

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。

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、身体の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。