

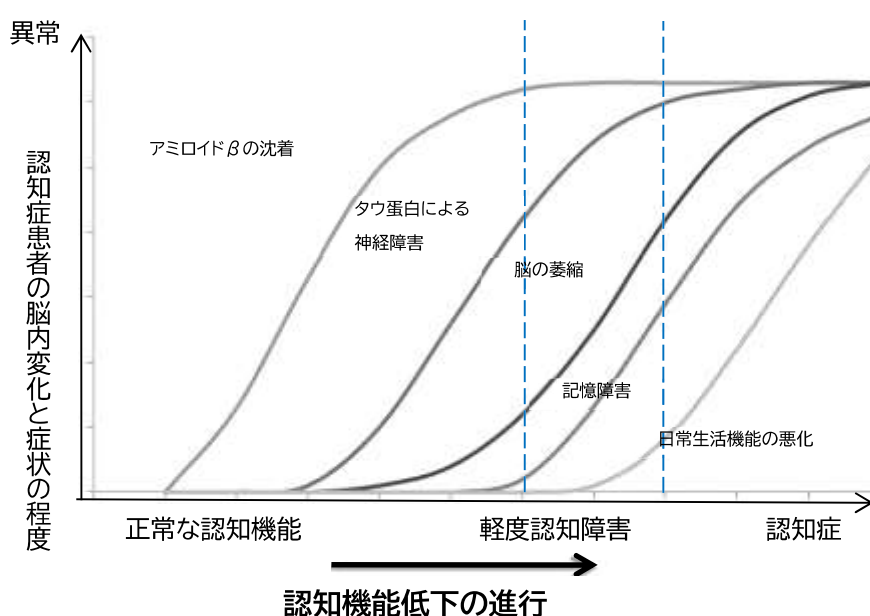
第6章 認知機能低下予防・支援マニュアル

6-1 事業の趣旨

高齢化の進展により認知症高齢者の増加が予測され¹⁹、その予防が喫緊の課題となっている。認知症とは、いったん獲得した知的機能が持続的に低下し、複数の認知機能障害のために社会生活に支障をきたすようになった状態と定義されている。

しかし、認知症の症状が出現する十数年前からアルツハイマー病では脳内にアミロイド β タンパク質の蓄積が既に始まっており、認知症と診断される時期には相当の神経細胞の脱落や機能不全が進んでいる(図表 6-1)。

図表 6-1 認知症者の症状と脳内の変化



Lancet Neurol.2010[PMID:20083042]により改変。認知症症状や機能障害が出現する数年～十数年前(認知機能が正常な時期)から、脳内ではアミロイド β タンパク質の沈着やタウタンパク質による神経障害が始まっている。

認知症はだれもがなり得るものであり、家族や身近な人が認知症になることなどを含め、多くの人にとって身近なものとなっている。認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪としていく必要がある。「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味である。

¹⁹ 認知症施策推進大綱(令和元年 6 月 18 日認知症施策推進関係官僚会議)では、「我が国において 2012(平成 24)年で認知症の人の数は約 462 万人、軽度認知障害(MCI: Mild Cognitive Impairment)の人の数は約 400 万人と推計され、合わせると 65 歳以上高齢者の約 4 人に 1 人が認知症の人またはその予備軍とも言われていた。2018(平成 30)年には認知症の人の数は 500 万人を超え、65 歳以上高齢者の約 7 人に 1 人が認知症と見込まれている」とされている。

認知症を予防するためには、その前段階とされる「軽度認知障害」(Mild Cognitive Impairment : MCI)や、それ以前の時期で認知機能低下を抑制する方法が重要であると考えられている。本マニュアルは認知症発症遅延を目的として MCI 高齢者に対する認知機能低下の予防を目指した内容となっている。

本マニュアルにおいては、MCI の可能性の高い高齢者のスクリーニングとともに有効性の確認された運動プログラムを提供することにより、認知機能低下を予防(抑制)することを目的としている。「介護予防ガイド 実践・エビデンス編」によると、認知機能低下対策を目的とした介入は運動や音楽、食事、レクリエーションなど実にさまざまな方法で実施されている。現時点で比較的科学的根拠がある取組として、運動や運動と認知課題を同時に行うデュアルタスク運動(コグニサイズ)、あるいはそれらの複合プログラムがある。また、運動、栄養介入、認知機能訓練など多因子介入の効果についても FINGER 研究²⁰により示されている。運動の効果は認知機能低下予防以外にも、多くの疾病予防に有効であり、その実施の簡便さや金銭的負担の少なさからも実施しやすい。

さらに、各市町村は単に認知機能低下のハイリスク高齢者だけを対象とするのではなく、健常高齢者も含めて地域全体での認知症予防の街づくりを支援できる体制が望ましい。具体的には介護予防のリーダー養成講座などを通じて、加齢に伴う認知機能の変化や MCI の状態、さらには認知症の発症と治療やケアなどについての正しい知識の普及に努めるほか、MCI における適切な運動や栄養、社会交流や趣味活動などの日常生活での取組が認知機能低下を予防できる可能性が高いことの理解を促す。それを個人レベルのみならず地域全体で取り組むことの重要性を啓発することが望まれる。

高齢期の認知機能低下を予防するためには、運動習慣や知的活動を積極的に取り入れた活動的な生活習慣の獲得が重要となり、最終的には認知症の発症を遅延できるように継続的な取組として自己管理していくことが必要である。

6-2 プログラムの進め方

6-2-1 事前準備

(1)実施担当者

運動プログラムを実施する場合は、主に理学療法士や作業療法士などの専門職が運動指導を実施する。一般介護予防事業等で実施する場合で、専門職の配置が難しい場合は、事前に専門職からの研修を受けた者がプログラムを実施する。

また、基本チェックリストによるスクリーニングに多人数が該当し、改訂長谷川式簡易知能評価スケ

²⁰ 2009 年から 2011 年にかけてフィンランドで行われた高齢者の生活習慣への介入による認知機能障害予防の研究。1,260 名の高齢者を対象に、食事指導・運動指導・認知トレーニング・生活スタイル指導の 4 つの介入を同時に行うことで、高齢者の認知機能の向上を得られることを証明した。

ール(HDS-R)を用いた層別化を実施する可能性がある場合には、HDS-R に習熟したスタッフを配置する。

(2)対象者のスクリーニング

MCI 高齢者は認知症発症のリスクが高いが、日常の生活機能はほぼ保たれており、本人や家族に認知症のリスクがあるといった特段の自覚がない場合も多い。そのため、本マニュアルにおけるアセスメントを通して潜在的な対象者を把握することが重要となる。

短期集中予防サービスとして実施する場合、基本チェックリストの No.18～20 のいずれかに該当することなどを目安としつつ、生活機能の低下が見られる者として、介護予防ケアマネジメントによりサービスの提供が適当とされる高齢者が対象となる²¹。ただし、実際にプログラムに参加するにあたって健康状態等により運動プログラムが不適切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。

図表 6-2 基本チェックリスト抜粋

番号	基本チェックリスト項目(抜粋)	回答	
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いわれますか	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

「介護予防ガイド 実践・エビデンス編」によると、MCI 高齢者は認知症の予備群であるとされ、認知症の発症率が高い対象であることが知られている。高齢者の中で、MCI に該当する者の割合は20%前後との報告が多く、地域に相当数認知症予防の取組を始めるべき高齢者が存在する。一方で、MCI 高齢者の多くは認知機能正常域へ改善する可能性があることも報告されており、優先してプログラムの実施が必要な対象群である。日本の大規模研究において4年間の追跡調査の結果、MCI のタイプ別で認知機能正常域へ回復する割合は異なるが、21～57%の者が回復することが明らかとなり、予防・支援の重要性が示唆されている。

MCI 高齢者や認知機能低下のおそれがある者の抽出方法として、最も簡易なものとして主観的認知機能低下の有無が挙げられる。主観的認知機能低下とは本人もしくは家族から認知機能低下の訴えがある状態であり、特に自覚的症状が顕在化しやすい記憶に関する情報を聴取することが有用で

21 その他の多様なサービスや一般介護予防事業等において、生活機能の低下が見られる者を対象として、当該マニュアルを活用することも可能である。

ある。主観的記憶に関する聴取内容は図表 6-3に示すようなものを用いると簡易に評価が可能である。

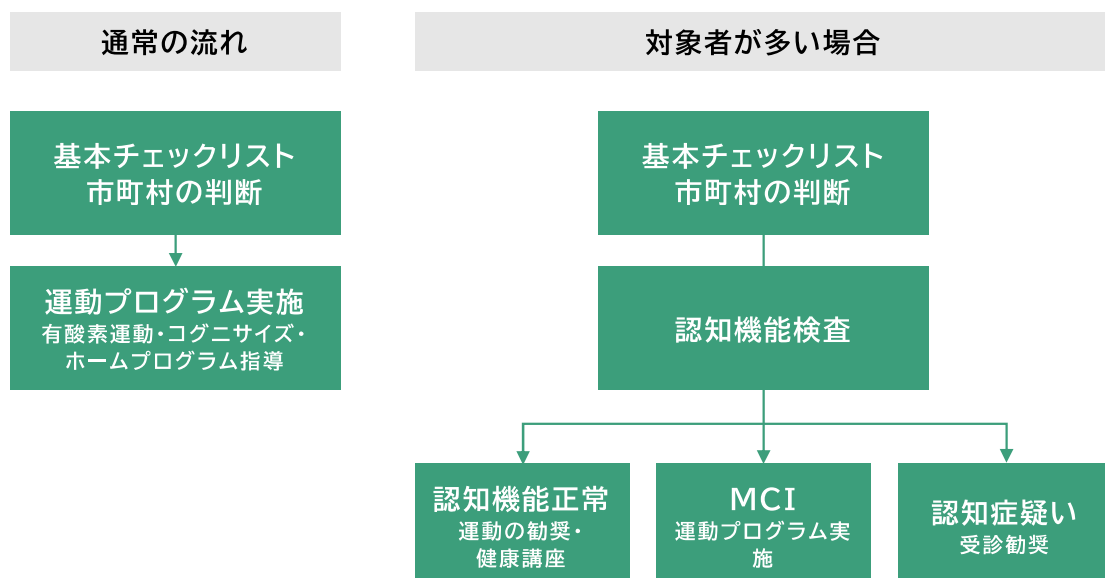
図表 6-3 主観的記憶に関する質問

基本チェックリスト項目(抜粋)	回答	
あなたは記憶に関して問題を抱えていますか	はい	いいえ
以前よりも、ものを置いた場所を忘れることが多くなりましたか	はい	いいえ
親しい友人、知人の名前を忘れることがありますか	はい	いいえ
周囲の人から忘れっぽくなったと言われることがありますか	はい	いいえ

どれか1つでも「はい」に○をつけた場合には、主観的記憶に対する訴えありと判定する

プログラム参加までの対象者の流れの例として、基本チェックリストと市町村の判断によって対象者を抽出して運動プログラムを実施する。ただし、認知症に関する基本チェックリストでの該当者が多数にのぼり、自治体の提供するサービス事業の許容量(収容能力)を超えて、すべての該当者に同じプログラムを提供することが困難な場合には、主観的記憶だけでなく、認知機能検査やかかりつけ医等の意見・判断から MCI に該当する高齢者を抽出してプログラムを提供することが望ましい(図表 6-4)。

図表 6-4 参加者選定のフロー



対象者の層別化に利用する認知機能検査として、HDS-R はわが国で開発され、使用には定評があり安心して利用できる。検査時間は 10 分程度で、集団方式ではなく個別検査である。図表 6-5

には HDS-R による層別化の得点と対応方法の一例を示した。なお、層別化の指標について、MMSE やファイブ・コグなど、これまで各自治体で使い慣れた指標があればそれを用いても良い。

図表 6-5 HDS-R を用いた層別化の一例

「運動実施を推奨」 (HDS-R 27 点以上)	「認知健常者」と判断される方々が大部分と考えられ、事業への参加を希望する方のニーズ等を踏まえ、必要に応じてゲーム要素のある運動や参加者同士の協力による運動の実施やウォーキングの勧奨等を行うとともに、認知機能低下予防のための健康講座の実施、パンフレットの配布等による個別対応を行う。
「介護予防の事業への積極的な参加を推奨」 (HDS-R 20-26 点)	「軽度認知機能障害」の可能性が高いと判断される方々であり、事業対象者を中心として運動のプログラムの実施
「病院受診を推奨」 (HDS-R 19 点以下)	「軽度認知症」の可能性が高いと判断され、「もの忘れ外来」などの受診を勧奨

6-2-2 事前アセスメント

(1) 課題の確認・把握

3か月のプログラムの実施前後で同じ評価尺度を用いた比較により効果を判定する(図表 6-6)。認知機能の評価は、利便性を考慮し、集団でできるものを基本とした。本来は国際的にも定評のある認知機能検査が望まれるが、その場合は評価用紙などを購入して実施する必要がある。なお、層別化に用いる HDS-R は効果指標としてはあまり適切ではない。

図表 6-6 評価尺度

1) 認知機能の評価尺度

①集団式松井 10 単語記憶テスト<即時再生>:10 単語を読み上げた後に、覚えた単語を1分間で書く作業を4回繰り返す。40 点満点で評価。集団で、6分程度かかる。単語セットはプログラムの実施前後で同じセットを用いる。

②山口漢字符号変換テスト:主に前頭葉機能(実行機能や注意)を評価する。色を表す漢字を、対応する記号に変換する。正解の記号数を得点とする。集団で実施し、5分で終了する。

③語想起テスト:単語を連想して思い出す作業能力を評価する。「動物名」を、1分間でなるべくたくさん書く作業を行い、個数を点数とする。2分で終了。

④集団式松井 10 単語記憶テスト<遅延再生>:①の 10 単語を、1分間で思い出して書いてもらう。10 点満点。2分で終了。

上記①～④の項目をセットとして、約 17 分間で実施する。

さらに下記個別テストを追加しても良い。

⑤TMT(トレイルメイキングテスト):散らばった数字を1から順番につないでいく TMT-Aと1→あ→2→いと、数字とひらがなの2系列を平行して順番につないでいく TMT-B がある。所要時間を計測するので、個別で実施する。両方行くと、2～8分程度かかる。

2) その他の評価尺度

運動によるプログラムなので、体力の評価尺度測定として、①Timed Up and Go test (TUG; 椅子から立ち上がり3m 歩行して戻って着座するまでの時間) や②5m 最大歩行速度を必要に応じて評価する。

万歩計を付けるので、万歩計の歩数の記録の伸びも効果として捉えることが可能である。この場合はプログラム開始週と最終週の一日平均歩数を比較する。

プログラム3か月(計 12 回)の参加率も教室運営の評価指標とする。

可能であれば、プログラム実施前と終了後6か月でアンケート調査を行い、歩行習慣化率(参加者の中で歩行習慣のある人の割合)を比較すると、プログラムの長期効果を示すことができる。

また、次年度の基本チェックリストの点数と当該年度の基本チェックリストの点数を比較することで効果を見ることもできる。さらに参加者をフォローし、要介護状態になることを防いでいるかどうかという本事業の本質的な効果をみることも極めて重要である。

6-2-3 個別サービス計画の作成

(1)目標設定について

介護予防ケアマネジメントにて作成したケアプラン内容に合わせた目標を設定する。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り、それを基に生活目標を設定する。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)個別サービス計画の作成

事前アセスメントの結果及び利用者の意向を踏まえて、認知機能低下予防のための個別サービス計画を作成する。アセスメント結果に応じて、教室で取り組むこと、セルフケアとして実践した方がよいことなどを話し合った上で設定する。本人が興味を持って継続できるプログラムが提供できるよう本人の希望と生活目標の課題分析、期間や頻度等を計画する。

①通所型サービス

理学療法士、作業療法士、保健師等が、運動機能の改善・向上を図るための個別の計画を作成し、それに基づき集団的なプログラムを実施する。

②訪問型サービス

理学療法士、作業療法士、保健師等が居宅を訪問して、個別の運動プログラムや知的活動等を実施する。

6-2-4 プログラムの実施

(1)プログラムの趣旨

他の地域支援事業と同様に、認知機能低下予防・支援においても、認知機能低下を予防し、最終的には認知症の発症を抑制、先送りすることにより、高齢期の QOL を維持することが重要である。

「介護予防ガイド 実践・エビデンス編」によると、認知機能低下対策として比較的科学的根拠がある取組に運動やコグニサイズ、あるいはそれらの複合プログラムがあるとされる。また、運動の効果は認知機能低下予防以外にも、多くの疾病や老年症候群の予防に有効であり、その実施の簡便さや金銭的負担の少なさからも予防事業として実施しやすい。ここでは、「介護予防ガイド 実践・エビデンス編」で取りまとめられた実施例を示すので、プログラム計画の一助とされたい。

(2) プログラムの実施期間・回数

実施時間：1回 60 分程度

実施頻度：週2回程度

実施期間：12 週間程度

運動が認知機能に及ぼす影響を検討した 50 歳以上の成人を対象とした先行報告では、実施時間は 45～60 分が効果的であり、実施頻度は週5～7回の頻度を目指して可能な限り高頻度で実施することが望ましい。認知機能向上を目指した運動介入の先行研究における実施頻度は、週1回から週4回であり、週2回または週3回の研究が多かった。実施期間は4～12 週の短期間、13～26 週の中期間、26 週より長期間のいずれにおいても効果的であり、運動強度については中等度以上の強度が推奨されている。

(3) プログラムの内容

プログラムの一例として一般的な運動プログラムのほか、コグニサイズ、認知的活動のプログラムの例を示す。詳細は厚生労働科学研究にて取りまとめられた「介護予防ガイド 実践・エビデンス編」を参照されたい。

A. 一般的な運動プログラム

下記に、教室で運動プログラムを実施する場合もスケジュール例及び注意点を示す。ストレッチ・筋力トレーニング・バランス運動・有酸素運動の具体的な内容は、運動器の機能向上プログラムの例(別添資料 2-6)を参考とすること。

<教室でのタイムスケジュール例と注意点>

- ・ バイタルサインの測定
- ・ 準備運動(計5分)・ストレッチ：ストレッチを含む軽負荷の運動を行う。呼吸器や循環器疾患、フレイルを伴う場合などはより時間をかけて行う。
- ・ 筋力トレーニング(計 10 分)：下肢を中心に行う。バルサルバ効果を避けるため実施中は呼吸を止めないよう気をつける。軽負荷・低頻度から開始し、「ややきつい」と感じる程度の負荷量を目安とする。
- ・ バランス運動(計 10 分)：立位、座位にて行う。レクリエーション運動を取り入れても良い。
- ・ 有酸素運動(計 30 分)：軽い負荷から開始し、「ややきつい」と感じる程度の負荷量を目安とする。可能であれば心拍数をモニタリングしながら行う。運動習慣が乏しい場合はまず 10 分間程度から開始し、漸増する。連続で行わず途中で休憩を挟んでも良い。
- ・ 整理運動・ストレッチ(計5分)：ストレッチを含む軽負荷の運動を行う。呼吸器や循環器疾患、フレイルを伴う場合などはより時間をかけて行う。
- ・ バイタルサインの測定

B. コグニサイズ

認知機能低下予防運動プログラムの代表的な例として、国立長寿医療研究センターが開発した「コグニサイズ」について紹介する。コグニサイズは認知症予防を目的とした取組の総称であり、「コグニ」の部分は cognition(コグニション=認知)、「サイズ」は exercise(エクササイズ=運動)を指し、それらを掛け合わせた造語である。

- ①スキップをしながら手拍子
- ②ウォーキングをしながら計算
- ③椅子に座って足踏み・腕振りをしながら3の倍数で手拍子
- ④ステップ台の昇降運動をしながら語想起
- ⑤コグニラダー

C. 認知的活動(図表 6-7)

前半:支援者提供の認知的活動(芸術や執筆、ボードゲーム、読書、手芸、クロスワードパズル、コンピューター学習など)、自主学習での認知的活動の実施

後半:小グループ内で相談した興味のある認知的活動(創作芸術系、音楽系、調査発表系など)の実施、自主学習での認知的活動の実施

図表 6-7 教室でのタイムスケジュール例

第1回	- 全体オリエンテーション - 支援者提供の認知的活動の実施 - 自宅での自主学習の設定
第2～12回 (3か月末まで)	- 自主学習報告 - 支援者提供の認知的活動の実施 - 自宅での自主学習の設定
第13回 (4か月目)	- グループ学習のオリエンテーション - 後期小グループの作成:興味のある認知的活動(創作芸術系、音楽系、調査発表系など) - 小グループ内でのテーマ決定と目標設定
第14回目以降	【週1回の教室】 - 小グループ内での自主学習の進捗報告 - 全体発表用のまとめ・方向性の修正 - 次回までの各自課題の相談 【自主学習】 - 教室で決めた内容を各自で調査(図書館やインターネットの利用、訪問調査など各自で工夫)
第24回 (最終日)	各小グループで実施した内容の全体発表会

D. 行動変容プログラム(別添資料 6-1 主体的で継続的な行動変容を促すプログラムの実施のポイント)

プログラムの効果をあげるためには可能な限り毎日自宅でも運動を実施することが望ましい。また、向上した機能を保持するためには教室終了後も自主グループを形成して継続した取り組みを促進する必要があり、そのためには行動変容プログラムの実施が有効となる。別添資料 6-1には、行動変容プログラムの内容の一例を示した。

(4) プログラム実施上の留意点

1) プログラム実施前

運動プログラムを実施する場合、安全管理に留意するとともに万一の事故に備え、あらかじめ協力医療機関を設定するなどの対応をとる。対象者には保険に加入してもらうことが望ましい。また、運動プログラムの参加に障害をきたす疾患(骨関節疾患や心疾患など)の有無と運動の可否などを事前にアンケート等で確認する。

また、認知機能が低下している恐れのある高齢者では、特に薬剤について注意する。高齢者は疾患や合併症を多数有し、それに伴い内服する薬剤も多数にわたる。その中でも抗コリン作用を持つ薬剤の長期にわたる使用は、認知機能を低下させると報告されており、内服の有無を把握することが重要である。加えて、多数の薬剤を内服すること(ポリファーマシー)による身体機能や認知機能の低下にも配慮する必要がある。薬剤起因性老年症候群と主な起因薬剤の例については、「介護予防ガイド実践・エビデンス編」(P156)を参考とされたい。

2) プログラム実施中

プログラム実施中は、以下の点に留意する。

① バイタルサイン

血圧、脈拍については休憩中などに適宜測定することが望ましい。以下に該当する場合は運動を中止する。

- ・開始時と比較して、収縮期血圧が 40mmHg 以上または拡張期血圧が 20mmHg 以上上昇した場合
- ・脈拍が 140 回/分を越えた場合

② 低血糖症状

高齢者における糖尿病の推定有病率は約 20%と非常に高く、医療機関で診断を受けていない“隠れ糖尿病”患者も少なくない。一方、投薬治療中の糖尿病患者においては運動中あるいは運動後の低血糖発作に注意する。以下のような所見の有無を確認する。

冷や汗／手指の震え／動悸／不安感／悪心／だるさ／急激な眠気

③転倒

運動実施中の転倒に注意する。特に、スクリーニング検査で運動機能低下やフレイル、サルコペニアに該当した者や身体機能測定において転倒リスクありと判定された者は要注意であり、重点的にリスク管理を行う必要がある。具体的には、集団体操の際に顕著な身体機能低下が認められた対象者の側にスタッフを配置する、座位での運動を指導する、などの配慮を行う。

④その他

強い呼吸困難感、頻呼吸(1分間に25回以上)、めまい、狭心痛、頭痛、強い疲労感等が出現した場合も運動を中止する。

6-2-5 事後アセスメント

(1)アセスメントの実施

目標の達成状況や、個別の体力要素、認知機能等が改善したか等を含めた評価を行う。この際、適切な効果判定のためには、事前アセスメントに用いた評価内容・方法と可能な限り同一のものをを用いるようにする。

(2)実施後の対応

事後アセスメントの結果は、地域包括支援センターに報告する。また、アセスメントの結果に基づき、今後運動習慣や認知症予防のための取組を継続するよう促す。プログラム終了後、すぐに実施前の状態に戻ってしまうことを防ぐため、一般介護予防事業等の他の地域支援事業を含め、社会参加の場につなげることが望ましい。

別添資料 6-1 主体的で継続的な行動変容を促すプログラムの実施のポイント

1)プログラムの効果を知ってもらう

説明会等で運動習慣による認知機能低下の予防効果を知ってもらうことで、対象者がプログラムへの参加意欲が高まる。また、プログラム終了後も自主活動が続けることの意義や効果もあわせて伝える。

2)週に1回程度行う

対象者が運動や認知トレーニング等を習慣化するための知識と方法を獲得し、プログラム終了後も個人やグループで継続してもらうためには、1週間に1回プログラムを実施する。1週間に1回、メンバー同士で実施状況を報告しあうことによって、運動や認知トレーニング等の意欲を高めたり、実施回数を増やしたりするコツを学習し、よりプログラムの実施を習慣化しやすくなる。また、メンバー同士、直接会って活動する頻度が多いほど、メンバー間の信頼関係が構築しやすい。

3)6名程度のグループ単位で運営する

メンバーの主体的で活発な活動を促進するために、プログラムはグループ単位で運営するとよい。グループのメンバーは毎回固定し、6名程度にすれば、信頼関係も構築しやすい。また、プログラム終了後もグループ単位で自主活動を継続していけるように、住所の近いメンバー同士で編成するとよい。

4)テキストを使用する

支援者だけがプログラムの実施内容や予定を把握しているというやり方では、メンバーはプログラムに対して受身的になりやすい。メンバーにもプログラムの実施内容や予定がわかるテキストを提供し、より主体的な活動を促す。

5)行動変容理論を活用する

無理なく着実に運動や認知トレーニング等を習慣化してもらうために、行動変容の理論を活用してすすめるとよい。たとえば、アプリを活用して自分の運動量や認知トレーニングの実施回数を記録したり(セルフ・モニタリング法)、他のメンバーから実施回数を増やすコツを学んだり(モデリング)、最初から高い目標を立てずに低い目標を徐々に達成して最終目標に近づけていく(スモールステップ法)などの方法が有効である。

6)話し合いや作業はメンバー同士で行う

主体的なグループ活動を促し、自己紹介や実施の記録の報告などの話し合いは、メンバー同士で進めてもらう。また、役割を分担する機会を多く設けると、自然に信頼関係や支援関係が構築され、

プログラム終了後も自主活動が継続されやすい。

7)プログラム実施期間中に自主活動の準備をしておく

プログラム終了後も自主活動が継続できるように、プログラムの実施期間中に、自主化した後の活動場所、いつ集まるか、どのような活動をするか、地域で一緒に活動できるグループとのつながりを作る工夫等について話し合っておく。複数のグループで、合同イベントなどがしやすいように連絡先の交換をしておくのもよい。また、すでに自主活動をしているグループが地域にあれば、仲間に加えてもらうとよい。

8)自主活動の状況をモニターし評価する

プログラム終了後、1、2ヶ月に1回程度でも、グループの自主活動の様子について見学・報告をしてもらうような機会を与えるとよい。自分たちの活動が認められていると認識することは、活動を続けていく上で励みになる。また、自主活動グループの活動状況を広報誌やマスコミに取材してもらい、活動の存在を地域に知ってもらうのも効果的である。もし、自主活動が継続できていないグループがあれば、どうすればうまくいくか相談にのることも大切である。

9)活動報告会・交流会を開催する

プログラムが終了して半年後、または1年後に、自主活動グループ全体の活動報告会や情報交換会などのイベントを実施するとよいであろう。イベントの開催が活動継続の励みにもなり、他との交流や連携が生まれ、さらに自主活動が活発になる効果が期待できる。

10)ICT を活用する

日常の活動性を向上するために歩数計等のウェアラブルデバイスやスマートフォンのアプリケーションを使った自己管理下での活動促進をプログラムと併用、もしくはプログラム終了後に活用する方法もある。例えば、国立長寿医療研究センターが開発した「オンライン通いの場」アプリ²²は高齢者の身体、認知、社会的活動の促進のためのコンテンツが含まれており、介護予防対象者に活用できるツールの一つである。

²² 「オンライン通いの場」アプリに関する詳細及びダウンロードは以下の URL のリンク先を参照されたい。
(<https://www.ncgg.go.jp/ri/lab/cgss/kayoinoba/index.html>)