

はじめに

本書の目的・活用法

第1部 理論編

第1章 介護予防ケアマネジメントにおける諸問題

第2章 介護予防ケアマネジメントとコーチング

1. 介護予防ケアマネジメントの諸問題を解決する方法としてのコーチング
2. 介護予防ケアマネジメントコーチングの流れ
 - 1) 信頼関係を築く
 - 2) 目標を共有する
 - 3) 目標と現状のギャップを明確化し、行動を具体化する
 - 4) 行動を支援する
 - 5) 他職種との連携

第3章 コーチングスキルを身につけよう《基礎編》

1. コーチングの概略
2. コーチングスキル
 - 1) 信頼関係を築く
 - ・傾聴・承認する・役割を明確にする、など
 - 2) 目標を共有する
 - ・質問する・ビジョンを描く・いい「結果」をイメージさせる、など
 - 3) 行動を具体化する
 - ・質問する・情報提供する・要望する・相手のタイプに合わせる・スモールステップを提案する、など
 - 4) 行動を支援する
 - ・励ます・ほめる、など
 - 5) 他職種との連携
 - ・対応する人を変える・情報を共有する、など

第2部 事例編

第4章 コーチングスキルを身につける <その1:信頼関係を築く>

1. 初回アプローチのパターン
 - 1) 電話でのファーストコンタクト
 - 2) 電話→訪問
 - 3) 来所
 - 4) アポイント無しの訪問

2. 信頼関係を築くスキル

- ・傾聴：事例 4-1（用心深い方の話をじっくり聞く）
事例 4-2（良くない事例：傾聴したが要望に回答できず信頼関係がくずれた）
- ・承認する：事例 4-3（見放されたと思っている利用者さんへのかかわり）
事例 4-4（見守ってくれる人がいるという安心感）
- ・約束を守る：事例 4-5（良くない事例：コミュニケーション不足）
- ・役割を明確にする：事例 4-6（良くない事例：保健師の役割の範囲）
- ・ペースをあわせる：事例 4-7（良くない事例：家族のペースとのギャップ）
- ・自分の中にゆとりを持つ：事例 4-8（ゆとりがないときのコミュニケーション）
- ・受け入れられやすい提案をする：事例 4-9（近所の目を気にする利用者さん）

第5章 コーチングスキルを身につける <その2：目標を共有する>

- ・質問する：事例 5-1（病院へ行くことに踏み出せない利用者さん）
- ・ビジョンを描く：事例 5-2（“10年後はどうしたいですか？”）
- ・いい「結果」をイメージさせる：事例 5-3（サービス利用に踏み出せない利用者さん）
- ・相手の強みを生かす：事例 5-4（人形作りがきっかけでサービス利用）
- ・味方になる：事例 5-5（良くない事例：誰も味方にならずに相手を買めてしまった）

第6章 コーチングスキルを身につける <その3：行動を具体化する>

- ・どうしたらいいか考えてもらう：事例 6-1（キーパーソンとなる家族へのアプローチ）
- ・過去の成功事例を想起する：事例 6-2（サービス提供者への苦情が多い利用者さん）
- ・ルールを決めて対応する：事例 6-3（アルコール依存症の利用者さん）
- ・押し付けがましくなく提案する：事例 6-4（介護予防教室の提案）
- ・情報提供する：事例 6-5（サマースクールに通う利用者さん）
- ・相手のタイプに合わせる：事例 6-6（社交的でないタイプの利用者さんへのアプローチ）
- ・スモールステップを提案する：事例 6-7（小さい目標から提案）
- ・約束する：事例 6-8（通院に踏み出せない利用者さん）

第7章 コーチングスキルを身につける <その4：行動を支援する>

- ・励ます、ほめる：事例 7-1（教室に参加する利用者さんのフォロー）

第8章 コーチングスキルを身につける <その5：協力する>

- ・立場の違う人を参加させる：事例 8-1（社福土との協力）
事例 8-2（チーム会議）
- ・他職種との情報共有：事例 8-3（良くない事例：プランナーへの情報提供不足）

第3部 演習編

第9章 演習形式でコーチングを学ぼう

1. ロールプレイガイドライン

2. トレーニング1：ペーシング
3. トレーニング2：承認
4. トレーニング3：質問
5. トレーニング4：提案
6. トレーニング5：利用者さんとの会話
(ケースを設定してのロールプレイの進め方事例)

第10章 研修カリキュラム

1. 本書を活用した職場内研修の進め方

資料 2: 代表的な事例

事例 1) 目標を共有する

Case : Aさん、男性、78歳。妻（75歳）と2人暮らし。

Aさんは3年前に脳卒中を発症、軽度麻痺があり要支援1に該当。ほとんど外出をせず、閉じこもっている状態が続いていた。以前から何度か、デイサービス、デイケア、リハビリテーション、予防講座などを提案してきたが、「このままでいい」と参加にはいかなかった。

同居家族である妻は特定高齢者に該当し、半年前から予防のための運動プログラムに参加した。妻のプログラムが終了した段階で、Aさんに再度プログラムの提案をすることにした。

保：今、こういうふうには動かないでいるのはどうしてだろう？

A：麻痺もあるし、だんだん足は動けなくなるし…。

保：だんだん動けなくなるよね。このままでいいと思っ
ているの？

A：そうじゃない。歩けるようになりたいと思っ
てる…。

保：じゃあ、どうしたら歩けると思う？

A：うーん…（黙り込む）

保：少し考えてみてくださいね。

（奥さんに向かって）奥様は予防講座に行かれたんですよ。運動はどうでしたか。

妻：あの運動は良かったよ。元気になったし。友達もできたし。でもあれは主人には合わないと思う。

保：奥様にはよかったんですね。

（介護予防講座でどんなことが行われたのか、奥様から話を聞く。10分程度。Aさんは黙ったまま2人の話を聞いている。）

保：Aさん、少し考えられましたか？

A：やっぱり俺も行きなきゃダメかな…。

保：行きなきゃダメかなあ、ってそういうふう
に思うんですね？

A：うん。このままでじゃあいかんのかなあ
って。

保：じゃあ、どういうふうにしましょうか？

A：うーん…。

保：Aさんは誰かに来てもらう方がいい？
それともAさんが行く方がいい？

A：いや、俺はやっぱり行く方がいい。

← 質問1：現状をどう思っているか
を尋ねる質問

← 質問2：どうなりたいか（目標）
を尋ねる質問

← 質問3：なりたい状態（目標）
と現状のギャップを埋めるための
行動を尋ねる質問。

← 情報提供：質問3によって行動
がでなければ、現状と目標との
そのギャップをうめる何らかの
手段が必要となる。ここでは妻
の教室の経験を話題にすること
で、Aさんが考えを進めるため
の情報提供をおこなっている。

← 承認：Aさんの発言を繰り返
し、Aさん自身が考えた“目標
に向けての行動”を承認して
いる。

← 目標の具体化・選択肢の提示：
Aさんが自分の行動を決定でき
ないでいるので、選択肢を提
示することでAさんが自分の
行動を具体化できるよう支
援している。

保：行ってどういふふうになりたい？ 歩けるようになればそれでいい？ それとも歩いてどっかに行きたいところはある？

A：少なくとも駅まで行けるようになれば、それでいい。

保：じゃあ駅まで10分位歩けるようになるために、行くことにしましょうか。

A：行ってみるかな。

←目標の具体化・選択肢の提示：

目標をさらに具体的に絞り込む質問。

← 行動目標の決定

← 目標の共有

ポイント／アドバイス

・コーチングフローの基本

現状の把握、目標の確認、現状から目標に向かうための行動設定という基本フローに沿って、質問を投げかけています。それによって、「このままでいい」と言っていたAさんが、本当は“歩けるようになりたい”と思っていることを引き出すことができました。しかし、現状とのギャップを埋める行動についての質問に対しては、すぐに回答を得ることは出来ませんでした。こうなりたいという像があったとしてもその目標への行動が起こせないことはよくあることです。行動を起こすことを妨げる何らかの障害があるのですが、その障害は一律ではなく、それを越える方法もさまざまです。Aさんは、何をしたらよいか考えるための情報が不足しているのかもしれませんが、また、新しいことをやる不安、自分の体への不安などがあるのかもしれませんが。

・情報提供して考えてもらう

このケースでは、障害を越える方法として、介護予防運動講座を受けたばかりの奥さんを会話の中に引き込みました。雑談をしているようなさりげない雰囲気、奥さんの経験を引き出し、Aさんに情報提供をしています。Aさんは耳を傾けながら自分が取り組んだときの様子を思い描いているかもしれません。情報提供の後に、再度Aさんの行動決定のための質問を投げかけ、Aさんが自ら行動を選択することを促しています。

・具体的な行動目標を持つ

歩けるようになりたい、という目標設定にとどまらず、歩いてどこに行くか、という具体的なビジョンを思い描くことを支援しています。

事例2) 将来のビジョンを尋ねる

80歳女性Aさん。夫と2人暮らしであったが、1ヵ月前に夫を亡くし1人暮らしとなった。もともと心臓の持病があり、葬儀後に体調を崩して入院し、退院後はヘルパーサービスの利用が必要となった。2人の子供（長男、長女）は別居している。長男は市内に住んでいるが夫婦共働き、長女家族は県外に居住のため、いずれも日常の介護は期待できない状況であった。本人は、電話で人と話すこと、人に会うこと、他人が家に入ることを嫌がっており、ヘルパー利用も乗り気でなかったが、子供たちが心配するので仕方なく利用を承諾した、という経緯であった。しかし、3ヵ月利用してみて、ヘルパーや保健師とコミュニケーションしていくうちに変化が見られ、“皆が見守ってくれることがわかったから頑張る”と言うようになった。

サービス更新時に、娘さんにも同席してもらい、今後の相談をすることとなった。

娘：母はこれだけ元気になったんですけども、お医者さんから、今後一人暮らしは難しいといわれたんです。

（どうしていくか、迷っている様子）

保：そうですか…。今はどうしたいですか？

娘：本人は頑張ると言っています。今やっている自分の生活を、こういう毎日の生活をしたいと思っていますようです。

A：（うなずく）

保：今はこういうふうに生活していきたいんですね。

じゃあ、10年後はどうしたいですか？

A：10年後……。がんばりたいんですけども、自分の心臓のことがあるからわからない。

実はね、私としたら、有料ホームとかも考えているんです。いいところがあるといいんだけど……。

保：今、有料ホームもいろんなところがありますからね。実際に見にいったほうがいいかもしれませんよ。体調がいいときに娘さんや息子さんと一緒に見にいってみたらどうでしょうね。10年後に1人での生活が難しくなったときに、安心じゃないでしょうか。

娘：そうですね！ お母さん、調子がいいときに行ってみようよ。実はパンフレット集めてみようかとは思っていたんです。集めるだけでなく、一緒に行ってみるほうがいいですね。

← 質問1：現状での目標の確認。

← 質問2：10年後にどうなりたいかを尋ねる質問

← 提案：

← 新たな行動目標の設定

ポイント／アドバイス

・ 10年後にどうなりたいかを考える

Aさんは、当初知らない人とのかかわりを拒んでいましたが、3ヵ月間のサービス利用を通して、一人で暮らしていても皆が見守ってくれている、頑張ろう、というように考えが変化しました。このまま現状の目標を確認しながらサービス更新の確認をすることは大事なことです。このケースではさらに1歩踏み込んで、将来を見据えて現在すべきことを考えようとしています。

Aさんの持っている病気や年齢を考えると、現在の生活がずっと続けることは困難であると思われ、まだ顕在化していないものの、本人も家族も将来への不安を抱えていることでしょう。

「10年後にどうなりたいか？」という質問は、今どうしたいか、という視点だけでなく将来的な目標を思い描くことを支援します。

事例3) 病院に行くことに踏み出せない利用者さんへの対応

80代男性Aさん。妻と2人暮らし。もともと活発で会話を好む人であったが、腸ポリープ摘出のために入院した後うつ状態になり、以前とは別人のようになった。妻との会話もほとんどなく、家に閉じこもる毎日であった。

うつの治療を受けることを提案して納得してもらったが、当日になると何かと理由をつけてキャンセルすることが続いた。次の通院予定の前日に、話を聞いてみることにした。

保：病院に行きたくないんですって？

A：いきたくない。

保：どうしたんですか？ 車（タクシー）頼みましたよね？

A：足が悪いから歩けない。歩けないのに行ったって仕方がない。

保：車手配したので、大丈夫ですよ。

A：うーん…

保：何か心配事があるんですか？

A：前の病院にどこも悪くないからもういいといわれた。見捨てられたんだ。もう病院に行ってもしょうがないんじゃないかと思って。

保：前の病院は今の病院を紹介してくれたんですよね。うつかもしれないからって。見捨てられたわけではないんじゃないでしょうかね。

A：うーん…そうかもしれない…

保：精神科に見てもらうことは嫌ですか？

A：うーん、う～ん…。何でうつになっちゃったんだろう。治るんだろうか？ 薬で治るんだろうか？ うつって治ることあるのかな…。

保：ちゃんと診察を受けてみないと本当に鬱なのかどうかかわからないし、先生は薬の副作用かもしれないからちゃんとみてもらってっておっしゃってましたよね。

A：なんで俺はこんなになっちゃったんだろう。俺はこんなに頑張ってきたのに、なんで…。俺は元に戻れるんだろうか…。

保：元の自分に戻るためにはどうしたらいいと思いますか？

A：病院に行くのかな…。

保：そうですね。車を手配して紹介状をもらって、どんな薬を飲んでいるのかも揃えて、行くばかりになってるし、奥さんも一緒に行ってくれるって言ってますよね。どうですか？

← 質問1：理由を尋ねる質問

← 質問2：理由を尋ねる質問

← 目標の表出：どうなりたいかを質問し回答したという標準的な流れではないが、「元に戻りたい」という目標が現れている。保健師はそれを受けとめて次の質問を行っている。

← 質問2：どうしたらいいかを考えてもらう質問

妻：いつもHさん（保健師）には世話になってる。Hさんが
せっかく予約してくれたのに、あなたいかないの？行
って言ったのに、約束破るの？

A：うーん、うーん…。そうだな。約束もしたしなあ。

保：じゃあ、明日病院に行ってくださいますか？ちゃんと
診察してもらて、どこが悪いのかみてもらいましょうね。

A：そうだね…

保：そうしないと治療も決められないものね、原因もわから
ないものね。元に戻るには、まず原因を知らないのと。

A：そうだね、・・・確かにそうだね。

Aさんは、次の日病院に行くことができた。当日夕方にAさん
に電話した。

保：いかがでした？

A：先生が、1時間半ぐらいかけていろんな検査をしたり、
話を聞いてくれた。あと写真とったりとか。なんかいろ
いろやったんだよ。

保：先生が話を聞いてくれたんですね。どうですか？気分的
に。

A：なんか少し、帰り道が明るくなった気がした。

保：じゃあ、病院行ってよかったでしょうか。

A：よかったと思う。

保：今度いついらっしゃるんですか？

A：〇月〇日に検査結果が出るからその日に自分で車を予約
してきた。

← 行動の理由付け：約束したことは行動を起こすための理由付けの一つとなる。

← 要望

← 行動継続の支援

ポイント／アドバイス

・ どうしたらいいか、考えてもらう質問

Aさんはうつ状態にあるものの、元の自分に戻りたい、という気持ちを持っていました。また、Aさんは元来活発な人で、自分の行動を自分で考える力のある人でした。保健師は、Aさんが“元に戻りたい”という“目標”を言葉にして発したのを逃さず、「元の自分に戻るにはどうしたらいいと思いますか？」と、目標への行動を自分で考えてもらう質問を投げかけています。Aさんは、この質問の前までは行かない理由を並べていましたが、この質問によって、自ら「病院に行く」という行動を示す言葉を引き出すことができました。

・ “約束を守る” という行動の理由付け

目標へ向かう行動を妨げる障害の一つとして、踏ん切りがつかない、自分から言い出すのは照れくさい、というような、あと一歩背中を押してくれるものが必要な場合があります。このような時は、行動を起こすために、「約束を守る」ことがあと1歩前に進む理由付けとなる場合があります。このケースでは、保健師ではなく奥さんが約束を守るよう提案したことが、Aさんの背中を押す役割を果たしました。

効果的な介護予防法（口腔機能の向上）の開発に関する研究

研究分担者 小坂 健 東北大学大学院歯学研究科国際歯科保健学分野・教授

研究要旨

介護予防のプログラムの3本柱の中で、運動機能の向上、口腔機能の向上及び栄養改善においては、地域支援事業においても予防給付においても口腔機能の向上の実施や口腔機能向上加算の算定は少なく、また、栄養改善においてもサービスの提供が少ないことが課題であった。その原因として専門職の不在があるものの、参加者側からすると参加したくなる事業・サービスが少ないこともある。そこで、今回、この提供が少ない栄養改善と口腔機能の向上の2つを組み合わせ、参加者の興味と参加意欲を向上させるため、調理実習を組み合わせた介護予防事業を企画し、宮城県岩沼市において地域支援事業と予防給付において実践した。その結果、参加者の口腔機能が維持改善傾向がみられ、また、参加者から継続的なプログラムの要望があるなどの成果があった。

A. 研究目的

介護予防において口腔機能向上プログラムについての課題を抽出し、より効果的な実施方法について検討する。具体的には、介護予防プログラムに参加している高齢者の歯科医療のニーズを測定し、約7割以上的高齢者において何らかの歯科医療ニーズがあり、歯科医療との連携の重要性が確認された。介護予防のプログラムの3本柱の中で、運動機能の向上、口腔機能の向上及び栄養改善においては、地域支援事業においても予防給付においても口腔機能の向上の実施や口腔機能向上加算の算定は少なく、また、栄養改善においてもサービスの提供が少ないことが課題であった。その原因として専門職の不在があるものの、参加者側からすると参加したくなる事業・サービスが少ないこともある。そこで、平成20年度の研究では効果的で魅力のある介護予防プログラムを実施するためと他の分野と融合した新たなプログラムとツールの開発を行うことを目的とした。

B. 研究方法

栄養改善と口腔機能の向上の2つを組み合わせ、参加者の興味と参加意欲を向上させるため、調理実習を組み合わせた介護予防事業を企画し、宮城県岩沼市でこの事業を実施し、評価を行うとともに、プログラム対象者及び提供者からのヒアリングを実施した。

C. 研究結果

参考資料「岩沼市健幸介護予防モデル事業実施報告書（案）」に示すとおり、歯科衛生士と管理栄養士が主体となり、調理実習を主体とし、栄養改善及び口腔機能の向上を目指す、新たな取り組みを開発した。

これを自治体が特定高齢者の候補から本人の同意を得た高齢者を対象として、また、予防給付対象者にも同様に3ヶ月間のプログラムを実施し、全員が終了した。特定高齢者からは、男性4名、女性10名の14名が参加した。参加者の年齢は69歳から83歳までで平均74.6歳

であった。予防給付対象者（要支援）では 72 歳から 95 歳（平均 84.7 歳）の 6 名が参加した。特に特定高齢者のプログラム前後の口腔機能の向上についての前後の結果を示す。（統計学的検定は、カテゴリーデータは Fisher の正確確率検定、連続量は対応のある t 検定を用いた。）

1. 固いものは食べにくいですか。

初回状態が悪かった人の 42%が改善した。

($p=0.231$)

固いものは食べ にくいですか	いいえ (2回目)	はい (2回目)	合計
いいえ(1回目)	2	0	2
	100.0	0.0	100.0
はい(1回目)	5	7	12
	41.7	58.3	100.0
合計	7	7	14
	50.0	50.0	100.0

2. お茶や汁物でむせることがありますか。

初回状態が悪かった人の 80%が改善した。

($p=0.357$)

お茶や汁物でむせ ることがあります か	いいえ (2回目)	はい (2回目)	合計
いいえ(1回目)	9	0	9
	100.0	0.0	100.0
はい(1回目)	4	1	5
	80.0	20.0	100.0
合計	13	1	14
	92.9	7.1	100.0

3. 口の渇きが気になりますか。

初回状態が悪かった人の 89%が改善した。

($p=0.643$)

口の渇きが気にな りますか	いいえ (2回目)	はい (2回目)	合計
いいえ(1回目)	5	0	5
	100.0	0.0	100.0
はい(1回目)	8	1	9
	88.9	11.1	100.0
合計	13	1	14
	92.9	7.1	100.0

4. 自分の歯また入れ歯で左右の奥歯をしっかりとかみしめられますか。

初回状態が悪かった人の 60%が改善した。

初回状態が良かった人の 11%が悪化

($p=0.275$)

自分の歯また入れ 歯で左右の奥歯を しっかりとかみしめ られますか	両方 出来る (2回目)	片方だけ ・どちらも 出来ない (2回目)	合計
両方出来る (1回目)	8	1	9
	88.90%	11.10%	100.00%
片方だけ・どちらも 出来ない(1回目)	3	2	5
	60.00%	40.00%	100.00%
合計	11	3	14
	78.60%	21.40%	100.00%

5. 全体的に見て、過去 1 ヶ月間のあなたの健康状態はいかがですか。

2 回目で、全員が良いと回答。

(2 回目のカテゴリーが単一のため、統計学的検定は実施せず。)

全体的に見て、過去 1 ヶ月間のあ なたの健康状態は いかがですか	良い (2回目)	合計
良い(1回目)	10	10
	100.00%	100.00%
悪い(1回目)	4	4
	100.00%	100.00%
合計	14	14
	100.00%	100.00%

6. お口の健康状態はいかがですか。

初回状態が悪かった人の 88%が改善した。

初回状態が良かった人の 17%が悪化した。

($p=0.692$)

お口の健康状態 はいかがですか	良い (2回目)	悪い (2回目)	合計
	5	1	6
良い(1回目)	83.30%	16.70%	100.00%
	7	1	8
悪い(1回目)	87.50%	12.50%	100.00%
合計	12	2	14
	85.70%	14.30%	100.00%

7. 舌の汚れ

初回状態が悪かった人の 50%が改善した。

($p=0.343$)

初回状態が良かった人の 25%が悪化した。

舌の汚れ	ない (2回目)	ある・多少ある (2回目)	合計
	6	2	8
ない(1回目)	75.00%	25.00%	100.00%
	3	3	6
ある・多少あ る(1回目)	50.00%	50.00%	100.00%
合計	9	5	14
	64.30%	35.70%	100.00%

8. 反復唾液嚥下テスト RSST

初回状態が悪かった人の 43%が改善した。

初回状態が良かった人の 14%が悪化した。

($p=0.133$)

RSST	1(2回目)	2(2回目)	合計
	4	3	7
1(1回目)	57.10%	42.90%	100.00%
	1	6	7
2(1回目)	14.30%	85.70%	100.00%
合計	5	9	14
	35.70%	64.30%	100.00%

9. オーラルディアドコキネシス (3回の合計

回数・連続変数)

ば・た・かの合計回数平均値: 16.0→17.2

改善傾向がみられた。(p=0.179)

10. BMI (連続変数)

平均値: 25.7→25.9 となり、栄養状態は改善傾向がみられた。(p=0.059)

D. 考 察

本研究では、参加者が興味を持てるように地域の特産品を使用した調理実習及び会食のあるプログラムであり参加者から好評であったこと。通常は質問に答えるだけの評価だけでなく、実際に食べているところを歯科衛生士が観察することによって客観的な口腔機能の評価が行えること、通常の受け身のプログラムと異なり、主体的に参加しグループの中で他の参加者と協力しながら料理をしていくという点が優れている。また、グループの中での交流や、今回は歯学部や保健学科の学生も実習に参加することで相互により影響を与えることが出来た。

E. 結 論

今回、宮城県岩沼市において、調理実習を中心とした口腔機能向上と栄養改善を組み合わせた介護予防事業を開発し、実施した。参加高齢者の満足度も高く、また、事業提供側も高齢者の変化が感じられるなど、相互に有益であることがわかった。今後はこのような参加意欲が益す、有効性のあるプログラムが全国に広がっていくことが期待される。

F. 研究発表

1. 論文発表

小坂 健. 口腔ケアの実際. 調剤と情報, 2008;15:146-149.

2. 学会発表

Osaka K, Aida J. A Screening tool of Oral

Dysfunction for the elderly. The 86th
General Session of the IADR, Toronto,
Canada, 2008.

図1 特定高齢者に対するプログラムの前後の比較 口腔機能の向上

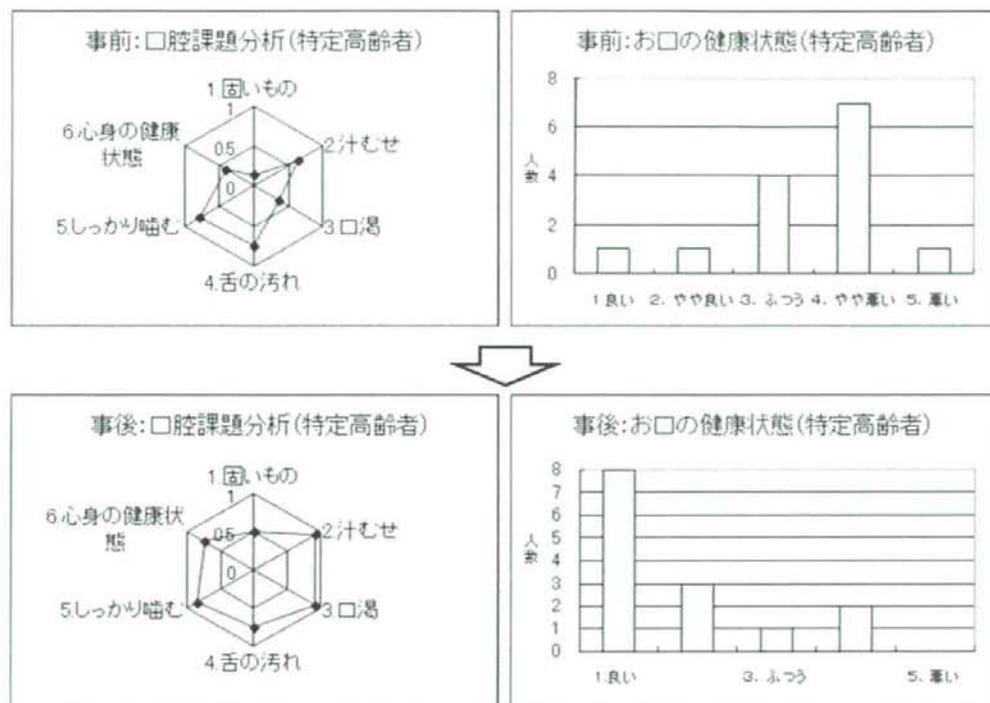
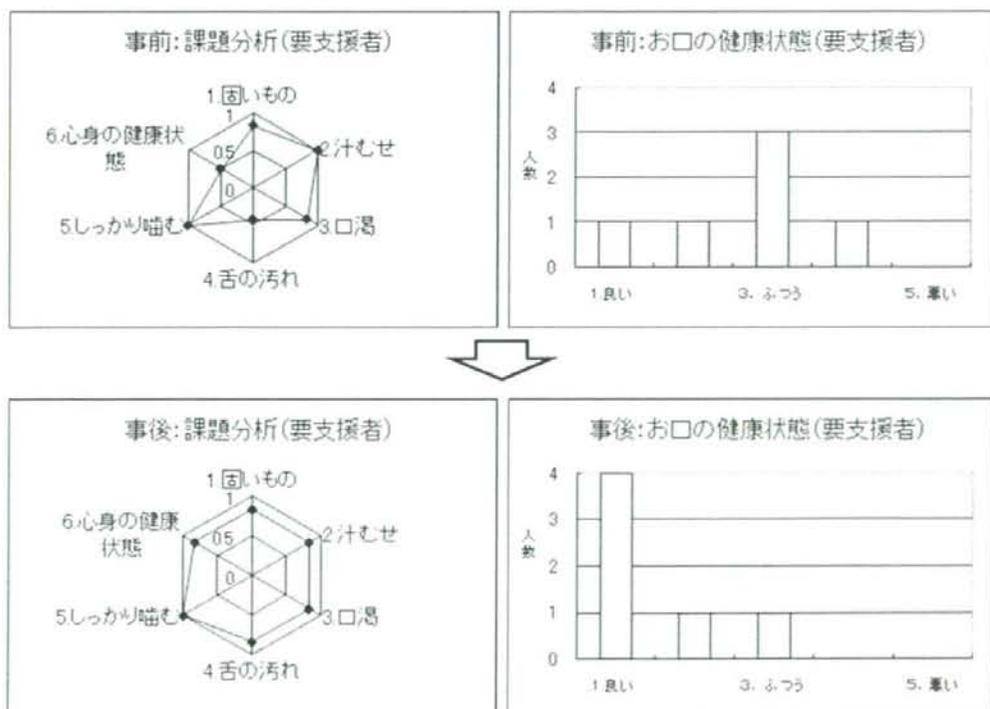


図2 予防給付プログラムの前後の比較 口腔機能の向上



岩沼市健幸介護予防モデル事業実施報告書
(案)

平成21年2月

岩沼市健幸介護予防モデル事業実行委員会

目 次

第1章 事業の概要

第2章 事業内容の詳細

第3章 資料編

第4章 効果の検証

第5章 その他

①モデル事業のまとめ

②参加者の声（特定高齢者・要支援者）

③岩沼市健幸介護予防モデル事業実行員会名簿

第1章 事業の概要

岩沼市健幸介護予防モデル事業実施経過

年月日	
平成20年	
3月下旬	「口腔機能の向上の実施体制と評価に関する研究」から介護予防における口腔機能向上が普及・定着していないことが明らかとなる。
4月28日	東北大学大学院歯学研究科国際歯科保健学分野より 厚生労働省老人保健健康増進等事業 「効果的な介護予防ケアマネジメント技法の開発に関する研究」の依頼を受ける。
5月中旬	岩沼市歯科懇話会、岩沼市社会福祉協議会へ当該研究の実施について協力依頼を行う。
5月下旬	当該研究のモデル事業を行うための実行委員会(以下、「委員会」という。)を組織するため、専門家の委員推薦依頼を関係団体へ行う。
6月上～中旬	関係団体より、委員会委員の推薦を受ける。
7月7日	委員会委員委嘱状交付及び第1回委員会会議開催 ・委員長、副委員長の選任。 ・市の政策に掲げる健幸先進都市の事業として「岩沼市健幸介護予防モデル事業」の名称で実施することを決定。 ・口腔・栄養の複合事業を行うため、専門職からなる小委員会を設置。
8月7日	第2回委員会会議開催
8月25日	第3回委員会会議開催
9月18日	第4回委員会会議開催
9月24日	モデル事業の本事業スタート (特定高齢者8回、要支援者8回)
11月7日	第5回委員会会議開催
12月24日	モデル事業の本事業終了
平成21年	
2月9日	第6回委員会会議及び岩沼市長への報告を行う。

[小委員会]

平成20年	
7月	6回
8月	4回
9月	3回
10月	6回
11月	4回
12月	6回
平成21年	
1月	6回

1. 岩沼市健幸介護予防モデル事業のめざすもの

おいしく食べる・楽しく話す・元気な笑顔

噛める 飲み込める 食欲がある 唾液が出る
 口臭がない 会話がある 話し相手がいる 表情が豊か
 食事のバランスがよい 健康と感じる …etc

【対象者の変容イメージ】 ⇨ 意識の変容をめざす「自分でやってみよう」

対 象	特定高齢者	要支援者
前	<p>生活の支障が徐々に見え始めるも、概ね日常生活は自立している。 スクリーニングを行うと該当するが、身体機能の低下は緩やかで、自覚症状はあまり感じていない。 そのため身体変化や生活範囲の縮小などを「年のせいだから、仕方ない」と消極的に捉えがち。</p>	<p>全体的に機能低下が見られ、生活に支障があり、日常生活に何らかの介助を要する。 通所サービスでは、楽しさや栄養保持・口腔衛生が確保されるが、自宅では楽しみよりも生命保持のためのエネルギー補給に重きがおかれることが多い。 「食べる」ことの生活に占めるウエイトは大きい。</p>
<p>現状を維持するには、何かを行うことが必要だという認識はある。</p>		
事 業	<p>気軽に覚えられるきっかけづくり</p>	
後	<p>身体機能の変化が、「寝たきり」「介護が必要となる原因」につながる重要な要素（老年症候群）であると気づく。 生活習慣の予防や改善はある程度可能であることを知る。 対処する方法を学び、自らも実行してみようと思える。</p>	<p>※特定高齢者同様 敬遠していた<u>固いもの</u>を食べてみようとする気持ちの変化が生じることを期待。 モデル事業において体験したことを自宅において一つでも実行してみようとする。 家族もその必要性について認識が高まる。</p>
<p>頭と身体を積極的に動かすこと以外にも、口の健康や食に対して関心が高まる。</p>		

2. 岩沼市健幸介護予防モデル事業の流れ
 (口腔機能向上・栄養改善事業)

	内 容	役割 (担当)	
		※総括：歯科医師	
		特定高齢者	要支援1・2
6月 ～ 8月	↓ モデル事業の骨子確定 (口腔機能向上・栄養改善 複合事業)	(生活機能評価)	
9月	① 対象者選定 ② 説明・同意 (本人・家族) ③ 参加者決定 ④ ケアプラン作成	① 保健師 ② 保健師・ 歯科衛生士 ④ 保健師	① ティ看護師 ② ティ看護師 包括 ④ 包括
10月 12月	⑤ 事前アセスメント ↓ ⑥ 個別サービス計画作成・説明・同意 ↓ ⑦ 教室<第1回> 参加者：セルフケアプログラム ⋮ ⑦' 教室<最終回> ↓ ⑨ 事後アセスメント	⑤ 管理栄養士 歯科衛生士 ⑥ 管理栄養士 歯科衛生士 ⑦～⑦' 管理栄養士 ティ管理栄養士 ティ看護師 歯科衛生士 保健師 ⑧ 包括・保健師	⑤ ティ管理栄養士 管理栄養士 歯科衛生士 ⑥ ティ管理栄養士 歯科衛生士 ⑨ ティ管理栄養士 管理栄養士 歯科衛生士
1月	⑩ 評価 ⑪ その他の事後処理・まとめ	⑩ 国 (研究班) ⑪ 管理栄養士 保健師 歯科衛生士	