

口渴等)、食欲低下、摂食・嚥下障害(むせ、流涎(よだれ)、痰の増加など)、嘔気・嘔吐、下痢(下剤の常用を含む)、便秘、浮腫、脱水(腋下の乾燥・口唇乾燥等)、栄養と医薬品の相互関係の観点から医薬品の種類と数、投与法、食事との相互作用などについてチェックする。

- ④ 身体機能(握力、ADLなど)、身体計測による体組成の把握、可能であれば健診等による臨床検査から、糖代謝、腎機能などの問題、現在の食事によるエネルギー、タンパク質、水分摂取量などを把握する。食事摂取状況については、簡易食物摂取状況調査や食事記録法、写真などを用いて確認する。
- ⑤ 口腔及び摂食・嚥下機能の問題がある利用者に対して、医師の指導のもと食事の適正な形態について評価・判定する。
- ⑥ きざみ食やミキサー食等の通常の形態以外の食事を摂取している場合には、できるだけ普通の食事の形態へと移行させるために、関係者と連携して移行にあたっての課題を明らかにする。
- ⑦ 利用者の食事行為に関する知識・技術・意欲の状況について評価する。また、家族、支援者の知識・技術・意欲の状況、日常の食習慣や生活習慣の状況、訪問介護等による食事サービスの状況、配食サービスや通所サービスでの食事摂取状況、活用しているあるいは今後活用できる資源状況、食事づくりや買い物の環境などから解決・支援すべき事項について評価する。
- ⑧ 管理栄養士は、上記の結果に基づいて、利用者の栄養食事相談において解決すべき課題(ニーズ)と解決の優先性について総合的に評価・判定する。

3) 栄養改善サービス計画(原案)の作成

栄養改善サービス計画(原案)の作成においては、管理栄養士は、利用者及び家族の身近な日常生活や日常環境のなかで、主体的に、そして容易に取り組めることに十分に配慮する。作成の要領は以下のとおりである。栄養改善サービス計画書の様式は付表を参照されたい。

- ① 栄養改善サービス計画(原案)を作成するにあたって、利用者及び家族の意向、解決すべき課題(ニーズ)、長期目標(ゴール)と期間、短期目標と期間を栄養改善サービス計画書に記載する(図9-0-1)。栄養改善サービス計画書は様式p62参照されたい。
- ② 栄養改善サービス計画書の食事に関する計画は、低栄養状態を改善できるタンパク質、エネルギー量が適正に摂取できるように計算する。タンパク質、エネルギーの必要量の算出は、表6「高齢者でのエネルギー、タンパク質、水分摂取量の算定(参考)」を参照されたい。また、脱水予防に配慮した水分摂取(食事からの水分を考慮して)についても計画に盛り込む。ま

た、その他の食事の個別対応に関しては、慢性的な疾患への対応事項、嗜好、禁忌、形態、回数、時間、食事の場所と環境、安全で衛生的な食事の提供の観点から考慮すべき事項、食事摂取観察時のチェック、必要に応じて食事づくりや買い物の環境などに関する環境の改善や整備に関しても計画に記載する。なお、食事の形態は、利用者の摂食・嚥下機能に 適応した形態を提供 することを基本とする。摂食・嚥下機能を適切に評価し、きざみ食やミキサー食から普通食 への移行を可能な限り行う。

- ③ 食事に関する計画には、必要に応じて訪問介護等における調理や買い物援助などの食事サービスに関する計画も盛り込んで作成する。その内容は、地域包括支援センターに連絡する。連絡内容は照会(依頼)内容、年月日、時間、場所、紹介者、被紹介者等である。
- ④ 管理栄養士は栄養食事相談の内容を記載する。内容は、利用者及び家族の改善すべき栄養・食事行為の課題、達成目標、6か月間のスケジュール、相談項目と概要、使用教材、日時、時間、場所、担当者などである。
- ⑤ 看護、摂食・嚥下機能等の口腔機能、服薬等の情報を、必要に応じて地域包括支援センターを通じて関係する各サービス担当者に提供する。また、管理栄養士は関連サービスに関する依頼は、地域包括支援センターを通じて行う。
- ⑥ 関連職種による口腔機能の向上、摂食・嚥下リハビリテーションなどの概要、日時、担当者、場所などを記載する。
- ⑦ 原則として初回の栄養食事相談1週間後には電話相談を行い、モニタリングは、1か月毎に定期的に行うよう計画する。その内容は、記入者名、電話相談やモニタリング及び評価項目、長期目標（6か月後）、初回時（サービス提供前）の記録、モニタリング日などを記載する。

表6 高齢者でのエネルギー、タンパク質、水分摂取量の算定(参考)

	通常(低リスク)の場合	低栄養状態の中・高リスクの場合
エネルギー	a) 推算値 ¹⁾ ×ストレス係数 ²⁾ ×生活活動係数(1.0~1.3) ³⁾ b) 実測値 ⁴⁾ ×生活活動係数(1.0~1.3) ³⁾ c) 通常体重(6か月間ほど体重減少のない状態)×30 kcal	d) 低リスクの場合の補給量(a, b)×(低栄養状態改善のための係数:1.1~2.0) e) 通常体重(6か月間ほど体重減少のない状態)×35 kcal f) 低リスクの場合の補給量+250kcal ⁵⁾
タンパク質	1.0~1.2 g/日×標準体重(摂取目標として標準体重を用いる)	1.2~2.0g/日×標準体重(摂取目標として標準体重を用いる)
水分 ⁶⁾	a) 25~30ml/日×現体重 b) 1ml×摂取エネルギー量(kcal) c) 尿排泄量(ml/日)+500 ml	

各算定式は、適宜選択して用いること。

¹⁾Harris-Benedictによる推算値:

男性 $66.47 + 13.75 \times \text{体重(kg)} + 5.0 \times \text{身長(cm)} - 6.75 \times \text{年齢(歳)}$

女性 $655.1 + 9.56 \times \text{体重(kg)} + 1.85 \times \text{身長(cm)} - 4.68 \times \text{年齢(歳)}$

体重:現体重

²⁾ストレス係数は疾患や身体状況別の目安値を用いる。

³⁾生活活動係数は、要支援者、要介護者では、仰臥状態にある場合を1.0とし、生活機能が自立している場合には1.1~1.3として、その間で適宜判断する。

⁴⁾安静時エネルギー消費量の実測値

⁵⁾体重を1か月に1kg増大させる場合の1日のエネルギー付加量

⁶⁾食事が十分摂取できている場合には、食事に含まれる水分を約1リットルとし、残りを飲料水とする。

4) 個別的で重点的な栄養食事相談

栄養食事相談は、作成した栄養改善サービス計画(原案)を利用者、家族とともに具体的に実践可能な計画へと修正することを目的として行う。この場合、利用者や家族が安心して居心地のよいと感じられる相談環境を設定する。

利用者の自己実現の課題を達成するために、「食べること」の意義や楽しさを伝え、「食べること」への意欲(改善への積極的志向)を高めることを最重要の課題として、栄養食事相談を行う。

栄養食事相談では、具体的に栄養状態、本サービスの必要性、低栄養状態の改善効果、食事に関する計画作成の理由及びその利用者の個別性に配慮した作成の要点を解説する。利用者及び家族が、食事に関する計画を日常の生活習慣や生活環境のなかで、無理なく、楽しみながら実践できるように感じられるまで、利用者・家族と一緒に検討し、より実行可能なものへと計画の修正をおこなう。また、食べる意欲の向上のためには、利用者自身の自己実現の課題やその意欲、あるいは具体的な生きがいを引き出しながら、計画の実践の必要性を認識してもらえるように支援する。

また、利用者、家族に対して必要に応じて食事の配食サービス等に関する情報の提供を行う。実施経過は栄養改善サービス経過記録書（様式 p 64 参照）に記載する。

5) 実施上の問題の解決とモニタリングによる計画の修正

栄養食事相談を提供後、1週間目には実施上の問題が出現していないか、あるいは中断されていないかを電話によって確認したり、必要に応じて関連職種からの情報を収集し、相談に対応するようにする（図 9-C-2）。利用者及び家族が実施困難を訴える場合等には、代替案を提示し、修正を加えた計画を送付する。

モニタリングは、前回の栄養食事相談の1か月後に行い、低栄養状態の改善状況及び食事計画の実践状況を評価し、栄養改善サービス評価書に記載する（様式 p 63 参照）。低栄養状態の改善が行われ、一次アセスメントの全栄養リスク項目が改善された場合も、3か月間はサービスを継続する。低栄養状態の改善が図られなかった場合や、計画の実施状況が不良の場合には、再度、利用者及び家族と話し合っ て計画の修正を行い、初回と同様に、修正後1週間目には必要に応じて関連職種から情報を収集し、実施上の問題が出現していないか、あるいは計画の実施が中断されていないかを確認し、相談を行うようにする。

6) 評価と地域包括支援センターへの報告（地域支援事業における一般高齢者施策との関連を含めて）

サービス開始6か月後には、最終評価を用いて行い、栄養改善サービス計画に基づく栄養改善の経過の概要を地域包括支援センターに報告する（図 9-C-2）（様式 p 65 参照）。サービス開始6か月後の評価によって低栄養状態のリスクが全くみられない場合には、地域包括支援センターの判断に基づいて、サービスの提供を終了する。サービスを終了する場合には、地域包括支援センターは、地域支援事業の一般高齢者施策における栄養改善に関する事業（p 49 参照）を紹介する。未だ、低栄養状態のリスクが残存していると評価される場合には、地域包括支援センターの判断に基づいて、継続して本サービスを提供する。

表7 「栄養改善」サービスの質の自己評価(案)

大項目	中項目	小項目	判定基準	客観的判定材料
I. サービスの質を確保するための組織・運営	1.提供倫理	(1) 栄養ケア・マネジメントの提供倫理	① 事業者の責任者が多職種協働として推進している ② 栄養ケア・マネジメントを全ての利用者に、提供できる仕組みがある ③ 栄養ケア・マネジメントのマニュアルを作成している ④ 適正なサービスのマネジメント機能をもっている	① 栄養ケア・マネジメントに関わる職員研修会などの開催を確認する ② 栄養ケア・マネジメントを共有化できるマニュアルを確認する ③ 栄養ケア・マネジメントを担える管理栄養士を配置しているかを確認する
	2.権利擁護・利用者保護並びに利用者の尊厳	(1) 権利擁護・利用者保護並びに利用者の尊厳の確保	① 人権擁護についての具体的な仕組みがある ② サービス利用に際して、利用者の権利を必ず説明している	① 人権擁護に関する文書があることを確認する ② 具体的な人権擁護の取り組みについての説明ができることを確認する ① サービス利用の権利についての説明用資料を確認する ② 栄養ケアの利用の権利を説明しているという具体的な仕組みが説明できることを確認する
		(2)プライバシーの保護	① 利用者のプライバシー保護のための職員教育を行っている	① プライバシー保護のための職員教育に関する文書、プログラムの有無を確認する ② プライバシー保護についての具体的な職員教育内容が説明できることを確認する
	3.サービスの開始時の説明	(1) 利用者、家族に対するサービスの開始時の説明	① サービス提供に際して、サービス内容や方法等を利用者、家族にわかりやすく説明した上で同意を得ている	① サービス説明用マニュアル等の有無を確認する ② サービス提供に関する同意書の有無を確認する ③ わかりやすく説明した上で同意を得ていることが説明できることを確認する

大項目	中項目	小項目	判定基準	客観的判定材料
			② サービスの提供に際して、利用者の意向を取り入れ、自己決定・自己選択ができる仕組みがある	① 利用者の自己決定・自己選択に関する文書の有無を確認する ② 利用者の自己決定・自己選択に関する取り組みについての説明を確認する
	4. 施設・設備の整備	(1) 栄養ケア実施における整備	① 栄養改善サービスのための備品を整備している	① 栄養状態を評価するための栄養アセスメント用器材(体重計、身体計測器材、間接熱量計など)や教育教材等を整備していることを確認する
② 栄養食事相談及び事務作業に関する設備を整備している			① 栄養食事相談及び事務のための設備を確認する	
③ 情報設備を整備している			① コンピューターならびに通信機器一式などが整備されているか確認する (訪:①コンピューターならびに通信機器一式、移動用自動車などが整備されているか確認する)	

大項目	中項目	小項目	判定基準	客観的判定材料
	5. 組織・運営体制	(1) 個人情報の管理	① 個人情報の取り扱い及び漏洩等に対する体制を整備している	① 個人情報の取り扱い及び漏洩等に関する規定が施設への掲示あるいはホームページへの掲載を確認する ② 情報の安全管理のための責任者の有無を確認する ③ 個人情報利用の目的を特定化し、サービス開始時に利用者に個人情報の利用目的を説明または公表していることを確認する ④ 個人情報に関する利用者からの相談や苦情への対応を行っている文書があることを確認する ⑤ 個人情報の適正な取得、個人データの内容の正確性および最新性の確保ができていることを確認する ⑥ 安全管理措置、従業員及び委託先の監督と教育研修が実施されている記録があるか確認する ⑦ 個人情報の第三者への提供は、利用者及び家族に目的を説明し、同意書を得て行われていることを確認する ⑧ 開示等の求めに応じている文書を確認する ⑨ 個人情報の利用に関する管理体制を具体的に説明できることを確認する
		(2) 要望・苦情対応	① 利用者・家族からのサービスについての意見や要望を把握する仕組みがある	① 要望把握の仕組みを明文化した文書を確認する ② 要望把握の仕組みを具体的に説明できることを確認する
			② 要望や苦情及び日常トラブルに適切かつ迅速に対応する仕組みがある	① トラブル把握方法を明文化した文書を確認する ② トラブル把握方法を具体的に説明できることを確認する
		(3) 人材教育と研修活動	① 管理栄養士は、「栄養改善」サービスの知識と技術、マネジメントに関する研修活動に参加する	① 研修に参加したことの証拠となる文書や名簿がある
		(4) 地域連携	① 「栄養改善」サービスの一貫性・連続性のために地域包括支援センター及び当該センターを通じて各種施設・関連組織と連携をとっている	① 依頼書や報告書など連携状況の記録があるかどうか確認する

大項目	中項目	小項目	判定基準	客観的判定材料
Ⅱ. サービスの内容・水準の確保	1. 利用者本位のサービス提供	(1) 栄養食事相談	① 医師からの必要な指導等が行われている	① 医師の適切な指導等の内容に関する記録がある
			② 計画書に基づいたサービス提供をしている	① 低栄養のリスク者には栄養アセスメントが行われている記録を確認する ② 栄養改善サービス計画書を確認する ③ 利用者の栄養状態を定期的に評価し、計画の作成、実施が行われていることが具体的に説明できることを確認する ④ 利用者の日常生活に配慮した栄養改善サービス計画書の記録を確認する ⑤ 利用可能な地域資源の情報提供とサービス提供者との連絡を図っていることが具体的に説明できることを確認する ⑥ 終了時には地域支援事業への連携が行われていることを確認する。
			③ 計画書を利用者に交付している	① 計画書を交付したことの証明書、明文化した文書を確認する ② 計画書を利用者に交付していることを具体的に説明できることを確認する
		(2) 総合的評価と結果の共有化	①「栄養改善」サービスについてのモニタリング・評価が行われている ②「栄養改善」サービスについての自己評価を実施している ③改善すべき課題を設定している ④「栄養改善」サービスの継続的な品質改善への取り組み状況は全職員に周知されている	① モニタリング・評価計画書の記録があることを確認する ② 自己評価の記録があることを確認する ③ 評価に基づいた継続的なサービスの品質改善活動が行われていることが具体的に説明できることを確認する

本サービスには該当しないが、関連サービスとして、調理等の生活援助を提供する介護予防訪問介護、口腔機能の向上サービスを提供すると想定される介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーションがある。

地域包括支援センターは、必要に応じて低栄養状態の誘因となっている課題の解決のために口腔機能の向上、摂食・嚥下リハビリテーション等の各種サービスの提供ができるように調整を行い、介護予防ケアプランを作成する。また、管理栄養士は、利用者の継続意欲を支援し、栄養食事相談の成果を挙げるために、必要に応じて関連のサービス提供の依頼や現在提供されているサービス担当者への依頼を、地域包括支援センターを介して行い、介護予防訪問介護などの食事介助、調理支援等の関連サービスから食事状況に関する情報を得られるようにする。

1) 生活機能・身体機能の向上

高齢者の身体機能の程度を判断することにより、食事摂取行為の自立状況や身体活動を考慮した計画を作成することが必要である。生活機能としての食事摂取行為の自立を支援するために、高齢者個々人の食べ物の調達、調理能力、食事摂取行為の自立状況に応じて、使用器具の選定を行う。食事や調理に関わる生活機能の自立に向けて、介護職種が管理栄養士と連携して調理支援、買い物支援などを要支援者と共に行うことも求められる。

2) 口腔機能の向上

口腔機能の向上は、「歯科治療」、「歯科保健指導」、「専門的口腔清掃」、「摂食・嚥下リハビリテーション」からなり、摂食・嚥下機能の改善あるいは味覚の維持改善によって食事摂取量の増大をもたらして、低栄養状態を改善する。低栄養状態の高齢者の多くは口腔機能上の何らかの問題があることが報告されており、要支援者への適切な口腔機能の向上サービスの提供が求められる。このため、口腔機能の向上に関するサービスの必要性を簡易に判断できるチェック表等を活用して、必要に応じて口腔機能の向上の導入を推進していくことが必要である。また、食事の形態の決定に際しては、口腔機能や摂食・嚥下機能との関連から評価・判定する。

詳細は、「口腔機能の向上」に関するマニュアルを参照されたい。

3) 摂食・嚥下リハビリテーション

新予防給付及び地域支援事業の対象となる高齢者では、摂食・嚥下リハビリテーションを要する者はそれほど多くはない。しかし、日頃から食事摂取時の体位や摂食機能、全身状態の観察を十分に行い、適切な体位の保持等に留意しつつ、摂食・嚥下機能を高めるリハビリテーションが適切に提供されることが求められる。また、食事摂取行為の自立支援のためには、食べ物の形状、

粘度も調整することが必要となる

詳細は「口腔機能の向上」に関するマニュアルを参照されたい。

4) 栄養と薬剤の相互関係への留意

薬剤の副作用である口渇による唾液分泌低下、味覚低下、味覚異常、食欲低下、生活機能の低下、日常生活動作（ADL）の低下、抗血栓薬等による出血傾向（歯磨き時の歯ぐきからの出血）、カルシウム拮抗剤による歯肉肥厚、かぜ薬（咳止め）等による便秘や、あるいは薬剤が栄養素の代謝に影響して低栄養状態の誘引となる場合などがある。さらに薬剤と栄養の相互関係に留意した医薬品、医薬部外品、特定保健用食品、栄養機能食品、栄養補助食品などの根拠に基づいた適切な活用が求められる。

5) 認知症、うつ、閉じこもりのおそれがある場合の対応

認知症、うつ、閉じこもりのおそれがある者には、低栄養状態が比較的多く見られることが危惧される。これらは、「食事を楽しむ」気持ちや、「食べる」意欲を低下させる。それぞれを予防・支援するサービスと連携して低栄養状態の改善を図ることが必要である。また、認知症、うつ、閉じこもりのおそれのある高齢者に対して栄養食事相談を行う場合には、それぞれの事業に関連するマニュアルを参照した上で必要な事項に配慮し栄養改善サービス計画を作成し、栄養食事相談を行う。詳細は、各地域支援事業に関するマニュアルを参照されたい。

6) 訪問介護などの調理・買い物支援

低栄養状態を改善するためには、エネルギー、タンパク質の摂取ができるように、嗜好に合った食品の選択、簡単に準備でき食べやすい食事の提供、日常の食事づくりや食材の購入等を通じて、生活機能の改善に向けた支援を行うことが求められる。管理栄養士は、利用者が活用している訪問介護などの調理や買い物に関する支援を考慮した栄養改善サービス計画を作成する。その内容は、地域包括支援センターを通じて、介護予防訪問介護などの事業者へ情報提供する。

6.8 医師の指導等

管理栄養士は、医師の指導等のもとに本サービスを実施する。また、かかりつけ医との連携をよく取り、「栄養改善」サービスに関する報告を行い、指導・指示を得る。

7 地域支援事業における「栄養改善」に関する事業

7.1 地域支援事業としての特定高齢者施策

7.1.1 目的

地域支援事業における「栄養改善」に関する事業のうち、特定高齢者施策は、低栄養状態の疑いがあり、要介護認定を受けていない虚弱な高齢者を対象として、生活機能の維持・向上を通じて要介護状態に陥らないよう、低栄養状態を早期発見し、利用者が十分に「食べること」を通じて、低栄養状態を早期改善し、自分らしい生活の確立と自己実現を支援するものである。

本事業には、通所型介護予防事業としての栄養相談や集団的な栄養教育、配食サービス等が想定される。必要に応じて実施される事業として、訪問型介護予防事業として訪問栄養相談が想定される。

なお、本事業の利用者は、地域支援事業の一般高齢者施策において実施される介護予防に関する個人データの自己管理の支援や地域住民によるボランティア・グループが提供する「食べること」や「食事づくり」の場、「食生活行為への支援」（外出支援、宅配の紹介・手配等）等も利用することができる。

7.1.2 地域包括支援センターにおける一次アセスメント

地域包括支援センターにおける、栄養問題の把握から本事業への参加までの基本的な流れは図11-Aの通りである。市町村が実施する介護予防に関する健診、要介護認定の非該当者、訪問活動等及び医療機関担当者や民生委員などにより、本事業の対象者が把握され、地域包括支援センターへ連絡される。地域包括支援センターは、表4（p16参照）に従って低栄養状態のリスクの有無を判定する。

地域包括支援センターは、低栄養状態のリスクがあると判定された者については、本事業を導入した介護予防ケアプランを作成し、サービス担当者会議等によって介護予防ケアプランを検討し、本人及び家族に説明し、同意を得て本事業が利用できるように調整する。

7.1.3 実施内容

1) 栄養相談

市町村及び市町村から委託された事業者に所属する管理栄養士を中心として提供される。必要に応じて、訪問栄養相談が行われる(図11-B)。

地域包括支援センターは、本事業の実施を、市町村及び市町村が委託した事業者に依頼する。市町村及び事業者は、これらの利用者に対して本事業の二次アセスメントを実施し、本人が十分

理解するよう十分な説明を行い、本事業を実施する。

市町村（事業者に委託する場合を含む）は、以下に示した栄養ケア・マネジメント体制のもとに本事業を実施する。この場合、栄養ケア・マネジメントの中核には管理栄養士を位置づける（図11-B）。栄養ケア・マネジメント体制については、6.4を参照されたい。

管理栄養士は、栄養相談において解決すべき課題や解決の方法を明確にし、必要に応じて地域包括支援センターでのサービス担当者会議に出席し、関連事業との連携を図りながら本事業を提供する（図11-B、11-C-1）。

栄養相談は医師の指導のもとに管理栄養士が担当する。管理栄養士は、必要に応じて保健師・看護師等、歯科医師、歯科衛生士、栄養士などの多職種及び地域ボランティア（民生委員、食生活改善推進員など）と協働して本事業を行う。

栄養相談は、可能であれば6人以内（多くて10人以内）の小グループで行い、利用者の参加による二次アセスメント、計画の作成、実施上の問題解決、計画修正、モニタリングの実施を管理栄養士が説明や情報の提供あるいは実演なども行いながら、支援する。利用者や家族が安心して居心地がよいと感じられる相談環境をたとえば健診会場や集会所に設置し、下記の事項を行う（図11-C）。二次アセスメント表、計画書の様式については付表を参照されたい。

（1）二次アセスメント

管理栄養士は利用者及び家族との面談を行う（図11-C-1）。二次アセスメント書を利用者に配布し、チェック項目の具体的な問題の状況やその理由を一人一人聴取する。その後、身長、体重等の身体計測を行い、二次アセスメント書（p66参照）に、計測値の記入を行う（図11-C）。なお、栄養相談では毎回、必ず体重などの身体計測を行う。

二次アセスメントでは、下表により、栄養状態のリスクを確認する。

二次アセスメント表の「自己チェック表」（p67参照）において、「1日に食べるのは2食以下ですか」「主食（ごはんなど）や主菜（肉、魚などのおかず）を食べる量が少なくなってきましたか」や「牛乳・乳製品をあまりとらないですか」などを「はい」と回答した者には、簡便な食事習慣調査などを用いて食習慣の把握を行う。また、食事に関する嗜好、禁忌、アレルギー、食事療法、食事摂取行為の自立、形態、毎日の食事づくりや買物の状況、特記事項（安全性の確保など観点）などについて把握するとともに、実際に食品や飲料を用いて食べ方、飲み方を観察する。

また、低栄養状態と関連した口腔内の問題（痛み、義歯の不具合、口臭、味覚の低下、口が渇く、むせなど）、摂食・嚥下障害、閉じこもりやうつ、認知症などの課題の解決が必要である場合には、地域包括支援センターに連絡する。

図11-A地域支援事業(介護予防事業)の流れ(案)

