

令和7年度 地域づくり加速化事業東海北陸ブロック別研修会
自立支援・重度化防止に向けたリエイブルメントの推進

地域ので支える これからの介護予防・重度化予防

真の社会的課題はどこに

名古屋大学大学院医学系研究科
附属健康医療ライフデザイン統合研究教育センター

水野 正明
2026年2月18日

Take Home Message

時代背景を理解してビジョンを掲げ、真の社会的課題を見出す。

そして解決につながるまで頑張り続ける。

情 熱
(Passion)





私たちが目指す人と社会とは・・・

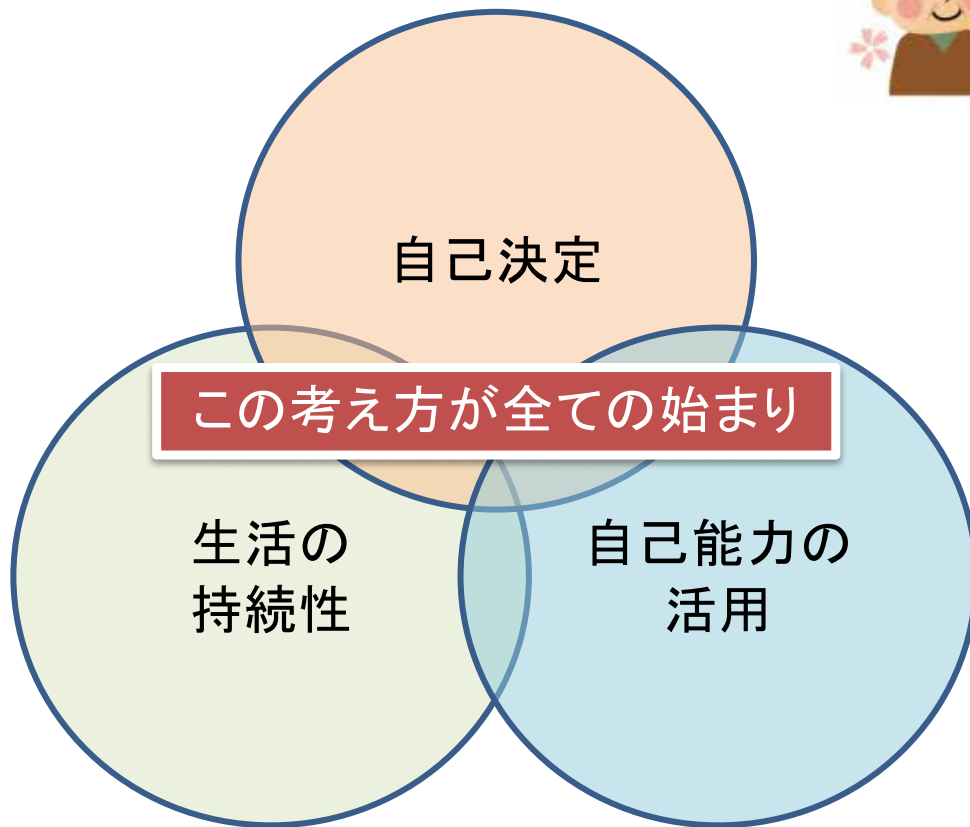
超高齢社会においても リエイブルメントを必要としない人と社会

高齢者のwell-being



高齢者福祉の三原則が遵守できること

(自立支援と絆づくり)



自己決定

自己決定が尊重されたら嬉しい

生活の持続性

今の生活が持続できれば嬉しい

自己能力の活用

今の生活能力が維持できれば嬉しい

リエイブルメントの対象となるということは、

- ・生活が持続できなくなった
- ・自己能力が維持できなくなった ことを意味する



リエイブルメントの推進よりも、

本来はその対象に陥らないように支援することの方が大切

介護予防

高齢者が、リエイブルメントの対象に陥らないようにする支援



これまでの介護予防

第1ステージ

(2000-2025年)

人生85年時代



第1ステージ(人生85年時代)



時代背景

我が国は、2007年 世界で最初に **超高齢社会** に至った

喫緊の課題: 超高齢社会にも負けない人づくりと街づくり(2025年問題への対応)

2025年問題

2025年に団塊の世代が75歳以上の後期高齢者(国民の5人に1人が後期高齢者(75歳以上))となり、医療・介護費の増大、労働力人口の減少など、日本社会全体に深刻な影響を及ぼす諸問題の総称



人づくり

健康寿命延伸プラン(2019)

2040年までに健康寿命を3年以上延伸し、75歳以上にする(2016年比)

街づくり(地域づくり)

プログラム法(2013)

- ・良質で効率的な医療提供体制の確立
- ・地域包括ケアシステムの構築

2026年を迎えた今、



「2025年問題は、顕在化しなかった」

なぜか？

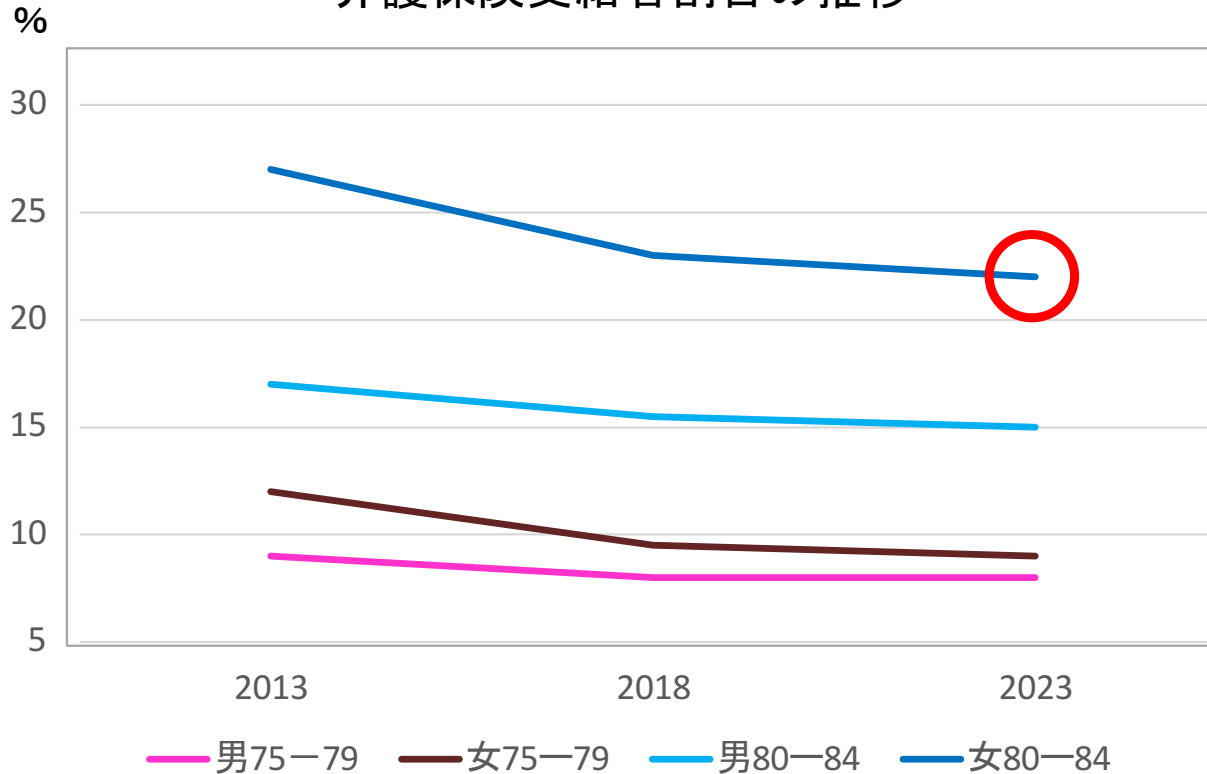
世界に誇れる医療と介護の著しい進歩と成果があったため

実は、介護予防、疾病予防(発症、重症化等)いずれも、着実にできてきている

「介護予防ができてきている」という根拠



介護保険受給者割合の推移



ここ5-10年間で

- ・要介護認定率は、75歳以上の男女いずれも1割以上減
- ・80-84歳女性では2割減

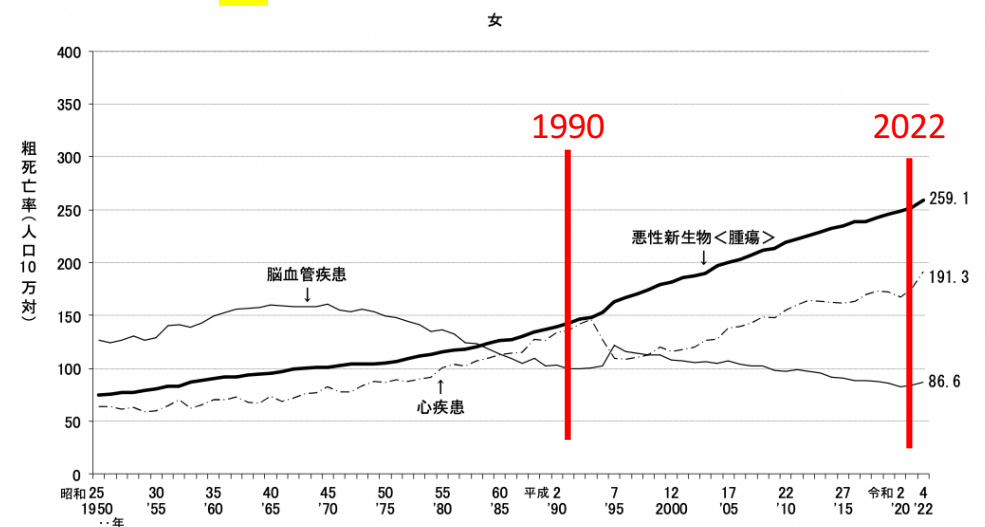
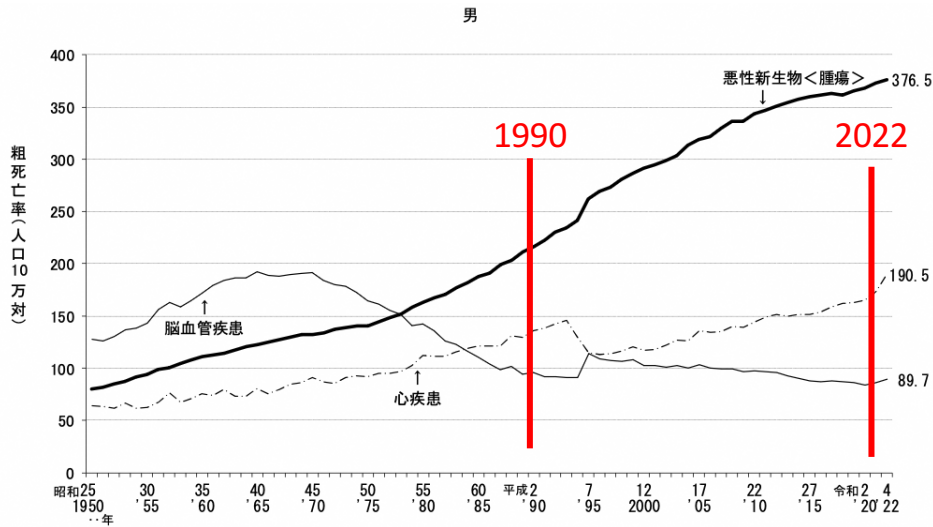
介護給付費等実態統計(実態調査)より

介護の著しい進歩と成果
介護保険受給者割合は、着実に減少してきている

「疾病予防(発症、重症化等)ができてきている」という根拠



三死因(がん、心疾患、脳血管疾患)の粗死亡率の年次推移



30年間で、
三死因(がん、心疾患、脳血管疾患)の粗死亡率は、がん、心疾患で増加、脳血管疾患で横ばい

ここ30年間(1990-2022年)でおおよそ、
がん死亡者数は1.8倍、心疾患死亡者数は1.3倍、脳血管疾患死亡者数は1倍

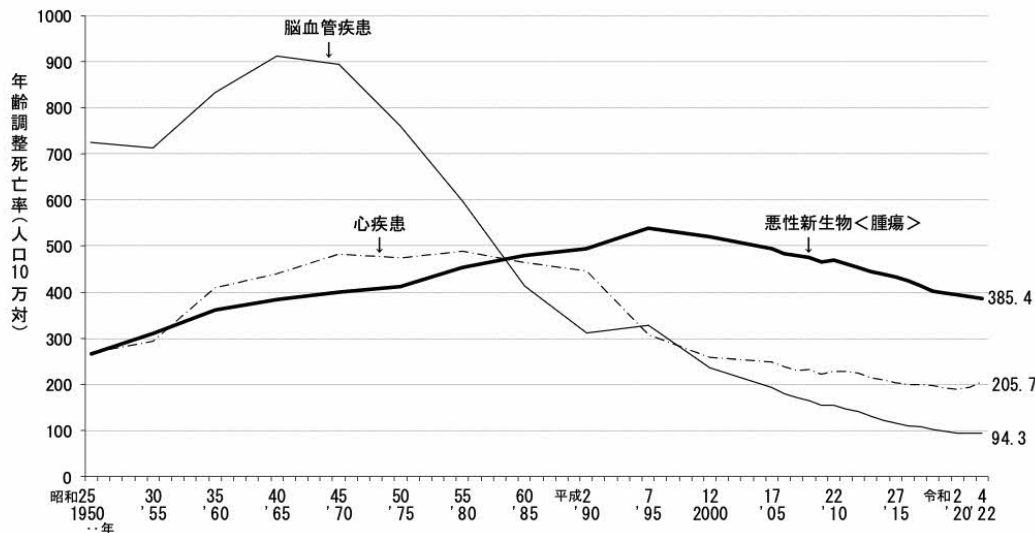
高齢者の数は2.4倍

「疾病予防(発症、重症化等)ができてきている」という根拠

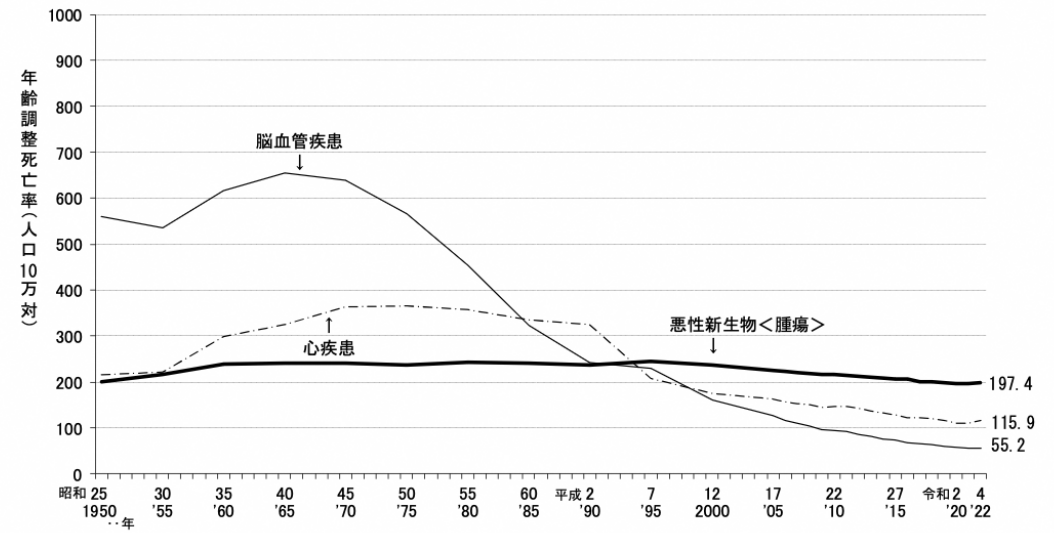


三死因(がん、心疾患、脳血管疾患)の年齢調整死亡率の年次推移

男



女



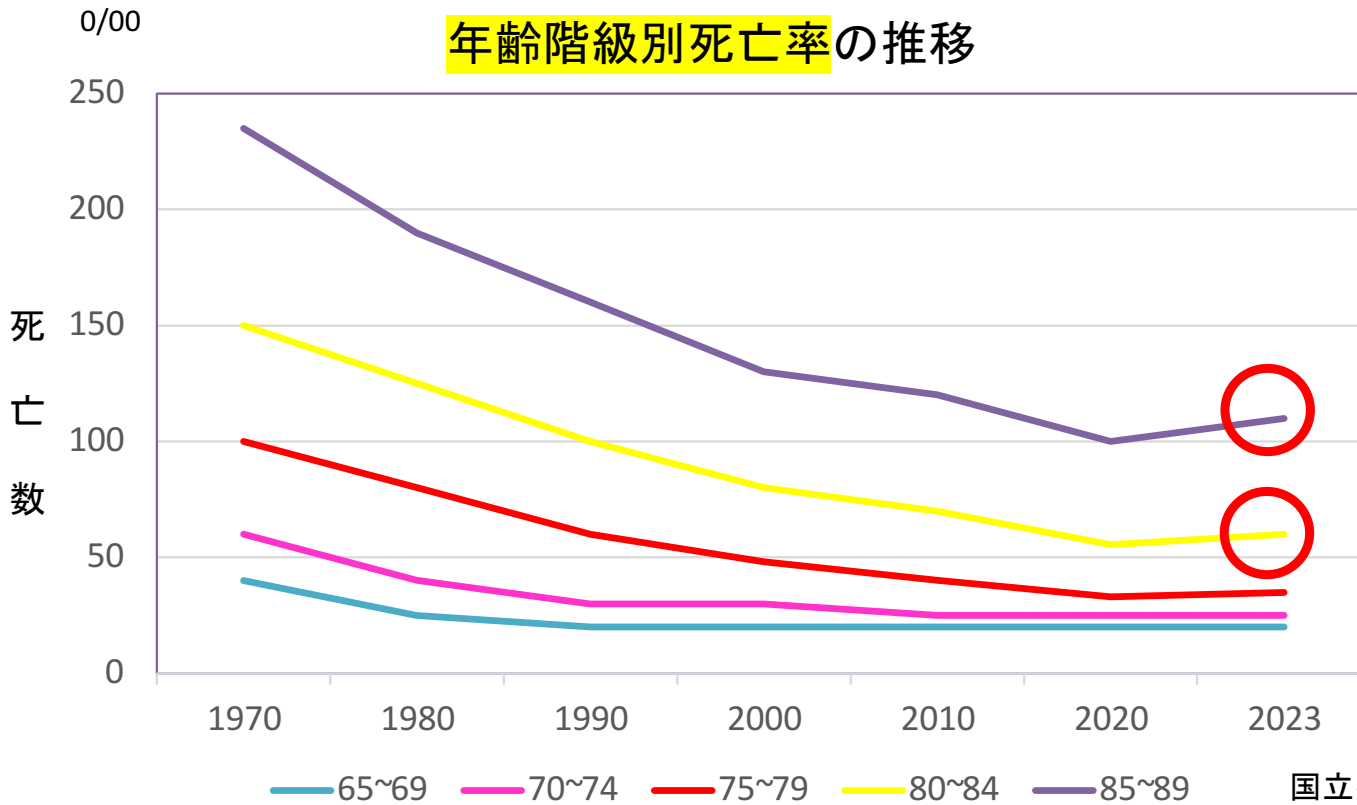
三死因(がん、心疾患、脳血管疾患)のすべてで年齢調整死亡率は低下

・ここ30年間で、がん 2割以上減 心疾患 3割以上減 脳血管疾患 7割以上減

医療の著しい進歩と成果

疾病予防(発症、重症化等)はしっかりできてきている

「介護予防・疾病予防ができてきている」という根拠



ここ30年間で

- ・年齢階層別死亡率は、80-84歳、85-89歳で4割減

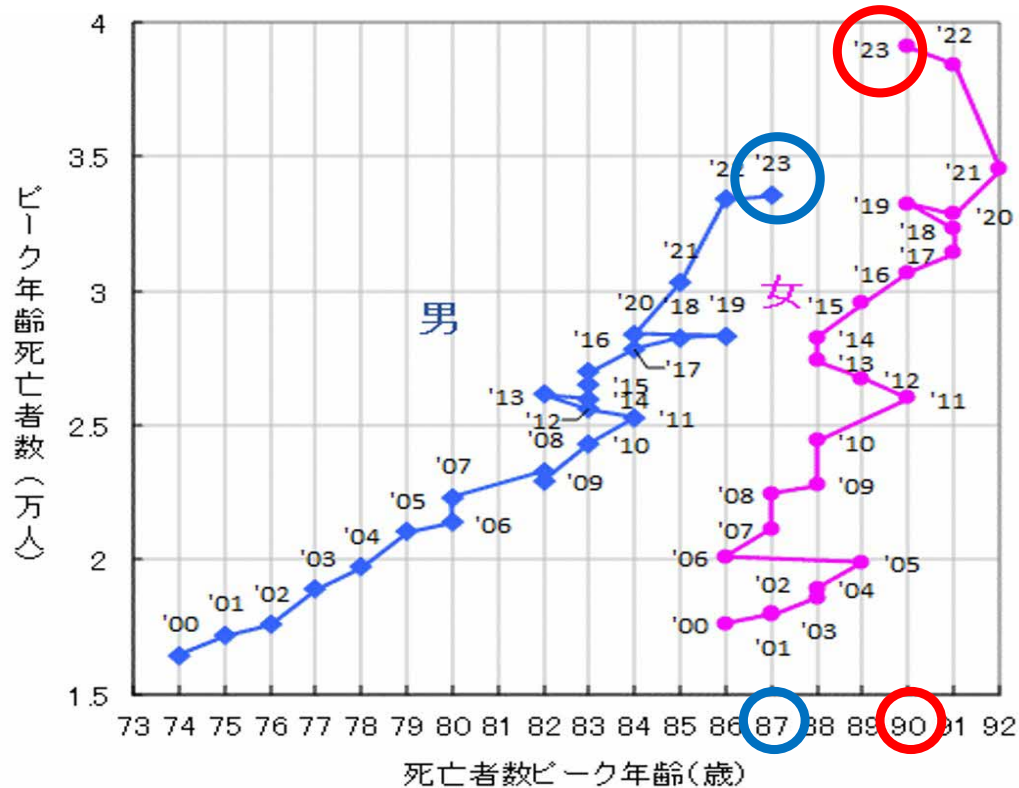
国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」2025より

医療と介護の著しい進歩と成果
年齢階級別死亡率も低下してきている

「介護予防、疾病予防ができてきている」という根拠



死亡者数ピーク年齢とその年齢の死亡者数の推移（2000年以降）



厚生労働省「人口動態統計」より

医療と介護の著しい進歩と成果

死亡者数ピーク年齢は、おおむね右肩上がりで、2023年には、男87歳、女90歳になった。

第1ステージ(人生85年時代)のまとめ



介護予防・疾病予防については、

- ・ 同年代の介護または疾病の割合はいずれも減少し、介護予防・疾病予防ができつつある。
我が国が世界に誇りうる医療と介護の成果と言える。
- ・ 世界に類を見ない高齢化の加速により、実数は増加し続けている。

これらが全国を対象にした場合のまとめ

では、愛知県ではどうか？

愛知県の介護予防は、どこまでできたのか？





愛知県内の全自治体(54自治体)

2019年度地域医療・介護評価指標調査

在宅医療・介護連携推進事業ネットワーク会議
成果報告

目で見ると
在宅医療・介護連携推進のための
地域課題の抽出とその解決策

2019年度地域医療・介護評価指標調査

愛知県医師会 / 愛知県

愛知県医師会・郡市区医師会の協力のもとで

2019/2024年度地域医療・介護評価指標調査

2019/2024年度を比較検討

医療連携
介護予防、重度化予防

の成果を検証

①介護予防



分析結果

AA医療圏

自治体名	要支援・要介護者数の増加率／高齢者人口の増加率 (2019-2024年)
A市	1.02

介護予防が達成できた自治体は、

なし

愛知県全体

6自治体(3市2町1村)／49自治体(評価可能な自治体)

② 重度化予防



重度化の推移
(分析結果)

自治体名	2019年度の重度化率 ⇨ 2024年度の重度化率(%)
------	------------------------------

BB医療圏

重度化予防が達成できた自治体は、

2自治体

2/7自治体(29%)
評価可能自治体のみ

愛知県全体
23自治体 / 43自治体(評価可能な自治体)(53%)

愛知県

介護予防と重度化予防においては
できた自治体も出てきているものの、
さらなる取り組みの継続と強化が求められている

これからの介護予防

第2ステージ

(2026-2040年)

人生100年時代



第2ステージは、
第1ステージの延長ではなく、全く異なるもの

第1ステージと第2ステージでは、なにがどう違うのか？



時代背景が全く違う さらにその背景が急速に、かつダイナミックに変わり続けている

⇒ 第2ステージ(人生100年時代)は人類史上、全く経験のない時代であり、“未知との遭遇”

- ・ 社会が大きく変わる
- ・ 医療と介護に新しい科学と進化が加わる
- ・ 生物学的寿命を考慮する時代が始まった

社会が大きく変わる



社会が大きく変わる

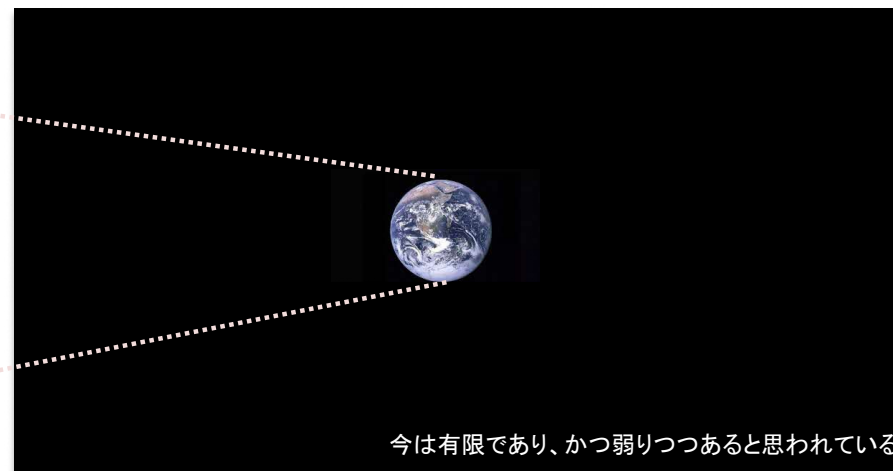


今、私たちは、

人類史上、最大の転換期を迎えている

社会が大きく変わる

① 地球が一気に小さくなった(“無限”から“有限”に)



自然
資源
食料

気候変動(人類の営みが生んだ)等

化石燃料の弊害等

食糧危機 7億3000万人が飢餓に直面 (2023年「世界の食料安全保障と栄養の現状(SOFI)」報告書)

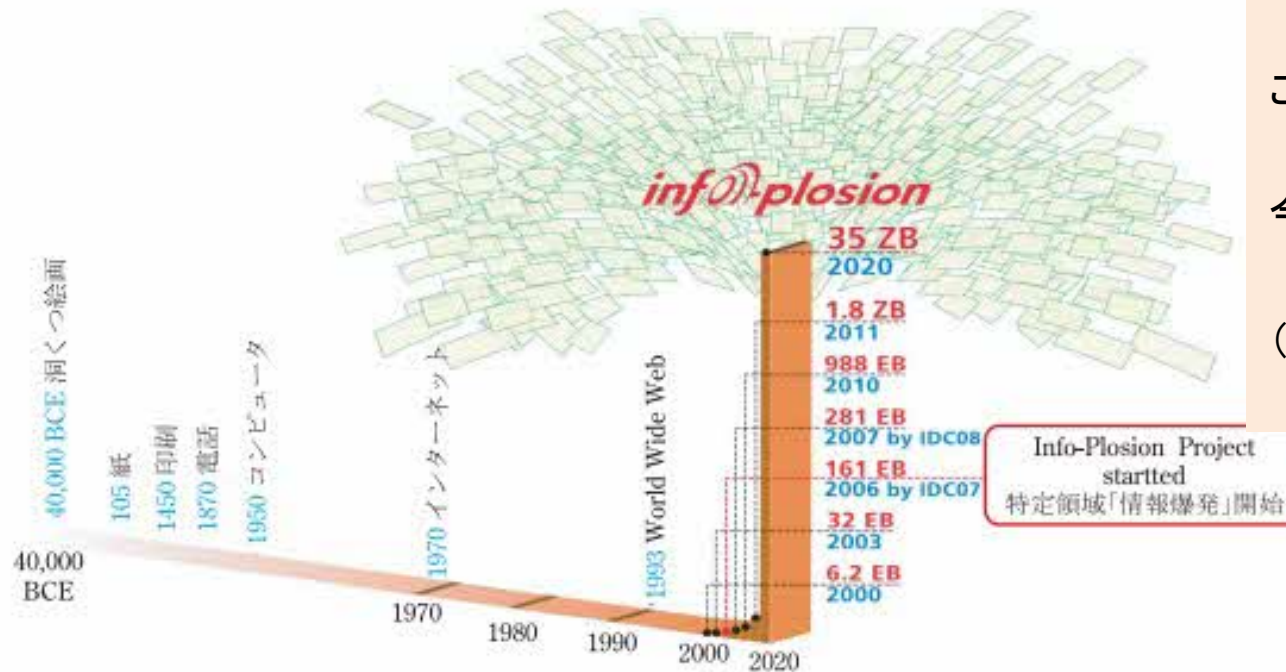
生活習慣そのものが急速に変わってきている

* エアコンの使用、暑さによる外出制限など

社会が大きく変わる

② 情報・知識が一気に爆発した

有史以降、5000年間あまり変わらなかった



喜連川 優 「情報爆発のこれまでとこれから」より

ここ20年間で **6500倍**

今後、15年でさらにその **300倍以上**

(インターネット全体の情報量)



生活習慣そのものがDX(SNS, AI等)で急速に変わってきている

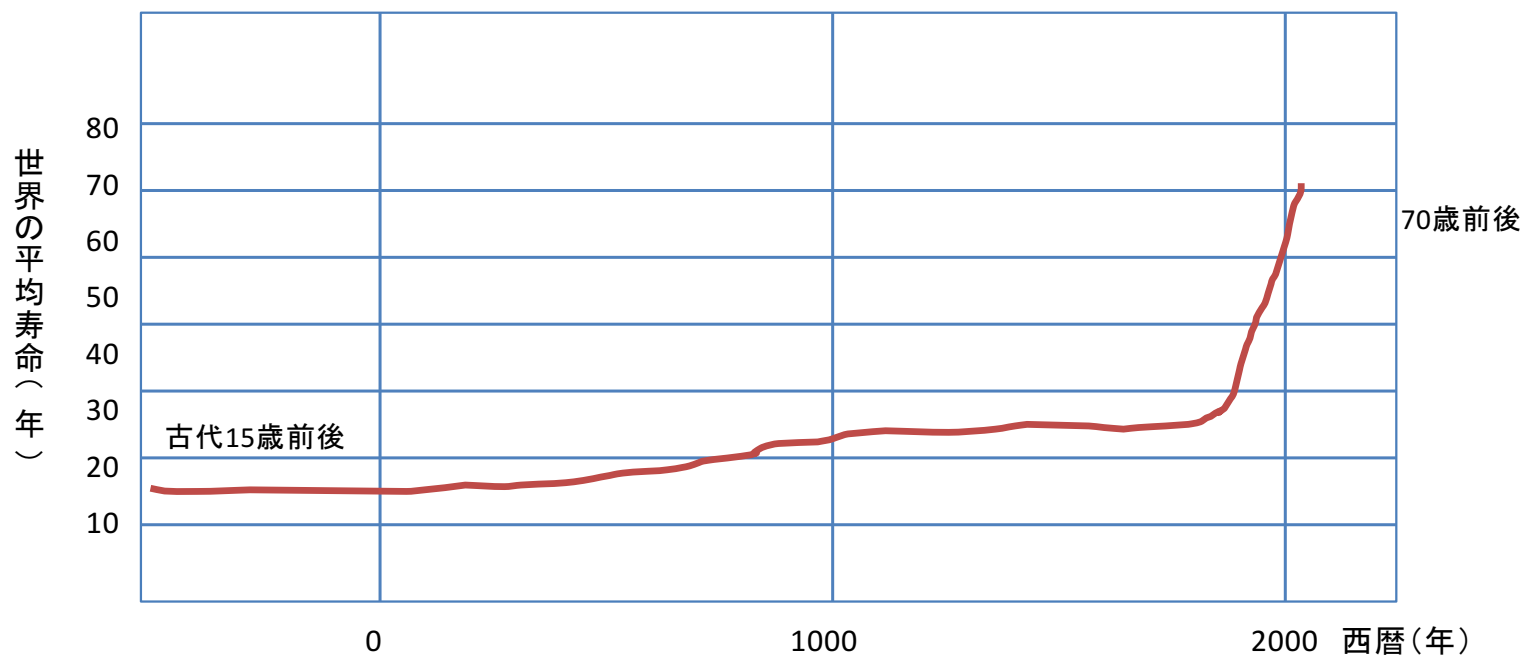
*DX=デジタル・トランスフォーメーション

社会が大きく変わる

③ 人類が一気に長寿化した(長生きになった)



有史以降、20世紀まで平均寿命は30歳に満たなかった



日本の平均寿命 (2025年)	
男性	81.09歳
女性	87.13歳

世界第1位

ここ100年で一気に54歳延び、70歳代に到達

人生100年時代の到来という未曾有の生活に直面している

磯野波平の衝撃



1965年12月16日付 朝日新聞朝刊より・長谷川町子美術館

社会が大きく変わる

2040年の社会



	20世紀	2040年
エネルギー	化石	再生可能エネルギー
資源ソース	鉱山等	都市鉱山
豊かさの指標	ものの豊かさ	こころの豊かさ(生きがい)
人工知能(AI)	なし	AI(社会基盤の一部、Singularity)
情報	アナログ	デジタル 情報爆発
寿命	平均寿命の延伸	健康寿命の延伸 生物学的寿命の考慮

2040年の社会は、20世紀の社会とは全く違っている

医療と介護に新しい科学と進化が加わる



医療と介護に新しく、かつ著しい考え方と進化が加わる



事 例

食の革命

管理栄養学の大転換

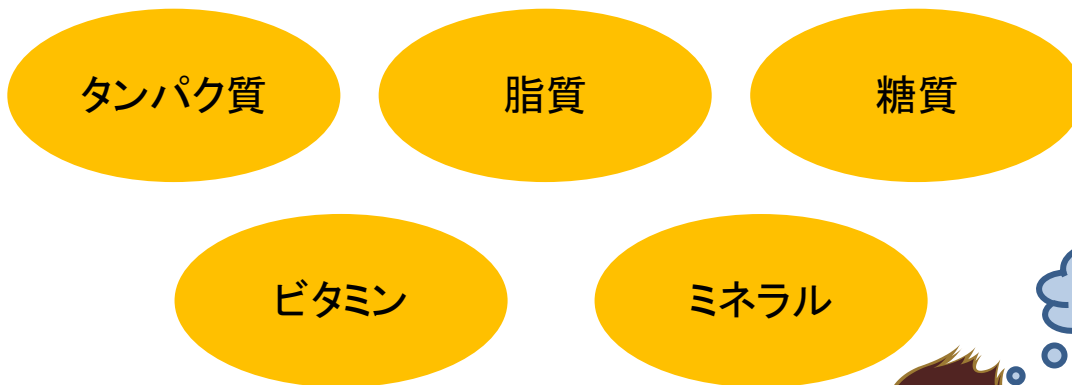
食とは・・・



生物が生命を維持し成長するために食物を摂取する行為

生きるために必要な栄養素

5大栄養素



健康づくりには、これら5大栄養素が必要

健康づくりには、これら5大栄養素をもれなく食することが大切

管理栄養学の基本



食に関する疑問

ベジタリアンは
野菜しか食べていないのに
なぜ、生きられるの？

タンパク質、摂ってないよね？



アフリカのマサイ族は
ヤギの乳しか飲んでいないのに
なぜ、生きられるの？



ビタミン(B9(葉酸),B12,C)、摂ってないよね？

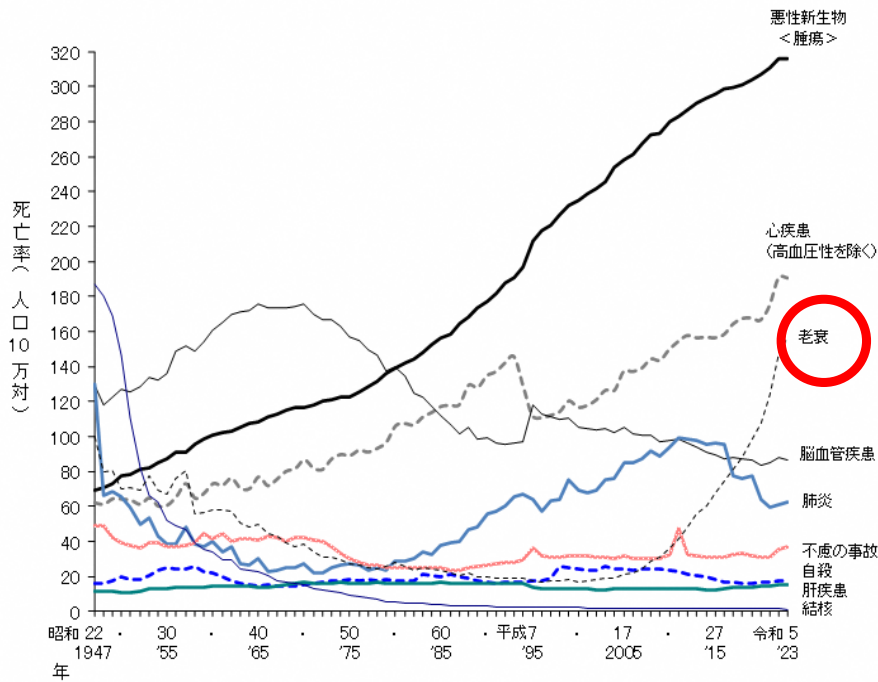
生物学的寿命を考慮する時代が始まった



生物学的寿命を考慮する時代が始まった



主な死因別にみた死亡率(人口10万対)の年次推移



「老衰」は生物学的寿命による避け難い死のイベントである

「老衰」=「生物学的寿命」

「老衰」が死因の5位以内に入ってくるのは、
 男性 80歳以上
 女性 75歳以上

令和6年(2024)人口動態統計月報年計(概数)より



- 注：1) 平成6年までの「心疾患(高血圧性を除く)」は、「心疾患」である。
- 2) 平成6・7年の「心疾患(高血圧性を除く)」の低下は、死亡診断書(死体検案書)(平成7年1月施行)において「死亡の原因欄には、疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないでください」という注意書きの施行前からの周知の影響によるものと考えられる。
- 3) 平成7年の「脳血管疾患」の上昇の主な要因は、ICD-10(平成7年1月適用)による原因碼選択ルールの明確化によるものと考えられる。
- 4) 平成20年の「肺炎」の低下の主な要因は、ICD-10(2013年版)(平成20年1月適用)による原因碼選択ルールの明確化によるものと考えられる。

85歳以上は、生物学的寿命を考慮してもよい年齢
 “新人類”

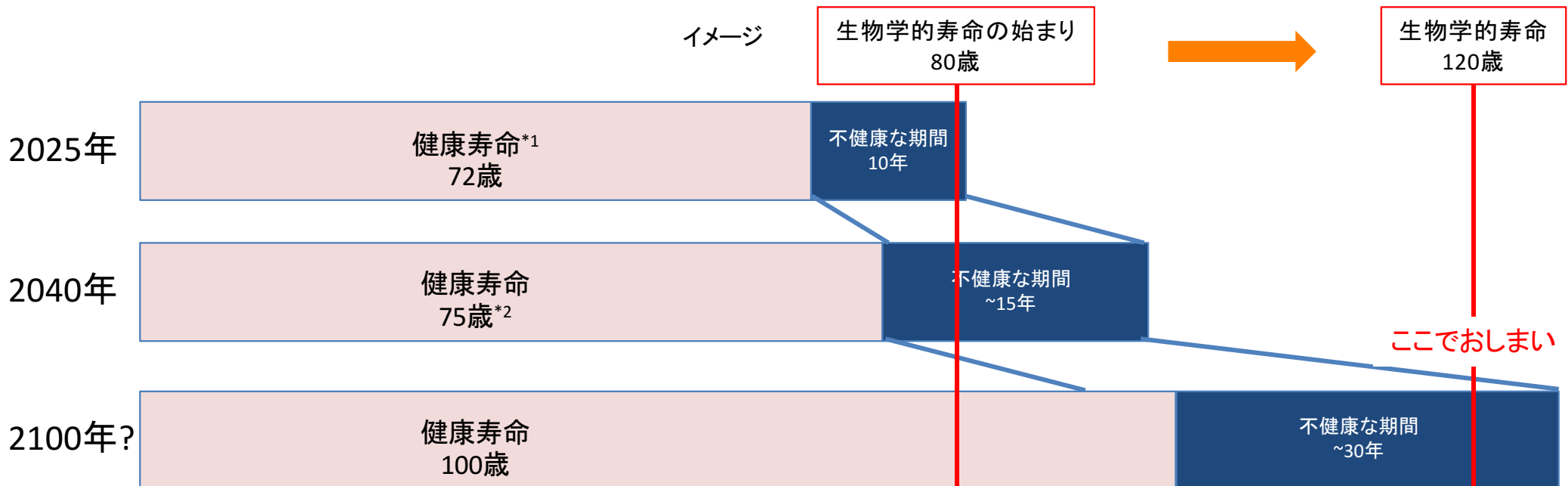
生物学的寿命を考慮する時代が始まった



- 健康寿命の延伸
- 不健康な期間がさらに長くなる。
決して短くはないが、生物学的にやがて幕切れになる。
こんなことは有史以降、一度もない“新人類”

*1 日常的な介護に頼ることなく、心身ともに健康で暮らすことができる期間のこと
2000年にWHOが提唱した新しい寿命の指標 (healthy life expectancy)

*2 健康寿命延伸プラン(2019)が2040年までに目指す目標
2040年までに健康寿命を3年以上延伸し、75歳以上にする(2016年比)



第2ステージ(人生100年時代)の考え方のまとめ



時代背景

- ・ 社会が大きく変わる
- ・ 医療と介護に新しい科学と進化が加わる
- ・ 生物学的寿命を考慮する時代が始まった

これからの介護予防は、人類史上、全く経験のないことであり、“未知との遭遇”

⇒ 85歳以上の“新人類”とも言える世代集団が、
わずか30年足らずで、あっという間に出現してきた



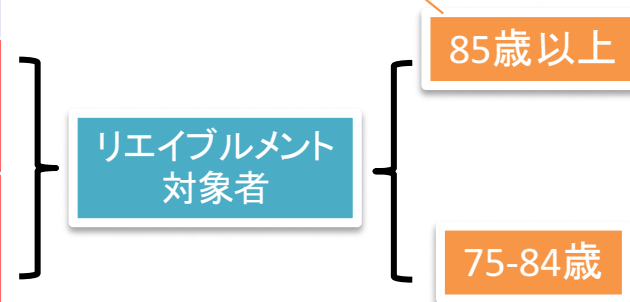
リエイブルメントの推進も、これまでの延長ではできない

対象者の徹底した層別化と最適化したサービスの提供が必要

リエイブルメント対象者の層別化(私案)

		Well-being指標 (リスクを色分け)		
	介護認定率 (%)	身体的 (Physical)	精神的 (Mental)	社会的 (Social)
85歳以上	47.2~72.9	Red	Red	Red
75-84歳	11.5~25.3	Yellow	Yellow	Red
65-74歳	2.8~5.7	Green	Green	Green
65歳未満		Green	Green	Green

地域ので支援しても、
日常生活動作を
「もう一度自分でできるようにならない」
今までにない、今までにできていない
支援が必要



地域ので支援すれば、
日常生活動作を
「もう一度自分でできるようになる」
今までの支援の最適化で対応可能

年齢別要介護認定率

65-69歳 2.8% 70-74歳 5.7% 75-79歳 11.5% 80-84歳 25.3% 85-89歳 47.2% 90歳以上 72.9%
介護保険事業状況報告(2023)より

リエイブルメント対象者への支援



- ① 身体的、精神的well-being向上のための支援
- ② 社会的well-being向上のための支援

これらの支援を

「75~84歳の世代」と「85歳以上の世代」に分けて組み上げねばならない

リエイブルメント

「75~84歳の世代」への支援



①身体的、精神的well-being向上支援

自験事例(1): C-REX介入プログラム

住民ひとりひとりが“健康の達人”になるためのプログラム

(自助Self Medicationを中心に据えたプログラム)

リエイブルメントプログラム

C-REX介入プログラム

自助の強化

Self-Medication

特に生活習慣病における自助の強化



東海国立大学機構 健康医療ライフデザイン統合研究教育拠点(C-REX)

健康医療データから 人と社会の幸せ、well-beingを生み出す事業

ミッション

信頼できる健康医療データ基盤を構築し、英語の「Life」にある3つの意味、「いのち」、「生活」、「人生」のそれぞれを対象にデザインした研究教育を統合的に行うことで、社会的課題を解決して人と社会に貢献する。

最終ゴール（2040年）

2040年に世界の皆が、それぞれの立場（患者、介護サービス利用者、福祉支援対象者、健常人）で**Well-being***になる**健康医療社会の創成**を目指す。

*C-REXのWell-beingとは…

- ✓ 健常人：健康と幸せの最大化
- ✓ 患者ら：当たり前のことが当たり前に行えるよう、ハンディーキャップの最小化

C-REX介入プログラム



市民の皆さん、特に70歳以上の高齢者

1日10分の運動
Plus10

運動の達人

運 動

朝食をとる

食事の達人

食 事

コラボレーション

睡 眠

決まった時間に起きる

睡眠の達人

美容
整容

フェイシャルマッサージと
ハンドケア(手洗い)

内から外から美しく

美容・整容の達人

リエイブルメント

「75~84歳の世代」への支援



①身体的、精神的well-being向上支援

自験事例(2): だれでもピアノ レッスンカフェ(イベントコミュニティの形成と活用)

名古屋大学 岐阜大学

TEKOHAMA MIKATO KIBAI HALL

あなたのウェルビーイングを音楽で高めよう

シニアのための
だれでもピアノ®
2024
レッスンカフェ

右手の1本指でメロディを奏でると、左手のハーモニーとペダルが自動演奏され、誰もがピアニストのように華麗な演奏ができる魔法のようなピアノ、それが「だれでもピアノ®」です。このピアノを活用したレッスンに参加しませんか。

お茶やおしゃべりを楽しみながらリラックスした雰囲気で行うグループレッスンです。レッスンは、ひとりひとりのレベルに合わせて行います。6回のレッスン終了後には成果発表会も。ピアノを弾いたことのない方、大歓迎。仲間とともに、音楽を奏でる楽しみを味わってみませんか？

日時	2024年 12月5日(木)・12日(木)・19日(木)・26日(木) 2025年 1月9日(木)・16日(木) ※2025年1月30日(木)に横浜市内にて、成果発表会を実施予定。
会場	横浜みなとみらいホール 6階事務室 (横浜市西区みなとみらい 2-3-6)
講師	新井 聡子(横浜みなとみらいホール 幹事)、西本 梨江(ピアニスト)
参加費	無料
募集人数	15名 ※グループ制・各グループ5名。応募者多数の場合は抽選 Aグループ 10:00~11:30/Bグループ 12:00~13:30/Cグループ 14:30~16:00 ※12月5日(木)初回オンラインエンタテインメントレッスンは、3グループ共用で10:00~13:00に実施
参加条件	65歳以上の方。ピアノ経験のない方、初心者の方。 6回のレッスンと、成果発表会のすべてにご参加いただける方。 期間を通じてスマートフォンを操作できる方(お貸しします)、スマートフォンをご持参ください。
応募方法	裏面の申込用紙に必要事項をご記入の上、メールか郵送、ファックスでお申込みください。

主催: 横浜みなとみらいホール(公益財団法人横浜市長官文化振興財団)
共催: 東海国立大学機構 名古屋大学大学院医学系研究科附属 健康医療デザイン総合研究教育センター(C-REX)
協力: 医療法人五六一五 ナガサキガーデンクリニック
〒220-0012 神奈川県横浜市中区みなとみらい2-3-6 <http://yokohama-minatomiraihall.jp>
お問合せ: 045-682-2020(「だれでもピアノ」レッスンカフェ) 担当 10:00~18:00 休館日: 祝日・保守点検日をのぞく

指1本でピアノのフル演奏ができるAIツール 「だれでもピアノ」



行政サービスは
すでに限界、破綻している
“住民(民間)の力”に期待

横浜市役所アトリウム(横浜みなとみらいホール)



同期の修了生間で
新たなコミュニティが形成され、月1回の「語らいの場」が
自然発生的に生まれてきている
(こういった取り組みを各地で展開していく支援が、真の社会的課題の解決につながる)

「75~84歳の世代」への支援



②社会的well-being向上支援

事例： 単身者の家がなくなる = “貯蓄がゼロに”

「単身者(独居・日中独居) = 不幸せ」ではない
では、誰が不幸せなのか？

単身社会

・単身者(単独世帯)の増加

中高経済力

生活も住まいも可(介護付有料老人ホーム 15年間で5倍 特養より多い)

低中経済力

X

生活保護・要介護

支援制度あり

⇒ 低中経済力の単身者への対応が必要

これが「75~84歳の世代」への最優先課題

三親等内の親族がいない高齢者が増えていく
2040年 75歳以上の一人暮らし 610万人



家庭内で自立できていても、
暮らしの支援が必要
(これが真の社会的課題のひとつ)

* 資産運用の実践支援
(地域と民間の力)



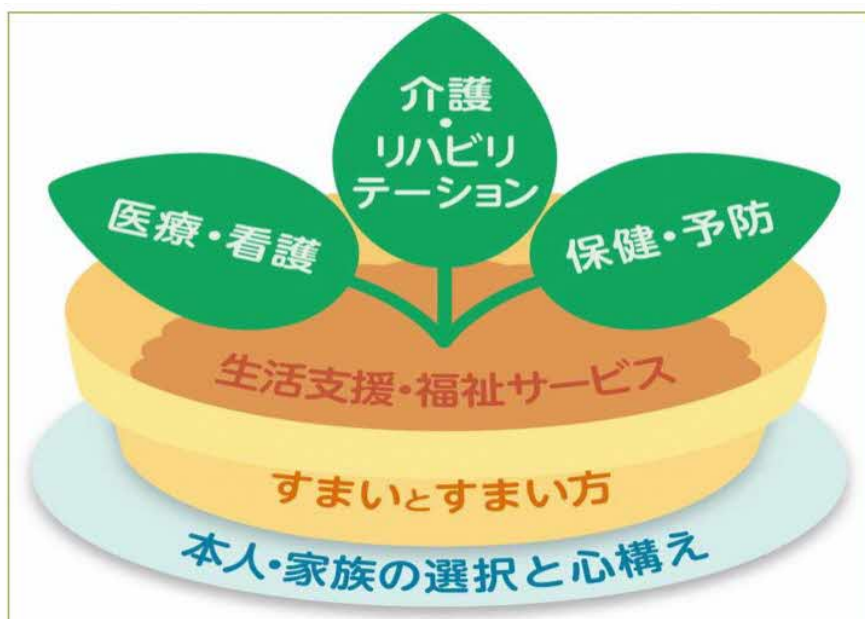
- ① 身体的、精神的well-being向上のための支援
- ② 社会的well-being向上のための支援

今までできていない、今までにない支援が必要

「85歳以上の世代」への支援



今までにできていない、今までにない支援



地域包括ケア研究会報告「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」
(平成25年3月)

第1ステージ: 2000年から2025年までの医療と介護

疾病・介護予防については、
同年代の疾病または介護割合は減少し、疾病・介護予防ができつつある。
我が国の世界に誇りうる医療と介護の成果と言える。

第2ステージ: 2026年から2040年までの医療と介護

地域における生活の基盤となる「**住まい**」と「**生活支援**」

第2ステージの目標
生活スタイルの改革推進(社会改革)

第2ステージの目的

- (1) 高齢者(後には全世代へ)のプライバシーと尊厳が十分に守られた「住まい」を提供すること
- (2) その住まいにおいて安定した日常生活を送るための「生活支援・福祉サービス」を創出すること

「85歳以上の世代」への支援



第2ステージの目的

(1) 高齢者(後には全世代へ)のプライバシーと尊厳が十分に守られた「住まい」を提供すること

1) 「医療介護連携の社会」から「介護医療連携の社会」へ

85歳以上の“新人類”を対象に考えると・・・

これまでの医療介護連携の基本* である急性期 回復期 維持期 療養・介護の流れではなくなる

事例: 介護サービス利用者が骨折、心不全、(誤嚥性)肺炎で急性期入院となる
入院前からフレイル状態または要介護状態が多い

* 健常人が、骨折、心不全、肺炎等を起こした時は、この疾患の治療だけで元の生活が取り戻せる

介護医療連携を基軸にした新しい「住まい(社会)」の創出が必要

⇒ 第1ステージで構築を進めてきた「出会いの場」から「語らいの場」への進化

「85歳以上の世代」への支援



2) 第1ステージで構築を進めてきた「出会いの場」から「語らいの場」への進化

「衣食住」の「食」を、「語らいの場」を生み出すソースとする(生活スタイルの改変)

イタリアの食生活

- ・食事時は、家族全員が集まる 食事は質素だが、家族どおしで語り合い、毎日、数時間はいっしょに暮らす
「食事とおしゃべりを欠かさず(1年中)」
「クリスマスは、イブも含め、2日間、ずっと食べつづける(イタリア全土に共通したクリスマス習慣)」
クリスマスが一番、忙しい。特に「昼食」



フリーイラスト より

⇒ このような習慣を家、職場、施設等で構築
家、介護施設等ではこれが1番の仕事

「85歳以上の世代」への支援



「語らいの場」を家、職場、施設等で構築していくためには、

⇒ 考え方の逆転 と 社会的課題の連結

- **考え方の逆転** 従来の考え方: 医療・介護が充実したら、「語らいの場」が形成でき、well-beingになる



「語らいの場」を作り出すことが、
家、介護施設等の1番の仕事

フリーイラスト より



「語らいの場」を作り出すためには、
どう働き方を変えていくのか。

障害の有無に関わらず皆で団欒
(近未来版 井戸端会議)

- **社会的課題の連結**

社会的課題1

医療・介護・福祉関係者の働き方改革

X

社会的課題2

介護サービス利用者の生きがいの創出

リエイブルメント

「85歳以上の世代」への支援



社会的課題1

医療・介護・福祉関係者の働き方改革

X

社会的課題2

介護サービス利用者の生きがいの創出

上記2つの社会的課題を一度に解決する手法：**ロボット,DX, AI等の早期利活用**

今までにない支援

- すべてのステークホルダーが、ベッド上からテーブルでのケアへ



サービス利用者、介護者いずれもアシスト
(CYBERDYNE HPより)



+



移乗サポートロボット HUG
(FUJI HPより)



フリーイラスト より

障害の有無に関わらず皆で団欒
(近未来版 井戸端会議)

- 介護支援者の負担軽減
業務報告書のAIによる自動生成



介護しながら
事務作業を終わらせる
音声特化AIサービス

ながらかいは介護作業中や会議の音声から自動で記録の作成、議事録の生成を行う介護支援アプリです。



NAGARA HPより

「85歳以上の世代」への支援

(2) その住まいにおいて安定した日常生活を送るための「生活支援・福祉サービス」を創出すること

今までにない支援

- ・ 寝たきり患者のバリアフリー
- ・ 介護支援者のバリアフリー
- ・ 認知症患者のバリアフリー



お店で商品を持ち帰る
万引き？

認知症患者から見れば、

- ・ 欲しいものをお店で購入、支払いを忘れただけ

ICT, IoTで自動決済の導入

徘徊で皆が大騒ぎ？

- ・ 行きたいところに出かけたが、場所がわからなくなっただけ(一人歩き)

GPSで居場所を把握

本日の講義内容のまとめ①



第1ステージ(2000-2025年:人生85年時代)

- ・ 介護予防、疾病予防いずれもできつつあることが明らかになった。
- ・ 上記の成果が、「2025年問題」の顕在化に繋がらなかった。

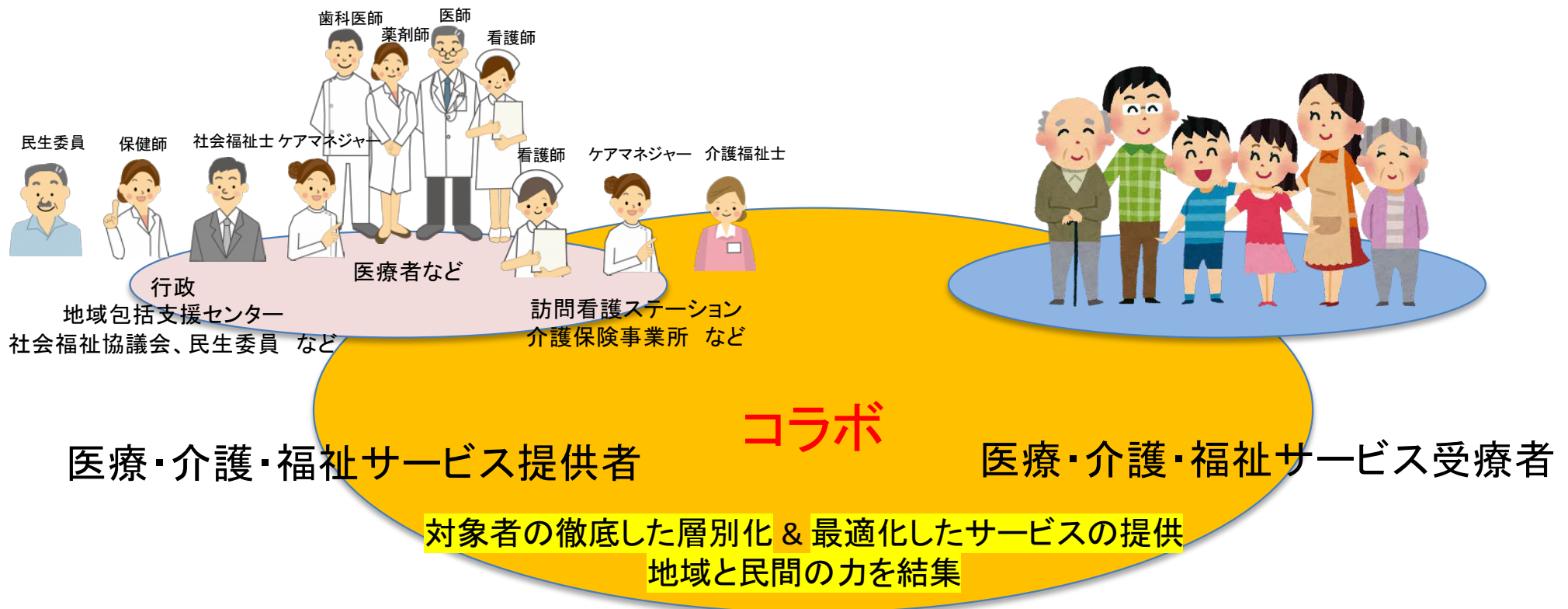
第2ステージ(2026-2040年:人生100年時代)

- ・ 人類が人類史上、経験したことのない「新時代」である。85歳以上は「新人類」。
- ・ 対象者、特に高齢者の徹底した層別化とそれに合った最適化サービスの提供体制の構築が急務
- ・ 最適化サービスとは、85歳以上を視野に入れた最新テクノロジーの導入(ロボット、DX、AI等の早期利活用が鍵)
- ・ サービス利用者、およびサービス提供者双方のwin-winの関係を同時進行で構築し、社会的課題を持続的に解決し続ける人とまちづくりが求められている(高齢者型から生涯支援型地域包括ケアへ)
- ・ 目指すビジョンは、超高齢社会においても「リエイブルメントを必要としない人と社会」である。

本日の講義内容のまとめ②



地域の中で介護予防・重度化予防をさらに強化するには……



本日の講義内容のまとめ③



時代背景を理解してビジョンを掲げ、真の社会的課題を見出す。
そして解決につながるまで頑張り続ける

情 熱(Passion)

皆さんに贈る言葉

過去を知る。今を知る。

そして未来を見つめる。

そこから生まれる体と心と社会のゆとりが生まれる。

ここに健康と生きがいと幸せが舞い込む。

今後も皆さんとともに、しっかり歩んでいきたいと思いますので、
引き続きよろしく申し上げます。



ご清聴ありがとうございました。

20260218 東海北陸厚生局 地域づくり加速化事業ブロック別研修会

自立支援・重度化防止に向けた リエイブルメントの推進について

愛知県豊明市
市民生活部共生社会課 課長 松本小牧



松本 小牧（まつもと こまき） 豊明市 市民生活部 共生社会課 課長

入庁以来、市民協働所管部局で地域づくりや地域課題解決に向けた住民、自治会、NPO、民間企業等との協働事業の経験を多く積む。

2012年介護保険制度担当、2015年より高齢社会に対応する地域づくり（地域包括ケアシステム）を担当。民間企業等と数多くのヘルスケアビジネスやシニア向けサービス、公的保険外サービス、移動支援事業（MaaS）などを企画、事業化。厚生労働省の研究事業にも数多く委員として参画。民間企業等と数多くのシニア向けサービス、MaaSを事業化する等、高齢者の潜在的ニーズの発掘やビジネスモデルの構想支援を得意とする。

2021年4月より現職。重層的支援体制、生活困窮者支援、不登校支援等、分野世代を問わない支援体制構築に向けて取り組んでいる。

【厚生労働省 研究事業等委員】

- ・地域づくり加速化事業アドバイザー（老健局地域介護推進課）
- ・アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム（老健局総務課）
- ・在宅医療・介護連携推進支援事業 委員（老健局老人保健課）
- ・短期集中予防サービスの効果的な実施に関する調査研究 委員（老健局老人保健課）
- ・包括的な支援体制の整備プロセス・評価方法に係る調査研究 委員
（社会・援護局 地域共生推進室）
- ・都道府県・市町村に対する包括的な支援体制の整備に係る人材育成研修・研究事業
企画・研究委員会 委員（社会・援護局 地域共生推進室）
- ・生活困窮者総合型就労支援モデル事業 評価に関する調査研究事業委員
（社会・援護局 地域福祉課）

介護予防・日常生活支援総合事業の目的

～なぜ、介護予防通所介護と介護予防訪問介護は廃止されたのか～

利用者数が伸びない（入口問題）

- ✓ 参加者が少ない 集めるのに一苦労する
- ✓ ケアマネジャーは従前相当デイに繋いでしまう
- ✓ どういう対象者を選定したらよいか分からない
- ✓ 繋げたいタイミングで利用できない

支援終了後のつなぎ先がない（出口問題）

- ✓ 終了後のつなぎ先がない、又は、結局終了後は従前相当デイに繋がっている
- ✓ サービス終了すると、また活動量が低下してしまう

専門職や送迎の確保が難しい（提供体制の課題）

- ✓ 送迎の都合があり、提供日やサービス提供範囲が限られる
- ✓ リハ職の時間の確保が難しい

自立支援に関するケアマネジャーの声

- **日々、歳を取っていくのに良くなるはずがない。** デイサービスで状態を維持できているだけでも御の字。
- デイサービスでお友達もできて、**本人が通うことを希望している。** 急にデイサービスを辞めたら、閉じこもりになってしまう。
- 本人は「私はデイサービスに通う必要はない」と行きたがらないが、**家族が一日中どこかに通っていてほしいと希望される。**
- 移動の足がないので、デイサービスをやめたら行く場所がない。
- 生活援助は、自宅での生活が続く限り最低限必要なサービス。**国にお金がないからといって介護保険の理念を曲げるな。要支援切りだ。**
- 保険料を払っているのだから、給付は権利。「ご利用者様」の望み（ex.掃除をしてほしい）を叶えて喜んでいただいているのに、なぜ非難されるのか。
- 介護保険の理念は自己決定である。利用者の意向を尊重することは当然ではないか。

そもそも
総合事業は何を目指していたのか

社会保障審議会介護保険部会 「見直しに関する意見（平成16年7月30日）」

- ・ 実際、介護保険制度において著しく増加しているのは、要支援、要介護1などの軽度者であり、今や全体の5割近くを占める
- ・ 介護保険制度本来の在り方から見れば、軽度者に対するサービスは利用者の要介護度の維持や改善につながることが期待されるが、実態としては、軽度者の改善率は低く、予防効果を示していないのではないのか
- ・ 「かわいそうだから何でもしてあげるのが良い介護である」といった考え方が、かえって本人の能力の実現を妨げ、いわゆる廃用症候群を引き起こしている
- ・ 「家事代行型の訪問介護サービスを利用し続けることにより、能力が次第に低下し、家事不能に陥る場合もある」

介護予防重視型システムの確立（平成17年介護保険法改正）

厚生労働省資料

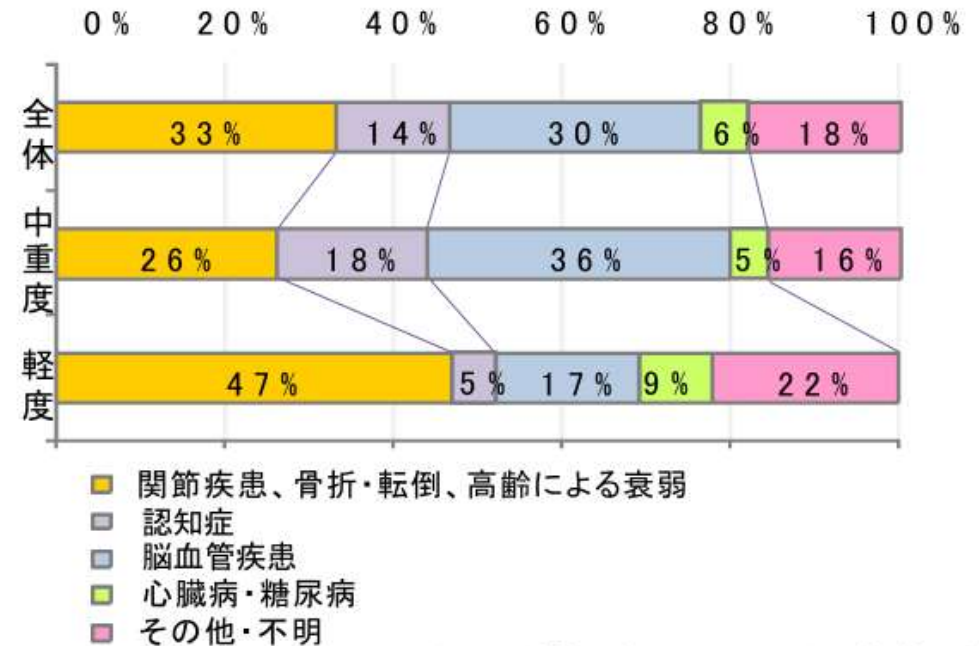
- 要支援・要介護1の認定者（軽度者）の大幅な増加。
- 軽度者の原因疾患の約半数は、体を動かさないことによる心身の機能低下。

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



厚生労働省「平成16年国民生活基礎調査」



介護予防事業の概要

厚生労働省資料

- 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】

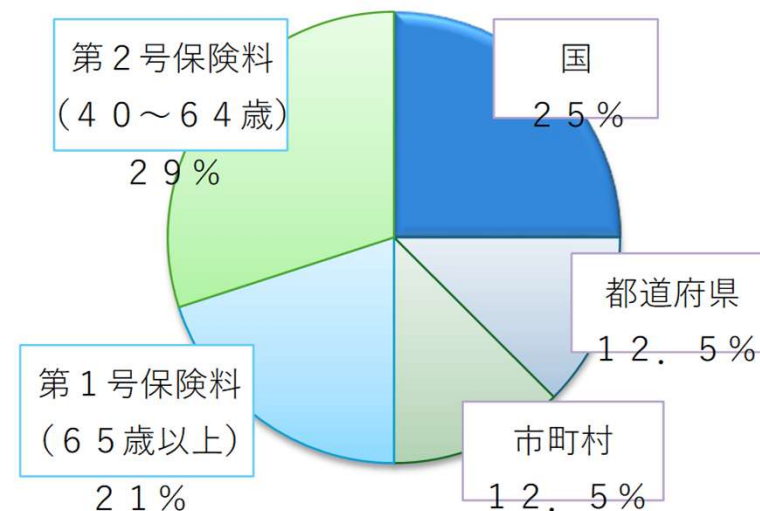
- 介護予防普及啓発事業、
講演会、介護予防教室等の開催、啓発資材等の作成、配布等
- 地域介護予防支援事業
ボランティア育成、自主グループ活動支援 等

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25年度の実績は0.7%と低調である。

		高齢者人口に対する割合				
年度	高齢者人口 (人) ※各年度末の高齢者 人口を計上	基本チェックリスト 配布者 (配布者数)	基本チェックリスト 回収者 (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*1 (対象者数)	二次予防事業 参加者*2 (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)
H24	30,949,615	48.6% (15,047,457人)	31.7% (9,798,950人)	65.1%	9.6% (2,962,006人)	0.7% (225,761人)
H25	31,720,621	49.0% (15,538,760人)	31.0% (9,837,661人)	63.3%	9.5% (3,014,017人)	0.7% (234,673人)

*1 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を計上している。

*2 二次予防事業参加者

- ・平成18～19年度は、通所型介護予防事業及び訪問型介護予防事業の参加者を計上している。
- ・平成21～23年度は、通所型介護予防事業、訪問型介護予防事業及び通所型・訪問型以外で介護予防に相当する事業の参加者を計上している。
- ・平成24,25年度は、介護予防事業における二次予防事業の参加者と、介護予防・日常生活支援総合事業における要支援・二次予防事業の予防サービス事業の利用者のうち二次予防事業対象者の合計数を計上している。

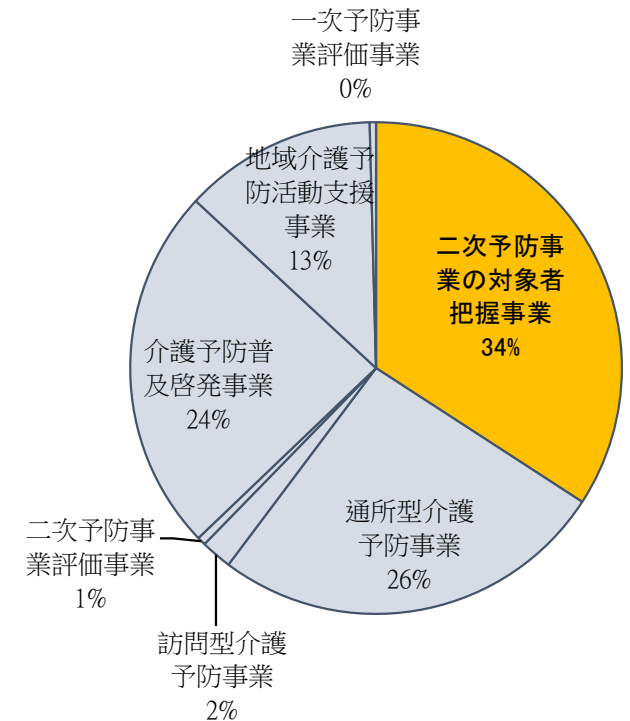
平成23年度の介護予防事業の実績

厚生労働省資料

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

介護予防事業費の内訳



H23年度介護予防事業実施状況調査

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

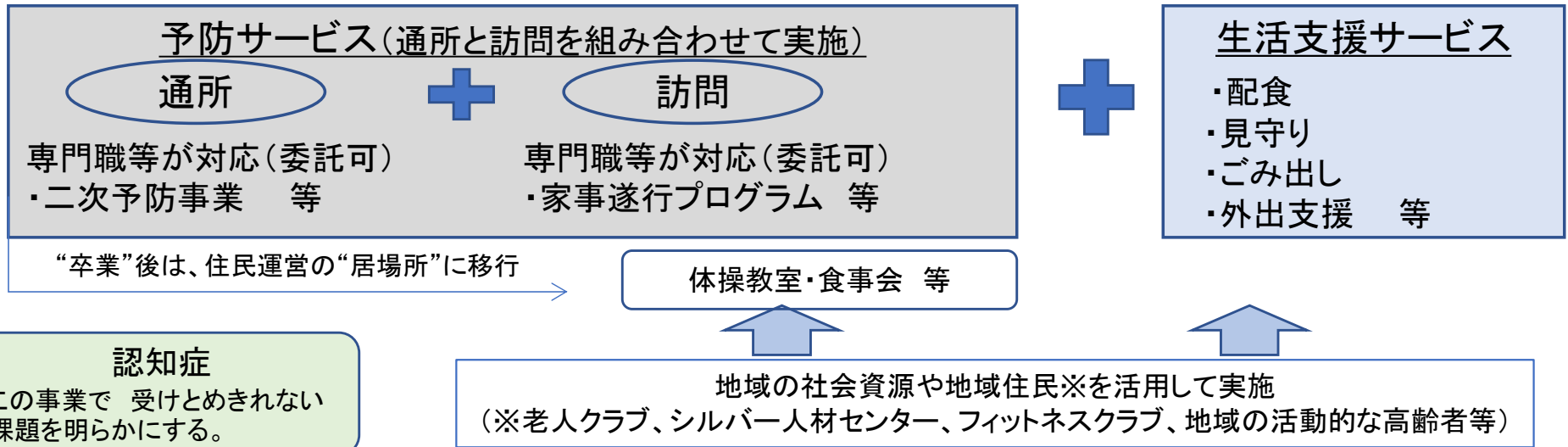
※平成24-25年度の予算事業として実施

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



Step3 事後評価(IADLの自己評価及び保健師等による評価)

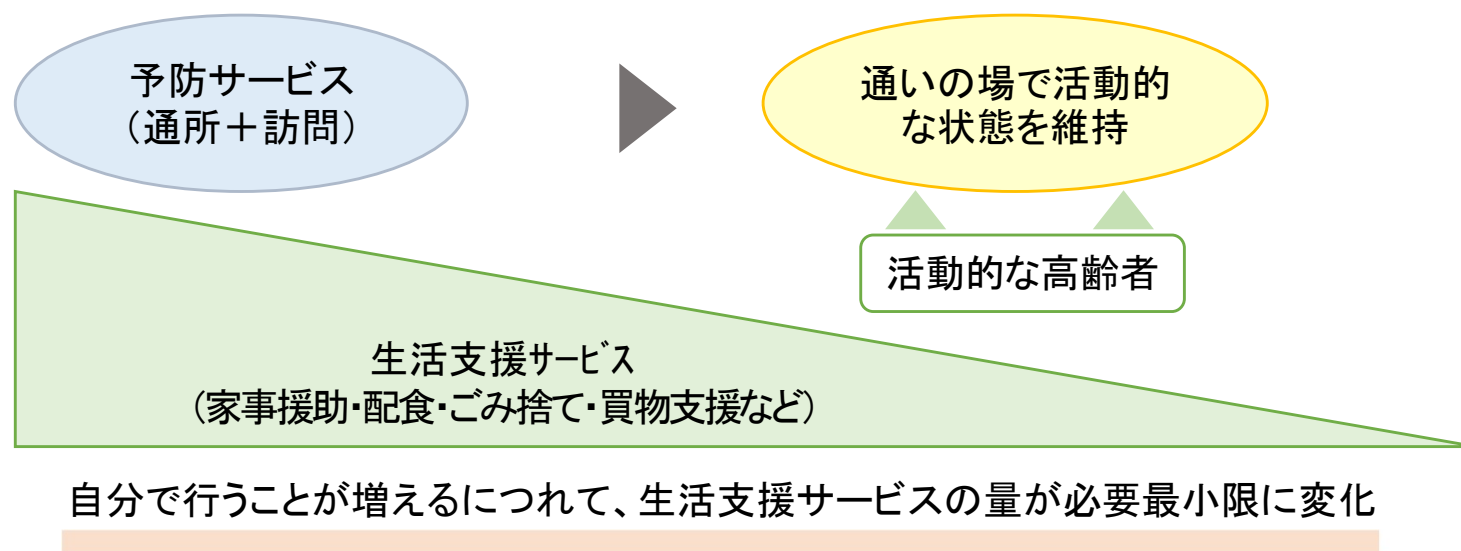
2年目（平成25年度）

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。

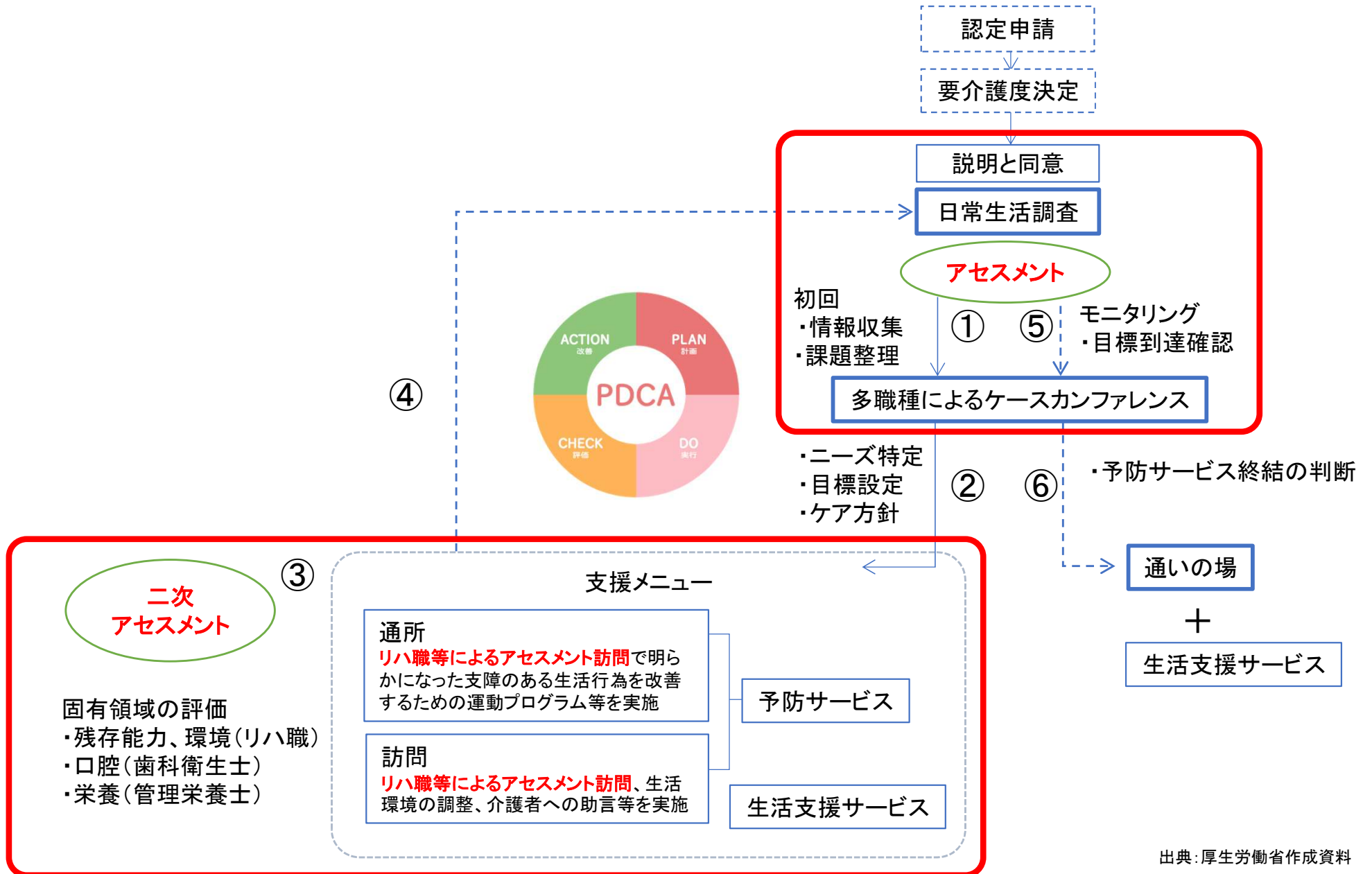
予防モデル事業における要支援者等の自立支援の考え方

- 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）

予防モデル事業における自立支援の流れ



利用者、支援者双方の「自立の合意形成」

利用者、支援者のそれぞれが、「自立」の合意形成プロセスを踏む
地域ケア個別会議で達成目標とサービスの具体的検討を行う

利用者への説明と同意

「自立」の同意形成（対象者）

開始に当たって、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あらかじめ知ってもら

地域ケア個別会議

「自立」の同意形成（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**利用者の自立を損なわないように配慮しつつ、段階的に必要量を見直す**（必要に応じて、地域ケア個別会議で検討）

地域ケア個別会議

サービス提供から概ね3月後に、目標到達状況を確認し、**終結するサービス、継続するサービスを決定**

通いの場 生活支援サービス

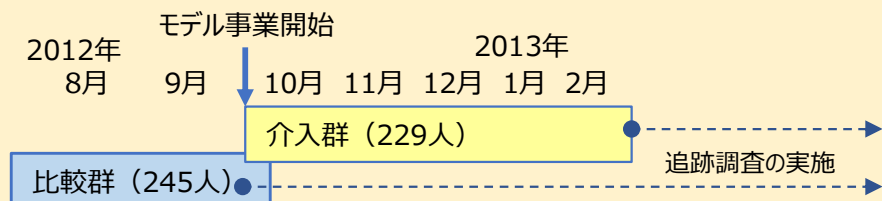
住民運営による通いの場と必要最小限の生活支援サービスにより、
活動的な生活を維持

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、**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。**

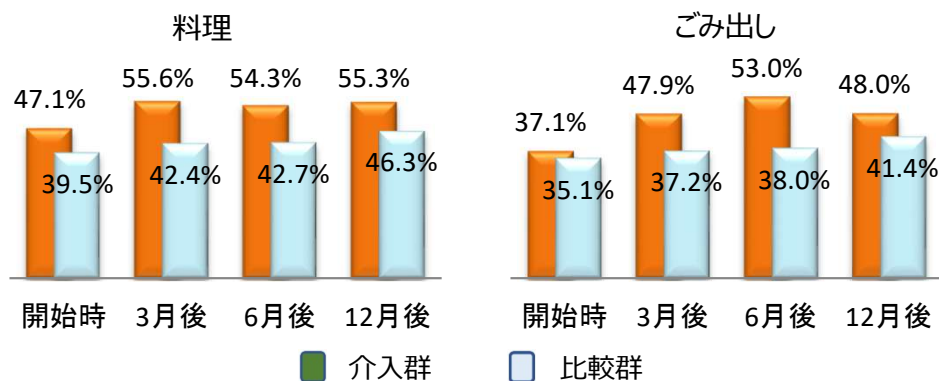
調査方法

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。

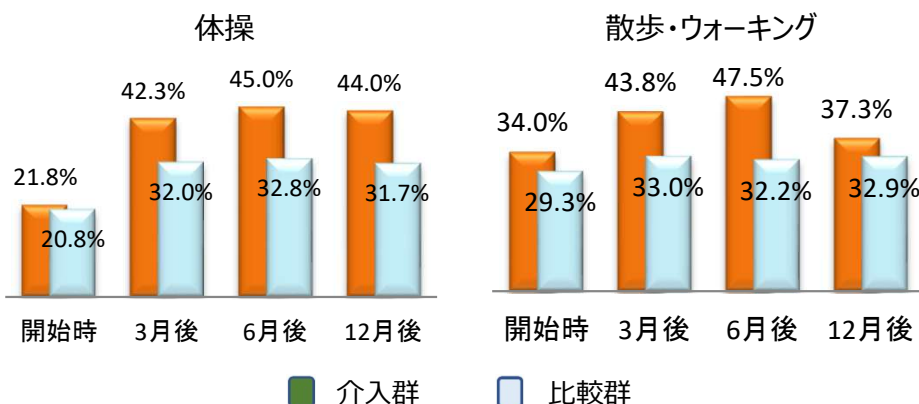


新規認定者の全数に事業の説明を行い、同意の得られた者全てに調査を実施
 3ヵ月後評価を実施できたのは、比較群212人、介入群196人であった。
 6ヵ月後評価を実施できたのは、比較群192人、介入群162人であった。
 12ヵ月後評価を実施できたのは、比較群164人、介入群150人であった。

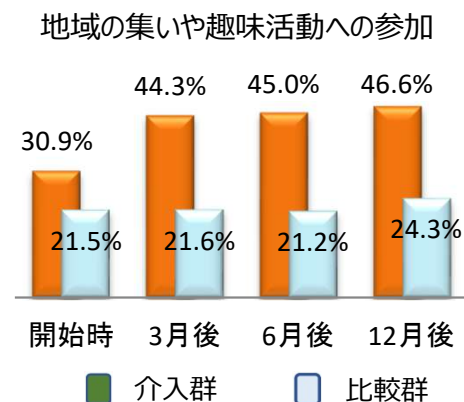
家事：自分で料理やごみ出しをする人の割合は、介入群と比較群であまり差はなかった。



活動：体操をする人の割合が、介入群の方でより高くなっていった。



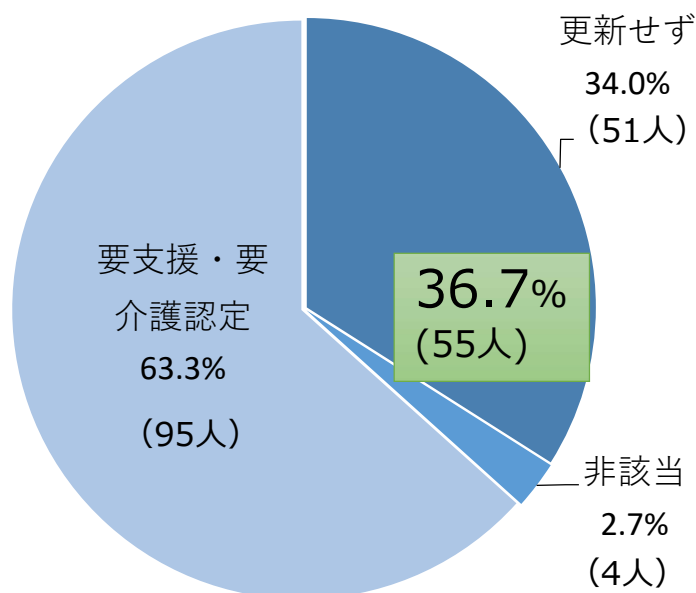
参加：介入群では、地域の集いや趣味活動に参加する人の割合が高くなっていった。



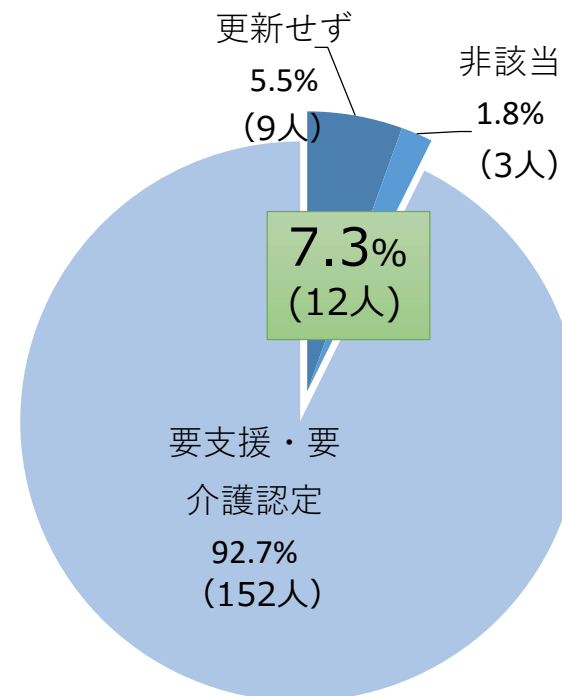
予防モデル事業における1年後の利用者の要介護度

1年後の要介護度については、介入群は比較群と比較して、更新申請を行わなかった者や非該当になった者の割合が高かった。

介入群（モデル事業の利用者）150人



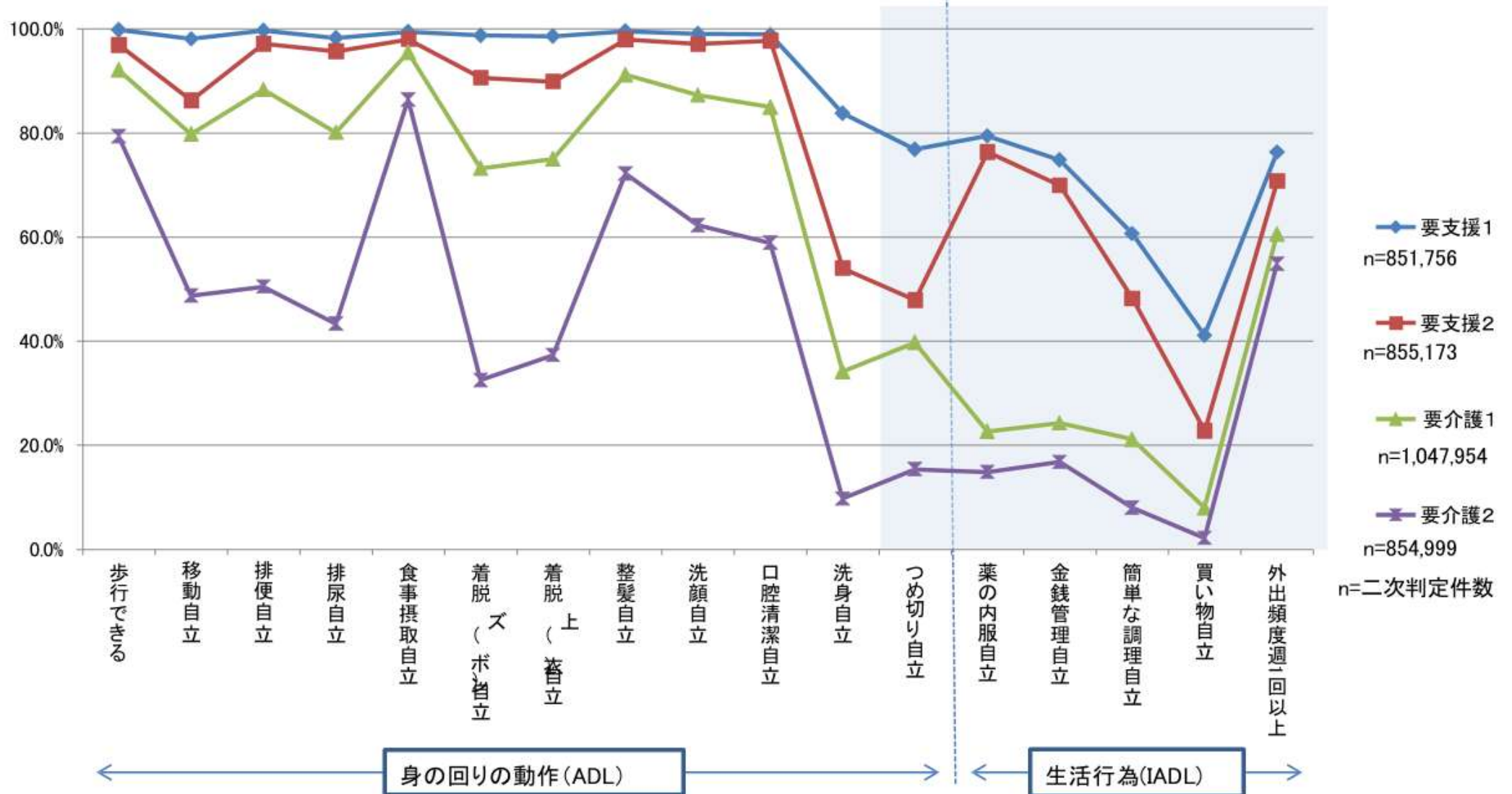
比較群（保険給付の利用者）164人



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、サービス開始後1年間追跡のできた介入群（150人）と比較群（164人）について、1年後の要介護度を集計。

要支援者の状態像

要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、買い物など生活行為の一部がしづらくなっている。



※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

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

フレイル・・・健常な状態と要介護状態(日常生活でサポートが必要な状態)の中間の状態として、日本老年医学会が2014年に提唱。

多くの高齢者は健常な状態から、筋力が衰える「サルコペニア」という状態を経て、さらに生活機能が全般に衰える「フレイル」となり、要介護状態に至る。

しかし、適切な介入により、様々な機能を可逆的に戻せる状態像

虚弱(Frailty) ⇒ フレイル



ドミノ倒しにならないように!



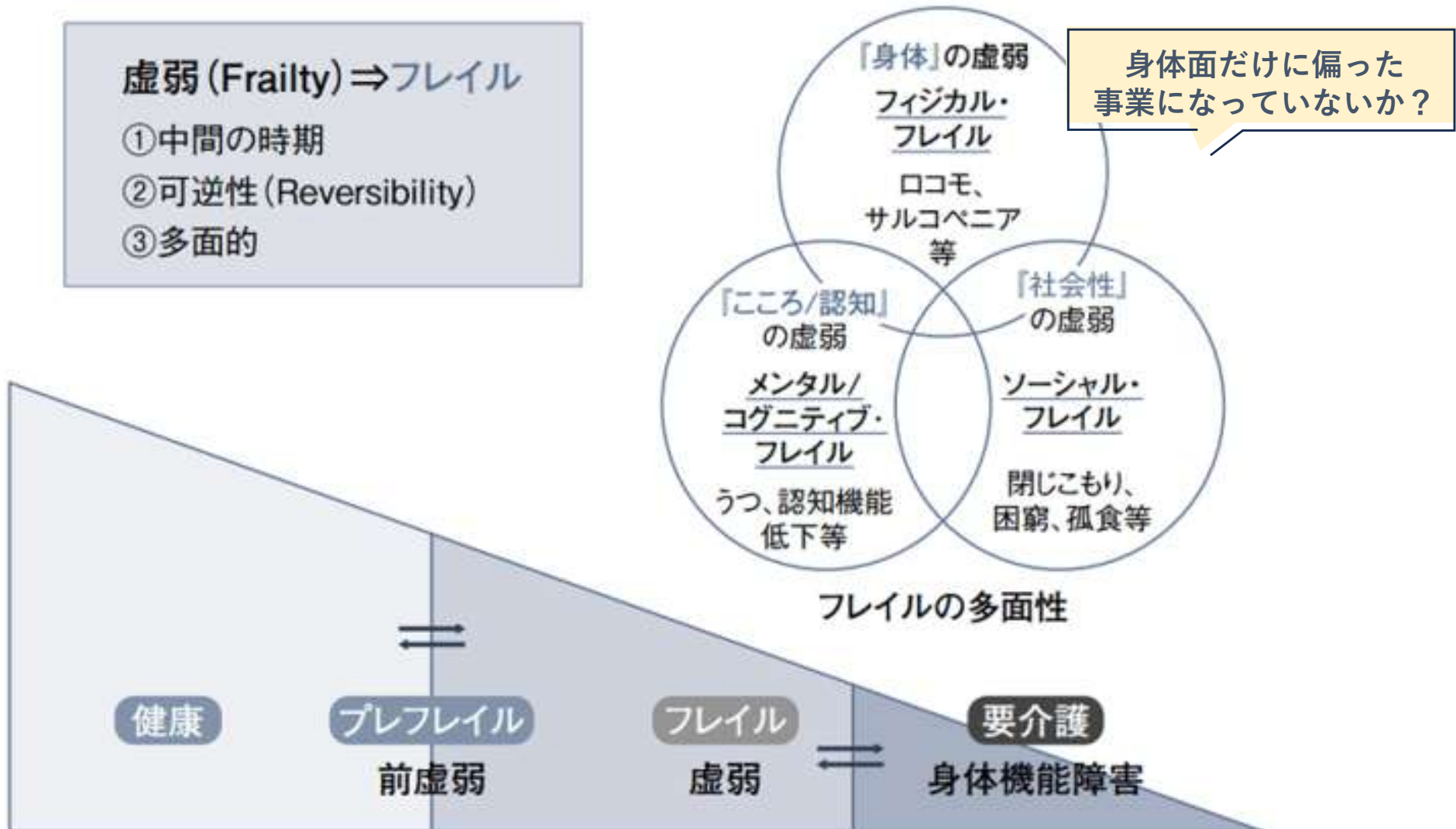
～社会とのつながりを失うことがフレイルの最初の入口です～

東京大学 高齢社会総合研究機構・飯島勝矢 フレイル予防ハンドブックより
厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)「虚弱・サルコペニアモデルを踏まえた高齢者食生活文
種の枠組みと包括的介護予防プログラムの考案および検証を目的とした調査研究」(H26年度報告書より)

(東京大学高齢社会総合研究機構・飯島勝矢：作図)

フレイルはどうすれば脱却できるのか

フレイルは「可逆性」があり、様々な機能を戻せる段階である。回復には「身体的（フィジカル）」「心理的（メンタル）」「社会的（ソーシャル）」に働きかける必要があることがポイント



平成27年度
介護予防・日常生活支援総合事業
創設

介護予防事業の再編（平成26年介護保険法改正）

この指摘を踏まえた介護予防事業になっているか？

課題

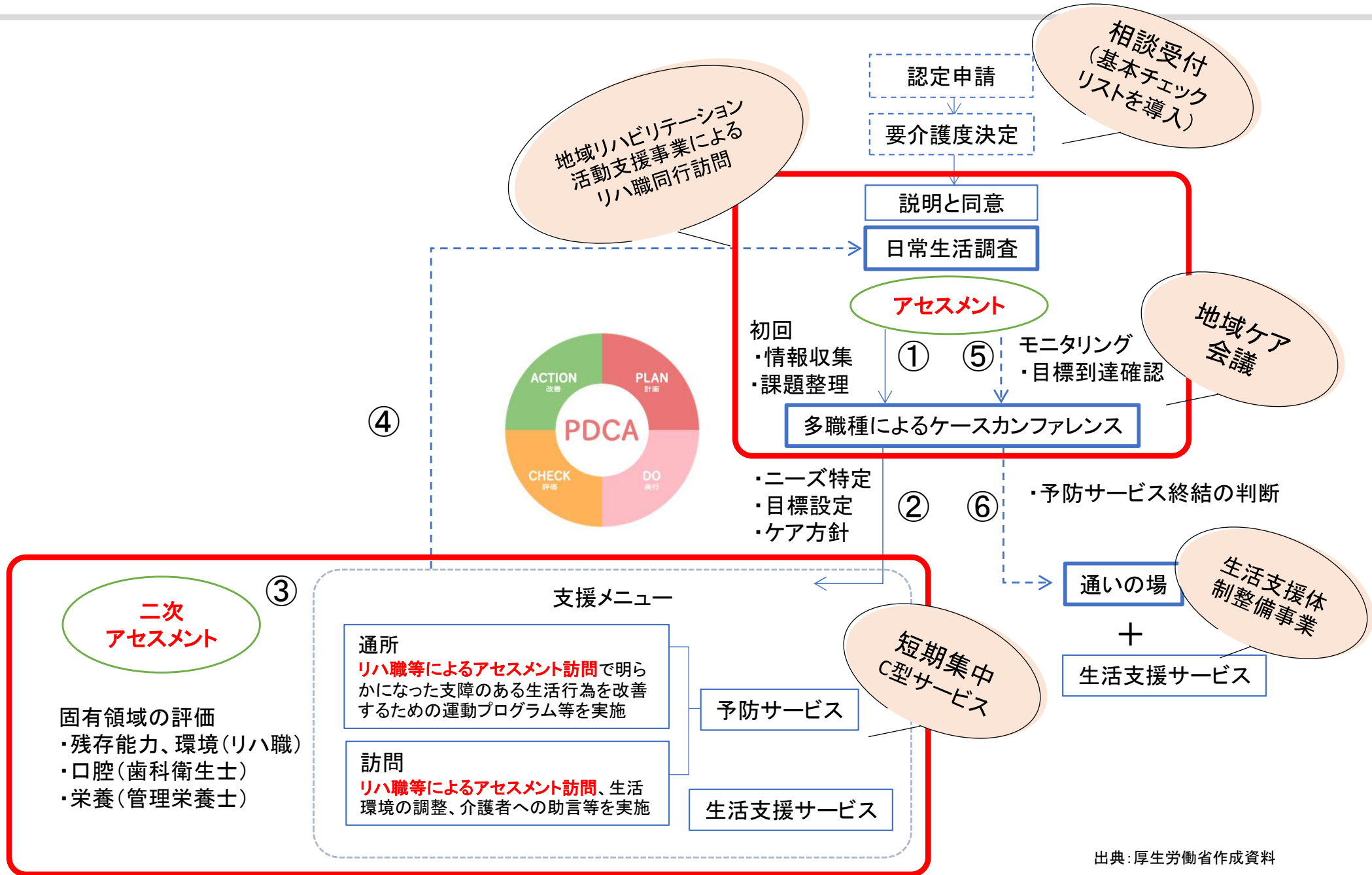
- 介護予防の手法が、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであった。
- 介護予防終了後の活動的な状態を維持するための多様な通いの場を創出することが必ずしも十分でなかった。
- 介護予防の利用者の多くは、機能回復を中心とした訓練の継続こそが有効だと理解し、また、介護予防の提供者も、「活動」や「参加」に焦点をあててこなかったのではないか。

平成26年改正法以降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。

介護予防・日常生活支援総合事業の再編

予防モデル事業から総合事業へ



出典:厚生労働省作成資料

専門職の価値観を変えられるか

価値観（幸せと思うこと）

サービスの「終了」は気の毒だ
デイサービスに通うことで介護を予防する
個人まかせでは重症化するに決まっているから、
専門職がずっと関わり続けることが必要

医療・介護は本人にとっては非日常
できる限り、なじみの人や環境で気兼ねなく暮らせるほうが幸せ
元の自由なふつうの暮らし（日常）に戻そう

支援の目的・方向性

なんとかして、介護保険サービスを利用してもらおう
できるだけ長く使ってもらおう
モラルハザードが起きる

ふつうの暮らしを長く続けられるよう、
活動的に生活（廃用予防）し、
疾病の重症化を防ぐための、
習慣を身につけてもらえるよう支援

保険「給付」と地域支援「事業」の違い

【保険給付】

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

【地域支援事業】

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

総合事業の支援イメージ (愛知県豊明市)

これまでの「ふつうの暮らし」に戻す支援

一時的な活動追加

PLUS 集中介入期(非日常)

元気アップ集中リハビリ
(サービス・活動C型)



日常生活へ移行



BASIC 基本メニュー(日常)

- ・体操教室室・高齢者サロン
- ・趣味のサークル、友人つきあい
- ・普段の家事等の役割
- ・市場サービスの利用
(フィットネスクラブ、ショッピング、娯楽、喫茶店、温泉、旅行)



以前の暮らし
普段していたこと
しなくなったこと

専門的支援Start

3~6Month

1Year

公的保険サービスと保険外サービスを当初から併用利用で支援開始
暮らしの場における外出を促すことで活動量を増やし、普通の暮らしへ戻していく

**総合事業移行から10年
わがまちの状況はどうでしょうか？**

**多様なサービス（A、B、C）を創設しても
従前相当サービスの利用が大半であれば
総合事業の目的は何も達成していないのと同じ**

令和6年度
介護予防・日常生活支援総合事業
ガイドライン改定

介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会

介護保険制度の見直しに関する意見（令和4年12月20日社会保障審議会介護保険部会）

- 介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）は、既存の介護サービス事業者に加えて、住民主体の取組を含む、多様な主体によって介護予防や日常生活支援のサービスを総合的に実施できるようにすることで、市町村が地域の実情に応じたサービス提供を行えるようにすることを目的とした事業である。平成26年法改正から一定期間が経過しており、総合事業の実施状況等について検証を行いながら、地域における受け皿整備や活性化を図っていくことが必要である。

※総合事業の実施状況を見ると、6～7割の市町村において従前相当サービス以外のサービス（サービスA～D）のいずれかが実施され、訪問型サービスと通所型サービスの実施事業所の2～3割がサービスA～D（通所型にあってはA～C）を実施している。

- この観点から、従前相当サービスやそれ以外のサービスの事業内容・効果について実態把握・整理を行うとともに、担い手の確保や前
回制度見直しの内容の適切な推進も含め、総合事業を充実化していくための包括的な方策の検討を早急に開始するとともに、自治体と連携しながら、第9期介護保険事業計画期間を通じて、工程表を作成しつつ、集中的に取り組んでいくことが適当である。

「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会」の設置

総合事業を充実していくための制度的・実務的な論点を包括的に整理した上で、工程表に沿って、具体的な方策を講じるため、検討会を設けて検討。

※ 自治体・総合事業の実施主体の実務者などを中心に構成

※ 検討会ではテーマに応じて多様な実務者からのヒアリングも併せて実施

9期介護保険事業計画期間を通じた集中的な取組を促進するため、検討会で議論を行い、令和5年12月7日に「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会における議論の中間整理」を取りまとめ。結果は介護保険部会にご報告。

<中間整理に向けた主な検討事項>

- (1) 総合事業の充実に向けた工程表に盛りこむべき内容
- (2) 住民主体の取組を含む多様な主体の参入促進のための具体的な方策
- (3) 中長期的な視点に立った取組の方向性

<スケジュール>

- 第1回（4月10日）：介護予防・日常生活支援総合事業の現状と課題について
 第2回（5月31日）：ヒアリング、介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けて①
 第3回（6月30日）：介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けて②
 第4回（9月29日）：中間整理に向けた議論について
 第5回（11月27日）：中間整理（案）及び工程表（案）について

< 構成員一覧 >（〇：座長／五十音順、敬称略）

〇粟田 主一	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所副所長
石田 路子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事（名古屋学芸大学看護学部客員教授）
江澤 和彦	公益社団法人日本医師会常任理事
逢坂 伸子	大阪府大東市保健医療部高齢介護室課長
佐藤 孝臣	株式会社アイトラック 代表取締役
清水 肇子	公益財団法人さわやか福祉財団理事長
高橋 良太	社会福祉法人全国社会福祉協議会地域福祉部長
田中 明美	生駒市特命監
沼尾 波子	東洋大学国際学部国際地域学科教授
原田 啓一郎	駒澤大学法学部教授
堀田 聡子	慶応義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授
三和 清明	NPO法人寝屋川あいの会理事長（寝屋川市第1層SC）
望月 美貴	世田谷区高齢福祉部介護予防・地域支援課長
柳 尚夫	兵庫県但馬県民局豊岡健康福祉事務所（豊岡保健所）所長

Ⅲ. おわりに

- 本検討会では、令和5年4月から5回にわたり、総合事業の充実に向けた方策について議論を重ね、以上のおり中間整理を行った。
- 本検討会では、**総合事業を、地域共生社会を実現するための基盤**と位置づけている。
- また、本検討会で掲げる自立とは、公的・社会的支援を利用しながらも行為主体として独立していること、あるいは主体的に自由に暮らし方を選べることである。
- そして、そのような視点に立って、本検討会では、総合事業を、介護保険事業を運営する市町村の立場からではなく、地域に暮らす高齢者の立場から、認知症や障害の有無にかかわらず、地域に暮らす全ての高齢者の自立した日常生活とそのための活動の選択という観点に基盤を置き、それをもとに市町村が地域住民や医療・介護の専門職を含めた多様な主体の力を組み合わせて展開されていくべきものと捉え、検討を重ねてきた。
- その意味で、この中間整理は、これまでの市町村の総合事業の取組を活かしつつも、**大きな発想の転換によるフルモデルチェンジを促すものとなっている。**
- 第9期介護保険事業計画期間において、地域住民の主体的な活動や地域の多様な主体の参入を促進し、医療・介護の専門職がそこに関わり合いながら、高齢者自身が適切に活動を選択できるようにすることで、高齢者が元気なうちから地域社会や医療・介護の専門職とつながり、そのつながりのもとで社会活動を続け、介護が必要となっても必要な支援を受けながら、住民一人ひとりが自分らしく暮らし続けられる「地域共生社会」の実現を目指す取組が進むことを期待する。

総合事業の充実のための対応の方向性

現状

結局、総合事業移行後、何も変わらなかった！

対応の方向性

■ 総合事業のサービス提供主体は、介護保険サービス事業者が主体

■ 地域共生社会の実現に向けた基盤として総合事業を地域で活用する視点から多様な主体の参画を促進

- ① 個々の高齢者の経験・価値観・意欲に応じた地域での日常生活と密接に関わるサービスをデザインしにくい
- ① ‘要介護や認知症となると、地域とのつながりから離れてしまう
- ② 事業規模が小さく採算性の観点から、地域の産業や他分野の活動が総合事業のマーケットに入ることが難しい
- ③ 多様な主体によるサービスが地域住民に選ばれない
- ④ 2025年以降、現役世代は減少し担い手の確保が困難となる一方で、85歳以上高齢者は増加



- ① 高齢者が地域とつながりながら自立した日常生活をおくるためのアクセス機会と選択肢の拡大
- ① ‘要介護や認知症となっても総合事業を選択できる枠組みの充実
- ② 地域の多様な主体が自己の活動の一環として総合事業に取り組みやすくなるための方策の拡充
- ③ 高齢者の地域での自立した日常生活の継続の視点に立った介護予防ケアマネジメントの手法の展開
- ④ 総合事業と介護サービスを一連のものとし、地域で必要となる支援を継続的に提供するための体制づくり

高齢者一人一人の
介護予防・社会参加・生活支援

- ・後期高齢者の認定率等
- ・主体的な選択による社会参加
- ・自立した地域生活の継続



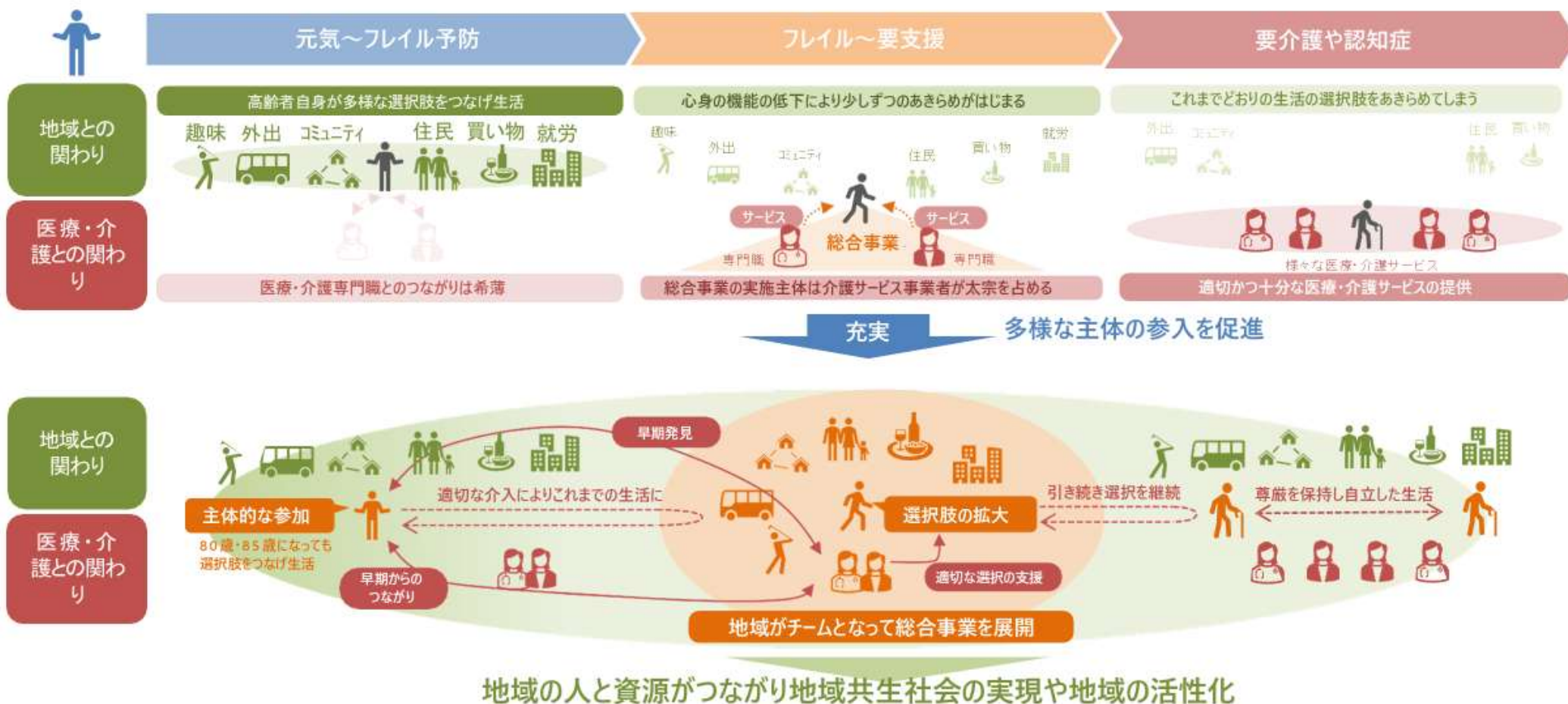
総合事業により創出される
価値の再確認

地域共生社会の実現

- ・ 高齢者の地域生活の選択肢の拡大
- ・ 地域の産業の活性化（≒地域づくり）
- ・ 地域で必要となる支援の提供体制の確保

高齢者や多様な主体の参画を通じた地域共生社会の実現・地域の活性化

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



多様なサービス・活動の交付金上の分類（令和6年度要綱改正）

厚生労働省資料

○国が示す総合事業の類型について、あくまでも制度に基づく実施手法等による分類であること、多様なサービス・活動は、高齢者の目線に立ち、選択肢の拡充を図るものであることを明確化。

- ・ 高齢者が担い手となって活動（就労的活動を含む。）できるサービス、高齢者の日常生活支援を行うサービスなど、高齢者の目線に立ったサービスのコンセプトを軸とする多様な事業のあり方の例示
- ・ 予防給付時代の制度的分類にとらわれない、訪問と通所、一般介護予防事業、高齢者の保健事業や保険外サービスなどを柔軟に組み合わせた新たなサービス・活動モデルの例示など、高齢者がその選択と参加の際にわかりやすく、また、市町村がこれまで国が示してきたサービス類型に縛られず総合事業を弾力的に展開できるような事業のあり方を検討することが必要である。

サービスCは
特に変更なし

実施要綱改正後

	従前相当サービス	多様なサービス・活動				その他
		サービス・活動A (多様な主体によるサービス・活動)		サービス・活動B、 サービス・活動D (訪問型のみ) (住民主体によるサービス・活動)	サービス・活動C (短期集中予防サービス)	
		指定	委託			
実施手法	指定事業者が行うもの(第1号事業支給費の支給)		委託費の支払い	活動団体等に対する補助・助成	委託費の支払い	
想定される実施主体	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護サービス事業者等(訪問介護・通所介護等事業者) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護サービス事業者等以外の多様な主体(介護サービス事業者等) 		<ul style="list-style-type: none"> ● ボランティア活動など地域住民の主体的な活動を行う団体 ● 当該活動を支援する団体 	<ul style="list-style-type: none"> ● 保健医療に関する専門的な知識を有する者が置かれる団体・機関等 	これらによらないもの(委託と補助の組み合わせなど)
基準	国が定める基準※1を例にしたもの		サービス・活動の内容に応じて市町村が定めるもの			
費用	国が定める額※2(単位数)		サービス・活動の内容に応じて市町村が定める額			
	額の変更のみ可	加算設定も可				
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ● 要支援者・事業対象者 	<ul style="list-style-type: none"> ● 要支援者・事業対象者 ● 継続利用要介護者 	<ul style="list-style-type: none"> ● 要支援者・事業対象者 ● 継続利用要介護者 <small>※対象者以外の地域住民が参加することも想定</small>	<ul style="list-style-type: none"> ● 要支援者・事業対象者のうち、目標達成のための計画的な支援を短期集中的に行うことにより、介護予防・自立支援の効果が增大すると認められる者 		
サービス内容(訪問型)	旧介護予防訪問介護と同様* * 身体介護・生活援助に該当する内容を総合的かつ偏りなく老計10号の範囲内で実施することが求められる	<ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者が担い手となって活動(就労的活動を含む。)することができる活動 ● 介護予防のための地域住民等による見守りの援助の実施 ● 高齢者の生活支援のための掃除、買い物等を行う活動 など <small>* 市町村の判断により老計10号の範囲を越えてサービス・活動を行うことも可能</small>		ガイドライン改正	<ul style="list-style-type: none"> ● 対象者に対し、3月以上6月以下の期間を定めて保健医療に関する専門的な知識を有する者により提供される短期集中的なサービス 	
サービス内容(通所型)	旧介護予防通所介護と同様* * 運動器機能向上サービス、入浴支援、食事支援、送迎等を総合的に行うことが求められる	<ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者が担い手となって活動(就労的活動を含む。)することができる活動 ● セルフケアの推進のため一定の期間を定めて行う運動習慣をつけるための活動 ● 高齢者の社会参加のための生涯学習等を含む多様な活動を支援するもの ● 住民や地域の多様な主体相互の協力で行う入浴、食事等を支援する活動 など <ul style="list-style-type: none"> ● 送迎のみの実施 				
支援の提供者	国が定める基準による		市町村が定める基準による			
	訪問型:訪問介護員等 サービス提供責任者 通所型:生活相談員、看護職員 介護職員、機能訓練指導員	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域の多様な主体の従事者 ● 高齢者を含む多世代の地域住民 ● (有償・無償のボランティア) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 有償・無償のボランティア ● マッチングなどの利用調整を行う者 	<ul style="list-style-type: none"> ● 保健医療専門職 		

多様なサービス・活動の例（令和6年度ガイドライン改正）

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

従前相当サービス

- 専門職による専門的な支援ニーズに総合的に応えるサービス
- 想定される対象者は、進行性疾患や病態が安定しない者など
- サービスの内容は総合的なものであるほか一定の制約あり

ポイント！

選択



支援

多様なサービス・活動

- 地域住民を含む地域の多様な主体により展開されるサービスや活動
- 想定される対象者は、地域とのつながりの中で生活する要支援者等
- サービスの内容は高齢者の視点に立って検討される

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

訪問型の多様なサービス・活動のイメージ

- 地域住民が担い手となって活動することができる活動
- 介護予防のための地域住民等による見守りの援助の実施
 - ➡ 多世代の地域住民が高齢者に対する生活支援や介護予防のための見守りの援助等を実施する（多様なサービス・活動の利用者が、自身ができる範囲で活動することも想定される）
 - ➡ （有償・無償）ボランティア活動による場合は、サービス・活動B、雇用（ボランティアとの選択も可）による場合など、地域の多様な主体への委託による活動として実施する場合は、訪問型サービス・活動Aとなる
- 高齢者の生活支援のための掃除、買い物等の一部の支援を行う活動 など
 - ➡ 地域の訪問型サービスの利用者の支援ニーズを把握した結果、例えば、掃除がその大宗を占める場合、掃除に特化したサービス・活動を提供
 - ➡ 地域の清掃業者に委託等を行う場合、サービス・活動Aとなる
- 通院・買い物等の移動支援や移送前後の生活支援
 - ➡ 地域住民の互助活動としての移動支援と付き添いであり、行き先は、介護予防・社会参加の推進の観点から、市町村と地域住民とが協議のもと定める
 - ➡ 原則としてサービス・活動B・Dでの実施を想定しているが、中間支援組織等へ委託を行う場合はサービス・活動Aの一部として実施することも可能

※ 買い物支援については、通所型サービスを実施する場所あてに共同で配達を依頼することや、移動販売を訪問型サービス・活動Aとして実施することなども想定される

通所型の多様なサービス・活動のイメージ

- 地域住民が担い手となって活動することができる活動
 - ➡ 多世代の地域住民が高齢者や例えば子どもなどの見守りを行う場、高齢者が自身のスキルを活かし、他の高齢者の支援を行う場、例えば農業などの地域産業と連動し、食品の加工や農作業などを行う場（多様なサービス・活動の利用者が、自身ができる範囲で活動することも想定される）
 - ➡ 訪問型サービスと同様
- セルフケアの推進のため一定の期間を定めて行う運動習慣づけのための活動
 - ➡ 外出機会の低下等がみられる者、サービス・活動Cの利用終了直後の者などに対する運動習慣づけのための活動
 - ➡ 民間の運動・健康づくり施設への委託等（期間を定めて支援し、終了後は自主的な活動（セルフケア）に移行すること）を想定
- 高齢者の社会参加のための生涯学習等を含む多様な活動
 - ➡ 高齢者が興味・関心があり、今後の外出機会の向上や社会参加に資する活動と連動するような、ITリテラシーの向上やスキルアップのための学習活動やサークル活動等への参加を支援
 - ➡ 当該活動を実施する多様な主体への委託等が想定（利用者の自己負担等に関わりのない活動経費の一部を定額で支援する手法が適切）
- 住民や地域の多様な主体相互の協力で入浴・食事等の支援
 - ➡ 多世代の地域住民が集まる場で、高齢者同士が入浴時の見守りや食事等の支援（配膳等）を行う活動
 - ➡ 入浴施設、公民館、図書館など地域の多様な空間を活用することを想定

サービス・活動Cの2大潮流 「2つのタイプ」

＼ オススメ！ ／

	教室型（集団型）	リエイブルメント型（個別型）
名称例	〇〇教室	リエイブルメントプログラム 〇〇プログラム
実施する内容	・筋力トレーニング、マシンを使ったパワーリハビリが中心、栄養、口腔の講座を1回程度実施。	・個別の面談（コーチング）が中心 ・自宅で実施する運動方法の確認、指導のみ ・SCとの面談
専門職	理学療法士、作業療法士、運動指導士、管理栄養士、歯科衛生士等	理学療法士・作業療法士
利用開始のタイミング	ターム制（年2～4回程度） ターム毎の教室開始のタイミングで利用可能	新規利用者は随時開始可能
対象者選定	保健師等による対象者の抽出、振り分け ハイリスク者への参加勧奨 ※ハイリスク高齢者～要支援2まで、利用者の状態像の幅が大きい	総合事業通所サービスの利用を希望する人は原則全員
特徴	複数の教室を実施運営し、利用者の状態像に応じたメニューを提供	通所日以外の日での自宅での活動について、リハ職が確認・助言することが目的 ※サービス提供時間に運動することが主目的ではない
モデル市町村	生駒市	防府市、寝屋川市、豊明市、相模原市ほか

自立支援・重度化防止の切り札
リエイブルメント型サービスCの
ススメ

リエイブルメントサービスとは（イギリス発祥の元の生活にもどすための支援）

リエイブルメントとは、「日常生活で機能するために必要なスキルを学習又は再学習することにより、身体的又は心理的障害のある高齢者が自分の状態に適応するのを支援するサービス」
作業療法士等を中心とした多職種による本人との「対話」を重視している



NICE（英国国立医療技術評価機構） ガイドライン

- ✓ 自立とウェルビーイングを促進、最大化するために本人の強みに焦点をあてる
- ✓ 疾病、健康状態の悪化、けが、入院、又は後天的な障害の後に**自信を取り戻す**
- ✓ ケア提供者は一步下がって、本人のセルフケアスキルの**促進**を奨励する
- ✓ 最小限のサポート又はサポートなしで管理できるように、スキルを回復又は保持するように人々をサポートする

日本版リエイブルメント（リエイブルメント型サービスC）

「してあげる支援」から 「元の生活を取り戻す支援」へ!

（デイサービスやヘルパーの場合）

短期集中予防サービス

何でも
助けてくれるから
楽だな～

買い物に料理、
掃除もおまかせ
ください



要介護認定の前に
リエイブルメントを
目指す!

「元の生活に戻れるはず」の要支援者が、元の状態を目指すことなく、介護専門職サービスの継続利用で、状態の維持を目指すことが当たり前になっていませんか？

今週は1km離れた
スーパーに歩いて
買い物に行って、掃除機も
自分でかけたよ!

来週は庭の
草刈りを目標に
しよう…



「身体にさわらず」「家にはない器具を使わず」
「面談中心」に週1回計12回のかかわりによ
って、元の生活を取り戻すことを目指します!

日本版リエイブルメント（リエイブルメント型サービスC）

短期集中予防サービス

提供されるサービスは週1回全12回のリハビリテーション専門職との面談が中心です。「身体を触らず」「家にない器具を使わず」、利用者が自分自身で目標達成を目指します。

目標達成に向けて3カ月間のサービスがスタート!

「畑仕事をしたい」
「買い物に行きたい」
「旅行に行きたい」など

運動機器などを使った
激しい運動はありません

【毎週1回2時間／リハビリの専門職と面談】
「生活の中で、できることを増やしていくために
自宅での取り組み（活動）を一緒に考えます」

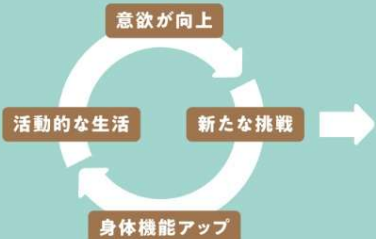
取り組みの内容は、「ストレッチ」「近所の散歩」など家で無理なく体を動かす運動に加えて、「窓拭きをする」「料理をする」など、日々の生活を活動的にするものもあります。写真を撮る、ゴルフのスイングをするなど、趣味を取り入れることもあります。

毎回、本人の実践を一緒にふり返り評価したうえで、
次週に向けた取り組みをプランニング（PDCA）

サービスは
専門職との面談が中心。
運動は自宅で
自分自身で行います!!

PDCAを重ねるごとに「まだできる自分」に
気がつき意欲が向上、日々の活動量が増えていく!!

専門職とたくさん話すなかで
新たな意欲が刺激され
日々の活動量が徐々に増えて
元気になる習慣が身につきます!



3カ月後に
本人と専門職と一緒に
成果を評価して
合意したら卒業です!

卒業は試験があったり誰かに認定されるものではありません。本人と専門職の合意で決まります。

防府市では全12回の通所のほかに自宅等への訪問による支援を1回行っています。

徹郎さんの3カ月間 セルフマネジメント



専門職との面談では

毎回、本人の1週間の
実践を一緒にふり返り、
評価したうえで、
次週に向けた
取り組みをアドバイス

新たな意欲が刺激され
日々の活動量が徐々に増えて
元気になる習慣が身につく!

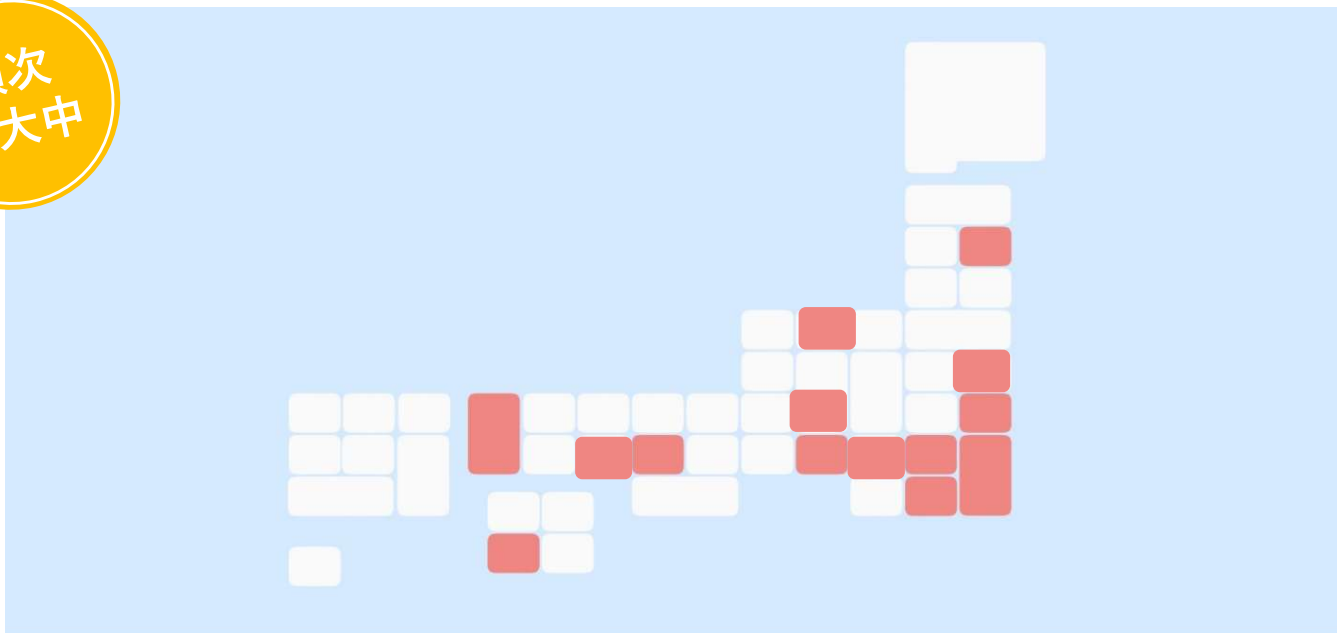
訪問アセスメントの際に、歩行時の姿勢を指導された徹郎さんは、自分の歩く姿がどうなっているか気になっており、リハビリ専門職に確認してもらうことを希望する。次第に歩きやすくなっていく実感とリハビリ専門職の励ましにより歩く自信を取り戻していく。

よくがんばっていますね!
ここをこうするともっといいですよ
新しい目標を加えてみましょう!

専門職との面談を重ねるごとに「まだできる自分」に気がつき意欲が向上、日々の活動量が増えています!!

リエイブルメント型サービスC導入自治体

順次
拡大中



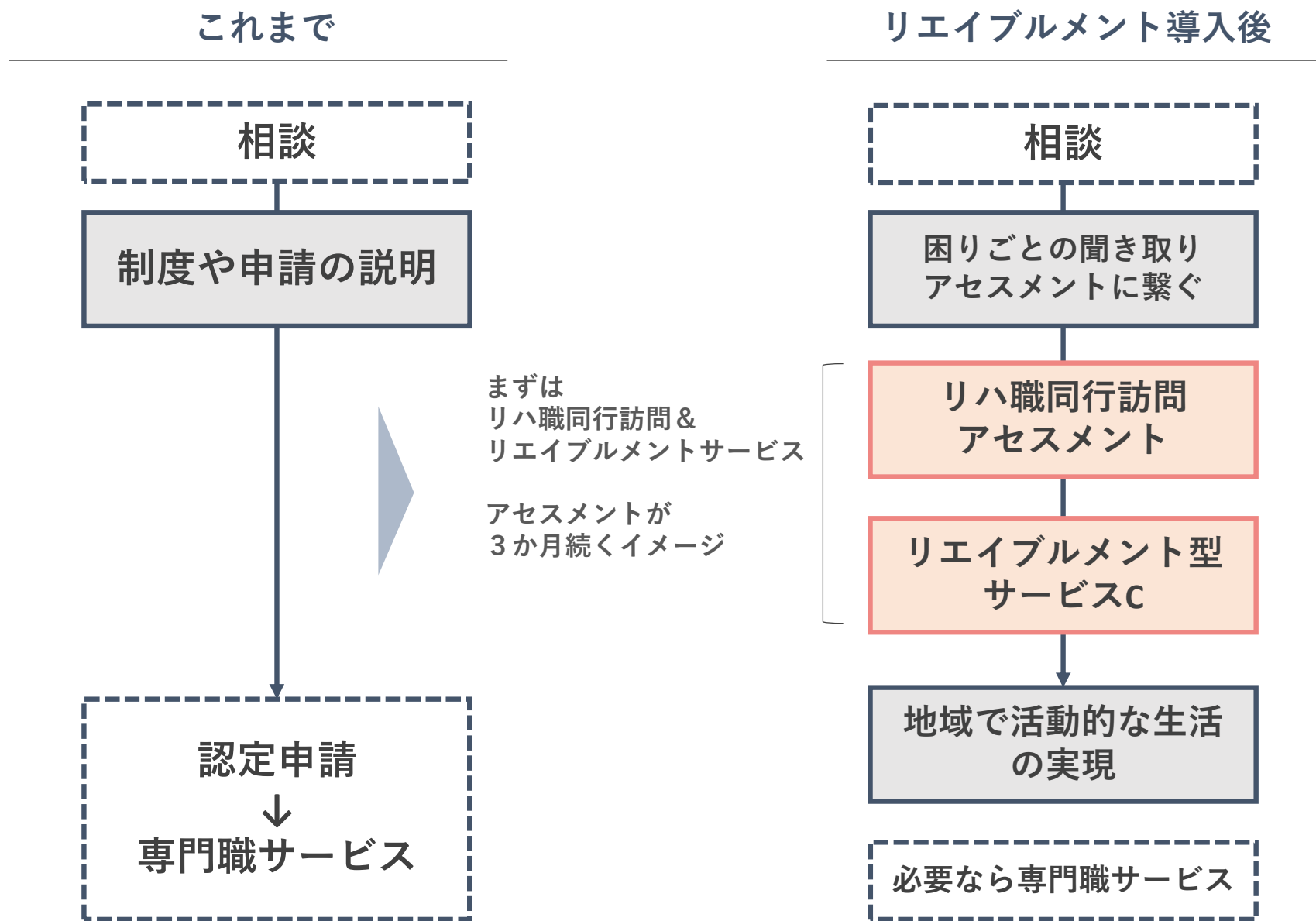
導入自治体

- 岩手県 盛岡市 茨城県 水戸市 千葉県 八街市
- 東京都 豊島区 八王子市 府中市 あきる市 西東京市 神奈川県 相模原市 大井町
- 愛知県 豊明市 大阪府 寝屋川市 兵庫県 赤穂市 山口県 防府市 山口市 周南市
- 高知県 南国市 須崎市

導入予定自治体

- 福島県 須賀川市 千葉県 八千代市 南房総市 匝瑳市 静岡県 長泉町 新潟県 阿賀野市
- 岐阜県 大垣市 愛知県 長久手市 山口県 宇部市 高知県 高知市 長野県 箕輪町

リエイブルメント型サービスCの流れ



対象ケース：

- ・ 自立支援の合意形成に苦慮するケース
 - ・ 退院直後等でリハ介入していないケース
- など、プラン担当者（要支援・要介護）がリハ職のアセスメントを必要とするケース

支援内容

- ・ サービス利用にあたって適切なゴール設定と本人への動機付け
- ・ 自宅周辺環境や外出評価、目標設定
- ・ 民間サービスや福祉用具導入を支援



実施方法

- ・ 包括・居宅CMからの依頼により実施
- ・ 原則1回60分、3回まで利用可能（自己負担なし）
- ・ 初回アセスメントへの同行も可能
- ・ すでに利用しているサービスでリハ職が関わっている場合は、まずはそのリハ職へ相談

リハ職同行アセスメント訪問の流れ（豊明市の事例）



リハ職同行訪問の依頼内容の例（愛知県豊明市の例）

	具体例
目標設定支援	<ul style="list-style-type: none"> • 買い物へ行くことは実現な目標か • 何を目標として、どのように生活していけば良いか
活動方法提案	<ul style="list-style-type: none"> • どのような運動を行ったらよいか • 自主トレーニングの指導をしてほしい
活動促進	<ul style="list-style-type: none"> • 活動意欲が低く、サービス利用に繋がらない事例の動機付け
リハ職介入の 必要性・方法の検討	<ul style="list-style-type: none"> • リハ職が関わるサービス導入が必要か • 訪問C、通所C、介護予防給付等、どのサービス利用が妥当か
動作指導	<ul style="list-style-type: none"> • 適切な歩き方について指導してほしい • 床からの立ち上がり方法の指導をしてほしい
環境調整	<ul style="list-style-type: none"> • 適切な歩行器を選定してほしい • 浴槽に入れるように浴室の手すりの位置を検討してほしい
その他	<ul style="list-style-type: none"> • 過度なサービス利用（ほぼ自立の方のデイサービス利用など）の抑制をしたい事例への対応 • 従前デイの利用が妥当か判断してほしい • 高次脳機能障害、嚥下障害等の評価、病態の説明 • 事業対象者として支援していくか、介護申請するかを判断してほしい

リエイブルメントサービス（通所型）の事業所の様子（防府市の例）

リハ職による動機付け面談



1週間の振り返りを一緒に行うことで、できた部分を承認し、課題に対しての解決方法を一緒に考えていく。通所サービスを利用しない残り週6日の過ごし方をいかに活動的に過ごすかを意識づけていく

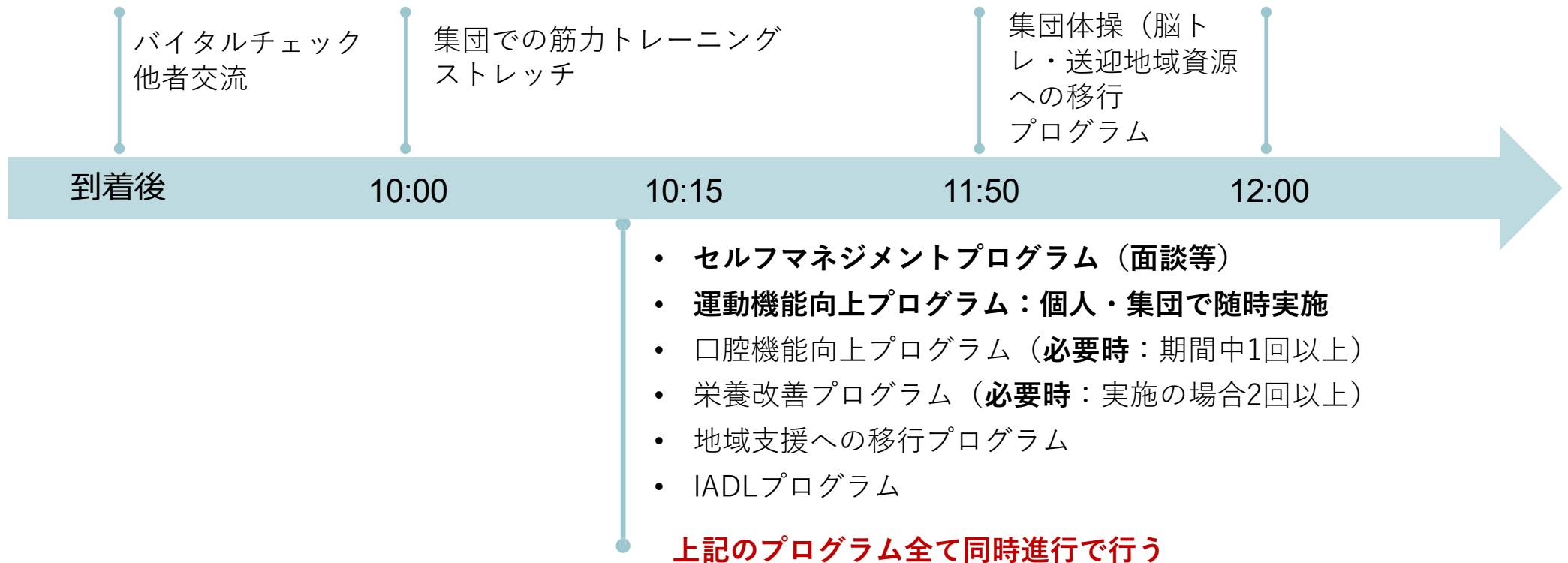
運動機能向上プログラム



セルフマネジメント能力を高めるために、「触らないアプローチ」を徹底する。利用者にとって必要な運動を正しい方法で行えるように通所利用時にリハ職と練習する、あるいは自主トレーニングとして行う

リエイブルメントサービス（通所型）の流れ（防府市の例）

老健はくあいの通所プログラム（2時間の流れ）



リエイブルメントサービス（訪問型）の事業所の様子（豊明市の例）

1週間の振り返りと目標設定



1週間の生活をセルフマネジメントシートを確認し、日々の暮らしが活動的になっているかを確認。できている部分を承認し、活動を阻害している要因は何かを把握する。次の1週間の「暮らしの目標」を共に考える

日常生活指導



外出を促進するため、本人が目標とする場所までの歩行を確認し、意欲と自信を回復できるように支援する。

リエイブルメント型訪問C 支援事例

<訪問C>

頻度：週1回（後半は隔週）

回数：9回

時間：40分

期間：約3ヶ月

支援内容

- ・ セルフマネジメントシートを活用した活動状況の確認、生活動作の評価
- ・ 動機づけ面談（できたことの承認、称賛と次の目標の設定支援）
- ・ 家族支援（妻に対して活動促進の方法や過度な支援抑制のアドバイス）



セルフマネジメントシート

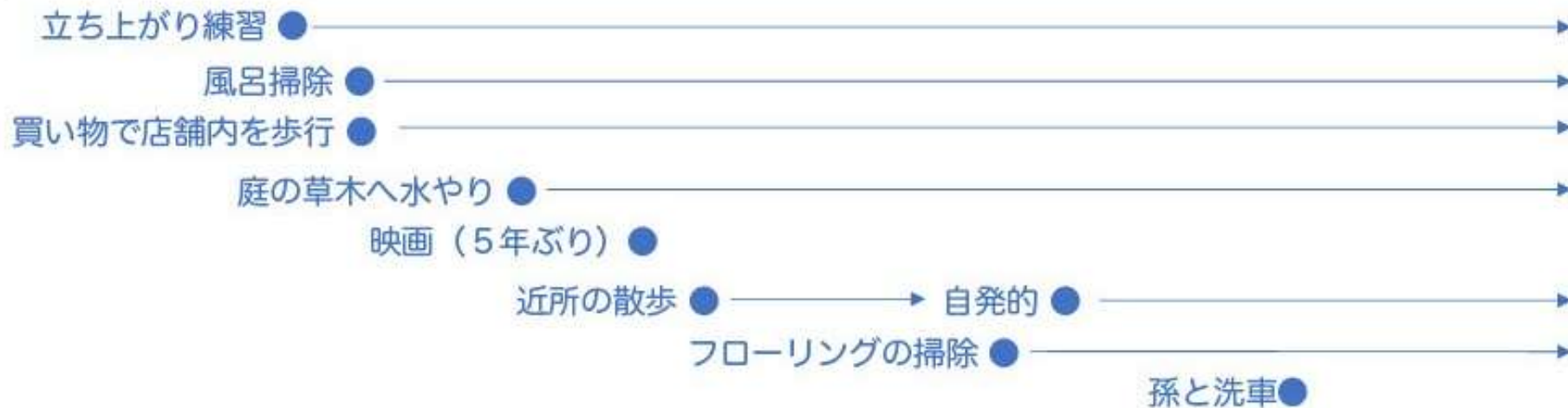
氏名	取り戻したい生活	その為にやるべきこと！			
	在宅生活で働くこと	1日9時間働くこと			
	この目標(も)の為に、自宅で！自分で！毎日コツコツ取り戻すこと(=セルフマネジメント)				
		①	②	③	④
プラン内容	毎日歩く	掃除機をかける	洗濯物を干す	ゴミを捨てる	日記・感想
目標達成					
1/22	水	○	○	○	日記を書いた。
23	木	○	○	○	掃除機をかけた。
24	金	×	○	○	ゴミを捨てた。
25	土	○	○	○	洗濯物を干した。
26	日	○	○	○	日記を書いた。
27	月	×	○	○	掃除機をかけた。
28	火				日記を書いた。
本人・家族のコメント	スタッフからのメッセージ/アドバイス				

リエイブルメント型訪問C 支援事例

<訪問C経過>

開始

終了



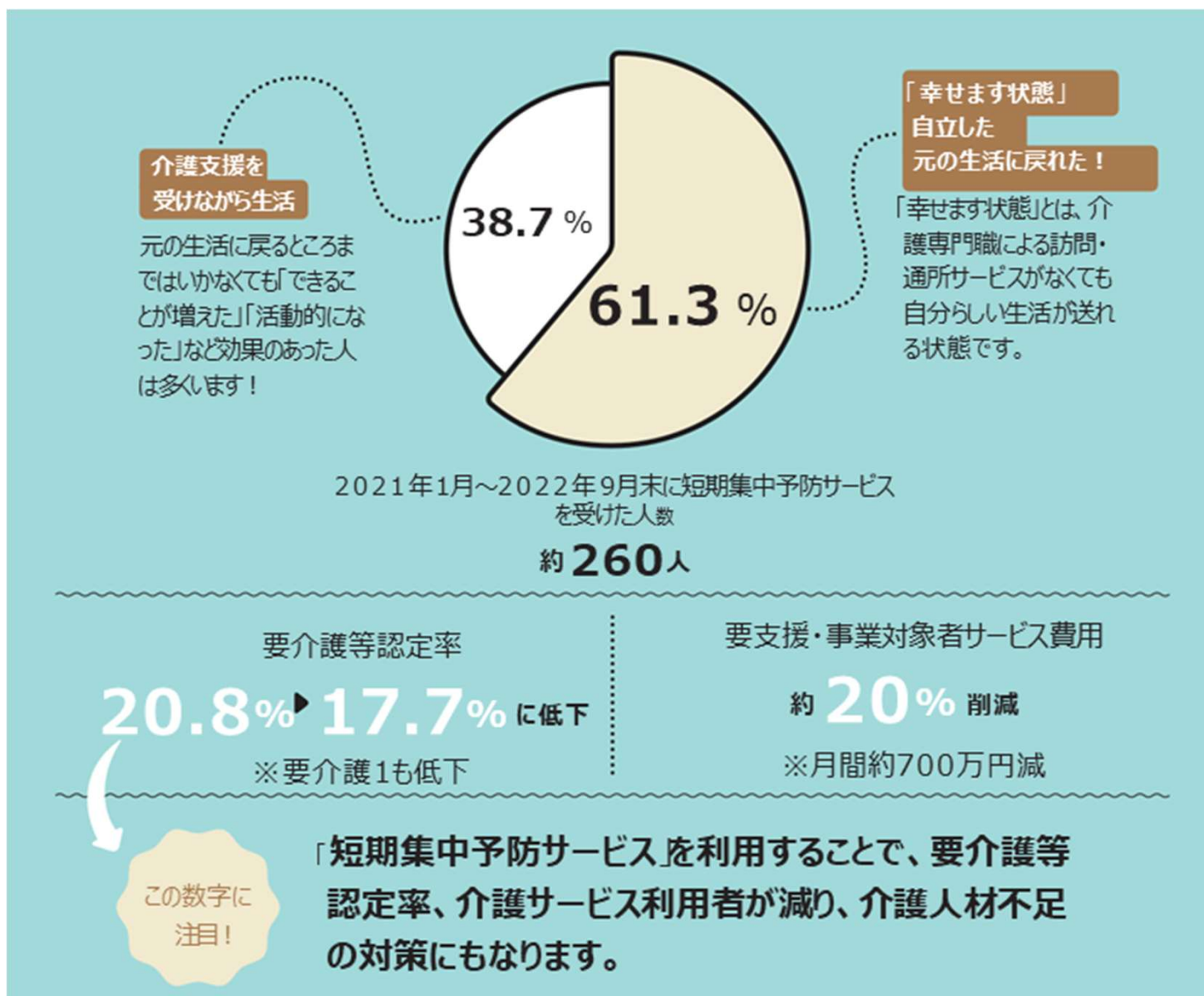
訪問C終了後の目標
短期集中リハ（訪問）終了後の目標

- 散歩距離の延長
- 歩いて麻雀教室
- 花見

短期集中C型（サービス・活動C）と類似サービスのすみ分け

	目的
医療保険・介護保険 個別リハ	医師の指示に基づく疾患等への個別治療 (急性期・維持期)
介護保険 通所介護	本人の選択に基づく 要介護度に応じた介護保険サービス
総合事業 サービス・活動C	本人・家族・関係者に対する 生活上の助言、セルフマネジメント支援
地域リハビリテーション リハ職同行訪問	本人・家族・関係者に対する 生活上の目標設定・評価

リエイブルメント型サービスCの効果（防府市の例）



地域ケア会議の目的

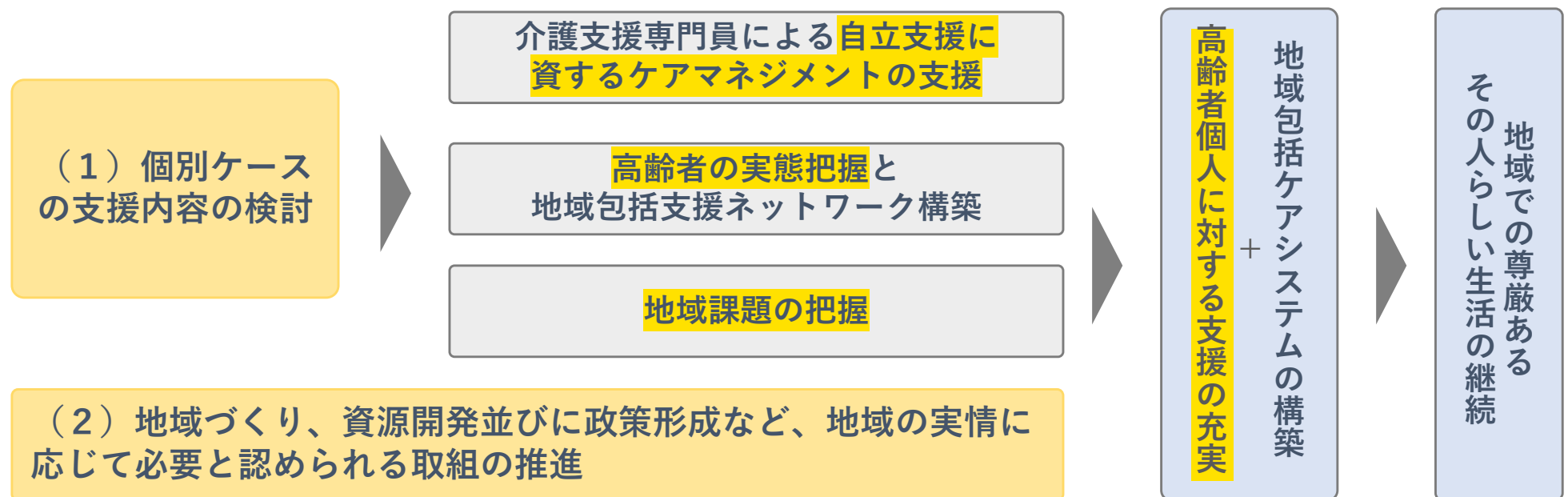
地域包括支援センターの設置運営について（平成18年10月18日厚生労働省老健局振興課長ほか連名通知）

1 地域ケア会議の目的

（1）個別ケースの支援内容の検討を通じた次に掲げる取組の推進

- ①地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援
- ②高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築
- ③個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握

（2）地域づくり、資源開発並びに政策形成など、地域の実情に応じて必要と認められる取組の推進



地域ケア会議の活用（豊明市の例：多職種合同ケアカンファレンス）



市が主催する症例検討会議（ケーススタディ型）
2016年4月から毎月実施。

【目的】

規範的統合（医学モデルから生活モデルへ）
自立支援型ケアマネジメントの徹底
多職種の視点による重度化予防
専門性の向上と他の職種への技術移転

【参加者】

地域包括支援センター、ケアマネジャー
サービス事業所（看護師、リハ職、相談員等）
医師、歯科医師、薬剤師、PT、OT、ST
管理栄養士、歯科衛生士
生活支援コーディネーター、司法書士、
保健師、看護師、MSW
障がい者基幹相談支援センター、
生活困窮自立生活相談センター
その他、大学病院実習生、民間企業 ほか

POINT

頻度：月2回（包括版、居宅版）1時間半

1回あたりの検討数：3事例～4事例

対象症例として選定する基準：

- ①よくある症例（困難事例でない）
- ②事業対象者～要介護3の在宅ケース
- ③多職種の学びとなるもの

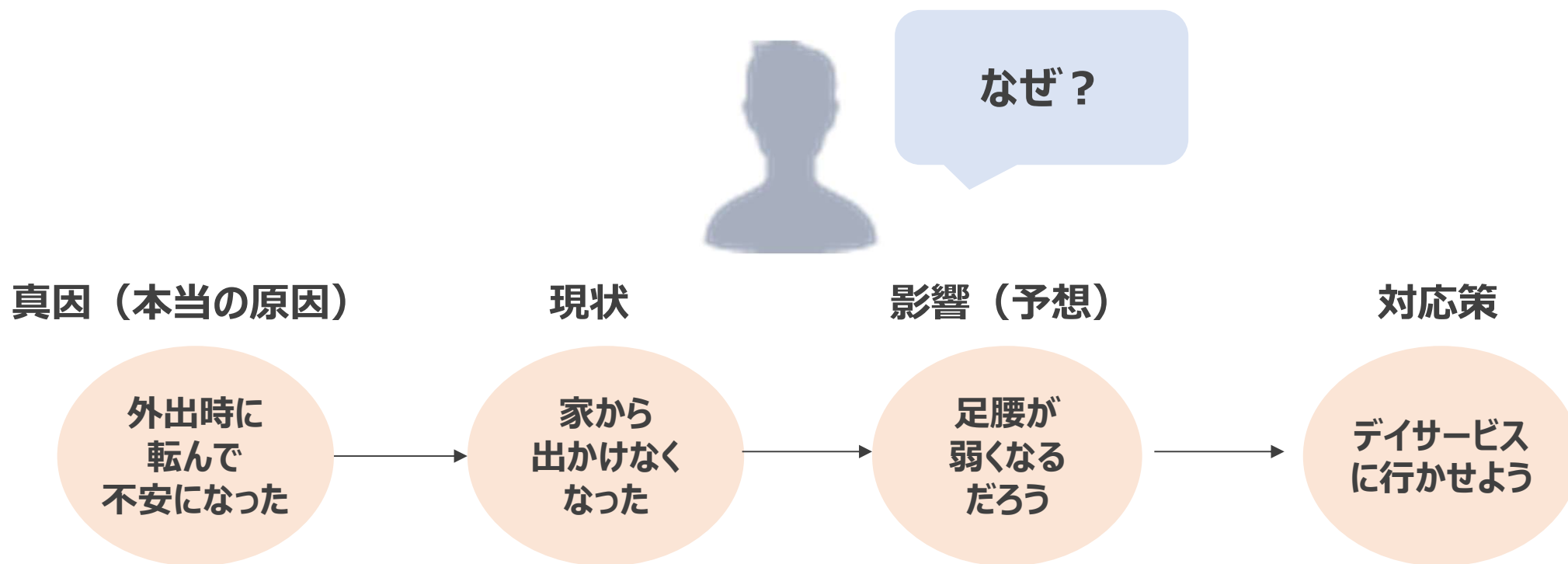
すべては、ひとりの人の暮らしを考えることの繰り返しから

「個別ケース」から「地域の課題」を考える

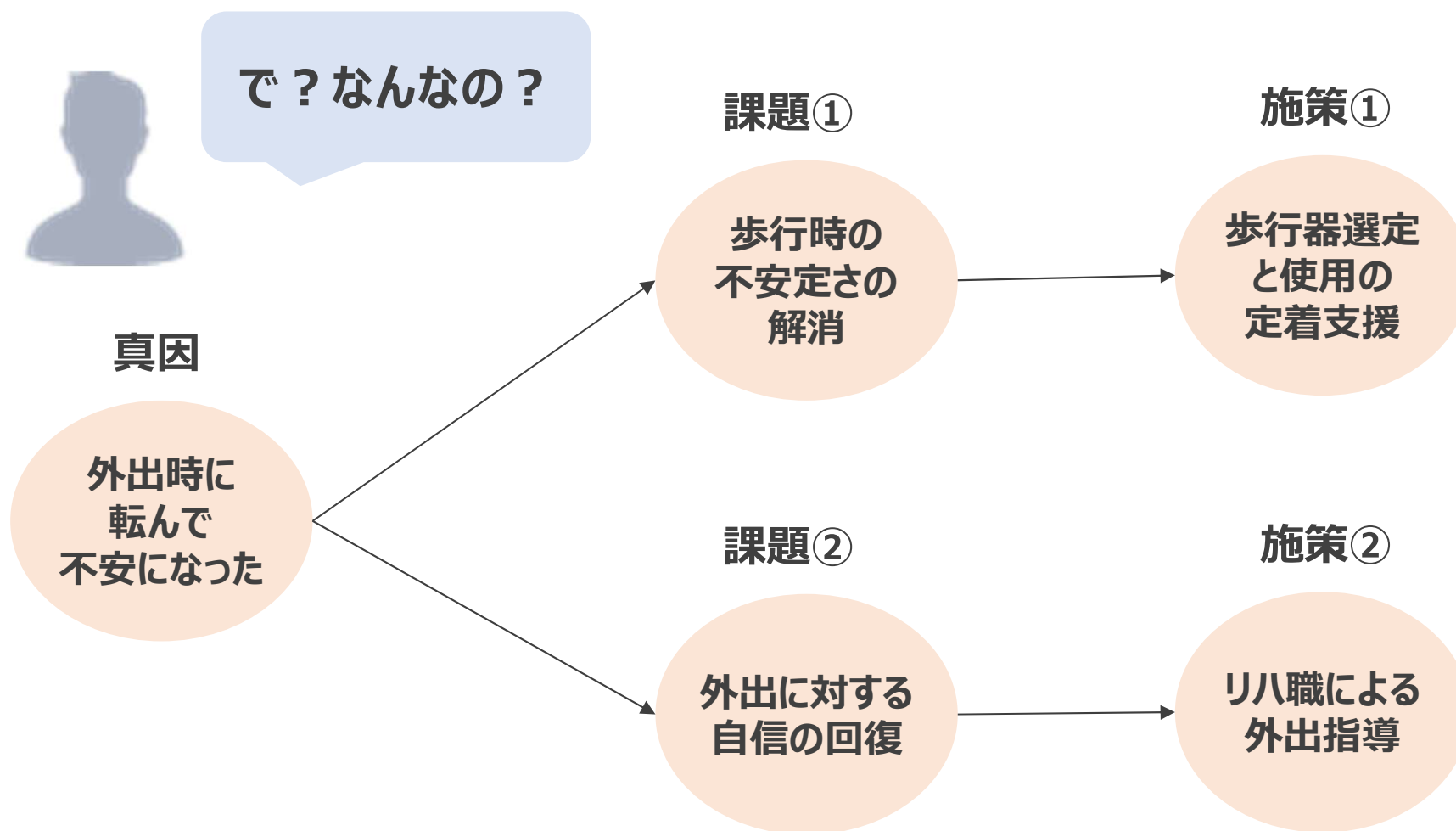
1人の高齢者に起こっていることは、
その背後に同じような高齢者が多数いるのではないかという気づきにつながる



個別ケースから「課題」を考える (因果)



「真因」から「課題」を設定し「施策」を考える



「個別ケース」から「地域の課題」を考える



	Aさん	Bさん	Cさん	Dさん	Eさん	
どこへ 行きたいのか	スーパー	かかりつけ医	公民館	駅前	墓園	
何ため？	食料品の 買い物	受診	趣味サークル 参加	映画鑑賞	墓参り	
頻度	週1回	月1回	月2回	年に数回	年2回	
今は どうしている のか	徒歩	家族の送迎	友達の送迎	コミュニティバ ス	タクシー	
課題設定	個人の 課題 として 捉える例	Aさんが 食料品を 手に入れるには	Bさんが 定期的な受診が できるには	Cさんが 趣味を続けるこ とができるには	Dさんが 好きな映画鑑賞 ができるには	Eさんの 墓の管理が できるためには
	地域の 課題 として 捉える例	市民の安価な外出手段を確保するには				
		地域の高齢者が 食料品を手に入れ ることができるには	身近なかかりつ け医を持ち 適切に疾病管理 ができるため には	免許を返納しても 多様な趣味を継続できるには		世話が 難しくなった 墓の管理を 地域でどう支え るか

**まずは個別事例を見る
そして俯瞰して見る**

どれくらい深刻か？
同じような人がどれくらいいるのか？
解決策の難易度（使える予算等）は？

ベストを目指すのではなく
現実可能なベターな方法を考える

多職種合同ケアカンファレンスの効果①「支援策の重層化」

生活ニーズが分かると、これまで見えていなかった「資源」が見えてくる

事例で磨かれた「勘」

昔カラオケが好きだった

買い物したいが、袋を持って帰れない

送迎付きのお出かけ先

自分で歩いて行ける場

これ使えるかも



生活支援コーディネーター



多職種合同ケアカンファレンスの効果② 「多職種間の専門性の技術移転」

気にする「目」がないと

相談窓口を設けても
ケアマネからの相談がない



カンファレンスの効果

歯はどこ
が残って
いる？

これは薬
の
副作用？

スーパー
までの距
離は？

体重
減少？

しなく
なった活
動は？

よく転倒
してる場
所は？

薬が
多すぎ？

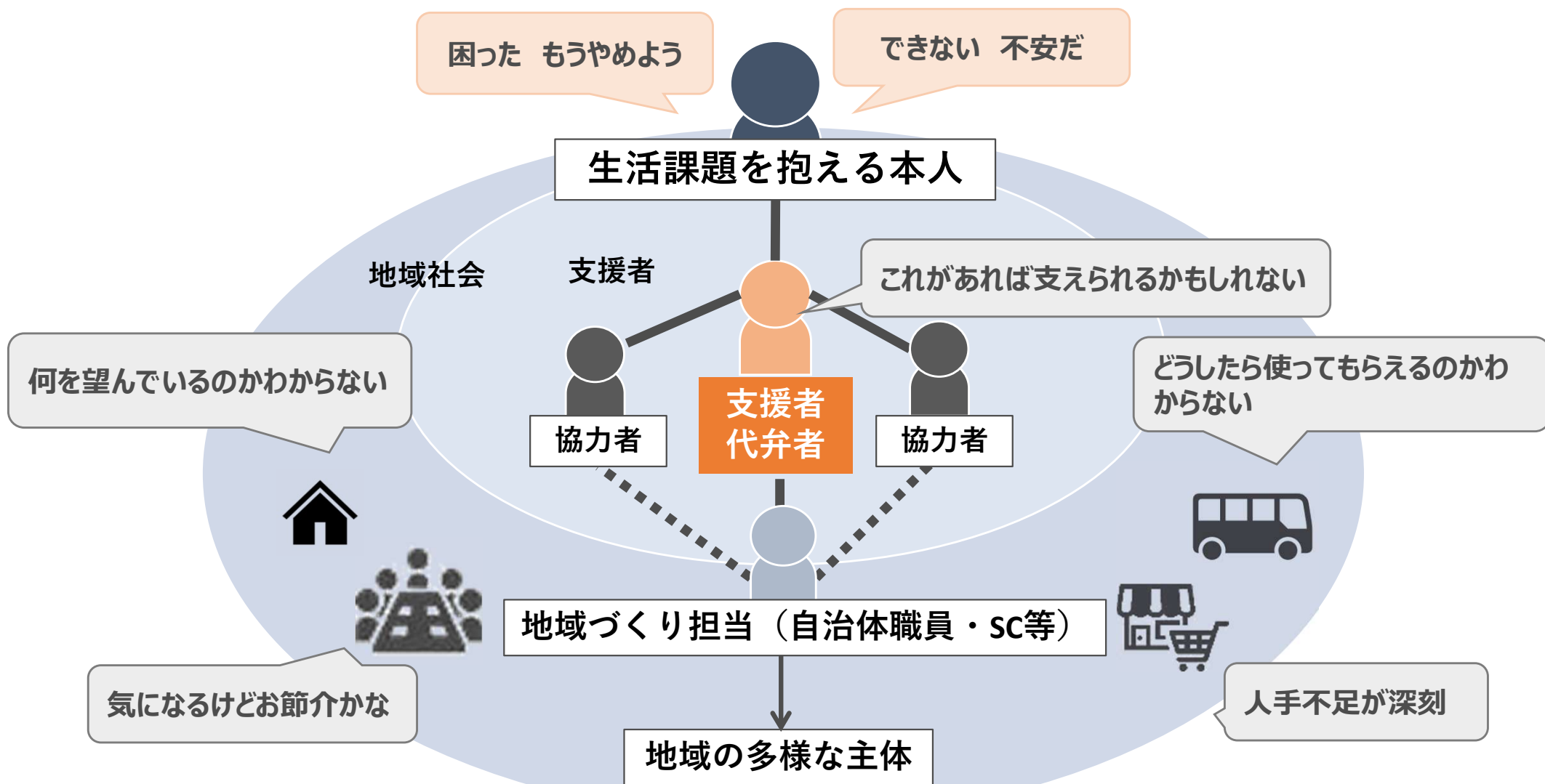
水分不
足？



気にしてもらえようになって初めて依頼や相談がある

地域包括ケアを構築するための「地域づくり」とは何をすることなのか？

生活課題を抱える当事者の「暮らしの困難さ」や「望む暮らし」を理解し
代弁者として地域社会に「働きかけ」を行うこと



2025アジャイル型地域包括ケアPG 成果報告会 2/24開催!

令和7年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム 成果報告会

地域包括ケア/包括的支援体制/重層的支援体制整備 見えない道を ともに探し ともに歩む ～支えられる人も、支える人も、独りにしない～

参加
無料

人を支援する現場は、うまくいかないことの連続です。支援の効果が見られず、支える人自身が悩み、迷い、限界に近づいてしまうこともあります。さらには限られた人員体制や予算の中で、何を優先すべきか。現場の声をどう受け止め、どう形にするのか。自治体職員自身もまた、見えない道の中で決断を迫られています。だからこそ、当事者にも、支援者にも、自治体職員にも「一緒に考えてくれる存在」が必要なのではないでしょうか。本報告会では、本プログラムに参加した全国15の自治体が、仲間と共に検討を重ねた半年間の軌跡を報告します。検討過程の試行錯誤は、きっと皆さまの地域の取組のヒントとなるはずですよ。



日時 **2026年2月24日** 13:30▶17:00 会場 **Zoomウェビナー** (オンライン)

対象 地域包括ケア・包括的支援体制・重層的支援体制整備事業に関わる市町村職員や地域関係者及び 都道府県・厚生局・大学・民間企業等

申込 **事前登録制 (後日動画配信有)** 申込期日 2月20日

※右記URL又はQRコードよりお申し込みください。
※自治体のデバイスからのアクセスが難しい場合は、個人のスマートフォン等、他のデバイスからご登録ください。
※後日配信希望の方も上記より事前登録をお願いします。

お申し込みはこちらから ▶ https://us02web.zoom.us/join/register/WN_nTyDEWRPskKHeTzXco6LA



実施主体 **藤田医科大学**
地域包括ケア人材教育支援センター

(一部委託) **JMAR**
日本老年学協会総合研究所

協力機関 厚生労働省 老健局
厚生労働省 社会・援護局
愛知県豊明市

※本プログラムは、令和7年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた市町村の地域デザイン力を高める組織構築に関する調査研究」の一環として実施しています。

開催スケジュール 2026年2月24日 13:30-17:00 会場 Zoomウェビナー(オンライン)

13:30 - 13:35	主催者挨拶 厚生労働省挨拶	藤田医科大学 厚生労働省
13:35 - 13:55	事業紹介・報告	藤田医科大学
13:55 - 15:35	プログラム参加市町村の成果報告・参加市町村インタビュー 参加市町村が、当初どんな問題意識で参加し、どのようにわがまちに必要な取り組みを見極めていったのか、課題検討の経緯曲折や庁内外関係者との合意形成の歩みをご紹介します。	参加自治体 プログラムメンター
15:45 - 16:55	総論討論「独りにしない支援は、いかにして可能になるのか」 参加自治体の「独りにしない支援」に奔走してきた本プログラムメンターが、支援を必要とする人やそれを支える人(専門職・自治体職員等)に今何が必要か、ディスカッションします。	モデレーター ニッセイ基礎研究所 三原 岳 パネラー プログラムメンター
16:55 - 17:00	閉会挨拶	藤田医科大学

アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラムメンター

角井 孝太郎 PHP総研主席研究員 兼 立教大学大学院特任教授
三原 岳 ニッセイ基礎研究所保険研究部ヘルスケアリサーチセンター上席研究員
高橋 拓朗 Moxxy Consulting合同会社 代表
都築 晃 藤田医科大学 講師・地域包括ケア中核センター

岩名 礼介 三慶リサーチ&コンサルティング 主席研究員
藤部 真治 日本老年学協会総合研究所 主幹研究員
松本 小枝 豊明市 市民生活部共生社会課 課長
池田 寛 藤田医科大学 地域包括ケア中核センター

令和7年度アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム 実施概要

「アジャイル型地域包括ケア政策共創プログラム」とは、政策立案に経験豊富なメンターが、参加自治体に約半年間コーチング役として寄り添い、共に事業の目的の問い直し、達成に向けた道筋を立て、実践と振り返りを重ねながら取組を促していく「集約型のコンサルティングプログラム」です。プログラム終了後も、関係者が現状とゴールを皆で振り返り、試行錯誤できる自律的な組織へと変革させるまで追っていくことが特徴的です。

参加自治体

北海道安平町、山形県高畠町、茨城県守谷市、栃木県さくら市、埼玉県秩父市、埼玉県東松山市、埼玉県戸田市、東京都青ヶ島村、岐阜県輪之内町、静岡県裾野市、静岡県岡南町、大阪府八尾市、広島県呉市、長崎県雲仙市、沖縄県那覇市

検討テーマ

リエイブルメント(自立支援・リハビリテーション、総合事業)、地域ケア会議、包括的支援体制・重層的支援体制整備事業(多機関協働、子ども若者支援、参加支援、アウトリーチ等)

参加者の声①

埼玉県秩父市
地域包括支援センター
千鳥 優子 (保健師)

話し合いを重ね、自分たちがやるべきことやりたいことが、徐々に見えてきた

話し合いを重ねていくうちに、自分たちのやるべきこと、できること等が徐々に見えてきた気がしました。モヤッとしていたことも話すことで明確になったり、メンターの助言で、さらに頭に入っていくような感じがありました。目指す姿に向かって自分たちのやるべきこと、やりたいこと、できることを行っていたらと思います。

参加者の声②

長崎県雲仙市
福祉支援課
松尾 志穂 (社会福祉士)

ロジックモデルというコミュニケーションツールを活かして意見を出し合える体制にした

支援会議の在り方や、他課との連携について、ロジックモデルをコミュニケーションツールにして自分達がやりたいことを伝えて、実践していきたいです。困ったことがあったときに気軽に話せる、それを一緒に考えられる、お互いに案を出し合えるような体制にできるよう丁寧に考えていきたいです。

参加
特典

本プログラムメンターによる
個別無料相談にご参加いただけます

新年度 2026年4月～7月頃 実施予定

自治体の政策立案支援のプロが、皆様の自治体の取組に直接アドバイスいたします。詳細は決まり次第本セミナー参加者のメールアドレスにご案内いたします。



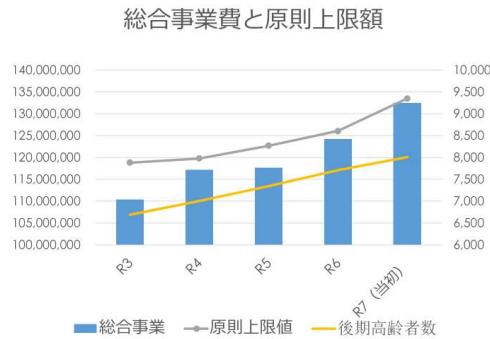
お問合せ: 藤田医科大学地域包括ケア人材教育支援センター (担当: 野々山)
メールアドレス agile@fujita-hu.ac.jp TEL 080-8677-7054 (月～金9:00～17:00)

リエイブルメント型サービスC 検討プロセスが聞けますのでぜひ参加を！

1 裾野市の現状

行政は悩んでいました…

右肩上がりが増え続ける総合事業費



- ・ 上限超過はもう目の前
- ・ 超過したらどうなるの？
- ・ 軽減する見込みないけどどうなるの？
- ・ 介護人材増える見込みもないけどどうなるの？
- ・ 「団塊の世代」の介護認定が顕在化してきているけどどうなるの？
- ・ 高齢者数のピークは2040年頃「え？もっと増えるの？」
- ・ 裾野の介護はどうなるの？

「なので、自治体は総合事業を充実させて頑張ってください」 By 国

2 課題検討過程（新拾いから見出したペルソナ）

運動教室参加者
20人に聞きました！

「体が弱ってきても、あなたが続けたいこと、望む暮らしはなんですか？」

「習字！」「コーラス！」「運転」「フラダンス」「歩く」「編み物！」「家のこと」「散歩！」「体操教室」などなど。



→わかりました。

市は、皆さんがそういう活動が続けられるように応援すればいいですね。

習字が2人、コーラスが1人、歩くが2人…。じゃあ、家のことしたいって人は？（挙手）

「違うわ。歩けるのと、家のことができるのは、みんな誰しもの願い。それができた上で、余裕があれば、その他もやりたいってことよ！」
「歩いて、家のことができる自分でいさせて欲しいの！」

そうか！！みんなの共通の願いは、

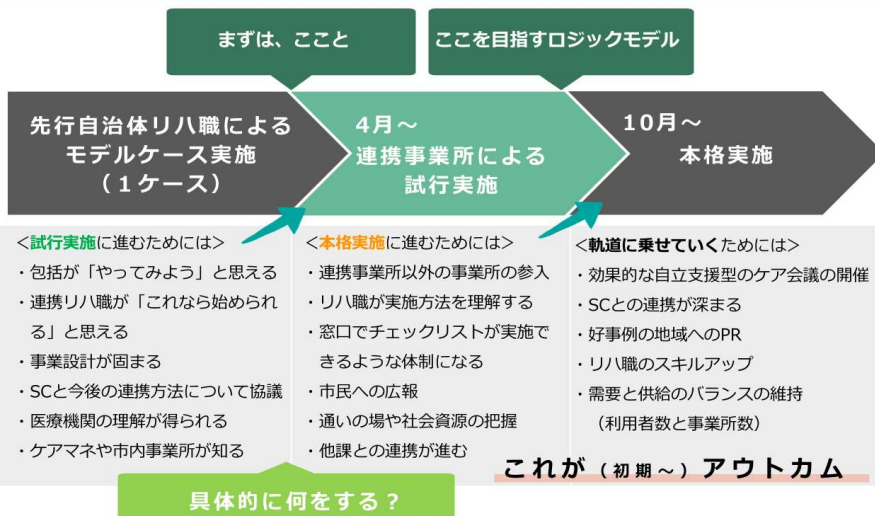
「歩けること」と「家のことができること」なのか



9

2 実行プラン

(第1章) リエイブルメント型サービス提供体制の構築に向けた大まかなスケジュール



誰に	アクティビティ どう働きかける	具体的方策・工夫
包括	<ul style="list-style-type: none"> ✓ リエイブルメント型サービスの事業全体のイメージができて、「これならできそう」「やってみよう」と思えるようにする ✓ 業務量の増加に対応できる体制を整える 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 帳票様式の検討・決定 ・ 全職員向け全体説明会の開催 ・ モデルケース見学の調整 ・ 請求の流れの調整・決定 ・ モニタリング方法の検討 ・ 手順フローの作成・共有 ・ 増員（委託料増額） ・ 通いの場等の社会資源マップの提示（9月まで）
連携リハ事業所	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 4月からのトライアルケースを実施できるようにする ✓ 10月以降の本格実施に向けて実施方法を見直せる体制を作る 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 先行自治体リハ職によるモデルケースの見学のための調整 ・ リハ職向け研修の開催 ・ 事例検討会やリハ職の意見交換の場を設ける
その他 リハ職在籍 事業所	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 参入を促す働きかけ 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業所がメリットを感じる価格設定 ・ リハ職在籍事業所に事業説明（見込みの対象者数） ・ モデルケース見学の希望調査・調整 ・ リハ職向け研修 ・ 事務手続き・報酬の説明 ・ 帳票様式の書き方の説明

豊明市 市民生活部 共生社会課
E-mail : kyosei@city.toyoake.lg.jp
TEL : 0562-92-8306

豊明市新田町子持松1番地1
<https://www.city.toyoake.lg.jp/>

3 事例発表

豊明市における同行訪問
短期集中リハビリテーションの
事例報告

阿部祐子

豊明市 市民生活部 共生社会課 重層支援センター
作業療法士

(藤田医科大学 地域包括ケア中核センター)

豊明市リハビリテーション連絡協議会設立

登録施設数

13施設・事業所

(豊明市民の利用があるリハビリテーション専門職が所属する医療、介護施設や事業所等)

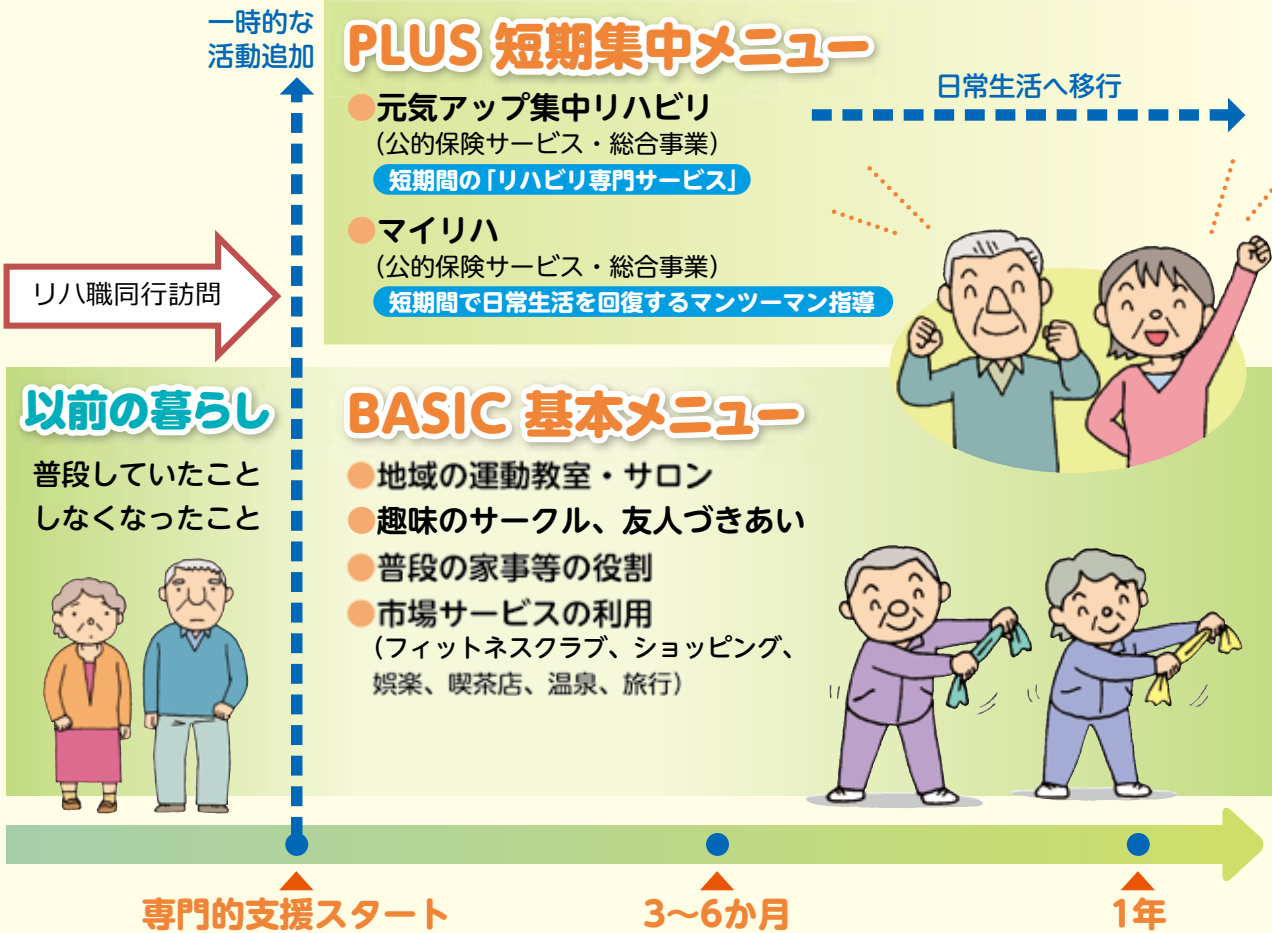
活動内容

勉強会、講師派遣（研修会、体操教室等）、市内イベントでのブースの出展、関係団体への登録施設名簿の配布、他機関との調整窓口



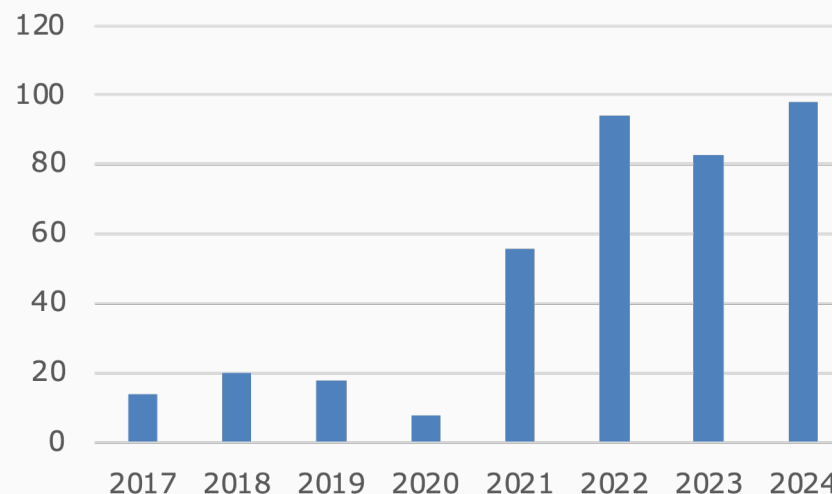
元気アッププログラムの流れ

6か月で以前の「ふつうの暮らし」へ戻るための特別コース



リハ職同行訪問（地域リハビリテーション活動支援事業）

- リハビリ専門職がケアマネジャーに同行して、サービス導入により達成する生活目標の設定などを行うことで、ケアプラン作成の支援を行う。
- 動作指導・福祉用具選定・環境調整などを実施。中でも自立支援・重度化防止のために、**アセスメント（改善可能性の判断）**や**目標設定**、**動機づけ**などは重要。



通所型サービス・活動C（元気アップリハビリ）

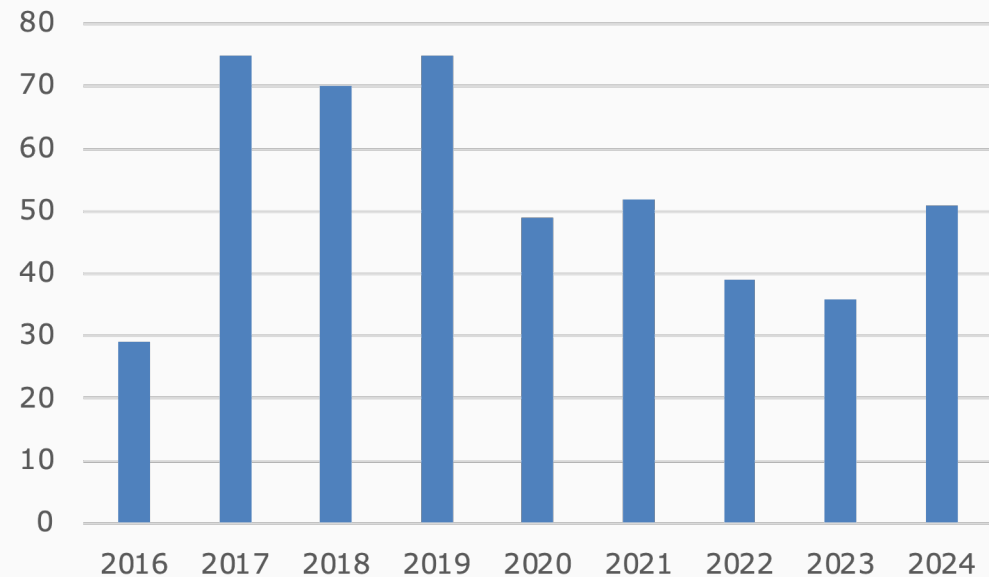
- 2016年からスタート
- 1回90分 450円 * 1割負担 最大30回 * 開始時・終了時は訪問を組み合わせる
- 3事業所で実施

プラス PLUS
短期集中メニュー

短期間の「リハビリ専門サービス」
元気アップ 集中リハビリ 通い

リハビリ専門職が一人ひとりにあったリハビリプログラムを立てます。
3か月～6か月間（週1～2回）集中的に、通いと訪問によるリハビリテーションを組み合わせ、元の暮らしに戻していきます。

- 利用回数 / 全30回（週1回の利用でおおむね6か月）
- 実施場所 / 豊明第二老人保健施設（沓掛町）
介護老人保健施設キュア北崎（大府市）
前後整形外科内科クリニック（前後町）
豊明老人保健施設（沓掛町）
- 内容 / 体力測定、個別リハビリプログラムの作成
筋力、バランス感覚の向上、
自宅及び周辺環境でのリハビリ
- その他 / 送迎あり

訪問型サービス・活動C（マイリハ）

- 2021年からスタート
- 1単位20分350円 *1割負担 最大24回 1日の単位数制限はなし
- 1事業所で実施



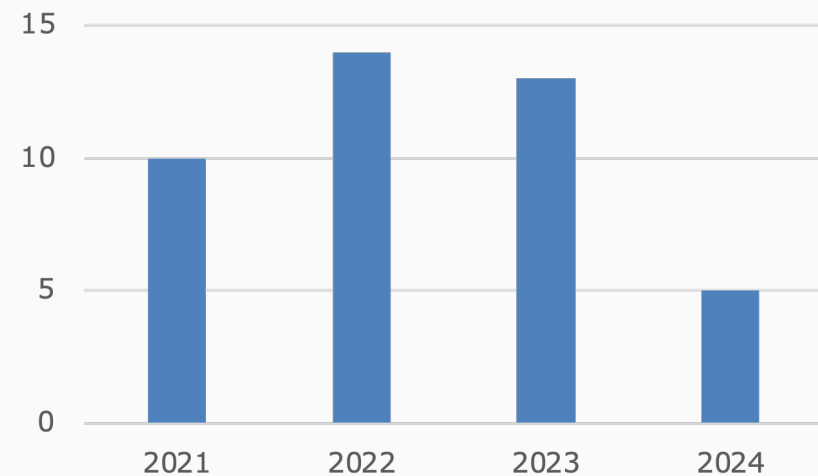
短期集中訪問リハビリサービス
マイリハ
～ 短期間で日常生活を回復するマンツーマン指導～

日常生活で“しにくくなった”活動を“もう一度できるように”リハビリ専門職がマンツーマンでリハビリ指導を行います。おおむね3ヵ月（週2回）で元のふつうの暮らしを取り戻していきます。

こんな人におすすめ

- 外を歩くことが不安で、今までのように外出ができなくなった人
- 足腰が弱ってしまい、今までのように家事ができない人
- 生活動作や福祉用具の使用についてアドバイスが必要な人 など

様々な要望に応え、あなたらしさを取り戻す支援をします



事例報告

* 個人情報保護に配慮し、掲載する写真を配布資料にはイラストで表現しています。ご了承ください。

事例紹介 Aさん 同行訪問

項目	内容
対象者	80歳代・女性
介護度	要支援2
既往歴	膠原病（経過観察中）
現病歴	半年前に脳梗塞発症
入院経過	約4か月間入院後、自宅退院

【依頼内容】

退院から2ヶ月近く経過

退院後家で寝てばかりいる 福祉用具や住宅改修、今後のリハビリの必要性について検討したい

ケアマネジャーとリハ職で訪問し、本人・夫から情報収集

アセスメント

身体機能	上肢：麻痺ほぼなし／下肢：軽度麻痺残存
ADL	日常生活動作は概ね自立 室内は伝い歩き（転倒なし）… <u>退院時はもっと歩けた</u> リビングに置いたベッドで過ごしている
生活状況	自宅で何もせず過ごしている家事は夫がやっている
社会参加	以前通っていた地域サロンに参加できていない

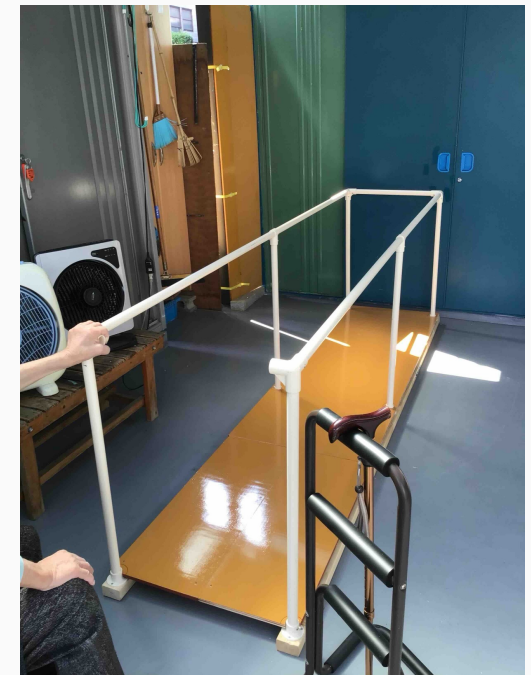
<本人の望む暮らし>

地域サロンにまた行ってお人形作りをやりたい

家のこともやらなきゃいけないね

<夫の思い>

元の体に戻って欲しい。歩く練習に励んで、元通り、元気に歩いてほしい！
* その思いからこれを作成→



リハ職の見立て

<目標>

- 地域サロンに自分で歩いていけるようになる
- 家事動作を少しずつ実施する
- 自主トレをして身体機能を維持する



動作の定着・本人が自信を持てるような支援が必要
訪問型サービス・活動Cを選択

} モチベーションを上げ
活動性を上げること

地域サロンに自分で歩いていく

なぜできていない？

転倒への不安

行けるか不安

杖で歩きたい思いもある

玄関・上り框への手すり

設置

歩行器を導入し、実際に行ってみる

隣家へ回覧板を持っていくときは杖で行こう



家事動作を少しずつ実施する

なぜできていない？ 夫は元通りの家事を望み、「それができないならやらんでいい！」と言われる

具体的な支援内容 **夫も交えた面談をする**
・家事動作を分割して考えできるところを伝える

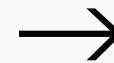
お茶碗を洗う



テーブルを拭く



掃除機をかける



本人のやりたかったこと

ルンバ購入し掃除機はやめ
趣味の手芸を再開



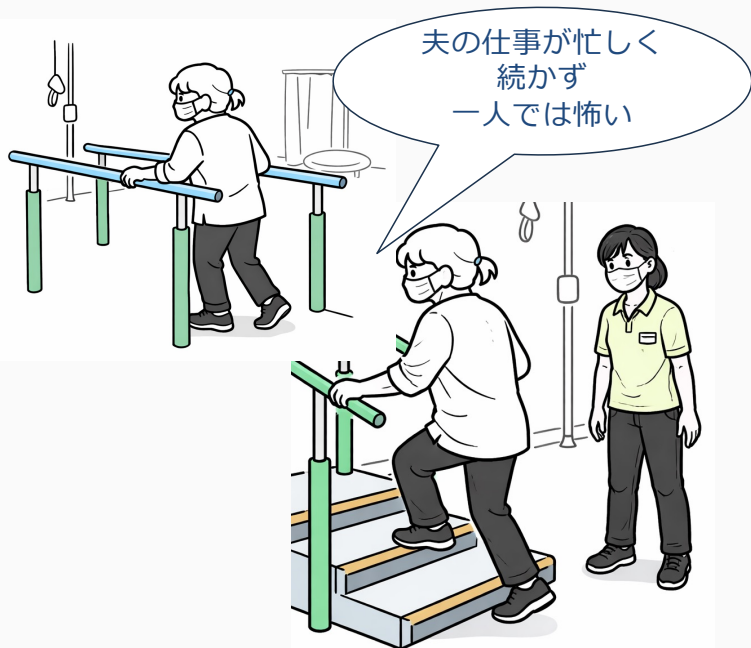
転倒不安あり
やりたくない

自主トレを継続し、身体機能を維持する

なぜできていない？ 転倒リスクがあり不安

週1回記録を確認した

夫の見守りで行うもの

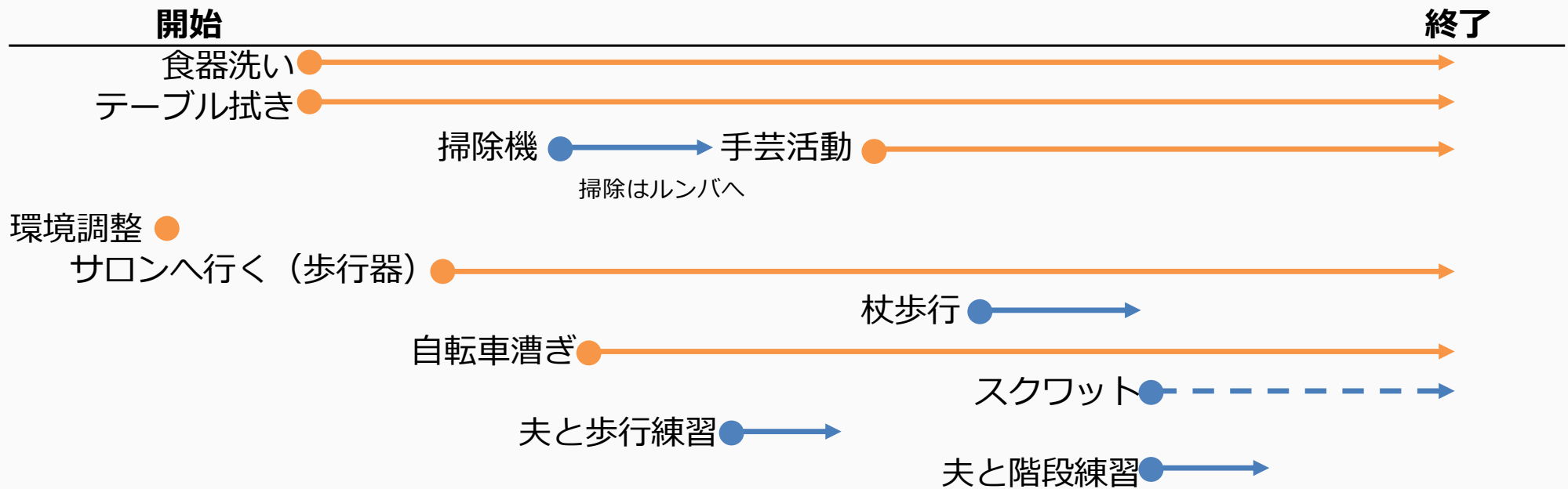


一人で実施するもの



DATE	履初 マッサージ	テニス 回転数	食事 位置	掃除 枚	血圧 測定	階段 使用	17歳の 森参加
8/26	○	20分	○	△	138	3回	○
8/27	○	20分	○	△	142	2回	
8/28	○	20分	○	△	85	/	
8/29	○	20分	○	△	147	/	
8/30	○	20分	○	△	81	/	○
8/31	○	20分	○	△	148	/	
9/1	○	20分	○	△	84	/	
9/2	○	20分	○	△	136	4回	
9/3	○	20分	○	△	80	/	
9/4	○	20分	○	△	143	2回	○
9/5	○	20分	○	△	80	/	
9/6	○	20分	○	△	131	3回	
9/7	○	20分	○	△	81	/	
9/8	○	20分	○	△	135	/	○
9/9	○	20分	○	△	83	/	

経過



- ・ サロンへ歩いていくことができるようになった
- ・ できる家事や好きな手芸を行うことができた



終了することに対して、不安が強い
「一人でやれるかなあ…」

リハビリテーション関連職種で 予防・自立支援の研修会

- **短期集中予防サービスにおけるセルフマネジメントについて**
医療経済研究機構 服部 真治 先生
- **短期集中予防サービスの東京都での取り組みと面談について**
医療経済研究機構 西田 和正 先生
- **防府市における短期集中予防サービスについて**
三田尻訪問看護ステーション 古谷 正登 先生
老人保健施設はくあい 岡崎 浩之 先生
- **サービス・活動C活動報告会**
豊明市サービス・活動C提供事業所



リエイブルメント・セルフマネジメントについて学び、専門職の手が離れても、自分で自分の健康を管理して「望む暮らし」を送ることができるような支援をしよう

事例紹介 Bさん 同行訪問

項目	内容
対象者	80歳代・男性 *元気な妻と二人暮らし
介護度	未申請
現病歴	脊柱管狭窄症
心身機能	下肢の筋力低下と腰痛あり 認知面良好
ADL	自立しているが、転倒リスクあり 家ではテレビ・新聞を見ている 屋外歩行に不安があるため、外出は車移動のみ 妻の送迎が仕事
社会参加	地域サロンに参加 役員もやっている 最近は車で行っている

【依頼のきっかけ】

最近、2回転倒して（骨折等なし）活動性が低下してしまった

- ・隣の家へ回覧板を届けた後、階段を降りるときに尻餅をついた
- ・庭のホースにつまづいた

アセスメント



～望む暮らしは？

妻の世話にならずに、この家で暮らし続けたい

～今の生活を続けていてそれが可能ですか？

次、転んだら寝たきりになる 今朝も布団から立つ時よろけた

～どうしたら良いと思いますか？

家で体操とか？ 散歩できてた頃は調子良かったな…

～自分でできそう？

体操は腰が痛くて、やれるかな？
散歩は…家の前が急な坂道なので、怖いし、一人では自信がないな

ケアマネの見立て



ベッドがあったほうが良いかも？



介護申請をして…

抑速機能付き歩行器のレンタル + 練習が必要 = **訪問型サービス・活動Cを選択**
(ベッドのレンタル(自費))

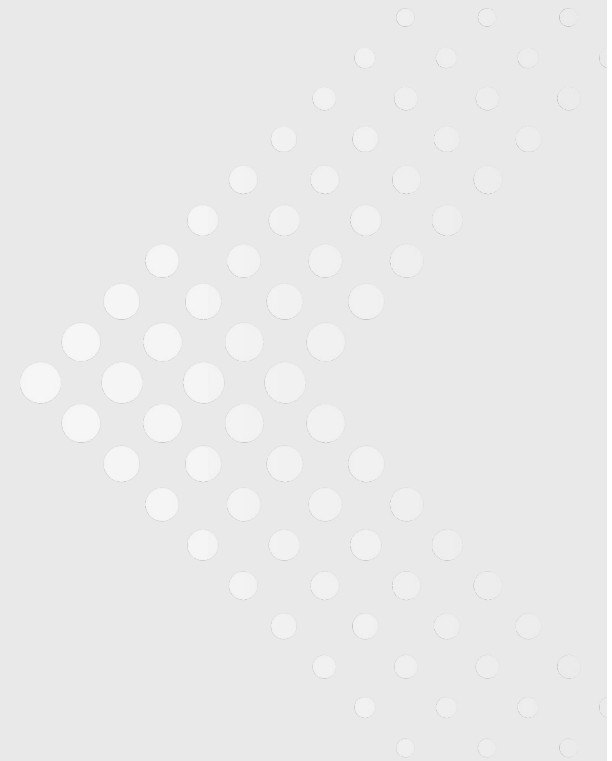
セルフマネジメントシートを用いた面談



マイリハ セルフマネジメントシート

氏名	取り戻したい生活			その為にやるべきこと!	
	庭の水やりを再開 妻と外出できる			無理せず身体を動かす	
この目標(6)の為に、自宅で! 自分で! 毎日コツコツ取り組むこと(=セルフマネジメント)					
プラン内容	①	②	③	④	日記・感想
目標回数	つま先立ち	横歩き	自宅周りを歩く	庭の水まき	外出したらメモする
11/23 土			1回 カマオケ	1回	0.40 カマオケ同好会-15.5
11/24 日	0	0		水撒き	
11/25 月	0	0	歩行杖が3個		
11/26 火	0	0			CR?カマオケ練習
11/27 水	0	0			"
11/28 木				水撒き	全路の葉よみ
11/29 金	0	0			
本人・家族のコメント			スタッフからのメッセージ・アドバイス		
			朝と昼の気温差に気をつけて下さい!!		

最近の取り組み



SCとの協働 同行訪問・サービスCから地域への繋ぎ

【目的】

- ・リハ職とSCが協働することで、対象者を『地域=場所』ではなく、『地域=人』へ繋げる

同行訪問：担当ケアマネの思い

夫逝去後 独居。地域に繋がりたい。

- ・初めて参加の人を優しく迎えてくれるサロンはあるかな？
- ・歩いていくためには歩行補助具があったほうがいいかな？

←身体機能を評価

体操をみんなと一緒に
やれる所あるかしら？

SCが聴取 →

〇〇さんなら知ってるよ
昔はカラオケが好きだったわ



サロンまで200M程度
安全のためには、歩行器があると良い

SCとの協働 同行訪問・サービスCから地域への繋ぎ

通所型サービス・活動C：担当ケアマネの思い

通所からシームレスに地域に繋がりたい
元々行かれていたサロンに再び行きたい
自分で行けるだろうか？道中は？会場内の階段は上がるかな？

【課題】

- ・この段差を下すこと
- ・会の間、1階に歩行器を置いておけない



サロンまで歩くことは、足腰の機能も周囲への注意力も問題ないです。



会場内の階段は手すりがあるから、杖と手すりですりで上り下りできるね。




そのくらいなら私、できますよ

サロンまで歩くことは、足腰の機能も周囲への注意力も問題ないです。


THANK YOU!


ありがとうございました!


Abe Yuko 

yayuko@fujita-hu.ac.jp 


藤田医科大学 地域包括ケア中核センター


 0562-93-3707

 豊明市沓掛町田楽ヶ窪1-98

 <https://www.fujita-hu.ac.jp/~chuukaku/>

豊明市 市民生活部共生社会課 重層支援センター

 0562-85-1024

 豊明市新田町子持松1番地

 <https://www.city.toyoake.lg.jp/>