

介護予防マニュアル概要版

平成21年3月

介護予防マニュアルの改訂に関する研究班

目 次

1. 総合的介護予防システムについてのマニュアル	2
2. 介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル	5
3. 運動器の機能向上マニュアル	13
4. 栄養改善マニュアル	16
5. 口腔機能向上マニュアル	19
6. 閉じこもり予防・支援マニュアル	21
7. 認知症予防・支援マニュアル	24
8. うつ予防・支援マニュアル	26

1. 総合的介護予防システムについてのマニュアル

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、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、生活機能評価において、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、介護予防ケアプランを作成する。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。地域支援事業の介護予防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。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。

2. 介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル

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。

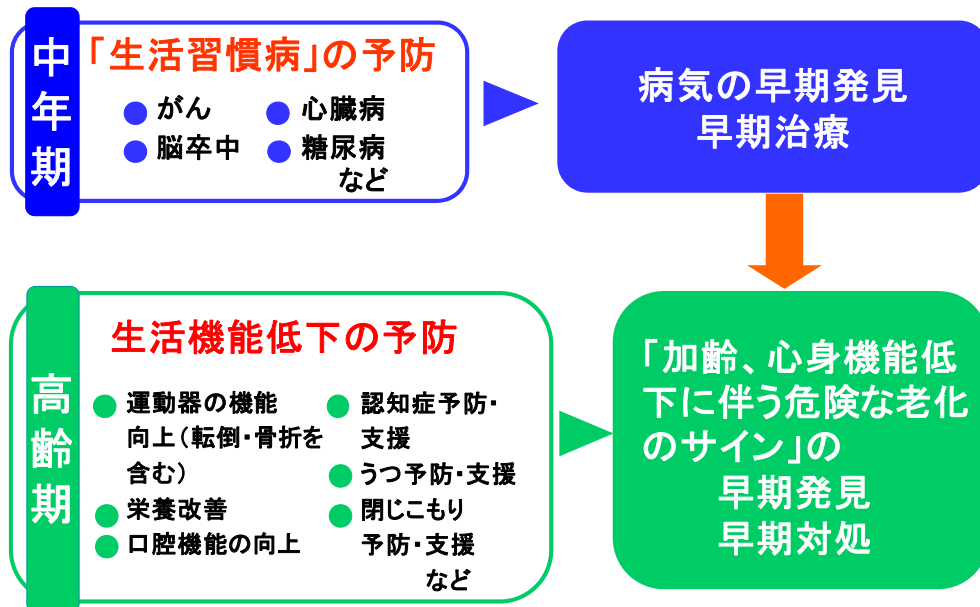
介護予防のめざすもの

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

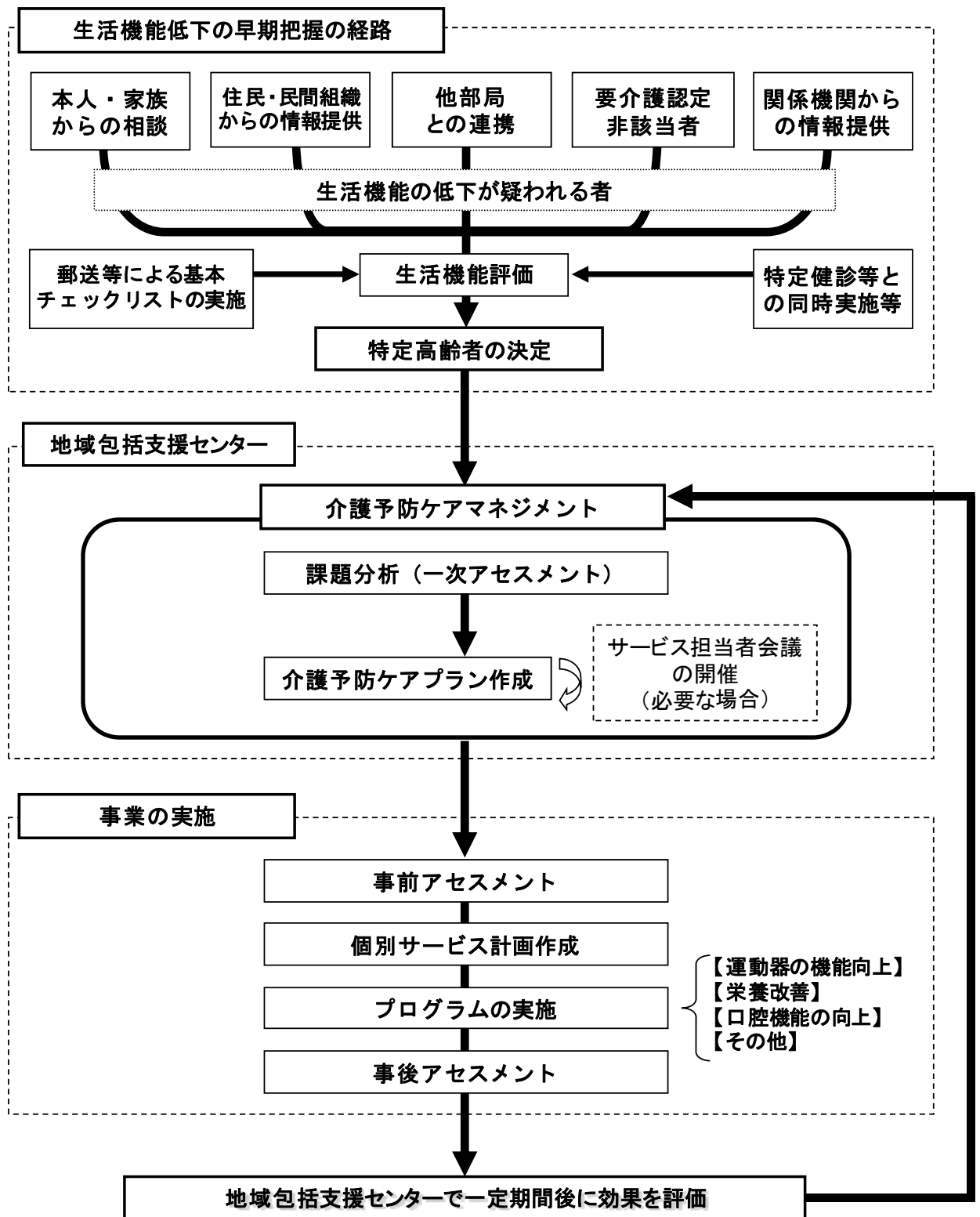


表 1

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云われますか	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。

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

市町村は、第 1 号被保険者（要介護者及び要支援者を除く。以下同じ。）について、基本チェックリストを実施し、地域支援事業実施要綱に定める以下の基準に従い、特定高齢者の候補者を選定する。

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。

表3

特定高齢者の決定方法等

市町村は、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勘案した医師の総合的な判断を踏まえ、特定高齢者を決定し、さらに、当該特定高齢者にとって医学的な理由により利用が不適当な介護予防事業の有無を決定する。

なお、医師は、特定高齢者の候補者に選定された者について、以下の1～6への該当の有無、生活機能チェック及び生活機能検査の結果を踏まえて、生活機能の低下の有無及び当該特定高齢者にとって医学的な理由により利用が不適当な介護予防事業の有無について総合的な判断を行う。

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。

3. 運動器の機能向上マニュアル

改訂のポイント

1. 介護予防ケアマネジメントの手順

- (1) 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。
- (2) 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、一人では難しいもの、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ー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。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) 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

- (1) 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)。

(2) 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) また、生活機能を高めるには、痛みによる機能的な制限だけでなく、それによる能力的制限あるいは参加状態の制限を包括的にアセスメントすると良い。スクリーニングに於いて膝痛対策の必要があると判断されたものについては、日本版変形性膝関節症患者機能評価表 (JKOM, Japan Knee Osteoarthritis Measure) を用いる。また、腰痛対策の必要があると判断されたものについては、疾患特定・患者立脚型慢性腰痛症患者機能評価尺度 (JLEQ, Japan Low Back pain Evaluation Questionnaire) を用いるとよい。この指標は変形性膝関節症患者 (Akai M et al, 2005、赤居ら, 2006) および慢性腰痛症患者 (Shirado O et al, 2007、白土ら, 2007) を対象に開発され妥当性が検証されたものである。しかし、本プログラムの対象においては知見が十分に収集されていないことから、効果の判定には、プログラム終了後に 1 点以上点数が減少したことを以て、改善したと見なすことを暫定的な評価方法とする。この判断基準については知見が集まり次第、見直しを行う。

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。

1. 基本的な考え方

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

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。

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。

2. 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. 栄養改善マニュアル

改訂のポイント

1. 平成21年度介護報酬改定により、予防給付及び介護給付における栄養改善加算の対象者基準が明確化された点について修正した。

対象者基準は、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①～⑤のいずれかの項目に該当する者である。

- ① BMIが18.5未満
- ② 1～6ヶ月間に3%以上の体重の減少が認められる又は6ヶ月間に2～3kgの体重減少がある（基本チェックリストのNo.11に該当）
- ③ 血清アルブミン値が3.5g/dl以下
- ④ 食事摂取量が不良（75%以下）
- ⑤ その他低栄養状態にある又はそのおそれが認められる者

また低栄養に関連する問題として、次のような問題を有する者については、上記①～⑤のいずれかの項目に該当するかどうかを適宜確認することとされている。

低栄養関連リスクとは、(a)口腔及び摂食・嚥下機能、(b)生活機能の低下、(c)褥瘡、(d)食欲の低下、(e)閉じこもり、(f)認知症、(g)うつである。上記①～⑤の把握基準に該当した者であって、栄養改善サービスの提供が必要と認められる者には、通所サービス事業所における栄養ケア・マネジメント体制のもと、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して「栄養改善」サービスが提供される。

なお、対象者基準は、地域支援事業特定高齢者施策とは異なるので、注意が必要である。

2. 多職種に容易に理解できることを前提とし、事業全体図、予防給付における「栄養改善」サービス対象者の簡易把握ツール、様式例記入のてびき及び記入事例を追加した。

3. 地域支援事業については、通所型介護予防事業への参加が困難である者に対応した訪問型介護予防事業についての内容を追加した。

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. 「栄養改善」について

(1) 介護予防特定高齢者施策

「栄養改善」プログラムの対象者は、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」プログラムが提供される（詳細は改訂版 15 頁参照）。

(2) 介護予防一般高齢者施策（表 1）

詳細は改訂版 23 頁を参照されたい。

(3) 予防給付（表 2）

詳細は改訂版 26 頁を参照されたい。

表 1. 地域支援事業（介護予防事業）の概要（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
(1) 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 又は 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	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） （通所が困難な場合は、訪問により実施するなど工夫した事例もある）	1) 特定高齢者把握事業 2) 通所型介護予防事業 a. 事前アセスメント ・ 個別サービス計画作成に必要な課題の把握 b. 個別サービス計画の作成 ・ 事前アセスメント結果や利用者の意向を踏まえた目標設定 ・ 利用者が行う計画づくり及び実行に向けての支援 c. プログラムの実施（栄養相談） ・ 目標達成状況の評価 ・ 情報提供 ・ 必要に応じ試食や調理等 d. モニタリングの実施 ・ 実施状況や改善状況の把握 ・ 地域包括支援センターへ結果報告 e. 事後アセスメント ・ 目標達成状況及びその後の支援方法検討 3) 訪問型介護予防事業	3～6ヶ月
(2) 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			1) 介護予防普及啓発事業 a. 愛称、ロゴ等の募集 b. 講演会等による健康教育 c. ポスター、パンフレット d. ホームページの作成 e. 栄養情報の表示 f. 有線放送、広報紙等の活用 g. 介護予防手帳の活用 h. 相談窓口の設置 2) 地域介護予防活動支援事業 ・ 地域の「栄養改善」活動を支援する人的資源の開発 ・ 各ボランティア団体への「栄養改善」に関する活動支援	3～6ヶ月

表 2. 予防給付の概要 (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
(3) 介護予防通所介護	<p>要支援1、要支援2と判定された者のうち、以下のいずれかに該当する者である</p> <p>① BMIが18.5未満</p> <p>② 1～6ヶ月間に3%以上の体重の減少が認められる又は6ヶ月間に2～3kgの体重減少がある(基本チェックリストのNo.11に該当)</p> <p>③ 血清アルブミン値3.5g/dl以下</p> <p>④ 食事摂取量が不良(75%以下)</p> <p>⑤ その他低栄養状態にある又はそのおそれが認められる者</p>	<p>管理栄養士</p> <p>(その他関連職種と共同して行う)</p>	<p>介護予防通所介護事業所</p>	<p>【栄養改善サービスの実施例】</p> <p>1) 事前アセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・低栄養状態のリスクの確認 ・栄養ケアの課題や問題点の把握及び評価・判定 <p>2) 栄養ケア計画の作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・解決すべき栄養管理上の課題への取り組み ・食事内容、栄養食事相談、関連職種連携時の分担等 <p>3) 利用者及び家族への説明</p> <p>4) 栄養改善サービスの実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・栄養食事相談(「食えること」への意欲を重視) ・食事の個別化と食事支援 ・サービス提供の経過記録の作成 <p>5) モニタリングと計画修正</p> <ul style="list-style-type: none"> ・低栄養状態のリスクの確認 ・栄養ケア計画の実施状況、低栄養の改善状況等を評価 ・計画の変更・修正が必要な際は、利用者や家族らと随時相談 <p>6) 事後アセスメント・評価</p> <ul style="list-style-type: none"> ・目標達成状況及びその後の支援方法検討 ・サービス継続の必要性、計画の概要と実施状況、総合評価 ・地域包括支援センターへ報告 	<p>3ヶ月毎</p>
(4) 介護予防通所リハビリテーション			<p>介護予防通所リハビリテーション事業所</p>		<p>3ヶ月毎</p>

5. 口腔機能向上マニュアル

改訂のポイント

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、指定介護予防支援事業所、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。

3. 予防給付と介護給付の期間、サービスの終了と継続について

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。口腔機能向上の効果は、短期間でのサービス提供では、効果が持続しないことが示されている。また、サービス実施3カ月後では効果は少ないが、6ヶ月後に顕著な効果が認められている。したがって、概ね三月ごとの評価の結果、次の①又は②のいずれかに該当する者であって、継続的に歯科衛生士等がサービス提供を行うことにより、口腔機能の向上の効果が期待できると認められるものについては、継続的に口腔機能向上サービスを提供する。

- ①口腔清潔・唾液分泌・咀嚼・嚥下・食事摂取等の口腔機能の低下が認められる状態の者
- ②当該サービスを継続しないことにより、口腔機能が著しく低下するおそれのある者

なお、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。

4. 様式の簡略化（巻末の様式例参照）

1. 基本的な考え方

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サービスを円滑に提供するため、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「口腔機能の向上マニュアル(平成18年3月版)」を改訂したものである。

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. 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。

医学的効果として

- 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にしていただきたい。

6. 閉じこもり予防・支援マニュアル

改訂のポイント

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。

1. 基本的な考え方

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。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、適切とはいえない。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)

【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) 介護予防特定高齢者施策(ケアマネジメント・対象者・サービス等)

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. 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/>)

7. 認知症予防・支援マニュアル

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

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。従って、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。

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理的变化を経て発症する。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に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。

8. うつ予防支援マニュアル

改訂のポイント

1. 基本チェックリストによるアセスメントの仕方

直接聞き取りを行うことができる場合には、基本チェックリストにある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」として回答してもらう（「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）

2. 二次アセスメントの質問内容

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

1 基本的な考え方

(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る。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る。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る。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る。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る。

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、身体健康状態にも影響を与える。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ある。

(2) うつ予防支援の目的

- 1) 地域全体への普及・啓発を行い、地域住民自らがうつに関する正しい知識を持ち、ストレスに適切に対処できるように支援する。
- 2) うつは気づきにくい、気づかれにくいことから、健診(検診)や健康教育、家庭訪問等のあらゆる機会を活用して、アセスメントを行い、うつ傾向にある高齢者を早期発見し、早めに相談や経過観察、受診勧奨等を行うことにより重症化を予防するようにする。
- 3) 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

まなアプローチを正しく行うことができるようにする。

- 4) 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する。

(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る。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施策」「介護予防特定高齢者施策」を問わず、広くこれらの施策を実施することが大切である。

2. 各サービスについて

(1) 介護予防特定高齢者施策

- 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」に対応する。基本チェックリスト等を用いてうつのアセスメントを行い、うつ状態を早期に発見して該当者に情報提供する。

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) 二次アセスメント

基本チェックリスト等によるアセスメントの結果、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する。

二次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う。

二次アセスメントにおける評価のプロセス

第1段階：症状の有無を評価する

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

(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」に対応する。そのためには以下のような方策が有効である。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する。

2) 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する。

3) 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。

4) 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する。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ある。