

再見！生活プログラム（短期集中予防サービス） 実施マニュアル（案）

－2023 年度版－

目 次

1. プログラムの目的等
2. 事前準備
3. 事前アセスメント
4. 個別サービス計画の作成
5. プログラムの実施
6. 事後アセスメント
7. 終了時の要件
8. 再見！生活プログラム事業所連携会議への参画
9. 活動の場
10. 関係機関との連携、書類提出の流れ
11. 参考文献
12. 添付資料、使用様式【様式1～12】、明石市介護予防手帳

1 プログラムの目的等

「再見！生活プログラム（短期集中予防サービス）委託契約仕様書」を参照

2 事前準備

(1) プログラム開始までの流れ

ケアプラン担当者が、自宅へ訪問しプログラム内容の説明を行う。あわせて、体力・ADL等の改善の見込み、プログラム終了後の地域活動への参加等についてアセスメントし、プログラムの利用について利用者と話し合う。その後、ケアプラン担当者の実施事業所の担当者として、プログラム提供の可否について協議し、利用について決定する。

<医療との連携>

要支援者、事業対象者では慢性疾患を抱えている人が多く、プログラムの安全な実施には医療との連携が欠かせない。ケアプラン担当者は、主治医からの意見書等で、利用者の健康状態や医学的観点からの留意事項等を確認し、実施事業所へ情報提供することが重要である。

(2) 安全への配慮について

プログラムを安全に実施するために、実施事業所内で安全委員会を設置・開催し、次の事項について定期的に確認を行わなければならない。安全委員会においては、委託業務内容の状況確認、事故発生時の対応を含めた安全管理マニュアルの作成・見直し等を行う。また、従事者の安全意識の向上を図るため、研修と安全委員会への出席を行わなければならない。なお、実施事業所においては、AED（自動体外式除細動器）を設置、実施担当者の救急法・AED使用法等の知識の習得等を行っておくことが望ましい。

- 利用者の保有する医学的リスク
- 運動前、運動中、運動後の留意点
- 安全管理マニュアルの内容と更新
- 緊急時対応フローと訓練

3 事前アセスメント

(1) リハビリテーション専門職が行う事前アセスメントの実施

ア リハビリテーション専門職は、利用者に対して自己チェック表（様式7）と、必要に応じて興味・関心チェックシート（※1）の記入を求め、プログラム提供前の自己評価や利用者が望む生活目標（※2）の確認を行う。

（※1）利用者は明石市介護予防手帳（2～3ページ）を用い、リハビリテーション専門職は興味・関心チェックシート（様式8）を用いる。

（※2）利用者が望む生活目標は、「手を動かせるようになりたい」等の機能的な目標ではなく、その先にある「どんな生活行為を行いたいのか」という利用者の想いを引き出すことが重要である。

イ リハビリテーション専門職は、プログラム提供前にケアプラン担当者の作成する利用者基本情報、介護予防サービス評価表、主治医からの意見書や、利用者宅へのアセスメント訪問、「(1)ーア」、「(2)」で得た情報に基づき、利用者の状態の把握・評価（運動機能のみでなく食生活や口腔機能に関する項目にも着目すること）といった事前アセスメントを行い、事前・事後アセスメント表（様式6）を作成する。

(2) 体力測定の実施

実施担当者は、体力測定を実施し利用者の体力水準を把握する。測定項目は、握力・開眼片足立ち時間・Timed Up & Go Test等を測定することが望ましい。ただし、利用者の体力測定に不安がある場合は実施しない。結果は、次の表を参考に5段階で評価する。利用者はどの体力要素がより低下しているのかを把握し、目標達成のためのプログラムに生かす。

（各体力測定項目の測定方法）

ア 握力 - - - 筋力

- ・両足を開いて安定した基本的立位姿勢をとる。
- ・握りは人差し指の第2関節がほぼ垂直になるように握り幅を調整する。
- ・握力計の指針を外側にして、体に触れないように握りこぶし1個分ほど脇を開け、力いっぱい握らせる。
- ・測定の際は、反対の手で押さえたり、手を振ったりしないように注意する。
- ・利き手あるいは強い方の手を2回測定する。
- ・教示は「フーッと息を吐きながら、身体に腕をつけないように、ジワッと手を握ってください」に統一する。

イ 開眼片足立ち時間 - - - バランス能力

- ・両手は側方に軽くおろし、片足を床から離し、次のいずれかの状態が発生するまでの時間を測定する（支持脚が右か左かを記録）。

ア) 支持脚の位置がずれたとき

イ) 支持脚以外の体の一部が床に触れたとき

※ 過剰な負荷となって、大腿骨頸部の骨折を引き起こさないための配慮として、支持脚の位置がずれたときには直ちに測定を終了する。

- ・測定者は利用者の傍らに立ち安全を確保する。
- ・測定時間は 60 秒上限とし 2 回測定する。
- ・利用者の安全を確保する。
- ・教示は「目を開けたまま、この状態をできるだけ長く保ってください」に統一する。

ウ Timed Up & Go Test (以下 TUG とする) - - - 複合的動作能力

- ・椅子から立ち上がり、3 m 先の目印を折り返し、再び椅子に座るまでの時間を計測する。
- ・スタート肢位は椅子の背もたれに背中をつけた姿勢とする。
- ・測定者の掛け声に従い、利用者にとって安全な速さで一連の動作を行う。
- ・回り方は利用者の自由とする。
- ・測定者は、利用者の背中が離れたときから、立ち上がって再び座るまでの時間（小数点第 2 位まで）をストップウォッチで測定する。

※体格が小さく、背もたれに背中が届かない場合は、動作の開始から測定する。

- ・1 回の練習ののち 2 回測定を行う。
- ・教示は「できるだけ速く回ってください」に統一する。

(評価表)

			65-79 歳	70-74 歳	75-79 歳	80-歳
握力	男性 (kg)	平均値± 標準偏差	38.7±5.9	35.3±6.0	34.3±6.1	29.7±5.3
		レベル 1	≤34.0	≤30.0	≤29.0	≤25.0
		レベル 2	34.1~37.0	30.1~35.0	29.1~33.0	25.1~29.0
		レベル 3	37.1~40.0	35.1~38.0	33.1~35.0	29.1~31.0
		レベル 4	40.1~44.0	38.1~40.0	35.1~40.0	31.1~34.0
		レベル 5	>44.0	>40.0	>40.0	>34.0
	女性 (kg)	平均値± 標準偏差	23.8±4.0	22.6±3.9	21.5±3.7	19.6±3.5
		レベル 1	≤21.0	≤20.0	≤19.0	≤16.0
		レベル 2	21.1~23.0	20.1~22.0	19.1~20.0	16.1~19.0
		レベル 3	23.1~25.0	22.1~23.0	20.1~22.0	19.1~21.0
		レベル 4	25.1~27.0	23.1~25.0	22.1~25.0	21.1~22.0
片足立位	平均値± 標準偏差	40.8±20.7	32.5±21.6	25.5±19.9	16.2±17.9	
	レベル 1	≤17.0	≤10.0	≤6.0	≤3.0	
	レベル 2	17.1~37.0	10.1~20.0	6.1~14.0	3.1~6.0	
	レベル 3	37.1~60.0	20.1~39.0	14.1~27.0	6.1~12.0	
	レベル 4	>60.0	39.1~60.0	27.1~48.0	12.1~25.0	
	レベル 5	>60.0	>60	>48.0	>25.0	
TUG	平均値± 標準偏差	6.34±1.15	6.94±1.28	7.44±1.51	8.69±2.21	
	レベル 1	>7.20	>7.80	>8.60	>10.30	
	レベル 2	6.61~7.20	7.11~7.80	7.61~8.60	8.71~10.30	
	レベル 3	6.01~6.60	6.41~7.10	6.91~7.60	7.91~8.70	
	レベル 4	5.41~6.00	5.81~6.40	6.21~6.90	6.91~7.90	
	レベル 5	≤5.40	≤5.80	≤6.20	≤6.90	

4 個別サービス計画の作成（添付資料①を参照）

（1）リハビリテーション専門職が行う個別サービス計画の作成

リハビリテーション専門職は、生活行為向上マネジメントの考え方に基づき、利用者が望む生活目標に対するアセスメントを行い、利用者が3か月後に達成できるであろう「合意目標」を立て、その目標を達成するためのプラン（プログラム）を立案する。

まず、利用者が望む生活目標に対するアセスメントにおいては、利用者の自己評価や事前アセスメントの結果を踏まえ、目標となる生活行為がうまくできない原因等をICFに沿って分析し、それらの要因を今後どのように改善できるかを予測する。

要支援、事業対象者は、ADLが自立していることが多いが、それは普遍的自立なのか、工夫や道具（環境）を調整した上での自立なのかを確認するなど、丁寧な聴き取りや動作確認が、目標となる生活行為がうまくできない原因の究明に役立つ。この結果をもとに、3か月（1クール）で達成可能と考えられる「合意目標」を立てる。この「合意目標」は、利用者が自己評価しやすいように明確で具体的な内容を心がける。

目標達成のためのプログラム立案においては、基本的プログラム（心身機能の維持、回復のプログラム）・応用的プログラム（具体的な生活行為のシミュレーションを伴うプログラム）・社会適応的プログラム（自宅や地域といった実際場面での実践プログラム）に、段階付けられたものになるように立案する。その際、生活行為の目標の遂行工程を分析し、「できること」「できないこと」「工夫していること」の整理を行い、「改善できること」「維持すること」を明確にしてプログラムに反映させていくことや、プログラム終了後の利用者の生活を考慮し、社会資源の情報収集を行い、社会適応的プログラムに反映させていくことが重要である。また、それぞれの段階において、「いつ」「どこで」「だれが」「どのように」プログラムに取り組むのかを具体的に立案することや、利用者が自宅等で取り組むホームプログラムを組み込むことも重要である（次の表の「視点」「記入例」を参照）。それらの内容を記載した生活行為向上マネジメントシート（様式2）を作成する。

(視点)

生活行為向上マネジメントシート 生活行為向上マネジメント

利用者: _____ 担当者: _____ 記入日: _____ 年 月 日

生活行為の目標	本人 キーパーソン		
アセスメント項目	心身機能・構造の分析 (精神機能, 感覚, 神経筋機能, 運動)	活動と参加の分析 (移動能力, セルフケア能力)	環境因子の分析 (肉親, 環境変化, 支援と関与)
生活行為を妨げている要因	視点) ・精神系、認知機能 ・筋力、全身持久力 ・感覚、聴覚、嗅覚と日常生活の関連の程度 ・尿意、排便障害 ・口腔機能と嚥下 ・睡眠の障害(不眠、中途覚醒、起床後の疲労)	視点) ・立ち居り、浴槽またはなどの認知動作 ・移動(室内・屋外歩行) ・運動動作 ・入浴、着せ、更衣、食事 ・買い物、掃除、洗濯、簡単な調理などの家事 ・薬料、服薬等の管理 ・友人、親戚の交流 ・地域の参加等 ・日中活動の有無	視点) ・家族、親戚との交流、関係性 ・経済状況 ・住環境(立地状況) ・公共交通機関へのアクセス ・よく利用していた社会資源 ・福祉施設、自治会 ・医療、保健、福祉サービス ・友人など外出先までの距離 ・外出の負担
現状能力(強み)			
予後予測(いつまで、どこまで達成できるか)			
合意した目標(具体的な生活行為)			
自己評価*	初期 実行度 /10 満足度 /10	最終 実行度 /10 満足度 /10	

*自己評価では、本人の実行度(総度などの量的評価)と満足度(質的評価)を1から10の数字で答えてもらう

実施・支援内容	基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応的プログラム
達成のためのプログラム	視点) ・活動の欠になる欠、意欲を改善する各種運動 ・意識や注意を改善する作業 ・活動やシクエーション ・記憶や認知機能を補う代償手段の提示と練習 ・認知や認知力を改善する運動 ・痛み緩和や、関節可動域を改善するストレッチ等	視点) ・起立、物の運搬動作 ・屋外や階段、様々な環境での移動 ・バス、電車などの公共交通機関の利用 ・家事、セルフケア ・生活必需品の入手 ・家や庭の手入れ、ペットの世話 ・移動活動などのレジャーへの参加とその技能獲得 ・社会資源利用、地域活動への参加とその技能獲得	視点) ・自宅の生活用具や道具の情報提供、選択支援と調整 ・住環境の評価、適応指導と調整 ・近隣の社会資源の情報提供と利用に向けた調整 ・医療・保健・福祉サービス、制度利用に向けた調整と周囲の人々への働きかけ ・家族等に対する情報提供と助言、指導
本人			
家族や支援者			
実施・支援期間	_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日		
達成	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 要変更達成 <input type="checkbox"/> 未達成(理由: _____) <input type="checkbox"/> 中止		

本シートの著作権(著作人格権、著作財産権)は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複製・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を認めていません。

(記入例)

生活行為向上マネジメントシート 生活行為向上マネジメント

利用者: _____ 担当者: _____ 記入日: _____ 年 月 日

生活行為の目標	本人 キーパーソン 娘 ・地域の友人がほしい ・1人で買い物に行きたい		
アセスメント項目	心身機能・構造の分析 (精神機能, 感覚, 神経筋機能, 運動)	活動と参加の分析 (移動能力, セルフケア能力)	環境因子の分析 (肉親, 環境変化, 支援と関与)
生活行為を妨げている要因	・変形性膝関節症で人工関節置換術を受けた ・筋力低下 ・新たな活動への自信がない	・杖歩行(階段は手すりを使用して2段1段) ・屋外歩行は自信がなく、タクシーで通院(唯一の外出)	・車外から転入して聞かないので、知り合いがなく、心細い ・地域の情報に乏しい
現状能力(強み)	・意思疎通良好 ・備みが少ない	・家の中での家事は可能 ・地域の友人がほしい	・買い物は別居の娘が同行 ・公民館やスーパーが近隣にある ・手芸などの手作業が得意
予後予測(いつまで、どこまで達成できるか)	週1回、通所職員が自主練習メニューを作成。毎日自宅で実施して筋力と持久力を向上させる。	1か月で、自宅周辺の歩くルートを確認し、歩く練習。2か月後には10分程度の散歩を目標にする。	2か月後には、公民館の手芸サークルを見学する。3か月後、近隣のスーパーへ歩いて1人で買い物をする。
合意した目標(具体的な生活行為)	・10分程度の散歩を日課にし、手芸サークルを見学する(2か月後) ・近隣のスーパーへ歩いて1人で買い物をする(3か月後)		
自己評価*	初期 実行度 /10 満足度 /10	最終 実行度 /10 満足度 /10	

*自己評価では、本人の実行度(総度などの量的評価)と満足度(質的評価)を1から10の数字で答えてもらう

実施・支援内容	基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応的プログラム
達成のためのプログラム	通所職員が作成する自主練習メニューの実施。	自宅周辺の歩くルートを確認し、10分程度の散歩を日課にしましょう。	・2か月後に毎日自宅周辺を10分程度散歩し、公民館の手芸サークルを見学しましょう ・3か月後、スーパーへ歩いて買い物に行きましょ
本人	週1回、通所職員が作成する自主練習メニューを、毎日自宅で行いかレンダーに記入しましょう。	自宅周辺の歩くルートを通所職員と確認し、お出かけマップを作りましょう。	お出かけマップを元に、散歩のコースを通所職員と確認しましょう。公民館の手芸サークルを見学する準備を、家族と進めましょう。
家族や支援者	メニューができたか、カレンダーをチェックしましょう。	マップを作る材料の準備を手伝って下さい。	手芸サークルの見学の準備と、見学を手伝って下さい。
実施・支援期間	_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日		
達成	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 要変更達成 <input type="checkbox"/> 未達成(理由: _____) <input type="checkbox"/> 中止		

本シートの著作権(著作人格権、著作財産権)は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複製・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を認めていません。

(2) 個別サービス計画の説明と同意 ((3) の担当者連携会議で実施)

実施事業所は、利用者に対し、生活行為向上マネジメントシートを用いて、個別サービス計画の説明を行い、利用者の同意を得る。この際に、「合意目標」に対する自己評価(実行度・満足度)を聴き取っておく。なお、説明の際に「ポンチ絵」を作成したり、目標達成のための取組を明石市介護予防手帳(P4)に記入するなど、わかりやすく、利用者の主体的なプログラム実践を促せるように説明する。

(3) 担当者連携会議の開催

実施事業所は、担当者連携会議を開催し、利用者とその家族、ケアプラン担当者、介護予防サービスの担当者等と、個別サービス計画に位置づけられた「合意目標」や目標達成のためのプログラムを共有し、目標達成に向けて各関係者が担う役割についても検討、調整を行う。

5 プログラムの実施

(1) サービスの提供

実施事業所は、目標達成のためのプログラムに基づき、通所型・訪問型のサービスを提供する。また、自宅等で取り組むプログラムの実施状況の把握には、明石市介護予防手帳(P5~7)を活用することが望ましい。通所型サービスの提供にあたっては、プログラムの実施に適した職種がプログラムを実施する。また、訪問型サービスにあたっては、リハビリテーション専門職が自宅等での応用的プログラムや社会適応的プログラムを実施する。サービス提供の頻度、時間等については、次のとおりとする。

	通所型サービス	訪問型サービス
頻 度	おおむね週 1 回	おおむね月 1 回
時 間	1 時間 30 分~2 時間	1 時間~1 時間 30 分
利用者負担	400 円/回	利用者負担なし
委託料	3,943 円/回	3,171 円/回

※取引に係る消費税及び地方消費税の額を含む。

(2) 経過報告

実施事業所は、毎月、利用者の利用回数、利用状況をサービス提供実績記録票(様式3)、訪問記録用紙(様式5)、月間サービス実績(様式11)にて委託者の指示に従い報告する。また、必要に応じて利用者やケアプラン担当者等と協議し、個別サービス計画の修正を行う。

(3) サービスの中止

実施事業所は、1クール期間中に、利用者が手術、入院加療等や3回以上の連続した欠席等によりプログラムが一定期間中断した場合は、一旦サービスを終了(サービスの中止)させるものとし、事業評価票(様式1)の備考欄に終了事由と終了日(最終のサービス提供年月日)を記載して委託者に提出するものとする。

6 事後アセスメント

(1) リハビリテーション専門職が行う事後アセスメントの実施

リハビリテーション専門職は、プログラム実施3か月目(プログラム最終月の初旬)に、利用者に対して自己チェック表(様式7)の記載を求め、「合意目標」に対する自己評価(実行度・満足度)の聴き取りを行い、プログラム実施後の自己評価の確認を行う。あわせて、事後アセスメントを行い、変更のあった項目については赤字で記載し、事前・事後アセスメント表(様式6)を完成させる。また、事業評価票(様式1)(※1)を作成する。

(※1) 事業評価票の「総合」欄には、プログラムの経過と結果に加えて、継続的な介護予防の取組に関するアドバイス等を記載する。

(2) プログラムの結果説明とサービス終了後の生活の過ごし方についての確認

実施事業所は、利用者に対し、「合意目標」に対するこれまでの経過と結果の説明を、事業評価票や明石市介護予防手帳等を用いて行い、プログラム終了後の生活の過ごし方について確認を行う。

(3) 担当者連携会議の開催

実施事業所は、プログラム実施3か月目のプログラム提供終了日までに担当者連携会議を開催し、これまでの経過と結果の報告、利用者と話合ったサービス終了後の生活の過ごし方について共有し、利用者とその家族、ケアプラン担当者、介護予防サービスの担当者等とその実現に向けての調整を行う。

利用者に対しては、プログラムの終了後も今の状態を保持できるよう留意点等を助言する。また、プログラムの継続が必要な利用者に対しては、ケアプラン担当者等と継続の必要性について協議する。2クール目の開始に向けて、利用者の合意を得たうえで、実施事業所は継続の必要性と生活行為の改善内容について、事業評価票（様式1）に記載し、委託者へ報告する。

※2クール目のプログラム利用条件（次の①～③すべてを満たすこと。）

- ①2クール目を利用することで「合意目標」が達成できると見込める人
- ②1クール目の「合意目標」は達成できなかったが、目標やプログラムを再アセスメントし、2クール目を利用することで、生活行為の改善と介護保険サービスを利用しないで生活することが見込める人
- ③実施事業所やケアプラン担当者、利用者の合意形成ができていること。

7 終了時の要件

ケアマネジメントにより、サービス終了後も、介護予防サービス、介護予防・生活支援サービスを必要と判断する場合は、介護予防福祉用具貸与、予防専門通所型サービスの利用を認める。ただし、予防専門通所型サービスを利用する場合には、委託者が実施する自立支援型ケアマネジメント会議に出席し、事例を検討のうえ、その内容を踏まえ、予防専門通所型サービス提供事業所への支援を含め適切に対応する。

(1) リハビリテーション専門職が関与する事業所を利用する場合（表1参照）

リハビリテーション専門職は、ケアプラン担当者と「申し送りシート」（様式12）を用いて事業所連携を行う。

(2) リハビリテーション専門職が関与しない事業所を利用する場合（表2参照）

リハビリテーション専門職は、ケアプラン担当者と「申し送りシート」（様式12）を用いたり予防専門通所型サービス事業所を訪問するなど事業所連携を行う。

(表1)

	ケアプラン担当者	担当のリハビリテーション 専門職	予防専門通所型サービス 事業所
終了月	利用者の自立した生活のためにサービスが必要と判断		
	サービスの調整 ⇒プラン立案 ⇒サービス担当者会議を 開催（担当者連携会議と同 時開催）	サービス担当者会議に出席 ⇒「申し送りシート」を用い て事業所連携	サービス担当者会議に出席 ⇒ケアプラン担当や担当の リハビリテーション専門職 からの連携内容を活かした サービス提供開始
終了月から 2か月目まで	自立支援型ケアマネジメ ント会議に事例提供	自立支援型ケアマネジメント会議に出席	
自立支援型ケ アマネジメ ント会議の後	担当のリハビリテーショ ン専門職と事業所連携	ケアプラン担当者と事業所 連携	必要に応じて個別サービス 計画の変更
終了月から 6か月目	自立支援型ケアマネジメ ント会議に事例提供	自立支援型ケアマネジメント会議に出席	

(表2)

	ケアプラン担当者	担当のリハビリテーション 専門職	予防専門通所型サービス 事業所
終了月	利用者の自立した生活のためにサービスが必要と判断		
	サービスの調整 ⇒プラン立案 ⇒サービス担当者会議を 開催（担当者連携会議と同 時開催）	サービス担当者会議に出席 ⇒「申し送りシート」を用い て事業所連携	サービス担当者会議に出席 ⇒ケアプラン担当や担当の リハビリテーション専門職 からの連携内容を活かした サービス提供開始
終了月から 2か月目まで	自立支援型ケアマネジメ ント会議に事例提供	自立支援型ケアマネジメント会議に出席	
自立支援型ケ アマネジメ ント会議の後	プラン担当者と担当のリハビリテーション専門職で通所型 サービス事業所訪問	事業所訪問における連携内 容を活かしたサービス提供 （必要に応じて個別サービ ス計画の変更）	
終了月から 5か月目	プラン担当者と担当のリハビリテーション専門職で通所型 サービス事業所訪問	プラン担当や担当のリハビ リテーション専門職にサー ビス提供状況と結果を報告	
終了月から 6か月目	自立支援型ケアマネジメ ント会議に事例提供	自立支援型ケアマネジメント会議に出席	

8 再見！生活プログラム事業所連携会議への参画

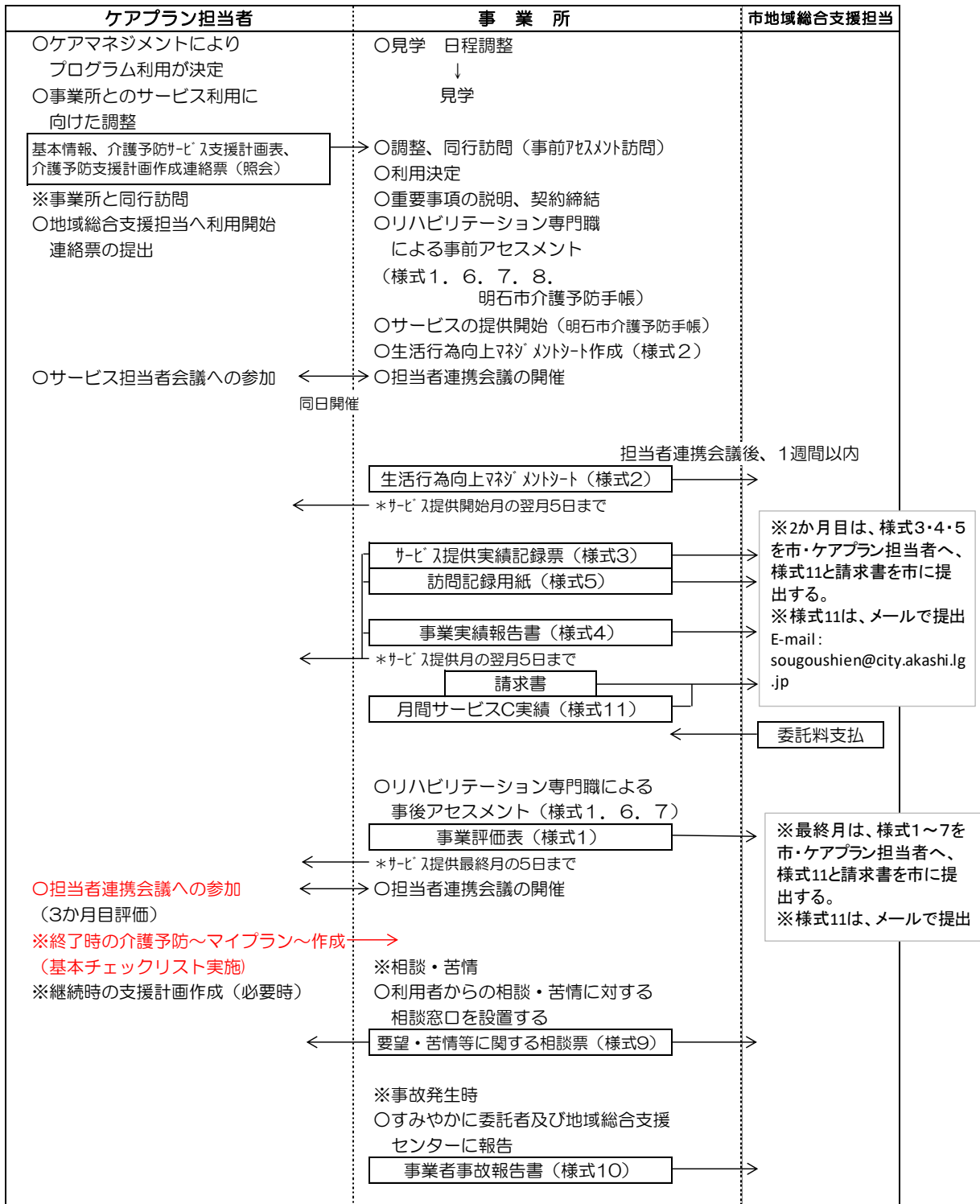
実施事業所は、利用者の自立した日常生活を営むための適切な支援を実現することを目的とする、再見！生活プログラム受託事業所連携会議に参画する。

9 活動の場

内容	問い合わせ先	情報掲載元
<ul style="list-style-type: none"> ・ 自主グループ（介護予防を目的に自主活動を行っているグループ） ・ シニア活動応援団体 	市地域総合支援担当 TEL 918-5289	【シニア】 https://www.city.akashi.lg.jp/fukushi/k_kaigo_shitsu/siniadantai.html 【自主グループ】 https://www.city.akashi.lg.jp/fukushi/k_kaigo_shitsu/ippankai_goyoboujigyou.html
高年クラブ	市高年クラブ連合会事務局 TEL 911-5518	https://www.city.akashi.lg.jp/fukushi/k_kaigo_shitsu/kenko/koresha/ikigai.html#kounenkurabu
ミニケア・ふれあいサロン	市社会福祉協議会 TEL 924-9105	https://www.akashi-shakyo.jp/salon/
中学校区・小学校区 コミュニティ・センター登録団体	市コミュニティ・生涯学習課 TEL 918-5004	http://www.city.akashi.lg.jp/community/s_kyoudou_shitsu/kurashi/community_machizukuri_shimin/shisetsu/index.html
まちづくり協議会他 （各小学校区での活動等）		

注意）この情報は活動の場の一部です。

10 関係機関との連携、書類提出の流れ



1 1 参考文献

- (1) 厚生労働省 介護予防マニュアル第4版
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_25277.html
- (2) 一般社団法人日本作業療法士協会 編著：事例で学ぶ生活行為向上マネジメント
医歯薬出版株式会社 2015
- (3) 土井勝幸 編著：幸せになるリハビリテーション“生活行為向上”をめざそう
環境新聞社 2016
- (4) 一般社団法人日本作業療法士協会 編：生活行為向上マネジメント改訂第2版
(作業療法マニュアル57) 一般社団法人日本作業療法士協会 2016
- (5) 三輪書店 編：作業療法ジャーナル 50巻8号(増刊号)
実践役に立つ！生活行為向上マネジメント 2016

1 2 添付資料、使用様式【様式1～12】、明石市介護予防手帳、CMチェックシート