

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)

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 効果的な実施に向けた手引き

～市町村による介護予防・日常生活支援総合事業の
効果的な展開に向けて～

令和8(2026)年3月

株式会社 **日本能率協会総合研究所**

はじめに

1. 本手引き作成の背景

介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という）ガイドライン（以下、「ガイドライン」という）には、総合事業の目指す姿として「高齢者が、自助・互助・共助・公助のつながりの中で、地域の力と専門職の力を活用しながら、自身の力を発揮しつつ、自立した日常生活を送ることのできる社会の実現」が掲げられています。すなわち、総合事業においては、その対象である要支援者や事業対象者（以下、「要支援者等」という）がセルフマネジメントできるよう支援することが前提であり、運動・口腔・栄養といった心身機能の改善にとどまらず、ICF（国際生活機能分類）の視点から「活動」や「参加」にも働きかけることが「効果的かつ効率的な支援」の核心とされています。

要支援者等は、歩行や排泄などの基本的な日常生活動作（ADL）はほぼ自立しているものの、買い物・外出・服薬管理といった手段的日常生活動作（IADL）に支援が必要な状態です。また、進行性疾患や病態が安定しない者等の一部を除き、要支援者等は「可逆性」があり、適切な支援によって改善が期待できます。こうした要支援者等に対して、保健・医療の専門職が3～6か月の短期間に集中的な支援を行い、セルフマネジメント能力を高めて地域活動や社会参加へとつなぐのが短期集中予防サービス（サービス・活動C、以下「本サービス」という）です。ガイドラインでも、「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」には、本サービスを提供することが想定されています。しかしながら、本サービスの普及は全国的に十分とはいえず、未実施や形骸化が広範囲に見られます。その背景には、人材・財源の不足といった表面的な問題だけでなく、より根深い構造的な課題があります。

2. 短期集中予防サービスが普及しない真因

相談窓口寄せられる声の多くは「元の生活に戻りたい」ではなく、不安の解消を求める「サービスを使いたい」というものです。また、本人・家族・専門職・事業者のいずれもが「要支援者は改善できる」という認識を共有できておらず、サービスは「生活機能改善の手段」ではなく「不安を埋める手段」になりがちです。その結果、本来、改善可能なはずの要支援者等であるにも関わらず、再び不安を生むことのないようにサービス提供が継続され、場合によっては廃用症候群を招き、そのまま要介護状態へ移行するという逆説的な状況が生まれています。この構造は、高齢者・家族の心理的要因、地域包括支援センターの業務過多や多職種連携不足といった専門職要因、事業設計への不安や改善可能性への確信の薄さという行政要因等が重なって生じており、本サービスが広がらない真因もここにあります。

3. 本手引きの目的と対象範囲

本手引きは、以上の真因を踏まえ、市町村が本サービスを効果的に実装できるよう支援することを目的として作成しました。対象範囲は、入口（基本チェックリストの活用・対象者の把握と選定・同行訪問アセスメント）から出口（セルフマネジメントの定着・地域活動や住民主体サービスへの接続）まで、総合事業の一連の流れ全体をカバーしています。なお、「介護予防マニュアル第4版」や「介護予防の取組強化・推進のための市町村マニュアル」、「介護予防活動普及展開事業市町村向け手引き（Ver.2）（自立支援型地域ケア会議）」、「通いの場の課題解決に向けたマニュアルVer.1」など既存文書に記載された内容との重複は避け、本サービスの普及・実装に特化した情報に絞っています。そのため、本手引きで示す内容は標準的な実施モデルを示すものではなく、短期集中予防サービスを中心とした総合事業の考え方や構成例を示したものです。各市町村においては、地域の実情や既存資源、実施体制等に依拠して、入口・実施・出口の各段階を柔軟に設計・運用することが前提となります。

※これらのマニュアル、手引きは、厚生労働省のWebサイトに掲載されています。

(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/index.html)

4. 本手引きの構成

第1章では、ガイドラインに基づき、総合事業の目的、要支援者等の特性、本サービスの位置づけと実施方法を整理します。

第2章では、改めて現在の総合事業のベースとなったモデル事業「市町村介護予防強化推進事業」の知見を踏まえた自立支援の考え方と、入口から出口までの事業設計の全体像を示します。

第3章では、エビデンスや委員会での検討を元に総合事業の現状・課題を分析し、介護サービスからの「終了」が難しい理由の真因と再定義・実装戦略を提示します。

第4章では、同行訪問アセスメント、自立支援型地域ケア会議、短期集中予防サービスの設計・運営・評価、生活支援体制整備事業との連動など、実践的な方策を紹介します。

第5章では、短期集中予防サービスを中心とした総合事業全体の支援の流れを、どのように構築・再構築していくかを整理します。

また、セルフマネジメント支援の実践に役立つコラムとして、口腔機能、動機づけ面接、ポリファーマシー対応、栄養改善についての専門職向けコラムを各章に収載しています。

本手引きは、市町村の総合事業担当者、地域包括支援センターの職員、リハビリテーション専門職、管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師など、本サービスに関わるすべての方を対象としています。

本手引きが全国の市町村における短期集中予防サービスの実装を後押しし、高齢者一人ひとりがセルフマネジメントを身につけて地域で生き生きと活躍し続けることにつながれば幸いです。

令和8年3月

「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」検討委員会

目次

第1章 短期集中予防サービスを中心とした総合事業の考え方

1節	総合事業の目的と効果的かつ効率的な支援	2
2節	居宅要支援被保険者等の特性	4
3節	サービス・活動事業における短期集中予防サービスの位置づけ	8
4節	短期集中予防サービスの実施方法	10

第2章 短期集中予防サービスを中心とした総合事業の設計

1節	市町村介護予防強化推進事業における要支援者等の自立支援の考え方	16
2節	入口から出口までの事業設計	19

第3章 総合事業の構造転換

1節	総合事業の現状	24
2節	なぜ、「終了」が難しいのか	26
3節	総合事業のビジョンの提示	28
4節	実装戦略	29

第4章 支援プロセスと実践ポイント

1節	相談窓口の体制	32
2節	効果的な改善に向けた介護予防マネジメントを実施するために	34
3節	自立支援型地域ケア会議	41
4節	短期集中予防サービスの実施（設計・運営・評価）	43
5節	生活支援体制整備事業	54

第5章 短期集中予防サービスを中心とした総合事業の構築・再構築プロセス（ヒアリング事例を踏まえて）

1節	構築プロセスの基本的な考え方	60
2節	規範的統合と方針の整理	63
3節	対象者像と支援の流れの設計	65
4節	短期集中予防サービスの事業設計	67
5節	研修・学習機会の確保	70
6節	試行実施	71
7節	普及と地域への展開	73

○ 第1章

短期集中予防サービスを 中心とした総合事業の 考え方

1 節

総合事業の目的と効果的かつ効率的な支援

介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」）の目的について、地域支援事業実施要綱（以下、「実施要綱」）には次のように書かれています。

総合事業は、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、**地域の高齢者に対する効果的かつ効率的な支援等を行うことを目的**としている。

では、「地域の高齢者に対する効果的かつ効率的な支援」とはどのような支援でしょうか。

実施要綱では、「住民主体の活動を含む多様なサービス・活動の充実を図り、高齢者の選択できるサービス・活動を充実し、在宅生活の安心確保を図るとともに、高齢者の社会参加の促進や介護予防に資する事業の充実による要介護・要支援認定に至らない高齢者の増加、効果的なマネジメントと自立支援に向けたサービス・活動の実施による自立の促進や重度化予防の推進等を目指す」とされています。

また、介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン（以下、ガイドライン）には以下のイメージ（**図表1-1**）が示されるとともに、総合事業の充実を通じて、「高齢者が、地域包括ケアシステムにおける自助・互助・共助・公助のつながりの中で、**多様な主体がもつ地域の力と医療・介護・福祉の専門職の力を活用しながら、自身の力を発揮しつつ、自立した日常生活をおくることのできる社会の実現**」を目指す、とされています。

図表1-1 高齢者や多様な主体の参画を通じた地域共生社会の実現・地域の活性化



地域の人と資源がつながり地域共生社会の実現や地域の活性化

出典：厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」

図表1-1 の上部のとおり、現状、大半の市町村における総合事業は、介護サービス事業者等の専門職が主としてサービスを提供する「従前相当サービス」が大宗を占めています。「元気～フレイル予防」の段階の高齢者は、高齢者自身が趣味や外出、コミュニティ、買い物、就労と

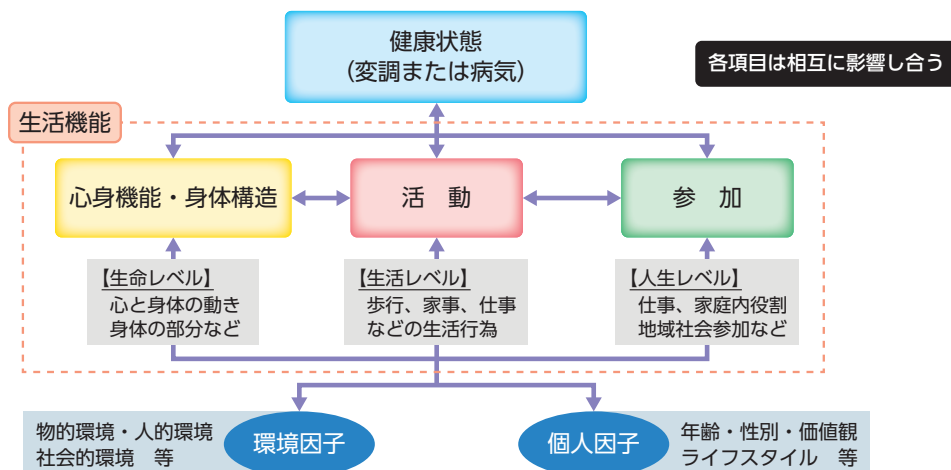
いった多様なサービス・活動を選択し、生活している一方、元気であるが故にフレイル予防の意識が薄い高齢者が多く、そのような高齢者は医療・介護専門職とのつながりが希薄です。そして、「フレイル～要支援」の段階に至ると、これまでつながっていた多様なサービス・活動の選択をあきらめざるを得ず、例えば、「買い物に行けない」「趣味活動に参加できない」となれば、従前相当サービスを活用し、「ヘルパーに買い物してもらおう」「趣味活動を続けられるデイサービスに送迎してもらおう（あるいは、デイサービスで新たな趣味活動を見つける）」ことで生活を維持しているということです。

そこで、ガイドラインでは、「総合事業の「充実」とは、地域のつながりの中で、幅広い世代の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寄り合いながら、高齢者自身が適切に活動を選択できるようにするものと位置づけるべき」としています。具体的には **図表1-1** の下部のとおり、サービス・活動事業の活用などによって、「フレイル～要支援」でも趣味や外出、コミュニティ、買い物、就労といった多様なサービス・活動を選択できるようにするとともに、専門職はサービスの提供ではなく「適切な選択の支援」を担うとともに、適切な介入によりこれまでの生活に戻します。

なお、「適切な選択の支援」については、実施要綱に介護予防ケアマネジメントの考え方が示されており、「その状態や置かれている環境等に応じて、目標を設定し、その達成に向けて介護予防の取組を生活の中に取り入れ、自ら実施及び評価できるように、また、高齢者自身が、地域で自立した生活を送るための活動を継続することにより、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるよう、心身機能・活動・参加の視点を踏まえて居宅要支援被保険者等の多様な選択を支援していくことが重要」とされています。

すなわち、総合事業においては、その対象である居宅要支援被保険者等（＝要支援者と事業対象者）が「セルフマネジメント」できるように支援することが前提となっており、また、国際生活機能分類（ICF）の考え方も踏まえ、運動、口腔、栄養といった心身機能に留まらず、「活動」「参加」に対して、「健康状態」だけでなく、「背景因子」（「個人因子」、「環境因子」）からも影響を受けていることも踏まえて、多様な選択を支援することが「効果的かつ効率的な支援」であると言えます（**図表1-2**）。

図表1-2 国際生活機能分類（ICF）モデル



2 節

居宅要支援被保険者等の特性

サービス・活動事業の居宅要支援被保険者等がセルフマネジメントできるようにし、多様な選択を支援するためには、居宅要支援被保険者の状態を正確に理解する必要があります。

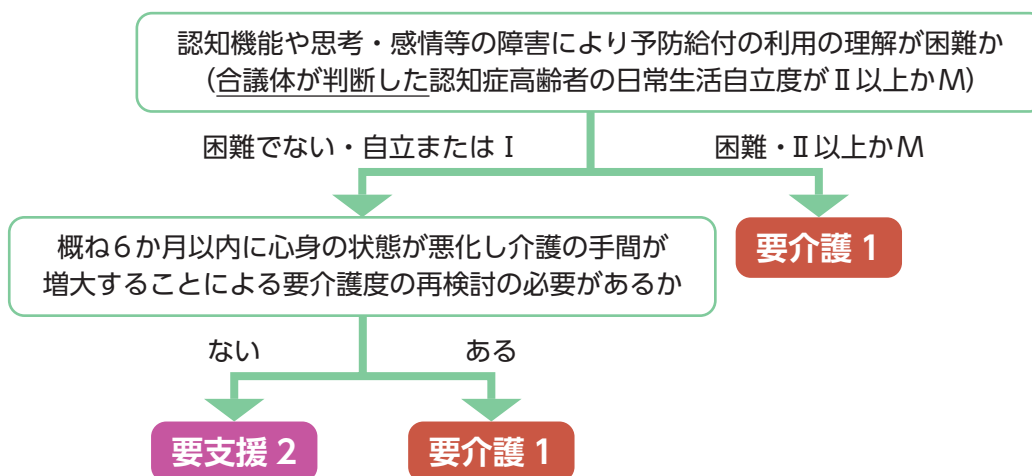
1 要支援者の認定要件

厚生労働省は、「要支援状態」について「家事や身支度等の日常生活に支援が必要であり、特に介護予防サービスが効果的な状態」と定義しています。具体的には、**図表1-3**のとおり、一次判定にて要介護認定等基準時間32分以上50分未満とされた者について、介護認定審査会による二次判定で「状態の維持・改善可能性にかかる審査判定」を行い、**図表1-4**の要件のいずれかに該当する場合は「要介護1」、いずれにも該当しない場合は「要支援2」とされます。

図表1-3 要介護認定等基準時間

区 分	要介護認定等基準時間
非 該 当	25分未満
要支援1	25分以上32分未満
要支援2・要介護1	32分以上50分未満
要介護2	50分以上70分未満
要介護3	70分以上90分未満
要介護4	90分以上110分未満
要介護5	110分以上

図表1-4 要支援2と要介護1の判定（状態の維持・改善可能性に関する審査判定）



出典：厚生労働省「要介護認定介護認定審査会委員テキスト2009」改訂版

つまり、要支援2と要介護1は、要介護認定等基準時間は同一ですが、要支援2は「状態の維持・改善可能性」があると見込まれる状態、要介護1は見込まれない状態ということです。

2 要支援者と事業対象者のフレイルの状況

図表1-1では、「フレイル～要支援」と「要支援」と「フレイル」が括られています。「フレイル」とは、「高齢期に生理的予備能が低下することでストレスに対する脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの転帰に陥りやすい状態」を表す“frailty”の日本語訳として日本老年医学会が提唱した用語です。「フレイル」は、「筋力の低下により動作の俊敏性が失われて転倒しやすくなるような身体的問題のみならず、認知機能障害やうつなどの精神・心理的問題、独居や経済的困窮などの社会的問題を含む概念」で、要支援認定と同様に「しかるべき介入により再び健全な状態に戻るという可逆性」がある状態とされています。

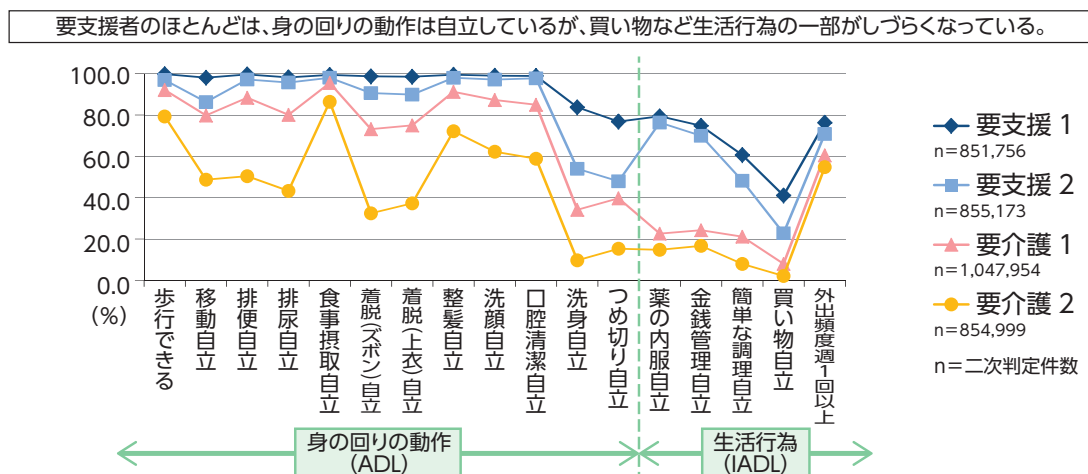
なお、令和4年（2022年）国民生活基礎調査によれば、要支援の原因は関節疾患19.3%、高齢による衰弱17.4%、骨折・転倒16.1%の3つで約半数を占めており、3つ以外の脳血管疾患（脳卒中）や心疾患（心臓病）、悪性新生物（がん）、呼吸器疾患、認知症、パーキンソン病等は数%程度です。

また、総合事業の事業対象者は基本チェックリスト該当者ですが、基本チェックリストは日常生活動作、運動器、低栄養状態、口腔機能、閉じこもり、認知機能、抑うつの7領域25個の質問群で構成されています。これらは「フレイル」の構成要素であり、基本チェックリストの総合点はフレイル評価法として妥当とされています。

3 要支援者の日常生活動作能力と閉じこもりの状況

図表1-5は、要支援1～要介護2の認定調査結果をグラフにしたものです。要支援者は歩行や排尿排便といったADLはほぼ自立であるものの、買い物や外出などのIADLに支援が必要であることに加えて、特に、薬の内服や金銭管理などの自立割合が要支援1、2は8割程度、要介護1、2が2割程度と大きな差があることが確認できます。

図表1-5 要支援1～要介護2の認定調査結果



※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

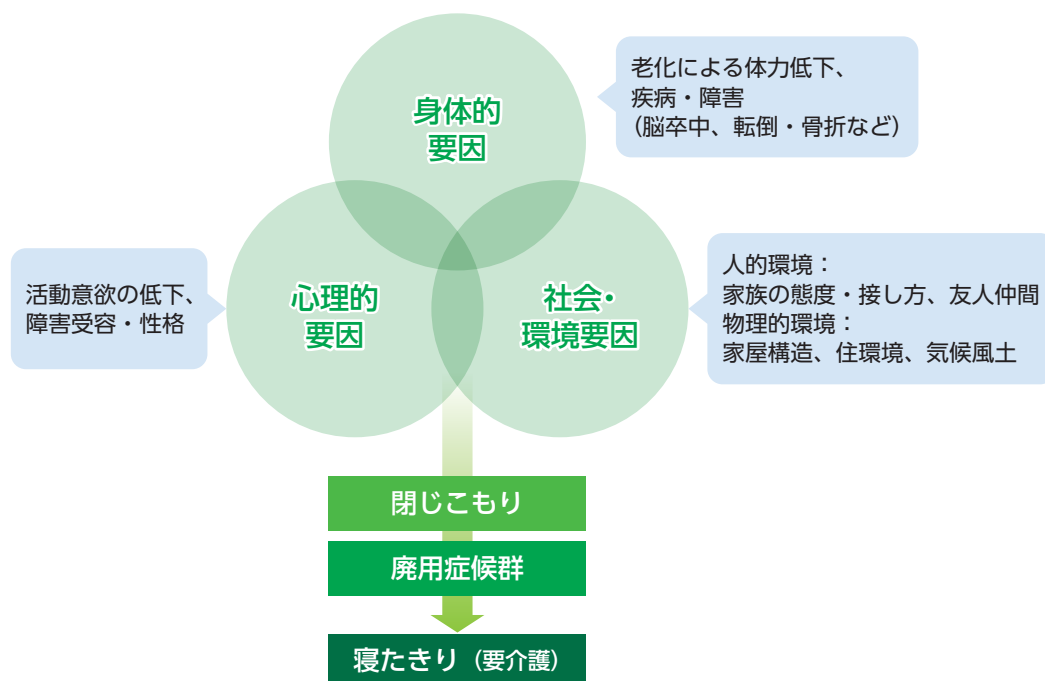
※2 平成23年度要介護認定における認定調査結果（出典：認定支援ネットワーク（平成24年2月15日集計時点））

出典：社会保障審議会介護保険部会（第45回）資料

IADLのうち外出についてガイドラインには、「当たり前の生活が、病気による体調の不調や、加齢に伴う視力や聴力の低下などをきっかけに生活がうまくできなくなり、その結果生活の意欲が低下し、閉じこもり状態に至る」とあります。また、介護予防マニュアル第4版には、「家庭における役割（買い物など）がない、あるいは地域社会における役割がないと、外出の頻度が低く」なり、「活動性が低下することにより、廃用症候群が発生・増悪し、さらに心身両面の活動能力を失っていき、最終的に要介護状態へと進行する」とあります。

なお、「要介護状態の原因としての閉じこもりをもたらす要因には、身体的、心理的、社会・環境要因の3つがあり、それらが相互に関連して発生する」と考えられています（**図表1-6**）。また、「閉じこもり高齢者は認知症、うつ状態、運動器の機能低下、低栄養、口腔機能の低下など、さまざまな要支援・要介護のリスクを併存している可能性が高く、閉じこもりを引き起こす要因と健康障害の関連・影響を考慮する必要がある。たとえば、社会活動が不活発であることが認知症の発症リスクを上げると考えられていることから、閉じこもりは認知症の発症のリスクとなっている」可能性があります。さらに、「閉じこもり状態が長くなることで、人との交流が減り、会話も少なくなり、気分的にも落ち込んだ状態になっていき、うつ傾向になっていくこともあると考えられる。さらに、低栄養状態であるために体力がなく、外出する意欲も低下して、閉じこもりになっているという場合もあろう。」とされています。

図表1-6 閉じこもりの要因と位置づけ



出典：株式会社社会保険研究所（2001）「介護予防研修テキスト」

一方で、ガイドラインにあるように、「このような支障のある日常の生活行為の多くは、生活の仕方や道具を工夫することで、自立をすることが期待」できますし、「これまでの介護予防の手法は、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであり、介護予防で得ら

れた活動的な状態をバランス良く維持するための活動や社会参加を促す取組（多様な通いの場の創出など）が必ずしも十分ではなかったという課題」もありました。

そこで、要支援者に対する支援にあたっては、「高齢者自身が「役割や生きがいを持って生活できる」と思うことができるよう、地域の力を借りながら、新たな仲間づくりの場や楽しみとなるような生きがい活動の場への参加に焦点をあて、生活の意欲を高める働きかけ」が求められています。

3 節

サービス・活動事業における短期集中予防サービスの位置づけ

従前相当サービスとは、ガイドラインにおいて、「旧介護予防訪問介護等と同様のもので医療・介護の専門による専門的なニーズに応えるサービス」と定義され、また、国が定める人員、設備及び運営に関する標準的な基準は「想定される対象者は、進行性疾患や病態が安定しない者など、専門職による適切な支援が必要となる者」という観点から設定されているものとされています。特に訪問型では「主に、認知機能の低下等により日常生活に支障があるような症状や行動を伴うケース等、訪問介護員による専門的なサービスが必要と認められる場合に利用することが想定される」と示されており、つまり従前相当サービスは、要支援者や事業対象者のうち、状態が悪化し、要介護認定に移行していくことが見込まれる者を想定したサービスと言えます。

またサービス内容は、**図表1-7**のとおり、訪問型は「身体介護・生活援助に該当する内容を総合的かつ偏りなく老計10号の範囲内で実施することが求められる」とされ、通所型は「運動器機能向上サービス、入浴支援、食事支援、送迎等を総合的に行うことが求められる」とされています。したがって、買い物や風呂掃除といった生活援助のみの実施や、運動器機能向上サービスの実施は該当しません。さらに、「一定期間後のモニタリングに基づき、可能な限り住民主体の活動を含む多様なサービス・活動に移行していくことを検討することが重要」ともされており、無条件に利用し続けられるサービスではありません。

図表1-7 多様なサービス・活動の交付金上の分類

	従前相当サービス	多様なサービス・活動			その他
		サービス・活動A (多様な主体によるサービス・活動)	サービス・活動B、 サービス・活動D (訪問型のみ) (住民主体によるサービス・活動)	サービス・活動C (短期集中予防サービス)	
		指定	委託		
実施手法	指定事業者が行うもの(第1号事業支給費の支給)	委託費の支払い		活動団体等に対する補助・助成	委託費の支払い
想定される実施主体	● 介護サービス事業者等 (訪問介護・通所介護等事業者)	● 介護サービス事業者等以外の多様な主体 (介護サービス事業者等)		● ボランティア活動など地域住民の主体的な活動を行う団体 ● 当該活動を支援する団体	● 保健医療に関する専門的な知識を有する者が置かれる団体・機関等
基準	国が定める基準※1を例にしたもの				
費用	国が定める額※2(単位数)		サービス・活動の内容に応じて市町村が定めるもの		
	額の変更のみ可		加算設定も可		
対象者	● 要支援者・事業対象者	● 要支援者・事業対象者 ● 継続利用要介護者		● 要支援者・事業対象者 ● 継続利用要介護者 ※ 対象者以外の地域住民が参加することも想定	● 要支援者・事業対象者のうち、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
サービス内容(訪問型)	旧介護予防訪問介護と同様* * 身体介護・生活援助に該当する内容を総合的かつ偏りなく老計10号の範囲内で実施することが求められる	● 高齢者が担い手となって活動(就労的活動を含む。)することができる活動 ● 介護予防のための地域住民等による見守りの援助の実施 ● 高齢者の生活支援のための掃除、買い物等の一部の支援*を行う活動 など * 市町村の判断により老計10号の範囲を超えてサービス活動を行うことも可能 ● 通院・買い物等の移動支援や移送前後の生活支援(原則としてB・Dでの実施を想定)			● 対象者に対し、3月以上6月以下の期間を定めて保健医療に関する専門的な知識を有する者により提供される短期集中的なサービス
サービス内容(通所型)	旧介護予防通所介護と同様* * 運動器機能向上サービス、入浴支援、食事支援、送迎等を総合的に行うことが求められる	● 高齢者が担い手となって活動(就労的活動を含む。)することができる活動 ● セルフケアの推進のため一定の期間を定めて行う運動習慣をつけるための活動 ● 高齢者の社会参加のための生涯学習等を含む多様な活動を支援するもの ● 住民や地域の多様な主体相互で行う入浴、食事を支援する活動 など ● 送迎のみの実施			
支援の提供者	国が定める基準による	市町村が定める基準による			
	訪問型:訪問介護員等 サービス提供責任者 通所型:生活相談員、看護職員 介護職員、機能訓練指導員	● 地域の多様な主体の従事者 ● 高齢者を含む多世代の地域住民 ● (有償・無償のボランティア)		● 有償・無償のボランティア ● マッチングなどの利用調整を行う者	● 保健医療専門職

出典：厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」

また、サービス・活動Aについては、令和6年の改定前は基準緩和型サービスとされていたこともあり、現状では緩和された人員基準や面積基準に基づいて介護サービス事業者が提供する形態が少なくありませんが、現在のガイドライン上、想定される実施主体は「介護サービス事業者等以外の多様な主体」であり、支援の提供者は「地域の多様な主体の従事者」や「高齢者を含む多世代の地域住民」とされています。

一方で、短期集中予防サービスの対象者は「要支援者・事業対象者のうち、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」とされています。そもそも要支援状態の定義は、「家事や身支度等の日常生活に支援が必要であり、特に介護予防サービスが効果的な状態」ですから、「進行性疾患や病態が安定しない者」ではない要支援者や事業対象者は、短期集中予防サービスの対象者に該当すると考えられます。なお、支援の提供者が「保健・医療専門職」であるサービス類型は他にありませんので、サービス・活動事業における「保健・医療専門職」による「適切な選択の支援」は、短期集中予防サービスの提供を通じて行われるものと考えられます。

4 節

短期集中予防サービスの実施方法

サービス・活動事業の実施方法には **図表 1-8** のとおり4種類あり、短期集中予防サービスは、①市町村の直接実施か、③委託による実施が想定されていますが、事務負担の軽減等を目的に、②指定事業者による実施を採用している市町村もあります。

図表 1-8 サービス・活動事業の実施方法

実施方法	概要	想定される実施例
①市町村の直接実施	市町村の職員が直接利用者に対して支援等を実施するもの。	保健師やリハビリテーション専門職等が行う短期集中予防サービス
②指定事業者による実施（第1号事業支給費の支給）	市町村長が指定した者（指定事業者）が実施するサービス・活動事業を居宅要支援被保険者等が利用した場合に、その要した費用について居宅要支援被保険者等に対して第1号事業支給費を支給する。	介護サービス事業者が行う従前相当サービスや、多様な主体によるサービス・活動
③委託による実施	NPO法人や民間企業等の多様な主体に、居宅要支援被保険者等に対するサービス・活動の実施を委託する。	多様な主体によるサービス・活動
④補助・助成（補助金・助成金の支給）を行うことによる実施	地域において活動しているNPO法人やボランティア活動などの地域住民の主体的な活動を行う団体等に対して、居宅要支援被保険者等に対するサービス提供などを条件として、その立ち上げ経費や活動に要する費用に対して補助・助成する。	地域で活動しているボランティア等による生活支援や通いの場

出典：厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン」

なお、委託料については、介護報酬と同様に利用者数やサービス・活動事業の提供実績に応じた出来高で支払う方法、委託を受けた者のサービス・活動事業の実施のために必要となる経費を総額で支払う方法、市町村が行うサービス・活動事業の効果（状態の維持・改善や社会参加等につながった者の数等）に対する評価の結果に応じて支払う方法が例示されており、市町村が適切に設定することとされています。

また、ガイドラインにおいて短期集中予防サービスは、訪問型、通所型についてそれぞれ、以下のような事業であると示されています。

【訪問型サービス・活動C】

- ・保健・医療専門職が、3～6か月の短期間に支援を行うサービス・活動。
- ・特に閉じこもり等の心身の状況のために通所による事業への参加が困難で、訪問による介護予防の取組が必要と認められる者を対象に、**保健・医療専門職がその者の居宅を訪問して、その生活機能に関する問題を総合的に把握・評価し、社会参加を高めるために必要な相談・指導等を実施する。**
- ・当該サービス・活動は、効果的な取組ができると判断される場合、通所型サービス・活動

- Cと組み合わせて実施することができる。
- ・当該サービス・活動における保健・医療専門職とは、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等である。
 - ・訪問型サービス・活動Cを実施する際は、以下の点に留意すること。
- a 訪問型サービス・活動Cは、保健・医療専門職が短期間に支援を行うサービス・活動であることから、実績を確認しながら効果的かつ効率的な実施に努めること。
 - b 要支援者等が自身の生活機能の低下等について自覚を持ち、介護予防に意欲的に取り組めるよう支援すること。
 - c 要支援者等がやりたい又はできるようになりたい生活行為を、興味・関心チェックシート（別添1）等を活用し、具体的な目標として明確化すること。
 - d 個別的な支援を中心とするサービス・活動であることから、3か月を経過した時点で評価を行い、例えばサービス担当者会議等のカンファレンスを開催し、サービス終了後も余暇やボランティア活動、通いの場、一般介護予防事業等の社会参加に資する取組が維持されるよう配慮すること。ただし、カンファレンスの結果、サービス・活動の継続が生活行為の改善に効果的であると判断された場合には、最大6か月までサービス・活動を継続することができる。
 - e 生活機能が低下した場合、再び相談できるよう相談先を伝えること。

【通所型サービス・活動C】

- ・保健・医療専門職が、3～6か月の短期間に支援を行うサービス・活動。
 - ・個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の生活行為に支障のある者を対象に、保健・医療専門職が、居宅や地域での生活環境を踏まえた適切な評価のための訪問を行った上で、おおよそ週1回以上、生活行為の改善を目的とした効果的な介護予防プログラムを実施する。その際、単に高齢者の運動機能や栄養といった心身機能にだけアプローチするのではなく、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたものとすることで、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加につなげる。
 - ・当該サービス・活動は、効果的な取組ができると判断される場合、訪問型サービス・活動Cと組み合わせて実施することができる。
 - ・当該サービス・活動における保健・医療専門職とは、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等である。
 - ・通所型サービス・活動Cを実施する際は、以下の点に留意すること。
- a 通所型サービス・活動Cは、保健・医療専門職が短期間に支援を行うサービス・活動であることから、実績を確認しながら効果的かつ効率的な実施に努めること。
 - b 要支援者等が自身の生活機能の低下等について自覚を持ち、介護予防に意欲的に取り組めるように支援すること。
 - c 要支援者等がやりたい又はできるようになりたい生活行為を、興味・関心チェックシート（別添1）等を活用し、具体的な目標として明確化すること。
 - d 居宅を訪問し、支障をきたしている生活行為の原因を、居宅や地域での生活環境を踏まえ、

適切にアセスメントし、課題を抽出すること。

e 支障をきたしている生活行為の改善のための運動器の機能向上・栄養改善・口腔機能向上等のプログラム、ADLやIADLの動作練習、集団的に取り組むことにより効果が高まる介護予防教育等を必要に応じて組み合わせて実施すること。また、適切な段階において居宅を訪問し、ADLやIADLの状態をモニタリングすること。

f 個別的な支援を中心とするサービス・活動であることから、3か月を経過した時点で評価を行い、たとえばサービス担当者会議等のカンファレンスを開催し、サービス終了後も余暇やボランティア活動、通いの場、一般介護予防事業等の社会参加に資する取組が維持されるよう配慮すること。ただし、カンファレンスの結果、サービス・活動の継続が生活行為の改善に効果的であると判断された場合には、最大6か月までサービス・活動を継続することができる。

g 生活機能が低下した場合、再び相談できるよう相談先を伝えること。

以上のように、短期集中予防サービスの提供においては、通所型であっても訪問によるアセスメントが前提となっており、居宅や地域での生活環境を踏まえた総合的かつ適切な評価を行うこと、また、自身の生活機能の低下等について自覚を持ち、介護予防に意欲的に取り組めるような支援（セルフマネジメント支援）が求められています。

ガイドラインにも、「高齢者自身が、必要な支援やサービス・活動を選択し利用しながら、自らの機能を維持向上するよう努力を続けるためには、分かりやすい情報の提示、専門職の助言、支援やサービス・活動の利用による効果の成功体験の蓄積・伝達が求められる」、「自ら健康を保持増進していく過程に対する動機をもち、必要な知識を持った上で自らの行動を変え、成果を実感できる機会の増加が必要」、「セルフマネジメントのプログラムの提供が有効であり、専門機関、専門職による教育的な働きかけやツールの提供が効果的」と、繰り返し強調されています。

Column

口腔機能の重要性とオーラルフレイル

高齢期には、身体機能と同様に口腔の機能も低下しやすくなります。「年のせい」とあきらめて固いものを避けることは、食の多様性を狭め、栄養摂取の低下につながりかねません。こうした“口のささいな衰え”に着目した概念として「オーラルフレイル」が提唱されています。2024年に公表された3学会合同ステートメントでは、オーラルフレイルを「口の健常な状態と機能低下との間にある状態」と位置づけ、軽微な衰えが重複することで機能低下のリスクが高まる一方、早期の働きかけで改善も可能な状態と定義しています¹。

地域高齢者を対象とした研究では、オーラルフレイルがフレイルの新規発生・要介護認定・死亡リスクと関連することが報告されています²。また、咀嚼機能が低下している高齢者は、たんぱく質・ビタミン類・野菜・肉類などの摂取量が少なく、主食に偏った食生活になりやすいことも示されており³、口腔機能は栄養状態とも密接に関わっています。

オーラルフレイルのチェックには、以下のチェック項目（OF-5）⁴が活用されており、2項目以上が該当する場合、オーラルフレイルとされます。自分の状態を“自分事”として認識する動機づけとしても有用です。

オーラルフレイルのチェック項目（OF-5）

質 問	該 当	非該当
自分の歯は何本ありますか	0～19本	20本以上
半年前と比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ
お茶や汁物等がむせることがありますか	はい	いいえ
口の渴きが気になりますか	はい	いいえ
普通の会話で、言葉をはっきりと発音できないことがありますか	はい	いいえ

口腔は食べる・話す・表情をつくるといった生活の質（QOL）に直結する器官です。むし歯や歯周病の予防にとどまらず、口腔機能低下の早期発見と予防・改善への取り組みを、介護予防の場で積極的に展開していくことが求められます。

参考文献

1. 神崎恒一、水口俊介、荒井秀典ら。オーラルフレイルに関する3学会合同ステートメント。老年歯科医学。2024;38(4):106-116.
2. Tanaka T, Hirano H, Ikebe K, et al. Oral frailty five item check list to predict adverse health outcomes in community dwelling older adults. Geriatr Gerontol Int. 2023;23:651-659.
3. Motokawa K, et al. Relationship between Chewing Ability and Nutritional Status in Japanese Older Adults. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(3):1216.
4. Iwasaki M, et al. Prevalence of oral frailty and its association with dietary variety, social engagement, and physical frailty. Geriatr Gerontol Int. 2024;24(4):371-377.

○ 第2章

短期集中予防サービスを 中心とした 総合事業の設計

市町村介護予防強化推進事業における要支援者等の自立支援の考え方

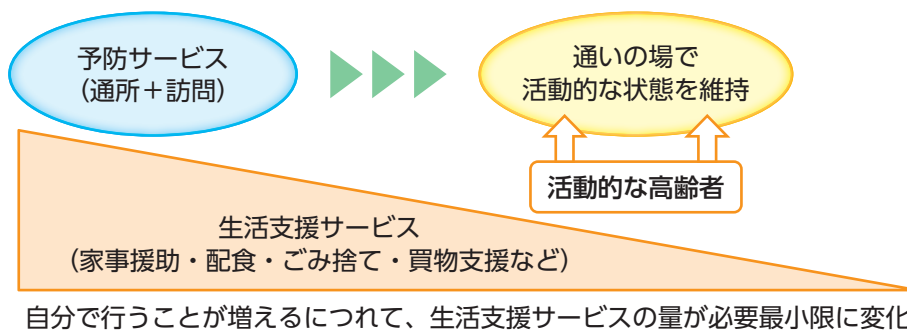
短期集中予防サービスを中心とした総合事業にはモデルがあります。

総合事業は、平成23年の介護保険法改正において、要支援者・二次予防事業対象者を対象に、介護予防及び日常生活支援のための事業を総合的に行うことができる事業として創設されました。当時の総合事業は市町村が任意で実施できる事業で、厚生労働省はその開始に合わせて、モデル事業「市町村介護予防強化推進事業」（以下、モデル事業）を全国13の区市町村にて実施しています。

このモデル事業における要支援者等の自立支援の考え方は、「要支援者等に対し、一定期間（概ね3か月から6か月）の予防サービスの介入（通所と訪問を組み合わせる実施）により、元の生活に戻す（又は可能な限り元の生活に近づける）こと」を行い、「その後は、徒歩圏内に運動や食事を楽しむことができる通いの場を用意して、状態を維持する」というものでした（**図表2-1**）。また、通いの場では、活動的な高齢者にはサービスの担い手となってもらい、地域社会での高齢者の活躍の機会を増やすことにより、長期的な介護予防を目指しました。

なお、家事援助や配食、ごみ捨て、買物支援などの生活支援サービスについては、必要な生活支援サービスを提供しつつ、予防サービスを同時に提供することにより自分で行うことを増やすことで、「生活支援サービスの量が必要最小限に変化」となるとされました。

図表2-1 市町村介護予防強化推進事業における要支援者等の自立支援の考え方

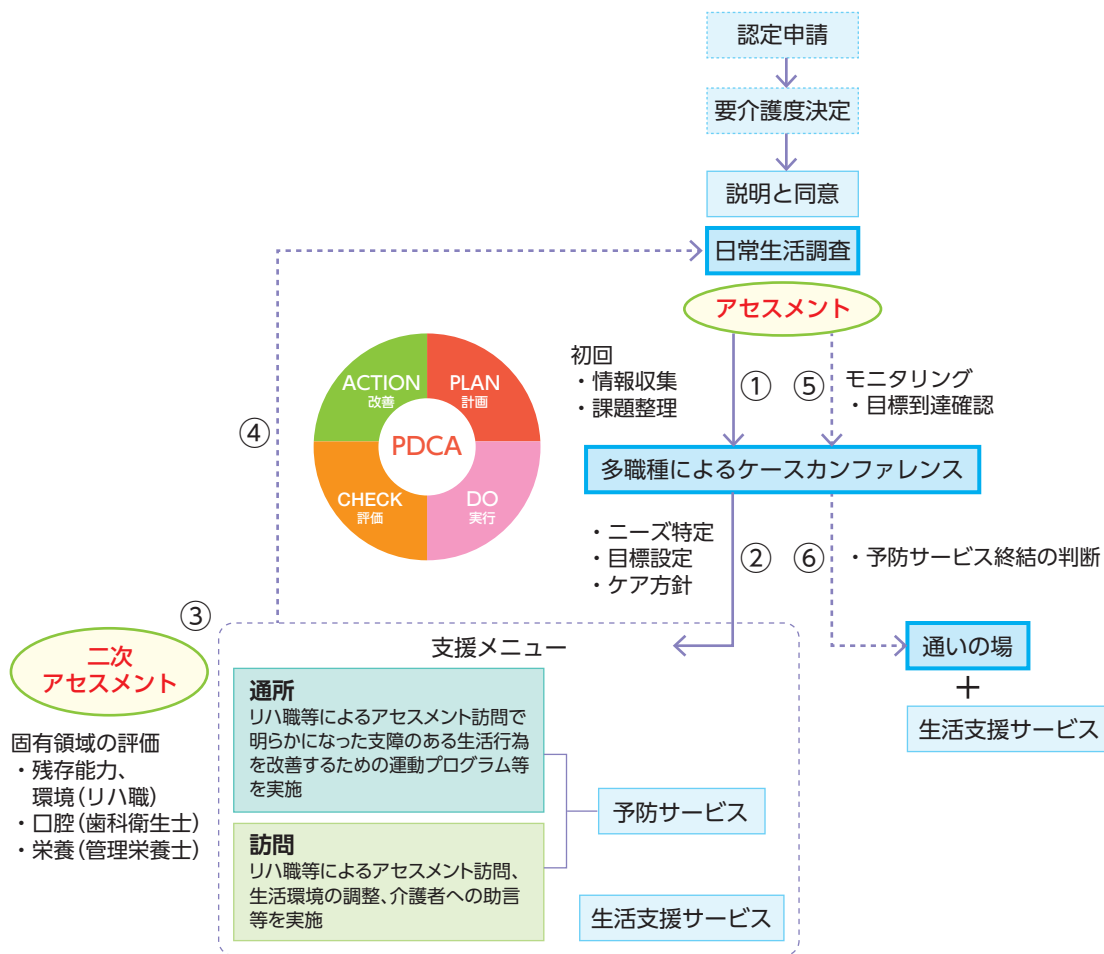


- 通所に消極的な閉じこもりがちの対象者は、当初は訪問で対応しながら、徐々に活動範囲を拡大。（用事を作り外出機会を増やす、興味・関心を高め外出の動機付けを行うなど）

出典：厚生労働省（2012）「市町村介護予防強化推進事業の概要」

モデル事業における自立支援の流れは **図表2-2** のとおりです。この事業の目的は、「要支援状態となるおそれのある高齢者及び要支援者等に必要なサービス（予防サービス及び生活支援サービス）を明らかにし、要支援者等の自立支援に効果の高い支援の手法を明らかにすること、併せて、認知症高齢者に対する必要なサービス及び課題を明らかにすること」で、その成果は現在の総合事業や生活支援体制整備事業の設計に活かされました。

図表2-2 市町村介護予防強化推進事業における自立支援の流れ

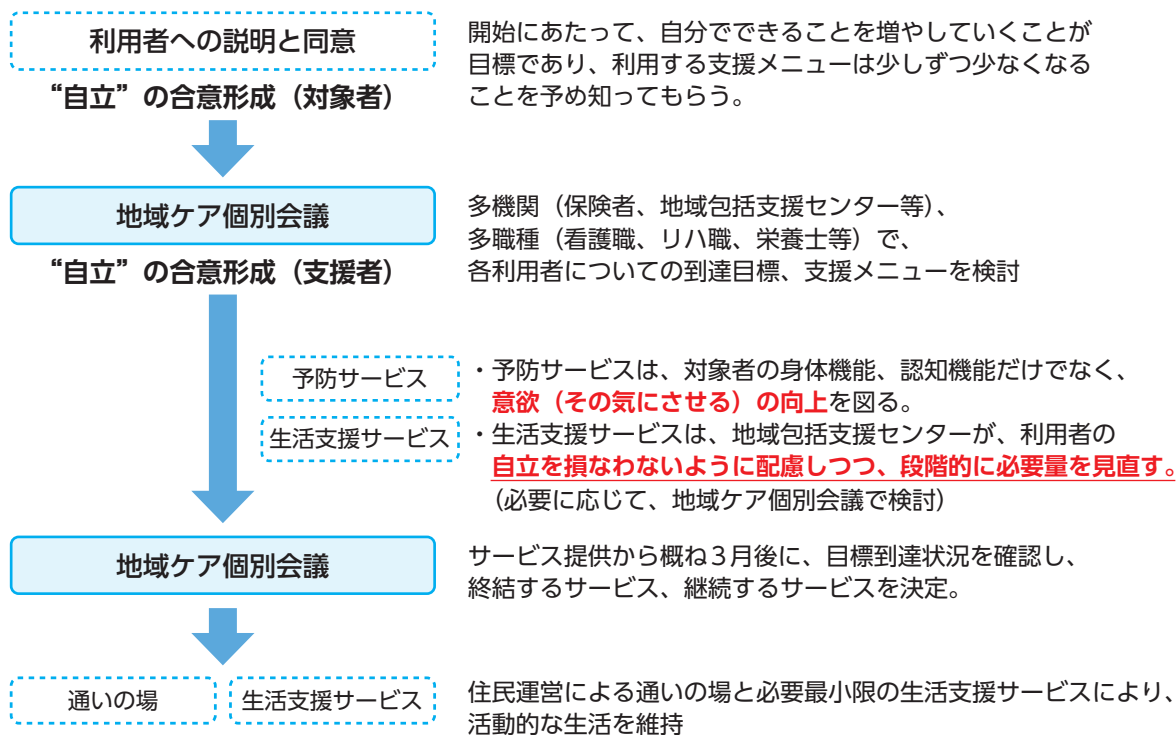


出典：厚生労働省（2012）「市町村介護予防強化推進事業の概要」

また、**図表2-3**のとおり、要支援者等に対する自立支援の過程において、利用者及び支援者のそれぞれが「自立」の合意形成を図ることを重視しました。利用者については、「開始にあたって、自分でできることを増やしていくことが目標であり、利用する支援メニューは少しずつ少なくなることを予め知ってもらう」ことを説明し、同意を得ること、支援者については「多機関（保険者、地域包括支援センター等）、多職種（看護職、リハビリテーション専門職、管理栄養士等）で、各利用者についての到達目標、支援メニューを検討」しました。また、予防サービスは、「要支援者等の身体機能、認知機能だけでなく、意欲（その気にさせる）の向上を図る」ものとし、生活支援サービスは、「地域包括支援センターが、利用者の自立を損なわないように配慮しつつ、段階的に必要量を見直し」しました。

図表 2-3 自立の合意形成

利用者、支援者のそれぞれが、“自立”の合意形成のプロセスを踏む。
地域ケア個別会議で到達目標とサービスの具体的検討を行う。



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

なお、利用者との自立の合意形成については、「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について（平成27年6月5日老振発0605第1号）（以下、介護予防ケアマネジメント通知）」の「別添1 介護予防ケアマネジメントの具体的な実施手順」に、「総合事業の趣旨として、①効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開による要支援状態等からの自立の促進や重度化予防の推進を図る事業であること、②ケアマネジメントの中で、本人が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取り組んだ上で、目標達成の後は、より自立へ向けた次のステップに移っていくことを説明する。」と整理されています。また、支援者との自立の合意形成については、ガイドラインに「多様なニーズや多様な価値観がある中で、支援する側の知識・技術・価値観によって判断が変わることも少なくない。そのため、対人支援に関わる者は自らの判断だけによるのではなく、地域ケア会議などにより、積極的に多職種の視点を取り入れることが重要である。」とされています。

2節 入口から出口までの事業設計

短期集中予防サービスは、生活行為の改善やセルフマネジメントの向上を通じて地域での社会参加や自立した生活の継続につなげることを目的としていますから、モデル事業における要支援者等の自立支援の流れも参考にしながら、入口（要支援者等の把握）から出口（社会参加への移行）までを意識して事業設計することが重要です。

1 入口（相談・把握）

事業の入口では、支援が必要な高齢者を適切に把握できる体制を整えることが重要です。要支援者等の把握は、自治体窓口での相談、地域包括支援センターの総合相談、アウトリーチによる把握、介護予防把握事業でのアンケート調査などを通じて行われます。また、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施、重層的支援体制整備事業など、他の相談支援事業との連携により把握される場合もあります。

相談を受けた際には、生活状況や困りごとの内容を確認しつつ、基本チェックリストなどを活用して可能な限り高齢者の状態を確認します。基本チェックリストの結果が事業対象者の基準に該当すれば、介護予防ケアマネジメントを経て、迅速にサービス・活動事業を利用することができます。また、必要に応じて要支援・要介護認定の申請を受け付けます。

2 アセスメント

要支援者等の生活行為の状況や生活上の課題、生活環境及び地域資源の状況を評価・分析し、支援の必要性や方向性を検討するためのアセスメントを行います。アセスメントは、地域包括支援センターや指定居宅介護支援事業所のケアマネジャーが行いますが、高齢者が要支援状態に至る原因は様々であることから、地域リハビリテーション活動支援事業を活用し、対象者の生活課題を解決し、自身でありたい姿に至ることができるようになるための選択肢を提示するために、リハビリテーション専門職の同行訪問や、自治体の専門職（保健師、看護師、リハビリテーション専門職、管理栄養士、歯科衛生士等）による評価など、地域のリソースに合わせて選択しましょう。

3 プランニング（介護予防サービス計画・介護予防ケアマネジメント計画の作成）

アセスメントの結果を踏まえて支援の方向性を整理し、必要な支援内容や地域資源の活用等について検討します。その結果、短期集中予防サービスの活用が適当と判断される場合には、当該サービスの利用を位置付けます。

ここでは、生活課題の整理や目標設定を行い、支援の方向性を具体化します。また、利用者に支援内容を説明し、本人の意向や生活目標を踏まえながら、利用するサービスや活動の選択を支援します。

利用可能な資源としては、短期集中予防サービスのほか、その他のサービス・活動事業、一般介護予防事業、任意事業、市町村の独自事業、民間市場でのサービスや住民主体の助け合い活動

等のインフォーマルサービスなどが考えられます。あわせて、本人や家族が有している力や生活上の資源も生かしながら、地域の多様な資源を組み合わせ、本人の生活目標の達成や社会参加につながる支援内容を検討することが重要です。また、必要に応じて、多職種によるケースカンファレンスや地域ケア会議の活用を検討しましょう。

4 短期集中予防サービスの提供

短期集中予防サービスの提供が適当と判断された場合には、一定期間、集中的に支援を行います。居宅訪問により生活行為の状況や生活環境を評価するとともに、本人の生活目標を確認します。そのうえで、生活行為の改善に向けた支援や社会参加に向けた支援、本人が自ら健康や生活を管理する力を高めるためのセルフマネジメントの支援などを行います。

また、生活行為の改善状況や日々の活動量、目標達成状況を随時評価し、サービスの内容や量を調整します。

5 出口（社会参加）

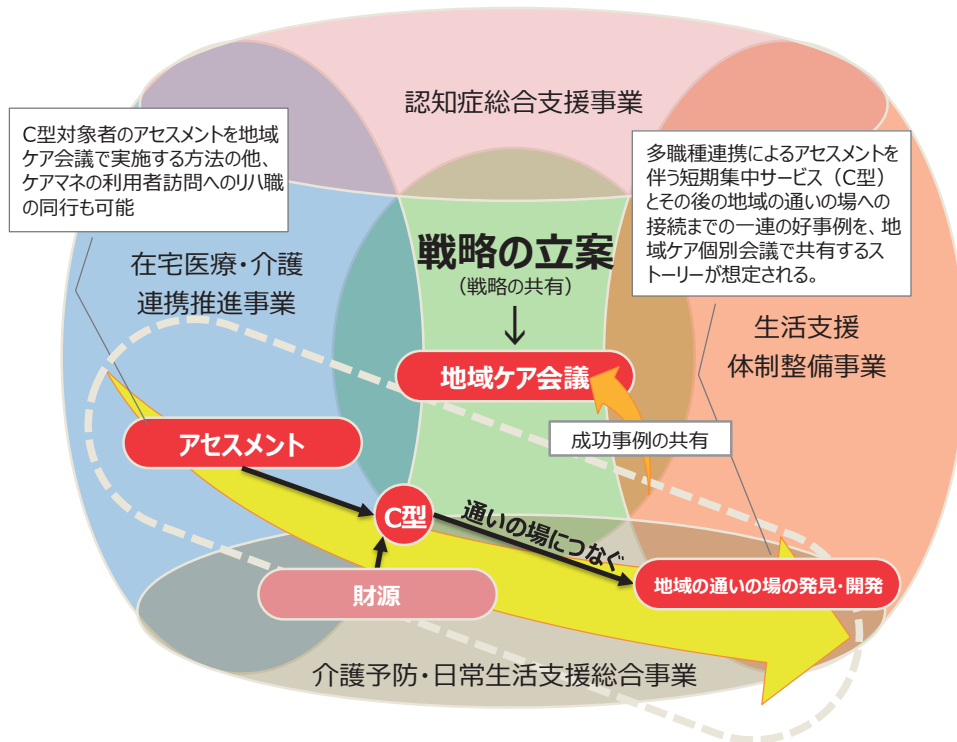
短期集中予防サービスの提供中から、高齢者本人の興味・関心に基づいて適切に活動を選択できるよう、料理や買い物、掃除、整理整頓、庭の手入れといった家庭での役割や、余暇や趣味活動、通いの場、地域活動などの社会参加につなげていきます。短期集中予防サービスの事業所で地域資源の情報を十分に持ち合わせていない場合は、生活支援コーディネーターや地域包括支援センター、居宅介護支援事業所のケアマネジャーと連携することが有効です。

また、地域包括支援センター等はサービス終了後も一定期間、生活状況や活動状況を確認するなどのモニタリングを行い、地域での生活が継続できるよう支援します。

なお、本人の生活目標の達成に必要な地域資源が不足している場合には、地域ケア会議等を活用して課題を共有し、一般介護予防事業や生活支援体制整備事業と連携しながら地域資源の開発や活動の創出につなげていくことも考えられます。

このように、短期集中予防サービスは、個々の生活課題への支援にとどまらず、地域資源の活用や創出を通じて、地域全体の介護予防や生活支援の充実にもつながるものです（**図表 2-4**）。市町村においては、個別支援と地域づくりが相互に循環する視点を持ちながら、入口から出口までの事業設計を行うことが重要です。

図表2-4 短期集中予防サービスにおける地域支援事業の連動性



出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社（2019）「平成30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）「地域支援事業の連動性を確保するための調査研究事業報告書」」

なお、これらのプロセスの順序は必ずしも固定的なものではありません。相談体制や事業の実施体制、要支援者等の状況等によって前後する場合があります。具体的な取組の進め方や市町村における実施例については、第4章で紹介します。

動機づけ面接とは

動機づけ面接（Motivational Interviewing: MI）は、人が「変わりたいが迷っている」状態に寄り添い、その人自身の中にある動機を引き出す対話法です。1980年代にMillerとRollnickにより提唱され、当初はアルコール依存への支援として発展しましたが、現在では禁煙、生活習慣病、服薬支援、メンタルヘルスなど幅広い分野で用いられています。介護予防の場においても、生活習慣の改善や自立支援に向けた行動変容を促す技法として注目されています¹。

MIの特徴は、相手を説得するのではなく、共に考える姿勢にあります。その中核となる基本技法がOARSです。

- O（Open questions：開かれた質問）**…「はい／いいえ」で終わらない問いかけにより、相手の考えや気持ちを引き出す。
- A（Affirmations：是認）**……………相手の努力や強みを認め、自信を支える。
- R（Reflective listening：反映）**……相手の発言を言い換えて返すことで理解を深める。
- S（Summaries：要約）**……………話の要点を整理し、変化への方向性を明確にする。

これらにより、本人の中から「変わりたい理由」が自然に表れることが重要とされます。また、MIの面接姿勢を示す概念としてPACEがあります²。

- P（Partnership：協働）**……………支援者と対象者が対等に協力する関係を築く。
- A（Acceptance：受容）**……………価値観や選択を尊重する。
- C（Compassion：思いやり）**……相手の利益を最優先に考える。
- E（Evocation：喚起）**……………動機を外から与えるのではなく内側から引き出す。

MIの有効性については、アルコール摂取量の減少や禁煙率の向上に加えて食事改善や運動習慣の形成などについて、多くの研究で支持されています。メタ分析では小～中程度の効果が示され、短時間の介入でも一定の成果が報告されています^{3,4}。一方で、効果は支援者の熟練度や技法の適切な実施に左右されることも指摘されています⁵。

参考文献

1. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Helping People Change. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.
2. Miller WR, Rose GS. Toward a theory of motivational interviewing. Am Psychol. 2009;64(6):527-537.
3. Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract. 2005;55:305-312.
4. Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. J Consult Clin Psychol. 2003;71:843-861.
5. Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. Annu Rev Clin Psychol. 2005;1:91-111.

○ 第3章

総合事業の構造転換

1 節

総合事業の現状

1 財政面の課題

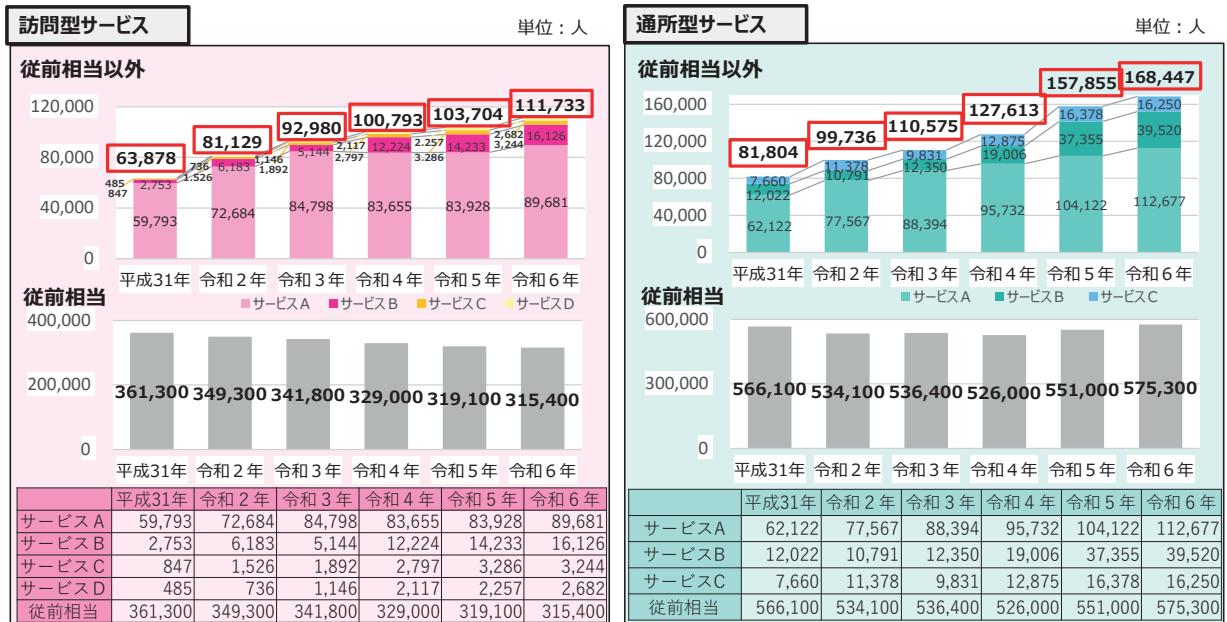
総合事業の課題として、しばしば挙げられるのは「地域支援事業交付金の上限超過が目前」あるいは「既に超過している」といった財政面の問題です。特に、都市部の市町村では、通所型の従前相当サービスの利用が中心となっていること、団塊の世代が後期高齢者となり、2040年に向けてさらに事業費が増加していくことが予想されることが課題となっています。

一方で、地方部や中山間、人口減少地域では、「ヘルパーが不足し、対応に困っているが、解消の見込みが立たない」といった介護人材不足に直面しています。このような状況では、単価の引き下げによる対応も現実的には難しく、そこで、住民主体の通いの場や生活支援ボランティアなど地域の多様な資源の活用も模索されていますが、要支援者全てのニーズに対応できるような供給量を確保することは容易ではありません。

2 短期集中予防サービスの現状

短期集中予防サービスには財政面での効果も期待できますが、サービス・活動事業は一般的にサービス利用が長期化する傾向があり、利用期間が3か月程度に限られる短期集中予防サービスを選択する要支援者は多くありません（[図表3-1](#)）。

図表3-1 介護予防・日常生活支援総合事業の利用実人数



出典：「第121回社会保障審議会介護保険部会」資料

短期集中予防サービスを創設しても利用者数が増えず、やむなく、住民主体の通いの場の参加者に短期集中予防サービスの利用を勧めているといった話も耳にしますが、それでは財政面での問題の解決にはならないため、短期集中予防サービスは成果を実感しにくいという声も聞かれます。

3 高齢者の相談の動機

多くの市町村の相談窓口で、要支援状態やフレイル状態の高齢者から寄せられる相談内容には共通した傾向が見られます。例えば、次のようなものです。

- 買い物や通院等の外出が負担になってきたので、ヘルパーを利用したい。
- 身体が不自由、あるいは健康面で不安なので、入浴設備のあるデイサービスに通いたい。
- 物忘れが目立つので、人と交流するためにデイサービスに行きたい。
- 知人・友人のすすめ、口コミで、デイサービスに通いたい。
- 医師等の専門家からの指導や助言により、相談に来た。
- 現在はサービスが必要な状態ではないが、より重度の状態になったとき利用したいので、認定を受けておきたい。

出典：横浜市（2023）『横浜市高齢者実態調査 調査結果報告書』

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社（2025）『令和6年度老人保健事業推進費等補助金 通所介護・地域密着型通所介護の運営の実態に関する調査研究事業 報告書』

ここで重要なのは、「元気になって元の生活に戻りたい」という言葉はあまり聞かれず、相談の動機は、「生活機能の改善」よりも「不安の解消」に置かれている場合が少なくないということです。

その場合、本人は「どうせ悪くなる」と感じ、家族は「安全第一」を優先し、地域包括支援センターやケアマネジャーは「維持できればよい」と考え、介護サービス事業所は継続利用を前提としたサービス提供を行うこととなります。つまり、サービスは「改善の手段」というよりも「不安を埋める手段」として捉えられる傾向にあります。

生活機能が低下し始めると、「できなくなったことを補う手段」として介護サービスが選択されます。サービスの利用開始による補完は即効性があるため、当面の不安は解消されます。しかし、その裏側では、サービスを終了することは再び「不安」を生むことにもつながるので、サービスは利用し続けられる傾向があります。その結果、要支援認定を受けてサービス利用を開始し、その後も利用を継続したまま、やがて要介護状態へ移行していくという流れが生じる場合もあります。

このように、本来は生活機能の「改善」の可能性のある要支援者を対象とした総合事業であるにも関わらず、むしろ、サービス利用の長期化や「サービス依存」を生み出しやすい逆説的状況にあると言えます。

2節 なぜ、「終了」が難しいのか

短期集中予防サービスの利用期間は3か月から最長6か月と定められています。その有期間というところで高齢者本人や家族の受入れが難しいという話をよく聞きます。なぜ、そういった現象が起きているかという、いくつかの要因が考えられると言えます。

1 心理的要因

高齢者本人は、機能低下を自覚すると自信を失いやすくなります。家族から「高齢だから無理しなくてよい」と言われることもあります。自立支援の概念は地域で十分に共有されているとは言えず、「デイサービスに行くことが介護予防である」といった雰囲気生まれている場合があります。その結果、できなくなったことはサービスで補えばよいという発想になりがちです。

また、サービスがなくなったら悪化するのではないか、生活できなくなるのではないかという不安を抱えることも少なくありません。

2 専門職要因

地域包括支援センターは業務量が多く、要支援者等が改善するモデルを描く余力が十分でない場合もあります。要支援者等の自立支援においては、リハビリテーション専門職や管理栄養士、歯科衛生士等の連携が推奨されていますが、日常の介護予防ケアマネジメントの中で連携する機会は多くありません。実際には、年に数回の地域ケア会議で顔を合わせる程度にとどまる場合もあります。また、インフォーマル資源についても十分に把握できていないことがあります。

ケアマネジャーも同様に多くの利用者を抱えており、改善に向けた具体的なモデルが十分に共有されていない中では、高齢者本人や家族への説明は難しく、既存サービスに頼らざるを得ない状況が生まれています。

また、厳しい経営環境にある介護サービス事業所では、改善による収益減を懸念する声もあります。改善や卒業には事業者側のメリットが見えにくく、収益構造上、継続利用が前提となりやすい傾向があります。また、従前相当サービスやサービス・活動Aではリハビリテーション専門職等は必置ではなく、現場のスタッフが改善のための支援スキルを十分に発揮できる環境が整っていない場合もあります。

加えて、医療機関では介護保険制度における自立支援の目的を理解する機会が少なく、安易に要支援・要介護認定申請や介護サービス利用を勧める場合も見られます。

3 行政要因

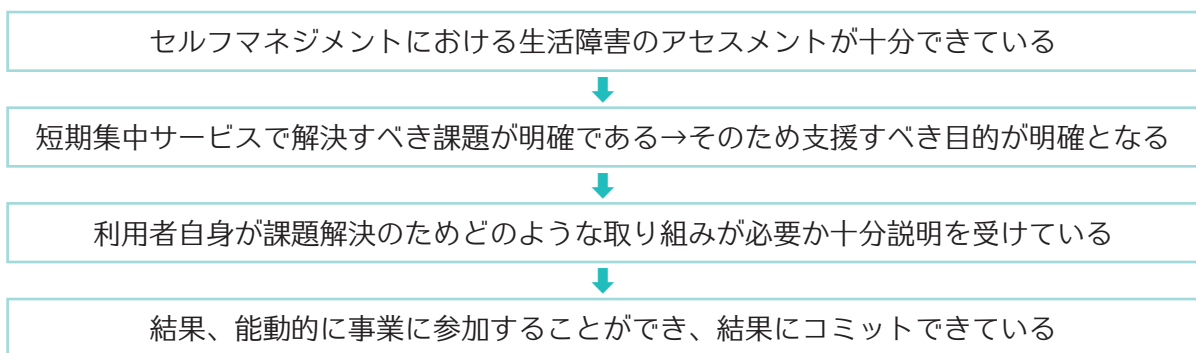
「行政は失敗できない」という組織文化の中で、地域の実状に応じて前例のない事業設計を求められる総合事業の難易度は高く、多くの自治体が不安を抱えています。そもそも、行政職員が要支援者等の心身の状況を直接把握できる機会自体が少なく、本当に要支援者が改善できるのか確信が持てない場合もあります。そのため、何に着手すべきか分からない状況に陥ることもあります。

これらの要因の核心には、「要支援者等は改善可能性がある」という認識が関係者の間で十分に共有されていないという問題があります。このような社会全体の認識が変わらなければ、短期集中予防サービスを創設したとしても、利用する高齢者やサービスを提供する事業者も大きく増えることは期待しにくいと考えられます。

他方、地域包括支援センター等においてケアマネジメントが適正に行えている市町村があるのも事実です。

そうした市町村がどのように地域包括支援センターの業務過多を緩和するための工夫をしているかや、自立支援・重度化防止に向けた取組を関係者にどのようにして理解を求めてきたのかも学ぶ必要があります。

そうした市町村の特徴として、



こうした市町村においては、住民・事業者・行政が介護保険制度の持続可能性を求めて互いに努力しようとする土壌が生まれています。

「不安」を抱える要支援者の願いは、改善するという選択肢が想定にないため、「デイサービスに行くこと」で維持することに期待を寄せがちです。「つまりく前の生活に戻れること」が可能であると知っていたなら、希望するサービスは変わるのではないのでしょうか。

そうだとすれば、総合事業は、サービス提供によって生活機能の維持を図る事業というだけでなく、生活機能を再び獲得し、自分らしい暮らしを取り戻すことを支援する事業として捉え直すことができます。高齢者や家族、地域包括支援センター、ケアマネジャー、介護サービス事業者、医療機関などの関係者と、フレイルが可逆性であることを理解・共有することが総合事業の見直しを進めていくうえでの出発点となります。

1 高齢者（家族）の目指す姿

- 健康状態の悪化・介護の要因・フレイルのリスクを理解している
- 健康・フレイル・生活機能の改善の可能性を理解している
- 自分自身も改善できる可能性があると認識している（WishではなくCan）
- 改善後の具体的な生活像を描くことができる
- 健康・フレイル・生活機能を維持するため、サービス利用の継続だけでなく、何をすればよいかを知っている。元の活動的な生活ができる状態になったら、事業に頼らず、自身の力でその現状を維持できることを理解できる

2 支援体制（行政、地域包括支援センター、ケアマネジャー、介護サービス事業者等）の目指す姿

- 改善を前提としたアセスメントが実施されている
- 状態改善を見据えた期間設定が行われている
- 状態改善した後の生活設計までを含めた支援が行われている
- 事業終了後に状態改善が維持できている高齢者の成功事例が関係者の間で共有されている

4節 実装戦略

第1段階：内部実装フェーズ

以上を踏まえれば、まず必要なことは行政内部の不安の解消です。そこで、現実的な方策としては、モデル事業等によって小規模で試行し、実績を積み重ねながら、成功モデルを可視化することが考えられます。

第2章で確認した短期集中予防サービスを中心とした総合事業の設計を念頭に、数名の要支援者を対象としたトライアルから始めるのが有効です。この段階では、短期集中予防サービスの創設は難しい場合も少なくありませんが、短期集中予防サービスの前提となる居宅訪問による介護予防ケアマネジメントでの生活行為の状況や生活環境の評価、必要に応じた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等の同行訪問を活用することが可能です。また、訪問リハビリテーションや通所型の従前相当サービスなどの枠組みの中で、模擬的に短期集中予防サービスを実践することも考えられます。

目的は、要支援者等が「改善できること」を実証することです。また、実践を通じて、セルフマネジメントを支援するためには動機づけ支援や、そのための面接技術が重要であることなどにも気づくことができます。小規模でも成功事例を積み重ねることで、行政内部や地域包括支援センターの不安の軽減につながります。

第2段階：関係機関展開フェーズ

次に、地域包括支援センターやケアマネジャー、介護サービス事業所に対して、これまでの成功事例を共有し、改善モデルを提示します。そのうえで、短期集中予防サービスの対象者像を明確にし、従前相当サービスの運用の見直しや自立支援型のケアマネジメントへの転換を図ります。また、地域ケア個別会議の運営を見直し、ケアマネジャーや多職種、介護サービス事業者等と共通理解を形成していくことが重要です。あわせて、生活支援体制整備事業の協議体や医療機関等への働きかけも行います。

高齢者や家族に対しては、要支援認定申請時に自立支援の考え方について説明します。入口の考え方を変えなければ、サービス利用の流れは変わりにくいと考えられます。

第3段階：セルフマネジメントを支える地域づくり

高齢者自身が日常生活の中で健康や生活を管理し、主体的に活動を選択できるようにするためには、フレイル予防の普及啓発、地域資源マップの整備、地域での役割の意義の発信、免許返納後の生活設計支援など、日常生活の中で自立を支える仕組みを構築していく必要があります。

介護予防は、週1回のサービス利用だけで実現するものではなく、日々の暮らしの中での活動や役割、社会参加の積み重ねによって支えられるものです。そのような認識を地域全体で共有していくことが重要です。

ポリファーマシーとセルフマネジメント

「ポリファーマシー」とは、「多くの」を意味する「ポリ」と「調剤・薬局」を意味する「ファーマシー」を合わせた言葉で、医療現場では主に「害のある多剤併用」を指します。重要なのは薬の種類が多いこと自体ではなく、複数の薬が互いに影響し合い、副作用などの害が生じることです。複数の医療機関を受診している場合、それぞれで処方された薬が干渉し合うリスクがあり¹、これを防ぐことが薬剤師の役割の一つです。

ただし、ポリファーマシーは薬だけの問題ではなく、日常生活とも深く関わっています。たとえば、血圧の薬にはグレープフルーツに含まれる成分によって効果が強まるものがあります²。知らずにグレープフルーツを含む飲み物を摂ると、翌日にめまいや倦怠感として現れることがあります。こうした「生活の中の副作用」を防ぐためには、本人自身が服用中の薬と食事・飲み物の関係を知り、日常生活の中で意識すること（セルフマネジメント）が大切です。お薬手帳を活用して服薬情報を一元管理することは、セルフマネジメントの支援でもあります。

高齢者の介護現場でも、生活と結びついたポリファーマシーは多く見られます。以前担当した70代の一人暮らしの女性は、複数の病院に頻繁に受診し、多くの薬を服用されていました。ところが、たまたまカラオケ喫茶に誘われて楽しみを見つけたことで、受診回数が自然と減っていったのです。その方の頻回受診の背景には、生活の孤独感があり³、受診が人とつながる場になっていたと気づかされました。社会参加という生活の小さな変化が薬の問題を解決したこのエピソードは、本人が自らの生活を整えることでポリファーマシーを改善できる、セルフマネジメントの好例といえます。

本人のセルフマネジメントを支えるうえで、薬剤師にとって最大の課題は患者の生活状況を把握しにくいことです。だからこそ、介護連携が重要になります。ヘルパー、ケアマネジャー、民生委員、ご家族など、様々な立場の方から生活の情報を共有していただくことで、本人の生活実態に即した薬の管理が可能になり、ポリファーマシーのリスクを減らすことができます。医療と介護が壁を越えて同じチームとして連携し、本人の主體的な薬の自己管理を支えることが、地域の高齢者のQOL向上につながると考えています⁴。

参考文献

1. 厚生労働省. 高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）. 2018.
2. 国立研究開発法人 医薬基盤・健康・栄養研究所. グレープフルーツと薬物の相互作用. 「健康食品」の安全性・有効性情報. <https://hfnet.nibn.go.jp/column/detail825/> (2025年3月閲覧)
3. 西岡大輔ら. 医療機関で用いる患者の生活困窮評価尺度の開発. 日本公衆衛生雑誌. 2020;67:461-470.
4. 矢吹拓. 地域医療を担う内科医とは何か？ 高齢者のポリファーマシー. 日本内科学会雑誌. 2019;108:971-976.

○ 第4章

支援プロセスと 実践ポイント

1 節 相談窓口の体制

第2章では、短期集中予防サービスを中心とした総合事業の設計として、相談から支援の実施、そしてその後の生活につながるまでの「入口から出口まで」の支援の流れを整理しました。こうした設計を実際の支援として機能させるためには、各段階における具体的な支援プロセスを整理することが重要です。本章では、相談対応からアセスメント、地域ケア会議、短期集中予防サービスの実施、生活支援体制整備事業、一般介護予防事業との連動までの支援プロセスと実践のポイントについて整理します。

なお、本章で示す支援プロセスや実践ポイントは一例であり、そのまま適用することを前提としたものではありません。各市町村においては、地域の実情や体制に応じて、支援の流れや取組内容を適宜組み替えながら活用することが重要です。

総合事業を効果的に機能させるためには、相談窓口の体制を適切に整備することが重要です。相談は、市町村の窓口で受ける場合もあれば、地域包括支援センターが直接受ける場合もあります。そのため、市町村と地域包括支援センターが役割分担しながら一体的に相談機能を担う体制を整えることが求められます。

相談窓口は単に制度案内や申請手続きを行う場ではなく、高齢者の生活課題を把握し、適切な支援につなげる入口としての役割を担います。相談窓口では、次のような機能を意識して対応することが重要です。

1 不安の受け止めと生活課題の整理

相談に訪れる高齢者や家族の多くは、「困ったから何とかしてほしい」という思いで来所しており、不安が強い状態にあります。何に困っているのかを具体的に言語化できない場合も多く、「歩けない」「不安だ」といった漠然とした訴えになることも少なくありません。まずはこうした不安や心配を丁寧に受け止めることが重要です。

また、「歩けない」という訴えであっても、「自宅のトイレまで歩けない」のか、「バス停まで歩けない」のかなど、その意味する生活上の困難の程度は人によって異なります。そのため、本人の生活行為の状況を具体的に確認し、生活環境や家族状況、必要に応じて経済状況なども含めて生活全体の状況を整理することが求められます。

相談窓口では、不安の背景にある生活課題を整理するとともに、本人がどのような生活を望んでいるのかを確認することが重要です。

2 自立支援の考え方の共有

相談の段階から、自立支援の考え方について丁寧に説明することも重要です。生活機能の改善の可能性があることや改善した後の暮らしのイメージを共有することで、高齢者自身が明確な目標を設定できるようになります。最初にその期間設定を行っておくことで、長期的なサービス利用に頼る生活のイメージを払拭していくことが大切です。介護サービスは不安を補完するためだけに利用するものではなく、生活機能の改善や自立した生活の継続を支える手段であるという視

点を共有することで、支援の方向性を適切に検討することができます。

3 制度上の判断（認定申請か基本チェックリストか）

相談内容や本人の状態を踏まえ、要支援・要介護認定の申請が必要なのか、基本チェックリストによる事業対象者として総合事業につなぐのかを判断します。

ADLに介護が必要な要介護状態にある方については、主として介護給付によるサービス利用を基本とし、ケアマネジャーによるケアマネジメントのもとで支援を行うこととなります。一方、生活機能の改善の可能性があるフレイル状態の高齢者については、ガイドラインにおいて、基本チェックリストを活用し、迅速に総合事業による支援につなぐことが推奨されています。

もちろん、フレイル状態の高齢者であっても、介護予防福祉用具貸与や住宅改修、介護予防訪問看護等の介護予防給付の利用が必要な場合には、要支援・要介護認定申請を案内します。このように、相談窓口では本人の状態や必要な支援内容を踏まえ、基本チェックリストによる事業対象者とするのか、要支援・要介護等認定申請を行うのかを適切に判断することが重要です。特に、進行性の疾患や状態が不安定な場合などは速やかに認定することが求められる場合があります。なお、事業対象者として支援を開始した場合であっても、心身の状態の変化や必要な支援内容の変化に応じて、要支援・要介護認定申請につなぐことが必要になる場合もあります。相談窓口や地域包括支援センターでは、状態の変化を適切に把握し、必要に応じて制度の利用方法を見直すことが重要です。

また、第2号被保険者については、がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限ります。）や関節リウマチ等の特定疾病に起因して要介護状態等となることが、サービス・活動を利用する前提となります。このため、第2号被保険者については基本チェックリストを実施するのではなく、要介護認定等申請を行います。

4 専門職によるアセスメントへの接続

適切な支援方針を検討するためには、専門職によるアセスメントが望まれます。そこで相談窓口では、適切なアセスメントにつなぐ役割を果たすことが求められます。地域包括支援センターによる訪問に加え、必要に応じてリハビリテーション専門職等の協力を得て生活行為や生活環境を評価することで、生活機能の改善の可能性を把握できます。なお、地域によってはリハビリテーション専門職等の確保が難しい場合もあります。そのような場合には、広域的な専門職の派遣に加え、ICTを活用した遠隔での助言や評価など、専門職の視点を取り入れる工夫を行うことも考えられます。

効果的な改善に向けた 介護予防マネジメントを実施するために

1 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の取組

介護予防ケアマネジメント通知には、介護予防ケアマネジメントの各段階について具体的な内容が示されています。介護予防ケアマネジメントを効果的に実施する上での一つの選択肢として、ここでは、同行訪問アセスメントについて説明します。

同行訪問アセスメントは、地域包括支援センターやケアマネジャーが実施するアセスメントにリハビリテーション専門職の視点を加えることで、生活改善・構築に向けた課題の明確化、目標達成時期の明示、目的や状態に見合ったサービス利用、地域資源活用について、より具体的に利用者に提示することを目的とします。また、短期集中予防サービスを利用して要支援者等の生活改善や構築を目指す場合、多角的な視点によるアセスメントを根拠とした上で、目標設定やサービスが提供されることについて、要支援者等との合意形成が行われていることが重要です。サービス利用前にリハビリテーション専門職がケアマネジャーと一緒に訪問を行うことで、アセスメントが深まり、短期集中予防サービスに円滑につながりやすくなります。

なお、この同行訪問アセスメントが、要支援者等本人の意欲や自信を取り戻すきっかけとなり、サービスを利用せずに自身の力で生活していくこともあります。要支援者等の生活改善や構築を図るためにはセルフマネジメント力を獲得し、自身でPDCAサイクルを回せるようになることが求められますが、同行訪問アセスメント1回の助言でPDCAサイクルを回せると判断できればそれ以上の支援は不要ですし、セルフマネジメント力を身に着けるための支援が必要と判断されれば、短期集中予防サービスの利用を勧めることとなります。

図表4-1 同行訪問アセスメントの位置づけ



2 同行訪問アセスメントにおけるリハビリテーション専門職の役割

短期集中予防サービスの提供においては、要支援者等がその人らしい生活や暮らしを取り戻すという視点が大前提です。さらに、生活機能の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念、国際生活機能分類（ICF）を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり、要支援者等の生活課題や過去から現在に至る暮らしを整理していく必要があります。そして、リハビリテーション専門職は、要支援者等が自身の

行動で生活課題を解決し、望む姿に至ることができるよう、選択肢を提示します。

しかし、選択肢を最終的にケアプランとして決定し、遂行していくのは要支援者等とケアマネジャーです。同行訪問アセスメントはあくまで地域包括支援センターやケアマネジャーが行うアセスメントを深めるための機会であり、リハビリテーション専門職は、この選択肢をできるだけ明確に、具体的に、そして魅力的に提案することが同行訪問アセスメントにおける役割となります。

また、リハビリテーション専門職が医療職として持つ、疾病や障害に関連する知識は、地域における支援の現場では不足していることが多く、これら知識の共有もリハビリテーション専門職が地域から期待される役割の一つです。

3 同行訪問アセスメントに求められる視点

要支援者等のアセスメントを深めるために、リハビリテーション専門職には医療職としての強みを活かすことが求められます。特に医療職の中でもICFに馴染みの深い職種としての知識や経験を踏まえ、理論的根拠に基づいた具体的な予後予測を立てられることが大きな強みです。

同行訪問アセスメントで得られた情報はICFを用いて整理しますが、課題や目標が心身機能や活動の改善のみに偏らないように注意する必要があります。要支援者等がその人らしい暮らしを取り戻す、もしくは構築していくための目標は、「参加」のレベルで設定する必要があります。また、重要なのは「環境因子」や「個人因子」といった背景因子をしっかりと把握することです。「心身機能」「活動」「参加」が示す生活機能から導き出された課題は、背景因子と結びつくことで、動機づけや自信を高めることにつながる、根拠を持った『生きた課題』となります。また、予後予測を行うための情報として「健康状態（疾病の情報）」も把握しておく必要があります。健康状態の内容や状況によって、目標や課題解決の優先順位が変動することがあります。

また、リハビリテーション専門職としての専門的な知識に加え、自身の普段の生活が助言や提案に活かせる場合もあります。柔軟にアセスメントを行うことで要支援者等の選択肢が増えていきます。

さらに、専門職団体として相談・共有が行えるネットワークが構築されていると、相互の知識や経験を補完することができ、地域リハビリテーション専門職のアセスメントの深化につながります。

図表4-2 リハビリテーション専門職の強み

リハビリテーション専門職の強みとは

- ICFを基にした視点
- 予後予測能力
- 理論的根拠に基づく実践
- 知識（疾患、身体・精神機能、リスクなど…）
- 経験（働いている施設によって異なる）
- 専門職団体としてのネットワーク：相談・共有

4 資源と社会参加について

要支援者等は要介護者と比較すれば、社会参加の選択肢は多種多様です。そのため、リハビリテーション専門職は社会参加の選択肢になる資源や社会参加そのものの認識も整理しておく必要があります。要支援者等のこれまでの生活においては、誰もが何らかの役割を持ち、社会とつながりながら生活してきたはずで、社会資源については、公的な制度によるサービスだけでなく、個人の技術や知識、身近にある物や人物も資源として選択肢になります。社会参加についても、通いの場や通所サービスへの参加に限定せず、社会とつながりのある場所や機会の全てを社会参加と捉えることで、要支援者等の選択肢が広がっていきます。

5 同行訪問アセスメントの内容

同行訪問アセスメントは、地域包括支援センターやケアマネジャーとリハビリテーション専門職と一緒に要支援者等の自宅を訪問します。訪問前に地域包括支援センター等が把握している情報や訪問の方針を事前に共有しておくことで同行訪問アセスメントを効率よく進めることができますので、1回あたりおよそ1時間以内で実施される場合がほとんどです。

図表4-3 同行訪問アセスメントの流れ



リハビリテーション専門職は、生活情報の収集、身体機能や自宅・周辺環境のチェックなどを行い、要支援者等やその家族、ケアマネジャーに対し、課題解決に向けた取り組みの提案と目標の設定共有を行います。

ア 生活情報の収集

なお、同行訪問アセスメントで最も大事な部分は、要支援者等との対話です。対話はICFの視点で要支援者等の情報を整理しながら進めていきます。現在の生活に至った経緯、要支援者等が困っていること、要支援者等が自身のことをどのように捉えているのかを通して、見えている課題と隠された真因を明らかにしていきます。

生活情報を収集する際の対話は、①生活歴を聞く、②固定化した障害像の有無を確認する、③医学的リスクの確認をする、④本人の意欲や認識を確認する、⑤生活課題を確認する、という流れで進行すると、情報を整理しやすくなります。

①生活歴を聞く

要支援者等がいつから生活に不具合を感じるようになり、今の状況になったのか、そのきっかけ

けは何だったのかを明らかにするとともに、一方で、良かった頃の生活はどのようなものであったのかということも聞いていきます。過去から現在まで続いている生活の連続性の中で、要支援者等が何を経験し、感じてきたのかを理解する視点が大切になります。

②固定化した障害像の有無を確認する

例えば膝が伸び切らず歩行が不安定な高齢者の場合、「若いころに骨折して固定された関節可動域制限がある」、「変形性膝関節症が進行している」などの問題があるときには、課題設定を考える際にこの問題を踏まえて考える必要があります。改善が可能な問題なのかどうか判断を行うために確認が必要です。

③医学的リスクの確認をする

既往歴や手術歴、服薬状況などを踏まえ、医療的な視点から、現在起こっている問題の原因となるものがないかを確認します。必要に応じて、医療機関への受診を勧めることも、医療職であるリハビリテーション専門職に求められる役割の一つです。また、食事の内容や量、口腔機能についても、可能な範囲で確認していくことが必要です。

④本人の意欲や認識について

自分のありたい姿に向けて改善意欲を高く持っている高齢者もいれば、逆に目の前の困りごとへの対応に意識が向いている高齢者もいます。現在の状況をリハビリテーション専門職が言語化して整理することで、自分の生活を振り返る語りを引き出します。生活に対する思いや希望を引き出すことができると、その後の取り組みにも意欲を持って取り掛かることができるようになります。

一方で、訪問時点では、要支援者等が思いや希望を語れる状態ではない、もしくは希望がないということも十分にあり得ます。その場合には、短期集中予防サービスへの参加を促し、支援者との継続的な対話により希望を語れる状態に支援します。

⑤生活課題について

介護予防・自立支援の理念に基づいた「元気な生活」を妨げる原因は多数あります。活動機会の減少、社会参加機会の減少、同居家族などによる過介助、それらによって引き起こされる廃用症候群や意欲の低下など、生活課題として一括りにせず、どの部分に原因があるのか分けて捉えることが必要です。そうすることで、その後の具体的な提案が、要支援者等の意欲を引き出す支援につながります。

対話の進行イメージについて説明しましたが、あくまでも一例であり、流れに沿ってただ質問を繰り返すことにならないよう注意が必要です。あくまでも要支援者等との対話を重視し、要支援者等自身の言葉で語ってもらうことが重要です。

イ 身体機能や環境のチェック

対話によって生活情報を収集した後は、得られた情報に合わせて身体機能や環境のチェックを行います。対話の時点で、現在の課題と真因が考察されているはずですが、実際に身体や環境をみることで、対話にて示された真因の根拠を裏付けることができ、要支援者等も実感が得られやすくなります。その際、機能を数値化するための検査（CS-30、握力、Short Physical Performance Batteryなど）を行うことで、平均値や基準値との比較が行えますが、あくまでも必要時に実施する補助的なものと捉えてよいと考えます。この同行訪問アセスメントは、要支援者等が再びその人らしい生活を送ることを目的として行われるため、数値化した結果が要支援者等の動機づけに有効であると判断した場合に、その活用を検討します。

また、環境については、自宅内と自宅周囲の環境を確認します。限られた時間内で全て確認することは困難であるため、生活の聞き取りで収集した情報に応じて、確認すべき箇所を検討します。あわせて、自宅内の生活動線の確認に加え、外出時の動線や手段を確認することも重要となります。

ウ 生活課題解決方法の提案

聞き取りや実際に見て収集した生活や身体機能、環境の情報を統合し、生活課題解決方法の提案を行います。提案の内容は運動指導や環境調整だけに限らず、生活習慣、社会参加など多岐に渡ります。しかし、同行訪問アセスメントの段階で、全ての課題に対して提案し実践してもらうことは困難です。まずは、実践しやすく継続ができる範囲での提案を行うべきです。運動などの提案に際して、資料を渡すことも有効ですが、その場合は一般的な資料をただ渡すのではなく、本人に適したものを選ぶよう、複数パターン準備しているほうが訪問後に行動変容が見込めます。また、普段過ごしている生活空間や活動内容、1日のスケジュールの中で、ついでに行える形に調整して提案することで、場所や時間が固定され習慣化しやすくなります。

エ 目標の設定と共有

目標設定を行うためには正確な予後予測能力が必要です。1か月後、2か月後、3か月後と要支援者等がどのように改善していく可能性があるのか予測し、達成可能な目標を設定します。また、目標は具体的でわかりやすいものにすることで、達成できたかどうか誰にでも判別できるようになり、要支援者等にとって、目標達成するための取り組みに対する動機づけを高めることができます。伴走者であるケアマネジャーにとっても、支援の方針が明確になり、要支援者等と達成状況を共有しやすくなるというメリットがあります。そのような意味のある目標にするために、目標はICFにおける参加レベルで立案する必要があります。さらに、目標を達成するためのプロセスを要支援者等やケアマネジャーと十分に共有しておくことが重要です。理想は、一連のアセスメントを通して、要支援者等が自分で目標（自分のありたい姿）を語るということです。一方で、支援者が提案する場合には、支援者の考えを要支援者等に押し付ける目標になっていないか注意する必要があります。また、時には、目標を段階付けて設定することが有効になる場合もあります。

図表4-4 目標の例

具体的な目標の例

- ・掃除機を使って掃除ができる
- ・200m先のスーパーまで杖を使って歩いて行ける

具体的でない目標の例

- ・役割を持って安全に自宅で過ごせる
- ・不安なく外出できる
- ・筋力やバランスが改善する

オ プラン選択肢の提案

フォーマルサービスやインフォーマルサービスなど、プランの選択肢はいくつか挙げられますが、リハビリテーション専門職は要支援者等やケアマネジャーが根拠を持って選択することができるように、それぞれのメリット・デメリットに関して説明を行う必要があります。短期集中予防サービスを利用する場合には、サービス内容と実施期間、終了後の生活の見立てに関して、合意形成を行っておくことでサービスを円滑に開始することができます。また、短期集中予防サービスではなく、他のサービスを利用するほうが適している場合や、地域資源の提案のみで十分な場合もあります。いずれにしても、各市町村の総合事業施策や地域資源を十分に把握することで適切な選択肢を提案することができます。もちろん、リハビリテーション専門職だけではわからない、または知らないことのほうが多いので、生活支援コーディネーターなど地域資源に詳しい他職種との連携を提案することも必要となります。その際には、単に他職種につないでその後を任せるのではなく、リハビリテーション専門職としてのアセスメントの結果や必要と考える要素を伝えておくことは重要です。

6 同行訪問アセスメントの終了後

同行訪問アセスメント終了後には報告書（参考：図表4-5）を作成し、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所のケアマネジャーに提出します。

このように、ケアマネジャーがリハビリテーション専門職と協働してアセスメントを行うことで、利用者本人が望む生活を妨げている生活機能上の課題をより具体的に明らかにし、目標設定や支援の方向性をより適切に共有しやすくなると考えられます。

図表 4-5 同行訪問アセスメントの報告書の一例

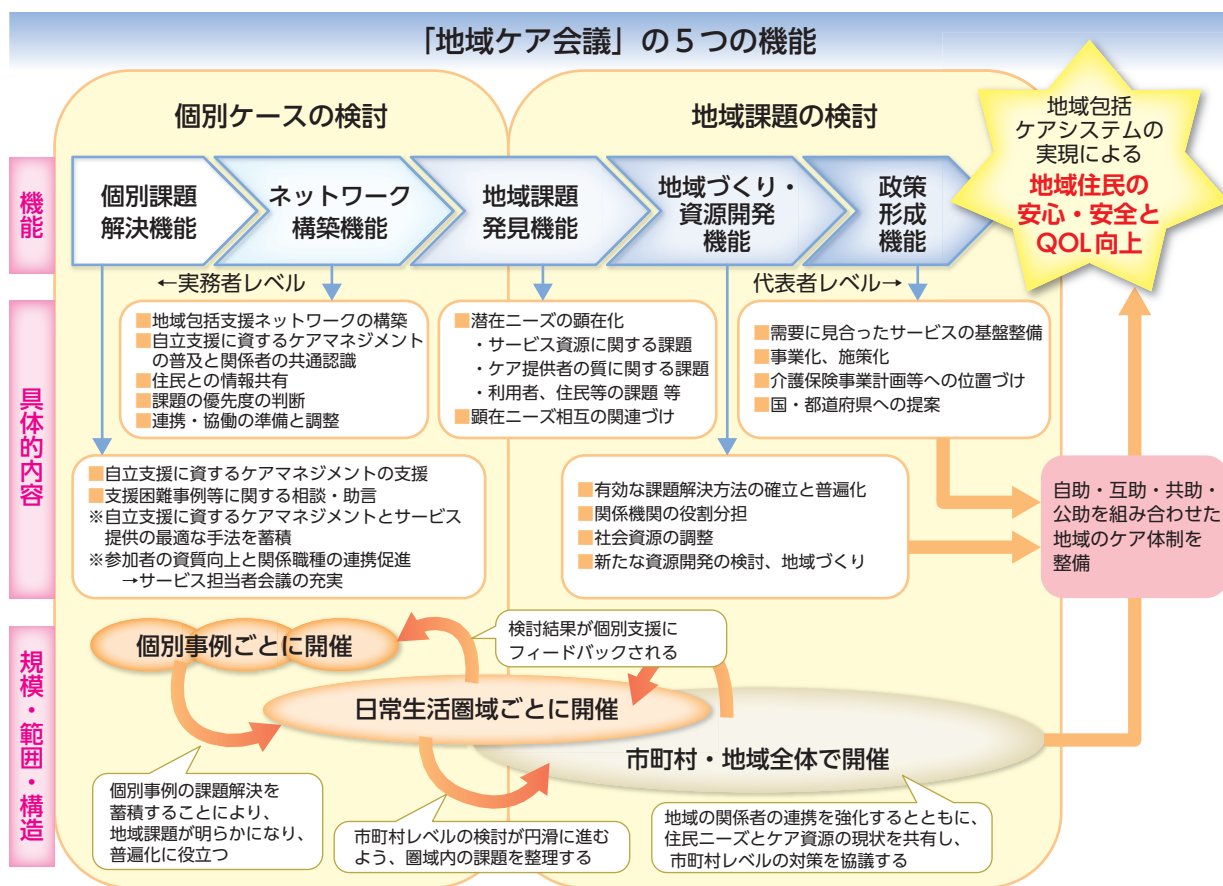
同行訪問状況報告書									
訪問日時			～		訪問者		担当者		
利用者氏名			年齢		住所		認定情報		
①訪問の目的・提示された課題									
②利用者情報									
疾病情報			心身機能						
活動参加									
環境					個人因子				
③住宅環境									
形態		住宅改修		改修済みの箇所		福祉用具		使用中の福祉用具	
④アセスメントと提案内容									
アセスメント					提案内容・解決策				
A. 運動・移動について									
B. 日常生活について									
C. 社会参加、対人関係									
D. 健康管理について									
⑤その他									
⑥3か月後に見込まれる状態とそのため目標									
⑦まとめ									
介護認定申請 :	福祉用具の必要性 :			通所利用の必要性 :			訪問利用の必要性 :		

3節 自立支援型地域ケア会議

図表4-6 は、地域ケア会議の5つの機能を示すものです。

自立支援型地域ケア会議はこの中で、「個別課題解決機能」における「自立に資するケアマネジメントの支援」を行うことで、「ネットワーク構築機能」における「自立に資するケアマネジメントの普及と関係者の共通認識」の普及等を行う地域ケア会議です。そこで、取り上げられる個別ケースはまずは軽度者から、かつ、その地域によくある典型的なケースが選択されます。次の「地域課題発見機能」で「潜在ニーズの顕在化」を期待するのであれば、特殊なケースではなく、地域の課題と考えられるようなケースである必要があるからです。そして、さらにその地域課題を検討することで「有効な課題解決方法の確立と普遍化」が図られ、最終的に「事業化、施策化」が検討されることで「政策形成機能」を發揮します。

図表4-6 地域ケア会議の5つの機能



出典：厚生労働省「地域ケア会議の概要」

短期集中予防サービスの対象となる要支援者等は、「要支援者・事業対象者のうち、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」ですから、まさに自立支援型地域ケア会議で取り上げるべき典型的なケースと言えます。したがって、短期集中予防サービスの利用者のケースを自立支援型地域ケア会議で検討することで、短期集中予防サービスを中心とした総合事業の再構築の政策形成エンジンになり得ると考えられます。

なお、自立支援型地域ケア会議での検討では、まず、運動・リハビリ、医学的管理、栄養管理といった「廃用・重症化予防」に向けた議論が重要ですが、短期集中予防サービスでは、「サービス終了後も余暇やボランティア活動、通いの場、一般介護予防事業等の社会参加に資する取組が維持されるよう配慮すること」が求められますから、生活支援コーディネーター等の参加により、本人の「生活支援・自立支援」につながる議論も含めて幅広い視点で検討することが重要です。

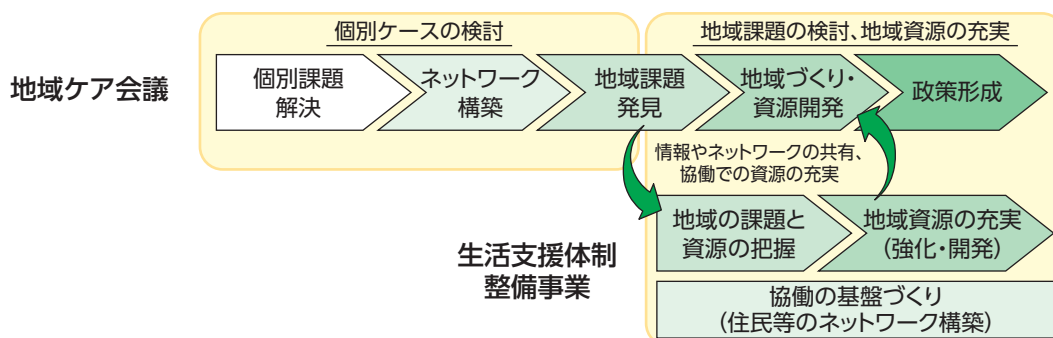
図表4-7 自立支援型地域ケア会議で検討するケースと参加者

<p>検討する ケース</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●フレイル～要支援程度の軽度者のケース（＝自立支援型地域ケア会議の対象） <ul style="list-style-type: none"> ▶重度者のケースでは介護保険サービスの重要性が高まるため、官民連携による生活支援・自立支援を検討する際には軽度者のケースを検討することが重要である。 ●各地域における「よくある」ケース <ul style="list-style-type: none"> ▶保険外サービスを活用した課題解決を目指す場合は「その人特有の課題」だけでなく「地域によくある課題」を議論することも重要である。ケース検討においては、各自治体で「よくある」ケースをあえて検討することが有効だと考えられる。
<p>参加者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●介護保険サービス以外の地域資源や、高齢者の生活課題に精通したメンバーを入れる。 <ul style="list-style-type: none"> ▶医師や薬剤師、PT・OT・ST等の専門職だけでなく、生活支援コーディネーターや地域の生活支援関連の民間企業など、介護保険サービス以外の地域資源や、高齢者の生活課題に精通したメンバーと一緒に検討することが重要である。 ●生活支援・自立支援に向けたケースの深掘りができるファシリテーターを入れる <ul style="list-style-type: none"> ▶市町村職員や専門職など幅広い職種が参加する中で、ケースごとに真のニーズ・地域課題を深掘りし、生活支援・自立支援に向けた検討を行うためには、会議の目的を理解し適切にファシリテーションのできる人材が重要である。 ▶初期的には、先進的な自治体の地域ケア会議の視察や、ファシリテーターの招聘等により、内部でファシリテーターを育成していくこと等が考えられる。

出典：株式会社日本総合研究所（2024）「経済産業省 令和5年度ヘルスケア産業基盤高度化推進事業（サステナブルな高齢化社会実現及び当事者参画型開発普及に向けた関連事業）「地域ケア会議を起点とした官民連携による地域課題解決に関する市町村向けガイド」

なお、生活支援体制整備事業における協議体は、生活支援コーディネーターを組織的に支えるとともに、多様なサービス提供主体間の情報共有及び連携・協働による資源開発等を推進することを目的としています。地域ケア会議で把握した地域の課題や資源の情報を協議体や生活支援コーディネーターが受け取ることで、住民や団体・企業を中心とした地域づくり・資源開発に活かすことも可能です。

図表4-8 生活支援体制整備事業と地域ケア会議の関係性



出典：株式会社日本総合研究所（2017）「平成28年度 老人保健事業推進費等補助金 「新しい包括的支援事業における生活支援コーディネーター・協議体の先行事例の調査研究事業報告書」

4 節

短期集中予防サービスの実施 (設計・運営・評価)

1 短期集中予防サービスの設計に必要な視点

第1章で確認したとおり、短期集中予防サービスは「要支援者・事業対象者のうち、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」を対象に、「保健・医療専門職」が「要支援者等が自身の生活機能の低下等について自覚を持ち、介護予防に意欲的に取り組めるように支援（セルフマネジメント支援）」するサービスです。高齢者は、喪失体験を重ねる中で「できなくなったこと」に意識が向きやすく、不安を埋めるように援助を求める行動が増える傾向があります。そこで、短期集中予防サービスの設計において必要な視点は以下の3点と考えられます。

①生活の不安を取り除く

生活のどの部分に不安を感じているのかを丁寧に把握し、解決のために何かできるかを要支援者等本人と支援者が共に考え、必要に応じて実際に練習します。なお、「いつまでが良い生活だったか」「いつから困り始めたか」という生活の連続性を明らかにすることで、本人の不安の背景を理解しやすくなります。

②セルフマネジメント能力を高める

短期集中予防サービスの提供時間内のサービス内容の満足度を上げるのではなく、むしろ、利用者が短期集中予防サービスを利用しない残り6日と22時間の過ごし方をいかに活動的に過ごすかを主体的に考えるよう促し、身体活動量を高め、廃用症候群を防ぐように設計することが重要です。まず、今までやってきたことに自信を持って行えるようにすることによって、新しいことに取り組む際の原動力にもなります。

③社会資源を活用して地域につなぐ

社会資源とは通いの場だけではなく、家庭内の役割、趣味、近隣との交流、買い物など、本人の生活を支えてきたあらゆるものを含みます。サービス終了後に、地域での役割や活動につながる“出口”を意識した支援が重要です。

2 短期集中予防サービスの内容と目的

短期集中予防サービスには訪問型と通所型があり、訪問型は「保健・医療専門職がその者の居宅を訪問して、その生活機能に関する問題を総合的に把握・評価し、社会参加を高めるために必要な相談・指導等を実施する」サービス、通所型は「居宅や地域での生活環境を踏まえた適切な評価のための訪問を行った上で、おおよそ週1回以上、生活行為の改善を目的とした効果的な介護予防プログラムを実施する。その際、単に高齢者の運動機能や栄養といった心身機能にだけアプローチするのではなく、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたものとする事で、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加につなげる」サービスです。いずれも、最終的な目的は要支援状態等になる以前の生活を取り戻していくことであり、運動、口腔、栄養等のアプローチはその手段であって、例えば、運動の習慣化等が目的化してしまうことがないように留意する必要があります。

3 訪問型短期集中予防サービスの設計

訪問型の短期集中予防サービスの対象者は、ガイドラインで「特に閉じこもり等の心身の状況のために通所による事業への参加が困難で、訪問による介護予防の取組が必要と認められる者」とされていますが、中山間・人口減少地域などで、送迎時間や会場の確保などに制約があって通所型の短期集中予防サービスの提供が困難な場合にも有効に活用されています。また、特に訪問型は、居宅において「生活機能に関する問題を総合的に把握・評価し、社会参加を高めるために必要な相談・指導等を実施する」サービスであって、通所型のように介護予防プログラムの提供を求められるものではないことから、通所型と比較すれば、よりセルフマネジメント支援を実施しやすいサービスであるとも言えます。

運動、口腔、栄養、閉じこもり予防といった具体的な相談・助言等の内容については、「介護予防マニュアル第4版」などで詳述されていることから本手引きでは省略しますが、相談・助言時のセルフマネジメント支援の方法については、次の4 通所型短期集中予防サービスの設計でまとめて説明します。

4 通所型短期集中予防サービスの設計

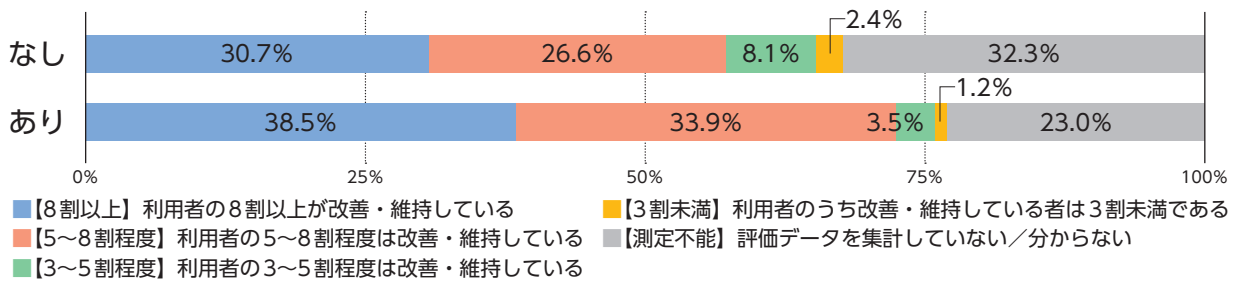
通所型の短期集中予防サービスの具体的な介護予防プログラムとしては、以下のようなプログラムが提供されています。

- | | | |
|-----------------|----------------|------------|
| ①セルフマネジメントプログラム | ⑤閉じこもり予防プログラム | ⑨社会参加プログラム |
| ②運動機能向上プログラム | ⑥認知機能低下予防プログラム | ⑩訪問プログラム |
| ③口腔機能向上プログラム | ⑦うつ予防プログラム | ⑪介護予防教育 |
| ④栄養改善プログラム | ⑧IADL支援プログラム | |

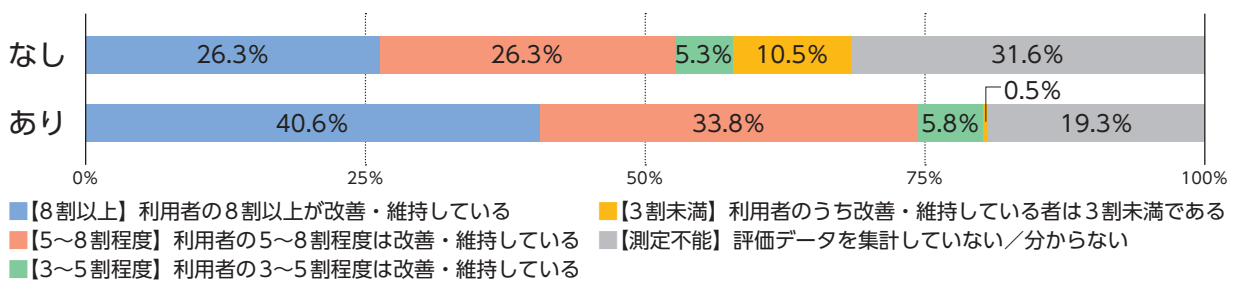
また、本調査研究の調査結果から、以下の傾向があることがわかりました(図表4-9~12)。

- ・セルフマネジメントプログラムを実施している市町村の生活機能の改善・維持割合が高い。
- ・社会参加プログラムを実施している市町村の生活行為の改善・維持割合が高い。
- ・通所型の短期集中予防サービスについては、複数のプログラムを提供している市町村の方が生活機能の改善・維持の割合が高い。
- ・サービス・活動事業の全利用者のうち、短期集中予防サービスの利用者の割合が5%未満ないし15%以上の市町村の生活機能の改善・維持割合が高い。(効果的な短期集中予防サービスを実施するためには、対象者を特定の要因に絞り込み、その要因に応じたプログラムを提供するか、フレイル、要支援状態に陥った幅広い要因に対応できるよう複数のプログラムを提供するかの二択と考えられる。)

図表4-9 セルフマネジメントプログラムの有無と生活機能の改善・維持割合の関係 (n=369)



図表4-10 終了時の社会参加プログラムの有無と生活機能の改善・維持割合の関係 (n=369)

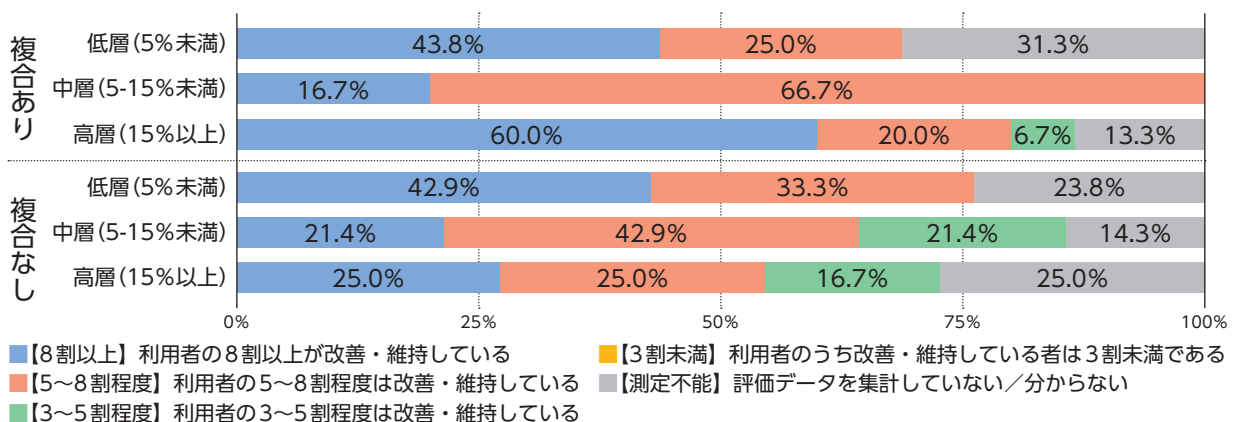


図表4-11 短期集中予防サービスの利用者割合と生活機能の改善・維持割合の関係 (n=369)



*訪問型・通所型サービス・活動Cの利用者数の全サービスに占める割合に応じて以下のように定義しました。
5%未満：低層（5%未満） 5~15%未満：中層（5~15%未満） 15%以上：高層（15%以上）

図表4-12 複数のプログラム実施状況と生活機能の改善・維持割合の関係 (n=369)



*複合プログラムの有無については、以下の通りに定義しました。
運動や栄養、口腔等を一体的に実施している場合、「複合あり」としました。

そこで、本手引きでは、特にセルフマネジメントプログラムと社会参加プログラムについて説明します。

5 セルフマネジメントプログラム

セルフマネジメントプログラムの一例として、動機づけ面接技法を用いた面談によるプログラムを紹介します(図表4-13)。本プログラムでは、セルフマネジメントシートを用いながら

- できたことへのポジティブフィードバック
- 生活行為の意味づけ
- 課題に対する解決策の共同検討
- スモールステップによる成功体験の積み重ね

を行います。この過程を経て、自己肯定感が高まり生活課題解決への意欲の高まりにつながります。生活の中の小さなエピソード(心の動き・工夫・気づき)を深掘りすることが、行動変容を支える重要なポイントとなります。また、家庭内や地域で果たしている役割を承認し、獲得した行動変容が長期的に継続するよう支援します。

図表4-13 動機づけ面談等の手法を用いた面談のポイント

動機づけ面談 (セルフマネジメントプログラム)

短期集中予防サービスでの最重要ポイント

- セルフマネジメントシートを用いて、1週間を一緒に振り返る。
- 利用者さんのできている部分にポジティブフィードバックを行う。
- 日々の生活で行っていることに一緒に意味づけをしていく。
- 成功体験の積み重ねにより **自己肯定感**が高まる。
- 新しいチャレンジへの **意欲が生まれ** 生活課題の解決につながる。



➡ **意欲的に自分自身を管理できる = セルフマネジメント能力が高まる**

面談では、セルフマネジメントシートなどを用いて、生活課題の解決や望む暮らしを再獲得するための1週間の暮らし方を利用者と支援者がともに考えます。これから迎える1週間の生活、取組を一緒に考え、次回の面談で1週間の過ごし方や気づきなどを振り返り、次の1週間の生活、取組を考えるとといったPDCAサイクルを12週間繰り返すことで、利用者自身がセルフマネジメントできるように支援します。生活の中での活動量を確保するという点では、現在取り組んでいる掃除や洗濯などのIADLの活動や参加といった取組をメッツ(身体活動の強さを安静時の何倍に相当するかで表す単位)に換算して示すことも有効です。

なお、短期集中予防サービスにおいて重要となる前提は、「主役は利用者である」という視点です。支援者が各領域における専門家であることと同様に、利用者は「自分の人生の専門家」です。支援者は、自分が正しいと思いがちな行動に誘導しがちであることに留意しつつ、利用者が「どのような想いで現在の生活に至ったか、これからどのように生活を再建していきたいか」を尊重しながら、伴走的に支援していく姿勢が重要となります。

また、セルフマネジメント能力を高めるためにも、例えば、運動プログラムにおいても「触らないアプローチ」を徹底することが重要です。サービス終了後の社会参加に向けて、利用時にはリハビリテーション専門職と練習したり、あるいは自主トレーニングの動作の確認によって、利用者にとって必要な運動を自宅で正しい方法で行えるようにします。また、生活のどこを改善するための運動か、理解して実践してもらうことが必要です。

①初回評価・面談

●初回評価

ケアマネジャーが作成したケアプランや同行訪問アセスメントの情報を踏まえ、利用者の心身状態・生活状況を多面的に把握します。重視する点を以下に示します。

- ・ ICFに基づく整理（心身機能・活動・参加・環境・個人因子）
- ・ 生活の連続性（いつまでが良い生活だったか、いつから困り始めたか）
- ・ 本人の強みの発見（生活習慣・役割・健康行動など）
- ・ 生活の中の小さな成功体験の確認

例えば、以下の項目を測定・評価しています。

【**身体機能面**】 握力、片脚立位、30秒椅子立ち上がりテスト（CS30）、
Timed up & Go test（通常・最大）

【**生活機能**】 老研式活動能力指標

【**精神機能：うつ状態の程度**】 老年期うつ病評価尺度（Geriatric Depression Scale）

【**I A D L**】 日本語版Frenchay Activities Index（FAI）自己評価表

【**Q O L**】 EQ-5D-5L（EuroQol 5 dimensions 5-level）

利用者の心身状態および生活の様子について明らかにすることで、自立支援のためにどのようなアプローチが必要かを考える契機となります。なお、短期集中予防サービスの目的は、単に身体機能面の改善を図るものではなく、できることを取り戻し、再び自立した生活を送ることです。例えば、身体機能面の大幅な改善が図られない場合でも、精神機能面の変化、生活の工夫により生活状況の変化が見られる場合も多々あるため、利用者の情動的側面、毎日の生活の変化にも十分に着目していくことが大切となります。

●目標設定

初回評価の結果を元に目標（3か月後に叶えたい暮らし）の実現に向けて、最初に取り組んでもらうことを、一緒に考えていきます。重要な視点を以下に示します。

- ・ 具体的であること
- ・ 達成可能であること
- ・ 生活の課題が反映されていること
- ・ 本人が意欲を持てること

また、目標設定の際には、「利用者の肯定的側面をいかに多く見つけるか」が鍵となります。

例：・「毎日ラジオ体操を続けている」 ・「新聞を取りに行くのは自分の役割」
・「訪問アセスメントで習った運動を少し始めた」

こうした強みを言語化し、共有すると、利用者の表情や声のトーンが変わり、行動変容の第一歩につながります。

●初回面談

次に、生活課題の解決に向け、これから1週間で取り組んでいくことを一緒に決めていきます。まずは、「強みを生かした取り組み」から始めていくとよいでしょう。「いつもやっているラジオ体操の後に、一つだけ運動を増やす事は出来ないか」「週3～4回やっている散歩を少しだけ頑張っただけで毎日できないか」というように、今の運動習慣や生活習慣を少しだけ発展させる提案が受け入れられやすいと思います。実施する課題については、心身機能面へのアプローチのみでなく、活動や参加を意識した内容も取り入れることができるとよいでしょう。

なお、自宅での運動が習慣化するポイントですが、①いつ、②どこで、③どのように、を意識して伝えるとよいでしょう。利用者自身で正しく運動を行うための知識と方法を伝え、「なぜその運動が必要なのか」を理解することで目的意識が生まれ、自宅での継続を前提とした“覚えて帰る”スタイルが定着していきます。

また、普段行っている生活行為について、意味づけを行う、または活動量を意識するように考え方を提案するとよいでしょう。例えば、「掃除機をかけると、足の筋力向上にもつながりますし、散歩と同じくらいの運動量がありますよ」という声掛けで、さらに生活の中で活動量を増やしていく取り組みにつながりやすくなります。

このように、一週間で取り組んでもらうことを利用者さんと話しあって決め、次回利用時までご自身で振り返りながら取り組んでいただきます。

②2週目以降の面談

1週間ごとに、リハビリテーション専門職と利用者が一緒に動機づけ面談の振り返りを行いながら、目指す元の暮らしに近づくためにPDCAサイクルを繰り返していきます。振り返りを行う際のポイントは、「提示している運動ができたか」という点に焦点を当てすぎではなく、生活課題の解決に向け「どのように毎日を過ごしているか」を活動量増加の視点から捉えることです。生活の中のちょっとしたエピソードを深掘し、果たしている役割がないかを確認するとともに、「やってみようかなと思った」といった心の動きや、生活課題に取り組んでみて難しかったところを一緒に整理していくとよいでしょう。成功体験を承認することで自信を取り戻し、新たな目標に向けて取り組んでいける場合も考えられますので、変化点を的確にとらえることが重要です。

また、短期集中予防型サービスは多職種で作り上げていくサービスです。利用者の運動・生活面の変化、情動面の変化をケアマネジャーと随時情報共有するとともに、サービス終了後に活用する資源（アセット）についても、リハビリテーション専門職が利用者さんの特性・希望するものを生活支援コーディネーターに伝えることで、その方にあった資源と一緒に考えてもらうことができます。

③ICFに基づく3か月間の変化の整理

短期集中予防サービスでは、心身機能の改善を基盤に、生活行為（活動）の再獲得が進み、最終的に地域参加や役割の回復へとつながる“暮らしの構築”が段階的に生じていきます。

ア 心身機能（Body Functions / Structures）

短期集中予防サービスでは、運動機能と精神機能の両面で変化が生じ、これらが活動・参加の基盤となります。

■身体機能の向上（基礎体力・バランス・持久力）

継続的な運動により、歩行距離の延長、立位バランスの改善、体力の向上、日常生活動作の安定といった身体機能の改善が見られます。

■精神機能の変化（自信・主体性・情動の改善）

短期集中予防サービスでは、利用者が「できない・不安」から「できる・やってみたい」へと心理的に変化します。小さな成功体験の積み重ねにより自己効力感（Self-efficacy）が向上し、表情の明るさ、笑顔、声のトーンの変化が見られるようになります。「自分の生活をどうしたいか」を言語化できるようになり、主体性が回復していきます。これらの変化が、活動・参加への意欲を高める基盤となります。

イ 活動（Activities）

活動面では、生活課題の明確化から始まり、生活行為の工夫・再獲得、活動量の増加を経て、最終的に生活の自立性が回復していきます。

■運動の継続と習慣化

通所で学んだ運動を自宅で継続できるようになります。セルフマネジメントシートにより「いつ・どこで・どのように」が明確化され、“もっと運動したい”という内発的動機づけが生まれます。

■生活課題の明確化と意味づけ（生活行為の再認識）

訪問アセスメントや面談を通して、「どの生活行為が困っているのか」「なぜそれをしたいのか」が明確になります。「掃除機をかける＝筋力向上につながる」など、生活行為への意味づけが行動の方向性を定めます。

■生活行為の工夫・改善（IADLの再獲得）

動作の工夫、環境調整、道具の使い方の改善により、買い物、調理、掃除、自転車での外出などの“できる”動作が増えていきます。

■活動量の増加（生活の活性化）

生活行為が再開されることで、運動だけではなく、“生活の中で体を使う”ようになり、日常の活動量が自然に増えます。

■生活の自立性・役割の回復（暮らしの構築）

生活行為が安定すると、家庭内の役割を再び担えるようになります。「自分で選び、自分で決め、自分で動く」という状態に戻り、暮らしの自立性が回復します。

ウ 参加 (Participation)

参加面では、他者との関わりへの前向きさが戻り、地域活動や役割への参加が再開され、最終的に“自分で選び、自分で決める暮らし”が構築されます。

■他者との関わりへの前向きさの回復

人と関わることで不安が軽減し、交流への抵抗感が減ります。「話すと気持ちが楽になる」など、社会的つながりが行動を後押しする状態が生まれます。

■地域活動への再参加・新規参加

老人会、健康麻雀、元気アップ体操、サロンなどへの参加意欲が高まります。外出機会が増え、「美容院に行く」「友人に梅を届ける」など、日常的な社会参加も増加します。

■役割の再獲得・役割の拡大

家庭内の役割（掃除、庭の管理、料理など）が再び担えるようになります。

さらに地域での役割（サロン運営、ボランティア活動等）が拡大し、「自分は役に立っている」という自己肯定感が回復します。

■自分で選び、自分で決める生活の構築

趣味活動の再開、地域活動・友人関係・外出先を自分で選べるようになり、「自分の未来に選択肢がある」という生活の主体性と展望が回復します。

④面談で使用するセルフマネジメントシートの構成・記載例

セルフマネジメントシートは、以下のような様式が使われています（山口県防府市の例）。

図表 4-14 セルフマネジメントシート（様式例）

短期集中予防サービス セルフマネジメントシート		No. 1 / 12	
氏名		目指したい3か月後の生活 明確で具体的な生活目標を記載・可視化	一週間を振り返って 自身で振り返りまとめる。
日付	曜日	体調	この生活（↑）のために、この一週間自宅で、自分で、毎日取り組むこと（=セルフマネジメント）
			運動や生活の中で行うこと、意識すること
			1 2 3 4
			ひとこと日記
			メモ (事業所記載欄)
			毎日自分の言葉で振り返ることでセルフマネジメント能力の向上につながる。生活の中でのエピソードがわかる。
			利用者の発言・感じたことを結びつける。
			毎日の生活で取り組むことを考え、振り返りを行う。課題は心身機能のみでなく活動・参加につながる項目も盛り込むようにする。
			体調も自身で振り返り
家族からのコメント		支援者(事業所・包括)からのコメント 利用者さんの意欲向上につながる前向きメッセージを記載	

実際のセルフマネジメントシートを用いた事例を示します。この事例は、行動変容の初期段階がどのように現れるかを理解するうえで有用です。

(記載・振り返り例 80代女性 Aさんの場合2回目面談)

目標：1 km先のスーパーまで歩いて買い物に行ける。庭をきれいに保つ。

図表4-15 セルフマネジメントシート (実際に記載したシート)

短期集中予防サービス セルフマネジメントシート		No. 1 / 12						
氏名		目指したい3か月後の生活		一週間を振り返って				
		歩いてアルクに買い物に行けるようになる。 庭がきれいに保つ。						
日付	曜日	体調	この生活(1)のために、この一週間自宅で、自分で、毎日取り組むこと(セルフマネジメント)				ひとこと日記	メモ (事業所記載欄)
			運動や生活の中で行うこと、意識すること					
目標回数・水準 =>			1	2	3	4		
6月7日	水	△	午前	午後	外出(美容院)	梅もぎ	どきどきで1km歩いて行く	パーマ染 髪
6月8日	木	△	午前	午後	雨		一日テレビ 伊勢うどん 作る声出してがきとるの	↑ 髪 髪
6月9日	金	△	午前	午後	パーマ屋に行く カットする		髪の手 髪より髪並あり	髪 髪
6月10日	土	△	午前	午後	リハビリ		10時30分 家を出てリハ センターに行く 家に帰って5分	髪 髪
6月11日	日	△	午前	午後	ドッグ取って カサシ 30分		物置	髪 髪
6月12日	月	△	午前	午後	科に行く リハビリ	梅もぎ 30分	犬のり	髪 髪
6月13日	火	△	午前	午後	三田産病院	10分	及達の家に梅もぎして行く	髪 髪

■ シートから読み取れること

- ・ 体調は一週間を通して△(まずまず)だった。
- ・ 今まで習った運動(訪問アセスメントで指導を受けたもの)はほぼ実施できている。
- ・ 新しく習った運動は、自主的に増やして取り組むことができている。
- ・ 外出は受診以外に美容院に行った。
- ・ 草取りは40分も取り組んでいる。梅もぎにも取り組んだ。友達に梅を持っていった。

■ 面談前に感じたこと

- ・ 初回の面談の時より笑顔が多い。
 - ・ 髪がさっぱりしている。
 - ・ 声のトーンが明るい。
- *これらは、行動変容の表れと言えます。

■ 面談で新たに分かったこと

- ・ 人と関わっていた方が不安な気持ちが和らぐ。誰かと歩くと足幅が広く、早く歩ける。
→サービス終了後に人と関わる場があっても良いのでは?近隣に一緒に歩けるような友人はいないだろうか?
- ・ 声を出して運動すると調子が良い。
→次週のプログラムに反映できそう。
- ・ 庭がきれいになった、髪が整ったことを雑談で伝えると、一番の笑顔が見られた。

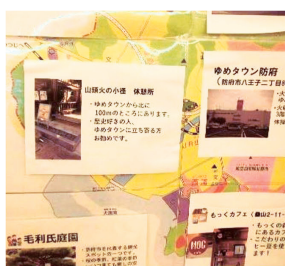
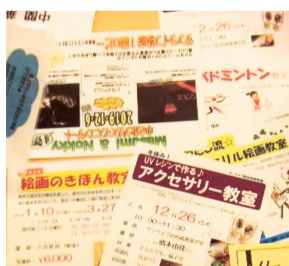
これらのことを統合すると、この方は、「きれいにすること(庭・身だしなみ)」が行動の中心となり、生活中での役割が再び機能し始めているといえます。短期集中予防サービスに順調に取り組み始めており、行動変容の初期段階として非常に良い状態です。

この事例にもあるように、セルフマネジメントシートは単なる記録ではなく、行動変容の可視化、利用者の強みの発見、生活の意味づけ、情動面の変化の把握、次の行動への動機づけ、多職種連携の共通言語として機能します。「生活を自分の言葉で振り返ること」こそが、セルフマネジメント能力を高める、最も重要なプロセスのひとつであると言えます。

6 社会参加プログラム

社会参加につながるような地域での情報を収集、提示するとともに、利用者が実際に参加するために必要な能力（交流能力、移動能力等）を高めていきます（**図表4-16**）。サービス終了後の出口としての役割を重視します。訪問プログラムと組み合わせて、住民主体の通いの場、サロン等の活動と一緒に参加してみる等の働きかけも考えられます。

図表4-16 社会参加プログラムのポイント



情報の提示例

地域での催し、公民館講座、利用者・SCからの情報を見える化することで社会参加の意欲につながる。

活動の支援例

麻雀教室参加のために利用者・スタッフを交えて疑似体験を行う。

なお、短期集中予防サービスの提供時間中に、「常に何かを提供し続ける」必要はありません。集団の相互作用を生かすために、個人因子・環境因子を配慮した配席等を工夫し、利用者同士での交流を促すことで、社会参加プログラムの効果を高める一助となる可能性もあります（**図表4-17**）。

図表4-17 配席のレイアウト図



- ・個人因子・環境因子を分析し、配席に配慮することで、お互いが「話したくなる」関係づくり、環境づくりを目指す。
- ・間を取り持ち、あとはお互いに関係を深めていき主体的に時間が過ごせるようになる。
- ・お互いが、承認し、悩みを共有し、ピアカウンセリング機能を持つ集団となる。

Column

「食べられない」背景とセルフマネジメント

「栄養」とは、口から入った食品を消化・吸収し、健康に生きるための様々な営みを指します。要支援者等の栄養改善に向けた支援では適切な食事内容を整えるだけでなく、「食べられる状況をつくること」も含む、総合的な支援であることが大切です。栄養素は飲食品として取り込むものですが、「何を食べるか」以前に多様な食品を「十分に取り込んでいるか」という問題が介護予防の現場では見過ごされがちです¹。総合事業における栄養改善の最終的な目標は、専門職による支援が終了した後も、本人自身が食と向き合い、自らの健康を維持・管理できる「セルフマネジメント」の定着にあります。

介護予防における栄養問題として特に懸念されるのは、「食べている」という判断が主観によるものであること、加齢に伴う食の変化を当然のこととして受け入れてしまうことです。まず大切なのは、現在の食事と健康的な食事との乖離に本人自身が気づき、「自分ごと」として認識してもらうことです。「若くて元気だからしっかり食べられる」のではなく、「しっかり食べるから元気でいられる」という視点の転換が、セルフマネジメントへの意欲を引き出す出発点となります。

「食べられない」背景には様々な要因があり、それぞれへの対応が求められます。

経済・購入環境の問題	購入できる範囲でのバランス調整や安価な代替品の提案、宅配食・支援サービスの活用を検討する。
食欲・精神的な問題	不安や孤独感は食意欲を低下させる。傾聴と共感による心理的サポートも栄養改善に向けた支援の一部となる ^{2,3} 。
活動量の問題	空腹感は栄養消費の合図。体操や散歩など活動を促し、空腹感を生み出すことも栄養改善の支援である ⁴ 。

栄養改善に向けた支援は、当人の思いを十分に聞きながら「できそうなところ」から協議して進めることが重要です。他の機能に比べ、当人の改善努力が大きく求められる分野だからこそ、押しつけにならない丁寧な関わりが欠かせません。専門職による関与は期間を区切った集中的なアプローチとして位置づけ、支援の終了後も本人が日々の食生活を自ら管理・継続できる状態を目指すことが、総合事業における栄養改善支援のゴールです。食事は人生の最後まで続く楽しみでもあります。セルフマネジメントの定着を通じて、QOL（生活の質）の向上にも貢献できる栄養改善の取り組みが広がっていくことが望まれます。

参考文献

1. 新開省二ら. 地域在住高齢者における栄養の特性と課題, 地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理の在り方検討会. 2016;28-32.
2. カラントル玲奈ら. 都市高齢者における社会的孤立と栄養状態の関連の横断的検証: 板橋健康長寿縦断研究. 日本老年医学会雑誌. 2025;62:62-70.
3. 中井あい, 齋藤智子. 独居高齢者の低栄養状態に関連する食環境アクセシビリティの文献検討. 日本看護科学学会誌. 2020;40:654-660.
4. Hubner S, Boron JB, Koehler K. The effects of exercise on appetite in older adults: a systematic review and meta-analysis. Front Nutr. 2021;18:734267.

1 生活支援コーディネーターの役割

生活支援体制整備事業は、地域支援事業実施要綱において「市町村が中心となって、元気な高齢者をはじめとする多世代の地域住民が担い手として参加する住民主体の活動団体、地域運営組織、NPO法人、社会福祉法人、社会福祉協議会、地縁組織、協同組合、民間企業、シルバー人材センター、介護サービス施設・事業所、老人クラブ、家政婦（夫）紹介所、商工会、民生委員等の多様な主体による多様な生活支援・介護予防サービスの提供体制を構築し、地域の支え合いの体制づくりを推進していくこと」を目的としています。本事業で配置される生活支援コーディネーターは、「生活支援・介護予防サービスの資源開発やネットワーク構築等のためのコーディネーター機能を果たす者」で、以下の「資源開発」「ネットワーク構築」「ニーズと取組のマッチング」の3つの役割を担います。

- ①資源開発（地域に不足する生活支援・介護予防サービスの創出（既存の活動を地域とつなげることを含む）、生活支援・介護予防サービスの担い手（ボランティア等を含む）の養成、元気な高齢者をはじめとする多世代の地域住民が担い手として活動する場の確保等）
- ②ネットワーク構築（多様な主体を含む関係者間の情報共有、生活支援・介護予防サービス提供主体間の連携の体制づくり等）
- ③ニーズと取組のマッチング（地域の支援ニーズと生活支援・介護予防サービス提供主体の活動のマッチング等）

この3つの役割のうち、短期集中予防サービスとの連携においてまず求められるのが、「ニーズと取組のマッチング」です。短期集中予防サービスでは、要支援者等が必要とする地域の生活支援サービスや社会参加先の情報を提供することが求められますが、生活支援コーディネーターは地域資源の情報を提供する役割を果たします。

2 生活支援コーディネーターの具体的な活動

①資源の把握

地域資源を把握する場合、一般的なサービスや活動は比較的把握しやすいと言えます。地域の探索や社会福祉協議会等の関係機関への聞き取りで把握します。また、高齢者向けのサービスでなくても、地域に存在するものを把握しておくことは、後に資源として使える可能性がありますので、地域を丸ごと把握することは有効です。ただし、地域資源は増減するので、継続的な情報の更新が必要です。

資源を把握するコツとして、元気高齢者の生活を知るという手法もあります。地域の元気高齢者がどういう生活をしているのかを把握することで、元気高齢者が活用する資源や生活の知恵が見つかることがあり、ここで得た情報を「地域資源」として提供することができるようになります。また、こうした活動は、生活支援コーディネーターと地域にネットワークを構築する有効な手段ですから、生活支援コーディネーターは地域の活動等に積極的に参加する必要があります。

②資源の共有

資源の共有は、資源リストや資源マップという形式でケアマネジャーやサービス提供事業所等に提供される場合が多いです。しかし、ここでリストアップされるのは一般的なサービスや活動であり、この情報だけではマッチングできるケースも少なく、また、これらを押し付ける支援は適当ではありません。なお、山口県防府市が2021年1月から2022年10月の間に短期集中予防サービスを利用した235名を調査したところ、一般的なサービスや活動につながったのは延べ94カ所であったのに対し、本人のニーズを起点にしたその他の地域資源につながったのは555カ所でした。

③資源の探索

短期集中予防サービスの実施中に要支援者等に提案する地域資源が見出せない場合には、生活支援コーディネーターと連携し、本人の情報等を共有することにより地域の中で資源を探索する活動を行う必要があります。この場合、具体的な資源を短期集中予防サービスの提供者側が示す場合もあれば、生活支援コーディネーターが地域にある資源の活用方法をアイデアとして提案することも考えられます。

こうした連携を図るためにも、生活支援コーディネーターは短期集中予防サービスの提供者等と日常的に情報共有を図るなどの関係性を構築しておく必要があります。

④資源の創出

資源を探索した結果、本人のニーズを起点にしたその他の地域資源が見出せなかった場合に新たに資源を創出する必要が生じることがあります。例えば、サービス利用者等に趣味活動の場が必要であるが、それが地域にない場合に地域住民に場の創出を提案することで解決できる場合があります。また、すぐに解決までには至らなくても、同じ地区で同様のケースが複数出てきた場合は、それが地域課題として関係者に認識されるきっかけとなります。

こうした活動の積み重ねにより、地域の課題が明確になり、そのことを地縁団体や企業等にプレゼンテーションすることによって地域資源の創出に向けた動きが生まれることもあります。こうした活動のなかで解決できない課題こそ、市町村が政策によって解決すべき課題であり、市町村が地域の力を引き出し、地域づくりをプロデュースするうえで生活支援体制整備事業の役割は大きいと考えられます。

なお、市町村及び地域包括支援センターは生活支援コーディネーターと連携し、「高齢者の選択肢の拡大」の観点から、サービス・活動事業や一般介護予防事業を活用した事業化等を進めることも重要です。

3 短期集中予防サービスの提供者等との連携手法

①連携のタイミング

生活支援コーディネーターが短期集中予防サービスの提供者や地域包括支援センター、ケアマネジャーと連携するタイミングは、サービス提供前、サービス提供中、サービス終盤のいずれも想定できます。例えば、サービス利用前の初回訪問の聞き取りで、地域とのつながりが希薄であることが明らかになった場合などで地域資源の提案が困難となる可能性があれば、早い段階から生活支援コーディネーターと情報を共有しておくことが有効です。また、サービス実施中に地域資源情報を入手したいケースもあるため、事業所等と生活支援コーディネーターの連携のタイミングは柔軟に対応すべきと考えられます。

②自立支援型地域ケア会議

サービス利用者にどのような資源を提案することが望ましいか、短期集中予防サービスの提供者や地域包括支援センター、ケアマネジャー、または生活支援コーディネーターだけではアイデアが浮かばないことが出てきます。その際には、自立支援型地域ケア会議で、より多くの専門職からアイデアを提供してもらうことが効果的です。

③協議体

地域を活用した支援のアイデアを思いついたり、自立支援型地域ケア会議で支援のアイデア提供を受けても、それを実現する場合に生活支援コーディネーター1人の活動では実現できないことが想定されます。その場合には協議体の力を借りて支援アイデアを実現するのが有効です。

たとえば「要支援者等の自宅の近所に将棋をする人がいれば良いのではないか」と考えても、地域の住民一人一人に聞いて回るわけにもいきません。こうした場合、地域をよく知る協議体の構成員に将棋をしている住民の情報を聞き取ることができます。また「こんな集まりがないだろうか」「こんな取組みが作れないか」と考えたときにも協議体に相談することで実現できる可能性は大きくなります。

こうした個別事例に対する協議体の関与から成功体験を共有することは、協議体活動に活力を与える効果もあります。

④他自治体等との連携

このような生活支援コーディネーターの活動は成功事例を蓄積することで、より精度や効率が上がると考えられます。特に、短期集中予防サービスの創設直後はその事例が少ないため、同様の取組みを行う先行自治体の生活支援コーディネーターと連携をとることも有効と考えられます。

○ 第5章

短期集中予防サービスを
中心とした総合事業の
構築・再構築プロセス
(ヒアリング事例を踏まえて)

第4章では、相談窓口の体制、同行訪問アセスメント、自立支援型地域ケア会議、短期集中予防サービスの実施、生活支援体制整備事業との連動について、それぞれの役割と実践上の留意点を整理しました。続いてこの章では、これらを個別の取組としてではなく、短期集中予防サービスを中心とした総合事業全体の支援の流れをどのように構築・再構築していくかを整理します。

なお本章では、本事業で実施した自治体ヒアリングで把握した事例も参照しながら、事業構築・再構築に当たって参考となる工夫やポイントを示します（**図表5-1**）。ここで「再構築」には、既に短期集中予防サービスを実施している市町村が、対象者像、支援の流れ、評価方法、終了後の接続等を見直し、事業の目的に沿うよう運用を組み直していくことも含みます。ヒアリング対象自治体の取組の詳細は、別途作成した本事業の報告書を参照してください。

図表5-1 本章にて参照した自治体と事例の特徴

自治体名	人口高齢化率※	特 徴
東京都豊島区	30.7万人 19.6%	訪問型を基盤とした通所型の再設計、都市部に適した入口のルールづくり、生活支援コーディネーターによる社会資源紹介と体験機会の組み込み
神奈川県相模原市	72.1万人 26.0%	通所型を中心にセルフマネジメントに力点を置いたプログラムへ移行、新規要支援者・事業対象者は原則、サービス・活動Cが第一選択
新潟県新発田市	9.2万人 33.4%	二次予防事業からの移行、複合型プログラムへの見直し、成果加算や評価訪問加算等によるセルフマネジメント重視の運営
新潟県佐渡市	4.9万人 40.7%	専門職不足地域における通所型の立ち上げ、動画等を活用した成果共有、健診会場や包括相談からの接続
富山県上市町	1.9万人 35.8%	直営包括を基盤とした全戸把握、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た支援
長野県長和町	5,000人 45.6%	事前・中間・終了前を含む複数回の訪問、生活支援コーディネーターを含む終了前ケア会議、出口支援を見据えた設計
愛知県豊明市	6.9万人 26.8%	新規要支援・事業対象者はサービス・活動C（訪問型・通所型）による支援が第一選択、必要に応じて同行訪問アセスメントを実施
奈良県生駒市	11.8万人 30.2%	対象者像の明確化、対象者像に応じた3種類の短期集中予防サービスを展開、各包括に生活支援コーディネーターを1名ずつ加配して連動性強化
熊本県荒尾市	5.2万人 33.1%	既存事業をいったん停止しての再構築、商業施設を会場とした実施、同行訪問アセスメントと4者による終了判定
熊本県益城町	3.4万人 27.4%	加速化事業を契機とした再構築、行政内の理学療法士によるケアマネジメント支援、動画とカンファレンスを活用した改善の見える化
大分県国東市	2.6万人 41.2%	初回訪問と除外要件による対象者像の明確化、成果報酬を含む報酬設計、評価会議を通じた就労的活動や地域活動への接続
大分県九重町	8,900人 45.3%	全件の同行訪問アセスメント、4段階カンファレンス、機能改善加算・社会参加加算、地域特性に応じた安定的な運営体制

※人口、高齢化率は2024～2025年度の公表値の概数

図表5-2 自治体ヒアリングから見た主なポイント

	主なポイント	内 容
入口	既存事業の延長では目的が曖昧になりやすい	二次予防事業や従前の通所支援をそのまま移行した場合、利用の長期化や従前相当サービスへの流れ込みが生じやすく、対象者像や事業目的の再整理が必要になる。
入口	対象者把握のためのアウトリーチの必要性	健診、全戸把握、地域の通いの場、医療機関、専門職のアウトリーチ等、複数ルートで対象者を把握することが重要である。対象者は存在していても、本人がまだ相談が必要な段階だと認識していないことも多く、待ちの対応だけではつながりにくい。あわせて、利用者や終了者の口コミが、有効な広報となっている自治体もみられた。
入口	対象者像の明確化と入口ルールの設定	対象者像や対象外条件を明確にするとともに、通所サービス希望者をまず短期集中予防サービスにつなぐルールを設けることで、改善可能性のある人を早い段階で接続しやすくなる。あわせて、「短期集中予防サービスで元気になれる」「元の生活に戻る」という認識を住民や関係者と共有することも重要である。
支援プロセス	専門職によるアセスメント支援	同行訪問アセスメントや担当者会議への専門職の関与により、対象者判断、目標設定、生活機能の見立て、環境評価、ケアマネジメント支援が進めやすくなる。地域資源の少ない地域では、行政内専門職の活用や動画等による成果共有などの工夫がみられる。
支援プロセス	居宅訪問を通じて生活場면을把握すること	家屋状況、生活動線、実際の生活行為、家族状況等を把握することで、目標設定や支援内容の具体化が行いやすくなる。開始前だけでなく、利用開始後や終了前後の訪問も有効である。
支援プロセス	介護予防を意識したケアマネジメント	できないことを補うだけでなく、できなくなったことをできるようにする視点で、利用者本人の希望、生活課題、環境、改善可能性を踏まえて支援を組み立てることが重要である。
支援プロセス	短期で結果を出す運営設計	実施頻度、運動負荷、訪問、カンファレンス等を組み合わせ、短期間で改善を促しながら支援内容を見直す工夫がみられた。利用者同士が互いの変化や取組を共有し、励まし合ったり、少し前に始めた人がロールモデルとなったりする相互作用が生かされていた。
出口・継続	出口支援には地域資源との接続が不可欠	通いの場、地域サロン、趣味活動、就労的活動等への接続を意識した設計が重要であり、グループ活動への移行など、生活支援コーディネーターの関与が有効であった。一方で、受け皿不足が課題で、一般介護予防事業など地域資源の開発を計画に位置付ける自治体もみられた。
出口・継続	終了後のモニタリングとセルフマネジメント支援	終了時の改善だけでなく、終了後の維持・悪化・地域活動への移行状況を確認し、必要に応じてフォローアップや再参加あるいは要介護認定につなげることが重要である。あわせて、終了後も自分で続けられる状態をめざした支援が求められる。
運営基盤	総合事業全体の中で位置づける視点	短期集中予防サービスは、単独の事業としてではなく、地域でどのような暮らしや社会参加を支えるのか、総合事業全体をどの方向で進めるのかという目標や方向性の中で位置づけることが重要である。
運営基盤	個別ケースと事業全体の両面で共有・評価・検討する場の設定	カンファレンスや担当者会議、評価会議、連絡会等を通じて、個別ケースの目標や改善状況、終了判断、地域資源への接続を共有するとともに、対象者像、抽出方法、実施方法、成果、課題、役割分担等の事業全体を継続的に見直していくことが重要である。
運営基盤	地域条件に応じた運営体制づくりと報酬設計	地域の事業所や病院との委託契約、行政内専門職の活用、会場設定、送迎、報酬・加算等の設計など、地域条件に応じた工夫が事業の継続や運営の方向性に影響していた。

1 節

構築プロセスの基本的な考え方

短期集中予防サービスは、単独のプログラムとして導入するだけでは十分な効果を発揮しにくいと考えられます。総合事業において重要なのは、高齢者が必要な支援や地域資源を選択しながら、自らの生活を組み立てる力を高めることです。そのためには、心身機能の改善にとどまらず、活動や参加を見据えた支援の流れを設計する必要があります。短期集中予防サービスの構築・再構築は、新たな一事業を増やすことではなく、総合事業全体を自立支援型の流れへと再編する観点から捉えることが重要です。

1 課題を見える化する

多くの自治体では、短期集中予防サービスの導入や見直しは、新しいサービスを追加することから始まったのではなく、現行の総合事業や介護予防支援が抱える課題を見える化することから始まっていました。たとえば、佐渡市では、総合事業費が基準額を超過し、評価・分析の仕組みも十分ではなかったことから、既存の支援を見直す必要が生じていました。荒尾市では、通所系事業所で実施していた結果、終了後もそのまま同じ事業所の通所サービスへ移行しやすく、短期集中予防サービスが「終了につながりにくい支援」になっていたことが見直しの契機となりました。長和町では、高い認定率と地域資源不足への危機感が出発点となっていました。

2 課題の共有から構築・再構築を始める

したがって、構築・再構築の出発点として重要なのは、「なぜ今の仕組みでは十分でないのか」を関係者間で共有することだと考えられます。単に短期集中予防サービスを導入するのではなく、どのような状態像の人に、何を改善するために、どのような支援の流れをつくるのか目的を明確にする必要があります。国東市では、「サービス提供ありき」ではなく、地域包括支援センターの初回訪問と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通じて、一般介護予防事業または短期集中予防サービス、その他の生活支援・介護予防サービス等の中から適切な選択肢を判断する流れを整備していました。

3 小さく始めて試行と見直しを重ねる

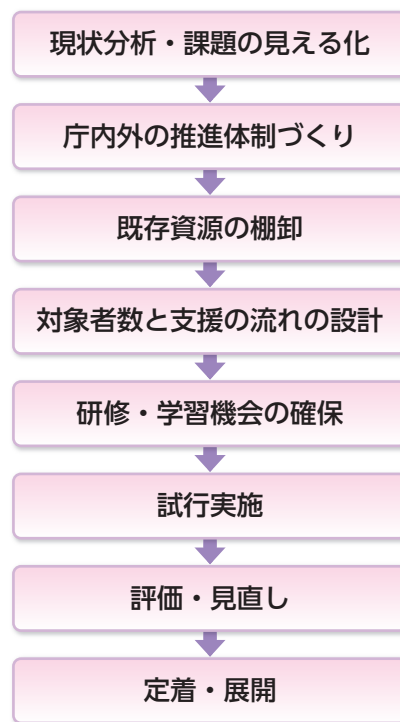
また、最初から完成形を目指す必要はありません。国東市では、通所型サービス・活動Aを試行した上で、成果を検証し、その後に短期集中予防サービスへ移行していました。一方、荒尾市では、市職員と専門職による短期集中予防サービスを検討するワーキンググループを立ち上げ、データ分析等の結果も踏まえて一年間かけて既存の運用を再設計していました。佐渡市では、まず1事業所から見直しを始め、報告会で他事業所に共有しながら段階的に展開していました。相模原市では、見直しを始めた令和3年に直営で市職員が6名を対象に新たなプログラムを提供し、令和4年には10か所の民間事業所と委託契約を締結し36名、令和5年には13か所の民間事業所にて191名と段階的に対象者を拡大し、令和6年10月からは原則として、新規の要支援者・事業対象者はサービス・活動Cを利用することとなり、すべての新規要支援者・事業対象者へ

と利用範囲を広げるに至っています。このように、実施可能な部分から着手し、試行と見直しを重ねながら全体像を整えていくことが現実的です。

4 構築・再構築プロセスにおける主な検討事項

図表5-3は、短期集中予防サービスを中心とした総合事業の構築プロセスの全体像を示したものです。実際の進め方は自治体の規模や地域条件によって詳細は異なりますが、おおむね、現状分析、推進体制づくり、既存資源の整理、支援の流れの設計、試行実施、評価と見直し、定着と展開という流れで整理することができます。

図表5-3 短期集中予防サービスを中心とした総合事業の構築・再構築プロセス



また、図表5-4は、短期集中予防サービスを中心とした総合事業の構築・再構築にあたり、各段階で主に検討する事項を整理したものです。ここに示した各事項は、構築時に一度整理すれば終わるものではなく、実施後の結果を踏まえて見直していくことが重要です。特に、対象者像、支援の流れ、評価の視点は、継続的な更新が求められます。上市町では、参加状況や参加者の声を踏まえて、開催時間帯や案内対象者の条件を毎年度見直していました。国東市では、利用前後の比較動画や評価会議を通じて改善状況や終了後の見通しを共有し、短期集中予防サービスを生活機能の改善をめざし、その後の地域活動や生活につなげる場として位置づけていました。

構築・再構築は一度で完結するものではなく、試行と見直しを重ねながら、入口にあたる相談窓口から出口にあたる生活支援体制整備事業との連動までを一つの流れとして整えていくプロセスです。次に、各段階で何を検討する必要があるかをみていきます。

図表5-4 構築・再構築プロセスにおける主な検討事項

検討項目	対応例等
現状分析・課題の見える化	(調整済) 要支援認定率、要介護認定率、総合事業費、従前相当サービスの利用状況、維持・改善の状況、終了後の移行先、地域資源の不足領域
庁内外の推進体制づくり	庁内の役割分担、地域包括支援センターとの連携、保健医療専門職の関与方法、生活支援コーディネーターや関係団体との協議体制、自立支援型地域ケア会議の活用
既存資源の棚卸し	一般介護予防事業、地域リハビリテーション活動支援事業、社会福祉協議会、民間事業者、老人保健施設、医療機関、会場、移動支援、地域の通いの場
対象者像と支援の流れの設計	相談、把握、初回訪問、同行訪問アセスメント、医療機関からの接続、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント、短期集中予防サービスの提供、再評価、終了判定、地域活動への移行
研修・学習機会の確保	地域包括支援センター職員、ケアマネジャー、リハビリテーション専門職、相談窓口担当者、自治体関係部署職員、サービス実施事業者等を対象に、総合事業の理念、対象者像、同行訪問アセスメント、介護予防支援、終了後の接続等に関する研修や事例共有を行う。
試行実施	対象者、実施圏域、訪問型と通所型の組合せ、プログラム内容、評価方法、モニタリング方法
評価・見直し	身体機能、生活行為、社会参加、セルフマネジメント、終了後の継続状況、委託先との振り返り、加算や単価の妥当性
定着・展開	相談窓口、医療機関、居宅介護支援事業所等への周知、住民向け啓発、成功事例の共有、地域資源との接続強化

2節 規範的統合と方針の整理

構築の第一歩は、フレイル～要支援状態の高齢者を対象とした各施策（総合事業や予防給付、生活支援体制整備事業等）の現状を把握し、何を変える必要があるのかを明確にし、それを庁内外の関係者で共有することです。

1 数値と現場の両面から現状を把握・分析する

一般的に把握すべき事項としては、（調整済）要支援認定率や要介護認定率、総合事業費の推移、従前相当サービスの利用状況、短期集中予防サービスの利用人数、維持・改善の状況、終了延長の状況、終了後の移行先などが挙げられます。しかし、それだけでは不十分で、そもそもフレイル～要支援状態の高齢者が何に困っているのか、具体的な課題は何かを把握することが重要です。例えば、荒尾市では、身体機能が改善していても、結果として同一事業所の通所サービスへ移行しやすい運用自体が課題でした。そのため、短期集中予防サービスは事業所ではなく、ショッピングモールのスペースを借りて提供することとしました。一方、佐渡市では、評価と分析の仕組みが十分でなく、何が成果につながっているかを把握しにくい状態でした。長和町では、新規認定者のうち整形外科疾患が多いことを県の伴走型支援で把握し、運動機能の改善に重点を置く設計の妥当性を確認していました。

このように、現状分析では、関連する数値の把握にとどまらず、主な対象者像、既存事業で対応できていること・できていないこと、短期集中予防サービスに求められる役割を具体的に整理することが重要です。

また、この段階では、必要に応じて先行自治体の実践や既存の知見も参照しながら、地域の実情に応じた構築の方向性を検討していくことが重要です。

2 庁内外の推進体制づくり

短期集中予防サービスを中心とした総合事業は、担当部門のみで完結するのではなく、庁内の複数の部門や関係機関が連携しながら進めていく必要があります。高齢者相談窓口、地域包括支援センター、介護予防支援や介護予防ケアマネジメントを担うケアマネジャー、リハビリテーション専門職や管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師といった保健医療専門職、生活支援コーディネーターに加えて、健康部門、社会福祉協議会、医師会、歯科医師会、栄養士会などが関与します。そのため、構築にあたっては、誰がどの段階で何を担うのかを整理し、関係者が同じ方向を向ける体制づくりが欠かせません。益城町では、行政内のリハ専門職がケアマネジメント支援やカンファレンスに関与し、支援の方向性の共有に役割を果たしていました。

3 関係者間で自立支援の考え方を共有

ここで重要なのは、制度上の役割分担だけでなく、短期集中予防サービスは「終了を前提とすること」「心身機能だけでなく活動と参加を重視していること」「必要な場合は短期集中予防サービス以外の選択肢も提案すること」といった自立支援の考え方を共有することです。長和町では、

事務職2名と地域包括支援センター職員3名が一つのチームとして課題を協議する体制が形成されました。荒尾市では、市および社会福祉協議会、地域リハビリテーションの関係者による会議体で、課題と方向性を擦り合わせながら再設計を進めていました。豊島区では、リハビリテーション専門職の連絡会との調整だけでなく、歯科医師会や栄養士会などの関係団体との調整を通じて総合的に支援できる体制を整えていました。

4 既存資源の棚卸しと柔軟な活用

短期集中予防サービスの構築では、新たな資源を一から整備するよりも、既存資源をどう再配置し、どうつなぎ直すかが重要です。上市町では、基本チェックリストの送付と地域包括支援センターの事前訪問を入口として活用し、必要に応じて多職種による関与を組み合わせています。長和町では、町内の病院に所属するリハビリテーション専門職との既存の関係（一般介護予防事業を担当）を活用し、委託体制を整備していました。荒尾市では、事業所の施設を会場としない方針を立て、商業施設を地域生活の練習の場として活用していました。

3節 対象者像と支援の流れの設計

構築・再構築の段階で特に重要なのは、短期集中予防サービスの対象者像を明確にし、入口から出口までの支援の流れを一体的に設計することです。

1 入口の判断基準をあらかじめ整理する

対象者像が十分に整理されないまま開始した場合には、短期集中予防サービスでの改善が見込みにくい人が利用対象となり、結果として長期利用や従前相当サービスへの移行につながることがあります。そのため、相談窓口での把握だけでなく、初回訪問、同行訪問アセスメント、再評価、終了判定までを含めて、どの段階で誰が関わり、どのように判断するかをあらかじめ整理しておくことが重要です。国東市では、初回訪問と除外5要件の設定により、短期集中予防サービスに適した対象者を入口の段階で明確にしています（図表5-5）。その上で、地域包括支援センター職員とリハ専門職が同行訪問アセスメントを行いICFの視点から、一般介護予防事業、短期集中予防サービス、その他の生活支援・介護予防サービスのいずれが適切かを判断しています。九重町でも、利用前に地域包括支援センター職員とリハ専門職が必ず同行訪問アセスメントを行い、開始前、中間、最終など複数回のカンファレンスで支援方針を共有しています。長和町でも、初回の同行訪問アセスメント、サービス担当者会議としての訪問、終了前訪問という三段階の戸別訪問を支援の流れの中に組み込んでいます。また、豊明市では、新規要支援・事業対象者は地域包括支援センターが担当し、第1選択としてサービス・活動C（訪問型・通所型）による支援を実施。サービス・活動Cの利用に迷う場合や利用者との目標設定の合意形成に苦慮する場合には、同行訪問アセスメントを実施します。

図表5-5 大分県国東市の除外5要件

- | | |
|---------------------------------|--|
| ①認知機能の低下
(認知症日常生活自立度Ⅱb以上が目安) | ④精神疾患・急性疾患 |
| ②難病 | ⑤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） |
| ③がん末期 | |

※除外5要件該当でも、アセスメントにより利用対象者となる場合あり

2 医療から地域への移行も見据えて設計する

また、支援の流れの設計に当たっては、相談窓口からの接続だけでなく、医療機関からの接続も見据えることが重要です。特に、退院後に生活機能の低下が懸念される高齢者については、退院後に初めて相談につながるのを待つのではなく、入院中から地域での生活を見据えて関わることが有効な場合があります。国東市では、退院後に初めて相談につながると、サービス利用開始までに約1～2か月の空白が生じ、その間に状態が悪化してしまうことが課題として認識されていました。そのため、退院前の段階で医療機関のリハビリテーション専門職等が関与し、退院後に短期集中予防サービスへ円滑につなぐ仕組みづくりが進められています。また、医療から地域への接続は退院時に限りません。九重町では、退院後や外来通院中の高齢者について、担当医が

地域包括支援センターや役場への相談を勧め、サービスにつながるケースもみられています。こうした取組は、生活機能の低下が進む前に地域での支援につなぐうえで有効であり、医療機関のリハビリテーション専門職や主治医が、介護予防支援や介護予防ケアマネジメントの考え方を共有しておくことも重要です。

3 出口（利用者の望む生活・参加・役割）から逆算して支援を組み立てる

さらに、出口から逆算した設計も重要です。短期集中予防サービスは、心身機能の改善だけでなく、完了後にもどのような生活を送り、どのような活動や役割につながっていくのかを見据えて支援を組み立てる必要があります。国東市では、利用開始時のアセスメントの段階から、完了後にどのような地域活動や役割につながっていくかを見据えて目標を設定し、その後の支援を組み立てています。3か月後の評価会議では、利用前後の比較動画も活用しながら、心身機能の変化だけでなく、完了後の地域活動や就労的活動への移行可能性も含めて確認し、支援の方向性を具体化しています。上市町では、教室最終日に地域資源の情報提供を行い、通いの場や各種教室への移行を支援しています。新発田市では、セルフケアの定着と社会参加への接続を重視し、本人の趣味や役割、生活歴を手がかりに地域の活動先を探していました。このように、短期集中予防サービスでは、アセスメントの段階から完了後の生活や社会参加を見据えて目標を設定し、評価会議や完了時の支援を通じて、その実現につなげていく視点が重要です。

4 対象者把握の工夫と入口ルールの設定

短期集中予防サービスの対象者が少ない、といった声をよく聞くことがあります。その有効な手立ての一つが、相談窓口の流れをできるだけシンプルに設計することです。豊島区では、令和7年10月から通所型サービスを新規で利用する場合には、原則、区独自のリハビリ特化型デイサービスまたは短期集中通所型サービスを利用することとしています。このように自治体が利用するサービスを方針として示すことで、短期集中予防サービスへの接続が円滑に図ることができると考えられます。

また、上記の方法以外にも、基本チェックリストを活用してハイリスク者を把握する方法や、小規模市町村では全戸訪問することも一案と考えられます。上市町では、要介護・要支援認定を受けていない65歳以上の高齢者に対して基本チェックリストを郵送して、ハイリスク者を把握し、該当者に対してサービス・活動Cの案内を送付しています。長和町では、80歳以上の要介護認定を受けていない高齢者を対象に介護福祉士が全戸訪問を実施し、ハイリスク者を把握するとともに、住民と専門職の顔つなぎを行っています。また、生駒市では、要介護・要支援認定を受けていない75歳以上の高齢者に対して毎年度、元気度チェック（基本チェックリスト＋ソーシャルキャピタル等）を実施し、結果に応じた事業紹介などの工夫により約90%の回答率に達するとともに、未返送者にはアウトリーチを行っています。

この他にも、通いの場へのアウトリーチなど様々な手段を組み合わせることで、ハイリスク者を把握することで、対象者の掘り起こしにつなげていくことが重要です。

4節 短期集中予防サービスの事業設計

短期集中予防サービスの事業設計に当たっては、前項で整理した対象者像や支援の流れに応じて、実施主体、実施形態、実施場所、頻度、期間、送迎、評価方法、利用者負担等を具体化していくことが重要です。短期集中予防サービスは、どの自治体でも同一の形で実施するものではなく、人口規模、地理条件、専門職の確保状況、既存資源の有無等を踏まえて、地域の実情に応じた設計を行うことが求められます。

1 仕様書や単価設定で支援の方向性を示す

事業所に対して短期集中予防サービスの目的に沿った支援を求めるためには、単に委託先を確保するだけでなく、仕様書における業務内容の明示、プログラムに必ず盛り込む事項の提示、事業者連絡会や打合せの場の設定等を通じて、自治体として重視する支援の方向性を具体的に示し、共有することが重要です。加えて、単価設定や加算設定も、その方向性を共有し、事業所の取組を後押しする手立ての一つと考えられます。特に、改善や終了を見据えた支援、カンファレンスの実施、訪問による生活場面での支援、他機関との連携、終了後の地域活動への接続などについては、報酬上の評価を行うことで、事業所の取組を促しやすくなる場合があります。上市町では、通所型を1クール単位、訪問型を1回単位で整理し、送迎も含めて実施可能な単価構成にしました。国東市では、状態改善に着目した加算を設けていました。新発田市では、成果加算や評価訪問加算を通じて、セルフマネジメントの定着や終了後評価を後押しする設計が行われていました。実施方式の設計は、単価設定の問題にとどまらず、どのような支援行動を促すのかという設計思想の問題として捉えることが重要です。

図表5-6は、短期集中予防サービスのプログラム設計にあたって検討が必要な主な項目と、その対応例を整理したものです。自治体によって、直接実施、委託、指定等の選択肢は異なりますが、重要なのは、短期集中、成果志向、終了前提という短期集中予防サービスの性格が保たれるよう、事業設計全体を組み立てることです。

2 地域条件に応じて実施条件を具体化する

短期集中予防サービスの事業設計では、通所型又は訪問型のいずれを中心に据えるかだけでなく、送迎の必要性、会場の選定、利用者負担の考え方なども、地域の実情に応じて整理する必要があります。例えば、都市部では公共交通機関や商業施設の活用が考えられる一方、中山間地域では送迎体制の確保がより重要で、訪問型の活用が現実的である場合もあります。また、利用者負担についても、無料として参加機会の拡大を重視する考え方と、一定の自己負担を設けることで主体的な取組を促す考え方の双方がみられます。いずれの場合も、単なる運営上の都合ではなく、事業の目的と地域の実情に照らして設計することが重要です。

図表5-6 短期集中予防サービスプログラム設計に係る検討項目および対応例等

検討項目	対 応 例 等
実施事業者の確保	<p>(市町村による直接実施でない場合) 公募又はリハビリテーション専門職が配置される病院、介護老人保健施設、通所リハビリテーション、訪問看護ステーション、通所介護事業所、株式会社、NPO、個人事業主等への協力要請。市町村に都道府県の理学療法士会等の職能団体の市ブロック担当がいると、専門職を巻き込みやすい。</p>
実 施 内 容	<p>〈頻度〉 週1～2回、2時間程度、3か月（必要に応じて6か月程度まで） 〈送迎〉 通所型では、要支援認定者を対象とする場合、基本的に送迎は必要。中山間・人口減少地域では訪問型が効率的な場合もある。事業所で送迎サービスをまかなえない場合は、市町村でNPOを活用して移動支援サービスを構築する、サービス・活動Aとしてタクシー会社に送迎を委託するなどの方法もある。 〈会場〉 受託事業所に加えて、公民館等の公共施設やショッピングモール、スーパー等の商業施設等の活用例もある。</p>
実 施 方 法	<p>〈市町村による直接実施〉 最も柔軟な対応が可能であるが、通所型での実施は送迎体制の確保が難しく、送迎型での実施が選択される場合が多い。試行実施段階では直接実施とし、短期集中予防サービスの効果を確認してから外部委託とする市町村もある。 〈委託〉 原則的な実施方法。複数事業者による実施でもサービス内容や帳票類を統一して実施でき、また民間事業者の知見を活かしたサービス提供も期待できる。ただし事業者数が増える場合、事業者選定・契約手続のほか、委託料の支払に係る事務負担は少なくない。 〈事業者指定〉 サービス・活動Aの枠組で実施する方法。支払事務を国民健康保険団体連合会に委託し、事務の簡素化を図ることができる。ただし、短期集中予防サービスは利用者数が限定されるサービスであるため、需要と供給のバランスを考慮して事業所数の管理等が必要。</p>
通所型の提供方法	<p>一長一短あり、人口規模や対象者像などによって選択されている。 〈随時受け入れ〉 ・希望した時点で利用できるため、活動に対する要支援者等本人のモチベーションを保つことができる。 ・参加時期により、利用者の進捗が異なるため、利用を始めたばかりの人がサービス終了間際で生活機能が高まっている人の様子を見ることで、自身の予後をイメージし、改善への動機づけを期待することができる。 〈グループ制〉 ・職員の確保など提供側に制約がある場合に計画的に実施しやすい。 ・利用者同士の仲間意識が育まれやすく、改善への動機づけを期待することができる。 ・利用を希望してからサービス提供開始まで待機期間が発生する可能性がある。 ・卒業後の活動と一緒に参加したり、グループを立ち上げることにつながる例もある。</p>
報 酬 等	<p>事業継続性を担保した報酬（委託料）設定とする必要がある。 〈通所型〉 通所介護、通所リハビリテーション報酬単価をベースに、人員体制によって設定している市町村が多い。1回2時間で4,000円～10,000円/人とする市町村がみられる。 〈訪問型〉 訪問看護、訪問リハビリテーションに係る報酬単価等を参考とし、1回7,000円～18,000円/人とする市町村がみられる。 〈加算の例〉 サービス提供事業者への加算：口腔・栄養指導加算、生活機能向上加算、初回加算、訪問指導加算、カンファレンス加算、成果加算、卒業加算、社会参加加算、終了後フォローアップ加算、遠隔地加算、遠方への訪問の移動加算 ※介護予防ケアマネジメントを担う地域包括支援センター、居宅介護支援事業所について、介護予防ケアマネジメント通知に例示されている機能改善・社会参加促進加算や、リハビリテーション専門職連携等加算を設定する市町村もみられる。</p>
利 用 者 負 担	<p>より多くの要支援者等に効果的な生活機能改善の機会を提供することが重要であるため、無料とする市町村が多くみられる。セルフマネジメントへの意識向上を狙って利用料を設定する場合もあり、1回300円、1グループ（12回）2,000円などとする市町村がみられる。</p>

3 同行訪問アセスメントの位置づけを明確にする

さらに、短期集中予防サービスの入口において、生活課題や環境要因を丁寧に把握し、適切な支援につなげるためには、リハビリテーション専門職による同行訪問アセスメントをどのように位置づけるかも重要な検討事項です。短期集中予防サービスの提供そのものとは別に、アセスメントの機会として同行訪問を活用することにより、対象者に適した支援の選択や、生活場面に即した目標設定につなげやすくなります。加えて、家具の配置や生活動線の見直し等を含む住環境の調整について具体的な助言を得やすく、生活の場に即した支援につながりやすい点も重要です。

図表5-7 は、地域リハビリテーション活動支援事業を活用したリハビリテーション専門職による同行訪問アセスメントについて、派遣調整の方法、報酬、利用者負担等の検討事項と対応例を整理したものです。

図表5-7 リハビリテーション専門職同行訪問アセスメントに係る検討項目および対応例等

検討項目	対応例等
派遣調整 (実施者および 実施日時調整) の方法	以下の方法で調整している市町村が多い。 <ul style="list-style-type: none"> • 対応可能エリアにおける実施者一覧を作成し、地域包括支援センターが調整 • リハ専門職による団体が受託し、調整 • 庁内や地域包括支援センターのリハビリテーション専門職が対応
派遣に係る報酬等	<ul style="list-style-type: none"> • 内容・時間等により差異が考えられるが、訪問看護、訪問リハビリテーション、保健所における難病患者に対する訪問指導に係る報酬単価等を参考とし、1回4,000円～24,200円とする市町村がみられる。 • 損害賠償保険について、市町村の取組として包含できない場合には、別途工面することが望ましい。
利用者負担	<ul style="list-style-type: none"> • アセスメントとして実施されるため、介護予防支援や介護予防ケアマネジメントと同様、無料とする市町村が多い。

このように、短期集中予防サービスの事業設計に当たっては、対象者像や支援の流れに応じて、実施主体、実施形態、実施場所、頻度、送迎、評価方法等を具体化していくことが重要です。あわせて、仕様書、プログラム、連絡会、単価設定や加算設定等を通じて、自治体として重視する支援の方向性を明確にし、それを関係者間で共有できるようにしておく必要があります。

短期集中予防サービスでは、終了を前提とした支援であること、心身機能の改善だけでなく活動や参加を見据えること、必要に応じて他の選択肢も含めて支援を組み立てることなどについて、関係者が共通理解をもつことが重要です。そのため、試行実施に移る前に、研修や学習の機会を通じて、理念や判断基準を共有しておくことが求められます。

1 研修対象を広く捉える

研修の対象としては、地域包括支援センター職員、ケアマネジャー、リハビリテーション専門職、短期集中予防サービスの提供事業者に加え、相談窓口の担当者や、総合事業、高齢福祉、健康づくり等に関わる自治体の関係部署の職員、必要に応じて医療機関の関係者も含まれます。相談窓口では、介護保険申請に来た人をそのまま認定申請につなぐのではなく、総合事業や短期集中予防サービスの可能性も含めて判断する視点が求められます。自治体の関係部署の職員には、短期集中予防サービスの目的や庁内での役割分担、終了後の地域資源への接続を理解し、関係部署間で連携して支援を進める視点が求められます。ケアマネジャーには、本人の希望や生活課題を丁寧に把握し、適切なアセスメントに基づいて、介護予防の目的に沿ったケアマネジメントを行うことが求められます。あわせて、短期集中予防サービスの目的や終了後の見通しを本人や関係者と共有しながら支援を進めることも重要です。リハビリテーション専門職やサービス提供者には、生活行為や社会参加を見据えた支援、評価、セルフマネジメント支援の考え方を共有することが重要です。

実際に、九重町では、立ち上げ時に実施を検討している事業所の職員を先行自治体の事業所へ研修派遣し、町が費用を負担していました。新発田市では、地域包括支援センター職員に対し、自立支援型地域ケア会議や生活機能評価表を用いた研修を継続的に実施していました。国東市では、医療機関との切れ目ない接続を見据え、中核病院のリハビリテーション専門職が県・市が主催する自立支援研修会に参加し、短期集中予防サービスの考え方や好事例を学ぶ機会を設けていました。また、佐渡市では、介護保険申請窓口において総合事業へ適切に誘導するための意識改革が課題として認識されており、窓口担当者への理解促進の重要性が示唆されていました。

このような研修や学習機会は、事業の立ち上げ時だけに必要なものではありません。対象者像、支援の流れ、評価方法、終了後の接続等を見直す再構築の場面においても、関係者が改めて学び直し、認識をそろえる機会として重要です。構築・再構築を進めるに当たっては、仕組みや単価の設計に加え、それを担う人材の理解と実践力を高めることも、重要な基盤の一つと考えられます。

6節 試行実施

1 小さく始め、試行し、見直す

構築・再構築の段階では、まず対象者や圏域、実施形態を限定して始め、そこから改善点を明らかにしていく方法が有効です。荒尾市では、既存利用者の終了と新規受入れ停止を行った上で一年かけて見直しを進めました。国東市では、通所型サービス・活動Aの試行で対象者の不一致や成果の出にくさを確認した後に、短期集中予防サービスへ移行していました。豊島区では、訪問型から先に短期集中予防サービスを整え、その流れを活かして通所型を展開していました。

図表5-8は、短期集中予防サービスを試行実施する際のスケジュールの一例です。試行実施の予算確保を見据えて、前年度から見直しを開始し、庁内での規範的統合や制度構築を進めると、モデル事業を開始する当該年度での実施がスムーズになると考えられます。

図表5-8 短期集中予防サービス試行実施のスケジュール

9月~3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
庁内の規範的統合と方針整理		<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業者選定 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 関係者間の規範的統合 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 同行訪問アセスメントの実施 		短期集中予防サービス試行実施		利用者・サービス評価		<ul style="list-style-type: none"> ・ 試行実施で抽出した課題整理 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 次年度に向けた制度設計 ・ 関係者との意見交換 	関係者向け説明会実施

2 実施後のモニタリング・再評価を支援の流れに組み込む

また、実施後のモニタリング・再評価を支援の流れに組み込むことも重要です。荒尾市では、利用開始一か月後に担当ケアマネジャーとリハビリテーション専門職等が自宅を再訪問し、目標やセルフケアの定着状況を見直しています。国東市では、通所型サービス・活動Aを試行する中で、対象者像とのずれや成果の上がりにくさがみられたことから、短期集中予防サービスへ移行しました。その際、前述のとおり、同行訪問アセスメントと除外五要件により対象者を適切に見極める仕組みに改めるとともに、短期集中・成果志向・終了前提を明確にした通所型複合プログラムへ再設計し、評価会議で終了後の地域活動等への移行まで見据えて支援する流れを整えました。

動画を活用した成果共有と専門職不足地域での工夫

短期集中予防サービスの構築・再構築に当たっては、リハビリテーション専門職の確保が難しい地域もあります。そのような場合には、情報通信技術（ICT）の活用や、動画による成果の可視化が、関係者の理解形成や支援の質の向上に役立つことがあります。

佐渡市では、まず一部の事業所で取組を始め、利用者の変化を動画で可視化し、報告会で他事業所と共有していました。国東市では、三か月後の評価会議で利用前後の比較動画を確認し、改善状況や終了後の見通しを関係者で共有していました。益城町でも、生活場面の動画を共有することで、教室内だけでは見えにくい課題や変化を把握しやすくしていました。

また、動画等を用いて本人にも変化を見える形で示すことは、自身の課題や改善を実感しやすくし、自宅での取組の継続やセルフマネジメントの向上にも役立つと考えられます。

このように、ICTや動画の活用は、限られた専門職資源を補いながら、利用者の変化を見える形で共有し、事業の理解と参画を広げていく工夫の一つと考えられます。

3 総合事業全体を自立支援型へ

自治体の規模や地域条件によって具体的な方法は異なりますが、対象者像を明確にし、入口から出口までの支援の流れを設計し、事業全体の運営方法や役割分担を継続的に見直していくことは、共通して重要です。短期集中予防サービスを、地域でどのように高齢者の暮らしを支えるのかという総合事業全体の方向性の中に位置づけ、活動や参加につながる支援へと展開していくことが求められます。

短期集中予防サービスの構築・再構築とは、単独の事業を導入することではなく、現状分析、推進体制づくり、既存資源の整理、対象者像と支援の流れの設計、試行、評価、普及を重ねながら、総合事業全体を自立支援型へと整えていくプロセスです。

7節 普及と地域への展開

一定の効果や運用の見通しが得られた段階では、相談窓口や居宅介護支援事業所、医療機関、地域団体、住民への周知を進め、地域全体の理解を広げていく必要があります。ただし、普及啓発は単なる制度案内では不十分です。どのような人に適しているのか、なぜ短期なのか、なぜ終了が必要なのか、終了後にどのような生活を目指すのか自治体として目指す方針を、具体的に熱意を持って伝える必要があります。

1 制度案内にとどまらない普及啓発を行う

国東市では、案内リーフレットや紹介動画、出前講座、利用前後の比較動画を活用し、住民や地域団体に短期集中予防サービスの目的を伝えていました。長和町では、広報誌に加え、医療機関や居宅介護支援事業所への周知を通じて対象者の紹介につなげていました。佐渡市では、住民や事業者に対して、介護予防やフレイルに関する講演会を実施していました。こうした取組は、短期集中予防サービスを単なる運動教室ではなく、生活行為の改善から社会参加につなぐ支援として理解してもらう上で重要です。

2 終了者の変化を地域に還元する

さらに、終了者の変化や体験が地域に還元されることも、短期集中予防サービスの普及に大きく寄与すると考えられます。国東市では、短期集中予防サービスを卒業した高齢者が地域のサロンなどに戻り、その経験や変化が口コミで広がることで、利用につながっていました。九重町でも、同様に短期集中予防サービスの利用者が改善した実感が住民同士の短期集中予防サービスへの誘い合いにつながっていました。長和町では、利用者同士が誘い合いながら一般介護予防教室へ活動の場を広げる様子がみられていました。新発田市でも、状態が改善した利用者をきっかけに口コミで参加が広がることが語られていました。豊島区では、終了後に利用者同士で新たな活動の場をつくらうとする動きもみられ、生活支援コーディネーターがそれを支えていました。このように、終了者の変化が地域の通いの場や新たな活動、次の参加者へと波及していくことは、事業の定着や地域における介護予防の広がりにつながる重要な視点と考えられます。

MEMO

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事業 検討委員会

座長

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

委員（五十音順）

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 一郎 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

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

本事業は、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）
「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事業」として
株式会社日本能率協会総合研究所にて実施したものです。

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）
「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 効果的な実施に向けた手引き

一市町村による介護予防・日常生活支援総合事業の効果的な展開に向けて一

令和8(2026)年3月発行

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 電話 03-3578-7500
