

各市町村介護予防担当課長 殿
地域包括支援センター長 殿
関係団体代表者 殿

奈良県国民健康保険団体連合会
事務局長 小垣 小百合

令和 2 年度地域巡回指導・普及啓発事業の活用希望について（照会）

平素は、本会の活動に格別のご協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、高齢者の健康保持・増進を目的として実施している健康長寿事業について、新型コロナウイルスの感染状況に注視しつつ、今年度も引き続き、奈良県後期高齢者医療広域連合からの委託を受け実施してまいります。

取組のひとつである「地域巡回指導・普及啓発事業」については、参加者をはじめ関係者がそれぞれ新型コロナウイルスの感染防止対策を実施することで、昨年同様、専門家（歯科医師、歯科衛生士、運動指導員、栄養士等）を地域に派遣し、高齢者の健康状態にあわせた指導・啓発を実施してまいります。

また、当事業の対象者が高齢者であることを踏まえ、感染防止対策に加え、マスク着用による熱中症対策などについても配慮が必要であることも考慮し、当事業の実施については 10 月 1 日からの開始としております。（今後の状況により変更の可能性もあります。）

つきましては、当事業の活用を希望される場合は、感染防止対策の徹底を図る観点から、別紙 1 の「令和 2 年度「地域巡回指導・普及啓発事業」に申し込みされる際の留意点」を実施していただくことを前提に、下記のとおりお申込みくださいますようお願いいたします。

なお、今年度の運動指導・栄養指導等の講師派遣業者は、㈱OSU Health Support Academy に決定しております。奈良県歯科医師会の協力を得て実施する歯科健診・口腔指導については、希望日の 40 日前までに申込書を提出して頂ければ調整を行います。

記

派遣時期 令和 2 年 10 月 1 日（木）～令和 3 年 3 月 15 日（月）

提出期限 令和 2 年 9 月 18 日（金） 但し、10 月中に実施希望の場合は 8 月 21 日（金）

※提出期限以降についても、予算の範囲内で申込受付はいたしますが、事業の実施日が重なる場合は、期限内の申込分を優先させていただきます。

提出書類 別紙申込様式

提出方法 メールまたはファックス

留意事項 ①参加申込人数は15名以上としてください。
②初めて申込される団体（所属）を優先させていただきます。
③実施希望が重なった場合は日程等の調整が必要となりご希望に添えない場合もあります。
④キャンセルや日程変更は、事業実施日の1ヶ月前までに本会事務共同化推進係までご連絡下さい。（開催日1週間以内のキャンセルが度重なると、次年度から講師を派遣出来なくなる場合があります）

その他 当事業の活用にあたっては、主催される市町村等において別紙の留意事項を実施していただくことにより、参加者の感染防止対策にご協力をお願いします。

回答先 国保事務支援センター（奈良県国民健康保険団体連合会）

E-mail hokenjigyou@kokuhoren-nara.jp

FAX 0744-29-8322

電話 0744-29-8315

〒634-0061

奈良県橿原市大久保町 302-1 奈良県市町村会館 5 階

奈良県国民健康保険団体連合会

国保事務支援センター

電話 0744-29-8315 FAX0744-29-8322

E-mail hokenjigyou@kokuhoren-nara.jp

令和 2 年度「地域巡回指導・普及啓発事業」に申し込みされる際の留意点

令和 2 年度の標記事業の実施につきましては、新型コロナウイルスの感染症防止の観点から、参加を希望される市町村等（以下「主催者」という。）において、下記の留意事項を満たすことを前提に申し込みを受け付けます。

記

1. 主催者に実施していただく事項

(1) 三密が回避できる会場設定

- ・開催場所と参加人数を考慮し、1 人当たり 4 m²のスペースを確保する。（確保できない場合は、参加人数により 2 部制にする）
- ・窓や扉を開放し空気の入替えのできる会場を確保する。（エアコン等は利用するが開放した状況下で実施する）

(2) 参加者に対する事前の周知

- ・当日はマスクを着用して参加する。
- ・当日、自宅において各自検温する。
- ・次の事項に 1 つでも該当すれば、参加を見合わせる。（参加者に対し事前にチェックシートを配布）

- | |
|----------------|
| ① 咳の症状がある |
| ② 喉の痛みがある |
| ③ 息苦しさを感ずる |
| ④ 強いだるさがある |
| ⑤ 味覚、嗅覚に異常を感じる |
| ⑥ 37.5℃以上の熱がある |

- ・基礎疾患のある方は、感染すれば重症化しやすいので各自において留意する。

(3) 開催当日の対応

- ・参加者名簿を作成する。（後日に感染者が出た場合は、関係者及び国保連合会に連絡していただく必要があるため）
- ・開催前に会場の参加者が共有するもの（椅子・テーブル・ドアノブなど）について消毒を行う。（消毒の範囲は主催者に任せる）
- ・会場入り口において次のチェックを行う。
 - ① マスク着用の確認
 - ② 体温測定
 - ③ 手指消毒液の使用
 - ④ チェックシートを事前に配布し、当日、参加者に持参してもらう。なお、ア～カ

の項目に該当する場合は、主催者より参加を見合わせるよう強く促す。

- ア 咳の症状がある
- イ 喉の痛みがある
- ウ 息苦しさをを感じる
- エ 強いだるさがある
- オ 味覚、嗅覚に異常を感じる
- カ 37.5℃以上の熱がある
- ※ 基礎疾患がある（感染すれば重症化しやすいため各自において留意し判断する）

(4) 主催者にご用意いただく物

- ・体温計（直接触れないで測れるもの）
- ・手指消毒液（参加者が入り口で使用するもの）
- ・除菌シート（会場の消毒に使用するもの）
- ・マスク（付けていない人に渡すもの）



2. 参加者に実施していただく事項

- ・当日は自宅で各自検温する。
- ・次の事項に1つでも該当すれば、参加を見合わせる。



- ① 咳の症状がある
- ② 喉の痛みがある
- ③ 息苦しさをを感じる
- ④ 強いだるさがある
- ⑤ 味覚、嗅覚に異常を感じる
- ⑥ 37.5℃以上の熱がある

※ 基礎疾患のある方は、感染すれば重症化しやすいので各自で留意し判断する。

- ・当日はマスクを着用して参加する。
- ・会場の入り口において、主催者による検温及び上記の項目のチェックを受けていただくが、その際に、該当事項があれば参加を見合わせる。
- ・手指消毒液を使用し、会場に入場する。
- ・参加者にご用意いただく物 → 水分補給のための飲み物、タオル、筆記用具（アンケート等の記入のため）

 【 チェックシート 】 		
令和2年 月 日 ()		
名前:		
体温: °C ※37.5°C以上の方は教室に参加できません。		
下記1～5の項目に当てはまるものがあれば「○」をつけてください。		
1	咳(せき)の症状がある	
2	喉(のど)の痛みがある	
3	息苦しさを感ずる	
4	強いだるさがある	
5	味覚・嗅覚に異常を感ずる	
(基礎疾患のある方は、ご自身でご留意ください！)		

※ 当日、このシートを教室の入口で提出してください。

 【 チェックシート 】 		
令和2年 月 日 ()		
名前:		
体温: °C ※37.5°C以上の方は教室に参加できません。		
下記1～5の項目に当てはまるものがあれば「○」をつけてください。		
1	咳(せき)の症状がある	
2	喉(のど)の痛みがある	
3	息苦しさを感ずる	
4	強いだるさがある	
5	味覚・嗅覚に異常を感ずる	
(基礎疾患のある方は、ご自身でご留意ください！)		

※ 当日、このシートを教室の入口で提出してください。

地域巡回指導・普及啓発事業の活用について

○申込者連絡先

市町村：電話：所属：FAX：担当者：メールアドレス：

○実施予定内容

①	事業の主体		
②	事業の種別		介護予防事業 ・ その他 (老人クラブ ・ 地域サロン ・ 生涯教育 ・ 地域保健事業 ・ その他)
③	当日の担当者		<input type="text"/> <input type="text"/> 電話番号 (携帯電話番号)
④	実施予定場所	会場名	ふりがな
		住所(番地まで)	<input type="text"/>
		駐車場の有無	有 ・ 無
		備品関係の有無 (あれば○)	ホワイトボード ・ TV ・ DVDデッキ ・ PC ・ スクリーン ・ プロジェクター
⑤	実施日時(指導時間)		令和 年 月 日 () AM : ~ AM : PM : PM :
⑥	参加者数(予定)		名 程度
⑦	活用(実施)の内容 (希望する番号に○を付けてください) ※いずれも高齢者(概ね65歳以上)対象		
	1	歯科健診・指導(歯科医師・歯科衛生士) ※木曜日限定 ・歯菌チェック、嚥下など高齢者の口腔状況に合わせて個別指導をする。	
	2	歯科口腔集団指導(歯科衛生士) ・嚥下体操、口腔体操、「お口の働きについて」等の講演などを実施する。	
	3	栄養指導(栄養士など) ・高齢者特有の栄養状態や食生活にかかる指導を実施する。 どちらか 選択 <input type="checkbox"/> 栄養指導のみ <input type="checkbox"/> 栄養指導 + 健康測定 血管年齢 ・ 骨密度 ・ AGEs (一つ選択して○で囲んでください)	
	4	運動指導(健康運動指導士など) ・筋力向上、ストレッチ、誤嚥にナラン！体操他を実施する。 ※ 別紙2の運動希望プログラム一覧に記入してください。	
⑧	その他 :ご希望またはお問い合わせがあればご記入ください。		

○注意事項

・歯科健診(歯科医師の派遣)については、原則木曜日の実施となります。

・運動指導、栄養指導、口腔指導(歯科衛生士)の実施は、曜日を問いません。

※歯科健診、口腔指導を希望される場合は、提出期限にかかわらず、実施希望日の40日前までに申込書を提出してください。

巡回指導（運動）希望プログラム一覧

別紙2

開催日 月 日 ()

開催場所

実施内容 (ご希望のプログラムに○を付けてください)			
1		「誤嚥にナラン！体操」の詳しい指導 (DVDを使って、体操の意義と正しい体操のやり方を指導する)	
2		体力測定 (各種体力測定を実施し、自身の現状を把握する) 握力・開眼片足立ち・TimeUp&Go・5m歩行最大速度など	どちらか選択してください
			★足首関節角度測定 する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/>
※1.誤嚥にナラン！体操と2.体力測定は時間の都合でサブの希望プログラムを選べません。			
以下のプログラムからメインとサブの希望プログラム番号を各1つご記入ください。			
メインの希望プログラム		サブの希望プログラム	
3	① 転倒予防指導 (転倒予防のための運動実習や足のケアを指導する)	どちらか選択してください	
		★足首関節角度測定 する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/>	
	② 腰痛予防指導 (腰痛予防のための運動実習を指導する)		
	③ 膝痛予防指導 (膝痛予防のための運動実習を指導する)		
	④ 肩こり予防指導 (肩こり予防のための運動実習を指導する)		
	⑤ ロコモ予防指導 (ロコモ予防の講話と運動実習を指導する)		
	⑥ 筋力アップ&ストレッチ指導 (基本的な筋力トレーニングやストレッチを中心とした運動実習を指導する)		
	⑦ 歩き方指導 (いつまでも自分自身の足で歩くために正しい歩き方を指導する) ※20名程度までの参加状況なら歩行衝撃測定も実施出来ます		
	⑧ フレイル予防指導 (フレイル (虚弱) 予防のための運動実習を指導する)		
	⑨ 骨盤底筋強化指導 (尿漏れ防止などに効果がある運動実習を指導する)		
⑩ 認知症予防指導 (認知症の正しい理解とコグニサイズやデュアルタスクを用いた脳トレ体操を指導する)			

「誤嚥にナラン！体操：5分程度」の紹介については、全てのプログラムで実施します！