

介護予防マニュアル改訂版

平成 2 4 年 3 月

介護予防マニュアル改訂委員会

本マニュアルでは、厚生労働省ホームページを参照している箇所があります。以下のように分類し、掲載されていますので、合わせてご活用下さい。

■別添資料；本マニュアル内に掲載した様式等をダウンロードできます

■参考資料；本マニュアル中で参照している資料等をダウンロードできます

■平成 21 年 3 月版介護予防マニュアルからの抜粋；旧マニュアルから抜粋した資料等をダウンロードできます

これらの資料を活用する場合は、下記の厚生労働省ホームページにアクセスして下さい。

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/tp0501-1.html>

－ はじめに －

介護保険制度の創設以来、増加の一途をたどっている軽度の要介護状態の高齢者に対応するため、平成 18 年度の介護保険法改正により新たな予防給付の導入や介護予防事業を含む地域支援事業の創設がなされたことにより、予防を重視する視点がより一層強化された。この見直しにおいて、「介護予防」は、要介護状態の軽減や悪化の防止だけでなく、高齢者が地域で再び自立して生活することができるようにすることを目的に、要支援者に対し介護予防サービスを効果的に提供する予防給付と併せて、要支援・要介護状態等となる恐れのある高齢者を早期に把握し、水際で食い止める介護予防事業が重視されることとなった。

その後、介護予防事業は、平成 19 年度の特定高齢者の決定方法の見直し、平成 20 年度の基本健診から特定健診・特定保健指導への移行、平成 22 年度の生活機能評価の見直し等、いくつかの見直しを繰り返しながら、現在に至っている。

また、平成 23 年度の介護保険法の改正により、平成 24 年度からは、新たに介護予防・日常生活支援総合事業が導入されることとなるなど、時代の変化とともに、より効果的な介護予防のあり方が見直されている。このような見直しに対応するため、このたび、介護予防マニュアルを改訂することとなった。

今回の介護予防マニュアルの改訂において、介護予防の目的である『「高齢者本人の自己実現」、「高齢者に生きがいを持っていただき、自分らしい生活を創っていただく」ことへの総合的支援』に変更はない。

今回のマニュアルの主たる変更点は以下のとおりである。

- 1) マニュアルの大幅な簡素化。
- 2) 介護予防に関わる幾つかのサービス事業に関するランダム化試験（RCT）に基づく結果の紹介。
- 3) 「認知症予防・支援プログラム」から「認知機能低下予防・支援プログラム」への変更

今回の改訂された介護予防マニュアルは、これまで着実に積み重ねられてきた介護予防の内容を踏まえ、より科学的視点に立脚し、より効率的・効果的な取り組みが実施されることを目的として作成されたものである。本マニュアルが、より良い介護保険制度の実現に寄与するならば、作成に関わった者一同の望外の喜びである。

介護予防マニュアル改訂委員会

委員長 鈴木 隆雄

目 次

第1章	介護予防について	1
1-1	介護予防の定義と意義	1
1-1-1	介護予防が指すもの	1
1-1-2	介護予防における一次・二次・三次予防	2
1-1-4	介護予防事業を活用した地域づくり	4
1-1-5	介護予防事業及び予防給付における介護予防サービスの概要	6
1-1-6	介護予防・日常生活支援総合事業	9
1-1-7	各機関・団体の役割と連携	11
1-1-8	今回のマニュアル改定のポイント、介護予防をめぐる課題と今後の方向性	13
1-2	二次予防事業の対象者把握事業	14
1-2-1	対象者の定義・特徴	14
1-2-2	対象者把握の方法	14
1-2-3	医師の判断を求める場合の基準	18
1-2-4	水際作戦の考え方と効果的展開	20
1-2-5	対象者把握を有効に行うために	21
1-3	二次予防事業対象者の介護予防ケアマネジメント	23
1-3-1	介護予防ケアマネジメントの定義・目的	23
1-3-2	介護予防ケアマネジメントの流れ	24
1-3-3	介護予防ケアマネジメントの方法・ポイント	24
1-4	通所型介護予防事業・訪問型介護予防事業	26
1-4-1	通所型介護予防事業	26
1-4-2	訪問型介護予防事業	26
1-4-3	介護予防事業の流れ	27
1-5	事業評価	29
1-5-1	二次予防事業の評価指標	29
1-5-2	一次予防事業の評価指標	30
1-6	予防給付の流れ	32
1-6-1	予防給付の対象者	32
1-6-2	介護予防ケアマネジメント	32
1-6-3	サービス担当者会議	32
1-6-4	サービスの提供	32
1-6-5	効果の評価	32
第2章	複合プログラム実施マニュアル	38
2-1	事業の趣旨	38
2-2	二次予防事業	38
2-2-1	事前準備	38
2-2-2	事前アセスメント	39
2-2-3	個別サービス計画の作成	40
2-2-4	プログラムの実施	40
2-2-5	事後アセスメント	44
第3章	運動器の機能向上マニュアル	46
3-1	事業の趣旨	46
3-2	一次予防事業	46
3-2-1	実施体制	46
3-2-2	実施内容	46
3-3	二次予防事業	47
3-3-1	事前準備	47
3-3-2	事前アセスメント	50

3-3-3	個別サービス計画の作成	51
3-3-4	プログラムの実施	52
3-3-5	事後アセスメント	55
3-4	予防給付における運動器機能向上サービス	64
3-4-1	プログラムの実施	64
第4章	栄養改善マニュアル	69
4-1	事業の趣旨	69
4-2	一次予防事業	70
4-2-1	実施体制	70
4-2-2	実施内容	70
4-3	二次予防事業	71
4-3-1	事前準備	71
4-3-2	事前アセスメント	71
4-3-3	個別サービス計画の作成	74
4-3-4	プログラムの実施	74
4-3-5	事後アセスメント	77
4-4	予防給付における栄養改善サービス	78
4-4-1	プログラムの実施	78
第5章	口腔機能向上マニュアル	83
5-1	事業の趣旨	83
5-2	一次予防事業	84
5-2-1	実施体制	84
5-2-2	実施内容	84
5-3	二次予防事業	85
5-3-1	事前準備	85
5-3-2	事前アセスメント	87
5-3-3	個別サービス計画の作成	87
5-3-4	プログラムの実施	88
5-3-5	事後アセスメント	90
5-4	予防給付における口腔機能向上サービス	92
5-4-1	プログラムの実施	92
第6章	閉じこもり予防・支援マニュアル	97
6-1	事業の趣旨	97
6-2	一次予防事業	98
6-2-1	実施体制	98
6-2-2	実施内容	98
6-3	二次予防事業	102
6-3-1	事前準備	102
6-3-2	事前アセスメント	103
6-3-3	個別サービス計画の作成	104
6-3-4	プログラムの実施	105
6-3-5	事後アセスメント	109
第7章	認知機能低下予防・支援マニュアル	112
7-1	事業の趣旨	112
7-2	一次予防事業	113
7-2-1	実施体制	113
7-2-2	実施内容	113
7-3	二次予防事業	114
7-3-1	事前準備	114

7-3-2	事前・事後アセスメント	116
7-3-3	プログラムの実施	118
第8章	うつ予防・支援マニュアル	124
8-1	事業の趣旨	124
8-2	一次予防事業	126
8-2-1	実施体制	126
8-2-2	実施内容	126
8-3	二次予防事業	127
8-3-1	事前準備	127
8-3-2	事前アセスメント	129
8-3-3	事後アセスメント	131

第1章 介護予防について

1-1 介護予防の定義と意義

介護予防とは「要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減を目指すこと」と定義される。

介護保険は高齢者の自立支援を目指しており、一方で国民自らの努力についても、介護保険法第4条（国民の努力及び義務）において、「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする」と規定されている。また、第115条45（地域支援事業）において、「可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するために、地域支援事業を行うものとする」とされている。介護予防は、高齢者が可能な限り自立した日常生活を送り続けていけるような、地域づくりの視点が重要である。

1-1-1 介護予防が目指すもの

介護予防とは、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった個々の要素の改善だけを目指すものではない。むしろ、これら心身機能の改善や環境調整などを通じて、個々の高齢者の生活機能（活動レベル）や参加（役割レベル）の向上をもたらし、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを支援して、生活の質（QOL）の向上を目指すものである。これにより、国民の健康寿命をできる限りのばすとともに、真に喜ぶに値する長寿社会を創成することを、介護予防はめざしているのである。

その意味では、運動器の機能向上などの個々のサービスは、あくまでも目標達成のための手段に過ぎないのであって、それが自己目的化することはあってはならない。そこで介護予防におけるケアマネジメントの役割が重視されている。介護予防ケアマネジメントでは、利用者の生活機能の向上に対する意欲を促し、サービス利用後の生活を分かりやすくイメージしてもらうことが重要である。すなわち、「いつまでに」「どのような生活機能ができる」という形の本人の目標がまずあって、それに到達するための手段として個々のサービス要素が選択される。

一方、介護予防の対象となる高齢者は、すでに心身の機能や生活機能の低下を経験しており、しかも「自分の機能が改善するはずはない」といった誤解やあきらめを抱いている者、うつ状態などのために意欲が低下している者も少なくないと考えられる。そこで、介護予防に関わる専門職においては、利用者の意欲の程度とその背景を配慮したうえで積極的な働きかけを行うことが求められている。

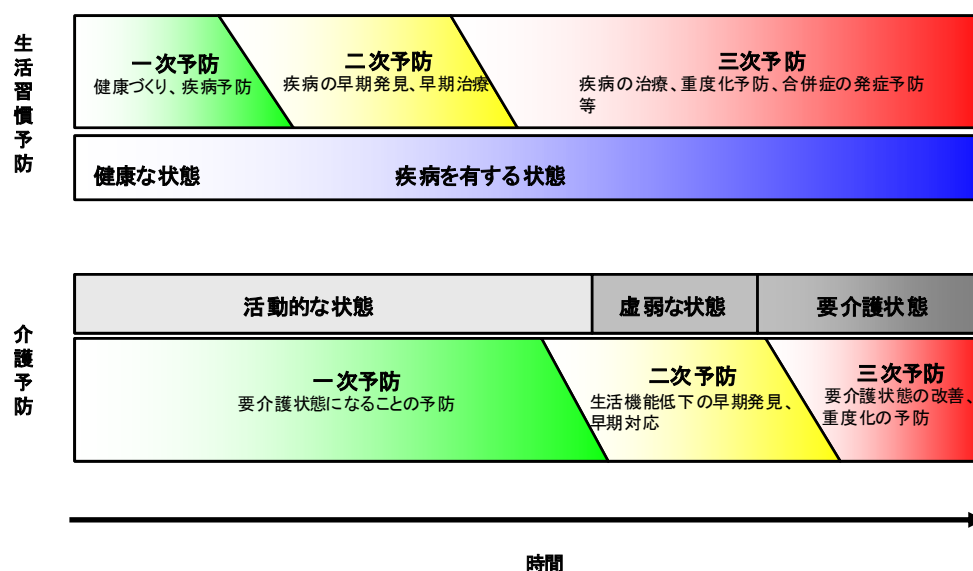
1-1-2 介護予防における一次・二次・三次予防

高齢者の健康寿命をのばし、生活の質を高めていくためには、生活習慣病予防と介護予防を地域で総合的に展開することが大切である。予防の概念は、一次予防、二次予防、三次予防の3段階に整理してとらえることができる。(図表1-1)。

まず、生活習慣病予防における一次予防は、健康な者を対象に、発病そのものを予防する取り組み(健康づくり、疾病予防)である。二次予防は、すでに疾病を保有する者を対象に、症状が出現する前の時点で早期発見し、早期治療する取り組みである。そして三次予防は、症状が出現した者を対象に、重度化の防止、合併症の発症や後遺症を予防する取り組みである。

次に介護予防における一次予防は、主として活動的な状態にある高齢者を対象に、生活機能の維持・向上に向けた取り組みを行うものであるが、とりわけ、高齢者の精神・身体・社会の各相における活動性を維持・向上させることが重要である。二次予防は、要支援・要介護状態に陥るリスクが高い高齢者を早期発見し、早期に対応することにより状態を改善し、要支援状態となることを遅らせる取り組みである。そして三次予防は、要支援・要介護状態にある高齢者を対象に、要介護状態の改善や重度化を予防するものである。平成24年4月から創設される介護予防・日常生活支援総合事業(P9)は、事業の導入により、一次予防事業の対象者から二次予防事業の対象者、要支援者に対する三次予防まで、切れ目なく総合的に展開することが可能になる。

図表 1-1 生活習慣病予防及び介護予防の「予防」の段階



注)一般的なイメージであって、疾病の特性等に応じて上記に該当しない場合がある。

介護予防は、高齢者が主体的に地域の住民主体の活動や地域支援事業を活用し、活動的で生きがいのある生活や、自分らしい人生を送ることができるよう、生活習慣病の発症予防や重症化予防などを含む、予防に関わるあらゆる人々が互いに協力し、協働をはかりながら、それぞれの役割を果たすことにより実効性の高いものとなる。

1-1-3 地域支援事業と予防給付における介護予防

介護予防事業は、要支援・要介護に陥るリスクの高い高齢者を対象にした二次予防事業と、活動的な状態にある高齢者を対象としてできるだけ長く生きがいを持ち地域で自立した生活を送ることができるようにすることを支援する一次予防事業で構成されている。

一方、予防給付は、要支援1および要支援2の認定を受けた被保険者（第2号被保険者を含む）を対象に、状態の改善と重度化の防止を目的に介護予防サービスが提供される。地域支援事業における介護予防事業と介護予防・日常生活支援総合事業（以下、介護予防等事業）も、予防給付のサービスも、日常生活の活発化に資する通所型の介護予防事業や通所系サービスを中心としたプログラムを行うことにより、生活機能の向上を図ることを目指している。これに対し、訪問型の介護予防事業や訪問系サービスは、通所型の事業やサービスの利用が困難な場合などに、訪問により生活機能の改善を図るものである。介護予防事業と予防給付における介護予防サービスの目的はいずれも生活機能の向上を図るものである。

要支援者、二次予防事業対象者、一次予防事業対象者は連続性を持ってとらえて介護予防を展開することが重要である。具体的には、要支援認定で非該当になった場合や二次予防事業対象者でなくなった場合も継続して参加できる場を地域の中に増やすなど、住民主体の活動の育成や支援が考えられる。そのためには、予防事業を高齢者が歩いていける範囲の会場で開催するなど、地域の日常生活環境の中で健康を維持し自己実現を図ることのできるような工夫が求められる。

現在、地域支援事業が一次予防及び二次予防を、予防給付が三次予防を担っているが、今後、市町村¹において介護予防・日常生活支援総合事業（P9）が取り組まれるようになると、活動的な状態にある高齢者の一次予防から要支援者に対する三次予防までを切れ目なく展開することが可能となる。

¹ 市町村：特別区、一部事務組合、広域連合等を含む。以下同じ。

1-1-4 介護予防事業を活用した地域づくり

＜介護予防を推進する地域づくり＞

これまで、要支援状態となるおそれの高い人を対象とした二次予防事業に主眼を置いた取り組みでは、対象者の把握に多大な努力が費やされ、介護予防プログラムへの参加を働きかけることが十分にできない、参加者が集まらない、ニーズを満たすプログラムを提供できないなどの課題を抱えていた。また、二次予防事業の対象者と見なされ、カテゴリーの中に入れられてしまうことへの抵抗感が高齢者の側に生まれてしまうことも、介護予防プログラムの参加率が伸びない1つの要因であった。介護予防は、高齢者が自ら進んで事業や介護予防の活動に継続的に参加し、自分らしい生活を維持できるようにする必要がある。そのためには、高齢者が日常生活の中で気軽に参加できる活動の場が身近にあり、地域の人とのつながりを通して活動が広がるような地域コミュニティを、一次予防事業や介護予防・日常生活支援・総合事業などを活用して構築すること、すなわち、地域づくりが重要になってくる。

このためには、介護予防事業の実施主体は市町村であるが、地域包括支援センターが中心となり、地域の高齢者の健康状態（支援を要する人がどのくらいいるか等）や、地域の社会資源等について把握し、課題やニーズ、必要な社会資源などをアセスメントすることが重要である。地域の高齢者の健康状態や社会資源等について把握する上で、市町村が実施する日常生活圏域ニーズ調査や市町村の介護保険給付や国保等の情報を共有し用いることが望ましく、地域の社会資源についての情報を含むデータベースの構築がなされていると、効果的かつ効率的に地区診断を進め、適切なアセスメントを行うことができる。市町村と地域包括支援センターは、この地区診断の内容を共有し、介護予防を推進する地域づくりを、連携して進めていくことが重要である。

また、地域づくりにおいて大切な視点は、高齢者を介護予防の対象者としてのみとらえるのではなく、むしろ地域づくりの担い手として活躍できるようにしていくことである。老人クラブや町内会などの地域の既存組織・団体等への働きかけや自主活動の育成支援など、地域の特性を活かした多様な取り組みが求められる。また、これらの組織・団体と協働で地域づくりを進めるためには、地域の課題やニーズを共有し、互いの役割を理解し、信頼関係を築いていくような働きかけが重要となる。

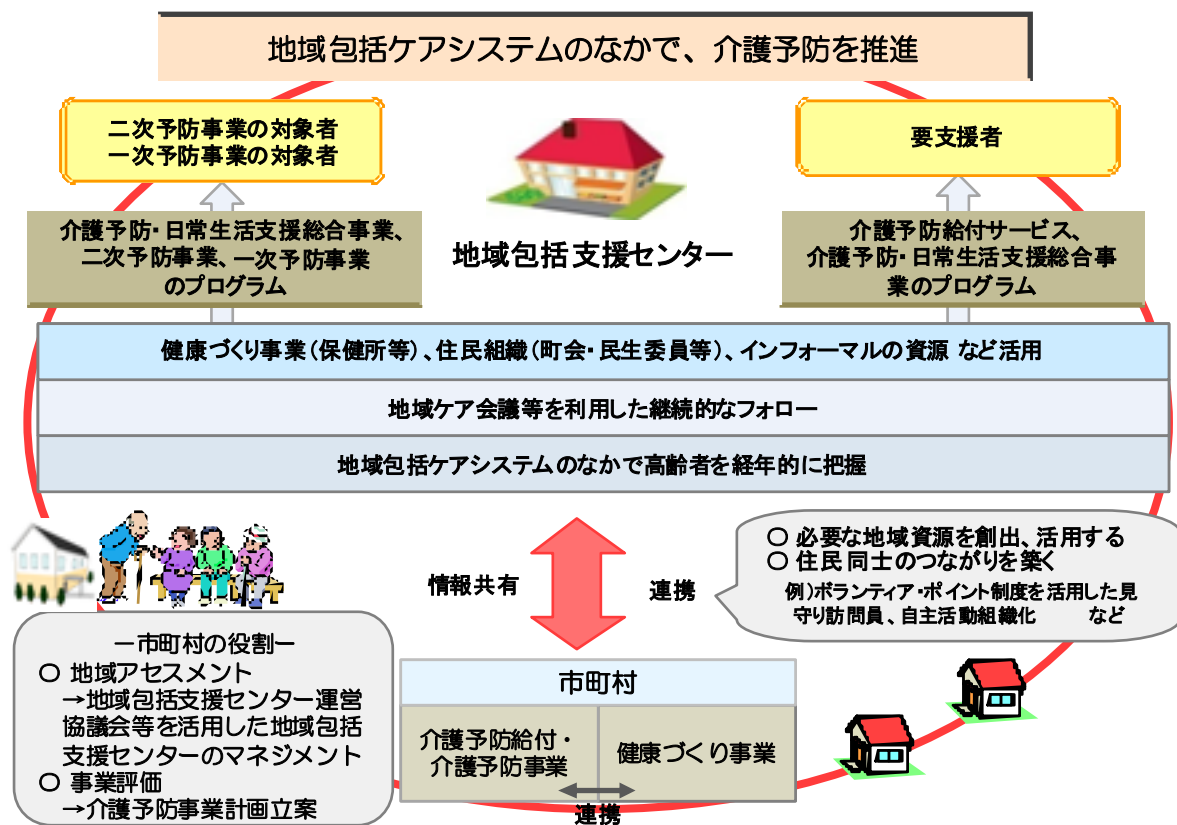
例えば、愛知県武豊町では、地区ごとに高齢者がいつでも気軽に立ち寄れる地域サロンを一次予防事業として立ち上げ、住民により自主的に運営がされている。この地域サロンを立ち上げる準備段階では、市町村が住民ボランティア募集を行い、計画の説明等を行った後、ボランティアが地域の課題を抽出し、地域に必要な「サロン像」について議論を行い、サロンの開所に至っている。地域住民主体の活動の中で多彩な企画が、地域のニーズに基づき次々と生み出されており、前年度に比べて介護予防事業参加者数が大幅に増加するなどの成果もみられている。

また、大阪府大東市では、地域住民主体の活動状況や住民が困っている点を把握するとともに地域の高齢者のニーズを調査し、その結果を踏まえ、一次予防事業として「身近で気軽に仲間と

一緒に運動できる場（自主グループ）」を住民主導で立ち上げていった。市は立ち上げ時に独自に開発した体操のビデオを配布し運動指導員を派遣するほか、介護予防サポーターを育成し派遣するなどのサポート体制を敷き、地域住民の自主性を引き出すために、地域の特性を大事にし、地域住民がやりたいと思うことを支援するほか、負担が特定の人に集中しないこと、できるだけお金がかからないことなどに留意しながら、支援を継続している。二次予防事業の対象者についても、この自主グループに参加してもらうことで継続的な活動を図るとともに、各自主グループへの出張型の二次予防事業を行い、一次予防事業対象者にも参加してもらう独自の形態を取り、二次予防事業対象者についての支援の評価も行っている。

このように、一次予防事業などを活用して地域の様々な組織・団体が自主的に介護予防の活動を展開できるように市町村が地域資源の掘り起こしや支援を行い、高齢者が気軽に参加することのできる機会や場を身近につくり出すことで、介護予防の取り組みが増えることが期待されている。

図表 1-2 介護予防を推進する地域づくり



1-1-5 介護予防事業及び予防給付における介護予防サービスの概要

(1) 一次予防事業

本事業が目指すものは、地域において介護予防に資する自発的な活動が広く実施され、地域の高齢者が自ら活動に参加し、おのずと介護予防が推進される地域コミュニティを構築すること、つまり一次予防事業を活用し、介護予防の推進を図る地域づくりにある。そのため、当該市町村の第1号被保険者全員及びその支援のための活動に関わる者を対象として、介護予防に関する活動の普及・啓発や、地域住民の主体的な介護予防の活動の育成・支援を行いながら、地域の高齢者が日常生活の中で継続して参加できるような場や機会を住民と協働でつくっていくことが重要である。

二次予防事業の修了者の事業終了後の受け皿として、あるいは二次予防事業対象者が継続的に介護予防を図る場として、一次予防事業を行っている市町村もある。これは、二次予防事業対象者や二次予防事業に参加した高齢者が社会参加の機会や地域同士の交流を通じて、生活機能を維持・向上する上で有用なことと考えられている。

本事業は、以下の3つにより構成され、市町村が効果があると認めるものを適宜実施することとされている（図表1-3）。

図表 1-3 一次予防事業の種類と内容

種類	想定される内容
地域介護予防活動支援事業	・ ボランティア等の人材育成のための研修を行う ・ 地域活動組織を育成・支援する ・ 二次予防事業修了者の活動の場を提供する ・ 介護予防に資する地域活動（社会参加活動等）を実施する
介護予防普及啓発事業	・ 基本的知識に関するパンフレットを作成・配布する ・ 有識者等による講演会・相談会を開催する ・ 運動教室等の介護予防教室等を開催する ・ 各対象者の介護予防の実施を記録する媒体を配布する
一次予防事業評価事業	・ 介護保険事業計画で定めた目標値の達成状況等を検証する ・ 評価結果に基づいて事業の実施方法等を改善する

(2) 二次予防事業

二次予防とは、活動性や生活機能が低下して要介護状態となるおそれの高い高齢者を早期に発見（把握）して早期に対処（介護予防プログラムを提供）することにより、要介護状態の発生をできる限り防ごうとするものである。なお、二次予防事業の参加者数として、高齢者人口の概ね5%を目安としている。

本事業は、以下の4つにより構成される（図表1-4）。ただし、その詳細については後述する。

図表 1-4 二次予防事業の種類と内容

種類	内容
対象者把握事業	- 基本チェックリストを実施して二次予防事業の対象者を決定する - 必要に応じて検査等を行う
通所型介護予防事業	対象者の通所により、介護予防に資するプログラムを実施し、自立した生活の確立と自己実現の支援を行う
訪問型介護予防事業	保健師・歯科衛生士等が対象者の居宅を訪問して、生活機能に関する問題を総合的に把握・評価し、その上で必要な相談・指導ほか必要なプログラムを行う。通所型介護予防事業につなげていく
二次予防事業評価事業	- 介護保険事業計画で定めた目標値の達成状況等を検証する - 評価結果に基づいて事業の実施方法等を改善する

二次予防事業における通所型介護予防事業では、運動器の機能向上プログラム、栄養改善プログラムや口腔機能の向上プログラムが単独で行われることが多かったが、今回のマニュアルからそれらを同時に実施する複合プログラムに関する章が加わった。たとえば運動器の機能を上げるには栄養状態が良好であることが望ましい。口腔機能の低下は低栄養につながるなど、これら三者は密接に関わっていることから、これらのプログラムを複合的に行うことで、単独で行う場合よりも高い効果が期待される。

（３）予防給付サービス

予防給付における介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションにおいては、運動器機能向上サービス、口腔機能向上サービス及び栄養改善サービスを提供した場合の加算が設定されているが、平成24年度介護報酬改定においては、これらのサービスを2種類または3種類組み合わせる場合の評価として「選択的サービス複数実施加算」が新設された。

予防給付サービスは介護保険制度の中で行われるものだが、要支援認定を受けた者に対する支援の目的は地域支援事業と共通しており、高齢者が生きがいをもち、地域で自立した生活を維持できるよう支援することにある。介護保険の担当課とも連携して、連続性を持ってサービス内容を考える必要がある。

図表 1-5 予防給付サービスの種類と内容

種類	内容
通所系サービス	介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防認知症対応型通所介護 等
訪問系サービス	介護予防訪問介護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護 等
短期入所サービス	介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護 等

（４）総合的な介護予防の展開

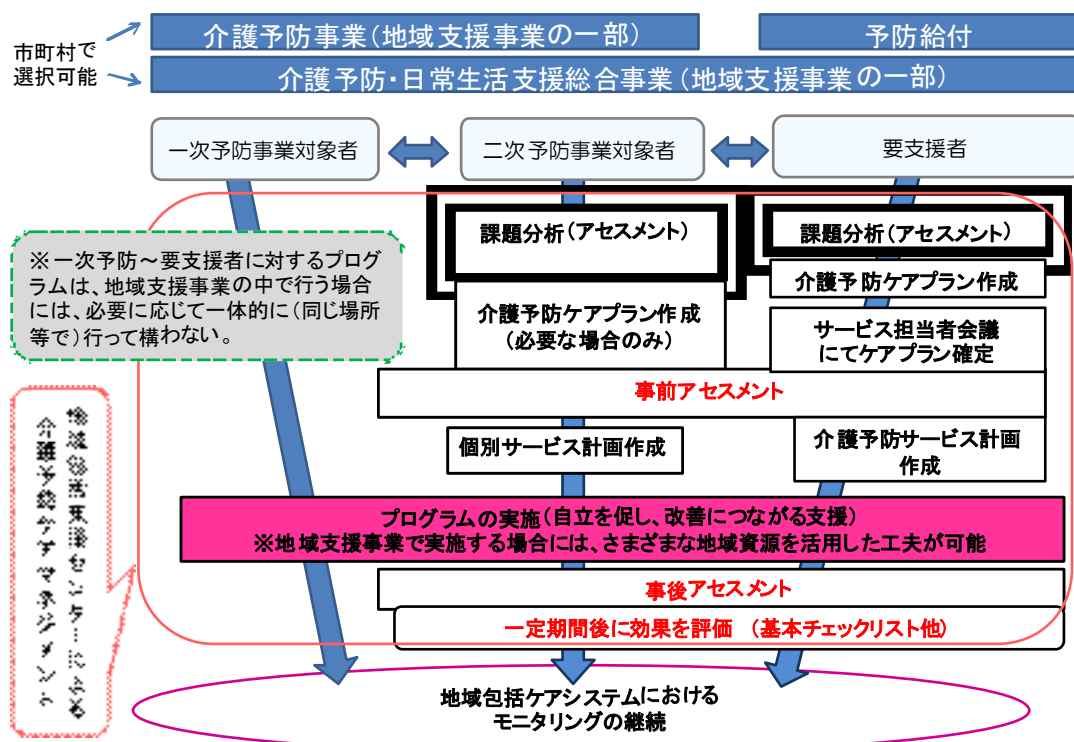
二次予防事業は、要支援や要介護状態（等）に陥るおそれの高い者すなわちハイリスク者を拾い上げて介護予防プログラムを提供する取り組みであり、ハイリスク・アプローチとして位置付

けられる。すでに述べたように、二次予防事業の参加者数としては、地域に在住する高齢者のうち5%程度を目標に、介護予防事業を実施するものである。しかし二次予防事業対象者以外の高齢者に要介護リスクが全くないかと言うと、それは当たらない。

むしろ要支援・要介護者が従来高齢者人口の概ね15%であること、そして高齢者はそう遠くない将来のうちに終末期を迎えることを考えれば、残りの80%の高齢者も（リスクの程度に個人差はあるものの）要介護発生の予備群・介護予防の対象者と考えられる。これらの人々すべてが介護予防の取り組みを推進していきけるようなポピュレーション・アプローチが求められている。それが一次予防事業なのである。その意味で、介護予防の一次予防事業と二次予防事業、予防給付が、地域の中で一体となって展開される必要がある（図表1-6）。

中でも、一次予防事業と二次予防事業は、相互に密に連携を図って、効果的な事業実施に努めることが重要であり、二次予防事業の修了者が、主体的かつ継続的に取り組みを実施できるよう、一次予防事業たとえば地域活動組織やボランティア育成研修へとつなげるケアマネジメントを行うとともに、参加できるプログラム等の整備を行うことなどが必要である。二次予防事業の参加終了後、基本チェックリストの結果、二次予防事業対象者に該当しなくなった場合でも、介護予防は継続的にはかれる必要がある。なお、一次予防事業と二次予防事業は、地域の実情や参加状況、地域の高齢者のニーズ等に応じて、同じ場で実施するなどの工夫も可能である。しかし、その場合においても、二次予防事業対象者は要介護状態等に陥るおそれの高い者であることを意識し、アセスメントに基づき必要な支援を補足するなどの配慮のほか、評価を行うことが重要である。

図表 1-6 介護予防に関する事業の概要



1-1-6 介護予防・日常生活支援総合事業

介護保険法の改正により、平成24年4月から介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）が創設される。＜厚生労働省 HP 参照：参考資料1-1＞

総合事業は、要支援者・二次予防事業対象者に対して、地域支援事業において、介護予防サービスや配食・見守り等の生活支援サービス等を総合的に提供することができる事業である。なお、総合事業の導入については各市町村が判断することとなっている。

現状では、要支援者については配食・見守り等の生活を支えるために利用できるサービスが不足しており、二次予防事業対象者についてはサービスの量や種類が少なく、二次予防事業とその他の事業それぞれで、サービスの提供が行われている。そのため、要介護・要支援状態から順調に改善したとしても、二次予防事業ではサービスが急激に減少してしまうことから、再度悪化をきたしたり、必要なサービスが限られているにもかかわらず要支援に留まることを余儀なくされるなど、介護予防の取り組みが推進されにくい等の課題が挙げられていた。これらの課題を解決することを目的として、総合事業が創設された。

総合事業の導入により、上記の課題を解決するだけでなく、以下のようなことも可能になると考えられる。

- (1) 要介護認定において「要支援」と「非該当」とを行き来するような高齢者に対して、その状態像の変化に応じた切れ目のない総合的なサービスを提供する。
- (2) 虚弱・閉じこもりの高齢者などサービスの利用につながらない高齢者に対して、円滑なサービスを導入できる。
- (3) 自立や社会参加の意欲の高い者に、ボランティアとしての事業参加や活動の場を提供できる。

総合事業は、通所型や訪問型等の予防サービス、配食や見守り等の生活支援サービス、ケアマネジメントの3種から構成される。これらのうち、生活支援サービスは特に上記の(2)の高齢者にとって有効であると考えられることから、積極的な提供を行うことが望ましい。

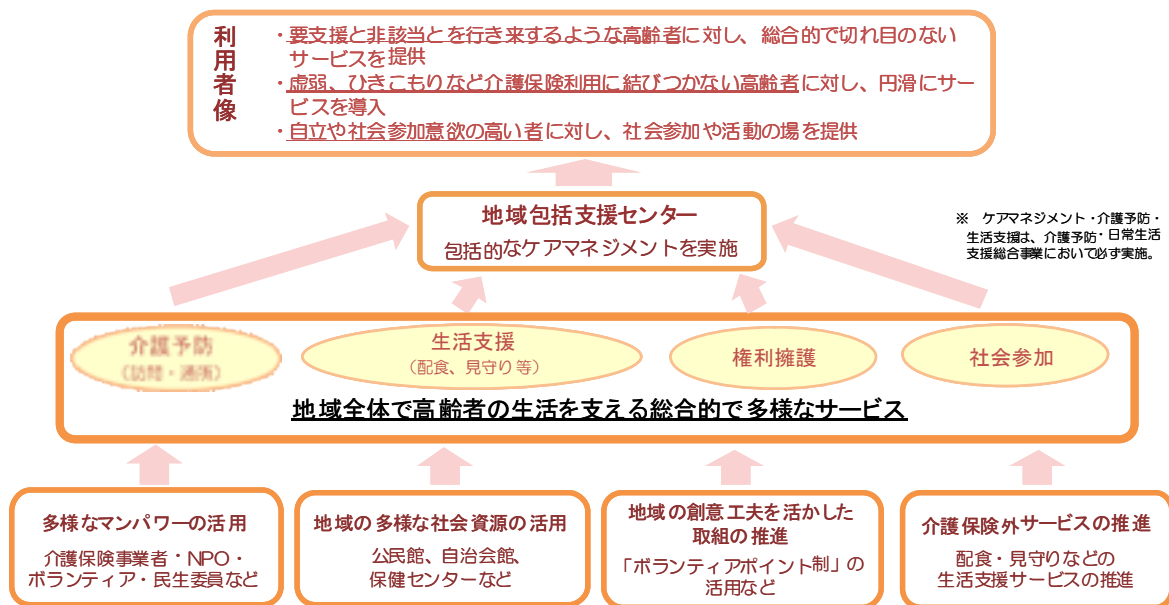
また総合事業では、生活支援サービスの実施者は、介護福祉士・ホームヘルパーだけでなく、シルバー人材センターやボランティア団体など、地域の実情に応じて多様な人材（ボランティアを含む）や団体が参加できる。さらには、既存の枠にとらわれないサービス（地域における互助・インフォーマルな支援等）まで生活支援サービスに含めることができる。これは、まさに上記の(3)を具体化したものである。本事業の活用により、たとえばボランティア・ポイント制（ボランティア活動の実績に応じてポイントを付与し、高齢者等の社会参加、地域貢献を促しつつ、貯めたポイントを活用できる仕組み）など、地域における互助・インフォーマルな支援をさらに推進していくことが望まれる。

総合事業を導入するか否かについては、前述のとおり市町村の判断によることとなるが、当該事業の導入により、地域における様々な社会資源（例えば、地元の農協による配食サービスや見守り活動をしているボランティア団体等）の発見や地域社会の再構築を図ることができると考え

られる。総合事業は自由な制度設計が可能である。過去には、事業を実施するにあたり、自由度の低さに歯痒い思いをした行政担当者も多数いたかもしれない。総合事業は、地域における絆・コミュニティづくり、ひいては地域包括ケアの構築・地域活力の向上に資する事業であると考えられるので、その実現に向けた行政担当者の自由な発想・アイデアが求められることとなる。このような背景も加味して市町村における積極的な導入が期待される。

地域全体における本事業の総合的な展開イメージを図表1-7に示す。

図表 1-7 介護予防・日常生活支援総合事業



1-1-7 各機関・団体の役割と連携

介護予防のシステムは、市町村と地域包括支援センター、介護予防プログラムの実施者だけでなく、多種多様な機関・団体により構成される。これら各機関・団体と連携することで、地域全体における総合的な介護予防の展開が求められる。

（１）市町村の役割

市町村は、地域における総合的介護予防システムを構築し、関係各機関・団体と連携を図りながら介護予防の総合計画を立案し、進捗管理とともに事業評価を行って、計画を一定期間後に見直す。その過程では、保健福祉や介護保険の担当部署だけでなく、雇用・教育・交通・建設などの数多くの部署が積極的に関与できる体制を組む。

（２）医療機関の役割

医療機関は、介護予防事業の対象者と最も頻繁に接する機会が得られる場であり、かかりつけ医が二次予防事業の対象者把握の入り口となる機会も多い。かかりつけ医に期待される役割とは、高齢者の健康管理に加えて、介護予防に関する患者教育を行うこと、二次予防事業の対象者になるとされる高齢者を地域包括支援センターに紹介すること、運動器関連プログラムの参加にあたって安全上の判断を行うなど、多岐に渡る。＜厚生労働省 HP 参照：参考資料 1-2＞

医療機関との連携事例としては、医療機関を受診する高齢者を対象に、外来の待合中に地域包括支援センターの職員や医療機関の職員が基本チェックリストを実施している市町村や、高齢者が退院する際に医療機関より地域包括支援センターに連絡してもらっている市町村、地域包括ケアの構築や認知症対策の推進を図る上で医療機関との連携体制を構築し、それを通じて、介護予防についても連携体制を築いている市町村（地域包括支援センター）などがある。医療機関との連携体制を築く上では、市町村が主体となり、地域の医療機関や医師会に介護予防についての理解を図り、十分な連携を図ることが重要である。

図表 1-8 医療機関との連携例

市町村名	医療機関との連携
秋田県 横手市	大森病院を中核とし、医療・保健・福祉・介護が連携して総合的なサービスを提供する体制を構築しており、病院外来で基本チェックリストを実施し、その情報を併設の地域包括支援センターに共有するなどの取り組みが行われている。また、二次予防事業対象者として選定された場合に、地域内の主治医から二次予防事業への参加を勧奨してもらっている。主治医からの紹介であれば、事業参加意欲につながりやすく、その結果、生活機能の向上に結びつきやすいという効果がみられている。今後は、医療機関から二次予防事業対象者につなげる仕組みを地域全体に普及したいとしている。
福井県 越前市	各医療機関に様式を配布し、二次予防事業の対象者に該当する可能性のある方について連絡してもらっている。情報提供のあった高齢者のうち、要介護認定を受けていない人について、地域包括支援センターのサブセンターが基本チェックリストの実施、介護予防事業への参加勧奨を行っている。

（３）地域・民間における各団体の役割と連携

総合的な介護予防システムにおいて、民生委員や食生活改善推進員などの地域リーダー、老人クラブや町内会などの地区組織、さらに様々なボランティアや民間団体（NPO、住民団体など）は、重要な構成要素である。それは、介護予防とは単に介護保険事業や市町村事業だけでなく、家庭でのセルフケアや地域でのインフォーマル・サービスをも含むものだからである。両者の連携と協働こそが介護予防を成功に導くカギである。さらに、民間団体などの参加を促すことで、高齢者のニーズをよりの確に反映した事業の企画・運営が可能となる。すなわち、市町村と被保険者（住民）および関係機関・団体等が、介護予防の目的・目標を共有し、共助・互助・自助・公助²の4つをうまく機能させることが重要である。地域の中で高齢者とともに暮らしている住民や民間団体は、日頃から高齢者の抱える問題や希望を的確に把握していることも多いので、彼らの意見を取り入れることが重要である。実際に、ある市町村では、住民や民間団体から事業の企画を募集し、その内容を審査したうえで実施を委託すること（「市民コンペ」）により、市民団体も活性化し、事業内容もより魅力的になったという事例がある。また、自立や社会参加の意欲の高い者には、ボランティアやサポーターとしての参加を促していくことが重要である。

² 共助とは、介護保険や医療保険等のサービスを、互助とは地域の人々とお互いに力を合わせ助け合うことを指し、自助とは、自分の力で課題を解決することを指し、公助とは、行施機関等による支援を指す。

1-1-8 今回のマニュアル改定のポイント、介護予防をめぐる課題と今後の方向性

平成18年度以降、介護予防事業については、その実施をめぐって様々な課題が明らかとなり、さまざまな内容の見直しを行ってきた。平成22年8月には、原則として基本チェックリストの結果だけで二次予防事業の対象者を決定できるようにしたり、介護予防ケアプランの作成を任意とするなど、事業参加に至るまでの手続きの簡素化を図った。加えて、市町村内の全高齢者に対する基本チェックリストの配布と回収を実施することで、虚弱な高齢者やニーズが潜在化しやすい高齢者を拾い上げられるようにした。これらの対応により、二次予防（生活機能低下の早期発見・早期対応）がさらに効果的かつ効率的に行われることが期待されている。

平成21年～平成23年にわたって行われた介護予防実態調査分析支援事業での効果検証結果に基づき、今回のマニュアル改訂では、膝痛・腰痛に効果的なプログラムや、運動・口腔・栄養のプログラムを複数組合せて行うプログラムなどが加わった。また、予防給付における介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションにおいては、運動器の機能向上サービス、口腔機能向上サービス及び栄養改善サービスのうち、2種類または3種類組み合わせで実施した場合の評価として「選択的サービス複数実施加算」が新設される。これらの対応により、介護予防がさらに効果的かつ効率的に行われることが期待されている。

また、二次予防事業の対象者におけるプログラム参加率が低いという課題があり、プログラムの名称を魅力あるものとしたり、プログラム内容をさらに楽しく効果的なものとするとともに、複合型の実施を含む多様なメニュー（運動と栄養のプログラムを併せて行うなど）の提供、そしてリフトバス等による送迎を必要に応じて実施するなどの創意工夫が求められている。

もう一つの課題は、各市町村の状況に応じて介護予防事業のあり方を企画し、実施することである。これにより、地域のニーズに合った効果的な介護予防事業の展開が可能となる。それを推進するために、介護予防・日常生活支援総合事業が創設されるので、その十分な活用が求められている。同事業では、ボランティア等の介護予防に資する団体・人々を活用した事業を展開しやすくなるなどの措置が講じられているので、それを最大限に活用して、介護予防に資する地域資源の活用・育成に向けた取り組みをさらに強化することが求められている。

さらに、これまでの反省として、介護予防の事業評価が十分に行われてこなかったというものがある。介護予防事業は、要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）という明確な目的のもとで実施されており、その実施には相当の人手と費用を要している以上、それが所期の効果をあげているかどうかを評価し、それに応じて必要な見直しを行うべきであることは言うまでもない。また、市町村、地域包括支援センター、事業実施者のそれぞれにおいて、介護予防事業の評価・見直しをさらに推進することが求められている。第5期介護保険事業計画の策定にあたり、介護予防事業による効果を見込んだ推計を行うなど、介護予防事業の効果の評価はさらに重要性を増している。

1-2 二次予防事業の対象者把握事業

1-2-1 対象者の定義・特徴

二次予防事業の対象者とは、要支援・要介護状態となるおそれの高い状態にあると認められる65歳以上の者と定義される。

対象者の名称については、「健康づくり高齢者」や「元気向上高齢者」など、地域の特性や実情にあった親しみやすい通称を設定することが望ましい。

二次予防事業の対象者は、心身の健康状態の悪化や生活機能の低下などを抱えているため、日常生活が不活発となっており、生活範囲も狭くなっている場合が多く、しかも機能改善や介護予防に対する意欲も低下していることが多い。したがって、地域における様々なルートを通じて対象者を把握するとともに、対象者には介護予防事業への参加を粘り強く呼びかける必要がある。

1-2-2 対象者把握の方法

二次予防事業の対象者把握事業は、(1)情報の収集と(2)対象者の決定等で構成される。

(1) 情報の収集

すでに述べたように、二次予防事業の対象となり得る者は、生活範囲が狭くなり、介護予防への意欲も低下していることが多いため、介護予防のニーズは地域の中で潜在していると考えべきである。したがって、地域においてできる限り把握事業の全対象者について情報の収集を行うことが望ましい。その方法は、①基本チェックリストの配布・回収と②他部局からの情報提供等に分けられる。

① 基本チェックリストの配布・回収

全対象者（当該市町村の要介護者及び要支援者を除く第1号被保険者）に郵送等により基本チェックリストを配布・回収する。基本チェックリストの配布・回収は、毎年行い、高齢者の状況を把握することが望ましいが、実施方法や頻度については、地域の実情に応じて検討する。介護保険事業計画策定に向けた日常生活圏域ニーズ調査に合わせて、基本チェックリストを実施することも考えられる。

基本チェックリスト未回収者の中には、閉じこもり、うつ、認知症等により日常の生活動作が困難な者が含まれる（未回収者こそハイリスクである）ことから、できる限り電話・個別訪問等を行い、支援が必要な者の早期発見・早期対応に努めることが重要である。

② 他部局からの情報提供等

図表1-9に掲げる方法等により把握した者に対して、基本チェックリストを実施する。

図表 1－9 対象者把握のための各種ルート

- ・ 要介護認定及び要支援認定の担当部局との連携による把握
- ・ 訪問活動を実施している保健部局との連携による把握
- ・ 医療機関からの情報提供による把握
- ・ 民生委員等からの情報提供による把握
- ・ 地域包括支援センターの総合相談支援業務との連携による把握
- ・ 本人、家族からの相談による把握
- ・ 特定健康診査等の担当部局との連携による把握
- ・ 健康長寿ネットの生活機能チェックシステム（メール送信機能）による把握
- ・ その他市町村が適当と認める方法による把握

なお、上記の第1項について、2点補足する。第1に、要介護認定等を受けていた者が非該当と判定された場合、二次予防事業の対象者とし、適切にフォローする。第2に、新たに要介護認定等の申請を行った者が非該当と判定された場合、必要に応じ基本チェックリストを実施して、二次予防事業への参加の必要性について検討する。それに当たっては、市町村の要介護認定の担当部局と地域包括支援センター等との間で要介護認定等の情報の共有が図られるべきであり、たとえ高齢者本人から同意を得ない場合であっても「本人以外の者に保有個人情報を提供することが明らかに本人の利益になると認められるとき」等の場合には目的外利用・第三者提供が可能であると考えられている。

同様に、行政の様々な活動（保健師等の訪問活動、民生委員等の地域活動、健康診査等の保健活動）を通じて得られる情報についても十分活用できるよう、市町村内部においても日ごろから連携ネットワークを構築する必要がある。

また、日ごろから医療機関を受診している高齢者が多いことから、医療機関から情報を得ることは必須といっても過言ではない。また、退院前の患者に基本チェックリストを答えてもらうことも（疾病や入院中の不活発な生活により、要介護認定等のリスクも高まっている場合が多いことから）有用な取り組みと考えられる。

（2）対象者の決定等

二次予防事業の対象者は、基本チェックリストにより決定される。基本チェックリストとは、高齢者の生活機能を評価し、要介護状態となるリスクを予測することを目的に開発された25項目の質問票である。No. 1～5までは手段的日常生活活動（社会生活を営む上で基本となる行為）、No. 6～10までは運動機能、No. 11と12は栄養、No. 13～15までは口腔機能、No. 16と17は閉じこもり、No. 18～20までは認知機能、No. 21～25まではうつを、それぞれ評価するものである。

図表 1-10 基本チェックリスト

No.	質問項目	回答 (いずれかに○を お付け下さい)	
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	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
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
11	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
12	身長 cm 体重 kg (BMI =) (注)		
13	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
14	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
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
17	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
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	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
22	(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
23	(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
24	(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
25	(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

(注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が 18.5 未満の場合に該当とする。

次の i から iv までのいずれかに該当する者を、要介護状態等となるおそれの高い状態にあると認められる者として、二次予防事業の対象者とする (図表 1-11)。

図表 1-11 二次予防事業の対象者の基準

i	No. 1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当する者
ii	No. 6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当する者
iii	No. 11 及び No. 12 の 2 項目すべてに該当する者
iv	No. 13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当する者

なお、上記に該当する者のうち、基本チェックリストの No. 16 に該当する者、No. 18～20 のいずれかに該当する者、No. 21～25 までの項目のうち 2 項目以上に該当する者については、それぞれ閉じこもり、認知機能の低下、うつ予防や支援にも考慮する必要がある。

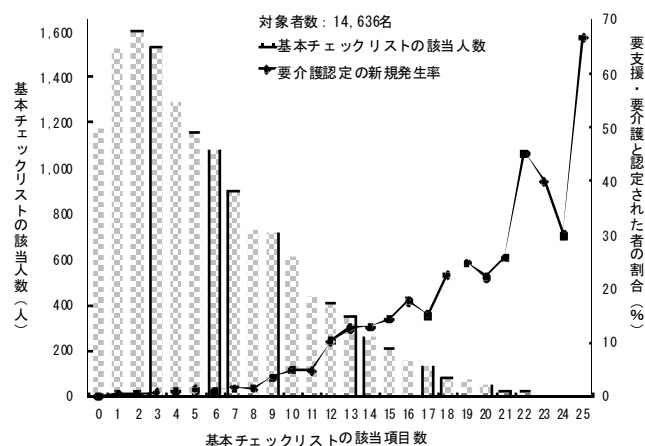
基本チェックリストの予測精度は、すでに検証されている。たとえば、宮城県大崎市で 65 歳以上の全市民に基本チェックリストへの回答を依頼し、その後 1 年間の要介護認定等の発生状況を追跡した調査によると、基本チェックリストの全項目が要介護認定リスクと有意に関連した。そして二次予防事業の対象者では（そうでない者に比べて）1 年以内の要介護認定を受けるリスクは 3.80 倍であった。以上のように、基本チェックリストは、要介護認定リスクの予測精度が高く、要支援・要介護状態となるおそれの高い状態の者の拾い上げに有用である。

基本チェックリストの妥当性（スクリーニングの予測精度）について

要支援・要介護状態となるリスクの高い高齢者を拾い上げることを目的として、基本チェックリストが使われている。では基本チェックリストは、将来（たとえば 1 年後に）要支援・要介護状態となるリスクを、どれくらい正確に予測できるのだろうか？この問題について、すでに全国各地で調査研究が行われており、基本チェックリストの予測精度は十分に高いことが分かっている。代表的な研究報告を以下に紹介する。

宮城県大崎市の（介護保険非該当）高齢者 14,636 人に基本チェックリストを実施し、その後 1 年間の介護保険認定状況を調査とした研究では³、基本チェックリストの点数とともに要介護認定発生率が上昇した（図表 1－12）。基本チェックリストのそれぞれの項目で、「該当あり」群では要介護認定発生リスクが有意に上昇した。また「うつ予防・支援の 5 項目を除く 20 項目」、「運動器の機能向上」、「栄養改善」、「口腔機能の向上」という該当基準も全て、「該当あり」の群で要介護認定発生リスクが有意に上昇した（オッズ比の範囲：1.9 倍～6.5 倍）。上記 4 つのいずれかに該当する者（つまり、二次予防事業の対象者）の要介護認定発生リスクは、該当しなかった者の 3.8 倍であった。このように基本チェックリストの各項目や各基準は、その後 1 年間の要介護認定の新規発生予測に有用である。

図表 1－12 基本チェックリストの該当項目数の分布と
要支援・要介護と新規認定された者の割合



³ 遠又靖丈、實澤篤他：日本公衆衛生雑誌，58：3-12，2011

なお「二次予防事業の対象者」の基準の感度（その後1年以内に新規に要支援・要介護と認定された者のうち、基本チェックリストの基準に該当した者の割合）は、上記の大崎市の研究では78%であった。特異度（その後1年間で介護保険非該当であり続けた者のうち、基本チェックリストの基準に該当しなかった者の割合）は、63%であった。他の厚生労働省老人保健増進等事業による研究班の報告でも2年間の要介護認定の新規発生に対する感度・特異度は74%、58%と、どちらも同等で比較的良好な値となっていた。

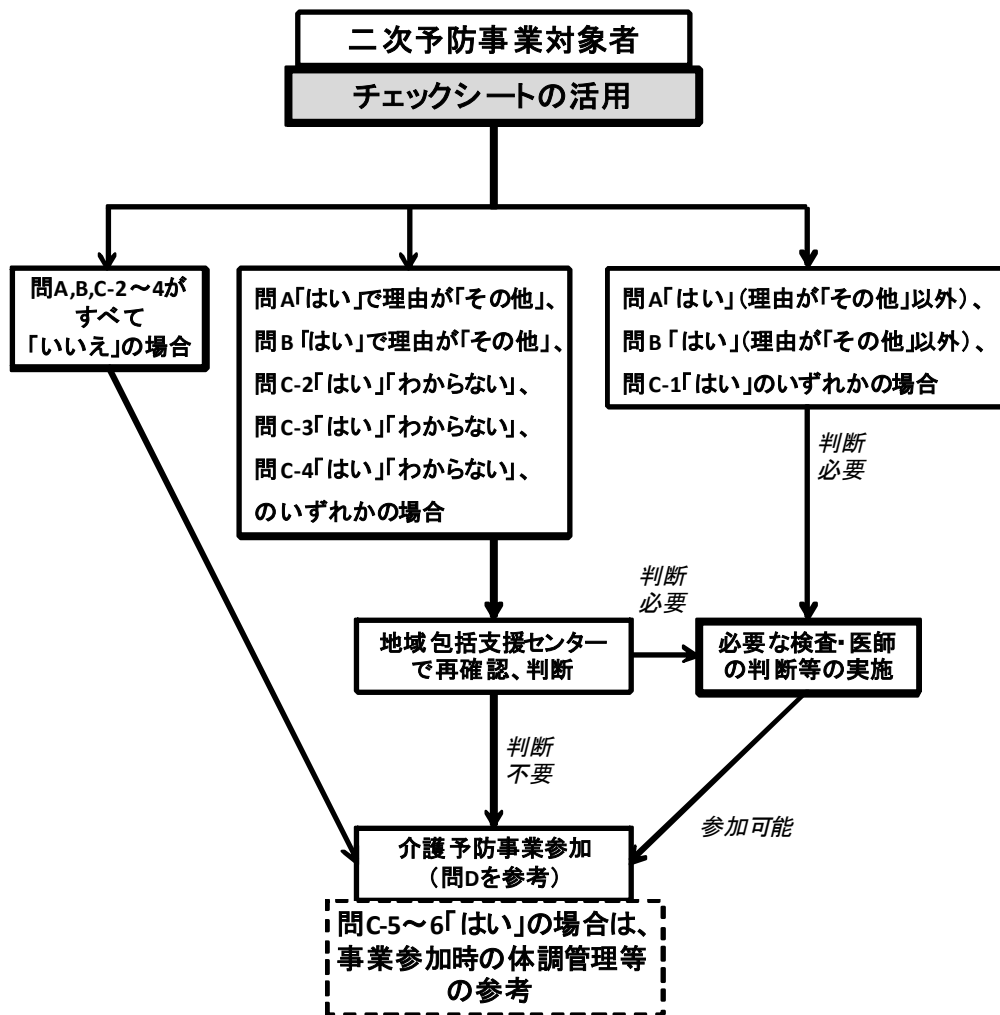
1-2-3 医師の判断を求める場合の基準

地域支援事業実施要綱の改正により、二次予防事業対象者の選定については、基本チェックリストの実施によって決定できることとなったが、特に運動器関連プログラムの参加にあたって、管理すべき疾患がある者等については、医師の判断が必要と考えられる。そこで、複数の市町村に対する実態調査を通じて、医師の判断が必要と考えられる対象者の把握方法について研究を行ったので、市町村が事業を実施する際の参考として提示する。＜厚生労働省 HP 参照：参考資料 1-2＞

その方法は以下の通りである。

- 1 地域包括支援センターは、二次予防事業対象者からプログラム参加に係るチェックシート（別添資料1-1）（P33）の内容を情報収集する。
- 2 チェックシートにおいて、問 A「はい」（理由が「その他」以外）、問 B「はい」（理由が「その他」以外）又は問 C-1 が「はい」の場合は、医師の判断を求める。
- 3 2に該当せず、問 A「はい」で理由が「その他」、問 B「はい」で理由が「その他」、問 C-2～4 が「はい」もしくは「わからない」の場合は、地域包括支援センターにおいて、再度聞き取り等を行った上で、必要があれば医師の判断を求める。
- 4 上記以外は、介護予防事業への参加を可能とする。事業参加にあたっては、基本チェックリストの結果に加え、問 D を参考とする。
- 5 問 C-5～6 が「はい」の場合は、事業参加時の体調管理等の参考とする。

図表 1-13 プログラム参加に係るチェックシートを活用した
医師の判断を求める対象者把握の流れ



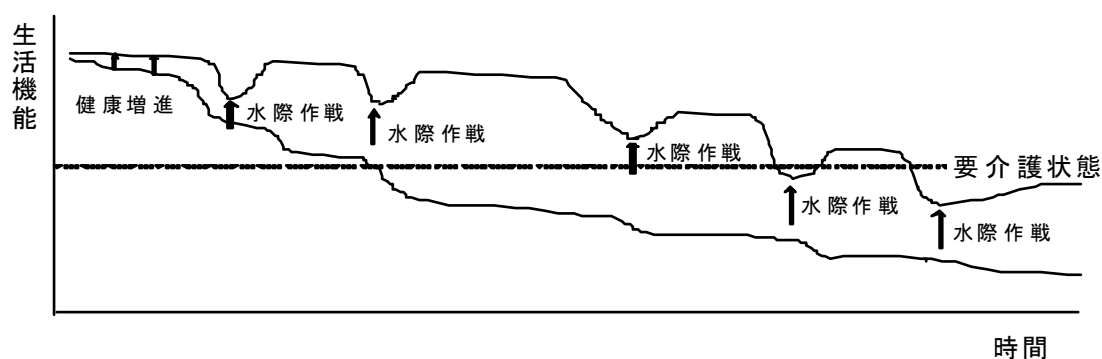
1-2-4 水際作戦の考え方と効果的展開

要支援・要介護状態となるおそれの高い状態（新たな疾病の発生、持病の悪化、事故・外傷、生活環境の変化、親しい者との別離など）は、いつでも起こり得る。その際に介護予防の取り組みを行わなければ、廃用の影響も加わって、生活機能はさらに低下し、要介護状態へと進むことが懸念される。そこで水際作戦が考えられている。これは、何らかのきっかけで生活機能が低下したときに、速やかに把握して介護予防の取り組みを一定期間に集中的に行うことにより生活機能を元のレベルに戻そうとすることを言う。これにより、要介護状態の発生をできる限り遅らせようとするのである（図表1-14）。

年に1回の基本チェックリストの配布・回収だけを対象者把握の機会とした場合では、高齢者の急な生活機能低下に対応できず、みすみす廃用症候群をまねくことになってしまう。水際作戦の考え方は、虚弱高齢者を、年間いつでもどこでも速やかに把握し、適切な介護予防サービスの提供につなぐということなのである。

そのためには、他部局からの情報提供を活用することが重要となる。市町村内の他部局との連携、地域における関係各団体（医療機関等）との緊密な連携ネットワークの構築に努めなければならない。

図表 1-14 生活機能低下の早期発見・早期対応のための水際作戦（イメージ）



1-2-5 対象者把握を有効に行うために

基本チェックリストを郵送等により全対象者に配布することにより、把握者数が増加した市町村も多くみられる。しかし、一方では郵送・回収・記載確認等における業務量の増加などもみられることから、対象者把握が有効に行われるように、地域包括支援センターが、地域住民や関係機関と協力し、どのような活動を行い、どのような体制を整えればよいかについて整理する。ただし、市町村も地域包括支援センターに任せきりでなく、年間を通じた対象者把握のためのシステムや、経年的に情報を蓄積し共有できるデータベース化等を検討する事が重要である。

(1) 地域包括支援センターを中心とするネットワークの構築

二次予防事業の対象者把握は、地域包括支援センターを中心に進められている地域包括ケアシステムにおいて構築されたネットワークシステムの活用が有効である。地域包括支援センターが公平中立な視点を保ち、地域包括ケアシステムを構築する中で、保健医療福祉の関係機関や民間の諸団体等と、二次予防事業対象者についての情報を共有し早期に支援を開始するために、ネットワークを張り巡らせる必要がある。

(2) 当事者（被保険者、家族）に対して地域包括支援センターが行うこと

被保険者本人や家族から早期に相談してもらうために、以下のような活動が重要である。

- ① 介護保険の被保険者証発行時やパンフレット配布時など、被保険者と直接的・間接的に接する機会を通じて啓発活動や広報活動を行うこと
- ② 介護予防の必要性と、予防を要する対象者の状態が理解できるよう説明すること
- ③ 専門相談窓口やその連絡先、どのようなときに相談すればよいかの説明を行うこと
- ④ 利用できるサービスについて情報提供し、意義や効果を説明すること
- ⑤ 自分の状態についてセルフチェックできる方法を提供すること

例) 基本チェックリストを広報等に掲載、健康長寿ネットの生活機能チェックシステムの活用など

(3) 地域住民に対して地域包括支援センターが行うこと

地域住民主体のネットワークによる対象者の発見・気づきの機能を高めるために、以下のような活動が重要である。

- ① 地域住民への啓発活動・広報活動
- ② 民生委員や地区健康推進員など行政と関わる住民、および自治会や老人クラブなどの地区組織との情報交換や学習会開催支援
- ③ リーダーとなる住民の発掘と彼らの能力形成支援
- ④ 地域の見守りネットワーク（ご近所同士など）の重要性を伝え、ネットワークづくりを支援すること
- ⑤ その基盤となる地域住民のヘルスプロモーションを推進すること

（４）行政の委託機関に対して地域包括支援センターが行うこと

二次予防事業の対象者となりそうな高齢者をもれなく速やかに把握すること、申し出のあった高齢者への相談機能を充実すること、地域全体の対象者把握が有効に機能するようなネットワークシステムを整えることのために、以下のような活動が重要である。

- ① 介護予防を要する対象者を明確にし、的確に把握できる専門職の技能を高めること
- ② 高齢者がいつでもどこでも相談しやすいように、行政の介護予防の相談窓口やその他の対応機関・対応できる場や機会を整え、それを明示・PR・広報すること
- ③ 申し出に対して様々な方法（相談窓口・家庭訪問・電話など）で相談に応じること
- ④ 地域住民や公的・非公的關係機関・関係者からの情報が集約でき早期に対応できるネットワークシステムを作ること、ネットワーク参加機関の協議の場を持つこと

（５）公的・非公的關係機関に対して地域包括支援センターが行うこと

関係機関・関係者による二次予防事業対象者を把握する機能を高め、的確な把握を推進するために、以下のような活動が重要である。

- ① 日頃から連絡調整や協力の体制を整えること
- ② 事業所の刊行物やパンフレットへの広報内容の記載推進

1-3 二次予防事業対象者の介護予防ケアマネジメント

1-3-1 介護予防ケアマネジメントの定義・目的

ケアマネジメントとは、対象者の自立と QOL の向上を目指し対象者の持つニーズに対して適切な社会資源やサービスを結びつける援助機能であり、介護予防ケアマネジメントにおいては、地域包括支援センターが中心的な役割を担う。介護予防ケアマネジメントの基本的なプロセスは介護保険制度におけるケアマネジメントと同じである。

介護予防ケアマネジメントは、二次予防事業の対象者が要介護状態等となることを予防するため、その心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、対象者自らの選択に基づき、介護予防事業その他の適切な事業が包括的かつ効率的に実施されるよう必要な援助を行うことを目的としている。

介護予防は終わりのない取り組みであり、それは対象者のセルフケアとして習慣化され、継続される必要がある。そのためには対象者が主体的に取り組めるように働きかけることと知識や技術提供によって対象者自身の能力が高まるような支援が重要である。また、地域において継続した取り組みを支援する基盤づくりも視野に入れて進めていく必要がある。

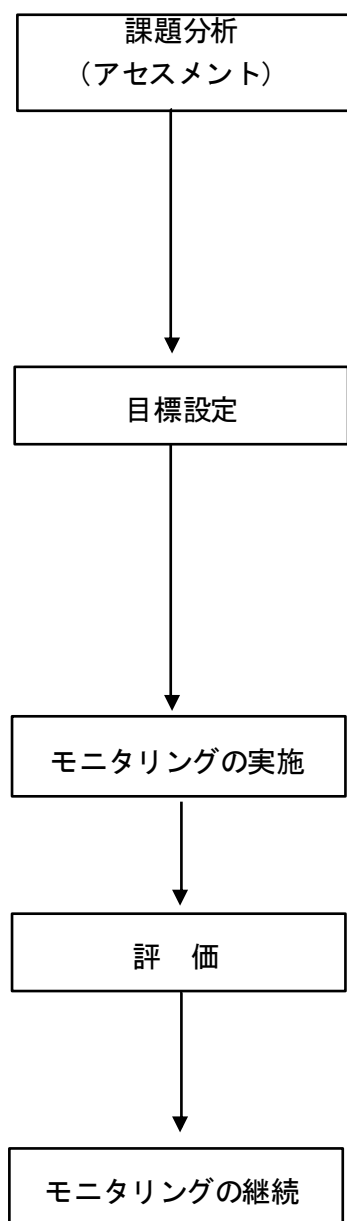
＜厚生労働省 HP 参照：参考資料 1-3＞

図表 1-15 これまでの介護保険におけるケアマネジメントと
介護予防事業におけるケアマネジメントの比較

項 目	これまでの介護保険における ケアマネジメント	介護予防事業における ケアマネジメント
目 標	自立支援・家族支援	自立保持のための身体的・精神的・社会的機能の維持向上
ケアマネジメント担当者 と特徴	ケアマネジャー	地域包括支援センター職員が相互に 協働しながら実施
支援の必要性の判断	認定調査・主治医意見書を資料 に介護認定審査会が行う	基本チェックリストにより、市町村※ が行う。
ケアプランの作成	必須	任意（必要な場合にのみ作成）
支援内容	主に介護サービス（インフォー マルサービスで補完）	介護予防事業とインフォーマルサー ビスを組み合わせで実施

※市町村は地域包括支援センターに二次予防事業対象者の把握について委託できる。

1-3-2 介護予防ケアマネジメントの流れ



基本チェックリストの結果、本人・家族との面接を踏まえ、①運動及び移動、②家庭生活を含む日常生活、③社会参加並びに対人関係及びコミュニケーション、④健康管理の各領域で課題分析を行う。利用者基本情報の例を別添資料 1-2 (P34) に、アセスメントシートの例を別添資料 1-3 (P36) に参考として示す。

今後、対象者がどのような生活をしたいか、ということ。単なる機能改善でなく、生活の質を改善することが重要。目標は、本人、家族、事業実施担当で共有する。必要に応じて介護予防ケアプランを作成する。

事業が実施されている間、必要に応じて実施状況を把握し、実施担当者等の関係者と調整する。

実施担当者からの事後アセスメント、本人・家族との面接により、対象者の心身の状況などを再把握し、介護予防ケアプランを作成している場合には、ケアプランを見直す。

事業の終了後も二次予防事業対象者に該当する場合や、アセスメントの結果再び二次予防事業対象者となるリスク要因のある対象者に対し、モニタリングの継続を実施する。

1-3-3 介護予防ケアマネジメントの方法・ポイント

介護予防ケアマネジメントは、二次予防事業に参加する全ての人に必要であるが、標準様式による介護予防ケアプランの作成については、必要と認める場合のみ作成し、必要がないと判断した場合には、事業の実施前後に事業実施者と情報共有をすることにより介護予防ケアプランに代えることとなった。

介護予防ケアマネジメントで最も重要なことは、達成可能で、しかも本人の意欲を引き出せるような目標を設定することである。そのためには、(i)かつて本人が生きがいや楽しみにしていた

こと（しかし今はできなくなったこと）で、(ii)介護予防に一定期間（例：3 か月）取り組むことにより実現可能なこと、そして(iii)それが達成されたかどうか具体的に分かることを目標とすることが望ましい。課題別の目標（案）を図表 1－16 に例示する。

なお、介護予防ケアマネジメントの段階で設定された目標は介護予防プログラムの実施担当者にも共有されることが重要であり、それにより目標の達成に役立つようなプログラムが実施されるよう留意しなければならない。

図表 1－16 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

課題	目標
<u>セルフケア</u> 清潔・整容、排泄の自立、 TPOに応じた更衣、 服薬管理、健康に留意した食事・運動など	健康：毎年健診に行く、体にいいと思う食事や運動を日々続ける、自分で服薬管理する 日常生活：起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、TPOに応じた身支度をする
<u>家庭生活</u> 日常の買い物、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など	家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする 用事：買い物や銀行の用事を自分ですます
<u>対人関係</u> 家族や友人への気配り・支援、 近所の人・友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナーとの良好な関係保持など	関係：家族と仲良く過ごす、近所の人といい関係で過ごす 役割：庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や世話をする 他者への支援：誰かの手助けをしたり、相談者になる
<u>主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活）</u> 自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、 ボランティアや奉仕活動など人の役に立つ活動、 預貯金の出し入れ	仕事：店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける 活動：地域の奉仕活動に参加 経済生活：預貯金の出し入れや管理
<u>コミュニケーション</u> 家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話	家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける
<u>運動と移動</u> 自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、 移動にバス・電車・他人が運転する自動車を使用、 自分で自動車や自転車を使って移動	外出：週に2回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する 旅行：家族や友人と2泊3日の旅行に行く
<u>知識の応用（判断・決定）</u> 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定	何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める
<u>コミュニティライフ・社会生活・市民生活</u> 友人との行き来、趣味や楽しみの継続、 候補者を決めて投票、 自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など	交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票 楽しみ：趣味の会に参加する、週に1回外出する、趣味を持つ

1-4 通所型介護予防事業・訪問型介護予防事業

1-4-1 通所型介護予防事業

以下のプログラムを実施して対象者本人が掲げる日常生活上の目標達成を図り、自立した生活の確立と自己実現に向けた支援を行う。

- ・ 運動器の機能向上プログラム：理学療法士等を中心に看護職員、介護職員等が協働して、有酸素運動、ストレッチ、簡単な器具を用いた運動等を実施し、運動器の機能を向上させ生活機能の改善を図る支援を行う。
- ・ 栄養改善プログラム：管理栄養士が看護職員、介護職員等と協働して栄養状態を改善するための個別の計画を作成し、当該計画に基づき個別的な栄養相談や集団的な栄養教育等を実施し、低栄養状態を改善するための支援を行う。
- ・ 口腔機能の向上プログラム：歯科衛生士等が看護職員、介護職員と協働して、摂食・嚥下機能訓練、口腔清掃の自立支援等を実施し、口腔機能を向上させるための支援を行う。
- ・ その他のプログラム：膝痛・腰痛対策のためのプログラム、閉じこもり予防・支援、認知機能の低下予防・支援、うつ予防・支援に関するプログラム等、市町村において介護予防の観点から効果が認められると判断されるプログラムを実施する。
- ・ 複合プログラム：上記のプログラムを複合的に実施する。例えば、運動器の機能向上プログラムと栄養改善プログラムを合わせて実施することを言う。特に、栄養改善プログラムと口腔機能向上プログラムを組み合わせたり、運動器の機能向上プログラムと栄養改善プログラムを組み合わせることで実施することによる効果が大きいと考えられていることから、市町村の状況に応じて複合プログラムの実施について検討することが望ましい。

なお、プログラムは個別サービス計画に基づいて行われなければならない。また、心臓疾患や骨折等の傷病を有している者については、運動器の関連のプログラムの参加の適否について医師の判断を求める必要がある（その詳細は「1-2-3 医師の判断を求める場合の基準」を参照）。

1-4-2 訪問型介護予防事業

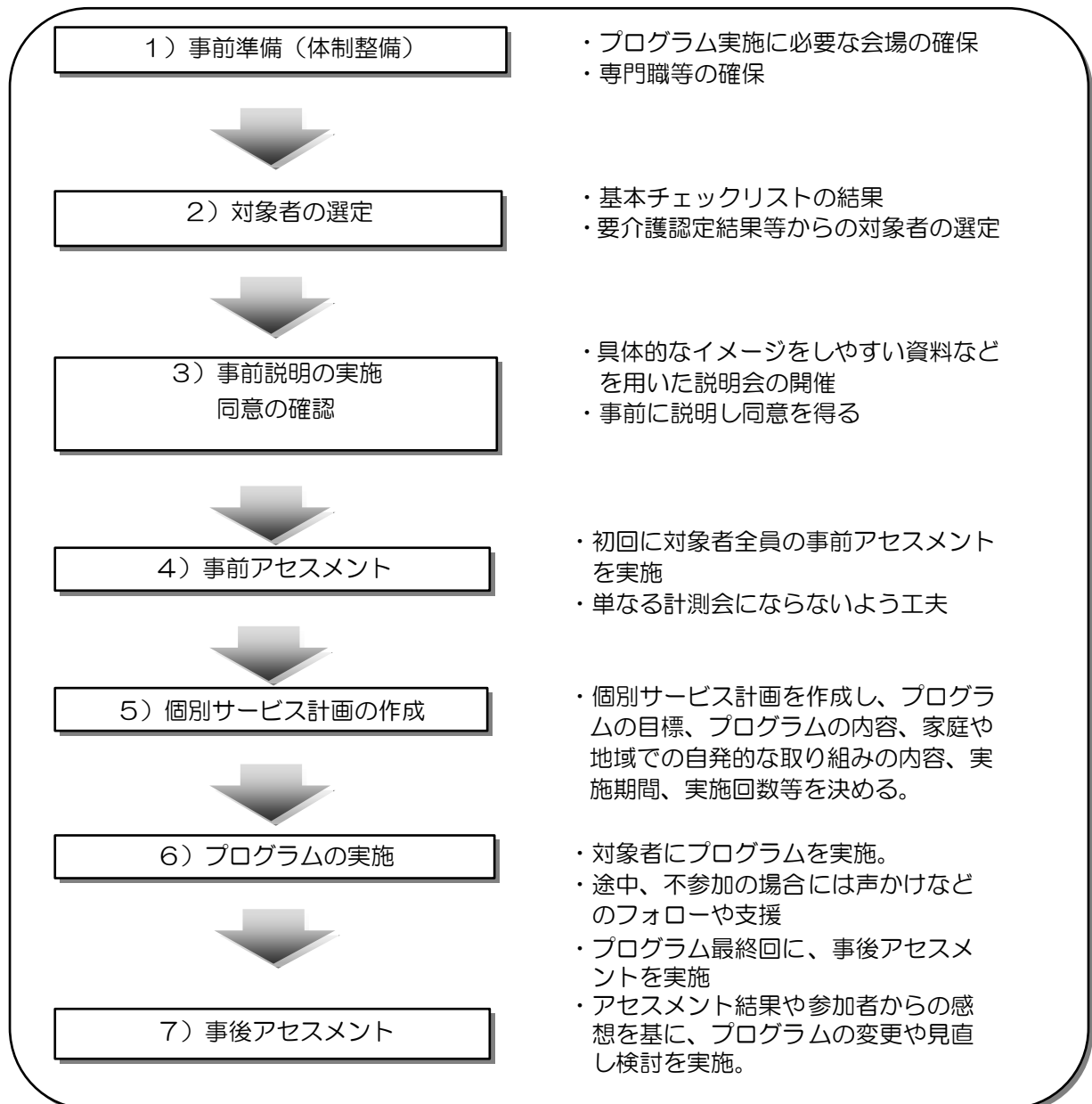
二次予防事業の対象者であって、特に閉じこもり、うつ、認知機能の低下のおそれがある等、心身の状況等のために通所による事業への参加が困難な者で、市町村が訪問型介護予防事業の実施が必要と認められる者を対象に、保健師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等がその者の居宅を訪問して、生活機能に関する問題を総合的に把握・評価し、その上で必要な相談・指導のほか、必要なプログラムを行う。また、通所型介護予防事業につなげていく。

1-4-3 介護予防事業の流れ

通所型と訪問型の双方とも、介護予防事業は次の手順で実施する。まず事前アセスメントを実施した上で、個別サービス計画を作成し、それに基づいてプログラムを実施する。事業が終了したら、事後アセスメントを実施する。なお、これらは全て、各事業の実施担当者が行うものであり、その結果は地域包括支援センターに必ず報告するものとする。

なお、地域包括支援センターは、介護予防事業委託事業者との間で緊密な関係を築く必要がある。介護予防ケアプランを作成した場合、介護予防ケアマネジメント担当者は、個々の対象者における課題分析の結果や目標、介護予防ケアプランの内容を介護予防事業実施担当者に伝える必要がある。また、介護予防ケアプランを作成する必要がある場合、介護予防ケアマネジメント担当者はプログラムの種類を含む支援の内容等を実施担当者に伝える必要がある。

図表 1-17 通所型介護予防事業の流れ



- 事前アセスメント：個別サービス計画を作成するために必要となる課題を把握するとともに、事業終了後にその効果を評価するための基準値を得るために実施する。
- 個別サービス計画の作成：事前アセスメントの結果や対象者の意向を踏まえて、プログラムの目標、プログラムの内容、家庭や地域での自発的な取り組みの内容、実施期間、実施回数等を記載する。実施期間は、概ね3ヵ月から6ヵ月程度とする。
- プログラムの実施：個別サービス計画に基づいて、プログラムを実施する。概ね1ヵ月ごとに個別サービス計画で定めた目標の達成状況について評価を実施し、適宜、プログラムの実施方法等について見直しを行う。
- 事後アセスメント：事業終了後に、事前アセスメントと同様の評価を実施して、目標の達成状況やその後の支援方法について検討を行う。

なお、安全に事業を実施するために、事故発生時の対応を含む安全管理マニュアルを整備し、常に安全管理に配慮する必要がある。また、二次予防事業の対象者の心身の状況等に応じて、リフトバス等による送迎を行うことができる。

また、訪問型介護予防事業では、事前アセスメントの実施にあたって、主治医とも連携して対象者の心身の状況等について包括的な評価を行うとともに、認知機能の低下やうつが疑われる者については適宜、医療機関への受診を勧奨するとともに、精神保健福祉センター等の専門機関との連携を図る。また、訪問型介護予防事業による支援を行う際は、対象者の心身の状況等を踏まえつつ、対象者の関心や興味に応じて、通所型介護予防事業や地域の自発的な活動等への参加を促すことが重要である。

また、低栄養状態の改善に特に必要であると判断された場合には、訪問型介護予防事業で管理栄養士等による栄養指導に加え、任意事業で配食の支援を実施することができる。その際の食料費及び調理費相当分については利用者負担を基本とする。

1-5 事業評価

介護予防は、「要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減を目指すこと」という明確な目的のもとに行われるものであり、その実施にあたっては相当の人手と経費を要するものである以上、それが計画した通りに適切に実施され、その結果として所期の効果が得られているか（目標が達成されたか）どうかということについて、評価を実施するとともに、その結果に応じて事業の見直しを行う必要がある。

介護予防の事業評価をする際には、プロセス（過程）・アウトプット（出力・量）・アウトカム（成果）の3段階で指標を評価する。

1-5-1 二次予防事業の評価指標

（1）プロセス指標：事業の実施過程に関わる指標。事業を効果的・効率的に実施するための事業の企画立案、実施過程等に関する指標。

以下の10項目について、事業が適切な手段・過程を経て実施できているかを評価する。

図表 1-18 プロセス指標

- ・二次予防事業の対象者を適切に把握・選定するため、複数の把握経路を確保しているか
- ・二次予防事業の対象者に関する情報を提供してくれた機関等に、当該対象者に対する事業の実施状況等について情報を還元しているか
- ・事業の企画・実施・評価に住民が参加しているか
- ・事業の実施状況を把握しているか
- ・事業の実施量と需要量との関係を的確に把握しているか
- ・事業の実施状況の検証に基づき、次年度以降の実施計画の見直しを行っているか
- ・事業に関する苦情や事故を把握しているか
- ・事業の効果を分析する体制が確立しているか
- ・関係機関（地域包括支援センター、医療機関、民生委員等）において情報を共有するため、共有する情報の範囲、管理方法、活用方法に関する取り決めをしているか
- ・二次予防事業の対象者の個人情報共有されることについて、対象者に十分な説明を行い、同意を得ているか

（2）アウトプット指標：事業成果の目標を達成するために必要となる事業の実施量に関する指標。

図表 1-19 アウトプット指標

- ・介護予防ケアマネジメント実施件数と実施率
- ・事業実施回数と実施率
- ・事業参加者数と実施率

上記のいずれでも、集計は年度末に行い、実施状況の評価する。また、実施率は（実施件数÷実施予定件数）として計算する。上記の「事業実施回数と実施率」、「事業参加者数と実施率」では、通所・訪問の事業種別、運動・栄養等のプログラム別にも集計することが望ましい。

(3) アウトカム指標：事業成果の目標に関する指標。

図表 1－20 アウトカム指標

- ・基本チェックリストの点数：事業参加の前後で比較し、維持・改善率を計算する
- ・新規認定申請者数：年間の新規認定申請者数を集計し、前年比や年次推移を検討する
- ・新規認定者数：年間の新規認定者数を集計し、前年比や年次推移を検討する
- ・「要支援1・2」の人数：左記の人数を、可能な限り介護保険事業計画に記載されている自然体（介護予防事業を実施しなかった場合）での人数と比較する
- ・介護予防事業参加者からの新規認定者数：（新規認定者数÷介護予防事業参加者数）として率を計算する。この率を年度別、事業・プログラム別、事業者別等で比較し、次年度の事業展開に活かす。
- ・主観的健康感：事業参加の前後で比較し、維持・改善された者の割合（維持・改善率）を計算する
- ・二次予防事業参加後、一次予防事業や地域の介護予防に資する活動への参加などで、継続して予防的な活動が行えている人の人数（年度別）

これら3つの指標のなかでアウトカム指標が最も重要なものであることは言うまでもない。アウトプット指標もプロセス指標も事業が効果を発揮するための前提ではあるが、しかしこれらが適切に行われたら必ず所期の効果が得られるかというと、必ずしもそうではないからである。その意味で、アウトカム指標による目標を最初に設定し、それを達成するためにはどのようなアウトプットとプロセスが必要となるかについて企画立案を行うことが重要である。そして、事業評価においても、最も重要なことは所期の成果（アウトカム）が得られたかどうかということであり、アウトカム指標が最大の評価対象となる。

これらの各指標について、二次予防事業のプログラム別、地域包括支援センター、市町村（保険者）の各単位で検討（企画立案と事業評価）が行われる必要がある。さらに言えば、介護予防の各プログラムに関しては事業参加者における生活機能や事業に対応した各種指標（運動機能、栄養機能、口腔の状態など）を事業実施の前後で比較することなどにより、介護予防事業委託事業者ごとに検討されるべきである。

1－5－2 一次予防事業の評価指標

ここでは従来、プロセス指標が重視されてきたが、近年、高齢者が介護予防につながる活動を主体的かつ継続的に行うことにより、特に軽度者の要介護認定率の低下や介護保険料の軽減といった効果をあげている市町村も増加しつつある。介護保険の本来の趣旨（要介護状態になることを予防する）から考えても、今後は、アウトカム指標について評価することの重要性が増してくると考えられる。

(1) プロセス指標：以下の5項目について、事業が適切な手段・過程を経て実施できているかを評価する。

図表 1-21 プロセス指標

- ・介護予防に関する一般的な知識や、介護予防事業の対象者、事業内容、参加方法等の事業実施に関する情報について積極的に普及啓発を行っているか
- ・介護予防に資する活動を行っているボランティアや地域活動組織を適切に把握しているか
- ・介護予防事業を推進するにあたり、介護予防に資する活動を行っているボランティアや地域活動組織と密に連携を図っているか
- ・ボランティアや地域活動組織のリーダー等を育成するための研修会等を開催しているか
- ・地域活動組織の求めに応じて、担当職員の派遣、活動の場の提供等の支援を行っているか

(2) アウトプット指標・アウトカム指標

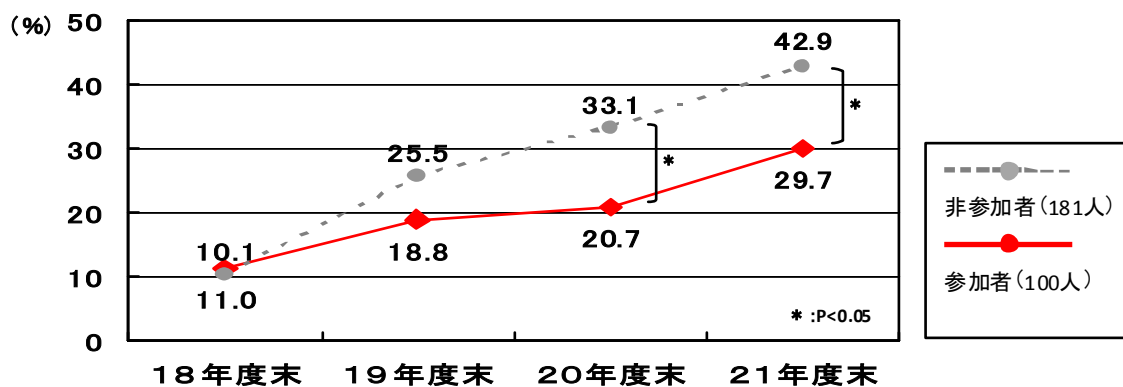
市町村（保険者）の創意工夫により様々な事業が想定されるので、事業内容等に応じて適宜指標を設定することとなる。その例としては、介護予防に関する講演会や相談会の開催回数・参加者数、介護予防に関するイベント等の開催回数、ボランティア育成のための研修会の開催回数・参加者数、参加者のうちその後地域で介護予防に資する活動を行っている者の数、地域活動組織への支援・協力等の実施回数、当該年度に新規に創設されたあるいは継続して活動をしている地域活動組織の数などが挙げられる。

事業評価の例（東京都練馬区）

東京都練馬区では、平成18年度に二次予防事業対象者と判定された人について、二次予防事業に参加した100人と、参加しなかった181人のその後の要介護認定の状況を追跡調査している。練馬区では、一次予防事業の自主グループ等の充実を図っており、二次予防事業の参加者は、運動の継続に対する意識が高まり、その後これらの自主グループに参加している人が多い。平成18年度末はほぼ同様の要介護認定率であったが、その後、両群における認定率は、徐々に差が開いてきている。

図表 1-22 二次予防事業参加者と非参加者の要介護認定率の変化（東京都練馬区）

人口 707,319 人、高齢者 137,093 人、高齢者率 19.38%



対象者は、平成18年度に二次予防事業対象者と把握され、運動機能向上プログラムに参加した方と参加しなかった方を3年間追跡
 (各年度末の認定率： 認定有【人】 / (認定無【人】 + 認定有【人】) (%))

<厚生労働省 HP 参照：参考資料 1-4>

1-6 予防給付の流れ

予防給付は要支援者に対し、介護予防支援事業者による介護予防ケアマネジメントに基づき介護予防サービスが提供され、一定期間を経過後に介護予防支援事業者による効果の評価が行われる（図表1-6）。

1-6-1 予防給付の対象者

要介護認定で要支援1または要支援2と判定された者が対象となる。

1-6-2 介護予防ケアマネジメント

- 1) 予防給付の介護予防ケアマネジメントは、介護予防支援事業者により行われる。
- 2) 予防給付の介護予防ケアマネジメントは要支援者の生活機能や健康状態、その置かれている環境等を把握した上で、日常生活の状況を把握し、生活機能の低下の原因を含む要支援者が現に抱える問題点を明らかにするとともに、介護予防の効果を最大限に発揮できるように支援するものである。

なお、介護予防サービス計画の作成の手順は、二次予防事業と同様である。

※詳細については、「1-3 二次予防事業対象者の介護予防ケアマネジメント」を参考にされたい。

1-6-3 サービス担当者会議

介護予防サービス計画はサービス担当者会議において、計画の原案について、各利用者に適したサービスが提供されるよう検討した上で完成させる。

1-6-4 サービスの提供

各サービスの実施者は、事前アセスメント、サービスの実施とモニタリング、事後アセスメントの流れでサービスの提供を行う。これは、二次予防事業の流れと同様である。

1-6-5 効果の評価

要支援者が一定期間のプログラムを終了した後、介護予防支援事業者により効果が評価される。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（生活機能の改善・利用者の望む生活の実現）が達成されたかどうかを評価し、それに基づいてケアプランや介護予防サービス計画を見直す。

計画の見直しにあたっては、対象者の主体的な取り組みを支援し、常に生活機能の向上に対する意欲を高めることを念頭におくことが重要である。

別添資料 1-1 プログラム参加に係るチェックシート

プログラム参加に係るチェックシート

A	この3ヶ月間で1週間以上にわたる入院をしましたか？ （「はい」または「いいえ」に○をつける）	はい	いいえ
---	---	----	-----

↓

「はい」の場合、その理由は何ですか？（当てはまる理由に○をつける）	
☐ 重い高血圧、脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血）	
☐ 心臓病（不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞）	
☐ 糖尿病、呼吸器疾患などのため	
☐ 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため	
☐ その他（具体的にご記入ください）	
（ ）	

B	あなたはかかりつけの医師等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか？（「はい」または「いいえ」に○をつける）	はい	いいえ
---	---	----	-----

↓

「はい」の場合、その理由は何ですか？（当てはまる理由に○をつける）	
☐ 重い高血圧、脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血）	
☐ 心臓病（不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞）	
☐ 糖尿病、呼吸器疾患などのため	
☐ 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため	
☐ その他（具体的にご記入ください）	
（ ）	

C	以下のご質問にお答えください（「はい」、「いいえ」、または「わからない」に○をつける）			
C1	この6ヶ月以内に心臓発作または脳卒中を起こしましたか？	はい	いいえ	
C2	重い高血圧（収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上）がありますか？	はい	いいえ	わからない
C3	糖尿病で目が見えにくくなったり、腎機能が低下、あるいは低血糖発作などがあると指摘されていますか？	はい	いいえ	わからない
C4	この1年間で心電図に異常があるといわれましたか？	はい	いいえ	わからない
C5	家事や買い物あるいは散歩などでひどく息切れを感じますか？	はい	いいえ	
C6	この1ヶ月以内に急性な腰痛、膝痛などの痛みが発生し、今も続いていますか？	はい	いいえ	

D	あなたは自分の身体を丈夫にし、張りのある生活を送るための取り組みに興味がありますか？以下のご質問にお答え下さい。（「はい」または「いいえ」に○をつける）		
D1	足腰の衰えを予防するための取り組みをしてみたい。	はい	いいえ
D2	口の機能や肺炎の予防のための取り組みをしてみたい。	はい	いいえ
D3	栄養と体力の改善のための取り組みをしてみたい。	はい	いいえ
D4	認知症予防のために脳機能を高める取り組みをしてみたい。	はい	いいえ
D5	気のあった人たちと仲間づくりをしてみたい。	はい	いいえ

別添資料 1-2 利用者基本情報（例）

利用者基本情報

計画作成者氏名：_____

《基本情報》

相談日	年 月 日 ()	来所 ・ 電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)	
把握経路	1. 介護予防検診 2. 本人からの相談 3. 家族からの相談 4. 非該当 5. 新予防からの移行 6. 関係者 7. その他 ()			
本人の状況	在宅・入院又は入所中 ()			
フリガナ 本人氏名		男・女	M・T・S 年 月 日生 () 歳	
住所	TEL		()	
	FAX		()	
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・要支援1・要支援2 認定期限： 年 月 日 ~ 年 月 日 (前回の介護度)			
障害等認定	身障 () ・ 療養 () ・ 精神 () ・ 難病 () ・ その他 ()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室 (有 階・無) ・ 住居改修 (有 ・ 無) 浴室 (有 ・ 無) 便所 (洋式 ・ 和式) 段差の問題 (有 ・ 無) 床材、じゅうたんの状況 () 照明の状況 () 履物の状況 ()			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・その他 ()			
来所者 (相談者)		続柄	家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族等○で囲む) 日中独居 (有 ・ 無) 家族関係等の状況 []	
住所				
緊急 連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活				
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方			趣味・楽しみ・特技
	時間	本人	介護者・家族	
				友人・地域との関係

《現病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
			TEL	治療中 経観中	
			TEL	治療中 経観中	
			TEL	治療中 経観中	
			TEL	治療中 経観中	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医の意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

年 月 日 氏名

印

別添資料 1-3 アセスメントシート

申請日	年 月 日	合計
氏 名		

基本項目	主生活支援者氏名	続柄	年齢	健康状態	居所	勤務	支援者なし 健康状態悪い or 市外居住	1.0 1.0 0.5	小計
				普通 ・ 悪い()	市内 ・ 市外	有 ・ 無			
	食生活支援者氏名	続柄	年齢	健康状態	居所	勤務	支援者なし 健康状態悪い or 市外居住	1.0 1.0 0.5	
				普通 ・ 悪い()	市内 ・ 市外	有 ・ 無			

保健 社会 活動	① この1年、市の健康教室等へ参加していますか	1 はい	2 いいえ	すべて2の 場合:0.5
	② この1年、公民館・婦人会・老人クラブ活動等に参加していますか	1 はい	2 いいえ	
	③ この1年、趣味や各種教室に参加していますか	1 はい	2 いいえ	

移動	① 日用品を買う店まで	1 徒歩	2 セニアカー	3 自家用車	4 バイク 自転車	5 バス・JR	6 タクシー又は他の人に頼む	①の6:0.5
	② 病院等に行くときは	1 徒歩	2 セニアカー	3 自家用車	4 バイク 自転車	5 バス・JR	6 タクシー又は他の人に頼む	

生活 スタイル	① 1 日誰と過ごすことが多いか	1 家族	2 友人・知人	3 ほとんど一人	3 が少なく とも1 つ: 0.5	
	② 1 週間に外出する頻度(通院以外)	1 3 回以上	2 1~2 回	3 あまり外出しない		
	③ 1 週間に親戚・友人が来る頻度	1 3 回以上	2 1~2 回	3 あまり来ない		
	④ 歩行 : 物につかまって歩いたり、杖を使用したりしていますか	1 はい 2 いいえ		1:0.5	小計	
	⑤ 食事の準備 : 毎日、調理が自分で出来ていますか	1 はい 2 いいえ		2:0.5		
	⑥ 買い物 : 生活に必要なものを自分で買いに行けますか	1 はい 2 いいえ		2:0.5		

精神 面	① 身の回りの乱れや汚れを気にしなくなりましたか	1 はい	2 いいえ	②または③で 1:0.5	①~⑤のうち 1~2個 該当:0.5 3個以該当: 1.0
	② 外出や食事の準備が難しくなりましたか	1 はい	2 いいえ		
	③ 金銭管理(日々の支払い行為等を含む)が難しくなってきましたか	1 はい	2 いいえ		
	④ 情緒が不安定になることが増えてきましたか	1 はい	2 いいえ	小計	
	⑤ 一人きりになる(している)ことが不安ですか	1 はい	2 いいえ		

食に 関する 情報	① 食事回数	食/日	1食:0.5	小計
	② 食料品の入手方法	スーパー等 ・ 移動販売 ・ 配達 ・ その他()		
	③ 家族()	1 できる (回/)		
	③ 買物 その他	2 できない a 就労 b 他に要介護者あり c 家が遠い d その他()		
		3 今のところ必要ない	2:0.5	
	④ 家族()	1 できる (回/)		
調理	④ 調理 その他	2 できない a 就労 b 他に要介護者あり c 家が遠い d その他()		
		3 今のところ必要ない	2:0.5	

その他特記すべき事項

判定基準表

分 類	判 定 対 象 項 目		摘 要		加 点	得点
基本項目	世帯状況	利用者基本情報 「家族構成」	独居	65～79歳	0.5	
				80歳以上	1.0	
			高齢者のみ(合算140歳以上)		0.5	
			要介護者との同居世帯		0.5	
	主生活支援者	アセスメントシート 「主生活支援者」	有で市外居住者		0.5	
			無(有で健康状態の悪い援助者も含む)		1.0	
	食生活支援者	アセスメントシート 「食生活支援者」	有で市外居住者		0.5	
			無(有で健康状態の悪い援助者も含む)		1.0	
	障害高齢者の日常生活自立度		利用者基本情報 「日常生活自立度」	J2以上	0.5	
	認知症高齢者の日常生活自立度		利用者基本情報 「日常生活自立度」	Ⅱ a以上	0.5	
身体状況	外出・家事への影響のある疾患 (大分類)	利用者基本情報 「現病歴と経過」	1～2個	0.5		
			3個以上	1.0		
	体重	基本チェックリスト 質問11および12	BMIが「やせ」または「高肥満」 体重の増減が2～3kg以上あるもの	0.5		
保健・社会活動	すべての項目	アセスメントシート 「保健・社会活動」①～③	すべて「2. いいえ」チェック		0.5	
移動手段	日用品	アセスメントシート 「移動」①	6にチェック		0.5	
生活スタイル	一日で誰と過ごす時間が多い	アセスメントシート 「生活スタイル」①	「3. ほとんど一人で」にチェック	どれか1つ にチェック	0.5	
	一週間に外出する頻度(通院以外)	アセスメントシート 「生活スタイル」②	「3. あまり外出しない」にチェック			
	一週間に親戚・友人が来る頻度	アセスメントシート 「生活スタイル」③	「3. あまり来ない」にチェック			
	歩行	アセスメントシート 「生活スタイル」④	「1. はい」にチェック		0.5	
	食事の準備	アセスメントシート 「生活スタイル」⑤	「2. いいえ」にチェック		0.5	
	買い物	アセスメントシート 「生活スタイル」⑥	「2. いいえ」にチェック		0.5	
	精神	①から⑤まで	アセスメントシート 「精神面」①～⑤	1～2個	0.5	
			3個以上	1.0		
食関連情報	②または③	アセスメントシート 「精神面」②および③	②または③にチェック		0.5	
	食事回数	アセスメントシート 「食に関する情報」①	食事回数 1食／日	0.5		
	家族等支援状況	アセスメントシート 「食に関する情報」③	2にチェック	0.5		
	調理	アセスメントシート 「食に関する情報」④	2にチェック	0.5		
※上記項目については、利用者基本情報、基本チェックリスト及びアセスメントシートを基に加点するものとする。					(a)アセスメントシートの合計	
					(b)その他の項目の合計	
判定会議加算	疾患症状加算		判定会議	判定加算	0.5	
	特記事項からの加算			判定加算	0.5	
					(c)判定会議の合計	
					総計 (a)+(b)+(c)	

第2章 複合プログラム実施マニュアル

2-1 事業の趣旨

今回のマニュアルより、「栄養改善」「口腔機能向上」を従来の「運動器の機能向上」に加えた「複合プログラム」を追加した。寝たきりの予防には、下肢を中心とした筋力の維持・増強が必要であるが、そのためには、栄養状態が良好であることが望ましい。低栄養が継続すると、免疫力の低下、日常生活動作の低下や死亡率を高めることがわかっている。口腔機能の低下は、口の動きや唾液分泌が制限され摂食嚥下機能の低下を招き低栄養に関連する。従って、運動・栄養・口腔のプログラムは密接に関わっており、一体とな行われることにより、単独で行う場合よりもより効果が高いことが期待される。

このプログラム参加により、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）であると気づき、生活習慣の予防や改善はある程度可能であることを知り、対処する方法を学び、自らも実行してみようと思うことにつながる。単に座学で知識を得るのではなく、自らが参加して実践するプログラムにより、気軽に覚えられ、自宅でも家族などへのフィードバックを通じて、様々に発展、応用が可能なプログラムとなることが期待される。また、このプログラムにより参加者との交流や役割分担などを通じて、人と人との絆やコミュニティの大切さを再確認する機会となりうる。

2-2 二次予防事業

2-2-1 事前準備

（1）実施場所

事業の実施場所を確保する。実施場所の例は、介護サービス事業所、保健センター、介護保険施設、公民館等で、プログラムの内容によっては簡単な調理実習や会食等が実施できることが望ましい。

（2）実施担当者

複合プログラムの内容も踏まえ、保健師（または、経験のある看護師）が全体のプログラムの管理運営を行い、プログラムの内容に従い、必要に応じて管理栄養士、歯科の専門職（歯科衛生士等）、理学療法士、作業療法士等が担当できる体制を確保する。

（3）対象者の選定

二次予防事業対象者のうち、プログラムを複合的に実施することにより、効果的・効率的な実施が可能となると判断される者を対象とする。基本チェックリストにおいて、運動、栄養、口腔のどれか一つが対象となっていれば、複合プログラムの候補者として選定して差し支えない。要介

護認定等を受けていた者が「非該当」と判定された場合、基本チェックリストを実施しなくても、二次予防事業の対象とすることができる。新たに要介護認定等の申請を行った者が非該当と判定された場合は、基本チェックリストの実施などにより二次予防事業への参加が必要と認められた者が対象者となる。

（４）送迎サービスについて

対象者が公共交通機関を用いる外出などが困難な場合は、送迎サービスを行う等、地域の特性に応じて必要な対応を検討する。ただし、送迎サービスを永続的なものとすることなく、徐々に公共交通機関の利用を促すものとする。

（５）安全への配慮について

プログラム実施にあたっては、安全管理に留意するとともに、万一の事故に備え、あらかじめ協力医療機関を設定するなどの対応をとる。対象者には保険に加入してもらうことが望ましい。

図表 2－1 安全管理について

高齢者が安全にプログラムに参加できるよう、参加者一人ひとりの状況（高血圧、心疾患、整形外科的疾患等）を把握する必要がある。さらに、運動を実施する際には、毎回実施前に体調をチェックし、それに応じて運動の強度や量等を設定することが必要となる。 参加者が運動中に異常を訴えた場合（胸が苦しい、めまい、吐き気、脈異常等）には、即座に運動を中止すると共に、かかりつけ医等への受診を勧奨する。終了後もしばらく観察し、異常がないことを確認する。 万一の事故に備え、あらかじめ緊急時対応マニュアル等を設定し、緊急時の対応手順を明文化しておくことが重要である。また、AED 等が設置されている場合には、その使い方の訓練（実施担当者等を対象）を行うことが望ましい。

2－2－2 事前アセスメント

プログラムの初日などには、参加者の事前アセスメントを実施する。それぞれの項目の持つ意義などを説明しながら実施し、機械的な計測になったり、他人との比較で優劣を感じたりすることのないように配慮する。

図表 2-2 事前アセスメント項目（例）

区分	項目
基本属性項目	・ 身長、体重 ・ 主観的健康感 ・ 高次生活機能
運動機能に関する項目	・ 握力 ・ 開眼片足立ち ・ Timed Up and Go Test (TUG) ・ 5m 通常歩行時間等
栄養改善に関する項目	・ 食事の内容（食事回数、主食・主菜・副菜・乳製品等の摂取回数、水分摂取、サプリメント） ・ 食事の準備状況（買物、食事の支度） ・ 特別な配慮の必要性（食物アレルギー、食事療法の必要性） ・ 主観的な意識（食事の調整の自己効力感）
口腔機能に関する項目	・ 口腔機能の状況
その他の項目	・ 基本チェックリスト項目

2-2-3 個別サービス計画の作成

事前アセスメントに基づき、3つの領域を含んだ個別サービス計画（原案）を作成し、利用者と相談して、内容を確定する（運動器の機能向上（P51）、栄養改善（P74）、口腔機能向上（P87）の個別サービス計画の作成を参照し、3領域を含んだ個別サービス計画を1つ作成する）。基本的には、集団ですべてのプログラムに参加することとするが、心身機能の制約などから、参加が困難なプログラムがある場合には明記すると共に本人に説明する。また、口腔機能では、口腔状態により、無菌顎（歯が無い）者や義歯の使用の有無に関わらず、適切なプログラムになっているか考慮する。明らかなう蝕（虫歯）や義歯が合っておらず調整が必要な場合には、必要に応じて歯科医療機関との連携を図る。

2-2-4 プログラムの実施

（1）プログラムの趣旨

本プログラムは、運動器の機能向上プログラムに栄養改善・口腔機能向上の内容を盛り込んで一体的に実施するものである。具体的なプログラムの内容は、各々の市町村において従来実施している内容等を組み合わせるなどして作成することとなるが、プログラムを作成する際に留意する点として、以下が挙げられる。

図表 2-3 プログラム作成上の留意点

運動器の機能向上

- ・ 各施設で従来実施してきたプログラムがあれば、継続可能。
- ・ プログラム実施前の留意点などは、「運動器の機能向上マニュアル」などに従う。

例：運動器の機能向上マニュアル (P52)

概ね1ヶ月間のコンディショニング期間を設けるとともに、引き続き、筋力向上期間、機能的運動期間の合計3ヶ月間を1周期とした進め方が適当と考えられる。

- ・ 楽しみながら下肢の筋力を鍛える運動を行えるような、ゲーム、ハイキング、農作業、立位を保持した調理などを積極的に取り入れること。
- ・ マシンや器具などの導入も可能な範囲で行う。

栄養改善

- ・ 食生活の自己チェック、計画、自己評価・改善による自己マネジメントの取り組みを重視する
- ・ グループワークや実習をとりいれた参加型のプログラムを工夫する(図表4-4「集団栄養教育プログラムのテーマと内容」を参照のこと)
- ・ 献立・調理は簡単に自宅で実践できる工夫をする
- ・ 運動等の領域に該当する者については、適正体重の維持や生活習慣病の予防にも配慮する。

口腔機能向上

- ・ 口腔機能(口唇、頬、舌、軟口蓋等の機能)(唾液の分泌状態)(咀嚼と嚥下の機能)(表情の表出具合)について、自己チェックを促し、専門職によるアセスメントを実施する。
- ・ 生涯通じておいしく、楽しく、安全な食生活を営み、健康長寿を支援することを目的に、日常実施可能なセルフケア、参加型のグループワーク等のプログラムを作成する。
- ・ 義歯の不具合や、歯周病(歯が動揺しているなど)、むし歯といった明らかな歯科疾患のある場合には、歯科医師と連携し、歯科治療も並行して行う。

（２）プログラムの実施期間・回数

到達目標を見据え、運動・栄養・口腔の各内容を複合的に取り入れたプログラムを実施する。プログラムの実施期間・回数、参加者数等の目安は以下の通りである。

図表 2-4 主なプログラムの内容

プログラム 実施回数及び 期間	・毎週 1-2 回、3 ヶ月間程度を目安とする。 ・1 回あたり約 2-3 時間のプログラムとする。実施回数によっては、時間を短縮したり、栄養と口腔を 1 週毎に交互に実施するなど工夫する。
プログラム 参加者数	・1 教室 10-30 人程度を目安とする。調理実習などでは、各自の役割ができるように 3-5 人程度のグループが望ましい。

（３）プログラム内容

①運動器の機能向上について（P52 参照）

各事業所で実施しているものを土台としてプログラム作成を実施していくが、単なる筋力トレーニングにならないように、日常生活での行為を意識しつつ、参加者同士で共同して行う事項や作業などと組み合わせて、魅力的なプログラムを作成することに配慮する。

②栄養改善について（P74 参照）

食事について興味を持てるよう「食べ物や食卓の思い出」を語りあうなどのテーマから導入し、講義、グループワーク、実習、情報提供などを組み合わせて、できるだけ具体的な内容とする。テーマ及びその内容については、「集団栄養教育プログラムのテーマと内容」（P77）を参照して取り入れるものとする。

③口腔機能向上について（P88 参照）

必要に応じて以下のようなテーマ及び内容の組み合わせを取り入れるものとする。

図表 2-5 口腔機能向上について

テーマ（例）	内容（例）
舌	「舌の観察・口腔乾燥と味覚チェック」「健口体操」
唾液	「歯肉マッサージ」「唾液腺マッサージ」「健口体操」
咀嚼	「30 回噛み噛み体操（噛ミング 30）」
嚥下	「嚥下機能トレーニング」「嚥下体操」
歯	「歯みがきのススメと虫歯の実験」「パタカラ体操」
笑顔	「顔じゃんけん」「吹矢」「パタカラ体操」

以下に、具体的なプログラムの例を示すが、上記の要件が盛り込まれるように配慮した上で市町村独自のプログラムを作成してもよい。

プログラム途中からの不参加については、対象者へフォローアップを実施し、不参加の理由（疾病による入院など）を確認するとともに、きめ細かな支援をしていくことが大切である。

図表 2-6 【プログラム例】

運動機能の向上プログラムを既に実施している場合で、栄養・口腔複合プログラムを実施する場合の内容。

運動器の機能向上	口腔テーマ	口腔機能向上	栄養テーマ	栄養改善	口腔との関連
アセスメント		アセスメント他		アセスメント：食生活チェックとマイプランづくり	
各施設でこれまで実施してきた運動器の向上プログラム 又はゴムチューブを使った抗重力筋強化のためのビデオ体操 ・準備運動 5 分 ・主運動数種 15 分 ・整理運動 5 分	舌	「舌の観察・口腔乾燥と味覚チェック」「健口体操」	多様性	講義：食べることの大切さ 試食会(主食、主菜、乳製品など)	様々な味を舌の上で楽しむ
	唾液	「歯肉マッサージ」「唾液腺マッサージ」「健口体操」	調味料	講義：簡単な献立(主食・主菜・副菜の組み合わせ方) グループワーク：晩御飯の献立を作ろう	食欲を増進させ、唾液が出るような使い方
	咀嚼	「30 回咀嚼」「嚥下体操」	主食	グループワーク：私の好きな料理(主食、主菜、副菜)紹介	ごはんの種類(玄米、分づき、白米、おかゆなど)で比較、かむ回数での比較
	嚥下	「嚥下機能トレーニング」「嚥下体操」	主菜	講義：買い物、食事準備のための市販食品の上手な活用 実習：市販食品のアレンジ方法	主菜の形状を変えるまたはあんかけやとろみをつけるなどして食べやすく
	歯	「歯みがきのススメと虫歯の実験」「パタカラ体操」	副菜	グループワーク：地域の食べ物情報交換	歯の状態にあわせた調理ができる
	笑顔	「顔じゃんけん」「吹矢」「パタカラ体操」	健康	講義：食事づくりの便利グッズのいろいろ 実習：簡単おかず	病気を防ぎ元気な生活を送るためのコツ
評価		評価、「嚥下体操」、振り返り		食生活チェックとマイプラン達成状況の発表会と食生活宣言	

(4) プログラム実施上の留意点

各プログラムにおいては、単なる知識の説明になることを避け、参加者が実際の生活とどのように関わっているのか理解できるようにしながら、楽しく実施する方法を工夫する。各プログラムが実際のどのような行為に関わっているのかを理解させながら行うことが望ましい。

プログラムに参加する際に、毎回のプログラムの内容について、わかりやすい資料を配付することにより、家に帰った後でも、実際に作った料理やプログラムの内容を再現してみたり、他の家族に伝えるなどしてプログラムの理解を深めたり、広がり期待できる。

参加者の個別の項目の評価以外に、プログラムの個別ステップの感想や意見に耳を傾け、次のプログラムへの改善を実施していくことが特に大切である。特に、途中で参加を辞めた場合などは特に注意を払って感想を聞き、プログラムに問題がないか確認する。

2-2-5 事後アセスメント

プログラム開始から3ヶ月後、目標の達成状況や日常生活活動能力の改善状況等を含めた評価を行う。運動器の機能向上プログラム、栄養改善プログラム及び口腔機能の向上プログラムの各プログラムの報告書を参考に、プログラムへの参加状況に加えて、計画された目標が達成されたか、個別の体力要素が改善したか、体重や栄養に関する事前アセスメントの指標の変化、口腔機能の指標の変化及び主観的健康観等の改善が認められたかを総合的に評価し、地域包括支援センターに報告する。複合プログラムの効果については、基本的に運動機能の向上、栄養改善及び口腔機能の向上の各プログラムでの指標を用いて評価を行うが、項目数が多すぎる場合には、適宜指標を割愛して実施してもよい。

データについては、エクセルなどにデータ入力し、プログラム前後での比較を行い、維持改善できた項目、悪化した項目などについて把握させる。地域包括支援センターでは、性別、年齢、基礎疾患の有無などに配慮した上で、事業者による改善率を比較するなどして、事業の改善の助言等を行う。

複合プログラムの簡単な紹介（映像資料）が以下から閲覧可能。

☆はじめよう、笑顔が見える口腔機能向上サービス 先進事例紹介—岩沼市—（一番下の画像）

http://www.dent.tohoku.ac.jp/graduate/lecture17_1.html

☆はじめよう 元気がでる運動・口腔複合サービス

http://www.dent.tohoku.ac.jp/graduate/lecture17_2.html

【参考】健幸ライフアップ教室（宮城県岩沼市）のプログラム例

ステージ	回	構成	運動(60分)		口腔(5-40分)		栄養(30-40分)	
			テーマ	内容	テーマ	内容	テーマ	内容
1.『からだの準備』 体を どん くろ 打 て る お こ い し く あ る 食 べ う ど ん を	1	オリエンテーション・ アセスメント① 開校式		アセスメント①：E-SAS		アセスメント：口腔1・2		
	2	アセスメント②		アセスメント②：体力測定・ 身体測定				
	3	運	運動に慣れよう	ストレッチ 上下肢体幹の運動紹介				
	4	運・口	体を緩めよう	表層筋のリラクゼーション 深層筋の活性化	した・つば	口腔乾燥と味覚の実験		
	5	運・・栄	体幹を動かそう	体幹・股関節周囲の 深層筋の活性化				講話：バランスのよい 食事①
	6	運・口・栄	ストレッチ			ワンポイント：口腔体操 (5分)		実習：バランスのよい 食事②餃子作り
	7	運	脚を動かそう レクリエーション	下肢中心の運動 体を使ったレク				
	8	運・口	肩・腕を動かそう	上肢中心の運動	かむ・のむ	自浄作用の実験 誤嚥性肺炎の予防		
	9	運・・栄	立って運動しよう	立位での運動				講話：食べやすい食品 形態の工夫①
	10	運・口・栄	ストレッチ 今までの復習	これまでの運動の復習	のむ	薬剤師：薬の飲み方 (15分)衛生士：口腔体 操(5分)		実習：食べやすい食品 形態の工夫②
	11	運	床上やボールを 使って運動しよう	床上やボールを使った運動				
	12	運・口	日常生活動作でも 運動してみよう	日常生活の動作を 使った運動	歯・笑顔	染め出し・口腔内エステ		
	13	運・口・栄	ストレッチ	うどん打ち		ワンポイント：口腔体操 (5分)		うどん打ち 外食の選び方
	14	評価		アセスメント：体力測定		事後アセスメント：口腔 1・2		
2.『お口の準備』	15	まとめ・閉講式		レクリエーション				

自己継続期間：トレーニングプログラム配布

3.『フォローアップ 同窓会』	15	ハイキング(グリーンピア野外散策コース) ～ 体力に合わせた3コース あなたの体の調子を確認しましょう～
--------------------	----	--

第3章 運動器の機能向上マニュアル

3-1 事業の趣旨

本マニュアルは、介護予防における運動器の機能向上が適切に実施されるための具体的な方法等を示すものである。

移動は日常生活の基礎をなすものであるが、下肢や体幹の筋力低下又は膝や腰の痛みは、高齢者の移動能力の低下を引き起こす最も大きな要因となっており、運動器の機能向上プログラムは、高齢期の生活機能を維持・改善するために大変重要である。運動器の機能向上プログラムは、二次予防事業対象者、要支援者を中心に広く実施されることによって、その効果が理解されるようになってきている一方で、プログラムが必要と考えられるより多くの対象者に対して実施されるよう、いかに動機づけるかが重要となっている。

そこで、今回の介護予防マニュアルの改訂では、こうした課題も勘案し、高齢者の膝痛や腰痛対策についての記載や、運動器の機能向上に関するプログラムの工夫についても追加したので、高齢者の運動器の機能向上に積極的に活用していただきたい。

3-2 一次予防事業

3-2-1 実施体制

一次予防事業では、日々の自己管理により加齢に伴う運動器の機能低下の予防や改善が可能であることを理解し、高齢者自身の自覚を促し、行動変容によってQOLを高めることを目標とする。そのために高齢者をサービスの受給者ではなく、高齢者同士で定期的な運動を行う地域のグループ活動のリーダー等、サービスの提供者に関わる者として育成し、こうした活動の組織化を図るなどの工夫も重要である。介護予防のリーダー養成講座などを通じて、運動器の機能向上の理解を促し、それを実践することによって、地域の高齢者への波及効果が期待できる。また、これは高齢者が地域の中でいきいきとした生活を継続していくための役割づくり・生きがいづくりにつながる。市町村は、こうした活動を支援する地域コーディネータを配置するなど、体制づくりに努める。

3-2-2 実施内容

一次予防事業は、地域の特性を活かした様々な取り組みが考えられるが、その取り組みに当たっては、住民からのさまざまな提案を受け入れながら、高齢者の主体的な活動をサポートする視点が重要であり、以下のような実施例も参考として、実施方法を検討するとよい。

- (1) 高齢者が自ら集まることが可能な範囲（以下、「生活圏域単位等」という。）で体力測定会を実施し、高齢者が自身の運動機能の程度について理解してもらうようにする。

- (2) 簡単な運動器の機能向上の体験プログラムを作成し、生活圏域単位等で実施する。
- (3) 高齢者による自主的活動が定着・発展するように、運動器の機能向上をはじめ、介護予防を推進する高齢者の運営協議会を生活圏域単位等で設置するなど、高齢者自身で考え立案できるようになることも視野に入れて、こうした活動の後方支援を行う。
- (4) すでに実施されているさまざまなサークル等の活動の中で、運動器の機能向上に資する活動を抽出し、地域のインフォーマルサービスマップとして活用する。
- (5) 運動器の機能向上に関する市町村の数値目標を設定し、広く普及する。

図表 3-1 数値目標例

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ 握力 男性 29 kg 以上、女性 19 kg 以上 ■ 開眼片足立ち時間 男性 20 秒、女性 10 秒 ■ 5m 通常歩行時間 男性 4.4 秒未満、女性 5.0 秒未満 ■ 歩数 (一日 6,000 歩など) |
|--|

3-3 二次予防事業

二次予防事業では、対象者が運動器の機能低下に起因する日常生活上の支障等を自覚し、日常生活機能を維持・改善するために必要なプログラムの必要性を理解した上で、短期的な介入によって、対象者自身による改善方法の習得とこうした方法を生活に定着させることを目標とする。

3-3-1 事前準備

(1) 実施場所

通所介護事業所などの介護サービス事業所・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・介護保険施設・公民館等、市町村が適当と認める施設で実施するものとする。

(2) 実施担当者

医師・歯科医師・保健師・看護職員・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・管理栄養士・歯科衛生士・機能訓練指導員⁴・経験のある介護職員等が実施する。

運動器の機能向上についての理解のみならず、老年学⁵や骨折予防及び膝痛・腰痛など運動器疾患対策に対する理解を深め、また、心理的・社会的にも高齢者を理解した上で、安全にプログラムを提供することが重要である。

- 老年学の知識
- 運動器の機能向上にかかわる知識
- 骨折予防及び膝痛・腰痛など運動器疾患対策にかかわる知識

⁴ 機能訓練指導員とは、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のことである。

⁵ 高齢者を身体、心理、社会など学際的に捉え、高齢期のより良い生活に貢献しようとする学問。元気な高齢者を含む高齢者全体を対象とすることが特徴で、疾病を主な対象とする老年医学とは異なる事に注意が必要である。

（３）対象者の選定

基本チェックリストにより二次予防事業の対象者と決定した者のうち、運動器の機能が低下している人（基本チェックリストの No. 6～10 のうち、3 つ以上に該当する者）又は市町村の判断で運動器の機能が低下しているおそれのあると判断した人を対象とする。

なお、要介護認定等を受けていた者が「非該当」と判定された場合、基本チェックリストを実施しなくても、二次予防事業の対象者とすることができる。新たに要介護認定等の申請を行った者が非該当と判定された場合は、基本チェックリストの実施などにより二次予防事業への参加が必要と認められた者が対象者となる。

なお、平成 22 年 8 月の厚生労働省老健局長通知（老発第 0806 第 1 号）＜厚生労働省 HP 参照：参考資料 3－1＞によって、医師による生活機能評価は必須でなくなったことから、実施担当者はサービスの提供に先立って、以下に該当するかどうかを確認する。該当する場合又はその他必要に応じて、市町村に報告し、市町村は医師に相談を求める。

【実施の可否等について主治医への相談が必要と考えられる主な場合】

- コントロールされていない心疾患・不整脈のあるもの
- 収縮期血圧 180 mmHg 以上ものや 180 mmHg 未満であっても状態等により検討が必要なもの
- 急性期の関節痛・関節炎・神経症状のあるもの
- 慢性閉塞性肺疾患（慢性気管支炎・肺気腫など）で息切れ・呼吸困難があるもの
- 急性期の肺炎・肝炎などの炎症のあるもの
- 骨粗鬆症で、脊椎圧迫骨折のあるもの
- 認知機能低下により、プログラムの実施に支障を来すもの
- その他、本サービス等の実施によって、健康状態が急変あるいは悪化する危険性があるもの

＜医療機関の役割＞

二次予防事業対象者では慢性疾患を抱えている人が多い。そのため運動器の機能向上プログラムの実施には、医療との連携が必須となる。主治医においては健診等だけでなく、日常診療の中で患者が介護予防を必要とするかどうかを判断し、その情報を市町村に速やかに提供する。さらに、患者には、骨折予防、膝痛・腰痛対策のための体力維持・強化の視点から、積極的に参加を促すことも大切である。また、安全なプログラムの実施には、健康状態の情報提供が必要であり、医学的観点から留意事項を示すことが求められる。

人口 20 万人・都市部の A 自治体における事例 ～二次予防事業参加者をさらに拡大するための取り組み～

A 自治体では、介護予防活動の拠点と高齢者の居場所づくりに取り組んできたが、二次予防事業の参加者をさらに拡大することが課題となっていた。事業に参加しない二次予防事業対象者を細分化し、その特徴をとらえることで具体的な対策を立てた例である。

◆ 二次予防事業対象者の分析

高齢者を対象に実態調査を実施。基本チェックリストに加えて、生活機能評価受診状況、介護予防事業への興味と参加状況、居住形態、暮らし向き等について調査をし、調査の回答をもとに二次予防事業対象者を次のように分類した。

- ・ 無関心期：生活機能評価未受診かつ介護予防事業への興味がない者
- ・ 関心期：生活機能評価受診かつ介護予防事業に興味がない者。または生活機能評価未受診かつ介護予防事業に興味のある者
- ・ 準備期：生活機能評価受診かつ介護予防事業に興味のある者

これらに分類した結果、無関心期の者は高齢者人口の 5%、関心期は 11%、準備期は 6%と考えられた。

《無関心期の高齢者の特徴》

無関心期にある二次予防事業対象者は、主観的健康度が低く（一般高齢者を 1 としたときのオッズ比 5.788）、移動能力が低い（同 3.967）、孤立感がある（同 4.174）といった特徴があることが分かった。

◆ 各対象者にあわせた具体的対策

各分類ごとに特徴をとらえ、二次予防事業の参加者拡大の具体的な方策を見出すことができた。

- ・ 無関心期：移動能力が特に低いことから、送迎サービスの提供や、公民館など日常生活圏域よりさらに細分化した単位での教室の運営が参加を増やすと考えられた。
- ・ 関心期：予防への自信がないなど、気持ちを妨げるバリアが多いと考えられたため、代理体験（介護予防通信などを送付して、介護予防体験談を周知するなど）によって自己効力感を高めることが有効と考えられた。
- ・ 準備期：通常の勧誘で十分事業参加につながると考えられた。

（４）送迎サービスについて

対象者が公共交通機関を用いる外出などが困難な場合は、送迎サービスを行う等、地域の特性に応じて必要な対応を検討する。なお、送迎サービスを行う場合は、永続的なものとすることなく、徐々に公共交通機関の利用を促すものとする。

（５）安全への配慮について

本サービス等を安全に実施するために、事故発生時の対応を含めた安全管理マニュアルを整備する。また、医療従事者を配置し、事故に速やかに対応できるようにする。さらに各事業所では、安全委員会を開催し、以下の事項について定期的に確認を行う。

- 対象者の保有する医学的リスク
- 運動前、運動中、運動後の留意点
- 安全管理マニュアルの内容及び更新
- 緊急時対応フローと訓練

なお、各事業所においては、AED（自動体外式除細動器）を設置・実施担当者の救急法および AED 使用法等の知識の習得等を行っておくことが望ましい。

3-3-2 事前アセスメント

実施担当者は事前アセスメントを行う上で、参加者の健康状態・生活習慣、体力水準などの個別の状況を把握する。体力水準を把握するために体力測定を実施する場合は、握力・開眼片足立ち時間・Timed Up & Go Test・5m歩行時間（通常・最大）等を測定することが望ましい。ただし、利用者が体力測定に不安を訴える場合は実施しない。事業実施前と実施後のアセスメントの結果については、地域包括支援センターへの報告を行う（別添資料3-1）。

（1）体力測定の判断

体力測定結果は、以下の表を参考に5段階で評価する。参加者はどの体力要素がより低下しているのかを把握し、個別プログラムに生かす。

図表 3-2 評価表

		レベル	握力	開眼 片足立ち時間	TUG	5m歩行時間 (通常)	5m歩行時間 (最大)
男性	二次予防 事業対象者	1	≤ 20.9	≤ 2.6	≥ 13.0	≥ 7.2	≥ 5.4
		2	21.0 - 25.3	2.7 - 4.7	11.0 - 12.9	5.7 - 7.1	4.4 - 5.3
		3	25.4 - 29.2	4.8 - 9.5	9.1 - 10.9	4.8 - 5.6	3.7 - 4.3
		4	29.3 - 33.0	9.6 - 23.7	7.5 - 9.0	4.2 - 4.7	3.1 - 3.6
		5	≥ 33.1	≥ 23.8	≤ 7.4	≤ 4.1	≤ 3.0
	要支援者	1	≤ 17.9	≤ 1.9	≥ 23.0	≥ 11.9	≥ 9.3
		2	18.0 - 22.3	2.0 - 3.6	16.6 - 22.9	8.6 - 11.8	6.6 - 9.2
		3	22.4 - 25.4	3.7 - 6.0	13.0 - 16.5	7.0 - 8.5	5.2 - 6.5
		4	25.5 - 30.0	6.1 - 13.9	10.2 - 12.9	5.6 - 6.9	4.2 - 5.1
		5	≥ 30.1	≥ 14.0	≤ 10.1	≤ 5.5	≤ 4.1
女性	二次予防 事業対象者	1	≤ 14.9	≤ 3.0	≥ 12.8	≥ 6.9	≥ 5.5
		2	15.0 - 17.6	3.1 - 5.5	10.2 - 12.7	5.4 - 6.8	4.4 - 5.4
		3	17.7 - 19.9	5.6 - 10.0	9.0 - 10.1	4.8 - 5.3	3.8 - 4.3
		4	20.0 - 22.4	10.1 - 24.9	7.6 - 8.9	4.1 - 4.7	3.2 - 3.7
		5	≥ 22.5	≥ 25.0	≤ 7.5	≤ 4.0	≤ 3.1
	要支援者	1	≤ 10.9	≤ 1.4	≥ 23.2	≥ 12.3	≥ 10.2
		2	11.0 - 13.4	1.5 - 2.8	17.7 - 23.1	9.1 - 12.2	7.3 - 10.1
		3	13.5 - 15.9	2.9 - 5.0	13.8 - 17.6	7.3 - 9.0	5.9 - 7.2
		4	16.0 - 18.4	5.1 - 11.0	10.9 - 13.7	6.0 - 7.2	4.7 - 5.8
		5	≥ 18.5	≥ 11.1	≤ 10.8	≤ 5.9	≤ 4.6

※介護予防継続的評価分析等事業の体力測定が実施された対象者からの判断基準である。

3-3-3 個別サービス計画の作成

有効なサービス提供のためには、目標の設定が重要である。単なるサービス提供とならぬよう、参加者からどのような生活機能を改善したいのかを具体的に聞き取り、個別サービス計画表の目標とする。

(1) 目標設定について

改善すべき生活機能を参加者から具体的に聞き出すことが難しい場合がある。この場合、参加者の日常生活で必要とされる生活機能を列挙し、それがどの程度難しいのか、また改善可能であるのかを判断し、課題となる生活機能をいくつか項目程度列挙する。この列挙された生活機能について、参加者とともに楽にできるか、一人で何とかできるか、一人では難しいかを判断し、一人では難しい項目であれば、それを何とかひとりでできるようにする。ひとりで何とかできる項目であれば、楽にできるようにするといった目標設定を行う。

個別サービス計画では、決定された生活機能の向上目標を達成するための、下位の目標を1ヶ月毎に設定する（別添資料3-2）。

(2) 個別サービス計画の作成

事前アセスメントに基づき、個別サービス計画（原案）を作成し、参加者の承認を得る。個別サービス計画では、運動の種類・負荷の強度・頻度・1回あたりの時間・実施形態などの詳細を記録する。なお、集団のプログラムであっても、個別に計画を立て、参加者それぞれが適切なレベルで運動ができるように配慮する。

なお、事業実施プロセス評価については、別添資料3-3を参照のこと。

3-3-4 プログラムの実施

(1) プログラム実施前の留意点

プログラムを行う前の状態チェックで、以下に該当する場合は運動を実施しない。

以下に該当する場合は、運動を実施しない

- 安静時に収縮期血圧 180 mmHg 以上、または拡張期血圧 110 mmHg 以上である場合
- 安静時脈拍数が 110 拍/分以上、または 50 拍/分以下の場合
- いつもと異なる脈の不整がある場合
- 関節痛など慢性的な症状の悪化
- その他、体調不良などの自覚症状を訴える場合

※ いつもと異なる脈の不整とは：毎回プログラム実施前に脈拍数だけでなく、不整脈についても観察する。いつもより多く不整脈が発生する場合には運動を控える。

また、参加者の事前注意として以下の項目を参加者に周知する。

- 運動直前の食事はさける
- 水分補給を十分に行う
- 睡眠不足・体調不良の時には無理をしない。身体に何らかの変調がある場合には、実施担当者に伝える

(2) プログラムの実施期間・回数

①実施期間

3 ヶ月間を目安として実施する。これより長期の実施も可能であるが、3 ヶ月毎にアセスメントし、個別サービス計画を作成する。長期のプログラム実施を選択する場合には、よりケアマネジメントの連携を強化し、目標とする生活課題の改善状況を把握しながら実施する。

3 ヶ月間は、おおむね、コンディショニング期間（第1期）・筋力向上期間（第2期）・機能的運動期間（第3期）にわけて実施する。

②運動頻度

運動の実施回数は参加者の負担とならず、かつ効果が期待できる頻度（回数）を設定する。機能向上を図るためには、週2回以上のプログラムの実施が必要であることから、週2回未満で行う場合は自宅での運動メニューを指導し、実施状況のモニタリングを行う。

③運動強度

体力水準の低い高齢者が安全に運動する事に配慮して、1 ヶ月毎に負荷レベルを漸増する。

最初の1ヶ月は、低負荷で高反復のコンディショニング期間⁶とする。この期間に動作が円滑に行えるようになったら、次の1ヶ月は、参加者の日常生活で必要とされる運動の水準よりやや高い運動負荷を行い、運動器の機能向上を目指す筋力向上期間とする。十分な機能の向上が見られたなら、最後の1ヶ月は、運動器の機能向上が生活機能の改善として感じられるよう、より機能的な運動を取り入れる、機能的な運動⁷期間とする。

筋力向上期間では、最大筋力の6割以上の負荷を用いて運動する必要がある。反復回数の最後の2～3回の疲労感を聞き取り、“ややきつい”を目安に負荷量を設定するとよい。ただし、判断は、参加者の主観に任せることなく、実施担当者が参加者の代償運動の有無や動作のスムーズさ、さらには運動中の表情などを観察し総合的に行う。

図表 3-3 運動強度の目安と運動量

	運動強度の目安 (最後の2～3回の筋肉の疲労感)	運動量 (反復回数×セット数)
第1期	かなり楽～比較的楽	20～30回×1セット
第2期	ややきつい	10～15回×2セット
第3期	ややきつい	10～15回×3セット

(3) プログラム内容

①標準的なプログラム

体力の諸要素を包括的に運動することができるように、ストレッチング・バランス運動・機能的運動・筋力向上運動等を組み合わせて実施する。また、進行にしたがって徐々に、強度・複雑さが増すようにプログラムすると良い。

図表 3-4 標準的なプログラム

	ストレッチング	バランス・機能的運動	筋力向上運動
第1期	座位・仰向けで静的・動的な種目	四つ這い姿勢・膝立ち姿勢など重心が低く、支持面が広い運動	座位・仰向け中心のコンディショニング運動(6種目程度)
第2期	徐々に可動範囲を広げる	座位～立位にて動的バランス(支持基底面*内で身体重心を大きく移動させる)	立位種目も取り入れ、筋力向上運動(8種目程度)
第3期	立位種目を追加する場合は支持物を使用	立位にて機能的バランス(積極的に身体重心を移動させる)	負荷の漸増

*支持基底面:物体(身体)がその重さを支える面のこと。両足立位の場合、左右の足裏全体を囲む面のこと。

⁶ コンディショニング期間:筋肉や靱帯などの組織が、運動負荷に耐えられるようになるまで、徐々に慣らししていく期間

⁷ 機能的な運動:日常生活で良く用いられる動作を使いながら、身体の各部位や関節を協調して合目的に働かせる運動であり、生活機能の向上を図るためには必須の運動となる。

図表 3-5 1回の時間配分例

学習時間	運動			学習時間
	ウォーミングアップ ストレッチング バランス運動 20分	主運動 機能的運動 筋力向上運動 40分	クーリングダウン ストレッチング リラクゼーション10分	
10分				10分

図表 3-6 1回のプログラム例

学習時間	自宅等での実施状況を確認する	運動習慣の定着	10 分
ウォーミングアップ	ストレッチング バランス運動	柔軟性 平衡性	20 分
主運動 (時期によって選択)	コンディショニング運動 筋力向上運動 機能的運動	筋力・筋持久力 生活機能	40 分
クーリングダウン	ストレッチング、リラクゼーション		10 分
学習時間	自宅でいつ・どのように実施するのか	運動習慣の定着	10 分

②個別プログラムの設定

運動プログラムを実施するにあたり、1) どの体力要素がより衰えているのか、2) 痛みを増悪しない動作は何か、3) 静的・動的・機能的バランスのどれがより衰えるのか等によって、個別のプログラムを作成する。また、体力水準が高いにもかかわらず、脱落する参加者もある。この場合、体力と健康関連 QOL の乖離を確認し、乖離がみられる場合には情緒的なサポートを行う。

③プログラム実施の際の留意点

プログラムを提供する際に、以下の点を考慮して進める。

○プログラム内容の説明と同意

対象者にわかりやすい形で、プログラムの内容・進め方・効果・リスク・緊急時の対応を説明し、対象者の同意を得る。

○体力の諸要素を包括的に運動する

高齢者では、筋力・バランス能力・柔軟性などの体力の諸要素が独立して低下することは少ない。したがって、体力の諸要素を包括的に向上させる必要がある。

○運動の対象とする筋群

生活機能の向上を図るためには、立つ・座る・歩く・階段を昇降するといった日常生活活動に必要な抗重力筋群を中心に運動する。このほか転倒を予防するためには、前脛骨筋などの抗重力筋と拮抗する筋群や体幹を安定させる腹筋群も対象に加える。

また、尿失禁の予防を目的とする場合には、骨盤底筋群も対象とする。

○運動中に留意すること

運動中は、正しい運動姿勢を保つように配慮する。疲労の蓄積などにより一時的に運動器の機能が低下する場合は、負荷量を大きく減少させて、疲労の回復を図る。実施中には、以下の自覚症状や他覚所見に基づく安全の確認を行う。

- | |
|--|
| ☐ 顔面蒼白
☐ 冷や汗
☐ 吐き気
☐ 嘔吐
☐ 脈拍・血圧 |
|--|

高齢者では、喉の渇きを感じにくい、頻尿を心配して水分を控えることなどから、脱水を起こしやすいので、必ず運動中に水分補給の時間をとる。

④対象者の意識・意欲を高めるために

運動器の機能向上プログラムによる効果を確実なものにするためには、対象者が自発的に参加し、意欲的に運動を実施した上で、終了後にも引き続いて運動を実践する意欲を保ちながら活動的な日常生活を送ることが重要となる。そのためには、対象者の意欲に働きかけることが必要になる。そのためには成功体験を積み重ねることが有効で、①できる目標を立てる（スモールステップ）、②行動を記録する（セルフ・モニタリング）、③自分を誉める（自己強化）といった技法が有効である（別添資料3-4）。

（4）プログラム終了後の留意点

プログラム終了後は、しばらく対象者の状態を観察する。プログラム提供の後に対象者が以下の状態である場合は、医療機関受診など必要な処置をとる。

- 安静時に収縮期血圧 180mmHg 以上、または拡張期血圧 110mmHg 以上である場合
- 安静時脈拍数が 110 拍/分以上、または 50 拍/分以下の場合
- いつもと異なる脈の不整がある場合
- その他、体調不良などの運動中の留意事項に述べた自覚症状を訴える場合

3-3-5 事後アセスメント

プログラム開始から3ヶ月後、目標の達成状況や日常生活活動能力の改善状況等を含めた評価

を行う。運動器の機能向上プログラム報告書（例）（別添資料3－1）を参考に、目標が達成されたか、個別の体力要素が改善したか、主観的健康観の改善が認められたかを総合的に評価し、地域包括支援センターに報告する。

運動器疾患対策プログラム（膝痛・腰痛対策、転倒・骨折予防）

膝痛・腰痛及び骨折は、高齢者の生活機能を著しく低下させる。こうした運動器疾患の有無に加えて、生活機能の制限の有無把握し、可能性がある場合には積極的に対策をとる。

■エビデンス

膝痛・腰痛は、複数の無作為化比較対照試験によって、三次予防効果があることが示されており (Manninen P et al, 2001、Deyle GD et al, 2000、Ettinger WH Jr et al, 1997)、有害事象は少ないとされている。二次予防効果については、厚生労働省「介護予防実態調査分析支援事業」によって、大規模無作為化比較対照試験を行い、運動器疾患対策を加えた運動器の機能向上プログラムが有効であることが明らかになった。膝痛・腰痛予防対策共に、運動器の機能を改善し、JKOM、JLEQ で測定される痛み関連 QOL、健康関連 QOL、更には WHO-5 で測定される精神的健康状態も改善する ($p<.01$)。転倒・骨折対策も、運動器の機能を改善し、転倒不安 ($p<.05$)、転倒リスク共に減少させる ($p<.01$)。また、精神的健康状態改善にも有効である ($p<.01$)。

図表 3-7 膝痛予防対策の効果

	介入群			対照群			t 値	自由度	有意確率 (両側)
	N	平均値	標準偏差	N	平均値	標準偏差			
膝の状態の評価 (JKOM) (点)	219	5.4	7.4	217	0.8	7.2	6.524	434	0.000
転倒リスク評価表 (点)	219	1.4	2.3	217	0.3	2.1	4.894	434	0.000
SF8身体的サマリースコア	222	1.9	6.1	219	0.1	6.4	2.949	439	0.003
SF8精神的サマリースコア	222	1.3	6.3	219	-0.6	5.6	3.406	439	0.001
全体的健康観	222	3.5	6.2	220	-0.4	5.8	6.805	438, 534	0.000
身体機能	222	1.4	6.3	219	0.0	7.1	2.239	439	0.026
日常役割機能 (身体)	222	1.1	7.4	219	0.2	7.4	1.223	439	0.222
体の痛み	222	1.9	7.4	220	-0.2	7.2	3.084	440	0.002
活力	222	2.7	5.9	220	-0.5	5.8	5.775	439, 985	0.000
社会生活機能	222	0.8	8.2	219	-0.2	7.3	1.360	435, 102	0.175
心の健康	222	2.1	6.4	220	-0.5	5.6	4.615	433, 833	0.000
日常役割機能 (精神)	222	0.5	7.2	219	-0.5	6.4	1.543	439	0.123
開眼片足立ち最大時間 (秒)	220	3.4	14.8	219	3.2	14.8	0.175	437	0.861
TUG最小時間 (秒)	220	0.8	1.4	220	0.2	1.1	4.473	438	0.000
5m通常歩行時間 (秒)	220	0.4	1.0	219	0.0	0.7	4.680	387, 593	0.000
5m最大歩行最小時間 (秒)	220	0.3	0.5	219	0.1	0.4	4.899	437	0.000
WHO-5 (精神的健康度)	219	1.2	3.9	217	-0.6	4.4	4.749	434	0.000

図表 3-8 腰痛予防対策の効果

	介入群			対照群			t 値	自由度	有意確率 (両側)
	N	平均値	標準偏差	N	平均値	標準偏差			
腰の状態の評価 (JLEQ) (点)	213	7.4	13.3	196	0.7	9.0	6.064	374.628	0.000
転倒リスク評価表 (点)	213	1.4	2.3	196	0.0	2.2	5.932	407	0.000
SF8身体的サマリースコア	215	2.5	6.3	199	0.1	6.4	3.925	412	0.000
SF8精神的サマリースコア	215	0.6	6.7	199	-0.4	6.2	1.592	412	0.112
全体的健康観	215	4.4	6.4	199	0.2	6.9	6.464	403.026	0.000
身体機能	215	1.3	6.7	199	-0.4	7.2	2.483	412	0.013
日常役割機能 (身体)	215	1.3	7.7	199	-0.1	6.6	1.942	409.501	0.053
体の痛み	215	2.2	7.7	199	0.6	6.9	2.236	411.477	0.026
活力	215	2.5	5.8	199	-0.2	6.0	4.620	406.691	0.000
社会生活機能	215	0.8	9.0	199	-0.9	8.8	1.993	412	0.047
心の健康	215	1.2	6.7	199	0.2	6.4	1.528	412	0.127
日常役割機能 (精神)	215	0.5	7.1	199	-0.5	6.0	1.566	412	0.118
開眼片足立ち最大時間 (秒)	213	3.4	15.9	198	2.6	15.2	0.555	409	0.579
TUG最小時間 (秒)	214	0.7	2.0	199	0.1	1.4	3.203	411	0.001
5m通常歩行時間 (秒)	214	0.3	0.6	197	0.1	0.6	3.979	409	0.000
5m最大歩行最小時間 (秒)	214	0.2	0.4	197	0.1	0.4	3.451	388.761	0.001
WHO-5 (精神的健康度)	213	1.6	4.1	196	0.1	4.0	3.819	407	0.000

図表 3-9 転倒・骨折予防対策の効果

	介入群			対照群			t 値	自由度	有意確率 (両側)
	N	平均値	標準偏差	N	平均値	標準偏差			
転倒不安感尺度 (点)	113	0.8	3.2	103	-0.1	2.8	2.243	214	0.026
転倒リスク評価表 (点)	113	1.4	2.5	103	0.3	2.2	3.405	214	0.001
SF8身体的サマリースコア	114	0.5	7.6	103	0.1	7.1	0.420	215	0.675
SF8精神的サマリースコア	114	1.6	7.5	103	0.9	7.6	0.702	215	0.484
全体的健康観	114	2.6	7.4	103	0.2	6.2	2.559	214.017	0.011
身体機能	114	-0.5	7.8	103	-0.1	9.2	-0.384	215	0.701
日常役割機能 (身体)	114	0.1	10.6	103	-0.4	7.0	0.420	197.676	0.675
体の痛み	114	1.6	8.2	103	1.6	8.2	-0.009	215	0.993
活力	114	2.5	6.9	103	1.2	6.6	1.458	215	0.146
社会生活機能	114	0.4	11.6	103	0.3	9.5	0.045	215	0.964
心の健康	114	1.7	6.7	103	1.1	6.4	0.598	215	0.551
日常役割機能 (精神)	114	0.9	8.5	103	0.4	7.4	0.457	215	0.648
開眼片足立ち最大時間 (秒)	112	7.7	17.2	103	0.7	15.8	3.100	213.000	0.002
TUG最小時間 (秒)	113	0.7	0.9	103	0.1	1.5	3.361	214	0.001
5m通常歩行時間 (秒)	113	0.2	0.6	103	0.0	0.7	2.824	214	0.005
5m最大歩行最小時間 (秒)	113	0.2	0.4	103	0.0	0.5	3.507	214	0.001
WHO-5 (精神的健康度)	113	1.2	4.2	103	-0.5	4.3	2.826	214	0.005

■スクリーニング

痛みの部位、日常生活制限の有無によって対象者を選択する。複数の問題がある場合については、特に改善したい課題を優先させる。ところで、本サービスでは、発症より3ヶ月以内の「急性の痛み」は、医師の指示がある場合を除いては対象外となる。

- 膝の痛みにより、日常生活の制限を感じているもの。⇒膝痛対策プログラム
- 腰の痛みにより、日常生活の制限を感じているもの。⇒腰痛対策プログラム
- 過去1年間に転倒した経験のあるもの。あるいは転倒の恐怖により活動制限を感じているもの。⇒転倒・骨折対策プログラム

ただし、転倒経験がない者についても、転倒リスク評価表（鳥羽 他，2005）＜厚生労働省 HP 参照：参考資料3－2＞で10点以上であれば転倒・骨折対策プログラムを検討する。

■

■ アセスメント

運動器疾患対策で、通常の体力測定に加えて、痛みと痛みによる活動制限の評価を行う。

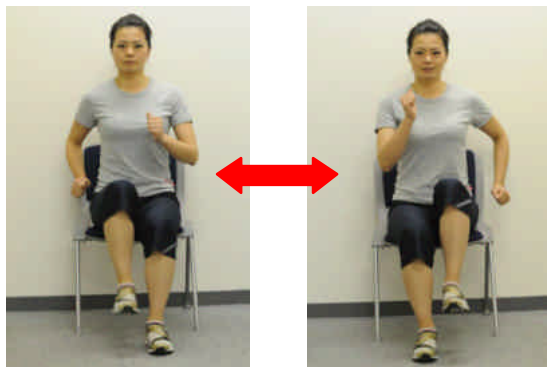
痛みのアセスメントではビジュアルアナログスケール(VAS)が参考になる＜厚生労働省 HP 参照：参考資料3－3＞。また、痛みの3つの兆候、運動を始めてから痛み出すまでの時間 T1、痛み出してから運動を継続できる時間 T2、運動をやめてから痛みが元に戻るまでの時間 T3 を聴取し、T1、T2 が0分である場合には、急性期の痛みと同様と判断し局所の安静を心がけ、T3 が30分を超える場合には、反応性の高い痛みと判断し、反復回数、関節可動域を制限するなど保護的に運動を行う方法が有用である。また、運動の前後で、可動域が制限される場合にも保護的に運動を行うとよい。

プログラムの有効性の判断には、包括的評価を用いる。膝痛では活動制限などを評価するために、日本版変形性膝関節症患者機能評価表(JKOM)＜厚生労働省 HP 参照：参考資料3－4＞、腰痛では疾患特定・患者立脚型慢性腰痛症患者機能評価尺度(JLEQ)＜厚生労働省 HP 参照：参考資料3－5＞が参考になる。転倒は、転倒不安に起因する活動性の低下が問題となることから、Tinetti の転倒不安感尺度＜厚生労働省 HP 参照：参考資料3－6＞が参考となる。

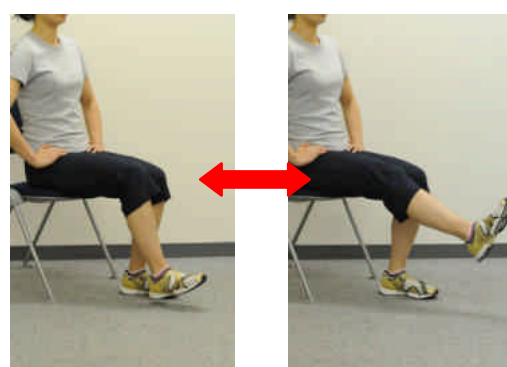
■ プログラム

膝痛対策では、運動に先立った関節液の潤滑は特に重要である。足踏みによる、大腿骨と脛骨の運動性を高めるとともに、膝関節の屈曲伸展による大腿骨と膝蓋骨の運動性も高める。

【足踏み】



【膝関節の屈曲伸展】



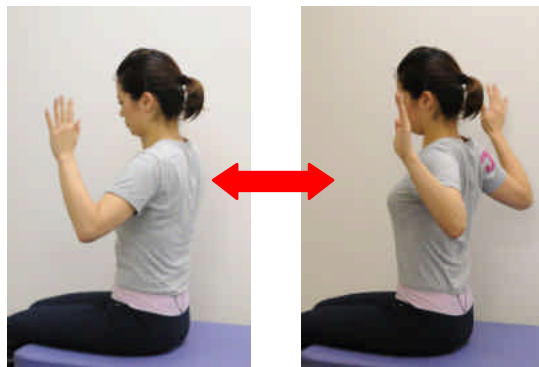
また、ハムストリングス、下腿三頭筋、腸腰筋の短縮を認める場合が多いので、ストレッチを行う。

この後、抗重力筋を中心とした運動を行う。

腰痛対策では、体幹の固定性を高めることに主眼を置く。腹筋・背筋の筋活動を促ながす、ウ

ウォールストレッチや仰臥位で頭部を挙上する運動を導入する。

【ウォールストレッチ】

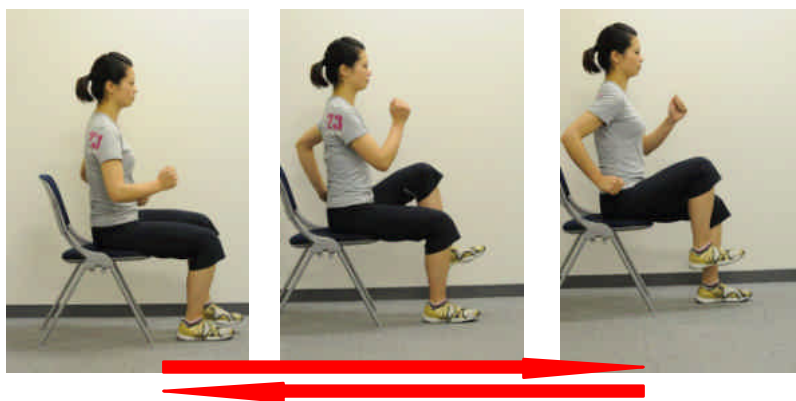


【頭の持ち上げ】



その後、骨盤をコントロールしてよい姿勢を保つ運動を行い。お尻歩きなど姿勢を崩す刺激を与えながらもよい姿勢を保つ運動へ発展する。

【お尻歩き】

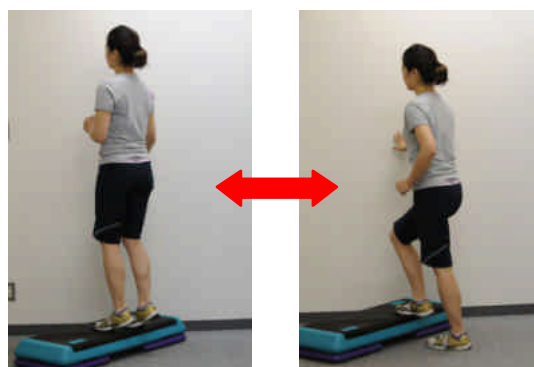


転倒・骨折対策は、従来の運動器の機能向上プログラムに準じるが、転倒をきっかけとした、生活機能の低下を予防することを目的にする。骨折対策は、著しい骨粗鬆症がある場合を除いて、骨量を増加させる効果の期待できる衝撃運動を取り入れることを検討する。

【踵落とし】



【膝を伸ばした階段おり】



プログラム実施例

【膝痛対策プログラム】

○ウォーミングアップ



○ウォーミングアップ

<関節液の循環向上>

①足踏み 20回×2セット

②膝の曲げ伸ばし 20回×2セット

<ストレッチング>

③ハムストリングス[背中を真直ぐに保つ] 15秒×2セット

④膝蓋骨周囲[両手で輪を作り押す] 15秒×1セット

⑤内転筋群[からだを前傾し両手で外側に押す] 15秒×2セット

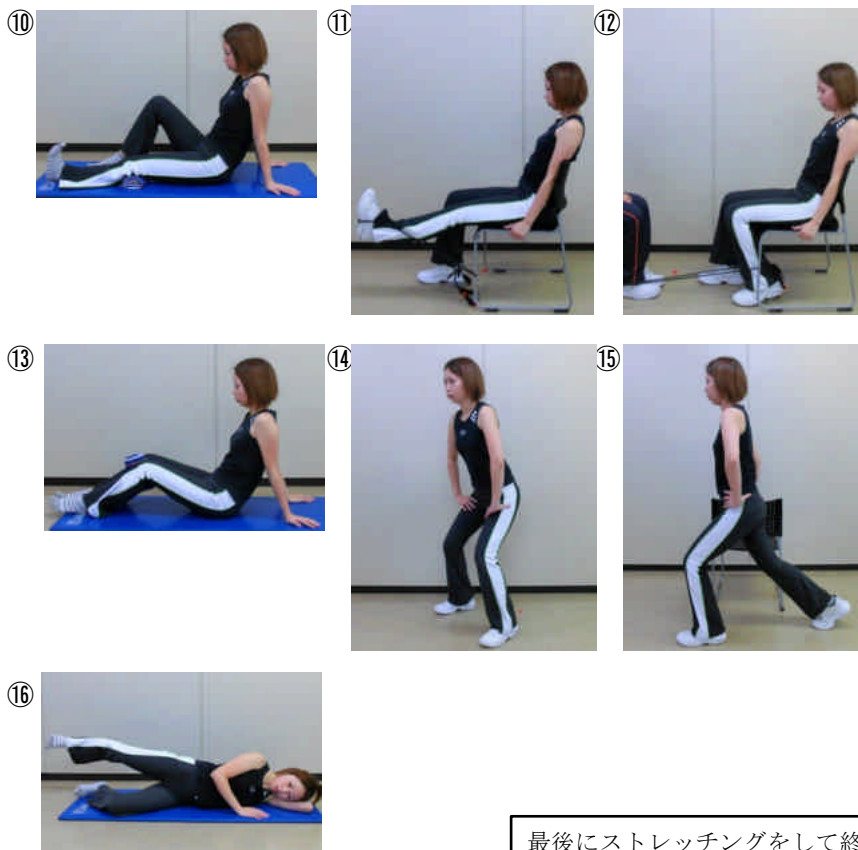
⑥殿筋群[足をかけ両手で胸の方へ引き寄せる] 15秒×1セット

⑦腸腰筋[腰を反らさず、おへそを上に向ける] 15秒×2セット

⑧下腿三頭筋[膝とつま先を真直ぐに保つ] 15秒×2セット

⑨大腿四頭筋[タオルをかけ膝を後ろに引く] 15秒×2セット

○主運動



○主運動<筋力向上運動>

⑩タオルつぶし[膝を伸ばし太ももに力を入れる] 5秒×10回×3セット

⑪チューブ膝のばし[背もたれに寄りかかり膝を伸ばす] 15回×2セット

⑫チューブ膝まげ[向かいの人の椅子の脚にチューブを巻き、踵を手前に引く] 15回×2セット

⑬タオルはさみ[内ももに力を入れる] 5秒×10回×3セット

⑭1/4 スクワット[立位姿勢から股関節と膝関節を軽く曲げ伸ばしする] 15回×2セット

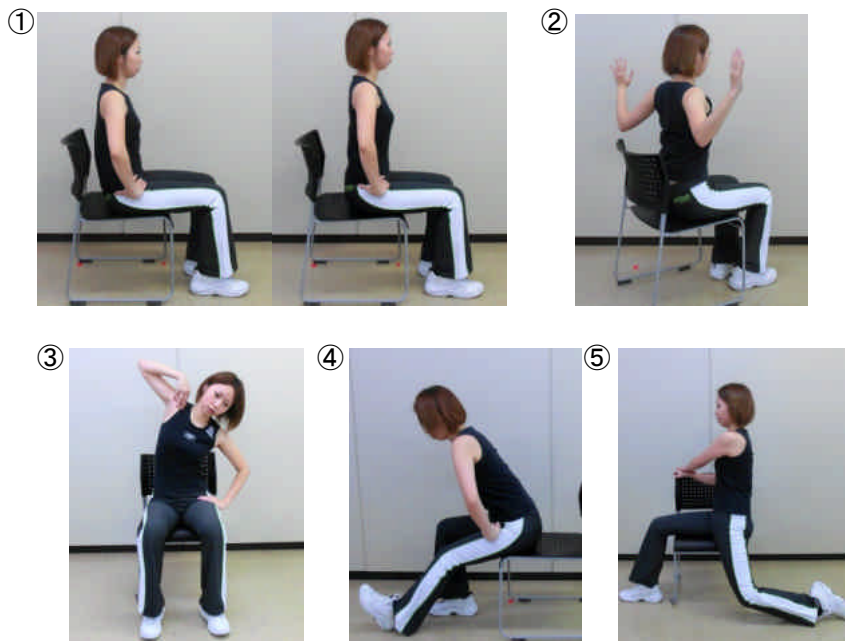
⑮前方足こらえ[前後開脚にて前方の脚に少しずつ体重をかける] 15回×2セット

⑯横向き足あげ[つま先を正面に向けたまま行う] 20回×2セット
他に体幹や足関節の運動を行う。

最後にストレッチングをして終了する（ウォーミングアップを参照）。

【腰痛対策プログラム】

○ウォーミングアップ



○ウォーミングアップ

＜骨盤の可動性を高める運動＞

①骨盤の後傾位と中間位の間で前後に動かす。 10往復×2セット

＜ストレッチ＞

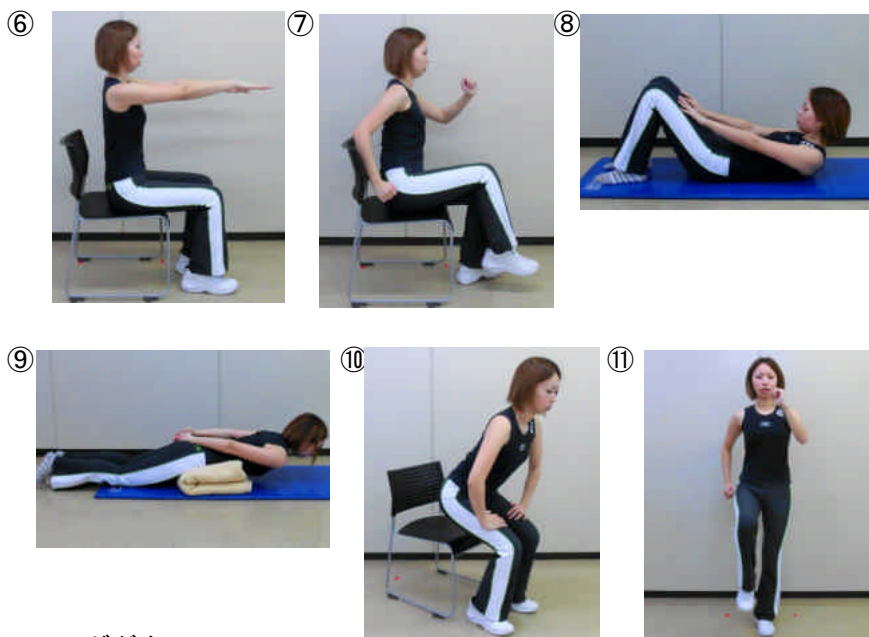
②ウォールストレッチ【肩甲骨を寄せながら肘を引く】 10往復程度

③腹斜筋【左のお尻に体重をのせ、右に側屈する】 15秒×2セット

④ハムストリングス【背中を真直ぐに保つ】 15秒×2セット

⑤腸腰筋【腰を反らさず、おへそを上に向ける】 15秒×2セット

○主運動



○主運動＜筋力向上運動＞

⑥体幹深部筋【骨盤を中間位に保ち、おへそを背骨に近づけるようお腹をへこませる】 5秒×10回×3セット

⑦お尻歩き【⑥の状態を保ちながら前後移動する】 5往復程度

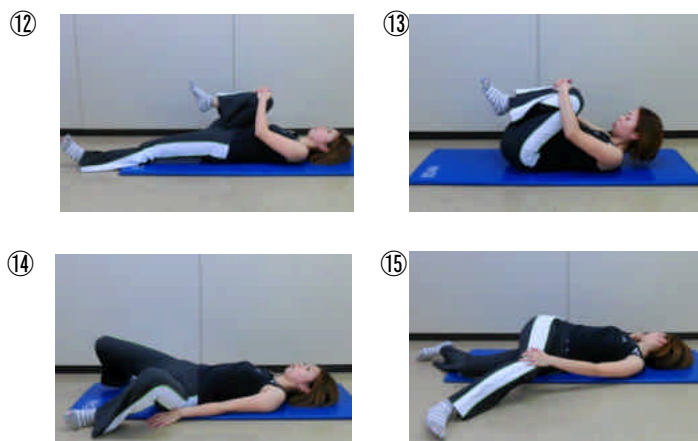
⑧頭の持ち上げ【腰を床に押しつけながら頭を持ち上げる】10回×2セット

⑨背筋【お腹の下にクッションを入れ、腰は反らさない】10回×2セット

⑩深部筋スクワット【⑥の状態を保ちながら立ち座りする】 15回×2セット

⑪深部筋ウォーキング【同様にその場で足踏みする】 30回×2セット

○クーリングダウン



○クーリングダウン＜ストレッチ＞

⑫腸腰筋【片膝を抱え反対側の足をのばし骨盤前面の筋を伸ばす】 15秒×2セット

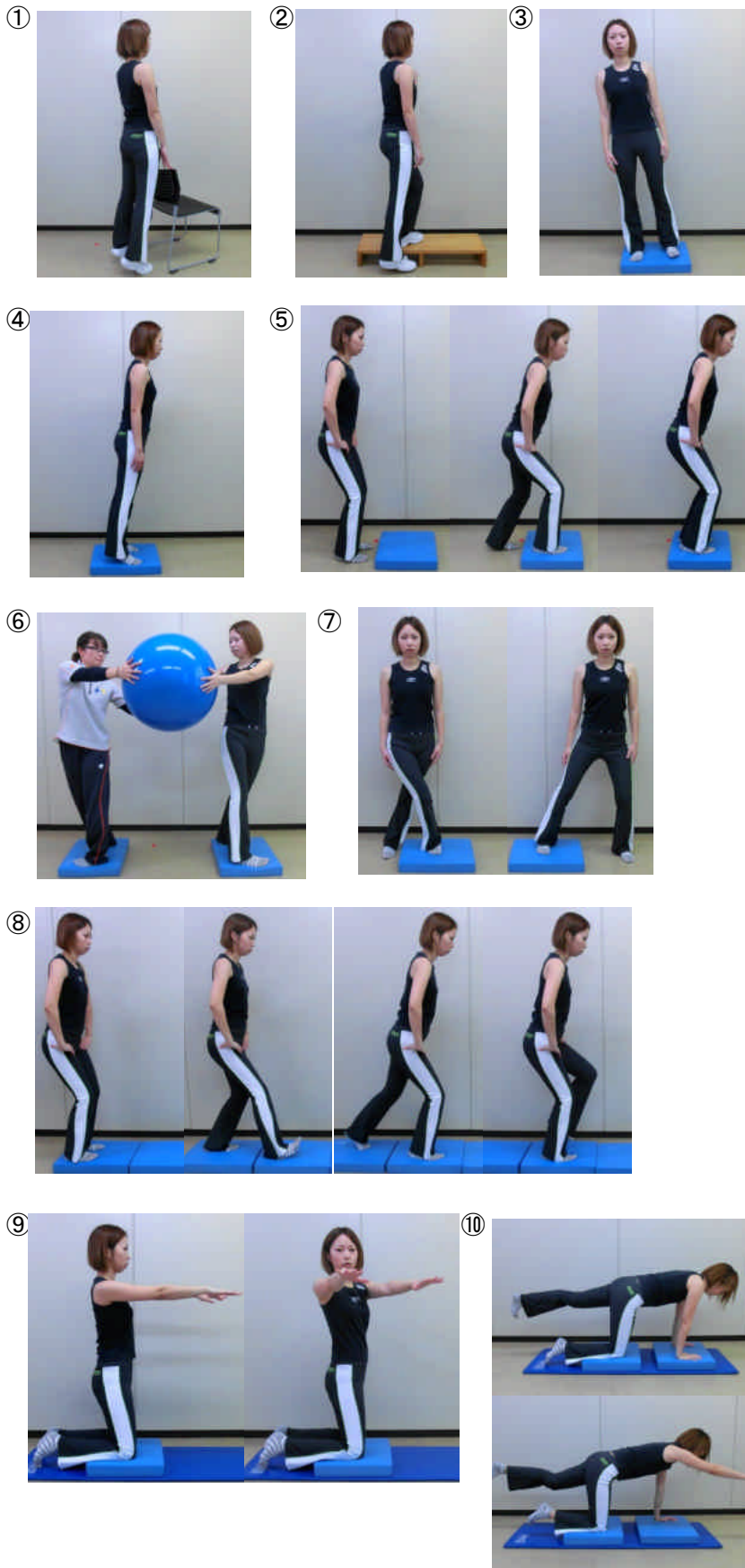
⑬両膝かかえ【両膝を抱え、腰をリラックスする】 15秒×2セット

⑭股関節周囲【足幅を広げて膝を立て、ヘソを上に向けたまま股関節を回旋する】 10回×2セット

⑮体側【両膝を立てて横に倒し、上になった膝を手で軽く押さえる】 15秒×2セット

【転倒・骨折対策プログラム】

○主運動



*主運動の前後にストレッチを行う(膝痛、腰痛対策プログラムを参照)。

<衝撃運動>

①踵おとし[爪先立ちの状態から踵に衝撃を与える] 20回×2セット

②台昇降[膝を伸ばして台から下りる]

10 往復×2セット

<バランス運動>

支持面が不安定になるため転倒には十分注意する。

③重心移動 A[開脚姿勢から左右に重心を移動する] 10 往復×2セット

④重心移動 B[同様に前方に重心を移動する] 10回×2セット

⑤昇降[軽く膝を曲げて、マットに上り下りする] 10 往復

⑥振り向き[背中合わせでボールの受け渡しをする] 10 往復程度

⑦クロスステップ[マットの横に立ち、足を交差させて上がり、反対側に下りる] 10 往復程度

⑧膝曲げ歩き[股・膝関節を適度に屈曲させてマット上をゆっくり歩く]

3m を 5 回程度

⑨膝立ちバランス[腹筋と殿筋を収縮させ膝立ち姿勢をとり、手を上下に動かしたり、体をひねったりする]

各 10 回×2セット

⑩台姿勢バランス[腕・体幹・大腿・床が四角くなるように構え、バランスを保ちながら手を上げたり、足を上げたりする] 10 回×2セット程度

*⑨、⑩の姿勢保持が難しい参加者には椅子座位、または立位にて行う。

3-4 予防給付における運動器機能向上サービス

要支援1及び要支援2に対する運動器機能向上サービスの目的は、介護予防サービス計画において設定された利用者の目標のための支援であって、提供されるサービスそのものはあくまでも手段であることに留意して実施する。

3-4-1 プログラムの実施

保険給付としての運動器機能向上サービスは、算定要件⁸を遵守することとし、具体的なプログラムは、前述の「3-3-4 プログラムの実施」を参照すること。

⁸ 「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第127号）

「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成18年3月17日老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号）

別添資料3-1 運動器の機能向上プログラム報告書の様式(例)

運動器の機能向上プログラム報告書(例)					
氏名			年 月 日生 (歳)		評価者名
要介護度 【 要支援1 ・ 要支援2 】					
介護予防ケアプランの目標(ニーズ)					
達成状況					
プログラムの目標					
達成状況					
達成状況	到達目標			コメント	
1ヶ月目					
2ヶ月目					
3ヶ月目					
項目	開始前 平成 年 月 日		終了後 平成 年 月 日		改善・維持
運動器疾患対策のための評価					
JKOM	VAS mm	25項目 点	VAS mm	25項目 点	
JLEQ	VAS mm	30項目 点	VAS mm	30項目 点	
転倒不安感尺度	点		点		
体力測定					
握力	1.(kg) 右・左 2.(kg)		1.(kg) 右・左 2.(kg)		
開眼片足立ち	1.(秒) 右・左 2.(秒)		1.(秒) 右・左 2.(秒)		
TUG	1.(秒) 2.(秒)		1.(秒) 2.(秒)		
5m通常歩行時間	1.(秒) 【補助具使用(有・無)】		1.(秒) 【補助具使用(有・無)】		
5m最大歩行時間	1.(秒) 【補助具使用(有・無)】		1.(秒) 【補助具使用(有・無)】		
主観的健康観					
開始前	1, 2, 3, 4, 5, 6				
開始後	1, 2, 3, 4, 5, 6				
コメント:					

1: 最高によい、2: とても良い、3: 良い、4: あまり良くない、5: 良くない、6: 全然良くない

別添資料3-2 運動器の機能向上プログラム実施計画（本人記載）（例）

運動器の機能向上プログラム
実施計画（本人記載）

氏名 提出日 年 月 日

運動の目標	
-------	--

それぞれを○で囲みましょう

行動目標	いつ	朝	昼間	夜
	どこで	家	集会所	()
	だれと	ひとり	仲間	()
	どのくらい	週1回	週2回	週3～5回 毎日

月 今週の目標（上に書いてあるもの）の達成度を評価しましょう
行ったら○、行わなかったら×をつけましょう

日	曜日	できればここに種目などを具体的に書く		
	月			
	火			
	水			
	木			
	金			
	土			
	日			
今週の 目標達成度	大変 よくできた	よく できた	あまり できなかった	ほとんど できなかった

別添資料3-3 運動器の機能向上プロセス評価チェックリスト(例)

以下のチェックリストを参考に取り組みが不十分だと思う項目をマニュアルで確認してください

		強く そう思う	そう思う	ややそう 思わない	そう 思わない
目 標	機能の向上を目的としたプログラムになっているか	☐	☐	☐	☐
	個別の課題を把握したプログラムになっているか	☐	☐	☐	☐
	期待される生活機能の改善が明確となっているか	☐	☐	☐	☐
安 全 管 理	実施前のバイタルサインのチェックは行っているか	☐	☐	☐	☐
	実施中に水分補給の時間を設けているか	☐	☐	☐	☐
	実施後のバイタルサインのチェックは行っているか	☐	☐	☐	☐
評 価	痛みを評価しているか	☐	☐	☐	☐
	定期的(事前・事後)な運動機能の計測がなされているか	☐	☐	☐	☐
	定期的な健康関連QOLの測定がなされているか	☐	☐	☐	☐
	評価を基に個別の課題を把握しているか	☐	☐	☐	☐
方 法	骨折予防及び膝痛・腰痛対策のための個別プログラムが検討されているか	☐	☐	☐	☐
	運動器の機能向上に関する知識の提供を行っているか	☐	☐	☐	☐
	筋力向上運動を行っているか	☐	☐	☐	☐
	プログラムの内容、実施頻度、各種目の回数が明確となっているか	☐	☐	☐	☐
	実施時間は1時間以上行っているか	☐	☐	☐	☐
フ ォ ロ ー ア ッ プ	脱落者は少ないか	☐	☐	☐	☐
	自主グループ化を試みているか	☐	☐	☐	☐
	プログラム参加後の活動状況を定期的に把握しているか	☐	☐	☐	☐

別添資料3-4 目標設定、セルフ・モニタリング、自己強化（例）

「足腰丈夫！」週間日記

月
日

月
日

※普段の生活で、「今週の宿題」ができそうな目標を立ててみよう！

いつ	週1日	3日おき	2日おき	1日おき	毎日
どこで	お家	公園	文化センター	その他	
だれと	ひとりで	お友達と	家族と	その他	

よくできた ◎
あまりできなかった △
まったくできなかった ✕

日	曜日	ストレッチ	筋トレ	体の調子・感想など

目標達成度
大変よくできた
よくできた
あまりできなかった
できなかった

「足腰丈夫！」カレンダー

いつ	週1日	3日おき	2日おき	1日おき	毎日
どこで	お家	公園	文化センター	その他	
だれと	ひとりで	お友達と	家族と	その他	

よくできた ◎
あまりできなかった △
まったくできなかった ✕

月

曜日						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

1ヶ月の目標達成度
大変よくできた
よくできた
あまりできなかった
まったくできなかった

第4章 栄養改善マニュアル

4-1 事業の趣旨

栄養改善サービスは、日常生活において「食べること」を支援し、低栄養状態の予防や改善を通じて高齢者がいつまでも「食」を楽しみ、自立した生活を送って、生活の質（QOL）の高い社会の実現を目指すものである。

高齢者の低栄養の予防や改善での課題は多岐に渡る。一次予防（全高齢者対象）においては「食べること」を大切に考え、支援を行う地域活動を育成し、健康・栄養教育や地域のネットワークづくりを行う。二次予防（要介護状態になるおそれのある高齢者対象）においては、管理栄養士が、他の関連サービスや対象者の身近な地域資源と連携し、栄養ケア・マネジメントを行う。特に、訪問型介護予防事業においては、訪問の保健師等と管理栄養士との連携が重要である。栄養改善サービスは、食事の内容だけでなく、おいしく食べることや食事の準備などを含む、高齢者の「食べること」を総合的に支えるものである。

地域で生活している高齢者を対象に「栄養改善」の取り組みを行った場合、以下の効果が認められている。

図表 4-1 栄養改善の取り組みの効果

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> (1) 食事摂取量の増加 (2) 体重の増加 (3) 身体機能の改善 (4) 主観的健康感の向上 |
|---|

図表 4-2 関係する研究情報

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ○体重減少・低体重が認められる対象者において、栄養改善プログラム参加前後で平均 2.3% の体重増加、基本チェックリストでの評価結果の改善や主観的健康感の改善がみられた。（平成 21 年度老人保健事業推進費等補助金「予防給付及び介護給付における『栄養改善及び栄養マネジメントサービス』の事業の評価・検証及び業務改善に資する調査研究事業」） ○全国 83 カ所の地域包括支援センターで把握された特定高齢者（平成 22 年度改正以後二次予防事業の対象者）のうち BMI 18.5 未満の全 1,070 名において、栄養改善実施者の BMI が改善する割合は、非実施者に比べ 1.49 倍であった。（平成 21 年度老人保健事業推進費等補助金「介護予防事業等の効果に関する総合的評価・分析に関する研究」） ○国際誌に発表された論文のレビューによると、BMI 20 未満の地域高齢者を対象にたんぱく質及びエネルギーを補給した介入研究では、15 論文中、エネルギー摂取量は 14 論文、体重は 13 論文、身体機能は 8 論文で有意な改善が報告されていた（杉山 2007, Stratton, 2005）。 |
|--|

4-2 一次予防事業

4-2-1 実施体制

地域の特性や資源を生かし、高齢者の「食えること」を支援する「まちづくり」の一環として、住民参画により介護予防普及啓発を行う。市町村は、関係専門職団体、社会福祉協議会、食生活改善推進員、民生委員、在宅栄養士団体、老人クラブなどの地域高齢者団体、食品の生産・流通、製造等に関わる民間企業、その他の関連主体を構成員とした推進委員会等を設置する。推進委員会は、普及啓発活動への助言、事業参加などを通じて、介護予防の推進に寄与する。

また、情報雑誌、有線放送、市民講座、食育推進活動などを通じて広く介護予防、栄養改善の必要性を普及啓発する。

4-2-2 実施内容

一次予防における栄養改善事業の実施内容は以下の通りとする。栄養改善事業の実施にあたっては、管理栄養士等が、関連職種や地域の関係者と連携して、対象者のニーズや食環境に応じて地域資源を活用するなどより効果的な取り組みを行う体制を整える。

(1) 介護予防普及啓発

介護予防のための「食えること」の意義、基本チェックリストの栄養関連項目や事前アセスメント項目とその意義、体重測定の意義と方法、低栄養状態と関連した課題とその解決、何をどのように「食えるのか」（食事バランスガイド等を使った目安の提示）、地域介護予防活動支援事業への参画の勧めなどが、普及啓発の内容として挙げられる。＜厚生労働省 HP 参照：参考資料 4-1＞

(2) 地域介護予防活動支援

ボランティアの養成・育成等を通じ、地域の「栄養改善」活動を支援する人的資源の開発とその質の向上を図る。対象は、食生活改善推進員、民生委員、社会福祉協議会等と連携した関連のボランティア団体、老人クラブの参加者、地域の一般高齢者などである。

(3) 「食えること」を支援する地域ネットワークづくり

地域高齢者への「食えること」の支援には、地域の保健・福祉・医療機関で働く管理栄養士・栄養士のネットワーク化による、介護予防のための切れ目のないサービス提供や情報提供、介護予防普及啓発や人材育成を推進する体制づくりが必要である。さらに、地域包括支援センターを要とした各専門職のネットワークやボランティア団体等の「食えること」への支援活動と連携し、多職種や団体等が参画する地域ネットワークづくりを目指す。それにより、一次予防事業のみならず、通所及び訪問型の二次予防事業における効果的な展開が可能となり、地域ぐるみの継続的な介護予防が可能となる。

4-3 二次予防事業

4-3-1 事前準備

(1) 対象者の選定

基本チェックリストにより二次予防事業の対象者と決定した者のうち、低栄養状態にある人（基本チェックリストの No. 11、12 の2つに該当する者）又は市町村の判断で低栄養状態のおそれのあると判断した人を対象とする。

なお、要介護認定等を受けていた者が「非該当」と判定された場合、基本チェックリストを実施しなくても、二次予防事業の対象とすることができる。新たに要介護認定等の申請を行った者が非該当と判定された場合は、基本チェックリストの実施などにより二次予防事業への参加が必要と認められた者が対象者となる。

4-3-2 事前アセスメント

個別サービス計画に必要な「低栄養状態等に係わる食生活上の課題」を見つけ出すために、その具体的状況や背景を聞き取るとともに、身長、体重等の計測を行う。これらは事前アセスメント表に記録する（別添資料4-1、4-2）。把握すべき項目には、以下の内容が考えられる。必要に応じて医師に相談する。

- (1) **体重**：体重の変化は、エネルギー摂取量の過不足の最も良い指標である。定期的な体重測定の実施の有無、体重の変化量、体重の減少や増加が続いているかを確認する。
- (2) **食事の内容**：1日の食事回数、主菜（肉・魚・豆類・卵などたんぱく質を多く含む食品を主とした料理）や副菜（野菜を主とした料理）、牛乳・乳製品・豆乳などの摂取回数、水分の摂取量を把握する。サプリメントや健康食品、こだわって習慣的に摂取している食品が、栄養面で不適切あるいは経済的に負担になっている場合もあるので確認する。
- (3) **食事の準備**：買物や食事の準備に不自由を感じているか、特に、野菜や果物などの生鮮食料品を定期的に入手できる状況にあるかどうかを確認する。また、食品の調理や保管が衛生的になされているかの確認も大切である。
- (4) **食事の状況**：食欲や食事への意欲の低下は、低栄養の大きなリスクとなる。そのため、食欲の有無、食事が楽しいか、他の人と一緒に食事をする機会があるか、1日の中での食事パターンなどを確認する。

なお、3ヶ月以内の手術や食事療法の必要な入院、食事療法や食事に注意が必要な慢性疾患、継続する下痢や便秘がある場合には、管理栄養士が個別相談を行い、必要に応じて医師の指示や指導等を受ける。

図表 4-3 事前アセスメント項目とその対応

		原因・対応等
A. 個別相談や医師への相談の必要性		
1	手術や入院	体力の回復、疾病の再発予防などのケアが必要である。
2	慢性疾患	食事療法をしながら低栄養状態にならないような食事の注意が必要である。
3	下痢や便秘	下痢の原因には、疾病や薬物が影響している場合や、不適切な食事、不十分な衛生管理など様々な要因がある。一方で、投薬、消化管機能の低下や水分摂取量の不足、運動不足、生活リズムの乱れなどにより便秘を起こしやすい状態にある。
B. 体重		
1	定期的な体重測定	定期的に体重を測定することによって、早期に体重の減少や増加を知ることができる。起床後、入浴前後、病院の受診時など、定期的に体重の測定をしやすい時を決める。
2	3ヶ月間の体重減少	体重の自然な減少がある場合には、食事の量や内容の不足、脱水の可能性がある。消化・吸収能力の低下、疾患や薬剤によるエネルギー消費量の増加に伴い体重が減少することもある。
3	3ヶ月間の体重増加	体重の自然な増加がある場合には不適切な食事が疑われる。疾病や薬剤による浮腫でも体重が増加する。食事内容に大きな偏りはないか、大きなストレスとなる出来事があったか、うつや認知症などにより過食をしていないかを確認する。
C. 食事の内容		
1	食事回数	1日に3回の食事が基本だが、1回に多くの量が食べられない場合には、食事の回数を増やす。間食はエネルギーやたんぱく質源として有効である。
2	肉、魚、豆類、卵の摂取	これらの食品を主とした料理（主菜）を3回の食事で毎食摂るようにする。現在の疾病の状況を考慮して、適切な食品を組み合わせる。プリン、チーズ、ヨーグルトなどは間食となる手軽なたんぱく質食品である。
3	野菜や果物の摂取	野菜を主にした料理（副菜）を毎回の食事で1～2皿摂るようにする。買物や調理の負担が少ない半処理済野菜（皮むき、カット野菜、レトルト食品、冷凍、缶詰）や宅配サービスの利用なども勧められる。
4	牛乳・乳製品、豆乳の摂取	調理が不要で、軟らかな形態が多いので、高齢者にも適した食品である。コーヒー、ココア、紅茶、抹茶、果実酢などをいれると飲みやすくなる。
5	水分の摂取	口渇感を感じにくくなるとともに、お手洗いが近いことや尿漏れを気にして水分の摂取量が少なくなりがちである。水分の摂取不足は、夏には熱中症のリスクとなる。血液が濃厚になると血栓ができやすくなる。1日に最低でも5杯（食事時に1杯を3回と食事間で2杯）は飲むようにする。
6	こだわりの食品	こだわって習慣的にとっている食品や補助食品・サプリメント、健康食品が栄養面で不適切あるいは、経済的に負担になっていると危惧される場合には、本当に必要かを検討する。
D. 食事の準備状況		
1	買い物	坂道や階段の状況、エレベータの有無など自宅の状態によっては、外出がしにくい、あるいは重い荷物を持つての移動が困難になる。 ①重い物の運搬が困難 電話、ファックス、インターネット等を通じて配達サービス、商店街やスーパーの配達サービス、地域の買い物ボランティアなどの情報を提供する。 ②行くことのできる商店がない 移動販売の有無、他の商店やスーパーの確認、自宅から注文できるサービスの活用、商店までの移動方法（コミュニティバス等）を検討する。 ③買物の経験不足 食生活改善推進員やボランティア等による買物同行や食品の選び方などの情報を提供する。
2	食事の支度	体力や気力の低下に伴う食事準備や調理の負担から食事の量が減少し、内容が偏りやすくなる。 ①体力的に食事の支度が困難 簡単にできる献立やレシピ、弁当や惣菜の宅配サービス、半調理品（皮むき、カット食材、レトルト食品、冷凍、缶詰等）、調理のボランティアや食

		事会等の情報提供、台所設備（調理台が高い等）や調理器具の不足の確認などを行う。運動機能向上のプログラム参加により、体力の向上を目指す。 ②調理経験不足 使用可能な調理器具（炊飯器、電子レンジ等）の確認と使用方法の指導、簡単な調理方法やレシピ、初心者向けの簡単料理教室、調理済あるいは半調理品、調理ボランティア等の紹介を行う。 ③食品の衛生的な管理 冷蔵庫が稼働し、適切に使用されているか、食品の保管方法が適切で、賞味期限・消費期限が守られているか、調理済みの料理や配食弁当等の保管方法、調理器具や食器が衛生的に使用されているかなどの確認を行う。
E. 食事の状況		
1	食欲	適切な食事の摂取のためには、適度な食欲があることが大切である。いつ頃から食欲が低下したのか、その頃に何か身体や生活の変化があったかを確認し、原因を把握する。「食べたい」「おいしい」と思う食べ物をまず食べて、食欲を早めに取り戻す。好きな食べ物、旬の食べ物や思い出の食べ物の話をする、デパートや商店街の食品売り場を歩いて、おいしそうな食べ物をみる、香りをかぐと食欲がでてくる。
2	食事が楽しい	食事の時間は、食事を楽しみ、他の人との交流を楽しむ場である。食事が楽しくなくなる理由には、味を感じにくいなどの身体の変化のほか、生活上の様々な出来事が影響する。味覚がひどく鈍くなっている場合には、薬剤が影響している場合もあるので、医師との相談も必要である。専門家によるカウンセリング、食事会や趣味のサークルなど他の人と話をしたり、一緒に食事をする機会を紹介する。
3	誰かと一緒に食事	1人での食事は、寂しさからの食欲の低下、食べる回数の減少、食材料の偏りなどから低栄養のリスクが高くなる。趣味のグループやボランティアなどの仲間と一緒に食事をする機会を作ったり、地域のボランティアに話し相手を依頼するなど他の人と交流する機会を勧める。
4	決まった時間に食事や睡眠	夜更かしや朝寝坊、食事時間が不規則な生活では、空腹感を感じにくくなる。決まった時間に、少しだけでも食べていると、徐々にその時間になると空腹感を感じるようになる。室内だけの生活で身体活動量が低下すると、食欲が低下するので、買物や散歩に出るなど外に出る機会をつくり、運動、休養（睡眠）、食事のバランスを整える。
F. 特別な配慮の必要性		
1	食べ物のアレルギー	アレルギーを示す食品を避けながら、低栄養のリスクを低減できる食事について提案する。
2	5種類以上の薬	多種の服薬により、栄養素の吸収率の低下、吐き気、口の渇き、便秘、下痢などが起こることがある。医師や薬剤師と相談し、病状に配慮した個別指導をする。
3	医師による食事療法の指示	不完全な食事療法による低栄養のリスクがないかをチェックするとともに、医師に相談し、適切な食事療法ができるようにする。
G. 口腔・嚥下		
1	小さくして食べる	食物摂取が十分にできない可能性がある。口腔機能向上のプログラムを勧めるとともに、食べやすい食形態を検討する。
2	飲み込みに問題	

4-3-3 個別サービス計画の作成

事前アセスメントの結果及び利用者の意向を踏まえて、個別サービス計画を作成する。その際、プログラムの目標、家庭や地域での自発的な取り組みの内容等を考慮して、実施期間、実施回数等を設定する。

まず、利用者が何をを目指したいか（例：「〇〇ができるようになりたい」、「もっと元気そうに見えるようになりたい」、「食事をおいしく食べたい」）をゴールとして設定する。そのゴールを達成するために、「体重をいつまでにどの位増加させたいか」、「おかずを1品増やす」というように、「何を」、「いつ」、「どこで」、「どの位食べるようにする」等の具体的な目標と行動計画を作成する（別添資料4-3）。その際、対象者にとって身近な地域の食に関連する資源の活用等の視点を盛り込む。事前アセスメントから把握したアセスメント項目への対応を図表4-3に示す。管理栄養士は、対象者及び家族が日常の生活や環境の中で、主体的かつ無理なく取り組めることに配慮し、本人による計画づくりを支援する。

サービスの形態には、通所型介護予防事業、訪問型介護予防事業がある。

（1）通所型介護予防事業

管理栄養士が看護職員、介護職員等と協働し、栄養状態を改善するための個別の計画を作成し、それに基づき個別的な栄養相談や集団的な栄養教育等を実施する。集団的なプログラムについては、複合的プログラムの一環として提供することが可能である。

（2）訪問型介護予防事業

保健師等が居宅を訪問して実施する訪問型介護予防事業において低栄養状態にある、またはそのおそれのある者の対応にあたっては、管理栄養士による訪問相談を実施することが望ましい（または、担当の保健師等が管理栄養士と連携して必要な情報を得て、支援を行う）。その際は、管理栄養士と保健師等との連携が重要であり、地域包括支援センターが作成した課題分析、目標設定等を踏まえて、訪問栄養相談を実施し、必要に応じて地域包括支援センターを通じて医師に相談する。低栄養状態を改善するために特に必要と認められる場合、配食の支援を実施することができる。

4-3-4 プログラムの実施

（1）プログラムの趣旨

プログラムは、高齢者の低栄養状態の改善をめざした食事の内容だけでなく、おいしく食べることや食事の準備などを含む日常生活における「食べること」の自立に向け、高齢者の嗜好、身体状況、生活習慣や食環境を考慮し総合的に支えるものである。

その際、管理栄養士は、栄養ケア・マネジメント体制のもとで、他の職種や地域資源と連携しながら、栄養相談を行う（訪問型介護予防事業では、担当の保健師等が管理栄養士と連携して必要な情報を得て、支援を行う）。

（２）プログラム実施期間・回数

実施期間は概ね 3～6 ヶ月程度（利用者の過度な負担とならず、効果が期待できる期間・回数）とする（例：栄養相談を最初の 1 ヶ月間は 2 週間毎に、その後は 1 ヶ月に 1 回程度等）。

（３）プログラム内容

家族を含めた個別指導、小グループでの栄養相談、集団的プログラムを適宜、組み合わせて実施する。初回の栄養相談及び教育等の実施時に、今後の日程や場所などを示した予定表を配布する。試食や調理等を行う場合には、管理栄養士等を中心として安全・衛生管理を行う。小グループで行う栄養相談は、グループダイナミックスによる効果をもつと言われている。二次予防事業における集団栄養教育プログラム（例）を＜厚生労働省 HP 参照：参考資料 4－2＞に示す。

集団的プログラムは、地域及び施設等の実情に応じて、複合型プログラムの一環として行うことができる。そのような実施形態においても、事前アセスメントから管理栄養士による個別相談の必要性を把握し、基本チェックリストの 2 項目に該当する者や集団での取り組みによる改善が困難と予測される者には、管理栄養士による個別相談を行う＜厚生労働省 HP 参照：参考資料 4－3＞。また、集団指導として、管理栄養士等による低栄養状態の説明や、対象者ひとり一人が実行可能な具体的な情報や技術提供を行う。簡単な調理実習やゲームなどによる双方向的プログラムを通じて利用者相互の関係づくりを行い、本人の参加や継続に対する意欲を高める工夫をする。参加者同士による情報交換も有効である。集団教育プログラム実施テーマと内容については図表 4－4 に示した。プログラム作成に際しては、気持ちをほぐし、楽しい時間を過ごして心理的な抵抗感を減らせるように配慮する。

集団的プログラムにおいても、「事前アセスメント（別添資料 4－1、4－2）→自己計画作成→実施→事後アセスメント（別添資料 4－4）」の栄養ケア・マネジメント体制を適用する。

図表 4-4 集団栄養教育プログラムのテーマと内容

講義

いきいき食生活	介護予防のための食生活とは、食生活チェックからはじめよう、食生活改善マイプランづくり
---------	--

グループワーク

市販食品の便利な利用法	缶詰や冷凍食品などを利用した料理を紹介
地域資源の紹介	地域の配食サービス、宅配サービス等の紹介
私の食事健康法	食生活や食事について気をつけていることや工夫の意見交換
私の好きな料理の紹介	自分のお気に入り料理自慢、わが家の自慢の行事食
食事会等の紹介	地区社協等で開催されるインフォーマルな会合での食事会の紹介
低価格な料理の紹介	300円でできるエネルギー、たんぱく質が豊富に含まれる料理の紹介
短時間でできる料理の紹介	20分でできる主菜（メインディッシュ）の紹介
食べ物を題材に考えよう	好きな食べ物、旬の食べ物の話し合い、食べ物写真・俳句づくり、食べ物絵手紙

実習

簡単おかず	調理未経験者を対象に、簡単にたんぱく質が多くとれるおかずを調理する
簡単おやつ	電子レンジですぐできる簡単でエネルギー、たんぱく質が豊富に含まれるおやつを調理する
調理するのがおっくうな日の簡単調理	電子レンジですぐできる簡単な1品、約80kcalのおやつを調理する
口腔・嚥下にやさしい食事	買った惣菜にひと手間（1つの鍋）だけでできるエネルギー、たんぱく質が豊富に含まれる食事の紹介
簡単レシピづくり	冷蔵庫にある常備品でできる料理の紹介
賢い食品の選び方、上手な買い物のしかた	介護予防のための簡単料理レシピの作成方法および紹介
配達・配食サービス	買い物実習、バーチャルバイキング、買い物リストの作成
おいしい食事は安全・安心から	配達・配食サービスの選び方、申し込みについての実習
やる気をおこすために	手洗いチェッカーによる衛生チェック、食品の保存・保管方法の実習
配食でバランスチェック	やる気や行動変容意欲の向上のための講話・演習と組み合わせる（笑いヨガ、モチベーションの向上など）
調理や買い物をする体力をつける	配食を普通の食器に移し替えて、試食をするとともに、適正量を確認する
	運動器機能向上プログラムと連携し、調理や買い物ができる体力づくりのための簡単な運動を紹介する

情報の提供

食事内容	手軽な間食、半処理済野菜の情報提供、食品表示等
食事の準備状況	買い物マップ、簡単にできる献立やレシピ、配達・配食サービス
口腔・嚥下	摂食嚥下機能に配慮したレシピ、口腔体操の方法
継続支援に向けて	自主活動グループ、支援者講座へのお誘い、市区町村等が実施する高齢者向け健康づくり事業の紹介
便利グッズのいろいろ	瓶の蓋をあける、袋を開封するなどやりにくい作業を助ける方法
身近な道具の活用法	膝や腰が痛い、体力が衰えた時に料理をするための身近な道具の活用方法と簡単な運動の紹介
特別な配慮の必要性	食事療法、栄養成分表示・アレルギー表示などの見方、医療機関紹介

訪問型介護予防事業において、栄養改善プログラムの一環として配食の支援を実施する場合には、単に配食をすればよいというものではない。対象者の問題にあった適切な配食サービスを選択し、配食された食事を具体的な栄養教材として、栄養相談に配食を効果的に組み合わせる。そのため、配食サービス担当の管理栄養士・栄養士、調理師、配達担当者との情報共有や連携が必要である。また、この場合の食材料費及び調理費相当分は利用者負担とすることを基本とし、利用料の設定に当たっては、低所得者に配慮することとなっている。配食サービス利用時も、配食前には事前アセスメントを行い、サービス計画に配食を位置づけ、モニタリング、事後アセスメントを順次行うマネジメント・サイクルを適用する。

モニタリングは、実施担当者がその実施状況や改善状況を把握するために行う（別添資料4－4）。初回の栄養相談の後、1週間から10日程度の間に、実施上の問題の出現や中断が無いかどうかを確認し、利用者の継続する意欲を高めるために、電話等により連絡し、適宜相談に応じる。利用者及び家族等が実施困難であると訴える場合には、代替案を提示し、計画修正を行う。

モニタリングは、可能な限り2回目以降の栄養相談の際に実施し、1ヶ月後の相談時からは毎回（1ヶ月に1回）行う。3ヶ月目には、事後アセスメントとして、計画の実践状況及び目標の達成状況、並びに低栄養状態の改善の程度を評価する。低栄養状態の改善が見られない場合や、計画の実施状況や目標の達成状況が十分ではない場合には、再度、利用者等と話し合っ

て食事に関する計画の修正を行う。そして、修正後1週間目に、実施上の問題の出現や中断が無いかどうかを電話等により確認し、適宜相談に応じる。

4－3－5 事後アセスメント

事業開始3～6ヶ月後に事後アセスメントを行い、事前・事後の状況を比較し、アウトカム指標を中心に評価を行う。栄養改善では、参加者の体重の変化、事前アセスメント指標の変化、主観的な健康感の変化などを評価する（別添資料4－4）。

これらの評価結果は、地域包括支援センターに報告する。そして、地域包括支援センターの判断に基づき、低栄養状態が改善された場合には事業を終了し、対象者には一次予防事業によるプログラムへの参加を勧める。一方、未だ低栄養状態にある、あるいはそのおそれがあると判断される場合には、継続して本サービスを実施する。なお、本サービスを実施している中で、改善・維持が見込めない場合や、参加者の状態が大きく変わった場合などは、地域包括支援センターと相談し、必要に応じて地域包括支援センターを通じて医師に相談する。

4-4 予防給付における栄養改善サービス

要支援1及び要支援2に対する栄養改善サービスの目的は、介護予防サービス計画において設定された利用者の目標のための支援であって、提供されるサービスそのものはあくまでも手段であることに留意して実施する。

4-4-1 プログラムの実施

保険給付としての栄養改善サービスは、算定要件⁹を遵守することとし、具体的なプログラムは、前述の「4-3-4 プログラムの実施」を参照すること。

⁹ 「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第127号）
「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成18年3月17日老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号）
「居宅サービスにおける栄養ケア・マネジメント等に関する事務処理手順及び様式例の提示について」（平成18年3月31日老老発第0331009号）

別添資料4-1 事前アセスメント表（例）

お名前

記入日

年

月

日

A. 個別相談や医師への相談の必要性			
1	この3ヶ月以内に、手術や食事療法の必要な入院をしましたか	はい	いいえ
2	呼吸器疾患、消化器疾患、糖尿病、腎臓病などの慢性的な病気はありますか	はい	いいえ
3	下痢や便秘が続いていますか	はい	いいえ
B. 体重			
1	定期的に体重を測定していますか 直近の時期に測定した身長 cm、体重 kg	はい	いいえ
2	この3ヶ月間に体重が減少しましたか	はい	いいえ
3	この3ヶ月間に体重が増加しましたか	はい	いいえ
C. 食事の内容			
1	1日に何回食事をしますか	回	
2	肉、魚、豆類、卵などを1日に何回、食べますか	1日に 回 または週に 回	
3	野菜や果物を1日にどの位食べますか	1日に 皿 または週に 皿	
4	牛乳やヨーグルト、チーズなどの乳製品、豆乳を1日に何回位食べますか	1日に 回 または週に 回	
5	水、お茶、ジュース、コーヒーなどの飲み物を1日に何杯位飲みますか	1日に 杯	
6	健康のためなどで、意識して食べている食品、補助食品、サプリメントなどがありますか	はい	いいえ
D. 食事の準備状況			
1	自分（料理担当者の（ ））が、食べ物を買いに行くのに不自由を感じますか	はい	いいえ
2	自分（料理担当者の（ ））が、食事の支度をするのに不自由を感じますか	はい	いいえ
E. 食事の状況			
1	食欲はありますか	はい	いいえ
2	食事をすることは楽しいですか	はい	いいえ
3	1日に1回以上は、誰かと一緒に食事をしますか	はい	いいえ
4	毎日、ほぼ決まった時間に食事や睡眠をとっていますか	はい	いいえ
F. 特別な配慮の必要性			
1	食べ物でアレルギー症状（食べると下痢や湿疹がでる）がでますか	はい	いいえ
2	1日に5種類以上の薬を飲んでいますか	はい	いいえ
3	医師に食事療法をするように言われていますか	はい	いいえ
G. 口腔・嚥下			
1	小さくしたり刻まないと食べられない食品がありますか	はい	いいえ
2	飲み込みにくいと感じることがありますか	はい	いいえ
H. 主観的な意識			
1	自分の健康状態をどう思いますか	1（良い） 2 3 4 5（良くない）	
2	自分の健康状態を良くするために、食事の調整を出来ると思いますか	1（できる） 2 3 4（できない）	

別添資料4-2 食事内容の記録（例）

食事は主に、いつ、どんなものを食べていますか？（たとえば、昨日はどうでしたか？）

		主食	主菜	副菜	その他
食 事 時 間	食事	ごはん パン そば・うどん など	焼魚・肉料理 湯豆腐 卵焼き など	けんちん汁 サラダ ほうれん草お浸し など	果物 牛乳・ヨーグルト など
	(:) 朝				
	(:) 昼				
	(:) 夕				
	間食				

別添資料4-3 栄養改善計画書（例）

お名前 _____ 作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

わたしのゴール（〇〇〇ができるようになる、もっと元気そうになるなど）

わたしの目標（ _____ 月 _____ 日まで）

（体重を〇kg増やそう、毎日、〇〇〇を〇〇〇〇〇して食べようなど）

わたしの計画（食事・その他）

（目標を達成するための計画を書いてみましょう）

特記事項

担当者 _____

別添資料4-4 栄養改善プログラム報告書（例）

番号	ふりがな		性別	男・女
	氏名		生年月日	
電話番号	() -		年	月 日 歳
住所	〒			
【栄養相談】	集団指導（講義 回、グループワーク 回、実習 回、その他 回）			
実施形態と回数	通所型個別相談 回		訪問型	回
担当者	管理栄養士 栄養士 医師 歯科医師 保健師 看護師 歯科衛生士 食生活改善推進員 ボランティア			
目標設定内容				
目標の変更 (月 日)				
【アセスメント項目】	初回 (月 日)	中間 (月 日)	終了時 (月 日)	
身長	cm	cm	cm	
体重	kg	kg	kg	
手術や食事療法の必要な入院	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	
慢性的な病気の有無	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	
下痢や便秘	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	
定期的な体重測定	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	
3か月の体重減少の有無	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	
3か月の体重増加の有無	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	
1日の食事回数	回/日	回/日	回/日	
肉、魚、豆、卵の摂取回数	回/日 回/週	回/日 回/週	回/日 回/週	
野菜、果物の摂取量	皿/日 皿/週	皿/日 皿/週	皿/日 皿/週	
乳製品・豆乳の摂取回数	回/日 回/週	回/日 回/週	回/日 回/週	
飲み物の摂取量	杯/日	杯/日	杯/日	
補助食品等の摂取	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	
買い物ที่ไม่自由	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	
食事の支度が不自由	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	
食欲の有無	あり 無	あり 無	あり 無	
食事が楽しい	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	
誰かと一緒に食事	あり 無	あり 無	あり 無	
決まった時間の食事・睡眠	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	
食物でのアレルギー症状	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	
5種類以上の薬	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	
食事療法の必要性	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	
小さくして食べる	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	
飲み込みにくい	はい いいえ	はい いいえ	はい いいえ	
主観的健康感*	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
自己効力感**	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
*「あなたは自分の健康状態をどう思いますか？」 1:良い 2:まあ良い 3:ふつう 4:あまりよくない 5:良くない				
**「あなたは自分の健康状態を良くするために、自分で食事の調整をできると思いますか？」				
1:できると思う 2:どちらかといえばできると思う 3:どちらかといえばできないと思う 4:できないと思う				
【最終評価】				
自覚的变化***				
最終経過	改善（一次予防事業へ） 維持・継続（二次予防事業） 悪化（入院・入所・介護認定（介護度 ）） その他（転居 不明 拒否 ）			
***「今回の〇〇事業に参加して、あなたの生活習慣に何か変化はありましたか？」				

第5章 口腔機能向上マニュアル

5-1 事業の趣旨

平成18年度施行の「地域支援事業」と「予防給付」に新たなメニューとして「口腔機能向上プログラム」（地域支援事業では「口腔機能向上事業」、介護保険サービスでは「口腔機能向上サービス」）が導入された。それは、明るく活力ある超高齢社会を実現するために、高齢者の口腔機能向上をはかることが不可欠であると、学際的根拠のもと立証されたためである。現在、本サービスは徐々に普及してはいるものの、まだ十分とは言えない。その理由には、以下のようなことが挙げられる。

- ①対象者本人（高齢者）が口腔機能向上の必要性について認識していない。
- ②事業提供者が、効果を具体的にイメージできない。
- ③事業実施に至る手続きが煩雑である。
- ④口腔機能向上支援の専門職が不在である。

これら課題を踏まえ、口腔機能向上の展開をさらに充実していくために、その考え方と手法を本マニュアルで紹介する。

口腔機能向上支援は、いつまでもおいしく、楽しく、安全な食生活の営みを目指す。

本事業は以下の3つの軸から構成されている。

図表 5-1 口腔機能向上支援の3つの軸

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> ①口腔機能向上の必要性についての教育 ②口腔清掃の自立支援 ③摂食・嚥下機能等の向上支援 |
|--|

口腔機能向上を実施することにより、以下が科学的に論証されている。

図表 5-2 口腔機能向上の実施による科学的論証

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> ①食べる楽しみを得ることから、<u>生活意欲の高揚</u>がはかれる。 ②会話、笑顔がはずみ、<u>社会参加が継続</u>する。 ③自立した生活と<u>日常生活動作の維持、向上</u>がはかれる。 ④<u>低栄養、脱水を予防</u>する。 ⑤<u>誤嚥、肺炎、窒息の予防</u>をする。 ⑥口腔内の崩壊（<u>むし歯、歯周病、義歯不適合</u>）を予防する。 ⑦経口摂取の<u>質と量</u>が高まる。 |  |
|---|---|

写真）東京都西多摩保健所「かむかむ元気レシピ」より

5-2 一次予防事業

5-2-1 実施体制

一次予防事業における口腔機能向上事業は、地域に在住する65歳以上のすべての高齢者を対象として、生涯にわたって自己の実現を目指すことを支援し、あわせて高齢者が活動的に社会への参画が図られるような「地域づくり・まちづくり」を目指すものである。歯科衛生士等が看護職員、介護職員等と協働し、実施において地域の特性や資源を生かして事業を行う。

図表 5-3 実施場所

市町村保健センター、公民館、福祉施設等 通所が困難な事例については、適宜、訪問により実施 委託基準を満たした診療所（歯科診療所も含む）、医療機関等

5-2-2 実施内容

（1）関係者・関係団体等からの理解と協力体制の確保

介護予防としての口腔機能向上プログラムについては、高齢者を含む一般住民にその意義や内容などがほとんど理解されていない現状にあることから、関係専門職団体、地区社会福祉協議会、民生委員、老人クラブ等の地域高齢者団体、その他関連の会議等の場を活用し、口腔機能向上関連の意義・内容・効果等について十分に情報提供し、地域における啓発普及の協力体制を確保する必要がある。

（2）講演会・キャンペーン等による周知教育活動

＜厚生労働省 HP 参照：参考資料 5-1、5-2、5-3＞

一般高齢者や保健福祉関係者、介護保険事業者等を対象に、加齢に伴う口腔機能の低下を予防し改善するプログラムの意義・方法・効果について、以下のような内容を含み、参加者が日々の生活や事業の中で具体的な行動に結びつくような講演会やキャンペーン活動を企画し実施する。

- ・ 口腔機能向上に関するクイズ、実習、体験教育などの工夫
- ・ パンフレットの作成・配布、ビデオ等の視聴覚媒体の活用

（3）口腔機能向上セルフケア資源の整備

平素、一般の高齢者が日常生活の中で実践できるセルフケアとしての口腔機能向上プログラムを浸透させるには、健康教育活動のみならず、工夫し自己管理用の「口腔機能自己チェックシート」を盛り込んだりするなど（別添資料 5-1）、口腔機能向上の一般高齢者施策にかかるセルフケアの環境整備が有効である。

5-3 二次予防事業

5-3-1 事前準備

(1) 実施場所

- ・ 市町村保健センター、公民館、福祉施設等
- ・ 通所が困難な事例については、適宜、訪問により実施
- ・ 委託基準を満たした診療所（歯科診療所も含む）、医療施設等

事業実施に際してふさわしい専用の部屋等のスペースを利用し、口腔清掃の指導等を実施するにあたっては、実施スペースに水道設備（洗面台等）があることが望ましいが、ガーグルペーンや手鏡等があれば机上でも実施可能である。

(2) 実施担当者

歯科衛生士等が看護職員、介護職員等と協働して実施する。担当者の心がけとして、口腔機能の低下予防や機能向上を通じて、一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを支援し、活動的で生きがいのある生活や人生を送ることができるよう支援することが重要である。

(3) 対象者の選定

基本チェックリストにより二次予防事業の対象者と決定した者のうち、口腔機能が低下している人（基本チェックリストの No. 13～15 のうち、2 つ以上に該当する者）又は市町村の判断で口腔機能が低下しているおそれのあると判断した人を対象とする（下記の②③に該当する人など）。

なお、要介護認定等を受けていた者が「非該当」と判定された場合、基本チェックリストを実施しなくても、二次予防事業の対象とすることができる。新たに要介護認定等の申請を行った者が非該当と判定された場合は、基本チェックリストの実施などにより二次予防事業への参加が必要と認められた者が対象者となる。

図表 5-4 対象者の選定

- | |
|---|
| <p>①基本チェックリストにおいて「口腔機能向上」関連の No. 13、14、15 の3項目中、2項目以上該当する者</p> <p>②視診により口腔内の衛生状態に問題を確認 <厚生労働省 HP 参照：参考資料5-1></p> <p>③反復唾液嚥下テストが3回未満</p> |
|---|

市町村は、基本チェックリストの実施について、関係窓口を活用し住民に対して働きかけ、関連機関等に周知するよう努める。関連機関等は、基本チェックリストの実施時に、地域支援事業にて口腔機能向上支援の必要性について、パンフレットなどを活用しながら対象者に動機づけをすることが必要である<厚生労働省 HP 参照：参考資料5-1、5-2、5-3>。同時に、対象

者の情報が把握担当の窓口につながるように、常に窓口を明確にしておくことが重要である。後日、本人に二次予防事業の参加案内の通知がくることを説明し、事業参加を勧奨する。

基本チェックリストの結果から示された生活機能の低下の状況を踏まえて何らかの介護予防プログラムの対象となる者を「二次予防事業対象者」として決定する。ただし、どの介護予防プログラムに参加するかの決定にあたっては、地域包括支援センターにおける介護予防ケアマネジメントと一体的に実施するよう配慮する。

（４）二次予防事業対象者への事業参加のための説明

＜厚生労働省HP参照：参考資料５－１、５－２、５－３＞

専門職種は、口腔機能向上の個別プログラム計画が、対象者の生きがいや自己実現にどのように関連し、効果があるのか参加者やその家族に説明する。このことが、摂食・嚥下機能の向上訓練や口腔清掃を継続的に実行するための有力な動機づけになる。

また、自宅でのセルフケアプログラムの指導もあわせて行う。この際、参加者一人一人に適した、効果的な摂食・嚥下機能の向上訓練の方法、口腔清掃法を説明する。摂食・嚥下機能の向上のための口の体操や口腔清掃が、参加者の生活習慣の一部として定着するように、本人や家族に対して情報を提供する。

5-3-2 事前アセスメント

(別添資料5-2 口腔機能向上に関する記録(例))

図表 5-5 事前アセスメント

①基本チェックリスト 3項目の課題確認	かみにくさ	咀嚼機能の問い。
	むせ	嚥下(飲み込み)機能の問い。
	口のかわき	口がかわくと口腔内の細菌叢が変わるため、肺炎や上気道感染のリスクに関する問い。
②咬筋の触診	噛みしめたときに、頬骨から下顎に向かって走る筋(咬筋)の触知具合により、咬合力を評価する。	
③歯や義歯の汚れ	口腔の清掃状態を評価する。	
④舌のよごれ	口腔の清掃状態を評価する。舌苔が認められれば、舌の運動機能や全身的な状態(舌診)についても推測できる。	
⑤ブクブクうがい	うがい際には、口唇、舌、頬、など口腔諸器官を全て使っているので、口腔機能の巧緻性と協調性を評価する。	
⑥RSST (反復唾液嚥下テスト)	30秒間に空嚥下(生唾を飲む)が何回できるかを観察する。3回以上できれば問題ないが、2回以下の場合は、嚥下機能が低下していることの見安になる。	
⑦オーラルディアドコキネシス	10秒間に何回、「パ」が言えるか測定する(口唇の機能を評価)。その他に「タ(舌の中央部分の機能評価)」「カ(舌根部や咽頭機能の評価)」についても同様におこない、主に咀嚼機能の巧緻性について評価をする。	
特記事項	上記(①～⑦)の中で、あるいはそれら以外に特記すべき事項があれば記す。(問題点ばかりではなく、肯定的な事項を記すのも良い。)また、対象者・利用者の状況により、質問、観察が実施できない場合は、特記事項の欄に理由を記す。	
問題点	口腔機能の問題として、かむ、飲み込み、口のかわき、口臭、歯みがき、食べこぼし、むせ、会話等について該当するものにチェックをする。	

5-3-3 個別サービス計画の作成

(別添資料5-3 口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録(例))

(1) 地域包括支援センター

地域包括支援センターは、介護予防ケアマネジメント事業(基本チェックリスト使用)の結果、把握された二次予防事業対象者の課題分析を行い、本人の自己実現に向けた介護予防ケアプランを作成する。本人・家族の意志に基づいてプログラム参加を支援し、その実施状況を評価するという一連のマネジメントを行う。

（２）市町村（受託事業所）

通所型を基本として確実かつ集中的に口腔機能向上プログラムを行う。地域包括支援センターが作成する介護予防ケアプランに基づき、歯科衛生士、保健師（看護師）、言語聴覚士等の担当者は、事前アセスメントにより参加者の課題やサービス提供上の注意点等を把握して、個別サービス計画（口腔機能の向上指導管理計画）を立案する。

５－３－４ プログラムの実施

（１）プログラムの趣旨

二次予防における口腔機能向上事業は、口腔機能が低下しているおそれがあり、要介護認定を受けていない高齢者を対象として、要支援・要介護状態に陥らないよう、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。

①口腔機能向上の必要性についての教育

当該事業への積極的な参加を図るためには、おいしく食べて、楽しく話し、よく笑うなどの基になる口腔機能を維持・向上させる必要があること、高齢者に理解しやすいように図表やビデオ、パンフレット実際の体験者の事例なども交えて説明し、理解を得る必要がある。

②口腔清掃の自立支援

口腔を清潔に保つ習慣は口腔疾患を予防するのみならず、高齢期には心身への生活の刺激ともなる上、インフルエンザ等の気道からの感染を防ぐ効果が大きく、また口腔清掃が咳や嚥下の反射機能などの口腔機能を向上する効果もある。これらを踏まえ、日常的な口腔清掃の意義と必要性について分かりやすく説明し、動議づけや習慣づけを行う。

③摂食・嚥下機能等の向上支援

担当者は、以下の摂食・嚥下機能等の基本的な知識を学んだ上で、参加者がそれらの機能向上訓練等を、セルフケアとして日常生活の場で継続実施できるようプログラムを実施する。

- ・ 加齢にともない低下する摂食・嚥下機能のメカニズム
- ・ 摂食・嚥下機能の低下により生じやすいムセや誤嚥・窒息あるいは肺炎
- ・ 摂食・嚥下機能の低下と食事環境との関連とその改善策

（２）プログラムの実施期間、回数

プログラムは３ヶ月で６回以上を目途とする。

図表 ５－６ 実施期間、回数

実施期間：３か月を目途 回数：６回以上を目途

(3) プログラム内容

(別添資料5-3 口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録(例))

1回のプログラムの流れは以下を目安とする。

図表 5-7 1回のプログラムの流れ

時間配分：30分を目途

担当者：歯科衛生士等が看護職員、介護職員等と協働して行う

歯科医師、医師の関与：口腔機能の低下のおそれのある対象者を把握して地域包括支援センターに情報提供(基本チェックリストを提出)したり、介護予防ケアプランや口腔機能改善管理指導計画の立案における助言・指導をしたりなど、本プログラムを支える役割を担う。また事業実施時の場を提供、事故トラブル等の発生時の際には協力する。

- ① 事前アセスメントの結果、実施担当者は、個別サービス計画(別添資料5-3 口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録)として専門職種が月1~2回程度実施する「専門職の実施事項」、および本人が居宅等で実施する「家庭での実施事項」を立案する。本人に説明し同意のもとに事業の内容を決定する。
- ② 口腔機能向上サービスの管理指導計画に基づき以下のプログラムメニューを実施する。
 - ・口腔機能向上の必要性についての教育
 - ・口腔清掃の自立支援
 - ・摂食・嚥下機能等の向上支援
- ③ 定期的なモニタリング(中間評価)とフォローアップを行い、参加者の日常生活におけるセルフケアとしての口腔機能向上プログラムの実施、継続を支援する。

図表 5-8 プログラム内容

- ① 口腔体操の指導：参加者自らが主体的に口唇や頬、歯や咽などの咀嚼や嚥下の器官の動きを維持し、高めていくための直接的な機能訓練
- ② 口腔清掃の指導：清掃しづらい部位を指摘し歯ブラシの仕方、義歯の清掃法・管理法等を指導
- ③ 口腔清掃の実施：本人では清掃困難な部位の清掃介助等の実施
- ④ 唾液腺マッサージ指導：三大唾液腺(耳下腺、顎下腺、舌下腺)へのマッサージ法の指導
- ⑤ 咀嚼訓練(指導)：おいしく食べ、窒息予防など安全な食事を継続するための訓練、および指導
- ⑥ 嚥下訓練(指導)：むせの軽減、肺炎予防などを目的とした訓練、および指導
- ⑦ 発音・発声に関する訓練(指導)：構音機能の維持・向上を目的とし、ひいては咀嚼や嚥下機能に関する訓練、および指導
- ⑧ 食事姿勢や食環境についての指導：食事の時の姿勢や適切な食具の選択など、その機能を十分発揮し向上できるような環境面への援助や指導助言を実施することである。

5-3-5 事後アセスメント

（別添資料5-2 口腔機能向上に関する記録（例））

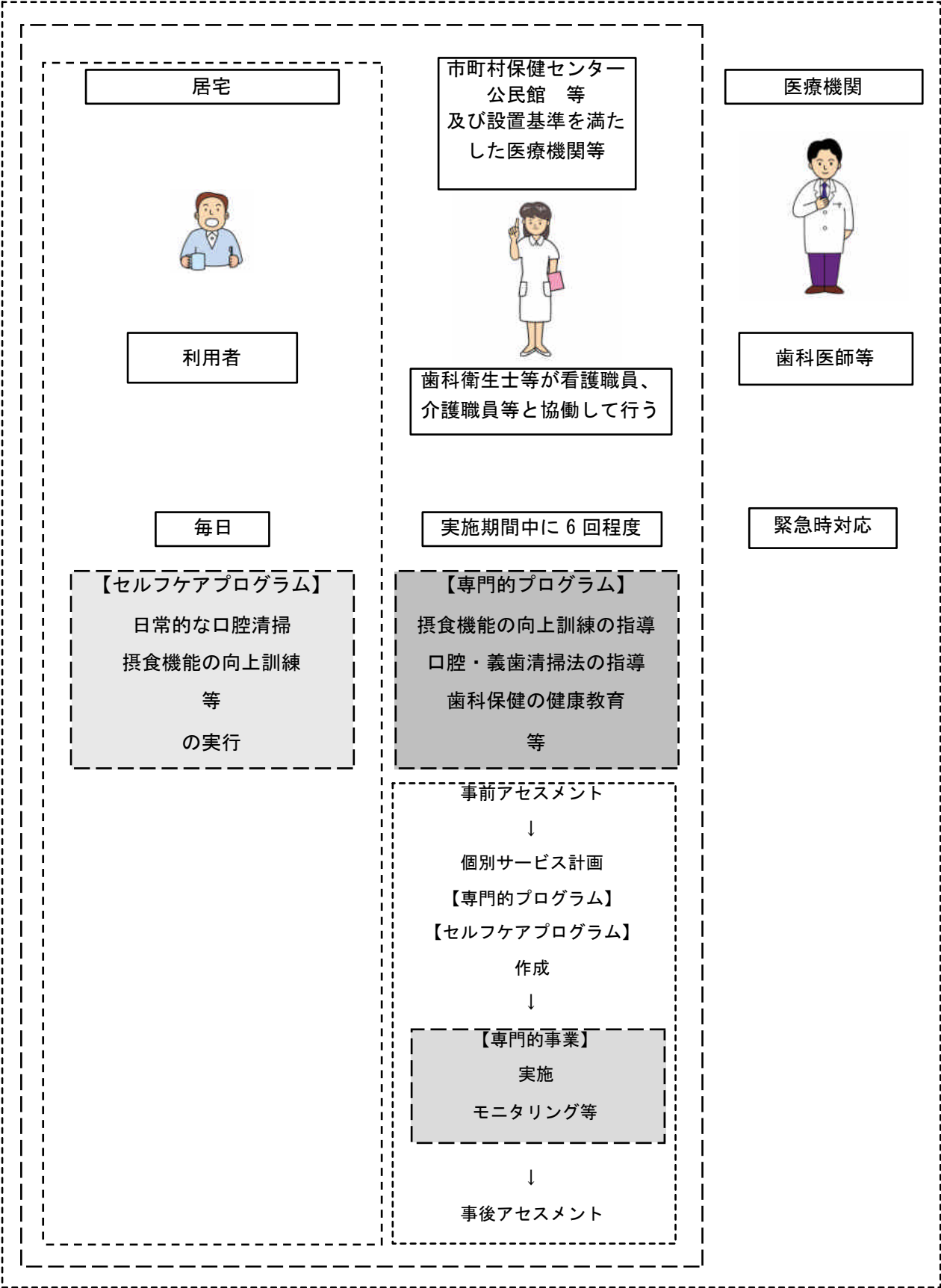
実施担当者は、事後アセスメントをとおして事業の実施効果（当初の目標の達成度、対象者の満足度等）の評価を行い、参加者と共有するとともに、地域包括支援センターに報告する。事後の総合評価として、以下の項目に留意しながら総合評価を行う。

図表 5-9 事後の総合評価

☐ 食事がよりおいしくなった	☐ 薄味がわかるようになった	☐ かめるものが増えた
☐ むせが減った	☐ 口の渴きが減った	☐ かみしめられるようになった
☐ 食事時間が短くなった	☐ 食べこぼしが減った	☐ 薬が飲みやすくなった
☐ 口の中に食べ物が残らなくなった	☐ 話しやすくなった	☐ 口臭が減った
☐ 会話が増えた	☐ 起きている時間が増えた	☐ 元気になった

各介護予防プログラムの報告等により地域包括支援センターの保健師等は参加者の状態等の効果の評価を行う。その結果、事業継続の可否について判断をする。

図表 5－10 二次予防事業対象者に対する口腔機能向上事業のイメージ



5-4 予防給付における口腔機能向上サービス

要支援1及び要支援2に対する口腔機能向上サービスの目的は、介護予防サービス計画において設定された利用者の目標のための支援であって、提供されるサービスそのものはあくまでも手段であることに留意して実施する。

5-4-1 プログラムの実施

保険給付としての口腔機能向上サービスは、算定要件¹⁰を遵守することとし、具体的なプログラムは、前述の「5-3-4 プログラムの実施」を参照すること。

¹⁰ 「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第127号）
「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成18年3月17日老計発第0317001号・老振発第0317001号・老老発第0317001号）
「口腔機能向上加算等に関する事務処理手順例及び様式例の提示について」（平成18年3月31日老老発第0331008号）

別添資料5-1 口腔機能自己チェックシート（例）

①から⑪まであてはまる方に○をつけて下さい。

- | | | |
|----------------------------------|--------------|----------|
| ①固いものが食べにくいですか | 1. はい | 2. いいえ |
| ②お茶や汁物等でむせることがありますか | 1. はい | 2. いいえ |
| ③口がかわきやすいですか | 1. はい | 2. いいえ |
| ④薬が飲み込みにくくなりましたか | 1. はい | 2. いいえ |
| ⑤話すときに舌がひっかかりますか | 1. はい | 2. いいえ |
| ⑥口臭が気になりますか。 | 1. はい | 2. いいえ |
| ⑦食事にかかる時間は長くなりましたか | 1. はい | 2. いいえ |
| ⑧薄味がわかりにくくなりましたか | 1. はい | 2. いいえ |
| ⑨食べこぼしがありますか | 1. はい | 2. いいえ |
| ⑩食後に口の中に食べ物が残しやすいですか | 1. はい | 2. いいえ |
| ⑪自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか | | |
| 1 a. どちらもできない | 1 b. 片方だけできる | 2. 両方できる |

（1 a、1 b）のいずれかがある場合は口腔機能低下の可能性が高く、注意が必要です。

別添資料5-2 口腔機能向上に関する記録（例）

ふりがな		☐ 男 ☐ 女	☐ 明 ☐ 大 ☐ 昭	年	月	日生まれ	歳
氏名		病名等					
		かかりつけ歯科医	☐ あり ☐ なし	入れ歯の使用	☐ あり ☐ なし		

1. 関連職種等により把握された課題等（該当する項目をチェック）

（記入日：平成 年 月 日、記入者： ）

☐かみにくさ ☐むせ ☐□のかわき ☐□臭 ☐歯みがき ☐飲み込み ☐会話 ☐食べこぼし
☐義歯（痛み・動揺・清掃状態・管理状態） ☐その他（ ）

2. 事前・事後アセスメント・モニタリング

（アセスメント、モニタリングでそれぞれ記入）

事前	平成 年 月 日	モニタリング	平成 年 月 日	事後	平成 年 月 日
	記入者		記入者		記入者
	☐ 言語聴覚士 ☐ 歯科衛生士 ☐ 看護師 保健師		☐ 言語聴覚士 ☐ 歯科衛生士 ☐ 看護師 保健師 ☐ 関連職種		☐ 言語聴覚士 ☐ 歯科衛生士 ☐ 看護師 保健師

観察・評価等	評価項目	事前	モニタリング	事後評価
①課題の確認・把握	固いもののかみにくさ	1 ない 2 ある		
	お茶や汁物等によるむせ	1 ない 2 ある		
	□のかわき	1 ない 2 ある		
②咬筋の触診（咬合力）	1 強い 2 弱い 3 無し			
③歯や義歯のよごれ	1 ない 2 ある 3 多い			
④舌のよごれ	1 ない 2 ある 3 多い			
⑤ブクブクうがい（空ブクブクでも可）	1 できる 2 やや不十分 3 不十分			

（以下の⑥と⑦の評価は必要に応じて実施）

⑥RSST（※ 30秒間の喉頭挙上の回数）	（ ）回/30秒	（ ）回/30秒	（ ）回/30秒	（ ）回/30秒
⑦オーラルディアドコネシス	パ（ ）回/10秒 タ（ ）回/10秒 カ（ ）回/10秒	パ（ ）回 タ（ ）回 カ（ ）回	パ（ ）回 タ（ ）回 カ（ ）回	パ（ ）回 タ（ ）回 カ（ ）回
⑧特記事項等				
⑨問題点	☐ かむ ☐ 飲み込み ☐ □のかわき ☐ □臭 ☐ 歯みがき ☐ 食べこぼし ☐ むせ ☐ 会話 ☐ その他（ ）			

3. 総合評価

①日常生活における口腔機能向上サービスの利用前後を比較した場合の特記すべき事項				
②口腔機能の評価				
☐	向上	☐	維持	☐ 低下

【総合評価結果】

①事業継続の必要性	☐ あり（継続） ☐ なし（終了）	②計画変更の必要性	☐ あり ☐ なし
備考：			

別添資料5-3 口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録（例）

ふりがな		☐ 男	☐ 明	年	月	日	生まれ
氏名		☐ 女	☐ 大				
			☐ 昭				

1. 口腔機能改善管理指導計画

初回作成日	年 月 日	作成者氏名：	職種
作成（変更）日	年 月 日	作成者氏名：	職種
ご本人またはご家族の希望			
解決すべき課題・目標			

【実施計画】（実施する項目をチェックし、必要に応じて「その他」に記入する。）

関連職種又は専門職種の実施項目	指導等	☐ 口腔機能向上に関する情報提供	☐ 口腔体操・嚥下体操	☐ 歯みがき支援	☐ 食事姿勢や食環境の指導
	その他				
専門職の実施項目	機能訓練	☐ 歯みがき実地指導	☐ かむ	☐ 飲み込み	☐ 発音・発声 ☐ 呼吸
	その他				
家庭での実施項目	本人	☐ 口腔体操・嚥下体操	☐ 歯みがきの実施	☐ その他（ ）	
	介護者	☐ 歯みがき支援（確認・声かけ・介助）	☐ 口腔体操等支援	☐ その他（ ）	

2. 口腔機能向上サービスの実施記録（実施項目をチェックし、必要に応じて記入する。）

実施年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
担当者名：	担当者名	担当者名	担当者名	担当者名	担当者名	担当者名
☐ 口腔機能向上に関する情報提供						
☐ 摂食・嚥下機能に関する訓練(指導)						
☐ 口腔衛生に関する指導（歯・義歯・舌、支援・実施含む）						
☐ 発音・発声・呼吸に関する訓練(指導)						
☐ 食事姿勢や食環境についての指導						
☐ その他（ ）						

特記事項（注意すべき点、利用者の変化等）

--

口腔機能向上関連のQ&Aについて

【基本チェックリストおよび二次予防事業対象者の把握・決定関係】

Q1：基本チェックリストは診療所で実施してもよいか。

A：「関連機関からの情報提供」に該当するものとして、基本チェックリストを、診療所（歯科診療所も含む）で実施しても差し支えない。

Q2：地域包括支援センターでのケアプランの作成は必須事項か。

A：作成の可否については、当該センターの判断に委ねられるものであり、全てにおいて必須ではない。

Q3：「二次予防事業対象者の決定方法」で示した各介護予防プログラムの基準に該当しない場合であっても、運動器の機能向上プログラム、栄養改善プログラム、口腔機能の向上プログラム等の対象として良いか。

A：「二次予防事業対象者の決定方法」で示した各介護予防プログラムの基準は、二次予防事業対象者を決定するための基準であり、二次予防事業対象者の決定後に実施する介護予防ケアマネジメントにおいては、当該基準に該当しない介護予防プログラムであっても、課題分析（アセスメント）の結果に基づき、適宜、介護予防ケアプランに加えても差し支えない（平成18年8月3日付、老健局老人保健課事務連絡）。

【事業の実施】

Q4：アセスメントの際の様式は、本マニュアルに掲載されたものが必須であるか。

A：本マニュアル掲載の様式は例であり、必須ではない。事業実施対象の実態に即し、有効かつ能率的な様式を活用されたい。

Q5：診療所等の医療機関での実施は可能であるか。

A：介護予防事業実施にあたり、実施要綱等の基準を満たすものであれば、診療所、病院等の施設利用は可能である。

Q6：事業実施にあたり、医師、歯科医師の指示は必要であるか。

A：本事業は、健康増進事業との解釈であり医療行為ではないため、医師、歯科医師の指示は不要である。ただし、医療が必要と認められたものには、勧奨されることが望ましい。

Q7：事業実施にあたり、本人あるいは家族からの同意書は必要であるか。

A：不要である。

第6章 閉じこもり予防・支援マニュアル

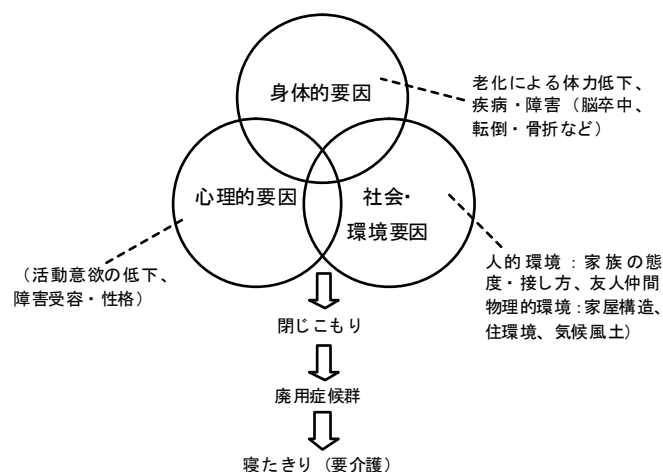
6-1 事業の趣旨

閉じこもり症候群とは、生活の活動空間がほぼ家の中のみへと狭小化することで活動性が低下し、その結果、廃用症候群¹¹を発生させ、さらに心身両面の活動力を失っていく結果、寝たきりに進行するという考え方である。

老化に伴い、さまざまな原因で外出頻度が少なくなり、生活空間が屋外・地域から自宅内（敷地内を含む）へと狭くなっていく。屋外や地域で、やるべきことがないと、どうしても日中の生活空間は屋内になりやすい。また、家庭における役割（買い物など）がない、あるいは地域社会における役割がないと、外出の頻度が低くなる。閉じこもり予防は、外出頻度自体を増加させることが目的ではなく、屋外、社会における役割を担う結果として、外出頻度が増え、生活全般を活性化させることが本来の目的である。

寝たきりの原因としての閉じこもり症候群をもたらす要因には、身体的、心理的、社会・環境要因の3要因が挙げられており、相互に関連して発生してくると考えられている（図表6-1）¹²（竹内，2001）。また、閉じこもり高齢者はさまざまな要支援・要介護のハイリスク状態を併存している場合が多い。例えば、社会活動が不活発であることが認知症の発症リスクを上げると考えられていることから、閉じこもりは認知症の発症のリスクとなっている可能性がある。また、閉じこもり状態が長くなることで、人との交流が減り、会話も少なくなり、気分的にも落ち込んだ気分になっていき、うつ傾向になっていくこともあると考えられる。さらに、例えば、低栄養状態であるために体力がなく、外出する意欲も低下して、閉じこもりになっているという場合もある。

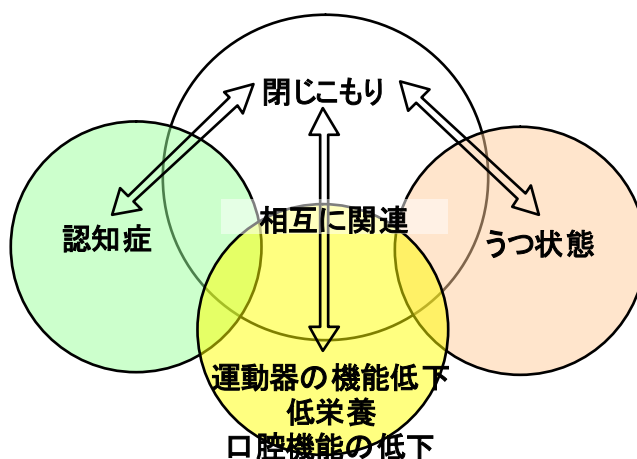
図表 6-1 閉じこもりの要因と位置づけ



¹¹ 廃用症候群とは、「廃用（使わないこと）」、すなわち不活発な生活や安静でおきる、全身のあらゆる器官・機能に生じる“心身機能の低下”である。

¹² 竹内孝仁：閉じこもり、閉じこもり症候群，介護予防研修テキスト，社会保険研究所，東京，2001，128-140，一部加筆。

図表 6-2 閉じこもりと他の関連モデル



このように、閉じこもりは、さまざまな要介護のハイリスク状態とも密接な関係を持っており、閉じこもりと他の要支援・要介護のハイリスク状態とは、因果関係というより相互に関連した状態であると考えられる（図表6-2）。

上述のように、閉じこもりは、他の要支援・要介護のハイリスク状態と極めて密接な関連を持っていることから、閉じこもりを解消することのみを目的とした単独の事業として実施するのではなく、他の地域支援事業や予防給付などとの協力・連携が必要である。

6-2 一次予防事業

他の地域支援事業と同様に、閉じこもり予防・支援においても、閉じこもりを作らないという一次予防がもっとも重要である。

6-2-1 実施体制

一次予防事業では、非閉じこもりを閉じこもりや閉じこもり予備群にしないという予防対策とともに、より活動的な生活になるよう支援することを目標とする。そのため、行政保健師、地域包括支援センター、民生委員、地域ボランティアなど、公的機関や地域の組織・団体、さらには地域住民をも含めた地域全体での支援体制・環境づくりにより介護予防の普及啓発を行う。とくに市区町村は、こうした活動を支援する主体として、さまざまな機関による構成員の連携に努める。

6-2-2 実施内容

仕事、近所づきあい、地域行事への参加、環境美化活動への参加、趣味や娯楽の活動、老人クラブ、ボランティア活動、地域の世話役を引きうけるなど、社会との交流が増すほど、健康感や生活への満足度が高くなり、精神面のうつ的な傾向は少なくなることが報告されている。したが

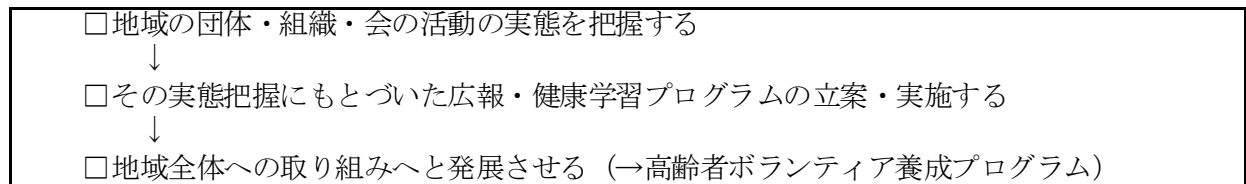
って、成人期までに拡大した地域社会との交流をできるだけ維持するような方策を講じ、閉じこもり予防・支援にもつなげるようにする。

（１）広報・健康学習プログラム（介護予防普及啓発事業）

「閉じこもり」は、社会との交流頻度が極端に低下した状態である。閉じこもり自体が病気や障害ではないという点、また、その要因が認知症やうつ、運動器の機能低下など他の要介護リスクの場合があるという点で、閉じこもりに特化した広報活動・健康学習はあまり馴染まない。

社会的役割や社会活動、趣味活動などの内容は、地域性によっても異なるので、以下の流れが大切である（図表 6－3）。

図表 6－3 具体的な展開例



①高齢者の社会活動・役割の実態調査

社会活動の分類としては、有償労働としての仕事（シルバー人材センターを含む）、地域の団体・組織活動、ボランティア活動、趣味や学習活動などがあげられる（図表 6－4）。団体・組織活動、ボランティア活動の例として以下のような活動が考えられる（図表 6－5）。

図表 6－4 地域の団体・組織・会の例

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● 町内会・自治会 ● 老人会・高齢者団体 ● 婦人会・女性団体 ● 民生委員や福祉関係の団体・組織 ● 保健や食生活改善関係の推進組織 ● 体育・スポーツ関係指導団体 ● 趣味やレクリエーション関係の会・サークル ● 地域の文化や祭りの関連組織 ● 農協・漁協・森林組合 ● 商工会・法人会などの商工団体 など |
|---|

図表 6-5 地域ボランティア活動の例

- 公園整備や花壇の手入れなどの美化・環境整備に関する活動
- 地域清掃や河川清掃などの清掃に関する活動
- 施設補修やペンキ塗りなどの作業活動
- 収穫や畑・田んぼ作業などの農作業に関する活動
- 集金・交通安全・夜回りなどの町内会・自治会活動
- 施設管理や案内・監視などに関する活動
- 子育て支援や本の読み聞かせなど保育に関する活動
- 介護・施設慰問・送迎・話し相手・配食などの高齢者福祉に関する活動
- 遊び指導やレクリエーション、伝統芸指導などの子どもに関する活動
- 運動指導、音楽指導、踊り指導など指導や講師に関する活動 など

②社会活動・役割の重要性に関する広報及び健康学習

地域における社会活動や役割の持ち方には地域の産業、都市部と農村部、地理的条件によっても異なる。このため、社会活動や役割をもつことの一般的な意義を伝えるのではなく、当該地域のデータを用いて、社会活動や役割を持っている人の例を示したり、社会活動をしている人の健康度や生きがい感が社会活動をしない人より高いことを具体的に示したりすることが重要である（図表 6-6）。

図表 6-6 例：高齢者を対象とした社会参加促進のための「役割づくり」に関する健康学習

1 回目：テーマ「やってみたい、やってほしい役割について」

- ・ 調査に基づいた社会活動・役割の実態について簡単に報告する。
- ・ 参加者を 6～7 名のグループにわけ、スタッフ 1 名（司会役）が加わる。
- ・ 各々の意見は、付箋に記し模造紙に張りながら発表。それについて話し合う。
（話し合いのルールとして、「出された意見を否定しない」「できないことの原因を探さない」「うなずきと笑顔を大切に」「話題を独占しない」など）
- ・ 各グループの内容をまとめて発表（司会役）。
- ・ 発表に対して全体のまとめ役が住民参加・協働の視点から意味付けを行う。

2 回目：テーマ「1 回目に挙げられた役割を推進するためにはどうしたらよいか」

- ・ 1 回目で得られた資料は、スタッフが実現可能性と有効性の観点から優先順位をつけ、発表。大切な役割の優先順位の確認をする。
- ・ その役割を地区の中に設定するためにはどのような条件整備（予算、組織、人）が必要か、付箋紙に書き出しながら自由に討論する。その条件整備は行政が担うことか、住民でもできることか等についても話し合う。
- ・ 各グループの意見をまとめて発表（司会役）。
- ・ 発表したものに対し全体のまとめ役が意味付けを行う。

高齢者の社会活動や役割の推進のためには、高齢者本人に対する普及啓発だけではなく、地域の若い世代へ向けての情報発信も重要である。地域ぐるみで高齢者が活動しやすいような場の創出や高齢者に対する役割期待の創出・見直しを進める。高齢者に「役割を持ちましょう」と啓発

するより、本人が望めば地域の中で何らかの役割が担えたり、ボランティア活動や趣味の活動などに参加できたりするような支援体制づくりに力点をおく。

また、家庭内の役割としての食事の支度や買い物などの家事的活動、預貯金の出し入れ（管理）や外来通院等に高齢者自身が主体的に関わることは、社会参加を促し、閉じこもりを解消することにもつながる。家事的役割は、高齢者も含めて家族全員で分担すべきものとの風潮を作っていくことが大切である。

（２）介護予防を推進する高齢者ボランティア（地域介護予防活動支援事業）

①高齢者ボランティアの意義と養成

地域における転倒・骨折予防教室などの介護予防に資する事業に高齢者が参加することは、「閉じこもり予防」にもつながる。これらの事業について、地域のボランティアを活用し、参加の声かけをしたり、教室運営のサポート役になってもらい、教室運営を活性化する。ボランティア活動への参加が参加者自身の役割を生み出し、生きがいがづくりにつながることから考えても高齢者ボランティア養成の意義は大きい。

地域には、さまざまなボランティア活動が展開されている。地域における資源としての高齢ボランティア活動の実態を把握することが、第一歩である。

②高齢者ボランティアの養成研修会

研修会では、地域のデータに基づく「閉じこもり」をはじめとする要介護状態をもたらすリスク要因の実態や問題点などについての情報提供や、介護予防につながる健康情報についての知識、技術（例：体操、レクリエーション、料理の仕方など）を習得のための時間、また、参加者のグループワークを通じたその地域らしいボランティア活動の進め方等を含むものとする。グループワークでは、ボランティア活動の地域でのすすめ方などについて自由に意見を出しあい、今後の活動に対する共通認識を深めることが大切である。

③高齢者ボランティアの活動を支援する

1 次予防としての介護予防事業は、地域全体を視野に入れた活動でなければならない。中央開催型の教室等の開催だけでは、その事業は地域全体には行き渡らない。最初は中央開催型活動であっても、いずれはボランティアが主催する独自の活動へと発展することが期待されている。このようなボランティア活動の継続・発展を支援するための行政スタッフの関与が重要である。

ボランティアと行政スタッフや専門家が問題を共有し、活動内容を見直すための定期的な会合（定例会）も必須である。その頻度は毎月または隔月が目安となる。行政スタッフは、新たな情報の提供や新たな技術（体操、レクなど）の紹介あるいは、活動を進めていく上での問題点の解消につながる環境づくりなどの支援につとめることが大切である。

また、年1回程度のボランティアを対象とした健康調査（体力測定や栄養調査、生活習慣などに関するアンケートなど）を企画し、その成績を返すことで活動継続の意義を実感してもらうことにも役立つ。

6-3 二次予防事業

6-3-1 事前準備

（1）対象者の選定

閉じこもりの「早期発見・早期対応」の第一歩としては、基本チェックリストによりスクリーニングを行い、対象者を把握することが必須である。また、かかりつけ医師、民生委員や食生活改善推進員、また、家族などからの情報収集が有効である。さまざまな情報源を活用し、より早く閉じこもり傾向のある人を見つける工夫が必要である。

閉じこもりの概念、定義はさまざまであり、現時点でも統一された定義はないが、基本チェックリストでは、「週に1回以上は外出していますか」と「昨年と比べて外出の回数が減っていますか」の項目が閉じこもりに関連する項目である。

基本チェックリストにより二次予防事業の対象者と決定した者のうち、基本チェックリストのNo.16に該当する者、又は市町村の判断で閉じこもりのおそれのあると判断した人を対象とする。

なお、要介護認定等を受けていた者が「非該当」と判定された場合、基本チェックリストを実施しなくても、二次予防事業の対象とすることができる。新たに要介護認定等の申請を行った者が非該当と判定された場合は、基本チェックリストの実施などにより二次予防事業への参加が必要と認められた者が対象となる。

図表 6-7 基本チェックリスト（抜粋）

番号	基本チェックリスト項目（抜粋）	回答	
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
17	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

閉じこもり高齢者の特徴として、特に予測因子として報告されたもののみを列挙した（図表 6-8）。このような要因を抱えている高齢者たちは「閉じこもり」の危険性が高い集団として早い段階での予防対策を講じることが重要である。

図表 6-8 閉じこもり高齢者の要因

身体的要因	歩行能力の低下、IADL 障害、認知機能の低下、散歩・体操や運動をほとんどしない、日常生活自立度が低下、視力・聴力の低下、下肢の痛み
心理的要因	ADL に対する自己効力感の低さ、主観的健康感の低さ、うつ傾向、生きがいがいない
社会・環境要因	高齢であること、集団活動などの不参加、家庭内での役割が少ない、社会的役割の低さ、親しい友人などがいない

6-3-2 事前アセスメント

閉じこもりと判断された二次予防事業対象者に対しては、通所系の介護予防事業メニューへ参加勧奨をする。ただし、閉じこもり高齢者の場合、さまざまな勧誘にも応ずることなく、外出しない（できない）高齢者が多い。

このため、呼び出し、勧誘に応じない対象者については、自宅を訪問することが必要である。市区町村や、地域包括支援センターから保健師等による訪問を行い、「閉じこもり予防・支援のための二次アセスメント票（例）」（別添資料6-1）等を用いて事前アセスメントを実施する。事前アセスメントでは、対象者の身体的、心理的特徴や、家族の意識・考え方、屋内外の物理的環境を的確に把握し、閉じこもりの要因や問題点について評価する。

（１）環境要因の考え方

生活空間の狭小化をもたらす住環境要因としては、大きく分けて

- ・ 坂道・階段・交通量などの自宅周辺の環境
- ・ 気温・降雨降雪量などの気候条件による屋外環境
- ・ 自宅の家屋構造や屋内環境

などが考えられる。自宅を訪問した際に簡単な聞き取りや観察により、対象者の部屋や、外出を阻害する可能性がある物理的環境を把握し、評価を行う。

また、対象者に毎日の居住習慣についてたずねることにより、家族との交流の様子、生活空間の狭小化の様子、余暇時間の活動性とテレビの視聴時間、社会との接触の程度や交流の様子を把握し、居住習慣からみた閉じこもりの様子をおおむね推し量るようにする。

（２）住環境の評価

閉じこもりをもたらす住環境要因としては、

- ・ 道路交通事情や気候条件などの地域が一体となって改善計画を検討すべき周辺環境
- ・ 対象者の自宅であっても直接的には改善が図りにくい家屋構造などの固定的な住環境
- ・ 家族や対象者が毎日の習慣として築いた生活様式などの居住習慣

がある。このうち、居住習慣の改善については費用がかからず、訪問プログラムに取り入れやすいため、「居住習慣へのアプローチ」から検討するべきであろう。閉じこもりをもたらしやすい要因を把握して、特に以下の点に注目して、働きかけを行う。

- ① 和室で床に長時間座る習慣をもつ高齢者には、日常的な長時間の床座位は運動機能の低下を導きやすいことを伝え、立ち上がって体を動かす習慣づくりを心がけるよう対象者と家族に促す。例えば、足腰を鍛える体操の紹介や、毎日の立ち座り回数の目標を設定して自発的な運動習慣を身につけるように促す。

- ② テレビの視聴時間が長い高齢者には、毎日長時間テレビを見続けることで一定の場所に座り続けていること、将来的には運動機能に影響することを伝える。また、テレビの視聴中心の生活からの脱却を目指して余暇時間の過ごし方について情報提供し、家族を交えた習慣づくりを促す。例えば、番組と番組の間の時間（コマーシャル時間）を利用して体を動かす作業や役割、体操を提案する。
- ③ 電話への興味が低く、社会的役割やネットワークを持たない高齢者には、身の回りに電話機があることの意義を家族に伝える。対象者が電話機を直接とり家族に取り次ぐ習慣を身につけ、役割として定着することで、電話での家族との会話、地域のさまざまな催し物やプログラムへのお誘いに対象者が直接対応することができ、定期的な情報提供や外出の誘いへの主体的な対応を導くことができる。例えば、催し物のチラシやカレンダーと直前のお誘いの電話の組み合わせによる外出の促しは、曜日ごとの自発的なスケジュール管理を促すことが期待できる。なお、「振り込め詐欺」が後を絶たない現状もあり、電話対応には注意を要することも忘れてはならない。

6-3-3 個別サービス計画の作成

事前アセスメントの結果や利用者の意向を踏まえて、課題や目標、プログラムの実施期間、実施回数、評価等を設定し、個別サービス計画を作成する。

（１）状況確認

利用者には、外出していない理由（例：「身体（足腰等）が不自由である」、「出かける先がない」、「交通の便が悪い」など）、および、サービス利用に関する要望や意向（例：「時々、訪問して欲しい」「人が大勢いるところに行くのが嫌」）について確認する。閉じこもりの場合は特に、家族からもサービス利用に関する要望等について可能な限り確認する。また、通所型介護予防事業へ勧誘し、拒否された場合にはその理由を把握しておく。

（２）目標設定

利用者に、現在、生活上でどのような課題があるかを確認する（例：「腰痛がある」「気分が沈んでいる」など）。また、サービス完了時にどのようなことがしたいかを確認する（例：「地域の集まりに参加したい」、「孫に会いにいきたい」、「庭の手入れをしたい」など）。その際、屋外での活動など、閉じこもり改善につながるものに限らず、生活全般について本人が目指していることとする。高齢者の閉じこもりの場合は、将来のやりたいこと（目標設定）について本人に考えてもらい、共有することが重要である。これらから、支援のポイントを踏まえ、プログラムを実施する。

（３）個別サービス計画の作成

事前アセスメントに基づき、個別サービス計画を作成する。計画書では、上述の状況確認、目標設定に加え、実施が決定したサービスの形態（通所型介護予防事業、訪問型介護予防事業）、実施期間、実施回数、評価を記録する。

6-3-4 プログラムの実施

（１）通所型介護予防事業（運動器の機能向上・栄養改善・口腔機能の向上プログラムへの参加）

まずは、通所系の介護予防事業メニュー（運動器の機能向上・栄養改善・口腔機能の向上・複合プログラム）への参加を勧奨する。「閉じこもりは、「週１回も外出をしない」高齢者である」ということを考えると、通所型介護予防事業メニューへの参加は容易でない。第一に、楽しそうである、興味深い、参加してみたい、といった気持ちになれるように、メニューが魅力的であることが求められる。その意味では、高齢者が興味を持てるようなメニューを作ることが重要である。その際に、それぞれの地域の人的、物的資源を活用するとよい。温泉が充実している地域では、温泉活用が有効であることが知られている。また、参加の勧誘は、単にパンフレットや案内の送付等のみでは、参加に結びつけることは難しい。直接のお誘いとしての声掛けや、訪問など対面式のコミュニケーションを通じて呼びかけることが大切である。

（２）訪問型介護予防事業（保健師等の訪問による支援）

地域包括支援センター、または、センターからの依頼による市町村保健師等が訪問し、事前アセスメントを行う。その際、自治体が発している各種通所型サービスの紹介を行い、対象者にあったサービスへの参加勧誘を行う。特に、ご本人がどのようなイベント等に興味があるかについて聞く。また、地域で行われている企画、イベント、催しなどを紹介する。なお、可能な範囲で、閉じこもりの問題点や健康面での留意点なども説明する。家族がいる場合には、家族にも同様の説明を行い、閉じこもりへの理解を深めてもらう。

訪問における事前アセスメントにより、閉じこもり高齢者は下記のように３つに大別されると考えられる（図表6-9）。

図表 6－9 閉じこもり高齢者の類型

- a. 通所サービス等の利用を望む対象者
- b. 自らの選択（意思）で閉じこもりを選び、外部から干渉されたくない対象者、及び主観的 QOL が高い、つまり現在自分は不満がなく、幸せだという対象者
また、支援が必要でも対象者本人が希望しない人
- c. 上記 a・b 以外で、支援が必要で、対象者本人が訪問を希望する人

a と b の対象者については、基本的に訪問は通常 1 回のみで、以下の 3 つの支援を行う（図表 6－10）。b のように、干渉されたくない対象者は、外出に関する行動変容過程において無関心であり、サービスの利用をいくら促しても、徒労に終わる場合が多い。このため、まず、地域で利用可能なサービス内容と閉じこもりの生活でのリスクを十分に説明して、その後、対象者自身が外出行動を増やすなどの行動変容の必要性を感じて、行政への支援の依頼につなげることを期待する。必要に応じて電話でのフォローアップもした上で、3 ヶ月後の事後アセスメントへつなげる。

図表 6－10 1 回の訪問時の 3 つの支援内容

- 各自治体が作成している介護予防に関する事業に関するパンフレット等に基づいて、通所型介護予防事業や地域のインフォーマルサービスなどの詳細を紹介し、利用を希望する場合は利用申請などの方法について情報提供し、利用につなげる。
- 閉じこもりはもちろん、認知症やうつなどの症状などで、行政の支援が今後必要になった時にはいつでも相談に乗り、対応してくれるという情報や連絡先などが掲載された資料等を使って周知を図る。現在は行政などの支援など必要ないと考えている高齢者が特に対象である。
- 閉じこもりの同居家族に対して、対象者が閉じこもり生活を続けていくと発生しやすいリスクを伝え、高齢者に楽をさせることが高齢者自身の自立をむしろ妨げることを伝える。

【ライフレビュー（回想法）を用いた訪問プログラムの例】

<厚生労働省 HP 参照：参考資料 6－1、6－2>

保健師等の訪問による支援の例として、ライフレビュー（回想法）を用いた訪問プログラムを紹介する。

閉じこもり高齢者は、通所型介護予防事業への参加には拒否的である場合が決して少なくない。身体的には外出できるだけの能力は十分にあるにもかかわらず、その能力が著しく低下していると感じていたり、一人で外出する自信がなかったりしている場合が多い。そのため、自己効力感を改善する目的でライフレビュー（回想法）（藺牟田ら，2004）を実施することは健康行動への変容を促すプログラムとして有用である。

このプログラムは、①既存のパンフレットを用いた知識の提供と、②自己効力感の向上を目指した心理療法であるライフレビュー（回想法）という 2 つのプログラムから構成されている（図表 6－11）。

図表 6-11 大田原市におけるライフレビューを用いた介入の内容¹³

1. 健康情報の提供（約 15 分）		
・ 血圧・腰痛、栄養などに関するパンフレットを使用		
2. ライフレビュー（約 45 分）		
1 回目	導入と児童期	例) ご両親はどんな方でしたか
2 回目	児童期と青年期	例) 学校には行かれましたか
3 回目	青年期	例) 一番楽しかったことは何ですか
4 回目	成人してからと壮年期	例) 20 代のときから現在まで考えていた だいて、最も重要な出来事は何でし たか？
5 回目	壮年期	例) 人生の中で願っていたことをなさ ったと思いますか？
6 回目	まとめ	例) 総じてどんな人生を送っていらっ しやったと思いますか？
3. 体操プログラム（オプション、約 30 分） （さわやか体操、しなやか体操の実施）		

保健師による初回訪問時に、通所型介護予防事業への参加の勧奨に対しては拒否していても、訪問型介護予防事業への参加勧誘に応じた高齢者に対して、ライフレビュー（回想法）を取り入れた訪問を実施する。

ライフレビュー（回想法）は、過去からの問題の解決と再統合を図ることで、自己効力感を向上させるものである。ライフレビュー（回想法）による訪問に同意しても、いきなり、過去を振り返って頂くということは現実的には難しい。天気やテレビでの最近の話題などよもやま話をしている中で、打ち解け、信頼関係が培われる。訪問時には初めからライフレビュー（回想法）を実施するのではなく、まず、専門家として「健康情報の提供」を行う。これにより、その後ライフレビュー（回想法）をスムーズに導入できるようになる。

①健康情報の提供

健康情報は、健康づくりを促進する上で重要と思われる情報で、これを提供することで、自身の健康づくりへの意識を高めてもらい、身体的自立を支援することを目的にしている。例えば、食事・栄養に関しては「食事で防ごう骨粗鬆症」、血圧については「塩分は少なめに」、転倒予防については「ウォーキングで転倒を防ごう」、心理的側面については「心の健康づくりを目指そう」、生活環境については「安全な住まい作りの工夫」など何種類かのテーマを用意する。

②ライフレビューの実施

ご本人に対し、ライフレビューについて以下のように説明する。「あなたは自分の人生を振り返ったことがあるでしょう。楽しかったこと、時には苦しかったことを経験されたことでしょう。自分の歴史を振り返って、それを評価することを回想（ライフレビュー）と言います。私と昔話に花を咲かせながら、今に生かしてみませんか？今回あなたにお話をさせていただく目的は、あなた御自身に自分の人生を振り返ってもらい、改めて自分の人生の深さや意味を感じていただくこ

¹³ 安村誠司、芳賀博、藺牟田洋美等、科学研究費補助金、平成 15～16 年

とと、人生の先輩であるあなたに後輩である聞き手が勉強させていただくことを考えております。方法は毎週1回、聞き手があなたのお家に訪問いたします。そこで、毎回45分間あなたのこれまでの御経験をお話していただきたいのです。」

（３）同居家族への理解・協力の呼びかけ

高齢者の閉じこもりを積極的に解消するには、該当高齢者の同居家族（以下、家族）の理解や協力が不可欠である。閉じこもり高齢者宅へ保健師ら専門家が訪問して様々なサービス提供に関する話をしても、やんわりと断る家族も少なくない。拒否の理由として、

「うちの高齢者はもう歳だから、プログラムに応じる能力がないので」

「他人に家に上がってもらうのは自分（家族自身）の時間をとられて困るから」

などが挙げられた。

このような背景には、家族が閉じこもりのリスクを理解していない現状と「家庭に干渉してほしくない」という心理状態がある。また、高齢者への思いやりと、将来何か起こったらという不安から、高齢者に必要以上に手をかけ、結局のところ、高齢者の役割を奪い、高齢者の外出を制限してしまう場合もある。いずれにせよ、閉じこもりに関する家族への情報提供は注意喚起の意味で非常に重要である。

家族の力をうまく活用するためには、高齢者に対する家族の接し方を問題にするのではなく、家族の自尊心を損ねない形で現在の対応を変容してもらうことが第一である。高齢者に向かって、「閉じこもっていてはダメ」と言うのではなく、家族には高齢者が自身の身近な行動に少しずつ自信をもってもらえるような家庭内役割をいくつか考えてもらい、その成功体験の積み重ねとして、最終的には外出行動のサポートをしてもらえるように協力を促す。

また、それを通じて、家族間での心地よい会話を増やし、高齢者の役割遂行を通じて自己効力感や有用感を高め、ひいては閉じこもりというライフスタイルの変容を目標とする。

①閉じこもりはハイリスクなライフスタイルであることを理解してもらう

閉じこもりに関してまとめたパンフレットなどを利用しながら家族に対して、同居高齢者の生活を閉じこもりという点から理解してもらう。家族の関わり方が閉じこもりというライフスタイルを促進する場合もあることもあわせて伝える。高齢者の生活に与える家族の重要性に気づいてもらい、家族から協力が得られるように働きかける。

②閉じこもり高齢者の家庭内での役割作りを通じ、役割行動への自己効力感や有用感を高める

高齢者が感じている家族との会話の乏しさや家族内での有用感の希薄さの改善として、家族に無理のない範囲で時間を作ってもらい、生活に即した役割作りや一緒に外出する用事を高齢者と

共に考えてもらう。具体的には、閉じこもり高齢者に家族内での役割を今以上に担ってもらえるように、高齢者自身に新たにどのようなこと(役割)ならできそうか、またはしたいか尋ねる。また、家族は高齢者にどのようなことをしてもらいたいと考えてもらう。それに基づいて、家族が実行を長期間遂行できるように実際に声がけをして励ますなどのサポートしてもらう。

③家族による外出時の同行

上記、②における役割作りとその遂行が継続し、高齢者の自己効力感や有用感が高まった場合に、家族と高齢者が一緒に外出する用事をつくり、試行する。うまくいった場合には徐々に外出の頻度を増やし、最終的には週1回以上外出することを目標とする。家族はその目標が達成できるように定期的に励ます。なお、試行がうまくいかなかったとしても、それは誰でも経験することであることを高齢者自身に伝え、また、外出したい場所が見つかった時には声をかけてほしいと促すことも忘れないのが大切である。

6-3-5 事後アセスメント

初回訪問後、3ヵ月後を目安として、「閉じこもり予防・支援のための二次アセスメント票(例)」等を用いて(別添資料6-1参照)、訪問後に事後アセスメントを実施する。対象者の身体的、心理的特徴や、家族の意識・考え方、屋内外の物理的環境などについて、評価を行い、訪問継続が必要かどうかについて、検討する。

別添資料6-1 閉じこもり予防・支援のための二次アセスメント票（例）

対象者氏名（ （ 年 月 日生 歳）		評価者氏名（ （ 年 月 日生 歳）	
〈外出頻度〉・事前アセスメント（H 年 月 日）			
1. 週に1回以上		2. 月に1回以上	
3. 月に1回未満		・どのようなことがあったら、外出しますか。（催し物、行事、サービス、集まり、など） （ ）	
・事後アセスメント（H 年 月 日）			
1. 週に1回以上		2. 月に1回以上	
3. 月に1回未満			
〈手段的自立（IADL）〉		事前アセスメント	事後アセスメント
1. バスや電車を使って一人で外出 <u>できますか</u>	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ
2. 日用品の買い物が <u>できますか</u>	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ
3. 自分の食事の用意が <u>できますか</u>	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ
4. 請求書の支払いが <u>できますか</u>	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ
5. 銀行預金、郵便貯金の出し入れが <u>できますか</u>	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ
〈知的能動性〉		事前アセスメント	事後アセスメント
6. 年金などの書類が書けますか	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ
7. 新聞を読んでいますか	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ
8. 本や雑誌を読んでいますか	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ
9. 健康についての記事や番組に関心がありますか	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ
〈社会的役割〉		事前アセスメント	事後アセスメント
10. 友達の家を訪ねることがありますか	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ
11. 家族や友達の相談にのることがありますか	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ
12. 病人を見舞うことができますか	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ
13. 若い人に自分から話しかけることができますか	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ
〈生活体力指数〉		事前アセスメント	事後アセスメント
14. 歩行や外出に不自由を感じますか 理由（疾病、痛み、尿漏れ、目、耳、家の周囲、等）	0. はい 1. いいえ	0. はい 1. いいえ	0. はい 1. いいえ
15. イスから立ち上がる時、手の支えなしで 立ち上がりますか	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ
16. 最近、つまずきやすいですか（易転倒性）	0. はい 1. いいえ	0. はい 1. いいえ	0. はい 1. いいえ
〈日中、おもに過ごす場所〉		(A B C D)	(A B C D)
・ A：自宅の外 B：敷地内 C：自宅内 D：自分の部屋			
〈日中、おもな過ごし方〉		(A B C D E)	(A B C D E)
・ A：自宅外の仕事(役割) B：家の仕事(役割) C：趣味 D：おもにテレビ等 E：特になし			
〈その他の特記事項〉			
閉じこもりの要因の合計点			
I 手段的自立・体力低下（1～5, 14～16）	8点満点	事前_____点	事後_____点
II 知的能動性・社会的役割低下（6～13）	8点満点	事前_____点	事後_____点

＜閉じこもり予防・支援のための二次アセスメント票（例）＞の使い方

保健師など訪問者は、閉じこもり予防・支援プログラムを実施する前に、対象者の個別の状況を把握する。

1. 確認の意味も含め、外出頻度は必ず確認する。事後アセスメント項目は網掛けしている。
2. 項目 1～13 は、老研式活動能力指標である。この指標は、「手段的自立」より高次元の活動能力を測定しており、「社会的役割」まで含む唯一の測定尺度である。この尺度は自立した高齢者を含む在宅高齢者の生活機能の評価に適している。項目 1～5 は「手段的自立」を、項目 6～9 は「知的能動性」を、項目 10～13 は「社会的役割」の水準を測定するもので、下位尺度として独立した評価も可能である。
3. 本アセスメント票では、項目 1～5、14～16 の合計点（満点 8 点）で、「Ⅰ 手段的自立・体力低下」と呼ぶことにしたが、この点数の増加が第一の目標である。
4. 項目 6～13 の合計点（8 点満点）で、「Ⅱ 知的能動性・社会的役割低下」と呼ぶことにしたが、閉じこもりでこの機能を維持している場合は少ないと考えられるので、これは、Ⅰの後の目標にするのが現実的であろう。
5. 「日中、おもに過ごす場所」、「日中、おもな過ごし方」では、A→D、A→Eに従って、望ましくない状態を示している。事後アセスメントでD→A、E→Aへと1段階でも変化した場合には、改善と評価して良い。
6. その他の特記事項としては、対象者のうつ、認知症など他の要介護のハイリスク状態の把握のほか、家族の対象者に対する見方や家族と対象者との関係などについて気づいたことをメモとして記載する。
7. このアセスメント票は、「評価のための評価」が目的でないことは言うまでもない。対象者の評価を行うことで、機能低下している項目、注意すべき事項が浮き彫りになってくる。訪問時には、評価に基づき可能な範囲で、助言を行うべきである。
8. 評価の安定性を確保するために、原則的に、評価者は同じ人であることが望ましい。

注意事項

- ・項目 1、2、5 は基本チェックリストと質問内容が類似しているが、本アセスメント票では「…できますか」になっている。一方、基本チェックリストでは「…していますか」になっている。「…できますか」は「やろうと思えばできる」能力の評価をしており、実際にその行為をしていないこと自体は評価に影響しない。いわば、潜在能力を測定していることになる。一方、「…していますか」は「実際にしている」能力（行為）を評価しており、「実際にはしていないが、やる必要性が生じたらやれる」場合も「していない」という評価になる。従って、測定された能力では潜在能力はわからないことになり、場合によっては、能力の過小評価につながる可能性がある。
- ・本アセスメント票は、確立した尺度である老研式活動能力指標そのものを用いており、下位尺度のみでも評価可能であるのに対して、基本チェックリストでは現時点では尺度としての妥当性・信頼性は検証されていない。ただ、下位尺度での変化はわずかである可能性が高いと考え、Ⅰ、Ⅱの合計点での評価を提案したが、これも妥当性・信頼性の検討はされておらず、あくまで目安とすべきである。
- ・事後アセスメントはおおむね 3 ヶ月後をめどに実施するが、対象者の状態等に応じて、早めに経過を把握する必要がある場合は、速やかに対応する。

第7章 認知機能低下予防・支援マニュアル

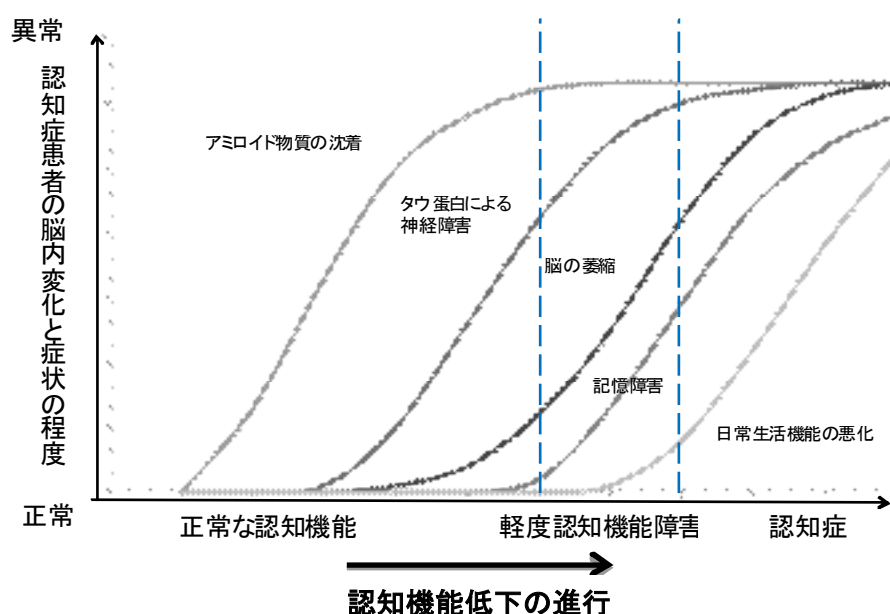
7-1 事業の趣旨

高齢社会の進展により認知症高齢者の増加が予測され、その予防が喫緊の課題となっている。

認知症とは、いったん獲得した知的機能が持続的に低下し、複数の認知機能障害のために社会生活に支障をきたすようになった状態と定義されている。

しかし、実際の認知症（特にアルツハイマー病）による症状が出現する十数年前から脳内ではタンパク質の異常な蓄積が既に始まっており、認知症と診断される時期には相当の神経細胞が機能不全に陥っていると考えられている（図表7-1）。従って明らかな認知症を発症した時点では予防対策は極めて困難である。

図表 7-1 認知症患者の症状と脳内の変化



Lancet Neurol.2010[PMID:20083042]により改変。認知症症状や機能障害が出現する数年～十数年前（認知機能が正常な時期）から、脳内ではアミロイド物質の沈着や τ 蛋白による神経障害が始まっている。

認知症を予防するためには、その前段階とされる「軽度認知機能障害」（Mild Cognitive Impairment：MCI）の時期で認知機能低下を抑制する方法が現時点では最も効果的であると考えられている。今回の本マニュアルの改定では認知症の予防ではなく、あくまで認知症予備群としてのMCI高齢者における認知機能低下の予防を目指したものである。

本マニュアルにおいては地域在住の高齢者に対し、MCIの可能性の高い高齢者のスクリーニングとともに有効性の確認された運動習慣化プログラムを提供することにより、認知機能低下を予防（抑制）することを目的として作成されている。

7-2 一次予防事業

7-2-1 実施体制

他の地域支援事業と同様に、認知機能低下・支援においても、認知機能低下を予防し、最終的には認知症の発症を抑制したり先送りすることにより、高齢期の QOL を維持することが一次予防の重要な骨子となる。

実施体制として、各市町村は単に認知機能低下のハイリスク高齢者だけを対象とするのではなく、健常高齢者も含めて地域全体での認知症予防の街づくりを支援できる体制が望ましい。具体的には介護予防のリーダー養成講座などを通じて、長い期間にわたる認知機能の変化や軽度認知機能障害（MCI）の状態、さらには認知機能の発症と治療やケアなどについての正しい知識の普及に努めるほか、認知症発症以前の MCI などの時期での適切な運動や栄養、社会交流や趣味活動などの日常生活での取り組みが認知機能低下を予防する可能性が高いことなどを理解してもらい、それを個人レベルのみならず地域全体で取り組むことの大切さを経験できるよう支援するよう努める。

7-2-2 実施内容

現在までのところ、認知機能低下を予防する方策としてウォーキングやフィットネス（エアロビクス）等の適切な運動、多様なポリフェノールや DHA や EPA 等の n-3 系多価不飽和脂肪酸などを含む食品（食事）など、多くの因子が欧米を中心に報告されている。我が国では介護予防事業において、これまでも「認知症予防・支援プログラム」として、自治体の工夫によるレクリエーション、音楽あるいは調理などへの参加によってなされてきたが、これらの認知機能低下の予防効果についてはまだ確認されていないのが現状である。現時点では継続的なウォーキングやゲーム要素を取り入れた運動のみがランダム化試験（RCT）という科学的根拠により認知機能低下を予防する可能性が報告されている。

従って、高齢期の認知機能低下を予防するためには成人期にまで拡大した広汎な運動習慣や知的活動を積極的に取り入れた方策を講じ、認知機能低下予防・支援につなげ、最終的には認知症を可能な限り予防する意識と取り組みが必要である。

勿論、認知機能低下を予防するための対象者は運動器等の機能低下（すなわち二次予防事業）の対象者であることから、多くの場合、運動機能が低下しており、歩行時間の延長や歩数拡大に困難な者も少なくない。さらに地域によっては、冬期間が長いために屋外でのウォーキングなどの実施が困難な場合もある。そのような場合には、可能な限り他者とのコミュニケーションを含む脳の活性化をうながすような（屋内での）運動プログラムを中心として事業を組み立てることを勧める。＜厚生労働省 HP 参照：参考資料 7-1＞

具体的な一次予防事業としての取り組みは以下のようなものが考えられる。

1) 認知機能の低下及び認知症に関する介護予防普及啓発事業

- ・認知症（軽度認知機能障害を含む：以下同）に対する正しい知識の普及啓発を実施する。
- ・認知機能低下予防につながる（主として運動による）活動を勧め、主体的健康増進と認知症予防を目指す。
- ・認知症を地域全体で支えるため高齢者ボランティアの積極的な養成に取り組む。予防活動においても認知症ハイリスク高齢者だけでなくボランティアなどの健常高齢者と一緒に取り組むことが、いわゆる認知症に強い街づくりへとつながる。

2) 認知症に関する相談、スクリーニング及び受診に結び付ける体制の整備

7-3 二次予防事業

7-3-1 事前準備

(1) 対象者の選定

MCI 高齢者は認知症の予備群と位置づけられるものの、日常の生活機能はほぼ十分に保たれており、本人に特段の自覚もなく、また家族も十分に気を付けていなければそれとは判らない場合も多い。しかし、そうではあっても、介護予防事業における MCI の早期発見・早期対応の第一歩は、やはり基本チェックリストによるスクリーニングと対象者の把握が中心となる。すなわち、基本チェックリストにより二次予防事業の対象者と決定した者のうち、基本チェックリストの No. 18~20 のいずれかに該当する者、又は市町村の判断で認知機能低下のおそれのあると判断した人を対象とする。

なお、要介護認定等を受けていた者が「非該当」と判定された場合、基本チェックリストを実施しなくても、二次予防事業の対象とすることができる。新たに要介護認定等の申請を行った者が非該当と判定された場合は、基本チェックリストの実施などにより二次予防事業への参加が必要と認められた者が対象となる。

図表 7-2 基本チェックリスト抜粋

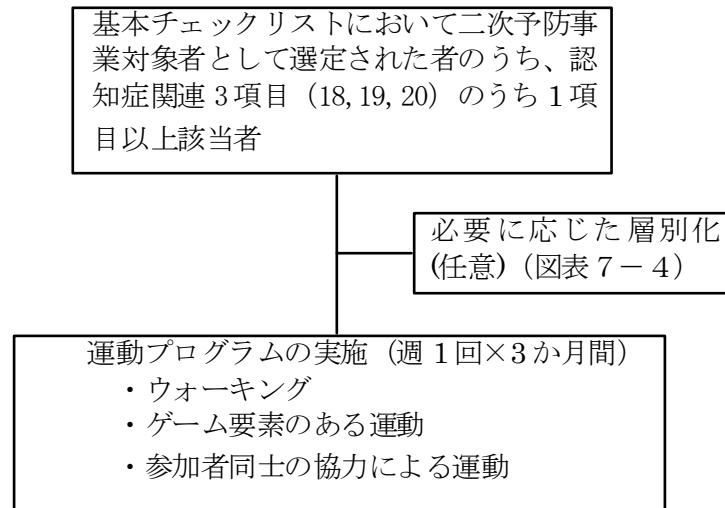
番号	基本チェックリスト項目（抜粋）	回答	
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると いわれますか	1. はい	0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ

ただし、実際にプログラムに参加するに当たって健康状態等により運動プログラムが不適切と判断される場合などは、そのプログラムの対象者にはしない。

軽度の認知機能低下が疑われ事業に参加を希望した方に対し、必要に応じて、より詳細な認知機能に関連する検査やかかりつけ医等の意見・判断をもとに、まず MCI の可能性の高い高齢者を

選定する。さらにこの方々に対し3ヶ月間のウォーキングなどの運動習慣化プログラムを提供する。3ヶ月のプログラム実施前後に効果の評価を実施するとともに、その後も各自個別あるいは自主的に組織化して運動の習慣化を導入し、可能な限り認知機能の維持向上を図るものである。

図表 7-3 参加者選定のフロー



二次予防事業の対象者の中で、認知症に関する基本チェックリストで該当者が極めて多数にのぼり、自治体の提供するサービス事業の許容量（収容能力）を超えて、実施が困難と判断され、すべての該当者に同じプログラムを提供することが困難な場合には、例えば、長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）を用いて以下のような層別化を行うことも可能である。このHDS-Rはわが国で開発され、使用には定評があり安心して利用できる。検査時間は10分程度であるが、集団方式ではなく個別検査である。

層別化の指標について、MMSEやファイブ・コグなど、これまで各自治体で使い慣れた指標があればそれを用いても良い。これらを含めた各評価尺度の長所・短所などの詳しい情報とHDS-R評価用紙は厚生労働省ホームページからダウンロードできる＜厚生労働省HP参照：参考資料7-2＞。

図表 7-4 長谷川式簡易知能評価スケールを用いた層別化

「軽度介入群」 (HDS-R 27点以上)	「健常者」と判断される方々が大部分と考えられ、事業への参加を希望する方のニーズ等を踏まえ、必要に応じてゲーム要素のある運動や参加者同士の協力による運動の実施やウォーキングの勧奨等を行うとともに、認知機能低下予防のための健康講座の実施、パンフレットの配布等による個別対応を行う。
「強度介入群」 (HDS-R 20-26点)	「軽度認知機能障害者」の可能性が高いと判断される方々であり、本事業の対象者として運動習慣化プログラムの実施
「医療紹介群」 (HDS-R 19点以下)	「軽度認知症」の可能性が高いと判断される方々であり、「もの忘れ外来」などの受診勧奨

（２）事業実施準備

- 1) 広報等による認知症の予防を目的としたウォーキングなどの介護予防の取り組みを周知。
 - ・基本チェックリストの受診が必要であること（特にもの忘れの自覚がある方）
 - ・3ヶ月間のウォーキングを中心とする運動習慣化プログラムや健康講座が含まれること
- 2) 多人数が該当し、長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)を用いた層別化を実施する可能性がある場合に、対応するスタッフがHDS-Rに習熟しておくこと。
- 3) HDS-Rによる層別化のための場所や時間をあらかじめ用意しておくこと。また層別化により「軽度介入群」と判定された者についての配布パンフレット、健康講座の実施（場所、時間、回数、講師等）を確認しておくこと。
- 4) 事前評価と事後評価のための準備（スタッフの確保と研修、検査日時の設定や場所の確保）。
（「7-3-2 事前・事後アセスメント」の項参照）
- 5) 運動プログラムの実施にあたってはウォーキングのコース、時間、雨天の場合の対応、スタッフの教育等を行っておくこと。また参加者には傷害保険などを考慮すること。（「7-3-3 プログラムの実施」参照）

さらに、ウォーキングを中心としたプログラムなので、①ウォーキングに障害をきたす疾患（骨関節疾患や心疾患など）の有無と運動の可否、②参加前のウォーキング習慣の有無、有の場合はその頻度（週に何日）と時間などを事前にアンケート等で評価する（事前チェックが困難な場合は介入1回目に確認することも可能）。

7-3-2 事前・事後アセスメント

3か月の介入前後で同じ評価尺度を用いた比較により効果を判定する。認知機能の評価は、利便性を考慮し、集団でできるものを基本とした。本来は国際的にも定評のある認知機能検査が望まれるが、その場合は評価用紙などを購入して実施する必要がある。なお、層別化に用いるHDS-Rは効果指標としてはあまり適切ではない。詳しくは評価効果実施マニュアルを参照。＜厚生労働省HP参照：参考資料7-3＞

また、介入は運動習慣化を目指したものであり、介入終了後（例えば6ヶ月後）に運動習慣がどの程度持続しているかなどのアンケート調査や、その後参加者が要介護状態になることを防いでいるかという本質的な評価が必要である。

図表 7-5 評価尺度

1) 認知機能の評価尺度

①集団式松井 10 単語記憶テスト<即時再生>：10 単語を読み上げた後に、覚えた単語を 1 分間で書く作業を 4 回繰り返す。40 点満点で評価。集団で、6 分程度かかる。単語セットは介入前後で同じセットを用いる。

②山口漢文字符号変換テスト：主に前頭葉機能（実行機能や注意）を評価する。色を表す漢字を、対応する記号に変換する。正解の記号数を得点とする。集団で実施し、5 分で終了する。

③語想起テスト：単語を連想して思い出す作業能力を評価する。「動物名」を、1 分間でなるべくたくさん書く作業を行い、個数を点数とする。2 分で終了。

④集団式松井 10 単語記憶テスト<遅延再生>：①の 10 単語を、1 分間で思い出して書いてもらう。10 点満点。2 分で終了。

上記①～④の項目をセットとして、約 17 分間で実施する。これらの評価用紙と効果評価実施マニュアルは<厚生労働省 HP 参照：参考資料 7-3>参照。

さらに下記個別テストを追加しても良い。

⑤TMT（トレイルメイキングテスト）：散らばった数字を 1 から順番につないでいく TMT-A と 1→あ→2→いと、数字とひらがなの 2 系列を平行して順番につないでいく TMT-B がある。所要時間を計測するので、個別で実施する。両方行くと、2～8 分程度かかる。

2) その他の評価尺度

歩行を中心とした介入プログラムなので、体力の評価尺度測定として、①Timed Up and Go test（TUG；椅子から立ち上がり 3 m 歩行して戻って着座するまでの時間）や②5 m 最大歩行速度を評価する。

万歩計を付けるので、万歩計の歩数の記録の伸びも介入効果として捉えることが可能である。この場合は介入最初の週と最後の週の一日平均歩数を比較する。

介入プログラム 3 か月（計 12 回）の参加率も教室運営の評価指標とする。

可能であれば、介入プログラム実施前と終了後 6 か月でアンケート調査を行い、歩行習慣化率（参加者の中で歩行習慣のある人の割合）を比較すると、プログラムの長期効果を示すことができる。

また、次年度の基本チェックリストの点数と当該年度の基本チェックリストの点数を比較することで効果を見ることもできる。さらに参加者をフォローし、要介護状態になることを防いでいるかどうかという本事業の本質的な効果をみることも極めて重要である。

7-3-3 プログラムの実施

先行研究の結果から、運動習慣は認知機能低下を抑制する効果をもたらすと考えられる。運動のなかでも歩くことは、気軽にできて費用もかからない。ここでは、地域高齢者がグループ活動をとおして、楽しみながら歩く習慣が主体的に身につけられるウォーキング・プログラムの実施のポイントと実施例を示す<厚生労働省 HP 参照：参考資料 7-4>。また、屋内会場を使ってプログラムを実施できる場合には、MCI の中核的問題である記憶機能向上が可能な複合プログラムの実施例もあわせて参照し<厚生労働省 HP 参照：参考資料 7-1>、プログラム計画の一助とされたい。

(1) 主体的で継続的な行動変容を促すプログラムの実施のポイント

1) プログラムの効果を知ってもらう

説明会等で、運動習慣による認知機能低下の予防効果を知ってもらうことで、対象者がプログラムへの参加意欲が高まる。また、プログラム終了後も自主活動を続けることの意義や効果もあわせて伝える。

2) 週に1回程度行なう

対象者がウォーキングを習慣化するための知識と方法を獲得し、プログラム終了後も個人やグループでウォーキング習慣を継続してもらうためには、1週間に1回プログラムを実施する。1週間に1回、メンバー同士で歩行状況を報告しあうことによって、ウォーキングの意欲を高めたり、歩数を増やすコツを学習し、よりウォーキングが習慣化しやすくなる。また、メンバー同士、直接会って活動する頻度が多いほど、メンバー間の信頼関係が構築しやすい。

3) 6名程度のグループ単位で運営する

メンバーの主体的で活発な活動を促進するために、プログラムはグループ単位で運営するとよい。グループのメンバーは毎回固定し、6名程度にすれば、信頼関係も構築しやすい。また、プログラム終了後もグループ単位で自主活動を継続していけるように、住所の近いメンバー同士で編成するとよい。

4) テキストを使用する

支援者だけがプログラムの実施内容や予定を把握しているというやり方では、メンバーはプログラムに対して受身的になりやすい。メンバーにもプログラムの実施内容や予定がわかるテキストを提供し、より主体的な活動を促す。

5) 行動変容理論を活用する

無理なく着実にウォーキングを習慣化してもらうために、行動変容の理論を活用してすすめるとよい。たとえば、歩数計を装着して自分の歩数を記録したり（セルフ・モニタリング法）、他のメンバーから歩数を増やすコツを学んだり（モデリング）、最初から高い歩数の目標を立てずに低い目標を徐々に達成して最終目標に近づけていく（スモールステップ法）などの方法が有効である。

6) 話し合いや作業はメンバー同士で行う

主体的なグループ活動を促し、自己紹介やウォーキングの記録の報告、ウォーキング・イベントの計画立案などの話し合いは、メンバー同士で進めてもらう。また、役割を分担する機会を多く設けると、自然に信頼関係や支援関係が構築され、プログラム終了後も自主活動が継続されやすい。

7) プログラム実施期間中に自主活動の準備をしておく

プログラム終了後も自主活動が継続できるように、プログラムの実施期間中に、自主化した後の活動場所、いつ集まるか、どのような活動をするか、地域で一緒に活動できるグループとのつながりを作る工夫等について話し合っておく。複数のグループで、合同イベントなどがしやすいように、連絡先の交換をしておくのもよい。また、すでに自主活動をしているグループが地域にあれば、仲間に加えてもらうとよい。

8) 自主活動の状況をモニターし評価する

プログラム終了後、1、2ヶ月に1回程度でも、グループの自主活動の様子について見学・報告をしてもらうような機会を与えるとよい。自分たちの活動が認められていると認識することは、活動を続けていく上で励みになる。また、自主活動グループの活動状況を広報誌やマスコミに取材してもらい、活動の存在を地域に知ってもらうのも効果的である。もし、自主活動が継続できていないグループがあれば、どうすればうまくいくか相談にのることも大切である。

9) 活動報告会・交流会を開催する

プログラムが終了して半年後、または1年後に、自主活動グループ全体の活動報告会や情報交換会などのイベントを実施するとよいであろう。イベントの開催が活動継続の励みにもなり、他との交流や連携が生まれ、さらに自主活動が活発になる効果が期待できる。

（２）ウォーキング・プログラムの実施例

ここでは、まだ認知症を発症していない地域高齢者（軽度認知障害を含む）を対象に実施するウォーキング・プログラムの例を示す。あくまでもひとつの例なので、地域や対象者の特性に合わせて、適宜変更するとよい。詳しい内容については、「習慣化したい人のためのウォーキングプログラムテキスト改訂版」（東京都健康長寿医療センター研究所編集）＜厚生労働省 HP 参照：参考資料7－4＞を参照されたい。

1) プログラムの時間と回数

プログラムは、1回 90 分から 120 分程度の活動を週 1 回、合計 12 回（約 3 か月）実施する。

2) 対象人数とグループ数

対象人数は、20 名程度が運営しやすい。あらかじめ、1 グループあたり 6 名前後になるようにグループ分けをしておく。

3) ファシリテーター（支援者）の配置

対象者 20 名程度のプログラムであれば、ファシリテーター（支援者）を 2 名程度配置する。ファシリテーターは、運動の専門家でなくてもよいが、1) で述べたような主体的な行動変容を促すプログラムに関する知識や技術を習得した者が適任である。

4) プログラムで目指す最終目標

プログラムで目指す最終目標は次のとおりである。

- ①1 日の生活歩数¹⁴7,000～8,000 歩を週 5 日
- ②1 日合計 30 分の早歩き¹⁵を週 3 日以上
- ③プログラム終了後も、グループのメンバーと自主活動を 1 年以上続ける

5) プログラムのスケジュールの例

ウォーキングの習慣化を支援するために、毎回どのような活動をすればよいか、スケジュールの例を表に示す。

全 12 回のうち、まず準備期の第 1 回と第 2 回は、毎日歩数計を身に付けて生活し、自分が普段どれくらい歩いているのかという現状を知る期間である。第 1 回のプログラムでウォーキング・カレンダー等の記録方法を学習し、自宅で毎日の生活歩数を記録する。毎日の記録をもとにメンバーは自分の現在の平均歩数を把握し、第 3 回以降は、スモールステップで小さな目標を少しずつ

¹⁴ 起床から就寝までの間の家事や仕事などを含めた日常生活の身体活動にともなう歩数を指す。

¹⁵ 普段ゆっくり歩く時よりも 1 割から 2 割程度歩幅を広げて歩くような歩き方を指す。運動強度でいうと「中強度」にあたる。

つ達成させていく。たとえば、準備期に計測した生活歩数が4,000歩のメンバーは、第1期（第3～5回）の生活歩数の目標を1日5,000歩、早歩きを目標を1日5分から始めてみる。それが達成できたら、第2期（第6～8回）の生活歩数の目標は1日6,000歩、早歩きを目標は1日10分にする。このように、3週に1回くらいのペースで新たな目標を立てて実行すれば、無理なく着実に最終目標が達成できる。また、プログラムでは、毎回ウォーキング・カレンダーの記録をグループで報告しあうので、他のメンバーがどんな時に歩いているのか、どのようにして歩数を増やす工夫をしているのかをお互い知ることができる。メンバー同士でほめたり励ましたりするような行動も促進される。さらに、仲間と歩くことの楽しさを共有するために、第3回以降、自分たちでウォーキング・コースやテーマを考えて、ウォーキング・イベントを実行する。このようなグループワークを中心としたプログラムは、グループの凝集性やメンバー同士の信頼関係を高め、仲間と一緒にウォーキングの習慣化に取り組もうという意欲を高めやすい。

図表 7-6 ウォーキング・プログラムのスケジュール例

第1～2回（準備期）：自分の現在の歩行状況を知る期間

回	番号	項 目
第1回	1	オリエンテーション
	2	自己紹介をしよう
	3	無理のないウォーキングの仕方を知っておこう
	4	ウォーキングを習慣化するための方法を知っておこう
	5	ウォーキング・カレンダーのつけ方を知っておこう
	6	ウォームアップとストレッチの方法を知っておこう
	7	家での課題：ウォーキング・カレンダーに記録をつけよう
第2回	8	ウォーキングの記録を報告しあおう
	9	筋力トレーニングの方法について知っておこう
	10	早歩きを体験してみよう
	11	家での課題：ウォーキング・カレンダーに記録をつけよう

第3～5回（第1期）：ウォーキングの目標をたてて実行する期間①

回	番号	項 目
第3回	12	ウォーキングの記録を報告しあおう
	13	第1期のウォーキングの目標をたてよう
	14	ウォーキング・イベントのコースを考えてみよう
	15	早歩きを体験してみよう
	16	家での課題： ①ウォーキング・カレンダーに記録をつけよう ②ウォーキング・イベントに関する情報を調べてみよう ③考えたウォーキング・コースを地図に書きこんでみよう
第4回	17	ウォーキングの記録を報告しあおう
	18	ウォーキング・イベントのコースの案を報告しあおう
	19	早歩きを体験してみよう
	20	家での課題：ウォーキング・カレンダーに記録をつけよう
第5回	21	ウォーキング・イベントを実行しよう
	22	ウォーキングの記録を報告しあおう
	23	家での課題：ウォーキング・カレンダーに記録をつけよう

第6～8回（第2期）：ウォーキングの目標をたてて実行する期間②、自主活動の準備期間

回	番号	項 目
第6回	24	ウォーキングの記録を報告しあおう
	25	第2期のウォーキングの目標をたてよう
	26	ウォーキング・イベントのコースを考えてみよう
	27	自主化後の活動場所や活動方法について話しあおう
	28	早歩きを体験してみよう
	29	家での課題： ①ウォーキング・カレンダーに記録をつけよう ②ウォーキング・イベントに関する情報を調べてみよう ③考えたウォーキング・コースを地図に書きこんでみよう ④自主活動のために必要な情報を調べよう
第7回	30	ウォーキングの記録を報告しあおう
	31	ウォーキング・イベントのコースの案を報告しあおう
	32	自主化後の活動場所や活動方法について話しあおう
	33	早歩きを体験してみよう
	34	家での課題： ①ウォーキング・カレンダーに記録をつけよう ②自主活動のために必要な情報を調べよう
第8回	35	ウォーキング・イベントを実行しよう
	36	ウォーキングの記録を報告しあおう
	37	家での課題： ①ウォーキング・カレンダーに記録をつけよう ②自主活動のために必要な情報を調べよう

第9～12回（第3期）：ウォーキングの目標をたてて実行する期間③、自主活動の準備期間

回	番号	項目
第9回	38	ウォーキングの記録を報告しあおう
	39	第3期のウォーキングの目標をたてよう
	40	ウォーキング・イベントのコースを考えてみよう
	41	自主化後の活動場所や活動方法について話しあおう
	42	早歩きを体験してみよう
第10回	43	家での課題： ①ウォーキング・カレンダーに記録をつけよう ②ウォーキング・イベントに関する情報を調べてみよう ③考えたウォーキング・コースを地図に書きこんでみよう ④自主活動のために必要な情報を調べよう
	44	ウォーキングの記録を報告しあおう
	45	ウォーキング・イベントのコースの案を報告しあおう
	46	自主化後の活動場所や活動方法について話しあおう
	47	早歩きを体験してみよう
第11回	48	家での課題： ①ウォーキング・カレンダーに記録をつけよう ②自主活動のために必要な情報を調べよう
	49	ウォーキング・イベントを実行しよう
	50	ウォーキングの記録を報告しあおう
第12回	51	家での課題： ①ウォーキング・カレンダーに記録をつけよう ②自主活動のために必要な情報を調べよう
	52	ウォーキングの記録を報告しあおう
	53	第4期のウォーキングの目標をたてよう
	54	自主化後の活動場所や活動方法について確認しよう
	55	プログラムに参加した感想を話しあおう

※プログラム終了後の第13回以降も、週に1回程度グループで集まって、以下のような自主活動が続ける。

- ① ウォーキング記録の報告や早歩きをする。
- ② ウォーキングの目標を見直す。
- ③ ウォーキング・イベントを企画・実行する。

（3）ウォーキング・プログラムの実施による認知機能低下の抑制効果に関する研究

＜厚生労働省 HP 参照：参考資料 7－5＞

科学的根拠に基づく、ウォーキング・プログラムの実施による認知機能低下の抑制効果に関しては、平成21年度から実施された老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）「介護予防に係る総合的な調査研究事業」において、愛知県大府市、東京都板橋区、群馬県高崎市の3ヶ所におけるランダム化比較試験で明らかにされている。

第8章 うつ予防・支援マニュアル

8-1 事業の趣旨

介護や社会的支援が必要な人が、尊厳を保持し、その能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように、必要な保健医療サービスと福祉サービスを行うことを目的として、平成12年に介護保険制度が開始され、平成18年度には「介護予防」を重視したシステムの確立を目指した制度の見直しが行われた。

こうした介護保険法の改正に伴って、介護給付を中心とした介護保険制度がこれまで以上に予防重視型システムへ転換されることになったが、その結果、高齢者に対する心の健康づくりや予防対策の普及、うつ状態又はうつ傾向にある高齢者の把握と相談や指導、機能訓練等、地域におけるうつへの取り組みが求められることになった。また、高齢者に限らず、地域の全住民に対して心の健康づくりやうつ予防に関する普及啓発を進めることは、地域全体の心の健康づくりに関する機運を高めることにつながる。このことから、積極的に地域への普及啓発を進める必要があることがわかる。

こうした取り組みを進めるためには、ケアを行う者、対象者に応じたケアの手段・体制等を調整する者など、関係者の役割が重要である。本マニュアルは、高齢者のうつを予防し、早期発見・早期治療を可能にし、うつ状態又はうつ傾向の人を長く支えることができる地域の環境をつくり、住民の心の健康の向上をはかることを目的として、介護予防の観点からケアに携わる関係者がどのように対応したらよいかを示すことを目的として作成したものである。

うつというのは、精神的なエネルギーが低下して、気分がひどく落ち込んだり何事にも興味を持てなくなったり、おっくうだったり、なんとなくだるかったりするといった症状に対して強い苦痛を感じ、日常の生活の支障がほとんど毎日現れるまでになった状態である。高齢者は、身体的にも社会的にも喪失に関連した様々なストレスを感じる人が多いことから、うつ状態になりやすいと考えられる。うつ状態が強くなると、身体の状態にも影響することから、高齢者のうつ対策は生活習慣病予防・進展防止、ひいては要支援・要介護高齢者を少なくするためにも重要である。

そこで、うつ対策活動の目標を予防の観点から次にまとめることにする。それは、健康増進と疾病の予防を目的とした一次予防、早期発見、早期治療によって、病気の進行や障害への移行を予防する二次予防、病気によって残った障害を最小限にし、その制約のもとで充実した生き方ができるように支援する三次予防である。

このような介護予防に向けた取り組みをすすめるためには、実施主体である市町村がこれまで実施してきている既存事業や民生委員、食生活改善推進員等の地域の社会資源との有機的連携を図りながら、地域支援事業を行っていくことが大切である。また、そのためには、ケアの対象者とケアの種類・方法・体制等を調整する「地域包括支援センター」の役割が重要になる。こうし

た取り組みについて、次に説明していくことにする。

＜事業の目的＞

- 地域全体への普及・啓発を行い、地域住民自らがうつに関する正しい知識を持ち、ストレスに適切に対処できるように支援する。
- うつは気づきにくい、気づかれにくいことから、健診（検診）や健康教育、家庭訪問等のあらゆる機会を活用して、アセスメントを行い、うつ傾向にある高齢者を早期発見し早めに相談や経過観察、受診勧奨等を行うことにより重症化を予防するようにする。
- 強いストレス状態、うつ状態又はうつ傾向にある高齢者に対し、家族、地域住民、民生委員、食生活改善推進員等の関係者、ケアに携わる専門職が、声かけ、見守り、相談、医療機関との連携、服薬指導等のさまざまなアプローチを正しく行うことができるようにする。
- 地域のさまざまな保健医療福祉サービス資源の機能を理解し、調整を図りながら、二次予防事業対象者や要支援者への適切な対応を行えるようにする。

図表 8－1 新しい介護システムにおけるうつ対策

一次予防	二次予防	三次予防
• うつに対する正しい知識の普及啓発を実施する • 高齢者の生きがいや孤立予防につながる活動を行い、主体的な健康増進とうつ予防をめざす • 心の健康問題に関する相談、うつのスクリーニング及び受診体制を整備する	• 基本チェックリスト等を用いて、うつのアセスメントを行う • うつの可能性が疑われた高齢者に、「心の健康相談」を勧める	• 病気によって残った障害を最小限にし、その制約のもとで充実した生き方ができるように支援する

8-2 一次予防事業

一次予防は健康増進と疾病の予防であり、「一次予防事業」としてのうつ予防支援には、普及啓発、健康教育、健康教室、健康相談などがある。

8-2-1 実施体制

実施体制としては、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、民生委員、保健推進員等が支援に加わるようにし、以下のような方針で事業を行う。

- ① あらゆる機会を通してうつに対する正しい知識の普及、啓発に努める
- ② 高齢者の生きがいや孤立予防につながる活動を行い、主体的な健康増進とうつ予防を目指す
- ③ 心の健康問題に関する相談、うつのスクリーニング及び受診体制を整備する

8-2-2 実施内容

地域住民に対して、パンフレット配布だけではなく、あらゆる機会や方法を通じて、心の健康づくり、ストレスへの対処方法、うつとその症状、地域にある心の健康相談窓口や健診等の内容について、正しい知識の普及・啓発に努めることが重要である。高齢者と接触の多い民生委員や公民館長、地域婦人会、食生活改善推進員等を重要な行政のカウンターパートとして、講演会や研修会・シンポジウム等を通じて、うつや心の健康づくりに関する正しい知識の普及や情報の提供を行うことが望ましい。

市町村から配布されている健康手帳は、うつの知識や簡単な自己評価法に関する情報を提供するための媒体として有用である。心の健康に関する知識や「こころの電話」等の相談窓口等を記載できるようにして、医療及び健診の結果を記録する欄には、身体的なことのみならず、心の健康に関することについても記録を残すよう指導しておくことが望まれる。

普及・啓発活動にあたっては、以下のような取り組みが考えられる。

- ①パンフレットを作成し、全戸配布する、あるいは回覧板を利用する
- ②ポスターやチラシを作成し、公共の施設や公共掲示板に貼付する
- ③自治体発行の広報やホームページに掲載する（できればシリーズで掲載する）
- ④チラシを作成し、健康まつり等地域のイベントで配布する
- ⑤地域の住民組織（民生委員、保健推進員、老人クラブなど）の会合や研修会で話題にして情報を提供する
- ⑥健康診査、介護予防教室、病態別健康教室など保健事業の際に話題にして情報を提供する
- ⑦地域の健康まつり、文化祭などで「心の健康」や「うつ」についての講演会を開催する
- ⑧健康手帳等を積極的に活用する

8-3 二次予防事業

8-3-1 事前準備

(1) 実施担当者

二次予防事業には、うつのアセスメント、個別健康相談、訪問指導、受診勧奨、家族や医療機関との連携などが含まれる。アセスメントは、医療機関や民生委員などの関係機関、訪問活動による実態活動把握、また要介護認定など、様々な機会を通して行うことが重要である。

二次予防は早期発見によって、病気の進行や障害への移行を予防する段階である。そのためには、保健師、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士等が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ながら、うつの早期発見、個別相談や受診勧奨、治療介入等の適切な支援を行うことが重要である。

(2) 事業実施準備

うつ状態またはうつ傾向を有した住民は、ものごとに消極的で人前に出ていきにくいといった医学的特性があることから、健診等で把握する。しかし、このような当該住民の自主的・自発的行動に基づく機会だけでは、うつ傾向の強い住民に気づけない懸念があり、一般には自分がうつだということに気づかないまま苦しんでいる人もたくさんいる。仮に気づいたとしても他の人に相談することをためらう人も少なくない。そのため、うつ状態またはうつ傾向を有した住民の周囲にいる多くの地域住民や関係者・関係機関がうつについての正しい知識を有し、様々な機会をとらえて早期に発見できるようにする。

健診等に従事する保健師、看護師・事務職等に対しては、うつに関するアセスメントや対応に関する説明会を実施する。これによって、スタッフが、うつに関するアセスメントや心の健康づくり対策の必要性・重要性についての共通理解を深め、心の健康づくりに対する気運が高まると考えられる。先駆的に取り組んだ他の市町村の担当者の事例発表を聞くのも有効である。

介護予防の対象者は要支援者や二次予防事業対象者だけではなく、いずれにも該当しない高齢者も含まれる。高齢者の家族・地域住民も含めうつ傾向が強い場合と、うつ傾向が弱いかわけられない場合に分けて、介入の方法を検討することが重要である。閉じこもり、認知症、筋力低下等を合併している場合も多いので、それぞれの状態の悪化を防止するためにも、うつへの取り組みを行う必要があり、そのためにもうつ傾向の有無についてチェックすることから始める。

(3) 対象者の選定

基本チェックリストにより二次予防事業の対象者と決定した者のうち、基本チェックリストのNo. 21～25のうち2つ以上に該当する者、又は市町村の判断でうつ状態またはうつ傾向のおそれがあると判断した人を対象とする。

なお、二次予防事業対象者に該当しない場合（基本チェックリストで二次予防事業対象者とならなかった場合）でも、基本チェックリストのうつに関する5項目の質問中2項目を満たしている場合は、精神保健福祉施策として「心の健康相談」等により、治療の必要性についてアセスメントし、適宜、受診勧奨や経過観察等を行う必要がある。

8-3-2 事前アセスメント

基本チェックリストに含まれる うつ に関する質問項目

最近2週間のあなたのご様子についてお伺いします。次の質問を読んで、最近2週間以上続いている場合には「はい」、続いていない場合には「いいえ」として、当てはまる方に○印をつけてください。

- | | | |
|------------------------------|-------|--------|
| 1 毎日の生活に充実感がない | 1. はい | 2. いいえ |
| 2 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 | 2. いいえ |
| 3 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 | 2. いいえ |
| 4 自分は役に立つ人間だとは思えない | 1. はい | 2. いいえ |
| 5 わけもなく疲れたような感じがする | 1. はい | 2. いいえ |

うつに関する項目において、
「1. はい」が2項目以上ある場合

介入対象者の抽出 / 二次アセスメント

第1段階：症状の有無を評価する

①抑うつ気分、②興味・喜びの消失、③生活リズムの障害、④自殺念慮の有無、について評価します。

- ① 抑うつ気分：「ひどく気分が沈み込んで、憂うつになっているということはありませんか？」
- ② 興味・喜びの消失：「生活が楽しめなくなっているということはありませんか？」
- ③ 生活リズムの障害：「眠れなくなったり、食欲が落ちたりして、生活のリズムが乱れていることはありませんか？」
- ④ 自殺念慮の有無：「つらくて死にたいという気持ちになっていませんか？」

①～④のいずれの症状が1つ以上ある場合

第2段階：日常活動の支障の程度を評価する

「今お話いただいた症状のために、ひどくつらくなったり、日常生活に支障が出たりしていませんか？」等と質問して、症状のためにどの程度の支障が出ているかを評価します。

支障がある場合

医療機関への受診を勧める

支障がない場合

経過観察（本人の許可を得た上で、1ヶ月後に訪問して状態をチェックする）

第3段階：キーパーソンを特定

「困ったことがある時には、どなたに相談しますか？」と尋ね、キーパーソンを特定します。

キーパーソンがいない場合

本人とよく相談して、民生委員など地域の協力者をさがす。キーパーソンや協力者と連携しながら、その後の経過をフォローする。

キーパーソンがいる場合

本人の許可を得た上で、キーパーソンの協力を仰ぐ。

（１）うつの把握と評価

うつは気づかれにくい・気づきにくいことから、地域住民に対しうつに関する正しい知識の普及啓発を行うと同時に、アセスメントの機会を多く持ち、早期に発見するための工夫が大切である。アセスメントの方法としては、「基本チェックリスト」を使って行うアセスメントと、アセスメントでハイリスクと判断される住民に市町村等が行う二次アセスメントがある。

健診でうつアセスメントを実施する場合、健診会場や結果報告会で、うつや心の健康づくりについての健康教育を実施するとよいであろう。パンフレットやポスター等を使って、健診の待ち時間や合間、結果報告会で心の健康づくりに関する普及啓発を積極的に行うのがよい。

「基本チェックリスト」を活用したアセスメントは、健診以外でも様々な場面で行える。

- ①保健所や市町村でのうつに関する相談時
- ②医療機関
- ③市町村保健師等の訪問時
- ④民生委員や保健推進員等の声かけ、見守り用
- ⑤普及啓発のためのパンフレットの家庭配布用に（自己チェックとして）
- ⑥福祉ネットワークにおける活用

なお、精神保健福祉施策としての観点からは、基本チェックリストのうつに関する5項目に加えて、その他の項目（アセスメント受診希望の有無・保健サービス希望の有無等）を追加したり、自殺念慮の有無やストレス体験などを聞いたりする項目を追加することも考えられる。項目の追加については、各自治体が各地の状況に応じて、柔軟に判断していく必要がある。

＜厚生労働省HP参照：参考資料 8－1＞

（２）一次アセスメント

基本チェックリストを行う場合は、市町村の担当者や医療機関の従事者が心身両面の健康を評価するための健診の流れについて、対象者にわかりやすく丁寧に説明するようにする。

【説明のポイント】

- 心身両面の健康を把握するためのものである。
- からだの健康と心の健康は密接に関係している。
- その他、個別に希望がある場合には、可能な範囲で相談に対応する。

（３）うつの二次アセスメント

基本チェックリスト等によるアセスメントの結果、ハイリスク者に対して「心の健康相談」として保健師等の聞き取りにより実施する。二次アセスメントは、単なるアセスメントと考え

ず、保健師等と住民との信頼関係を築く大切な機会としてとらえる方が良い。なお、二次予防事業対象者の場合は、地域包括支援センターにおける介護予防ケアマネジメントの中で詳細なアセスメントが行われ、対応されることになるが、二次予防事業対象者に該当しないハイリスク者についても、必要に応じて一般の精神保健福祉対策の中で二次アセスメントを実施する体制とすることが重要である。

二次アセスメントで受診が必要と判断した場合には、専門科（精神科・心療内科）の受診を勧める。しかし、精神科・心療内科受診に抵抗感を持っている住民には、比較的受診しやすい身近な一般診療科の受診を勧める。他の疾患で治療中の場合は、その治療を担当している主治医に相談するよう勧める。その場合には、可能であれば本人の許可を得た上で、紹介状を作成し対象者に渡すようにする。併せて、これも可能であれば本人の了解を得た上で返信用封筒を同封し、受診結果を返送してもらうようにする。これは、受診確認と今後のフォローに生かすためである。

心の健康相談では、本人はもちろん、家族や身内が相談したいと希望する場合もあるので、その相談には、そうした希望が実現するような方向で支援をする。

（注意）保健師等が、医療機関受診について熱心になりすぎたり、焦りがあつたりすると、対象者との信頼関係が気まずいものとなり、関係が途切れてしまうこともある。対象者との信頼関係を大切にしながら支援するように努めることが重要である。本人が拒否している場合は、無理に介入するのではなく、相談窓口を紹介・提示する等の柔軟な支援を考えるようにする＜厚生労働省HP参照：参考資料8－2＞。

8－3－3 事後アセスメント

（１）三次予防としてのうつ対策

三次予防は、病気によって残った障害を最小限にし、その制約のもとで充実した生き方ができるように支援するもので、二次予防事業や市町村等が行う「心の健康相談」等に対応する。集団でのケアが可能な場合には、通所型介護予防事業やインフォーマルサービス事業を活用して、うつにかかっている人への支援も行う。ただし、うつにかかっている人、家族や自殺未遂をした人の家族等への支援等は、プライバシーに十分配慮した対応が求められることから、健康相談、訪問指導を通じた個別ケアが大切になる。

（２）事後のフォローアップ

うつは単に医療機関を受診しただけで解決するものではない。症状が長期に続くことが少なくないし、一度改善しても半数以上の人再発することわかっている。したがって、市町村は、うつ状態又はうつ傾向のある高齢者等に対して、地域包括支援センター、精神保健福祉センターと連携をとりながら、健康教室・研修会・市民講座を案内したり、電話相談や家庭訪問等を行っ

たりするなど、様々な支援を行う必要がある。必要に応じて保健所が実施している心の健康相談日の紹介や、保健師等の家庭訪問を実施する。家庭訪問ではじっくり時間をとって保健師等がハイリスク者の話を聴くように心がける。それだけで、気持ちが軽くなる場合も多いようである。

医療機関への受診を勧める場合、高齢者が受診に抵抗感を持つ場合も少なくないが、家庭訪問を継続することで保健師等との信頼関係が築かれて受診に至ることもあるので、根気強くかかわることが大切である。

基本チェックリスト等を用いたアセスメントでハイリスクと判断されながら、「心の健康相談」等に行くことを拒否している住民の中にも受診が必要と思われる者もいる。市町村や関係機関と連携して、結果報告会の場や家庭訪問を活用して面接する方法も検討する。その場合は慎重に介入する必要があり、必ずしも一回の面接で心の健康に関する課題に触れる必要はない。必要なときには心の健康についての相談に応じるということを住民に伝えることが重要である。

また、事業主体と精神科医師との連携が順調な場合には、訪問診療という方法も考えられるので検討してみることも大切である。対象の住民が、福祉ネットワークを活用した見守り活動の対象者になることもある。その際には民生委員や福祉関係者との連携も必要になる。

（３）カンファレンス

カンファレンスは、うつアセスメントハイリスク者について家庭状況・生活状況・家族構成等について情報を共有し、今後の支援方向について確認する場になる。

うつアセスメント後、事例検討会等を持つことも従事者のスキルアップの観点から重要である。保健師等によっては、自分が行ったケースに対する支援（家庭訪問・面接）について「これで良かったのか？」「間違っていたのではないか？」と思い悩む場合もある。保健師等がアセスメントハイリスク者に対して行った支援を振り返り、今後の支援の方法等をディスカッションすることで自分の気持ちが整理できるし、保健師等としてのスキルアップにもつながる。

○ 介護予防マニュアル執筆者一覧 ○

- | | | |
|-----|-------|--|
| 第1章 | 辻 一郎 | 東北大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野 教授 |
| 第2章 | 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 |
| 第3章 | 大淵 修一 | 東京都健康長寿医療センター研究所 研究副部長 |
| 第4章 | 杉山みち子 | 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部 教授 |
| | 高田 和子 | 独立行政法人 国立健康・栄養研究所 栄養教育研究部
栄養ケア・マネジメント研究室 室長 |
| 第5章 | 植田耕一郎 | 日本大学歯学部 教授 |
| 第6章 | 安村 誠司 | 福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座 教授 |
| 第7章 | 鈴木 隆雄 | 国立長寿医療研究センター研究所 所長 |
| 第8章 | 大野 裕 | 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター
認知行動療法センター センター長 |

● 介護予防マニュアル執筆協力者（五十音順） ●

第2章 複合プログラム実施マニュアル

- | | |
|--------|---------------------------|
| 相田 潤 | 東北大学大学院歯学研究科 准教授 |
| 植田 耕一郎 | 日本大学歯学部 教授 |
| 大島 克郎 | 秋田県健康福祉部健康推進課 |
| 大原 里子 | 東京医科歯科大学歯学部附属病院歯科総合診療部 講師 |
| 北原 稔 | 神奈川県厚木保健福祉事務所 保健福祉部長 |
| 深井 穂博 | 深井保健科学研究所 所長 |
| 森 佳子 | 岩沼市健康福祉部介護福祉課 |

第3章 運動器の機能向上マニュアル

- | | |
|-------|-----------------------|
| 佐竹 恵治 | 財団法人さっぽろ健康スポーツ財団 総括課長 |
| 土橋 正彦 | 社団法人千葉県医師会 副会長 |
| 中村 好男 | 早稲田大学スポーツ科学学術院 教授 |
| 山本 精三 | 虎ノ門病院 整形外科部長 |

第4章 栄養改善マニュアル

- | | |
|--------|---------------|
| 草間 かおる | 山口県立大学 准教授 |
| 古明地夕佳 | 神奈川県三崎保健福祉事務所 |
| 高橋 みゆき | 群馬県前橋市役所福祉部 |
| 田中 和美 | 神奈川県大和市健康福祉部 |
| 吉池 信男 | 青森県立保健大学 教授 |

第5章 口腔機能向上マニュアル

大原 里子	東京医科歯科大学歯学部付属病院歯科総合診療部 講師
菊谷 武	日本歯科大学生命歯学部 教授
北原 稔	神奈川県厚木保健福祉事務所 保健福祉部長
平野 浩彦	東京都健康長寿医療センター研究所 専門副部長
渡邊 裕	東京歯科大学オーラルメディシン・口腔外科学講座 講師
佐藤 保	日本歯科医師会 理事

第6章 閉じこもり予防・支援マニュアル

藺牟田洋美	首都大学東京健康福祉学部 准教授
山崎 幸子	福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座 助教

第7章 認知機能低下予防・支援マニュアル

島田 裕之	国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学センター自立支援開発研究室 室長
高橋龍太郎	東京都健康長寿医療センター研究所 副所長
山口 晴保	群馬大学大学院保健学研究科 教授

本事業は、平成 23 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）
「介護予防事業の指針策定に係る調査研究事業」として三菱総合研究所にて実施したものです。

平成 23 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

介護予防事業の指針策定に係る調査研究事業

介護予防マニュアル改訂版

平成 24 年 3 月発行

発行 株式会社 三菱総合研究所 人間・生活研究本部

〒100-8141 東京都千代田区永田町 2-10-3

TEL 03（6705）6024 FAX 03（5157）2143
