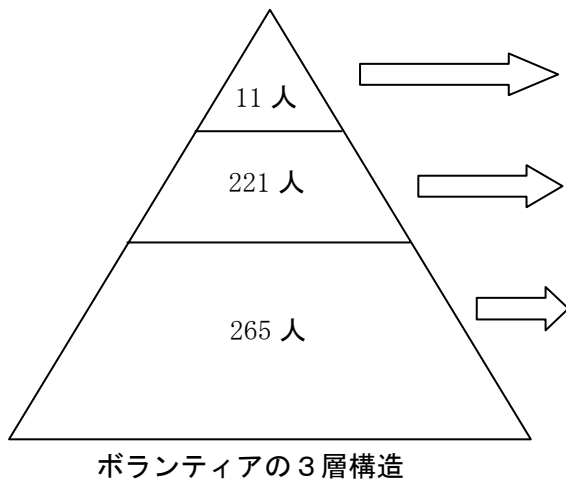


【事業概要】



- ・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。

高崎市は下記のとおり、事業の普及啓発に向け、年度毎に事業実施箇所を拡大している点、地域介護予防活動の支援として企画・運営を担える人材の発掘、養成を行っている点、また、市独自の評価指標を作成し、客観的な個別評価を取り入れている点などが先駆的であるといえる。

他の地域支援事業との連動や、介護予防サポーター等の人材育成の継続支援、地域活動としての定着化に関しては、今後さらに検討を要する課題として挙げられるが、閉じこもり予防・支援事業の実施がきわめて難しい中で、積極的に事業を展開している点は評価でき、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。

**【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を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たり、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思える事業内容、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）。

（→巻末資料参照）

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。

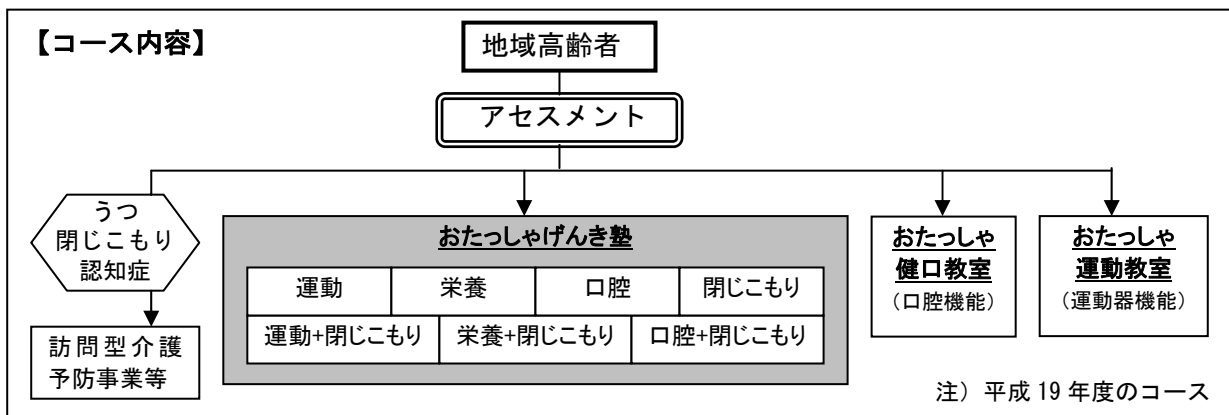
介護予防ケアマネジメント過程で、閉じこもりタイプのアセスメントを行っている点、コース作りや支援方法での工夫をしている点が先駆的といえる。

コースの設定や効果の検討は、今後の継続課題として挙げられるが、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実践している点は評価でき、他自治体の参考になるものと思われる。

【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。（→巻末資料参照）



## 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。