

平成26年4月25日（金）

平成26年度第1回都道府県介護予防担当者・アドバイザー合同会議

これからの介護予防

厚生労働省 老健局老人保健課
課長補佐 鶴田真也

本日の内容

1. 現行の介護予防関連制度の概要について
2. 地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組事例
3. 市町村介護予防強化推進事業（予防モデル事業）について
4. これからの介護予防
5. 今後の介護予防の推進における都道府県の役割等について
 - (1) 地域づくりによる介護予防の推進について
 - (2) 介護・医療関連情報の「見える化」の推進について

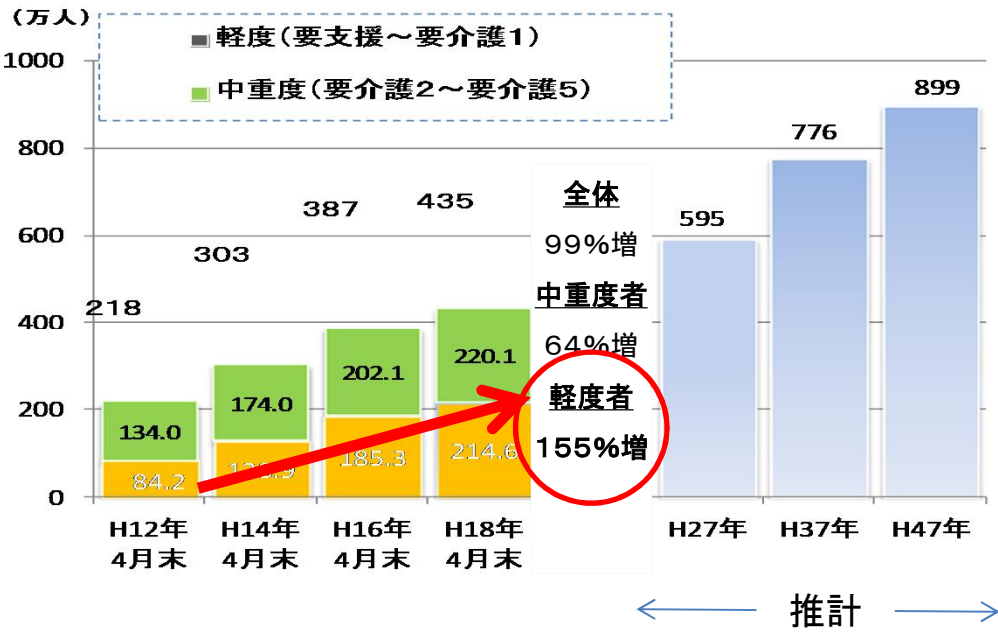
1. 現行の介護予防関連制度の概要について

介護予防導入の経緯（平成18年度創設）

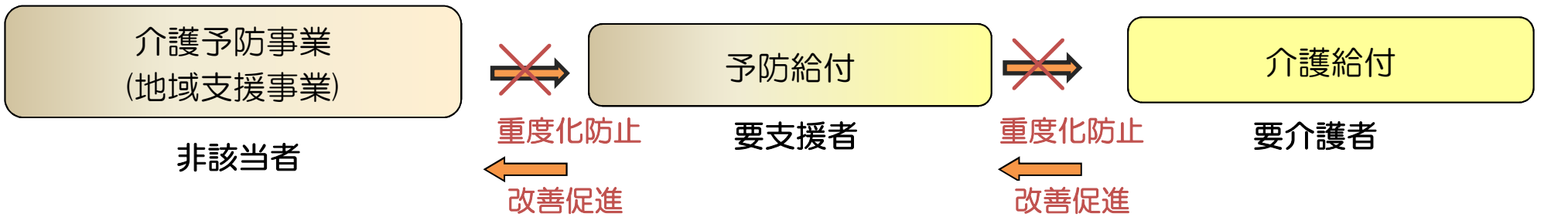
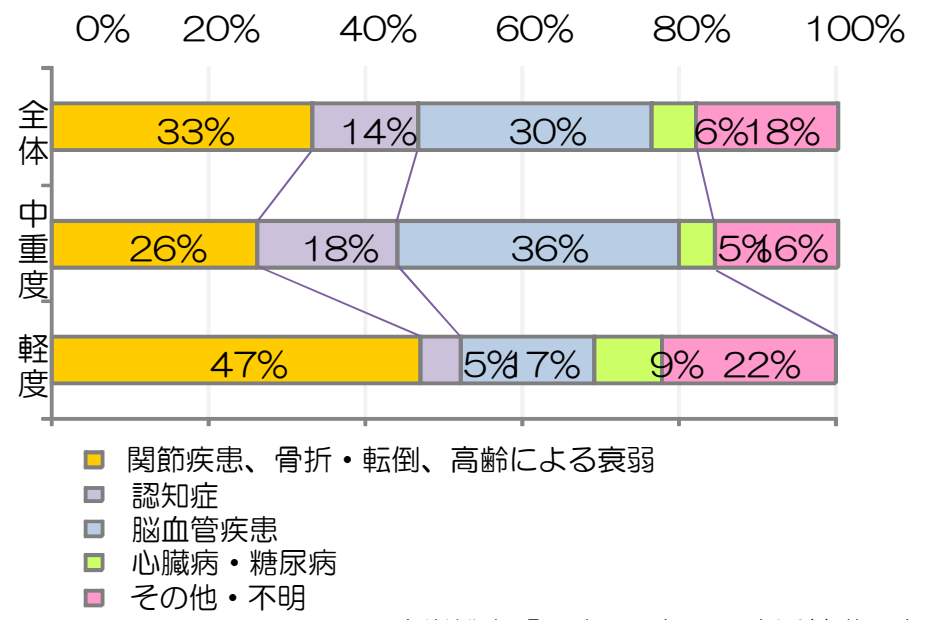
- 要支援・要介護1の認定者（軽度者）の大幅な増加。
- 軽度者の原因疾患の約半数は、体を動かさないことによる心身の機能低下。

定期的に体を動かすことなどにより予防が可能！ → 予防重視型システムの確立へ

要介護度別認定者数の推移

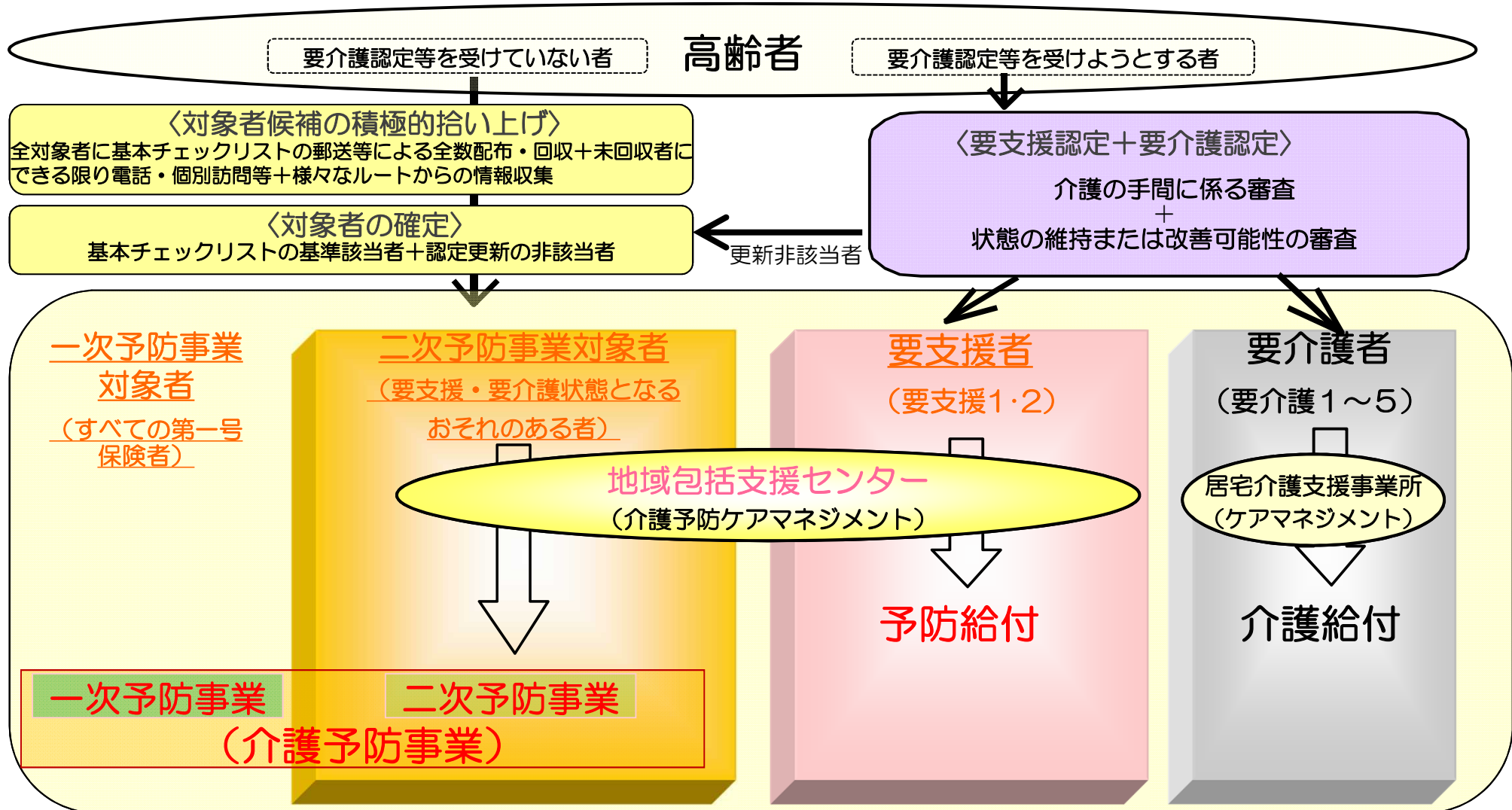


要介護度別の原因疾患



介護予防（予防給付・介護予防事業）の全体像

- 要介護認定により要支援1・要支援2と認定された方に予防給付を提供
- 基本チェックリストにより、要支援・要介護状態になるおそれがあると判定された高齢者に対して、二次予防事業を提供



介護予防事業の概要

- 介護予防事業は介護保険法第115条の45の規定により、市町村に実施が義務付けられている。
- 要介護状態等ではない高齢者に対して、心身の機能や生活機能の低下の予防又は悪化の防止のために必要な事業として、各市町村が実施。
- 介護予防事業は介護給付見込み額の2%以内の額で実施（介護保険法施行令第37条の13）
- 平成25年度 国費：124億円 総事業費：496億円（介護保険法第122条の2）
(国1/4、都道府県1/8、市町村1/8、保険料(1号2/10、2号3/10))

一次予防事業(旧:一般高齢者施策)

【対象者】 高齢者全般

【事業内容】

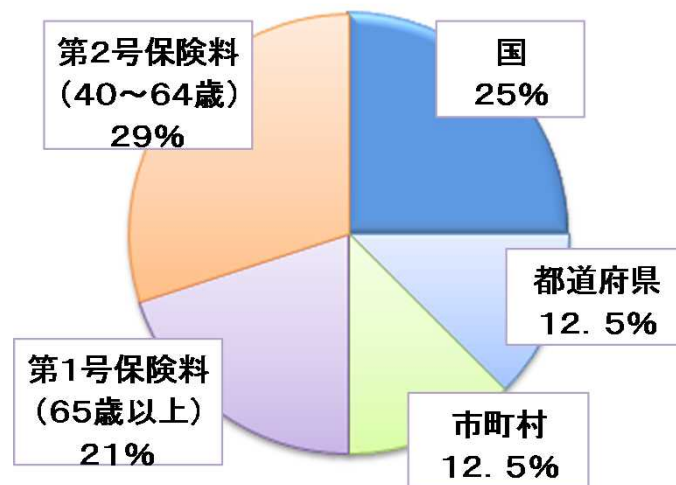
- 介護予防普及啓発事業、
講演会、介護予防教室等の開催、啓発資材等の作成、配布等
- 地域介護予防支援事業
ボランティア育成、自主グループ活動支援 等

二次予防事業(旧:特定高齢者施策)

【対象者】 要介護状態等となるおそれのある高齢者（生活機能の低下等がみられる高齢者）

【事業内容】

- 通所型介護予防事業
運動器の機能向上プログラム、栄養改善プログラム、口腔機能の向上プログラム、複合プログラム 等
- 訪問型介護予防事業
閉じこもり、うつ、認知機能低下への対応、通所が困難な高齢者への対応 等



二次予防事業対象者のスクリーニング方法

基本チェックリスト

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を お付け下さい)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
11	6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI=) (注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1.はい	0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ

(注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が 18.5 未満の場合に該当とする。

10項目
以上に
該当

運動
3項目以上
に該当

栄養
2項目に該当

口腔
2項目以上
に該当

閉じこもり

認知機能

うつ

配布対象・配布方法

○基本チェックリストの配布

- 把握事業の全対象者に郵送等により配布・回収
ただし、地域の実情に応じた対応が可能
- ・3年間に分けて配布
 - ・日常生活圏域ニーズ調査を活用等

○他部局からの情報提供等

- 下記の方法等で把握した者に対して基本チェックリストを実施
- ・要介護認定等の担当部局との連携
 - ・保健部局との連携
 - ・医療機関からの情報提供
 - ・地域住民からの情報提供
 - ・地域包括支援センターの総合相談支援業務との連携
 - ・本人、家族等からの相談
 - ・特定健康診査等の担当部局との連携
 - ・その他市町村が適当と認める方法

二次予防事業対象者の判別方法

次の i から iv までのいずれかに該当する者を、要介護・要支援状態となるおそれの高い状態にあると認められる者として二次予防事業対象者とする

- 1 から 20 までの項目のうち 10 項目以上該当する者
- 6 から 10 までの項目のうち 3 項目以上該当する者
→運動器の機能が低下
- 11 から 12 までの項目のうち 2 項目該当する者
→低栄養状態
- 13 から 15 までの項目のうち 2 項目以上該当する者
→口腔機能が低下

なお、上記に該当する者のうち、16の項目に該当する者、18から20のいずれかに該当する者、21から25までの項目のうち2項目以上に該当する者については、うつ・閉じこもり・認知機能の低下予防や支援にも考慮する必要がある

二次予防事業の実績の推移

二次予防事業への参加者数の目標を高齢者人口の5%を目安として取り組んできたが、平成23年度の実績は0.8%と低調である。

		高齢者人口に対する割合				
年度	高齢者人口*1 (人)	基本チェックリスト 配布者*2 (配布者数)	基本チェックリスト 回収者*3 (回収者数)	基本チェックリスト 回収率 【回収者数／ 配布者数(%)	二次予防事業 対象者*4 (対象者数)	二次予防事業 参加者*5 (参加者数)
H18	26,761,472	—	—	—	0.6% (157,518人)	0.2% (50,965人)
H19	27,487,395	—	—	—	3.3% (898,404人)	0.4% (109,356人)
H20	28,291,360	52.4% (14,827,663人)	30.7% (8,694,702人)	58.6%	3.7% (1,052,195人)	0.5% (128,253人)
H21	28,933,063	52.2% (15,098,378人)	30.1% (8,715,167人)	57.7%	3.4% (984,795人)	0.5% (143,205人)
H22	29,066,130	54.2% (15,754,629人)	29.7% (8,627,751人)	54.8%	4.2% (1,227,956人)	0.5% (155,044人)
H23	29,748,674	55.8% (16,586,054人)	34.9% (10,391,259人)	62.6%	9.4% (2,806,685人)	0.8% (225,667人)

*1 高齢者人口：各年度末の高齢者人口を計上

*2,3基本チェックリスト配布者、回収者：平成18年度、19年度については調査なし

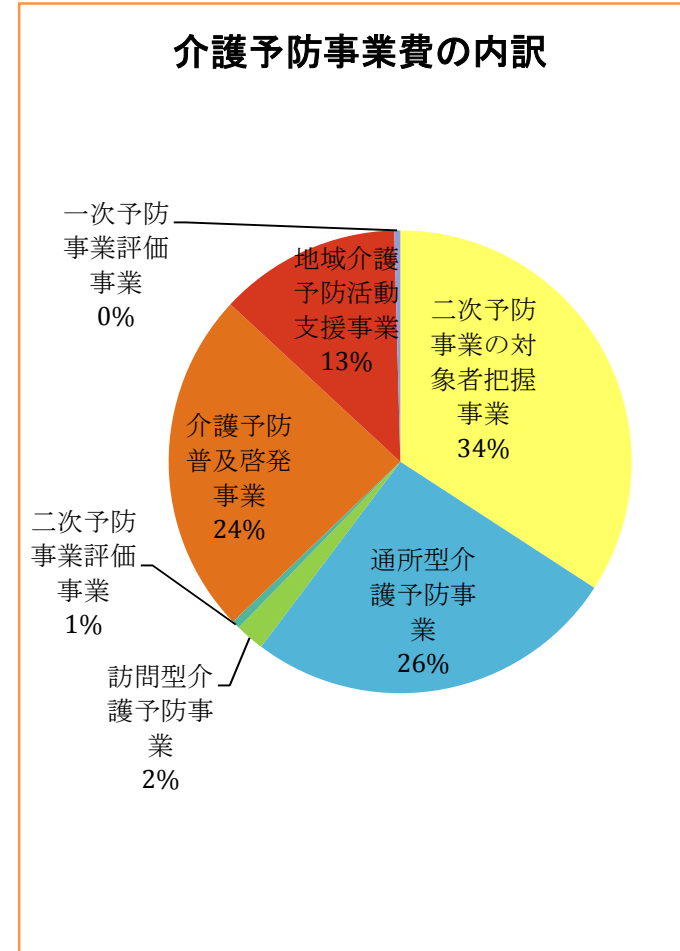
*4 二次予防事業対象者：当該年度に新たに決定した二次予防事業の対象者と前年度より継続している二次予防事業者の総数

*5 二次予防事業参加者：通所型介護予防事業、訪問型介護予防事業、および通所型・訪問型介護予防事業以外で介護予防に相当する事業に参加した者を含む

平成23年度の介護予防事業の実績

	内容		実施 保険者数	対象経費実支出額
二次予防事業	二次予防事業の対象者把握事業		1,550	15,009,789,382円
	通所型介護 予防事業	運動器機能向上	1,137	11,467,101,458円
		栄養改善	285	
		口腔機能向上	595	
		認知機能低下予防・支援	214	
		複合	816	
		その他	119	
	訪問型介護 予防事業	運動器機能向上	212	894,200,888円
		栄養改善	224	
		口腔機能向上	192	
		認知機能低下予防・支援	142	
		閉じこもり予防・支援	202	
		うつ予防・支援	176	
		複合	149	
二次予防事業評価事業		931	249,221,350円	
一次予防事業	介護予防普 及啓発事業	パンフレット等の作成・配布	1,270	10,566,271,561円
		講演会・相談会	1,187	
		介護予防教室等	1,467	
		介護予防事業の記録等管理媒 体の配布	493	
		その他	254	
	地域介護予 防活動支援 事業	ボランティア等の人材育成	872	5,573,533,569円
		地域活動組織への支援・協力等	955	
		その他	216	
一次予防事業評価事業		802	181,152,153円	
合計			1,594	43,941,270,361円

「二次予防事業の対象者把握事業」が全体の3割強を占める



2. 地域の実情に応じた 効果的・効率的な介護予防の取組事例

①大阪府大東市 ～住民主体の介護予防～

○住民が主体となって取り組む介護予防事業を市内全域で展開している。虚弱高齢者が元気高齢者の支えで元気を取り戻し、小学校の下校時の見守り隊に参加するなど社会活動が広がっている。
○介護予防活動を通して、見守りや助け合い等地域の互助の力が育っている。

基本情報（平成25年4月1日現在）

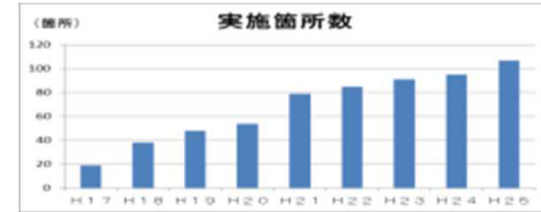
※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	0	カ所
	委託	3	カ所
総人口		123,573	人
65歳以上高齢者人口		26,697	人
		21.6	%
75歳以上高齢者人口		10,516	人
		8.5	%
第5期1号保険料		4,980	円



介護予防の取組の変遷

- 平成16年度に地域ケア会議で町ぐるみの介護予防の必要性を提言
- 平成17年度に虚弱者も参加できる「大東元気でまっせ体操」を開発し、一次・二次予防対象者の枠組みにとらわれず、自治会、町内会単位で住民主体での活動の場の普及に取り組む
- 老人会のイベント等で介護予防について普及啓発
- 住民主体の活動の場の育成及び世話役を養成
- 体操教室後に民生委員、校区福祉委員、世話役が集合。地域の虚弱高齢者情報を共有し、具体的な対策を検討する

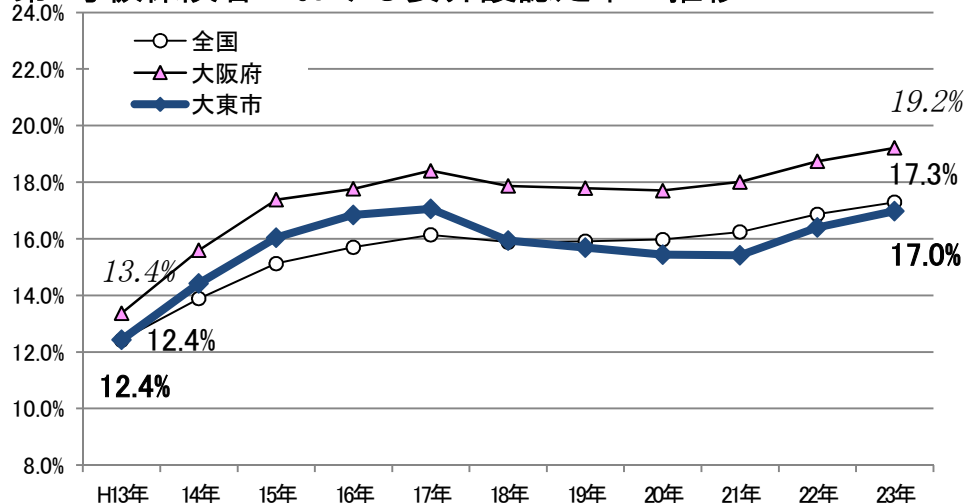


65才以上高齢者のうち毎月参加している者の割合 **9.3%**

65才以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合 **2.7%**

※要支援1～要介護5の高齢者163人が含まれる。

第1号被保険者における要介護認定率の推移



専門職の関与の仕方

- 介護予防の啓発は保健師とリハ職のペアで行う
- 体操教室の立ち上げの際には体操指導と体操ビデオの提供及び世話役の育成を保健師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士が行った
- 身体障害や関節痛により体操を同じようにできない方に対しては、市のリハ職が訪問し、痛みがでない運動法を指導した
- 認知症や高次脳機能障害、精神障害などで集団活動に不具合が生じた時には地域包括支援センター職員が出向いて、認知症の方への対応方法等を世話役に指導した
- 世話役から活動の脱落者について地域包括支援センター職員に連絡が入った場合には、職員はその原因を明確にした上で個別に対応する（例：認知症の方への対応、不仲の場合には教室の変更）

②岡山県総社市 ～徒歩圏内に住民運営の体操の集い～

元気な高齢者と要支援・要介護認定を受けている高齢者が一緒に行う住民運営の体操の集いが、公民館や個人宅で、毎週1回開催されており、平成25年現在、市内全域に110会場が誕生し、徒歩圏内で参加できるようになっている。

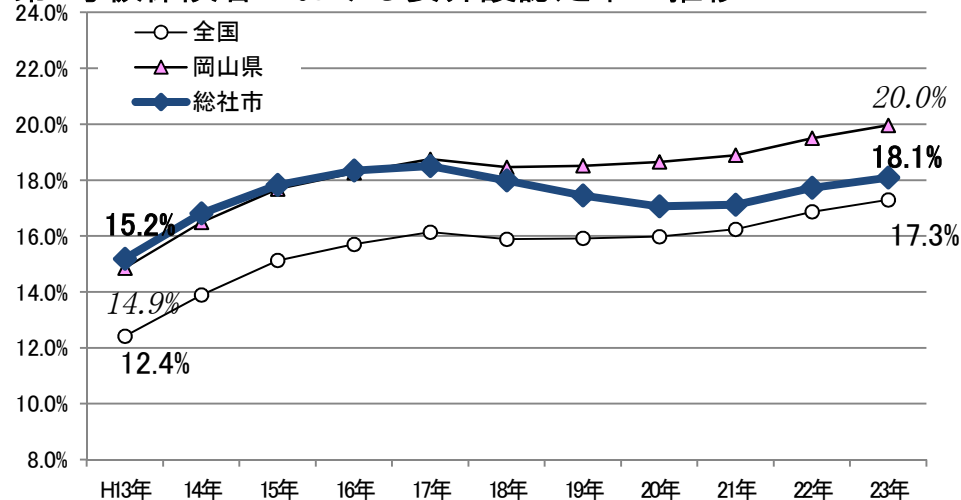
基本情報（平成25年4月1日現在）

※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	0	カ所
	委託	6	カ所
総人口		66,861	人
65歳以上高齢者人口		16,017	人
		24.0	%
75歳以上高齢者人口		8,226	人
		12.3	%
第5期1号保険料		4,700	円



第1号被保険者における要介護認定率の推移



介護予防の取組の変遷

- 〈平成12年〉要介護認定の非該当者の受け皿として、「健康づくりの集い」を介護予防教室として実施。（作業療法士・理学療法士・保健師主導、月1回、17会場）
- 〈平成17年〉小学校区単位で小地域ケア会議を開始。住民・社協・ケアマネ・保険者等の意見交換の場として定着。
- 〈平成20年〉地域包括支援センター（当時直営）が、小地域ケア会議に働きかけ、各地区で週1回の体操の集いが始まる。
- 〈平成24年〉ケーブルテレビ等の各種媒体で市民に広報した結果、100会場まで増える。



H24年度参加実人数	高齢者人口に占める割合
1,535人	9.6%

※要支援1～要介護4の高齢者88人が含まれる。

個人宅での体操の集い

専門職の関与の仕方

- 地域包括支援センターの3職種が事務局（H24.4より委託）、行政の保健師・理学療法士は一委員として、市内21地区で1～2ヶ月に1回開催される小地域ケア会議に参加し、一緒に地域の課題を話し合う。
- 体操の集いの立ち上げ時には、行政もしくは地域包括支援センターの専門職が体操を具体的に指導。
- 集いの全ての会場で年1回体力測定を実施。随時、利用者の変調について住民から情報が入るので、専門職がアセスメントと助言指導を行う。

③愛知県武豊町 ～住民の参加・社会活動の場としてのサロン～

町・大学・社会福祉協議会が一体となり住民ボランティアに対して支援し(サロン立ち上げ支援、ボランティア育成、運営支援)、徒歩15分圏内(500m圏内)にサロンを設置。その結果、住民が主体的に参加し社会活動をする場として機能している。

基本情報 (平成25年4月1日現在)

※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	0	カ所
	委託	1	カ所
総人口		41,927	人
65歳以上高齢者人口		8,711	人
		20.8	%
75歳以上高齢者人口		3519	人
		8.4	%
第5期1号保険料		4,780	円



介護予防の取組の変遷

- (平成17年) 町・社会福祉協議会(社協)・大学が協働し、高齢者の参加促進・社会活動活性化を進める目的で「憩いのサロン」の事業計画を開始(H20年からの町の総合計画に、政策評価の成果指標としてサロン拠点数が盛り込まれる)
- (平成18年) ボランティア候補者・町・大学とでワークショップや視察を繰り返し行い、各サロンの運営主体となるボランティア組織を形成しつつ、サロンの方向性・運営方法・サロンで実施する内容を固める
- (平成19年) 3会場から始め、500m圏(徒歩15分で通える圏内)にサロンを設置することを目標に順次増設

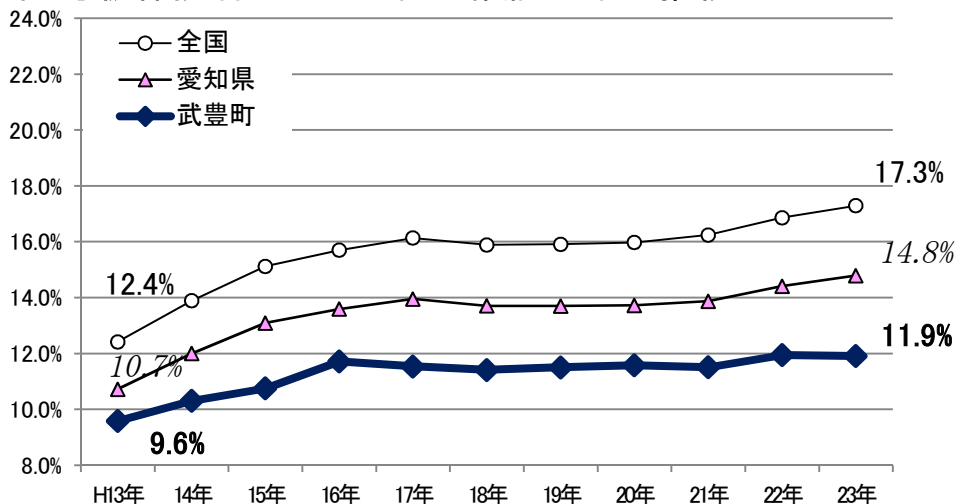
65才以上高齢者に占める参加者の割合

9.8 %

65才以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合

1.0 %

第1号被保険者における要介護認定率の推移



専門職の関与の仕方

- 地域包括支援センターは、サロン立ち上げから1年間、ボランティア運営組織が自立して金銭管理・サロン運営が出来る様に支援
1年経過後は2~3ヶ月に1回の巡回と、各サロン会場の運営者連絡会を開催(隔月)しサポート
- 町の福祉課は、広報と新規会場の立ち上げ支援、健康課(保健師)は各サロンに順次出向き、健康講話・健康相談を実施
- 共同研究協定を結んでいる大学は町と協力して、事業効果検証や体力測定、認知症検査を実施
- 社協は、ボランティア研修や、ボランティアが加入する保険管理、求められた時にボランティアの派遣調整などを実施

④茨城県利根町 ～シルバーリハビリ体操指導士の体操普及活動～

茨城県立健康プラザの主催する講習会を終了した60歳以上の世代の住民ボランティア「シルバーリハビリ体操指導士」が、公民館等で高齢者のための体操教室を立ち上げ、自主活動として運営。町内13箇所毎月2～4回、延13,390人が参加しており、地域に定着している。

基本情報（平成25年4月1日現在）

※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	1	カ所
	委託	0	カ所
総人口		17,592	人
65歳以上高齢者人口		5,272	人
		30.0	%
75歳以上高齢者人口		2,009	人
		11.4	%
第5期1号保険料		4,070	円



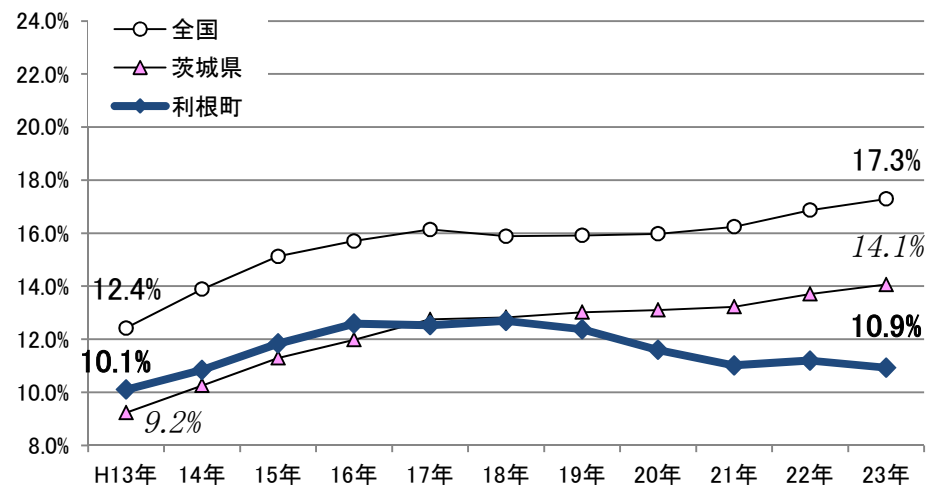
介護予防の取組の変遷

- 平成16年 利根町社会福祉協議会による定年男性のためのボランティア講座と県立健康プラザのシルバーリハビリ体操が結びつき、高齢者のための体操指導者の養成を開始。
- 平成17年 養成された「シルバーリハビリ体操指導士（以下、指導士）」が国保診療所の一室で外来受診者も交えて、地域の高齢者に体操を指導するようになった。
- 平成18年 二次予防事業のサポート役として指導士が参加
- 指導士の活動は、高齢世代が高齢世代を支え合う互助の活動として、町内に定着している。



H24年度参加実人数	高齢者人口に占める割合
544人	10.3%

第1号被保険者における要介護認定率の推移



専門職の関与の仕方

- 保健師
指導士の体操教室を、町内に広報。必要な人に体操の参加を勧める。
- 地域包括支援センターの主任ケアマネ・社会福祉士
体操に來れなくなった人に訪問、状況把握
- 国保診療所の医師
診療所の外来受診者に体操への参加を勧め、指導士の活動を後押し

⑤山梨県北杜市 ～地域ケア会議を通じた総合事業の展開～

○ 地域ケア会議で関係者の合意形成を図りながら、地区組織、NPO法人、介護サービス事業者を含めた民間事業者との連携・協働により、介護保険外サービスを創設し、介護予防・日常生活支援総合事業を展開。住民の自助・互助の促進につながっている。

基本情報（平成25年4月1日現在）

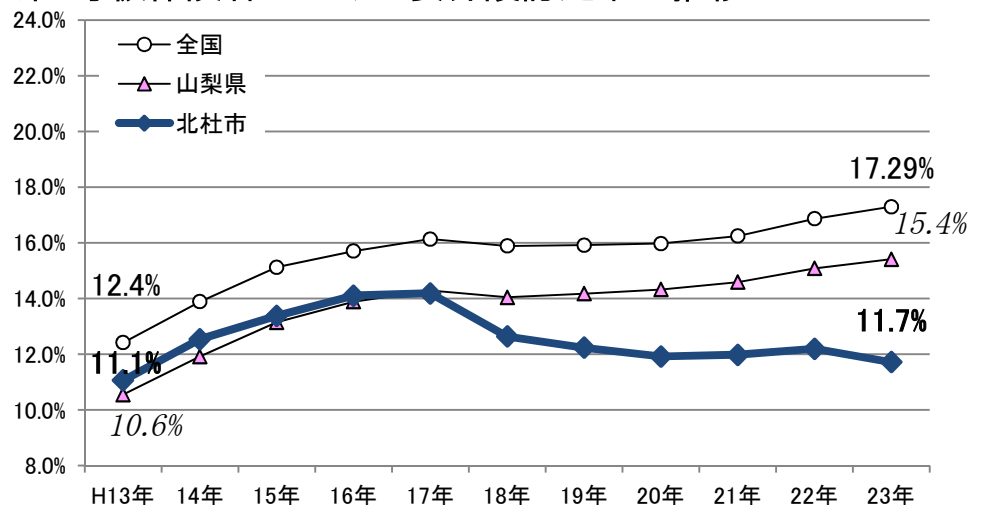
※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	1	カ所	長野県 北杜市
	委託	0	カ所	
総人口		48,823	人	山梨県 静岡県
65歳以上高齢者人口		15,120	人	
		31.0	%	
75歳以上高齢者人口		8,135	人	
		16.7	%	
第5期1号保険料		3,833	円	

介護予防の取組の変遷

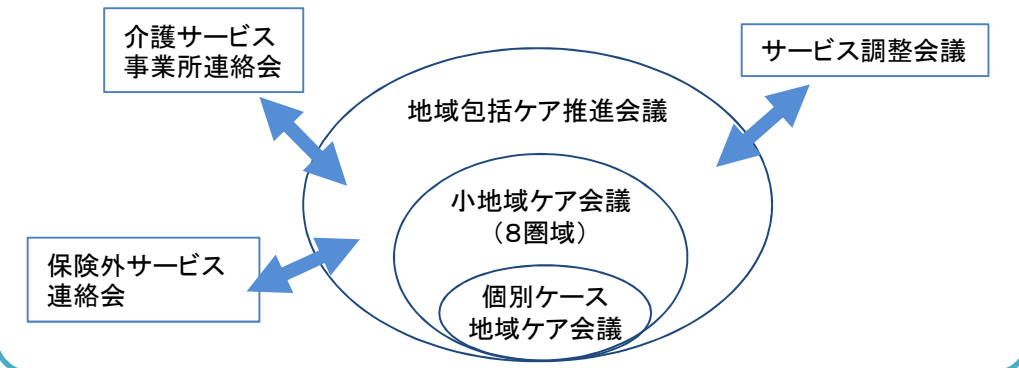
- 平成17年 介護予防事業の中核機関として地域包括支援センターを位置づけ、設置準備。
- 高齢者の健康増進・介護予防・重度化予防の各段階において、必要な対策を講じることができるよう、関係機関（庁内関係課、社会福祉協議会、介護サービス事業所、医療機関等）と検討を重ねる。
- 介護予防に関する各種事業の評価を重視し、PDCAを回しながら事業を進める。
- 「自助・互助・共助・公助」の考え方を普及するため、講演会や地区組織等への働きかけを行い、住民参加型の地域づくりをめざした。

第1号被保険者における要介護認定率の推移



専門職の関与の仕方

○地域ケア会議をはじめとした各種会議体を重層的に構成し、保健師や地域包括支援センターが、関係機関の連携強化を図る。
（地域包括支援センターは、必要に応じて関係者と同行訪問）



⑥長崎県佐々町 ～介護予防ボランティアを主軸にした地域づくり～

○中高年齢層を対象として介護予防ボランティアを養成し、ボランティア活動が無理なく継続できるように、連絡会を組織してバックアップしている。介護予防・日常生活支援総合事業においても、介護予防ボランティアが、生活支援や通所の場で、担い手として活躍している。

基本情報（平成25年4月1日現在）

※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	1	カ所
	委託	0	カ所
総人口		13,786	人
65歳以上高齢者人口		3,034	人
		22.0	%
75歳以上高齢者人口		1,626	人
		11.8	%
第5期1号保険料		5,590	円

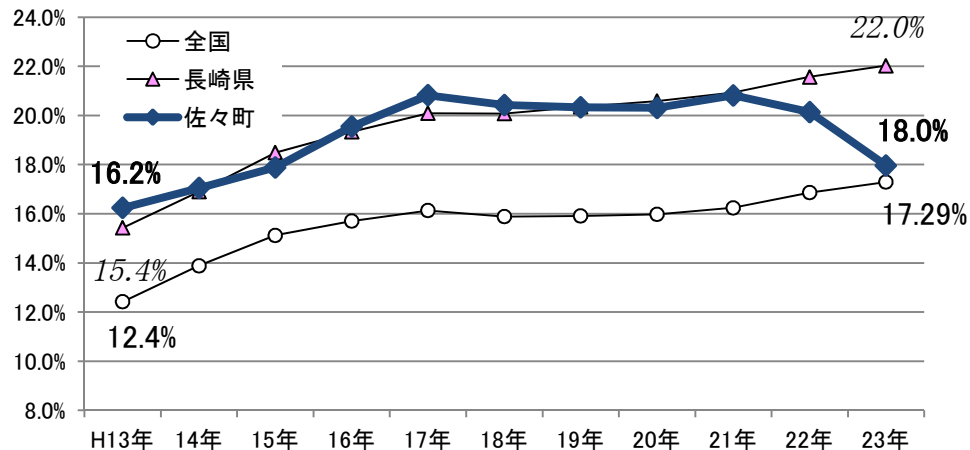


介護予防の取組の変遷

- 平成18年 地域包括支援センターが始動し、介護予防の普及啓発を行うものの、住民の主体的取組につながらず、2年が経過。町内唯一の地域サロンは、職員の関与無しには成り立たない状況だった。
- 平成20年 普及啓発のあり方を見直し、自主活動の育成に主眼を置いた「介護予防ボランティア養成講座」をスタート。修了者がそれぞれの地区で「地域型介護予防推進活動」に取り組むようになり、初年度に、8地区で集いの場が立ち上がる。
- 以後、毎年、新たなボランティアを養成し、現在、団塊世代を対象に「地域デビュー講座」として継続中。修了者による集いの場は、現在14地区で開催されている。（最終目標は、全町内会30地区）

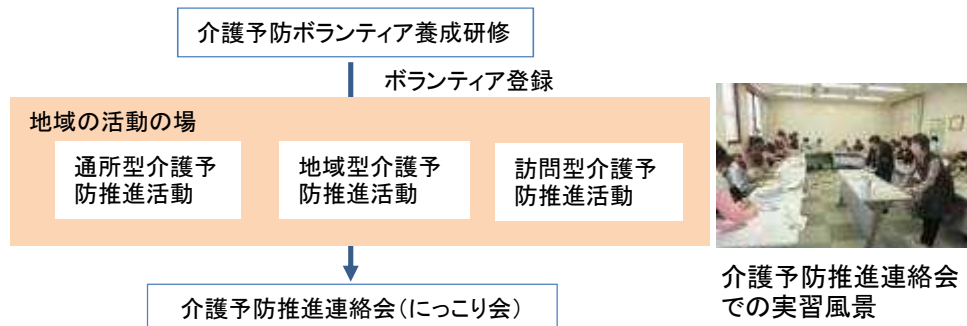
65才以上高齢者のうち毎月参加している者の割合	11.6 %
65才以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合	6.6 %

第1号被保険者における要介護認定率の推移



専門職の関与の仕方

- 「介護予防ボランティア養成講座」の企画と実施
- 月1回の定例会で、研修終了者の活動をバックアップ（にっこり会）
- 住民、関係団体と協議の機会を設け、課題やめざすべき方向などを共有



介護予防推進連絡会での実習風景

社会参加と介護予防効果の関係について

スポーツ関係・ボランティア・趣味関係のグループ等への社会参加の割合が高い地域ほど、転倒や認知症やうつ病のリスクが低い傾向がみられる。

調査方法

2010年8月～2012年1月にかけて、北海道、東北、関東、東海、関西、中国、九州、沖縄地方に分布する31自治体に居住する高齢者のうち、要介護認定を受けていない高齢者169,201人を対象に、郵送調査(一部の自治体は訪問調査)を実施。

112,123人から回答。
(回収率66.3%)

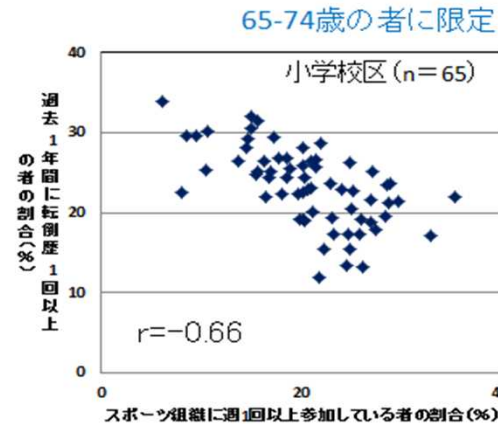
【研究デザインと分析方法】

研究デザイン: 横断研究
分析方法: 地域相関分析

JAGES(日本老年学的評価研究)プロジェクト



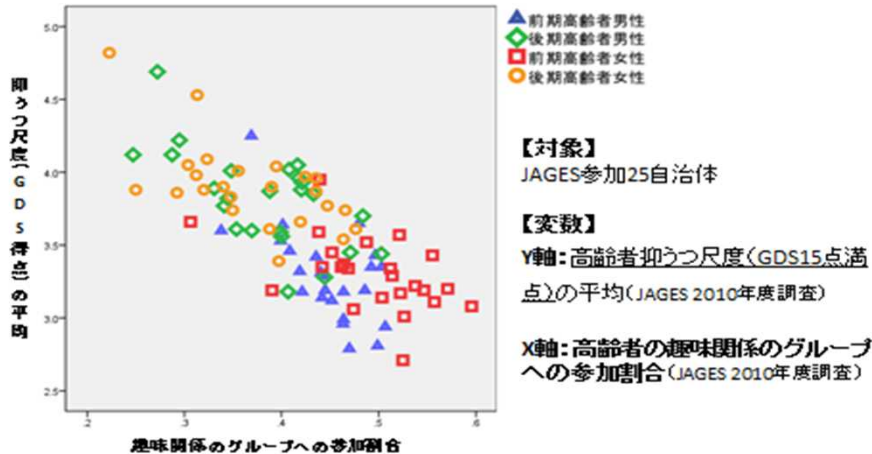
スポーツ組織への参加割合が高い地域ほど、過去1年間に転倒したことがある前期高齢者が少ない相関が認められた。



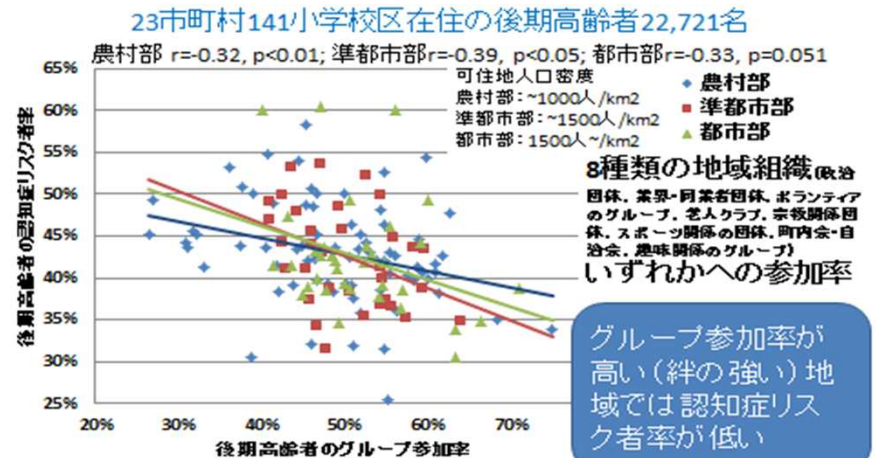
6保険者(9自治体)の要介護認定を受けていない人に郵送調査に回答した29072人(回収率62.4%)

転倒率:
11.8%～33.9%
スポーツ組織参加率が高い小学校区では転倒者の割合が少ない

趣味関係のグループへの参加割合が高い地域ほど、うつ得点(低いほど良い)の平均点が低い相関が認められた。

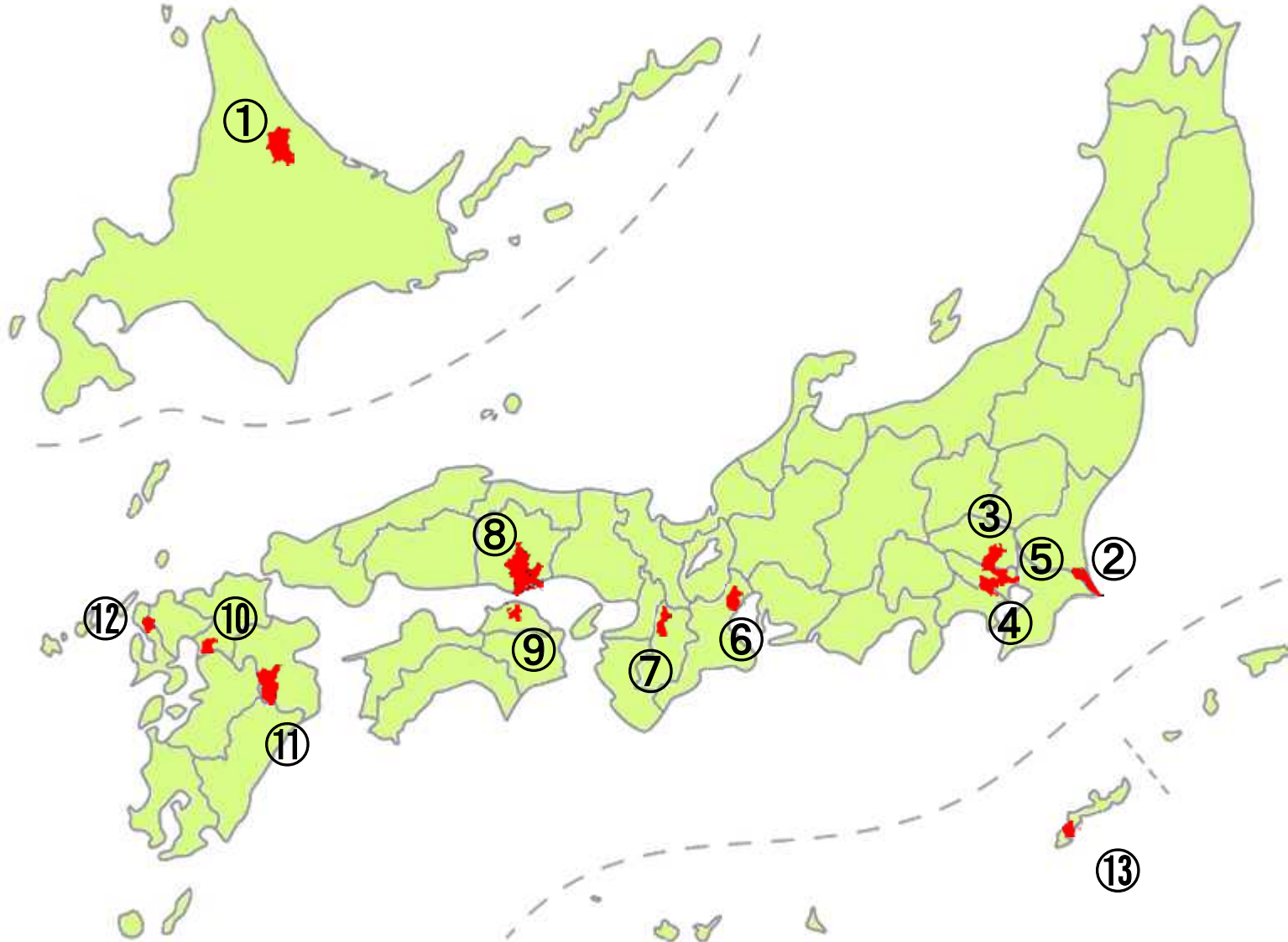


ボランティアグループ等の地域組織への参加割合が高い地域ほど、認知症リスクを有する後期高齢者の割合が少ない相関が認められた。



3. 市町村介護予防強化推進事業 (予防モデル事業) について

予防モデル事業実施市区町村



①	北海道下川町 (しもかわちょう)
②	茨城県神栖市 (かみすし)
③	埼玉県和光市 (わこうし)
④	東京都世田谷区 (せたがやく)
⑤	東京都荒川区 (あらかわく)
⑥	三重県いなべ市 (いなべし)
⑦	奈良県生駒市 (いこまし)
⑧	岡山県岡山市 (おかやまし)
⑨	香川県坂出市 (さかいでし)
⑩	福岡県大牟田市 (おおむたし)
⑪	大分県竹田市 (たけたし)
⑫	長崎県佐々町 (さざちょう)
⑬	沖縄県北中城村 (きたなかぐすくそん)

市町村介護予防強化推進事業（予防モデル事業）の概要

事業の目的

※平成24-25年度の予算事業として実施

要支援者等に必要な予防サービス及び生活支援サービスを明らかにするために、一次予防事業対象者から要介護2までの者であって、ADLが自立又は見守りレベルかつ日常生活行為の支援の必要可能性のある者に対するサービスニーズの把握、必要なサービス（予防サービス及び生活支援サービス）の実施、効果の計測及び課題の整理。

1年目（平成24年度） モデル市区町村（13市区町村）において、以下の流れにより事業を実施。

Step1 事前評価（IADLの自己評価及び保健師等による評価）

Step2 予防サービス及び生活支援サービスの実施

予防サービス（通所と訪問を組み合わせる実施）

通所



訪問

専門職等が対応（委託可）
・二次予防事業 等

専門職等が対応（委託可）
・家事遂行プログラム 等



生活支援サービス

- ・配食
- ・見守り
- ・ごみ出し
- ・外出支援 等

“卒業”後は、住民運営の“居場所”に移行

体操教室・食事会 等

認知症

この事業で 受けとめきれない
課題を明らかにする。

地域の社会資源や地域住民※を活用して実施

（※老人クラブ、シルバー人材センター、フィットネスクラブ、地域の活動的な高齢者等）

Step3 事後評価（IADLの自己評価及び保健師等による評価）

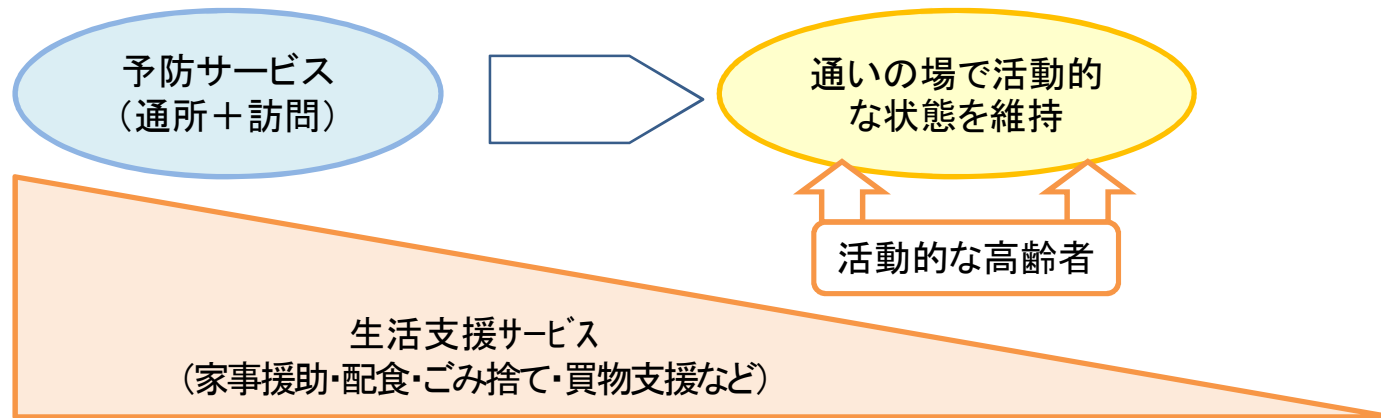
2年目（平成25年度）

引き続き予防モデル事業を実施。

- ・モデル市町村において実施された事業の内容・結果を厚生労働省に報告。
- ・厚生労働省において、予防サービス及び生活支援サービスの類型化及び好事例の紹介。

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。



自分で行うことが増えるにつれて、生活支援サービスの量が必要最小限に変化

・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)

ケースカンファレンス

全員について、ケースカンファレンスで到達目標と支援メニューの具体的検討を行う。

利用者への説明と同意

“自立”の合意形成(対象者)

開始にあたって、自分でできることを増やしていくことが目標であり、利用する支援メニューは少しずつ少なくなることを予め知ってもらう。

ケースカンファレンス

“自立”の合意形成(支援者)

多機関(保険者、地域包括支援センター等)、多職種(看護職、リハ職、栄養士等)で、各利用者についての到達目標、支援メニューを検討

予防サービス

生活支援サービス

- ・予防サービスは、対象者の身体機能、認知機能だけでなく、**意欲(その気にさせる)の向上**を図る。
- ・生活支援サービスは、地域包括支援センターが、対象者の**自立を損なわないように配慮しつつ、段階的に必要量を見直す。**(必要に応じて、ケースカンファレンスで検討)

ケースカンファレンス

サービス提供から概ね3月後に、目標到達状況を確認し、**終結する支援メニュー、継続する支援メニューを決定。**

通いの場

生活支援サービス

住民運営による通いの場と必要最小限の生活支援サービスにより、活動的な生活を維持

地域ケア会議でケアマネジメントのレベルアップを図っている取組例 ～奈良県生駒市～

○生駒市は、複数の地域包括支援センターが事例を持ち寄り、多職種協働でケース検討を実施。会議で方向付けられた支援内容を実際に行い、その結果を次の会議で報告し、支援の妥当性を検討。これを繰り返すことで地域包括支援センター全体で自立支援のプロセスが共有され、成功体験の蓄積がケアマネジメントのレベルアップにつながっている。

【ここがポイント！】

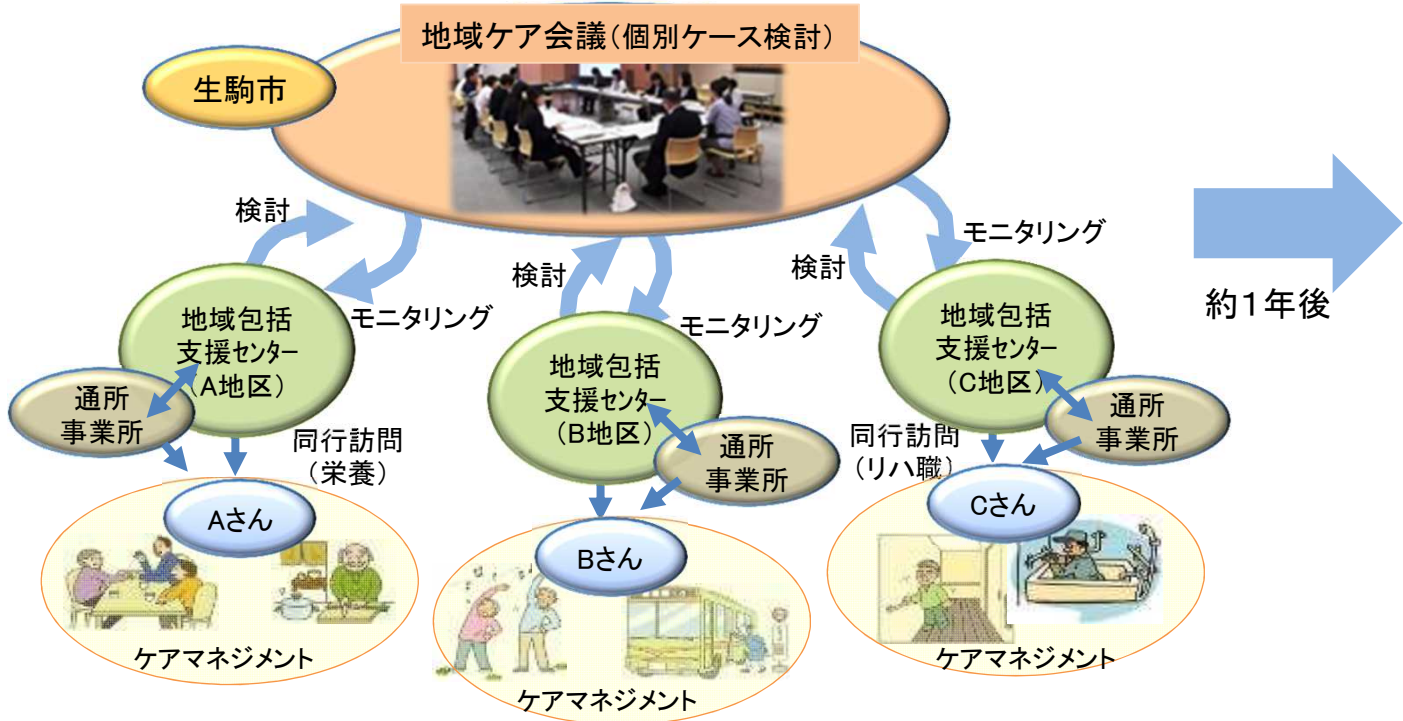
- ①ケース検討は、要点を押さえる。漫然と行わない。(1事例15分以内)
- ②1事例につき、初回、中間、最終の最低3回検討。(モニタリングが重要)
- ③疾患別等に体系化して集中議論で効率化
- ④継続(毎月1回)

- ・ 保険者主催で毎回、25～30事例を検討。
- ・ 検討会は180分以内に収める。(初回事例は1件15分、モニタリングは5分程度)
- ・ 効率化を工夫(アセスメント様式の統一、初回・中間・終了の経過が一覧できる記録様式、疾患別属性別に事例の類型化等)
- ・ 多職種で検討(通所スタッフ、リハ、栄養、歯科)



地域包括支援センター	委託	6カ所
総人口		121,031人
65歳以上高齢者人口		27,491人(22.7%)
75歳以上高齢者人口		11,496人(9.5%)
要介護認定率		15.6%
第5期1号保険料		4,570円

平成25年4月1日現在



○地域包括支援センター

- ・ 自立支援の視点が定着
- ・ アセスメント力が向上
- ・ 個を視る目と地域を視る目の両方がバランスよく備わった
- ・ 高齢者自身の自立の意識を高める関わり方が向上
- ・ 家族の負担軽減策を具体的に立てられる
- ・ 地域の資源や人材を活かすアイデアが豊富に

○通所事業所

- ・ 自立支援の視点が定着
- ・ アセスメント力が向上
- ・ 的確な個別プログラムが立てられる
- ・ 通所の“卒業”の意識が定着
- ・ 通所卒業を念頭に置いて居場所と役割づくりを並行して行うようになり、“卒業”を達成できる

事例
(生駒市)

84歳 男性 高齢世帯(夫) 要支援1 (2012/6/1~2013/5/31) ⇒ 更新せず
 83歳 女性 (妻) 要介護1 (2012/6/1~2013/5/31) ⇒ 要介護1

要介護認定を受けた経緯： 夫は、脊柱管狭窄症で歩行や風呂の出入りがしづらくなった。
 妻は、物忘れが目立ち、生活管理全般が一人では難しくなった。



夫婦で通所(パワーアップ教室)へ



夫が上手に見守りながら妻が料理



夫は畑仕事を再開、妻は通所で記録係のボランティア

【開始時点】(2012.10)

【3か月後】(2013.1)

【6か月後】(2013.7)

ADL
IADL

(夫)腰痛で姿勢の向きを換えたり荷物を運ぶことが難しい 畑仕事を中断
 (妻)金銭・服薬・物品管理が難しい 家事全般に夫の助けを借りている

(夫)姿勢の向きを楽に換えられるようになった 買物の荷物を持って歩くことができる
 (妻)手順を踏む行為(料理等)が難しくなっている

(夫)畑仕事を再開(クワの使用が可能になる)
 (妻)夫の助けを借りながら、家事を行っている。

地域
ケア
会議
による
検討

(夫)妻を一人にして出かけるのが心配
 ストレスと夜間不眠あり
 (妻)困惑感、イライラ感が募る
 ↓
 ①二人で通所事業へ (週2回)
 互いに交流の幅を広げる
 ②地域包括支援センターの訪問

(夫)通所終了
 畑仕事の再開準備(通所の仲間の応援で土を耕し、ウネを作る)
 (妻)通所継続
 お茶を配る、記録をつける等の役割を増やす
 ①リハ職訪問(生活場面でのアドバイス)

妻のケアマネジメント、リハ職の対応を継続



夫は、日常生活が困らなくなり、自ら要介護認定を更新しなかった。

【現在】(2013.10)

(夫)妻の様子を客観的に見られるようになり、不安が緩和。
 (妻)パワーアップ教室でボランティアとして参加。笑顔が増える。
 夫婦ともに、通所での仲間づくりを通じて、気持ち明るくなり、活動的になっている。

リハ職
の対応

(夫)腰痛を回避する動作、筋力アップの方法をアドバイス
 (妻)通所でお茶を配るなどの役割をつくり自信回復。夫へ関わり方をアドバイス

(夫)畑仕事に必要な動作、筋力アップの方法をアドバイス
 (妻)自宅台所で、実際に料理をしながら夫に上手な指示の仕方をアドバイス

事例は、本人の了解を得た上で、生駒市から提供

地域資源を活用した多様な通いの場の取組例 ～東京都世田谷区～

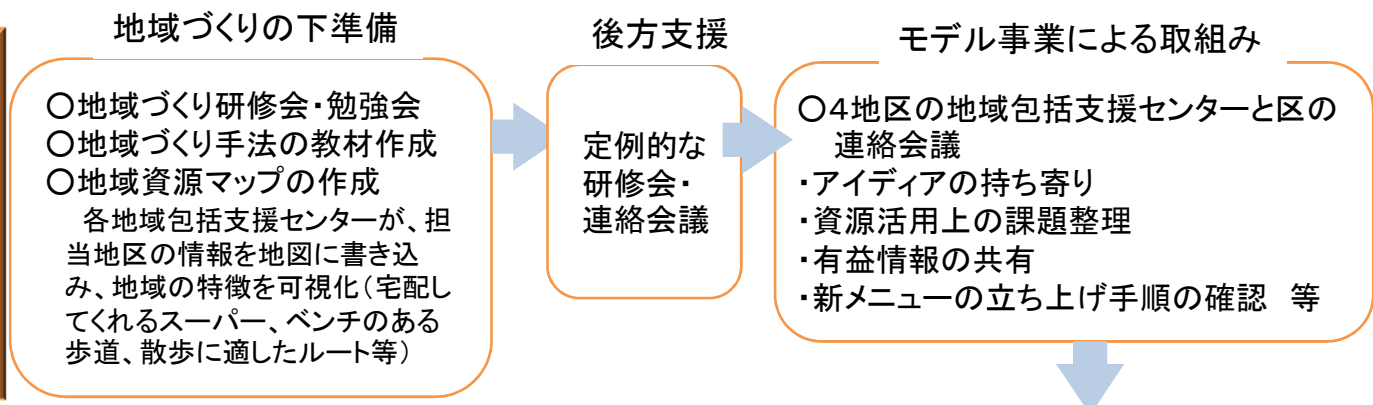
○世田谷区は、地域包括支援センターとの定期的な連絡会議で現場の問題を共有し、関係機関の調整など必要な行政対応を行いながら、地域包括支援センターの地域づくりをサポート。地域包括支援センター単位で都市部の豊富な地域資源を活用して多様な通いの場の創設や外出支援を実現している。

【ここがポイント！】

- ① 区の保健師が、地域包括支援センターと地域で行動を共にして地域づくりのノウハウを伝授
- ② その後、各地域包括支援センターが担当地域の自治組織や住民と会合等を通じて関係づくり



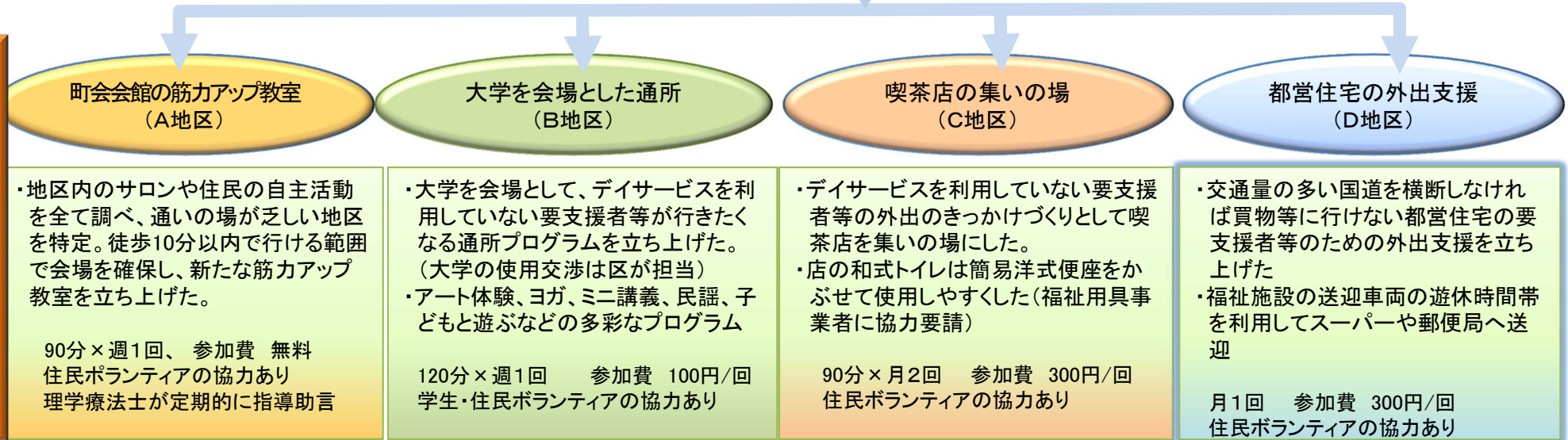
区の取組



地域包括支援センター	委託 27カ所
総人口	860,071人
65歳以上高齢者人口	161,843人(18.8%)
75歳以上高齢者人口	82,556人(9.6%)
要介護認定率	20.4%
第5期1号保険料	5,100円

平成24年8月1日現在

地域包括支援センターの取組



事例
(世田谷区)

77歳 女性 一人暮らし 要支援2(2012/7/26~2013/7/31) ⇒ 更新せず

要介護認定を受けた経緯： 脊柱管狭窄症で2012年7月に手術を受け、一月後に自宅に戻る



地域包括支援センターの相談



大学の通所(体操プログラム等)



喫茶店の集いでお世話役のボランティア

	【退院後の状況】(2012.8)	【3か月後】(2012.11)	【9か月後】(2013.5)
ADL IADL	<ul style="list-style-type: none"> ・しゃがむ動作、長く歩くことが困難 ・買物の荷物を運ぶことが困難 	<ul style="list-style-type: none"> ・近所の外出ができる ・軽い荷物を持って歩くことができる 	<ul style="list-style-type: none"> ・床の正座ができる ・長く歩けるようになり、近県の旅行ができる
地域包括支援センターによるケアマネジメント	<ul style="list-style-type: none"> ・住居は、元々バリアフリー化されており問題ない ・家事は自分で可能(買物は、スーパーの宅配を利用) ・友人の支援あり。支援関係を絶たないように配慮しながら様子を見守ることに。 	<ul style="list-style-type: none"> ①リハ職の訪問アセスメント ②大学の通所(週1回) 	<p>ケアマネジメント、リハ職の対応は終結</p> <p>↓</p> <p>日常生活が困らなくなり、自ら要介護認定を更新しなかった。</p> <p>【現在】(2013.10)</p>
リハ職の対応	<p>(この時点では、リハ職等の訪問、多職種のケースカンファレンスは準備中)</p>	<p>〈自宅訪問〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家の内外の動線进行评估 ・安全な動作、体操をアドバイス <p>〈ケースカンファレンス〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ADL、IADLの改善可能性の見通しを提示 	<ul style="list-style-type: none"> ・喫茶店の集いで、お世話役のボランティア ・趣味の茶道が復活 ・ボウリングサークルに入会

住民主体の活動による生活支援・介護予防の取り組み例 ～大分県竹田市～

○竹田市は、中高年齢層を対象に暮らしのサポーターの養成を行い、実践の場として「暮らしのサポートセンター」を立ち上げ、生活支援サービスや通いの場の運営を委託。人材養成と実践の場づくりを連動させることにより元気な高齢者が担い手として活躍できる地域づくりを実践している。

【ここがポイント！】

市長をトップに、関係機関と住民が自由に議論できる場を用意

竹田市経済活性化促進協議会
竹田市雇用創造推進プロジェクト会議
(会長:市長)
商工団体、社会福祉協議会、医療機関、地域包括支援センター等

めざすべき姿を議論
(自助互助の機運醸成へ) (毎月2回、約半年)

立ち上げ準備(市) (約1年間)
1 暮らしのサポーター養成
2 活動拠点の整備・事業委託

活動開始(住民)
(半年後)

活動拠点
「暮らしのサポートセンター」
(空き店舗利用)

住民互助の活動体「りんどう」
(会員157人、平均年齢74.2歳)

活動会員(27人)：生活支援の提供者
協力会員(19人)：寄り合い場の運営
賛助会員(69人)：賛同者
利用会員(42人)：生活支援の利用者



地域包括支援センター	委託1カ所
総人口	24,547人
65歳以上高齢者人口	9,890人(40.2%)
75歳以上高齢者人口	6,285人(25.6%)
要介護認定率	22.6%
第5期保険料	5,500円

平成25年1月末現在

介護予防教室	通いの場(寄り合い処)	生活支援サービス	季節行事・イベント開催
<ul style="list-style-type: none"> 市の健康運動インストラクター養成研修を修了した住民が「竹田ヘルスフィットネス」を結成 市の委託を受けて介護予防教室を企画実施(暮らしのサポートセンターを会場に体力測定と運動指導) 地区の高齢者サロンで運動指導の出前も実施 <p>指導料 4,000円/人回 インストラクター 50~70歳代</p>	<ul style="list-style-type: none"> 暮らしのサポートセンターで「寄り合い処」を運営 年代を問わず気軽に立ち寄りことのできる場(手芸・囲碁等の趣味活動、世間話など、過ごし方はさまざま) 木工・陶芸などの手作り品の展示販売 <p>オープン 月~金、9:00~17:00 (コーヒー100円、定食300円)</p>	<ul style="list-style-type: none"> さまざまな生活支援(家事、草取り、植木の水やり、ペットの世話、外出支援、簡単な修理修繕など) 利用者とサービス提供者のいずれも会員登録を行い、会費を支払う(年会費1,000円) <p>料金(利用券) 30分400円、60分800円 対価 利用料金の75% (25%は「りんどう」の活動資金に充当)</p>	<ul style="list-style-type: none"> さまざまな年代が楽しめるイベントの企画と実施 住民の交流促進、地域おこし 地域への愛着を育む取組 <p>雪っこカーニバル・歌声喫茶 ミニコンサート・カラオケ大会 チャリティーコンサート・料理教室 クリスマスイベント・しめ縄作り かるた大会・紅白歌合戦 ヨガ・グランドゴルフ大会 など</p>

事例
(竹田市)

76歳 女性 一人暮らし 要支援2(2012/4/16~2013/4/30) ⇒ 更新せず

要介護認定を受けた経緯：変形性股関節症で2012年1月に人工関節置換術を受け、6月に自宅に戻る



自宅周辺のウォーキングで体づくり



暮らしのサポートセンターで食事づくり



収穫した野菜を地域の仲間と販売

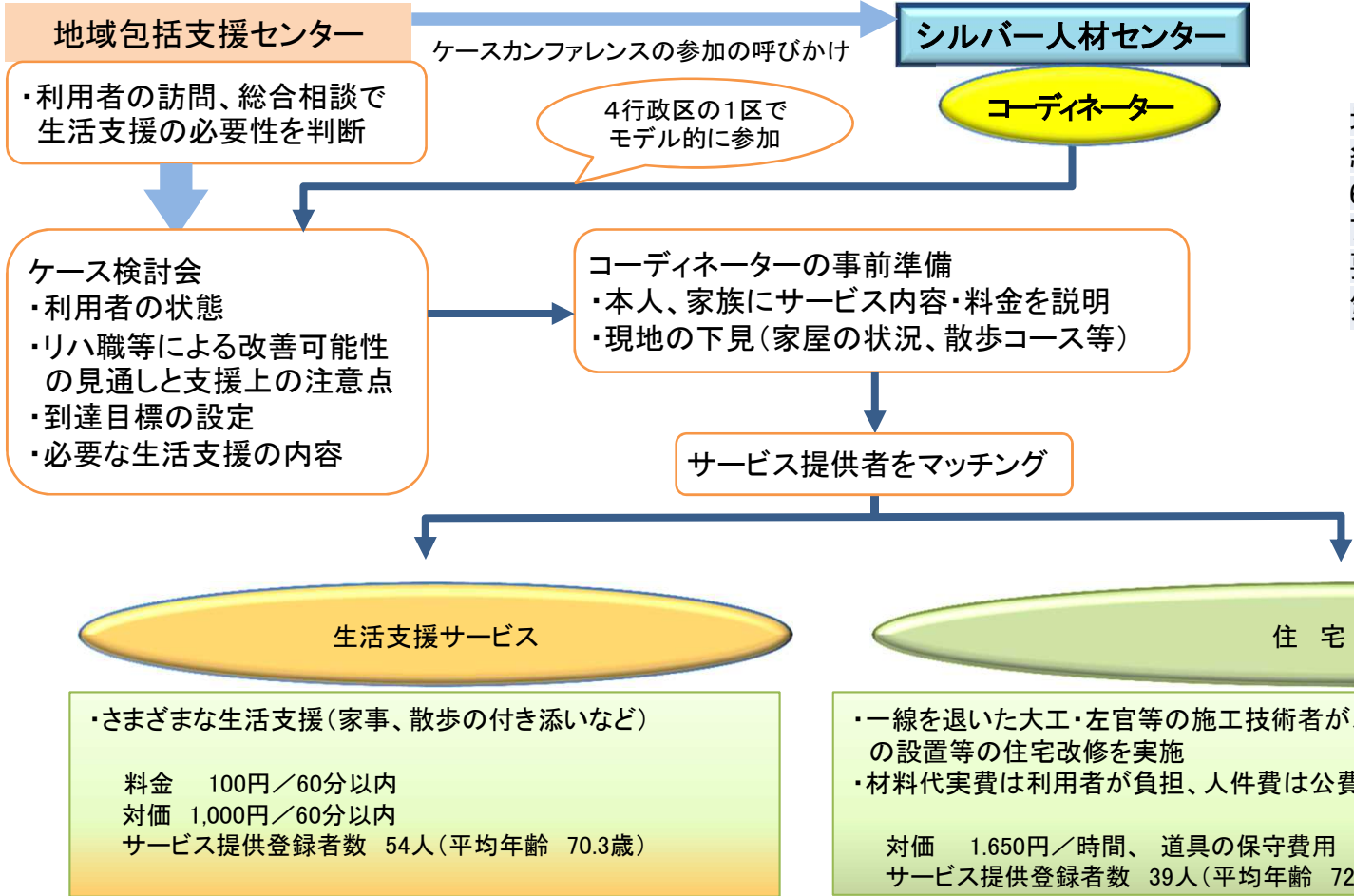
	【退院後の状況】(2012.6)	【6か月後】(2012.12)	【9か月後】(2013.4)
ADL IADL	<ul style="list-style-type: none"> ・しゃがむ、床から立ち上がる動作が困難(畑仕事、ふとんの寝起き等) ・重い物の運搬が困難(ゴミ出し、買物の荷物や畑の資材を運ぶ等) 	<ul style="list-style-type: none"> ・畑に腰をおろして草取りができるようになる ・ゴミや荷物等は小分けして台車で運ぶことができるようになる 	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活全般が自分でできる ・野菜づくりが再開 (窓拭きや力の必要な農作業は、「りんどう」の生活支援を利用)
医療	外来リハ(20分×週3回)	外来リハ(20分×週3回)	年内で終了予定
地域包括支援センターによるケアマネジメント	①住宅改修(手すり)・福祉用具購入(シャワーチェア) ②社協の貸し出しベッド(給付外) (この時点では、暮らしのサポートセンターの生活支援は準備中)	①温泉水中運動(週1回) ②ノルディックウォーク(自宅周辺を毎日30分) ③暮らしのサポートセンターで役割づくり(食事づくりのメンバーとして)	ケアマネジメント、リハ職の対応は終結 ↓ 日常生活が困らなくなり、自ら要介護認定を更新しなかった。 【現在】(2013.10)
リハ職の対応	(この時点では、リハ職等の多職種によるケースカンファレンス等は準備中)	〈ケースカンファレンス〉 ・外来リハの病院リハ職が、達成可能な目標設定をアドバイス	<ul style="list-style-type: none"> ・収穫した野菜を地域の直売所で販売 ・暮らしのサポートセンターで食事づくりのボランティア活動 ・地域の高齢者サロンで元気になった自分の体験を話したり、体操指導等の世話役を担っている

シルバー人材センターを活用した生活支援の取組例 ～岡山県岡山市～

○岡山市は、シルバー人材センターにコーディネーターを配置して、利用者のニーズとサービス提供者のマッチングやサービス提供内容の調整を行い、生活支援を必要とする高齢者とその担い手となる高齢者の双方が安心してサービスの利用や提供ができるように配慮している。

【ここがポイント！】

- ・シルバー人材センターのコーディネーターが、地域包括支援センターのケース検討会に参加
- ・利用者の状態と到達目標を把握した上で人材をマッチングし、利用者と提供者の双方の安心感と満足度を高めている。



岡山市

地域包括支援センター	委託 6カ所
総人口	703,647人
65歳以上高齢者人口	162,809人 (23.1%)
75歳以上高齢者人口	79,660人 (11.3%)
要介護認定率	21.1%
第5期1号保険料	5,520円

平成25年7月31日現在

生活支援サービス

- ・さまざまな生活支援(家事、散歩の付き添いなど)

料金 100円/60分以内
 対価 1,000円/60分以内
 サービス提供登録者数 54人(平均年齢 70.3歳)

住宅改修

- ・一線を退いた大工・左官等の施工技術者が、シルバー人材センターに登録して、手すりの設置等の住宅改修を実施
- ・材料代実費は利用者が負担、人件費は公費

対価 1,650円/時間、道具の保守費用 一律1,000円(作業時間が4時間を越えた場合)
 サービス提供登録者数 39人(平均年齢 72.2歳)

事例
(岡山市)

71歳 女性 一人暮らし 要支援2(2012/8/2~2013/8/31) ⇒ 更新せず

要介護認定を受けた経緯：変形性膝関節症で2012年7月に人工関節置換術を受け、一月後に自宅に戻る



介護予防教室(元気スマイル教室)



歩行ルートの確認



介護予防教室でお世話役のボランティア

	【退院後の状況】(2012.9)	【2か月後】(2012.10)	【6か月後】(2013.2)
ADL IADL	<ul style="list-style-type: none"> 杖歩行。屋外を歩く自信がない。 タクシーで通院(唯一の外出) 家の中の家事はできる 買物は別居の娘が同行 	<ul style="list-style-type: none"> 杖歩行 屋外歩行は依然として自信がなく、外出はタクシーを利用 階段昇降は手すりを使用して2足1段 	<ul style="list-style-type: none"> 通所の送迎不要(往復、一人で歩いて参加) バスで外出(デパートに行く) 荷物を持って歩くことができる
地域包括支援センターによるケアマネジメント	<ul style="list-style-type: none"> 住居は、元々バリアフリー化されており問題ない 県外から転入して間もないので知り合いがなく、心細い <p>(この時点では、通所事業は準備中。当面、地域包括支援センターが訪問で相談援助を行った)</p>	<ol style="list-style-type: none"> リハ職の訪問アセスメント 介護予防教室(週1回×3か月) <ul style="list-style-type: none"> 運動プログラム 仲間づくり、役割づくり <p>※自宅と会場は300m程度。最初は送迎で対応</p>	<p>ケアマネジメント、リハ職の対応は終結</p>
リハ職の対応	<p>(この時点では、リハ職等の訪問、多職種のカンファレンスは準備中)</p>	<p>〈訪問アセスメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> 自宅周辺の歩行ルートを確認 通所の帰りに、リハ職が自宅まで一緒に歩き、自信が持てるように後押し。 	<p>日常生活が困らなくなり、自ら要介護認定を更新しなかった。</p> <p>【現在】(2013.10)</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護予防教室のボランティアとして活動 市のボランティア養成講座の受講をはじめる

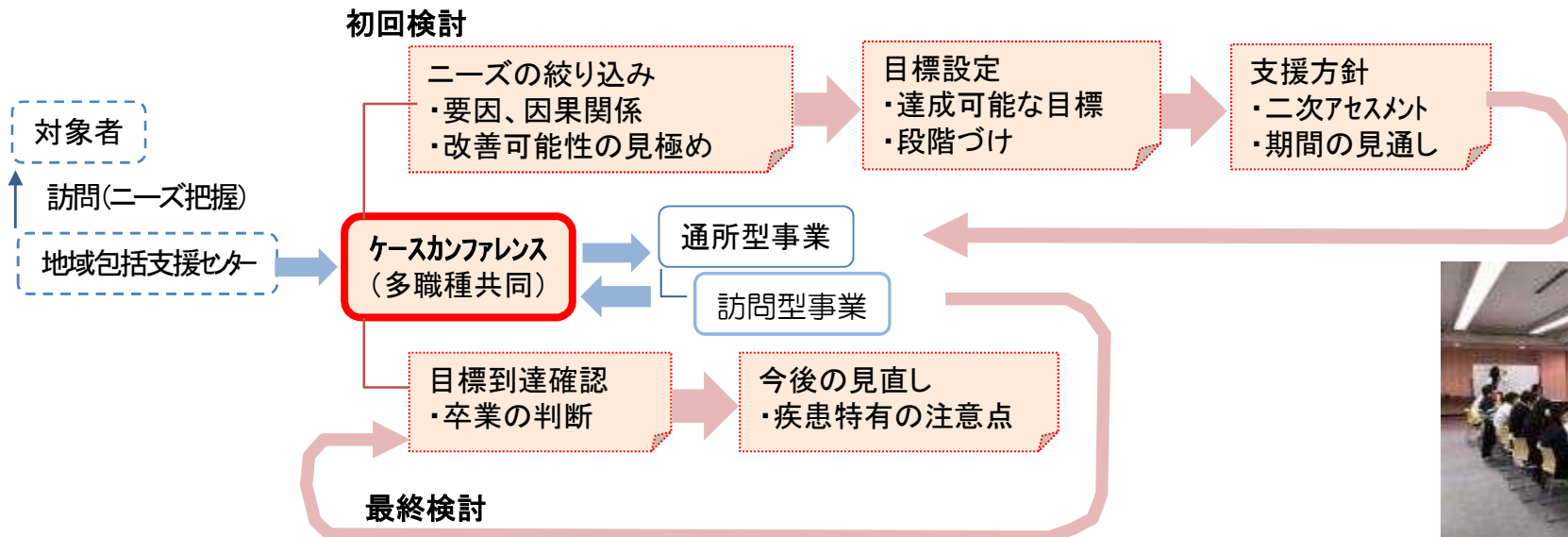
予防モデル事業を通じてみえてきたリハ職の役割①～ケースカンファレンス～

リハ職が、ケースカンファレンスに参加することにより、疾患の特徴を踏まえた生活行為の改善の見通しを立てることが可能となり、要支援者等の有する能力を最大限に引き出すための方法を検討しやすくなる。

ケースカンファレンスの概要

- リハ職の役割 : 難しくなっている行為について要因の検討、疾患特有の症状とADL・IADLの関連の整理、不足している情報・矛盾点の有無、リハ職による二次アセスメントの必要性の判断、改善可能性の見当づけ
- 職種構成 : 保健師・看護師・ケアマネ・介護福祉士・管理栄養士・歯科衛生士・理学療法士・作業療法士・薬剤師
- 所要時間・処理件数 : 3時間程度 (1件10～15分程度 × 15～16件)

ケースカンファレンスの実際



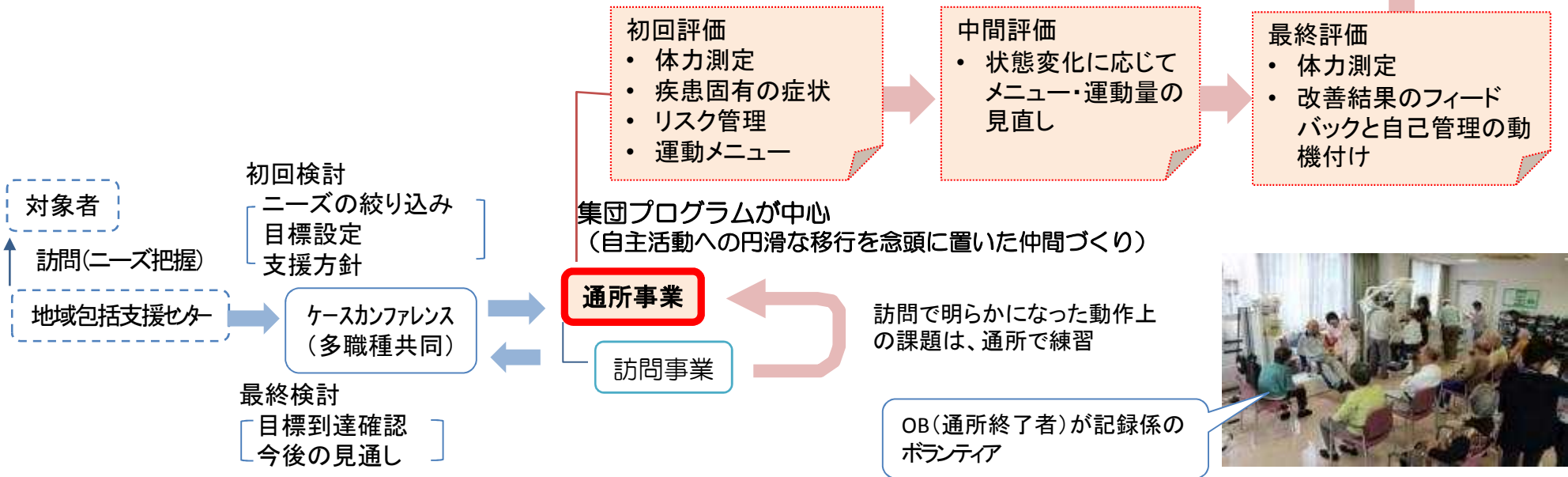
予防モデル事業を通じてみえてきたリハ職の役割② ～通所事業～

- リハ職が、利用者の身体機能に応じた運動プログラムの提示や段階的進め方について、介護職員等にアドバイスを行うことにより、運動を主体とした集団プログラムを効果的に実施することができる。
- また、通所と訪問の双方に一貫して関わり、支障をきたしている生活行為(風呂のまたぎや荷物を持った歩行など)の改善に必要な運動メニューを提示することにより、生活機能の向上を図ることができる。

- リハ職の役割 : 機能評価、疾患固有の症状(疼痛・変形等)に配慮した運動プログラムの提示(PT)、興味・関心を引き出す活動種目の選定と導入(OT)、運動指導員・介護職員・ボランティア等へのプログラム実施上の助言、訪問で明らかになった動作上の課題について個別指導
- 職種構成 : 通所スタッフ(介護職員・運動指導員等) & 理学療法士(作業療法士)
- 対応の頻度 : 1クール3か月(週2回×12週)の場合 ⇒ 利用者1人につき3回程度の評価(初回・中間・最終)
※利用者の状態に応じて、かかりつけ医に遵守事項を確認(心疾患等による運動負荷の制限等)

通所の実際

通所終了後も、定期的な運動を習慣づける。(ウォーキング、体操の集い等)



予防モデル事業を通じてみえてきたリハ職の役割③ ～訪問事業～

リハ職が、要支援者等の自宅を訪問することにより、難しくなっている生活行為が明らかとなり、動きやすい住環境に調整(家具の配置換え、物干し台の高さ調整などの生活上の工夫)することができる。

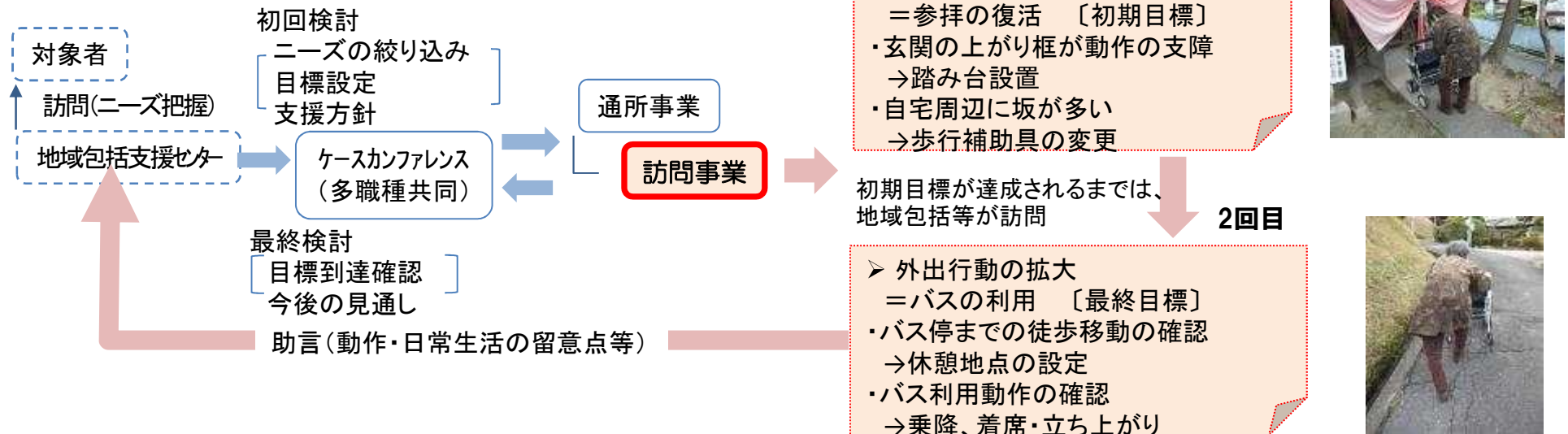
訪問事業の概要

- リハ職の役割 : 生活の場における動作・環境の評価、改善策の提案、本人・家族・地域包括支援センターへの助言
- 職種構成 : 市町村保健師or地域包括支援センター職員 & 作業療法士 or理学療法士(ケアマネジメントを担う地域包括支援センター等との同行訪問が基本。)
- 対応の頻度 : 1回1時間程度、対象者一人につき1～3回程度で終結

※利用者の状態に応じて、かかりつけ医に遵守事項を確認(心疾患等による運動負荷の制限等)

訪問事業の実際

【腰痛をきっかけに外出しなくなった例】



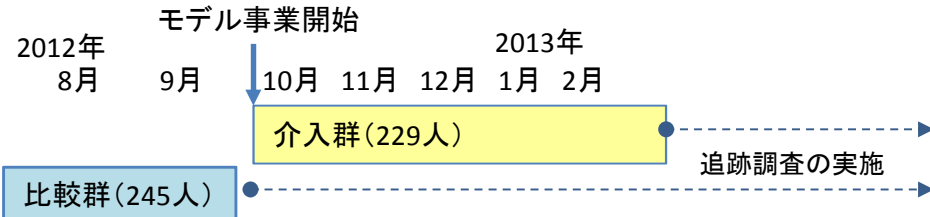
※筋力向上や疼痛緩和等の機能へのはたらきかけはPTが、生活場面の評価と動作の応用はOTが適しており、対象者の状態に応じて選択できることが望ましい。

予防モデル事業における利用者の変化

モデル事業の利用者(要支援1～要介護2)は、家事や散歩の他、地域の集いなどに参加する人の割合が高くなっており、生活や行動に広がりが見られるようになっている。

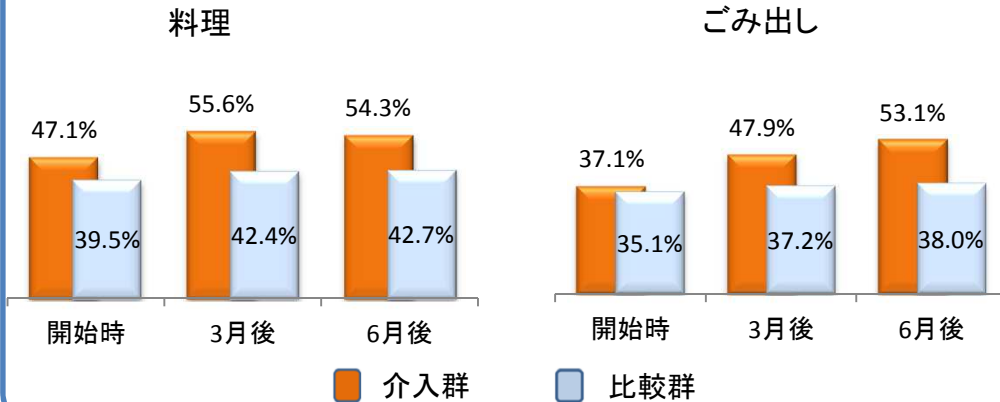
調査方法

モデル事業を実施する11市区町村において、新規要介護認定を受けた要支援1から要介護2までの高齢者のうち、保険給付の利用者245人(比較群)とモデル事業の利用者229人(介入群)に対し、サービス開始時、3ヵ月、6ヵ月、12ヵ月の4時点におけるIADL、社会参加等の評価を実施。

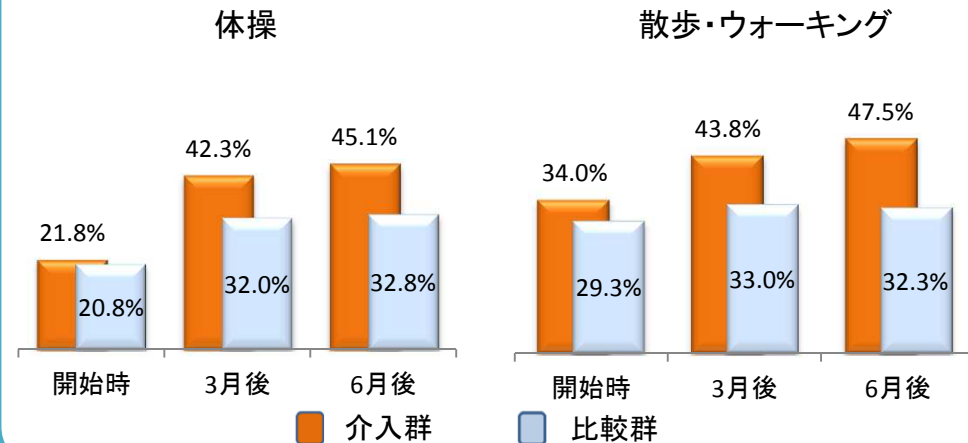


新規認定者の全数に事業の説明を行い、同意の得られた者全てに調査を実施
3ヶ月後評価を実施できたのは、比較群212人、介入群196人であった。
6ヶ月後評価を実施できたのは、比較群192人、介入群162人であった。

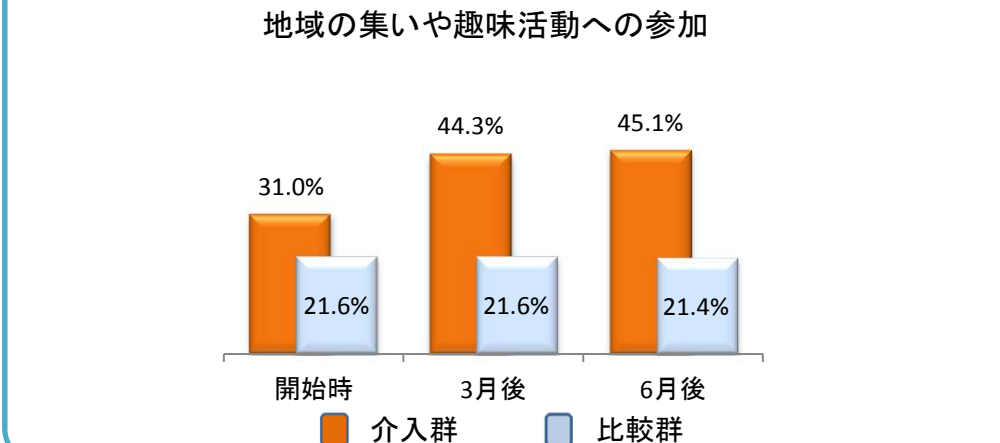
家事：介入群では、自分で料理やごみ出しをする人の割合が高くなっていった。



活動：体操や散歩・ウォーキングをする人の割合が、介入群の方でより高くなっていった。



参加：介入群では、地域の集いや趣味活動に参加する人の割合が高くなっていった。

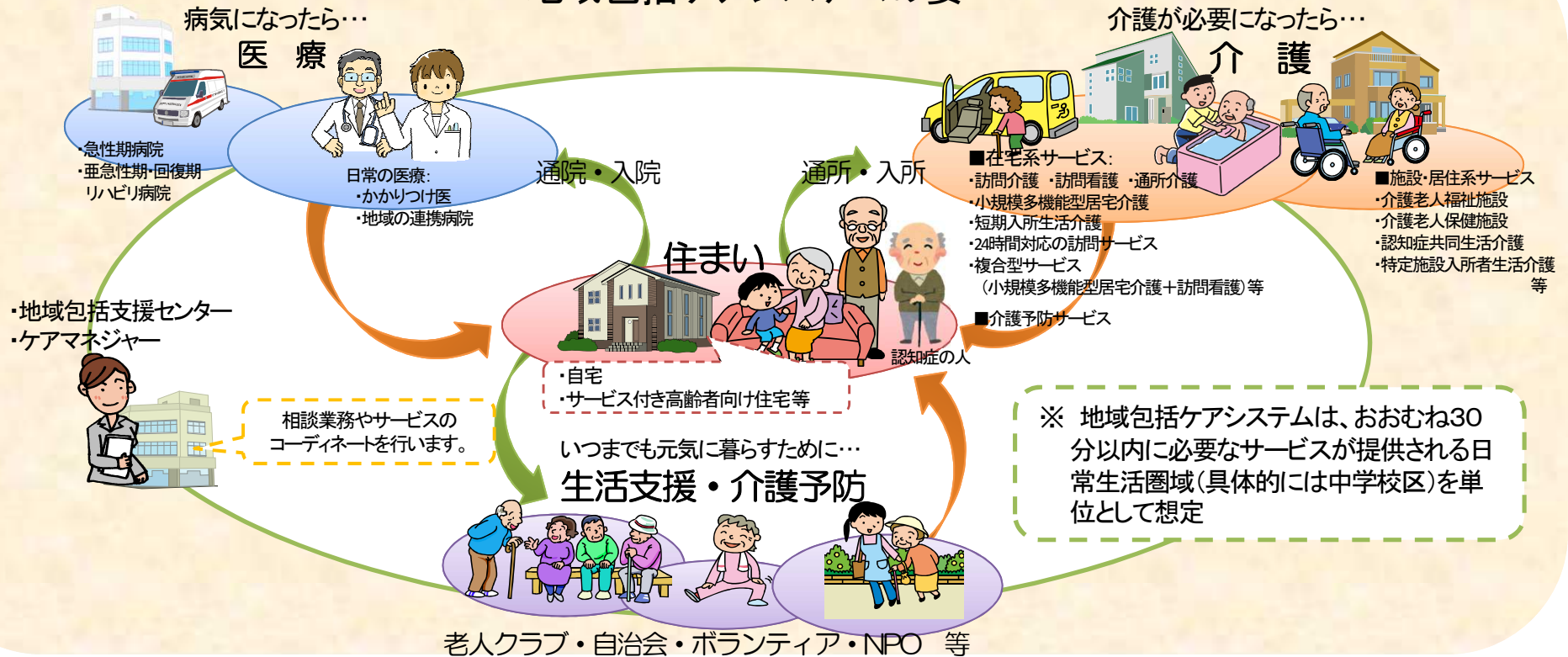


4. これからの介護予防

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。

地域包括ケアシステムの姿



これからの介護予防について

介護予防の理念

- 介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的として行うものである。
- 生活機能(※)の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり、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ものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、QOLの向上を目指すものである。

※「生活機能」…ICFでは、人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、①体の働きや精神の働きである「心身機能」、②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」の3つの要素から構成される

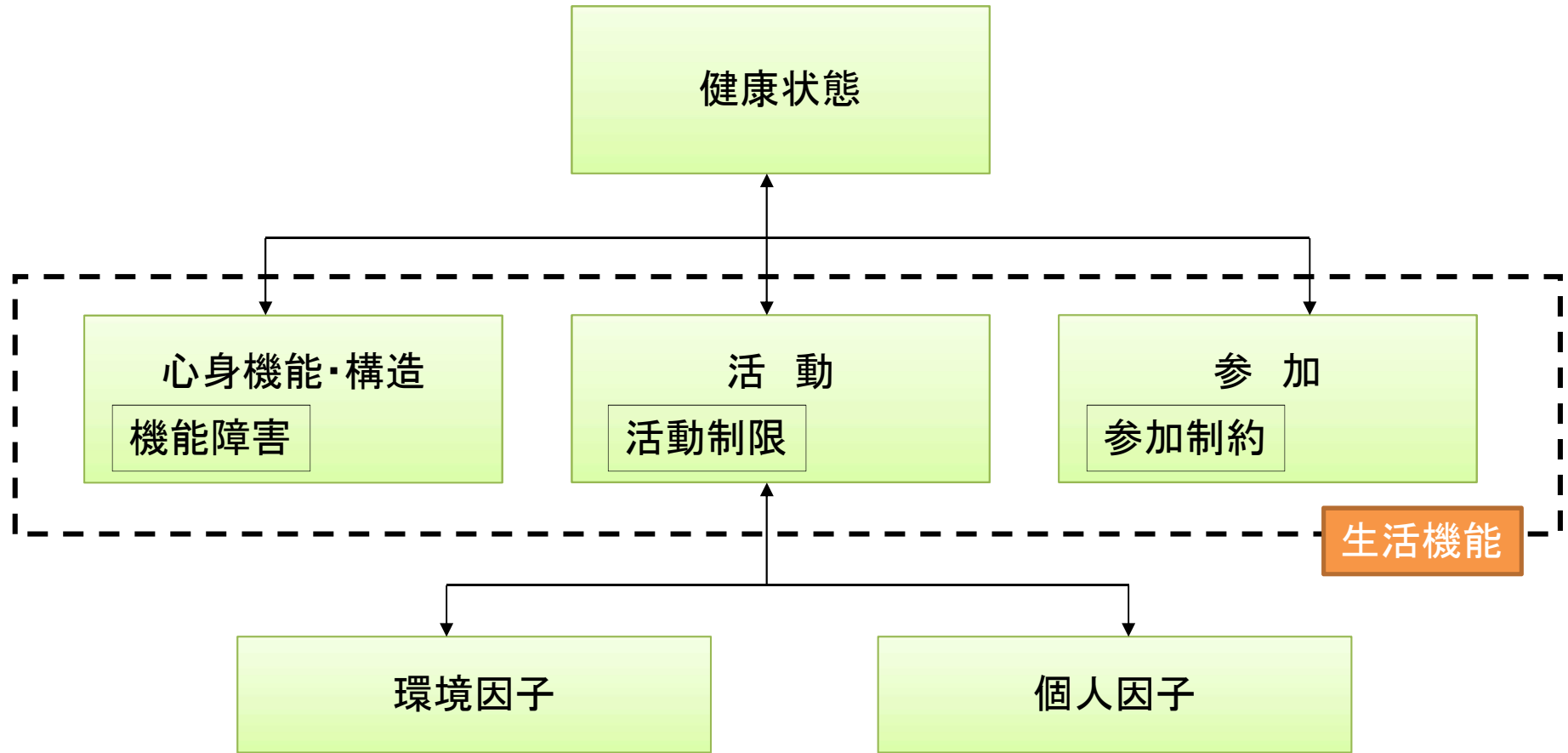
これまでの介護予防の問題点

- 介護予防の手法が、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであった。
- 介護予防終了後の活動的な状態を維持するための多様な通いの場を創出することが必ずしも十分でなかった。
- 介護予防の利用者の多くは、機能回復を中心とした訓練の継続こそが有効だと理解し、また、介護予防の提供者も、「活動」や「参加」に焦点をあててこなかったのではないか。

これからの介護予防の考え方

- 機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチが重要であり、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指す。
- 高齢者を生活支援サービスの担い手であると捉えることにより、支援を必要とする高齢者の多様な生活支援ニーズに応えるとともに、担い手にとっても地域の中で新たな社会的役割を有することにより、結果として介護予防にもつながるという相乗効果をもたらす。
- 住民自身が運営する体操の集いなどの活動を地域に展開し、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
- このような介護予防を推進するためには、地域の実情をよく把握し、かつ、地域づくりの中心である市町村が主体的に取り組むことが不可欠である。

国際生活機能分類（ICF）



人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、

①体の働きや精神の働きである「心身機能」

②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」

③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」

の3つの構成要素からなる

リハビリテーションの理念

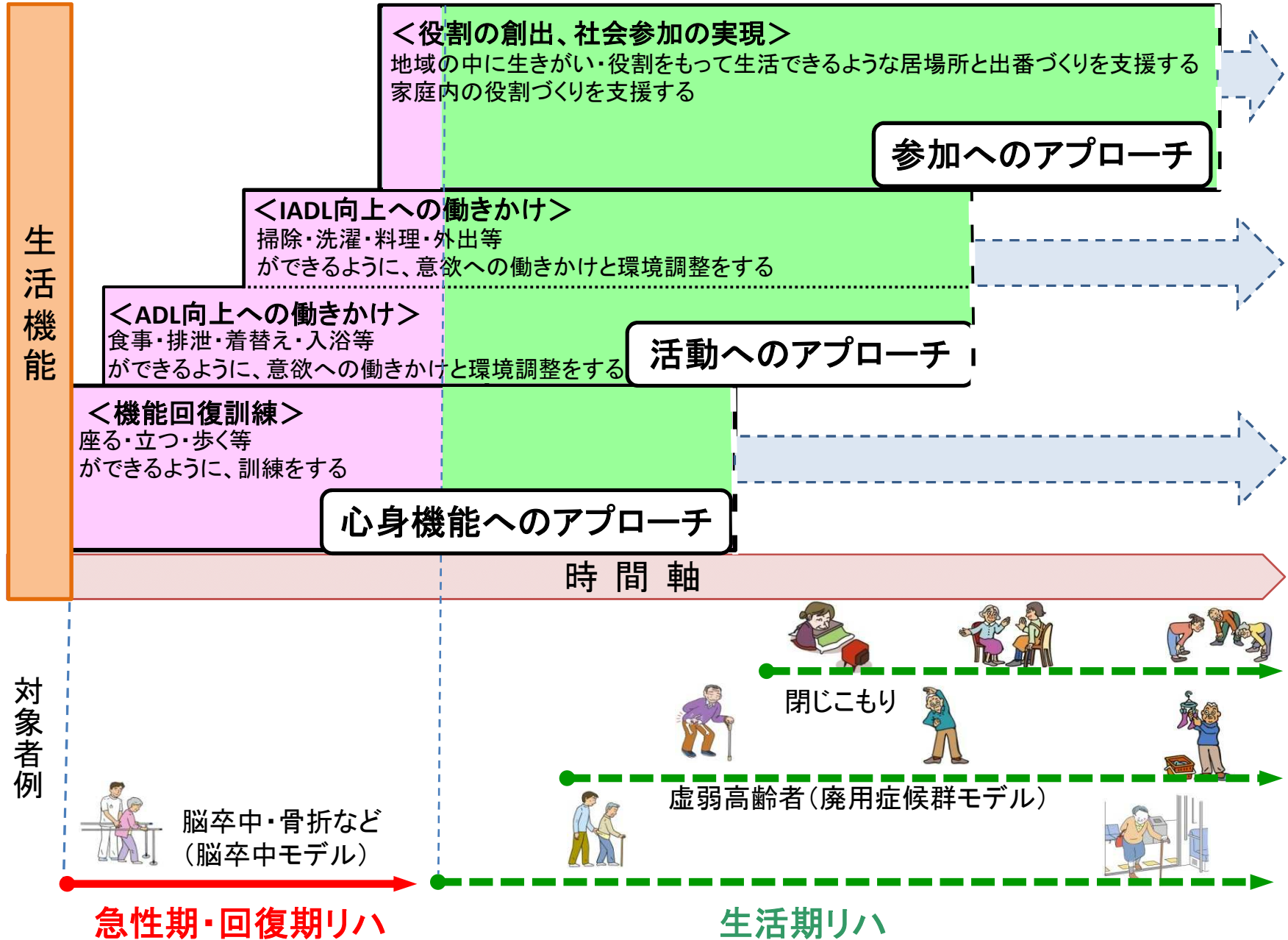
リハビリテーションは、単なる機能回復訓練ではなく、心身に障害を持つ人々の全人間的復権を理念として、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すものである。

高齢者のリハビリテーションに求められるもの

生活機能の向上を目的として、個々の働きかけを連動して総合的に提供するとともに、日常生活や地域社会における制限や制約を最小限にし、利用者本人が望んでいる生活を支えていくこと

注) 個々の働きかけとは・・・心身機能、日常生活活動、社会参加、物理的環境などへの働きかけ

高齢者リハビリテーションのイメージ



これからの介護予防の具体的アプローチについて

リハ職等を活かした介護予防の機能強化

- リハ職等が、ケースカンファレンスに参加することにより、疾病の特徴を踏まえた生活行為の改善の見通しを立てることが可能となり、要支援者等の有する能力を最大限に引き出すための方法を検討しやすくなる。
- リハ職等が、通所と訪問の双方に一貫して集中的に関わることで、居宅や地域での生活環境を踏まえた適切なアセスメントに基づくADL訓練やIADL訓練を提供することにより、「活動」を高めることができる。
- リハ職等が、住民運営の通いの場において、参加者の状態に応じて、安全な動き方等、適切な助言を行うことにより、生活機能の低下の程度にかかわらず、様々な状態の高齢者の参加が可能となる。

住民運営の通いの場の充実

- 市町村が住民に対し強い動機付けを行い、住民主体の活動的な通いの場を創出する。
- 住民主体の体操教室などの通いの場は、高齢者自身が一定の知識を取得した上で指導役を担うことにより役割や生きがいを認識するとともに、幅広い年齢や状態の高齢者が参加することにより、高齢者同士の助け合いや学びの場として魅力的な場になる。また、参加している高齢者も指導者として通いの場の運営に参加するという動機づけにもつながっていく。
- 市町村の積極的な広報により、生活機能の改善効果が住民に理解され、更に、実際に生活機能の改善した参加者の声が口コミ等により拡がることで、住民主体の通いの場が新たに展開されるようになる。
- このような好循環が生まれると、住民主体の活動的な通いの場が持続的に拡大していく。

高齢者の社会参加を通じた介護予防の推進

- 定年後の社会参加を支援する等を通じて、シニア世代に担い手になってもらうことにより、社会的役割や自己実現を果たすことが、介護予防にもつながる。

新しい介護予防事業(案)

- 機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、地域づくりなどの高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチができるように介護予防事業を見直す。
- 元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
- リハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。

現行の介護予防事業

一次予防事業

- ・介護予防普及啓発事業
- ・地域介護予防活動支援事業
- ・一次予防事業評価事業

二次予防事業

- ・二次予防事業対象者の把握事業
- ・通所型介護予防事業
- ・訪問型介護予防事業
- ・二次予防事業評価事業

一次予防事業と二次予防事業を区別せずに、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組を推進する観点から見直す

介護予防を機能強化する観点から新事業を追加

一般介護予防事業

・介護予防事業対象者の把握事業

- ・地域の実情に応じて収集した情報等(例えば、民生委員等からの情報など)の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、地域介護予防活動支援事業等で重点的に対応(基本チェックリストを活用することも可能)

・介護予防普及啓発事業

・地域介護予防活動支援事業

- ・要支援者等も参加できる住民運営の通いの場の充実

・介護予防事業評価事業

・(新)地域リハビリテーション活動支援事業

- ・「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけるために、地域においてリハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進

介護予防・生活支援サービス事業

- ・従来の二次予防事業対象者に実施していた通所型介護予防事業と訪問型介護予防事業は、基本チェックリストの活用により、引き続き、対象者を限定して実施

介護予防の推進

- 介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減・悪化の防止を目的として行うものである。特に、生活機能の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり、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ものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、QOLの向上を目指すものである。
- 一方で、これまでの介護予防の手法は、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであり、介護予防で得られた活動的な状態をバランス良く維持するための活動や社会参加を促す取組（多様な通いの場の創出など）が必ずしも十分ではなかったという課題がある。
- このような現状を踏まえると、これからの介護予防は、機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割を持って生活できるような居場所と出番づくりなど、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めた、バランスのとれたアプローチが重要である。このような効果的なアプローチを実践するため、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指すことが適当である。
- 具体的には、今後の介護予防事業（一般介護予防事業）については、市町村の独自財源で行う事業や地域の互助、民間サービスとの役割分担を踏まえつつ、介護予防の理念の徹底の観点から、元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する等、機能強化を図る必要がある。
- さらに、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組事例を全国展開する観点から、国は都道府県と連携しながら技術的支援を行うとともに、全国・都道府県・市町村・日常生活圏域別の特徴や課題、取組等を客観的かつ容易に把握できるよう、介護・医療関連情報の「見える化」を推進する必要がある。
- なお、上記のような地域づくりのためには、介護保険制度のみならず、高齢化に対応した地域づくりに向けた国・地方自治体の諸施策が有機的に連携することが不可欠である。

5. 今後の介護予防の推進における 都道府県の役割等について

国及び地方公共団体の責務

介護保険法第5条

第1項

国は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるよう保健医療サービス及び福祉サービスを提供する体制の確保に関する施策その他必要な各般の措置を講じなければならない。

第2項

都道府県は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるように、必要な助言及び適切な援助をしなければならない。

第3項

国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

都道府県による市町村支援の状況（平成25年度）

（回答：47都道府県）

研修の実施

	市町村職員等の行政 担当者に対する研修	市町村職員間の意見 交換会等の実施 (ワークショップ等)	介護予防の取組に従 事する事業者に対する 研修	市町村職員等の行政 担当者及び事業者以 外の者に対する研修 (例：住民、ボランティ ア団体、NPO等)
実施都道府県	43	31	38	15

他部局・職能団体との連携

	地域保健担当部門(保健 所を含む)との連携
実施都道府県	23

	職能団体と の連携	職能の種類								
		医師	歯科医師	保健師	看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	栄養士	歯科衛生士
実施都道府県	27	16	15	6	6	19	16	12	13	11

リハ専門職の広域派遣調整

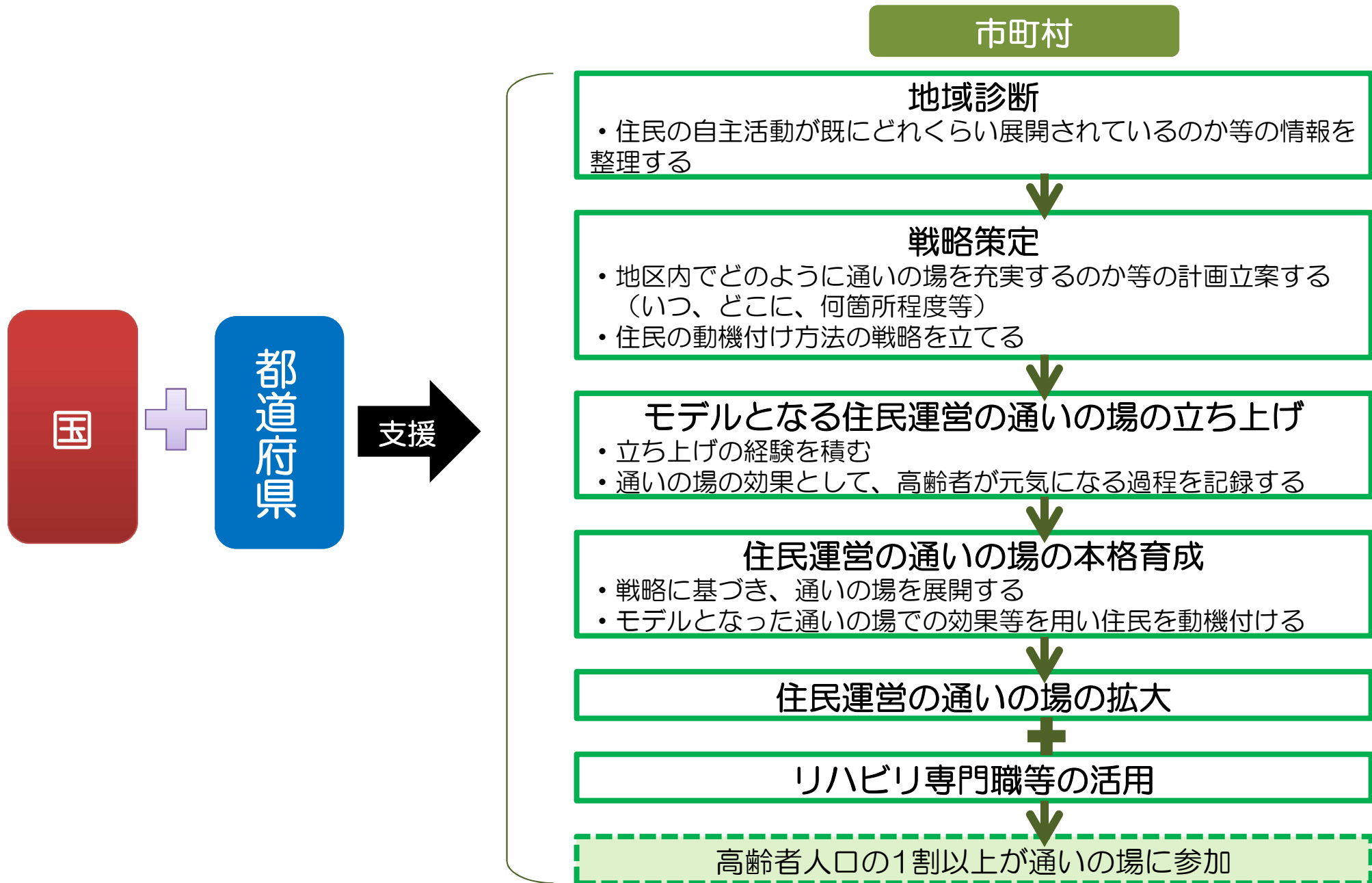
	市町村単独では確保が困難なり ハビリテーション専門職について、 職能団体等の協力を得ることによ る広域的派遣調整
実施都道府県	13

その他

	市町村担当者に対す る、管内市町村の介 護予防に資する取組 事例等の情報提供	データ分析(事業評 価含む)の支援	介護予防市町村支 援委員会の設置及 び運営
実施都道府県	37	20	40

5-1. 地域づくりによる介護予防の推進について

住民運営の通いの場の充実に向けた取組



地域づくりによる介護予防推進支援モデル事業①

●目的

生活機能の低下した高齢者に対して、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよくアプローチするために、元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てることなく、体操などを行う住民運営の通いの場を充実する。

●事業内容

国（アドバイザー組織）と都道府県が連携し、モデル市町村が住民運営の通いの場を充実していく各段階において、研修及び個別相談等の技術的支援を行う。

●市町村支援における役割分担

[都道府県]

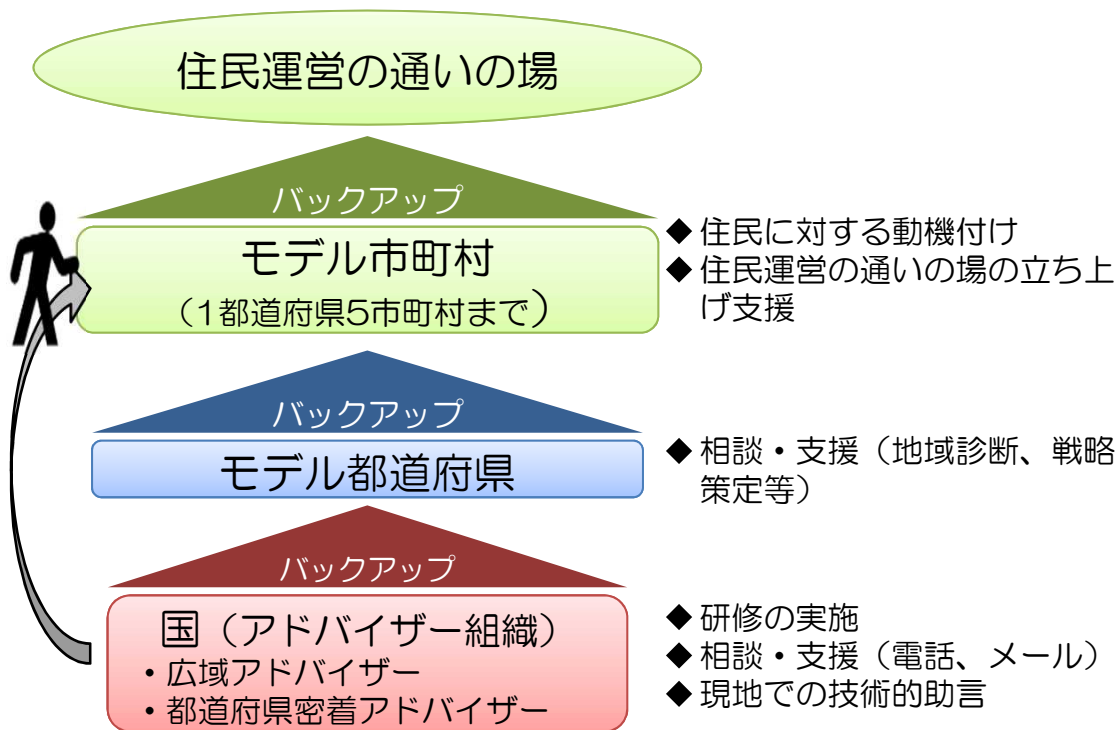
- モデル市町村のとりまとめ
- 研修会の開催
- アドバイザーと市町村担当者をつなぐ

[広域アドバイザー]

- 2～3県を広域的に担当
- 地域づくりによる介護予防の実践経験を活かした、具体的な技術支援

[都道府県密着アドバイザー]

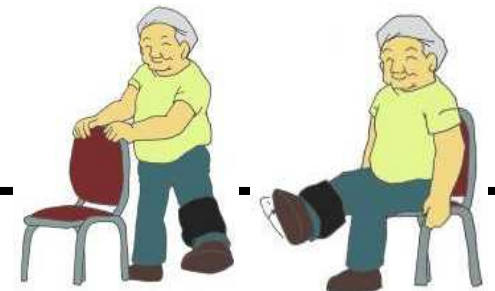
- 所在の1県を担当
- 市町村担当者が地域づくりを実践する中で抱える課題等に対する日常的な相談・支援



住民運営の通いの場の充実プログラム

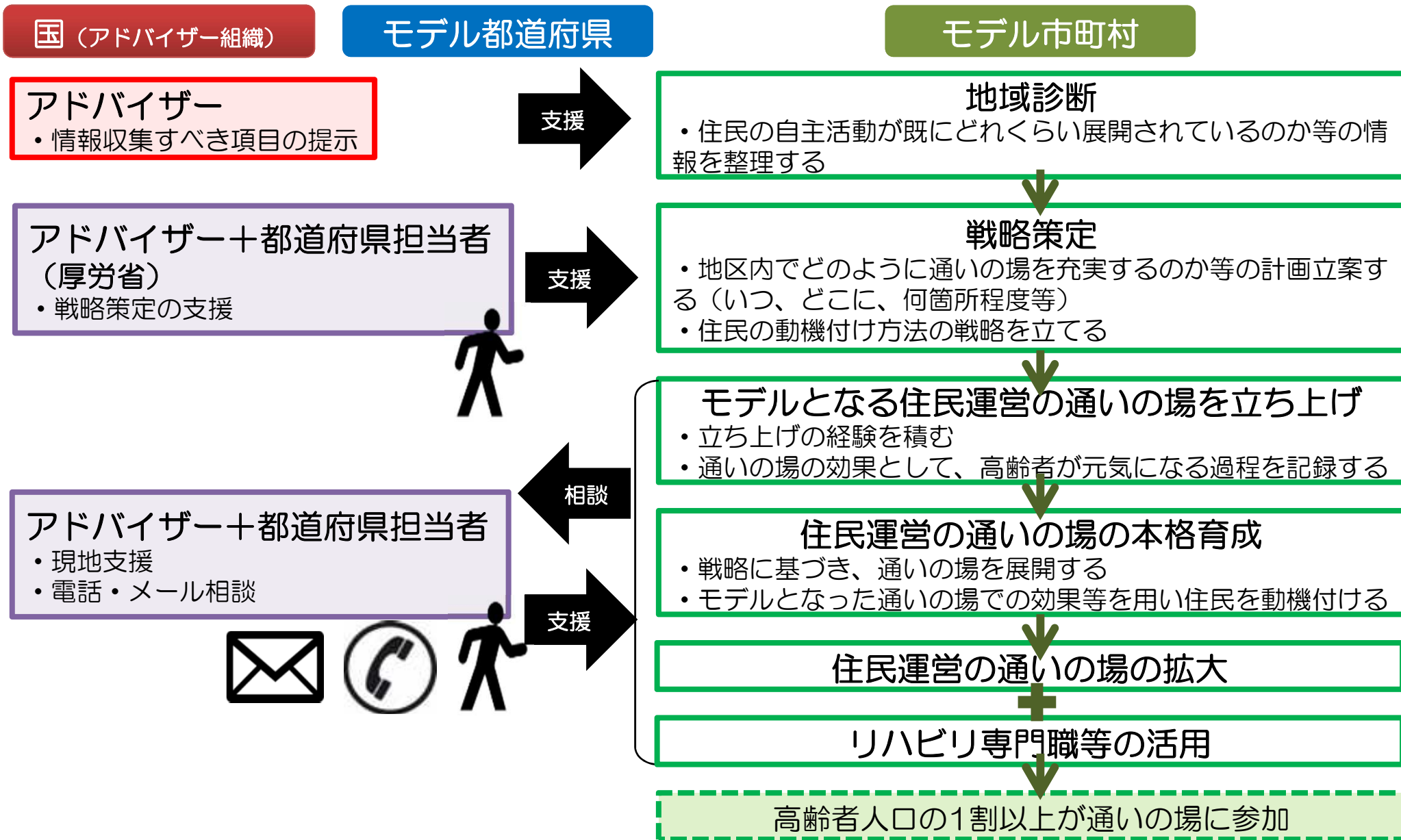
<コンセプト>

- ◆市町村の全域で、高齢者が容易に通える範囲に通いの場を住民主体で展開
- ◆前期高齢者のみならず、後期高齢者や閉じこもり等何らかの支援を要する者の参加を促す
- ◆住民自身の積極的な参加と運営による自律的な拡大を目指す
- ◆後期高齢者・要支援者でも行えるレベルの体操などを実施
- ◆体操などは週1回以上の実施を原則



地域づくりによる介護予防推進支援モデル事業③

アドバイザーによる支援のイメージ



地域づくりによる介護予防推進支援モデル事業④

アドバイザーの役割（現時点でのイメージ）

地域づくりによる介護予防が、地域の実情に応じて展開出来るように、都道府県の担当者（介護予防担当、保健所の保健師など）と共に市町村を支援する

①広域アドバイザー

- 2～3県を広域的に担当
- 地域づくりの経験を活かし、住民の動機付けや、住民運営の通いの場の展開方法などを具体的にアドバイス



②都道府県密着アドバイザー

- 所在の1県を担当
- 県内のモデル市町村（5市町村程度を予定）からの相談・支援（電話、メール）

平成26年度のスケジュール

<会議予定>

4月25日

- 都道府県介護予防担当者・アドバイザー合同会議①
- アドバイザー合同会議①

5月

- アドバイザー合同会議②

6～7月

- 都道府県毎の研修

10月

- アドバイザー合同会議③

2月

- 都道府県介護予防担当者・アドバイザー合同会議②

<国、都道府県の役割>

国
(アドバイザー組織)

モデル
都道府県

都道府県担当者
・モデル市町村選定

アドバイザー＋都道府県担当者

- ・情報収集すべき項目の提示
- ・成功談、失敗談を含めた具体的なアドバイス（主にアドバイザーが実施）



支援

アドバイザー＋都道府県担当者

- ・把握した地域の状況の分析に関するアドバイス
- ・戦略策定の支援



支援

アドバイザー＋都道府県担当者

- ・通いの場立ち上げ・本格育成中に問題、課題が発生した場合の支援



相談

支援

アドバイザー

- ・住民の動機付けの実演等



情報提供

都道府県担当者
・アドバイザーと協力し、モデル市町村の経過を把握する

<市町村の役割>

モデル市町村

地域診断

- ・住民の自主活動が既にどれくらい展開されているのか等の情報を整理する



都道府県毎の研修

戦略策定

- ・地区内でどのように通いの場を充実するのか等の計画立案する（いつ、どこに、何箇所程度等）
- ・住民の動機付け方法の戦略を立てる



モデルとなる住民運営の通いの場の立ち上げ

- ・立ち上げの経験を積む
- ・通いの場の効果として、高齢者が元気になる過程を記録する



現地支援

住民運営の通いの場の本格育成

- ・戦略に基づき、通いの場を展開する
- ・モデルとなった通いの場での効果等を用い住民を動機付ける



住民運営の通いの場の拡大

5-2. 介護・医療関連情報の 「見える化」の推進について

介護・医療関連情報の「見える化」の推進

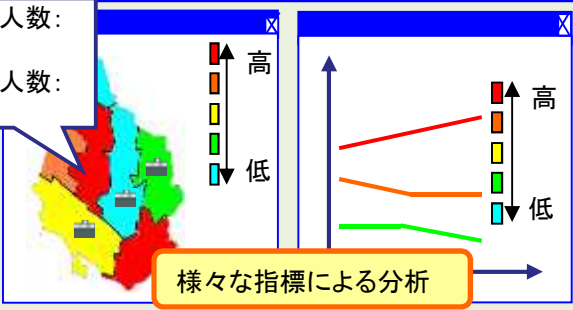
地域包括ケアシステムの構築に向けて、国民・地方自治体にとって有益な情報を利活用しやすいように、介護・医療関連情報の「見える化」を推進

「見える化」の将来像(イメージ)

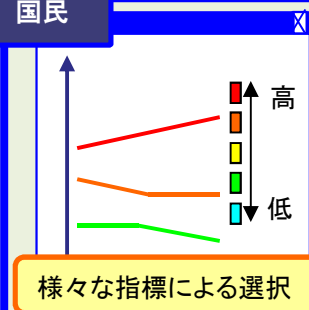
市町村・都道府県



利用実人数:
○人
利用延人数:
○人



国民



情報提供(見える化)



各種統計情報など



調査研究等

新たな指標の追加
新たな指標の開発とベストプラクティスの抽出

データ取込

新たな指標

マッピング

データ取込

厚生労働省



介護保険事業関連情報

データ取込



介護保険総合データベースの機能強化を含む情報基盤の整備
新たな指標の作成に必要なデータの取込み

データ取込



現状及び課題

- 地域の特性にあった地域包括ケアシステムを構築するためには、各地方自治体が、それぞれの特徴や課題を客観的に把握する必要がある
- 他方で、地方自治体の職員に十分に認識されていない
- また、介護サービスの質の向上に向けて具体的な評価手法の確立が求められている

課題解決策

- 国民・地方自治体に有益な情報を提供(=「見える化」)するために、介護保険総合データベースを活用し、以下のような取組を行う。
 - ①様々な情報を取り込めるように、介護保険総合データベースの機能強化を含む情報基盤の整備を行う
 - ②調査研究等を通じて、新たな指標の開発等、情報発信する内容の質の向上に取り組む
 - ③国民・地方自治体にとって、安心して、利用しやすい、情報提供手法を構築する

将来像及び効果

- 地方自治体が、それぞれの地域の特性にあった、地域包括ケアシステムを構築する
- 国民が、介護サービスの質の評価に基づいて、適切な介護サービスを選択できるように情報基盤を構築する

地域包括ケア「見える化」システム（プロトタイプ）①

都道府県・保険者

都道府県・保険者担当者

地域包括支援センター

保健所

都道府県・保険者介護保険以外の担当者

介護保険事業（支援）計画策定委員

介護保険事業の現状分析

地域包括ケア「見える化」システム（プロトタイプ）が提供する機能

都道府県・保険者間比較

高齢化率等の属性、要介護認定、介護サービスの給付状況等の実績、日常生活圏域ニーズ調査結果を全国の他の保険者等と容易に比較可能

日常生活圏域間比較

高齢化率等の属性、日常生活圏域ニーズ調査結果、介護サービス施設・事業所の所在地・定員等を日常生活圏域間で容易に比較可能

施策情報の検索・閲覧

国が調査研究等によって収集した都道府県・保険者が実施する地域包括ケアシステム構築に向けた施策・取組情報を検索・閲覧可能

データ登録

日常生活圏域
境界情報及び日常生活
圏域ニーズ調査結果
【保険者が任意
に登録するデータ】

【国が登録するデータ】

施策事例情報等
・地域包括ケアシステム構築
へ向けた取組事例 等

介護保険総合DB

- ・要介護認定情報
- ・介護給付費請求情報

公的統計情報

- ・国勢調査
- ・介護保険事業状況報告 等

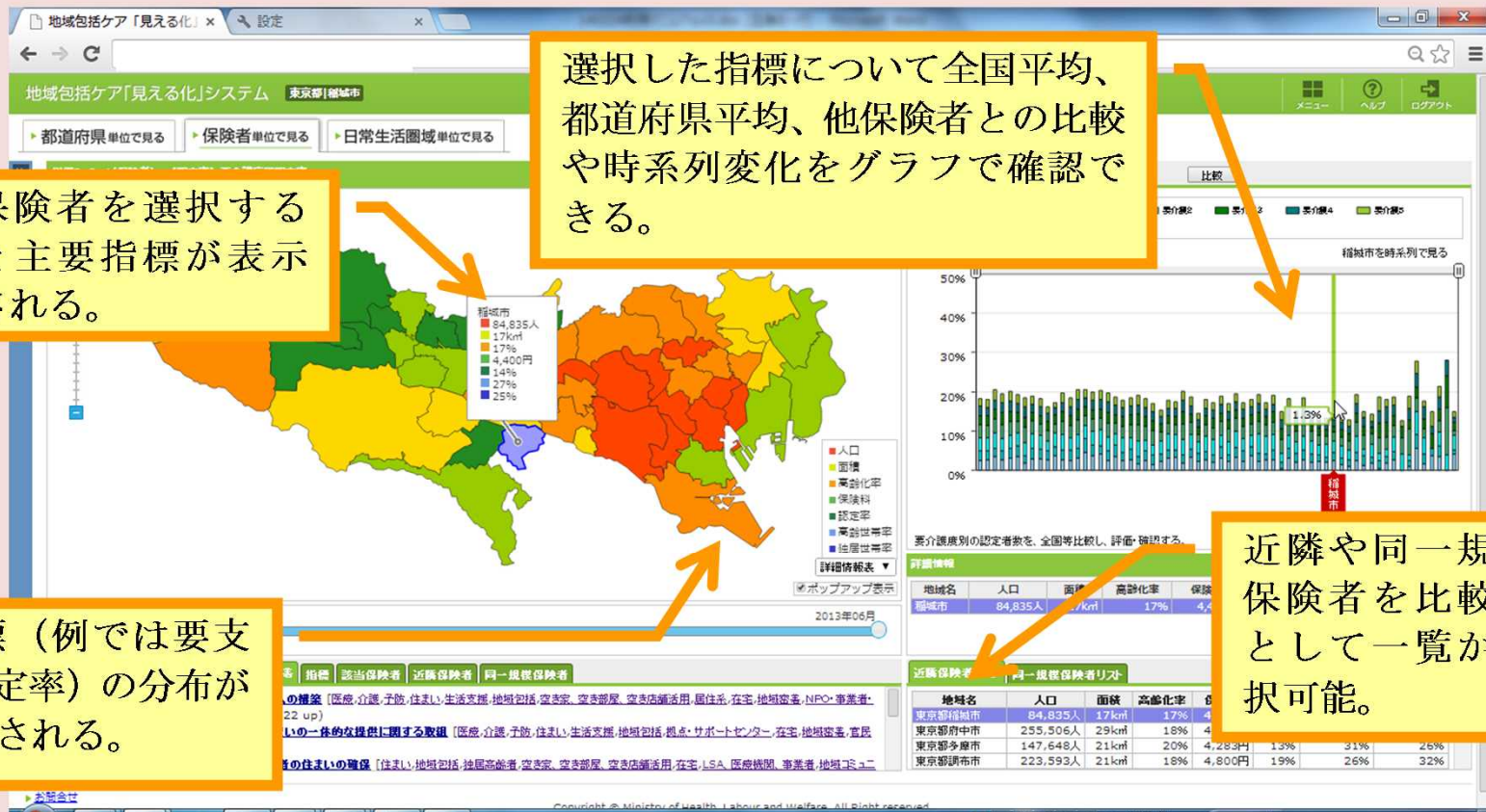
○国が登録するデータを基にして、保険者はデータの準備等の負担なく、都道府県・保険者間比較をしながら介護保険事業の現状分析を直感的に実施することが可能である。

○保険者が日常生活圏域に関する情報を別途登録すれば日常生活圏域別の分析も可能である。

○地域包括ケアシステムの構築に向けた他の保険者等の取組を検索・閲覧が可能であり、現状分析に基づいて取り組むべき施策等の情報を得ることが可能である。

地域包括ケア「見える化」システム（プロトタイプ）②

- 地理情報システム及びグラフ等を活用して介護保険事業の現状等を「見える化」することで、保険者間の比較を容易にし、自治体における現状分析を支援する。
- 介護保険総合データベースの情報を基に、介護保険政策評価支援システム等で提供している各種指標を統合し、「見える化」して提供する。
- 介護保険総合データベース以外に、国勢調査等の公的統計調査の情報を活用して提供することで、介護保険給付以外の保険者特性を考慮した現状分析を支援する。
- 提供される情報の時系列の変化も「見える化」され、保険者が実施する分析に「過去のトレンド」の視点を加えることも容易である。



保険者を選択すると主要指標が表示される。

選択した指標について全国平均、都道府県平均、他保険者との比較や時系列変化をグラフで確認できる。

選択した指標（例では要支援・要介護認定率）の分布が地図上に表示される。

近隣や同一規模の保険者を比較対象として一覧から選択可能。

地域包括ケア「見える化」システム（プロトタイプ）③

- 介護保険総合データベース及び各種公的統計情報を活用して日常生活圏域別の介護保険事業の現状について「見える化」を行う。
- 日常生活圏域ニーズ調査の結果を提供いただく自治体については、日常生活圏域ニーズ調査結果の全国、都道府県との比較や日常生活圏域別の分析が可能である。
- 日常生活圏域内の高齢者のリスク特性とサービス基盤との関係性等、従来困難であった分析を容易に可能としている。
- 時系列変化の「見える化」は日常生活圏域単位での集計も提供され、従来困難であった日常生活圏域単位での時系列を考慮した分析も容易に可能としている。

日常生活圏域内に所在する施設・事業所の種類・位置等を重ね併せて表示が可能。

選択した指標の値を圏域間で比較可能なグラフで表示される。

選択した指標（例では高齢化率）の分布が地図上に表示される。

日常生活圏域ニーズ調査の集計結果等を圏域別に閲覧可能。

圏域名	脆弱リスク高齢者		運動器機能リスク高齢者		要介護改善リスク高齢者	
	一般・二次子助	要支援1・2、要介護1・2・3・4・5	一般・二次子助	要支援1・2、要介護1・2・3・4・5	一般・二次子助	要支援1・2、要介護1・2、要介護3
まがえ	0.19%	1.66%	0.48%	2.11%	0.03%	0.03%
やましな	0.18%	1.71%	0.45%	2.23%	0.06%	0.06%
東山田	0.19%	1.70%	0.39%	1.81%	0.04%	0.04%

地域包括ケア「見える化」システム（プロトタイプ）④

- 表示している指標や比較対象として選択した保険者に関連する地域包括ケアシステム構築に向けた取り組み事例等を読み、現状分析の結果から参考となる取組事例の情報を得ることが可能。
- 地域包括ケアシステム構築に向けた取り組み事例等は、現状分析を行いながら閲覧するほか、キーワードで自由に検索することも可能。

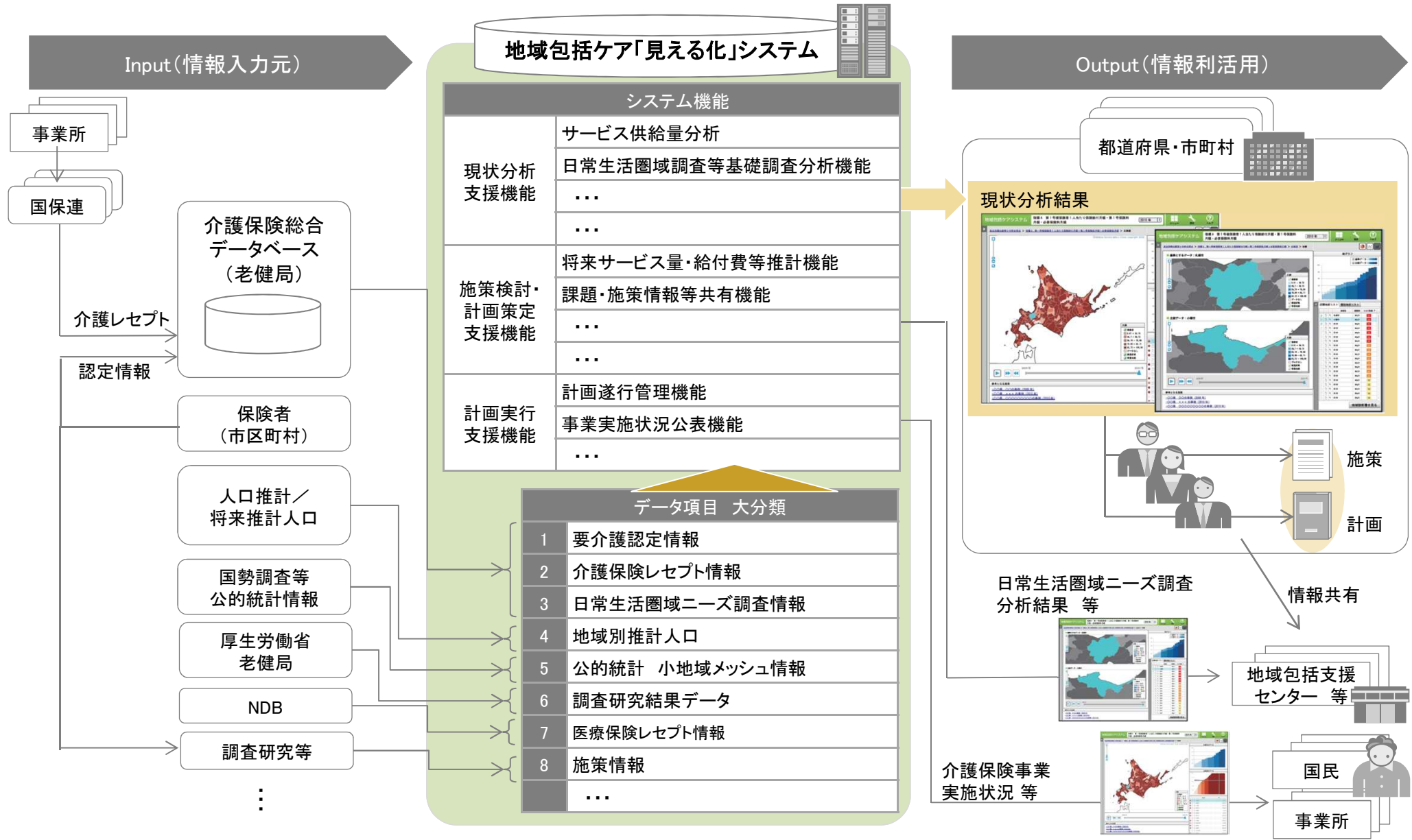
選択した指標や保険者と関連する、他の保険者の取り組み事例を閲覧することができる。

任意のキーワードで検索することが可能。

地域名	タイトル	閲覧回数	作成日付	タグ
世田谷区	都市部の世田谷らしい地域包括ケアシステムの構築	2回	2014/02/22up	医療・介護・予防・住まい・生活支援、地域包括、空室率、空室部屋、空き部屋、空太学、行政、高齢者の居場所と出居、(2014/02/22 up)
具岡市	小地域での医療・介護・予防・生活支援・住まいの一体的な提供に関する取組	0回	2014/02/22up	医療・介護、予防、住まい、生活支援、地域包括、拠点・サポートセンター、在宅、地域医療、高齢者、小地域連携型
南都町	既経費を活用した共同住宅による低所得者の住まいの確保	0回	2014/02/22up	住まい、地域包括、地域医療、空室率、空室部屋、空室部屋活用、在宅、LSA、医療福祉、高齢者、地域コミュニティ
柏市	行政と医師会の協働による在宅医療の推進と医療介護連携	0回	2014/02/22up	医療・介護、地域包括、在宅医療、拠点・サポートセンター、在宅、高齢者、在宅医療、医師会、医療連携、医療連携推進型、介護支援専門員協議会、在宅リハビリテーション協議会、在宅医療推進会、大学、高齢者、高齢者支援、親の介護支援協議会
四日市市	社会福祉法人と地域組織の協働による日常生活支援体制の構築	0回	2014/02/22up	予防、生活支援、地域包括、大型団地、空室率、空室部屋、空室部屋活用、在宅、社会福祉法人、高齢者生活支援
竹田市	介護保険外のサービスの開発とそれを活用した介護予防と自立生活支援	0回	2014/02/22up	予防、生活支援、地域包括、拠点・サポートセンター、在宅、住居、介護予防強化推進事業、地域雇用創出推進事業
上天草市	跡地における在宅生活の基盤づくり	0回	2014/02/22up	医療、予防、地域包括、高齢者、拠点・サポートセンター、在宅、住居、高齢者、ヘルパー養成
川越市	認知症施策と地域支援	0回	2014/02/22up	医療・介護、生活支援、地域包括、認知症・高齢者、居住系、在宅、地域医療、社会福祉協議会、認知症高齢者居宅センター、福祉
大和村	住居自ら養える互助の地域づくり	0回	2014/02/22up	予防、生活支援、地域包括、在宅、住居互助、地域交流いマップ
境港市	持病者の施設機能を地域に展開	0回	2014/02/22up	医療・介護、生活支援、地域包括、近隣住民、拠点・サポートセンター、施設、居住系、在宅、地域医療、地域・介護福祉
米子市	持病者の施設機能を地域に展開	0回	2014/02/22up	医療・介護、生活支援、地域包括、近隣住民、拠点・サポートセンター、施設、居住系、在宅、地域医療、地域・介護福祉

平成26年度以降の介護・医療関連情報の「見える化」の推進（イメージ）

地域包括ケアシステムの構築に向けて、全国・都道府県・二次医療圏・老人福祉圏・市町村・日常生活圏域別の特徴や課題、取組等を客観的かつ容易に把握できるように、介護・医療関連情報を、国民も含めて広く共有（「見える化」）するためのシステムの構築等を推進する



まとめ

- これからの介護予防は、機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけでなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割を持って生活できるような居場所と出番づくりなど、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めた、バランスのとれたアプローチが重要である。
- 都道府県内のそれぞれの市町村における介護予防の取組が、バランスのとれたアプローチになっているかを今一度点検し、
 - ・地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組事例
 - ・市町村介護予防強化推進事業（予防モデル事業）
 - ・地域づくりによる介護予防推進支援モデル事業
 - ・地域包括ケア「見える化」システム（プロトタイプ） などを活用しつつ、地域特性を活かしたより効果的・効率的な介護予防の取組を推進するために、市町村を支援していただきたい。