

各都道府県介護保険担当課（室）

各市町村介護保険担当課（室）

各 介 護 保 険 関 係 団 体 御 中

← 厚生労働省 老健局老人保健課

介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

二次予防事業の実施方法について

計 1 6 枚（本紙を除く）

Vol. 1 8 1

平成 2 3 年 3 月 1 1 日

厚生労働省老健局老人保健課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきます
ようよろしくお願いいたします。 】

連絡先 TEL : 03-5253-1111(介護技術係 内線 3947)
FAX : 03-3595-4010

事 務 連 絡
平成 23 年 3 月 11 日

各都道府県介護保険担当課（室）
各市町村介護保険担当課（室）
各介護保険関係団体 御中

厚生労働省老健局老人保健課

二次予防事業の実施方法について

日頃より、介護保険制度の円滑な実施にご尽力いただきまして厚く御礼申し上げます。

さて、平成 22 年 8 月 6 日に地域支援事業実施要綱を改正し、介護予防事業の実施方法の見直しを行ったところですが、見直しに伴って自治体からの問い合わせが多かった事項について、以下の通り基準及び把握方法の例をお示ししますので、参考にさせていただきますよう、よろしくお願いします。

資料 1 : プログラム参加について医師の判断を求める場合の基準について

別紙 1 プログラム参加に係るチェックシート

資料 2 : 介護予防ケアプラン作成の必要がある対象者の把握方法について

別紙 2 - 1 利用者基本情報

別紙 2 - 2 アセスメントシート

別紙 2 - 3 判定基準表

参考資料 : 平成 22 年度老人保健健康増進等事業「介護予防事業の推進に関する調査研究事業 - 二次予防事業のプログラム参加について医師の判断を求める場合の基準に関する調査研究 - 報告書」(概要版)

厚生労働省老健局老人保健課
担当：日野原、後藤
電話：03-5253-1111（内線 3947）
アドレス：gotou-tomomi@mhlw.go.jp

プログラム参加について 医師の判断を求める場合の基準について

地域支援事業実施要綱の改正により、二次予防事業の対象者の選定について、基本チェックリストの実施によって決定できることとなったが、特に運動器関連プログラムの参加にあたって、管理すべき疾患がある者等については、医師の判断が必要であると考えられる。そこで、平成 22 年度老人保健健康増進等事業において、プログラム参加にあたり、医師の判断が必要と考えられる対象者の把握方法について、複数の市町村に対する実態調査を通じて研究を行ったので、保険者が事業を実施する際の参考として提示する。

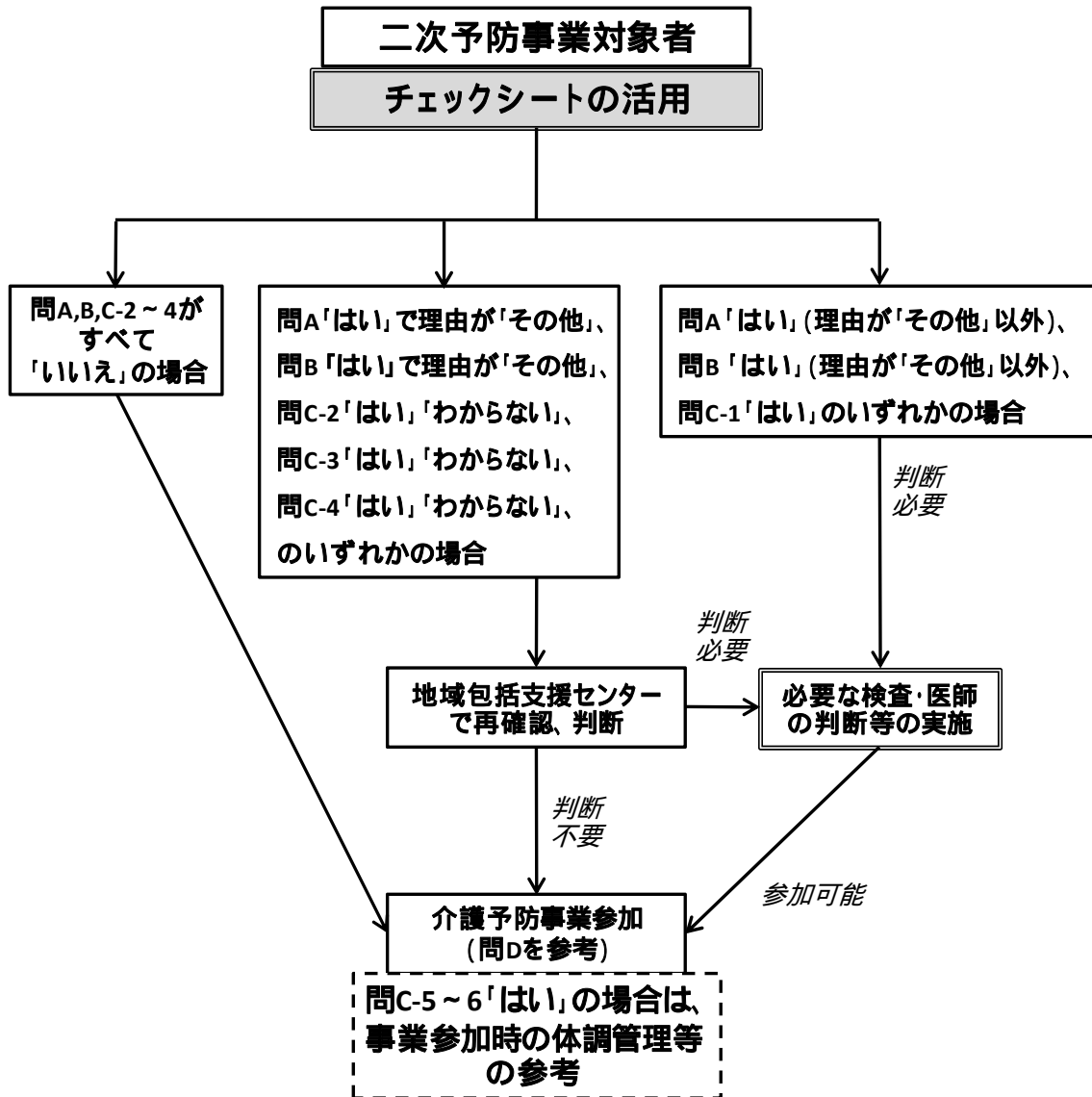
平成 22 年度老人保健健康増進等事業「介護予防事業の推進に関する調査研究事業」
(研究代表者：独立行政法人国立長寿医療研究センター所長 鈴木 隆雄)

< プログラム参加について医師の判断を求める場合の基準 >

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

チェックシートの活用にあたっては、基本チェックリストと一緒に実施する、または、地域包括支援センターが聞き取りで（電話等を用い）実施する等の方法が考えられる。

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



プログラム参加に係るチェックシート

別紙1

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

↓

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

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

↓

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

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

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

介護予防ケアプラン作成の必要がある 対象者の把握方法について

地域支援実施要綱の改正により、介護予防ケアマネジメントにおける介護予防ケアプランの作成については、必要と認める場合のみ作成し、必要がない場合には、事業の実施前後に情報共有をすることによりこれに替えることとなった。

介護予防ケアマネジメントは二次予防事業に参加するすべての者に対して必要であるが、標準様式による介護予防ケアプランの作成は、二次予防事業対象者の状態像に照らして必要性の可否を判断することがあり得る。そこで、平成 22 年度老人保健健康増進等事業において、福岡県内の保険者で以前から使用されているアセスメントシートを基に、「介護予防ケアプラン作成の必要がある対象者の把握方法（及び情報共有の様式）」について研究を行ったので、保険者が事業を実施する際の参考として提示する。

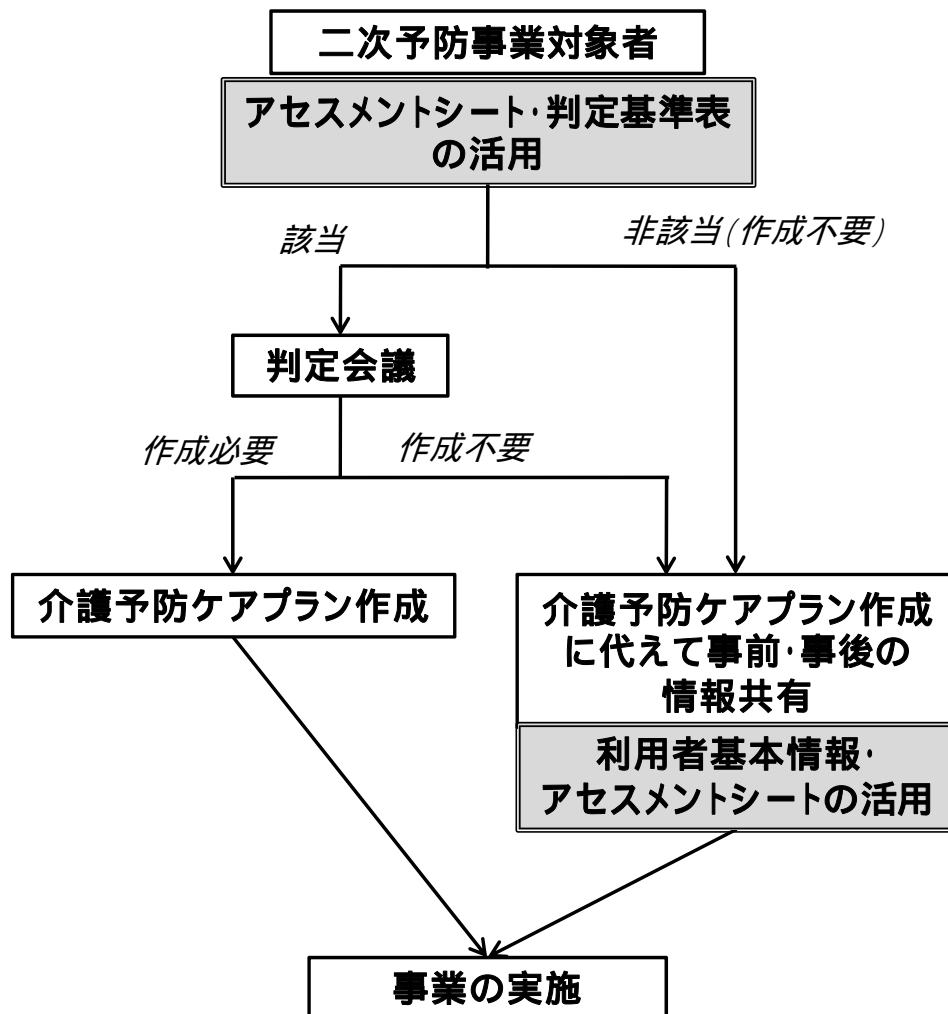
平成 22 年度老人保健健康増進等事業「介護予防のケアマネジメントに関する調査研究事業」
（受託事業体：非営利特定活動法人 うりずん（若夏））

< 実施方法 >

1. 地域包括支援センターは、二次予防事業対象者からアセスメントシート（別紙 2 - 2）の内容を情報収集する。
2. 判定基準表（別紙 2 - 3）を利用し、採点する。
3. 介護予防ケアプラン作成が必要な者の判定基準は、通所型介護予防事業 6 . 0 以上とするが、判定会議において、最終的にケアプランの必要性を判断する。（特に独居の場合、うつ傾向や閉じこもり傾向がある場合は検討が必要である。判定会議は、保険者及び地域包括支援センタースタッフで構成。）
4. ケアプラン作成の必要がないと判断された者については、事業の実施者に、利用者基本情報（別紙 2 - 1）とアセスメントシートを情報提供する。

事業実施者との情報共有においては、利用者の同意を得ること。
アセスメント項目や判定基準、判定会議の設置については、保険者の実情に応じて適宜変更可能である。

アセスメントシートを活用した
介護予防ケアプラン作成の必要な対象者把握の流れ



利用者基本情報

別紙2 - 1

計画作成者氏名：_____

《基本情報》

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

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

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

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

年月日	病名	医療機関・医師名(主治医・意見作成者に)		経過	治療中の場合は内容
			TEL	治療中 経過中 その他	
			TEL	治療中 経過中 その他	
			TEL	治療中 経過中 その他	
			TEL	治療中 経過中 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、及び主治医の意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

年 月 日 氏名

印

アセスメントシート

別紙2-2

申請日	年 月 日	合計
氏 名		

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

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

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

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

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

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

その他特記すべき事項

判定基準表

別紙2 - 3

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

(参考資料)

平成 22 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）
--

介護予防事業の推進に関する調査研究事業

二次予防事業のプログラム参加について

医師の判断を求める場合の基準に関する調査研究

事業実施報告書

概要版

平成 23 年 3 月

独立行政法人 国立長寿医療研究センター

調査概要

本概要版では、二次予防に係る対象者の決定について、これまでの基本チェックリストに新たに管理すべき疾患や病態あるいはニーズ把握に関する項目を追加し、より効果的・効率的な運用を目的として、地域での実態調査を通じて追加すべき項目の適否や判断基準の策定を行った。

1) 調査対象

介護予防事業の見直しによる、疾病管理や安全管理あるいはニーズ把握のための新たに基本チェックリストに追加する項目の作成にあたり、以下の全国4区市町村（A, B, C, D地域）に協力を頂き、約1,000人規模の悉皆調査を実施し、要支援および要介護認定高齢者を除く高齢者3,855名から回答を得た（回答率89.2% 表1）。また全ての問に回答した者は、3,217名（83.5%）である。さらに、現行基準による特定高齢者候補者の抽出法による二次予防事業対象者は1,003名（ $1,003/3,217=31.2\%$ ）となった。

表1：「新基本チェックリストに関する調査」

	A地域	B地域	C地域	D地域	合計
対象者数 (要支援・要介護者は除いている)	915	1,626	880	903	4,324
回答者数	798	1,533	766	758	3,855
回答率 (%)	87.2	94.3	87.0	83.9	89.2

2) 調査結果

新たな対象者選定に係る基準とニーズ把握として表 2 に示すような基本チェックリストに新たに追加する項目（問 A～問 D）が試案として追加された。

今回の全対象者（3,855 名）における新項目部分の回答状況は、重複回答あるいは無回答などの無効回答率は 1.1～3.3%、平均 2%程度である。健診に基づく生活機能評価と直接に関連する問 A,B,C において「はい」と回答した者（要医療管理／要安全管理の可能性のある高齢者）の割合は以下のとおりである。

- 問 A（この 3 ヶ月間で 1 週間以上の入院）・・・4.2%
- 問 B（かかりつけ医からの制限）・・・・・・8.0%
- 問 C（1：心臓発作／脳卒中）・・・・・・1.4%
- （2：重い高血圧）・・・・・・7.0%
- （3：重い糖尿病）・・・・・・2.8%
- （4：心電図異常）・・・・・・5.0%
- （5：ひどい息切れ）・・・・・・11.1%
- （6：急性腰痛・膝痛）・・・・・・21.1%

またニーズ調査項目（問 D）における二次予防事業を受けたいという希望者の割合は運動器機能向上が 58.4%と最も高く、次いでうつ予防・閉じこもり予防が 56.3%であり、最も低い割合は口腔機能向上の 33.0%であった。

二次予防事業対象者（現行基準による）における新項目回答状況

今回の調査では完全回答者（3,217 名）中 31.2%（1,003 名）が現行基準による二次予防事業対象者に該当していたが、この該当者における新項目の回答状況の主な結果は表 2 のとおりである。

表 2：新項目の回答状況

	二次予防対象者（%）		
	「はい」	「いいえ」	「わからない」
問 A（3 ヶ月間で一週間以上の入院）	7.6	91.6	—
問 B（かかりつけ医からの制限）	13.6	85.1	—
問 C（1：心臓発作／脳卒中）	2.4	97.3	—
（2：重い高血圧）	10.1	68.2	20.4
（3：重い糖尿病）	5.5	84.7	9.1
（4：心電図異常）	7.6	80.1	11.8
（5：ひどい息切れ）	22.6	76.4	—
（6：急性腰痛／膝痛）	36.3	62.4	—

3) 効果的利用法（アルゴリズム）

今回の調査の主な特徴は以下の4点にまとめられ、フローチャート（図1）を作成した。

1. 完全回答者（3,217名）中、二次予防事業対象者は31.2%（1,003名）であった。
2. 二次予防対象者（1,003名）においてまったく問A,B,C-1～4に該当しない者、すなわち介護予防事業に直接導入可能な者は46.7%（469名）であった。
3. 全対象者において問A,B,Cにおけるハイリスク高齢者はおよそ10%以内である（問C-5 息切れ、および問C-6 急性腰痛・膝痛を除く）。
4. 二次予防対象者における絶対的な医療管理の必要と考えられる問A（入院）、問B（活動制限）および問C-1（6ヵ月以内の心臓発作又は脳卒中）の必要な者は各々7.6%、13.6%、2.4%であった。確認すべき対応を必要とする者（問C-2～4）は重い高血圧（「はい」＋「わからない」）30.5%、心電図異常（「はい」＋「わからない」）19.4%など最大で30%前後となっている。
5. 問A（「その他」を除く）、B（「その他」を除く）、C-1に該当する者の割合は二次予防対象者全体の15.1%となっている。また、問A（「その他」）、B（「その他」）、C-2,3,4のみに該当したものの割合は38.2%であった。

図 1：フローチャート

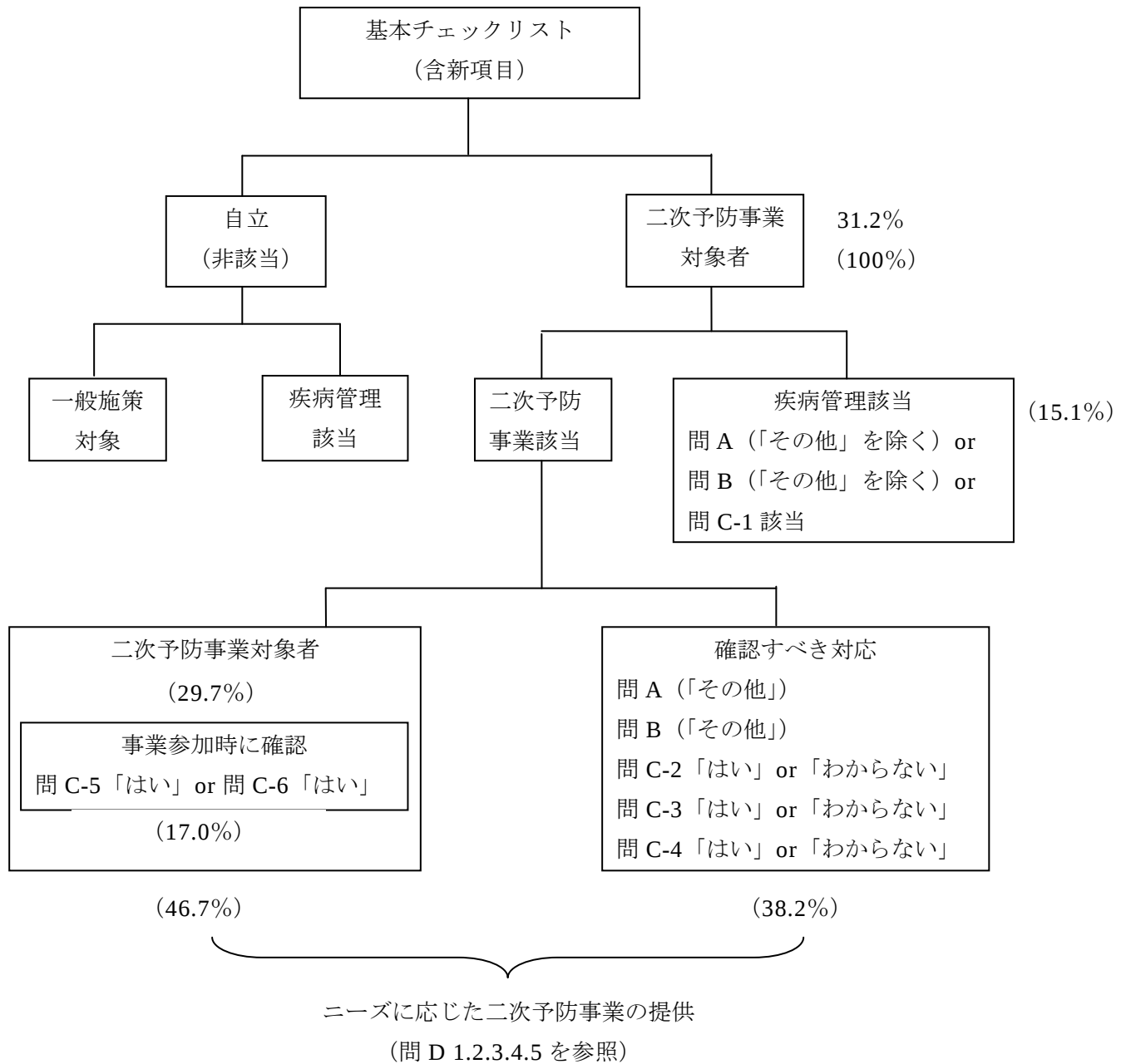


表3 基本チェックリストへの追加項目

- A) この3ヶ月間で1週間以上にわたる入院をしましたか?・・・はい いいえ
その理由は何ですか? 当てはまる項目に○を付けてください。
() 重い高血圧、脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血)
() 心臓病(不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞)
() 糖尿病、呼吸器疾患などのため
() 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため
() その他()
- B) あなたはかかりつけの医師等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか?
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・はい いいえ
その理由は何ですか? 当てはまる項目に○を付けてください。
() 重い高血圧、脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血)、
() 心臓病(不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞)
() 糖尿病、呼吸器疾患などのため
() 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため
() その他()
- C) 以下のご質問にお答えください(「はい」、「いいえ」、または「わからない」に○)
○この6ヶ月以内に心臓発作または脳卒中を起こしましたか?・・・はい いいえ
○重い高血圧(収縮期血圧 180mmHg 以上、拡張期血圧 110mmHg 以上)が
ありますか・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい いいえ わからない
○糖尿病で目が見えにくくなったり、腎機能が低下、あるいは低血糖発作などが
あると指摘されていますか?・・・・・・・・・・・・・・ はい いいえ わからない
○この1年間で心電図に異常があるといわれましたか?・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい いいえ わからない
○家事や買い物あるいは散歩などでひどく息切れを感じますか?・・・はい いいえ
○この1ヶ月以内に急性な腰痛、膝痛などの痛みが発生し、今も続いていますか?
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい いいえ
- D) あなたは自分の身体を丈夫にし、張りのある生活を送るための取り組みに興味がありますか?
1) 足腰の衰えを予防するための取り組みをしてみたい。 ①はい ②いいえ
2) 口の機能や肺炎の予防のための取り組みをしてみたい。 ①はい ②いいえ
3) 栄養と体力の改善のための取り組みをしてみたい。 ①はい ②いいえ
4) 認知症予防のために脳機能を高める取り組みをしてみたい。 ①はい ②いいえ
5) 気のあった人たちと仲間づくりをしてみたい。 ①はい ②いいえ