



令和4年度 東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課による委託事業

令和4年度 短期集中予防サービス 強化支援事業報告書

令和5年3月

Medical

Care

International

Others



東京都



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

令和 4 年度短期集中予防サービス強化支援事業 報告書

<目次>

第 1 章 都が実施する短期集中予防サービス強化支援事業の概要	1
1. 事業の背景、目的	1
2. 事業内容	1
(1) アドバイザーチームの組織	2
(2) モデル（支援対象）区市町村における総合事業全体の再構築に向けた自治体の 方針整理と、短期集中予防サービスに係るサービス提供体制の構築・定着支援	3
(3) 短期集中予防サービス終了後における利用者の生活機能維持を目的とした活動 の定着に係る仕組みの構築支援	3
(4) 短期集中予防サービスの効果検証	3
(5) 都内区市町村を対象とした、取組の横展開	3
3. 令和 4 年度実施体制	3
(1) モデル区市町村	3
(2) モデル区市町村支援の委託	3
第 2 章 モデル区市町村におけるサービス提供体制の構築支援	4
(1) 総合事業における短期集中予防サービスの位置づけ・役割と支援対象事業	4
(2) 区市町村の現状	7
(3) 支援方針	7
(4) モデル区市町村の短期集中予防サービスの設計と支援方針	8
(5) 研修等	12
第 3 章 モデル区市町村における取組前後の変化	17
(1) モデル実施前	17
(2) モデル実施後	17
(3) 今後の展望	18
第 4 章 短期集中予防サービスのモデル事業の効果検証	19
1. 効果検証の目的と調査項目の選定理由	19
(1) 目 的	19
(2) 評価時期および調査項目	19
(3) 調査項目の選定理由および測定方法	19

2. 西東京市の効果検証	23
(1) 方 法	23
(2) 結 果	23
3. 府中市の効果検証	42
(1) 方 法	42
(2) 結 果	42
4. 西東京市および府中市の結果の考察	61
5. インタビュー調査	61
(1) 目 的	61
(2) 方 法	61
(3) 結 果	61
(4) 考 察	77
6. 参考文献	79
 第5章 参考資料	 80

第1章 都が実施する短期集中予防サービス強化支援事業の概要

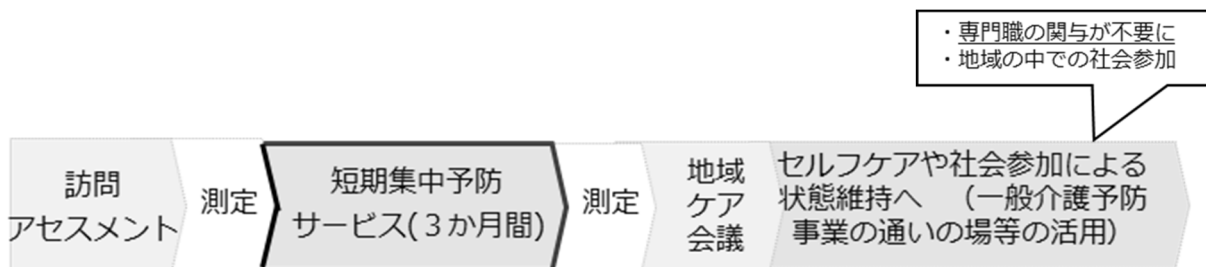
1. 事業の背景、目的

今後、介護人材の不足により従来の専門職による介護サービスの提供は難しくなることが予想されている。そのためにも、要支援者や事業対象者（以下、要支援者等）が可能な限り自立した生活を継続できるような取組や支援が重要であり、平成26年の介護保険制度改正では、サービスの種類・内容・人員基準・運営基準・単価等が全国一律であった介護予防訪問介護・介護予防通所介護を、区市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組によって効果的かつ効率的にサービスを提供できる「介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）」に移行した。

区市町村においては、総合事業の枠組みを最大限に活用し、要支援者等に効果的な支援を行う必要がある。しかし、都が実施した区市町村の総合事業等の実施状況調査では、特に短期集中予防サービスについて、多くの市町村が要支援者の状態改善や、セルフケアにつなぐケアマネジメントについて、課題をもっていることが明らかになった。

そこで、都として、区市町村における要支援者等に対する短期集中予防サービスを中心とした自立支援に向けた取組について、強化支援を行うこととした。

【図表 1-1】 短期集中予防サービスを活用したケアマネジメントのイメージ



2. 事業内容

短期集中予防サービスに取り組む区市町村を、有識者、先進自治体関係者等によるアドバイザーチームが定期的な訪問や助言等により一定期間支援し、他事業（地域ケア会議、一般介護予防事業等）とも連携した効果的な実施を推進することで、要支援者等のセルフケア能力向上や社会参加の促進を図る。

また、都内区市町村を対象とした取組の横展開を実施する。

(1) アドバイザーチームの組織

＜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＞

氏 名	所 属 ・ 役 職
服部 真治	政策推進部副部長 研究部主席研究員（博士（医学））
中村 一郎	政策推進部副部長 国際長寿センター室長
西田 和正	政策推進部専門研究員 研究部特任研究員（理学療法士）
澤田 真帆	政策推進部専門研究員
井澤 久美	政策推進部協力研究員（主任介護支援専門員・看護師）
豊田 平介	政策推進部客員研究員 医療法人社団永生会 法人本部（理学療法士）
藤澤 竜太	政策推進部客員研究員 寝屋川市第七中学校区地域包括支援センター（株式会社ベル） センター長（主任介護支援専門員）
松本 小牧	政策推進部客員研究員 豊明市市民生活部市民協働課 課長
都築 晃	政策推進部客員研究員 藤田医科大学保健衛生学部リハビリテーション学科 講師（博士（医学）・理学療法士・介護支援専門員） 藤田医科大学地域包括ケア中核センター、愛知県理学療法士会理事
眞野 潤	政策推進部客員研究員 医療法人清水会 清水会ケアプランニングセンター豊明 管理者 （主任介護支援専門員）

＜アドバイザーチーム（先進自治体の職員及び専門職により構成）＞

氏 名	所 属 ・ 役 職
三輪 徹郎	防府市健康福祉部高齢福祉課地域包括ケア係 主任 第1層生活支援コーディネーター
原 直利	山口県立総合医療センター（作業療法士）
岡崎 浩之	特定医療法人博愛会 老人保健施設はくあい（認定理学療法士（地域））
藤村 亮	済生会山口地域ケアセンター湯田温泉病院（理学療法士）
古谷 正登	三田尻生活・ケア総合センター 株式会社 三田尻訪問看護ステーション（作業療法士）
白神 五月	防府北地域包括支援センター（社会福祉法人ひとつの会） 第2層生活支援コーディネーター（看護師）
瀬戸 健太	寝屋川市経営企画部 DX 推進室 係長
名倉 和幸	医療法人一祐会 介護老人福祉施設ハーモニー 事業部部長（作業療法士）

(2) モデル（支援対象）区市町村における総合事業全体の再構築に向けた自治体の方針整理と、短期集中予防サービスに係るサービス提供体制の構築・定着支援

モデル（支援対象）区市町村の総合事業全体における自立支援に係る方針設定に向けた課題把握・体系再構築を支援するとともに、当該区市町村のリハビリテーション専門職や地域包括支援センター等と連携した短期集中予防サービス提供体制の構築を、次の取組等により支援する。

- ア 先進自治体の事例や成果等の共有による医療・介護専門職の規範的統合（理念共有）
- イ 地域ケア会議等を活用した多職種による自立支援に資する検討体制の構築・定着支援
- ウ アセスメントスキルの向上を目的とした介護予防ケアマネジメント支援
- エ 高齢者自らが、心身状態を正しく把握し、状態悪化を予防するためのセルフマネジメントの推進
- オ モデル区市町村において、上記アからエまでを推進するための人材養成

(3) 短期集中予防サービス終了後における利用者の生活機能維持を目的とした活動の定着に係る仕組みの構築支援

モデル区市町村において、短期集中予防サービスの利用が終了した高齢者の生活機能の維持に資する、社会参加を促進する人材養成（生活支援コーディネーター等）及び一般介護予防事業等との連携について支援する。

(4) 短期集中予防サービスの効果検証

モデル区市町村において実施した短期集中予防サービス等の効果検証を行うとともに、モデル区市町村に対し、次年度に向けた事業の見直しや新たな取組等を提案する。

(5) 都内区市町村を対象とした、取組の横展開

取組報告会におけるモデル区市町村の成果等に係る情報提供等及び成果報告書の作成配布

3. 令和 4 年度実施体制

(1) モデル区市町村

西東京市、府中市

(2) モデル区市町村支援の委託

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（以下、「医療経済研究機構」）へ委託により実施

第2章 モデル区市町村におけるサービス提供体制の構築支援

(1) 総合事業における短期集中予防サービスの位置づけ・役割と支援対象事業

「介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン」によれば、総合事業の相談受付は以下のよう

- 相談受付時は、まず、被保険者より、相談の目的や希望するサービスを聴き取る。
- 窓口担当者は、サービス事業、要介護認定等の申請、一般介護予防事業について説明を行う。
- あわせて、介護予防・日常生活支援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、要支援状態からの自立の促進や重症化予防の推進をはかる事業であること、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み、達成後は、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。

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」 P.64 抜粋

つまり、総合事業においては、利用者には「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む」ことを説明することとされている。

また、短期集中予防サービスは以下のとおり、3～6か月の短期間で提供されるサービスである。

- サービス内容
 - ・保健・医療の専門職が、居宅や地域での生活環境を踏まえた適切な評価のための訪問を実施した上で、おおよそ週1回以上、生活行為の改善を目的とした効果的な介護予防プログラムを実施する、3～6か月の短期間で行われる短期集中予防サービス
- 留意事項（抜粋）
 - ・個別的な支援を中心とする短期集中予防サービスであることから、3か月を経過した時点で評価を行い、たとえばサービス担当者会議等のカンファレンスを開催し、サービス終了後も引き続き社会参加に資する取組が維持されるよう配慮すること。ただし、カンファレンスの結果、サービスの継続が生活行為の改善に効果的であると判断された場合には、最大6か月までサービスを継続してもよい。
 - ・サービス終了後は、余暇やボランティア活動、地域の通いの場等の社会参加、一般介護予防事業、通所型サービスB等の社会参加に資する取組を継続できるよう配慮すること。

厚生労働省「地域支援事業実施要綱」 P.24-25 抜粋

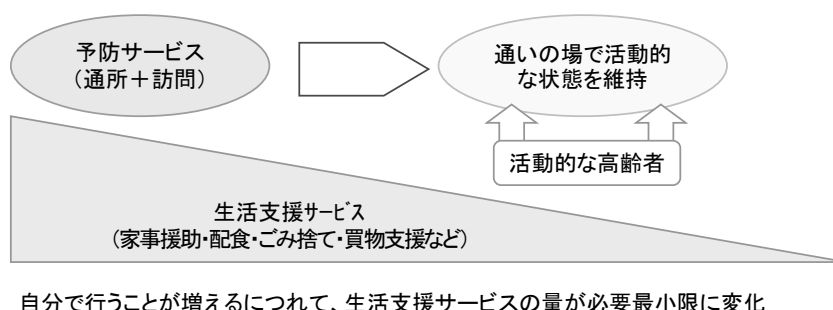
短期集中予防サービスのベースとなった厚生労働省の「予防モデル事業」における要支援者等の自立支援の考え方によれば、まず、「要支援者等に対し、一定期間の予防サービスの介入（通所と訪問を組み合わせ実施）により、元の生活に戻す（又は可能な限り元の生活に近づける）こと」を行うとされている。生活支援サービスを必要とする要支援者等に対して、必要な生活支援サービスを提供するにとどまらず、短期集中予防サービスを同時に提供することで「自分で行うことが増える」のであれば、生活支援サービスの量は「必要最小限に変化」するということである。付け加えれば、単に生活支援サービスの量が変化するだけでなく、内容や種類も変化すると考えられる。

例えば、サービス事業における医療・保健の専門職（保健師、リハビリテーション専門職等）が関与する訪問型サービスC、通所型サービスCについては、ケアマネジメントにより、維持・改善すべき課題（目標）に対して有効なサービスを利用し、課題（目標）達成後は、地域の集いの場に移行するものである等、事業の趣旨を利用者に説明の上、事業でのサービス提供について理解を得る。

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」 P.65 抜粋

【図表 2-1】 予防モデル事業における要支援者等の自立支援の考え方

- ・ 要支援者等に対し、一定期間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のできる通いの場を用意して、状態を維持する。
- ・ 活動的な高齢者にサービスの担い手となってもらうなど、地域社会での活躍の機会を増やすことが、長期的な介護予防につながる。



・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 厚生労働省作成資料

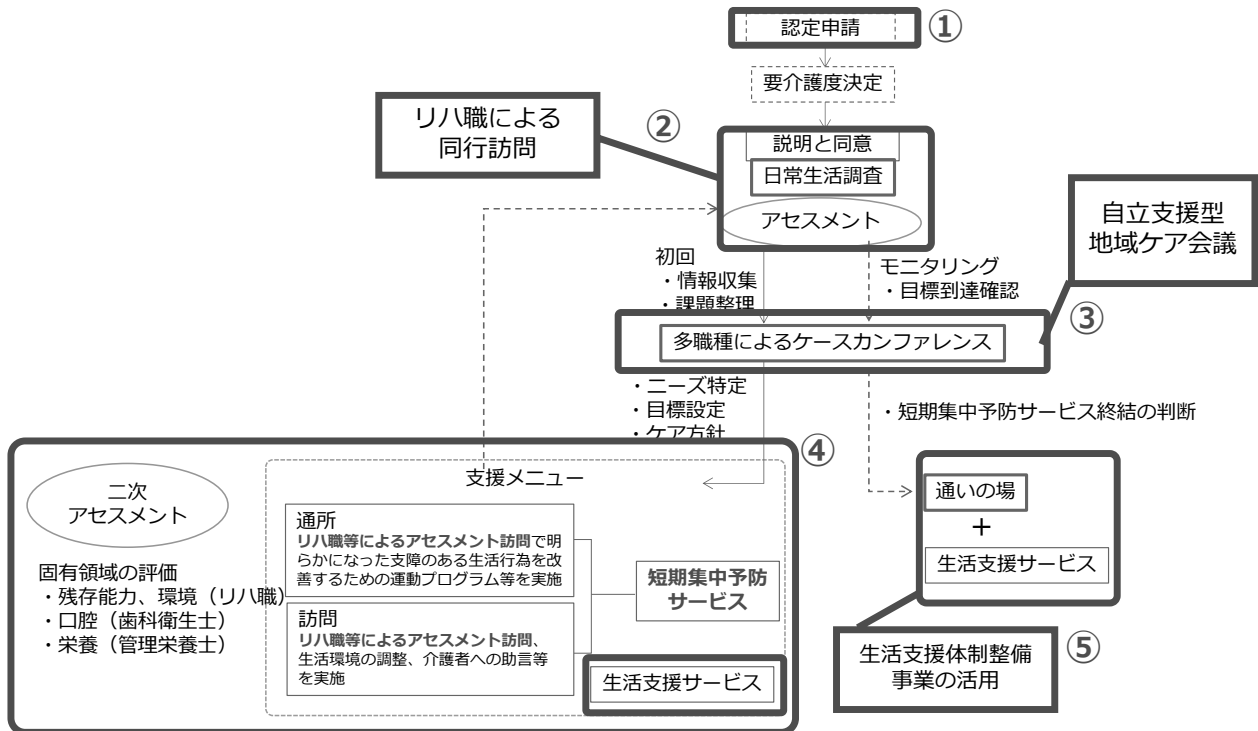
したがって、総合事業は、予防給付においてサービスの種類・内容・人員基準・運営基準・単価等が全国一律であった介護予防訪問介護・介護予防通所介護を、区市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組によって効果的かつ効率的にサービスを提供できるように地域支援事業に移行したものであるが、その「多様な主体による柔軟な取組」は、短期集中予防サービスによる効果も踏まえて適宜、提供されるべき、ということになる。

このように考えれば、短期集中予防サービスは総合事業において第一の選択肢となり得るサービスであるが、一方で、短期集中予防サービスだけでは効果は限定的であると考えられる。そこで本事業においては、厚生労働省の「予防モデル事業における自立支援の流れ」を参考に、主に以下の5つの事業について、構築支援を行うこととした。

【構築支援対象事業】

- ① 総合相談（区市町村窓口並びに地域包括支援センター）
- ② 地域リハビリテーション活動支援事業（特にリハビリテーション専門職による同行訪問）
- ③ 自立支援型地域ケア会議
- ④ 短期集中予防サービス
- ⑤ 生活支援体制整備事業

【図表 2-2】 予防モデル事業における自立支援の流れ



出典 厚生労働省作成資料を元に改変

なお、短期集中予防サービスについては、平成 30 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「地域支援事業における介護予防の取組に関する調査研究事業報告書」にて、区市町村を対象とした調査に基づき、実施形態のパターンが整理されており、以下のとおり、①原則全員実施型と②サービス対象者抽出型に区分され、それぞれメリット、デメリットがある。

①原則全員実施型については対象者の振り分けのノウハウが不要になるものの、対象者の状態像が多岐にわたるため、受け入れ事業者は個別に対応する必要があり、また、②サービス対象者抽出型については、対象者の振り分けにより受け入れ事業者は集団プログラムを提供できるものの、対象者の振り分けにノウハウが必要となる。

【図表 2-3】 短期集中予防サービスの実施形態のパターン整理

	パターン①原則全員実施型	パターン②サービス対象者抽出型
目的	給付サービスの入り口として機能し、サービス自体をアセスメントの場として捉え、その後の生活を支える上で必要なサービスを検討する	専門職が集中的に介入し、高齢者の状態の改善を図る
内容	利用者の生活や家屋の状態を把握した上で、利用者の運動機能等を向上させるため、低負荷な運動指導などを行うケースが多い。	専門職の指導のもと、マシンを使ったトレーニングなど、強度の高い運動等を実施し、日常生活動作の改善に必要な機能回復を図るケースが多い。
実施形態	・教室型 (開始時期が定められ、複数人が同時にサービスの提供を受けるケースが多い) ・個別機能訓練型 (年間のどのタイミングからでも開始が可能なケースが多い)	
対象者	新規認定者（事業対象者含む）全員	廃用症候群の方など改善可能性の高い高齢者に絞り込む
対象者の絞込み方法	新規認定者（事業対象者含む）全員を対象とするため、絞込みは行わない	フロー図等を定め、相談窓口で対象者を適切なサービスに振り分けるほか、自立支援型地域ケア会議など他職種で判断するケースが増える
単価	サービス単価は、5,000円/人・回程度が平均と想定される ①よりも②の方が高単価になる傾向がある 収益の安定性を鑑み、月額あるいは年額で単価を定めるケースも多い。 参考）現行相当サービス 訪問 月12,000円～35,000円程度 通所 月15,000円～35,000円程度	
メリット	対象者の振り分けのノウハウがなくても実施が可能	対象者の状態に応じたサービスの提供が可能
デメリット	受け入れ体制の確保が困難 利用者の状態像が多岐にわたり、パワーリハのような負荷の高い運動を一律に実施することは難しい	対象者の振り分けには適正サービスに振り分ける目利き力（ノウハウ）が必要になるため、窓口での振り分けが難しい 社会参加への連携がケアマネジメントの質に左右される
実施事例	寝屋川市、豊明市、佐伯市、能美市	生駒市、和気町、竹田市、袖ヶ浦市、国立市、米沢市、津山市、一宮市、金沢市、広島市

出典 平成 30 年厚生労働省老人保健健康増進等事業

「地域支援事業における介護予防の取組に関する調査研究事業報告書」 野村総合研究所

(2) 区市町村の現状

都が令和 2 年 6 月に実施した介護予防・日常生活支援総合事業等の実施に関する調査の結果、短期集中予防サービスを既に実施している区市町村であっても、通所型・訪問型ともに事業企画、終了後の活動やセルフケアへの接続、利用者確保に課題をもっている区市町村が多いことが分かった。特に、利用者確保については、その利用者が短期集中予防サービスの利用に適しているかどうかの見立てに加えて、地域包括支援センターないし委託先居宅介護支援事業所のケアマネジャーの説明や本人や家族の希望とのミスマッチなどが原因となっていた。

(3) 支援方針

(2) の現状を踏まえ、モデル区市町村に対して、短期集中予防サービスの位置付け・役割の明確化を図るとともに、当該区市町村のリハビリテーション専門職や地域包括支援センター等と連携したサービス提供体制の構築を、次の取組等により支援することとした。

ア 先進自治体の事例や成果等の共有による医療・介護専門職の規範的統合（理念共有）

イ 地域ケア会議等を活用した多職種による自立支援に資する検討体制の構築・定着支援

ウ アセスメントスキルの向上を目的とした介護予防ケアマネジメント支援

エ 高齢者自らが、心身状態を正しく把握し、状態悪化を予防するためのセルフマネジメントの推進

オ モデル区市町村において、上記アからエまでを推進するための人材養成及び短期集中予防サービス終了後の活動やセルフケアへの接続に対して、社会参加を促進する人材養成

カ 一般介護予防事業等との連携

(4) モデル区市町村の短期集中予防サービスの設計と支援方針

モデル区市町村支援にかかる方針

ア 東京都の方針

① 関係者の規範的統合

自立支援に資する方針・実施内容について、地域包括支援センター・ケアマネジャー、事業所等と共有し、各関係者が適切に理解することができるよう支援を実施する。

② 窓口体制の見直し

地域包括支援センター・自治体の相談窓口において、担当職員が利用者・家族に対して「自立」について適切に説明を実施した上で、合意を得ることができるよう支援を実施する。

③ 居宅や地域での生活環境を踏まえた高齢者の適切な評価

ケアマネジャーとリハビリテーション専門職が連携し、高齢者の居宅や地域での生活環境を踏まえて適切に評価できるよう支援を実施する。

④ 高齢者のセルフマネジメントの推進を目的としたサービス C の実施

リハビリテーション専門職が、利用者の目標設定・目標到達状況を踏まえた助言・承認を適切に実施し、利用者のセルフマネジメントを推進することができるよう支援を実施する。

⑤ 地域ケア会議等を活用した多職種による自立支援に資する検討体制の構築

各関係者が利用者の目標到達状況を共有するとともに、通所型サービス C 終了後のつなぎ先や支援について、多職種で検討することができるよう支援を実施する。

⑥ 通所型サービス C 終了後の高齢者の生活機能維持に資する社会参加の促進

生活支援コーディネーターと連携し、地域資源や必要なサービスの状況を適切に把握するとともに、通所型サービス C 終了後の利用者の元の生活・社会参加の継続に向けた適切な支援ができるよう支援を実施する。

イ 本モデル事業支援の前提

- ・モデル事業実施に当たって確保するケースは、要支援者とする。こと。（要支援相当である事業対象者を含む。）
- ・通所型サービス C の実施内容は、リハビリテーション専門職（理学療法士又は作業療法士）によるセルフマネジメント推進及び運動器機能向上プログラムの提供を基本とし、地域の実情に応じて栄養改善プログラムや口腔器機能向上プログラム等を組み込むことができる。
- ・原則として、通所型サービス C の提供期間は 3 か月とし、週 1 回・全 12 回のプログラムとすること。
- ・効果測定の日程について、基準日（訪問指導実施日）から起算して、通所型サービス C の終了後の 12 週目と 24 週目に設定すること（前後 1 週間のずれは差し支えない。）。
- ・通所型サービス C 終了後の 24 週目の効果測定実施時には、都（受託者）より、利用者及び測定実施者に対してインセンティブとして謝礼（クオカード）をお渡しする。
- ・地域ケア会議の出席者は、通所型サービス C 提供関係者を含む利用者の自立支援に関わる者とし、利用者本人（家族）は含めないこと。

令和 4 年度のモデル 2 市（西東京市、府中市）への個別の支援方針を決定するため、それぞれが直面する現状の課題と、構想している短期集中予防サービスの内容等について対して事前ヒアリングを行った。

その結果は以下のとおりである。

			西東京市	府中市
介護予防事業の経緯			・介護予防事業を整備（認知症予防講座、福祉センターでのセルフトレーニング事業、100歳体操を展開し立上げ支援）	・平成18年度より一次予防事業を展開（一般会計） ア）府中市立介護予防推進センター（いきいきプラザ・ピースプラザ）を順次整備（一般会計） イ）各地域包括支援センター主導の一次介護予防事業（ほっとサロン・地域交流ひろば・フレイル予防講座等）を順次整備（特別会計） ・平成29年度より総合事業を開始
現状	地域包括支援センター	日常生活圏域	4 圏域	11 圏域
		地域包括支援センター数	8 センター	11 センター
	生活支援コーディネーター	配置方法	市社協に委託	市社協に委託
		人員配置	5 名	11 名
		内訳	1 層（市全域）：1 名 2 層（生活圏域）：4 名	1 層（市全域）：1 名 2 層（生活圏域）：11 名
	地域リハビリテーションの状況	活動状況	・地域リハビリテーション活動の展開に向けた準備 ・通いの場支援 ・予防プラン支援	・包括への専門職派遣 ・予防プラン支援 ・通いの場支援 ・介護予防講座
		活動内容	・健康課の担当（保健師・リハ職）による個別訪問 ・リハビリテーション専門職による通いの場（100歳体操）支援 ・地域ケア会議でのケアマネジメント支援	・リハビリテーション専門職による住民・介護職員等への介護予防に関する技術的助言 ・地域ケア会議等におけるケアマネジメント支援
	通所型サービスC		・未実施（訪問型サービスCは形としてはあるが、活用実績はなく実態としては未実施） ・サービスCの必要性を感じて試行展開を試みたが、方針の設定が難しく、進められていない。	令和元年度開始・令和3年度の実績値は下記のとおり ・専門職による2次アセスメント 22 件 ・通所：15 回／訪問：57 回 ・通所型サービス 3 クール 22 名（総合事業卒業加算：1 件）
	生活支援体制整備		・生活支援コーディネーターは、地域ケア会議には参加しているが、主体的な関わりではなく、介護予防ケアマネジメントに関わることはほとんどない。	・協議体の開催・設置がメイン ・協議体は11立ち上がったが、単体で運営されそれぞれが連携できるような体制が構築されていない。

	地域ケア会議	・令和3年度の地域ケア会議の実績値は下記のとおり ①個別課題解決中心（自立支援・重度化防止、処遇困難事例）・包括主催：39回 ②地域課題検討中心（ネットワーク構築、地域課題共有）・包括主催：12回 ③地域課題解決のための施策形成中心（ネットワーク構築、地域課題共有、政策形成）・市主催：1回	・支援困難事例の支援方法を検討するため、担当地区ケア会議を開催 ・個別事例の課題解決及び個別事例の課題分析等を行うことにより地域課題を把握する
課題	介護予防事業全般	・高い認定率（特に軽度要介護者） ・要支援者の低い利用率（お守り的な認定更新者が多い） ・給付費の増大 ・介護人材不足（担い手不足） ・要支援者の効果的な自立支援の仕組みがない ・各事業の目的や目標等が全体的な視点から整理されておらず、関係機関（地域包括支援センター・介護サービス事業所・リハビリテーション専門職等）個々の考え方や事情、経緯により実施されている ・住民等に対して、分かりやすい周知が行えていない ・市が目指す自立支援とは何かがしっくりと関係機関（地域包括支援センター・介護サービス事業所・リハビリテーション専門職等）と共有できていない ・自立支援を行う上で活用できる仕組み（改善のための仕組み、セルフマネジメント能力向上のための仕組み、有効な地域資源を活用・創出する仕組み等）が構築されていない ・新規申請者については、基本チェックリストの受付をしておらず一律に認定申請を行っている ・サービスを利用すること自体が目的化していることがあり、一度サービスを利用すると、そのまま継続して利用し続けるパターンが多い	・想定していたよりも要支援者数を抱える中で、形骸化した一般介護予防事業から脱却できておらず、階層化した一般介護予防事業がゲートキーパーとして存在（※地域支援事業の上限越えは喫緊の課題） ・自立支援についての認識が統一されていない（自立支援の視点が弱い） ・介護保険サービスありきのケアプランになっている ・地域資源が把握・活用されていない ・支援者がサービスCの目的について共通の理解ができていない ・総合事業が、従前サービスに基準が追加された内容なので、総合事業の目的である地域において多種多様な主体の参画による介護予防を達成できていない ・支援者が利用者の強みを把握しておらず利用者のできることも奪う支援の構成となり易い ・利用者も支援者も、介護保険サービス以外でもその人らしい生活ができることを認識できていない
	生活支援体制整備	・介護予防ケアマネジメントにおける必要な地域資源の充実・活用について、十分に機能を果たせていない ・多様な社会資源を十分に活用できていない	・地域特有の生活課題について広く伝えていくことが難しい ・既存のサービスにつなげれば良いという認識がある
	地域ケア会議	本来の地域ケア会議の機能（地域課題発見・資源開発・政策形成機能）が満たせておらず規範的統合に繋がらない	本来の地域ケア会議の機能（地域課題発見・資源開発・政策形成機能）が満たせておらず規範的統合に繋がらない

目標・対応の方向性	介護予防事業全般	・課題を解決するために重要となる「軽度者への自立支援」の考え方について、市としての共通認識化を図る ・市として、通所型サービスCの有効性とモデル事業について関係機関（地域包括支援センター・介護サービス事業所・リハビリテーション専門職等）に説明し、理解を得る ・効果的な自立支援のために行うべき総合事業の再構築の方向性について、庁内での合意形成並びに関係者間での規範的統合を図る ・会議の実施にあたっては、モデル事業の支援のもと試行実施を重ねることで本市の自立支援の在り方について規範的統合を図る	・以下の3つの柱を目指す ①窓口対応の統一 「府中市の総合事業とは」をしっかりと市民に説明ができ、必要な支援を見極められる体制づくり ②いきいきとした生活を「あきらめない」ための支援体制 利用者が主体的となる目標「こんな生活がしたい」を引き出し、実現させるプラン作成や実行できる体制をつくる ③地域とつながりながら、元気で安心して暮らせるまちづくり 市全体で「我が事」として介護予防に参画し、つながりを大事にして介護が必要になっても安心して暮らせるまちづくり ・企業や事業所等との地域貢献での連携
	生活支援体制整備	・各事業が相互に連動する形で、地域におけるニーズ把握と、資源の発掘・創出が効果的に行われ、地域資源の充実が図られる仕組みを構築する	・協働推進課との連携を図ることで企業や事業所との連携を進める ・各協議体が連携できるような体制を目指す ・協働推進課との連携を図ることで企業や事業所との連携を進める（市内の薬局、市の協働協定を結んだ企業との話し合いなど） ・わがまち協議会の中で「自分たちにできることは？」をテーマにサービスありきではない考え方を協議する機会を持つ
	地域ケア会議	・地域包括支援センター地区（8地区）における個別課題の解決を目指し地域課題を検討するとともに、自立支援・介護予防・重度化防止を目指したケアマネジメント支援強化を目的として地域ケア会議を実施 ・上述（現状）の地域ケア会議①～③について、①を年4回、②を年1回、③を年1回開催する	・個別課題から地域課題を発見し、その検討・解決に取り組むことで、効果的で効率的な個別支援につなげるとともに、関係者との規範的統合を進め、より実効的な地域ケア会議の構築を図る ・総合事業サービスCの実施に合わせ、自立支援ケア会議を開催し本人が抱える課題の検討を通じて、課題に対する有効な支援方法を積み重ね、地域全体のケアマネジメントの質の向上につなげるとともに、検討後に残った課題を蓄積することで、地域に共通する課題の発見につなげる（随時） 全モデルケースにおける評価会議を自立支援型地域ケア会議として試行実施（市主催）

ヒアリングを踏まえ、両市とも事業スタートに先立ち介護保険の基本理念である自立支援・重度化予防に関する規範的統合を優先すべき課題と捉え、早期に庁内連携や関連する多職種での意識統一が重要であることから下記の支援を実施した。

(5) 研修等

アドバイザーチームが、今年度モデル区市町村に対して実施した研修は以下のとおり。

1 タスクフォースの立ち上げ・研修等支援【～令和4年4月】

《目 的》

- ・行政の主担当及び関係各課の係長・課長級職員等を対象のタスクフォースチーム（総合事業の制度構築を検討する母体集団）の立ち上げを促し、主要メンバーに対して研修を実施。
- ・各セクションの課題を共有し、目指す方向性を考え庁内で整理することで庁内連携を促進。

《開催方法》オンライン又はハイブリッド

《講 師》服部

西東京市	府中市
1 回実施	1 回実施

2 先進自治体の視察【令和4年7月】

《目 的》先行して通所型サービスCを中心とした総合事業を展開している自治体を視察することで事業のイメージを構築する。

《開催方法》オンライン又はハイブリッド

	場 所	西東京市	府中市
八王子市	八王子リエイブルメントセンター（ハイブリット）	6/21	6/28
	地域福祉推進拠点石川（ハイブリット）	6/15	6/29
寝屋川市	介護老人保健施設ハーモニー（オンライン）	6/7	
防府市	介護老人保健施設はくあい（オンライン）	6/22	

3 通所型サービスCのモデル事業導入に向けた職種別研修

(1) 地域包括支援センター職員、リハビリテーション専門職対象のキックオフ研修

《目 的》モデルケースを担う包括、事業を実施するリハビリテーション専門職（事業所）向けにモデル事業の必要性や現状の区市町村における課題を共有する。

《開催方法》オンライン又はハイブリッド

	西東京市	府中市
包括	1 回実施	1 回実施
リハ	1 回実施	2 回実施

(2) 行政職員、地域包括支援センター職員、リハビリテーション専門職、生活支援コーディネーター対象の動画研修

《目 的》総合事業や通所型サービスCの基本的な概念や事業内容を理解し、具体的な進め方についてイメージできる。

《開催方法》YouTube に動画をアップロードし、各自視聴する

《内容及び講師》以下図参照

I 制度編（総論）		
II 行政編		
1	寝屋川市：①わがまちの課題と目指す姿	・瀬戸氏（寝屋川市） ・澤田（IHEP） ・三輪氏（防府市） ・都築氏（豊明市）
2	寝屋川市：②事業の全体像について	
3	寝屋川市：③自治体としての関わり	
4	防府市：①わがまちの課題と目指す姿	
5	防府市：②事業の全体像について	
6	防府市：③自治体としての関わり	
III リハビリテーション専門職編		
7	①介護予防・日常生活支援総合事業の概要について	・名倉氏（寝屋川市） ・原氏（防府市） ・岡崎氏（防府市） ・西田（IHEP）
8	②介護予防・日常生活支援総合事業におけるリハビリテーション	
9	③対象者像の理解（軽度者）、これまでのサービスの現状と課題	
10	④リエイブルメントとリハビリテーション	
11	⑤地域支援事業・総合事業におけるリハビリテーション専門職の役割	
12	⑥ ICF・社会資源・社会参加	
13	⑦多職種連携について	
14	⑧同行訪問アセスメントの全体像・狙い	
15	⑨同行訪問のアセスメント	
16	⑩同行訪問のリスク管理	
17	⑪同行訪問アセスメントの具体例～山口県防府市の取組～	
18	⑫同行訪問アセスメントの具体例～大阪府の取組～	
19	⑬短期集中予防サービス（通所型）の全体像と狙い	
20	⑭短期集中予防サービス：運営と取組（防府市）目標設定	
21	⑮短期集中予防サービス：目標設定	
22	⑯短期集中予防サービス：セルフマネジメント、行動変容	
23	⑰通所サービスの具体例・面談について～老健はくあいの場合～	
24	⑱通所サービスの具体例～ハーモニー・ワンセルフの取組～	
IV 地域包括支援センター編		
25	そのひとの“元の暮らし”って？～地域包括支援センターの立場から～	・井澤（IHEP）
26	そのひとの“元の暮らし”って？～窓口業務から始める自立支援～	
27	①介護予防ケアマネジメント～地域包括ケアシステム～	
28	②介護予防ケアマネジメント～地域包括支援センター職員に求められる自立支援とは～	
29	③介護予防ケアマネジメント～アセスメントって？～	
30	④介護予防ケアマネジメント～アセスメントの深化～	
31	⑤介護予防ケアマネジメント～短期集中予防サービス（通所 C）～	
32	⑥介護予防ケアマネジメント～もとの暮らし・望む暮らし～	
V 生活支援コーディネータ編		
33	①生活支援体制整備事業の誤解	・中村（IHEP） ・白神氏（防府市）
34	②リエイブルメントの課題	
35	③どういう生活支援を目指すのか	
36	④リエイブルメント事業における自立支援と地域資源	
37	⑤ SC の業務	
38	⑥防府市の生活支援コーディネーターの活動と実践事例	
VI 地域ケア会議編		
39	①寝屋川市と防府市のリエイブルメントサービスの課題に対する対応	・中村（IHEP） ・澤田（IHEP）
40	②どういう生活支援を目指すのか	
41	③自立支援と地域資源	
42	④自立支援型地域ケア会議の意義と方法	
43	⑤寝屋川式自立支援型地域ケア会議	
44	⑥防府市の自立支援型地域ケア会議 ～幸せます会議 1 ケース資料	
45	⑦防府市の自立支援型地域ケア会議 ～幸せます会議 2 ケース資料	
VII その他		
46	①事業を成功させる取組	・中村（IHEP） ・白神氏（防府市）

(3) 地域包括支援センター職員、リハビリテーション専門職対象の事例検討会（各職種及び合同で実施）

《目 的》アセスメントの重要性を理解し、事例検討を重ねることで自立支援に関する規範的統合を図る。

《開催方法》ハイブリッド

	西東京市	府中市
包括	5/12, 5/18, 5/25, 5/31, 6/2, 6/7	5/10, 5/13, 5/17, 5/20, 5/31, 6/1
リハ職	5/23, 6/3	5/19, 6/1, 6/9
合同	6/20, 8/26	6/13, 6/15, 8/30

(4) リハビリテーション専門職対象の実技研修

《目 的》通所型サービス C を実施するために必要な面談技術などを習得する。

《開催方法》ハイブリッド

《講 師》岡崎氏（老人保健施設はくあい）

《日 付》西東京市：6/20、府中市：7/5

(5) 生活支援コーディネーター対象の研修

《目 的》通所型サービス C を実施するために必要な面談技術などを習得する。

《開催方法》オンライン

《講 師》中村、白神氏（防府北地域包括支援センター）

《日 付》6/14

(6) 全体意見交換会

《目 的》全関係者間で各々の役割や取組を共有し、理解を深めることで全関係者間の事業に係る規範的統合を図る。

《開催方法》ハイブリッド

《日 付》西東京市：6/27、府中市：6/22

4 自立支援型地域ケア会議の構築に関わる研修

(1) 先進自治体の視察（豊明市・防府市）

《目 的》先進自治体での自立支援型地域ケア会議を視察することで、具体的なイメージを構築する。

	場 所	西東京市	府中市
豊明市	多職種合同カンファレンス（オンライン）	5/13, 6/10	
防府市	幸せます会議（オンライン）	4/28, 5/26	

(2) 自立支援型地域ケア会議模擬研修

《目 的》各市の実例を用いて自立支援型地域ケア会議を開催し、多職種連携によるアセスメントの意義を実践して理解する。

《開催方法》ハイブリッド

《日 付》西東京市：11/7、府中市 8/12, 8/17, 8/19

5 その他伴走支援

(1) 地域包括支援センター職員ヒアリング

《目 的》モデル事業への期待や不安をヒアリングし、規範的統合を図る。

《支援方法》オンライン

《日 付》西東京市：4/13, 4/14、府中市：4/18, 4/19, 4/21

(2) 同行訪問随伴

《目 的》同行訪問アセスメントの展開の理解を深め実践について学ぶ機会を持つことで、アセスメントの強化を図る。

《日 付》西東京市：6/23、府中市：6/22

(3) 各事業所の視察

《目 的》事業実施時事業所を訪問し、適時相談・助言の機会とすることで疑問や不安の解消に努め適切な運営ができるようにする。

《日 付》サービス提供期間中適宜

(4) 評価会議の支援

《目 的》評価会議に参加し本事業の進捗と顛末を共有し事業評価の規範的統合を図る。

《支援方法》各事業所で対面

《日 付》西東京市：9/5, 9/8, 9/10, 9/12, 9/15, 9/16

府中市：10/18, 10/19, 10/20, 10/21, 10/26, 10/27

(5) インタビューやアンケートによるモデル事業の課題や成果の聴取

《目 的》事業終了後、本事業に関する関係者の所感を伺い振り返りや今後の運営への参考とする。

《支援方法》対面、オンライン

	西東京市	府中市
包括・SC	10/31, 11/7, 11/8, 11/11（現地）	12/21, 12/23, 12/26, 12/28, 1/11, 1/13, 1/16, 1/17, 1/18（オンライン）
リハ職	11/1	1/10, 1/17, 1/18, 1/19
利用者	9/12, 9/13, 9/16（事業所）	9/13, 9/27, 9/28（事業所）

(6) アドバイザーチームによる Chatwork を用いた質疑応答、情報提供等

【スケジュール】

		令和４年度																									
		4月		5月		6月		7月		8月		9月		10月		11月		12月		1月		2月		3月			
		上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬
	1																										
	タスクフォースの立ち上げ・研修																										
	2																										
	通所型サービスC 先進自治体の視察																										
	3																										
	キックオフ研修（包括向け・リハ職向け）																										
	4																										
	動画研修																										
	5																										
	事例検討会																										
	6																										
	リハ職向け実技研修																										
	7																										
	生活支援コーディネーター向け研修																										
	8																										
	全体意見交換会																										
	9																										
	豊明市多職種合同カンファレンス視聴																										
	10																										
	防府市幸せます会議視聴																										
	11																										
	自立支援型地域ケア会議模擬研修																										
	12																										
	包括ヒアリング																										
	13																										
	同行訪問随行																										
	14																										
	事業所視察																										
	15																										
	評価会議支援																										
	16																										
	インタビュー																										
	17																										
	チャットワーク等を用いた支援																										

第3章 モデル区市町村における取組前後の変化

モデル2市の課題認識について、モデル実施前と実施後の比較は以下の通り

(1) モデル実施前

西東京市	府中市
・西東京市の既存の取組には「予防」「維持」を目指すものはあるが、「改善」を目指す仕組みがない ・関係者間における規範的統合ができていない ・各事業や仕組みの連動が図れていない →「改善」を目指す取組に関して、効果的な介護予防・自立支援に向けて各事業が連動する仕組みを構築し、それを周知する必要性を認識していた	・介護保険サービスを利用すること自体が目的となっており、状態が改善してもサービスを使い続ける傾向が強い ・令和元年度より短期集中予防サービス（通所型サービスC）を開始したが、定員・クール制で実施していたためタイムリーに利用できない ・「介護保険サービスの卒業」を目標のひとつにあげていたため利用者が増えず定員割れしている ・介護予防推進を担い先駆的に設立した介護予防推進センターは新規利用者が減少傾向でリピーターが多い →新規利用者が日々累積し介護予防ケアマネジメント数は増え包括業務はひっ迫する一方となり、市としては何より高齢者がいきいきと生活できる機会を奪っていることに強い課題意識を持っていた

(2) モデル実施後

西東京市	府中市
・「改善」を目指すためのサービスを作ることができた（ただし、今後、サービス提供体制の強化や、サービスをより効率的・効果的にするための取組は必要） ・今回のモデル事業に関係者で一緒に取り組んだことで、目指すべき方向性について一定程度規範的統合が図れた。具体的に「改善」できるサービスがあるということで、関係者がそのサービスを軸にして目指す方向性を共有できるようになった。（まだ完全に定着したわけではないため、今後も規範的統合を強化するための継続的な取組は必要） ・各事業の連動についてはまだこれからだが、短期集中予防サービスを軸にして、目指すべき方向性に向かって各事業をどのように連動させていくかを検討していくベースはできつつある	・多職種連携でのアセスメントの意義を理解し、自立支援について考えることを目的にケアマネジャー、介護予防コーディネーター、通所事業所、生活支援コーディネーター、歯科医師会、薬剤師会、栄養士等に声をかけ対面とオンラインのハイブリットで自立支援型地域ケア会議を実施した ・実事例から「長いきいき生活」を送るために多職種でのアセスメントを行い、課題を抽出して改善に向けて検討した。初めて歯科医師や薬剤師と事例検討を行い、今までにない生活の中でのフレイル予防の視点があり、医療連携の必要性も再確認し、多角的に「長いきいき生活」に向けての検討ができた ・とても難しく重荷に感じていた規範的統合は、事例を通じ参加者全員が同じビジョンを見て考えることで、とても効果的に図れた

(3) 今後の展望

西東京市	府中市
・短期集中予防サービスという「改善」の仕組みの導入をきっかけにして、一定程度関係者の規範的統合を図ることができた ・令和6年度の本格実施に向けて、短期集中予防サービスを軸とした「高齢者の元気を諦めない」「要介護にならないよう未然に防ぐ」「元の生活を取り戻す」ための仕組みの構築を目指し、今後、この仕組みや考え方をベースにして各事業が連動する仕組みに再構築し、皆で実践と経験を積み重ねながら、より効果的な介護予防・自立支援につなげていきたい	・令和5年度の本格実施に向けて庁内の担当で窓口体制の見直しや研修について検討し、地域包括支援センターや通所事業所、生活支援コーディネーター等と総合事業についての見直し検討を行っている ・今後は地域の医療・介護・生活支援・社会参加・福祉に係るメンバーで定期的に自立支援型地域ケア会議を行い、事例から府中市の目指す「長いいきいき生活」に向けての意思統一を図り地域ケアシステムの構築を推進させていきたい
具体的な実施内容の展開 ①介護相談窓口の改革 ・必要な人へ適切な支援を案内できるよう受付方法を見直す ②訪問アセスメント（地域包括支援センター職員とリハビリ専門職による同行訪問）の創設 ・元の生活を取り戻すことに視点を置いたアセスメントの実施 ③通所型サービスCの拡大実施 ・令和6年度の本格実施に向けて、今年度のモデル事業を踏まえ、来年度は対象を拡大して実施 ④社会参加につながる仕組みづくり ・介護予防ケアマネジメントBを創設し、セルフマネジメント支援を強化する ・地域の「通いの場」や趣味活動、ボランティア等、自分の好きな活動への参加を促すことでフレイル予防を推進する	具体的な実施内容の展開 ①介護保険の新しい受付方法（令和5年4月～） ・介護保険相談票を活用 ・軽度の方は、事業対象者としてアセスメント ②短期集中予防サービスの本格実施（令和5年7月～） ・今年度のモデル事業を踏まえ、府中市のかたちで実施 ③自立支援型地域ケア会議の実施（令和5年度～） ・多職種でケース検討することで規範的統合を図る ④一般介護予防事業の再構築（第9期計画～） ・検討会を重ね、第9期計画から再構築を実現する

第4章 短期集中予防サービスのモデル事業の効果検証

1. 効果検証の目的と調査項目の選定理由

(1) 目的

モデル区市町村において実施した短期集中予防サービス等の効果検証を行うことによって、モデル事業の成果を評価するとともに、短期集中予防サービスの支援方法の再検討や、モデル区市町村に対し次年度に向けた事業の見直しや新たな取組等を提案する。

(2) 評価時期および調査項目

評価時期は短期集中予防サービスの教室開始時の介入前（以下、0 週）、教室開始 12 週後で終了時期にあたる介入後（以下、12 週後）、介入終了 12 週後（以下、24 週後）とし、各会場にてリハビリテーション専門職が体力測定および質問紙調査を実施した。

主要評価項目として、24 週後の介護予防サービス（総合事業の訪問型・通所型サービス等を含む、以下同様）の利用状況（福祉用具貸与を除く）を各地域包括支援センターから聴取した。体力測定では、握力、CS-30、通常・最大 5m 歩行速度、Timed UP & Go Test（以下、TUG）を測定した。質問紙調査では、主観的健康感、生活満足度、老研式活動能力指標、Geriatric Depression Scale 15（以下、GDS-15）、日本語版 Euro QOL 5 dimensions 5-level（以下、EQ-5D-5L）、主観的幸福感、社会的自立支援アウトカム尺度（以下、SIOS）の下位尺度のうち主体性に関する 5 項目、自己効力感に関わる 4 項目、後期高齢者の質問票等の 24 項目を聴取した。体力測定および質問紙調査の項目を基に Japan Cardiovascular Health Study 基準（以下、J-CHS 基準）を算出した。

(3) 調査項目の選定理由および測定方法

短期集中予防サービスはリハビリテーション専門職による面談を中心に運動機能や栄養、口腔、社会参加など多面的な支援によって、自立した日常生活を送るために必要なスキルを学習し、利用者自身で日々の過ごし方を管理できるセルフマネジメント能力を獲得することを支援し、身体面または精神・心理面、社会面等に課題を有する高齢者が自分の状態に適応することも支援するサービスである。この短期集中予防サービスでターゲットとする要支援者は、ADL よりも IADL に支援を要する傾向があり¹⁾、また身体面の機能だけでなく心理・精神面や社会面の機能も複合的に低下し、フレイルサイクルの悪循環に陥りやすいことが示されている²⁾。そこで、本調査では、セルフマネジメント力を身につけ、利用者自身の生活が変化したことを評価するために、24 週後の介護予防サービスの未利用率および身体機能の評価、抑うつや自己効力感などの心理・精神面の評価、活動への参加状況などの社会面に関する評価項目で構成した。具体的な調査項目及び選定理由は次の通りである。

ア 24 週後の介護予防サービスの利用状況

通所型サービス C によってセルフマネジメント力が身につけ、生活機能が改善して元の生活に戻ったならば、介護予防サービスが必要ない状態になっていると考えられる。そこで、24 週後の時点での介護予防サービスの利用率を評価項目として設定した。24 週後の時点での介護予防サービスの利用状況を聴取し、福祉用具貸与を除いた介護予防サービス等を利用していた場合は「あり」、利用していない場合は「なし」とした。

イ 身体機能の評価

(ア) 評価項目

身体機能はこれまでの介護予防事業の評価において一般的に用いられ³⁾、死亡⁴⁾やADL能力低下⁵⁾など健康アウトカムとの関連が示されている握力、CS-30、通常・最大歩行速度、TUGを用いて、筋力および歩行能力を評価した。

(イ) 選定理由

短期集中予防サービスでは、マシンを使用した高負荷のトレーニングは実施せずに、自宅で取り入れることができる体操やウォーキング、家事、外出の支援など利用者自身が普段の生活の中で取り組むことができる活動を中心に行い、筋力のみならず全体的な身体活動量の底上げを狙っている。そのため、筋力の指標となる握力やCS-30が向上することよりも、全体的な活動量が向上したことによって歩行量が増大し、その結果、通常・最大歩行速度やTUGが向上するのではないかと仮説を立て、評価項目を選定した。

(ウ) 測定方法

握力はデジタル握力計を用い、第3指近位指節関節に握力計の握り幅を調整し、立位で上肢を下垂して最大努力で把持させた。利き手で2回ずつ測定をし、最大値を採用した。CS-30は椅子に座った姿勢から開始し、腕を胸の前で組んで行った。開始の合図とともに立ち上がり、再び着座するまでを1回とし、この動作をできるだけ速く30秒間繰り返した。通常・最大歩行速度は、加速路3m、測定区間5m、減速路3mの歩行路を設置し、普段のペースで歩く通常歩行と、できるだけ速いペースで歩く最大歩行を1回ずつ実施した。ストップウォッチで時間を計測し、歩行速度を算出した。TUGは、椅子と椅子から3m離れた地点にコーンを設置し、測定を行った。対象者には、できるだけ速く立ち上がり、コーンを回って再び座るように教示した。測定は2回とし、ストップウォッチで時間を測定して時間が短い方を採用した。

ウ 生活機能、精神・心理面の評価

(ア) 評価項目

生活機能、精神・心理面は、老研式活動能力指標、J-CHS基準、GDS-15、EQ-5D-5L、主観的健康感、生活満足度、主観的幸福感、SIOSの下位尺度の主体性の項目、自己効力感に関する評価項目を用いて評価した。

(イ) 選定理由

老研式活動能力指標⁶⁾は、より高次の生活機能进行评估する指標で、要支援者はIADLに障害を抱えている者の割合が多く、短期集中予防サービスによる生活機能の変化を老研式活動能力指標で評価できると考えた。J-CHS基準⁷⁾は、身体的フレイル进行评估する指標として体重減少、疲労感、筋力低下、歩行速度の低下、身体活動の低下の5つの領域から構成され、要支援者の多くはフレイルであることが示されている。J-CHS基準を用いてフレイル状態の変化を捉えることで、短期集中予防サービスのフレイルに対する効果を示すことができると考えた。GDS-15⁸⁾は高齢者の抑うつ状態进行评估する15項目の質問紙票で、要支援者は抑うつ状態が基底にある者が多く、短期集中予防サービスによる変化进行评估できると考えた。EQ-5D-5L⁹⁾は、健康に関連した生活の質を定量的に評価する評価指標である。自分らしい生活を送れるように支援することが短期集中予防サービスの重要な核になっており、QOLの変化进行评估できると考えた。SIOS¹⁰⁾は高齢者の多様な活動と参加を網羅的に測定することができる尺度で、「参加」、「活動」、「主体性」で下位尺度が構成されており、

本調査では「主体性」に関わる項目を採用した。社会的な役割や社会参加を獲得するためには利用者自身による自己決定と主体的な取組が必須であり、短期集中予防サービスではこの自己決定と主体的な取組を促すことを狙っている。そのため、SIOS の下位尺度を用いることで、主体性の変化を評価できると考え、その合計点を算出した。自己効力感に関する 4 項目は、八王子市で使用している指標を用いて評価を行い、短期集中予防サービスで向上を狙っている自己効力感の変化を評価できると考え採用した。

(ウ) 測定方法

老研式活動能力指標は、手段的 ADL5 項目、知的能動性 4 項目、社会的役割 4 項目の 3 つの因子構造による 13 項目で構成されており、「はい」が 1 点、「いいえ」を 0 点として 2 件法で回答をし、13 点満点で評価した。得点が高いほど生活機能が良好なことを示す。J-CHS 基準は、体重減少の項目は「6 か月間で 2 ～ 3kg 以上の体重減少がありましたか」、疲労感の項目は「(ここ 2 週間) わけもなく疲れたような感じがする」、筋力低下の項目は「握力：男性 28kg 未満、女性 18kg 未満」、歩行速度低下の項目は「通常歩行速度 1.0m/s 未満」、身体活動の項目は「①軽い運動・体操をしていますか？②定期的な運動・スポーツをしていますか？いずれも「週 1 回もしていない」と回答」とし、各項目の該当数を求めた。GDS-15 は、各項目について「はい」、「いいえ」の 2 件法で回答し、合計得点を算出した。得点が高いほどうつ状態であることを示す。EQ-5D-5L は、「移動」、「セルフケア」、「普段の活動」、「痛み・不快感」、「不安・抑うつ」の 5 項目の健康状態をそれぞれ 5 件法で聴取し、換算表を用いて効用値を求めた。効用値が高いほど生活の質が良好な状態を示す。主観的健康感は、「1：よい」、「2：まあよい」、「3：ふつう」、「4：あまりよくない」、「5：よくない」の 5 件法で尋ねた。生活満足度は、「1：向上した」、「2：少し向上した」、「3：あまりしていない」、「4：していない」の 4 件法で尋ねた。主観的幸福感は、「あなたは全体としてどの程度幸せですか」の質問に「とても不幸せ」を 0 点、「とても幸せ」を 10 点の 11 段階で尋ねた。SIOS は下位尺度の「主体性」の 5 項目を用いて、それぞれ 5 件法で尋ね、20 点満点で評価した。自己効力感に関する評価項目は、4 項目それぞれ 5 件法で尋ねた。

エ 後期高齢者の質問票等の評価項目

(ア) 評価項目

後期高齢者の質問票のうち主観的健康感を除いた 14 項目に加えて、軽い運動や体操の頻度、床からの立ち上がり方、指輪っかテスト、定期的な運動・スポーツの有無、簡易フレイルインデックス¹¹⁾のうち「5 分前のことが思い出せますか」、基本チェックリストのうち「(ここ 2 週間) わけもなく疲れたような感じがする」、定期的な健康診断の受診の有無、家庭や地域での役割、自主的なグループへの参加状況の計 24 項目を評価した。

(イ) 選定理由

要支援者は活動・参加が制限され、活動量の低下が全般的な機能低下の 1 つの要因とも考えられる。そのため、短期集中予防サービスでは、普段の生活での取組の変容を働きかけ、その変化をこれらの指標によって評価できると考えた。

(ウ) 測定方法

後期高齢者の質問票に関する 14 項目は、「1：はい」、「2：いいえ」の 2 件法で尋ねた。軽い運動や体操の頻度は、「軽い運動や体操を週に何日していますか」の質問に、「1：ほぼ毎日」、「2：3 ～ 5 日」、「3：1 ～ 2 日」、「4：していない」の 4 件法で尋ねた。床からの

立ち上がり方は、「床からどのように立ち上がりますか」の質問に、「1：何もつかまらずに」、「2：膝等に手をついて」、「3：何かにつかまって」、「4：苦勞してやっと」の4件法で尋ねた。指輪っかテストは、「ふくらはぎの太い部分を、指輪っか（親指と人差し指）で囲めますか」と質問し、「1：囲めない」、「2：やや囲めない」、「3：ちょうど囲める」、「4：すきまができる」の4件法で尋ねた。定期的な運動・スポーツの有無は、「定期的な運動・スポーツをしていますか」の質問に、「1：はい」、「2：いいえ」の2件法で尋ねた。「5分前のことが思い出せますか」については、「1：はい」、「2：いいえ」の2件法で尋ねた。「（ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする」は、「1：はい」、「2：いいえ」の2件法で尋ねた。定期的な健康診断の受診の有無は、「定期的に健康診断（健康診査）を受けていますか」の質問に、「1：はい」、「2：いいえ」の2件法で尋ねた。家庭や地域での役割については、「家庭や地域で役割がありますか」の質問に、「1：ある」、「2：時々ある」、「3：ほとんどない」、「4：ない」の4件法で尋ねた。自主的なグループの参加状況については、「サークルやサロンなど、自主的なグループに参加していますか」の質問に、「1：している」、「2：時々している」、「3：ほとんどしていない」、「4：していない」の4件法で尋ねた。

（エ）分析方法

0週、12週後、24週後の3時点の比較では、握力、CS-30、通常・最大歩行速度、TUG、老研式活動能力指標、GDS-15、EQ-5D-5L、主観的幸福感の検定には0週を基準とし、12週後時点、24週後時点をも検定で比較した。その他の項目については、調査項目ごとにWilcoxonの符号付順位検定およびMcNemer検定を用いて統計的な検討を行った。すべての解析にはStata 17（ライトストーン社）を用い、95%信頼区間（以下、95%CI）または有意水準5%未満で統計的有意と判断した。

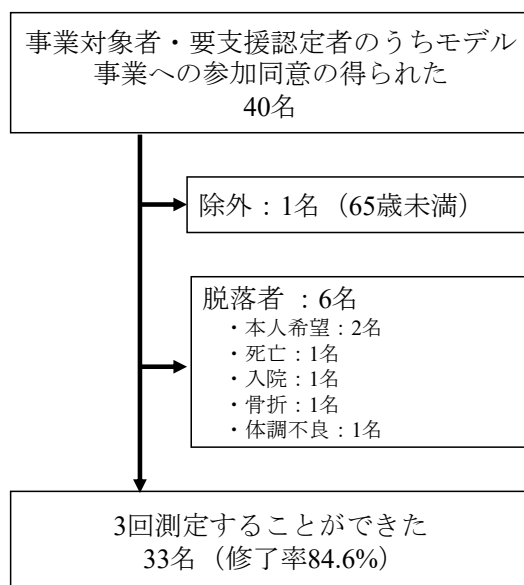
2. 西東京市の効果検証

(1) 方 法

ア 対 象

認知症・進行性疾患、がん末期を除く事業対象者、要支援 1・2 のうち地域包括支援センターが対象者を選定し、モデル事業への参加の同意を得られたのが 40 名だった。65 歳未満の対象者を 1 名除外した 39 名のうち、モデル事業を修了し、かつ 3 回測定を実施できた 33 名（修了率 84.6%）を分析対象とした。

【図表 4-1】西東京市の分析対象者の抽出の流れ

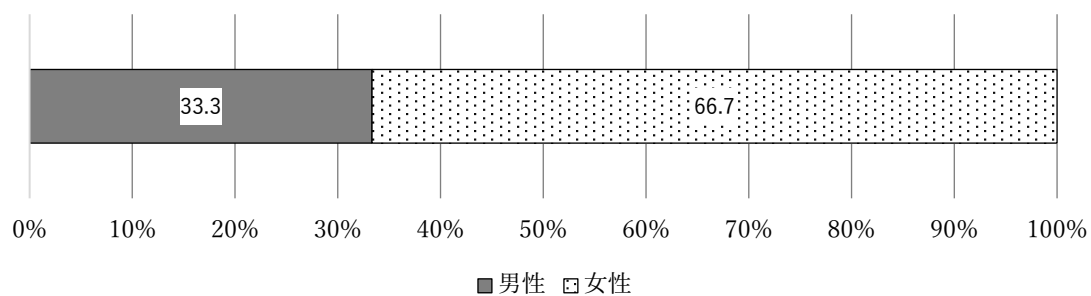


(2) 結 果

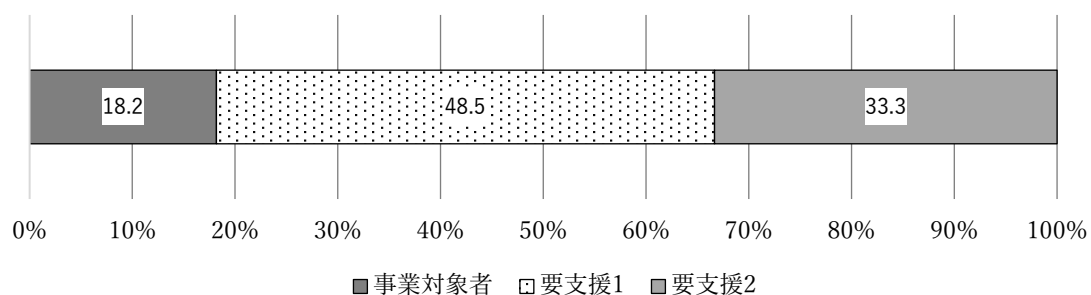
西東京市の 0 週時点における対象者属性を図表 4-1 に示した。24 週後の介護予防サービスの利用状況（福祉用具貸与を除く）および体力測定、質問紙調査の結果を図表 4-2 から 4-11 に示した。24 週後の介護予防サービスの利用状況（福祉用具貸与を除く）は、「利用なし」が 26 名（78.8%）、「利用あり」が 7 名（21.2%）だった。0 週と比べて 12 週後では体力測定の項目のうち CS-30、TUG で有意な向上が認められ（ $P<.05$ ）、質問紙調査等において J-CHS 基準、GDS-15、EQ-5D-5L、主観的健康感、生活満足度、後期高齢者の質問票等の項目のうち「軽い運動や体操を週に何日していますか」、「以前に比べて歩く速度が遅くなってきていると思いますか」、「定期的な運動・スポーツをしていますか」、「ウォーキング等の運動を週に 1 回以上していますか」、「周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われますか」、「毎日の生活に満足していますか」、「（ここ 2 週間）わけもなく疲れたような感じがする」、「家庭や地域での役割がありますか」で有意な向上が認められた（ $P<.05$ ）。0 週と比べて 24 週後では、体力測定の項目のうち CS-30、通常歩行速度、最大歩行速度、TUG で有意な向上が認められ（ $P<.05$ ）、質問紙調査等において J-CHS 基準、主観的健康感、生活満足度、後期高齢者の質問票等の項目のうち「ウォーキング等の運動を週に 1 回以上していますか」、「毎日の生活に満足していますか」、「（ここ 2 週間）わけもなく疲れたような感じがする」で有意な向上が認められた（ $P<.05$ ）。

【図表 4-2】対象者属性（西東京市）

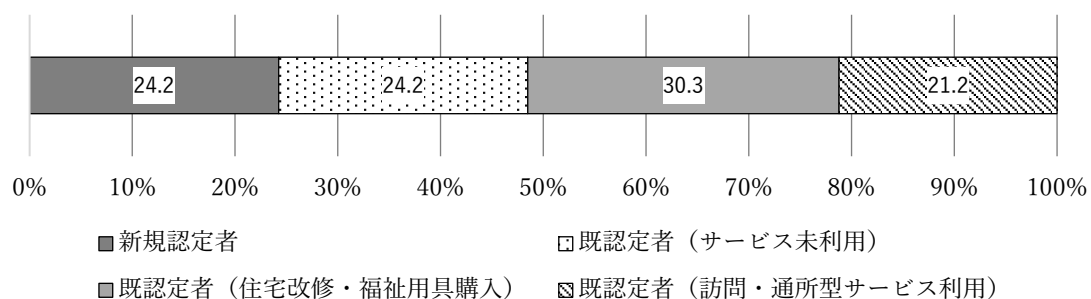
<性別>



<要介護度>

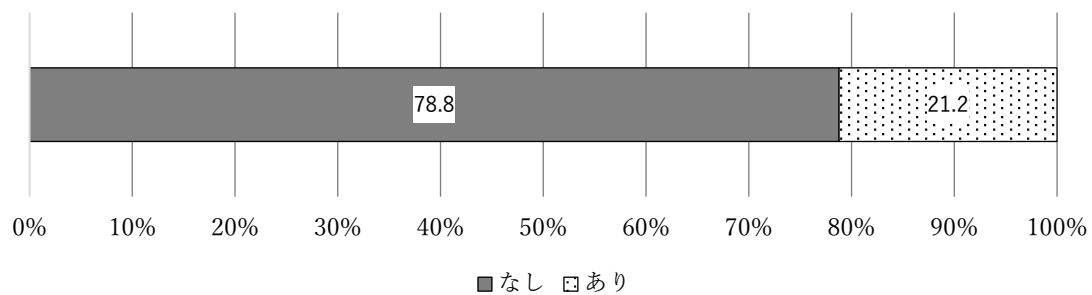


<モデル事業開始前の介護予防サービスの利用状況>



		n	%
性別	男性	11	33.3
	女性	22	66.7
年齢，（平均値，SD）		83.2	6.06
要介護度	事業対象者	6	18.2
	要支援 1	16	48.5
	要支援 2	11	33.3
モデル事業開始前の介護予防サービスの利用状況	新規認定者	8	24.2
	既認定者（サービス未利用）	8	24.2
	既認定者（住宅改修・福祉用具購入）	10	30.3
	既認定者（訪問・通所型サービス利用）	7	21.2

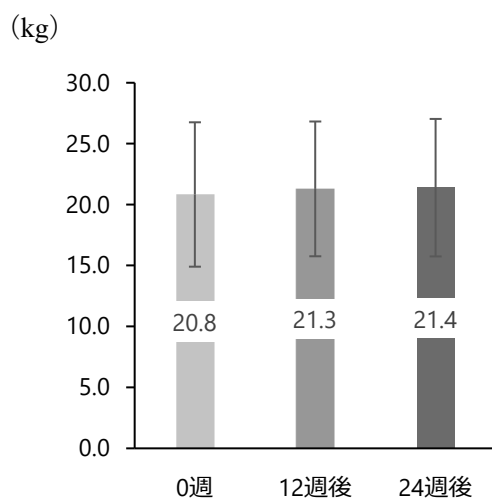
【図表 4-3】福祉用具貸与を除く 24 週後の介護予防サービスの利用状況（西東京市）



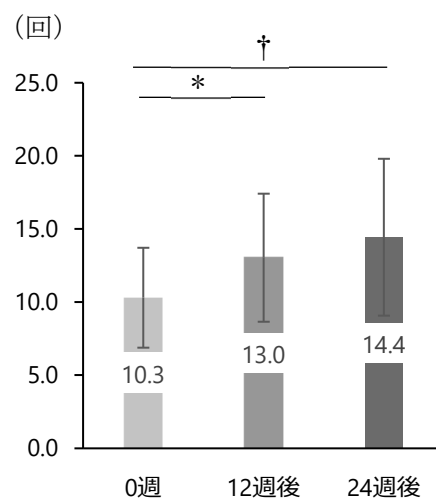
		n	%
24 週後の介護予防サービスの利用状況 (福祉用具貸与を除く)	なし	26	78.8
	あり	7	21.2

【図表 4-4】 体力測定と比較（西東京市） ※数値が同じグラフの差は、小数点第 2 位以下の違いによる。

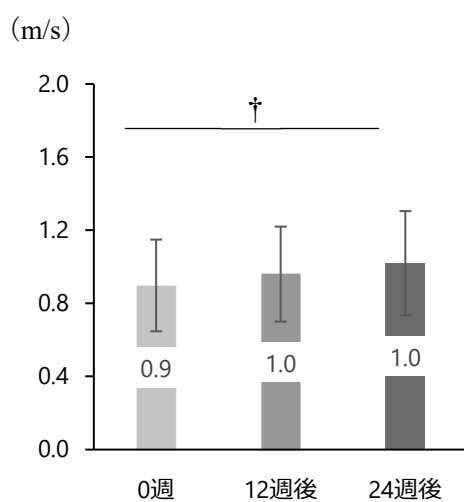
< 握力, n=31 >



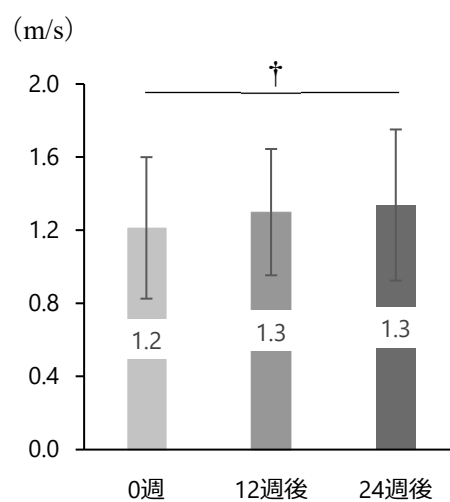
< CS-30, n=30 >



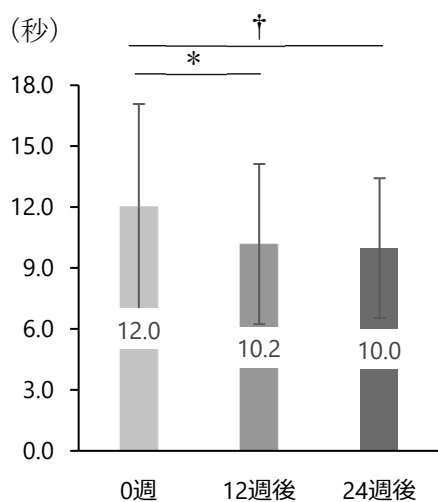
< 通常歩行速度, n=30 >



< 最大歩行速度, n=30 >



< TUG, n=30 >



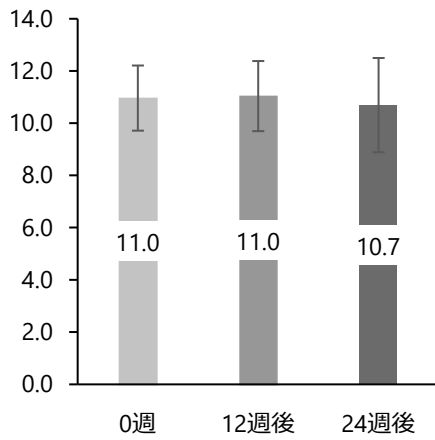
* : $P < .05$ (0 週 vs. 12 週後) † : $P < .05$ (0 週 vs. 24 週後)

	0 週		12 週後		(0 週 -12 週後の比較)		24 週後		(0 週 -24 週後の比較)	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	95% 信頼区間	P 値	平均値	標準偏差	95% 信頼区間	P 値
握力 (kg), n=31	20.8	5.9	21.3	5.5	(-1.27, 0.36)	.260	21.4	5.6	(-1.59, 0.46)	.271
CS-30 (回), n=30	10.3	3.4	13.0	4.4	(-3.57, 1.90)	<.001	14.4	5.4	(-5.34, 2.93)	<.001
通常歩行速度 (m/s), n=30	0.9	0.3	1.0	0.3	(-0.13, 0.00)	.060	1.0	0.3	(-0.21, -0.04)	.006
最大歩行速度 (m/s), n=30	1.2	0.4	1.3	0.3	(-0.18, 0.01)	.076	1.3	0.4	(-0.21, -0.04)	.007
TUG (秒), n=30	12.0	5.1	10.2	3.9	(0.55, 3.14)	.007	10.0	3.4	(0.99, 3.09)	<.001

【図表 4-5】老研式活動能力指標、J-CHS 基準、GDS-15、EQ-5D-5L、主観的幸福感、SIOS の比較
(西東京市) ※数値が同じグラフの差は、小数点第 2 位以下の違いによる。

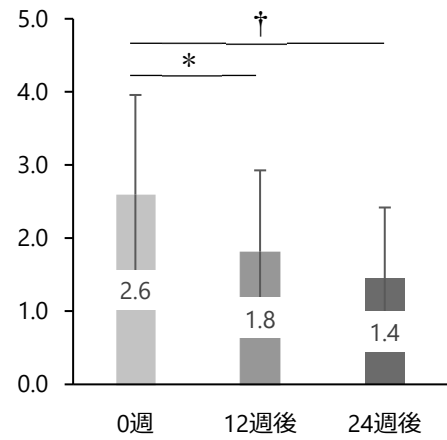
<老研式活動能力指標, n=26>

(点)



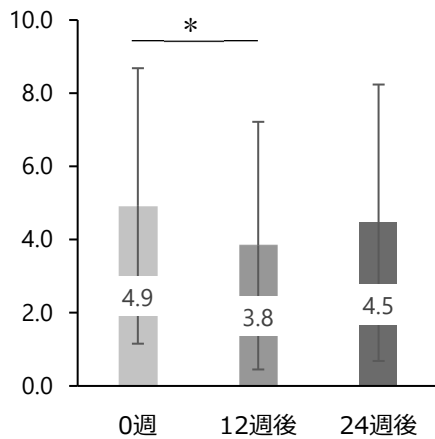
<J-CHS 基準, n=27>

(点)



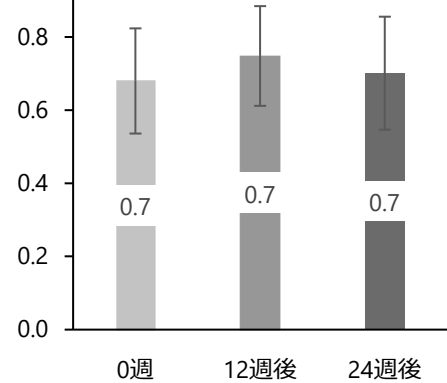
<GDS-15, n=24>

(点)



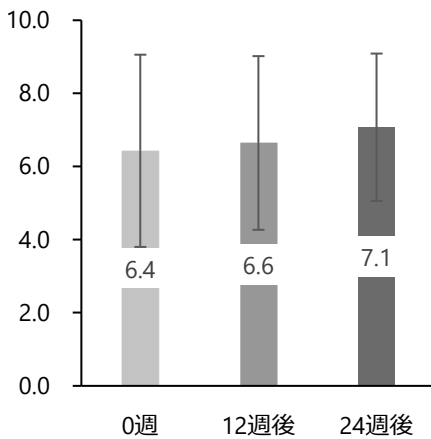
<EQ-5D-5L, n=29>

(点)



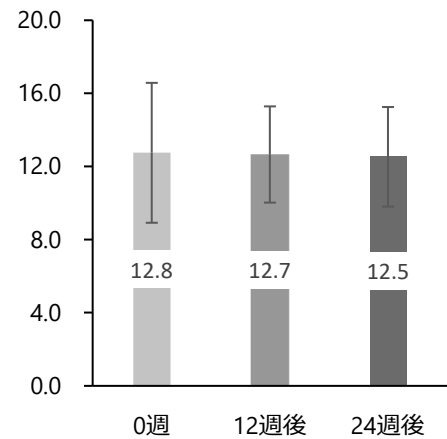
<主観的幸福感, n=28>

(点)



<SIOS, n=32>

(点)

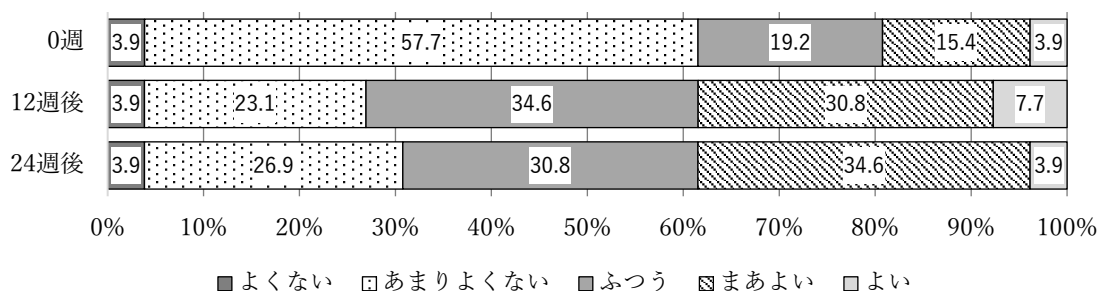


* : $P < .05$ (0 週 vs. 12 週後) † : $P < .05$ (0 週 vs. 24 週後)

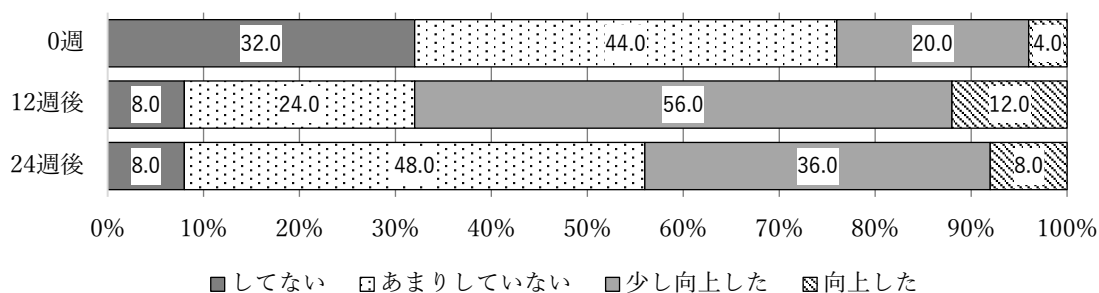
	0 週		12 週後		(0 週 -12 週後の比較)		24 週後		(0 週 -24 週後の比較)	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	95% 信頼区間	P 値	平均値	標準偏差	95% 信頼区間	P 値
老研式活動能力指標 (点), n=26	11.0	1.2	11.0	1.3	(-0.55, 0.39)	.739	10.7	1.8	(-0.56, 1.10)	.509
J-CHS 基準, n=27	2.6	1.4	1.8	1.1	(0.30, 1.26)	.003	1.4	1.0	(0.70, 1.60)	<.001
GDS-15 (点), n=24	4.9	3.8	3.8	3.4	(0.06, 2.11)	.039	4.5	3.8	(-0.30, 1.22)	.223
EQ-5D-5L, n=29	0.7	0.1	0.7	0.1	(-0.11, -0.03)	.002	0.7	0.2	(-0.08, 0.04)	.475
主観的幸福感 (点), n=28	6.4	2.6	6.6	2.4	(-1.15, 0.73)	.644	7.1	2.0	(-1.60, 0.31)	.179
SIOS (点), n=32	12.8	3.8	12.7	2.6	(-1.16, 1.35)	.880	12.5	2.7	(-0.90, 1.34)	.692

【図表 4-6】主観的健康感、生活満足度（西東京市）

主観的健康感, n=26



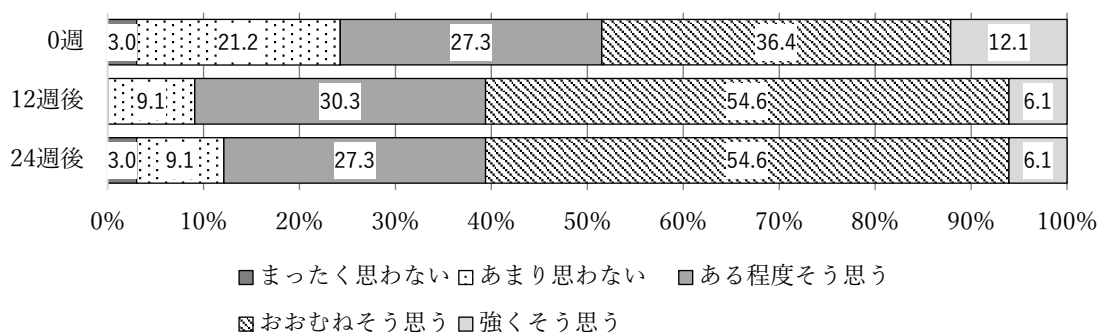
生活満足度, n=25



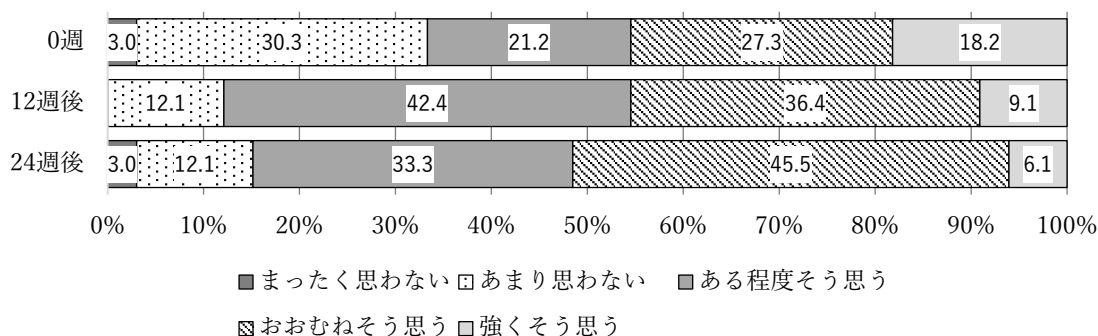
	0 週後		12 週後		P 値 (0 週 -12 週後の比較)	24 週後		P 値 (0 週 -24 週後の比較)
	n	%	n	%		n	%	
主観的健康感, n=26								
よくない	1	3.9	1	3.9	.001	1	3.9	.006
あまりよくない	15	57.7	6	23.1		7	26.9	
ふつう	5	19.2	9	34.6		8	30.8	
まあよい	4	15.4	8	30.8		9	34.6	
よい	1	3.9	2	7.7		1	3.9	
生活満足度, n=25								
していない	8	32.0	2	8.0	.001	2	8.0	.025
あまりしていない	11	44.0	6	24.0		12	48.0	
少し向上した	5	20.0	14	56.0		9	36.0	
向上した	1	4.0	3	12.0		2	8.0	

【図表 4-7】 自己効力感の評価項目の比較（西東京市）

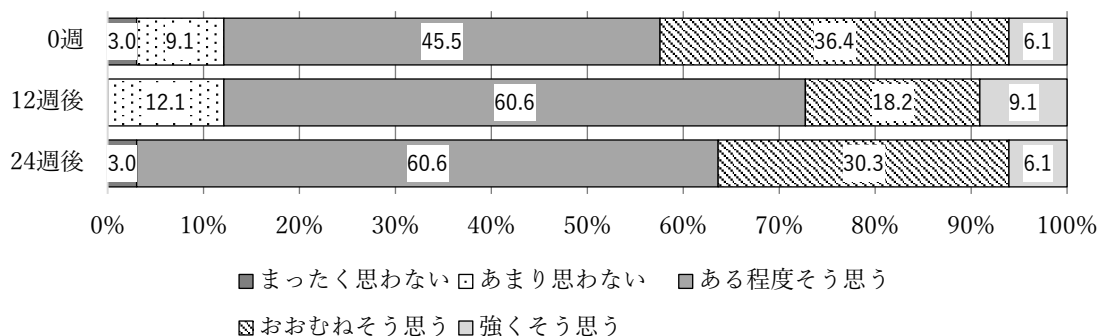
ご自身が転倒せずに日常生活（屋内および屋外）での活動を行うことができますか？， n=33



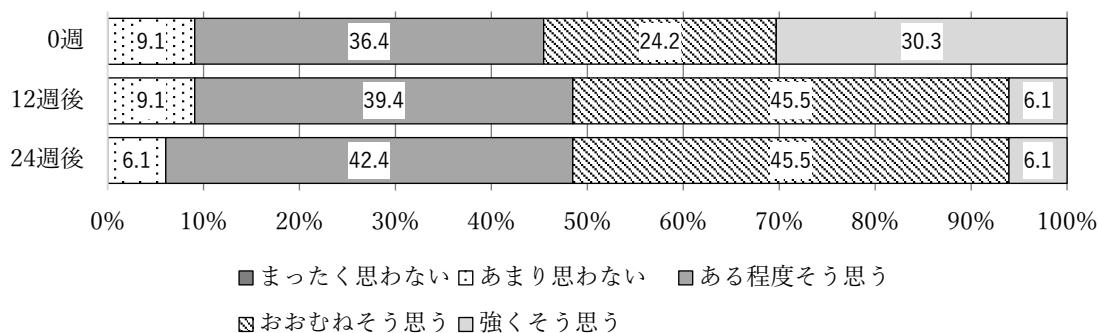
ご自身が時間のゆとりや天候に関わらず運動を続けることができますか？， n=33



ご自身が困難に直面した時にその状況を乗り越えることができますか？， n=32



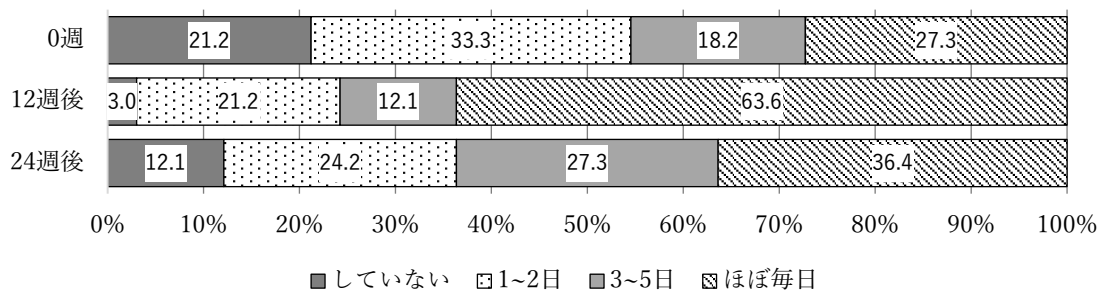
ご自身で必要な手助けは積極的に求めることができますか？， n=33



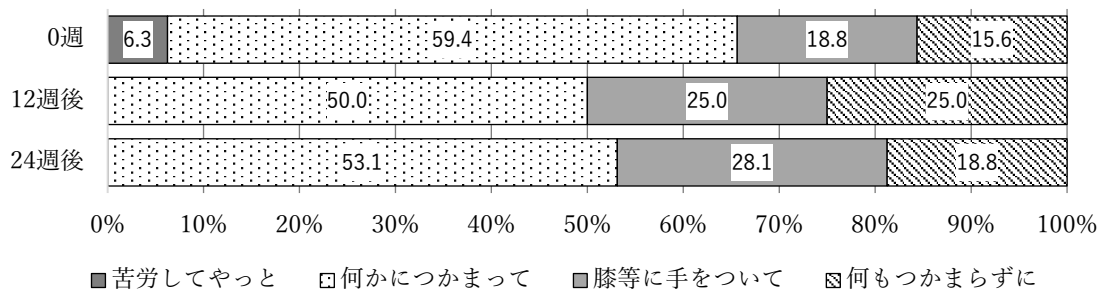
	0 週後		12 週後		P 値 (0 週 -12 週後の比較)	24 週後		P 値 (0 週 -24 週後の比較)
	n	%	n	%		n	%	
ご自身が転倒せずに日常生活（屋内および屋外）での活動を行うことができますか？, n=33								
まったく思わない	1	3.0	0	0.0	.132	1	3.0	.184
あまり思わない	7	21.2	3	9.1		3	9.1	
ある程度そう思う	9	27.3	10	30.3		9	27.3	
おおむねそう思う	12	36.4	18	54.6		18	54.6	
強くそう思う	4	12.1	2	6.1		2	6.1	
ご自身が時間のゆとりや天候に関わらず運動を続けることができますか？, n=33								
まったく思わない	1	3.0	0	0.0	.280	1	3.0	.379
あまり思わない	10	30.3	4	12.1		4	12.1	
ある程度そう思う	7	21.2	14	42.4		11	33.3	
おおむねそう思う	9	27.3	12	36.4		15	45.5	
強くそう思う	6	18.2	3	9.1		2	6.1	
ご自身が困難に直面した時にその状況を乗り越えることができますか？, n=32								
まったく思わない	1	3.0	0	0.0	.404	1	3.0	.782
あまり思わない	3	9.1	4	12.1		0	0.0	
ある程度そう思う	15	45.5	20	60.6		20	60.6	
おおむねそう思う	12	36.4	6	18.2		10	30.3	
強くそう思う	2	6.1	3	9.1		2	6.1	
ご自身で必要な手助けは積極的に求めることができますか？, n=33								
まったく思わない	0	0.0	0	0.0	.204	0	0.0	.260
あまり思わない	3	9.1	3	9.1		2	6.1	
ある程度そう思う	12	36.4	13	39.4		14	42.4	
おおむねそう思う	8	24.2	15	45.5		15	45.5	
強くそう思う	10	30.3	2	6.1		2	6.1	

【図表 4-8】 後期高齢者の質問票等の比較①（西東京市）

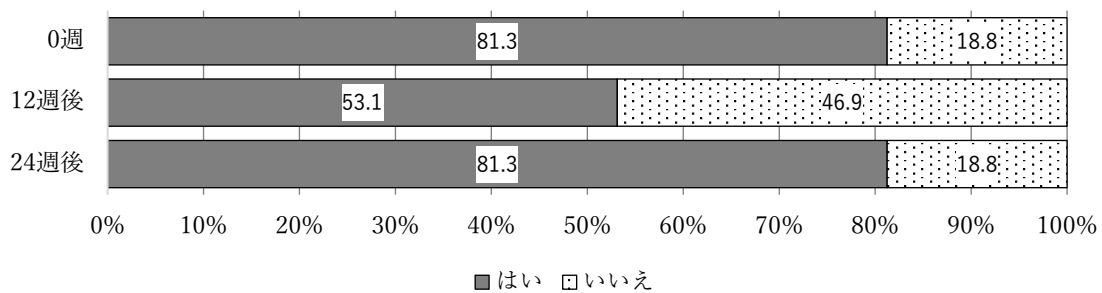
軽い運動や体操を週に何日していますか、n=33



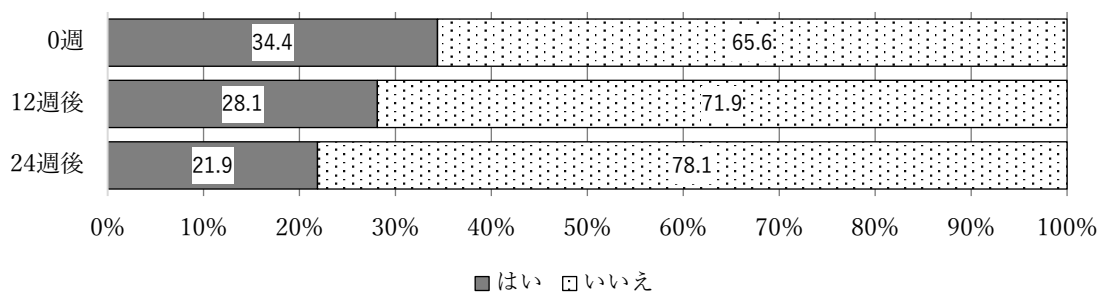
床からどのように立ち上がりますか、n=32



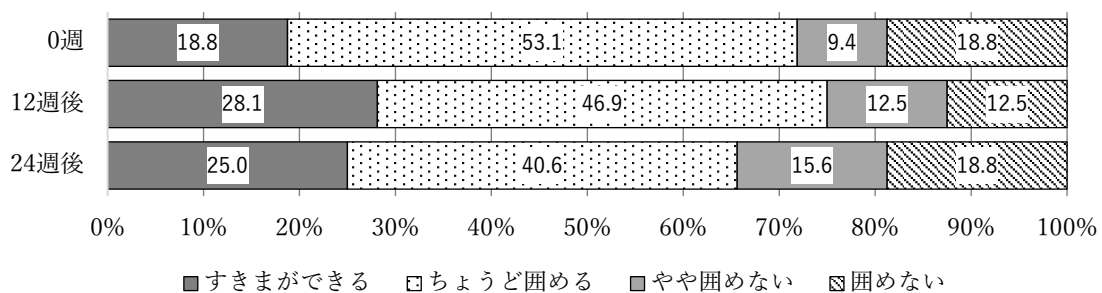
以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか、n=32



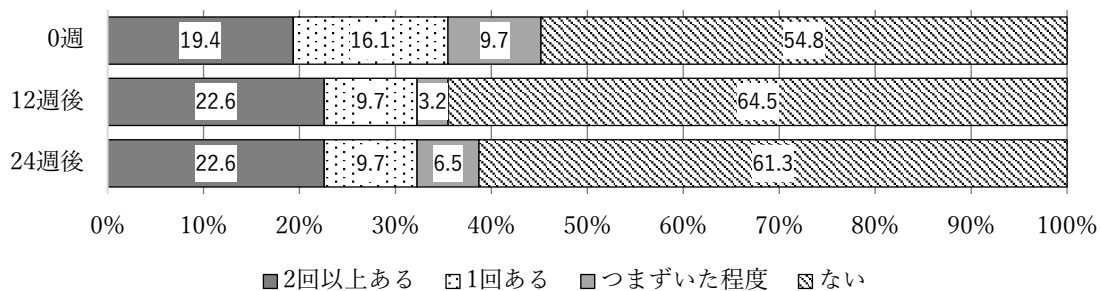
6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか、n=32



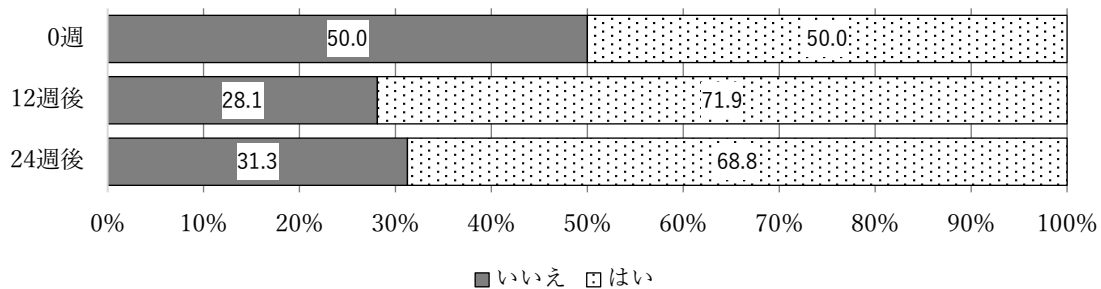
ふくらはぎの太い部分を、指輪つか（親指と人差し指）で囲めますか、n=32



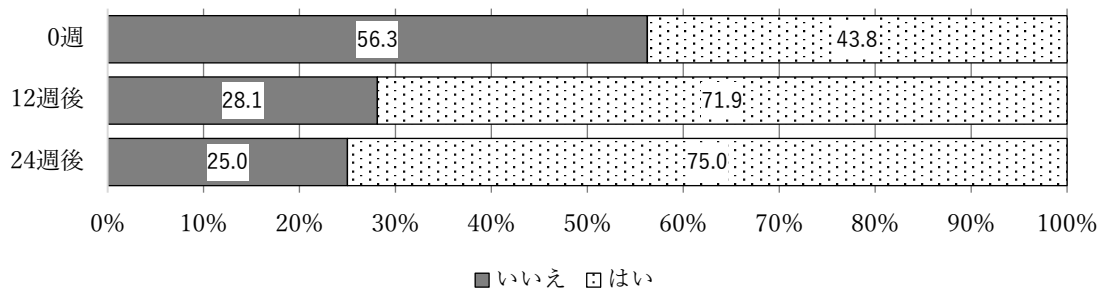
この1年間に転んだことがありますか, n=31



定期的な運動・スポーツをしていますか, n=32



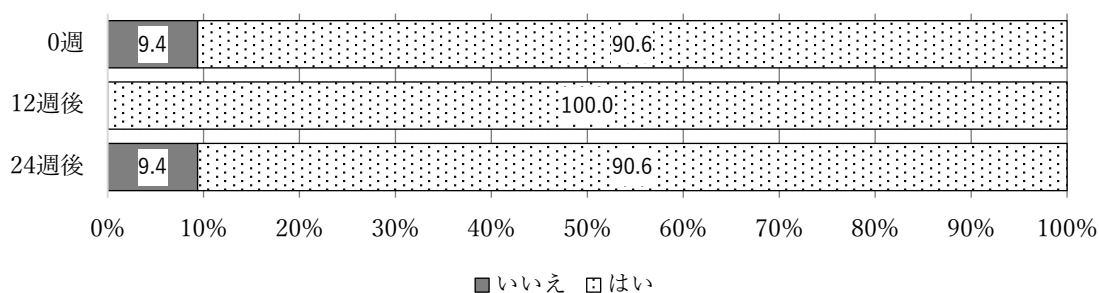
ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか, n=32



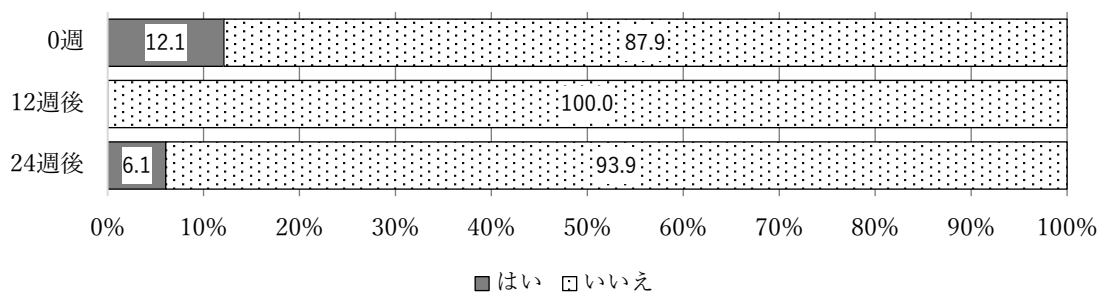
	0 週		12 週後		P 値 (0 週 -12 週後の比較)	24 週後		P 値 (0 週 -24 週後の比較)
	n	%	n	%		n	%	
軽い運動や体操を週に何日していますか, n=33								
していない	7	21.2	1	3.0	.001	4	12.1	.215
1 ～ 2 日	11	33.3	7	21.2		8	24.2	
3 ～ 5 日	6	18.2	4	12.1		9	27.3	
ほぼ毎日	9	27.3	21	63.6		12	36.4	
床からどのように立ち上がりますか, n=32								
苦労してやっと	2	6.3	0	0.0	.070	0	0.0	.099
何かにつかまって	19	59.4	16	50.0		17	53.1	
膝等に手をついて	6	18.8	8	25.0		9	28.1	
何もつかまらずに	5	15.6	8	25.0		6	18.8	
以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか, n=32								
はい	26	81.3	17	53.1	.020	26	81.3	1.000
いいえ	6	18.8	15	46.9		6	18.8	
6 か月間で 2 ～ 3kg 以上の体重減少がありましたか, n=32								
はい	11	34.4	9	28.1	.480	7	21.9	.157
いいえ	21	65.6	23	71.9		25	78.1	
ふくらはぎの太い部分を、指輪つか（親指と人差し指）で囲めますか, n=32								
すきまができる	6	18.8	9	28.1	.161	8	25.0	.910
ちょうど囲める	17	53.1	15	46.9		13	40.6	
やや囲めない	3	9.4	4	12.5		5	15.6	
囲めない	6	18.8	4	12.5		6	18.8	
この 1 年間に転んだことがありますか, n=31								
2 回以上ある	6	19.4	7	22.6	.331	7	22.6	.529
1 回ある	5	16.1	3	9.7		3	9.7	
つまずいた程度	3	9.7	1	3.2		2	6.5	
ない	17	54.8	20	64.5		19	61.3	
定期的な運動・スポーツをしていますか, n=32								
いいえ	16	50.0	9	28.1	.020	10	31.3	.083
はい	16	50.0	23	71.9		22	68.8	
ウォーキング等の運動を週に 1 回以上していますか, n=32								
いいえ	18	56.3	9	28.1	.013	8	25.0	.008
はい	14	43.8	23	71.9		24	75.0	

【図表 4-9】 後期高齢者の質問票等の比較②（西東京市）

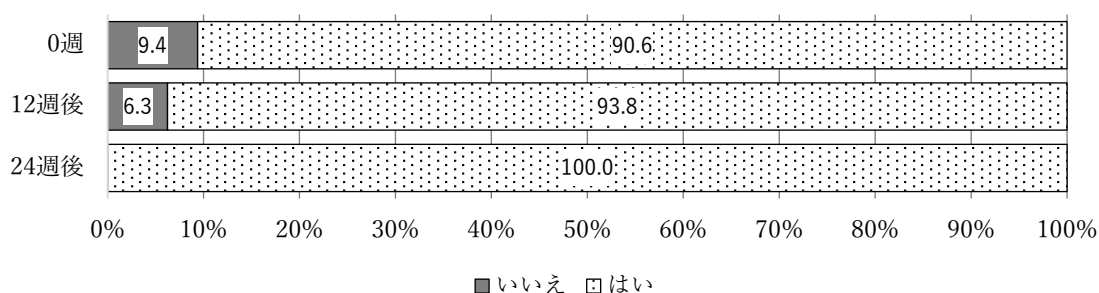
週 1 回以上は外出していますか, n=32



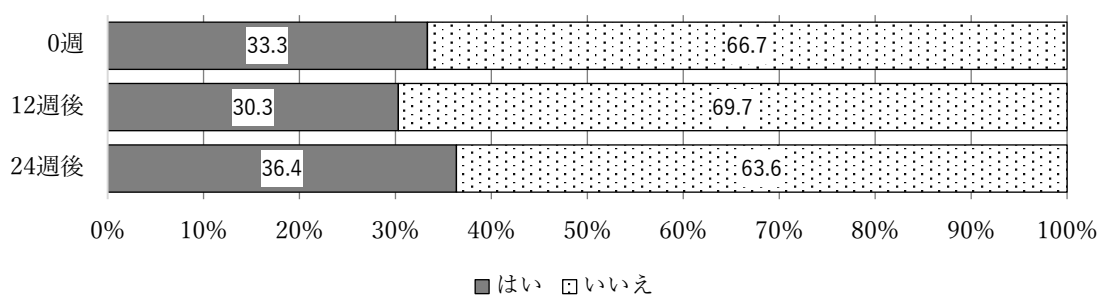
周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか, n=33



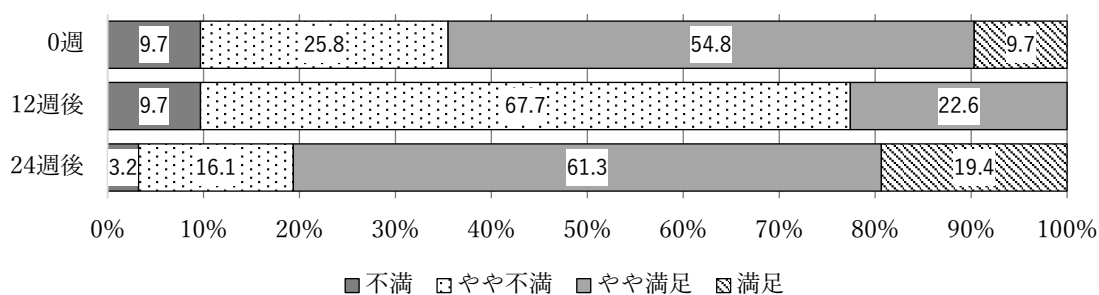
5 分前のことが思い出せますか, n=32



今日は何月何日かわからない時がありますか, n=33



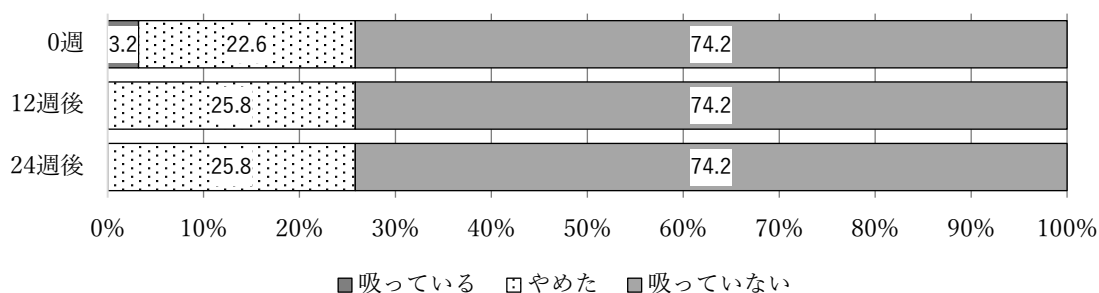
毎日の生活に満足していますか, n=31



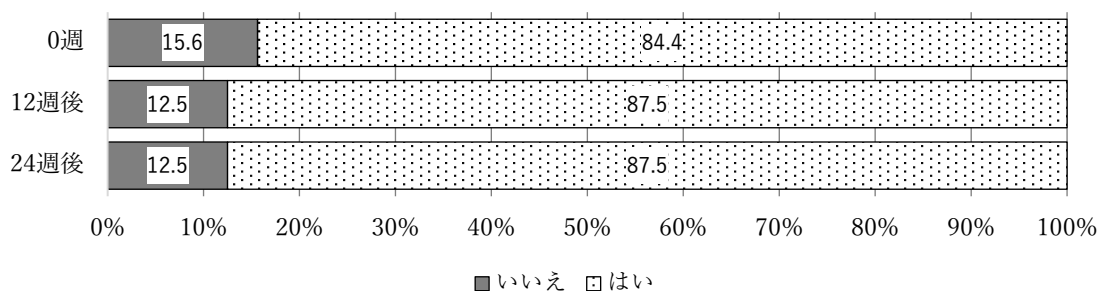
	0 週後		12 週後		P 値 (0 週 -12 週後の比較)	24 週後		P 値 (0 週 -24 週後の比較)
	n	%	n	%		n	%	
週 1 回以上は外出していますか, n=32								
いいえ	3	9.4	0	0.0	.083	3	9.4	1.000
はい	29	90.6	32	100.0		29	90.6	
周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか, n=33								
はい	4	12.1	0	0.0	.046	2	6.1	.317
いいえ	29	87.9	33	100.0		31	93.9	
5 分前のことが思い出せますか, n=32								
いいえ	3	9.4	2	6.3	.564	0	0.0	.083
はい	29	90.6	30	93.8		32	100.0	
今日は何月何日かわからない時がありますか, n=33								
はい	11	33.3	10	30.3	.782	12	36.4	.763
いいえ	22	66.7	23	69.7		21	63.6	
毎日の生活に満足していますか, n=31								
不満	3	9.7	3	9.7	<.001	1	3.2	.011
やや不満	8	25.8	21	67.7		5	16.1	
やや満足	17	54.8	7	22.6		19	61.3	
満足	3	9.7	0	0.0		6	19.4	

【図表 4-10】 後期高齢者の質問票等の比較③（西東京市）

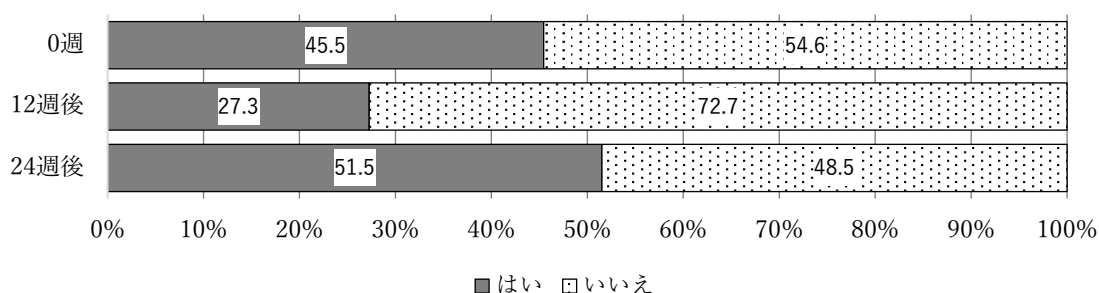
あなたはたばこを吸いますか、n=31



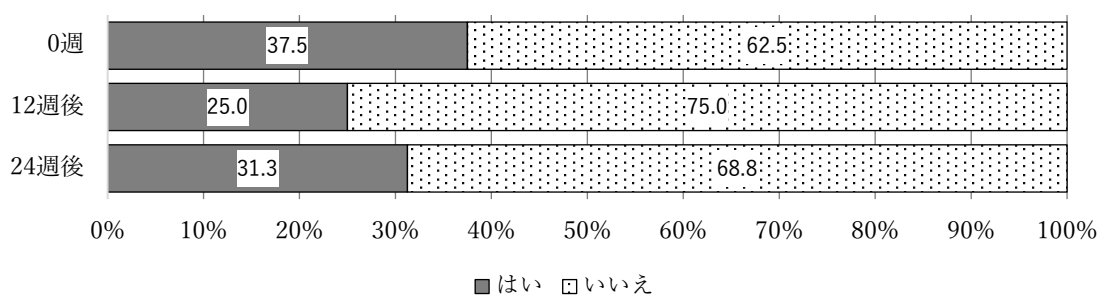
1日3食きちんと食べていますか、n=32



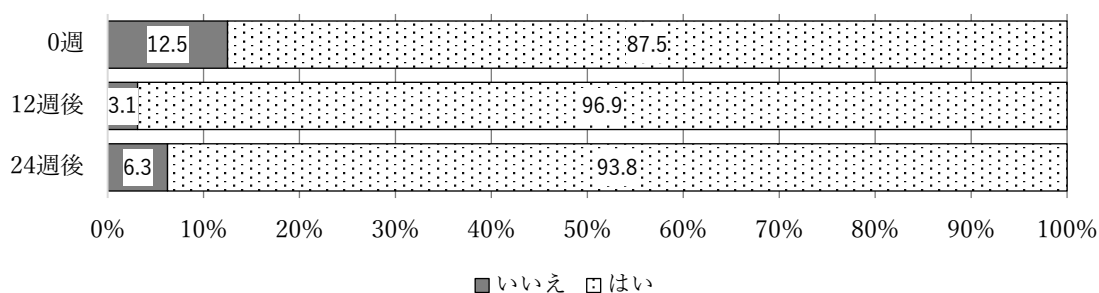
半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか、n=33



お茶や汁物等でむせることがありますか、n=32



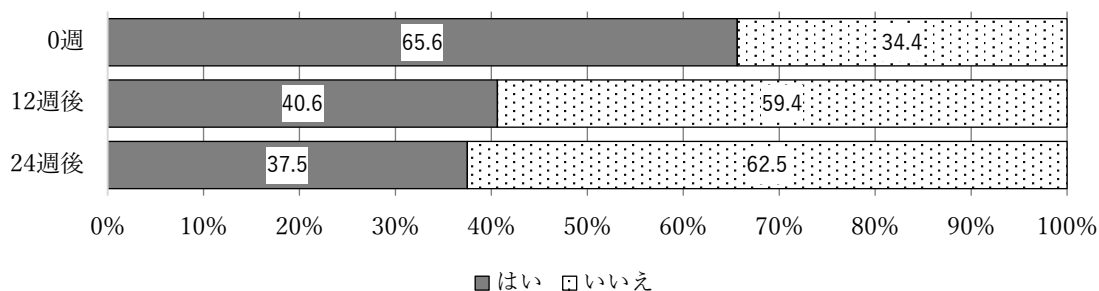
定期的に健康診断を受けていますか、n=32



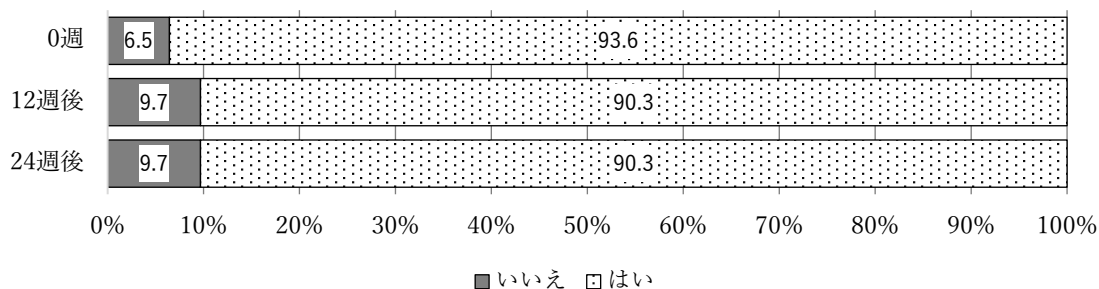
	0 週後		12 週後		P 値 (0 週 -12 週後の比較)	24 週後		P 値 (0 週 -24 週後の比較)
	n	%	n	%		n	%	
あなたはたばこを吸いますか, n=31								
吸っている	1	3.2	0	0.0	.973	0	0.0	.973
やめた	7	22.6	8	25.8		8	25.8	
吸っていない	23	74.2	23	74.2		23	74.2	
1 日 3 食きちんと食べていますか, n=32								
いいえ	5	15.6	4	12.5	.317	4	12.5	.317
はい	27	84.4	28	87.5		28	87.5	
半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか, n=33								
はい	15	45.5	9	27.3	.058	17	51.5	.414
いいえ	18	54.6	24	72.7		16	48.5	
お茶や汁物等でむせることがありますか, n=32								
はい	12	37.5	8	25.0	.157	10	31.3	.414
いいえ	20	62.5	24	75.0		22	68.8	
定期的に健康診断を受けていますか, n=32								
いいえ	4	12.5	1	3.1	.083	2	6.3	.157
はい	28	87.5	31	96.9		30	93.8	

【図表 4-11】 後期高齢者の質問票等の比較④（西東京市）

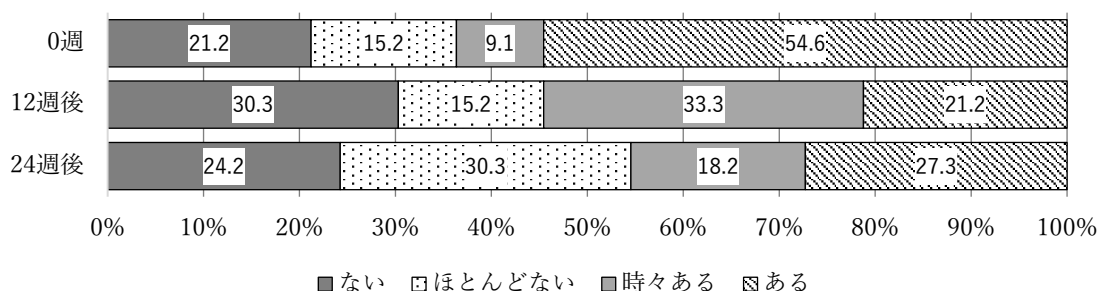
（ここ 2 週間）わけもなく疲れたような感じがする, n=32



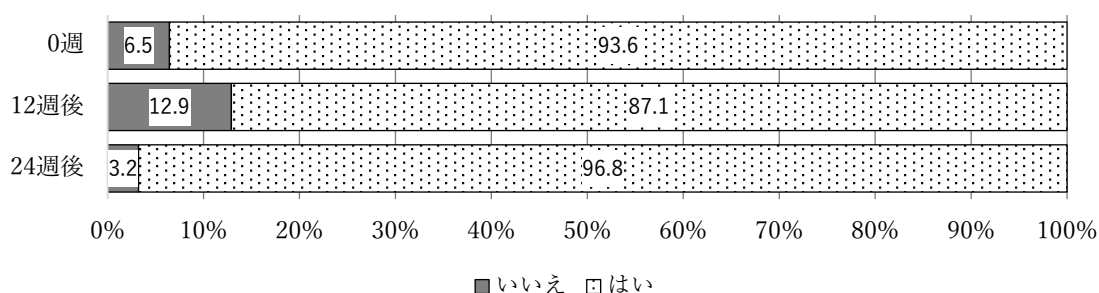
ふだんから家族や友人と付き合いがありますか, n=31



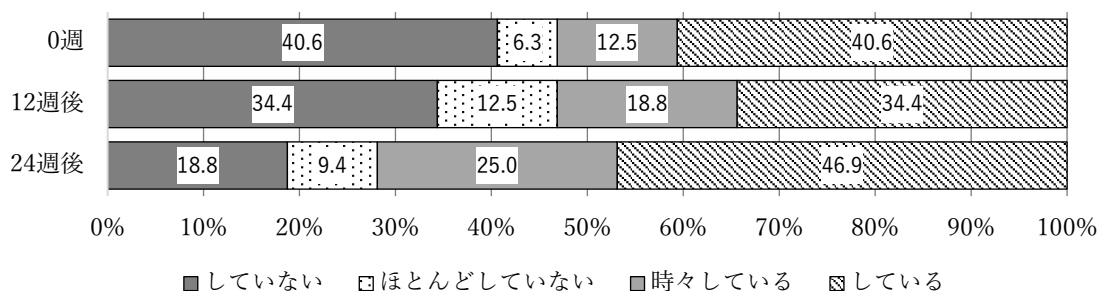
家庭や地域での役割がありますか, n=33



体調が悪いときに身近に相談できる人がいますか, n=31



サークルやサロンなど、自主的なグループに参加していますか, n=32



	0 週後		12 週後		P 値 (0 週 -12 週後の比較)	24 週後		P 値 (0 週 -24 週後の比較)
	n	%	n	%		n	%	
(ここ 2 週間) わけもなく疲れたような感じがする, n=32								
はい	21	65.6	13	40.6	.011	12	37.5	.029
いいえ	11	34.4	19	59.4		20	62.5	
ふだんから家族や友人と付き合いがありますか, n=31								
いいえ	2	6.5	3	9.7	.317	3	9.7	.317
はい	29	93.6	28	90.3		28	90.3	
家庭や地域での役割がありますか, n=33								
ない	7	21.2	10	30.3	.030	8	24.2	.072
ほとんどない	5	15.2	5	15.2		10	30.3	
時々ある	3	9.1	11	33.3		6	18.2	
ある	18	54.6	7	21.2		9	27.3	
体調が悪いときに身近に相談できる人がいますか, n=31								
いいえ	2	6.5	4	12.9	.317	1	3.2	.317
はい	29	93.6	27	87.1		30	96.8	
サークルやサロンなど、自主的なグループに参加していますか, n=32								
していない	13	40.6	11	34.4	.799	6	18.8	.059
ほとんどしていない	2	6.3	4	12.5		3	9.4	
時々している	4	12.5	6	18.8		8	25.0	
している	13	40.6	11	34.4		15	46.9	

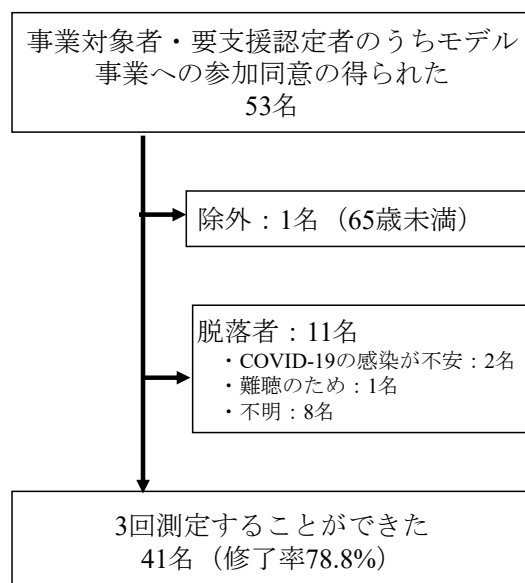
3. 府中市の効果検証

(1) 方 法

ア 対 象

認知症・進行性疾患、がん末期を除く事業対象者、要支援 1・2 のうち地域包括支援センターが対象者を選定し、モデル事業への参加の同意を得られたのが 53 名だった。65 歳未満の対象者 1 名を除外した 52 名のうち、モデル事業を修了し、かつ 3 回測定を実施できた 41 名（修了率 78.8%）を分析対象とした。

【図表 4-12】 府中市の分析対象者の抽出の流れ

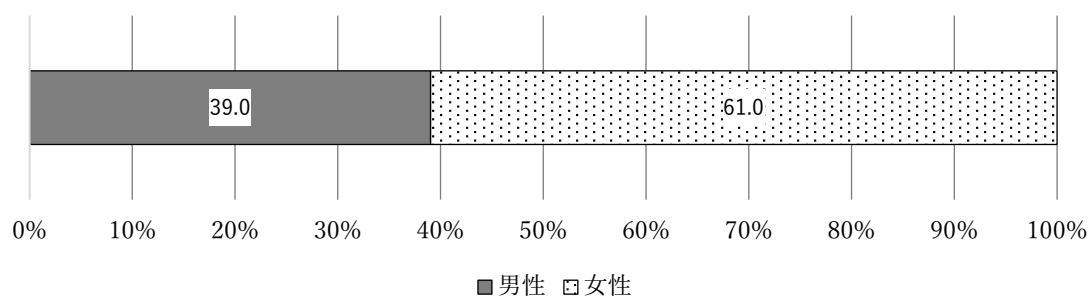


(2) 結 果

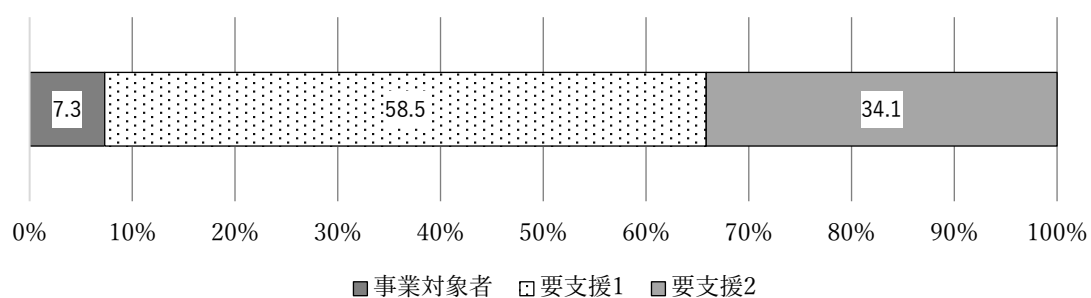
府中市の 0 週時点における対象者属性を図表 4-12 に示した。24 週後の介護予防サービスの利用状況（福祉用具貸与を除く）および体力測定、質問紙調査の結果を図表 4-13 から 4-22 に示した。24 週後の介護予防サービスの利用状況（福祉用具貸与を除く）は、「利用なし」が 22 名（53.7%）、「利用あり」が 19 名（46.3%）だった。0 週と比べて 12 週後では体力測定の項目のうち CS-30、通常歩行速度、最大歩行速度で有意な向上が認められ（ $P<.05$ ）、質問紙調査において老研式活動能力指標、J-CHS 基準、EQ-5D-5L、生活満足度、後期高齢者の質問票等の項目のうち「軽い運動や体操を週に何日していますか」、「以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか」、「この 1 年間に転んだことがありますか」、「半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか」、「ふだんから家族や友人と付き合いがありますか」で有意な向上が認められた（ $P<.05$ ）。0 週と比べて 24 週後では、体力測定の項目のうち CS-30、通常歩行速度、最大歩行速度で有意な向上が認められ（ $P<.05$ ）、質問紙調査において J-CHS 基準、EQ-5D-5L、生活満足度、後期高齢者の質問票等の項目のうち「床からどのように立ち上がりますか」、「以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか」、「6 か月間で 2 ～ 3kg 以上の体重減少がありましたか」、「この 1 年間に転んだことがありますか」、「毎日の生活に満足していますか」、「サークルやサロンなど、自主的なグループに参加していますか」で有意な向上が認められた（ $P<.05$ ）。

【図表 4-13】対象者属性（府中市）

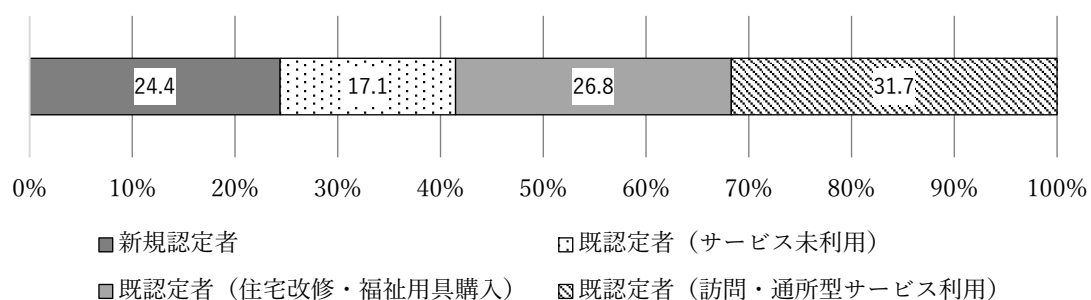
<性別>



<要介護度>

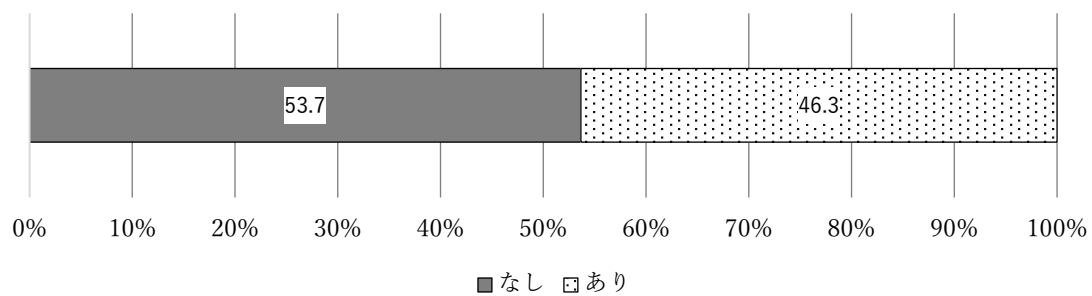


<モデル事業開始前の介護予防サービスの利用状況>



		n	%
性別	男性	16	39.0
	女性	25	61.0
年齢，（平均値，SD）		82.5	5.15
要介護度	事業対象者	3	7.3
	要支援 1	24	58.5
	要支援 2	14	34.1
モデル事業開始前の介護予防サービスの利用状況	新規認定者	10	24.4
	既認定者（サービス未利用）	7	17.1
	既認定者（住宅改修・福祉用具購入）	11	26.8
	既認定者（訪問・通所型サービス利用）	13	31.7

【図表 4-14】福祉用具貸与を除く 24 週後の介護予防サービスの利用状況（府中市）

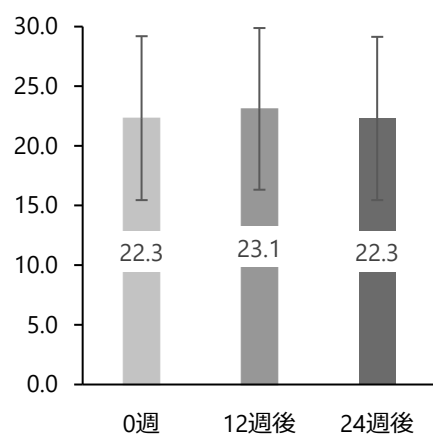


		n	%
24 週後の介護予防サービスの利用状況 (福祉用具貸与を除く)	なし	22	53.7
	あり	19	46.3

【図表 4-15】体力測定と比較（府中市）※数値が同じグラフの差は、小数点第 2 位以下の違いによる。

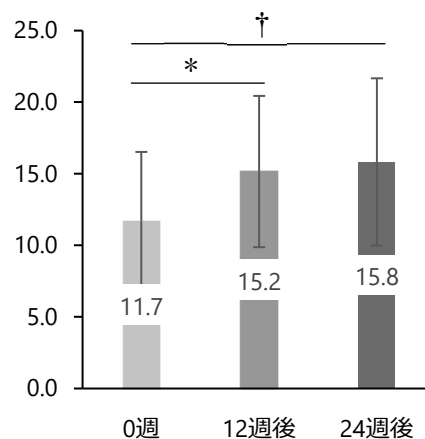
<握力, n=40>

(kg)



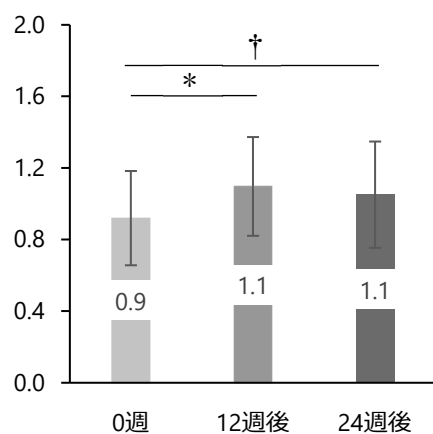
<CS-30, n=39>

(回)



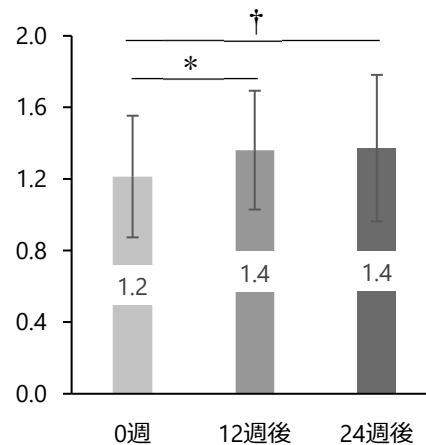
<通常歩行速度, n=40>

(m/s)



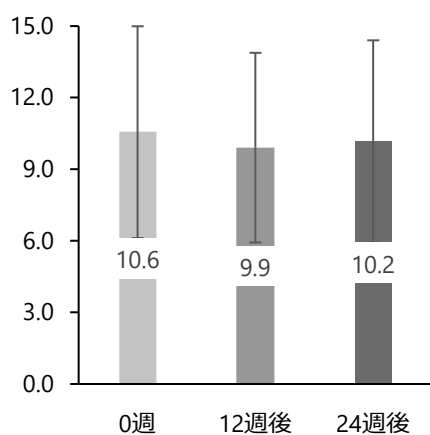
<最大歩行速度, n=40>

(m/s)



<TUG, n=39>

(秒)



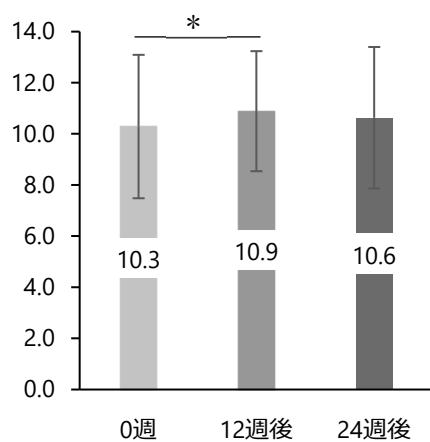
* : $P < .05$ (0 週 vs. 12 週後) † : $P < .05$ (0 週 vs. 24 週後)

	0 週		12 週後		(0 週 -12 週後の比較)		24 週後		(0 週 -24 週後の比較)	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	95% 信頼区間	P 値	平均値	標準偏差	95% 信頼区間	P 値
握力 (kg), n=40	22.3	6.9	23.1	6.8	(-1.74, 0.17)	.106	22.3	6.8	(-1.04, 1.09)	.963
CS-30 (回), n=39	11.7	4.9	15.2	5.3	(-4.60, -2.37)	<.001	15.8	5.8	(-5.76, -2.55)	<.001
通常歩行速度 (m/s), n=40	0.9	0.3	1.1	0.3	(-0.24, -0.11)	<.001	1.1	0.3	(-0.21, -0.05)	.003
最大歩行速度 (m/s), n=40	1.2	0.3	1.4	0.3	(-0.23, -0.06)	.001	1.4	0.4	(-0.25, -0.07)	.001
TUG (秒), n=39	10.6	4.4	9.9	4.0	(-0.39, 1.69)	.214	10.2	4.2	(-0.87, 1.64)	.537

【図表 4-16】老研式活動能力指標、J-CHS 基準、GDS-15、EQ-5D-5L、主観的幸福感、SIOS の比較
(府中市) ※数値が同じグラフの差は、小数点第 2 位以下の違いによる。

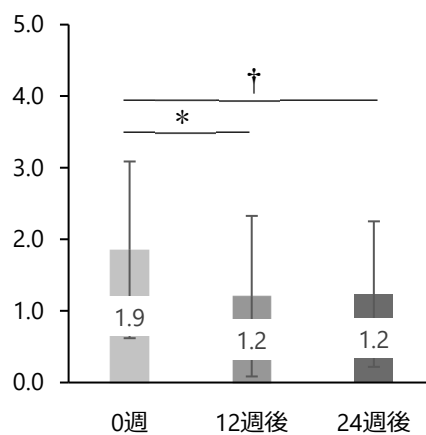
<老研式活動能力指標, n=35>

(点)



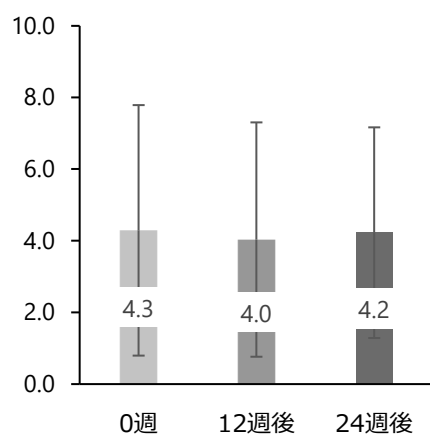
<J-CHS 基準, n=34>

(点)

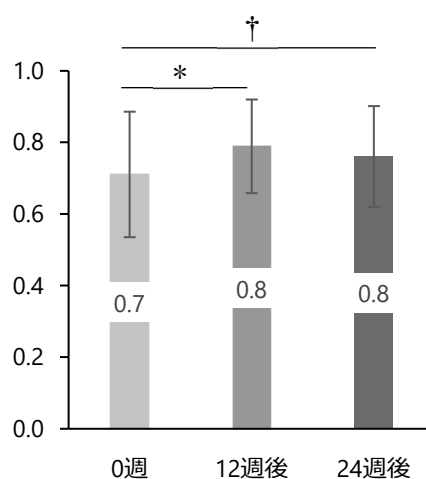


<GDS-15, n=31>

(点)

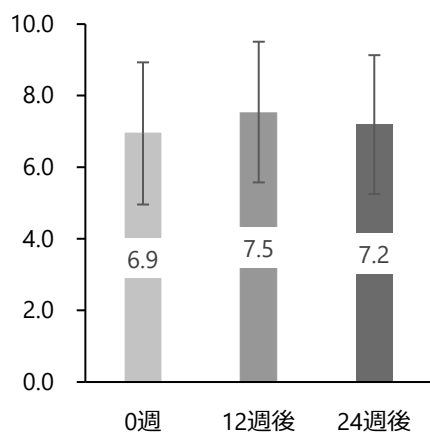


<EQ-5D-5L, n=38>



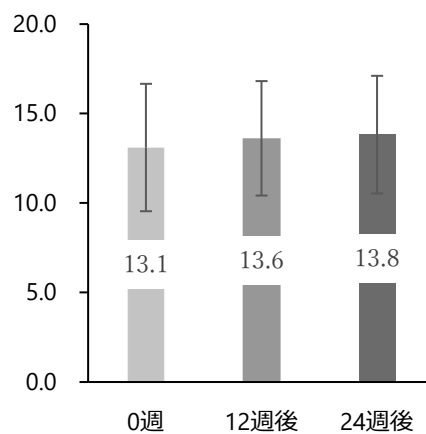
<主観的幸福感, n=37>

(点)



<SIOS, n=39>

(点)

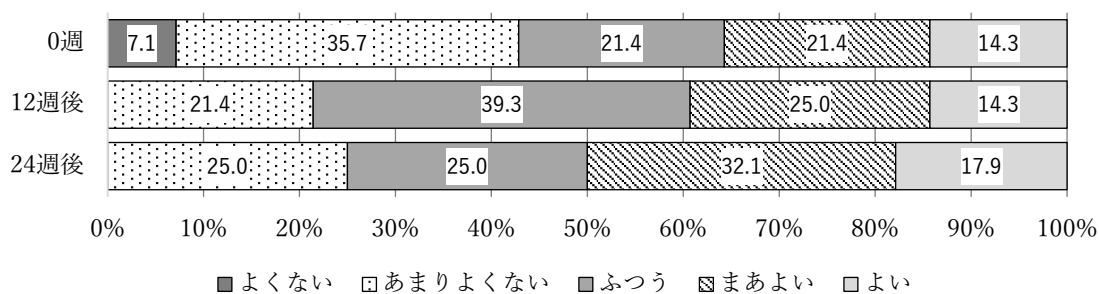


* : $P < .05$ (0 週 vs. 12 週後) † : $P < .05$ (0 週 vs. 24 週後)

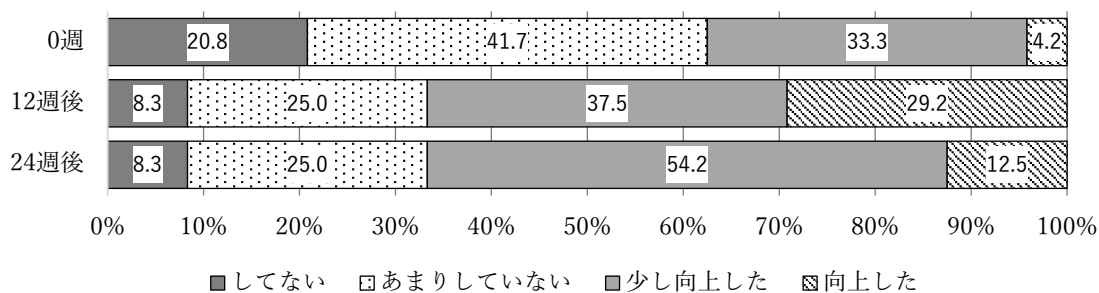
	0 週		12 週後		(0 週 -12 週後の比較)		24 週後		(0 週 -24 週後の比較)	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	95% 信頼区間	P 値	平均値	標準偏差	95% 信頼区間	P 値
老研式活動能力指標 (点), n=35	10.3	2.8	10.9	2.3	(-1.10, -0.10)	.020	10.6	2.8	(-0.98, 0.30)	.284
J-CHS 基準, n=34	1.9	1.2	1.2	1.1	(0.26, 1.03)	.002	1.2	1.0	(0.24, 0.99)	.002
GDS-15 (点), n=31	4.3	3.5	4.0	3.3	(-0.84, 1.35)	.634	4.2	2.9	(-1.08, 1.21)	.909
EQ-5D-5L, n=38	0.7	0.2	0.8	0.1	(-0.12, -0.04)	.001	0.8	0.1	(-0.10, 0.00)	.049
主観的幸福感 (点), n=37	6.9	2.0	7.5	2.0	(-1.39, 0.20)	.140	7.2	1.9	(-1.07, 0.58)	.554
SIOS (点), n=39	13.1	3.6	13.6	3.2	(-1.52, 0.50)	.311	13.8	3.3	(-1.73, 0.29)	.159

【図表 4-17】主観的健康感、生活満足度（府中市）

主観的健康感, n=28



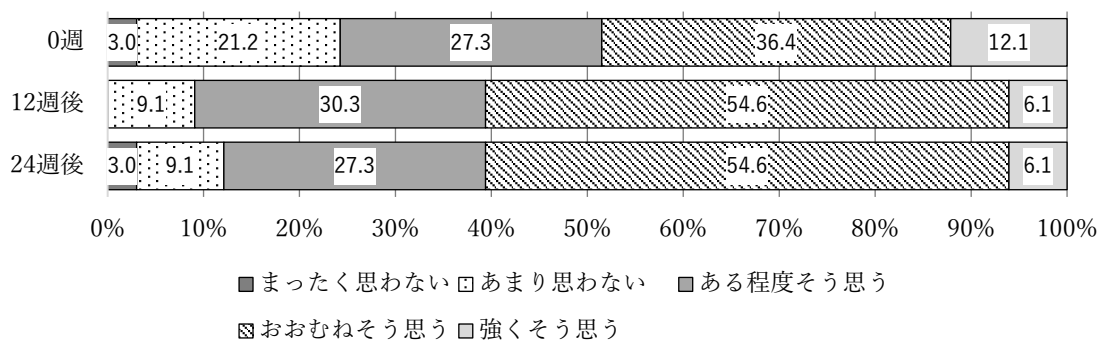
生活満足度, n=24



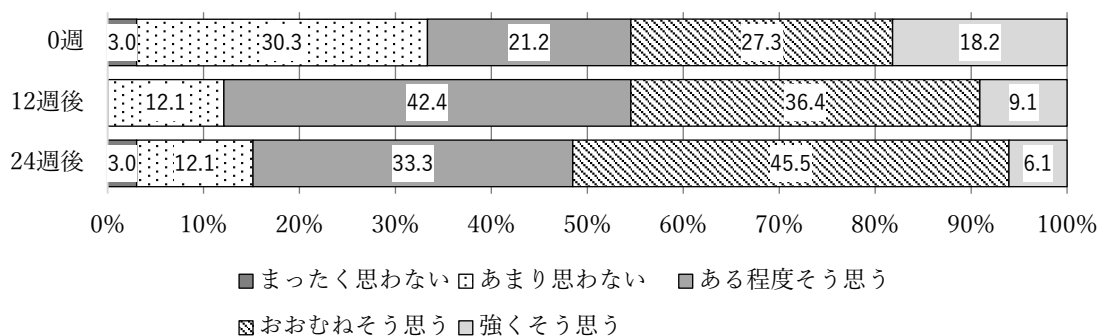
	0 週後		12 週後		P 値 (0 週 -12 週後の比較)	24 週後		P 値 (0 週 -24 週後の比較)
	n	%	n	%		n	%	
主観的健康感, n=28								
よくない	2	7.1	0	0.0	.191	0	0.0	.115
あまりよくない	10	35.7	6	21.4		7	25.0	
ふつう	6	21.4	11	39.3		7	25.0	
まあよい	6	21.4	7	25.0		9	32.1	
よい	4	14.3	4	14.3		5	17.9	
生活満足度, n=24								
していない	5	20.8	2	8.3	.001	2	8.3	.016
あまりしていない	10	41.7	6	25.0		6	25.0	
少し向上した	8	33.3	9	37.5		13	54.2	
向上した	1	4.2	7	29.2		3	12.5	

【図表 4-18】 自己効力感の評価項目の比較（府中市）

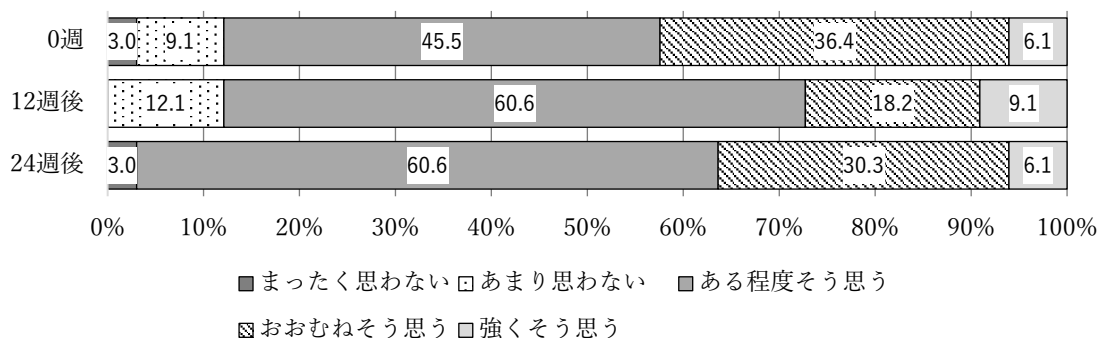
ご自身が転倒せずに日常生活（屋内および屋外）での活動を行うことができますか？， n=33



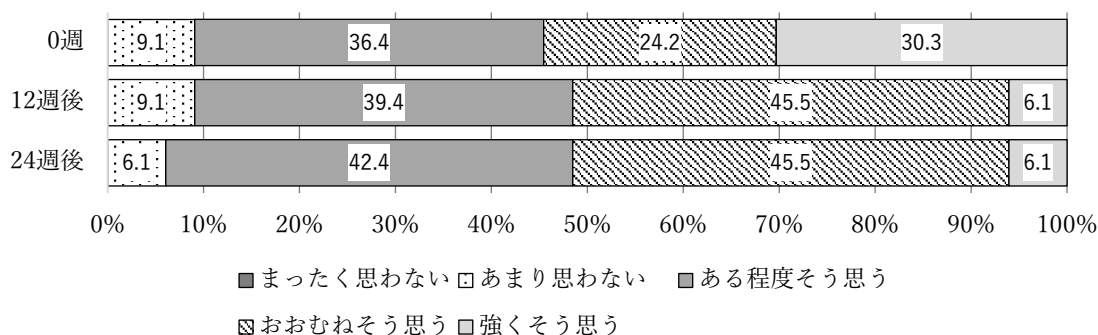
ご自身が時間のゆとりや天候に関わらず運動を続けることができますか？， n=33



ご自身が困難に直面した時にその状況を乗り越えることができますか？， n=32



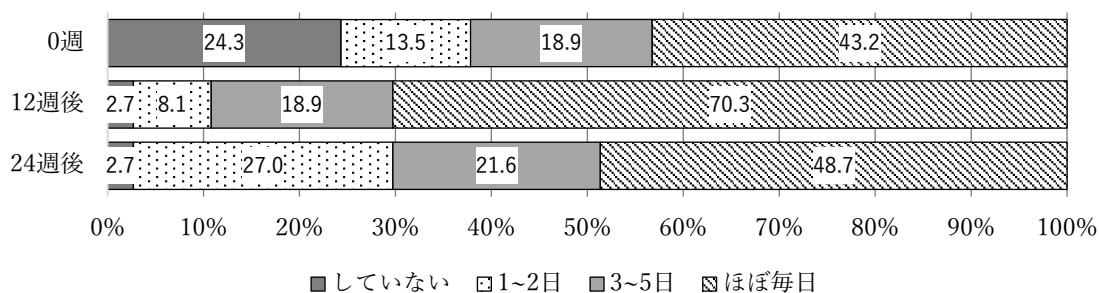
ご自身で必要な手助けは積極的に求めることができますか？， n=33



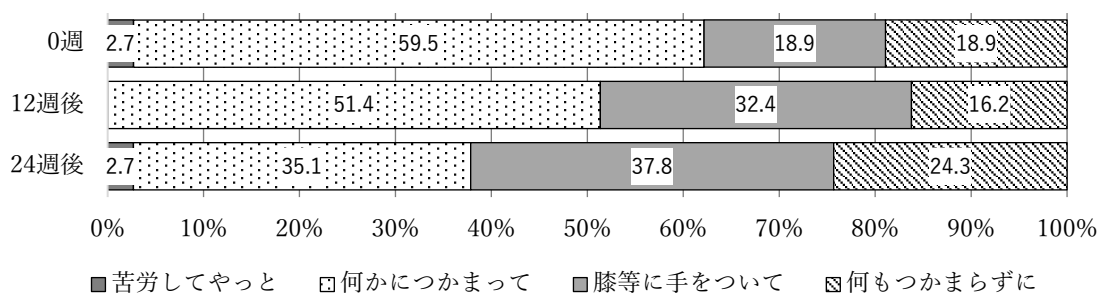
	0 週後		12 週後		P 値 (0 週 -12 週後の比較)	24 週後		P 値 (0 週 -24 週後の比較)
	n	%	n	%		n	%	
ご自身が転倒せずに日常生活（屋内および屋外）での活動を行うことができますか？, n=33								
まったく思わない	1	3.0	0	0.0	.132	1	3.0	.184
あまり思わない	7	21.2	3	9.1		3	9.1	
ある程度そう思う	9	27.3	10	30.3		9	27.3	
おおむねそう思う	12	36.4	18	54.6		18	54.6	
強くそう思う	4	12.1	2	6.1		2	6.1	
ご自身が時間のゆとりや天候に関わらず運動を続けることができますか？, n=33								
まったく思わない	1	3.0	0	0.0	.280	1	3.0	.379
あまり思わない	10	30.3	4	12.1		4	12.1	
ある程度そう思う	7	21.2	14	42.4		11	33.3	
おおむねそう思う	9	27.3	12	36.4		15	45.5	
強くそう思う	6	18.2	3	9.1		2	6.1	
ご自身が困難に直面した時にその状況を乗り越えることができますか？, n=32								
まったく思わない	1	3.0	0	0.0	.404	1	3.0	.782
あまり思わない	3	9.1	4	12.1		0	0.0	
ある程度そう思う	15	45.5	20	60.6		20	60.6	
おおむねそう思う	12	36.4	6	18.2		10	30.3	
強くそう思う	2	6.1	3	9.1		2	6.1	
ご自身で必要な手助けは積極的に求めることができますか？, n=33								
まったく思わない	0	0.0	0	0.0	.204	0	0.0	.260
あまり思わない	3	9.1	3	9.1		2	6.1	
ある程度そう思う	12	36.4	13	39.4		14	42.4	
おおむねそう思う	8	24.2	15	45.5		15	45.5	
強くそう思う	10	30.3	2	6.1		2	6.1	

【図表 4-19】後期高齢者の質問票等の比較①（府中市）

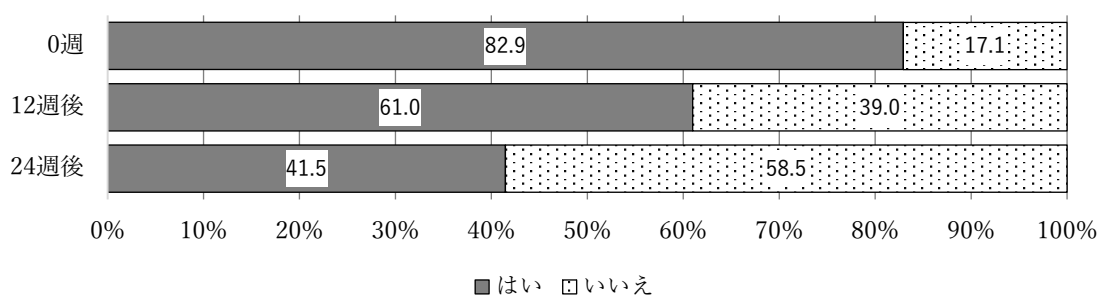
軽い運動や体操を週に何日していますか、n=37



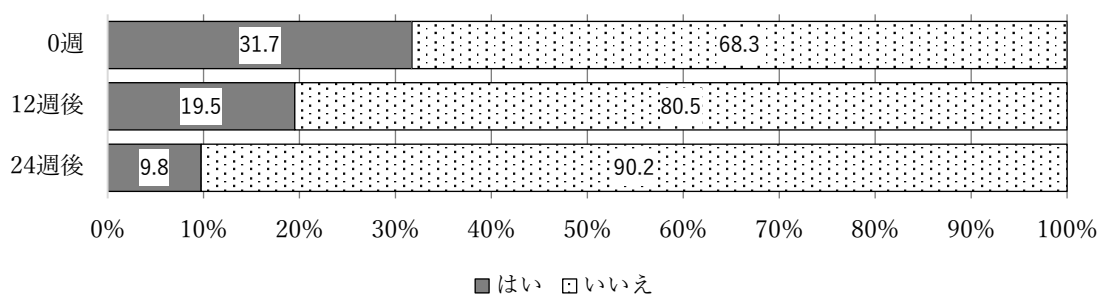
床からどのように立ち上がりますか、n=37



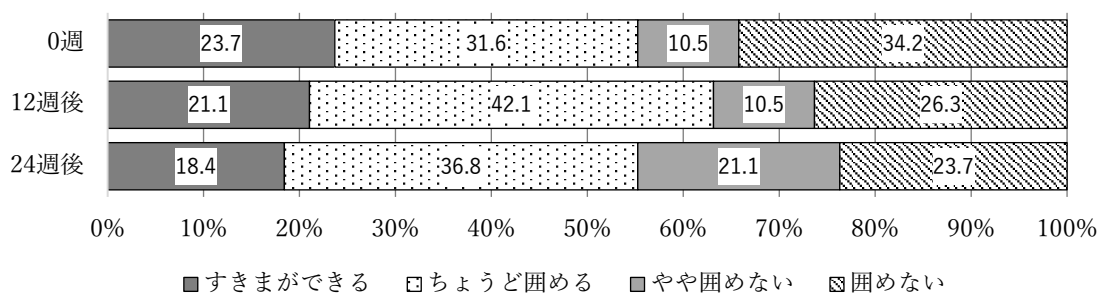
以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか、n=41



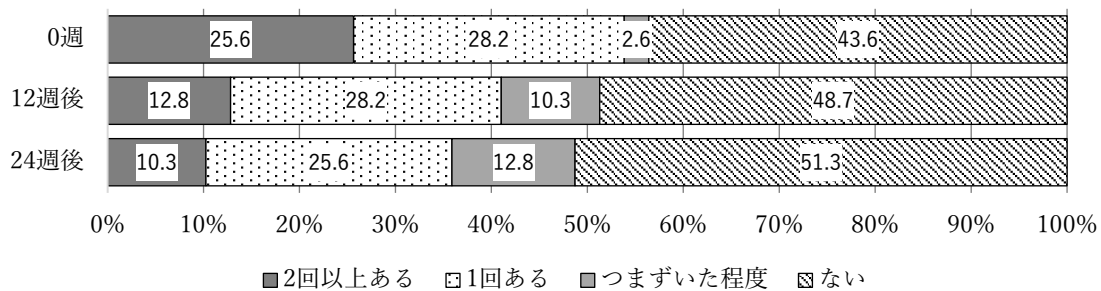
6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか、n=41



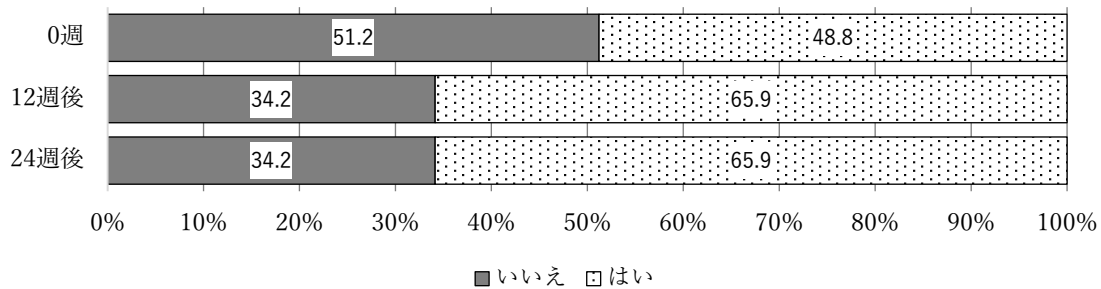
ふくらはぎの太い部分を、指輪つか（親指と人差し指）で囲めますか、n=38



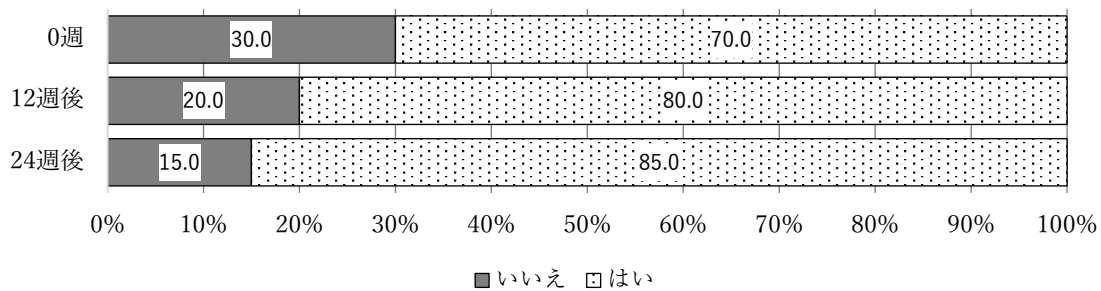
この1年間に転んだことがありますか, n=39



定期的な運動・スポーツをしていますか, n=41



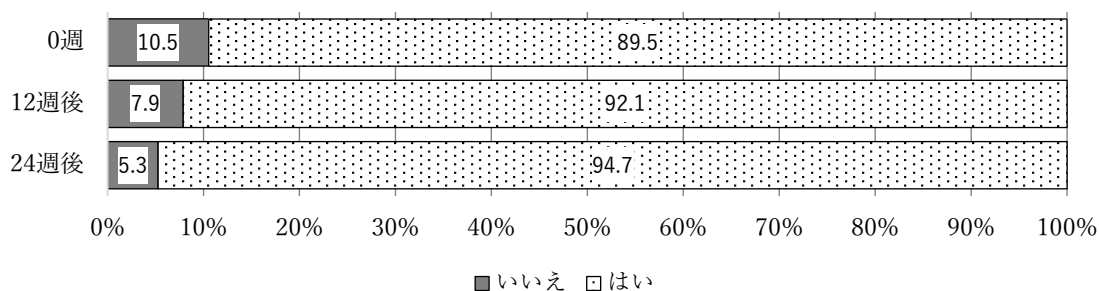
ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか, n=40



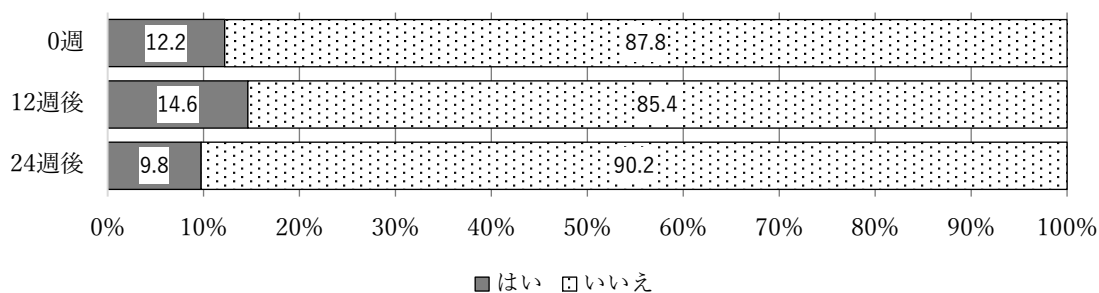
	0 週		12 週後		P 値 (0 週 -12 週後の比較)	24 週後		P 値 (0 週 -24 週後の比較)
	n	%	n	%		n	%	
軽い運動や体操を週に何日していますか, n=37								
していない	9	24.3	1	2.7	.006	1	2.7	.123
1 ～ 2 日	5	13.5	3	8.1		10	27.0	
3 ～ 5 日	7	18.9	7	18.9		8	21.6	
ほぼ毎日	16	43.2	26	70.3		18	48.7	
床からどのように立ち上がりますか, n=37								
苦労してやっと	1	2.7	0	0.0	.336	1	2.7	.023
何かにつかまって	22	59.5	19	51.4		13	35.1	
膝等に手をついて	7	18.9	12	32.4		14	37.8	
何もつかまらずに	7	18.9	6	16.2		9	24.3	
以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか, n=41								
はい	34	82.9	25	61.0	.013	17	41.5	<.001
いいえ	7	17.1	16	39.0		24	58.5	
6 か月間で 2 ～ 3kg 以上の体重減少がありましたか, n=41								
はい	13	31.7	8	19.5	.166	4	9.8	.007
いいえ	28	68.3	33	80.5		37	90.2	
ふくらはぎの太い部分を、指輪つか（親指と人差し指）で囲めますか, n=38								
すきまができる	9	23.7	8	21.1	.943	7	18.4	.899
ちょうど囲める	12	31.6	16	42.1		14	36.8	
やや囲めない	4	10.5	4	10.5		8	21.1	
囲めない	13	34.2	10	26.3		9	23.7	
この 1 年間に転んだことがありますか, n=39								
2 回以上ある	10	25.6	5	12.8	.036	4	10.3	.031
1 回ある	11	28.2	11	28.2		10	25.6	
つまずいた程度	1	2.6	4	10.3		5	12.8	
ない	17	43.6	19	48.7		20	51.3	
定期的な運動・スポーツをしていますか, n=41								
いいえ	21	51.2	14	34.2	.090	14	34.2	.108
はい	20	48.8	27	65.9		27	65.9	
ウォーキング等の運動を週に 1 回以上していますか, n=40								
いいえ	12	30.0	8	20.0	.103	6	15.0	.083
はい	28	70.0	32	80.0		34	85.0	

【図表 4-20】後期高齢者の質問票等の比較②（府中市）

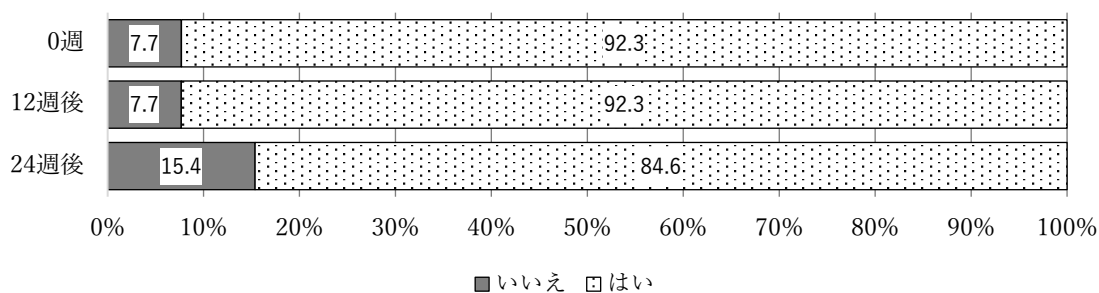
週1回以上は外出していますか、n=38



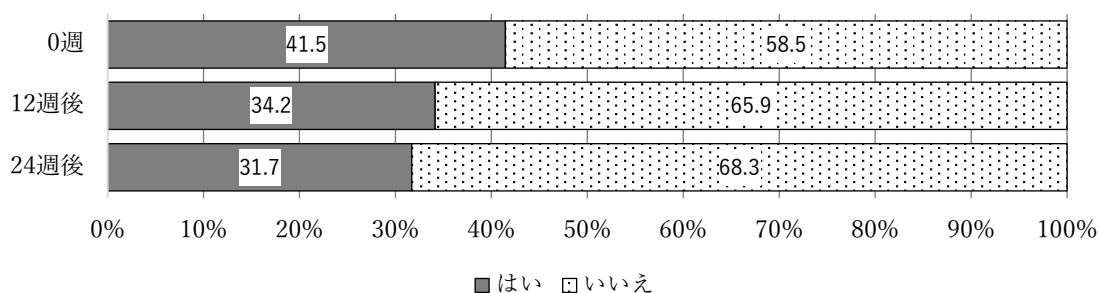
周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか、n=41



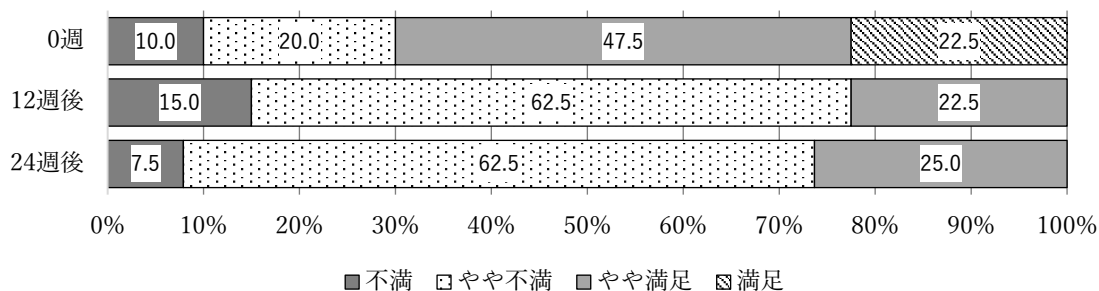
5分前のことが思い出せますか、n=39



今日は何月何日かわからない時がありますか、n=41



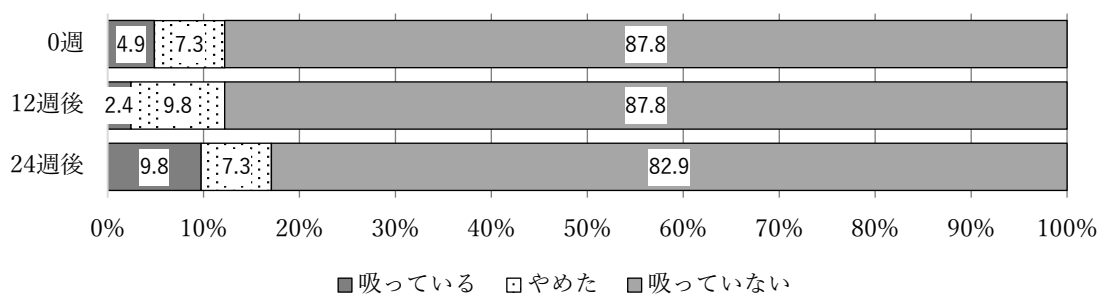
毎日の生活に満足していますか、n=40



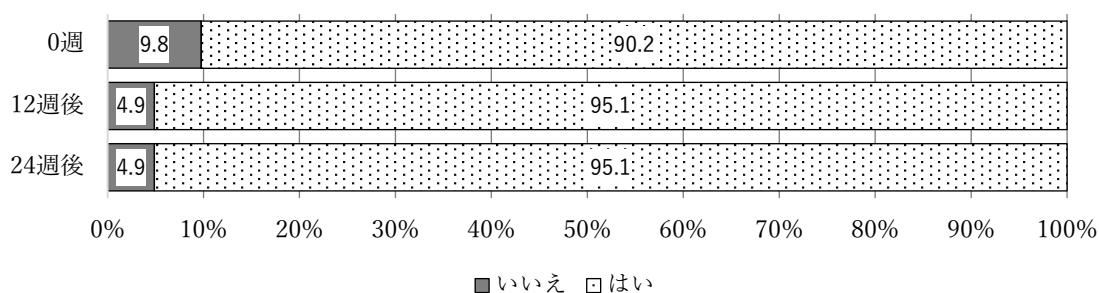
	0 週後		12 週後		P 値 (0 週 -12 週後の比較)	24 週後		P 値 (0 週 -24 週後の比較)
	n	%	n	%		n	%	
週 1 回以上は外出していますか, n=38								
いいえ	4	10.5	3	7.9	.564	2	5.3	.157
はい	34	89.5	35	92.1		36	94.7	
周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われますか, n=41								
はい	5	12.2	6	14.6	.655	4	9.8	.655
いいえ	36	87.8	35	85.4		37	90.2	
5 分前のことが思い出せますか, n=39								
いいえ	3	7.7	3	7.7	1.000	6	15.4	.083
はい	36	92.3	36	92.3		33	84.6	
今日は何月何日かわからない時がありますか, n=41								
はい	17	41.5	14	34.2	.317	13	31.7	.206
いいえ	24	58.5	27	65.9		28	68.3	
毎日の生活に満足していますか, n=40								
不満	4	10.0	6	15.0	.092	3	7.5	.035
やや不満	8	20.0	25	62.5		25	62.5	
やや満足	19	47.5	9	22.5		10	25.0	
満足	9	22.5	0	0.0		0	0.0	

【図表 4-21】後期高齢者の質問票の比較③（府中市）

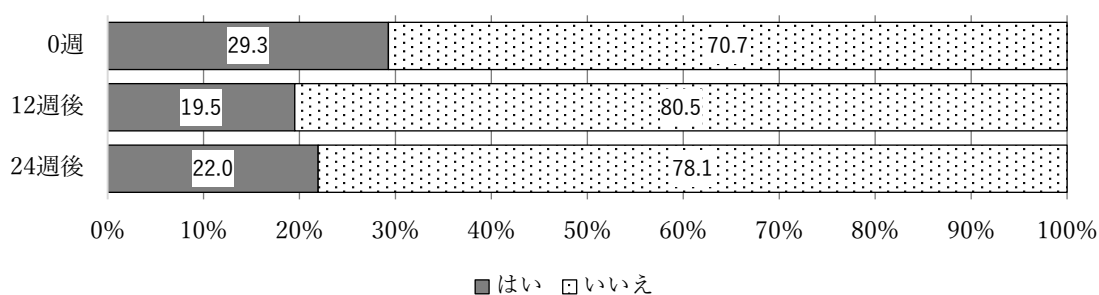
あなたはたばこを吸いますか、n=41



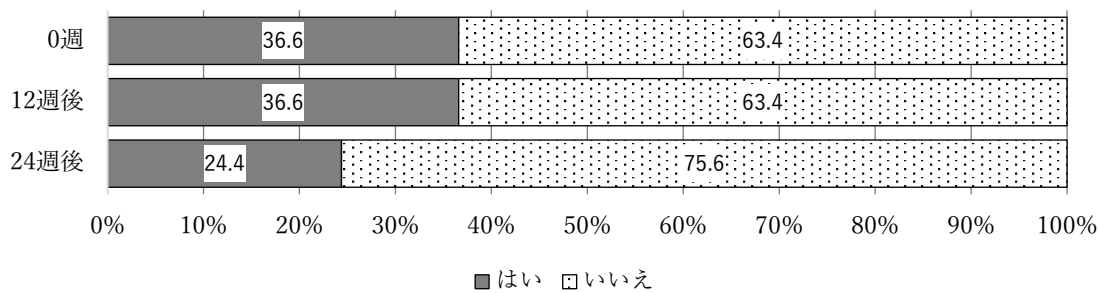
1日3食きちんと食べていますか、n=41



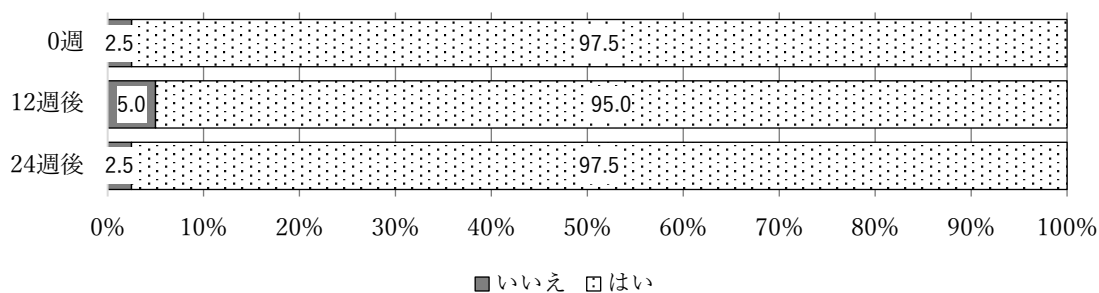
半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか、n=41



お茶や汁物等でむせることがありますか、n=41



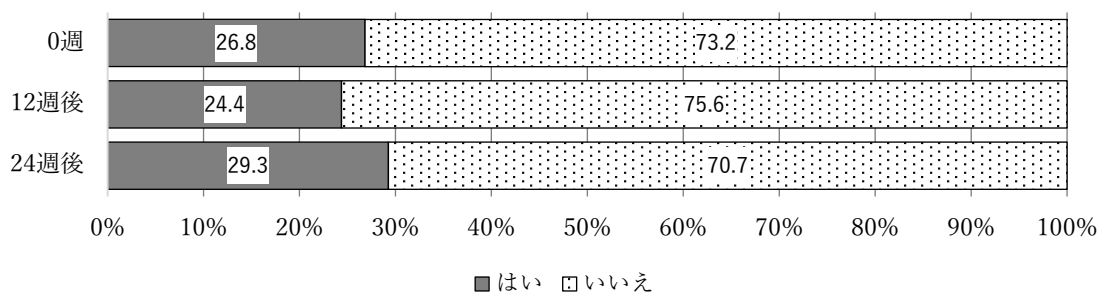
定期的に健康診断を受けていますか、n=40



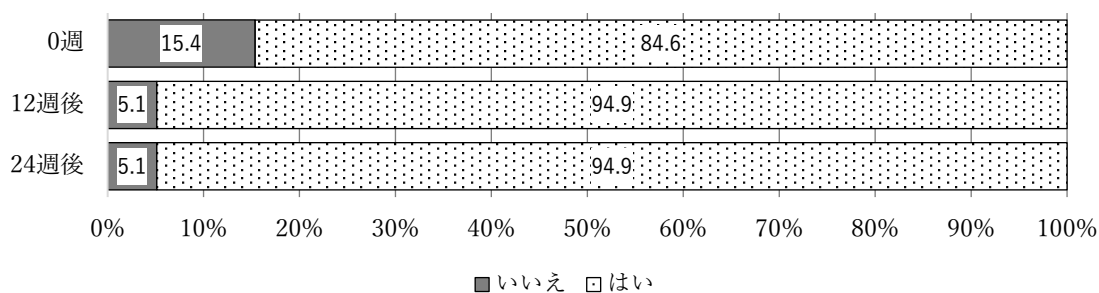
	0 週後		12 週後		P 値 (0 週 -12 週後の比較)	24 週後		P 値 (0 週 -24 週後の比較)
	n	%	n	%		n	%	
あなたはたばこを吸いますか, n=41								
吸っている	2	4.9	1	2.4	.705	4	9.8	.083
やめた	3	7.3	4	9.8		3	7.3	
吸っていない	36	87.8	36	87.8		34	82.9	
1 日 3 食きちんと食べていますか, n=41								
いいえ	4	9.8	2	4.9	.157	2	4.9	.157
はい	37	90.2	39	95.1		39	95.1	
半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか, n=41								
はい	12	29.3	8	19.5	.046	9	22.0	.257
いいえ	29	70.7	33	80.5		32	78.1	
お茶や汁物等でむせることがありますか, n=41								
はい	15	36.6	15	36.6	1.000	10	24.4	.096
いいえ	26	63.4	26	63.4		31	75.6	
定期的に健康診断を受けていますか, n=40								
いいえ	1	2.5	2	5.0	.317	1	2.5	1.000
はい	39	97.5	38	95.0		39	97.5	

【図表 4-22】後期高齢者の質問票の比較④（府中市）

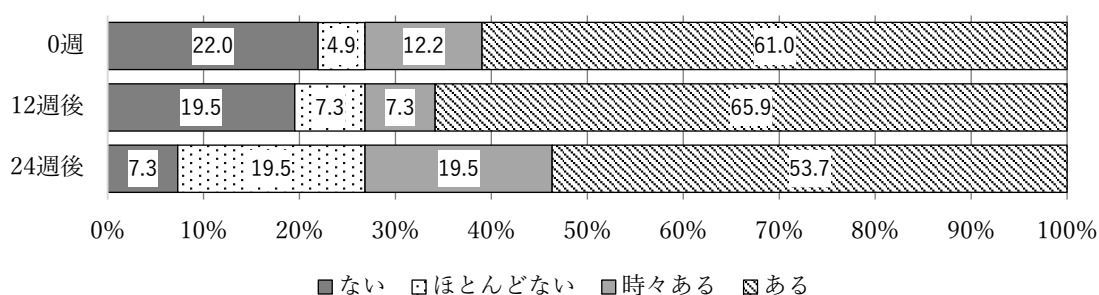
（ここ 2 週間）わけもなく疲れたような感じがする, n=41



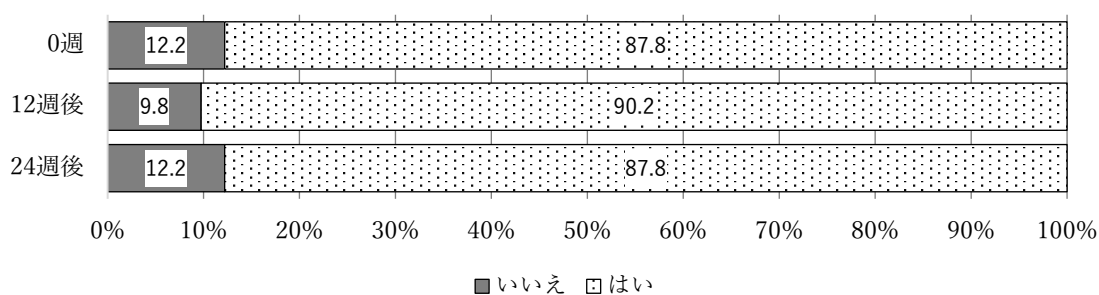
ふだんから家族や友人と付き合いがありますか, n=39



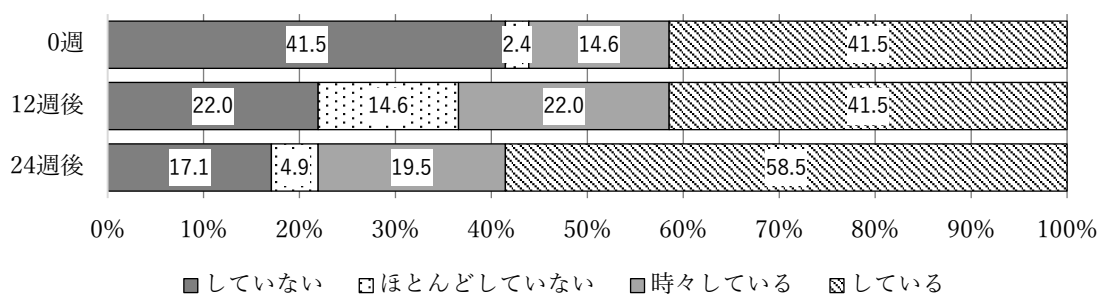
家庭や地域での役割がありますか, n=41



体調が悪いときに身近に相談できる人がいますか, n=41



サークルやサロンなど、自主的なグループに参加していますか, n=41



	0 週後		12 週後		P 値 (0 週 -12 週後の比較)	24 週後		P 値 (0 週 -24 週後の比較)
	n	%	n	%		n	%	
(ここ 2 週間) わけもなく疲れたような感じがする, n=41								
はい	11	26.8	10	24.4	.739	12	29.3	.782
いいえ	30	73.2	31	75.6		29	70.7	
ふだんから家族や友人と付き合いがありますか, n=39								
いいえ	6	15.4	2	5.1	.046	2	5.1	.103
はい	33	84.6	37	94.9		37	94.9	
家庭や地域での役割がありますか, n=41								
ない	9	22.0	8	19.5	.399	3	7.3	.458
ほとんどない	2	4.9	3	7.3		8	19.5	
時々ある	5	12.2	3	7.3		8	19.5	
ある	25	61.0	27	65.9		22	53.7	
体調が悪いときに身近に相談できる人がいますか, n=41								
いいえ	5	12.2	4	9.8	.317	5	12.2	1.000
はい	36	87.8	37	90.2		36	87.8	
サークルやサロンなど、自主的なグループに参加していますか, n=41								
していない	17	41.5	9	22.0	.353	7	17.1	.014
ほとんどしていない	1	2.4	6	14.6		2	4.9	
時々している	6	14.6	9	22.0		8	19.5	
している	17	41.5	17	41.5		24	58.5	

4. 西東京市および府中市の結果の考察

西東京市と府中市の24週後の介護予防サービスの利用状況では、西東京市は78.8%、府中市は53.7%の対象者が24週後に介護予防サービスを利用していなかった。短期集中予防サービスの支援によって、生活課題が改善しセルフマネジメント力が身についたことで介護予防サービスの必要性がなくなったと考えられた。体力測定および質問紙調査の筋力や歩行機能、QOL、運動習慣など身体や行動変容に関わる項目では、0週と比べて12週後、24週後の方が向上していたことから、短期集中予防サービスに参加することで、心身機能や生活機能等に一定の効果を示したと考えられた。また、モデル事業が終了してから12週後が経過した24週後においても0週と比べて、筋力や歩行機能、QOL等の評価項目で維持・向上していたため、短期集中予防サービスに参加し、ウォーキングや体操の頻度が増加し、グループ活動に参加するようになり、運動習慣や社会参加など行動が変容したことで、サービスを利用しなくとも普段の生活の過ごし方が変わったことで、効果を維持・向上できた可能性があった。

5. インタビュー調査

(1) 目的

モデル事業に参加した各専門職に対してインタビューを実施し、各専門職が得た知見、意識の変容の状況を把握し、モデル事業における支援プログラムの改善を図る。

(2) 方法

ア 対象

西東京市と府中市の本事業に関わったりハビリテーション専門職及び事業所職員12名、地域包括支援センター職員52名、生活支援コーディネーター12名を対象とした。

イ インタビュー方法

質問項目を作成し、対面又はZoomを用いてオンラインにて半構造化インタビューを実施した。対象者の同意を得て録音をし、逐語録を作成した。逐語録から重要と考えられる部分を抜粋して整理した。

ウ 調査項目

次の項目についてインタビューを実施した。

- ・事業全体の感想
- ・アドバイザーチームの支援について
- ・事業所内の連携体制について
- ・事前準備について
- ・同行訪問について
- ・通所型サービスCについて
- ・多職種連携について
- ・今後の改善点について

(3) 結果

以下、インタビュー調査内容を抜粋した。なお、インタビュー調査内容の中で、ケアマネジャーはCM、生活支援コーディネーターはSC、介護予防コーディネーターはKCと略称を用いた。

・リハビリテーション専門職（以下、リハ職）及び事業所職員

問 1. モデル事業に参加した感想について教えてください。

- ・市役所担当課が軸となり、事業運営ならびに市役所内の連携を組みいろいろなデータも見える化されたことで、今やらなければならないこと、これからやらなければならないことのイメージがついた
- ・セラピストがつきっきりで 20 分面談というのはなかなかないので、ちょっと違ったアプローチができるため、利用者によってはクリティカルに効果が出るようなものと感じた。
- ・未知の世界だった。徒手を用いない方法として学べ、アプローチ方法の 1 つとして勉強になった。
- ・徒手による支援が中心であったので、身体に触れない事、本人の行動変容を促す言い方など、難しい面もあったが、実際に意識が高い利用者は自身でいろいろと挑戦され、目の前で変化をしていく事に対して、学びになった。
- ・支援の方法がこれで良いのか不安だった。
- ・ほぼ全員の方が目標達成もしくは目標近似圏まで到達するということを目の当たりにし、価値観が変わった。どんどんと良くなってくるのが実感できた。
- ・介護予防事業、今後この事業が継続的に稼働する見通しが立つのであれば、そもそもそれを前提とした人員や施設体制を組む必要がありそれが可能であればやっていけると思うが事業所側も人員配置を検討する必要があるセラピストの確保も課題。
- ・3 か月限定かつ面談中心に行うということ、セルフマネジメントを促すということで、経験がない、不安感が大きいところはあったが、実際、利用者が元気になる姿や、来てよかったという感謝の言葉を聞けたので、事業としてはとても良い取組だなと感じた。一方で人員体制や既存の通所事業にプラスでやると言う負担は大きいのは否めない。事業後半はなるべく少ない体制でもできるように試行したが、実際利用者の満足度を考えると、適正の人数が何人なのかと言う課題は残る。
- ・良い事業ではあるので、負担なく行えるような体制づくりが必要。
- ・前年度先行実施地の八王子モデルを指標に実践したが、面談重視で（八王子は 1 時間）進めると 1：1 ないし 1：2 の人員配置でないと難しい。
- ・これまでにない地域リハビリテーションの取組として新しい領域を開拓する内容だったと感じており、市が参画するタイミングで関わられたことを事業所としてとても嬉しく思った。
- ・集団支援と個別支援の両面の良さのある教室運営ができた（どのように運営していけばよいか悩んだ）。事業所の良さとしては、専門職が常駐しており、今後のために職員を配置し、職員も経験を積むことができよかった。リハ職にかかる負荷（書類の多さ、聞き取りのテクニック等）も大きかった。

問 2. 事業所内の職員同士でどのように連携を取っていましたか？

- ・事業所内で簡単なマイプランからの気づきの共有、課題の確認を口頭で日常的に話したことや、生活での変化や過ごし方など市内の既存システムで共有した、圏域地域包括支援センターも目を通してくれていた。
- ・内線を用いた直接のやりとり、短時間の直接話し合い、共有サーバー（事業所内 PC で確認できるファイル）を用いた情報のやりとり。
- ・事業実施前後に打ち合わせや会議の機会を持ち情報共有を図った。
- ・事業に携わるスタッフ間で個人ファイルに目を通し担当以外の利用者の情報も確認するようにしていた、経過記録を PC に保存し情報を共有した。
- ・SNS や自社のサーバーにより共有した。
- ・事業開始前後に打ち合わせ時間を設け情報共有。前打ち合わせでは誰が誰にどんな支援をするか、役割分担の確認。打ち合わせでは個々の様子の確認、把握、次回へ向けての支援の確認など詳細を共有した。
- ・サービス終了後に、情報共有する時間を 1 時間程度持ち、当日の共有と次週に向けた支援について話し合う機会を各職員目線で意見交換と情報共有をした。（1 日 2 クラス分約 8 名分）
- ・ツールとしては、日報を用いた。当日の物は、その日報ベースで共有すべき内容を記載して朝礼後に担当職員と再共有した。
- ・受け持つリハ職は外部委託であったため、同じシートを前日までに共有するか、当日朝に打合せして共有した。外部委託リハ職とは、メールまたは SNS で共有した。

問 3. アドバイザーチームの支援について
問 3-1. 支援について良かった点がありますか？
・研修動画の内容が必要十分な内容でとても分かりやすかった。 ・事業開始前の研修は、制度から事例検討までを含めて理解を深めることができた。 ・他自治体との比較ができたことは本市での強みと弱みを気づく事ができた。時間はかかったが、動画も含めたすべてのコンテンツを確認することの意義は大きい。 ・事前の研修を積み重ねたことはとても参考になり、業務の枠組み作りがしやすくなった。PC 動画を通しての見学機会は有意義だった。 ・研修で事業概要や運営の仕方を知ることができた。自事業所ではこうしたいと思う点について、チャットワークの活用を提案されたが（チャットワークの仕組みを理解できておらず自身の活用能力が低いことから）相談支援をうまく活用できなかった。
問 3-2. 支援について必要だったことはありますか？
・先行実施地の見学は実際に市が目標としている形と近い状態で運営している通所事業所を実際に見学できるとより自分たちが目指す形をイメージしやすかったと思う。 ・好事例を掘り下げることも大事だが困難事例をもっと具体的に挙げて検証して欲しかった。事業提供者より、その前の包括の関わり方、ケアマネの意識改善にもっと時間を割いて研修したほうがよい。
問 4. 事前準備について
問 4-1. モデル事業開始前に事前準備はどのようなことをされましたか？
・職員教育では、関わる職員（リハビリ・栄養・運動）に事業として目指していきたいことを説明。また栄養に関しては業務のイメージがつきにくいという声があり、従来より通所型サービスCを展開してきた他事業の栄養士とオンラインで情報交換の場を設けた。 ・通常業務とどのように並行して行うか環境整備の検討をした。 ・各職員および同一法人地域包括支援センターのそれぞれの目的とやることをプロトコルに入れ込み、職員・参加者に3か月間のイメージを持ってもらい不安なく取り組めるように配慮した。また、本市において一般介護予防事業で使っていたツールを中心に使えるように、使い方を包括介護予防担当職員（介護予防コーディネーター（以下、KC）、計画作成者）と相談した。 ・スタッフ間の情報共有を徹底した。本事業の意義、介護保険のしくみなど、介護事業未経験のフィットネススタッフ全員に説明した上で、本事業の目的の一つとして介護保険サービスを使用する前に予防的にできることを提供するといった説明に注力を注いだ。また、従来の介護保険サービス提供事業者は良くも悪くも経験則から固定観念で利用者を評価する傾向にあるため、今回介護が本業ではないフィットネススタッフが偏見なく関わるのが本事業の目的に沿っていることを繰り返し伝えた。 ・通所型サービスCに関する先行実施自治体の資料を読みこむことで理念の理解と実施方法をイメージした。 ・キックオフ研修会の動画確認。振り返り動画の配信により復習し、主旨の理解を深めるとともに、適宜進め方などの確認を行った。 ・既存の事業とモデル実施するための使用する会場（部屋割り）確保と調整、市との受け入れ人数調整、職員配置調整、外部リハ職と日程調整、送迎バス契約、職員教育の場として職員の研修参加機会の確保。
問 4-2. 事前準備で大事だと思ったことはありましたか？
・コーチングの知識やスキルは必須、少し高い目標を設定するだけでなく、本人のモチベーションを上げるためのポジティブフィードバックや、本人自身が自ら行動することを促すように声掛けを工夫した。 ・帳票類については（本市は既存の材料が揃っているので）使い慣れたものを使いやすく見直していく必要があると思う。 ・職員教育が重要。事業として成功させるためには職員の事業に対する共通理解、認識を深めることが重要。また（徒手や専門的手技によらない）“手を後ろに回した支援”やコーチングの考え方や方法を自分の物にしていくこと。 ・利用者の情報（医療情報や参加の目的、家族情報など）、禁忌事項の確認、感染防止対策。

- ・従来のサービスCを活かしつつ、今回のプログラムをどのように実施して行くのか、市の意向を確認して違う方向に行かないようにすること。

問 4-3. 事前準備で苦勞されたことや困ったことはありましたか？どのように課題を解決しましたか？

●困ったこと

- ・クラウドサーバー管理による情報共有のシステム、データのやり取りがメールでの添付ベースであるのは非効率的だった。また提出書類の書式設定の甘さがあり事務作業が手間取り時間的損失に繋がった。
- ・書類や実施することの追加が開始直前までであったこと。確認するタイミングや作成するタイミング、提出するタイミングの確認、修正に追われ、地域包括支援センターからの必要書類の催促含め、思考の整理が大変だった。
- ・紙ベースで用意するものが多く、他職員と手分けして準備した。
- ・利用者と面識が無く、詳細な事前情報が無かった。
- ・正直全てにおいて苦勞した。市の意向の確認から、人数調整。外部リハ職委託する形で行うため、お互いの業務の合間で調整が必要であった。

●解決方法

- ・クラウドサービスによっては、資料作成からデータの送信まですべて同じサービスで可能だと思われる。次年度以降修正されることを切に願いたい。
- ・実際に開始してから、利用者の不明な部分を把握した
- ・外部リハ職委託だった事業所のリハ職の方は、委託以外の時間を費やしてやっていた感があった（いわば、無報酬で解決してもらっていたのではないか）。

問 5. 同行訪問について

問 5-1. 同行訪問で利用者、利用者の家族、ケアマネジャー（以下、CM）の反応はいかがでしたか？

- ・同行訪問から、強みを引き出すことと通所事業所へ 12 回通いきることの念を押した。半信半疑ながらも、利用者は前向きに話を聞いていた。
- ・地域包括支援センター職員が同行してくれたことで、利用者との関係も結構できていて訪問がスムーズだった。
- ・同行した CM それぞれに新たに気づく部分があり、利用者や利用者の家族にとっても新たな気づきや知見を得るきっかけになった。
- ・「リハビリ」「通所」「送迎」などのワードに自分の求めているものと違うという反応の利用者もいれば、介護保険下の通所のイメージでいる利用者（家族も含む）もいた。CM も通所でどのようなことをしていくのかイメージがつかず、説明しにくそうだった。
- ・一緒に屋内の動作や社会参加以外にも日常の会話などから日々の生活のヒントなどが得られた。
- ・質問についても足りない所を CM が確認してくれたため、進めやすかった。

問 5-2. 効果的に同行訪問を実施するために必要なことは何ですか？

- ・見る視点を他部門と統一していくこと。自立した生活を考えた視点のアセスメント能力。
- ・入り口部分での方針説明。
- ・CM のモニタリングした情報を活用しながらアセスメントすること。
- ・目標をなるべく具体的に聞き取ること。
- ・目標到達するための手段を複数提案し、ご本人に今後の具体的なイメージを持って頂くこと。
- ・自身のことは「自分が良く分かっている」前提で話を聴いた。自身の経験で強みとなるようなところに共感し、リハ職の解釈を押し付けない様に心がけた。参加者、CM の初回アセスメントとプランを肯定して話を進めながらも、健康に関しての不足項目は確実に聴き取った。
- ・推薦、あるいは申し込みをした時点で、正しくサービスCの目的と目指すことを伝えた上でセルフマネジメントができると判断した方に同行訪問を行ったほうが良いと思う。
- ・家屋環境を観るだけでなく、実際外出したいと言うニーズがあれば、自宅周辺環境や普段の暮らしぶり、道路状況やバス停などある程度確認できるスキルも求められる。

- ・計画書は結構記載ボリュームが多く、限られた訪問時間の中で必要な情報を網羅できるようになるまで、やはりスキルが必要だと思った。
- ・事前に担当 CM と情報交換ができる機会も必要だと思う（実際に電話等で確認）。
- ・通所型サービス C を終了した後、この後どうなっていくのか？ということは気になるので、後を追うことは必要だと思う。（何か月かかっても良いので）包括の CM から「誰々さん、その後こうです」と進捗や経過報告があると、自分のフィードバックにもなり事業の成果評価に繋がり今後の糧になる。
- ・訪問はかなり有効だった。通所型サービス C は利用者にとってはアウェイの中で、ホームでは全然違う顔を見せてくれるし、周辺の環境・自宅で実際どんな取組をするかということも実際の現場で提示できる、その点では、特に日々の生活を変える、（自主トレと言うよりは）日々の生活スタイルを良い方に変えて行くことだと痛感した。現場を見ないと想像がつかないこともあり、今回コロナ禍による通所中断で結果的に 3 回ずつ訪問したのは結果的に良かったと思う。今後も通所型サービス C を展開する中で、訪問というカードをどのように切っていくか。時間がとてもかかり結構大変ではあるが、有効な手段にはなり得ると思うので、継続できると良いと思った。

問 6. 通所型サービスについて

問 6-1. 通所型サービス C の取組で良かったことはありましたか？

- ・「ポジティブヘルス」と「ダイアログ」を、活動と食事・口腔ケアの視点で実践してみた。高い効果があったと思う。また、参加者には「無理しない」ことを口癖のように伝えた。
- ・サービス卒業を目指し支援するという視点はあっても、実際卒業することまでまだ考えられていない。基本、継続して利用すると言う事業所も多く、今回の事業で卒業して地域に戻っていくという視座を持てたことが、大きな収穫だった。
- ・何となく通所に通って、そこで元気で過ごすというのが目的ではなく、その方がどう地域で元気に暮らしていけるかを考えて、広いビジョンで見て行く考え方を持てたというところは大きい。その方の今の住んでいる環境や、日々をどのように暮らしているのかを、深く知る必要性を感じた。
- ・今回、地域資源を自分が知るきっかけにもなったし、そのようなアプローチを通所の相談員や同じセラピスト仲間にも共有できる機会になった。苦労もしたけど、そこが良い点でもあり大変だった点でもあった。地域資源を生かして、「この人、卒業でもいいんじゃない？」という話につなげられる人も出てきたのでそれに関しては通所型サービス C での学びだったと思う。
- ・フィットネススタジオとして運営している施設が、今後予防介護事業の社会資源として利用できる可能性について考えられるようになった。
- ・対象者にお茶出しや会場設営を依頼したところ役割活動として定着しその後ボランティア活動を提案することができた。
- ・面談の合間に集団で話す場を設けたところ、お互いが切磋琢磨する機会となっていた。
- ・対象者からの発信で取り組んだこと（折り紙・旅行記・紐細工・体操など）は他の方も「やってみたい」と意欲をもって関心が高い様子がみられた。
- ・（徒手や専門的手技によらない）手を後ろに回した支援の必要性を痛感し、今までの通所事業の在り方を見直し始めるきっかけとなった（職員）。
- ・利用者同士のコミュニティができ、事業終了後も継続して繋がりができ、自分自身としても考える視点が増えたこと。
- ・個別面談でその人のやる気を引き出し、それをチームとして支援し、しっかり結果が出て 3 か月でその方の様子が変わっていく様子を見ることができたこと。

問 6-2. 通所型サービス C の取組で苦労したことはありましたか？

- ・地域のことを知らない部分がすごく大きい。もっと地域のことやどんな資源があるのかを勉強して行く必要があるということが苦労したことと重要な点。
- ・居宅訪問を途中（コロナ禍で振り替え）1 回か 2 回実施したが、そういった臨機応変な対応能力も必要。実際、訪問で取組内容を提示して行く中で、利用者の考え方も少しずつ変わって来たため何度か自宅訪問機会を持ちその状況を共有できる機会もあると良いと思う。
- ・自立支援型地域ケア会議を多様な局面で実施できると良いと思った。

- ・コロナ禍でデイケアを閉鎖し1か月ブランクの後体力測定をしたところ心身機能が2割程度低下してしまった利用者があり、その状況下卒業は難しいと思っていた中で、今回のモデル事業は卒業ありきのものでありアプローチを変える、視座を見つめ直す良いきっかけになった。
- ・定期で報告できていなかった（利用者数が少なく担当包括に普段から交流できる専門職が居たので）、最低限はできていたと思うがそこは反省点。
- ・事業のイメージが利用者本人も家族もCMも持てなかったため、「何のために行っているのかわからない」という内容のクレームがあった。CMと一緒に役割分担をしながら対応方法を検討し、アドバイザーチームにケースの全体像として解釈や助言を得ながらケースと向き合うことが出来た。
- ・事業所内での事業に対する理解が難しい場面もあった。こちらに関しては解決しきれていない部分もあるが、引き続き事業に対する理解を深めるべく説明をしていかなければならないと思う。
- ・「ここに来ればマッサージをしてくれると思っていたからがっかりした」という利用者が数名いた。2時間トレーニングを継続する事は体力のある方でも難しい。他利用者と話し込んでしまう利用者もあり、職員の誘導、声掛けが毎回必要になった。
- ・承認形成が出来ていない利用者への対応。特に目標がなく個別面談の中でも会話が進まず苦慮した。
- ・当初の目標設定が困難な場合の目標の修正。本人状態の認識と家族の理解の解離の修正。
- ・普段、集団指導が多いためか、個々の「セルフマネジメントを促す」「時間内で自らやりたいことを選択し取り組む」方向に持って行くのは難しくつついづちこちらから促すことが多かったように思う。
- ・本人のやる気を引き出した後、CMへ引き継ぎ際の温度差は否めなかった。リハ職がCMに電話をしてこちらの様子を共有しわかってもらいながら、教室終了後も支援をお願いした。リハ職以外の現場職員は、KCと情報共有して利用者が地域とつながりあるようにできるようにした。

問6-3. 通所型サービスCで重要な点は何でしょうか？

- ・体力と気力の回復は必須。その上で、サービス提供者やCMが勝手な利用者像を作らず利用者が生活の中で自身で手間をかける楽しみを見守る事ができるようにしていくこと。
- ・利用者や利用者家族のだれもが事業についてある程度理解しているところからのスタートができることが理想。ウェブ動画での案内などを事前にCMと利用者が一緒に見てサービスの全体像を理解するなどの工夫があるとよりスムーズになりそうな印象。
- ・個別の面談だけでなく、利用者同士の交流が生む相乗効果は計り知れないので、事業者側としては利用者同士のコミュニケーションをどれだけ促せるかが効果を左右するのではないかと思った。
- ・マンパワー、本人・家族を含め関わる人達同士の信頼関係構築、円滑な情報共有、事業所間での情報交換。
- ・利用者の自立した生活を考えられるアセスメント能力。
- ・多職種協働（連携の取り方）。
- ・共感や促しなど本人がしたい事に寄り添う形にするコーチングやティーチング能力。
- ・対象者の選定方法。介護保険サービスにどっぷりはまっている方は難しい。これから申請しようとしている方、非該当だった方、申請しようか迷っている方が望ましい。

問7. 多職種連携について

問7-1. CMとの連携はいかがでしたか？

- ・どのタイミングで連携を取るのが妥当なのかが難しかった。定期で報告するのが望ましいと思うが、人員不足や業務負荷等、折々の局面で難しいことも多かった。予めある程度のベースを決めておけば、そこを怠らないで済んだのではないかと思う。
- ・多職種連携を図る上で、その報告の在り方は意識すべきと言うことと、同時に通所型サービスCに関わるリハ職と包括で、利用者の観方・掘り下げ方のすり合わせ機会があると良いと思う。
- ・情報共有に関して、簡単なチャットアプリ等でやりとりできて、隙間時間で気軽に情報共有しできる機会があると良い。（地域ケア会議よりは緩く、どういう形になるかは今後多職種で協議して行くべきものと思うが）情報共有や方向性の確認など協議できるような場面があると良いと思う。

- ・リハ職側が知らない情報を聞いたことによって「方向を変えたほうが良いな」というケースもあった。対象者は、表面上は問題なく見えても自宅では不安を抱えていたり、サービス中は笑顔を絶やさず参加していても実際は不安でたまらなかったりする人もあり、包括から連絡が来てメンタル面で医療面での課題があることも知った、通所型サービスCでリハ職として知れない部分もありそういう意味でも情報共有の場が必要だと感じた。
- ・リハ職としてのアセスメントから生活として必要となることを、直接CMと話し合うこと。利用者が普段の過ごし方で気づいたこと、通所事業で変化してきたことを何かしらのツールで発信していくこと。初めの1か月は1週間に1回程度、急ぎでなければ、2週に1回くらいでも良いと思う。
- ・まずは事業所へ訪問し直接のやりとりを実施。（包括が隣の建物だったという好条件の元出来たこととも言える。直接やりとりすることでまずは信頼関係を構築したかったため、他の包括へも自転車で訪問した）その後は、電話とメールでのやりとりが主だった。

問7-2. 生活支援コーディネーター（以下、SC）との連携はいかがでしたか？

- ・手順を整理し来苑のタイミングはKCに任せた。今回はKCの範囲で終了した。また、終了の方向性は普段の会話で議論しながら、最終のサービス担当者会議で関係者間共有した
- ・地域のことを知る機会（知ることができた、興味を持てた）になったことは意義深い。既存のサービスでは事業所はデイケアの中だけで完結してしまっており、地域の活動やそれぞれの団体がどんなことをしているのかという視点もなかったし持ち難かったので、そのきっかけを与えてもらった。
- ・SCとは、よく連携が図れた。利用者が（居心地が良いからと）自法人の通所を使いたいと希望されたが支援者間では卒業が妥当との判断のもと、地域の中にその人に安心を提供し生活の糧になるような地域資源はないかと模索することで連携が図れた。そこから、SCや地域包括支援センター職員が次々と事業所に訪問し連携の密度が上がって来た。どう連携を図るべきかと言うことも事前にある程度想定できていたら良かったと思う。
- ・施設に来所の際に直接会話するかCMを間に通して連携を行った。
- ・初回はマイプランのコピーを持って社協に出向き、直接話す機会を設けた。その後は電話とメールでのやりとりを行った。

問7-3. 多職種連携を効果的に実践するために重要な点は何でしょう？

- ・〇〇市を主語として、それぞれの職種と参加者は、自分の役割を踏まえて各自の役割をしっかりと仕事すること。肝は地域包括ケアシステム。「場所」と「場」づくり。
- ・顔の見える関係作り。
- ・対象者に関する随時の情報共有を図り、目標への到達段階を共有していること。
- ・「その方の情報を伝える・理解するということをそれぞれの立場で行い、それらをきちんと共有し、自身の立場で料理して、相手にお返しする」の繰り返し。

問8. 今回のモデル実施を踏まえ来年度に向けて改善すべきことは何ですか？

- ・市場調査の不足を解消すること。短期集中予防サービス事業のペルソナを市内で共有すること。
- ・送迎の要否については、必要な人に使ってもらう方向で検討していく。
- ・提供場所の検討：介護サービスを提供している環境で実施するより、公共の場や集い場で実施して行く方がサービス終了後に社会参加につながりやすいと思う。
- ・リハ職のコーチング技術をさらに向上させること。
- ・帳票類の整備、見直し、簡素化。
- ・リハ職や関連職種のリエイブルメントの意識付けや利用者や家族の意識の変化が必要。
- ・介護度が改善して良くなるというよりは、サービスが使えなくなるので“悪い”イメージに繋がってしまい、本来求める形の既存サービスからの卒業にまで至らなかったこと。
- ・事前の対応として、自分自身が主体的となる目標作りが出来るようになるスキル。
- ・仕組みづくりについて、関係部署だけでは、地域社会への展開は難しく拡大実施は困難と感じる。関係多職種に限らず地域全体で「我が事」として考えていく仕組み作りが出来ればよい。

- ・対象者の選定とサービスCの内容の理解：「対象者を出すよう指示されたから捻出した」という意見が大半を占めていた。同様に参加者の参加動機は「ケアマネに頼まれたから」、「送迎があると言われたので」。もちろんその先には、元気になりたい（なってほしい）、運動をしたい、教わりたいという気持ちはあったものの入り口は大事。インテーク時の共通ルールと周知用ツールの活用。
- ・「短期集中予防教室はデイサービスの一環ではないこと」、「セルフマネジメントを学ぶ場所であること」、「介護保険に頼らなくても自信を持って自立した生活ができることを支援する教室であること」、「お守りがわりの保険は不要であること」、「仮に後々状態が悪くなったとしてもその時はしっかりフォローする体制があること」、これらを利用者含めサービスCに携わる関係職全てが念頭に置いて事業展開していくと、実りある事業になると思う。
- ・対象者は送迎ありきで事業に参加した結果、サービス終了後に自主的に通うことに対して難色を示すケースがあった。介護サービス利用者にとっては、その権利を主張するケースが多く卒業には至らないケースが多いと感じた。この事業に参加することが“うまみ”や“得をする”ことに繋がられると良いのではないかな。
- ・帳票類の統一とコンパクト化、データ整理できることが望ましい。
- ・多職種連携のタイムラグをより効率化できると良い。
- ・事業所が何をすべきかの統一（どう進めていくか、地域資源で行っている体操を共有しておく等）。
- ・修了後の地域資源を一元的に把握できる仕組み（SC、KCが協力して提供できる形にする等）。
- ・多くの利用者を担当する場合CM、SC、KCに情報を提供する際、既存の仕組みを活用できてない、あるいは、知らないからか情報共有に時間がかかっていると思う。
- ・リハ職の確保（訪問アセスメントと通所型サービスCを担当するリハ職）。施設としては現状内部でリハ職確保は困難。外部リハ職を委託で契約する形もあるが報酬設定にも難がある。施設の事業運営上、教室運営や個人対応に慣れている運動職は多いがリハ職ではない。リハ職がいないと成り立たない通所型サービスCであるだけにどう運営していくべきか悩ましい。

・地域包括支援センター職員

問 1. モデル事業に参加した感想について教えてください。

- ・申請書類やスケジュール日時、後手後手で準備が大変だった。プランの見直し、同行訪問、自立支援型地域ケア会議等、通常業務に加え多くの時間を費やすこととなり負担が大きかった。
- ・サービス事業所以外の専門職からの評価や見立てを聞くことで、本人への関わりや今後の方針への視野が広がった。
- ・利用者にとっては手厚い事業だと思う。
- ・今回の参加者の中で、大腿骨骨折の術後、リハビリをせずに退院した方がおり、モデル事業にタイミング良く参加でき良かった。整形外科疾患のある方にリハ職が関与することで、利用者は「サービスなしで暮らせる自信」を得ることができた。CMとしても、不安なく「自立」した生き甲斐のある生活の継続を後押しすることができ良かった。
- ・地域と本人のその後を意識しながらのプランであり通常よりアセスメントがより丁寧になった。
- ・介護予防の意識意欲が高まったので利用されて良かった。支援者としても改めて現状や目標設定の共有を行えたので支援の見直しに繋がった。
- ・書類作成や頻回の訪問など大変だったが、意欲的に参加している利用者の様子を事業所から報告されると本事業に参加して良かったと思えた。いきいきと過ごす姿を見ると結果ではなくそのプロセスが大切だと痛感した。
- ・これまで総合事業はサービスありきだったが、通所型サービスCは自身の生活の中からインフォーマルを含めて地域資源を探す考え方で、既存のケアマネジメントとは違うものだったように思う。今後、その視点も取り入れた方が良いと感じた。
- ・サービスだけではなく利用者の全体像を考えているつもりだったが、1週間の生活の様子を週間サービス計画票に落とし込むことができてなかったと気づいた。
- ・「やってもらう」または「サービスを受ける」姿勢から、「自分で考えて、結果を求めて取り組む」ことが重要であると感じ、主体性を求めるように、より働きかけられるようになった。
- ・地域の資源について勉強ができた。卒業後の方向性を多方面に知る事ができた。
- ・セルフマネジメント、セルフケアの大切さが良く理解できた。
- ・より具体的な達成後のイメージをお話できるよう支援できると良いと思う。
- ・プランの作成支援の中で、セルフケアのために何を望んでいるか、など聴取の仕方を再考した。
- ・リハ職との連携機会が少なかったが、専門職ならではの評価の視点を学べたことが良かった。今後の支援の参考にしたい。
- ・過去にボランティアをしていた方がモデル事業に参加していて、今後の受け入れについても相談できたことが副産物だった。
- ・コーチングにより行動変容につながるという実感を得られた。
- ・本人の運動機能や意欲が落ちた原因が、アセスメントを繰り返す事により見え、改めてアセスメントの重要性を確認した。
- ・ケアマネジメントが自立支援の考え方を反映したプランとなった。
- ・自分らしい暮らしを目標として日々の生活の見直している様子を見て、セルフマネジメントの習慣化によって効果があると実感した。
- ・今後、つなぐべき社会資源を意識した支援について再考できる良い機会となったが、なかなかその後の資源把握まではできていないということも感じた。
- ・アセスメントを繰り返すことで原因が見えた、また得られた情報から見えたこともあった。
- ・終了したら次のつなぎ先はどこか？ゴール目標とその後の暮らしへの意識付けが明確になった。
- ・リハ職やSC等の介護保険上の必要な部分の理解が不足していると感じた。
- ・利用者本人のリハビリテーションとしては良かったが、システムとしてはドタバタで見切り発車の印象を受けた。
- ・利用者の状態が改善したので良かったがスケジュール進行に不透明さがあり締め切が差し迫っている帳票も多く業務負担が大きかった。
- ・終了後地域の活動など社会資源に利用者自身で選択できるよう繋ぐことが望ましいが、地域資源や選択肢の充実化が課題、サービスや社会資源の量がある程度ないと展開は難しい。

問 2. 同行訪問についていかがでしたか？感想を教えてください。

- ・専門的な側面からの質問やアドバイスがあり勉強になった。
- ・CM として捉えていたことをリハ職の視点で言語化してもらえたことが答え合わせやケースを客観視することに繋がった。
- ・専門職の視点が共有でき、特性に応じた個別の助言が効果的だった。
- ・リハ職との日程調整が難しかった。リハ職の業務時間外の調整となり申し訳なかった。
- ・実際の自宅等の環境を見てもらえるので、生活の見える指導に繋がると思った。周辺環境の危険個所が共有できたのは良かったが、一部の提案は「強く要請」した印象を受けた。伝え方に工夫が必要。デリケートに行わないと、本人に不利益になる懸念を感じた。
- ・運動やリハビリまではなくとも、ちょっとした生活動作や家具等の位置を変えることで、生活し易さの提案があり良かった。まさに訪問の冥利と思った。
- ・包括での要支援の方へのアセスメントは、「生活面で出来ているか、困っていないか」の視点になりがちであった為、リハ職の視点でのアセスメント・助言が本人が自身で以前の生活を取り戻す為には貴重な情報になった。
- ・事前訪問、同行アセスメント、担当者会議、等開始前の訪問回数が多く負担が大きい。同行でなく単独で行く担当者会議と兼ねるなど検討も必要。
- ・事前説明の不足で利用者は訪問されることの意味がよく理解できていなかった。
- ・事前事後のアセスメントは出席者が同じである方が効果が確認し易いと思う。

問 3. アドバイザーチームの支援についていかがでしたか？

- ・評価会議等で目標設定など具体的な助言をもらえたことは今後の支援に役立てる。
- ・違った視点でアドバイスをもらえるのはためになった。
- ・アドバイザーからの支援はゴールとなる成功事例が多く利用者の変化が分かり易かった。
- ・計画作成段階から、計画目標の妥当性、利用者へのアプローチ方法など助言が欲しかった。
- ・的確な助言をもらえたと思うが一般的であり客観的であったため、地域特性を理解してより地域性を重視した助言がもらえると良かった。
- ・事例検討では参加者同士の意見交換の機会をもっと持てると良かった。
- ・利用者の暮らしを良くしたい思いは職員も本人もみな持っているので、それに寄り添った現実的な助言が欲しかった。

問 4. 事前準備について

問 4-1. モデル事業開始前に事前準備はどのようなことをされましたか？

- ・スケジュールが短く日程調整が大変だった。
- ・必要書類を用意するだけで手いっぱいだった。
- ・本人家族の意向確認や事業理解のための説明、プラン作成（変更）、日程調整、情報共有など業務負担が過重となった。

問 4-2. 事前準備で大事だと思ったことはありましたか？

- ・サービス利用を卒業したい強い気持ちを持つ方に案内する事、セルフケアに重点を置いた事業であることを十分に理解すること。
- ・参加者のニーズとマッチング（意向に添えるか？）。
- ・既存サービスCの失敗を繰り返さないよう趣旨説明をしっかり行うことを心掛けた。細かな質問をする対象者には時間を割いて納得のいくまで説明した。
- ・決まったスケジュールに沿ってスムーズに進行できるよう実施する側の準備。
- ・担当する側が余裕を持って対応できるような日程。
- ・利用者の目的意識を高めること、必要とさせていただくこと。

問 4-3. 事前準備で苦勞されたことや困ったことはありましたか？どのように課題を解決しましたか？

- ・事前に利用者に対して事業説明・趣旨を説明することに苦勞した。説明用のパンフレット等に事業に関する画像がもっとあると利用者もイメージしやすかったのではないかと感じた。

- ・事業の流れが理解できず、段取りが悪く、契約が直前になった。帳票一式を一括して提示できると良かった。自宅訪問回数を増やして対応した。
- ・情報共有。共有の方式や様式が確定せずに動き出したため後々変更や修正・追加が多く、混乱や修正が生じた。
- ・具体的にどのようなことを行うのか、と言うことが事前の説明では理解できていなかった。
- ・本モデル事業について関係者や住民への周知が不十分であるように感じた。
- ・セルフケアを重視するのであればインフォームドコンセントも重視する必要がある。
- ・配布資料は読んだが、事業説明を直接聞く機会が持てず、目的を落とし込めないままスタートした。膨大な帳票準備や関係機関とのやり取りが想定以上の業務量で大変だった。
- ・本人家族に説明できる共通の資料やフライヤーなどがあると、利用者の主体性が上がると思う。

問 5. 通所型サービスCについて

問 5-1. 通所型サービスCの取組で良かったことはありましたか？

- ・リハ職と連携できたことは良かった。
- ・利用者の様子を見ると、より元気になる自信にもつながった。
- ・本人の違った側面などを見ることができた。積極的に取り組む姿勢には支援者も刺激を受けた。
- ・本人より、専門職に細かく相談に乗ってもらえ充実感や気持ちの張りが出たと高評価があった。
- ・専門職からの情報提供やコーチング内容は良くなり強い気持ちがある人にはフォットした。
- ・様々な専門職が丁寧に関わってくれたことで、既存のサービスでは気付かなかったことが支援者との関わりで見え改善につながった、個別リハビリの時間がしっかりあり手厚かった。利用者にとっても自身の身体状況を把握できる機会となり意欲が向上した。
- ・多職種で連携して取り組めたこと、プログラムは内容が濃く利用者の満足度は高かった。
- ・この取組でフォーマルサービスを利用しないで元気になることを考えるようになった。
- ・身体面だけでなく栄養面など多角的な学びを得られた。
- ・「運動」ではなく、「コーチング」という手法はとても良いと思う。できなくなったことではなく、できていることに注目し、エンパワメントし、利用者の“気持ち”の向上が一番嬉しいし、必要。「やる気があれば何でもできる」意欲を引き出すアプローチの学びを得た。
- ・利用者が回を重ねるごと元気になって行った、前向きになった。行動変容を目の当たりにした。
- ・多職種で関わるので多角的かつ広い視野で本人をみることができた。

問 5-2. 通所型サービスCの取組で苦労したことはありましたか？

- ・コロナ禍で途中中止となりその後スケジュールが押し評価会議日程も調整が大変だった。
- ・利用者の中には（効果がすぐには表れないので）あまり効果を感じられないと言う声もあった。
- ・自立した生活が継続できるように行く手段になるはずが、結果的に本来の主旨とは違った方向で支援する（継続してフォーマルサービスを利用すること）ことに繋がってしまった。
- ・通常の介護予防支援等と異なる書類の提出が多く、業務負担が増えた。
- ・通所型サービスCでの学びが、なかなか生活の中で活かされなかった。
- ・家族の協力が必要で、家族への理解に時間を要した。
- ・情報共有。共有の方式や様式が不確定で後々変更や修正・追加が多く、混乱ややり直しが生じた。
- ・導入部分で事業の目的がうまく説明できなかったため同じ方向を向きづらかった。
- ・目標設定に苦労した。なりたいたい自分の引き出し方、通所途中で利用者の意識や考え方が変わってくるので、目標の立て方が難しかった。

問 5-3. 通所型サービスCで重要な点は何でしょうか？

- ・デイサービスは通い続けるイメージから卒業後のイメージの意識付けを最初からすることができるところではないかと認識を改めた。まずは通所型サービスC利用を段階として踏むと良いのではないかと感じた。
- ・本人のやる気をどれだけひきだせるか？また参加する前に事前説明としてどれだけ本人にとってメリットになるのかを担当者が説明するスキルと理解。
- ・セルフケアについて考え事業所や関係機関と共有すること。

- ・「元の生活に戻りたい」等の本人の思いを引き出すような働きかけができること。
- ・参加者本人の意向意欲、事業所の質、関わる専門職みんなが同じ方向を向いていること。
- ・サービスCを実施する通所事業所の各専門職・各職員、包括やSC等関係各職とも、サービスCの目的や理念、実施内容を共有したうえで実施することが重要。

問 6. 多職種連携について

問 6-1. SC との連携はいかがでしたか？

- ・利用者について同行で居宅を訪問した、その他地域資源情報については電話連絡等で共有した。
- ・利用状況を報告し、終了後の社会資源について電話等で情報提供を受けた。
- ・電話や会場で直接会って、別業務で会った機会での情報交換をした。

問 6-2. リハ職との連携はいかがでしたか？

- ・毎月利用時に事業所にモニタリング訪問を実施した。
- ・同法人なので適宜情報共有できた。
- ・事業所訪問の機会は少なかったが、書面や電話等で連携を取った。

問 7. 利用者や家族の変化はいかがでしたか？

- ・本人はモデル事業に選ばれたことで、気持ちが前向きになっていた。
- ・本人が、自分のことをよく見てくれるとの認識と安心感を持って利用できた。
- ・前向きに明るく取り組んでいる利用者の姿に、家族の理解と協力が得られるようになり共に喜んでいただくことができた。
- ・利用者にとって具体的な運動を知ることができ、それを生活の中で活用できた。
- ・一人暮らしをしている利用者にとって今後の生活にプラスになる要素だったため意欲が向上した。
- ・サービス参加中に骨折し結果的に悪化をしてしまったが、本人は楽しかったと好評価であり家族もケガの回復について前向きになりそれは救いだった。
- ・もともと意欲的な性格で学んだことをびっしりとノートに記録を残しており、今後も生活に生かしていけると実感した。
- ・利用者の意欲を引き出せた。運動の必要性を理解し、社会参加への抵抗感が少なくなった。
- ・メンタル面で落ち込んでいた方が前向きになり、それまで拒否感のあった通所リハビリに繋がった。家族からも表情が明るくなったと好評価を得た。
- ・意欲低下を懸念していた利用者はウォーキングを再開し、自身の身体への理解が促進し、指導を受けた運動も自宅で継続している。
- ・終了後免許を返納し、セニアカーを移動手段に変更したが自営の仕事を継続されている。
- ・興味のあることに意欲的に取り組むようになり、また他者との関りも持ち楽しめるようになった。家族も興味のあることに関して積極的に動くようになったことを喜んでいる。

問 8. ご自身のケアマネジメントに何か変化はありましたか？

- ・新たな視点で関われるようになった。
- ・インテークでの関わり方が重要と認識できた。
- ・本人の意向をより引き出せるように意識するようになった。
- ・目標を達成できることの影響を再確認できた、今後もより具体的かつ本人の動機づけになる目標を一緒に考えて行けるようにしたい。
- ・卒業のあるプラン、セルフマネジメント力向上のためにはサービスありきでなく他の可能性を考えるようになった（但し本人のニーズや環境等もあり結果を最重要視しない方が良いケースもある）。
- ・本人のやる気、意欲向上を考えるようになり、行動変容という視点を強く持つようになった。
- ・インフォーマルな社会資源を積極的に活用しようと思うようになった。単にサービスにつなげるだけでなく、他の課題解決方法も考えるようになった（但し既存のサービス利用者は難しい）。
- ・新規相談の段階ではサービスに頼らず地域の社会資源の活用を意識し、更新時でもサービス利用の継続ありきでなく目標を見通す期間を考慮するようになった。

- ・ 包括内では日々の業務に追われる中で、介護予防ケアマネジメントの視点の共有や見直しへの取組が不十分であることが課題。

問 9. モデル事業を踏まえ、次年度以降改善すべきことは何でしょう？

- ・ セルフマネジメントが重要になるためセルフプランの活用等も検討が必要だと思う。支援してもらうという思いが強い利用者には導入が難しいと感じる。
- ・ 本人、関係者が自ら取り組む姿勢を後押しできる体制作り、情報共有ツールの開発、共通認識を形成することが大事。
- ・ スケジュールは余裕をもって効率よく回すことが肝要。帳票類の簡素化、削減、本当に必要なものを吟味して簡素化して欲しい。
- ・ サービスCと予防計画書は目指しているものが異なると思うがなぜ書式が同じなのか疑問を感じる。予防事業でやっているマイプラン（自分で作成できるもの）の方が本人も自身のものと自覚でき、少なくともやらされ感がなく主体的に参加できるのではないかと感じる。
- ・ 総合事業の卒業以外の「効果・成果」を可視化し共有すること。CMにとっても利用者にとっても、“大変さ”の負担を感じる者が多ければ継続は困難だと思う。
- ・ サービスCを介護予防として位置づけるのであれば他の予防事業の在り方、体系も含めて全体系を見直すべき。選択肢が増えてきたことで本人にとって何がベストな選択なのか分かりづらい。
- ・ 関わる支援者側だけでなく、参加する市民への広報をわかりやすい説明で行う必要がある。保険者の方向性・方針を明示して欲しい。
- ・ 初めから意識を持って事業に参加できるよう、評価会議に利用者も参加した方が良い。
- ・ 訪問担当リハ職と通所型サービスC担当リハ職との統一、同行訪問アセスメントは理学療法士が担当したが、口腔や栄養面での改善を希望する利用者の場合総合的なアセスメントが必要であり改善を望む。
- ・ リハビリ＝運動のイメージが浸透しているが、筋力向上のためには栄養面での改善が必須であることの周知が格段に不足していると感じる。もっと栄養面へのアプローチも強化していくと良い。サービスのオプションで、料理や栄養の講習等も受けられるようにしてはどうか。
- ・ キックオフ研修のように、通所利用中の様子をWEBで見られると、CMや通所事業所職員、リハ職、他職種も共有し易いのではないかと。コロナ禍でもあり、オンラインの活用も強化してはどうか。
- ・ サービスCの制度を周知する。高齢者はもちろんだが、地域包括支援センター職員やリハ職への教育や趣旨説明は定期的に行った方が良い。
- ・ リハ職とCMとの一体感がまだ不十分なところがあるので、うまく融合できるような方法を探っていく。KCの活用も然り。
- ・ 自立を目指す事業であるならば、包括CM契約を事前に行うことに疑問が残る。契約すると、自立後も「担当」は継続され、CMとして負担感がある。
- ・ インテークからアセスメントの流れ、サービス導入、モニタリング、評価等、このボリュームでこの事業を継続するのであれば、一般的なフォーマルサービスに繋ぐ方が良いと思ってしまう。むしろセルフプランとしてできる範疇のものでないと今後に繋がって行くことは難しい、担当ケアマネをつけてやっていくのであれば変更が尚更必要だと思う。
- ・ 手厚い事業が故に、同じことを継続したいと思う利用者が多い。終了後の行き場所が不確定で、マネジメントの負担が大きい。マイプランにする等、CMの業務負担を軽減できる工夫が必要。
- ・ 少人数だからできたと思われる部分もあり今後利用人数が多くなる場合提供方法等については事業運営に検討が必要。モデル事業として「追加」の会議や研修が多く、全体の業務量が知らされていないが故、利用者の改善よりも、CMの負担感が強く残った。同じ行程であれば、今後の参加は困難と感じている。
- ・ 自包括内もそうだが、市内包括間でもモデル事業への取組や評価について温度差があり、実施先の通所事業所によっても評価が分かれるのは市民にとって残念な結果と言える。本格実施に向けて、通所型サービスCだけでなく総合事業、予防事業全体の保険者としての方針や目指すものを示してもらい、その全体像を包括内で事前に共有することで、対象者に分かりやすく説明し、包括自体のアセスメント力もスキルアップしながら取り組んでいきたいと考える。

問 1. モデル事業に参加した感想について教えてください。

- ・関係者との連携が難しい。情報が来ない（ケアプラン、月 1 回の連絡など）。
- ・通所先へ訪問するより本人宅への訪問の方が、本人の生活も確認できた。
- ・どこまで関わればよいのか、支援すれば良いのか、不安が大きかった。
- ・終了後、対象者へのサロン参加の促し、担い手としては対象の年齢が高齢すぎている印象。
- ・地域住民の関わる機会になった。本事業で関わらなければつながらなかった人とつながれた。
- ・地域資源の紹介に際し、一人で外出することが困難など状態像としては適応除外の該当者ではないかと思われる利用者もあり戸惑ったケースもあった。
- ・初めて通所型サービスC事業に関わったので、研修を受けておいて良かった。
- ・1 層として全体に関わった、モデル事業自体が初めてのことで手探りの部分も多かった。今までと違うアプローチで、特に介護予防という視点で実践する（従前なら非該当である方をピックアップするというのは）大事だと改めて感じた。
- ・インフォーマル資源、地域資源の把握が社協の強みでもあり、そこが事業の中に盛り込まれることで連動が可能になるという概念を認識した。ただし、他事業でも（地域福祉コーディネーター）も同じような動きがあり全体としては、その住み分けも見ながら実践して行くイメージだと感じた。（1 層）
- ・地域を見ているつもりでも、個別事例から見えていなかったということが自分の反省点にもなったが、実践は楽しかった。
- ・余裕がなく、正直大変だったが多職種と協働すると言うことが新鮮な経験で、これまでになかった気づきや視点を与えられ教えられることも多かった。内部において SC 同士で MTG する機会があり、全員から意見や提案をもらえたことが勇気と安心感につながり、心底助かった。
- ・当初は右も左もわからなかったが、この事業が始まり地域がわかるようになっていった。地域を自転車で行きながらリアルに事例を想定しながらのスタートで負担も大きかった。内部での事例検討 MTG がとても大きな力になり自信にもつながった。また通所型サービスCで利用者との出会いは意義深く、利用者同士が仲良く交流を続けた姿を見て「この事業に関わって良かった」と感じるとともに利用者同士がお互いに高め合っている姿は規範となった。
- ・素敵な事業に携わることができ感謝している。着任して間もなく他事業も併任しながらのモデル事業であり、既存の事業とは別の意味で利用者一人一人の深い部分まで関わることで多くの学びがあった。コロナ禍で大変な時期ではあったが、包括やりハ職とメールや電話等でのコミュニケーション、会議研修機会など交流を深め情報提供を共有し合ってきたことに感謝したい。

問 2. 同行訪問についていかがでしたか？感想を教えてください。

- ・行っていない。機会がなかった。

問 3. アドバイザーチームの支援についていかがでしたか？

- ・会議出席、研修ビデオ視聴等、事前にこの事業の全体像をイメージできたことは意義深かった。特にリエイブルメントの概念は、専門職でない自分には新たな分野でそれが理解できて良かった。
- ・個別会議で実際のケースに合わせてアドバイスをまとめてもらったのは、とても良かった。
- ・モデル事業のタイムスケジュールが掴みづらいところがあったので、それがもう少しわかりやすいものであれば良いと感じた。
- ・多職種が関わるからこそ、まず形がしっかりありそれを共有することが大事だと感じた。その中で、支援チームにアドバイザーがいることで安心できた。アドバイザーが第三者と言うことの意味は大きいと思う。アドバイザーにもっとフランクに折々の機会に聞ける機会があったら良いと思った。（その意味でのチャットアプリだと思うが技術面で利用に至らなかった）
- ・対面での研修実施は少なかったが、リアルな交流機会が増えもう少し親しくなればチャットアプリでも聞けたのかなと思った。
- ・チャットアプリは少なからずみんなに見られていると言う抵抗感があるため活用はしなかった。研修を重ねて行われたことは勉強になったし、「SC が利用者に関わる意義」がはっきりと分かり今回はその目的だけで動いたというところがある。

- ・研修ビデオで、SCの動きや紹介する情報内容、視点等が印象に残り迷い困ったときに常に思い出すようにしていた。事業所に利用者を訪問する際にもちょっと勇気を振り絞って働きかけたり、情報収集の場面でも地域資源のひとつひとつの特徴や特性をきちんと把握したりしようと思うきっかけになった。
- ・自身の道しるべになった。あるべき姿や今後の進め方の理解はできたものの、自分には理想が高すぎ最初の一步がすくんでしまう不安もあった。理念を理解できたことが背中を押してくれた、支援チームのアドバイスは良い学びになった。
- ・研修やりモートで多様なアドバイスをもらい、関わる多職種にとっても初めてのモデル事業で手探り状態だったが、アドバイスをもらうことで方向性が定まり、自分なりに方向性がつかめた。

問4. 事前準備について

問4-1. モデル事業開始前に事前準備はどのようなことをされましたか？

- ・実際のケース把握場面でSCから個々の目線で様々な意見が出るようになり、全体でMTGを持つことにした。ケースの把握という意味では全員を把握し、SC同士が互いに多様な意見を出し合うことが非常に意義深かったと思う。
- ・とにかく地域資源を把握する、資源情報を提供することがSCの大きな役割と理解をした。従来より自分が把握している資源を整理し直した。整理分類する中で情報に漏れはないか、不足はないか、一つ一つチェックした。
- ・動画視聴。
- ・研修受講。

問4-2. 事前準備で大事だと思ったことはありましたか？

- ・利用者基本情報の収集（ケアプランを確認する）。
- ・支援者同士の顔合わせ、連絡手段の確立（メール・FAX・電話など）・全体像が見えづらいところがあり、走りながら作って行ったと言う印象。具体的な進捗が不明で手探りとなった。その意味では、全体の流れが把握できないと難しいと感じることも多かった。
- ・事業実施スケジュールや、ポイントを絞った資料があると、考えながら動くことができたと思う。チームで動くということが重要で多職種との連携の大切さを痛感した。その中でまずはSCの意識統一だとMTGを始めることになったが、事例をチームみんなで共有することは意義深かった。1圏域を1人のSCで持つから、1個人に任せるのではなく全体で共有していく意識をもち、準備段階から関わる体制も大切にすべきと感じた。
- ・7月以降のモデル事業本格実施となると手持ちの把握資源だけでは足りないことに気づき、新たに資源情報を入手するというのは（その作業自体はおもしろかったが）大変だった。
- ・同行訪問アセスメントにSCも同行できれば良いとずっと思っていた。まずその利用者の家屋環境、ADLの状況等、実態がよくわからない中で資源情報を提供するのも不安を抱えながらの実践となった。できれば最初の同行アセスメントと一緒に入りたかったと思う。

問4-3. 事前準備で苦勞されたことや困ったことはありましたか？どのように課題を解決しましたか？

- ・個別の視点で資源を捉えることに戸惑いが多かった。その中で訪問協力員や自治会の役員等は本当に貴重な情報源だと実感した。住民目線での資源、身近で気軽な情報も多く生きた情報をいただいた。事業と並行しながら、地域の方々の持つ特徴や強みを掘り下げ身近な資源を洗い出し新たな意味付けによる資源活用の視点を養うように努めた。

問5. 通所型サービスCについて

問5-1. 通所型サービスCの取組で良かったことはありましたか？

- ・利用者を地域資源につなげるために、地域住民に動いていただくケースがあり、その際地域にその利用者がいる事を知ってもらう機会となった。それにより、地域の人とつながるきっかけとなった。
- ・サービスC事業利用がなければつながらないような人とつなぐきっかけになった。

- ・介護予防というものの捉え方が変わった、恐らくこの事業がなければ、元気だし大丈夫！と流されたケースが多かったと思う。早期に発見し事業利用により必要な支援をすること、関係者が共通の理念で関わったことこそこの事業の一番大きな成果だと思う。
- ・優先順位では後回しになりがちな介護予防が実はとても大事な視点であり、その視点を今回の経験、で地域資源を通して皆が同じ方向性を持つことができた。
- ・地域を知ることができ、それが他の人にも活用できるところが良かった。今まで資源を狭い視野でしか見ていなかったのを多角的に見られるようになったことは自分にとっても今後他利用者に対しても活用して行けると思う。
- ・報告会で、包括の職員から一人一人の利用者のその後の進捗状況を伺った、その際提案した資源を活用されていることや介護度や心身状況が改善したとの報告を聞きとても嬉しかった。

問 5-2. 通所型サービスCの取組で苦労したことはありましたか？

- ・支援者同士の連携（密に連携を、と言われても具体的にどのようにするのが見えなかった）。
- ・基本情報（ケアプラン、フェイスシートなど）がない。
- ・利用者に会いに行く必要がある（直接会えない場合には、CM やリハ職などへ聞き取る必要があるが、SC の視点と異なることも多い）。
- ・通所事業所への訪問の際に、本人のアセスメントをする時間や機会が少なかった。
- ・資源を探すということは大変で、視点を持ちながら探してもなかなか見つからない、本当に必要な資源をちゃんと紹介できるのかと言う不安があり、新しい資源を作る必要性や難しさ等の気づきになった。個々の利用者に合った資源を探すことはやはり大変だった。
- ・繋ぎ先の資源がなく住民主体の通いの場を立ち上げたとして、マンパワーが足りない状況下で持続可能な運営体制は悩みどころになっている。
- ・リアルタイムで利用者一人一人の変化を見ることができなかったことが残念だった、コロナ禍であり（リハ職に報告は受けて、情報のバックはあったが）、実際に自分の目で見て対話を重ねる中で対象者の状況変化などを確認したかったと思う。

問 5-3. 通所型サービスCで重要な点は何でしょうか？

- ・関係者同士の多職種連携。
- ・サービス終了後も活動の拠点となるような場所での実施の検討（文化センター等での実施など）。
- ・サービス利用開始時の利用者への説明（本事業の目的とゴールについて）。
- ・本人のアセスメント。
- ・多職種で関り、それをそれぞれ各施設、各所へフィードバックしていくこと。この考え方、捉え方を広めて行くことが重要。
- ・利用者個々が回復していくのは当然大事だが、併せて経過や進捗や成果を各バックボーンにつないでいくことはとても大事だと思う。
- ・重要な点は「その人がもとの生活に戻る」と言うこと、その意味では自身が捉えていた資源について捉え直す必要があり今回はあえて（通い場やサロンなどの繋ぎ先より）その人の趣味や以前していたことがまたできるようになることを考え情報提供をした。元の生活に戻るということを意識しそれをきちんと自分の中で理解しておかないと、この事業の目的と乖離してしまうことを意識した。
- ・ケースに関わる中で対象者の人生・生活を充実させるために、あらゆる資源を考えることの大切さに気づき、それが一番大事なことでと改めて学んだ。

問 6. 多職種連携について

問 6-1. 地域包括支援センターやリハ職との連携はいかがでしたか？

- ・月 1 回の利用者情報の共有、通所先訪問時の利用者情報の共有。
- ・評価会議の 1 週間ぐらい前に利用者与会ったケース、もっと早く会いたかったと思った。書面だけで判断した印象と実際居宅で本人と会った印象では全く見方が違ってきた。利用の最初の段階でお会いしたかったと言うのが素直な感想。
- ・1 人の利用者に対して多職種が関りを持ちそれが力になり励みになって元気になって行く姿を見ることができたのは、同じチーム同士、関わる専門職同士も喜びを共有しあえた。

問 7. 利用者や家族の変化はいかがでしたか？

- ・利用者とは、通所先か自宅を訪問した際のアセスメント 1 回のみのも面会だった。
- ・状況確認が必要な方やサービス担当者会議などへ参加が必要な場合のみ、複数回対面した。
- ・事業所訪問や居宅訪問など、利用者と直接会う機会を持つよう努めた。

問 8. 今回のモデル実施結果を踏まえ次年度に向けて改善すべき点がありますか？

- ・サービス利用者のその後について、後追いつく必要性を痛感する。
- ・サービス利用の入り口で、本事業の目的とゴールについて利用者に理解していただく。共通認識が持てる連携ツールの開発。
- ・今回は前向きな利用者が多かったが、今後マイナス思考の利用者に対応する際どう対応していくかが課題でもあり、包括との連携が更に必要になってくる。気軽にアドバイスや情報交換ができる機会を持ちたい。
- ・実情としては対象者の多くが SC の存在を理解されていない、早い段階で SC を紹介してもらえるとありがたい。
- ・地域包括支援センターと一緒に動くというタイミングを統一し共通ルールとして欲しい。
- ・初回アセスメント時の同行訪問を是非お願いしたい。最初に市担当者が事業所に顔合わせに同行されたことは有意義だった。今後本格実施となり事業所が増えるタイミングでは顔合わせ機会ができると連携も図りやすいのでお願いしたい。
- ・本事業は多職種が関わるというところの良さもあるが、一人にかかわるマンパワーの面では役割分担も必要かつマンパワーも時間も有限な中、どれだけやっていくのか不安も大きい。
- ・本事業でインフォーマル資源が生かされていく事業だと感じたからこそ、支援者が当たり前で生活の視点を持った高齢者事業が進められると良いと思う。フォーマル資源やサービスを使っていれば大丈夫と言う世間の風潮を転換する材料として、生活者の視点を入れ今回の成功モデルを発信をして行く機会があると良い。

(4) 考 察

新型コロナウイルス感染症が拡大傾向にあったことから、前年度に引き続き対面や集合による研修実施が困難な状況があり、学び易い研修参加体制を意識してオンライン学習のコンテンツを準備した。タイムリーに不安や疑問が解消できるよう、チャットアプリ等の活用やオンラインでアドバイザーとのダイレクトな意見交換機会を用意するなど、臨機応変な対応を行ってきたが、インタビュー調査結果から、専門職・事業所とも事業の意義を理解して取り組んでいたことが確認できた。一方、利用者選定や事務手続き帳票類の煩雑さなど、事業設計上の課題も明らかになり、今後モデル区市町村が本格実施を進めるにあたり対応すべきことも見えてきた。

インタビュー調査内容には、専門職の技術面、特に課題認識や目標設定などアセスメントに関する概念の再確認と統一が必要という意見が多く、さらに多職種で協働したことで高齢者の自立支援を再考する機会に繋がったとする意見もあった。また、従来のサービスにない支援を展開したことで、リハビリテーション専門職は直接手で触れなくとも利用者自身の行動変容を促すことができることに気づき、生活支援コーディネーターからは個々の事例を通じた地域資源の捉え方、情報共有の在り方と事業に関わる多職種連携の大切さを再認識したとの意見があった。地域包括支援センター職員も従前の支援を内省し利用者の元の暮らしを知り課題を把握するアセスメントの重要性を再認識したとの声も上がっている。

本事業は、個々の生活の困りごとを解決するために、専門職が生活者の視点も持ちながらフィードバックし、本人と共に検討する「面談」を中心に置いているため、ケアマネジメントを通じた自立支援の規範になり得る。専門職には、元の暮らしに戻るためにはどうすればよいのか、つなぐべき社会資源は何なのかを考えることが求められるため、前提として、これまでの生

活や利用者自身が大切にしている価値観を聴取し、今後どのように暮らしたいのか、本人の意向を確認することが必要となる。

生活上の困難さを抱える高齢者は、まずデマンド（「デイサービスに行きたい」「ヘルパーさんに手伝ってほしい」などの単なる要望）を表明するだけにとどまる傾向があるが、本事業を通じて、元の暮らしに戻るために解決しなければならない本当の課題は何なのかを面談を通じて確認し、利用者の望む暮らしを実現しようとすることは、専門職のアセスメント力強化やケアマネジメントの深化につながるのではないかと考える。

介護予防ケアマネジメントの対象者は、維持・改善の可能性があり、「生活」の視点が欠かれない。しかし、ケアマネジャーはその基礎資格・バックグラウンド・経験した土壌が様々で、今回のモデル区市町村においても、インフォーマルを含めた「生活支援」や「介護予防」に関する従来の視点について再考が必要と考える者が少なくなかった。また、リハビリテーション専門職にとって、地域リハビリテーションは新しい分野であるため、地域の資源に目を向けることの重要性を訴える声が多かった。

本事業は、介護予防ケアマネジメントに多職種が参画することに意義があり、個々の利用者の強みに着目し、その力を強化し自信を再獲得するために、各専門職がそれぞれの専門性を活かして支援を展開していくことが重要である。さらに、専門職同士が互いを補い、学び合うことで、それぞれの技術も深化していくことが期待できる。その意味からも、各専門職が協同し連携することの大切さを訴えていたことは意義深い。更に本事業を中心になりけん引してきたモデル区市町村にはこれらの学びから派生したパラダイムシフトを関係各課ならびに関係多職種、更には広く地域住民にまで伝える機会を持ち、自立支援の規範的統合を進めて行くことがその責務となると考える。

最後に、本事業は利用者宅においてケアマネジャーとリハビリテーション専門職が協働して訪問アセスメントを行うこと、通所型サービスC事業所の実践の中で多職種での意見交換や早期の目標再設定などを求めるため、地域包括支援センターからは「事務負担」を懸念する意見も多かった。よって自治体が、地域包括支援センターの業務の見直しや人員増など、専門職が働きやすい環境整備にも取り組んでいくことも重要であると考ええる。

6. 参考文献

- 1) 認定支援ネットワーク. 平成 23 年度要介護認定における認定調査結果. 2012.
- 2) Gobbens RJJ, van Assen MALM, Luijckx KG et al. Determinants of frailty. J Am Med Dir Assoc. 2010; 11: 356-64.
- 3) 厚生労働省. 運動器の機能向上マニュアル (改訂版). 2009.
- 4) Studenski S, Perera S, Patel K. Gait speed and survival in older adults. JAMA. 2011; 305: 50-8.
- 5) Furuna T, Nagasaki H, Nishizawa S, et al. Longitudinal Change in the Physical Performance of Older Adults in the Community. J Jpn Phy Ther Assoc. 1998; 1: 1-5.
- 6) 古谷野亘, 柴田博, 中里克治, 他: 地域老人における活動能力の測定 -- 老研式活動能力指標の開発. 日本公衆衛生雑誌. 1987; 34: 109-114.
- 7) 佐竹昭介, 荒井秀典, 遠藤直人, 他: フレイルの進行に関わる要因に関する研究長寿医療研究開発費平成 26 年度総括報告書. 2015; 2.
- 8) 松林公蔵, 小澤利男: 総合的日常生活機能評価法 - I 評価の方法. d 老年者の情緒に関する評価. Geriatric Medicine 1994; 32: 541-6.
- 9) 池田俊也, 白岩健, 五十嵐中, 他. 日本語版 EQ-5D-5L におけるスコアリング法の開発. 保健医療科学. 2015; 64: 47-55
- 10) 小室貴之, 渡辺明子, 佐藤満, 他. 社会的自立支援に特化した介護サービスのアウトカム尺度の開発. 厚生指標. 2018; 65: 24-32.
- 11) Yamada M, Arai H: Predictive Value of Frailty Scores for Healthy Life Expectancy in Community-Dwelling Older Japanese Adults. J Am Med Dir Assoc. 2015; 16: i002. e7-11.

第5章 参考資料

添付 1. 西東京市令和 4 年度短期集中予防サービス強化支援事業取組報告会資料	81
添付 2. 西東京市帳票類	95
添付 2-1. 概要チラシ（利用者向け）	96
添付 2-2. 概要チラシ（ケアマネジャー向け）	98
添付 2-3. 書類の流れ	99
添付 2-4. 短期集中予防通所型サービス 利用希望票	100
添付 2-5. 居宅訪問事前情報シート	101
添付 2-6. 同行訪問状況報告書	103
添付 2-7. 短期集中予防通所型サービス 計画書	105
添付 2-8. サービス提供記録	106
添付 2-9. 短期集中予防サービス利用者一覧表	107
添付 2-10. ケアマネジメントB利用者一覧表	108
添付 2-11. 西東京市短期集中予防サービス手帳	109
添付 2-12. 西東京市短期集中予防サービス手帳使い方	123
添付 3. 府中市令和 4 年度短期集中予防サービス強化支援事業取組報告会資料	125
添付 4. 府中市帳票類	135
添付 4-1. 参加者募集チラシ	136
添付 4-2. 概要チラシ	138
添付 4-3. 短期集中予防サービス 書類の流れ	140
添付 4-4. 府中市短期集中予防サービス事業利用申請書	141
添付 4-5. 居宅訪問事前情報シート（第 3 版）	142
添付 4-6. 短期集中予防サービス同行訪問アセスメントシート	144
添付 4-7. 短期集中通所サービス 実施計画書	145
添付 4-8. 短期集中予防サービス 栄養 初回アセスメントシート	146
添付 4-9. 栄養（2・3 回目）アセスメント票	147
添付 4-10. 短期集中予防サービス 口腔 初回アセスメントシート	148
添付 4-11. 口腔（2・3 回目）アセスメント票	150
添付 4-12. 利用者情報提供書	151
添付 4-13. 測定実施マニュアル	152
添付 4-14. 「長いきいき生活」マイプラン	154
添付 5. モデル事業の効果検証へのご協力をお願い	167
添付 6. モデル事業の効果検証に関する同意書	171
添付 7. モデル事業の効果検証への協力に関する同意撤回書	173
添付 8. 撮影（動画・写真・音声）及び使用に関する同意書	175
添付 9. 撮影（動画・写真・音声）及び使用に関する同意撤回書	177
添付 10. 体力測定 記入用紙	179
添付 11. からだとくらしの確認シート	181

添付 1.

西東京市

令和 4 年度短期集中予防サービス強化支援事業

取組報告会資料

1 基本情報

人口	205,726	人
うち65歳以上人口	49,710	人
高齢化率	24.2	%
要支援者数	2,151	人
要介護者数	8,785	人
認定率	21.44	%
事業対象者数	396	人
介護給付費用額（R3年度決算額）	16,076,470,382	円
第1号保険料月額	6,058	円
日常生活圏域数	4	箇所
地域包括支援センター数	8	箇所
地域包括支援センター運営方法	委託	
生活支援コーディネーター配置状況	(第1層) 1 (第2層) 4	人

(令和4年3月31日時点)

もう一度 元の暮らしへ
～ 西東京市における通所型サービスCの創設 ～



西東京市

西東京市短期集中予防サービス
マスコットキャラクター
『（仮称）にっしー』

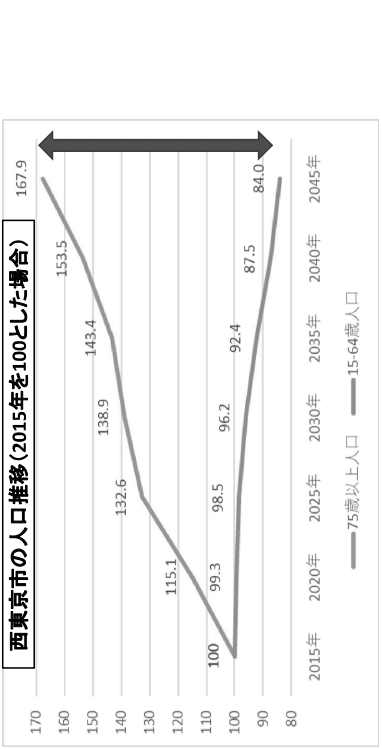
2 西東京市事務分掌

部・課	担当（係）	主な担当業務
健康福祉部 高齢者支援課	地域支援係	介護予防・生活支援サービス事業
		介護予防ケアマネジメント
		地域包括支援センターの管理
		地域ケア会議
		生活支援体制整備事業
		一般介護予防事業 （介護予防講座等一部の事業を除く）
		認知症総合支援事業、認知症検診事業
		養護者による高齢者虐待
		老人福祉法による措置
		高齢者施設の管理運営
		老人クラブ 等

(令和5年1月1日時点)

3 短期集中予防サービス強化支援事業のモデル市区町村として参加した理由

2025年は、もう目の前・・・
ニーズの増大と担い手の減少への対応が必要！！



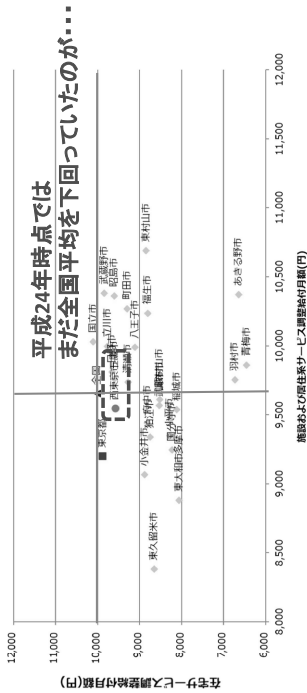
3 短期集中予防サービス強化支援事業のモデル区市町村として参加した理由

西東京市の介護保険給付の現状は・・・？

調整済み第1号被保険者1人あたり給付月額 (在宅サービス・施設および居住系)

サービス (平成24年(2012年))

▲ 全国 ■ 東京都 ● 西東京市 ● その他地域



(資料) 平成24年(2012年)

(出所) 「介護保険給付データベース」および「介護保険」(介護保険の導入人口・世帯数)

(地域包括ケア「見える化」システムより)

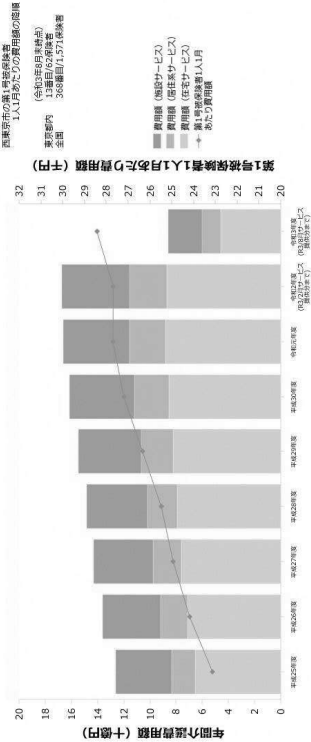
令和4年度短期集中予防サービス強化支援事業取組報告会

5

3 短期集中予防サービス強化支援事業のモデル区市町村として参加した理由

介護保険給付費は年々増加。このままでは・・・
財政負担の増大、介護保険料の上昇、サービスの担い手不足 が避けられない！！

西東京市の介護費用額の推移



(地域包括ケア「見える化」システムより)

令和4年度短期集中予防サービス強化支援事業取組報告会

7

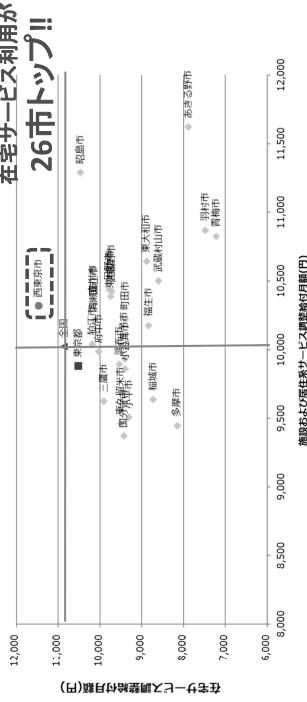
3 短期集中予防サービス強化支援事業のモデル区市町村として参加した理由

西東京市の介護保険給付の現状は・・・？

調整済み第1号被保険者1人あたり給付月額 (在宅サービス・施設および居住系)

サービス (令和元年(2019年))

▲ 全国 ■ 東京都 ● 西東京市 ● その他地域



(資料) 令和元年(2019年)

(出所) 「介護保険給付データベース」および「介護保険」(介護保険の導入人口・世帯数)

(地域包括ケア「見える化」システムより)

令和4年度短期集中予防サービス強化支援事業取組報告会

6

3 短期集中予防サービス強化支援事業のモデル区市町村として参加した理由

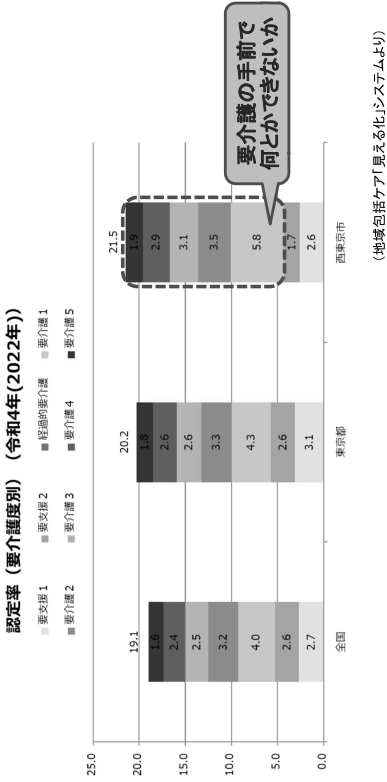
何か『有効な手』を打たなければ・・・

令和4年度短期集中予防サービス強化支援事業取組報告会

8

3 短期集中予防サービス強化支援事業のモデル区市町村として参加した理由

西東京市は他市に比べて、要介護の認定率が高い！！（特に要介護1）



※ 給付実績データを基に市で集計

★ 最も利用が多いのは、市独自基準の通所型サービス。通所型サービスCは未実施

3 短期集中予防サービス強化支援事業のモデル区市町村として参加した理由

介護予防・生活支援サービスの実績（令和元年度）

種別	類型	実施状況
通所型サービス	国基準（従前相当）	利用者なし
	市独自基準（A類型）	約 1,000名/年
	住民主体型（B類型）	一般介護予防へ移行済
訪問型サービス	短期集中型（C類型）	未実施
	国基準（従前相当）	約 10名/年
	市独自基準（A類型）	約 500名/年
	住民主体型（B類型）	団体への補助実施
	短期集中型（C類型）	実績なし
	移動支援（D類型）	未実施

令和4年度短期集中予防サービス強化支援事業取組報告会

9

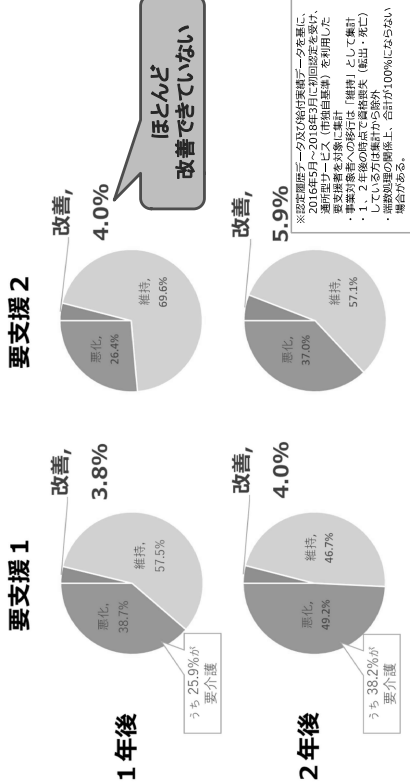
令和4年度短期集中予防サービス強化支援事業取組報告会

10

3 短期集中予防サービス強化支援事業のモデル区市町村として参加した理由

市独自基準の通所型サービスの効果は・・・？

新規利用者の認定区分の変化



令和4年度短期集中予防サービス強化支援事業取組報告会

11

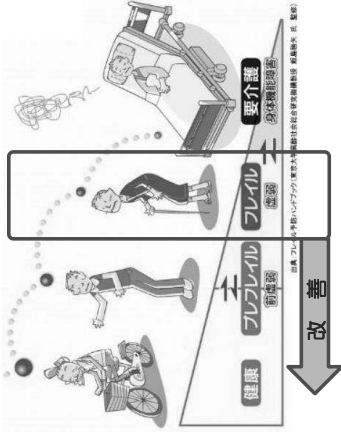
令和4年度短期集中予防サービス強化支援事業取組報告会

12

3 短期集中予防サービス強化支援事業のモデル区市町村として参加した理由

これまで西東京市では、都内で最初にフレイルチェックを導入するなど、フレイル予防の普及啓発に力を入れてきた。
とはいえ、まだフレイルになってしまっている方はいらっしゃいます。

これからは、フレイル（要支援状態）になってしまった方をしっかりと改善させる仕組みを構築していく必要がある！！



そのために、

西東京市でも通所型サービスマスCを作りたい！！

でも・・・

どこから手を着けたらよいのか・・・？

どうやったら

効果的なサービスマスが作れるのか・・・？

どうやって

関係者を巻き込めばよいのか・・・？

3 短期集中予防サービス強化支援事業のモデル区市町村として参加した理由

都のモデル事業を
活用してみよう！！

4 本事業参加前のサービスCをはじめとする総合事業の状況・課題認識

- ▶ 平成29年11月頃～ 百歳体操の導入について検討
住民主体による効果的な介護予防を推進するため、「いざいざ百歳体操」等の導入について検討を開始（他市の視察を実施）
 - ▶ 平成30年度 百歳体操の開始
フレゼン資料や貸し出し用のDVD・おもりを準備
包括と協力しながら、少しずつ・・・百歳体操を広めていった。
 - ▶ 令和元年度 総合事業の再構築の検討を開始
第8期介護保険事業計画の策定に向けて、総合事業の今後のあり方について検討を開始
総合事業ワーキングチームを開いて市と包括、生活支援コーディネーターなどで意見交換を行うとともに、より効果的な介護予防・自立支援の実践につながるよう通所型サービスCの試行実施についても検討
- ⇒どこからどう手を着ければよいかが決まらず、具体的な取り組みには至らなかった。

4 本事業参加前のサービスCをはじめとする総合事業の状況・課題認識

- これまでの西東京市の総合事業に関する取り組み
- ▶ 平成27年度～ 総合事業ワーキングチームで検討
市と地域包括支援センターでワーキングチームを作り、月1～3回程度集まって検討
 - ▶ 平成28年4月～ 総合事業を開始
基準緩和型の市独自基準（A類型）の通所型サービスと訪問型サービスを創設（報酬単価は従前相当サービスから約15%減）
従来の介護予防通所介護、介護予防訪問介護の事業所は、原則として、市独自基準の通所型サービス、訪問型サービスへ移行
その他、
 - ・既存のミニデイの団体の一部を通所Bに移行（令和元年度からは一般介護予防事業へ移行）
 - ・既存のボランティアによる住民同士の助け合い活動を訪問Bとして位置づけ
 - ・従来の一斉予防事業の講座等を一般介護予防事業に位置づけ
 - ・介護支援ボランティアポイント制度の創設 等
- ⇒ 総合事業への円滑な移行はできた・・・けれど、その効果は・・・？？？

4 本事業参加前のサービスCをはじめとする総合事業の状況・課題認識

- ▶ 令和2年6月頃 通所型サービスCの試行実施について検討を再開
市内の通所型サービス事業所からの提案もあり、通所型サービスCの検討を再開
令和3年度の試行実施を目指し、鷹屋川市のホームページに掲載されている資料などを参考にして検討を進めた。
- 総合事業ワーキングチームも再開し、早期介入とセルフマネジメント支援の強化に向けて、他事業との効果的な運動も含めた総合事業の再構築を目指して具体的な検討を重ねた・・・が。

- ⇒ 諸々の事業により、通所型サービスCの導入と総合事業の再構築は、
またしても 断念！！

4 本事業参加前のサービスCをはじめとする総合事業の状況・課題認識

担当者としての課題認識

- ✓ 西東京市の既存の取り組みには「予防」「維持」を目指すものはあるが、「改善」を目指す仕組みがない
- ✓ 関係者間における規範的統合ができていない（ここがむずかしい！！）
- ✓ 各事業や仕組みの連動が図れていない

⇒ 「改善」の仕組みの導入をきっかけにして、関係者の規範的統合を図り、効果的な介護予防・自立支援に向けて各事業が連動する仕組みを構築したい

5 本事業参加に当たっての当初の目標・到達点

令和4年度 モデル実施

- ・通所型サービスCをモデル事業の中で試行的に1クール実施し、サービスを構築
- ・自立支援の考え方の共通認識の醸成

令和5年度 拡大実施

- ・年間を通して随時利用者を受け入れられるサービス提供体制を整備
- ・新規の方も基本チェックリストで事業対象者となる仕組みを導入（※現状は、新規の方は必ず要支援認定申請をする流れとなっている。）
- ・他のサービス（訪問A・通所Aなど）や一般介護予防事業（予防講座、健康体操など）との目的や位置づけ、対象者等を整理し、総合事業等の全体像を用構築
- ・フレイルチェックとの連動も検討

令和6年度 本格実施

- ・第9期介護保険事業計画において、通所型サービスCを介護予防・自立支援の仕組みの軸として位置づけて、新規の要支援者（事業対象者）は、まずは通所型サービスCで元の暮らしを目指す、という仕組みにする。

5 本事業参加に当たっての当初の目標・到達点

通所型サービスCの創設とあわせ、総合事業等の全体の見直し・再構築を2か年かけて行い、令和6年度（第9期介護保険事業計画の開始年）に、より効果的な介護予防・自立支援のための仕組みとして確立し、本格実施を目指す。

（今後の展望のイメージ）

	令和4年度	令和5年度	令和6年度
短期集中予防サービス（通所型サービスC）	モデル実施	拡大実施	本格実施
総合事業等の全体の見直し・再構築	見直し・再構築		
	仕組の確立		

6 要支援者等を対象としたサービス等充実に向けたロードマップ（モデル実施した1年間の取り組み）

◆ おおまかな事業スケジュール

			令和3年度			令和4年度								
			1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
事業者 指定	事業者セアリング				★事業者募集									
					★事業者決定									
研修等					★包括・SC向けキックオフ研修会									
					★リハ職向けワークショップ研修会				★SC向け研修会					
					動画研修を各自視聴									
モデル 実施					事例検討会（リハ職・包括 各4回）									
					★ケア会議先進市協議（前府市・豊明市）				★通所C先進市協議（環埴川市・防府市・八王子市）					★模範ケア会議 （黒川市方式）
その他					同行訪問									
					★課内キックオフ研修（部長・課長・係長級）				★測定		★測定			★測定
					★総合事業用構築の検討チームを立ち上げ（課内）				通所型サービスC		★評価会議			
					★課内職員向け研修会									振の返り・次年壁への検討

7 モデル事業として実施したサービスCの内容

◆ サービスC参加者の集め方

以下の基準をもとに、包括で選定

要支援者・事業対象者のうち、

- 1. 通所・訪問サービスの利用を希望する方（主に新規の方）
 - 2. 通所・訪問サービス等の利用はないが、心身機能の改善のための取り組みが必要な方
- ※ 1・2ともに、末期がん、難病、認知症（IIa以上）の方は除く

◆ サービスC利用者数等

- ・申込者数 43名
- ・利用者数 40名
- ・最終終了者 36名（開始後に4名が離脱）

7 モデル事業として実施したサービスCの内容

◆ サービス提供事業者の指定基準

短期集中予防サービス（通所型サービスC）事業者 指定基準		
	管理者：常勤・専従1以上	管理上支障が無い場合、他の職務に従事可
人員	個別面談・運動器機能向上プログラム（毎回） 理学療法士または作業療法士：専従1以上	サービス提供時間を通じて専従
	口腔機能向上プログラム（月1回以上） 歯科衛生士または言語聴覚士：専従1以上	プログラム提供時間を通じて専従
	栄養改善プログラム（月1回以上） 管理栄養士：専従1以上	プログラム提供時間を通じて専従
	補助員（毎回） 利用者5人まで：不要 利用者6人以上：専従1以上（以降5人ごとに専従+1）	サービス提供時間を通じて専従 （基準を超えて配置された理学療法士または作業療法士が補助員を兼務することは可）
	サービス提供に必要な場所：利用定員×3㎡以上	利用定員が3名以下の場合、1時間半以上 特に必要があると認める場合、自宅等へ訪問して代償プログラム（40分以上）で提供可
設備	1回2時間以上	
提供時間	通所によるサービス提供	
提供方法	約3か月間（週1回 全12回）	
その他	担当リハ職は事前訪問とサ拒会へ参加／1回目・11回目には調査測定を実施／11回目終了後に評価会議を開催／担当リハ職は西海市リハビリテーション連絡会（後述）へ登録／市が実施する研修等への参加 等	

7 モデル事業として実施したサービスCの内容

◆ サービスCの概要

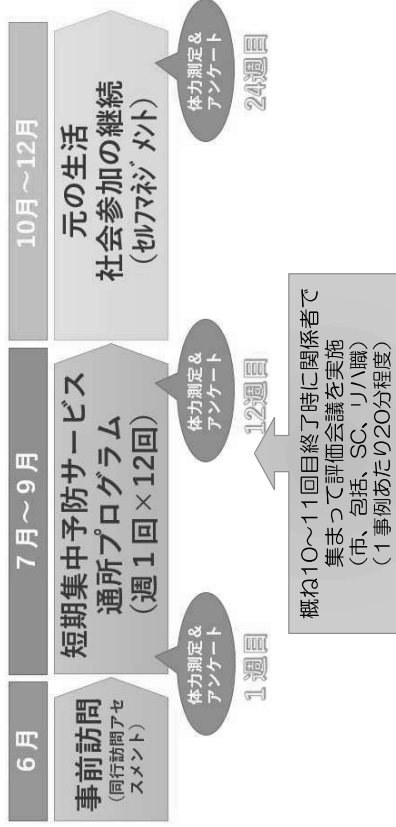
- ・週1回2時間程度 全12回の通所サービス
- ・送迎つき（自分で通えるようになったら送迎なしも可）
- ・1人1回8,500円 利用者負担なし 限度額管理対象外
- ・国保連請求（事業者指定）

◆ サービス提供事業所概要

事業所名	定員	開始日	実施曜日	実施時間
西東京短期集中通所 リハビリ111	30名 (6名×5)	7月4日～	月～金曜日	9時30分～11時30分
介護老人保健施設 ハートフル田無	12名 (3名×4)	7月6日～	水・金曜日	① 9時30分～11時30分 ② 13時00分～16時00分（内2時間）
介護老人保健施設 武蔵野徳洲苑	6名 (3名×2)	7月4日～	月曜日	① 10時00分～11時30分 ② 13時00分～14時30分

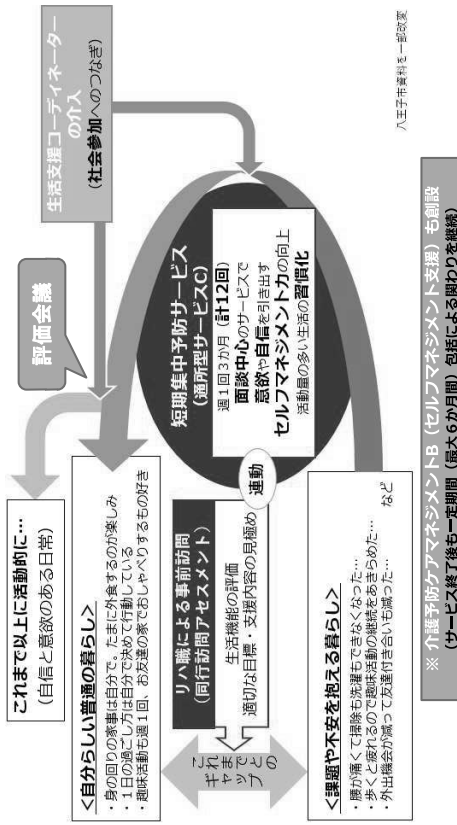
7 モデル事業として実施したサービスCの内容

◆ サービスのスケジュール



7 モデル事業として実施したサービスの内容

◆ サービスのイメージ図



令和4年度短期集中予防サービス強化支援事業取組報告会

29

7 モデル事業として実施したサービスの内容

◆ サービス提供の様子



令和4年度短期集中予防サービス強化支援事業取組報告会

31

7 モデル事業として実施したサービスの内容

◆ 具体的な内容

- ・提供する主なサービス内容
 - セルフマネジメント力向上のための個別面談 (毎回) ※1人10分～30分程度
 - 運動器機能向上プログラム (毎回)
 - 口腔機能向上プログラム (月1回)
 - 栄養改善プログラム (月1回)
- ▶ 面談中心、セルフマネジメント力向上のためのアプローチ
 - ICFに基づき、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すのではなく、環境へのアプローチも含めて、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促す
- ▶ 各プログラムは、利用者が各自、自宅においてセルフエクササイズできるよう個別に作成
- ▶ サービス終了後も、利用者が継続して自己管理できる力 (習慣) と自信をつける
- ☆ 西東京市短期集中予防サービス手帳 を活用 ☆
 - ホームワーク (宿題) 設定 → 自宅での取組状況の確認 → 承認・賞賛・アドバイス

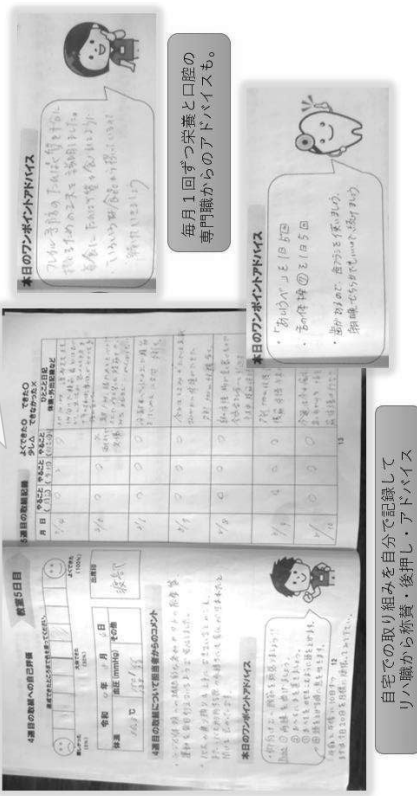
令和4年度短期集中予防サービス強化支援事業取組報告会

30

7 モデル事業として実施したサービスの内容

◆ サービス提供の様子

西東京市短期集中予防サービス手帳を活用



令和4年度短期集中予防サービス強化支援事業取組報告会

32

7 モデル事業として実施したサービスCの内容

◆サービス提供の様子



8 モデル事業実施に当たって取り組んだ事前準備

◆事業者説明会の実施

- ・目的
 - ① 通所型サービスCの提供事業者を募集
 - ② 地域リハビリテーション活動支援事業等の検討に協力していただけるリハ職を募集（西東京市リハビリテーション連絡会への参加者の募集）
- ・対象
 - ① 理学療法士又は作業療法士が在籍する市内の介護サービス事業所、医療機関等
 - ② 介護予防・自立支援の取組の機能強化（地域リハビリテーション活動支援事業）に関心のあるリハビリテーション専門職等
- ・内容
 - ① 西東京市における短期集中予防サービスの創設と今後の展望について
 - ② 介護予防・日常生活支援総合事業における短期集中予防サービスとリハビリテーション専門職の役割について
 - ③ 短期集中予防サービス提供事業者の募集について
 - ④ 市の事業にご協力いただけるリハビリテーション専門職の募集について
- ・実施方法
 - Zoomによるオンライン開催（1時間程度）
 - ※ 当日の参加が困難な場合、後日、限定URLにて動画の視聴も可能

8 モデル事業実施に当たって取り組んだ事前準備

◆実態把握（サービス需要見込推計）

現状における新規の総合事業サービス利用者数の推移や豊岡川市における利用者数から、年間で概ね200人増程度の方の利用が見込まれると推計

(具体的には、以下の①・②の方法により推計)

- ① 通所型サービス(又は訪問型サービス)の初回利用者数の推移から推計した場合
- a. 総合事業開始以後に初めて認定を受けた方で、初めて通所型サービスを利用した人数の直近3か年平均値
- ⇒ 201人(2019年度…224人、2020年度…165人、2021年度(年換算後)…215人)
- b. 上記aに加え、初めて訪問型サービスを利用した人数も含めると、
- ⇒ 262人(2019年度…296人、2020年度…227人、2021年度(年換算後)…263人)
- ② 寝屋川市との比較から推計した場合
- 寝屋川市では、新規要支援者数の約3割が通所Cを利用
- (年間新規要支援者数 約1,000人、うち通所C利用者数 約300人)
- ⇒ 西東京市の年間新規要支援者数は、約740人(2019年、2020年の新規申請データより算出)であるため、
約740人×0.3=約222人

8 モデル事業実施に当たって取り組んだ事前準備

◆周知チラシ（包括が利用者選定の際に使用）

[illegible]

8 モデル事業実施に当たって取り組んだ事前準備

◆ その他の事前準備

- ・総合事業の要綱（実施要綱・指定基準要綱）の改正
- ・サービスコード、単位数マスタの作成
- ・事業所の運営規程、契約書、重要事項説明書の記載例の作成
- ・事業者指定手続き
- ・各種帳票類の作成
（事前情報シート、同行訪問状況報告書、個別サービス計画書、サービス提供記録、サービス手帳 等）
- ・各種研修、事例検討会、先進自治体への視察
etc.

9 他事業との連動等に係る体制整備・見直し内容

自立支援型地域ケア会議の活用について

今回のモデル事業においては、2つのタイプの地域ケア会議を試行実施した。
今後、既存の地域ケア会議も含めて、それぞれの目的、位置づけ、実施方法等について検討し、再構築を図っていく。

① サービス終了に向けた評価会議 （9月中旬に全ケースで実施）	
参加者 リハビリ専門職、包括支援センター担当、 生活支援コーディネーター、市職員	参加者 リハビリ専門職、包括支援センター職員 生活支援コーディネーター、市職員
時間 1 事例 20 分程度（1 回2～6 事例）	時間 1 事例 20 分程度（合計2 事例実施）
目的 これまでの取組み状況及び目標の達成状況等を関係者の間で共有し、サービス終了後について意見交換を行う。	ケーススタディ型＝プラン修正は目的としていない この方「で」考え、次に活かす
内容 ① 地域包括支援センター 事例の説明 ② リハビリ専門職 初回目標、利用中の様子や変化、今後の見込みや目標 ③ 生活支援コーディネーター 事業中の関わり、卒業後の地域資源の紹介等 ④ 意見交換 利用者の望む生活につながっているか等	内容 ① 会議冒頭でグラントルールの説明（市） ② 包括…プラン説明（事例の説明） ③ リハ職…支援方針説明（状態・経過等の説明） ④ 各参加者からの質問・意見・アドバイス ⑤ まとめ（市） 本日に解決すべきことは何か（本日の課題は何か）を明確化した後、 この支援で本当に解決できるのか（支援方法は妥当か）を考える。

9 他事業との連動等に係る体制整備・見直し内容

生活支援体制整備事業との連携について

地域資源の活用を促進するため、包括・リハ職・SC（生活支援コーディネーター）の相互の連携を強く促した

【参考】6月末に実施した全体意見交換会の資料より

生活支援コーディネーターとの連携		
包括⇒SCの連携		
・サービス開始時及び評価会議の前にそれぞれ1回包括の所内会議にSCを呼んで、 全ケースについて情報共有 をしてください！！	・その他、 随時SCと連携・相談しながら 進めてください！！	
リハ職⇒SCの連携		
・利用者と面談をして「こんな資源はないかな？」と思ったら、 迷わずSCに相談 してください！！	・メールのCCなどを 積極的に活用 しましょう！！	
・リハ職・包括・SCの3者が情報を共有しながら進めていくことが重要です。		
メールのCCなどを積極的に活用 しましょう！！		
上記のほか、SCは地域包括支援センターや通所事業所を随時訪問や連絡を行いますので、 頻繁に情報共有 を行うよう努めてください！！		

10 モデル事業を実施する上で苦労した点・解決策等

最も苦労したことは・・・

準備に係る**スケジュールが非常にタイト**だったこと

時間がない中で、多くのことを決め、資料を作り、共有して・・・。

⇒ 担当職員同士でよく話し合い、
役割分担をしながら準備を進めていった

- ・分からないことはアドバイザーにチャットでいつでもも聞けたので、非常に助かった！！
- ・何よりも、事業所、リハ職、包括、SCの方々に、本当に大変なスケジュールの中でも、様々な準備にご協力をいただいたことが大きかった。（ご協力に感謝！！）

1 1 短期集中予防サービスマ強化支援事業のモデル実施の成果

事例紹介

背景

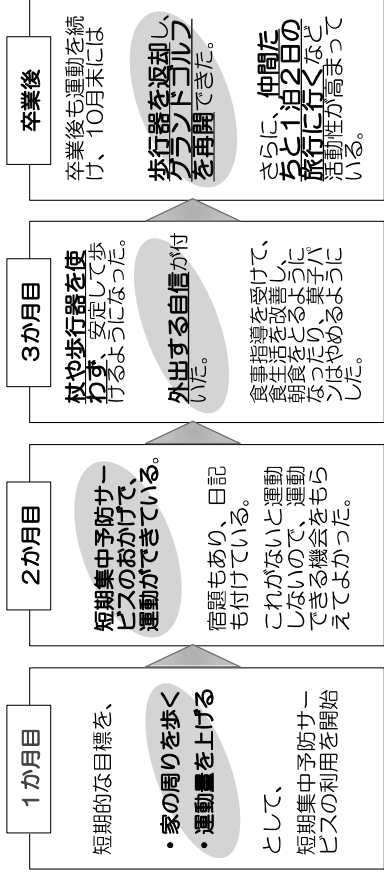
【86歳・女性・要支援1】

以前から**面膝に痛み**があり、令和元年に右膝を、令和4年1月に左膝を手術したが、歩行に不安がある。友人から歩行器レンタルの利用を勧められ、令和4年5月に包括に相談して、6月から**歩行器のレンタル**をスタート。

同時に、包括の職員から**短期集中予防サービスマのモデル事業**を紹介され、参加することとなった。

1 1 短期集中予防サービスマ強化支援事業のモデル実施の成果

事例紹介



1 1 短期集中予防サービスマ強化支援事業のモデル実施の成果

事例紹介

具体的長期目標3か月後「手に入れたい生活」

- 趣味の**グラントゴルフ**を仲間たちと楽しみたい。
- 歩いて15分ほどの運動施設に**杖を使わずに行く**ことができる。



当初の課題

- 両膝に違和感があり**歩行に不安**を感じている。
- バランス感覚がうまく取れない。

1 1 短期集中予防サービスマ強化支援事業のモデル実施の成果

その他の事例

- 児童センターのボランティアを始めた。
- 自転車に乗って駅近くのスーパーまで5キロの米を買いに行けた。
- 転倒の不安なく家事が行えるようになった。
- 料理は諦めていたが、麻痺側を補助的に用いてできるようになった。
- 麻雀も再開し、週1〜2回は外出するようになった。
- 手を使わずに階段の昇り降りができた。
- 歩く事が苦手でバスを利用していたが、バス停2駅位歩こうと思う気持ちになった。
- やれば出来るんだという事を教えて頂いた気がする。(96歳の方)

支援者（リハ・包括・SC）の感想

- 3か月と決まっており、逆算してどうアプローチするか良い意味で勉強になった。
- 半信半疑だったが、本当に利用者に行動変容が起きて、効果が出たことに驚いた。
- セルフマネジメントの重要性を実感。
- 利用者の気力の無さがガラリと変わった。
- 本人の望むことは何かという視点で考えられるようになった。
- 自宅で転び自信を無くしていたが、今は百歳体操でリーダーシップをとって、本来の世話好きな本人の姿に戻ってきた。
- 地域にある様々なものを資源として見られるようになった。

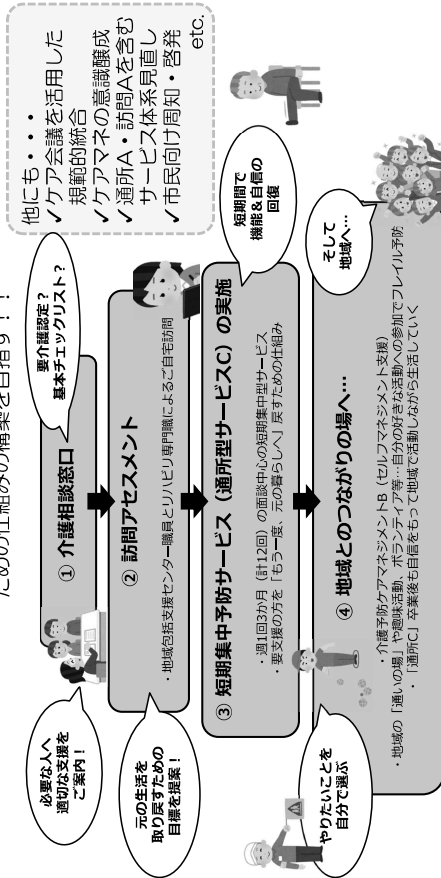
11 短期集中予防サービス強化支援事業のモデル実施の成果

- ・今回、既存サービスの利用継続となった方を含め、ほぼ全ての方に、何らかの改善効果がみられた。
- ・特に、気持ちが前向きになり、自信がつき、今まで諦めていた活動を再開出来た方がとても多い。



13 今後の展望・方針

令和6年度の本格実施に向けて、短期集中予防サービスを軸として『高齢者の元気を諦めない』『要介護にならないよう未然に防ぐ』『元の生活を取り戻す』ための仕組みの構築を目指す！！



12 モデル事業実施により見えてきた課題・今後必要な取組

◆モデル実施により見えてきた課題

- ・包括とリハ職との連携がもっとできるとよかった。
- ・包括とSCの役割分担を明確にする必要がある。
- ・帳票類が多く、情報共有に係る負担が大きい。
- ・手帳は利用者によって記入できない方がいた。
- ・面談以外の時間（自主トレ）をどう活用（工夫）したらよいか。
- ・リハ職の配置を手厚くするとコストがかかるため、どう効率的に運営すればよいか。
- ・送迎に係る負担が大きい。

◆今後必要な取組

- ・役割分担の明確化
- ・手帳や帳票類の見直し、簡素化
- ・効率的な情報共有ツールの導入
- ・他事業所での取り組みの共有（効率的・効果的な実施方法の共有）
- ・各事業所の送迎範囲の調整
- etc.

ご清聴ありがとうございました。



添付 2.

西東京市帳票類



短期集中予防サービス

加齢や体力が落ちてできなくなった事、あきらめてしまっている事はありませんか？
「またできるようになりたい！」を応援するプログラムです。介護サービスが必要になった人でも、「もう一度、元の暮らしを取り戻す」ことを目標に実施する取組になります。

このサービスが目指すもの

◎ 生活の不安を取り除きます

リハビリ専門職が行ったアセスメントで突きとめた生活しづらさの原因を取り除き、自信をもって生活できるように支援します。

◎ セルフマネジメントを可能にします

あなたの健康のためのポイントをわかりやすくお伝えし、サービス終了後もサービス期間中の心身の状況を継続できるように支援します。

◎ 住み慣れた地域で自分らしい生活を送れるようにします

買い物に行ったり、ご友人やご家族と会ったり、地域の通いの場等に行くなど、地域にある資源を上手に利用するためのお手伝いします。

サービス内容

- ・ 3か月間（7月～9月）、12回の通所サービス
- ・ 1週間に1回、1時間半～2時間程度
- ・ 必要時、送迎サービス利用可能
- ・ 費用は無料

★専門職との面談が中心
家での過ごし方を一緒に考えます



対象となる方

- ・ 要支援認定をお持ちの方
- ・ 事業対象者の方

※以下の方は対象外
難病 がん末期 認知症

※今年度、このサービスはモデル事業として参加人数を限定しています。今後このサービスの効果を検証し、来年度から本格的にサービスとして提供する予定です。

お問い合わせ 西東京市高齢者支援課地域支援係

042-420-2811

短期集中予防

サービスの流れ

日程	内容
6月	事前訪問 (リハビリ専門職と地域包括支援センター職員でご自宅を訪問)
7～9月	通所サービス ①体力測定(初回と最終)・血圧測定 ②面談 リハビリ専門職と1週間の生活を振り返る ③準備運動  ④個別の運動プログラム リハビリ専門職がプログラムした個別の運動を実施  ⑤目標確認 来週の目標を胸にご自宅でも生活改善に取り組みます   ※個別に、栄養相談・歯科相談を月1回ずつ行います  ※実施の実施内容は、事業所により異なる場合があります
12月	終了後、3か月後に体力測定を実施

利用者の声（他市の事例）

- ・久しぶりに1人でお風呂に入れました
- ・庭や畑仕事で重たい物の移動ができるようになりました
- ・歩くのに自信がついて、3か月ぶりに近所の果物屋に行けました

※2022年度は東京都のモデル事業のため、本事業に参加し、全ての測定にご協力いただいた方に謝金（¥5,000分のQ U Oカード）をお渡しいたします。

令和4年7月～9月に実施します

モデル実施



短期集中予防サービス

西東京市では、現在、**短期集中予防サービス**（介護予防・日常生活支援総合事業における通所型サービス C）の創設を検討しています。今年度は試行的に**モデル事業**を行い、効果検証の後、令和5年度に拡大実施、令和6年度に本格実施を目指します。

また、短期集中予防サービスの創設と合わせて、**総合事業全体のあり方の見直し・再構築**についても実施する予定です。

サービス概要

- 3か月間、週1回2時間程度の**通所サービス**（全 12 回）
- **送迎付き**（自分で通えるようになったら送迎無しも可）
- **要支援 1・2、事業対象者**が対象
- 利用者負担：なし

～ 目標 ～

『もう一度
元の暮らしへ』

主な提供プログラム

- セルフマネジメント力向上のための個別面談【毎回】
- 運動器機能向上プログラム【毎回】
- 口腔機能向上プログラム・栄養改善プログラム【月1回】

リハビリ専門職との個別面談にて、心身機能の改善、生活のしづらさの原因を取り除くための専門的なアドバイスや指導などを受けます。日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促します。

利用者が継続して自己管理できる力（セルフマネジメント力）と自信を身につけることで、本サービス終了後もサービス期間中の心身の状況を継続できるように支援します。

買い物に行ったり、ご友人やご家族と会ったり、地域の通いの場に行くなど…再び、住み慣れた地域で自分らしく生活できるように支援します。



モデル事業終了後に
効果検証の結果を
改めてお知らせします

西東京市健康福祉部高齢者支援課地域支援係

《TEL》042-420-2811（直通）

《メール》f-kourei@city.nishitokyo.lg.jp

※メール（又はFAX）で提出時は、氏名の欄を附番（ID）に変更

時 期	書 類 名	提出方法	提出先	提出期限	市への提出期限
サービス開始前	短期集中予防通所型サービス 利用希望票	持参	包括⇒市	6月3日	
	基本チェックリスト、利用者基本情報 居宅訪問事前情報シート	持参	包括⇒市 市⇒事業所	6月8日 訪問3日前	
	効果検証に関する同意書 撮影（動画・写真・音声）及び使用に関する同意書	持参	包括⇒市	6月末	
	同行訪問状況報告書	メール※	事業所⇒包括	事前訪問後3日以内	
	ケアプラン	メール※	事業所⇒市	7月15日	
		メール又はFAX※	包括⇒事業所	6月末	
		持参（システム入力）	包括⇒市		
	短期集中予防通所型サービス計画書（作成時）	メール※	事業所⇒包括	初回サービス時まで（間に合わない場合は、2回目サービス時まで）	
	利用者の送迎時間	電話・メール等	事業所⇒市		★ 印は包括へのメール提出時に、市へもCCで提出
	利用者	メール※	事業所⇒包括	初回サービス時まで（各利用者へは事業所から事前にお伝えください。）	★ 印は12回目のサービスの終了後1週間以内
サービス提供中	初回	体力測定記入用紙・から5シート（12週目）	事業所⇒包括	実施後1週間以内	
	1～12回目	サービス提供記録	事業所⇒市		★
	指定日	共有フォルダ内	包括⇒市	毎月の介護予防ケアマネジメント費請求時	
		共有フォルダ内	事業所⇒包括	毎月のサービス提供票提出時（サービス終了時は、終了後1週間以内）	
		共有フォルダ内	事業所⇒市		★
	指定日	共有フォルダ内	包括⇒市	サービス終了後2週間以内	
		共有フォルダ内	事業所⇒市	サービス終了後6か月間	
		共有フォルダ内	事業所⇒市	サービス終了後1週間以内	★
	3か月後測定	体力測定記入用紙・から5シート（24週目）	事業所⇒市		

令和4年 月 日

短期集中予防通所型サービス 利用希望票

西東京市介護予防・日常生活支援総合事業の短期集中予防通所型サービスの利用を希望します。（令和4年7月利用開始）

被保険者 番号											生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日
氏名 (自署)											電話番号				
住所	〒 ー 西東京市														
備考	※利用にあたり特に留意すべき事項(利用ができない曜日や時間帯など)があればご記入ください。														

※ 利用施設は選べません。

※ 令和4年度は効果検証のための体力測定等にご協力いただきます。

居宅訪問事前情報シート					
利用者様 氏 名		性別 ☐ 男性 ☐ 女性	地域包括 支援センター		
住所			担当者		
	項目	レベル	課題	環境 (場所・道具等)	状況・生活課題
基本動作	起き上がり	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 有 ☐ 無		
	座位	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 有 ☐ 無		
	立ち上がり	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 有 ☐ 無		
	立位	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 有 ☐ 無		
A D L	移乗	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 有 ☐ 無		
	屋内移動	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 有 ☐ 無		
	屋外移動	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 有 ☐ 無		
	階段昇降	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 有 ☐ 無		
I A D L	食事	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 有 ☐ 無		
	排泄	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 有 ☐ 無		
	入浴	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 有 ☐ 無		
	更衣	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 有 ☐ 無		
	整容	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 有 ☐ 無		
	買い物	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 有 ☐ 無		
	献立・調理	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 有 ☐ 無		
	洗濯	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 有 ☐ 無		
	掃除	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 有 ☐ 無		
	ゴミ捨て	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 有 ☐ 無		
健康	栄養	☐ 問題なし ☐ 偏り ☐ 食事量低下 ☐ 水分不足	☐ 有 ☐ 無		
	口腔	☐ 問題なし ☐ 痛み ☐ 渇き ☐ 嚥下	☐ 有 ☐ 無		
特記事項					

社会参加						
番号	生活上の行為	1年以内にしていた	今している	またしてみたい	今はしていない (できない理由)	本人の希望 (上位3つ)
30	畑仕事(周辺の仲間との交流)	☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	

※希望として聞くことができたものを記入

本人・家族の希望

生活上の行為の例（参考）			
1.孫・子供の世話	2.動物の世話	3.友達とおしゃべり・遊ぶ	4.家族・親戚との団らん
5.デート・異性との交流	6.居酒屋に行く	7.ボランティア	8.地域活動(町内会・老人クラブ)
9.お参り・宗教活動	10.生涯学習・歴史	11.読書	12.俳句
13.書道・習字	14.絵を描く・絵手紙	15.パソコン	16.写真
17.映画・観劇・演奏会	18.お茶・お花	19.歌を歌う・カラオケ	20.音楽を聴く・楽器演奏
21.将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等	22.体操・運動	23.散歩	24.ゴルフ・グラウンドゴルフ
25.ダンス・踊り	26.野球・相撲等観戦	27.競馬・競輪・競艇・パチンコ	28.編み物
29.針仕事	30.畑仕事	31.賃金を伴う仕事	32.旅行・温泉
33.その他			

添付2-6. 同行訪問状況報告書

同行訪問状況報告書

訪問日時	～						訪問者								担当者				
利用者 氏名						女性	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									
玄関 トイレ																			
④アセスメントと提案内容 ア セ ス メ ン ト 提 案 内 容																			
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																			
⑥まとめ																			
介護認定申請 ☐ 要 ☐ 不要 短期集中予防サービス ☐ 要 ☐ 不要 左記以外のサービス利用の必要性 ☐ 要 ☐ 不要																			
報告者	(施設名：氏名)																		

自宅見取り図

自宅状況

作成日

卒業判定

利用者氏名

利用者ID

利用曜日

利用時間帯

送迎

ケアマネ

訪問リハ職

事前訪問日

サービス開始日

サービス終了日

事業所名

事業所 責任者

事業所 担当者

初回測定日

最終測定日

最終目標		短期目標			目標達成に向けたアプローチ						成果のモニタリング					最終 評価				
3ヶ月後のGOAL (どんな状態を目指す か)	要因ごとの目標 (各生活上の課題を どこまで改善するか)	現在の状態 (事前アセスメント より)	達成期限 (いつま で)	主なプログラム内容	役割分担	①何を、②どのように、実践するか（具体的に）	頻度	所要時間	訪問の 要否	レビュー 時期	進捗状況	要因分析	修正対応・内容							
				☐ 社会参加の準備 ☐ IADLの向上 ☐ ADLの向上 ☐ 運動機能の向上 ☐ 口腔機能の改善 ☐ 栄養状態の改善 ☐ 介護予防教育 ☐ セルフマネジメント ☐ その他	本人															
					家族															
					リハ職															
					歯科衛生士															
					管理栄養士															
					介護職															
				☐ 社会参加の準備 ☐ IADLの向上 ☐ ADLの向上 ☐ 運動機能の向上 ☐ 口腔機能の改善 ☐ 栄養状態の改善 ☐ 介護予防教育 ☐ セルフマネジメント ☐ その他	本人															
					家族															
					リハ職															
					歯科衛生士															
					管理栄養士															
					介護職															
				☐ 社会参加の準備 ☐ IADLの向上 ☐ ADLの向上 ☐ 運動機能の向上 ☐ 口腔機能の改善 ☐ 栄養状態の改善 ☐ 介護予防教育 ☐ セルフマネジメント ☐ その他	本人															
					家族															
					リハ職															
					歯科衛生士															
					管理栄養士															
					介護職															
総評																				

上記実施計画について、同意いたします。

： 令和 年 月 日 氏名

添付2-8. サービス提供記録

サービス提供記録

利用者氏名	
利用者ID	

※SOAPで記載

S : 言ったこと

A : S・Oについてどのように考えたか

O : おきたこと

P : 次のステップに進んでいいのか、否か

日程 時間	担当者	短期目標 (1ヶ月)	主なプログラム内容	関わった 職種	言ったこと・行なったこと (S・O)	考察 (A・P)
～			☐ 社会参加の準備 ☐ IADLの向上 ☐ ADLの向上 ☐ 運動機能の向上 ☐ 口腔機能の改善 ☐ 栄養状態の改善 ☐ 介護予防教育 ☐ セルフマネジメント ☐ その他	本人		
				介護職		
				リハ職		
				歯科衛生士		
				管理栄養士		
				看護職		
～			☐ 社会参加の準備 ☐ IADLの向上 ☐ ADLの向上 ☐ 運動機能の向上 ☐ 口腔機能の改善 ☐ 栄養状態の改善 ☐ 介護予防教育 ☐ セルフマネジメント ☐ その他	本人		
				介護職		
				リハ職		
				歯科衛生士		
				管理栄養士		
				看護職		
～			☐ 社会参加の準備 ☐ IADLの向上 ☐ ADLの向上 ☐ 運動機能の向上 ☐ 口腔機能の改善 ☐ 栄養状態の改善 ☐ 介護予防教育 ☐ セルフマネジメント ☐ その他	本人		
				介護職		
				リハ職		
				歯科衛生士		
				管理栄養士		
				看護職		

添付2-9. 短期集中予防サービス利用者一覧表

短期集中予防サービス利用者一覧表

令和 年 月利用分

担当包括 町地域包括支援センター

No.	被保険者番号	氏名	利用事業所名	利用開始日	当月 利用回	累計 利用回	備 考
1					回	回	
2					回	回	
3					回	回	
4					回	回	
5					回	回	
6					回	回	
7					回	回	
8					回	回	
9					回	回	
10					回	回	

添付2-10. ケアマネジメントB利用者一覧表

ケアマネジメントB利用者一覧表

令和 年 月利用分						
担当包括 町地域包括支援センター						
ケアマネジメントBの 開始月 (今回はR4. 10)				訪問、電話 等		特筆すべきことがあ れば備考に記入して ください。
No.	被保険者番号	氏名	利用開始年月	モニタリング 実施日	モニタリング 実施方法	備 考
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

西東京市 短期集中予防サービス 手帳



お名前:

西東京市

連絡先

★事業所（※欠席の場合は担当までご連絡ください。）

（担当： ）

電話： - -

★地域包括支援センター（ケアマネジャー）

地域包括支援センター（担当： ）

★高齢者支援課（事業に関する全般的なお問合せ）

電話： 042 - 420 - 2811

参加にあたって

西東京市短期集中予防サービスは、心身機能等が低下し、できなくなったことに対して、再び自分らしい元の生活を実現することを、応援するサービスです。

「またやりたい！」「いつまでも元気でいたい」
そんなあなたの思いを形にします。

これから3か月間を楽しみながら、
終了後もいきいきとした生活を続けて行きましょう!!

『短期集中』を通じて“なりたい自分”

今の自分

なりたい自分 （実現可能なちょっと前の自分）

具体的にやること

3か月間の目標や続けたいこと

教室1日

令和	年	月	日	出席印
体温	血圧 (mmHg)	その他		
℃	/			

やることリスト

目標や続けたいことの為に自分でやること

【やること1】

【やること2】

【やること3】

【やること4】

【やること5】

4

1週目の取組記録

よくできた○ できた○
少し△ できなかった×

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など

5

1週目の取組への自己評価

教室2日

達成できたところまで色を塗ってください。





願わくは (0%)
 大体できた (50%)
よくできた (100%)

令和	年	月	日	出席印
体温	血圧 (mmHg)	その他		
℃	/			

1週目の取組について担当者からのコメント

本日のワンポイントアドバイス



6

2週目の取組記録

よくできた○ できた○
少し△ できなかった×

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など

7

2週目の取組への自己評価

教室3日目

達成できたところまで色を塗ってください。

											
難しかった (0%)	大体できた (50%)									よくできた (100%)	

令和	年	月	日
体温 ℃	血圧 (mmHg) /	その他	

出席印

2週目の取組について担当者からのコメント

本日のワンポイントアドバイス

8



3週目の取組記録

よくできた○ できた○
少し△ できなかった×

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など

9

3週目の取組への自己評価

教室4日目

達成できたところまで色を塗ってください。

											
難しかった (0%)	大体できた (50%)									よくできた (100%)	

令和	年	月	日
体温 ℃	血圧 (mmHg) /	その他	

出席印

3週目の取組について担当者からのコメント

本日のワンポイントアドバイス

10



4週目の取組記録

よくできた○ できた○
少し△ できなかった×

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など

11

教室5日目

A horizontal progress bar divided into 10 equal segments. The first segment on the left is filled with a light blue color and contains a sad face icon. Below it, the text reads "開しなかった (0%)". The remaining 9 segments are empty. The 5th segment from the left (the 5th segment overall) is marked with a vertical line. Below it, the text reads "大体できた (50%)". The 10th segment on the right is filled with a light blue color and contains a happy face icon. Below it, the text reads "よくできた (100%)".

令和 年 月 日			出席印
体温 ℃	血圧 (mmHg) /	その他	

本日のワンポイントアドバイス



12

教室6日目

A horizontal progress bar divided into 10 equal segments. The first segment on the left is shaded light blue and contains a sad face icon. Below it is the text "聞しかった (0%)". The fifth segment is also shaded light blue and contains a vertical line. Below it is the text "大体できた (50%)". The tenth segment on the right is shaded light blue and contains a happy face icon. Below it is the text "よくできた (100%)".

令和 年 月 日			出席印
体温 ℃	血圧(mmHg) /	その他	

今日のワンポイントアドバイス



14

よくできた○ できた○
少し△ できなかった×

[illegible]

13

よくできた○ できた○
少し△ できなかった×

[illegible]

15

6週目の取組への自己評価

教室7日目

達成できたところまで色を塗ってください。

											
難しかった (0%)											よくできた (100%)

令和	年	月	日	出席印
体温 ℃	血圧 (mmHg) /	その他		

6週目の取組について担当者からのコメント

本日のワンポイントアドバイス



16

7週目の取組記録

よくできた○ できた○
少し△ できなかった×

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など

17

7週目の取組への自己評価

教室8日目

達成できたところまで色を塗ってください。

											
難しかった (0%)											よくできた (100%)

令和	年	月	日	出席印
体温 ℃	血圧 (mmHg) /	その他		

7週目の取組について担当者からのコメント

本日のワンポイントアドバイス



18

8週目の取組記録

よくできた○ できた○
少し△ できなかった×

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など

19

8週目の取組への自己評価

教室9日目

達成できたところまで色を塗ってください。

											
難しかった (0%)											よくできた (100%)

令和	年	月	日
体温 ℃	血圧 (mmHg) /	その他	

出席印

8週目の取組について担当者からのコメント

本日のワンポイントアドバイス

20



9週目の取組記録

よくできた○ できた○
少し△ できなかった×

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など

21

9週目の取組への自己評価

教室10日

達成できたところまで色を塗ってください。

											
難しかった (0%)											よくできた (100%)

令和	年	月	日
体温 ℃	血圧 (mmHg) /	その他	

出席印

9週目の取組について担当者からのコメント

本日のワンポイントアドバイス

22



10週目の取組記録

よくできた○ できた○
少し△ できなかった×

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など

23

10週目の取組への自己評価

教室11日目

達成できたところまで色を塗ってください。

難しかった (0%)
大体できた (50%)
よくできた (100%)

令和	年	月	日
体温 ℃	血圧 (mmHg) /	その他	

出席印

10週目の取組について担当者からのコメント

本日のワンポイントアドバイス

24



11週目の取組記録

よくできた○ できた○
少し△ できなかった×

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 休調・外出記録など

25

11週目の取組への自己評価

教室12日目

達成できたところまで色を塗ってください。

難しかった (0%)
大体できた (50%)
よくできた (100%)

令和	年	月	日
体温 ℃	血圧 (mmHg) /	その他	

出席印

11週目の取組について担当者からのコメント

本日のワンポイントアドバイス

26



補足: 祝日などで、ページが不足した場合には使用してください。

週目の取組記録②

よくできた○ できた○
少し△ できなかった×

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 休調・外出記録など

27

補足：祝日などで、ページが不足した場合には使用してください。

週目の取組記録②

よくできた○ できた○
少し△ できなかった×

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 休間・外出記録など

28

令和 年 月 日
身長 cm 体重 kg BMI

栄養
1回目

BMI標準値：21.5～24.9

3か月間の目標や続けたいこと

本日のワンポイントアドバイス



スタッフに向けてのコメント

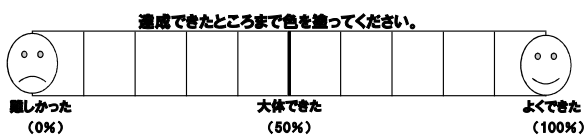
29

令和 年 月 日

1回目からの取組み

栄養
2回目

1回目からの取組みへの自己評価



本日のワンポイントアドバイス



スタッフに向けてのコメント

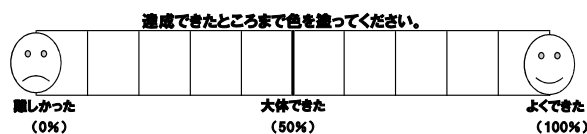
30

令和 年 月 日

2回目からの取組み

栄養
3回目

2回目からの取組みへの自己評価



本日のワンポイントアドバイス



スタッフに向けてのコメント

31

令和 年 月 日

★オーラルフレイルのセルフチェック

はい・いいえ に ○ をつけてください

★あなたはいつ歯みがきをしますが

あてはまる項目に ○ をしてください

朝・昼・晩（食前・食後）・寝る前

< 毎日みがかない場合 > 週2〜3みがく・みがかない

★入れ歯を使用していますか？

はい・いいえ

3か月間の目標や続けたいこと

本日のワンポイントアドバイス



スタッフに向けてのコメント

32



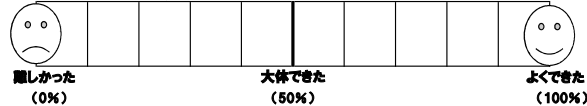
令和 年 月 日

1回目からの取組み

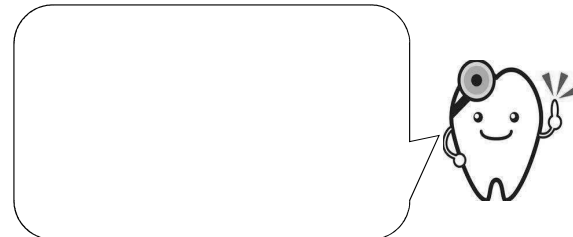


1回目からの取組みへの自己評価

達成できたところまで色を塗ってください。



本日のワンポイントアドバイス



スタッフに向けてのコメント

33

令和 年 月 日

2回目からの取組み

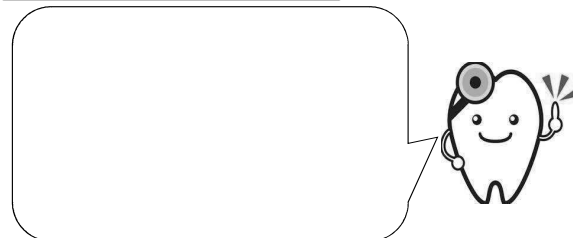


2回目からの取組みへの自己評価

達成できたところまで色を塗ってください。



本日のワンポイントアドバイス



スタッフに向けてのコメント

34

振り返り&これからのこと

3か月間で一番印象に残ったこと

今後も続けたいこと

新たにチャレンジしたいこと

35

これからも自分らしく元気で過ごすために
続けたいことをメモしておきましょう

やることリスト

【やること1】

【やること2】

【やること3】

【やること4】

【やること5】

担当リハ職からのエール



36

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
1週間の振り返り				

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
1週間の振り返り				

37

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
1週間の振り返り				

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
1週間の振り返り				

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
1週間の振り返り				

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
1週間の振り返り				

38

39

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
1週間の振り返り				

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
1週間の振り返り				

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
1週間の振り返り				

40

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
1週間の振り返り				

41

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
1週間の振り返り				

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
1週間の振り返り				

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
1週間の振り返り				

42

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
1週間の振り返り				

43

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
1週間の振り返り				

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
1週間の振り返り				

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
1週間の振り返り				

44

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
1週間の振り返り				

45

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
1週間の振り返り				

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
1週間の振り返り				

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
1週間の振り返り				

46

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
1週間の振り返り				

47

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
1週間の振り返り				

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
1週間の振り返り				

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
1週間の振り返り				

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
1週間の振り返り				

48

49

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
1週間の振り返り				

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
1週間の振り返り				

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
1週間の振り返り				

月 日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記 体調・外出記録など
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
1週間の振り返り				

50

51

こんなことがあれば、
すぐにご連絡ください

- *出かける場所が今より減ってきた
- *出かけるのがおっくうになってきた・・・
- *近所のお店に歩いて行かなくなった
- *電車・バスを一人で利用しなくなった・・・
- * ()
など

★地域包括支援センター

地域包括支援センター(担当:)

電話: - -

52



3か月後のお約束

また3か月後にお会いして、様子をお伺いします。

月 日頃までにまたご連絡します。

それまで今までの頑張りを続けてみましょう!!

添付2-12. 西東京市短期集中予防サービス手帳使い方

西東京市短期集中予防サービスの手帳について

西東京市短期集中予防サービスの手帳について西東京市短期集中予防サービスの手帳について123

西東京市短期集中予防サービスの手帳について

令和
1回目

氏名
姓 名
名 姓
cm kg

生年月日
年 月 日
0001
0001

電話番号
TEL 03-XXXX-XXXX

3か月後の測定や検診について

・栄養と口腔に関する評価表は各事業者で決めてください
・必要に応じてこの手帳をご使用ください

今日のアンテナアドバイス

スタッフに向けてのコメント

栄養と口腔に関する評価表は各事業者で決めてください
必要に応じてこの手帳をご使用ください

令和
1回目

氏名
姓 名
名 姓
cm kg

生年月日
年 月 日
0001
0001

電話番号
TEL 03-XXXX-XXXX

3か月後の測定や検診について

今日のアンテナアドバイス

スタッフに向けてのコメント

栄養と口腔に関する評価表は各事業者で決めてください
必要に応じてこの手帳をご使用ください

西東京市短期集中予防サービスの手帳について

3か月後の測定や検診について

3か月後の測定や検診について

3か月後の測定や検診について

3か月後の測定や検診について

3か月後の測定や検診について

3か月後の測定や検診について

最終日

西東京市短期集中予防サービスの手帳について

3か月後の測定や検診について

3か月後の測定や検診について

3か月後の測定や検診について

12回終了後、3ヶ月後に体力測定をお願いしています。日程について調整をお願いします

添付 3.

府中市

令和 4 年度短期集中予防サービス強化支援事業

取組報告会資料



①ほっとするね 緑の府中
府中市

長いいきき生活

～「総合事業再構築」を目指して～

自分らしい生活をあきらめない！

1 基本情報

人口	260,144人
うち65歳以上人口	57,913人
高齢化率	22.3%
要支援者数	3,554人
要介護者数	7,931人
認定率	19.2%
事業対象者数	38人
介護給付費用額（総合事業分のみ） R3.4月～R4.3月審査分	488,260千円
第1号保険料月額	5,995円
日常生活圏域数	11箇所
地域包括支援センター数	11箇所
地域包括支援センター運営方法	委託
生活支援コーディネーター配置状況	(第1層) 1人 (第2層) 11人

(令和4年4月1日時点)

2 府中市事務分掌

部	課	担当（係）	主な担当業務
福祉保健部	高齢者支援課	高齢者相談担当	総合相談支援業務
		地域包括ケア推進係	地域ケア会議
		介護予防生活支援担当	短期集中予防サービス
			介護予防ケアマネジメント
			生活支援体制整備事業
	介護保険課		一般介護予防事業
		介護保険制度担当	介護保険制度に関すること
		介護認定係	要介護認定に関すること

(令和4年4月1日時点)

3 短期集中予防サービス強化支援事業のモデル区市町村として参加した理由

【事業の開始から3年経過し見えてきた課題】

- ・市、利用者、支援者の自立支援における共通理解の難しさ
- ・高齢者の重症化予防の評価
- ・他事業との連携

⇒事業の再構築が必要

地域支援事業交付金(地域支援事業に対する国の交付金)

総合事業における事業費の上限額

超過分を個別協議し、交付を受けている。

平成30年度からの事業費の推移、個別協議及び上限超過額の状況

	事業費(千円)	個別協議の有無 (有:●、無:-)	上限超過額(千円)
平成30年度	479,229千円	-	-
令和元年度	526,263千円	-	-
令和2年度	570,200千円	●	10,153千円
令和3年度	619,682千円	●	50,199千円
令和4年度	696,384千円	●	116,551千円

「長いきいき生活」

誰もが「長生きしたい」「いきいきと生活したい」と願うもの。
健康寿命を延ばせる街にしたい。

介護予防ケアマネジメントの件数の増加

⇒包括がつぶれそう

- ・予防プランの単面が安いので、委託先が受けてくれない。
- ・要支援と要介護を行き来するような方の場合、様式の違いから事務が煩雑。
- ・ヘルパーの希望があっても、生活支援員の不足からサービス提供できない。
- ・コロナ禍でイベントが中止されており、今は回せているが、通常運転になったら、業務が回らない。

●窓口対応の統一

「府中市の総合事業とは」をしっかりと市民に説明ができ、必要な支援を見極められる体制づくり

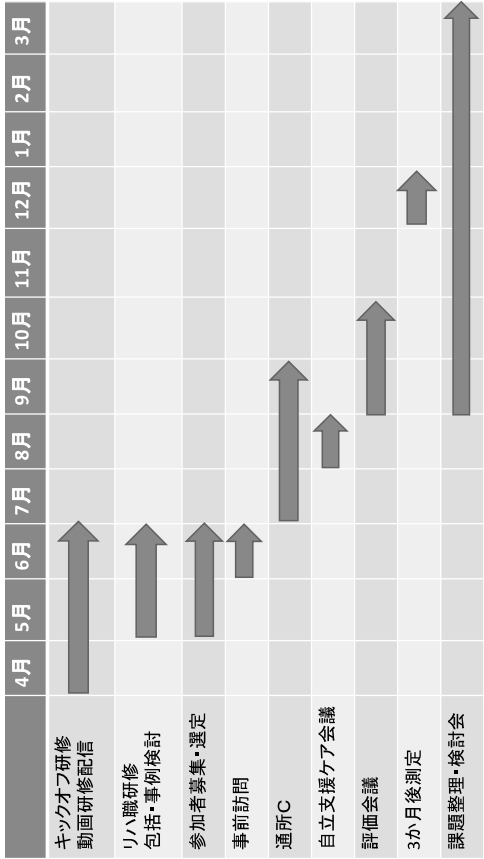
●いきいきとした生活を「あきらめない」ための支援体制

利用者が主体的となる目標「こんな生活がしたい」を引き出し、実現させるプラン作成や実行できる体制をつくる

●地域とつながりながら、元気で安心して暮らせるまちづくり

市全体で「我が事」として介護予防に参画し、つながりを大事にして介護が必要になっても安心して暮らせるまちづくり

6 要支援者等を対象としたサービス等充実に向けたロードマップ
(サービスの見直し・他事業との運動等)



7 モデル事業として実施したサービスの内容

◆ サービス提供事業所概要

	通所事業所	定員	開始日	通所曜日	時間
1	よつや苑	10	7月6日～	水曜日	① 13時15分～15時 ② 15時～16時45分
2	ピースプラザ	10	7月7日～	木曜日	14時～16時
3	いきいきプラザ	22	7月12日～ 7月13日～	火曜日 水曜日	① 9時半～ ② 11時半～ ① 9時半～ ② 11時半～
4	ふれあいの里	10	7月1日～ 7月5日～	金曜日 火曜日	11時～13時 11時～13時
5	ファミリート	10	7月5日～	火～土曜日⇒火、木	14時20分～16時20分

7 モデル事業として実施したサービスの内容

◆ サービス参加者の集め方
要支援1・2 50名(目標)

- (1)各包括支援センターより6名(目標に)推薦してもらった。
- ①介護保険サービスを利用していない新規認定者で、本事業のチラシをみて地域包括支援センターへ利用申込みをした方。
- ②地域包括支援センターでプランニングしている要支援者で、本事業の利用を希望した方。
- (2)令和4年4月～6月の要支援1, 2の認定者へチラシを送付(200件)
- ・介護保険課 認定係へ依頼し、認定結果を送付する際にチラシを同封。
- (3)広報誌等へ募集記事を掲載
- ・広報「ふいちゅう」
- ・メール配信
- ・HP掲載

→最終確保ケース数 53名

7 モデル事業として実施したサービスの内容

◆ 具体的なサービス内容

～サービスご利用の流れ～

- お近くの地域包括支援センターへ申込み、申込用紙を記入する
- 参加に当たっての説明を受け、同意書と記入
- 事前に自己申告を記入し、同意書と記入
- 通所サービス開始 初回に体力測定・1回目を実施
- 1 2回目の通所サービスで体力測定2回目を実施
- 63か月間のサービス終了後は自分らしく暮らす
- サービス終了後の3ヶ月後に体力測定3回目を実施 ※モデル事業のため、3回の測定にまでこぎ着いた方に限ります。5、6、7月の体力測定を実施します

通所サービスは下記施設での実施を予定しております

通所サービス	実施施設
1	よつや苑
2	ピースプラザ
3	いきいきプラザ
4	ふれあいの里
5	ファミリート

※実施施設は、各施設に合わせた実施となります。

～通所サービスの流れ～

- ① 説明
○必要能力は職員が年ごと自覚まで定期的に実施します
- ② 体験練習
○必要能力は職員が年ごと自覚まで定期的に実施します
- ③ 確認 (20分程度)
○リハビリテーションプログラムと1週間の計画の振り返りを行います
- ④ プログラムの提供 (40分～70分程度)
○認知、記憶、11回のプログラムを実施します
○11回目と12回目には体力測定を行います
- ⑤ 体験練習
○必要能力は職員が年ごと自覚まで定期的に実施します
- ⑥ 説明
○必要能力は職員が年ごと自覚まで定期的に実施します

※必要能力は職員が年ごと自覚まで定期的に実施します

7 モデル事業として実施したサービスの内容

◆ 各種帳票(利用者記録手帳・マニュアル等の紹介など)

時期	書類名	提出方法	提出先	提出期限	市への提出期限
申込	同意書(効果検証、撮影、使用の2枚)	持参または交換便	CM⇒市	申込時	
	利用者基本情報	メール※	CM⇒事業所 CM⇒市	事前訪問開始前まで	★
	居宅訪問事前情報シート	メール※	CM⇒事業所	事前訪問開始前まで	
	同行訪問アセスメントシート	メール※	事業所⇒CM 事業所⇒市	事前訪問後3日以内	★印は 教室初回実施後 1週間以内に 市へ提出
	実施報告書、請求書	メール※	事業所⇒市	実施後2週間以内	
事前訪問実施後	基本チェックリスト	メール※	CM⇒事業所 CM⇒市	サービス担当者会議前	★
	ケアプラン	メール※	CM⇒事業所 CM⇒市	サービス担当者会議前	
		メール※	CM⇒市		★
	実施計画書	メール※	CM⇒SC 事業所⇒CM	教室初回開始時	

7 モデル事業として実施したサービスの内容

◆ 各種帳票

①訪問アセスメントシート

訪問アセスメントシート (表紙)

A 居宅訪問アセスメントシート (表紙)

B 居宅訪問アセスメントシート (表紙)

7 モデル事業として実施したサービスの内容

◆ 各種帳票(利用者記録手帳・マニュアル等の紹介など)

時期	書類名	提出方法	提出先	提出期限	市への提出期限
教室 終了 後	実施計画書(報告書)	メール※	事業所⇒市		☆
	基本チェックリスト	メール※	CM⇒市		
	介護予防サービス支援評価表				
3か月 後測 定	マイプラン(終了3か月後) からくらシート(教室終了3か月後)	メール※	事業所⇒市		

7 モデル事業として実施したサービスの内容

◆ 各種帳票

②測定実施マニュアル…介護予防推進センター(いきいきプラザ)協力ののもと作成
モデル事業先行市を参考にし、IHEPにも確認をいただいた

(1) 測定の準備

(2) CS-30 の測定方法

(3) Time Up & Go Test(TUG)

(4) 5メートル歩行

7 モデル事業として実施したサービスの内容

【通所プログラム：通常開催時】

面談
(セルフケアマネジメント)
20分

• リハ職

運動プログラム
60～70分

• リハ職
• 補助員はリハ職以外でも可

出典 町田市（一部改変）

令和4年度短期集中予防サービス強化支援事業取組報告会

8 モデル事業実施に当たって取り組んだ事前準備

【府中市の総合事業の変遷】

主な実施事業・内容		H28年度	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度
総合事業	訪問型サービス		事業開始					
	通所型サービス		事業開始					
	短期集中予防サービス		事業開始 通所22名 訪問9名 卒業1名		通所11名 訪問11名 卒業1名	通所20名 訪問20名 卒業1名	都モデル	
	介護予防ケアマネジメント		プラン数多く包括業務をひっ迫					
	介護予防把握事業		65～85歳 5歳刻み送付			71～79歳 2歳刻み送付		
支包括的事業	一般介護予防事業		リピーターが多い					
	地域リハビリテーション活動支援事業		モデル事業					
支包括的事業	生活支援コーディネーターの配置		事業開始 1層1名 2層3名		1層1名 2層4名	1層1名 2層6名	1層1名 2層11名	

令和4年度短期集中予防サービス強化支援事業取組報告会

7 モデル事業として実施したサービスの内容

【通所プログラム：指定プログラム開催時】

体力測定
(1回目・11回目)

• リハ職
• 事業所職員（補助）

栄養プログラム
(必ず1回実施～最大3回)

• 管理栄養士

口腔プログラム
(必ず1回実施～最大3回)

• 歯科衛生士等

出典 町田市（一部改変）

令和4年度短期集中予防サービス強化支援事業取組報告会

8 モデル事業実施に当たって取り組んだ事前準備

【府中市の現状】

①介護保険サービス利用率は概ね60％＝約4割はお守り認定

単位（人）

提供月	訪問	通所	合計 (人)	実人数	併用者	要支援者 利用 実人数	要支援 認定者 数	利用率
R4.4	584	833	1,417	1,258	159	2,004	3,554	56%
R4.5	584	834	1,418	1,259	159	2,011	3,545	57%
R4.6	582	851	1,433	1,268	165	2,032	3,565	57%
R4.7	571	846	1,417	1,250	167	2,009	3,555	57%
R4.8	572	827	1,399	1,237	162	2,017	3,532	57%
R4.9	566	828	1,394	1,229	165	2,016	3,519	57%

令和4年度短期集中予防サービス強化支援事業取組報告会

9 他事業との連動等に係る体制整備・見直し内容

【一般介護予防事業】

- ・他市と比較し、圧倒的に府中市は一般介護予防事業費が高い
- ・「介護予防啓発事業」で高齢者の通いの場として、サロン・体操等を包括で実施。
- ・利用者は同じ方が使い続けている状況がある。

⇒利用者を循環させて行けるような仕組みを検討中。

【生活支援体制整備事業】

- ・現状は、府中市社会福祉協議会へ委託。(第1層 1名、第2層11名・日常生活圏域に1名)
- ・各地域に「わがまち支え合い協議会」を立ち上げている。

⇒包括のケアマネの支援がスムーズにできる体制へ変えたい。

10 モデル事業を実施する上で苦労した点等

■ 規範的統合

なんとと言っても、第一に「規範的統合」をはかることが大事！
でも、**一番難しい！** 立場、職種、役割が違うので、意見があるかないのは当然。今も苦労中。もしかしたら、これからが本番かも？

■ 調整

利用者が住んでいるエリアによって、どの通所事業所に通所するか、通所先の専門職の派遣、研修の募集などなど同時期にたくさん調整が必要で、常に何かの調整中だった。

■ 時間が足りない 決められない

時間があつという間に過ぎてしまう。たくさん決めることはいけないのに、迷って決められない。時間も過ぎ去ってしまう。

11 モデル事業実施に当たって苦労した点等を解決するために取り組んだ工夫等

■ 規範的統合

「何度でも、何度でも」市の方針を伝え、自分らしい いきいきした生活を支援するために意見交換をする。今後は定期的な自立支援ケア会議で事例を重ねて、共通の認識を図る。諦めないこと。

■ 調整

調整するリストを作って期限を確認しながら、調整した。でも、うまくいかず関係者にはご迷惑おかけしました。すみません。

■ 時間が足りない 決められない

迷ったら、恥も何も捨ててアドバイザーチームに相談する。そして、困っていることを関係者にも伝え、意見をもらい決めた。でも、タイト過ぎてこちらも大変ご迷惑おかけしました。

12 短期集中予防サービス強化支援事業のモデル実施の成果

【86歳・男性・要支援1】

- 参加のきっかけ
大腿骨骨折で手術を受けたが、リハビリせず退院。
術後の回復期でADL改善の期待。
- 望む暮らし
故郷にある畑の作業をしたい。
- 総評
・ADL改善・転倒リスクの軽減
・セルフレーニングの獲得
■趣味(畑・庭仕事)や妻との外出等の活動が維持できる。介護予防事業への参加。



専門職の方と交流できたことが良かった。
勉強になるし、生活に役立てることができた。
お風呂をまたぐことができなかったが、今は自宅改修せずに生活できている！

利用者の声



1 2 短期集中予防サービス強化支援事業のモデル実施の成果

【86歳・女性・要支援2】

○参加のきっかけ
同居家族より包括に相談(コロナ禍で外出機会減少、筋力・体力・意欲低下)があり、新規申請をし、要支援の結果が出てサービスCの申込。

○望む暮らし
おしゃべりできるお友達を作りたい。歩けるようになり、季節の花を楽しんで散歩したい。

○総評
・友人ができ意欲向上。フレイル状態を脱することができた。
・ほっとサロンへ参加。



1 3 モデル事業実施により見えてきた課題・今後必要な取組

①規範的統合

⇒「自立支援ケア会議」を定期的に開催し、多職種でケース検討することで、規範的統合を図る。

②窓口対応の統一化

⇒サービス利用ありきの過誤保険手続きからの脱却。山口県防府市のやり方を参考に。軽度の方は、まず事業対象者として、アセスメントを行う。

③いきいき生活を「あきらめない」支援体制づくり

⇒元の生活に戻ることを考えることから始めて、自分らしい生活を継続する方法を検討する。

④一般介護予防事業の見直し

⇒検討会を開催し、全体的見直しを行う。

1 2 短期集中予防サービス強化支援事業のモデル実施の成果

利用前は本人の元気がなく心配だったけれど、ドジョウすくいの準備を楽しむにしている姿を見ていたら、元気になったことを実感した。元気だから、もう通所はいらないですね。

家族

本人の変化も大きかったが、家族の不安が安心に変わった！家族が本人のできることを後押ししてくれている姿をみて、プランナーとしても安心できた！

プランナー

リハ職

10m、20mを歩くだけでも鳥切れていた方。自分のペースを3か月でつかめるようになり、身体的にも気持ち的にも変化を毎週のように感じられた！

ご本人の変化を目の前で見ることができ、そのお話を聞くことで、包括の職員も元気になることができた！

包括支援センター

1 4 今後の展望・方針

■介護保険の新しい受付方法(R5. 4月～)

⇒介護保険相談票を活用。軽度の方は、事業対象者としてアセスメント。

■短期集中予防サービス事業の本格実施(R5. 7月～)

⇒今年度のモデル事業を踏まえ、府中市の形を实践していく。

■自立支援ケア会議の実施(R5年度～)

⇒多職種でケース検討することで、規範的統合を図る。

■一般介護予防事業の再構築(第9期計画～)

⇒検討会を重ねていき、第9期計画から再構築を実現する。

添付 4.

府中市帳票類

短期集中予防サービス
を利用して

参加者募集中
6/20(月)締切

あなたらしい「いきいきとした生活」を
取り戻しませんか？

このサービスが目指すもの

◎ 生活の不安を取り除きます

事前にリハビリ専門職が行ったアセスメントで突きとめた生活しづらさの原因を取り除き、自信をもって生活できるようにお手伝いをします。

◎ セルフマネジメント

あなたの健康のためのポイントをわかりやすくお伝えし、サービス終了後もサービス期間中の心身の状況を継続できるように支援します。

◎ 住み慣れた地域であなたらしい生活を送るために

買物に行ったりご友人やご家族と会ったり、地域の通いの場等に行くなど、地域にある資源を上手に利用するためのお手伝いをします。



サービスの内容

- ・ 3か月間、12回の通所サービスです。
- ・ 1回のサービスは、2時間程度です。
- ・ 必要な方は、送迎サービスがあります。
- ・ サービス前後で通所測定があります。
(必要な方は送迎サービス付き)
- ・ サービス終了後の3か月後にも測定があります。
- ・ サービス利用前に自宅訪問があります。
- ・ 利用料は、無料です。

次の要件を満たす方

- ① 要支援認定をお持ちの方
 - ② 元気な自分になり、自分らしい「いきいきとした生活」を取り戻したいと考えている方
- ※ がん末期、認知症および難病の方は対象外です。

私たちにお任せください！

【お申込み先・お問合せ】
お住まいの地域包括支援センター
※ 裏面をご覧ください。



府中市の医療・介護専門職

※ 今年度、このサービスはモデル事業として参加人数を限定して実施します。今後このサービスの効果を検証し、来年度から本格的にサービスとして提供する予定です。

お住まいの地域の地域包括支援センターへ直接お問合せ・お申込みください。

担当地域	地域包括支援センター	電話番号
武蔵台、北山町、西原町、日鋼町、美好町（1,2丁目）、東芝町	泉苑	366-0171
四谷、住吉町、分梅町、美好町（3丁目）	よつや苑	334-8141
多磨町、若松町（1丁目）、紅葉ヶ丘、朝日町、白糸台（1,2,3丁目）	あさひ苑	369-0080
晴見町、幸町、府中町、天神町、寿町	安立園	367-0550
八幡町、押立町、清水が丘、白糸台（4,5,6丁目）	しみずがおか	363-1661
片町、宮西町、宮町、矢崎町、本町、日吉町	かたまち	336-5831
新町、栄町	しんまち	340-5060
緑町、浅間町、若松町（2,3,4,5丁目）	緑苑	367-6215
西府町、本宿町、日新町	にしふ	360-1380
是政、小柳町	これまさ	314-0451
南町	みなみ町	336-1250

体験談①



自分にあったプログラムのため継続しやすく、頑張る気持ちを保てました。サービス利用前は歩行中に腰が重く、しばらく休まないと歩行が困難でしたが、サービス開始1か月ほどで効果が出始め、15分以上続けて歩くことができるようになりました!!

82歳 男性

体験談②



サービス利用前は本当に元気になるのかと半信半疑でしたが、利用中に少しずつ改善しました。また、サービス中は1時間かかっていた距離を今では35分で歩けるようになったり、サービスをきっかけに友達もでき、本当に利用してよかったです。

84歳 女性

2022年度は東京都のモデル事業のため、本事業に参加し、全ての測定にご協力をいただいた方に謝礼（¥5,000円分のQUOカード）をお渡しいたします。

担当 府中市高齢者支援課介護予防生活支援担当 042-335-4117



～サービスご利用の流れ～

①お近くの地域包括支援センターへ申込み、申込用紙を記入する

②参加に当たっての説明を受け、同意書を記入



③事前にご自宅へ職員が訪問



④通所サービス開始 初回に体力測定1回目を実施



⑤12回目の通所サービスで体力測定2回目を実施

⑥3か月間のサービス終了後は自分らしく暮らす



⑦サービス終了の3ヶ月後に体力測定3回目を実施

※モデル事業のため、3回の測定に全てご協力いただいた場合、5,000円分のクオカードをプレゼントいたします

通所サービスは下記施設での実施を予定しております

会場	所在地	担当包括エリア
府中市立よつや苑高齢者在宅サービスセンター	四谷3-66	よつや苑、みなみ町
介護老人保健施設 ピースプラザ	片町2-16-1	かたまち、にしふ
いきいきプラザ (介護予防推進センター)	分梅町1-31	泉苑、安立園、しんまち
介護老人保健施設 ふれあいの里	押立町1-9-1	これまさ、しみずがおか
介護老人保健施設 ファミリート府中	若松町2-4-4	あさひ苑、緑苑

※交通ルートによっては、担当包括エリア外の会場になる場合があります。

～通所サービスの流れ～

① 送迎

◇必要な方は職員が車でご自宅までお迎えに伺います

② 体調確認

◇事業所に着いたら体調確認、消毒を行います

③ 面談（20分程度）

◇リハビリテーション専門職と1週間の生活の振り返りを行います

④ プログラムの実施（40分～70分程度）

◇運動、栄養、口腔のいずれかのプログラムを実施します
◇1回目と12回目には体力測定を行います

⑤ 体調確認

◇帰宅時にも体調確認を行います

⑥ 送迎

◇必要な方は職員が車でご自宅まで送ります



R3年度における専門職と面談の様子



R3年度における体力測定の様子

添付4-3. 短期集中予防サービス 書類の流れ

短期集中予防サービス 書類の流れ				※メールで提出時は氏名の欄をイニシヤルに変更		府中市高齢者支援課 4.6.23	
	時期	書類名	提出方法	提出先	提出期限	市への提出期限	
教室 開 催 前	申込	01申請書	持参または交換便	CM⇒市	申込時		
		02同意書（効果検証、撮影・使用の2枚）	持参または交換便	CM⇒市	申込時		
		利用者基本情報	メール※	CM⇒事業所	事前訪問開始前まで		
				CM⇒市		★	
	事前訪問実施後	03居宅訪問事前情報シート	メール※	CM⇒事業所	事前訪問開始前まで		
		04同行訪問アセスメントシート	メール※	事業所⇒CM	事前訪問後3日以内		
				事業所⇒市		★	
				事業所⇒通所			
		05実績報告書、請求書	メール※	事業所⇒市	実施後2週間以内		
		基本チェックリスト	メール※	CM⇒事業所	サービス担当者会議前	★	
教室 開 催	教室初回	ケアプラン	メール※	CM⇒事業所	サービス担当者会議前		
				CM⇒市		★	
				CM⇒S C	教室初回開始時		
				CM⇒S C	教室初回開始時		
	教室1～12日目	06実施計画書	メール※	事業所⇒CM	教室初回開始時		
		07からくらシート（教室開始時）	メール※	事業所⇒CM	実施後1週間以内	★	
		08マイブプラン（目標、サービス前測定結果）	メール※	事業所⇒CM	実施後1週間以内	☆	
				事業所⇒市	実施後1週間以内		
				事業所⇒S C	実施後1週間以内	☆	
		09マイブプラン（活動の記録）	メール※	事業所⇒市		☆	
10栄養（1回目）アセスメントシート		メール※	事業所⇒市		☆		
11口腔（1回目）アセスメントシート		メール※	事業所⇒市		☆		
毎月末	12利用者情報提供書	メール※	事業所⇒CM	毎月末教室終了時			
			事業所⇒S C	実施翌月10日	☆		
	13請求書	メール※	事業所⇒市		☆		
	14栄養（2,3回目）アセスメントシート	メール※	事業所⇒市		☆		
	15口腔（2,3回目）アセスメントシート	メール※	事業所⇒市		☆		
	08マイブプラン（目標、サービス後測定結果）	メール※	事業所⇒CM	実施後1週間以内			
			事業所⇒市				
			事業所⇒市				
教室 終了 後	指定日	07からくらシート（教室終了時）	メール※	事業所⇒市		☆	
		06実施計画書（報告書）	メール※	事業所⇒市			
		基本チェックリスト	メール※	CM⇒市			
		介護予防サービス支援評価表	メール※	事業所⇒市			
3か月 後測定	指定日	08マイブプラン（終了3か月後）	メール※	事業所⇒市			
		07からくらシート（教室終了3か月後）	メール※	事業所⇒市			

第1号様式（第4条）

年 月 日

府中市短期集中予防サービス事業利用申請書

府 中 市 長

次のとおり、標記の事業について申請します。

申 請 者 (ご本人)	フリガナ		年 月 日生 (歳)		
	氏 名				
	住 所	府中市			
	電 話	— —			
利 用 時 の 緊急連絡先①	氏 名		☐ 同居 ☐ 別居	続柄	
	電 話	— —			
利 用 時 の 緊急連絡先②	氏 名		☐ 同居 ☐ 別居	続柄	
	電 話	— —			
特 記 事 項	(利用に当たって特に注意してほしいこと等)				

事業の利用に当たって、以下の内容について同意します。

- ・事業の利用に当たって必要な手順があることを了承するとともに、サービス担当者会議（自立支援ケア会議）において、氏名等をイニシャル等に加工したケアプランやアセスメントシート等、本事業の関係者に必要な情報が共有されること。
- ・本事業の提供終了後に参加する介護予防事業や地域活動を探すことについて、地域包括支援センター等の協力のもと、自主的に取り組むこと。
- ・住民基本台帳及び福祉関係のサービス受給状況を確認し、地域包括支援センター及び介護予防推進センターに常備する府中市地域包括支援センターネットワークシステムに本事業の利用状況等を登録し、必要に応じて市内の介護予防事業関係機関と共有すること。
- ・その他、事業の利用に当たっては事業実施者の判断に任せること。

申請者署名

居宅訪問事前情報シート（第3版）

利用者様 氏 名				性別	男性 女性	訪問希望日		
住所				認定情報		事業対象者	要支援1	要支援2
担当包括				担当者				

	項目	レベル		課題	環境 (場所・道具等)	状況・生活課題		
基本動作	起き上がり	自立 一部介助	見守り 全介助	有 無				
	座位	自立 一部介助	見守り 全介助	有 無				
	立ち上がり	自立 一部介助	見守り 全介助	有 無				
	立位	自立 一部介助	見守り 全介助	有 無				
ADL	移乗	自立 一部介助	見守り 全介助	有 無				
	屋内移動	自立 一部介助	見守り 全介助	有 無				
	屋外移動	自立 一部介助	見守り 全介助	有 無				
	階段昇降	自立 一部介助	見守り 全介助	有 無				
IADL	食事	自立 一部介助	見守り 全介助	有 無				
	排泄	自立 一部介助	見守り 全介助	有 無				
	入浴	自立 一部介助	見守り 全介助	有 無				
	更衣	自立 一部介助	見守り 全介助	有 無				
	整容	自立 一部介助	見守り 全介助	有 無				
	買い物	自立 一部介助	見守り 全介助	有 無				
	献立・調理	自立 一部介助	見守り 全介助	有 無				
	洗濯	自立 一部介助	見守り 全介助	有 無				
	掃除	自立 一部介助	見守り 全介助	有 無				
	ゴミ捨て	自立 一部介助	見守り 全介助	有 無				
健康	栄養	問題なし 食事量低下	偏り 水分不足	有 無				
	口腔	問題なし 渇き	痛み 嚥下	有 無				
特記事項								

社会参加							
番号	生活上の行為	1年以内に していた	今している	また してみたい	今はしていない (できない理由)		本人の希望 (上位3つ)
						バスの乗降をしくじったので自信がない	

※希望として聞くことができたものを記入

本人・家族の希望
本人： 家族：

生活上の行為の例（参考）			
1.孫・子供の世話	2.動物の世話	3.友達とおしゃべり・遊ぶ	4.家族・親戚との団らん
5.デート・異性との交流	6.居酒屋に行く	7.ボランティア	8.地域活動(町内会・老人クラブ)
9.お参り・宗教活動	10.生涯学習・歴史	11.読書	12.俳句
13.書道・習字	14.絵を描く・絵手紙	15.パソコン	16.写真
17.映画・観劇・演奏会	18.お茶・お花	19.歌を歌う・カラオケ	20.音楽を聴く・楽器演奏
21.将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等	22.体操・運動	23.散歩	24.ゴルフ・グラウンドゴルフ
25.ダンス・踊り	26.野球・相撲等観戦	27.競馬・競輪・競艇・パチンコ	28.編み物
29.針仕事	30.畑仕事	31.賞金を伴う仕事	32.旅行・温泉
33.その他			

R1.5.24改訂

添付4-6. 短期集中予防サービス同行訪問アセスメントシート

短期集中予防サービス同行訪問アセスメントシート

訪問日時			～		事業所名			担当者		
利用者氏名			性別		年齢		住所			認定情報 事業対象者・要支援1・2

①利用者情報																					
疾病情報																					
心身機能																					
基本的な1日の過ごし方																					
5時	6時	7時	8時	9時	10時	11時	12時	13時	14時	15時	16時	17時	18時	19時	20時	21時	22時	23時	0時	1時	2時

②住宅環境											
形態	戸建て 集合住宅	住宅改修	あり なし	改修済みの 箇所				福祉用具	あり なし	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		
E. その他		

⑤3か月後に見込まれる状態像	

⑥まとめ	

短期集中予防サービスの利用の必要性	☐ 要 ☐ 不要
-------------------	--

作成日

卒業判定

利用者氏名

利用曜日

利用時間帯

送迎

ケアマネ

訪問リハ職

事前訪問日

サービス開始日

サービス終了日

事業所名

事業所 責任者

事業所 担当者

初回測定日

最終測定日

最終目標	短期目標			目標達成に向けたアプローチ							成果のモニタリング					最終評価			
	要因ごとの目標 (各生活上の課題をどこまで改善するか)	現在の状態 (事前アセスメントより)	達成期限 (いつまで)	主なプログラム内容	役割分担	①何を、②どのように、実践するか（具体的に）	頻度	所要時間	訪問の要否	レビュー時期	進捗状況	要因分析	修正対応・内容						
3ヶ月後のGOAL (どんな状態を目指すか)				☐ 社会参加の準備 ☐ IADLの向上 ☐ ADLの向上 ☐ 運動機能の向上 ☐ 口腔機能の改善 ☐ 栄養状態の改善 ☐ 介護予防教育 ☐ セルフマネジメント ☐ その他	本人														
					家族														
					リハ職														
					歯科衛生士														
					管理栄養士														
				介護職															
				☐ 社会参加の準備 ☐ IADLの向上 ☐ ADLの向上 ☐ 運動機能の向上 ☐ 口腔機能の改善 ☐ 栄養状態の改善 ☐ 介護予防教育 ☐ セルフマネジメント ☐ その他	本人														
					家族														
					リハ職														
					歯科衛生士														
					管理栄養士														
				介護職															
				☐ 社会参加の準備 ☐ IADLの向上 ☐ ADLの向上 ☐ 運動機能の向上 ☐ 口腔機能の改善 ☐ 栄養状態の改善 ☐ 介護予防教育 ☐ セルフマネジメント ☐ その他	本人														
					家族														
					リハ職														
歯科衛生士																			
管理栄養士																			
介護職																			
☐ 社会参加の準備 ☐ IADLの向上 ☐ ADLの向上 ☐ 運動機能の向上 ☐ 口腔機能の改善 ☐ 栄養状態の改善 ☐ 介護予防教育 ☐ セルフマネジメント ☐ その他	本人																		
	家族																		
	リハ職																		
	歯科衛生士																		
	管理栄養士																		
介護職																			

総評

添付4-8. 短期集中予防サービス 栄養 初回アセスメントシート

短期集中予防サービス 栄養 初回アセスメントシート

実施日			～		事業所名			担当者		
利用者 氏名		性別		年齢		住所			認定 情報	事業対象者・要支援1・2
服薬情報										
服薬管理	自立・見守り・その他()									
食事に関する医 師からの指示	なし ・ あり	疾病名:								
		指示内容:								
アレルギー	なし ・ あり	アレルゲン:								
身体状況	身長	cm	体重	kg	BMI	体重変化 (直近6カ月)	なし ・ あり	増・減	kg	
	食欲									
	睡眠									
	排便									
栄養摂取状態	朝食	食べる ・ 食べない				栄養10の食品群				
	昼食	食べる ・ 食べない								
	夕食	食べる ・ 食べない								
食生活の問題点										
3カ月間の 実施内容										
多職種への 連絡事項										

栄養(2・3回目) アセスメント票

<2回目>

			本人氏名		
実施日		担当者	職種:	氏名:	
目標					目標 達成度
状況及び観察 (本人コメント)					
アセスメント (分析)					
今後の目標 (アドバイス)					
他職種への 連絡事項					

<3回目>

			本人氏名		
実施日		担当者	職種:	氏名:	
目標					目標 達成度
状況及び観察 (本人コメント)					
アセスメント (分析)					
今後の目標 (アドバイス)					
他職種への 連絡事項					

添付4-10. 短期集中予防サービス 口腔 初回アセスメントシート

短期集中予防サービス 口腔 初回アセスメントシート

実施日			～		事業所名			担当者		
利用者氏名		性別		年齢		住所			認定情報	事業対象者・要支援1・2
支援計画上の目標等										
セルフチェック	合計 点									
咀嚼力チェック	合計 点	からあげ	りんご	キャベツ	大根の漬物	あられ	ピーナッツ	生の人参	干し芋	煎餅
口腔の状態	舌苔	なし ・ 少し ・ 多量								
	義歯	なし ・ あり ・ 不使用								
	歯磨き									
口腔の問題点										
3カ月間の実施内容										
多職種への連絡事項										

摂取可能食品による咀嚼能力チェックリスト

本人氏名

< 1回目> 月 日 () 実施

食品名	咀嚼状況		
	容易に噛める	少し噛みづらい	噛めない
鳥のからあげ	2	1	0
りんご	2	1	0
生のキャベツ	2	1	0
大根の漬物	2	1	0
あられ	2	1	0
ピーナツ	2	1	0
生の人参	2	1	0
干し芋	2	1	0
かた焼きせんべい	2	1	0

咀嚼力チェック

点

< 2回目> 月 日 () 実施

食品名	咀嚼状況		
	容易に噛める	少し噛みづらい	噛めない
鳥のからあげ	2	1	0
りんご	2	1	0
生のキャベツ	2	1	0
大根の漬物	2	1	0
あられ	2	1	0
ピーナツ	2	1	0
生の人参	2	1	0
干し芋	2	1	0
かた焼きせんべい	2	1	0

咀嚼力チェック

点

< 3回目> 月 日 () 実施

食品名	咀嚼状況		
	容易に噛める	少し噛みづらい	噛めない
鳥のからあげ	2	1	0
りんご	2	1	0
生のキャベツ	2	1	0
大根の漬物	2	1	0
あられ	2	1	0
ピーナツ	2	1	0
生の人参	2	1	0
干し芋	2	1	0
かた焼きせんべい	2	1	0

咀嚼力チェック

点

口腔(2・3回目) アセスメント票

<2回目>

			本人氏名		
実施日		担当者	職種:	氏名:	
目標					目標 達成度
状況及び観察 (本人コメント)					
アセスメント (分析)					
今後の目標 (アドバイス)					
他職種への 連絡事項					

<3回目>

			本人氏名		
実施日		担当者	職種:	氏名:	
目標					目標 達成度
状況及び観察 (本人コメント)					
アセスメント (分析)					
今後の目標 (アドバイス)					
他職種への 連絡事項					

利用者情報提供書

利用者	氏名：	生年月日：	性別：
事業所		担当者	
実施期間	年 月 日 ～ 年 月 日		

教室開始時における目標

①

②

③

④

⑤

参加状況

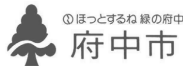
	実施日	出欠	自己評価	参加者の様子・伝達事項
1 回目	/	出・欠		
2 回目	/	出・欠		
3 回目	/	出・欠		
4 回目	/	出・欠		
栄養 1 回目	/	出・欠		
口腔 1 回目	/	出・欠		
5 回目	/	出・欠		
6 回目	/	出・欠		
7 回目	/	出・欠		
8 回目	/	出・欠		
栄養 2 回目	/	出・欠		
口腔 2 回目	/	出・欠		
9 回目	/	出・欠		
1 0 回目	/	出・欠		
1 1 回目	/	出・欠		
1 2 回目	/	出・欠		
栄養 3 回目	/	出・欠		
口腔 3 回目	/	出・欠		

令和4年度版

府中市短期集中予防サービス 通所型サービス

測定実施マニュアル

令和4年6月作成版



(2)CS-30(30秒立ち上がり)～下肢筋力・持久力の測定～

準備するもの:高さ40cm程度の椅子、ストップウォッチ

1. 開始前

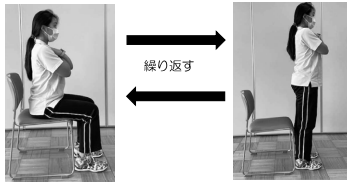
職員が見本を見せましょう。急に膝を伸ばして傷めないように予めアナウンスをお願いします。練習で3回程度行ってください。

2. 開始姿勢



- ①椅子の中央部より少し前に座り、両手を胸の前で組み背筋を伸ばします。
- ②両足は肩幅程度に広げ膝の間をこぶし1つ分程度開ける。
- ③足の裏は床につけ、踵を少し退く。

3. 測定方法



- ①「用意」に続き、「始め」の合図で両膝が完全に伸展するように立ち上がります。
- ②すばやく腕を組んだまま座位姿勢に戻ります。
- ③30秒間で何回立ち座りができたか測定します。測定は1回とします。

測定の注意点

- ・膝が完全に伸展していない、または座面にしっかり着座できていない場合はカウントしません。
- ・30秒経過時点で少しでも立ち上がり動作が見うれば回数にカウントします。
- ・椅子がずれたり倒れたりしないように確認をしましょう。
- ・30秒満たずに終了してしまった場合、評価対象となりませんので、参考値として記録します。

(1)握力

準備するもの:握力計

1. 開始前

手指に痛み等がないか確認しましょう。痛みがある場合、無理に測定は行いません。

2. 開始姿勢



- ①身体は直立姿勢で腕は身体の横で肘が伸びている状態にしましょう。
- ②両足は肩幅くらい開きましょう。

声掛けのポイント

「息をフーッと吐きながら、身体に腕をつけないようにじわっと握ってください」

3. 測定方法

- ①握力計の指針を外側にし、指の第二関節が90度曲がるよう、握力計のグリップを調整します。(=手のサイズに合わせます)
- ②握力計が身体に触れないように肩を軽く外転位にします。
- ③息を吐きながら、力いっぱい握力計を握りましょう。
- ④利き手(又は出しやすい手)を2回測定し、良い方の結果を採用します。
- ⑤小数点第1位まで記入してください。

測定の注意点

- ・身体が傾いたり、肘や膝が曲がっていたり、腕が身体についたり、極端に離れたりしないように気をつけましょう。
- ・握る時に手を振り下ろさない。
- ・息を止めないように注意します。

(3)Time Up&Go Test(TUG)

～脚力・歩行機能・歩行バランス等様々な運動機能の複合測定～

準備するもの:背もたれ付きの椅子、三角コーン、ストップウォッチ

1. 開始前

椅子の前脚から3m先にコーンを設置します。(3m地点の中心をコーンの中心とする)1回練習した後に、2回測定します。

2. 開始姿勢



- ①椅子の背もたれに背中を付けた姿勢になります。
- ②立ち上がりやすいように足を揃えます。

声掛けのポイント

「決して走らず、できるだけ早く戻って椅子に腰かけてください。」

3. 測定方法

- ①本人の好きなタイミングで開始。
背もたれから背中が離れたらストップウォッチを押します。
- ②立ち上がりコーンまで歩き、コーンを回ります。
(どちら回りでも可)
- ③臀部が椅子についた段階でストップウォッチを押します。
- ④2回目も同様に測定します。
- ⑤小数点第2位まで記入します。



測定の注意点

- ・コーンを回る時は転倒の危険性が高いので、歩行の不安定な方に対しては測定員と一緒に横を歩く等の対応をしてください。
- ・開始時に背もたれについていない人は、離座時に測定開始し、着座時に測定終了してください。

(4)5メートル歩行～歩行能力の測定～

準備するもの：養生テープ

1. 開始前

予備路3mずつ、測定区間5mの歩行路の設定を養生テープを引いて行います。(予備路が3m確保できない場合、測定区間の前後1mの予備路を設定してください)

声掛けのポイント

通常歩行速度：「前方の〇〇に向かっていつも歩いているように歩いてください」

最大歩行速度：「前方の〇〇に向かってできるだけ速く歩いてください」

2. 測定方法

- ①参加者のタイミングでスタートします。
- ②遊脚相にある足部が測定区間の始まりのテープ（3m地点）を超えた時点から、測定区間の終わりのテープ（8m地点）を遊脚相の足が超えるまでの所要時間を計測します。
- ③通常歩行速度と最大歩行速度のそれぞれ1回ずつ測定し、小数点第2位まで記入してください。



測定の注意点

- ・ストップウォッチを持ち(手に巻く)参加者と一緒に歩いてください
- ・参加者の転倒には十分注意し、転倒しそうになったらすぐに支えられる距離を保ってください。

(参考)測定結果記録表

項目	初回	3か月後	6か月後
握力	右： kg 左： kg	右： kg 左： kg	右： kg 左： kg
30秒立ち上がり (CS-30)	回	回	回
TUG	(1回目) 秒	(1回目) 秒	(1回目) 秒
	(2回目) 秒	(2回目) 秒	(2回目) 秒
5m歩行速度	通常歩行速度 秒	通常歩行速度 秒	通常歩行速度 秒
	最大歩行速度 秒	最大歩行速度 秒	最大歩行速度 秒

短期集中予防サービス強化支援事業

「長いきいき生活」

マイプラン
いつまでも このまちで 自分らしく



①ほっとするね 緑の府中

府中市

氏 名

短期集中予防サービス事業について

府中市では、

「住み慣れた地域で安心して いきいきと暮らせるまちづくり」

という基本理念を掲げ、この理念の達成に向けて様々な取り組みを行っています。

短期集中予防サービスは心身機能が低下し、難しくなってきた事に対して、自分らしく「いきいき」と「長生き」する「長いきいき生活」を応援するサービスです。

なりたい自分に向かって 3 か月間一緒に楽しみながら過ごしていきましょう!!

～わたしの担当職員について～

●通所事業所(欠席の場合は担当までご連絡ください)

(担当:)

電話: - -

●地域包括支援センター(ケアマネジャー)

地域包括支援センター〇〇〇 (担当:)

電話: - -

●府中市社会福祉協議会

第1層生活支援コーディネーター(担当:中島)

第2層生活支援コーディネーター(担当:)

電話: 042 - 364 - 5382

～今のわたしについて～

★健康のために
気を付けていること

- 運動習慣がある
- バランスの良い食事をとっている
- 口くうの健康に気を付けている
- 規則正しい生活をしている
- 脳トレなどしている
- 人と交流する機会を心掛けている
- 毎年定期検診を受けている
- 定期的又は早めの通院をしている
- その他 ()

★日常行っていること

- 買い物
- 食事準備、調理、片づけ
- 掃除
- 洗濯
- ゴミ捨て
- 預貯金の出し入れ等金銭管理
- バスや電車を利用しての外出
- 服薬管理
- その他 ()

★地域等との関わりについて
行っていること

- 近所の人との挨拶
- 友人との付き合い
- 趣味のサークル、グループ活動
- シニアクラブや自治会
- お祭り関係
- ボランティア活動
- 仕事やシルバー人材センター
- その他 ()

★身近に相談できる
人等はいいますか

- 家族や親せき
- 友人、近所の人
- 民生委員
- 地域包括支援センター
- いきいきプラザ (介護予防推進センター)
- 社会福祉協議会
- 市役所
- その他 ()

★楽しみや好きでやっていることはありますか。

- テレビ・ラジオ鑑賞
- 読書 (新聞・雑誌を含む)
- 友人との交流
- 旅行
- 家族・孫との団らん
- 買い物・ウィンドウショッピング
- 演芸・畑仕事
- 散歩・ウォーキング
- スポーツ観戦・観劇・音楽会・映画
- 運動・体操
- 1 パソコン・インターネット
- 1 2 歌・踊り
- 13 その他 ()

～なりたい自分、目標について～

1. 今のわたしの生活の目標を考えてみましょう。

【生活の目標】（例：友人と一緒に計画し高尾山に登る）

いつごろまでに 令和 年 月 日 頃

2. 目標を達成するための方法を考えてみましょう。

【自分で取り組むこと】（具体的に記入しましょう）

（例：足の筋力をつけるため、毎日5000歩くようにする）

3. 目標が達成できたか評価してみましょう。

評価日 令和 年 月 日

（例：友人と一緒に高尾山に登ることができた）

サービス前後での測定結果

項目	初回	3か月後	6か月後
握力	右： kg 左： kg	右： kg 左： kg	右： kg 左： kg
30秒立ち上がり (CS-30)	回	回	回
TUG	(1回目) 秒	(1回目) 秒	(1回目) 秒
	(2回目) 秒	(2回目) 秒	(2回目) 秒
5 m 歩 行速度	通常歩行速度 秒	通常歩行速度 秒	通常歩行速度 秒
	最大歩行速度 秒	最大歩行速度 秒	最大歩行速度 秒

活動の記録

教室1回目

令和 年 月 日 ()
体温 ℃ 血圧 / その他
今日の内容

1週間の取組についてリハ職からのコメント

今日の取組の感想、リハ職への質問など

1週目の取組記録

よくできた◎ できた○ 少し△ できなかった×

月日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記
(例) 7/2	○	△	△	天気よかったので膝の調子が良かった

塗りつぶしてみましょう

自己評価 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

教室2回目

令和	年	月	日	()
体温	℃	血圧	/	その他
今日の内容				

1週間の取組についてリハ職からのコメント

今日の取組の感想、リハ職への質問など

2週目の取組記録

よくできた◎ できた○ 少し△ できなかった×

月日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記

塗りつぶしてみましょう

自己評価 **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

教室3回目

令和	年	月	日	()
体温	℃	血圧	/	その他
今日の内容				

1週間の取組についてリハ職からのコメント

今日の取組の感想、リハ職への質問など

3週目の取組記録

よくできた◎ できた○ 少し△ できなかった×

月日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記

塗りつぶしてみましょう

自己評価 **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

教室4回目

令和	年	月	日	()
体温	℃	血圧	/	その他
今日の内容				

1週間の取組についてリハ職からのコメント

今日の取組の感想、リハ職への質問など

4週目の取組記録

よくできた◎ できた○ 少し△ できなかった×

月日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記

塗りつぶしてみましょう

自己評価 **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

教室5回目

令和	年	月	日	()
体温	℃	血圧	/	その他
今日の内容				

1週間の取組についてリハ職からのコメント

今日の取組の感想、リハ職への質問など

5週目の取組記録

よくできた◎ できた○ 少し△ できなかった×

月日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記

塗りつぶしてみましょう

自己評価 **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

教室6回目

令和	年	月	日	()
体温	℃	血圧	/	その他
今日の内容				

1週間の取組についてリハ職からのコメント

今日の取組の感想、リハ職への質問など

6週目の取組記録

よくできた◎ できた○ 少し△ できなかった×

月日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記

塗りつぶしてみましょう

自己評価 **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

教室7回目

令和	年	月	日	()
体温	℃	血圧	/	その他
今日の内容				

1週間の取組についてリハ職からのコメント

今日の取組の感想、リハ職への質問など

7週目の取組記録

よくできた◎ できた○ 少し△ できなかった×

月日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記

塗りつぶしてみましょう

自己評価 **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

教室8回目

令和	年	月	日	()
体温	℃	血圧	/	その他
今日の内容				

1週間の取組についてリハ職からのコメント

今日の取組の感想、リハ職への質問など

8週目の取組記録

よくできた◎ できた○ 少し△ できなかった×

月日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記

塗りつぶしてみましょう

自己評価 **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

教室9回目

令和	年	月	日	()
体温	℃	血圧	/	その他
今日の内容				

1週間の取組についてリハ職からのコメント

今日の取組の感想、リハ職への質問など

9週目の取組記録

よくできた◎ できた○ 少し△ できなかった×

月日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記

塗りつぶしてみましょう

自己評価 **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

教室10回

令和	年	月	日	()
体温	℃	血圧	/	その他
今日の内容				

1週間の取組についてリハ職からのコメント

今日の取組の感想、リハ職への質問など

10週目の取組記

よくできた◎ できた○ 少し△ できなかった×

月日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記

塗りつぶしてみましょう

自己評価 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

教室11回

令和	年	月	日	()
体温	℃	血圧	/	その他
今日の内容				

1週間の取組についてリハ職からのコメント

今日の取組の感想、リハ職への質問など

11週目の取組記

よくできた◎ できた○ 少し△ できなかった×

月日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記

塗りつぶしてみましょう

自己評価 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

教室12回

令和	年	月	日	()
体温	℃	血圧	/	その他
今日の内容				

1週間の取組についてリハ職からのコメント

今日の取組の感想、リハ職への質問など

12週目の取組記

よくできた◎ できた○ 少し△ できなかった×

月日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記

塗りつぶしてみましょう

自己評価

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

栄養1回目

令和 年 月 日

身長	cm	体重	kg	BMI
----	----	----	----	-----

該当するものに ○ 及び 記入をしてください。

- * 食欲 < ある ・ まあある ・ あまりない >
- * 睡眠 < よく眠れる・時々目が覚める・寝つきが悪い >
- * 排便 < 毎日 ・ 1～2日毎 ・ 3日以上でないことがある >
- * 食事は1日三食とれていますか
- ①朝食 < はい ・ 時々 ・ いいえ >
- ②昼食 < はい ・ 時々 ・ いいえ >
- ③夕食 < はい ・ 時々 ・ いいえ >
- * 医師からの食事療法 < ある ・ ない >

次のうち、週5日以上食べているものに☑を付けてください



10の食品群

点

栄養1回目つづき

3か月間の目標や続けたいこと

本日のワンポイントアドバイス

栄養2回目

令和 年 月 日

栄養1回目からの取組内容

塗りつぶしてみましょう

自己評価 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



10の食品群

点

本日のワンポイントアドバイス

栄養3回目

令和 年 月 日

栄養2回目からの取組内容

塗りつぶしてみましょう

自己評価 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



10の食品群

点

本日のワンポイントアドバイス

口腔1回目

令和 年 月 日

オーラルフレイルのセルフチェック

<はい・いいえ>に○をつけ、点数を計算してください

質問事項	はい	いいえ
半年前と比べて硬いものが食べにくくなった	2	0
お茶や汁物等でむせることがある	2	0
義歯を入れている	2	0
口の渇きが気になる	1	0
半年前と比べて、外出が少なくなった	1	0
さきイカ・たくあん程度の硬さの食べ物を噛むことが出来る	0	1
1日に2回以上、歯をみがく	0	1
1年に1回以上、歯医者に行く	0	1

セルフチェック
点

オーラルフレイルの危険度指標
合計点数
0～2点：危険性低い
3点以上：危険性あり
4点以上：危険性が高い

咀嚼力チェックリスト

摂取可能食品による咀嚼能力チェックリスト

食品名	咀嚼状況		
	容易に噛める	少し噛みづらい	噛めない
鳥のからあげ	2	1	0
りんご	2	1	0
生のキャベツ	2	1	0
大根の漬物	2	1	0
あられ	2	1	0
ピーナツ	2	1	0
生の人参	2	1	0
干し芋	2	1	0
かた焼きせんべい	2	1	0

咀嚼力チェック
点

※合計 13 点未満は咀嚼力低下がみられる

口腔1回目つづき

当てはまる項目に○をしてください。

*あなたはいつ歯磨きをしていますか？

< 朝・昼・晩（食前・食後）・寝る前 >

*入れ歯を使用していますか？

< はい・いいえ >

3 か月間の目標や続けたいこと

本日のワンポイントアドバイス

令和 年 月 日

□腔1回目からの取組内容

自己評価

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

本日のワンポイントアドバイス

3ヶ月で1番がんばったこと

3ヶ月で出来るようになったこと

3ヶ月で一番うれしかったこと

これからも継続したいこと、今後の目標

リハ職や仲間からの贈る言葉



() さんから

() さんから

令和 年 月 日

□腔1回目からの取組内容

自己評価

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

本日のワンポイントアドバイス

月日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記
1週間の感想				

よくできた◎ できた○ 少し△ できなかった×

月日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記
1週間の感想				

月日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記
1週間の感想				

よくできた◎ できた○ 少し△ できなかった×

月日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記
1週間の感想				

月日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記
1週間の感想				

よくできた◎ できた○ 少し△ できなかった×

月日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記
1週間の感想				

月日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記
1週間の感想				

よくできた◎ できた○ 少し△ できなかった×

月日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記
1週間の感想				

月日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記
1週間の感想				

よくできた◎ できた○ 少し△ できなかった×

月日	やること ()	やること ()	やること ()	ひとこと日記
1週間の感想				

- *出かける場所や頻度が今までより減った…
- 出かけるのがおっくになってきた…
- *近所のお店に歩いて行かなくなった
- *電車・バスを一人で利用しなくなった…
- *（ ）
など

地域包括支援センター〇〇〇 (担当:)
電話: - -

それまで今までの頑張りを続けてみましょう!!

添付 5.

モデル事業の効果検証へのご協力のお願い

東京都短期集中予防サービス強化支援事業 モデル事業の効果検証へのご協力のお願い

令和4年7月1日から東京都短期集中予防サービス強化支援事業モデル実施事業における通所型短期集中予防サービス（以下、東京都モデル事業）を受けられる方々を対象とした、体力測定とアンケート調査によるサービスの効果検証を実施いたします。

ご協力のほどよろしくお願いいたします。

1. 効果検証の概要と目的

〇〇市は、令和4年度東京都が実施する東京都短期集中予防サービス強化支援事業のモデル区市町村として、東京都の支援を受け、モデル事業として「通所型短期集中予防サービス」を実施し、効果検証を実施します。モデル事業の効果検証は、〇〇市と東京都が共同で実施します。本事業により得られた通所型短期集中予防サービスの効果検証結果をもとに、都内で効果的な短期集中予防サービスの取組を進めていくため、〇〇市がデータを収集し、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にデータを提供し、データ分析を行います。

2. 効果検証への協力の同意と取りやめの自由

今回の効果検証に協力するか、しないかはご本人の意思によるところです。協力がない場合でも、ご本人が不利益を受けることは一切ありません。また、介護保険のサービスの利用等が妨げられることも一切ありません。一度、協力に同意された場合でも、途中で協力を取りやめることもできます。途中で取りやめた場合でも、そのことによりご本人への不利益は一切ありません。

なお、途中で効果検証への協力を取りやめる場合には、同意撤回書に記載をいただきます。

3. 効果検証への協力の条件など

効果検証にご協力いただける方

- ①65歳以上
- ②令和3年7月1日以降にモデル事業を受ける方
- ③アンケート調査の記入が可能な方

4. ご協力いただく内容について

今回の効果検証について、内容の説明をさせていただきます。その説明内容を十分理解した上で協力にご同意をいただけた場合に、以下のアンケート調査および体力測定をサー

ビス利用開始時、サービス利用開始3か月後（12週時）、サービス利用開始6か月後（24週時）の3回、ご協力いただきます。

①アンケートによる調査

A4両面2枚、69項目の以下のご質問についてお答えいただきます。

主観的健康感・主観的幸福感・後期高齢者質問票・日本語版EQ-5D-5L・老研式活動能力指標・老年期うつ病評価尺度・社会的自立支援アウトカム尺度、自己効力感に関する指標

②体力測定

握力・30秒立ち上がり・5m歩行（通常歩行・最大歩行）・Timed Up & Go Test

5. 効果検証の協力にあたっての利益と不利益

アンケート調査には30分ほど時間を要します。

利益としては、

- ①ご自身の心身の変化をチェックすることができます
- ②3回目の測定時に、リハビリテーション専門職から助言を受けられます（無料）
- ③サービス利用前、サービス利用開始3か月後、サービス利用開始6か月後の全3回の体力測定とアンケート全てにご協力いただき、データの利用に同意いただける方に5,000円分のクオカードを差し上げます
- ④直接的な利益ではありませんが、モデル事業での取組や効果検証の結果をもとに令和5年度以降に〇〇市の施策として還元されます

6. 個人情報の保護について

今回、効果検証の実施にあたって取得する調査結果などの個人情報やプライバシーは〇〇市役所〇〇課にて厳重に管理され、外部に漏れることはありません。収集したデータについては個人の特定ができないようデータを加工し、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へデータを提供します。また、効果検証は、要介護認定情報やアセスメント情報、サービスの利用状況なども活用して行います。

7. データ結果の公表・活用等について

効果検証の結果については報告書や論文、学会、取組報告会等で公表することも予定しています。また、東京都において、効果的な通所型短期集中予防サービスの推進を目的としたマニュアル等にも活用する予定です。しかし、情報から個人を特定できることはなく、個人のプライバシーは保護されています。

8. 得られた情報の2次利用について

得られた情報の2次利用とは、効果検証のために集めたデータを他の市町村別の効果検証との比較などに利用することです。必要に応じて研究機関などにデータを提供する場合

もありますが、この際にも情報から個人を特定できることはなく、個人のプライバシーは保護されています。

《用語説明》

No.	用語	意味
1	主観的幸福感	総合的に捉えた幸福感
2	主観的健康感	総合的に捉えた健康感
3	老研式活動能力指標	生活機能（IADL）の指標
4	日本語版EQ-5D-5 L	生活の質（QOL）の指標
5	老年期うつ病評価尺度	高齢者のうつ気分を測定 心の健康状態を把握
6	30秒立ち上がり	30秒間に椅子から何回立ち上 がれるかを測定
7	5m歩行	5m通常歩行と最大歩行の 時間を測定
8	Timed Up & Go Test	椅子から立ち上がり3m先の 目印を回って戻ってくる 時間を測定

添付 6.

モデル事業の効果検証に関する同意書

東京都短期集中予防サービス強化支援事業 モデル事業の効果検証に関する同意書

〇〇市長 宛

私は「東京都短期集中予防サービス強化支援事業モデル事業の効果検証」について十分に説明を受け、効果検証の概要と目的、方法及び協力に関する事項とその利益・不利益について理解しました。

つきましては、私の自由意志により、この効果検証に協力することに同意します。

【説明を受け理解した項目】

- ☐ 効果検証の概要と目的について
- ☐ 効果検証への協力の同意と取りやめの自由について
- ☐ 効果検証への協力の条件などについて
- ☐ ご協力頂く内容について
- ☐ 効果検証の協力にあたっての利益と不利益について
- ☐ 個人情報の保護について
- ☐ データ結果の公表・活用等について
- ☐ 得られた情報の2次利用について

■署名欄

氏 名

同意

(自署)

年月日 令和 年 月 日

■説明者

説明日

氏 名

年月日 令和 年 月 日

添付 7.

モデル事業の効果検証への協力に関する同意撤回書

東京都短期集中予防サービス強化支援事業
モデル事業の効果検証への協力に関する同意撤回書

〇〇市長 宛

私は「東京都短期集中予防サービス強化支援事業モデル事業の効果検証」について協力することに同意しましたが、その同意を撤回することにしました。

■署名欄

氏 名（自署）

※同意の撤回は、原則として同意書に署名した人が行います。

撤回年月日 令和 年 月 日

添付 8.

撮影（動画・写真・音声）及び使用に関する同意書

東京都短期集中予防サービス強化支援事業モデル事業の 撮影（動画・写真・音声）及び使用に関する同意書

〇〇市長 宛

私は、「東京都短期集中予防サービス強化支援事業モデル事業」における映像・音声等の使用について、下記のとおり同意します。

【同意事項】 同意いただける事項について ☒ を付けてください。

☐ モデル事業の様子を記録すること（動画・写真・音声）

* 同意いただける記録方法に○をつけてください。

☐ 専門職の技術向上を目的とした研修会又は学術的な会議等で撮影した媒体を匿名で活用されること

☐ 〇〇市や東京都の介護予防・フレイル予防事業またはその関連事業等に匿名で活用されること

【確認事項】

- 1 本映像を含む個人情報は、〇〇市にて厳重に管理され、外部に漏れることは決してありません。
- 2 撮影した媒体を利用する場合、個人が特定されないよう最大限に配慮いたします。
- 3 本同意書に同意した後も、「東京都短期集中予防サービス強化支援事業モデル事業の撮影（動画・写真・音声）及び使用に関する撤回書」を提出することにより、自由に撤回することができます。

■署名欄

氏 名

（自署）

同意

年月日 令和 年 月 日

■説明者

説明日

氏 名

年月日 令和 年 月 日

添付 9.

撮影（動画・写真・音声）及び使用に関する
同意撤回書

東京都短期集中予防サービス強化支援事業モデル事業の撮影（動画・写真・音声）及び使用に関する同意撤回書

〇〇市長 宛

私は「東京都短期集中予防サービス強化支援事業モデル事業の撮影（動画・写真・音声）及び使用」について協力することに同意しましたが、その同意を撤回することにしました。

■署名欄

氏 名（自署）

※同意の撤回は、原則として同意書に署名した人が行います。

撤回年月日 令和 年 月 日

添付 10.

体力測定 記入用紙

体力測定 記入用紙

ID ()

事業所名 ()

氏名 ()

			第1回 (月 日)	第2回 (月 日)	第3回 (月 日)
握力		測定	右手 or 左手	右手 or 左手	右手 or 左手
		1回目	kg	kg	kg
		2回目	kg	kg	kg
CS-30			回	回	回
5m歩行	通常歩行		秒	秒	秒
	最大歩行		秒	秒	秒
TUG		1回目	秒	秒	秒
		2回目	秒	秒	秒

＜確認事項＞

- ・ 握力は測定した「右手or左手」どちらか一方に○をつけてください。
- ・ 握力は小数点第1位まで記入してください（第2位は四捨五入してください）。
- ・ 5m歩行は小数点第2位まで記入してください（第3位は四捨五入してください）。
- ・ TUGは小数点第2位まで記入してください（第3位は四捨五入してください）。

添付 11.

からだとくらしの確認シート

からだとくらしの確認シート1

氏 名	様	記入日	令和	年	月	日
-----	---	-----	----	---	---	---

1ページから4ページまでの質問について、あてはまるものに1つだけ○をつけてください。

現在の健康状態をどのように感じていますか		よい・まあよい・ふつう・あまりよくない・よくない			
一年前の今頃とくらべて生活は向上したと思いますか		向上した・少し向上した・あまりしていない・していない			
	質問内容	回答			
		1	2	3	4
運動と移動	1 軽い運動や体操を週に何日していますか	ほぼ毎日	3～5日	1～2日	していない
	2 床からどのように立ち上がりますか	何もつかまらずに	膝等につけて	何かにつかまって	苦労してやっと
	3 以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	いいえ		はい	
	4 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	いいえ		はい	
	5 ふくらはぎの太い部分を、指輪つか(親指と人差し指)で囲めますか	囲めない	やや囲めない	ちょうど囲める	すきまができる
	6 この1年間に転んだことがありますか	ない	つまずいた程度	1回ある	2回以上ある
	7 定期的な運動・スポーツをしていますか	はい		いいえ	
	8 ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	はい		いいえ	
暮らしぶり	9 週に1回以上は外出していますか	はい		いいえ	
	10 周りの人から「いつもと同じことを聞く」などの物忘れがあると 言われていますか	いいえ		はい	
	11 5分前のことが思い出せますか	はい		いいえ	
	12 今日は何月何日かわからない時がありますか	いいえ		はい	
	13 毎日の生活に満足していますか	満足	やや満足	やや不満	不満
健康管理	14 あなたはたばこを吸いますか	やめた	吸っていない	吸っている	
	15 1日3食きちんと食べていますか	はい		いいえ	
	16 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか (たくあん・さきいかなど)	いいえ		はい	
	17 お茶や汁物等でむせることがありますか	いいえ		はい	
	18 定期的に健康診断(健康診査)を受けていますか	はい		いいえ	
	19 どんな症状で通院していますか(複数選択可)	☐ 通院なし ☐ 糖尿病 ☐ 心疾患 ☐ 高血圧 ☐ 関節痛 ☐ その他			
社会参加・活動	20 (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	いいえ		はい	
	21 ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	はい		いいえ	
	22 家庭や地域での役割がありますか	ある	時々ある	ほとんどない	ない
	23 体調が悪いときに身近に相談できる人がいますか	はい		いいえ	
	24 サークルやサロンなど、自主的なグループに参加していますか	している	時々している	ほとんどしない	していない
	25 あなたは全体としてどの程度幸せですか	とても不幸せ ← ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ → とても幸せ			

※印は、厚生労働省作成「後期高齢者の質問票」

裏面も記入してください➡

からだとくらしの確認シート2

氏 名	様	記入日	令和	年	月	日
-----	---	-----	----	---	---	---

質問内容	回答（当てはまる数字に○をしてください）	
移動の程度	1	歩き回るのに問題はない
	2	歩き回るのに少し問題がある
	3	歩き回るのに中程度の問題がある
	4	歩き回るのにかなり問題がある
	5	歩き回ることができない
身の回りの管理	1	自分で身体を洗ったり着替えをするのに問題はない
	2	自分で身体を洗ったり着替えをするのに少し問題がある
	3	自分で身体を洗ったり着替えをするのに中程度の問題がある
	4	自分で身体を洗ったり着替えをするのにかなり問題がある
	5	自分で身体を洗ったり着替えをすることができない
ふだんの活動 （例：仕事、勉強、家族、余暇活動）	1	ふだんの活動を行うのに問題はない
	2	ふだんの活動を行うのに少し問題がある
	3	ふだんの活動を行うのに中程度の問題がある
	4	ふだんの活動を行うのにかなり問題がある
	5	ふだんの活動を行うことができない
痛み／不快感	1	痛みや不快感はない
	2	少し痛みや不快感がある
	3	中程度の痛みや不快感がある
	4	かなりの痛みや不快感がある
	5	極度の痛みや不快感がある
不安／ふさぎ込み	1	不安でもふさぎ込んでもいない
	2	少し不安あるいはふさぎ込んでいる
	3	中程度に不安あるいはふさぎ込んでいる
	4	かなり不安あるいはふさぎ込んでいる
	5	極度に不安あるいはふさぎ込んでいる



表面も記入してください

					スコア	
--	--	--	--	--	-----	--

転載元：日本語版EQ-5D-5L調査票(EuroQolGroup)

からだとくらしの確認シート3

氏 名	様	記入日	令和	年	月	日
-----	---	-----	----	---	---	---

	質問内容	回答	
活動	1 バスや電車を使って1人で外出できますか	はい	いいえ
	2 日用品の買い物ができますか	はい	いいえ
	3 自分で食事の用意ができますか	はい	いいえ
	4 請求書の支払いができますか	はい	いいえ
	5 銀行預金・郵便貯金の出し入れが自分でできますか	はい	いいえ
	6 年金などの書類が書けますか	はい	いいえ
	7 新聞を読んでいますか	はい	いいえ
	8 本や雑誌を読んでいますか	はい	いいえ
	9 健康についての記事や番組に興味がありますか	はい	いいえ
	10 友だちの家を訪ねることがありますか	はい	いいえ
	11 家族や友だちの相談にのることがありますか	はい	いいえ
	12 病人を見舞うことができますか	はい	いいえ
	13 若い人に自分から話かけることがありますか	はい	いいえ
健康管理	14 毎日の生活に満足していますか	はい	いいえ
	15 毎日の活動力や周囲に対する興味が低下したと思いますか	はい	いいえ
	16 生活が空虚だと思いますか	はい	いいえ
	17 毎日が退屈だと思うことが多いですか	はい	いいえ
	18 大抵は機嫌よく過ごすことが多いですか	はい	いいえ
	19 将来の漠然とした不安に駆られることが多いですか	はい	いいえ
	20 多くの場合は自分が幸福だと思いますか	はい	いいえ
	21 自分が無力だなあと思うことが多いですか	はい	いいえ
	22 外出したり何か新しいことをするより家にいたいと思いますか	はい	いいえ
	23 何よりもまず、もの忘れが気になりますか	はい	いいえ
	24 いま生きていることが素晴らしいと思いますか	はい	いいえ
	25 生きていても仕方がないと思う気持ちになることがありますか	はい	いいえ
	26 自分が活気にあふれていると思いますか	はい	いいえ
	27 希望がないと思うことがありますか	はい	いいえ
	28 周りの人があなたより幸せそうに見えますか	はい	いいえ



表面も記入してください

活動 1～13 老研式活動能力指標

健康管理 14～28 老年期うつ病評価尺度(Geriatric depression scale)

からだとくらしの確認シート4

氏 名		様	記入日	令和	年	月	日
	質問内容		回答				
自己管理	1	ご自身の健康や生活にさまざまな問題があっても、自分は活動的な生活を送っていると思いますか？	4	強くそう思う			
			3	おおむねそう思う			
			2	ある程度そう思う			
			1	あまり思わない			
			0	まったく思わない			
	2	ご自身が転倒せずに日常生活(屋内および屋外)での活動を行うことができますか？	4	強くそう思う			
			3	おおむねそう思う			
			2	ある程度そう思う			
			1	あまり思わない			
			0	まったく思わない			
	3	ご自身が時間のゆとりや天候に関わらず運動を続けることができますか？	4	強くそう思う			
			3	おおむねそう思う			
			2	ある程度そう思う			
			1	あまり思わない			
			0	まったく思わない			
	4	ご自身が困難に直面した時にその状況を乗り越えることができますか？	4	強くそう思う			
			3	おおむねそう思う			
			2	ある程度そう思う			
			1	あまり思わない			
			0	まったく思わない			
	5	ご自身の思いや希望をどれだけ他者(支援の専門家も含む)に伝えられていると思いますか？	4	十分に伝えられている			
			3	かなり伝えられている			
			2	そこそこ伝えられている			
			1	あまり伝えられていない			
			0	まったく伝えられていない			
	6	ご自身で必要な手助けは積極的に求めることができますか？	4	強くそう思う			
			3	おおむねそう思う			
			2	ある程度そう思う			
1			あまり思わない				
0			まったく思わない				
7	ご自身の健康や生活をよりよくするための情報をどれだけ得られていると思いますか？ ここでの情報とは医療的な情報や、日々の生活や活動に役立つさまざまな情報を指します。	4	十分に得られている				
		3	かなり得られている				
		2	そこそこ得られている				
		1	あまり得られていない				
		0	まったく得られていない				
8	ご自身がより活動的な生活を送るための意思決定は、自分でどれだけできていると思いますか？	4	十分にできている				
		3	かなりできている				
		2	そこそこできている				
		1	あまりできていない				
		0	まったくできていない				
9	ご自身がより活動的な生活を送るための取り組みは、自分ではどれだけ実行できていると思いますか？ ここでの取り組みとは、身体づくりや、必要となる手助け・道具・手段の手配や調整を指します。	4	十分にできている				
		3	かなりできている				
		2	そこそこできている				
		1	あまりできていない				
		0	まったくできていない				

* 5項目(1・5・7・8・9) 社会的自立支援アウトカム尺度 Social Independent Support Scale ; SIOS

令和 4 年度短期集中予防サービス強化支援事業報告書

令和 5 年 3 月発行

発 行 東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課
東京都新宿区西新宿二丁目 8 番 1 号
電話 (03) 5320-4271

編 集 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
東京都港区西新橋一丁目 5 番 11 号
電話 (03) 3506-8529

印刷会社名 株式会社社会保険出版社

登録番号 (4) 417

本報告書の全部又は一部を問わず、無断引用、転載を禁じます。

PJ No. 22310

