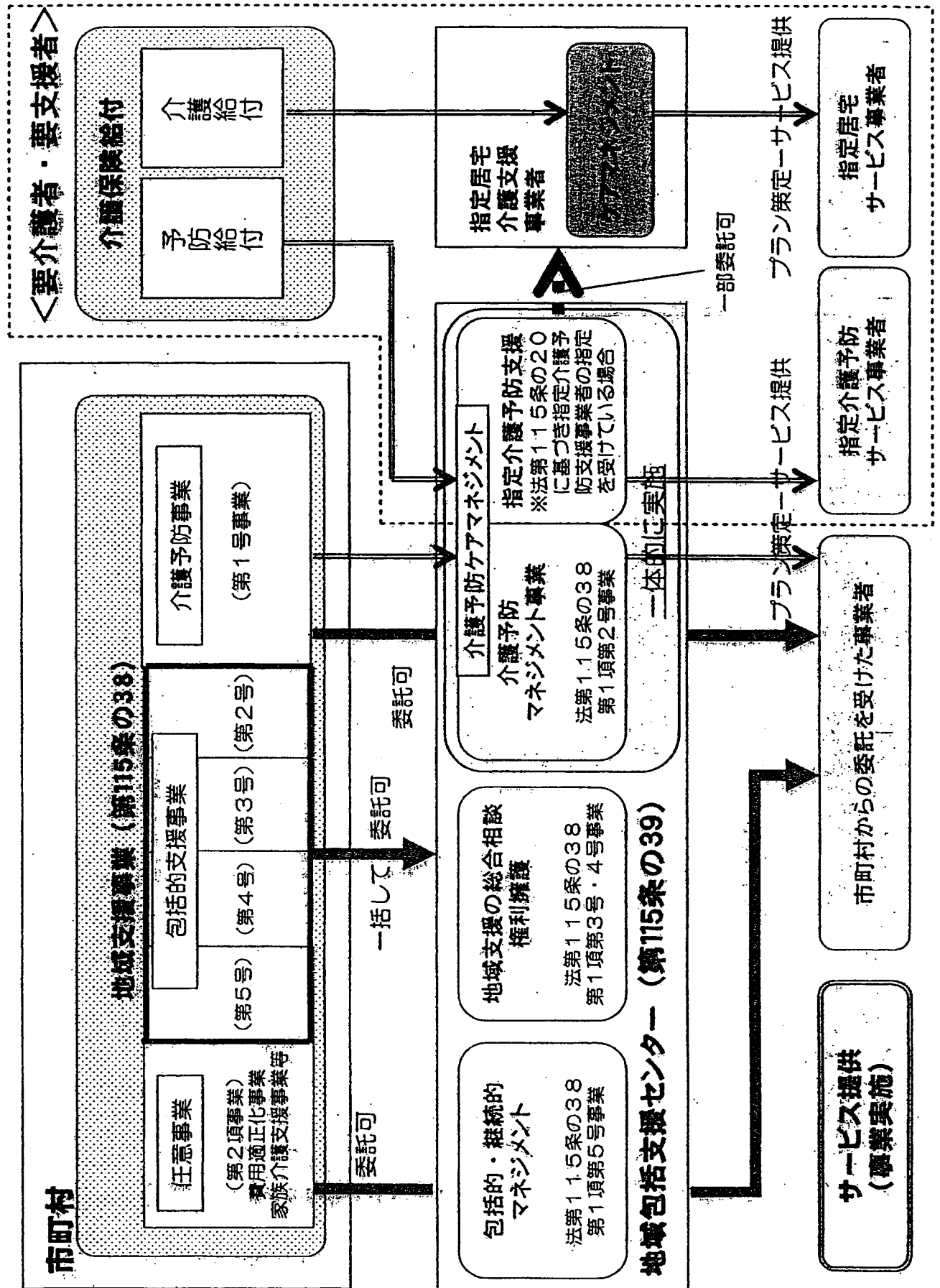


「全国介護保険担当課長会議資料（地域支援事業関係）」

（平成 17 年 6 月 27 日，8 月 5 日開催／抜粋）

- 地域支援事業の全体像について（イメージ案）・・・ p. 3
- 各サービス・事業において想定している対象者（案）・・・ p. 4
- 介護予防事業の概要（イメージ案）・・・ p. 5
- 既存事業（老人保健事業，介護予防・地域支え合い事業）と
介護予防事業の関係イメージ案・・・ p. 8
※ 以上，6月27日開催分
- 地域支援事業（介護予防事業）に関する基本的な流れ（案）・・・ p. 9
- 基本チェックリスト（案）・・・ p. 13
- 新予防給付に関する基本的な流れ（案）・・・ p. 15
- 各種事業のマニュアル（案）（概要）・・・ p. 18
（運動器の機能向上，栄養改善，口腔機能の向上，閉じこもり予防・支援，認知症予防・支援，うつ予防・支援）
※ 以上，8月5日開催分

地域支援事業の全体像について（イメージ案）



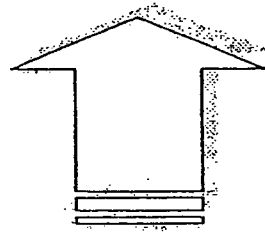
各サービス・事業において想定している対象者(案)

	要介護者	要支援者	非該当者等	
			特定高齢者	一般高齢者
介護給付	○	—	—	—
予防給付	—	○	—	—
地域支援事業	△	△	○	—
	○	○	○	○
特定高齢者施策				
一般高齢者施策				

介護予防事業の概要（イメージ案）

一般高齢者施策（仮称）

（ポピュレーションアプローチ）



○対象：全高齢者

○内容

：①介護予防に関する情報の提供

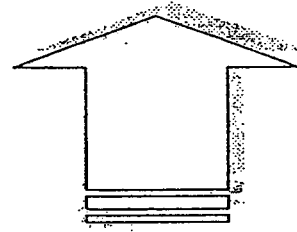
②地域におけるボランティア活動等を活用した介護予防のための活動等の実施

③介護予防に資する活動を行おうとする地域住民に対する場の提供等の支援 など

※現行の老健事業の健康教育、介護予防・地域支え合い事業における「いきがいと健康づくり推進事業」、「地域住民グループ支援事業」等を念頭に事業を組立て予定。

特定高齢者施策（※）（仮称）

（ハイスコアアプローチ）



○対象：虚弱高齢者

（平成20年度以降は、高齢者人口の5%程度を対象。平成18年度・平成19年度においては、おおむねその6～8割を実施。）

○内容

：①地域における虚弱高齢者の把握のための事業

②虚弱高齢者に対して、介護予防の観点から、「運動器の機能向上」、「栄養改善」、「口腔機能の向上」、「閉じこもり予防・支援」、「うつ予防・支援」、「認知症予防・支援」等の事業を実施。

※特定高齢者施策の概要

地域における虚弱高齢者の把握のための事業

- 地域における虚弱高齢者については、市町村において介護予防の観点も踏まえて実施する健診、その他、主治医等の医療機関からの連絡、要介護認定における非該当者の把握、市町村保健師の訪問活動等による実態把握などの様々な方法により市町村（又は市町村から委託を受けた地域包括支援センター）において把握。
- なお、介護予防の観点も踏まえて実施する健診の具体的な内容等については、現在の老人保健事業において実施している健診の取扱いと併せ、平成18年度予算編成までに、今後予定している医療制度改革や健康フロンティア戦略の見直しとの関係も含め整理することとしている。

虚弱高齢者に対して介護予防の観点から実施する事業

- 高齢者人口の5%程度の虚弱高齢者を対象に、市町村が実施主体となり、公民館、市町村保健センター等の場所において市町村が直接に実施する形態や、民間事業者に委託して実施する形態を想定。
- 事業は集団的なプログラムによる事業実施（1回の事業で20～30名の対象者に対して事業を実施する形態）を基本とする。
- 事業の内容は、「運動器の機能向上」、「栄養改善」、「口腔機能の向上」、「閉じこもり予防・支援」、「認知症予防・支援」、「うつ予防・支援」等を内容に、通所型の事業として実施することを基本に考えており、閉じこもり高齢者など、通所が困難なものに対しては限定的に訪問型の事業としても実施することを考えている。

※介護予防事業の事業区分等について

- 特定高齢者施策は、「通所型介護予防事業（仮称）」と「訪問型介護予防事業（仮称）」とに大別。このうち、通所型事業を主体として、訪問型については、閉じこもり高齢者など、通所が困難な者等を対象に限定的に実施。
- 一般高齢者施策は「その他介護予防事業（仮称）」として実施しているが、特定高齢者施策と相互に連携を図る実施することとする。

特定高齢者施策

通所型介護予防事業（仮称）

運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上、閉じこもり予防・支援、認知症予防・支援、うつ予防・支援、その他

訪問型介護予防事業（仮称）〈限定的に実施〉

運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上、閉じこもり予防・支援、認知症予防・支援、うつ予防・支援、その他

一般高齢者施策

その他介護予防事業（仮称）

※介護予防に資する事業は、これまでの老人保健事業や介護予防・地域支え合い事業において実施されてきたところであり、これらの既存事業も踏まえつつ、介護予防事業を組み立てることとしているところ。介護予防事業において実施する事業を仮に既存事業に当てはめた場合のイメージを示すと次表のとおりである。

**既存事業(老人保健事業、介護予防・地域支え合い事業)と
介護予防事業の関係イメージ案**

事業名		新区分	介護予防事業		
		既存事業区分	通所型介護予防事業(仮称)	訪問型介護予防事業(仮称)	その他介護予防事業(仮称)
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	老人保健事業	骨粗鬆症(転倒予防)健康教育 骨粗鬆症健康相談 総合健康相談 機能訓練(A)、(B)	訪問指導	健康手帳の交付
		介護予防・地域支え合い事業	転倒骨折予防教室 足指・爪のケアに関する事業 IADL訓練事業 高齢者筋力向上トレーニング事業		
	栄養改善	老人保健事業	総合健康相談	訪問指導	健康手帳の交付
		介護予防・地域支え合い事業	高齢者食生活改善事業 IADL訓練事業	高齢者食生活改善事業 「食」の自立支援事業	
	口腔機能の向上	老人保健事業	歯周疾患健康教育 歯周疾患健康相談 総合健康相談	訪問指導	健康手帳の交付
		介護予防・地域支え合い事業			
	閉じこもり予防・支援	老人保健事業	総合健康相談 機能訓練(A)、(B)	訪問指導	健康手帳の交付
		介護予防・地域支え合い事業	生きがいと健康づくり推進事業		
	認知症予防・支援	老人保健事業	総合健康相談 機能訓練(A)、(B)	訪問指導	健康手帳の交付
		介護予防・地域支え合い事業	アクティビティ・痴呆介護教室 生きがいと健康づくり推進事業		
	うつ予防・支援	老人保健事業	総合健康相談 機能訓練(A)、(B)	訪問指導	健康手帳の交付
		介護予防・地域支え合い事業	生きがいと健康づくり推進事業		
	その他	老人保健事業	病態別健康教育 病態別健康相談 介護家族健康相談	訪問指導	健康手帳の交付
		介護予防・地域支え合い事業	運動指導事業		生活管理指導員派遣事業 生きがいと健康づくり推進事業
一般高齢者施策 (ポピュレーションアプローチ)		老人保健事業	薬健康教育 一般健康教育 介護家族健康教育		健康手帳の交付
		介護予防・地域支え合い事業	高齢者食生活改善事業 生きがいと健康づくり推進事業 寝たきり予防対策普及啓発事業		地域住民グループ支援事業 生活管理指導短期宿泊事業 寝たきり予防対策普及啓発事業

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あり得る。
- 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て、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

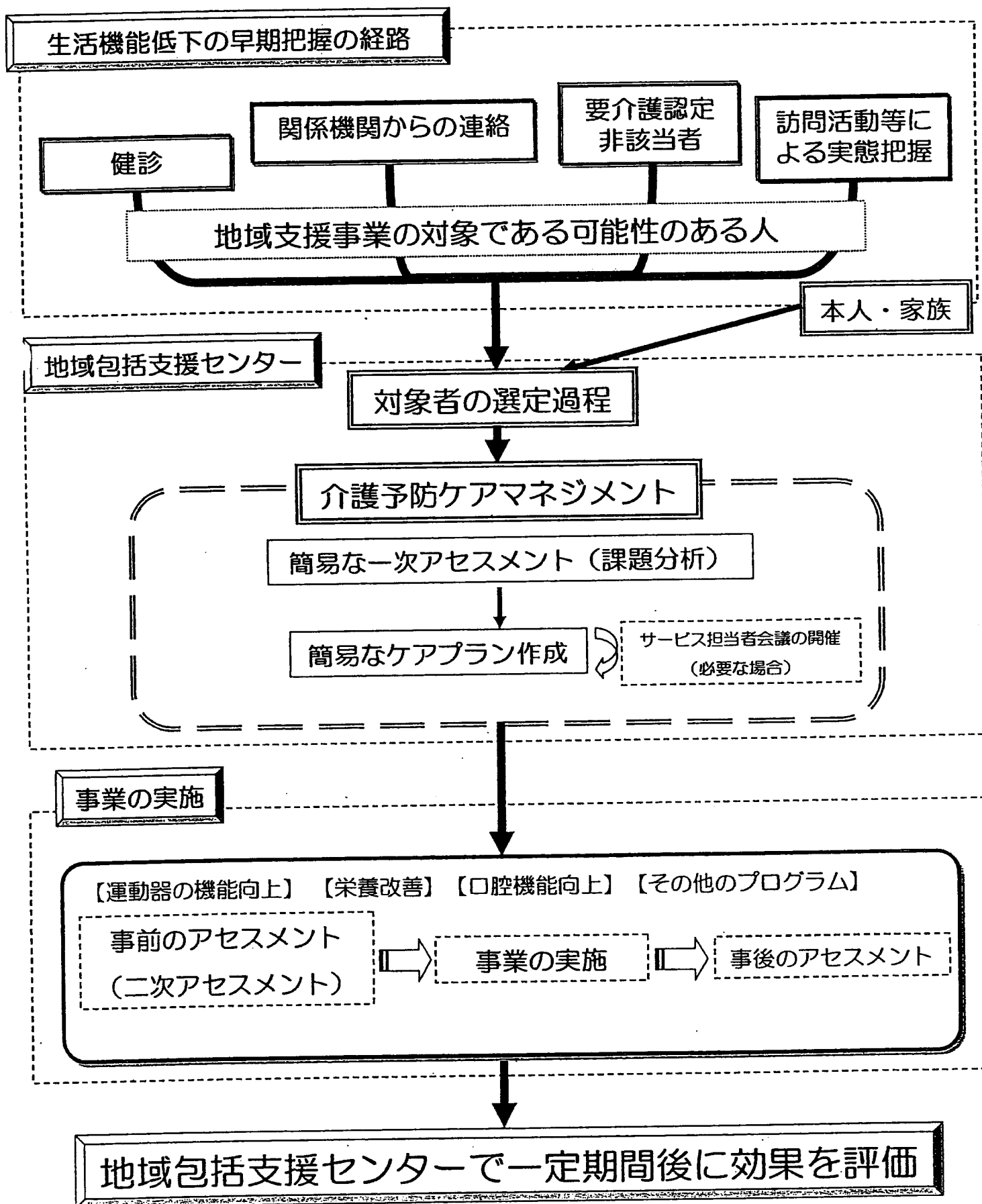
地域包括支援センターは、一定期間後に各利用者の状態を再アセスメントする。その目的は、介護予防ケアプランで設定された目標が達成されたかどうかをチェックするとともに、その状況に応じて今後のプランを作成することである。

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)

來工！！

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。

高 太郎 印
氏名

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。

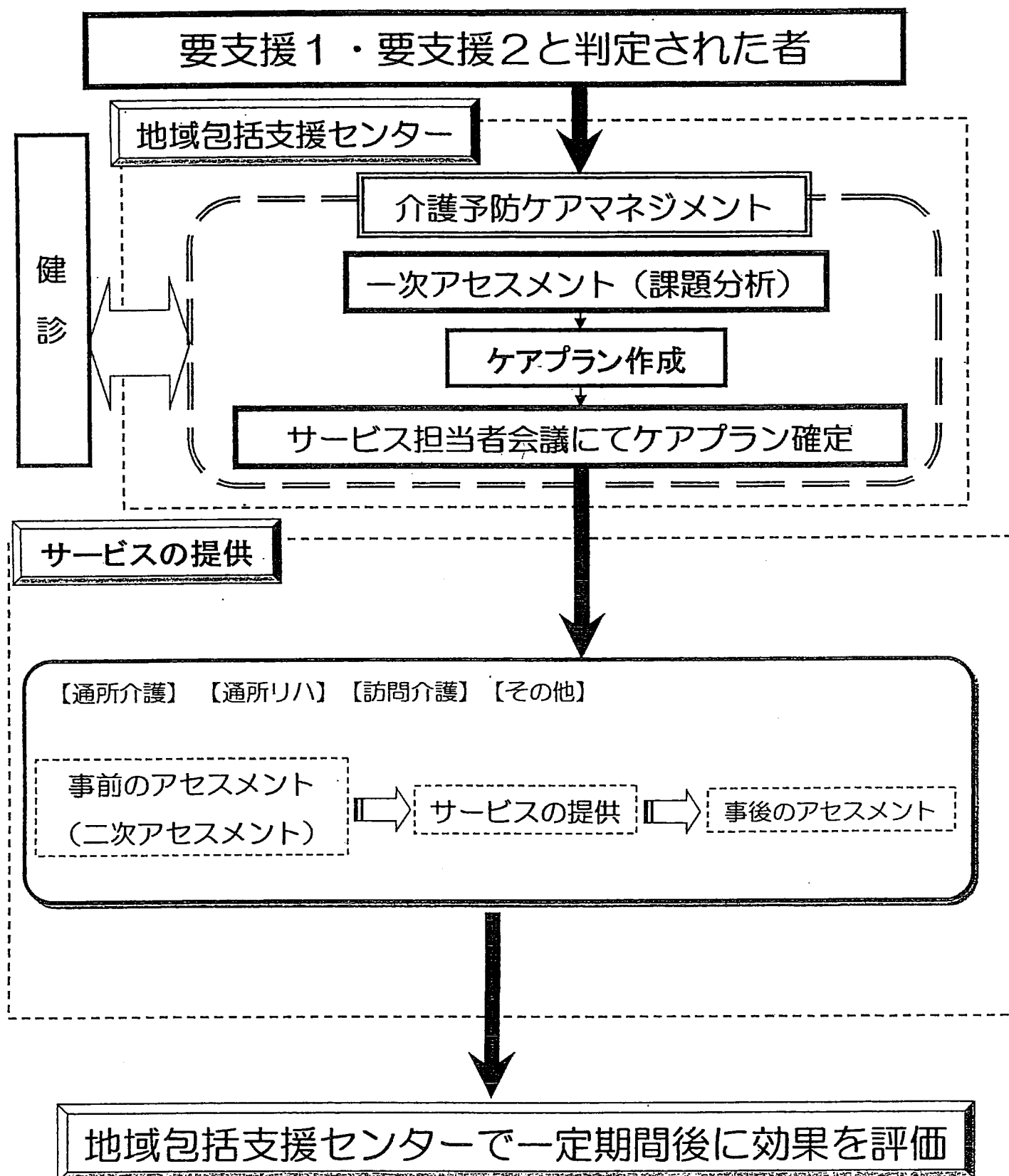
3. 事業の実施

- 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訓練を必要とする者	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、あん摩マッサージ指圧師、看護師等） 看顧職のある介護職員 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等 ○ 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訓練を必要とする者	医師（専任） 理学療法士 作業療法士 看護職員等 看顧職のある介護職員 生活相談員等	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	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 は、適宜、訪問 により実施)	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 事業的な側面に関する評価 ○医学的測定 ○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 ○ストレッサ ング ○バランス トレーニング ○コンディ ション ○向上 ○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 ○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		○運動器の機能向上に 関する普及啓発等 ○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）					目標設定・評価期間
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	
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）	①二次アセスメント ○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 ○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 ②栄養改善サービスの計画の作成	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）	③個別的で重点的な栄養食事相談（6月間に8回程度） ○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） ④モニタリングの実施と計画の修正 ○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 ⑤評価及び地域包括センターへの報告 ○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 ※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	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 (ハイリスケア ブローチ)	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)	事業内容 A 栄養相談 (6人以上、多くて10人以内の小グループ) ○低栄養状態の評価、食事摂取状況、アレルギ-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 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 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 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	6月に1回
一般高齢者施策 (ホビュレー ションアプロ- チ)	全ての高齢者	管理栄養士 保健師 等	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	○「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	○利用者の口腔内の状態、改善目標を把握 ○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 ○介護予防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 (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） 【介護予防通所介護事業所で行う指導・実施】 (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（「嚥下体操」等）の指導・実施等 ①二次アセスメント（事前のアセスメント） ②介護予防サービス計画の立案 ③介護予防サービス計画の説明と同意 ④サービスの提供 ※専門的サービス（月1～2回）：(1) (2) (3) A B ※基本的サービス（毎日）：(2) (3) B ※セルフケアプログラム（毎日）：(2) (3) B	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	⑤モニタリング ⑥事後のアセスメント ⑦地域包括支援センターへの報告 ○歯科衛生士等による月1回、介護職員等による毎回 ○目標の達成度合、口腔内の状態の変化等の評価 ○目標の達成度合、口腔内の状態の変化等の報告 【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】 (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（「嚥下体操」等）の指導・実施等	

(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 (ハイリスケア プロローチ)	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 は、適宜、訪問 により実施)	①二次アセスメント (事前のアセスメント) ②個別計画の立案 ③個別計画の説明と同 意 ④サービスの提供 ※専門的 事業 (月1~2回) : (1) (2) (3) A B ※セルフケアプログラム (毎日) : (2) (3) B ⑤事後のアセスメント ⑥地域包括支援セン ターへの報告 (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 ○利用者の口腔内の状態、改善目標を把握 ○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「専門的作業」、本人が行う「セルフケアプログラム」を立案 ○個別計画を説明し、同意により個別計画を決定	3月に1回
一般高齢者施策 (ポピュラー シヨニア プロローチ)	全ての高齢者	歯科衛生士 保健師 等		○口腔機能の向上に関する推進委員会等の設置 ○講演会等による健康教育 ・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 ○相談窓口の設置 ○口腔機能の向上におけるボランティア等の人材育成	

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 看護士 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、委託する民間事業者等（委託は、民間事業者等）	①二次アセスメント ②事業実施 ③事後のアセスメント 事業内容 ○外出頻度、IADL、知的能動性、社会的役割、生活体力指数等 ※閉じこもりの原因となる身体的・心理的・社会的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。 ＜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。 ＜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ドセクターを活用する。 ※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。	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 看護士 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	○普及啓発等 ○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 （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） ○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）	

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 アブローチ）	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 る民間事業 所等） （通所が困難 な事例は、適 宜訪問施設）	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 （ポピュラー シヨーンアブ 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 ○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 ・困窮型、将棋、囲碁、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 ④プログラム 指導者・フター （支援者）育成 ○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ッシャーター （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 （ハイリリスクア ブローチ）	うつ病または疑 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）	事業内容 ○一次アセスメントでうつ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がある。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て、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 （ポピュラー シヨンプロー 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	事業内容 ○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）	