

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。

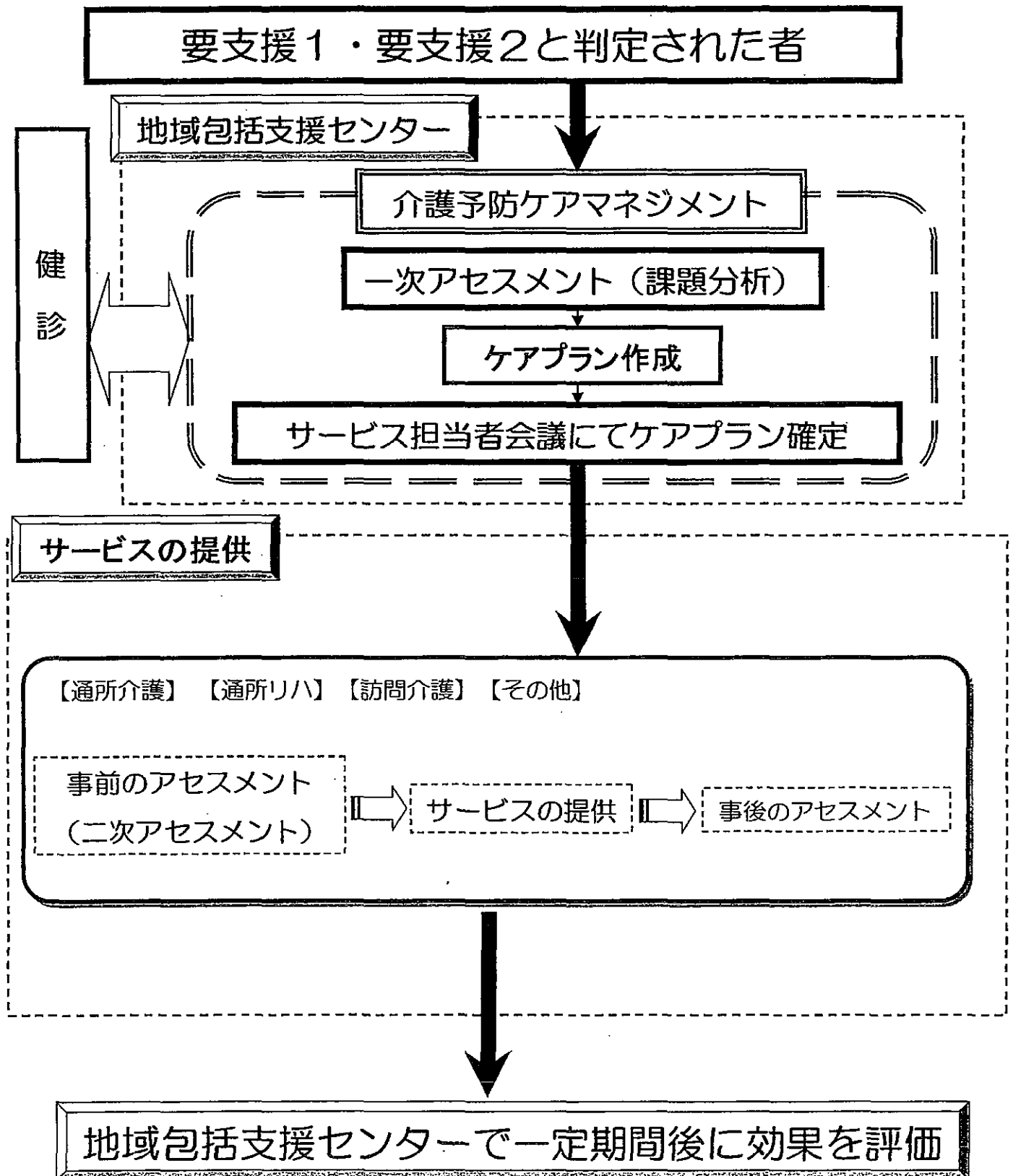
3. 事業の実施

- 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)	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	○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		○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）

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）	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 ②栄養改善サービス計画の作成 ○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）	③個別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 ○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 ②実施計画の策定 ○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 ③相談等 ○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 ④事後のアセスメント ○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加)		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	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	○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（「健口体操」等）の指導・実施等 【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（「健口体操」等）の指導・実施等	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	

(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)	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	○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「専門的事業」、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 (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 ○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	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		○口腔機能の向上に関 する普及啓発活動等	○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）	①二次アセスメント ○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。 ②事業実施 ＜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ビス資源を活用する。 ③事後のアセスメント ※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	○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