

埼玉県版

短期集中予防サービス

事例集 Vol.1





◆ 短期集中予防サービス（サービス・活動C）

短期集中予防サービス事業の略。生活機能の低下がみられる高齢者に対し、運動機能向上、栄養改善、口腔機能向上、社会参加等のプログラムを集中的に実施し、自立した生活の維持・向上や「ご本人が望む暮らしの実現」を目指す介護予防サービス。通所または訪問にて、期間が定められた短期間のプログラムで、理学療法士、作業療法士、保健師などの専門職が関与し、高齢者の生活機能の改善を集中的に支援する。

◆ 総合事業

介護予防・日常生活支援総合事業の略。介護保険制度の地域支援事業のひとつ。高齢者が住み慣れた地域で自立し「自分らしい暮らし」を継続できるよう市町村が主体となり、専門職によるサービスだけでなく、住民ボランティアや地域団体など多様な担い手による支援を活用することが特徴。

サービス・活動Cは、総合事業の「サービス・活動事業」の1つである。

◆ 事業対象者

心身状態や生活機能を確認する基本チェックリストによる判定で、要支援・要介護となるリスクがあると判断された高齢者。

◆ フレイル

健康な状態と要介護状態の中間の段階。加齢により、心身や社会性などの面にダメージを受け、回復できる力が低下し、健康に過ごしていた状態から、生活を送るために支援を受けなければならない要介護状態へと変化していく。

主に、身体的フレイル、精神・心理的フレイル、社会的フレイルの3つに分類される。



目次



本書について・・・・・・・・・・4

事業対象者・要支援者に対する自立（自律）支援・・・・・・・・・・5

第1章 「実例集」の活用

① 実例集の活用について・・・・・・・・・・8

第2章 実例報告

① 総合事業における支援のフローと多事業との連動・・・・・・・・・・9

② 紹介実例一覧・・・・・・・・・・11

【通所型】

No.1 本庄市・・・・・・・・・・12

No.2 日高市・・・・・・・・・・16

No.3 嵐山町・・・・・・・・・・20

No.4 吉見町・・・・・・・・・・24

【訪問型】

No.5 狹山市・・・・・・・・・・28

No.6 鴻巣市・・・・・・・・・・32

No.7 入間市・・・・・・・・・・36

No.8 さいたま市・・・・・・・・・・40





第3章 サービス・活動Cの背景

- ① なぜ総合事業が必要なのか・・・44
- ② 埼玉県の高齢者を取り巻く現状・・・46

第4章 市町資料

- ① 日高市・・・52
- ② 嵐山町・・・55
- ③ 吉見町・・・58
- ④ 鴻巣市・・・62
- ⑤ 入間市・・・69



第5章 参考資料

- ① 地域包括ケアアニメ ～自分らしく、いつまでも～・・・79
- ② 地域包括ケア漫画 ～みんないつかは年をとる～・・・80



本書について

埼玉県は、市町村の実情に応じた地域包括ケアシステムの深化・推進を図るため、令和6年度から地域包括ケアトータルコーディネーター（以下、トータルコーディネーター）を中心とするアドバイザーと共に、市町村が実施したい取組を包括的・継続的に支援する「埼玉県地域包括ケアシステムステップアップ事業」を実施しています。

従前相当サービスが中心の状況の中、第9期埼玉県高齢者支援計画に短期集中予防サービス（以下、サービス・活動C）に係る目標が掲げられました。このため、市町村はサービス・活動Cの実施や改善を目指し、県は市町村からの御相談・お悩みに対し、伴走支援を続けてまいりました。

本書は、ステップアップ事業による県の伴走支援等を受けながら、サービス・活動Cの新規立上げ、見直しに取り組まれてきた自治体の実例をまとめた資料です。

事業の実施前・実施中・実施後といった各段階でのプロセス、短期集中的な専門職の関わりによる「本人の望む暮らしの実現」「生活機能の改善」に向けた成功事例などを集めました。成功事例では、高齢者の精神面に働きかけ、社会参加を復活させ、日常生活を再獲得しています。

本書が、地域の実情に合わせた総合事業の構築やブラッシュアップに取り組む市町村や関係者の皆さんの一助になれば幸いです。

事業対象者・要支援者に対する自立（自律）支援

少子高齢化のような社会構造の変化に対処するための重要な方策のひとつが、介護予防・フレイル対策です。

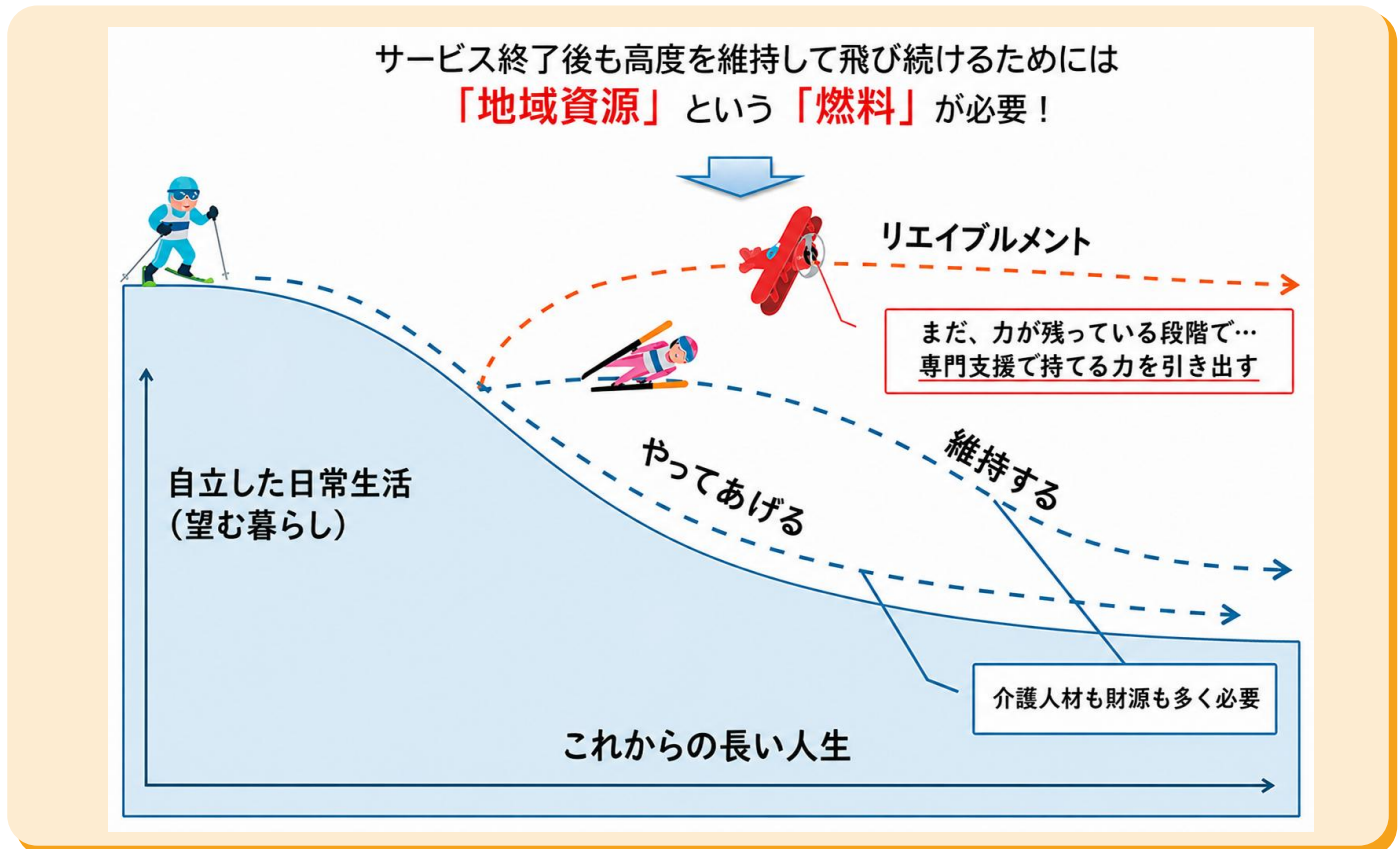
高齢者に、できる限り地域で自立（自律）した日常生活を営んでいただくことで、支援が必要になる時期を遅らせることができます。これにより、自らが「したい」暮らしを送ることができ、それが結果として生きがいにも繋がります。

このような社会を実現するためには、支援者による「してあげる支援」ではなく、「元の暮らしを取り戻す」「本人の望む暮らしの実現」といったリエイブルメントの考えを、本人とすべての支援者が共通認識を持ち、取り組むことが重要です。

リエイブルメントの考え方と効果

リエイブルメントは、高齢者が加齢や疾患などの理由により、これまでできていたことをできなくなった際、誰かが代わりに行うのではなく、状態の改善を図りながら再び自分でできるようにする（元の暮らしを取り戻す）支援の考え方やプログラムを指します。

【リエイブルメントの考え方のイメージ図】



出典：リエイブルメントの取り組みにお悩みの中山間地域必見！役立つ事例集

【リエイブルメントの考え方に基づく支援の効果】

効果1

高齢者の身体機能や心理状態の回復を通し、高齢者が他者の支援・介護を受けることなく、自分自身で主体的に日常生活を営むことや社会参加を行えるようになる

効果2

高齢者が社会とのつながりを持ち孤立感が解消されること、主体的に日常生活を営めることで、精神的な健康の向上や自己効力感、QOLの向上をもたらす

効果3

介護サービスへの依存度が軽減され、家族や介護専門職の負担軽減につながるとともに、介護給付費や介護需要の縮減等による介護コストの削減といった長期的な効果も見込まれる

出典：リエイブルメントの取り組みにお悩みの中山間地域必見！役立つ事例集

サービス・活動C修了後に向けた生活支援体制整備事業との連動例

サービス・活動Cは、生活支援体制整備事業などの各事業と有機的に繋がるよう、意識して取り組むことが重要です。支援のあり方を関係者間で協議する地域ケア会議や、サービス・活動Cの利用修了後に地域と繋がり暮らすことができるよう、主に生活支援コーディネーター（以下、SC）を中心とした生活支援体制整備事業との連動を検討します。

サービス・活動C修了後も元気に活動している例

サービス・活動C修了後の活動に向けて、生活支援コーディネーターと相談し、自分に合った活動を続けることで、いきいきとした生活を送っています。

1 修了前に今後の活動を相談

サービスが終わったあと、
どんな活動を続けたいですか？

体操やサロンに参加して、
地域で役に立ちたいよ。

2 生活支援コーディネーターと一緒に計画を立てる

それなら、体操の会やサロン、
ボランティア活動など
一緒に探してみましょう。

☒ 体操の会に参加
☒ サロンに参加
☒ ゴミ出しのお手伝い

うん、
やってみるよ！

3 活動を続けて いきいきした毎日

体操の会に参加



サロンに参加



ちょっとしたお手伝いも



4 これからも元気に活動

いろいろな活動を続けて、
毎日が楽しいよ。
これからも、元気に
地域で暮らしていくよ！



活動量が増える・筋力がつく・自信がつく → いきいきとした生活を継続

実例集の活用

1 「実例集」の活用について

本書は、埼玉県と検討会メンバーが中心となり作成したものです。記載されている観点は以下の通りです。

サービス・活動Cの構築やブラッシュアップの際に、他市町の様子をそれぞれの観点から参照し、ただマネをするのではなく、エッセンスを抜き取りながら、わがまちの事業に反映していただきたいと思います。

観点①

サービス・活動Cを始めた・見直したきっかけ・背景

観点②

サービス・活動Cの開始・見直し当初に行ったこと

観点③

サービス・活動C実施のプロセス・様子

観点④

サービス・活動C実施後の様子や今後の展望など

実例報告

1 総合事業における支援のフローと多事業との連動

サービス・活動Cは、専門職のサポートを受けながら、3～6か月の短期間で集中して機能回復を図る介護保険サービスです。

事業の企画や見直しを行う際は、サービス・活動C単独で検討するのではなく、下図で示すフローをあらかじめイメージすることや、多事業との連動を図ることで事業効果が高まります。

相談から修了までのフローイメージ（次頁図参照）

相談受付

基本チェックリストを導入し、相談窓口に来ない方を含め、事業対象者（ハイリスク者）を抽出。

説明と同意

地域リハビリテーション活動支援事業を活用して、リハビリテーション専門職（以下、リハ専門職）による同行訪問アセスメントを実施。

サービス・活動Cの実施

相談受付以降のアセスメント以外に、二次アセスメントを繰り返しながら支援を継続。

二次アセスメントを基に、生活状況を確認

地域ケア会議

支援の進捗状況や目標の達成度を確認。

もとの暮らしの実現 （望む暮らしの実現）

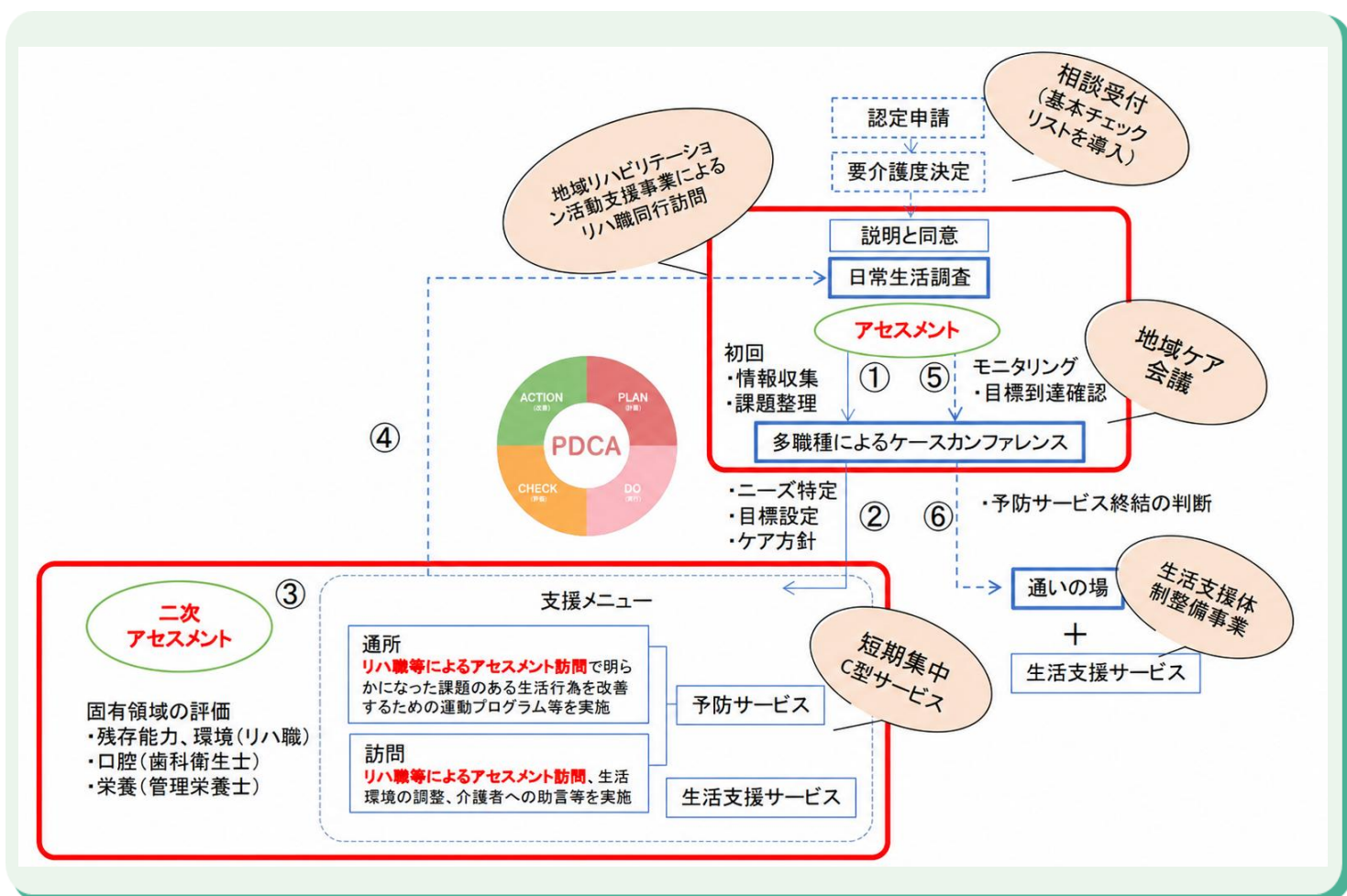
サービス・活動C修了後、地域の多様な通いの場や必要最低限の生活支援サービスなどを活用できるよう、生活支援コーディネーターと連携しながら橋渡しを行う。

多事業と一体的に行われるサービス・活動Cであることが重要

サービス・活動Cが各事業と有機的に繋がるよう、意識して取り組むことが重要です。支援の在り方を関係者間で協議する地域ケア会議や、サービス修了後も地域と繋がり暮らすことができるよう、SCを中心とした生活支援体制整備事業との連動を検討します。

そのためには、関係者と顔の見える関係性を構築することや各専門職同士の価値観を共有する必要があります。

多事業との連動



出典：令和7年度埼玉県地域包括ケアシステム実践者向け研修事業（介護予防研修）資料 服部真治氏

2 紹介実例一覧

本誌では、以下の自治体の実例を紹介します。

【通所型】

No.1 本庄市

No.2 日高市

No.3 嵐山町

No.4 吉見町

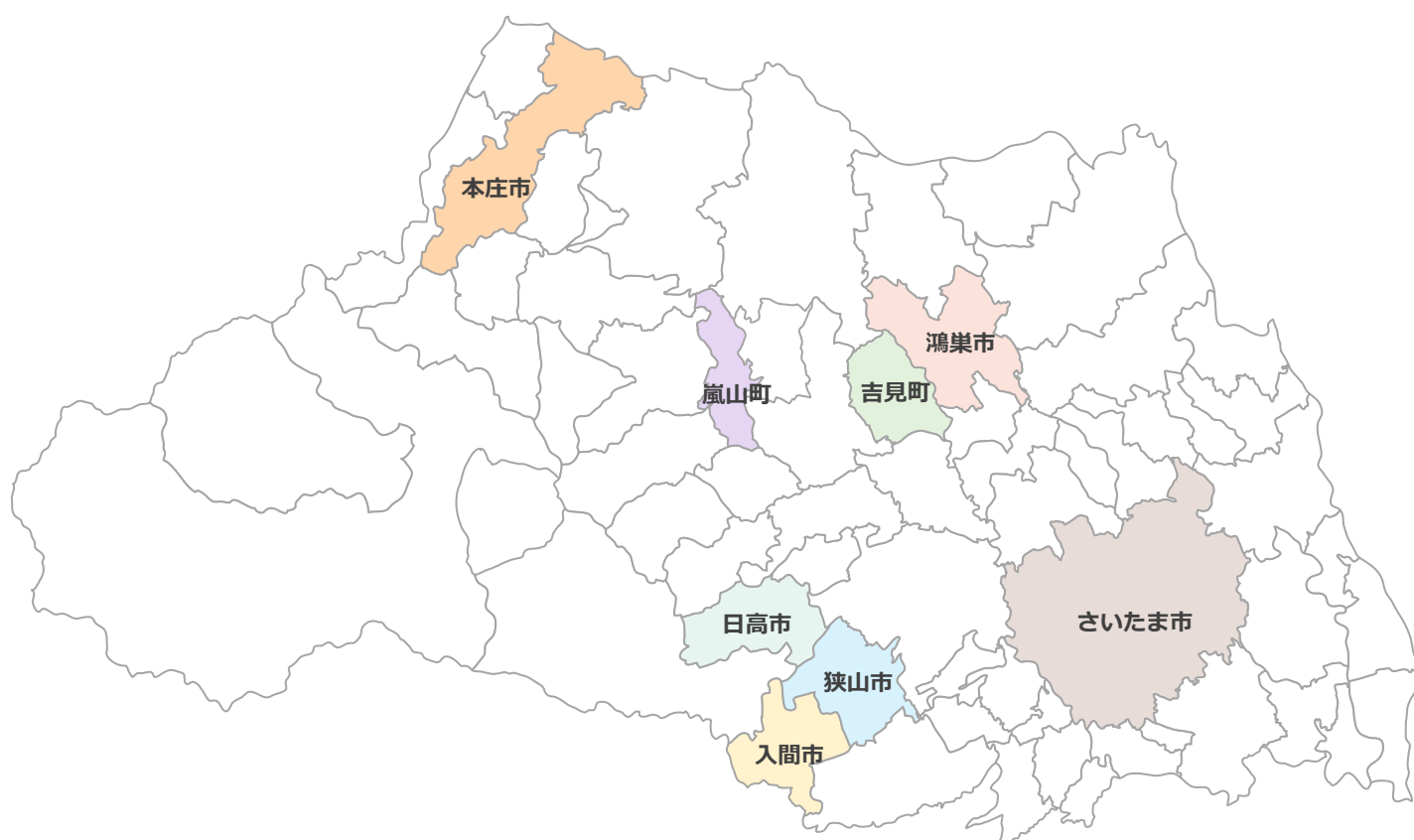
【訪問型】

No.5 狭山市

No.6 鴻巣市

No.7 入間市

No.8 さいたま市



本庄市

Point

サービス・活動Cの見直しを通して関係者と顔が見える関係になり、課題や目指す方向性を共有していくプロセスが重要。

◆ 自治体の状況

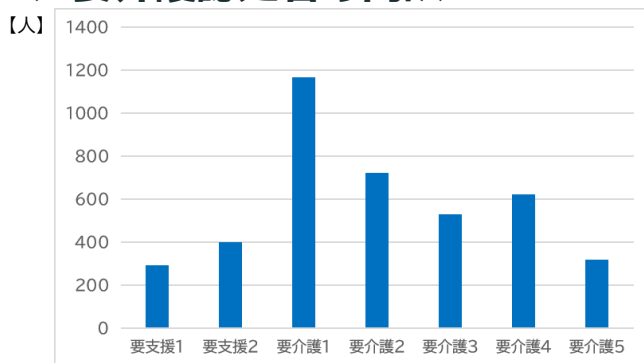
総人口	76,069
高齢者数	22,948
要介護認定者数	4,045
高齢化率	30.2%

※数値出典は以下の通り

総人口、高齢者人口、高齢化率：令和7年度地域包括ケアシステム取組報告会資料（高齢化率は小数点以下四捨五入）

要介護認定者数：厚生労働省介護保険事業状況報告暫定版（R8.4現在）

◆ 要介護認定者の内訳



図：要介護認定者：厚生労働省介護保険事業状況報告（R8.4現在）より作成

【観点①】 サービス・活動Cを始めた・見直したきっかけ・背景

- ◆ 評価を通じて総合事業全体の現状と課題を把握し、今後の優先順位や重点課題を整理したいと考えていた。
- ◆ 従前相当サービス以外の選択肢を広げたいと考えていた。
- ◆ サービス・活動C修了後に、多様な選択肢を提供したいと考えていた。
- ◆ ケアマネジャーのアセスメントの際に、リハ専門職に相談できると、生活課題への視点が広がるのではないかと感じていた。

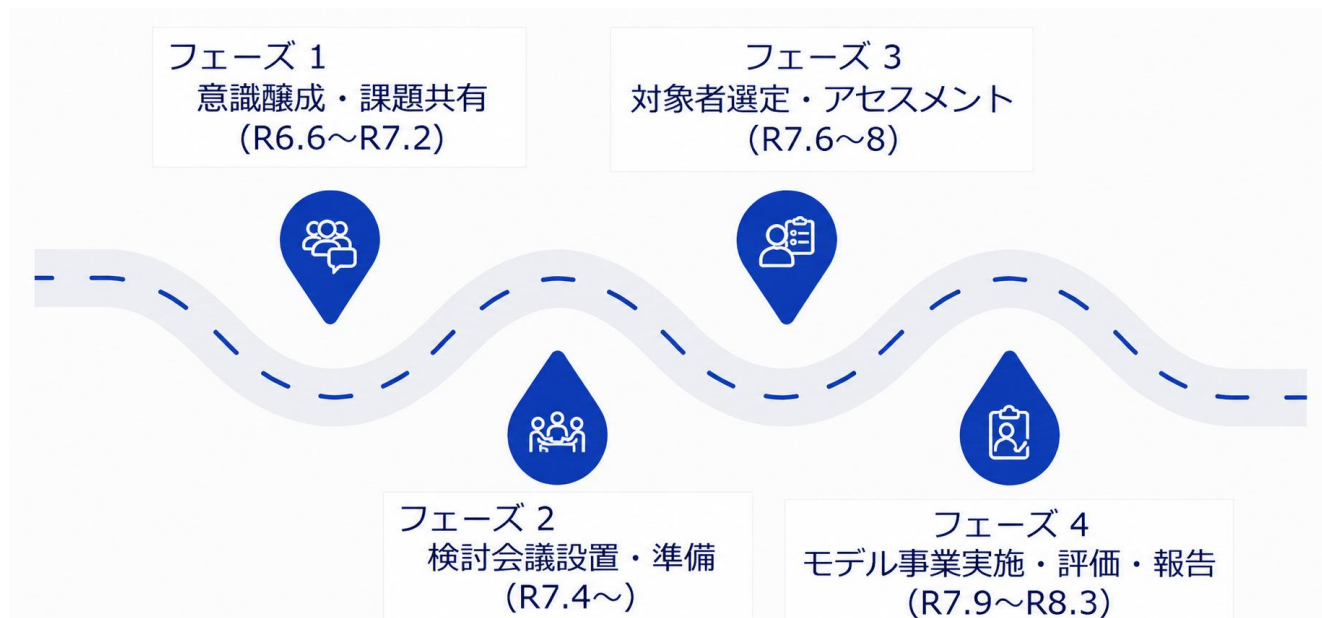
⇒ 現状を分析・評価する方法を知り、何を優先して取り組むことが必要なのかを検討する目的で、県のステップアップ事業に参加。

【観点②】 サービス・活動Cの開始・見直し当初に行ったこと

- ◆ トータルコーディネーター・県との打ち合わせで、以下を確認。
 - ①「本市が目指す姿」を共有するため、関係者と課題の共有や現行サービスを振り返り。
 - ②現状分析のために、データの収集や確認、行政が要支援者の現状把握を目的に担当ケアマネジャーと同行訪問。
 - ③庁内連携を図り、共通認識をもつために、事例検討会の実施やフロー図を作成。
 - ④モデル事業を実施するための、埼玉県やアドバイザーからの具体的な助言・支援。
- ◆ 事業所説明会、関係者向けの自立支援に関する事例検討会、リハ専門職向け研修会を実施。

【モデル事業までのロードマップ】

市、地域包括支援センター、事業所、地域リハビリテーション・ケアサポートセンター(以下、サポートセンター)が連携して、モデル事業実施に向けて着実に実施してきた過程。各フェーズを通じて、意識を高め、共通認識を持って、事業実施を目指した。



【観点③】 サービス・活動C実施のプロセス・様子

- ◆ モデル事業実施に向けて、手挙げ制で対象者を募るも集まらなかった。
- ◆ 地域包括支援センターが日常的に関わっている方17人を対象に実施。
- ◆ 地域包括支援センター職員とリハ専門職が同行訪問を行い、アセスメントを実施。
- ◆ 実施内容は、通所12回＋訪問最大3回。
- ◆ 面談中心で、自宅にない器具は使用しない方針とした。
- ◆ 開始2週間後に事業所・市・地域包括支援センターで振り返りを実施し、随時、事業の修正を図った。

【面談で1週間の様子を確認】



【セルフマネジメントシート(1週間)】

利用者氏名： _____ 様

目標にしたい3ヶ月後の生活			
セルフマネジメント (毎日行うこと)	1		
	2		
	3		
日	付	日記/感想など	
月	日 曜日		
月	日 曜日		
月	日 曜日		
月	日 曜日		
月	日 曜日		
月	日 曜日		

- ①目標にしたい3ヶ月後の生活
- ②セルフマネジメント(毎日行うこと)
- ③日記・感想

【観点④】サービス・活動C実施後の様子や今後の展望など

- ◆ 県・トータルコーディネーターの支援を受け、自立支援会議を開催。
- ◆ モデル事業修了者17人の全ケースに対し、関わった全員で振り返りを実施。
- ◆ 体力測定結果の比較では、全項目で改善し、主観的幸福度も向上していた。

COLUMN

実施後の関係者の声

- ◆ リハ専門職の視点を取り入れてケアプランを作成でき、楽しかったです。
- ◆ 「連携」ができ、楽しかったです。
- ◆ 参加者の方が、「まだまだできる」と自信を取り戻し、輝いていました。
- ◆ 地域包括支援センターとリハ専門職が各々の視点を理解し合い、互いに役割を活かすことができました。
- ◆ 関係者が一体となって、専門的かつ多角的な支援をすることができました。
- ◆ 社会資源について、もっと柔軟な発想が必要だと感じました。

わたしたち、ココにかかわっています！



サービス・活動Cモデル事業の実施を通して、関係機関との連携を推進します。（本庄市高齢者福祉課）



最も身近な存在として、利用者の生活や想いに寄り添って、望む暮らしの現状とその想いをくみ取ります。（SC）



同行訪問にて「望む暮らし」を叶えるための可能性を評価して、面談と触らないアプローチを中心に、一緒に目標達成を目指します。（理学療法士）



関係職種が繋がりを深めながら、共に事業を通して成長を感じ取れるように、コミュニケーションを図りながら相談対応・調整を行います。（サポートセンター）

かかわっているひとの声

面談と、器具を使わない運動で想像以上に自信を取り戻していたの
ですごくと思いました。リハ専門職に丁寧に関わっていただいたこと
で元の生活に戻れたのではないかと思います。
(本庄市高齢者福祉課)



利用者は3か月間とは思えないほど自信を取り戻していたり、でき
なかったことができるようになった感動エピソードばかりで、驚き
とともに参加してもらえてよかったと嬉しくなりました。
(本庄市高齢者福祉課)

各地域包括支援センターの事例からも、参加された利用者さんが、
一様に元の生活に戻られているように感じました。これは、リハ専
門職と訪問しアセスメントができたことでこの様な結果を得ること
ができたと感じています。(地域包括支援センター)



市職員、S Cや地域包括支援センター担当者の方が定期的に訪問し
てくださることで、参加者を含めたチームとしての支援が出来たよ
うに感じました。(理学療法士)

全員で成果を感じることができ、本事業の本格実施に向けて一体感
を感じました。リハ専門職とS Cが連携して、「本人の望む暮らし」
の実現という共通した目標の達成に向けて行動・結果を出せた
ことは成功モデルになると思います。(サポートセンター)



日高市

Point

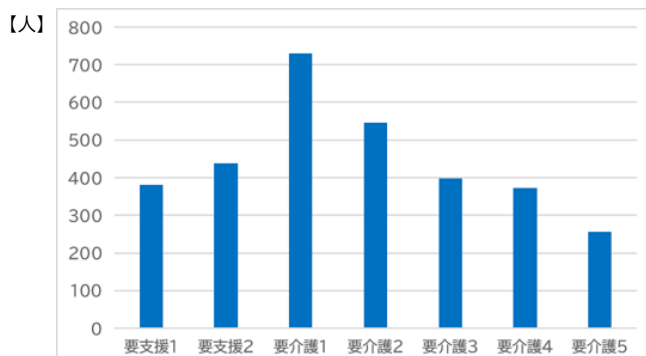
二次予防事業からの移行後、既存のサービス・活動Cを再編。
面談による丁寧な目標の引き出しと、毎回のポジティブなフィードバック
が参加者の主体性を育む鍵となった。

◆ 自治体の状況

総人口	53,830
高齢者数	18,341
要介護認定者数	3,121
高齢化率	34.1%

※数値出典は以下の通り
総人口、高齢者人口、高齢化率：令和7年度地域包括ケアシステム取組報告会資料
(高齢化率は小数点以下四捨五入)
要介護認定者数：厚生労働省介護保険事業状況報告暫定版（R8.4現在）

◆ 要介護認定者の内訳



図：要介護認定者：厚生労働省介護保険事業状況報告（R8.4現在）より作成

【観点①】 サービス・活動Cを始めた・見直したきっかけ・背景

- ◆ 既存の一般介護予防事業からサービス・活動Cを開始したが、利用者がほぼゼロの状況が続いた。対象者を支援に繋がりたいと考えていた。
- ◆ 地域ケア会議で「サービス・活動Cによる専門職のアセスメントがあると良い」、「一般介護予防の対象者との違いが不明確」との声が上がり、見直しを決断した。
- ◆ 「サービスはあるが利用者がいない・対象が不明確」という課題を整理し、適切な対象を適切な事業へつなぐ体制を構築するに至った。

⇒ **課題整理や課題解決のための体制整備を行う必要があると判断。**
関係者との協議と具体的な取組に向けて、県のステップアップ事業に参加。

【観点②】 サービス・活動Cの開始・見直し当初に行ったこと

- ◆ サービス・活動Cについて、関係者と見直す場を設け、トータルコーディネーターから「総合事業のあるべき姿」の情報提供を受ける。
- ◆ 埼玉県介護予防実践研修・個別相談会に参加。課題整理と、事業の具体的な内容の見直しを進めた。
- ◆ 関係者間で内容や帳票類、役割分担などの相談を継続的に実施。



- ◆ セルフマネジメントシート「がんばったシート」、サービス・活動C説明書、ミニ講義用資料等を新たに作成。
- ◆ 担当するリハ専門職の教育、職場の事業理解と周知、管理栄養士への協力依頼、送迎調整など事前準備を実施。

【観点③】 サービス・活動C実施のプロセス・様子

- ◆ 対象者:既存の事業利用者から抽出、市のチラシを見て利用を希望される、新規介護保険相談者にアセスメントをした上で紹介などして、サービス・活動Cの利用へつないだ。
- ◆ プログラム:目標設定面談・体力測定・集団＋個別プログラムなど全12回。
- ◆ 毎回「がんばったシート」を用いた個別面談を実施。本当の気持ちを知るための「ポジティブフィードバック」を重視。
- ◆ 「これからゲーム」(アドバンス・ケア・プランニング)を導入し、参加者の「こうなりたい・こうしたい」という希望を引き出す。
- ◆ 管理栄養士による個別栄養相談、チャットアプリを活用したリアルタイムの情報共有。
- ◆ 修了後に「これから会議」を開催し、本人・多職種で目標達成度・今後の活動場所を検討。
- ◆ 修了から3か月・6か月後に、ケアマネジャーが自宅訪問をしてフォローアップ。



【目標に向けたプログラム】



【個別面談で振り返り】



【これからゲーム】



【これから会議】

【観点④】サービス・活動C実施後の様子や今後の展望など

- ◆ 申込時点のアセスメントや情報連携などの“入口”、修了後の地域との繋がりを持てるような“出口”でのかかわりについて、更に整理していくことが必要。
- ◆ SCの役割分担を整理し、伴走支援体制を強化していく。
- ◆ 更なる書類の簡素化、潜在的対象者をつなぐこと、修了後の支援体制を検討。

COLUMN

実施後の関係者の声

- ◆ 個別に丁寧な対応をしていただけたため、利用者の状況や変化が把握しやすく、サービス利用を勧めやすくなりました。
- ◆ 利用対象者のイメージが明確になり、対象者の選定がしやすくなりました。
- ◆ 「リハビリに通う」という印象が少なく、利用者にとって参加への心理的ハードルが低くなったように感じます。
- ◆ 家族からみて、利用開始後は表情が明るくなり、前向きな発言が増えました。
- ◆ 運動だけでなく、定期的な面談を通じて行動変容や意欲向上に繋がる効果を実感しました。

わたしたち、ココにかかわっています！



サービス・活動Cの企画・運営、対象者の把握、事業評価を行います。（日高市長寿いきがい課）



対象者の選定、相談支援、ケアプラン作成、サービス利用調整、修了後フォローを行います。（地域包括支援センター）



通いの場や地域活動とのマッチング支援、地域資源をご紹介します。（SC）



栄養相談・栄養指導を行います。（管理栄養士）



同行訪問によるアセスメント、サービス・活動Cの運営、体力測定、個別面談（パーソナルタイム）、集団講義・運動指導を行います。（理学療法士）

かかわっているひとの声

「元気になりたい」を応援するために、サービス・活動Cを紹介しています。理学療法士さんたちの適切なアドバイスやポジティブフィードバックのおかげで、紹介したほとんどの方が、元気になっています。（地域包括支援センター）



やりがいとしては、「こういうのが知りたかった」と紹介したものに対し言っていただけたり、興味を持っていただけのことです。チャットでの情報共有をしていただいていることで、ご本人がおっしゃった希望に沿った提案をした時、「小さなことでもきちんと拾ってくれるのね」と驚かれたことや、実際に紹介したサロンへ行っていただい、「知り合いに会えた」と話されていたことが印象に残っています。（SC）

意欲的な利用者様が多く、個々に合わせた目標設定を行うことで食生活の継続・改善に繋がっていると感じます。チャットワークでの情報共有から成果を伺うこともあり、やりがいを感じています。（管理栄養士）



活動意欲が高まり、利用者様が笑顔で修了される度に達成感を感じています。3か月という短い関わりでも行動変容に繋がっていると感じることにとってもやりがいを感じます。こちらが予測する以上に自らチャレンジして活動範囲が広がっています。対話の時間を設けることで利用者様の意識が変化し、その変化が運動能力や活動量の向上に繋がることを実感しました。目標が達成できたというお話を聞いた際や挑戦意欲を引き出した際に支援のやりがいを感じています。（理学療法士）

利用者の声



「これから何を続ければ良いか」が明確になり、活動する目標を持つことができました。また、自分自身で身体や生活の変化を実感することができました。

気持ちが前向きになり、外出や地域活動に参加する意欲が高まりました。



嵐山町

Point

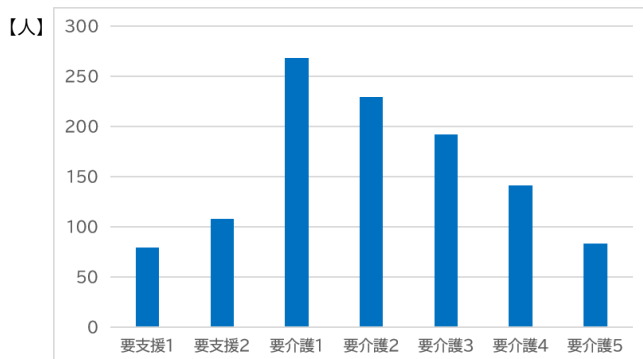
「新しく資源をつくる」のではなく、「既存の資源を提案してつなげた」という成果を得ることは、担当者だけで行うことはできない。多くの仲間・協力者とともに創り上げることができた。

◆ 自治体の状況

総人口	17,270
高齢者数	6,050
要介護認定者数	1,100
高齢化率	35%

※数値出典は以下の通り
 総人口、高齢者人口、高齢化率：令和7年度地域包括ケアシステム取組報告会資料
 要介護認定者数：厚生労働省介護保険事業状況報告暫定版（R8.4現在）

◆ 要介護認定者の内訳



図：要介護認定者：厚生労働省介護保険事業状況報告（R8.4現在）より作成

【観点①】 サービス・活動Cを始めた・見直したきっかけ・背景

◆ 既存のサービス・活動Cについて、以下の課題を感じ、解決策を模索していた。

- ①二次予防事業からの移行前と変わらない状況だった。
- ②参加者に機能向上の成果が出ていなかった。
- ③複数回利用している参加者がおり、修了に至らなかった。
- ④そもそも参加者がいなかった。

⇒ 「これまでのやり方では同じことの繰り返し」という認識のもと、事業全体の見直しや町全体で支援の流れを作り、修了・自立へ向けた取り組みが必要と考え、県のステップアップ事業に参加。

【観点②】 サービス・活動Cの開始・見直し当初に行ったこと

- ◆ トータルコーディネーターなどによる地域ケア個別会議の見学。
- ◆ サービス・活動Cを町全体の取組とするために、「Happy Senior Lifeプロジェクト」をキックオフ。関係者21人が参加して、町全体の課題として共有。
- ◆ 関係者とともに、事業を見直しながら形を変えた新たな事業にしていこうとした。

【Happy Senior Lifeプロジェクト】



- ◆ サービス・活動C関係者と打ち合わせを実施。課題や目指す姿を共有。事業の内容と事業名を改変することが決定。関係者から新しい事業名を募った。
- ◆ 先進地の視察をしつつ、並行してプロジェクトメンバーと進捗状況を共有。「みんなで決めるプロセス」を実践。
- ◆ 打ち合わせを繰り返し、プログラム内容や必要物品、会場レイアウトなど詳細を詰め、「らん活チャレンジ！」という新しい名前で再出発。

【サービス・活動C打ち合わせ】



【観点③】 サービス・活動C実施のプロセス・様子

- ◆ モデル事業①開始。利用前にリハ専門職による事前同行訪問を実施し、アセスメントと目標設定・合意形成を図る。
- ◆ 週1回・全12回。セルフマネジメントツールを活用した個別面談(生活・参加状況の振り返り)・歯科・栄養の個別アセスメント・SCによる社会資源提案を組み込んだ。
- ◆ 地域ケア会議とプロジェクトで聞かれた地域課題から、歩行器・セニアカー体験会を開催し、参加者が実際に福祉用具を体験できる場を設けた。通所型サービス・活動Cを通じて、地域課題が関係者間の共通認識になった。
- ◆ ケアマネジャー連絡会で進捗を共有。周知方法や対象者選定の課題が共有された。



【事前同行訪問】

→ご本人の望む暮らしを知る



【「教わる」から自主的へ】



【歯科衛生士(管理栄養士)による個別の関わり】



【セニアカー体験会】



【修了後に向けた面談】
→多様な地域資源への移行に向けて



【ケアマネジャー連絡会】
→自立(自律)支援の価値を共有

【観点④】 サービス・活動C実施後の様子や今後の展望など

- ◆ SCが個別の提案書を作成し、その人に合った社会資源につなぐ仕組みが機能した。
- ◆ 対象者の選定・募集方法の再検討が必要。
- ◆ 修了後のフォロー体制の整備(6か月・1年後の定期確認の場の設置)。
- ◆ 新しいサービス・活動Cの考え方をスタッフ全員で常に情報共有し、共通認識を保つ仕組みづくりが重要。
- ◆ 「短期集中で成果を出すにはこちらも集中して向き合う覚悟が必要」との実感から、職員の意識改革を継続。

多事業との連動

【令和7年度 | モデル事業実施②・検証】

- ・ 通所型サービス・活動C(令和7年12月～令和8年3月)を再度実施。
- ・ 地域ケア個別会議とHappy Senior Lifeプロジェクトを11月・1月・3月に開催して進捗・課題を共有。ケアマネジャー連絡会(2月)で短期集中的なかかわりによる効果の周知と対象者選定方法に関する意見交換を実施。

担当者一人ではできない。庁内多部署・通所C関係者・保険者・ケアマネジャー・事業所
— たくさんの仲間とともに、「みんなで決めて作り上げる」事業へ。

出典：嵐山町「らん活チャレンジ！」取組資料（一部改変）

【令和8年度 | 本格実施】

- ・ 検証を踏まえ、新しい通所型サービス・活動Cを本格的に実施。
- ・ 協力医療機関の理学療法士も含め、新たな支援チーム作りをすすめている。

COLUMN

実施後の関係者の声

- ◆ 関係者を巻き込んで進めるうちに、「らん活チャレンジ！」は担当者一人の事業ではなく、プロジェクトメンバーみんなで取り組むものになりました(令和7年7月地域ケア個別会議より)。
- ◆ 個別の面談を重ね、「個別の話を聞くことで、本人とどんな会話・提案をしたらよいかイメージがつくようになった」と実感しました。
- ◆ 修了者にも変化がありました。Aさんは町の一般介護予防事業へ、Bさんは描いた絵を社会福祉協議会に毎月自分の足で持参し飾るようになり、Cさんは体験会で出会ったセニアカーに期待を寄せて修了しました。
- ◆ 生活支援コーディネーターを軸に、新しく資源をつくるのではなく、「ある資源を提案し、つなげる」手応えを、関係者全員で共有することができました。

わたしたち、ココにかかわっています！



事業全体の見直しを企画し、関係職種・管理職・ケアマジャーを巻き込んでいます。らん活チャレンジの運営を担い、フレイル予防の視点を町全体へ広げています。（保健師・町職員）



中間面談で生活状況を確認し、評価面談でその人に合った地域資源を提案しています。一人ずつ個別の提案書を作成して、つなぎます。（S C）



対象になりそうな方を紹介し、連絡会で進捗や課題を共有します。修了後は状態に合わせて地域資源やサービスへ橋渡をします。（ケアマネジャー）



事前同行訪問で生活・参加の状況をアセスメントし、ご本人と目標を合意します。個別面談で振り返りを重ね、修了後の暮らしを一緒に描いています。（理学療法士）

かかわっているひとの声

はじめは「町職員がやりすぎ」と助言をいただきハッとしました。決めたことを伝えるのではなく、みんなで決めて作り上げる。巻き込むことで、熱量も考え方も自然と共有できました。（保健師・町職員）



以前は何を提案してよいか手探りでした。個別にお話を聞くうちに、その方に合った場所や資源のイメージがつくよう、一人ひとりに個別の提案書をお渡しできるようになりました。（S C）

「新しく資源をつくる」のではなく「あるものを提案してつなげる」。担当者が一人で抱え込まず、部署内・多職種・他市町村と仲間をつくれたことで、前へ進むことができます。（地域包括支援センター）



らん活チャレンジが動き出していると知ったのは少し後でした。だからこそ周知や対象者選びが大切に思います。運動したい方が途中で諦めないよう、修了後の行き場まで一緒に考えていけると安心です。（ケアマネジャー）

事前訪問でご自宅の様子をうかがうと、ご本人の「本当はこうしたい」が見えてきます。運動を教える教室ではなく、修了後の暮らしを一緒に描けたことが、これまでとの一番の違いでした。（理学療法士）



吉見町

Point

参加者に「してあげていた」支援を自立（自律）支援に切り替えた。
多事業と連動しながら、「目指す姿」を明確にする“入口”と修了後も「その人らしく暮らす」“出口”の支援を、関係者と共に行った。

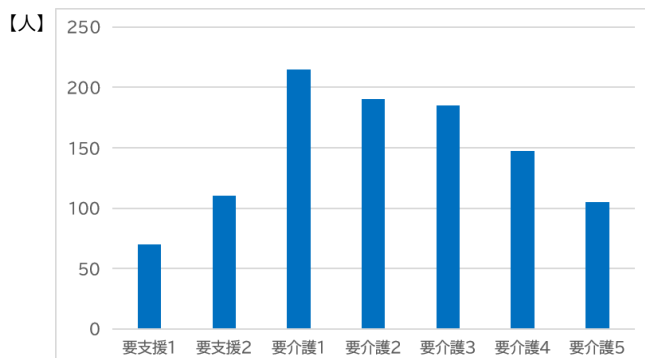
◆ 自治体の状況

総人口	17,620
高齢者数	6,576
要介護認定者数	1,022
高齢化率	37.3%

※数値出典は以下の通り

総人口、高齢者人口、高齢化率：令和7年度地域包括ケアシステム取組報告会資料
要介護認定者数：厚生労働省介護保険事業状況報告暫定版（R8.4現在）

◆ 要介護認定者の内訳



図：要介護認定者：厚生労働省介護保険事業状況報告（R8.4現在）より作成

【観点①】 サービス・活動Cを始めた・見直したきっかけ・背景

- ◆ 二次予防事業から移行して以降、従来の内容で実施してきた。
- ◆ 対象者やプログラム内容が曖昧であったり、修了後の生活までの合意形成が不十分なまま開始していたため、修了できず長期利用になりがちであった。
- ◆ 町として、上記の課題解決の方法を検討していた。

⇒ 参加者の満足度は低くはなかったが、町として「これで良いのか？」と疑問を抱き、事業の見直しを決意。

【観点②】 サービス・活動Cの開始・見直し当初に行ったこと

- ◆ 関係者とともに、どのようなサービス・活動Cであるとよいか、検討の場を設定し、意見交換を実施。
 - ➡ 対象者・本人の「したい」を明確化、自立(自律)支援に向けた事業内外で必要な関わりについて協議。

【観点③】 サービス・活動C実施のプロセス・様子

- ◆ 令和3年度
新たな形でのサービス・活動Cを開始。利用開始前～修了後のプロセスを明確化、セルフマネジメントを共通言語に、自立(自律)を支援する体制を構築。

- ◆ 良かれと思って行っていた「してあげる」を、行わないこととして関係者間で統一。
- ◆ 「活動」と「対話」を通して、ご本人の「したい」を叶えられるような短期集中的支援とした。



【セルフマネジメントツール】

令和5年度 げんきまもり隊 宿題 ⑤

体操	かかと上げ・つま先上げ(下腿三頭筋・前脛骨筋)	各10回を1日2セット
口腔	「お口の体操 アイウエオ」「あいうべ体操」をしましょう。 早口言葉「子かば母かば」を言う 5回 または「東京特許」を言う 5回	
栄養	減塩のコツを実践してみましょう	

④ 各宿題をやったら○、まあまあ出来たら△、出来なかつたら×を記入しましょう。

日付	体操	口腔	栄養	体温・血圧	一行日記	体調や予定 など
7/26(土)	×	×	○	36.5		
7/27(日)	×	×	○			
7/28(月)	○	×	○			
7/29(火)	○	○	○	36.2		
7/30(水)	○	×	○			
7/31(木)	○	○	○			
8/1(金)	○	×	○			
8/2(土)	×	×	○	35.9		
8/3(日)	○	×	○			
8/4(月)	○	×	○	36.4		
8/5(火)	○	○	○			
8/6(水)	×	×	○			
8/7(木)	×	×	○			
8/8(金)	○	○	○			
8/9(土)	○	○	○			
8/10(日)	○	○	○			

【事業見直しの具体例】

支援者全体で「自立支援」に向けた共通認識づくり

振り返りの様子



- ・ 専門職のアセスメント結果の共有や、対象者との会話の中での気づき、社会参加・外出機会の頻度など日々の変化等を共有
- ・ 支援者チームで、ご本人に対して「意欲向上」「賞賛」「承認」「動機づけ」に向けた声かけや関わりができるように意識する
- ・ 支援者全員が対象者と会話(面談)をする際、元の暮らしにもどる(目指す姿の実現)に向けたステップアップができるよう、共通認識とする

出典：令和7年度地域包括ケアシステム実践者向け研修 ブラッシュアップ研修資料

【観点④】 サービス・活動C実施後の様子や今後の展望など

- ◆ 町内行政区ごとに行うラジオ体操プロジェクトを発足。
- ◆ 自主グループ会場などへ移動販売車が訪問して買い物支援を実施。
- ◆ 多職種・多機関で運営している集いの場(とまり木)の設置。
- ◆ 健康マージャンの(すいすい麻雀)の立ち上げ。



【今後の展望】

その人らしい暮らしを一緒に考えながら 「改善したことを喜べる吉見町」へ

「高齢だから維持できれば十分」
「サービスは使い始めたら、ずっと使い続けるもの」
「本人の希望だからデイサービスに」



いつになっても自分らしい暮らしに戻れる
フレイル、要支援1・2の方は戻れる可能性が高い

- ・ 地域には「資源」があふれている
行政がつくったものや通いの場だけが「資源」ではない
行きつけの喫茶店、ご近所さんとの交流、家族・親族内での役割なども大事な「資源」！
- ・ 地域のチームが同じ方向を向くこと
行政・包括・ケアマネ・事業所・リハ職等関係者みんなで

「その人らしい暮らし」を一緒に考えながら「改善したことを喜べる地域」に



出典：令和7年度地域包括ケアシステム取組報告会資料（吉見町）

COLUMN

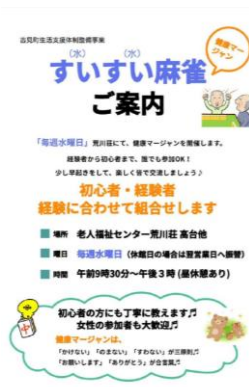
実施後の関係者の声

- ◆ 「把握しきれていなかった地域資源がたくさんありました。SCの活用は、本人のニーズと地域資源のマッチングに重要です！」（令和7年3月 地域ケア推進会議より）。
- ◆ 会議をきっかけに、社会福祉協議会SCの地域移行支援への参加がスタートしました。
- ◆ 修了者は一般介護予防教室・筋力トレーニングマシン・通いの場等へ移行し、7人が介護認定を終了しました（更新なし）。

【修了後の「出口」となった地域資源・通いの場（一例）】



とまり木(地域の集いの場)



すいすい麻雀



いまいる



CURECO珈琲

わたしたち、ココにかかわっています！



個別訪問で困りごとを確認し、参加への声かけと修了後のフォローをしています。（保健師）



地域資源の開発と、修了後のマッチングを担当しています。（SC）



面談に同席し、目標と修了後の暮らしを共有します。
(ケアマネジャー)



同行訪問・体力測定・面談・振り返りで目標づくりと評価を支援しています。(理学療法士)

かかわっているひとの声

個別訪問で困りごとを確認し、「まずは参加してみよう！」と、やる気を引き出す声かけを心がけています。(保健師)



地域には資源があふれています。とまり木や健康マージャンなど、本人の『したい』と地域資源をつなぐ移行支援を担っています。
(SC)

『してあげる』支援を行わないことを関係者間で統一しました。入口から出口まで多職種で支えることで、長期利用になりがちだった課題が解消されてきました。(地域包括支援センター)



修了後の方向性までご本人を交えて関係者全員で共有できるので、目標がぶれません。『改善したことを喜べる』支援に変わってきたと感じます。(ケアマネジャー)

同行訪問で『何のために6か月間後頑張るのか』をご本人・ご家族と具体化します。数値改善の喜びを分かち合うことで、皆さんが自信を取り戻していきます。(理学療法士)



利用者の声



膝の痛みがあり、はじめは運動をすることが不安でした。運動を丁寧に教えてもらい、他の利用者さんと一緒に行くことで続けることができたと思います。自分で買い物に行けるまで元気になったので、自信に繋がったと思います。

最初は不安が先立ち、気乗りしませんでした。ところが、スタッフの優しい声掛けに助けられ、運動など色々教えてもらい、徐々に楽しくなって不安は軽くなっていきました。休憩時間には、生活談話もあり、あっという間の6か月間でした。



狭山市

Point

「維持できていれば十分」という考え方を変え、改善可能性のある要支援の人には、元気になる手段として事業を用意し、自立支援型地域ケア会議と連動して関係者と取り組んだ。モデル事業の取組効果を確認し、目指す方向性の整理が行えた。

◆ 自治体の状況

総人口	148,221
高齢者数	47,804
要介護認定者数	8,552
高齢化率	32.3%

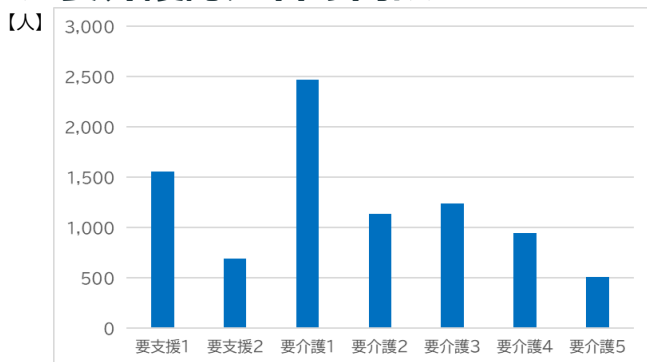
※数値出典は以下の通り

総人口、高齢者人口：埼玉県2025年度版地域別健康情報

高齢化率：総人口・高齢者人口より算出

要介護認定者数：厚生労働省介護保険事業状況報告暫定版（R8.4現在）

◆ 要介護認定者の内訳



図：要介護認定者：厚生労働省介護保険事業状況報告（R8.4現在）より作成

【観点①】 サービス・活動Cを始めた・見直したきっかけ・背景

- ◆ 「友人がいるから」、「権利があるから」、「自分では通いの場に行くことが難しい」などの理由で介護保険サービス利用に偏る傾向があった。
- ◆ 地域によっては事業所や通いの場の選択が制限されていた。
- ◆ 「介護保険サービスに行っているから維持できている」と本人・関係者が考え、修了や地域への移行が難しく、他の選択肢も知ってもらいたかった。
- ◆ 地域ケア会議等で「サービス・活動Cがあるとよかった」との声があった。



課題整理や課題解決のための体制整備を行う必要があると判断。

関係者との協議と具体的な取組に向けて、県のステップアップ事業に参加。

【観点②】 サービス・活動Cの開始・見直し当初に行ったこと

- ◆ トータルコーディネーターと、既存事業の現状と課題を整理。
 - ①「維持できていれば十分」という考え方を変える。
 - ②要支援の人を元気にする手段として、事業の準備をする。
 - ③多職種間で、修了する事業であることの目線合わせをする。
- ◆ 関係者間での協議の場を設け、「わがまちの目指す姿」の合意形成を実施。



- ◆ リハ専門職による訪問を可能としていた自立支援型地域ケア会議を活用し、1事例モデルケースを選定。
- ◆ 様式・プログラム内容・利用の流れを関係者と決定。

【観点③】 サービス・活動C実施のプロセス・様子

事例

女性(80歳) 独居 要支援1

- ◆ 1年前に、自転車を出そうとして自宅前で転倒し骨折。
- ◆ 術後、医療機関のリハビリを終え、ADL等は自立。

やりたいこと

公営バス等を利用して、友達も通っている公民館の百歳体操に、再度参加したい。

本人の懸念

以前から通っていた百歳体操に再び参加したいが不安。
(体操中に周りのとぶつかって転倒しないか、椅子は自分で出し入れすることが出来るだろうか等)

プロセス

- ①本人の目標の確認、リハ専門職の関わり方の説明、身体機能・能力等のアセスメント。
- ②面談を中心に、1週間の振り返りやセルフマネジメントが出来るように後押しをする。
- ③目標である百歳体操の再開に向けて、公民館まで行く手段の検討、介護予防サポーターへの説明、注意点の共有等を行う。
- ④目標達成、今後のセルフマネジメントについて話をする。



【面談で1週間の様子を確認】



【利用予定のバス停を確認】



【専用のプログラムを立案】



【歩行器の高さを調整】



【歩行状態の確認】



【以前通っていた、友人がいる百歳体操(通いの場)に再び参加することができたときの様子】

【観点④】 サービス・活動C実施後の様子や今後の展望など

- ◆ 継続して、百歳体操に参加することが出来ている。
- ◆ サービス・活動Cの実施の振り返り。関係者と協議の場を設定。規範的統合と目指す姿を共有。
- ◆ モデル事業の事例を増やし、本格実施に向けた協議を予定。
- ◆ 短期集中予防サービスの考え方や方法を市全域に広めていく。



かかわっているひとの声

ご本人のやりたいことに対して、客観的に見て「出来そうだ」と思うことがありますが、あとひと押しがなかなか出来ないこともあります。今回は、まさにそのような方でした。リハ専門職と一緒に現状の能力の把握や「やりたいことの分解」により、上手く支援することが出来ました。（地域包括支援センター）



普段は現場の業務に追われることが多く忘れがちですが、介護予防事業の目的である「高齢者の方が元気になる」ということを実感でき、非常やりがいにつながります。そして、私たちもまた頑張ろうと思える事業です。（市役所担当者）

「リエイブルメント」という意識を持って関わることで、利用された方が支援者に依存せず、自身ですべきことや出来るようになったことが明確になり、目的を無事に達成することが出来ました。事業を通して「良くなる」ということを、ご本人も、支援する側も実感することが出来て良かったです。（理学療法士）



鴻巣市

Point

サービス・活動Cの見直しに向けて、関係者との合意形成や、多事業との連動を含めて検討を進めた。加えて、並行して行った事例検討会によって、関係者の理解を更に深めた。

◆ 自治体の状況

総人口	117,607
高齢者数	36,684
要介護認定者数	5,596
高齢化率	31.2%

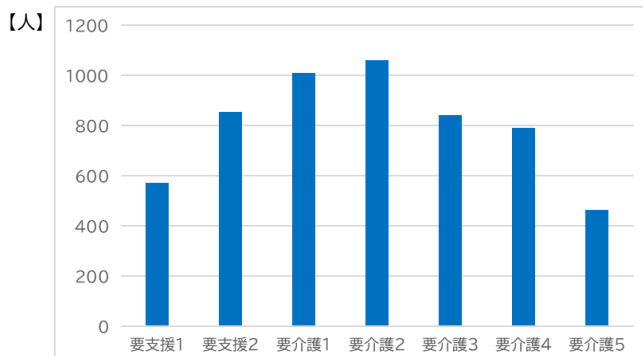
※数値出典は以下の通り

総人口、高齢者人口：鴻巣市ホームページ(R8.7現在)

高齢化率：総人口・高齢者人口より算出

要介護認定者数：厚生労働省介護保険事業状況報告暫定版（R8.4現在）

◆ 要介護認定者の内訳



図：要介護認定者：厚生労働省介護保険事業状況報告（R8.4現在）より作成

【観点①】 サービス・活動Cを始めた・見直したきっかけ・背景

- ◆ 令和4年からサービス・活動Cを実施していたが参加者が少なく、市は内容や修了後について課題を感じていた。
- ◆ 訪問型サービス・活動Cと訪問リハビリテーションの違いを整理できておらず、事業の対象者も曖昧であったため、見直しを検討していた。
- ◆ 一般介護予防事業の種類は多く、修了後の強みになる状況があった。

⇒ 関係者との事業骨格のすり合わせや、市民にとって利用しやすいサービスになるよう改善することなどを目的に、県のステップアップ事業に参加。

【観点②】 サービス・活動Cの開始・見直し当初に行ったこと

- ◆ 「介護予防強化キャンペーン」と称し、既存の事業を見直す必要性について、市から関係者へ説明・情報共有。
- ◆ トータルコーディネーターから、事業の在り方・リエイブルメントの考え方について、情報提供を受ける。
- ◆ 関係者とケース事例を検討し、自立(自律)支援・リエイブルメントに資するかかわりについて共通認識を深め、チラシ(右図)を作成し、市民に説明。
- ◆ トータルコーディネーター・関係者と、サービス・活動Cの事例検討会を開催。

元氣アップ応援コース

対象 要介護者、事業対象者の認定を受けている方。又は、2名以上の要介護者に含まれている方を支援する方。

内容 リハビリ専門家が3か月間お家へ訪問します。運動機能を向上させて、できることを増やすために、あなたにあったリハビリを行います(※事業中訪問型リハビリテーション事業)。

こんな方へオススメ

- 歩きのつらくなってきた方
- 転びやすくなった方
- 歩幅が狭い方
- 足腰が痛い方
- 食事の量が減ってきた方
- 栄養が不足している方
- 生活が楽しくない方
- 社会参加が難しい方
- 安全に生活できない方

コースを始めるメリット

- 歩くのに自信がついて、スーパーへ行けた!
- 久しぶりに庭の手入れができた!
- 疲れにくくなって、ゴルフに参加できた!
- 靴の音がなくなって、通塾に入ってきた!
- 近所の公園でお花見ができた!

募集人数 15名 (先着順)

費用 計 6,000円 (※市費負担)

回数・期間 40回×12週 (週1回・3か月間)

お申込み先 鴻巣地域包括支援センター

TEL 048-549-2650 (鴻巣市役所) 048-596-2222 (介護保険課) 048-596-3331 (介護保険課) 048-549-3294 (民生委員) 048-549-8991 (民生委員)

【元気アップ応援コース説明会】



参加者 計41人

- ・ トータルコーディネーター
- ・ 地域包括支援センター
- ・ 事業所
- ・ 鴻巣市
- ・ 埼玉県地域包括ケア課
- ・ サポートセンター

参加者間で事業の在り方を協議

鴻巣市：介護予防強化キャンペーンについて～短期集中訪問型リハビリテーションの見直し～
トータルコーディネーター：総合事業・リエイブルメントの考え方について
事例検討（事例担当者・トータルコーディネーターのファシリテート）

【観点③】 サービス・活動C実施のプロセス・様子

【事例検討会の様子】



参加者

- ・ トータルコーディネーター
- ・ 地域包括支援センター
- ・ 事例提供者
- ・ SC
- ・ 鴻巣市
- ・ 埼玉県地域包括ケア課
- ・ サポートセンター

出ていた疑問

- ・ どんな方が対象なの？
- ・ 依頼したけど、この使い方で良いの？
- ・ 本当に元気になるの？

【モデル事業の全体像】

自立を後押しする具体策：「元気アップ応援コース」の展開

コースの概要：リハビリ専門職が3か月間ご自宅へ訪問。運動機能を向上させ、生活の中で「できること」を増やすためのオーダーメイドのアドバイスを実施。（短期集中訪問型リハビリテーション事業）

Program Breakdown Dashboard

- 相談・分析 → 目標設定
- 目標設定 → 担当者会議
- 3ヶ月のコース実行 →
- 振り返り（趣味や日課の再開へ）

利用者の変化（成果）

- 「歩くのに自信が付き、スーパーへ行けた！」
- 「転ぶ心配がなくなり、湯船に入って温まれた！」
- 「近所の公園でお花見ができた！」

プログラム要項（期間限定・介護予防強化キャンペーン）

期間・回数：週1回・40分
× 全12回（3か月間）

費用：
計6,000円（非課税世帯は助成金利用で3,000円）

【観点④】 サービス・活動C実施後の様子や今後の展望など

【モデル事業修了3ヶ月後 地域包括支援センター主任ケアマネジャー会参加者・事例担当者からの声を聴取し、全体で共有】



参加者

- 地域包括支援センター
- 事業所
- 鴻巣市
- サポートセンター

COLUMN

実施後の関係者の声

- ◆ 開始前より多事業所との連携や情報交換の機会が増加し、地域全体で利用者を支える意識が高まりました。
- ◆ 対象者に地域資源やサービスに関する情報を伝えていても十分に届いておらず、継続的に情報を届けていくことの重要性を再認識しました。
- ◆ 利用者を支援する中でインフォーマルサービスの重要性に加え、移動支援に関して目を向ける機会となり支援の視野が広がりました。
- ◆ 専門職が直接支援しなくとも支援体制が確立し、各関係者が動くことにより、活動範囲が拡大し社会参加に繋がることをケースを通じて学ぶことができました。
- ◆ 自立とは何かを考える機会となっています。関係者との協議が継続して必要だと感じました。

わたしたち、ココにかかわっています！



地域資源や介護予防に関する情報について、紙媒体・インターネット媒体を問わず、利用者やご家族に必要な情報提供を行います。（地域包括支援センター）



移動スーパーや受診先、地域活動など、ご本人と必要なサービス・機関をつなぐ橋渡し役を担います。必要に応じて電話連絡時の同席や手続きの助言も行います。（SC）



ご本人とご家族の想いや目標を整理し、双方が共通認識を持ちながら取り組めるよう支援します。（ケアマネジャー）



散歩や外出ルート安全性、交通状況、道路環境などを評価し、ご本人に適した移動方法や外出方法について助言を行います。（理学療法士）

かかわっているひとの声

事例提供者として一緒に関わり、本人の気持ちを引き出しながら関わるのが重要であるということがわかりました。その後の変化では、自信を取り戻し家族のために何かしたい、家族の一員としての役割を探し出し、自ら生活を変化させていることに驚きました。（事例提供者）



徐々にですが、自主的に散歩や体操に取り組む習慣が定着し、外出に対する自信がついていく様子が見られました。地域との繋がりや役割の再獲得のためにS Cと相談し応援できると感じました。（理学療法士）

利用者の声



膝の痛みと転倒への恐怖心がありましたが、関わってもらい不安が少なくなりました。毎日5000歩歩けるようになり、今後はのすっこ体操に再度参加したいです。その後はフォークダンスもしてみたいと思っています。

自宅で入浴が出来ることが初めの目標でした。福祉用具業者・リハ専門職が環境整備・練習をしてくれて、自宅で入浴が出来るようになりました。入浴が出来ると夜ぐっすり眠ることが出来て、次の朝の意欲が高まります。



入間市

Point

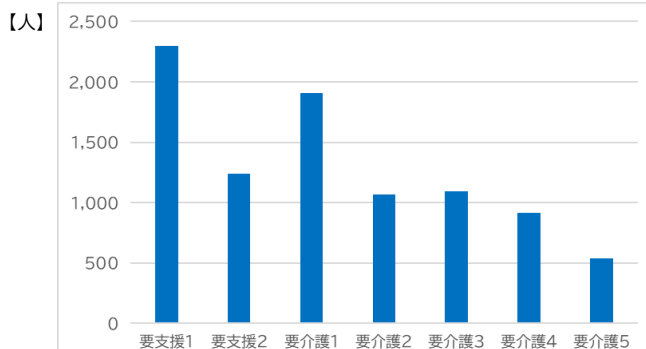
「修了」のないサービス依存からいかに脱却できるか。サービス・活動Cを柱として、多様な地域との繋がりを持ちながら、自立した生活を送ることができる。誰もが豊かな生活を送ることを目標とする取り組み。

◆ 自治体の状況

総人口	141,950
高齢者数	44,698
要介護認定者数	9,057
高齢化率	31.5%

※数値出典は以下の通り
 総人口、高齢者人口：入間市ホームページ（R8.7現在）
 高齢化率：総人口・高齢者人口より算出
 要介護認定者数：厚生労働省介護保険事業状況報告暫定版（R8.4現在）

◆ 要介護認定者の内訳



図：要介護認定者：厚生労働省介護保険事業状況報告（R8.4現在）より作成

【観点①】 サービス・活動Cを始めた・見直したきっかけ・背景

- ◆ 「介護保険サービスを利用すること」が目的になりがちで、市は目標志向型のアセスメントを推進する必要性を感じていた。
- ◆ 事業所からは、「利用し続けることで維持できる」という考えがきかれ、支援のあり方に偏りが見受けられた。（従前相当サービスへの偏重）
- ◆ 市全体として活用できる資源が限定的で、市・関係者が「自立支援」の共通認識を持ち、一人ひとりの「ありたい姿」を実現する支援に対する意識改革が必要であった。

⇒ サービス・活動Cを起点として、入間市の自立支援の見直しを図るため、県のステップアップ事業に参加。

【観点②】 サービス・活動Cの開始・見直し当初に行ったこと

- ◆ 入間市の自立（自律）支援体制構築に向けて
 - ①関係者間での共通認識づくり
 トータルコーディネーターによるオリエンテーションを経て、「サービスありき」から根本的な課題解決を目指す「戦略」へのシフト。
 - ②戦略の具体化と分析
 入間市独自のロジックモデルの策定。「なぜ要支援者は修了できないか？」という真因を徹底分析。



③意識改革と合同研修

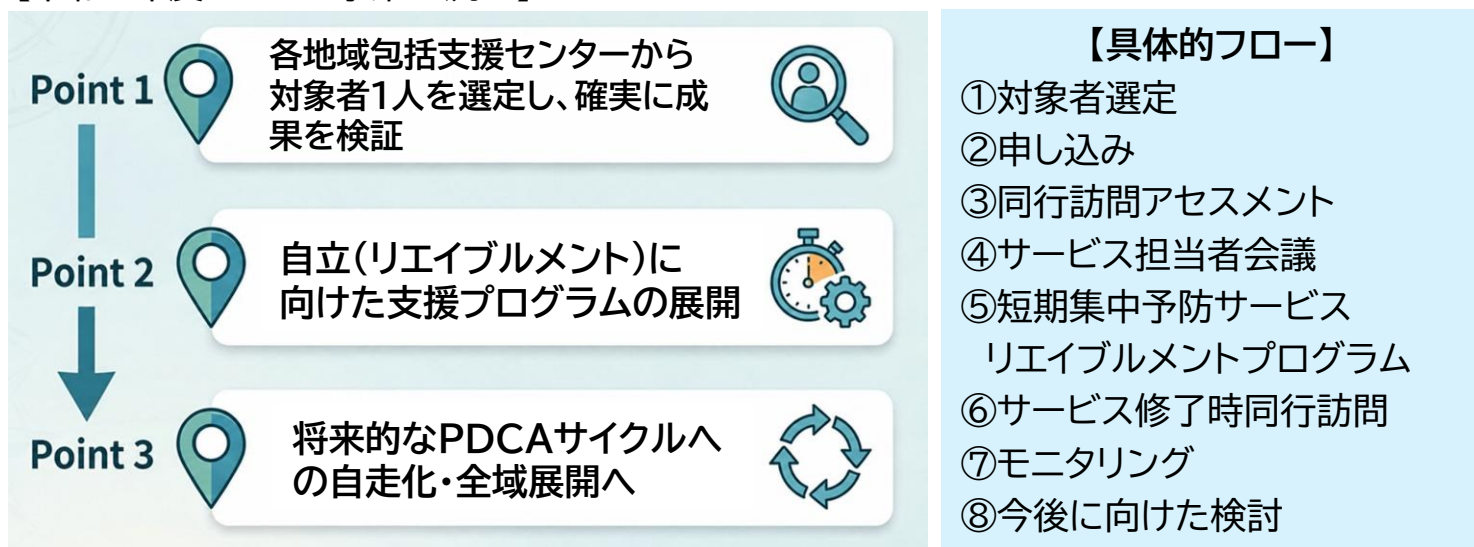
入間市とケアマネジャーの合同研修を開催。

市が考えるリエイブルメントや自立(自律)支援の根本的な考え方を共有。

【観点③】サービス・活動C実施のプロセス・様子

- ◆ 令和8年度からモデル事業実施となる。
- ◆ 地域リハビリテーション活動支援事業を活用したリハ専門職による同行訪問アセスメントを実施。その結果に基づき、訪問リハビリテーションを活用したリエイブルメント型のサービス・活動Cを提供。
- ◆ 令和9年度からのサービス・活動Cの本格導入に向けた試行を実施。実施結果の分析を通じて、より効果的かつ持続可能な事業モデルを構築することを目的とする。

【令和8年度 モデル事業の流れ】



【観点④】サービス・活動C実施後の様子や今後の展望など

【入間市の目指す姿】

一人ひとりの「ありたい姿」を実現する支援

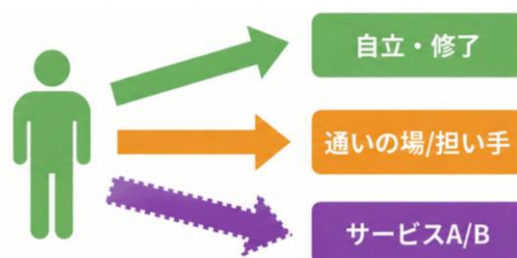
介護サービスを長期的に提供することを目的にするのではなく、生活行為(ADL・IADL)の改善と在宅生活の自立度向上を図るプログラムを設定し、支援の終点を「継続利用」ではなく、「修了」と「地域に移行」することを目指します。

【現状】



「修了のない支援」

【目指す姿】



「一人ひとりの『ありたい姿』を実現する支援」

◆要支援1・2の方限定

令和8年度
モデル事業

3ヶ月後の「なりたい自分」を目指して
プロと始める、元気アップ習慣！

短期集中予防サービス リエイブルメントプログラム



リエイブルメントとは、「再びできるようになる」という意味です。本プログラムは、生活機能が低下した方を対象とした、面談中心の介護予防プログラムです。週1回・3か月の関わりを通じて、元の自立した生活を取り戻すことを目指します！



短期集中予防サービスとは？

あなたの「やりたい！」を叶える 3か月の応援プログラム

住み慣れたこの場所で、これからもずっと元気に暮らしたい。そんな願いを叶えるため、自立（リエイブルメント）に向けた支援プログラムです。このプログラムの目的は、今の生活機能を向上させ、以前のように「元気に、自信を持って過ごせる毎日」を取り戻すこと。「ずっと通い続ける」必要はありません。3か月後には、あなたの願いが叶ってプログラムを「卒業」できるよう、無理なく自分のペースで一緒に歩いていきましょう。

『リエイブルメント』プログラムの効果が高い4つの理由

1 リハビリ専門職による個別面談

あなたの体力や生活状況に合わせて個別プログラムを作成し、自分自身で取り組めるよう支援します。セルフマネジメント能力を高めるため、できないことをサービスで補う支援や特別なマシンの使用は原則行いません。

2 「リエイブルメント」の考え方

リエイブルメントとは「再びできるようになる」という意味です。「できないから介護サービスでやってもらう」のではなく、「自分自身でできることを増やす」ことに重点を置いた支援です。

3 成果が見えるから続けられる

初回・中間・修了時の計3回、体力測定を実施。自分の成長を数値で実感できます。

4 社会参加に向けたサポート

サービス修了後に向けて、自分がしたいことを選択できるよう、社会参加に向けたサポートを行います。

対象者

介護保険サービス（訪問介護・通所介護など）を利用していない、要支援の認定を受けている方

費用

訪問リハビリテーションの自己負担分
（介護保険1割負担の場合、1回40分～60分で640円～960円程度）
なお、訪問リハビリは医師の指示に基づいて提供するサービスです。訪問リハビリ利用にあたり、受診が必要な場合があります。受診や指示書等に必要費用は別途自己負担となります。

わたしたち、ココにかかわっています！



サービス・活動Cの企画・運営を行います。
（入間市高齢者支援課）



対象者の選定、相談支援、ケアプラン作成、サービス利用の調整を行います。（地域包括支援センター）



サービス修了後の社会参加に向けたサポート、通いの場や地域活動とのマッチング、地域資源を紹介しています。
（SC）



専門職としての同行訪問アセスメント、体力測定、リエイブルメント型サービス・活動Cの提供を行います。（理学療法士）

かかわっているひとの声

リハ専門職や地域包括支援センター等の皆様には、準備段階から多大なるご助言とご協力をいただき、深く感謝申し上げます。本事業を通じ、参加者の皆様が自らの力で「再びできるようになる」姿が見られること、そしてその波及効果が地域全体に広がり、自分らしく暮らし続けられる入間市を築いていきます。

（入間市高齢者支援課）



日常生活に困りごとがある方、医療リハビリテーションが終了される方、生活機能改善が必要な方、自立を目指す方等のアセスメントを行い、リハ専門職と連携しながらマネジメントを実施し、目標に向かって動機や意欲を引き出すことに繋げていきたいです。日頃より地域の特性、ニーズを把握し、対象者の持っている能力、自信、意欲に繋がられるような地域の場合作りや発掘に尽力したいと思っています。（地域包括支援センター）

事業を通じて利用者様ができなくて困っている動作をもう一度できるように、目標の方向性や取り組む運動内容を一緒に考え、利用者様やご家族様が前向きな生活を過ごすことができるようにアドバイスや支援ができるように努めてまいります。（理学療法士）



面談の時間を設けることで、利用者様の意識を前向きに変化させ、活動量の増大や意欲向上に繋げていきたいと思います。利用者様のセルフマネジメント力向上により、目標を達成し、いきいきとした生活を送れるように支援していきたいと思います。（理学療法士）

「その人らしく、地域で元気に生活する」ことを目指し、「その人らしさとは何か」「どうしたら出来るようになるか」を利用者様と一緒に考え、実践していきたいと思います。（作業療法士）



人は誰かと繋がりを持つことでより良い生活を送ることができると思います。その人となり、大切にしてきたものを見つめながら、「会話」する力、「食」を支える力に注目し、支援ができたかと考えています。（言語聴覚士）

さいたま市

Point

一緒に「歩く・出かける・作業する」まさに「伴走支援」。
セルフマネジメントシートを「自分の手で書く」ことで、目標を明確化。
閉じこもりを改善して、やりたいこと・必要な活動を自分で取り戻す、
リエイブルメントサービスのトライアル。

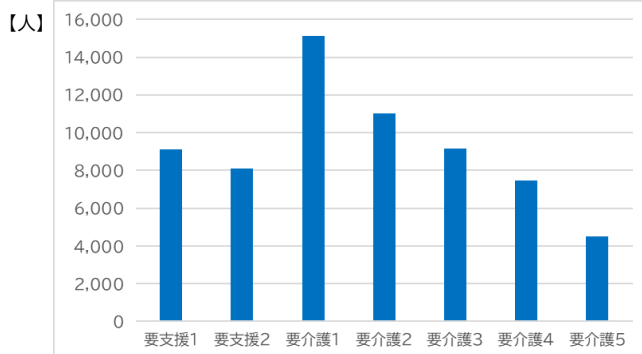
◆ 自治体の状況

総人口	1,361,025
高齢者数	319,060
要介護認定者数	64,534
高齢化率	23.4%

※数値出典は以下の通り

総人口、高齢者人口、高齢化率：さいたま市ホームページ（R8.7現在）
要介護認定者数：厚生労働省介護保険事業状況報告暫定版（R8.4現在）

◆ 要介護認定者の内訳



図：要介護認定者：厚生労働省介護保険事業状況報告（R8.4現在）より作成

【観点①】 サービス・活動Cを始めた・見直したきっかけ・背景

- ◆ 大都市圏・三大都市圏の都市部と比較しても軽度者の割合が高いさいたま市。市には、生活機能の改善を図る支援が必要だった。
- ◆ 8期計画時に通所型サービスCのモデル事業を試みた。一定の成果を得たものの、全市展開としては規模が大きく、機動力・きめ細やかさを欠いた。
- ◆ 屋内ADLが自立でも屋外活動が低下し閉じこもりになっている課題が多く、生活機能の改善に併せて閉じこもりの改善を求められていた。

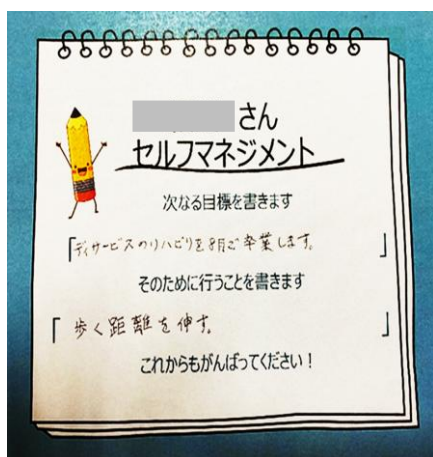
⇒ 閉じこもり及び生活機能の改善を図る目的で、サービス・活動Cを実施。

【観点②】 サービス・活動Cの開始・見直し当初に行ったこと

- ◆ 通所型サービス・活動C担当のリハ専門職から、成果と課題を聞き取り。
- ◆ 上記を、市担当者が抱える、地域包括支援センターや市が考える課題と合わせて共有。
- ◆ 担当区を選定した後に、地域包括支援センター センター長、区、市の担当者がじっくり話し合った。
- ◆ 地域包括支援センターへ直接伺い、各担当者としリハ専門職が事前情報を共有。同行訪問の日程を調整した。

【観点③】 サービス・活動C実施のプロセス・様子

- ◆ 週1回、合計の訪問回数は参加者によって異なるが3か月間前後の訪問を実施。
- ◆ 開始前に、地域包括支援センター(ケアマネジャー)と同行訪問を実施。
- ◆ リハ専門職によるアセスメントと目標設定・合意形成を行う。
- ◆ 開始以降、セルフマネジメントツールを用いて、自身が目指す目標を自身の言葉で書いてもらい、それに向けた行動目標を一緒に設定。訪問日以外の日をどう過ごすか・過ごしていたのかを訪問時に面談しながら生活の様子を確認。
- ◆ 目標に向けて、生活場面での練習・実践、ご家族との協働などを実施する。



【自身の想いを言語化】



【課題と対策を明確化】



【アセスメント】



【動画の利活用】



【桜の名所まで歩く】



【目的地まで「一緒に実践」】

【観点④】 サービス・活動C実施後の様子や今後の展望など

- ◆ 自主グループへの参加を開始した。
- ◆ 疾病も改善しつつあり、以前より活気が出てきた。
- ◆ 市はモデル事業の継続を決定し、本格実施も視野に入れ始めた。
- ◆ 地域ケア会議でもサービス・活動Cの効果が話題になり始めた。

実施後の関係者の声

外出時に道路で転倒したことを機に筋力低下を感じられ運動型デイサービスを利用調整中の方でした。同時期にこのサービスのお話があり提案しました。

開始当初は緊張の様子でしたが、転んだ場所を見に行くことから始まり、以前は近所の公園を散歩していましたが行けなくなってしまったので「公園を散歩したい」を目標に意欲的に取り組まれていました。開始時は歩行中のバランスや姿勢の補正をさりげなく指導いただきながら、何度も休憩し少しずつ距離を延ばしていたと伺っています。最終日は一緒に参加させていただきました。理学療法士からの休憩の促しもそこそこに歩いていました。歩く速度が速くなり、散歩している方に声をかけたり、植物を観察したりする余裕も見受けられました。

通所サービスでの運動と、理学療法士からの指導のもと、実際に屋外歩行が行うことができ成果を感じられたことが、歩行に対する自信となり、意欲に繋がったのだと感じました。（地域包括支援センター担当者）

わたしたち、ココにかかわっています！



施策立案と予算化に加えて、リハ専門職と同行訪問を行っています。（さいたま市担当課職員）



地域包括支援センタースタッフに幅広くケース選択を行ってもらい、事業理解を深めています。（地域包括支援センター センター長）



地域包括支援センターの保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員と職種関係なく参加、同行訪問を実施しています。（地域包括支援センター担当者）



ケアマネジメントシートを通じて、意欲を高めるための支援を実施しています。（理学療法士）

かかわっているひとの声

同行する中で、専門職による丁寧なアセスメントと、ご本人の生活に寄り添った支援が印象的でした。セルフマネジメントを通じて気持ちや行動に前向きな変化が見られ、回を重ねるごとに自信や外出への意欲が高まっていく様子が伺えました。生活の中での小さな達成の積み重ねが、改善に繋がっていると感じられました。

（さいたま市担当課職員）



退院後や廃用症候群による機能低下がある方が、このサービスを利用することはとても良いように感じられます。ただ、意欲がないと効果が実感しづらかったり、訪問されるのを嫌がる方もいらっしゃるので、どの程度希望が出るかがポイントだと思います。

（地域包括支援センター センター長）

前向きで意欲のある方だったので、自立のために一緒に活動したり、助言を受けたことが本人にはとても良かったようです。事業として希望があるときにはいつでも申し込めるといった形であると、利用しやすいように感じました。（地域包括支援センター）



毎日の記録が大変そうではありましたが、後から見返すと記録があることで本人の状態の変化がわかり、客観的な評価ができたのではないかと思います。伴走してもらい、今の状態を説明してもらったり、励ましてもらいながら一緒に歩いてもらえたお陰で歩行距離を伸ばすことができた満足度が高かったです。

（地域包括支援センター）

リハ専門職の特徴である「手」を使った練習は、時に依存関係を作ってしまう、かえって自立を妨げます。「後ろを手をまわした支援」がこんなにも人を動かすことに驚きました。また、そのケースを選定した地域包括支援センターの皆さんに対してリスペクトしかありません。（理学療法士）



サービス・活動Cの背景

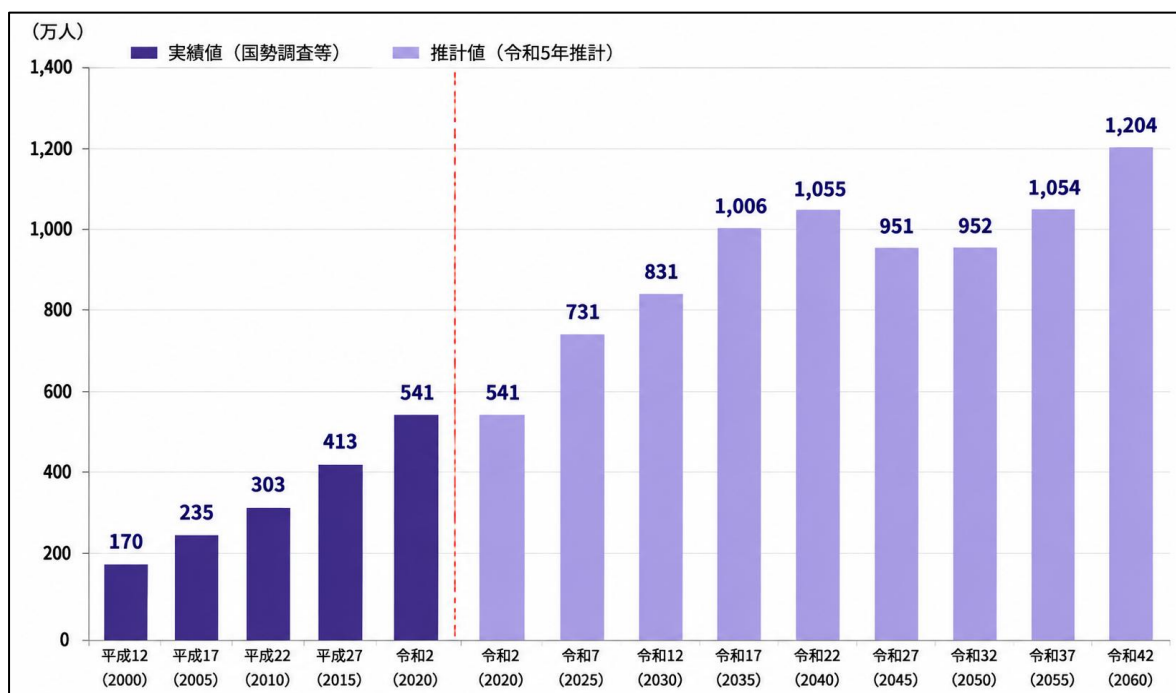
1 なぜ総合事業が必要なのか

要介護リスクが高くなってくる後期高齢者（75歳以上）人口は2025年まで増加し続け、特に85歳以上の人口については2040年まで増加し続けると予測されています（図1）。一方で、生産年齢人口（15-64歳）は継続的に減少し、そのギャップは拡大し続けると予測されています（図2）。世帯別にみると、単身の高齢者世帯が増加し、各地域ごとに求められる生活支援のニーズは多様化しています。

在宅介護のニーズが増加する中で、それに応える支援者の数は、要支援・要介護者の増加に対応できる範疇を越えつつあります。厚生労働省によると、2040年度に必要な介護職員数が新たに約57万人必要とされています。このような社会情勢に対応するため、高齢者の心身・生活機能の重度化を防ぎ、可能な限り早い段階で対応することが重要です。

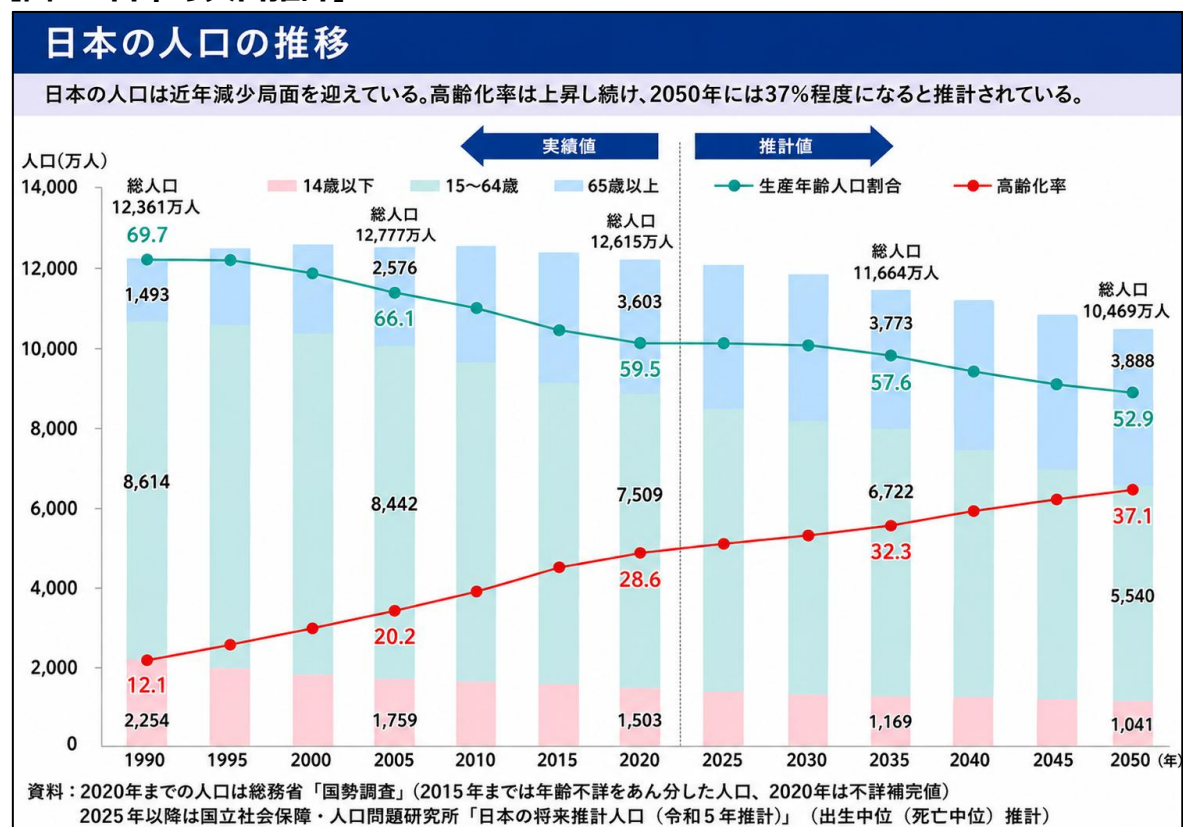
これらの背景から、市町村が主体となって「介護予防」活動に柔軟に取り組むことができるよう、総合事業を深化・推進していくことが求められています。

【図1 85歳以上の人口推移】



図：2020年までは総務省「国勢調査」、2025年は総務省「人口推計」
 2030年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計）」出生中位・
 死亡中位推計・85～94歳＋95歳以上の合計より作成

【図2 日本の人口推計】



出典：令和7年版厚生労働白書

2 埼玉県の高齢者を取り巻く現状

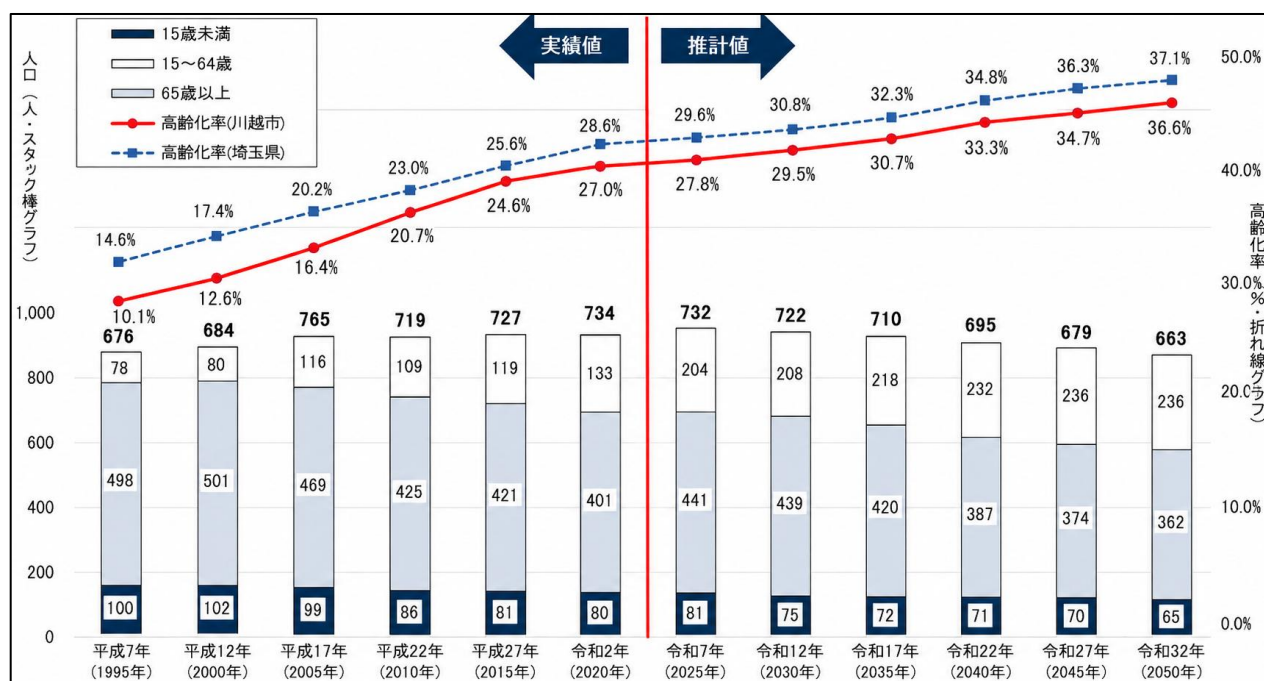
埼玉県の人口と要介護認定率

埼玉県の人口は、2026年3月現在で約730万人いますが、今後減少していくことが予想されています（図3）。

令和7年の推計値では、65歳以上の高齢者は過去最高の200万人を超え、高齢化率は27.8%です（図4）。

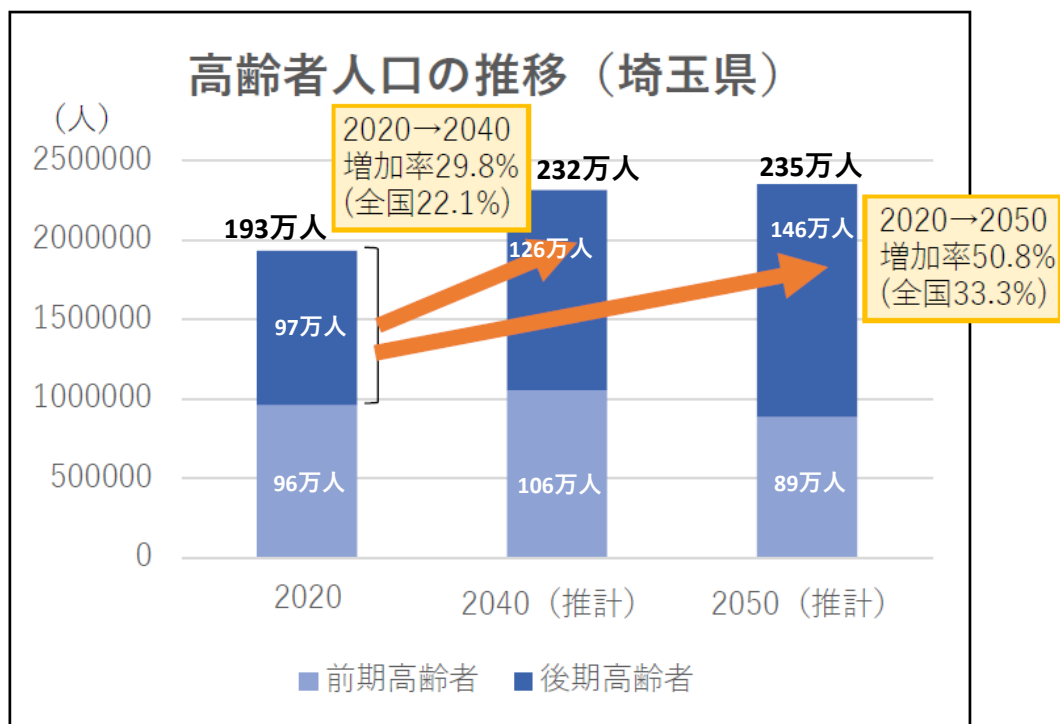
国の報告によると、暫定でも全約38万人の要介護認定者のうち、要支援1・2がそれぞれ約5万人、要介護1が約9万人います（図5）。加齢と共に要介護認定率は高まり、中でも要支援1・2の増加率が高いことがわかっています（図6・7）。総合事業対象者や基本チェックリスト該当者の増加が著しい状況です。

【図3 埼玉県の人口推計】



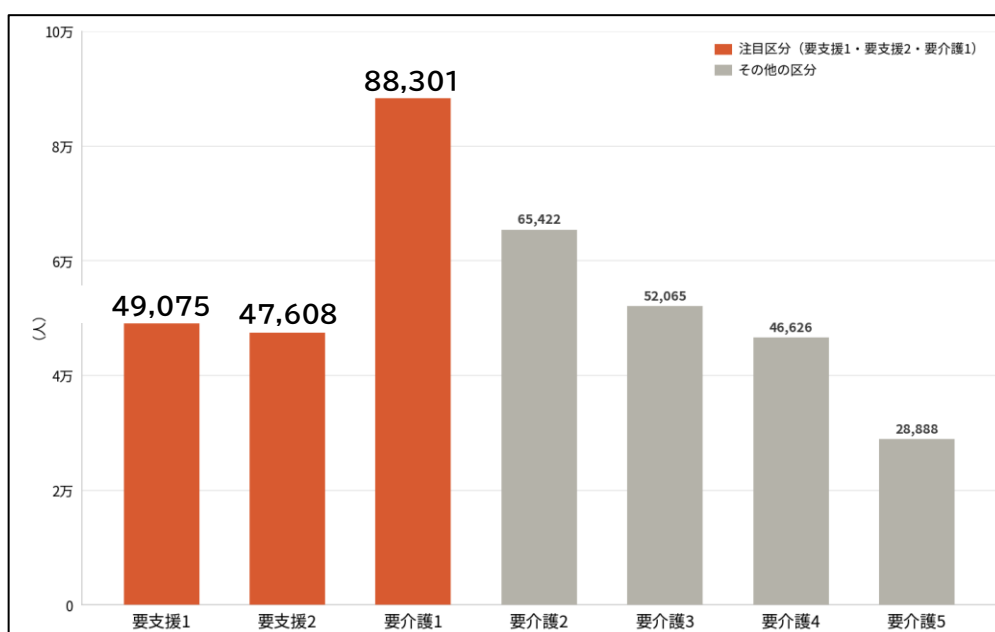
出典：総務省統計局 国勢調査（H7～R2）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」

【図4 埼玉県の高齢者人口推移】



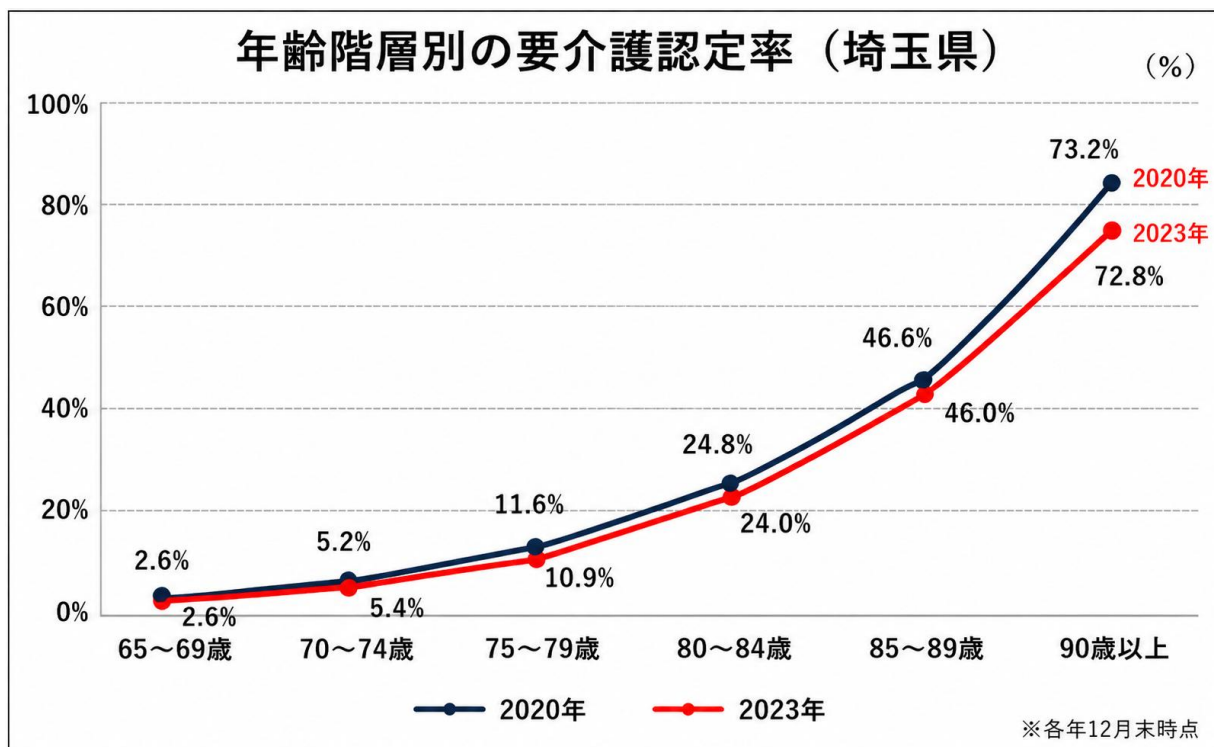
出典：令和7年度埼玉県地域包括ケアシステム実践者向け研修（介護予防実践研修）
全体研修会 埼玉県資料（一部修正）

【図5 埼玉県の要介護認定者数】

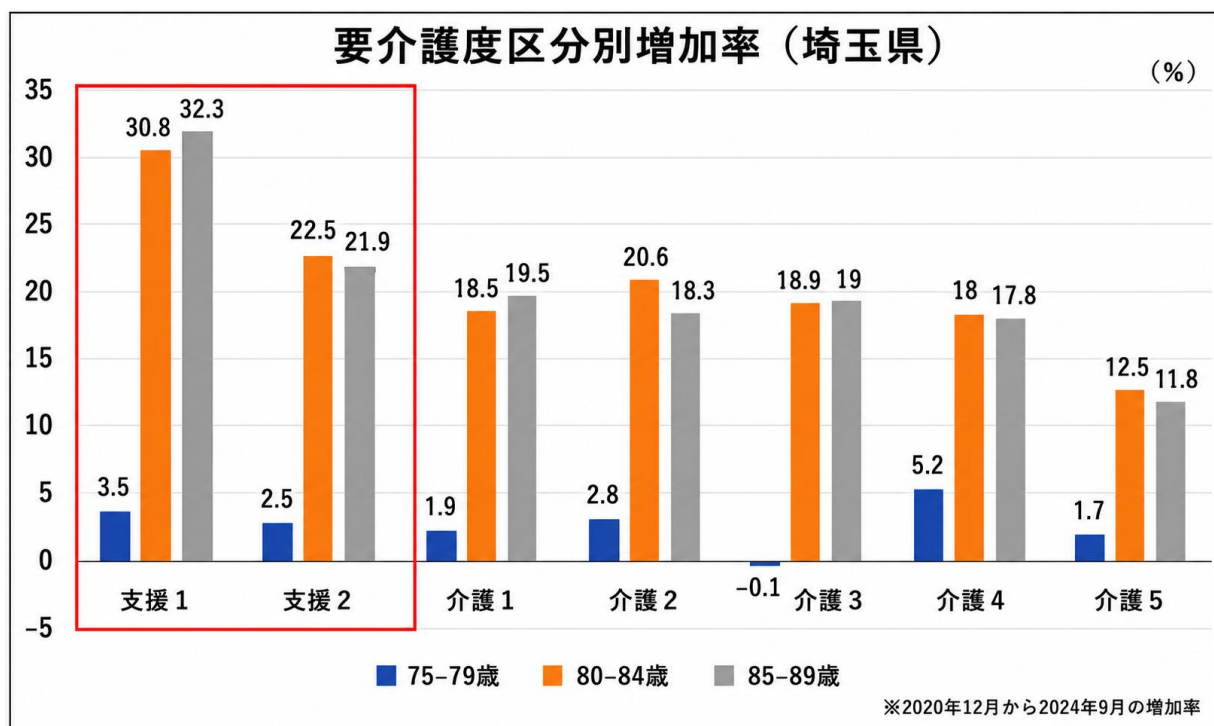


図：厚生労働省介護保険事業報告 令和8年2分（暫定版）より作成

【図6 埼玉県における年齢階層別要介護認定率】



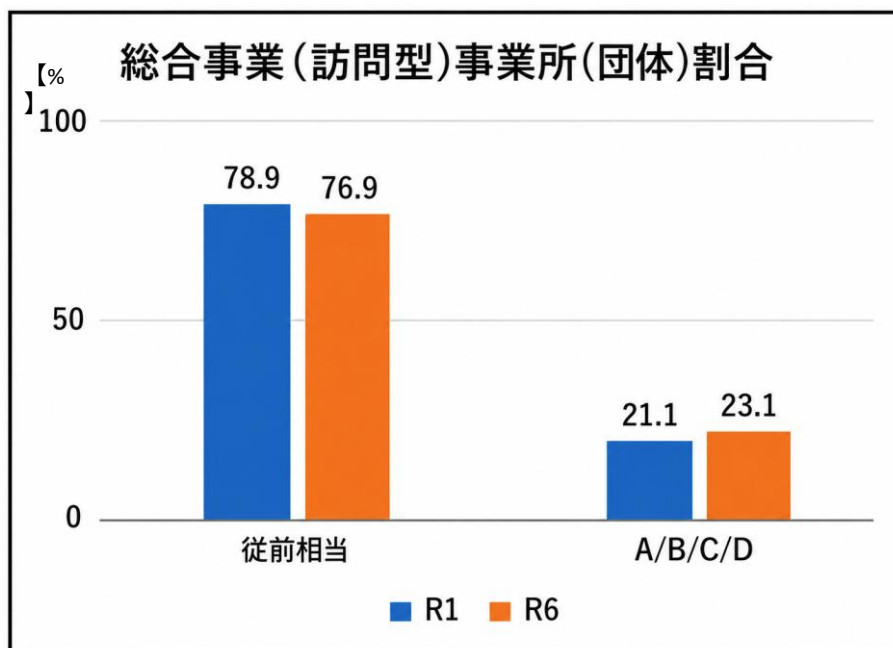
【図7 埼玉県における要介護度区分別増加率】



埼玉県における総合事業の状況

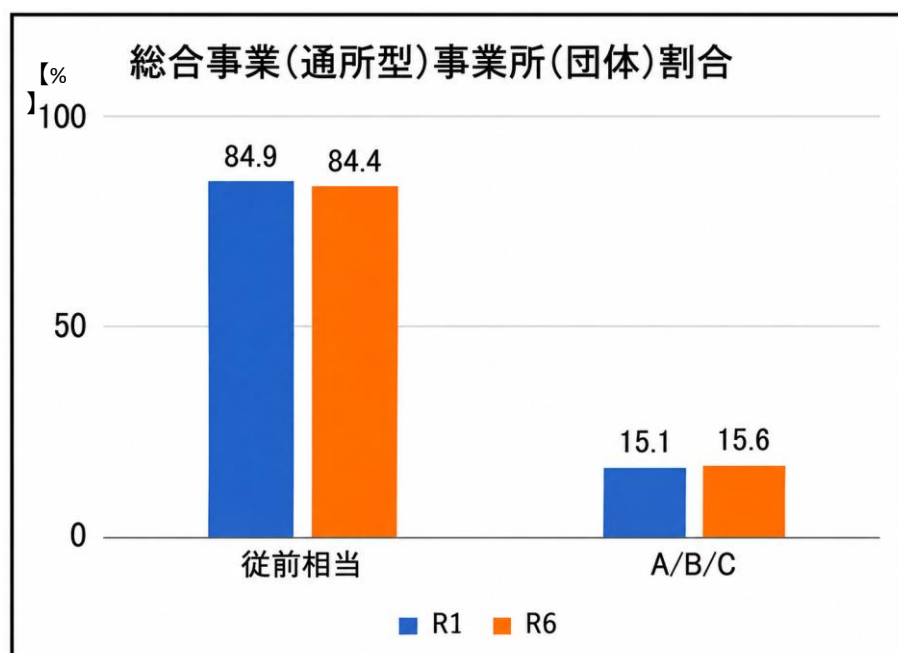
埼玉県における介護予防・総合事業の実施状況は、サービス活動 A・B・C・D の整備が進んできているものの、従前相当サービスが中心の状況が続いています（図8・図9）。

【図8 埼玉県における総合事業（訪問型）事業所（団体）割合】



出典：令和7年度埼玉県地域包括ケアシステム実践者向け研修（介護予防実践研修） 全体研修会 埼玉県資料

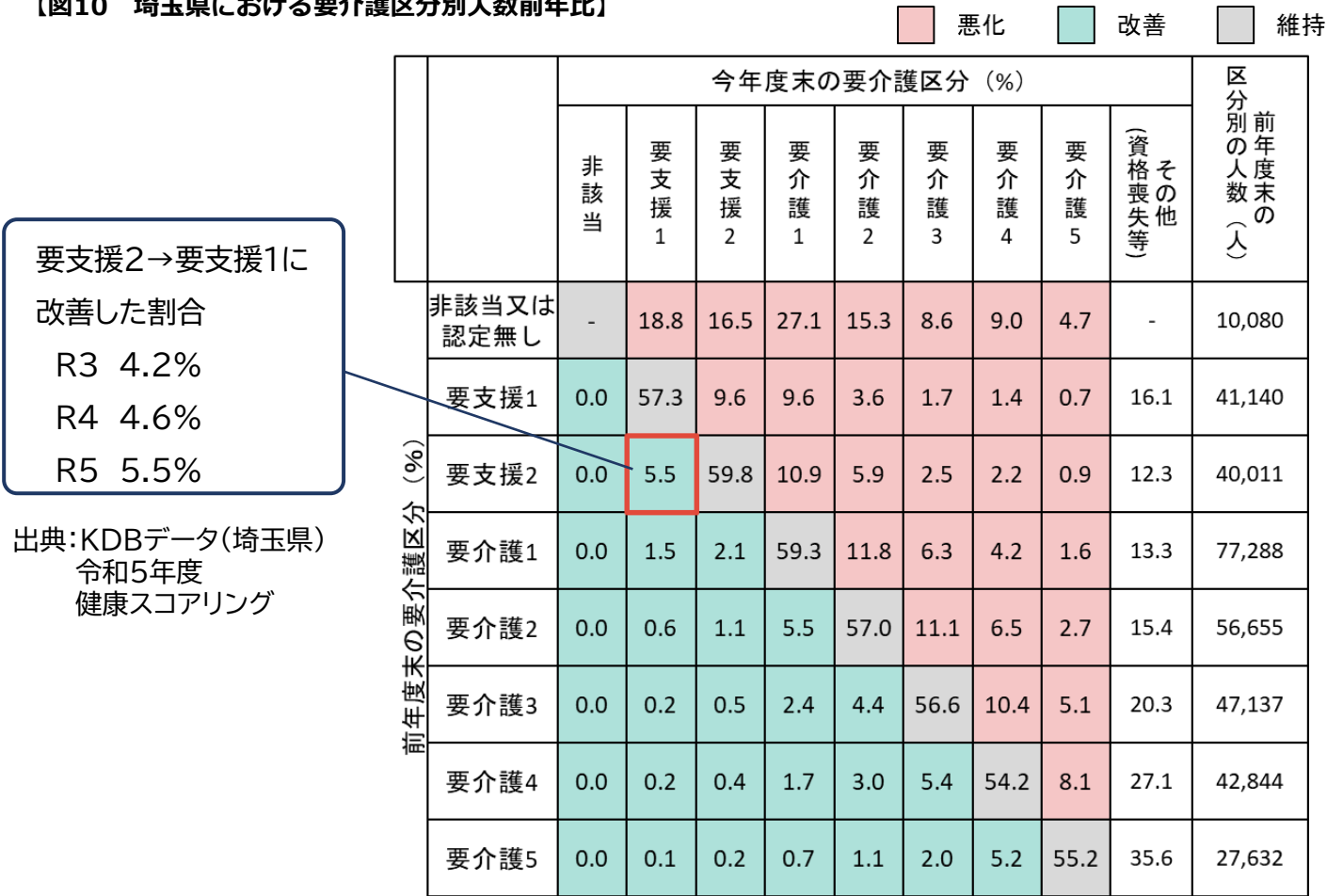
【図9 埼玉県における総合事業（通所型）事業所（団体）割合】



出典：令和7年度埼玉県地域包括ケアシステム実践者向け研修（介護予防実践研修） 全体研修会 埼玉県資料

また、総合事業対象者の改善率は微増しているものの、要支援2の方が1年後に要支援1になった（改善した）割合は、全体の5.5%と低い状況です（図10）。

【図10 埼玉県における要介護区分別人数前年比】



出典：令和7年度埼玉県地域包括ケアシステム実践者向け研修（介護予防実践研修）全体研修会 埼玉県資料（一部修正）

COLUMN

従前相当サービスとは？

2000年に介護保険制度が開始されて以降、介護保険サービスの利用者が年々増加し、財政面の圧迫や支援のあり方が問題視されました。そこで、2015年の介護保険法の改正で、介護保険制度の枠組みで専門職が対応してきた介護予防訪問介護・介護予防通所介護は、各市町村が地域の実情に応じて、基準・内容・報酬を決めて実施する介護予防・日常生活支援総合事業に移行されました。

一方、総合事業に移行する前と同じ基準・内容・報酬で提供されるサービスを従前相当サービスと言います。

介護予防・日常生活支援総合事業の種類



サービス・活動A

多様な主体によるサービス・活動

対象者

要支援者、事業対象者、継続利用要介護者

内容(訪問型)

- ・ 高齢者が担い手となって活動することができる活動
- ・ 介護予防のための住民など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、買い物など一部の支援を行う活動
* 市町村の判断により、老計10号の範囲を超えてサービス・活動を行うことも可能
- ・ 通院・買い物などの移動支援や移送前後の生活支援(原則としてB型・D型での実施を想定)

内容(通所型)

- ・ 高齢者が担い手となって活動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など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、食事などを支援する活動など

支援の提供者 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



サービス・活動B

住民主体によるサービス・活動

対象者

要支援者、事業対象者、継続利用要介護者、対象者以外の地域住民

内容(訪問型)

サービス・活動Aと同様

内容(通所型)

サービス・活動Aと同様

支援の提供者 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



サービス・活動C

短期集中予防サービス

対象者

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・自立支援の効果が増大すると認められる者

内容(訪問・通所型)

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

支援の提供者 保健医療専門職(保健師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・管理栄養士・歯科衛生士など)



サービス・活動D

住民主体によるサービス・活動

対象者

要支援者、事業対象者、継続利用要介護者、対象者以外の地域住民

内容(訪問型のみ)

サービス・活動AおよびBと同様

支援の提供者 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

出典：令和6年度地域支援事業実施要綱等の改正点について、「市町村向け介護予防ケアマネジメントを効果的に推進するための手引き」について
(令和6年8月5日 厚生労働省)

第

4

章

市町資料

1 日高市

【がんばったシート:実施中】

9週目の活動の記録

よくできた◎ できた○ 少し△ できなかった×

月日	チャレンジ			ひとこと
	(1)	(2)	(3)	
4/28	○	○	○	相変わらずマンネリです。少しづつできることを覚えていきます。
4/29	○	○	○	昨日は農作業から帰ってバスタブに浸りました。リハビリをして顔色もよくなりました。
4/30	○	○	○	昨日は、家族との会話を楽しみました。元気な声で話していました。
5/1	○	○	○	今日の5月です。あいた4週です。レッスンの練習がありました。ぜひ取り組むことが大切です。
5/2	○	○	○	昨日と違って 今日とはちがう日です。気持ち良い1日です。
5/3	○	○	○	少し涼しいですね。私は暑がりな手なので、ちびどきです。
5/4	○	○	○	昨日、高2の孫のバレーボールの試合を観ました。うれしかったです。これからは楽しみです。

チャレンジの達成度

自己評価	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10
スタッフ評価	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10

コメント

とても良い食生活を送っています！
 体重管理をこれから意識しましょう
 栄養指導の内容をきちんと理解し、実践することが大切です。
 運動指導も頑張って、次はステップアップの段階です。
 次の目標に向かって頑張ってください。

出欠印欄

10週目の活動の記録

よくできた◎ できた○ 少し△ できなかった×

月日	チャレンジ			ひとこと
	(1)	(2)	(3)	
5/5	○	○	○	昨日のリハビリが、自分のペースで進められました。あつという感じがしました。
5/6	○	○	○	昨日、お昼に友達とリハビリの時間を一緒に過ごしました。ファイトのスタンバイができてきました。うれしかったです。
5/7	○	○	○	朝からリハビリと食事まで、自分のペースで進めています。スリッパと靴の着脱に慣れました。
5/8	○	○	○	一週間で一番長い1週間が過ぎました。疲れを感じていますが、頑張っています。
5/9	○	○	○	今日は、農作業の収穫の日です。おかげさまで、たくさん収穫できました。お家に届きます。
5/10	○	○	○	昨日、1日お休みの日でしたが、お風呂に入りました。疲れがとれました。おやすみです。
5/11	○	○	○	いよいよ明日はリハビリが終了します。5月と心算です。

チャレンジの達成度

自己評価	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10
スタッフ評価	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10

コメント

3か月 お疲れ様でした。
 毎日 コツコツ続けられ大変
 すばらしく感じます。

出欠印欄

【がんばったシート:修了時】

3ヶ月を振り返って

良くなったと感じたこと

あつという間の3ヶ月でした。マシンには、慣れませんでしたね。
少しは、体力がついた様な気がします。教えて頂いたリハビリを、続けて行きたいと思っています。



これからのこと

今後も続けていくこと

少しでも歩数を増やす様に言われました。
自信を持って生活して行こうと思っています。



チャレンジ・ステップアップしてみたいこと

バスに乗って、出かける事ができるようになりました。
私にとっては大きなチャレンジです。無理をしないでできる事を、ゆっくりやて行こうと思っています。



担当スタッフからのコメント

当初目標にしていた「バスに乗れるくらいになりたい」を見事に達成されました！
元気な頃の...さんをたくさん覚えてもらえようように、バスに乗って活動範囲を広げたり、コーラスを楽しんでください！



【活動としてのカラオケ】



【参加者同士の互助】



【これからゲーム】



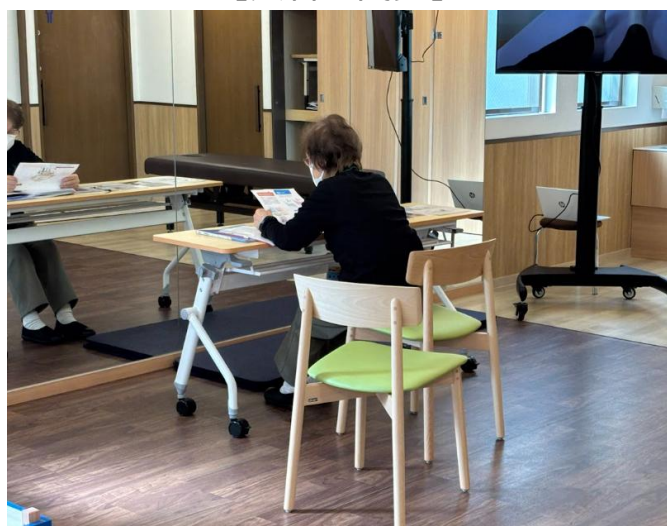
【これからゲーム実施の様子】



【栄養プログラム】



【資料を閲覧】



【準備運動】



【集団での運動】



【動画視聴しながらの運動】



【面談：パーソナルタイム】



【ミニ講義】



【修了式】



2 嵐山町

【生活支援コーディネーターからの提案】

提案1 町の一般介護予防事業に参加しませんか

らんらんフィット
毎週水曜日 全12回 (10/1~12/17)
10:15~12:00
ふれあい交流センターにて

「身体の中から見える」をテーマに理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が、肢體チェック、脳トレ、姿勢チェック(歩容)・上半身・下半身ストレッチなどを行います。

「ふれあいの会」 ストレッチやお口のほぐし、レクリエーションを通して仲間づくりの会です。

月1回 木曜午後
健康増進センターにて

送迎が...
あー!

提案2 コバトンALK00マイレージをはじめてみませんか

埼玉県で運用している取り組みで、スマホをお持ちでしたら簡単に参加できます。

毎日の記録が残せたり、散歩ルートの提案ができたり、ポイントを集めると抽選に参加できたりもします。

どんなルートを使いたり、今日ほどのくらい歩いたかわかると楽しいですよ。

提案3 水彩画を活かしませんか

●●さんの水彩画、とても素晴らしくて感動しました!

今までに描いた水彩画をたくさんの人にってもらいたいです

例えば...
・毎月社協に持って来て下さい!
・社協に展示していただくと、お友達に見てもらえます。
・書き溜めた素晴らしい作品をたくさんお持ちなので、個展を開くこともいかがでしょう。

これだけの額をお持ちの さん、画材も簡単に揃うものもいろいろあります。...素人のアドバイスでは申し送れないのですが、ぜひまた描いていただきたいと思います!

水彩画を楽しむ会
ふれあい交流センターにて
月1回水曜午後

提案4 いつものお散歩コースにぜひプラスして...

社会福祉協議会で気軽に参加できる体操等を行っています。

なごみサロン
水曜日 10:00~11:00
簡単な体操やレクリエーションをやっています。申し込み不要でお気軽にご参加いただけます。

さくらの会
木曜日 10:00~12:00
おもちゃを使った体操やストレッチなど、自主グループの先生を中心に活動されています。「どなたでも大歓迎!」だそうです。

朝の体操
月・水・金 8:30~
北国の春 月曜日の朝 ラジオ体操第一 社協前にて 祝日・雨天中止

カフェ童音舞 カフェでお茶やお食事ができる他、音楽会等も開催されているようです。 10:00~16:00 定休日 日曜日・火曜日

【アセスメントシート】

嵐山町 「らん活チャレンジ！」 アセスメントシート

記入日 年 月 日 担当・記入者（職種）： （理学療法士）

ふりがな		生年月日	
氏名	様	世帯構成	☐ 一人暮らし ☐ 高齢者のみ ☐ その他：
住所			電話
●ご本人の希望		●ご家族の状況・意向	

I. ご本人の困っていること、現在の生活習慣・活動

--	--

II. 健康状態

1	からだ	痛み	☐ あり：	☐ なし
		しびれ	☐ あり：	☐ なし
2	栄養	量	☐ 多い：	☐ 適量 ☐ 不足：
		内容	☐ 偏りあり	☐ 偏りなし ☐ その他：
		水分摂取	☐ 適量 ☐ 不足	約（ ）ml/日
3	口腔	咀嚼・嚥下	☐ 噛みにくい ☐ のみごみにくい	☐ むせる ☐ 問題なし
		乾燥	☐ あり ☐ なし	
		義歯	☐ あり	総入れ歯（ ☐ 上 / ☐ 下）・部分入れ歯（ ☐ 上 / ☐ 下 ☐ なし
		1日1回以上の歯磨き	☐ している ☐ していない	
		歯科受診	☐ している（ ）ヶ月/回	☐ していない
4	嗜好	喫煙	☐ あり（ ）本/日	☐ なし
		飲酒	☐ あり（ ）日/週：（ ）を（ ）ml・合	☐ なし
5	トイレが間に合わず、失敗することはありますか		☐ はい（ ☐ パット ☐ リパンツ ☐ 失禁パンツ ☐ なし） ☐ いいえ	
	排尿	昼間 回 / 夜間 回	利尿剤服用	☐ あり ☐ なし
	排便	日に1回	下剤服用	☐ あり ☐ なし
6	眠れなくなること／睡眠薬の内服		☐ あり（ ）回/週 使用：（ ） ☐ なし	

III. 認知やうつ ※今までと変わった様子、あてはまるもの

エピソード等

1 ☐ いつも「あれがない」「これがない」と探している	5 ☐ 味付けを間違ってしまう	
2 ☐ 約束の時間や場所を間違える	6 ☐ リモコンや携帯電話の操作がわからない	
3 ☐ 部屋が片付かなくなってきた	7 ☐ 化粧や服装、入浴することになんか着になってきた	
4 ☐ 同じ食材がたくさんある	8 ☐ 「忘れた」ことがわからないことがある	

IV. ADL

用具や工夫、理由や状態

1	起き上がるときの支え	☐ あり ☐ なし	
2	立ち上がるときの支え	☐ あり ☐ なし	
3	歩行時の支え	屋内 ☐ あり ☐ なし	
		屋外（15分） ☐ あり ☐ なし	
4	一人で洗身していますか	☐ している ☐ していない	
5	一人で浴槽をまたぐこと	☐ している ☐ していない	
6	運動について医師からの制限	☐ あり ☐ なし	
7	ほか、医師からの注意	☐ あり ☐ なし	

V. 日常生活について (IADL)		本人がしていること	本人がしていない場合の実施者
1	炊事	☐ 炊飯 ☐ 耐げな食事の用意 ☐ ガス（IH）調理器使用 ☐ 温め ☐ 配膳 ☐ 下膳 ☐ 食器洗い	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 他 （ ）
2	掃除	☐ 自室のみ ☐ トイレ ☐ 風呂場 ☐ その他 （ ） ☐ 掃除機 ☐ モップ	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 他 （ ）
3	洗濯	☐ 洗濯機の操作 ☐ 洗濯物を干す ☐ 取り込む ☐ たたむ ☐ 整理する	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 他 （ ）
4	ごみ出し	☐ 分別する ☐ まとめる ☐ 集積所まで運ぶ（全部 ☐ 一部）	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 他 （ ）
5	買い物	☐ 買うものを決める ☐ 注文配達 ☐ 荷物を持って帰る ☐ 荷物は配達便を利用する	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 他 （ ）
6	金銭管理	☐ 全て管理 ☐ こづかい程度のみ管理 ☐ 銀行に行く／出入金	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 他 （ ）
7	薬の管理	☐ 自己管理（ ☐ 分包 ☐ 一包） ☐ 拒否 ☐ 飲み忘れ（ ☐ あり / ☐ なし） ☐ 声かけ必要	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 他 （ ）
8	通院・買い物・ 外出の手段と 外出先	☐ バス 最寄りバス停：（家から 分） ☐ 電車 最寄り駅： ☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☐ バイク ☐ 車運転 ☐ タクシー ☐ その他： ☐ 家族等送迎 頻度：回/月程度 主な外出先：	
VI. 社会生活・環境			
1	何かしらの役割がありますか 家庭内： 地域：		
2	現在、地域で参加しているものはありますか	☐ はい：	☐ いいえ
	また、以前参加していたものはありますか	☐ はい：	☐ いいえ
3	再開したいこと やってみたい ことはありますか	☐ はい： 興味関心チェックシートの上位3項目： どのように行いたいのか：	
4	困ったときに助けてくれる人はいますか ☐ はい：		☐ いいえ
	家族との交流状況： 近隣、知人、友人との交流状況：		
5	自宅や周囲の環境で不自由・不安に感じるところ： ☐ 玄関 ☐ 廊下 ☐ 台所 ☐ 屋内階段や段差 ☐ 物干場 ☐ トイレ ☐ 簀干場 ☐ 敷地内階段や段差 ☐ 周囲の急坂 ☐ バス停や駅が遠い ☐ 買い物できる場所がない ☐ 集会所や公民館が遠い ☐ その他：環境で困ることはない。		
VII. その他			
1	3ヶ月後、ご自身はどのようになりたいですか		
2	自分のためにしていること、心がけていること ☐ あり：		☐ なし
VIII. 支援方針（助言したこと、自立した生活に向けて重点的に応援するポイントなど）			
提案事業 ☐ らん活チャレンジ！ ☐ 訪問C（栄養） ☐ その他：			

3 吉見町

【吉見町社会福祉協議会発行「よしみ社協だより」の中のサービス・活動C利用者の記事】
→実際に元気になった方の生の声を共有

あれおいネットワーク

よしみ社協だより

第93号
令和5年11月1日発行
発行・編集 社会福祉法人 吉見町社会福祉協議会
吉見町大字下町8121番地1 (吉見町社会福祉協議会内)
TEL 044-522-5555 FAX 044-522-5555
https://www.shakyo.or.jp/hp/576/
QRコード (印刷用) (写真用)

～ご長寿おめでとう～

吉見町敬老会祝

元気なお姿にお会いできました！

～おま内容～

P2 敬老会報告、共同募金のお知らせ P6 いまいるXmas会
P3 社会福祉協議会、歳末福引金のお知らせ P7 介護保険事務科から「ほっと介護」
P4 小規模福祉活動、サロン、子どもの居場所 P8 介護保険 P9
P5 ボランティア体験プログラム報告 他

ささえ愛 たすけ愛 つながる愛を推進します

この社協だよりは、共同募金の配分金を受けて発行しています。

ほっと介護

げんきまもり隊

今回のお達者さん

「げんきまもり隊」に通所するきっかけとなったのは、近所のお茶の会の方から配食サービスを始められた時、町の職員さんがこの教室のことを教えてくれたことでした。膝の痛みがあり、はじめは運動することが不安でした。スタッフの方に丁寧に運動を教えてもらい、他の利用者と一緒に行動することができるようになりました。自宅での宿題にも取り組み、自分で買い物に行けるまで元気になってきたので、自信につながったと思います。これからも健康を保ち、悠友館や荒川荘などに通いたいと思います。

安達 和子さん (写真左)

★提供日・・・火、金 週2回 (休業日あり)
★提供時間・・・13:00～15:30
★提供場所・・・吉見町介護予防施設 悠友館
★ご利用になれる方・・・吉見町在住、介護保険の事業対象者、要支援1・2に該当する方
※希望者には、送迎サービスを提供しています。

※ご希望される方は、吉見町地域包括支援センター (☎53-0370) へご相談ください。

スタッフのケア会議の様子

有酸素運動で健康維持

よしみ社協だより

第95号
令和5年7月1日発行
発行・編集 社会福祉法人 吉見町社会福祉協議会

お散歩しながらお買い物
移動販売で“また来週”

社会福祉協議会では移動販売を通じて“地域で顔の見える関係づくり”を推進しています。販売場所に近所の方々や高齢者が集まり、お茶会や勉強会等、交流の拠点となるよう町や移動販売事業者 (ウエルシア薬局) と連携しています。

ほっと介護

げんきまもり隊

今月のお達者さん

私は、昨年の秋に脳梗塞を患いました。その後、膝の痛みに苦しみ、生活に不自由を感じていました。その時に教室への参加を勧められ、最初は不安が先でしたが、指導員の方の優しい声がけに助けられて、筋トレ、ストレッチ、徐々になじみ、不安は消えていきました。休憩時間のみなさんとの生活談話もあり、あっという間の6か月でした。また、送迎の方々の細かい気配りには感謝でいっぱいです。これからはこの調子が戻らないように家で努力していきたいと思っています。ありがとうございました。

宮倉 志津さん (写真左)

町の保健師さんから一言！

年齢を重ねていくと、筋力や体力は徐々に低下していきます。今までできていたことができなくなってしまった…楽しんでいたことが楽しめなくなってしまった…ということはありませんか。げんきまもり隊は、日常生活の大変さや困りが増えてきた、と感じるようになった方お一人おひとりが、自分に合った運動習慣を身に付けて、筋力や体力、さらに活力を取り戻していただくための教室です。体力に自信がない方でも無理なく続けていただけるプログラムとなっています。

保健師 小野 彩香さん (写真右)

※ご興味ご希望のある方は、吉見町地域包括支援センター (☎53-0370) へご相談ください。

～ご利用案内～

★提供日・・・火、金 週2回 (休業日あり)
★提供時間・・・13:00～15:30
★提供場所・・・吉見町介護予防施設 悠友館
★ご利用になれる方・・・吉見町在住、介護保険の事業対象者、要支援1・2に該当する方
※希望者には、送迎サービスを提供しています。

卒業後相談会の様子

体幹運動の様子

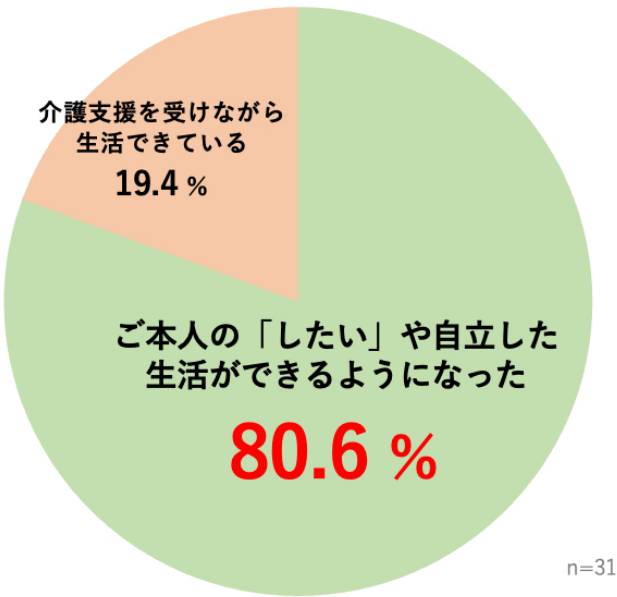
口腔体操の様子

「よしみ社協だより」は
こちらから閲覧可能です。



【修了後の活動・生活状況】

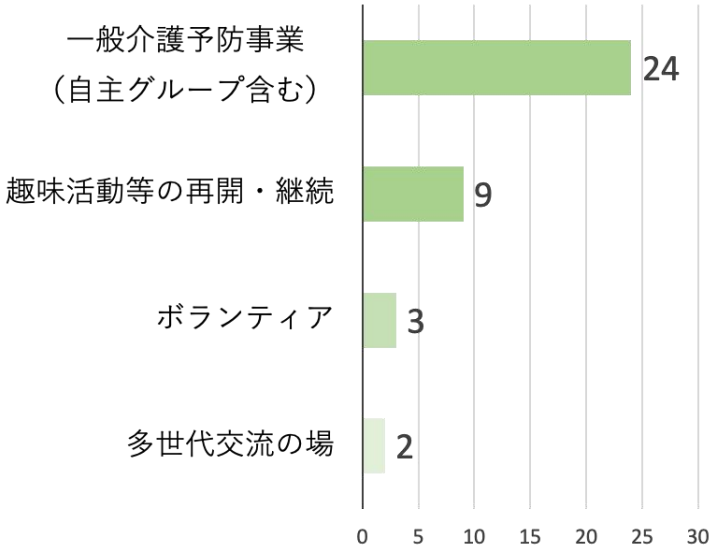
修了後の生活状況



できるようになったこと

- 蔵の湯に週2回行けるようになった
- メダカの世話ができるようになった
- 地域の通いの場へ再び参加できるようになった
- 自治会の美化委員の活動
- 散歩しながら近所の友人との立ち話
- 庭の芝刈りができるようになった
- 外階段が買い物の荷物を持ちながらスムーズに上られるようになった
- 小学生の登下校見守りボランティアを開始
- 手芸サークルに参加するようになった
- セニアカーで体操教室に行けるようになった
- など

修了後の活動 (N=31、複数回答)



期間：R3.4～R5.3
対象：31名



自主グループ活動



畑などの趣味活動



ボランティア紹介



多世代交流の場

2023.20.14-15. 第42回関東甲信越ブロック理学療法士学会
「通所型サービスCにおける短期集中的な関わりの効果と移行支援（駒井敦）」より引用

生活支援体制整備事業の取り組みへつながる方も…

吉見町生活支援体制整備事業

回 覧

趣味活動スタートアップ講座

いつまでも住み慣れた地域で“健康”、“いきいき”と生活を送るために、地域のこだわりの店主を招き、参加者が新しい趣味活動の発見、特技の習得を目指します。新しい趣味を見つけ、セカンドライフの充実や様々な地域活動への参加、生きがいづくりに繋がってませんか。

対象年齢 60歳以上！ 新しい仲間づくりに力

① 男の簡単料理教室 (おつまみ編) **男性限定**

日時 2月18日(火) 10時~13時 講師 岩永 千鶴子 氏 (東松山市)

定員 12名 持ち物 参加費500円、エプロン 会場 吉見町図書交流館 ぶらっとよしみ(吉見町中新井500-1)

② こだわりの珈琲講座

日時 2月20日(木) 14時~16時 講師 大澤 敏男 氏 (コーヒーの木 店主)

定員 12名 持ち物 参加費500円 会場 コーヒーの木店舗 (吉見町南吉見2195-1)

【参加申込】 2月3日(月)9時~ (定員に達し次第受付終了) 以下のどちらかの方法でお申し込みください。

① 電話 0493-54-5228 ② QRコード

料理 珈琲

吉見町社会福祉協議会 地域福祉係

※ 注意 感染症拡大の状況に応じて、延期または中止になる場合があります。



出典：吉見町社会福祉協議会ホームページより

【とまり木(企業・専門職との協働を通じて、住民同士の繋がりを育む場)】

とまり木

毎週木曜日午後開催
どなたでも参加できます♪

R8.5月

『とまり木』とは、“楽しく”“つながる”様々な企画を通して、交流の機会を創出し、「自分らしさ」を育む場の名称となります。

とまり木

毎週“木曜日”開催だから ~とまり木~

基本時間 13時~15時 会場 老人福祉センター荒川荘

【目的】
現在の「とまり木」は、企業や各種団体、専門職と連携しながら講座、体験会を中心に開催しています。参加者の皆さんが、定期的な交流の中で、“つながり”、“助け合える”関係性の構築を目指しています。“新しい出会い”の中で楽しく交流してみませんか？

【情報】
「とまり木」は、公式 LINE を活用して、予定表を含む基本情報のお知らせ、また活動の様子を発信しています。是非ご登録下さい。

LINE公式アカウント QRコード

5月7日(木) 施設 休館日

5月14日(木) 反射神経ゲーム ~びよたん倶楽部~ 新作登場! ? 温もり溢れる手作り玩具で、反射神経や記憶力を高めるゲームをしてみませんか? 作者 奥野さん

5月21日(木) 食を考える 世界長寿サミット ~日本医食同源研究所 最新の知見をもとに、今日から取り入れられる「長寿の食習慣」を一緒に楽しく学びませんか?

5月28日(木) 新春映画上映会 ~あん~ 河瀬直美監督 (カンヌ国際映画フェスティバル受賞)。樹木希林 他豪華キャスト 一粒の「あん」が、つなぐ、優しくも切ない再会の物語。多くの人が涙した至極の人間ドラマをぜひご覧ください。

【問合せ】 社会福祉法人吉見町社会福祉協議会生活支援コーディネーター ☎ 0493 (54) 5228

生活支援体制整備事業
「とまり木」詳細

会場 老人福祉センター荒川荘

時間 午後1時頃から

内容 ○ 講座
○ ゲーム
○ 体験会
○ イベント

参加費 基本無料
(イベントによる)

毎月の予定確認や
参加者の様子は

友だち
募集中

@552jhkt

うれしい情報もLINEで配信!



問合せ 吉見町社会福祉協議会 生活支援コーディネーター ☎ 54-5228

【すいすい麻雀】

吉見町生活支援体制整備事業

すいすい麻雀 ご案内



「毎週水曜日」 荒川荘にて、健康マージャンを開催します。

経験者から初心者まで、誰でも参加OK！

少し早起きをして、楽しく皆で交流しましょう♪

**初心者・経験者
経験に合わせて組合せします**

- 場所 老人福祉センター荒川荘 高台他
- 曜日 毎週水曜日
- 時間 午前9時30分～午後3時(昼休憩あり)



初心者の方にも丁寧に教えます♪
女性の参加者も大歓迎♪

健康マージャンは、

「かけない」「のまない」「すわない」が三原則♪
「お願いします」「ありがとう」が合言葉♪



【いまいる(住民主体の活動拠点)】

自由に過ごせる交流・憩いの場

いまいる



参加費 **100 円**

開催日 毎月3回
5日、15日、25日

開催時間 午後1時～午後4時

会場 西部ふれあいセンター 吉見町大字北吉見 1717 番地 1

イメージキャラクター
いまいるちゃん

いまいるって！?

町内に住む皆さんが自由に企画し、ゲーム等を通じて自分らしく楽しく過ごすことが出来る交流の場所です。

利用できる方

町内にお住まいの方なら**どなたでも**参加が可能です

どんなことが出来るの？

(事前予約・申込不要)

皆さんそれぞれが、自由に、楽しく過ごすことができます

イベントや講座を体験したり、雑談や話し合いをしたり、ゲームを通じて、地域の方向士で自由に交流していただきます。テーブルゲーム等、各種ゲームをご用意しています。

また、ラジオ体操、健康体操、散歩等、軽運動を通して健康促進、体力づくりも推進しています。

いまいる推進員って？

いまいる推進員とは、いまいるに参加者から構成グループです。推進員は企画運営に関わり、また「いまいる」を充実するために話し合う定例会議を開催しています。

参加者の皆さんにもアンケート等を実施し多くのご意見を反映できる仕組みを取り入れています。

公式 LINE2 次元コード

ご登録いただくといまいるのイベント予定、活動様子等が配信されます。また、グループラインでは参加者同士の意見交換も可能です。



【問合せ先】

吉見町社会福祉協議会
生活支援コーディネーター
TEL 0493-54-5228
(平日 午前8時30分～午後5時15分)

【CURECO珈琲】

「CURECO」とは、
「CURE癒し」と「RECOVERY回復」を繋いだ造語です。

CURECO珈琲 コーヒー仲間募集中

「CURECO珈琲」は、珈琲を通じて地域交流を推進するボランティアグループで、地域活動の拠点等で美味しい珈琲を提供することを目的としています。

勉強会や喫茶店巡りを通して情報交換をしながら、珈琲の奥深さを楽しみながら日々研究しています。

【主な活動】

- 勉強会 珈琲の淹れ方を研究します
- 外部研修 喫茶店やカフェを巡ってコーヒーを飲んで楽しく交流します
- 地域活動等でできたての珈琲提供

- ◆ 活動頻度 皆さんで相談して決めましょう
- ◆ 連絡方法 LINEグループで情報交換

※初めての方でも大歓迎です。楽しく交流しましょう♪



お問合せ先

0493-54-5228

↓詳しくはなんでも！

(社福)吉見町社会福祉協議会 地域福祉係
355-0118
吉見町大字下細谷1216番地 1 (福祉会館内)

生活支援コーディネーター



COFFEE COFFEE COFFEE COFFEE COFFEE COFFEE

【移動販売】

2月26日月曜日より吉見町にていよいよ販売開始!

welcia ネットワークでお店とつながる ウエルシアの移動販売



その他ご要望の商品がございましたらお気軽にお声がけください!

各種モバイル決済・クレジットカード・
電子マネー使えます



公共料金・各種料金
お支払いいただけます!



オンラインで健康栄養相談・美容相談できます。

※医薬品・お酒の購入については事前にウエルシア吉見店へお問い合わせください。

4 鴻巣市

【帳票類① 実施報告書】

様式1

(宛先) 鴻巣市長

鴻巣市短期集中訪問型リハビリテーション 実施報告書 (年 月分)

住 所
法 人 名
申請者 事業所名
代表者名

番号	実施日	実施 時間 (分)	利用者氏名	被保険者番号	要支援区分	担当居宅名・ 担当センター名 担当者名	職種	支援内容								支援 回数	備考
					1.事業対象者 2.要支援1 3.要支援2		1.P.T 2.O.T 3.その他	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧		
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	

支 援 内 容	①	身体機能評価	⑤	福祉用具・住宅改修アドバイス
	②	生活機能評価	⑥	関係機関との連絡・調整
	③	自主トレメニューの提供	⑦	地域ケア会議
	④	地域の社会資源へのつなぎ	⑧	その他

【帳票類② 請求書】

様式 2

鴻巣市短期集中訪問型リハビリテーション

請求書

年 月 日

(宛先) 鴻巣市長

住 所
法 人 名
申請者 事業所名
代表者名

鴻巣市介護予防・日常生活支援総合事業における、訪問型サービスC（リハビリテーション）に係る委託料について、以下のとおり請求します。

請求金額 金 円

1 サービス提供期間 年 月 分

2 対 象 区 域 鴻巣市内

3 請 求 内 容

従事者	委託単価	実施件数	計
理学療法士、作業療法士、 言語聴覚士 他	4,500円		
	6,750円		
合計			

4 振 込 先

金融機関・支店名				口座種類・番号	
	銀 行		本店	普通	
	信用金庫				
農 協					
郵便局					
フリガナ					
口座名義					

【帳票類③ アセスメントシート】

様式 3

鴻巣市短期集中訪問型リハビリテーション

アセスメント・評価票

事業所名	調査日	事前	
担当者		事後	

※太枠内を記入してください。

被保険者番号：

フリガナ		男 ・ 女	大正	年	月	日生	年齢
氏 名			昭和				歳
介護度	事業対象者 ・ 要支援 1 ・ 要支援 2	身長	cm	体重	kg	BMI	

課題分析項目		評価尺度	該当番号		課題の重要性	詳細
			事前	事後		
A D L (日常生活動作)	移動（屋内歩行）	①できる ②少し ③できない				
	移動（屋外歩行）	①できる ②少し ③できない				
	食事摂取	①できる ②少し ③できない				
	排尿・排便	①できる ②少し ③できない				
	上衣・ズボン等の着脱	①できる ②少し ③できない				
	整容・口腔衛生	①できる ②少し ③できない				
	入浴	①できる ②少し ③できない				
（手段的） I A D L (日常生活動作)	調理・洗濯・掃除・ゴミ出し等、家事全般	①できる ②少し ③できない				
	買い物	①できる ②少し ③できない				
	金銭管理	①できる ②少し ③できない				
	服薬管理	①できる ②少し ③できない				
	外出	①できる ②少し ③できない				
	社会との関わり	①ある ②少し ③ない				
その他	健康状態	①良い ②普通 ③悪い				
	認知・コミュニケーション能力	①できる ②少し ③できない				
	居住環境	①良い ②普通 ③悪い				
	介護力	①良い ②普通 ③悪い				

※課題がある項目に関しては課題とその原因、背景（個別因子・環境因子）を記入。

※課題の重要性欄には、該当する項目に○を記入。

※改善したい・改善できる項目については、特に詳しく記入。

質問事項			事前		事後	
運動機能	1	開眼片脚立ち	1	秒 : 右 左	1	秒 : 右 左
			2	秒 : 右 左	2	秒 : 右 左
	2	30秒立ち上がり		回		回
	3	TUG（任意で実施）		秒		秒

【帳票類④ 支援計画書】

様式 4

鴻巣市短期集中訪問型リハビリテーション

支援計画書

作成年月日： 年 月 日

訪問者：

訪問種別	運動	区分	事業対象者・要支援1・要支援2	
ふりがな		性別	生 年 月 日	被保険者番号
氏 名		男・女	大正・昭和 年 月 日 () 歳	

本人の希望	
家族の希望	
3ヶ月後の生活像	

目標達成のためのステップ(短期目標)		支援方法／訓練内容	達成状況／評価
1 月 目			
2 月 目			
3 月 目			

総合評価	(終了 ・ 継続)
今後の方針	

上記の計画について、同意いたします。

年 月 日

氏名(署名)

【帳票類⑤ 訪問記録表】

鴻巣市短期集中訪問型リハビリテーション			
訪問リハビリ記録		No. _____	
年度		氏 名 ()	
回 数	第 回	第 回	第 回
年月日	/ ()	/ ()	/ ()
時 間	: ~ :	: ~ :	: ~ :
体 温	℃	℃	℃
脈 拍	回/分	回/分	回/分
血 圧	mmHg	mmHg	mmHg
動作時の息切れ			
実施事項	移動（屋内歩行）	移動（屋内歩行）	移動（屋内歩行）
	移動（屋外歩行）	移動（屋外歩行）	移動（屋外歩行）
	自主練習提案	自主練習提案	自主練習提案
	トイレ動作	トイレ動作	トイレ動作
	入浴動作	入浴動作	入浴動作
	調理・洗濯・掃除	調理・洗濯・掃除	調理・洗濯・掃除
	買い物、ごみ出し	買い物、ごみ出し	買い物、ごみ出し
	外 出	外 出	外 出
	社会との関わり	社会との関わり	社会との関わり
	環境整備	環境整備	環境整備
リハビリ 内容			
要経過 特記事項			
担 当			

【帳票類⑥ 宿題カレンダー】

様式 6

鴻巣市短期集中訪問型リハビリテーション

運動カレンダー

様の目標：

年 月分：日にちをいれて、やった○、やらなかった× を記入しましょう

	自分で頑張ること	日	月	火	水	木	金	土
1 週目		例 4/5 ○	/	/	/	/	/	/
2 週目		/	/	/	/	/	/	/
3 週目		/	/	/	/	/	/	/
4 週目		/	/	/	/	/	/	/
5 週目		/	/	/	/	/	/	/
6 週目		/	/	/	/	/	/	/

	自分で頑張ること	日	月	火	水	木	金	土
7週目								
8週目								
9週目								
10週目								
11週目								
12週目								

5 入間市

【セルフマネジメントツール(介護予防手帳)】



狭山茶のまち入間市で、
自分らしい健康づくりに
チャレンジするノートです。



わたしの担当スタッフ

【ケアプラン作成担当】



_____ 地域包括支援センター

(担当 : _____)

電話番号 : _____

【リハビリ事業所】 ※お休みの連絡は担当へご連絡ください



_____ (担当療法士 : _____)

電話番号 : _____

【生活支援コーディネーター】



_____ 地域包括支援センター

(担当 : _____)

電話番号 : _____

その他

なりたい自分



例：昔のように〇〇ができるようになりたい

目標（3か月で達成したいこと）



例：△△公園を一周できるようになる

目標に向かって無理せず
頑張りましょう！



目標を達成するために取り組むこと (具体的方法)

療法士記入欄

取組 1

取組 2

取組 3

取組 4

取組 5



1 週目の活動記録

よくできた◎ できた○ 少し△ できなかった×

日付	取組			ひとこと
	()	()	()	

1 週間の振り返り

チャ
茶レンジの実行度

自己評価

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



コメント 療法士記入欄

月 日 担当療法士:



3か月を振り返って

改善・向上したこと

これからのこと

今後も継続して行っていくこと

チャレンジ・ステップアップしてみたいこと

担当療法士からの応援メッセージ

療法士記入欄



これからのこと

今後も継続して行ってほしいこと、自宅での生活のこと、
トレーニングメニューのこと

療法士記入欄

取組 1

取組 2

取組 3



3か月後に様子を伺います。(地域包括支援センターからご連絡します)
それまで、上記の取り組みを頑張りましょう！

【初回評価票・サービス計画書】

短期集中予防サービス 評価票・サービス計画書

氏名

様

記入者

評価日	初回	年	月	日	中間	年	月	日	最終	年	月	日
-----	----	---	---	---	----	---	---	---	----	---	---	---

体力測定など

評価項目		初回	中間	最終	評価項目	初回	中間	最終
握力 (kg)	右				30秒立ち座りテスト (回)			
	左				5m歩行時間 (秒)	通常		
開眼片足立ち (秒)	右				最大			
	左				Timed up & Go (秒)			
1週間で「軽い運動・体操」又は「定期的な運動・スポーツ」を実施した日数 (日)								

フレイルチェック (J-CHS基準)

項目	初回	最終
6か月間で2～3kg以上の体重減少 (6カ月前: kg 現在: kg)		
握力: 左右ともに男性28kg未満、女性18kg未満(片側のみの場合は非該当)		
(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする		
通常歩行速度が1.0m/秒未満(1.0m/秒より遅い場合に該当)		
「軽い運動・体操」と「定期的な運動・スポーツ」の両方とも、週に1日もしていない		
【判定】0項目: 健常、1～2項目: プレフレイル、3項目以上: フレイル	合計	

オーラルフレイル (OF-5)

質問	初回		最終	
	該当	非該当	該当	非該当
自分の歯は、何本ありますか？	0～19本	20本以上	0～19本	20本以上
半年前と比べて固いものが食べにくくなりましたか？	はい	いいえ	はい	いいえ
お茶や汁物等でむせることがありますか？	はい	いいえ	はい	いいえ
口の渇きが気になりますか？	はい	いいえ	はい	いいえ
普段の会話で、言葉をはっきりと発音できないことがありますか？	はい	いいえ	はい	いいえ
※該当が2以上：オーラルフレイル 歯科へ相談を	「該当」の合計			

応用的な日常生活動作 (FAI)

項目	判断基準	初回	最終
食事の用意	0: していない 1: まれにしている		
食事の片付け	2: 1～2回/週 3: 3回以上/週		
洗濯			
掃除や整頓			
力仕事	0: していない		
買物	1: まれにしている		
外出	2: 1回未満/週		
屋外歩行	3: 1回以上/週		
趣味			
交通手段の利用			
旅行			
庭仕事	0: していない 1: 時々 2: 定期的 3: 植替等も実施		
家や車の手入れ	0: していない 1: 電球取替、ねじ止め 2: ペンキ塗り、模様替え、洗車 3: 家の修理、車整備		
読書	0: 読んでいない 1: まれに 2: 1回/月 3: 2回以上/月		
仕事	0: していない 1: 1～9時間/週 2: 10～29時間/週 3: 30時間以上/週		
【評価】0点 (非活動) ～45点 (活動的)		合計	

特記事項

🍏 こころの健康チェック (WHO-5) 🍏

項目 (最近2週間の状態に近いものを選択)	初回	最終
明るく、楽しい気分で過ごした		
落ち着いた、リラックスした気分で過ごした		
意欲的で、活動的に過ごした		
ぐっすりと休め、気持ちよくめざめた		
日常生活の中に、興味のあることがたくさんあった		
5:いつも 4:ほとんどいつも 3:半分以上の期間を 2:半分以下の期間を 1:ほんのたまに 0:まったく	合計	

🍏 ストレス対処力 (SOC) 🍏

項目	初回	最終
日常生活の困難や問題の解決策を見つけることができると思う		
人生で生じる困難や問題のいくつかは、向き合い、取り組む価値があると思う		
日常生活の困難や問題を理解したり予測したりできると思う		
(よくあてはまる) 1 2 3 4 5 6 7 (まったくあてはまらない)	合計	

強みや現状の状態・能力

健康状態	活動と参加	環境因子	福祉用具など

目標・方針

望む生活・社会参加	
改善・向上したいと思っていること	

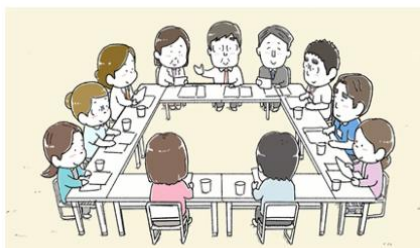
目標	プログラム		到達度・満足度	
	事業で取り組むこと	ご自身で取り組むこと	到達度	満足度
	活動		到達度	到達度
	運動		中間 % 最終 %	満足度
	社会参加		%	%
	活動		到達度	到達度
	運動		中間 % 最終 %	満足度
	社会参加		%	%
	活動		到達度	到達度
	運動		中間 % 最終 %	満足度
	社会参加		%	%

参考資料

1 地域包括ケアアニメ

～自分らしく、いつまでも～

介護予防、生活支援、地域ケア会議などをテーマとした、自分らしい暮らしを続ける高齢者とその暮らしを支える地域のみなさんの物語



<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0609/chiikihoukatukea/careanime.html>



【埼玉県ホームページ】

2 地域包括ケア漫画

～みんないつかは年をとる～

住み慣れた地域で自分らしい暮らしができるようにというテーマのもと、「地域包括ケアシステム」や「認知症」、「ケアラー」、「看取り」などについての理解を深める全13巻の漫画。



<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0609/caremanga.html>



【埼玉県ホームページ】

監修・執筆協力 (五十音順)

青 木 信 也	小林病院 理学療法士
石 動 恭 平	霞ヶ関南病院 理学療法士
穎 川 和 彦	上尾中央総合病院 理学療法士
大 熊 克 信	さいたま市民医療センター 理学療法士
岡 持 利 亘	霞ヶ関南病院 理学療法士
小 野 彩 香	吉見町長寿福祉課 保健師
小 野 竜 矢	狭山市介護保険課 行政職
小野塚奈津子	嵐山町社会福祉協議会 生活支援コーディネーター
駒 井 敦	霞ヶ関南病院 理学療法士
古 山 つ や 子	武蔵台病院 理学療法士
佐 藤 初 美	鴻巣市介護保険課 行政職
重 吉 政 広	さいたま市いきいき長寿推進課 行政職
関 根 千 晴	鴻巣市介護保険課 行政職
高 野 大 智	圏央所沢病院 理学療法士
種 澤 浩 平	原田病院 作業療法士
恒 屋 昌 一	吉沢病院 理学療法士
飛 田 英 樹	埼玉慈恵病院 理学療法士
中 屋 聡 子	入間市東藤沢地域包括支援センター 介護支援専門員
長 峰 千 恵 子	吉見町長寿福祉課 保健師・主任介護支援専門員
西 澤 響 子	入間市高齢者支援課 保健師
濱 浦 雅 英	日高市長寿生きがい課 行政職
藤 村 有 子	狭山市介護保険課 保健師
松 本 葉 子	嵐山町長寿生きがい課 保健師・主任介護支援専門員
宮 田 歩	圏央所沢病院 理学療法士
山 岸 達 也	圏央所沢病院 理学療法士
山 田 志 の ぶ	本庄市高齢者福祉課 保健師

企画・発行 埼玉県
〒330-9301 埼玉県さいたま市浦和区高砂3-15-1
埼玉県福祉部 地域包括ケア課 地域包括ケア担当
電話 048-830-3256

製作 一般社団法人 埼玉県リハビリテーション専門職協会
〒350-0435 埼玉県入間郡毛呂山町下川原912-5
E-mail : info@sarp.or.jp

《令和8年7月発行》