

# 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

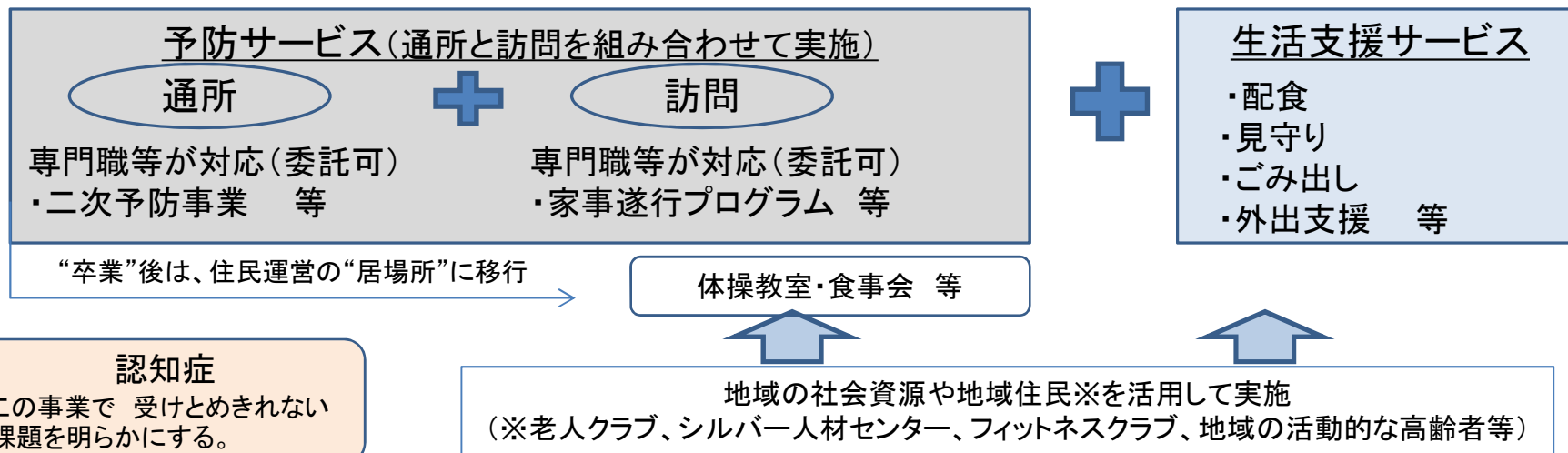
※平成24-25年度の予算事業として実施

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。

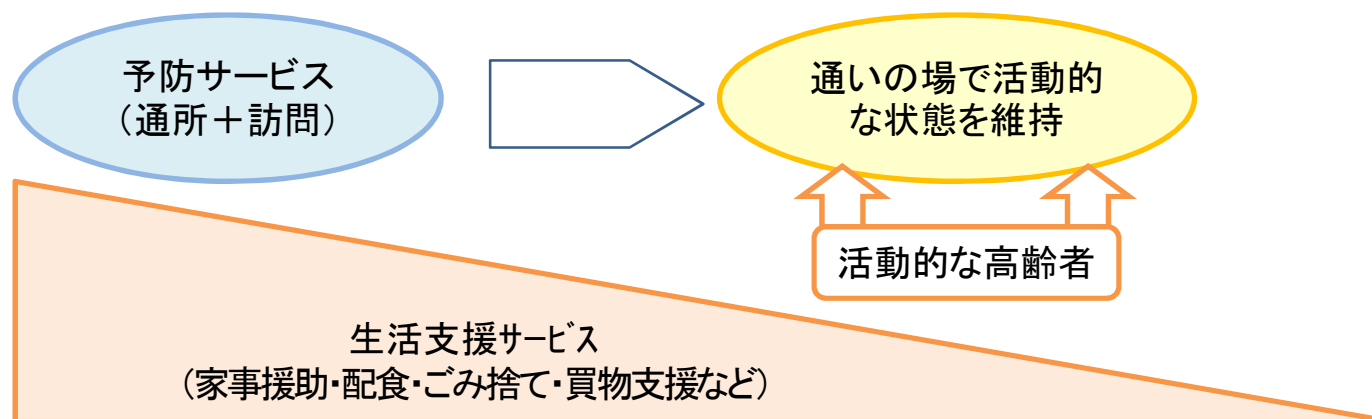
# 予防モデル事業実施市区町村



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)

# 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

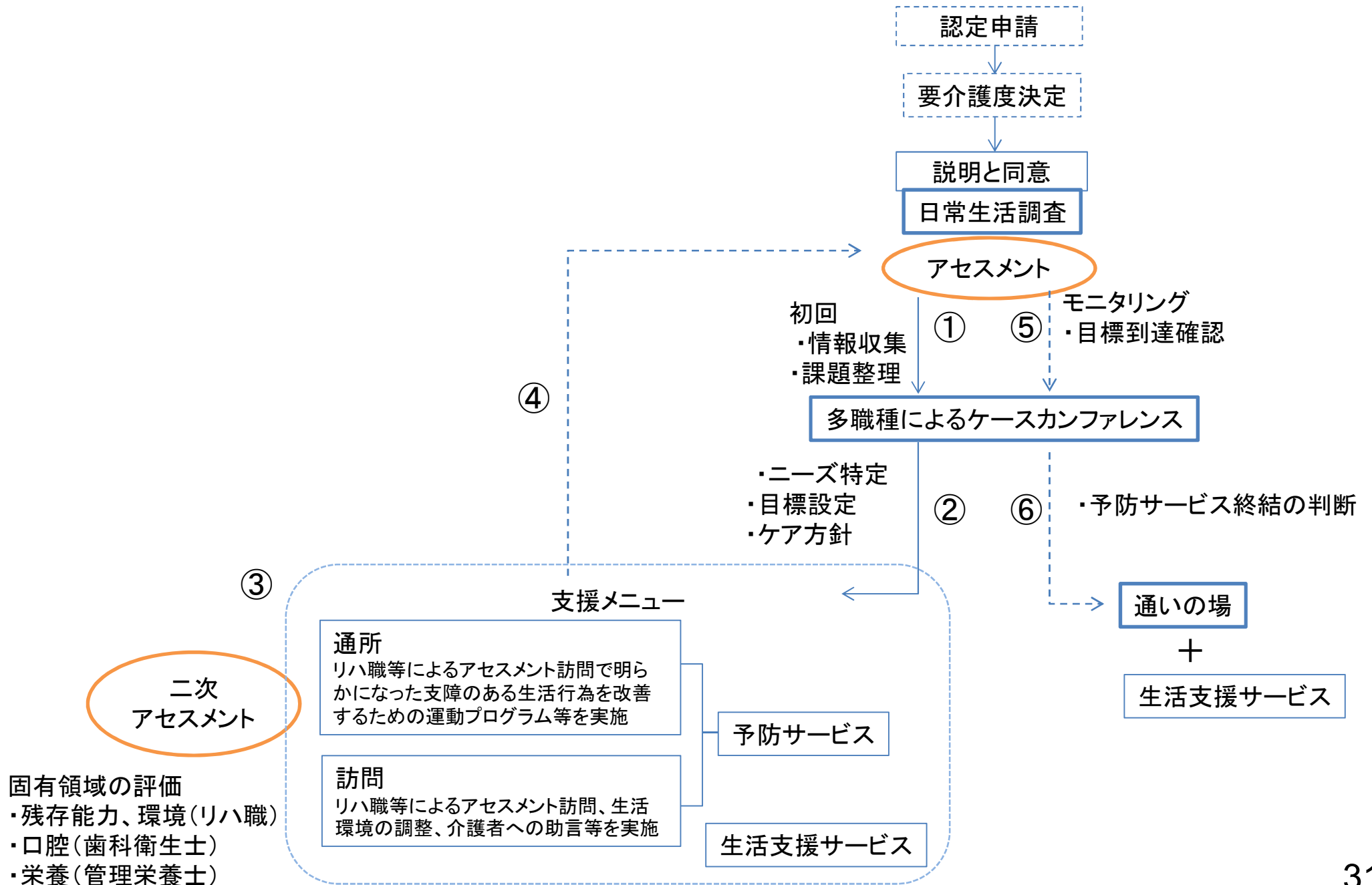
- 要支援者等に対し、一定期間の予防サービスの介入(通所と訪問を組み合わせる実施)により、元の生活に戻す(又は可能な限り元の生活に近づける)ことを行い、その後は、徒歩圏内に、運動や食事を楽しむことのできる通いの場を用意して、状態を維持する。
- 活動的な高齢者にサービスの担い手となってもらうなど、地域社会での活躍の機会を増やすことが、長期的な介護予防につながる。



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)

# 予防モデル事業における自立支援の流れ

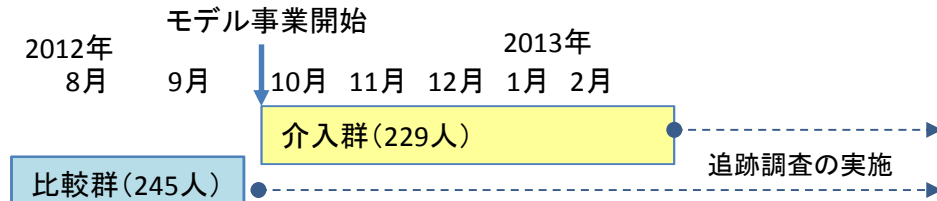


# 予防モデル事業における利用者の変化

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。

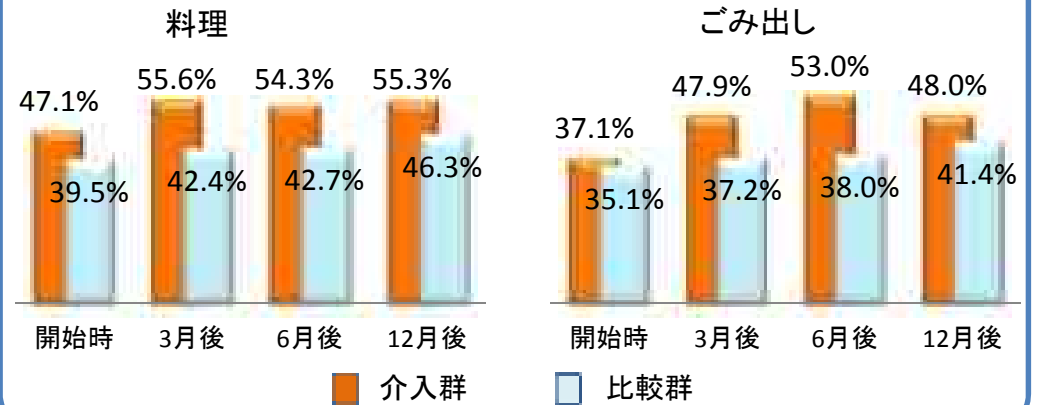
## 調査方法

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。

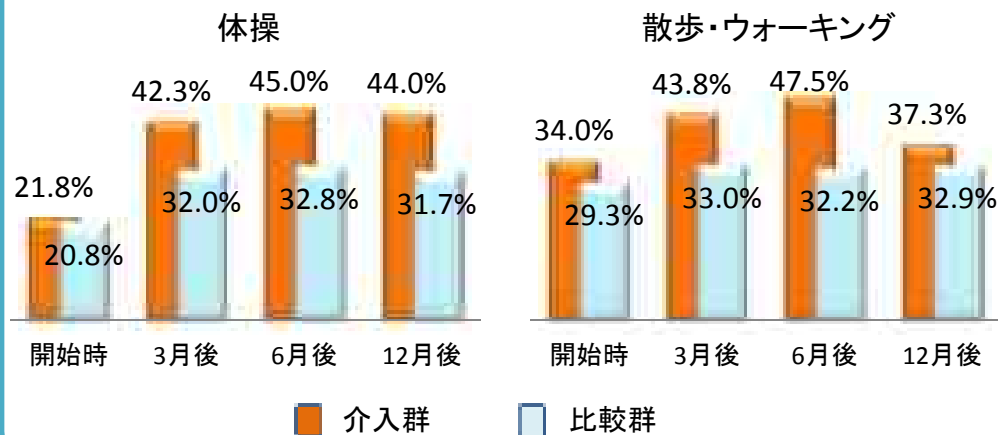


新規認定者の全数に事業の説明を行い、同意の得られた者全てに調査を実施  
 3ヶ月後評価を実施できたのは、比較群212人、介入群196人であった。  
 6ヶ月後評価を実施できたのは、比較群192人、介入群162人であった。  
 12ヶ月後評価を実施できたのは、比較群164人、介入群150人であった。

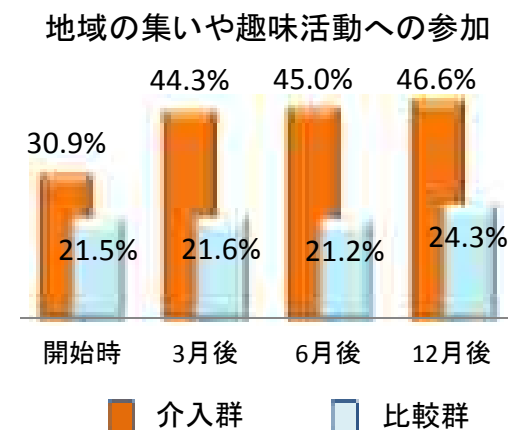
家事：自分で料理やごみ出しをする人の割合は、介入群と比較群であまり差はなかった。



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。

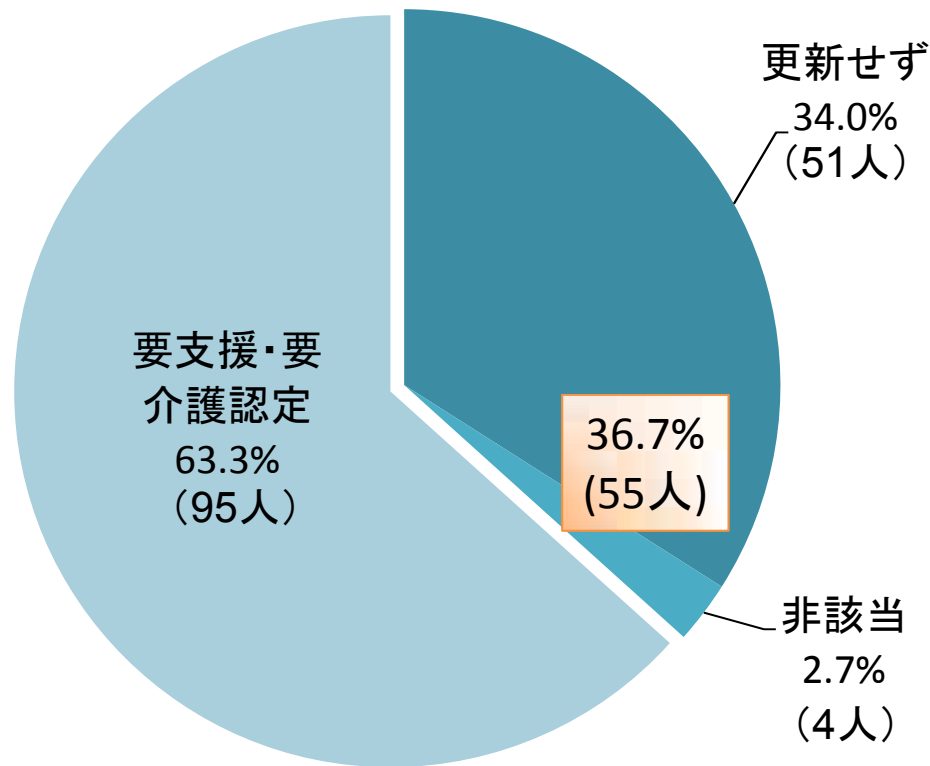


# 予防モデル事業における1年後の利用者の要介護度

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。

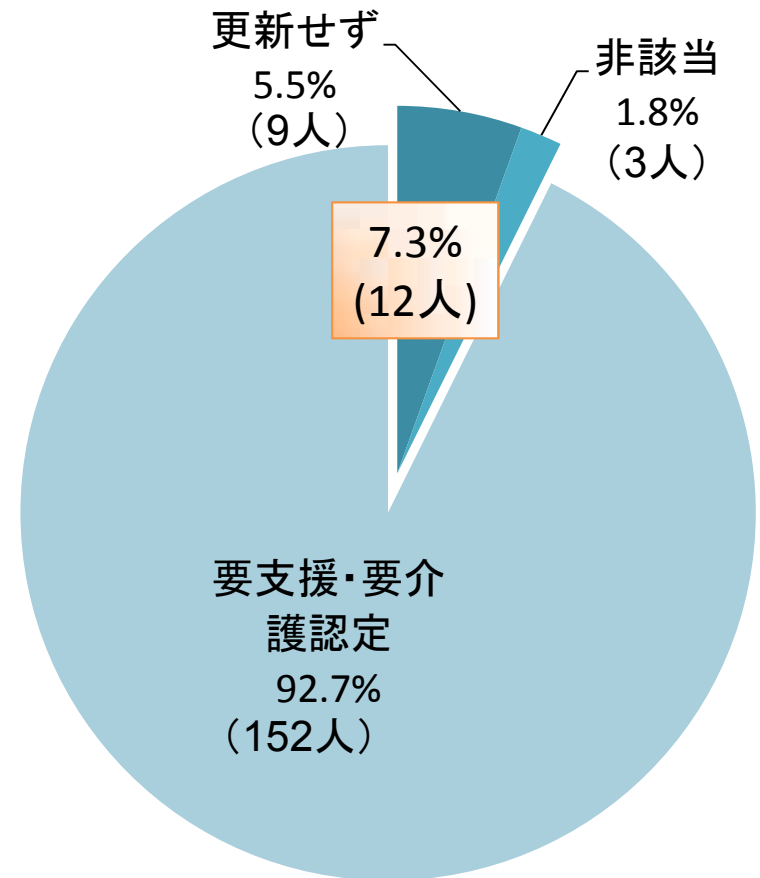
## 介入群(モデル事業の利用者)

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。

# 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。

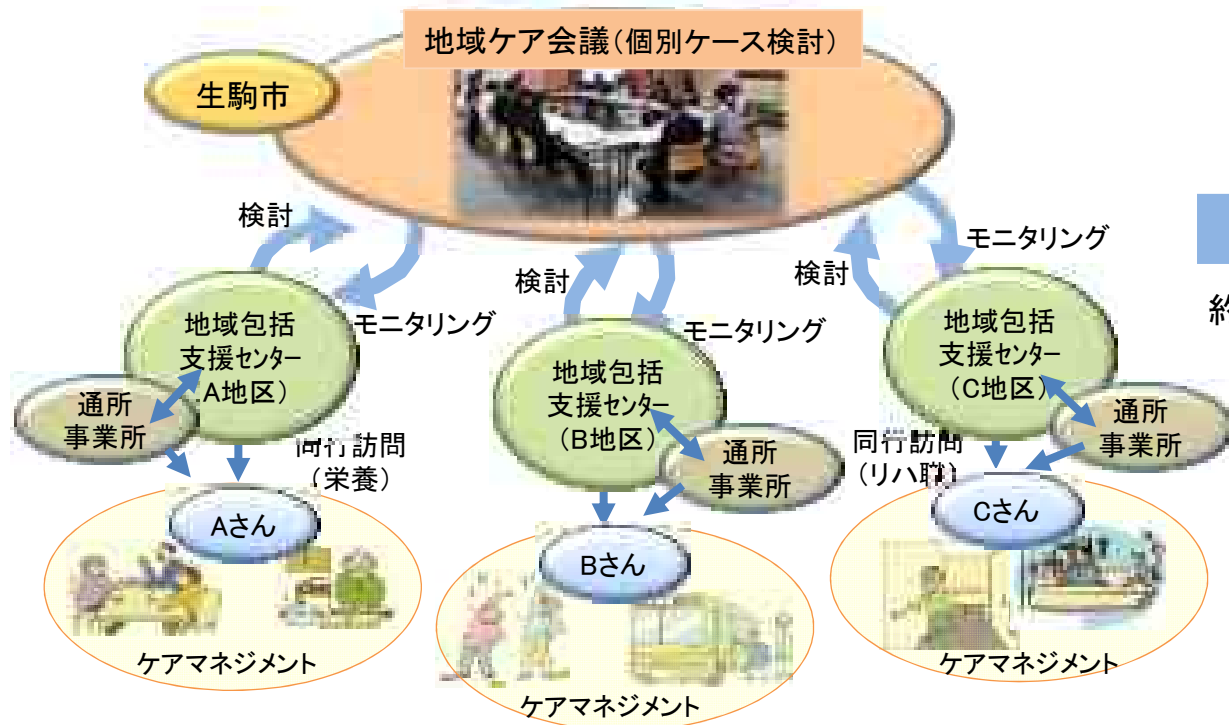
## 【ここがポイント！】

- 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)
  - 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。 <b>【現在】(2013.10)</b>
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	(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。

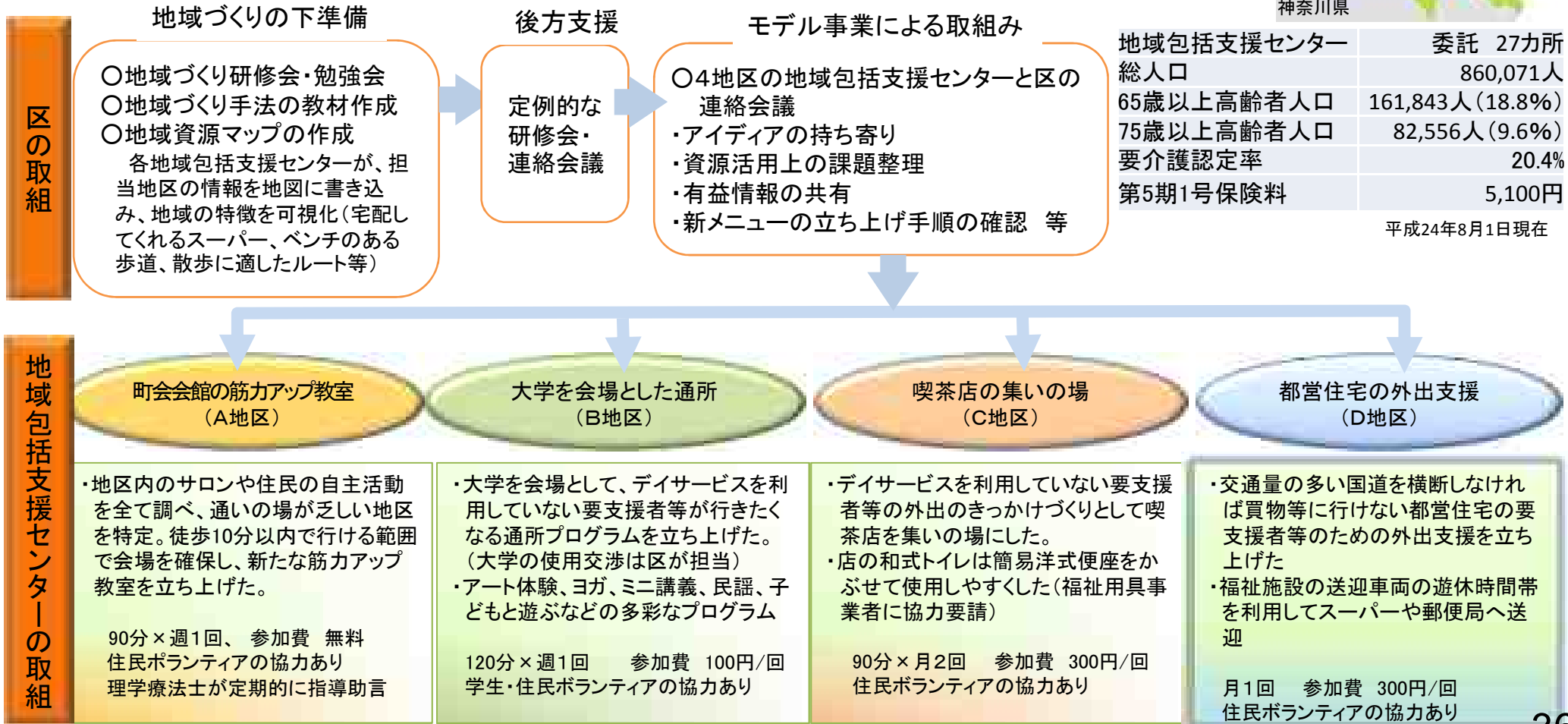
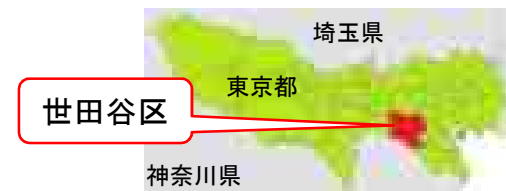


# 地域資源を活用した多様な通いの場の取組例 ～東京都世田谷区～

○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



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"> <li>・しゃがむ動作、長く歩くことが困難</li> <li>・買物の荷物を運ぶことが困難</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・近所の外出ができる</li> <li>・軽い荷物を持って歩くことができる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・床の正座ができる</li> <li>・長く歩けるようになり、近県の旅行ができる</li> </ul>
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"> <li>・住居は、元々バリアフリー化されており問題ない</li> <li>・家事は自分で可能(買物は、スーパーの宅配を利用)</li> <li>・友人の支援あり。支援関係を絶たないよう配慮しながら様子を見守ることに。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①リハ職の訪問アセスメント</li> <li>②大学の通所(週1回)</li> </ul>	ケアマネジメント、リハ職の対応は終結  <div style="text-align: center;">  <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。 【現在】(2013.10)</p> </div>
リハ職の対応	(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)	〈自宅訪問〉 <ul style="list-style-type: none"> <li>・家の内外の動線を評価</li> <li>・安全な動作、体操をアドバイス</li> </ul> 〈ケースカンファレンス〉 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ADL、IADLの改善可能性の見通しを提示</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・喫茶店の集いで、お世話役のボランティア</li> <li>・趣味の茶道が復活</li> <li>・ボウリングサークルに入会</li> </ul>

# 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)

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"> <li>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</li> <li>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)</li> <li>地区の高齢者サロンで運動指導の出前も実施</li> </ul> <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"> <li>暮らしのサポートセンターで「寄り合い処」を運営</li> <li>年代を問わず気軽に立ち寄ることのできる場(手芸・囲碁等の趣味活動、世間話など、過ごし方はさまざま)</li> <li>木工・陶芸などの手作り品の展示販売</li> </ul> <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"> <li>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)</li> <li>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)</li> </ul> <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"> <li>さまざまな年代が楽しめるイベントの企画と実施</li> <li>住民の交流促進、地域おこし</li> <li>地域への愛着を育む取組</li> </ul> <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

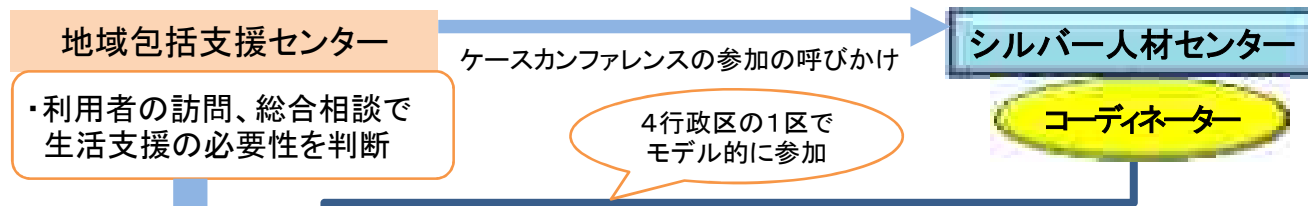
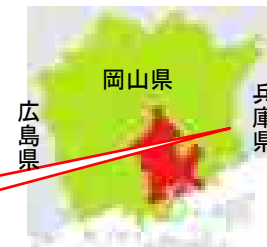
	【退院後の状況】(2012.6)	【6か月後】(2012.12)	【9か月後】(2013.4)
ADL IADL	<ul style="list-style-type: none"> <li>・しゃがむ、床から立ち上がる動作が困難(畑仕事、ふとんの寝起き等)</li> <li>・重い物の運搬が困難(ゴミ出し、買物の荷物や畑の資材を運ぶ等)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・畑に腰をおろして草取りができるようになる</li> <li>・ゴミや荷物等は小分けして台車で運ぶことができるようになる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常生活全般が自分で行える</li> <li>・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)</li> </ul>
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。 <b>【現在】(2013.10)</b>
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	・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～

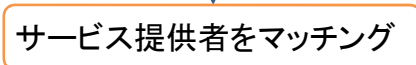
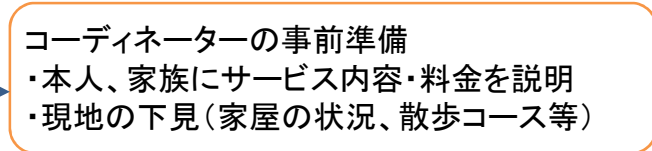
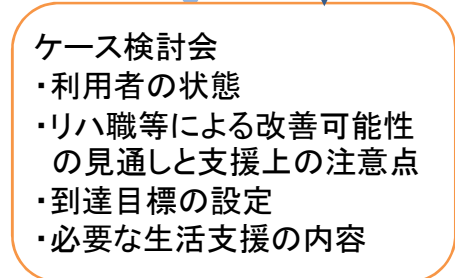
○岡山市は、シルバー人材センターにコーディネーターを配置して、利用者のニーズとサービス提供者のマッチングやサービス提供内容の調整を行い、生活支援を必要とする高齢者とその担い手となる高齢者の双方が安心してサービスの利用や提供ができるように配慮している。

## 【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。



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"> <li>杖歩行。屋外を歩く自信がない。</li> <li>タクシーで通院(唯一の外出)</li> <li>家の中の家事はできる</li> <li>買物は別居の娘が同行</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>杖歩行</li> <li>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</li> <li>階段昇降は手すりを使用して2足1段</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>通所の送迎不要(往復、一人で歩いて参加)</li> <li>バスで外出(デパートに行く)</li> <li>荷物を持って歩くことができる</li> </ul>
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"> <li>住居は、元々バリアフリー化されており問題ない</li> <li>県外から転入して間もないので知り合いがなく、心細い</li> </ul> <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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①リハ職の訪問アセスメント</li> <li>②介護予防教室(週1回×3か月) <ul style="list-style-type: none"> <li>運動プログラム</li> <li>仲間づくり、役割づくり</li> </ul> </li> </ul> <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、多職種ケース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"> <li>自宅周辺の歩行ルートを確認</li> <li>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。</li> </ul>	<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"> <li>介護予防教室のボランティアとして活動</li> <li>市のボランティア養成講座の受講をはじめ</li> </ul>

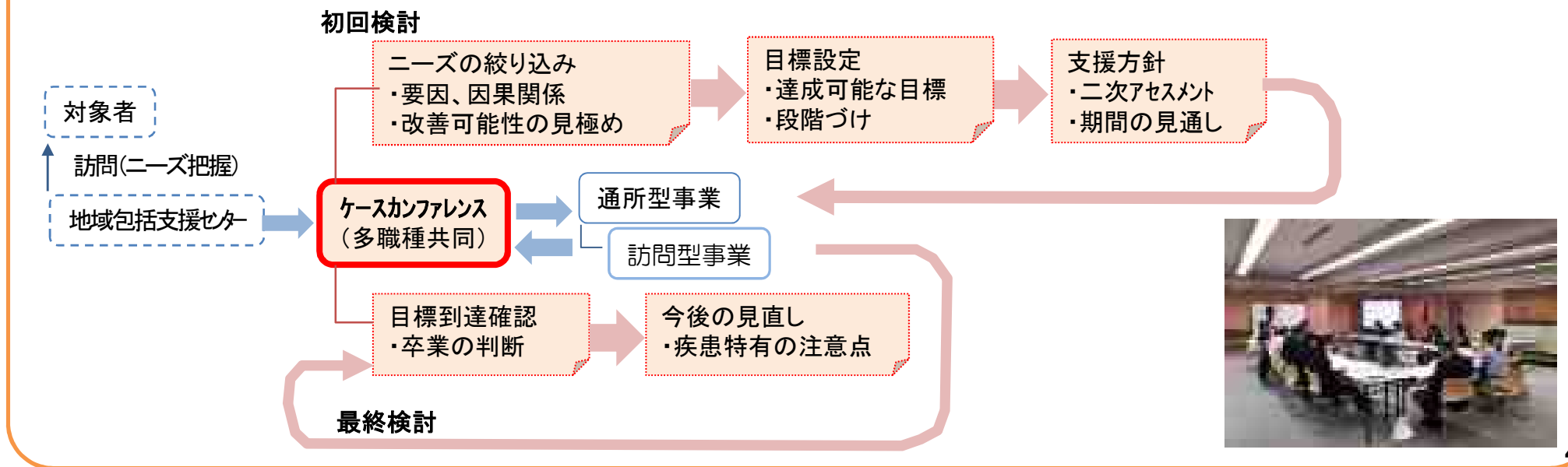
# 予防モデル事業を通じてみえてきたリハ職の役割① ～ケースカンファレンス～

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



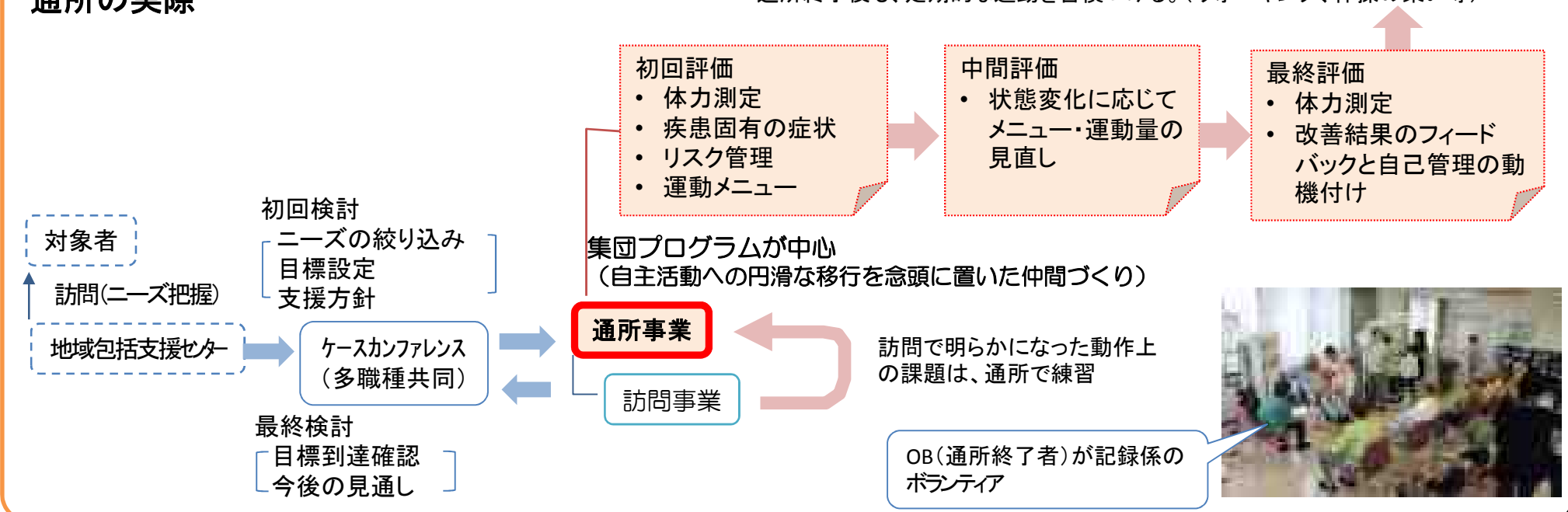
## 予防モデル事業を通じてみえてきたリハ職の役割② ～通所事業～

- 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～

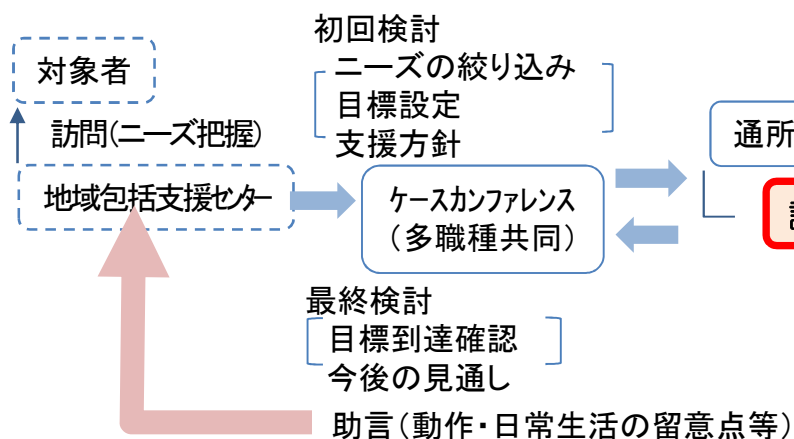
リハ職が、要支援者等の自宅を訪問することにより、難しくなっている生活行為が明らかとなり、動きやすい住環境に調整(家具の配置換え、物干し台の高さ調整などの生活上の工夫)することができる。

## 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)

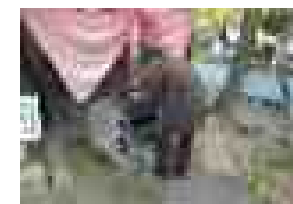
## 訪問事業の実際

【腰痛をきっかけに外出しなくなった例】



### OTの評価と改善提案 1回目

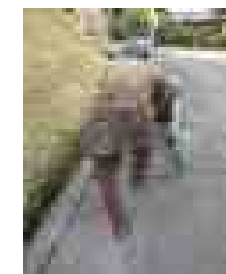
- 神社の参拝が日課だった  
=参拝の復活 [初期目標]
- ・玄関の上がり框が動作の支障  
→踏み台設置
- ・自宅周辺に坂が多い  
→歩行補助具の変更



初期目標が達成されるまでは、地域包括等が訪問

### 2回目

- 外出行動の拡大  
=バスの利用 [最終目標]
- ・バス停までの徒歩移動の確認  
→休憩地点の設定
- ・バス利用動作の確認  
→乗降、着席・立ち上がり



※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。

## 5. 介護予防の推進に活用できるツールの紹介

# 介護予防に関するHPの充実

○HPにおいても、介護予防に関する好事例の発信、介護予防に資する関連団体の取組の紹介等を行っている。

**介護予防** : [http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/yobou/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/index.html)  
(ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 福祉・介護 > 介護・高齢者福祉 > 介護予防)

- 1 これからの介護予防
- 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 地域づくりによる介護予防推進支援事業
- 4 市町村介護予防強化推進事業
- 5 介護予防事業の実施状況について
- 6 介護予防に資するリハビリテーション関連団体の取組
- 7 介護予防関連資料

# 地域づくりによる介護予防に関する問い合わせのフロー図

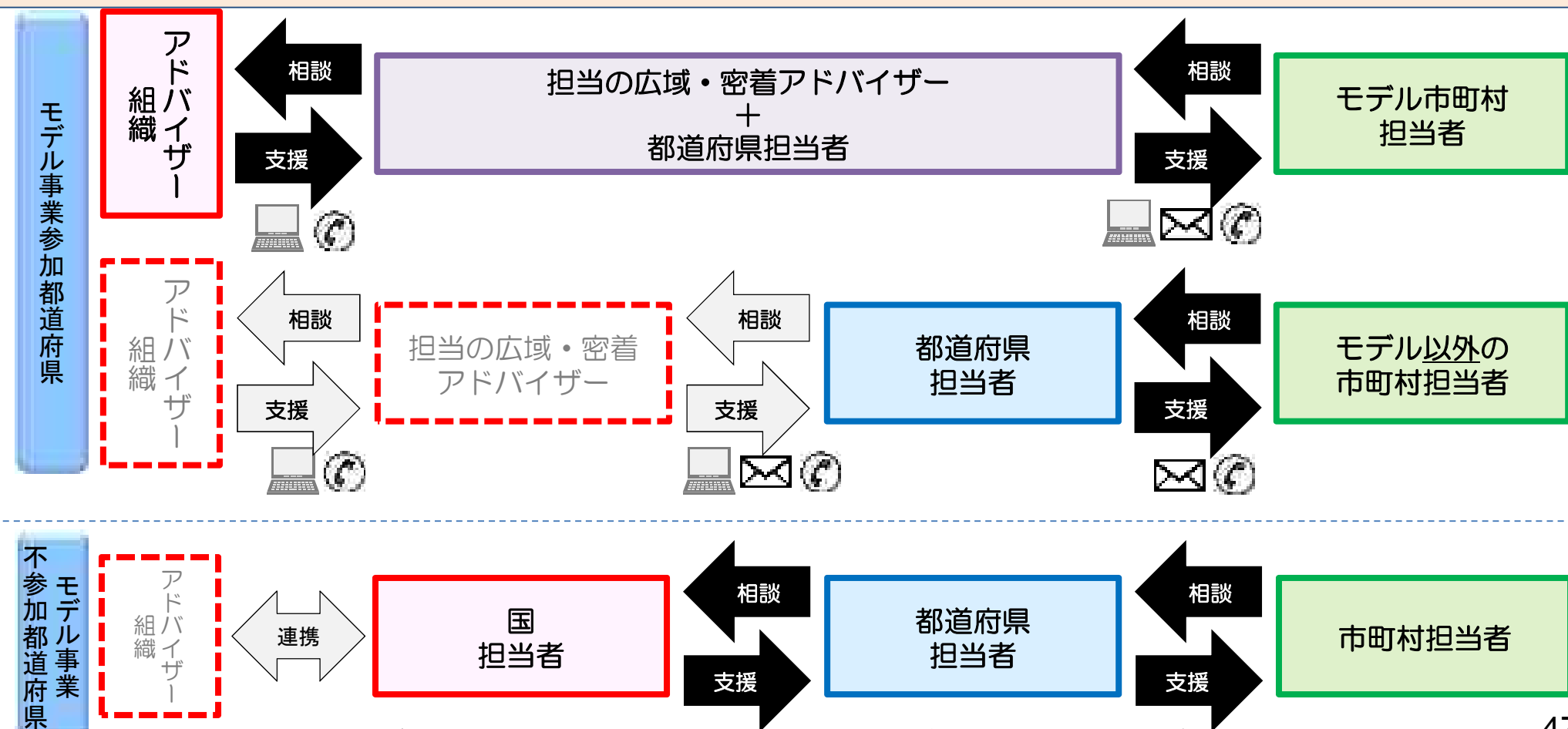
## 【モデル事業に参加している都道府県に所在する市町村】

○ 市町村は、視察・実践例等に関する問い合わせがある場合は、基本的に都道府県の担当者に相談して下さい。都道府県の担当者は、必要に応じて担当の広域・密着アドバイザー等と相談しながら市町村を支援して下さい。

(モデル市町村は直接担当のアドバイザーとやりとりする事も考えられます。)

## 【モデル事業に参加していない都道府県に所存する市町村】

○ 市町村は、問い合わせがある場合は、基本的に都道府県の担当者に相談して下さい。都道府県担当者は、必要に応じて国と相談しながら支援して下さい。



※アドバイザーの役割は、担当する府県の相談支援及び担当する府県のモデル市町村の相談・支援です。 47