

介護予防に関する各研究班の検討状況について

1. 介護予防に関する研究班

- 今般の介護保険法等の一部改正法に基づき、新予防給付に係るサービスや介護予防ケアマネジメントの内容、地域支援事業における介護予防事業の内容等の検討の参考とするため、以下の分野について、それぞれの専門家に依頼し、技術的に考慮すべき点等の検討をしていただいたところ。

※ 介護予防に関する研究班

- I 総合的介護予防システムについての研究班
- II 運動器の機能向上についての研究班
- III 栄養改善についての研究班
- IV 口腔機能の向上についての研究班
- V 閉じこもり予防・支援についての研究班
- VI 認知症予防・支援についての研究班
- VII うつ予防・支援についての研究班

- 今般、現時点におけるこれらの研究班の検討内容は、別添のとおりである。

2. 本検討内容の位置付け

- これらは、各分野の専門家によって構成される研究班における検討内容である。
- 今後、厚生労働省においては、本検討内容も踏まえつつ、制度的な観点から、介護予防に係るサービスや介護予防ケアマネジメントの内容についての検討を進めることとしている。

3. 各研究班の検討内容の概要

以下に各研究班の現時点での検討状況の概要を示す。なお、この内容は現時点でのものであり、今後の検討により変更があり得る。

I. 「総合的介護予防システムのあり方についての研究」の概要

——主なポイント——

- 1) 介護予防関連事業に関するこれまでの問題点と今後の方向性
- 2) 地域支援事業（介護予防事業）における特定高齢者施策の流れ（案）
- 3) 基本チェックリスト（案）
- 4) 新予防給付に関する基本的な流れ（案）

1) 介護予防関連事業に関するこれまでの問題点と今後の方向性

- (問題1) 介護予防事業評価が十分でなかった。
(方向) エビデンスに基づくサービスの選定。アウトカム評価等の指標と手法を確立し事業評価を強化し、サービス改善に活かすシステムの構築。
- (問題2) 介護予防を最も必要とする人々がサービスを十分には受けていなかった。
(方向) 共通の調査項目による共通の基準のもとで、サービス対象者の選定。適切に対象者を把握する地域システムの構築。送迎などの整備。
- (問題3) サービスは、集団を対象として画一的に行われることが多かった。
(方向) 個別のケアマネジメントの実施とケアプラン作成による個別対応の強化。
- (問題4) 事業が自己目的化してしまう傾向があった（訓練のための訓練）。
(方向) 個々人のニーズや目標を達成するための手段としてのサービス選定。

2) 地域支援事業（介護予防事業）における特定高齢者施策に関する

基本的な流れ（案）

1. 生活機能低下の早期把握

生活機能低下の早期把握は、地域支援事業（介護予防事業）の特定高齢者施策の対象となる可能性のある者を見つけ出すことを目的としている。

- 健診、関係機関からの連絡（医療機関・民生委員・住民グループなど）、要介護認定非該当者、訪問活動等による実態把握など、地域における様々なルートを活用して行われるべき。
- 各ルートにおいては、生活機能が低下していると思われる高齢者に対して、基本チェックリスト（案）に回答してもらい、その点数が基準値を超える場合には地域包括支援センターに紹介する。
なお、基本チェックリストの回答結果が基準値に達しない場合でも、できる限り精神・身体・社会の各相での活動を高めることの重要性を伝え、市町村や民間で行っている各種事業への参加を促していくこと。

2. 地域包括支援センター

地域包括支援センターは、地域支援事業（介護予防事業）の対象となる者を選定し、さらに（対象者と選定された者に）介護予防ケアマネジメントを行う。

①介護予防事業の対象者の選定

- 生活機能低下の早期把握の各ルートのいずれかで「地域支援事業（介護予防事業）の対象となる可能性がある」と判断された高齢者が地域包括支援センターを訪問するが、上記のルートを経ないで本人・家族が直接訪問することも有り得る。
- いずれの場合であっても、同センターは基本チェックリストを用いて本人の生活機能状態を調査し、その結果をもとに地域支援事業（介護予防事業）の対象者を選定。
なお選定の結果と対象者とならなかった場合には2つの可能性がある。

1) 生活機能低下のない場合

地域支援事業（介護予防事業）のうちポピュレーションアプローチとしての一般高齢者施策や健康増進のための他のサービス（民間サービス・社会教育・健康教育等）への参加を促していくとともに、次年度の介護予防に関する健診の受診を勧める。

2) 要支援・要介護状態に該当する場合

要介護認定の申請を勧める。

②介護予防ケアマネジメント

- 地域支援事業（介護予防事業）の対象者に対して、地域包括支援センターで実施。介護予防ケアマネジメントは一次アセスメントと簡易な介護予防ケアプランの作成という2つの要素により構成。
- 一次アセスメントの目的は、基本チェックリストと介護予防に関する健診結果をもとに、個々人における介護予防ニーズを特定し、課題分析を行うこと。
- 介護予防に関する健診結果は一次アセスメントにおける重要な判断資料となることから、同健診を受診していなかった者については、受診を勧奨し、その結果を待って一次アセスメントを始めることが望ましい。
- 介護予防ケアプランは、どのような目標のもとにどのような生活（介護予防事業の利用、インフォーマルな支援の利用、医療機関の受診、生活習慣の改善など）を創っていくかについて、原則として対象者本人と一緒に作成。
なお必要に応じて、関連する職種とともにサービス担当者会議を開催することが望ましい。

3. 事業の実施

- 介護予防ケアプランにもとづいて、運動機能向上や栄養改善、口腔機能向上その他の事業を実施。
- 当該事業は通年実施される形態を取り、その利用者はいつでも利用を開始し、一定期間後には利用を終了できるようにすることが望ましい。
- 各事業の実施者は、二次アセスメント、事業実施、モニタリングを実施。
- 各事業の利用開始にあたって、事業実施者は二次アセスメント（参加者個々人の心身機能レベル等の評価）を行う。これをもとに、個々人の目標（一定期間後に何がどの程度できるようになるか）を設定し、具体的な事業プログラムを計画する。さらにリスク評価を行うことにより、事業実施時における安全管理に役立てる。
- 事業の実施にあたって、事業実施者はモニタリングを行う。各利用者について、事業プログラムに沿って事業に参加しているかどうか、設定された目標に到達しつつあるかどうか、事業実施上での阻害要因などがないかどうかについて、事業実施者は定期的に評価を行う。その結果に応じて、事業実施者は事業プログラムに適宜変更を加えるものとする。

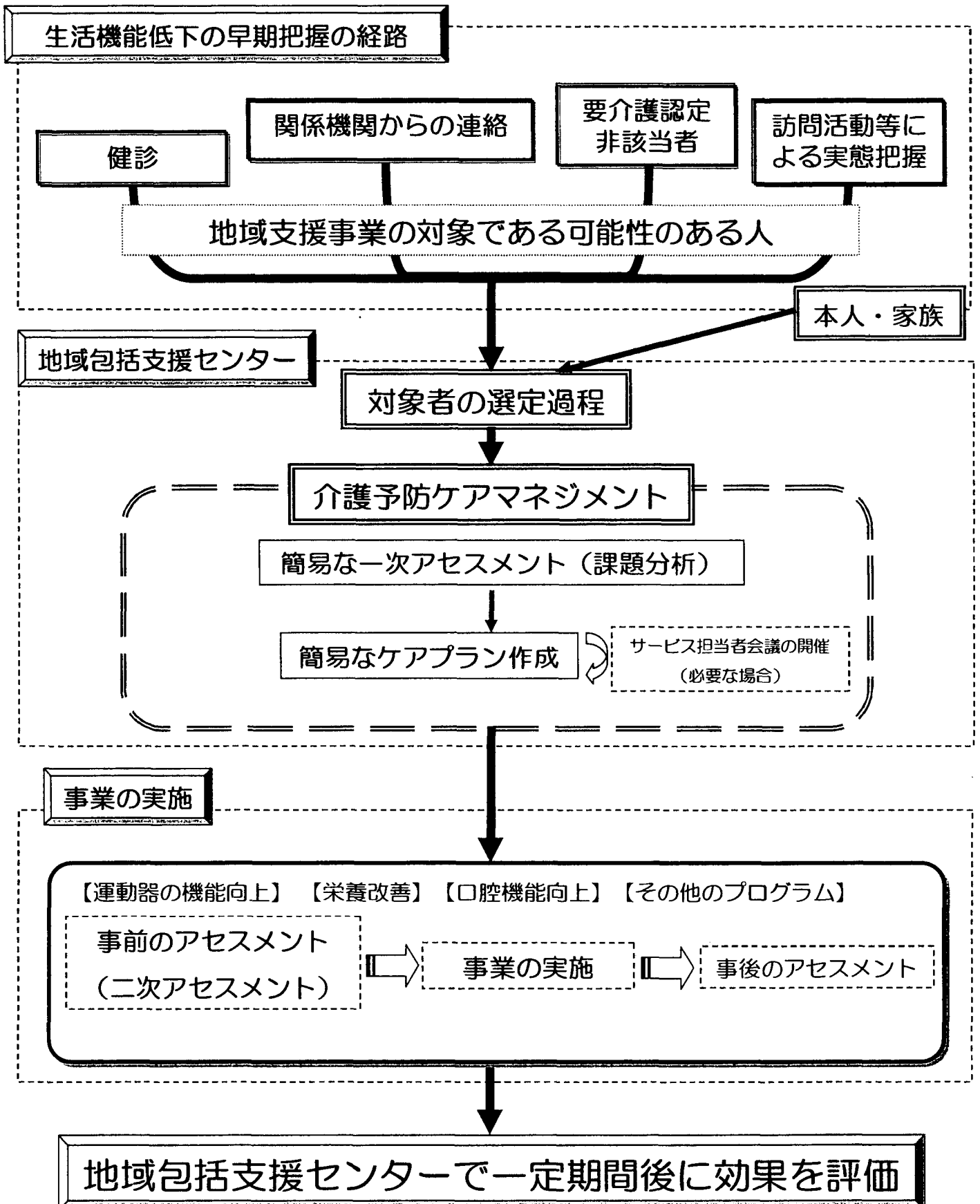
4. 地域包括支援センターでの効果の評価

地域包括支援センターは、一定期間後に各利用者の状態を再アセスメントする。その目的は、介護予防ケアプランで設定された目標が達成されたかどうかをチェックするとともに、その状況に応じて今後のプランを作成することである。

今後のプランとしては、以下の3つの可能性が考えられる。

- ① 地域支援事業（介護予防事業）の利用を継続する、
 - ② 要介護認定を申請する、
 - ③ ポピュレーションアプローチとしての一般高齢者施策へ移行する、
- これらは各利用者の生活機能の推移に応じて決められるものであるが、その際、本人の希望が最大限に尊重されるべきであることは言うまでもない。

介護予防事業における特定高齢者施策の流れ(案)



3) 基本チェックリスト(案)

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を お付け下さい)	
		0.はい	1.いいえ
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
6	片足立ちで靴下をはいていますか	0.はい	1.いいえ
7	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
8	椅子に座った状態からなにもつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ
9	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
10	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
11	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
12	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
13	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
14	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ
15	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
16	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
17	6ヵ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1.はい	0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
21	薬を決められた通りに飲んでいますか(飲んでいる場合のみ)	0.はい	1.いいえ
22	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
23	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
24	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ
25	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
26	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ

(すべて答えたかどうか、もう一度ご確認下さい)

地域支援事業分 ケアプランおよび評価表シート 事例2

被保険者番号	123456	氏名	高○ 太郎 (男性)	年齢	90歳	電話	55-5555	緊急連絡先	54-5555 (長女・○ ○美宅)	
ケース概略	経過	身の回りのことは自分でやっているが、しばしば急性腸炎起し入退院を繰り返している。やせて体力・筋力が低下しておりよく風邪ひいたり夏ばてをすることが多い。今回も腸炎退院後で体力低下有り。ケアハウスから包括支援センターに紹介				家族構成	家族支援	既往症	治療中疾患	主治医
						独居(ケアハウス)	長男夫婦	骨折・腰痛症・腸閉塞	慢性気管支炎	△△医院 (54-1111)

プラン(有効期間:平成18年4月1日~10月31日)

評価(再アセスメント)

評価日:10/23

目標	課題	短期目標	現状※注	本人(家族)のセルフケア		利用する地域支援事業・インフォーマルサービス			予定	実際	評価
				改善案※注	利用サービス名※注	事業者名	提供期間				
「俳句の会」に再度参加したい。	歩行が不安定	ラジオ体操(ケアハウス)に参加	① 自室内だけで過ごす時間が増えた	①② 日中はバジャマから着替える。	〈地域支援事業〉			10月中		教室の参加により、少食ながらもバランスを考えた食事を摂取することができるようになり、貧血・アルブミン値も改善。地域の会食会に参加し、会食の楽しみを味わうことができ継続参加の希望有り。	
			② 施設内歩行一人で不安	①② ベッド上で過ごす、コルセットの着用を。	③④ 栄養改善教室参加	市保健センター	通年				
	少食で十分が足りない	量は少なくとも多くの食品を取るよう工夫	③ 食意欲がなく、退院時にアルブミン低下あり	②③ 隣の部屋の人と連れ立って食堂に行く	④⑤ 口腔機能向上教室	同上	毎月	10月中	10月中	むせこみは、改善が見られた。教室の参加により栄養状態は改善。地域の高齢者会食会にも参加し、会食の楽しみを味わうことができ継続参加の希望有り。苗科受診は、義歯調整も終り咀嚼がしやすくなった。栄養状態も改善しているため、低栄養改善教室は修了とし、その代わり随時の栄養相談も自ら利用してもらうように勧めている。俳句ネットも活用できる様になってますます、「俳句の会」の参加意欲も増えてきている。本人が参加を拒否していた運動器の機能向上事業への参加が必要と思われる。	
			④ 食事の際にむせこむ時がある	④⑤ 副食や牛乳・デザート・果物から手をつけ、主食だけにしないように工夫。	① 傾聴ボランティア	公民館	通年				
			⑤ 義歯が合わなくなってきた	④⑤ 歯科受診。むせこみについても相談する。	④⑤ 歯科受診	民生委員	通年				
		③④ 地域の高齢者会食会参加	宅老ボランティア	通年							
				〈その他の公的サービス〉							
					②③ 保健師の訪問 (1/月)		通年				

一次アセスメント時基本チェックリスト結果(必要な支援の下欄に○印をつけて下さい。)

再アセスメント時基本チェックリスト結果(引き続き必要と思われる支援の下欄に○印をつけて下さい。)

運動器の機能	栄養改善	口腔機能	閉じこもり	認知症	うつ	運動器の機能	栄養改善	口腔機能	閉じこもり	認知症	うつ	今後の方針
9 / 11	1 / 1	2 / 3	1 / 2	0 / 4	4 / 5	7 / 11	0 / 1	0 / 3	0 / 2	0 / 4	0 / 5	1. 継続 2. 修了 3. その他
○	○	○				○						運動器の機能向上開始

私は、介護予防ケアプランに同意するとともに、サービス提供に関して私の情報を関係者に開示することに同意します。
 ※注 現状にある番号の課題に関連のある改善案、利用サービスには同じ番号を付けてある。

氏名 高○ 太郎 印

4) 新予防給付に関する基本的な流れ (案)

1. 対象者の把握

新予防給付は、介護認定審査会によって要支援1および要支援2と判定された者に対して行われる。

2. 地域包括支援センター

地域包括支援センターは、要支援1および要支援2と判定された高齢者に対して、介護予防ケアマネジメントを行う。

介護予防ケアマネジメント

- 一次アセスメントとして、認定調査項目、主治医意見書、生活行為（29項目）調査票（新予防給付にかかるアセスメント票）、介護予防に関する健診、本人・家族との話し合い等をもとに、現状における生活行為に関する評価・分析を行い、それに基づいて、「本人がどんな生活・人生を送りたいか」について本人と介護予防ケアマネジメントに関わるものが合意。
- それに基づいて行われるケアプランの作成過程では、「するようになる生活行為」を実現するための目標を設定して、それを達成するために必要となる支援要素（本人・家族・地域・保険給付・介護保険以外の公的サービスのそれぞれは何をするか）を明らかにして、目標を実現するための支援メニューを作成。
- 個別のサービスは、通所介護、通所リハ、訪問介護、その他の様々なサービスについて、まず事前のアセスメント（二次アセスメント）を行って、介護予防ケアプランが作成される。

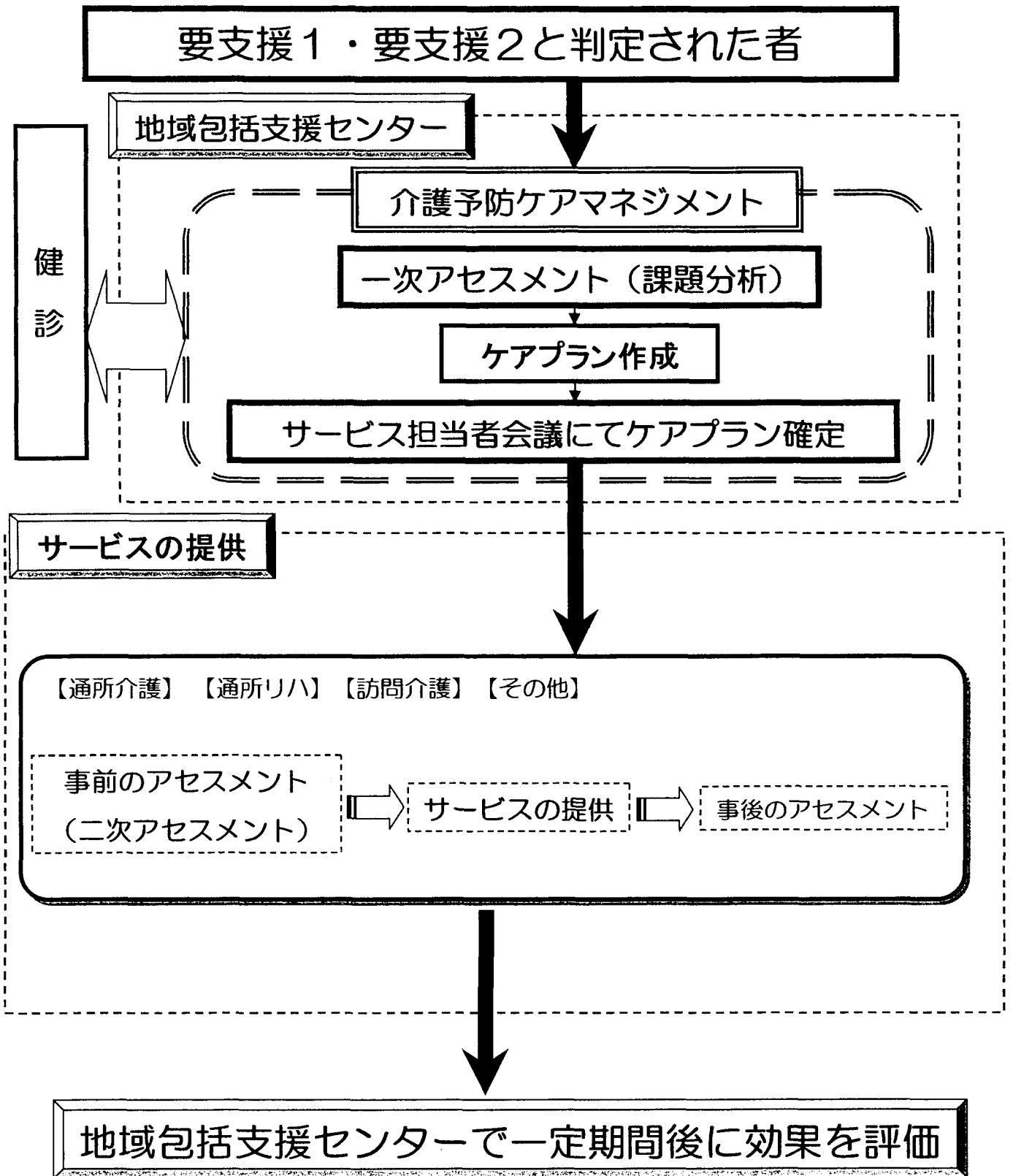
3. 事業の実施

- 介護予防ケアプランにしたがって、個別サービス事業者によりサービスが提供され、一定期間後に事後のアセスメントを行うものである。

4. 地域包括支援センターでの効果の評価

- 一定期間後に、地域包括支援センターにおいて効果の評価が行われる。すなわち、介護予防ケアマネジメントにより設定された目標（生活行為の改善・利用者の望む生活の実現）が実際に現実のものとなったかどうかを評価し、それに基づいて介護予防ケアプランを見直していく。
- また利用者本人の機能レベルが改善したために地域支援事業（介護予防事業）へ移行することが必要となる場合、あるいは逆に利用者本人の機能レベルが悪化したために要介護状態となる場合も有り得る。その際は、それに応じた対応を行う。

(参考)新予防給付の流れ(案)



Ⅱ. 運動器の機能向上マニュアル（案）（概要）

（新予防給付）

サービスの種類	対象者	主な担当職種	実施場所	サービス内容	目標設定・評価期間
介護予防通所介護	生活機能の向上のために、運動器の機能向上に関する機能訓練を必要とする要支援者	機能訓練指導員（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師） 看護師等 経験のある介護職員 生活相談員等	介護予防通所介護事業所 （必要に応じて居宅を訪問）	①二次アセスメント（事前のアセスメント） ②実施計画の作成 ③運動の実施 ④相談等 ○看護職員等の医療従事者によるリスクの評価 ○理学療法士等による評価（関節可動域、筋力等） ○体力測定 ○健康関連QOL測定 ○実施計画（原案）の作成 ○説明と同意 ○ストレッチング ○バランストレーニング ○コンディショニングトレーニング ○筋力向上トレーニング ○機能的トレーニング等 ○日常生活上の運動に関する相談 ○地域での自立活動促進等のための個別相談等	6月に1回 （機器を用いる場合は3月に1回）
介護予防通所リハビリテーション	生活機能の向上のために、運動器の機能向上に関するリハビリテーションを必要とする要支援者	医師（専任） 理学療法士 作業療法士 看護師等 経験のある介護職員等	介護予防通所リハビリテーション事業所 （必要に応じて居宅を訪問）	⑤事後のアセスメント ○ニーズの達成度、身体機能、関連QOL等を評価し、事業評価を実施 ※通所リハビリテーションでは、医学的な管理の下でより専門的なプログラムを実施	6月に1回 （機器を用いる場合は3月に1回）

(地域支援事業)

事業の種類	対象者	主な担当職種	実施場所	事業内容	目標設定・評価期間
特定高齢者施策 (ハイリスクアプローチ)	運動器の機能向上が必要な 虚弱高齢者	医師 通所介護における 機能訓練指導員 看護師等 等	市町村保健センター、公民館等 (委託する場合は、民間事業所等) (通所が困難な事例については、適宜、訪問により実施)	<ul style="list-style-type: none"> ① 二次アセスメント (事前のアセスメント) ② 実施計画の作成 ③ 運動の実施 ④ 相談等 ⑤ 事後のアセスメント <ul style="list-style-type: none"> ○医学的な側面に関する評価 ○体力測定 ○健康関連QOL測定 ○実施計画(原案)の作成 ○説明と同意 ○ストレッチング ○バランストレーニング ○コンディショニングトレーニング ○筋力向上トレーニング ○機能的トレーニング 等 ○日常生活上の運動に関する相談 ○地域での自立活動促進等のための個別相談 等 ○実施計画に基づき、目標の達成状況や日常生活活動能力等を含めた事後のアセスメントを行う。 	6月に1回 (機器を用いる場合は3月に1回)
一般高齢者施策 (ポピュレーションアプローチ)	全ての高齢者	保健師 等		<ul style="list-style-type: none"> ○運動器の機能向上に関する普及啓発等 <ul style="list-style-type: none"> ○運動を含めたイベントの実施 ○パンフレット等の配布 ○運動器の機能向上に関する地域活動の育成・支援等 	

Ⅲ. 栄養改善マニュアル（案）（概要）

（新予防給付）

サービスの種類	対象者	主な担当職種	実施場所	サービス内容	目標設定・評価期間
通所介護	低栄養状態のおそれのある者	管理栄養士	介護予防通所介護事業所（必要に応じて居宅訪問）	<p>①二次アセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ○低栄養状態のリスクの評価、健康状態、栄養状態、食事に関する意向や意欲、主観的健康感の把握 ○買い物・食事づくり担当者、共食者とその意向や意欲 ○食事に関する嗜好、アレルギー、食事摂取行為の自立、形態、食事づくりや買い物状況、配食サービスの利用等の環境等の把握 ○食べ方や飲み方の観察 ○低栄養状態と関連した口腔、摂食・嚥下障害、下痢、便秘、脱水などの問題の把握 ○食事行為に関する知識・技術・意欲の状況 ○食習慣、生活習慣 <p>②栄養改善サービス計画の作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ○解決すべき課題 ○長期目標、短期目標 ○食事（タンパク質、エネルギー及び水分の必要量と個別対応事項）、訪問介護等における調理や買い物援助との連携事項、栄養食事相談、多職種による課題の解決等 	6月に1回
通所リハビリテーション	低栄養状態のおそれのある者	管理栄養士	介護予防通所リハビリテーション事業所（必要に応じて居宅を訪問）	<p>③個別的で重点的な栄養食事相談（6月間に8回程度）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○計画に基づく課題解決に向けた相談 ○栄養・食事に関する相談（「食べること」への意欲を重視） <p>④モニタリングの実施と計画の修正</p> <ul style="list-style-type: none"> ○自己実現の意欲、主観的健康観等、低栄養状態のリスク、摂取量、計画の実践状況 ○モニタリングの結果に応じた計画の修正 <p>⑤評価及び地域包括センターへの報告</p> <ul style="list-style-type: none"> ○自己実現の課題と意欲、低栄養状態のリスク、サービス継続の必要性、計画の概要と実施状況、総合評価 <p>※通所リハビリテーションでは、医学的な管理の下でより専門的なプログラムを実施等</p>	6月に1回

(地域支援事業)

事業の種類	対象者	主な担当職種	実施場所	事業内容	目標設定・評価期間	
特定高齢者施策 (ハイリスクアプローチ)	低栄養状態のおそれのある高齢者	管理栄養士	市町村保健センター、健康増進センター、老人福祉センター、公民館等 (委託する場合は、民間事業所等) (通所が困難な事例については、適宜、訪問により実施)	A 栄養相談 (6人以内、多くて10人以内の小グループ) ①二次アセスメント ②実施計画の策定 ③相談等 ④事後のアセスメント	○低栄養状態の評価、食事摂取状況、アレルギーの状況、食事摂取行為の自立、身体状況、低栄養関連問題の把握 ○課題の解説 ○利用者が行う計画づくり及び実行に向けての支援 ○情報提供 (配食サービス、食事会などボランティア組織の紹介、高齢者の食事づくりに便利な器具の紹介等) ○必要に応じ簡便料理等の実演 ○スケジュール作成と配布 ○モニタリングの実施と計画の修正 ○評価及び地域包括支援センターへの報告	6月に1回
		知識経験を有する専門職 (ファシリテーターとして、研修を受けた住民が参画)	B 介護予防を目的とする集団的な栄養教育	○講義 (必要に応じて実習) による集団的栄養教育 ・ 食べることの意義 ・ 栄養改善のための自己マネジメントの方法 ・ 栄養改善のための食べ方、食事づくりと食材の購入方法 ・ 摂食・嚥下機能を含めた口腔機能の向上等の低栄養に関連する問題等 ・ 社会参加のためのボランティア団体の紹介等		
		事業者	事業所	C 配食サービス	○栄養相談における管理栄養士による二次アセスメント結果に基づいた計画によって提供	
		一定のプログラムを修了した地域住民	市町村保健センター、健康増進センター、老人福祉センター、公民館等	D 地域住民による低栄養状態にある者に対する支援活動の活用	○「食べること」や「食事づくり」の場の活用 ○食生活行為への支援 (外出支援、宅配紹介・手配など) ○その他一般高齢者施策の活用	
一般高齢者施策 (ポピュレーションアプローチ)	全ての高齢者	管理栄養士 保健師 等		○栄養改善に関する普及啓発活動等 ○「地域栄養改善活動」推進委員会の設置 ○愛称、ロゴ、シンボルマーク、キャッチコピーの募集 ○課題把握と計画作成 ○普及啓発活動 (講演会、ポスター・パンフレットの作成・配布、ホームページ作成、外食・食品小売業等における栄養情報の表示、有線放送、広報の活用等) ○介護予防のための個人データの自己確認 (ポート・フォリオ作成) ○相談窓口の設置 ○介護予防に関するボランティアの育成 ○育成されたボランティアによる特定高齢者施策支援活動 ○評価と継続的な品質改善活動	1年に1回	

IV. 口腔機能の向上マニュアル（案）（概要）

（新予防給付）

サービスの種類	対象者	主な担当職種	実施場所	サービス内容	目標設定・評価期間
1) 通所介護	口腔機能の低下のおそれがある高齢者	歯科衛生士 看護師 言語聴覚士	介護予防通所介護事業所	<p>①二次アセスメント（事前のアセスメント）</p> <p>○利用者の口腔内の状態、改善目標を把握</p> <p>②介護予防サービス計画の立案</p> <p>○個々の特性を踏まえた介護予防サービス計画の策定 ※歯科衛生士等による「専門的サービス」、介護職員等による「基本的サービス」、本人が行う「セルフケアプログラム」を立案</p> <p>③介護予防サービス計画の説明と同意</p> <p>○介護サービス計画を説明し、同意により介護サービス計画を決定</p> <p>④サービスの提供</p> <p>(1)口腔機能の向上の教育（口腔清掃の必要性等）</p> <p>(2)口腔清掃の指導・実施（口腔、義歯清掃法の指導・実施等）</p> <p>※専門的サービス（月1～2回）：(1)(2)(3) A B ※基本的サービス（毎回）：(2)(3) B ※セルフケアプログラム（毎日）：(2)(3) B</p>	3月に1回
2) 通所リハビリテーション	口腔機能の低下のおそれがある高齢者	看護師 言語聴覚士 歯科衛生士	介護予防通所リハビリテーション事業所	<p>【介護予防通所介護事業所で行う指導・実施】</p> <p>(3) 摂食・嚥下機能に関する訓練の指導・実施 A：摂食・嚥下器官等の運動等の訓練の指導・実施等 B：日常的な口腔機能の向上の訓練（「健口体操」等）の指導・実施等</p> <p>【介護予防通所リハビリテーション事業所で行う指導・実施】</p> <p>(3) 摂食・嚥下機能に関するリハビリ・訓練の指導・実施 A：摂食・嚥下器官等の運動等のリハビリ・訓練の指導・実施等 B：日常的な口腔機能の向上の訓練（「健口体操」等）の指導・実施等</p> <p>⑤モニタリング</p> <p>○歯科衛生士等による月1回、介護職員等による毎回</p> <p>⑥事後のアセスメント</p> <p>○目標の達成度合、口腔内の状態の変化等の評価</p> <p>⑦地域包括支援センターへの報告</p> <p>○目標の達成度合、口腔内の状態の変化等の報告</p>	

(地域支援事業)

事業の種類	対象者	主な担当職種	実施場所	事業内容	目標設定・評価期間
特定高齢者施策 (ハイリスクアプローチ)	口腔機能の低下のおそれがある高齢者	歯科衛生士 保健師 看護師	市町村保健センター、公民館等 (委託する場合は、民間事業所等) (通所が困難な事例については、適宜、訪問により実施)	<p>①二次アセスメント (事前のアセスメント)</p> <p>○利用者の口腔内の状態、改善目標を把握</p> <p>②個別計画の立案</p> <p>○個々の特性を踏まえた個別計画の策定 ※歯科衛生士等による「専門的專業」、本人が行う「セルフケアプログラム」を立案</p> <p>③個別計画の説明と同意</p> <p>○個別計画を説明し、同意により個別計画を決定</p> <p>④サービスの提供 ※専門的專業 (月1~2回) : (1) (2) (3) A B ※セルフケアプログラム (毎日) : (2) (3) B</p> <p>(1) 口腔機能の向上の教育 (口腔清掃の必要性等) (2) 口腔清掃の指導・実施 (口腔、義歯清掃法の指導・実施等) (3) 摂食・嚥下機能に関する訓練の指導・実施 A : 摂食・嚥下器官等の運動等の訓練の指導・実施等 B : 日常的な口腔機能の向上の訓練 (「健口体操」等) の指導・実施等</p> <p>⑤事後のアセスメント</p> <p>○目標の達成度合、口腔内の状態の変化等の評価</p> <p>⑥地域包括支援センターへの報告</p> <p>○目標の達成度合、口腔内の状態の変化等の報告</p>	3月に1回
一般高齢者施策 (ポピュレーションアプローチ)	全ての高齢者	歯科衛生士 保健師 等		<p>○口腔機能の向上に関する普及啓発活動等</p> <p>○口腔機能の向上に関する推進委員会等の設置</p> <p>○講演会等による健康教育</p> <ul style="list-style-type: none"> ・口腔機能の向上の教育 ・口腔機能の向上に関するパンフレットの作成、配布 <p>○相談窓口の設置</p> <p>○口腔機能の向上におけるボランティア等の人材育成</p>	

V. 閉じこもり予防・支援マニュアル（案）（概要）

（地域支援事業）

事業の種類	対象者	主な担当職種	実施場所	事業内容	目標設定・評価期間
特定高齢者施策 （ハイリスクアプローチ）	閉じこもり高齢者	保健師 看護師 社会福祉士 民生児童委員 保健推進員 ボランティア等	居宅 市町村保健センター、公民館等（委託する場合は、民間事業所等）	<p>① 二次アセスメント</p> <p>○外出頻度、IADL、知的能動性、社会的役割、生活体力指数 等</p> <p>※閉じこもりの原因となる身体的・心理的・社会環境的要因を踏まえ、通所または訪問における適切な援助を検討する。</p> <p>② 事業実施</p> <p><訪問による援助> ○継続的な訪問 ○パンフレット等の送付 ○電話による状態の把握 等 ※「真の閉じこもり」として十分な対応を行う。 ※地域包括支援センターをはじめ、保健所、精神保健福祉センター等と連携して適切な支援を行う。</p> <p><通所による援助> ※専用のプログラムは作らず、閉じこもり状態を改善させるために、運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上等への参加を呼びかけるとともに、地域のインフォーマルなサービス資源を活用する。</p> <p>③ 事後のアセスメント</p> <p>※終了後も地域参加につながるよう援助を行う。 ※事業評価として、地域での有病率や罹患率、事業参加率、要介護度の変化等の評価を行うことが考えられる。</p>	6月
一般高齢者施策 （ポピュレーションアプローチ）	全ての高齢者	保健師 看護師 社会福祉士 民生児童委員 保健推進員、ボランティア等	市町村保健センター、公民館等	<p>○普及啓発等</p> <p>○行動変容のきっかけとなる以下のような地域活動の育成・支援 （社会活動・役割の重要性に関する広報活動・健康学習／地域の高齢ボランティアの養成 等）</p> <p>○健康教育 等 （地域の様々な資源を活用した、広報、普及啓発、レクリエーション等）</p>	

VI. 認知症予防・支援マニュアル（案）（概要）

（地域支援事業）

事業の種類	対象者	主な担当職種	実施場所	事業内容	目標設定・評価期間
特定高齢者施策 （ハイリスクアプローチ）	軽度認知障害を持つ高齢者	保健師・看護師等 言語聴覚士 作業療法士等	市町村保健センター、公民館等 （委託する場合は、民間事業所等） （通所が困難な事例については、適宜、訪問により実施）	①二次アセスメント ②事業の提供 ○認知機能等を評価し、医療サービスや介護サービスの必要性や、地域支援事業としての支援方法等について検討する。 ○一定期間後に再度認知機能等を評価し、事業の効果を確認する。 ○認知機能が認知症を疑うレベルにまで低下していれば、適切に医療サービスや介護サービスに結びつける。 ○認知症予防のためには、生活行動や趣味活動などを増やすことが重要であると考えられるため、運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上等の各種事業への参加を呼びかけるとともに、地域のインフォーマルなサービス資源の活用を図る。	未検討
一般高齢者施策 （ポピュレーションアプローチ）	全ての高齢者	保健師等	市町村保健センター、公民館等 （委託する場合は、民間事業所等）	①社会資源データベース作成 ②住民への情報提供 ③地域活動の育成・支援 ④プログラム指導者・ファシリテーター（支援者）育成 ○認知症予防に役立つ地域の社会資源に関する情報を集めデータベースを作成 ○認知症予防に関心のある住民への情報提供 パンフレット作成配布等 ○行動変容のきっかけとなる以下のような地域活動の育成・支援 ・生きがい型 囲碁、将棋、園芸、料理、パソコン、ウォーキング、水泳等 ・目的型 認知症予防に特化した園芸、料理、パソコン、旅行プログラム、ウォーキング、水泳、食習慣改善プログラム ・訓練型 認知機能訓練を目的とした計算ドリルなど ○認知症予防・支援プログラムを実施するために必要な知識と技術を持った指導者やファシリテーター（支援者）の育成	

Ⅶ. うつ予防・支援マニュアル（案）（概要）

（地域支援事業）

事業の種類	対象者	主な担当職種	実施場所	事業内容		目標設定・評価期間
特定高齢者施策 （ハイリスクアプローチ）	うつ病またはうつ傾向が疑われる高齢者	保健師 看護師 社会福祉士 精神保健福祉士等	市町村保健センター、公民館等 （委託する場合は、民間事業所等） （通所が困難な事例については、訪問により実施）	①二次アセスメント （『心の健康相談』） ②事業実施 （受診勧奨または経過観察） ③事後のアセスメント	○一次アセスメントでうつの可能性が疑われた高齢者（基本チェックリストに含まれる「うつに関する質問評価票」において、5項目中2項目以上該当した場合）に対して、抑うつの重症度評価等の（『心の健康相談』）を実施する。 ○その評価や面接の状況等により、「経過観察」または「医療機関への受診勧奨」に区分し、地域包括支援センターへ連絡する。 ○①に基づき、うつ病が疑われる高齢者に関しては、医療関係者と緊密な連携の上で医療機関への受診勧奨を援助し、それ以外のうつ傾向のある高齢者には、個別健康相談、訪問等により経過観察を行う。 ○地域包括支援センターをはじめ、保健所、精神保健福祉センター等と連携して適切な支援を行う。 ※うつ予防・支援については専用のプログラムは作らず、運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上等への参加を呼びかけるとともに、地域のインフォーマルなサービス資源を活用する。 ※うつ以外に他の課題（低栄養等）が認められないものについてはケアプランを作成する必要はない。市町村において経過観察中に生活機能の低下等を認めた場合は、地域包括支援センターに連絡する。 ○フォローアップの重要性を踏まえ、受診後も、健康教室・研修会・市民講座の紹介、電話相談や家庭訪問等を行う。 ○関係者でのカンファレンス等を通し、情報の共有化、支援の確認等を行うとともにスキルアップを目指す。	
一般高齢者施策 （ポピュレーションアプローチ）	全ての高齢者	保健師 看護師 介護支援専門員 社会福祉士 精神保健福祉士 民生児童委員 保健推進員等	同上	○うつに関する普及啓発等	○健康教育、健康教室、健康相談、広報誌・パンフレット・チラシ等の配布、健康手帳への記載等 （本人及び地域住民、関係機関に対して、ストレスへの対処方法、うつ病とその症状、地域にある心の相談窓口や医療機関への受診等についての正しい知識等の普及・啓発活動を行う。） ○地域のインフォーマルサービス資源の活用を図る。 （地域自治会、老人クラブ等）	

介護予防に関する各研究班

研究	主任研究者
総合的介護予防システムについての研究	東北大学大学院医学系研究科教授 辻 一郎
運動器の機能向上についての研究	東京都老人総合研究所介護予防緊急対策室長 大淵 修一
栄養改善についての研究	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部教授 杉山みち子
口腔機能の向上についての研究	日本大学歯学部教授 植田耕一郎
閉じこもり予防・支援についての研究	福島県立医科大学教授医学部教授 安村 誠司
認知症予防・支援についての研究	東京都老人総合研究所参事 本間 昭
うつ予防・支援についての研究	慶応義塾大学保健管理センター教授 大野 裕