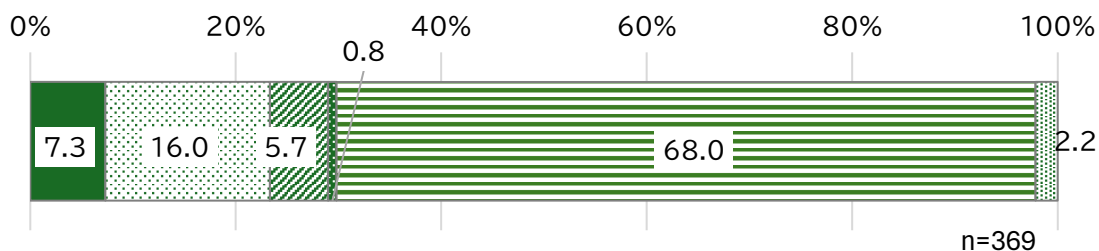
内訳をみると、「【8割以上】利用者の8割以上が改善・維持している」が35.0%と最も高く、次いで「【5～8割程度】利用者の5～8割程度は改善・維持している」が29.0%、「【測定不能】評価データを集計していない／分からない」が27.6%と続いている。



問. サービス終了後、一定期間経過した時点で評価を実施している場合、一定期間経過後の利用者の生活機能について概ねの割合を教えてください。

<問47-2>

内訳をみると、「【測定不能】評価データを集計していない／分からない」が68.0%と最も高く、次いで「【5～8割程度】利用者の5～8割程度は改善・維持している」が16.0%、「【8割以上】利用者の8割以上が改善・維持している」が7.3%と続いている。

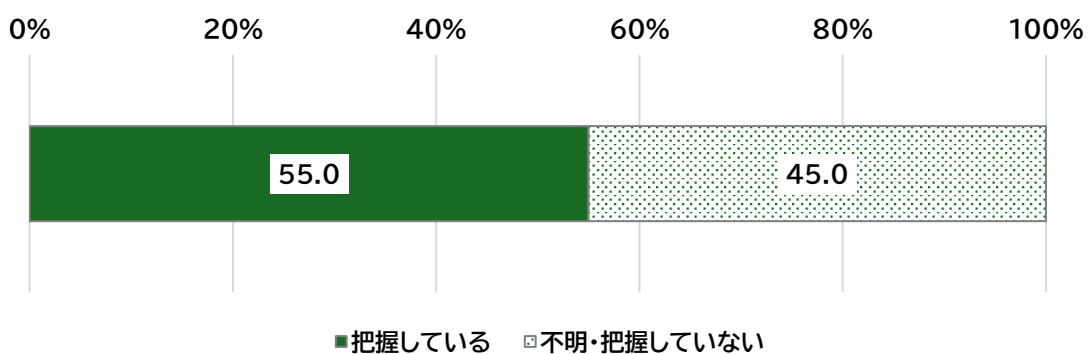


- 【8割以上】利用者の8割以上が改善・維持している
- ▣【5～8割程度】利用者の5～8割程度は改善・維持している
- ▤【3～5割程度】利用者の3～5割程度は改善・維持している
- ▥【3割未満】利用者のうち改善・維持している者は3割未満である
- ▧【測定不能】評価データを集計していない／分からない
- ▨無回答

問. サービス終了後の利用者の介護予防サービス等の利用状況について概ねの割合(%)を教えてください。(記述)把握していない場合は、「不明・把握していない」を選択してください。

<問48>

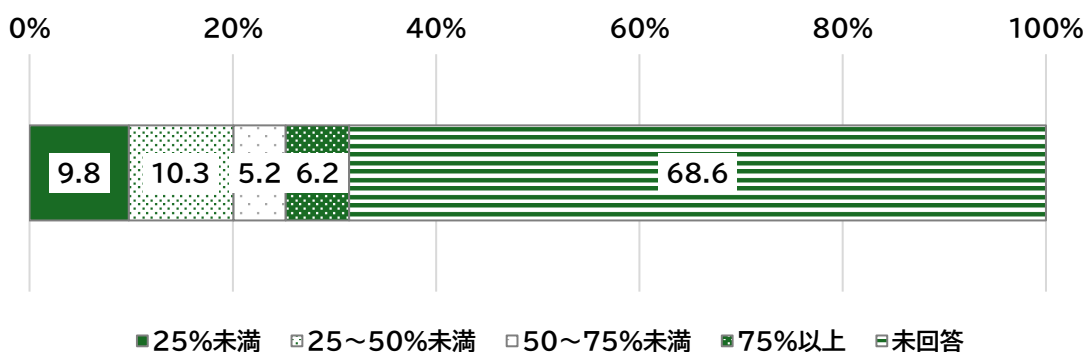
内訳をみると、「把握している」が55.0%、「不明・把握していない」が45.0%であった。



<問48-2>

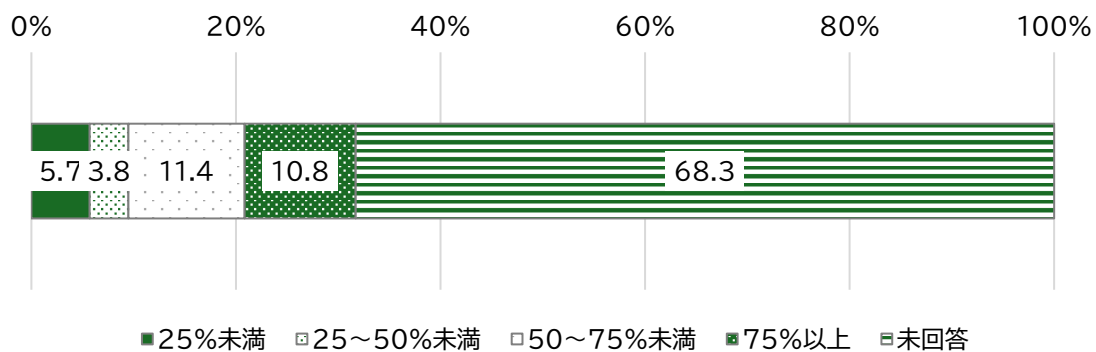
■介護予防サービスを利用している割合

内訳をみると、「25～50%未満」が10.3%と最も高く、次いで「25%未満」が9.8%、「75%以上」が6.2%と続いている。



■介護予防サービスを利用していない割合

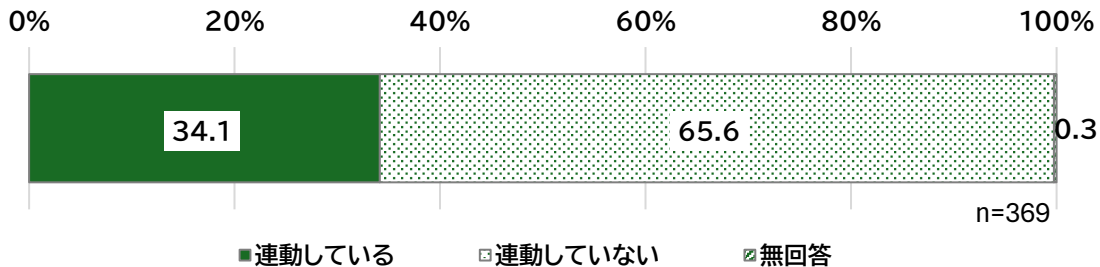
内訳をみると、「50～75%未満」が11.4%と最も高く、次いで「75%以上」が10.8%、「25～50%未満」が5.7%と続いている。



問. 生活支援体制整備事業と短期集中予防サービスとの連動状況を教えてください。(あてはまるものを1つ選択)

<問49-1>

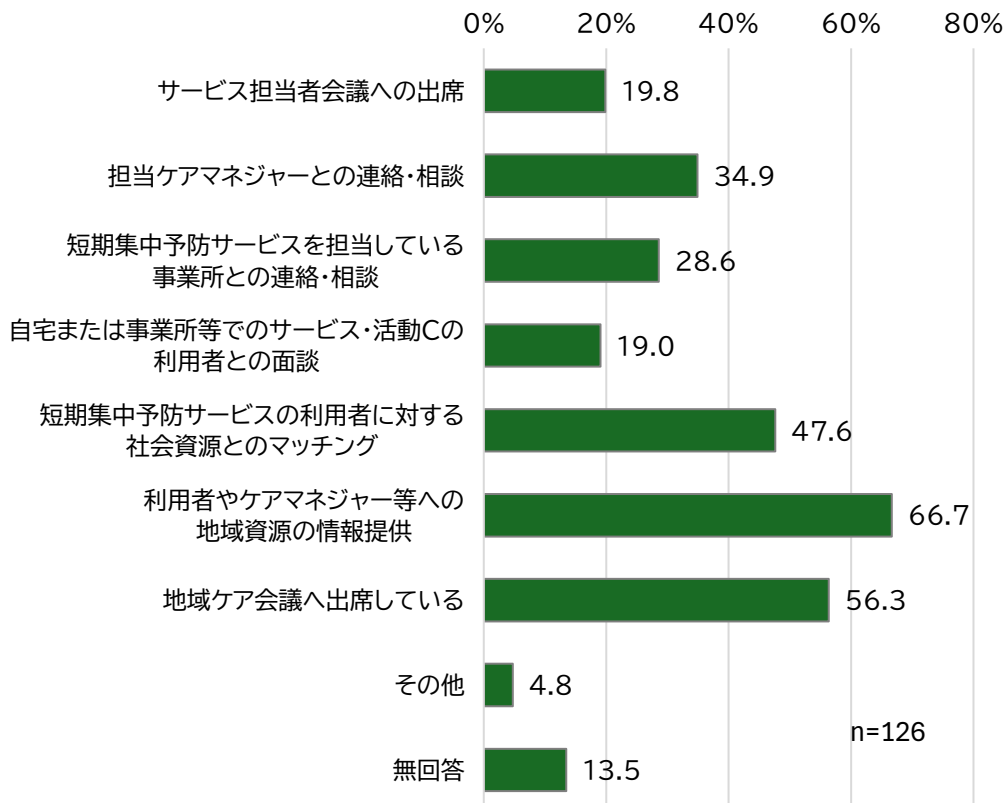
内訳をみると、「連動している」が34.1%、「連動していない」が65.6%であった。



問. 問49-1で「連動している」と回答した方にお伺いします。生活支援コーディネーターがどのように短期集中予防サービスに関わっているか教えてください。(あてはまるものをすべて選択)

<問49-2>

内訳をみると、「利用者やケアマネジャー等への地域資源の情報提供」が66.7%と最も高く、次いで「地域ケア会議へ出席している」が56.3%、「短期集中予防サービスの利用者に対する社会資源とのマッチング」が47.6%と続いている。



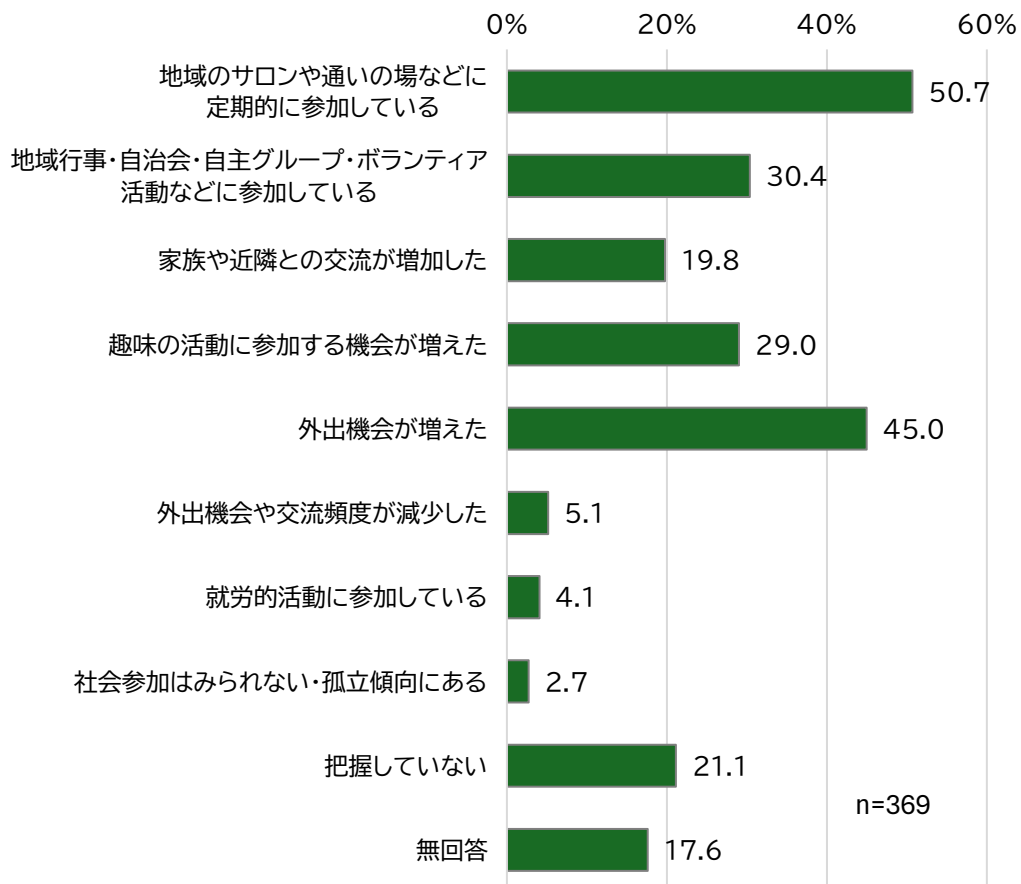
「その他」の内容 ※主なものを抜粋

- ・終了前の評価会議に出席している。
- ・月一回のカンファレンスに出席している。
- ・担当包括のプランナーがしっかりと実施しているため、生活支援コーディネーターは「事業所との連絡・相談」、「利用者との面談」、「利用者やケアマネジャー等への地域支援の情報提供」は未実施。
- ・介護予防担当者会議にて実施している。

問. サービス終了後の利用者の地域活動への参加状況や社会交流について、全体的な傾向を教えてください。(あてはまるものをすべて選択)

<問50>

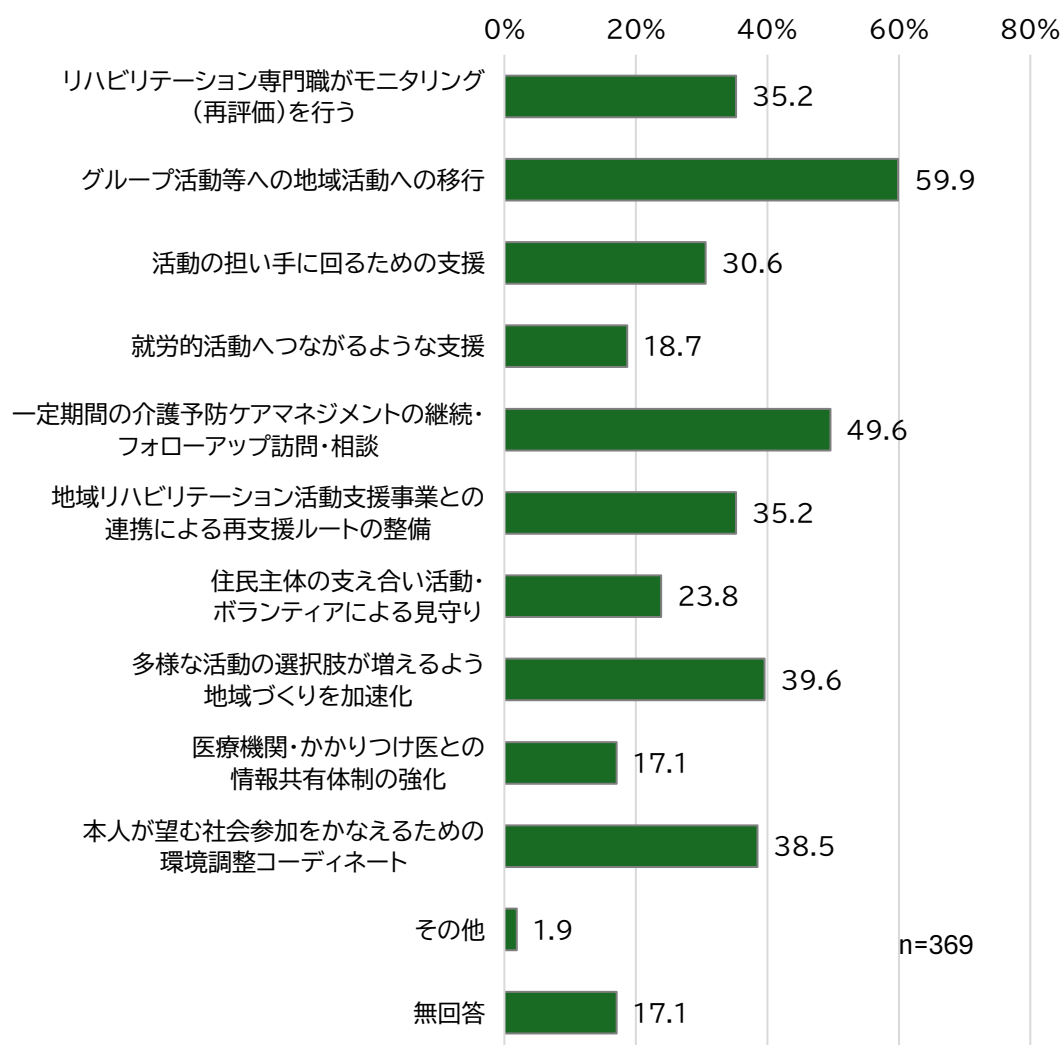
内訳をみると、「地域のサロンや通いの場などに定期的に参加している」が50.7%と最も高く、次いで「外出機会が増えた」が45.0%、「地域行事・自治会・自主グループ・ボランティア活動などに参加している」が30.4%と続いている。



問. サービス終了後の生活機能維持・社会参加支援のために必要だと考える取組について教えてください。(あてはまるものをすべて選択)

<問51>

内訳をみると、「グループ活動等への地域活動への移行」が59.9%と最も高く、次いで「一定期間の介護予防ケアマネジメントの継続・フォローアップ訪問・相談」が49.6%、「多様な活動の選択肢が増えるよう地域づくりを加速化」が39.6%と続いている。



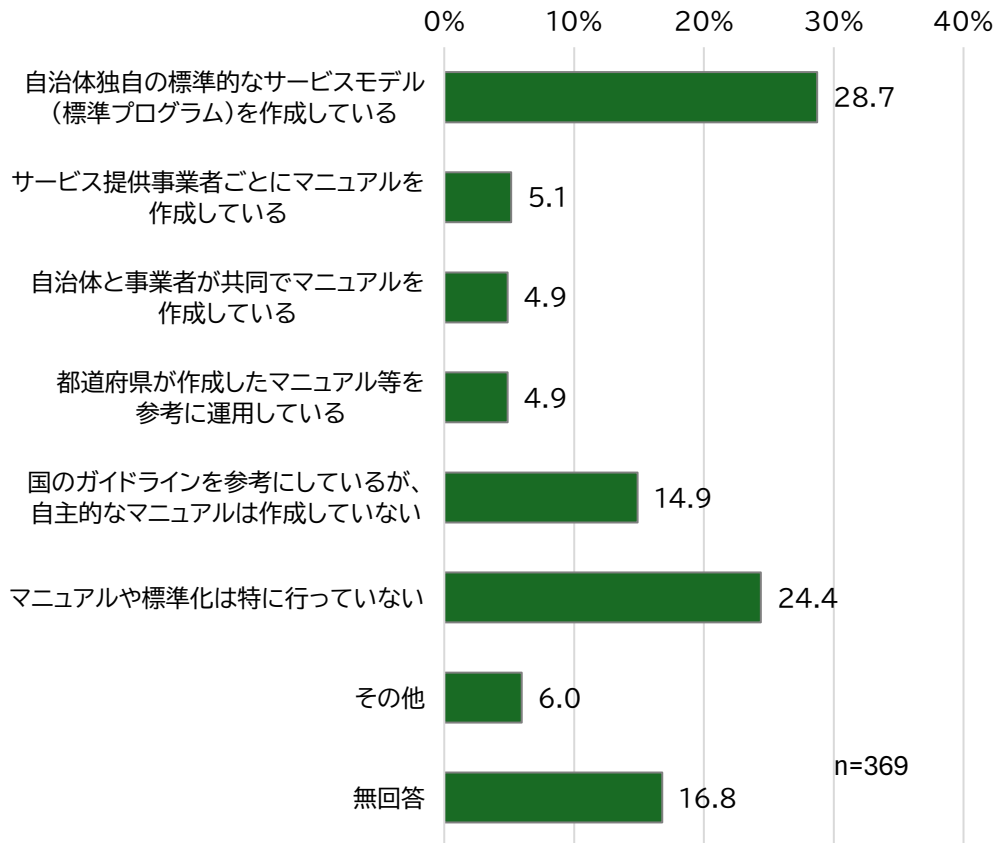
「その他」の内容 ※主なものを抜粋

- ・終了後も楽しんで行ける通いの場づくり。
- ・自主的な同内容の活動を継続的に実施できる環境整備。
- ・多様な活動の選択肢が増えるよう地域づくりを加速化。
- ・社会参加のための移動手段。
- ・生活支援コーディネーターとの連携の強化。

問. 短期集中予防サービスのサービス内容について、標準化やマニュアル(手順書)を作成していますか。(あてはまるものをすべて選択)

<問52>

内訳をみると、「自治体独自の標準的なサービスモデル(標準プログラム)を作成している」が28.7%と最も高く、次いで「マニュアルや標準化は特に行っていない」が24.4%、「国のガイドラインを参考にしているが、自主的なマニュアルは作成していない」が14.9%と続いている。



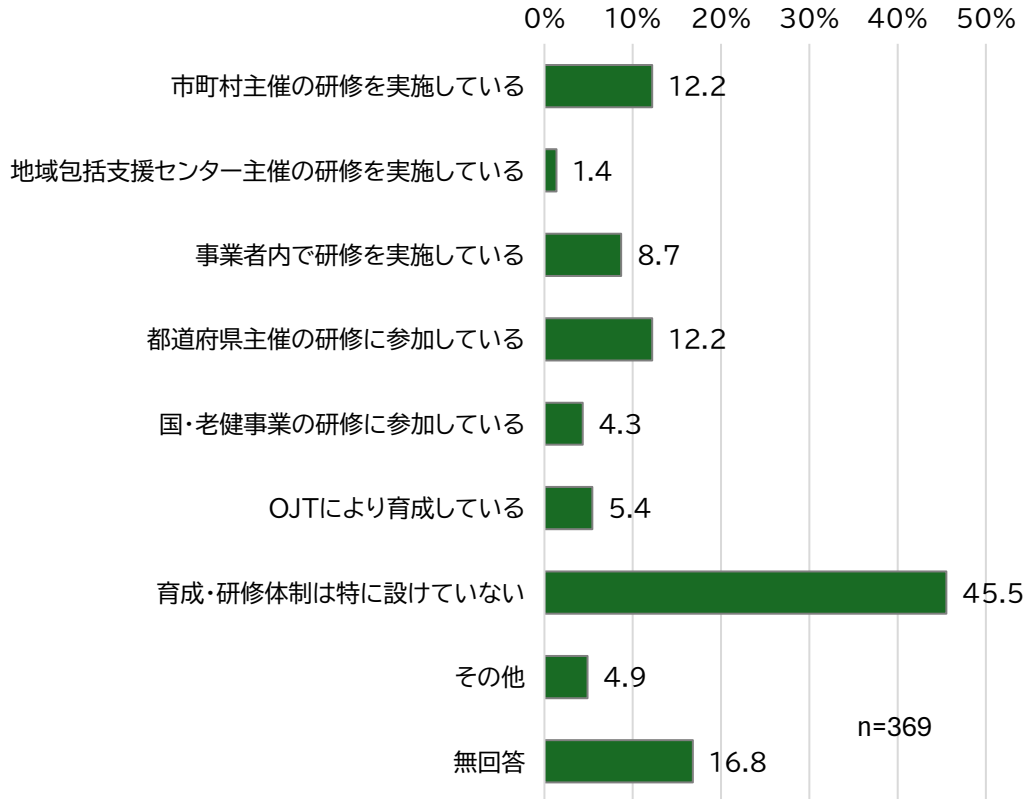
「その他」の内容 ※主なものを抜粋

- ・評価項目等の様式やサービス・活動Cの流れに関するマニュアルは市で作成しているが、サービス内容についてのマニュアルはない。
- ・地域包括支援センター及び事業所向けの共通のマニュアルを作成している。
- ・委託契約の仕様書に詳細内容を記載。
- ・仕様書や計画書を作成しサービス内容の確認を行っている。
- ・介護予防マニュアル(第4版)や介護予防ガイドを参考に仕様書を作成している。
- ・マニュアルは作成していないが、導入前に研修を行い、一定の内容のすり合わせを行った。
- ・マニュアルは作成していないが、町が指定するサービス・活動C型のプログラム研修を受講することとしている。
- ・自治体と事業者で各クール終了後に振り返りの機会を設け意見交換している。
- ・業務フロー図を地域包括支援センター及びサービス提供事業者に展開。
- ・通所型は要領を、訪問型は方針を作成している。

問. 短期集中予防サービスに関わる専門職(リハ職、(管理)栄養士、歯科衛生士、保健師等)に対して、育成・研修を実施していますか。(あてはまるものをすべて選択)

<問53>

内訳をみると、「育成・研修体制は特に設けていない」が45.5%と最も高く、次いで「市町村主催の研修を実施している」及び「都道府県主催の研修に参加している」が12.2%と続いている。



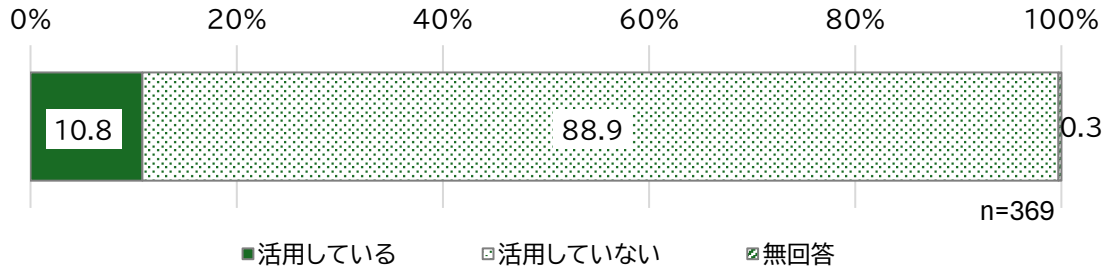
「その他」の内容 ※主なものを抜粋

- ・短期集中予防サービス実施事業所の情報交換会を年に一度開催している。
- ・事業所と地域包括支援センターを呼び、年2回程度意見交換会を実施している。
- ・研修の開催についてリハ職を有する事業所に委託している。
- ・PTと事業内容について定期的に議論して事業内容の工夫・改善している。
- ・市主催で、各専門職同士で意見交換会を年1回実施している。
- ・短期集中サービスの見直しにあたり令和7年度に市主催の研修を実施。今後も必要に応じて研修会の開催を検討する。
- ・新規参入事業所には説明会を実施している。
- ・従事期間には期限内の上級救命講習の受講証を持つような条件を設定している。
- ・研修センター(デイサービス)に委託して研修を実施している。
- ・職能団体等と連携して研修を実施。

問. 短期集中予防サービスにおけるICTの活用状況について教えてください。(あてはまるものを1つ選択)

<問54>

内訳をみると、「活用している」が10.8%、「活用していない」が88.9%であった。



問. 問54で「1. 活用している」を選択した方に伺います。どのように活用しているか具体的に教えてください。(記述)

<問54-1>

「ICTの活用」の内容 ※主なものを抜粋

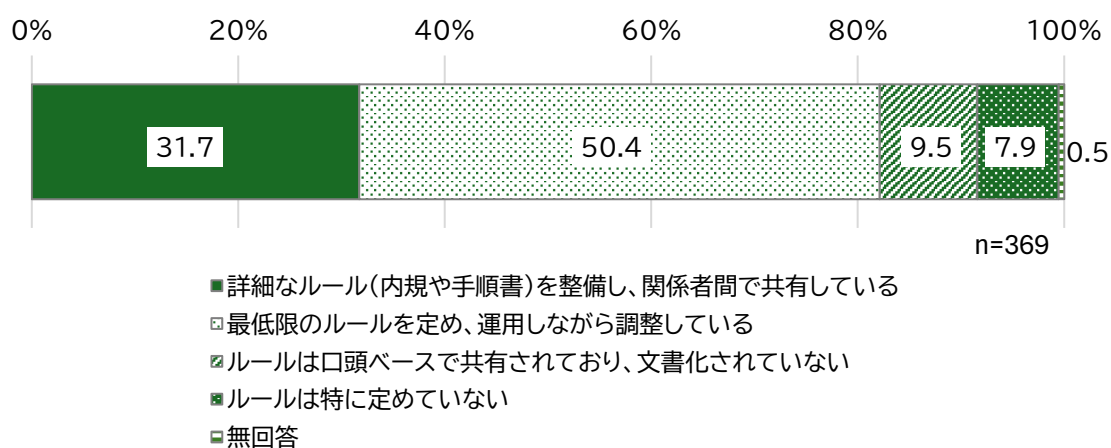
- ・在宅医療介護連携推進事業で活用している「電子@連絡帳」で、サービスに係る関係者(ケアマネ・専門職・自治体)間で情報共有している。
- ・事業の受託事業者にアンケート結果や報告書を電子申請システム(LoGoフォーム)で提出してもらい、Robotic Process Automation(ロボティック・プロセス・オートメーション)で区の事務用パソコンのフォルダへ仕分けして格納している。
- ・短期集中予防サービス利用者の心身の状況についてICTを活用して委託事業所が記録している。個人データを集計して、集団での傾向を委託事業所が独自に分析している。
- ・動画から歩行様態を分析するアプリケーションを用いて、サービス導入前後の歩行状況の評価に活用している。
- ・介護予防ケアマネジメント支援システムを活用し、課題の抽出や工程分析で短期集中予防サービスにつなげている。
- ・ケアラインを活用し、情報交換や勉強会の案内、サービス・活動C型の利用枠の空き状況等を共有。
- ・電子連絡帳にて、対象者ごとに患者タブを作成し、関係者が電子連絡帳上で情報共有している。
- ・空き情報の共有や委託業務の実績報告書・請求書の提出にノーコードアプリを活用。
- ・通所型サービス終了後、3か月オンライン運動教室の実施(遠隔指導)。
- ・事業導入前後の状態をタブレットで撮影し共有している。

6 短期集中予防サービス(サービス・活動 C)導入状況(導入あり)

問. 短期集中予防サービスを実施するにあたり、入口の仕組みや運用ルール(対象者選定、依頼フロー、役割分担等)をどの程度整備していますか。(あてはまるものを1つ選択)

<問55>

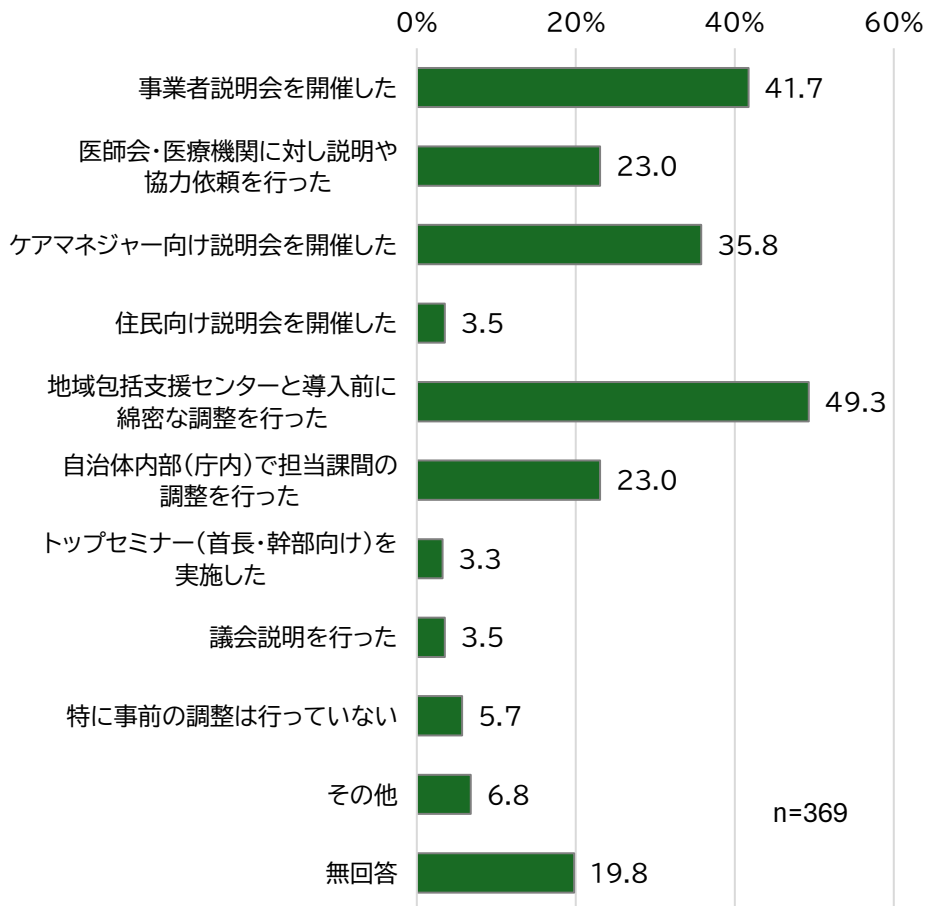
内訳をみると、「最低限のルールを定め、運用しながら調整している」が50.4%と最も高く、次いで「詳細なルール(内規や手順書)を整備し、関係者間で共有している」が31.7%、「ルールは口頭ベースで共有されており、文書化されていない」が9.5%と続いている。



問. 短期集中予防サービスの導入にあたり、以下のような「事前の調整」を実施しましたか。(あてはまるものをすべて選択)

<問56>

内訳をみると、「地域包括支援センターと導入前に綿密な調整を行った」が49.3%と最も高く、次いで「事業者説明会を開催した」が41.7%、「ケアマネジャー向け説明会を開催した」が35.8%と続いている。



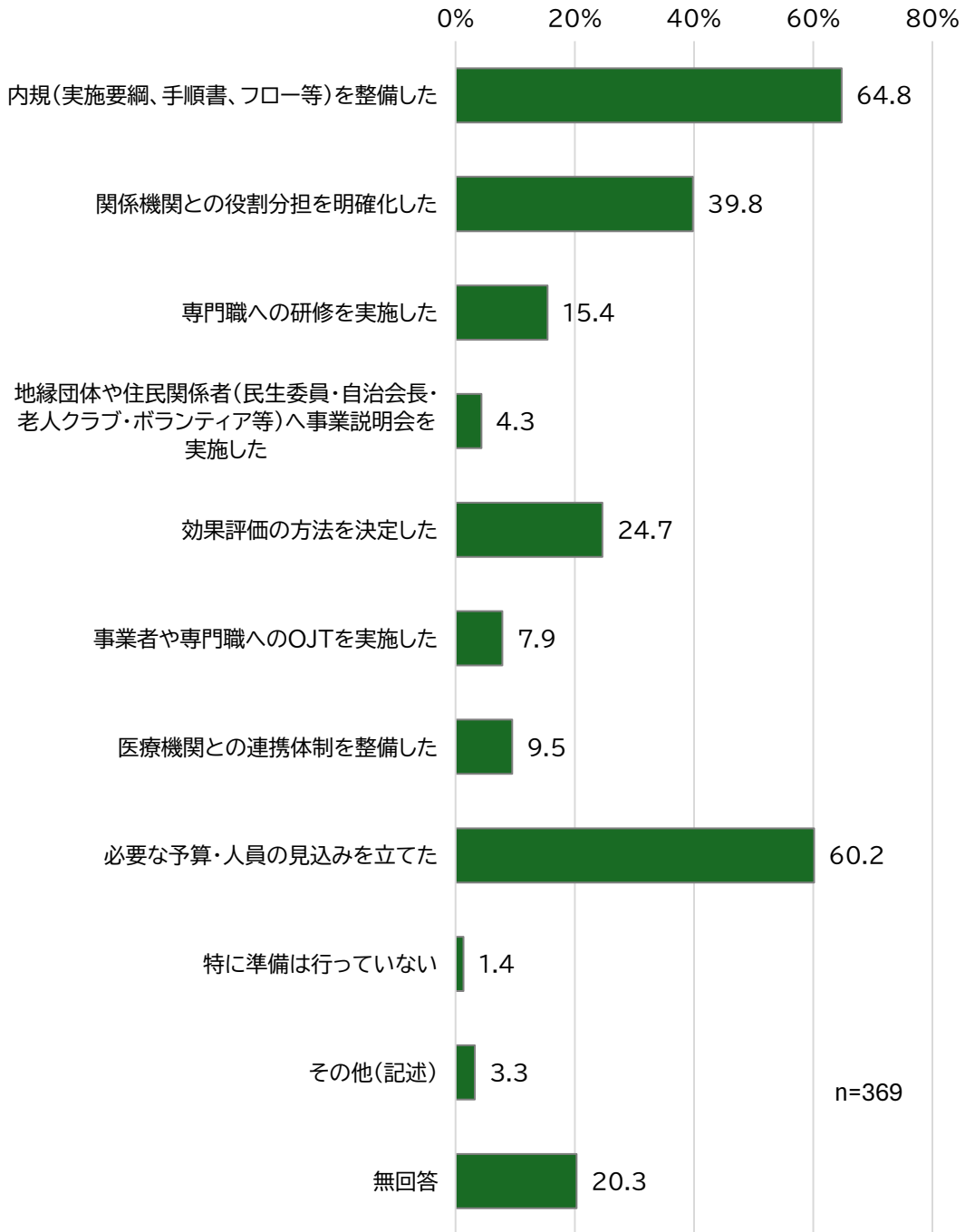
「その他」の内容 ※主なものを抜粋

- ・介護事業者協議会にて調整を行った。総合事業開始に伴う情報交換会や説明会の中で、包括や介護事業者に向けて、二次予防から移行する旨説明を行った。
- ・主な事業所や地域包括支援センターの連絡協議会、介護保険事業計画の策定等に関する協議を行う場において説明を行った。
- ・二次予防事業として実施していた事業を短期集中予防サービスへ移行した。
- ・2次予防事業を委託していた事業所と協議して調整した。
- ・事業を委託する施設管理者に事業の必要性を説明し協力依頼を行った。
- ・関係職能団体へ説明、協力依頼をした。
- ・モデル事業としてスモールスタートした。
- ・市内介護事業所向けにも説明会を実施した。
- ・居宅介護支援事業所に「実施の手引き」を送付して周知した。
- ・ホームページ、広報誌に通所型サービスCについて掲載し市民へ周知した。

問. 短期集中予防サービスの実施に向けて、どのような準備を行いましたか。(あてはまるものをすべて選択)

<問57>

内訳をみると、「内規(実施要綱、手順書、フロー等)を整備した」が64.8%と最も高く、次いで「必要な予算・人員の見込みを立てた」が60.2%、「関係機関との役割分担を明確化した」が39.8%と続いている。



「その他」の内容 ※主なものを抜粋

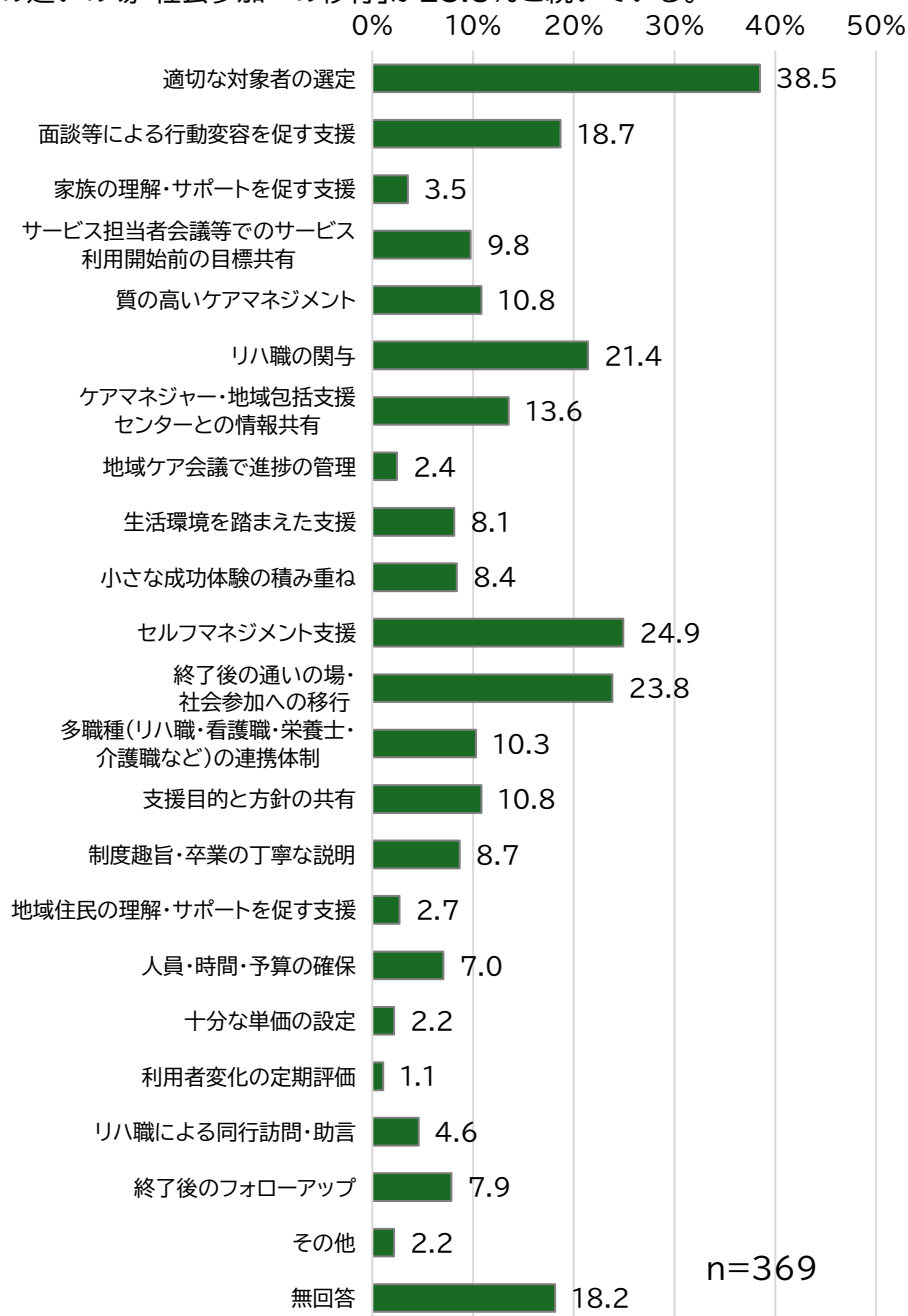
- ・事業検討会を定期的に行なう(庁内関係課、地域包括支援センター、県理学療法士会、県作業療法士会、県訪問看護ステーション協会、訪問看護ステーション等)。
- ・都道府県へ相談しながら導入。
- ・二次予防事業との違いについて、事業所への説明を実施。
- ・地域リハビリテーション広域支援センター等への協力要請。
- ・普及啓発の方法を工夫した(チラシ、DVD作成、広報誌の活用など)。
- ・事業者団体、職能団体等と意見交換を行った。

問. 短期集中予防サービスを成功させるために特に重要だと思うことを<サービス内容の要因>と<環境要因>それぞれ3つ選んでください。(あてはまるものを3つ選択)

<問58>

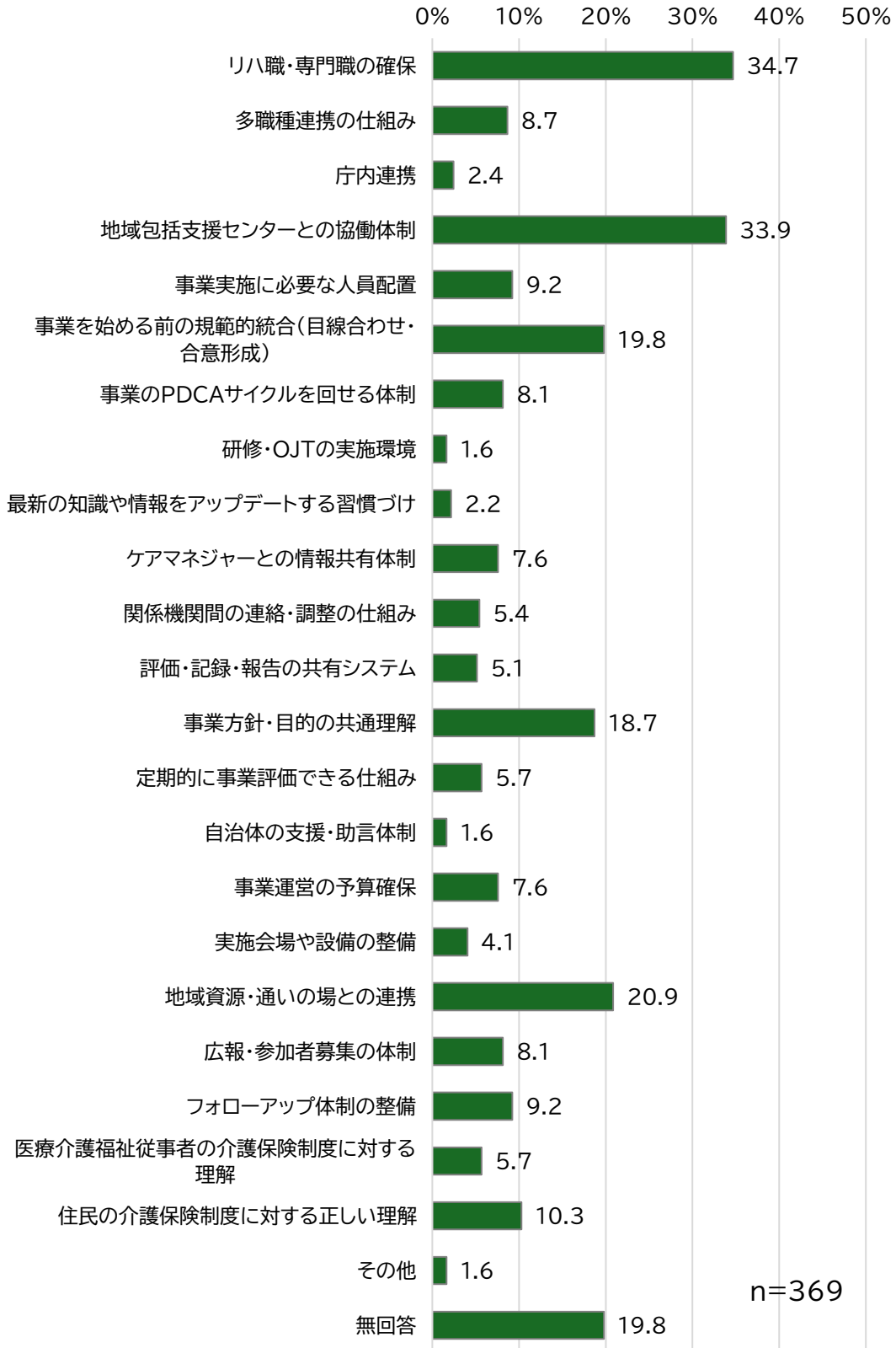
■サービス内容の要因

内訳をみると、「適切な対象者の選定」が38.5%と最も高く、次いで「セルフマネジメント支援」が24.9%、「終了後の通いの場・社会参加への移行」が23.8%と続いている。



■環境要因

内訳をみると、「リハ職・専門職の確保」が34.7%と最も高く、次いで「地域包括支援センターとの協働体制」が33.9%、「地域資源・通いの場との連携」が20.9%と続いている。



サービス内容の要因「その他」の内容 ※主なものを抜粋

- ・生活機能改善の効果的なプログラムの実施
- ・ケアマネジメントや書類の簡略化
- ・現在モデル事業として実施中なため、本事業に向けた情報収集段階である。

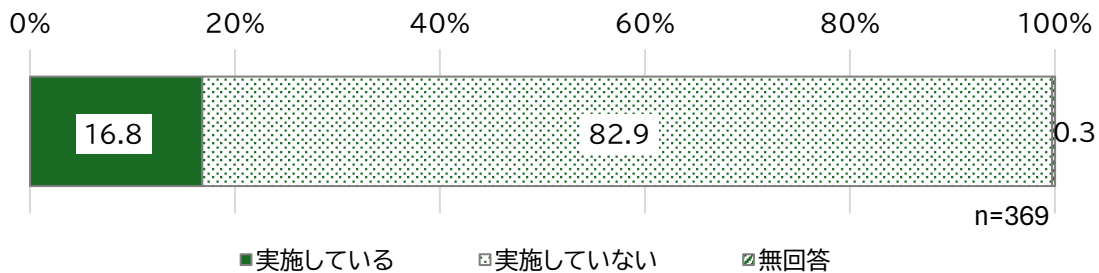
環境要因「その他」の内容 ※主なものを抜粋

- ・民間事業所やインフォーマルサービスとの連携
- ・法の理念を踏まえ、自立を促進させた支援者に対する加算制度・自立した利用者本人に対する報酬
- ・移動支援の整備が必要
- ・現在モデル事業として実施中なため、本事業に向けた情報収集段階である。
- ・実施してくれる事業所の確保と利用者選定
- ・サービス事業者の確保

問. モデル事業は実施しましたか。(あてはまるものを1つ選択)

<問59-1>

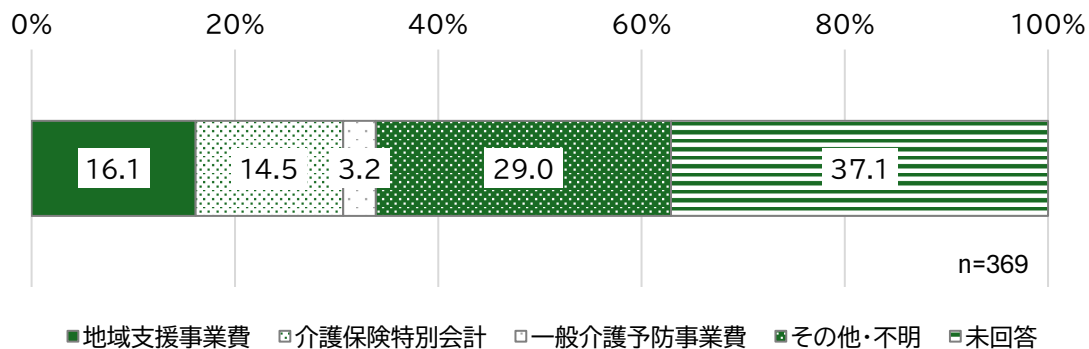
内訳をみると、「実施している」が16.8%、「実施していない」が82.9%と続いている。



問. 問59-1.で「実施している」と回答した方にお伺いします。モデル事業で活用した財源、事業者数、利用者数を教えてください。(記述)

<問59-2>

内訳をみると、「その他・不明」が29.0%で最も高く、次いで「地域支援事業費」が16.1%、「介護保険特別会計」が14.5%と続いている。

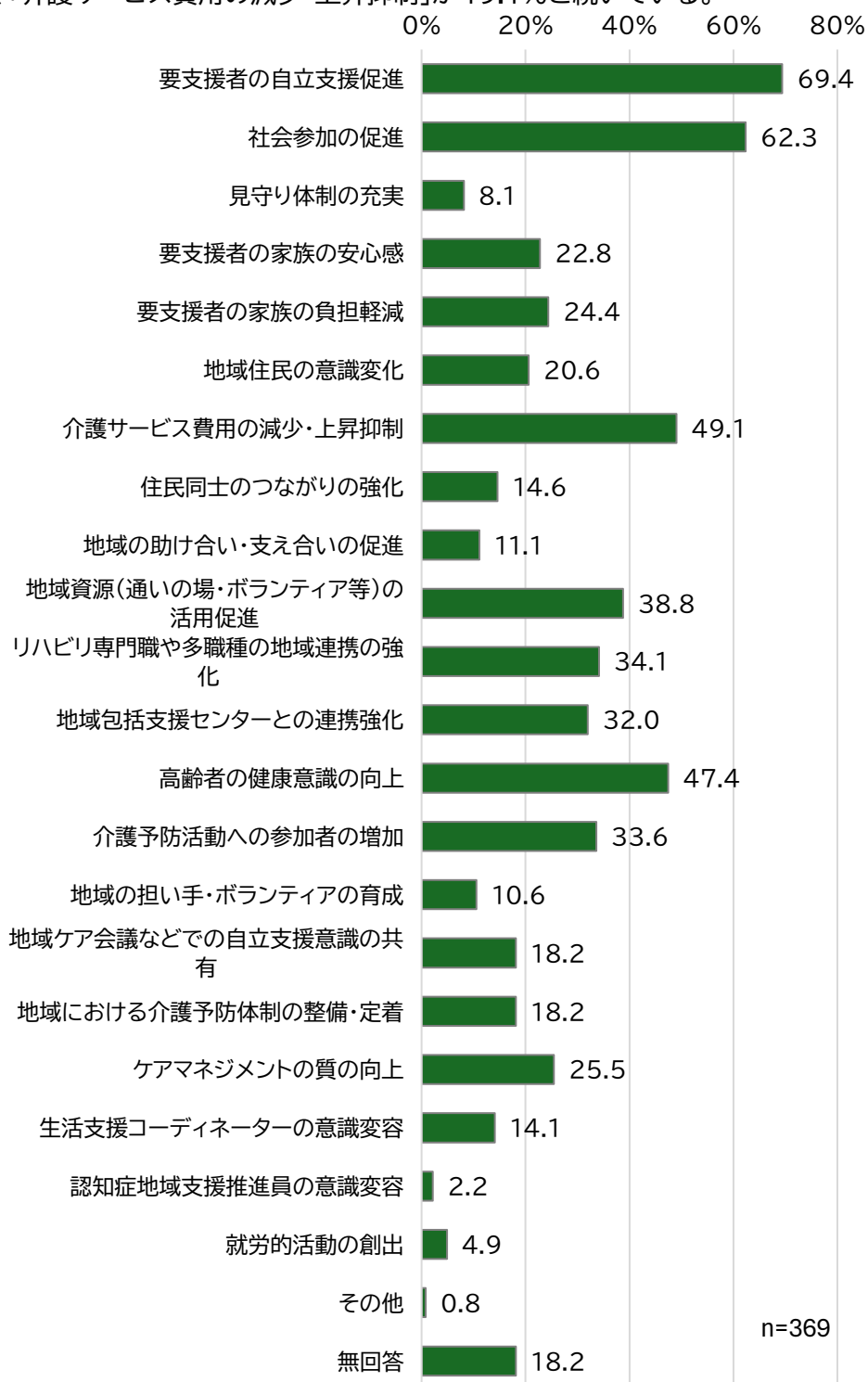


	n	平均値	標準 偏差	中央値	第一 四分位	第三 四分位
事業所数(か所)	46	2.4	1.9	2	1	3
利用者数(人)	43	26.7	27.6	15	8	43

問. 短期集中予防サービスの住民や地域に対する効果について当てはまるものをお選びください。(あてはまるものをすべて選択)

<問60>

内訳をみると、「要支援者の自立支援促進」が69.4%と最も高く、次いで「社会参加の促進」が62.3%、「介護サービス費用の減少・上昇抑制」が49.1%と続いている。



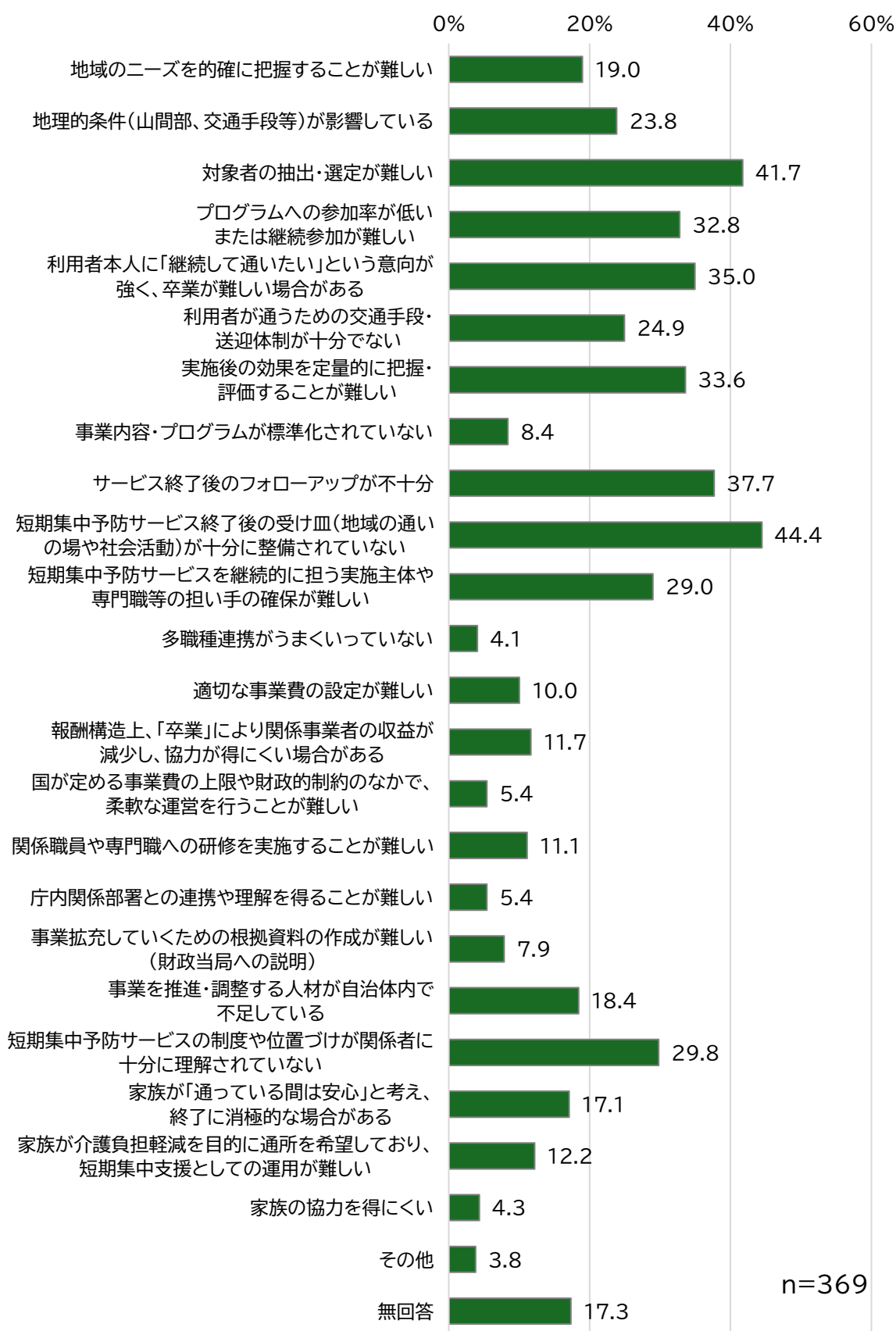
「その他」の内容 ※主なものを抜粋

- ・事業所が本体事業のサービス提供のあり方を見直すきっかけになった。
- ・機能低下の事実を受け止められず、介護サービスの利用に抵抗感がある方の意識変容につながった。

問. 短期集中予防サービスの運営・継続にあたり、課題と感じていることをすべてお選びください。(あてはまるものをすべて選択)

<問61>

内訳をみると、「短期集中予防サービス終了後の受け皿(地域の通いの場や社会活動)が十分に整備されていない」が44.4%と最も高く、次いで「対象者の抽出・選定が難しい」が41.7%、「サービス終了後のフォローアップが不十分」が37.7%と続いている。



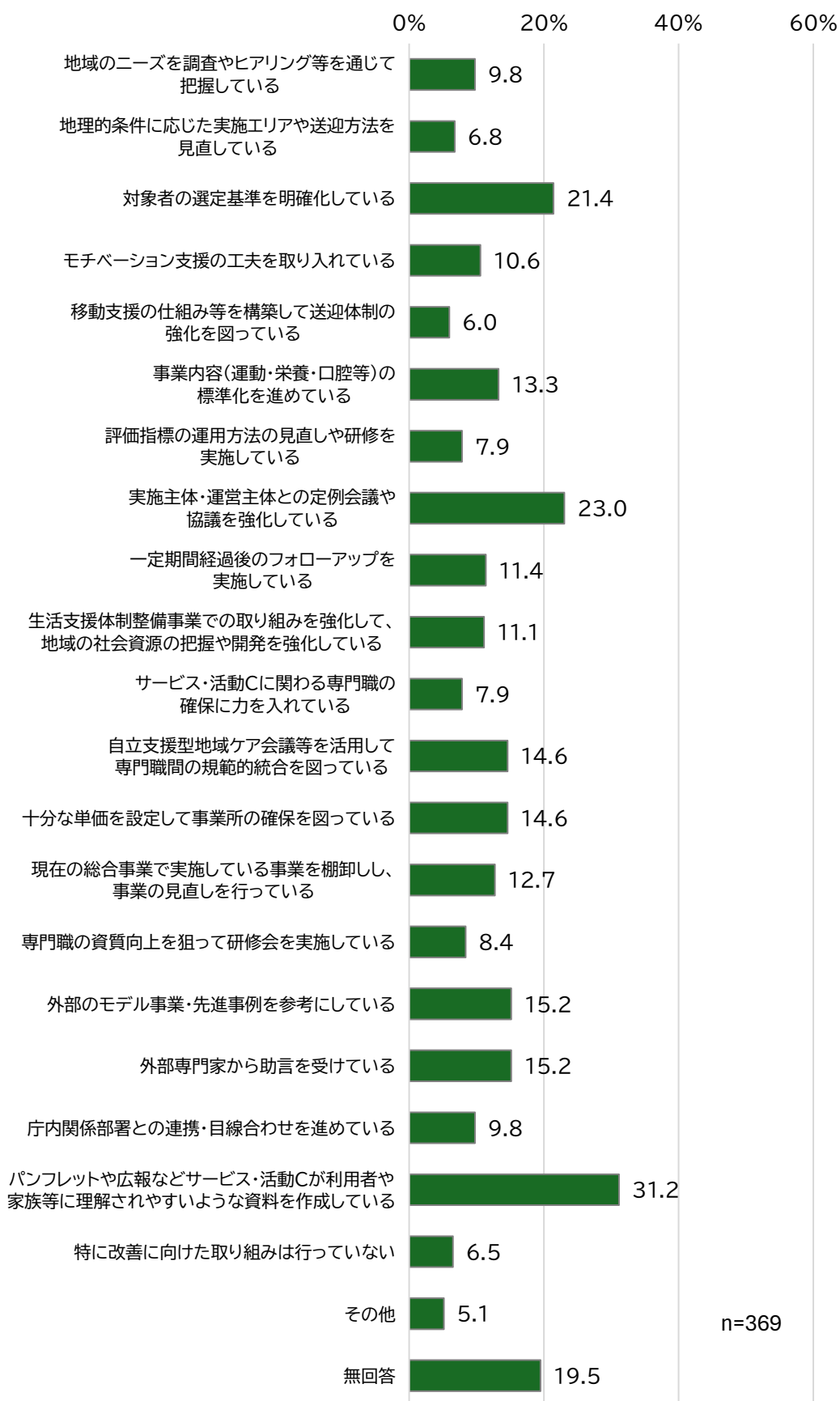
「その他」の内容 ※主なものを抜粋

- ・構造的に、ケアマネジャーとして他サービス(デイケア・従前・サービスA)につなげたほうが利用者への説明や理解が早いと感じている。背景としてケアマネジャーのIADLの課題解決の優先度が高くない。
- ・事業委託先の専門職がプログラム終了後、同系列の通所サービスへ誘導されるため、改善したのにサービスを卒業できない。
- ・利用者のピックアップを主に担っている地域包括支援センターの意識格差があり、圏域によって利用者数に差がみられる。
- ・財政効果はあるが、総合事業の中で評価する仕組みがなく報酬を上げることが難しい。
- ・地域包括支援センターからの紹介で実施するが、口腔の問題が見られた際サービスCにつながるのではなく、地域の歯科医院をご紹介するケースが多く実施に至らない。
- ・地域特性(交通機関、会場確保等)により、全市内に統一した事業展開が図りにくい。
- ・地域包括支援センターの業務範囲が拡充していく一方で、多様な業務をこなしながら利用者選定は苦労があること。
- ・口腔に関するサービス・活動Cについて(口腔機能低下は筋力低下に比べて意識が低い)。
- ・開始時期が限られているのでタイムリーに参加してもらえない場合がある。
- ・質の高い事業所と低い事業所との差が大きい。

問. 現在、短期集中予防サービスの運用改善に向けて、どのような取り組みを行っていますか。
(あてはまるものをすべて選択)

<問62>

内訳をみると、「パンフレットや広報などサービス・活動Cが利用者や家族等に理解されやすいような資料を作成している」が31.2%と最も高く、次いで「実施主体・運営主体との定例会議や協議を強化している」が23.0%、「対象者の選定基準を明確化している」が21.4%と続いている。



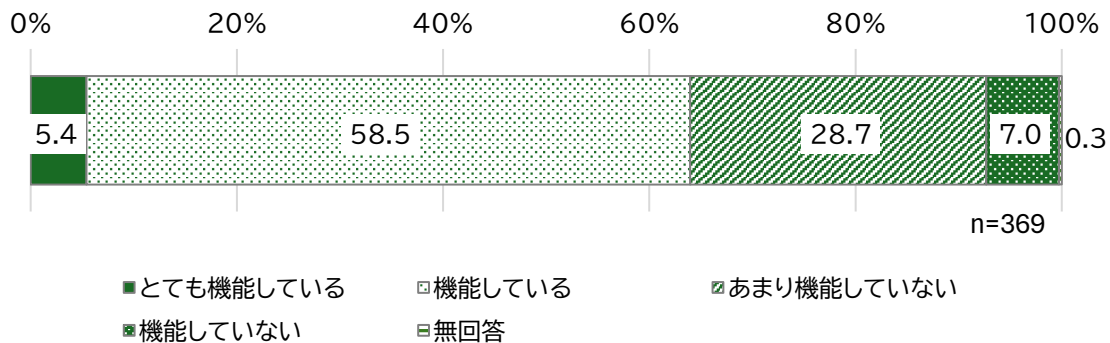
「その他」の内容 ※主なものを抜粋

- ・令和8年度からサービスC(通所・口腔)を終了し、健康づくり事業として相談があった際に実施することとした。「短期集中」よりも継続した支援を希望する傾向があるため、「ずっと使えないなら意味がない」と利用を敬遠されることが多い。
- ・提供サービスをリエイブルメントの考えに基づく個別面談プログラムを取り入れたものへと運用改善するにあたり、令和7年9月から12月にモデル事業を行って、来年度に向けて提供サービスの内容を改善する予定。
- ・毎年利用した方が登壇する住民向け介護予防研修会を実施し、その中で事業紹介を行っている。
- ・事業所と地域包括支援センターと市が参加する事業所連絡会を開催している。
- ・サービスの安定供給を図るため、毎年介護サービス事業所へ受託に関する調査を実施している。
- ・参加率等により評価を行い、費用対効果を考慮したプログラム内容への改善を検討している。
- ・相談窓口となる地域包括支援センター職員へ向けた研修会を行っている。
- ・対象者要件の見直しに向け調整を行っている。
- ・高齢者の保健事業と介護予防の一体的事業ハイリスクアプローチを実施している。
- ・山間地のみの実施であるため、他地域での実施に向けた検討が必要。

問. 貴市町村における短期集中予防サービスの現在の運用状況について、総合的にどのように評価していますか。(あてはまるものを1つ選択)

<問63>

内訳をみると、「機能している」が58.5%と最も高く、次いで「あまり機能していない」が28.7%、「機能していない」が7.0%と続いている。



問. 短期集中予防サービスの特徴的な取組・成果・課題・展望などを自由に記入してください。
(記述)

<問64>

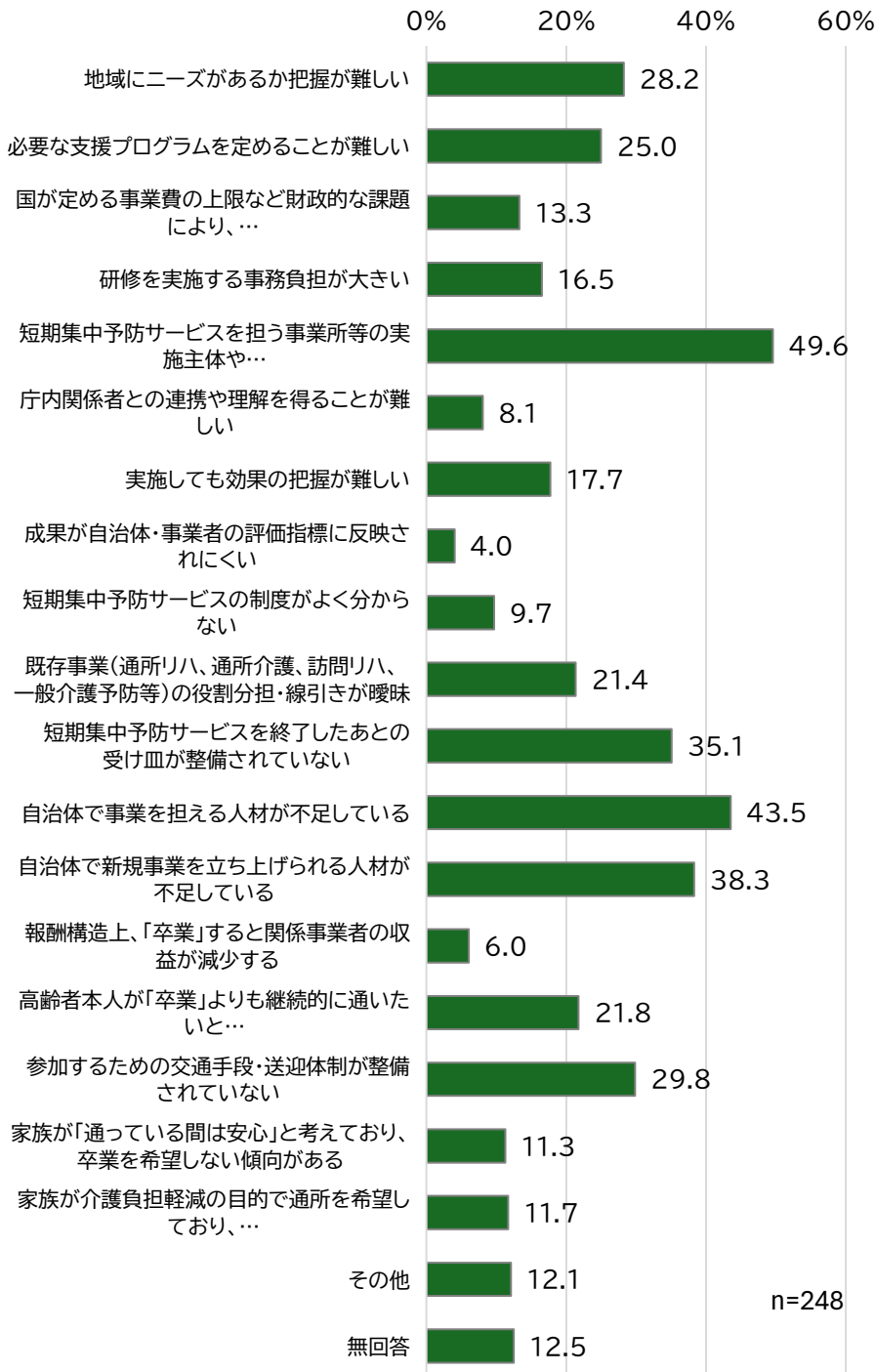
「特徴的な取組・成果・課題・展望など」の内容 ※主なものを抜粋

- ・面談を中心とした個別プログラムを実施し、利用者のやる気を引き出すことでセルフマネジメント力の向上とフレイル予防の動機づけにつながっている。令和6年度の目標達成率は97%となっている。課題としては教室修了後の通いの場等へのつながりができていないこと。
- ・行政職員に理学療法士を配置し、通いの場や地域住民・包括支援センター・医療機関等での広報活動を行っている。その成果として令和7年度は全ての包括支援センターから利用者が上がっており、利用者数も増加している。
- ・令和6年10月からリエイブルメントを図る短期集中予防サービスを本格的に開始し、今年度は年間800名の利用を見込んでいる。今後は生活支援体制整備事業を充実させ、生活支援コーディネーターとの連携を強化していきたい。
- ・フレイル・プレフレイルの状態像に応じた3種類の通所型サービス・活動C、通所型と連動した訪問型サービス・活動Cの導入、及び一般介護予防事業で送迎付き介護予防教室と地域リハビリテーション活動支援事業を活用し、一般介護予防事業での専門職が介入する訪問型サービスを導入している。
- ・行政側では事業運営に係るノウハウ(事業者調整・対象者の抽出・進行管理等)が十分に標準化・共有されておらず、担当職員の経験や力量により運用の質や実績が左右されやすい。リハ職側でも面談ノウハウの蓄積・共有が十分でない場合、支援の質や成果にばらつきが生じやすい。
- ・サービスありきのマネジメントになっており、介護予防・自立支援の視点でのケアマネジメントの理解がまだまだ不十分。研修を繰り返しても実務に反映されにくい。Cでの成功体験を繰り返すことで、少しずつ意識も変わっているように思うため、地道ではあるが事業を継続していくことの必要性を感じている。
- ・短期集中予防サービスは、被保険者に事業が認知されていないことや、計画作成者に対象者を改善可能な場合に限定して捉えられていること等により利用者が少ないこと、リハ職の確保が困難になっていること、事業所に採算性がとれないと判断されていることが課題。対象者像の明確化と周知、他事業と連携した利用者確保、事業所の負担軽減、単価設定の見直し等に取り組んでいきたい。
- ・令和6年4月から短時間型デイサービス(通所型サービスA)の加算として短期集中予防プログラム(通所型サービスC)を実施できることとし、事業所が参入しやすくなった。
- ・課題: 令和7年度のモデル実施から令和8年度の本格実施に向け、マニュアルの作成等で規範的統合を図らなければならない。
- ・通所型サービスC事業卒業後について検討するため、生活支援コーディネーターに中間カンファレンスと最終カンファレンスに参加してもらっている。

問. 短期集中予防サービスを導入していない理由を教えてください。(あてはまるものをすべて選択)

<問65-1>

内訳をみると、「短期集中予防サービスを担う事業所等の実施主体やリハ専門職などの担い手がない」が49.6%と最も高く、次いで「自治体で事業を担える人材が不足している」が43.5%、「自治体で新規事業を立ち上げられる人材が不足している」が38.3%と続いている。



「その他」の内容 ※主なものを抜粋

- ・令和8年度の導入に向けて、令和6年度より一般介護予防事業の枠組みの中で試験的に運用している。
- ・以前実施していたが、費用対効果の観点から廃止し、通所Bを開始した。
- ・「卒業」後の生活を一緒に考え、伴走する体制ができていない。生活支援体制整備事業のSCのマッチングも同様。
- ・元に戻らないよう、実施後の受け皿として地域に居場所が必要と考え、居場所づくりをしている。
- ・地域の特性を生かした取り組みが必要である。短期集中予防の効果が理解できるが、その前に介護予防におけるポピュレーションアプローチが重要と感じている。
- ・労力や費用に対する効果が見込めないため、及び本市における介護予防の方針として要介護認定を受ける前の介護予防に重点を置いているため実施していない。
- ・既存の一般介護予防事業の内容とサービスCの内容が類似しているため。
- ・制度に縛りが多く使いづらい。
- ・過去には実施事業所があったため実施規則上制度はあるが、現在は実施事業所がないため実施していない。

問. 導入を検討した経緯や障壁があれば記入してください。(自由記載)

<問65-2>

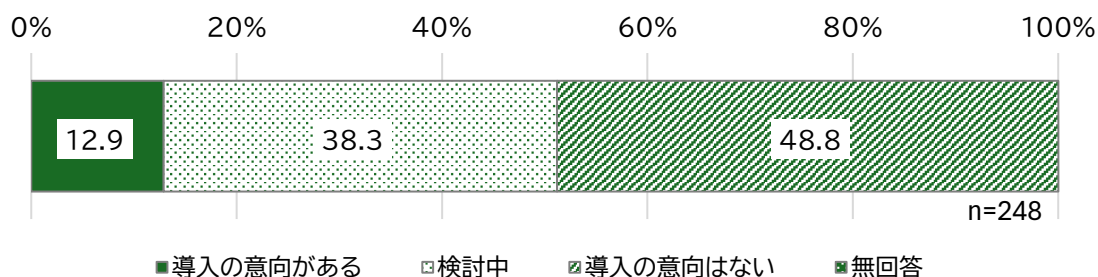
「導入を検討した経緯や障壁」の内容 ※主なものを抜粋

- ・総合事業利用者の増加が著しかった時期に導入を検討し、受け入れ可能性のある事業所とも相談したが実施困難と判断し断念した。理由は、①受け入れ事業所がなかった、②事業終了後に継続的に実施するための対象者掘り起こしへの労力が大きい、③終了後の受け皿(通いの場)へつないでも送迎ありのサービスから送迎なしのサービスへの移行が難しかった。
- ・介護サービス事業所に指定を受けて実施していたが、卒業後の受け皿の確保ができておらず、利用者・運営側ともに卒業するという意識がなかった。利用者の継続利用希望に添う形で通所Cと自主教室を繰り返す構造となり、継続して通うことが目的となってしまった。また事業所側も経営面で負担になっており、R6年度に指定更新されず、通所型サービスCを実施する事業所が0となっている。
- ・現在実施に向けて検討中。総合事業の見直しを図る際に「リエイブルメント」の考え方を知り、地域の方に「もとの生活に戻る」という選択肢を与えることが非常に重要だと感じた。またC型導入により、認定者数の減少やケアマネジメントにかかる包括職員の負担軽減などの利点が多いことも導入を検討するに至った大きな要因。
- ・令和5年度地域づくり加速化事業を活用し、住民・介護事業所・行政と話し合いを行ったが「社会参加による介護予防」を進める方向になった。現状、導入したところで既存のデイサービスと同様になってしまう可能性が高く、卒業後の生活に伴走する専門職の確保と地域の理解が必要であると感じている。
- ・現在の総合事業メニューが少なく、介護保険相談に来た方はほぼ介護保険申請・従前相当サービスへの流れとなっている。委託型地域包括支援センター職員や地域の介護事業所ケアマネもケアプランの第1選択肢が従前相当サービスとなる傾向を感じている。
- ・以前教室形式で事業所に委託して実施していたが、対象者の選定や教室後の受け皿・委託先の減少などの課題があり、休止している。
- ・市内で「サービス・活動C」の実施の有無について協議を行い、訪問リハビリテーションとの差別化が困難であることや十分な利用者が見込めないことから実施しない方針となった。
- ・総合事業の見直しをする中で、運動機能低下に伴い入浴ができなくなりデイサービスに行く人が多かった。集中支援によりリハ職が動きの確認をすることで本人の役割や活動を取り戻すことができる可能性が高くなることから導入を検討した。
- ・令和6年度に導入を検討したが、必要となる運用体制・人員配置の確保が難しいこと、既存の地域資源や対象者の利用見込みとの適合性等を踏まえ、現時点では本市における導入効果が十分に見込めないため、導入を見送った。
- ・総合事業費の上限額を超過していること。障壁としては、委託事業者の選定が難航する可能性や、事業対象者認定の仕組みを見直さなければ、本事業を開始しても有効的な活用が難しい。

問. 今後短期集中予防サービスを導入していく意向がありますか。(あてはまるものを1つ選択)

<問65-3>

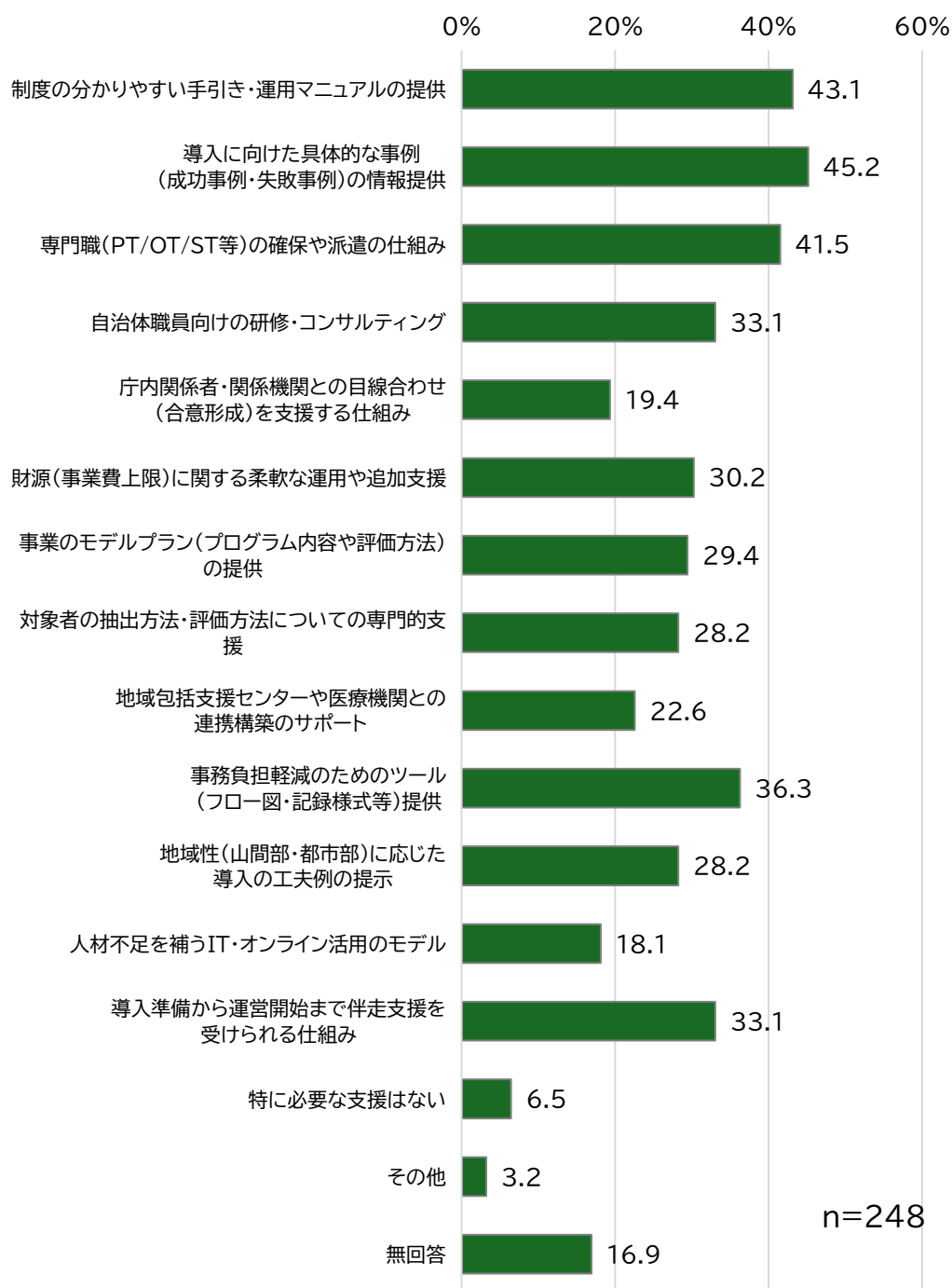
内訳をみると、「導入の意向はない」が48.8%と最も高く、次いで「検討中」が38.3%、「導入の意向がある」が12.9%と続いている。



問. 引き続き、短期集中予防サービスを導入していない自治体の方にお伺いします。短期集中予防サービスを導入していない理由を踏まえ、どのような支援やサポートがあれば、今後取り組んでみたいと思いますか。(あてはまるものをすべて選択)

<問65-4>

内訳をみると、「導入に向けた具体的な事例(成功事例・失敗事例)の情報提供」が45.2%と最も高く、次いで「制度の分かりやすい手引き・運用マニュアルの提供」が43.1%、「専門職(PT/OT/ST等)の確保や派遣の仕組み」が41.5%と続いている。



「その他」の内容 ※主なものを抜粋

- ・Cを実施するためには、アセスメントをする専門職の確保とともに事業所が安定した経営ができるよう、継続的に対象者を流す仕組みづくりも必要。
- ・導入事例として紹介される自治体がいつも大体同じ(要支援者数が2~3桁の小規模自治体)のため、規模の大きい自治体での導入例や実績・課題などを知りたい。
- ・半年後の受け皿がない、同じ人が行い続ける。
- ・事業所における専門職の配置基準の一部緩和。
- ・既に似たような事業を行っている。

第 4 章 ヒアリング調査

1 ヒアリング調査の概要

(1)ヒアリング調査の目的

本ヒアリング調査は、短期集中予防サービスを効果的に実践している自治体を対象に、その構築プロセス、効果的な実践の要点、課題及びその背景を把握することを目的として実施した。あわせて、地域条件の違いに応じた実施方法の多様性を確認し、短期集中予防サービスの効果的な実施に向けた手引き及び最終報告書の整理に資する基礎資料を得ることを目的とした。

(2)ヒアリング調査の方法

ヒアリング調査は、事前に送付した調査票に基づき、自治体担当課、地域包括支援センター職員、委託事業所、関係専門職等を対象に、オンラインにて実施した。調査では、事業の開始経緯、対象者像、抽出ルート、アセスメント方法、プログラム内容、評価方法、終了後の支援、運営上の課題等を中心に把握した。

(3)ヒアリング対象自治体の選定方法

第一段階のスクリーニング

自治体抽出の第1段階では、一定程度サービス・活動Cの仕組みが構築されている自治体を客観的に把握するため、サービス・活動Cの利用者数が10名以上であり、かつサービス・活動Cが総合事業費に占める割合が8%以上であることを条件として確認した。

その結果、該当自治体は35区市町村であった。これらを対象に、次の段階としてアンケート調査票の回答内容及び自由記述の内容を確認し、ヒアリング候補自治体の絞り込みを行った。

第二段階の絞り込み

第二段階では、第一段階で抽出した35区市町村を対象に、アンケート調査票の回答内容及び自由記述の内容を確認し、ヒアリング候補自治体の絞り込みを行った。具体的には、制度理解や対象者選定の考え方、同行訪問アセスメント等の実施状況、複合的なプログラム構成、評価の実施、地域活動・社会参加への接続、標準化やICT活用の有無などの観点から、各自治体の取組内容を整理した。あわせて、自由記述から、導入準備や庁内外の調整、対象者抽出やアセスメントの工夫、終了後支援の実際など、他自治体の参考となる具体的な実践が確認できるかを重視した。

最終選定にあたっての考え方

最終選定に当たっては、第二段階における確認項目をすべて満たしていることを要件とはせず、各段階のうち一部であっても特徴的な取組が確認できる自治体や、自由記述に導入・運用上の具体的な工夫が記載されている自治体を選定対象とした。すなわち、制度理解、対象者抽出、アセスメント、プログラム設計、評価、地域活動への接続、標準化・ICT活用等の各観点のうち、いずれかの段階で他自治体の参考となる示唆を有しているかを重視した。

また、地域バランスにも配慮したが、単に全国を均等に配分するのではなく、地域資源の少ない自治体や中山間・人口減少地域においても参考となる事例を収集する観点を重視した。そのため、結果として地方部の自治体事例を相対的に厚く選定している。背景として、サービス・活動Cの取組状況には地域差があり、地域によっては候補となる自治体数が限られていたことも踏まえている。

図表 1 ヒアリング対象自治体選定のプロセス

区分	内容	確認した基準・観点	位置づけ
基本的な考え方	サービス・活動C未実施自治体が導入を検討する際に参考となるよう、制度理解、対象抽出、プログラムの工夫、評価、卒業後の地域連動・社会参加、自治体における普遍化までの各段階で示唆のある自治体を抽出した。	事業が完全に整備されていることは要件とせず、特定段階でも参考となる工夫や実践を重視した。	抽出全体の基本方針
第一段階のスクリーニング	一定程度、サービス・活動Cの仕組みが構築されている自治体を客観的条件で抽出した。	サービス・活動Cの利用者数が10名以上、かつ、サービス・活動Cが占める事業費割合が8%以上	ヒアリング候補となる母集団の設定
第二段階の絞り込み	第一段階で抽出した自治体について、アンケート調査票の回答内容を確認し、取組の特徴を把握した。	制度理解、同行訪問アセスメント、対象者抽出、プログラム構成、評価、出口戦略、標準化・ICT活用等	ヒアリング候補自治体の絞り込み
自由記述欄の活用(追加基準)	定量条件だけでは把握しにくい実践上の工夫を確認した。	制度運用上の工夫、関係部署・専門職との調整、対象者抽出やアセスメントの実例、改善プロセス、地域資源との接続、ICT活用、標準化等	加点的評価による補完
総合判断・最終選定	定量情報と定性情報を総合的に整理し、手引きの材料となり得る自治体を選定した。	制度理解、対象者抽出、同行訪問アセスメント、複合的プログラム、評価、地域資源・社会参加への接続、普遍化・標準化の取組等を横断的に確認	最終的なヒアリング先の選定
地域バランスへの配慮	手引きとしての汎用性を確保するため、人口規模や地域条件に配慮した。特に、地域資源の少ない自治体でも参考となる事例を重視したため、結果として地方部の事例を相対的に厚く選定した。	「中山間・人口減少地域」「大都市部」「一般市等」を含む構成	事例構成上の調整

(4)本報告書の構成

本報告書は、対象自治体の一覧を示した上で、各自治体のヒアリング結果を自治体ごとに整理したものである。各個票では、事業概要、実施背景、導入準備・事業設計、対象者像・抽出方法、プログラムと支援の流れ、評価・効果測定、工夫・成果、今後の課題・展望を基本構成として整理している。

2 対象自治体一覧

本報告書で対象とした自治体は、以下の9自治体である。大都市部、一般市、中山間・人口減少地域、離島など、人口規模や地理条件の異なる自治体を含み、訪問型、通所型、複合型、再構築型など多様な実施形態が確認された。

図表 2 対象自治体一覧と短期集中予防サービスの特徴

自治体名	人口 高齢化率	特徴
東京都 豊島区	29.5 万人 19.1%	訪問型を基盤に通所型複合へ再編。都市部に合わせて事前訪問の一律実施は行わず、入口ルールの見直しと生活支援コーディネーターによる社会資源紹介・体験機会の組み込みで、地域活動への移行を支援。
新潟県 新発田市	9.1 万人 33.8%	二次予防事業を基盤に、運動・栄養・口腔を組み合わせた複合型へ見直し。カンファレンス加算、成果加算、評価訪問加算等を組み合わせ、セルフマネジメントと終了後の維持改善を重視。
新潟県 佐渡市	4.7 万人 43.3%	専門職不足の地域で、強化事業を活用しながら再構築を進行。健診会場のフレイル相談ブースや健康教育等、複数の行政ルートで対象者を把握し、動画等も活用して質向上を図っている。
富山県 上市町	1.8 万人 38.2%	直営包括を基盤に、全戸把握と事前訪問を前提とした年 3 コース運営。町立病院リハビリテーション専門職との委託契約を活かし、丁寧なアセスメントと多コース型の支援を実施。
長野県 長和町	0.5 万人 45.1%	小規模中山間地域で、全戸訪問や通いの場での把握を基盤に、同行訪問アセスメント、複数回訪問、終了前ケア会議を組み込んだ出口支援を設計。
熊本県 荒尾市	4.9 万人 37.0%	既存事業をいったん停止し、商業施設を活用した通所型複合へ再構築。対象者像の明確化、個別訪問、卒業後の見通しまで含めて、「卒業できる場」として再設計。
熊本県 益城町	3.4 万人 29.7%	加速化事業を契機に通所型複合を再構築。毎月のカンファレンス、動画共有、訪問指導、終了後フォローアップを組み合わせ、改善と卒業後の生活を意識した運営へ転換。
大分県 国東市	2.5 万人 44.3%	初回訪問と除外要件で対象者像を明確化し、同行訪問アセスメントを全体設計の中核に位置付けた。成果報酬を含む報酬設計と、生活支援コーディネーターを通じた地域活動・就労的活動への接続が特徴。
大分県 九重町	0.8 万人 45.7%	全件の同行訪問アセスメントと 4 段階カンファレンスを軸に、改善から社会参加までを丁寧につなぐ設計。口コミによる参加拡大もみられる。

3 ヒアリングで得た主な知見

(1) ヒアリング事例から見た主な支援内容の展開

本ヒアリングでは、人口規模、地理条件、既存資源、専門職体制の異なる 9 自治体を対象に、短期集中予防サービスの構築・運用・見直しの実際を把握した。取組の具体像は自治体ごとに異なるものの、共通して確認されたのは、短期集中予防サービスが単独のプログラムとして機能するのではなく、入口での対象者把握、居宅での生活場면을踏まえたアセスメント、セルフマネジメント支援、生活行為の改善、社会参加への接続、終了後の生活継続までを一連の支援プロセスとして設計することの重要性である。本章では、こうした観点から、ヒアリングを通じて得られた主な知見を整理する。

図表 3 ヒアリング事例からみた短期集中予防サービスの主な支援内容の展開



短期集中予防サービスは、心身機能の改善そのものを目的とするのではなく、本人の生活課題を把握し、生活行為の改善を通じてセルフマネジメントを高め、その後の社会参加や地域での生活の継続につなげる支援として捉えることが重要である。今回のヒアリングでも、対象者把握、アセスメント、プログラム設計、出口支援、地域資源への接続といった各段階において、こうした流れを意識した工夫が確認された。

(2) 入口に関する知見

ヒアリングでは、短期集中予防サービスが機能するためには、対象者像を明確にした上で、相談窓口、健診、全戸把握、通いの場、医療機関、アウトリーチ等の複数のルートを通じて対象者を把握することが重要であることが確認された。特に、本人がまだ相談の必要性を認識していない段階にある場合も多く、待ちの対応のみでは短期集中予防サービスにつながりにくいことが共通して示された。そのため、初回訪問や同行訪問アセスメント、対象外条件の整理、通所希望者をまず短期集中予防サービスにつなぐ入口ルールの設定などにより、改善可能性のある人を早い段階で接続する工夫がみられた。また、利用者や終了者の口コミが、新たな対象者把握や参加勧奨に寄与している事例も確認された。

(3) アセスメント・支援プロセスに関する知見

多くの自治体では、短期集中予防サービスの効果を高めるために、生活場면을踏まえたアセスメントを重視していた。同行訪問アセスメントや複数回の訪問を通じて、家屋状況、生活動線、生活行為、家族状況、本人の意向等を把握し、その情報をもとに具体的な目標設定や支援内容の調整を行っていた。あわせて、地域包括支援センター職員やケアマネジャーによる介護予防ケアマネジメントも重要な役割を果たしていたが、その実践力には自治体差がみられた。

特に、地域包括支援センターが直営である自治体等では、相談、アセスメント、目標設定、サービス選択、終了後の地域資源への接続までを比較的一体的に組み立てている例がみられた。一方で、ケアマネジャーが「できないことを補う支援」に流れやすく、生活機能の改善可能性や終了後の生活・社会参加までを見通したアセスメントや支援設計の強化が課題として認識される自治体もあった。

そのため、専門職による同行訪問、研修、カンファレンス、事例共有等を通じて、ケアマネジャーのアセスメント力や介護予防ケアマネジメントの質を高めようとする取組がみられた。また、運動、口腔、栄養等の複合的なプログラムに加え、記録、振り返り、宿題、成功体験の共有などを通じて、本人が自ら継続できるようにするセルフマネジメント支援が重視されていた。

(4) 出口支援・地域資源への接続に関する知見

短期集中予防サービスは、心身機能の改善のみで完結するものではなく、終了後に地域での生活を継続できる状態につなげることが重要である。ヒアリングでは、通いの場、地域サロン、趣味活動、就労的活動、家庭内役割等への接続を意識した支援が多くみられた。生活支援コーディネーターの関与、地域資源の紹介、体験参加、終了前会議、終了後のモニタリング等は、卒業後のつながりを具体化するうえで有効であった。一方で、地域資源の不足や受け皿の限界は、多くの自治体に共通する課題でもあった。そのため、既存資源への接続にとどまらず、個別ケースを通じて

地域課題を把握し、一般介護予防事業や生活支援体制整備事業等と連動しながら、必要な活動や場を地域の中で補っていく視点も重要であることが示された。

(5) 運営基盤・構築再構築に関する知見

ヒアリングでは、短期集中予防サービスの構築・再構築は、一度制度を設ければ完了するものではなく、試行と見直しを重ねながら運営基盤を整えていくプロセスであることが示された。既存事業の延長では目的が曖昧になりやすく、対象者像、支援の流れ、評価方法、終了後の接続、報酬設計、事業所との共有の場などを、個別ケースと事業全体の両面から継続的に見直していく必要がある。また、地域条件に応じて、行政内専門職の活用、病院や介護老人保健施設との連携、商業施設等の活用、成果連動型の加算設計など、多様な工夫がみられた。さらに、地域資源が限られる自治体においては、既存の公的資源や人的資源をどう再配置し、どう連携させるかが構築の成否に大きく関わっていた。

4 留意事項

本報告書は、ヒアリング実施時点で把握できた内容を整理したものであり、制度運用、報酬設定、体制等は、その後変更されている可能性がある。数値や運営方法の詳細については、各自治体からの聞き取り結果及び提供資料に基づいて記載している。

また、本報告書は、各自治体の実践の全体像と特徴を整理することを目的としたものであり、個々の事業の優劣を比較評価するものではない。自治体ごとの地理条件、人口規模、既存資源、専門職体制等の違いを踏まえた上で参照する必要がある。

なお、本報告書に掲載した個票は、短期集中予防サービスの構築・再構築に当たり参考となる実践上の工夫や課題を把握するために整理したものである。実際の制度運用に当たっては、最新の法令、通知、実施要綱等を確認することが必要である。

5 自治体別ヒアリング結果

東京都豊島区

大都市部、訪問型運動・栄養・口腔、通所型複合

人口設計と地域活動への接続を重視した都市部型サービス・活動C

1. 事業概要

豊島区は、訪問型サービス・活動Cを先行的に開始し、その運用基盤を活かして通所型サービス・活動Cを展開してきた。令和3年度以降は東京都のモデル事業も活用しながら、通所型の実施方法を見直し、運動・栄養・口腔を組み合わせた複合型プログラムへ再編した。都市部という地域特性を踏まえ、事前訪問を一律に組み込むのではなく、入口のルールづくり、会場設定、生活支援コーディネーターとの連動により、改善から地域活動への移行を支える仕組みを整えている。

人口(2025年4月)	294,595人
面積	13.01km ²
高齢者数(2025年4月)	前期高齢者:23,940人 後期高齢者:32,241人
高齢化率	19.1%
調整済み要介護認定率	17.3%(2025年3月末)
調整済み軽度要介護認定率	11.7%(2025年3月末)
日常生活圏域数	8
開始時期	総合事業:2016年度 サービス・活動C:訪問2016年度、通所2019年度
対象者	事業対象者および要支援1・2 ※2025年10月より、新規通所サービス希望者はサービス・活動C(送迎なし)またはリハビリ特化型サービス(送迎あり)から利用開始(要支援2は推奨)
利用実人数	訪問型:198人(リハ179人、栄養17人、口腔2人)、 通所型:103人(2024年度)
運営形態	委託(リハビリテーション従事者連絡会(個人事業主の集合体)、歯科医師会、東京都栄養士会、民間スポーツジム、老人保健施設など)
プログラム種別	・訪問型リハ・栄養・口腔 ・通所型複合
プログラム期間	・訪問型:概ね3ヶ月 上限6回、栄養・口腔3回の訪問と電話フォロー2回 1回1時間程度 ・週1回・2時間程度 3か月間(全12回)

プログラム内容	・訪問型:リハ、口腔、栄養の3種。 ・通所型:運動を軸に、栄養・口腔を組み合わせた複合型プログラムとして実施している。全12回を基本とし、栄養講座は2回、口腔講座は1回組み込んでいる。
受入方式	訪問型:必要時 通所型:クール制
関与専門職	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士、栄養士、健康運動指導士、介護予防運動指導員、地域包括支援センター職員、生活支援コーディネーター、ケアマネジャー
実施場所	通所型:委託事業所内(老人保健施設、スポーツジム)、区立介護予防センター
報酬・加算設定	・訪問型リハ:1回1人9,200円 栄養7,000円・口腔5,000円 ・通所型 :全体指導:事業所による 栄養:25,000円、口腔9,000円
利用料	無料
事業費	訪問型:約923万円、通所型:約1296万円(2024年度) 上限越え:無
所管部署と関連課数	高齢者福祉課 関連課の数:0

2. 事業の実施背景

- 訪問型を先行して開始した経緯
豊島区では、総合事業開始時の平成28年度から訪問型サービス・活動Cを開始している。訪問型は、従前の訪問支援事業から比較的移行しやすく、運動、口腔、栄養の各プログラムも整えやすかったことが背景にあった。通所型はその後、平成31年(令和元年)に開始している。
- 通所型開始後の見直しの契機
通所型は、開始当初はリハビリテーションコースと栄養コースを分けて実施していた。その後、令和3年度に東京都のモデル事業を活用し、一体型プログラムの試行に取り組んだ。開始してから抱えていた課題意識に加えて、東京都のモデル事業を契機に、豊島区に合う実施方法を探っていった経緯がある。
- 豊島区に合った実施方法への再設計
モデル事業では、運動・栄養・口腔を一体的に実施することや、入口での訪問を組み込むことも試みたが、豊島区では開始時点で定員分の参加者全員に事前訪問を行うことは現実的ではないと判断された。一方で、栄養と口腔は運動と組み合わせの方がよいこと、終了時に参加者同士で新たな場をつくるよりも、既存資源や必要に応じた新たな活動につなげる方が実践しやすいことが明らかとなり、その後の事業設計に反映されている。

3. 導入準備・再構築の事業設計

- 既存の関係性を活かした体制整備
訪問型では、リハビリテーションは従前事業から移行しやすく、歯科は歯科医師会の協力を

得やすい状況があった。栄養は当初入札で実施していたが、その後は東京都栄養士会への委託へ切り替え、訪問型・通所型ともに同様の専門職体制を整えていった。リハビリテーションについては、豊島区リハビリテーション従事者連絡会との良好な関係が、事業設計の基盤となっている。

- モデル事業を踏まえた事業設計の見直し

通所型では、運動・栄養・口腔を組み合わせた複合型を基本としつつ、事前訪問の一律実施は見送った。また、終了時に参加者同士で新たなサロンをつくることを前提とするのではなく、生活支援コーディネーターが既存の社会資源を紹介し、必要に応じて新たな活動の立ち上げを支援する方向へ整理している。

- 通所型の入口設計の見直し

豊島区では、要支援 1・事業対象者の多くが「元気になりたい」「運動したい」と希望していたことを踏まえ、令和 7 年 10 月以降、新規の要支援 1・事業対象者がすぐに従来型のデイサービスへ移行しないよう、入口のルールを見直した。自己通所できる人は短期集中通所型サービス、自己通所が難しい人は送迎付きのリハビリ特化型サービスをまず利用し、その後の評価を踏まえて次のサービス利用を検討する仕組みとしている。地域包括支援センター等には 1 年半から 2 年程度かけて周知を行っていた。

- 都市部ならではの運営条件への対応

会場は介護予防センター、区民ひろば、特別養護老人ホームの機能訓練室等を活用し、地域包括支援センターの近くの会場利用を優先することで、利用者の案内やモニタリングを行いやすくしている。会場や物品を区が一括で準備することで、委託料を実質的に人件費中心とし、運営の効率化を図っている。

4. 対象者像・抽出方法

- 対象者像

通所型サービス・活動Cは、要支援 1・2 又は事業対象者のうち、短期集中の支援により改善が見込まれる人を主な対象としている。加えて、会場まで一人で通所できることが基本条件となっている。自己通所が難しい場合には、送迎付きのリハビリ特化型サービスを入口として位置づけている。

- 主な抽出ルート

対象者の把握は、ケアマネジャーや地域包括支援センターによる選定が中心である。あわせて、区民ひろば等での出前講座や相談会、高齢者が集まる時間帯での声かけなどを通じて、対象になりそうな人を把握し、参加を促している。区職員が現場に出向いて候補者を探すこともあり、都市部の資源を活用した地道な働きかけが行われている。

- 地域包括支援センターごとの差への対応

豊島区では、地域包括支援センターごとに対象者把握や参加勧奨の力に差がみられると認識されている。日頃から対象になりそうな人を把握し、開催時期に合わせて声をかけている包括では安定して参加者が集まる一方、その都度探す形では人数確保が難しいことが語られていた。参加者が少ない地域については、区としても働きかけを補っている。

5. プログラムと支援の流れ

- 通所型の基本構成
通所型サービス・活動Cは、全 12 回を基本とし、会場ではオリジナルの介護予防体操や集団での運動(個別の運動プログラムや取り組みは面談で決めている。)を主軸に、栄養・口腔を組み合わせた複合型プログラムとして実施している。栄養講座は 2 回、口腔講座は 1 回組み込んでいる。単に運動機能の改善を図るだけでなく、終了後の地域活動への移行を意識した構成としている。
- 生活支援コーディネーターによる社会資源紹介
通所型では、7 回目頃に生活支援コーディネーターが参加し、地域の社会資源や活動先を紹介している。その際に参加者の関心が高まった活動については、9 回目頃に実際の体験機会を設ける工夫をしている。これにより、プログラム終了後の地域活動参加につながりやすくしている。
- 終了後の活動につなげる働きかけ
豊島区では、終了後に地域の既存団体へ参加するだけでなく、参加者同士で新たな活動を始め始める動きもみられる。たとえば、吹き矢に関心を持った参加者については、生活支援コーディネーターが関わりながら、区民ひろばを会場とした小規模な自主活動につなげようとしている。
- 訪問型の実施方法
訪問型サービス・活動Cでは、運動、口腔、栄養を実施している。ケアマネジャー等のアセスメントを踏まえ、この人には運動、この人には口腔・栄養も必要といった形で、必要なプログラムを組み合わせ支援している。
- ケアマネジメントとの関係
豊島区では、ケアマネジメント A・B・C を使い分けている。指定事業所を利用する場合はケアマネジメント A、短期集中の訪問型・通所型を単独で利用する場合は区独自様式による簡易なケアマネジメント B、セルフプラン作成支援を行う場合はケアマネジメント C として整理している。短期集中予防サービスとケアマネジメントを一体で運用しやすいようにしている。

6. 事業の評価・効果測定

- 通所型における評価
通所型では、導入前の評価時に目標確認会議と体力測定を第 1 回に実施し、終了時に評価会議と体力測定を第 11 回又は第 12 回に実施している。評価の実施時期は事業者により若干異なるが、事業開始時と終了時の変化を把握できるようにしている。
- 訪問型における評価
訪問型では、初回と最終回に主観的健康感の確認を行っている。必要な支援内容に応じて運動、口腔、栄養を組み合わせる中で、利用者の状態変化を把握している。
- 評価体制に関する課題
豊島区では、担当者レベルでは事業が機能しているという実感がある一方、事業全体を俯瞰して評価する体制は十分ではないことが課題として挙げられている。個々の利用者の変化だけでなく、通所型・訪問型全体の効果をどう整理し、共有するかが今後の課題である。

7. 工夫している取組内容とポイント、効果・成果

- モデル事業を踏まえた現実的な再設計
豊島区では、東京都のモデル事業を通じて、運動・栄養・口腔を組み合わせた複合型の有効性を確認した。一方で、開始前に定員分の事前訪問を一律に行う方法は、豊島区の実施条件には合わないと判断し、実施可能な運営方法へ見直している。モデル事業の内容をそのまま導入するのではなく、都市部で無理なく実施できる形に再設計した点が特徴である。
- 生活支援コーディネーターを組み込んだ社会参加支援
通所型では、生活支援コーディネーターが社会資源紹介や体験機会づくりに関わっている。これにより、プログラム内の機能改善だけでなく、その後の地域活動参加まで見通した支援がしやすくなっている。
- リハビリノートを用いた目標管理
通所型では、事業の中で用いるリハビリノートを作成し、目標や日々の取組を記録している。ケアプランや介護予防手帳とは役割を分け、事業期間中の取組を分かりやすく整理している。
- 区による会場・物品の一括準備
通所型では、会場や計測機器、血圧計、消毒液等の物品を区が一括で準備している。このため、各事業者が個別に物品をそろえる負担が抑えられ、都市部で複数会場を運営するうえで効率的な運営を支える工夫となっている。

8. 今後の課題・展望

- 事業全体を俯瞰した評価体制の強化
今後は、利用者の変化だけでなく、通所型・訪問型を通じた事業全体の効果を継続的に把握し、関係者間で共有できる仕組みづくりが求められる。
- 都市部に適した実施方法の継続的な見直し
開始前の訪問のあり方、会場運営、参加者の集め方など、都市部ならではの条件を踏まえた調整は今後も必要である。モデル事業の内容をそのまま維持するのではなく、地域の実情に応じて継続的に運用を見直していくことが求められる。
- 入口設計の定着
要支援 1・事業対象者について、まず短期集中通所型サービス又は送迎付きのリハビリ特化型サービスを入口とする仕組みへ見直しているが、この運用を定着させるには、引き続き包括支援センターや関係者への周知と理解促進が重要である。
- 修了後の地域活動への接続の充実
通所型の中で社会資源紹介や体験機会を組み込む流れはできてきているが、今後は、修了後の参加先の確保や自主活動の継続支援をさらに充実させていくことが課題である。生活支援コーディネーターとの連動を生かしながら、既存資源への参加だけでなく、新たな活動の立ち上がりを支える視点も重要になる。

新潟県新発田市

一般市等 訪問型運動・栄養 通所型運動・口腔・栄養・複合

二次予防事業を基盤に、複合型プログラムへ発展させたサービス・活動C

1. 事業概要

新発田市では、総合事業開始時に、二次予防事業の枠組みを要支援者まで広げる形でサービス・活動Cを開始した。その後、自立支援型地域ケア会議の導入等を通じて、既存のサービス・活動Cでは改善が弱いという課題が明確となり、大分県のモデル事業を基にした複合型プログラムを導入した。現在は、送迎加算、訪問評価加算、カンファレンス加算、成果加算、連携加算等を組み合わせながら、セルフケアと生活機能改善、終了後の維持・改善を意識した運営を進めている。

人口(2025年4月)	91,157人
面積	533.1 km ²
高齢者数(2025年4月)	前期高齢者数:13,876人、後期高齢者数 16,935人
高齢化率	33.8%
調整済み要介護認定率	16.1%(2024年)
調整済み軽度要介護認定率	10.5%(2024年)
日常生活圏域数	5
開始時期	総合事業:2017年度 サービス・活動C:2017年度
対象者	事業対象者および要支援1・2 包括職員による介護予防ケアマネジメントで必要だと認められた場合
利用実人数	訪問型 31人、通所型 272人(2024年度)
運営形態	委託(直接支払)
プログラム種別	訪問型:運動・栄養 通所型:運動・口腔・栄養・複合
プログラム期間	訪問型:基本6か月、おおむね月2回、1回40分~1時間 通所型運動:週1回・1時間半・3か月(全13回) 通所型栄養:1時間半・6か月・(全8回) 通所型口腔:1時間半・3か月・(全8回) 通所型複合:2時間・3か月・(全12回)
プログラム内容	【通所型・運動】 健康チェック後、ストレッチ・セラバンドを用いた筋力強化(1~3か月目に段階的に負荷増)・立位運動等。1回90分。 【通所型・複合】 大分県式プログラム(下肢三点セット、タオルストレッチ等)+ 口腔・栄養指導。マネジメント手帳を活用。 【通所型・栄養】 管理栄養士による指導(1か月目:月2回、2か月目以降:月

	1回)。 【通所型・口腔】 歯科衛生士による口腔ケア指導。 【訪問型・運動】 専門職(リハ職等)が月2回・40～60分訪問。 全プログラム共通:セルフチェック表(血圧・食事・歩数・一言日記等)・運動カレンダーを活用したセルフマネジメント支援。
受入方式	随時受入
関与専門職	機能訓練指導員(デイサービス等)、理学療法士・作業療法士等リハ職、管理栄養士、歯科衛生士、看護職(事業所配置)
実施場所	委託先デイサービス・老健等の施設
報酬・加算設定	訪問型(運動・栄養・口腔):5,010円/回・人。 通所型:運動4,050円、栄養3,900円、口腔4,680円、 複合6,175円/回・人。 各種加算:送迎加算、訪問評価加算、栄養指導加算、カンファレンス加算(複合型のみ:月1回×3回)、成果加算(複合型のみ)、連携加算(訪問型のみ)。
利用料	無料
事業費	訪問型:約177万円、通所型(2024年度)約2216万円 上限越えの有無:無
所管部署と関連課数	高齢福祉課 関連課の数:0

2. 事業の実施背景

- 二次予防事業を基盤とした開始
新発田市では、二次予防事業の枠組みを要支援者まで広げる形でサービス・活動Cを開始した。事業所側は、二次予防事業からの継続的な委託という位置づけであったため、大きな混乱はなかったとされる。一方で、介護予防ケアマネジメントを担う地域地域包括支援センターには、説明や運用の整理が必要であった。
- 改善効果の弱さが見直しの契機
平成29年頃から、自立支援型地域ケア会議が導入される中で、既存のサービス・活動Cでは改善が弱いという課題が意識されるようになった。こうした認識を背景に、より改善が見込めるプログラムへ見直す必要性が高まり、複合型プログラム導入の検討が進んだ。
- 県モデル事業と県の後押し
新発田市では、大分県のモデル事業を基にした複合型プログラムの導入に取り組んだ。県によるトップセミナーや報告会等を通じて、サービス・活動Cを強化する機運も高まり、複合型プログラムが現在の主力となっていった。

3. 導入準備・事業設計

- 既存事業所の一律転換ではなく、新たな担い手を募集
複合型プログラムへ見直しに当たっては、既存の実施事業所にそのまま新プログラムを担

わせるのではなく、新しい複合型プログラムを実施できる事業所を別に募集する形をとった。新しいプログラムの内容を示した上で、手を挙げた事業所に参加してもらう方式で広げていった。

- 研修受講を前提とした導入支援
複合型プログラムは、大分県のモデルプログラムを基にしていたため、実施には研修受講が必要であった。県モデル事業の段階では県費による支援もあったが、その後は市が研修受講のための補助制度を設け、複数の事業所が研修を受けて実施できるよう支援している。従事者研修会も年1回実施している。
- 基本単価は維持しつつ、加算で運用を補強
基本単価は、従前の事業の水準を大きく変えずに運用している。一方で、送迎加算、評価訪問加算、栄養指導加算(複合型はなし)、カンファレンス加算、成果加算、連携加算(複合型はなし)を設定し、生活場面への働きかけや終了後の維持・改善、他事業所との連携を評価する仕組みとしている。特に複合型プログラムでは、3か月の間に3回のカンファレンスを行い、そのための資料作成等も加算で支えている。(※加算の設定はプログラムによって異なっている。)
- 専門職配置の考え方
開始当初から、リハビリテーション専門職がいる事業所だけでなく、看護職等が機能訓練指導員として関わる事業所にも委託してきた。現在も、リハビリテーション専門職の配置を一律の必須条件とはしておらず、機能訓練指導員や介護予防運動指導員等が配置されていることを前提として運営している。

4. 対象者像・抽出方法

- 対象者像
新発田市では、複合型に限るものの生活機能評価表を用いながら、改善の可能性がある人をサービス・活動Cにつなぐ考え方をとっている。基本的には、地域包括支援センターがアセスメントを行い、通所型・訪問型のいずれが適切かを判断している。複合型については、一定の運動負荷を伴うことから、一定の体力があり、プログラムへの参加が見込まれる人を主な対象としている。
- 主な抽出ルート
主な入口は、地域包括支援センターへの相談である。足腰が弱くなった、運動の場を探しているといった相談に対し、地域包括支援センターがアセスメントを行い、改善が見込まれる場合にサービス・活動Cを案内している。基本的には、まず地域包括支援センターにつないでから利用判断を行う流れである。
- 地域包括支援センターによる振り分け
通所が可能な人は通所型、通所が難しい人や生活場面の改善が必要な人は訪問型につなぐなど、地域包括支援センターが状態像に応じて振り分けている。たとえば、家の中で転ぶ、家事動作に課題があるといった場合には、訪問型の運動プログラムを用いて生活場面の見直しを行っている。
- 複合型と単独型の使い分け
通所型には、運動、栄養、口腔、複合型の複数のプログラムがあり、地域包括支援センターが

アセスメント結果に基づいて使い分けている。複合型は負荷が高く、軽いジョギングや早歩き程度の負荷がかかるため、呼吸器疾患がある人や高負荷の運動が難しい人は、単独の運動プログラムなどを選択している。栄養や口腔についても、より集中的な支援が必要な場合には単独プログラムを選ぶことがある。

- 窓口対応の工夫

県の窓口研修を踏まえ、介護保険申請に来た人をすぐに申請へ進めるのではなく、地域包括支援センターにつなぐためのフローチャートを作成している。内部資料として活用しており、窓口での振り分けと地域包括支援センターとの連携を図っている。広報、市職員・包括職員による講座、通いの場での体力測定、民生委員訪問、医療機関や薬局へのリーフレット配布も行っている。

5. プログラムと支援の流れ

- 初回アセスメントから利用開始まで

アセスメントは基本的に地域包括支援センターが行い、(複合型の場合は)生活機能評価表を用いて、部分的自立から改善目標を立てている。包括がアセスメント、暫定プランを作成し、その後、市へ利用申請を行う。市の決定通知後、担当者会議を行い、実施事業所が介入し、担当者会議の場で事業所による自宅でのアセスメントを実施したうえで、プログラム開始となる。

- 同行訪問アセスメントの位置づけ

地域リハビリテーション活動支援事業等を活用した同行訪問アセスメントを実施している。市職員の専門職が希望に応じて同行訪問を行っており、住宅改修の評価や福祉用具の選定など、マネジメントに活かされている。

- プログラム内容

訪問型では、運動・栄養を中心に、6か月・おおむね月2回・1回40分～1時間で実施している。通所型運動は3か月・13回・週1回・1時間半、通所型栄養は6か月・8回・1時間半、通所型口腔は3か月・8回・1時間半、通所型複合は3か月・12回・2時間である。複合型では、生活の中でできることを増やし、セルフケアにつなげることを重視している。

- 評価訪問と終了後のフォローアップ

通所型複合では、導入前、終了時、一定期間後に生活機能や社会参加状況の評価を行っている。終了6か月後には地域包括支援センターがモニタリングを実施し、生活機能評価表を回収している。

- セルフマネジメント支援

複合型プログラムでは、生活の中でできることを増やし、セルフケアにつなげることを重視している。達成が分かる具体的な目標を設定し、終了後も自分で取組を継続できるよう支援している。

6. 事業の評価・効果測定

- 評価指標

握力、CS-30、5m歩行(通常・最大)、Timed Up & Go test、片脚立位、基本チェックリスト、社会参加状況、本人の目標、生活機能評価表(複合型のみ)を用いている。

- 評価時期
導入前、終了時、通所型複合では一定期間後にも評価を実施している。終了 6 か月後には地域包括支援センターがモニタリングを行い、生活機能評価表を回収している。
- 卒業判断と成果加算
サービス・活動Cは基本的に 3 か月で終了としている。終了時点と終了後 6 か月時点で生活機能評価が維持又は改善している場合には、成果加算を事業所に支払う仕組みとしている。終了後の維持・改善を評価対象とすることで、セルフマネジメントの定着も重視している点の特徴である。

7. 工夫している取組内容とポイント、効果・成果

- 複合型プログラムへの見直し
新発田市では、従来の単一プログラムだけでは改善が弱いという課題意識から、県モデル事業を基に複合型プログラムを導入した。運動・栄養・口腔を組み合わせた複合型は、現在のサービス・活動Cの主力となっている。
- 3 回のカンファレンスと加算設計
複合型プログラムでは、3 か月の間に 1 か月目、2 か月目、最終月の 3 回カンファレンスを行っている。事業所はその都度資料を作成し、情報共有を行う。こうした運営を支えるためにカンファレンス加算を設けており、終了時及び終了後 6 か月時点の生活機能評価が維持・改善していれば、成果加算を事業所に支払う仕組みとしている。
- 送迎・訪問・連携を評価する仕組み
送迎加算、評価訪問加算、栄養指導加算、連携加算を設定している。とくに訪問型では、他サービス事業所に対して専門職としてアドバイスをを行った場合に連携加算がつく。これにより、教室内の支援にとどまらず、生活場面や他事業所との連携を含めた支援が促されている。
- 成果と変化
調査項目シートでは、地域活動や社会交流への参加、家族の負担軽減、高齢者の健康意識の向上、ケアマネジメントの質の向上が効果として挙げられている。事業を通じて、社会参加につながった人は維持しやすいこと、具体的な目標設定が利用者のやる気につながることで、動画による姿勢変化の確認が実感を高めることも共有されている。

8. 今後の課題・展望

- 主な課題
対象者の抽出・選定、参加率の低さ、利用者の継続意向、フォローアップ、終了後の受け皿、担い手の確保、報酬構造、研修の実施、関係部署との連携や理解、事業を推進・調整する人材、家族が終了に消極的であることなどが課題として挙げられている。特に、利用につなげるまでに本人の気持ちを動かすことが難しいとされている。
- 改善策と今後の方向性
外部専門家からの助言や、理解を促す資料作成を行ってきた。今後は、市民への周知を強め、悪化前に利用につなげることで、社会資源の把握を進めることが方向性として示されている。社

会参加につながった人は維持しやすいという認識を踏まえ、地域活動との接続も強化していく必要がある。

● 国・都道府県への要望

専門職の関与ができる体制づくりが必要とされている。成功自治体の具体的な実践を学べる研修や相談機会、ケアマネジメントを支える仕組みの充実も示唆される。

新潟県佐渡市

中山間・人口減少地域／訪問型・通所型

サービス・活動Cの再構築により、「元気になる」自立支援へ

1. 事業概要

新潟県佐渡市は、離島という地理的制約下において、全国平均を上回る速度で高齢化が進行しており、人口減少と高齢化が同時に進行する中で、介護保険制度の持続可能性を担保するためには、従来の現状維持型支援からの転換を図り、限られたリソースを効率的に「自立支援」へ振り向けることが、課題となっている。

人口(2025年4月)	47,458人
面積	855.7km ²
高齢者数(2025年4月)	前期高齢者数 8,045人、後期高齢者数 12,511人
高齢化率	43.3%
調整済み要介護認定率	17.7%(2024年)
調整済み軽度要介護認定率	11.5%(2024年)
日常生活圏域数	5
開始時期	総合事業:2017年度 サービス・活動C:2017年度
対象者	事業対象者および要支援1・2
利用実人数	通所型 111人(2024年度)
運営形態	訪問型:直営、通所型:委託(直接支払)
プログラム種別	訪問型:運動、栄養、口腔 通所型:運動(2事業所)、複合(2事業所)
プログラム期間	週1回(2~3.5時間)、3か月間
プログラム内容	筋力トレーニング、自宅でできる運動の指導、栄養や口腔ケアに関する講話、バランスの良い食事内容のアドバイス、歯のブラッシング、お口の体操など事業所によって異なる。
受入方式	随時受入・クール制
関与専門職	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、栄養士、歯科衛生士、医師
実施場所	委託事業所
報酬・加算設定	1教室あたりの金額を設定
利用料	1回あたり300円
事業費	約1540万円(2024年度) 上限越えの有無:有
所管部署と関連課数	サービス・活動C:高齢福祉課 関連課の数:1(健康医療対策課) ※運用は健康医療対策課が中心

2. 事業の実施背景と課題意識

佐渡市は、平成 29 年(2017 年)に事業を導入後、令和 6 年度以降に見直しを進めており、現在は事業の転換期にある。背景として、高齢化率の上昇に伴う認定率の高さと、財政的制約の強まりがある。こうした状況のなかで、効果的な自立支援の実現と限られた財源の中での事業運営が求められている。

- 主な課題
 - ・ 既存のサービス・活動Cでは、利用者が「元気になって卒業(終了)」することが困難であった。
 - ・ サービス利用を卒業(終了)すると前の状態に戻ってしまうため、結果として長期利用につながる傾向がみられた。
- 見直しの背景
 - ・ 評価・分析の仕組みが十分に整備されておらず、効果検証が困難であった。
 - ・ 総合事業費が基準額を超過し、制度維持のためにプログラムの質的改善と卒業率の向上が避けられない課題となった。

3. 導入準備と事業再構築のプロセス

佐渡市は、現状の停滞を打破するために、新潟県の「通所型サービス・活動C強化事業」を活用し、体制整備を行っている。既存の「現状維持」型の支援から「生活課題解決」型へとシフトしつつある。

- 主な取組
 - ・ 外部専門職の活用
 - 令和6年度：新潟県介護予防アドバイザー派遣事業(相談事業)
 - 令和7～8年度：通所型サービス・活動C強化事業(新潟県)
 - ・ アセスメント帳票類の整備
 - 「基本チェックリスト」では「本人の望む暮らし」や「生活課題」が見えにくいため、本人の意欲や具体的な生活上の困りごとを把握できる、新たな帳票の追加整備を行った。
 - ・ ケアマネジメント力の向上
 - 地域包括支援センターのケアマネジャーのアセスメント力の向上を図っている。
 - ・ 自立支援についての啓発
 - 「介護予防」や「フレイル」について、事業者にも住民にも浸透していない状況があり、外部アドバイザーによる講演会を実施した。

4. サービス・活動Cの実施体制と専門職の関与

島しょ部である佐渡市において、専門職は貴重な資源である。限られた資源を有効活用するため、リハビリテーション専門職(リハ職)の配置には、複数事業にまたがる兼務体制がとられている。

- 委託形態：市内 4 事業所に委託(直接支払)。うち、1 事業所にはリハ職が配置されていない。

- リハ職:約 15 名(島内全体)
- 「一般介護予防事業」や「地域リハビリテーション活動支援事業」を兼務。

また、サービス担当者会議等を通じて情報共有を行い、多職種連携を図っている。

5. 入口の工夫:対象者の把握と抽出ルート

適切な対象者を事業へ誘導するため、佐渡市では窓口に来る前の段階にある住民にアプローチできるよう、複数の行政ルートから対象者を把握するアウトリーチ型の仕組みを構築している。

- 主なルート
 - ・ 健康診査との連動

集団健診会場に「フレイル相談ブース」を設置。高齢者の質問票の内容から、機能低下の兆候がある住民をその場で地域包括支援センターにつなぐ仕組みを構築している。
 - ・ 介護予防把握事業・介護予防教室からの接続

基本チェックリストを実施し、機能低下の兆候がある住民を早期に抽出している。
 - ・ 健康教育・講演会からの接続

保健師・栄養士による健康教育において、基本チェックリスト、高齢者質問票を実施し、リスクのある住民を抽出
 - ・ 窓口課題の認識

介護保険申請に訪れた住民が認定プロセスへ流れてしまう現状に対し、総合事業(サービス・活動C等)へ適切に誘導できるよう、窓口担当者の意識改革を課題として設定している。

部門間連携には課題があることから、今後は庁内でサービス・活動Cに関する関係部署の理解を深めるとともに、健康部門との連携を含め、行政内の連携強化を図っていく。

6. プログラムの内容とセルフマネジメント支援

佐渡市のプログラムは、機能訓練から行動変容を促す自立支援へと進化している。

- 運動・栄養改善・口腔機能向上の複合的アプローチのプログラムの見直し
- 新潟県セルフマネジメント手帳の活用
 - ・ 1 週間の取り組みを可視化し、事業所スタッフがフィードバックを行う。
 - ・ 記録とフィードバックを通じて、利用者の継続的な取り組みを促している。
- プログラムの質の向上
 - ・ 動画による変化の可視化
 - ・ 適切な運動負荷の設定

7. 事業の成果と評価指標

モデル事業所の成果を他事業所へ横展開する「報告会」の仕組みは、地域全体の専門職の水準を引き上げるプロセスで、サービスの質の担保を図っている。専門職が不在の事業所であっても、工夫次第で成果につながる実践として共有されている。

- 定量的視点: 適切な負荷量設定による体力測定の改善傾向
- 定性的成果: 利用者の意欲や活動性の変化

8. 今後の課題・展望

佐渡市の事業見直しは現在進行中である。入口から出口までの戦略的なプロセスの構築が検討されており、今後の取組の進展が期待される。

- 主な課題
 - ・ アセスメントの充実
適切な対象者選定と目標設定
 - ・ プログラムの質の向上
効果的な内容の確立と標準化
 - ・ 出口戦略の確立とリバウンド防止
サービス終了(卒業)後の状態把握および社会資源との接続
 - ・ リソース確保
専門職不足および送迎の制約
 - ・ 介護予防事業関係事業所及び行政内連携の強化
介護予防事業に関わる事業所の介護予防の自立支援に向けた事業連携の意識化及び行政内の健康部門との連携強化
 - ・ 普及啓発
住民理解の向上

訪問型運動・通所型複合サービス C(年 3 クール制・包括直営による丁寧なアセスメントと多コースプログラム)

1. 事業概要

上市町では、二次予防事業を基盤として、現在のサービス・活動 C を継続している。直営の地域包括支援センターが総合相談から教室運営までを一体的に担うことで、相談から参加までをつなげやすい体制を構築している。通所型は年 3 クール制とし、コースごとに内容を変えた複合プログラムを実施するとともに、閉じこもりがちな人には訪問型運動を入口として位置づけ、通所型への移行も見据えた支援を行っている。

人口(2025年4月)	18,491人
面積	236.7 km ²
高齢者数(2025年4月)	前期高齢者数 2,667人、後期高齢者数 4,405人
高齢化率	38.2%
調整済み要介護認定率	約 19%(2024年)
調整済み軽度要介護認定率	約 12%(2024年)
日常生活圏域数	1
開始時期	総合事業:2018年度 サービス・活動C:平成18~19年頃(二次予防事業として開始)
対象者	事業対象者(基本チェックリスト該当者)が主な対象。要支援1・2の方もケアマネが短期集中での改善見込みありと判断した場合は受入可。コースによりうつ・運動機能等で対象を絞り込む。
利用実人数	訪問型 17人、通所型 47人(2024年度)
運営形態	委託(訪問・通所・送迎とも委託、直接支払)
プログラム種別	訪問型 C(週1回・40分)・通所型 C 複合(週1回・90分)
プログラム期間	通所型:週1回 3か月間(原則12回)、最大6か月延長可。年3クール(春・夏・冬)制 訪問型:原則3か月(最大6か月)
プログラム内容	【通所型・複合】運動(筋力・バランス・歩行等)、口腔、栄養、認知症予防のミニ講義を複合的に実施。コース1:マシン運動(商業施設内スポーツクラブ)、コース2:座位運動中心、コース3:認知機能低下予防(シナプソロジー)。 【訪問型】リハ職が訪問し、個別的に介入閉じこもりがちな方の外歩ききっかけづくりを目的とし、その後通所Cへの移行を目指す。
受入方式	定員20名のクール制(年3クール:春・夏・冬)

関与専門職	理学療法士、保健師、看護師、管理栄養士、歯科衛生士、健康運動指導士、社会福祉士、認定音楽療法士、シナプソロジーアドバンスインストラクター
実施場所	コース 1:町内商業施設内(マシン運動)、 コース 2・3:複合保健総合センター体育館
報酬・加算設定	通所型:120 分あたり 22,000 円(春・夏)、15,000 円(冬) 訪問型:9,000 円/1 時間 送迎:利用者負担 200 円。不足分を町が負担 加算:なし
利用料	訪問型:1 回 500 円 通所型:1 クール(12 回)2,000 円、送迎 200 円/片道
事業費	訪問型 300 万円、通所型 650 万円(2024 年度) 上限越え無
所管部署と関連課数	福祉課地域包括支援センター 関連課の数:0

2. 事業の実施背景

- 二次予防事業を基盤とした早期開始
 上市町では、包括設置後まもなく、基本チェックリストを用いて対象者を抽出し、通所支援につなぐ二次予防事業を開始したとされる。現在の教室も、その延長線上で継続している。
- 直営包括を基盤とする運営
 町内の地域包括支援センターは 1 か所で、直営により運営されているため、総合相談、介護予防、総合事業、教室運営までを同じ部署が担っている。福祉課と包括が一体で動きやすく、相談から教室参加までをつなげやすい体制となっている。
- 町民性と外出支援の必要性
 通所が望ましいと考えつつも、自分から外へ出ることに積極的でない人や、閉じこもりがちな人も少なくないという認識がある。こうした人への最初の入り口として、訪問型運動を位置づけている。

3. 導入準備・事業設計

- 関係機関との調整を重ねた導入
 導入準備では、医療機関への説明や協力依頼、自治体内部での調整、関係事業所との電話・メール調整、内規整備、関係機関との役割分担、効果評価方法の決定、OJT、医療機関との連携体制整備、予算・人員見込みの整理等を行っている。
- 年間 3 コース制の設計
 通所型は、3 か月連続で切れ目なく回すのではなく、各コースの前に準備期間を設けている。この準備期間に、対象者抽出、案内送付、参加勧奨、事前訪問、目標設定を行っている。包括職員がこの事業だけを担当しているわけではないため、この準備期間が実務上不可欠と認識されている。

- **コースごとにテーマを変える工夫**
年間3コースのうち、1コース目はマシン運動、2コース目は座位運動中心、3コース目は認知機能低下予防に特化した内容など、コースごとに特徴を変えている。外部講師も活用し、年間を通じて異なる参加者像に対応している。
- **町立病院のリハビリテーション専門職との委託契約**
町内の総合病院と町が委託契約を結び、病院のリハビリテーション専門職が週2回程度、包括業務に関与する体制を整えている。この仕組みにより、包括内でのケース検討や、必要時の同行訪問、サービス選定への助言を受けやすくなっている。

4. 対象者像・抽出方法

- **全戸把握を基盤にした抽出**
要支援・要介護認定を受けていない65歳以上全員に、「お元気チェックリスト(チェックリスト)」を送付している。その結果をもとに、運動機能やうつ等の該当状況から対象者を抽出し、案内を送付している。コースによって抽出条件を変えており、年度ごとにも対象者設定を見直している。
- **主な抽出ルート**
対象者把握は、お元気チェックリストだけでなく、総合相談、福祉課窓口、民生委員、支援者、居宅介護支援事業所等からの情報提供も活用している。「困ったらまず包括へ」という流れが町内で浸透してきていることも、入口の強みとなっている。
- **事前訪問によるアセスメント**
通所型では、教室開始前に、包括の保健師又は看護師が事前訪問を行い、一人ひとりの状況を深く把握し、目標設定を行っている。この事前訪問があるため、年間3コースの間に準備期間を設ける必要がある。介護予防ケアマネジメントはBを用いている。
- **同行訪問アセスメントの活用**
必要時には、リハビリテーション専門職との同行訪問アセスメントを行っている。実施率は5割、単価は9,000円である。包括だけでは見立てが難しい場合や、福祉用具選定、生活機能改善の見通しを立てたい場合に活用している。

5. プログラムと支援の流れ

- **通所型の基本構成**
通所型は、コースごとに3か月実施する。1コース目は商業施設内でマシン運動中心に実施し、2・3コース目は町の複合施設内で、座位運動や認知機能低下予防を意識したプログラムを行っている。
- **包括が主体となる運営**
教室運営の主体は包括であり、包括の保健師が進行や体調確認を担っている。運動指導や体力測定は、委託した講師や専門職に依頼している。毎回、包括職員が1~2名常駐し、血圧測定や体調確認、参加者とのやりとりを丁寧に行っている。
- **外部人材の活用**
健康運動指導士、シナプソロジーの講師などを活用している。また、シルバー人材センターの

人材が見守りや送迎補助に関わっている。高齢者の活躍の場づくりという意味づけも持たせている。

- 訪問型運動の内容
訪問型は、リハビリテーション専門職が週 1 回程度、40 分程度訪問し、3 か月介入する。閉じこもりがちな人や、通所に至る前の段階の人への最初の関わりとして位置づけられている。
- セルフマネジメント支援
介護予防手帳、セルフチェックシート、生活行動の記録、自己管理の冊子等を活用し、家庭で取り組める課題も提供している。毎回の目標設定と振り返りを行い、生活習慣改善の個別助言も加えながら、終了後も継続できる目標設定を行っている。
- 終了後の情報提供と接続
通所型の最終日には、保健師が一般介護予防教室、通いの場、社会福祉協議会の教室等のパンフレットを用いて、卒業後の参加先を案内している。必要に応じて、終了後の社会参加や地域活動への同行も行っている。生活支援コーディネーター業務を兼務する職員が関わり、介護予防と生活支援体制整備を一部重ねながら出口支援を行っている。

6. 事業の評価・効果測定

- 評価指標
握力、5m 歩行(最大)、Timed Up & Go test、基本チェックリスト、主観的健康感、長谷川式、本人の目標、ファンクショナルリーチ、開眼片足立ち等を用いている。
- 教室中の評価
体力測定や日々の体調確認は、教室の中で継続的に行っている。包括職員が毎回関わることで、数値だけでなく日常の変化も把握しやすい運営としている。
- 専門職を交えた見立て
必要時には、リハビリテーション専門職が同行訪問を行い、身体機能や家屋状況を評価した上で、適切なサービス提案や自立支援の見通しを立てている。このこと自体が、評価と支援を一体で行う仕組みとなっている。
- フォローアップ
終了後には、1 年後に改めて基本チェックリストを送付し、数か月後にはフォローアップ教室の案内も行っている。
- 評価上の特徴
上市町では、短期集中での改善だけでなく、高齢の常連利用者が状態を維持できていることも成果として捉えている。この点は、他自治体の「卒業・移行」重視とはやや異なる、上市町の実態に即した評価観といえる。

7. 工夫している取組内容とポイント、効果・成果

- 全戸把握とコース別抽出の工夫
要支援・要介護認定を受けていない 65 歳以上全員への「お元気チェックリスト」送付は、上市町の大きな特徴である。その上で、コース内容に応じて対象者を絞り込むことで、参加者像を調整している。
- 事前訪問を組み込んだ丁寧な運営
通所型では、教室開始前に必ず事前訪問を行い、一人ひとりを深くアセスメントした上で目標設定を行っている。教室中も包括職員が毎回関わることで、体調や生活状況を継続的に把握できるようにしている。
- 病院リハとの委託契約を活かした後方支援
町立病院のリハビリテーション専門職が定期的に包括業務に関わる仕組みは、小規模自治体における大きな強みである。包括だけでは見立てにくいケースでも、生活機能、家屋状況、福祉用具、サービス選択について助言を得やすい。
- 包括が主運営を担うことによる質の担保
委託講師に任せきりにせず、包括が主体的に教室運営を担っている。参加者の体調変化や暮らしの様子を継続的に見ながら関わることが、上市町の強みとして語られている。
- 確認されている成果
常連利用者が高齢でも状態を維持して通い続けられていることが成果の一つとして認識されている。また、3 か月取り組む中で、「足が上がるようになった」「車の乗り降りが楽になった」といった生活機能の改善も聞かれている。包括職員が地域の通いの場で再会し、そこから新たな声かけや参加につながるなど、地域との接点づくりにも寄与している。

8. 今後の課題・展望

- 途中参加しにくい運営
年間 3 コース制で、各コースの前に準備期間を設けているため、途中で「この人はサービス・活動Cが必要だ」と判断された場合でも、すぐに参加につなげにくいことが課題となっている。
- 職員体制の負担
包括が主体となって教室運営を行い、事前訪問、対象者抽出、勧奨、教室常駐まで担っているため、職員の負担は大きい。シフトや準備の負担は継続的な課題である。
- 柔軟な受入れ体制の模索
今後は、介護事業所等と連動しながら、スタート時期に縛られずに 3 か月見てもらえる仕組みが作れないか検討している。随時受入れや月 1 回程度の新規受入れのような柔軟な形が、今後の方向性として示唆されている。
- 要支援者への早期介入の拡大
現在は事業対象者が中心であるが、要支援者にも早期からサービス・活動Cを活用していきたいという意向が語られている。通所・訪問を組み合わせながら、より早い段階での介入につなげることが今後の課題である。

既存サービスを打破する「切り札」としてのサービス・活動C

1. 事業概要

長和町は、県内上位の要介護・要支援認定率という深刻な地域課題に対し、既存サービスの延長ではなく、地域資源を再定義し、制度の隙間を埋める「自立支援」のパッケージとして本事業を設計した。「既存の公的資源の徹底活用」、「介護予防における専門職連携の蓄積」「有資格者による全戸訪問」という要素は、特に小規模自治体への示唆となる。

人口(2025年4月)	5,480人
面積	183.86 km ²
高齢者数(2025年4月)	前期高齢者数 1,064人、後期高齢者数 1,410人
高齢化率	45.1%
調整済み要介護認定率	17.6%(2024年)
調整済み軽度要介護認定率	11.3%(2024年)
日常生活圏域数	1
開始時期	総合事業:2017年度 サービス・活動C:2021年度
対象者	事業対象者および要支援1・2のうち、運動機能の改善により生活機能の向上が見込まれる者
利用実人数	26人(2024年度)
運営形態	町内介護老人保健施設への委託(送迎も含む)
プログラム種別	通所型運動
プログラム期間	週1回・90分間 全16回(4カ月間)
プログラム内容	PT、OTによる運動機能向上プログラムを中心に、生活機能の改善と社会参加につながる行動変容を促す支援を実施。
受入方式	クール制(1クール定員4名、別曜日に2コース設定)
関与専門職	地域包括支援センター職員、理学療法士、作業療法士、生活支援コーディネーター、ケアマネジャー
実施場所	介護老人保健施設(委託事業所)
報酬・加算設定	町負担4,500円(送迎を含む)
利用料	500円
事業費	約136万円(2024年度) 上限越えの有無:無
所管部署と関連課数	保健福祉課介護高齢者支援係 関連課の数:0

2. 事業の実施背景:認定率改善にむけた危機感と分析

サービス・活動Cの導入を決定した背景には、長期化する高い認定率への強い危機感があった。

本事業の立ち上げは、県の支援を活用した「客観的な現状分析」から始まっている。

● 課題の構造化と優先順位

優先順位 1:高水準の要介護認定率:県内 4 位という高い認定率が続き、給付費の抑制が課題となっていた。

優先順位 2:状態改善のための地域資源の不足:地域包括支援センター(以下、包括)では、高齢者からの相談に対し、適切な介入により状態改善が見込まれる場合でも、訪問介護や通所介護といった「サービス利用」につなぐことしかできないジレンマを抱えていた。

優先順位 3:伴走型支援による要因分析:令和 2 年度、県の「市町村地域包括ケア推進伴走型支援事業」を活用し、新規認定者の約 3 割が「整形外科疾患」であることを特定。運動機能向上へのアプローチの妥当性をデータで裏付けた。

優先順位 4:要支援層への早期介入:「認定前のハイリスク層へのアウトリーチ」へ、戦略的優先順位を明確にシフトした。

● 地域課題

- ・ 小規模な自治体で、社会資源が少ない。
- ・ 谷が複数ある山間地で、移動コストがかかる。
- ・ 冬季に農閑期のため事業利用希望が増える住民と、冬季に入所需要が増える(事業の人手が足りない)介護老人保健施設(以下、老健)という、需要と供給のアンバランスがある。

● 既存事業との整理

従来実施していた介護予防教室と連携しつつ、専門職による集中的支援を行うサービスとして整理し、必要に応じて地域の通いの場等への移行を促している。アセスメントの結果、ケアプランに位置付けられれば、介護予防サービスの利用は可能である。

3. 導入準備・事業設計

担当者の「立ち上がったことがすべて」「走りながら考えた」という言葉は重い。一步を踏み出し、既存の公的資源を徹底活用する体制を整えることが肝要である。

● 庁内の規範的統合の進展

担当者 1 名の体制下で「藁にもすがる思い」で受けた県の伴走型支援は、事務職 2 名と地域包括支援センター職員 3 名の計 5 名を「一つのチーム」へと統合する契機となった。この「2+3」の体制構築により、町の課題について協議を重ねた。事務職の制度運用能力と包括職員の専門的知見が融合し、強力な推進エンジンが形成された。

● 実施事業者の確保

町内の国保病院併設の老健に事業を委託し、PT・OT を中心としたリハビリテーション専門職(以下、リハ職)がプログラムを実施する体制を整えた。老健の利用者への影響が懸念されたが、「元気な方が元気でいられるように」という町の姿勢について丁寧に説明することにより、理解を得ることができた。

● 庁外関係者との規範的統合

本事業の成功には、町内の国保病院のリハ職という「キーマン」の存在がある。このリハ職は

平成 29 年(2017 年)から町の一般介護予防事業に深く関与しており、5年以上にわたる「顔の見える関係」が下地となっていた。

国保病院と老健のリハ職間には連携体制があり、この事業の立ち上げに際し、信頼関係が形成されているリハ職が関与することで、町と委託先老健との「規範的統合」を加速させ、合意形成をスムーズにした。

- 事業設計

生活機能の改善を通じて地域での自立した生活の継続を目指すことを目的とし、週 1 回・全 16 回の集中的プログラムを設計した。リハ職の見解として、効果が見えてくるのが 3 か月頃ということで、効果が見える 4 か月間のプログラムとした。委託先の老健が実施可能な単価や回数などを事業設計に反映させた。

- 専門職の役割の明確化

制度設計は町と包括が主導し、具体的なプログラム内容は専門職に一任する。町は、老健のリハ職に対し、事業内容や役割について説明を行い、共に事業設計を行い、連携体制を構築した。研修は実施していない。

地域リハビリテーションの事情に精通した病院リハ職が「一般介護予防」と「サービス・活動C」の双方に関与することで、情報の断絶を防ぎ、ケアの継続性を担保している。

- 住民や地域団体への周知・啓蒙

広報誌による住民周知に加え、地域の医療機関や居宅介護支援事業所への周知を行い、対象者の紹介につなげている。

4. 対象者像・抽出方法：ハイリスク層特定戦略(アウトリーチ)

事業開始当初は、対象者の確保に難航した。包括窓口で、サービス・活動Cを案内しても、要介護認定を希望している場合は利用につながらない。一般介護予防教室で、運動機能の低下が心配な参加者へ声をかけて事業利用につないだ。現在も、町の広報を見て申し込む人は少数で、住民特性を考慮した「攻めのアウトリーチ」が、適切な対象者の接続を実現している。

- 多様な抽出ルートと専門職の活用

- ・ 80 歳以上高齢者全数訪問

介護保険サービス未利用の 80 歳以上(約 400 名)に対し、担当の会計年度職員(介護福祉士)が戸別訪問を実施。2025 年度より訪問時に基本チェックリストを実施しており、アセスメントの精度が高まっている。

- ・ 一般介護予防教室や通いの場での悉皆調査

町内各地での体力テストと基本チェックリストを実施し、該当者にはその場でサービス・活動Cを案内する。住民同士の「誘い合い」で参加意欲が喚起される。

- ・ 健診の結果説明会での個別面談

- ・ 75 歳以上の健診受診者に対し、包括職員が個別面談をし、ハイリスク者に対して、サービス・活動Cを案内し、早期介入へとつなげる。

- 視覚的アプローチ

単なるチラシ配布ではなく、実際の活動写真を活用した提示が高齢者の不安払しょくにつながっている。

5. サービス・活動Cにおけるアセスメントとセルフマネジメント支援

町内の老人保健施設に委託して実施。週1回、1回90分間のプログラムで、定員は4名。4名の利用者に対し、1名のリハ職が担当。3名集まったらプログラム開始となり、開始から卒業まで同じ利用者で実施する。プログラムは、運動プログラムが中心だが、身体機能の回復のみならず、その後の社会参加への移行を明確な出口として設定している。

- サービス内容
バイタルチェック、準備体操からスタートし、途中休憩をはさみながら運動(マシンの使用も含む)する。同時期に開始しているため、強度は最初は軽く、徐々にあげていくように、同じ進度で実施できる。
- 利用者の望む暮らしと目標設定
下記の同行訪問アセスメントにおいて、包括職員が対象者の生活歴や生活状況をできるだけ詳細に把握し、4か月後に目指す姿を共に考え、目標として言語化している。
- 同行訪問アセスメントを含む戸別訪問の実施
「訪問①初回訪問(同行訪問アセスメント)」 ※同行訪問アセスメントの単価:12,000円
チェックリスト該当者のうち、サービス・活動C希望者に対して、包括職員と病院リハ職による「同行訪問アセスメント」を実施。生活背景(包括)と身体機能(リハ職)を同時に、かつその場で評価するプロセスは、強力な動機付けの機会となっている。同行訪問アセスメントを実施した病院リハ職から通所C実施のリハ専門職に情報提供が行われるため、利用者についての包括的な情報共有が可能となる。

「訪問②サービス担当者会議」
2回目は、包括職員とサービス・活動C担当のリハ職で訪問し、サービス担当者会議として実施。包括職員からケアプランを提示し、4か月後の目標を本人と再確認し、参加に向けて動機づけを高める。

「訪問③サービス終了前」
終了前には、包括職員が単独で自宅を訪問する。そこでも、通いの場や一般介護予防事業への参加を促し、地域での社会参加を継続できるよう支援している。
- セルフマネジメント力獲得(利用者の主体性形成と選択)のための支援
セルフマネジメント能力を養うための「宿題シート(写真付き)」の配布等、施設外での習慣化を促す工夫が施されている。生活行為の改善を通じて、運動習慣や外出習慣を身につけられるよう支援している。

6. 連携先との連携内容・工夫、連携による効果

- サービス・活動Cの最終回の前の週にケア会議を開催。包括職員、老健リハ職、病院リハ職、ケアマネに加え、生活支援コーディネーター(SC)が同席する。SCは直接利用者に面談するわけではないが、SCからの情報提供により、個々の身体状況やこれまでの活動に合致した社会参加の継続支援について話し合うことができる。ケア会議での意見を、サービス活動Cの最終回で、リハ職から利用者へフィードバックできる体制となっている。
- 年1回の「事業検討会議」で委託事業者と課題を率直に共有している。単なる事務的なやり

取りに留まらず、地域資源の有限性を共有しつつ、落とし所を模索する丁寧な対話が、顔の見える関係を維持する鍵となっている。

7. 工夫している取組内容とポイント、効果・成果

本事業は、定量的データと現場の質的変化の両面において、顕著な成果を上げている。

- 実証的成果: 認定率の低下
類似した人口規模・高齢化率を持つ県内近隣自治体の中で、長和町のみが認定率の低下傾向(先送り効果)を示した時期があり、介入の有効性がデータで証明された。
- 現場視点の高度化と「切り札」の獲得
 - ・ ケアマネジメントを通じて利用者の生活背景や価値観への理解が深まり、生活全体を見る視点が強化された。
 - ・ 包括職員は、認定前の住民へ深く関与することで、個別の事例だけでなく「町全体を俯瞰する視点」を獲得した。
 - ・ 相談援助の現場において、困っている人に対し、従来の「既存サービスへの接続」という画一的な選択肢に「短期集中で自立を目指す(サービス・活動C)」という強力な切り札が加わったことは、自立支援の質を根本から変容させた。
 - ・ 実際に、「少し元気がなかった人が元気になっていく」ということを経験して、サービス・活動Cの取組が効果的であるということを確認した。
- サービス・活動Cにおける利用者の変容と効果
 - 身体的効果と習慣化
 - ・ 運動機能の向上と定着: 多くの利用者が身体機能の改善を実感しており、それに伴い運動習慣が日常生活に定着している。
 - ・ 再利用ニーズの発生: 生活機能の低下を感じた際に「またあそこに行けば改善する」という信頼感があり、再利用を希望するケースも見られる。
 - 心理的側面(自己肯定感の向上)
 - ・ 成功体験による活性化: 「やれば変わる」という直接的な成功体験が自己肯定感を高め、表情や活動意欲が生き生きと変化している。
 - 社会的側面(グループダイナミクス)
 - ・ 相乗効果の創出: 利用者 4 名の間で良好な対人関係が築かれ、集団力学(グループダイナミクス)が働くことで、個人の限界を超えた強い相乗効果が生まれている。
 - ・ コミュニティへの波及: 利用者同士が誘い合い、一般介護予防教室へ活動の場を広げるなど、自発的な社会参加のきっかけとなっている。

8. 今後の課題・展望

- フォローアップの強化
介護予防教室や通いの場の参加者は、当該場でモニタリングを実施できている。参加していない人へのサービス・活動C終了後のフォローについて検討しており、一定期間後に同じグループで再度集まる「同窓会」を実施し、活動継続の動機づけにつなげることを検討している。
- 送迎効率
片道 40 分を要する山間部特有の移動コストが事業所の負担となるため、送迎ルートを考慮して受入調整している。

商業施設を活用し、通所型サービス・活動Cを「卒業できる場」へ再構築した事例

1. 事業概要

荒尾市では、二次予防事業を基盤として通所型サービス・活動Cを開始したが、利用終了後にそのまま同じ事業所のデイサービス等へ移行する流れが定着し、短期集中予防サービス本来の目的を果たしにくくなっていた。こうした課題を踏まえ、令和4年度に既存事業をいったん停止して見直しを行い、令和5年度から、実施場所を事業所外の商業施設へ移し、対象者像、ケアマネジメント支援、個別訪問、終了後の見直しを含めて再構築した。市・包括・社会福祉協議会・地域リハビリテーション関係者による月1回の会議体が、その見直しを支える基盤となっている。

人口(2025年4月)	48806人
面積	57.37km ²
高齢者数(2025年4月)	前期高齢者数 7,749人、後期高齢者数 10,313人
高齢化率	37.0%
調整済み要介護認定率	17.6%(2024年)
調整済み軽度要介護認定率	12.1%(2024年)
日常生活圏域数	3
開始時期	総合事業:2017年度 サービス・活動C:2017年度(現行形式への見直し:2023年度)
対象者	<p>事業対象者および要支援1・2かつ65歳以上85歳未満の人のうち、短期集中予防サービスを利用することで心身機能の向上が見込まれる人</p> <p>《除外要件》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・進行性の疾患(パーキンソン病ヤールⅢ以上程度の心身状態) ・心疾患やCOPDのコントロール不良者(=医師から運動制限の指示がでている人) ・認知症高齢者の日常生活自立度が主治医意見書でⅡa以上、又は長谷川式簡易知能評価スケールやMMSEの点数が19点以下の人 ・排便・排尿コントロール不良者(=衣類の着替えを要するほどの失禁がある人) ・歩行補助具(杖や歩行器等)を使っても自力歩行が5m程度未満 ・がん末期の人や、がん治療の副作用等によって体調が不安定
利用実人数	32人(2024年度)

運営形態	事業者委託
プログラム種別	通所型複合(必要時に地域リハビリテーション活動支援事業によるリハビリテーション専門職の個別訪問を組み合わせ)
プログラム期間	週2回(火・金) 3か月間(1回あたり2時間)
プログラム内容	前半(40~45分):全員参加の準備運動~立位プログラム 後半:①筋力トレーニンググループ(体幹・下肢筋力)、②バランス・歩行トレーニンググループ(ポールウォーク・歩行練習)の2グループに分かれて実施 月1回:歯科衛生士・管理栄養士による口腔・栄養改善支援 随時:生活支援コーディネーターによる地域資源紹介、公共交通モビリティ・マネジメント 酸素飽和度・心拍数による運動強度管理、健康チェックシートを活用した目標管理・セルフマネジメント支援、終礼グループトーク(ピアサポート)
受入方式	定員15名のクール制(1か月ごとに新規受入)
関与専門職	理学療法士・作業療法士、歯科衛生士、管理栄養士、ケアマネジャー、地域包括支援センター職員、生活支援コーディネーター
実施場所	シティホール(商業施設:ゆめタウンシティモール内) ※委託事業者・通所系サービスとは無関係の会場
報酬・加算設定	地域密着リハビリテーションセンターへの委託。インセンティブとして、修了後3か月間通所系サービス未利用の利用者1人あたり30,000円を委託料に上乗せ。
利用料	月2,000円
事業費	約760万円(2024年度) 上限越えの有無:無
所管部署と関連課数	保険介護課 関連課の数:0

2. 事業の実施背景

- 二次予防事業をそのまま引き継いだ開始
荒尾市では、総合事業開始前から、市内の通所系サービス事業所に委託して二次予防事業を実施していた。総合事業開始時には、その枠組みをほぼそのまま通所系サービス・活動Cへスライドさせる形で開始。
- 卒業につながらない運用への課題意識
当初の通所系サービス・活動Cでは、利用者が終了後にそのまま同じ事業所のデイサービスやデイケアへ移行する流れがほぼ定着していた。身体機能の改善はみられても、サービス利用そのものから離れることは難しく、市としては「デイサービスの予行演習の場」になっているのではないかという問題意識を持つようになった。
- 対象者像のずれも明らかになったこと
再構築前の分析では、平均年齢が高く、進行性疾患や医療的ケアを要する人、入浴や食事など生活支援・介護ニーズが強い人も含まれていた。こうした対象者は、本来の短期集中予防サ

ービスの対象としてはずれがあるのではないかという認識が共有され、対象者像の明確化が再構築の重要な論点となった。

- 見直しを後押しした要因
担当職員の強い問題意識に加え、作業療法士としての経験を持つ職員がいたこと、地域リハビリテーション支援体制から助言を得やすかったこと、市・包括・社会福祉協議会・地域リハビリテーション関係者が月 1 回集まる会議体が既にあったことなどが、見直しを後押しした。

3. 導入準備・事業設計

- 既存事業をいったん止めて見直したこと
荒尾市では、令和 4 年度当初に見直し方針を決め、既存利用者には卒業してもらったうえで、新規受入れをいったん停止し、年度を通じて再設計を進めた。そのうえで、令和 5 年度から新しい通所型サービス・活動Cとして再開している。
- 会議体を基盤にした再設計
再設計は、市・包括・社会福祉協議会・地域リハビリテーション関係者による月 1 回の会議体を中心に進められた。既存事業のデータ分析をもとに、対象者像、実施場所、専門職の関与、終了後の見通しなどを議論し、「短期集中で生活改善につなげる通所型サービス・活動C」として必要な要素を整理していった。
- 実施場所を事業所外へ変更
再構築に当たって重視されたのが、実施場所を委託事業所の施設外に移すことである。事業所の中で実施すると、そのまま同じ事業所のデイサービス等へ移行しやすくなるため、市が管理しやすい商業施設を会場とする方向へ見直した。商業施設の活用は、実生活に近い環境で支援できる点でも利点があると整理された。
- ルールづくりとマニュアル整備
導入準備では、自治体と事業者が共同でマニュアルを作成している。医療機関への説明や協力依頼、ケアマネジャー向け説明会、内規整備、役割分担の整理、事業者や専門職への OJT、人員見込みの検討なども進められた。
- ケアマネジメント支援と個別訪問の組み込み
対象者を適切に選定するために、ケアマネジメントを支えるリハビリテーション専門職の活用が必要と整理された。また、通所型の利用開始後 1 か月時点で、担当ケアマネジャーとリハビリテーション専門職が自宅を再訪問し、生活状況やセルフケアの定着を確認する流れも組み込まれた。必要に応じて、地域リハビリテーション活動支援事業も活用し、生活場面への個別支援を行っている。介護予防ケアマネジメントはAを用いている。

4. 対象者像・抽出方法

- 対象者像の明確化
再構築後の荒尾市では、年齢、生活機能の低下、相談内容、医療機関等の評価を踏まえて対象者を選定している。生活支援や介護ニーズが前面に出ている人や、進行性疾患・神経系疾患を有する人など、短期集中による改善が見込みにくい人は対象外とし、その基準を文書化して公開している。

- 入口は複数ルートで確保
対象者の抽出は、専門職のアウトリーチ、新規の相談、ポピュレーションアプローチ、ハイリスクアプローチ、医療機関からの紹介など、複数のルートで行っている。相談窓口では丁寧な聞き取りを行い、紹介動画や案内リーフレットも活用している。
- 体力測定事業からのつなぎ
社会福祉協議会が支援する地域の体操教室で体力測定を行い、その分析会・結果説明会を通じて、通所型サービス・活動Cにつなぐ流れが最も効果的とされている。体力測定の結果に基づく客観的な説明が、本人の自覚や参加意欲を高めている。
- 同行訪問アセスメント
ケアマネジャー等が対象者の選定に迷う場合は、地域リハビリテーション活動支援事業を活用した同行訪問アセスメントを実施している。単価は13,200円である。リハビリテーション専門職が関与することで、ケアマネジャーが「できないことを補う支援」だけでなく、「できなくなったことをできるようにする支援」を意識したケアマネジメントやサービス提案を行いやすくなっている。

5. プログラムと支援の流れ

- 通所型複合の基本構成
通所型サービス・活動Cは、集団プログラムと個別プログラムを組み合わせ実施している。前半40～45分は全員参加の準備運動から立位運動までを行い、後半は筋力強化中心のグループと、バランス・歩行練習中心のグループに分かれる。商業施設内の広い空間を活かし、店内歩行も取り入れている。
- 「ややきつい」と感じる負荷設定
本人それぞれに合った効果的なプログラムを提供するため、心拍数や酸素飽和度を確認しながら、少し息が弾む程度の運動強度を意識している。週2回実施することで、週1回・6か月型よりも依存を生まず、短期で結果を出しやすいと認識されている。
- 栄養・口腔支援と商業施設活用
月1回程度、管理栄養士と歯科衛生士が関与し、口腔・栄養の助言を行っている。特に栄養については、商業施設内の店舗で実際に商品選択を行うなど、生活に即した支援ができる点が大きな特徴である。
- セルフマネジメント支援
健康チェックシートを用いて、本人の目標や日々の取組を記録し、達成状況を確認している。できていることは賞賛し、実施できていない場合には理由を確認し、必要に応じ取組内容を修正する。終了時には小グループで振り返りを行い、利用者同士の刺激やモデリングも生かしている。
- 生活機能改善を意識した個別支援
1か月経過時点で、ケアマネジャーと事業所が同行訪問を行い、生活の変化状況を確認する。必要に応じて、在宅での地域リハビリテーション活動支援事業による個別訪問を追加し、セルフプログラムの定着や生活場面での行動変容を支援している。また、市の公共交通担当部署の協力を得て、参加者に対する公共交通利用促進のアプローチ(モビリティ・マネジメントの一環)を

行い、移動手手段の制限が活動の低下につながってしまうことを防ぐ支援も実施している。

- 出口を見据えた支援
事前のアセスメント段階から、どのような暮らしを送りたいか、どのような社会参加を望むかを確認し、行動目標を一緒に設定している。介護予防手帳、セルフチェックシート、生活行動記録を活用し、終了後も継続できる目標設定を行っている。生活支援コーディネーターは、担当者会議への参加、連絡相談、面談、マッチング、地域資源情報提供などを通じて、地域活動への継続を支えている。

6. 事業の評価・効果測定

- 評価指標
導入直後と終了時に、実施場所で評価を行っている。評価指標は、握力、開眼片脚立位、5m歩行(通常・最大)、Timed Up & Go test、本人の目標である。終了時には、これに基本チェックリスト、長谷川式も加えている。
- モニタリング
終了後3か月で、包括又はケアマネジャーが訪問し、状態の確認を行っている。
- 成果の見える化
体力測定の結果や前後比較を通じて、低下の自覚や生活維持への動機づけにつなげている。一般介護予防事業である体力測定事業の分析会やサービス・活動Cを含めた介護予防の取組全体を検討する会議の場で、関係者が同じ情報を共有できることも、支援の方向性をそろえるうえで重要な役割を果たしている。

7. 工夫している取組内容とポイント、効果・成果

- 会場を事業所外へ移したこと
最も大きな工夫は、実施場所を委託事業所から切り離し、商業施設へ移したことである。これにより、デイサービスへの自然移行を断ち、サービス・活動Cを「卒業をめざす場」として再定義することができた。
- 対象者像の明確化と入口支援
対象外条件を明示し、専門職の視点を取り入れた入口設計を行ったことで、短期集中による改善が見込まれる人を選定しやすくなった。体力測定事業からのつなぎも有効であり、本人の自覚と参加意欲を高めている。
- 専門職とケアマネジメント支援の組み込み
ケアマネジャーだけで対象者判断や生活改善の見立てを担うのではなく、専門職の支援を組み込み、必要時には同行訪問アセスメントや1か月後の個別訪問を行っている。これにより、「生活機能全般を上げる」視点で支援しやすくなっている。
- 卒業加算と四者による終了判定
卒業加算を設定し、終了判定会議を包括、委託事業所、担当ケアマネジャー、生活支援コーディネーターの四者で実施している。終了後の見通しまで含めて合議することで、卒業判断と地域移行を支えている。

- 地域活動や社会交流へのつながり
調査項目シートでは、地域サロンや通いの場参加、地域行事・自治会・ボランティア、趣味活動、外出機会増加、就労的活動などが成果として整理されている。自立支援の促進、社会参加の促進、地域資源活用、多職種連携、介護予防活動参加者の増加も効果として挙げられている。
- 地域の通いの場等への移行
サービス終了後、6～7割程度が地域の通いの場につながっている。サービス・活動Cを単なる機能改善の場にとどめず、その後の暮らしや地域での活動につなぐことを意識して運営していることがうかがえる。
- サービス終了後のつながりの広がり
ヒアリングでは、終了生が閉じこもりがちな人に声をかけ、その後の参加につながることもあると語られていた。サービス・活動Cが本人の変化にとどまらず、地域の中で次の参加者を生み出す契機にもなり、波及効果を生み出している。

8. 今後の課題・展望

- 短期集中の位置づけを保つ運用
再構築前のサービス・活動Cが、「デイサービスの予行演習の場」ようになっていたと振り返っており、今後も、長く通う場にしないこと、週2回・3か月で結果を出すこと、対象者像を丁寧に見極めることを継続していく必要がある。
- 終了後の受け皿との接続
終了後も地域の中でつながり続けられるよう、通いの場や地域資源につないでいくことを重要視している。サービス・活動Cの中で改善したことを、その後の生活や地域活動にどう結びつけるかが、今後の運用上の重要な視点といえる。
- 関係者間での共通理解の維持
ヒアリングでは、市、包括、委託事業所、ケアマネジャー等が、サービス・活動Cを「卒業できる場」として共有し続けることの重要性も示唆されていた。対象者像、支援の進め方、終了後の見通しについて、会議体や資料を通じて共通理解を維持していくことが、今後も求められる。

加速化事業を契機に、通所型サービス・活動Cを再構築した事例

1. 事業概要

益城町では、サービス・活動Cを早期に導入していたものの、導入当初はリピーターが多く、改善が見込みにくいまま長期利用となるケースもみられた。総合事業費の上限超過が続いたことを背景に、加速化事業による支援を契機として、対象者像、ケアマネジメント、通所支援の運営方法を見直し、通所型サービス・活動Cの再構築を進めてきた。再構築後は、毎月のカンファレンス、動画による成果共有、訪問指導、終了後フォローアップを組み合わせ、改善と卒業後の生活を意識した運営へ転換している。

人口(2025年4月)	34,175人
面積	65.67km ²
高齢者数(2025年4月)	前期高齢者:4,586人 後期高齢者:5,589人
高齢化率	29.7%
調整済み要介護認定率	18.7%(2024年)
調整済み軽度要介護認定率	12.8%(2024年)
日常生活圏域数	2
開始時期	総合事業:2017年度 サービス・活動C:2017年度(平成29年度)
対象者	事業対象者を中心に運用
利用実人数	41人(2024年度)
運営形態	指定事業者委託
プログラム種別	通所型複合
プログラム期間	週2回・2時間 3か月間(24回)
プログラム内容	<ul style="list-style-type: none"> ・集団プログラムと個別プログラムを組み合わせ実施 ・運動中心 ・アセスメント結果に応じて口腔・栄養の個別介入 ・目標や希望に応じて社会参加支援、生活動作の訪問指導。 ・終了3か月後のモニタリング訪問指導
受入方式	随時
関与専門職	理学療法士、作業療法士、歯科衛生士、管理栄養士、地域包括支援センター職員、生活支援コーディネーター、ケアマネジャー
実施場所	委託事業所内(特定医療法人1か所、社会福祉法人1か所、株式会社1か所)
報酬・加算設定	<ul style="list-style-type: none"> ・通所型複合:4,000円 ・ケアマネジメント(初回のみ):10,000円 ・歯科衛生士による口腔機能指導料:1回6,200円

	・加算:通所型複合 10,000 円、カンファレンス出席加算 10,000 円、訪問指導加算 6,200 円(2 回まで)、終了後フォローアップ加算 10,000 円
利用料	1 か月あたり 2,000 円
事業費	訪問型:約 85 万円、通所型:約 547 万円(2024 年度) 上限越え:無
所管部署と関連課数	健康保険課 関連課の数:1(福祉課)

2. 事業の実施背景

- 導入後に生じた課題
サービス導入当初は利用者数が多かった一方で、リピーターも多く、2 クールまでの想定に対して実質 5 クール利用する人もいた。改善していない人も少なくなく、**維持改善率の低さ**が課題となっていた。そのため、改善できる方、リピーター禁止などの制限を行った結果、年間利用者が3名ほどまで減っていた。
- 再構築の契機
再構築の前段階では、総合事業の**上限額を 3 年連続で超過**していた。こうした状況を受けて、厚生労働省のプッシュ型の加速化事業による支援が入り、通所支援の再構築が進められた。

3. 再構築の事業設計

- 規範的統合の進展
令和 4 年度は、まず規範的統合を進める時期であり、「**本当に改善できるのか**」という半信半疑の声も多かったという。加速化事業の継続支援とアドバイザー助言、改善事例の積み重ね、動画で共有できるモデルケースの出現を通じて、徐々に**関係者の理解と自信が形成**されていた。
- 加速化事業を通じた再設計
当初はケアマネジメント指針の作成を中心に進める予定であったが、議論の中で通所支援の実態上の課題も明らかになり、**通所型サービス・活動Cの再構築**へと進んだ。アドバイザーの助言を受けながら、毎月のカンファレンス、動画共有、**運動負荷量の設定、訪問指導**等を組み込んだ運営に見直している。
- 委託条件の見直し
委託先には**リハビリテーション専門職配置を必須条件**としている。また、従前相当サービス利用者とサービス・活動C利用者の区別を意識した運用を求めており、仕様書にもその趣旨を盛り込んでいる。理想は空間分離であるが、利用人数が少ない時期にはマンパワー負担が大きく、事業所ごとに現実的な運用調整が行われている。
- 受入方式
委託先は、エリアではなく、本人の希望する時間帯や各事業所の空き状況を踏まえて案内先を調整している。1事業所は比較的柔軟に受入れ可能である一方、残る2事業所はそれぞれ定員 1 人、2 人となっている。

- **研修と事例共有**
アドバイザーが提示した動画事例や継続的なグループワークを通じて、事業所、地域包括支援センター、役場の間で「改善できる事例」のイメージが共有されていった。毎月の通所 C カンファレンスの導入後は、役場・包括・事業所が事例を持ち寄って意見交換する機会が定着し、連携が進んだと感じている。
- **庁内専門職の活用による支援体制**
自治体によっては、地域でリハ専門職を十分に確保することが難しい場合もある。益城町では、行政担当職員の一人が理学療法士であり、そのことが事業推進の上で大きな強みとなっている。必要に応じて担当者会議への同行や訪問を行い、特に初めて通所型サービス・活動Cにつながるケースでは、生活機能評価やケアマネジメントを専門的に支援している。利用開始前の生活場面の動画撮影にも関わり、役場・包括・事業所間の情報共有を支えている。

4. 対象者像・抽出方法

- **対象者像**
対象者の判断は、地域包括支援センターが基本チェックリストを用いて行っている。自立している部分と部分的自立の部分を見ながら改善目標を立て、通所型サービス・活動Cが適切かどうかを検討している。
- **主な抽出ルート**
主な入口は地域包括支援センター窓口からの相談である。役場窓口からの流れも一時期増えたが、最近は減っており、今後はこの経路の強化が課題とされている。加えて、広報誌、住民向け講演会、通いの場での啓発、一体的実施事業、健診・結核検診の場も活用している。
- **対象者確保の課題**
利用者数は近年大きく増えておらず、横ばいで推移しているとの説明であった。要支援認定を受けた人をより適切にサービス・活動Cへつなぐ流れの必要性が検討されている。

5. プログラムと支援の流れ

- **アセスメントから利用開始まで**
アセスメントは基本的に包括が行い、生活機能評価表を用いて改善目標を立てている。その後、包括がプランを作成し、担当者会議を開き、担当者会議の場でリハ専門職も同行して生活場面の動画を撮影し、利用開始につなげている。
- **プログラム内容**
事業所ごとに具体的な運動内容は異なるが、共通して目標心拍数を設定し、運動負荷量50%以上を意識している。マシン、起立練習等を組み合わせ、30秒立ち上がりテストも評価と運動を兼ねて活用している。月初めに体力測定を行い、その結果をカンファレンスで共有している。
- **訪問指導と終了後フォローアップ**
目標が買い物や掃除機かけなど生活場面に関するものである場合には、2～3 か月目に事業所が自宅や地域に訪問し、実践場面での動作指導を行っている。終了後 3 か月の時点でも事業所のリハ専門職がモニタリングを行い、目標や生活機能の維持状況を確認している。

- セルフマネジメント支援
各事業所が独自のファイルを作成し、通所以外の日の運動や口腔体操の実施状況を記録してもらっている。自主練習の継続が改善に影響するとの実感が語られている。

6. 事業の評価・効果測定

- 評価指標
握力、5秒間立ち上がり、5m歩行、Timed Up & Go test、生活機能評価表、本人目標、生活場面の動画等を用いている。
- 評価時期と卒業判断
導入前、終了時、終了一定期間後に評価している。卒業判断は3か月目のカンファレンスで行い、本人目標の達成、相当する機能の獲得、本人なりの社会参加や自主訓練手段の獲得を基準としている。
- 費用対効果の見える化
事業終了者がそのまま介護サービス利用に移行した場合の想定金額と、現状を比較して費用対効果を示している。

7. 工夫している取組内容とポイント、効果・成果

- 毎月の通所Cカンファレンス
役場、地域包括支援センター、事業所が参加する全事例の通所Cカンファレンスを毎月開催している。改善事例や対応上の工夫を共有するとともに、事業運営上の課題や判断のすり合わせを行う場となっている。
初月の方は目標や支援方針を共有、中間までの課題を整理し、中間の時点で卒業できそうかどうかの判断を行い、終了時は目標達成確認や、その後の生活や参加の見通しまで含めて整理している。
- 動画による成果共有
開始前の生活場面動画、体力測定時の動画、訪問指導時の動画を共有している。改善事例を動画で確認できることが、関係者の理解形成と支援の質向上に大きく寄与した。
また、通所Cの効果を住民に分かりやすく伝える啓発材料として役立った。
- 加算設計による後押し
初回加算、カンファレンス出席加算、訪問指導加算、終了後フォローアップ加算を設定している。これにより、教室内の訓練だけでなく、生活場面への支援や終了後の確認までを視野に入れた支援が促されている。
- 事業全体としての成果
再構築前と比べて再構築後は「実際に改善できる事例」が見えるようになり、関係者の理解や自信が高まっていった。総合事業費の上限超過も、加速化事業後は抑えられている。

8. 今後の課題・展望

- 運用上の課題
対象者の確保、成功しにくい事例への対応、関係者間で判断基準や目線をそろえ続けること、終了後の受け皿の確保、ケアマネジメント担当の負担などが課題として挙げられている。
- 終了後の受け皿の不足
サービス・活動C終了後の参加先として想定される地域の通いの場や集いの場が、必ずしも十分に受入れ可能な状態ではないことが課題となっている。改善後に地域の活動へ移行することを目指していても、参加先の選択肢が限られる場合には、終了後のつながりを具体化しにくい。
- 今後の方向性
卒業後の通いの場として、一般介護予防事業を新たに展開する予定である。次期計画ではアウトプット・アウトカムを明確に示すことも想定している。
- 国・都道府県への要望
成功自治体の具体的な実践を学べる研修、地域包括支援センターとの関係性を支える仕組み、介護予防支援や介護予防ケアマネジメントへの処遇改善、県による居宅ケアマネジャーや包括向け研修の充実等が挙げられている。

高齢者のウェルビーイング向上をめざし、シームレスな支援と地域づくりを一体的に進めるサービス・活動 C

1. 事業概要

「貯筋(ちょきん)」という名称には、**筋肉を蓄えることが将来の安心と「主観的幸福感」に直結する**という意味が込められており、国東市のビジョンを象徴するものとなっている。特筆すべきは、「50,000 円」という**成功報酬(加算)の設定**である。一見すると高額に見えるが、行政的な視点からは、卒業せずにデイサービスの利用を継続した場合に生じる給付費と比較すれば、**相対的に合理的な投資と位置づけ**られている。これは「**成果に対して対価を支払う**」という行政の明確な意思表示であり、事業所の質の向上や設備投資を促進する仕組みとして機能している。

国東市の戦略は、短期集中予防サービスを「**地域の担い手を輩出する育成機関**」として機能させることにある。高齢者が自らの健康を「貯筋」し、それを**地域活動や就労として「還元」**する。このサイクルは、**持続可能な地域共生社会の理想的な縮図**といえる。

人口(2025年4月)	24,863人
面積	318.09 km ²
高齢者数(2025年4月)	前期高齢者数 4,409人、後期高齢者数 6,616人
高齢化率	44.3%
調整済み要介護認定率	13.9%(2024年)
調整済み軽度要介護認定率	8.9%(2024年)
日常生活圏域数	4
開始時期	総合事業:2015年度 サービス・活動C:2022年度(2021年度試験実施)
対象者	新規相談者のうち、同行訪問アセスメントでサービス・活動Cの利用が適していると判断された高齢者(除外要件あり)
利用実人数	30人(2024年度)
運営形態	委託
プログラム種別	通所型複合
プログラム期間	週2回・3か月間(全12回程度)
プログラム内容	運動、栄養、口腔、社会参加、セルフマネジメント、複合支援
受入方式	随時受入
関与専門職	理学療法士、作業療法士、歯科衛生士、管理栄養士、地域包括支援センター職員、生活支援コーディネーター、柔道整復師
実施場所	委託事業所

報酬・加算設定	<ul style="list-style-type: none"> ・運動 1 回 30000 円(利用者 1 人～3 人、4 人目以降加算あり)、栄養・口腔 1 回 8000 円(1 人)、送迎片道 200 円 ・訪問アセスメント加算 1 回・1 人 7000 円(2 回まで)、訪問フォローアップ加算 1 回・1 人 7000 円(プログラム終了後 1 回まで)、口腔フォローアップ訪問加算 8000 円(プログラム延長決定後 1 回まで) ・状態像改善加算相当費:運動 50000 円(1 人・1 回限り、要介護認定取り下げ時)、
利用料	無料(送迎含む)
事業費	約 1,024 万円(2024 年度)、上限越えの有無:有
所管部署と関連課数	サービス・活動C: 福祉課 関連課の数(3)

※事業の詳細は国東市「貯筋で幸せ向上サービス」(通所型短期集中予防サービス)実施マニュアル <https://www.city.kunisaki.oita.jp/uploaded/attachment/25317.pdf> で公開されている。

2. 事業の実施背景: 自立支援への転換と制度再設計

サービス・活動C導入の背景には、「サービス提供ありき」から「自立支援型マネジメント」への転換という強い問題意識があった。地域ケア会議を通じて、介護予防において最も重要なのはアセスメント力であり、適切な対象者選定と目標設定が不可欠であることが共有された。

- 事業開始のきっかけ

国東市では、以前より要介護認定率が高い状況があり、要介護状態への進行予防と生活機能改善を図る必要があり、平成28年度から総合事業で介護予防に取り組んだ。以前は、サービス提供ありきのケアマネジメントが主流で、ケアマネジメント力、特にアセスメントの向上が課題であった。
- 段階的導入

通所型サービス・活動A(特化型)を試行的に実施した。対象者ミスマッチや成果の出にくさといった課題を検証した。その後、サービス提供事業所のスキルアップ、専門職の体制整備を経て、令和3年10月に通所型サービス・活動Cへ移行した。
- 地域課題
 - ・ 事業所が減少しており、圏域ごとの事業所や専門職確保が難しい
 - ・ 交通や地理条件により利用しにくい地域がある
 - ・ 生活支援体制整備事業の地域での支え合いの体制づくりの進行状況に地域差がある
- 総合事業全体のデザインとサービス・活動Cの位置づけ

新規の相談者に対し、除外 5 要件該当者以外は、同行訪問アセスメントを実施。リハ職がICFの視点で評価をし、どの社会資源(一般介護予防事業、介護予防事業、サービス・活動C等)を使うのが適切か判断している。サービス・活動Cは、単なる機能訓練ではなく、「短期集中」「成果志向」「卒業前提」という特徴を持ち、生活機能改善から社会参加につなげる支援として、総合事業の中核的な自立支援モデルとして位置付けられている。生活支援体制整備事業との連携を重視している。

- 住民や地域団体への周知・啓蒙

案内リーフレットや紹介動画を用いて啓蒙している。窓口相談やアウトリーチの場面で、サービス内容を分かりやすく伝えるため、実際の様子を動画でサービスを紹介している。また、サービス利用前後の比較をした動画を提示することで、利用につなげている。地域のサロンや集いの場へ出向き、サービス・活動Cの出前講座を実施。事業の説明を行うと同時に、介護予防コーディネーターによるフレイルチェックを行っている。サービスを卒業した高齢者が地域のサロンなどに戻っていき、サービス・活動Cの良さを広めている口コミの効果が顕著に出て、利用者数増につながっている。

3. 導入準備・事業設計

- 専門職体制の構築

地域リハビリテーション活動支援事業を活用し、同行訪問アセスメントを組み込むことで、専門職が介入する仕組みを確立した。リハ職の関与により、適切な対象者選定とプログラム設計が可能となり、サービス・活動Cへ移行できた。

すべての事業所に歯科衛生士や管理栄養士が配置されているわけではないので、口腔栄養ステーションの歯科衛生士や管理栄養士がアセスメントやカンファレンスに関与している。

- 成果連動型制度設計

本事業の特徴は「状態改善加算(50,000円)」である。これは、サービス終了(卒業)後に、利用者が要介護認定を取り下げる等の成果に対して委託事業所に支払われるインセンティブである。

この設計は、

- ・事業所のアウトカム志向の強化
- ・サービスの質向上
- ・設備投資の促進

を同時に実現する仕組みとなっている。

- 事業所との協議の場

年に1~2回、意見交換会を開催し、情報交換や改善につながった事例を共有している。

4. 対象者の抽出・選定ルートの構造化とアセスメントの高度化

- 包括職員の初回訪問と「除外5要件」設定による対象者の明確化

要支援者または事業対象者として、初めてサービスの利用希望があった場合、真に必要なサービスにつなぐために、地域包括支援センターが初回訪問し、アセスメントを実施する。

認知機能の著しい低下、難病、がん末期、精神疾患、急性疾患、その他(他のサービス利用の意向が強い場合又は長期間のサービス利用が必要な場合)の状態像に適合する人については、「除外5要件」とし、原則、短期集中予防サービス以外の事業や予防給付・介護給付サービスの利用による支援としている。

- 同行訪問アセスメント ※単価:14,000円(1時間あたり7,000円)

「除外5要件」に該当しない場合、包括職員とリハ職が同行訪問を行い、ICFに基づく包括的評価を実施する。このプロセスにより、適切なサービス選択と本人の動機づけが同時に行われる。

- 介護予防ケアマネジメントの強化
サービス・活動Cの導入にあたり、ケアマネジャーに研修をし、利用者本人の望む生活の目標設定をしたケアマネジメントへとブラッシュアップした。このことがサービス・活動Cの成功の要因の一つだと考えている。
- ケアマネジメントにおける ICT 活用
サービス・活動Cへの移行に向けて、ケアマネジャーのアセスメント力を高めた結果、自分の頭で考えたいというケアマネジャーが多かったが、経験の浅いケアマネジャーもあり、結果的には ICT 活用によりケアマネジメントの質の担保と業務負担の軽減につながっている。訪問先で利用者と一緒に興味・関心シートや運動、口腔、栄養のアセスメント項目に入力してもらうことで、利用者が「自分の希望をいかした、自分だけのケアプランを作ってくれた」と喜ばれている。

5. プログラムの内容

リハビリ専門職による運動機能向上プログラムを中心に、口腔・栄養支援を組み合わせ、生活機能の改善と社会参加につながる行動変容を促す。個別の生活課題(調理・外出等)に応じたプログラムを実施。

- プログラムの構造化
 - ・ 3 か月のフェーズ構成
 - 1 か月目「助走(評価)」:運動機能検査、ウォーミングアップ
 - 2 か月目「筋力アップ(負荷)」:本格的に運動を実施、セルフトレーニングの確認
 - 3 か月目「機能適応(実生活への応用)」:運動とセルフトレーニングの継続、最終検査と段階的に進行。これに加えて、ケアプランに位置付けられた個別プログラムを実施。
 - ・ 定量的指標(エビデンス)
CS-30(30秒立ち上がりテスト)、5m歩行、TUG(Timed Up & Go)等の指標を、ICTを活用して動画で可視化。
 - ・ 三位一体のアプローチ
運動だけでなく、包括内の「口腔栄養ステーション」と連携。管理栄養士・歯科衛生士が介入し、「食べなければ筋肉は貯まらない」というロジックを徹底。
 - ・ 宿題によるセルフマネジメント支援
通所日以外(週5日)のセルフトレーニングを重視し、宿題シートで生活習慣化を図る。
- 「卒業(終了)」の基準や判断のプロセス
 - ・ 本人の望む生活を重視。サービス開始1か月後にリハ職が自宅を訪問し家屋調査、ケアマネジャーは随時の訪問に加え、サービス開始3か月後に自宅を訪問し、確認を行っている。タブレットを活用し、写真や動画を撮影し、共有している。
 - ・ 客観的判定と合意形成
3か月後のゴールカンファレンスにて、利用前後の比較動画を保険者、事業所、ケアマネ、生活支援コーディネーター(SC)が共同で確認。機能改善を可視化することで、納得感のある卒業を促す。
セルフトレーニングや自宅での生活ができていて、要介護認定を取り下げても在宅での生活に支障がないことを確認できたら、状態改善加算をつける、というプロセスになっている。

- 「卒業(終了)」後の社会参加接続を見据えた具体的アプローチ
 - ・ SC が関与し、地域活動、就労的活動への接続を支援する。
 - ・ 一般介護予防事業や地域のサロンが充実している。

認定を取り下げることへの不安(見捨てられ不安)に対しては、2週間に1回の「セルフケア教室」などの一般介護予防事業が受け皿となる。「保険証がなくても、ここに来れば仲間と機能を維持できる」という安心感の設計が、スムーズな卒業を支えている。

サロンへの誘導にとどまらず、本人の望む具体的な役割への接続が特徴となっている。

例) 農作業の再開、道の駅での販売、漬物づくり、生活支援整備体制事業のカフェでの配膳や弁当作り、インストラクターとしての活動復帰

6. 連携先との連携内容・工夫、連携による効果

- 多職種によるケースカンファレンス

サービス提供事業所において、計画作成者、事業所、生活支援コーディネーター、介護予防担当者(行政)、地域包括支援センター等が参集し、スタートカンファレンス(介護予防ケア計画、運動機能評価、家屋状況等)やゴールカンファレンス(ケア計画の評価、卒業後の受け皿等)を協議している。
- 口腔栄養ステーションとの連携

包括に栄養士と歯科衛生士が配置された口腔栄養ステーションを設置している。ステーションの専門職が訪問し、自宅での食事内容や口腔運動のトレーニングの様子を確認するなど連携し、状態改善に向けてのアセスメント支援を実施している。
- 医療機関との連携

医療のリハ職と地域のリハ職の連携体制が十分とは言えなかったが、現在は市の中核となっている病院のリハ職が地域の研修に参加する機会をつくっている。サービス・活動Cの卒業者の好事例の共有や介護予防のケアプランを学ぶことで、サービス・活動Cに対する医療のリハ職の意識が高まっている。
- シームレスな医療介護予防連携

来年度から、入院中の患者に対して、サービス・活動Cの利用を検討する取組を構築中である。医療のリハ職のアセスメントにより、退院前カンファレンスのときには、事業対象者であれば、サービス・活動Cの利用が決まっているような状況を想定している。退院してから手続きすると、サービス・活動Cの利用までに2か月程度かかるが、入院中からつなぐことで、タイムラグの発生を防ぐことができる。さらに総合事業対象者の課題であった医療情報がないという点がカバーできるというメリットがある。
- SC との連携

SC との連携を重視している。SC、包括、行政がアプローチをすることで、本人の望む活動につながる事がのぞましい。また、地域共生社会の実現をめざすうえで、少子高齢化で担い手が不足しており、高齢者に高齢者の取組を担ってもらわないと国東市の課題は解決できない状況にある。行政や包括としても地域づくりに関わる。就労的活動支援について、今後は雇用につなげたいので、企業やシルバー人材センターなどとの連携も検討している。

7. 工夫している取組内容とポイント、効果・成果

本事業は、認定率の抑制という定量的成果に加え、地域の「支え合いの文化」を再構築する役割を果たしている。

- 成果
 - ・ 低認定率の維持
高齢化率は高いが、認定率を低く抑えることに成功している。
 - ・ ポジティブな口コミによる利用の増加
「お姉ちゃん、なんでそんなに元気になったの？」という住民間の会話が、最大の普及啓発ツールとなっている。
 - ・ 専門職の連携深化
病院リハ職、地域リハ職、ケアマネジャーが「介護予防」「自立支援」という共通の指標で対話可能となった。

8. 今後の課題・展望

- 直面する課題
 - ・ キャパシティの不足
利用者の増加に対して事業所は減少しており、市内 4 圏域中、現在 3 圏域にしか事業所がない。各圏域における事業所立ち上げ及び事業所の確保が課題。
 - ・ 地域への支え合い活動への移行
利用者によっては、運動が楽しくなり、介護認定を受けてサービスを継続するケースや、人と話すのが苦手な自宅から出ずに引きこもっているケースもあるが、地域のなかで本人が役割習得して活躍できるよう取り組んでいる。
 - ・ 同行訪問アセスメントの専門職の確保
来年度からの医療機関とのシームレスな連携により対応予定。
 - ・ 家族のレスパイトニーズとの葛藤
単身世帯の高齢者や、高齢者夫婦が多く、家族側の「預かってほしい」というニーズに対してデイケアの利用が選択される傾向がある。
- 展望
 - ・ サービス・活動Cの普及啓発
高齢者本人だけでなく、民生委員や地域の方に、総合事業のデザインを含めてPRしていく必要がある。
サービス・活動Cの入口に、最もつながるのは口コミであり、利用者の家族や近隣住民が「わたしも行きたい」となり、もっとも利用促進の要因になっている。

大分県九重町

中山間・人口減少地域、訪問型複合および通所型複合

利用前の同行訪問アセスメントと4段階カンファレンスで、改善から社会参加までを丁寧につなぐサービス・活動C

1. 事業概要

九重町は、小規模な中山間地域において、町、地域包括支援センター、社会福祉協議会が密接に連携し、短期集中予防サービスを運用している。特徴は、利用前の同行訪問アセスメントを全件で実施し、4段階カンファレンスで支援方針や卒業後の見通しを共有しながら、改善から社会参加までを丁寧につないでいる点にある。また、利用者の変化が口コミで広がり、新たな参加につながっている。

人口(2025年4月)	8,166人
面積	271.4km ²
高齢者数(2025年4月)	前期高齢者:1,500人 後期高齢者:2,231人
高齢化率	45.7%
調整済み要介護認定率	15.6%(2024年)
調整済み軽度要介護認定率	10.2%(2024年)
日常生活圏域数	1
開始時期	総合事業:2016年度 サービス・活動C:2016年度(平成28年度)
対象者	事業対象者および要支援者 廃用性症候群による生活機能低下で改善が見込まれる者を対象としている。進行性疾患や医療管理が必要なケースは除外している。
利用実人数	訪問型 69名、通所型 69人(2024年度)
運営形態	社会福祉協議会へ委託
プログラム種別	通所型複合・訪問型複合
プログラム期間	訪問型:必要時に実施 通所型:週1回・2時間 3か月間(12回)
プログラム内容	訪問型は理学療法士による生活環境の評価と日常生活動作改善に向けた個別指導を行う。通所型は集団体操と個別プログラムを組み合わせ、運動を主軸に、口腔支援、栄養面のセルフチェック、健康講話等を組み込んでいる。
受入方式	毎月受入(3か月間の中で各月1名以上受入可能)
関与専門職	理学療法士、看護師、歯科衛生士、管理栄養士、ケアマネジャー、生活支援コーディネーター
実施場所	委託事業所(社会福祉協議会)施設内 ※町・包括と同一建物

報酬・加算設定	単価:1人1回5,000円。 加算:機能改善加算:2万円/人、社会参加加算(維持加算):3,000円/人。
利用料	介護保険と同様の1~3割負担
事業費	訪問型:約85万円、通所型:約547万円(2024年度) 上限越え:無
所管部署と関連課数	地域共生支援課 関連課の数:0

2. 事業の実施背景

- 従前の通所サービスに対する課題意識
九重町では、従前の通所サービスでは、改善が見込まれる人であっても利用が固定化し、卒業につながりにくいことが課題となっていた。地域包括支援センターの保健師やケアマネジャーも、この点に課題意識を持っていた。
- 地域特性と介護予防上の課題
九重町は、小規模な中山間地域であり、農業従事者が多く、膝痛や腰痛等を抱える高齢者が多い。町域が広く山間部も含むため、送迎の確保が課題となりやすく、通所系サービス事業所も限られている。そのため、改善が見込まれる人を適切に短期集中予防サービスへつなぐ必要があった。
- 総合事業におけるサービス・活動Cの位置づけ
サービス・活動Cは、短期集中の介入により改善が見込まれる事業対象者や要支援者を優先的につなぐ中核的な事業として位置づけられている。新規の要支援者や事業対象者については、まずサービス・活動Cへの参加を促し、改善後は地域資源へ移行する流れを基本としている。

3. 導入準備・事業設計

- 庁内連携を活かした導入準備
九重町では、町と地域包括支援センターが庁舎内で日常的に連携できる体制があり、小規模自治体の機動力を活かして準備を進めていた。事業者説明会、内規整備、効果評価方法の整理、予算や人員の検討などを行い、約1年の準備期間を経て事業を開始した。
- 先進事例を踏まえた事業設計
事業設計に当たっては、大分県内の先進事業所をモデルとした。
4段階カンファレンス、利用前の同行訪問100%実施、動画による成果の見える化、などを取り入れ、小規模自治体でも安定的に実施できる仕組みを整えていた。単なる機能訓練ではなく、改善から卒業後の社会参加までを支える仕組みとして設計していた点が特徴である。
- 研修と実施事業者の確保
実施事業所のリハビリテーション専門職は、先進事業所で15日間の現地研修を受講し、その費用は町が負担した。開始時には先進事業所の実践者による実地研修も実施した。当初は別事業所が実施していたが、撤退後に社会福祉協議会が引き継ぎ、理学療法士を専任採用して現在の体制を整えた。歯科衛生士は県歯科衛生士会から派遣を受けている。

4. 対象者像・抽出方法

- 対象者像
廃用性症候群により生活機能が低下しているものの、短期集中の介入により改善が見込まれる事業対象者・要支援者を主な対象としている。意欲の有無も判断材料の一つとしている。
- 主な抽出ルート
対象者の把握は、口コミ、窓口、一体的実施事業、医療機関からの紹介など複数のルートで行っている。特に口コミの影響が大きく、元利用者が友人や近隣住民を誘って参加につながる事が多い。男性は参加につながりにくい傾向があるが、家族、特に妻からの紹介ルートが一定数ある。
- 多職種の視点を生かした同行訪問アセスメント
サービス・活動Cの利用について相談があった場合、教室開始前に、理学療法士と地域包括支援センター職員が必ず同行訪問し、その場でアセスメントを行っている。理学療法士は身体機能や動作、住環境等の視点から、保健師やケアマネジャー等は健康状態、生活状況、本人の意向等の視点から確認するため、多面的に状態を把握しやすい。これにより、対象者としての適否を見極めるとともに、教室開始後の支援方針も早い段階で共有している。

5. プログラムと支援の流れ

- 通所型・訪問型の基本構成
通所型は、集団体操と個別プログラムを組み合わせた複合型である。運動を主軸としつつ、口腔、栄養、セルフマネジメント支援を組み込んでいる。訪問型では、理学療法士が自宅を訪問し、生活環境の評価や日常生活動作の改善に向けた個別支援を行っている。
- 利用者の望む暮らしを起点とした支援
事前の同行訪問アセスメントでは、これまでの生活や今後望む暮らし、社会参加について確認している。農業、趣味、地域活動等の情報を把握し、卒業後の活動先の検討にもつなげている。
- 元の生活に戻るための目標設定
「公民館まで歩いて行きたい」「また畑をしたい」など、達成の有無が分かる具体的な目標を設定している。本人の生活や意欲に根ざした目標とすることで、教室内だけでなく、在宅での行動変容にもつなげている。
- セルフマネジメントを高める支援
個人ファイルを用い、食事記録、体操実施チェック、体重記録等を継続してもらうことで、在宅での取組を習慣化している。また、本人に分かりやすい生活上の目安を示し、自分で状態変化に気づけるよう支援している。
- 卒業後を見据えた支援
開始時から卒業後の目指す姿を関係者で共有し、中間段階で地域の通いの場やサロン等への接続を具体的に検討している。生活支援コーディネーターが地域資源情報を提供し、地域包括支援センターやケアマネジャーが参加を後押ししている。

6. 事業の評価・効果測定

- 評価指標
握力、30秒椅子立ち上がり、5メートル歩行、Timed Up & Go test、基本チェックリスト、社会参加状況、本人目標などを用いている。動画も活用し、定量評価と定性評価の両方を行っている。
- 卒業判断
基本は3か月(12回)での卒業としている。中間カンファレンスで、目標達成状況や体力測定結果、動画等を踏まえて予後予測を行い、卒業可否を判断している。必要な場合は最大2クールまで継続可能としている。
- 加算判定との連動
機能改善加算と社会参加加算の判定は、カンファレンスの場で行っている。評価と加算判定を一体的に行うことで、改善と社会参加の双方を意識した支援につなげている。

7. 工夫している取組内容とポイント、効果・成果

- 4段階カンファレンスによる支援修正
事前・初回・中間・最終の4段階でカンファレンスを実施している。開始直後のリスク、中間時点での卒業可否、卒業後の活動先、最終評価と加算判定までを段階的に整理しており、変化に応じた支援修正を行いやすい。
- 動画による成果の見える化
体力測定や基本チェックリストに加え、姿勢や歩行等のビフォーアフター動画を活用している。本人、家族、関係者が変化を視覚的に確認できるため、成果確認だけでなく、継続意欲の向上や支援方針の共有にも役立っている。
- インセンティブの設定
機能改善加算と社会参加加算を設定し、終了時の改善だけでなく、卒業後の活動先への接続も評価対象としている。これにより、事業所やケアマネジャーが改善と社会参加の両方を意識して支援する仕組みとなっている。
- 卒業判断
基本は3か月(12回)での卒業としている。2か月目頃の中間カンファレンスで、目標達成状況や体力測定結果、動画等を踏まえて予後予測を行い、卒業可否を判断している。必要な場合は最大2クールまで継続可能としている。
- 事業全体としての成果
町としては、サービス・活動C開始後に要介護認定率が低下し、その後も横ばいで維持されていることや、通所系サービスの新規利用者を優先的にサービス・活動Cへつなぐことで、従前サービス依存の抑制に寄与していることを成果として認識している。卒業後も元利用者の口コミにより新たな参加者が生まれており、地域の介護予防意識の向上にもつながっている。

8. 今後の課題・展望

- 事業所体制の強化
現在は、理学療法士と看護師を中心とした少人数体制で運営しており、体制の脆弱さが課題となっている。
- 送迎負担への対応
山間部を含む広い町域を有するため、送迎ルート調整は大きな負担であり、今後も安定運営には対応が必要である。
- 評価と報酬の整理
要介護認定率の維持等の効果は認識している一方、財政効果や事業効果を客観的に評価する仕組みは十分ではない。報酬水準の見直しや体制強化の根拠として活用しにくい点は課題である。

令和 7 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)事業

短期集中予防サービス
(サービス・活動 C)の効果的な実施に関する調査研究
【調査結果報告書】
令和 8 年3月

株式会社日本能率協会総合研究所
〒105-0011 東京都港区芝公園 3-1-22
TEL 03-3578-7500
FAX 03-3432-1837
<https://www.jmar.co.jp>
