

# 介護予防マニュアル概要版 (暫定版)

平成20年12月

介護予防マニュアルの改訂に関する研究班

## 目次

- 総合的介護予防システムについてのマニュアル概要版
  
- 介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル概要版
  
- 運動器の機能向上マニュアル概要版
  
- 栄養改善マニュアル概要版
  
- 口腔機能向上マニュアル概要版
  
- 閉じこもり予防・支援マニュアル概要版
  
- 認知症予防・支援マニュアル概要版
  
- うつ予防・支援マニュアル概要版

## 総合的介護予防システムについてのマニュアル概要版

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」と定義される。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めざすものではない。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行為（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）の向上をめざすものである。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。

介護予防の流れは、3つの過程に整理することができる。第1に、地域包括支援センターにおいて、課題分析（一次アセスメント）を行って介護予防ケアプランを作成する過程である。介護予防ケアプランの作成にあたっては、予防給付では原則全員に、地域支援事業による介護予防特定高齢者施策では必要な者についてサービス担当者会議の開催が求められる。第2に、市町村又は事業の委託を受けた事業者における事業実施の過程であり、この過程においては、事前アセスメントの実施、個別サービス計画の作成、個別サービス計画に基づく事業実施、事業実施中のモニタリング等の実施が求められる。なお、事業終了後には、事業を実施した事業者等は、事後アセスメントを実施し、その結果を地域包括支援センターへ報告する。第3に、地域包括支援センターにおいて、一定期間の事業について、効果の評価を行うとともに、その結果に基づき、介護予防ケアプランの見直し（継続・サービスからの離脱・要介護区分の変更など）が行われる。

地域支援事業による介護予防特定高齢者施策の流れについて述べる。第1に、市町村において、特定高齢者把握事業が行われる。ここでは、生活機能評価、要介護認定、訪問活動等の連携、関係機関（主治医・民生委員・高齢者福祉センター・薬局等）や地域住民等からの情報提供、本人・家族からの直接の相談などを通じて、生活機能の低下が疑われる者を幅広く把握していく。第2に、地域包括支援センターにおいて、生活機能の低下が疑われる者が「特定高齢者」に該当するかどうかの確認が行われる。特定高齢者とは、要介護・要支援状態に至るリスクが高い高齢者のことである。介護予防特定高齢者施策のうち通所型介護予防事業及び訪問型介護予防事業の参加者数は、高齢者人口の概ね5%を目安として、地域の実情に応じて定めることとしている。特定高齢者に該当する者には、説明と承諾に基づいて介護予防ケアマネジメントが行われる。特定高齢者に該当しない者には、介護予防一般高齢者施策への参加を勧めるなど、適宜、アドバイスを行う。第3に、特定高齢者に対して、介護予防特定高齢者施策による様々な介護予防事業（通所型または訪問型の介護予防事業）が実施される。

生活機能低下を把握する様々なルートの詳細を提示した。これら様々なルートのうち、どれが最も効果的であるかは、地域により異なる。各市町村においては、それぞれの特徴や地域資源に応じて、様々な把握ルートを重層的に構築していくことが求められている。

介護予防を行うにあたって、「水際作戦」は重要な役割を担うものである。水際作戦とは、これまで元気に暮らしていた高齢者が、何らかのきっかけによって急に生活の機能低下を起こしたときに、速やかに把握して何らかの手だてを打つ戦略のことである。そのため、市町村においては、かかりつけ医との連携も含めて、生活機能の低下した高齢者をリアルタイムで把握して早期に対処できる機動的な態勢を構築することが求められている。

地域支援事業の介護予防特定高齢者施策と予防給付との相違点は、以下の通りである。まず、対象者の把握という点では、予防給付では介護保険認定作業と連動して自動的に把握される一方、地域支援事業では対象者を適切に把握することが最も重要な課題となる。なぜならば特定高齢者は（外出困難あるいは閉じこもり・うつ状態などのために）地域の中で潜在化する傾向があるからである。そこが地域支援事業における大きなポイントの1つとなる。一方、利用者の支援ニーズは、地域支援事業では比較的軽度かつシンプルであるのに対して、予防給付の利用者が抱える問題は重度であり、一人の個人でも多岐かつ多領域にわたるものであることが想定される。そのため、予防給付に比べて特定高齢者施策でのケアマネジメントは簡略なものとなって構わない。

介護予防ケアマネジメントの流れをまとめた。一次アセスメントでは、基本チェックリスト等や面談によって情報把握し、生活機能低下の原因や背景などを分析して、支援ニーズを明らかにする。そのうえで、可能となる生活行為を明確にして、それを達成するために必要かつ適切なサービスを選定して、介護予防プランを作成する。一定期間後のプランの見直しは、サービス利用後の生活機能の変化（維持・悪化・改善）に応じて行われる。地域支援事業介護予防の特定高齢者施策を利用している者では、維持の場合は同事業の利用継続を、悪化の場合は要介護認定の申請を、改善の場合は一般高齢者施策への移行ということとなる。

なお介護予防ケアマネジメントの過程では、本人の意欲を引き出し、行動変容を促すようなアプローチが必要となる。その理論的背景となる考え方（変化のステージモデル、自己効力感、ソーシャルサポート、コーチング、ストレングスモデル）を紹介した。

介護予防ケアプランの作成における重要なポイントをまとめた。個々のサービスを選択する際は、利用者本人の目標（どのような生活を創っていくのか）に応じて、どのようなサービスをどの程度行うべきかを検討する。また、サービスは介護保険給付により行われるものだけでなく、本人のセルフケア、家族の支援、医療、地域におけるインフォーマルサービス、市町村の保健福祉サービスなど、多岐にわたるものから総合的に検討していくことが重要である。

介護予防においては事業評価を適切に行うことが重要である。評価とは、定めた目標の達成状況を確認して、目標値の見直しや事業実施方法の改善につなげるための取り組みと定義される。この定義より明らかであるように、評価は介護予防を効果的・効率的に実施するうえで不可欠なことである。さらに、評価とは事業実施前に設定された目標がどの程度達成されたかを測るものであり、その意味で事業計画と事業評価は表裏一体の関係にあることに留意しなければならない。

事業評価には3つの手法がある。第1に、アウトカム（成果）指標であり、要介護認定者数、生活機能、QOL・満足度・主観的健康度・健康寿命・介護給付額などが該当する。第2に、アウト

プット（出力・生産活動）指標であり、介護予防の事業量に関わるもの（地域包括支援センターでの介護予防ケアマネジメント実施件数、各事業の実施回数・件数・参加者数など）が該当する。第3に、プロセス（過程・手順）指標であり、介護予防では参加者把握の方法、住民参画の状況、各機関同士の連携状況などが該当する。これら3つの指標のそれぞれについて、介護予防サービス事業者、地域包括支援センター、保険者（市町村）のそれぞれが評価を行うこととなる。

事業者におけるプロセス評価では、個々の利用者に対するアセスメント・個別計画作成・重要事項説明・サービスの適切な実施とモニタリング・フォローアップなどが適切に行われているかどうかについて、評価が行われる。

事業者におけるアウトプット評価では、開催回数・登録者数・参加者実数などを記載する。

事業者におけるアウトカム評価では、利用者の生活機能の推移が記載される。地域支援事業介護予防特定高齢者施策の利用者については、改善によりサービスを離脱した者の割合、要支援・要介護に至った者の割合、基本チェックリスト点数の維持・改善者の割合などが記載される。予防給付の利用者については、改善によりサービスを離脱した者の割合、要介護度が改善した者の割合（ランク別）、基本チェックリスト点数の維持・改善者の割合などが記載される。

地域包括支援センターにおけるプロセス評価では、一次アセスメントや介護予防ケアプラン作成など、それぞれのプロセスが適切に行われているかが評価される。

地域包括支援センターにおけるアウトプット評価では、介護予防ケアマネジメントの実施件数や各サービスを利用することとなった人数などが記載される。

地域包括支援センターにおけるアウトカム評価では、事業者のアウトカム評価表と同じ様式のものを使用する。ここでは、各事業者からの報告をもとに、当該センターでケアマネジメントを行った利用者のデータを集計する。それにより、各事業所のアウトカムを比較する。

保険者におけるプロセス評価では、対象者の把握ルートに関する数値が集計される。さらに、住民の参画、事業の質を管理するシステム、モニタリング・システムなどが評価される。

保険者におけるアウトプット評価では、当該市町村での介護予防ケアマネジメントの実施件数や各サービスを利用することとなった人数などが記載される。

保険者におけるアウトカム評価では、地域包括支援センターからの報告をもとに、当該市町村における介護予防サービス利用者のデータを集計する。それにより、各事業所・地域包括支援センターのアウトカムを比較する。

さらに、当該市町村における介護保険認定状況について評価を行う。新規認定申請者数、新規認定者数、そのうち要支援1・2の人数などについて、目標値と実績値を記載することにより、当該市町村における介護予防の効果について評価を実施する。

## 介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル概要版

介護予防がめざすものは「高齢者本人の自己実現」「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」ことへの支援である。そのためには、「心身機能の改善」を基盤とし、「生活行為」や「参加」など生活機能全般を向上させることにより、「自己実現」「生きがい」を支えることが最も重要なポイントとなる。

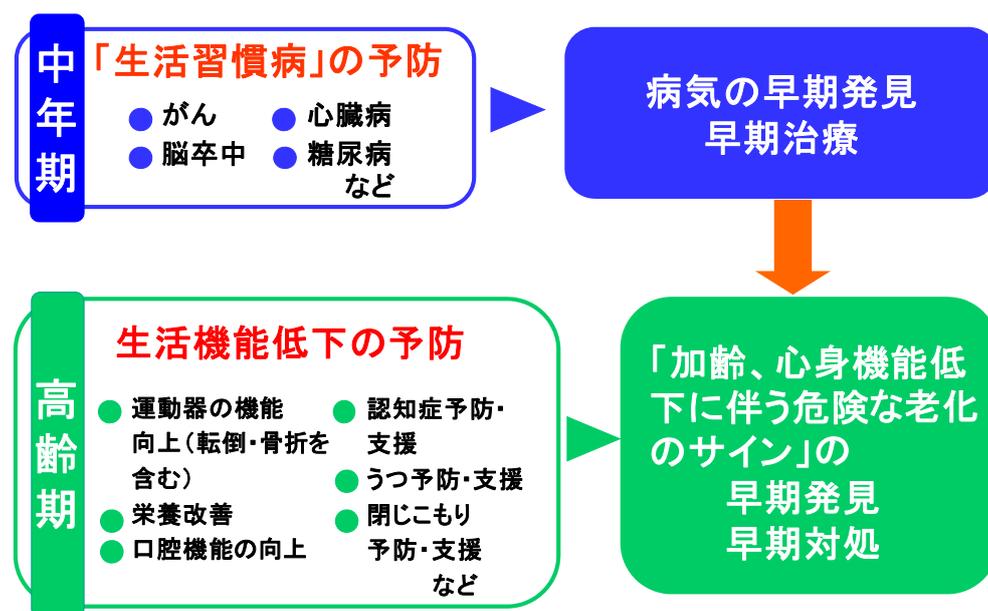
### 介護予防のめざすもの

心身機能の改善  
生活行為・参加

生活機能向上

自己実現と  
生きがい

- 高齢期の健康維持のためには、疾病の予防や治療の管理だけでは不十分で、加齢に伴い出現する生活機能の低下を予防するとともに、さまざまな日常生活における危険な老化のサインを早期に発見し、早期に対応する必要がある。



介護予防は「生活機能評価」(生活機能チェック+生活機能検査)から始まる。

- 介護予防のための具体的な第一歩は、生活機能が低下し要支援・要介護状態になるおそれのある高齢者（以下、「特定高齢者」という。）を早期に把握し、介護予防への効果的な取組につなげること（いわゆる「水際作戦」）である。

平成 18 年度より、介護保険制度の円滑な実施の観点から、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、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に支援するため、新たに「地域支援事業」が設

定された。

- 地域支援事業では介護予防事業が設けられ、それには介護予防特定高齢者施策と介護予防一般高齢者施策等が含まれている。介護予防特定高齢者施策ではさらに特定高齢者把握事業、通所型介護予防事業、訪問型介護予防事業および介護予防特定高齢者施策評価事業が含まれる。特に特定高齢者把握事業においては日常生活で必要となる機能（以下「生活機能」）の確認のために行う生活機能評価がきわめて重要な役割を果たすことになっている（図1）。
  
- 生活機能評価は基本チェックリスト、生活機能チェックおよび生活機能検査で構成された判定要素を総合的に判断し、特定高齢者の適切な把握及び「高齢者本人の自己実現」に向けた介護予防ケアマネジメントにつなげることが求められる（表1, 2, 3参照）。
  
- 生活機能評価の結果を踏まえ、介護予防ケアマネジメント等に際しての留意点は以下の通りである。
  - 1) サービス利用が必要と評価された項目を確認すること。
  - 2) サービス利用の際の安全管理について医学的視点で確認すること。
  - 3) 利用者本人の意志や意欲を確認すること。
  - 4) サービス利用による生活機能の改善等について、関係機関と常に情報を共有すること。
  - 5) 提供サービスは自己実現や生きがいの創造といった目標達成のための手段であり、目的化しないよう指導、確認すること。

図 1

介護予防特定高齢者施策の流れ

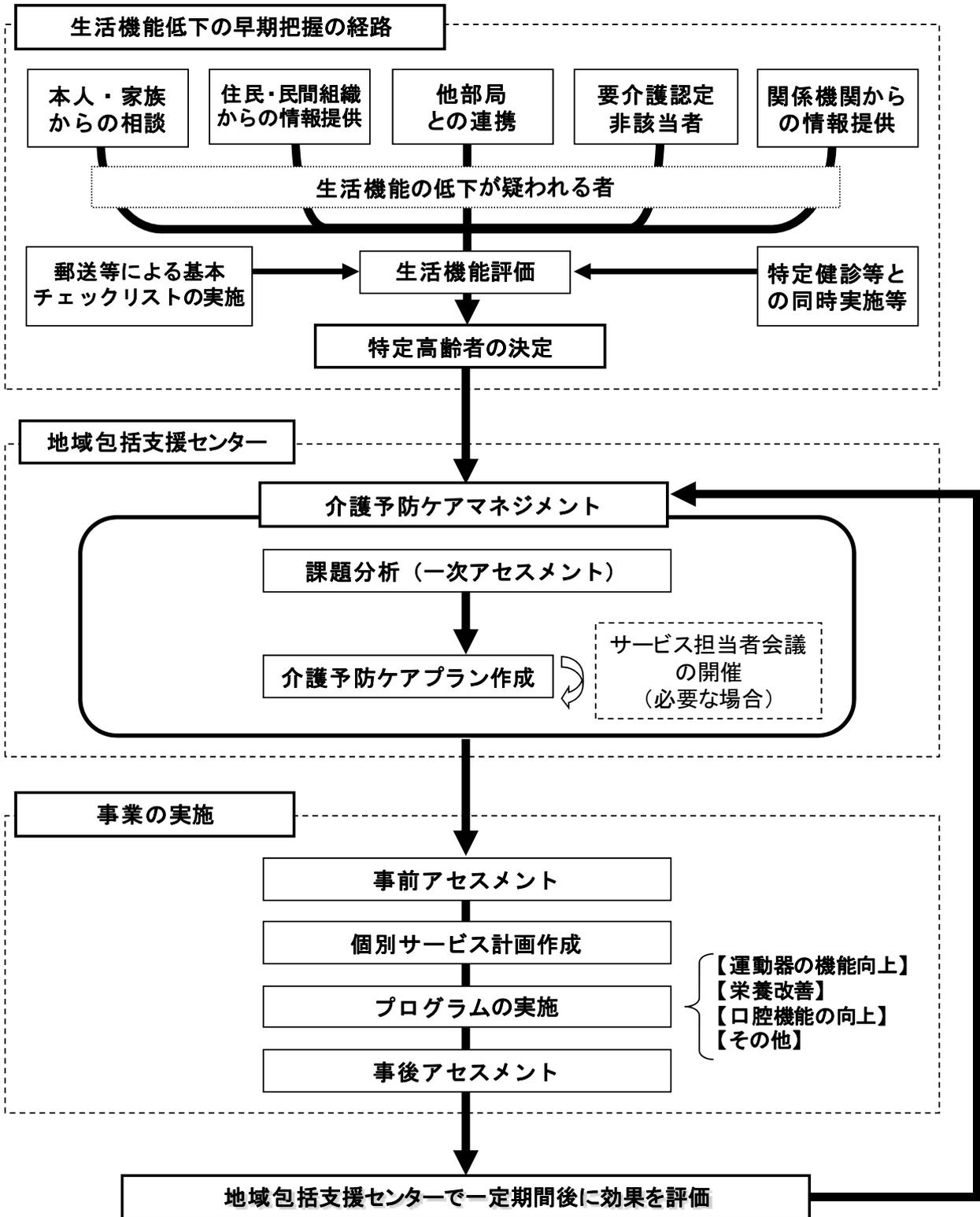


表 1

## 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

運動

栄養

口腔

閉じこもり

認知症

うつ

(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。

## 表 2

## 生活機能評価

### 1 検査項目

生活機能評価は、基本チェックリスト、生活機能チェックと生活機能検査とで構成する。

#### (1) 基本チェックリスト

- ア 25 項目により生活機能低下の可能性を把握する
- イ 特定高齢者の候補者の選定を行う（2 実施方法参照）

#### (2) 生活機能チェック

- ア 問診  
現状の症状、既往歴、家族歴、嗜好、生活機能に関する項目（基本チェックリスト）等を聴取する。（ただし、市町村が、生活機能チェックを実施する前に、基本チェックリストを行い、特定高齢者の候補者を選定している場合は、基本チェックリストは行わないものとする。）
- イ 身体測定  
身長及び体重を測定し、BMI を算定する。
- ウ 理学的検査  
視診（口腔内を含む。）、打聴診、触診（関節を含む。）を実施する。
- エ 血圧測定  
聴診法または自動血圧計により、収縮期血圧及び拡張期血圧を測定する。

#### (3) 生活機能検査

- ア 理学的検査  
反復唾液嚥下テストを実施する。
- イ 循環器検査  
安静時の標準 12 誘導心電図を記録する。
- ウ 貧血検査  
血液中の赤血球数、血色素量（ヘモグロビン値）及びヘマトクリット値を測定する。
- エ 血液化学検査  
血清アルブミン検査を実施する。

### 2 実施方法

#### (1) 生活機能チェック以外の機会に基本チェックリストを実施し、特定高齢者の候補者を選定する場合

##### ア 特定高齢者の候補者の選定

基本チェックリストにおいて次の i から iv までのいずれかに該当する者

- i 1 から 20 までの項目のうち 10 項目以上に該当する者
- ii 6 から 10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当する者
- iii 11 及び 12 の 2 項目すべてに該当する者
- iv 13 から 15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当する者

##### イ 生活機能チェックと生活機能検査の実施

特定高齢者の候補者に選定された者について、基本チェックリストを除く生活機能チェックと生活機能検査を実施し、特定高齢者に該当する者であることの確認を医師が行う。

(2) 生活機能チェックの機会に基本チェックリストを実施し、特定高齢者の候補者を選定する場合

ア 特定高齢者の候補者の選定

第1号被保険者について、生活機能チェックを実施し、特定高齢者の候補者を選定する。

イ 生活機能検査の実施

特定高齢者の候補者に選定された者について、生活機能検査を実施し、特定高齢者に該当する者であることの確認を医師が行う。

### 3 生活機能評価の判定

生活機能及び介護予防事業（「通所型介護予防事業」及び「訪問型介護予防事業」をいう。以下同じ。）に関する評価については、基本チェックリスト、生活機能チェック及び生活機能検査の結果を医師が総合的に判断するものとし、次のいずれかに区分する。

#### (1) 生活機能の低下あり

生活機能の低下があり、要支援・要介護状態となるおそれが高いと考えられる場合で、地域支援事業実施要綱に定める特定高齢者の候補者の基準に該当し、かつ「特定高齢者の決定方法」（表3, p8）に該当している場合

##### 1)-1 介護予防事業の利用が望ましい

生活機能の低下があり、介護予防事業の利用が望ましい場合

##### 1)-2 医学的な理由により次の介護予防事業の利用は不適當

- 全て
- 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
- その他のプログラム（ ）

生活機能の低下はあるが、心筋梗塞、骨折等の傷病を有しており、

ア 介護予防事業の利用により当該傷病の病状悪化のおそれがある

イ 介護予防事業の利用が当該傷病の治療を行う上で支障を生ずるおそれがある

等の医学的な理由により、介護予防事業の利用は不適當であると判断される場合であり、具体的に利用が不適當な介護予防事業のプログラムに印を付するものとする。

#### (2) 生活機能の低下なし

生活機能が比較的良好に保たれ、要支援・要介護状態となるおそれが高いとはいえず考えられない場合で、地域支援事業実施要綱に定める特定高齢者の候補者の基準に該当しない場合又は特定高齢者の候補者の基準に該当する場合であって地域支援事業実施要綱別添2の「特定高齢者の決定方法」に該当しない場合

表 3

## 特定高齢者の決定方法

「特定高齢者の候補者」に選定された者について、生活機能評価の結果等を踏まえて、以下の1～6により特定高齢者を決定する。

## 1 運動器の機能向上

基本チェックリスト6～10の5項目のうち3項目以上に該当する者

ただし、うつ予防・支援関係の項目を除く20項目のうち10項目以上該当し「特定高齢者の候補者」と判定された者であって、基本チェックリスト6～10のうち3項目以上該当していない者について、以下に示す運動機能測定を行った場合に3項目の測定の配点が5点以上となった場合については、該当する者とみなしてよい。

運動機能測定項目	基準値		基準値に該当する 場合の配点
	男性	女性	
握力 (kg)	<29	<19	2
開眼片足立時間 (秒)	<20	<10	2
10m歩行速度 (秒) (5mの場合)	≥8.8 (≥4.4)	≥10.0 (≥5.0)	3
配点合計	0-4点 … 運動機能の著しい低下を認めず 5-7点 … 運動機能の著しい低下を認める		

## 2 栄養改善

以下の①及び②に該当する者又は③に該当する者

- ① 基本チェックリスト11に該当
- ② BMIが18.5未満
- ③ 血清アルブミン値3.8g/dl以下

## 3 口腔機能の向上

以下の①、②又は③のいずれかに該当する者

- ① 基本チェックリスト13～15の3項目のうち2項目以上に該当
- ② 視診により口腔内の衛生状態に問題を確認
- ③ 反復唾液嚥下テストが3回未満

## 4 閉じこもり予防・支援

基本チェックリスト16に該当する者  
(17にも該当する場合は特に要注意)

## 5 認知症予防・支援

基本チェックリスト18～20のいずれかに該当する者

## 6 うつ予防・支援

基本チェックリスト21～25で2項目以上該当する者

※ なお、認知症及びうつについては、特定高齢者に該当しない場合においても、可能な限り精神保健福祉対策の健康相談等により、治療の必要性等についてアセスメントを実施し、適宜、参加勧奨や経過観察等を行うものとする。

## 運動器の機能向上マニュアル概要版

### 1. はじめに

厚生労働省の介護予防継続的評価分析等検討会の報告によれば、運動器の機能向上サービスを中心とした介護予防事業は、高齢者が要介護状態になること、要介護状態が重度化することを防ぐ効果があるとしている。すなわち、これまで学術的に効果が実証されてきた運動器の機能向上サービスが市町村の実践レベルでもその有効性が確認されたといえる。この実績を基に、今回のマニュアル改定では、運動器の機能向上サービスのプログラムの質をさらに高めるためのより具体的な記述を追加した。また、より利用者のニーズと合致したプログラムとするために、新たに、膝痛・腰痛・骨折などの運動器疾患の予防を目的とした運動器の機能向上プログラムを実施するために必要な、スクリーニング、評価、実施方法も記載した。ただし、運動器疾患の予防プログラムについては、現在もなお議論を継続しており、今回の暫定版はその中間成果である。

### 2. 基本的考え方

高齢期の運動器の機能低下は、加齢を転機として、身体活動が減少し、社会的・心理的加齢がもたらされ、さらに運動器の機能低下を引き起こす、悪循環モデルで説明される。本サービス等では、運動機能の向上を図ることによって、副次的に社会的・心理的に好ましい影響を与え、悪循環を好循環へと転換することを目的とする。

### 3. 運動器の機能向上サービス

#### ① 予防給付の場合

予防給付では、要介護認定において要支援 1、要支援 2 と判定され、運動器の機能向上が必要と判断されたものに対し、運動器の機能向上に関するサービスを提供し、これにより自立した生活機能を維持し、要介護状態に陥ることを予防する。この場合、主に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の場を通じて実施することを想定する。

#### ② 介護予防特定高齢者施策の場合

地域支援事業は、市町村（市町村から受託した事業者を含む）が運動器の機能向上を図るために地域住民に対して実施する。このうち、介護予防特定高齢者施策については、様々な地域の資源から運動器の機能向上が必要な特定高齢者を見つけ出し、運動や生活改善等を通じて主として集団的な対応により実施する。

#### ③ 介護予防一般高齢者施策の場合

介護予防一般高齢者施策は、地域住民に運動器の機能向上の重要性を理解してもらうことを目標に、簡単な運動を行うような行事への参加や、パンフレットの配布などを行う。ただし、運動器の機能向上を目的とする地域住民の自主的な活動においては、介護予防特定高齢者施策の対象者と介護予防一般高齢者施策の対象者が混合し、役割を分担しながら実施されることもあると考えられる。

## 4. 改訂のポイント

### ① 介護予防ケアマネジメントの手順(介護予防ケアプランと運動器の機能向上サービスの目標の共通化のために)

- 介護予防ケアマネジメントと運動器の機能向上サービスともに、運動器の機能向上を図ることによって、生活機能の向上を目指すところに目標がある。これを共通した目標として明示するために手順を記述した。
- 介護予防ケアマネジメントの課題分析では、利用者の日常生活を送る上で必要な生活機能を列挙する。次にこの課題を、一人で難しいもの、何とか一人でできるもの、楽に一人でできるものに分類し、その中で利用者の選択とケアマネジャの改善可能性の判断によって、向上を目指す生活課題を決定する。

生活課題		目標
ひとりで難しいもの	公共交通機関を使って外出する	**
	お風呂の掃除をする	
	掃除機をかける	
	新聞などの重たいゴミを出す	
何とかひとりでできるもの	日常の買い物に出る	*
	ひとりで散歩する	
楽にひとりでできるもの	身の回りの整頓をする	
	日常のゴミを出す	
	食事の支度をする	

運動器の機能向上サービスの目標		
1時間程度の外出で疲れない体をつくる		
到達目標	1ヶ月目	歩行能力を高めるための運動に必要な基本動作が自立して行える
	2ヶ月目	家の近所の散歩が楽にできる
	3ヶ月目	連続30分程度の歩行ができる。階段1階分を楽に昇降できる

\* \* 何とかひとりでできるようになりたい項目

\* 楽にひとりでできるようになりたい項目

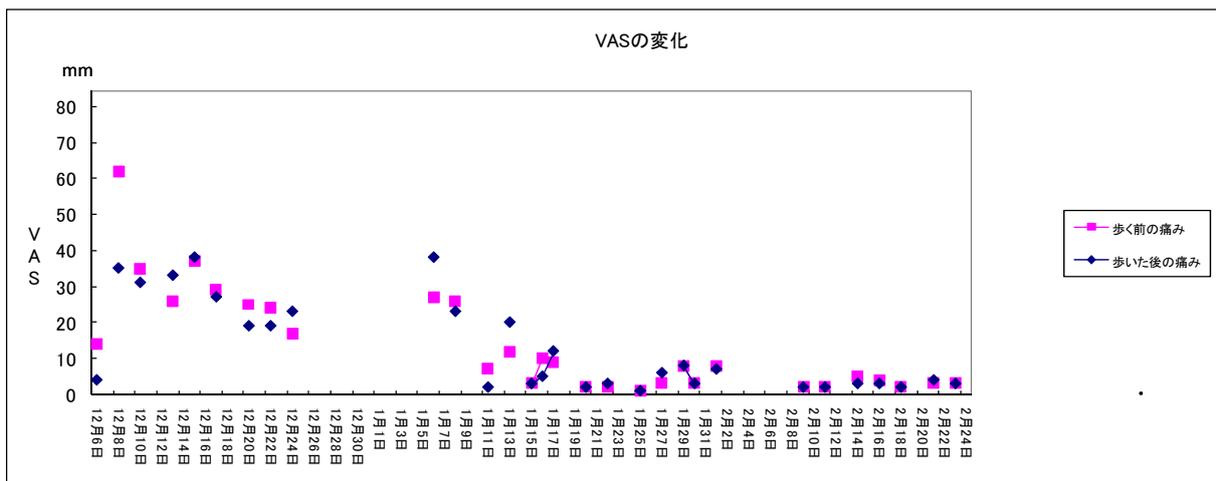
- 運動器の機能向上サービスでは、この目標を達成するために、3ヶ月程度で実現可能な運動器の機能向上サービスの目標を設定し、それをさらに1ヶ月ごとの到達目標を掲げ実現に向ける。
- おおむね3ヶ月の運動器の機能向上サービスを実施後、サービス事業者は、体力の客観的な評価に加え、目標達成・実施状況の評価報告をおこない、これを受けて介護予防ケアマネジメントでは、改めて課題分析を行い、サービスの効果を評価する。
- このような生活機能の向上プロセスによって、予防給付から特定高齢者施策、一般高齢者施策へ、そして地域での新たなアクティビティへの参加へと生活の範囲を広げていくイメージをもって介護予防ケアマネジメントを実施する。

### ② 運動器疾患の予防のための運動器の機能向上プログラム

- 膝痛・腰痛予防については、複数の無作為化比較対照試験によって運動器の機能向上プログラムが、二次・三次予防効果があることが示されている(Manninen P et al, 2001、Deyle GD et al,

2000、Ettinger WH Jr et al, 1997)。また、有害事象はきわめて少ないとされている。また、前述のアメリカのガイドライン、イギリスのガイドラインともに、運動器の機能向上プログラムの有用性を示唆している。骨折予防については、Karlsson ら (2002) が 120 編の論文を検討して、70%以上の報告で運動が有用とされていること、平均 2.4%の骨量増加を認め、骨折は 40%以上減少したと結論付けている。一方、Wolff らは 1999 年に最近 30 年間の 25 の RCT 報告から、閉経後女性の運動効果は腰椎・大腿骨では 1%以下で骨量増加にはつながらないが、運動は機能維持には効果があるとしている。また、我が国のガイドラインでも衝撃運動は骨量増加効果があるとしている (伊木ら, 2006)。

- 痛みのアセスメントについては、部位、痛んでいる期間、その重症度を評価する。重症度の評価には、ビジュアルアナログスケール (Visual Analogue Scale、VAS) を用いると良い。これは、白紙に 10cm の線を引き、その左を全く痛くない状態、その右をこれまで想像できる最高の痛みとしたときの、現在の感じる痛みを、線を引いて示す方法である。対象者に線を引きさせた後、測定者が定規を用いて、左から何センチ何ミリメートルの所に線を引いたのかを記録する。この VAS は継続的に記録することによって、対象者の主観的痛みの変化を把握するのに役立つ。下図は歩行運動の例である。プログラム実施前、実施後に VAS を測定し記録すると緩解、増悪がわかりやすい。



### ③ 本サービス等に関心を持たない人への働きかけ

本サービス等に全く関心のない段階の人に対しては、まずは興味関心を持ってもらうような情報提供が必要である。ところが、運動に無関心な人は、運動することについて考えたり、話したり、関連情報を収集したり、読んだりすることを避ける傾向がある。従って、この段階にあるものを一足飛びに本サービス等に参加することに目標を置くと拒否を示すことが考えられる。運動することへの必要性を認識させるのは、地域包括支援センターの役割であるが、特定高齢者把握事業にて把握した対象者への声かけや要支援認定者へのプラン提供に際して、運動することの必要性を実感させ、身体を動かすことへの関心を高めることができれば、本サービス等に参加しなかったとしても一歩前進したと考えるべきである。本サービス等の参加者に対して例示される具体的な生活課題を提示して、「どのような状態で生活することを望むのか」ということを意識させることで、身体を動かすことへの関心を高めるとよい。

# 栄養改善マニュアル概要版[最終版において変更]

## 1. 基本的な考え方

地域支援事業及び予防給付における「栄養改善」は、高齢者の毎日の営みである「食べること」を通じて、低栄養状態の改善をはかり、高齢者の自己実現をめざすものである。「栄養改善」は、高齢者にとっての「食べること」を、楽しみや生き甲斐の上から重要とし、「食べること」への支援を通じて、社会参加、生活機能の向上、コミュニケーションの回復、食欲の回復や規則的な便通といった生体リズムの保持へとつなげる。一方、高齢者が十分に「食べること」は、生きて活動することの基本であるタンパク質とエネルギーを十分に摂取することでもある。タンパク質とエネルギーの十分な摂取は、筋タンパク質の維持をはかり、身体機能や生活機能を維持するが、一方では、内臓タンパク質を維持して腸粘膜の構造や免疫機能を維持して、バクテリアル・トランスロケーションによる感染症を予防することになる。その結果、要介護状態や重度化を予防する。

## 2. 各サービスについて

### ①介護予防特定高齢者施策

対象者は、低栄養状態のリスクがある特定高齢者として、①基本チェックリストの2項目（6ヶ月間に2－3kgの体重減少、BMI18.5未満）のすべてに該当、又は②血清アルブミン値3.8g/dl以下に該当する者である。管理栄養士あるいは経験のある栄養士による栄養改善プログラム（付表参照）が提供される。

### ②介護予防一般高齢者施策

付表を参照されたい。

### ③予防給付（最終版において変更予定）

対象者は、介護認定審査会において要支援1、要支援2と判定された者のうち、①BMIが標準を大きく下回る ②体重の減少が認められる ③栄養面や食生活上に問題があるのいずれか1つに該当し、低栄養状態にある者又はそのおそれがある者であって、「栄養改善サービス」の提供が必要と認められる者である（最終版において変更）。通所サービス事業所における栄養ケア・マネジメント体制（本文参照のこと）のもと、管理栄養士による栄養改善サービスが提供される（付表参照）。

## 3. 改定のポイント

地域支援事業実施要綱及びに居宅サービスに関する通知（老老発第0331009号、平成18年3月31日）及び見直しのあった事項について修正した。多職種に容易に理解できることを前提とし、事業全体のフロー図、特徴的な事例、帳票様式例記載の手引きや記載例（最終版）を追加した。地域支援事業については訪問型事業の項目を追加した。

地域支援事業(介護予防事業)の概要

事業の種類	対象者	主な担当職種	実施場所	事業内容	目標設定・評価期間	
特定高齢者施策 (ハイリスク・アプローチ)	特定高齢者のうち低栄養状態のおそれのある高齢者;、①基本チェックリストの2項目(6ヶ月間に2-3kgの体重減少、BMI18.5未満)のすべてに該当、又は②血清アルブミン値3.8g/dl以下に該当する者	管理栄養士または経験のある栄養士  知識経験を有する専門職(ファシリテーターとして、研修を受けた住民が参画)	市町村保健センター、健康増進センター、老人福祉センター、公民館等 (委託する場合は、民間事業所等)  (通所が困難な事例については、適宜、訪問により実施)	<p>A 栄養相談</p> <p>a 事前アセスメント</p> <p>b 実施計画の策定</p> <p>c 相談等</p> <p>d 事後アセスメント</p> <p>B 介護予防を目的とする集団的な栄養教育</p>	<p>○低栄養状態の評価、食事摂取状況、アレルギーの状況、食事摂取行為の自立、身体状況、低栄養関連問題の把握</p> <p>○課題の解説</p> <p>○利用者が行う計画づくり及び実行に向けての支援</p> <p>○情報提供(配食サービス、食事会などボランティア組織の紹介、高齢者の食事づくりに便利な器具の紹介等)</p> <p>○必要に応じ簡便料理等の実演</p> <p>○スケジュール作成と配布</p> <p>○モニタリングの実施と計画の修正</p> <p>○評価及び地域包括支援センターへの報告</p> <p>○講義(必要に応じて実習)による集団的な栄養教育</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・食べることの意義</li> <li>・栄養改善のための自己マネジメントの方法</li> <li>・栄養改善のための食べ方、食事づくりと食材の購入方法</li> <li>・摂食・嚥下機能を含めた口腔機能の向上等の低栄養に関連する問題等</li> <li>・社会参加のためのボランティア団体の紹介等</li> </ul>	3~6か月
※なお、栄養改善事業の事業実施形態としては、「上記のAの単独実施」又は「上記のA及び上記のBの双方を同時に実施」する形態とする。						
一般高齢者施策 (ポピュレーション・アプローチ)	全ての高齢者			<p>○栄養改善に関する介護予防普及啓発事業</p> <p>○「地域栄養改善活動」推進委員会の設置</p> <p>○愛称、ロゴ、シンボルマーク、キャッチコピーの募集</p> <p>○課題把握と計画作成</p> <p>○普及啓発活動(講演会、ポスター・パンフレットの作成・配布、ホームページ作成、外食・食品小売業等における栄養情報の表示、有線放送、広報の活用等)</p> <p>○介護予防のための個人データの自己確認(介護予防手帳、)</p> <p>○相談窓口の設置</p> <p>○評価と継続的な品質改善活動</p> <p>○栄養改善に関する地域介護予防活動支援事業</p> <p>○介護予防に関するボランティアの育成</p> <p>○育成されたボランティアによる特定高齢者施策支援活動の支援</p> <p>○評価と継続的な品質改善活動</p>	3~6か月	

予防給付の概要

サービスの種類	対象者	主な担当職種	実施場所	サービス内容	目標設定・評価期間
1) 通所介護	要支援1、要支援2の認定を受けた者のうち低栄養状態のおそれのある者；①BMIが標準を大きく下回る ②体重の減少が認められる ③栄養面や食生活上に問題があるのいずれか1つに該当する者	管理栄養士	介護予防通所介護事業所	<p>①事前アセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○低栄養状態のリスクの評価、健康状態、栄養状態、食事に関する意向や意欲、主観的健康感の把握</li> <li>○買い物・食事づくり担当者、共食者とその意向や意欲</li> <li>○食事に関する嗜好、アレルギー、食事摂取行為の自立、形態、食事づくりや買い物状況、配食サービスの利用等の環境等の把握</li> <li>○食べ方や飲み方の観察</li> <li>○低栄養状態と関連した口腔、摂食・嚥下障害、下痢、便秘、脱水などの問題の把握</li> </ul> <p>②栄養改善サービス計画の作成</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○解決すべき課題</li> <li>○長期目標、短期目標</li> <li>○食事（タンパク質、エネルギー及び水分の必要量と個別対応事項）、訪問介護等における調理や買い物援助との連携事項、栄養食事相談、多職種による課題の解決等</li> </ul>	3ヶ月毎
2) 通所リハビリテーション		管理栄養士	介護予防通所リハビリテーション事業所（必要に応じて居宅を訪問）	<p>③個別で重点的な栄養食事相談</p> <p>④モニタリングの実施と計画の修正</p> <p>⑤事後アセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○計画に基づく課題解決に向けた相談</li> <li>○栄養・食事に関する相談（「食べること」への意欲を重</li> <li>○自己実現の意欲、主観的健康観等、低栄養状態のリスク、摂取量、計画の実践状況</li> <li>○モニタリングの結果に応じた計画の修正</li> <li>○自己実現の課題と意欲、低栄養状態のリスク、サービス継続の必要性、計画の概要と実施状況、総合評価</li> <li>○地域包括支援センターへの報告</li> </ul> <p>※ 通所リハビリテーションは医学的な管理の下で、より専門的なプログラムを実施等</p>	3か月毎



## 口腔機能向上マニュアル概要版

### 1. 口腔機能向上支援マニュアル改訂の目的

平成18年4月に導入された「口腔機能向上サービス」の継続的な普及、啓発及び実施のために、関係者によりわかりやすく、取り組みやすいマニュアル作成を目的とした。本マニュアルは、一般高齢者施策、特定高齢者施策、予防給付の3つから構成され、参考として介護給付についても記載している。

なお、本マニュアルは、高齢者に対する口腔機能向上のための支援関係者のために理念、制度の運用方法及び技術等について解説した「口腔機能向上支援マニュアル（平成18年3月版）」を暫定的に改訂したものであり、平成21年3月に確定版を公表する予定である。

### 2. 各施策、予防給付および介護給付の目的と対象者、担当者について

#### 1) 一般高齢者施策

地域に在住する65歳以上の全ての高齢者を対象として、市町村が主体となって、高齢者の「食べる楽しみ」の維持、継続を支援する街づくりのための普及啓発活動や健康教室などの活動支援を行う。

#### 2) 特定高齢者施策

生活機能評価の結果、口腔機能低下のおそれのある要介護認定を受けていない虚弱な高齢者を対象に、市町村あるいは委託された民間事業所により、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活動を行う。

#### 3) 予防給付

介護認定審査会の結果、要支援1、2と認定された高齢者で、地域包括支援センターにおける一次アセスメントにて口腔機能が低下している者を対象に、デイサービス、デイケアにおいて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活動を行う。

#### 4) 介護給付

介護認定審査会の結果、要介護1～5と認定された高齢者で、介護認定調査結果、基本チェックリスト、医師の意見書等より、口腔機能が低下をきたしている者を対象に、予防給付と同様の教育及び支援活動を行う。

### 3. 改訂文面の要旨

#### 1) サービス担当職種について

専門職（歯科衛生士、看護師、言語聴覚士）と関連職（介護職）であり、歯科医師、医師はそれらと連携し、専門職に対してサービス実施の支援をする。

#### 2) 予防給付、介護給付における地域包括支援センター、指定介護予防事業所、及び居宅介護支援事業所の留意点

(1) 潜在化しやすい口腔機能のニーズを発見し、予防効果を高めるために、介護認定調査の結果や基本チェックリスト、および医師の意見書等の口腔関連項目を使用することが有効である。

(2) 主治の医師や歯科医師からの口腔機能低下に関する情報提供を受ける。

#### 4) 予防給付と介護給付の期間について

サービス実施前に事前アセスメントを行い、口腔機能向上の指導管理計画を作成する。短期間のサービスでは十分な改善効果がみられず、サービス実施6カ月後から顕著な効果が認められる場合も多いことから、アセスメントによるサービス利用者の口腔機能の状態に応じて、適宜サービス実施期間を延長することが望ましい。

#### 5) サービスの終了と継続について

目標を達成した者、あるいは効果が認められないと判断した者に対しては、サービスを終了する。一方、サービスを終了するとその後機能低下のおそれのある者、継続することにより機能向上の可能性が認められる者に対しては、本人の意思を確認後、継続する。

#### 6) 様式の簡略化

巻末の様式例参照。

### 4. まとめ

口腔機能の維持・向上が以下のことに貢献することが、近年の研究で明らかにされてきた。

食生活の健康を得ることから

①生活意欲の高揚 ②社会参加の継続 ③日常生活動作の維持、向上が図られる。

医学的效果として

①低栄養、脱水の予防 ②誤嚥、肺炎、窒息の予防 ③むし歯、歯周病、義歯不適合の予防 ④経口摂取の質と量が高まる。

このマニュアルを、効果的・効率的な口腔機能向上への取組の参考していただきたい。



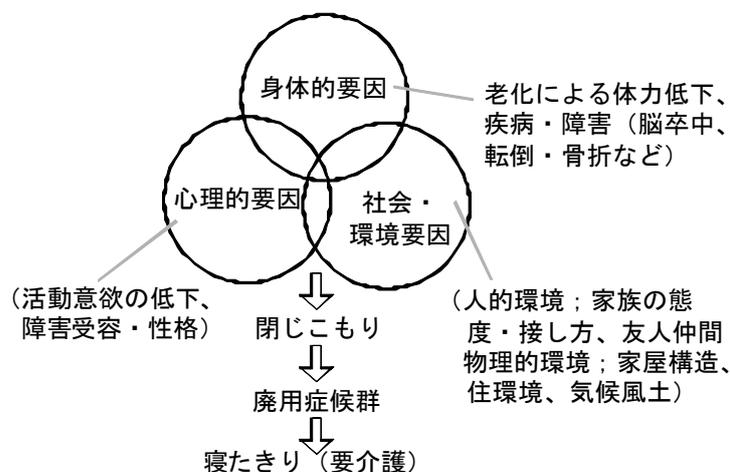
## 閉じこもり予防・支援マニュアル（概要版）

### 1. 基本的な考え方（目的・ねらい）

#### 1. 1 閉じこもり予防・支援の目的

閉じこもりの位置づけを理解することが前提となる。65歳以上の高齢者における死亡原因と要介護要因は異なっている。要介護要因としては、脳血管疾患が依然として要因として重要であるが、転倒・骨折、関節疾患、パーキンソン病など筋骨格系の疾患の重要性が増してくる。また、「高齢による衰弱」という疾病ではない原因が要介護の要因となっていることに注目しなければならない。要介護の原因としては、高齢になるに従って、「高齢による衰弱」という疾病のみでは説明できない老化に伴う変化が要介護の主な原因の第1位になる。

もっとも重い要介護状態としての寝たきりの原因として、閉じこもりが注目されてから約25年が経過するが、この考え方はまさに閉じこもり予防・支援を考える際にもっとも重要なものである。脳血管疾患、転倒・骨折など身体的要因のみで要介護状態になるのではなく、活動意欲の低下などの心理的要因、家族の態度や接し方などの人的要因や住環境がバリアフリーになっているかどうかなどの物的環境など社会・環境要因が相互に関係して閉じこもりという状態になるのである。閉じこもりであると心身の不活発さから廃用症候群を来し、結果として寝たきり＝要介護状態になるのである。このような要介護状態の成因を考えると、単に疾病モデル（医学的アプローチ）ではなく、生活全体へのアプローチ、つまり、社会モデルの考え方が必要である。



（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 閉じこもりの要因と位置づけ

#### 1. 2. 閉じこもりの定義と特徴

基本チェックリスト「週に1回以上は外出していますか」の問に対して、「1. いいえ」と回答した場合に、閉じこもりと判断する。さらに、「昨年と比べて外出の回数が減っていますか」の問に対して、「1. はい」と回答した場合には、「特に要注意」と判断する。

外出頻度で判断するが、閉じこもりの要因を生活空間の視点から見た場合、閉じこもりになっていくプロセスは、生活空間の狭小化と位置づけることができる。

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を示す（表）。各要因の関与の程度がさまざまである。

表 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 生きがいが少ない
社会・環境要因	高齢であること 集団活動などへの不参加 家庭内での役割が少ない 社会的役割の低さ 親しい友人などが少ない

#### 1. 3. 閉じこもり予防・支援のねらいと方向性

外出頻度自体の増加がねらいではなく、屋外、社会における役割を担う結果として、外出頻度が増加することになるのが良い。外出頻度を増加させることなく、高齢者の生活全般が活性

化することが本来の目的である。より積極的な閉じこもり予防・支援としては、閉じこもりではない時から、外出できるだけの体力を維持しておくために、体力づくり、健康づくりに取り組む必要がある。

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ことは、適切とは言いがたい。また、効率的ではなく、他のプログラムとの連携が重要である。

## 2 各サービスについて

### ①介護予防特定高齢者施策（ケアマネジメント・対象者・サービス等）

#### 1）広報・健康学習プログラム（介護予防普及啓発事業）

##### 【具体的な展開例】

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。なお、必ずしも社会活動とは言えないが、家庭内での仕事や役割は健康維持効果や生きがいの源である場合もあり、その実態を把握しておくことは意味のあることである。

ア. 地域の団体・組織・会の活動の実態を把握する

イ. その実態把握にもとづいた広報・健康学習プログラムの立案・実施する

ウ. 地域全体への取り組みへと発展させる（→高齢者ボランティア養成プログラム）

#### 2）介護予防を推進する高齢者ボランティア（介護予防活動支援事業）

・高齢者ボランティアの養成研修会の開催：地域のデータに基づき「閉じこもり」などのリスク要因の実態や問題点、介護予防などについての健康情報の提供、介護予防の技術を習得のための時間、また、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。

・高齢者ボランティアの活動の支援：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）は必須である。

### ②介護予防一般高齢者施策

#### 1）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（通所型介護予防事業）

特定高齢者に対する通所型介護予防事業としては、従来から行われてきた転倒・骨折予防などの機能訓練や健康教育などを実施し、自立した生活の確立と自己実現の支援を行うことになっている。運動器の機能向上・栄養改善・口腔機能の向上を目的とした通所型のプログラムへのお誘い、参加は閉じこもり予防・支援として有効である。

例えば、住民・参加者の要望・ニーズを把握し、アセスメントによる閉じこもりタイプに応じたプランの選定として、運動・栄養・口腔・閉じこもりの単独コースと、閉じこもりと各コースを複合した計7コースで対応するなど工夫する。

委託事業者や地域包括支援センターとの話し合いの機会を定期的に持ち、自治体職員が、事業の実施状況の現状・課題をタイムリーに把握して、事業の検討に活かすなど、関係機関からの意見の吸い上げが大切である。また、事業運営への地元社会資源の活用も有効である。

#### 2）保健師等による訪問による支援（訪問型介護予防事業）

本当に予防・支援が必要な閉じこもりは、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）高齢者である。従って、呼び出し、勧誘に応じないような閉じこもりではないかと疑われる高齢者に対しては、対象者を訪問することが必須である。

訪問の際には、「閉じこもり予防・支援のための二次アセスメント票」等を用いて、閉じこもりの要因や問題点などについて評価する。訪問時には、自治体の実施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、高齢者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。

#### 3）ライフレビュー（回想法）を用いた訪問プログラム（訪問型介護予防事業）

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高齢者に対しては、自己効力感（ある行動がうまくいくための自分の能力に対する信念）を改善する目的でライフレビュー（回想法）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。

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。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、信頼関係が培われたら、自分の人生を振り返って頂く。ただ、最初は、「健康情報の提供」を行いその後のライフレビュー（回想法）の導入がスムーズになる。ライフレビュー（回想）では、記憶していることで、一番古いことはどんなことかを尋ね、徐々に、最近の話題へとつなげていく。

#### 4) 訪問継続が必要な対象者への支援（訪問型介護予防事業）

家族の理解・協力が、閉じこもり予防・支援においては極めて重要である。そのため、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。

そのため具体的には、以下の取り組みを行う。

ア. 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。

イ. 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。

ウ. 家族による外出時の同行を施行する。

#### 5) 訪問による社会・環境要因のアセスメント（訪問型介護予防事業）

閉じこもりに至る過程は生活空間の狭小化の過程であり、それをもたらす住環境要因としては、坂道・階段・交通量などの自宅周辺の環境や気温・降雨降雪量などの気候条件による屋外環境と、自宅の家屋構造や屋内環境が考えられる。保健師などは自宅を訪問した際に簡単な聞き取りや観察による評価を考える。

「毎日の居住習慣について」は、対象者に質問項目を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。また、

「家屋構造について」は、保健師などが観察により対象者の部屋と、外出を阻害する可能性がある物理的環境の状況を把握する。

### 3 改訂のポイント

初版（平成17年12月）と今回の改定版における変更点、修正点は、おもに以下の通りである。

- ①使いやすさを考慮し、ページ数（全体の量）を少なくすることに考慮した。
- ②初版のマニュアルと章立て・項目が大きく異なると、利用者にとって不便と考え、内容について、変更が必要な部分についてのみ加筆・修正した。
- ③閉じこもりに関する特徴（予測要因）について、最新の研究報告等を参考に、加筆した。特に、この3年間での研究の成果（エビデンス）をできるだけ採用した。
- ④初版作成段階では閉じこもり予防・支援の取り組みは全国的にきわめて少なく、事例の紹介が少なかったが、成果を挙げている事例を中心に具体的な取り組み例をより多く掲載し、取り組みのモデルとなるように配慮した。
- ⑤不適切な表現やわかりにくい表現等については、削除した。

### 4 その他

閉じこもり予防・支援プログラムの取り組みは全国的に広がっているが、まだ未着手の自治体も決して少なくない。本マニュアルに掲載されている事例のみではなく、下記のWEBサイトにアクセスし、先駆的取組の事例について、情報収集することが望ましい。

「健康長寿ネット」(URL: <http://www.tyojyu.or.jp/net/>)

# 認知症予防・支援マニュアル概要版

## 1 基本的な考え方

認知症とは、いったん発達した知的機能が低下して社会生活や職業生活に支障をきたす状態を表している。認知症の認知障害では、抽象思考の障害、判断の障害、失行、失認、失語、実行機能障害などが中核的、本質的な症状である。認知症は、要介護状態に陥る3大原因疾患のひとつを占めている。したがって、認知症が予防できるのであれば、個人にとっても社会にとっても大きな恩恵をもたらすことになる。

認知症予防の可能性については、まだまだ懐疑的な見解が根強い。しかし、近年、認知症の大きな部分を占めるアルツハイマー型認知症発症の抑制因子が明らかになるにつれて、認知症予防の可能性が次第に認識されるようになってきた。

認知症の中でもっとも大きな割合を占めている原因疾患は、アルツハイマー病と脳血管障害である。脳血管障害についての危険因子は、運動不足、肥満、食塩の摂取、飲酒、喫煙の生活習慣、高血圧症、高脂血症、糖尿病や心疾患などがあり、その予防方法も広く知られているところである。アルツハイマー病の抑制因子については、魚の摂取、野菜・果物の摂取、ワインの摂取量、有酸素運動、さらに、文章を読む、知的なゲームをするなどの知的生活行動や対人的な接触など、日常生活習慣が認知症の発症の抑制に大きく関わっていることも明らかになっている。

一方、認知症に至る前段階にあたる軽度認知障害の時期に低下する認知機能も次第に明らかになってきた。軽度認知障害の時期には、エピソード記憶、注意分割力、計画力を含めた思考力の低下が起こりがちであり、認知症予防の観点からはこれらの認知機能を維持するような知的な活動が有効であろうと考えられている。

アルツハイマー病による認知症や脳の血管障害による認知症は、長期にわたる脳の病変的変化を経て発症する。したがって、効果的な認知症予防を考えるならば、健康な高齢者を含めた全ての高齢者を対象にしたポピュレーション・アプローチ、つまり介護予防一般高齢者施策が重要である。また、予防的活動は長期に継続する必要がある。長期に活動を続けるためには、高齢者にとって興味を持って生きがいとなるようなものが望ましい。ハイリスク・アプローチ、つまり介護予防特定高齢者施策の対象と想定される認知機能の低下した高齢者は、むしろ認知症予防や認知機能の改善に関心が薄い。介護予防特定高齢者施策では、まず、地域の人たちに早期発見と早期予防のメリットを知ってもらい、生活機能評価などに抵抗なく応じることができるよう十分な啓発が重要である。また、認知症予防・支援プログラムの提供にあたっては、認知機能の維持や改善の効果が期待できるサービスを提供することは当然のことではあるが、対象者の好みや価値観にあったサービスを提供することが望ましい。

## 2 各サービスについて

### ① 介護予防特定高齢者施策（ハイリスク・アプローチ）

介護予防特定高齢者施策では、保健師・看護師など多様な情報源から軽度認知障害などの

可能性のある者を把握し、生活機能評価及びアセスメントを行う。さらに、認知機能は低栄養状態、運動機能の低下、口腔機能の低下とも関連し、これらの機能改善が認知機能の維持に役立つと期待されるため、これらの対象者へのプログラムと併せて認知症の予防を図る。なお、学術的または実態として認知症予防の効果が期待されると判断されるプログラムを実施することもできる。また、通所形態による事業実施が困難である者に対しては、訪問活動により必要な支援を行うことが考えられる。なお、プログラムを開始する際には、事前アセスメントとして認知機能の評価を行い、事業の終了した後に事後アセスメントを行って事業の効果を評価する。

さらに、プログラムが終了した後も、地域のインフォーマルなサービス等を活用し、活動の持続を図ることが望ましい。

## ② 介護予防一般高齢者施策（ポピュレーション・アプローチ）

介護予防一般高齢者施策では、高齢者自らが予防の方法を学習して自立的に危険因子を減らすことを支援することを目指す。多くの高齢者に認知症予防への関心を高めてもらい、認知症予防についての知識を持ってもらうことは、介護予防一般高齢者施策で特に重要である。しかし、そうした知識だけでは、認知症の危険因子を下げる行動には至らない。実効ある介護予防一般高齢者施策のためには、行動のきっかけとなる地域の情報を関心のある住民に提供していく必要がある。また、予防的な行動を開始しそれを維持していくための地域活動の支援や指導者等の育成が必要となる。

それらを踏まえ、介護予防一般高齢者施策では、全ての高齢者を事業の対象にして、以下のような事業を行う。①認知症予防に役立つ地域の社会資源の情報を集めてデータベースを作る。②認知症予防に関心がある住民へ認知症の危険因子を減らす行動を習慣化するための情報やきっかけづくりのための情報提供を行う。③地域での認知症予防活動を育成し支援を行う。地域での活動のタイプには、i) 生きがい型：認知症予防を直接の目的にはしていないが、認知症の危険度を下げる効果の期待できる活動、ii) 目的型：認知症予防を目的として、多くの高齢者が好み、認知症の危険度をさげる効果の期待できる活動、iii) 訓練型：認知症予防を目的として、認知機能の訓練効果が期待できる活動がある。④認知症予防活動を支援、または指導をする人材の育成を行う。

## 3 改訂のポイント

### 1. 研究データの蓄積に伴う改訂

- 1) MCI の概念の変遷にともない、2章の軽度認知障害の項を最新のデータに更新
- 2) 7章<資料1：認知症予防の科学的根拠>におけるアルツハイマー型認知症の危険因子の代表的な文献を追加

### 2. 特定高齢者施策におけるかかりつけ医の役割の追加

特定高齢者施策における対象者の把握に関して、かかりつけ医の健康診査等へつなげる役割を強調し、地域の医師会との連携システムを整えておくことを追加

# うつ予防・支援マニュアル概要版

## 1 基本的な考え方

### 1.1 高齢者のうつ対策の重要性

高齢者は、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ます。身体面では老化による身体の衰えを感じ、なんらかの病気を患うことも多く、死を差し迫ったものとして意識するようになります。また、社会面では退職や老化に伴う仕事の喪失、家族や社会との交流の減少、家族内役割の喪失を経験することも考えられます。さらに、配偶者との死別、友人や近隣者の死といった身近な人や親しい人の喪失を多く経験することにもなります。このような高齢者の老化やライフイベントに伴う身体的、心理的、社会的体験は、閉じこもりなど社会からの孤立につながり、その結果さらにうつ状態が強まっていく可能性があります。

うつ状態が強くなると、健康管理や日常生活に消極的になり、身体の状態にも影響を与えます。うつは単に精神面だけでなく心身両面に影響を与える疾患であり、高齢者のうつ予防支援は生活習慣病予防・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す。

### 1.2 うつ予防支援の目的

- 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します。
- 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します。
- 強いストレス状態、うつ状態の高齢者に対し、家族、地域住民、民生委員、食生活改善推進員等の関係者の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します。
- 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、特定高齢者や要支援高齢者への適切な対応を行えるようにします。

### 1.3 実施体制

うつ予防支援には、「介護予防一般高齢者施策」として、普及啓発、健康教育、健康教室、健康相談等、また「介護予防特定高齢者施策」としての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等が含まれます。高齢者のうつ予防支援を行うためには、「介護予防一般高齢者」「介護予防特定高齢者」を問わず、広くこれらの施策を実施することが大切です。

## 2 各サービスについて

### 2.1 介護予防特定高齢者施策

#### 1) 二次予防 ～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～

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、主に「介護予防特定高齢者施策」に対応します。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い、うつ状態を早期に発見して該当者に情報提供します。

## 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 |

## 2) 詳細なアセスメントの実際

基本チェックリスト等によるアセスメントの結果、5項目中2項目を満たした陽性者に対しては、「心の健康相談」として保健師の二次アセスメントを実施します。

### 二次アセスメントにおける評価のプロセス

#### 第一段階：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。具体的には以下のような質問をしてください。

- 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という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？」

#### 第二段階：支障の程度を評価する

①～④のいずれかの症状がひとつでも存在している場合には、「今、お話し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？」などと質問して、症状のためにどの程度の支障が出ているかを評価してください。

その結果、ひどくつらいというわけでもなく、日常生活に支障が出ているわけでもない場合には、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ようにしてください。一方、ひどくつらくなっていたり、日常生活に支障が出たりしている場合には、医療機関への受診を勧めてください。

#### 第三段階：キーパーソンを特定

次に「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、本人の許可を得た上でそのキーパーソンの協力を仰いでください。

キーパーソンが存在しない場合には、本人とよく相談して、民生委員など地域の協力者をさがしてください。その後は、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ようにします。

より詳細なアセスメントの結果に基づき、うつ病が疑われる高齢者に関しては、医療機関への受診勧奨をし、それ以外のうつ傾向のある高齢者には、精神保健福祉センター等と連携して訪問等により経過観察を行います。

## 2.2 介護予防一般高齢者施策

### 1) 一次予防 ～うつに対する正しい知識を普及啓発する～

一次予防は健康増進と疾病の予防で、主に「介護予防一般高齢者施策」に対応します。そのためには以下のような方策が有効です。一次予防では、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ます。

#### 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

地域住民向けの健康教育、健康教室、健康相談、広報誌・パンフレット・チラシ・啓発グッズ等の配布、健康手帳への記載等、あらゆる機会を通してこころの健康障害に対する正しい知識の普及、啓発に努めるようにすることによって、こころの健康の維持とうつ対策を行うようにします。

#### 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めざす

地域自治会、老人クラブ等、地域のインフォーマルサービス資源の活用を図り、住民がストレスに積極的に対処できる方法を学習できる機会を設け、地域では、季節に関わらず住民が集まって楽しめる機会の創造など、地域住民の生きがいづくりや孤立予防につながる活動を行います。

#### 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

住民と行政及び専門職、地域の医療機関（専門科や一般診療科）が連携して、うつ病をはじめとする心の健康問題に関する相談やうつのスクリーニング及び受診体制を整備します。これによって、うつ病についての相談、医療機関への受診が適切に行われるようになることを目指します。ストレスを軽減してうつ病を予防できるように、積極的に心の健康づくりを進めることは、地域全体の健康づくりのためにも大切です。

## 3 改訂のポイント

今回の改訂ポイントは、主に「介護予防特定高齢者施策」として実施するアセスメントの部分です。

### 改訂1

基本チェックリストによるアセスメントの仕方を改訂しました。5つの症状が「最近2週間以上続いている場合」に「はい」、続いていない場合に「いいえ」として回答するようにしてください。（「最近2週間のうちに一度でもこれらの症状があったかどうか？」を回答しないように注意して下さい。）

### 改訂2

二次アセスメントの質問内容を改訂しました。症状だけでなく、日常生活の支障の程度、キーパーソンの特定などを織り込み、簡便に施行しやすいように修正しました。

総合的介護予防システム  
についてのマニュアル  
(暫定版)

平成20年12月

「総合的介護予防システムについてのマニュアル」

分担研究班

研究班長

東北大学大学院医学系研究科 辻 一郎

## [概要]

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」と定義される。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めざすものではない。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行為（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）の向上をめざすものである。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。

介護予防の流れは、3つの過程に整理することができる。第1に、地域包括支援センターにおいて、課題分析（一次アセスメント）を行って介護予防ケアプランを作成する過程である。介護予防ケアプランの作成にあたっては、予防給付では原則全員に、地域支援事業による介護予防特定高齢者施策では必要な者についてサービス担当者会議の開催が求められる。第2に、市町村又は事業の委託を受けた事業者における事業実施の過程であり、この過程においては、事前アセスメントの実施、個別サービス計画の作成、個別サービス計画に基づく事業実施、事業実施中のモニタリング等の実施が求められる。なお、事業終了後には、事業を実施した事業者等は、事後アセスメントを実施し、その結果を地域包括支援センターへ報告する。第3に、地域包括支援センターにおいて、一定期間の事業について、効果の評価を行うとともに、その結果に基づき、介護予防ケアプランの見直し（継続・サービスからの離脱・要介護区分の変更など）が行われる。

地域支援事業による介護予防特定高齢者施策の流れについて述べる。第1に、市町村において、特定高齢者把握事業が行われる。ここでは、生活機能評価、要介護認定、訪問活動等の連携、関係機関（主治医・民生委員・高齢者福祉センター・薬局等）や地域住民等からの情報提供、本人・家族からの直接の相談などを通じて、生活機能の低下が疑われる者を幅広く把握していく。第2に、地域包括支援センターにおいて、生活機能の低下が疑われる者が「特定高齢者」に該当するかどうかの確認が行われる。特定高齢者とは、要介護・要支援状態に至るリスクが高い高齢者のことである。介護予防特定高齢者施策のうち通所型介護予防事業及び訪問型介護予防事業の参加者数は、高齢者人口の概ね5%を目安として、地域の実情に応じて定めることとしている。特定高齢者に該当する者には、説明と承諾に基づいて介護予防ケアマネジメントが行われる。特定高齢者に該当しない者には、介護予防一般高齢者施策への参加を勧めるなど、適宜、アドバイスをを行う。第3に、特定高齢者に対して、介護予防特定高齢者施策による様々な介護予防事業（通所型または訪問型の介護予防事業）が実施される。

生活機能低下を把握する様々なルートの詳細を提示した。これら様々なルートのうち、どれが最も効果的であるかは、地域により異なる。各市町村においては、それぞれの特徴や地域資源に応じて、様々な把握ルートを重層的に構築していくことが求められている。

介護予防を行うにあたって、「水際作戦」は重要な役割を担うものである。水際作戦とは、これまで元気に暮らしていた高齢者が、何らかのきっかけによって急に生活の機能低下を起こした

ときに、速やかに把握して何らかの手だてを打つ戦略のことである。そのため、市町村においては、かかりつけ医との連携も含めて、生活機能の低下した高齢者をリアルタイムで把握して早期に対処できる機動的な態勢を構築することが求められている。

地域支援事業の介護予防特定高齢者施策と予防給付との相違点は、以下の通りである。まず、対象者の把握という点では、予防給付では介護保険認定作業と連動して自動的に把握される一方、地域支援事業では対象者を適切に把握することが最も重要な課題となる。なぜならば特定高齢者は（外出困難あるいは閉じこもり・うつ状態などのために）地域の中で潜在化する傾向があるからである。そこが地域支援事業における大きなポイントの1つとなる。一方、利用者の支援ニーズは、地域支援事業では比較的軽度かつシンプルであるのに対して、予防給付の利用者が抱える問題は重度であり、一人の個人でも多岐かつ多領域にわたるものであることが想定される。そのため、予防給付に比べて特定高齢者施策でのケアマネジメントは簡略なものとなって構わない。

介護予防ケアマネジメントの流れをまとめた。一次アセスメントでは、基本チェックリスト等や面談によって情報把握し、生活機能低下の原因や背景などを分析して、支援ニーズを明らかにする。そのうえで、可能となる生活行為を明確にして、それを達成するために必要かつ適切なサービスを選定して、介護予防プランを作成する。一定期間後のプランの見直しは、サービス利用後の生活機能の変化（維持・悪化・改善）に応じて行われる。地域支援事業介護予防の特定高齢者施策を利用している者では、維持の場合は同事業の利用継続を、悪化の場合は要介護認定の申請を、改善の場合は一般高齢者施策への移行ということとなる。

なお介護予防ケアマネジメントの過程では、本人の意欲を引き出し、行動変容を促すようなアプローチが必要となる。その理論的背景となる考え方（変化のステージモデル、自己効力感、ソーシャルサポート、コーチング、ストレングスモデル）を紹介した。

介護予防ケアプランの作成における重要なポイントをまとめた。個々のサービスを選択する際は、利用者本人の目標（どのような生活を創っていくのか）に応じて、どのようなサービスをどの程度行うべきかを検討する。また、サービスは介護保険給付により行われるものだけではなく、本人のセルフケア、家族の支援、医療、地域におけるインフォーマルサービス、市町村の保健福祉サービスなど、多岐にわたるものから総合的に検討していくことが重要である。

介護予防においては事業評価を適切に行うことが重要である。評価とは、定めた目標の達成状況を確認して、目標値の見直しや事業実施方法の改善につなげるための取り組みと定義される。この定義より明らかであるように、評価は介護予防を効果的・効率的に実施するうえで不可欠なことである。さらに、評価とは事業実施前に設定された目標がどの程度達成されたかを測るものであり、その意味で事業計画と事業評価は表裏一体の関係にあることに留意しなければならない。

事業評価には3つの手法がある。第1に、アウトカム（成果）指標であり、要介護認定者数、生活機能、QOL・満足度・主観的健康度・健康寿命・介護給付額などが該当する。第2に、アウトプット（出力・生産活動）指標であり、介護予防の事業量に関わるもの（地域包括支援センターでの介護予防ケアマネジメント実施件数、各事業の実施回数・件数・参加者数など）が該当する。

第3に、プロセス（過程・手順）指標であり、介護予防では参加者把握の方法、住民参画の状況、各機関同士の連携状況などが該当する。これら3つの指標のそれぞれについて、介護予防サービス事業者、地域包括支援センター、保険者（市町村）のそれぞれが評価を行うこととなる。

事業者におけるプロセス評価では、個々の利用者に対するアセスメント・個別計画作成・重要事項説明・サービスの適切な実施とモニタリング・フォローアップなどが適切に行われているかどうかについて、評価が行われる。

事業者におけるアウトプット評価では、開催回数・登録者数・参加者実数などを記載する。

事業者におけるアウトカム評価では、利用者の生活機能の推移が記載される。地域支援事業介護予防特定高齢者施策の利用者については、改善によりサービスを離脱した者の割合、要支援・要介護に至った者の割合、基本チェックリスト点数の維持・改善者の割合などが記載される。予防給付の利用者については、改善によりサービスを離脱した者の割合、要介護度が改善した者の割合（ランク別）、基本チェックリスト点数の維持・改善者の割合などが記載される。

地域包括支援センターにおけるプロセス評価では、一次アセスメントや介護予防ケアプラン作成など、それぞれのプロセスが適切に行われているかどうか評価される。

地域包括支援センターにおけるアウトプット評価では、介護予防ケアマネジメントの実施件数や各サービスを利用することとなった人数などが記載される。

地域包括支援センターにおけるアウトカム評価では、事業者のアウトカム評価表と同じ様式のものを使用する。ここでは、各事業者からの報告をもとに、当該センターでケアマネジメントを行った利用者のデータを集計する。それにより、各事業所のアウトカムを比較する。

保険者におけるプロセス評価では、対象者の把握ルートに関する数値が集計される。さらに、住民の参画、事業の質を管理するシステム、モニタリング・システムなどが評価される。

保険者におけるアウトプット評価では、当該市町村での介護予防ケアマネジメントの実施件数や各サービスを利用することとなった人数などが記載される。

保険者におけるアウトカム評価では、地域包括支援センターからの報告をもとに、当該市町村における介護予防サービス利用者のデータを集計する。それにより、各事業所・地域包括支援センターのアウトカムを比較する。

さらに、当該市町村における介護保険認定状況について評価を行う。新規認定申請者数、新規認定者数、そのうち要支援1・2の人数などについて、目標値と実績値を記載することにより、当該市町村における介護予防の効果について評価を実施する。

# I. 総合的な介護予防システムのあり方

## 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」と定義される。

介護保険は高齢者の自立支援を目的に創設されたものであり、介護予防の重要性は制度発足当初から強調されていた。そのことは、介護保険法第四条（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」と規定されている通りである。

### 1. 1 介護予防がめざすもの

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めざすものではない。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行為（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）の向上をめざすものである。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、平成18年度の介護保険制度改正（予防重視型システムの構築）にあたっては、介護予防に関するケアマネジメントの過程を重視した。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できるように、何らかの支援により、可能となる生活行為について、いつまでにどのような生活行為ができるようになるかを具体的に明確化する。すなわち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ことに留意する。

したがって、介護予防ケアマネジメントでは、本人の意思が何よりも重要である。これは、介護保険制度の創設時から謳われてきた「自立支援」や「措置から選択へ」という理念をさらに推進するものである。すなわち介護予防では、利用者本人の意思や意欲が何よりも重要であり、その主体的な選択と同意こそがすべての基盤となる。

しかし、このことは、本人の意思のみでものごとを決めるという意味ではない。介護予防は、

利用者の意欲的な取り組みが重要であり、それがなければ介護予防の効果は上がらない。一方、虚弱状態あるいは要支援状態にある高齢者では、「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。そこで介護予防に関わる専門職は、利用者の意欲の程度とその背景にある問題を配慮したうえで積極的な働きかけを行うべきである。

## 2. これからの介護予防の方向性・課題

平成18年度の制度改正より前に行われていた介護予防関連事業の問題点を整理したうえで、これからの介護予防の方向性・課題について検討したい（表1）。

表1 介護予防関連事業に関するこれまでの問題点と今後の方向性

- |   |
|---|
| <p>(問題1) 介護予防事業評価が十分でなかった。<br/>(方向) エビデンスに基づく事業の選定。アウトカム評価等の指標と手法を確立し事業評価を強化し、サービス改善に活かすシステムの構築。</p> <p>(問題2) 介護予防を最も必要とする人々がサービスを十分には受けていなかった。<br/>(方向) 共通の調査項目による共通の基準のもとで、サービス対象者の選定。適切に対象者を把握する地域システムの構築。送迎などの整備。</p> <p>(問題3) サービスは、集団を対象として画一的に行われることが多かった。<br/>(方向) 個別のケアマネジメントの実施とケアプラン作成による個別対応の強化。</p> <p>(問題4) 事業が自己目的化してしまう傾向があった（訓練のための訓練）。<br/>(方向) 個々人のニーズや目標を達成するための手段としてのサービス選定。</p> |
|---|

第1に、これまでの介護予防サービスの中には介護予防効果が十分に検証されていないものもあったという問題がある。また、事業評価の取り組みが十分ではなかった。逼迫する介護保険財政においては、効果的なサービスをできる限り効率的に提供するべきであり、適切な企画立案と事業評価が必須となる。そこで今後の方向性は、有効性に関するエビデンスに基づいてサービスを選定すること、市町村介護保険事業計画との整合性のもとで評価の指標と手法を確立することである。さらに、個人レベル、サービス事業者レベル、市町村レベルで、事業評価を実施して、サービスの改善に活かすシステムを構築しなければならない。

第2に、介護予防を必要とする人たち（その効果が最も期待される人たち）が介護予防サービスを十分に利用していたとは言い難いという問題があった。たとえば高齢者に対する運動訓練事業が全国的に行われてきたが、訓練会場まで通うための手段が整備されていない場合もあり、それを最も必要とする者は運動機能低下（歩行・外出困難）のために訓練に参加できなかった。ま

た、閉じこもりやうつ状態の者は、自ら事業に参加することは少ない。したがって実際に事業に参加する人は、要介護状態リスクが低いと考えられる。それでは介護予防効果が期待できない。そこで今後の方向性は、要介護状態の発生リスクの高い高齢者を適切に把握して事業（サービス）を提供することである。そのため、共通の調査項目による共通の基準で対象者を選定すること、多様なルートでタイムリーに対象者を把握する地域システムを構築すること、そして送迎サービスなどを提供して参加者のアクセスを高めることが求められている。

第3に、これまでの介護予防事業は、集団を対象として画一的なプログラムで行われることが多かったという問題である。そこで今後の方向性は、集団を対象として事業を行っていく中でも、個別の対応を強化することである。そのために、地域包括支援センターによる課題分析（一次アセスメント）に基づき個別の介護予防ケアプランを作成するとともに、各サービス開始時に各事業者において事前アセスメントを行って、個々人の能力レベルやリスクに応じた個別プログラムが求められている。

第4に、これまでの介護予防事業では事業が自己目的化してしまう傾向があったという問題である。しかし介護予防が求めるものは、単なる運動機能や栄養状態などの改善ではなく、それを通じて本人の自己実現や生きがいの達成・生活の質の向上を支援することである。そこで今後の方向性は、介護予防事業の希望者に個別にケアマネジメントを実施して、個々人のニーズや目標を明らかにしたうえで必要な事業を利用者本人とともに決めていくことであり、それが介護予防ケアプランの作成である。

#### コラム「介護予防をさらに伝えて行くには」

メタボリックの言葉は、小学生にも知られていますが、介護予防の知名度は高くありません。そのため、介護予防の参加を呼びかけても、期待した結果は得られません。運営側の都合による介護予防を、提供していないのでしょうか。ごく限られた一部の人のための事業に、終始していないのでしょうか？

介護予防は必要な人だけが知っていても、参加者は増えませんし、限られた人との交流では、地域とのつながりも限られてしまいます。多くの住民に知っていただき・理解していただくことで、事業のサポーターや住民の協力者を作る一歩に繋がります。

広報は、事業の裾野を広げる大切な活動です。魅力のある事業にするためには、多くの人の目につき、触れていただくことが第一です。

まず、首長に介護予防を理解していただき、トップがいろいろな場で紹介する広報塔になってもらいましょう。身内から、この事業の良さを理解する活動が身近な広報の一歩です。

このためには、各市町村の基本計画や保健福祉計画、健康づくり計画などに健康寿命の延伸を基

本目標として位置づけ、その対策として介護予防の事業体系を明確にすることで、他の担当や部署との役割や連携が明確になります。そして、何よりも分かりやすい言葉で整理することで、誰にでも介護予防の理解が得られやすくなります。

介護予防を周知し裾野を広げる工夫を始め、必要な人に必要な介護予防を提供できる体制を構築していきましょう。

### 3. 介護予防と生活習慣病予防

#### 3. 1 老人保健事業の見直し

平成16年10月に厚生労働省老健局長の私的検討会である「老人保健事業の見直しに関する検討会」は、「生活習慣病予防と介護予防の新たな展開に向けて」と題する中間報告書を公表した。本節では「老人保健事業の見直しに関する検討会」を受けて、生活習慣病予防と介護予防を一体的に実施することにより国民の健康寿命をできる限り延伸させていくための戦略について考察を加えたい。

これまでの老人保健事業は、壮年期に生活習慣病を予防することによって、いわば「健康な65歳」を作ること为目标にしてきたとも考えられる。これまでの事業展開により、現在では国民の大多数が健康に65歳を迎えられる時代となった。その一方、65歳を迎えた者にとって最大の健康不安といえば認知症や要介護・寝たきりに関わることであり、この不安に対して従来の老人保健事業が十分に応えてきたとは言い難い。

そこで今後は、高齢者の自立支援という観点に立ち、社会参加を含めて生活機能が自立して生きがいにあふれた「活動的な85歳」を新たな目標とする。つまり「活動的な85歳」とは、病気をもちながらも、なお活動的で生きがいに満ちた自己実現ができるような新しい高齢者像である。

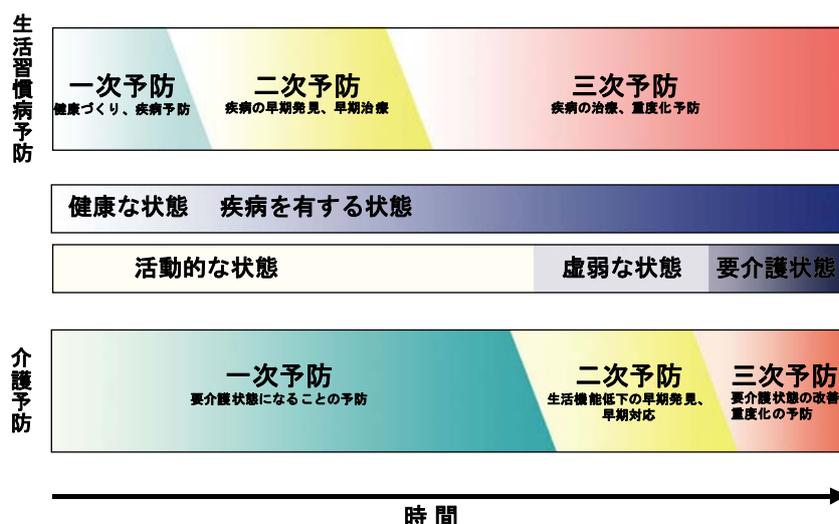
このためには、生活機能の低下の予防、維持・向上に着目し、しかも一人ひとりの健康状態・機能レベルに応じて、生活習慣病予防と介護予防を一体的に推進していく必要がある(図1)。すなわち、生活習慣病予防においては、健康な状態にあつては健康づくり・疾病予防(一次予防)を、疾病を有する状態に至っては早期発見・早期治療(二次予防)、そして疾病治療と重度化予防(三次予防)を推進するものである。

#### 3. 2 介護予防における一次・二次・三次予防

介護予防における一次予防とは、生活習慣病予防における一次予防と二次予防のレベルの者すなわち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り、特に高齢者の精神・身体・社会の各相における活動性の維持・向上が重要で、地域支援

事業介護予防一般高齢者施策に対応する。介護予防における二次予防とは、虚弱な（要支援・要介護に陥るリスクの高い）高齢者を対象に、生活機能低下の早期発見・早期対応を行うものであり、地域支援事業介護予防特定高齢者施策に対応する。そして介護予防における三次予防とは、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予防を行うものであり、介護保険における新予防給付に対応する。

図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。

以上のように、全ての高齢者を対象に、一人ひとりの機能レベルに応じて切れ目なく総合的に、生活習慣病予防と介護予防の2つの観点からの事業展開が求められている。

#### 4. 地域支援事業・新予防給付における介護予防

介護予防の定義には「要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと」と「要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと」という2つの要素があることは冒頭に述べた通りである。そして、前者は地域支援事業により、後者は新予防給付により行われるものである。本節では、両者の制度上・運用上の相違点と共通点、両者の連携・役割分担のあり方、両制度の間を移行しあう高齢者への対応などについて整理したい。

##### 4. 1 地域支援事業と新予防給付の流れ

地域支援事業における介護予防は、介護予防特定高齢者施策と介護予防一般高齢者施策よりなる。介護予防特定高齢者施策とは、要支援・要介護に陥るリスクの高い特定高齢者を対象に行わ

れ、介護予防を含む地域支援事業の事業費は介護保険給付費の3%程度を目途としている。介護予防特定高齢者施策のうち通所型介護予防事業及び訪問型介護予防事業の参加者数は、高齢者人口の概ね5%を目安として、地域の実情に応じて定めることとしている。これらの事業により、特定高齢者が要支援・要介護状態への悪化を防止することを目指している。いわば介護予防特定高齢者施策とは介護予防における二次予防として位置付けられる。それに対して、介護予防における一次予防を担うものが介護予防一般高齢者施策なのである。

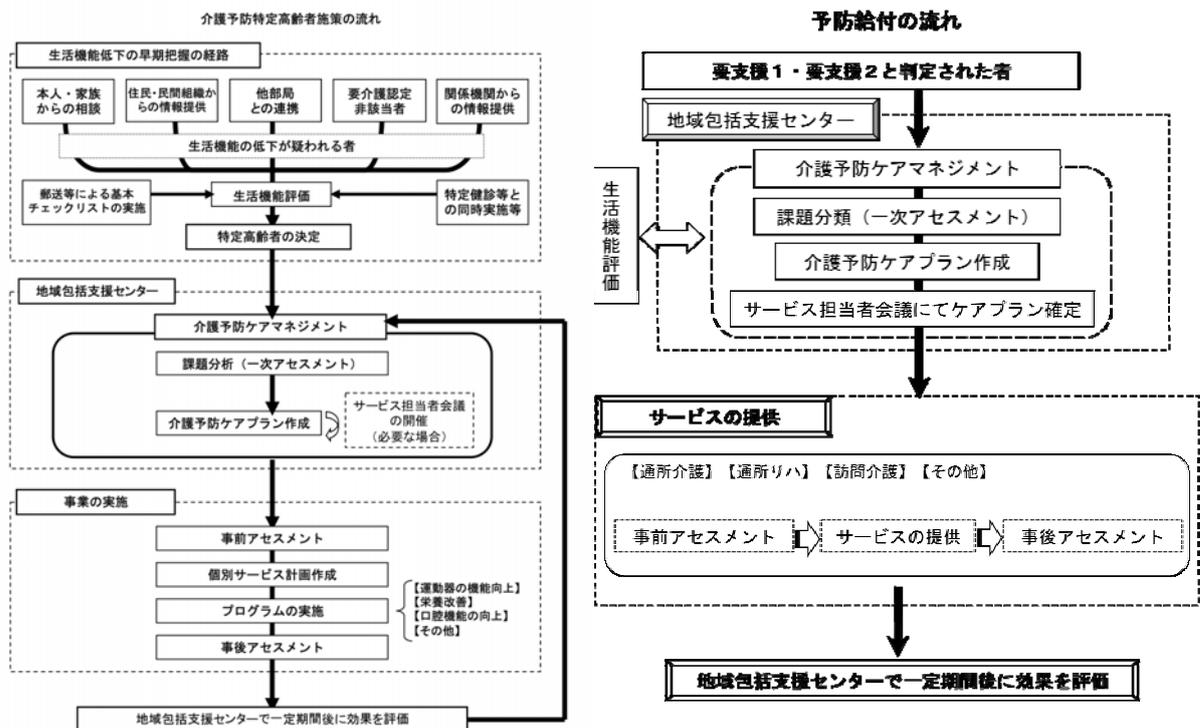
一方、予防給付は要支援1および要支援2を対象に、その要介護状態の悪化の防止さらには「非該当」への改善を目的に行われる。これにより、要支援から要介護状態への悪化を防止することを目指している。

両者の流れを図2に示す。第1に対象者の把握があり、第2に地域包括支援センターで介護予防ケアマネジメント（アセスメントとケアプランの作成）が行われ、第3に事業（サービス）が実施（提供）され、第4に地域包括支援センターで効果の評価が一定期間後に行われるという点で、両者の基本的な流れは共通している。

#### 4.2 介護予防特定高齢者施策の流れ

介護予防特定高齢者施策の流れを図2に示す。

図2 地域支援事業と予防給付の流れ図



第1に生活機能低下の早期把握が行われ、第2に対象者の選定および介護予防ケアマネジメントが行われ、第3に事業の実施があり、そして第4に効果の評価が行われる。

#### 4. 2. 1 生活機能低下の早期把握

生活機能低下の早期把握は、介護予防特定高齢者施策の対象となる可能性のある人を把握することを目的としている。それは、生活機能評価、関係機関からの連絡（医療機関・民生委員・住民グループなど）、要介護認定非該当者、訪問活動等による実態把握など、地域における様々なルートを活用して行われる。

これら各ルートにおいては、生活機能が低下していると思われる高齢者に対して、基本チェックリストに回答してもらい、その点数が基準値を超える場合には特定高齢者の候補者とする。なお、基本チェックリストの回答結果が基準値に達しない場合でも、できる限り精神・身体・社会の各相での活動を高めることの重要性を伝え、市町村や民間で行っている介護予防一般高齢者施策等の各種事業への参加を促していくことが重要である。

地域支援事業における介護予防の対象となる特定高齢者の特徴と支援ニーズ、対象者把握に関する具体的方法などについては、「Ⅱ. 対象者把握の手段について」で詳細に記述したので、それを参照されたい。

#### 4. 2. 2 介護予防特定高齢者施策の対象者の選定

地域支援事業実施要綱（最終改正 老発第0331013号、平成20年3月31日）では、「市町村は、地域の実情に応じ、利用者、サービス内容及び利用料の決定を除き、包括的支援事業以外の地域支援事業の全部または一部について、老人介護支援センターの設置者その他市町村が適当と認めるものに対し、その実施を委託することができる」としたうえで、「特定高齢者把握事業のうち特定高齢者に関する情報の収集、特定高齢者の候補者の選定に係る業務については、地域包括支援センターにおいて実施する介護予防ケアマネジメント業務と一体的に実施することが望ましい」とされている。

市町村または地域包括支援センターは、基本チェックリストを含む生活機能評価、本人・家族との面談などを通じて、本人の生活機能の状態を調査し、その結果をもとに特定高齢者の候補者であるかどうかを選定する。そのうえで、その候補者について参加することが望ましいと考えられる介護予防プログラムを判定し、プログラムへの参加が望ましいとされた者が特定高齢者となる（判定基準等の詳細については「介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル」参照）。また、生活機能評価等の結果は、介護予防ケアマネジメントの課題分析（一次アセスメント）等

でも活用される。

#### 4. 2. 3 介護予防ケアマネジメント

- 1) 介護予防特定高齢者施策では、地域包括支援センターで介護予防ケアマネジメントが行われる。
- 2) 介護予防特定高齢者施策については、基本チェックリストの結果等に基づき、参加できる介護予防プログラムが限定される。
- 3) 課題分析（一次アセスメント）の目的は、基本チェックリストを含む生活機能評価 などをもとに、本人・家族との面談を通じて、個々人における生活機能に関する課題を特定することである。
- 4) 介護予防ケアプランは、どのような目標のもとにどのような生活をしたいかについて、原則として対象者本人と一緒に作成するものである。なお、必要に応じて、関連する職種とともにサービス担当者会議を開催することが望ましい。

※詳細については、Ⅲ. 地域支援事業（介護予防特定高齢者施策）における介護予防ケアマネジメントを参考にされたい。

#### 4. 2. 4 事業の実施

各事業の実施者は、事前アセスメント、事業の実施とモニタリング、事後アセスメントを行う。

- 1) 各事業の利用開始にあたって、事前アセスメント（参加者個々人の心身機能等のレベルの評価）を行う。
- 2) 事前アセスメントをもとに、個々人の目標（一定期間後に何がどの程度できるようになるか）を設定し、「個別サービス計画」を作成する。その際には、生活機能評価の結果等に基づきリスク評価を行うことにより、事業実施時における安全管理にも配慮する必要がある。
- 3) 事業実施後、モニタリングを行う。各利用者について、個別サービス計画に沿って事業に参加しているかどうか、設定された目標に到達しつつあるかどうか、事業実施上の阻害要因などがどうかについて、事業実施者は定期的に評価を行う。その結果に応じて、事業実施者は地域包括支援センターと連携を取りながら個別サービス計画に適宜変更を加えるものとする。
- 4) 各利用者が一定期間のプログラムを終了した後に、事業実施者は事後アセスメントを実施して、所期の効果や目標が達成されたかどうかを評価する。

#### 4. 2. 5 効果の評価

各利用者が一定期間のプログラムを終了した後に、地域包括支援センターで効果が評価される。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（生活行為の改善・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を見直す。

今後のプランには、介護予防特定高齢者施策の継続、要介護認定の申請、あるいは一般高齢者施策や地域活動への移行という3つが考えられる。これらは各利用者の機能の推移に応じて決められるのであり、その際、本人の希望が最大限に尊重されるべきである。したがって利用期間に一律の上限を設けるものでなく、個別に判断することが望ましい。

#### 4. 3 予防給付の流れ

予防給付の流れを図2に示す。要介護認定で要支援1または要支援2と判定された者を対象として、第1に地域包括支援センターにおいて介護予防ケアマネジメントが行われ、第2に事業所等でサービスが提供され、第3に地域包括支援センターで一定期間後に効果の評価が行われる。

##### 4. 3. 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。

##### 4. 3. 2 介護予防ケアマネジメント

- 1) 新予防給付の介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターで行われることとなるが、地域包括支援センターには市町村が設置する場合と地域包括支援センター運営協議会で認められた居宅介護支援事業者に委託される場合とがある。
- 2) 新予防給付については、基本チェックリストの結果等を踏まえ、介護予防ケアマネジメントを経て、幅広い介護予防プログラムが提供される。
- 3) 課題分析（一次アセスメント）の目的は、介護予防事業と同様であるが、主治医意見書を活用できる点が異なる。
- 4) 新予防給付については、サービス担当者会議をケアプラン作成時と変更時に行うこととなっている。介護予防ケアプランの手順は、介護予防事業と同様である。

※詳細については、Ⅲ. 地域支援事業（介護予防特定高齢者施策）における介護予防ケアマネジメントを参考にされたい。

##### 4. 3. 3 サービス担当者会議

介護予防ケアプランを作成する際、必ずサービス担当者会議を行い、各利用者に適したサービスが提供されるよう検討する。介護予防ケアマネジメントを委託する場合は、地域包括支援センターで「介護予防サービス・支援計画書」に確認印をもらった後に、サービス担当者会議を開催する。

#### 4. 3. 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、事後アセスメントという介護予防事業と同じ流れでサービスの提供を行う。

ただし、予防給付では事前アセスメントをする際に、申請者が許可すれば要介護認定審査における認定調査結果を、申請者及び主治医が許可すれば主治医意見書を参考情報として活用することができる。

#### 4. 3. 5 効果の評価

各利用者が一定期間のプログラムを終了した後、地域包括支援センターで効果が評価される。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（生活行為の改善・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を見直す。

今後のプランには、機能レベルの改善により地域支援事業（介護予防事業）への移行、あるいは逆に機能レベルの悪化により介護給付への移行がある。

介護予防ケアマネジメントが委託で行われている場合には、委託された指定居宅介護支援事業者で効果の評価を行い、最終的な確認は地域包括支援センターが行う。

#### 4. 4 介護予防特定高齢者施策と新予防給付の運営上の相違点

両者の運営上の相違点（重点課題とすべきポイントの相違）について述べる（表2）。

第1に、対象者の把握という点では、新予防給付は要支援1・要支援2と認定された者を対象とするため、介護保険の要介護認定作業と連動して自動的に把握される。

表2 地域支援事業と予防給付の比較

	地域支援事業	予防給付
対象者	特定高齢者	要支援1・2
支援ニーズ	軽度かつシンプル	重度・多岐・多領域
対象把握	潜在化しやすい	認定申請の枠内で
重要なポイント	必要な人を適切に把握	ケアマネジメント

一方、介護予防特定高齢者施策では、対象者を適切に把握することが最も重要な課題となる。なぜならば特定高齢者は（外出困難あるいは閉じこもり・うつ状態などのために）地域の中で潜在化しがちだからである。したがって希望者の参加を待つだけでなく、積極的に地域のなかでニーズを掘り起こして行く必要がある。さらには、疾病や事故、環境の変化などのために急激に心身機能が低下している高齢者を速やかに把握し、集中的に介護予防サービスを提供する水際作戦（その詳細は後述）も求められている。そのため、市町村が実施する生活機能評価、かかりつけ医や民生委員などの関係機関からの連絡、要介護認定で非該当と認定された者への働きかけ、市町村が実施する訪問活動等による実態把握など、多様なルートを活用して重層的かつ機動的な早期把握システムを地域において確立するとともに、介護予防事業を通年で開催することにより、いつでもサービス利用を始められるようにすべきである。

第2に、利用者が抱える支援ニーズを比べると、特定高齢者では比較的軽度かつシンプルであるのに対して、新予防給付の利用者が抱える問題は重度であり、一人の個人でも多岐かつ多領域にわたると思われる。介護予防ケアマネジメントの手法はほぼ同じであるが、聞き取りや記録の詳細度や要する時間は、特定高齢者施策で少なくても当然である。例えば、特定高齢者に対するケアマネジメントでは、基本チェックリストと生活機能評価の結果および本人の希望・目標に基づいて適応となる介護予防プログラムやその実施方法等を選定することが中心となる。一方、新予防給付では、さらに認定調査票や主治医意見書等を参考に詳細なアセスメントを実施することになる。また、サービス担当者会議は、新予防給付においては必ず行うことになっているが、介護予防特定高齢者施策においては、複数のサービスを同時に利用する場合、医学的なリスクのためにサービス提供に注意が求められる場合、あるいは様々な要因による困難事例に対して総合的なアプローチが求められる場合などに適宜実施する。

## 5. 総合的な介護予防サービスの展開

介護予防は、単に地域支援事業と新予防給付のみによって行われるものではない。これらは介護予防の総合戦略のなかの一部でしかないことに留意すべきである。

### 5. 1 ハイリスク・アプローチとポピュレーション・アプローチ

近年、健康づくりに関して、ハイリスク・アプローチとポピュレーション・アプローチが議論されている。ハイリスク・アプローチとは、ある疾病や要介護状態を発生するリスクの高い者に予防策を講じることによって、その発生防止を目指すものである。そのため、当該疾病や要介護状態の発生に関わる危険因子・予測因子を解明し、無症状の集団にスクリーニングを実施して、それら因子を有する個人（ハイリスク者）を把握し、彼らに有効な予防介入を集中的に行う。

ポピュレーション・アプローチとは、集団全体に予防介入を行うことを通じて、その集団全体におけるリスクのレベルを低下させ、集団全体での疾病予防・健康増進を図る組織的な取り組みのことを言う。例を挙げると、欧米諸国における喫煙対策は、法律による規制、社会的な嫌煙キャンペーン、タバコ価格の上昇、分煙対策の徹底、禁煙希望者が治療を受けやすくするための体制整備など、様々なポピュレーション・アプローチが展開されてきた。その結果として、喫煙率は減少し、肺がんの発生率自体も減少している。さて実際にあたって、両者のどちらか一方のみを採用することは有り得ない。むしろ両者をバランスよく実施することにより、お互いの利点を強めるとともに欠点を補い合っていくことが望ましい。そこで、介護予防におけるハイリスク・アプローチとポピュレーション・アプローチをどのように展開すべきであるかについて述べたい。

## 5. 2 介護予防におけるハイリスク・アプローチ

地域支援事業における介護予防は、ポピュレーション・アプローチとしての介護予防一般高齢者施策とハイリスク・アプローチとしての介護予防特定高齢者施策で構成される。また、新予防給付も、介護予防特定高齢者施策と同様にハイリスク・アプローチに位置付けられる。また、すでに述べたように、介護予防特定高齢者施策のうち通所型介護予防事業及び訪問型介護予防事業の参加者数は、高齢者人口の概ね5%を目安として、地域の実情に応じて定めることとしている。しかし特定高齢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、すべての人々が介護予防の取り組みを推進してい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のである。

## 5. 3 介護予防におけるポピュレーション・アプローチ

介護予防におけるポピュレーション・アプローチについて、「老人保健事業の見直しに関する検討会」中間報告は、これからのめざすべき高齢者像は「健康な65歳」ではなく、「活動的な85歳」とすることを提言している。それによると、「活動的な85歳」とは、「病気を持ちながらも、なお活動的で生きがいに満ちた自己実現ができるような新しい高齢者像である」としたうえで、「身体的・精神的・社会的にも高齢者それぞれが持っている能力を生かし、また、高めることを通じて活動的に暮らすこと」の重要性を強調している。

近年の老化研究が示すことは、高齢者自身が精神・身体・社会の各相において活動的に暮らすこと、生きがいやポジティブな自己イメージを持って暮らすことこそ、要介護や認知症の発生を遅らせて健康寿命を伸ばしているという事実である。

これをもとに考えれば、介護予防のポピュレーション・アプローチとは、高齢者が生きがいを

持って活動的に暮らすことを地域全体で支援していくことに他ならない。そのため第1に、高齢者の社会参加を促進することが重要である。具体的には、高齢者の雇用機会の確保、ボランティアなどを通じた社会参加の場の拡大、高齢者を中心とする（趣味や生きがい、身体運動、社会参加などの）アクティビティ・グループの形成、さらには世代間交流の促進などが考えられる。これらを進めるうえでは、公共交通の整備（料金の低減化も含む）と安全な地域環境（バリアフリーなど）なども必要となる。

第2に、介護予防に関地域全体が関心を持ち合うコミュニティを形成することが重要である。そのため、キャンペーンを展開して、老化と高齢者に対する人々の誤った理解を変えとともに介護予防の効果や重要性を認識してもらう必要がある。さらに、高齢者が自立して生活するうえでバリアとなる問題を地域全体・住民全体の問題として捉えたうえで、その解決に向けた運動を住民が主体となって作り出すべきであろう。

以上のように、介護予防のためのポピュレーション・アプローチは多種多様である。同様に、その実施主体も、多種多様でなければならない。介護予防は、ただ単に自治体の保健福祉担当部署や介護保険担当部署だけが行うものではない。自治体にあつては、雇用・教育・交通・建設・警察などの数多くの部署が介護予防のポピュレーション・アプローチに関与する。したがって、その計画策定や実施にあたっては、これら関係部署のスタッフによる協議が必要である。

介護予防のポピュレーション・アプローチは、自治体や地域包括支援センターだけが行うものではない。医療機関や健康増進関連施設、福祉施設、介護保険サービス事業者なども関係するし、民生委員や保健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、様々なボランティアや民間団体（NPO、住民団体など）も関わってくる。すなわち、保険者（自治体）と被保険者（住民）および関係機関が、介護予防に関する問題認識と目的・目標を共有して、自助・共助・公助の3つをうまく機能させることが重要である。その意味では、これまでの専門家による供給側からの視点に偏りがちだったものを、サービスの受け手である生活者の視点を重視したものに転換することやヘルスプロモーションの視点を重視することが求められている。これら多様な組織・団体との連携のもと、幅広い地域ケアネットワークを形成していく要（かなめ）の役割こそ、自治体が介護予防のポピュレーション・アプローチで担うべき最大の役割なのである。

## 6. 介護予防に関わる各機関・団体の役割と連携

すでに述べたように、地域における総合的介護予防システムとは、多種多様な機関・団体により構成される。それらの役割を示すとともに、連携のあり方について述べたい。

## 6. 1 自治体および関連機関の役割

自治体の最大の役割は、地域における総合的介護予防システムを作り上げることであり、関係各機関・団体と連携を図りながら介護予防のための総合計画を立案し、その進捗を管理するとともに事業評価を行って、上記計画を一定期間後に見直すことである。その過程においては、保健福祉担当部署や介護保険担当部署だけでなく、雇用・教育・交通・建設・警察などの数多くの部署が積極的に関与できる体制を組むことが重要である。

地域包括支援センターは、介護予防特定高齢者施策と新予防給付における介護予防ケアマネジメントを行っている。その際、サービス担当者会議を開催するなど、関係機関・団体との連携も活発に行う必要がある。さらに地域包括支援センターは、介護予防サービスの利用者を定期的にモニタリングして、サービスが所期の通りに行われて実際に効果が現れているかをチェックするとともに、必要に応じてサービス事業者に指導・勧告を行う。

## 6. 2 医療機関の役割

医療機関は、介護予防において重要な役割を期待されている。それは単に介護予防事業利用者の健康管理や認定時の主治医意見書といったことだけではなく、地域支援事業の特定高齢者把握で特に重要な役割が期待されている。すでに述べたように、要支援・要介護状態になるおそれのある特定高齢者は、運動器の機能低下や閉じこもり・うつなどのために、行政サービスを利用できない（利用したがない）者も少なくない。つまり従来の行政ルートでは、これら特定高齢者の把握が困難である。一方、65歳以上の大多数が年に1回以上は医療機関を受診しているという現実がある。すなわち、医療機関こそ特定高齢者の候補者と最も頻繁に遭遇する場なのであり、かかりつけ医が介護予防特定高齢者施策の入り口となる機会が多い。さらに、今回重視されている「水際作戦」は、疾病や事故、環境の変化などのために一時的に心身機能が低下している高齢者を速やかに把握し、集中的に介護予防サービスを提供するものであるが、かかりつけ医が日頃の診療を通じて必要と思われる高齢者を地域包括支援センターに紹介する体制が整えば、「水際作戦」は容易に実行可能になる。

要するに、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、生活機能評価を日常的に実施すること、介護予防特定高齢者施策の候補者になるとと思われる高齢者を地域包括支援センターに紹介することなど、多岐に渡るとともに重要な役割が期待されている。

## 6. 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。第1の理由として、介護予防とは単に介護保険事業や市町村事業としてのフォーマル・サービスだけでなく、家庭におけるセルフケアや地域におけるインフォーマル・サービスも含まれるものであり、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。第2の理由として、高齢者の急速な増加に伴って介護予防に対するニーズは増大する一方であるが、そのすべてに行政のみで対応することは（予算・人員上の制約から）不可能だという問題がある。それに対して、全国の自治体のなかには、行政が主体の事業（「生きがい活動支援通所事業」など）でも、実際の運営はほぼすべて住民ボランティアの参加・協力によるといった事例が見られる。その結果、1ヶ所あたり事業運営費が減るため事業件数を増やすことができ、さらにはボランティアとして事業運営に参加する高齢者自身にとっても健康増進・介護予防・QOL向上の場になっている。第3の理由として、民間団体などの参加を促した方が、高齢者のニーズをより的確に反映した事業の企画・運営が可能となる。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、日頃から高齢者のニーズを緊密かつ的確に把握していることも多い。そのため、介護予防の事業を企画する段階から彼らの意見を取り入れることが重要である。実際に、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。

#### コラム「地域づくりの視点」

人の顔が見える事業は、地域が支えていました。リハビリ教室に参加していた時、参加するまでの「足」の確保や誘いかけなど、参加者以外の介入がありました。運営側もあの地区のあの人と相手の顔が見える事業でした。多様化したニーズに対応するには、多くの人の手が必要になります。

このことは、事業を進めるにあたり、地域づくりの視点がないと、結局いつまで経っても、「あれをきなさい、これをきなさい」等の指示かけに終始して、拡がりがない参加者、拡がりがない事業になってしまいます。

一つの事業をとおして、参加者とスタッフとの関係から、参加者同士、参加者と住民ボランティアなどコミュニティの幅を持たせ、地域づくりの第一歩を進めていきましょう。これまでの地域リハビリテーション対策や認知症予防対策ともまさしく共通で、地域づくりが根幹にある展開を進めていきましょう。

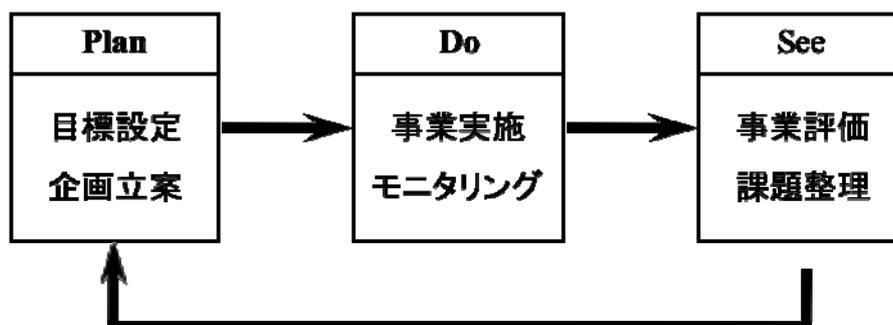
そのためには、介護予防の計画は市町村の担当者だけが企画するのではなく、企画の段階から

住民に参加していただく方法や住民ニーズに即した方法として、参加者の声や満足度調査、OBの協力などを得ながら介護予防を進めましょう。

地域は、過疎化や少子化・高齢化などの課題を抱えています。地域の現状に目を向けながら、タイムリーな情報の伝達や参加者の足の問題、参加者の拡がり、事業内容など多岐に渡る課題に対応していく必要があります。このためには、担当者や地域包括だけの活動には限界があり、地域での支え合いが必要です。具体的には、地域の関係者、関係機関及び団体、他の行政担当からの協力の他に、住民ボランティア、住民のリーダー、地域のボス的な存在等の協力を始め、住民の参画を巻き込んだ地域住民との協働な活動の展開が求められ、この活動が地域づくりの第一歩に繋がります。

## 7. 市町村介護保険事業計画と事業評価

図3 事業展開の Plan・Do・See



各種の事業を展開する際に「Plan-Do-See サイクル」の重要性が強調されている（図3）。すなわち、事業を開始する前には、現状認識と課題整理をしたうえで、一定期間後の目標値を設定し、それを果たすにはどのような事業をどの程度実施するべきかに関する企画立案を行う（Plan）。それに沿った形で事業を実施する（Do）が、その際には事業が計画通りに実施されているかどうかなどをモニタリングする。そして事業が終了した段階で、所期の効果があがったかどうか、目標が達成されたかどうかなどに関する事業評価が行われる（See）。そして、この事業評価に基づいて、次のPlanが作成される。その意味で、企画立案と事業評価は表裏一体の関係をなすものである。

地域支援事業における介護予防特定高齢者施策では、特定高齢者が要支援・要介護状態への悪化を防止することを目指している。同様に、予防給付では要支援から要介護状態への悪化を防止することを目指している。介護予防特定高齢者施策及び予防給付の利用者のうち悪化が防止される者の割合については、各自治体におけるこれまでの実績や厚生労働省「介護予防継続的評価分

析検討会」の分析結果などをもとに、その目標値を個別に設定した計画を作成し、それがどれくらい達成されたかという観点で事業評価が行われる。

したがって、計画も事業評価も同一の指標に基づくべきである。その指標は、以下の3つに分けることができる。第1に、アウトカム指標である。これは、成果を意味しており、介護予防特定高齢者施策では、要介護認定者数、生活機能、QOL、満足度、主観的健康度、健康寿命、介護給付額などが指標となる。第2に、アウトプット指標である。これは、出力・生産活動を意味しており、介護予防特定高齢者施策では、事業量に関わるものであり、例えば、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実施件数、各事業の実施回数・参加者数などが指標となる。第3に、プロセス指標である。これは、過程・手順を意味しており、介護予防事業では、その実施過程に関わるものであり、例えば、参加者把握の方法（必要な人たちに必要なサービスが行き届いているか）、住民参画の状況、各機関同士の連携状況などが指標となる。

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。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わなければならない。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。

これら各指標について、介護予防の個別事業、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、介護予防の個別事業は、サービス事業者ごとに検討されるべきである。

## 8. 介護予防の企画・実施・評価の過程における個人情報の保護と利活用

### 8. 1 基本的な考え方

介護予防に関する事業で取り扱われる個人情報とは、たとえば個々人の心身機能や疾病の保有状況、生活歴さらには家庭の状況など、個人情報のなかでも最も慎重な取り扱いを要求されるものであり、その保護に万全の措置が講じられるべきである。

一方、介護予防事業を適切に遂行するためには、関連する各機関の連携が十分に図られなければならない。連携がうまく図られるには、関係者の間で情報が円滑に伝達・共有されている必要がある。また、介護予防の効果などに関する事業評価が重視されているが、それを果たすには情報をきちんと活用できる体制が不可欠である。

その意味で、個人情報の保護と利活用とがうまく調和された体制を構築することによって、サービス利用者の人権と利益が最大限に保障されることが望ましい。本節では、「指定居宅サービス

等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)」、「個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)」および厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン(平成16年12月27日)」に沿ったうえで、さらに介護予防の企画・実施・評価の過程における個人情報の保護と利活用にあたって留意すべき事項について述べる。

## 8. 2 各機関が扱う個人情報とその利活用

総合的な介護予防システムのなかでは、様々な機関が様々な個人情報を収集・保管する。たとえば、地域包括支援センターは、基本チェックリスト、課題分析(一次アセスメント)、介護予防ケアプラン、サービス担当者会議の結果などに関する情報を収集・保管することが考えられる。介護予防サービス事業者は、事前アセスメントやサービス提供時の様々な記録を収集・保管する。医療機関は生活機能評価の結果や主治医意見書に関する情報を収集・保管する。そして自治体は、上記の様々な機関から情報の提供や報告を受ける。これらの個人情報は、主に当該個人に対するサービス提供を改善するために個別に収集利用されるものであり、原則として当該機関のみが利用できる。

なお個人情報の保存年限について特段の決まりはないが、開示の求めを行い得る者から開示の求めがあった場合等に適切に対応ができるよう整理保存しておくことが望ましい。

一方、総合的な介護予防システムとして関係各機関が活発に連携を行えば、それに応じて個人情報も機関の間を移転することとなる。例えば紹介状・問い合わせなどによる情報提供、サービス担当者会議などの協議を通じての情報交換などである。すでに述べたように、連携は本質的に情報の伝達・共有を基盤とするものである以上、これら情報の提供は適切に行われていれば問題ない。すなわち、情報提供がサービス利用者と直接に関わる機関の間で直接に行われる場合であって、しかも、その情報の提供を受けた機関と提供を行う機関の双方において十分な個人情報保護の措置が取られている場合は、適切と判断できる。

なお、この場合、介護予防事業を実施する事業者については、「指定居宅サービス等の人員、設備及び運営に関する基準」等において、あらかじめ文書による同意を得ておかなければならない。また市町村は、個人情報保護法第三章第三節において適正な対応が求められる。

さらに、市町村介護保険事業計画の立案や事業評価などのために、個人情報データが集計解析されることもある。計画立案や事業評価は今回の制度改革でも重視されており、それが適切に行われるためには個人情報それ自体あるいは加工されたデータが解析担当者(主に自治体を想定)まで円滑に届けられることが必要である。なお計画立案や事業評価を目的とする集計解析では、

集団としてのデータを解析することが主であって個人情報を必要とする場合は少ない。その場合、個人情報の原データを収集している各機関はデータを適切に匿名化したうえで提供するなどの措置を講じるべきである。

### 8. 3 個人情報の保護と利活用に関する情報提供および本人の同意

介護予防サービスに関わる各機関は、利用者に対して、個人情報の利用目的（利用者より取得する個人情報を、どのような業務ならびに目的のために利用しているか）とその取り扱いに関する基本方針（プライバシー・ポリシー）をあらかじめ文書により交付（電磁的方法も可）したうえで、本人の同意署名を得なければならない。さらに、その範囲を越えて個人情報を取り扱う場合には、別に改めて本人の同意をあらかじめ得ることを明記する。プライバシー・ポリシーは、以下の項目を含むものとする。

- ・ 業務内容：当該機関の介護予防に関連する業務の内容を具体的に示し、どこでどのような個人情報を収集するかを述べる。
- ・ 個人情報の利用目的：当該機関における利用について、情報の種類ごとにその目的を明示する。たとえば、住所や氏名は〇〇のために利用する、基本チェックリスト結果は△△のために利用する、といった具合である。
- ・ 個人情報の第三者提供の範囲と提供方法：他の機関に情報を提供する場合について、どこ（提供先の業種）に何の目的でどのような情報をどのような方法で提供するかを明示する。さらに、当該機関や関連する研究機関などにおける事業評価・調査研究という目的で利用する場合は、データ解析や公表時の匿名化も含めて、具体的に述べる。
- ・ 個人情報に関する問い合わせ：とくに利用者本人が、自分自身の個人情報に関する開示・訂正・削除や利用提供の停止などを求める権利があることを明記する。
- ・ 個人情報管理責任者の氏名・役職と連絡先

上記の事項に関する説明を受けたうえで「個人情報に関する同意書」に本人と（必要に応じて）家族が署名することとなるが、その例を次頁に示す。

なお、介護予防に関わる各機関においては、個人情報の保護に関する措置（情報の保管・安全管理の方法、取扱者の限定など）を定めるとともに、関係する職員に守秘義務を課すことが求められる。

個人情報に関する同意書(例)

(〇〇市長、〇〇事業所など) 様

私は、〇〇が下記の第三者に対して、下記の個人情報を必要な範囲で提供すること及び当該第三者が提供の趣旨に従った下記の目的で当該個人情報を利用することに同意します。

記

提供する第三者

サービスを受けている又受けようとする介護保険事業所、(管轄)市、(主治医)医療機関、(管轄)保健所(その他サービス担当者会議出席者:個人により異なる)

利用する者の利用目的

介護サービス計画作成、サービス担当者会議、介護支援専門員や事業所間での連絡調整、医師等の意見・助言を求めるためその他本人の状況に応じた適切な介護・福祉サービス提供のため

提供する個人情報

- ① 氏名・住所・生年月日・電話番号・家族構成・居住状況
- ② 介護保険被保険者証に記載されている情報その他身体に関する情報

平成 年 月 日

(ご本人)

住所

氏名

印

(ご家族)

住所

氏名

印

(緊急の連絡先として家族の個人情報を利用する場合)

## Ⅱ. 対象者把握の手段について

### 1 対象者とは

#### 1. 1 対象者の定義

地域支援事業における介護予防特定高齢者施策の対象者は、要支援・要介護状態に陥るおそれがある者である。その対象者すなわち特定高齢者は、地域において潜在している場合が多いことから、その支援においては様々なルートを利用して把握する必要がある。

#### 1. 2 地域における頻度と対象者把握システム構築の重要性

介護予防特定高齢者は、要支援・要介護状態に陥るリスクの高い高齢者（「特定高齢者」）を対象に実施される。介護予防特定高齢者施策の参加者数は、高齢者人口の概ね5%を目安として、地域の実情に応じて定めることとしている。ただし広い意味での介護予防を必要とする対象者は、そこに留まるものではない。要支援・要介護者が高齢者人口の概ね15%であること、および誰もが迎える臨終までの期間が高齢者の場合はそう遠くない将来であることを考えれば、リスクの高低はあるものの、全ての高齢者が介護予防の対象者もしくは要介護発生の予備群と考えられる。したがって介護予防特定高齢者施策のみでなく、他の高齢者への健康増進のための活動が地域の中で一体となって展開される必要がある。つまり、各地域における対象者把握のシステムは、地域全体の保健福祉医療体制の中にどう位置づけるかという構想と、介護保険制度の中でどう位置づけるかという構想の双方を視野に入れ、包括的一体的に推進することが極めて重要である。

#### 1. 3 特定高齢者の特徴と支援ニーズ

ここでは特定高齢者を把握する際に必要な視点について述べる。

要支援・要介護状態に陥る可能性が予想される高齢者は、本人・家族からの相談も含み、早期に何らかのルートで把握され、特定高齢者である可能性が高いとしてスクリーニングされた場合は介護予防特定高齢者施策の利用へ、もしくは将来的にハイリスクになる可能性があると判断されれば、その他の公的事業やインフォーマルなサービスなどの利用へと、適切な支援・サービスに結びつけられることが望まれる。

しかし、介護予防を要する状態とは、果たしてどのような状態を示すかについては、高齢者の状態像が多様で個別性が高いことから、特定することが非常に難しい。また、高齢者の状態像には日々の変動があるため、単にある時点における観察や検査で可視的に把握できるものではない。このため、特定高齢者を把握するには、その支援ニーズについて、アセスメントの視点を明確にし、個々の状態を多面的に検討する必要がある。

特定高齢者は、従来からの生活スタイルや環境下において少しずつ生活機能が低下することや、何らかの誘引（できごとなどエピソード）があって急激に生活機能が低下する、落ちることが特徴である。これらを表3で示しておくが、このような状況の際には、特定高齢者へと移行しやす

いので家族や支援関係者、地域での見守りや早期の把握が望まれる。

表3 生活機能低下の要因（例）

○漸次的な生活機能低下の要因

閉じこもり：外出しない

意欲・気力：冬場に動くのがおっくう（季節による変化）、いつも人に頼っている、無気力、いつも自信がない、生活に張りや満足感がない

不安・抑うつ：ひきずっている気がかり、ふさぎ込み、ストレスを発散できない、以前ほど嬉しい・悲しいなど言わなくなった、

刺激：おなかの底から笑う機会がない（刺激の不足）、やることがない

孤独：寂しいと感じる、一人でいる時間が長い

老化：漸次的な身体機能の低下（できると思っていたことができなくなる、目や耳の感覚が鈍る、忘れっぽくなる）

廃用性の身体機能の低下：しばらく出歩かなかつたら足が弱った

体調：食事がおいしくない、熟睡できない日が続いている

○急な生活機能低下の要因

事件：親密な他者との喧嘩・別れ、ペットの死、地震や台風などの災害

転居：なじみの隣人との別れ、新たな近所付き合いに伴うストレス

疾病：風邪で寝込む、脳血管疾患後遺症による軽度の麻痺

事故：転倒による打撲

では、実際特定高齢者施策の対象者の特徴と支援ニーズはどのようなものなのだろうか。

表4は、特定高齢者でもある虚弱高齢者の日常生活に関わる内容を、ICF（国際機能分類）の【活動と参加】の項目を参考に、セルフケア、家庭生活、対人関係、主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活）、コミュニケーション、運動と移動、学習と知識の応用、コミュニティライフ、社会生活・市民生活に分類、そこでの特徴と支援ニーズを示したものである。

特定高齢者ではこれら日常生活での活動や参加が、加齢や生活環境の変化、意欲や気分の変調など漸次的な生活機能の低下に伴い、これまで実施していた各種動作や行為をおこなう範囲が狭くなってきた、実行の頻度が落ちた、時間を要するようになってきたなどこれまでのような対応ができなくなることが多い。

また一方では、病気や転倒などの事故、配偶者の死去や親しい人との離別、水害や地震等災害に伴う生活の変化や変動が、急激に日常生活での各種動作や行為をおこなうことの制限や支障なども招いている。

表4 特定高齢者の特徴と支援ニーズ

生活行為	具体的内容	支援ニーズ：目標とする生活（例）	
セルフケア	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	今 ま で ど お り ／ こ れ か ら は こ の 程 度 の ○ ○ を し た い	健康に関する講座に参加する 身体に良いと思う食事や運動を日々続ける
家庭生活	自分で選ぶ日常の買い物 自分や他人のための食事準備 掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事 簡単な家の修理、電球交換 水やり、ペットの世話		炊事・洗濯・掃除などを自分でする 買い物や銀行の用事を自分でする
対人関係	家族や友人への気配り・支援 近隣の人、友人、同僚などとの人間関係の形成と保持 夫婦・親密なパートナーとの良好な関係の保持		家族と仲良く過ごす、近所の人と良い関係で暮らす 孫の世話など家族の用事や手伝いをする 誰かの手助けや相談者になる
仕事や経済生活	自営業の店番、田畑の見守り ボランティアや奉仕活動などの活動 預貯金の出し入れ		店番や畑仕事など自営業継続 地域の奉仕活動への参加 預貯金の出し入れと管理
コミュニケーション	家族や友人への手紙やメール 家族や友人との会話、電話応答		家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやり取り
運動と活動	自宅内・自宅以外の屋内・屋外を円滑に移動、バス・電車・他者が運転する自動車を使う、自動車や自転車の自己運転での移動		週2回は買い物に行く、公園や展覧会など行きたいところへ外出する 家族らと泊り込み旅行に行く
知識の応用判断・決定	日常生活に関する内容について、自分で判断・決定をおこなう		何かおこったら自分で判断する、自分のことは自分で決定 日常的に頭を使う 楽しみを見つける
コミュニティライフ 社会生活 市民生活	地域での社会生活、友人との行き来 趣味や楽しみの継続 選挙活動、自治会や老人会の年行事 お祭りなどへの参加		自治体のお祭りや老人会の行事に参加 候補者を決めて選挙で投票 趣味の会に参加する、週1回外出する、趣味をもつ

このような変化に際して特定高齢者は、日常の生活場面において様々に戸惑いや混乱を感じながらも、重篤な病気やけがなど事故の場合を除いては、これまでの生活スタイルを大きく変更するのではなく、従来どおりに生活を維持していくこと、これからは「この程度・・・したい」など各種活動や参加などの微調整を図りながら生活を維持していくことが大半である。具体的な生活面での困りごとや支障、不自由さが多く出現するようになって、初めて相談へとつながる。

自分の生活機能の変化を高齢者自身が自覚することは、一人ひとりの生活機能や環境により異なるが、そのことが自己の心身の状況について意識化を図り、この先も元気で過ごしたいと「健康の維持」を考えることが、先々の要介護の予防という認識や理解に至る重要な前段階である。

#### 1. 4 水際作戦の考え方と効果的展開

水際作戦のねらいは、比較的潜在しやすく、また疾病や傷害などによって短期間に状態像が悪化しやすい特性を持つ者を、早期発見・早期対応することによって、要支援・要介護状況に陥ることを予防することである。つまり、水際作戦とは、これまで元気に暮らしていた高齢者が、何らかのきっかけによって急に生活の機能低下を起こしたときに（表3の急な生活機能低下の要因）、速やかに把握して何らかの手だてを打つ戦略のことである。

もし、年に1回だけ生活機能評価や住民調査を行って把握の機会としたならば、急な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る。水際作戦の考え方は、虚弱高齢者を年間いつ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げることなのである。

年間いつでも速やかに把握するには、住民（本人・家族を含む）や専門家が、表3・4で示した特定高齢者の特徴と支援ニーズを熟知し、対象となる高齢者を把握ルート（把握システム）にのせるとともに、生活機能評価を通年で実施する態勢を組む必要がある。

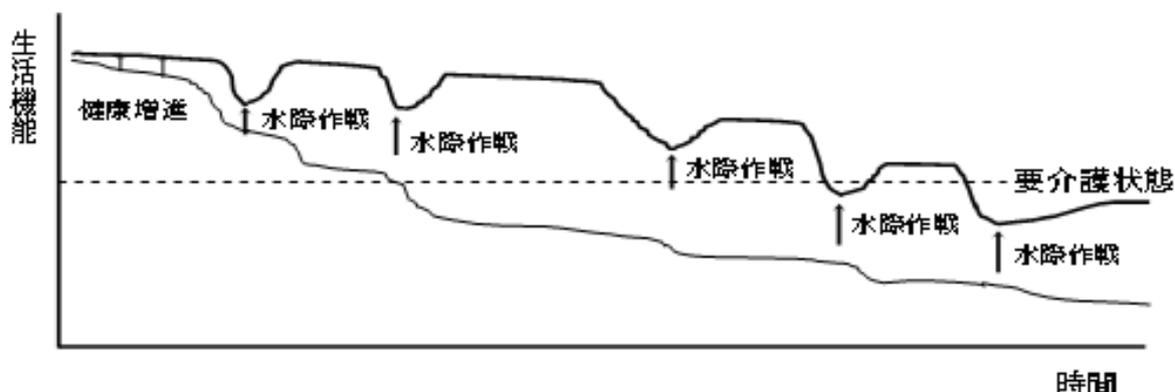


図4 生活機能低下の早期発見・早期対応のための水際作戦(イメージ)

2. 対象者把握の方法：

2. 1 地域包括支援センターに把握されるまでの流れ

図5は、特定高齢者が地域包括支援センターに把握されるまでの流れを示している。

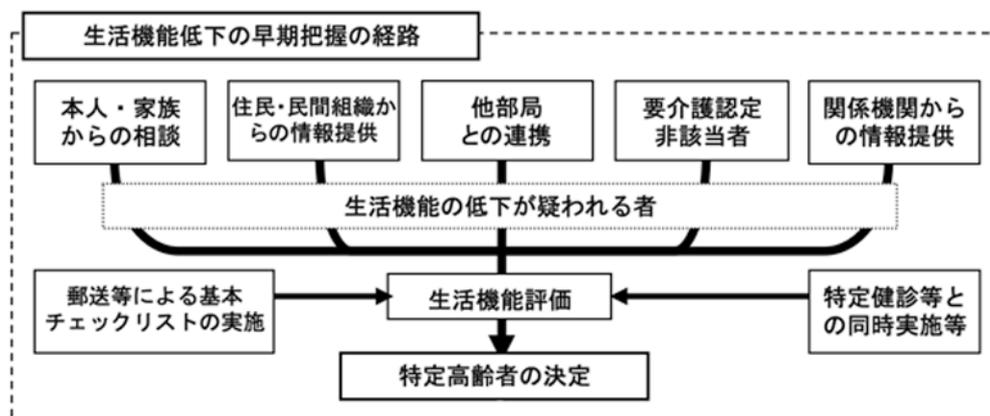


図5 特定高齢者の決定までの流れ

対象者の把握経路は多様である（図5）。第1に、本人・家族からの相談（当事者ルート）、住民・民間組織や団体からの情報提供（住民ルート、民間ルート）、他部局との連携（行政ルート）、要介護認定非該当者（行政ルート）、関係機関からの情報提供（関係機関ルート）などを通じて生活機能の低下が疑われる者が把握される。彼らに基本チェックリストを実施して、特定高齢者候補者を選定する。第2に、もう1つの行政ルートとして、郵送等により基本チェックリストを実施したり、特定健診等と同時に基本チェックリストを実施して、特定高齢者候補者を選定する場合がある。それらで選定された特定高齢者候補者に対して生活機能チェックと生活機能検査を実施して、特定高齢者に該当する者であることの確認を医師が行う。

把握ルート別の把握方法の詳細を表5に示す。

表5 対象者の把握ルートと把握方法

把握ルート	把握方法
①当事者ルート ・被保険者本人、家族	当事者からの訴え・相談による把握 ・本人・家族からの行政や関係機関に直接相談
②住民ルート ・民生委員、地区健康推進委員、など ・隣人、親類、友人 ・自治会、老人会、公民館活動、ボランティアグループ、愛育班、当事者組織（患者会、家族会）、など ・新たに組織化する保健医療福祉関連の住民グループ	住民の発見・気づきによる把握 ・民生委員による悉皆調査や、保健医療福祉に関わる住民からの情報提供や紹介 ・対象者本人・家族に関わる住民からの情報提供 ・地区組織や当事者組織など住民組織からの情報提供 ・住民からの情報提供

<p>③民間ルート</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・商工会、自営業者（銭湯、薬局、スーパー、理美容など）、農協、生協</li> <li>・各種 NPO、まちの保健室、各種サークル活動</li> <li>・ローカルメディア（有線放送など）</li> </ul>	<p>民間組織等の発見・気づきによる把握</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域にあるあらゆる民間組織・団体からの情報提供、紹介</li> </ul>
<p>④行政ルート</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・郵送等による基本チェックリストの実施</li> <li>・特定健診等との同時実施</li> <li>・要介護認定非該当者</li> <li>・訪問活動等による実態把握</li> <li>・行政の保健活動（市町村保健センター、保健所）の保健師による家庭訪問、健康相談・健康教育等の事業など</li> <li>・行政の福祉活動（いきいきサロン、各種事業）</li> <li>・行政の総合相談窓口から</li> <li>・行政の各種調査から：悉皆調査、実態調査</li> <li>・行政主催の各種連絡会、協議会</li> <li>・行政の関連部局（消防、警察、雇用、教育、交通、建設など）</li> <li>・行政のイベント（市民まつり相談コーナーなど）</li> </ul>	<p>専門職による把握</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師等による健診時のスクリーニングや本人のセルフチェック結果の把握</li> <li>・介護保険給付申請非該当事例の情報把握</li> <li>・保健師、社会福祉士等による家庭訪問時や事業開催時のアセスメント、本人のセルフチェック結果の把握</li> <li>・各種健診の未受診者や要指導・要治療判定後の未指導・未治療者の把握</li> <li>・住民と行政が連携して開催している活動</li> <li>・総合相談窓口でのスクリーニング</li> <li>・行政の保健福祉計画策定時等、各種調査実施時の情報把握</li> <li>・関係機関が協議する場での把握</li> <li>・消防署や警察からの通報</li> <li>・市民が集う行政主催のイベントでの把握</li> </ul>
<p>⑤関係機関ルート</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関：診療所・病院（内科、整形外科、耳鼻科、眼科、皮膚科、神経科など）</li> <li>・保健福祉分野の関係機関（高齢者福祉センター、社会福祉協議会、シルバー人材センターなど）</li> <li>・産業保健の関係機関から</li> <li>・その他の関係機関から</li> </ul>	<p>専門職による把握</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関の医師やコメディカル職種からの連絡、紹介</li> <li>・民間療法職種からの連絡、紹介</li> <li>・関連分野の関係機関からの連絡、紹介</li> </ul>

## 2. 2 把握ルートの特徴

対象者把握のルートは、大都市、都市部、郡部という地域特性で異なる様相がある。

まずどの地域であっても確実に把握ができるのは、要介護認定非該当者である。次に生活機能評価、地域での保健師等専門職による訪問活動なども有効な把握方法である。しかし、これらの方法は大都市では高齢者数が多いことから、必要な対象者をすべて把握するには限界がある。

郡部での住民見守りネットや老人クラブ、都市部での町内活動や民生委員・友愛訪問員、健康推進委員などの活動は概ね全国の自治体にあることから、地域高齢住民の健康や生活を把握する基本的な資源と考えられる。大都市においては最近増えつつあるボランティアな住民参加型活動（例：給食サービスや託老所）、高齢者の当事者活動（高齢サロンなど集いの場）との連携によるルートは、従来の地域住民活動では把握できない対象者を把握するうえで有効な手段である。

このように地域にある様々な高齢者支援の組織や活動に拠る把握は非常に重要であり、地域包括支援センター業務でもある地域の実態把握を図りながら、上手に活用することが望まれる。

## 2. 3 カバー率に関する評価

モデル的なケースにおいては、ひとつの地域包括支援センターが実際にカバーする特定高齢者の数は約 250 人と推計される。これは、ひとつの地域包括支援センターが担当する人口が約 2 万 5 千人、うち高齢者が 5 千人、そのうち 5 %が特定高齢者とした場合の推計値である。介護予防特定高齢者施策は、単に事業参加者が予定の 250 人集まる、ということに重点を置くのではない。この事業では、特定高齢者が、住民による発見と気づき、専門職によるスクリーニング等を経て何人（高齢者の何%）把握されたのか、ということのカバー率として評価し、必要な人に必要な支援を行えたかどうかを重視する。従来と異なるのは、生活機能低下の有無にかかわらず、参加したい人は参加させるような形態ではなく、まさに介入が必要なハイリスクの方々に対して効果的・効率的にサービスを提供する点にある。

## 2. 4 対象者把握を有効に行うために

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、地域住民や公的・非公的な関係機関と協力し、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。

### 2. 4. 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

地域支援事業における特定高齢者把握のシステムは、地域包括支援センターを中心とするネットワークシステムである。地域包括支援センターは、保険者（市町村保健師または委託を受けた保健師等）を含む公平中立な視点を保ち、保健医療福祉の関係機関や民間の諸団体と様々な地域の関係機関とネットワークを構築することが望まれる。

### 地域包括支援センター（地域包括ケアシステム）のイメージ

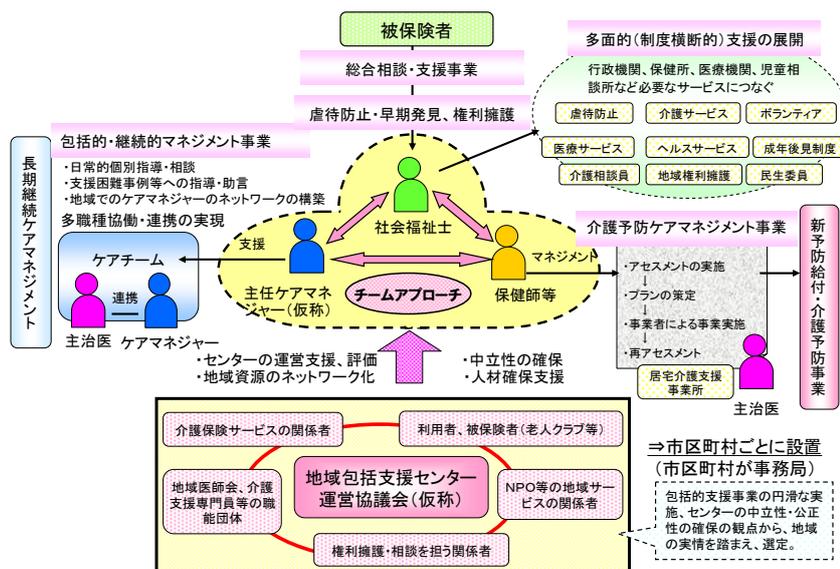


図6 地域包括支援センターを中心とするネットワークの構築（例）

## 2. 4. 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

対象者となる被保険者本人や家族から、早期に申し出てもらうために、

- 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) 相談しやすいように、保健師等が相談に応じる専門相談窓口やその連絡先、どんなときに相談すればいいかの説明や勧奨を行うこと
- 4) 利用できるサービス（介護予防事業やその他の地域支援事業、介護保険以外のサービスや地域住民主体の活動など）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

などの活動が重要となる。

ここで求められる体制は、市町村の介護保険担当部署と地域包括支援センターを中心として、個別の対象者に支援機能を発揮する高齢者支援のネットワークシステムである。

## 2. 4. 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、上の1)から5)に加えて、

- 6) 地域住民への啓発活動・広報活動
- 7) 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
- 8) リーダーとなる住民の発掘と彼らの能力形成支援
- 9) 地域の見守りネットワーク（ご近所同士、小地域ネットワーク）の重要性を意識づけること、およびそのネットワークづくりを支援すること
- 10) 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（住民の健康とQOLの増進に向け生活者の視点を重視して地域活動を強化する）

などの活動が重要となる。

ここで求められる体制は、地域住民と市町村の保健福祉担当部署、地域包括支援センター等が協力して形成する地域支援のネットワークシステムである。これは、高齢者が生きがいを持って活動的に暮らすことを地域全体で支援するポピュレーション・アプローチの一翼を担うものであり、住民相互が介護予防に関心を持ち合うことが基盤となる。

## 2. 4. 4 行政として（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

第1に、特定高齢者である可能性の高い虚弱高齢者をもれなく速やかに把握すること（専門的観点を持った質の確保を伴う）、第2に、申し出のあった高齢者への相談機能を充実すること、第

3に、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が重要となる。

そのためには、

- 11) 対象者になる可能性がある高齢者がいつでもどこでも相談しやすいように、行政の介護予防のため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（広報誌による間接的なPR、地域でのイベント参加（ブース開設等）や地区組織活動への参加・定期訪問などによる直接的なPR、緊急通報システムの普及、いつでも気軽に相談できるというイメージのアピールなど）
- 12) 申し出に対して様々な方法によって十分相談にのれるようにすること（相談窓口での対応、保健師等による必要な者への定期的／随時の家庭訪問・電話、相談技能の習得など）
- 13) 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ようなネットワークシステムを作ること、およびネットワーク参加機関の協議の場を持つこと（互いの役割や貢献、把握実態の相互理解と確認、介護予防に関連する制度やサービスの情報交換、対象者の介護予防支援ニーズに応じたサービス・メニューの開発など）
- 14) 介護予防を要する対象像のスクリーニングの視点を明確にし、的確に把握できる専門職の技能を高めること（研修、事例検討による学習などを伴う）

などの活動が重要である。

#### 2. 4. 5 公的・非公的關係機関・関係者に対して地域包括支援センターが行うこと

関係機関・関係者による特定高齢者を把握する機能を高め、的確な把握を推進するため、そのためには、11)～14)の活動に加えて、

- 15) 日頃から連絡調整や協力の体制を整えること、
- 16) 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、

などの活動が必要となる。

ここで求められる体制は、公的・非公的關係機関・関係職種と市町村の介護保険や保健福祉等担当部署、地域包括支援センター等が相互に連携し支援機能を発揮する高齢者支援のネットワークシステムである。

#### 2. 4. 6 対象者把握に関する優良事例の紹介

青森県と同県薬剤師会は、薬局に来た高齢者に基本チェックリストを実施する事業（まちかどセルフチェック）を実施している。また、埼玉県和光市は、65歳以上の市民全員に基本チェックリストなどの調査を実施して、対象者把握に活用するだけでなく、地域の介護予防ニーズの把握そして施策の企画につなげている。これら2つの事例を以下に紹介する。

## 「薬局を活用した特定高齢者把握について（青森県）」

青森県では平成 19 年 1 月より、薬局に来た高齢者に基本チェックリストを実施する事業（まちかどセルフチェック）を青森県健康福祉部と青森県薬剤師会との共同で行っている。

これは、県内約 260 箇所の「健康介護まちかど相談薬局」を来局した高齢者に基本チェックリストの実施を勧め、本人または家族の記入後に薬剤師がチェックして、一定の基準に該当した人の情報を本人同意の上、地域包括支援センターへ情報提供するというものである。

基準③（21 から 25 に 2 項目以上該当）を設けたのは、青森県では高齢者の自殺率が高く、自殺予防対策に取り組んでいるためである。

### ○薬局から地域包括支援センターへの流れ

薬局で基本チェックリストを実施した高齢者の同意を得て住所地の地域包括支援センターに FAX で情報提供する。その方に番号を付けて、同意書の番号欄に記載する。以降、薬局と地域包括支援センターの情報連携は番号で管理するため、個人情報保護は徹底される。

### ○地域包括支援センターから薬局への流れ

地域包括支援センターは電話や訪問等で情報提供された人の状況を確認し、基本健診の受診や介護予防事業等への参加を勧める。その結果を情報提供薬局に送信する。結果連絡の際、氏名は記載せず、情報提供時に付された番号を記載して送信する。

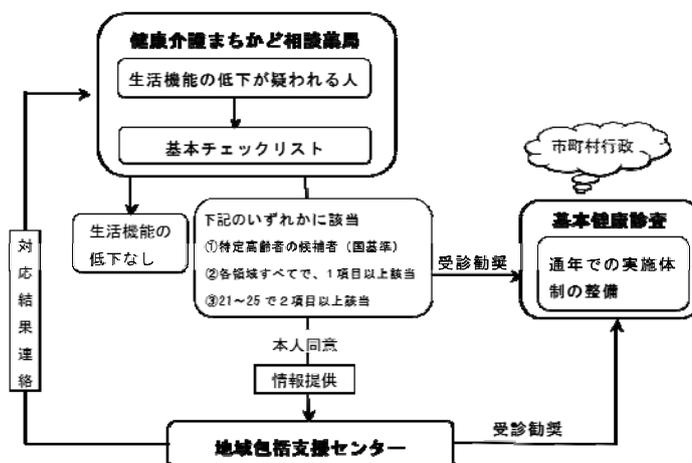
### ○事業立ち上げの役割分担—青森県健康福祉部高齢福祉保険課と青森県薬剤師会の役割

県が事業概要を市町村に提示し、実施意向などを調査した。その後、県薬剤師会と打ち合わせを重ねて、市町村の要望を取り入れ、紹介基準を統一した上でマニュアルを作成した。

県薬剤師会は、平成 18 年 12 月に薬剤師会の「健康介護まちかど相談薬局」事業の研修に併せて本事業の周知を図った。事業の質を担保するため、この研修を受けた薬剤師がいなければ本事業には参加できない。県内の薬局 500 軒中 260 軒が参加している。県レベルで実施することで、高齢者の居住地だけでなく広範な薬局からの情報提供が行われ、特定高齢者の候補者の可能性の高い方をより多く把握できる。

都道府県国民健康保険団体連合会（国保連）の介護給付費適正化対策事業に協力して、日本薬剤師会は「健康介護まちかど相談薬局」運動を推進しており、全国 40 都道府県で約 15000 薬局がその看板を掲げている。したがってどの都道府県でも薬剤師会との連携が可能と考えられる。

### 特定高齢者の候補者における薬局からの情報提供について



「和光市の取り組み」

### Ⅲ. 地域支援事業（介護予防特定高齢者施策） における介護予防ケアマネジメント

#### 1. 介護予防ケアマネジメントとは

##### 1. 1 介護予防ケアマネジメントの定義・目的

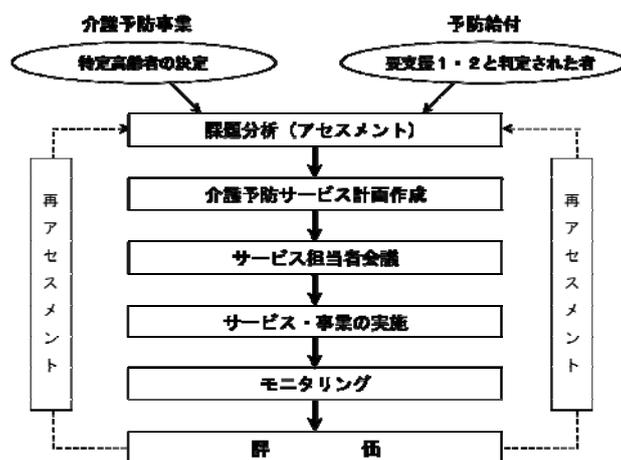
ケアマネジメントの定義についてデイビッド・P・マクスリーは、「多様なニーズをもった人々が、自分の機能を最大限に発揮して健康に過ごすことを目的として、フォーマル及びインフォーマルな支援と活動のネットワークを組織し、調整し、維持することを計画する人（もしくはチーム）の活動」と定義している<sup>1)</sup>。一方、介護予防とは、「どのような状態にあるものであっても、生活機能の維持・向上を積極的に図り、要支援・要介護状態の予防および重度化の予防、軽減により、高齢者本人の自己実現の達成を支援すること」と定義されている。したがって、介護予防ケアマネジメントとは、「高齢者（特定高齢者・要支援者）が、疾病や老化・廃用により生活機能が低下して要支援・介護状態に陥らないように、フォーマル及びインフォーマルサービスを受けながら、自己実現の達成を支援する一連のプロセス」である。

平成18年度から新たに創設された介護予防ケアマネジメントは、自立した生活を維持する上で現在起こっている課題や近い将来起こりうる課題に対し、高齢者自身が主体的に解決に取り組んでいけるように考え出された理念であり手法である。高齢者が課題をどのように認識しているかを把握しながら、本人が解決策を考え、実行していけるように支援するセルフマネジメントモデル<sup>2)</sup>の考え方に近い。そのため、アセスメントから計画作成、モニタリング評価というケアマネジメントのすべてのプロセスを通して、高齢者の持つ力を引き出し、行動変容を促す面接技術が重要である<sup>3)</sup>。

##### 1. 2 特定高齢者と介護予防ケアマネジメントの流れ

介護ケアマネジメント（介護予防事業と予防給付）の流れを図1に示す<sup>4)</sup>。

図1 介護予防ケアマネジメントの流れ



### 1. 3 支援の具体的な方法と留意点

#### 1. 3. 1 電話・文書・所内面接・訪問等によるアプローチ

把握された特定高齢者に、生活機能評価の結果と介護予防の必要性の説明を行った上で、通所型介護予防事業への参加を促す。

生活機能評価の目的や意義を理解しないまま、受診している高齢者は多く、基本チェックリストも問診項目と捉え、内容も覚えていない場合があるため、本人の結果と介護予防へのつながりが十分理解されるような支援が望ましい。

#### 1. 3. 2 介護予防ケアマネジメント

図1に示すように、介護予防ケアマネジメントプロセスは、アセスメント→介護予防サービス計画書作成→サービス担当者会議（必要時）→サービス・事業の実施→モニタリング→評価のサイクルを行う。以下に各プロセスにおける方法とポイントを示す。

**アセスメント**：生活機能評価結果と利用者基本情報を基に、機能低下の現状や要因を聞き取る。

この場合、計画作成者が課題を把握するだけでなく、高齢者が自分の心身の状況や生活を振り返りになるように聞くことが重要である。また、全ての情報を網羅して把握する必要はなく、生活機能低下の見られたニーズに焦点を当てて、効率的に確認を行う。聴取内容には、現状に対する高齢者の認識や改善への意欲の確認も含める。

#### 介護予防ニーズ別確認事項

- ・ 運動器の機能低下：歩行距離や移動手段、外出の頻度と目的等を確認し、現病歴や自覚症状、生活環境との関連で要因を分析する。（例）自宅内は杖歩行。外出時はシルバーカーを使って朝夕10分間、近所を散歩している。受診は家族の車に乗せてもらう。骨粗鬆症による腰痛がある。転倒骨折に対する不安と歩けなくなることへの危惧の狭間で、適切な運動方法を学びたいと思っている等。
- ・ 口腔機能低下：歯牙の状況と手入れの内容や頻度、むせの頻度、食事の形態、口渇の期間等を確認し、現病歴や治療歴、内服薬の副作用等との関連で分析する。
- ・ 栄養改善：食欲の有無、食事や水分摂取の頻度と内容、便通を確認し、既往歴、現病歴、食欲低下を引き起こす生活上の出来事等との関連で分析する。
- ・ 閉じこもり予防：生活範囲（自室のみ・自宅内・近所等）、1日の過ごし方、閉じこもりの期間を確認し、現病歴や心身の状況、対人関係、生活環境との関連で分析する。
- ・ 認知症予防：物忘れの内容や頻度、生活上の支障の程度、家事などの活動や社会参加の頻度や内容、転居や配偶者の喪失など生活の変化の有無を確認し、現病歴や心身の状況との関連で分析する。
- ・ うつ予防：食欲の有無や睡眠の状態、生活の変化の有無を確認し、現病歴や内服薬の副作用、家族関係や経済状態等との関連で分析する。

それぞれの介護予防ニーズ毎の対応策はニーズ別のマニュアルを参照のこと

**介護予防サービス計画書の作成**：目標と目標達成のために取り組む内容を話し合い記入する。

**目標の設定**：「どのようになりたいですか」「目標は何ですか」と聞いても、すぐに答えが返ることは少なく、アセスメントの中で明らかになった課題を中心に、本人の生きがいや楽しみ、自己実現のありようをもとに設定する（例：旅行に行くこと・友人との会食・家庭菜園等）。

「～が出来るようになる」「～が続けられる」などの状態目標や「～を行う」などの行動目標が考えられる。「自宅での生活が維持できる」「安全に生活する」などの抽象的な目標を設定すると評価が難しいため、6ヵ月で評価できる具体的な指標を盛り込む。

**取り組み内容**：本人・家族の取り組み、地域にあるインフォーマルサービスや介護予防事業への参加等を記入する。それぞれの介護予防ニーズ毎の支援内容は各マニュアルを参照のこと。

**担当者会議**：目的は、本人と計画作成者、事業実施者が介護予防サービス計画書の目標と取り組み内容、評価の時期を共有する事である。

主治医からの情報は生活機能評価の判定書で把握するが、必要に応じてサービス提供上の留意点を主治医に確認し介護予防サービス計画書に盛り込んでおく。

開催方法は、事業参加前に事業実施者に介護予防サービス計画書を送付しておいて事業参加当日に実施する等、効率的な方法を工夫する。

**モニタリング**：事業実施者からの「実施報告書」、面接、訪問、電話等により定期的に参加状況・意欲等を把握する。

モニタリングとは、ケアマネジメントに基づいて各サービスが適切に実行されているか、目標は達成できたか、支援は利用者に適しているものか、新たなニーズは生じていないか等について、定期的・継続的に見守り、必要があればサービスを調整する。

介護予防ケアマネジメントの特徴は、モニタリングを丁寧に行うことである。特定高齢者の中には、介護予防のメリットや意義を感じられない人もいる。早い時期に「始めてよかった」という実感を引き出すことがポイントである。一定期間継続して利用してもらうには、丁寧なモニタリングによるフォローアップが必要である。また、サービスの内容や方法が利用者のイメージと違う場合もある。いずれも早期に対応し、利用者・家族・サービス事業者との調整を図る。

**モニタリングのポイント**：継続したくなるような支援を、利用者・家族・事業者とともに検討する。セルフモニタリングの導入、ポジティブフィードバック、グループワークの提案など。モニタリングを丁寧に行うことで、利用者・家族・事業者との関係が良好になり、一人で頑張るから、皆で頑張るという発想になる。

**モニタリングの方法**：事業実施者からの「実施報告書」、面接、訪問、電話、電子メールなど。

**モニタリングの時期**：実施後なるべく早い時期に「始めてよかった」という実感を引き出す。

その後は、訪問や電話等で「ほめる」「励ます」などポジティブフィードバックを適宜行う。その際、利用者や事業者に対し、定期的にサポートすることを約束するとよい。

**評価**：事業実施期間終了前に、事業担当者から「評価表」を受領し、目標達成の有無、生活機能改善の状態を総合的に評価し、継続・終了を判断する。

継続の場合は、介護予防サービス計画書の見直しを行う。終了の場合は、個人でも取り組みが継続できるようなフォローを行うか、その他の資源につなぐ。(例：一般高齢者施策で行われている教室・生涯学習で行われている教室やサークル活動・民間の教室等)

また、介護予防サポーターとして教室運営や啓発活動の協力者として養成する、自主グループ育成を行うなどの方法もある。

### 1. 4 使用する帳票の種類と様式例

基本的な帳票の様式例を示す。これらの様式は、全国の市町村に共通して必ず記入すべき項目を示したもの（ナショナル・ミニマム）であって、地域の実情に合わせて項目を追加することや帳票自体や各項目のサイズを変更することは何ら問題がないと考える。

- 1) 利用者基本情報 様式 1
- 2) 介護予防サービス・支援計画書 様式 2
- 3) 介護予防支援経過 様式 3
- 4) 介護予防サービス・支援評価表 様式 4

別添5

(※介護予防ケアマネジメント部分を抜粋)

様式 1

例

#### 利用者基本情報

作成担当者： 例

【基本情報】			
相 談 日	年 月 日 ( )	来 所・電 話 その他 ( )	初 回 再来 ( 回 / )
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ( )		
別号 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・II a・II b・III a・III b・IV・M		
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度 )		
障害等認定	身体 ( )、療育 ( )、精神 ( )、難病 ( )、・・・ ( )		
本人の住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 ( ) 隣、住宅改修の有無		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・		
末 所 者 (相 談 者)	家族構成 <small>○=本人、○+女性、□=男性 ●=死亡、◇=オーパージン ●●=死亡、◇◇=オーパージン ※介護者に「前」 別添5等に「前」 (何年何月何日まで)</small>		
住 所 運 送 先	氏名	職 務	住 所・運 送 先
緊急連絡先	家族関係等の状況		

#### 【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
年 月 日		Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日		Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日		Tel	治療中 経過観察中 その他	
年 月 日		Tel	治療中 経過観察中 その他	

#### 【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、意見及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過ノート、アセスメントノート等の個人に関する記録を、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。

平成 年 月 日 氏名 印

介護予防サービス・支援計画書

様式2

NO. \_\_\_\_\_

利用者名 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ 誕生年月日 \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 開始の有効期間 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 ~ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 初期・紹介・依頼 計画・申請・申請中 実行済①・実行済② 地域支援事業

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_ 関係の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地(ご指定)

計画作成(使用)日 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日(計画作成日) 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 所在地(地域包括支援センター) \_\_\_\_\_

計画とすべき事項 1日 \_\_\_\_\_ 1年 \_\_\_\_\_

アセスメント結果と現在の状況	本人・家族の意向・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体的な取組	具体策についての意向(本人・家族)	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや支援の支援、インフォーマルサービス	介護施設サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
運動・歩行について		□有 □無										
日常生活(家事・介護)について		□有 □無										
社会参加、対人関係、認知モニタリングなどについて		□有 □無										
健康増進について		□有 □無										

健康増進について  
生活習慣改善、生活機能訓練等を実施した経緯点  
 \_\_\_\_\_

【本実行への支援ができない場合】  
 必要な支援の実施に向けた方針  
 \_\_\_\_\_

総合的方針：生活不安増進の取組・予防のポイント  
 \_\_\_\_\_

認知モニタリング  
 上記計画について、同意いたします。  
 平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 氏名 \_\_\_\_\_ 印

追加チェックリスト (要請した支援種別等)(要請種別) 実施予定有、無  
 地域包括支援センターが介護予防サービスの実施に活用できるかについて

	運動不足	栄養改善	口内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付サービスは地域支援事業						

【取組】  
 地域包括支援センター \_\_\_\_\_  
 【確認印】 \_\_\_\_\_

様式3

介護予防支援経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)

利用者氏名 \_\_\_\_\_

計画作成者氏名 \_\_\_\_\_

年月日	内 容	年月日	内 容

※1 介護予防支援経過は、具体的には、時系列に出来事、訪問の際の観察(生活の活発さの変化を含む)、サービス担当者会議の内容、利用者・家族の考えなどを記入し、介護予防支援や各種サービスが適切に行われているかを判断し、必要な場合には方針変更を行うためのサービス担当者会議の開催、サービス事業所や家族との調整などを記入する。

2 サービス担当者会議を開催した場合には、会議出席者(所属(職種)氏名)、検討した内容等を記入する。

## 介護予防サービス・支援評価表

評価日

利用者名

計画作成者氏名

目標	評価期間	目標達成状況	目標 達成/未達成	目標達成しない原因 (本人・家族の意見)	目標達成しない原因 (計画作成者の評価)	今後の方針
総合的な方針			地域包括支援センター意見			
			<input type="checkbox"/> プラン継続 <input type="checkbox"/> プラン変更 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> 介護予防特定高齢者施策 <input type="checkbox"/> 介護予防一般高齢者施策 <input type="checkbox"/> 終了			

## 2. 行動変容を促す介護予防ケアマネジメントのポイント

生活機能低下の現状を自覚していない、自覚はしているが、改善に向けた関心がない、意欲が乏しい高齢者に対するアプローチとして、行動変容を促すいくつかの考え方や技法を簡単に紹介する。詳細は参考文献を参照して欲しい<sup>5-9)</sup>。

## 2. 1 変化のステージモデル

変化のステージモデルでは、人の行動が変わり、それが維持されるには5つのステージを通ると考え、対象者がどのステージにいるかを知ることにより、行動変容と維持を促すための働きかけの方法が考えやすくなるという考え方である。それぞれの時期に合わせた目標をたて次の時期への移行を支援する<sup>7)</sup>。

無関心期：6ヵ月以内に行動を変える気がない時期

関心期：6ヵ月以内に行動を変える気がある時期

準備期：1ヵ月以内に行動を変える気がある時期

行動期：行動を変えて6ヵ月以内の時期

維持期：行動を変えて6ヵ月以上の時期

無関心期の高齢者には、介護予防の必要性を理解してもらうことを目標に、生活機能低下が引き起こす病気や状態に対する知識を増やし、予防に取り組むことの利点や取り組まない場合のリスクを説明する。介護予防や病気などに対する高齢者の考えや気持ちを表現してもらう。

## 2. 2 自己効力感（セルフ・エフェカシー）

自己効力感とは、簡単に言えば「自分がその行動をうまくやる事が出来るという自信」のことで、そのような自信があると、ない場合に比べてその行動を取る可能性が高くなり、行動をするのに必要な努力を惜しまず、失敗や困難を伴ってもあきらめにくい、行動を行う場合のストレスを感じにくいという社会的認知理論の考え方によるものである<sup>7)</sup>。

自己効力感を生み出す4つの情報源を、介護予防ケアマネジメントに当てはめると、以下のようになる。

- ・ 過去に同じか、又は似たような行動をうまくやれた経験があること

（例）配偶者が亡くなり、調理や掃除などの家事に対する困難感が強く、また食欲も低下して体重も減ってきた男性の場合、30代前半に単身赴任のため家事をやった経験を思い出してもらい、「経験があるので男の調理教室の助手をして欲しい」と働きかけた。

- ・ たとえ自分はその行動をやった経験はなくても、人がうまくやっているのを見て自分でもやれそうだと思うこと。

（例）運動とは縁のない生活を送ってきた70歳代の女性が、骨粗鬆症になって主治医から運動を勧められた。自分に運動は出来ないと思っていたが、運動教室を見学して、91歳の参加者が自分のペースで運動しているのを見て、参加してみようと思った。

- ・ 自分はその行動をうまくやる自信がそれほどなくても、人から「あなたならできる」と言われること

（例）老人クラブの会長を長年やってきたが、物忘れのためにいくつかの失敗があり、自信を失いやめて閉じこもりがちになっていた。近所で社会福祉協議会が主催する『ふれあいサロン』を立ち上げることになり、一緒に参加して、高齢者をまとめて欲しいといわれ意欲が出た。

- ・ その行動をすることで生理的状态や感情面で変化が起きること

（例）最初は妻に勧められ、しつしつ参加していた口腔機能向上教室だったが、正しい歯の磨き方を学び、歯茎のトラブルが解消して、口腔の爽快感を味わえた。次は今まで食べられなかったピーナッツが食べたいと、歯の治療や口腔体操に取り組んでいる。

## 2. 3 ソーシャルサポート

ソーシャルサポートとは、社会的関係の中でやりとりされる支援や援助のことで、大きく分けると「情緒的サポート」と「手段的サポート」の2つがある。ソーシャルサポートの担い手は、家族や友人、同じような状況にある人々で、受け手である本人もまた、担い手ともなる。

ソーシャルサポートが介護予防ケアマネジメントにおいてどのような働きをするかを考えると、高齢者本人だけに働きかけるのではなく、家族や友人にも介護予防の必要性を理解してもらい、高齢者を励ましてもらう（情緒的サポート）、会場までの送迎など参加しやすい条件を調べてもら

う（手段的サポート）などである。

また、介護予防の取り組みを継続するための活用として、一緒に参加した仲間同士によるサポートネットワークを促進する働きかけ（教室の中に交流の機会を作る・自主グループを育成する等）がある<sup>6)</sup>。

## 2. 4 コーチング

本人が主体的に目標と具体策を考え、確実に取り組みにつながる支援技術である<sup>8,9)</sup>。

ビジネスやスポーツの世界でも活用されており、複数の技法があるが、ここでは、5つの基本ステップで、介護予防を目的にした高齢者へのコーチングの例をあげる。

### Step1 目標を決める・現状を知る

「どのような状態になりたいですか」→「いつまでに」「どのような状態に」  
目標は、モチベーションの上がるレベル、達成可能なレベルに設定する  
「現状はどうですか」

### Step2 障害を知る・強みを知る

「うまくいっていないことは何ですか」→現状と目標のギャップが出来ている問題を本人の口から語ってもらう。面倒くさい・運動が嫌い・お金がかかる等  
「上手くいっていることは何ですか」→ギャップを埋めるために活用できる資源（家族や仲間・時間があること・場所等）を考えてもらう

### Step3 戦略を練る・複数の戦略を考えてもらう

「目標達成のためにあなたは何かができますか」→今まで取り組んでいたこと、楽しく出来ることを本人に考えてもらう。まだ具体策の提案はしない。

### Step4 サポートする

「私がサポートできることは何ですか」→本人が望む内容を指導する、効果的と思われる具体策を提案する。提案しても良いか許可を取って行う。

### Step5 行動を促す

「いつから始めますか」→自分の口から決意表明してもらうと行動に移すモチベーションが高くなる。

## 2. 5 ストレングスモデル

ストレングスモデルとは、その人が抱える病気や障害、問題よりもその人が持つ強み、興味、能力に目を向け、それらをエンパワーメントしながら自立支援につなげていく支援方法である。高齢者の「強み」である残存機能や潜在機能を引き出し、内的・外的資源に働きかけながら、利用者と支援者の良好な人間関係を築きながら支援を展開する。高齢者が成長し、自立できる大きな可能性を持っていることを前提に開発されたものである。以下はストレングスモデルのプロセスである。

- Step1 契約（インテーク）
- Step2 「強み」のアセスメント  
6領域（日常生活や能力など）の「強み」についてアセスメントする。  
会話の中で利用者自身が自分に強みを発見し、優先順位をつけ、目標作成の基盤とする。  
アセスメントでは、過去や現在に社会資源を試みたことを記録し、意識付けする。
- Step3 目標設定  
利用者と支援者が共同で設定する。「強み」を重視し、達成可能な目標を重視する。
- Step4 資源の獲得  
インフォーマルサービスと利用者のニーズを結びつけ、資源を探し、交渉する。
- Step5 支援の継続（モニタリング）  
インフォーマルサービスと現在のケアの方向性を話し合う。

#### 【文献】

- 1) ディビッド・Pマクスリー（野中 猛、加瀬裕子監訳）：ケースマネジメント入門. 中央法規、P4、1994年.
- 2) 安酸史子他編著：セルフケアマネジメント. メディカ出版、2005年.
- 3) 辻 一郎監修：実践事例で学ぶ介護予防ケアマネジメントガイドブック. 中央法規出版 2007年.
- 4) 地域包括支援センター業務マニュアル
- 5) 平成19年度老人保健健康増進等事業：介護予防実務者に対する介護予防教育の推進事業・暮らしの視点での介護予防ハンドブック. 特定非営利活動法人地域保健研究会、2008年.
- 6) 平成18年度～19年度科学研究費補助金 研究成果報告書（研究代表者 佐藤紀子）：高齢者のための社会的サポートネットワークを促進する保健師活動方法に関する研究、2008年.
- 7) 松本千明：医療・保健スタッフのための健康行動理論の基礎－生活習慣病を中心に－. 医歯薬出版株式会社、2002年.
- 8) 柳澤厚生編著：コーチングで保健指導が変わる. 医学書院、2008年.
- 9) ベッキー・ファースト・ローズマリー・チャンピ（青木信雄・浅野仁訳）：高齢者・ストレンクスモデルケアマネジメントーケアマネジャーのための研修マニュアルー. 筒井書房、2005年.

## IV. 事業評価

### 1. 事業評価の目的、意義

地域支援事業では、これまで以上に事業実施目標の明確化やその検証が求められる。そのため地域支援事業に関する計画を策定する際には、事業目的を明確に認識するだけでなく、具体的な達成目標や数値目標を定めることが必要になる。計画時に設定した目標については、計画終了時にその評価をすることはもとより、計画期間中においても、適切な時期に評価をして、事業の見直しを行う必要がある。

定めた目標の達成状況を確認し、目標値の見直しや事業実施方法の改善につなげるために行うのが事業評価である。

なお、事業評価は、事業者、地域包括支援センター、市町村の3者がそれぞれの立場で行うものである。以下、それぞれの単位における評価のあり方を示す。

### 介護予防特定高齢者施策の目的と目標

**目的：**生活機能の低下や、個々の対象者を取り巻く環境要因の変化により、要支援・要介護状態に陥るおそれのある者を早期に発見し、集中的に必要なに応じた介護予防のためのプログラム（運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上、閉じこもり予防・支援、認知症予防・支援、うつ予防・支援）を提供することで、活動的な生活を目指す。

**目標：**介護予防特定高齢者施策のうち通所型介護予防事業及び訪問型介護予防事業の参加者数は、高齢者人口の概ね5%を目安として、地域の実情に応じて定める。利用者のうち悪化が防止される者の割合については、各自治体におけるこれまでの実績や厚生労働省「介護予防継続的評価分析検討会」の分析結果などをもとに、その目標値を設定する。

### 2. 事業者単位（各介護予防プログラム）の評価

#### 2. 1 プロセスに関する評価

目標を達成するまでの工程が的確に企画され、実施経過が把握されているかどうかを評価することは、効果的な事業展開には必要不可欠であり、事業の実効性や効率を確保するための事業企画や実施過程に関する指標であるプロセス指標を用いた評価が必要となる。事業実施にあたって、それぞれのチェック項目について実績を収集することが必要である。

#### <プロセスに関する評価チェックリスト（例）>

	項 目
1	事前・事後アセスメントの実施：各介護予防プログラムを実施する前後において、事業参加者の生活機能についてアセスメントを実施しているか。

2	個別サービス計画の作成：参加者全員について、参加の目標、参加者のニーズ等を確認して、個別サービス計画を作成しているか。
3	重要事項の説明：参加者全員に対して、各介護予防プログラムの目的、注意事項など、重要事項の説明を行っているか。
4	個人情報の取扱いに関する説明と同意：参加状況やアセスメント結果等の個人情報に関する取扱いについて、参加者に説明し同意を得ているか。
5	モニタリングの実施：各介護予防プログラムの実施状況、目標の達成度等をモニタリングする体制を整備しているか。
6	フォローアップ体制の整備：各介護予防プログラム終了後に、修了者の状況をフォローアップする体制が整っているか。

## 2. 2 アウトプットに関する評価

事業者は、個別プログラムごとに次のような集計表を参考に、実施期間における各プログラムの実施効果の検証を行う。

<個別プログラムごとの集計表>

プログラム名			
	目標	実績	達成率
開催回数			%
登録者数			%
参加者数			%
修了者数・割合			%
中断者数・割合			
継続者数・割合			

<個別事業ごとの年間集計表>

事業者は、個別プログラムごとの集計に基づき、年間での目標と実績の検証を行う。

プログラム名	運動器の機能向上	栄養改善	口腔機能の向上	認知症 予防・支援	閉じこもり 予防・支援	うつ 予防・支援	合計
開催回数							
登録者数							
参加者数							

修了者数・割合							
中断者数・割合							
継続者数・割合							

### 2. 3 アウトカムに関する評価

事業者は個別プログラムごとに、事前及び事後のアセスメントを通じて、利用者における客観的な状態の変化や主観的な状態の変化を把握する。

プログラム名		目標	実績	達成率
参加者数				
QOL指標維持・改善者数・割合				
主観的健康感維持・改善者数・割合				
生活機能（基本チェックリスト点数）維持・改善者数・割合				
要支援・要介護に至った者の数・割合				
介護予防ケアプラン上の目標を達成した者の数・割合				
特定高齢者でなくなった者の数・割合				

### 3. 地域包括支援センター単位の評価

#### 3. 1 プロセスに関する評価

介護予防特定高齢者施策の実施にあたって、目標を達成までの工程が的確に企画され、実施経過が把握されているかどうかの評価は必要不可欠である。プロセス指標（チェックリスト）による確認とそれぞれの項目について実績を収集することとする。

#### <プロセスに関する評価チェックリスト（例）>

	項目
1	課題分析（一次アセスメント）が適切に行われているか（生活機能のリスク、医学的視点、生活環境、健康状態、本人や家族の希望など包括的なアセスメントが行われた割合）。
2	介護予防ケアプランの作成が適切に行われているか（目標、ニーズ、サービス内容、期間が明記されているか）。
3	適宜、サービス担当者会議などの場で関係者と連携を図っているか。
4	認知症や閉じこもりなど、利用者の状況に応じて家族や地域と連携し事業への参加を働きかけているか。

5	介護予防特定高齢者施策の対象外となった高齢者について、適切なフォローアップが行われているか。
6	アセスメント結果等の個人情報に関する取扱いについて、介護予防ケアマネジメントの対象者に説明し同意を得ているか。
7	事業の実施状況、目標の達成度、事業の適切性、新たな介護予防ニーズの有無等について、的確にモニタリングを実施しているか。
8	効果の評価は適時・適切に実施しているか。
9	個人情報の管理は適切に実施しているか。

### <プロセス評価の実績>

地域包括支援センターでのプロセス評価として、下記のような実績を毎年集計し分析を行う。

情報提供があった高齢者数 (A)		
経路	要介護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、家族等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	
	その他市町村が適当と認める方法による把握	
介護予防ケアプランの作成に至った高齢者の数 (B)		
介護予防ケアプランの作成に至った高齢者の割合 (B/A)		
介護予防ケアプランの作成に至らなかった高齢者の数 (C)		
理由	特定高齢者ではなかった	
	必要なプログラムがなかった	
	本人又は家族の同意が得られなかった	
	介護予防特定高齢者施策以外で対応した	
	その他	
介護予防ケアプランの作成に至らなかった高齢者の割合 (C/A)		
介護予防ケアプランの作成時に関係者の打ち合わせを行った高齢者の数 (D)		
介護予防ケアプラン作成件数に対する割合 (D/B)		

### 3. 2 アウトプットに関する評価

	目標	実績	達成率
介護予防ケアマネジメント実施件数			
参加者数			
修了者数・割合			
中断者数・割合			
継続者数・割合			

### 3. 3 アウトカムに関する評価

地域包括支援センターは、当該センターが介護予防ケアマネジメントを実施した利用者について、サービス事業者が実施したアウトカム評価の結果について報告を受けたうえで、その結果を集計する。したがって評価表の書式は、事業者におけるそれとほぼ同一のものとなる。ただし、事業者での評価は個別サービスごとに行われるのに対して、地域包括支援センターでの評価は利用者ごとに行われるという点で違いがある。

項目	目標	実績	達成率
参加者数			
QOL指標維持・改善者数・割合			
主観的健康感維持・改善者数・割合			
生活機能（基本チェックリスト点数）維持・改善者数・割合			
要支援・要介護に至った者の数・割合			
介護予防ケアプラン上の目標を達成した者の数・割合			
特定高齢者でなくなった者の数・割合			

## 4. 保険者（市町村）単位の評価（総合評価）

保険者の評価は、地域包括支援センターの総括的役割を担う。また、保険者ごとの取り組み方針を見直し、新予防給付との関連についても検証する必要がある。

### 4. 1 プロセスに関する評価

介護予防特定高齢者施策実施にあたって、目標を達成までの工程が的確に企画され、実施経過が把握されているかどうかの評価は必要不可欠である。

プロセス指標（チェックリスト）による確認とそれぞれ項目について実績を収集すること

とする。

また、プロセス評価のチェック項目ごとに経年的変化を観察することを通して、介護予防プログラム実施にあたっての体制の再検討を行うことで、より効果的な介護予防プログラムの実施を目指す。

1) 特定高齢者を適切に把握・選定するため、複数の把握ルート（チャンネル）を確保しているか。

把握ルート	18年度		19年度		20年度	
	件数	構成比	目標値	構成比	目標値	構成比
要介護認定の担当部局との連携						
訪問活動を実施している保健部局との連携						
医療機関からの情報提供						
民生委員等からの情報提供						
地域包括支援センターの総合相談支援業務との連携						
本人、家族等からの相談						
特定健康診査等の担当部局との連携						
その他						
合計						

2) 事業の企画・実施・評価に当たって住民の参画を求めているか。

- 介護保険事業計画策定の過程で住民の参画はあったか。
- 事業実施経過を公表する体制が整っているか。
- 地域包括支援センター運営協議会の構成員に地域住民の代表が参加しているか。

3) 事業の質を管理するシステムが確立しているか。

- 事業実施状況を把握しているか。
- 事業実施に伴う苦情や事故を把握する体制が確立しているか。
- 介護予防プログラムごとの検証に基づき、次年度以降の実施計画見直しが行われているか。
- 事業供給量と需要の関係が的確に把握されているか。
- 対象者の把握について、年齢的な偏りはないか。

- 4) 介護予防プログラムの効果をモニタリングするシステムが確立しているか。
- 定期的に介護予防プログラムの実施状況を把握する体制が確立しているか。
  - 介護予防プログラムの効果を分析を行う体制が確立しているか。
  - 高齢者全体の状況把握ができていますか。
  - 庁内でのコンセンサスの元で個人情報の保護、収集した情報の利活用について体制が整備されているか。
  - 情報の共有を効果的に行っているか。
- 5) 関係機関（地域包括支援センターやかかりつけ医、民生委員等）との連携ができていますか。
- 情報の共有について、共有情報の範囲、管理方法、利活用に関する取り決めが行われているか。
  - 対象者把握に協力した機関へのフィードバック体制が確立されているか。
  - アセスメント情報などの個人情報が共有されることについて、利用者への説明と同意を得ているか。

#### 4. 2 アウトプットに関する評価

地域包括支援センターおよび各事業者単位の実施状況を保険者が集計し、評価する。

	目標	実績	達成率
介護予防ケアマネジメント実施件数			
参加者数			
修了者数・割合			
中断者数・割合			
継続者数・割合			

#### 4. 3 アウトカムに関する評価

保険者におけるアウトカム評価は、2つの要素により構成される。第1に、介護予防プログラム参加者の改善・悪化の程度を評価するものである。それは、当該市町村における地域包括支援センターで行われたアウトカム評価（前記）の結果を集計することにより行われる。なお、その際には、介護予防プログラム参加者における改善・悪化の程度について事業者ごとに集計し直して、各事業者の成績を比較することも重要な課題である。なお、これに関するは地域包括支援センターのそれと全く同一となるので、ここでは記載を省略する。

保険者における第2のアウトカム評価とは、当該市町村における要介護認定の動向に関するものである。すなわち年度ごとに、新規に認定を申請した者、実際に認定された者の数と要介護度区分別の内訳などを集計して、自然体での（これまでの認定状況が続いた場合に想定される）要介護認定者の見込み数と比較することにより、当該市町村での介護予防効果を評価するものである。以下に、その書式を示す。

介護予防事業の実施状況等に基づきその効果を評価する必要がある。

	18年度	19年度	20年度
「旧要支援+旧要介護1」の人数（自然体）(A)			
「旧要支援+旧要介護1」の人数（実績）(B)			
減少率(B/A)			

	18年度	19年度			20年度		
	実績	目標 (a)	実績 (b)	達成率 (b/a)	目標 (a)	実績 (b)	達成率 (b/a)
対象者総数							
新規認定申請者数							
新規認定者数							
新規認定者のうち 要支援1・2の人数							
新規認定者のうち 要介護1の人数							

事業実施による認定出現率の変化を検証する

	18年度	19年度	20年度
新規要介護認定者数			
出現率	( /全高齢者人口)		

介護予防特定高齢者施策参加者からの新規要介護認定者数			
	出現率	( /全高齢者人口)	
介護予防特定高齢者施策非参加者からの新規要介護認定者数			
	出現率	( /全高齢者人口)	

事業実施による各種指標の変化を検証する。

	18年度	19年度		20年度			
	実績	目標	実績	達成率	目標	実績	達成率
事業参加者数							
QOL指標維持・改善者数・割合							
主観的健康感維持・改善者数・割合							
生活機能維持・改善者数・割合							
事業参加者からの新規要介護認定申請者数・割合							
事業参加者からの新規要介護認定者数・割合							

## 5. 事業評価における都道府県や国の役割

### 5.1 都道府県の役割

○地域支援事業に従事する者の確保又は資質の向上に資する事業に関する事項

項目	実施の有無	内容
人材の確保支援		
介護予防事業の適正化や資質の向上、研修体制		

## 5. 2 国の役割

地域支援事業は、介護保険財政から事業費が支出されることとなることから、国民に対する説明責任が求められる。事業の実施主体は市町村であるが、特に最初の3年間は、事例集の作成や全国規模の研修会の開催など、国において事業の普及啓発に努める必要がある。また、地域支援事業の事業費は介護保険料の概ね3%であるが、一部の小規模な市町村においては、事業費が極めて少なくなり、運営が困難となることも予想される。このため、国は、広域的な地域包括支援センターの取り組み事例や、適正な実施のあり方など、情報提供を積極的に行い、こうした市町村の支援に努める必要がある。

- 地域支援事業を展開するにあたり、「個人情報の保護」の観点など、全国一律で対応すべきことは、国が責任を持って適正な実施について方向性を示す。
- 広く国民から意見を伺い、保険者などに対して事業実施の適正な支援に努める。
- 地域支援事業を担う人材育成に取り組む必要がある。

## V. 研究班名簿

安藤 智子	千葉県銚子市民生部高齢者福祉課銚子市地域包括支援センター（※）
歌川さとみ	東京都千代田区保険福祉部介護保険課
岡本 玲子	神戸大学医学部保健学科看護学専攻地域看護学
木村 隆次	日本介護支援専門員協会（※）
篠田 道子	日本福祉大学社会福祉学部社会福祉学科（※）
○ 辻 一郎	東北大学大学院医学系研究科（※）
中尾 晶美	氷見市社会福祉協議会
成田すみれ	横浜市総合リハビリテーションセンター社会参加支援課（※）
貫井 信幸	山梨県立北病院（※）
野中 博	医療法人社団博腎会野中病院（※）
山本美喜子	高浜市福祉部保健課

（○：班長、※改訂時）

介護予防のための  
生活機能評価に関するマニュアル  
(暫定版)

平成 20 年 12 月

「介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル」  
分担研究班

主任研究者  
東京都老人総合研究所副所長  
鈴木 隆雄

# 「介護予防のための生活機能評価」に関するマニュアル

## 目 次

[概要]	2
[本文]	
1 はじめに	10
1.1 介護予防にかかわるこれまでの経過と取り組み	10
1.2 介護予防の重要性	12
2 「生活機能評価」の目的および位置付け	13
2.1 「生活機能評価」の目的	13
2.2 「生活機能評価」の位置付け	14
3 「生活機能評価」の実施体制	16
3.1 対象者と実施機関等	16
3.2 「生活機能評価」項目とその評価	16
3.3 「生活機能評価」の実施方法と判定	23
3.4 介護予防事業への包括的判定	25
3.5 その他実施にあたっての留意点	28
4 参考資料	30
5 研究班名簿	45

## [概要]

介護予防がめざすものは「高齢者本人の自己実現」「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」ことへの支援である。そのためには、「心身機能の改善」を基盤とし、「生活行為」や「参加」など生活機能全般を向上させることにより、「自己実現」「生きがい」を支えることが最も重要なポイントとなる。

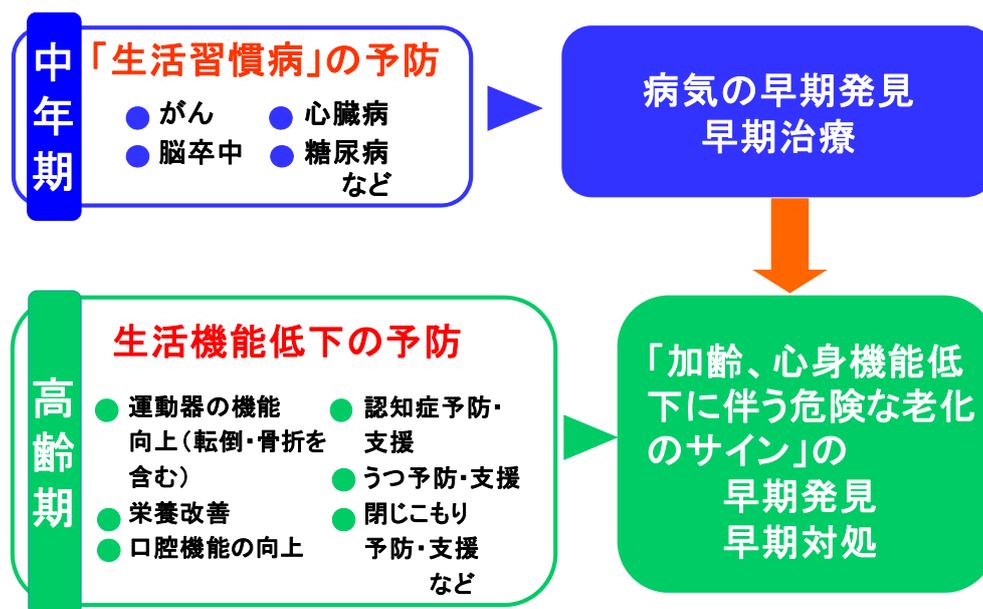
### 介護予防のめざすもの

心身機能の改善  
生活行為・参加

生活機能向上

自己実現と  
生きがい

- 高齢期の健康維持のためには、疾病の予防や治療の管理だけでは不十分で、加齢に伴い出現する生活機能の低下を予防するとともに、さまざまな日常生活における危険な老化のサインを早期に発見し、早期に対応する必要がある。



介護予防は「生活機能評価」(生活機能チェック+生活機能検査)から始まる。

- 介護予防のための具体的な第一歩は、生活機能が低下し要支援・要介護状態になるおそれのある高齢者（以下、「特定高齢者」という。）を早期に把握し、介護予防への効果的な取組につなげること（いわゆる「水際作戦」）である。

平成18年度より、介護保険制度の円滑な実施の観点から、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、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に支援するため、新たに「地域支援事業」が設定された。

- 地域支援事業では介護予防事業が設けられ、それには介護予防特定高齢者施策と介護予防一般高齢者施策等が含まれている。介護予防特定高齢者施策ではさらに特定高齢者把握事業、通所型介護予防事業、訪問型介護予防事業および介護予防特定高齢者施策評価事業が含まれる。特に特定高齢者把握事業においては日常生活で必要となる機能（以下「生活機能」）の確認のために行う生活機能評価がきわめて重要な役割を果たすことになっている（図1）。
- 生活機能評価は基本チェックリスト、生活機能チェックおよび生活機能検査で構成された判定要素を総合的に判断し、特定高齢者の適切な把握及び「高齢者本人の自己実現」に向けた介護予防ケアマネジメントにつなげることが求められる（表1, 2, 3参照）。
- 生活機能評価の結果を踏まえ、介護予防ケアマネジメント等に際しての留意点は以下の通りである。
  - 1) サービス利用が必要と評価された項目を確認すること。
  - 2) サービス利用の際の安全管理について医学的視点で確認すること。
  - 3) 利用者本人の意志や意欲を確認すること。
  - 4) サービス利用による生活機能の改善等について、関係機関と常に情報を共有すること。
  - 5) 提供サービスは自己実現や生きがいの創造といった目標達成のための手段であり、目的化しないよう指導、確認すること。

図 1

介護予防特定高齢者施策の流れ

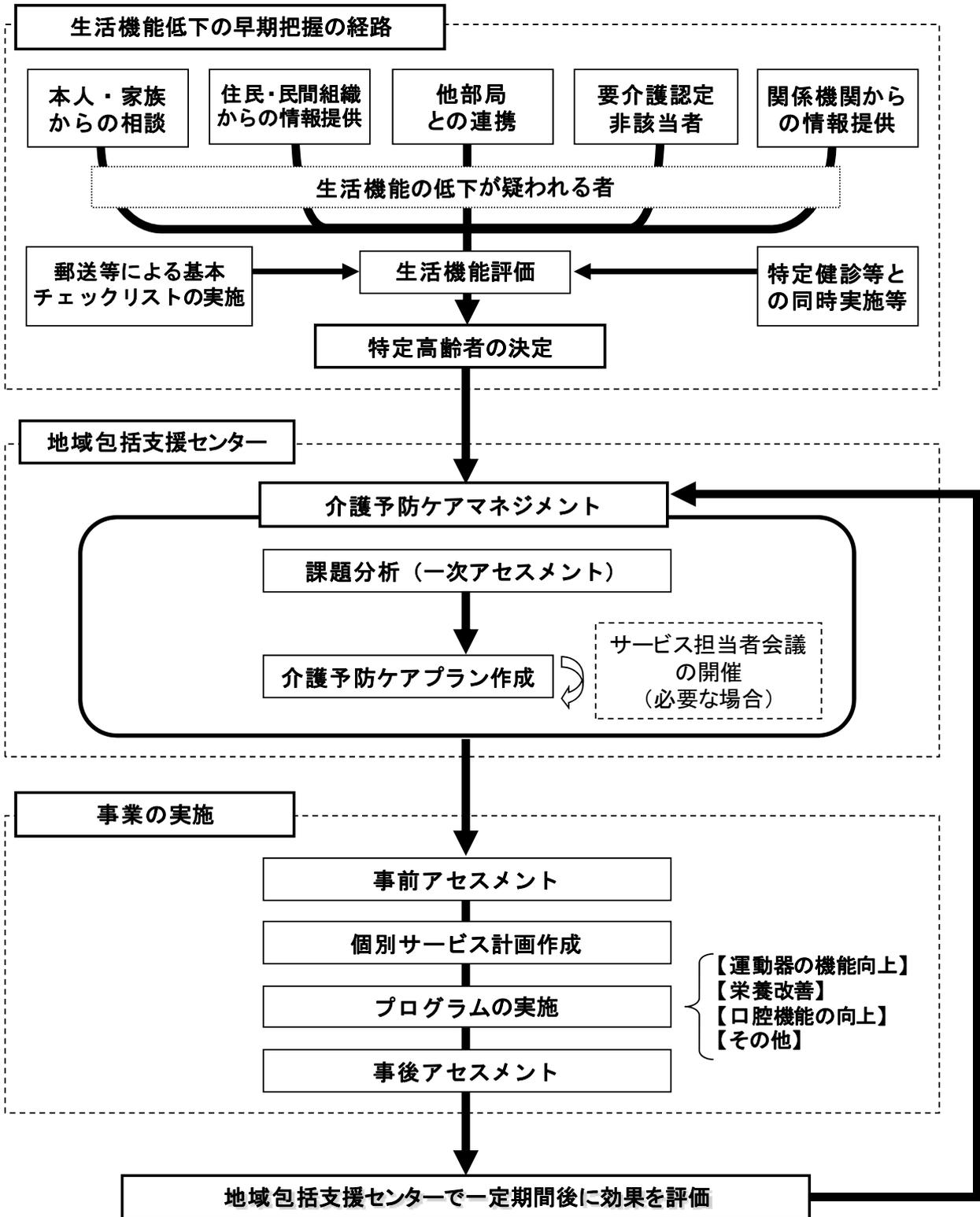


表 1

## 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されますか	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

運動

栄養

口腔

閉じこもり

認知症

うつ

(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。

## 表 2

## 生活機能評価

### 1 検査項目

生活機能評価は、基本チェックリスト、生活機能チェックと生活機能検査とで構成する。

#### (1) 基本チェックリスト

- ア 25 項目により生活機能低下の可能性を把握する
- イ 特定高齢者の候補者の選定を行う（2 実施方法参照）

#### (2) 生活機能チェック

- ア 問診  
現状の症状、既往歴、家族歴、嗜好、生活機能に関する項目（基本チェックリスト）等を聴取する。（ただし、市町村が、生活機能チェックを実施する前に、基本チェックリストを行い、特定高齢者の候補者を選定している場合は、基本チェックリストは行わないものとする。）
- イ 身体測定  
身長及び体重を測定し、BMI を算定する。
- ウ 理学的検査  
視診（口腔内を含む。）、打聴診、触診（関節を含む。）を実施する。
- エ 血圧測定  
聴診法または自動血圧計により、収縮期血圧及び拡張期血圧を測定する。

#### (3) 生活機能検査

- ア 理学的検査  
反復唾液嚥下テストを実施する。
- イ 循環器検査  
安静時の標準 12 誘導心電図を記録する。
- ウ 貧血検査  
血液中の赤血球数、血色素量（ヘモグロビン値）及びヘマトクリット値を測定する。
- エ 血液化学検査  
血清アルブミン検査を実施する。

### 2 実施方法

#### (1) 生活機能チェック以外の機会に基本チェックリストを実施し、特定高齢者の候補者を選定する場合

##### ア 特定高齢者の候補者の選定

基本チェックリストにおいて次の i から iv までのいずれかに該当する者

- i 1 から 20 までの項目のうち 10 項目以上に該当する者
- ii 6 から 10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当する者
- iii 11 及び 12 の 2 項目すべてに該当する者
- iv 13 から 15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当する者

##### イ 生活機能チェックと生活機能検査の実施

特定高齢者の候補者に選定された者について、基本チェックリストを除く生活機能チェックと生活機能検査を実施し、特定高齢者に該当する者であることの確認を医師が行う。

- (2) 生活機能チェックの機会に基本チェックリストを実施し、特定高齢者の候補者を選定する場合
- ア 特定高齢者の候補者の選定
 

第1号被保険者について、生活機能チェックを実施し、特定高齢者の候補者を選定する。
  - イ 生活機能検査の実施
 

特定高齢者の候補者に選定された者について、生活機能検査を実施し、特定高齢者に該当する者であることの確認を医師が行う。

### 3 生活機能評価の判定

生活機能及び介護予防事業（「通所型介護予防事業」及び「訪問型介護予防事業」をいう。以下同じ。）に関する評価については、基本チェックリスト、生活機能チェック及び生活機能検査の結果を医師が総合的に判断するものとし、次のいずれかに区分する。

#### (1) 生活機能の低下あり

生活機能の低下があり、要支援・要介護状態となるおそれが高いと考えられる場合で、地域支援事業実施要綱に定める特定高齢者の候補者の基準に該当し、かつ「特定高齢者の決定方法」（表3, p8）に該当している場合

1)-1 介護予防事業の利用が望ましい

生活機能の低下があり、介護予防事業の利用が望ましい場合

1)-2 医学的な理由により次の介護予防事業の利用は不適當

- 全て
- 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
- その他のプログラム（ )

生活機能の低下はあるが、心筋梗塞、骨折等の傷病を有しており、

- ア 介護予防事業の利用により当該傷病の病状悪化のおそれがある
  - イ 介護予防事業の利用が当該傷病の治療を行う上で支障を生ずるおそれがある
- 等の医学的な理由により、介護予防事業の利用は不適當であると判断される場合であり、具体的に利用が不適當な介護予防事業のプログラムに印を付するものとする。

#### (2) 生活機能の低下なし

生活機能が比較的よく保たれ、要支援・要介護状態となるおそれが高いとはいえ考えられない場合で、地域支援事業実施要綱に定める特定高齢者の候補者の基準に該当しない場合又は特定高齢者の候補者の基準に該当する場合であって地域支援事業実施要綱別添2の「特定高齢者の決定方法」に該当しない場合

表 3

## 特定高齢者の決定方法

「特定高齢者の候補者」に選定された者について、生活機能評価の結果等を踏まえて、以下の1～6により特定高齢者を決定する。

## 1 運動器の機能向上

基本チェックリスト6～10の5項目のうち3項目以上に該当する者

ただし、うつ予防・支援関係の項目を除く20項目のうち10項目以上該当し「特定高齢者の候補者」と判定された者であって、基本チェックリスト6～10のうち3項目以上該当していない者について、以下に示す運動機能測定を行った場合に3項目の測定の配点が5点以上となった場合については、該当する者とみなしてよい。

運動機能測定項目	基準値		基準値に該当する 場合の配点
	男性	女性	
握力 (kg)	<29	<19	2
開眼片足立時間 (秒)	<20	<10	2
10m歩行速度 (秒) (5mの場合)	≥8.8 (≥4.4)	≥10.0 (≥5.0)	3
配点合計	0-4点 … 運動機能の著しい低下を認めず 5-7点 … 運動機能の著しい低下を認める		

## 2 栄養改善

以下の①及び②に該当する者又は③に該当する者

- ① 基本チェックリスト11に該当
- ② BMIが18.5未満
- ③ 血清アルブミン値3.8g/dl以下

## 3 口腔機能の向上

以下の①、②又は③のいずれかに該当する者

- ① 基本チェックリスト13～15の3項目のうち2項目以上に該当
- ② 視診により口腔内の衛生状態に問題を確認
- ③ 反復唾液嚥下テストが3回未満

## 4 閉じこもり予防・支援

基本チェックリスト16に該当する者  
(17にも該当する場合は特に要注意)

## 5 認知症予防・支援

基本チェックリスト18～20のいずれかに該当する者

## 6 うつ予防・支援

基本チェックリスト21～25で2項目以上該当する者

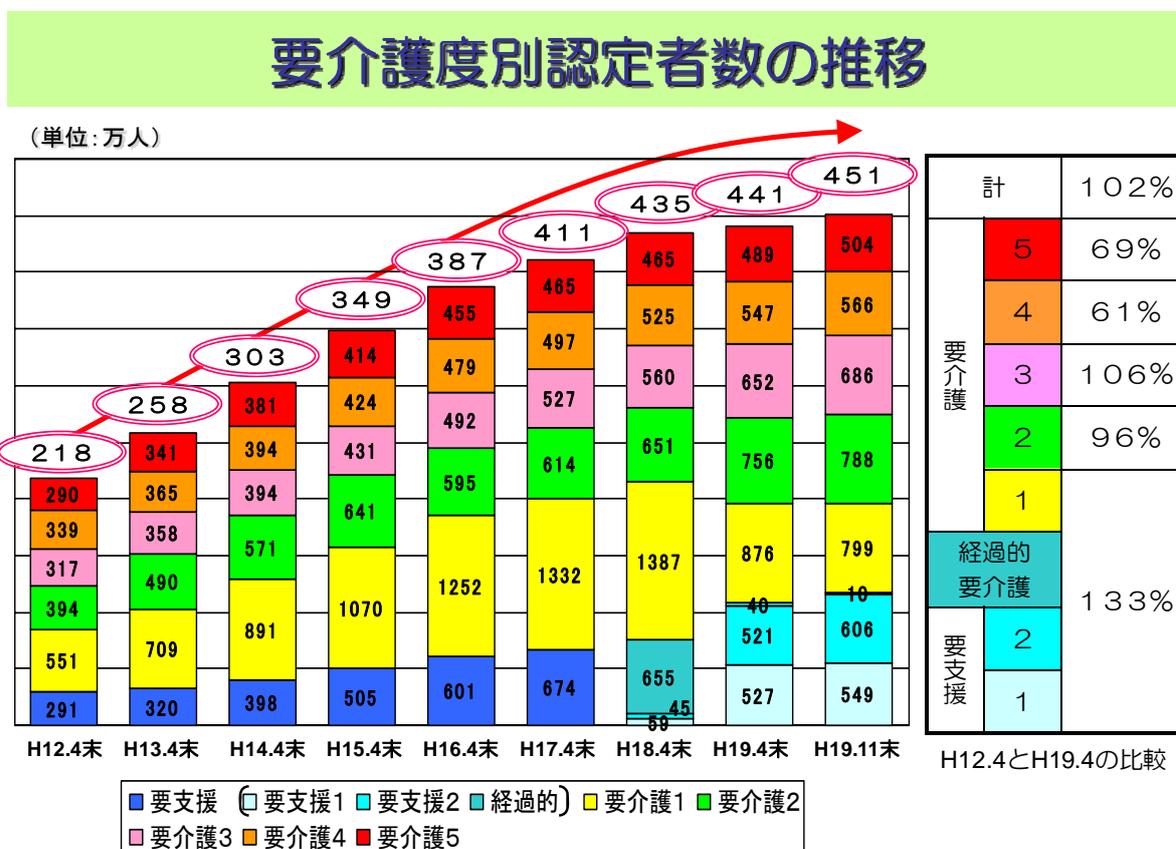
※ なお、認知症及びうつについては、特定高齢者に該当しない場合においても、可能な限り精神保健福祉対策の健康相談等により、治療の必要性等についてアセスメントを実施し、適宜、参加勧奨や経過観察等を行うものとする。

# 1 はじめに

## 1.1 介護予防にかかわるこれまでの経過と取り組み

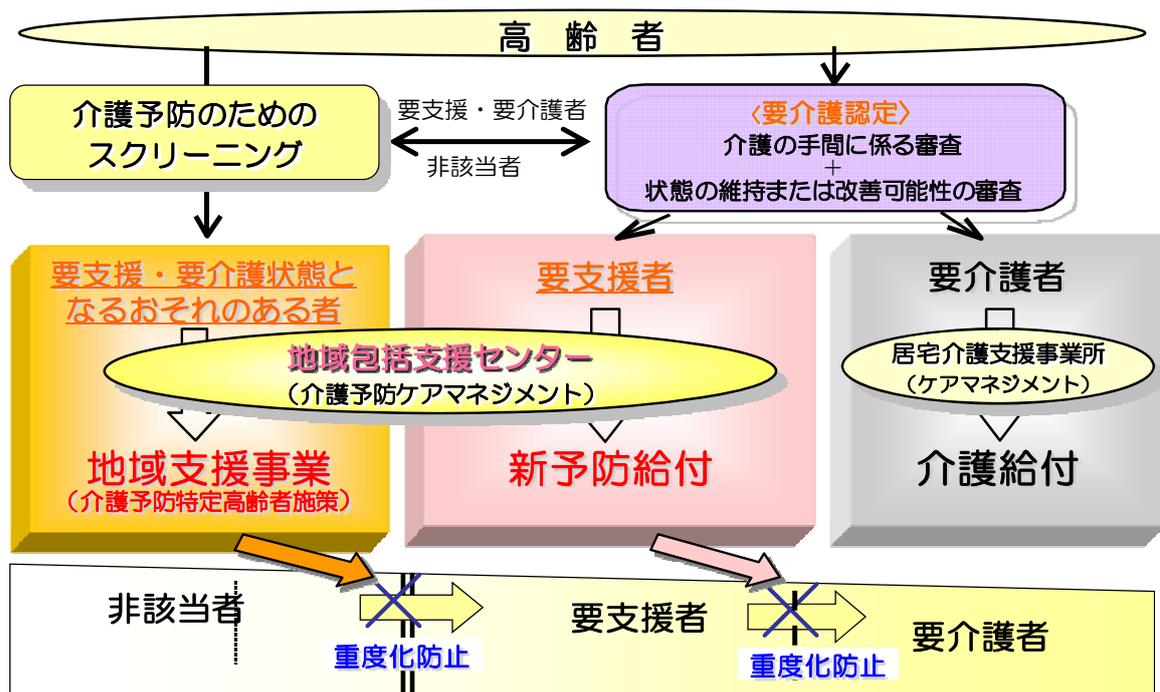
- 介護や社会的支援が必要な人が、尊厳を保持し、その能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように、必要な保健医療サービスと福祉サービスを行うことを目的として、平成12年に介護保険制度が開始された。その後、制度が定着する一方で、当制度運営に当たっての課題も多く出てきたところである。
- 平成12年4月から平成19年11月までの7年7ヶ月で、65歳以上の被保険者数（第1号被保険者数）は、2,165万人から2,717万人と25%（約552万人）増加し、要介護及び要支援認定者は、107%（約233万人）と、被保険者数の増加率を大幅に超える割合で増加している。その内訳として要介護度別で認定者数の推移を見ると、要支援・要介護1の認定者数の増加が大きい状況が見て取れる（図2）。

図 2



- 以上の状況のもと、平成18年度には、できる限り要支援・要介護状態にならない、あるいは、重度化しないよう「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（図3）。
- これまでの介護予防の問題点としては、軽度者については、適切な対応により要介護状態の改善が期待されるが、改善を支援する観点からのサービスが十分に提供されていないことが挙げられており、見直しにおいては、要支援1・2といった軽度な要支援者が要介護1～5といったより重度の状態に移行することを防止する観点から「新予防給付」を創設し、当該給付において「運動器の機能向上」、「栄養改善」及び「口腔機能の向上」といったサービスを追加した。
- また、要支援・要介護になる可能性の高い特定高齢者やその予備軍である全ての高齢者に対して介護予防事業（地域支援事業）を創設している。介護予防事業には、ポピュレーションアプローチとして全高齢者を対象とする介護予防一般高齢者施策と、ハイリスクアプローチとして生活機能の低下した高齢者（特定高齢者）を対象とする介護予防特定高齢者施策がある。
- これらの新予防給付及び介護予防特定高齢者施策の対象者については、地域包括支援センターを中心として、利用者の意欲を引き出すための目標指向型のケアマネジメントを実施している。

図3 ○ 予防重視型システムの全体像

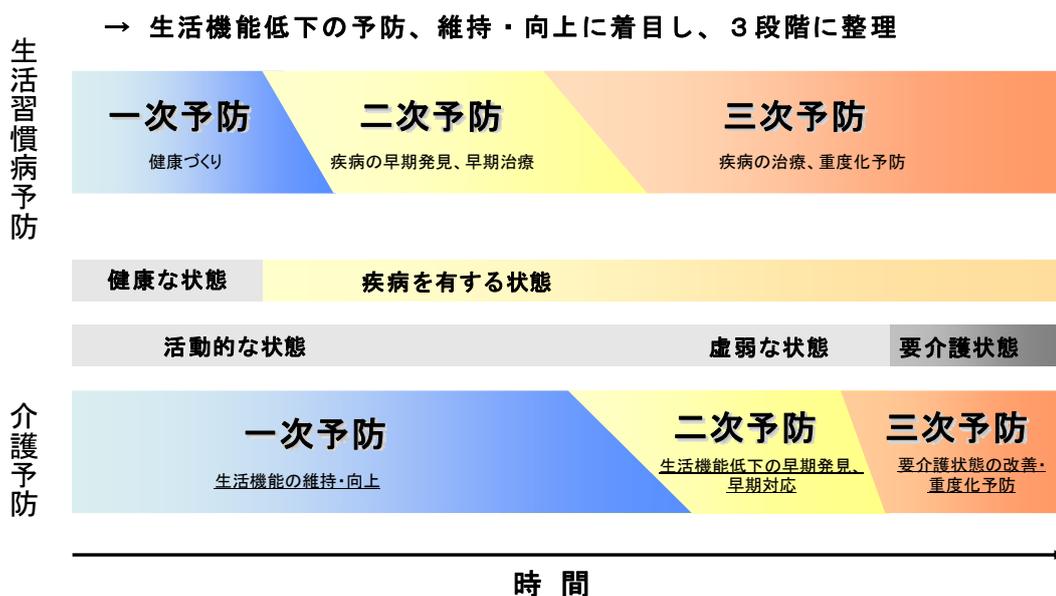


- 本マニュアルは平成 18 年 3 月に策定された「介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル」を改訂し、平成 20 年度より実施されている特定健康診査あるいは後期高齢者健康診査とも対応し、それらに関係する心身機能と活動についての一部と、それに影響する健康状態に重点をおいてまとめたものである。したがって、生活機能全般の評価を行うにあたっては、介護予防ケアマネジメントにおいて利用者本人の参加等の意思、環境等の状況も踏まえて包括的に実施することが必要となる。

## 1.2 介護予防の重要性

- 「介護予防」という概念は、単に介護保険サービス受給の対象者となることを予防したり、あるいはすでに介護保険サービス受給者の要介護度の悪化を予防したりするだけではなく、むしろその主題は「生活機能」のうち特に活動・参加の低下を予防することである。すなわち、生活場面での自立や社会参加といった、いわば生き生きとした生活や人生を過ごすことができるように支援することを目指したものである。
- 実際的には、生活習慣病予防（たとえば脳卒中や糖尿病などの予防）と介護予防は相互に関連する部分も存在する。したがって地域支援事業（介護予防事業）においては、両予防事業が密接な連携の下で行われる必要がある。具体的には、介護予防のための「生活機能評価」は、現行の特定健診における「生活習慣病予防」の一次予防（健康づくり）、二次予防（疾病の早期発見、早期予防）を中心とした取組に加え、さらに「介護予防」の一次予防（生活機能維持・向上）及び二次予防（生活機能の低下の早期発見・早期対応）の取組が一体的に行われ、共に実現できるような事業となる必要がある。（図 4）

図 4 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。

- 「地域支援事業」における、生活機能評価は高齢期の生活機能に着目した、要支援・要介護予備群（ハイリスク高齢者）早期発見・早期対応の広汎な介護予防システムの入り口としての重要性を有している。
- 平成 19 年には地域支援事業、介護予防施策特定高齢者把握のための基本チェックリストによる基準の緩和等がなされ、より効率的な運用を可能とすることが計られた。[参照<3.3「生活機能評価」の実施方法と判定>\(p23\)](#)  
さらに、介護予防のための健診の重要性や介入効果あるいは基本チェックリストについての予測妥当性の確定など科学的根拠も数多く集積されている。[参照<参考資料 1>\(p30\)](#)
- 高齢者の自立と介護予防のためには生活機能全般の評価に基づき、生活機能の低下状態を早期に発見し早期に対応することが、高齢者の健康長寿を可能とするとともに、ひいては今後の我が国の介護費用や医療費などの適正化にも大きな貢献をすることになると考えられる。
- 高齢期の健康と生活機能の維持、そして生活の質（QOL）の向上のためには、疾病だけを対象とする健診だけは不十分である。介護予防がめざすものは「高齢者本人の自己実現」「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」ことへの支援である。そのためには、「心身機能の改善」や「環境面の調整」などを通して、「生活行為」「参加」を向上させることにより、「自分らしい生活」（すなわち、「自己実現」「生きがい」）を支えることが最も重要なポイントとなる。そのためにも高齢期には日々の生活でのさまざまな障害要因を早期に発見し、早期に対処し、総合的な健康を維持し、自己実現を目指すための、新しい「生活機能評価」のシステムの構築とその効率的運用が必須である。

## 2 「生活機能評価」の目的および位置付け

### 2.1 「生活機能評価」の目的

- 「生活機能評価」の実施にあたっては中年期からの生活習慣病予防のための健診と、高齢期における生活機能維持・向上のための検査あるいは評価が、「活動的な 85 歳」の実現を主目的として、相互に密接に関連しなければならない。
- 平成 18 年の介護保険法の改正により、要支援・要介護状態になるおそれのある高齢者（以下、「特定高齢者」という）を対象とする介護予防特定高齢者施策が、介護保険制度に新たに位置づけられた。それを含めた一連の介護予防に資するサービス（介護給付、新予防給付等）を効果的に実施するため、生活機能のうち以下の視点に重点をおいた内容について評価することとなった。
  - 1) 介護予防に資するサービスの対象となる特定高齢者の早期把握  
具体的には、生活機能評価により、要介護状態を容易にもたらず生活機能項目の低下に対

する早期発見・早期対応を行う。

2) 介護予防に資するサービスを安全に実施するための情報提供

具体的には、ケアマネジメント後に提供されるさまざまな介護予防個別サービスの利用に際し、安全管理や禁忌者の把握を含め適切に活用される基礎データの取得と情報提供。

3) 対象者である高齢者の健康維持と介護予防に対するモチベーションの向上

- 一般に生活習慣病を予防することのみによって、高齢期の健康維持あるいは生活機能維持が図られ、介護予防が達成されるという誤解がある。確かに高齢者の死亡原因は中年期同様、悪性新生物、心疾患、そして脳血管疾患という生活習慣病が多数を占めている。
- しかし、高齢期における「寝たきり」の原因をみると、脳卒中は重複するものの、認知症、転倒・骨折、高齢による衰弱など老年症候群や廃用症候群（コラム参照）がその主要な原因であり、死亡原因とは明確に異なっている。
- 要介護状態の原因は性・年齢によっても大きな差が存在し、男性あるいは前期高齢者では脳血管疾患が要介護の主要原因であるのに対し、女性あるいは後期高齢者では衰弱、転倒・骨折あるいは関節疾患など運動器の衰弱に基づく状態が要介護の主要原因となっている。このような性・年齢層による要介護の原因が異なることは、介護予防のための対策もまた、性・年齢層によって取りうる戦略が異なっていることを意味している。
- 高齢者の健康や余命に関する内外の研究から高齢者では、身体活動の低さ、知的活動の低さ、栄養状態の悪さ、そして生活行為の障害が、潜在する慢性疾患の状態を悪化させ、容易に死に至るものと考えられ、高齢者での余命の規定要因は単に疾病の有無や重症度のみにとどまらず、生活全体のあり方に起因する背景要因にもおよんでいる。従って「生活機能評価」では、疾病のみならず、むしろ自立した生活行為や生活機能を維持するための機能に関する広汎なアセスメントやスクリーニングが必要となるのである。

## 2.2 「生活機能評価」の位置付け

- 平成18年の介護保険制度の改正では、介護予防に関して新たに創設された「地域支援事業」と「(新)予防給付」のいずれもが地域包括支援センターを中心として介護予防ケアマネジメントがなされている。
- 地域支援事業の介護予防特定高齢者施策においては、「特定高齢者」の早期把握のために、市町村が実施する「生活機能評価」、広く地域住民や民生委員あるいは関連機関からの「情報提供」、要介護認定の「非該当者」、さらには各市町村が実施する訪問活動などによる「実態把握」、「相談窓口」などを通じて、介護予防事業が必要とされる者を見いだすことになる。参照<図1, p4>

- 介護予防事業においては介護予防のための広汎な地域ネットワークにより、常時「生活機能の低下」が発生し始めた高齢者を早期に確実に発見し、早期に対応する「水際作戦」を実施することが重要である。生活機能低下の発見のためには、簡便で必要最低限かつ共通のスクリーニングが必要となる。
- 「生活機能評価」は、介護予防のためのさまざまな把握ルートによって特定高齢者の早期発見・早期対応を行うとともに、各種介護予防プログラム実施の際の安全管理や評価にも用いるものである。従ってこの生活機能評価では、生活機能の低下の予防、早期発見、および進行の阻止に向けた「水際作戦」を実施するための適切な介護予防ケアマネジメントに必要な生活機能の検査項目が盛り込まれている。

#### ◀ コラム ▶

- 「老年症候群」は、地域で比較的健常に生活している高齢者、特に 75 歳以上のいわゆる後期高齢者において生活機能、QOL を低下させ、健康寿命の短縮や要介護状態を招く症候や障害であり、具体的には転倒（骨折）、失禁、低栄養、閉じこもり、睡眠障害、うつ状態、認知症（認知機能低下）、咀嚼や嚥下能力などの口腔機能低下状態、快適な歩行を妨げる足のトラブル、など多項目に渡っている。
- 「廃用症候群」（生活不活発病）は、不活発な生活を原因として生じる全身の心身機能低下である。その原因としては活動の量的低下だけでなく、質的低下、参加制約、環境因子の変化などがある。その具体的原因として、老年症候群の放置、あるいは在宅や施設での原疾患の急性期から慢性期にわたる治療や療養において、本来必要である以上の安静（過度の安静）の指導がなされたり、また、早期離床や早期の日常生活活動の向上のための取組がなされていないことによっても生ずるものである。症候としては心肺機能低下、筋力低下、筋萎縮、骨萎縮、関節拘縮、知的活動低下、うつ状態など広く全身の機能低下を招く。

### 3 「生活機能評価」の実施体制

- 特定健康診査等と併せて、集団方式（医師等を雇い上げて公民館、健診車等で実施）、医療機関一括方式（受託医療機関において日時を定めて一括して実施）、医療機関個別方式（受託医療機関において日常診療において実施）等により実施する。なお、検査項目の測定については、通院中の医療機関等で行うことも考えられる。
- 特定高齢者を早期に把握するために、通年で参加できる体制を整備する。
- 参加者の利便性に配慮するとともに、効率的な実施を図るため、健診と一体的に実施することが望ましい。
- 要介護状態あるいは顕著な生活機能の低下を予防するためには、要介護状態をもたらす主要な危険因子を早期に発見し、生活指導や改善プログラムに結びつけることが必要である。
- このような危険因子の早期発見には効果的でしかも簡便な検査によってスクリーニングを行う必要がある。しかも、危険因子の状態を適切に評価し、要介護状態の可能性を適確に判定し、適切な予防対策を取るためには、その測定方法や評価方法が科学的に信頼性や妥当性が確立され、標準化されていることが必須である。

#### 3.1 対象者と実施機関等

- 「生活機能評価」の対象者は、当該市町村に居住地を有する 65 歳以上の高齢者とする。介護予防の理念から、単に特定高齢者及び新予防給付の対象となる者のみならず、全ての高齢者がその対象となる。また適切に特定高齢者を把握するためには地域の高齢者における高い健診参加率が求められる。さらに生活機能評価は日常診療の場や訪問調査などで実施される。
- 「介護予防」の概念を一般に普及・啓発することが重要であり、「生活機能評価」に関し十分な周知活動や幅広い広報が必要である。実施に当たっては、行政、保険者、医師会、歯科医師会等との連携はもちろんのこと、保健所あるいは保健センターや地域包括支援センターなどの関係機関との十分な情報の交換や連絡・連携の体制を構築することが重要である。

#### 3.2 「生活機能評価」項目とその評価

生活機能評価は、基本チェックリスト、生活機能チェックと生活機能検査とで構成する[参照<参考資料 2>\(p36\)](#)。

##### <基本チェックリスト>

- 介護予防事業においては、要支援・要介護状態となる可能性の高い高齢者として「特定高齢者の候補者」を効率的に選定するための質問票として「基本チェックリスト」が作成された。

- 「基本チェックリスト」は25の質問項目から構成されており、1～5の5項目が主として手段的ADLに関する項目であり、6～10の5項目が転倒発生のリスクを中心とした運動器の機能に関する項目である。11及び12は栄養状態を判断する項目であり、13～15の3項目は咀嚼、嚥下機能を中心とする口腔機能を判断する項目となっている。さらに16、17の2項目は閉じこもりに関する質問であり、18～20の3項目は認知症、21～25の5項目はうつそれぞれの可能性を判断するための設問となっている。参照<表1(p5)および参考資料3>(p37)
- 「基本チェックリスト」による特定高齢者の候補者の選定に関する基準は平成18年4月に設定されたが(旧基準)、平成19年4月よりその基準が緩和され(新基準)、現在に至っている。新基準の科学的根拠等については「平成18年度厚生労働省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)」『今後の生活機能評価(介護予防健診)のあり方に関する研究』(平成19年3月、日本公衆衛生協会)を参照されたい。
- さらに「基本チェックリスト」の妥当性に関する科学的根拠については<参考資料1>3)基本チェックリストの妥当性に関する科学的根拠(p34)を参照されたい。

## <生活機能チェック>

### ア) 問診

現状の症状、既往歴、家族歴、嗜好、生活機能に関する項目(基本チェックリスト)等を聴取する。ただし、市町村が、生活機能チェックを実施する前に、基本チェックリストを行い、特定高齢者の候補者を選定している場合は、基本チェックリストは行わないものとする。

#### 1) 参加者の基本情報

氏名、生年月日(年齢)、性別、住所(電話番号)、職業等を確認する。認知機能の評価としても利用可能である。

#### 2) 介護予防の観点からの問診

##### 2-1) 自覚症状・既往歴等

自覚症状・既往歴等は医療の対象となる疾病の確認のほか、介護予防プログラム提供時の安全管理の役割も担っている。

・自覚症状：疾病の由来する自覚症状の有無を確認し、自覚症状あるいは主訴のある場合には現病歴を聴取する。

・既往歴：「生活機能評価」は65歳以上の高齢者を対象とするが、既往歴については高血圧、脳卒中、狭心症、心筋梗塞、心不全、不整脈、糖尿病、脂質異常症(高脂血症)、骨粗鬆症、関節症、うつなどについて可能な限り詳しく聴取する。また、服薬状況(降圧

剤、高脂血症薬、糖尿病薬、睡眠剤、鎮痛剤等）や、（この1年間での）入院歴についても聴き取る。脳卒中や各種神経疾患、運動器疾患などの疾患による麻痺や筋力低下などにより運動障害がある場合は、運動器の機能向上のプログラムに関する留意が必要となる。

- ・家族歴および社会歴：祖父母、両親を中心として、その主要な罹患疾患、死亡原因、死亡年齢等を聞き取る。例えば骨粗鬆症性骨折（特に大腿骨頸部骨折）の家族歴は、女性の場合本人の骨折の危険因子、すなわち生活機能の低下をもたらす危険因子となることが知られている。また、退職や転居などの環境因子や参加の変化は生活機能低下の大きな要因となる。さらに、過去の生活環境や職業などの変遷（特に最長就労職種）、などが生活機能の低下に間接・直接に関与することがある。

## 2-2) 生活機能に関する項目（基本チェックリスト等）

生活機能はきわめて多面的であり、これまでに測定する指標は数多く開発されている。そのなかで代表的な測定指標として「日常生活動作能力（Activity of Daily Living：ADL）」がある。ADLにはその能力に階層性が存在し、介護予防の視点から重要なのは、今日の高齢者が自立して生活するのに必要な能力の（すなわち「生活機能」）であり、これを評価することができる代表的な指標が、「手段的ADL」（I-ADL）である。従って、介護予防を目的とした「生活機能評価」においては、最も重要な生活機能についての測定はI-ADLに関する項目を含めて調べることになる。

以上を踏まえ、生活機能に関する問診項目の評価については、次のように考えられる。

### ①基本チェックリスト

まず、介護予防の視点から、生活機能に関する評価を行うために開発された「基本チェックリスト」を利用することが考えられる。それにより、各介護予防プログラムへの関連性に関して評価を行う。基本的には対象者自身が事前に記入しておくことが望ましい。なお、BMI（基本チェックリストNo12）については、記入されていない場合には健診機関等で記入する。身長、体重の記入値及びBMI値については、適正であるかを確認する。

### ②その他

前述の「基本チェックリスト」に加え、特に以下の体の不具合に関する項目がないかどうかを確認することが推奨される。

- ・判断力の確認
- ・痛み（腰痛や関節痛）
- ・視力（新聞の字が普通に読めるか）
- ・聴力（普通の会話が可能か）
- ・転倒（この1年間での転倒経験の有無）

- ・失禁（不意に尿がもれることがあるか）
- ・物を嚙むときの痛みの有無
- ・めまい・ふらつき

## イ) 身体計測

身体計測は低栄養の判定のために用いられる。身長（m）および体重（kg）を測定し、体格指数（BMI；kg/m<sup>2</sup>）を算出する。

[結果の判定]

BMIは基本チェックリストの一項目となる。BMI18.5未満の者および「6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少」のある者については、血清アルブミンとともに「低栄養」の判定を行う指標となる。（血液生化学検査（血清アルブミン検査）の項（p22）参照）

## ウ) 理学的検査

理学的検査も生活機能のうち、特に心身機能に関する視点と、介護予防事業が安全に行われるための安全管理の立場からこれを実施する。

実際には、問診が終了したのち、理学的検査あるいは身体の診察に移ることになる。参加者が入室してきた時点から、特に起立動作、着席動作、歩行状態などの身体の動きに着目するとともに、参加者の体格（肥満やうい瘦）、皮膚色、浮腫の有無、顔貌や表情、動作などを注意深く観察する。

「生活機能評価」のための理学的検査では、基本的に、視診、触診、打聴診等の身体診察を行なう。

### 1) 視診（口腔内含む）

甲状腺腫や浮腫などの疾患の確認のみならず、特に顔貌や表情、歩行動作、および整容（身だしなみ）などが視診における重要なポイントとなる。また口腔内の衛生状態（歯垢・食物残渣の有無による清潔度や舌苔の有無、あるいは口臭）のチェックも行なう。歯痛、義歯の不具合等の症状が明らかな場合、本人の希望に応じ歯科診療の参加を勧める。

#### ○口のよごれ



ない

多少ある

ある

#### ○舌のよごれ



ない

多少ある

ある

## 2) 打聴診

聴診は通常聴診器を用いる間接聴診法を行なう。聴診は特に肺、心臓の病変の診断に有効である。介護予防では、特に運動器の機能向上プログラム提供の際、参加者が十分な呼吸器系や循環器系の機能を保持しているか否かを判断するため、心音と肺音についての注意深い聴診が必要となる。特に高齢者においては心臓の弁の石灰化などの変性による大動脈弁閉鎖不全や僧帽弁閉鎖不全などの弁膜疾患が増加し、心雑音有所見率は増加することに注意を払う必要がある。

## 3) 触診

参加者の身体各部に手指・手掌による触診を行なう。触診では、参加者が異常感を訴える局所や異常と判断される部分の性状を確認する。筋肉量低下や骨・関節部の異常の有無、皮膚緊張感の低下、関節の動きなどを評価する。関節の動きに関しては、関節の変形や痛みなどの異常、および関節可動域の制限の有無、不随運動などは運動器の機能向上プログラムの内容及び安全管理の面も含めて評価する。四肢の大関節（肩、肘、手首、股、膝、足首の各関節）および日常生活に重要な手指の関節の十分な可動性や痛みの有無の確認は、身体活動との関係も深く重要である。関節運動は筋骨格系と神経系とが協調しておこなわれることから、関節の動きの検査とあわせて、ハンマー等の簡便な器具を用いた神経学的診察を行なうことが望ましい。

## エ) 血圧測定

血圧測定は介護予防ケアマネジメント後に提供される各種介護予防事業プログラム、特に運動器の機能向上プログラムを安全に実施してゆくための安全管理としても重要である。

健診における血圧測定は、外来随時血圧とする。血圧測定は通常、水銀血圧計と聴診器による Riva-Rocci-Kororkoff 音法が用いられるが、精度の保障された自動血圧計の使用は測定の客観性と再現性を高める上で推奨されつつある。

血圧の測定は原則として 2 回行うことが望ましい。特に初回測定で血圧高値（例えば 140/90mmHg 以上）の場合には少なくとも 2 回の測定が望まれる。

外来随時血圧と集団の予後に関する観察研究や介入試験の成績から、血圧と脳心血管合併症・死亡との関係がほぼ直線関係にあることが明らかにされている。また、血圧高値の場合、家庭血圧の測定を必要に応じて勧める。

表は JSH（日本高血圧学会）ガイドライン 2009 の血圧レベルの高血圧診断と分類を示す。高血圧症と判断された者では、かかりつけ医での治療（降圧剤の服薬等）を聴取し、また要治療の高血圧を放置している者に医療機関への参加を推奨するなどの対応を行い、血圧を継続的に管理した上で運動器の機能向上プログラムを実施するように指導する。

### 成人における血圧の分類

分類	収縮期血圧 (mmHg)		拡張期血圧 (mmHg)
至適血圧	<120	かつ	<80
正常血圧	<130	かつ	<85
正常高値血圧	130～139	または	85～89
I 度高血圧	140～159	または	90～99
II 度症高血圧	160～179	または	100～109
III 度高血圧	≥180	または	≥110
収縮期高血圧	≥140	かつ	<90

#### [結果の判定]

介護予防の観点からは医師の管理下で血圧を適性にコントロールした上で、運動器の機能向上プログラムを実施することになる。この場合、血圧が収縮期 180mmHg または拡張期 110mmHg 以上の場合はプログラムは行わない（禁忌）。また収縮期 160～179mmHg または拡張期 100～109mmHg の場合はプログラムを慎重に実施し、握力などの力を入れる測定は原則行わないようにする。

### <生活機能検査>

**ア) 理学的検査：反復唾液嚥下テスト**（問診、口腔内の状態等において口腔機能の向上プログラム提供の対象となることが想定される場合に実施する。）

高齢期の生活機能の一部として、摂食にかかわる咀嚼と嚥下の機能も重要である。

嚥下機能は 30 秒間で 3 回以上唾液を飲み込めるかを「反復唾液嚥下テスト」により確認する。このテストでは、反復して空嚥下を指示し、30 秒間に行えた空嚥下の回数を記録する。測定は、示指を舌骨相当部、中指を喉頭隆起に当て触診によりカウントする。口腔乾燥がある場合は少量の水等で口腔内を潤してもかまわない。

高齢者の運動機能と摂食・嚥下機能との関係に関しては、嚥下機能と運動機能には正の関係があることがわかっている。この反復唾液嚥下テストで 30 秒間で 3 回未満の者は、嚥下機能障害の可能性が高い。



反復唾液嚥下試験での指の当て方

**イ) 循環器検査**（各種介護予防プログラム、特に運動器の機能向上プログラムの提供が想定される場合における安全管理の視点から実施する。）

安静時の標準に誘導心電図検査が推奨され、各種介護予防プログラム実施の際の安全管理上から、最も重要なスクリーニング検査の一つと位置付けられる。安静時心電図が「正常」

で、かつ問診（例：胸痛等の有無）等で心疾患の疑いがない場合は、一般に運動器の機能向上プログラムの提供が可能になる。その際、高齢者の特性や個人差を考慮して、運動介入は慎重に行ってゆく必要がある。

安静時心電図が「軽度異常」、たとえば、軽度の「Q-QS異常、ST-T異常、房室伝導異常、心室内伝導異常、不整脈等」がある場合で、問診等で心疾患の疑いがない場合は、運動器の機能向上プログラムの実施は可能であるが、その場合は医師の指導のもとで慎重に行う必要がある。

安静時心電図が「異常」の場合や、問診等で心疾患が疑われる場合には、要医療として医療機関への紹介となるが、そこで運動器の機能向上プログラムが有用と判断された場合には、医師の管理下で、必要に応じて運動強度・運動量の制限を行う。また「異常」の判定として心房細動を有する場合は将来的に脳梗塞を発症しやすくなることを説明し、主治医らと脳梗塞発症時の緊急時の対応（t-PAのための即時の参加）について相談するように勧める。

#### [結果の判定]

現行の判定基準に準じる。判定区分は一般に「正常」、「軽度異常」、および「異常」などとなる。「軽度異常」の場合は、プログラムの利用にあたり十分な注意が求められる。「異常」の場合は、医療機関への参加を適切に行うように勧める。

**ウ) 貧血検査**（血液中の赤血球数、ヘモグロビン値、ヘマトクリット値の測定であり、各種介護予防プログラム、特に運動器の機能向上プログラムの提供が想定される場合における安全管理の視点から実施する。）

貧血検査によって、貧血が見出された場合、原因を明らかにするために医療機関において精査が必要である。軽度の貧血の場合には、運動器の機能向上プログラムを実施することも可能であるが、運動時においては、動悸、息切れ、ふらつき、頻脈、不整脈等を誘発する可能性もあることから、対象者によっては医師の管理下で、運動介入の制限もしくは強度を低下して実施する必要がある。

#### [結果の判定]

原則として男性女性ともに、11.5 g/dl以上であれば運動器の機能向上プログラムを実施することが可能であるが、これを軽度以下回っている場合でも、医師の判断および本人の希望により慎重に実施することもできる。

**エ) 血液生化学検査**（血清アルブミン検査；低栄養状態が疑われ、栄養改善プログラム提供の対象となることが想定される場合に実施する。）

血液性化学検査のなかでも特に血清アルブミンは低栄養状態が疑われる高齢者においてきわめて重要な測定項目である。血清中にはさまざまなタンパク質が含まれているが、なか

でも血清アルブミンは55～70%を占める最大の分画を構成している。血清アルブミンは種々の病態でも増減するが、これまでの多くの高齢者を対象とした加齢変化や健康の推移に関する多くの縦断的研究から、極めて鋭敏な栄養指標であると同時に、生活機能の低下や生命予後に対する予知因子として優れた指標であることが確認されている。本検査では血清アルブミン値 3.8 g/dl 以下では確実な低栄養状態と判定する。

#### [結果の判定]

次のような基準によって判定する。

血清アルブミン値 3.8 g/dl 以下の場合；

原因となる疾病の有無を確認し、疾病のある場合には医療の必要性を考慮する。また、原因となる疾病のない場合には低栄養状態として、栄養改善プログラムへの参加が強く推奨される。

### 3.3 「生活機能評価」の実施方法と判定

#### 1) 実施方法

(1) 生活機能チェック以外の機会に基本チェックリストを実施し、特定高齢者の候補者を選定する場合

##### ア 特定高齢者の候補者の選定

基本チェックリストにおいて次の i から iv までのいずれかに該当する者

- i 1 から 20 までの項目のうち 10 項目以上に該当する者
- ii 6 から 10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当する者
- iii 11 及び 12 の 2 項目すべてに該当する者
- iv 13 から 15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当する者

##### イ 生活機能チェックと生活機能検査の実施

特定高齢者の候補者に選定された者について、基本チェックリストを除く生活機能チェックと生活機能検査を実施し、特定高齢者に該当する者であることの確認を医師が行う。

(2) 生活機能チェックの機会に基本チェックリストを実施し、特定高齢者の候補者を選定する場合

##### ア 特定高齢者の候補者の選定

第 1 号被保険者について、生活機能チェックを実施し、特定高齢者の候補者を選定する

##### イ 生活機能検査の実施

特定高齢者の候補者に選定された者について、生活機能検査を実施し、特定高齢者に該当する者であることの確認を医師が行う。

## 2] 生活機能評価の判定

生活機能及び介護予防事業（「通所型介護予防事業」及び「訪問型介護予防事業」をいう。以下同じ。）に関する評価については、基本チェックリスト、生活機能チェック及び生活機能検査の結果を医師が総合的に判断するものとし、次のいずれかに区分する。

### （1）生活機能の低下あり

生活機能の低下があり、要支援・要介護状態となるおそれが高いと考えられる場合で、地域支援事業実施要綱に定める特定高齢者の候補者の基準に該当し、かつ「特定高齢者の決定方法」（表3、p8）に該当している場合

#### 1)-1 介護予防事業の利用が望ましい

生活機能の低下があり、介護予防事業の利用が望ましい場合

#### 1)-2 医学的な理由により次の介護予防事業の利用は不適当

- 全て
- 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
- その他のプログラム（ ）

生活機能の低下はあるが、心筋梗塞、骨折等の傷病を有しており、

ア 介護予防事業の利用により当該傷病の病状悪化のおそれがある

イ 介護予防事業の利用が当該傷病の治療を行う上で支障を生ずるおそれがある

等の医学的な理由により、介護予防事業の利用は不適当であると判断される場合であり、具体的に利用が不適当な介護予防事業のプログラムに印を付するものとする。

### （2）生活機能の低下なし

生活機能が比較的良好に保たれ、要支援・要介護状態となるおそれが高いとはいえ考えられない場合で、地域支援事業実施要綱に定める特定高齢者の候補者の基準に該当しない場合又は特定高齢者の候補者の基準に該当する場合であって地域支援事業実施要綱別添2の「特定高齢者の決定方法」に該当しない場合

### 3.4 介護予防事業への包括的判定

- 個別の検査項目ごとの判定を踏まえ、各種介護予防プログラムを推奨すべき、包括的判定法について述べる。ただし、リスク管理に関する内容は本文中 3.2 に述べているので参照頂きたい。

なお、介護予防事業においては、その生活行為の自立度・実用性向上にむけた支援を行うなど、下記の各介護予防プログラムだけでなくそれ以外のサービスの必要性も含めて総合的に考慮することが求められる。

#### 1) 基本チェックリストの活用について

##### 1 基本チェックリストの構成

- 24 項目の質問項目及び体重・身長を加えた 25 項目で構成する
- 介護予防プログラムとの対応関係は以下のとおり。

運動器の機能向上	(6)～(10)
栄養改善	(11)、(12) (BMI (身長、体重から算出))
口腔機能の向上	(13)～(15)
閉じこもり予防・支援	(16)、(17)
認知症予防・支援	(18)～(20)
うつ予防・支援	(21)～(25)

##### 2 基本チェックリストの活用

- 特定高齢者把握事業において、以下の事項に活用する。
  - ①特定高齢者となる可能性がある「特定高齢者の候補者」の選定
  - ②特定高齢者が参加することが望ましいと考えられる介護予防プログラムの判定

#### 2) 特定高齢者の決定までの流れ

- 以下の 1、2 については、市町村が特定高齢者把握事業により実施することとするが、地域包括支援センターに委託実施することが可能とする。

##### 1 特定高齢者の候補者の選定

- 健康診査（以下「健診」）の参加者及びその他様々な方法により把握された特定高齢者の可能性がある者が記入した基本チェックリストをもとに、以下の①から④のいずれかに該当する者を特定高齢者の候補者として選定する。

- ①うつ予防・支援関係の項目を除く1～20項目のうち10項目以上該当する者
- ②運動器の機能向上5項目のうち3項目以上に該当する者
- ③栄養改善2項目全て該当する者
- ④口腔機能の向上3項目うち2項目以上に該当する者

## 2 特定高齢者の決定

- 上記1により「特定高齢者の候補者」として選定された者について、基本チェックリストをはじめとする生活機能評価を<参照：参考資料 2, (p36)>の結果等を踏まえて、後述の「特定高齢者の決定方法」(1)～(6)により、参加することが望ましいと考えられる介護予防プログラムを判定する。
- 介護予防プログラムの判定にあたっては、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ことが望ましい。
- 健診以外の方法で把握された者で未参加の者に対しては、参加勧奨する。

→(1)～(6)により、何らかのプログラムへの参加が望ましいと判定された者を「特定高齢者」として決定する。

→特定高齢者のプログラムの参加については、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を経て、本人の意向や生活環境等も踏まえ、介護予防ケアプランを作成する。

### 「特定高齢者の決定方法」

「特定高齢者の候補者」に選定された者について、生活機能評価の結果等を踏まえて、以下の1～6により特定高齢者を決定する。

#### 1 運動器の機能向上

基本チェックリスト6～10の5項目のうち3項目以上に該当する者

ただし、うつ予防・支援関係の項目を除く20項目のうち10項目以上該当し「特定高齢者の候補者」と判定された者であって、基本チェックリスト6～10のうち3項目以上該当していない者について、以下に示す運動機能測定を行った場合に3項目の測定の配点が5点以上となった場合については、該当する者とみなしてよい。<参照<参考資料4, (p41)>

運動機能測定項目	基準値		基準値に該当する場合の配点
	男性	女性	
握力 (kg)	<29	<19	2
開眼片足立時間 (秒)	<20	<10	2
10m歩行速度 (秒) (5mの場合)	≥8.8 (≥4.4)	≥10.0 (≥5.0)	3
配点合計	0-4点 … 運動機能の著しい低下を認めず 5-7点 … 運動機能の著しい低下を認める		

## 2 栄養改善

以下の①及び②に該当する者又は③に該当する者

- ① 基本チェックリスト11に該当
- ② BMIが18.5未満
- ③ 血清アルブミン値3.8g/dl以下

## 3 口腔機能の向上

以下の①、②又は③のいずれかに該当する者

- ① 基本チェックリスト13～15の3項目のうち2項目以上に該当
- ② 視診により口腔内の衛生状態に問題を確認
- ③ 反復唾液嚥下テストが3回未満

## 4 閉じこもり予防・支援

基本チェックリスト16に該当する者  
(17にも該当する場合は特に要注意)

## 5 認知症予防・支援

基本チェックリスト18～20のいずれかに該当する者

## 6 うつ予防・支援

基本チェックリスト21～25で2項目以上該当する者

※ なお、認知症及びうつについては、特定高齢者に該当しない場合においても、可能な限り精神保健福祉対策の健康相談等により、治療の必要性等についてアセスメントを実施し、適宜、参加勧奨や経過観察等を行うものとする。

### 3.5 その他実施にあたっての留意点

#### 1) 「生活機能評価」の対象者の把握と管理

- 市町村は対象者の名簿を作成し、実施計画を作成する。
- 市町村は、参加者の氏名、生年月日、年齢、住所、健診結果、参加者の過去の基本健診の参加状況、検診結果、および要精検（要医療）とされた者の医療機関における精密検査参加の有無とその結果に関わる記録等に関し、医療機関等と連携のもと整備する。
- 平成18年度以降では、「生活機能評価」の参加状況、結果、要医療あるいは要介護予防とされた者の医療機関での精密検査参加の有無と結果、あるいは介護予防プログラムの参加状況や改善状況についても記録の整備が必要である。
- 特に、治療や介護予防プログラムへの参加の対象となった者については、個人票として整備し、経時的記録を作成することにより、次年度以降の事業に活用することが必要である。

#### 2) 検体検査の精度管理

- 「生活機能評価」において採集された血液検体に関する精度管理については、現行の基本健診における検体の精度管理と同様にこれを実施する。（参照：厚生省老人保健福祉局老人保健課監修；老人保健法による健康診査マニュアル。日本醫事新報社）

#### 3) 「生活機能評価」の結果活用

- 「特定健康診査」等の「生活機能評価」によって得られた結果あるいはデータについては、これを充分活用し、介護予防事業がより効率的・効果的に運用されるよう配慮しなければならない。
- 生活機能評価実施機関は、「判定報告書」を市町村に報告する。
  - (1) 市町村は、生活習慣病等の観点も考慮した上で、介護予防特定高齢者施策の対象者に該当する者について、その心身状況等を含め、地域包括支援センターに情報提供する。
  - (2) 地域包括支援センターにおいて、「基本チェックリスト」を含めて、身体計測、理学的検査やリスク評価等の結果に基づき、介護予防ケアマネジメントを行う。
  - (3) 介護予防に資するサービス等（介護給付、新予防給付及び介護予防事業）の利用者は、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を経てサービス等へ参加する。
- なお、生活機能評価の結果を踏まえ、介護予防ケアマネジメント等に際しての留意点は以下の通りである。
  - (1) サービス利用が必要と評価された項目を確認すること。
  - (2) サービス利用の際の安全管理について医学的視点で確認すること。

- (3) 利用者本人の意志や意欲を確認すること。
  - (4) サービス利用による生活機能の改善等について、関係機関と常に情報を共有すること。
  - (5) 提供サービスは自己実現や生きがいの創造といった目標達成のための手段であり、目的化しないよう指導、確認すること。
- 「生活機能評価」のデータについては以下のような活用方法も考えられる。
- (1) 横断的データ：本検査実施当該年のデータを用いて、「生活機能の低下あり」や「生活機能の低下なし」などのそれぞれの区分の割合（異常者等出現率）を明らかにするとともに、各区分での年齢構成や性比などを確認する。また全国平均データや近隣各市町村間との比較を行う。もし大きくデータのかけ離れている場合には検体の精度管理上の問題点が関与していないかどうかを検討する。
  - (2) 縦断的データ：本検査の経年的データについて、各年度の異常者等出現率を求め、年次間での比較を行う。異常者等出現率が年次間で常識を越えた変動を示した場合にはその原因を探求する。

## 4 参考資料

### <参考資料 1>

#### 1) 介護予防のための生活機能評価の科学的根拠

- これまでの我が国では、介護予防を目的とした生活機能評価とその科学的妥当性を検証した例はごく少数の研究モデルとして行なわれたものを除いては皆無である。ここでは、地域高齢者を対象として、介護予防を目的とした、疾病のスクリーニングや生活機能のアセスメントを包括的に行い参加者の特性や死亡リスク低減効果に関する科学的根拠を紹介しておく。
  
- 東京都老人総合研究所では、地域在宅高齢者における老年症候群の代表的徴候であり、かつ自助努力により相当な改善効果の見込まれる、転倒（骨折）、失禁、低栄養、認知機能低下および全体的な生活機能（ADL および I-ADL）の低下に関する効果的スクリーニング法の開発と予防対策（改善プログラム）を目的とした高齢者向け介護予防のための生活機能評価を疾病予防のための健診と同様の方法で実施し、その後、経年的に追跡調査を実施しているが、ここでは、
  - (1) 初回調査における参加者と非参加者の特性比較、
  - (2) 追跡期間中参加者と非参加者の 39 ヶ月間の生命予後の比較、
  - (3) 老年症候群の有無と 5 年後の生命予後に関する研究を紹介する。

1) 参加者と非参加者の比較について、調査対象者は東京都板橋区内在宅の 70 歳以上の高齢者 863 名である。生活機能評価には、このうち 438 名（50.8%）が参加した。内容は老年症候群のさまざまな項目についてハイリスク者のスクリーニングが主体となっている。ここでは前年に実施された事前調査データを基に、評価を受けた者（参加者）と受けなかった者（非参加者）の性別および年齢分布の他、健康度自己評価、老研式活動能力指標による生活機能、GHQ うつ尺度、PGC モーラルスケールによる主観的幸福感、転倒の既往、慢性疾患有病率、および身体能力としての握力などについて比較した<sup>1)</sup>。

その結果；

- ① 生活機能評価参加者における性別の参加者割合は男性 49.0%、女性 51.0%で有意差はなかった。参加者と非参加者の平均年齢は各々 75.3 歳と 76.4 歳であり有意差が認められ、年齢分布からみても非参加者に高齢化が認められた。
- ② 健康度自己評価について参加群と非参加群に有意な差が認められ、非参加群で健康度の悪化している者の割合が高かった。
- ③ 身体機能（握力）についてみると非参加者と参加者で有意差はなかった。
- ④ 生活機能、うつ傾向、主観的幸福感についての各々の得点で両群の比較を行ったが、いずれの項目についても非参加者では有意に生活機能の低下、うつ傾向の増加そして主観的幸福感の低下が認められた。
- ⑤ 過去 1 年間での転倒経験者の割合には有意差は認められなかった。
- ⑥ 有病率の比較的高い 2 種類の慢性疾患（高血圧症および糖尿病）についてはいずれも参加者と非参加者の間に有病率の差は認められなかった。

このように、高齢者を対象とする介護予防を目的とした生活機能評価における非参加の大きな要因は実際の身体機能の老化や、老年症候群（転倒）の経験、あるいは慢性疾患の存在などではなく、むしろ健康度自己評価や主観的幸福感などの主観的なそして精神的な虚弱化の影響が大きいと推測された。参加者については今後も生活機能評価を中心とした要介護予防の対策が当然必要であるが、非参加者に対しては訪問看護などによる精神的な支援も含め要介護予防に対するよりきめ細かい対応が必要である。

2) 生活機能評価の参加者と非参加者の生命予後については、856名（男性332名、女性524名）のコホートを用いて検討した。これら分析対象者の39ヶ月間の生存時間（単位：日）を算出し、死亡リスクに関しては多変量解析を用いて検討した<sup>2)</sup>。その結果、39ヶ月の転帰状況では、死亡者数60名（参加者10名；2.3%、非参加者50名；11.9%）生死不明者16名（参加者7名；1.6%、非参加者9名；2.2%）であり、非参加者において死亡者数は著しく、有意に多かった。生活機能評価の参加による死亡リスク低減効果を検討することを目的として、39ヶ月の生存時間を目的変数、生活機能評価に対する参加行動（参加 vs 非参加）を説明変数とし、年齢、性別などの関連要因10項目を調整変数としたCox比例ハザードモデルを実施したところ、単変量解析（RR=5.6：95%CI：2.8-10.9）、多変量解析（RR=3.4：95%CI：1.6-7.2）とともに、参加行動（非参加）が有意な関連を示し、非参加者が、生命予後不良の要因であることが明らかとなった<sup>2)</sup>。（図1）もちろん参加者においてはもともと健康状態が良好であるという自己選択バイアスが存在するが、そのバイアスを調整しても尚、参加行動と生命予後の有意な関連性が見出されており、地域高齢者を対象とした包括的な生活機能評価のもつ有効性は確実に存在するものと考えられる。一方、非参加者に対しては単に参加の勧奨だけではなく、訪問による在宅での虚弱化予防のための対策が必要であると考えられた。

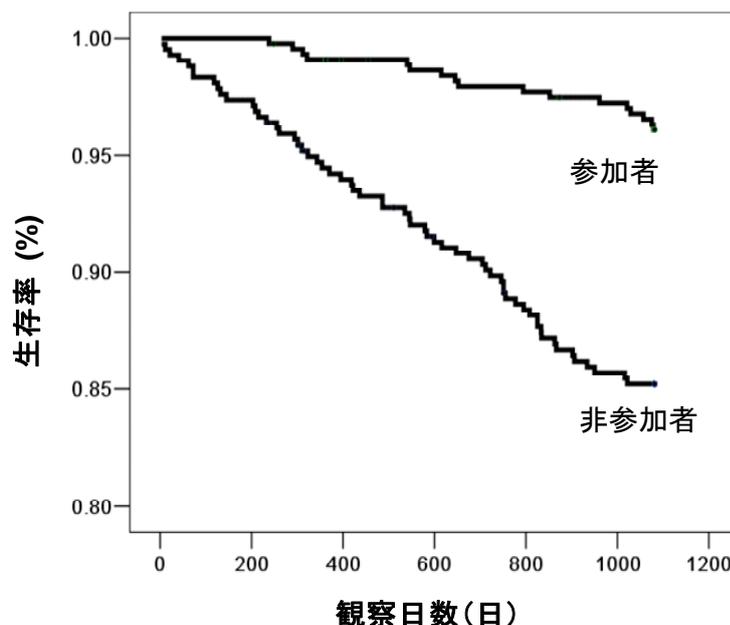


図1 介護予防のための生活機能評価に参加した群と非参加の群のその後3年間での生存率(死亡率)の推移

(文献2より引用)

3) 生活機能評価への参加者における老年症候群の有無とその背景要因や5年後の生命予後に関する追跡研究については、地域在住の高齢者を対象に、老年症候群に属する代表的な徴候（症状）としての転倒、失禁、生活機能の低下、低栄養およびうつ傾向をとりあげ検討されている<sup>3,4,5</sup>。

生命予後との関連についての研究対象者は、1996年9月に秋田県K村在住の65歳以上の高齢者（1,011人）である。本対象者に対し、介護予防あるいは老年症候群の早期発見・早期対応を目的とした生活機能評価を実施した。この評価事業に参加した756人（男性318人、女性438人）について、2001年7月までの約5年（58ヶ月）にわたって追跡し、この間の総死亡を把握するとともに、総死亡をもたらした要因に関する分析を行った。解析では、老年症候群のうち5徴候、すなわち、①過去1年間の転倒（あり）、②尿失禁（あり）、③生活機能の低下：手段的自立（非自立）；老研式活動能力指標（下位尺度1～5：4点以下/5点満点）より、④低栄養：アルブミン（3.8g/dl以下）、⑤うつ状態：GDS-15（6点以上）の各徴候およびこれらの徴候数と総死亡との関連についてCoxの比例ハザードモデルを用いて解析した。その結果、初回調査からの追跡期間中における男性1525.2人年、女性2169.8人年の観察に対して、総死亡数（死亡率）は、男性は46人（30.1人/1000人年）、女性は40人（18.4人/1000人年）であった。主な死亡原因として悪性腫瘍、心疾患、脳卒中、肺炎が認められている。ベースライン時の老年症候群の各徴候別と総死亡との関連で、男性では、「生活機能の低下」、「低栄養」、「うつ傾向」で死亡のリスクが有意に高かった。また、女性では、「過去1年間転倒」、「生活機能の低下」、「うつ傾向」で死亡のリスクが有意に高く、さらに「低栄養」においてはリスクが高い傾向にあった。また、老年症候群の徴候を多く有するほど、男女ともに死亡のリスクが有意に高かった。とくに、徴候数2個以上では、徴候なし（0個）に対し、男性ではハザード比5.37、女性では8.44ときわめて高い死亡ハザード比を示した（図2）。2個以上の徴候数の主な組み合わせは、男性では、「うつ傾向+生活機能の低下」9名、「過去1年間転倒+うつ傾向」6名であり、女性では、「うつ傾向+生活機能の低下」11名、「過去1年間転倒+うつ傾向」7名、などであった<sup>3</sup>。

本研究から、老年症候群は、高齢者の生命予後に明らかに影響をもたらし、その徴候が多いほど、単に生活機能を傷害するのみならず、生命予後もまた悪いことが示された。このことは高齢期においては生活機能や自立を容易に障害する老年症候群の早期発見と早期対応こそが、きわめて重要であることを示している。

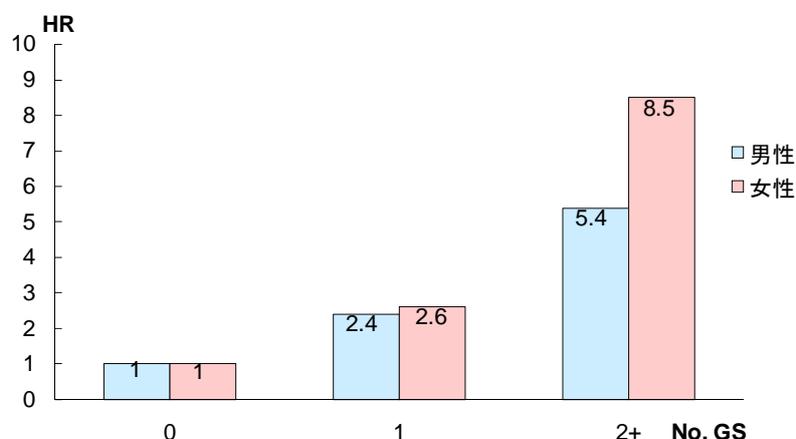


図2 老年症候群に保有する個数(0, 1, 2個以上)と5年間の死亡率との関連（年齢等を調整済、Cox比例ハザードモデルによる）

（文献3より引用）

## 2) 介護予防のための生活機能評価に基づく介入効果に関する科学的根拠

介護予防のための生活機能評価を通じて、さまざまな生活機能低下のリスクを有する高齢者、すなわち転倒、失禁、低栄養、足部変形などの老年症候群を有する高齢者に対し、科学的根拠として質の高い無作為割り付け比較介入試験 (Randomized Controlled Trial) を用いた介入効果についてのデータも蓄積されている。

1) 地域在宅で独歩可能な高齢女性 (73~90 歳) を対象とした転倒予防教室と在宅での継続的運動、特に下肢の筋力、バランス能力および歩行能力の改善を目的とした 6 ヶ月間の介入によりその後約 1.5 年間にわたり転倒の発生は有意に抑制されていた<sup>6)</sup>。(図 3)

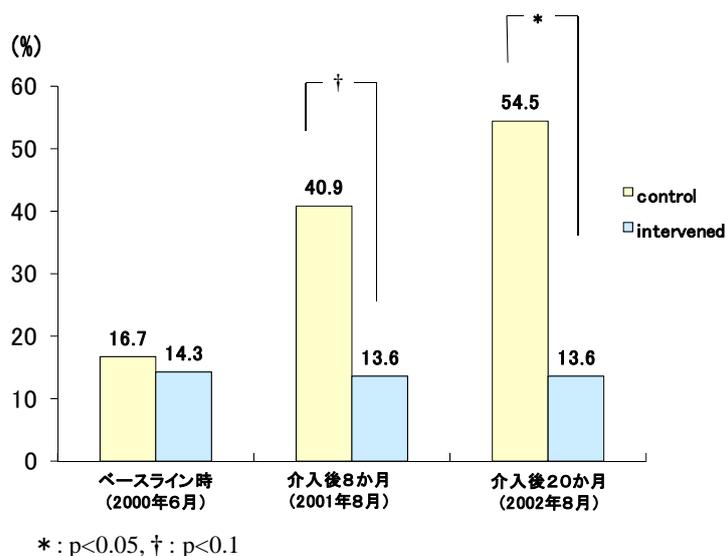


図 3 トレーニング介入による転倒抑制効果

2) 地域在宅高齢女性 (70~90 歳) で月に 1 回以上失禁を経験している者に対し、3 ヶ月間の骨盤底筋を中心とする体操と体重の減少を目的とした失禁予防教室による介入では、介入群で 55% の完全な尿失禁の消失 (対照群では 9%) が認められ、有意な介入効果がみられた<sup>7)</sup>。(図 4)

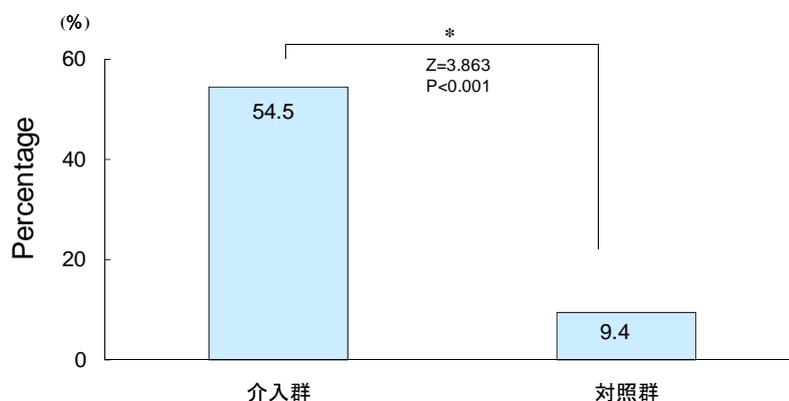


図 4 3ヶ月間の介入による尿失禁の改善率の比較 (無作為割り付け比較介入試験による)

3) デイケアセンターを利用する独歩可能な地域在宅高齢女性（65～92歳）で扁平足、外反母趾などの足部変形による痛みと歩行の軽度困難者に対し、個人対応による靴の中敷調整による介入の実施により、痛みの軽減および健康 QOL の指標（SF-36）の有意な改善が認められた<sup>8)</sup>。

これら RCT による介入効果の検証は多くの老年症候群や廃用症候群あるいは生活機能低下のハイリスク高齢者に対して現在も着実に蓄積されており、今後さらに介護予防事業の科学的根拠を与えることになる。

### 3] 基本チェックリストの妥当性に関する科学的根拠

#### 1) 地域高齢者を対象とした悉皆調査における基本チェックリストの予測妥当性について

特定高齢者施策が開始されて以来、生活機能低下を示すハイリスク高齢者をスクリーニングすることを主たる目的として基本チェックリストが活用されている。この基本チェックリストについてはその信頼性や妥当性に関して開始当初には十分な検証がなされていた訳ではなく、特に施策の根幹となる特定高齢者あるいは要支援・要介護状態を基準（アウトカム）とした予測妥当性については、緊急に解決すべき検討課題であった。

幸い、平成 17 年度に基本チェックリスト作成のために厚生労働省老人保健増進等事業による研究班が組織され、基本的調査がなされた<sup>9)</sup>。実際は全国 12 市町村の協力を得、約 8,500 名の地域高齢者を対象として「基本チェックリスト」（26 項目版）を用い、市町村によりあらかじめ選定されていた地域（高齢者人口 700～1,200 名程度）において平成 17 年 8 月 1 日現在の対象者に対し、同年 8～9 月にかけて悉皆調査を実施したものである。

この悉皆調査の対象者の一部はその後平成 19 年度まで追跡されている（参加市町村 6 市町村、対象者数 3,792 名<sup>10)</sup>）。また特定高齢者候補者の特定基準は平成 18 年度版（旧基準）ではなく、平成 19 年度版（新基準）を用いて分析された。詳細な内容は報告書を参照されたいが、2 年間の追跡期間中に 64 名の特定高齢者が発生し、要介護認定を受けサービスの確定した者は 268 名であった。これらの実測値から、基本チェックリストの感度および特異度は以下のとおりであった。

#### ① 特定高齢者（決定者）

感度	75.0%	(48/64)
特異度	58.3%	(1936/3321)

#### ② 要介護認定者（要支援及び要介護状態）

感度	73.5%	(197/268)
特異度	57.8%	(1945/3365)

#### 2) 地域高齢者を対象とした基本健診（老人保健法による）参加高齢者における基本チェックリストの予測妥当性について

健診参加高齢者は未参加高齢者に比較して心身の健康度が高いことは、これまでのいくつかの研究からも明らかである（前項文献9,10を参照）。現在65歳以上の高齢者にあつては、基本チェックリストを用いた生活機能評価は健診において最もよく活用されているのが実情となっている。このような健診参加者における基本チェックリストの特定高齢者あるいは要支援・要介護状態を基準とした予測妥当性に関する調査結果がまとめられている<sup>11)</sup>。この調査では平成17年度に介護予防を目的とした基本チェックリストの実施も含む包括的健診に参加した1,016名（男性429名、女性587名；年齢72-92歳、平均78.5歳）について平成19年度までの2年間追跡調査を行ったものである。2年間の追跡期間中の死亡・転出95名を除いた921名のうち902名（98.8%）が追跡可能であり、分析対象とされた。これらの方々のなかから平成17年健診時に自立であった者（すなわち要介護認定を受けたいない者）は803名（男性338名、女性465名）であったが、2年間の追跡期間中に55名（男性20名、女性35名）の要介護認定による要支援・要介護者が新規に発生した、これらの実測値から基本チェックリストの感度、特異度を求めると以下のとおりとなった。

	男性		女性	
	感度	特異度	感度	特異度
基本チェックリスト (新基準)	60.0%	76.4%	60.0%	57.4%

さらに健診時に運動機能も測定されているが、それらのうち握力あるいは開眼片脚起立時間を加えて判定すると以下のように感度が向上することが明らかとなった。

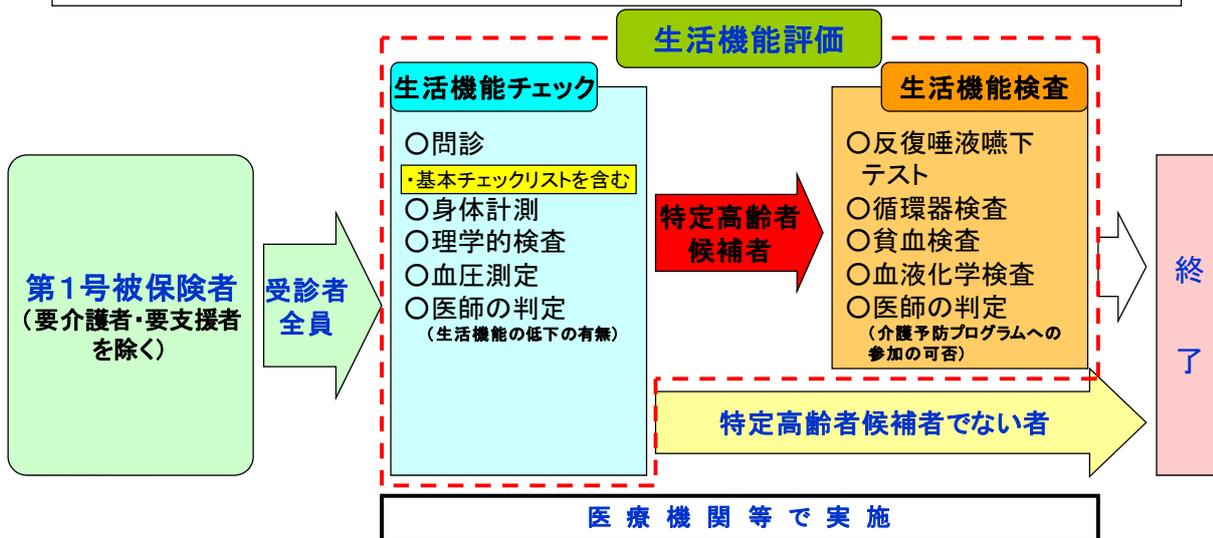
	男性		女性	
	感度	特異度	感度	特異度
基本チェックリスト + 握力	85.0%	45.9%	77.1%	31.6%
基本チェックリスト + 開眼片脚起立時間	75.0%	55.8%	65.7%	45.3%

本調査の対象者は72歳以上（平均78.5歳）のほぼ後期高齢者に相当する者であり、65歳以上の全体を表しているものではないが、握力などの身体機能の実測を加えることにより、感度は向上する可能性が大きい。（「特定高齢者の決定方法」p8、p26参照）

<参考資料 2>

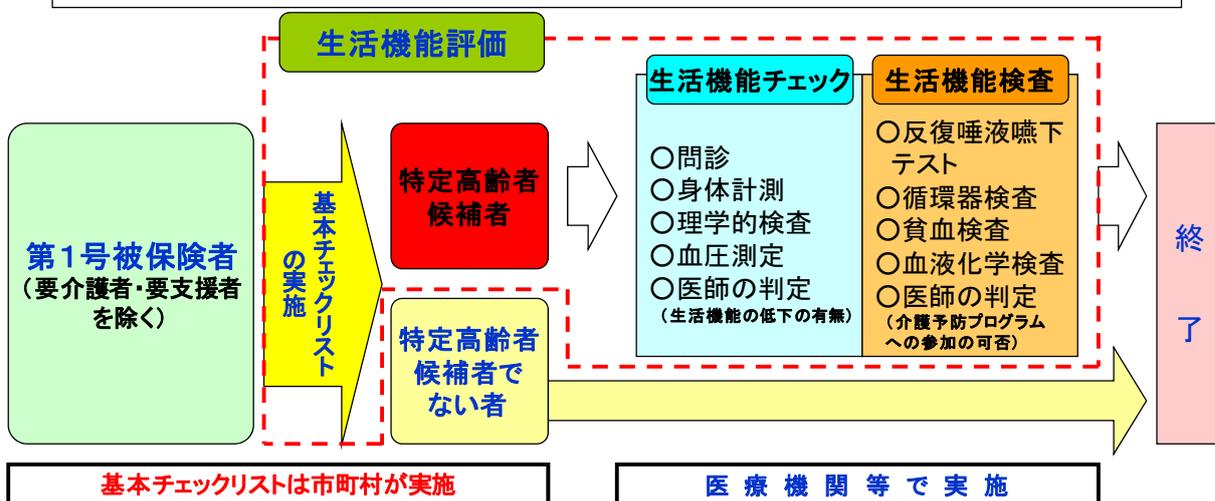
### 生活機能チェックの機会に基本チェックリストを実施し 特定高齢者の候補者を選定する場合

- 要介護者及び要支援者を除く第1号被保険者に対して、生活機能チェックを実施し、特定高齢者の候補者を選定します。
- 特定高齢者の候補者に対して生活機能検査を実施し特定高齢者に該当する者であることの確認を医師が行います。
- 特定高齢者の候補者に該当しない場合は、生活機能検査を行う必要はありません。



### 生活機能チェック以外の機会に基本チェックリストを実施し 特定高齢者の候補者を選定する場合

- 市町村は、要介護者及び要支援者を除く第1号被保険者に対して、基本チェックリストを実施し、特定高齢者の候補者を選定します。
- 特定高齢者の候補者に対して、基本チェックリストを除く生活機能チェックと生活機能検査を実施し、特定高齢者に該当する者であることの確認を医師が行います。
- 特定高齢者の候補者に該当しない場合は、医療機関等で生活機能チェック及び生活機能検査を行う必要はありません。



## 基本チェックリストの考え方

### 【共通的事項】

- ① 対象者には、深く考えずに、主観に基づき回答してもらって下さい。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行って下さい。
- ② 期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらって下さい。
- ③ 習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらって下さい。
- ④ 各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各地域の実情に応じて適宜解釈していただいて結構ですが、各質問項目の表現は変えないで下さい。

	基本チェックリストの質問項目	基本チェックリストの質問項目の趣旨
	1～5までの質問項目は日常生活関連動作について尋ねています。	
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答して下さい。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか(例えば、必要な物品を間違いなく購入しているか)を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答して下さい。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流は含みません。また、家族や親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。

6～10までの質問項目は運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。
7	椅子に座った状態から何もつかまらず立ち上がっていますか	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るかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。
8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒に対する不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。
11～12までの質問項目は低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6カ月で2～3Kg以上の体重減少がありましたか	6カ月間で2～3Kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6カ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載して下さい。体重は1カ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
13～15までの質問項目は口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。
15	口の渇きが気になりますか	口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。
16～17までの質問項目は閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1カ月の状態を平均して下さい。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18～20までの質問項目は認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じ事を	本人は物忘れがあると思っけていても、周りの人から

	聞く」などの物忘れがあると言われますか	指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
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	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。
21～25までに質問項目はうつについて尋ねています。		
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答して下さい。
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	
23	(ここ2週間)以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる	
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	

## 参考文献

- 1) 鈴木隆雄, 岩佐一他 : 日本公衆衛生誌, 50 : 39-48, 2003
- 2) Iwasa H, Suzuki T et al. : Aging Clin. Exp. Res. 19: 240-245, 2007
- 3) 鈴木隆雄, 吉田英世他 : 日本老年学会 (東京)、2005, 6月
- 4) 權珍嬉, 鈴木隆雄他 : 日本老年医学会雑誌, 44 : 224-230, 2007
- 5) 金憲経, 鈴木隆雄他 : 日本公衆衛生誌, 54 : 43-52, 2007
- 6) Suzuki T, Kim H et al. : J Bone Miner Metab. 22: 602-611, 2004
- 7) Kim H, Suzuki T et al. J Am Geriatr Soc, 55: 1932-1939, 2007
- 8) Kusumoto A, Suzuki T et al. : Gerontology 53: 348-356, 2007
- 9) 厚生労働省老人保健増進事業報告書. 「総合的介護予防システムのあり方に関する研究」(研究代表者 辻一郎). 平成 18 年度 3 月. (財) 日本公衆衛生協会
- 10) 厚生労働省老人保健増進事業報告書. 「基本チェックリストの予測妥当性についての研究」(代表研究者 鈴木隆雄). 平成 20 年 3 月. (財) 日本公衆衛生協会
- 11) 厚生労働省老人保健増進事業報告書. 「介護予防 (特定高齢者把握事業) におけるより効率的・効果的スクリーニング指標の開発と応用に関する調査・研究事業」(研究代表者 鈴木隆雄). 平成 20 年度 3 月

## <参考資料 4>

### 運動機能測定の手順及び判定基準

- 生活機能評価においては、高齢者の日常生活の面での動作の大きな要因である身体能力、特に基本的な運動能力の測定は重要な検査項目である。

身体機能の低下に対する取組から、高齢者の基礎的体力あるいは運動能力を測定するテスト・バッテリー（組みテスト）が種々開発されているが、それらの中で簡便かつ信頼性や予測妥当性の高いものとして、ここでは以下の3つの項目について測定する。

- 1) 握力—上肢筋力の測定
- 2) 開眼片足立時間—バランス能力の測定
- 3) 歩行時間—総合的基礎体力の測定

#### [結果の判定]

運動機能検査3項目による判定は、介護予防のためのサービス、特に「運動器の機能向上プログラム」の提供にあたって、基本的で重要な情報を提供することになる。運動機能3項目のそれぞれの判定基準値を以下に示す。

- ・ 握力：男性 29kg 未満、女性 19kg 未満（測定は小数点第1位を四捨五入して整数化）
- ・ 開眼片足立時間：男性 20 秒未満、女性 10 秒未満（同上）
- ・ 歩行速度：男性 8.8 秒未満、女性 10.0 秒未満（10m歩行の場合）（測定は小数点第2位を四捨五入）  
男性 4.4 秒未満、女性 5.0 秒未満（5m歩行の場合）（同上）

上記の判定基準値に基づき、各々基準値以下の場合に、握力2点、開眼片足立時間2点、および歩行時間3点を与え、その合計が5点以上の場合は「生活機能の著明な低下を認める」として、運動器の機能向上プログラムへの参加が強く推奨される。また、合計が0-4点の場合には「生活機能の著明な低下を認めず」と判断されるが、今後も十分なフォローアップが必要である。

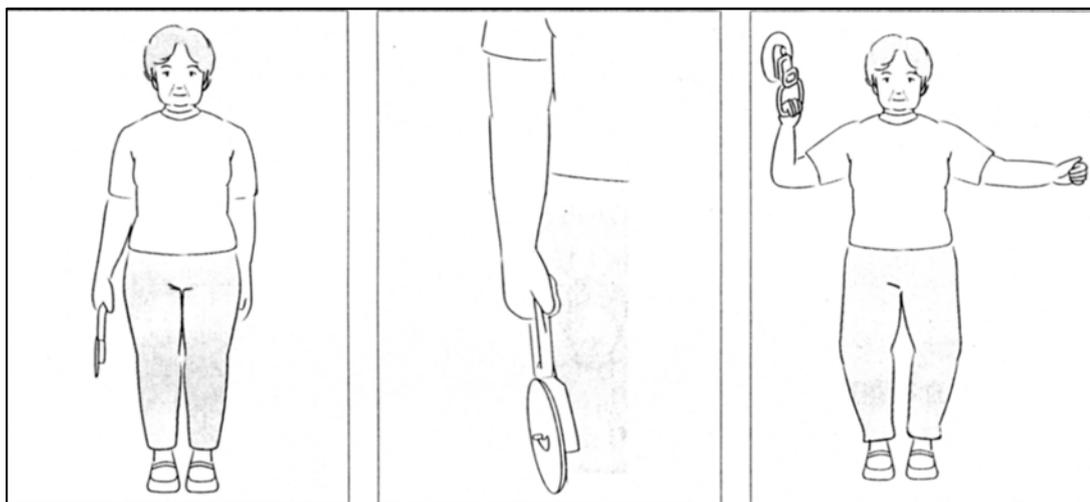
## 1) 握力

【測定要素】筋力（上肢筋力）

【測定手順および注意点】

- ① スメドレー式握力計を使用して、利き手で1回測定をする。
- ② 参加者ごとに握力計の「握り幅」を調節する（人差し指の第二関節が直角になるように）。
- ③ 測定姿勢は、両足を自然に開いて安定した直立姿勢とし、握力計の示針を外側にして体に触れないようにしてカー杯握力計を握ってもらう（図1,2）。
- ④ 測定の際は腕を自然に伸ばし、握力計を身体から手を離し、握る際に手を振り下ろさないように注意する（図3）。
- ⑤ 検者は、参加者が力を入れるのに合わせて「かけ声」をかける。

使用器具	スメドレー式握力計
参加者1人あたりに要する時間	1分
記入の注意点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 測定値は、少数点第一位を四捨五入し整数で記入する。（例：35kg）</li> <li>・ 測定した側（左右）を記入する。</li> </ul>



<b>図1 握力の測定姿勢</b>	<b>図2 握力測定時の悪い例</b>	<b>図3 握力測定時の悪い例</b>
両足を自然に開いて安定した直立姿勢をとる	握力計の示針は外側にして手や体幹に触れないようにする。	握るときに手は振り下ろさない

## 2) 片足立ち検査（開眼）

【測定要素】 静的バランス

【測定手順および注意点】

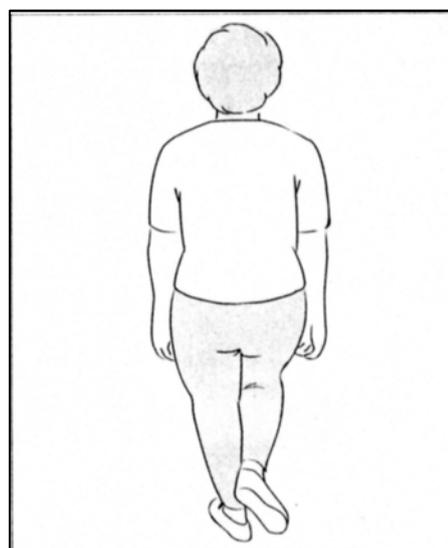
- ① 目を開けた状態で、片足だけでどのくらいの時間立ってられるかをストップウォッチを用いて測定する。  
測定は硬い床面で指定の運動靴を履いて行う。
- ② 挙げる足は、好きな側でよい。足の挙げ方は最も安定する形でよいが、反対側の足に付けたり支えたりしてはならない（図4）。
- ③ 測定は、片足を挙げたときから足が床に着くまでの時間を測定する。
- ④ **軸足が動いた時（ずれたとき）はその時点までの時間を測定する。**
- ⑤ 測定時間は60秒までとし、60秒を経過した者はそこで打ち切る。
- ⑥ 1回目で目標時間（60秒）に達しなければ、2回目の試行を行う。
- ⑦ 参加者が倒れる可能性があるため検者は細心の注意を払い、受信者がよろけた時は即座に保持できるようにする。
- ⑧ 目標時間に達せず2回試行した場合は、大きい値の方を採用する。

使用器具	ストップウォッチ
参加者1人あたりに要する時間	1～3分
記入の注意点	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 立った（支持している）側の左右を記録する。</li><li>・ 片足で全く立てない（足が挙げられない）者は0秒、片足を一瞬しか挙げられない（1秒未満）者は1秒、ケガや障害などで測定が不能の場合や拒否をした場合は空白とする。</li><li>・ 読みとりは少数点第二位を四捨五入して少数点第一位まで記入する。 （例：18.1秒）</li></ul>

### 図4 片足立ち測定時の悪い例

挙げている足を反対側の足につけたり支えたりしない。

なお、挙げる足の左右、高さ、挙げ方はやりやすい方法でよい。



### 3) 歩行テスト（通常歩行）

【測定要素】移動能力

【測定手順および注意点】

- ① 検者は1名とする。
- ② 参加者に、11mの歩行路上を教示に従い歩いてもらう。  
教示は、「いつも歩いている速さで歩いてください」に統一する。
- ③ 検者は、参加者の体幹の一部（腰または肩）が手前のテープ（3m地点）を超えた地点から8m地点のテープを身体の一部が超えるまでの所要時間をストップウォッチを用いて0.1秒単位で測定する（例：4.2秒）。
- ④ 参加者との間隔は、あまり遠すぎずかつ参加者の歩行の邪魔にならない程度で、転倒しそうになったらすぐに支えられる距離とする（図5,6）。  
ただし、参加者より前を歩くことは、誘導することになるので避ける。
- ⑤ 1回実施する。明らかに通常歩行速度よりも速すぎると判断される場合は、本人に確認した上で再度測定する。
- ⑥ 検者はテスト中における参加者の転倒に気をつける。歩行能力の低い者では補助員を就けるとなご好ましい。

使用器具	ストップウォッチ、ビニールテープ
参加者1人あたりに要する時間	1～3分
記入の注意点	測定値は少数点第二位を四捨五入して小数点第一位まで記入する。



図5 歩行テストの測定風景

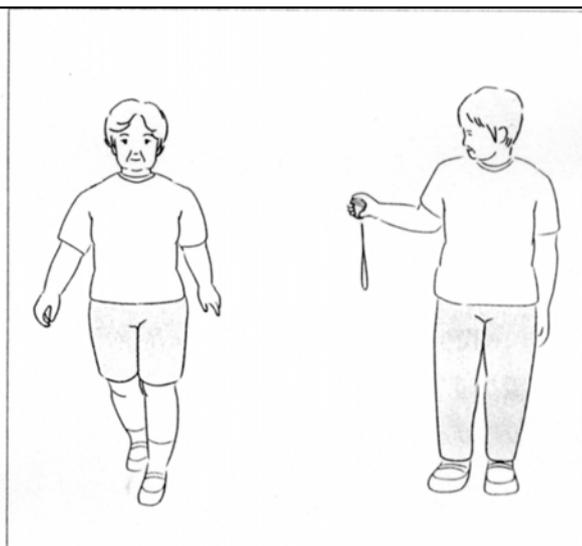


図6 歩行テスト測定時の悪い例

検者と参加者との距離は何かあった場合に対処できるよう遠過ぎないようにする。

## 5 「介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル」分担研究班名簿

(五十音順)

### 【初 版】

磯	博康	大阪大学大学院医学系研究科社会環境医学講座公衆衛生学
井藤	英喜	東京都保健医療公社多摩北部医療センター
植田	耕一郎	日本大学歯学部摂取機能療法学
歌川	さとみ	東京都千代田区役所保健福祉部介護保健課
大川	弥生	国立長寿医療センター生活機能賦活研究部
太田	壽城	国立長寿医療センター
金川	克子	石川県立看護大学
島本	和明	札幌医科大学 医学部内科学第二講座
○ 鈴木	隆雄	東京都老人総合研究所
野中	博	社団法人日本医師会
本間	昭	東京都老人総合研究所

### 協力研究員

杉山	みち子	神奈川県立保健福祉大学
平野	浩彦	東京都老人医療センター歯科口腔外科

(○：分担事業者)

### 【改訂版】

#### 分担研究者

磯	博康	大阪大学大学院医学系研究科公衆衛生学教室
○ 鈴木	隆雄	東京都老人総合研究所
東内	京一	和光市役所保健福祉部長寿あんしん課
鳩野	洋子	九州大学大学院医学研究院保健学部門
三上	裕司	社団法人日本医師会

#### 協力研究者

遠藤	英俊	国立長寿医療センター病院包括診療部
大野	裕	慶應義塾大学保健管理センター
大淵	修一	東京都老人総合研究所
杉山	みち子	神奈川県立保健福祉大学栄養学科
樋口	和子	東浦町保健センター健康課
平野	浩彦	東京都老人医療センター歯科口腔外科

(○：主任研究者)

# 運動器の機能向上マニュアル

## 暫定版

平成 20 年 12 月

「運動器の機能向上マニュアル」分担研究班

研究班長：

東京都老人総合研究所介護予防緊急対策室長  
大淵 修一

## はじめに

平成19年4月にとりまとめられた政府の「新健康フロンティア戦略」において、介護予防対策の一層の推進の観点から、骨折予防及び膝痛・腰痛対策といった運動器疾患対策（以下、骨折予防及び膝痛・腰痛対策とする）の推進が必要であるとの方向性が示されたことを受け、今後の介護予防の一層の推進に向けた運動器疾患対策の在り方について検討を行うために「介護予防の推進に向けた運動器疾患対策に関する検討会」が設けられ、計4回の検討が行われた。その報告書「介護予防の推進に向けた運動器疾患対策について」では、市町村等が介護予防の推進に向けた運動器疾患対策を実施するにあたり、当該対策を効果的に実施するため、①効果に係る評価指標の確立と、②実態把握とその分析を行い、③一般高齢者の参加を推進し、④医療と介護予防との連携を行うことが重要であり、厚生労働省は①～④を踏まえて、⑤骨折予防や膝痛・腰痛対策に着目したマニュアルを作成することが必要であるとされた。

平成17年に発行された前回のマニュアルでは、目標、評価、実施の流れなどを示すにとどめ、具体的な運動器の機能向上プログラムの内容は、市町村の現在の資源を有効に活用して実施するものとし、できるだけ市町村の資源、実情にあわせた事業実施ができるように配慮した。今回の改定においては、前述の、「新健康フロンティア戦略」及び「介護予防の推進に向けた運動器疾患対策に関する検討会」での提言に応える形で、骨折予防及び膝痛・腰痛対策に着目したマニュアルとすることを心がけている。

また、運動器の機能向上プログラムの実践のヒントとなるように、具体的な実践例を加えていることも今回の改訂の特徴である。ただし、実施方法を掲載された具体的実践例に限定するものではなく、市町村等が効果的であると判断したプログラムを実施することが重要であることに留意されたい。

なお、厚生労働省の介護予防継続的評価分析等検討会の報告（平成20年5月28日）によれば、平成18年度に実施された、運動器の機能向上サービスを中心とした介護予防事業は、高齢者が要介護状態になること、要介護状態が重度化することを防ぐ効果があることが確認されている。すなわち、運動器の機能向上サービスが中心的なプログラムである介護予防サービスが、介護保険の理念である自立支援をよりすすめるための手段として有用であることが区市町村の実践レベルでも示されたといえる。また、第5回検討会（平成20年12月18日）における運動器の機能向上サービスの要介護度や基本チェックリストの点数等に関する詳細分析では、実施内容によって主要なアウトカム指標の改善・維持確率が変化することが示されている。この結果等をふまえ、市町村や事業所において運動器の機能向上サービスを実施するにあたっては、サービス内容が結果に影響を与えることを理解し、これまで実践してきた運動器の機能向上プログラム内容をもう一度吟味していただきたいと考えており、当マニュアルがその一助になることを願っている。

平成20年10月23日

運動器の機能向上サービスマニュアル検討委員会

## 運動器の機能向上プロセス評価チェックリスト

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	対応 ページ
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14, 23
	個別の課題を把握したプログラムになっているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 14, 23
	期待される生活機能の改善が明確となっているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14, 23
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20
	実施中に水分補給の時間を設けているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 21
	実施後のバイタルサインのチェックは行っているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21
評 価	痛みを評価しているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30
	定期的(事前・事後)な運動機能の計測がなされているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 25
	定期的な健康関連QOLの測定がなされているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25
	評価を基に個別の課題を把握しているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29
	運動器の機能向上に関する知識の提供を行っているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21, 37
	筋力向上運動を行っているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 22, 37
	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37
	実施時間は1時間以上行っているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38
フ ォ ロ ー ア ッ プ	脱落者は少ないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47
	自主グループ化を試みているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 14, 48
	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14, 50

# 運動器の機能向上マニュアル

## 目次

1. 本マニュアルのねらい	1
2. 「運動器の機能向上」の重要性	3
2.1. これまでの取組	3
2.2. これからの取組が目指すべき基本的考え方	3
2.3. 運動器の機能向上プログラムの効果に関する総合的評価・分析	4
2.4. 地域でのサービス提供	6
3. 予防給付と地域支援事業の違い	7
3.1. サービスの流れ、対象者、目的、実施場所等について	7
3.2. 実施体制と実施内容	8
4. 対象者の推計と計画策定のための効果の考え方	12
5. 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について	14
5.1. 本サービス等の利用を想定する、介護予防ケアマネジメントで配慮されるべき点	14
5.2. 本サービス等の利用を想定した、地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントの手順	15
6. 実施体制	18
6.1. 従事者について	18
6.2. 安全管理について	18
6.3. プログラムを行う際の留意点	20
6.4. プログラムを提供する際に考慮すべき点	21
6.5. 実施計画の作成について	23
6.6. 事前・事後アセスメント項目について	25
6.7. 地域包括支援センターへの報告	28
7. 骨折予防及び膝痛・腰痛対策のための運動器の機能向上プログラム	29
7.1. エビデンス	29
7.2. スクリーニング	29
7.3. 医療機関の役割	29
7.4. アセスメント	30
7.5. プログラム	32

8.	運動器の機能向上プログラム	37
9.	介護予防一般高齢者施策	45
10.	対象者の意識・意欲を高めるために	47
10. 1.	筋機能の向上に関する高齢者の興味や関心は多様である	47
10. 2.	本サービス等に関心を持たない人への働きかけ	47
10. 3.	本サービス等に初めて参加した人への働きかけ	48
10. 4.	継続的あるいは自主的に参加・実践できている人への働きかけ	50
10. 5.	対象者の自発的な運動継続意欲と自立した日常活動を支えるための工夫	50
11.	引用文献	51
12.	資料	53
	・基本チェックリスト	53
	・地域支援事業（介護予防特定高齢者施策）の個別サービス計画の様式の一部	54
	・運動器の機能向上プログラム報告書の様式の一部；予防給付・地域支援事業（介護予防特定高齢者施策）版	55
	・体力測定マニュアル	56
	・医学的側面からの評価に関する様式の一部	58
	・予防給付及び地域支援事業（介護予防特定高齢者施策）における用語の整理	59

# 1. 本マニュアルのねらい

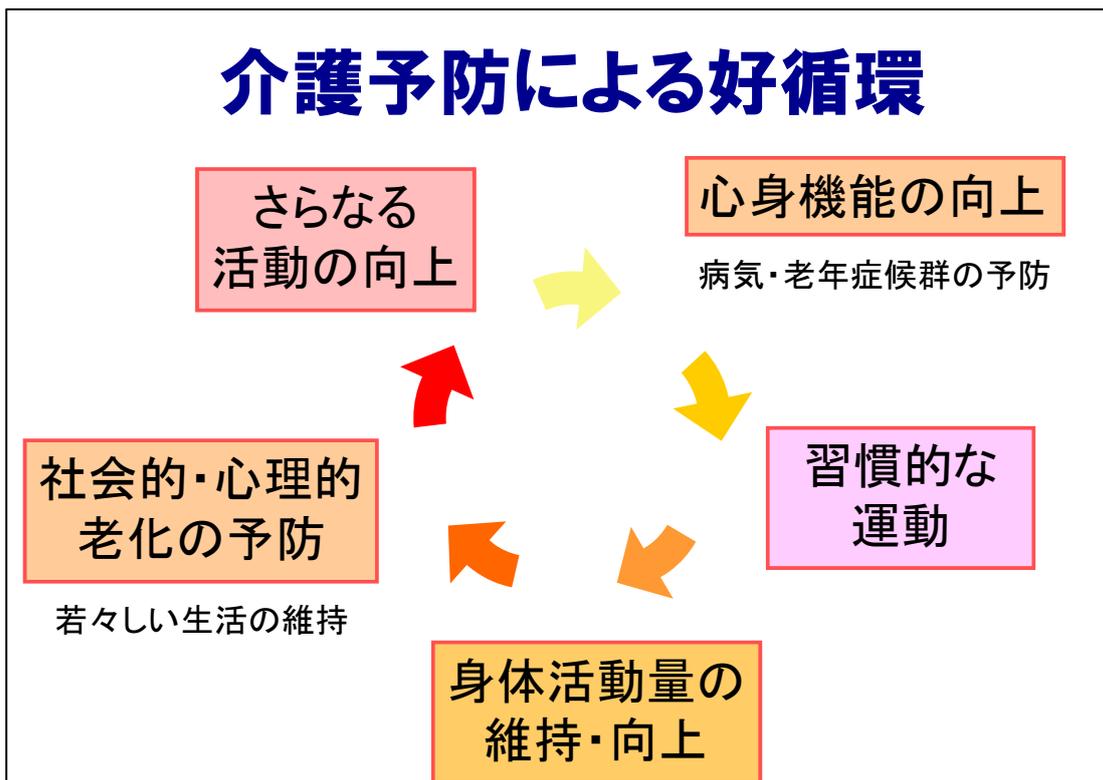
高齢者が要介護状態になること並びに、すでに軽度な要介護状態にある高齢者が重度な要介護状態になることの予防を目的として、平成 18 年度から地域支援事業および予防給付が介護保険制度に導入された。

本マニュアルは、運動器の機能向上を目的として、予防給付において提供されるサービス及び地域支援事業における介護予防事業において実施される事業（以下「本サービス等」という。）が適切に実施されるための基本的な考え方を示すものである。

また、本マニュアルは以下のような特徴を有する。

## (1) 運動器の機能向上を通じて高齢者の QOL を高める

高齢期の運動器の機能低下をもたらす要因は、加齢を転機として、身体活動が減少し、社会的・心理的加齢がもたらされ、さらに運動器の機能低下を引き起こす、悪循環モデルで説明される。本マニュアルでは、悪循環を図のような好循環へと転換することをプログラムの重要な意義としてとらえ、身体面、心理面、社会面へなど多様な取り組み手段のあるなかで、特に運動器の機能を向上させることにより、社会的・心理的に好ましい影響を与え、最終的には高齢者の QOL を高めることを目標としている。



## **(2) 統一的な対象者評価を実施し、プログラム提供手法等の改善を進める**

対象者評価は、予防給付や地域支援事業が適切に実施されていることを確認するとともに、そこで提供されるプログラムをより効果的で効率的な手法へと改善するために、極めて重要である。その際、当該市町村内、他の市町村間、もしくは事業者間でも比較できるよう、統一的な評価方法に従って実施されることが望ましい。このような観点から、本マニュアルにおいては対象者評価の手法について示している。

## **(3) 地域や本サービス等を提供する事業者の実情にあった個別マニュアルの作成を支援する。**

本サービス等は、予防給付においては主として指定事業者が、地域支援事業においては市町村自らが実施する場合と市町村から委託された事業者が実施することが想定されるが、本サービス等を提供する際の具体的な方法については、市町村や事業者において、地域等の実情をふまえ、本マニュアルを参考に、実現可能で、かつ効果的な手法を選択し、それに基づいてより詳細な独自のマニュアルが作成されることが重要である。

## **(4) 骨折および腰痛・膝痛対策などの運動器疾患発症予防、重度化予防を目的としたプログラムの開発を支援する。**

平成19年度長寿科学総合研究事業、介護予防のための骨折予防、膝痛・腰痛予防への取り組みのための実態調査（大淵 他, 2007）によると、骨折・腰痛・膝痛を予防することを目的とした事業は、市町村の86.7%、施設の28.1%で取り組まれており、市町村、施設ともに良く実施されている事業である。一方、その取り組み内容は一般的な運動器の機能向上プログラムであり、骨折予防及び膝痛・腰痛対策に着目したスクリーニング、評価、実施方法を持つものではなかった。ところで、国内外の報告によれば、骨折予防及び膝痛・腰痛対策のための運動器の機能向上サービスは、実施内容、量、頻度までは明らかになっていないものの、一次、二次予防効果があると報告されており積極的な介入対象と考えられる（Vuori IM, 2001）。そこで、本マニュアルでは、骨折予防及び膝痛・腰痛対策に着目した運動器疾患対策に係るスクリーニング、評価について、比較的詳しく記述するとともに、骨折予防及び膝痛・腰痛対策のためのプログラム例を一部紹介する。

## 2. 「運動器の機能向上」の重要性

### 2.1 これまでの取組

高齢による衰弱、転倒など明確な疾病ではないものの、加齢に伴う生活機能の低下（以下「老年症候群」という。）は、これまで不可逆的なものではないかと考えられてきた。しかし、Fiatarone(1994)らによれば、米国のナーシングホームに居住するほどの虚弱な高齢者であっても運動器の機能向上がもたらされ、生活機能が改善することが報告されている。さらに85歳以上の高齢者であっても、介入効果を期待できるとしている。このような老年症候群の多くは、身体や精神の活動低下が背景にあると考えられ、積極的な働きかけによって改善することが期待できる。中でも運動器の機能低下の改善や予防が可能であることを裏付ける報告は、1990年代以降、弾力性のあるバンドを用いた運動(Jette AM et al, 1999、Krebs DE et al, 1998、Jette AM et al, 1996)、鉄アレーを用いた運動(Sevick MA et al, 2000、Wolfson L et al, 1996)、マシンを用いた筋力増強運動(Fiatarone MA et al, 1990、Fiatarone MA et al, 1994、Buchner DM et al, 1997、大淵 他, 2001)、バランス運動(大淵 他, 2001)など、国内外で数多くなされている。

また、骨折・腰痛・膝痛などの運動器疾患については、2000年に入ってから集中的な研究がなされ(Hopman-Rock M, Westhoff, 2000、Cochrane T et al, 2005、Thomas KS et al, 2005、赤居 他, 2006)、日本のガイドライン(伊木編, 2006)、イギリスのガイドライン(Roddy E et al, 2005)、アメリカのガイドライン(Chou R et al, 2007)でも、運動効果と継続の重要性が示されている。

### 2.2 これからの取組が目指すべき基本的考え方

高齢者の運動器の機能向上をはかり、“できる”体験を多く積むことは、高齢者の本来のその人らしい自己認識を維持するために不可欠な要素である。これからの取組は、高齢者の生活を豊かにすることを目標として、身体、精神等、多様な側面から積極的な支援をしていかなければならない。

#### (1) 「長寿」から「元気で長生き」へ

世界第一位の長寿国となった我が国では、介護を必要とする高齢者も増加しており、これからの予防施策は、単に長寿をめざすだけでなく、元気で長生き、いわゆる健康寿命を伸ばすことを目標とする必要がある。

#### (2) 元気で長生きのために生活機能低下を予防する

平成16年の国民生活基礎調査によれば、65歳以上の高齢者が要介護状態となる原因は、脳血管疾患(23.9%)を除けば、高齢による衰弱(17.2%)、転倒・骨折(11.2%)、認知症(11.2%)、関節疾患(10.5%)など、加齢とともに現れる生活機能の低下が多い。これまで、脳血管疾患などの生活習慣病には積極的な予防施策がとられてきたが、要介護の原因となる、高齢による衰弱、転倒・骨折などの加齢に伴う生活機能の低下を予防する施策は不十分であった。健康寿命を伸ばすためには、自立した生活を妨げる要因に着目した、生活機能の低下を予防していかななくてはならない。すなわち、元気で長生きするためには、生活習慣病予防に加えて、新たに生活機能の低下を積極的に予防することが重要である。

### (3) 個別の評価に基づく包括的な介入を目指す

高齢期の運動機能の特徴は個人差の増大にある。したがって、本サービス等でも集団の運動であったとしても、内容、頻度などに個別の要素を多く取り入れる必要がある。これを裏付けるように、運動器の機能向上では、個別評価に基づき個別処方を行ったものについてはより高い効果が認められている(次頁表)。このため、筋力、バランス機能、歩行能力、複合動作能力など、体力の諸要素を個別に評価し、それに基づく個別で包括的な介入プランを提供していくことが望ましい。

介入方法		統合された 相対危険度*	(95%信頼区間)	統計的 有意差
個別処方の訓練	(3 研究 : 566 名)	0.80	(0.66-0.98)	あり
グループ訓練	(9 研究 : 2177 名)	0.91	(0.78-1.07)	なし
学際的・多面的介入				
(転倒者と非転倒者を対象)	(3 研究 : 1973 名)	0.73	(0.63-0.86)	あり
(転倒者または転倒の危険が 高い者を対象)	(4 研究 : 1183 名)	0.79	(0.67-0.94)	あり

\* : 相対危険度とは、介入をしない場合を1としたときの危険度  
(Gillespie LD et al, 2001)

### (4) 地域での高齢者の生活を支える

運動器の機能向上においては、身体機能の向上にとどまらず、高齢者の住みなれた地域での生活を支えるという観点が必要である。世帯構成の変化により、独居高齢者や高齢者のみの世帯が増加しているが、このような世帯では、運動器に関する直接的な支援だけでなく、地域で孤立することのない間接的な支援が必要なものが多く存在する。本サービス等を通して、新たな友人を見つける、ボランティア活動をはじめ、地域のサークル活動に参加するなど地域のネットワークと重層的に関わるきっかけとなることが望ましい。本サービス等を通して、高齢者の生活を地域で支える視点が重要である。

## 2.3. 運動器の機能向上プログラムの効果に関する総合的評価・分析

この分析は、介護予防継続的評価分析支援事業として、市町村における介護予防プログラムの評価を支援することを目的として、全国 83 市町村に於いて収集された 7,636 名の本サービス等対象者の経時的なデータに基づくものである。

図は、それぞれ実施内容、実施時間、実施頻度、実施職種の違いが、要介護認定への効果、基本チェックリストへどのような影響を及ぼすのか調べたものである。ここに示された数値は、オッズ比と呼ばれるもので、それぞれの事象が、アウトカム指標の成功確率を高めるのかを統計的に分析したものである。1より大きい値は、成功確率を高める、1より小さい値は成功確率を低めることを示す。緑の網掛け部分は、その結果が統計学的に意味のある数字であることを示す。

これを見ると、実施方法によって、成功確率に影響があることがわかる。実施方法をこれに縛るものではないが、これを参考に内容を見直して欲しい。

(1) 実施内容による影響分析(介護予防継続的評価分析等検討会より)

(2) 1回あたりの実施時間の違いによる分析

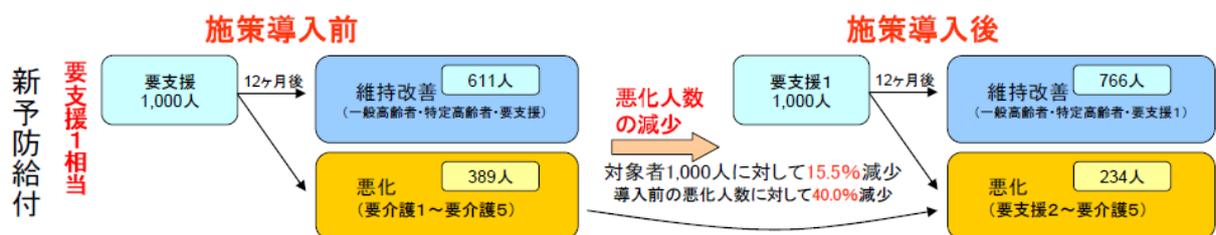
(3) 1ヶ月あたりの実施頻度の違いによる分析

## 2.4. 地域でのサービス提供

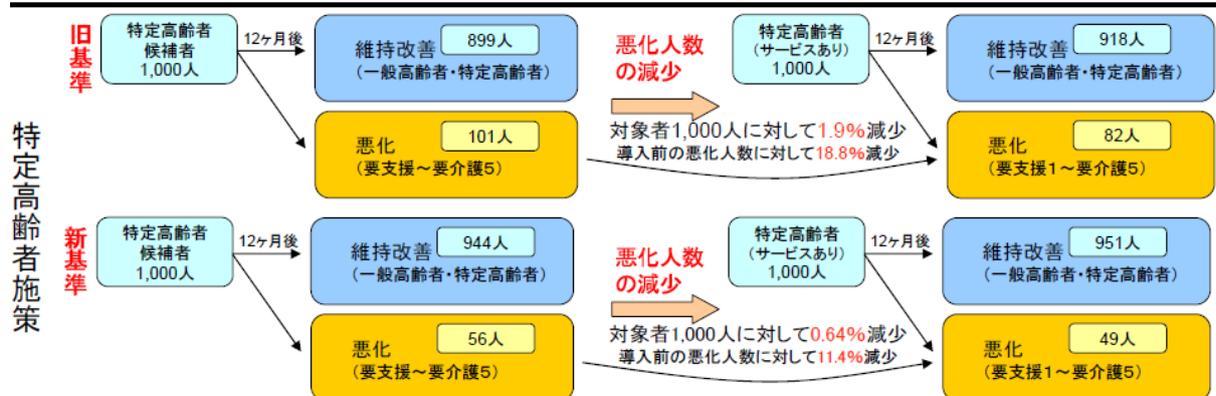
厚生労働省では、学術的な根拠、先進事例を基に平成16年度に、筋力向上、栄養改善、口腔機能向上などの観点から介護予防を目的とする介入を行うモデル事業を市町村で実施した。

そのなかで、運動器の機能向上を目的とした筋力向上トレーニングは、3ヶ月程度の短期間の介入であっても要支援、要介護1、要介護2の高齢者の運動器の機能を概ね向上できるとともに、本サービス等が地域で実施可能であることを示していると考えられた。

このモデル事業の結果を踏まえ、平成18年度からは、地域支援事業、予防給付において、本サービス等が広く実施された。平成20年度の介護予防継続的評価分析等検討会では、運動器の機能向上を含む介護予防サービスは、要支援者の重度化を予防する効果が明らかであることが示された。予防給付は、制度導入前の悪化人数に対して40.0%減少しており、この減少は統計学的にも意味のある数字であった。また、特定高齢者施策についても、導入前に比較して18.8%減少しているが、この結果は対象数が少ないことから統計学的に意味のある数字では無かった。



1,000人を1年間追跡(12,000人月)した場合、以下の結果となり、**介護予防効果が認められた**。  
 対象者1,000人に対して15.5%(155人)減少し、コントロール群の悪化人数(389人)に対して40%(155人)減少した。  
 ※性・年齢調整を実施

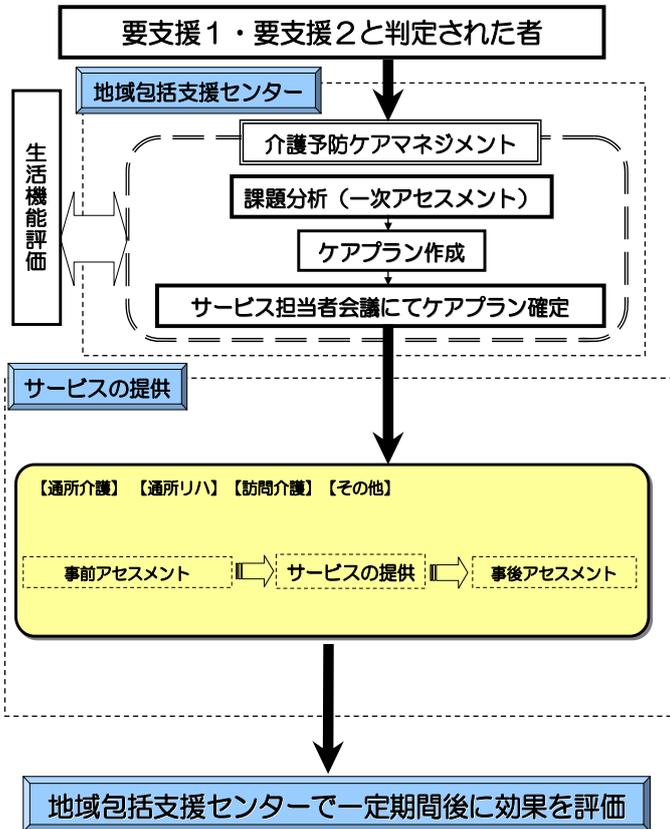


1,000人を1年間追跡(12,000人月)した場合、以下の結果となり、**介護予防効果が認められた**(※)。  
 旧基準では、対象者1,000人に対して1.9%(19人)減少し、コントロール群の悪化人数(101人)に対して18.8%(19人)減少した。  
 新基準では、対象者1,000人に対して0.64%(6人)減少し、コントロール群の悪化人数(56人)に対して11.4%(6人)減少した。  
 ※統計学的有意差は認められなかった

### 3. 予防給付と地域支援事業の違い

#### 3.1. サービスの流れ、対象者、目的、実施場所等について

#### 予防給付の流れ



### 予防給付

#### 対象者

- ◆ 要支援1、要支援2
- ◆ 生活機能低下のために運動器の機能向上が必要と判断されたもの

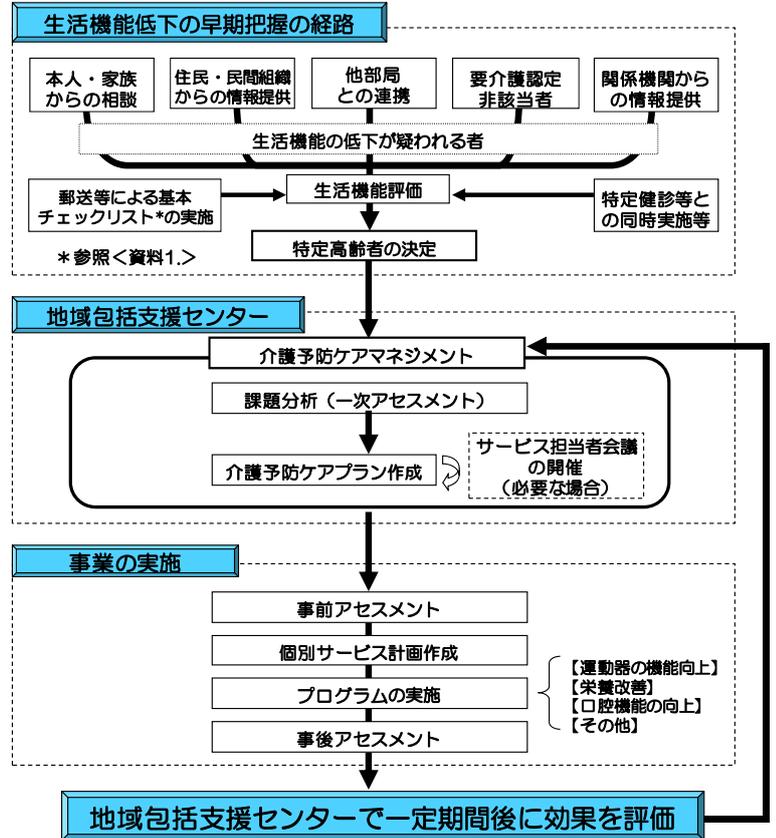
#### 目的

- ◆ 運動器の機能向上に関するサービスを提供し、自立した生活機能を維持し、要介護状態に陥ることを防ぐ

#### 実施場所

- ◆ 介護予防通所介護
- ◆ 介護予防通所リハビリテーション  
医学的な管理のもとでより専門的なサービス提供が必要な場合

#### 介護予防特定高齢者施策の流れ



### 地域支援事業

#### 対象者

- ◆ 介護予防特定高齢者施策  
要介護認定で非該当と判定されたもの  
要介護状態となる恐れがあり、運動器の機能向上が必要と考えられるもの
- ◆ 介護予防一般高齢者施策  
広く地域住民

#### 目的

- ◆ 介護予防特定高齢者施策  
主として集団的な対応で、運動介入や生活改善等を通じ、自立した生活機能を維持し、要介護状態に陥ることを防ぐ
- ◆ 介護予防一般高齢者施策  
本サービス等の効果を広く周知すること

### (1) 予防給付の場合

予防給付では、要介護認定において要支援 1、要支援 2 と判定され、運動器の機能向上が必要と判断されたものに対し、運動器の機能向上に関するサービスを提供し、これにより自立した生活機能を維持し、要介護状態に陥ることを予防する。この場合、主に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の場を通じて実施することを想定する。

### (2) 地域支援事業(介護予防特定高齢者施策)の場合

地域支援事業は、市町村(市町村から受託した事業者を含む)が運動器の機能向上を図るために地域住民に対して実施する。このうち、介護予防特定高齢者施策については、様々な地域の資源から運動器の機能向上が必要な特定高齢者を見つけ出し、運動や生活改善等を通じて主として集団的な対応により実施する。また、介護予防一般高齢者施策は、地域住民に運動器の機能向上の重要性を理解してもらうことを目標に、簡単な運動を行うような行事への参加や、パンフレットの配布などを行う。ただし、運動器の機能向上を目的とする地域住民の自主的な活動においては、介護予防特定高齢者施策の対象者と介護予防一般高齢者施策の対象者が混合し、役割を分担しながら実施されることもあると考えられる。

## 3.2. 実施体制と実施内容

### 3.2.1. 予防給付の場合

#### (1) 介護予防通所介護において実施する場合

##### ① 実施担当者(現行の通所介護と基本的に同様)とその役割

○生活相談員

○看護師又は准看護師

- 一般的な身体状況を把握し、実施日ごとに運動の実施可否に関する情報収集を行い、必要に応じて医療機関との連携をとる。

○経験のある介護職員

- 機能訓練指導員等と連携しながらプログラムの実施を行う。
- 高齢者の運動器の機能向上に経験のあるものが望ましい。
- 運動の意欲を高めることに配慮する。
- 運動プログラムの自立度を高める。

※対象者 15 人までは 1 以上、それ以上 5 又はその端数を増すごとに 1 を加えた数以上

○機能訓練指導員\*

- 個別のプログラムを作成するために運動器の機能を把握し、運動負荷の種類、量を決定する。
- 実施計画に掲げられた、チェック項目を実施日ごとに行い、プログラム全体の進行を管理する。

\*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

## ② 実施内容

- 事前アセスメント
- 介護予防サービス実施計画（原案）の作成
- 介護予防サービス実施計画（原案）の説明と同意
- 運動の実施
- 日常生活上の運動に関する相談
- 地域での自主的な活動への参加の促進
- 事後アセスメント
- 地域包括支援センターへの報告

## ③ 評価

事業所は、対象者に対して、3 ヶ月に1回の運動器の機能評価を行う。

### (2) 介護予防通所リハビリテーションにおいて実施する場合

#### ① 実施担当者（現行の通所リハビリテーションと基本的には同様）とその役割

○医師（専任）

○理学療法士、作業療法士又は看護師若しくは准看護師若しくは介護職員

○看護職員

- 一般的な身体状況を把握し、実施日ごとに運動の実施可否に関する情報収集を行い、必要に応じて医療機関との連携をとる。

○理学療法士、作業療法士

- 個別のプログラムを作成するために運動器の機能を把握し、運動負荷の種類、量を決定する。
- 個別サービス計画に掲げられたチェック項目を実施日ごとに行い、プログラム全体の進行を管理する。

○経験のある介護職員

- 理学療法士、作業療法士などと連携しながら運動プログラムの実施を行う。
- 高齢者の運動器の機能向上に経験のあるものが望ましい。
- 運動の意欲を高めることに配慮する。
- 運動プログラムの自立度を高める。

## ② 実施内容

医学的管理の下で、以下のサービスを実施する。

- 事前アセスメント
- 個別サービス計画（原案）の作成
- 個別サービス計画（原案）の説明と同意
- 運動の実施
- 日常生活上の運動に関する相談
- 地域での自主的な活動への参加の促進
- 事後アセスメント
- 地域包括支援センターへの報告

## ③ 評価

事業者は、対象者を、適宜モニタリングし、プログラム開始3ヶ月後には運動器の機能評価を行う。

### 3.2.2. 地域支援事業（介護予防特定高齢者施策）の場合

#### 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、経験のある介護職員等が実施する。

#### ③ 送迎サービスについて

特定高齢者は、公共交通機関を用いての外出などに制限を認める者も一部存在し、そういった者に対しては、送迎サービスを行うことも一つの方法である。しかし、そういった場合でも、個別の事例における公共交通機関の利便性に配慮しつつも、送迎サービスを永続的なものとすることなく、長期的には自立することができるように、段階を踏んで徐々に公共交通機関の利用を促すようにする。

#### ④ 実施内容

- 事前アセスメントの実施
- 個別サービス計画の作成
- プログラムの実施
- 事後アセスメントの実施
- 地域包括支援センターの報告

## ⑤ 評価

予防給付同様、対象者を適宜モニタリングしつつ、プログラム開始後3ヶ月後には運動器の機能評価を行う。

## 4. 対象者の推計と計画策定のための効果の考え方

### (1) 計画策定のための効果及び要介護者数等の見込み方について

本サービス等に関する効果及び要介護者数頭の見込み方については、第3期介護保険事業計画策定時のように、介護予防事業等を実施しない場合の要介護者等の数の見込みを基に全国一律の割合で介護予防事業等の効果を見込むこととはせず、当該自治体における介護予防事業等の実施状況及び今後見込まれる介護予防事業等の効果を勘案して、要介護者等の数の見込みを定めることとする。ただし、介護予防事業等の効果については、現状において十分発揮されている自治体のみではなく、追加的にその効果が見込まれる自治体も多いと考えられることから、「介護予防継続的評価分析等検討会の第二次分析結果」を基に、追加的な介護予防事業等の効果を見込むことができることとする。

### (2) 予防給付(要支援1・要支援2)

予防給付の対象となる要支援1及び要支援2の認定者数の推計については、基本的に(1)の考え方で行われるが、運動器の機能向上、栄養改善及び口腔機能向上等に係るサービス必要量(以下、必要量)の推計が重要であることと共に、その必要量に対するサービス供給の基盤整備が、本サービス等を効果的に実施するために不可欠である。サービス供給の基盤整備とは、必要量を充足することにとどまらず、この必要量に対する研修、実施支援などを含む効果的なサービス提供体制の整備を指す。

#### 【サービス必要量の算出の一例】

本サービスの必要量を算出するにあたっては、まずは運動器のリスク保有者数を算出する必要があるが、前年度の介護予防アセスメントの実績データ等を利用して、予防給付利用者のうちの基本チェックリストの運動器に関連する5項目のうち3項目以上に該当する率(運動器のリスク保有率)を算出し、その率に、(1)によって推計される、当該年度の予防給付利用者数を乗じることによって、算出する。さらに、この運動器のリスク保有者数に、前年度、介護予防ケアプラン作成した者に対して本サービスを選択した者の率等(※)を乗じることによって、現実的な必要量を推計することができる。

(※)普及啓発等によって今後サービスを選択が増加する見込み(期待率)を加えることもあり得る。

また、この必要量を生活圈域毎に作成することにより、より地域に密着したサービスとすることができる。

本サービス等の必要量 = 本年度の要支援者数(予測) × 運動器のリスク保有率 × 本サービスを選択する率(+期待率\*)

(最終版には、継続的評価分析支援事業データから参考となるデータを引用予定)

### (3) 地域支援事業(介護予防特定高齢者施策)

#### 【サービス必要量の算出の一例】

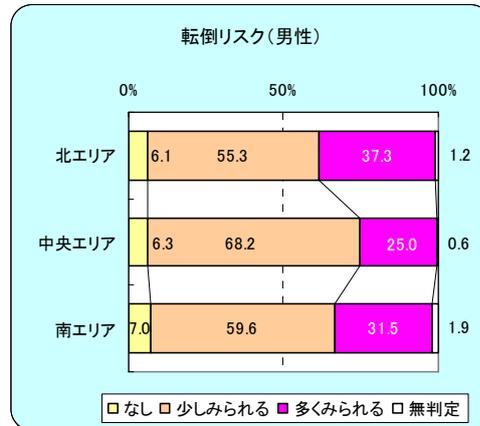
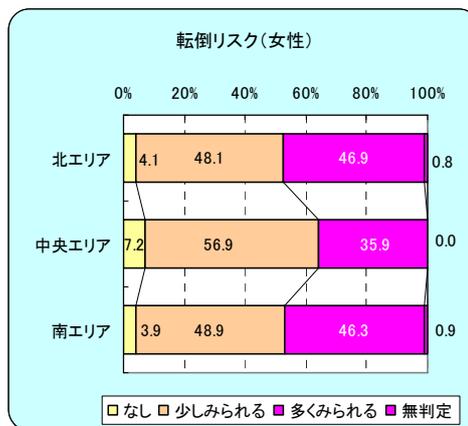
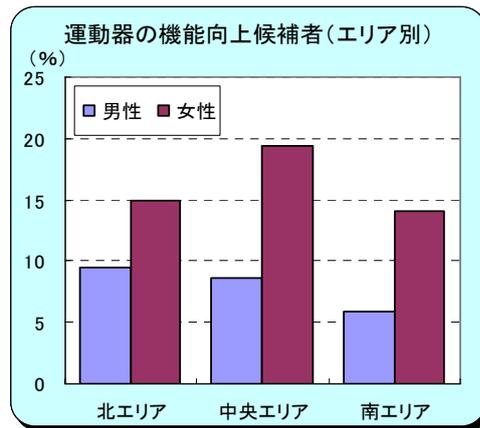
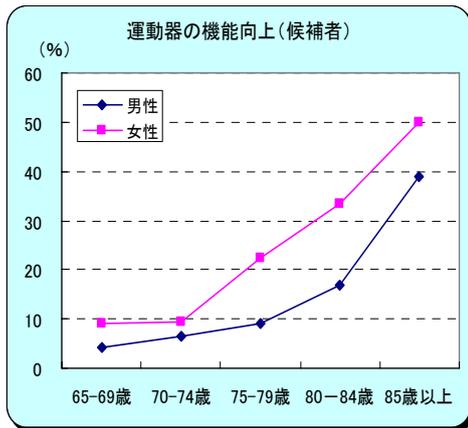
特定高齢者における必要量においても、予防給付の考え方と基本的には同様で、前年度の介護予防事業実績や介護予防アセスメントの実績データ等から、基本チェックリスト等による運動器リスク保有率や本サービスを選択する率を算出し、予防給付と同様の式により求めることができる

鈴木ら(2007)によれば、地域の悉皆調査により、高齢者のうち、基本チェックリストの運動器に関連する5項目の3項目以上該当するものは26.5%と報告されている。(最終版には、継続的評価分析支援事業データから参考となるデータを引用予定)

本サービス等の必要量 = 本年度の特定高齢者数（予測） × 運動器リスク保有率 × 本サービスを選択する率（+期待率）

【サービス必要量の算出における埼玉県和光市の事例】

下図に示すごとく、生活圏域毎に、運動器に関する5項目と4項目以上に該当するものを“リスクが多くみられる”、3項目該当するものを“リスクが少しある”と分類し推計に役立てている。また、運動器のリスクに加えて閉じこもりのリスクがあるものを重点対象者とするなど、より積極的に関わるべき対象を明らかにし、このような対象者には訪問による本サービス等の紹介を行う計画を立てるなど、実態に合ったサービス必要量を推計している。



## 5. 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について

本サービス等に関して行われる介護予防ケアマネジメントは、他のサービスに関するケアマネジメントと比較して、本質的な違いはないものと考えられる。

一方、本サービス等の特性に鑑み、介護予防ケアマネジメントを実施する際の留意点としては、以下の各点が挙げられる。

### 5.1. 本サービス等の利用を想定する、介護予防ケアマネジメントで配慮されるべき点

#### (1) 運動器の機能向上の効果を広く地域に周知する

現状では、主な対象者となる特定高齢者を含む虚弱な状態にある高齢者自身や要支援者自身が運動器の機能向上プログラムの効果について必ずしも十分に理解しているとはいえない。加齢に伴う運動器の機能の低下については、悪くなる一方で改善することはないとあきらめてしまっている人もいる。様々な機会を通じて、運動器の機能向上プログラムによって生活機能の低下を改善した事例を提示する、簡単に効果が実感できる体験プログラムを紹介するなど、運動器の機能向上の効果を広く地域に周知する必要がある。地域支援事業の介護予防一般高齢者施策等を通して、高齢者だけでなく、高齢者を持つ家族も含めて地域全体に運動器の機能向上プログラムの効果を理解してもらうこともケアマネジメントの範疇となる。

#### (2) インフォームドチョイスを基本とする

本サービス等にとどまらず介護予防サービス全般にいえることであるが、介護予防は自らが意志をもって実践する事なしには効果を期待することができない。したがって、従来の介護保険サービス以上に、対象者自身の主体的な関わりを必要とする。このため生活機能評価や介護予防ケアマネジメントを通じて、対象者の現状理解を促し、その理解に基づき、いくつかのプログラムを提示し、プログラムを選択する主体的な参加のプロセスが重要である。生活機能評価によって運動器の機能低下を認めるからと言って、本サービスを直ちに当てはめるようなことがあってはならない。すなわち、インフォームドチョイスを重視すべきである。

#### (3) 目的志向でプログラムを紹介する

本サービス等は、高齢者の生活を豊かにするための手段であって、運動器の機能向上やプログラムの提供自体を目的とするものではない。したがって、体力測定値はあくまでも目標達成のためのプロセスを計る目安であって、その数値自体の改善を目標とするものではない。いきいきとした生活を送り続けるために課題となる、生活機能を改善することが目的となる。この目的を解決する手段として運動器の機能向上プログラムを紹介する。

#### (4) 地域での自主活動の促進

本サービス等は、介護予防通所介護など特定の機会に提供されるだけでなく、生活全般において運動器の機能向上の視点が盛り込まれるよう、普遍的で継続的な対応が行われる環境整備が重要である。特に地域支援事業では、地域での健康増進活動の一環として対象者自身が主体的かつ継続的に参加していくことが重要であることから、地域での自主活動の促進が必要となる。予防給付に於いては、特定高齢者事業への参加、特定高齢者事業に於いては一般高齢者事業への参加やその他地域活動への参加を念頭に置いて、徐々に支援の量を少なくし、自主活動へとつなげるケアマネジメントとなることが望ましい。

## (5) 複数の課題を持つ対象者に対応する

介護予防を目的とする個々のプログラムが単独で提供されることもあるが、生活機能の低下は多様な背景や原因が組み合せて生じていることが多いことから、複数の課題を持つ対象者に対しては、たとえば運動器の機能向上と口腔機能向上、運動器の機能向上と栄養改善というように、複数のプログラムを組み合わせることで同時に提供することが考えられる。とくに、低栄養状態にあつては運動器の機能向上を図ることが難しいと考えられ、栄養状態の改善には注意が必要である。ただし、目的が異なるプログラムを組み合わせることは、対象者自身の生活課題を認識しにくくすることもある。すなわち、前述のインフォームドチョイスを難しくする可能性がある。このような場合では、たとえば栄養改善に関するプログラムを先に提供し、改善が認められた後に運動器の機能向上に関するプログラムを利用するなど、時間差をつけてプログラムを提供することも考えられる。

## (6) 定期的なフォローアップを行う

対象者の心身の状態が改善し、本サービス等の利用の必要性がなくなった場合においても、定期的にフォローアップを行い、運動器の機能低下に起因する生活機能の低下が再び出現していないか継続的に評価していくことが重要である。

## 5.2. 本サービス等の利用を想定した、地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントの手順

### (1) 課題分析(一次アセスメント)

- 介護予防サービスのニーズを把握する。
- 基本チェックリスト、基本情報などから、生活機能低下のなかでも運動器の機能低下が認められるかどうかを確認する。その原因として、考えられる要因を列挙する。
- プラン作成に支障となる、医学的、社会的な要因を把握。特に運動器の機能向上プログラムを実施できない要因、運動器疾患、循環器疾患などの有無とその重症度を把握する。

### (2) プラン作成

- アセスメント結果をもとに、課題を整理し、列挙して利用者に提示する。生活機能低下は本人が自覚していないことがあるので注意が必要である。たとえば、本人のニーズが生活支援にあるとしても、その生活支援を必要とする背景にある運動器の機能の低下について理解を促す必要がある。
- 課題分析で列挙された課題の中から、対象者が解決したいと望む課題を選択することを促す。同時に、課題解決の努力によって3ヶ月後にどのようなことになることを望むのか。また、長期的には(概ね1年後)どのような生活していることを望むのかを聞き取り確認し、サービス利用による生活機能改善の目標を具体的なものとする。本人が意欲の低下などにより課題解決のイメージがつきにくい場合には、半年前、1年前の生活状況を思い出させ、その状態へ戻すことを目標と置くように促すと良い。
- 課題が筋力を高めたい、歩く力を高めたいなど、機能的な視点に偏ってしまう場合には、対象者が日常生活を維持していくための生活課題を列挙し、困難度で順位を付け、3ヶ月程度の本サービスの実施により、改善(自立度が高まる)が見込まれる生活課題を具体的に挙げ、それを介護予防ケアプランの目標とする(図)。

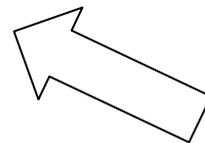
- このような過程によって具体化された課題を解決するために必要なアセスメントを再実施する。特に、解決を促す要因、妨げる要因を整理すると、すべてをアセスメントすることに比較して効率的にアセスメントがなされる。
- 加えて、予防給付の対象者であれば、特定高齢者施策を、特定高齢者施策であれば、一般高齢者施策をと言うように、次のステップを指し示し、サービス利用によって生活範囲を広げていくイメージを早期から対象者と共有する。

### (3) モニタリング・評価

- 事業者からの体力測定・目標達成・実施状況の評価報告を踏まえ、改めて課題分析を行い、サービスの効果を評価する。今後の支援については、目標達成状況に応じて、現在のプランの継続・終了・変更を検討する。予防給付から特定高齢者施策、一般高齢者施策（改善）、要介護状態へと移行したもの（悪化）を把握し、分析可能な形で記録する。

生活課題		目標
ひとりで 難しいもの	公共交通機関を使って外出する	**
	お風呂の掃除をする	
	掃除機をかける	
	新聞などの重たいゴミを出す	
何とかひとりでできるもの	日常の買い物に出る	*
	ひとりで散歩する	
楽にひとりでできるもの	身の回りの整頓をする	
	日常のゴミを出す	
	食事の支度をやる	

- \*\* 何とかひとりでできるようになりたい項目
- \* 楽にひとりでできるようになりたい項目



運動器の機能向上サービスの目標		
1時間程度の外出で疲れない体をつくる		
到達目標	1ヶ月目	歩行能力を高めるための運動に必要な基本動作が自立して行える
	2ヶ月目	家の近所の散歩が楽にできる
	3ヶ月目	連続30分程度の歩行ができる。階段1階分を楽に昇降できる

【生活課題具体化の例（埼玉県和光市の例）】

下表を用い、地域包括支援センターの職員が利用者の生活機能の主観的な評価を行い、基本的に△1、△2、×1について検討し、課題解決の優先順位を考え、本サービス等の提供によって向上が期待される生活課題を明らかにする。こうして明らかにされた生活課題は、利用者、地域包括支援センター、本サービス等の提供者と共有する。

生活機能評価

氏名	(ふりがな) ○ダ ○コ	女	調査日	事前	平成18年12月10日
	○田 ○子		事後	平成19年5月10日	

	事前	事後	備考
室内歩行	○1	○1	
屋外歩行	○2	○2	限られた場所のみ
外出頻度	△1	○2	デイサービス以外の外出は少ない
排泄	○1	○1	
食事	○1	○1	
入浴	△1	○2	デイサービスで入浴に頼っている。能力はある。
着脱衣	○1	○1	
掃除	△1	○2	ヘルパーに頼っている。能力はある。
洗濯	○2	○2	大物以外は自立
買物	△1	○2	簡単なものは自分で。他はヘルパーや家族。
調理	△2	○2	
整理	○1	○1	
ごみ出し	○1	○1	
通院	△1	○2	家族付き添い。
服薬	○1	○1	
金銭管理	△1	△1	銀行へ行くのは家族に頼む。
電話	○2	○2	言語障害が軽度あるため、相手が聞き取りにくい。限られた相手のみ。
社会参加	△1	○2	

【判定基準】

自立度	自立		一部介助		全介助	
	高	低	高	低	高	低
改善可能性	高	低	高	低	高	低
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2

## 6. 実施体制

本サービス等の提供においては、効果的かつ効率的に運動器の機能向上が図られるよう、施設・設備・人員・運営について必要な体制がとられていることが不可欠である。特に、予防給付、地域支援事業における介護予防特定高齢者施策においては、要支援者・特定高齢者を対象とした運動を行うことから、医療機関との連携を含めて、安全管理面において十分な体制が必要である。

### 6.1. 従事者について

要支援者・特定高齢者の状態を運動器のみならず、心理的にも、社会的にも理解し、安全にプログラムを提供できるものが従事者となる。また従事者は、また対象者が自信を持って自立した生活を送ることを支援するために、定期的にカンファレンスを行い常に連携に努めることが重要である。本サービス等の主たる従事者として想定される、医療・介護の専門職は、虚弱な高齢者を対象とすることが多く、そのため高齢者の持つ能力を低く見積もりやすい。老年学の知識は必須で、幅広い高齢者の実体を理解し、本サービス等に従事することが望まれる。

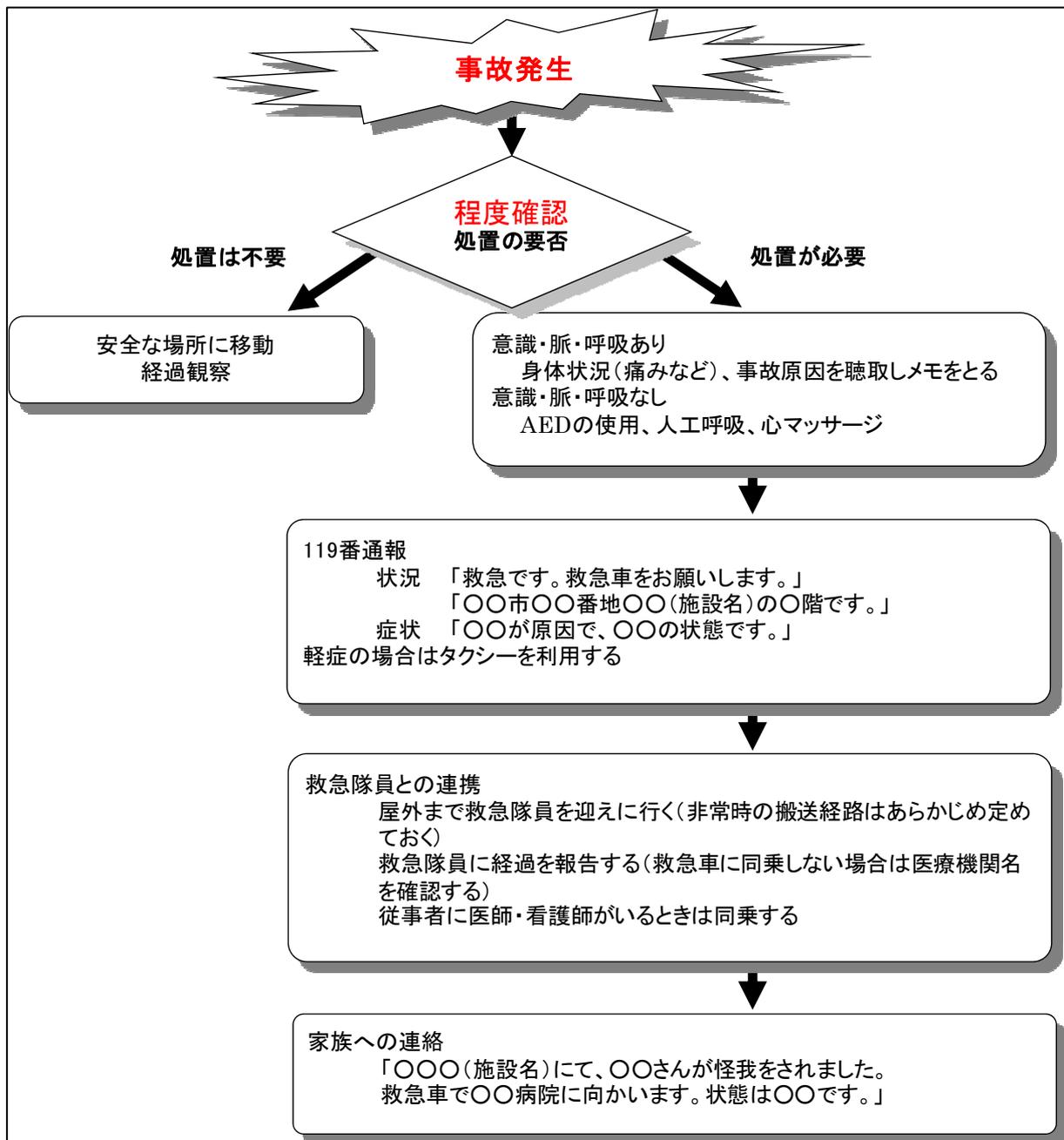
- 介護保険の知識（地域支援事業を含む）
- 老年学の知識
- 運動器の機能向上にかかわる知識
- 他職種の役割と業務についての知識
- 健康増進にかかわる知識
- 骨折予防及び膝痛・腰痛対策にかかわる知識

### 6.2. 安全管理について

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、実施にあたっては、看護職員等の医療従事者を配置し、有事に際して速やかに対応できる体制を整える。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。

- 対象者から除外すべきものの要件
- 転倒予防対策を含めた運動を行う際の留意点の遵守
- 安全管理マニュアルの内容の確認及び更新

## (1) 緊急時対応のフローの例



## (2) 救命の連鎖

心肺停止後3分以内に救命処置を行われなければ、50%の者が死亡するといわれている。救命のためには、救急車到着までの間、現場でのいち早い応急手当の実施が不可欠である。従事者は、以下の救命の連鎖をよく理解し精通していることが必要である。

- 早い通報
- 早い応急手当
- 早い救急処置
- 早い医療処置

### (3) AED(自動体外式除細動器)の設置

運動器の機能向上プログラムを実施する施設においては、AED(自動体外式除細動器)を設置する。AEDの所在場所を標識等により明示し、担当する職員が、必要な時に正しく救命活動ができるように救急法およびAED使用法の講習を受講する。

### (4) 対象者から除外すべきもの(健康診断、または主治医の判断に基づく)

#### 【絶対除外基準】

- 心筋梗塞、脳卒中を最近6ヶ月以内に起こしたもの
- 狭心症、心不全、重症不整脈のあるもの
- 収縮期血圧180mmHg以上、または拡張期血圧が110mmHg以上の高血圧のもの
- 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
- 糖尿病で重篤な合併症(網膜症、腎症)のあるもの
- 急性期の関節痛、関節炎、腰痛、神経症状のあるもの
- 急性期の肺炎、肝炎などの炎症のあるもの
- 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

#### 【主治医の判断で相対的に除外や運動の制限を考えるべき基準】

- コントロールされた心疾患、不整脈のあるもの
- 収縮期血圧180mmHg未満の高血圧のもの
- 慢性閉塞性肺疾患で症状の軽いもの
- 慢性期の関節痛、関節炎、腰痛、神経症状のあるもの
- 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、参加が困難であるもの
- その他、医師が除外や運動の制限が必要と判断したもの

## 6.3. プログラムを行う際の留意点

看護職員等の医療従事者は以下の点について留意することが必要である。

### (1) プログラムの前の留意点

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

- 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
- 関節痛、腰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

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、従事者に伝える（感冒、胸痛、頭痛、めまい、下痢など）。

## (2) プログラム提供中の留意点

運動中の不良姿勢は局所的な筋緊張を生じ、誤用による局所の筋疲労を生じさせることがある。このことを回避するために、常に正しい運動姿勢を保つように配慮しながら実施する。

一定期間運動を続けていると、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がある。この場合は、負荷量を著明に減少させて、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

実施中の水分補給はきわめて重要である。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、高齢者では脱水を起こしやすいので、必ず途中で水分補給の時間をとるようにするとよい。

## (3) プログラム終了後の留意点

プログラム終了後は、すぐに解散することなく、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

## 6.4. プログラムを提供する際に考慮すべき点

### (1) プログラム内容の説明と同意

対象者がプログラムの内容をよく理解した上で、参加を主体的に選択することは、参加の意欲を高め、その後の自立した身体活動の維持のために不可欠な要素となる。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。

### (2) 専門技術を有する従事者が指導する

要支援者や特定高齢者は、運動器疾患のリスクを抱えている。そこで、運動器の機能向上に精通し、運動内容や方法を適宜変更できる、専門技能を有する従事者がプログラムを実施する。

### (3) 体力の諸要素を包括的に運動する

運動器の機能が低下している高齢者では、筋力、バランス能力、柔軟性などの体力の諸要素が独立し

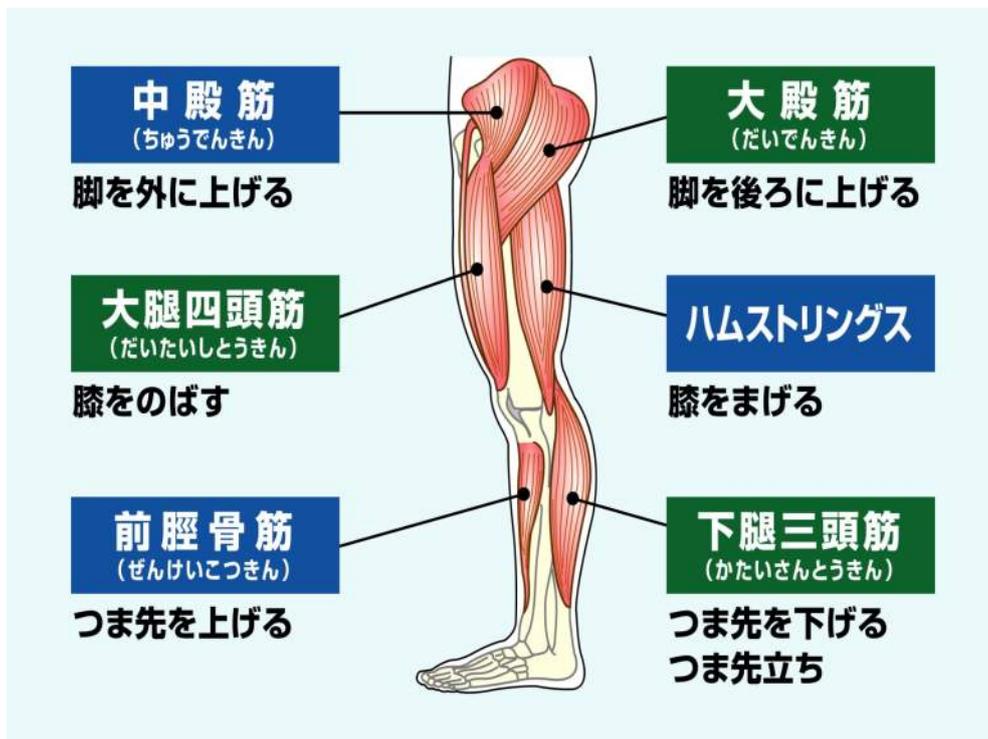
て低下することは少ない。したがって、筋力のみ注目することなく、体力の諸要素を包括的に向上させる必要がある。

#### (4) 個別のプログラムを提供する

高齢期の運動機能の特徴は、若年者に比較して個人差が大きいことにある。対象者に個別のプログラムを提供することは、効果を高めるだけでなく、安全性、自信を高めるためにも重要である。予防給付の場合は個別の対応を基本とするが、地域支援事業の介護予防特定高齢者施策の場合で、集団で事業を実施する場合であっても、個別の評価に基づく個別のプログラムを提供する。

#### (5) 運動の対象とする筋群

運動器の機能向上の目標である、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の基本的活動に必要な筋群を中心に運動する。下腿三頭筋、大腿四頭筋、大殿筋などの抗重力筋がこれにあたる。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に拮抗する筋群も対象に加える。また、運動は下肢のみならず上肢の筋群の種目も加え、中でも、体幹の安定性と関わりが深い腹横筋や腹斜筋群への運動も行う。



#### (6) 足指・爪のケアに配慮する

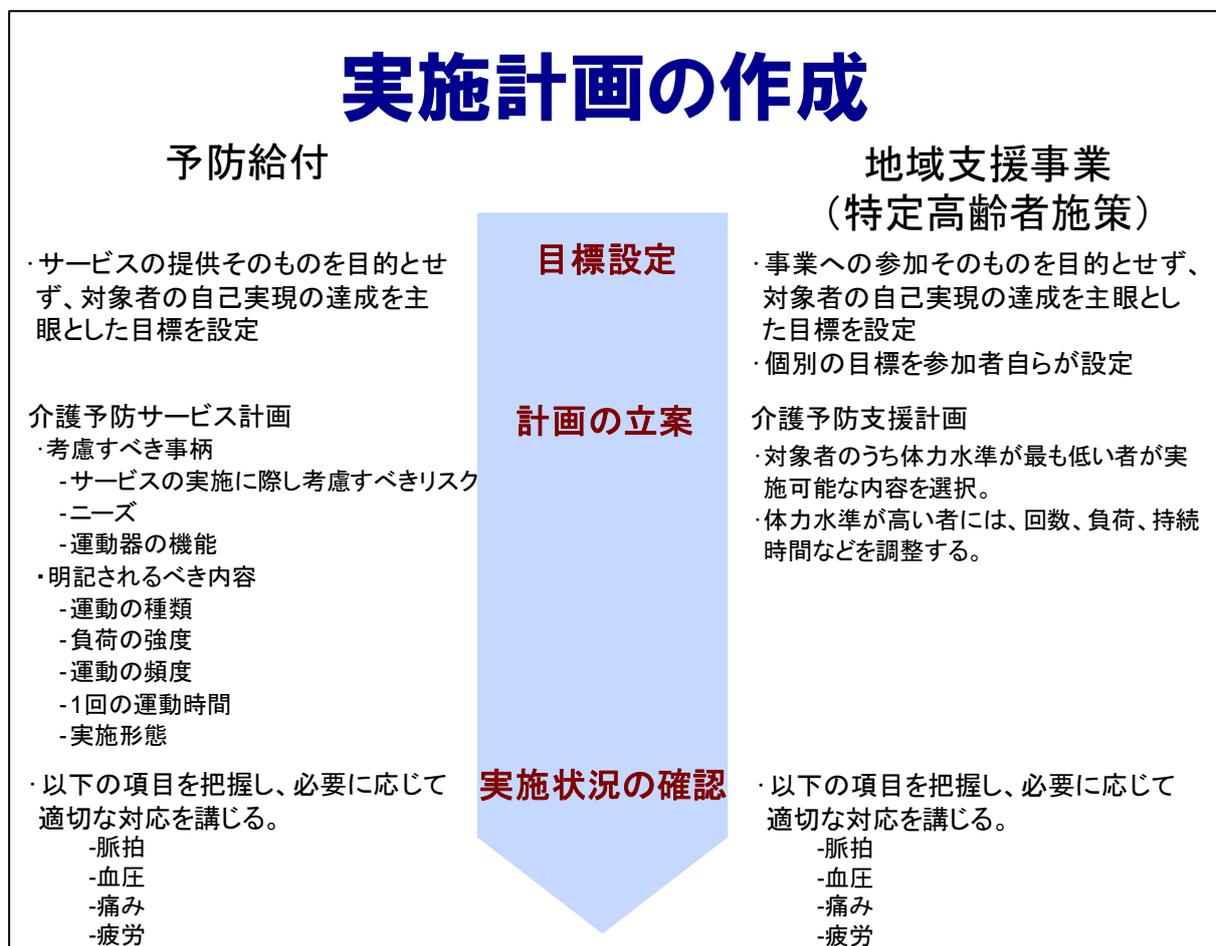
要支援者や特定高齢者では、活動量の低下が見られることから、足指・爪に変形、肥厚などが見られる場合が多い。プログラムの実施に当たっては、足部の観察を行い必要に応じてケアを施す。

#### (7) 腹圧性尿失禁については骨盤底を構成する筋群を対象とする

女性に多い腹圧性尿失禁については、運動器の機能向上により症状の改善が期待される。腹圧性の尿失禁の症状を持つものに対しては、骨盤底を構成する筋群を対象として運動を行い効果の判定を行う。

医療機関との連携の中で、一定期間の運動によっても、改善が見られない場合には受診を勧めるなど適切な処置をする。

## 6.5. 実施計画の作成について 参照<資料 2.3.>



### (1) 目標設定について

予防給付・地域支援事業ともに、サービスの提供あるいは事業への参加そのものを目的とせず、利用者の自己実現の達成を主眼とした目標設定を行う。予防給付では、介護予防ケアマネジメントに基づき、本人の意志を確認しながら目標設定を行う。地域支援事業では、別添<資料 2.>の目標設定表などを用い、できるだけ利用者自身に個別の目標を記入してもらおうとよい。

#### 【介護予防ケアプランの目標（具体的な生活上の希望を表記する、社会参加の領域）】

- 例 1 買い物ができるようになりたい
- 例 2 炊事が楽にできるようになりたい
- 例 3 物干しが楽にできるようになりたい

**【本サービス等の目標 ニーズの実現のために概ね3ヶ月程度で到達できる目標を設定する】**

例1 買い物ができるようになるために、歩行能力の向上を図る

例2 炊事が楽にできるようになるために、機能的なバランス能力の向上を図る

例3 物干しが楽にできるようになるために、立位での機能的な動作能力の向上を図る

**【到達目標 目標達成のための、概ね1ヶ月の到達可能な短期目標を設定する】**

(上記、例1をもとにすると)

1ヶ月目 歩行能力を高めるための運動に必要な基本動作が自立して行える。

2ヶ月目 家の近所の散歩が楽にできる。

3ヶ月目 30分間程度の散歩ができる。階段1階分を楽に昇降できる。

**(2) 実施計画の作成**

予防給付では、事前アセスメントによって個別サービス計画（原案）を、地域支援事業（特定高齢者施策）では介護予防支援計画（原案）を作成し、利用者と相談のうえ各計画を確定する。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とよい。これは、集団のプログラム提供であっても個別の目標設定をしたプログラムとすることを意図している。

予防給付では、事前アセスメントより、以下の点を考慮して実施計画を策定する。

- プログラムの実施に際して考慮すべきリスク
- ニーズ
- 運動器の機能

また個別サービス計画には、以下の事項が明記されなければならない。

- 運動の種類
- 負荷強度
- 運動の頻度
- 1回の運動時間
- 実施形態

地域支援事業（特定高齢者施策）では事前アセスメントにより、利用者の体力水準を把握し、集団のうちで最も体力水準の低いものが実施可能な内容を選択する。このとき、体力水準の高いものに関しては、回数、重垂負荷、持続時間などを調整し、利用者の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。

## 6.6. 事前・事後アセスメント項目について

# 事前・事後アセスメント項目

	予防給付		地域支援事業(特定高齢者施策)
医学的な側面に関する評価 (医師、理学療法士、保健師、看護師など)	看護師等医療従事者によるリスクの評価	-既往歴、家族歴、服薬、生活習慣病等の状況 -自覚症状の有無 -脈拍測定 -血圧測定	-既往歴、家族歴、服薬、転倒経験、生活習慣等の状況 -二足の聴取 -自覚症状の有無 -脈拍測定 -血圧測定 -痛み -日常生活活動能力等 -実施方法
	理学療法士等による評価	-二足の聴取 -関節可動域 -筋力 -感覚 -痛み -身体アラインメント -日常生活活動能力等	
体力測定	-握力 -下肢筋力 -開眼片足立ち時間 -Timed Up & Go Test -5m通常歩行時間、5m最大歩行時間		-握力 -開眼片足立ち時間 -Timed Up & Go Test -5m通常歩行時間、5m最大歩行時間
健康関連QOL	-質問紙調査		-質問紙調査

予防給付、地域支援事業の介護予防特定高齢者施策ともに基本的なアセスメント項目は同様である。ただし、予防給付では生活機能の低下がより大きい高齢者を対象とするため、理学療法士等による医学的な評価を加えることで、安全なサービス提供を可能とする。地域支援事業の体力測定項目は特別な機器を必要としないものが選択されているが、予防給付ではより詳細な評価とするため、下肢筋力が加えられている。

### 6.6.1. 事前アセスメント

#### (1) 予防給付の場合

予防給付では、看護職員等の医療従事者によるリスクの評価、理学療法士などによる運動機能の評価、体力測定、健康関連QOLの事前アセスメントを行い、利用者の体力水準を把握し、生活機能拡大のための到達目標を把握する。

看護職員等の医療従事者によるリスクの評価では、既往歴、自覚症状の有無、バイタルサインのチェックを行う。理学療法士などによる評価では、関節可動域、筋力、感覚、痛み、身体アラインメント\*、日常生活活動能力等の評価を行い、怪我なく効果的に運動器の機能向上が図られるよう詳細な評価を行う。

\*：身体アラインメントとは、静止時の姿勢や動作中の運動方向

体力測定は、握力、下肢筋力、片足立ち時間（開眼・閉眼）、複合的動作能力、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。また、測定中異変があった場合には、速やかに医師等医療従事者に伝える。

## （2）地域支援事業（特定高齢者施策）の場合

地域支援事業（特定高齢者施策）では、予防給付と同様の評価を、医師、理学療法士、保健師、看護師などが、事業実施前に利用者の健康状態、生活習慣、体力水準などの個別の状況を把握し、内容を決定する。

体力測定は、握力、片足立ち時間（開眼・閉眼）、複合的動作能力、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。

## （3）体力測定の実施方法

筋力、バランス機能、歩行能力、複合動作能力の各体力要素を評価し、どの要素が低下しているかを把握する（参照＜資料 4. ＞）。

## （4）体力測定の判断

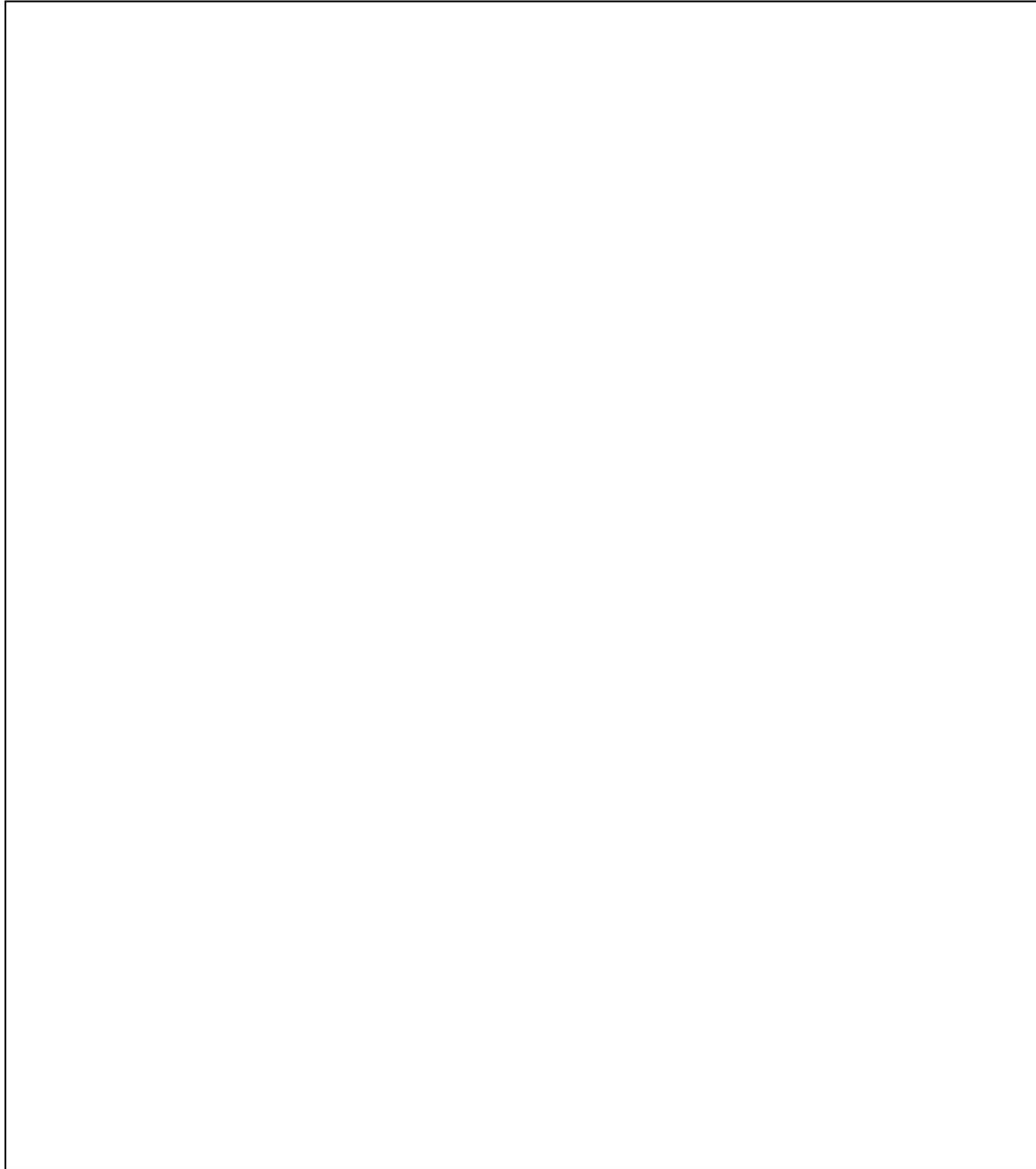
体力測定結果は、以下の表を参考に評価する。このデータは介護予防継続的評価分析等事業の参加者のうち、体力測定が実施された対象者から得られた判断基準である。**（最終版には、継続的評価分析支援事業データから参考となるデータを引用予定）**

【特定高齢者・要介護高齢者別アウトカム指標の平均値と標準偏差】

--

【特定高齢者・要介護高齢者別アウトカム指標の5分類】（低いレベルは低体力であることを示す）

\*対象者を体力レベルの低い順から20%毎に分類したときの、それぞれの分類ごとの最小値-最大値を示す。



## 6.6.2. 事後アセスメント

### (1) 予防給付の場合

予防給付では、プログラムの提供が予定されている期間の後に、事前アセスメント同様、理学療法士などによる評価、体力測定、健康関連 QOL 測定をおこない、目標の達成と客観的な運動器の機能向上の状態を評価する。

## (2) 地域支援事業(特定高齢者施策)の場合

地域支援事業（特定高齢者施策）では、痛みや身体アライメントなど医学的側面からの評価、体力測定、健康関連 QOL 測定により、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アセスメントを行う。

### 6.7 . 地域包括支援センターへの報告

予防給付・地域支援事業ともに事前アセスメント、事後アセスメントの結果を集計し、目標の達成、客観的な運動器の機能の変化、主観的健康観、健康関連 QOL の変化等を報告する。

#### 運動器の機能向上プログラム報告書(例)

氏名	○田 ○子		評価者名	○田 ○男	
要介護度	要支援		・ 要支援2 ]		
介護予防ケアプランの目標(ニーズ) 友人と散歩を楽しむ。					
達成状況 歩行能力は高まってきたが、まだ楽しめるレベルには達していない。					
プログラムの目標 歩行能力を向上をはかる。					
達成状況 △ 15分程度の歩行は可能であるが、階段昇降にやや困難を認める。					
達成状況	到達目標		コメント		
1ヶ月目 ○	歩行能力を高めるための運動に必要な基本動作が自立して行える。				
2ヶ月目 ○	家の近所の散歩が楽にできる。				
3ヶ月目 △	30分程度の散歩ができる。階段1階分を楽に昇降できる。		15分程度の歩行は可能であるが、階段昇降にやや困難を認める。		
項目	開始前	平成21年01月01日	終了後	平成21年03月31日	改善・維持
運動器疾患予防のための評価					
VAS	78	mm	53	mm	○
包括的アセスメントを 最終版で挿入予定				点	○
				点	○
体力測定					
握力	1.( 20 kg) 2.( 19 kg)	右・左	1.( 30 kg) 2.( 28 kg)	右・左	○
開眼片足立ち	1.( 11.0 秒) 2.( 12.0 秒)	右・左	1.( 7.0 秒) 2.( 8.0 秒)	右・左	×
TUG	1.( 10.2 秒) 2.( 10.0 秒)		1.( 8.4 秒) 2.( 8.0 秒)		○
5m通常歩行時間	1.( 7.0 秒) 【補助具使用(有・無)		1.( 5.6 秒) 【補助具使用(有・無)		○
5m最大歩行時間	1.( 5.4 秒) 【補助具使用(有・無)		1.( 3.7 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				○

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

コメント: 運動器の機能向上プログラムによって客観的な効果が認められる。ケアプランの目標には達していないが、このプログラムをもう1期継続することにより所期の目標を達成できると考えられる。具体的な、地域での継続のイメージをつけるために、インフォーマルサービスの紹介などを、次回のケアプラン作成の際に検討して欲しい。本人は、歌が好きな様子である。

## 7. 骨折予防及び膝痛・腰痛対策のための運動器の機能向上プログラム

### (最終版で加筆、修正予定)

骨折予防及び膝痛・腰痛対策のためには、前述の運動に加えて、以下のような運動を追加することを検討する。

#### 7.1. エビデンス

膝痛・腰痛予防については、複数の無作為化比較対照試験によって運動器の機能向上プログラムが、二次・三次予防効果があることが示されている (Manninen P et al, 2001、Deyle GD et al, 2000、Ettinger WH Jr et al, 1997)。また、有害事象はきわめて少ないとされている。また、前述のアメリカのガイドライン、イギリスのガイドラインともに、運動器の機能向上プログラムの有用性を示唆している。

骨折予防については、Karlsson ら (2002) が 120 編の論文を検討して、70%以上の報告で運動が有用とされていること、平均 2.4%の骨量増加を認め、骨折は 40%以上減少したと結論付けている。一方、Wolff らは 1999 年に最近 30 年間の 25 の RCT 報告から、閉経後女性の運動効果は腰椎・大腿骨では 1%以下で骨量増加にはつながらないが、運動は機能維持には効果があるとしている。Obuchi (2000) は、衝撃運動では効果がみられ、一般的な運動では効果がみられないことから、これまでの研究における運動の種類・強度の分類が不十分であることを指摘している。我が国のガイドラインでも衝撃運動は骨量増加効果があるとしている (伊木ら, 2006)。

これらを総合すると、運動の種類によっては (衝撃運動) は骨密度の増加に対する効果が期待され、また一般的な運動器の機能向上プログラムは骨折予防に対する効果があるといえる。

#### 7.2. スクリーニング

本サービス等の適応外となる疾患、状態については生活機能検査によって医師により、除外されることになる。

一方、本サービスでは、急性の痛みと慢性の痛みを分別する。急性の痛みを持つものは運動器の機能向上プログラムの対象外となる。具体的には 3 ヶ月以内に発症した痛みを持つものは、原則的に対象から除外し、医療機関への受診をすすめるか、医学的ケアの可能な介護予防通所リハビリテーション等での実施を想定する。

#### 7.3. 医療機関の役割

要支援・要介護状態になることを防ぐためには、生活機能の低下が認められる前から積極的に介護予防のプログラムを実施することが必要である。要支援・要介護状態となる主な原因の一つとして関節疾患など運動器疾患によるものがある。これらの運動器疾患は痛み等を伴うことが多く、移動能力の低下、意欲の低下、閉じこもりなど身体的精神的活動の低下を来しやすい。こうした活動の低下状態が継続することにより、徐々に生活機能全般の低下をもたらして介護を要する状態に至ると考えられる。

高齢者の運動器疾患には、早期診断とともに年齢を考慮した根拠のある治療が適切に行われることが必要であり、これらの発症・重症化を予防する具体的な対策としては、適切な運動器の機能向上プログラムの実施が有効である。

高齢者に対する運動器の機能向上プログラムの実践において大切な要件は、安全・有効・楽しいこと

である。健康増進のために行った運動に起因した事故の発生や疾患の発症は望ましいことではないことから、高齢者の身体的特性を考慮して適切な運動を提案することが必要である。

これらのことから、適切な運動器疾患の予防を目的とした運動器の機能向上プログラムの実施には、医療との連携は必須となる。主治医においては健診等において対象の特定高齢者を決定する生活機能評価を行うと共に、健診だけでなく日常診療のなかで患者が介護予防を必要とすると判断されれば、その対象者の情報を市町村等にすみやかに提供することが必要である。さらに、骨折予防、膝痛、腰痛対策のための筋力維持・強化の視点から、主治医から積極的に運動器の機能向上プログラムへの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、主治医から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。

## 7.4. アセスメント 参照<資料5.>

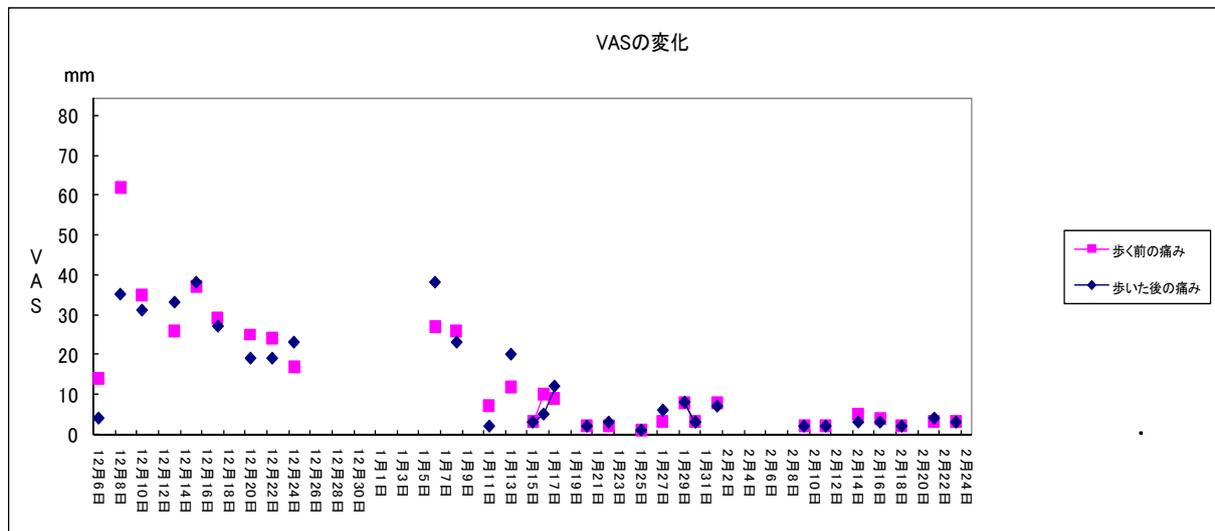
### (1) 痛みのアセスメント

痛みのアセスメントについては、部位、痛んでいる期間、その重症度を評価する。重症度の評価には、ビジュアルアナログスケール (Visual Analogue Scale、VAS) を用いると良い。これは、白紙に 100mm の線を引き、その左を全く痛くない状態、その右をこれまで想像できる最高の痛みとしたときの、現在の感じる痛みを、線を引き示す方法である。対象者に線を引きさせた後、測定者が定規を用いて、左から何ミリメートルの所に線を引いたのかを記録する。その他に痛みを顔の表情で表す、フェイススケールなどがあるが VAS の方が数値として示すことができ後に分析しやすい。この VAS は膝、腰など痛む部位毎に、アセスメントを行う。

#### 【VAS の例】



この VAS は継続的に記録することによって、対象者の主観的痛みの変化を把握するのに役立つ。下図は歩行運動の例である。プログラム実施前、実施後に VAS を測定し記録すると痛みの緩解、増悪がわかりやすい。



また、運動を始めてから、痛みが出現するまでの時間(T1)、痛みで運動ができなくなるまでの時間(T2)、痛みを緩和させる努力をしてからもとの状態に戻るまでの時間(T3)などを聴取し、痛みの重症度を判断する。痛みが出現するまでの時間が短い場合や、痛みを緩和させる努力をしてから、もとの状態に戻るまでの時間が長い場合(概ね30分程度)には、個別に運動の種類、回数、負荷に制限を加える。

状態	判断	対処
T1=0(分) あるいは T2=0(分)	反応性の高い痛み	安静、冷却、圧迫、挙上
T1≠0(分) かつ T2≠0(分)、T3>30(分)	亜急性期の痛み	内容、負荷量、頻度を制限
T1≠0(分) かつ T2なし、T3<30(分)	慢性期の痛み	通常の運動の適応

さらに、痛みに基づく運動前後の関節可動域の変化で、痛みをアセスメントすることができる。

P1 痛みが始まる角度

P2 痛みでそれ以上動かせなくなる角度

※肩関節では、上肢挙上によっていったん引き起こされた痛みが、ある角度を超えると減少することがあるが(painful arc)、その場合であっても、痛みが始まる角度をP1とする。

一般的に関節可動域という痛みでそれ以上動かせなくなる角度(P2)をさすが、この測定は炎症を悪化する危険がある。そこで、運動器の機能向上プログラムでは、関節の痛みが始まる角度(P1)に注目する。一定の運動器の機能向上プログラムを実施した後に、痛みのある関節のP1が狭まれば、運動の種類が不適であったり、負荷量が大きすぎたりしていると判断することができる。一方、P1が広がる場合には、種類・負荷量は適当であると判断することができる。

## (2) 包括的なアセスメント

## 7.5. プログラム

### (1) 膝痛予防

#### ① 運動に慣れるためのエクササイズ（以降のいずれのトレーニングの前に行う必須項目である）

膝関節を緩やかに動かすことによって、関節液の循環をはかる。

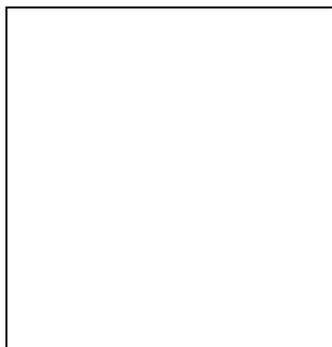
#### 【足踏み】



※椅子の上で、足踏み運動をリズムカルに繰り返す。足を高く上げることが目的ではない、膝関節が緩やかに動くイメージで行う。高く上げすぎたり、繰り返し回数が多すぎたりすると腰痛を引き起こすことがあるので注意する。

目標：片足 10 回から 20 回を 1 施行として、2 施行程度を目安とする。

#### 【膝関節の屈曲伸展】



※椅子に座った状態で、膝関節を 90 度屈曲位から 45 度屈曲位程度の範囲で、リズムカルに屈伸を繰り返す。足踏み同様、関節液の循環をはかることが目的である。大きく動かしたり、力強く行ったりする必要は無い。

#### ② ハムストリングスと、下腿三頭筋ストレッチ

膝痛を持つものでは、ハムストリングスや大腿三頭筋など、下肢の背面の筋肉の短縮を認める場合が多い。ストレッチによって下肢背面の筋肉の柔軟性を増す。※椅子に座った状態や、床に座った状態で膝を伸ばし、背筋を伸ばしたまま、体を曲げる。〈運動プログラムストレッチング参照〉

目標：20 秒程度じっくりと伸ばし、20 秒程度休むを 1 施行として 3 施行程度。

### ③ 腸腰筋のストレッチ

下肢後面の筋肉同様、腸腰筋の短縮もよく見られる。ストレッチングによって柔軟性を増す。



※仰向けに寝た状態で、一側の下肢を胸に寄せるようにする。このとき反対側の腸腰筋が伸張される。  
目標：20秒程度じっくりと伸ばし、20秒程度休むを1施行として3施行程度。

### ④ 大腿四頭筋の筋力向上訓練(低負荷プログラム)

大腿四頭筋の筋力向上を行う、もっとも低負荷の運動である。タオルを下に押し下げる事をイメージしながら膝を伸ばすことによって、大腿四頭筋の張力が生じる。筋肉の硬直や膝蓋骨の挙上によって確認できる。



※膝下にタオルなどを丸めて入れ(野球ボール大の柔らかいゴムボールでも良い、また大腿四頭筋の緊張が感じられるのであれば、何も使用しなくても良い)、下に押しつける。慣れてきたら、写真右の様に足首を背屈させながら押す。

目標：10数えてリラックスを1施行とし、1セット10施行で2セット程度行う。

### ⑤ 大腿四頭筋の筋力向上訓練(中負荷プログラム)

4分の1スクワットは、大腿四頭筋の筋力向上をはかる中程度の負荷の運動である。膝を深く曲げることは、大腿骨と膝蓋骨面の圧力を増加させ痛みを発生しやすい。また、大腿骨、脛骨の後方部分の関節面に高い負荷を与えるため望ましくない。膝関節を30度屈曲する程度のスクワットを行う。



※膝蓋骨部に痛みが生じないことを確認して、屈曲4カウント、伸展4カウント程度で、ゆっくりと行う。バランスが悪い場合には、手すりや椅子などにつかまり、転倒しないように注意する。

目標：屈曲、伸展を10回を1セットとし、2セット程度行う。

## (2) 腰痛予防

### ① 背筋の筋力向上(ウォールストレッチ)

腰痛を持つものでは、円背を呈しているものが多い、背筋の筋力を向上させ、良姿勢を作る。



※椅子に座った状態で、上肢を挙上し（肩関節外転・凱旋90度程度）、背中を反らすようにする。  
目標：しっかりと背中を伸ばした状態で10カウント保持しリラックスする。これを1施行とし3施行程度

### ② 腹筋の強化

腰痛を持つものでは、背部の筋肉とともに腹部の筋力の低下がみられる。腹部の筋力強化は腹圧を高め腰痛を予防する。



※背臥位で、膝を45度程度立て、膝に手を滑らすようにしながら、頭を持ち上げる。大きく動かす必要は無い。肩甲骨が持ち上がる程度で十分である。

### ③ 座位姿勢の改善

日常生活の不良姿勢が腰痛を引き起こす原因となる。良姿勢を意識し日常生活に活かす。



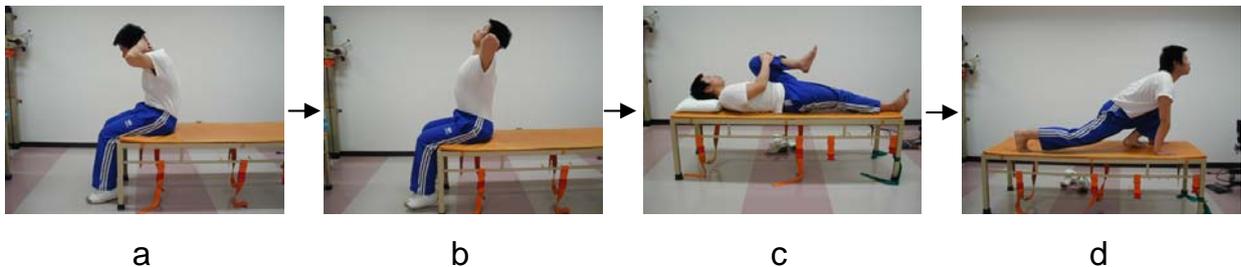
※姿勢を悪くした場合と背筋を伸ばした場合の中間位で、腹筋に自然に力が入る位置を探す。この姿勢を保持する。

#### ④ 中間位を保ったままの運動(お尻歩き)



※中間位を保ったまま、お尻を交互に使うって椅子を前後に移動する。5 往復。椅子から落ちることが無いよう、安定した椅子を用い、安全な範囲で行う。

#### ⑤ 腰背筋と下肢のストレッチ



※座った姿勢で、腰の力を抜いて、前屈して、腰を伸ばす。つぎに、体重を腰の後ろにかけて、その姿勢を維持する。そこで、床に寝て、前屈方向への片足ずつのストレッチから、後屈方向にも片足ずつのストレッチを行う。

目標：各姿勢5秒間×10回

#### ⑥ 背筋の強化



※背筋が弱くなると、腰も曲がりやすくなる。おなかの下に枕を入れて、上体を起こしてあごを挙げる姿勢を維持する。これが出来ないときには、四つ這い（あるいは立って机に手をおいてもよい）で、片足ずつできるだけ後ろに挙げる。

目標：姿勢をとったところで5秒保持×10～20回

## (1) 骨折予防(大腿骨頭部の荷重に基づく衝撃運動の例)

骨量増加のためには、衝撃運動を加えることが効果的である。しかし、急激に衝撃を加えることは組織の損傷を招く恐れもある。そこで、負荷の量を制御しながら行う。人工関節や人工骨頭などが挿入されている場合には、この運動で障害が起こることは考えにくいですが、かかりつけの整形外科医の意見を基に実施する。

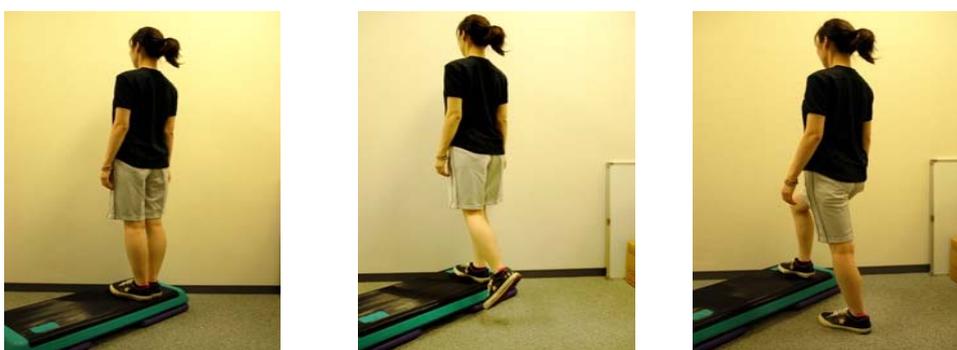
※通常の運動器の機能向上に加えることを検討する

### ① 踵おとし(体重と同程度の負荷による衝撃運動)



※踵をたかくあげて、膝を伸ばしながら打ち下ろす。50回。

### ② 膝を伸ばした階段おり(体重の1.5倍程度の負荷による衝撃運動)



※階段昇降でバランスを崩す場合には、手すりを用いて行う。

※膝を伸ばした状態で、踵から着地する。リズムカルに行うことで衝撃運動となる。片足50回。

## 8. 運動器の機能向上プログラム

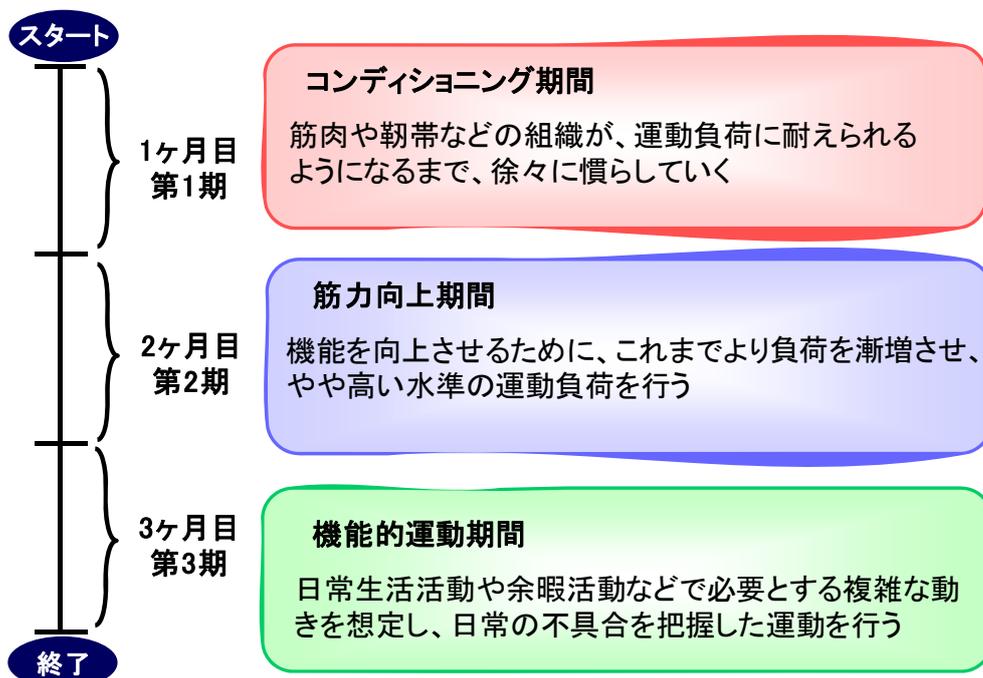
### (1) 運動の進め方

要支援者や特定高齢者に運動をする場合には、十分に準備運動を行うとともに、運動負荷を段階的に高めていくコンディショニング期間\*を設けることが安全に進める上で重要となる。また、運動器の機能を向上させるためには、コンディショニング期間の後に負荷を漸増させ、これまでの水準よりやや高い水準の運動負荷を行い、最終的には対象者のニーズを反映させた、機能的な運動\*\*へと段階的にその内容を高めることが必要となる。

一般的には、概ね1ヶ月間の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）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。

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

\*\*：機能的な運動：動作は、一つ一つの運動が複合的に利用されることによってなされる。本サービス等開始期には、単純な運動を用いた反復運動が多く使われるが、単純な運動の能力の向上が、必ずしも生活機能向上につながるわけではない。機能的運動とは、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、生活機能の向上をはかるためには必須の運動となる。



### (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。運動器の機能向上を図るためには、週2回以上のプログラム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するなどの工夫が必要である。

### (3) 運動強度

筋力向上を目的とした場合は、一般的には最大筋力の6割以上の負荷を用いて運動する必要があるとされているが、運動開始当初から高い強度の運動を行うと受傷の危険が増大するため、最初の1ヶ月間は負荷を低く設定し、十分な準備期間を経た後にプログラムの進行に合わせて運動強度を増す。強度を把握する一つに、目標とする反復回数の最後の2～3回の疲労感を主観的に評価する方法があるが、従事者は利用者の主観的な疲労感の評価に加えて、運動を継続しているとき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運動強度を決定する。

	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×2セット

### (4) 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。

	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、仰臥位で静的、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、仰臥位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。

#### ① 予防給付の場合【1回の時間配分例】

運動		
<b>ウォーミングアップ</b> ストレッチング バランス運動 <b>30分</b>	<b>主運動</b> 機能的運動、筋力向上運動 <b>50分</b>	<b>クーリングダウン</b> ストレッチング リラクゼーション <b>10分</b>

【1回のプログラム例】

	種 目	体力要素	所要時間
ウォーミングアップ	ストレッチング	柔軟性	30分
主運動 (時期によって選択)	バランス運動	平衡性	50分
	コンディショニング運動*	筋力、筋持久力	
	( * 筋肉や靭帯などの組織が、運動負荷に耐えられるようにする運動)	生活機能	
	筋力向上運動		
	機能的運動		
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
	( ** 全身の緊張をほぐす運動)		

② 介護予防特定高齢者施策の場合【1回の時間配分例】

学習時間	運動			学習時間
10分	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

【1回のプログラム例】

	種 目	要素	所要時間
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	柔軟性	20分
	バランス運動	平衡性	
主運動 (時期によって選択)	コンディショニング運動	筋力、筋持久力	40分
	筋力向上運動	生活機能	
	機能的運動		
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

地域支援事業（特定高齢者施策）と予防給付のサービスとの違いは、1日のプログラムの中に学習時間が挿入されているかどうかにある。介護予防特定高齢者施策の対象者は、プログラム終了後に地域での自立した健康増進活動の継続が望まれる。したがって、プログラムを提供する時間ももちろん重要であるが、むしろ家にいるとき、あるいは地域活動等といった生活場面に、いかに運動を取り入れるかが重要である。学習時間は、このような行動を定着させ習慣化するための時間として位置付けられる。

(5) 運動プログラム事例(例:機能的運動期)

内 容	留意点など
<p>●バイタルサインの確認 (血圧、心拍数等)</p>	<p>体調、睡眠、痛み、疲労感などを確認する</p>
<p style="text-align: center;">《ウォーミングアップ》</p> <p>◆ストレッチング *床に降りるのが困難な利用者には、椅子を使用して行う</p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> <p>①首</p>  </div> <div style="width: 33%;"> <p>②首まわし</p>  </div> <div style="width: 33%;"> <p>③肩上げ下ろし</p>  </div> <div style="width: 33%;"> <p>④肩まわし</p>  </div> <div style="width: 33%;"> <p>⑤手上げ下ろし</p>  </div> <div style="width: 33%;"> <p>⑥側屈</p>  </div> <div style="width: 33%;"> <p>⑦手指-上肢</p>  </div> <div style="width: 33%;"> <p>⑧胸</p>  </div> <div style="width: 33%;"> <p>⑨背中</p>  </div> <div style="width: 33%;"> <p>⑩股関節 (内外旋)</p>  </div> <div style="width: 33%;"> <p>⑪でん部</p>  </div> <div style="width: 33%;"> <p>⑫ハムストリングス</p>  </div> <div style="width: 33%;"> <p>⑬内もも</p>  </div> </div>	<p>①呼吸に合わせてながら、ストレッチしている部位を意識する</p> <p>②肩を上げ、前半分だけ回す (後には回さない)</p> <p>③下ろすときはゆっくり</p> <p>④引き上げてから後ろに回す</p> <p>⑤肩甲骨の動きを意識し、手を上げる際は肩の痛みのない範囲で行う</p> <p>⑥手のひらで天井を押すイメージで行う</p> <p>⑦上肢帯の循環向上を兼ねて、リズムカルに行う</p> <p>⑧手のひらを上に向けて、肩甲骨を寄せる</p> <p>⑨背中全体を丸くする *⑨～⑩姿勢変換 床座位→横臥位→仰臥位へと手順を踏む</p> <p>⑩おへそを上に向けたままで、リズムカルに行う *⑪～⑫は連続して行う</p> <p>⑪膝の全面を抱えても可</p> <p>⑫膝をうまく伸ばせない場合はタオルを使う。足首を背屈させると伸張の度合いが増す</p> <p>⑬腰が浮かないように</p>

⑭股関節（屈曲-伸展）



⑮太もも



（上から見た図）



⑭伸張時に腰が反らないように気をつける

⑮肩-腰-膝が一直線になるように行う  
\* ⑭～⑮は連続して行う

⑯胸を斜め前方に向ける

⑯体幹（回旋）



⑰足首（内-外まわし）



\* 姿勢変換  
床座位→立位（椅子などにつかまり、転倒に注意する）

⑱ふくらはぎ



⑲アキレス腱



⑱つま先を正面に向け、かかとを床につける

⑲後ろ側の足に体重をかけ、両膝を曲げる

\* 水分補給（必須！）

⑳椅子に腰掛け深呼吸を2～3回

◆椅子を使用したストレッチング

①でん部



②ハムストリングス



③内もも



④太もも



①椅子に深く座り、骨盤が後傾しないように

②椅子に浅く座り、股関節から曲げる

③背中が丸くならないように上体を倒す

④お尻を半分椅子から出し、腰を反らない

⑤ふくらはぎ



⑥アキレス腱



⑤つま先をすねに近づける

⑥手前に引いた足に体重をかけ、上体を前に倒す

《バランス・機能的運動》

参加者の身体機能や目標をする生活動作に応じた運動を実施する

重心の移動



筋力が向上し、重心が安定してきたら



ひざ曲げ歩き



不安定マット



台昇降

膝を曲げて荷重する時は痛みが無いことと、過度な膝の内反・外反が無いを確認する

不安定マット等を使用する時は、特性を説明するとともに、壁につかまるなど転倒に注意する

大腿四頭筋の遠心性収縮となる「降り動作」は難易度が高くなることから「膝折れ」等に注意する

\* 水分補給

《筋力向上運動》

①スクワット（大腿四頭筋、ハムストリングス、大殿筋）



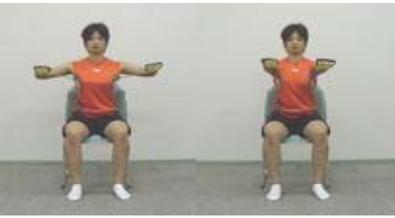
②チューブ膝伸ばし（大腿四頭筋）



各種目 4 カウント-4 カウントで 1 回の動作を行い、呼吸も動作に合わせる  
立位種目は、腹圧を高めて体幹を安定させた状態で行う  
主に力を入れる部位を一つ一つ確認しながら進める

①股-膝関節の屈曲の程度と動的アライメント、スムーズな前方への重心移動を確認する

②チューブは何種類かの強度を用意しておく  
チューブの張り具合で強度調節も可能である  
膝伸展時に内側広筋を収縮させる

<p>③つま先立ち(腓腹筋)</p> 	<p>④かかと立ち(前脛骨筋)</p> 	<p>立位で行う種目は転倒に注意する          ③拇指球にしっかり荷重する          ④腰を引かないように左右交互に行っても可</p> <p>*水分はのどが乾く前に補給する</p>
<p>⑤おへそのぞき(腹直筋)</p> 	<p>⑥ブリッジ(大殿筋)</p> 	
<p>⑦横向き足上げ(中殿筋)</p> 	<p>⑧ボートこぎ(広背筋)</p> 	<p>⑦側臥位は下の膝を曲げるなどして支持面を広くとり、身体を安定させる。股関節をやや外転位にしてかかとから上げ下ろしする          ⑧チューブは足に一巻きして、外れないようにする</p>
<p>⑨胸の運動(大胸筋)</p> 	<p>⑩腕の巻上げ(上腕二頭筋)</p> 	
<p>⑪片手伸ばし(三角筋)</p> 	<p>肩外旋など小さい筋群の運動も検討する</p> <p>*水分補給</p>	
<p>●バイタルサインの確認(血圧、心拍数)</p>		<p>しばらく安静にし、参加者の状態を観察する</p>

## (6) 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、体力水準、痛み、バランス能力、姿勢を評価し、集団の運動であっても、種目、頻度、回数、負荷量などを考慮し個別に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、健康関連 QOL が低いような場合には、高齢期の身体機能の変化に適応できていない利用者と判断し、精神的なサポートを行い、本サービス等を通じて、自分の身体機能の変化を正しく認識できるように環境を整える。

## 9. 介護予防一般高齢者施策

地域支援事業の介護予防一般高齢者施策では、予防給付、介護予防特定高齢者施策と違った観点が求められる。予防給付、介護予防特定高齢者施策では、対象者の運動器の機能が向上することでのQOL向上を目指したが、介護予防一般高齢者施策では、運動器の機能向上の効用を理解することによってQOLを高めることに置く。そのための方法は、さまざま考えられるが、ひとつの重要な観点には、高齢者をサービスの受給者として見るのではなく、サービスの提供者として位置付ける、逆転の発想があろう。これは、一般高齢者がサービスを提供することによって、自身の運動器の機能向上にも関心を持ち、かつ地域での新たな役割づくりにもつながる。一般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には、自身の努力が社会に還元される仕組みが必要であろう。具体例は、後述するが、これにとらわれることなく、地域独自の発想で、できるだけ地域住民の力を活用した運動器の向上に資するサービスを創造することが期待される。

### (1) 目的

地域支援事業の介護予防一般高齢者施策によって、運動器の機能向上プログラムの効果を広く周知することを目的とする。地域の中で、運動器の機能向上プログラムにより、要介護状態を予防することができることをよく理解されなくては、介護予防特定高齢者施策、介護予防一般高齢者施策、予防給付ともに質のよいプログラムを提供したとしても、閉じこもりがちな高齢者が事業に参加することにはつながらない。

### (2) 実施方法

想定される実施形態を列挙する。

地域の特性を生かし、住民からのさまざまな提案を受け入れるようにする。ここで必要な視点は、高齢者をプログラムの受給者としてのみ捉えるのではなく、プログラムの提供者として捉えるようにし、高齢者自身が実施できない部分を補いながら、一般高齢者の地域におけるあらたな役割を事業を通して構築するように配慮することである。

- ① 簡単な運動器の機能向上の体験プログラムを作成し、生活圏域単位で実施する。このとき、市町村、事業者が主体となった運営だけではなく、地区の高齢者を運営に積極的に関与させ、高齢者による高齢者のためのプログラムであることを認識させるとよい。
- ② 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、生活圏域単位で設置する。市町村、事業所は、要請に応じて指導者を派遣するなど、介護予防・運動器の機能向上の普及啓発に資する活動について積極的に支援する。とくに継続的な運営ができるように、連絡調整、広報など、運営協議会どうしの連携に配慮する。
- ③ 体力測定会を、生活圏域単位で実施する。これにより運動器の機能向上の必要性を認識させる。同時に、プログラムを簡単に紹介することによって、運動器の機能向上の能動的な取り組みへの準備状態を高める。また、プログラムを利用したものの協力を得るなどして、運動器の機能向上の効果を実感として理解できるように工夫する。
- 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、運動器の機能向上をはじめ介護予防に資する活動を抽出し、一定の教育を行った後に、地域資源マップとしてまとめ、広く住民に配布する。このとき、いつ、どこで、内容、費用はどれくらいかかるのかなどを一覧の形で整理し、

思いついたときにすぐに連絡が取れるように配慮する。また、これによりサークル等の活動に新規に加わるものが出た場合には、市町村や事業所に報告する形として、実績に応じた褒章を与える。

- ⑤ 運動器の機能向上に資するサークル等の活動を、公募、表彰、周知する。本サービス等の趣旨を説明し、地域の特徴を生かした活動の形態を公募し、優秀なものについては、褒章を与え、広く地域に普及するように広報に努める。
- ⑥ 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。

【数値目標例】

- 握力 男性 29kg 以上、女性 19kg 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
  - 一日 6,000 歩など
- ⑦ 介護予防特定高齢者施策で実施する事業の協力者を募り、本サービス等の推進員として組織化する。

## 10. 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、1) 対象者が自発的に参加し、2) 意欲的に運動を実施した上で、3) 終了後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を送ることが重要となる。そのためには、対象者の意識に働きかけることが必要となる。

### 10.1. 筋機能の向上に関する高齢者の興味や関心は多様である

運動器の機能向上を必要とする要支援者及び虚弱高齢者（特定高齢者を含む）は、運動器の機能向上の必要性を必ずしも理解しているとはいえない。介護予防に関する高齢者の関心や意識は様々であり、例えば運動に関していえば下表のようになっている。地域在住高齢者の意識調査\*によれば、回答者の約3分の1は運動することに全く興味が無く、関心はあるけれどもやっていない人も含めると、半数近くが運動に対する関心が低いといえる。どんなに効果的なプログラムであっても、興味・関心を持たないものが参加することは希である。本サービス等の計画策定においては、「本サービス等を選択する確率」を算定してサービス必要量を推計するが（本マニュアルp.12参照）、「本サービス等を選択しない人々」の興味・関心を高めるためにどのような働きかけを行うのかということを検討することも、事業者の立場として必要な作業である。また、本サービス等に参加した対象者が、途中で脱落しないようにすることも、大切である。

運動行動の変容ステージと日本人高齢者に占める割合

前熟考期	31.7%	近い将来（6ヶ月以内）には運動する意図がない段階
熟考期	15.6%	近い将来（6ヶ月以内）には運動する意図はあるが、実際には運動をしていない段階
準備期	26.8%	望ましい水準ではないが、自分なり（不定期）に運動している段階
実行期	3.3%	健康への恩恵を得る望ましい水準で運動しているが、始めてからまだ間もない（6ヶ月以内の）段階
維持期	22.6%	望ましい水準での運動を、長期（6ヶ月以上）にわたって継続している段階

\* 下光輝一、中村好男、岡浩一郎，2006

### 10.2. 本サービス等に関心を持たない人への働きかけ

本サービス等に全く関心のない段階の人に対しては、まずは興味関心を持ってもらうような情報提供が必要である。ところが、運動に無関心な人は、運動することについて考えたり、話したり、関連情報を収集したり、読んだりすることを避ける傾向がある。従って、この段階にあるものを一足飛びに本サービス等に参加することに目標を置くと拒否を示すことが考えられる。運動することへの必要性を認識させるのは、地域包括支援センターの役割であるが、特定高齢者把握事業にて把握した対象者への声かけや要支援認定者へのプラン提供に際して、運動することの必要性を実感させ、身体を動かすことへの関心を高めることができれば、本サービス等に参加しなかったとしても一歩前進したと考えるべきである。本サービス等の参加者に対して例示される具体的な生活課題（p.24参照）を提示して、「どのような状態で生活することを望むのか」ということを意識させることで、身体を動かすことへの関心を高めることに役立つ。

このように興味・関心を抱くようになったら、次に、本サービス等への参加・継続を促すことになる

が、その段階では、「きっかけ作り」が重要である。この段階の人は、運動することによって得られる利益よりも不利益を強く感じている場合が多いので、具体的な運動の種目を提示して、「これならできそう」という種目を自己選択させ、まずは身体を動かす体験をしてもらうことが望ましい。「きっかけ作り」においては、参加したいと興味を持てるプログラムであることが重要であり、マシン利用が好ましい人か、それ以外のものが好ましい人か、もしくは運動とアクティビティ関連の楽しめるものと融合したプログラムを好む人など、対象者の興味に応じたプラン提供が望まれる。

### 10.3. 本サービス等に初めて参加した人への働きかけ

「きっかけ」から「参加」に至った対象者には、個別プログラムにて支援内容を設定し、途中での脱落をしないよう支援していくこととなる。その際、運動する目的は、あくまでも「生活機能向上」「生活の質の向上」であって運動機能を向上させることが目標ではないということを理解する。また、支援に当たっては、導入期、実行期、維持期と段階をわけて支援計画を作成し、段階に応じた支援内容を考える。導入の段階では運動を続けていくことができるように、負荷の程度を軽くし無理の無い運動を行う等特に注意を要する。

本サービス等に参加してからまだ間もない段階の人に対しては、プログラム終了しても継続していけるという状況を作ることが肝要である。一人でも継続できる方法論の提供、天気によらず、やる気を継続できる方法、運動が習慣化できるような内容について、普段のプログラムの中で継続的に指導をすることが望まれる。プログラムのない日に自宅等で実施した運動記録を宿題として課して、それをプログラム時に持参してもらって評価（誉める）ことも有効である。宿題の内容は個人の「困っていること」が改善として実感できるような内容にし、やることで良くなるという体験ができるようにすると良い。インフォーマルなサークル活動、自主グループ化、老人センター等の活用をプログラム終了後の継続先として、あらかじめプラン内で設定しておくことで、円滑な移行が可能となる。

プログラムから脱落せずに継続することや、介護予防特定高齢者施策の課題である「自宅での運動」あるいは「プログラム終了後の自立した健康増進活動」に継続して取り組めるようにするためには、それらを阻害するような状況でも、参加や活動実践ができるという確信（以下、「セルフ・エフィカシー」）を高めることに着目することが大切である。例えば、あまり気乗りがしない、（無理だというほどではないが）身体の調子が優れない、といった様々な障害に直面したときに、それをうまく乗り越えて、臨機応変に対応していくための技法を身につけることが、役立つと考えられている。セルフ・エフィカシーが高まるためには、①成功体験を持つ、②他人の行動を観察する、③言葉によって説得する（ほめられる）、④身体や心の反応に気づく、という4つの情報源が重要であることが示唆されている。

運動プログラムの中で、対象者が効果的に成功体験を持つことができるようにするためには、①上手に目標を立てる（目標設定）、②行動記録をつける（セルフ・モニタリング）、③自分をほめる（自己強化）といった技法を身につけさせることが有効である。以下はこれらの技法を獲得させる際に利用する教材の例である。

【目標設定、セルフ・モニタリング、自己強化の例】

**「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	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
-----	---------	-------	-----------	--------

\* 大淵修一、竹本朋代, 2005

**「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
-----------	---------	-------	-----------	------------

このような教材をうまく利用しながら支援する際のポイントは次のようになる。

(1) 目標設定

対象者が設定した具体的な生活課題や身体行動能力 (p. 24 参照) を達成するために、具体的にどのようにするかを取り決める技法。「バス停まで杖歩行 10 分で行くことができるようになる」といった目標を立てさせることは前提であるが、そのために何をやるかといったできるだけ身近で具体的な行動の目標 (いつ、どこで、なにを、だれと、どのくらい) を、自分自身で設定できるように支援することが肝要である。

(2) セルフ・モニタリング

自分自身の行動を記録することによって、その行動や態度に対する具体的な気づきをもたらす技法。例えば、本サービス等を受けて指導者から誉められたことを日記に書く、自宅で運動を行うたびにカレンダーに記録をする、といったものであり、記録するという行為自体が励みとなって、本サービス等の参加継続や自主的な運動継続への動機づけが高まる場合もある。

(3) 自己強化

目標を設定し、その目標が達成できた場合に自分で自分をほめることができる技法。例えば、前述の教材を使った場合に、週間あるいは月間の目標が達成できたらご褒美として欲しかったものを買うなどは、運動を継続していく上で有効な手段だと考えられている。

#### 10.4. 継続的あるいは自主的に参加・実践できている人への働きかけ

本サービス等に適応して自主的に継続している段階の人は、そのまま継続できるように支援することが要点となる。この段階の人は、日常生活での大きな出来事(配偶者の病気や死去、家族の転居など)がなければ、放任しておいても脱落することはないが、何らかの大きな出来事に直面したことを契機に、介護予防の習慣を失ってしまう可能性もある。そのような生活上の大きな変化への対処法についてあらかじめ想起して準備しておくこと、あるいは、特定高齢者施策の参加者の場合には、自立した健康増進活動の継続に関してより高い目標を立て、それを実行することによって達成感や楽しみを感じるようにしておくことで、継続の意欲を強めることにもつながる。

#### 10.5. 対象者の自発的な運動継続意欲と自立した日常活動を支えるための工夫

本サービス等において大切なのは、「治す」という視点ではなく、対象者の自分らしい生活を送ることを「支える」という視点である。したがって、本サービス等によって運動器の機能が向上することは必要条件ではあるが、十分条件ではない。対象者自身の生活の中に運動を取り入れるなどの自発的な意欲によって、活動的な日常生活を送れるように促すことが必要となる。具体的には、

- 運動プログラム実施時以外の日常生活をいかに活動的に過ごすか
- 日常生活の中に運動を「どのように」取り入れていくか

というところまで踏み込んだ支援を行うことが望まれる。「日常生活への意識付け」を常に念頭におきながら、支援の量を徐々に少なくしていくことができれば、運動器の機能向上プログラムの真の目標が達成できる。

## 11. 引用文献

Buchner DM et al. : The effect of strength and endurance training on gait, balance, fall risk, and health services use in community-living older adults. *J Gerontol A* 52:M218-224, 1997

Chou R et al. : Diagnosis and treatment of low back pain. A joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and American Pain Society: *Ann Intern Med* 147:478-491, 2007

Cochrane T et al. : Randomized controlled trial of the cost-effectiveness of water-based therapy for lower limb osteoarthritis. *Health Technol Assess* 9(31)iii-iv, ix-xi: 1-114, 2005

Deyle GD, Henderson NE, Matekel RL et al. : Effectiveness of manual physical therapy and exercise in osteoarthritis of the knee. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 132(3) : 173-181, 2000

Ettinger WH Jr, Burns R, Messier SP et al. : A randomized trial comparing aerobic exercise and resistance exercise with a health education program in older adults with knee osteoarthritis. The Fitness Arthritis and Seniors Trial (FAST). *JAMA* 277(1) : 25-31, 1997

Fiatarone MA et al. : High-intensity strength training in nonagenarians. *JAMA* 263: 3029-3034, 1990

Fiatarone MA et al. : Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *N Engl J Med* 330: 1769-1775, 1994

Gillespie LD, Gillespie WJ, et al: Interventions for preventing falls in elderly people (Cochrane Review). *Cochrane Library* 4, 2001

Hopman-Rock M, Westhoff MH : The effects of a health educational and exercise program for older adults with osteoarthritis for the hip or knee. *J Rheumatol.* 27(8) : 1947-1954, 2000

Jette AM et al. : A home-based exercise program for nondisabled older adults. *Am Geriatr Soc* 44: 644-649, 1996

Jette AM et al. : Exercise - it' s never too late: the strong-for-life program. *Am J Public Health* 89: 66-72, 1999

Karlsson M : Exercise increases bone mass in children but only insignificantly in adults. *Lakartidningen.* 99(35) : 3400-3405, 2002

Krebs DE et al. : Moderate exercise improves gait stability in disabled elders. *Arch Phys Med Rehabil* 79: 1489-1495, 1998

Manninen P, Riihimaki H, Heliövaara M et al. : Physical exercise and risk of severe knee osteoarthritis requiring arthroplasty. *Rheumatology (Oxford)* 40 (4) : 432-437, 2001

Obuchi S: Analysis of Compression Force in the Hip Joint of Elderly Women. Kitazato Med Vol. 30 :194-202, 2000

Roddy E et al. : Evidence-based recommendations for the role of exercise in the management of osteoarthritis of the hip or knee. MOVE consensus. Rheumatol 44:5-6, 2005

Sevick MA et al. : Cost-effectiveness of aerobic and resistance exercise in senior with knee osteoarthritis. Med Sci Sport Exer 32: 1535-1540, 2000

Tomas KS et al. : Home based exercise programme for knee pain and knee osteoarthritis: Randomized controlled trial. BMJ 325(7367): 752, 2005

Vuori IM: Dose-response of physical activity and low back pain, osteoarthritis, and osteoporosis. Med Sci Sports Exer 33(6 Suppl):S551-86, 2001

Wolff I, van Croonenborg JJ, Kemper HC et al. : The effect of exercise training programs on bone mass: a meta-analysis of published controlled trials in pre- and postmenopausal women. Osteoporos 9(1) : 1-12, 1999

Wolfson L et al. : Balance and strength training in older adults: intervention gains and Tai Chi maintenance. J Am Geriatr Soc 44: 498-506, 1996

赤居正美他 : 運動器疾患に対する運動療法の効果に関する実証研究 無作為化比較試験による変形性膝関節症に対する運動療法の効果. 日整会誌 80(5) :316-320, 2006

伊木雅之 (編) : 地域保健におけるエビデンスに基づく骨折・骨粗鬆症予防ガイドライン. 日本公衆衛生協会、2006

大淵修一他 : 地域在住高齢者を対象とした転倒刺激付きトレッドミルトレーニングのバランス機能改善効果. 日老医誌 41: 421-427, 2001

大淵修一 他 : 介護予防としての高負荷筋力増強訓練の応用に関する調査事業. 平成12年度老人保健健康増進等事業報告書. 2001

大淵修一、竹本朋代 : 介護予防 動ける体をつくる本—にこにこ生活・老化にかつ. 一橋出版. 2005

大淵修一 (分担研究者) : 介護予防のための骨折予防、膝痛・腰痛予防への取り組みのための実態調査. 平成 19 年度厚生労働省長寿科学総合研究事業報告書. 2008 主任研究者 高山忠雄 H18-長寿-一般-2007

下光輝一、中村好男、岡浩一郎 : 行動科学を活かした身体活動・運動支援—活動的なライフスタイルへの動機付け. 大修館書店. 2006

鈴木隆雄 : 今後の生活機能評価 (介護予防健診) のあり方に関する研究. 平成 18 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金. 介護保険制度の適正な運営・周知に寄与する調査研究事業報告書. 2007

## 12. 資料

### <資料1：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)	
		0.はい	1.いいえ
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。

<資料2：地域支援事業（介護予防特定高齢者施策）の個別サービス計画の様式の一例>

## 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

<資料3：運動器の機能向上プログラム報告書の様式の一部；予防給付・地域支援事業（介護予防特定高齢者施策）版>

**運動器の機能向上プログラム報告書(例)**

氏名	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
----	--------------	--------------	-------

**運動器疾患予防のための評価**

VAS	mm	mm	
<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; text-align: center; color: red;">                     包括的アセスメントを 最終版で挿入予定                 </div>		点	
		点	

**体力測定**

握力	1.( kg) 2.( kg) 右・左	1.( kg) 2.( kg) 右・左	
開眼片足立ち	1.( 秒) 2.( 秒) 右・左	1.( 秒) 2.( 秒) 右・左	
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	

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

コメント:
-------

## <資料4：体力測定マニュアル>

### ① 握力 - - - 筋力

- 両足を開いて安定した基本的立位姿勢をとる。
- 握りは示指の近位指節間関節がほぼ垂直になるように握り幅を調節する。
- 握力計の指針を外側にして、体に触れないように肩を軽く外転位にし、力いっぱい握らせる。
- 測定の際は、反対の手で押さえたり、手を振ったりしないように注意する。
- 利き手あるいは強い方の手を2回測定する。

### ② 下肢筋力 - - - 筋力

- 椅子に座り、膝が90°屈曲位になるように下腿を下垂する。上肢は椅子の両端をつかむ。
- 筋力測定器を下腿下部前面にあて軽く力を入れ、痛み、姿勢を確認する。
- 利き足(ボールを蹴る足)あるいは強い方の足の等尺性膝伸展筋力を3秒間、2回測定する。

### ③ 片足立ち時間(開眼) - - - バランス能力

- 両手は側方に軽くおろし、片足を床から離し、次のいずれかの状態が発生するまでの時間を測定する。
  - 支持脚の位置がずれたとき
  - 支持脚以外の体の一部が床に触れたとき
  - 支持脚が右か左かを記録しておく。
- \* 支持脚の位置がずれたときには直ちに測定を終了する。過剰な負荷となって、大腿骨頸部の骨折を引き起こさないための配慮
- 測定者は対象者の傍らに立ち、安全を確保する。
- 測定時間は60秒以内とし、2回測定する。
- 教示は開眼の場合、「目を開けたまま、この状態をできるだけ長く保ってください」に統一する。
- 対象者の安全の確保に留意する。

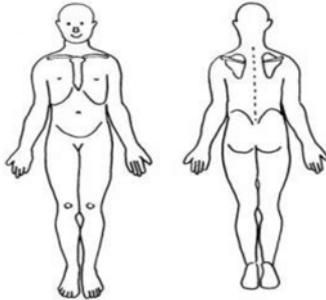
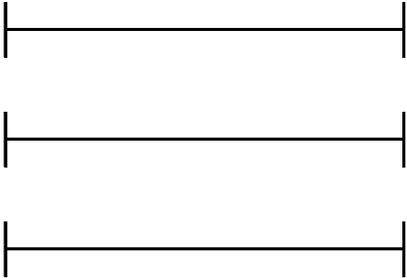
### ④ Timed up & go テスト - - - 複合動作能力

- 椅子から立ち上がり3m先の目印を折り返し、再び椅子に座るまでの時間を計測する。
- スタート肢位は椅子の背もたれに背中をつけ、肘掛けに手を置いた姿勢とする。
- 測定者の掛け声に従い、対象者にとって快適かつ安全な速さで一連の動作を行わせる。
- 回り方は被験者の自由とする。
- 教示は「できるだけ速く回ってください」に統一する。
- 測定者は、対象者が立ち上がって再び座るまでの時間(小数点第2位まで)をストップウォッチにて測定する。
- 1回の練習ののち2回測定を行う。

⑤ 通常・最大5m歩行時間 - - - 歩行能力

- 予備路 3m ずつ、測定区間 5m の歩行路を教示に従い歩いてもらう
- 遊脚相にある足部が測定区間始まりのテープ（3m 地点）を越えた時点から、測定区間終わりのテープ（8m 地点）を遊脚相の足部が越えるまでの所要時間をストップウォッチにて計測する
- 教示は「いつも歩いているように歩いてください」（最大歩行時間の場合は「できるだけ速く歩いて下さい」）に統一する

<資料5：医学的側面からの評価に関する様式の一部>

運動器の機能向上プログラム 理学療法評価	
評価実施日 年 月 日 ( 回目評価)	
氏名 年 月 日生 ( 歳)	評価者名
実施プログラム	
ニーズ	
痛みの評価	
痛みの部位	痛みの既往歴
	
	痛みの質的評価 (S&S、P1・P2、T1・T2・T3)
身体アライメント	VAS(visual analogue scale)
	
日常生活活動能力	
評価時の特記事項:	

S&S：症状と兆候、P1：痛みが始まる関節可動域、P2：痛みでそれ以上動かせなくなる関節可動域  
 T1：運動を始めてから痛みが起こるまでの時間、T2：痛みの出る動作を続けられる時間、T3：痛みが緩和するような努力を始めてから痛みが消失するまでの時間

<資料6：予防給付及び地域支援事業における用語の整理>

用語の整理

用語	解説
介護予防ケアマネジメント	地域包括支援センターで行われる介護予防を重視したケアマネジメントを <b>介護予防ケアマネジメント</b> といい、新予防給付と介護予防事業の両方で用いる。
介護予防ケアプラン	地域包括支援センターで行われる介護予防ケアマネジメントに基づき作成されるケアプランを <b>介護予防ケアプラン</b> という。
基本健康診査とあわせて実施する介護予防のための包括的な生活機能評価（生活機能評価と省略可）	今までの「介護予防に関する健診」
課題分析（一次アセスメント）	地域包括支援センターで初めに行うアセスメントのことを <b>課題分析（一次アセスメント）</b> といい、介護予防特定高齢者施策と新予防給付の両方で用いる。
事前アセスメント	事業所で事業実施前に行うアセスメントのことを <b>事前アセスメント</b> という。
事後アセスメント	事業所で事業実施後に行うアセスメントのことを <b>事後アセスメント</b> という。
効果の評価	地域包括支援センターで事業所からの報告をもとに行うアセスメントのことを <b>効果の評価</b> といい、介護予防特定高齢者施策と新予防給付の両方で用いる。
個別サービス計画	事業所でアセスメントをもとに作成される新予防給付や介護予防特定高齢者施策におけるサービス計画を <b>個別サービス計画</b> という。
介護保険事業計画（介護予防事業部分）	第3期介護保険事業計画の中の介護予防事業部分をいう。
サービス	新予防給付の対象となるサービスを単に <b>サービス</b> という。
事業	地域支援事業を単に <b>事業</b> という。
プログラム	事業あるいはサービスに含まれる内容を <b>プログラム</b> という。例えば、介護予防通所介護は、「運動器の機能向上」「栄養改善」「口腔機能の向上」のそれぞれのプログラムからできており、「栄養改善プログラム」などという。

用語使用の注意

\* 特定高齢者施策の対象として、高齢者人口の5%を総称するときは、虚弱高齢者とは言わず、特定高齢者という。

## 「運動器の機能向上マニュアル」分担研究班

### 第1版 (50音順)

太田壽城	国立長寿医療センター病院 院長
○大淵修一	東京都老人総合研究所 介護予防緊急対策室長
佐竹恵治	財団法人さっぽろ健康スポーツ財団施設課 主幹
土橋正彦	社団法人 市川市医師会 会長
中村好男	早稲田大学 スポーツ科学学術院 教授
長澤 弘	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部 教授
原 英二	岡山県保健福祉部 長寿社会対策課 総括主幹
古名丈人	札幌医科大学保健医療学部 講師
増田和茂	財団法人 健康体力づくり財団 常務理事

### 第2版

伊藤俊一	埼玉県立大学保健医療福祉学部理学療法学科 教授
○大淵修一	東京都老人総合研究所 介護予防緊急対策室長
佐竹恵治	財団法人さっぽろ健康スポーツ財団施設課 主幹
田畑 泉	独立行政法人国立健康・栄養研究所 健康増進プログラムリーダー
土橋正彦	社団法人 市川市医師会 会長
東内京一	埼玉県和光市保健福祉部長寿あんしん課 課長補佐
中村好男	早稲田大学 スポーツ科学学術院 教授
山本精三	虎の門病院 整形外科部長

(○：主任研究者)

### 第1版 【協力】

仲 貴子	東京都老人総合研究所 介護予防緊急対策室
松本侑子	東京都老人総合研究所 介護予防緊急対策室
竹本朋代	東京都老人総合研究所 介護予防緊急対策室

### 第2版 【協力】

三木明子	東京都老人総合研究所 介護予防緊急対策室
------	----------------------

---

---

## 運動器の機能向上マニュアル

年 月発行

---

---

# 栄養改善マニュアル（暫定版）

平成20年12月

「介護予防マニュアル」分担研究班

研究班長：

神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部

杉山 みち子

## 目 次

「栄養改善」の概要	4
1. 「栄養改善」のねらい	7
(1) はじめに	7
(2) 高齢者にとっての「食えること」の意義	12
1) 楽しみ、生きがいと社会参加の支援	12
2) 生活の質の改善と「食えること」	12
3) 低栄養状態の予防と生活機能の維持	12
(3) 本サービス等を必要とする高齢者の割合	14
1) 地域支援事業「栄養改善」プログラムを必要とする高齢者	14
2) 予防給付「栄養改善加算」を必要とする高齢者	14
(4) 「栄養改善」サービスに関する科学的根拠	14
1) 低栄養状態あるいは低栄養状態のおそれのある者の特性（リスク要因）	14
2. 地域支援事業における具体的な取組内容	15
(1) 介護予防特定高齢者施策	15
1) 特定高齢者把握事業	15
2) 通所型介護予防事業	18
①事業内容	18
②実施の手順	18
a) 事前アセスメント	18
b) 個別サービス計画の作成（計画づくりへの支援）	19
c) プログラムの実施（栄養相談）	19
d) モニタリングの実施	21
e) 事後アセスメント	21
3) 訪問型介護予防事業	21
① 事業内容	21

② 実施の手順	22
(2) 介護予防一般高齢者施策	25
1) 介護予防普及啓発事業	25
2) 地域介護予防活動支援事業	25
3. 予防給付における具体的な取組内容	28
(1) 栄養改善サービスとは	28
(2) 地域包括支援センターにおける対象者となる高齢者の把握	28
(3) 通所サービスにおける栄養ケア・マネジメントの提供体制	28
(4) 介護予防通所サービス事業所における栄養ケア・マネジメント実務	29
1) 利用開始時における栄養スクリーニング	29
2) 栄養アセスメントの実施	29
3) 栄養改善サービス計画の作成	29
4) 利用者及び家族への説明	30
5) 栄養改善サービス計画の実施	30
① 栄養食事相談	30
② 事業所における食事の個別化と食事支援	30
③ 配食サービス等の情報の提供	30
④ 関連職種に対する助言	32
6) 記録	32
7) 実施上の問題点の把握	32
8) 栄養改善サービス計画の変更及び終了時の説明等	32
9) 実施期間	32
(5) 関連サービスとの連携	35
1) 介護予防ケアマネジメント	35
2) 生活機能・身体機能の向上	36
3) 口腔機能の向上	37
4) 摂食・嚥下リハビリテーション	37
5) 栄養と薬剤の相互関係への留意	37
6) 認知症、うつ、閉じこもりのおそれがある場合の対応	37
7) 訪問介護などの調理・買い物支援	37
8) 医師の指導等	38
9) 介護給付における栄養マネジメント	38

文献	39
予防給付栄養改善サービス利用者把握のためのチェック票様式例	40
基本チェックリスト	41
特定高齢者の決定方法	42
帳票様式例	43
研究班名簿	

# 「栄養改善」の概要 [最終版において変更]

## 1. 基本的な考え方

地域支援事業及び予防給付における「栄養改善」は、高齢者の毎日の営みである「食べること」を通じて、低栄養状態の改善をはかり、高齢者の自己実現をめざすものである。「栄養改善」は、高齢者にとっての「食べること」を、楽しみや生き甲斐の上から重要とし、「食べること」への支援を通じて、社会参加、生活機能の向上、コミュニケーションの回復、食欲の回復や規則的な便通といった生体リズムの保持へとつなげる。一方、高齢者が十分に「食べること」は、生きて活動することの基本であるタンパク質とエネルギーを十分に摂取することでもある。タンパク質とエネルギーの十分な摂取は、筋タンパク質の維持をはかり、身体機能や生活機能を維持するが、一方では、内臓タンパク質を維持して腸粘膜の構造や免疫機能を維持して、バクテリアル・トランスロケーションによる感染症を予防することになる。その結果、要介護状態や重度化を予防する。

## 2. 各サービスについて

### ①介護予防特定高齢者施策

対象者は、低栄養状態のリスクがある特定高齢者として、①基本チェックリストの2項目（6ヶ月間に2－3kgの体重減少、BMI18.5未満）のすべてに該当、又は②血清アルブミン値3.8g/dl以下に該当する者である。管理栄養士あるいは経験のある栄養士による栄養改善プログラム（付表参照）が提供される。

### ②介護予防一般高齢者施策

付表を参照されたい。

### ③予防給付（最終版において変更予定）

対象者は、介護認定審査会において要支援1、要支援2と判定された者のうち、①BMIが標準を大きく下回る ②体重の減少が認められる ③栄養面や食生活上に問題がある のいずれか1つに該当し、低栄養状態にある者又はそのおそれがある者であって、「栄養改善サービス」の提供が必要と認められる者である（最終版において変更）。通所サービス事業所における栄養ケア・マネジメント体制（本文参照のこと）のもと、管理栄養士による栄養改善サービスが提供される（付表参照）。

## 3. 改訂のポイント（H21年介護報酬改定等により、最終版において変更の可能性がある）

地域支援事業実施要綱及びに居宅サービスに関する通知（老老発第0331009号、平成18年3月31日）及び見直しのあった事項について修正した。多職種に容易に理解できることを前提とし、事業全体のフロー図、特徴的な事例、帳票様式例記載の手引きや記載例（最終版）を追加した。地域支援事業については訪問型事業の項目を追加した。

地域支援事業(介護予防事業)の概要

事業の種類	対象者	主な担当職種	実施場所	事業内容	目標設定・評価期間	
特定高齢者施策 (ハイリスク・アプローチ)	特定高齢者のうち低栄養状態のおそれのある高齢者;、①基本チェックリストの2項目(6ヶ月間に2-3kgの体重減少、BMI18.5未満)のすべてに該当、又は②血清アルブミン値3.8g/dl以下に該当する者	管理栄養士または経験のある栄養士	市町村保健センター、健康増進センター、老人福祉センター、公民館等 (委託する場合は、民間事業所等)  (通所が困難な事例については、適宜、訪問により実施)	<p>A 栄養相談</p> <p>a 事前アセスメント</p> <p>b 実施計画の策定</p> <p>c 相談等</p> <p>d 事後アセスメント</p>	<p>○低栄養状態の評価、食事摂取状況、アレルギーの状況、食事摂取行為の自立、身体状況、低栄養関連問題の把握</p> <p>○課題の解説</p> <p>○利用者が行う計画づくり及び実行に向けての支援</p> <p>○情報提供(配食サービス、食事会などボランティア組織の紹介、高齢者の食事づくりに便利な器具の紹介等)</p> <p>○必要に応じ簡便料理等の実演</p> <p>○スケジュール作成と配布</p> <p>○モニタリングの実施と計画の修正</p> <p>○評価及び地域包括支援センターへの報告</p>	3~6か月
		知識経験を有する専門職(ファシリテーターとして、研修を受けた住民が参加)		<p>B 介護予防を目的とする集団的な栄養教育</p>	<p>○講義(必要に応じて実習)による集団的な栄養教育</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・食べることの意義</li> <li>・栄養改善のための自己マネジメントの方法</li> <li>・栄養改善のための食べ方、食事づくりと食材の購入方法</li> <li>・摂食・嚥下機能を含めた口腔機能の向上等の低栄養に関連する問題等</li> <li>・社会参加のためのボランティア団体の紹介等</li> </ul>	
※なお、栄養改善事業の事業実施形態としては、「上記のAの単独実施」又は「上記のA及び上記のBの双方を同時に実施」する形態とする。						
一般高齢者施策 (ポピュレーション・アプローチ)	全ての高齢者			○栄養改善に関する介護予防普及啓発事業	<p>○「地域栄養改善活動」推進委員会の設置</p> <p>○愛称、ロゴ、シンボルマーク、キャッチコピーの募集</p> <p>○課題把握と計画作成</p> <p>○普及啓発活動(講演会、ポスター・パンフレットの作成・配布、ホームページ作成、外食・食品小売業等における栄養情報の表示、有線放送、広報の活用等)</p> <p>○介護予防のための個人データの自己確認(介護予防手帳、)</p> <p>○相談窓口の設置</p> <p>○評価と継続的な品質改善活動</p>	3~6か月
				○栄養改善に関する地域介護予防活動支援事業	<p>○介護予防に関するボランティアの育成</p> <p>○育成されたボランティアによる特定高齢者施策支援活動の支援</p> <p>○評価と継続的な品質改善活動</p>	

予防給付の概要

サービスの種類	対象者	主な担当職種	実施場所	サービス内容	目標設定・評価期間
1) 通所介護	要支援1、要支援2の認定を受けた者のうち低栄養状態のおそれのある者；①BMIが標準を大きく下回る ②体重の減少が認められる ③栄養面や食生活上に問題があるのいずれか1つに該当する者	管理栄養士	介護予防通所介護事業所	<p>①事前アセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○低栄養状態のリスクの評価、健康状態、栄養状態、食事に関する意向や意欲、主観的健康感の把握</li> <li>○買い物・食事づくり担当者、共食者とその意向や意欲</li> <li>○食事に関する嗜好、アレルギー、食事摂取行為の自立、形態、食事づくりや買い物状況、配食サービスの利用等の環境等の把握</li> <li>○食べ方や飲み方の観察</li> <li>○低栄養状態と関連した口腔、摂食・嚥下障害、下痢、便秘、脱水などの問題の把握</li> </ul> <p>②栄養改善サービス計画の作成</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○解決すべき課題</li> <li>○長期目標、短期目標</li> <li>○食事（タンパク質、エネルギー及び水分の必要量と個別対応事項）、訪問介護等における調理や買い物援助との連携事項、栄養食事相談、多職種による課題の解決等</li> </ul>	3ヶ月毎
2) 通所リハビリテーション		管理栄養士	介護予防通所リハビリテーション事業所（必要に応じて居宅を訪問）	<p>③個別で重点的な栄養食事相談</p> <p>④モニタリングの実施と計画の修正</p> <p>⑤事後アセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○計画に基づく課題解決に向けた相談</li> <li>○栄養・食事に関する相談（「食べること」への意欲を重</li> <li>○自己実現の意欲、主観的健康観等、低栄養状態のリスク、摂取量、計画の実践状況</li> <li>○モニタリングの結果に応じた計画の修正</li> <li>○自己実現の課題と意欲、低栄養状態のリスク、サービス継続の必要性、計画の概要と実施状況、総合評価</li> <li>○地域包括支援センターへの報告</li> </ul> <p>※ 通所リハビリテーションは医学的な管理の下で、より専門的なプログラムを実施等</p>	3か月毎

# 1. 「栄養改善」のねらい

## (1) はじめに

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た。その後、制度が定着する一方で、当制度運営に当たっての課題も多く出てきたところである。平成12年4月から平成19年11月までの7年7ヶ月で、65歳以上の被保険者数（第1号被保険者数）は、2,165万人から2,717万人と25%（約552万人）増加し、要介護及び要支援認定者は、107%（約233万人）と、被保険者数の増加率を大幅に超える割合で増加している。その内訳として要介護度別で認定者数の推移を見ると、要支援・要介護1の認定者数の増加が大きい状況が見て取れる（図1）。以上の状況のもと、平成18年度には、できる限り要支援・要介護状態にならない、あるいは、重度化しないよう「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。

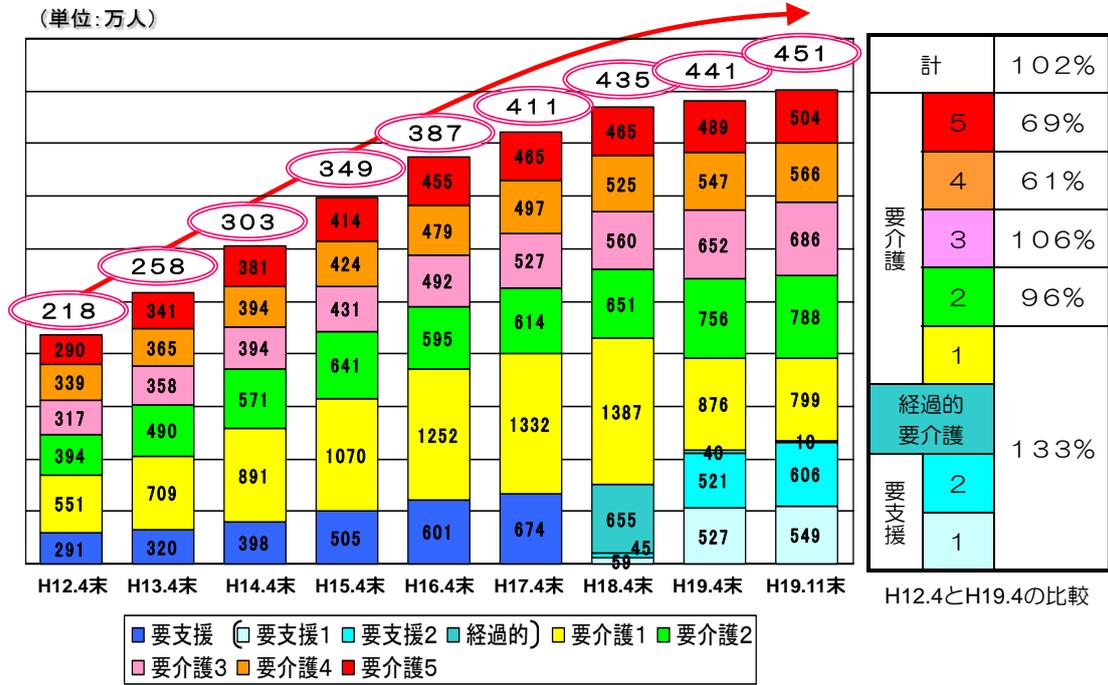
これまでの介護予防の問題点としては、軽度者については、適切な対応により要介護状態の改善が期待されるが、改善を支援する観点からのサービスが十分に提供されていないことが挙げられており、見直しにおいては、要支援1・2といった軽度な要支援者が要介護1～5といったより重度の状態に移行することを防止する観点から「予防給付」を創設し、当該給付において「運動器の機能向上」、「栄養改善」及び「口腔機能の向上」といったサービスを追加した。また、要支援・要介護になる可能性の高い特定高齢者やその予備軍である全ての高齢者に対して介護予防事業（地域支援事業）を創設している。

介護予防事業には、ポピュレーションアプローチとして全高齢者を対象とする介護予防一般高齢者施策と、ハイリスクアプローチとして生活機能の低下した高齢者（特定高齢者）を対象とする介護予防特定高齢者施策がある。これらの予防給付及び介護予防特定高齢者施策の対象者については、地域包括支援センターを中心として、利用者の意欲を引き出すための目標指向型のケアマネジメントを実施している（図2）。

介護予防地域支援事業及び予防給付による「栄養改善」に関するプログラム・事業（以下「本サービス等」という）においては、現に低栄養状態にある者や低栄養状態に陥るおそれが高い者、さらには広く一般高齢者に対して、日常生活において「食べることを通じて、自らが低栄養状態の改善及び重度化予防を図ることを支援し、高齢者の自立した生活を確保するためのものである（図3）。従って、低栄養状態の改善等は高齢者の自立支援のための手段の一つであって、それ自体を目的化することは適切ではない。

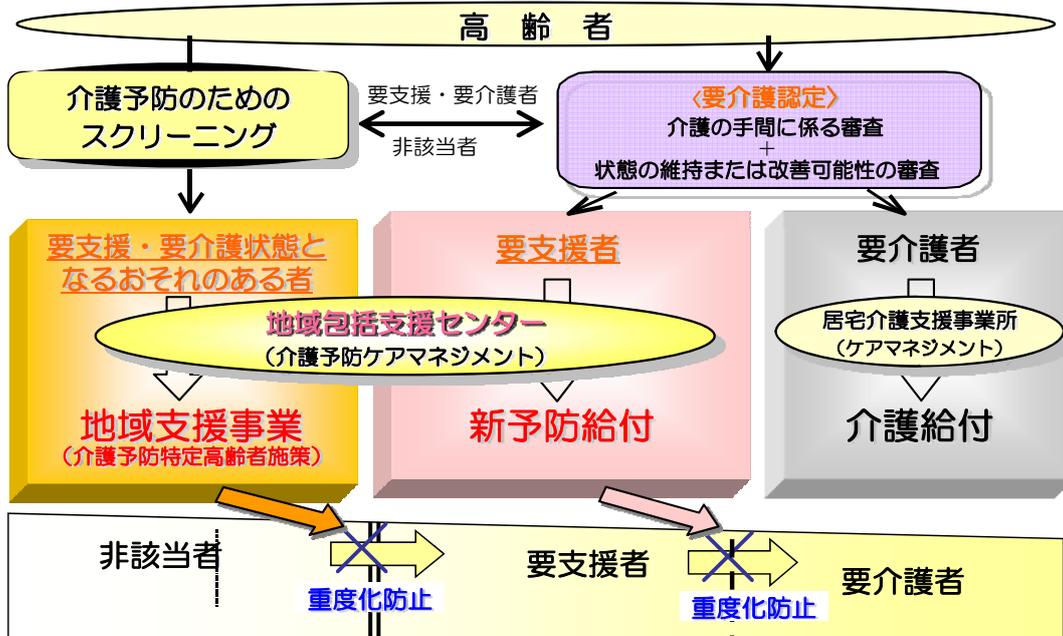
従来、わが国における高齢者の栄養問題への取り組みは、「栄養食事指導」の名のもとに、生活習慣病の予防及び疾病の重症化予防を主な目的として、過剰な栄養状態への対応、すなわち「食事」を制限する指導になりがちであった。その結果、明らかに虚弱な痩せた高齢者が、食べ過ぎを心配する場合や、食欲が低下している者に対して減塩指導が行われ、喫食量が減る場合などもあった。

図1 要介護度別認定者数の推移



(出典：介護保険事業状況報告 他)

図2 予防重視型システムの全体像



一方、「介護予防」の観点から取り組まれる本サービス等は、人間の基本的欲求である「食べる楽しみ」を重視し、「食べること」によって低栄養状態を予防・改善し、高齢者の身体機能・生活機能・免疫能を維持・向上させ、QOLの維持・向上に資するものであり、高齢者が自己実現のできる喜びを味わえるよう「食べることを支援する」ことを目的として行う点で、従来の「栄養食事指導」とは一線を画していることに留意すべきである。

本サービス等は、単にエネルギー、タンパク質の付加による栄養指標の改善に終始するものではない。本サービス等では、個々の高齢者や家族が長い間に築いてきた価値観や食文化、生活習慣やその環境を十分に把握した上で、当該高齢者等の身体状況、栄養状態を科学的に評価することから始まる。そして、本サービス等は、事前アセスメント結果に基づいて、高齢者自身の生活において、どのような問題解決をおこなったら、「食べること」が「食べる楽しみ」となり、さらには栄養改善を通じて、高齢者が期待する自己実現に結びつくのかを、高齢者や家族とともに考え、実行上の問題や課題を一緒に解決し、生活そのものに「食べること」を「楽しみ」として位置づけていくプロセスを重視する。

そのため、本サービス等は、「指導」ではなく、双方向的コミュニケーションを重視した「相談」として行うことが適当である。さらに、高齢者の低栄養状態の改善のために解決すべき課題は多岐にわたることから、本サービス等は、多職種協働に基づき、関連するサービスや高齢者の身近な地域資源と連携し、効率的なマネジメント体制である「栄養ケア・マネジメント」のもとに提供されるべきものである。

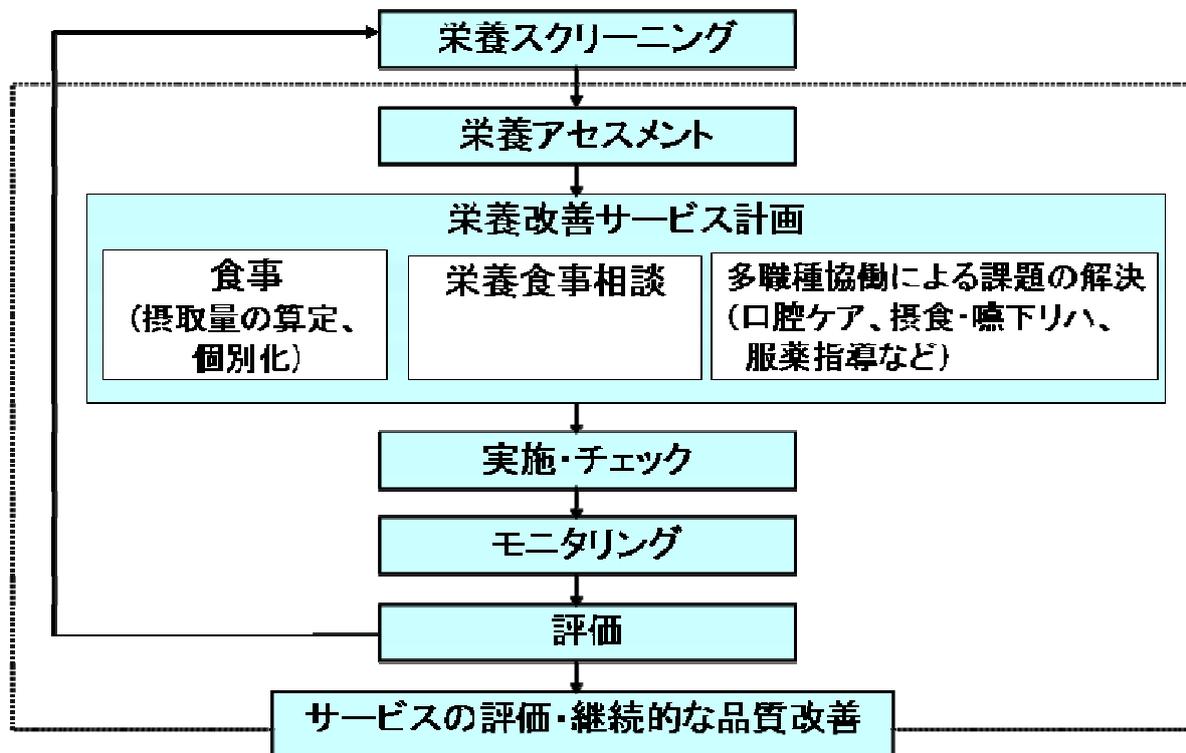


図3 栄養ケア・マネジメントの構成要素

厚生省老人保健事業推進等事業「高齢者の栄養管理サービスに関する研究報告書」(1997)を改変

## ＜参考＞「栄養ケア・マネジメント」について

(平成16年度厚生労働省老人保健事業推進等事業(老人保健健康増進等事業分)「施設及び居宅高齢者に対する栄養・食事サービスのマネジメントに関する研究会」報告書—要介護者における低栄養状態を改善するために—を改変)

### 定義

栄養ケア・マネジメントは、ヘルスケアサービスの一環として、個々人に最適な栄養ケアを行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制である。具体的に次の事項を行う。

- ①適切なアセスメントの実施に基づき利用者に最適な栄養改善サービス計画の策定、評価を行う。
- ②栄養改善サービス計画に基づいて利用者の個性に対応し、安全で衛生的な食事、栄養食事相談、多職種協働による栄養問題への取り組み等の栄養改善サービスを提供する。
- ③利用者が低栄養状態を予防・改善し、自己実現を達成するための実務上の諸機能(方法、手順など)を効率的に発揮するための体制を整備する。

### 理念

- 利用者の要介護状態の改善又は重度化の予防を図るために、利用者の低栄養状態の改善を重要課題として位置づける。
- 利用者の低栄養状態の改善にあたっては、利用者の基本的な日常生活行為であり、生きる意欲や楽しみに繋がる「食えること」を優先的な課題として、「食えること」を通じて、高齢者が日常生活において自己実現を図ることを多職種が協働で支援する。
- 摂食・嚥下機能を適切に評価し、利用者の摂食・嚥下機能に適応した形態の食事を提供することを基本とする。
- 利用者本人の意思に基づく積極的なサービスの選択を基本とし、利用者及び家族にはサービスの内容を、文書や図などを用いてわかりやすく説明し、同意の確認を行う。
- 「栄養ケア・マネジメント」の運用は、食事の提供を含めて具体的な指針を策定し、利用者に公表する。
- 本サービス等の提供は、医師の指導等のもとに行う。
- 本サービス等は、他のサービスとの一体性・連続性等に留意して提供する。
- 利用者の栄養改善の状況は継続的にモニタリングし、常に適切な本サービス等の提供を行う。栄養改善、身体状況及び生活機能の維持・改善の観点から評価し、継続的な業務の品質改善活動へと繋げる。

### 構成要素の概要

#### ●栄養スクリーニング

地域包括支援センターが実施する介護予防ケアマネジメントにおけるアセスメント(課題分析)では、利用者の低栄養状態のリスクの判定(栄養スクリーニング)も行われる。

#### ●低栄養状態にある者に関して解決すべき課題の把握(栄養アセスメント)

「栄養改善」サービスの提供にあたって事前アセスメントを行う。低栄養状態のリスクがある者の改善指標やその程度を評価・判定するとともに、関連要因を明らかにする。低栄養状態の改善に直接関係する業務として、食事の個別化へのニーズ、食習慣を把握するための食事調査、栄養状態の直接的な評価(臨床所見、臨床検査、

身体計測など)を実施する。また、可能であれば必要栄養摂取量の推定のために安静時エネルギー消費量等の測定を行う。

### ●栄養改善サービス計画の作成

一人の対象者に一つの実行可能な本サービス等について、対象者のサービスに関わる職種間で協議し決定した内容を記録する。利用者の個別の生活機能や自己実現の目標を達成するために、栄養改善上の目標を設定する。また、栄養改善上の目標を達成するためには、いつ、どこで、だれが、何を、どのように実施するかを最低限記載する。次の3つの柱で構成する。この際、地域包括支援センターで作成された介護予防ケアプランと十分に整合性をとることが必要である。

#### ・食事

適正なエネルギー、タンパク質などの摂取量の決定、食事の提供方法(形態など)を選定する。エネルギー摂取量は、測定した安静時エネルギー消費量等に基づく算定を奨励する。

#### ・個別的で重点的な栄養食事相談

低栄養改善のための知識、態度を変化させ、適正な生活習慣へと変容させ、生活機能の維持・向上をはかるための相談計画を作成する。

#### ・多職種協働による課題の解決

栄養状態には、利用者の身体的・精神的問題、経済的、社会的問題が大きく関わる。そのため、管理栄養士ばかりでなく、医師、歯科医師、薬剤師、看護師・保健師等、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、介護福祉士、社会福祉士などの専門職が、必要に応じて栄養改善サービス計画に参画し、それぞれの計画を協議する。

### ●実施内容等の確認

計画に基づき実施し、実施したら計画通りに実施されているかどうかを、必ず確認する。栄養改善サービス計画に実施上の問題(利用者の非同意、合併症、摂取方法の不適正、関連者の協力上の問題など)があれば、修正し直ちに実行する。

### ●モニタリング

定期的に栄養状態の再アセスメントを行う。モニタリング期間は、栄養状態の程度や、指標によっても異なる(体重は概ね1ヶ月毎に測定)。また、サービス終了時には事後アセスメントとして実施する。

### ●評価

3ヶ月毎に評価を行い、目標が達成されていなければ関係者で協議し、計画を続行するか、計画の修正を行う必要がある。計画の修正については、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の見直しを経て行う。

### ●本サービスの評価と継続的な品質改善活動

本サービスに関する評価は、利用者個別のモニタリング結果を集積し、プロセス評価として、栄養ケア・マネジメントの構成要素である実施率、利用者の参加率、実施時間などを検討する。また、アウトカム評価は、栄養状態、身体状況、生活機能、主観的な健康感などの改善目標が、どの程度達成されたかによって評価される。

## (2) 高齢者にとっての「食べること」の意義

### 1) 楽しみ、生きがいと社会参加の支援

高齢者自身が「食べること」は楽しみや生きがいの上から重要である。加藤らによる介護を要する高齢者の意識の実態調査(加藤、1995年)では、施設に入所(入院)している要介護高齢者にとって楽しいことの第1位は食事であった。

さらに、「介護予防」は生活機能の単なる自立をめざすことに留まらず、社会活動に参画できる意欲ある高齢者の実現をめざしている。本サービス等においては、高齢者自らが買い物や食事づくりに参画することを通じて、食事に関わる生活機能の回復のみならず、高齢者の社会参加への意欲が向上するように支援することが重要である。

### 2) 生活の質の改善と「食べること」

高齢者は、身近な地域において、尊厳をもって主体的に生活を営み、その人らしい生活を生涯維持することを望んでいる。高齢者の自己実現は、このような生活を基盤として達成される。このため、高齢者が主体的に自らの生活を営む能力を維持・向上できるように支援することは、高齢者の健康の保持・増進、ひいては積極的な社会参加につながる。

また、高齢者一人一人の自己実現をはかるためには、生活そのものを見直し、その人にとって適正なものへと改善していくことが求められる。

生活の構成要素の一つに「食べること」が挙げられるが、「食べること」は、買い物、食事づくりや後片付けといった一連の生活行為を伴う。また、高齢者が「食べる」ための食欲を維持・向上するためには、生活行為を通じて日常の身体活動の維持・増大をはかっていくことが必要である。さらに、「食べること」に伴う生活行為には、高齢者と家族や近隣の人々との双方向的コミュニケーションが伴う行為である。

一方、人には、生体リズムと言われる周期的な生理活動がある。たとえば、昼夜は規則的な睡眠—覚醒リズムを形成し、この睡眠—覚醒のリズムは、朝、昼、夕の「食べること」のリズムにつながる。また、一日の生活のなかでの規則的な「食べること」のリズムが、高齢者に規則的な生体リズムを形成し、体内の消化酵素やホルモンの分泌、神経調節、臓器組織の活性のバランスを保ち、日常の食欲や規則的な便通が保持されることにつながる。

それゆえ、本サービス等においては、その人らしい生活全般の改善や回復に対する高齢者の意欲を引き出し、高齢者の生活の質を維持・向上させることを目指して、一日の生活において習慣的に十分に「食べること」を支援することに留意すべきである。

### 3) 低栄養状態の予防と生活機能の維持

人が生命を維持し日常の生活を営むには、生存するために重要なタンパク質と活動するためのエネルギーを生産にわたって食事として摂取することが求められる。

高齢者は、口腔や摂食・嚥下の問題、発熱や病気、身近な人の死などのライフイベントに

よる食欲低下、あるいは、身体機能の低下等の要因により、買い物や食事づくりなどが困難になることなどを原因として、習慣的な食事摂取量が低下し、エネルギーやタンパク質が欠乏して低栄養状態に陥りやすくなる。また、脳梗塞、がん、呼吸器疾患、肝臓疾患などの疾患の罹患に伴って低栄養状態に陥りやすい。

高齢者の低栄養状態を予防・改善することは、(i) 内臓タンパク質及び筋タンパク質量の低下を予防・改善し、(ii) 身体機能及び生活機能の維持・向上及び免疫能の維持・向上を介して感染症を防止し、(iii) その結果、高齢者が要介護状態や疾病の重度化への移行を予防することにより、(iv) クオリティ・オブ・ライフ (QOL、生活の質) の向上に寄与するとされている (図4)。

そのため、高齢者の低栄養状態の改善は、介護予防の観点からは糖尿病、高血圧、脂質異常症などの生活習慣病に対する食事療法にも優先して取り組むべき栄養改善の課題とみなされている。

一方、高齢者においては小腸における糖質、タンパク質、脂肪の消化・吸収機能は比較的良好に保たれている。それゆえ、高齢者では、食べ物の消化管による消化・吸収機能が維持され、食事による栄養摂取が行われていれば、消化管の腸粘膜の構造や腸管の免疫機能を維持し、消化管におけるバクテリア・トランスロケーション (腸管内の細菌や細菌が産生する様々な生体障害物質が腸管粘膜細胞あるいは細胞間隙より生体内に侵入すること) による感染症の合併への予防効果は大きいとされている。

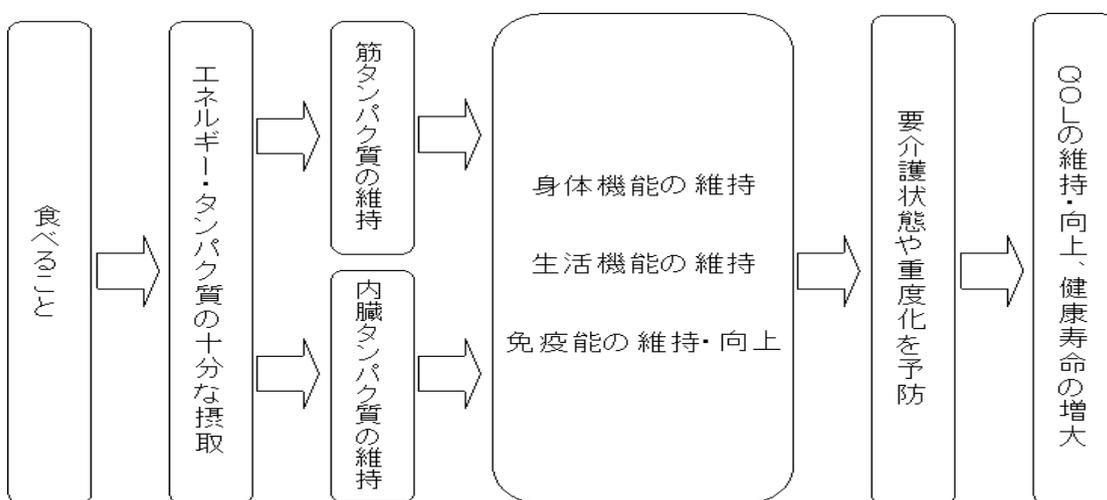


図4 高齢者の「食べること」の意義 (加藤昌彦、一部改変)

### **(3) 本サービス等を必要とする高齢者の割合（最終版において変更）**

#### **1) 地域支援事業「栄養改善」プログラムを必要とする高齢者**

低栄養状態は、タンパク質及びエネルギーの欠乏状態であり、急激な体重の減少はみられないが、タンパク質が欠乏し、血清アルブミン値が低下した状態（クワシオコル型）、筋肉や体脂肪の減少が見られ、体重が減少した状態（マラスムス型）、その両方がみられる状態（クワシオコル・マラスムス型）がある。このような低栄養状態のリスクの有無は、タンパク質及びエネルギーの欠乏状態を示す栄養指標である血清アルブミン値及び、BMIや体重の減少によって評価・判定する。

そこで、地域支援事業において特定高齢者を把握するための「基本チェックリスト」には、栄養改善プログラムの必要な高齢者を把握するための2項目、11番目「6ヶ月間に2～3kgの体重減少がありましたか」、12番目「BMI 18.5未満」が設定されており、この2項目に該当した者に、栄養改善サービスが提供されている。

#### **2) 予防給付「栄養改善加算」を必要とする高齢者**

一方、要支援1、2と判定された高齢者に対しては、介護予防ケアマネジメント担当者が、①BMIが標準を大きく下回る者、②体重の減少が認められる者、③栄養面や食生活上に問題がある者の①②③のいずれか1つ以上に該当する者で低栄養状態にある者、またはそのおそれのある者であって、栄養改善サービスの提供が必要と認められる者に本サービスが提供されている。

### **(4) 「栄養改善」サービスに関する科学的根拠（最終版において変更）**

#### **1) 低栄養状態にある者そのおそれのある者の特性（リスク要因）**

低栄養状態にある自立した高齢者に対して、食事によって適正なエネルギー、タンパク質の摂取を行うことによって栄養状態が改善し、身体機能（握力、最大歩行能力など）の改善が行われることは、国際的にランダム化比較試験を収集したメタ分析等によって示されている（杉山他 2007, Stratton他, 2005 図5）。すなわち、地域の低栄養状態の高齢者をBMIによって低栄養状態の判定を行い、BMI 20未満の者を対象としてタンパク質、エネルギーを摂取した場合の栄養状態、身体機能（握力、最大歩行能力など）に対する有効性は、体重の改善に対しては15報告中13報告で有意な改善が、身体機能については、15報告中8報告で有意な改善が報告されている。

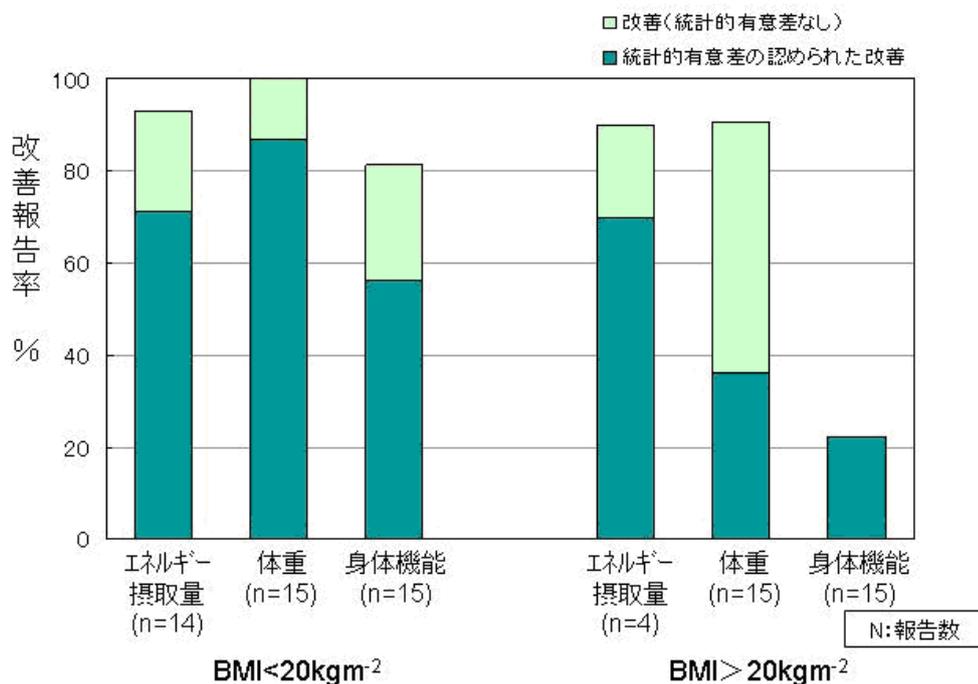


図5 地域高齢者へのエネルギー・タンパク質補給(食事に経口栄養食品を付加)を用いたランダム化比較試験によるエネルギー摂取量、体重、身体機能の改善報告率

Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Evidence Based for Oral Nutritional Support. Disease-Related Malnutrition: an Evidence-Based approach to treatment. 2003; 168-236. CAB International Publishing

## 2. 地域支援事業における具体的な取組内容

### (1) 介護予防特定高齢者施策

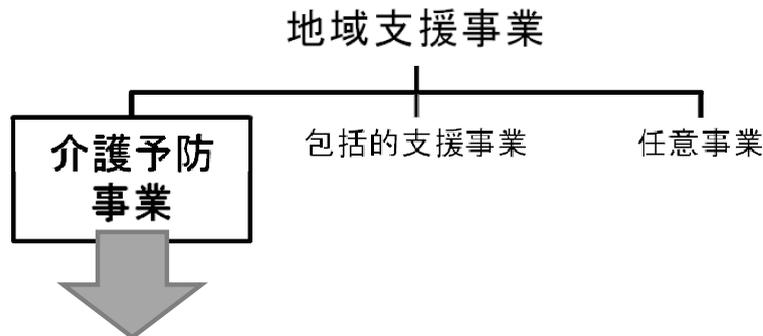
#### 1) 特定高齢者把握事業

地域支援事業における「栄養改善」の全体像を図6に示す。

市町村による特定高齢者把握事業においては、要介護認定の非該当者および住民・民間組織や関係機関からの情報提供など、さらに特定健診等との同時実施や郵送等による基本チェックリストの実施などにより把握された、生活機能の低下が疑われる者に対し、生活機能評価が実施される。その結果から特定高齢者の判定が行われる(図7:別紙基本チェックリスト参照)。

地域包括支援センターは、特定高齢者候補の者のうち、低栄養状態のリスクがある者(栄養改善プログラムの対象者)として、①基本チェックリストの2項目(6ヶ月間に2-3kgの体重減少、BMI18.5未満)のすべてに該当、又は②血清アルブミン値3.8g/dl以下に該当する者に対して、本人及び家族に説明し同意を得ながら介護予防ケアプラン(原案)を作成し、サービス担当者会議等を経て、栄養改善プログラムが利用できるように調整する。

図6 地域支援事業における「栄養改善」



◎介護予防一般高齢者施策(ポピュレーションアプローチ)

○介護予防普及啓発事業：介護予防に関する情報提供等

- 愛称、ロゴ、シンボルマーク、キャッチコピーの募集
- 講演会等による健康教育
- ポスター、パンフレット、ホームページの作成
- 外食、スーパーマーケット、コンビニエンスストア等における栄養情報の表示
- 有線放送、広報紙等の活用
- 介護予防手帳の活用
- 相談窓口の設置

○地域介護予防活動支援事業：介護予防に取り組む自主活動への支援

- 「栄養改善」に関するボランティアの養成・育成

◎介護予防特定者高齢者施策(ハイリスクアプローチ)

○特定高齢者把握事業

特定高齢者施策の対象となる「低栄養状態のおそれのある高齢者」(＝特定高齢者(栄養))を把握。：①および②に該当する者又は③に該当する者。

① 6か月間に2～3kgの体重減少

② BMI 18.5未満

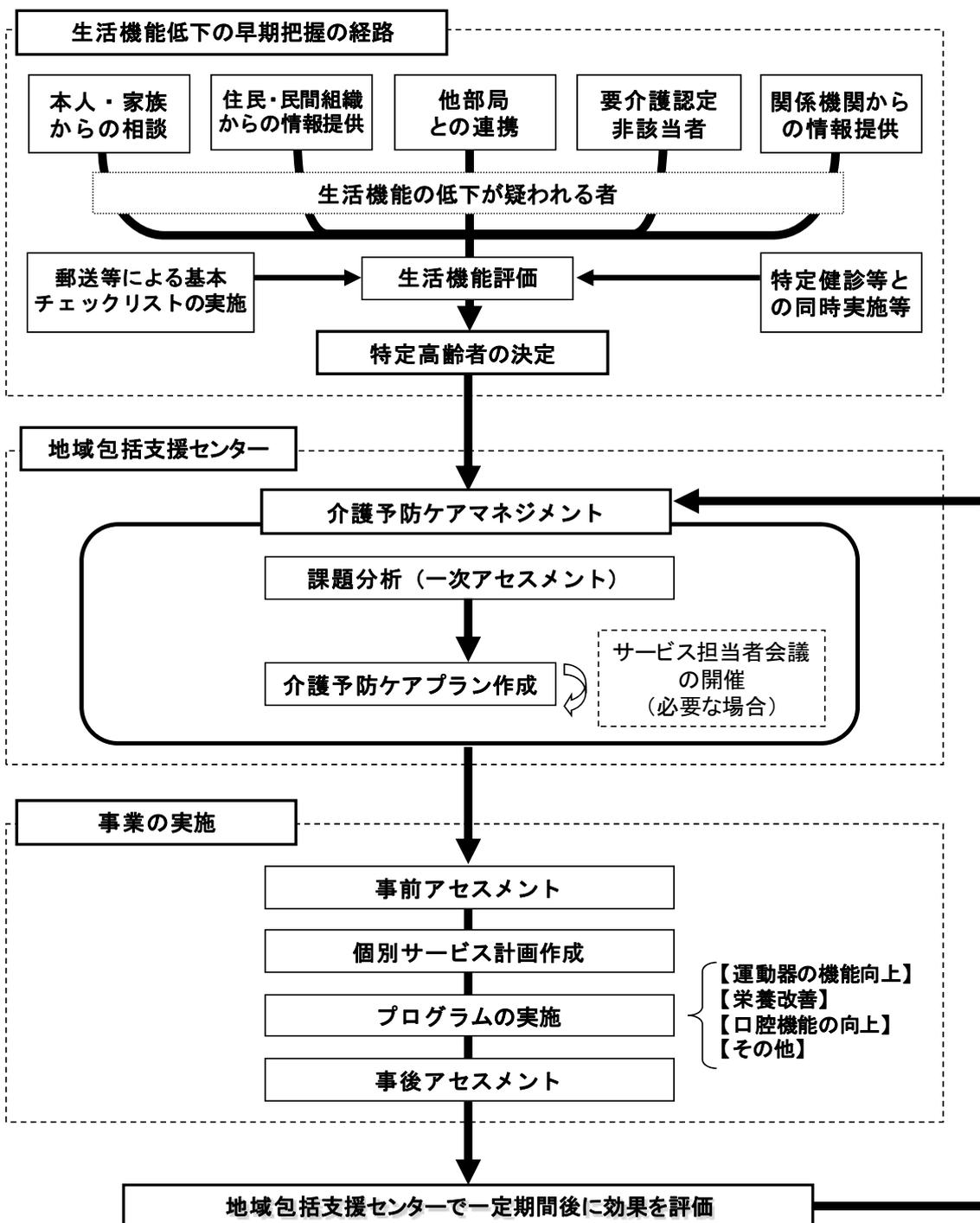
③ 「うつ予防・支援関係の項目を除く20項目のうち10項目以上に該当」「運動機能向上5項目のうち3項目以上」「口腔機能の向上3項目のうち2項目以上に該当」のいずれかに該当する特定高齢者候補のうち、血清アルブミン値3.8g/dl以下

○通所型介護予防事業

- 事前アセスメント
- 個別サービス計画作成
- プログラムの実施
- モニタリングの実施
- 事後アセスメント

○訪問型介護予防事業

図7 介護予防特定高齢者施策の流れ



## 2) 通所型介護予防事業

### ①事業内容

介護予防特定高齢者施策における「栄養改善プログラム」は、実施担当者として、市町村及び市町村から委託された事業者に所属する管理栄養士、または平成20年3月31日までの間に限り、栄養管理業務に関し5年以上の実務経験を有する栄養士（以下、管理栄養士等）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、低栄養を改善するための支援を行うものである。実施方法は、介護予防ケアマネジメント業務において地域包括支援センターにより個別の対象者ごとに作成される介護予防ケアプランに基づき実施するものとする。事業全体の流れを図8（社団法人日本栄養士会・全国行政栄養士協議会：地域支援事業における「栄養改善」実施の手引き、2008を改変）に示す。

### ②実施の手順

#### a) 事前アセスメント

事前アセスメントでは、実施担当者が事前にアセスメント表を利用者に配布するなど、チェック項目の具体的な問題の状況やその理由について聞き取り、次の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ものである。また可能な限り、身長、体重等の身体計測を行うように努め、アセスメント表に、計測値等の必要事項の記入を行う必要がある。これは事業終了後にその効果を評価するための基準値を得るものでもある。

事前アセスメントでは、地域包括支援センターで作成された介護予防ケアプランを踏まえ、参加が予定されているプログラムに応じて、運動器の機能、栄養状態、口腔機能等の心身の状況等について更に詳細な評価を行うとともに、利用者が事業に参加する際の安全確保のために必要となる情報についても、主治医等と連携を図りつつ収集し評価するものとされる。

具体的には、事前アセスメント表において、「1日に食べるのは2食以下ですか」、「主食（ごはんなど）や主菜（肉、魚などのおかず）を食べる量が減ってきましたか」、「牛乳・乳製品をあまりとらないですか」などを「はい」と回答した者には、簡便な食事習慣調査などを用いて食習慣の把握を行うことが望ましい。また、食事に関する嗜好、禁忌、アレルギー、食事療法、食事摂取行為の自立、形態、毎日の食事づくりや買物の状況、特記事項（安全性の確保など観点）などについても把握することが重要であり、必要に応じて、実際に食品や飲料を用いて、食べ方、飲み方などを観察することも考慮されたい。

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

これらのアセスメント項目中、事後評価との関連で重要である項目は、自己実現の課題とその意欲、主観的健康感、低栄養状態のリスク（体重減少、BMI、血清アルブミン等）な

どであり、高齢者における食事摂取基準については、日本人の食事摂取基準を参考とするなど個々人の状態などに応じて設定することが重要である。また、必要に応じて、利用者が食事として摂らなければならないエネルギー、タンパク質、水分量を算出することが望ましい。

#### **b) 個別サービス計画の作成（計画づくりへの支援）**

個別サービス計画とは、事前アセスメントの結果や利用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組の内容、実施期間、実施回数等を設定するものである。

具体的には、利用者が、何を指したいか（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、〇〇を食べに行きたいなど）を目標として設定することが望ましく、そのためには、体重などの身体計測値をどの位増大したいか、何をどの位食べるようにするなどの、より具体的で対象者にとって身近な目標を設定することが重要なポイントである。

この中で、管理栄養士等は、高齢者及び家族が日常の生活や環境のなかで、主体的に、そして容易に取り組めることに十分に配慮しながら、利用者本人による計画づくりを支援することが重要である。

#### **c) プログラムの実施（栄養相談）**

先に作成した個別サービス計画に基づき、プログラムを実施する。市町村（事業者へ委託する場合を含む）は、栄養ケア・マネジメント体制のもとに「栄養改善プログラム（本事業）」を実施することが重要であり、栄養相談等は管理栄養士等が行なう。主な内容としては、概ね1ヶ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ものとする。

具体的には、管理栄養士等は、事前アセスメントによって栄養相談において解決すべき課題や解決の方法を明確にし、必要に応じて地域包括支援センターにおいて開催されるサービス担当者会議に出席する等、関連事業との連携を図り、本事業の提供を行い、利用者の参加による事前アセスメント、計画の作成、実施上の問題解決、計画修正を行う。

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、かつ効果が期待できる期間・回数）とされており、その一つの例として、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回程度実施し、また、利用者の意欲を引き出し、継続意欲を支えるために、初回の相談から1週間以内に実施状況を確認し、2週間後にもう一度相談するなどの工夫をすることなどが挙げられる。

利用者や家族が安心して居心地がよいと感じられる相談環境を整える目的で、たとえば健診会場や集会所に設置するなどが考えられる。初回の栄養相談及び影響教育等の実施時に、今後の日程、場所などのスケジュール表を利用者に配布することは重要である。

実施に関する留意点として、本事業の提供に当たり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・衛生管理を行う必要がある。設備面では、事前アセスメントや栄養相談の際に必要な身長計、体重計などの計測器が必要となる。加えて、対象者及び家族を含めた栄養相談が実施できる、また、小グループで行う栄養教育等が実施できる環境が整備されるべきである。

集団的な栄養教育は、地域及び施設等の実情に応じて行われる必要がある。管理栄養士等による低栄養状態等の説明や情報の提供、一般高齢者施策における事業の活用も行なって進める。さらに利用者相互の関係づくりを行うなど、利用者の栄養改善プログラムへの参加や継続の意欲を高めることが求められる（表2. 1）。

また、閉じこもりがちな高齢者や生活機能の低下した高齢者については、訪問型介護予防事業と連携する必要がある。（（3）訪問型介護予防事業を参照。）

なお、特定高齢者施策「栄養改善プログラム」は、『栄養相談』の事業形態の単独実施又は『栄養相談』及び『集団的な栄養教育』の双方同時実施を形態とする。

表2. 1 集団的な栄養教育の実施方法

留意点	その説明
実施担当者	管理栄養士等のほか、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、言語聴覚士、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士、介護福祉士、介護支援専門員など。
実施場所	各事業所、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、公民館、自治会館、事業所、登録を行った一般住宅や施設など。食堂や簡便な調理設備や調理器具などの設備のある集会室や教室などをあらかじめ把握しておく。
内容	「食べることの意義」、「栄養改善のための自己マネジメントの方法」、「栄養改善のための食べ方、食事づくりと食材の購入方法、調理済み食品の再料理方法」、「配食サービス、食事づくりの会や食事会などを提供しているボランティア組織の紹介」、「摂食・嚥下機能を含めた口腔機能の向上」「閉じこもり予防・支援」、「うつ予防・支援」、「認知症予防・支援」、「薬剤と栄養」、「社会参加のためのボランティア団体の紹介」など。
教材	スライド、ビデオ、DVDなどの視聴覚教材（高齢者向きのものを選ぶ）を活用し、その効果をあげるように工夫する。 都道府県、保健所、市町村は、教材の効率的利用の観点から、視聴覚教材、栄養教育用教材などの集中管理及び相互利用の調整等を行い市町村への便宜を図ることが求められる。 実施場所には、必要に応じて介護予防と本事業に関するパンフレットやポスター一式などを設置する。

#### **d) モニタリングの実施**

モニタリングとは、介護予防ケアプランに基づき、栄養改善プログラムが実施される間、実施担当者がその実施状況を把握するとともに、地域包括支援センター、および当該事業の関係者の調整を行うものである。

実際の場合では、初回の栄養相談の後、1週間から10日程度の間、利用者の継続する意欲を高めるため、また、実施上の問題が出現していないか、あるいは中断されていないかなど、電話等を用いて適宜確認し、相談に応ずるようにすることが望まれる。加えて、利用者及び家族等が実施困難を訴える場合には、代替案を提示し、計画修正を加える。

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1ヶ月後の相談時から毎回(1ヶ月に1回)行い、3ヶ月目には、事後アセスメントとして、低栄養状態の改善状況及び計画の実践状況を評価する。低栄養状態の改善が見られなかった場合や、食事に関する計画の実施状況が十分ではない場合等には、再度、高齢者と話し合って食事に関する計画の修正を行い、初回と同様に、修正後1週間目には実施上の問題が出現していないか、あるいは計画の実施が中断していないかなどを確認し、相談を行うようにする。

これらについては、随時、地域包括支援センターと連携をして行われるものである。

#### **e) 事後アセスメント**

事後アセスメントとは、事業終了後、再度、事前アセスメントと同様の評価を実施し、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ものである。事後アセスメントの結果は、介護予防ケアプランの見直しに反映させるため、介護予防ケアマネジメント業務を実施する地域包括支援センターに報告する。

具体的には、事業開始3～6ヶ月後に、事後アセスメントを行い、事前・事後の比較等の評価を行い、個別サービス計画に基づく栄養改善の経過、目標の達成状況等を、地域包括支援センターに報告する。事後アセスメントによって低栄養状態のリスクがみられなくなった場合には、地域包括支援センターの判断に基づいて事業を終了し、介護予防一般高齢者施策への参加を促す。未だ、低栄養状態のリスク「有」と評価される場合には、地域包括支援センターの判断に基づいて、介護予防ケアプランが見直され、継続して本事業を実施する。本事業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るなどした場合など、地域包括支援センターと連携を図る必要がある。

### **3) 訪問型介護予防事業**

#### **①事業内容**

訪問型介護予防事業とは、特定高齢者であって、心身の状況等により通所形態による事業への参加が困難なものを対象に、保健師等がその者の居宅を訪問して、その生活機能に関する問題を総合的に把握・評価し、必要な相談・指導等を実施するものである。

先駆的事例では、通所型栄養改善プログラム(栄養相談等)に体調不良等の理由から参加できない、また通所型に参加していたが、遠くて通えない、通う自信がない等の理由か

ら通所できなくなった高齢者に対して行われている（事例：神奈川県伊勢原市参照）。

また訪問型介護予防事業の対象者であって、低栄養状態を改善するために特に必要と認められるものに対しては、栄養改善プログラムの一環として配食の支援が実施される。

## ②実施の手順

実施は、通所型栄養相談等と同様の流れで行なわれる。地域包括支援センターが作成した介護予防ケアプランをもとに、①事前アセスメント→②個別サービス計画の作成→③プログラムの実施（定期的な訪問栄養相談、計画修正、モニタリングを含む）→④事後アセスメント・評価→⑤地域包括支援センターへの報告 となる。

訪問時において、管理栄養士は身分証明書や名札を提示して身分を明らかにするとともに、関係様式や資料のほか、持ち運びできる体重計などの身体計測機器等も必要となる。

低栄養を引き起こしている要因に口腔内の問題や筋力低下、閉じこもり、認知、うつなどがみられる場合には、関係職種との連携が必要になってくるため、随時、地域包括支援センターと相談して進めることが望ましい。

これらの訪問型栄養相談により体重が増加し、体調が回復した場合は、介護予防ケアプランを通所型栄養相談に変更するなど、地域包括支援センターと連携をとりながら臨機応変に対応する。

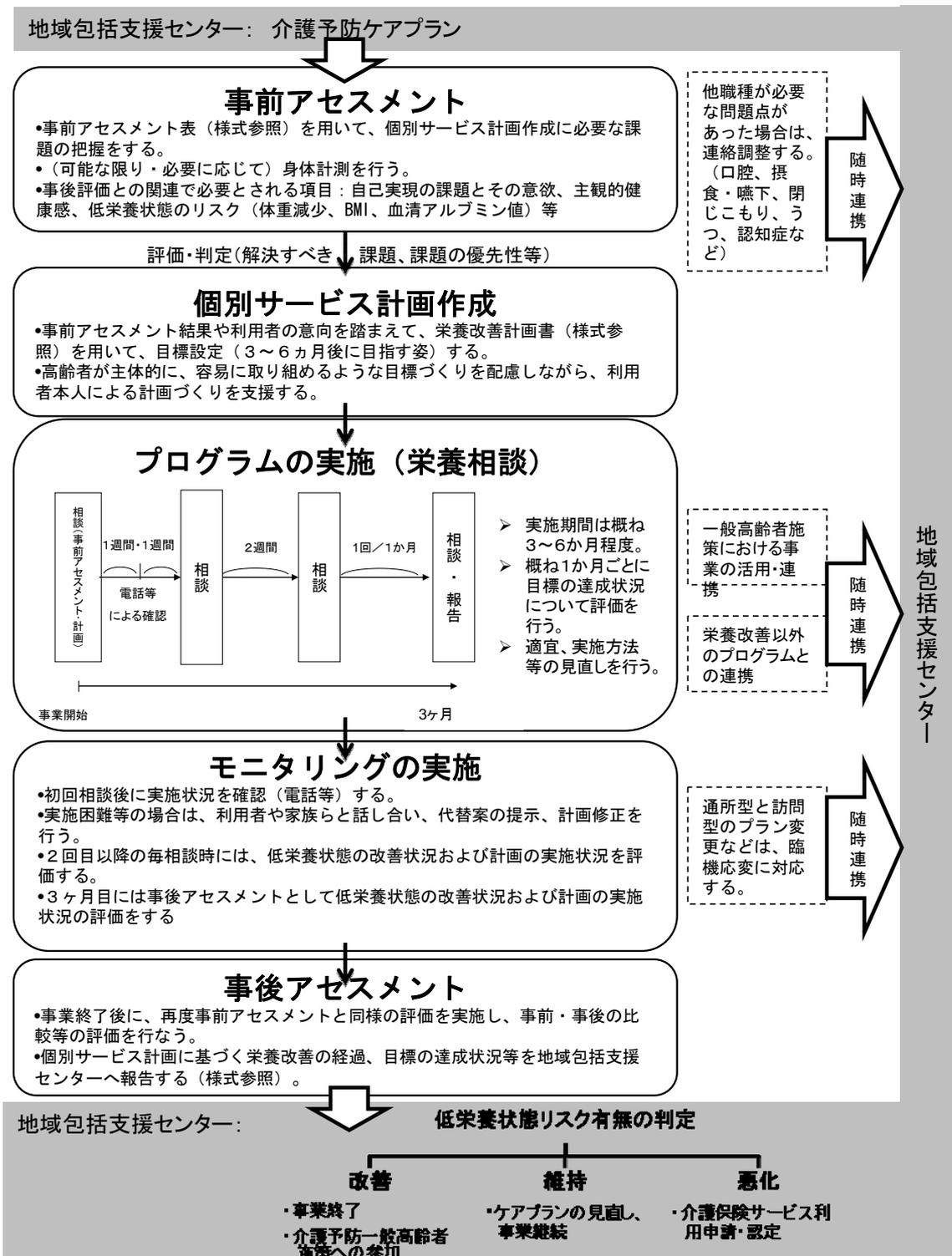
会場まで遠くて通えない等の理由から通所型栄養相談に参加できず、訪問型栄養相談利用者が多い地域では、その地域に会場（自治会館、集会所、公民館等）を設け、そこを拠点に通所型栄養相談を実施することが有効であり、さらに、この事業を通じて閉じこもり予防から地域交流につながっていくものとする。

また地域包括支援センター等がアプローチ時に一度断られたケースに対し、地域に管理栄養士が出向き、立ち寄り訪問（訪問栄養活動）を行うことで、通所型および訪問型栄養改善事業につなげていくことも効果的である。

### コラム

配食サービスを提供する必要がある場合には、栄養相談を担当する管理栄養士等は、配食サービス事業所に対しての必要情報や依頼事項（嗜好、禁忌、アレルギー、食事療法、形態、エネルギー、タンパク質提供量など）についても計画の一環として記載し、地域包括支援センターを通じて配食サービス事業者に連絡する。配食サービス事業所へは、定期的な声かけ、安否確認が行われるだけでなく、喫食状況や利用者からの要望などは、地域包括支援センターを通じて担当の管理栄養士等に定期的に情報提供が行われるように依頼する。また、配食サービスを通じて、関連事業の紹介、普及・啓発用パンフレットや自己チェック表、要望などの記入表などを配布することも可能である。管理栄養士等による配食サービス事業者への衛生管理、安全性等のリスク管理に対する情報提供や指導が行われることも必要である。

**図8 介護予防特定高齢者施策における栄養改善プログラム（例）**  
市町村または委託された事業者（管理栄養士等）が実施



（社団法人日本栄養士会・全国行政栄養士協議会：地域支援事業における「栄養改善」実施の手引き，2008を改変）

事例：神奈川県伊勢原市

「訪問栄養活動を中心とした参加率向上のための取り組み」

1. 本事業の特徴

本事業は、特定高齢者（栄養）に対し、地域包括支援センター等が一度断られたケースに対し、地域に管理栄養士が出向き立ち寄り訪問を行うことで、通所型や訪問型栄養改善事業につなげていくものである。また、高齢者がより参加しやすいように、特定高齢者（栄養）の多い地域で通所型事業を実施する、地域型特定高齢者事業も並行し実施している。

2. 自治体の概要

【伊勢原市の特徴】（平成20年9月1日現在）【住基人口】97,657人 【高齢化率】18.2% 【その他】市内には3つの地域包括支援センターがあり、社会福祉法人に委託。

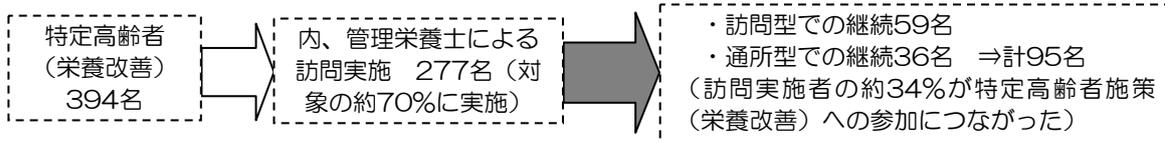
3. 事業の体制づくり

【人的体制の整備】平成18年4月制度改正に伴い、介護予防部門に管理栄養士が1名異動により配置された。これにより、高齢者に対する栄養改善事業の企画から実施、評価までを行えるようになった。また、非常勤管理栄養士・栄養士に対し、地域支援事業（栄養改善）に関する研修会・打合せ会を随時開催し、事業従事できる人的体制を整えた。また、立ち寄り訪問を実施する際の管理栄養士の訪問時の流れ等を標準化し、同じ質で効率的・効果的に訪問を実施できるよう努めた。

【参加までの流れの整備】健診受診後に特定高齢者となると、担当地区の地域包括支援センターが電話や訪問等で「通所型」または「訪問型」の栄養改善事業の紹介と、包括支援センターによる実態把握のための訪問の了解を得ることになる。しかし、実際は包括支援センターが電話や訪問をした段階で断られてしまっていることが多い。そのため一度断られた特定高齢者候補者（栄養）に対し、管理栄養士による立ち寄り訪問を実施している。経年の健診データから体重の推移をグラフにしたものや、リーフレットや健診結果表なども使いながら体重が減少していること等を説明。訪問時は玄関先や庭先、場合によっては作業中の畑などでも声をかけ、体重減少したいさつなどの話を聞き、栄養相談につなげている。そういった関わりから訪問が継続し、通所型教室への参加にもつながっている。また、継続には至らなくとも、立ち寄り訪問時のやりとりの中で、低栄養改善のためのアドバイスが実施できている。

4. 実施状況

平成18～19年度伊勢原市における特定高齢者（栄養）として把握されてから事業参加につながった人数の流れは以下のとおりである。（平成20年10月15日現在）



【訪問型栄養改善事業について】管理栄養士が訪問し、体重測定や握力測定を中心に栄養アセスメントを実施。仲間づくりや閉じこもり予防のためにも通所型事業を勧めたいところだが、遠くて通えない、通う自信がない等の理由の場合、対象者に合わせたスタイルで訪問型事業を行っている。

【通所型栄養改善事業について】タイムリーに事業参加を勧められるように、教室開催を毎月にし、どの回からでも参加できるようにしている。また、事前アセスメントは教室参加前に管理栄養士が訪問により実施するため、家庭内の状況・環境なども含めて詳細に聞き取り確認ができる。教室の内容は、調理実習に負担感を感じる方も多いので、実習だけではなく、会食形式で手作りのお弁当を提供する回も設けた。また運動指導や口腔ケア、ゲームを行なうなど楽しい雰囲気作りを心がけた。

また、特定高齢者（栄養）の多い地域にある会場（団地集会所や公民館等）を利用し、地域型特定高齢者事業を実施。調理が難しい会場ではオープントースターや炊飯器などを使用し、簡単にできるメニューを紹介している。訪問型の方や立ち寄り訪問実施者にPRし通所型での参加につなげるよう努めている。

【平成18～19年事業終了者の動向】約8割が体重増加又は体重減少が落ち着き「改善」となっている。「悪化」により終了した者のうち4名が要支援・要介護になったが、事業参加だけでは改善が見込めず、管理栄養士と地域包括支援センターと連携し介護保険サービス利用申請・認定につなげることができたケースであった。改善で終了したケースも、通所型栄養改善事業参加者には「同窓会」を季節ごとに実施、再度体重を測定している。同窓会に参加したことで、体重減少が判明し、再度特定高齢者として通所型栄養改善事業に参加したケースもあった。※「介護予防事業報告」に準じ、平成20年10月15日現在で区分

改善	悪化	死亡	その他
61人 (80.3%)	7人 (9.2%)	3人 (3.9%)	5人 (6.5%)

【まとめ】以下の①～③にあたる行政栄養士が係わる高齢者に対する施策を、介護予防部門にいる常勤管理栄養士が担当することで、それぞれが連動・連携して行え、効率・効果的に実施ができる。また、個々のケースの栄養ケア・マネジメントを丁寧に行うことが、事業評価だけでなく地域の栄養診断にもつながり、行政管理栄養士のこれからの活動の基盤になるとと思われる。

- ① 一般高齢者施策・・・普及啓発、ボランティア養成・育成
- ② 特定高齢者施策・・・通所型、訪問型
- ③ 配食サービス・・・配食サービスの適正化のためのアセスメント、モニタリング

## (2) 介護予防一般高齢者施策

介護予防一般高齢者施策は、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、介護予防に向けた取組が主体的に実施されるような地域社会の構築を目指して、健康教育、健康相談等の取組を通じて介護予防に関する活動の普及・啓発や地域における自発的な介護予防に資する活動の育成・支援を行うこと等を目的とする。

### 1) 介護予防普及啓発事業

介護予防普及啓発事業は、地域の特性や資源を生かした「まちづくり」の一環として、住民参画によって行う。そこで、市町村は、関係専門職団体、地区社会福祉協議会、食生活改善推進委員、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、食品や食事などの生産・流通、製造などの民間企業、その他関連者による推進委員会等を設置する。推進委員会は、以下のような普及啓発活動に助言を行うとともに普及啓発事業に推進的に参加する

普及・啓発すべき事項は、介護予防のための「食べること」の意義、一次アセスメント及び介護予防のための生活機能評価における低栄養状態に関する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、どのように「食べるのか」（サービング・サイズとそのとり方）、地域介護予防活動支援事業への参画の勧めなどである。普及・啓発のための方途として、表2.2の事項が考えられる。

### 2) 地域介護予防活動支援事業

地域介護予防活動支援事業の一環として、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が必要である（ボランティアの養成・育成）。養成・育成の対象は、食生活改善推進員、民生委員、また、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。表2.3に示すようなプログラムを実施することが考えられる。各ボランティア団体の特性に合わせた内容で、「栄養改善」に関する活動支援を行う必要がある。

表2.2 普及・啓発のための具体的な事業内容とその詳細

具体的な事業内容	その詳細
(ア)愛称、ロゴ、シンボルマーク、キャッチコピーの募集	市町村の広報、公式ホームページ、関連諸団体、学校向けのパンフレットなどによって、「地域栄養改善活動」の趣旨、目的、活動の概要を説明し、活動の愛称、ロゴ、シンボルマーク、キャッチコピーなどの募集を行う。
(イ)講演会等による健康教育	大学、学会、各種団体、企業などの主催する公開講演会において介護予防と「栄養改善」に関する学術講演や専門講師による講演会を行う。
(ウ)ポスター、パンフレット	「地域栄養改善活動」に関する愛称、ロゴ、マーク、キャッチコピーなどの入った

	ポスターやパンフレットを作成し、高齢者が頻繁に利用する会館、駅、病院・診療所、商店街などに掲示や配布を行う。これらのポスターやパンフレット作成は、民間企業の広告・宣伝の一環として行うこともできる。
(エ) ホームページの作成	例えば、地域の公的ホームページでは、介護予防のための「栄養改善」に関する必要情報を提供する。また、関連情報や各種事業内容にアクセスできるように、「栄養改善活動」のための情報マップを作成する。これらには、介護予防のための栄養・食事に関する適正な情報、地域の食品、食物、食事、食事づくり、外食や市販の持ち帰り弁当、宅配などの情報にもアクセスできるようにする。これらの情報の適正性は、専門職による確認が必要である。
(オ) 外食、食品小売業、スーパーマーケット、コンビニエンス・ストア等における栄養情報の表示	介護予防の観点からは、エネルギー、タンパク質のとり方、すなわち、料理や食品における食事摂取基準(推奨量)との関連、この料理や食品を食べると、エネルギー、タンパク質をどの位食べたことになるのか(介護予防のための栄養・食事ガイド等)を理解し、高齢者が料理や食品を上手に選択できるように栄養表示を行うことが求められる。これらの介護予防に寄与する栄養情報の表示を行った店舗や企業は、「地域栄養改善活動」推進団体として登録等を行い、地域の広報誌等にも掲示する。
(カ) 有線放送、広報紙等の活用	公的及び民間による有線放送及び広報紙等によって、「地域栄養改善活動」や「栄養改善」サービスの実施の紹介などを行う。
(キ) 介護予防のための個人データの自己管理(介護予防手帳の活用)	介護予防の効果を上げるためには、利用者自らが積極的に関与することが重要であり、そのためには個人が自己のデータを管理することが効果的である。「地域栄養改善活動」では、このような自己管理を支援することを目的として、介護予防手帳を活用する。介護予防手帳には、生活機能評価や介護予防ケアマネジメントの結果、介護予防ケアプラン、個別サービス支援計画等の情報を含まれており、利用者の意欲の向上や関係者との情報の共有化を効率的に行えるようにしたものである。
(ク) 相談窓口の設置	相談窓口は、地域住民の「栄養改善」に関する事業や高齢者の栄養・食事に関する相談や苦情、要望、不安などに対応するために設置する。担当者は、低栄養状態の予防・改善について、知識・経験を有する医師、歯科医師、管理栄養士等、保健師などである。基本健康診査の会場、市町村保健センター、健康増進センター、公民館、その他事業所などの高齢者が気楽にかつ幅広く相談できる場所に設置する。低栄養状態の予防・改善に関する助言及び指導、相談内容に適切に対応すると同時に、必要に応じて地域包括支援センターに紹介する。

表 2.3 「栄養改善」に関するボランティアの養成・育成プログラム（事例）

目的	高齢者が介護予防のために十分に「食べること」を通じて低栄養状態になることを予防するための正しい知識と技術について学習する。さらに、高齢者自からの自己実現にむけて、十分に「食べること」を通じて低栄養状態を予防・改善するという認識と自覚を高め、最終的には地域栄養改善活動への参画を通じて「活動的な85歳」になることを目指すことを支援する。
対象	食生活改善推進員、民生委員、また、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
内容： ねらい	<p>○介護予防事業と「栄養改善」： 市町村での介護予防事業のシステム、包括支援センターの役割、生活機能評価などと「栄養改善」との関連について理解できる。</p> <p>○介護予防と「食べること」の意義： 介護予防のために「食べること」の意義、低栄養状態の概念とその予防・改善のための基本的考え方について理解できる。</p> <p>○栄養改善のための自己評価（介護予防手帳）： 介護予防手帳において、体重の記録のつけ方と見方、「基本チェックリスト」「低栄養の自己チェック表」を用いた問題の把握の方法、介護予防のための生活機能評価の活用法について理解し、説明することができる。 日常生活や食事リズムを理解し、望ましい生活や食事のリズムの改善について目標、戦略的方法などについて理解し、説明することができる。 低栄養状態を予防、改善するための食品の選択（主食、タンパク質を多く含む食品のサービング・サイズ）について理解し、説明することができる。 対象者の食文化や価値観、ライフスタイルを大切に食事と生活の設計されたものについて説明ができる。</p> <p>○具体的な支援方法：（例）「食べること」や「食事づくり」の場の提供、外出支援、宅配の紹介・手配など 高齢者の介護予防のために、楽しい共食の場や「食事づくり」を通じた仲間づくりの場を提供する。特に閉じ込めりがちな地域高齢者にとっては、「食べること」を楽しみ、仲間づくりを行うことが求められることから、アウトドア料理、子供と作るお菓子づくり、美容と食事の会など参加意欲が高まるような場の設定が推奨される。外出支援は、栄養相談や栄養教育に来所するための交通機関を利用することが困難な者、あるいは下肢の不自由な者を対象とする。利用者の居宅と栄養相談、集団栄養教育、あるいは、食材購入の場への移動の車輜や徒歩による同伴や見守りを行う。宅配の紹介・手配は、単身世帯、高齢者のみの世帯及びこれに準ずる世帯に属する者、あるいは日常の食生活行為に対して援助が必要な者、多少の援助を行えば生活機能の改善が予測される者を対象とする。必要に応じて低栄養状態の予防・改善に推奨された食材、食品、食事などの宅配サービスの紹介と手配など行う。</p>

このようなプログラムを修了した地域住民（食生活改善推進員、民生委員、地域の一般高齢者）が、ボランティア活動の一環として提供する「食べること」や「食事づくり」を通じた仲間づくり等、地域の高齢者が低栄養状態のリスクのある近隣の高齢者の食生活改善を支援し、生きがいつくりや地域での社会参加を促進することを促進する

### 3. 予防給付における具体的な取組内容(最終版において変更の予定)

#### (1) 栄養改善サービスとは

本サービスは、要支援1、2である者において、低栄養状態にある者又は低栄養状態のおそれのある者に対して、栄養改善サービスの提供が必要と認められる者に行われるものである。当該サービスは、「食べる意欲」の回復や「食事準備」等の「食べること」への支援を通じて、高齢者自らが自己実現を図れるように、日常の食事内容、食材の調達、食事準備、介護予防通所介護サービス利用時の食事までもも広範囲に支援するものであり、生活習慣病等の疾患に対する栄養食事指導のように「〇〇を食べないように・・・」と食事制限をするものではない。介護予防通所介護事業所及び介護予防通所リハビリテーション事業所(以下、事業者という)において管理栄養士によって行われる(図9)。

#### (2) 地域包括支援センターにおける対象者となる高齢者の把握

地域包括支援センターでは、介護認定審査会において要支援1、要支援2と判定された者のうち、以下の①②③のいずれか1つに該当し、低栄養状態にある者又はそのおそれがある者であって、「栄養改善サービス」の提供が必要と認められる者を対象とする(最終版において変更)。

低栄養状態のおそれとは、体重などの数値では判断できないが、低栄養状態になっている可能性がある、あるいは、このままの状態が続くと低栄養状態になる可能性が高い状態を言う。

- ① BMIが標準を大きく下回る
- ② 体重の減少が認められる
- ③ 栄養面や食生活上に問題がある

この栄養面や食生活上の問題とは、例えば、疾患(脳梗塞・消化器・呼吸器・腎臓疾患)、手術・退院後、身体状況(発熱・風邪など)、口腔及び摂食・嚥下機能の問題、食事摂取量の減少、食欲の低下、ライフイベントによる精神的ストレス、生活機能低下(買い物、食事作り等)、閉じこもり、うつ、認知症等が挙げられ、これらは、低栄養状態のおそれを生じさせる要因の一つと考えられる。このため、介護予防サービス担当者は、栄養改善サービスの提供が必要と認められるかどうか、利用者ごとに把握を行うことが期待される。(別紙 予防給付栄養改善サービス利用者把握のためのチェック表様式例参照のこと)。事業所においては、管理栄養士が栄養スクリーニングの様式例を用いて、低栄養状態のリスクを確認することが推奨される。

#### (3) 通所サービスにおける栄養ケア・マネジメントの提供体制

平成18.3.31老老発第0331009号により、以下のように体制を整備するとされている。

- ① 栄養ケア・マネジメントは、ヘルスケアサービスの一環として、個々人に最適な栄養ケアを行い、その実務遂行上の機能や方法手順を効率的に行うための体制をいう。
- ② 事業所は、主治医、管理栄養士、看護師及び居宅介護支援専門員その他の職種が共同して栄養ケア・マネジメントを行う体制を整備すること。
- ③ 事業所における栄養ケア・マネジメントに関する手順をあらかじめ定める。
- ④ 管理栄養士は、利用者に適切な栄養ケアを効率的に提供できるよう関連職種との連絡調整を行う。
- ⑤ 事業所は、栄養ケア・マネジメント体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的な品質改善に努める。

#### **(4) 介護予防通所サービス事業所における栄養ケア・マネジメント実務**

##### **1) 利用開始時における栄養スクリーニング**

管理栄養士は、利用者の利用開始時に、関連職種と共同して、事前アセスメントを行い、低栄養状態のリスクを確認する（以下「栄養スクリーニング」という。）。なお、栄養スクリーニング様式は、様式例を参照の上作成する。栄養スクリーニング項目として、体重（身長）、BMIは必須項目であるが、食事摂取量、血清アルブミン値等は適宜選択する。

##### **2) 栄養アセスメントの実施**

管理栄養士は、栄養スクリーニングを踏まえ、利用者及び家族と個別面談を行い、低栄養状態の改善指標やその程度、その原因となっている解決すべき課題を評価・判定する（以下「栄養アセスメント」という。）。実施にあたっては、実施内容に解説した詳細なアセスメントを行い、低栄養状態あるいはそのおそれの原因となっている栄養・食生活上の問題を把握し様式例を参照し作成する。

##### **3) 栄養改善サービス計画の作成**

管理栄養士は、上記の栄養アセスメントに基づいて、利用者の i) 栄養補給（補給方法、エネルギー・たんぱく質・水分の補給量、慢性的な疾患に対する対応、食事の形態等の自宅ならびに介護予防通所サービス事業所での食事の個別提供に関する事項等）、ii) 栄養食事相談（料理や買い物など食事の準備に関する情報提供、声かけなど）、iii) 課題解決のための関連職種の連携時の分担等について、関連職種と共同して、別紙3の様式例を参照の上栄養ケア計画を作成する。管理栄養士は、作成した栄養ケア計画原案については、関連職種と調整を図り、地域包括支援センターでのサービス担当者会議に事業所を通じて栄養ケア計画原案を報告し、関連職種との話し合いのもと、栄養ケア計画を完成させる。地域包括支援センター課題分析者は、栄養ケア計画の内容を、当該サービス計画に適切に反映させる。また、管理栄養士は、必要な場合には主治医の指示・指導を受けなければなら

ない。

#### 4) 利用者及び家族への説明

管理栄養士は、サービスの提供に際して、栄養ケア計画を利用者又は家族に説明し、サービス提供に関する同意を得る。

#### 5) 栄養改善サービス計画の実施

管理栄養士と関連職種は、栄養ケア計画に基づいたサービスの提供を行う。

##### ① 栄養食事相談

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

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

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

##### ② 事業所における食事の個別化と食事支援

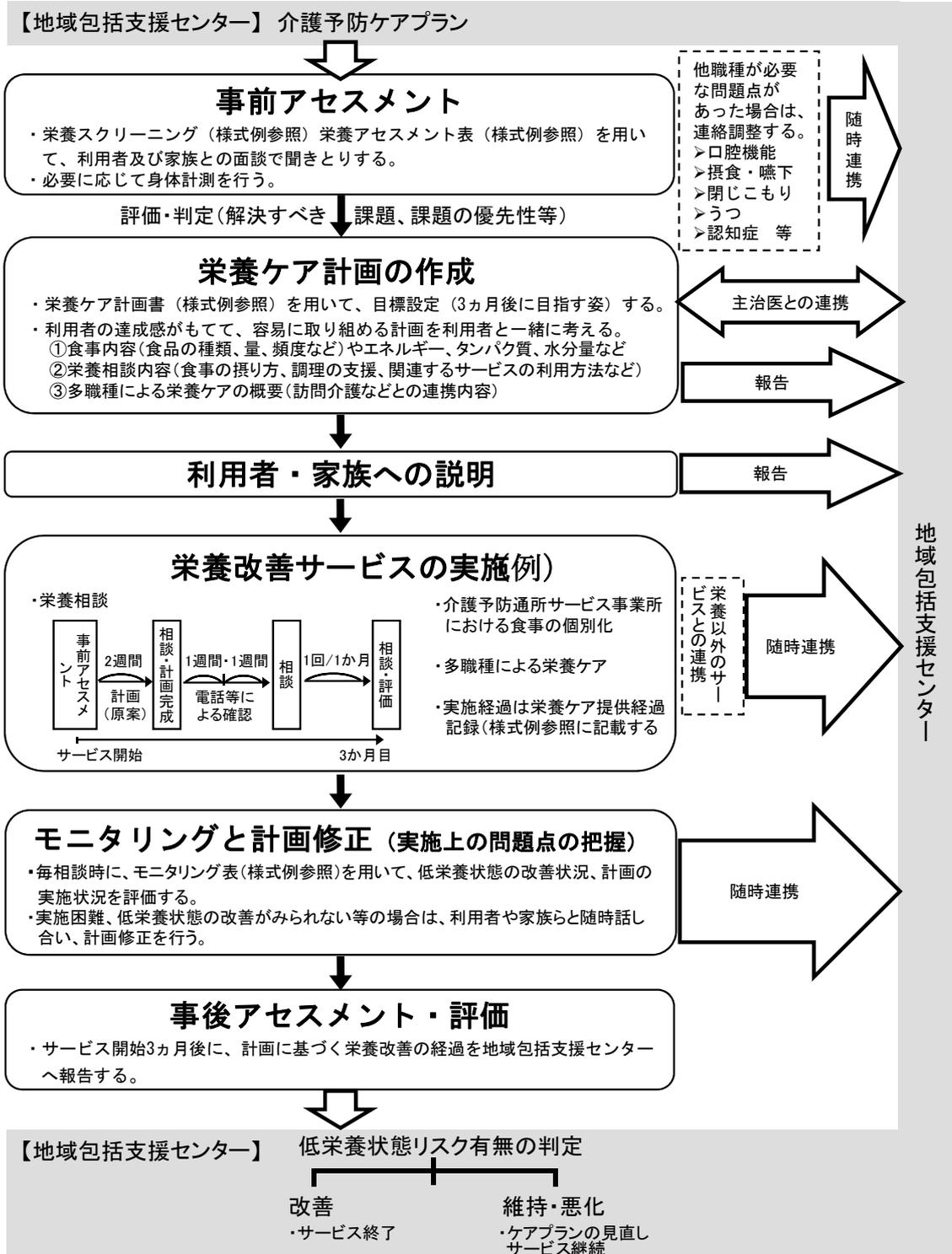
事業所においては、利用者に提供される食事が適正に摂取できるように食事形態の変更や介護職との食事支援や食事摂取量等に関する情報交換をはかる。さらに、エネルギーやタンパク質、水分の食事への付加が必要な場合には、嗜好に合わせたデザートや栄養補助食品を加える。このような事業所における食事の提供や食事支援にあたって、管理栄養士は、給食業務の実際の責任者としての役割を担う者（管理栄養士、栄養士、調理師等）に対して、栄養ケア計画に基づいて個別対応した食事の提供ができるように説明及び指導する。なお、給食業務を委託している場合においては、委託業者の管理栄養士等との連携を図る。また、管理栄養士は、関連職種と共同して食事摂取状況や食事に関するインシデント・アクシデントの事例等の把握を行う。

##### ③ 配食サービス等の情報の提供

利用者、家族に対して必要に応じて食事の配食サービス等に関する情報の提供を行う。実施経過は栄養ケア提供記録書に記載する。

## 図9 予防給付における「栄養改善」サービスの実務

介護予防事業所に配置された(管理栄養士)が実施



#### ④ 関連職種に対する助言

管理栄養士は、関連職種に対して、栄養改善サービス計画に基づいて説明、指導及び助言を行う。

#### 6) 記録

管理栄養士は、栄養改善サービス提供の主な経過を記録する。記録内容、栄養補給（食事等）の状況や内容の変更、栄養食事相談の実施内容、課題解決に向けた関連職種のケアの状況等について記録する。栄養改善サービス提供の経過は、記載の手引き（最終版に掲載予定）を参照の上作成する。

#### 7) 実施上の問題点の把握

自己実現の課題とその意欲、主観的健康感、低栄養状態のリスク（体重減少、BMI、血清アルブミン値、食事摂取状況等）、サービス継続の必要性、計画の概要と実施状況、総合評価を行う。これらの評価結果は、地域包括支援センターに報告する。

なお、概ね3ヶ月後の評価が、①BMIが概ね18.5未満、又はサービス提供期間中に概ね3%以上の体重減少が認められる、②血清アルブミン値3.5g/dl以下、あるいは③管理栄養士による情報収集の結果、家庭等における栄養摂取に係る問題が未解決である、の①②③のいずれかに該当する者であって、継続的に管理栄養士がサービス提供を行うことにより、栄養改善の効果が期待できるとサービス担当者会議等を通じて認められる者については、地域包括支援センターにおいて再度ケアプランを見直し、サービスを提供する。

#### 8) 栄養改善サービス計画の変更及び終了時の説明等

栄養改善サービス計画の変更が必要な場合には、管理栄養士は、介護予防居宅サービス計画作成者に、栄養改善サービス計画の変更を提案し、サービス担当者会議等において計画の変更を行う。計画の変更については、利用者又は家族へ説明し同意を得る。

また、利用者の終了時には、総合的な評価を行い、その結果を利用者又は家族に説明するとともに、必要に応じて地域包括支援センターの課題分析者や関係機関との連携を図る。

#### 9) 実施期間

概ね3ヶ月ごとの評価の結果、継続的にサービスの提供が必要かどうか判断を行うこととされている（図9）。その一つの例としては、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回実施し、利用者の意欲を引き出し、継続意欲を支えるなどの取組が挙げられる。

具体的な栄養改善の取り組みについては、栄養改善サービス事例ならびに帳票（様式例）記入の手引きを、記載事例については、最終版を参照されたい。

**表 3 - 1 「栄養改善」サービスの事例（現要件での事例であり、見直し予定）**

**① 入院後体重減少が把握された事例**

●地域包括支援センター課題分析：要支援1、女性、75歳、夫（79歳、慢性閉塞性肺疾患による在宅加療中）と同居、介護予防訪問介護、介護予防通所介護各週1回利用。2ヶ月前気管支喘息・肺炎によって2週間入院。本人より、退院後の体重減少、食欲低下、買い物の気力のないことの訴えがあり、退院後の体重減少及び食欲低下のため栄養改善サービスの提供が必要と認め、本サービスを導入。

●事前アセスメント結果：現体重42.5kg、入院前45kg、3ヶ月間2.5kg減少。現在のBMI18.2。退院後の夫の介護負担により食欲低下、体重減少。予防通所介護事業所での主食・主菜摂取8割程度。日常の食欲は「最もある状態を5、ない状態を1とした時」に「1」、買い物や食事作りの意欲も同様に「1」。事業所での食事内容の変更、日常簡便に購入できる食品選定について栄養相談。

「栄養改善」サービス計画の内容：①通所サービス利用時は主食量を増加。事業所における昼食にプリンを1品追加。②家では肉・魚等を毎食1品取り入れるよう買い物内容の提案。③間食に3回/週は洋菓子（ケーキ、アイス等）の購入を促し、エネルギー摂取量の増大について栄養相談。

●事後アセスメント結果：体重は3ヶ月間に1.5kg増大。通所時主食・主菜は全量摂取。現在の食欲は「4」、買い物や食事作りの意欲は「4」。本人は、「足がふらつく回数が減り、気力がでてきた」と言う。しかし、入院前体重に回復しないことから、さらに3ヶ月間本サービスを継続。

**② 食事量の不足し、栄養面や食生活上の問題がある事例**

●地域包括支援センター課題分析：要支援2、女性、80歳、独居、心房細動既往歴有。頻回な風邪、発熱、下痢に健康不安の訴えあり。6ヶ月前から夫の死去以降ふさぎ込むようになったことから、食事量の不足による低栄養状態のおそれがあり、ライフイベントによる精神的ストレスが大きく摂食量が不足していることから栄養改善サービスの提供が必要と認め、本サービスを導入。

●事前アセスメント結果：体重減少無し。BMI18.7。義歯の不具合のため軟らかい料理が中心、主食は粥、そば、副菜は豆腐料理中心。発熱や下痢時には、脱水による全身状態の悪化や感染症誘発のおそれがある。通所時主食・主菜摂取は8割程度。食欲は「3」、食事内容の変更、エネルギー、タンパク質摂取量の増大について栄養相談。

●「栄養改善」サービス計画の内容：①通所サービス利用時の主食を粥から米飯に変更。②肉料理は「刻み」の食形態に変更する。③適切な水分摂取を声かえにより促す。通所サービス利用時には、リハビリテーションのための体力維持・向上や風邪の予防のための食事の意義について栄養相談。

●事後アセスメント結果：3ヶ月間で通所時食事摂取量は全量摂取。水分摂取はイオン飲

料を居宅常備。現在の食欲は「4」、風邪をひきにくくなったが、本人はまだ食事摂取に対する不安感があるので、さらに3ヶ月間本サービス継続。

### ③ 不眠やうつ傾向による食事量の減少がある独居世帯のケース

●地域包括支援センター課題分析： 要支援1、78歳、女性、独居。介護予防訪問介護・介護予防通所介護を週1回利用。1年前に入院（大腸がん摘出手術）、6ヶ月前に腰椎圧迫骨折以降、痛みが原因で不眠やうつ傾向がある。外科、整形外科、心療内科に通院中、栄養食事指導の経験はない。半年前に比べると痩せ、担当の整形外科医からきちんと食事を摂るように勧められ、体重減少を認め、医師より栄養改善サービスの提供が必要と認められたため、本サービスを導入。

●事前アセスメント結果：現体重36kg、6ヶ月前38kg、2kg減少。BMI19.1。痛みが強い日や眠れない日の食事量が特に少ないことを確認した。通所時における主食・主菜の食事摂取は7割程度、現在の食欲は「3」、朝は食パン1枚と牛乳コップ半分、昼は卵粥を茶碗1杯のみ。夕飯は配食（平均500kcal）。具合の悪い日の食事摂取や簡単にエネルギー量が確保できる食事工夫を栄養相談。

●「栄養改善」サービス計画の内容：①痛みの強い日は当日申し込み可能な配食弁当をとる。②朝にバナナを追加、昼は卵粥など好きなお餅も1個食べる。③事業所での食事を在宅での食事摂取の目安として、在宅での食事摂取量や水分量の摂取量の確認をする。また、エネルギーやタンパク質を多く含む食品について栄養相談。

●事後アセスメント結果：3ヶ月後に体重は38kgに改善。事業所における主食・主菜の摂取は9割程度、現在の食欲は「5」、体重、食事摂取量も回復したので本サービス終了。

### ④ 脳梗塞を発症後に体重減少がみられる事例

●地域包括支援センター課題分析：要支援2、72歳、女性、娘夫婦と同居。介護予防通所リハビリテーション週2回利用。半年前脳梗塞発症後左上下肢に軽い痺れ。糖尿病、高血圧（約20年前より）。糖尿病発症時に医師から、以降甘い物やご飯類を制限するよう指導を受ける。脳梗塞発症後、3ヶ月前から体重減少があり、同時に体力・下肢筋力を感じ、本人、家族が寝たきりにならないか不安を訴える。脳梗塞発症後、体重減少を認め、糖尿病を有しており、食事に対する必要以上の制限が見られることから、栄養改善サービスの提供を必要と認め、本サービスを導入。

●事前アセスメント結果：体重が半年間で3.5kg減少し、現在BMI18.5。BS168mg/dl、HbA1c6.8。血糖の上昇をおそれて、食べる量を必要以上制限。通所時の主食・主菜摂取は9割程度、現在の食欲は「2」、買い物や食事作りの意欲「2」、食後血糖値の増大を抑制する食品の組み合わせや量についての知識が必要。

●「栄養改善」サービス計画の内容：①通所利用時、血糖値の上がりにくい食品活用についての簡単料理をグループで行う。②プラン作成者から検査値の情報を聞いて、状態に合わせて家庭での食べ方について栄養相談。

●事後アセスメント結果：体重は3ヶ月間に1kg増加、BS128 mg/dl、HbA1c 5.8と経過良好。通所時主食・主菜摂取は9割程度、現在の食欲は「4」、買い物や食事作りの意欲「5」。体重が回復していないことや長期的な血糖安定のため、さらに3ヶ月間本サービス継続。

#### ⑤ 独身の息子と二人暮らし。毎日飲酒し、食事回数が少なく、BMIが18.5未満の事例

●地域包括支援センター課題分析：要支援1、81歳、男性、息子と二人暮らし。慢性心不全、予防通所リハビリテーション週1回、介護予防訪問介護週1回利用中。15年前に妻が死去。息子は就労しており、食事はスーパーやコンビニエンス・ストアの調理済み惣菜。毎日飲酒し、食事は1日2回以下。昔から痩せており本人は体力の低下に不安を感じている。BMIが18.5以下で、標準を大きく下回っており、低栄養状態にあり、さらに食事回数が少なく、毎日飲酒されていることから栄養改善サービスの提供が必要と認め、本サービス導入。

●事前アセスメント結果：BMI17.6。体重減少無し、Alb3.1g/dl、 $\gamma$ -GTP140、Hb9.1g/dl。通所時主食・主菜の食事摂取は7割程度、現在の食欲は「3」、買い物や食事作りの意欲も同様に「2」。1日3回の食事準備の工夫や貧血等に対応できる情報提供が必要。

●「栄養改善」サービス計画の内容：①通所サービス利用時、昼食に経腸栄養剤1本(125ml、200kcal、Pro7.5g、Fe7.1mg)を追加して提供する。②担当者会議に参加した息子に自分の朝食を買う際に、本人の翌朝の食事を購入し、朝の欠食を防ぐようにする。③ヘルパー、本人、息子にエネルギーやタンパク質、鉄分の多い食品の一覧表の提供。

●事後アセスメント結果： $\gamma$ -GTP135、Hb10.1g/dl、Alb3.6g/dl。通所時主食・主菜の食事摂取は9割程度、現在の食欲は「4」、買い物や食事作りの意欲も同様に「5」と回答した。飲酒を続けていることと食生活の定着にも不安があることから、本人、息子と話し合い、さらに3ヶ月間本サービス継続。

---

## (5) 関連サービスとの連携

本サービスが有効に機能するためには、地域包括支援センターならびに介護予防サービス計画を担当する介護支援専門員との情報交換が必要不可欠となる。さらに、関連サービスには、介護予防ケアマネジメント、調理等の生活援助を提供する介護予防訪問介護、口腔機能の向上サービスを提供すると想定される介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーションにおけるサービス、通所が困難な者に対し医師の指示のもとに行われる介護予防居宅療養管理指導がある。

### 1) 介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメントの流れは、予防給付でも介護予防事業でも同じである。まず、

アセスメントを行い、次に介護予防ケアプランの案を作成し、必要に応じてサービス担当者会議において検討の上、原案を作成し、利用者の同意を得て介護予防サービス・支援計画として確定する。これに基づいて、予防給付によるサービスや介護予防事業が提供される。サービス提供の一定期間後に、地域包括支援センターにおいてサービス・事業の効果を評価する。

地域包括支援センター課題分析者は、予防給付と介護予防事業の両対象者について、基本チェックリストや利用者基本情報、面談などによって情報把握し、生活機能の低下の原因や背景等の分析を行い、各領域において共通した根本的な問題や課題を定めて支援ニーズを明らかにする必要がある。

特定高齢者に対しては、基本チェックリスト項目の該当数を踏まえ、必要と見込まれる事業プログラムを決定し、最終的な介護予防ケアマネジメントによって、利用するプログラムの判断をする。予防給付では認定調査項目や主治医意見書も活用する。主治医意見書からは、利用者の既往、服薬状況、心身状況など、安全にサービスを実施するための医学的観点からの留意事項を確認することができる。

アセスメントは、利用者と課題分析者との協働作業である。互いのコミュニケーションの過程を通じて、介護予防の考え方を利用者や家族に説明したり、生活機能が低下していることを認識できるよう支援をしたり、改善や自立への意欲を引き出していく貴重な機会でもある。また、既存書類からの情報収集によって、ある程度の利用者像の把握をし、そして面接では利用者や家族の訴えに耳を傾け、生活機能低下の状態や状況について理解することから始めることが大切である。しかし、一方で、専門的な観点による十分なアセスメントを行わず、利用者の希望のみを優先してサービスの利用計画を立てていることが指摘されている。

地域包括支援センターの課題分析者は、栄養改善に関する専門的な観点によるアセスメントを必ず行い、必要に応じて低栄養状態の誘因となっている課題の解決のために口腔機能の向上、摂食・嚥下リハビリテーション等の各種サービスの提供ができるように調整をし、介護予防ケアプランを作成する。また、管理栄養士は、利用者の自立への意欲を引き出していく支援をするため、さらに栄養食事相談の成果を挙げるために、必要に応じて新たに関連サービス提供者への依頼をしたり、また、地域包括支援センターを介して現在提供されているサービス担当者たとえば介護予防訪問介護など食事介助、調理支援等の関連サービスから食事状況に関する情報を得られるようにする。

## 2) 生活機能・身体機能の向上

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

### 3) 口腔機能の向上

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

### 4) 摂食・嚥下リハビリテーション

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

詳細は「口腔機能の向上」に関するマニュアルを参照されたい。

### 5) 栄養と薬剤の相互関係への留意

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

### 6) 認知症、うつ、閉じこもりのおそれがある場合の対応

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

## 7) 訪問介護などの調理・買い物支援

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

## 8) 医師の指導等

対象者が治療を受けている場合等においては、主治医との連携を十分に取り、「栄養改善」サービスに関する報告を行い、指導・指示を得ることが必要である。

## 9) 介護給付における栄養マネジメント

予防給付栄養改善サービス利用者が介護給付に移行する場合、あるいは、介護給付における本サービス(栄養マネジメント加算)利用者が予防給付に移行する場合には、栄養改善サービスにおいても連続的なサービスを提供していくことが可能である。通所サービス事業所においては、予防給付ならびに介護給付の両者の栄養改善サービスを併せて推進することが望ましい。

介護給付における栄養改善サービスは要介護1～5の者で低栄養状態にある者あるいはそのおそれのある者を対象に、要介護状態の重度化防止を目指して実施される。要介護認定の結果1～5と判定された者が、居宅介護支援事業者によるケアマネジメントにおいて予防給付と同様の要件によって課題分析(アセスメント)され、当該サービス参加に同意を得られた者を対象とする。通所サービス事業所において、管理栄養士による栄養ケア・マネジメントが提供された場合に、原則として月2回栄養マネジメント加算として評価することができ、その理念、内容、事前アセスメント、栄養ケア計画の作成、その後の事後アセスメント、介護支援専門員への報告の流れは、予防給付と同様である。

## 文献

厚生労働省老人保健事業推進等事業「高齢者の栄養管理サービスに関する研究」報告書(主任研究者 松田朗)(1997)。

杉山みち子、多田由紀:高齢者の低栄養状態改善のためのエビデンス(2007)。厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業 介護保険制度における栄養ケア・マネジメント事業評価に関する研究 平成18年度総括研究報告書。 71-89。

日本栄養士会全国行政栄養士協議会(2007)。地域支援事業における「栄養改善」実施の手引き。

Staratton RJ, Green CJ, Elia M(2003). Evidence based for oral

nutritional support disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment 168-236, CAB International Publishing.



＜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)	
		0. はい	1. いいえ
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ヶ月間で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。

## 特定高齢者の決定方法

「特定高齢者の候補者」に選定された者について、生活機能評価の結果等を踏まえて、以下の1～6により特定高齢者を決定する。

### 1 運動器の機能向上

基本チェックリスト6～10の5項目のうち3項目以上に該当する者

ただし、うつ予防・支援関係の項目を除く20項目のうち10項目以上該当し「特定高齢者の候補者」と判定された者であって、基本チェックリスト6～10のうち3項目以上該当していない者について、以下に示す運動機能測定を行った場合に3項目の測定の配点が5点以上となった場合については、該当する者とみなしてよい。

運動機能測定項目	基準値		基準値に該当する 場合の配点
	男性	女性	
握力 (kg)	<29	<19	2
開眼片足立時間 (秒)	<20	<10	2
10m歩行速度 (秒) (5mの場合)	≥8.8 (≥4.4)	≥10.0 (≥5.0)	3
配点合計	0-4点 …	運動機能の著しい低下を認めず	
	5-7点 …	運動機能の著しい低下を認める	

### 2 栄養改善

以下の①及び②に該当する者又は③に該当する者

- ①基本チェックリスト11に該当
- ②BMIが<sup>a</sup>18.5未満
- ③血清アルブミン値3.8g/dl以下

### 3 口腔機能の向上

以下の①、②又は③のいずれかに該当する者

- ①基本チェックリスト13～15の3項目のうち2項目以上に該当
- ②視診により口腔内の衛生状態に問題を確認
- ③反復唾液嚥下テストが3回未満

#### 4 閉じこもり予防・支援

基本チェックリスト16に該当する者  
(17にも該当する場合は特に要注意)

#### 5 認知症予防・支援

基本チェックリスト18~20のいずれかに該当する者

#### 6 うつ予防・支援

基本チェックリスト21~25で2項目以上該当する者

なお、認知症及びうつについては、特定高齢者に該当しない場合においても、可能な限り精神保健福祉対策の健康相談等により、治療の必要性等についてアセスメントを実施し、適宜、受診勧奨や経過観察等を行うものとする。

## 事前アセスメント表（地域支援事業）（例）

次の質問にお答え下さい。記入はご自身やご家族、あるいは担当者が行います。

お名前

わたしの趣味は？（いくつでも）
わたしが一番やってみたいことは？（いくつでも）
わたしの好きな食べ物は？（いくつでも）
わたしの嫌いな食べ物は？（いくつでも）
食べ物でアレルギー症状（食べると下痢や湿疹などの症状がでる食べ物）がでますか？ いいえ・はい（具体的に： _____ ）
医師に食事療法をするように言われていますか？ いいえ・はい（具体的に： _____ ）
食事姿勢や食べる動作に不自由を感じますか？ いいえ・はい（具体的に： _____ ）
食事は小さくしたり、刻んだりしないと食べられませんか？ いいえ・はい（具体的に： _____ ）
食事は主に、いつ、どこで、誰と、どんなものをどのように食べていますか？（たとえば、昨日はどうでしたか？） 朝  昼  夕  間食
毎日の食事づくりは、誰がどのようにしていますか？

## 事前アセスメント表（つづき）

## 「自己チェック表」

次の質問にお答え下さい。「はい」の場合には、担当者が具体的な内容をお伺いします。

番号	質問	答え	具体的な内容	
1	歯や口腔、飲み込みの問題がありますか	はい いいえ		
2	下痢が続いたり、 下剤を常用していますか	はい いいえ		
3	便秘が続いていますか	はい いいえ		
4	最近、入院を経験しましたか	はい いいえ		
5	1日に5種類以上の薬を 飲んでいきますか	はい いいえ		
6	1日に食べるのは2食以下 ですか	はい いいえ	食事調査 をしてみ ましょう	
7	主食（ごはんなど）や 主菜（肉、魚などのおかず）を 食べる量が減ってきましたか	はい いいえ		
8	牛乳・乳製品をとっていますか	はい いいえ		
9	毎日、一人で食事を していますか	はい いいえ		
10	日常的に身体を動かさなくな ってきましたか	はい いいえ		
11	自分で（あるいは担当者が） 食べ物を買に行ったり、 食事の支度をするのに 不自由を感じていますか	はい いいえ		
12	食べる気力や楽しさを 感じていますか	はい いいえ		

担当者が計測結果や健診などの検査結果を記入します。

身長	cm	上腕の周囲長	cm
体重	kg	上腕の脂肪厚	mm
BMI		上腕の筋面積	cm <sup>2</sup>
体重減少	kg/ 月	血清アルブミン値	g/dl

計画(地域支援事業)(例)

名 前

作成日           年       月       日

担当者

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、〇〇〇を〇〇〇〇して食べようなど)

わたしの計画

問題や障害になったこと・計画を修正したこと・自己評価

## 栄養相談経過記録表(例)

氏名	男・女	ID番号	生年月日	( 歳)
住所			電話	
第1回栄養相談( 週目) グループ・個人			実施日	担当者
身長	体重	BMI	血清アルブミン	
上腕周囲長	上腕三頭筋皮脂厚	上腕筋面積	主観的健康感	
解決すべき課題や相談の経過				
電話確認( 週目)			実施日	担当者
第2回栄養相談( 週目) グループ・個人			実施日	担当者
体重	BMI	健康感	血清アルブミン	
解決すべき課題や相談の経過				
担当者連絡会			実施日	担当者
第3回栄養相談( か月目) グループ・個人			実施日	担当者
身長	体重	BMI	血清アルブミン	
上腕周囲長	上腕三頭筋皮脂厚	上腕筋面積	主観的健康感	
解決すべき課題や相談の経過				



## 栄養スクリーニング（通所・居宅用）（様式例）

記入者氏名 \_\_\_\_\_ 作成年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

利用者名	(ふりがな) -----	男 ・ 女	要介護度	
生年月日	明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日( _____ 才)			

## 低栄養状態のリスクレベル

	現在の状況	<input type="checkbox"/> 低リスク	<input type="checkbox"/> 中リスク	<input type="checkbox"/> 高リスク
身長(cm) (測定日)	(cm) ( _____ 年 _____ 月 _____ 日)			
体重(kg) (測定日)	(kg) ( _____ 年 _____ 月 _____ 日)			
BMI(kg/m <sup>2</sup> )		<input type="checkbox"/> 18.5~29.9	<input type="checkbox"/> 18.5未満	
体重減少率(%)	( _____ )か月に ( _____ )%(増・減)	<input type="checkbox"/> 変化なし (減少3%未満)	<input type="checkbox"/> 1か月に3~5%未満 <input type="checkbox"/> 3か月に3~7.5%未満 <input type="checkbox"/> 6か月に3~10%未満	<input type="checkbox"/> 1か月に5%以上 <input type="checkbox"/> 3か月に7.5%以上 <input type="checkbox"/> 6か月に10%以上
血清アルブミン値 (g/dl) (測定日)	(g/dl) ( _____ 年 _____ 月 _____ 日) (検査値がわかる 場合に記入)	<input type="checkbox"/> 3.6g/dl以上	<input type="checkbox"/> 3.0~3.5g/dl	<input type="checkbox"/> 3.0g/dl未満
食事摂取量		<input type="checkbox"/> 良好 (76~100%)	<input type="checkbox"/> 不良 (75%以下) 内容：	
栄養補給法			<input type="checkbox"/> 経腸栄養法 <input type="checkbox"/> 静脈栄養法	
褥瘡				<input type="checkbox"/> 褥瘡
栄養面や食生活上 の問題からの低栄養 状態のおそれ	なし <input type="checkbox"/> あり 「あり」の場合の理由（複数回答可） <input type="checkbox"/> 疾患（脳梗塞・消化器・呼吸器・腎臓疾患） <input type="checkbox"/> 手術・退院直後の低栄養状態 <input type="checkbox"/> 身体状況（発熱、風邪など） <input type="checkbox"/> 口腔及び摂食・嚥下機能の問題 <input type="checkbox"/> ライフイベントによる精神的ストレス <input type="checkbox"/> 生活機能低下（買い物、食事づくり等） <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			

## 栄養アセスメント・モニタリング（通所・居家用）（様式例）

別紙2

利用者名		記入者	
身体状況、栄養状態、食事・栄養補給に関する利用者及び家族の意向		家族構成とキーパーソン	

実施日	年 月 日記入者	年 月 日記入者	年 月 日記入者
自己実現の課題・意欲			
健康感・意欲（心身の訴えを含む）			
生活機能・身体機能			

### 身体計測

体 重 (kg)			
BMI(kg/m <sup>2</sup> )			
体重減少率 (%)			

### 臨床検査（検査値がわかる場合に記入）

検 査 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
血清アルブミン (g/dl)			

### 食事の提供のための必要事項

食 欲	有	無	有	無	有	無
留意事項（嗜好、禁忌、アレルギー、等）						
食事形態						
療養食の指示						
食事摂取行為の自立・環境						
食事に対する満足感						

### 家庭等における食事摂取に関する事項

利用者及び家族等の知識・技術・意欲			
日常の食習慣や生活習慣			
食事・食事準備や買い物の環境			
社会資源活用状況（訪問介護、配食サービス等）			

### 経口摂取量・経腸栄養・静脈栄養補給量

食事	主食（割）			
摂取状況	副食（割）			
間食・栄養補助食品に関する事項（種類、量、回数など）	無 有（ ）	無 有（ ）	無 有（ ）	無 有（ ）
経腸栄養・静脈栄養に関する事項（ルート・種類・量・回数・速度など）	無 有（ ）	無 有（ ）	無 有（ ）	無 有（ ）
食 事	エネルギー (kcal)			

	タンパク質 (g)				
	水分 (ml)				
間食・栄養 補助食品	エネルギー (kcal)				
	タンパク質 (g)				
	水分 (ml)				
経腸・静脈 栄養	エネルギー (kcal)				
	タンパク質 (g)				
	水分 (ml)				
合 計	エネルギー (kcal)				
	タンパク質 (g)				
	水分 (ml)				

## 栄養補給量の算定

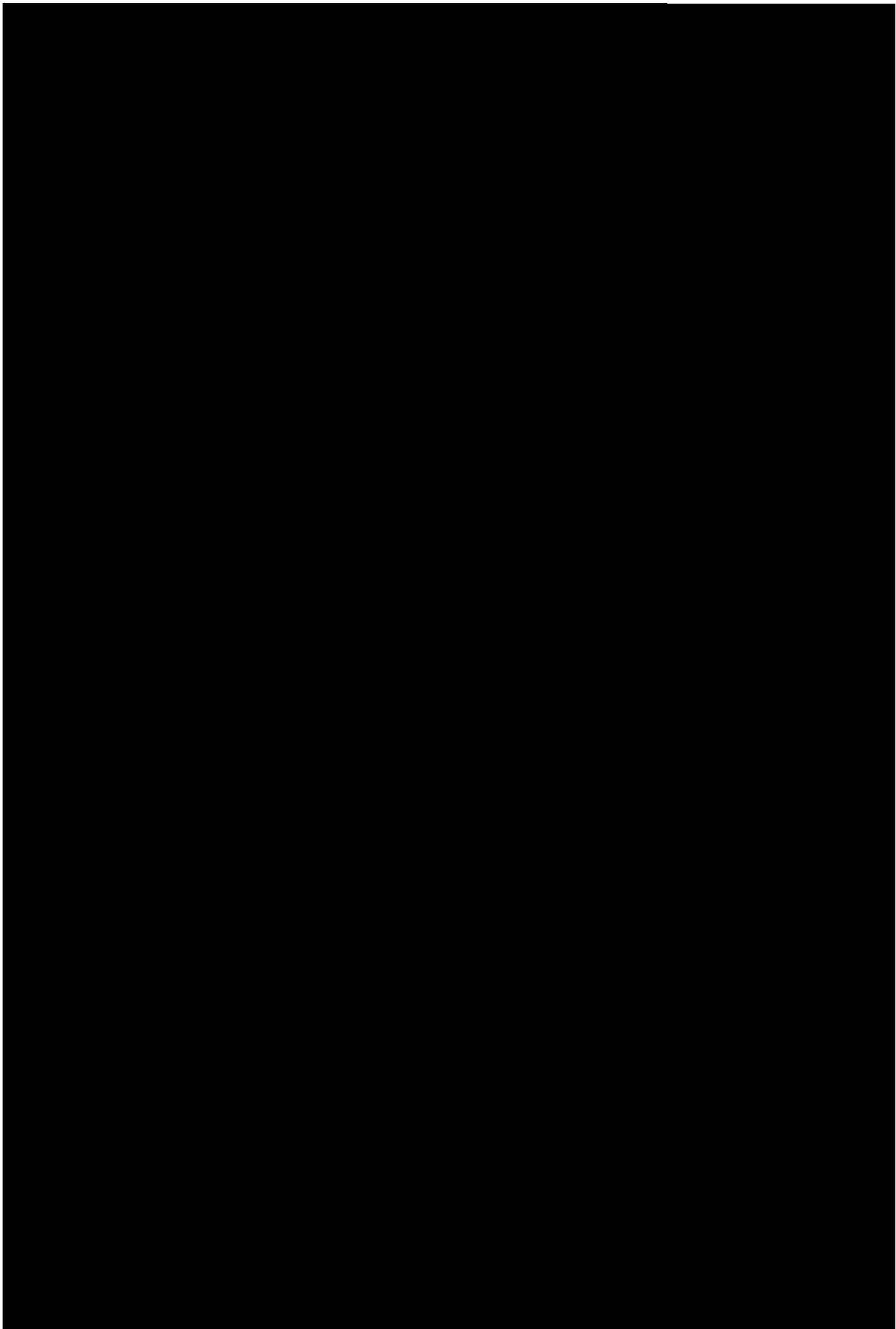
エネルギー消費量 (kcal)				
必要エネルギー (kcal)				
必要タンパク質 (g)				
必要水分量 (ml)				

## 多職種による栄養ケアの課題（低栄養関連問題）

実 施 日	月 日記入者	月 日記入者	月 日記入者	月 日記入者
1. 皮膚（褥瘡等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 口腔内の問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 食欲低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 摂食・嚥下障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 浮腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 脱水	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 感染	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 発熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 経腸栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 静脈栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 医薬品の種類と数、食品との相互作用 具体的に記載	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

多職種によるアセスメントの結果（転記）				
特記事項				
総合的評価・判定（家庭における食事摂取上の問題を含めて）				

※摂取量を把握する際には、利用者の負担にならないよう、ごはんなどの主食、主菜、飲料等の状況をおおまかに把握し、それをもとに管理栄養士がエネルギー、タンパク質、水分補給量をおおよそ推算し記入する



## 改訂版

### 委 員

川内 敦文	高知県健康福祉部 医療薬務課長
木村 隆次	日本介護支援専門員協会 会長
草間 かおる	国立保健医療科学院人材育成部 介護予防保健事業推進評価室長
迫 和子	社団法人 日本栄養士会 常務理事
○杉山 みち子	神奈川県立保健福祉大学 教授
星野 和子	医療法人溪仁会 溪仁会グループ統括本部室長

### 協力委員

高田 和子	独立行政法人国立健康・栄養研究所 健康増進プログラム
田中 和美	特別養護老人ホーム ふれあいの森 栄養サービス課長
政安 静子	いくり苑那珂 副施設長
吉池 信男	青森県立保健大学健康科学部 栄養学科長

### 協力研究者

石川 貴美子	神奈川県秦野市 高齢福祉課
市川 祐子	神奈川県伊勢原市 介護高齢福祉課
加久見 晶世	高知県土佐清水市 健康推進課
高橋 みゆき	群馬県前橋市 介護高齢福祉課
山本 薫	京都府宇治市 健康生きがい課

### 事務局

多田 麻衣子	神奈川県立保健福祉大学
高田 健人	神奈川県立保健福祉大学

(五十音順、○：主任研究者)

# 初版

## 委 員

石井 みどり	日本歯科医師会 常務理事
江頭 文江	地域栄養ケアPEACH厚木
加藤 昌彦	梶山女学園大学 教授
梶井 文子	聖路加看護大学老年看護 講師
神田 晃	岡山大学医学部保健学科看護学専攻地域看護学 教授
小寺 由美	福井県立病院 栄養管理室
小山 剛	社会福祉法人長岡福祉協会 こぶし園 園長
斎藤 恵美子	日本看護協会 政策企画部
清水 幸子	老人保健施設 相模大野
○杉山 みち子	神奈川県立保健福祉大学 教授
西村 秋生	名古屋大学医学部大学院 助教授
野中 博	日本医師会 常任理事
星野 和子	医療法人溪仁会 溪仁会グループ統括本部室長
矢守 麻奈	学校法人 河崎学園

## 協力研究者

焰硝岩 政樹	岡山県保健福祉部 健康対策課 健康づくり班
岡田 文江	茨城県筑西保健所 健康増進課長
迫 和子	神奈川県秦野保健福祉事務所 保健福祉課
高橋 みゆき	群馬県前橋市 介護高齢福祉課
宮本 啓子	日本労働者協同組合連合会 センター事業団

## 事 務 局

天野 由紀	神奈川県立保健福祉大学 特別研究員
五味 郁子	神奈川県立保健福祉大学 助手
原口 洋子	管理栄養士

(五十音順、○：主任研究者、初版時)

# 口腔機能向上マニュアル

～高齢者が一生おいしく、楽しく、安全な食生活を営むために～

(暫定版)

平成 20 年 12 月

「口腔機能向上マニュアル」分担研究班

研究班長：

日本大学歯学部摂食機能療法学講座教授

植田 耕一郎

## 目次

1. 口腔機能向上支援の意義	3
1.1. 介護保険とは	3
1.2. 介護予防としての地域支援事業と介護保険	3
1.3. 口腔機能の向上支援の効果	3
1.4. 保健、医療、福祉の連携	4
2. 一般高齢者施策、特定高齢者施策、予防給付によるサービス、介護給付の特性	5
2.1. 介護予防一般高齢者施策	5
2.2. 介護予防特定高齢者施策	5
2.3. 予防給付	5
2.4. 介護給付（参考）	5
3. 具体的な取組内容	9
3.1. 介護予防一般高齢者施策	9
3.2. 介護予防特定高齢者施策	10
3.3. 予防給付	17
3.4. 介護給付（参考）	40
3.5. 予防給付・介護給付サービスにおける都道府県の役割等	41
4. 利用開始時・終了時における把握と様式例の記入方法と記載例	42
4.1. 様式記載の手引き 別紙1	42
4.2. 口腔機能の向上の指導管理計画・実施記録 別紙2	48
文献	51
介護予防事業関連のQ & Aについて	52
口腔機能向上支援マニュアル研究班委員	56

当マニュアルにおける用語の整理について

用語	解説
介護予防ケアマネジメント	地域包括支援センターで行われる介護予防を重視したケアマネジメントを <u>介護予防ケアマネジメント</u> といい、予防給付と介護予防事業の両方で用いる。
介護予防ケアプラン	地域包括支援センターで行われる介護予防ケアマネジメントに基づき作成されるケアプランを <u>介護予防ケアプラン</u> という。
特定健診等とあわせて実施する介護予防のための包括的な生活機能評価	「生活機能評価」と省略可
課題分析（一次アセスメント）	地域包括支援センターで初めに行うアセスメントのことを課題分析（ <u>一次アセスメント</u> ）といい、介護予防特定高齢者施策と予防給付の両方で用いる。
事前アセスメント	事業所で事業実施前に行うアセスメントのことを <u>事前アセスメント</u> という。
事後アセスメント	事業所で事業実施後に行うアセスメントのことを <u>事後アセスメント</u> という。
効果の評価	地域包括支援センターで事業所からの報告をもとに行うアセスメントのことを <u>効果の評価</u> といい、介護予防特定高齢者施策と予防給付の両方で用いる。
個別サービス計画	事業所でアセスメントをもとに作成される介護予防特定高齢者施策におけるサービス計画を <u>個別サービス計画</u> という。
口腔機能改善管理指導	事業所でアセスメントをもとに作成される予防給付におけるサービス計画を <u>口腔機能改善管理指導計画</u> という。
サービス	予防給付の対象となるサービスを単に <u>サービス</u> という。「口腔機能の向上」などのサービスは略して「口腔機能向上サービス」という。
事業	地域支援事業を単に <u>事業</u> という。「口腔機能の向上」などの事業は略して「口腔機能向上事業」という。
プログラム	事業あるいはサービスに含まれる内容を <u>プログラム</u> という。例えば、介護予防通所介護は、「運動器の機能向上」「栄養改善」「口腔機能の向上」のそれぞれのプログラムからできており、「栄養改善プログラム」などという。

## 1. 「口腔機能の向上支援」の意義

### 1.1. 介護保険とは

介護保険は、超高齢化社会を迎えて、介護を要する高齢者に対して、日常生活の支援をするための公的保険制度として平成12年4月にスタートした。介護状態になることへの予防、および介護状態の重度化予防として「介護予防」が、当保険創設とともに掲げられた。

開始年度は218万人が介護保険を受給したが、平成16年度には420万人となり、国民のあいだに瞬く間に定着していった。しかし、軽度な要介護高齢者（要支援、要介護1）が、倍以上の伸びを示した。

医療保険は、疾病や障害に対する治療である。

介護保険は、生活機能低下に対する予防であり、生活支援である。

### 1.2. 介護予防としての地域支援事業と介護保険

#### 1.2.1. 枠組み

平成18年4月の介護保険制度改正は、予防重視型システムへの変換がはかられ、現在具体的に以下の6つが介護予防サービスとして実施されている。

①運動器の機能向上

②栄養改善

③口腔機能の向上

④閉じこもり予防支援

⑤認知症予防支援

⑥うつ予防

口腔機能の向上支援は、特に「明るく活力ある超高齢社会」に貢献し得ると科学的根拠のもと認識されたことから、平成18年4月より介護予防サービスとして実施されるに至った。

#### 1.2.2. 内容

約2,100万人（平成16年調査）の介護保険を受給していない健康高齢者に対する健康の維持、増進事業として地域支援事業があり、その中には要介護者になるおそれのある者に対する「特定高齢者施策」と、介護保険不要な者への「一般高齢者施策」とがある。また介護保険受給者には、予防給付と介護給付が施行される。

平成18年4月からの改定された介護予防・介護の構成

1. 地域支援事業：一般高齢者施策（全高齢者対象）

特定高齢者施策（要介護状態になるおそれのある者対象）

2. 予防給付（要支援1,2の軽度な要介護高齢者対象）

3. 介護給付（要介護度1～5の中度、重度な要介護高齢者対象）

### 1.3. 「口腔機能向上」の効果

一生おいしく、楽しく、そして安全な食生活の営みは、誰もが共通した願望である（表1）。

表1 要介護高齢者の日常生活における関心事（施設で楽しいこと）について<sup>文献1)</sup>

	1位	2位	3位
特別養護老人ホーム（9施設 n=773）	食事 44.8%	行事参加 28.0%	家族訪問 25.3%
老人保健施設（13施設 n=1324）	食事 48.4%	家族訪問 40.0%	行事参加 35.2%
老人病院（9病棟 n=362）	食事 40.0%	家族訪問 39.4%	テレビ 28.3%
療養型病院（1施設 n=50）	食事 55.1%	家族訪問 55.1%	テレビ 30.0%

口腔機能向上支援を実施することにより以下が科学的に論証されている<sup>文献2,3,4,5,6,7)</sup>。

1. 食べる楽しみを得ることから、**生活意欲の高揚**がはかれる。
2. 会話、笑顔がはずみ、**社会参加が継続**する。
3. 自立した生活と**日常生活動作の維持、向上**がはかれる。
4. 低栄養、脱水が予防できる。
5. 誤嚥、肺炎、窒息の予防ができる。
6. 口腔内の崩壊（むし歯、歯周病、義歯不適合）が止まる。
7. 経口摂取の質と量が高まる。



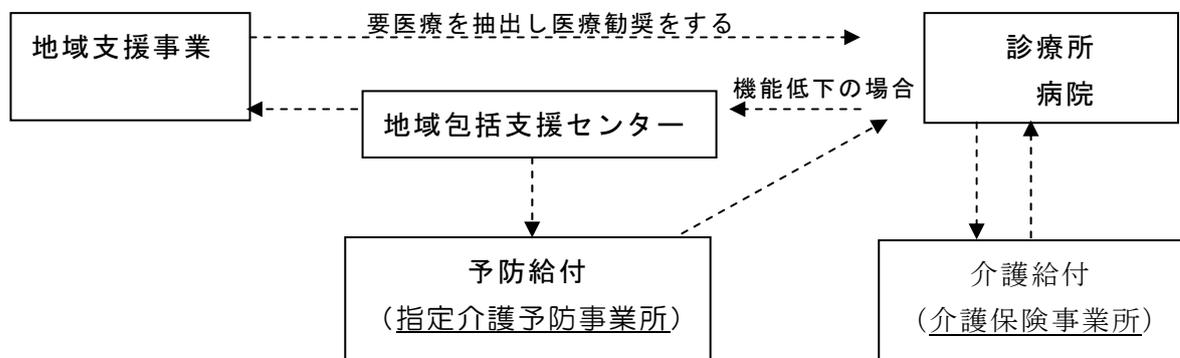
東京都西多摩保健所「かむかむ元気レシピ」より

#### 1.4. 保健、医療、福祉の連携

地域支援事業は、**市町村**が主体となり実施するものである。

予防給付は、**指定介護予防事業所**により実施される。

なお、介護給付は、**介護保険事業所**により実施される。



地域包括ケアの実現を目指して、担当者は情報を共有しながら、効率的な連携をはかる。

## 2. 一般高齢者施策、特定高齢者施策、予防給付によるサービス、および介護給付の特性

### 2.1. 一般高齢者施策（表 2）

地域支援事業における口腔機能向上のための介護予防一般高齢者施策は、地域に在住する 65 歳以上のすべての高齢者（各市町村における全ての第 1 号被保険者（65 歳以上））を対象として、口腔機能向上の介護予防に資する事業を通じて生涯にわたって自己実現をめざすことを支援するよう、食べる楽しみ、低栄養の予防、誤嚥・窒息予防等を達成するための正しい知識と技術、生活機能を評価する意義の普及・啓発や、活動的に社会への参画が図られるような健康教室などの事業を達成するための「地域づくり・まちづくり」を目指すものである。

### 2.2. 特定高齢者施策（表 2）

介護予防特定高齢者施策における「口腔機能向上」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虚弱な高齢者を対象として、生活機能の維持・向上を通じて要介護状態に陥らないよう、口腔機能が低下している状態を早期発見し、利用者が口腔機能の向上の介護予防に資する事業を通じて、早期に改善し、自分らしい生活の確立と自己実現を支援するものである。

本事業では、通所型介護予防事業を中心として、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・嚥下機能訓練を実施する。本サービスの利用者への個別サービス計画の作成にあたっては、地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントを経て作成される介護予防ケアプランに基づき、利用者本人等への適切な助言ができるように検討すること、また、通所サービスを利用できない高齢者には、必要に応じて訪問型介護予防事業として歯科衛生士、看護師、言語聴覚士等による訪問指導を実施する。

なお、本事業の利用者は、介護予防一般高齢者施策において実施される介護予防普及啓発事業や地域介護予防活動支援事業も効果的に利用する

### 2.3. 予防給付（表 3）

予防給付における口腔機能向上サービスは、要介護認定における要支援 1 及び要支援 2 の者において口腔機能が低下している者を対象に行われ、要介護状態への悪化防止や要支援状態からの改善を目指して実施する。

要支援者の口腔機能が低下している状態を早期に発見して、利用者が口腔機能の向上の介護予防に資するサービスを通じて、早期に改善し、自分らしい生活の確立と自己実現を支援するものである。

本事業では、通所系サービス事業所において、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を実施する。

本サービスの利用者への口腔機能改善管理指導計画の作成にあたっては、地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントを経て作成される介護予防ケアプランに基づき、通所系サービス事業所の介護職員等の関連職種と利用者本人等への適切な助言ができるように検討すること、また、介護予防一般高齢者施策において実施される介護予防普及啓発事業や地域介護予防活動支援事業も効果的に利用する。

### 2.4. 介護給付（参考）（表 4）

介護給付における口腔機能向上サービスは、要介護認定における要介護 1 から 5 の者において口腔機能が低下している者を対象に行われ、要介護度の重度化の予防、また現在の機能維持さらには改善を目指して実施する。

要介護者の口腔機能が低下している状態を早期に発見して、利用者が口腔機能向上の介護給付に資するサービスを通じて、機能維持さらには改善することにより、自分らしい生活の確立と自己実現を、利用者家族等との協議を通し支援するものである。

本事業では、通所系サービス事業所において、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を実施する。

本サービスの利用者への口腔機能改善管理指導計画の作成にあたっては、居宅介護支援事業所による介護ケアマネジメントを経て作成される介護ケアプランに基づき、通所系サービス事業所の介護職員等の関連職種と利用者本人さらに利用者家族への適切な助言ができるように検討することが求められる。

表2 介護予防事業（地域支援事業）の例

事業の種類	対象者	主な担当職種	実施場所	事業内容	目標設定 評価期間	
介護予防一般高齢者施策	全ての高齢者	歯科衛生士 保健師 言語聴覚士 等		○口腔機能向上に関する普及啓発活動等	○口腔機能向上に関する推進委員会等の設置 ○講演会等による健康教育 ・口腔機能向上の教育 ・口腔機能向上に関するパンフレットの作成、配布 ○相談窓口の設置 ○口腔機能向上におけるボランティア等の人材育成	1年に1回
介護予防特定高齢者施策	口腔機能の低下のおそれがある高齢者	歯科衛生士 保健師 看護師 言語聴覚士 等	市町村保健センター、公民館等 （委託する場合は、民間事業所等）  （通所が困難な事例については、適宜、訪問により実施）	①事前アセスメント  ②個別サービス計画の立案  ③個別サービス計画の説明と同意  ④サービスの提供  ⑤事後アセスメント  ⑥地域包括支援センターへの報告	○利用者の口腔内の状態、改善目標を把握  ○個々の特性を踏まえた個別サービス計画の策定 ※サービス担当者による「専門的事业」、本人が行う「セルフケアプログラム」を立案  ○個別サービス計画を説明し、同意により個別サービス計画を決定  ○目標の達成度合、口腔内の状態の変化等の評価  ○目標の達成度合、口腔内の状態の変化等の報告	3月に1回

表3 予防給付対象者への口腔機能向上事業の例

実施場所	対象者	担当職種	実施内容	実施期間
介護予防通所 介護事業所	要支援1または2の高 齢者で口腔 機能の低下 のある者	専門職 (歯科衛生士 看護師 言語聴覚士)	① 事前アセスメント ○利用者の口腔の状況把握 (機能と清掃状況) ② 口腔機能の向上の指導管理計画作成 ( 専門職実施項目 ・関連職種実施項目 ・本人の家庭での実施項目 ) ③ サービス担当者会議開催 出席者 ・担当ケアマネジャー ・本人(家族) ・サービス担当者 ・看護師または生活相談員など ④ 本人の同意 → 通所介護計画書または通所リハビリ計画書に目的と その実施内容を記載する ⑤ サービスの提供開始	サービス実施前に行う
介護予防通所リハビリ テーション事業所			関連職 (介護職)	

表 4 介護給付対象者における口腔機能の向上事業の例（参考）

実施場所	対象者	担当職種	実施内容	実施期間
<p>通所介護事業所</p> <p>通所リハビリテーション</p>	<p>要介護 1～5</p>	<p>歯科衛生士 看護師 言語聴覚士</p>	<p>① 事前アセスメント ○利用者の口腔の状況把握 (機能と清掃状況)</p> <p>② 口腔機能の向上の指導管理計画作成 〔 ・専門職実施項目 ・関連職種実施項目 ・本人の家庭での実施項目 〕</p> <p>③ サービス担当者会議開催 出席者 ・担当ケアマネジャー ・本人(家族) ・サービス担当者 ・看護師または生活相談員 など</p> <p>④ 本人の同意 → 通所介護計画書または通所リハビリ計画書に目的と その実施内容を記載する</p> <p>⑤ サービスの提供開始</p> <p>⑥ モニタリング → サービス担当者が月1回行う</p> <p>⑦ 事後アセスメント → サービス担当者が目標の達成および 口腔清掃状況を把握</p> <p>⑧ 報告 → 担当ケアマネジャーに報告</p> <p>⑨ 継続の場合にはサービス担当者会議開催</p>	<p>サービス実施前に行う サービス開始月</p> <p>基本単位は3ヵ月間 (必要に応じて延長することが 望ましい)</p> <p>サービスの継続または終了を提案</p>

### 3. 具体的な取組内容

#### 3. 1. 介護予防一般高齢者施策

##### 3. 1.1. 目的

口腔機能の向上のための介護予防一般高齢者施策は、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、介護予防に資する口腔機能向上事業を通じて生涯にわたって自己の実現をめざすことを支援し、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。

##### 3. 1.2. 口腔機能向上普及啓発事業

#### 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

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「口腔機能の自己チェックシート」(図1)を盛り込んだりするなど、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。

図1 口腔機能の自己チェックシート

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せんか                | 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りやすいですか             | 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かみしめられますか |              |          |
| 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、1 a、1 b)のいずれかがある場合は口腔機能が低下している可能性が高く、注意が必要です。

## 3.2. 介護予防特定高齢者施策

### 3.2.1. 目的

介護予防特定高齢者施策における口腔機能向上事業は、特定高齢者把握事業の生活機能評価により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（特定高齢者）を対象として、口腔機能の改善や向上など介護予防に資する事業を通じて、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。

### 3.2.2. 介護予防特定高齢者施策における口腔機能向上事業の内容

#### 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、分かりやすい図表やビデオ（DVD）、実際の体験者の事例なども交えて説明し、十分な理解を得る必要がある。とくに、口腔機能が加齢と共に徐々に低下してあり、本プログラムの日々の積み重ねにより、その口の機能の維持・向上に一定の効果を果たし、それが生活の質（QOL）や日常生活行為（ADL）の向上、ひいては介護の予防や個々人が目指すよりよい生活の実現につながることを理解を深める。

#### 2) 口腔清掃の自立支援（摂食・嚥下機能を支えるための口腔清掃）

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い。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。これらを根拠として、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、集団での動議づけや習慣づけを交えながら、ややもすると衰えがちな口腔清掃習慣のモチベーションを高める。また、口腔を清潔に保つことは、安全な摂食・嚥下機能等の向上支援プログラムを安全に実施する上でも必要になる。

#### 3) 摂食・嚥下機能等の向上支援（咀嚼訓練、嚥下訓練、構音・発声訓練、呼吸訓練）

咀嚼・嚥下機能等の向上支援とは、一つには参加者自らが主体的に口唇や頬、歯やのど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向上訓練であり、それは咀嚼や嚥下のみならず呼吸や発声や顔の表情なども担う器官の関連機能への向上訓練でもある。

もう一つは個々の参加者の摂食・嚥下等の低下の現状をふまえ、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間接的な援助や指導助言を実施することである。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。

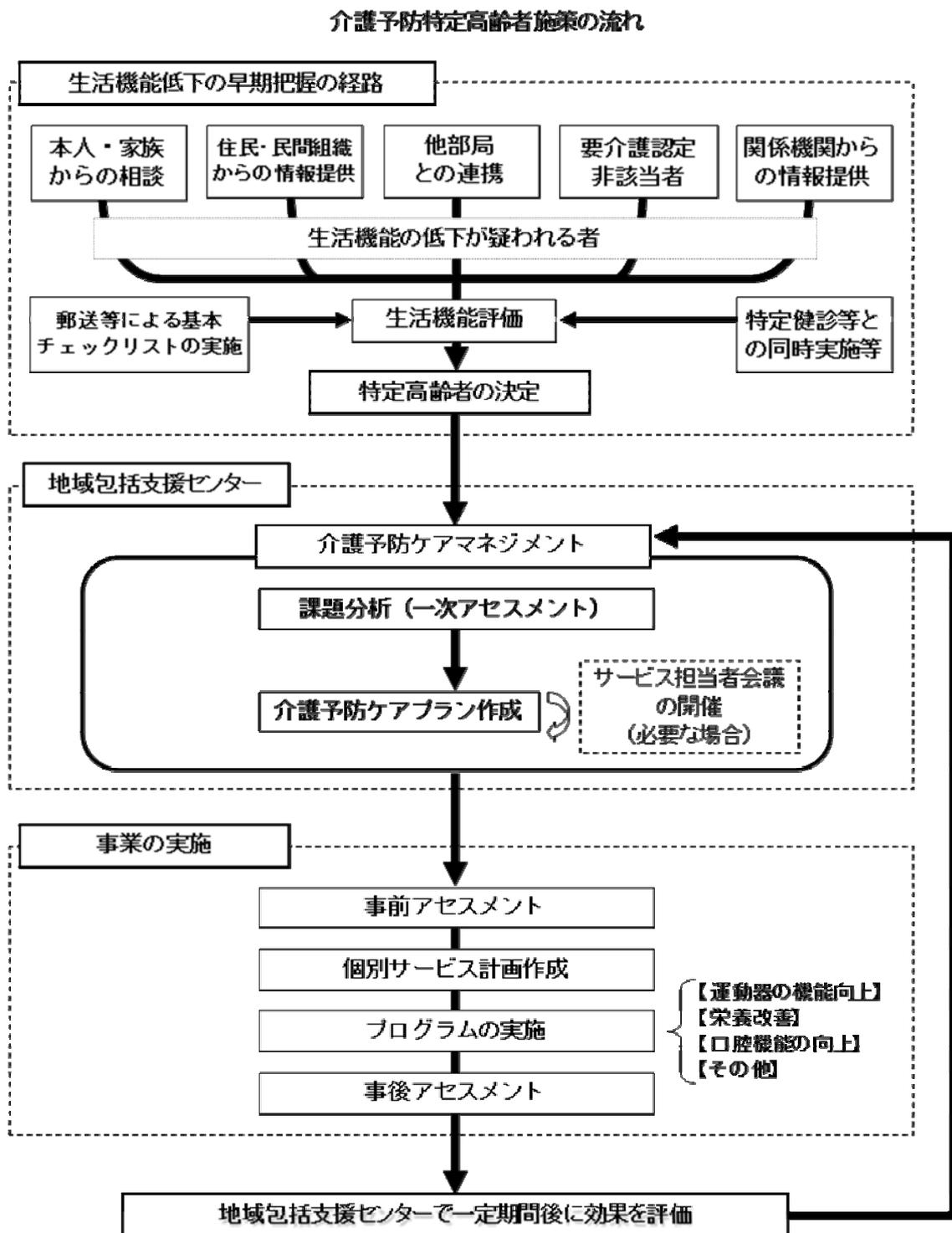
- ・ 加齢にともない低下する摂食・嚥下機能のメカニズム
- ・ 摂食・嚥下機能の低下により生じやすいムセや誤嚥・窒息あるいは肺炎
- ・ 摂食・嚥下機能の低下と食事環境との関連とその改善策

### 3.2.3. 介護予防特定高齢者施策の流れ(図2)

#### 1) 特定高齢者の把握 <特定高齢者把握事業>

市町村は、保健・医療・福祉及びその他の関係部門が連携し、要支援・要介護状態となる可能性の高いと考えられる高齢者（特定高齢者）の実態を把握に努めることが重要である。具体的には、市町村の関係部局、関係機関との連携により、高齢者医療確保法等における健康診査と併せて生活機能評価を実施したり、関係機関からの連絡や要介護認定における非該当者の情報、訪問活動等や本人・家族・地域住民等からの情報等を効果的に活用すると、特定高齢者を把握しやすくなる。②～⑤で健康診査の未受診者には受診を勧奨する。なお、この際、ハイリスク者に対し適宜適切にアプローチすることや介護予防一般高齢者施策による普及啓発とタイアップすることなども重要である。

図2 介護予防特定高齢者施策の流れ



## ※特定高齢者の選定まで

以下については、市町村が特定高齢者把握事業により実施する（地域包括支援センターに委託実施する場合もある）。

### 特定高齢者の候補者の選定

特定高齢者把握事業において基本チェックリストを活用し、特定高齢者となる可能性がある「特定高齢者の候補者」を選定する。特定健診以外の方法で把握された者で未受診の者に対しては、受診勧奨する。

口腔機能向上の事業の「特定高齢者の候補者」は、

基本チェックリストにおいて「口腔機能の向上」関連の（13）（14）（15）の3項目中、2項目以上該当する者

とする。

### 特定高齢者の選定

「特定高齢者の候補者」と選定された者については、基本チェックリスト（表5）及び健診項目（生活機能評価の項目）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「特定高齢者」として選定する。

ただし、どの介護予防プログラムに参加するかは、地域包括支援センターにおける介護予防ケマネジメントと一体的に実施することが望ましい。

口腔機能向上の事業の「特定高齢者」は、次の①～③のいずれか、または複数に該当する者とする。

- ①基本チェックリスト（13）（14）（15）の2項目以上に該当
- ②視診より口腔内の衛生状態に問題を確認
- ③反復唾液嚥下テストが3回未満

表5 基本チェックリスト

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)		
		0.はい	1.いいえ	
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	運動
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	栄養
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	口腔
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	閉じこもり
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	認知症
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	うつ
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。

## 2) 特定高齢者に対する介護予防事業 <通所型介護予防事業>

### (1) **地域包括支援センター** <介護予防ケアマネジメント>

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として市町村の特定高齢者把握事業（生活機能評価）により把握された特定高齢者の課題分析（一次アセスメント）を行い、本人の自己実現に向けた「介護予防ケアプラン」を作成し、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ージメントを行う。

生活機能評価の結果を踏まえて特定高齢者と選定された者について、本人・家族との相談の上で口腔機能向上プログラムへの参加を決定し、介護予防ケアプランを作成し、委託されている通所型介護予防事業の口腔機能向上プログラム（口腔機能向上事業）につなぐ。特定高齢者本人の意向やアセスメントの結果によっては、事業実施前に主治の歯科医師、医師の指示や連携を図り、医療機関への受診を勧奨する。

#### <地域包括支援センターにおける口腔機能向上プログラム導入のための留意点>

生活機能評価で「口腔機能低下のおそれがある」と判定された特定高齢者は、口腔機能向上事業への参加が必要と判断されていても、口腔機能の低下の自覚が乏しかったり、口腔機能についての認識や理解が不十分である場合が多い。そこで、口腔機能向上事業の参加に結びつけるためには、口腔機能の評価内容や事業内容を簡単に説明し、その参加意義について導入的な意識づけを行うことも必要となる。そのためには、実際に行われている口腔機能向上事業を事前に見学することなどにより、具体的な改善事例などの実感を持たせるとよい。また、分かりやすい図表や説明用チャート（図6-1～図6-7）などを用いるとより効果的である。また、相手の自発的な参加を促すコミュニケーションの技術も重要である。

### (2) **市町村（受託事業所）** <口腔機能向上事業>

通所、集団による事業実施（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。参加しやすく魅力があるプログラムが求められる。

- ① 事業実施にあたり、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・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（口腔機能改善管理指導計画）を立案する。
- ② 参加者は口腔機能改善管理指導計画内容の説明を受け、口腔機能向上プログラムの具体的内容を理解し、自己実現への目標を事業提供者と共有して、意欲をもってサービスに参加する。
- ③ 定期的なモニタリング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。
- ④ 事業提供者は、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。

### (3) **地域包括支援センター**〈事業実施後の効果の評価〉

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。

#### 3. 2. 4. **口腔機能向上事業**

##### 1) **実施場所等**

地域包括支援センターにおいて介護予防ケアプランが作成され、市町村の保健センター、公民館等において市町村または市町村より委託された事業者（所）等により口腔機能向上プログラムの提供が行われる。

##### 2) **従事者**

口腔機能向上プログラム（日常的な口腔清掃の自立支援及び摂食・嚥下機能等の向上支援）に従事する者は、専門的知識・技術を兼ね備える歯科衛生士、看護職員等が中心的役割を担う。

###### (1) **歯科衛生士、看護職員、言語聴覚士等（以下歯科衛生士等という）**

口腔機能向上プログラムを実施するにあたって事前アセスメントを実施し、参加者の口腔機能及び口腔清掃の自立状況について把握し、具体的な支援方法等を決めた「個別サービス計画」として歯科衛生士等が月1～2回程度実施する「専門的事業」、本人が居宅等で実施するセルフケアプログラムを立案し、本人に説明し同意のもとに事業の内容を決定する。

歯科衛生士等は、専門的プログラムの計画に基づき、口腔機能の向上支援、歯科保健教育、口腔清掃の自立支援により、参加者が摂食・嚥下機能の向上訓練、口腔清掃を継続的に実行するための動機付けを行う。職種による専門性の違いや技量の差は補完し合って効率的かつ安全に訓練を行う必要がある。居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。

事業実施前においては事前アセスメント、事業実施中においてはモニタリング、サービス実施の終了時においては事後アセスメントを実施し、事業の成果を評価する。

口腔機能向上プログラムを実施する日の調整に当たっては、複数の介護予防プログラムに参加する場合がありますので十分に調整を図る必要がある。

利用者の本人の意向やアセスメント結果によっては、主治の歯科医師等と連携を図り、医療機関への受診を勧奨することが望ましい。また、事業を実施する際にも、参加者の口腔機能の状況によっては、歯科医療、医療が必要な場合がある。この際は、参加者からの求めに応じて主治の歯科医師、医師がいる場合は当該医療機関、いない場合でも医療機関への受診を勧奨することが望ましい。

###### (2) **歯科医師、医師（以下歯科医師等という）の関与**

歯科医師、医師は、健康診査や日常診療活動等で、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したり、介護予防プランや口腔機能改善管理指導計画の立案における課題等の助言・指導など、本プログラムを支える重要な役割を担う。また、口腔や全身状態の管理を担う歯科医師・医師は、事業参加時の事故トラブル等の発生時には協力して対応する。

##### 3) **実施期間**

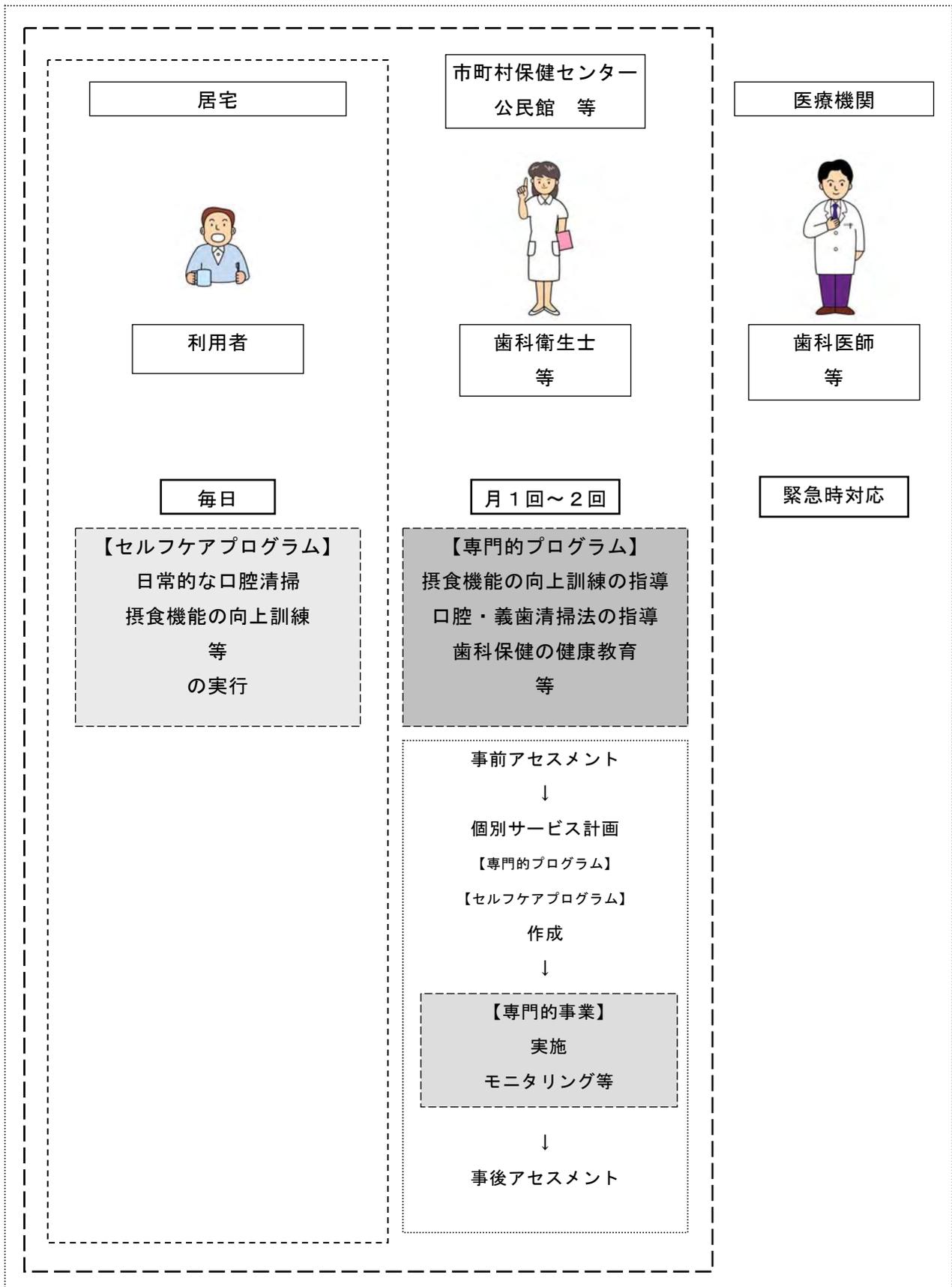
3ヶ月を1実施期間として実施する。

##### 4) **実施設備、実施場所等**

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可能である。

5) 実施の流れ (図3)

図3 特定高齢者に対する口腔機能向上事業の流れ



### 3.3. 予防給付

#### 3.3.1. 目的

予防給付における口腔機能向上サービスは、要支援1及び要支援2の者で「口腔機能が低下している者」を対象に要介護状態への重度化防止や要支援状態からの改善を目指して実施する。

要支援者の口腔の機能が低下している状態を幅広くかつ早期段階で発見して、多くの利用者が口腔機能の向上や改善に資するサービスを通じて、介護予防並びに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。

#### 3.3.2. 予防給付における口腔機能向上サービスの内容

口腔機能向上サービスは、必要性の教育、口腔清掃の自立支援、摂食・嚥下機能等の向上支援のプログラムからなり、いずれかを実施する。

##### 1) 口腔機能向上の必要性についての教育

当該サービスへの積極的な参加を図るためには、一生おいしく食べて、楽しく話し、よく笑うなどの基になる口腔機能を維持・向上させる必要性があることを説明し、十分な理解を得る必要がある。それには、高齢障害者等にも理解しやすいように、分かりやすい図表やビデオ(DVD)、実際の体験者の事例なども交えて、以下の4点から繰り返し教育し、口腔機能向上プログラム参加への理解を深める。

- ① 口腔機能とは、口の中がうるおい、食べ物を味わい、安全に飲み込み、楽しく談話するなどの口の機能(ちから)であり、これらの機能が加齢と共に徐々に低下しがちであること。
- ② この機能の低下を予防する口腔機能向上プログラムは、比較的簡単で、いつでも・どこでも・誰にでも・短時間ででき、生活の刺激、脳への刺激などともなりえること。
- ③ 口腔機能向上プログラムの日々の積み重ねが、その口腔の機能の維持・向上に一定の効果を果たし、それが生活の質(QOL)や日常生活行為(ADL)の向上、ひいては介護の予防や個人が目指すよりよい生活の実現につながる。
- ④ 実施する口腔機能向上サービスには、必要に応じて医療や歯科医療の専門職も関与して、口腔の機能に関連する相談指導にも乗りながら、安全に実施できること。

##### 2) 口腔清掃の自立支援(摂食・嚥下機能を支えるための口腔清掃)

口腔を清潔に保つことは口の中の細菌叢を改善し口腔疾患を予防するのみならず、高齢者にとっては日々の生活の刺激となり、インフルエンザ等の気道からの感染を防ぐ効果も大きい。また、口腔清掃は咳や嚥下の反射機能などの面からも口腔の機能の向上に有効であることが示されている。これらを根拠として、日常的な口腔清掃の意義と必要性についても分かりやすく説明し、集団での動議づけや習慣づけを交えながら、個々のアセスメント結果から判断された口腔清掃習慣の自立度と実効度に応じて介助や支援を実施する。また、口腔を清潔に保つ自立支援は、次項の摂食・嚥下機能等の向上訓練を安全に実施する上でも必要になる。

##### 3) 摂食・嚥下機能等の向上支援

(咀嚼機能、嚥下機能、構音・発声機能、呼吸機能、表出機能等)

咀嚼・嚥下機能等の向上支援とは、一つには高齢者自らが主体的に口唇や頬、歯やのどなど

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向上訓練である。この訓練は、咀嚼や嚥下のみならず、呼吸や発声や顔の表情などの向上訓練でもある。

もう一つは、個々の利用者の摂食・嚥下等の低下の現状をふまえ、利用者が口腔機能を十分発揮し向上できるように、食事の時の姿勢や適切な食具の選択など、環境面への間接的な援助や指導助言を実施することである。

そのためには、専門職だけでなく介護職員等の関係職種職員についても、以下のような摂食・嚥下機能の基本的な知識を学び、その知識を利用者や家族とも共有しながら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

### 3. 3.3. 予防給付における口腔機能向上のサービス利用の流れ（図4）

#### 1) 対象者の選定（要介護認定と介護予防ケアマネジメント）

要介護認定の結果、要支援1、要支援2と判定された者のうち、地域包括支援センターの介護予防ケアマネジメントにおいて、下記の通り口腔機能が低下していると、課題分析（アセスメント）され、当該プログラム参加に同意が得られた者を対象者とする。

- ①口腔衛生上の問題を有する者
- ②摂食・嚥下機能に問題を有する者
- ③その他口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる者

#### 2) 介護予防ケアマネジメントと口腔機能向上サービス

##### (1) 地域包括支援センター

指定介護予防支援事業者としての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として、介護予防サービスを必要とする要支援者の課題分析（一次アセスメント）を実施して、利用者本人の自己実現に向けた「介護予防ケアプラン」を作成し、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ージメントを行う。

この課題分析で、地域包括支援センターは要支援者から口腔機能が低下している者を把握する。ここで潜在化しやすい口腔機能のニーズを幅広くかつ早期に発見するには、要介護認定調査票や基本チェックリストなどを参考にすると効果的である。また、すでに利用している介護予防サービスがある場合は、そのサービス提供事業者からの具体的な情報提供も参考にする。

課題分析で口腔機能のニーズを把握し、口腔機能向上プログラムが必要とされた場合は以下の手順でマネージメントを行う。

- ① 利用者の課題分析から「口腔機能が低下している又はそのおそれがある者」を把握する。なお、主治の医師や歯科医師からの意見をふまえ、口腔機能向上サービスよりも優先すべき医療や歯科医療の必要な場合はこれを先に済ませる。
- ② 利用者宅への訪問も含む課題分析の結果と本人や家族の意向などを踏まえて、具体的な達成目標とその実現のためのサービスメニューとして口腔機能向上サービスを含む介護予防ケアプラン原案を作成する。

- ③ サービス担当者会議を開催して関係者の意見を聴取し、本人・家族にもプランを提示して、その必要性や意義、サービス内容等を説明し同意を得た上で、プランを確定する。
- ④ 確定した介護予防ケアプランを利用者及び担当する事業者等に交付し、プランに基づきサービスが適切に提供されるよう連絡調整等を行う。

#### 地域包括支援センターにおける口腔機能向上サービスの介護予防マネジメントの留意点

地域包括支援センターは要支援者の課題分析から「口腔機能が低下している又はそのおそれがある者」を把握する。ここで潜在化しやすい口腔機能のニーズを幅広くかつ早期の段階から発見して、口腔機能向上サービスの対象者の把握をよく確実にを行うためには、基本チェックリスト（No13, 14, 15のいずれかに該当）や要介護認定調査票（口腔機能関連項目の嚥下、食事摂取、口腔清潔が自立以外の者）を参考にすると効果的である。さらに口腔機能向上用の補助アセスメント票（図4「口腔機能のチェックシート（例）」）なども用いるとより一層効果的である<sup>文獻8)</sup>。（抽出率が現行の8.8%から要介護認定調査票利用は15.9%、口腔機能チェックシートを追加利用で25.7%に増加する。（暫定値）<sup>文獻9)</sup>）また、すでに利用している介護予防サービスがある場合は、そのサービス提供事業者からの具体的な情報提供も大いに参考になる。

一方、主治医意見書の内容（「今後予想される可能性の状態のチェック欄」の<摂食・嚥下機能の低下>と「サービス提供時の医学的観点からの留意事項」の<嚥下>の2項目に着目）や必要に応じて直接に主治の医師や歯科医師からの意見も得て、口腔機能向上プログラムが支障をきたす明らかな嚥下障害や口腔内疾患などがないことを確認することも重要である。もし、明らかな嚥下障害や口腔内疾患などがあれば、口腔機能向上プログラムの提供よりも、むしろ医療の必要があるので、その場合は医療機関の受診を勧奨する。

次に、この課題分析の結果と本人や家族の意向などを踏まえて、具体的な達成目標とその実現のためのサービスメニューとして口腔機能向上サービスを利用者に提示する。この際、口腔機能向上プログラムについての説明や動議づけには、実際に行われている口腔機能向上サービスを事前に見学して具体的な改善事例などの実感を持つことや、分かりやすい図表やビデオ（DVD）、説明用チャート（図6-1～図6-7）などを用いると効果的である。

また、高齢者の口腔機能向上プログラムへの主体的な参加を得ていくためには、アセスメント段階から「××（病態）の危険がある」「△△（障害）の予防になる」等の医学的ではあるがネガティブな響きをもつ表現に注意する必要がある。むしろ、「〇〇（生活目標）のため美味しく食事を」「すっきりした潤いのある口（生活実感）で〇〇」など利用者の自己効力感やそれぞれの自己実現に通じるポジティブな側面からモチベーションを高めておく方が、口腔機能向上プログラムへの参加の期待と意欲を高めることができる。介護予防ケアプランを作成する際にはサービス担当者会議を開催して実施担当者の意見を聴取するが、口腔機能向上サービスの担当者に歯科衛生士がいる場合には、歯科医療との連携等についての助言や協力を得ながら実施することもできよう。

## 図4 口腔機能のチェックシート(例)

### ◆ 口腔機能向上プログラムの目的とは？

「食べる」「話す」「笑う」「呼吸する」など、私たちが生きていく上で重要な役割を果たしているのが口腔機能です。食べ物をかむ機能や飲み込む機能は年を重ねるにつれて低下します。

「固いものがかみにくい」「口がかわく」「むせることが多くなってきた」などを感じたとき、「とし」だからとあきらめてはいませんか？ その口腔機能低下に歯止めをかけることが、口腔機能向上プログラムの目的です。

以下に示すチェックシートを使って、ご自分の「口腔機能」をチェックしてみてください。また、ご自分では気がつかないことがあるので、ご家族や介護者の方、ケアプラン作成担当者の方も「注意する点」を確認してください。

ご本人様（ご家族様）へのお尋ね

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りやすいですか             | 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 |

### 注意する点

- |                               |        |        |
|-------------------------------|--------|--------|
| A. 汚れ（歯、入れ歯、舌）                | 1. あり  | 2. なし  |
| B. 口臭                         | 1. あり  | 2. なし  |
| C. 口元の表情の豊かさ（笑顔）              | 1. 乏しい | 2. 豊か  |
| D. 会話の問題（発音がはっきりしない、しゃべりにくい等） | 1. あり  | 2. なし  |
| E. 飲み込んだ後の口の中に食べ物が残っている       | 1. はい  | 2. いいえ |

（1、1 a、1 b）のいずれかがある場合は口腔機能が低下している可能性が高く、口腔機能向上サービスの利用について検討する必要があります。

## 図5 注意する点の見方

### A. 汚れ（歯、入れ歯、舌）

#### ○歯や入れ歯の汚れ

介助時に口腔内や入れ歯を観察して判断する。

介助の機会がない場合は、会話時等に見える部分（前歯や舌）で判断する。可能であれば口を開けた状態、舌を出した状態で判断する。

歯に汚れがない



歯に汚れがある



入れ歯に汚れや食べ物がある



#### ○舌のよごれ

舌に汚れがない



舌に汚れがある



舌に多くの汚れがある



### B. 口臭

あり：通常の会話をする距離で、口臭が感じられる。

### C. 口元の表情の豊かさ（笑顔）

乏しい：笑顔が少ない。笑顔がわかりにくい。表情を変えることが少ない。

### D. 会話の問題（発音がはっきりしない、しゃべりにくい等）

あり：発音がはっきりしない。舌がもつれる。話す早さが遅い。会話が減った。声が枯れるようになった。声が小さい。

### E. 飲み込んだ後の口の中に食べ物が残っている。

介助時に口腔内や入れ歯を観察して判断する。

介助の機会がない場合は、会話時等に見える部分（前歯、入れ歯、歯肉）で判断する。可能であれば下唇をめくった状態で判断する。

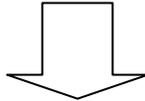
はい：「ごっくん」と食べ物を飲み込んだ後に「唇と歯ぐきの間」、「舌と歯ぐきの間」「入れ歯と歯ぐきの間」に食べ物がある場合

食後にうがいをしたときに吐き出した水に食べ物が含まれている場合

図 6-1 <説明用チャート>

**口腔機能のチェックシートで、次の項目に該当した方は・・・**

①固いものが食べにくくなりましたか	1. はい
⑦食事にかかる時間は長くなりましたか	1. はい
⑪左右の奥歯でかみしめができますか	1 a. どちらもできない 1 b. 片方だけできる
C. 口元の表情の豊かさ	1. 乏しい



**食べ物を噛んで処理する働き（咀嚼機能）が  
低下しているようです**

柔らかいものばかり食べていると筋肉の力がますます弱くなります。かむ力が弱くなると食事に長い時間がかかるようになります。

唇の筋肉が弱くなり、唇の端を引き上げられない場合は、笑顔には見えません。



「口腔機能の向上」の口の体操やかむトレーニングでかむ筋肉を鍛えると、筋肉の力が強くなります。トレーニングは、まず専門のスタッフに指導を受けてから始めましょう。



図 6-2 よくかむことにはこんな効果があります！！

**元気な笑顔になります**

かむときに働く口の周りの頬の筋肉は笑顔になるときも働くので、かむことにより顔の表情筋のトレーニングにもなります。

**脳が刺激されます**

ガムをかむと眠気が少しなくなることからわかるように、かむことにより脳が刺激を受け、活発に働くようになります。

**食べ物がおいしくなります**

食べ物本来の味はかみ砕かれて唾液に溶け出してから、舌の味を感じる器官（味蕾）で感じられます。かんだときに感じる歯触り（食感）はおいしさの大きな要素です。

**つば（唾液）が多く出て**

**飲み込みやすくなります**

かむことにより口や頬の筋肉がよく動き、その刺激で唾液が多く出ます。高齢になると唾液が少なくなりがちなので、出る量を増やすことが大切です。

かみ砕かれた食べ物は、つばによりまとめられて、軟らかいかたまりとなっ

**胃腸での消化吸収を助けます**

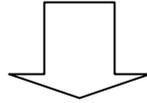
**言葉の発音をはっきりします**

発音に関係する唇や舌の筋肉が、よくかむことにより鍛えられます。

よくかむことにより食べ物が細かく砕かれて、胃での消化が楽にできるようになります。かむ刺激が脳に伝わると、胃液が出るようになります。

図 6-3 口腔機能のチェックシートで、次の項目に該当した方は・・・

③口のかわきが気になりますか	1. はい
⑤話すときに舌がひっかかりますか。	1. はい
D. 会話の問題（発音がはっきりしない、しゃべりにくい等）	1. あり



お口の中がかわいているようです

口をあまり動かさないでいると、つば(唾液)の出る量が少なくなり、口がかわくようになります。口がかわくと舌の動きもなめらかでなくなり、食物の味わいや飲み込みが悪くなり、口臭も出やすくなります。お薬の影響でつばが少なくなることもあります。そんな時に「口腔機能の向上」のお口の体操や唾液腺マッサージによりつば(唾液)の出る量が増えて、口のかわきがよくなり、舌の動きがなめらかになります。

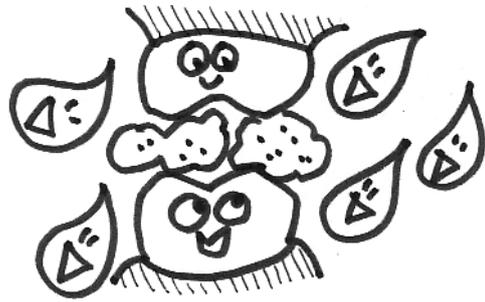


図6-4 つば（唾液）はこんな大切な働きをしています。

### 食べ物を飲み込みやすくします

つば（唾液）が出ていないと、食べ物をうまくかみ砕くことができません。

つば（唾液）はかみ砕かれた食べ物をまとめて、飲み込みやすくします。

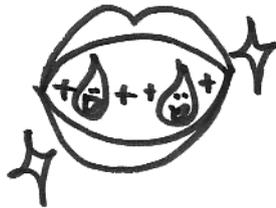


### 味を感じやすくする

つば（唾液）は食べ物の味物質を溶かして、舌の味を感じる器官（味蕾）で味を感じやすくします。かわいた舌の上に食塩をのせても塩味は感じません。味を楽しむには唾液が大切です。

### 口の中を清潔に保つ

つば（唾液）は食べ物のかすを洗い流して、口の中をきれいにします。口がかわくと汚れやすくなり、口臭の原因になります。



### 口の中をなめらかにする

舌もなめらかに動き、会話しやすくなります。



### でんぷんを消化する

ご飯をよくかんでいると、つば（唾液）の中の酵素がでんぷんを麦芽糖（マルトース）に分解して、甘みが出てきます。つば（唾液）はでんぷんを吸収しやすい形に変えます。



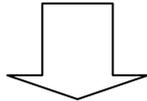
### その他

つば（唾液）には抗菌作用やむし歯を防ぐ作用があります。



図 6-5 口腔機能のチェックシートで、次の項目に該当した方は・・・

⑥口臭が気になりますか。	1. はい
⑧薄味がわかりにくくなりましたか	1. はい
A. 汚れ（歯、入れ歯、舌）	1. あり
B. 口臭	1. あり



### お口の中が汚れているようです

歯だけでなく入れ歯や舌もきれいにすることや、歯がなくても口の中をきれいにすることはおいしく食べるために重要です。「口腔機能の向上」により、一人一人にあった口の手入れのコツがわかります。

口の手入れは家庭でも続けられる、効果的な「口腔機能の向上」のトレーニングです。

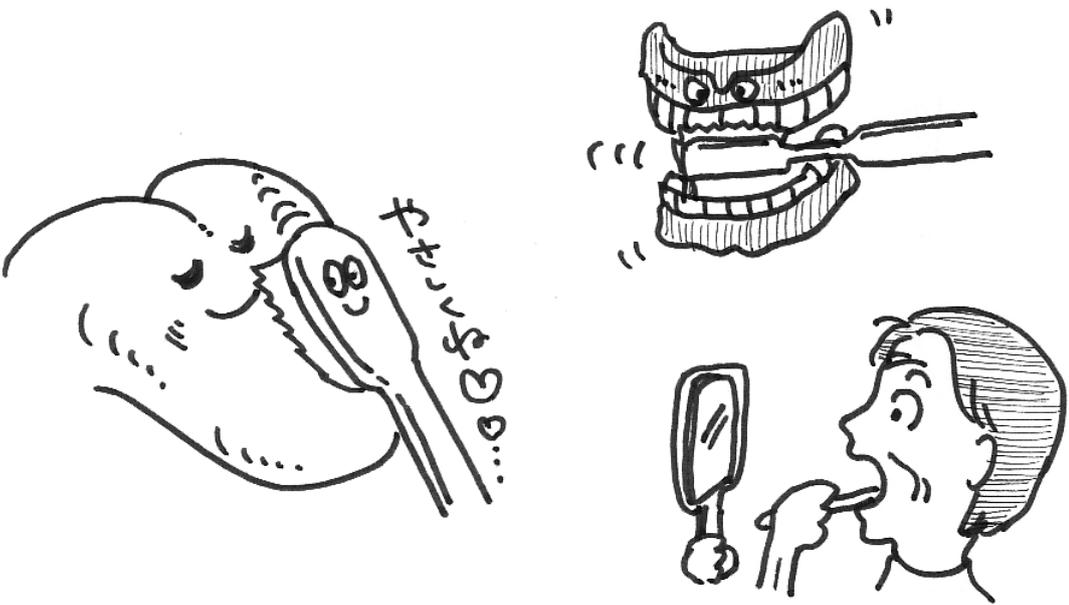
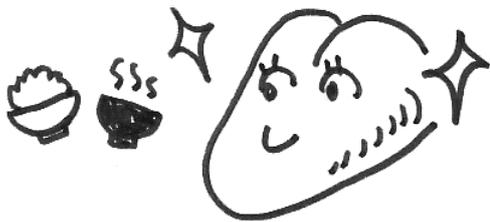


図 6-6 お口を上手にきれいにするとこんなよいことがあります

### 食べ物がおいしくなります

舌に汚れがたまっていると、舌の味を感じる器官（味蕾）の働きを邪魔します。舌をきれいにすると、味の感覚が鋭くなり、薄味でもおいしく食べられるようになります。



### 口の中がさっぱりとします

口の中の汚れ気がつかず、きれいになって初めて違いに気づく場合が少なくありません。きれいにできると、口の中がさっぱりとした感じになります。「口腔機能の向上」できれいになった気持ちよさを体験しましょう。



### 口、頬、舌の筋肉のトレーニングです



歯みがきの時に口を大きく開けたり、歯ブラシで頬や口をひっぱってストレッチしましょう。唾液も多く出てきます。ブクブクうがいで、唇、頬、舌の筋肉をきたえます。

### 歯周病やむし歯を防ぎます

歯の汚れはむし歯や歯周病の大きな原因です。入れ歯の汚れは歯肉の腫れや口内炎の原因になります。



### 口臭を予防します

歯や舌の汚れは口臭の原因になります。口臭は自分では気がつかないことがあります。



### 口の中の細菌を減らして肺炎を予防します

口の中の細菌が原因となって起こる肺炎（嚥下性肺炎）を予防します。



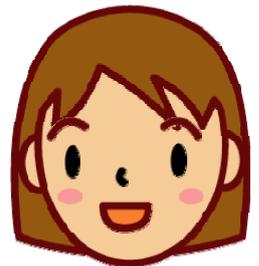
図 6-7 口腔機能のチェックシートで、次の項目に該当した方は・・・

②お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい
④薬が飲み込みにくくなりましたか	1. はい
⑨食べこぼしがありますか	1. はい
⑩食後に口の中に食べ物が残りやすいですか	1. はい
E. 飲み込んだ後の口の中に食べ物が残っている。	1. はい



飲み込む働き（嚥下機能）が  
低下しているようです

食べ物や飲み物をゴックンと飲み込む一連の動きは、実にたくさんの神経や筋肉が連携して食道に送り込む作業なのです。この神経や筋肉が衰えると、飲み込む行為が不十分になり、飲み込みにくくなり、むせやすくなります。

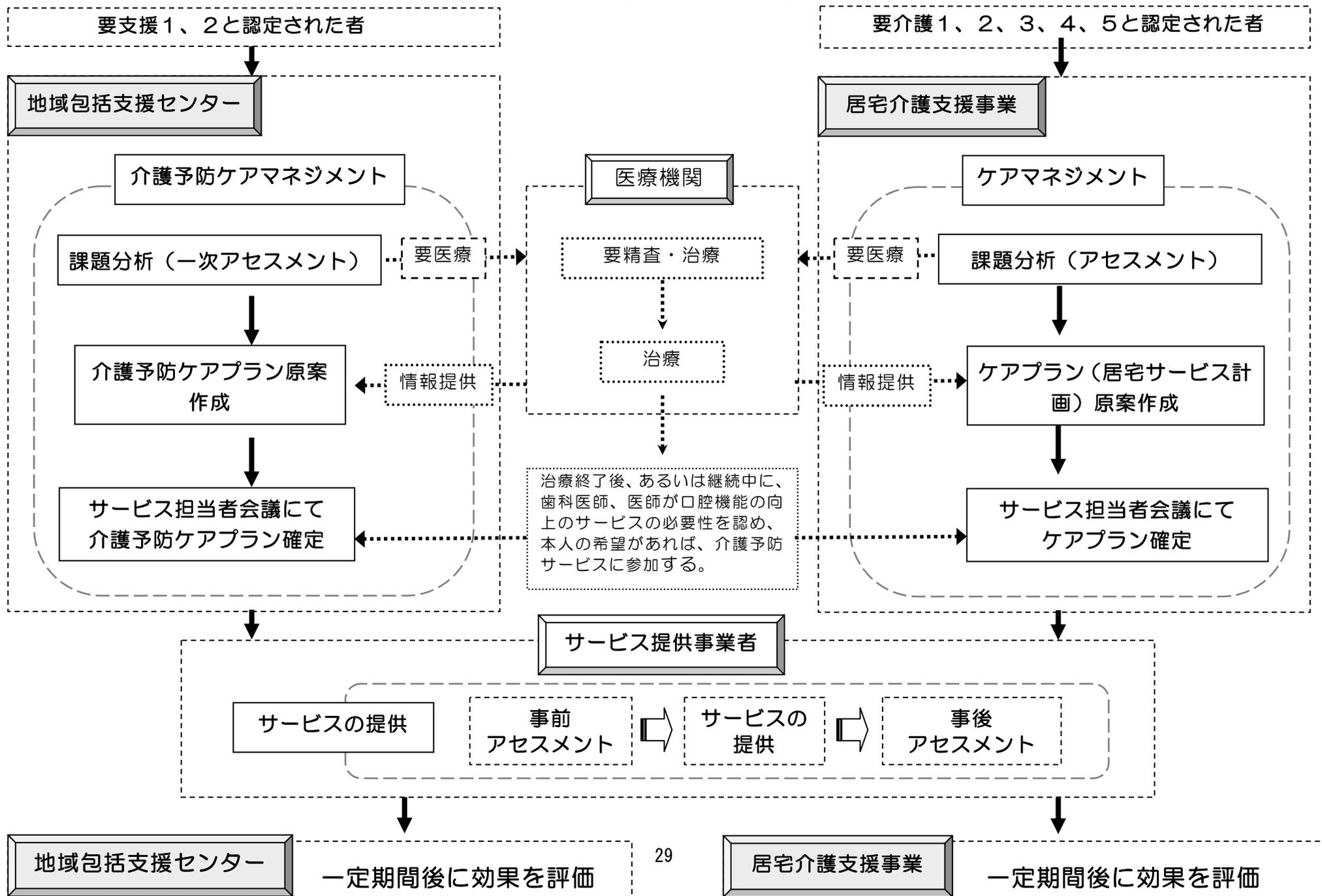


たとえば、飲み込む前の動きとして、口を閉じる力が落ちると食べこぼしが多くなります。また、舌や頬の動きが悪くなると、喉のほうに運びにくくなり、飲み込んだ後でも口の中に食べ物が残るようにもなります。



「口腔機能の向上」により、飲み込みやすいように準備ができ、飲み込むときのむせが減って、薬も飲み込みやすくなります。口を閉じる力も強くなり、舌や頬の動きも良くなります。

図 8 予防給付と介護給付の流れ



## (2) **事業所**

(指定介護予防通所介護事業者、指定介護予防通所リハビリテーション事業者)

地域包括支援センターが作成した介護予防ケアプランに沿って、口腔機能向上加算の届出をした通所系サービス（介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション）事業所で、対象者が自らの意志に基づいて利用する選択サービスとして口腔機能向上サービスが提供される。

- ①口腔機能向上サービスの実施にあたり、歯科衛生士、言語聴覚士及び看護師の専門職員は生活相談員・介護職員等と協働して事前アセスメントを行い、対象者の課題やサービス提供上の注意点等を把握して実施計画（口腔機能改善管理指導計画）を立案する。
- ②対象者は生活相談員もしくは専門職員から事業所での口腔機能改善管理指導計画を含む通所サービス内容の説明を受け、口腔機能向上プログラムの具体的内容を理解し、自己実現への目標を事業提供者と共有して、意欲をもってサービスに参加する。
- ③歯科衛生士、言語聴覚士及び看護職員の専門職員は、介護職員等と協働して定期的なモニタリングとフォローアップを行い、対象者の日常生活における口腔機能の向上の取組の継続、定着を支援する。
- ④歯科衛生士、言語聴覚士及び看護職員の専門職員は、介護職員等と協働して事後アセスメントを行い、実施効果（当初の目標の達成度、対象者の満足度等）を評価して対象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。

## (3) **地域包括支援センター**〈事業実施後の効果の評価〉

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対象者の状態等の効果の評価を行う。

### 3. 3. 4. 口腔機能向上サービス提供

#### 1) 実施要件等

地域包括支援センターにおいて介護予防ケアプランに口腔機能向上サービスが盛り込まれ、介護予防通所系サービスである介護予防通所介護事業所、介護予防通所リハビリテーション事業所において選択的な加算サービスとして行われる。

#### 2) 従事者

サービス（日常的な口腔清掃（セルフケア）の介助及び摂食・嚥下機能等の向上訓練及びリハビリテーション）に従事する者は、専門的知識、技術を兼ね備え、中心的役割を担う歯科衛生士、言語聴覚士及び看護職員等に加えて、セルフケアの自立支援を担う介護職員、生活相談員、機能訓練指導員等が考えられる。

とくに口腔機能向上プログラムは、呼吸や食事や会話など生活機能全般に深く関連する訓練でもある。口腔の保健医療の専門的な視点をふまえて生活相談員や介護職員等の関連職種を行うリクレーションや生活行為の介助等を融合することによって効率的・効果的に実施できる。

日常的な生活自立の一環として口腔清掃（セルフケア）の介助及びグループでの摂食・嚥下機能等の向上訓練に従事する者は、生活相談員、機能訓練指導員等を含む介護職員が中心となり、利用者もしくは家族に直接的に支援することになる。一方、保健医療的な知識・技術を兼ね備え、利用者や家族への相談指導などの直接的な支援だけでなく、安全管理や実施状況の評価を兼ねて介護職員への間接的な支援も担うのが歯科衛生士、言語聴覚士及び看護職員等の専門職員の役割であり、両者の連携協働作業ができる体制づくりが望まれる。

なお、専門職員として通常の健康管理を担う看護職員のみならず歯科衛生士もしくは言語聴覚士も参画することで、その効果を的確に評価でき、歯科医療の後方支援も得やすくなる。

**（１）介護予防通所介護事業所における介護職員、生活相談員、機能訓練指導員、  
介護予防通所リハビリテーション事業所における介護職員、理学療法士、作業療法士（以下関連職種という）**

口腔機能改善管理指導計画の「基本的サービス」にかかる計画及び専門職員の技術的助言・指導に基づき、関連職種が中心になり、摂食・嚥下機能の向上支援としての訓練や食事の環境整備、日常的な口腔清掃の自立支援を実施する。

対象者に居宅でもセルフケアプログラムを実施するように働きかけを行い、居宅時や毎回の通所サービス時での実施状況を確認する。むせ、食べこぼし、口腔清掃習慣、口臭の変化等の情報をサービス担当者に伝える。

サービス実施日の調整に当たっては、専門職員と十分に調整を図り、サービス実施における事前アセスメント、モニタリング、事後アセスメントにおいては専門職員の補助を行う。

**（２）歯科衛生士、言語聴覚士、看護職員（以下専門職員という）**

口腔機能サービスを実施するにあたって、介護職員等と協働して事前アセスメントを実施し、対象者の口腔機能及び口腔清掃の自立状況について把握する。具体的な援助方法等を決めた「口腔機能改善管理指導計画」として専門職員が月１～２回程度実施する「専門的サービス」、対象者が利用するたびに介護職員等の関連職種が毎回実施する「基本的サービス」及び本人が居宅等で実施する「セルフケアプログラム」にかかる計画をそれぞれ立案し、本人に説明し同意のもとにサービスの内容を決定する。

専門職員は、「専門的サービス」にかかる計画に基づき、口腔機能の向上支援、歯科保健教育、口腔清掃の自立支援により、対象者が摂食・嚥下機能の向上訓練、口腔清掃を継続的に実行するための動機付けを行う。職種による支援内容の制限はないが、職種による専門性の違いや個人の技量の差は補完し合って、効率的かつ安全に口腔機能向上サービスを行う必要がある。介護職員等の関連職種が毎回実施する「基本的サービス」や居宅での「セルフケアプログラム」において、対象者に応じた効果的な摂食・嚥下機能の向上訓練の方法や口腔清掃法等に関する技術的助言・指導もあわせて行う。また、摂食・嚥下機能の向上のための体操や口腔清掃が、サービス利用者の生活習慣の一部として定着するように、利用者本人や施設のその他職員に対しても、必要に応じて情報提供する。

サービス実施前においては事前アセスメント、サービス実施中においてはモニタリン

グ（月1回程度）、サービス実施期間後においては事後アセスメントを実施し、サービスの成果を評価する。

サービス実施日の調整に当たっては、複数のサービスを利用する場合があるので事業所と十分に調整を図る必要がある。

事前アセスメントは、口腔機能改善管理指導計画を立案するための情報収集であり、疾患に対する診断行為（歯科医業、医業に該当）はできない。利用者の本人の意向やアセスメント結果によっては、サービス実施前に主治の歯科医師の指示や近隣の歯科医師等と連携を図り、医療機関へ受診を勧奨することが望ましい。また、サービスを実施する際にも、対象者の口腔機能の状況によっては、歯科医療、医療が必要な場合がある。この際は、対象者の歯科医療、医療の求めに応じて主治の歯科医師、医師がいる場合は当該医療機関、いない場合でも医療機関への受診を勧奨することが望ましい。

### （3）歯科医師、医師（以下、歯科医師等という）の関与

歯科医師等は介護予防における直接的な従事者ではないが、口腔機能の低下している対象者の把握、地域包括支援センターへの情報提供、介護予防プランや口腔機能改善管理指導計画の立案における課題等の助言・指導等で重要な役割を担い、口腔機能向上サービスを担う歯科衛生士、言語聴覚士及び看護職員の専門職員を支援する。また、口腔機能管理、全身状態の管理を行う歯科医師・医師は、サービス利用時の事故トラブル等の発生時の際には、専門職員及び関係職員と連携・協力して対応する。

＜参考＞ 平成18年4月 厚生労働省老人保健課 介護保険改定関係 Q&A (Vol.1)

#### （問35）

言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が介護予防通所介護（通所介護）の口腔機能向上サービスを提供するに当たっては、医師又は歯科医師の指示は不要なのか。（各資格者は、診療の補助行為を行う場合には医師又は歯科医師の指示の下に業務を行うこととされている。）

#### （答）

介護予防通所介護（通所介護）で提供する口腔機能向上サービスについては、ケアマネジメントにおける主治の医師又は主治の歯科医師からの意見も踏まえつつ、口腔清掃の指導や実施、摂食・嚥下機能の訓練の指導や実施を適切に実施する必要がある。

### 3）サービス実施期間

平成16年度老人保健健康増進等事業の未来プロジェクト研究として行われた「要介護高齢者の気道感染および低栄養に対する口腔ケアと栄養・摂食ケア介入による試行的事業」[文献10\)](#)では、口腔機能向上支援の効果は、短期間での介入の場合、効果が持続しないことが示されている。具体的には、介護老人保健施設入居者に対する介入研究において、口腔機能向上支援は、栄養状態の改善に効果を示したが、介入中止と共に、その効果は持続せず、栄養状態は低下を示した。この調査研究は、継続的な支援が必要であることを示している。また、特に中度、重度の要介護高齢者を対象にした場合に、本サービス実施3カ月後では効果は少ないが、6ヶ月後に反復唾液嚥下テストの積算時間の短縮、および口腔内

食物残渣の減少といった顕著な効果が認められている<sup>文献11)</sup>。口腔機能向上サービスの実施期間は、制度上は原則として3ヶ月（延長可）とされているため、サービス利用者の口腔機能の状態に応じて、適宜サービス実施期間を延長することが望ましい。ただしその場合にあっては、3ヶ月毎にアセスメントを実施し、計画変更の必要性、サービス継続の必要性を検討する必要がある。

#### 4) 実施設備、実施場所等

通所系サービスにおいては、集団の場合は、現行の通所介護及び通所リハビリテーションの食堂及び機能訓練室等のスペースを適宜利用する。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、ガーグルペーイスンや手鏡等があれば机上でも可能である。

#### 5) 実施の流れ（図8）

##### （1）専門職員・関連職種による事前アセスメント等

口腔機能向上サービスを行う通所サービスにおける関連職種は、専門職員と連携して、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関するリスクを把握する。なお、専門職員は、関連職種に対し、利用開始時における把握について技術的助言・指導等を十分に行う。

さらに、専門職員はリスクの把握を踏まえ、事前アセスメントを行い、利用者の口腔機能の状態を観察し、生活機能向上のための改善目標を把握する。

事前アセスメントでは、摂食・嚥下機能や口腔衛生状態に関して、関連職種からの利用者本人又は家族への質問、関連職種による利用者の状態の観察を行う（次章の様式例の記入方法を参照）。

##### （2）口腔機能改善管理指導計画の作成

口腔機能向上サービスにおける口腔機能改善管理指導計画は、摂食・嚥下機能等の向上支援と口腔清掃の自立支援の2つを柱にして、作成される。

口腔機能改善管理指導計画は、「家族と一緒に食事がしたい」「孫と遊びたい」「友人と語りたいたい」など、各高齢者の個々の価値観による自己実現の達成に寄与するような計画とすべきである。計画作成の際には、実施期間中のスケジュールに配慮し、利用者が参加する他の介護予防プログラム（運動器の機能向上、栄養改善等）との連携に配慮する必要がある。また、関連職種が実施する「基本的サービス」、居宅で本人が実施できる個人にあわせた内容が盛り込まれた「セルフケアプログラム」の具体的内容も、計画に記載する必要がある。

作成された口腔機能改善管理指導計画については、主治の歯科医師等がいる場合は主治の歯科医師等に情報提供を図ることが望ましい。

なお、この口腔機能改善管理指導計画に相当する内容を、通所サービス実施計画（通所介護計画等）に記載する場合は、その記録をもって口腔機能改善管理指導計画に替えることができる。

##### （3）口腔機能改善管理指導計画の説明と同意

利用者が口腔機能改善管理指導計画のサービスをよく理解した上で、参加を主体的に選

択することは、サービス実施において意欲を高めることとなり、自立支援の観点からも重要な要素となる。

説明するに当たっては、分かりやすい図表やビデオ（DVD）、説明用チャート（図 6-1～図 6-7）などを用いると効果的であり、口腔機能改善管理指導計画の内容、スケジュール、効果、リスク等について、利用者からの同意を得やすくなる。

#### （４）口腔機能向上サービスの実施（表 6、表 7）

##### ①サービスの流れ

サービスには、専門職員が月 1～2 回程度実施する「専門的サービス」、関連職種が口腔機能改善管理指導計画に基づき実施する「基本的サービス」及び本人が居宅等で実施する「セルフケアプログラム」がある。

軽度要介護者に対しては、集団のみによるであり、必要に応じて個別対応を実施する。

##### 〈 1 〉基本的サービス

###### 〔 1 〕 リスク・口腔機能状況の確認

専門職員と連携して、口腔衛生、摂食・嚥下機能に関するリスクや状況を把握し、問題や課題を専門職種に伝える。

###### 〔 2 〕 実施前の説明と環境整備

利用者が居宅で実施してきたセルフケアプログラム等をチェックした後、サービスにあたっての環境を整える。当日のサービスの内容について説明を行う。

###### 〔 3 〕 サービスの実施

内容はセルフプログラムを中心としたものであるが、サービスの実施場所や担当するスタッフ（介護職員も含む）の技量、対象となる高齢者の機能低下の状態に応じて、柔軟に対応する必要がある。

###### a) 口腔清掃の自立（摂食・嚥下機能を支えるための口腔清掃）支援

口腔衛生状態が良好でない高齢者に対しては、摂食・嚥下機能等の向上訓練を行う前に、口腔清掃（歯・口腔粘膜・舌清掃、義歯の清掃の実施、口腔感覚に対する刺激訓練等）を実施し、口腔清掃の自立を支援する。

###### b) 日常的にできる口腔機能の向上のための訓練（「健口体操」等）の実施

###### 〔 4 〕 実施後の説明・指導など

その日のサービス内容について問題点の整理や質疑応答も行う。

##### 〈 2 〉専門的サービス

###### 〔 1 〕 健康状態・口腔機能状況の確認

簡単な問診やバイタルサイン（体温、血圧、心拍数など）の状況を評価して、サービスの実施が可能かどうか、さらに関連職種と連携・協働して口腔機能の状態を把握する

###### 〔 2 〕 実施前の説明・指導と環境整備

利用者が居宅で実施してきたセルフケアプログラムをチェックした後、必要に応じてサービスの内容について説明・相談指導、質疑応答を行う。また、サービスにあたっての環境を確認する。

###### 〔 3 〕 サービスの実施

内容は概ね以下の項目を含むものとする。ただし、サービスの施行場所や担当するスタッフの技量、対象となる高齢者の機能低下の状態に応じて、柔軟に対応する必要がある。

- a) 口腔清掃の自立（摂食・嚥下機能を支えるための口腔清掃）支援  
口腔衛生状態が良好でない高齢者に対しては、摂食・嚥下機能の向上訓練を行う前に、口腔清掃（歯・口腔粘膜・舌清掃、義歯の清掃の実施、口腔感覚に対する刺激訓練等）の自立を支援する。
- b) 咀嚼機能の向上訓練（例：舌・口蓋・歯・歯肉のブラッシング、舌・口唇・頬の機能の向上訓練、咀嚼機能の向上訓練等）の実施支援
- c) 構音・発声機能の向上訓練（例：裏声、発声持続等）の実施支援
- d) 嚥下機能の向上訓練（例：息こらえ嚥下訓練、頭部挙上訓練、喉頭挙上訓練等）の実施支援
- e) 呼吸機能の向上訓練（胸郭の可動域訓練、腹式呼吸訓練、咳嗽訓練等）の実施支援  
※b～eまでの内容を盛り込んだ日常的にできる口腔機能の向上のための訓練（「健口体操」等）の指導も行う。
- f) 食事環境についての指導（食物形態・食事環境（体位やペースを含む）等）  
実施後の説明・指導など  
必要に応じてその日のサービス内容について問題点の整理や質疑応答、次回までのセルフケアプログラムの指導も行う。

### 〈3〉セルフケアプログラム

内容は対象となる高齢者の機能低下の状態に応じて計画されたセルフプログラムを中心としたものとする。

#### 〔1〕口腔清掃の自立（摂食・嚥下機能を支えるための口腔清掃）

摂食・嚥下機能の向上訓練を行う前に、口腔清掃（歯・口腔粘膜・舌清掃、義歯の清掃の実施、口腔感覚に対する刺激訓練等）を実施し、口腔清掃の習慣を確立する。

#### 〔2〕日常的にできる口腔機能の向上のための訓練（「健口体操」等）の実施

### 〈4〉サービス実施にあたっての注意点

口腔機能の向上のためのサービスは事前アセスメントにもとづいて作成された口腔機能改善管理指導計画に従って行われ、その内容はサービス利用者毎に個別に計画されなければならないが、実際のサービスはグループで実施することも想定される。しかし、グループで実施された場合でも、計画されたサービスの内容および実際に実施した内容は毎回記録しておき、スタッフ間で実施内容の統一を図る必要がある。

サービスの内容は、実際にサービスに従事する担当スタッフの技量を十分に考慮して検討する必要がある。対象者の受け入れ能力やサービス提供側の技量を超えたサービスなどは、無理なサービス・間違ったサービスにつながり、対象高齢者に不利益をもたらすことになるため、避けるべきである。また、利用者が口腔機能向上サービスを楽しく実践でき、意欲を高めるような内容が望まれる。実施スケジュールについては、利用者

のレベルとニーズに合わせて各事業所の関係者が協働して調整する。

#### 〈5〉モニタリング

サービス実施期間中のモニタリングは、以下のように行う。

〔1〕基本的サービス実施後において関連職種が、口腔機能改善管理指導計画に基づきモニタリングを行う。

関連職種が、サービス実施後の日常での状況などについてモニタリング票などを利用してモニタリングし、専門職員の参考となる情報提供の個々の利用者ごと資料を作成する。

〔2〕専門的サービス（月に1回）実施後において専門職員が定期的にモニタリングを行う。サービス担当者により専門的サービス（月に1回）実施後においてモニタリングを行う。モニタリングする項目等については、次章の様式例の記入方法を参照されたい。

#### (5) 事後アセスメント

口腔機能改善管理指導計画に基づく一定期間のサービス実施終了時にサービス担当者による事後アセスメントを行う。事後アセスメントにおいて実施する項目は、事前アセスメントでの内容と同様である。この際、モニタリングの内容も含めて事前アセスメントとの比較検討や口腔機能改善管理指導計画の妥当性の検討を行いながら、目標の達成と客観的な口腔機能の状態を評価する。

#### 3. 3.5. 地域包括支援センターへの報告

対象者の目標の達成、客観的な口腔機能の変化等について、事後アセスメントやモニタリングの情報等を含めて検討し、事業所を通じて対象者へのサービス提供の結果を報告する。サービス提供後に他のサービスの必要性がある場合や本人の求めによる医療機関への受診勧奨が必要である場合等も併せて報告する。サービスの継続が必要と考えられる場合は、その理由や利用者の意思等も確認し、地域包括支援センターで再度作成される介護予防ケアプランに基づいて実施されることになる。終了する場合は、利用者の口腔機能が低下しないような要点を今後の指導や一般高齢者施策への情報として地域でセルフケアを支える体制づくりに必要な事項等を報告することが必要である。

#### 3. 3.6. 安全管理体制

- 1) 緊急時マニュアルの作成（緊急時を程度別に分けて役割分担や連絡方法等記載する）
- 2) 救急カートの整備
- 3) 緊急時の医師や看護師との連絡の方法
- 4) スタッフへの救急時の対応の実技講習（心肺蘇生等）
- 5) インシデント、事故等のトラブル発生時のリスクマネジメントの体制（対応マニュアル、報告の方法、管理者など、情報収集を一元化して小さな問題も拾い上げるのが重要）
- 6) 損害賠償への対応

図8 通所介護と通所リハにおける口腔機能向上サービスの流れ

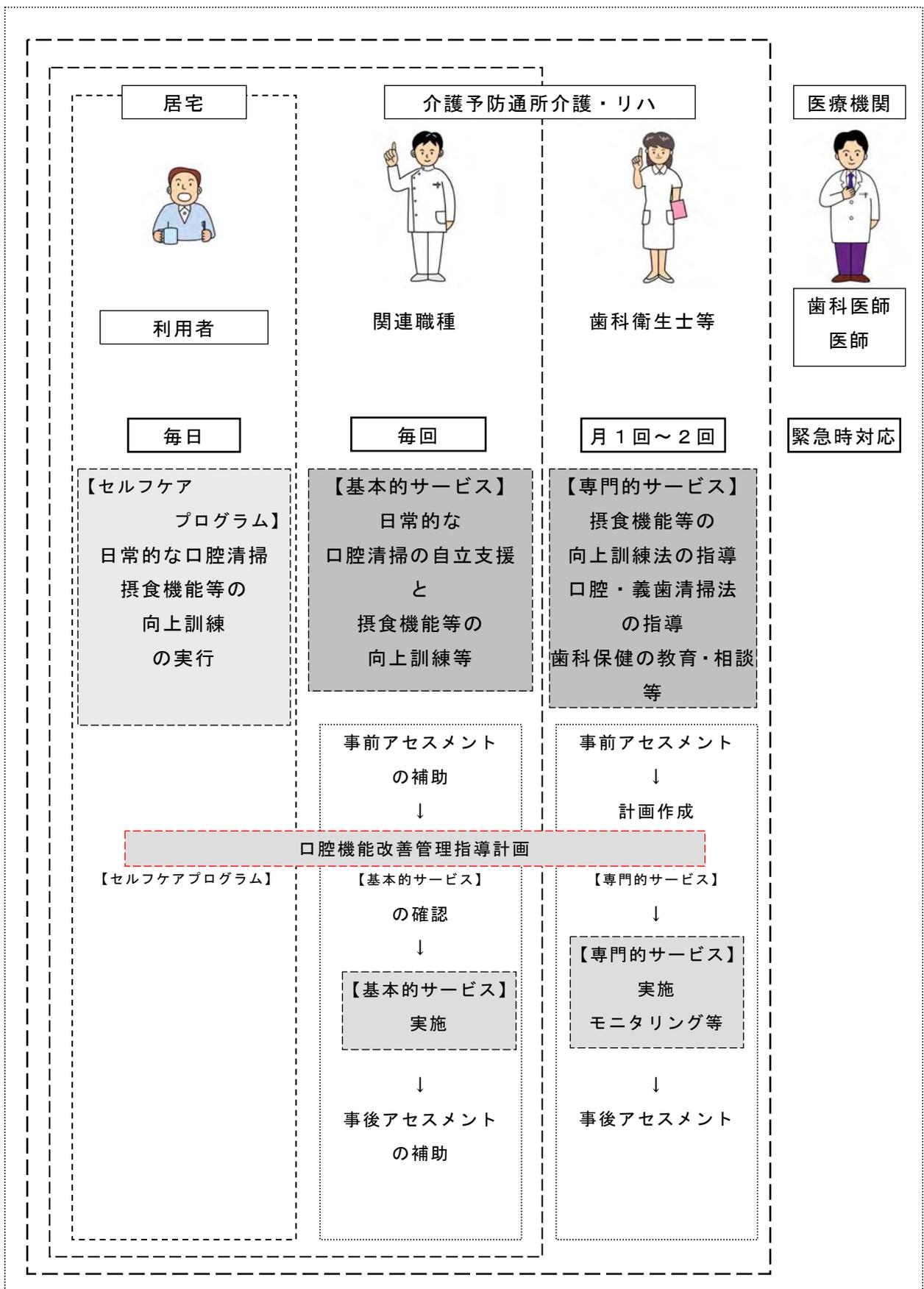


表 6 予防給付における口腔機能向上サービスの内容（例）

	基本的サービス	専門的サービス
<実施期間の目安>	基本単位は3ヶ月間だが、必要に応じて延長することが望ましい	3～6ヶ月
<提供の頻度>	毎回	月1～2回程度（各30分程度）
<サービス内容>	<p>①口腔清掃の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○口腔清掃自立支援（習慣性・巧緻性の獲得）</li> <li>○単なる日常的な口腔清掃（セルフケア）の介助</li> </ul> <p>②日常的にできる口腔機能の向上のための訓練（「健口体操」等）の実施</p> <p>③セルフケアプログラム、関連職種によるプログラムの実施</p>	<p>①口腔機能の向上の教育</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○口腔清掃の必要性について</li> <li>○摂食・嚥下機能の維持、増進の重要性について</li> <li>○味覚障害の予防法について</li> <li>○口腔乾燥の予防法について</li> <li>○気道感染予防について</li> <li>○低栄養予防について</li> </ul> <p>②口腔清掃の指導</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○口腔、義歯清掃法の習得</li> <li>○歯ブラシ、舌ブラシ等の使用方法について</li> <li>○口腔粘膜清掃法について</li> <li>○洗口剤、義歯洗浄剤、歯垢染色液、清掃器具（歯間ブラシ、電動歯ブラシ等）の使用法について</li> </ul> <p>③口腔清掃の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○口腔清掃自立支援（習慣性・巧緻性の獲得）</li> <li>○単なる日常的な口腔清掃（セルフケア）の介助</li> </ul> <p>④摂食・嚥下機能等の向上訓練の指導・実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○咀嚼筋、口腔周囲筋、咽頭筋、摂食・嚥下器官等の運動等の訓練・実施</li> <li>○日常的にできる口腔機能の向上のための訓練（「健口体操」等）の指導・実施</li> </ul> <p>⑤セルフケアプログラム、関連職種によるプログラムの策定</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○個々の特性を踏まえた日常的に行う居宅や施設でのプログラムの策定</li> <li>○プログラムの本人や関連職種への指導と管理</li> </ul>

表 7 予防給付における口腔機能向上サービスのスケジュール（例）

			基本的サービス	専門的サービス
第1週 第5週 第9週	火	<従事者> <サービス内容>	介護職員 ①口腔清掃の実施 日常的な口腔清掃（セルフケア） の自立支援 ②「健口体操」	歯科衛生士 ①口腔機能の向上の教育 気道感染予防、低栄養予防等について ②口腔清掃の指導 口腔、義歯清掃法の習得 ③摂食・嚥下機能等向上訓練の指導 「健口体操」法等の指導 ④セルフケアプログラムの指導 歯科衛生士による事前アセスメントを実施する。
		<評価>		
第2週 第3週 第6週 第7週 第10週 第11週	火	<従事者> <サービス内容>	介護職員 ①口腔清掃の実施 日常的な口腔清掃（セルフケア） の自立支援 ②「健口体操」 ③介護職員によるセルフケアプログラムの確認	
第4週 第8週 第12週	火	<従事者> <サービス内容>	介護職員 ①口腔清掃の実施 日常的な口腔清掃（セルフケア） の自立支援 ②「健口体操」 ③介護職員によるセルフケアプログラムの確認	看護職 ①口腔機能の向上の教育 摂食・嚥下機能の維持、増進の重要性等について ②口腔清掃・義歯清掃の確認 義歯洗浄剤等の使用方法について ③摂食・嚥下機能等向上訓練の指導 日常的にできる口腔機能の向上訓練等の指導 看護職によるモニタリングを実施する。
		<評価>		
第13週	火	<従事者> <サービス内容>	介護職員 ①口腔清掃の実施 日常的な口腔清掃（セルフケア） の自立支援 ②「健口体操」	歯科衛生士 ①口腔機能の向上の教育 味覚障害、口腔乾燥の予防法等について ②口腔清掃の指導 口腔粘膜清掃法の指導 歯垢染色液、歯間ブラシ等の使用方法について ③摂食・嚥下機能等向上訓練の指導 日常的にできる口腔機能の向上のための訓練等の指導 ④セルフケアプログラムの評価 歯科衛生士による事後アセスメントを実施する。
		<評価>		

### 3.4. 介護給付（参考）

#### 3.4.1. 目的

介護給付における口腔機能向上サービスは、要介護1, 2, 3, 4, 5の者で口腔機能が低下している者を対象に、要介護状態の重度化防止を目指して実施する。

要介護者の口腔機能が低下している状態を幅広くかつ早期に発見して、多くの利用者が口腔機能の向上や改善、経管栄養管理移行の予防等に資するサービスを通じて、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。

#### 3.4.2. 介護給付における口腔機能向上サービスの内容

主旨は予防給付と同様である。

ただし、対象者は口腔機能も、口腔清掃の自立もその低下が顕著に現れている者が多い。

- 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（摂食・嚥下機能を支えるための口腔清掃、食事環境の整備）
- 3) 摂食・嚥下機能等の向上支援  
（咀嚼機能、嚥下機能、構音・発声機能、呼吸機能、表出機能等）

#### 3.4.3. 介護給付の口腔機能向上サービス利用の流れ（図8）

要介護が対象者となり、居宅介護支援事業者によるケアマネジメントになる点を除いては、サービス利用の流れは、基本的に予防給付と同様である。

##### 1) 要介護認定と口腔機能向上サービスの対象者

要介護認定の結果、要介護1, 2, 3, 4, 5と判定された者であり、下記の通り居宅介護支援事業者によるケアマネジメントで「口腔機能の低下している又はそのおそれがある」と課題分析（アセスメント）され、当該プログラム参加に同意が得られた者を対象者とする。

- ①口腔衛生上の問題を有する者
- ②摂食・嚥下機能に問題を有する者
- ③その他口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる者

##### 2) 対象者に対する口腔機能向上サービスとケアマネジメント

###### (1) 居宅介護支援事業所

居宅介護支援事業所は、介護サービスを必要とする要介護者の課題分析（アセスメント）を実施し、利用者本人の自己実現に向けた「ケアプラン」（居宅サービス計画）を作成、本人・家族ら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業務を行う。

#### <参考>

##### 居宅介護支援事業所における口腔機能向上サービスのケアマネジメントの留意点

主旨は「地域包括支援センターにおける口腔機能向上サービスの介護予防ケアマネジメ

ントの留意点」と同様である。要介護認定調査票（口腔機能関連項目の嚥下、食事摂取、口腔清潔が自立以外の者）を参考にすると効果的である。さらに口腔機能向上用の補助アセスメント票（図4「口腔機能のチェックシート（例）」）なども用いるとより一層効果的である<sup>文献8) 9)</sup>。要介護者では口腔清掃の自立度も摂食嚥下機能も低下することから、口腔機能低下が疑われる状況が現れやすく、要介護認定調査票や主治医意見書の関連項目にも記載されている場合も増えるので注意する必要がある。また、計画書の名称はケアプラン（居宅サービス計画）となる。

## （2）事業所

（指定通所介護事業者、指定通所リハビリテーション事業者）

居宅介護支援事業所が作成したケアプランに沿って、口腔機能向上加算の届出をした通所系サービス（通所介護、通所リハビリテーション）事業所で、対象者が自らの意志に基づいて利用する選択サービスとして口腔機能向上サービスが提供される。

サービス提供の流れも、実施効果の報告先が居宅介護支援事業所である以外は、予防給付と同じである。

### 3. 4. 4. 口腔機能向上サービス提供

予防給付に準じる。

ただし、介護給付の対象者は、嚥下障害の著しい者又はそのおそれのある者も多いことから、以下のような場合にはとくに、嚥下内視鏡検査（VE）、嚥下造影（VF）等の嚥下機能検査の実施を含め、適切な医療機関への受診勧奨に努める必要がある。

- ①著しい誤嚥が現に生じている場合
- ②誤嚥による発熱や肺炎が疑われる場合
- ③痰が著しく、誤嚥の疑いが強い場合

### 3. 5. 予防給付・介護給付サービスにおける都道府県の役割等

予防給付及び介護給付としての口腔機能向上サービスは、個別のケアプランをベースに尊厳あるその人らしい生活を介護報酬面から支援する加算サービスに位置づけられている。したがって、担当者は加算制度の趣旨を踏まえ、報酬基準等を満たす適切なサービス提供を心がける必要がある。

#### 3. 5. 1. 介護サービス事業者と都道府県・市町村

事業者指定をする都道府県と保険者としての市町村は、介護保険制度の理念（ケアマネジメント、自立支援、尊厳保持）に沿ってサービスの質が確保され、適正な運営や給付がなされているかを確認する必要性から、サービス事業者の実地指導を実施しており（介護保険法第23条・第24条）、後述する基準要件等を確認するため、関係書類の確認及びヒヤリングにより指導・助言を行っている。

#### 3. 5. 2. 口腔機能向上加算の基準要件

前述の实地指導では、加算サービスがケアマネジメントのプロセスを適切に踏んで、介護報酬の基準要件等を満たして提供されるよう必要な指導・助言が行なわれる。口腔機能向上加算の基準要件に適合した口腔機能向上サービスを実施するためには、以下の点に留意する。

- ・ 言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員（以下、専門職）の一名以上配置
- ・ 専門職等による口腔機能向上改善指導計画の作成
- ・ 医療における対応の必要性の判断
- ・ 利用者等に対する計画の説明と同意の有無
- ・ 計画に基づく専門職によるサービス提供とその定期的な記録の作成
- ・ 利用者毎の進捗状況の定期的な評価（モニタリング）と地域包括支援センター又は介護支援専門員等への情報提供
- ・ 月の算定回数 等

介護サービスの事務負担軽減通知により、平成 20 年 8 月 1 日から口腔機能向上サービスも書類が簡略化された。しかし、ケアマネジメントのプロセスを踏んで的確な記録をとることや、文書等を通じて利用者や家族との情報共有を図ることが、介護保険サービス提供者として必須の作業であることには変わりはなく、引続き適切な対応が必要である。

#### 4. 利用開始時・終了時における把握と様式例の記入方法と記入例（図 9、図 10）

様式例は特定高齢者、要支援者、要介護者に共通して利用することを想定している。対象者・利用者の状況により質問項目・観察項目が実施できない場合は、特記事項等の欄に理由を記入する。

##### 4.1. 様式記載の手引き

###### 4.1.1. 事前・事後アセスメント、関連職種等によるモニタリング

1) 質問項目：介護職員等が、対象者に対し聞き取り調査を行う。対象者からの聞き取り調査が困難な際は、家族など対象者の状況を把握した者からの聞き取り調査を行う。

###### ① 固いものは食べにくいですか

咀嚼機能に関する質問である。現在固いものが食べにくいと感じているか否かを問う。口腔機能の中で咀嚼機能は早期に低下しやすい。咀嚼機能低下があっても食べるものを無意識にやわらかいものに変えている場合も多く、機能低下を自覚していないことがしばしば見られる。

###### ② お茶や汁物でむせることがありますか

嚥下機能の低下に関する質問である。とろみのない液体はむせを生じやすい。

###### ③ 口が渇きやすいですか

口腔乾燥に関する質問である。口腔内は唾液により潤いが保たれている状況が正常であり、乾燥により種々の不都合を生じる。

###### ④ 自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりとかみしめられますか

奥歯、入れ歯、顎関節、咬筋等に問題がある場合はかみしめることが困難になる。かみしめることができないと、咀嚼筋の筋力は低下しやすくなる。

⑤全体的にみて、過去1ヶ月間のあなたの健康状態はいかがですか

全身の主観的健康感である。口腔機能が向上するとよい方向に変化することが多い。

⑥お口の健康状態はいかがですか

口腔の主観的健康感である。

対象者本人の主観に基づき、5段階の評価による回答を求める。お口の健康状態では単なる疾患や症状の有無ではなく、対象者が歯や口の中に苦痛や不自由などを抱いているかどうかの口腔の主観的な健康感を聞き取り該当する項目を選択する。

- 1 よい : 口や歯は調子が良い。口や歯のことで苦痛や不自由は感じていない。いつも口がさわやかで気持ちが良い等。
- 2 やや良い : 口や歯はどちらかといえば調子が良い。口や歯のことで苦痛や不自由はほとんど感じていない等。
- 3 ふつう : どちらともいえない。時折不自由を感じることもあるが、調子がよいこともある等。
- 4 やや悪い : 口や歯は調子があまりよくない。口や歯のことでしばしば苦痛や不自由を感じている等。口や歯のことでいつも弱い苦痛や不自由を感じている等。
- 5 悪い : 口や歯は調子がよくない。口や歯のことでいつも苦痛や不自由を感じている。口や歯のことでひどい苦痛や不自由がある。いつも口の中に不快感がある等。

- ・利用者の口腔状態の主観的な健康感（満足感）は、今回の機能向上の教育や動議づけを実施する上での重要な情報である。対象者の正確な状況を把握するために、聞き取り調査を行う際は回答を誘導しない配慮が必要である。

2) 観察項目：介護職員等が、日頃より観察した対象者の状態を評価する。評価を行う際、特定日での状況でなく、対象者の日常の状況を出来るだけ正確に反映させる必要がある。対象者への直接評価が困難な際は、家族など対象者の状況を把握した者からの聞き取り調査を行う。

⑦口臭

・対象者の“口臭”について、3段階の評価を行う。可能な場合は、聞き取り調査を行う際に、普通に会話をおこなっている状態で（30～40cm ぐらいの距離）評価を行う。

- 1 ない：口臭を全くまたはほとんど感じない。
- 2 弱い：口臭はあるが、弱くがまんできる程度。会話に差し支えない程度の弱い口臭。
- 3 強い：近づかなくても口臭を感じる。強い口臭があり、会話しにくい。

・高齢者では、口腔清掃状態の悪化に伴い口臭が多く見られる。口臭の主な原因は、歯垢、食物残渣、舌苔等の汚れである。咀嚼機能の低下、嚥下機能の低下、口腔乾燥によっても口の中の汚れは増加し、口臭は悪化する。口臭は口腔機能低下のよい指標である。口腔清掃の指導・助言を通し、改善が期待できる。

・口臭の評価は、対象者に対してデリケートな面があるため、実地に当たって十分に配慮をする。

⑧自発的な口腔清掃習慣

対象者の“自発的な口腔清掃習慣”について、3段階の評価を行う。

- 1 ある : 毎日の自発的な口腔清掃行動が認められる場合
- 2 多少ある : 毎日ではないが週に数回の自発的な口腔清掃行動が認められる場合
- 3 ない : ほとんど自発的な口腔清掃行動が認められない場合。声かけをしないとまったく口腔清掃行動を行わない場合。声かけにも反応しない場合。

#### ⑨むせ

対象者の“食事中や食後のむせ”について、3段階の評価を行う。

- 1 ない : 特に認めない
  - 2 多少ある : 時々むせが認められる
  - 3 ある : むせにより食事が中断してしまうことが多い
- ・「むせ」は嚥下障害を推し量る最も重要な症状の1つである。日常食品のうち、お茶や味噌汁など、さらさらした液体はもっとも嚥下しにくく、むせやすい食品である。これは、液体を飲み込もうとした時に、咽頭内に流入してくる液体に対して嚥下運動が遅れるため、喉頭や気管に流入してしまうためである。さらに「むせ」の出現は、食環境（食形態、食事姿勢など）の影響も受けやすく、口腔機能と食環境の整合性を総合的に評価できる。
  - ・むせが認められ、食事中に喘鳴（呼吸と伴にゼーゼーいう）が認められたり、呼吸に苦しむ状態が認められたりした時などには、嚥下機能の著しい低下が疑われ、上気道感染や窒息などの危険性があるために、医療との連携を考慮する。

#### ⑩食事中の食べこぼし

対象者の“食事中の食べこぼし”について、3段階の評価を行う。

- 1 ない : 食べこぼしがまったくない、ほとんどない。
  - 2 多少ある : 時々、食べこぼしが目立つ。ほとんど毎回少量の食べこぼしがある。
  - 3 ある : ほとんど毎回食べこぼしが目立つ。
- ・口唇閉鎖が十分でないと咀嚼中に食べこぼしがみられる。嚥下の際に口唇閉鎖ができないと口腔内圧が適性に保たれずに飲みこみづらくなる。また、自食の際には、口に食事を運ぶ際の手と口の協調がうまくとれずに食べこぼすことがある。認知症などによって一口量や、食べるペースのコントロールが調整な困難な場合などによっても起こる。
  - ・“食べこぼし”の出現は口唇閉鎖機能の低下さらには嚥下時の口腔陽圧形成不全のスクリーニングとして重要である。

#### ⑪表情の豊富さ

対象者の“表情の豊富さ”について、5段階の評価を行う。

- 1 豊富 : 表情がよく変化する。頬や口角が上がった、はっきりとした笑顔が多い。
- 2 やや豊富 : 表情の変化がやや多い。頬や口角がやや上がった、笑顔が多い。
- 3 ふつう :

4 やや乏しい：表情の変化が少ない。頬や口角が上がらず、笑顔がわかりにくい。

5 乏しい：表情がほとんど変化しない。笑顔がほとんどない。

#### 4. 1. 2. 専門職による課題把握のためのアセスメント、モニタリング

##### 専門職によるアセスメント、モニタリング

{観察・評価等}

① 右側の咬筋の緊張の触診（咬合力）

② 左側の咬筋の緊張の触診（咬合力）

咬筋の緊張の触診（咬合力）の評価方法と判断基準について

入れ歯を使用している場合は入れた状態で評価する。咬筋の筋力が低下しているか、低下の恐れが大きいかを評価する。

##### 方法

1) 対象者にはこれから咬むための筋肉の強さを調べますと説明する。

2) 左右の耳の付け根の下（顎角部のやや内側）に人差し指、中指、薬指の先の腹の部分で軽く触れ、痛くない範囲で、できるだけ強く奥歯で咬んで下さいと対象者に言う。

3) 指先で咬筋が緊張して太く、硬くなるのを指が押される感覚で評価する。

4) 咬筋が緊張して太く、硬くなるのを触診して評価する。

5) 触診が終了したら対象者に力を抜いて下さいと指示する。

##### 判断基準

1 強い：指先が強く押される。咬筋が硬くなっているのが明確に触診できる。（強く咬むと、咬筋が緊張して太く硬くなるので、指先が強く押される感覚が生じる。）

2 弱い：指先が弱く押される。咬筋が硬くなっているのがほとんど触診できない。

3 無し：指先が押される感覚がない。咬筋が硬くなっているのが全く触診できない。

強く咬んだ場合、弱く咬んだ場合、上下の歯が触れているだけの場合を、自分の咬筋を自分で触診することにより、指先が押される感覚や太く硬くなった咬筋を触診する感覚がつかめる。脳血管疾患等による麻痺がある場合は特記事項欄に記入する。

##### ③ 歯や義歯のよごれ

専門職が、口腔衛生状態について3段階の評価を行う。写真を基準に判定する。

1 ない：歯と歯の間、歯と歯肉の境目に汚れが見られない。

2 ある：歯と歯の間、歯と歯肉の境目に白色～クリーム色の汚れが見られる。

3 多い：歯と歯の間、歯と歯肉の境目以外にも汚れや食物残渣が見られる。



1 ない



2 ある



3 多い

日常的な口腔清掃等の際における口腔内の観察等により、対象者の口腔内の清掃状態を歯、入れ歯等を中心に評価する。入れ歯がある場合は、可能であれば入れ歯をはずし、その内面や入れ歯を維持するのばねの周囲に付着している汚れを評価する。

・高齢者の場合には、ADLの低下や認知機能の低下に伴いセルフケアだけでは十分な口腔清掃は難しくなっている。咀嚼機能の低下、唾液の減少、嚥下機能の低下といった口腔機能の低下によっても口腔の汚れは増加する。口腔清掃状態の悪化に伴い、歯にこびりついた歯垢（デンタルプラーク）、清掃不良による義歯にこびりついたデンチャープラークは、口臭、味覚機能の低下、義歯性口内炎等の歯科疾患の原因になる。また、全身の抵抗力が低下している高齢者や要介護高齢者の場合には、誤嚥性肺炎をはじめとする呼吸器感染症の原因となる。義歯や歯の清掃の指導・助言を行うことで口臭を予防し、味覚の向上、呼吸器感染症のリスクを低下させることができる。

#### ④舌のよごれ（写真を参考に判定する）

- 1 ない : 舌全体が一様な赤色～ピンク色をしている。
- 2 ある : 舌の一部（半分未満）が白色、黄色、褐色等の汚れに覆われている。
- 3 多い : 舌の半分以上が白色、黄色、褐色等の汚れに覆われている。



1 ない



2 ある



3 多い

・専門職が、利用者の舌を観察し、“舌のよごれ”の量について3段階の評価を行う。

高齢者では、口腔乾燥、唾液の分泌の低下、舌をはじめとする口腔機能の低下、口腔清掃の不良等により舌によごれがみられる。舌のよごれは口臭の原因となり良好なコミュニケーションを妨げる。また、味覚にも悪影響をもたらすことがあり、QOLの低下や低栄養を生じる。誤嚥性肺炎をはじめとする呼吸器感染症の原因となることがある。舌の清掃の指導・助言を行うことで、改善が期待できる。

#### ⑤反復唾液嚥下テストの積算時間

（必要に応じて実施する項目である。）

- ・歯科衛生士等が、反復唾液嚥下テストに基づき、1回目、2回目、3回目の嚥下運動の惹起時間を測定する。
- ・対象者を椅子に座らせ、「できるだけ何回も“ゴクン”とつばをのみ込むことを繰り返してください」と指示し、飲み込んだ際の時間を回数に応じて記録しておく。最大1分間観察して、1回目の飲み込みに要した時間、2回目に要した時間、3回目に要した時間を記録する。

- ・ 飲み込む際には喉頭（のどぼとけ）が約2横指分（横にそろえて2本分くらい：3から4センチ）上に持ち上がる。この評価の際には、のどぼけの動きを確認しながら行なう。評価者は指の腹を参加者ののどぼとけに軽く当てて、嚥下の際に十分に上方に持ち上がることを確認しながら評価する。ぴくぴくと のどぼとけが動いている状態を1回と評価してはいけない。
- ・ 30秒間に行える嚥下回数を指標とする反復唾液嚥下テストの値が、3回/30秒間未満の場合、誤嚥をおこす可能性が高いといわれている。
- ・ 積算時間の測定により、反復唾液嚥下テストでは捉えられない僅かな機能改善が捉えることができ、事前事後の評価では有効である。
- ・ 最大努力下でのテストであることを利用者が理解しなければ、適切な評価は困難である。

#### ⑥ オーラルディアドコキネシス

（必要に応じて実施する項目である）

きまった音を繰り返し、なるべく早く発音させ、その数やリズムの良さを評価する。10秒間測定して、1秒間に換算する。必ず、息継ぎをしても良いことを伝える必要がある。発音された音を聞きながら、発音されるたびに評価者は紙にボールペンなどで点々を打って記録しておき、後からその数を数える。唇の動きを評価するには“ば”を、舌の前方の動きを評価するには“た”を、舌の後方の動きを評価するには“か”を用いる。

- ・ 本評価の目的は、舌、口唇、軟口蓋などの運動の速度や巧緻性の評価について発音を用いて評価しようとするものである。
- ・ 最大努力下でのテストであることを利用者が理解しなければ、適切な評価は困難である。

#### ⑦ ぶくぶくうがい（空（から）ぶくぶくで可）

むせがある場合は空（から）ぶくぶくを実施する。

・ 指示が入らない場合は、日常の（施設などでの）口腔清掃後のうがいなどの状況を参考に評価する。三段階で評価する。

判断基準

- 1 できる : 頬を何度も膨らまし、同時に舌も早く動かすことができる。
- 2 不十分 : 頬の膨らましが小さい。舌の動きが遅い。1、2回しか頬を膨らますことができない。
- 3 できない : 唇を閉じることができない。頬を膨らますことができない。舌を動かすことができない。

・ うがいテスト、特にリンシング（ぶくぶくうがい）テスト方法として行われる。頬の膨らましは、口唇を閉鎖し、舌の後方を持ち上げ、軟口蓋を下方に保ち（舌口蓋閉鎖）、口腔を咽頭と遮断することで行われる。本評価は、これらの関連器官の運動が正常であることのスクリーニングとなり、ぶくぶくうがいที่ไม่十分な場合は、口唇の閉鎖機能が低下、軟口蓋や舌後方の動きの悪化が疑われる。

#### ⑧ 特記事項

脳血管疾患等による麻痺がある場合は記入する。

⑨ 問題点

該当する箇所をチェックする。

4.1.3. 総合評価

① 口腔機能向上の利用前後の比較であてはまるものをチェック

口腔機能向上の利用前後の比較で変化が多く報告された事項である。当てはまるものをチェックし、その結果を対象者・利用者、家族、介護職員、介護支援専門員等に説明や伝達を行う。家庭で口腔機能向上の実施項目が継続され、口腔機能向上の効果が持続するためには重要なことである。

② 事業またはサービスの継続の必要性

なし（終了）：口腔機能向上の効果が十分にあり、自立した状態となった場合等。

6ヶ月終了時にまったく改善が見られない場合。

あり（継続）：継続することにより、口腔体操や口腔清掃の習慣化が強化され、口腔清潔等の自立性が高まると期待できる場合。

終了により口腔機能が急激に低下する恐れが強い場合等。

③ 計画変更の必要性

なし：計画を継続することにより、口腔機能の維持向上が期待できると考えられる場合。

あり：事後アセスメントにより対処を強化すべき問題点や新たな目標が生じた場合。

4.2. 口腔機能の向上の指導管理計画・実施記録

1. 口腔機能の向上指導管理計画<sup>※1</sup> ※1：内容を通所介護計画、通所リハ計画、介護予防通所介護計画、介護予防通所リハ計画に記載する場合は不要。

2.

「こうありたい」姿、「こうしたい」生活などの本人の意向を把握する。利用者の口腔機能にかかわる別紙1の「問題点」の中から最も重要と思われ、利用者とも共有できる内容を1、2点に絞り「問題点を解決して、「こうしたい」という、利用者本人になじむ言葉でサービス計画上に明記し、利用者と家族の了解を得る。

◎ 実施計画（実施する項目と必要に応じて「その他」にチェックし、記入する）

別紙1の「問題点」を解決するため必要な実施項目をチェックする。

口腔機能の向上実施記録 ※2：サービスの提供の記録において、口腔機能向上サービス提供の経過を記録する場合は不要。

① 専門職の実施（実施項目をチェックし、必要に応じて記入する。）

② 関連職種の実施（実施項目をチェックし、必要に応じて記入する。）

図9 様式例の記入例 別紙1

口腔機能の向上の記録 アセスメント・モニタリング・評価

別紙1

ふりがな	しば○ き○こ	口男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	口明口大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭	5年	10月	11日生まれ	78歳
氏名	柴○ 喜○子	病名等	糖尿病、高血圧				
		かかりつけ歯科医	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	入れ歯の使用	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
介護認定等	認定	平成	年	月	<input type="checkbox"/> 特定高齢者	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
変更後	変更	平成	年	月	<input type="checkbox"/> 一般高齢者 <input type="checkbox"/> 特定高齢者	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

1. 事前・事後アセスメント、関連職種等によるモニタリング (番号を事前、モニタ、事後にそれぞれ記入)

事前	平成20年 8月 4日	モニタリング※2	平成20年 9月 12日	事後	平成20年 10月 25日		
	質問項目・観察項目等		評価項目		事前	モニタ	事後
質問	①固いものは食べにくいですか	1.いいえ 2.はい		1		1	
	②お茶や汁物でむせることがありますか	1.いいえ 2.はい		2		2	
	③口が濡きやすいですか	1.いいえ 2.はい		2		1	
	④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.両方できる 2.片方だけできる 3.どちらもできない		1		1	
	⑤全体的にみて、過去1ヶ月間のあなたの健康状態はいかがですか	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.ぜんぜん良くない		4		3	
	⑥お口の健康状態はいかがですか	1.よい 2.やや良い 3.ふつう 4.やや悪い 5.悪い		3		2	
観察	⑦口臭	1.ない 2.弱い 3.強い		2	1	1	
	⑧自発的な口腔清掃習慣	1.ある 2.多少ある 3.ない		2	1	1	
	⑨むせ	1.ない 2.多少ある 3.ある		3	3	3	
	⑩食事中の食べこぼし	1.ない 2.多少ある 3.多い		2	2	1	
	⑪表情の豊かさ	1.豊富 2.やや豊富 3.ふつう 4.やや乏しい 5.乏しい		3	3	2	
特記事項等※1	10/25 表情が以前より明るくなった。						

2. 専門職による課題把握のためのアセスメント、モニタリング (番号を事前、モニタ、事後それぞれ記入)

事前	平成20年 8月 4日	モニタリング※2	平成20年 9月 15日	事後	平成20年 10月 26日		
	記入者 水○ 啓○		記入者 水○ 啓○		記入者 水○ 啓○		
	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護師		<input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護師		<input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護師		
	観察・評価等		評価項目		事前	モニタ	事後
	①右側の咬筋の緊張の触診 (咬合力)	1.強い 2.弱い 3.無し		1	1	1	
	②左側の咬筋の緊張の触診 (咬合力)	1.強い 2.弱い 3.無し		1	1	1	
	③歯や義歯のよごれ	1.ない 2.ある 3.多い		3	2	2	
	④舌のよごれ	1.ない 2.ある 3.多い		3	2	1	
	⑤RSSTの積算時間 (必要に応じて実施)	1回目 ( ) 秒 2回目 ( ) 秒 3回目 ( ) 秒		1(→) 2(→) 3(→)	1( 6) 2(1 4) 3(2 5)	1( 5) 2(1 1) 3(1 9)	
	⑥オーラルディアドコネシス (必要に応じて実施)	バ( )回/秒 ※バ、タ、カをそれぞれ10秒間に言える回数を測定し、1秒あたりに換算 タ( )回/秒 カ( )回/秒		バ(→) タ(→) カ(→)	バ(2.7) タ(2.4) カ(2.9)	バ(2.9) タ(2.6) カ(2.9)	
	⑦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		2	2	1	
	⑧特記事項等※1	8/4 ⑤と⑥は動作が理解できないため、実施不可 9/15 ⑤と⑥は理解を得て実施可					
	⑨問題点	<input type="checkbox"/> かむ <input type="checkbox"/> 飲み込み <input checked="" type="checkbox"/> 口のかわき <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯みがき <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input checked="" type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> その他 ( )					

※1 対象者・利用者の状況により質問項目・観察項目が実施できない場合は、特記事項等の欄に理由を記入する。

※2 要介護者のモニタリングにおいては、利用開始日の翌月の結果をモニタリングの欄に記載する。その他にモニタリングを行った年月日は、特記事項等の欄に記載する。

3. 総合評価

①口腔機能向上の利用前後の比較であてはまるものをチェック		
<input checked="" type="checkbox"/> 食事がよりおいしくなった	<input type="checkbox"/> 薄味がわかるようになった	<input type="checkbox"/> かめるものが増えた
<input checked="" type="checkbox"/> むせが減った	<input checked="" type="checkbox"/> 口の濡きが減った	<input type="checkbox"/> 噛みしめられるようになった
<input type="checkbox"/> 食事時間が短くなった	<input checked="" type="checkbox"/> 食べこぼしが減った	<input type="checkbox"/> 薬が飲みやすくなった
<input type="checkbox"/> 口の中に食べ物が残らなくなった	<input type="checkbox"/> 話しやすくなった	<input checked="" type="checkbox"/> 口臭が減った
<input type="checkbox"/> 会話が増えた	<input type="checkbox"/> 起きている時間が増えた	<input checked="" type="checkbox"/> 元気になった
<input type="checkbox"/> その他 ( )		
②事業またはサービスの継続の必要性	<input type="checkbox"/> なし (終了)	<input checked="" type="checkbox"/> あり (継続)
③計画変更の必要性	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

図10 様式例の記入例 別紙2

口腔機能の向上の指導管理計画・実施記録

別紙2

ふりがな	しば○ き○こ	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 明	5	年	10	月	11	日	生まれ
氏名	柴○ 喜○子	<input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭							

1. 口腔機能の向上指導管理計画 (平成 年 月 日 作成)※1

(柴○ 喜○子) さんのご希望・目標	作成者	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input checked="" type="checkbox"/> 歯科衛生士	<input type="checkbox"/> 看護師
口がかわきやすくなり、不快なので、口のかわきを良くしたい。				

◎ 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」にチェックし、記入する)

専門職 実施項目	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔機能の向上に関する情報提供	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔(健口)体操指導
	<input checked="" type="checkbox"/> 歯みがき指導 <input type="checkbox"/> 歯みがきの実施	<input checked="" type="checkbox"/> 唾液腺マッサージ
機能訓練	<input type="checkbox"/> かむ	<input checked="" type="checkbox"/> 飲み込み
		<input type="checkbox"/> 発音・発声 <input type="checkbox"/> 呼吸法
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
関連職種 実施項目	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔(健口)体操	<input type="checkbox"/> 歯みがきの支援
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 実施確認 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 介助
家庭での 実施項目	本人	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔(健口)体操
	介護者	<input checked="" type="checkbox"/> 歯みがきの支援 <input checked="" type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他

2. 口腔機能の向上実施記録※2

①専門職の実施 (実施項目をチェックし、必要に応じて記入する。)

実施日	H20.8.4	H20.9.15	H20.10.26			
担当者名	水○ 啓○	水○ 啓○	水○ 啓○			
口腔機能の向上に関する情報提供	レ	レ	レ			
口腔(健口)体操指導	レ	レ	レ			
口腔清掃指導	レ	レ	レ			
口腔清掃の実施	レ					
唾液腺マッサージ指導	レ	レ	レ			
咀嚼機能訓練						
嚥下機能訓練	レ	レ	レ			
発音・発声に関する訓練						
呼吸法に関する訓練	レ	レ	レ			
食事姿勢や食環境についての指導	レ	レ	レ			

特記事項 (注意すべき点、利用者の変化等)

唾液の量が増え口腔乾燥による不快感が改善した。

②関連職種の実施 (実施項目をチェックし、必要に応じて記入する。)

関連職種 実施項目	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔(健口)体操	<input type="checkbox"/> 歯みがきの支援	<input checked="" type="checkbox"/> 実施確認	<input type="checkbox"/> 声かけ	<input type="checkbox"/> 介助
	<input type="checkbox"/> その他 ( )				
特記事項 (利用者の変化、専門職への質問等)					
家でも唾液腺マッサージをやっている。元気になった。					

※1：内容を通所介護計画、通所リハ計画、介護予防通所介護計画、介護予防通所リハ計画に記載する場合は不要。

※2：サービスの提供の記録において、口腔機能向上サービス提供の経過を記録する場合は不要。

## 文 献

- 1) 加藤順吉郎(1998)福祉施設及び老人病院等における住民利用者の意識実態調査分析結果より
- 2) Yoshino A,et.al., Daily oral care and risk factors for pneumonia among elderly nursing home patients.,JAMA 286,2238-2236,2001.
- 3) 森田一三, 中垣晴男, 熊谷法子, 奥村明彦, 桐山光生, 佐々木晶浩, 根崎端午, 阿部義和, 才藤栄一 (2003)日帰り介護施設(デイサービスセンター)の利用者の生活食事状況と嚥下機能の関係.日本公衛誌 80
- 4) Lucas C, Rodgers H.: Variation in the management of dysphagia after stroke: does SLT make a difference? Int J Lang Commun Disord 33: Suppl 284-9, 1998.
- 5) 片山公則, 田代正博, 市原誓司, 田上大輔, 佐藤俊一郎, 甲斐義久:各ライフステージにおける歯の本数と自覚的健康度及び QOL との関係, 平成 14 年度8020公募研究事業研究報告書.
- 6) 野首孝祠, 池邊一典, 佐嵩英則, 森居研太郎, 柏木淳平:8020運動と高齢者の咀嚼機能並びに QOL との関係, 119-124, 平成 14 年度8020公募研究事業研究報告書.
- 7)才藤栄一: 歯科治療による高齢者の身体機能の改善に関する研究.小林修平(主任研究者)口腔 保健と全身的な健康状態の関係について(H13-医療-001).H14 厚生労働科学研究費補助金研究報告書, 2003.3
- 8) 平成19年度厚生労働科学研究補助金(長寿科学総合研究事業)「口腔機能の向上の実施体制と評価に関する研究」(主任研究者 大原里子)
- 9) 平成20年度厚生労働科学研究補助金(長寿科学総合研究事業)「口腔機能の向上の実施体制と評価に関する研究」(主任研究者 大原里子)
- 10) 菊谷 武、田村文誉、西脇恵子、地域保健研究会編:要介護高齢者の気道感染予防および低栄養予防-口腔ケアと摂食ケアの一体的な試行研究- 21-72、社会保険研究所、平成 17 年、東京.
- 11) 会沢咲子, 高田靖, 平野浩彦 他:当地区での介護予防「口腔機能向上プログラム」の実施状況, 第 19 回老年歯科医学会発表, 2008 年 6 月, 岡山.

## 介護予防事業関連のQ & Aについて

※ 現在地域支援事業として行われている生活機能評価は、平成 19 年度までは老人保健事業の基本健診の中で行われており、文言は当時のまま掲載している。

### ○生活機能評価（基本チェックリスト）関係

（問 1）生活機能評価の項目を別の評価方法におきかえて基本健康診査の中で実施して特定高齢者を決定し、介護予防特定高齢者施策を実施してもよいか。

（答）地域支援事業における介護予防特定高齢者施策は、地域支援事業実施要綱において示す方法により特定高齢者を決定し、実施していただきたい。

（問 2）基本健康診査の通年の実施体制とは、どのような体制を指すのか。

（答）

1. 「特定高齢者の候補者」が把握された際には、速やかに基本健康診査等により特定高齢者の判定を行い、特定高齢者と判定された場合には、早急に介護予防の支援を行う必要がある。このため、何カ月も待つことなく基本健康診査を受診できるような体制の整備が重要である。
2. このような通年の実施体制の整備は、「特定高齢者の候補者」が把握された際の受診機会の確保が目的であり、一般の高齢者に積極的に広報する必要もなく、少数の協力的な医療機関と委託契約を結ぶ等により、月に最低 1 回の受診機会を確保できればよいと考えている。

（問 3） 反復唾液嚥下テストを医師以外の者が実施してよいか。

（答）反復唾液嚥下テストについては、基本的には診療の補助として保健師や看護師も実施することは可能である。ただし、誤嚥の可能性がきわめて高いなど当該テストを受ける高齢者の状態によっては、医師が直接実施することが適当と考えられる。

### ○特定高齢者の把握・決定関係

（問 1）要支援・要介護認定の有効期間が満了した者や更新認定により非該当と判定された者についても、基本健康診査から特定高齢者の決定までのプロセスを経ずに「特定高齢者」と見なして事業を実施してよいか。

（答）介護予防特定高齢者施策への参加の意向が確認された時点で、既に有効期間が満了していた場合や、更新認定により非該当と判定されていた場合については、通常どおり、特定高齢者把握事業の所定の手続きを経て、特定高齢者の決定を行う必要がある。

（問 2）要支援、要介護認定を受けている者が、自主的に認定の取り下げを行った場合は基本健康診査から特定高齢者の決定までのプロセスを経ずに「特定高齢者」と見なして事業を実施してよいか。

(答) 特定高齢者把握事業における手続きを経ずに、特定高齢者と見なして差し支えない。  
ただし、サービスの実施に当たっては、介護予防ケアマネジメントにおいて、生活機能評価の結果等も踏まえて課題分析（アセスメント）を行い、プログラムの内容等を決定していただきたい。

(問 3) 「特定高齢者の決定方法」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。

(答)

1. 「特定高齢者の決定方法」で示した各介護予防プログラムの基準は、特定高齢者を決定するための基準であり、特定高齢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。
2. なお、この場合であっても、課題分析（アセスメント）において支援の必要性が認められることが条件であり、例えば、全く栄養状態に問題がない高齢者を、栄養改善プログラムに参加させることは適当でない。

(問 4) 基本チェックリストの結果、特定高齢者の候補者の条件、特定高齢者の決定方法のいずれの条件も満たしているが、基本健康診査（生活機能評価）において、「生活機能の著しい低下無」にチェックされている場合、どう取り扱えばよいか。

(答) 基本チェックリストの結果からは特定高齢者の条件を満たしているが、基本健康診査（生活機能評価）の結果、「生活機能の著しい低下無」にチェックされている者については、健診医に確認を行うなど十分に連絡を取った上で、基本チェックリストの結果等から、市町村が総合的に判断して差し支えない。

## ○ 介護予防事業関係

(問 1) 通所型介護予防事業は対象者の通いを基本としているが、送迎も可能か。

(答) 送迎についても、通いの範疇に含まれると考えており、同事業の中で実施することは可能である。

(問 2) 特定高齢者が少数なので、送迎車を用意するとコストがかかりすぎる。このため、特定高齢者の送迎にタクシーを利用することは可能か。

(答)

1. 市町村が介護予防事業を介護予防事業者に委託する場合は、委託事業の範囲に送迎が含まれるが、介護予防事業者とタクシー会社が事前に年間契約などを締結することを条件とする。この際、介護予防事業者は、事業の趣旨を契約相手方に十分理解してもらうことに努めるものとする。
2. また、市町村が介護予防事業を直接実施する場合も、事業の趣旨を契約相手方に十分理解してもらうことに努めた上で、市町村がタクシー会社と事前に委託契約を行い、年間契約を締結し実施することを条件とする。

(問 3) アセスメントの際に、指示が入りにくく RSST やオーラルディアドコキネシスが実施できないときはどのようにしたらいいですか。

(答) 両アセスメントが正確にできない場合は、発話時の発音の明瞭さ、流暢性、食事の際のむせの有無等を参考に口腔機能評価とされたい。

(問 4) 特定高齢者施策の口腔機能の向上プログラムについて、歯科医療機関において実施する形態は可能か。

1. 特定高齢者に対する口腔機能の向上プログラムは、対象者に対して集団的に実施することを想定しているが、実施に当たっては、市町村（特別区含む。）の状況に合わせた効率的な事業の実施を図ることが重要である。
2. なお、対象となる特定高齢者がごく少人数であり歯科医療機関を利用して口腔機能の向上プログラムを実施する場合には、提供されるサービスの内容、人員、会場、時間等について当該歯科医療機関で実施される歯科診療等の業務と明確に区分された状態で実施すること。

(問 5) 市町村において地域保健活動として行っている精神保健福祉活動で訪問している事業については、訪問型介護予防事業として考えてよいか。

(答)

1. 介護予防事業は、介護予防の観点から実施するものであり、精神保健福祉活動とは事業の趣旨・目的が異なることから、訪問型介護予防事業には当てはまらない。
2. しかしながら、事業の効果を上げる観点から、介護予防事業の実施に当たっては、関係部局、関係機関が、連携して様々な事業等を総合的に活用できるよう実施していただくことが望ましいと考えている。

(問 6) 訪問型介護予防事業において、訪問する担当者は、ホームヘルパー等でもよいのか。

(答) 訪問型介護予防事業の担当者については、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、歯科衛生士等であり、ホームヘルパー等は想定していない。

(問 7) 通所型介護予防事業の参加者について、訪問型介護予防事業として居宅を訪問することは差し支えないか。

(答)

1. 訪問型介護予防事業は、通所が困難な者を対象とすることとなっていることから、通所型介護予防事業の参加者に対して、同時期に訪問型介護予防事業が実施されることは想定していない。
2. なお、通所型介護予防事業の効果的な実施を図る観点から、当該参加者の居宅における生活状態等を把握するために居宅を訪問させることが考えられるが、この場合においては、通所型介護予防事業を担当するスタッフにより対応されたい。

(問 8) 介護予防特定高齢者施策に一定期間参加したことにより状態が改善したとしても、その後の継続がなければ改善の維持は困難と考えられるが、介護予防事業においてはどうか対応すればよいか。

(答)

1. 介護予防特定高齢者施策を実施した結果、改善の効果が認められ特定高齢者に該当しなくなった場合には、その心身の状態を再び悪化させないように、介護予防一般高齢者施策への参加、家庭や地域における自主的な取組等を継続することが重要である。
2. その受け皿づくりのためにも、介護予防一般高齢者施策の地域介護予防活動支援事業により、地域活動組織やボランティア等の育成・支援に積極的に取り組むことが必要である。
3. なお、特定高齢者に該当する者は、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で必要と判断されれば、くり返し、介護予防特定高齢者施策に参加することが可能である。

(問 9) サービスを実施する際に、本マニュアルに示されている様式例をそのままの形で利用しなければならないのでしょうか。

(答) 必ずしもその必要はありません。各サービス事業所、実施主体が口腔機能の向上プログラムの効果をより高めるために、独自の様式を利用しているのであれば、実施可能です。ただし、口腔清掃の自立支援や摂食・嚥下機能等の向上支援の目的をよく理解した記録が求められます。

**口腔機能向上マニュアル（改訂版）研究班委員** (五十音順, ○: 主任研究者)

- 池山豊子 社団法人日本歯科衛生士会 副会長  
○植田耕一郎 日本大学歯学部摂食機能療法学講座 教授  
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  
菊谷 武 日本歯科大学生命歯学部准教授  
口腔介護・リハビリテーションセンター センター長  
北原 稔 神奈川県茅ヶ崎保健福祉事務所 課長  
辻 哲也 慶應大学医学部リハビリテーション医学教室 講師  
池主憲夫 社団法人日本歯科医師会 常務理事  
平野浩彦 東京都老人医療センター歯科口腔外科 医長

**【研究協力者】**

- 戸原 玄 日本大学歯学部摂食機能療法学講座 准教授

**口腔機能向上支援マニュアル研究班委員** (五十音順, ○: 主任研究者)

- 石井みどり 社団法人日本歯科医師会常務理事  
○植田耕一郎 日本大学歯学部摂食機能療法学講座教授  
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  
菊谷 武 日本歯科大学生命歯学部准教授  
口腔介護・リハビリテーションセンター長  
北原 稔 神奈川県茅ヶ崎保健福祉事務所課長  
小柴秀世 神奈川県大和保健福祉事務所保健福祉課副技幹  
才藤栄一 藤田保健衛生大学医学部リハビリテーション医学講座教授  
辻 哲也 慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室専任講師  
白田千代子 中野区北部保健福祉センター  
平野浩彦 東京都老人医療センター歯科口腔外科医長  
米山武義 米山歯科クリニック

**【研究協力者】**

- 青柳公夫 愛知県歯科医師会  
足立三枝子 府中市保健センター  
井上恵司 東京都歯科医師会  
牛山京子 山梨県歯科衛生士会監事  
斉藤真理 医療法人社団三喜会 鶴巻訪問看護ステーション、  
鶴巻訪問看護ステーション居宅介護支援センター長  
角町正勝 長崎県歯科医師会  
寺岡加代 東京医科歯科大学口腔健康推進統合学講座教授  
鳥山佳則 茨城県保健福祉部保健予防課技佐  
西脇恵子 日本歯科大学歯学部附属病院口腔介護・リハビリテーションセンター  
古川静子 デイサービスセンター神楽坂静華庵  
安井良一 重症心身障害児施設子鹿学園

## 先駆的事例提示

事例：秋田県由利本荘市の事例

### 豪雪地域での冬期閉じこもり回避も視野に入れた包括的な事業

#### 1. 本事業の特徴

- ① 神奈川県の中半分という広大な面積の地域に、地域包括支援センターが一つしか設置されていないにも関わらず、地域に密着したサービス提供が行われている。
- ② 対象高齢者に農業者多いことから、事業運営に農繁期との兼ね合い（冬期の実施）を考慮し効果的に行われている。
- ③ 豪雪地域を含んでいることから、冬期の交通機関の便が悪化し、住民は行動範囲が制約され、閉じこもり傾向があるが、公用車で送迎にて効果的なサービス運営が可能となっている。

#### 2. 自治体の概要

【由利本荘市の特徴】由利本荘市は、南に標高 2,236メートルの秀峰鳥海山、東に出羽丘陵を背し、中央を1級河川子吉川が貫流して日本海にそそぎ、鳥海山と出羽丘陵に接する山間地帯、子吉川流域地帯、日本海に面した海岸平野地帯の3地帯から構成されている。面積は県内最大（秋田県の面積の十分の一）で、神奈川県の面積の半分に当たる。気候は、県内では比較的温暖な地域だが、『由利本荘沿岸』『由利本荘内陸』では大きく異なり、山間部は豪雪地域である。（最深積雪 本荘地域：52cm 矢島地域：137cm）

【人口】88,702人（平成20年度）

【高齢化率】27.9%



#### 3. 事業の体制づくり

【事業開始のきっかけ】本地域は農業に従事している高齢者が多い。春から秋までの期間は農繁期で、定期的な教室運営は困難であり、またこの時期は体も動かす頻度が高い時期でもある。一方、冬期は農作業も激減し、積雪量も多くなり、交通機関も整備されていないことから家に閉じこもりがちになることが以前から問題視されていた。

【事業の推進体制】地域包括支援センターは市直営で1ヵ所設置され、その他に2地域にサブセンターを設置した。（平成18年4月）介護予防事業の実施は本荘保健センター（市健康管理課）と7箇所の保健センターが、一般・特定高齢者施策事業を行っている。口腔機能向上サービスには、秋田県歯科医師会、秋田県歯科衛生士会が協力している。

#### 4. 実施状況

【事業名】お口元気で歯ッピー教室

【基本健診実施状況】平成19年度 受診者数：4,655名 特定高齢者候補者：451名 □  
腔機能該当者数：198名

【地域資源を効率的に活用した事業運営】

場 所：本荘、矢島・由利、東由利、大内、西目、鳥海・岩城 8地域7箇所で開催  
(以上の地域のうち歯科衛生士会が、本荘、矢島・由利、東由利、大内、西目に参加)

サービス提供者：歯科衛生士(秋田県歯科衛生士会)、保健師、看護師、その他(相談員、  
事務職)

対象：39名

(内2名は一般高齢者)

実施回数：1回/月 3ヶ月間

利用料：無料

サービス内容：口腔観察、食生活、口腔機能に対する講話、トレーニング(唾液腺マッサージ、上肢の体操、声帯閉鎖訓練を含む呼吸訓練、ガーグリング、リンスング、歌を含めたレクリエーションなど)

サービス提供が1回/月であり、次回までの間隔が空くこと、指導内容の確認、継続実施を促す目的に各対象者へオーダーメイドリーフレット(左図)を作成、配布した。また、サービス終了時には終了証書を配布した。

○○○ 様

お元気ですか。  
先日のお電話では、お口の状況を確認させて頂きまして有難うございました。○○さんの頑張りを聞かせて頂き、とても嬉しく感じました。確認させて頂いた内容を川村歯科衛生士さんに連絡し、○○さんにお伝えしたいことを覚えて頂きました。

下記の内容を参考にして頂いて、来月1月の教室まで取り組んでみてください。  
また、今回はこのお手紙の他に、[口腔ケア2次チェック表](#)と[緑の紙のチェックリスト](#)を同封致しました。次回の教室までに記入して頂き、当日ご持参くださいますようお願いいたします。

**前回の教室で**  
・舌がしみる とのことでしたが、現在はいかがでしょうか。

**○○さんにして頂きたいこと**  
◇舌がしみるのは唾液の分泌が良くなると、改善されていきます。現在続けているうがいや唾液腺マッサージ・パタカラの発音などを今後も継続してください。

①うがい(フクフク・ガラガラうがい) **フクフクうがい** **ガラガラうがい**  
舌の根から喉の奥まで、しっかりとうがってください。  
うがいの後は、必ず水を飲んでください。

②唾液腺マッサージ  
口の乾燥の多い方向への唾液腺マッサージ

③パタカラ発音  
**練習しておきましょう!**  
舌の力を鍛えます  
舌の根から舌先まで入ります  
舌の先から舌根まで入ります  
舌の先から舌根まで入ります

◇軟らかい歯ブラシでの粘膜と顎のマッサージを続けてください。  
唾液の分泌が良くなります。

➢ **唾液は天然の抗菌薬**です  
・唾液は一日に1.5リットル分泌されます。  
・唾液には、歯や口の粘膜を守ったり、虫歯を予防するなどのさまざまな役割があります。  
・口腔ケアの基本は唾液が充分に出る環境をつくることです。

◇前回の教室でお渡しした「口腔内保湿剤」を口の中に塗ってから寝ると良いとのことでした。

「口腔内保湿剤」はXX商店で取り扱うようになったそうです。  
近隣のXX商店でもあると思いますので、夜寝る前に使った方がゆっくり寝られるようでしたら使ってください。



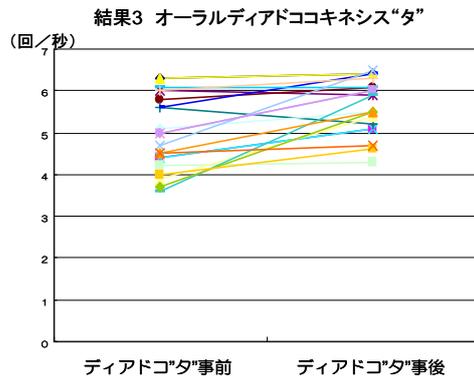
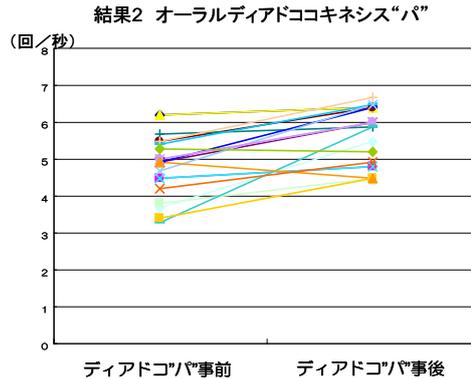
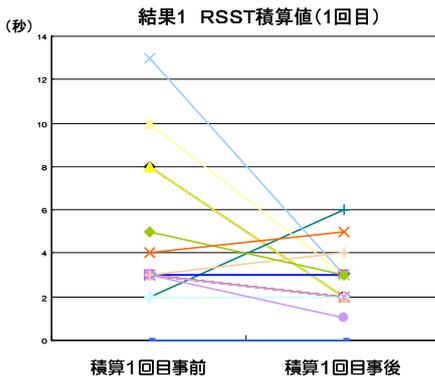
5. 新予防給付・他の地域支援事業等との連携

### 【面で支える閉じこもり予防】

前述したように、冬期の閉じこもり傾向が本地域の問題としてあった。運動器向上などの他の地域支援事業も本問題を視野に入れ、各サービスが良好な連携の下、対象者に提供されている。参加人数が少ない場合は、特定高齢者サービスに一般高齢者を加え同時に運営している。

## 6. 事業の評価方法および結果

各対象者：口腔内調査（口腔衛生状態など）、口腔機能評価（嚥下機能、構音機能など）、口腔関連聞き取り（以下、各対象者の事前事後の評価結果の推移を示す。）



事業全体：特定高齢者候補者からの参加率と完遂率

## 7. 事業が可能となっている要因

- ① 冬期の閉じこもり傾向の課題への対策を介護予防事業にて対応を行った、行政のコーディネート力
- ② 地域包括支援センター（サブセンター）と各保健センターとの連携による効率的な対象者把握と、支援体制の構築
- ③ 地域歯科衛生士会、歯科医師会の本事業への理解と支援体制（人材育成、派遣など）

## 8. 課題

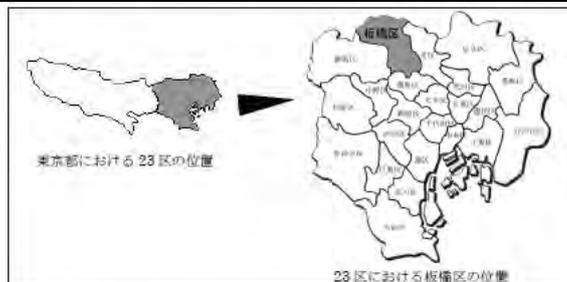
- ① 開催時期が冬期であるために、対象者の体調管理、悪天候時（降雪時）への対策。
- ② 参加者数が増加した際の受け入れ体制の整備。
- ③ サービス参加者の事後フォローシステムの構築。

## 東京都板橋区の事例

行政、地域医師会・歯科医師会との連携による円滑な特定高齢者選定と、行政歯科衛生士が主体となったサービス運営

### 1. 本事業の特徴

①基本健診での口腔機能に関連する調査を円滑に行うために、行政、地域医師会および歯科医師会が連携し研修会を行い、効率的な特定高齢者選定作業を行っている。



②行政歯科衛生士が主体となって、口腔機能向上サービスの運営を延べ10コース/年行っている。

### 2. 自治体の概要

#### 【板橋区の特徴】

板橋区は都心10km圏内にあって人口は約50.7万人で、平成16年度の板橋区の高齢者人口（65歳以上老年人口）は88,561人であり高齢化率は17.44%である。

区内に5箇所の健康福祉センターさらに、対高齢者に特化した施設として板橋区おとしより保健福祉センターが設置されており、介護保険および介護予防事業運営の中核を担っている。地域包括支援センターは、区からの委託として16箇所設置されている。

【人口】507,000人（平成17年度）

【高齢化率】17.44%

【その他】（何か、補足説明や掲載した方がよいデータがあれば記載。）

### 3. 事業の体制づくり

#### 【事業開始のきっかけ・経緯】【実施までの準備内容】

##### ①行政、地域医師会・歯科医師会との連携による円滑な特定高齢者選定について

平成15年から地域医師会与行政が連携をとり、介護予防事業の円滑な運営を目的にモデル事業を計画、実施してきたため、行政、医師会ともに、介護予防事業に対する認識は深まっていた。地域歯科医師会は、サービス対象者選定作業を中心にモデル事業に参加し、その業績報告を医師会主催の学会で行い、医師会との意見交流が行われた。さらに、平成18年度に、行政主催の医師会向けの基本健診研修会（2回：口腔機能関連の調査項目については歯科医師会からの講師が説明）、医師会主催の医師、事業者などを対象とした口腔機能向上関連講演会（1回）、歯科医師会主催の地域高齢者を対象とした口腔機能向上関連講演会（1回）を行った。

##### ②行政歯科衛生士が主体となったサービス運営

平成17年度に、歯科医師会主催の口腔機能向上プログラムモデル事業を行った。モデル事業を行うにあたり、歯科医師会内に介護予防事業対応委員会を設置し、区担当課長、係長、保健所歯科衛生士等と協議を重ね、事業を運営した。本モデル事業は、地域高齢者100名から口腔機能に何らかの問題を認めた10名を対象とし、板橋保健所内で、9回

(事前、中間、事後評価を含める)、60分/回、板橋区各常勤歯科衛生士(常勤:5名・非常勤:20名)で行われた。本事業参加歯科衛生士、歯科医師を中心に、介護予防事業運営研修会(2回、3時間/回)を開催した。本事業で考案したサービス内容、サービス提供体系が、平成18年度からの特定高齢者施策のベースとなっている。

#### 4. 実施状況

- 基本健康診査受診者のうち介護予防健診受診者の割合が84.5%と高い。

平成18年度

基本健康診査受診者数: 50,525人

介護予防健診受診者数: 42,677人

\* 特定高齢者候補者: 2,324人

うち口腔機能該当: 1,193人

\* 特定高齢者決定者: 2,103人

うち口腔機能該当: 22人



介護予防体操中の様子

- 口腔機能向上プログラム

実施場所: 健康福祉センター(5ヶ所)、実施回数: 10コース/年、

1ヶ所2コース実施、1コース(9回制)、定員15人、利用料: 1,800円(1コース)

- 平成18年度実績

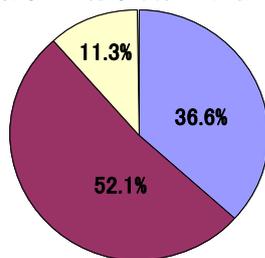
参加人数: 81人、前期33人、後期48人

(うち22人特定高齢者、その他は板橋区独自基準の該当者および一般高齢者である。)

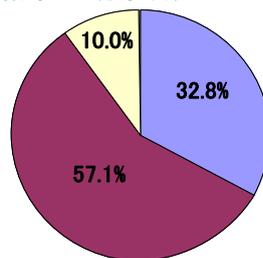
#### 5. 事業の評価方法および結果

口腔機能の向上プログラムマニュアル(厚労省班会議編)に採用された評価方法に順じ、事前事後評価を行った。オーラルディアドコキネシス、RSST、咬合圧測定など口腔機能に関連した理学評価は歯科医師(地域歯科医師会)によって行われた。

結果1 効果判定:咬合力

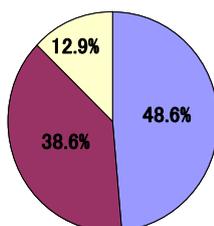


結果2 効果判定:RSST

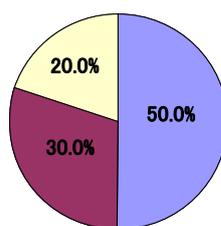


結果3 効果判定:オーラルディアドコキネシス

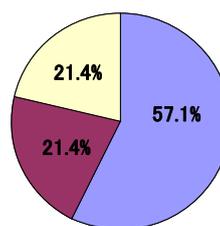
“pa”



“ta”



“ka”



■ 改善 ■ 維持 ■ 低下

## 6. 事業が可能となっている要因

行政、医師会、歯科医師会各々が介護予防事業への理解があり、介護予防に特化した会議、またはその他の場面（学会など）での意見交換が密であったこと。

行政歯科衛生士と歯科医師会が連携してモデル事業を行い、本事業を通じサービス内容および運営体系の考案、サービス提供者の育成などを行ったこと。

地域での円滑な介護予防事業運営をコーディネートする目的で介護予防マネジメント評価委員会（地域包括支援センタースタッフ、行政担当者、歯科医師会、医師会、副委員長は歯科医師会副会長が務めている）が設置され、関連機関の意見交換が行われていること。

## 7. 課題

①平成 19 年度から特定高齢者選定の新基準が導入されることから、特定高齢者が現行の対象者数より大幅に増加することが予想される。これを受けての平成 18 年度までに整備された体制の見直し。

②口腔機能向上サービス内容についての関係機関（地域包括支援センターなど）さらに対象者（地域高齢者）の認知度は低いことから、この点についての対応策の検討。

（平成 18・19 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 介護保険制度の適切な運営・周知に寄与する調査研究事業 一介護保険制度の適切な実施及びサービスの質の向上に 寄与する調査研究事業一 介護予防事業等の実施に関する先駆的取組の 推進に関する研究より一部抜粋）

# 閉じこもり予防・支援マニュアル(暫定版) (案)

平成20年12月

「閉じこもり予防・支援マニュアル」分担研究班

研究班長：  
福島県立医科大学医学部  
安村誠司

—目次—

1. はじめに
2. 閉じこもりとは
  2. 1 閉じこもりと閉じこもり症候群
  2. 2 閉じこもりの概念・定義、測定尺度
  2. 3 閉じこもりの特徴
  2. 4 閉じこもりの出現率
3. 閉じこもり予防・支援の重要性
  3. 1 要支援・要介護のリスクとしての閉じこもり
  3. 2 要支援・要介護リスク状態との関連
  3. 3 閉じこもりの要因と予防・支援の考え方
    3. 3. 1 閉じこもり予防・支援におけるアプローチ
    3. 3. 2 生活空間から見た閉じこもり—その要因と予防—
  3. 4 介護予防システムと閉じこもり予防・支援
4. 予防の観点から見た閉じこもり予防・支援
  4. 1 一次予防としての閉じこもり予防
    4. 1. 1 社会との交流が低下した状態としての「閉じこもり」
    4. 1. 2 閉じこもり予防・支援としての社会との交流促進
  4. 2 二次予防としての閉じこもり予防
    4. 2. 1 対象者の把握
    4. 2. 2 対象者の選定
  4. 3 三次予防としての閉じこもり予防
5. 閉じこもり予防・支援の具体的取り組み
  5. 1 地域支援事業を含めた取り組み
  5. 2 各種プログラムの紹介
    5. 2. 1 介護予防一般高齢者施策
      - 1) 広報・健康学習プログラム（介護予防普及啓発事業）
      - 2) 介護予防を推進する高齢者ボランティア（介護予防活動支援事業）
    5. 2. 2 介護予防特定高齢者施策
      - 1) 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（通所型介護予防事業）
      - 2) 保健師等による訪問による支援（訪問型介護予防事業）
      - 3) ライフレビュー（回想法）を用いた訪問プログラム（訪問型介護予防事業）
      - 4) 訪問継続が必要な対象者への支援（訪問型介護予防事業）
      - 5) 訪問による社会・環境要因のアセスメント（訪問型介護予防事業）
6. 閉じこもり予防・支援プログラムの評価
  6. 1 県型保健所による対人保健サービス受給者での関与
  6. 2 市町村による事業評価への関与
  6. 3 閉じこもり予防・支援プログラムの評価の視点
7. 資料
8. 研究者名簿

## 1. はじめに

脳卒中（脳血管疾患）が死亡原因の第1位であった1980年代まで、その後遺症として寝たきりが多発していた。高齢化の急速な進展等を背景として、寝たきりの更なる増加が予想され、1990（平成2）年度から始まった「高齢者保健福祉推進十か年戦略」（ゴールドプラン）の中で、寝たきり予防対策である「寝たきりゼロ作戦」が国の健康政策の重要な1つとして掲げられた。翌年からの老人保健事業第三次計画の基本方針の中でも、寝たきり老人を大幅に減少させることが目標となった（厚生省大臣官房老人保健福祉局老人保健課，1989）。寝たきり予防のための啓発活動の展開、減塩運動など食生活改善の推進、検診受診の勧奨、高血圧管理、リハビリテーションの普及など、さまざまな対策が実施された。「寝たきりゼロ作戦」開始以降に、寝たきりの発生率・有病率が低下したかどうかを検証した結果では、明確な変化は認められなかった（安村ら，1999）。脳卒中の発症率の減少以上に、高齢化の進行の影響が大きく、寝たきりを含めた要介護高齢者は急増していった。

さて、国では、家庭や施設でできる寝たきり防止として「寝たきりゼロへの10か条」を1990年に作成した（表1）。特に注目すべき点は、すでにこの時点で第9条に「家庭（うち）でも社会（そと）でも よろこび見つけ みんなで防ごう 閉じこもり」と閉じこもりを採り上げている点である。しかし、残念ながら、国民への浸透はもちろん、行政関係者、専門家にも認知されず、10年以上が経過した。

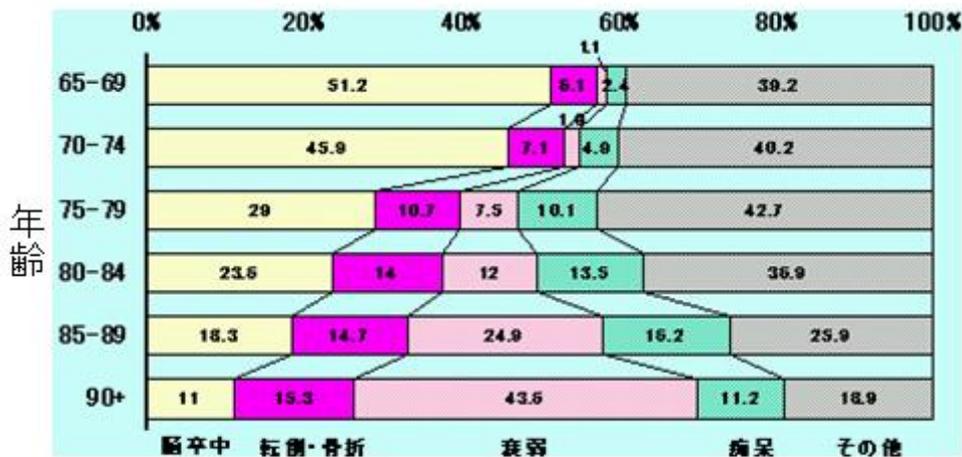
表1 寝たきりゼロへの10か条

第1条 脳卒中と骨折予防 寝たきりゼロへの第一歩
第2条 寝たきりは 寝かせきりから作られる 過度の安静 逆効果
第3条 リハビリは 早期開始が効果的 始めよう ベッドの上から訓練を
第4条 暮らしの中でのリハビリは 食事と排泄 着替えから
第5条 朝おきて 先ずは着替えて身だしなみ 寝・食分けて生活にメリとハリ
第6条 「手は出しすぎず 目は離さず」が介護の基本 自立の気持ちを大切に
第7条 ベッドから 移ろう移そう車椅子 行動広げる機器の活用
第8条 手すりつけ 段差をなくし住みやすく アイデア生かした住まいの改善
第9条 家庭(うち)でも社会(そと)でも よろこび見つけ みんなで防ごう 閉じこもり
第10条 進んで利用 機能訓練 デイ・サービス 寝たきりなくす 人の和 地域の輪

(1992. 厚生省 厚生白書(平成3年版))

寝たきりの原因としては、第1条にあるように、原因疾病としては脳卒中が大半を占めており、次に多い骨折が欧米と同様に増加すると予測されていた。しかし、適切なリハビリテーション（第3条、第4条）を実施することで、これら疾病になった人が必ずしも、寝たきりになるわけではなく、むしろ、大半は自立にまで回復することが知られていた。

また、年齢階級別に介護が必要になった原因を見ると、60代から70代までは脳卒中が圧倒的に多いが、より高齢になるほどその割合は低下する。また、転倒・骨折も年齢と共に増加し、90歳以上で脳卒中よりも多くなるが、脳卒中、転倒・骨折をあわせた身体的疾患の割合は加齢と共に低下している。一方、衰弱という、明らかな疾患が原因ではないと考えられる場合は高齢になるほど急増しているのがわかる。このことは何を意味するのであろうか。



資料 厚生労働省「国民生活基礎調査」(2001年)

図1 介護が必要となった主な原因(年齢階級別)

高齢になるほど要介護になりやすいことは言うまでもないが、脳卒中や転倒・骨折という疾病が直接の原因で要介護状態になるのではなく、要介護状態の原因・背景要因として衰弱（心身の廃用状態）を想定する必要がある。従って、脳卒中予防対策や転倒・骨折予防教室のみでは、生活障害としての要介護状態に対して十分な効果は挙げられないことが予想される。

有効な対策が見出せない中で、要介護高齢者の増加に対応するために2000（平成12）年に介護保険制度が導入されることになった。また、要介護状態にならないことを目的とした「介護予防・生活支援事業（後に、介護予防・地域支え合い事業に改称）も同時に開始された。この事業では、補助事業として市町村が独自にさまざまな取り組みをしてきたが、残念ながら効果が実証できた事業はほとんどなかった（安村，2005）。

寝たきりの原因としての閉じこもり症候群の考え方は1980年代に竹内により提起された（竹内，1984）。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\*を発生させ、

\*コラム 廃用症候群

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。

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プロセスを指したものである。この考え方は寝たきりの因果論として極めて正鵠を射ていたために、藺牟田らが1998年に在宅高齢者を対象とした研究を発表するまで実証研究はまったく行なわれなかった（藺牟田ら，1998）。介護予防の重要性が認識されるに至り、閉じこもりが改めて注目されることとなった。

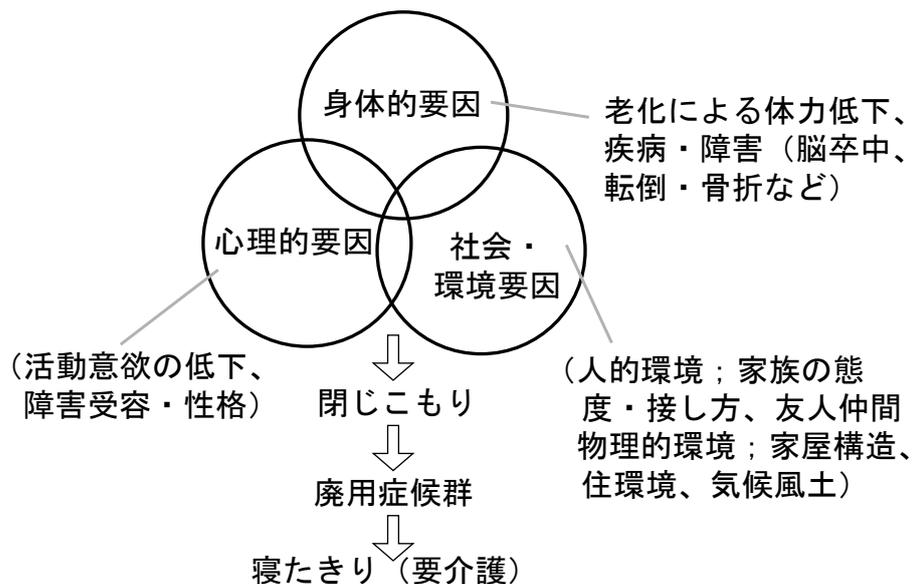
2008（平成18）年の介護保険法の改正に伴い、地域支援事業における介護予防のプログラムとして、閉じこもり予防・支援が取り上げられることにあり、全国的に取り組みが行われることとなった。

## 2. 閉じこもりとは

### 2. 1 閉じこもりと閉じこもり症候群

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2)(竹内, 2001)。脳卒中で寝たきりになる場合を例にとると、脳卒中という疾病、つまり、身体的要因がまずある。それに、本人の回復への意欲の程度、つまり、心理的要因が関連して、リハビリテーションをどの程度しっかりやったか、発病前と同じように自分でできることは自分でしようとしたか、外出しようと頑張ったかなどが関連する。さらに、家族との人間関係が良好ではなく、近所の人との交流もない社会的な孤立の傾向があるのか、といった人的環境のほか、自宅の家屋構造がバリアフリーになっておらず、屋内の移動が危険なのか、などの物理的環境などさまざまな社会・環境要因が関連して閉じこもりは発生するのである。退院時には自立歩行、または、杖歩行であった高齢者が在宅で寝たきりになるのは、単に脳卒中になったからではなく、さまざまな要因が関連し、生活の不活発さにより、廃用症候群を生じ、結果的に、寝たきりになることがわかる。

寝たきり高齢者の寝たきりの原因(きっかけ)を聞くと、本人も家族も明確に回答できない場合が少なからずある。「冬、外は寒く、道が凍っていて滑ると危ない…」、「転びやすくなったので…」、「ちょっとかぜが長引いたので…」、「近所に友人もなく特に外出しなければならないことがない…」などさまざまな理由で外出は控え、自室で生活をしていたといったことで、気づいたら、寝たきりになっていた、という例である。脳卒中のような麻痺を伴うような疾病はなく、ほぼ自立した生活をしていた高齢者でも何かのきっかけで家に閉じこもっていることにより、老化を背景として廃用症候群を来し、寝たきりなど要介護状態になっていくという事実を、寝たきりや要介護高齢者に関わっている専門家は体験的に知っている。



(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2 閉じこもりの要因と位置づけ

「閉じこもり症候群」という医学的診断病名と類似した表現が用いられていたが、最近では症候群を付けず、閉じこもり と表記される場合がほとんどである。症候群という表現は疾病を連想させ、医学的対応を必要とするような印象を与える。閉じこもりという表現の方が家の中のみならず活動範囲が限定しているという状態像を的確に表していると考えられる。閉じこもりの予防・支援防が、医学モデル(疾病アプローチ)ではなく、生活全般へのアプローチ、つまり、社会モデルの考え方でなされるべきであることから、閉じこもりという呼称の方が、適当であると考えられる。

## 2. 2 閉じこもりの特徴

閉じこもり高齢者の特徴として、関連があると報告されたものを表2に示す。

表2 閉じこもり高齢者の要因・特徴

身体的要因	歩行能力の低下 1),2),3),6),11) IADL 障害 <sup>5),6),10),11)</sup> 認知機能の低下 <sup>2),6),9)</sup> 散歩・体操や運動をほとんどしない <sup>2),6),7)</sup> 日常生活自立度の低下 <sup>7),21),22)</sup> 下肢の痛み <sup>23)</sup> 体重や筋肉の減少感 <sup>23)</sup> 視力、聴力の低下 <sup>5), 10), 12), 17), 25)</sup> 生活体力の低下 <sup>13), 14), 15)</sup> 油脂類の摂取頻度が少ない <sup>1), 2)</sup> 生活習慣の不規則性 <sup>8)</sup> 健康生活習慣がない <sup>8)</sup> 転倒経験あり <sup>11)</sup> 咀嚼力の低下 <sup>17)</sup> 脳卒中の既往 <sup>17)</sup>
心理的要因	ADL に対する自己効力感の低さ <sup>5),14),15),16)</sup> 主観的健康感の低さ <sup>3),5),10),17),23),25),26)</sup> うつ傾向 2),7),10) 生きがいがない <sup>6),11)</sup> 転倒不安による外出制限があること <sup>1), 2), 10)</sup> 主観的幸福感が低い <sup>18), 20), 24)</sup> QOL の低さ <sup>17)</sup>  (サンプルの代表性が確認されていない横断研究のみで得られた結果) 健康関連 QOL が低い 体力自己評価が低い <sup>26)</sup> 精神的健康度が低い <sup>13)</sup> 外出志向、生活創造志向、人生達成充足感、穏やかな高揚感などが低い <sup>27)</sup>
社会・環境要因	高齢であること <sup>2),6),12),25)</sup> 集団活動などへの不参加 <sup>2),6),11),17)</sup> 家庭内の役割が少ない <sup>6),17),19)</sup> 社会的役割の低さ <sup>6),22)</sup> 親しい友人がいない <sup>6),17)</sup> 老研式活動能力指標の低さ <sup>1), 13), 17), 26)</sup> 近隣との付き合いが少ない <sup>2), 17), 20)</sup> 友人・近隣・親族との交流が少ない <sup>11), 23)</sup> ソーシャル・ネットワークが小さい <sup>9)</sup> 日中過ごす場所が家の中、あるいは自室のみ <sup>2)</sup> 低所得である <sup>12)</sup> 同居子がいること <sup>12)</sup> 社会的接触が少ない <sup>28)</sup> 居宅から 30 分以上の距離に住む友人が少ない <sup>19)</sup> 外出の援助などソーシャル・サポートが少ない <sup>9), 19)</sup> 同居家族との会話が少ない <sup>19)</sup> 畳の部屋での生活 <sup>14)</sup> 人口密度が低い地域 <sup>4)</sup>

※縦断研究により「予測因子」として解明されたものはゴシック体で記した。

縦断研究により閉じこもりの「予測因子」として解明された要因は、表2にゴシック体で記されているが、これらの要因以外に、表2には閉じこもりと関連があると報告されたものも含めて記載した。このような特徴を持つ高齢者は、閉じこもりの危険性が高いことを示している。したがって、これらの特徴を持つ高齢者に対して、早い段階から予防対策を講じることが重要である。

*コラム ADLに対する自己効力感	
問. あなたは、次の動作をするとき、どのくらい自信をもってできますか。	
1. 入浴する	各項目について、「まったく自信がない」「あまり自信がない」「まあ自信がある」「大変自信がある」のいずれかで回答。それぞれに1点～4点を配点し、合計得点が高いほど自己効力感が高いとされる。
2. 家の周りを歩く	
3. 電話にすぐ対応する	
4. 服を着たり、脱いだりする	
5. 簡単な掃除をする	
6. 簡単な買い物をする	

*コラム 主観的健康感（健康度自己評価）	
問. あなたは、ふだんご自分で健康だと思いますか。	
1. 非常に健康だと思う	4つの回答のうち、1あるいは2と回答した場合を「健康である」とし、3あるいは4と回答した場合を「健康ではない」と再分類する。
2. まあ健康だと思う	
3. あまり健康ではないと思う	
4. 健康ではないと思う	

## 2. 3 閉じこもりの概念・定義、測定尺度

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。ヘルスアセスメントマニュアルでは、「1日のほとんどを家の中あるいはその周辺（庭先程度）で過ごし、日常生活行動範囲がきわめて縮小した状態」と定義されていた(200)。また、「家の外から出られる状態であるにもかかわらず、家から外に出ない状況」であり、かつ、「社会的な関係性が失われている状態」との定義もある(鳩野ら, 1999)。一方、国内外の文献を参考に、がたい出頻度から「週1回も外出しない状態」を閉じこもりと定義が提示された(安村, 2003a, 2003b)。

閉じこもりを「生活空間」で定義して、測定尺度としては外出頻度を用いて、「週1回程度以下の外出」を閉じこもりのスクリーニング尺度(ふるいわけの基準)としている研究もある(新開, 2000)。

「週一回程度以下」では、その判断基準があいまいであり、評価する際や比較する際に基準は明確であることが望ましいとの判断に立って、「週に1回以上は、外出する」と回答した場合に、非閉じこもり、「月に1～3回は、外出する」、または、「ほとんど、または、全く外出しない」と回答した場合に、閉じこもりと判定した研究結果等(表3)(安村誠司, 2003a, 2003b)に基づき、基本チェックリスト(次ページ)でも、「週に1回以上は外出していますか」に対して、「0. はい 1. いいえ」が回答になった。

表3 「閉じこもり」スクリーニング尺度

あなたは、どのくらいの回数で外出しますか？ (隣近所へ行く、買い物、通院などを含みます。)	
1. 週に1回以上は、外出する →よく行く場所を教えてください。 (よく行く場所: _____)	→ 非「閉じこもり」
2. 月に1～3回は、外出する →よく行く場所を教えてください。 (よく行く場所: _____)	} 「閉じこもり」
3. ほとんど、または、全く外出しない	

(安村誠司, 他, 厚生労働省科学研究費補助金・長寿科学総合研究, 平成12～14年, P131～137)

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か月間で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されますか	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。

表4 外出頻度(認定審査項目)

外出頻度について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 週1回以上 2. 月1回以上 3. 月1回未満

項目の定義

自宅外へ外出する頻度を評価する項目である。

調査上の留意点

一定期間(調査日より過去1か月)の状況を総合的に勘案し、1回30分以上の外出の頻度で判断する。自宅内の屋外(例えば、庭を歩くなど)は含まない。外出の目的や、同行者の有無等は問わない。車などで外出しても、外出先で自分で移動する場合は含む。

補足説明 週によって外出頻度が異なる場合、過去1か月の合計外出頻度を4で割った数とする。

選択肢の判断基準

1. 週1回以上;週1回以上、外出している場合をいう。  
2. 月1回以上;月1回から3回、外出している場合をいう。  
3. 月1回未満;月1回未満の頻度で外出している場合をいう。

また、2006(平成18)年度の介護保険法の改正に伴い、新たな認定審査項目として追加された「外出頻度」(表4)においても同様の基準が用いられており、週1回以上であるか否かで閉じこもりを評価する。同様に、生活機能評価へ導入される基本チェックリスト項目としての閉じこもりのスクリーニング尺度も、外出の頻度が「週1回以上/未満」で評価されることになった。

いずれにせよ、介護予防の対象者としての閉じこもり高齢者を簡便に把握するために、外出頻度でスクリーニングする。外出はしているが、その頻度が少ない場合には、表3のように、外出場所を聞くことにより、どのような場所が外出先になっており、今後、外出機会の増加に向けた支援の際の参考にすることが望ましい。また、現在は、外出頻度からは閉じこもりとは判定されなかったとしても、昨年と比べて外出頻度が減少しているような場合(基本チェックリスト)は、閉じこもりになる可能性がある対象として、その理由、原因に関して注意を払う必要がある。

## 2. 3 閉じこもりの出現率

閉じこもりに関して地域代表性のある対象者を厳密に選定して実施された調査が現在でも少なく、閉じこもりの出現率(頻度)についてはばらつきがある(表5)。この表における出現率は、地域支援事業における介護予防事業の導入前の調査におけるものであり、外出頻度が「週1回以上か、否か」、または、「週に1回程度か、それ以下か」の設問のみで計算されており、「特定高齢者として閉じこもり予防・支援」の対象としての「閉じこもり」の頻度ではない。この出現率では、65歳以上の高齢者全体を対象とした場合には、10%~15%程度と考えられ、年齢が高くなるほど閉じこもり者が多くなるため、75歳以上の後期高齢者における頻度は、20%を超えると考えられている。従って、高齢化が進行し、特に後期高齢者が多い地域においては閉じこもりの出現率(頻度)は高くなる。一方、性別については、女性のほうが閉じこもりの頻度が高いという報告もあるが、差がないという報告も多く、また、最近の報告では、女性における出現率の方が低いという報告もあり、性差に関しては確定的なことは言えない。

また、閉じこもりの出現率(頻度)には、地域差があるのではないかと考えられるが、地域代表性のある対象者に同一の調査票による調査結果の報告が限られており、実態は不明である。冬に寒く、雪の多い、北海道・東北・北陸・山陰などと、冬も温暖で一年中外出がしやすいと考えられる沖縄県などとは閉じこもり出現率(頻度)が著しく異なるのではないかと考えるのが普通であろう。しかし、研究報告からは大きな違いは認めていない。都市部と農村部とで異なるのではないかと考えられるが、都市部における報告は少なく、今後の課題である。閉じこもりの発生要因である社会・環境要因、特に、自然環境のみが、大きな決定因子になっているのではないこ

とが推察され、地域特性に応じた閉じこもり発生要因を解明することが大切である。

表5 閉じこもり高齢者\*の出現率

地 域	対象者数			発症率(%)			調査年	報告者
	年齢	男性	女性	男性	女性	検定		
宮城県旧三本木町	75歳↑	189	318	20.1	22.0	ns	2000	芳賀 博、他
山形県寒河江市	65歳↑	77	122	16.1	-	-	2000	阿彦忠之、他
兵庫県旧五色町	65歳↑	313	419	14.4	26.0	p<0.01	2000	渡辺美鈴、他 <sup>IX</sup>
宮城県旧三本木町	75歳↑	196	351	18.9	20.2	ns	2001	芳賀 博、他
福島県須賀川市	70歳↑	177	302	13.0	21.5	p<0.05	2001	安村誠司、他
沖縄県今帰仁村	70歳↑	254	427	20.5	19.8	ns	2002	安村誠司、他
全国無作為抽出	65歳↑	3000		15.9	-	-	2002	内閣府 <sup>VI</sup>
福島県福島市	65歳↑	1334		13.6	-	-	2003	高戸仁郎、他
新潟県与板町	65歳↑	612	930	10.3	-	-	2004	森田幸司、他 <sup>III</sup>
東京都荒川区	65歳↑	1589	2003	9.6	6.8	p<0.01	2006	山崎幸子、他 <sup>IX</sup>

\*:閉じこもりの定義は必ずしも、同一ではない。

(安村誠司、他:厚生労働省科学研究費補助金・長寿科学総合研究、平成12～14年、他、文献9、10、11)

### 3. 閉じこもり予防・支援の重要性

#### 3. 1 要支援・要介護、死亡のリスクとしての閉じこもり

閉じこもりはなぜ予防・支援が必要なのであろうか。加齢とともに、下記のような経過をたどる危険性が誰にでもある。つまり、寝たきり（要介護状態）や死亡のリスク（危険状態）だからである。

非閉じこもり → 閉じこもり → 要支援・要介護、死亡

閉じこもり高齢者を追跡調査した研究は少ないが、地域の在宅高齢者の1年後の転帰を調査した結果では、非閉じこもりからの死亡・寝たきりの発生は1.4%であったのに対し、閉じこもりからの発生は16.7%と有意に多くなっていた（図3上段）。また、在宅の高齢者を30か月追跡した調査では、要介護の発生は、非閉じこもりからは7.4%、閉じこもりからは25.0%と閉じこもりからの発生が有意に多くなっていた（図3下段）。

一方、特別な介入を行ったわけではないのに、16.7%の閉じこもり者は自立へと改善が見られたとの報告がある（藺牟田、1998）。閉じこもりは、要支援・要介護、死亡のハイリスクと位置づけることができるが、必ずしも悪化していくばかりではなく、改善の望める可変的な状態であると考えることができる。つまり、積極的な支援を行うことで非閉じこもりへと改善する可能性を高くすることができる状態像と位置づけられる。



\*: p<0.01 (藺牟田洋美, 他. 日本公衆衛生雑誌, 43:883-892, 1998)



\*: p<0.01 (渡辺美鈴, 他. 日本老年医学雑誌, 42:99-105, 2005)

図3. 「閉じこもり」・非「閉じこもり」の転帰

ところで、「閉じこもりはその人の生活スタイルであって、家の中にいて、外出しないことはいけないことなのか？」という疑問も生じる。確かに、例えば家業が自営業で、その店番をしている高齢者は外出をする必要がほとんどなく、ほぼ1日中自宅内にいることになる。お客さんばかりでなく、近所の友人・知人が訪れてくる、この場合、「閉じこもり」と判断し、外出を促す必要があるのか、という点である。確かに、家業の手伝いという役割を持ち、さらに、知人・友人との交流も行われていると考えられる。このような場合に、この対象者を閉じこもりと判定して、外出支援を行う必要性は極めて低い、または、ほとんどないと言って良い。ただ、自宅内での生活のみの場合、運動量（活動量）が低下し、体力が低下する可能性があり、結果的に体力の衰えから、要支援・要介護のハイリスク者になることがあるので、体力の維持・向上に気を配ることの重要性を理解しているかどうかを確認するだけで十分である。この場合以外にも、文筆業、画家など自宅が仕事場であって、仕事上は外出する必要がなく、また、電話、インターネット等を活用することで人との交流を行うことは可能である。このような場合にも、体力の問題を除けば、特に支援が必要な対象ではないであろう。「閉じこもり」すべてが予防・支援の対象という訳ではない。ただ、閉じこもりという状態が、要支援・要介護や死亡のリスクであることを高齢者自身や家族のみならず、地域全体が理解しておくことが求められる。その上で、閉じこもりと判断した対象者の特徴、状態を適切に把握し、支援の有無を決めることが大切である。

### 3. 2 要支援・要介護リスク状態との関連

閉じこもりは、多くの要因が関与して発生することは前述のとおりであるが、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。平成18年度の栃木県大田原市の75歳以上の後期高齢者(5300人)を対象とした調査によると、基本チェックリスト16「週に1回以上の外出」をしていないのは、全体の24.4%(1300/5372人)であった。特定高齢者の候補者は、全体の15.6%(859人)であり、閉じこもりと、後述する「運動器の機能向上」、または、「認知症予防・支援」のいずれかを合併しているのが288人(33.5%)、「栄養改善」、「口腔器の機能向上」、または、「うつ予防・支援」のいずれかを合併しているのが35人(4.2%)と約4割は要支援・要介護リスク状態を重複して合併していた。

#### ・認知症と閉じこもり

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。一方、認知症では徘徊が見られる場合も少なくないが、精神活動が不活発になり、非活動的で、家に閉じこもっている場合も多く認められる。また、認知症の疑いがある場合など、行方不明にならないように外出をできるだけしないように家族がしていることもある。

#### ・うつと閉じこもり

うつであると外出を好まず、活動が不活発になり、日中ほとんど自宅から外出しない閉じこもり傾向になることが多いと考えられる。これは、うつ状態であるから、閉じこもりになる、つまり、うつ状態が閉じこもりの発生要因と考えられる場合である。逆に、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。このように、閉じこもりとうつ状態の関係はどちらが原因で、どちらが結果というような一方向の関係ではなく、相互に関連した関係であるといえる(図4)。

#### ・運動器の機能低下、低栄養、口腔機能の低下と閉じこもり

このような合併をしている高齢者も多数いる。閉じこもりが他の要支援・要介護のハイリスク状態の原因となっている可能性がある。一方、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。このように、さまざまな要介護のハイリスク状態の結果、閉じこもりである場合もある。

いずれにしても、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、このことは閉じこもりであることが、要支援・要介護や死亡のハイリスクであることを説明している。

このように、閉じこもりの予防・支援を考える際には、閉じこもりのみを対象にするのではなく、閉じこもりとその他の要支援・要介護状態の合併者を「介護予防事業」の対象者としてとらえる必要がある。

限られたスタッフ、予算で効率的な事業実施を考えると、それぞれの要介護リスクに対応したプログラムを単独で実施するのではなく、複数に対応したプログラムでの事業実施が有効である。

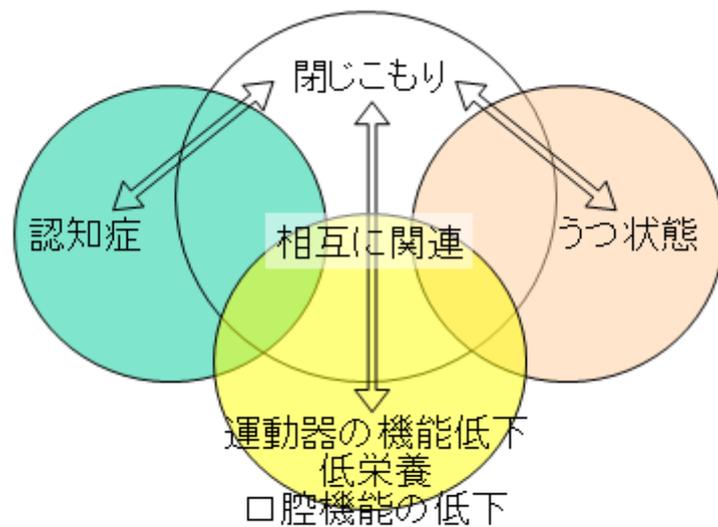


図4. 閉じこもりと他の状態との関連モデル

### 3. 3 閉じこもりの要因と予防・支援の考え方

#### 3. 3. 1 閉じこもり予防・支援におけるアプローチ

閉じこもり予防・支援では、その発生要因を考えて、その方策を考えることが重要である。発生要因として身体的・精神的要因が主である場合と心理・社会的要因が主である場合など要因の関与の程度がさまざまである。

前者は「心身の障害があって、『外出が困難、あるいはできない』」閉じこもりであり、死亡のリスクともなっているとの報告もある（新開, 2005）。一方、後者は「心身の障害はないか、あっても軽度なものであるにもかかわらず『外出しようとしなさい』、または『外出できない』、」

閉じこもりで、活動能力（歩行能力、ADL、IADL、認知機能）の低下を促進するとの報告（新開, 2005）があり、地域支援事業の対象になるのは、おもに、こちらと考えてよいであろう。いずれにせよ、閉じこもり予防・支援においては、要因別の予防・支援ではなく、閉じこもり高齢者の抱えている問題を多面的に捉え、総合的に対応する方策を考える。

\*コラム ADL, IADL

ADL (Activities of Daily Living)とは、日常生活動作（能力）であり、歩行、食事、排泄、着脱衣、入浴などを一人でできるかどうかを評価するもので、おもに、身体的自立の程度を測定している。IADL (Instrumental Activities of Daily Living)は手段的自立のことであり、日用品の買い物、食事の支度、家事など在宅で独立して生活するうえで必要な能力を評価している。

#### 3. 3. 2 生活空間から見た閉じこもり—その要因と予防—

##### 1) 閉じこもりから寝たきり（要介護）への要因

老年期においては、老化に伴いさまざまな変化が起こるが、その中でも4つの喪失が良く知られている（長谷川, 1975）。正常老化による身体能力や機能の低下は避けがたいとしても、「心身の健康」の喪失というほど健康を損なっている高齢者が多数存在するわけではない。

\*コラム 老年期における4つの喪失<sup>16)</sup>

- |            |          |
|------------|----------|
| 1. 心身の健康   | 2. 経済的基盤 |
| 3. 社会的つながり | 4. 生きる目的 |

WHO(世界保健機関)による「高齢者の健康は、生死や疾病の有無ではなく、生活機能の自立の程度で判断すべきである。」という高齢者の健康の考え方（WHO, 1984）に従えば、在宅高齢者の大多数は身体的に自立しており、むしろ「健康」と言える。このように、「老年期における4つの喪失」をすべての高齢者が必ずしも経験するとは限らない。「老年期は喪失期ではない。…むしろ、挑戦期とよんでもよい時期ではないだろうか。」と井上は述べている（井上, 1993）。高齢者が必ず喪失体験を持っていると判断することは早計である。ただし、大なり小なり喪失を体験していくのが老化のプロセスであるということを理解しておく必要はある。

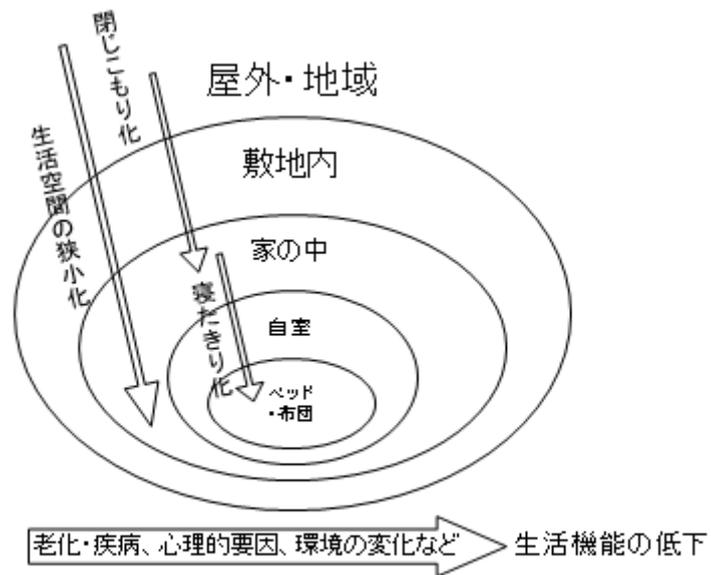


図5. 生活空間から見た閉じこもり—その要因—

閉じこもりの定義からもわかるように、閉じこもりは何らかの理由で外出をほとんどせずに、おもに自宅内のみを生活空間としている状態である。つまり、生活空間が自宅内だけに狭小化してしまった状態と考えることができる（図5）。閉じこもり化を経て、さらに、生活空間が狭小化する過程が寝たきり化であり、寝たきりは生活空間という視点から見れば、生活の場が布団・ベッド上だけに限局した状態と言える。

ほとんどの高齢者は閉じこもりになる前は、自宅の外、つまり、近隣・地域へは日常的に外出し、地域社会の中で活動している。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。なぜ、ある対象者の外出頻度が少なくなったのか、4つの喪失の視点から高齢者の特徴を把握することは、閉じこもりの改善方策を考える上で有効である。

## 2) 自己効力感を高めて、活動範囲（生活空間）を広げる予防の考え方

閉じこもり予防・支援を生活空間（活動範囲）の視点から考えてみよう。生活空間（活動範囲）を広げるためには、歩行する能力としての体力の増加や歩行を含めたさまざまな日常動作に対する自信とも言える自己効力感\*の向上が求められる。先行研究によれば、自己効力感が低いことが虚弱や閉じこもりの要因になっていた（藺牟田ら、2002）。また、体力には問題なくとも、外出する目的や意欲がなければ、外出にはつながらない。

体力を向上させ、自己効力感を高めるとともに、外出に結びつくようなサービスや事業、イベント等があることが望まれる。参加してみたいと思えるような魅力的な企画があるかどうか、閉じこもり高齢者が外出する機会を増やせるかどうかの鍵である。

より積極的な閉じこもり予防・支援として

は、閉じこもりではない時から、外出できるだけの体力を維持しておくために、体力づくり、健康づくりに取り組む必要がある。また、体力はあっても、屋外、地域で、やるべきことがない状態では、日中の生活空間が屋外になることは難しい。家庭における役割としての買い物などのほか、地域社会における何らかの役割があることが望ましい。少なくとも閉じこもりではない時に地域社会における役割（例えば、老人会の役員など）を持ち続けることが重要である。社会における役割が生ずることで、外出の必要性は高まり、必然的に、外出頻度は増加する。また、役割が発生することで、自己効力感が高まり、日々の生活に対して積極的に対応していこうという姿勢が生まれる。

\*コラム 自己効力感（セルフ・エフィカシー）  
自己効力感とは、風呂に入る、電話にすぐ対応するなど日常の行動について、どの程度自信を持ってできるかなど心理的側面を評価する指標である。特に、その行動がうまくいくための自分の能力に対する信念を自己効力感という。

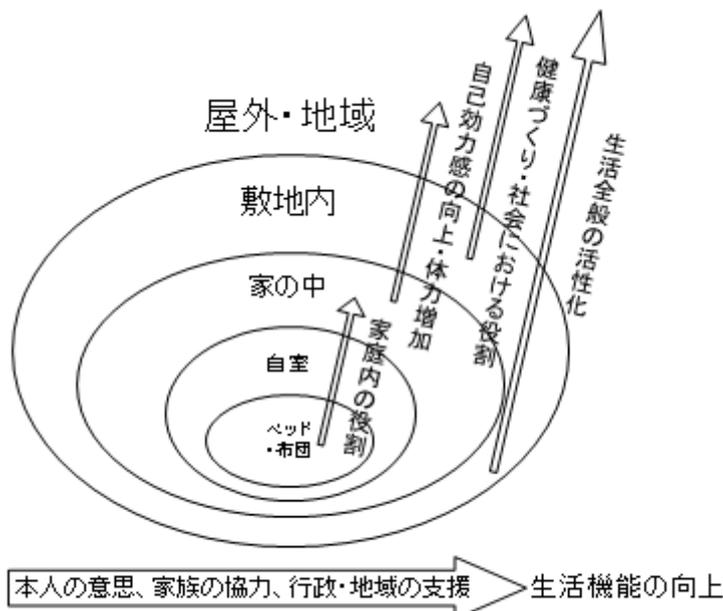


図6. 生活空間から見た閉じこもり—その予防—

外出頻度自体の増加が目的ではなく、屋外、社会における役割を担う結果として、外出頻度が増加することになるのが良い。外出頻度を増加させるのではなく、高齢者の生活全般が活性化することが本来の目的である。

## 3. 4 介護予防システムと閉じこもり予防・支援

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ことは、多種多様な特性を持っている閉じこもり対象者に対する事業としては適切とは言いがたい。また、効率的ではないと考える。他の地域支援事業や予防給付などとの協力・連携が必須であり、そのことが、閉じこもり予防・支援の成果を挙げることにもつながり、さらに、要介護者の減少に寄与するものと考えられる。介護予防システム全体の中での閉じこもり予防・支援は他のハイリスク状態と関連している点で、システムの成否の鍵を握っていると言える。

#### 4. 予防の観点から見た閉じこもり予防・支援の考え方

閉じこもり予防・支援の位置づけを一次予防、二次予防、三次予防という視点で整理する。

- ・一次予防は「非閉じこもりを閉じこもりにしない」予防対策である。また、より活動的な生活になるように支援することも含まれる。
- ・二次予防は、閉じこもり高齢者のみを「早期に発見し、早期に対応する」のみではなく、「閉じこもり傾向にある高齢者や閉じこもりになるリスクの高い高齢者（いわゆる、閉じこもり予備群）」も対象に含めている。
- ・三次予防は、閉じこもりを対象とし、廃用症候群を来たしたり、寝たきり化したりすることがないようにすることである。

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ことは言うまでもない。

##### 4. 1 一次予防としての閉じこもり予防・支援

##### 4. 1. 1 社会との交流が低下した状態としての「閉じこもり」

人間の活動能力には、低次から高次の活動までが含まれるものであるが、Lawton(1972)は、活動能力を概念的に①生命の維持 ②機能的健康度 ③知覚-認知 ④身体的自立 ⑤手段的自立 ⑥状況対応 ⑦社会的役割の7つに体系化している(図7)。概念図の左から右へ、また、下から上へ移るに従って、より高次で、より複雑な能力を表している。「生命維持」から「社会的役割」にいたる各レベルに配置された活動は、そのレベルに含まれる活動の例示である。

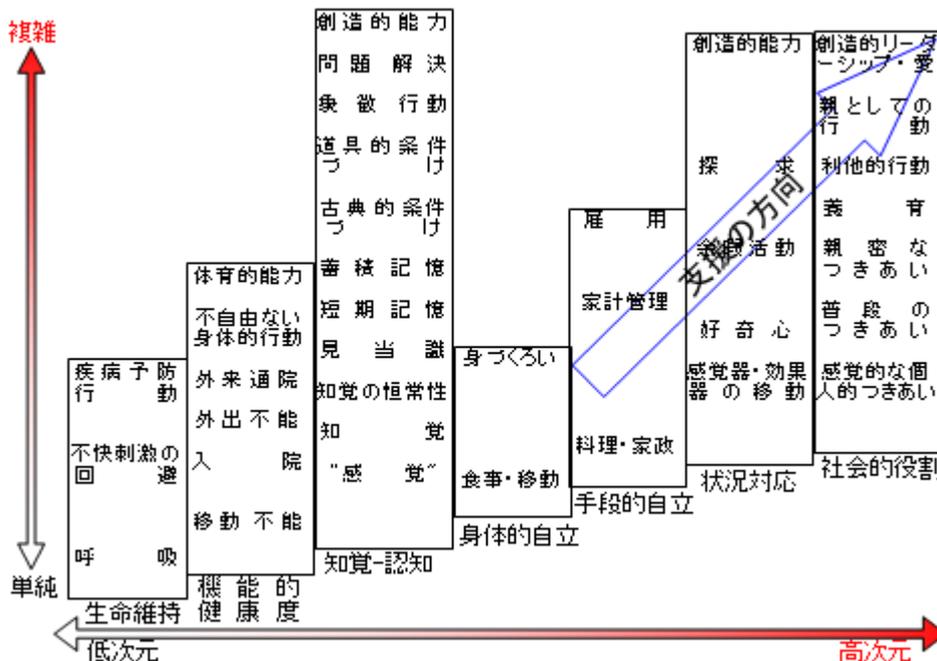


図7 能力の諸段階(Lawton,1972) (柴田 博,他, 社会老年学, 21, 1984)

身づくり、食事・移動などの日常生活動作能力は「身体的自立」に相当する。これは人が他からの援助なしに生活する上で最低限必要な能力である。活動能力は、人間の成長に伴い「手段的自立」→「状況対応」→「社会的役割」へと発展・拡大するとされている。一方で、老化にともなう活動能力の低下は、「社会的役割」→「状況対応」→「手段的自立」→「身体的自立」の順に推移するとされ

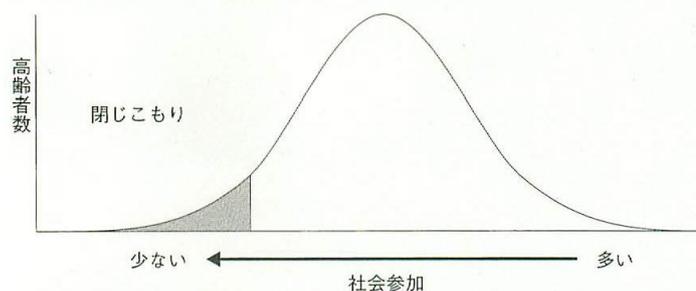


図8 社会との交流頻度の分布

ている。図7に見る右から左への活動能力の低下が意味するものは、人々の生活空間が徐々に狭まってくることであり、社会との交流が少なくなってくることもある。

閉じこもりは「週1回未満の外出しかなしい状態」とされるが、これを、「社会との交流頻度が極端に低下した状態」と見ることもできる（図8）。「閉じこもり」による生活空間や社会との交流（つきあい）の狭小化は、同時に高齢者の生活の質（QOL）の低下をも意味している。

#### 4. 1. 2 閉じこもり予防・支援としての社会との交流促進

##### 1) 社会的交流と死亡率およびADLの障害

高齢者の社会参加および社会活動性が健康度に影響することはよく知られている。図9は、東京都K市での70歳老人422名の10年間の追跡調査に基づいて、初回調査時の社会活動性（役割、友人を訪問、趣味、老人クラブ、手紙・電話の頻度などの合計得点で評価）の程度別に死亡率の比較を行ったものである（東京都老人総合研究所，1988）。男女とも社会活動性の得点が「低い」群からの死亡率は最も高く、社会活動性の得点が「普通」、「高い」となるに従って死亡率が低下していく様子が見て取れる。

図10は、同じくK市の調査で初回調査時に5項目の日常生活動作ADL（歩行、食事、入浴、衣服の着脱、排泄）が全て「自立」していた320名を対象として、初回調査時の社会活動性得点別に10年後のADL低下者の割合を比較したものである（東京都老人総合研究所，1988）。ここでは5項目のADLのうち、1項目でも何らかの支援を要する状態に移行した場合を「低下」と判断している。男女とも社会活動性の得点区分が「低い」→「普通」→「高い」と上がるにつれて10年後のADLに手助けを必要とする者は段階的に少なくなることを示している。

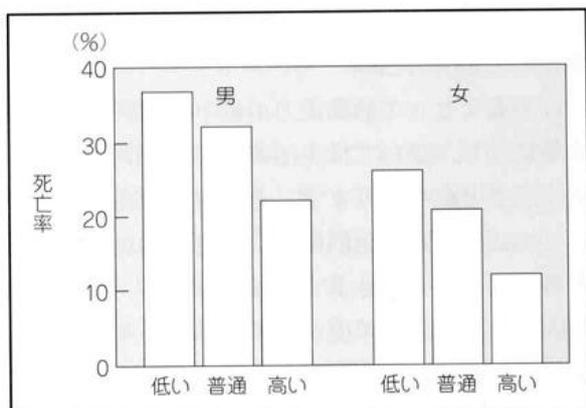


図9 社会活動性と死亡率（東京都K市）  
（文献<sup>18)</sup>より作成）

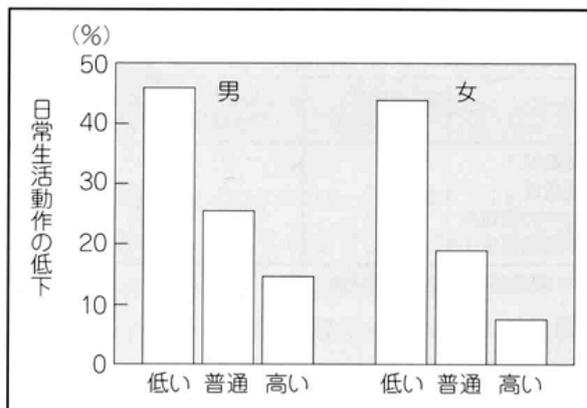


図10 社会活動性と日常生活動作の低下  
（東京都K市）（文献<sup>18)</sup>より作成）

##### 2) 社会的交流と主観的なQOL

図11は、社会的な交流の程度と健康感、精神的健康感（うつつの尺度による）、生活満足度との関連を示している。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、の8項目について、そのかわりの程度別に主観的QOL項目の平均値を示したものである。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示されている。

すなわち、これらの成績（図8～11）は、高齢者の社会参加や社会との交流が、長生きや身体的自立を保ち、さらにはまた、主観的QOLを高めることにも強く関連することを示している。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を講ずることは、高齢者の健康や生きがいになるだけでなく、閉じこもり予防・支援にもつながることは明らかである。これまでは、虚弱高齢者を対象とした二次予防としての閉じこもり予防・支援が取り上げられる傾向にあったが、いわゆる元気高齢者に対するサクセスフル・エイジングを目指した一次予防に力点を置いた積極的な閉じこもり予防・支援の推進が重要であると言える。

### 3) 閉じこもり予防における地域づくり、環境づくりの重要性

図7に示した Lawton の理論によれば、人間の活動能力（生活機能）の低下は「社会的役割」→「状況対応」→「手段的自立」の順に起きるというものであった。地域の元気高齢者に対する閉じこもり予防策はいかにしてくい止めるかにかかっている。生活空間の狭小をくいとめるためには、高齢者本人の努力だけではなし得ない。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・環境づくりが重要となってくる。

「社会的役割」の中では、有償労働としての仕事 が最も大きな役割といえるが、定年退職を契機として仕事からの引退を余儀なくされ、外出の機会も少なくなりやすい。定年退職後も健康維持や生きがいづくりのために働きたいと思っている人は多い。しかし、多くの場合高齢者の雇用の機会は限られている。シルバー人材センターは、高齢者に対して地域社会に根ざした仕事を提供することを目的として設立されたものであるが、その存在は意外と知られていない。地域の人々への広報活動を充実させるとともに、シルバー人材センターで扱う仕事のメニューも増やす必要がある。

社会貢献としてのボランティア活動も「社会的役割」に含まれる。「国民生活選好度調査」（内閣府；2000年）によれば、60歳代前半ではその7割強がボランティア活動に参加してみたいと答えている。高齢者の視点に立った、ボランティア活動や地域活動のための「場」の見直しや創出が求められているといえよう。高齢者の社会貢献活動を地域全体で支援していく体制づくりが必要である。地域で展開されている介護予防事業の推進に関わる高齢ボランティアの養成も支援体制づくりの一環として期待が高まっている。地域関係の希薄化が進む中で、これらの保健福祉活動はコミュニティのネットワークの再生にもつながる。

「状況対応」とは、創造的能力や知的な活動性のことである。この中には、趣味やサークル活動、学習活動等が含まれる。これらの活動は、健康教育の一環としてその機会が提供される場合もあるが、むしろ、生涯学習や社会教育の一環として市民センターや公民館、老人福祉センターなどにおいて展開されている。その意味では、行政における保健福祉部門の担当者は生涯学習や社会教育部門との連携を密にすることが大切である。

また、体力の弱った高齢者のためには移送手段の確保も大切である。移送ボランティア等にその役割を期待することも一案である。可能であれば、自宅から歩いていける範囲の小学校や集会所などに学習やサークル活動の拠点を設ける工夫も必要である。

「手段的自立」は、在宅で一人でも生活を維持し得る能力を表している。この活動には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）や外来通院等の動作が含まれる。これらの役割や活動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。高齢者がいる世帯の約半数は、若い世代との同居（「国民生活基礎調査」厚生労働省大臣官房統計情報部；2001年）であるが、高齢者を敬うあまり家族が高齢者の役割を奪ってしまうことになっていないであろうか。家族内での役割を見直すことも必要である。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ろう。

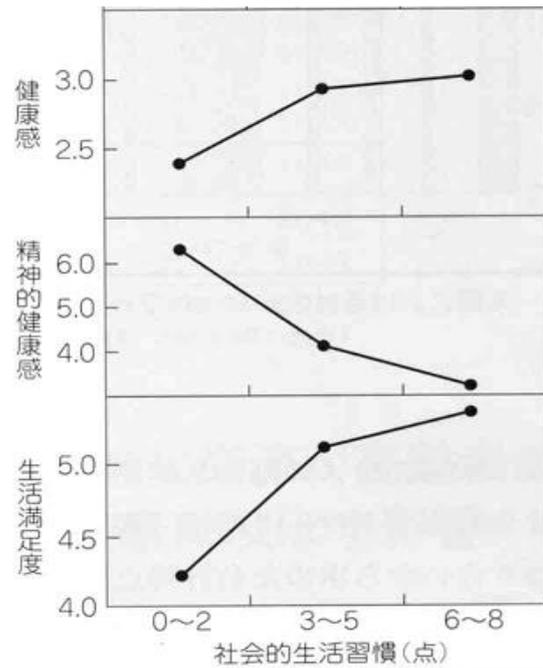


図 11 社会的生活習慣の得点別にみた健康指標の平均得点 (沖縄県N市、女性)

#### 4. 2 二次予防としての閉じこもり予防

##### 4. 2. 1 対象者の把握

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、児童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。ただ、個人情報保護の観点から、その情報の提供が本人の同意に基づくものなのか、秘密保持が守られなければならないものであるのかの検討が必要であり、取り扱いには十分に注意を要する。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。

##### 4. 2. 2 対象者の選定

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（表6）。

ここで特徴に取り上げられなかった項目が「閉じこもり」に関係がないということの意味している訳ではない。そのような項目が調査項目に採択されていなかったために、関連があるという結果になっていない可能性もある。いずれにしても、少なくとも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。

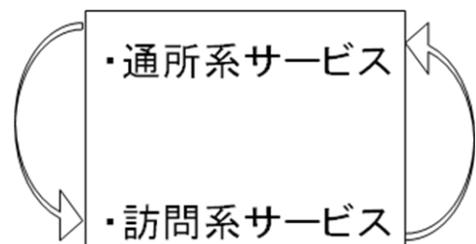
表6 閉じこもり高齢者の要因

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 生きがいがない
社会・環境要因	高齢であること 集団活動などへの不参加 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

##### 4. 3 三次予防としての閉じこもり予防

閉じこもり高齢者が「要介護化」することを予防することが閉じこもりの三次予防である。閉じこもりと判断された特定高齢者に対しては、最初は、通所系サービスへのお誘いをする。通り一遍のお誘いには応じないのが閉じこもり高齢者の特徴でもある以上、必要に応じて市区町村や、地域包括支援センターから保健師等による訪問を行い、「閉じこもり評価のための二次アセスメント票」（資料参照）等を用いて事前アセスメントを実施し、その後のサービス提供の資料とする。通所系サービスへの参加勧奨を行う。また、継続的な訪問の必要性について判断し、訪問系サービス等の実施後に事後アセスメントを実施する。閉じこもり高齢者の中で、地域におけるさまざまなサービス、行事、催し、企画などの誘いに全く応じない人が、多くの問題を抱えた閉じこもりである可能性が極めて高い。つまり、要介護状態になりやすいハイリスク者である。通所系サービスで対応できなくなったら、訪問系サービスに移行し、訪問によって通所系サービスへ結びつけることが可能になるように働きかける。このサービスの連携が大切である。

もっとも重要なことは、すでに閉じこもりとなっている高齢者が廃用症候群をきたさないようにし、自立した生活ができるように支援することである。訪問により対象者と会って、その対象者の身体的、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することが必要である。また、頻回の訪問を行うことは一般的に困難であり、少ない訪問の中で、対象者が主体的に屋外へ行きたくするような支援や、誘い出す工夫が必要である。



## 5. 閉じこもり予防・支援の具体的な取り組み

### 5. 1 地域支援事業を含めた取り組み

閉じこもり予防・支援の対象者は、予防の段階による軸とから「地域・集団（一般高齢者）」と「個人（特定高齢者）」という支援対象者の軸で整理できる（図 12）。一般高齢者を対象とした施策（ポピュレーション・アプローチ）には、①介護予防普及啓発事業、②地域介護予防活動支援事業、③介護予防一般高齢者施策評価事業が含まれる。特定高齢者を対象とした施策（ハイリスク・アプローチ）には、①特定高齢者把握事業、②通所型介護予防事業、③訪問型介護予防事業、④介護予防特定高齢者施策評価事業が含まれる。

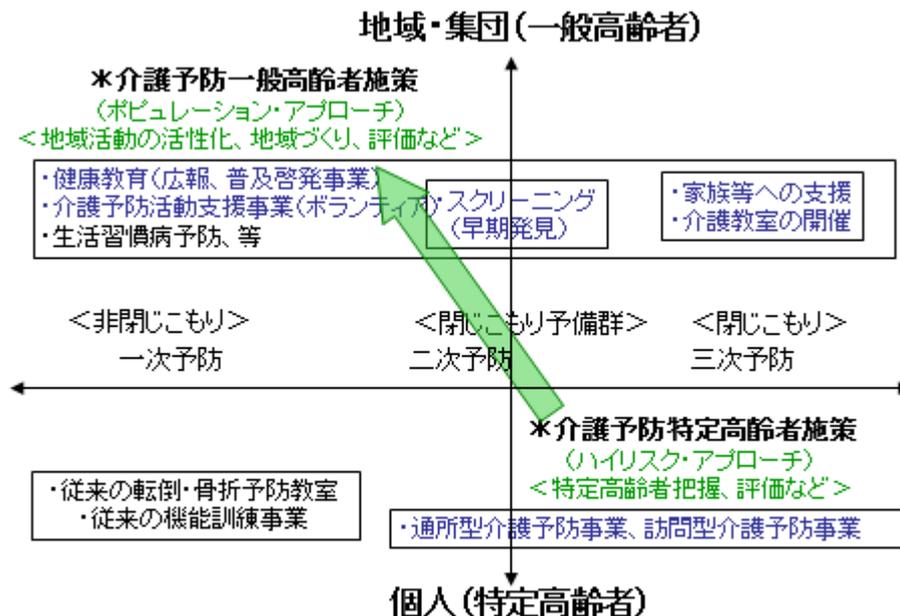


図12 閉じこもり予防・支援に関する概念モデル

地域包括支援センターでの特定高齢者把握事業において閉じこもりと評価された以降のフローを図示した（図 13）。支援の方向は、個別対応が必要な閉じこもりに対しては、訪問を行うことが必要である。ただし、地域における活動等への参加を促すことが大事である。

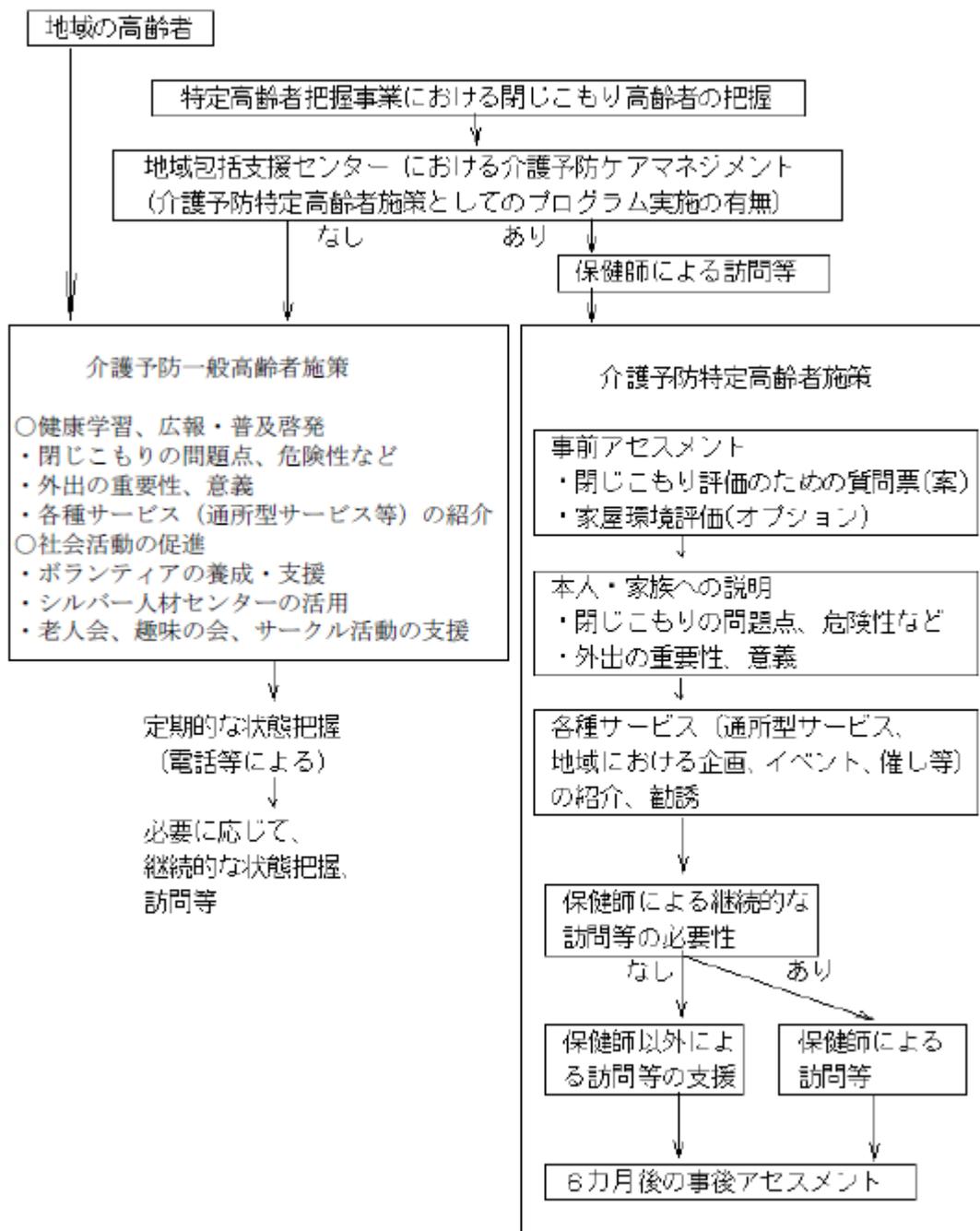


図 13 地域支援事業の介護予防事業による閉じこもり予防・支援のフロー（イメージ）

## 5. 2 各種プログラムの紹介

### 5. 2. 1 介護予防一般高齢者施策

#### 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。閉じこもり予防・支援は、要介護状態をもたらす疾病や障害の予防策とは大きく様相を異にしている。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表現型としての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。ポピュレーションアプローチとしての1次予防的なプログラムとしては、成人期までに獲得した高次の生活機能（特に社会的役割）の低下防止に視点を置くべきであろう。

#### 【具体的な展開例】

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。

①地域の団体・組織・会の活動の実態（表7）を把握する



②その実態把握にもとづいた広報・健康学習プログラムの立案・実施する



③地域全体への取り組みへと発展させる（→高齢者ボランティア養成プログラム）

#### （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。団体・組織活動、ボランティア活動の例示として表7、表8の項目が考えられる。

表7 地域の団体・組織・会との関わり

団体・組織・会名	該当するものに○印をつけてください
町内会・自治会	1. 入ってない 2. 入っている 3. 役員
老人会・高齢者団体	1. 入ってない 2. 入っている 3. 役員
婦人会・女性団体	1. 入ってない 2. 入っている 3. 役員
民生委員や福祉関係の団体・組織	1. 入ってない 2. 入っている 3. 役員
保健や食生活改善関係の推進組織	1. 入ってない 2. 入っている 3. 役員
体育・スポーツ関係指導団体	1. 入ってない 2. 入っている 3. 役員
趣味やレクリエーション関係の会・サークル	1. 入ってない 2. 入っている 3. 役員
地域の文化や祭りに関わる組織	1. 入ってない 2. 入っている 3. 役員
農協・漁協・森林組合	1. 入ってない 2. 入っている 3. 役員
商工会・法人会などの商工団体	1. 入ってない 2. 入っている 3. 役員
その他( )	1. 入ってない 2. 入っている 3. 役員

表8 地域ボランティア活動

1. 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
2. 地域清掃や河川清掃などの清掃に関する活動
3. 施設補修やペンキ塗りなどの作業活動
4. 収穫や畑・田んぼ作業などの農作業に関する活動
5. 集金・交通安全・夜回りなどの町内会・自治会活動
6. 施設管理や案内・監視などに関する活動
7. 子育て支援や本の読み聞かせなど保育に関する活動
8. 介護・施設慰問・送迎・話し相手・配色などの高齢者福祉に関する活動
9. 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
10. 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
11. その他( )

なお、必ずしも社会活動とは言えないが、家庭内で担っている仕事や役割は健康維持効果や生きがいの源である場合もあり、その実態を把握しておくことは意味のあることである(表9)。

表9 家の中での役割や仕事

1. 食事のしたく	8. 庭・花壇・菜園の管理
2. 洗濯	9. ごみ捨て・ごみ処理
3. 掃除	10. 留守番や電話番
4. 家計や財産の管理	11. 家業の手伝い
5. 孫の世話や保育	12. 大工仕事や家の修繕
6. 親や配偶者の介護	13. 漬物・乾物・味噌づくりなど
7. ペット・家畜の世話	14. その他(具体的に→ )

基本チェックリストとあわせて把握しておくことは、高齢者の社会活動・役割の評価というポジティブな評価という面から高齢者の残存能力・潜在能力を再発見する意味でも意義深い。

また、これらの調査は、事業評価の意味でも定期的にその経過を把握することが大切である。高齢者の調査の場合、信頼性の観点からは調査員による面接聞き取り法が望ましい方法である。

## (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。従って、一般論としての社会活動や役割をもつことの意義に関して広報活動や健康学習を行ってもあまり興味・関心を引かない。地域の実態データに基づいた情報発信や健康学習が大切である。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実態を示したり、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勝っていることを具体的に示したりすることで社会活動や社会参加することの有用性が実感をもって理解してもらえることになる。

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、スタッフの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)。
- ・発表したものに對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がむしろ重要である。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・見直しを進めるべきである。言い換えれば、社会活動に対する高齢者の積極的な意志とそれを可能にする受け皿としての場や環境づくりが整ってこそ初めて社会活動の推進がはかられる。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べきである。

支援体制づくりのアイデアは、当該地域の実態調査の結果を参考にしつつ住民の主体的参加による健康学習を活用することである。

以上の流れで、具体的な役割設定に対する条件整備を行政や専門家を交えて実行可能なものへと整理する。このような手続きは、高齢者を含めた住民の主体的参加を促す方法として有効である。

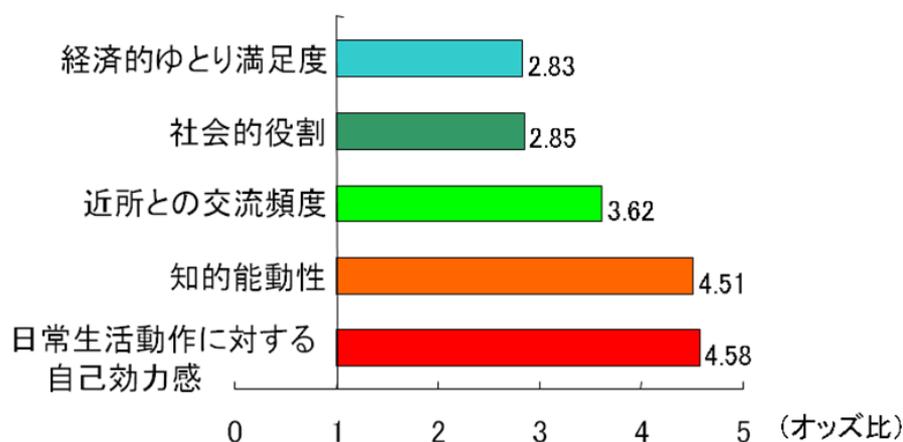
## 2) 介護予防を推進する高齢者ボランティア（地域介護予防活動支援事業）

### (1) 高齢者ボランティアの意義と養成

生きがい活動支援通所事業、転倒・骨折予防教室、機能訓練事業等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。しかし、このような事業や教室を開催しても参加率が低いことが常に問題となっている。ボランティアによる参加促進のための声かけや、教室運営を安全に効率的に進めるためのサポート役としてのボランティアへの期待が高まっている。宮城県S町での高齢者ボランティアを中心として展開された「転倒・閉じこもり予防」のための介入研究では、ボランティアによる介入地区では、非介入（対照）地区に比べて「閉じこもり」になるリスクが有意に低かったことが報告されている（島貫ら，2007）。また、宮城県Y町での高齢者によるボランティア活動が1年後のボランティア自身のQOLにどの程度影響を及ぼすかの研究（図14）では、ボランティア非参加者は、参加者に比べて有意にQOL低下の大きいことが示され、とくに「日常生活動作に対する自己効力感」において、4.58倍も低下の割合が高いことが確認されている（島貫ら，2007）。

以上のような実証研究に加えて、高齢者のボランティア参加意識は高いこと、また、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。

図14 ボランティア活動の有無がQOLの低下に及ぼす影響  
（ボランティア参加者に対する非参加者のオッズ比）



※ 性、年齢、就学年数、各QOL、変数の初回調査値を調整変数として投入

（出典：島貫秀樹ほか；日本公衛誌、54巻、749-759、2007）

なお、高齢者ボランティアの例として、下記のものと考えられる。下記に挙げたもの意外に各地域には、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。

#### 高齢者ボランティアの例

- ・中央開催型の事業・教室の支援
- ・介護予防に資する事業・教室への参加呼びかけ
- ・会場までの移送サービス
- ・地区集会所単位での「ふれあい・生きいきサロン」のような独自事業の展開（健康・生きがいづくり関連の健康学習、体操・レクリエーション、会食など）
- ・活動記録の作成とそれに基づく地域全体に向けた情報発信（広報活動）
- ・介護予防に関わる知識の普及 など

#### （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健康情報の提供、さらに、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だしあい、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、その事業の精神は地域全体には行き渡らない。ボランティアの役割は、事業展開の初めは中央開催型活動の支援であったとしても、いずれはそれまでの活動の経験を踏まえて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。その意味では、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は重要である。

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）は必須である。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。

#### （４）事例紹介

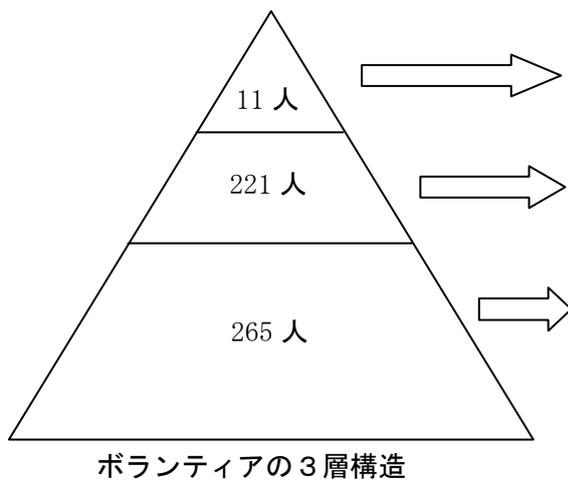
##### a. ボランティアの活用で参加率を高める事業展開（栃木県大田原市）

大田原市では、積極的に地域住民のボランティア養成に力を注いでいる。2006（平成18）年の介護保険改正を期に、ボランティアを養成の目的や特徴によって、下図のように3種類に分類し、養成を行っている。市では在宅高齢者が要介護状態にならないために保健予防活動や生きがい対策を含めた保健福祉サービス等を提供するために「高齢者ほほえみセンター」を1999（平成11）年10月から設置し、2006（平成18）年度も整備中である。センターでは健康相談や健康づくりのための体操などを行っており、高齢者にとって身近なものとするため、おおむね小学校区単位に設置され、地域住民による自主的・自立的な地域ケア体制の拠点として位置づけられている。

#### 【特徴】

- ①センターの管理運営は、地域の高齢者の課題を地域で考え、地域で解決していくことを推進するために、住民が組織する団体やボランティア団体などに委託している。
- ②センター事業の日常的な運営のサポートを担うボランティアとして2001（平成13）年度からは、「ほほえみサポーター」制度を導入した。他に、介護予防実践指導員、介護予防リーダーとともに3層構造でボランティアの養成・支援を行っている。
- ③これらのボランティアは高齢者のみを対象としたのではなく、広く地域住民を対象としているが、介護予防実践指導員以外での高齢者の参加割合が高い。

【事業概要】



- ・介護予防実践指導員：在宅看護師など有資格者。訪問型介護予防事業（介護予防特定高齢者施策）の閉じこもり予防・支援の一環として実施する「閉じこもり高齢者への訪問事業」を担う。
- ・介護予防リーダー：各ほほえみセンターなどを拠点とした介護予防に資する地区組織のリーダー役となる人材。地域からの要望に応じて自主的な活動を展開し、地域全体で介護予防に取り組み、地域で支えるまちづくりを目指す。
- ・ほほえみサポーター：ほほえみセンターの日常的な運営のサポートを担う。ボランティアの存在がほほえみサポーターの運営を活性化することから、各センターに一定人数の確保が必要である。

平成 18 年度 大田原市介護予防リーダー養成研修会計画書(著者改変)

1. 養成期間

前期コース:2006(平成 18)年4月～5月  
後期コース:2006(平成 18)年 10 月～11 月

2. 養成内容・プログラム

1コース 定員 50 名、6回講座、1講座約2時間

回数	内容	担当
1	高齢者のこころと身体の特徴	医師
2	介護予防とは	保健師
3	筋力アップ体操実技①	理学療法士
4	口腔ケアについて	言語聴覚士
5	認知症について	作業療法士・保健師
6	筋力アップ体操実技①	理学療法士

3. 養成協力機関

国際医療福祉大学

4. 応募

前期コース:食生活改善推進員や農業協同組合(JA)の介護支援専門員やほほえみサポーター、その他介護予防に関するボランティア活動をしている人をおもに対象とし、個別通知で行った。

後期コース:一般を対象として、広報誌にて公募予定

ほほえみサポーターの養成研修は、年1～2回開催される研修会への出席が求められている。過去には、「閉じこもり予防について」、「高齢者の筋力トレーニングについて」、「老化について」、「地域で支える介護予防—高齢者に対する筋力トレーニング—」、「自分たちでできる介護予防」などのテーマで実施されていた。介護予防リーダー研修と比較すると参加が容易である。

介護予防リーダー、ほほえみサポーターは、自ら要介護状態にならないように、研修会で学んだことを日常生活で実践することが求められている。自分が生活している身近な地域での介護予防活動への協力を行う。

【展開の工夫】

大学医学部公衆衛生学関係の講座のほか、保健、福祉関係の分野は地域での研究が中心であり、地域との連携・共同研究等は必須である。また、今日、大学はさまざまな地域貢献が求められており、大学にとっても自治体との共同事業の展開の意義は大きい。自治体が大学に相談する価値は十分にある。

b. 高齢者の活動支援拠点づくりを目指した事業展開（群馬県高崎市）

群馬県高崎市の通所型介護予防事業である「さわやか元気教室」は、「事業後の高齢者の活動拠点づくり」を目標に掲げ、積極的に住民の参画を図りながら、事業を展開している。

高崎市の事業展開の特徴は、以下のとおりである。

**【特徴】**

- ①毎年度、高齢者の活動支援拠点（サロン）のない新たな地区での事業の実施（町内会単位）
- ②場所の決定、対象把握、企画、運営への地区区長、民生委員、ボランティア等の参画
- ③在宅介護支援センター有する法人への事業委託とマニュアルによるサービスの質の均一化
- ④事業実施前後での個別評価の実施（閉じこもり状態等）
- ⑤事業終了後の活動継続支援（社会福祉協議会サロン事業への継続と新たなサロンの立ち上げ）

平成14年度から市の直営で実施していた事業を、平成18年度に地域支援事業として位置づけ、委託事業として行っている。委託先は、地域の状況を把握している在宅介護支援センターを有する法人とし、事業運営のみでなく、地域との関係づくりを引き継いでもらっている。事業実施地区を決定し、調整を図る中で、地区区長の協力を得て、民生委員と関わり、選定地域の様子を把握して、リーダーシップを担える人材を見つけている。また、事業の企画・運営についても、ボランティア等地域住民を巻き込み、参加者集めを一緒に行い、住民が、自分たちでも継続してできると考える事業内容、教材、道具を用いることで、その後のサロン化につなげている（平成18・19年度に事業を実施した34ヶ所中14ヶ所がサロンに移行）。

事業への住民の参画、地区活動としての定着促進を目指す自治体の参考になるものと思われる。

**【事業概要】高崎市（さわやか元気教室）**

平成19年度現在

<b>対象把握</b>	①地区役員からの声かけ ②関係機関・本人の問合せ等で把握した高齢者宅を訪問 ※本事業は、平成14年度～17年度まで市の直営事業として実施しており、その時に培った地区区長、民生委員との協力体制を活用している。							
<b>事業の企画</b>	①事業実施場所の決定 <ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者の活動支援拠点（サロン）のない町内会を選定。</li> <li>・参加する高齢者が徒歩で来ることができる地区の施設（公民館、集会場）を利用。</li> <li>・委託事業所の職員が、地区役員会に参加し、役員との話し合いによって決定。</li> </ul> ②プログラム <ul style="list-style-type: none"> <li>・基本的なプログラム案は、市がマニュアルにして提示。</li> </ul> <プログラムの一例>下記のような内容を組み合わせて実施 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>さわやかなびのび体操</td></tr> <tr><td>レクリエーション（歌、歌体操、指体操等）</td></tr> <tr><td>おたっしや健診、簡易体力測定</td></tr> <tr><td>筋力トレーニング</td></tr> <tr><td>各種体操（バランス強化体操、骨盤底筋体操、健口体操、嚥下体操、頭の体操）</td></tr> <tr><td>地域包括支援センターの業務紹介（権利擁護等）</td></tr> <tr><td>健康講話（転倒予防、口腔衛生、認知症、栄養指導等）</td></tr> </table>	さわやかなびのび体操	レクリエーション（歌、歌体操、指体操等）	おたっしや健診、簡易体力測定	筋力トレーニング	各種体操（バランス強化体操、骨盤底筋体操、健口体操、嚥下体操、頭の体操）	地域包括支援センターの業務紹介（権利擁護等）	健康講話（転倒予防、口腔衛生、認知症、栄養指導等）
さわやかなびのび体操								
レクリエーション（歌、歌体操、指体操等）								
おたっしや健診、簡易体力測定								
筋力トレーニング								
各種体操（バランス強化体操、骨盤底筋体操、健口体操、嚥下体操、頭の体操）								
地域包括支援センターの業務紹介（権利擁護等）								
健康講話（転倒予防、口腔衛生、認知症、栄養指導等）								
<b>展開の工夫</b>	①直営事業で培ったノウハウの委託事業所への引継ぎ <ul style="list-style-type: none"> <li>・地区区長、民生委員との協力体制や体制づくりをそのまま引き継いで活かしてもらえようにした。</li> <li>・終了後の社会福祉協議会のサロン事業への継続と、地域高齢者支援拠点作り（サロン化への支援）を引き継いでもらった。</li> </ul> ②マニュアルの作成 <ul style="list-style-type: none"> <li>・運営のノウハウの継続および、事業目的を明確にするために事業所向けの実施要綱（マニュアル）を作成した。</li> </ul> ③介護予防サポーターの養成							

運営方法	<p><b>運営</b>：在宅介護支援センターを有する法人に委託（マニュアルに沿って実施）</p> <p><b>スタッフ</b>：委託先職員2名、民生委員・ボランティア数名 計2～10名程度で運営          &lt;必要時参加&gt;地域包括支援センター職員、歯科衛生士、栄養士、保健師</p> <p><b>場所</b>：地区公民館・集会場等（平成18年度18ヶ所、平成19年度16ヶ所で実施）</p> <p><b>利用期間</b>：1クール6ヶ月</p> <p><b>頻度・実施時間</b>：月2回（隔週）、6ヶ月間、1回あたり2時間程度</p> <p><b>周知の方法</b>：町内回覧</p> <p><b>参加者数</b>：1ヶ所につき20名程度（平成18年度316名、平成19年度296名）</p>
評価方法	<p>①参加者の感想の把握</p> <p>②お達者健診・簡易体力測定結果による変化把握（開始時と終了時（6ヶ月後）に実施）          ※閉じこもり予防・支援のマニュアル等に掲載されている評価指標を参考に、市で独自の評価表を作成して使用している。          &lt;閉じこもり度の把握項目&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・外出頻度：週1回未満から週3～5回の6段階での変化を把握</li> <li>・外出内容：催し物、行事、サークル、集まり、買い物の5項目の該当数の変化を把握</li> <li>・生活全般：イスからの立ち上がり、転倒の恐怖感、つまずき、尿漏れ、食事内容、手段的日常生活動作等17項目で把握し、合計得点を比較</li> </ul> <p>※平成19年度の維持・改善の割合は、外出頻度87%、外出内容91%、生活全般59%であった。</p>

注) 本事例は、「安村誠司：介護予防事業等の実施に関する先駆的取組の推進に関する研究 報告書，財団法人 日本公衆衛生協会，2008」の記載内容をもとに、加筆・修正を加えたものである。

5. 2. 2 介護予防特定高齢者施策

1) 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（通所型介護予防事業）

特定高齢者に対する通所型介護予防事業としては、従来から行われてきた転倒・骨折予防などの機能訓練や健康教育などを実施し、自立した生活の確立と自己実現の支援を行うことになっている。運動器の機能向上・栄養改善・口腔機能の向上を目的とした通所型のプログラムへのお誘い、参加は閉じこもり予防・支援として有効である。

a. 閉じこもりタイプ別予防コースプランの作成と支援（山形県山形市）

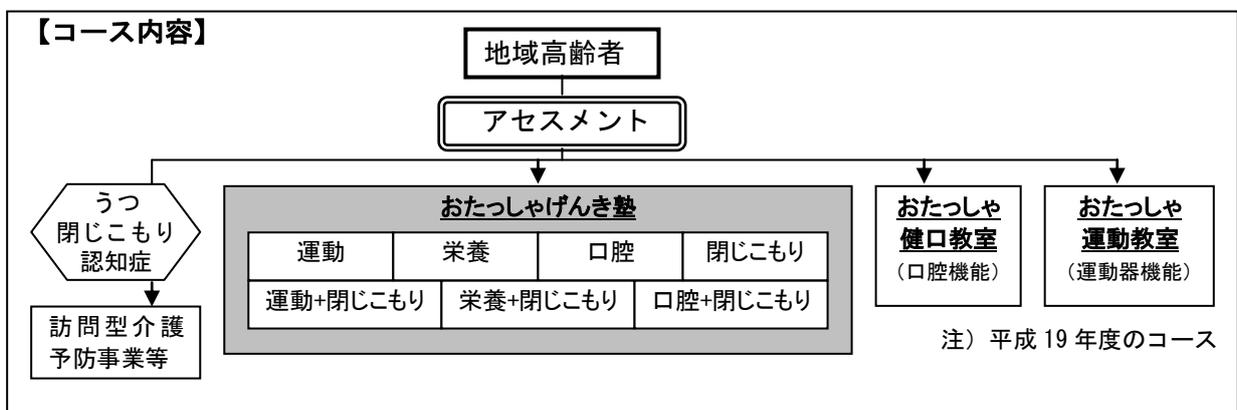
山形市では、通所型介護予防事業として、閉じこもりのタイプによりコースが選択できる「おたっしやげんき塾」を展開している。山形市社会福祉協議会に委託して実施しているが、事業の立ち上げ・基盤づくりには、市の保健師や介護予防専門職等が専門的立場で関わっている。また市では、ケアプランに沿った個別支援につなげるため、記録用紙の工夫や、中間評価も含めた事業評価の方法について委託事業所に助言・指導を行っている。

【特徴】

- ① アセスメントによる閉じこもりタイプに応じたプランの選定  
(運動・栄養・口腔・閉じこもりの単独コースと、閉じこもりと各コースを複合した計7コースで対応)
- ② 委託事業所と市の連携・協力体制による事業展開
- ③ 事業運営への地元社会資源の活用
- ④ 参加者およびスタッフへの介護予防という目的の意識付け
- ⑤ 個々の目標を明確にした事業参加の促しと、定期的なモニタリング・評価の実施

本事業は、平成16年度の「閉じこもり予防モデル事業」をきっかけに取組まれている。平成18年度からは、地域支援事業の通所型介護予防事業として社会福祉協議会に委託して行っている。平成18年度は、基本チェックリストの閉じこもりの項目(16・17番)該当者および閉じこもりの該当がなくてもうつ項目(21~25番)該当者を候補者として事業対象者を検討していた。その際、他の項目とも重複している高齢者が多く、平成19年度は、運動・栄養・口腔・閉じこもりの単独コースとそれぞれを閉じこもりと複合した合計7つのコースを作り、ケアマネジメントによりコースを選択できるようにした。山形市では、特定高齢者施策として、機能向上を目的とした運動器、口腔機能の単独事業も行っており、地域包括支援センターのケアマネジメントにより、効果的な個別プランを立てている。事業利用申請があった特定高齢者のうち、うつ・認知症が疑われる場合は、地域包括支援センターへの状況確認と診療情報提供書により通所型介護予防事業の対象とするかを判断している。

平成20年度もコース内容や運営方法の見直しを行い、より効果的な事業展開になるよう取組んでいる。地域包括支援センターのケアマネジメントによる個別プランの作成および個別プランに沿った事業実施を検討している自治体の参考になるものと思われる。



対象把握	<p>①基本チェックリストによる候補者のリストアップ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 嘱託看護師が、各老人福祉センターで健康チェックを行う際に、基本チェックリストを活用し、特定高齢者該当者は、地域包括支援センターに報告している。</li> <li>・ 民生委員からの情報の吸い上げを行っている。</li> <li>・ 地域包括支援センターのアセスメントによって介護予防指導が必要と判断された人は、介護予防指導員が 3～6 ヶ月の期間で訪問する。基本チェックリストを用いて経過観察し、必要性に応じて通所型介護予防事業につなげる。</li> </ul> <p>②対象者の選定</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ サービス担当者会議により、他の地域支援事業も含め、いずれのプランの事業対象者とするかを決定する（アセスメントの強化にもつながっている）。</li> </ul>
展開の工夫	<p>①住民・参加者の要望・ニーズの把握によるコースプランの検討</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 住民・参加者からの事業に対する要望や意見を把握し、コース内容、実施時間（半日コース、1日コース）、送迎手段の確保などの検討を行っている。</li> </ul> <p>②関係機関からの意見の吸い上げ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 委託事業者である社会福祉協議会、地域包括支援センターとの話し合いの機会を定期的に持ち、市職員が、事業の実施状況の現状・課題をタイムリーに把握して、事業の検討に活かしている。</li> </ul> <p>③事業運営への地元社会資源の活用</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 山形市接骨師会、音楽療法士等の専門的有識者などから協力を得て、プログラムを実施している。</li> </ul> <p>④介護予防という目的を明確にした事業参加</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 参加者および事業に関わるスタッフが「介護予防」という目的を自覚し、意識できるよう、説明と意識付けを積極的に実施している。</li> </ul> <p>⑤コース別の記録用紙の作成</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各コースの実施内容・指導内容をチェックリストにし、経過記録を記載できる記録用紙を作成し、個別支援に役立てている。</li> </ul>
運営方法	<p><b>運営：</b> 山形市社会福祉協議会へ委託</p> <p><b>スタッフ：</b> ケースワーカー（委託事業所職員）、地域包括支援センター職員、<u>管理栄養士</u>、<u>理学療法士</u>（下線、市の嘱託職員）、作業療法士、歯科衛生士、接骨師、不定期で保健師、音楽療法士等）</p> <p><b>場所：</b> 老人福祉センター2ヶ所で実施</p> <p><b>利用期間：</b> 1クール3ヶ月～6ヶ月</p> <p><b>実施曜日：</b> 火・水曜日 運動・閉じこもりコース、木曜日 栄養・閉じこもりコース、金曜日 口腔・閉じこもりコースを実施し、参加者は曜日指定で事業に参加</p> <p><b>利用時間：</b> 10：30～15：00</p> <p><b>定員・頻度：</b> 定員 20 名、1 人週 1 回（曜日指定、送迎付）</p> <p>※市職員は、地域包括支援センターおよび事業所と定期的に情報交換会を実施（月 1 回程度）し、運営状況を把握している。</p>
評価方法	<p>①定期的な個別評価の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者の改善・維持・悪化状況を毎月把握している。</li> <li>・ 総合評価を事業の前後で実施している。</li> </ul> <p><b>項目：</b> 基本チェックリスト、閉じこもり予防アセスメント票、体力測定（身長、体重、握力、長座位体前屈、開眼片足立ち、ファンクショナルリサーチ、5m最大歩行時間）、主観的健康観（5段階評価）</p> <p>②評価の流れ</p> <p>社会福祉協議会（改善・維持・悪化判定）→地域包括支援センター（継続・終了・中断判定）</p> <p>→山形市（利用者の実態把握）</p> <p>※評価は毎月実施。総合評価で、継続・変更・終了を判定。</p> <p>③事業評価</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 改善・維持・悪化・中断者数、要支援・要介護移行者数を把握し、年度末に事業量全体の報告書を作成している。</li> </ul>

## 2) 保健師等の訪問による支援（訪問型介護予防事業）

介護予防特定高齢者施策では生活機能の低下により要支援・要介護に陥りやすいと判断させる高齢者に対しては、何らかのサービス提供を行うために一次アセスメントを行う。このアセスメントは原則的には地域包括支援センターにおいて実施されるため、来所した高齢者のみに原則的には限定される。しかし、閉じこもり高齢者を支援対象として考えた場合、センターからの呼び出し、勧誘に応じて来所するような方は、「真の閉じこもり」ではないと判断できる。本当に予防・支援が必要な閉じこもりは、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）高齢者である。従って、呼び出し、勧誘に応じないような閉じこもりではないかと疑われる高齢者に対しては、対象者を訪問することが必須である。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によって、事前アセスメントを実施することになる（図13）。この訪問の際には、「閉じこもり予防・支援のための二次アセスメント票」等を用いて、閉じこもりの要因や問題点などについて評価する。訪問時には、自治体が発行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、高齢者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。

訪問による事前アセスメントの結果、少なくとも経過観察が必要であると判断された場合は、図13のフローに従った支援を行う。

市町村の保健師等による訪問の効果はさまざま検証されているが、閉じこもりに近い状態である「ADLは自立しているが、IADLが自立していない」高齢者を対象に、保健師等が3～4ヶ月に一度訪問した場合に1年半後に評価したところ、対照群と比べ健康的な行動の実施率が高く、健康状態が維持されていたとの報告がある（池上, 2001）。保健師等が対象者を包括的にアセスメントし、その評価に基づき、支援を行うことは極めて有効であると考えられる。限られた人材と時間の中で継続した訪問（指導）は難しいと考えるが、多くの問題を抱えていると判断させた対象者に対しては、保健師等の継続した訪問（指導）は必要不可欠である。

### ・訪問後の閉じこもり高齢者への3つの対応

訪問における事前アセスメントにより、閉じこもり高齢者への対応は下記のように3つに大別される。

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>a. 通所サービス等の利用を望む対象者</li><li>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<br/>また、支援が必要でも対象者本人が希望しない人</li><li>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</li></ul> |
|--|

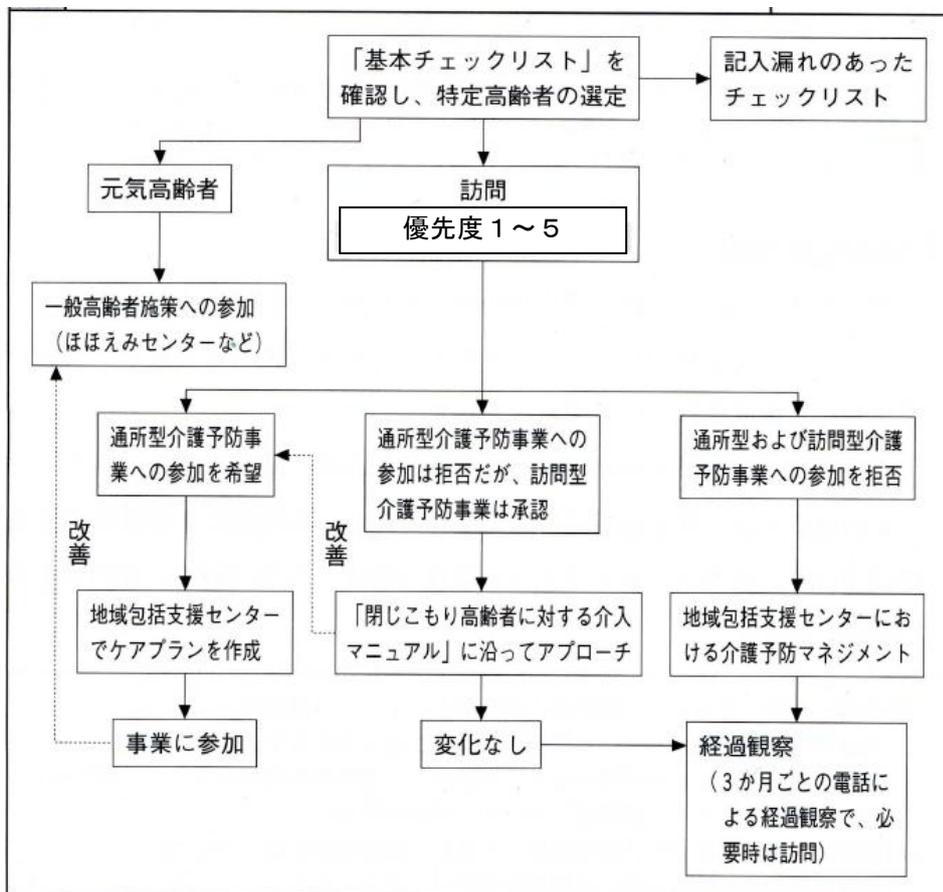
a と b の対象者については、基本的に訪問は通常1回のみで、内容として以下の3つの支援の必要性があると考えられる。なぜなら、通所サービスを望む人（a）は、1度訪問した際に、通所サービスにつなげることで、訪問時点よりも外出回数が増えることが期待され、訪問は基本的には必要なくなるからである。一方、干渉されたくない対象者も現在の生活に満足している対象者（b）も、外出に関する行動変容過程において無関心期にあるため、訪問の際に、サービスの利用をいくら促しても、徒労に終わる場合が多い。そのため、まず、地域で利用可能なサービス内容と閉じこもりの生活でのリスクを十分に説明して、その後、対象者自身が外出行動を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アプローチとする。以下が支援の内容であるが、必要に応じて電話でのフォローアップもした上で、6ヶ月後の事後アセスメントへつなげる。

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、利用希望者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。

3) ライフレビュー（回想法）を用いた訪問プログラム（訪問型介護予防事業）

「保健師等の訪問による支援」で最初に保健師等による訪問を行った際に、今後も支援が必要であるが、通所型介護予防事業への参加には拒否的である高齢者が決して少なくないと考えられる。このような高齢者の中には、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。閉じこもり高齢者では自己効力感（P13\*コラム）が低いことが明らかになっている（芳賀，1997）。人は、ある行動が望ましい結果をもたらすと思えば、その行動をうまくやることができるという自信がある時に、その行動をとる可能性が高くなる（Bandura, 1977）。そのため、簡単な動作に自信がない閉じこもり高齢者にとって、それ以上のレベルの外出行動を促されても拒否するのは当然である。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。また、必要に応じて、運動器の機能向上につながるような自宅でできる体操プログラムなども同時に行うことで、生活に不可欠な基本動作にも自信をつけてもらう支援方法である。



【具体的な展開例】

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（表10）。大田原市では、特定高齢者の選定を行う際に、保健師による訪問の優先度を基本チェックリストの項目に基づき、下記のような考え方で決めている。

<p>優先度1：閉じこもり+（「運動器の機能向上」、または、「認知症予防・支援」） すなわち、生活不活発病がはじまっている可能性が高い。 基準：20項目のうち10項目該当し、(16) 該当+ （「運動器の機能向上」(6)～(10)のうち3項目該当 または、 「認知症予防・支援」(18)～(20)いずれか該当）</p> <p>優先度2：閉じこもり+（「栄養改善」、または、「口腔機能の向上」、または、「うつ予防・支援」） すなわち、生活不活発病がはじまっている可能性が高い。 基準：20項目のうち10項目該当し、(16) 該当+ （「栄養改善」(11) 該当及びBMI18.5以下 または、 「口腔機能の向上」(13)～(15)すべて該当 または、 「うつ予防・支援」(21)～(25) 2項目以上該当）</p> <p>優先度3：非閉じこもりで、3項目以上 基準：①「運動器の機能向上」(6)～(10)のうち3項目該当 ②「栄養改善」(11) 該当及びBMI18.5以下 ③「口腔機能の向上」(13)～(15)すべて該当 ④20項目のうち12項目該当「認知症」(18)～(20)いずれか該当 ⑤20項目のうち12項目該当「認知症」(21)～(25) 2項目以上該当</p> <p>優先度4：基本チェックリスト項目18～20、または、21～25すべての該当者 すなわち、病気の可能性が高いため、早期発見・早期治療を目的とする</p> <p>優先度5（その他）：チェック漏れが多いなど気になる人＝通所型介護予防事業の対象になる可能性がある</p>
---

保健師による訪問対象となった高齢者のうち、まず、優先度1を最優先に訪問を実施する。次に、優先度2→3→4→5と優先度の高い順から訪問する。

保健師による初回訪問は、「保健師による一般訪問プログラム」として実施する。この際、通所型介護予防事業への参加の勧奨に対しては拒否でも、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。なお、対象になった人には、外出に関する自己効力感（表11）を評価しておくが良い。この尺度はカットオフポイントが決まっていないが、閉じこもりではおおむね14点未満であり、これが目安である（山崎ら、2008）。

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。訪問時には初めにライフレビュー（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」を行いその後のライフレビュー（回想法）の導入がスムーズになる。

表10 大田原市におけるライフレビューを用いた介入の内容

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 しゃったと思いますか?
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	

(安村誠司、芳賀博、藤幸田洋美等、科学研究費補助金・平成15～16年)

### 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（付図1）」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

まず、ライフレビューについて説明する。

**ライフレビューとは？**  
 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と考えております。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。

**<あなたが受ける利点>**  
 ご自分のこれまでの人生を振り返ることでより充実した日々を送ることが可能になります。時折、辛い体験などを思い出すこともあるとは思いますが、それはあなただけではなく、回想（ライフレビュー）に参加した方が必ず体験するものです。

**<あなたのプライバシーの保護>**  
 お話していただいた内容については、一切口外いたしません。万が一、公表させて頂きたいと考える場合には必ずあなたの許可を頂いてからに致します。

【評価】平成18年度にこのライフレビュー（回想法）訪問プログラムの対象になった12人のうち、1年後に9人は閉じこもりの状態が続いていたが、3人（25.0%）は非閉じこもりとなり、うち2人は自動車の運転が再開、畑仕事をするなど閉じこもりの解消、生活空間が拡大していた。このように、閉じこもりを解消できる介入プログラムとして注目できる。

表11 外出の自己効力感尺度

あなたの外出に対する自信の程度についてお聞きします。次のような場合に、どのくらい自信を持ってできますか。当てはまる数字に○をつけてください。 なお、ここでいう外出とは、『家から外に出ること』をさします。		全く自信がない	あまり自信がない	まあ自信がある	大変自信がある
1)	家族や友人に止められても、自分が外出したければ外出できる	1	2	3	4
2)	おっくうなときでも、外出できる	1	2	3	4
3)	歩きにくい所やすべりやすい所を通る場合でも、外出できる	1	2	3	4
4)	目的なしの外出ができる（ふらっと散歩するなど）	1	2	3	4
5)	仕事や人の世話のために、外出できる	1	2	3	4
6)	外出時に、体調が悪くなくても対応できる	1	2	3	4

4) 訪問継続が必要な対象者への支援（訪問型介護予防事業）  
－同居家族にも協力してもらう閉じこもり高齢者への支援－

a. 閉じこもり高齢者と家族の現状

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。前述のライフレビューを用いた訪問プログラムへの参加を呼びかけた際、家族の拒否が半数に上る地域もあった。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、家族がそれとは知らず、高齢者の閉じこもりを助長していると思われる場合もある。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。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。

b. 閉じこもりに影響する家族の要因

いくつかの研究から、閉じこもり高齢者は同居家族と家計を同一にしている人が多く、家族との会話が少なく、家庭内での役割も少ない傾向にあることがわかった（山崎ら、2008）。

家計という経済的状況は同居家族内における親子間の勢力関係の指標として知られる。家計という側面からみると、閉じこもり高齢者と家族は情緒的結合が強く、家族内で葛藤が生じた時にその葛藤が緩和されにくく、高齢者本人の自主性が損なわれやすいことを意味している。家族内での会話の頻度の多寡は、高齢者の生活満足度を最もよく反映する指標でもある。

非閉じこもり高齢者に比べ、閉じこもり高齢者の在宅時間が長い。閉じこもり高齢者は在宅時間が長くても、家族との会話は少なく、経済的な点からも家族に遠慮しながら生活をしている様子が推察された。家庭内の役割遂行数も、閉じこもり高齢者は非閉じこもり高齢者に比べ少なく（山崎ら、2008）、閉じこもり高齢者は身近な人への有用感も低いことが示されており（蘭牟田ら、2008）、これは家庭内での役割の少なさも手伝っていると推察される。

【高齢者の閉じこもりを解消するために、家庭内での役割を増やす介入プログラム】

－同居家族のサポートを活用し高齢者の役割遂行に対する自己効力感や有用感を高める－

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、「閉じこもっているのはダメ」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

専門家が訪問し、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。(ちなみに、家族のサポートと患者の自己効力感の関係については、(1) 行動の改善に対する動機付けを高める役割、(2) 動機付けを長期的に維持させる役割、(3) 心理的ストレスを緩和する役割があると言われる。)

最終的には、役割の遂行を通じて、自己効力感や有用感の向上をめざす。役割が定着し、少しずつ生活に変化が出てきたら、自己効力感や有用感を測定し、その効果を測定する。

### 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。

## 5) 訪問による社会・環境要因のアセスメント(訪問型介護予防事業)

### (1) 住環境などの環境要因の考え方

閉じこもりに至る過程は生活空間の狭小化の過程といえるが、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や気温・降雨降雪量などの気候条件による屋外環境と、自宅の家屋構造や屋内環境が考えられる。自宅周辺の環境要因を評価する標準的なツールはまだないが、自宅の環境については、家屋構造だけでなく、居住習慣を加えて生活空間の狭小化の様子をとらえることで、保健師などが自宅を訪問した際に簡単な聞き取りや観察による評価を考える。

これは、段差・階段、間取りなどの固定的な家屋構造に留まらず、畳を主体とした和式生活(床に座る生活)にみられる居住習慣の特徴について観察することである。転倒予防の観点からは段差などの危険因子が重視されるが、閉じこもり予防・支援の観点からは、活動性を低下させやすい居住習慣についても重視するべきである。

### (2) 屋内生活空間の狭小化の特徴

#### ①生活空間の狭小化

家の中では活発な活動が維持されている時期から活動性の低下の過程において日中の滞在場所も狭小化するが、単に自室内に移行するのではなく、自己効力感の喪失と共にテレビ視聴時間の長期化が見受けられる。自室にテレビがない場合には、比較的テレビのある部屋(茶の間・居間)の滞在時間が長く維持される。一見すると活動性が維持されているようにみえるが、空間移動が活発にあるのではなく、家の中(屋内の移動は維持)→テレビ前(家の中、自室を問わず活動性低下)→自室(寝たきり化)といった、テレビ前に滞在する活動性低下の段階があり、二次予防では、重視するべき生活空間の狭小化の特徴と考える。

#### ②畳主体の座り方

高齢者の生活は和室が中心であることが多く、居室や茶の間(居間)での主な座り方は、畳敷きの床に直接座る床座位(あぐら座や、背もたれ付き座椅子、壁や家具に寄り掛かる座位を含む)となる場合が多い。床座位は椅子を用いた座り方に比べてくつろいだ姿勢がとりやすい一方、からだの重心が低く立ち上がるときの負担が大きい。家庭内での役割が多い場合には、立ち座りを繰り返すが、過程での役割や趣味を持たない高齢者は、家族との会話が長い場合でも、長時間一定の場所に座り続けやすい。テレビの長時間視聴による余暇時間の消化といった生活習慣に陥ると、活動性の低下に至りやすい。生活の中に立ち座りの回数を低下させない工夫が必要である。

#### ③電話機の配置

社会的役割や、友人や近所づきあいが減少し、社会との接触が少なくなる状態、つまり社会との接触が減少した高齢者は、電話機への関心が低く、携帯電話を持たない、家庭用電話機の子機を身の回りに置かない、電話機(親機)や子機が歩いて届く位置に置かれるなど、家族主体の配置となっている。自室内や主な座位位置から離れた場所に家庭用電話機(有線)が配置されやす

く、着信音に対して時間的、距離的問題から対応が消極的な例がみられる。自分への用事の場合のみ家族の取り次ぎにより電話を利用する様子が見受けられる。本人が主体的に電話機を活用し、人的ネットワークを維持する例では、電話機の配置、子機の利用、携帯などは常に身の回りに配置され、電話の活用が容易な環境が維持されている。

### (3) 居住環境のアセスメント

保健師などが訪問の際に本人との会話や観察や屋内の環境の評価により住環境要因からみた閉じこもり高齢者の特徴を評価することが大切である。環境要因の重要性は言われているが、確立した尺度、チェックリストはないのが現状であり、すでに使用しているものがあれば、それでも良い。

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。

家屋構造については、保健師などが、メジャーや専門知識を用いずに観察により対象者の部屋と、外出を阻害する可能性がある物理的環境の状況を把握、外出の安全性の確認をする。

### (4) 住環境要因からみた訪問プログラムへの提言

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と、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、居住習慣については、情報提供や啓発による働きかけによる改善は費用を要するものではなく、訪問プログラムに取り入れやすい。住環境要因の改善は居住習慣へのアプローチから検討するべきであろう。

居住環境のアセスメントにより、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」が後を絶たないことあり、電話対応には注意を要することも忘れてはならない。

## 6. 閉じこもり予防・支援プログラムの評価

### 6. 1 県型保健所による対人保健サービス受給者での関与

本事業の実施主体は市町村であるが、閉じこもり高齢者が、精神保健サービス利用者または難病患者の場合は、県型保健所が提供するサービスと本事業との調整が必要である。このような事例を除けば、県型保健所が、本事業に直接関与することはない。しかし、県型保健所が、調査研究機能と広域調整機能を拠り所に、各市町村で実施される本事業の評価を支援すれば、事業の効果的、効率的な推進に役立つと期待される。

閉じこもり高齢者が、県型保健所による保健サービスの受給者（精神保健サービス利用者または難病患者）の場合は、地域包括支援センターと県型保健所の役割を明確にしたうえで、両者の連携を図りながら、簡易なケアプランを作成する必要がある。市町村役場の担当部署が該当する事例を集約して、地域包括支援センターのスタッフと県型保健所のスタッフが参加するサービス担当者会議を開催する。

### 6. 2 市町村による事業評価への関与

地域支援事業では、事業の成果が定期的に評価され、効果的、効率的な事業とするための改善が加えられながら、事業が推進される。事業の評価は、どの程度変化がおこったかに関心があるアウトカム評価と、なぜ、どのように変化がおこったかに関心があるプロセス評価に大別される。本事業のアウトカム評価は、短期的には、事業利用者の外出頻度が増加したかを、長期的には、事業利用者からの要介護認定発生率が減少したかを計測して行われる。一方、プロセス評価は、事業の実施過程で、効果的、効率的な実施に不可欠な要素が充足されているかを点検し、各実施過程の改善に結びつけるものである。本事業の実施過程は、『対象となった閉じこもり高齢者に対して、社会・環境要因や心理的要因の改善を試みたうえで、「出かける場」として、地域で提供されている通所型フォーマルサービスまたはインフォーマルサービスを利用するように働きかけを行い、家族と地域社会の協力も得ながら、外出頻度の増加を図ること。』と要約される。各実施過程を構成する要素に注目すると、本事業のプロセス評価の項目は表 12 のようになる。

市町村の事業担当部署が自ら評価を実施する場合は、事業担当部署に評価担当者を置いて評価を行うべきである。しかし、市町村単独で事業評価を進めることは、人的、時間的制約から困難な場合も多い。また、市町村の事業担当部署が自ら担当する事業を評価すると、客観性がある評価にならないおそれもある。市町村単独での評価が持つこれらの制約は、市町村事業の支援を担う県型保健所が本事業の評価に参加すれば克服される。県型保健所は、調査研究機能と広域調整機能を拠り所として、保健所単独で、あるいは必要に応じて市町村の事業担当部署と共同で、各市町村での事業を評価する。県型保健所は、評価に関与することによって、各市町村の評価結果を集約した資料を作成することができ、さらに、集約された資料を基に、各市町村の事業担当者や地域包括支援センターのスタッフに参加を求めて、事業実施上の課題と解決策を討議する事業検討会を主催することができる。広域で開催される検討会での事業担当者間の交流は、成功事例の経験が乏しい市町村のスタッフが、成功事例を経験した市町村の取り組みと工夫を学ぶうえで貴重である。このように、県型保健所が本事業の評価に関与することは、事業の効果的、効率的な推進に寄与すると考えられる。

表 12 閉じこもり予防・支援プログラムのプロセス評価項目（例）

<p><b>【事業対象者の状況および周囲の状況の把握】</b></p> <p>〔対象者の状況〕</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・対象者の外出を障害する要因を把握できているか.</li><li>・対象者が外出してやりたいことを把握できているか.</li></ul> <p>〔対象者の周囲の状況〕</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・対象者の外出を支援する家族、隣人、地域資源（ボランティア組織など）を把握できているか.</li><li>・地域で実施されている通所型サービスの実態（実施主体、実施スタッフ、活動内容と安全性、実施頻度、実施期間、サービス利用終了者の処遇など）を把握できているか.</li></ul> <p><b>【簡易なケアプランの作成】</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・対象者の外出を障害する改善可能な要因に対して、十分な処置を施すことができているか.</li><li>・対象者の簡易なケアプランとして利用することが適当なサービスは、どのような条件を備えているべきかについて検討できているか（実施主体、実施スタッフ、活動内容、実施頻度、実施期間、サービス利用終了者の処遇に関する条件）.</li><li>・対象者の簡易なケアプランに、上記条件を満たす通所型サービスを選定できているか.</li><li>・対象者の簡易なケアプランに選定した通所型サービスは、対象者本人の興味と都合に合っているか.</li><li>・家族、隣人、地域資源を、対象者の外出支援のために十分活用できているか.</li></ul> <p><b>【事業の中間評価】</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・事業実施期間中に対象者の外出状況を確認できているか.</li><li>・対象者の外出を支援する地域の資源、および簡易なケアプランで利用する通所型サービスについて、必要に応じて見直しを行っているか.</li></ul> <p><b>【事業提供体制】</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・対象者の家族、隣人、地域資源から、十分な協力を得られているか.</li><li>・簡易なケアプランで利用する通所型サービスとの連携は十分か.</li><li>・地域包括支援センターは、事業対象者の一次アセスメント、簡易なケアプラン作成および中間評価を実施するために必要となるスタッフ（職種と人数）を擁しているか.</li></ul>
---

### 6. 3 閉じこもり予防・支援プログラムの評価の視点

閉じこもり予防・支援プログラムの目的は、予防の視点から見た場合、

1次予防の視点からは、

- ①非閉じこもり（いわゆる、元気高齢者）からの閉じこもり者の新発生（発生率）の減少
- ②閉じこもり出現率（有病率）の減少
- ③非閉じこもりにおける閉じこもり要因としての身体的、心理的、社会・環境的要因の改善、または、悪化の減少
- ④住民の閉じこもりに関する知識の増加

2次予防の視点からは、

- ⑤閉じこもり傾向がある人の通所系サービスへの参加率の増加
- ⑥閉じこもり傾向がある人の閉じこもりにならないでいる割合の増加

3次予防の視点からは、

- ⑦閉じこもりからの要介護認定者の発生の減少
- ⑧閉じこもりから非閉じこもりへと改善した人数

などが挙げられるであろう。

さらに、閉じこもり予防をより積極的な意味でその目的を捉える視点からは、

- ⑨高齢者の社会参加、社会的交流の増加
- ⑩高齢者の家庭内外における役割の増加

などがむしろ評価指標として用いられることが望まれる。

このように、アウトカム評価としては、上記のいずれかの項目での評価が必要である。ただ、いずれの項目もすでにその情報を市町村で把握している場合は限られているものと考えられる。地域包括支援センターや市町村は少なくとも管内の高齢者における閉じこもりの出現率を把握することが必要である（②）。全域での対応が困難であれば、一部に関してのみでも悉皆的に把握することが重要である。そして、閉じこもり予防事業を実施した後で、その出現率に変化があったかどうかを評価しなければならない（⑧）。

なお、閉じこもり予防事業の効果を短期的にアウトカム評価として、示すことは困難な場合も少なくないと考えられる。地域包括支援センターや市町村は、上述のように、県型保健所等の協力も得ながら、プロセス評価を実施する。このプロセス評価を行うことで現在実施している事業の課題やその解決策の手がかりを得ることができる。



## ＜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」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。

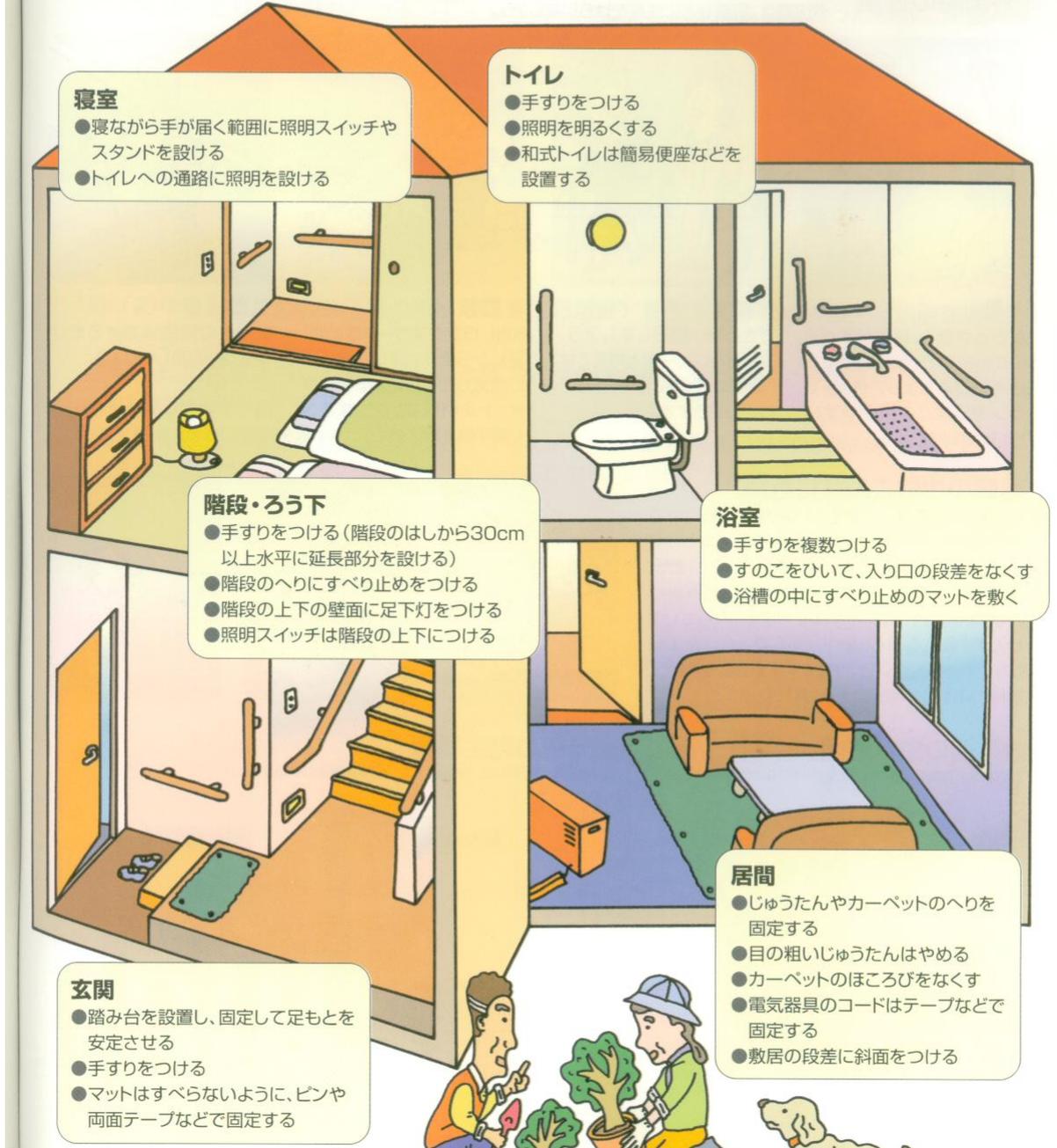
### 注意事項

- ・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ヵ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。

# 安全な住まい作りの工夫

監修：福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座教授 安村誠司

年をとり体が衰えてきたり、病気や障害があったりすると、安全であるべき自宅のなかにも危険な要素がたくさんあります。自宅での転倒や転落などの事故を防ぐために、できるだけ安全な住まいに改善していきましょう。



付図1. 健康情報に関するパンフレットの見本

## 引用文献

- 1) Bandura A: Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev 1977;84: 191-215.
- 2) 藤田幸司、藤原佳典、熊谷 修、他. 地域在宅高齢者の外出頻度別にみた身体・心理・社会的特徴. 日本公衛誌、2004; 51; 168-180.
- 3) 長谷川和夫. 老人の心理. 老人心理へのアプローチ. 東京: 医学書院. 1975.
- 4) 芳賀 博. 地域の高齢者における転倒・骨折に関する総合的研究. 平成7年度～平成8年度科学研究費補助金研究成果報告書. 1997: 124-136.
- 5) 芳賀 博, 植木章三, 島貫秀樹, 他. 地域における高齢者の転倒予防プログラムの実践と評価, 厚生指標, 50 (4), 20-26, 2003.
- 6) 鳩野洋子、田中久恵. 地域ひとり暮らし高齢者の閉じこもりの実態と生活状況. 保健婦雑誌、55; 664-669, 1999.
- 7) 井上勝也. 老年期と生きがい. 井上勝也、木村 周; 編. 新版老年心理学. 東京: 朝倉書店. 1993;146-160.
- 8) 池上直己. 厚生労働省科学研究費補助金健康科学総合研究事業. 保健サービスによる寝たきり予防に関する調査研究. 平成10年～平成12年. 2001.
- 9) 藺牟田洋美, 安村誠司, 藤田雅美, 他: 地域高齢者における「閉じこもり」の有病率ならびに身体・心理・社会的特徴と移動能力の変化, 日本公衛誌, 1998, 45, 883-892.
- 10) 藺牟田洋美, 安村誠司, 阿彦忠之. 他: 自立および準寝たきり高齢者の自立度の変化に影響する予測因子の解明. 身体・心理・社会的要因から. 日本公衛誌 2002; 49 (6): 483-496.
- 11) 藺牟田洋美, 安村誠司, 阿彦忠之: 準寝たきり高齢者の自立度と心理的QOLの向上を目指したLife Reviewによる介入プログラムの試行とその効果. 日本公衛誌 2004;51: 471-482.
- 12) 川村匡由. 新しい高齢者福祉. 京都: ミネルヴァ書房, 1969, 84-91.
- 13) 厚生省大臣官房老人保健福祉局老人保健課. 寝たきりゼロをめざして. 1989.
- 14) 厚生省: 厚生白書(平成元年版), 1990. 148-156., 厚生白書(平成3年版) 1992, 172.
- 15) 厚生労働省老人保健課監修: 機能訓練事業ガイドライン. 厚生科学研究 1994.
- 16) 厚生労働省老健局長: 介護予防・地域支え合い事業の実施について(平成15年6月9日・老発第0309002号・厚生労働省老健局長発各都道府県知事・各指定都市市長・各中核市市長宛). 2003.
- 17) 高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」. 東京: 法研, 2003.
- 18) 森 明子, 来島修志, 小島恵美, 他: 地域高齢者に対する介護予防事業への関わり～回想法を用いて～. 作業療法 2003; 22: 393.
- 19) 内閣府. H16高齢社会研究セミナー報告書「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」. 2004.
- 20) 島貫秀樹, 本田春彦, 伊藤常久, 他. 地域在宅高齢者の介護予防推進ボランティア活動と社会・身体的健康およびQOLとの関係. 日本公衛誌, 54, 749-759, 2007.
- 21) 新開省二. 「閉じこもり」アセスメント表の作成とその活用法. ヘルスアセスメントマニュアル—生活習慣病・要介護状態予防のために—, ヘルスアセスメント研究委員会監修. 厚生科学研究所, 東京, 2000, 113-141.
- 22) 新開省二. 閉じこもり予防 第三章 対象者把握のためのアセスメントとチェックリスト. 介護予防研修テキスト. 東京: 社会保険研究所. 2001;150-166.
- 23) 新開省二. 閉じこもり研究の現状と課題—閉じこもりに対して地域保健活動をどう展開するか—. 秋田県公衆衛生学雑誌. 2005;2:1-6.
- 24) 竹内孝仁: 寝たきり老人の成因—「閉じこもり症候群」について. 老人保健の基本と展開. 医学書院. 東京, 1984, 148-152.
- 25) 東京都老人総合研究所. 小金井市70歳老人の総合健康調査—第2報・10年間の追跡調査. 1988.
- 26) 高村寿子: ヘルスプロモーションとエンパワメント—今、保健師に期待される役割をめぐって—, 生活教育: 2000: 44 (2): 7-12.
- 27) 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.

- 28) 地域保健研究会. 平成 15 年度老人介護保健事業推進費等補助金介護予防優良事例集. 東京: 地域保健研究会, 2004.
- 29) 植木章三, 河西敏幸, 高戸仁郎, 他. 高齢者の歩行機能維持を目的とした体操プログラムの開発の試み, リハビリテーションスポーツ, 2002;21 (2): 42-52.
- 30) 山崎幸子, 藺牟田洋美, 橋本美芽, 他. 都市部在宅高齢者における閉じこもりの家族および社会関係の特徴. 日本保健科学学会誌 2008a;11(1):20-27.
- 31) 山崎幸子, 藺牟田洋美, 安村誠司, 他. 地域高齢者の外出に対する自己効力感尺度の開発. 日本公衛誌 2008b;55 (特別付録): 513.
- 32) 保田玲子, 工藤禎子, 桑原ゆみ, 他: 住民主体型閉じこもり予防事業のボランティアが活動を通じて得ているもの, 保健師ジャーナル 2004: 60(4): 376-383.
- 33) 安村誠司, 安田誠史, 松田晋哉. 寝たきりゼロ作戦の評価—課題は評価可能な調査項目の設定—. 公衆衛生情報. 16-18, 1999.
- 34) 安村誠司: 厚生労働省科学研究費補助金長寿科学総合研究事業 「閉じこもり」高齢者のスクリーニング尺度の作成と介入プログラムの開発 平成 12 年度～平成 14 年度総合研究報告書. 2003a. 3.
- 35) 安村誠司: 「閉じこもり」高齢者の寝たきり化予防のための介入研究 平成 12 年度～平成 14 年度 科学研究費補助金(基盤研究(C)(1))研究成果報告書. 2003b. 3
- 36) 安村誠司: 高齢者における「閉じこもり」. 日本老年医学会雑誌, 2003c; 40: 470-472.
- 37) 安村誠司. 「閉じこもり」高齢者の寝たきり化予防を目的とした無作為化比較試験. 科学研究費補助金(基盤研究(B)(1))研究成果報告書, 2005a.
- 38) 安村誠司: 厚生労働省科学研究費補助金長寿科学総合研究事業 介護予防事業の有効性の評価とガイドラインの作成 平成 15 年度～平成 16 年度総合研究報告書. 2005b. 4.
- 39) WHO. The uses of epidemiology in the study of the elderly. WHO Technical Report Series 706, Geneva, 1984.
- 40) 渡辺美鈴, 渡辺文眞, 松浦尊麿, 他. 自立生活の在宅高齢さ穂の閉じこもりによる要介護の発生状況について. 日本老年医学会雑誌, 2005; 42: 99-105.

(参考文献)

- 1) 芳賀 博: 三本木町における閉じこもりの実態に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)「閉じこもり」高齢者のスクリーニング尺度の作成と介入プログラムの開発 平成12年度～平成14年度総合研究報告書(主任研究者: 安村誠司), 49-59.
- 2) 平井 寛: 8 閉じこもり. 検証「健康格差社会」. 医学書院, 東京, 2007, 59-66
- 3) Imuta H, Yasumura S, Abe H, et al: The prevalence and psychosocial characteristics of frail elderly in Japan: A community-based study. Aging Clin and Exp Res 2001;13:443-453.
- 4) 藺牟田洋美, 安村誠司, 阿彦忠之, 他: 自立および準寝たきり高齢者の自立度の変化に影響する予測因子の解明 身体・心理・社会的側面から. 日本公衛誌 2002;49, 483-496.
- 5) 藺牟田洋美, 安村誠司, 牧上久仁子, 他「閉じこもり」高齢者に対する介入研究(第1報) ライフレビュー場面での心理的变化. 日本公衛誌 2004: 51 (10): 701.
- 6) 工藤禎子, 三国久美, 桑原ゆみ, 他: 閉じこもり予防事業における住民主体化のプロセス, 日本地域看護学会第3回学術集会講演集 2002: 48.
- 7) 工藤禎子: 閉じこもり予防事業の参加者への効果評価, 厚生省科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)分担研究報告書: 2003: 18-22.
- 8) 厚生労働省保険局国民健康保険課. 国保ヘルスアップ事業個別健康支援プログラム実施マニュアルver. 1. 国民健康保険中央会 2005年3月.

- 9) 坂野雄二, 前田基成編著. セルフエフィカシーの臨床心理学, 北大路書房, 2002.
- 10) 高取真由美: 当別町地域参加型閉じこもり予防事業, 北海道公衆衛生学会誌 2003:16:77-82.
- 11) 高戸仁郎, 芳賀 博, 牧上久仁子, 他: 「閉じこもり」高齢者に対するホームヘルパーの運動指導が運動機能に及ぼす効果. 保健福祉学研究 2004;3:31-42.
- 12) 山崎幸子, 橋本美芽, 藺牟田洋美, 他. 都市部在宅高齢者における閉じこもりの出現率および住環境を主とした関連要因. 老年社会科学 2008;30(1):58-68.
- 13) 安村誠司編: 地域ですすめる閉じこもり予防・支援 効果的な介護予防の展開に向けて, 中央法規出版, 2006

## 9. 研究者名簿

### 初版メンバー

- 安村誠司 (福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座教授)
- 芳賀 博 (東北文化学園大学医療福祉学部教授)
- 藺牟田洋美 (首都大学東京健康福祉学部准教授)
- 高戸仁郎 (東北文化学園大学医療福祉学部助教授)
- 安田誠史 (高知大学医学部公衆衛生学教室助教授)
- 村井千賀 (石川県リハビリテーションセンター企画専門員)
- 大竹まり子 (山形大学医学部看護学科助手)
- 叶谷由佳 (山形大学医学部看護学科教授)

### 改訂版メンバー

- 安村誠司 (福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座教授)
- 芳賀 博 (桜美林大学大学院老年学教授)
- 藺牟田洋美 (首都大学東京健康福祉学部准教授)
- 橋本美芽 (首都大学東京健康福祉学部准教授)
- 高橋和子 (宮城大学看護学部在宅看護学准教授)
- 山崎幸子 (株明治安田生活福祉研究所 福祉社会研究部研究員)
- 鈴木理恵子 (栃木県大田原市高齢生きがい課介護予防係係長)

(○: 研究班長)

\* 問い合わせ先: 福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座メールアドレス: [public-h@fmu.ac.jp](mailto:public-h@fmu.ac.jp)  
 または、ファックス: 024-548-4600 (電話でのお問い合わせはご遠慮下さい。)

# 認知症予防・支援マニュアル

平成 20 年 12 月

認知症予防・支援についての研究班

主任研究者：

東京都老人総合研究所参事研究員

本間 昭

# 認知症予防・支援マニュアル

## 目次

1	マニュアルの概要	2
2	認知症予防・支援の考え方	5
2.1	認知症と軽度認知障害	5
2.1.1	認知症の定義	5
2.1.2	認知症の症状	5
2.1.3	認知症の有病率	6
2.1.4	認知症の原因疾患	6
2.2.1	軽度認知障害の定義	7
2.2.2	軽度認知障害の有症率と認知症への移行率	8
2.2.3	軽度認知障害と認知的介入の考え方	10
3	認知症予防・支援の対象とアプローチ	11
3.1	認知症予防・支援の対象の区分	11
3.2	ハイリスク・アプローチ	12
3.3	ポピュレーション・アプローチ	12
3.3.1	生きがい型のポピュレーション・アプローチ	13
3.3.2	目的型のポピュレーション・アプローチ	13
3.3.3	訓練型のポピュレーション・アプローチ	13
4	介護予防事業における認知症の予防・支援に関する事業	16
4.1	特定高齢者施策（ハイリスク・アプローチ）	16
4.1.1	啓発	16
4.1.2	対象者の把握	16
4.1.3	対象者の選定	17
4.1.4	介護予防ケアマネジメント	17
4.1.5	認知症予防・支援事業の提供	18
4.1.6	効果の評価	19
4.2	介護予防一般高齢者施策（ポピュレーション・アプローチ）	21
4.2.1	生きがい型の介護予防一般高齢者施策の方法	21
4.2.2	目的型および訓練型の介護予防一般高齢者施策の方法	22
4.2.3	目的型および訓練型の介護予防一般高齢者施策の地域展開の方法	23
5	認知症支援の方法	27
5.1	早期対応を促す啓発	27
5.2	かかりつけ医・専門医の受け入れ体制づくり	27
5.3	軽度認知症高齢者に対する支援	27
5.3.1	問題への対処法の学習支援	27
5.3.2	能力維持のための支援	29
5.3.3	家族に対する支援	30
6	まとめ	32
7	資料	33
8	研究班名簿	52

## 1. マニュアルの概要

### 1) 取組のねらい

このマニュアルは、平成21年度からの介護予防事業における認知症の予防・支援に関するプログラムの進め方について述べるものである。認知症は、要介護状態に陥る3大原因疾患のひとつを占めている。したがって、認知症が予防できるのであれば、個人にとっても社会にとっても大きな恩恵をもたらすことになる。

しかし、認知症は果たして予防できるのかという認知症予防の可能性についての疑念はまだまだ根強いものがある。近年、認知症の大きな部分を占めるアルツハイマー型認知症の危険因子が明らかになるにつれて、認知症予防の可能性が次第に認識されるようになってきた。とはいえ、学術的に根拠のある方法にもとづいた認知症予防の取組はまだまだ少ない。その背景として、認知症予防については、予防の根拠が明確になっていないこと、対象がはっきりしないこと、その方法が明確でないこと、また、認知症予防の知識や技術を持った人材が不十分なこと、そして、効果評価の方法が確立されていないことなどの理由を挙げることができる。認知症に対する予防対策をすすめるためには、こうした問題を解決していかなければならない。

### 2) 効果的な取組の基本的な考え方

認知症とは、いったん発達した知的機能が低下して社会生活や職業生活に支障をきたす状態を表している。抽象思考の障害、判断の障害、失行、失認、失語、実行機能障害などの認知障害は認知症の中核的、本質的な症状である。認知症の中でもっとも大きな割合を占めている原因疾患は、アルツハイマー病と脳血管障害である。脳血管障害についての危険因子は、運動不足、肥満、食塩の摂取、飲酒、喫煙の生活習慣、高血圧症、高脂血症、糖尿病や心疾患などがあり、その予防方法も広く知られているところである。アルツハイマー病の抑制因子については、最近になって、アルツハイマー病の発症に関わる抑制因子が実証的に明らかとなってきた。食習慣としては、魚の摂取、野菜・果物の摂取、ワインの摂取量などが関係していることが分かっている。また、運動との関連では有酸素運動の量や強度が認知症の発症の抑制と関係していることもいくつかの研究が示している。さらに、文章を読む、知的なゲームをするなどの知的な生活習慣や対人的な接触頻度も認知症の発症の抑制に大きく関わっていることも明らかになっている。

一方、認知症に至る前段階にあたる軽度認知障害の時期に低下する認知機能も次第に明らかとなってきた。軽度認知障害の時期には、エピソード記憶、注意分割力、計画力を含めた思考力の低下が起こりがちであり、認知症予防の観点からはこれらの認知機能を維持するような知的な活動が有効であろうと考えられている。

### 3) 具体的な取組内容

このマニュアルの前半は、認知症予防・支援の背景となる考え方を述べる。マニュアルの後半は、介護予防事業の一環として実施される認知症予防・支援プログラムにおける介護予防特定高齢者施策（ハイリスク・アプローチ）と介護予防一般高齢者施策（ポピュレーション・アプローチ）の位置付けを述べる。介護予防特定高齢者施策については、要支援・要介護状態になるおそれのある高齢者（以下「特定対象者」という。）の把握からサービス事業提供と評価にいたる地域支援事業の進め方について述べる。また、介護予防一般高齢者施策については、地域展開の方法について述べ、プログラムを例示する。さらに、すでに認知症を発症している高齢者に対する支援の考え方と方法について述べる。

#### (1) 介護予防一般高齢者施策（ポピュレーション・アプローチ）

アルツハイマー病による認知症や脳の血管障害による認知症は、長期にわたる脳の病変的変化を経て発症する。したがって、効果的な認知症予防を考えるならば、健康な高齢者を含めた全ての高齢者を対象にしたポピュレーション・アプローチ、つまり介護予防一般高齢者施策が重要である。また、予防的活動は長期に継続する必要がある。長期に活動を続けるためには、高齢者にとって興味を持って生きがいとなるようなものが望ましい。

さらに介護予防一般高齢者施策では、高齢者自らが予防の方法を学習して自立的に危険因子を減らすことを支援することを目指すべきである。多くの高齢者に認知症予防への関心を高めてもらい、認知症予防についての知識を持ってもらうことは、介護予防一般高齢者施策で特に重要である。しかし、そうした知識だけでは、認知症の危険因子を下げる行動には至らない。実効ある介護予防一般高齢者施策のためには、行動のきっかけとなる地域の情報に関心のある住民に提供していく必要がある。また、予防的行動を開始しそれを維持していくための地域活動の支援や指導者等の育成が必要となる。

それらを踏まえ、介護予防一般高齢者施策では、全ての高齢者を事業の対象にして、以下のような事業を行う。①認知症予防に役立つ地域の社会資源の情報を集めてデータベースを作る。②認知症予防に関心がある住民へ認知症の危険因子を減らす行動を習慣化するための情報やきっかけづくりのための情報提供を行う。③地域での認知症予防活動を育成し支援を行う。地域での活動のタイプには、i)生きがい型：認知症予防を直接の目的にはしていないが、認知症の危険度を下げる効果の期待できる活動、ii)目的型：認知症予防を目的として、多くの高齢者が好み、認知症の危険度をさげる効果の期待できる活動、iii)訓練型：認知症予防を目的として、認知機能の訓練効果が期待できる活動がある。④認知症予防活動を支援、または指導をする人材の育成を行う。

#### (2) 介護予防特定高齢者施策（ハイリスク・アプローチ）

介護予防特定高齢者施策（ハイリスク・アプローチ）は、軽度認知障害をもつ高齢者を対象とすることになるが、軽度認知障害を持つ人たちには認知症予防に関心を持つ人の割合が健康な高齢者に比べて低い。したがって、介護予防特定高齢者施策では、まず、地域の人たちに早期発見と早期予防のメリットを知ってもらい、介護予防のための生活機能評価（以下「生活機能評価」という）などに抵抗なく参加できるようにすべきである。そのためにも、啓発は重要である。また、認知症予防・支援プログラムの提供にあたっては、認知機能の維持や改善の効果が期待できるサービスを提供することは当然のことではあるが、対象者の好みや価値観にあった内容でないと効果が期待できない。

介護予防特定高齢者施策では、保健師・看護師など多様な情報源から軽度認知障害などの可能性のある者を把握し、介護予防のための生活機能評価（以下「生活機能評価」という。）及びアセスメントを行う。さらに、認知機能は低栄養状態、運動機能の低下、口腔機能の低下とも関連し、これらの機能改善が認知機能の維持に役立つと期待されるため、これらの対象者へのプログラムと併せて認知症の予防を図っていくことが考えられる。このことにより、高齢者がそれぞれのプログラムに参加する過程で記憶や注意、思考力の認知機能が刺激されることが期待できる。また、通所形態による事業実施が困難である者に対しては、訪問活動により必要な支援を行うことが考えられる。なお、プログラムを開始する際には、事前アセスメントとして認知機能の評価を行い、事業の終了した後に事後アセスメントを行って事業の効果を評価する。

さらに、プログラムが終了した後も、地域のインフォーマルなサービス等を活用し、活動の持続を図ることが望ましい。

認知症予防・支援の事業概要

事業の種類	対象者	主な担当職種	実施する場所	事業内容	目標設定・評価期間	
特定高齢者施策 (ハイリスク・アプローチ)	軽度認知障害を持つ高齢者	保健師・看護師等 言語療法士 作業療法士等	市町村保健センター、公民館等 (委託する場合は、民間事業所等)  (通所が困難な場合については、適宜、訪問により実施)	① 二次アセスメント  ② 事業の提供	○ 認知機能等を評価し、医療サービスや介護サービスの必要性や、地域支援事業としての支援方法について検討する。 ○ 一定期間後に再度認知機能等を評価し、事業の効果を確認する。 ○ 認知機能が認知症を疑うレベルまで低下していれば、適切に医療サービスや介護サービスに結びつける。 ○ 認知症予防のためには、生活活動や趣味活動を増やすことが重要であると考えられるため、該当する者には運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上、認知機能改善等の各種事業への参加を呼びかけるとともに、地域のインフォーマルなサービス資源の活用を図る。	○ 認知機能の維持または改善を目標とする ○ 評価期間は各種事業の実施期間に準じる
一般高齢者施策 (ポピュレーション・アプローチ)	全ての高齢者	保健師等	市町村保健センター、公民館等 (委託する場合は、民間事業所等)	① 社会資源データベース作成 ② 住民への情報提供 ③ 地域活動の育成・支援  ④ プログラム指導者・ファシリテーター(支援者)育成	○ 認知症予防に役立つ地域の社会資源に関する情報を集めデータベースを作成 ○ 認知症予防に関心のある住民への情報提供 ○ 行動変容のきっかけとなる以下のような地域活動を育成・支援 ・ 生きがい型 囲碁、将棋、園芸、料理、パソコン、ウォーキング、水泳、ダンス、体操、等 ・ 目的型 認知症予防に特化した園芸、料理、パソコン、旅行プログラム、ウォーキング、水泳、食習慣改善プログラム ・ 訓練型 認知機能訓練を目的とした計算ドリルなど ○ 認知症予防プログラムを実施するために必要な知識と技術を持った指導者やファシリテーター(支援者)の育成	○ 各事業内容に応じた目標設定と評価期間を設ける ○ 目的型・訓練型事業については、認知機能の維持または改善を目標とし、評価期間は、実施期間に準じる

## 2. 認知症予防・支援の考え方<参照：資料1>

### 2.1 認知症と軽度認知障害

#### 2.1.1 認知症の定義

認知症とは、いったん発達した知的機能が低下して社会生活や職業生活に支障をきたす状態を表している。認知症の診断基準は、表1に示したDSM-IV-TR精神障害の診断統計マニュアル（American Psychiatric Association、2000）が最も多く使われている。

表1. DSM-IV-TR精神障害の診断統計マニュアルによる認知症の診断基準

- |     |  |
|-----|--|
| A   | 以下の2項目からなる認知障害が認められること   |
| 1   | 記憶障害（新しい情報を学習したり、かつて学習した情報を想起したりする能力の障害）                           |
| 2   | 以下のうち1つあるいは複数の認知障害が認められること   |
| (a) | 失語（言語障害）   |
| (b) | 失行（運動機能は損なわれていないにもかかわらず、動作を遂行することができない）                            |
| (c) | 失認（感覚機能は損なわれていないにもかかわらず、対象を認識あるいは同定することができない）                      |
| (d) | 実行機能（計画を立てる、組織立てる、順序立てる、抽象化する）の障害                                  |
| B   | 上記のA1、A2の記憶障害、認知障害により社会生活上あるいは職業上あきらかに支障をきたしており、以前の水準から著しく低下していること |
| C   | 上記の記憶障害、認知障害はせん妄の経過中のみに起こるものではないこと                                 |

#### 2.1.2 認知症の症状

認知症の症状として抽象思考の障害、判断の障害、失行、失認、失語、実行機能障害などの認知障害は認知症の本質的な症状であり、中核症状と呼ばれている。妄想、幻覚、不安、焦燥、せん妄、睡眠障害、多弁、多動、依存、異食、過食、徘徊、不潔、暴力、暴言など必ずしも認知障害といえない行動的な障害を周辺症状と呼んでいる。

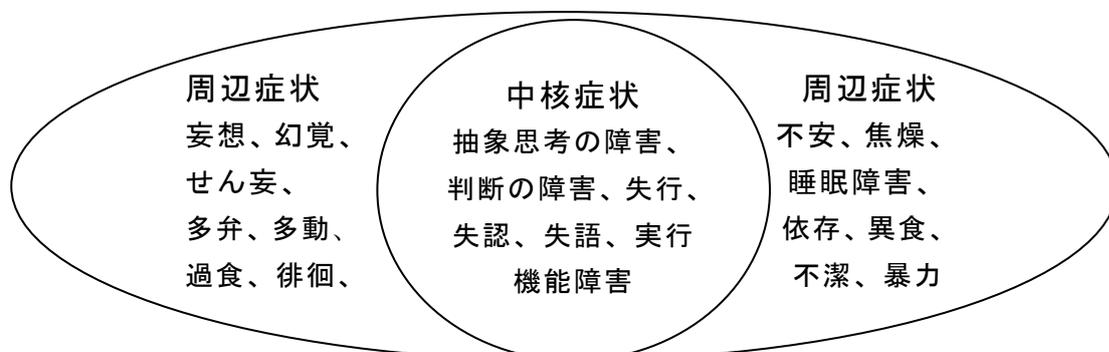


図1. 認知症の症状

### 2.1.3 認知症の有病率

地域高齢者の認知症の有病率は、調査によっては 3.0%から 8.8%とばらつきが大きい (Nakamura S ら、2003)。年齢が 75 歳を超えると急激に有病率が高まる (東京都福祉局、2009)。年間の発症率は、65 歳以上で 1%から 2%と考えられているが、65 歳から 69 歳では 1%以下であり、80 歳から 84 歳では 8%と年齢とともに急激に増える (Yoshitake T、1995)。

### 2.1.4 認知症の原因疾患

高齢期に認知機能の低下を引き起こす原因は、老化現象と機能を使わないことによる廃用性の機能低下、および疾患によるものに分けることができる。認知症の認知機能の低下は、脳の器質的変化を引き起こすそれらの原因が、それぞれが相互に影響しあって現れるものと考えらるべきである。認知症を引き起こす疾患は、表 2 に示すように様々である (小山恵子、1999)。

表 2. 認知症の主な原因疾患

1. 神経変性疾患 アルツハイマー病、ピック病、パーキンソン病、ハンチントン舞踏病、進行性核上麻痺、びまん性レビー小体病、脊髄小脳変性症、皮質基底核変性症など
2. 脳血管障害 脳梗塞 (塞栓または血栓)、脳出血など
3. 外傷性疾患 脳挫傷、脳内出血、慢性硬膜下血腫など
4. 腫瘍性疾患 脳腫瘍 (原発性、転移性)、癌性髄膜炎など
5. 感染性疾患 髄膜炎、脳炎、脳膿瘍、進行麻痺、クロイツフェルト・ヤコブ病など
6. 内分泌・代謝性・中毒性疾患 甲状腺機能低下症、下垂体機能低下症、ビタミン B12 欠乏症、肝性脳症、電解質異常、脱水、ウェルニッケ脳症、ペラグラ脳症、アルコール脳症、
7. その他 正常圧水頭症、多発性硬化症など

認知症に占める割合の最も大きいものは、アルツハイマー病による認知症である。最近の調査では認知症の 60%を占めているという報告もある (Meguro K ら、2002)。アルツハイマー型認知症では、神経細胞の脱落、およびアミロイド斑と神経原繊維変化が大脳皮質

に広範に見られる。アミロイドタンパクの沈着は発症の十数年前から起こり、アルツハイマー型認知症と診断される前に長期にわたる病理的な変化がある。症状は徐々に進行する。周囲の者は、最近の出来事を思い出せない、ものを置き忘れる、同じ質問を何度もする、話の中で間違った言葉を使ったり、空疎なおしゃべりをしたりするなどの行動に気づいていることが多い。もっとも目立つ症状は記憶障害であり、新しいことを覚えたり、思い出さず記憶機能が障害されたりする。同時に、言語機能や視空間機能が障害されている場合が多い。また、時間の見当識（時間についての認識）、注意の機能、計画を立てたり、段取りをつけたり、抽象化する実行機能が障害される。

アルツハイマー型認知症に次いで多いのが、脳の血管の障害によって二次的に神経細胞が障害されるために起こる脳血管性認知症である。認知症全体の15%程度の割合を占める。症状は、血管障害を起こした脳の部位によって異なる。たとえば、記憶障害は深刻であるが、計算力は障害されていないということがある。怒りっぽくなるなど人格の変化をきたすこともある。障害の部位によっては、運動障害や知覚障害を伴うこともある。脳出血や脳梗塞発作では始まり方が急激であるが、梗塞が多発して起こるタイプでは認知機能の低下も階段状に低下していくことが多い。しかし、びまん性の白質病変による認知症では、認知機能の低下が徐々に進行する。

この他、前頭側頭型認知症のように人格的变化、注意や意欲の障害、判断の障害、抽象的思考の障害や段取りの悪さなどの実行機能の障害が目立つタイプ、レビー小体型認知症、記憶機能は比較的保たれているが言語機能や視空間認知機能などが徐々に低下していくタイプの認知症もある。

### 2.2.1 軽度認知障害の定義

進行的に認知症にいたる認知機能の変化から見れば正常な老化の過程と区別できる前駆的な期間が存在する。正常な高齢者が認知的変化を生じて認知症に転化していく過程で、認知検査で正常な老化と区別しうる時点から認知症の診断がつくレベルまでの期間として5年から10年の期間がある。平均すると6年から7年である。広義には軽度に認知機能が低下したこの時期の状態を軽度認知障害（Mild Cognitive Impairment: MCI）と呼ぶ。認知症予防におけるハイリスクアプローチのターゲットは、このMCIということになる。

MCIと類似した概念として、1993年に国際老年精神医学会の検討委員会が提唱した加齢関連認知低下（Aging-associated Cognitive Decline: AACD (Levy R, 1994)）がある。表3の診断基準に示すようにAACDの概念は、記憶・学習、注意、言語、視空間認知、思考の5つの多面的な認知領域の機能の低下を含んでいる。地域の高齢者を対象にした研究では、3年間の認知症への移行率は記憶障害のみで定義したMCIが11.1%であったのに対して、5つの認知領域のいずれか1つ以上に認知障害を持つAACDでは28.6%と、はるかに移行率が高いことが認められた。しかも、MCIの一般地域高齢者に占める割合は3.2%に過ぎず、これに対して、AACDは19.3%であったと報告されている（Ritchie Kら、2001）。この他のいくつかの研究でも、AACDは地域高齢者の19.7%~35.2%を占めていることが報告されている（Schroder Jら、2003; Hanninen Tら、1996）。

記憶機能の低下が前駆的な段階での主要な兆候であることから、Petersenら（1999）によって記憶低下に着目したMCIの概念が提唱された（表4）。しかしこの概念は、認知的

低下が記憶機能の低下のみに限定されている点が批判され、2003年には、国際老年精神医学会の専門委員会により拡張された広い概念が提唱された（Winblad Bら、2004）。表5はその定義を示したものである。MCIを、記憶障害型と非記憶障害型のサブタイプに大別し、それぞれに認知機能の低下領域として単一領域、複合領域を持つタイプを区別している。MCIの概念は、記憶のみの低下を問題にする記憶障害 MCI のタイプから、それを含む様々な異質な認知機能低下を包含する概念へと変遷した。今日、MCIは、単に認知症の前駆状態を表しているのではなく、認知症を引き起こす様々な疾患のごく軽微な状態として捉えられるようになってきている。表6は、それぞれの MCI タイプとそれから移行していく認知症の関係を概念的に示している（Gauthier Sら、2006）。

### 2.2.2 軽度認知障害の有症率と認知症への移行率

MCIの有症率は、MCIの概念の定義の仕方によって異なっている。以前の記憶機能のみの低下にもとづいて定義された記憶障害型 MCI の有症率は、ほぼ3%~5%である（Panza Fら、2005）。しかし、様々なサブタイプを含めた MCI の有症率は遙かに高く、28.3%にのぼることが示されている（Manly JJら、2005）。この研究では記憶障害型の MCI に相当する記憶障害単一領域のサブタイプは5.0%、複合領域のサブタイプは6.2%、非記憶複合領域のサブタイプは、5.9%であったという。また、最近の研究では、記憶障害型の MCI に相当する記憶障害単一サブタイプは2.1%、複合サブタイプは1.8%、非記憶単一サブタイプは、7.2%で、一般的認知機能の低下を MCI の診断基準に加えると、それぞれ3.4%、5.2%、8.2%（合計、16.8%）に増加したという（Palmer KPら、2008）。

正常の高齢者が年間に1%ないし2%が認知症に移行していくのに対し、MCIの年間移行率は平均10%程度である（Bruscoli Mら、2004）。しかし、その率は、MCIのサブタイプやサンプルの状況でかなり違ってくる。医療機関を受診した記憶障害型 MCI では10%から15%が移行するという（Bozoki Aら、2001）。しかし、地域の高齢者を対象とした研究では、MCIから認知症への移行率は8.3%と低くなる。

最近のサブタイプごとの効率を検討した結果では、たとえば、4年後の認知症への移行率は、記憶障害の単一領域のタイプの24%であったのに対して、言語、注意、視空間認知の障害のいずれかをあわせ持っている複合タイプでは、移行率は77%であった（Bozoki Aら、2001）。また、3年後の移行率を検討した最近の研究結果でも、記憶障害単一サブタイプが33.3%、複合サブタイプは、75.0%、非記憶単一サブタイプは、10.0%であったという（Palmer KPら、2008）。このように、サブタイプ別では、記憶障害の単一領域のサブタイプよりも、複合領域のサブタイプの方が、認知症への移行率が高いことがわかっている。

表 3. AACD（加齢関連認知低下）の診断基準

<ol style="list-style-type: none"><li>1. 本人または信頼できる他者から認知的低下が報告されること。</li><li>2. 始まりが緩徐で（急激でなく）、6ヶ月以上継続していること。</li><li>3. 認知障害が、以下のいずれかの領域での問題によって特徴づけられること。 (a) 記憶・学習、(b) 注意・集中、(c) 思考（例えば、問題解決能力）、(d) 言語（例えば、理解、単語検索）、(e) 視空間認知</li><li>4. 比較的健康的な個人に対して適応可能な年齢と教育規準が作られている量的な認知評価（神経心理学的検査または精神状態評価）において異常があること。検査の成績が適切な集団の平均よりも少なくとも1SD（標準偏差）を下回ること。</li><li>6. 除外規準 上にあげた異常のいずれもが MCI または認知症の診断に十分なほどの程度でないこと。 身体的検査や神経学的検査や臨床検査から、脳の機能低下を引き起こすとされる脳の疾患、損傷、機能不全、または全身的な身体疾患を示す客観的な証拠がないこと。 その他の除外規準 (a) 認知的障害を持っていると観察されがちなうつ病、不安症、その他の精神的な疾患、 (b) 器質的な健忘症状、(c) 譫妄、(d) 脳炎後症候群、(e) 脳震盪後症候群、(f) 向精神的薬物の使用や中枢作用性薬物の効果による持続的な認知障害</li></ol>
---

表 4. MCI（軽度認知障害）の診断基準（Peterson RC ら、1996）

<ol style="list-style-type: none"><li>1. 記憶に関する訴えがあること、情報提供者による情報があればより望ましい</li><li>2. 年齢と教育年数で調整した基準で客観的な記憶障害があること</li><li>3. 一般的な認知機能は保たれていること</li><li>4. 日常生活能力は基本的に維持されていること</li><li>6. 認知症でないこと</li></ol>
--

表 5. MCI（軽度認知障害）の診断基準（Winblad B ら、2004）

<ol style="list-style-type: none"><li>1. 認知症または正常のいずれでもないこと</li><li>2. 客観的な認知障害があり、同時に客観的な認知機能の経時的低下、または、主観的な低下の自己報告あるいは情報提供者による報告があること</li><li>3. 日常生活能力は維持されており、かつ、複雑な手段的機能は正常か、障害があっても最小であること</li></ol>
--

表 6. MCI（軽度認知障害）のタイプと移行する認知症との関係 (Gauthier S ら、2006)

下位分類	領域	変性性	血管性	精神
記憶障害型	単一	アルツハイマー型		うつ
	複合	アルツハイマー型	脳血管性	うつ
非記憶障害型	単一	前頭側頭型		
	複合	レビー小体型	脳血管性	

### 2.2.3 軽度認知障害と認知的介入の考え方

正常な高齢者がアルツハイマー型認知症へ移行する際に低下する機能のひとつは、エピソード記憶あるいは学習機能である。正常者からアルツハイマー型認知症の移行を追跡した多くの研究の結果では、将来の認知症の移行を予測できた神経心理学的検査は、単語の記憶や物語の記憶の検査であった。この意味では、MCI の定義は多くの研究によって支持されるものといってもよい。しかし、このほかに、注意分割機能に関係すると考えられているアルファベットと数字を探して交互に結んでいく課題（TMT 形式 B）、言語機能を反映すると考えられている動物や野菜などのカテゴリーに含まれる単語の想起の課題（言語流暢性課題）、また、抽象的思考能力を反映すると考えられている 2 つの単語のもつ共通性を抽出する課題（WAIS-R の類似問題）も将来のアルツハイマー型認知症に移行する正常高齢者を弁別するのに有効な検査であることが示されている（Rentz DM ら、2000）。これらの検査で測定される認知領域は、AACD の定義に含まれる 5 つの認知領域をカバーしているものでもある。正常な高齢者がアルツハイマー型認知症へ移行するのを予防したり、その進行を遅らせたりする認知的介入を考えるなら、こうした検査に反映される機能、すなわち、特にエピソード記憶と注意分割機能や思考力を刺激する介入を行うのが理にかなっている。

しかし、ここで考えるべき問題がある。神経心理学的検査には、日常生活の複雑な判断や目標設定、計画、監視などの実行機能、いわば行動の管理能力を測定する適切な検査がない。認知症の DSM-IV-TR の診断基準にある「社会生活や職業生活に支障をきたす」状態をもっとも反映するのは、行動の管理能力の水準である。行動の管理能力は、アルツハイマー型認知症に移行する前から低下している。「自分で電話番号を調べて電話をかけることができる」、「貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払い、家計のやりくりなどができる」などの手段的日常生活能力の 4 項目を用いて、認知症と診断されていない高齢者の年間の認知症の発症率との関係を調べたところ、4 つの項目についてすべてができる場合の発症の危険度を 1 とした場合、4 つすべてできない場合は、318 倍の危険度を示していた（Barberger-Gateau P ら、1999）。ある時突然にその能力が失われて、認知症の診断基準である「社会生活や職業生活に支障をきたす」状態が出現するのではなく、発症以前に複雑な判断や目標設定、計画、監視などの実行機能の低下が起こっている。このように考えると、アルツハイマー型認知症への認知的介入は、記憶機能の特にエピソード記憶と注意分割の機能を刺激する要素に加えて、計画力・思考力などを含んだ実行機能を刺激する要素を含んだものが望ましい。

### 3. 認知症予防・支援の対象とアプローチ

#### 3.1 認知症予防・支援の対象の区分

認知症に移行するまでの病的変化の長い時間を考えると、認知症予防・支援は中年期からの問題である。年齢が75歳を超えると急激に発症率が高まることを考えると、認知症予防・支援にもっとも真剣に取り組まなくてはならないのは、65歳から80歳までの人たちである。認知症予防・支援の対象は2つの次元で切り分けることができる。ひとつの次元は、認知障害のレベルで、認知障害を持たない健康な人たちと軽度の認知障害をもつ人たちに分けられる。これまでの研究から軽度認知障害の有症率を仮に25%と見なして、認知症高齢者を除いた高齢者人口1万の都市の場合で考えてみると、軽度認知障害の高齢者は、2,500人いることになる。

特に認知症予防・支援の対象を切り分けるもうひとつの次元は、認知症予防に対する関心のレベルである。通常、機会があったら認知症予防をやってみたいと関心を示す高齢者は、30%~40%程である（町田市、2004；米原町、2004）。仮に3割5分として、認知症高齢者を除いた高齢者人口1万に当てはめてみると、3,500人というわけである。実は、認知症予防がもっとも必要な軽度認知障害の高齢者では、認知症予防に関心を示す割合は、健康な人たちの40%に対して、その半分程度の20%である。したがって、認知障害を持つリスクの高い2,500人の高齢者のうちの20%の、500人ということになる。一方、健康であり、認知症予防に関心を示す高齢者は、7,500人のうちの40%の3,000人となる。もっとも、認知症予防の対象者として優先して考えるべきは、認知症予防の動機をもち認知障害を持つリスクの高い500人の高齢者であるということになる。

ここで認知症予防・支援の対象として、認知症予防の動機をもち認知障害のない健康な人たち、3000人について考えておくべき問題がある。先に述べたように、老化による低下と区別できる軽度認知障害の期間は平均6年から7年である。しかし、脳における病的障害は、認知機能の低下が起こるはるか以前から始まっていると考えられている。認知検査では認知機能の低下が明らかになってはいないが、認知低下の自覚がある人は、将来認知症になっていくことが知られている。認知症予防に関心を示す健康な人たちのなかには、何らかの認知低下の自覚があり、認知症への不安を持っている人が多いと考えられる。認知症予防を長期的な観点から考えると認知症予防の対象として、これらの健康であっても「潜在的な」リスクを持つ人たちも対象に考えておくべきである。

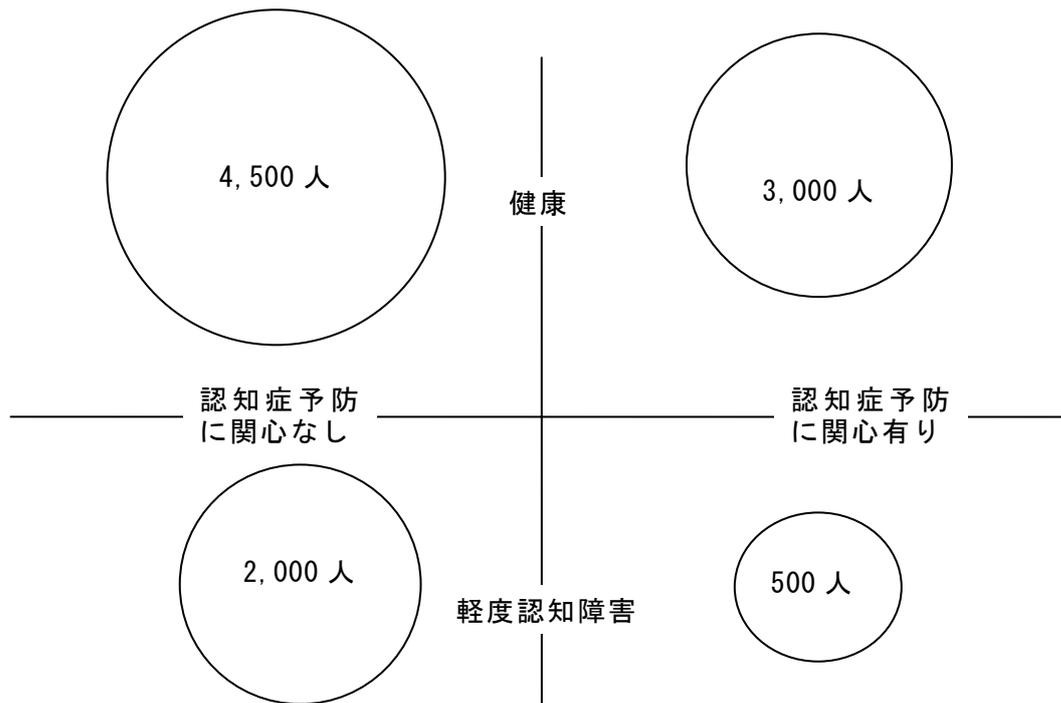


図3. 認知症高齢者を除いた1万人当たりの対象者集団の試算

### 3.2 ハイリスク・アプローチ

軽度認知障害を持つハイリスクの人たちのみを対象とするハイリスク・アプローチでは、効率的なプログラムの実施が可能である。認知機能の回復や改善を目的とした認知リハビリテーションとして医療や保健の領域で行われてきた脳機能活性化訓練、記憶訓練、言語訓練、注意訓練、計算訓練などは「訓練型のハイリスク・アプローチ」といえる。これらの多くは、言語聴覚士、作業療法士、保健師・看護師等などの訓練を受けた専門家が指導する。これらの訓練は生きがい型の活動に比べて概して単調な内容が多い。また、軽度認知障害を持つハイリスクの人たちは、健康な人たちに比べて予防の意識付けが難しく、訓練に対する意欲が低い。したがって、こうした人たちに訓練プログラムを実施するには、意欲の高揚と維持のための高度な技術が求められる。また、ハイリスクの人たちを対象とするプログラムでは、こうした専門的技術を持った人を対象者一人当たりと比較的多く配置しなければ実施が難しい。認知機能が低下した人たちは自立して長期にプログラムを継続することが困難なので、長期にプログラムを継続しようとするならば、専門的技術を持った人も長期に関わっていくことになる。従って、地域に約20%~25%いると考えられるハイリスクの人たちにプログラムを波及させていこうとすると、費用対効果の点でハイリスク・アプローチは欠点がある。

### 3.3 ポピュレーション・アプローチ

軽度認知障害を持つ人も、認知障害のない健康な人も区別なく一般的な人たちを対象にするのがポピュレーション・アプローチである。認知症の大きな部分を占めるアルツハイマー病の脳における病理は、認知機能の低下が起こるはるか以前から始まっていると考えられ、健康な人でもそのような病理的变化があれば、将来、軽度認知障害に移行していく。

健康な人を含めたポピュレーション・アプローチも、長期的な認知症予防・支援効果を考えるならば重要なアプローチであるといつてよい。

### 3.3.1 生きがい型のポピュレーション・アプローチ

運動習慣や食習慣などの危険因子や知的生活習慣に関わる危険因子の中には、認知症予防の意識はなくても結果的に認知症予防の効果が期待できる、いわば「生きがい型」の活動がある。生きがい型のポピュレーション・アプローチでは、例えば、囲碁、将棋、麻雀、園芸、料理、パソコン、旅行、ウォーキング、水泳、体操、器具を使わない筋力トレーニングなど、一般の地域高齢者が自立的にそうした生活習慣を増やしていくことによって、認知症の危険因子を低減しようとするものである。こうした活動は、自主的にしかも容易に取り組めるものであり、コストが少なく済む。このアプローチの対象は、認知症予防には必ずしも関心を持たないが生きがい活動に積極的な比較的健康な人たちである。もちろん、認知症予防に関心を持つ健康な人たちも、対象になり得る。軽度認知障害のある人たちも一部の人は対象となり得るが、自立的にそうした活動を維持することは難しい場合が多い。「生きがい型」の高齢者施策は、比較的健康な人たちを対象として、個人的な趣味活動として、あるいは生涯教育の一環として、場合によっては仕事として行える活動を推進する施策である。

### 3.3.2 目的型のポピュレーション・アプローチ

目的型のポピュレーション・アプローチは、認知症予防を目的としていることをプログラムの参加者が明確に意識しているアプローチである。この点で、生きがい型と異なる。参加者が明確に認知症予防の目的を持って活動を行うためには、認知症予防になぜ効果があるのか、効果のある方法はどのような方法なのかを情報として参加者に提供しておく必要がある。また、プログラムとしては認知症予防の効果が期待でき、多くの高齢者が長期にわたって活動を継続していける興味の持てるものが望ましい。有酸素運動では、ウォーキングや水泳、体操などが高齢者に人気がある。また、認知機能を維持するための活動として、多くの高齢者に好まれ、認知症予防に適している活動は、料理、パソコン、旅行、園芸などである。たとえば、料理であれば今まで作ったことのない料理のレシピを考えて、試作する。パソコンであれば、ミニコミ誌を発行したり、ホームページを作成したりする。旅行であれば旅先の情報を集め旅程を立てて旅行する。園芸では、花壇づくりのプランを立てそれらにふさわしい草花を計画的に栽培するというように認知症予防の効果を期待できる方法を工夫するとよい。認知的障害のない健康な人と軽度認知障害を持つ人たちが共に認知症予防の方法を学んで、相互に助け合いながら自立して長期に継続できれば理想的である。それによって、より少ない社会資源の投入でより多くの軽度認知障害をもつ人たちに活動を普及していくことが可能となる。

### 3.3.3 訓練型のポピュレーション・アプローチ

ポピュレーション・アプローチとしても「訓練型」が考えられる。認知症予防に興味をもつ健康な高齢者は、認知機能を鍛える方法がわかれば自主的にそうしたことに取り組むことができる。認知機能を鍛えるドリルを用いた学習療法による自己訓練法は、訓練型と

呼べるアプローチである。こうした活動は、自主的にしかも容易に取り組めるものであり、コストが少なく済む。このアプローチの対象は、認知症予防に興味を持ち、かつ意欲の高い人たちである。しかし、訓練の内容が単調であると長期に継続するには困難なことがある。軽度認知障害のある高齢者には、意欲を高く維持する働きかけがないと長期に継続することが難しい。

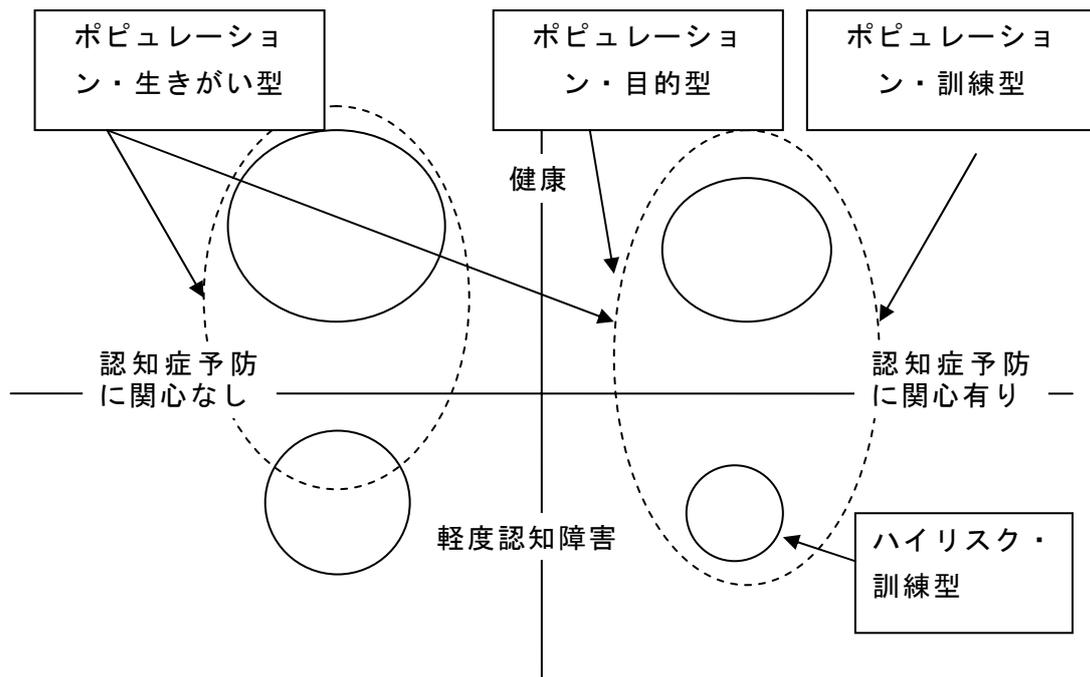


図 4. 認知症予防・支援対象者とアプローチのタイプ

表 7. 認知症予防・支援におけるハイリスク・アプローチとポピュレーション・アプローチの長所と短所

	生きがい型のポピュレーション・アプローチ	目的型のポピュレーション・アプローチ	訓練型のポピュレーション・アプローチ	訓練型のハイリスク・アプローチ
対象	<ul style="list-style-type: none"> <li>主として健康で認知症予防に関心をあまり持たない高齢者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症予防に関心をもつ健康および軽度認知障害の高齢者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症予防に関心をもつ健康および軽度認知障害の高齢者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症予防に関心をもつ軽度認知障害の高齢者</li> </ul>
例	<ul style="list-style-type: none"> <li>囲碁、将棋、麻雀</li> <li>園芸</li> <li>料理</li> <li>パソコン</li> <li>旅行</li> <li>ウォーキング、水泳、ダンス、体操、器具を使わない筋力トレーニング、</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症予防に特化した園芸、料理、パソコン、旅行プログラム</li> <li>ウォーキング、水泳、ダンス</li> <li>食習慣改善プログラム</li> <li>回想法プログラム</li> <li>芸術療法プログラム</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知機能訓練を目的とした計算ドリル、ゲームなど</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>日常生活動作訓練</li> <li>認知機能訓練</li> <li>記憶訓練</li> <li>計算訓練</li> <li>有酸素運動</li> <li>体操</li> </ul>
長所	<ul style="list-style-type: none"> <li>動機付けが容易</li> <li>自立的な長期の継続がしやすい</li> <li>指導者など既存の社会的資源が利用できる</li> <li>プログラムを比較的多くの人たちに普及させることができる</li> <li>健康な人たちの軽度認知障害への移行を予防する可能性がある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>動機付けが容易</li> <li>自立的な長期の継続がしやすい</li> <li>要求される指導技術が高くない</li> <li>対象者1人当たりが必要とされる指導者の数が少ない</li> <li>プログラムを比較的多くの人たちに普及させることができる</li> <li>健康な人たちの軽度認知障害への移行を予防する可能性がある</li> <li>対象者1人当たりのコストが低い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>動機付けが容易</li> <li>自立的に取り組める</li> <li>要求される指導技術が高くない</li> <li>対象者1人当たりが必要とされる指導者の数が少ない</li> <li>プログラムを比較的多くの人たちに普及させることができる</li> <li>健康な人たちの軽度認知障害への移行を予防の可能性がある</li> <li>対象者1人当たりのコストが低い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>プログラムが均一化しやすい</li> </ul>
短所	<ul style="list-style-type: none"> <li>個人的な生きがいに応じたプログラムの多様性が求められる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>個人的な生きがいに応じたプログラムの多様性が求められる</li> <li>指導技術をもつ人材を育成する必要がある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>長期の継続が困難</li> <li>指導技術をもつ人材を育成する必要がある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活習慣の変容が困難</li> <li>動機付けが困難</li> <li>自立的な長期の継続が困難</li> <li>専門的指導技術が必要</li> <li>対象者に必要とされる指導者の数が多い</li> <li>対象者1人当たりのコストが大きくかかる</li> </ul>

## 4. 介護予防事業における認知症の予防に関するプログラム

### 4.1 介護予防特定高齢者施策（ハイリスク・アプローチ）

介護予防特定高齢者施策における認知症の予防に関するプログラムについては、直接的なプログラムの提供は特定高齢者に限定される。まず、保健師・看護師等などが把握している多様な情報源から軽度認知障害などの可能性のある者を把握し、介護予防のための生活機能評価（以下「生活機能評価」という）及びアセスメントを行う。その上で、栄養改善、運動器の機能向上、口腔機能の向上等の対象者に必要とされるプログラムを提供することと併せて、認知症の予防を図っていくことが考えられる。なぜなら、低栄養状態、運動機能の低下、口腔機能の低下は認知機能と関連し、これらの機能改善が認知機能の維持に役立つとともに、各プログラムに参加する過程で記憶や注意、思考力の認知機能が刺激されることが期待できるからである。

そのようなことから、原則として認知症予防・支援を目的としたプログラムの形態を設定する際、運動器の機能向上等とあわせて実施することが望ましいと考えられる。なお、通所形態による事業実施が困難である者に対しては、訪問活動により必要な支援を行うことが考えられる。

＜参照：資料2＞

#### 4.1.1 啓 発

認知症に関しては悲惨な病気であるというイメージが強く、また、予防の可能性についても否定的なイメージがあるためか、認知症の危険因子などの予防に関わる知識はあまり普及していない。地域の住民が認知症予防に関心をもち、予防プログラムに参加してみようという気持ちになるには十分な啓発と具体的な情報提供が必要である。この啓発が十分に行われていないと、認知機能の低下した高齢者は認知症への脅威を感じて、なぜそのようなことをしなくてはならないのかと強い反発を示すことがある。予防プログラムで認知症予防に即した行動習慣を変えるのに最も重要なのは、本人の意欲である。このような啓発活動は、介護予防一般高齢者施策等において実施するものであるが、介護予防特定高齢者施策においても本人の理解と意欲を高めることが重要である。

#### 4.1.2 対 象 者 の 把 握

本人がプログラムへの参加を決定し、主体的に取り組まなくては認知症予防の効果は期待できない。しかし、軽度認知障害を持った本人がプログラムへの参加を求めてくることは多くはないと考えられる。したがって家族やかかりつけ医の役割は大きい。特に、かかりつけ医による本人への健康診査への受診の促しは効果が期待できる。そこで、地元の医師会などこのような連携を図れるような連携関係の仕組みを作っておくことが重要である。

また、認知症の特定高齢者の可能性のある高齢者の情報は、関係機関からの連絡、要介護認定非該当者、訪問活動による実態把握の情報から得られることもある。これらのルートの情報を生かすためには、各関係機関との情報提供や情報共有のルールを明確にしておき、情報提供や情報共有のためのフォームを整備しておく必要がある。

市町村が実施する生活機能評価は、認知症予防・支援の対象となる特定高齢者を把握する有力なひとつの方法である。しかし、一般的に、健康診査は、認知症予防を目的として受診することは少ないので、結果の通知を受けても認知症予防のための行動に至らないことが多い。また、認

知症のリスクのスクリーニングという目的と予防可能性についての説明が十分でないと言われ、認知症への脅威を感じて健診を受けることに対する不信感を助長することもある。

#### 4.1.3 対象者の決定

認知症の予防に関するプログラムの対象者は、最終的に市町村（地域包括支援センターへの委託可）が決定する。

まず、基本チェックリスト<参照：資料3>をもとに特定高齢者の候補者となった者のうち、以下の基本チェックリスト項目に対する回答でいずれかに該当する場合、認知症の予防に関するプログラムの対象者として考えられる。

(18) 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われますか。

(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。

(20) 今日が何月何日かわからない時がありますか。

また、この場合、軽度認知障害または認知症が疑われるので、家族に連絡を取り、医療機関を紹介して受診をすすめることも必要である。

なお、特定高齢者に該当しない場合においても、前述の認知症に関する項目に該当する者については、精神保健福祉対策としての健康相談等により、治療の必要性等についてアセスメントを実施し、適宜、受診勧奨や経過観察などを行うことが必要である。

ただし、実際にプログラムに参加するにあたって問題があるかどうかの評価、たとえば、アセスメントの結果、健康状態から運動プログラムは不適切である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。すでに認知症で治療中である場合や他の支援を受けている者で、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結果、プログラムへの参加の必要性がないと判断された者も除外されることとなる。

#### 4.1.4 介護予防ケアマネジメント

##### 1) 課題分析（一次アセスメント）

認知症予防に関連した生活課題の分析に必要な情報を得るために課題分析（一次アセスメント）を行い、認知症の予防の観点から生活課題の設定を行う。

また、基本チェックリストの3項目（(18)、(19)、(20)）について、それが該当する原因として認知機能の低下以外の原因があるかどうかを確認する。たとえば、面接場面の観察から視覚や聴覚などの感覚機能の障害が原因となっていないかどうか、また、他の基本チェックリストから、運動器の機能の障害やうつ気分などが原因となっていないかどうかを検討する。

もし、生活機能の低下が認知機能の低下によるものと推測できるのであれば、それらの行動を増やすことが取り組むべき生活課題として設定しうるのかを検討する。

対象者にそれらの生活行動をより多くするように提案して、本人にやる気があり、できそうであれば生活課題としてもよい。

基本チェックリストを補う情報として、以下の質問をして、この1年間の認知機能の変化があったかどうかを聞き取る。

(1) この1年の間にもの忘れがひどくなりましたか。

(2) この1年の間に注意の集中力が悪くなりましたか。

(3) この1年の間に物事を段取りよくやることができなくなりましたか。

また、対象者本人が今後どのような生活行動や趣味活動をしたいのかを聞き取っておく。これらの情報から、対象者本人が取り組む意欲があれば、それぞれの機能低下に関わる生活課題を設定してもよい。たとえば、記憶力の悪化を自覚しており、それに取り組む意欲がある場合には、家計簿や日記をつけるなど記憶機能を使う行動を生活課題として設定する。また、注意集中力の悪化を自覚しているならば、集中力を必要とする作業を含む生活行動や趣味活動やゲームなどを生活課題として設定する。さらに、段取りの能力の低下を自覚しているならば、料理、旅行、パソコン、麻雀、囲碁、将棋、園芸など段取りの能力を必要とする生活行動や趣味活動などを増やすことを生活課題とする。

## 2) 介護予防ケアプランの作成

認知症予防のために運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上の事業を利用することができることについて本人に説明し、本人の希望を確認する。本人の希望と生活目標等の課題の分析、および提供可能な事業体制をもとに、提供する事業の内容、期間や頻度などについて介護予防ケアプランを作成する。必要があれば、サービス担当者会議を行って、介護予防ケアプランを検討する。

### 4.1.5 認知症予防プログラムの提供

認知症予防を目的とした栄養改善、運動器の機能向上、口腔機能の向上の事業の提供は市町村事業として提供するものであるが、事業提供の能力のある社会福祉協議会やNPOなどの事業団体に委託することも可能である。

#### 1) 事前のアセスメント・モニタリング

認知症予防事業の効果を評価する目的で認知機能の評価を行う。プログラム提供の前に認知機能の評価することによって、希望しているプログラムと認知機能のレベルが適切であるかどうかを判断することもできる。もし、本人の認知機能が認知症を疑わせるレベルにまで低下しているのであれば、認知症の予防に関するプログラムよりは、医療サービスや介護サービスへつなげる。

プログラム開始から一定期間の後にそのプログラムが有効であるのかどうかをモニタリングする。もし、比較的短期であれば、例えば、認知症のスクリーニング検査である改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）（加藤伸司ら、1991）や、ファイブ・コグ検査（東京都老人総合研究所、2008）のような認知機能検査などがあるが、これらの指標を活用することも可能である。

##### （1）集団用認知検査

軽度認知障害のひとつの概念であるAACD（加齢関連認知低下）をスクリーニングするものとして、また、認知的変化を検討する認知検査としてファイブ・コグ検査が利用できる。軽度認知障害を判断するためには、各認知機能の成績の年齢と教育年数で調整した基準がわかっていなければならない。ファイブ・コグ検査はこうした基準を設けた検査である。この検査は、記憶・学習、注意、言語、思考、視空間認知の各認知機能を測定する。パソコンの画面を液晶プロジェクターで提示しながら行うもので、最大100名ぐらいの人たちを1度に検査することが可能である。もちろんひとりの対象者にも検査は可能である。正味、45分程度の時間を要する。

## (2) 認知症スクリーニング検査

MMSE(Mini-Mental State Examination) (Folstein MFら、1975)や改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)は認知症をスクリーニングするための検査として開発されたものである。施行は訓練された検査者が実施する。両検査とも施行には約15分程度を要する。

## 2) 認知症の予防に関するプログラムの実施

栄養改善、運動器の機能向上、口腔機能の向上のプログラムとあわせて、認知症予防を目的としたプログラムを提供する。また、この他に、認知症予防に関するものであって、介護予防の効果が認められると市町村で判断するものについて事業を実施する。その際、実施する事業については、文献、モデル事業等により介護予防の効果が学術的又は実態として一定程度把握されているものが望ましいと考えられる。また、プログラムの実施にあたっては、他のプログラムと同様、専門スタッフによるアセスメント、個別サービス計画の作成、事業実施、事後アセスメントによる評価というプロセスを踏んだ上で実施することが求められる。

### 4.1.6 効果の評価

サービス提供の期間が終了したら、地域包括支援センターが効果の評価を行う。認知症予防事業の効果評価のために、先に事前アセスメントで用いたものと同じ評価ツールを用いて、一定期間の後にそのプログラムが有効であったかどうかを評価する。同時に、事業の継続や新たな事業の必要性を評価する。

表8. 改訂長谷川式知能評価スケール（HDS-R）の項目

1	お歳はいくつですか？（2年までの誤差は正解）		0	1	
2	今日は何年の何月何日ですか？ 何曜日ですか？ （年月日、曜日が正解でそれぞれ1点ずつ）	年	0	1	
		月	0	1	
		日	0	1	
		曜日	0	1	
3	私たちがいまいるところはどこですか？ （自発的にできれば2点、5秒おいて家ですか？ 病院ですか？ 施設ですか？のなかから正しい選択をすれば1点）		0	1	2
4	これから言う3つの言葉を言ってみてください。あとでまた聞きますのでよく覚えておいてください。 （以下の系列のいずれか1つで、採用した系列に○印をつけておく）		0	1	
	1 : a) 桜 b) 猫 c) 電車		0	1	
	2 : a) 梅 b) 犬 c) 自動車		0	1	
5	100から7を順番に引いてください。（100-7は？ それからまた7を引くと？ と質問する。最初の答えが不正解の場合、打ち切る）	(93)	0	1	
		(86)	0	1	
6	私がこれから言う数字を逆から言ってください。（6-8-2, 3-5-2-9を逆に言ってもらう。3桁逆唱に失敗したら、打ち切る）	2-8-6	0	1	
		9-2-5-3	0	1	
7	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください。 （自発的に回答があれば各2点、もし回答がない場合以下のヒントを与え正解であれば1点） a) 植物 b) 動物 c) 乗り物		a : 0	1	2
			b : 0	1	2
			c : 0	1	2
8	これから5つの品物を見せます。それを隠しますのでなにがあったか言ってください。 （時計、鍵、タバコ、ペン、硬貨など必ず相互に無関係なもの）		0	1	2
			3	4	5
9	知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってください。（答えた野菜の名前を右欄に記入する。途中で詰まり、約10秒間待ってもでない場合にはそこで打ち切る） 0～5=0点、6=1点、7=2点、8=3点、9=4点、10=5点		0	1	2
			3	4	5
		合計得点			

## 4.2 介護予防一般高齢者施策

認知症は、長期にわたる病的な脳の変化によって引き起こされる疾患である。その過程を促進させる危険因子が次第に明らかになってきており、認知症予防の目的はそれらの危険因子を減らすことによって認知症の発症を遅らせることにある。限られた社会資源の中で、この目的を効果的に果たすためには、健康な高齢者を含めた介護予防一般高齢者施策がもっともふさわしい。というのは、認知症の発症をもたらす病的な脳の変化が少ないほど、神経機能の改善の可能性があるが、病的な脳の変化が進むにつれ神経機能の改善の可能性は低下して予防効果が少なくなるからである。したがって、健康な高齢者も早期の段階から取り組むことが効果的であると考えられる。

### 4.2.1 生きがい型の介護予防一般高齢者施策の方法

これからの地域支援事業の中では、高齢者自身が、あるいは必要があればインフォーマルな資源を使いながら、認知症の危険因子を減らすことを目的とした地域の活動を支援していくポピュレーション・アプローチが必要である。地域支援事業として、こうした活動を支援するための地域のインフォーマルな社会資源の開発、組織化が重要な事業となる。

先に述べたように、ポピュレーション・アプローチでは、生きがい型、目的型、訓練型を区別することができる。いずれの場合も、認知症に関わる危険因子を低減する行動を習慣化する必要がある。行動習慣を変えるためには、認知症に関わる危険因子についての知識を持つことが必須である。行動を変えることが良いということはわかっているが、行動を変えるためのきっかけがないと行動習慣は変えにくい。そこで、情報の提供とともに行動変容のきっかけとなるような機会を提供する事業が求められる。こうしたインフォーマルサービスを促進するためには、インフォーマルサービスの社会的資源の開発と組織化が必要である。

これを踏まえて、介護予防一般高齢者施策においては、インフォーマルサービスの社会的資源の開発と組織化の担い手となる住民を育成するための事業を行う。認知症予防・支援に関心を持ち社会的な貢献をしたいという意向を持った住民を募集し、その育成のための事業を継続的に行う。その参加者を組織化して、

- ① 認知症予防・支援に役立つ地域の社会資源の情報を集め、データベースを作る。
- ② 認知症予防・支援に関心のある住民に情報を提供する。
- ③ 行動変容のきっかけとなるような事業を提供する。

#### 1) 認知症予防・支援に役立つ地域の社会資源の情報を集め、データベースを作る。

認知症予防・支援に貢献したいと考える住民を対象に連続講座を実施する。その中で、認知症に関わる危険因子、危険因子を減らすための社会的資源、その調査の方法を学習する。

たとえば、認知症予防・支援に効果が期待できるウォーキングを指導できる指導者がどこにいるか、ウォーキングを始めたいと考える人が受けられる講座はあるのか、ウォーキングのグループがあるか、あるとしたらその参加の条件は何か、ウォーキングコースとして適した場所があるのかというような地域の情報を小学校区程度の小さな単位で集め、整理して利用しやすいパンフレットやインターネットのホームページを作成する。

#### 2) 認知症予防・支援に関心のある住民に情報を提供する。

自治体の広報で啓発したり、パンフレットを地域の公共の場所に置いたりするなどして住民に情報を提供する。また、すでに活動している自治会、高齢者クラブなどの様々な団体や組織にパンフレットなどを配布して情報を提供する。さらに、公的に情報提供ができる健康推進員や民生委員などを通じて住民に情報を届けることも考えられる。また、住民から情報提供のためのボランティアを募り、情報を必要とする高齢者に情報を届ける。このとき、ひとりが地域の40世帯程度を受けもつ規模にすると、負担が少なくきめの細かい情報提供ができる。

また、認知症予防の効果が期待できる活動に関する大きな講演会やシンポジウムを開いたり、展示や実演などを行うイベントを開催して情報を提供する方法も有力である。これらの機会に次節で述べる行動変容を促す事業を計画しているのであれば、それに関するパンフレットの配布や活動参加者の募集などを行い、次の事業につなげていくとよい。

### 3) 行動変容のきっかけとなるような事業を提供する。

認知症に関わる危険因子を実質的に減らすには、情報を得るだけではなく、実際に実行してみる機会が必要である。また、行動を持続的に習慣化するためには、指導者の援助や仲間の支援があると効果的である。

たとえば、生きがい型の介護予防一般高齢者施策では、老人大学など社会教育の一環として行われている活動を紹介する。1日ウォーキング講座を開いてウォーキングの方法を学んでもらったり、歩数計を購入してもらい記録のつけ方やウォーキングを持続するためのコツなどを学んでもらう。身近な地域で開催されている麻雀や囲碁・将棋大会への参加を呼びかけるといったようなことである。

生きがい型事業においては、育成した住民組織が主体的に事業を地域で展開していくことが理想である。そのためには、社会資源を活用して認知症予防・支援に役立つ活動を企画し実行する地域のコーディネーターやリーダーの育成が必要である。

必要があれば、自治体や地域包括支援センターは、このような住民組織と共同して地域の生きがい型事業を実施することもできる。

#### 4.2.2 目的型および訓練型の介護予防一般高齢者施策の方法

介護予防一般高齢者施策でのプログラムは、認知症発症の効率的な遅延化が期待でき、かつ、多くの高齢者が好む活動を利用する。認知症予防・支援を目的とした知的活動プログラムを考えるならば、認知症の前段階である軽度認知障害の段階で低下するエピソード記憶や注意分割機能、計画力を鍛えるような要素が活動の中に含まれていることが望ましい。目的型のアプローチでは、パソコンを使った活動、園芸、料理、旅行などがこうした活動として適していると考えられる。たとえば、旅行の計画を立てる旅行プログラム、新しいレシピを考える料理プログラム、季節の草花を計画的に植えて花壇を作る園芸プログラム、パソコンを使ってミニコミ誌を作るパソコンプログラムなどは、その活動の過程に手順を考えるという計画力が必要とされる。また、こうした活動をお互いの過去の体験や知識を活用して話し合いながら目標を実現させていく過程では、エピソード記憶や注意分割機能が鍛えられる。これらの活動を通じた認知症の予防に関するプログラムは多くの高齢者が日常生活において活動を長期にわたって継続する意欲を維持することが

期待できるものである。

また、訓練型アプローチでは、認知訓練として特化した活動、すなわち、2日遅れの日記をつけるなどの記憶課題、計算課題、文章の読み上げ課題など、記憶力、注意力、思考力を鍛える要素を持った活動が想定される。しかし、訓練型アプローチのプログラムは、特に自分のニーズにあったものでなければ長続きさせることが難しく認知症予防・支援の効果は期待できない。

目的型・訓練型の介護予防一般高齢者施策でのプログラムを効果的にするために、いくつかの考慮すべき点がある。①高齢者が好むプログラムを用意する。〈参照：資料4〉

いくつかのプログラムを用意し、個人の好みによってプログラムを選択してもらう。このことによって、活動のモチベーションが維持され長期に継続されやすい。

②プログラムは小集団で行う。

6名から8名の小さな集団で活動を行うことによって、短期間に参加者同士が相互に支援しあえる関係が生まれやすく、コミュニケーションが活発に行われやすいので注意分割や記憶力などの認知的な機能が刺激されやすい。

③定期的に行う。

週1回の頻度で定期的に行うことによって、日常の生活を変えやすくなる。毎週でないと、認知機能が低下した高齢者にとっては活動への参加が遠のいてしまう。

④プログラムの当初は指導者やファシリテーターが支援する。

⑤ファシリテーターとは、参加者に対して指導するのではなく、必要な情報を提供し、参加者自らが決定することを支援する役割をもつ者をいう。プログラム参加者だけでは活動を習慣化し、参加者相互のグループ作りを効果的に行うのは難しいので、支援技術を持った指導者やファシリテーターが支援する。参加者は自立して活動の継続を目指す。

プログラム参加者は習慣が確立し、維持ができたのち、集団として自立してプログラムを継続することを目指す。

#### 4.2.3 目的型および訓練型の介護予防一般高齢者施策の地域展開の方法

ここでは、目的型および訓練型の介護予防一般高齢者施策を実施していくための方法として、自主的活動グループを育成し、地域展開を図る具体的な方法を順を追って示す。

##### 1) プログラム実施のための準備

目的型および訓練型アプローチの認知症の予防に関するプログラムを実施するための場所・人材の育成など資源を準備しておく必要がある。

##### (1) 活動場所の確保

認知症の予防に関するプログラムを実施する場所は、複数のプログラムが同じ日や同じ時間帯で実施できる場所が確保できればいくつかの有利な点がある。ひとつは、指導者やファシリテーターがコミュニケーションしやすく、様々な問題に協力して対処することができる。また、異なるプログラムの参加者同士が交流でき将来の活動グループの組織化の基礎ができる。

##### (2) 人材の育成

効果的な認知症の予防に関するプログラムを実施するためには、認知症の予防に関するプログ

ラムの中で行動の習慣化とグループ作りのための行動変容の知識と技術を持った指導者やファシリテーターが育成されていることが望ましい。目的型アプローチあるいは訓練型アプローチでは、参加者が主体的に行動を変えていくことがもっとも大事な要素なので、指導者やファシリテーターにはプログラム参加者の決定を徹底して尊重することができる資質が求められる。したがって、指導者やファシリテーターには支配的で指導的な人や指示的な人は向かない。人材を育成するにあたっては、必ずしも高度な専門的な経験のある人である必要はなく、指導経験のない人であっても相手の話をよく聞ける人を選抜すると良い。

インフォーマルサービスとして活動が普及していくには、研修の内容は高度に専門的な内容でなく学習が容易なものが求められる。表9は、指導者やファシリテーターの育成カリキュラムの例である。

表9. 人材育成研修のカリキュラムの例

1.	認知症と軽度認知障害の理解
2.	認知症の危険因子
3.	認知症予防・支援の理論と方法
1)	行動変容の理論と方法
2)	グループワークの技法
3)	プログラムの進め方
①	ウォーキング・プログラムの進め方
②	知的活動プログラムの進め方
4.	評価法；改訂長谷川式やファイブコグ等の実施方法

## 2) 小講演会・説明会の開催と参加者募集

目的型アプローチの認知症の予防に関するプログラムでは、参加者がプログラムの目的が認知症の発症の遅延化を目指していることをしっかりと認識していることが必要である。対象地域で数回にわたる講座や講演会を開き、認知症予防可能性、認知症予防の方法などの情報を伝える。これまでの疫学的研究から運動や日常生活における知的な活動が認知症予防に有効である可能性があること、そして、それらを自分が好む活動を通じてできる可能性があることを知ってもらう必要がある。

認知症の予防に関するプログラム参加者の募集を目的とした講演会・説明会に参加する参加者の数は、活動グループに参加する想定数のおよそ2倍から3倍を期待したい。広報で募集するのが最も一般的である。地元の自治会や老人クラブの組織を通じて案内の情報を流すのもひとつの方法であるが、参加者がその組織の人たちに偏り、一般に参加が必要な人が参加しないこともある。既存の地縁的組織に関心が薄い人のためには、広報による案内や民生委員、家族や友人などによる直接的な口コミが有効である。

通常、2割から3割の地域の高齢者が軽度認知障害とみなされているので、これらの比率で軽度認知障害とされる高齢者が入っていればよい。さまざまな能力レベルの人たちが、その地域の割合で参加することができるならば、ことさら軽度認知障害をスクリーニングする必要はない。しかし、参加希望者が高い能力の人たちに偏っていることが往々にしてあるので、後述するファイブ・コグ検査などの認知検査や手段的日常生活能力スケールなどを用いてスクリーニングを行い、軽度認知障害の人たちに、できるだけ多く参加してもらうように工夫しても良い。

### 3) プログラムの立ち上げと維持

#### (1) プログラムのオリエンテーション

プログラムへの参加を希望した人たちには、説明会を行い、最終的な意思確認を行う必要がある。文書と口頭で、プログラムの目的、内容、おおよその活動日程、費用、保険への加入、自立化を目指す活動であることなどを説明する。参加の意思とそれぞれの責任を明確にした文書を交わしておくといよい。また、プログラムでウォーキングの習慣化を目指す場合は、運動を始めるにあたって障害となるような心臓病や膝の痛みなどがないか、ある場合は医師に相談してどの程度の運動をすればよいかを確認してもらう。

#### (2) プログラムの実施

原則として定期的に週1回、決まった時間と場所で認知症の予防に関するプログラムを実施する。プログラムでは、有酸素運動と知的活動を日々の生活の中で習慣化することを目指しているため、週1回の活動はそのための学習や行動の定着のための活動であると考えべきである。むしろ、重要なのは、日々の生活の中での行動変容である。

ウォーキングプログラムでは、ウォーキングの習慣化を目指すことによって、認知症発症の遅延化を図る。ウォーキングは多くの高齢者がやってみたい運動としてあげるものであり、比較的手軽に取り組める有酸素運動である。また、ウォーキングでは目指すべき目標が具体的ではっきりしているため、行動変容が生じやすい。ウォーキングが習慣化し始めると、疲れにくくなったり血圧がコントロールできるようになるなど、比較的早い時期に身体的・生理的な効果が実感でき達成感が得られやすい。このようにウォーキングの試行段階や行動段階での成功体験が得られれば、その後の習慣化が定着しやすくなる。プログラムでは、ウォーキングの目標を設定し、実施したウォーキングの記録をつけて発表しあう。また、時にはウォーキングの計測やウォーキングイベントを計画実施して、ウォーキングの習慣の定着を図る。

知的活動プログラムは、グループの共通の目標としてパソコンを使ったミニコミ誌づくり、花壇の園芸、創作料理、旅行などの活動を、エピソード記憶や注意分割機能や計画力の認知機能を鍛える方法で行い、認知症の予防をねらいとする。知的活動プログラムにおいても週1回の活動は、課題を決め、実行したことを報告する、あるいは共通の目標を話し合う場である。むしろ課題を日常生活の中で実行することで、知的活動を習慣化する。

こうしたプログラムを運営するファシリテーターは、プログラムの中で、行動変容理論に基づく方法（松本千明、2002）や、集団としての機能を発揮してもらうためのグループワークの技法（矢富ら、2007）を用い、目標とした行動の習慣化を定着させる。

#### (3) 活動グループの自主化

指導者やファシリテーターはプログラムの開始時から、参加者による自主活動を意識した援助が必要である。参加者自身の知的活動の習慣化が、ファシリテーターの指導や決定に委ねられるような関係が形成されてしまうと、参加者が活動に対して受動的になり、参加者による活動の自主化が困難になる。指導者やファシリテーターは、最初の段階から、参加者が自己決定できるように行動を奨励しておかなければならない。自主化ができるように、プログラムを意識的に休むとか、時間に遅れるなど、次第にはたらきかけの量を減らしていくような工夫が必要である。自

主化後は、指導者やファシリテーターは月に1回から3ヶ月に1回くらいの頻度でプログラムの様子を観察し、問題点があれば、相談にのったり、必要な援助を行う。

グループの参加者がお互いの理解を深め、グループとして一体感が生まれてくると、自主化しても容易にグループが崩壊することはない。通常、行動の習慣化が確立して、グループ内の役割分担が次第にできていれば、次の目標として活動の自主化を考える。プログラムが終了する前から、自主化のための条件を少しずつ整えていく。活動の場所を新たに見つける必要があれば、適当な場所を探す。また、指導者やファシリテーターへの謝礼、活動費用の負担についても話し合っておく。

#### (4) プログラムの評価

##### ①結果評価

目的型アプローチの認知症の予防に関するプログラムでは、参加者が明確に認知症予防の目的を持っているので、自己の運動機能改善や認知機能の変化を知りたいという欲求を持つ。このために、認知機能をプログラム開始時とプログラム終了時、また、自主化した後にも一定期間ごとに評価をする。評価手段として後述するようにファイブ・コグ検査を用いても良い。また、ウォーキングのプログラムの効果の評価手段では、運動効率の改善を見るための生理学的コスト指数<参照：資料4>などを測定しても良い。

##### ②影響評価

認知症の予防に関するプログラムが行動や意識面でどのような効果や影響があったかを評価することもできる。このために、認知機能をプログラム開始時やプログラム中、プログラム終了時、また、自主化した後にも一定期間ごとに評価をする。

- (イ) 参加者はプログラムを効果があると認めているか
- (ロ) 参加者はプログラムを継続していける自信があるか
- (ハ) 参加者は運動や知的行動習慣をどの程度定着させたか
- (ニ) 参加者のプログラムへの出席率はどのくらいか

#### (5) 地域への拡大

##### ①参加者による認知症予防に関する啓発

地域でのプログラムの展開をするためには、プログラムが効果的で魅力的なものである必要がある。そうすれば、自然に口コミで情報が伝わり、プログラムに参加したいという希望者が地域に増えていく。認知症予防のもっとも効果的な啓発は、プログラムの参加者自身が自分たちの活動の良さを伝えていくことである。また、プログラム参加者が自分たちの活動を紹介する発表会や講演会・シンポジウムなどを開くこともよい。また、ミニコミ誌やホームページを作る認知症予防グループを作っておくと、その活動を通じて啓発活動が行われることになる。

##### ②認知症予防グループの組織化

ひとつの地域でいくつかの認知症予防グループが活動するに至れば、それらのグループが組織を作ることを勧めたい。そうした組織は、単にグループ間の親睦を図るだけではなく、各グループの活動の継続のための条件づくりと地域での予防活動の普及活動に力を発揮するようになる。

### ③認知症予防推進のための住民組織化と支援

プログラムの場は、次のプログラムを立ち上げるためのファシリテーター、サポーター等の人材の養成の場として利用することができる。また、新たに認知症予防を進めていきたい地域の関係者にプログラムを見学してもらい、認知症予防活動に対する理解を深めてもらうことができる。ファシリテーターやサポーターなどの地域住民が中心となって組織を作ることが、認知症に関する啓発活動や予防活動を推進していく大きな力となる。

## 5. 認知症支援の方法

認知症の対策の中でもっとも遅れているのが、軽度の認知症に対する対応である。軽度認知症の高齢者は基本的な日常生活能力が低下しているわけではないので、実質的な介護は必要としない。しかし、自立して社会生活ができなくなっているため、他者からの見守りや生活の管理が必要である。認知症支援を考えるには、認知症が軽度な時期に認知症高齢者がどのような問題を抱えているのかを理解しておく必要がある。

### 5.1 早期対応を促す啓発

認知症においても早期発見、早期治療のメリットは大きい。現実には、かなり症状が進んで家族で対処しきれなくなるとはじめて医療機関に相談することがしばしば見られる。認知症が軽度の場合は、介護などの深刻な問題はまだ少ないので、受診をためらっていることが多い。早期の受診に至る過程でもっとも大きな役割を果たすのが家族である。したがって、家族に対する啓発は重要である。最初に認知症ではないかと疑いを持つのは本人自身と本人と常に接している家族である。家族や本人がおかしいなと思える症状の変化に気づいても、年のせいであるとかストレスのせいであると片づけられてしまうことも多い。最初に気づいた症状が認知症の症状であるかもしれないと疑いを持つためには、認知症の症状についての知識がなくてはならない。さらに、受診へと至るためには、家族や本人が認知症が病気であって、治療の対象であり、早期に治療することにメリットがあることを知っておく必要がある。認知症の疑いを持ったときにどこに受診したらよいかの具体的な情報があると受診が早まる。したがって、こうした知識の普及は認知症の早期発見・早期治療にとって非常に重要である。講演会や地域での出前講座などを行って、早期治療のメリット、認知症の症状、医療機関や相談窓口のリストなどの知識を啓発する、あるいはパンフレットを配布することが有効な方法である。

### 5.2 かかりつけ医・専門医の受け入れ体制づくり

認知症の診断やその後のサービスへの連携については地域のかかりつけ医の役割が大きい。せっかく家族や本人が認知症ではないかと疑いを持って受診しても、認知症の診断が適切に行われないと意味がない。住民への啓発とともに、かかりつけ医・専門医の受け入れ体制づくりが必要である。住民にとっては、身近なかかりつけ医で認知症を診療できる医師のリストがあれば役立つ。地元の医師会と協議をして認知症を診療できる医師を登録してもらいリストを作っている自治体も増えてきている。

### 5.3 軽度認知症高齢者に対する支援

#### 5.3.1 問題への対処法の学習支援

軽度の認知症の高齢者は、抱える問題に対処するための学習をしておくことで不安を少なくし、生活の自立をより長く維持できる。このようなニーズを満たす社会的サービスは少ない。

軽度認知症の高齢者や家族を対象として問題への対処法の学習会を行うことは問題の解決に役立つ。

#### 1) 心理的問題

大部分の軽度の認知症患者はやや曖昧ではあるが症状に対する認識を持っている。軽度認知症の高齢者のもっとも大きな心理的課題は、認知的に低下した自分の状態を受け入れるという課題である。認知症が軽度の段階では、大部分の高齢者がある程度の判断力があり、自分の症状について正確ではないが自覚がある。自分が今までと違うもの忘れがあるとか、自分がおかしくなっているというような認識がある。したがって、混乱した気持ち、いらだち、孤独感、不安感、恐怖感を潜在的に持っていることが多い。

認知症が軽度の段階でも、社会生活を送るには、生活の管理の部分を家族などの他者に補ってもらう必要がある。そこで、人の助けを借りたくないという自立の意志と、現実には助けが必要な事態との間で葛藤を起し、自尊心の強い人は深刻なジレンマに悩むことがある。

こうした心理的問題を克服するには、家族との話し合いで家族が軽度の認知症の高齢者の気持ちを理解することでかなり問題が軽減されると思われる。また、同じ悩みを抱えた人たちと語り合い、こうした問題を乗り越えた人たちの経験を聞くことが大きな支えとなる。

## 2) 認知的低下の問題

軽度の認知症での認知的問題は、記憶障害と行動の管理能力の障害である。記憶障害はエピソード記憶の障害が著しい。家族は何度も同じ質問をするといった記憶障害から認知症に気づくことが多い。この他、場所や時間がわからなくなる。適切な言葉が出にくくなる。いわれたことがわからない。注意が集中できない。物の配置を取り違える。常識にそぐわない行動や場違いな行動をするなどの症状がある。しかし、繰り返し学習して獲得する記憶は比較的保たれている。このような残存能力を使えば、認知機能の低下を補って生活の自立をより長くし、生活上の楽しみを持つことができる。たとえば、エピソード記憶を補うためには、いつも決まった方法でメモをつける、日めくりカレンダーを利用する、1日の予定を決まったボードに書いておく、何度もアルバムをみて自分の人生を再学習する、カラオケや楽器の演奏を繰り返し練習して覚える、食器棚など収納場所に細かくラベルをはる、部屋の扉にトイレなどの表示をするなど様々な工夫ができる。

## 3) 将来への準備

軽度の認知症の高齢者や家族は将来起こる問題としてどんなことがあるかを知っておいて、それに早くから備えておくことで問題を解決しやすい。以下に将来に備えるべき課題と対処の方法をあげておく。家族や軽度認知症の高齢者にこうしたことを学習する機会を提供することも重要である。

### (1) 経済的問題

財産、収入などをチェックし、今後起こるかもしれない介護にかかる費用の準備をしておく。また、遺産相続など判断力のあるうちに決定しておく必要がある。成年後見制度を利用し、将来の生活や財産の使い方について決定しておく。

### (2) 人間関係の問題

家族や友人との関係が変化することを覚悟して、できるだけことはしておく

### (3) 健康の問題

食事、運動、生活の仕方を規則的にし、健康を保つ必要がある。

### (4) 治療の問題

かかりつけ医や専門医を受診して医学的治療を受ける。

(5) 安全の問題

運転免許を早めに返上する。家族は判断力が落ちたら、危険なものは手の届かないところにしまう。

(6) 介護のサービスを調べておく

将来、予測される介護生活で利用できるサービスや制度を調べておく。

### 5.3.2 能力維持のための支援

軽度認知症の人たちは高齢者クラブや自主サークルへの参加が難しくなり、無理に参加させようとすると心理的負担になる。しかし、認知症の中等度や重度の人たちのプログラムには心理的抵抗を持っている。軽度認知症の人たちにふさわしいプログラムを提供する必要がある。認知症の場合は、行動の意欲が低下している場合が多いので、一人一人のプログラム参加者が興味のもてる活動が何であるかを見つける努力をしなければならない。軽度認知症といえども、好む活動は正常の高齢者が好む活動とまったく違うわけではない。旅行、園芸、料理などは、軽度認知症の高齢者にも歓迎される活動であろうと思われる。軽度の認知症高齢者の場合、たとえ認知機能が落ちていても、幼稚な内容のプログラムは自尊心を傷つける恐れがある。たとえば、「漬け物づくり」や「団子作り」、「ホットプレートでできるクッキーづくり」などの「食べ物づくり」は、認知機能のまだ高い認知症患者から、かなり低い患者まで興味を持てるテーマである。次の表は、漬物作りを例にして、実行機能の能力によって実行できる役割を示している。

表 10. 実行機能のレベルと役割

たとえば、「漬け物づくり」であれば、
① 自立的な組織者・実行者 漬け物を漬けることを決定する、計画する、買い物をする、漬け物の漬け方を選択する、漬け物を作る
② 自立的な実行者 漬け物の漬け方が決められていて、材料が用意されれば漬け物を作ることができる
③ ある決まった仕事の実行者 たとえば、能力に応じて、測る、塩をふる、重しを乗せるなどができる
④ その人に合わせてやりやすくした仕事の実行者 たとえば、助けや指示に従って繰り返しの仕事を行うことができる
⑤ 観察者・見張り番 たとえば、塩漬けの水が浮いてきたということを見ることができる
⑥ 観察者・助言者 たとえば、自分の漬け物を作った経験を話すことができる
⑦ 観察者・批評者 たとえば、できた漬け物を食べる
⑧ 観察者 たとえば、漬け物を漬ける様子を見たり聞いたりする

認知症を対象にしたプログラムにおいても、その認知機能を活性化する効果がどれだけ発揮できるかは、参加者がどれだけ主体的に決定ができるかということにかかっている。特に、プログラムとしてどんなことをしたいかを決めるのは、できるならば、参加者が自主的に決めることが望ましい。そうした自主性が育っていない場合は、日頃の参加者の行動観察や家族からの情報をもとにして、いくつかの案を提示して選択してもらうのもひとつの方法である。

また、残存機能を生かして、できることはできるだけ自分でやってもらうことが原則である。歌や動作を覚えるような手続き的記憶に関してはかなり重度の段階まで能力が残存しているので、繰り返し学習することによってできるようになることが多い。これが自己効力感を増す良い方法となる。また、大きな課題は、個人の能力にあった小さな課題に分解して成功体験を重ねられるようにする。認知症高齢者を対象にしたプログラムではこうした個別的な対応がより求められるであろう。認知症患者であれば、なおのこと、個人の嗜好性を尊重し、そのプログラムを楽しんで自己効力感を得てもらえるようにする必要がある。

### 5.3.3 家族に対する支援

#### 1) 医療や介護の専門家による相談・助言

認知症の高齢者を抱える家族は介護による身体的負担と心理的問題を抱えている。心理的問題の解決には医師やケアマネジャーなど専門的な助言が役に立つ。認知症の相談窓口の職員には家族の心理的問題に対応できるよう研修が必要である。

#### 2) 認知症に対する関わり方の学習支援

家族に対する支援として認知症に対する関わり方の情報提供が有用である。家族は認知症の症状の理解や心理的な理解が不十分なことから、認知症の高齢者に対して不適切な対応をしてしまい、本人の混乱や心理的不安定を引き起こしている場合がある。たとえば、意欲が低下していつもの行動をしなくなると、なまけていると非難したり励ましたりしてしまう。また、妄想などの常識にあわない言動に対して反論したり、非難することによって症状を悪化させてしまうことも多い。家族が認知症の症状を理解し、本人に残された残存能力を知り、また心理的な不安や混乱を理解する必要がある。そのことによって、本人が果たせる役割や楽しみを見つけることを促して、それができることを評価して、本人の自信回復や生活の課題に取り組める心理的状态を作ることが重要である。

表 11. 認知症の方への対処の原則

<p>コミュニケーションの原則</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 話題を直接関係があることに集中する</li><li>2. 指示を簡単なものにする</li><li>3. 情報の量を減らして、要点を絞る</li><li>4. 小さな情報に分ける</li><li>5. その情報をゆっくりとひとつずつ提示する</li><li>6. 時間をとって注意をじっくり払うようにする</li><li>7. その人の自身の言葉で復唱させる（書いてもらう）</li><li>8. 注意を喚起する</li><li>9. 周りの騒音を少なくする</li><li>10. 手振り身振りを使う</li><li>11. 落ち着いた調子で話す</li><li>12. 沈黙しても急かさず、待つ</li><li>13. よく耳を傾けて何を言おうとしているのか聴き取る</li></ol>
<p>困った行動への対応の原則</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 日頃からいい家族関係を作っておく</li><li>2. 非難や説得は効果がない。誉める、嬉しがる、感謝する</li><li>3. 楽しいこと、興味のあることができるように話しかけ、一緒に行動する</li><li>4. 困った行動のパターンをしっかり観察する</li><li>5. 困った行動の原因を考え、それを取り除くように努力する</li><li>6. できるだけ制止せず、冷静に収まるのを待つ</li></ol>

## 6. ま と め

脳血管性認知症の危険因子は中年期からの生活習慣が大きく関わっている。また、アルツハイマー病においては、その主たる病理現象は中年期から徐々に蓄積され、長い期間を経て発病に至る。アルツハイマー病による認知症においても、食習慣、運動習慣、知的行動習慣などの生活習慣が関わっていることが明らかとなってきた。したがって、こうした生活習慣に介入して認知症の発症遅延効果が期待できる。認知症予防・支援の介入研究では、効果の検証に要する期間が長期にわたることや意欲の低い軽度認知障害を持つリスクの高い人たちをランダムに条件を課すということが難しいため、厳密な研究計画の下での検証が難しい。現状では、こうした事情から認知症の発症遅延効果を証明する強力な証拠を提示するところまで至っていない。しかし、疫学的な危険因子や短期の介入研究から認知症の発症遅延効果がある程度示唆されており、認知症予防・支援を介護予防の施策として推進しても良いのではないと思われる。要介護状態にある高齢者のうち60%が認知症を持っている。このことを考えると、認知症の発症を遅らせることが可能であればその恩恵は計り知れない。

認知症発症遅延のアプローチとして、軽度認知障害を持つ特定高齢者を対象にして濃密な介入をして発症を遅らせるという介護予防特定高齢者施策と、軽度認知障害を持つ特定高齢者とまだ認知的低下をきたしていない健康な高齢者をもとに対象にして、比較的軽い介入で発症を遅らせる介護予防一般高齢者施策がある。認知症は発病に至るまで長い期間があり、発症遅延化の介入は、脳の神経系が健全で可塑性がある早期の段階からの方が認知症の発症をより長く抑制できるであろうと考えられる。このような観点から考えると認知症予防・支援のアプローチとしては、介護予防一般高齢者施策による認知症の予防に関する事業をより推進していくべきだと考えられる。

介護予防一般高齢者施策では、認知症予防・支援に対する関心を持つ人が自分でコストを負担し、自らが危険因子を減らす行動習慣を身につけることがもっとも望ましい。介護予防一般高齢者施策による認知症の予防に関する事業では、認知症の危険因子に関する知識を啓発し、危険因子を減らす行動習慣のきっかけとなる学習の機会や予防プログラムを提供することが必要である。

こうした事業を効果的に推進するためには、まず、科学的な根拠に基づく認知症予防・支援の知識や支援技術をもつ指導者やファシリテーターを養成する必要がある。これらの人材を活用して啓発や学習機会やプログラムの提供を行える社会的インフラが必要である。また、地域支援事業に携わる担当者がコーディネーターとしてこうした社会的資源を活用して事業を推進できるような体制が必要であろうと思われる。

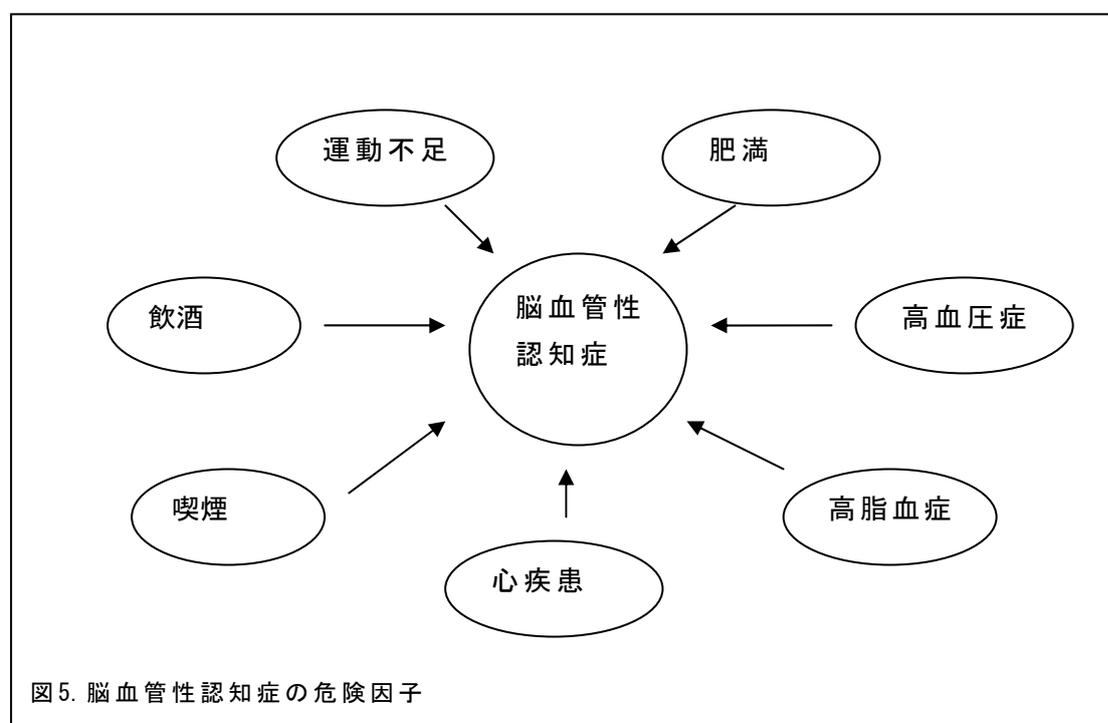
## 7. 資料

### < 資料 1 : 認知症予防の科学的根拠 >

認知症予防とは、認知症の発症の危険因子を減らすことであるといつてよい。認知症の8割前後は、アルツハイマー病と脳血管障害が原因疾患となっている。したがって、この二つの疾患を予防するということになる。

#### 1 脳血管性認知症の危険因子

脳血管性認知症は脳の血管の障害で起こる。脳の血管障害の原因疾患としては、脳梗塞、脳血栓症、脳塞栓症、脳出血、くも膜下出血などがあげられる。これらの疾患の危険因子として運動不足、肥満、食塩の摂取、飲酒、喫煙の生活習慣、高血圧症、高脂血症、糖尿病や心疾患などがある。



#### 2 アルツハイマー型認知症の危険因子および影響因子

アルツハイマー型認知症の危険因子は、遺伝的な因子と環境的な因子に分けることができるが、環境的因子の影響の方が発症に大きく関わっていると考えられている。健康な高齢者を追跡して認知症を発症した人と発症しなかった人の違いを検討した疫学的研究から環境的因子が次第に明らかとなってきた。現在、アルツハイマー型認知症の発症に関わる影響因子として、食習慣では、魚の摂取、野菜果物の摂取、ワインの摂取などが関係していることが分かっている。魚の摂取に関しては、1日に1回以上食べている人に比べて、ほとんど食べない人はアルツハイマー型認知症の危険がおよそ5倍であったという報告がある(表12)。こうした効果は、魚に含まれる不飽和脂肪酸であるEPAやDHAによるものと考えられている(Kalmijn Sら、2004; Barberger-Gateau Pら、2002; Barberger-Gateau Pら、2007)。

表 12. 魚の摂取量とアルツハイマー型認知症の危険度

研究	行動習慣	危険度	
Kalmijn S ら (1997)	魚の摂取量	1日あたり18.5g以上	0.30
		1日あたり3g以下	1
Barberger- Gateau Pら (2002)	魚・シーフードの 摂取頻度	1日に1回	1
		週に1日	1.64
		週1日未満	2.24
		食べない	5.29
Barberger- Gateau Pら (2007)	魚の摂取頻度	週に1回未満	1
		週に1回以上	0.65

表 13. 野菜や果物中のビタミンEの摂取量とアルツハイマー型認知症の危険度

研究	行動習慣	危険度	
Morris MC ら (2002)	野菜や果物中の ビタミンEの摂取量	1日あたり10.4国際単位以上	0.30
		1日あたり7.01国際単位以下	1
Engelhart MJら (2002)	野菜や果物中の ビタミンEの摂取量	1日あたり15.5mg以上	0.67
		1日あたり10.5mg以下	1
Morris MC ら (2005)	野菜や果物中の ビタミンEの摂取量	1日あたり5mg増えるごとに (5.7mg~71.1mg)	0.74

表 14. ワインの摂取量とアルツハイマー型認知症の危険度

研究	行動習慣	危険度	
Orgogozo JMら (1997)	ワインの摂取頻度	1日標準的なグラスで3, 4杯	0.28
		飲まない	1
Lindsay J ら (2002)	ワインの摂取頻度	週に1回以上飲む	0.49
		毎週は飲まない	1
	酒（種類問わない）の 摂取頻度	週に1回以上飲む	0.68
		毎週は飲まない	1

表 15. 運動習慣とアルツハイマー型認知症の危険度

研究	行動習慣	危険度	
Yoshitake T ら (1995)	運動習慣	あり	0.18
		なし	1
Laurin Dら (2001)	運動強度と頻度の 組み合わせ	ウォーキング以上の強度の 運動を週3回以上	0.50
		ウォーキング程度の強度の 運動を週3回以上	0.67
		上記以外の運動と 運動頻度の組み合わせ	0.67
		まったく運動しない	1
Larson EB ら (2006)	運動頻度	運動頻度週3回以上	0.64
		運動頻度週3回未満	1

表 16. 知的行動習慣とアルツハイマー型認知症の危険度

研究	行動習慣	危険度
Wilson RS ら (2002)	①テレビを見る ②ラジオを聴く ③新聞を読む ④本を読む ⑤雑誌を読む ⑥トランプ、チェス、クロスワードパズル、 その他のパズルなどゲームをする ⑦博物館に行く 各行動の頻度に応じて1点から5点を配点 1点；1年に1度以下 2点；年に数回 3点；月に数回 4点；週に数回 5点；ほぼ毎日	1点につき 33%の危険度 低下

表 17. 知的活動とアルツハイマー型認知症の危険度

研究	行動習慣		危険度
Vergheese Jら (2003)	チェスなどのゲーム	ほとんどしない	1
		よくする	0.26
	文章を読む	ほとんどしない	1
		よくする	0.65
	楽器の演奏	ほとんどしない	1
		よくする	0.31
	ダンス	ほとんどしない	1
		よくする	0.24
Wilson RS ら (2007)	新聞を読む、チェスやチェッカーズのようなゲームをする、博物館や観劇に行くなどの知的な行動	少ない	1
		多い	0.58

野菜や果物の摂取量が多いとアルツハイマー型認知症の発症率は低い、野菜や果物に含まれているビタミンEの摂取量で比べると、摂取量が多いと少ない者に比べて、アルツハイマー型認知症の発症危険度は3割であったという（Morris MCら、2002；Engelhart MJら、2002；Morris MCら、2005）（表13）。野菜や果物に含まれるビタミンE、ビタミンC、ベーターカロテンがそうした効果を生んでいるとされる。

ワインの摂取では、飲まない人に比べて週1回以上飲む人は発症の危険度は約半分になっており（表14）、赤ワインに含まれるポリフェノールが関係しているであろうと考えられている（Orgogozo JMら、1997；Lindsay J、2002）。また、運動習慣では、有酸素運動の強度と頻度が関係している。4700人の運動習慣を調べ4年にわたって追跡した研究では、普通の歩行速度をこえる運動強度で週3回以上運動している者は全く運動しない者と比べて、危険度が半分になっていた（Yoshitake T, Kiyohara Y, et al. 1995；Laurin D, Verreault R, et al. 2001；Larson ER et al, 2006）（表15）。有酸素運動は、脳の血流を増し、高血圧やコレステロールのレベルを下げる効果があり、そのことが認知症の発症率に関係しているのであろうと考えられる。

文章を読む、知的なゲームをするなどの知的な生活習慣が係わっていることも報告されている（Wilson RSら、2002；Vergheese Jら、2003；Wilson RSら、2007）。テレビ・ラジオの視聴頻度、新聞・本・雑誌を読む頻度、トランプ・チェスなどのゲームをする頻度など7項目を、7点から35点まで点数化してアルツハイマー型認知症の発症危険度を見たところ、1点につき危険度が33%減少していたという（Wilson RSら、2002）（表16）。また、チェスなどのゲーム、文章を読む、楽器の演奏、ダンスなどのそれぞれについてよくする人とほとんどしない人を比べると発症の危険度が0.24～0.65と低いことも報告されている（Vergheese Jら、2003）（表17）。

アルツハイマー型認知症の発症には、対人的な接触頻度も大きく関わっていることが明らかになっている。夫婦同居で、子供と週1回以上会う、友人または親族と週1回以上会う人に比べて、

独り暮らしで子供と週1回未満しか会わない、友人または親族と週1回未満しか会わない、いわば閉じこもりの人は、発症の危険度が8倍も高いことが示されている（Fratiglioni Lら、2000）（図6）。

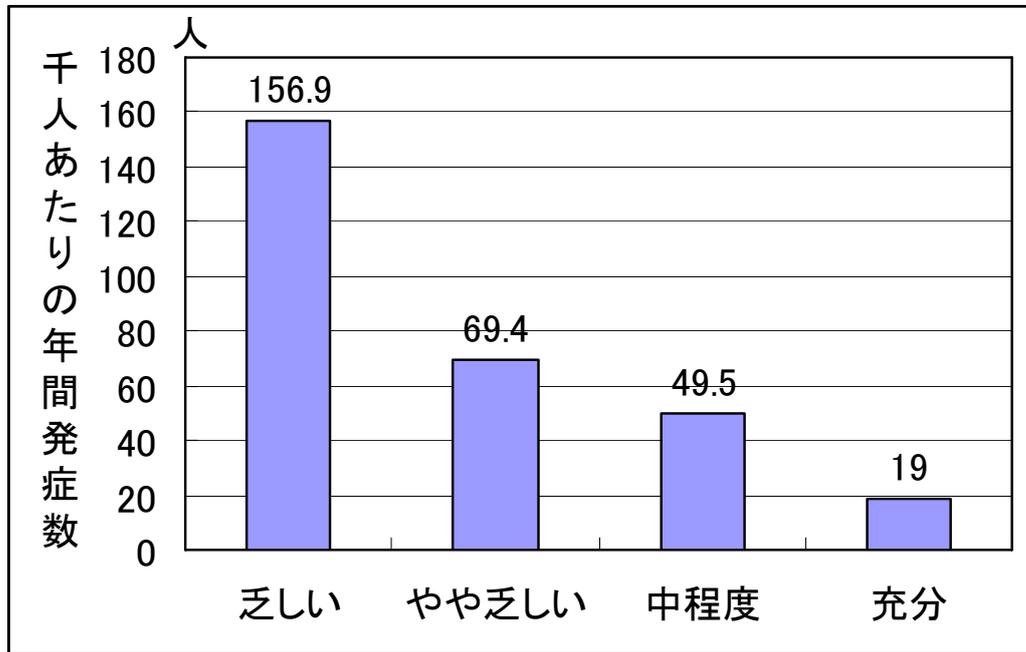


図6. 認知症発症率と社会的接触頻度（Fratiglioni ら、2000）

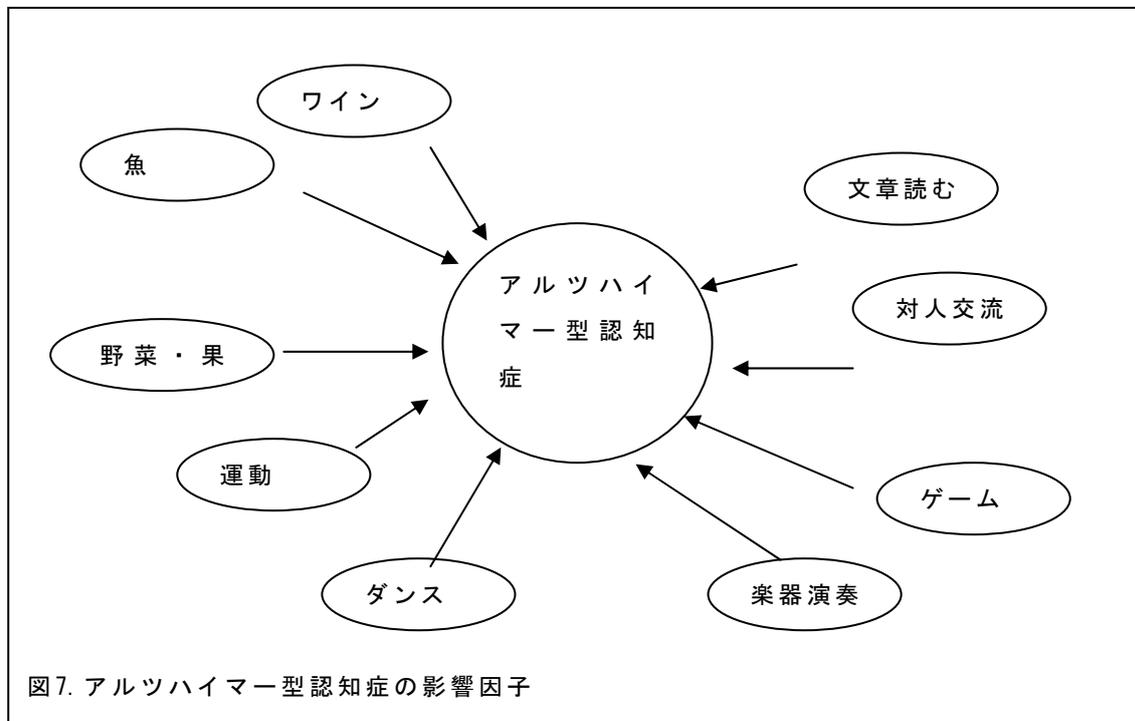


図7. アルツハイマー型認知症の影響因子

### 3 認知症予防のメカニズム

認知症予防のアプローチとして、危険因子の性質から2つのアプローチ、生理的アプローチと認知的アプローチに大別することができる。野菜や果物、魚の摂取などの食習慣、ウォーキングなどの有酸素運動の習慣を改善することは、主として脳の生理的状态を良好に保ち、認知症の発症に関わっていると考えられている。有酸素運動は、脳の特に認知症と関係の深い前頭前野や海馬の血流や代謝をよくすることがわかっている。また、最近の研究ではアルツハイマー病の病理的兆候のひとつであるアミロイド蛋白の沈着が運動によって少なくなることも明らかになっている<sup>43)</sup>。認知的アプローチは、認知機能を重点的に使い、その機能の改善や維持を図ろうとするアプローチである。認知症を認知機能の低下した状態と考えるならば、認知機能に直接的に影響を及ぼす認知的アプローチは有効なアプローチである。

認知症に至る軽度認知障害の時期に特に低下する機能は、体験したことをおぼえて思い出す機能であるエピソード記憶、いくつかの対象に対して注意を振り分けたり注意を切り替える機能である注意分割機能、思考力である。正常な高齢者が認知症になるのを遅らせるためには、軽度認知障害の段階で低下するエピソード記憶、注意分割機能、思考力を刺激する介入を行うのが理にかなっている。思考力は、日常生活の複雑な判断や目標設定、計画、監視などの実行機能、いわば行動の管理能力を支える機能である。ある意味で計画力を含めた行動管理能力は認知症と正常を区別する本質的な能力である。認知的アプローチは、記憶機能の特にエピソード記憶と注意分割の機能、および計画力を含んだ実行機能を刺激する要素を含んだものが望ましいと考えられる。

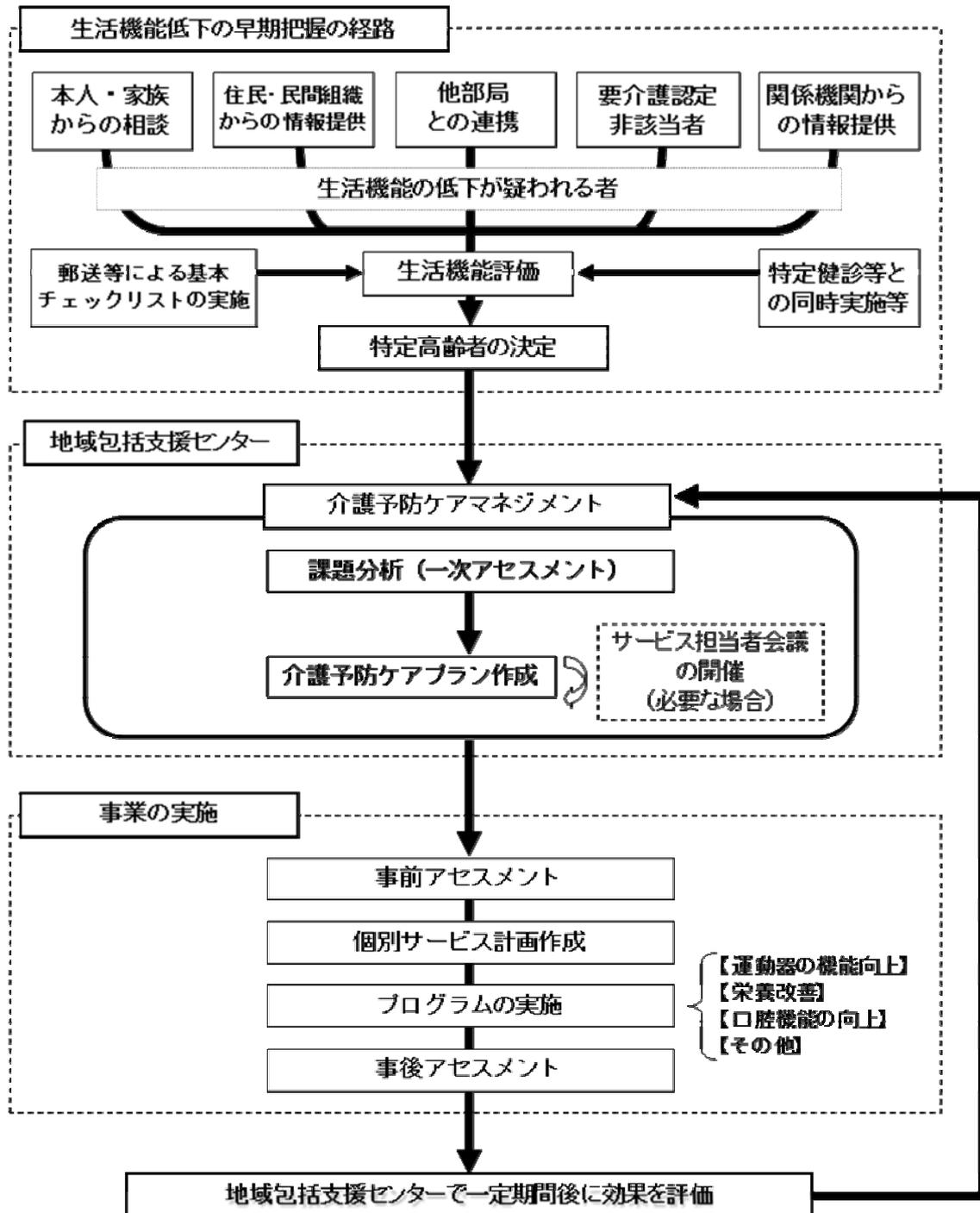
認知的活動が認知症を予防する効果や進行を抑制する効果については、どのようなメカニズムを考えることができるのであろうか。最近の研究では、刺激の多い環境で飼ったラットと単調な刺激の少ない環境で飼ったラットを比較したところ、刺激の多い環境で飼ったラットでは脳の神経にアミロイド蛋白の沈着が少ないということがわかっている(Lazarov 0ら、2005)。また、刺激の多い環境で飼ったラットでは神経の情報伝達を果たしているシナプスに、神経伝達物質をためる小胞体の数が増加しており、シナプスの部位での次の神経との接触面積が広がっていることが分かっている(Nakamura Hら、1999)。認知的活動を行うことは、アルツハイマー病の病理的变化が少なく済み、神経の情報伝達効率が高まる生理的な効果が期待できる。

神経ネットワークの強化の観点から認知症の予防的効果を持つことに、2つの可能性が考えられている。ひとつは、認知的活動がその認知的活動に使われる神経のネットワークを強化し直接的にアルツハイマー病の影響を少なくしている可能性である。たとえば、記憶に関わる神経ネットワークは、それを頻繁に使うことで神経ネットワークの伝達効率を高めることができ、それによって、アルツハイマー病による神経の機能低下の影響を少なくすることができると考えられている(Stern Y、2006)。

もうひとつは、ある認知的活動に使われていた機能障害のために神経のネットワークが機能を果たせなくなった場合にも、それに代わる神経のネットワークを発達させる可能性である。失語症や運動麻痺など脳卒中後のリハビリを行って機能が回復するのは、この代償的な神経のネットワークを新たに発達させるからである。しかし、認知症においてもこのような代償機能が起こりうる事が明らかとなっている。たとえば、認知症の人たちの一部は、単語を記憶するときに使う神経のネットワークが機能できなくなったとき、通常、健康な高齢者が単語を記憶するときに使う神経のネットワークとは別のネットワークを使っており、しかも、そのネットワークを使う人の方が成績がよいことが分かっている(Stern Yら、2000)。

<資料2：介護予防事業における特定高齢者施策の流れ>

介護予防特定高齢者施策の流れ



< 資料 3 : 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か月間で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                    c m      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。

## <資料4：目的型の介護予防一般高齢者施策のプログラムの例>

### 1) ウォーキングプログラムの例（矢富ら、2008）

ここで例示するウォーキングプログラムは、参加者が6名程度、指導者またはファシリテーター1～2名で構成され、毎週1回1時間30分のプログラムを行うものである。毎週1回のプログラムの活動の中心は、ウォーキングの目標を立てたり実行した記録を報告しあうことである。実際のウォーキングはひとり一人が日常生活の中で実行する。

#### (1) 認知症予防の目的の共有

参加者同士が認知症予防の目的を共有することで、参加者がお互い励ましたり支え合ったりする行動が促進される。その結果、参加者の行動変容が容易になり、行動習慣が確立されて継続しやすくなる。認知症予防の目的共有化には、プログラム開始時の自己紹介で、「なぜこの活動に参加したのか」というような参加動機を語ってもらうと効果的である。「最近物忘れがひどくなったので」とか、「アルツハイマー病の親を介護した経験から、自分もぼけないで長生きしたいと思ったので」などといったような参加動機が参加者から語られれば、プログラムの目的が認知症予防であることを明確に認識できる。また、自分以外の参加者も認知機能の低下を自覚していたり、認知症への不安を感じたりしていることがわかる。このような自己紹介を時間をかけて行うことで、お互いの能力や生活状況についても知り合うことができ、自然に参加者同士の助け合いや役割分担が促進される。

#### (2) ウォーキングに関する信念の確立

認知症予防のための行動変容が起こる条件のひとつとして、「ウォーキングをすれば、認知症予防に効果的だ」という信念を参加者自身もつことが重要である。信念を確立できなければ、参加者が自発的にウォーキングに取り組むことはできない。ウォーキングプログラムでは、なぜウォーキングが認知症予防にとって効果的なのか、より効果的な歩き方はどのようなものなのか、ウォーキングを習慣化するためにはどのような工夫が必要か、などの学習を最初に行う。指導者やファシリテーターは、この学習のために情報提供を行う。ファシリテーターはあくまでもウォーキングに関する情報を提供する役割を担うのであり、指導するのではない。情報提供を行ったうえで、ウォーキングに取り組むかどうかは本人の決定にゆだねる。

#### (3) 生活歩数のモニタリング

ウォーキングに関する信念の確立を促すための情報提供のあとは、生活歩数の記録を行う（図8参照）。どんなときにどれくらい歩いたかを記録することで、実際に、自分が生活の中でどれくらい歩いているのか、どんな時に歩いているのかなどを自分自身で把握することができる。このようなモニタリングを実施すれば、今後どれくらいの歩数を目標にしてウォーキングの習慣化を目指せばよいのか、自分の生活の中でどんな時なら歩けそうかなど、自分の生活歩数の実態やライフスタイルに合わせて自分自身で目標を決定することができる。

#### (4) ウォーキングの計測

自分自身の歩行能力を知り、効果的なウォーキングの仕方を学ぶ機会として、ウォーキングの

計測を実施する。認知症予防に効果的なウォーキングの仕方（「ややきつい」と感じる早歩き）を体験し、その時の脈拍や歩幅、きつさの感じ方を確認する。グループで計測を行うことによって、他の参加者の歩き方を観察（モデリング）することができ、効果的な歩き方を身につける機会にもなる。この計測の結果からウォーキングの効果の指標として運動の生理的な効率性を表す生理的コスト指数を計算することができる（Ijzerman MJら、2002）。

#### 生理的コスト指数の算出方法

$$PCI = \frac{\text{歩行終了時心拍数} - \text{安静時心拍数}}{\text{歩行速度（1分間に歩く距離m）}}$$

PCI (Physiological Cost Index) : 生理的コスト指数

#### （5）ウォーキングの目標設定

生活歩数のモニタリングや計測の結果をふまえて、各自が当面ウォーキングで目指す目標（1日あるいは1週間の歩数、早歩きの時間、いつどこで歩くか、など）を決める。ファシリテーターは、参加者が達成可能な目標を自分自身で決められるように促す。人によってはウォーキングの目標として初めから高い目標を設定して膝や腰の故障を誘発することがある。ファシリテーターは、慣れるまでは無理のない目標を設定することが目標を達成するのに早道であることを情報提供し、成功体験が得やすい能力に見合った達成可能な目標を立てることを支援する。目標が決まったら、達成したときの自分へのご褒美や応援者を決めて宣言書（図9参照）に記入し、応援者である家族や友達にわたすということも行動変容を容易にするための方法のひとつである。

#### （6）ウォーキングの実行と報告

目標を決めたら実行してみて、その結果を毎日記録する（図8と同様の記録表を使用する）。記録する際に、歩数の累計がわかるように右上がりのグラフを書くと、視覚的な効果で達成感が得られやすく、歩くことへの動機づけが維持されやすい。プログラムでは、参加者それぞれの実行の状況を報告し合う。ファシリテーターは、参加者が努力して目標を達成できた場合にはそれをほめて評価する。達成できなかった場合には、とがめるようなことは決してしない。ウォーキングは、短期間の実行でも効果が実感されやすいので、効果を実感した参加者にその体験を語ってもらい、他の参加者のモデルとなってもらおう。

ウォーキングの実行によって最初に設定した目標が達成できたら、2回目の目標を設定して実行する。あるいは、最初の目標達成が困難な場合は、目標を見直して達成可能な目標を設定して実行してみる。このような目標設定と実行、報告の繰り返しにより、参加者のウォーキングの習慣が確立していく。

表 18. ウォーキング・プログラムの進め方

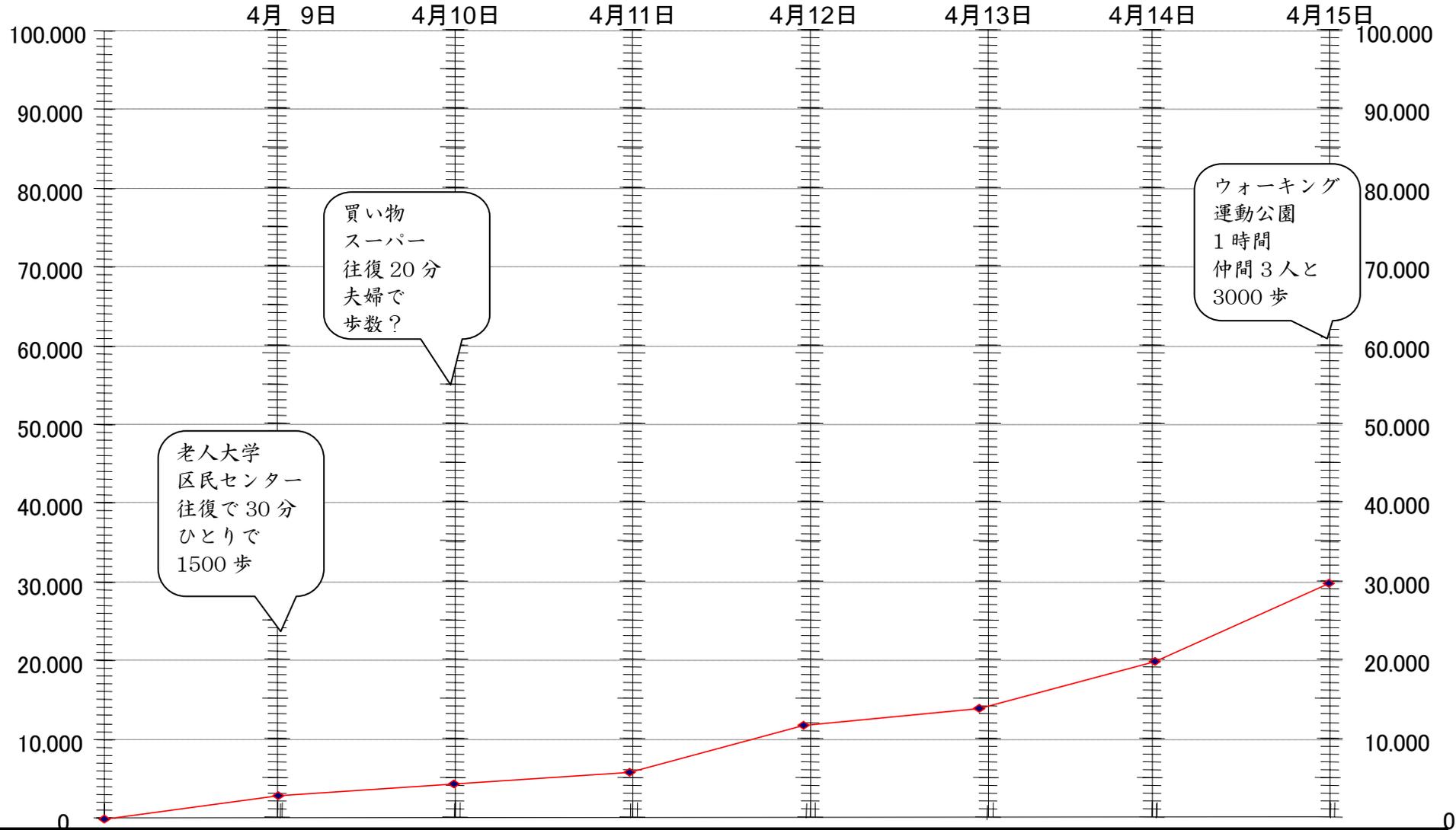
- |                    |
|--------------------|
| ① 認知症予防の目的の共有      |
| ② ウォーキングに関する信念の確立  |
| ③ 生活歩数のモニタリング      |
| ④ ウォーキングの計測        |
| ⑤ ウォーキングの目標設定      |
| ⑥ ウォーキングの実行と報告     |
| ⑦ ウォーキングイベントの企画と実施 |

#### (7) ウォーキングイベントの企画と実施

ウォーキングのプログラムでは、参加者が日常生活の中でウォーキングを習慣化することを主なねらいとしているが、地域のウォーキングに適したコースを歩くイベントを参加者が自主的に企画し実行することによりウォーキングの楽しみが増し、プログラムの継続に役立つ。また、そのような機会はグループ参加者がいっそう親密度を増し、お互いのウォーキングの仕方をモデル学習する機会にもなる。

# 歩数の記録

氏名 \_\_\_\_\_



その日の歩数	3000	1600	1600	6000	2000	6000	10000
その日までの合計	3000	4600	6000	12000	14000	20000	30000

図 8. 歩数の記録用紙

# ウォーキング宣言書

氏名



自分で決めた目標

- 1週間の合計歩数を\_\_\_\_\_歩（1日平均\_\_\_\_\_歩）にする
- ややきつい早歩きを次のようにおこなう

1日\_\_\_\_\_分

週 \_\_\_\_\_日



やり遂げたときのごほうび

- 



あなたを応援してくれる人

- 

- 



宣言日 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日

図9. 宣言書

## 2) 料理プログラムの例 (矢富ら、2008)

以下では、認知症予防を目的とした料理プログラムの例を示す。プログラムのグループは、6～8名の参加者と指導者またはファシリテーター1～2名で構成する。プログラムは、知的活動を習慣化するために、週1回毎週同じ曜日の同じ時間に定期的実施する。

### (1) 認知症予防の目的の共有

参加者同士が認知症予防の目的を共有することで、お互い励ましたり支え合う行動が促進される。その結果、参加者の行動変容が容易になり、行動習慣が確立されて継続しやすくなる。認知症予防の目的共有化には、プログラム開始時の自己紹介で、「なぜこの活動に参加したのか」というような参加動機を語ってもらうと効果的である。(ウォーキングプログラムの進め方の「①認知症予防の目的の共有」と方法は同様)

### (2) 料理に関する信念の確立

認知症予防のための知的活動の習慣化を促す際には、まず参加者自身が「今まで作ったことのないレシピを作って調理すれば、認知症予防に効果的だ」というような信念を確立することが重要である。料理プログラムでは、なぜ料理が認知症予防にとって効果的なのか、より効果的な料理プログラムはどのような方法で行えばよいのか、などの情報提供を最初に行う。今までに自分が作ったことのない新しいレシピを考えること、調理がうまくできるようにグループで手順を話し合うことなどによって、計画力が鍛えられること、過去の体験や知識を活用して話し合う過程ではエピソード記憶や注意分割機能が鍛えられること、実際の調理場面では手際よく調理をすることで注意分割機能が鍛えられることなどを情報提供する。

### (3) 料理のテーマを決める

参加者で話し合っ、食材や季節的なテーマを決める。ファシリテーターは参加者が意見を述べやすい雰囲気を作る。テーマが決まったら、次の活動までに参加者それぞれがテーマに基づいたレシピを考えてくる。

### (4) レシピの発表と決定

参加者それぞれが考えてきたレシピを発表しながら、意見を出し合う。出されたレシピの中から、あるいは、出されたレシピを皆で改善しながら、次回実際に調理するレシピを決定する。場合によっては家で各自が試作し、レシピを改善する。ファシリテーターは、参加者それぞれが自分にとっての新しいレシピ作りに挑戦できるように促す。

### (5) 役割を決める

決定したレシピをもとに、食材の買い出しや調理の際の役割について参加者で話し合っ、決めていく。

### (6) 調理・試食をする

実際に調理をする。完成した料理を写真に残したり、レシピの記録(図10)を整えたりする。試食をしながら、今回のレシピの内容や調理の段取り、料理の味などについて反省をし、次のテーマを決める。

料理プログラムでは、1つのテーマごとにほぼ3~4週間のサイクルで活動を行う。知的活動が毎日の生活の中で習慣化されなければ認知症予防の効果は期待できない。行動を定着させるには、やればできるという成功体験が得られて効果が実感できることが必要である。そのためにファシリテーターは、大きな目標を小さな段階に分けて達成していくスモールステップの原則に沿ってその人が自分の能力に見合ったレシピが作成できるように支援する。そして、それができた時にはほめる。

表 19. 知的活動プログラムの流れ  
(料理プログラムの場合)

①認知症予防・支援の目的の共有
②料理に関する信念の確立
③料理のテーマを決める
④レシピの発表と決定
⑤役割を決める
⑥調理・試食をする



## <資料5. 文献>

- 1) American Psychiatric Association 2000 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Forth edition Text Revision. (DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル、高橋三郎、大野裕、染矢俊幸訳 医学書院、2002)
- 2) Barberger-Gateau P, Dartigues JF, Letenneur L. 1993 Four Instrumental Activities of Daily Living Score as a predictor of one-year incident dementia. *Age Ageing*. 22(6), 457-463.
- 3) Barberger-Gateau P et al. 2002 Fish, meat, and risk of dementia: cohort study. *BMJ*, 325, 932-933.
- 4) Barberger-Gateau P et al. 2007 Dietary patterns and risk of dementia: the Three-City cohorts study. *Neurology*, 69(20), 1921-1930.
- 5) Bozoki A, et al. 2001 Mild Cognitive Impairment predict dementia in nondemented elderly patients with memory loss. *Arch Neurol*, 58, 411-416.
- 6) Bruscoli M and Lovestone S. 2004 Is MCI really just early dementia? A systematic review of conversion studies. *Int Psychogeriatr* 16, 129-140.
- 7) Engelhart MJ, Geerlings MI, et al. 2002 Dietary intake of antioxidants and risk of Alzheimer Disease. *JAMA*, June 26, 287(24), 3223-3229.
- 8) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR 1975 "Mini-Mental State" ; a practical method for grading the cognitive state for clinician. *J Psychiart Res*, 12, 189-198.
- 9) Fratiglioni L, Wang HX, et al. 2000 Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *The lancet*, 355, 1315-1319.
- 10) Gauthier S, et al. 2006 Mild cognitive impairment. *Lancet*, 367, 1262-1270.
- 11) Hanninen T, et al. 1996 Prevalence of Aging-associated Cognitive Decline in an Elderly Population. *Age and Ageing*, 25, 210-205.
- 12) Ijzerman MJ, Nene AV 2002 Feasibility of the physiological cost index as an outcome measure for the assessment of energy expenditure during walking *Arch Phys Med Rehabil*. 83(12), 1777-1782.
- 13) Kalmijn S, et al. 2004 Dietary intake of fatty acids and fish in relation to cognitive performance at middle age. *Neurology*, 62(2), 275-280.
- 14) 加藤伸司,長谷川和夫ほか 1991 改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)の作成 *老年精神医学雑誌* 2, 1339-1347.
- 15) 小山恵子 1999 老年期に起こる精神障害 痴呆患者さんを理解する、小島卓也、荻原隆二編 *健康体力づくり事業財団、ぎょうせい*, 12-23.
- 16) Larson ER et al. 2006 Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. *Ann Intern Med* 144(2), 73-81.
- 17) Laurin D, Verreault R, et al. 2001 Physical activity and risk of cognitive

- impairment and dementia in elderly persons. *Arch Neurol*, 58, 498-504.
- 1 8) Lazarov O, Robinson J, Tang YP et al. 2005 Environmental enrichment reduces Abeta levels and amyloid deposition in transgenic mice. *Cell*, 120, 701-713.
  - 1 9) Levy R 1994 Aging-associated Cognitive Decline. *Int Psychogeriatr*, 6, 63-68,
  - 2 0) Lindsay J, Laurin D, et al. 2002 Risk factors for Alzheimer 's disease: A prospective Analysis from the Canadian study of health and aging . *American J. of Epidemiology*, 156(5), 445-453.
  - 2 1) 町田市 2004 効果的な介護予防事業に関するニーズ調査報告
  - 2 2) 米原町 2004 高齢者健康基礎調査研究報告書
  - 2 3) Manly JJ, Bell-McGinty S, Tang M, et al. 2005 Implementing diagnostic criteria and estimating frequency of mild cognitive impairment in an urban community. *Arch Neurol* 62, 1739-1746.
  - 2 4) 松本千明 2002, 健康行動の理論の基礎. 医歯薬. 東京
  - 2 5) Meguro K, Ishii H, Yamaguchi S, et al. 2002 Prevalence of dementia and dementing disease: The Tajiri Project. *Arch Neurol*, 59, 1109-1114.
  - 2 6) Morris MC, Evans DA, et al. 2002 Dietary intake of antioxidant Nutrients and the risk of incident Alzheimer Disease in a biracial community study. *JAMA*, 287(24), 3230-3237.
  - 2 7) Morris MC, Evans DA, Tangney CC, et al. 2005 Relation of the tocopherol forms to incident Alzheimer disease and to cognitive change. *Am J Clin Nutr*, 81(2), 508-514.
  - 2 8) Nakamura H, Kobayashi S, et al 1999 Age-changes of brain synapses and synaptic plasticity in responses to an enriched environment. *J. of Neuroscience Res*, 56, 307-315.
  - 2 9) Nakamura S, et al. 2003 Prevalence and predominance of Alzheimer type dementia in rural Japan. *Psychogeriatrics*, 3(3), 97-103.
  - 3 0) Orgogozo JM, Dartigues JF, et al. 1997 Wine consumption and dementia in the elderly: a prospective community study in the Bordeaux area. *Rev Neurol (Paris)*, 153(3), 185-192.
  - 3 1) Palmer KP, Backman L, Winblad B, Fratiglioni L. 2008 Mild cognitive impairment in the General population: Occurrence and Progression to Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry*, 16(7), 603-611.
  - 3 2) Panza F et al. 2005 Current epidemiology of mild cognitive impairment and other predementia syndroms. *J Am Geriatric Psychiatry*, 13, 633-644.
  - 3 3) Petersen RC, Et al. 1999 Mild Cognitive Impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol*, 56, 303-308.

- 34) Rentz DM, Winetraub S. 2000 Neuropsychological detection of early probable Alzheimer's disease. In Scnto LFM and Daffner KR ed. Early Diagnosis of Alzheimer's disease. Humana Press, Totowa, 169-189.
- 35) Ritchie K, et al. 2001 Classification criteria for mild cognitive impairment: A population-based validation study. *Neurology*, 56, 37-42.
- 36) Schroder, J. et al. 1998 Prevalence of mild cognitive impairment in an elderly community sample. *Journal of Neural Transm[Suppl]*, 54, 51-59.
- 37) Stern Y, Moeller JR, Anderson KE, et al. 2000 Different brain networks mediate task performance in normal aging and AD: defining compensation. *Neurology*, 55, 1291-1297.
- 38) Stern Y, 2006 Cognitive reserve and Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 20(3 Supple 2), s69-74.
- 39) 東京都福祉局 2009 高齢者の健康と生活実態に関する報告書 東京都福祉局
- 40) 東京都老人総合研究所 ファイブ・コグ 高齢者用集団認知検査 2008 NPO 認知症予防サポートセンター, 東京.
- 41) Verghese J, Lipton RB, et al. 2003 Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *N Engl J Med*, 348(25), 2508-2516.
- 42) Wilson RS, Mendes de Leon CF, et al. 2002 Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. *JAMA*, 287(6), 742-748.
- 43) Wilson RS, Scherr PA, Schneider JA, et al. 2007 Relation of cognitive activity to risk of developing Alzheimer disease. *Neurology*, 69(20):1911-1920.
- 44) Winblad B, Palmer K, Kivipelto M, et al. 2004 Mild cognitive impairment - Beyond controversies towards a consensus: Report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *J Intern Med*, 265(3), 240-246.
- 45) 矢富直美, 杉山美香, 宮前史子 2007 失敗しない認知症予防のすすめ方 真興交易医書出版 東京.
- 46) 矢富直美, 宇良千秋 2008 地域型認知症予防プログラム実践ガイド. 中央法規出版, 東京.
- 47) Yoshitake T 1995 Incidence and risk factors of vascular dementia and Alzheimer's disease in a defined elderly Japanese population: the Hisayama Study. *Neurology*, 45(6), 1161-1168.
- 48) Yoshitake T, Kiyohara Y, et al. 1995 Incidence and risk factors of vascular dementia and Alzheimer's disease in a defined elderly Japanese population. *Neurology*, 45, 1161-1168.

## 8. 認知症予防・支援：研究班

○本間 昭（東京都老人総合研究所参事研究員）<sup>1)</sup>

矢富直美（東京都老人総合研究所主任研究員）<sup>1)</sup>

繁田雅弘（首都大学東京健康福祉学部長）<sup>1)</sup>

中村 祐（香川大学精神医学講座教授）<sup>2)</sup>

下川昭夫（首都大学東京都市教養学部助教授）<sup>2)</sup>

西原紀子（東京都町田市高齢福祉課）<sup>2)</sup>

宇良千秋（東京都老人総合研究所客員研究員）<sup>1)</sup>

永沢文子（杉並区保健福祉部介護予防課）<sup>3)</sup>

(○：主任研究者,<sup>1)</sup>：初版および改訂版,<sup>2)</sup>：初版,<sup>3)</sup>：改訂版,)

# うつ予防・支援マニュアル（暫定版）

平成20年12月

「うつ予防・支援マニュアル」分担研究班

研究班長：

慶應義塾大学保健管理センター

研究班長 大野 裕

# うつ予防・支援マニュアル

## 目次

1	はじめに	4
1. 1	マニュアルの作成経緯、目的	4
2	介護予防事業におけるうつ予防の意義	6
2. 1	高齢者のうつ対策の重要性	6
2. 2	新しい介護予防システムにおけるうつ対策	7
2. 2. 1	一次予防としてのうつ対策	7
2. 2. 2	二次予防としてのうつ対策	7
2. 2. 3	三次予防としてのうつ対策	8
2. 2. 4	活動全般に対する注意点	8
3.	うつ予防・支援の実際	10
3. 1	地域支援事業におけるうつ予防への取組	10
3. 2	正しい知識の普及・啓発	10
3. 3	うつの把握・評価方法	11
3. 3. 1	基本的な考え方・アセスメントの意義	11
3. 3. 2	基本チェックリスト	12
3. 3. 3	生活機能評価	13
3. 3. 4	その他	14
3. 4	うつの二次アセスメント	15
3. 4. 1	二次アセスメントの実際	15
3. 4. 2	二次アセスメント結果に基づく医療機関との連携	17
3. 4. 3	事後のフォローアップ	17
3. 4. 4	カンファレンス	18
3. 5	関係機関との連携	18
3. 5. 1	医療機関との連携	18
3. 5. 2	その他の機関との連携	19
3. 6	他の事業等との連携	20
3. 6. 1	各種介護予防プログラムとの連携	20
3. 6. 2	地域における各種事業等との連携	21
4.	地域におけるうつ予防活動事例	22
4. 1	うつと自殺予防 青森県南部町（旧名川町）	22
4. 2	住民の紙芝居 秋田県由利本庄市（旧由利町）や青森県鶴田町	23
4. 3	ネットワークナースによる地域連携 岩手県立久慈病院精神科	23
4. 4	こころのケアナース事業 青森県六戸町	24
4. 5	地域住民のリラックス教室・生きがい対策 鹿児島県大浦町と鹿児島県東市来町	25
4. 6	基本健康診査でのうつアセスメント 鹿児島県伊集院保健所	26

4. 7	健康教育用媒体CD「心のお天気便り」	鹿児島県川薩保健所	26
4. 8	仙台市抑うつ高齢者等地域ケア事業		27
5.	資料		28
	資料 1.	高齢者のうつの基礎知識	28
	資料 2.	うつの特徴的症状と質問の仕方	33
	資料 3.	簡易抑うつ症状尺度 (QIDS -J)	37
	資料 4.	心の健康相談とうつの人・家族への援助の仕方	40
	資料 5.	電話で相談を受ける際のポイント	47
	資料 6.	うつ対策の評価例	49
	資料 7.	基本チェックリスト	50
	資料 8.	特定高齢者の決定までの流れ	51
6.	研究班名簿		55

## 1 はじめに

### 1. 1 マニュアルの作成経緯、目的

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ました。その後、制度が定着する一方で、当制度運営に当たっての課題も多く出てきたところです。

平成12年4月から平成19年11月までの7年7ヶ月で、65歳以上の被保険者数（第1号被保険者数）は、2,165万人から2,717万人と25%（約552万人）増加し、要介護及び要支援認定者は、107%（約233万人）と、被保険者数の増加率を大幅に超える割合で増加しています。その内訳として要介護度別で認定者数の推移を見ますと、要支援・要介護1の認定者数の増加が大きい状況が見て取れます（図1）。

以上の状況のもと、平成18年度には、できる限り要支援・要介護状態にならない、あるいは、重度化しないよう「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ました。

これまでの介護予防の問題点としては、軽度者については、適切な対応により要介護状態の改善が期待されますが、改善を支援する観点からのサービスが十分に提供されていないことが挙げられていて、見直しに際しては、要支援1・2といった軽度な要支援者が要介護1～5といったより重度の状態に移行することを防止する観点から「予防給付」を創設し、当該給付において「運動器の機能向上」、「栄養改善」及び「口腔機能の向上」といったサービスが追加されました。

また、要支援・要介護になる可能性の高い特定高齢者やその予備軍である全ての高齢者に対して介護予防事業（地域支援事業）が創設されました。介護予防事業には、ポピュレーションアプローチとして全高齢者を対象とする介護予防一般高齢者施策と、ハイリスクアプローチとして生活機能の低下した高齢者（特定高齢者）を対象とする介護予防特定高齢者施策があります。

これらの予防給付及び介護予防特定高齢者施策の対象者については、地域包括支援センターを中心として、利用者の意欲を引き出すための目標指向型のケアマネジメントを実施しています（図2）。

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りましたが、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組が求められることになりました。

そ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等、関係者の役割が重要です。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されたものです。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たなくなったり、おっくうだったり、なんとなくだるかったりして強い苦痛を感じ、ほとんど毎日、日常の生活に支障が現れるまでになった状態です。詳細は、「資料1. 高齢者のうつの基礎知識」を参照してください。

図1 要介護度別認定者数の推移

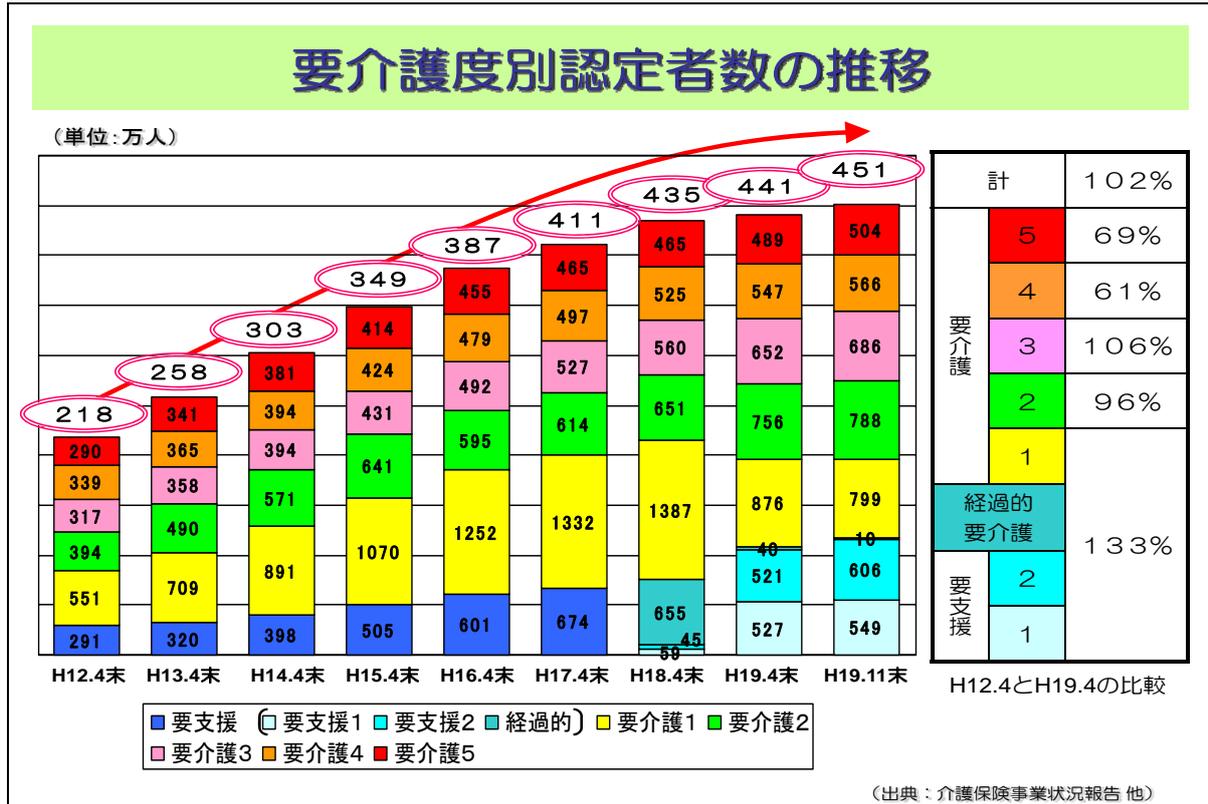
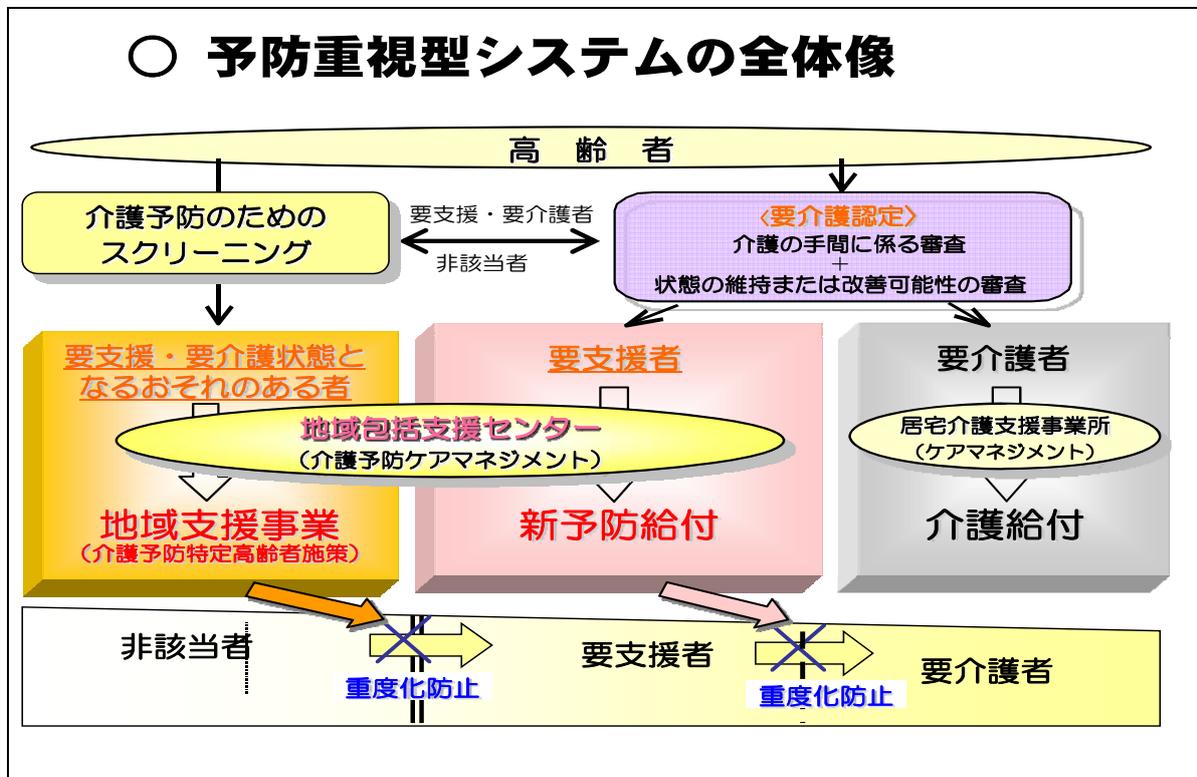


図2 予防重視型システムの全体像



## 2 介護予防事業におけるうつ予防の意義

### 2.1 高齢者のうつ対策の重要性

高齢者は、喪失に関連した様々なストレスを感じる事が多いことから、うつ状態になりやすいと考えられます。身体面では老化による身体の衰えを感じ、なんらかの病気を患うことも多く、死を差し迫ったものとして意識するようになります。社会面では退職や老化に伴う仕事の喪失、家族や社会との交流の減少、家族内役割の喪失を経験することも考えられます。今までできていたことができなくなり、他人に頼らなければならないことへの自己嫌悪や罪悪感をもつこともあります。さらに、配偶者との死別、友人や近隣者の死といった身近な人や親しい人の喪失を多く経験することにもなります。このような高齢者の老化やライフイベントに伴う身体的、心理的、社会的体験は、閉じこもりなど社会からの孤立につながり、その結果さらにうつ状態が強まってくる可能性があります。

うつ状態が強くなると、健康管理や日常生活に消極的になり、身体の状態にも影響してきます。うつ病が、心筋梗塞などの虚血性心疾患、脳卒中などの脳血管障害、糖尿病やがんなど、様々な身体疾患の病状や経過を悪化させることが、多くの研究データから明らかにされています。これは、うつ状態によるホルモンや自律神経、免疫機能の変調が身体疾患の経過に好ましくない影響を与えることに加えて、必要な治療を中断したり指示を守れなかったりするためだと考えられています。このように、うつは単に精神面だけでなく、心身両面に影響を与える疾患であり、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になります。

うつは精神的疾患の一つであり、死亡の危険性が高い疾患の一つでもあります。わが国の自殺者数は近年3万人を越す状態が続いていますが、その1/3が60歳以上で、他の先進国と比べて、わが国の高齢者の自殺率は高い傾向にあります。しかも、世界保健機関（WHO）が行った障害調整生存年（DALY）による疾病付加の将来予測によると、うつ病は2000年には総疾病の4位であったのに対し、2020年には循環器疾患についてワースト2にあげられています。こうした状況を見ると、高齢者のうつは今後ますます大きな社会的問題になっていくと考えられています。

うつに苦しんでいる高齢者は少なくないと考えられますが、高齢者が他者に相談することは少ないことが指摘されています。うつに関する知識の普及・啓発活動などの保健活動は、高齢者自身のうつに対する気づきを促しますし、相談や受診しやすい地域づくりのためにも重要です。うつの予防には孤立を防ぐ地域づくりが大切ですが、とりわけ高齢者の場合には、閉じこもりや社会的な孤立を予防し、気晴らしや生きがいにつながるような人間関係を豊かにする場づくりが必要です。また、高齢者がいつでも相談できる機会を設けることも大切です。特にハイリスクな状況にある高齢者については、訪問などを通して状況を把握すると共に、高齢者と家族がいつでも相談できる関係づくりを進めるようにしてください。

地域支援事業では、一次予防の視点から、地域の高齢者全てを対象として普及・啓発、健康教育、健康診査、個別健康相談や指導等を行う介護予防一般高齢者施策と、二次予防の視点から要支援・要介護になるおそれのある虚弱高齢者（以下「特定高齢者」という）を対象とする介護予防特定高齢者施策を通してうつ予防に取り組んでいきます。また、特定高齢者として介護予防の対象とならなかった者についても、基本チェックリスト等によりうつが疑われる場合には、「心の健康相談」等の精神保健福祉サービスに適切につないでいくことが必要です。

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伴い、高齢者に対する心の健康づくりや予防対策の普及、うつ傾向にある高齢者に早く気づいて相談や指導、機能訓練を行うことなど、地域におけるうつへの取組が求められるようになります。

このような介護予防に向けた取組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す。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」の役割が重要になります。

## 2. 2 新しい介護予防システムにおけるうつ対策

介護保険法の改正に伴い、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となります。要支援者に対する「予防給付」、要介護認定非該当者も含めた全ての高齢者に対する「地域支援事業」は、新たに制度化された取組です。さらに、地域支援事業の中の「介護予防事業」には、全高齢者を対象とした「介護予防一般高齢者施策（ポピュレーション・アプローチ）」と、特定高齢者を対象とした「介護予防特定高齢者施策（ハイリスク・アプローチ）」があります。

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ります。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ります。

そこで、うつ対策活動を予防の観点から次にまとめることにします。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す。

### 2. 2. 1 一次予防としてのうつ対策

一次予防は健康増進と疾病の予防で、基本的には「介護予防一般高齢者施策」に対応します。そのためには以下のような方策が有効です。一次予防では、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ます。

#### 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

地域住民向けの健康教育、健康教室、健康相談、広報誌・パンフレット・チラシ・啓発グッズ等の配布、健康手帳への記載等、あらゆる機会を通してこころの健康障害に対する正しい知識の普及、啓発に努めるようにすることによって、こころの健康の維持とうつ対策を行うようにします。

#### 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めざす

地域自治会、老人クラブ等、地域のインフォーマルサービス資源の活用を図り、住民がストレスに積極的に対処できる方法を学習できる機会を設け、地域では、季節に関わらず住民が集まって楽しめる機会の創造など、地域住民の生きがいづくりや孤立予防につながる活動を行うことも有効です。

#### 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

住民と行政及び専門職、地域の医療機関（専門科や一般診療科）が連携して、うつ病をはじめとする心の健康問題に関する相談やうつのスクリーニング及び受診体制を整備します。これによって、うつ病についての相談、医療機関への受診が適切に行われるようになることを目指します。ストレスを軽減してうつ病を予防できるように、積極的に心の健康づくりを進めることは、地域全体の健康づくりのためにも大切です。

### 2. 2. 2 二次予防としてのうつ対策

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、基本的には「介護予防特定高齢者施策」に対応します。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、うつ発症の早期発見、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す。

#### ① 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

二次予防活動の中心は、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い、うつ状態を早期に発見して該当者に情報提供することにあります。

うつ状態またはうつ傾向の住民は、ものごとく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、生活機能評価において把握するようにします。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もあるため、うつ状態またはうつ傾向の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ことが大切です。

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がたくさんいます。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ありません。だからこそ、うつについての正しい知識の普及・啓発活動や、精神疾患について抵抗なく相談し受診できる地域づくりが必要です。

#### ② 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

アセスメントでうつの可能性が疑われた高齢者に対しては、市町村等が行う心の健康に関する相談（以下「心の健康相談」という）等を受けることを勧めるようにします。「心の健康相談」では、より詳細なアセスメントを実施し、その結果に基づき、うつ病が疑われる高齢者に関しては、医療機関への受診勧奨をし、それ以外のうつ傾向のある高齢者には、精神保健福祉センター等と連携して訪問等により経過観察を行います。

### 2. 2. 3 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、「介護予防特定高齢者施策」や市町村等が行う「心の健康相談」等に対応します。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います。ただし、うつにかかっている人や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ります。

### 2. 2. 4 活動全般に対する注意点

#### ① 倫理的な問題に配慮しましょう

うつや自殺など精神医学的な問題は個人情報に関する重要な課題で、情報の取り扱い、同意、プライバシーの保護等について地域で十分に検討し、個人に不必要な負担がかからないよう十分配慮する必要があります。

#### ② うつ対策についての知識及び技術を習得し、向上するよう努力しましょう。（資料1、2、4参照）

アセスメントをはじめとする地域介入や住民に対する普及・啓発活動はもちろんのこと、うつ状態にあると考えられる地域住民への援助にあたって、より質の高いサービスを行うためには、保健師、看護師、介護支援専門員、社会福祉士等の関係者の能力を高める努力を続けることが不可欠です。

そのためには、保健師等が相談の基本的な態度や面接方法を学び、住民の精神状態を把握し

て必要に応じて援助・介入を行えるような技法の習得を目的とした研修を行う必要があります。

- 医師、保健師、看護師、助産師、管理栄養士等の保健医療従事者が習得することが望ましいことを以下に挙げます。(資料1、2、4参照)
  - 1) うつに関する正しい知識とうつ者への相談対応における一般的留意点（プライバシーの保護、共感的・受容的傾聴、相手に無理強いすることなく、相手のペースで、相手のニーズに沿った相談の進め方、等）
  - 2) うつに関する基本的知識を相手にわかりやすく説明する方法
  - 3) 相談における留意点・事例の見たて方（面接技法、うつアセスメント方法）
  - 4) 関係機関とのネットワーク構築方法、精神科医療機関への紹介の仕方と連携の取り方
- 介護保険従事者、高齢者福祉サービスの従事者などその他の保健福祉従事者が習得することが望ましいことを以下に挙げます。
  - 1) うつに関する正しい知識
  - 2) 高齢者や障害者のうつの気づき方、対応の仕方
  - 3) 市町村の保健センター、保健所、精神保健福祉センター等の地域の相談機関の利用方法
  - 4) 家族などと相談しながら円滑に医療機関への受診を勧める方法

一方、ボランティアなどの、住民と身近に接する非専門家にも、同様な教育・研修が行われているとさらに効果的です。こうした非専門家には、自分の価値観や信念をあてはめず、傾聴する、相手の希望、権利、価値観を尊重する、秘密を守る、必要な場合に早期に専門家へ紹介するなどの対応等を周知することが大切です。

### ③ 保健医療福祉従事者自身の心のケアが必要です

うつのアセスメントや相談、家庭訪問において、保健医療福祉従事者が関わる本人やその家族などからの相談内容は、家族の死や病氣、介護のストレスなど非常に重い内容です。うつ対策に従事する関係者自身も気分が沈み込んだり、ひどく疲れたりといった軽いうつ状態になることがあります。また、事業を進めている際に地域に自殺死亡者が出ることがあると、強いストレスとなるといわれます。ですから、うつ対策に従事する関係者自身の心のケアも重要です。

事業に関して職場内の上司や同僚の理解があること、事業に関してストレスに感じたり、落ち込んだりするようなことがある時には、職場の上司や同僚にいつでも相談できる体制にあること、できれば精神科医などの専門家のサポートがあることが望ましいでしょう。また、保健所や精神保健福祉センター、大学の専門家を含んだサポート体制を作っておくことも大切です。こうした体制は、継続的な相談はもちろんのこと、自殺未遂者が出たときなどの緊急の対応のためにも役に立ちます。

また従事者自身もストレスを解消し、仕事とプライベートを切り換えることができる方法を身につけ、休養をとりながら積極的に心身をリフレッシュするなど、自分自身の心の健康づくりに心がけることが大切です。

### 3. うつ予防・支援の実際

#### 3. 1 地域支援事業におけるうつ予防への取組

##### ① 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します。
- 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します。
- 強いストレス状態、うつ状態の高齢者に対し、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します。
- 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、特定高齢者や要支援高齢者への適切な対応を行えるようにします。

##### ② 対象者

介護予防の対象者は要支援者や特定高齢者だけではなく、いずれにも該当しない高齢者も含まれます。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認め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す。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と思われるので、それぞれの状態の悪化を防止するためにもうつへの取組を行う必要があります、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ます。

##### ③ 実施体制

うつ予防支援には、「介護予防一般高齢者施策」として、普及啓発、健康教育、健康教室、健康相談など、また「介護予防特定高齢者施策」としての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、などが含まれます。

生活機能低下を早期に把握するためにはアセスメントが役に立ちますが、すでに述べたように、アセスメントは、生活機能評価、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す。

#### 3. 2 正しい知識の普及・啓発（介護予防一般高齢者施策）

介護予防特定高齢者施策や予防給付の対象者であるかどうかにかかわらず、多くの地域住民に対して、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・啓発に努めます。以下に例をあげていますし、資料編にも実際に住民向けに配布しているパンフレットを掲げていますので、参考にしてください。また、市町村が発行する広報誌も活用してください。

ただし、一方向性の情報提供だけでは地域への普及啓発としては十分でないこともわかっておく必要があります。鹿児島県伊集院保健所が民生委員等を対象として行った情報誌についてのアンケート調査では、読んでいる人の割合は約3割で、詳しく毎回読んでいる人はそのうちの約3割にとどまっていました。しかしながら、地域での講演会や研修会への参加回数の増加とともに、情報誌への関心も高まり、うつに関する知識やうつ状態にある人たちへの対応に関して正しい回答割合が増加していますので、パンフレット配布だけではなく様々な広報啓発の機会を組み合わせ地域に提供していくことが重要です。

普及啓発を含め様々な取組については、予算やマンパワー等も考慮しながら老人保健事業等の既存事業や地域住民との接触の場面を活用して行う工夫をしてください。特に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は、最も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積極的に行うと良いでしょう。

市町村において配布されている健康手帳も、普及啓発や健康管理に利用しましょう。住民の適切なストレス・マネジメントや相談・受診行動を促すとともに、住民自らが周囲のうつ状態の人に適切な支援行動をとれるるように、うつや心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、健康手帳の活用価値は高いと思われます。健康手帳は、支援を要する住民のうつ状態のモニタリングや相談・医療の記録等に活用できる貴重なツールです。健康手帳には、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ます。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ます。

住民に対する健康教育は、①わかりやすい言葉で、②住民が集まるあらゆる場所を活用し、③うつについて正しく理解するように、④参加者が自分自身や家族にもありうる問題であると気づくことができるように、⑤自分や家族に思い当たることがあったら、気軽に相談や受診する気持ちになるように、⑥地域の心の健康アセスメントを積極的に受ける気持ちになるように、⑦地域の心の健康の相談窓口や受診できる専門医療機関がわかるように行うようにしましょう。

普及・啓発活動にあたっては、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といったことが考えられます。

#### <健康教育に取り入れたい要素>

- ・ うつはだれでもかかる可能性がある身近な病気であること
- ・ うつはやる気の問題や気の持ちようではないし、いわゆる遺伝病でもないこと
- ・ うつでは脳内の神経機能に変調が起きており、医学的な治療が必要であること
- ・ 死に至る恐れのある病気であり、自殺の背景にはうつがあることが多い
- ・ うつを早期に発見し、治療につなげることで自殺が予防できること
- ・ うつの症状・サイン：自分が気づく変化、周囲が気づく変化
- ・ うつの症状・サインを理解し、対象者へ正しい接し方をすること
- ・ うつにならないためのストレス解消・対処法
- ・ うつが疑われたら：自分・周囲がしたほうがよいこと

平成16年1月厚生労働省地域におけるうつ対策検討会「うつ対応マニュアル」参考

### 3. 3 うつの把握・評価方法（一般対策、介護予防特定高齢者施策共通）

#### 3. 3. 1 基本的な考え方・アセスメントの意義

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す。アセスメントには、後述(3.3.3)の生活機能評価や訪問活動、本人や家族からの連絡があった際等、介護予防特定高齢者施策につなげるために実施する場合や、これまでも実施され

ている精神保健福祉施策の一環として行う場合等、様々な場面において実施することが必要です。こうしたアセスメントは、地域におけるうつ傾向の住民を早期に把握し医療機関への受診勧奨や保健指導等の支援を行ううえで有用であるだけでなく、本事業を実施することにより保健従事者・行政担当者を含め地域全体の心の健康づくりに対する気運を高めることにもなります。

アセスメントの方法としては、「基本チェックリスト」（資料7参照）を使って行うアセスメントと、アセスメントで陽性になった住民に市町村等が行う詳細なアセスメントがあります。

### 3. 3. 2 基本チェックリスト（一般対策、介護予防特定高齢者施策共通）

基本チェックリスト（資料7参照）には、うつに関する5項目が含まれています。

#### 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 |

保健師等が直接、対面で聞き取りを行うことができる場合には、以下のことに留意します。

- ① 受診者の「表情や話し方、受け答え方、声の調子等」を観察します。
- ② 表情が暗い、視線が合いにくい、受け答えが鈍い、服装に乱れがある等、保健師（看護師）の勤を大切にしましょう。
- ③ 「最近のあなたの様子」というのは、「最近の2週間」を意味します。受診者の中には、「ここ数年」の様子について回答している住民もいますので注意しましょう。
- ④ 高齢者の場合、「設問5 わけもなく疲れた感じがしますか。」の設問に「はい」と答えがちです。その疲れは最近の様子であるのか、加齢のためかよく確認しましょう。
- ⑤ 受診者が、家族の介護をしている、最近家族が死亡した、更年期障害の症状を訴えている等あれば陽性になる確率が高いので、事前にわかっているときには丁寧な聞き取りが必要です。
- ⑥ 結果については、陽性者の場合、「〇〇さんは少し精神的に疲れていらっしゃるようです。（市町村の）心の健康相談を受けられてみてはいかがでしょうか」等声かけします。

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ます。

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ります。

### 3. 3. 3 生活機能評価（介護予防特定高齢者施策）

地域全体のうつ対策の成果を上げるためには、様々な機会を活用してうつ傾向にある地域住民に早く気づいて支援の手をさしのべるようにすることが大切です。平成18年度からは、65歳以上の生活機能評価を実施します。生活機能評価は、生活習慣病とともに心の健康状態をチェックする場としても大切な場であること、多くの住民が受診するためアセスメントの場として有効であること等がその理由です。この生活機能評価では、先に挙げた「基本チェックリスト」やその他の問診等の結果を用いて、うつ状態の疑いがある者を把握します。

市町村（地域包括支援センターへ委託可）は、特定高齢者把握事業として介護予防特定高齢者施策の対象となる特定高齢者を決定しますが、特定高齢者の決定までの流れは、資料8のとおりです。

介護予防特定高齢者施策として、介護予防プログラムの「うつ予防・支援」の対象は、特定高齢者の候補者のうち、基本チェックリストのうつに関する5項目の質問中2項目を満たした者で、地域包括支援センターにおいて介護予防ケアマネジメントを経て決定されます。

なお、特定高齢者に該当しない場合（基本チェックリストで特定高齢者の候補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を実施し、適宜、受診勧奨や経過観察等を行うことが必要です。

以下に、生活機能評価の手順と気をつける点についてまとめてみます。

#### ① 事前準備

##### 1) 従事者への説明会・研修会

生活機能評価に従事する保健師、看護師・事務職等を対象にうつに関するアセスメント説明会を実施します。評価に従事するスタッフが、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思われます。

また、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す。

##### 2) 「基本チェックリスト」の配布

基本チェックリストは、生活機能評価の場で自記することが基本ですが、健診の案内等と同封して事前に受診者に配布することも有効です。これにより、受診者がこころの健診が特別なものではなく、からだの健診と同様に受診するものだという意識が生まれます。

#### ② 当日の流れ

##### 1) 受診者への説明（オリエンテーション）

生活機能評価の当日、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します。

##### 【説明のポイント】

- 生活機能評価は、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。

##### 2) 生活機能評価における基本チェックリストの使い方

生活機能評価では、基本チェックリストを活用してうつの有無を判断するようにします。

- 健診時には、受診者自身が基本チェックリストを記入するチェック方式が考えられますが、「はい」「いいえ」の問診者の問診に回答する方式も有効です。前者は従事者の確認がスムーズにできるという利点がありますが、チェックがつかない場合、陰性者であるのか、（アセスメントを）受けない人であるのか、の確認が重要です。後者については受診者の回答にバイアスがかからない利点がありますが、問診に慣れないと確認漏れの可能性もあります。健診従事者数や地域性等を考慮して決めた方が良いでしょう。
- 事前に問診票を配布した場合は、受診者が既に記入していますので、その場で陽性項目がないかどうかを確認します。
- 未記入の場合は、受診者に1問ずつ質問し、「はい」「いいえ」を確認します。比較的若い年齢の方の場合は、その場で記入してもらっても良いのですが、後期高齢者の場合は聞き取りの方が良いでしょう。
- 生活機能評価ではからだの問診票を確認することも有用です。既往歴や、自覚症状及び治療中の疾患が有る場合は、そうでない場合に比べ、うつ傾向が高いと考えられます。先行研究でも「糖尿病」「胸がしめつけられるような痛み」「腰・背中の痛み」「めまい・立ちくらみ」「耳なり」「意識を失って倒れたことがある」「のどがよく渴く」の項目で有意に関連があるという結果が出ています。
- はじめ、保健師・看護師等が問診に慣れていない場合には、陽性者が多くなりがちです。実際にアセスメントに取り組んだ看護師からも「はじめはとまどったが、2、3回したらスムーズにできるようになった」という意見も多く、問診の経験を重ねることが大切です。
- 結果については、陰性者の場合、「問診の結果、〇〇さんのこころの状態は良好でした、これからも心の健康づくりに努めて下さい」等声かけします。
- 生活機能評価の結果が陽性の場合、「簡単な問診の結果、〇〇さんは少し精神的に疲れているようです。もう少し詳しくお話をお聞きしたいのですが、お時間を取っていただけませんか？」等と説明し、健診終了後に会場で面接するか、あるいは市町村担当者に連絡して後日家庭訪問させてもらう約束をする等の留意が必要です。

うつ傾向にある方は、電話等で家庭訪問の連絡をしても断られる場合が多いことから、家庭訪問する場合は、その場で日程調整する方が良いでしょう。また、結果報告会も工夫次第で面接の機会として活用できますので、アセスメント陽性者にはできるだけ働きかけるようにしましょう。なお、生活機能評価により特定高齢者となる場合は、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が必要となるので、地域包括支援センターへ連絡することについて本人の同意を得てください。

### 3. 3. 4 その他（一般対策、介護予防特定高齢者施策）

「基本チェックリスト」を活用したアセスメントは、健診以外でも以下のような様々な場面で行うことが有効です。さまざまな機会を検討し、実践してみてください。

- ① 保健所や市町村における住民からのうつに関する相談時に  
住民からのうつに関する相談時に、基本チェックリストを用いることができます。
- ② 医療機関で

虚血性心疾患、がん、脳血管障害など、多くの身体疾患はうつを伴っていることが多いことがわかっています。一般に、患者さんは身体面の悩みに比べて精神面の悩みは口にしづらいものです。基本チェックリストなどを活用しながら心身両面の悩みに耳を傾け、手助けしていくことが大切です。

### ③ 市町村保健師等の訪問時に

保健医療従事者がうつの可能性のある住民を家庭訪問する際に、基本チェックリストを用いることができます。

### ④ 民生委員や保健推進員等の声かけ、見守り用に

民生委員や保健推進員等に基本チェックリストの使い方等についての研修等を行うとよいでしょう。民生委員や保健推進員などの地域のメンバーがアセスメント項目を承知することによって、地域の心に問題を抱える住民を支援し、必要に応じて保健師等の保健医療従事者と連携する役割が期待できます。しかしこのような地域組織のメンバーの役割は、あくまでも保健医療従事者へつなげる役割であって、心の健康に問題を抱える人のアセスメントや専門的援助は専門職が面接して行うことを原則とします。

### 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）

地域住民のうつに対する関心を高め、自分の心の健康状態に気づくことを目的に、自己チェック用として基本チェックリストを家庭に配布してもよいでしょう。

### ⑥ 福祉ネットワークを活用したうつアセスメント

「福祉ネットワーク」とは、高齢者などの要援護者に対し、定期的な声かけ、安否確認等を福祉事務所と市町村が連携して実施している体制のことです。福祉ネットワークの構成員は、民生委員をはじめ、自治公民館、老人クラブ、婦人会が主ですが、郵便局員、販売員、地域防災組織、青年団などがメンバーとなっている市町村もあります。

声かけ、見守り、話し相手になるなどの活動のなかにアセスメントを取り入れることによって、うつ傾向の住民を早期に見だし、保健師や市町村福祉担当者に紹介する活動が期待できると考えています。

心の健康づくり連絡会を対象にした研修会、パンフレットの発行等を通じて積極的に普及啓発に努め、既存の事業を活用したうつ傾向の住民への気づきを促す活動方法の拡大について検討しましょう。

健診において、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しょう。

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いましょう。地域住民のうつや心の健康づくりに関する認識を深め、地域住民全体の心の健康づくりに対する気運を高めることが大きな目的です。先駆的な取組をしている地域の例を見ると、住民から予想していた以上の反応があり、従事者の意識づけになることが多いようです。

## 3. 4 うつの二次アセスメント（一般対策、介護予防特定高齢者施策共通）

### 3. 4. 1 二次なアセスメントの実際

基本チェックリスト等によるアセスメントの結果、陽性者に対して「心の健康相談」として保健師の聞き取りにより実施します。詳細な二次アセスメントに要する時間は、対象者によってかなり異なり、15分で終わる場合もありますが、2時間以上かかる場合もあります。項目は「はい」「いいえ」の回答になっているのでそれだけだとあまり時間はかかりませんが、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でしょう。実際に、二次アセスメント面接の結果、保健師との信頼関係ができ、精神科受診に結びついたり、アセスメント後のフォローがスムーズにいたりする場合もよくあります。また、二次アセスメントの面接によるカウンセリング効果で、「話しをしてスッキリした」「こんなことを相談できるのですね」等の感想が聞かれるなど、うつ症状が軽減したケースもあります。アセスメント技術と同様に、二次アセスメントも経験を重ねることによりスキルアップが期待されます。

なお、生活機能評価において特定高齢者と判断された場合は、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、対応されることとなりますが、特定高齢者に該当しない陽性者についても、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す。

## 二次アセスメントにおける評価のプロセス

### 第一段階：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。具体的には以下のような質問をしてください。

- 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という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？」

### 第二段階：支障の程度を評価する

①～④のいずれかの症状がひとつでも存在している場合には、「今お話し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？」などと質問して、症状のためにどの程度の支障が出ているかを評価してください。

その結果、ひどくつらいというわけでもなく、日常生活に支障が出ているわけでもない場合には、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ようにしてください。一方、ひどくつらくなっていたり、日常生活に支障が出たりしている場合には、医療機関への受診を勧めてください。

### 第三段階：キーパーソンを特定

次に「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、本人の許可を得た上でそのキーパーソンの協力を仰いでください。

キーパーソンが存在しない場合には、本人とよく相談して、民生委員など地域の協力者をさがしてください。その後は、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ようにします。

[参考] この他にも、うつ質問票 (GDS、Self-rating Depression Scale (SDS)、Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D)、Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS)) が開発、使用されているので、対象者によってこうした質問票を併用したり、身体症状やADL、社会的支援の有無などもあわせて聴取したりすると良いでしょう。QIDS日本語版は資料3に掲載されており、また、携帯サイト (うつ・不安に効く.com : <http://cbtjp.net>) でも自動的にチェックできます。

### 3. 4. 2 二次アセスメント結果に基づく医療機関との連携

二次アセスメントの陽性者に医療機関受診を勧める場合は、慎重に対処することが大切です。自殺や死を考えているといった緊急の場合以外は、保健師と受診者の十分な信頼関係ができてから専門医療機関への受診を勧めても遅くはありません。

受診科については、専門科 (精神科・心療内科) の受診を勧めることが望ましいのですが、住民のなかには精神科・心療内科受診に抵抗感を持っている場合が多いことから、対象者の様子を観察した後、比較的受診しやすい身近な一般診療科の受診を勧めても良いと思われます。

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てください。その場合には、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します。併せて、これも本人の了解を得た上で返信用封筒も同封し、受診結果を返送してもらうようにします。これは、受診確認と今後のフォローに生かすためです。

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がありますので、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してください。

(注意) 保健師が、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ります。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ましょう。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ましょう。

### 3. 4. 3 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ありません。症状が長期に続くことが少なくありませんし、一度改善しても半数以上の人々が再発することもわかっています。したがって、市町村は、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ります。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、保健師の家庭訪問を実施しましょう。家庭訪問ではじっくり時間をとって保健師が陽性者の話を聴くように心がけましょう。それだけで、気持ちが軽くなる場合も多いようです。

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ありませんが、家庭訪問を継続することで保健師との信頼関係が築かれ受診に至ることもありますので、根気強くかかわることが大切です。

生活機能評価等における基本チェックリスト等を用いたアセスメント陽性でありながら、「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ます。市町村や関係機関と連携して、結果報告会の場や生活機能評価の事後フォローのための家庭訪問を活用して面接する方法も検討してみましょう。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ありません。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す。

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ますので検討してみてください。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ります。その際には民生委員や福祉関係者との連携も必要になります。

### 3. 4. 4 カンファレンス

カンファレンスは、うつアセスメント陽性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ります。

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す。保健師によっては、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?」と思いつぶす場合もあります。保健師がアセスメント陽性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は、自分の気持ちを整理したり、保健師のスキルアップにつながります。

### 3. 5 関係機関との連携（一般対策、介護予防特定高齢者施策共通）

#### 3. 5. 1 医療機関との連携

##### ① 医療機関との関わり方

これまで述べてきたようなアセスメントをはじめとする地域介入や住民に対する普及啓発活動はもちろんのこと、うつ状態にあると判断された地域住民への援助にあたってより質の高いサービスを行うためには、保健師、看護師、介護支援専門員、社会福祉士等の関係者の能力を高める努力を続けることが不可欠です。そのためには、保健師等が相談の際の基本的な対応方法や面接技法を修得し、住民の精神状態を把握して必要に応じて援助・介入を行えるような技法の修得を目的とした研修を行うことが必要になります。

なお、地域住民が精神的な問題を相談することに対して躊躇する可能性を考慮して、相談室の設置場所の選定を慎重に行うとともに、そうした相談窓口の存在を地域に伝えるようにすると良いでしょう。さらに、地域における初期介入を効率的に行うためには保健師等を中心として、一般臨床医や精神科医、その他の医療関係者との緊密な連携を確立する必要があります。

うつのために自分を傷つける可能性が高くなった場合や自殺企図（自殺を実行すること）がみられた場合には消防（救急）や警察とも連携する必要があります。個人や家族に要請されたときに、迅速に対応できる体制を作っておくことが大事です。もちろんその際に、個人のプライバシーや地域住民の反応に十分に配慮しながら援助を行うようにしましょう。

医療機関との連携は、自殺の危険性がある場合はもちろんですが、一般診療科の受診者の中にうつにかかっている人が多いことから大切になってきます。ちなみに、わが国の一般診療科の受診者のなかでうつ病にかかっている人の割合は調査によって1.6%~6.5%とかなりばらつきがあります。また、プライマリケアの初診患者のうち、うつ病にかかっている人の割合については、16%という報告があります。

##### ② 医療機関の情報の把握

###### 1) 医療機関の特徴・アクセスなど

医療機関の特徴やアクセスのしやすさなど、日頃から医療機関の情報を把握しておく、受診を勧めやすくなります。実際に訪問し、医師や待合室の雰囲気などを知っていることによいでしょう。また、女性の医師を希望する場合や臨床心理技術者によるカウンセリングの併用などを希望する場合があります。診療所や総合病院精神科などの方が抵抗のない場合は、こうした医療機関を紹介する方法もあります。

###### 2) 精神科以外の医療機関

うつについては、精神科医療機関であれば、どこでも対応可能と考えてよいのですが、どうしても精神科には行きたくないという場合には、他の医療機関の受診を勧めるという方法もあります。かかりつけ医や内科などの診療科を受診して、心身両面からのチェックを受けることを勧めるのもひとつの方法です。また、精神科や心療内科以外の診療科でうつ病の治療を受けることも可能になってきています。

### 3) 受診の援助

受診前に医療機関の情報を伝え本人が安心して受診できるように援助します。同時に家族にも説明し、受診やその後の治療に対して、家族が継続して本人を支援できるように準備しておくことも大切です。時には医療機関に同行したり、本人の了解があれば、あらかじめ医療機関と連絡を取り、安心して受診できる状況を準備したりしておくことも可能です。

### 4) 受診の継続

一旦受診しても、すぐに良くならないと、どうせよくなるなどと考えて、受診を中止することがあります。悲観的な気持ちが強いと、治療しても無駄だという考えにとらわれてしまいやすいので、こうしたことが起こりやすくなります。こんな時は、「今そう考えるのはよくわかるが、それは病気の影響である」と説明し、治療を受け、薬を服用することで楽になる可能性があることを説明します。また、薬を服用し始めても、その効果が現われるまでに2週間程度かかる場合がありますので、「決してよくなるのではなく、今はその準備期間である」ことを伝え、理解を得ます。

しばらく薬を服用している人でも、ある程度改善してくると、もう治ったと思って、通院をやめてしまう場合があります。そのような場合は、再発の危険性が高くなりますし、離脱症状（中止後発現症状）が現れることもありますので、治療継続の必要性の有無について医師とよく相談するように助言します。一般的には、症状が軽快した後も6ヶ月から1年は同じ量の服薬を続けてから、薬の量を漸減し中止するという方法をとります。

## 3. 5. 2 その他の関係者との連携

### ① 精神保健福祉相談員等との連携

多くの保健所には、精神保健福祉相談員として、精神保健福祉士や保健師が配置されています。また、精神保健業務担当の保健師が配置されている場合もあります。精神保健福祉相談員や、精神保健福祉業務担当の保健師は、うつについても経験豊富な場合が多く、本人や家族とのかかわり方や、受診援助の方法について助言を得ることができます。また、医療機関に関する情報についても、実際に医療機関を訪問した経験などを踏まえてより詳しい情報を聞くことが可能です。経験を踏まえた情報や地域の状況にあった情報を加えることにより、このマニュアルをより有効に活用することにつながります。

また、マニュアルに沿って支援を継続してはいるものの、「本当にこれでよいのだろうか」と不安になる場合や「他に方法はないのだろうか」と確かめたいくなる場合もあるかもしれません。そんな時、経験豊富な相談員から、「このままの支援でいいと思う」とちょっとした同意が得られるだけで、安心して支援ができることもあります。支援者が感じている不安は、意外に本人にも伝わりやすいもので、そのために信頼関係がうまくできない場合もあります。本人との信頼関係を築くためにも、保健医療従事者自身が気軽に相談できるネットワークを日頃から作り上げておくことが大切です。

### ② 保健所との連携

多くの保健所では、頻度は様々ですが、精神科嘱託医による精神保健相談が実施されています。すぐに医療機関を紹介した方がよいのかどうか迷う場合、本人や家族が精神科受診に抵抗

を感じている場合、近くに精神科医療機関がない場合などは、一旦精神保健相談で相談してもらって、受診の必要性を検討してもいいでしょう。たとえば、家族に精神科医療に対する不安が強いときは、まず家族に相談日を利用するように勧め、精神科医からうつやその治療方法について説明を受けることで、理解が得られる場合もあります。家族が精神科受診について安心できなければ、病気で不安になっている本人が安心できないのは当然とも言えるでしょう。このように家族の協力を得るために、精神保健相談を利用するのもひとつの方法です。

また、抑うつ気分のために自宅からの外出が長期にわたって困難な場合や、悲観的になり、「医者に行っても無駄だ、どうせ治らない」などと受診に対して強く抵抗を示すような場合は、嘱託医の協力と家族の理解を得て家庭訪問を行い、本人の病状や生活状態などを把握することで、うつかどうか、病気の重症度、緊急性の有無などについてよりの確な見通しを立てて支援していく方法もあります。さらに、地域によっては往診を行っている医療機関もありますので、医療機関との協力関係を築いておくことも大切です。

### ③ 精神保健福祉センターとの連携

精神保健福祉センターは精神保健福祉法第6条に規定され、都道府県、指定都市に1ヶ所（東京都は3カ所）設置され、総合的技術センターとして地域精神保健福祉活動の中核機能を担うとされています。ほとんどの精神保健福祉センターでは、「心の電話相談」や精神保健福祉相談を実施していますので、必要に応じてこれらの相談の利用を勧めることも可能です。支援に行き詰まりを感じている複雑困難ケースの場合に限らず、セカンドオピニオンを求めている場合、地域では人目を気にしてかえって相談しにくい場合などに利用を勧める方法もあります。

精神保健福祉センターでは、保健師等に対してうつについての教育研修を実施したり、事例検討会などを開催したりしていますので、日頃からこれらの機会を積極的に利用し、知識の習得や支援技術の向上を図るようにします。さらに、他の保健師等が経験した事例を通して、情報交換や情報の共有を図ることにより、より適切な支援のあり方を学ぶ機会ともなるでしょう。

うつにかかっている人とのかわり方を考えるとき、本人や家族の理解と協力が得られているときは、比較的スムーズに支援可能ですが、本人や家族の理解と協力が得にくい場合や、長期にわたってうつ状態が持続し、治療の継続に疑問を感じている場合などには、容易には支援が進まない場合もあります。このようなときには、ここに述べた、精神保健福祉相談員、精神科嘱託医、精神保健福祉センターなどと連携しながら、支援方法に工夫しつつ進めていくことが求められます。そのためには、日頃の連携を重視して、必要なときに支援体制を組めるようなネットワークが大切です。日々の実践の中から、うつ対策における地域の課題を把握し分析することによって、より充実したうつ対策の展開につながることをめざしたいものです。

## 3. 6 他の事業等との連携

### 3. 6. 1 各種介護予防プログラムとの連携（介護予防特定高齢者施策）

介護予防特定高齢者施策におけるうつ予防・支援に関するプログラムは、その他の介護予防プログラム（運動機能の向上、栄養改善、口腔機能の向上、閉じこもり予防・支援、認知症予防・支援）と密接に関連しています。うつが強くなると、気力の低下や倦怠感のために活動性が低下して閉じこもることが多くなってきます。身体を動かすことが少なくなるために筋力が低下してきますし、通常の日常的な行動が遅れなくなって口腔機能に問題が生じてくることもまれではありません。食欲が低下して食事量が減ったり食事の内容に偏りが出てきたりして、栄養状態が悪化してくることもよくあります。認知症はうつの発症要因になりますし、逆にうつが認知症を悪化させる可能性も指摘されています。従って、各種の介護予防事業を行う際にはうつが影響している可能性に注意して、うつに関するアセスメントを実施するなどして、う

つの可能性がある住民を早めに手助けしていくことが大切です。

### 3. 6. 2 地域における各種事業等との連携

通所型介護予防事業等は、高齢者が集う場や生きがいをづくりのための活動の場になることから、うつ対策に活用することができます。また、健康相談・健康教育の場として活用することもできますので、積極的にうつや心の健康づくりに関する健康教育を行うようにします。行事の開催場所は、住民にとって利便性のよい身近な場所がよく、市町村保健センター、老人福祉センター、公民館、集会場、体育館、公園など住民の身近な場所での開催が望まれます。

こうした事業を成功させるためには、地域の自治会や民生委員、保健推進員、老人クラブ等の協力を得て、その対象者を把握することが必要です。また、一人暮らしの高齢者や高齢者世帯、家族と同居していても昼間は一人で過ごすことが多い高齢者、地域の行事等にあまり参加していない（地域との交流の少ない）高齢者、要介護認定非該当（自立と判定された）者など、閉じこもりがちで社会的に孤立しているうつのリスクの高い高齢者を拾い出して地域の行事等に参加してもらうように働きかける工夫も大切です。この際には、高齢者の生きがいをづくりのための活動にもなるように、参加者に合わせて様々な活動を提供するようにします。活動の内容としては、体操や手工芸、創作活動、スポーツ、レクリエーション、合唱やカラオケ、地域の子供たちとの交流会、地域の諸行事への参加や懐かしの映画（ビデオ）鑑賞など、その地域とのつながりを大切にしながら、地域に合わせた内容になるよう工夫すると良いでしょう。また、積極的にこれらの活動内容を紹介することも大切です。健康まつりや文化祭等で創作作品、写真やパネル等を展示したり、市町村広報誌等を活用し、高齢者の生きがいをづくりの場としての活動の様子について紹介し、広く地域の住民にその活動を知ってもらうことが地域全体に心の健康づくりの気運を高めます。

個人の取組を支援するための事業の一つとして、ストレス・マネジメントやうつの悪化防止の手法を身につけるために、体験型のリラックス教室を開催するのはひとつの方法です。自分のストレス状況を把握すること、自分でストレス・マネジメントの手法をこれからの生活に生かせるようになること等を目的としています。

事業に従事するスタッフがうつに関する知識を持つことは、とても重要です。勉強会などの機会を作り、スタッフのスキルアップを図るようにしましょう。市町村に配布されている厚生労働省地域におけるうつ対策検討会（平成16年1月）が作成したうつ対応マニュアルやうつ対策推進方策マニュアルを参考にしてください。

市町村によっては、各種介護予防事業のスタッフとして地域のボランティアを活用して実施することも考えられますので、地域のボランティアにも基本的なうつに関する知識の伝達が必要です。スタッフ全員が各種介護予防事業をうつ対策の事業の一環として捉え、心の健康づくりを意識した事業展開を行うと良いでしょう。なお、現在も各地域で介護保険の給付対象とならない高齢者に対して、リラックス教室や生きがいクラブが開催されていますので、4. 地域におけるうつ予防活動事例を参考にしてみたいと思います。

## 4. 地域におけるうつ予防活動事例

### 4. 1 うつと自殺予防 青森県南部町（旧名川町）

平成18年1月に、名川町・南部町・福地村が合併し人口約2万2千人の「南部町」となりました。合併後は、平成11年度から取り組んできた旧名川町の活動（①うつのアセスメントの実施②一般住民への普及啓発活動③高齢者の集団援助活動など）をベースに、全町で自殺対策事業に取り組んでいます。昨年度からは④一般住民向けの普及啓発活動や⑤小学生の健康教室などを加え、一次予防に特に重点をおいて活動しています。

#### 1) うつアセスメントの実施

うつのアセスメントは健康診査の問診票に『心の健康度自己評価票』を組み込むなどして実施しています。アセスメント陽性者には訪問面接を行い、必要時には精神科への受診勧奨を行っています。また、専門家とケースカンファレンスを行うなどして、保健師等の保健医療従事者の能力を高める努力をしていきました。

#### 2) 一般住民への普及啓発活動

事業初年度はうつ対策や自殺活動を公にすることにためらいもありましたが、住民が中心になってうつ対策や自殺予防に取り組んでいくことが重要であることから、町長をはじめ行政が率先して活動の重要性を町民に説明しながら活動を展開することになりました。これによって住民の活動への抵抗感が減り、住民の協力を得やすくなりました。

2年目からは高齢者サービスを主に行っている社会福祉協議会職員や、町民と行政のパイプ役である民生委員や保健推進員に対して、講演会等でうつと自殺に関する理解を深めてもらう活動を行い、活動の幅を広げていきました。また、地区の健康教室や老人クラブの定例会等でうつに関する教室を開催したり、町の広報に1年間を通してうつのコラムをのせたり、うつに関するパンフレットを配布したりするなど、啓発普及に心がけました。

#### 3) 高齢者への集団援助活動

活動を行う中で保健師たちは、「働けなくなったら死んだほうがまだ」という考えが町民の中に根強く存在していること、高齢者が次世代との価値観の違いを嘆いている場合があることに注目しました。町のほとんどの人は、若い頃から農作業に従事し、朝から晩まで働くことを生きがいに感じていて、加齢や疾病によって長年携わった農作業や家事を行えなくなった場合、家庭に居場所を失ったと感ずるようでした。三世代家族であっても家族との交流が乏しい高齢者が少なくないことも分かりました。

そこで、地域住民との交流を深めて高齢者の閉じこもりや寝たきりを予防し、住民の心の健康と生きがいづくりを目的とした地域拠点生きがいサロン「よりあいつこ」を、社会福祉協議会、町内会、民生委員、保健推進員との協同事業により平成12年度に開設しました。

このほか、町の他部門と連携して、金銭問題の相談の際に心の健康にも目を向けたり、自殺企図（自殺を実行すること）のある住民や家族のサポート、自殺で家族を失った住民の援助なども行っています。

こうした活動の結果、うつについての相談件数が少しずつ増えてきました。

#### 4) 「心の健康ビデオ」制作及び普及啓発事業

うつ病予防や心の健康に関する普及・意識の啓発を幅広い年代に行っていくことを目的に、平成18・19年度に町民・職員ボランティアによる「心の健康ビデオ」を制作しました。「いのちをつなぐわ<sup>私・和</sup>の町」と題したこのビデオは、自殺まで考えた中年の男性が、周囲の支えにより回復に向かう過程を描いた寸劇や、特産品を生かしたオリジナルキャラクター、精神科医の解説などが35分のビデオに収められています。ビデオ制作企画の段階から慶応義塾大学の野野原教授や日本大学の坂本教授らのご指導をいただくとともに、町長自ら寸劇の出演者となって盛り上げることができました。

制作したビデオは、平成 20 年度に地区ごとに世帯回覧しました。ビデオを視聴した町民からは、「家族が同じように悩んでいるがどうしたらよいか」という相談や問い合わせがあり、保健師が相談や訪問で対応しています。ビデオ回覧の他には、相談先を掲載したリーフレットを配布したり、地区でのビデオ上映会を行っています。ビデオをとおして、一人で悩まず、誰かに相談することや地域で助け合うことの大切さを一人でも多くの町民に伝えることができればと活動を継続しています。

#### 5) 小学生心の健康教室

平成19年度に実施した小学校 5 年生対象の「児童生徒アンケート調査」で、「悩んだ時の相談相手がいない」「自分のことが嫌い」「学校での出来事を家で話さない」割合が比較的高い状況にあったことから、子どもの頃からの心の健康づくりに取り組むことになりました。

平成20年度は、町内の小学6年生児童と保護者を対象に、臨床心理士を講師とした健康教室を開催しています。「心は元気ですか？誰かに気持ちを伝えよう～」をテーマにした講義の他、言葉を伝え合うロールプレイを取り入れ、気持ちを伝え合うことの大切さに気づくことができるようにしました。児童からは、「心について楽しく勉強することができた」「友達の話の聞いたり、自分の気持ちを伝える大切さがわかった」などの感想が寄せられており、今後も継続していく予定です。

### 4. 2 住民の紙芝居 秋田県由利本庄市（旧由利町）や青森県鶴田町

秋田県（旧由利町；現由利本庄市）では平成 9 年から地域内 67 集落のうち 6 集落をモデル地区として選び、精神科医師と共同でうつと自殺対策の 1 次予防活動を実施してきました。そこでは精神科医師による心の健康づくりに関する講話に加えて、保健協力員と保健師が配役を担当して「聞き耳ズキン」という紙芝居を上演しています。ある若者が森でズキンを発見し、それを頭に被ったところ鳥や動物の話がわかるようになります。そのなかで鳥やタヌキは、近くのばあ様を最近みかけなくなったことを心配して、うつ病かも知れないタヌキの長老に相談しようと話しています。そしてタヌキの長老がでてきて、「無理にはげましてもいかん」と説明します。こうして住民は紙芝居をみながら、楽しみながらうつ病の知識と対応法を身につけることができます。このような住民自身による紙芝居や演劇の上演活動は青森県の市町村、すなわちつがる市や十和田市、鶴田町や七戸町、南部町などに広がり、岩手県の久慈市などにも広まっています。さらに北東北のみならず、鳥取県や鹿児島県などにも影響を与えています。2008 年 8 月 31 日には東京でこれらの活動団体が集まって交流会やシンポジウムを行いました。（自殺予防活動団体地域交流会）身体障害の当事者や支援団体や自死遺族の代表が参加しました。互いに気持ちを伝え合うこと、命を大切にすること、こころのバリアを取り除くことなどが話し合われました。このような住民の活動が地域の力になっていくことで安心して悩みを伝え合うことができるコミュニティを作っていくことができるのです。それが事前（1 次）予防の取組による自殺予防活動といえます。

### 4. 3 ネットワークナースによる地域連携 岩手県立久慈病院精神科

～三次予防：ネットワークナースを導入して地域と医療機関とが連携している事例～  
岩手県立久慈病院精神科では、「自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模研究」（厚生労働科学研究費補助金心の健康科学研究事業）の一環として、リエゾンナース活動を開始しました。総合病院で一般に行われるコンサルテーション・リエゾン精神医療は身体疾患を持つ患者に対する精神医学的援助を目的として行われるものですが、ここではそれに加えて、患者や家族の心の健康問題に対する支援を図るなど、地域との連携も視野に入れて活動しています。

リエゾンナースの導入は、職員への事前アンケートや院内研修会により事前に院内に広報し、

さらに精神科医師の病棟回診に同行して病棟スタッフとコンタクトを持って病棟スタッフにリエゾンナースの運用方法を理解してもらいながら、円滑に行われました。実際の業務を次に挙げてみます。

- ① 精神的危機が生じる可能性がある入院中の患者や家族の精神的ケアに携わります。病棟スタッフと協力しながら、病気のために体が思うようにならない患者のもどかしさや、将来への不安や悩みに対して心理的援助を行います。
- ② 患者が地域の社会資源を運用できるように、関係機関と連携をとり援助します。患者や家族は、知識が十分でないために社会資源を有効に利用できていないことがあり、退院後の療養や生活に対する不安を感じている場合があります。
- ③ 地域で暮らす外来患者の電話相談にも対応します。

#### 4. 4 こころのケアナース事業 青森県六戸町

青森県六戸町（人口約一万一千人）では、高齢者サービス調整会議や、老人保健事業等で、医療機関の協力が必要であることから、平成2年に、保健事業を推進するための保健事業スタッフと医師との打ち合わせ会を発足させ、年1から2回開催していました。その後、平成9年の「保健文化賞」受賞を契機に、さらに地域の保健医療福祉の向上を図るため、年4回定期的に開催されるようになり、保健行政の課題解決のための検討、事例検討、最新の医療情報を提供するなどの情報交換等が行われ、この会議を通して、保健医療福祉関係者の業務の相互理解がなされ、それぞれの連携が非常に容易となっています。

平成15年度に行われた、六戸町の一次調査の結果、①「気分が落ちこんで死にたくなる」人が370人（12.5%）で、そのうち「不満や悩みを相談したいが相談先がわからない、相談相手がいない」という人が51人（14.8%）であったこと、②ストレスについての相談相手についての質問の結果は多い順に「家族」「友人・知人」に相談するとなっていたこと、③ストレスはあるが、「相談の必要なし」とするものが多かったこと、④全国との比較では、病院や診療所の医師に相談するとするものが少なかったこと、などのために、気軽に「相談できる場所（窓口）や相談員」を設置することが必要であることが認識されました。その際、「相談場所」としての精神科病院（医院）が近くにない、「精神科医に行くには敷居が高い」「うつ状態の人は、内科医を受診していることが多い」等から、「身近な医療機関」に相談員を配置することが効果的だろうと考えられました。

そして、こうしたことを「六戸町地域医療懇談会」において情報提供をしたところ、医療機関の協力を得られ、事業化されることになりました。

このこころのケアナース事業は、町内の一般医療機関等において、主治医の了解のもとに、看護師等が住民のこころの悩みを聴き、不安やうつ状態を把握し、適切な心理的ケアに継げることを目的とし、こころのケアナース養成モデル事業として、実施するものです。ここでは、

- ①こころのケアナース推進検討委員会設置
- ②こころのケアナース養成セミナーの開催
- ③こころの健康カードの配布
- ④こころのケアナースによる相談事業
- ⑤事例検討会開催

等を行うことになっています。

一般医療機関等において、住民が「こころの健康カード」を窓口で提示するだけで、無料でこころのケアナースが相談に対応し、うつ状態等が疑われた場合は、その医療機関の医師に報告し、医師の判断により、精神科医療機関へ紹介するという仕組みになっています。

また、こころのケアナースとは、養成のためのセミナーを受け、かつ本事業に同意した看護

師または歯科衛生士とし、こころのケアナースが処遇に困ったり、緊急を要すると思ったりしたときに相談をするアドバイザーを保健所長、町の保健師、医師の3人とし、アドバイザーはこころのケアナースの求めに応じてサポートをすることになっています。この事業は平成17年2月よりスタートし3医療機関と在宅介護支援センターに勤務する15人の「こころのケアナース」が住民のこころの相談をひきうける体制をとっています。「いつでも気楽に相談できる場」が身近にあるという事実は住民に安心感を与え、ストレスを軽減すると考えられます。

#### 4. 5 地域住民のリラックス教室・生きがい対策 鹿児島県大浦町と鹿児島県東市来町

大浦町では、平成15年度より心の健康づくり事業に取り組んでいますが、高齢者の生きがいづくりの場として「はつらつクラブ」を開催しています。はつらつクラブは、大浦町の高齢者がはつらつとした元気老人になるように、生きがいづくりやレクリエーション等交流活動を地区公民館5ヶ所で各地区月1回程度実施しています。

内容は、歌や指体操、体操、創作活動（牛乳パックの椅子づくり、帽子づくり、籠づくり、巾着袋づくり、お手玉づくり）、大浦カルタ、絵手紙、映画鑑賞、押し花、映画鑑賞、日記帳づくり、輪投げ、ペタンク等様々です。

スタッフは、保健師・看護師・栄養士以外に、元気高齢者を育てるコミュニティ活動を支援するボランティア「はつらつサポーター」も協力し、スタッフ全員が高齢者の生きがいづくりや心の健康づくりを意識して事業に取り組んでいます。

はつらつクラブについて、地域住民に感心を持ち、広く知ってもらうために「ふるさとまつり」を活用し、作品展示や写真展示を行いはつらつクラブを紹介しています。

また、地域のボランティア「はつらつサポーター」が、はつらつクラブに参加することで「はつらつサポーター」自身も元気になっているという感じの印象を保健師は受けており、地域全体の心の健康づくりにつながっています。

少子高齢化の進む鹿児島県東市来町では、平成7年から「たとえ病気があっても元気」というテーマで元気づくり事業を展開しています。

高齢化率が急激に伸びるなか、一人暮らしの高齢者や要介護高齢者、閉じこもりやうつ状態となる高齢者が増えつつあります。一方、たとえ病気があっても高齢になっても、その人なりにいきいきと元気に過ごしている高齢者が数多くいます。そこで、ひとりでも多くの高齢者が、住み慣れた地域でいきいきと過ごすことができるための支援のひとつとして「いきいきサロン」を開催しています。

平成13年度から、地域のリーダー的存在の民生委員や各推進員を対象に高齢者を取り巻く現状や介護予防等について研修会を開催した後、平成14年度から民生委員や各推進員等を中心にした自治会単位で「いきいきサロン」が少しずつ立ち上がり、現在では定期的に開催している自治会が8ヶ所になっています。

運営方法は、その地域のやり方に任せ、無理なく長く継続できるような方法を自治会が考え、行政はその方法を尊重しながら支援しています。

立ち上げにあたっては、事前に民生委員と保健師が協議をした後に、その自治会のリーダー的存在の方々が集まり、その自治会の状況にあったサロンの形を作ります。

対象者は、おおむね65歳以上の特定高齢者。開催回数は月1回程度、参加費ひとり1回100円、内容は健康チェックや季節の行事を取り入れたもの、健康講話やレクリエーション、異世代間交流、歌や踊りなど、地元の方を講師とし、幅広い内容のプログラムとなっています。

スタッフは、民生委員・各推進員・ボランティアグループ・社会福祉協議会職員・在宅介護支援センター看護師等で構成されていますが、参加者同士で自主的に企画運営されているとこ

ろもあります。

サロンの参加者は、毎月の開催が楽しみでそれを目標に過ごしている、生活にメリハリができる、友達ができた、笑うこと会話することが嬉しい、自分の健康のことを考えるようになったなどの声が聞かれています。

サロンに参加された方々の交流はもとより、スタッフとの交流も深まることで、双方が楽しく話して笑える場・元気をもらえる場であることを念頭に、こころと身体の健康づくりを支援しています。

#### 4. 6 基本健康診査でのうつアセスメント 鹿児島県伊集院保健所

伊集院保健所管内は市町村合併が行われた平成16年10月までは串木野市と、鹿児島市に隣接する1市8町からなり、高齢化・過疎化がすすんでいる地域と、鹿児島市のベッドタウンとして働き盛り世代が多い人口増の地域が混在していました。平成13年3月現在、人口117,067人、世帯数45,693戸、老年人口29,656人(25.3%)となっており、保健所管内の自殺死亡者数は年間平均32人(平成8~12年)で、標準化死亡比(SMR)が125.2と自殺死亡率が高い状況でした。

そこで、伊集院保健所では自殺背景として重視されているうつ症状のある人たちをなるべく早期に見だし、相談機関や医療機関へ受診勧奨できるシステムづくりを進める必要があるということから、私たちは市町村で行われている老人保健事業の基本健康診査や各種検診の結果報告会、介護予防教室などを活用し、うつのアセスメントを始めました。

特に基本健康診査を1次アセスメントの場として活用しようとしたのは、受診者の大半が高齢者であること、生活習慣病とともに心の健康問題のチェックの場としても大切な場であること、市町村における老人保健事業のなかで時間的・人的に大きな比重を占めていることから行政担当者、地域住民などに与える心理的波及効果が大きいのではないかと考えたことなどが、主な理由です。

当初、健診受診者は比較的健康的な人たちが多く、ハイリスクグループの拾い出しには不適切なのではないかという意見もありましたが、結果的には青森県南部町(旧名川町)などで行われた高齢者の悉皆調査の結果とほぼ同率でした。そのため、うつ傾向の強い住民の拾い出しの機会として活用できるとともに、健診時に併せて実施した健康教育なども含め、一般住民がうつ、心の健康づくりについて関心を持つ良い機会になるものと考えられました。さらに、事業実施前後で「うつアセスメント導入の意義はある」と考える担当者が増えたり、「自殺」、「うつ」という言葉への抵抗感が低下するなど、健診に従事するスタッフ、市町村の行政担当者の意識の向上にも役立つことも確認されました。

#### 4. 7 健康教育用媒体CD「心のお天気便り」 鹿児島県川薩保健所

プリベンション、インターベンション、ポストベンションの自殺予防の段階のなかで、最も市町村が取組やすいと考えられるプリベンション分野について支援するために、試作的にうつの健康教育用CDを作成し、県内の保健所や市町村等に配布しました。

CDは、近年健康教育や研修等で使用頻度が増しているプレゼンテーションソフトを活用し、当所がいままで普及啓発のために使用していたものを集め、住民向けの健康教育用媒体としてはもちろん、保健師等の従事者のモチベーションを高めるための手段の一つとしても活用されるものとして作成しました。CDの内容については、平成16年1月厚生労働省「地域におけるうつ対策検討会「うつ対応マニュアル」を参考にし、住民用、民生委員等の地域リーダー用、福祉関係者用等の対象者別にまとめたものと、参考資料として秋田大学医学部の本橋豊先生から提供して頂いた地域診断のための簡易調査票を掲載しました。

## 4. 8 仙台市抑うつ高齢者等地域ケア事業

仙台市では、平成13年度より、東北大学と共同で、自殺予防や介護予防を目的とするうつ状態高齢者ための地域ケアプログラムの開発研究を進めておりますが、平成17年度からはモデル地区で事業化されています（「仙台市抑うつ高齢者等地域ケア事業」）。事業は以下のプログラムによって構成されます。

### 1) 普及啓発プログラム

住民向けプログラム（町内会・地区社会福祉協議会・民生委員など）では、CDやカードなどの教育ツールを作成して、「うつ」の症状や治療が誰にでも簡単に理解できるようにします。教育ツールの作成は、保健医療福祉スタッフが講師になって、どこでも気軽に保健教育を実施するのに役立ちます。保健医療福祉スタッフ向けプログラムは連続3回の研修会で構成され、保健師・看護師・地域生活支援センター・在宅介護支援センター職員などがアセスメント、うつ病ケースマネジメント、保健教育の方法などを学びます。医師会の先生方にも参加してもらっています。

### 2) アセスメントプログラム

在宅介護支援センターの職員が一次アセスメントでハイリスク例を発見し、訓練を受けた保健師・看護師が二次アセスメントで介入ニーズを評価します。アセスメント法は「うつ対策マニュアル」に準じておりますが、アセスメントツールとしてはMD-PCやWHO-5も検討しています。

### 3) 相談プログラム

保健福祉センター、地域生活支援センター、在宅介護支援センターに総合相談窓口を設置し、必要に応じて精神科医による専門相談（現在は保健福祉センターと地域生活支援センターで実施）や地域医療機関と連携します。

### 4) 訪問ケアプログラム

訓練を受けた訪問看護師が、介入ニーズのある高齢者宅を個別訪問し、高齢者との関係づくりをしながら、うつ病ケースマネジメントを実践します。看護師は必要に応じて精神科医（相談医）からスーパーバイズが受けられるようにします。

### 5) うつ病ケースマネジメント

担当看護師が多職種チームと連携して、問題解決療法的なアプローチを含むケースマネジメントを実践します。多職種チームによるケースカンファレンスを専門相談の日に実施し、問題の明確化、解決策の考案、プランニング、モニタリングなどの作業を支援します。

### 6) 住民活動の支援

現在、老人会などの地域住民による「こころのケアボランティア」、地域生活支援センターや在宅介護支援センターにおける「サロン活動」の支援事業が計画されています。

## 5. 資料編

### 資料1. 高齢者のうつの基礎知識

#### ① はじめに

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たなくなったり、おっくうだったり、なんとなくだるかったりして強い苦痛を感じ、ほとんど毎日、日常の生活に支障が現れるまでになった状態です。

うつときのつらい気持ちを言葉で表現するのはとても難しいのですが、うつにかかっているある女性は、悲しくて苦しくて涙がこぼれ落ちそうになる直前に胸が強く締めつけられるようになる、そうした状態がずっと何日も、場合によっては何ヶ月も続いているようなものだと語ったことがあります。うつ病の基本的な症状を表に示しました。

うつの一般的な特徴と対応に関しては、厚生労働省の「地域におけるうつ対策検討会」が作成した「自治体向けマニュアル」「地域医療従事者向けマニュアル」(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/01/s0126-5.html>)に詳しく説明されていますのでそれを参照していただくことにして、ここでは高齢者に焦点を当ててうつ病の診断と治療について現在利用可能なエビデンスに基づいて概説することになります。なお高齢者におけるうつ病は、他の世代にもまして、複雑な社会的・医学的背景が存在しており、そうした点についても解説しました。

#### 【うつの症状】

- ① 強いうつ気分
- ② 興味や喜びの喪失
- ③ 食欲の障害
- ④ 睡眠の障害
- ⑤ 精神運動の障害（制止または焦燥）
- ⑥ 疲れやすさ、気力の減退
- ⑦ 強い罪責感
- ⑧ 思考力や集中力の低下
- ⑨ 死への思い

#### ② 高齢者の「こころ」

老年期のうつ病について述べる前に、高齢者のこころの特徴をいくつかあげてみます。まず第一に、正常の老化では、認知機能は全般的に遅延しますが、これにはいくつかの例外があることがわかっています。例えば、抽象的な題材に関しては迅速さが保たれ類推する能力には長けており、論理的に考えていくよりも「印象」「直感」によって判断することが多くなってきています。また、流動性知識（反応の速さ、記憶力、問題処理能力など）は衰えやすい反面、結晶性知識（知識や理念。例えば、「奥の細道の作者は誰か？」「なぜ税金を払わなくてはいけないのか」など）は保たれています。こうしたことから、高齢の方には、理づめで説明するよりも、エピソードをまじえてイメージが湧く話し方が理解されやすく効果的であるといえるでしょう。

第二に、高齢者のコミュニケーションは、流暢さが低下し話題の寄り道・脱線が増える「迂遠」と呼ばれる状態になります。これは、本人にとっては「言葉が喉まで出かかっている」などという形で体験されます。こうしたときに周囲は、つい話をせかしてしまったり、本人の

気持ちとは違うことを話題にしてしまうことがあります、注意が必要です。周囲の対応としては、話が脱線をおだやかに修正しながらゆっくりと話を聴くことが大切です。また、周囲から話しかける際には、要点をしぼって、ゆっくりと話すようにして、1回に話す内容は1つに絞るようにしましょう。世代の差から来る語彙の違いもコミュニケーションのギャップにつながりますので、高齢者が慣れた情緒表現を使うように心がけることも大切です。

### ③ 高齢者のうつ病の症状の特徴

「年をとると誰でもうつっぽくなる」と言われることがありますが、一般的な老化現象とうつ病はまったく異なるものです。しかし、高齢者のうつ病は、通常の診断基準に頼るだけでは見落とされてしまう可能性があります。高齢者では、典型的なうつ病の症状を示す人は1/3から1/4しかいないと言われています。症状の一部がとくに強く現れたり、逆に一部が弱くなったりしていることが多いので注意が必要です。

高齢者のうつ病の特徴として、次のような点が指摘されています。

- 症状がそろっていないうつ病の頻度が高く見逃されやすい。悲哀の訴えが少なく、気分低下やうつ思考が目立たない。
- 意欲や集中力の低下、精神運動遅延が目立つ。健康状態が悪く、気分の低下、認知機能障害、意欲低下が見られる患者ではうつを疑うべきである。
- 心情的な訴えが多い。記憶力の衰えに関する訴え（「ものおぼえが悪くなった」「物忘れが増えた」）がうつ病を示唆する重要な症状である可能性がある。抑うつ気分と記憶に関する主観的な訴えとは強く関連している。とくに65-75歳の比較的「若い」高齢者でその傾向が強い。認知症外来を受診する患者の5人に1人はうつ病性障害であるといわれている。
- 軽症のうつ病は、身体的な不健康と関係があり、意欲・集中力の低下や認知機能の低下がみられることが多い。高齢者のうつ病は軽症に見えても中核的なうつ病に匹敵するような機能の低下がみられることが多いし、中核的なうつ病に発展することも多い。したがって、うつ病の症状が軽そうに見えるからといって決して軽視してはならない。
- 器質的原因、薬物起因性のうつ病は若年者よりも高齢者で多い。
- 脳血管性病変に関連する「血管性うつ病」の存在が考えられており、脳血管性障害の患者はうつ病の可能性が高い。
- 不安症状がしばしば併存する。不安が前景にあると背後にあるうつ病を見落としてしまうことがあり、注意が必要である。
- 双極性障害（躁うつ病）に伴ううつ病の可能性も考慮しておかなくてはならない。双極性障害は通常はより若い年代で発症する。晩発性の発症の場合には、器質性の脳疾患の存在を疑う。双極性障害の詳細は、日本うつ病学会のホームページ (<http://www.secretariat.ne.jp/jsmd/>) で知ることができます。

#### ■ 双極性障害の症状

うつ病の時期とは、DSM-IV 診断基準によれば、毎日のように

(1) ほとんど1日中憂うつで、沈んだ気持ちになる

- (2) ほとんどのことに興味を失い、普段なら楽しくやれていたことも楽しめなくなる
- (3) 意欲が低下（または増加）したり、体重が減少（または増加）する
- (4) 寝つきが悪い、夜中に目が覚める、朝早く目が覚めるなどの不眠が起こるか、あるいは眠りすぎてしまうなど、睡眠の問題が起こる
- (5) 話し方や動作が鈍くなるか、あるいはいらいらして落ち着きがなくなる
- (6) 疲れやすいと感じ、気力が低下する
- (7) 「自分には価値がない」と感じ、自分のことを責めてしまう
- (8) 何かに集中したり、決断を下すことが難しい
- (9) 「この世から消えてしまいたい」「死にたい」などと考える

の症状のうち、少なくとも（1）か（2）のどちらかを含む5つ以上の症状が、2週間以上続く場合をさします。

一方、躁病の時期は、

- (1) 気分が良すぎたり、ハイになったり、興奮したり、調子が上がりすぎたり、怒りっぽくなったりして、他人から普段のあなたとは違うと思われる
- (2) 自分が偉くなったように感じる
- (3) いつもよりおしゃべりになる
- (4) 色々な考えが次々と頭に浮かぶ
- (5) 注意がそれやすい
- (6) 活動性が高まり、ひどくなると全くじっとしていられなくなる
- (7) 後で困ったことになるのが明らかなのに、つい自分が楽しいこと（買い物への浪費、性的無分別、ばかげた商売への投資など）に熱中してしまう

といった症状のうち、少なくとも（1）を含む、4つ以上（1が怒りっぽいだけの場合は5つ以上）の症状が1週間以上続く場合をさします。

日本うつ病学会ホームページ「躁うつ病とつきあうために」より抜粋

#### ④ 老年期うつ病の誘因

うつ病の誘因は大きく2種類に分けられます。重大なライフイベントと慢性的なストレスです。ライフイベントの例としては、“重要な他者”の喪失や死別（ペットも含む）、自分や身近な人が生命の危機にさらされること（病気など）、家族や友人とのいさかい、急性の身体疾患、住み慣れた家を離れること（施設入所や、子との同居に伴う転居など）、深刻な経済的危機などがあります。慢性的なストレスには、健康の減退、感覚喪失、認知機能の低下、行動力の低下（依存性の増加）、居住環境の問題（同居家族との問題など）、経済的な問題、社会的役割の低下（退職など）、家族の介護、社会的孤立などがあります。

概して高齢者の生活は、近親者との死別や身体機能の低下など、大小の喪失体験に囲まれています。その意味で高齢者がうつ状態に陥ることは「理解できる」ことも多いのです。しかし、うつが「理解できる」ことはうつ病を治療しなくてよいということにはなりません。誘因が何であれ、うつ病はうつ病として治療が必要であり、適切な社会支援や、薬物療法、精神療法を行わなくてはなりません。

統計的に裏付けられた老年期うつ病の危険因子は、女性であること、過去のうつ病の既往、

配偶者との死別・離婚です。加えて上述した誘発因子を体験した人はリスクが高いと考えられています。

病気にかかっている人や身体機能障害がある人はうつ病になりやすいと言えます。また、そうした人の介護に当たっている人もうつ病になりやすいので注意が必要です。

周囲の人との信頼関係はうつ病の大きな要因です。それまでに他者と信頼できる関係を築くことが困難であった人は、老年期に孤立しやすく、うつ病に陥るリスクが高いとされます。細かい性格や依存的な性格など、パーソナリティ傾向は老年期に顕著になりやすく、人間関係に影響を与えます。

近親者と最近死別した人は、とくに注意が必要です。死別後に一時的にうつ状態になることは自然なことで、「悲嘆反応」と呼んでうつ病とは区別されています。そのような場合には、頻りに訪問して患者を支えることが大切です。しかし、次のようなときには、うつ病を疑って受診勧奨をすることが望ましいでしょう。

- うつ症状の遷延（重篤な抑うつ症状が6ヶ月以上続く）
- 自殺念慮（死んだ人と一緒になりたいという強い願い）
- 迫害的な罪悪感（死を避けるためにもっとなにかできたのではないかという自己批判、にとどまらない罪悪感）
- 精神運動制止
- あらゆるものを変わらないようにして悲しみをとどめておくこと（“ミイラ作り”と呼ばれることもある）。

## ⑤ うつ病患者への社会支援

うつ病の患者にとっては、社会ネットワークによって周囲の人たちとつながりがあることがとても重要です。社会支援としてさまざまな福祉サービスがありますが、サービスそのものだけでなく、「支援を受けている」と、本人が認識できることも大切です。したがって、高齢者に対して支援を行う場合は、実質的な支援だけでなく、そこに付随する情緒的側面を忘れないようにすることが大切です。濃密な訪問を少ない回数行うよりは、短いながらも頻りに声をかけるほうが支えられているという実感をもってもらえることがあります。そのときには特別に決まった話しをする必要はなく、世間話の中で困っていることがないかを尋ねるようにするとよいでしょう。ただし、あまり親しくなりすぎてかえって精神的な悩みを相談することがためられることもありますので、同時に相談窓口の存在を伝えておくことも役に立ちます。

うつ病の人は、現実以上に悲観的な考えに陥っているものです。自分に自信がなくなったり、周囲に対して不信感を持ったり、将来に対して絶望的になったりしていることを理解して、誤った思いこみを修正してもらいながら関連する支援を行うようにする必要があります。宗教的な信仰を持っている人はうつ病から回復しやすいとされており、高齢者のそうした面は大切にすることが大切です。身体的な欠失の治療もうつ状態の改善には重要であり、視覚障害や聴覚障害への治療や支援、栄養管理や運動も含めた健康管理も考慮に入れておくようにしましょう。

うつ病の治療の基本は休養と環境調整です。病状は時間と共に変わっていくものであり、症状が重い時期は目の届く環境で休んでもらうことに主眼を置き、回復期してきたら負担にならない範囲で少しずつ行動範囲を増やせるようにしていきましょう。ケアプランを作成する際は、その時々治療目標を立て、3～4週間ごとに見直していくべきです。うつ状態が強いときにはホームヘルパー中心に、回復してきたらデイサービスなど交流の場をふやすようにします。

## ⑥ うつ病の治療

うつ病の治療は、薬物療法などの生物学的治療、精神療法、環境調整の3本柱で行います。治

療の詳細は、成書を参考にしてください。

## 資料2. うつの特徴的症状と質問の仕方

### うつの特徴的症状と質問の仕方

#### ● うつの9つの症状

##### ① うつ気分

「気持ちが沈み込んだり、憂うつになったりすることがありますか」

「悲しくなったり、落ち込んだりすることがありますか」

「うつ病」の人は、気持ちが沈み込んで憂うつになっていることがよくあります。「憂うつだ」「悲しい」「何の希望もない」「落ち込んでいる」と思い悩んでいるのです。人によってはこうした気持ちを表立って口にしないこともありますが、いまにも泣き出しそうな印象や、憔悴しきった雰囲気から気づかれることもあります。こうした症状は午前中にひどく、午後から夕方にかけて改善してくることがよくあります（後述；症状の日内変動参照）。

このように憂うつな気分を感じているときには、身体の痛みや倦怠感などの身体の不調が出てきたり、イライラ感が強くなって怒りっぽくなったりすることがあり、それが性格の問題と間違われてうつ気分が気づかれにくくなることがあるので注意しなくてはなりません。

##### ② 興味や喜びの喪失

「仕事や趣味など、普段楽しみにしていることに興味を感じられなくなっていますか」

「今まで好きだったことを、今でも同じように楽しくできていますか」

これまで楽しんでできていた趣味や活動にあまり興味を感じられなくなった状態です。何をしてもおもしろくないし、何かをしようという気持ちさえ起きなくなってきます。友達と会って話すのが好きだったのに、会ってもおもしろくないし、かえってうつとうしくなってきます。運動が好きだったのに熱中できませんし、テレビでスポーツ番組やドラマを見てもおもしろくありません。音楽を聴くのが好きだった人が、好きな音楽を聴いてもちっとも感動しません。性的な関心や欲求も著しく低下してきます。このように何をやってもおもしろくないので、自分の世界に引きこもるようになってきます。その変わりぶりは、まわりの人から見れば、あんなに喜んでやっていたものをなぜやらなくなったんだろうと不思議に思えるほどです。

##### ③ 食欲の減退または増加

「いつもより食欲が落ちていますか」

「減量しようとしていないのに、体重が減っていますか」

「いつもよりずっと食欲が増えていませんか」

「食欲が非常に増進して、体重が増えていませんか」

一般にうつ病では食欲が低下してきます。一方、それとは逆に食欲が亢進することもあり、甘い物など特定の食べ物ばかりほしくなることもあります。食欲がなくなった人は「何を食べても、砂を噛んでいるようだ」「食べなくてはいけないと思うから、口の中に無理に押し込んでいる」と訴えることがよくあります。あまりに食欲がなくなって、一ヶ月に4キロも5キロも体重が減少してしまうこともあります。

#### ④ 睡眠の障害

「睡眠の状態はいかがですか」（導入質問）

「ほとんど毎晩眠れないということがありますか。寝つきが悪かったり、夜中に何度も目が覚めたり、非常に朝早く目が覚めたりしますか」

「眠気が強くて、毎日眠りすぎているということがありますか」

うつ病では不眠がよく現れます。寝つきが悪くなるだけでなく、夜中に目が覚めて寝つけなくなったり、朝早く目が覚めてしまったりするのです。悪夢にうなされることもよくあります。

とくに朝早く目が覚めるのはうつ病に特徴的で、「午前3時症候群」と呼ぶ人もいます。いつもよりずっと早く目が覚めてしまうのです。しかも、うつ病にかかっている人は、このように早く目が覚めたからといってすぐに起きあがれるわけではなく、布団のなかで悶々と思い悩んでいることがよくあります。

逆に、夜の睡眠が極端に長くなったり、日中も寝てばかりいるといった過眠症状が現れることもあります。

#### ⑤ 精神運動の障害（強い焦燥感・運動の制止）

「話し方や動作が普段より遅くなっていて、それを人から指摘されるということがありますか」

「じっとしてられず、動き回っていたり、じっと座ってられなかったりすることが多くなっていますか」

うつ病になると、ほかの人から見てもすぐにわかるほど身体の動きが遅くなったり、口数が少なくなったり、声が小さくなったりすることがよくあります。このような状態を、専門的には精神運動制止と言います。

また、逆に、じっと座ってられないほど焦燥感が強くなったり、イライラして足踏みをしたり、落ち着きなく身体を動かしたりするようになることもあります。このように焦燥感が強くなっているときにはつらさを何とかしたいと焦って話し続けたりしますので、表面的には元氣そうに見えてしまい、うつ病だと気づきにくいので注意しなくてはなりません。

#### ⑥ 疲れやすさ・気力の減退

「いつもより疲れやすくなっているとか、気力が低下しているとか、感じることはありますか」

ほとんど身体を動かしていないのにひどく疲れたり、身体が重く感じられたりすることがあるのもうつ病の症状の一つです。気力が低下して何をする気もおきなくなりますし、洋服を着るといった日常的なことにさえ時間がかかるようになります。何とかしなくてはならないと気持ちだけは焦るのですが、それをするだけのエネルギーがわいてこないのです。

#### ⑦ 強い罪責感

「自分は価値のない人間だと感じたり、悪いことをしたと罪悪感を感じたりしていますか」

うつ病になると、ほとんど根拠なく自分を責めたり、過去の些細な出来事を思い出しては悩んだりするようになります。一つのことをくよくよ考え込んで、何回も何回もほかの人に確認

をしたりするようになることもあります。こうした状態が進むと、会社のプロジェクトがうまく進まないことや、不況のために会社の成績が落ちていることまで自分の責任のように思えたり、不況になったことまで自分のせいだと妄想的に思いこむようになってたりもします。

## ⑧ 思考力や集中力の低下

「なかなか物事に集中できなくなっている、ということがありますか」  
「普段より考えが遅くなったり、考えがまとまらなくなったりしていますか」  
「普段なら問題なく決められることが、なかなか決められなくなっていますか」

注意が散漫になって、集中力が低下してくることがあります。そのために仕事が以前のように進まなくなったり、学校の成績が落ちたりするようになります。また、決断力が低下して、大したことでもなくあれこれ考えて何も決められなくなります。中年の人は、自分がボケてきたのではないかと心配していたりします。また、高齢者の場合には実際に痴呆のように見えることがあります。しかし、真の痴呆と違って、うつ状態による痴呆様の症状は治療によって改善するために、仮性痴呆と呼ばれています。

しかし、逆に、痴呆状態がうつ病と間違えられることもあるので注意が必要です。痴呆の場合も、何となく元気がなくなり、記憶力が衰えてくるので、うつ病ではないかと思われるのです。また、高齢者の場合にはうつ病を契機に痴呆を発症してだんだんと症状が進んでくるといふことがあるので注意が必要です。

## ⑨ 自殺への思い

「死について何度も考えるようになっていませんか」

「気分がひどく落ち込んで、自殺について考えるということがありますか」

うつ病になると、気持ちが沈み込んでつらくてたまらないために死んだ方がましだと考えるようになってきます。欧米の研究では、入院が必要なほどのうつ病にかかった人の15パーセントが自殺で命を落としていることがわかっています。うつ病のときには自分の気持ちを抑える力が弱くなっていますから、普通するときなら考えられないような思い切った行動をすることが多くなるのです。

一般的には、うつ病が少し良くなったときに自殺の危険性が高くなるといわれています。気分が沈み込んで何をやる元気もなくなっているときには、死のうと思ってもそれを実行に移すだけの元気さえ出てきません。しかし、少し症状が良くなると、死にたいと考えれば、その気持ちをすぐに行動に移せるようになります。

しかも、こうしたときには本人の気持ちとまわりの人の考えとが食い違いやすくなっています。症状が良くなってくると、外見上は元気に見えるようになるのでまわりの人は安心してしまふのですが、うつ症状が強かったときのつらい記憶は簡単に消えないために、本人は良くなったという自覚をもてないことが多いからです。こうした食い違いがあると、本人は誰にもわかってもらえないと絶望的になり、自殺を考えやすくなります。

## ● その他のうつ症状

### 身体症状

うつ病のために、痛みや倦怠感などの身体の不調が現れたりすることがあります。頭痛や腰

痛などの症状は、とくによく見られるものです。重く締めつけられるような頭の痛みはうつ病の人に特徴的といわれ、教科書的には鉢をかぶったような重さだと表現されることがあります。このほかにも、肩こりや体の節々の痛み、食欲不振や胃の痛み、下痢や便秘などの胃腸症状、発汗、息苦しさなど、さまざまな症状が現れてきます。

こうした身体症状が存在すると、私たちはつい身体のことを心配するために精神的な面を見逃してしまいがちです。身体症状のために、憂うつな気分が目立たなくなるのです。こうした状態は、うつ症状が身体症状の仮面に隠れているという意味で「仮面うつ病」と呼ばれることがあります。

### 症状の日内変動

うつ病の症状は、一般に朝に悪化し、午後から夜にかけて徐々に改善するという日内変動が見られることがよくあります。人によっては夕方から夜にかけて元気になるために、「ずっと落ち込んでいるわけではないから、うつ病じゃなくて、気分の問題なんだ」と考えることもあります。しかし、これはうつ病の日内変動（という特徴）で、気分の問題ではないので、軽く考えすぎないように注意しなくてはなりません。

### 精神病症状

大部分のうつ病は精神病ではありません。しかし、妄想などの精神病症状を持つ場合などは精神病性うつ病とか妄想性うつ病と呼ばれ、病気の自覚がなくなるため、入院治療が必要になります。

自分が重大な罪を犯したと思いつく罪業妄想、貧乏になったと確信する貧困妄想、がんなどの重い病気になったと信じ、検査結果で心配ないと話しても訂正不能の心気妄想、何をしても無駄だと治療を拒否したり、拒食から衰弱したりする虚無妄想などがうつ病に特有な妄想で、躁病の誇大妄想に対して、微小妄想と総称されます。それ以外にも被害妄想や自分が周りの人から避けられていると信ずる忌避妄想もあります。幻聴は一般的にはないのですが、時にみられることもあります。

まれに昏迷といって、問いかけや刺激に反応しない、無言で動きの乏しい無反応状態がみられます。意識はあって、その間の記憶もありますが、意思や感情の表出ができなくなっているのです。ぼんやりとして、動きと反応が鈍い程度の軽いものは時々みられます。

### ● 「いつもと違う」状態に気づく

このようにうつ病は自覚しにくいし、まわりで見えてもわかりにくい病気です。しかし、治療すれば良くなる病気ですので、早めに見つけて治療することが大切になります。早くに見つけるために注意すべき点は、日常生活において、いつもと違う状態が続き、本人か周囲の人の生活に支障がでてくる、ということです。

### 資料3. 簡易抑うつ症状尺度 (QIDS -J)

#### 簡易抑うつ症状尺度 (QIDS -J) とは

簡易抑うつ症状尺度 (Quick Inventory of Depressive Symptomatology : QIDS -J) は、16 項目の自己記入式の評価尺度で、うつ病の重症度を評価できるほか、アメリカ精神医学会の診断基準 DSM-IV の大うつ病性障害 (中核的なうつ病) の診断基準に対応しているという特長を持っています。世界的に知られた精神科医 John Rush 先生によって開発され、世界 10 カ国以上で使用されています。日本語版は、慶応大学医学部の藤澤大介先生のグループによって作成されました。

#### 採点の方法

睡眠に関する項目 (第 1 - 4 項目)、食欲/体重に関する項目 (第 6 - 9 項目)、精神運動状態に関する 2 項目 (第 15、16 項目) は、それぞれの項目で最も点数が高いものを 1 つだけ選んで点数化します。それ以外の項目 (第 5、10、11、12、13、14 項目) は、それぞれの点数を書き出します。うつ病の重症度は、睡眠、食欲/体重、精神運動、その他 6 項目を合わせて 9 項目の合計点数 (0 点から 27 点) で評価します。原版 QIDS では、点数と重症度は下記のようになっています。

0 - 5	正常	16 - 20	重度
6 - 10	軽度	21 - 27	きわめて重度
11 - 15	中等度		

#### QIDS-J の使い方

各項目が大うつ病性障害の症状に対応しているので、うつ症状の評価やスクリーニングに使えるほか、合計点を算出することでうつ状態の変化を見ることができます。6 点以上の場合にはうつ病の可能性がありますので、まず医療機関に相談してください。携帯サイト <http://cibtjp.net> を使えば、自動的に計算できます。

日本語版自己記入式・簡易抑うつ症状尺度

(Quick Inventory of Depressive Symptomatology : QIDS - J)

1. 寝つき

0. 問題ない (または、寝付くのに30分以上かかったことは一度もない)
1. 寝つくのに30分以上かかったこともあるが、一週間の半分以下である
2. 寝つくのに30分以上かかったことが、週の半分以上ある
3. 寝つくのに60分以上かかったことが、(1週間の)半分以上ある

2. 夜間の睡眠

0. 問題ない (夜間に目が覚めたことはない)
1. 落ち着かない、浅い眠りで、何回か短く目が覚めたことがある
2. 毎晩少なくとも1回は目が覚めるが、難なくまた眠ることができる
3. 毎晩1回以上目が覚め、そのまま20分以上眠れないことが、(1週間の)半分以上ある

3. 早く目が覚めすぎる

0. 問題ない (または、ほとんどの場合、目が覚めるのは、起きなくてはいけない時間の、せいぜい30分前である)
1. 週の半分以上、起きなくてはならない時間より30分以上早く目が覚める
2. ほとんどいつも、起きなくてはならない時間より1時間早く目が覚めてしまうが、最終的にはまた眠ることができる。
3. 起きなくてはならない時間よりも1時間以上早く起きてしまい、もう一度眠ることができない

4. 眠りすぎる

0. 問題ない (夜間、眠りすぎることはなく、日中に昼寝をすることもない)
1. 24時間のうち、眠っている時間は、昼寝を含めて10時間ほどである
2. 24時間のうち、眠っている時間は、昼寝を含めて12時間ほどである
3. 24時間のうち、昼寝を含めて12時間以上眠っている

5. 悲しい気持ち

0. 悲しいとは思わない
1. 悲しいと思うことは、半分以下の時間である
2. 悲しいと思うことが半分以上の時間ある
3. ほとんどすべての時間、悲しいと感じている

6. 食欲低下

0. 普段の食欲とかわらない、または、食欲が増えた
1. 普段よりいくぶん食べる回数が少ないか、量が少ない
2. 普段よりかなり食べる量が少なく、食べるよう努めないといけない
3. まる1日(24時間)ほとんどものを食べず、食べるのは極めて強く食べようと努めたり、誰かに食べるよう説得されたときだけである

7. 食欲増進

0. 普段の食欲とかわらない、または、食欲が減った
1. 普段より頻回に食べないといけなように感じる
2. 普段とくらべて、常に食べる回数が多かったり、量が多かったりする
3. 食事の時も、食事と食事の間も、食べ過ぎる衝動にかられている

8. 体重減少 (最近2週間で)

0. 体重は変わっていない、または、体重は増えた
1. 少し体重が減った気がする
2. 1キロ以上やせた
3. 2キロ以上やせた

9. 体重増加 (最近2週間で)

0. 体重は変わっていない、または、体重は減った

1. 少し体重が増えた気がする
2. 1キロ以上太った
3. 2キロ以上太った

10. 集中力/決断

0. 集中力や決断力は普段とかわりない

1. ときどき決断しづらくなっているように感じたり、注意が散漫になるように感じる
2. ほとんどの時間、注意を集中したり、決断を下すのに苦労する
3. ものを読むこともじゅうぶんにできなかったり、小さなことですら決断できないほど集中力が落ちている

11. 自分についての見方

0. 自分のことを、他の人と同じくらい価値があって、援助に値する人間だと思う

1. 普段よりも自分を責めがちである
2. 自分が他の人に迷惑をかけているとかなり信じている
3. 自分の大小の欠陥について、ほとんど常に考えている

12. 死や自殺についての考え

0. 死や自殺について考えることはない

1. 人生が空っぽに感じ、生きている価値があるかどうか疑問に思う
2. 自殺や死について、1週間に数回、数分間にわたって考えることがある
3. 自殺や死について1日に何回か細部にわたって考える、または、具体的な自殺の計画を立てたり、実際に死のうとしたりしたことがあった

13. 一般的な興味

0. 他人のことやいろいろな活動についての興味は普段と変わらない

1. 人々や活動について、普段より興味が薄れていると感じる
2. 以前好んでいた活動のうち、一つか二つのことにしか興味がなくなっていると感じる
3. 以前好んでいた活動に、ほとんどまったく興味がなくなっている

14. エネルギーのレベル

0. 普段のエネルギーのレベルと変わらない

1. 普段よりも疲れやすい
2. 普段の日常の活動(例えば、買い物、宿題、料理、出勤など)をやり始めたり、やりとげるのに、大きな努力が必要である
3. ただエネルギーがないという理由だけで、日常の活動のほとんどが実行できない

15. 動きが遅くなった気がする

0. 普段どおりの速さで考えたり、話したり、動いたりしている

1. 頭の働きが遅くなっていたり、声が単調で平坦に感じる
2. ほとんどの質問に答えるのに何秒かかかり、考えが遅くなっているのがわかる
3. 最大の努力をしないと、質問に答えられないことがしばしばである

16. 落ち着かない

0. 落ち着かない気持ちはない。

1. しばしばそわそわして、手をもんだり、座り直したりせずにはいられない
2. 動き回りたい衝動があって、かなり落ち着かない。
3. ときどき、座っていられなくて歩き回らずにはいられないことがある

(以上です)

実施日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 合計 \_\_\_\_\_

## 資料4. 心の健康相談とうつの人・家族への援助の仕方

### ① 心の健康相談窓口を設ける

2次アセスメントを実施するために心の健康相談窓口を設置しますが、そこでは同時に住民の相談も受けるようにします。すでに相談を積極的に受け入れている場合には広く広報することが必要です。相談には十分に時間を割いて本人のみならず家族や周囲の人たちの話を傾聴することが重要です。そのため、相談窓口担当は、うつに関する基本的な知識に加え、面接技法や診断・治療などに関する知識等についても講習会等で習得することが必要になります。

うつは、深い悩み事としてとらえられていたり、疲労や体調不良などの身体的な問題としてとらえられている場合が多いので、一般健康相談や生活・福祉相談にうつの住民が相談することも考えられます。

要支援・要介護になるおそれのある高齢者、要支援者を含め、地域住民は精神的な問題の相談には躊躇するものですから、相談窓口設置に際しては以下の配慮が必要です。相談窓口での接し方や答え方などの対応方法については、以下に記載している具体的アプローチを参照しながら慎重に対応してください。

### ② 心の健康相談の実施方法

市町村保健センター、健康増進センター、老人福祉センター、公民館等に幅広い内容を気軽に相談できる窓口（例：総合健康相談窓口）を設置し、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、栄養士等を従事者として、健康に関する指導及び助言を行います。その際には、「心とからだの健康相談」「リフレッシュ健康相談」など住民の抵抗のない相談事業の名称にするなど工夫すると良いでしょう。必要に応じて、血圧測定、検尿などを実施しているのが現状ですが、心の健康について気になる対象者の場合は、「心の健康度評価票」によるアセスメントを行うことも、活動の一助になります。また、健康相談事業の対象は、「対象者に変わってその家族に対する相談を行っても良い」とされていますので、その家族を対象とすることも考慮しておきましょう。

なお、相談、指導、助言の内容などの記録は、健康記録票を作成して保存し、これを事後の指導助言に役立てるとい良いでしょう。

また、糖尿病健康相談の場合、糖尿病の既往が「うつアセスメント1次陽性」の危険因子になりうるとの指摘がありますので、糖尿病健康相談を重点健康相談として選択する場合は、心の健康という視点での取組を考慮して行いましょう。

### ③ 当該者本人に対する心の健康相談

#### 1) 基本的な対応

信頼関係を築くために、時間も場所もゆとりを持ったところで、プライバシーに配慮しながら話を聞くようにします。つらい気持ちに共感しながら、話に耳を傾け、励まさないで、相手のペースで話を勧めるようにしてください。

#### 2) 医療機関への受診の勧め方

うつの疑いがある場合、受診を勧めてもすぐに受診につながるとは限りません。うつや精神科に対する理解が以前より進んできたとはいえ、受診を躊躇する場合は少なくないと考えられます。そのような場合には、困っていることについて具体的に話し合い、解決するためにどのような解決法があるかを一緒に考えながら、その選択肢の一つとして医療機関の受診を勧めます。また、うつという病気に対する誤解がある場合には、うつが特別な病気ではなく、誰でもかかる可能性のある病気で、有効な治療法があることを伝えるようにします。

### 3) 精神科医療についての理解促進

うつについての理解がある程度得られていても、実際に精神科受診となると敷居が高い場合もあります。都市部では、精神科のクリニックが増加し、かなり受診しやすくなっていますが、地域によってはばらつきがあります。受診を勧める際には、精神科医療について理解を得ることも大切です。

### 4) 受診を拒否された場合の対応

うつを疑われる人が受診を拒否した場合は、うつや薬についての説明、精神科医療についての情報提供など根気よく説明することが大切です。時には、本人だけでなく家族が反対している場合もありますので、このような場合には家族の理解を得ることも必要です。場合によっては、家族だけで相談に行き、医師の助言を得る方法もありますし、往診が可能な場合もあります。

### 5) 緊急性が高い場合の対応

うつにおいても、緊急な治療が求められる場合もあります。この場合は、家族の協力や消防、警察との連携の必要性を考えながら対応する必要があります。本人の同意が得られないにもかかわらず入院が必要な場合は、医療保護入院となりますので、この場合は保護者の同意が必要です。保護者は、配偶者等になることが多いですが、家族がいない場合は市町村長となることもあります。稀には、著しい自傷行為などで、警察に保護された場合は、警察官通報に基づく二人の精神保健指定医の診察の結果、措置入院となることもあります。

入院を積極的に検討した方が良い場合は、①自殺念慮（自殺をしたいと思うこと）が強いとき、②ほとんど食べず、衰弱が見られるとき、③焦燥感（いらいら感）が激しいとき、④外来治療でなかなか良くならないとき、⑤自宅ではゆっくりと静養できないとき、です。

### 6) 治療継続中の住民に対する対応

うつの治療を開始しても症状がまったく消える人は3分の1だとされています。再発すること多い疾患です。ですから、うつの人が医療機関の受診を開始した後も、機会があれば声をかけるなど、日常の保健活動の中で気をつけるようにしてください。本人の許可を得た上でのことですが、受診先の医療機関との連携が必要になる場合もあります。

### 7) 薬の服用を躊躇している住民への対応

うつにかかっているかなりの数の人が抗うつ薬などの向精神薬（精神疾患に使用する薬）を服用することに抵抗感を持っているものです。「薬を飲んで本当に役に立つんですか」と尋ねる人や、「薬を飲んでも、どうせ何も変わりませんよ」と決めつけてしまっている人が少なからず存在しています。そうした人には、うつにかかっている人の脳内で起きている神経伝達物質（化学物質）の変化について説明しながら薬の効用について話をすると、比較的よく理解してもらえますし、定期的に飲んでもらえる可能性も高まります。

また、「飲んでみないと、役に立つかわかりませんが、飲む前から役に立たないと決めつけてしまうのは、悲観的すぎるのではないのでしょうか」と話してもいいでしょう。これは、うつを精神療法で紹介している認知療法でも指摘されているように、気分が沈み込んでくるとすべてにマイナス思考になり、薬物療法をはじめとする様々な治療法に対しても悲観的になりやすいからです。そのために、薬物療法に対しても実際に服用する前から効果がないと決めつけるようになるのです。

向精神薬を飲むと依存症になるのではないかと心配する人もいます。慣れがでて「どんどん

薬の量が増えていってしまうのではないかと、クセになって「やめられなくなるのではないかと心配になるようです。そうした人には、依存の心配はないし、むしろ中途半端な量を飲んだり、飲んだり飲まなかったりすると症状が長引くことになるので、医師の指導を受けながら服用することが大事であるということを説明するようにしましょう。いずれにしても、身体に大きな問題が起こるような副作用はきわめてまれだということを理解してもらうことが大切です。

一般には、薬なんかに頼らないでお酒(アルコール)で気分を晴らすという人も少なくありません。しかし、アルコールは一時的に気持ちが晴れたとしても、物質としてはうつを引き起こしますし、眠りも浅くします。それに、向精神薬よりもずっと依存になりやすいですし、薬との相互作用で心身両面にいろいろな弊害をもたらします。ですから、けっしてお酒に頼らないように話しましょう。とくにこれは重要なことですが、うつとアルコール依存の併存は自殺の危険性を高めます。ですから、そうした依存性物質を用いた自己治療は避けるように指導することは絶対的に重要です。

精神に作用する薬物ということで、自分の精神機能が変わられて別の人間になってしまうかのような不安を感じて、「薬に頼らないといけないほど弱い人間じゃありません」と言う人もいます。こうした人に対しては、骨折などにたとえて話をしてみましょう。つまり、脚の骨を折ったときに、筋肉を強くしなくてはいけないからといってその脚を使って歩こうとするとかえって障害が進むのと同じように、服薬をしないで自分の力だけで頑張ろうとすると精神的なつらさがましてくるという話をするのです。そして、薬物療法は、骨折した骨を固定して安定させるギプスのようなもので、それをどのように利用するかが大切だと言うような形で説明し理解を得るようにします。

もちろん、薬に頼ってしまうと、自分の力で問題を解決できなくなる危険性があり、望ましくありません。薬に対する期待感が強すぎて、薬を飲むとすぐに効果が現れて楽になるのではないかと考え、すぐに効かないとがっかりして飲むのをやめてしまう人もいます。ですから、抗うつ薬は飲んですぐに効果が現れるわけではなく、効果発現までに時間がかかることを伝えることも重要です。

## 8) 自殺未遂者への対応

うつにかかっている人は自殺未遂をする確率が高くなります。その場合の対応については、プライバシーなどの倫理的側面に十分に配慮しながら、地域の状況や住民の方々の考えに応じて適切なプログラムを作成してください。参考までに青森県南部町(旧名川町)で取り組んでいる自殺未遂者への対応事例をご紹介します。

### (1) うつの人の状態を把握します。

情報提供機関(救急隊員等)及び病院と連携できる地域システムを構築します。その際、秘密の保持には十分配慮するようにします。

### (2) 普段から連携している精神科などの医師に報告、相談します。

ケースの状態を報告して、今後の対応の仕方アドバイスを得ます。

### (3) 役職者を含めて看護職でカンファレンスを開きます。

ケースについての情報を持ち寄り、精神科医師の助言を参考に今後の対応策を考えます。

### (4) 家族を援助します。

- 直接訪問して事業について説明して援助します。同時に情報が漏れないことを伝えます。  
※間接的に介入すると本題に入るタイミングを逃したり、対象者の不信感を招いたりする恐れがあります。
- 家族の精神的苦痛を受容します。

※家族の中で自殺未遂者が出たということで、本人の苦しみに気づいてあげられなかったという思いと、退院して町内に帰ってから近所の方にどう思われるかという不安が存在しているものです。

- 自殺未遂をした本人の最近の状況を聞きます。
  - 精神科の受診を勧めます。
  - 困ったり悩んだりしたことがあったらいつでも連絡をしてほしいことを伝えます。
- (5) 民生委員から家族の補助的情報も得ておくようにします。
- (6) 本人に介入します（主治医と連絡をとり、精神状態・身体状況が安定してから面接します）。
- 事業の説明とともに情報入手経緯を話し、情報が漏れないことを伝えます。
  - 本人の苦痛を受容します。
  - 主治医とも相談のうえ、必要に応じて精神科の受診を勧めます。
- ※家族の時と同様の対応をとるが、本人が拒否する場合は、家族の協力も得て説得します。
- 困ったり、悩んだことがあったらいつでも連絡をしてほしいことを伝えます。
- (7) 環境を整えます。
- 本人が退院後周囲の偏見をあまり受けないように、また、住民が影響を受けて同じ行為に走らないように民生委員へ協力を依頼します。
  - 頻回に地域の巡回をします。

#### ④ 当該者の家族等に対する健康相談

うつについて家族の理解と協力を得ることは、早期に医療機関を受診し、本人の回復を図り、そして再発を防ぐ上で、とても大切です。家族に、うつの症状、薬の効果、再発防止の重要性、かかり方のポイント、医療機関の情報などを伝えることとなります。

##### 1) 家族がうつに気づくときのサイン

うつは様々な症状が出ますが、まわりの人には分かりにくいことが多いものです。次のようなときにはうつの可能性があります：①口数が少なくなる、②朝方や休日明けに調子が悪そうである、③遅刻、早退、欠勤（欠席）が増える、④好きなことに興味を示さない、⑤食欲がない、⑥急にずぼらになったように見える、⑦体のだるさを訴える。

##### 2) 家族への支援

うつにかかっている人のご家族は、日々の暮らしの中で、本人にどう接したらよいか苦慮しているので、家族に対する支援が重要です。

#### うつにかかっている人に対する対応の仕方を教える

① 心配しすぎない

うつの人を前にすると、気を使いすぎてかえって言動がぎこちなくなることがある。腫れ物に触るような態度を取らないで、今までどおり自然に接するように伝える。

② 励まさない

ご家族はつい心配のあまり、本人を励ましてしまいがち。そのように励ましたくなるご家族の気持ちに共感しながら、しかし本人のペースを大切にしながら話をするように勧める。

③ 原因を追求しすぎない（悪者探しをしない）

つらいことが続くと、本人はもちろんご家族もその原因を探しがちになる。それが問題解決につながればよいが、往々にして悪者探しになってしまう。「私の性格が悪いんだ」「親の育て方が悪かったんだ」と、誰か悪者を見つけて責めるようになる。こうなるとま

すまずつらくなり、人間関係や家族関係がギクシャクして協力して問題を解決していくことが難しくなる。うつなどの精神医学的障害は原因がないことも、わからないこともあるので、あまり原因について考え込みすぎないようにすることが大切。

④ 重大な決定は先延ばしにする

本人も、ときによってはご家族も、あせりすぎてつい仕事をやめることを考えたり離婚を考えたりすることがある。しかし、落ち込んでいるときにはどうしてもマイナス思考が強くなっているので客観的な判断ができない。そのため、重要な決定は症状がよくなるまで先延ばしにするように本人に話してもらう。

⑤ ゆっくり休ませる

疲れているときにはゆっくり休むことも大切。まず、心身ともに休んでリフレッシュするように本人に話してもらう。本人の話をつよく聞いて、家族が手伝ってあげられることは手伝い、できるだけ本人を心身ともに休ませるようにしてもらう。

⑥ 薬をうまく利用する

うつの治療には休養と周囲の人の温かい理解に加えて、薬による治療が役に立つ。薬としては抗うつ薬が用いられるが、周囲の人はその重要性を理解し、本人が医師の指示を守って薬を服用し続けられるようサポートするように話す。

⑦ 時には距離をおいて見守る

本人はうつの病状のために度重なる甘えや攻撃がでるときがある。そのような時には距離をおいて本人を見守る環境を作るように勧める。

3) 自殺未遂者の家族への対応のポイント

自殺未遂をする直前はうつ状態だったことが考えられますし、落ち込んだり、死にたいと話したりしたのはそのためだと思われるということを伝えます。その上で、うつは、高血圧や高コレステロール血症と同じようによくある病気で、薬を飲むことで治療することができるので説明して受診を勧めるようにします。また、うつは脳の病気—脳の神経のバランスが崩れる病気で、薬はそのバランスを治す働きをすると説明しても良いでしょう。家族には、自殺未遂をした人は2回3回と繰り返す人が多く、このようなことがまた起こらないようにするためにも、専門の精神科の受診をした方がよいと言って受診を勧めるようにします。

④ 家庭訪問

うつ傾向にある高齢者は、リラックス教室や機能訓練、通所リハビリテーション等の集団対応が可能な場に出てくることは困難であることが多いと思われます。訪問介護や訪問指導の家

庭訪問で、個別相談や指導、経過観察等を行っていくことが一般的です。なかでも、訪問指導は「その心身の状況、その置かれている環境等に照らして療養上の保健指導が必要であると認められる者について、保健師その他の者を訪問させて行われる指導」とされていることから、保健師が従事することが多くなっており、個別対応には重要な手法です。

うつ予防及び支援における訪問指導の果たす役割は、うつ状態のアセスメントや、アセスメントまたはその他の方法で把握された対象者（うつ状態にある者あるいはハイリスク者）に対して相談や受診行動の支援等を行うための最も基本的な活動です。

また、高齢者及び慢性疾患患者等の介護（または看護）を担う家族のうつ予防及び支援も、訪問指導における重要な目的の一つです。長期にわたる介護の最中のみならず、介護を受けていた対象者の死亡後等にも、介護を担当していた家族の「燃え尽き」等に対して十分なケアが必要です。

訪問指導における対象者への具体的な対応の詳細については、厚生労働省地域におけるうつ対策検討会編「うつ対応マニュアルー保健医療従事者のためにー」（平成16年1月）に譲るが、以下に対象者に接する際の留意事項、対象者に伝えたいこと、対象者の家族にお願いすること及び訪問従事者自身のチェックポイントを示します。

#### ● 出かける前にもう一度（その1）～対象者に接する際の10の留意事項～

- ① 何よりもまず、対象者との信頼関係の構築を目的とする
- ② 時間的なゆとりを持ちつつも、ある時間を区切って話をする
- ③ 他の人に聞かれる心配がなく、当事者が落ち着いて話せる場所（部屋）を選ぶ
- ④ 対象者と90～120度の角度で向き合うような座り位置になるよう工夫する
- ⑤ オープンな質問を心がけ、対象者が自分を語る手助けをする
- ⑥ 励まさず、かつ話の腰を折らないよう、きちんと聞いている姿勢を示す
- ⑦ 結論を急がず、本人が話しにくそうな話題については、深追いしない
- ⑧ 不明な点を質問しながら、具体的な問題点を整理し、解決方法を一緒に考える
- ⑨ うつ及び精神科医療についての理解を深め、必要に応じて受診勧奨を行う
- ⑩ 緊急性が高い場合（自殺念慮・衰弱・激しい焦燥等）の対応を適切に行う

#### ● 出かける前にもう一度（その2）～対象者に伝えたい10の項目～

- ① うつは、誰でもかかる可能性がある病気である
- ② 怠けや気のせいではなく、病気である
- ③ 思い切ったペースダウンやゆっくり休むことが、回復への手段の一つである
- ④ 治療（服薬を含む）で楽になる可能性が高い
- ⑤ 薬に依存性はないし、医師の指導を受けながら服薬すれば心配はいらない
- ⑥ 信頼できる人に今のつらい気持ちを話して、協力してもらう
- ⑦ 起床と就寝を決まった時間に設定して、生活のリズムを整える
- ⑧ 事は今やらなければならぬことだけ処理することにして、負担を軽くする
- ⑨ アルコールは控えめにする
- ⑩ 重大な決定は先延ばしにする

### 出かける前にもう一度（その3）～対象者の家族にお願いする10の項目～

- ① なるべくいつも通りに接する
- ② 励ましすぎない、あせらない
- ③ 何か手伝えることがあればできるだけやらせて欲しいと伝える
- ④ 対象者がその気になった時には、なるべくゆっくり話を聞く
- ⑤ 原因を追及し過ぎない
- ⑥ 可能な範囲で、精神科や心療内科の医療機関への受診をすすめる
- ⑦ 重大な決定は先延ばしにする、あるいはそうするように助言する
- ⑧ 甘えや攻撃といった症状がある場合等、時には距離をおいて見守る環境を作る
- ⑨ 対象者が家族にとって大切な人であるというメッセージを伝える
- ⑩ 問題を一人で抱え込まずに、相談する

### ●訪問従事者自身の10のチェックポイント

- ① うつに関する正しい知識、最新の情報を持っているか
- ② 対象者への相談対応における一般的留意点を習得しているか
- ③ 対象者への説明法、うつへの気づき方及び対応の技術を身につけているか
- ④ 医療機関への受診勧奨や服薬指導を円滑に実施することができるか
- ⑤ 職場内での報告・連絡・相談及び関係機関との連携を適切に行っているか
- ⑥ 個人情報に関する守秘義務を遵守しているか
- ⑦ 問題を一人で抱え込んでいないか
- ⑧ 仕事とプライベートの切り替え、休養及びストレスコントロールができているか
- ⑨ ランチの時に相談したりサポートを受けたりする相手がいるか
- ⑩ 自分自身のうつ状態に気づくことができるか

## 資料5. 電話で相談を受ける際のポイント

電話相談はメディアの性格から、精神疾患に悩む人たちからの相談がかなり高い比率を占めています。匿名で顔を見られなくてすむためか、不安の強い相談者には相性がよいといえるでしょう。ですから自己開示が容易になるなど、電話ならではの信頼関係を作ることができます。

### ① 対応の基本

- 1) いのちの電話の統計では、電話相談を利用する精神障害者（及びその家族）は、半数が精神科の治療を受けているか過去に治療歴があります。この場合は病院ないしは医師への不満、苦情が多くなります。電話相談員は言葉通りに受けて同調してはいけません。“薬づけ”などという医療批判にしても、たいていは医師が必要と診断して処方しているわけで一概に非難すべきではありません。事実関係は不明であっても、不満な気持ちそのものは事実なので、それを受け止めた上で、基本的には主治医を信頼して続けるよう話します。
- 2) そうした不満ないしは不安の中で圧倒的に多いのが、薬の副作用とその不快感です。この場合も服用そのものの是非についての議論を避け、不快、不安の気持ちだけを受けとめ、どうしても不安な場合は医師に相談するよう話します。
- 3) 病識がなく、したがって治療を受けていない人たちもたくさんいます。この場合相談員はかなり異常であると判断しても、診断はできませんし、まして相手に病識を持つことを期待すべきではありません。電話では最終的には精神科に受診をすすめるか、内科などの主治医に相談をするように話します。
- 4) 精神疾患を病む人たちは周囲から疎外されているので、孤独の不安の中で相談しているのです。相談員の温かい対応が気に入って、依存的な常習的通話者になることがよくあります。この場合「またか」といった対応はすべきではありませんが、かといって依存を助長させてはいけません。相談員は依存されると「自分なら何とかできる」「してあげたい」と思いがちになりますが、そのような気持ちは持つべきではありません。
- 5) 相談員は相談者の心を分析したり、治療的な対応をしたりしてはいけません。そこで訴えられた孤独、不安、苦痛、悲嘆などをそのまま共感的に受けとめ、時間をかけて共有することが大切で、これは電話相談員しかできない貴重な役割と言えます。

### ② うつの電話相談

感情が沈み、悲哀感が強くなり、時には死にたい気持ちになるのがこの病気の特徴です。しかも「自分の苦しさは誰にも分かってもらえない」といった孤立感を持っています。これとは逆に躁状態で多弁に話してくるケースは電話相談ではあまりありません。この病気は良くなるという希望を持つことは大切ですが、安易に激励し慰めるような対応はすべきではありません。相談相手や周囲の人たちが元気だと疲れたり、落ち込んだりしてしまうので、相談者の落ち込んでいる調子に合わせ、つまり同じ心の目線で相手になることが基本です。

言葉を交わすだけでなく、黙っていても気を持ち直すまで一緒にいてあげるといふ相談員のスタンスが大切です。かつて東京いのちの電話で、うつを病む女性から真夜中に電話があり、1時間余り苦しい気持ちを訴えたことがありました。やや気持ちが上向いたところで、相談が混んでるからと、相談員が終了をそれとなく告げると、「切らないで、話さなくてもいいから、そこにいてください」と絶叫したことがありました。うつを病む人たちが必要としているのは、情報やアドバイスではなく、理解し共有してくれる人が周囲にいることです。

### ③ 電話相談におけるセカンドオピニオン（主治医以外の専門家の意見）

医師による電話相談ではセカンドオピニオンを求められることが多いようです。東京いの

この電話では創立直後の1973年以来、一般の電話相談と並行して医師による医療電話相談を実施していますが、この相談の特徴は精神疾患にかかわる訴えが多いことです。一般的に電話による医療相談はセカンドオピニオンを求めているようで、すでに何らかの治療を受けているグループのほうが、未治療群より多いことがそのことを如実に裏づけています。たとえば副作用や今後の治療についての不安があって、現在の治療でよいのかどうかと確かめてみたいのです。

患者は今の自分の診断・治療・予後について知る権利があり、医師側もセカンドオピニオンを求められた場合には、診断書や紹介状を書く義務があります。他の医師による電話相談を利用し、主治医には話しづらいことを相談され場合もあるのでしょうか。ことに社会的偏見が強い精神疾患については、電話による相談は安心して相談できます。苦情や不安をていねいに聞いただけで、たいいていの利用者は満足し安心するものです。電話による医療相談は、セカンドオピニオンの1つの方法として、その役割を果たしています。

#### ④ インターネット相談—今後の課題として

最近では若者を中心にネットによる相談が、かなり利用されるようになりました。若者の「社会的ひきこもり」を対象にメール相談を数年前から実施している医療機関もあります。若者本人からの相談が70%を占め、ドイツのネット相談でも同じ傾向が報告されています。電話は匿名が保証されるとはいえ、声による感情表現は隠せません。ところがそれすら怖れているのか、つまり関係づくりができず、電話ですらリアルタイムで人と関わるのが苦手な若者たちがネット相談を利用しています。

うつにかかっている人も同じような不安を持っていると思われるので、今後の課題として、うつを対象にしたネット相談の可能性の検討もあげられます。

\* 上記は東京いのちの電話の「相談員のための手引き」（1997年版. 62頁）  
8章2項「精神障害者への対応の基本」を要約、加筆したものである。

## 資料6. うつ対策の評価例

各地域の特性に応じた「うつ対策」を効果的に推進するためには、各地域で対策のめざす方向を設定し、その達成に向けた長期・中期・短期目標を具体的に立てることが望まれます。

その目標の達成度を確認し、めざす方向に照らし合わせて活動を評価し、活動を改善していくための「うつ対策の評価」の1例を以下に挙げます。地域の事情にあわせた評価プランを作成する際には、以下の点を参考にしてください。

### 評価の流れと評価項目

#### ① うつ対策のめざす方向を明確にします。

- 1) 地域課題の発見：地域の状況を様々な資料から診断し、ニーズを的確にとらえます。
- 2) 目標の設定：めざす方向を明らかにします。
- 3) 対象と意図の明確化：誰（何・どこ）に対して、どのような状態になることを狙ったの活動かを明らかにします。
- 4) 結果（成果）：どのような成果を実現したいのか、明らかにします。

#### ② うつ対策のめざす方向にそって、実施した活動を評価します。

- 1) うつ対策で実施した活動（健診前の教室・健診・事後指導のための教室等）ごとに、「活動内容」「連携機関」「所要時間」「参加人数・回数」等を整理します。
- 2) 活動の結果が、目標の達成にどれだけ貢献し、成果をあげたかを評価します。
  - 注力度評価：うつ対策への取組姿勢や度合いを確認します。具体的には、地域診断をして地域の課題を明確にすることができたか、地域の課題をうつ対策に関わる者で共有し、組織あげての活動となっていたか等について評価し、改善策を考えます。
  - 協働度評価：うつ対策の各活動に関して、関係機関等との課題の共有・協働の度合いを評価し、改善策を考えます。
  - 組織の成熟度：うつ対策に取り組む自分たちの組織の成熟の度合いを評価し、改善策を考えます。
  - 地域の定着度：うつ対策が対象地域にどれほど定着しているか、その度合いを評価します。これは、地域のうつ対策実施に対する力量を評価するものです。
  - 総合評価：注力度・協働度・組織の成熟度・地域の定着度の評価結果をもとに、今後の課題を整理します。

#### ③ 活動成果の評価結果を踏まえ、次に向けた改善策を提案します。

## 資料7. 基本チェックリスト

### 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)	
		0.はい	1.いいえ
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か月間で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されますか	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。

## 資料 8. 特定高齢者の決定までの流れ

### 1 特定高齢者の候補者の選定及び確認

特定高齢者の候補者の選定及び確認は以下のいずれかにより行う。

(1) 生活機能チェック以外の機会に基本チェックリストを実施し、特定高齢者の候補者を選定する場合

#### ①特定高齢者の候補者の選定

市町村は、生活機能チェック以外の機会に、「基本チェックリスト」を実施し、以下の i から iv までのいずれかに該当する者を特定高齢者の候補者として選定する。

#### ②特定高齢者に該当する者であることの確認

①により特定高齢者の候補者に選定された者について、基本チェックリストを除く生活機能チェック及び生活機能検査を実施し、特定高齢者に該当する者であることの確認を医師が行う。

(2) 生活機能チェックの機会に基本チェックリストを実施し、特定高齢者の候補者を選定する場合

#### ①特定高齢者の候補者の選定

生活機能チェックを実施し、基本チェックリストの判定の結果、以下の i から iv までのいずれかに該当する者を特定高齢者の候補者として選定する。

#### ②特定高齢者に該当する者であることの確認

①により特定高齢者の候補者に選定された者について、生活機能検査を実施し、特定高齢者に該当する者であることの確認を医師が行う。

i	1 から 20 までの項目のうち 10 項目以上に該当する者
ii	6 から 10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当する者
iii	11 及び 12 の 2 項目すべてに該当する者
iv	13 から 15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当する者

### 2 特定高齢者の決定

市町村は、特定高齢者の候補者の中から、基本チェックリスト及び生活機能の確認の結果等を踏まえ、別添 2 の「特定高齢者の決定方法」により特定高齢者を決定する。

## 別添 2

### 特定高齢者の決定方法

「特定高齢者の候補者」に選定された者について、生活機能評価の結果等を踏まえて、以下の1～6により特定高齢者を決定する。

#### 1 運動器の機能向上

基本チェックリスト6～10の5項目のうち3項目以上に該当する者

ただし、うつ予防・支援関係の項目を除く20項目のうち10項目以上該当し「特定高齢者の候補者」と判定された者であって、基本チェックリスト6～10のうち3項目以上該当していない者について、以下に示す運動機能測定を行った場合に3項目の測定の配点合計が5点以上となった場合については、該当する者とみなしてよい。

運動機能測定項目	基準値		基準値に該当する場合の配点
	男性	女性	
握力 (kg)	<29	<19	2
開眼片足立時間 (秒)	<20	<10	2
10m歩行速度 (秒)	≥8.8	≥10.0	3
(5mの場合)	(≥4.4)	(≥5.0)	
配点合計	0-4点	…	運動機能の著しい低下を認めず
	5-7点	…	運動機能の著しい低下を認める

#### 2 栄養改善

以下の①及び②に該当する者又は③に該当する者

- ①基本チェックリスト11に該当
- ②BMIが18.5未満
- ③血清アルブミン値が3.8g/dl以下

#### 3 口腔機能の向上

以下の①、②又は③のいずれかに該当する者

- ①基本チェックリスト13～15の3項目のうち2項目以上に該当
- ②視診により口腔内の衛生状態に問題を確認
- ③反復唾液嚥下テストが3回未満

4 閉じこもり予防・支援

基本チェックリスト16に該当する者  
( 17にも該当する場合は特に要注意 )

5 認知症予防・支援

基本チェックリスト18～20のいずれかに該当する者

6 うつ予防・支援

基本チェックリスト21～25で2項目以上該当する者

※ なお、認知症及びうつについては、特定高齢者に該当しない場合においても、可能な限り精神保健福祉対策の健康相談等により、治療の必要性等についてアセスメントを実施し、適宜、受診勧奨や経過観察等を行うものとする。

## 参考資料

- ・ 伊集院保健所：「地域における心の健康づくり対策マニュアル～自殺防止対策を展開するために～」：2003年3月
- ・ うつ状態のアセスメントとその転帰としての自殺の予防システム構築に関する研究総合研究報告書，主任研究者 大野裕，2001
- ・ うつ・不安に効く.com（認知療法携帯サイト）：<http://cibt.jp.net>
- ・ 大野裕．地域におけるうつ対策検討会第1回資料
- ・ 大野裕，藤澤大介（編）．高齢者のうつ病．金子書房
- ・ 大野裕．「うつ」をなおす．PHP新書．
- ・ 大野裕．こころが晴れるノート．うつと不安の認知療法自習帳．創元社
- ・ 川上憲人．地域におけるうつ対策検討会第1回資料
- ・ 小泉毅，高橋邦明，内藤明彦，森田昌宏，須賀良一，小熊隆夫．新潟県東頸城郡松之山町における老人自殺予防活動－老年期うつ病を中心に－．精神神経学雑誌 100:469-485, 1998  
厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業 平成14年度総括・分担研究報告書：心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究，平成15年3月，川上憲人
- ・ 厚生労働省地域におけるうつ対策検討会．うつ対応マニュアルー保健医療従事者のためにー  
厚生労働省地域におけるうつ対策検討会．うつ対策推進方策マニュアルー都道府県・市町村職員のためにー
- ・ 鈴木映二，藤澤大介，大野裕（訳）．高齢者うつ病診療のガイドライン．南江堂
- ・ 西原洋子，中俣和幸，宇田英典他．基本健診結果とうつアセスメントの関連性について．日本公衛誌 2004；51(10)：768.
- ・ 千村浩，宇田英典，中俣和幸他．鹿児島県における自殺防止対策事業～既存保健事業へうつアセスメントを導入することの意義に関する調査研究．平成15年度自殺と防止対策の実態に関する研究報告書．平成15年度厚生労働科学研究費補助金（心の健康科学研究事業）；215-23，2004.
- ・ 日本うつ病学会：<http://www.secretariat.ne.jp/jsmd/>
- ・ 平成11-12年度厚生科学研究費補助金障害福祉総合事業「抑うつ状態のアセスメントとその転機としての自殺の予防システム構築に関する研究」総合研究報告書（主任研究者，大野裕）
- ・ 宮ノ下洋美，宇田英典，中俣和幸他．自殺防止対策における体制整備とうつアセスメントに関する調査研究．日本公衛誌 2003；50(10)：756.
- ・

## 6. 研究班名簿

○ 大野裕（慶應義塾大学保健管理センター）

粟田主一（仙台市立病院）

宇田英典（鹿児島県大隅地域振興局保健福祉環境部 兼 鹿谷保健所）

佐藤恭子（青森県南部町役場名川分庁舎健康福祉課）

田島美幸（慶應義塾大学医学部ストレス・マネジメント室）

藤澤大介（慶應義塾大学医学部精神神経科）

渡邊直樹（関西国大大学人間科学部人間心理学科）

（補）第1版では、八森淳（地域医療振興協会）にも協力していただきました。

（○ 主任研究者）