

介護予防の推進 (参考資料)

介護予防・自立支援に向けた 取組について

介護保険法（抄）

（国民の努力及び義務） 第4条

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保険医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

（地域支援事業） 第115条の45第2項

市町村は、介護予防・日常生活支援総合事業のほか、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、地域支援事業として、次に掲げる事業を行うものとする。

- 四 医療に関する専門的知識を有する者が、介護サービス事業者、居宅における医療を提供する医療機関その他の関係者の連携を推進するものとして厚生労働省令で定める事業（前号に掲げる事業を除く。）
- 五 被保険者の地域における自立した日常生活の支援及び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に係る体制の整備その他のこれらを促進する事業

（市町村の連絡調整等） 第115条の45第2項の10

市町村は、第百十五条の四十五第二項第四号に掲げる事業の円滑な実施のために必要な関係者相互間の連絡調整を行うことができる。

- 2 市町村が行う第百十五条の四十五第二項第四号に掲げる事業の関係者は、当該事業に協力するよう努めなければならない。
- 3 都道府県は、市町村が行う第百十五条の四十五第二項第四号に掲げる事業に関し、情報の提供その他市町村に対する必要な協力をすることができる。

平成26年法改正における介護予防事業の体系（平成29年度までに順次移行）

- 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取組となるように介護予防事業を見直した。
- 年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民主体の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者が増え、通いの場が普及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。

【旧】

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

予防給付

- ・ 介護予防通所介護
- ・ 介護予防訪問介護

廃止と再編

【新】

一般介護予防事業

1. 介護予防把握事業
2. 介護予防普及啓発事業
3. 地域介護予防活動支援事業
4. 一般介護予防事業評価事業
5. 地域リハビリテーション活動支援事業

介護予防・生活支援サービス事業

1. 訪問型サービス(第1号訪問事業)
 - ①訪問介護(現行相当のサービス)
 - ②訪問型サービスA(緩和した基準によるサービス)
 - ③訪問型サービスB(住民主体による支援)
 - ④訪問型サービスC(短期集中予防サービス)
 - ⑤訪問型サービスD(移動支援)
2. 通所型サービス(第1号通所事業)
 - ①通所介護(現行相当のサービス)
 - ②通所型サービスA(緩和した基準によるサービス)
 - ③通所型サービスB(住民主体による支援)
 - ④通所型サービスC(短期集中予防サービス)
3. その他の生活支援サービス(第1号生活支援事業)
 - ①栄養改善の目的とした配食
 - ②住民ボランティア等が行う見守り
 - ③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援(訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等)

介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防ケアマネジメント

一般介護予防事業（住民主体の介護予防活動とその支援）

- 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といった幅広い参加を促進（高齢者人口の10%の参加を目標）
- 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

具体的には、

- 住民主体の通いの場は、原則として週1回以上の開催
- 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
- 出前講座による栄養教室や口腔教室などを組み合わせることにより、住民主体の取組の効果を高める
- ボランティアの育成・支援等を通じて、地域における互助の関係を促進
- 総合事業に移行していない市町村においても、原則として二次予防事業を見直し、一次予防事業において住民主体の介護予防活動を優先して実施

<参考> 住民主体の介護予防活動に向けた体操の内容

- ①初めての人でも簡単にできる
- ②虚弱な高齢者でも安全にできる
- ③虚弱高齢者から元気高齢者まで誰もが一緒にできる
- ④住民自身が体操の効果を実感できる
- ⑤介護予防の効果が実証されている

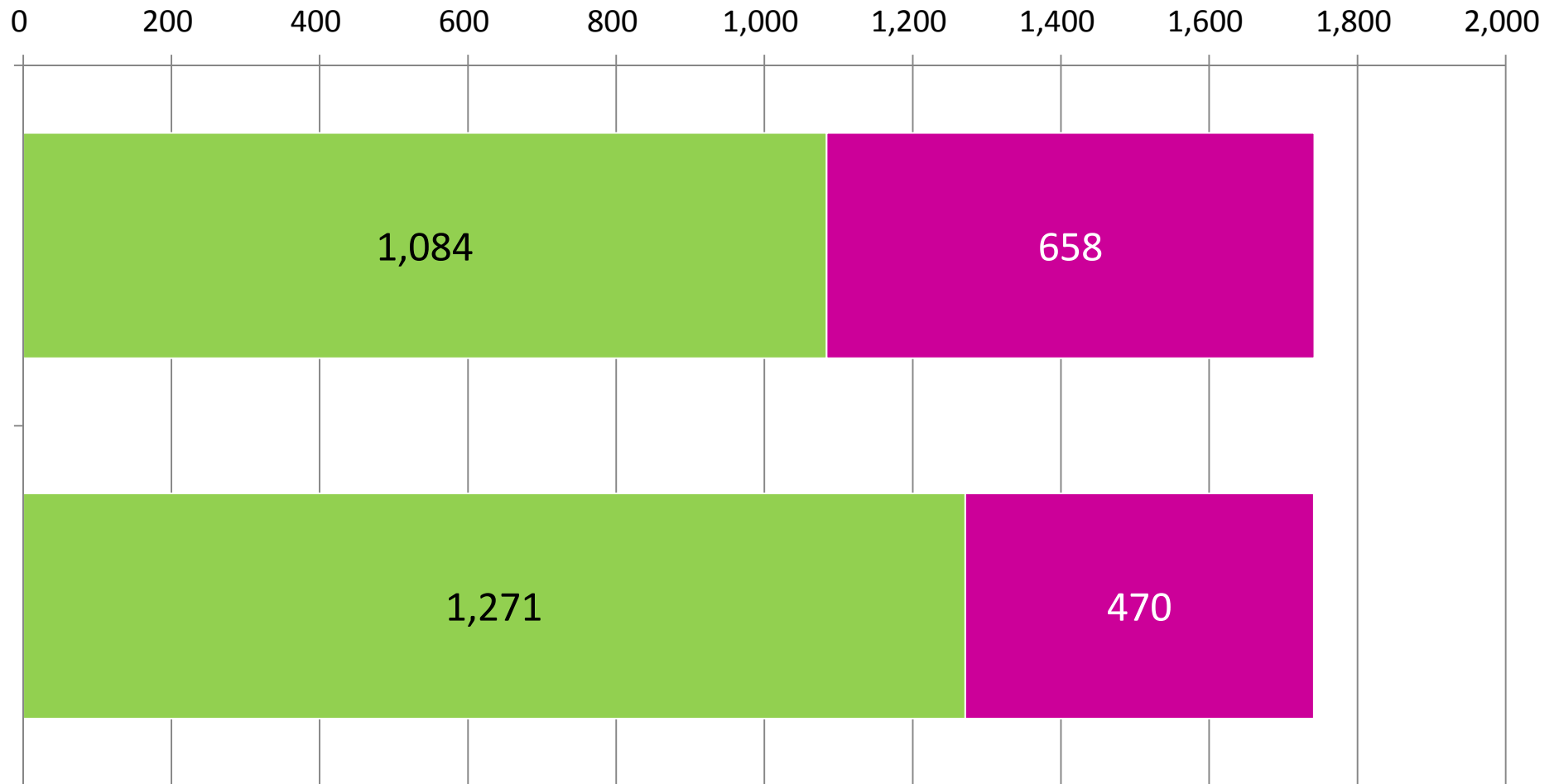
（特に先進的に取り組んでいる複数の自治体からの聴取による）

通いの場がある市町村は増加している

通いの場の有無

平成25年度:n=1,742 平成26年度:n=1,741

通いの場の有無別の市町村数

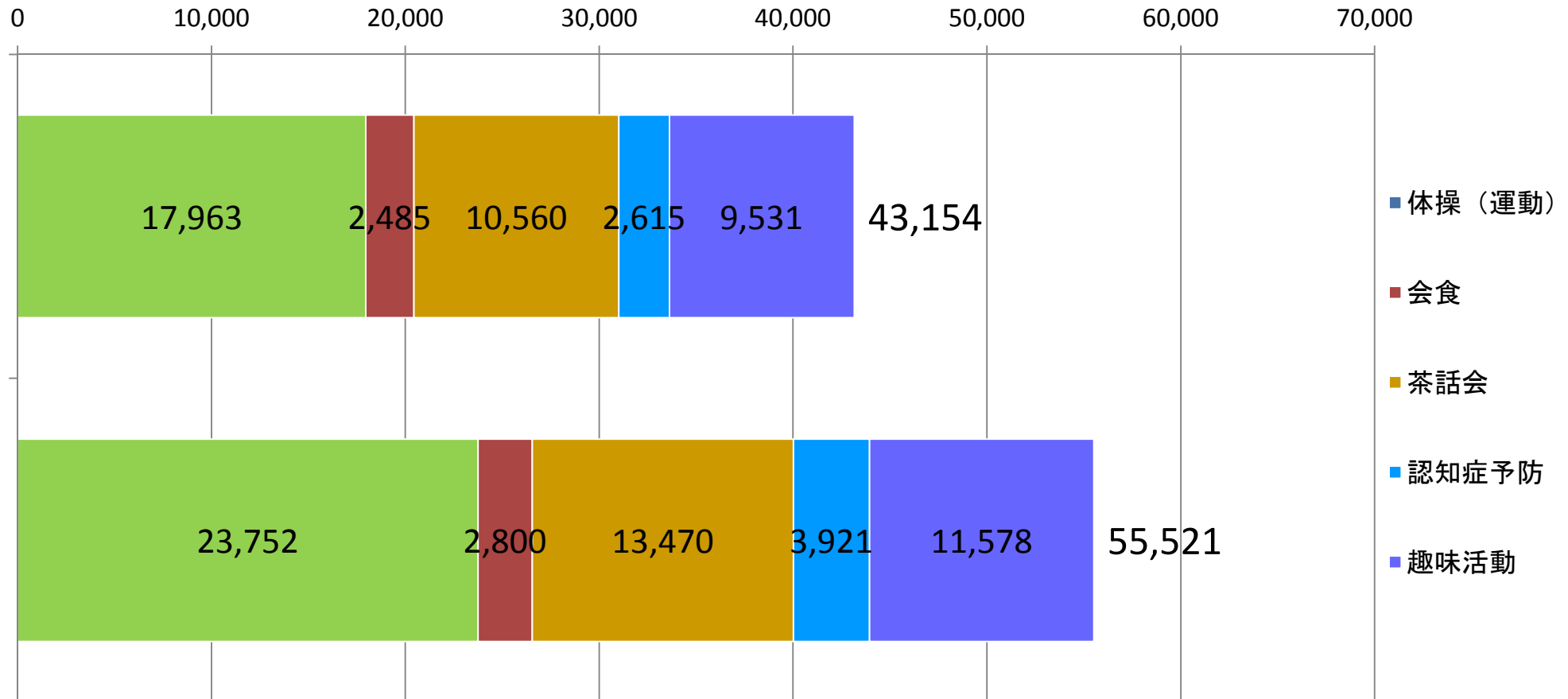


体操(運動)を実施している通いの場が最も多く 全体の5割弱を占め、数も増加している

活動内容別の通いの場の箇所数

平成25年度:n=43,154 平成26年度:n=55,521

活動内容別の通いの場の箇所数

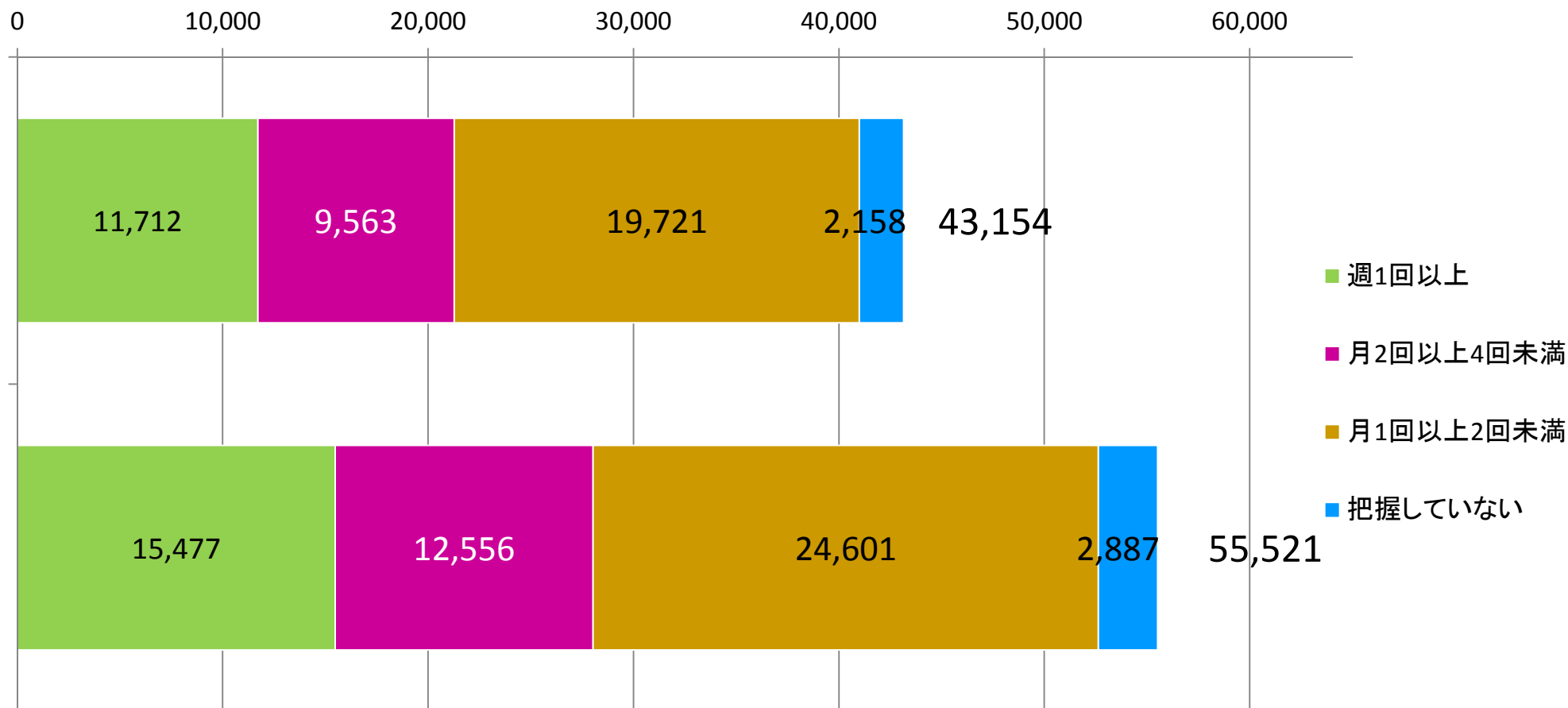


月1回以上2回未満で開催している通いの場が最も多く 週1回以上開催の占める割合も増加

開催頻度別の通いの場の箇所数

平成25年度:n=43,154 平成26年度:n=55,521

開催頻度別の通いの場の箇所数



地域リハビリテーション活動支援事業（リハ専門職等による介護予防の機能強化）

- 地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア個別会議、サービス担当者会議、住民主体の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進
- リハビリテーション専門職等は、通所、訪問、地域ケア個別会議、サービス担当者会議、住民主体の通いの場等の介護予防の取組を地域包括支援センターと連携しながら総合的に支援

具体的には、

- 住民主体の通いの場に定期的に関与することにより、要介護状態になっても参加し続けることのできる通いの場を地域に展開
- 介護事業所において、介護職員等への助言などを実施することで、通所や訪問における自立支援に資する取組を促進
- 地域ケア個別会議等において、自立支援のプロセスを参加者全員で共有し、個々人の介護予防ケアマネジメント力を向上
- ただし、地域リハビリテーション活動支援事業によるリハビリテーション専門職等の関与は、訪問リハビリテーションではなく、あくまでも住民や従事者に対するリハビリテーションからの助言・指導に限定

リハ専門職等による介護予防の機能強化のイメージ

市町村

地域支援事業

＜H27年度～ 地域リハビリテーション活動支援事業＞

- ・地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民主体の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する。

バックアップ

都道府県

介護予防市町村支援事業

＜H26年度～ リハビリテーション専門職等の広域派遣調整＞

- ・リハビリテーション専門職等の広域的な派遣調整
- ・派遣にあたり、市町村事業等に必要な知識（活動と参加に焦点を当てたアプローチ）を習得させるための研修

地域医療介護総合確保基金

＜H27年度～ 介護予防の推進に資するOT、PT、ST指導者育成事業＞

都道府県単位のリハビリテーション関連団体が、OT、PT、STに対して研修等を実施することにより、介護予防の推進に資する指導者を育成する。

連携

関連団体

（医師会、PT協会、OT協会、ST協会等）

バックアップ

国

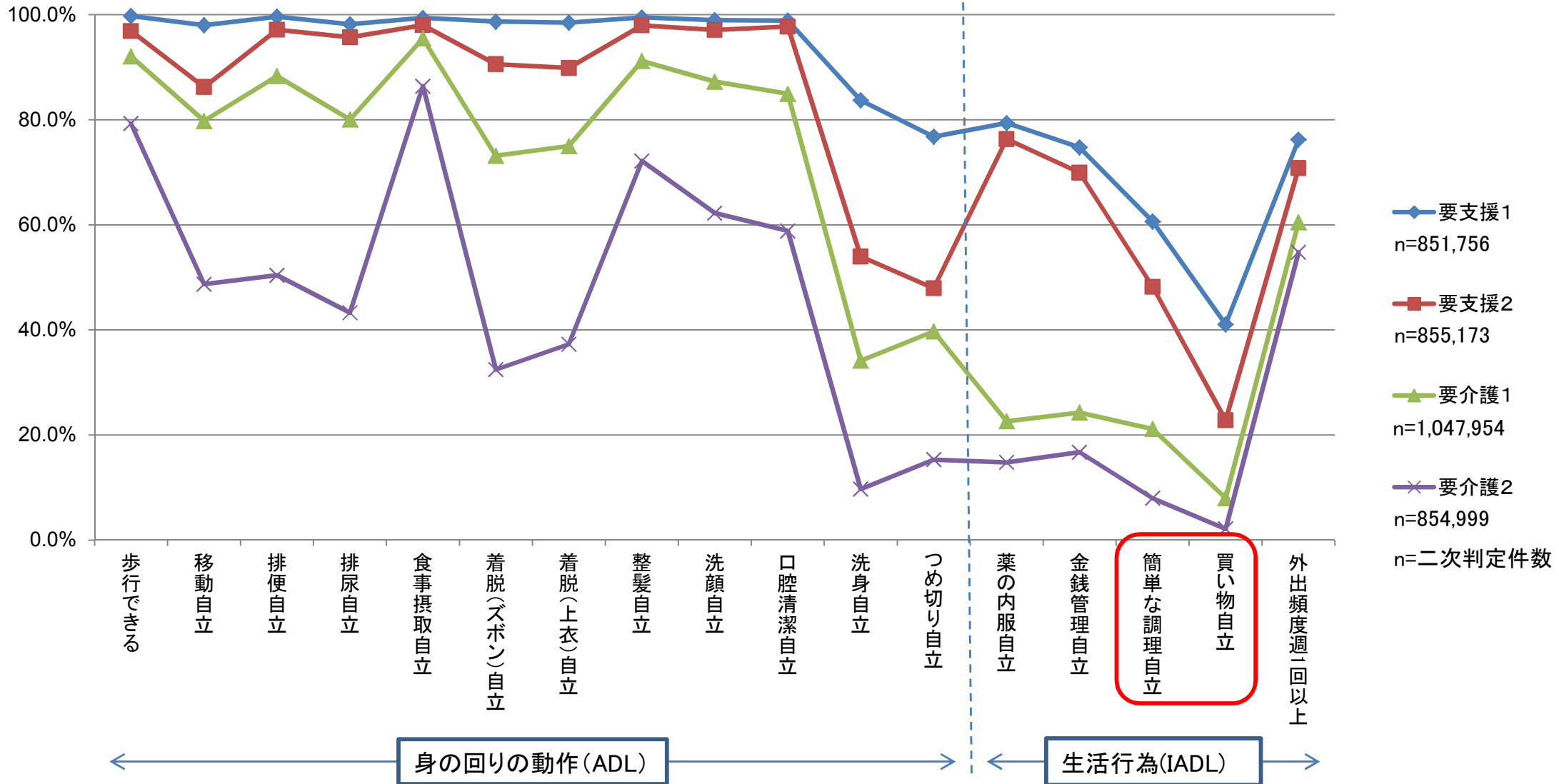
- ・介護予防の推進
- ・好事例の収集・提供

短期集中予防サービス（保健・医療専門職による生活行為課題の解決）

- 要支援者の多くは、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
- 従来の二次予防事業の参加率が低く、効果が持続しなかったという問題は、要支援者の抱える生活行為課題の解決に十分には繋がっていなかったことが原因の一つとして考えられる
- 一方で、介護予防機能強化推進事業（平成24～26年度）において、生活行為課題に着目した適切なアセスメントと専門職による短期集中的な介入により、要支援者がサービス利用から卒業し、ボランティア活動等に取り組むような効果的なモデルが明らかとなった
- ハイリスク・アプローチによる介護予防については、「生活行為向上リハビリテーション」の考え方と同様に、居宅訪問による生活行為課題のアセスメント、興味・関心チェックシートなどを活用した利用者本人の意欲把握と動機付け、サービス終了後の社会参加を見据えた保健・医療専門職によって多職種協働で提供される介護予防サービスを、一般介護予防事業と組み合わせて実施した場合には高い効果が得られる可能性がある
- 介護予防ケアマネジメントに基づき、以上のような取組を行う場合については、現行の給付相当サービスを超えた基準で実施可能なサービスとして設定できるようにした

要支援1～要介護2の認定調査結果

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。

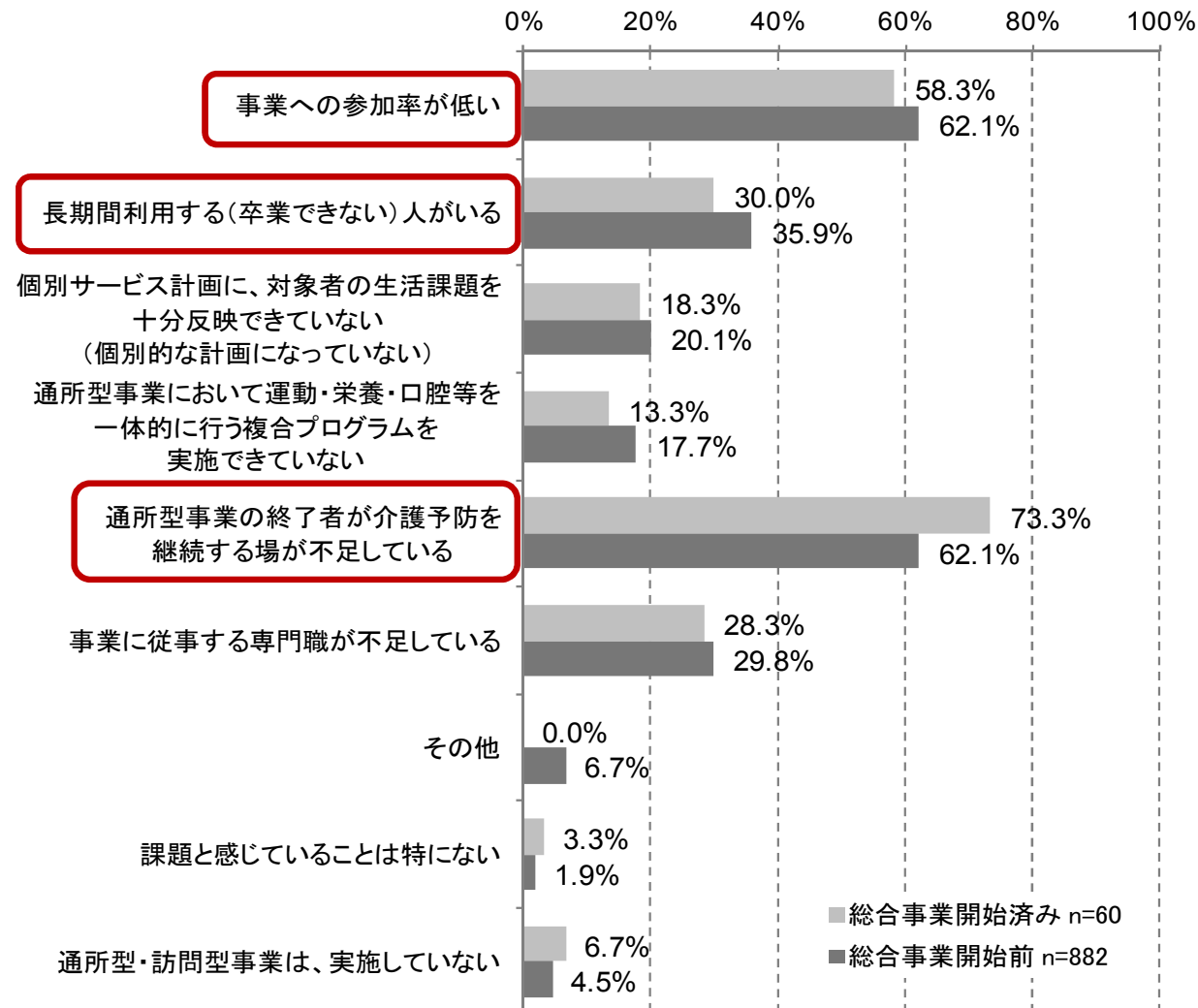
※2 平成23年度要介護認定における認定調査結果(出典:認定支援ネットワーク(平成24年2月15日集計時点))

効果的な介護予防の仕組みの 横展開について

事業参加率、終了後の受け皿問題は、共通の認識

従来の二次予防事業について課題と感じていること

総合事業開始済みn=60、総合事業移行前n=882



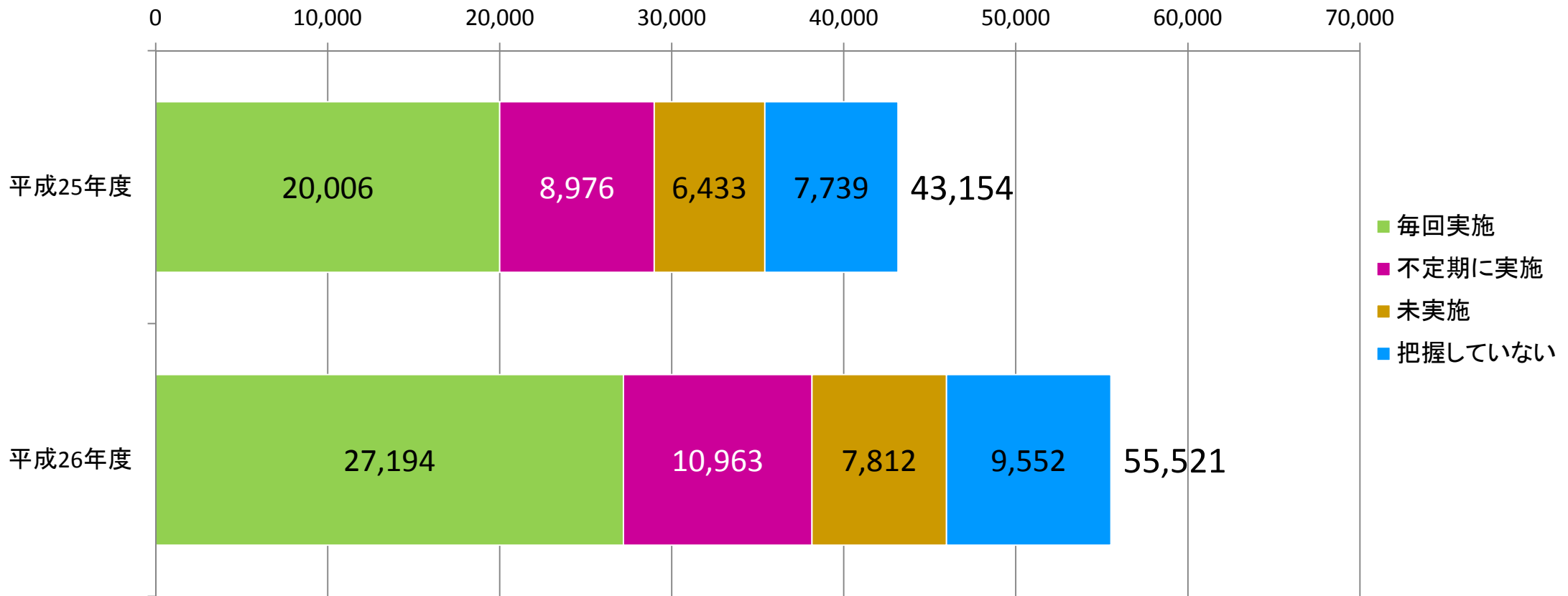
※「総合事業開始済み市町村」は、平成27年10月時点で介護予防・日常生活支援総合事業を開始済みの市町村を指す

活動内容にかかわらず体操を毎回実施している通いの場が最も多く、5割弱を占める

体操の実施状況別の通いの場の箇所数

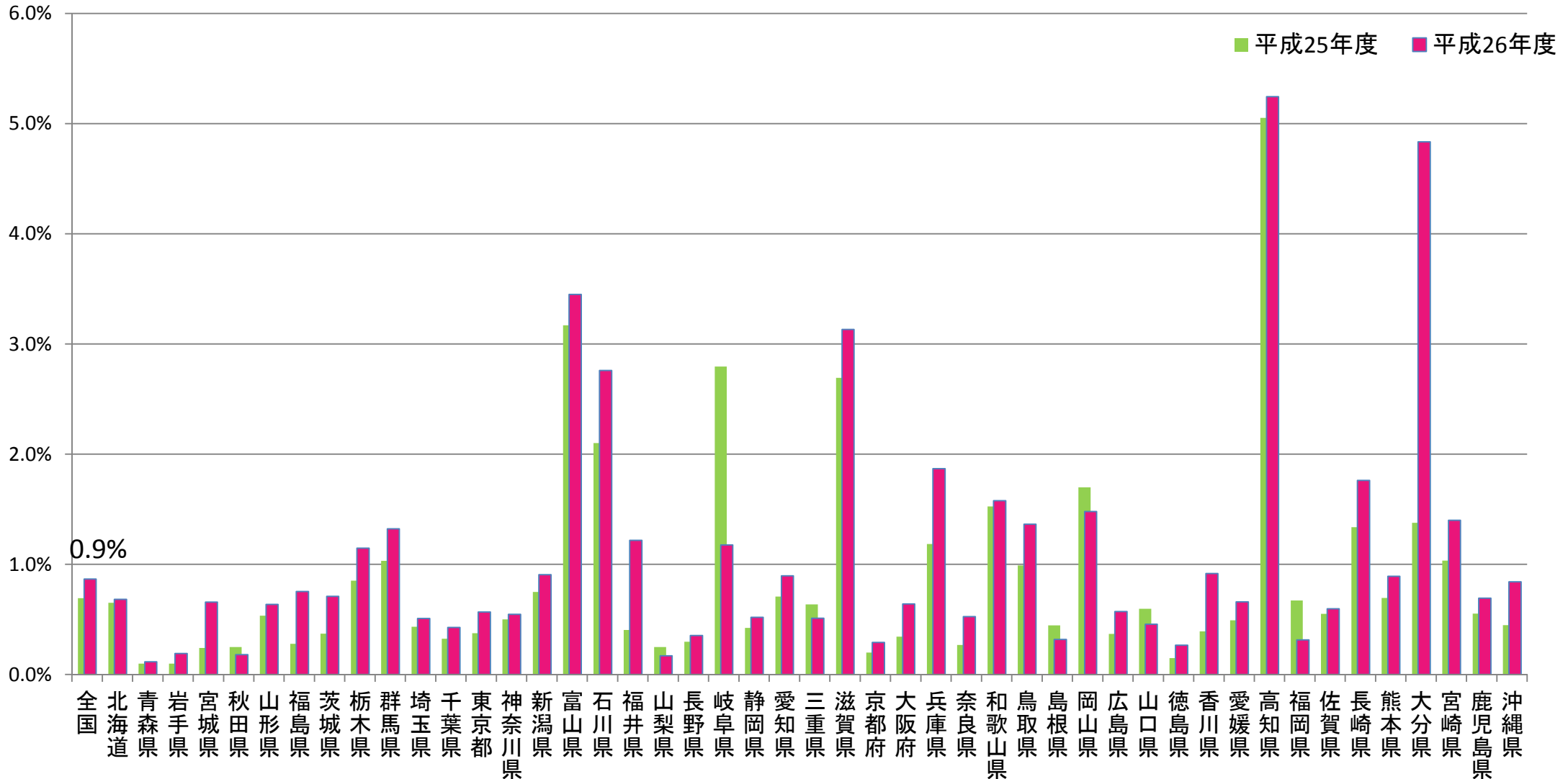
平成25年度:n=43,154 平成26年度:n=55,521

体操の実施状況別の通いの場の箇所数



参加率の全国平均は0.9%と低く、地域差が生じている。

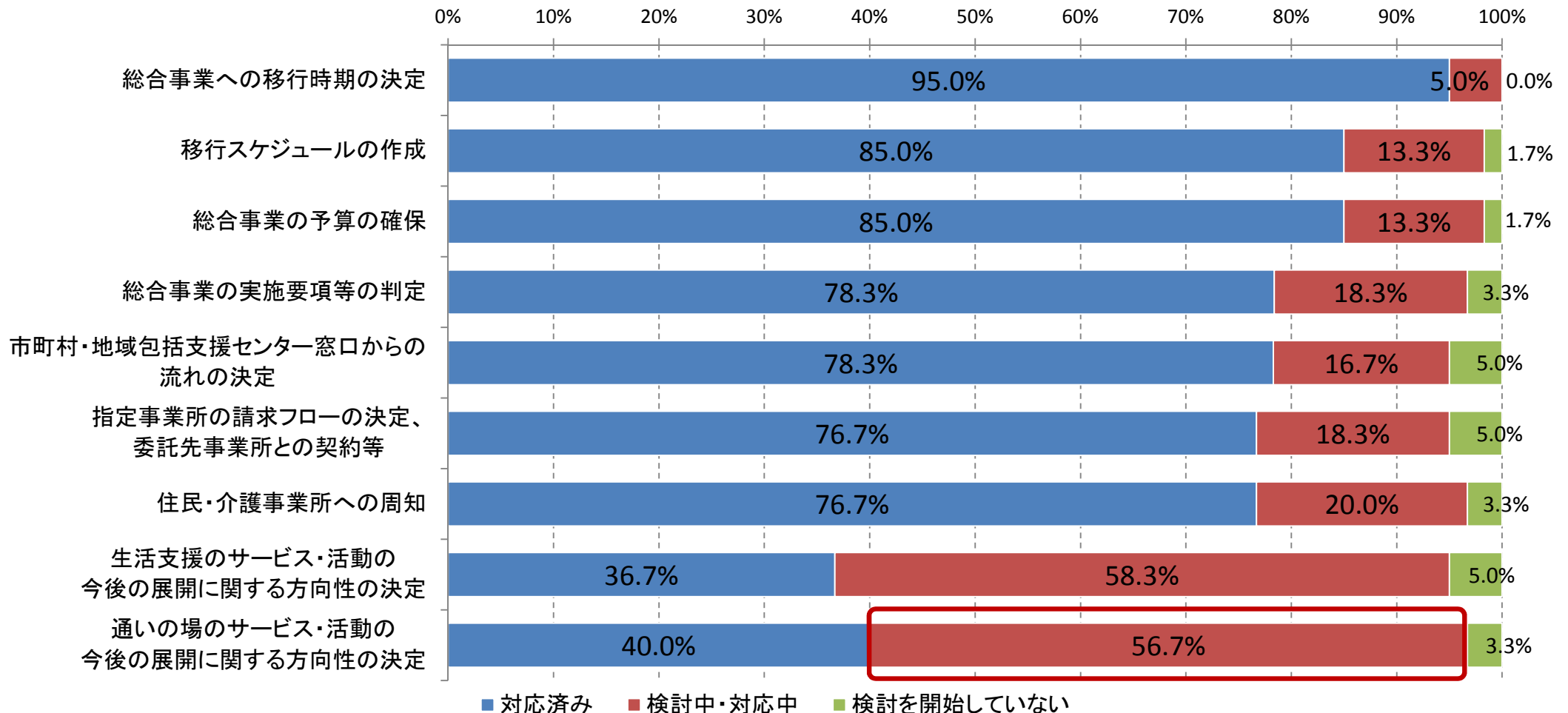
週1回以上開催の通いの場への参加率(都道府県別) ※1



※1 週1回以上の通いの場への参加率=開催頻度が週1回以上の通いの場の参加者実人数/高齢者人口

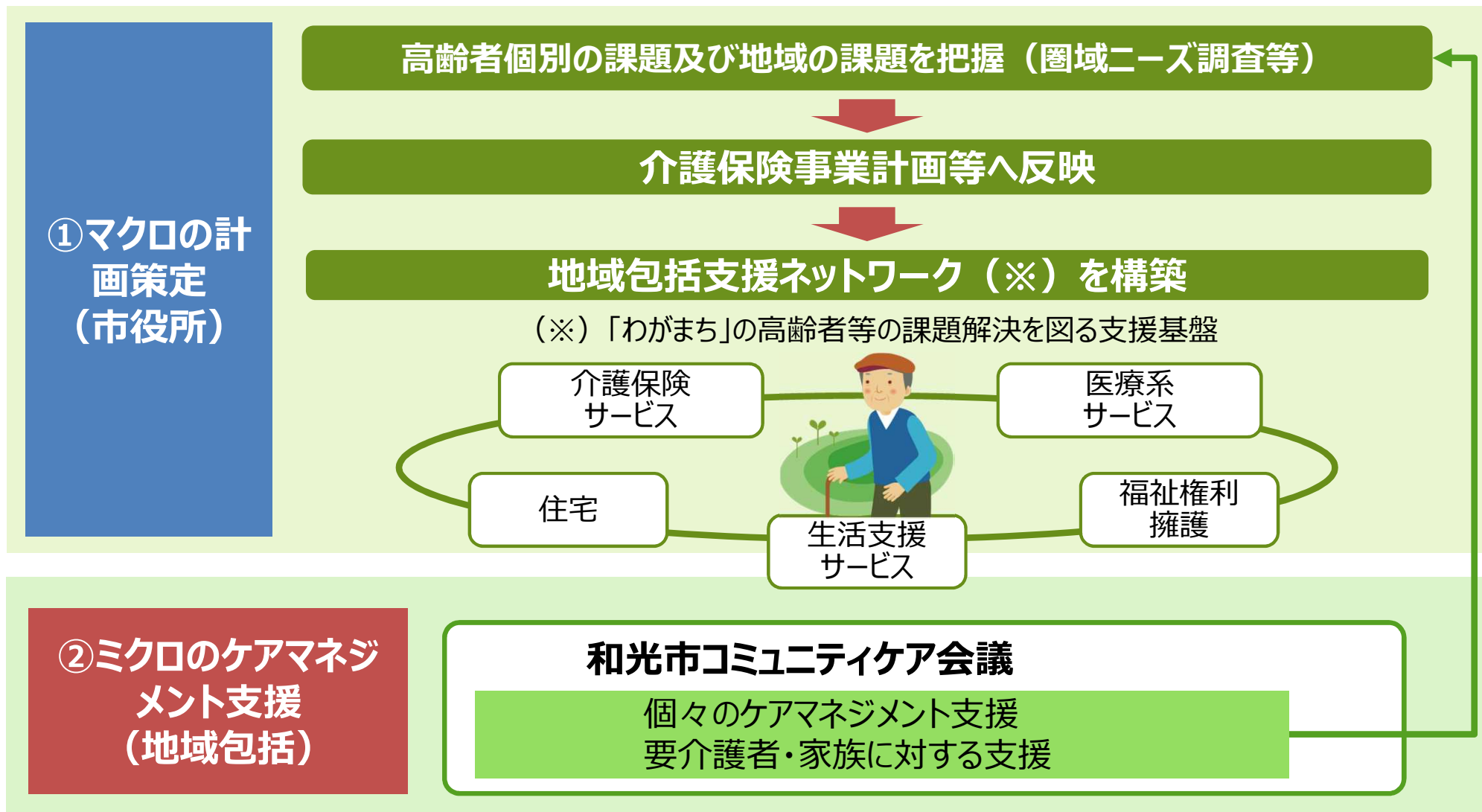
サービスや支援体制の具体的検討は、 移行済み自治体でも6割が検討中。

総合事業に移行済み市町村における移行事務の進捗状況 n=60



※「総合事業に移行済み市町村」は、平成27年10月時点で介護予防・日常生活支援総合事業を開始済みの市町村を指す

和光市 ～地域包括ケアシステムの構築～



① 医療や住まいとの連携も視野に入れた 介護保険事業（支援）計画の策定

地域包括ケアの実現を目指すため、第6期計画（平成27～29年度）では次の取組を推進。

- 日常生活圏域ニーズ調査を実施し、地域の課題・ニーズを的確に把握
- 計画の内容として、認知症支援策、在宅医療、住まいの整備、生活支援を位置付け

日常生活圏域ニーズ調査

（郵送 + 未回収者への訪問による調査）

- どの圏域に
- どのようなニーズをもった高齢者が
- どの程度生活しているのか

調査項目（例）

- 身体機能・日常生活機能（ADL・IADL）
- 住まいの状況
- 認知症状
- 疾病状況

地域の課題や必要となるサービスを把握・分析

介護保険事業（支援）計画

これまでの主な記載事項

- 日常生活圏域の設定
- 介護サービスの種類ごとの見込み
- 施設の必要利用定員
- 地域支援事業（市町村）
- 介護人材の確保策（都道府県）など



地域の実情を踏まえて記載する新たな内容

- 認知症支援策の充実
- 在宅医療の推進
- 高齢者に相応しい住まいの計画的な整備
- 見守りや配食などの多様な生活支援サービス

②和光市コミュニティケア会議

- ①地域包括ケアを念頭においた自立支援に資する高齢者（市民）に対するケアプラン等の調整・支援
- ②効果的ケアマネジメントの質の向上（給付適正効果）
- ③地域包括職員、ケアマネ及びサービス事業者等へのOJTによる専門性の向上（人材育成）
- ④他制度・他職種によるチームケアの編成支援

【参加者】

＜恒常的メンバー＞

保険者（市）、地域包括支援センター（5か所24人）、
外部からの助言者（医師・管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、薬剤師、作業療法士）

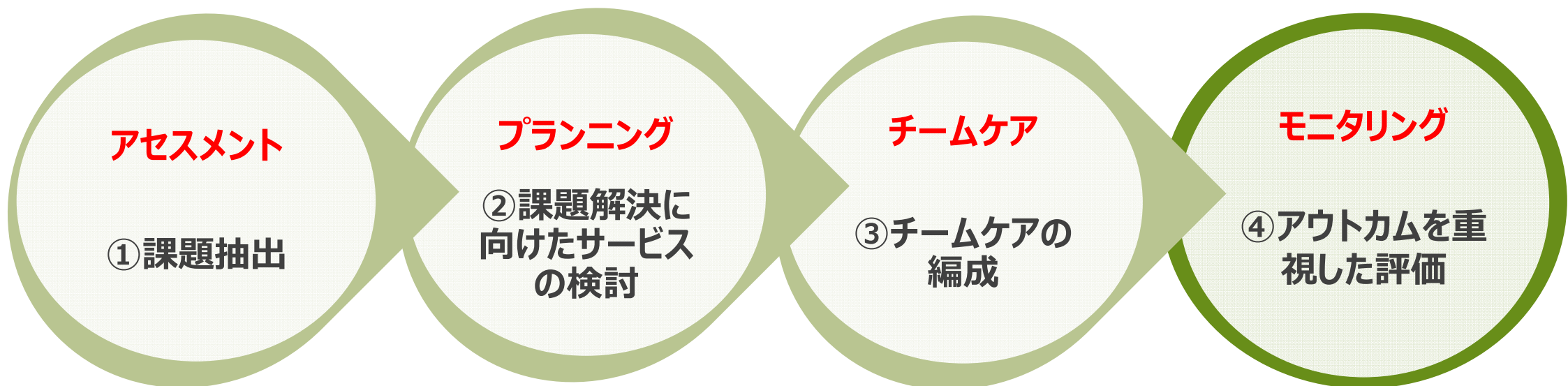
＜個別プランに関係する時のみ参加するメンバー（例）

消費生活相談員等の市役所関係者、成年後見候補者、居宅支援事業者、
訪問介護事業者、グループホーム、小規模多機能施設職員、その他社会資源関係者

○個別ケースのケアマネはじめサービス担当者 等



的確なマネジメントから評価まで



- 「一人で掃除が出来ない」という状況から「膝関節痛」という個人因子や「独居」という環境因子を抽出
- 「掃除機がけの動作が自立できる」という目標

「何をして目標達成させるのか？」という通所・訪問介護の個別計画支援内容を作成

- チームで課題・問題点の共有
- サービス介入チームや声かけ見守りチームを編成し役割を明確化

- モニタリング管理
- 「掃除がけの動作が自立できたのか」アウトカムを重視した評価
- 評価後、達成できない時は何が原因で達成できなかったのかを追究

ここに医師・看護師・PT・OT等専門職が必要！

地域ケア個別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。

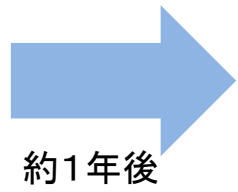
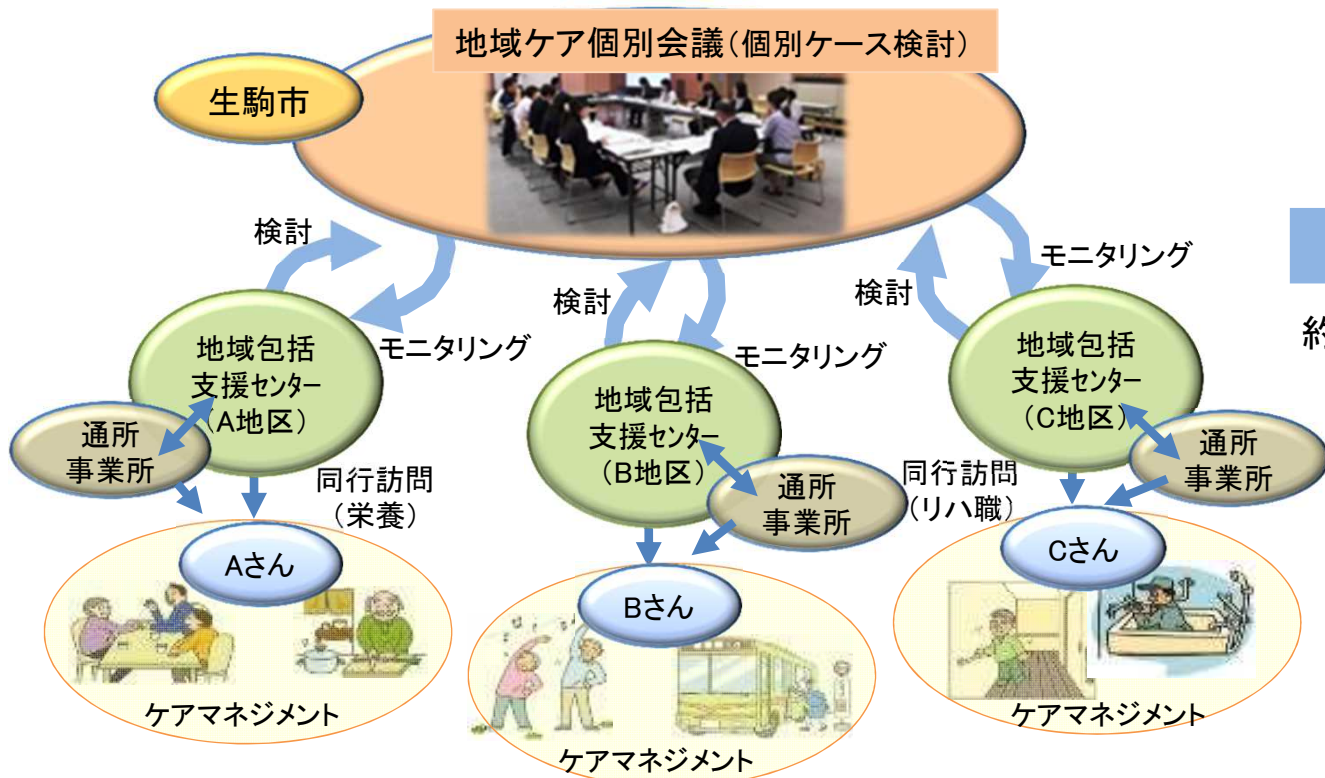
【ここがポイント！】

- 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)
 - ② 1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、気持ちが明るくなり、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

➤ 要支援・要介護者を元気に！

医療・リハ・栄養・口腔・薬剤等に関する専門職種

例

要支援



地域ケア会議

市町村 (保険者) 地域包括支援センター



ケアプラン作成者 サービス事業所 等

介護保険の基本理念 = 自立支援

◆ 第二条第二項 | 介護保険 |

前項の保険給付は、要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するように行われるとともに、医療との連携に充分配慮して行われなければならない。

◆ 第四条 | 国民の努力及び義務 |

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

- ◆ 多職種協働による協議
- ◆ 自立を阻害する要因の追求
- ◆ 医療との連携
- ◆ インフォーマルサービスの活用
- ◆ 地域課題発見・解決策の検討
- ◆ 参加者のOJT

ケアプランの実行・評価・見直し

高齢者のQOLの向上

利用者の状態 : 生活の不活発により**下肢機能の低下**が顕著（要支援2）
 利用者の課題 : 入浴ができない（入浴できるようになる余地あり）
 認定期間 : 6ヶ月

ケアマネが立てた目標

あいまいな目標
 デイに行けば即達成
 ※代表的な目標例

清潔の保持に努める
 （安全に入浴する）

サービス内容

6ヶ月後評価困難

デイサービスで週2回風呂に入る

お世話なしには生活できない

問題点

デイサービスでは入浴できても
 自宅では入浴ができない

見落とし多数！！

× お世話型のケアマネジメント

- ・根本的な課題解決になっていない。
- ・介護サービスが生活の不活発を助長 → 重度化の恐れ

ケア会議で修正した目標

具体的
 6ヶ月後評価可能

6ヶ月後
自分で入浴することができる

ケア会議でのアドバイス（PT・OT・ST・歯科・栄養 等）

- デイサービスで下肢筋力の強化と入浴動作の訓練を行ってみては？
- 浴室の住宅改修や入浴補助用具の購入を検討しては？
- **低栄養では？ BMIは？ 食生活は？**
- 歯・口腔・嚥下の状態は？
- 薬の服用状況は？

サービス内容の見直し

再アセスメント

○ 自立支援型のケアマネジメント

根本的な原因に対するアプローチと、残存機能の維持・向上・悪化の防止

◆ 要介護度の改善 ◆ 自立した生活

1. 地域ケア会議への専門職種派遣を行う都道府県数

◇H24年度：22都道府県

◇H25年度：32都道府県

H26年度：1,439人（延べ）

理学療法士（242）作業療法士（228）歯科衛生士（436）管理栄養士（447）言語聴覚士（58）訪問看護師（27）薬剤師（1）

H26.9 県高齢者福祉課調べ

2. 専門職種派遣実績の状況（H24～H25）

H24	都道府県	派遣実績（延べ）	派遣職種
1位	大分県	295人	理学療法士（61）作業療法士（52） 歯科衛生士（116）管理栄養士（66）
2位	〇〇県	41人	主任ケアマネ
3位	〇〇県	40人	医師、看護師、MSW、弁護士 ほか
（参考）全国計		548人	※全国計に占める大分県の割合： 53.8%

H25	都道府県	派遣実績（延べ）	派遣職種
1位	大分県	894人	理学療法士（164）作業療法士（154） 歯科衛生士（281）管理栄養士（295）
2位	〇〇県	67人	医師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、社会福祉士 ほか
3位	〇〇県	57人	医師、保健師、精神保健福祉士、弁護士、虐待事例専門家 ほか
（参考）全国計		1,166人	※全国計に占める大分県の割合： 76.7%

保険者機能の強化 ～介護予防の横展開～

高齢者の自立支援・介護予防に取り組む先進的な保険者の取組の全国展開

高齢化が進展する中で、高齢者の自立した日常生活の支援、介護予防、要介護状態等の軽減に向けた保険者の取組を一層加速化することが必要

市町村による取組の好事例

例) 和光市

介護予防への重点的な取組により、要支援者の状態が改善

保険者のリーダーシップ

地域のニーズ把握

保険者主導の多職種連携

ケアマネジャー、PT、OT、管理栄養士等の多職種が集まり、個別のケアプランを地域ケア会議で検討、等々

都道府県による普及展開の好事例

例) 大分県

県の主導により市町村の取組をリード

県のリーダーシップ

先進地からの講師派遣・研修

専門職能団体等との連携

全国展開のポイント

保険者のリーダーシップ

実態把握・分析・課題抽出

ノウハウの共有、人材育成

専門職能団体等との連携

住民の意識向上

全国展開に向けて必要となるポイント抽出

市町村・都道府県・国・民間の協働により全国展開を推進

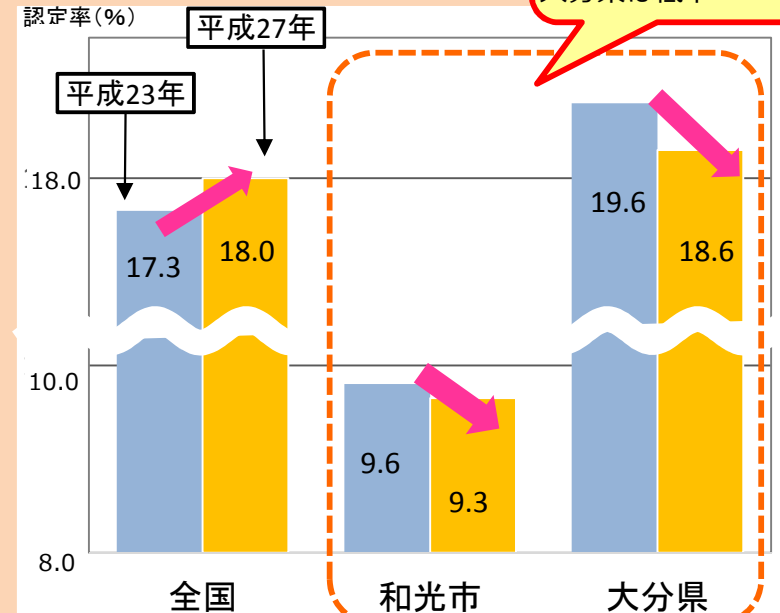
全国展開に向けた取組

市町村の保険者機能の抜本強化策について、次期制度改正に向けて検討するとともに、可能な限り前倒し

【検討事項の例】

- 要介護度、介護費等の分析と課題抽出
- 具体的な数値目標の設定・達成度の評価
- 市町村の取組へのインセンティブ付け 等

(例)要介護認定率の比較分析



全国平均の認定率は4年間で上昇しているものの、和光市・大分県は低下

地域づくりによる介護予防推進支援事業（平成26年度～）

●目的

これからの介護予防は、高齢者を年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、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とともに、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・役割をもって生活できる地域の実現を目指す必要がある。

このため、市町村は高齢者人口の1割以上が通いの場に参加することを目標に、地域づくりを推進する必要がある。

本事業では、市町村における地域づくりを通じた効果的・効率的な介護予防の取組が推進するよう、また市町村の取組に地域間格差が生じないように、都道府県と連携しながら市町村支援を行う。

●平成28年度事業内容

都道府県が管内全市町村の介護予防の取組を支援するにあたり参考となるモデル事例及び知見を得るために、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]

- アドバイザーとモデル市町村との連携調整
- 研修会の開催
- モデル市町村における取組から得た知見を基にした管内全市町村の取組支援

[広域アドバイザー]

- 1～2都道府県を広域的に担当
- 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都道府県を担当
- 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

