

平成28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

介護予防・日常生活支援総合事業における
口腔機能・栄養・運動複合型プログラムを用いた
住民参加型介護予防活動に関する調査研究事業

報 告 書

平成29年3月

公立大学法人九州歯科大学

目 次

I. 研究の概要	1
1. 研究の目的	
2. 事業実施の概要	
II. 口腔機能向上マニュアル、栄養改善マニュアル及び複合プログラム実施 マニュアル等の課題に関する市町村アンケート調査	3
1. 調査概要	
2. 調査結果の詳細とまとめ	
3. 参考資料（集計結果表、調査票）	
III. 複合型（主に口腔・栄養）プログラムに関する先駆的事例ヒアリング調査	126
IV. 高齢者の口腔機能の効果的なアセスメント項目の設定のためのモデル調査	149
V. 口腔機能向上及び栄養改善に向けた取組の導入ガイドの作成	153
VI. 資料編	154
「介護予防・日常生活支援総合事業における口腔機能向上及び栄養改善に向けた 取組の導入ガイド」	

I. 研究の概要

1. 研究の目的

介護予防・日常生活支援総合事業における口腔機能・栄養・運動・住民参加を包括化した形での複合型プログラムについて、住民の集いの場等における効果的な実施方法や歯科衛生士及び管理栄養士等の専門職の活用のあり方を含めて、開発及び効果検証を行うとともに、他自治体において展開できるマニュアルを作成することを目的とする。

2. 事業実施の概要

(1) 事業概要

まず、①全国の市町村に対して、総合事業における口腔及び栄養関連事業並びに独自事業の実施状況や移行予定、実施面における課題抽出のためのアンケート調査を7～8月に実施した（山手情報処理センターに調査委託）。次いで、②複合プログラム実施マニュアル改訂検討委員会を9月に実施し、市町村アンケートの集計結果も踏まえて、複合型プログラムの課題を把握・分析したうえで、マニュアル案のたたき台を1月中旬にとりまとめた。このたたき台について、数カ所の自治体職員に意見を求め、マニュアル案のブラッシュアップに反映させた。さらに、③介護予防における先進的取り組みを行っている自治体等の事例について、ヒアリング調査を実施して、マニュアル改訂検討委員会でその促進要因・阻害要因等を検討したうえで、マニュアル（導入ガイド）に掲載することとした。

このほか、④高齢者の口腔機能に関するモデル調査を11月から実施した。この結果を踏まえて、通所型サービスC及び訪問型サービスCで必要となる訪問アセスメントにおける口腔の課題抽出のための質問項目を設定し、マニュアル（導入ガイド）に反映させた。

(2) 調査研究の過程

まず、①全国のすべて市町村に対して、総合事業における口腔及び栄養関連事業並びに独自事業の実施状況や移行予定、実施面における課題抽出を目的として、自記式質問紙票によるアンケート調査を7～8月に実施した。回収率は39.3%であった。未記入項目や不明確な点については、市町村担当者に電話で確認したうえで、集計及び解析を行った。

この調査結果により、介護予防・日常生活支援総合事業の全国の市町村での実施状況を確認したうえで、②複合プログラム実施マニュアル改訂検討委員会を4回開催し、複合型プログラムの課題を把握・分析したうえで、マニュアル案のたたき台を1月中旬にとりまとめた。このたたき台をメールにて後述の事例調査に協力を得た自治体の担当職員に送付して、意見を求め、マニュアル案の修正等のブラッシュアップに反映させた。

さらに、①のアンケート調査で興味ある取組を実施していた6つの市町について、③実施事例のヒアリング調査及び現地調査を実施して、取組の実施状況等の情報を収集した。また、3つの先駆的取組の講演発表を通じて、マニュアル（導入ガイド）の参考となる情報を収集した。

なお、④口腔機能に関するモデル調査については、当初はマニュアル（ドラフト）で策定したプログラムを試行的に実施して介入する調査計画であったが、マニュアル案のとりまとめが遅れたた

め、十分な介入期間を確保できないおそれが生じた。このため、調査のデザインを、高齢者の口腔機能の効果的なアセスメント項目を精査するための横断調査に変更し、高齢者に対するモデル調査を実施した。この結果を踏まえて、マニュアル（導入ガイド）のアセスメント項目を決定した。

(3) 事業結果

①全市町村を対象としたアンケート（回収率 39.3%）の集計結果を、②複合プログラム実施マニュアル改訂検討委員会で検討したところ、介護予防プログラムを総合事業に移行した際の類型は、いずれのプログラムでも、一般介護予防事業が最も多かった。複合プログラムを含め、口腔機能向上及び栄養改善プログラムについては、通所型サービスCへの移行も多かった。栄養改善プログラムについては、訪問型サービスCへの移行も比較的多かった。口腔と栄養のアセスメントでは、過半数が基本チェックリストを利用していた。総合事業に口腔機能向上や栄養改善を位置付けるために期待する支援としては、効果的な事業展開のための情報提供が最も多かった。地域住民によって自主運営している介護予防活動は、大部分の市町村で行われていた。社会福祉協会やNPO等が運営する介護予防活動は、約半数の市町村で行われていた。口腔機能向上や栄養改善の導入・運用するために必要な情報としては、「先進的な導入事例の運営に関する情報」が最も多かった。

③介護予防における先進的取り組みを行っている自治体等について、ヒアリング調査及び現地調査を実施したところ、住民参加型を含め、様々な類型で口腔機能向上や栄養改善を図る取組が実施されており、他の市町村に提供できる有用な情報が得られた。これらの事例については、それぞれの類型に沿って、マニュアル（導入ガイド）で事例紹介した。

④口腔機能向上プログラムの実施、特に通所型サービスC及び訪問型サービスCでの実施に当たって必要となる訪問アセスメントにおける口腔の課題抽出のための質問項目案（11項目）を、マニュアル改訂検討委員会において設定した。設定した質問項目で実際の高齢者における口腔機能との関係を調べるモデル調査を二段階で実施したところ、設定した質問項目で口腔機能の課題を抽出することが出来ることが示された。これらの質問項目は、通所型サービスCのアセスメント項目として、マニュアル（導入ガイド）におけるに反映させた。

これらの結果、全国の市町村で活用できる「介護予防・日常生活支援総合事業における口腔機能向上及び栄養改善に向けた取組の導入ガイド」を作成することが出来た。同ガイドを市町村に周知し、口腔機能向上及び栄養改善に向けた取組の推進を図っていきたい。

Ⅱ．口腔機能向上マニュアル、栄養改善マニュアル及び複合プログラム

実施マニュアル等の課題に関する市町村アンケート調査

1. 調査概要

(1) 調査の目的

介護予防・日常生活支援総合事業における口腔機能・栄養・運動複合型プログラムの実施状況の現状を把握するとともに、介護予防プログラムを住民参加型の総合事業に移行するにあたっての課題を抽出し、その課題に対応する介護予防プログラムの提供方法を検討することを目的として調査を実施した。

(2) 調査方法

調査対象自治体に対して郵送で質問紙を発送、郵送にて質問紙を回収する。

(3) 調査内容

職員体制、介護予防プログラムの実施状況、介護予防プログラムの実績、介護予防・日常生活支援総合事業の移行有無、介護予防プログラムの見直し、介護予防プログラムを総合事業に移行した際の類型、サービス対象者の口腔と栄養のアセスメントの実施状況、介護予防プログラムの総合事業への円滑な移行、介護予防を総合事業に移行する場合の類型、総合事業に口腔機能向上や栄養改善の取組を位置付けるために期待する支援、自主運営している介護予防活動、口腔機能向上や栄養改善の導入を推進支援する工夫、口腔機能向上や栄養改善の取組を導入・運営するための必要な情報、介護予防プログラムの効果検証事業を実施した場合のエントリー状況等について調査した（詳細は巻末の調査票参照）。

(4) 調査対象者

全国の 1,718 自治体の介護予防担当者を調査対象とした。

(5) 回収状況

発送数：1,718 票

回収数：675 票

回収率：39.3%

(6) 調査実施期間

平成 28 年 7 月 22 日から平成 28 年 9 月 22 日

(7) 結果の概要

介護予防担当職員の職種は、市町村職員では最も多く、次いで保健師又は看護職員、介護支援専門員の順であった。雇上げの場合は、保健師又は看護職員が最も多く、次いで事務職員、介護支援専門

員の順であった。

総合事業の移行状況は、まだ移行していないのが 67.6%で、既に移行しているのは 32.3%であった。移行済みの市町村と移行予定の市町村の状況を、それぞれ調査したところ、次のような状況であった。

[移行済みの市町村の結果]

従来の介護予防プログラムの移行に当たって、複合プログラムでは、現行のまま移行したのが 52.8%で、一部内容を見直して移行したのが 31.0%であったが、当該プログラムを廃止したのも 16.2%あった。栄養改善プログラムでは、介護予防プログラムを現行のまま移行したのが 61.3%で、一部内容を見直して移行したのが 20.0%であったが、当該プログラムを廃止したのも 18.7%あった。口腔機能向上プログラムでは、介護予防プログラムを現行のまま移行したのが 56.3%で、一部内容を見直して移行したのが 20.8%であったが、当該プログラムを廃止したのも 22.9%あった。運動器の機能向上プログラムでは、介護予防プログラムを現行のまま移行したのが 60.5%で、一部内容を見直して移行したのが 27.5%であったが、当該プログラムを廃止したのも 12.0%あった。

介護予防プログラムを総合事業に移行した際の類型は、いずれのプログラムでも、一般介護予防事業が最も多かった。介護予防・生活支援サービス事業へ移行したものでは、複合プログラムでは、いずれのプログラム（運動・栄養・口腔、運動・栄養、運動・口腔、口腔・栄養）でも、通所型サービスCが最も多かった。口腔単独、栄養単独では、訪問型サービスCが最も多かった。

サービス対象者の口腔と栄養のアセスメントの実施状況では、アセスメント対象者の種別では、介護予防・生活支援サービス事業対象者が 40.2%で最も多く、次いで要支援者が 29.8%となっていた。アセスメント実施なしも 13.3%あった。口腔と栄養のアセスメント評価者の職種では、保健師が 54.2%で最も多く、次いで主任介護支援専門員 30.3%、社会福祉士 28.2%、看護師 25.4%であった。口腔と栄養のアセスメントでは、57.0%が基本チェックリストを利用していた。

[移行予定の市町村の結果]

従来の介護予防プログラムを総合事業へ円滑な移行できると回答したのは、複合プログラムで 53.2%、栄養改善プログラムで 53.2%、口腔機能向上プログラムで 54.5%、運動器の機能向上プログラムで 68.8%であった。総合事業への移行の際に予定している類型は、いずれの類型でも未定が最も多く、次いで一般介護予防事業が多かった。介護予防・生活支援サービス事業へ移行予定のものでは、複合プログラム（運動・栄養・口腔、運動・栄養、運動・口腔、口腔・栄養）のすべてと口腔単独では、通所型サービスCが最も多かったが、栄養単独では訪問型サービスCが最も多かった。

移行済みの市町村と移行予定の市町村のいずれにおいても、総合事業に口腔機能向上や栄養改善を位置付けるために期待する支援として、複合プログラム、栄養単独、口腔単独のいずれにおいても、効果的な事業展開のための情報提供が最も多く、次いで財政的支援、人的支援、市町村担当者の研修が、ほぼ同程度に多かった。

地域住民によって自主運営している介護予防活動は 78.7%の市町村で行われており、その活動の内容は運動単独が 49.3%で最も多く、次に複合プログラム（運動・口腔）が 11.5%であった。社会福祉協会やNPO等が運営する介護予防活動は、48.4%の市町村で行われていた。

住民参加型介護予防活動を積極的に行う団体やグループの育成支援として、口腔機能向上や栄養改善の導入・支援するような工夫を行っている自治体は少なく、口腔で 19.0%、栄養で 12.4%であった。口腔機能向上や栄養改善の導入・運用するために必要な情報としては、「先進的な導入事例の運営に関する情報」が 60.6%で最も多く、次いで「ボランティアへのプログラム実施に係る教育に関する情

報」が 53.0%、「口腔・栄養の簡易なリスク評価に関する情報」が 52.6%、「専門的人材の派遣先に関する情報」が 42.5%、「ボランティアの活用に関する情報」が 41.3%、「参加者への説明に関する情報」が 40.0%、「技術的助言の提供先に関する情報」が 35.3%、「参考図書等の入手に関する情報」が 11.1%、「その他」が 3.0%であった。

介護予防プログラムの効果検証事業を実施した場合のエントリー希望は、「エントリーしたい」が 0.6%、「経費負担がなければエントリーしたい」が 7.6%、「エントリーしない」が 32.6%、「分からない」が 55.6%であった。

2. 調査結果の詳細とまとめ

(1) 回答状況

1) 発送数、回答（回収）数、回答（回収）率

全体の発送数は 1,718 で、有効回答（回収）数は 675、有効回答（回収）率は 39.3%である。地区別に発送数と回答数、回答率をみると、「北海道地区」では、発送数が 179、回答数が 66、回答率が 36.9%である。「東北地区」では、発送数が 227、回答数が 99、回答率が 43.6%である。「関東信越地区」では、発送数が 427、回答数が 183、回答率が 42.9%である。「東海北陸地区」では、発送数が 194、回答数が 87、回答率が 44.8%である。「近畿地区」では、発送数が 215、回答数が 91、回答率が 42.3%である。「中国四国地区」では、発送数が 202、回答数が 60、回答率が 29.7%である。「九州地区」では、発送数が 274、回答数が 89、回答率が 32.5%である。回答率が高かった順にみると、「東海北陸地区」が 44.8%で最も高く、次いで「東北地区」が 43.6%、「近畿地区」が 42.3%、「関東信越地区」が 42.9%であり、この 4 地区の回答割合が 4 割を超えていた(表 1-1-1、図 1-1-2)。

表 1-1-1 発送数、回答（回収）数、回答（回収）率

	全体	北海道地区	東北地区	関東信越地区	東海北陸地区	近畿地区	中国四国地区	九州地区
発送数	1718	179	227	427	194	215	202	274
有効回答(回収)数	675	66	99	183	87	91	60	89
有効回答(回収)率	39.3%	36.9%	43.6%	42.9%	44.8%	42.3%	29.7%	32.5%

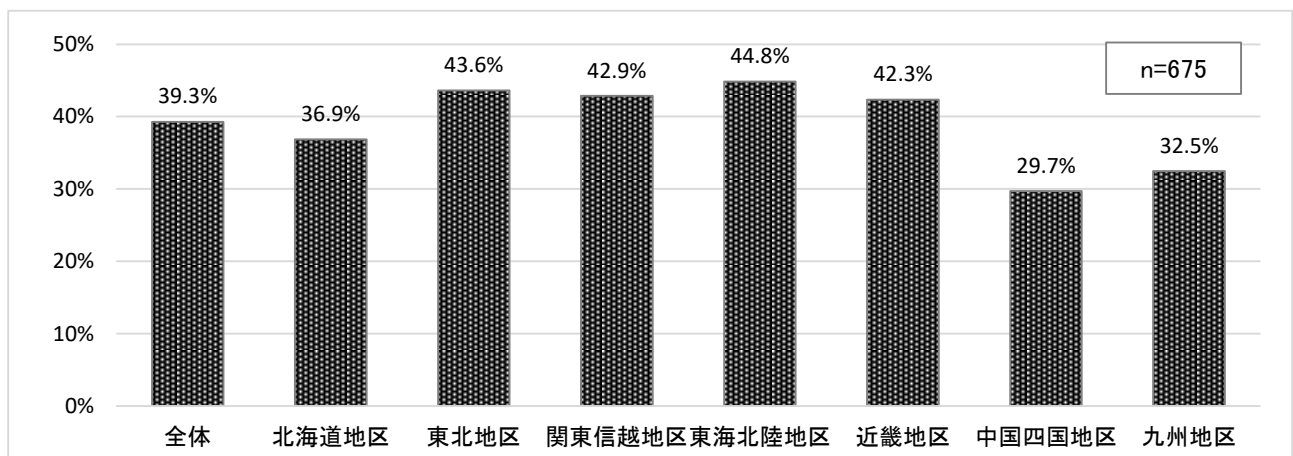


図 1-1-2 全体・地区別の回答（回収）率

2) 地区別の回答数

全体の有効回答数は 675 である。地区別に有効回答数をみると、「関東信越地区」が 183 (27.1%) で最も多く、次いで「東北地区」が 99 (14.7%)、「近畿地区」が 91 (13.5%)、「九州地区」が 89 (13.2%)、「東海北陸地区」が 87 (12.9%)、「北海道地区」が 66 (9.8%)、「中国四国地区」が 60 (8.9%) となっている(図 1-2-1、図 1-2-2)。

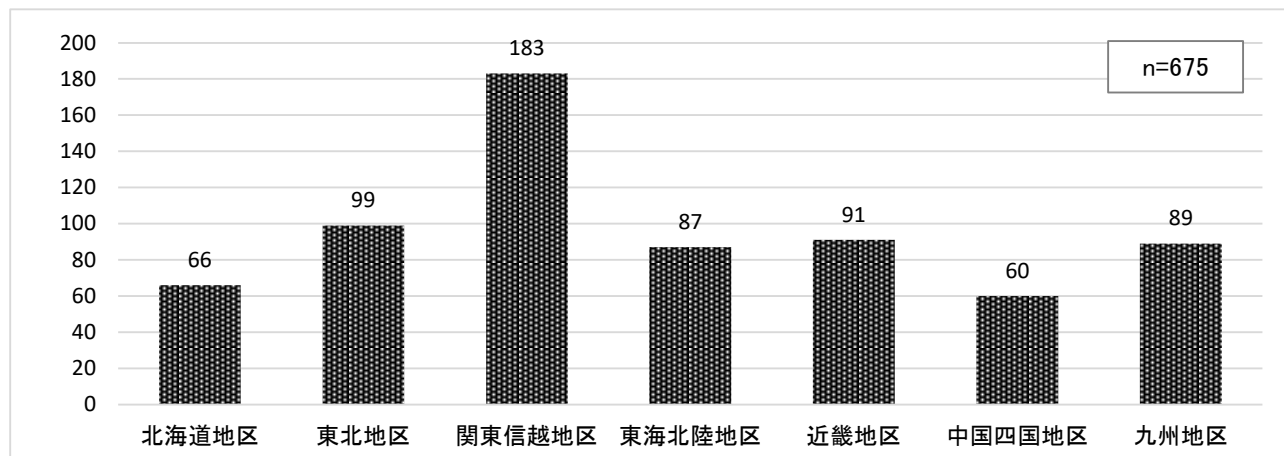


図 1-2-1 地区別の回答数

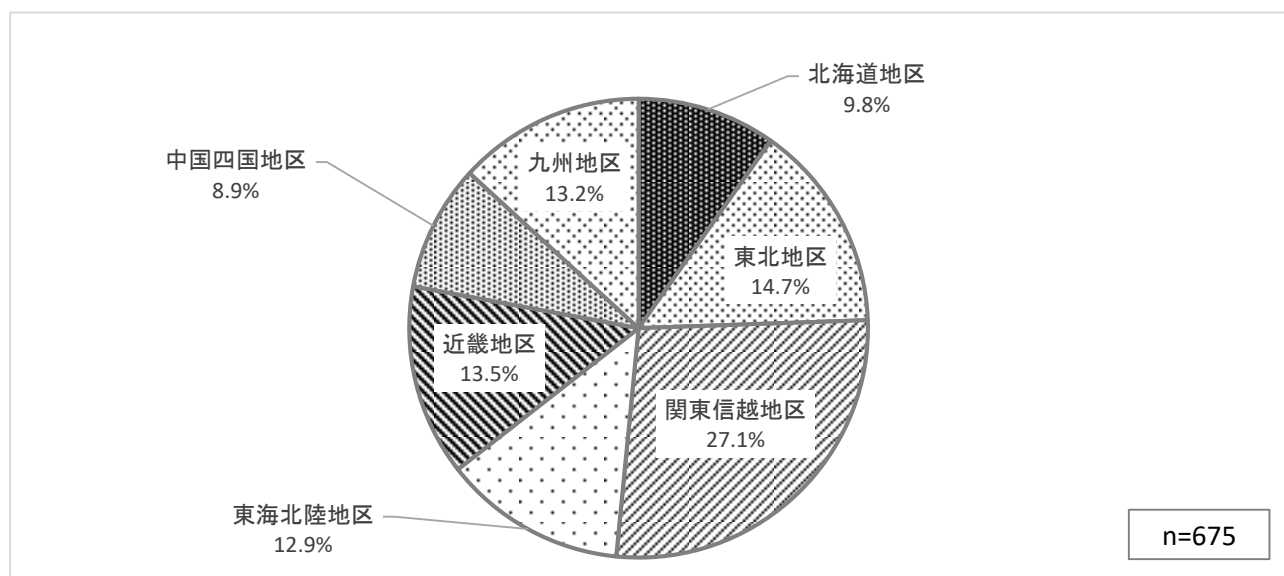


図 1-2-2 地区別の割合

(2) 職員体制

1) 常勤の職員数

常勤職員の平均人数を全体でみると、「社会福祉主事」が 0.2 人、「社会福祉士」が 0.9 人、「保健師または看護職員」が 2.9 人、「歯科衛生士」が 0.1 人、「管理栄養士または栄養士」が 0.2 人、「理学療法士または作業療法士」が 0.2 人、「介護支援専門員」が 1.7 人、「その他」が 0.3 人、事務職員が 3.6 人である(図 2-1、図 2-2)。

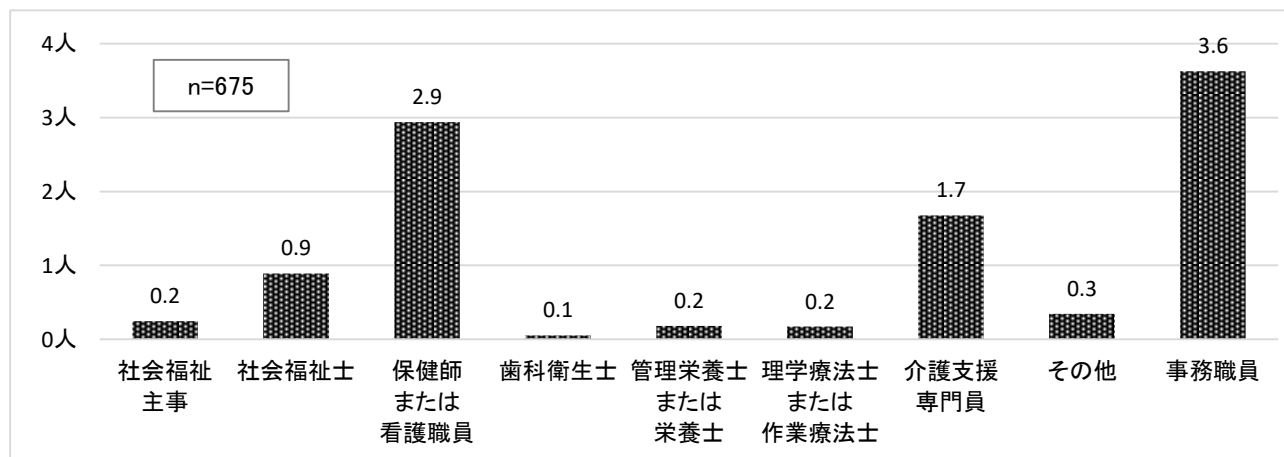


図 2-1 常勤の職員数（全体）

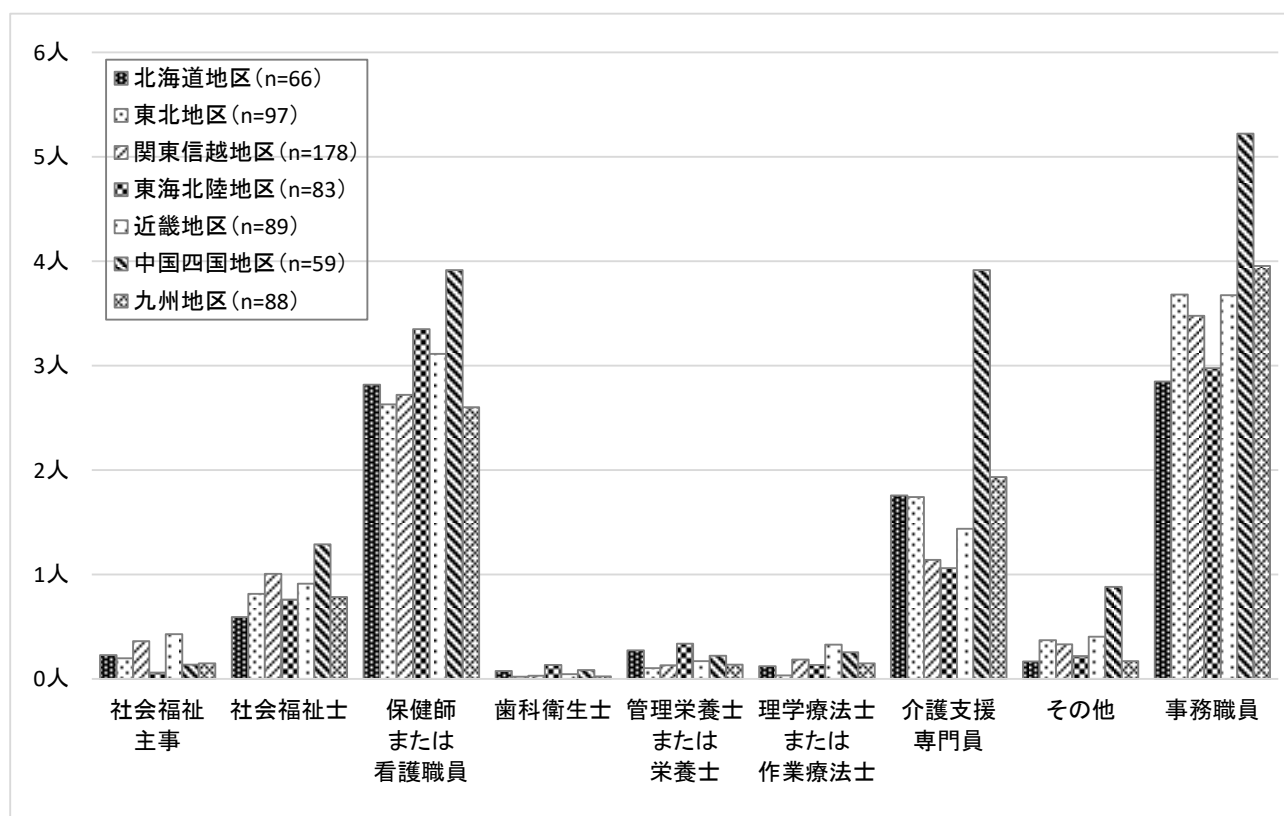


図 2-2 常勤の職員数（地区別）

2) 年間の雇上げ職員数

年間の雇上げ職員の平均人数を全体でみると、「社会福祉主事」が0.1人、「社会福祉士」が0.2人、「保健師または看護職員」が1.4人、「歯科衛生士」が0.3人、「管理栄養士または栄養士」が0.1人、「理学療法士または作業療法士」が0.4人、「介護支援専門員」が0.6人、「その他」が0.3人、事務職員が0.9人である(図2-3、図2-4)。

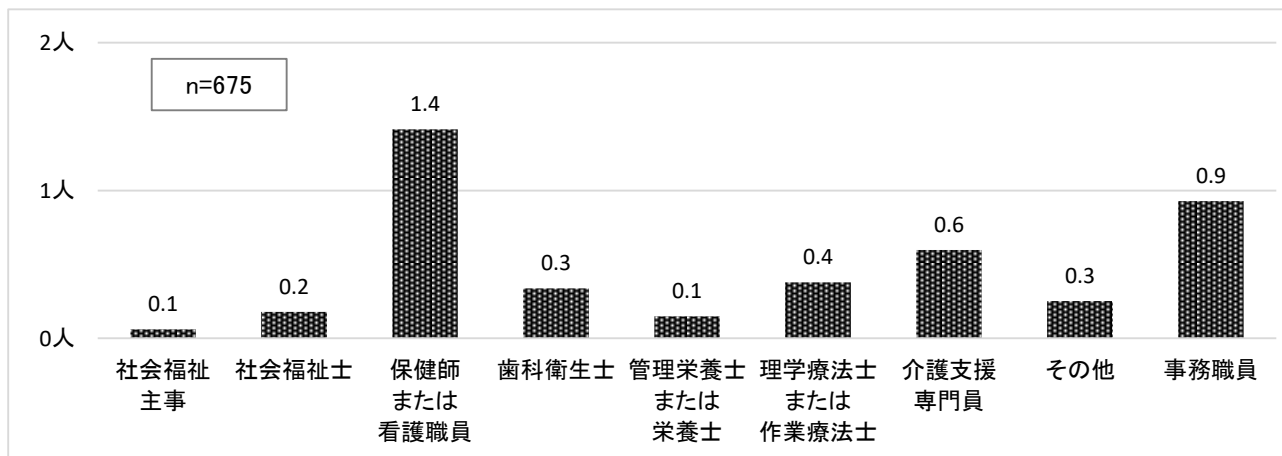


図 2-3 年間の雇上げ職員数（全体）

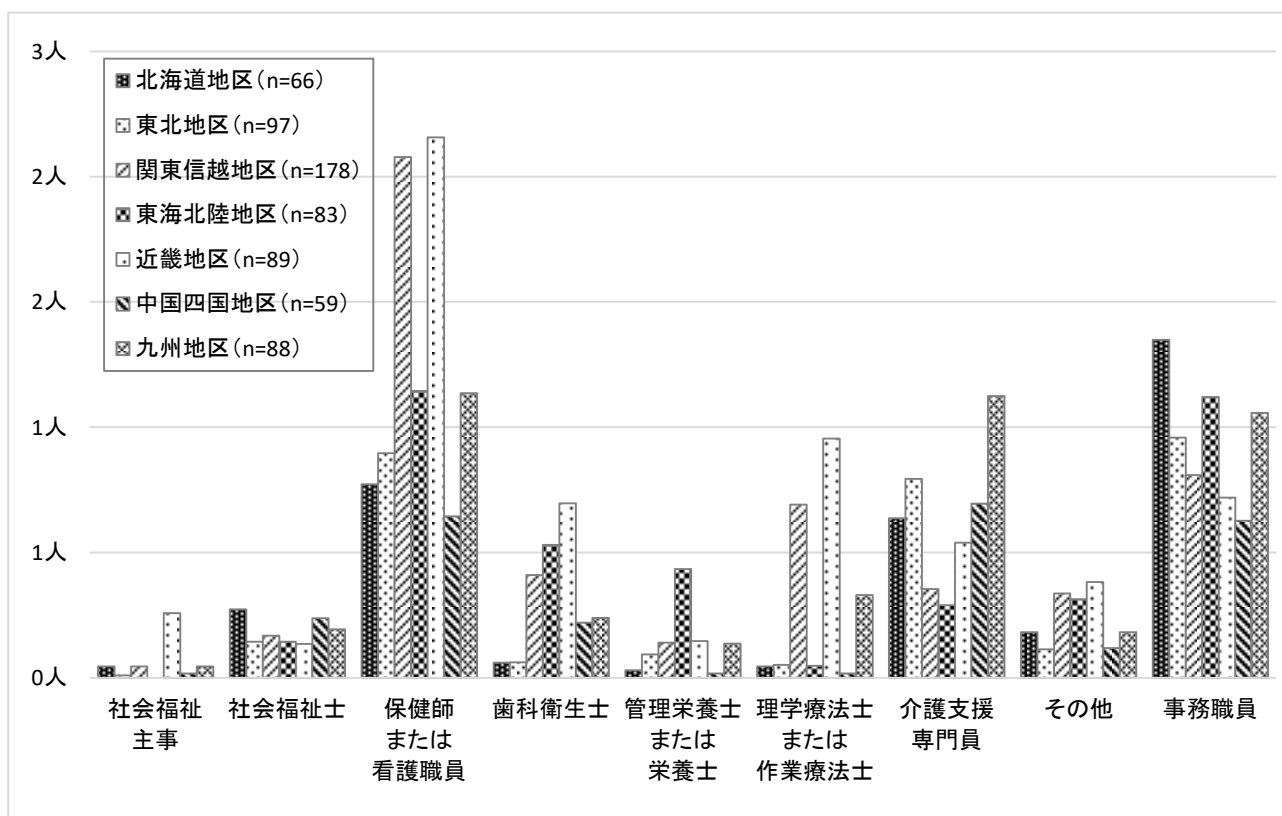


図 2-4 年間の雇上げ職員数（地区別）

(3) 介護予防プログラムの実施状況

1) 複合プログラム

①実施の有無

複合プログラムの実施有無を全体でみると、「あり」が61.9%、「なし」が38.1%であり、6割強が実施している。地区別に「あり」の割合をみると、関東信越地区が72.7%で最も高く、次いで中国四国地区が61.7%、近畿地区が61.5%、九州地区が59.6%、東海北陸地区が58.6%、東北地区が56.6%、北海道地区が48.5%となっている(図3-1-1)。

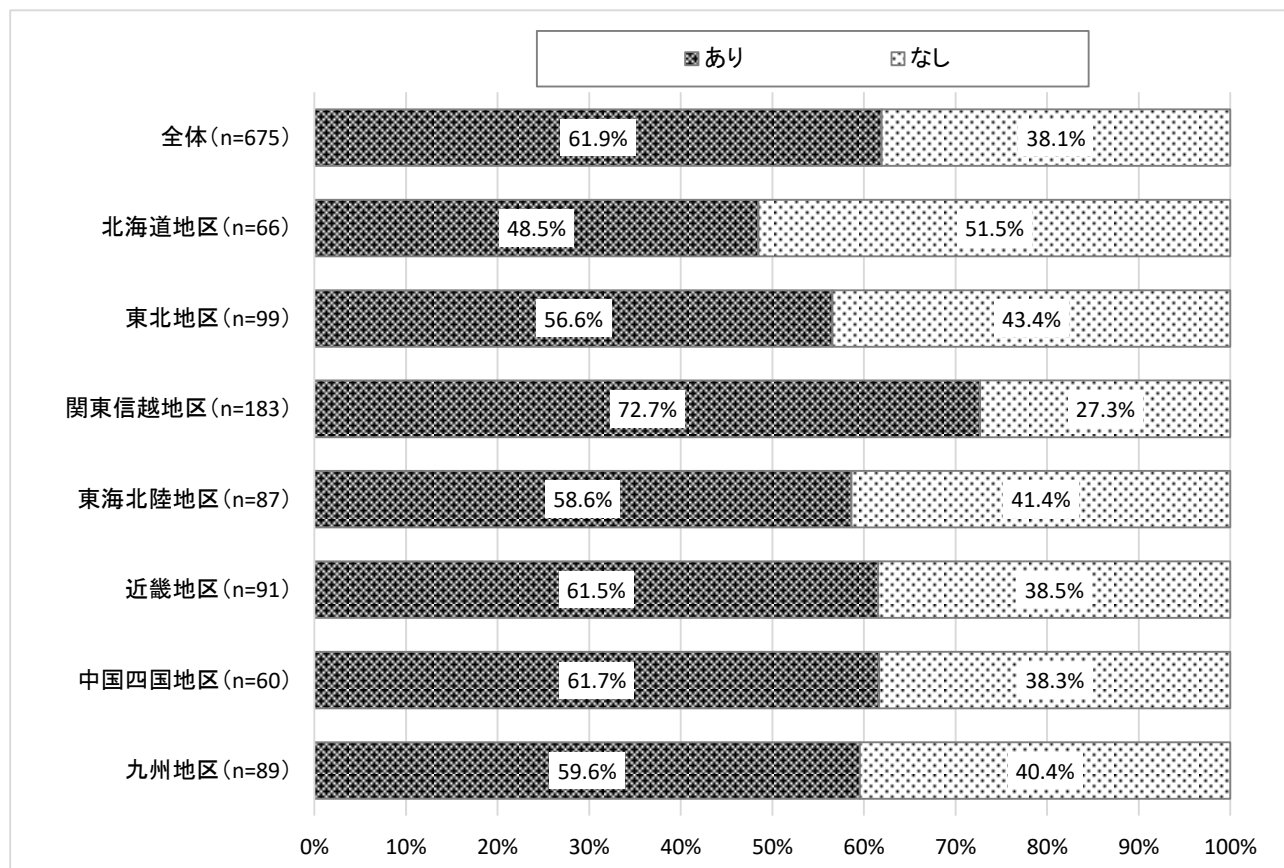


図3-1-1 複合プログラム 実施の有無

②実施形態

複合プログラムの実施形態を全体でみると、「直営」が45.0%、「委託」が60.8%となっている。地区別でみると、「直営」では、北海道地区が65.6%で最も高く、東海北陸地区が52.9%、東北地区が51.8%であり、この3地区が5割を超えている。「委託」では、中国四国地区が78.4%で最も高く、九州地区が69.8%であり、この2地区の委託割合が高くなっている(図3-1-2)。

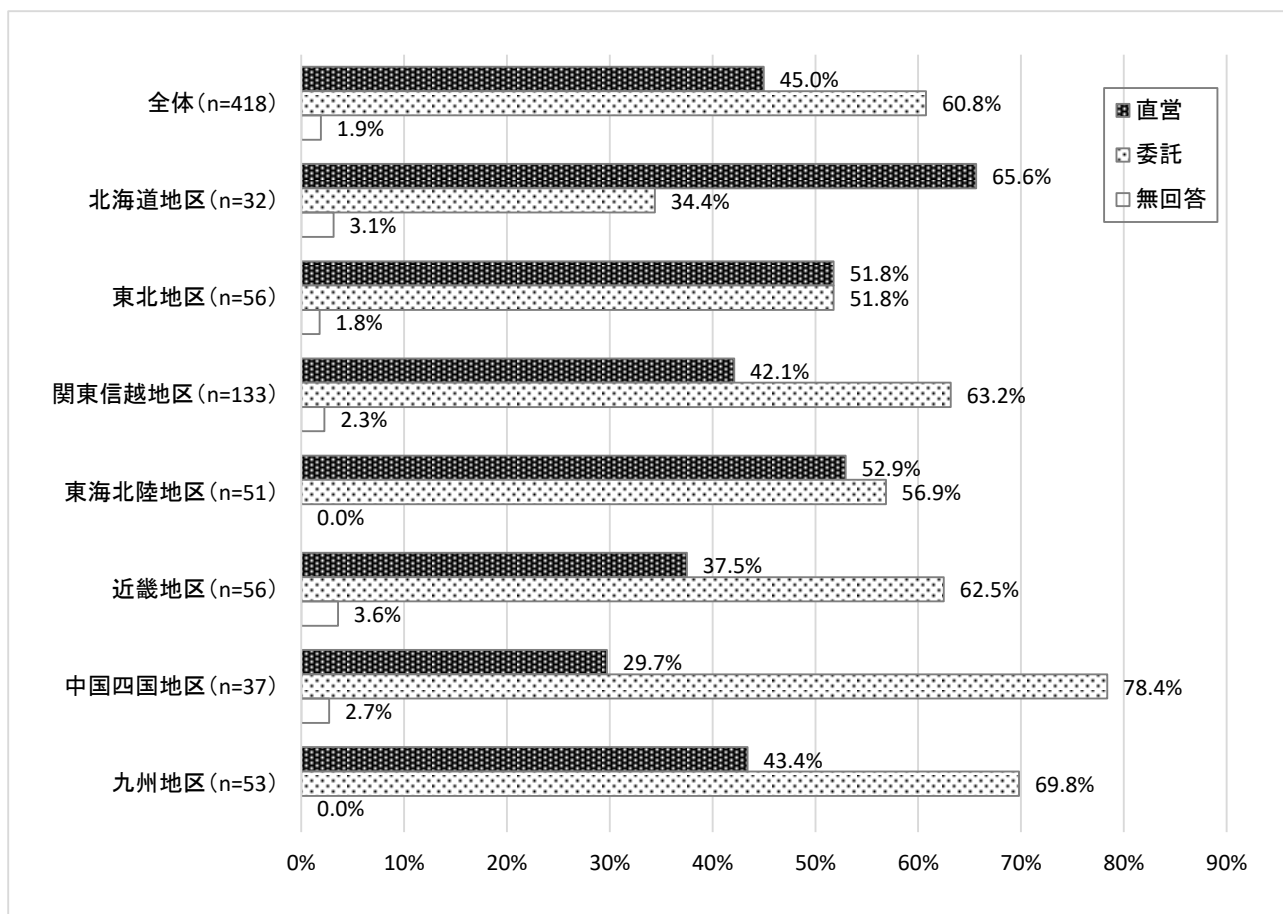


図 3-1-2 複合プログラム 実施形態（複数回答）

③実施延回数

複合プログラムの実施延回数の平均を全体でみると、156.7 回である。地区別でみると、近畿地区が 335.4 回、中国四国地区が 319.1 回であり、この 2 地区の実施延回数が高くなっている（図 3-1-3）。

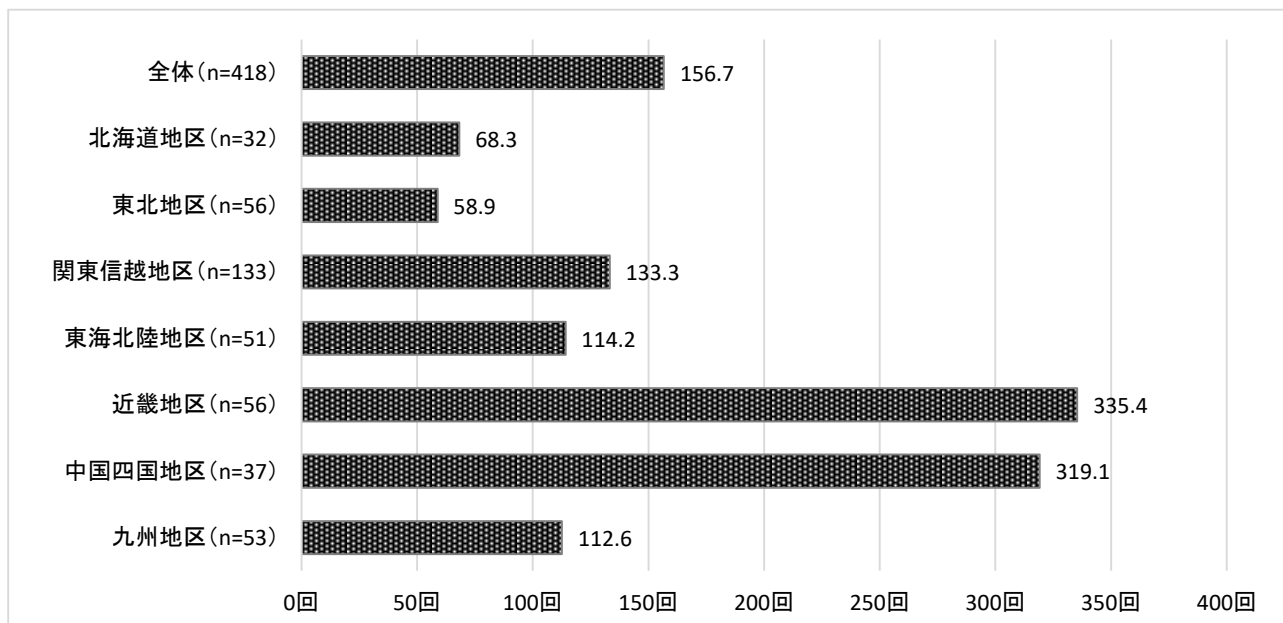


図 3-1-3 複合プログラム 実施延べ回数

2) 栄養改善プログラム

①実施の有無

栄養改善プログラムの実施有無を全体でみると、「あり」が26.9%、「なし」が70.4%であり、3割弱が実施している。地区別に「あり」の割合をみると、中国四国地区が35.0%で最も高く、次いで近畿地区が33.0%、東海北陸地区が31.0%、北海道地区が29.6%、関東信越地区が29.5%、東北地区が29.3%、九州地区が22.5%となっている(図3-2-1)。

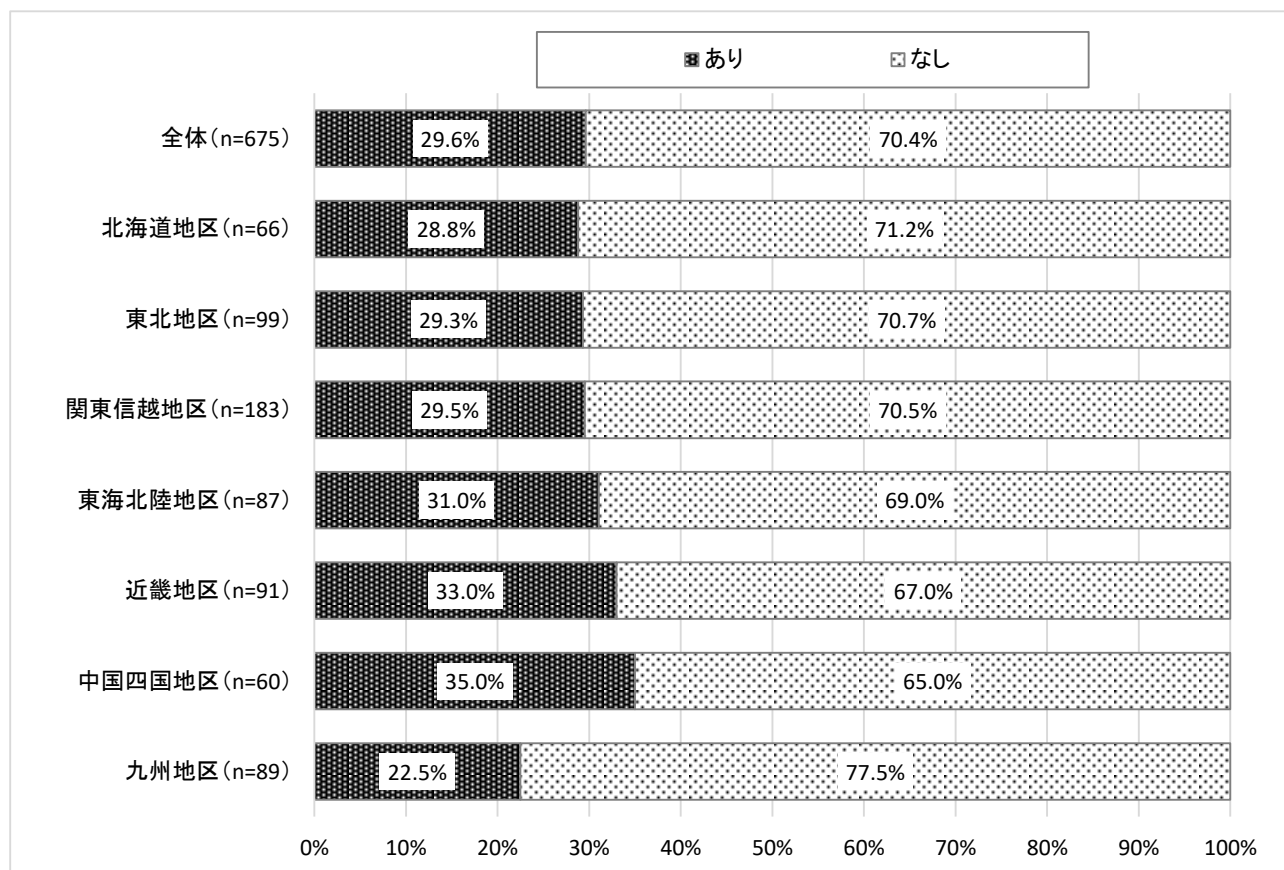


図3-2-1 栄養改善プログラム 実施の有無

②実施形態

栄養改善プログラムの実施形態を全体でみると、「直営」が58.0%、「委託」が43.0%となっている。地区別でみると、「直営」では、東海北陸地区が70.4%で最も高く、北海道地区が68.4%、関東信越地区が61.1%であり、この3地区が6割を超えている。「委託」では、中国四国地区が52.4%で最も高く、東北地区が51.7%、九州地区が50.0%であり、この3地区が5割を超えている(図3-2-2)。

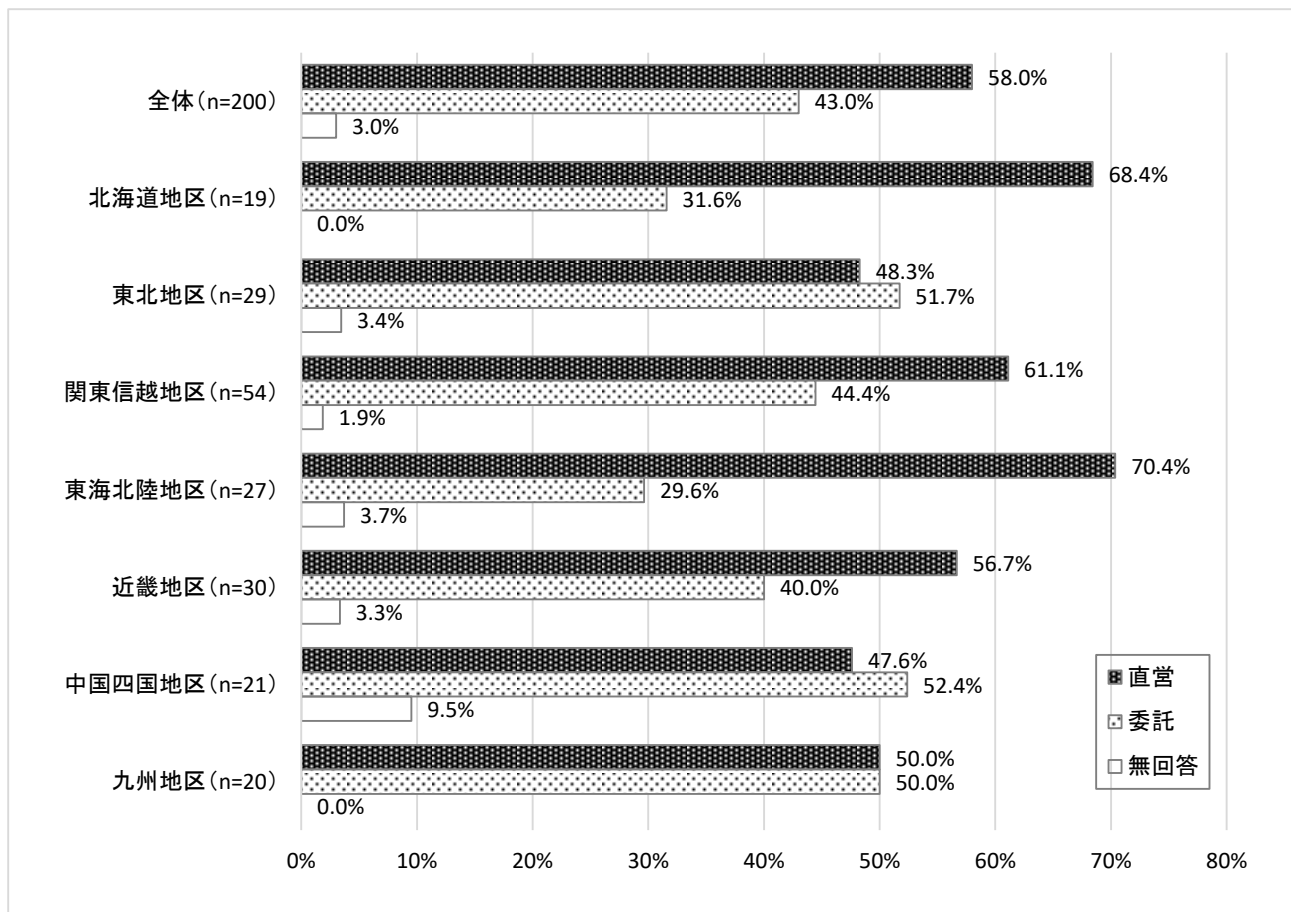


図 3-2-2 栄養改善プログラム 実施形態（複数回答）

③実施延回数

栄養改善プログラムの実施延回数の平均を全体でみると、130.1 回である。地区別でみると、中国四国地区が 997.5 回で実施延回数が高くなっている（図 3-2-3）。

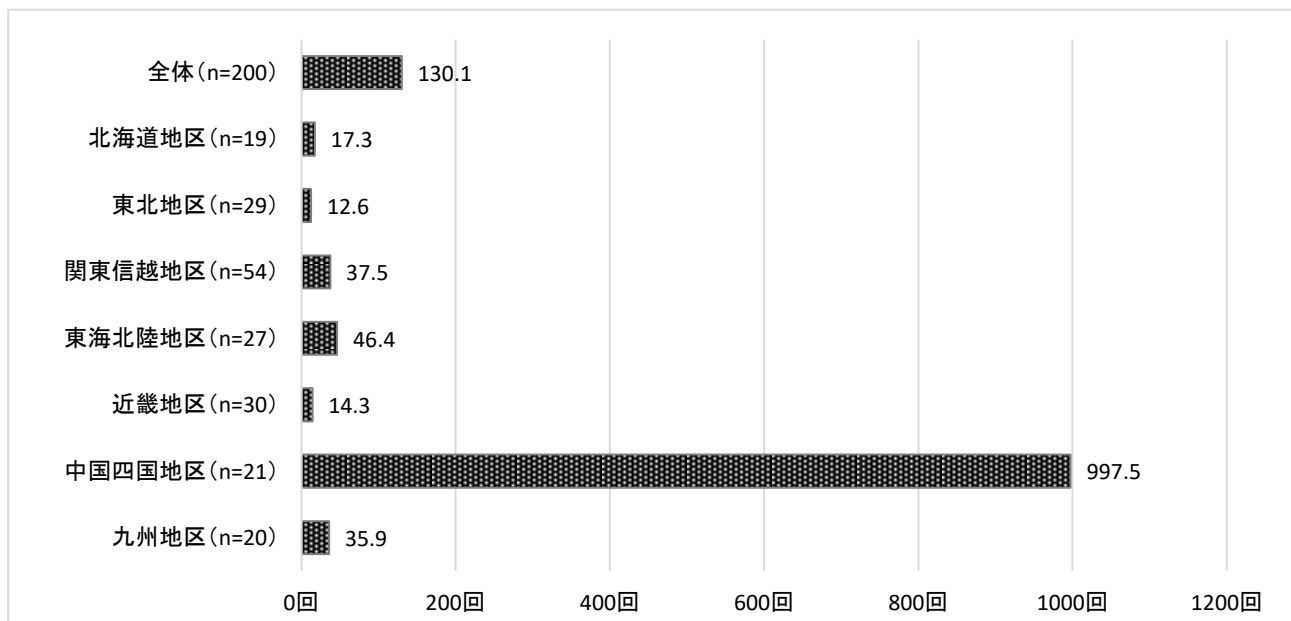


図 3-2-3 栄養改善プログラム 実施延べ回数

3) 口腔機能向上プログラム

①実施の有無

口腔機能向上プログラムの実施有無を全体でみると、「あり」が 37.9%、「なし」が 62.1%であり、4 割弱が実施している。地区別に「あり」の割合をみると、東海北陸地区が 44.8%で最も高く、次いで北海道地区が 40.9%、関東信越地区が 39.9%、東北地区が 37.4%、中国四国地区が 36.7%、近畿地区が 33.0%、九州地区が 31.5%となっている（図 3-3-1）。

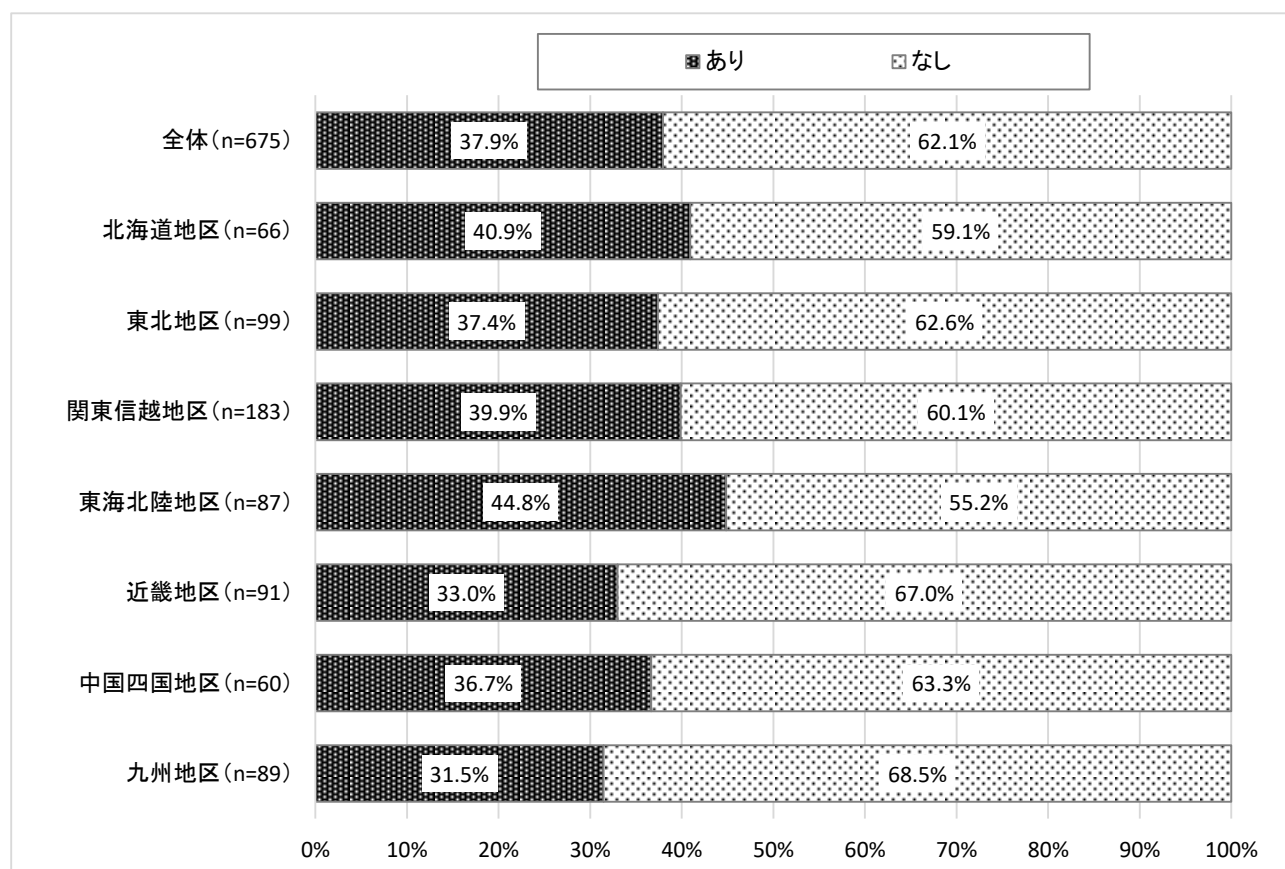


図 3-3-1 口腔機能向上プログラム 実施の有無

②実施形態

口腔機能向上プログラムの実施形態を全体でみると、「直営」が 54.3%、「委託」が 47.7%となっている。地区別でみると、「直営」では、北海道地区と東海北陸地区がそれぞれ 66.7%で最も高く、関東信越地区が 58.9%であり、この 3 地区の直営割合が高くなっている。「委託」では、中国四国地区が 63.6%で最も高く、九州地区が 57.1%、東北地区が 56.8%であり、この 3 地区が 5 割を超えている（図 3-3-2）。

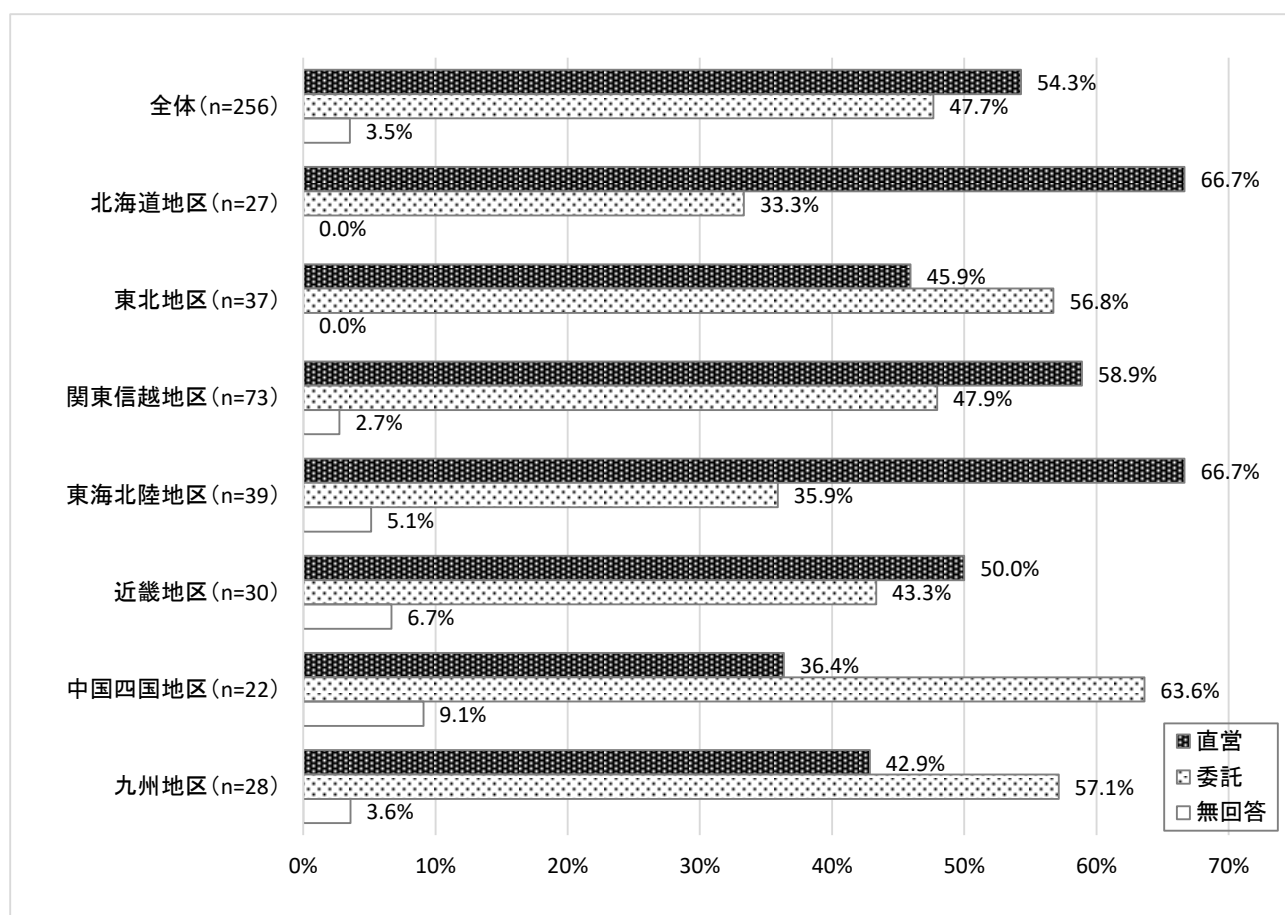


図 3-3-2 口腔機能向上プログラム 実施形態（複数回答）

③実施延回数

口腔機能向上プログラムの実施延回数の平均を全体でみると、48.2 回である。地区別でみると、中国四国地区が 89.2 回、近畿地区が 73.6 回、九州地区が 73.0 回であり、この 3 地区の実施延回数が高くなっている（図 3-3-3）。

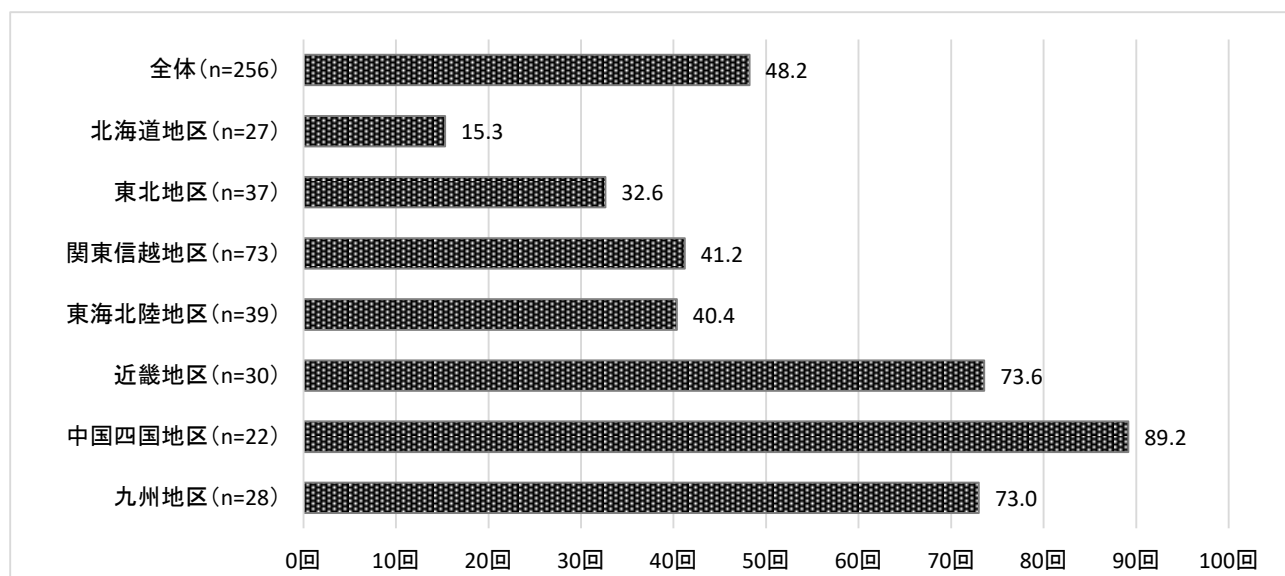


図 3-3-3 口腔機能向上プログラム 実施延べ回数

4) 運動器の機能向上プログラム

①実施の有無

運動器の機能向上プログラムの実施有無を全体でみると、「あり」が73.6%、「なし」が26.4%であり、7割強が実施している。地区別に「あり」の割合をみると、東海北陸地区が85.1%で最も高く、次いで中国四国地区が81.7%、東北地区が76.8%、関東信越地区が74.3%、北海道地区が68.2%、九州地区が67.4%、近畿地区が62.6%となっている(図3-4-1)。

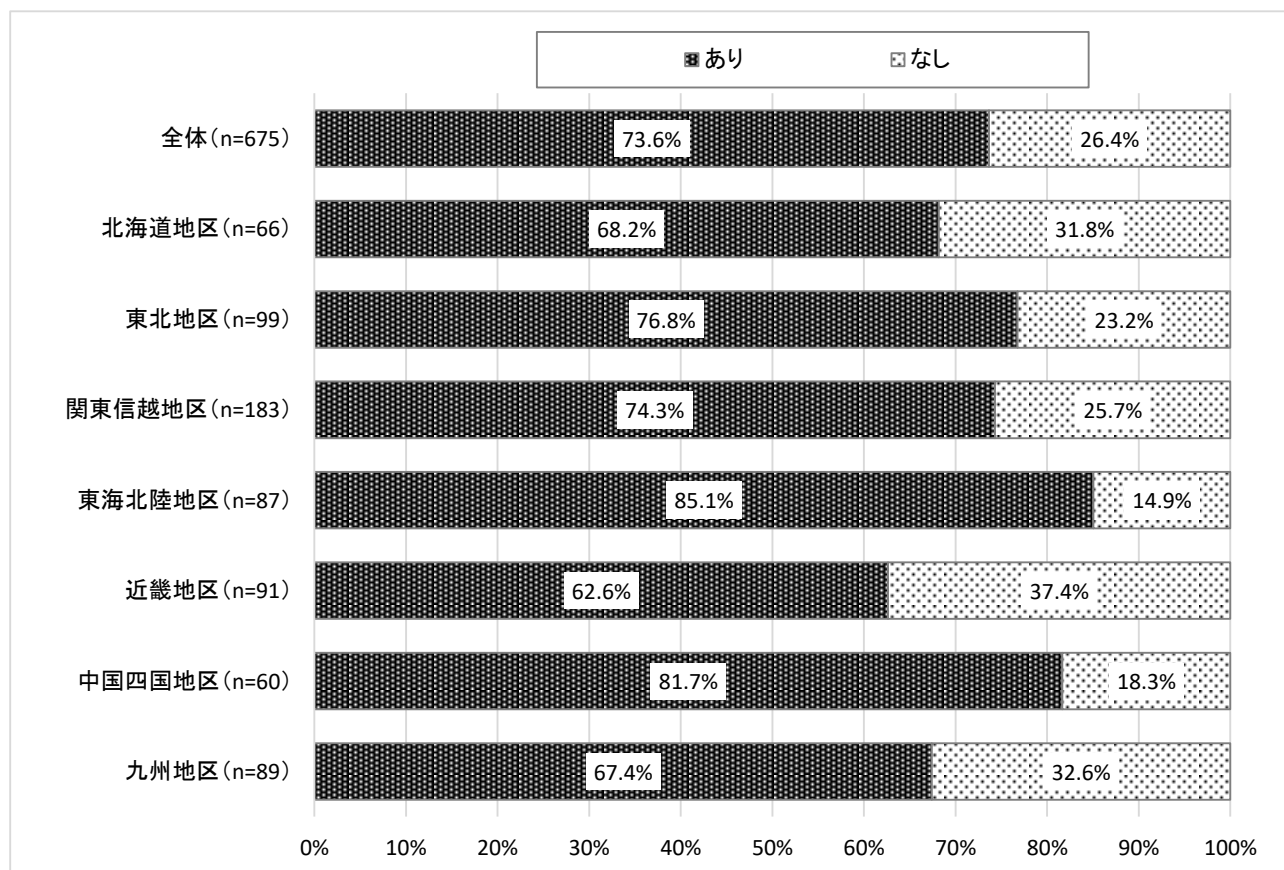


図3-4-1 運動器の機能向上プログラム 実施の有無

②実施形態

運動器の機能向上プログラムの実施形態を全体でみると、「直営」が35.8%、「委託」が74.0%となっている。地区別でみると、「直営」では、北海道地区が42.2%で最も高く、近畿地区が42.1%、東海北陸地区が40.5%であり、この3地区が4割を超えている。「委託」では、中国四国地区が83.7%で最も高く、東北地区が81.6%であり、この2地区が8割を超えている(図3-4-2)。

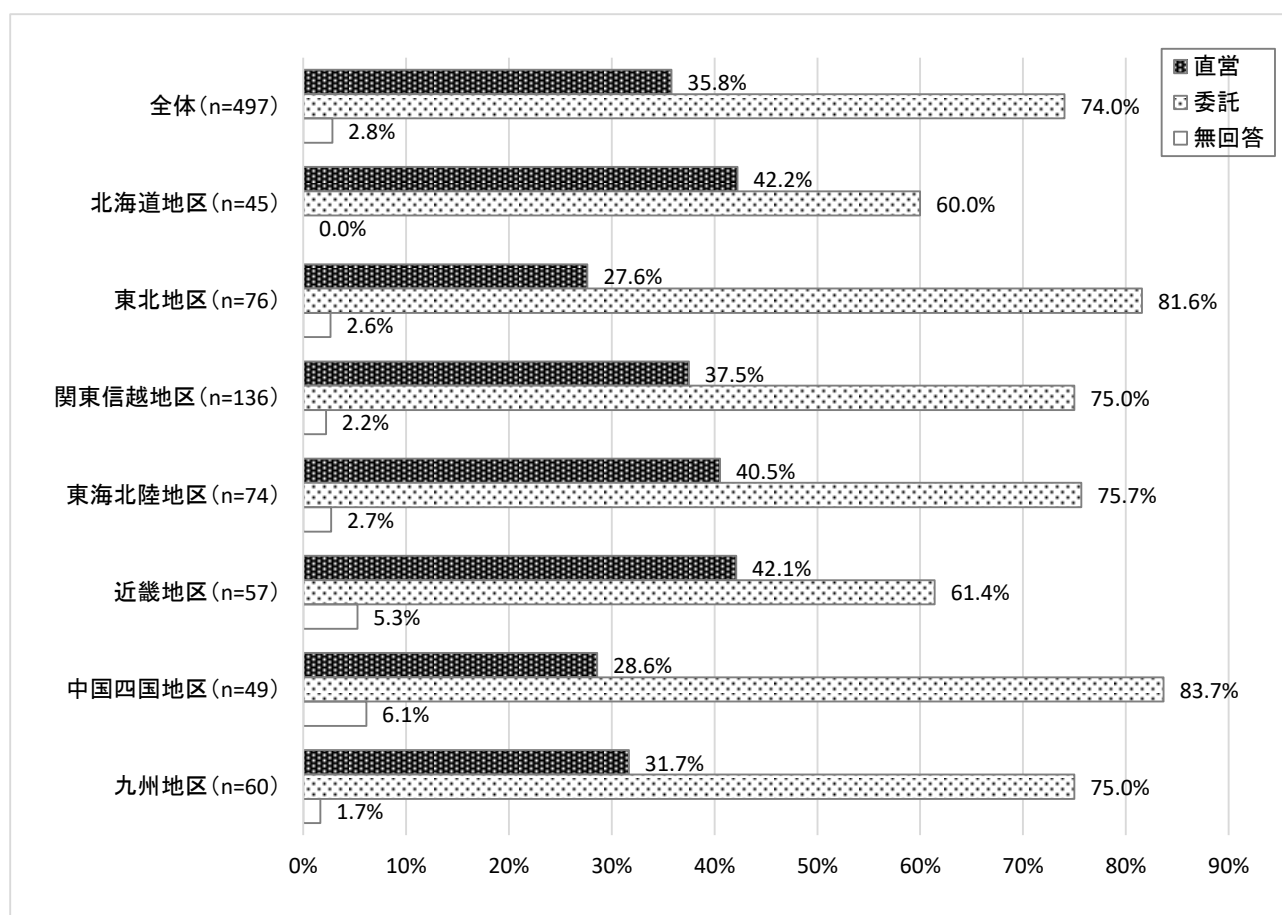


図 3-4-2 運動器の機能向上プログラム 実施形態（複数回答）

③実施延回数

運動器の機能向上プログラムの実施延回数の平均を全体でみると、545.8 回である。地区別でみると、中国四国地区が 1223.4 回、近畿地区が 976.3 回、東海北陸地区が 815.3 回であり、この 3 地区の実施延回数が高くなっている（図 3-4-3）。

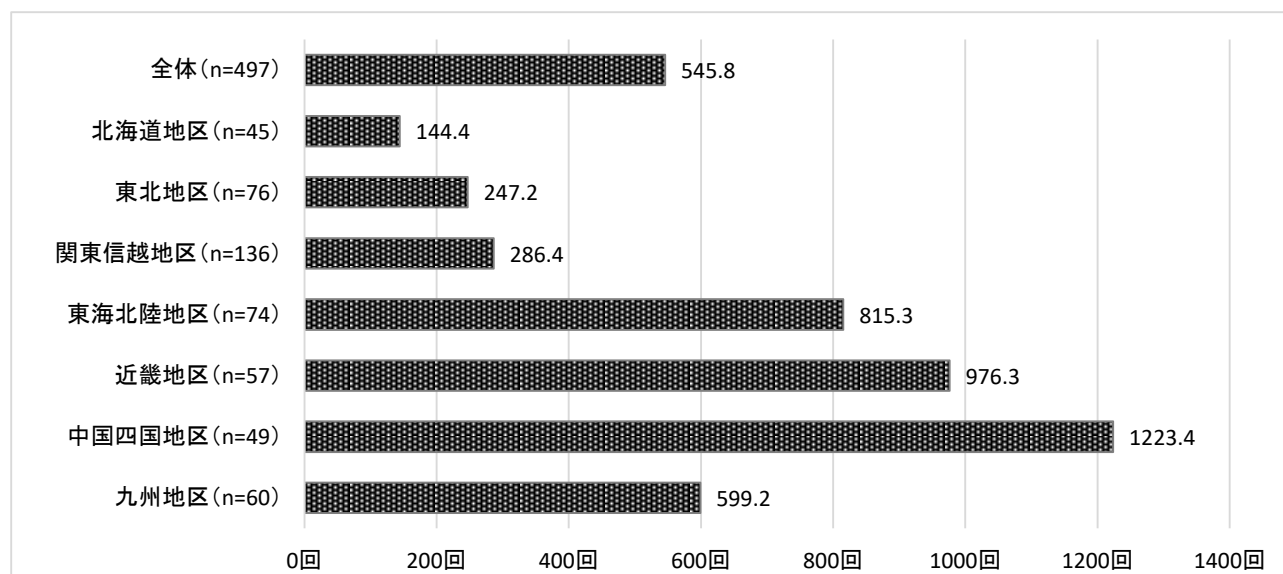


図 3-4-3 運動器の機能向上プログラム 実施延べ回数

5) 住民参加型介護予防プログラム

①実施の有無

住民参加型介護予防プログラムの実施有無を全体でみると、「あり」が34.7%、「なし」が65.3%であり、3割強が実施している。地区別に「あり」の割合をみると、近畿地区が38.5%で最も高く、次いで関東信越地区が37.7%、東海北陸地区が35.6%、中国四国地区が33.3%、九州地区が31.5%、東北地区が31.3%、北海道地区が30.3%となっている(図3-5-1)。

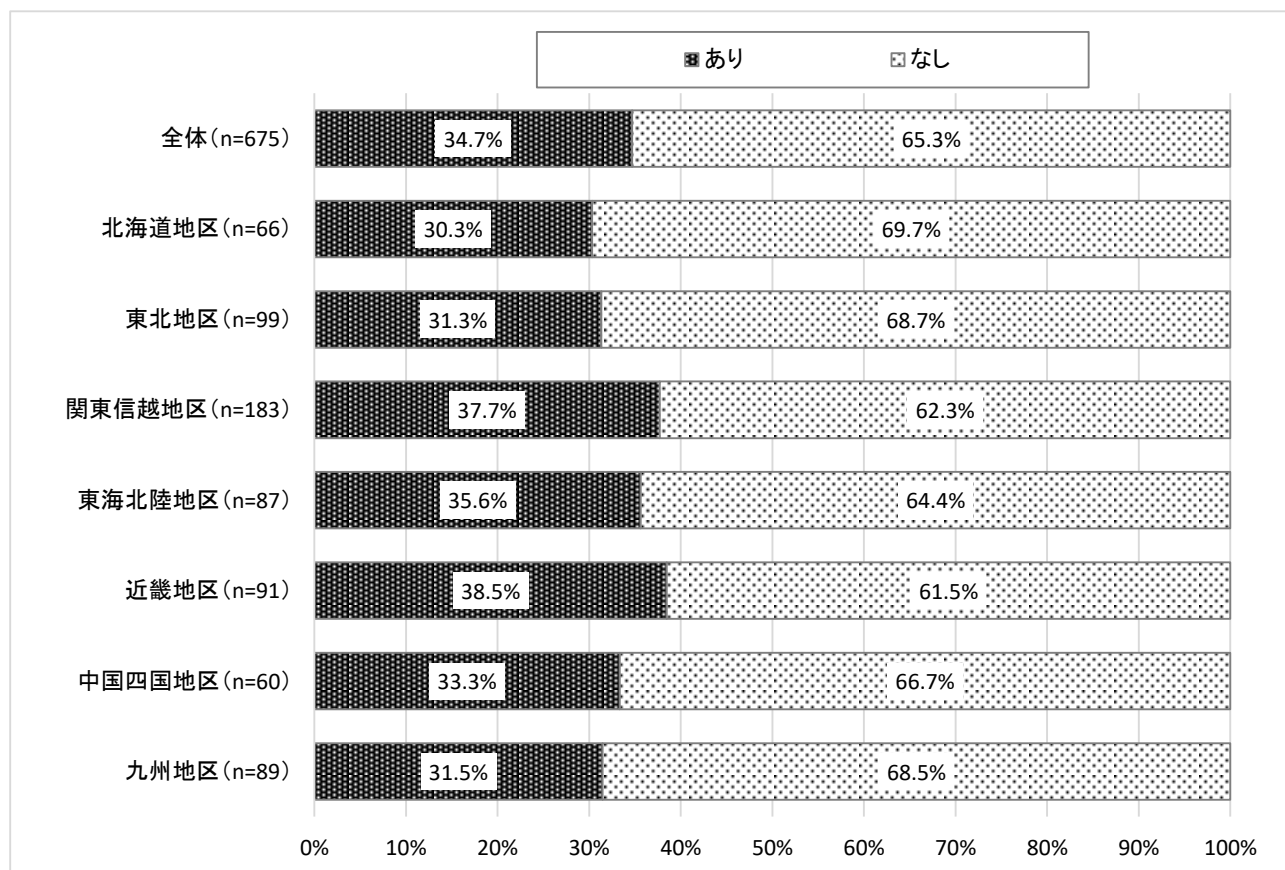


図 3-5-1 住民参加型介護予防プログラム 実施の有無

②実施形態

住民参加型介護予防プログラムの実施形態を全体でみると、「直営」が61.5%、「委託」が34.2%となっている。地区別でみると、「直営」では、東北地区が71.0%で最も高く、近畿地区が68.6%、関東信越地区が68.1%であり、この3地区が7割前後である。「委託」では、九州地区が50.0%で最も高く、東海北陸地区が41.9%であり、この2地区の委託割合が高くなっている(図3-5-2)。

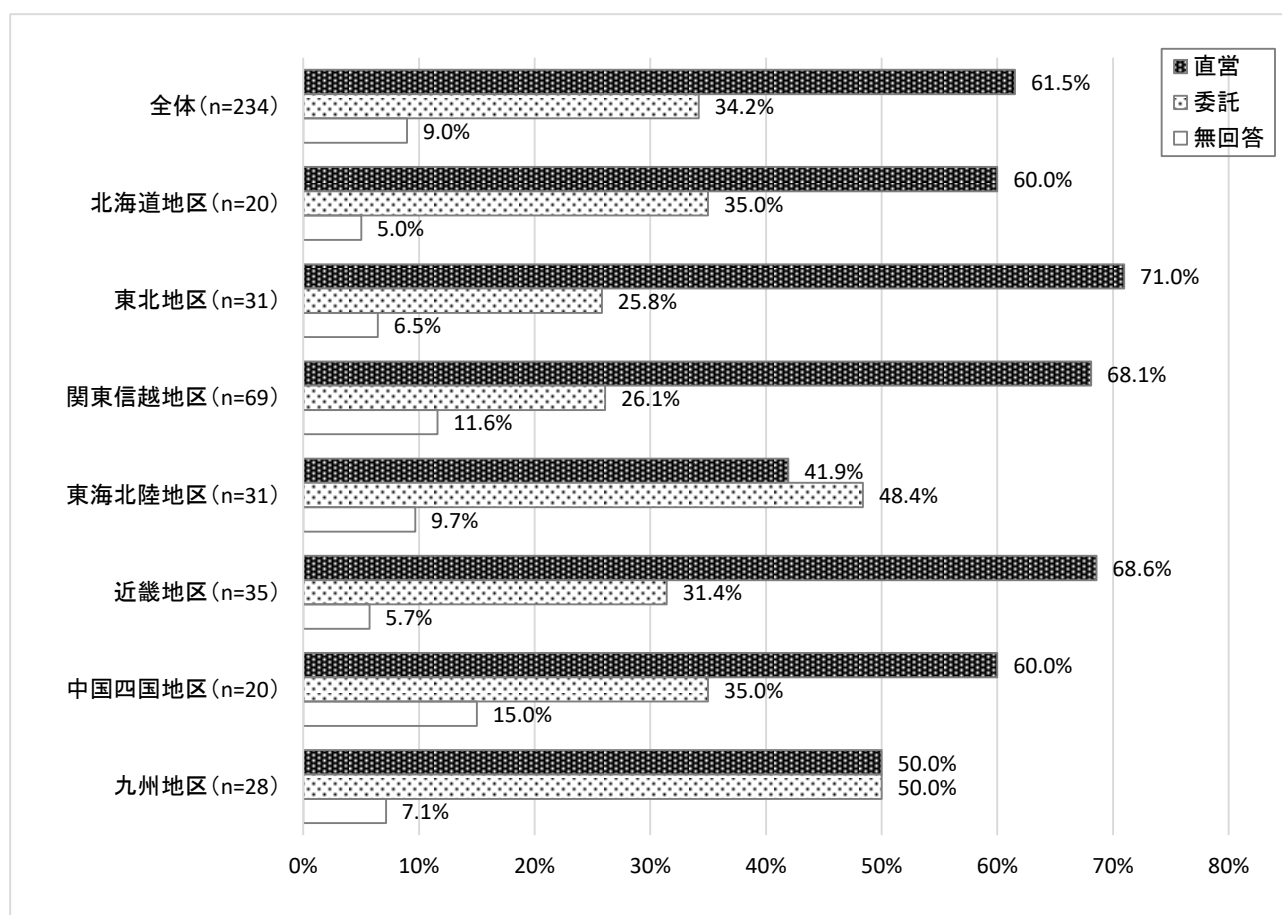


図 3-5-2 住民参加型介護予防プログラム 実施形態（複数回答）

③実施延回数

住民参加型介護予防プログラムの実施延回数の平均を全体でみると、494.5 回である。地区別でみると、近畿地区が 907.1 回で高く、東北地区では 64.6 回で最も低くなっている（図 3-5-3）。

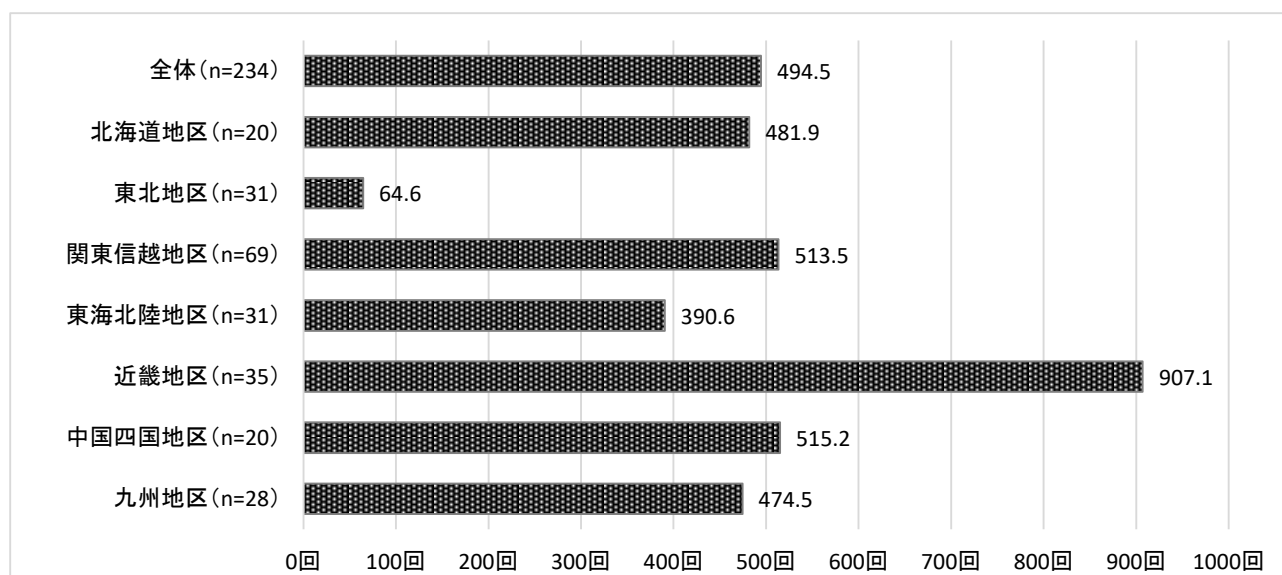


図 3-5-3 住民参加型介護予防プログラム 実施延べ回数

6) 独自事業

①実施の有無

独自事業の実施有無を全体でみると、「あり」が34.5%、「なし」が65.5%であり、3割強が実施している。地区別に「あり」の割合をみると、関東信越地区が39.9%で最も高く、次いで東北地区が38.4%、東海北陸地区が33.3%、近畿地区が33.0%、北海道地区が31.8%、九州地区が29.2%、中国四国地区が26.7%となっている(図3-6-1)。

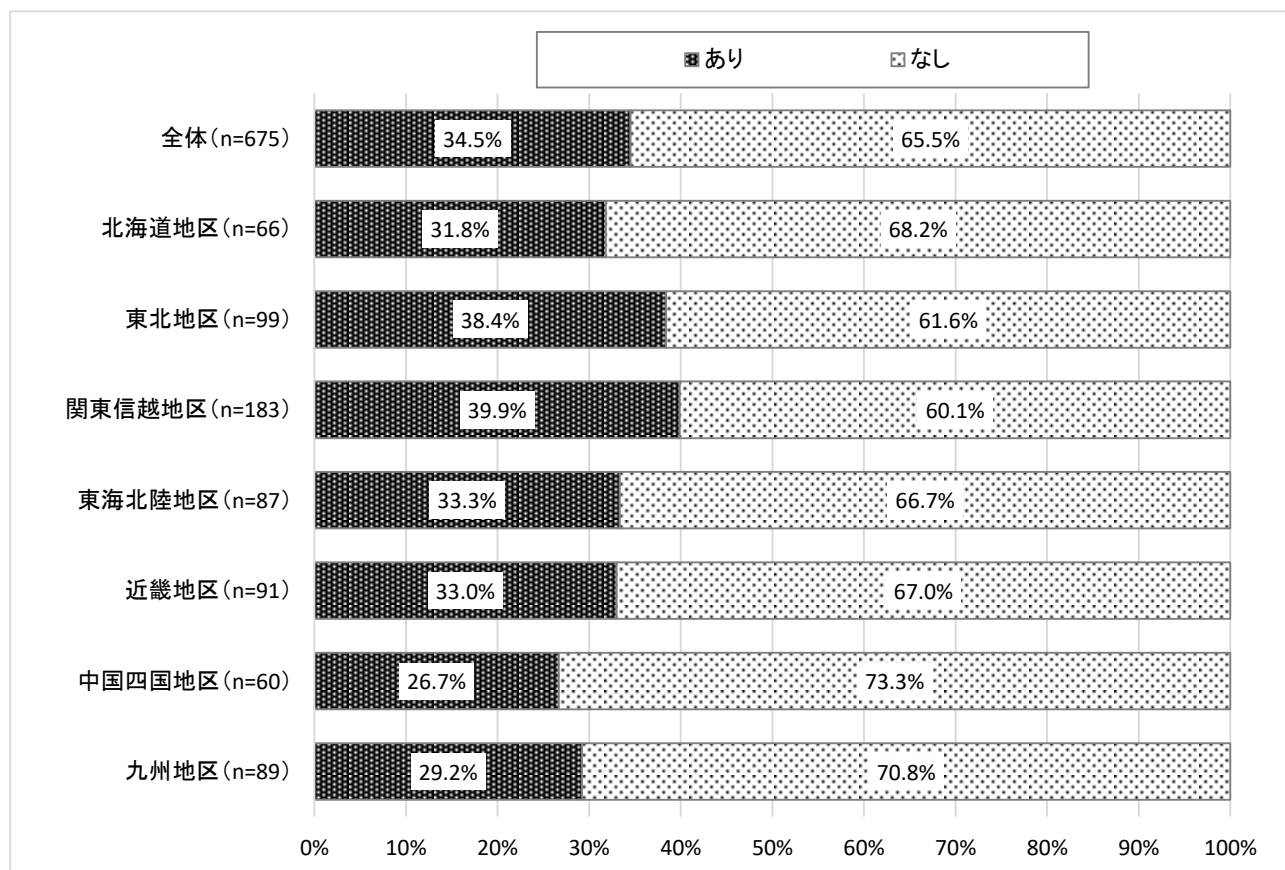


図3-6-1 独自事業 実施の有無

②実施形態

独自事業の実施形態を全体でみると、「直営」が52.8%、「委託」が47.2%となっている。地区別でみると、「直営」では、北海道地区が57.1%で最も高く、関東信越地区が56.2%、東海北陸地区が55.2%であり、この3地区の直営割合が高くなっている。「委託」では、近畿地区が52.7%で最も高く、東海北陸地区が44.5%であり、この2地区の委託割合が高くなっている(図3-6-2)。

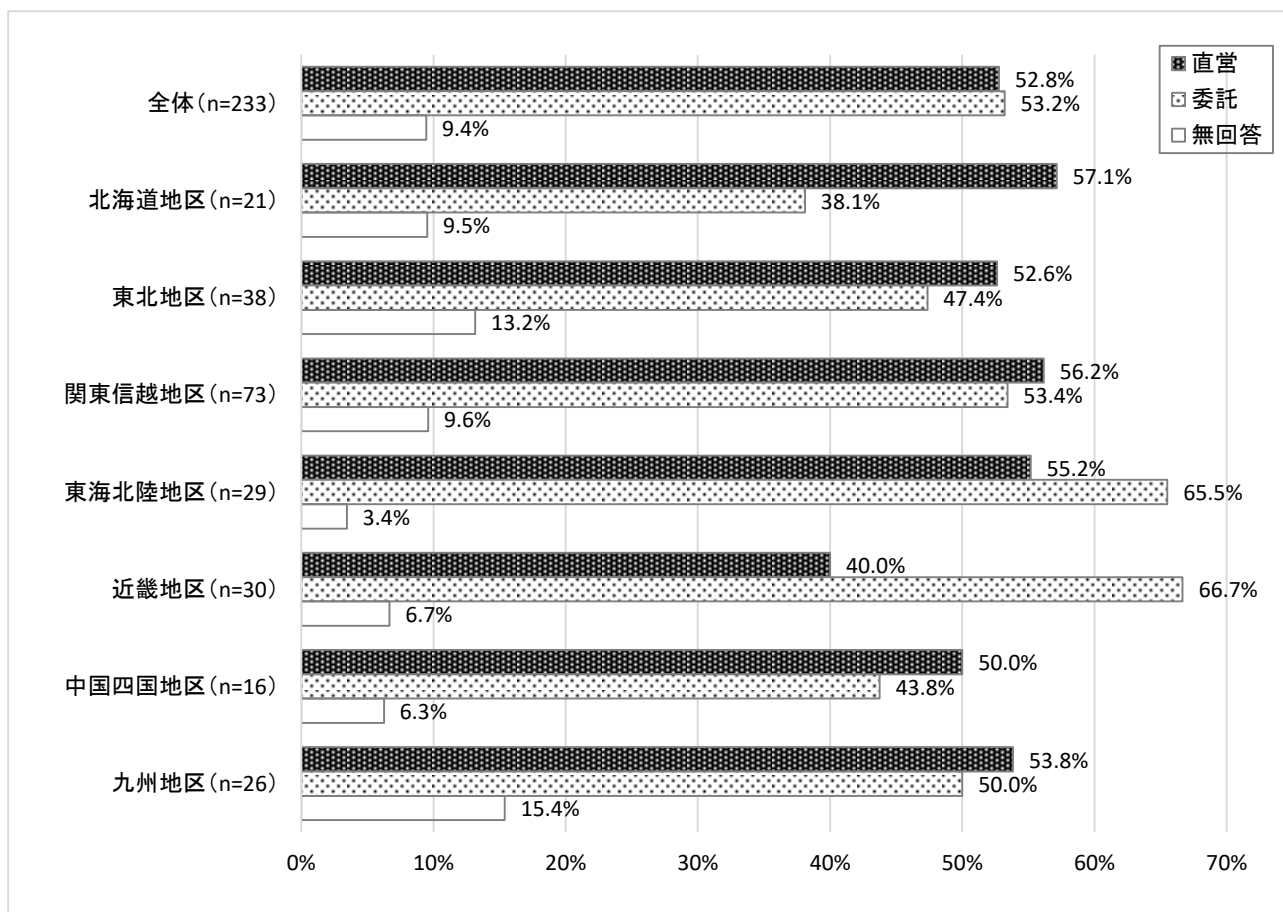


図 3-6-2 独自事業 実施形態（複数回答）

③実施延回数

独自事業の実施延回数の平均を全体でみると、195.9 回である。地区別でみると、九州地区が 451.8 回、東海北陸地区が 308.8 回であり、この 2 地区の実施延回数が高くなっている（図 3-6-3）。

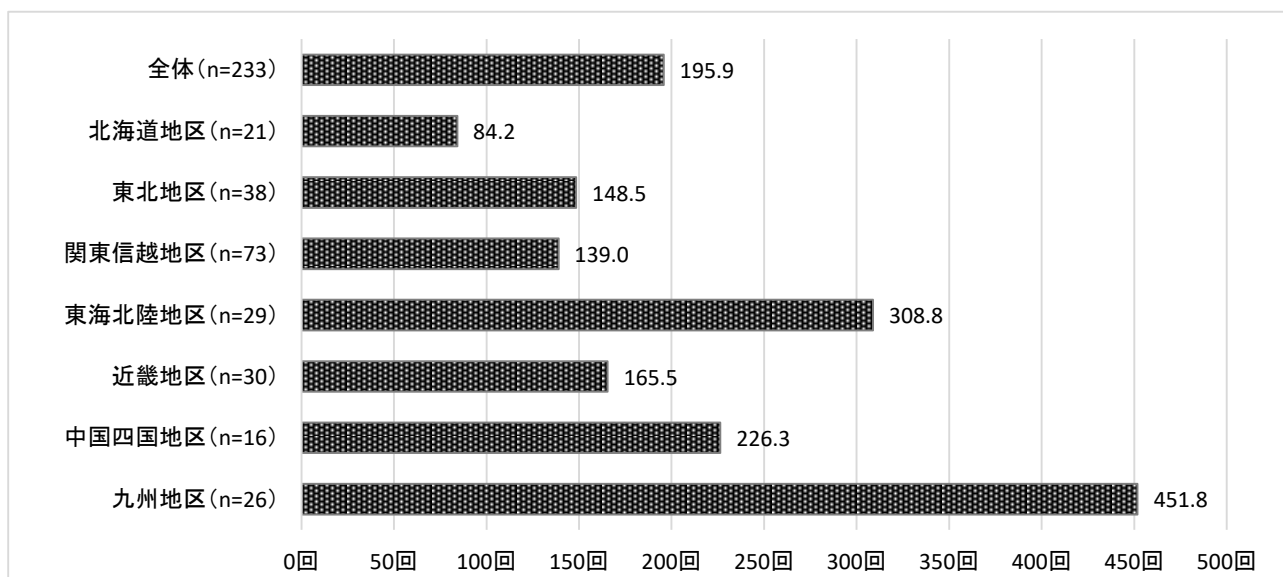


図 3-6-3 独自事業 実施延べ回数

(4) 介護予防プログラムの実績

1) 複合プログラム 1（運動＋栄養）

①導入年次

複合プログラム 1（運動＋栄養）の導入年次を全体でみると、「2007 年以前」が 42.2%、「2008 年～2012 年」が 28.9%、「2013 年以降」が 20.0%となっている。地区別は n 数が少ないため割愛する（図 4-1-1）。

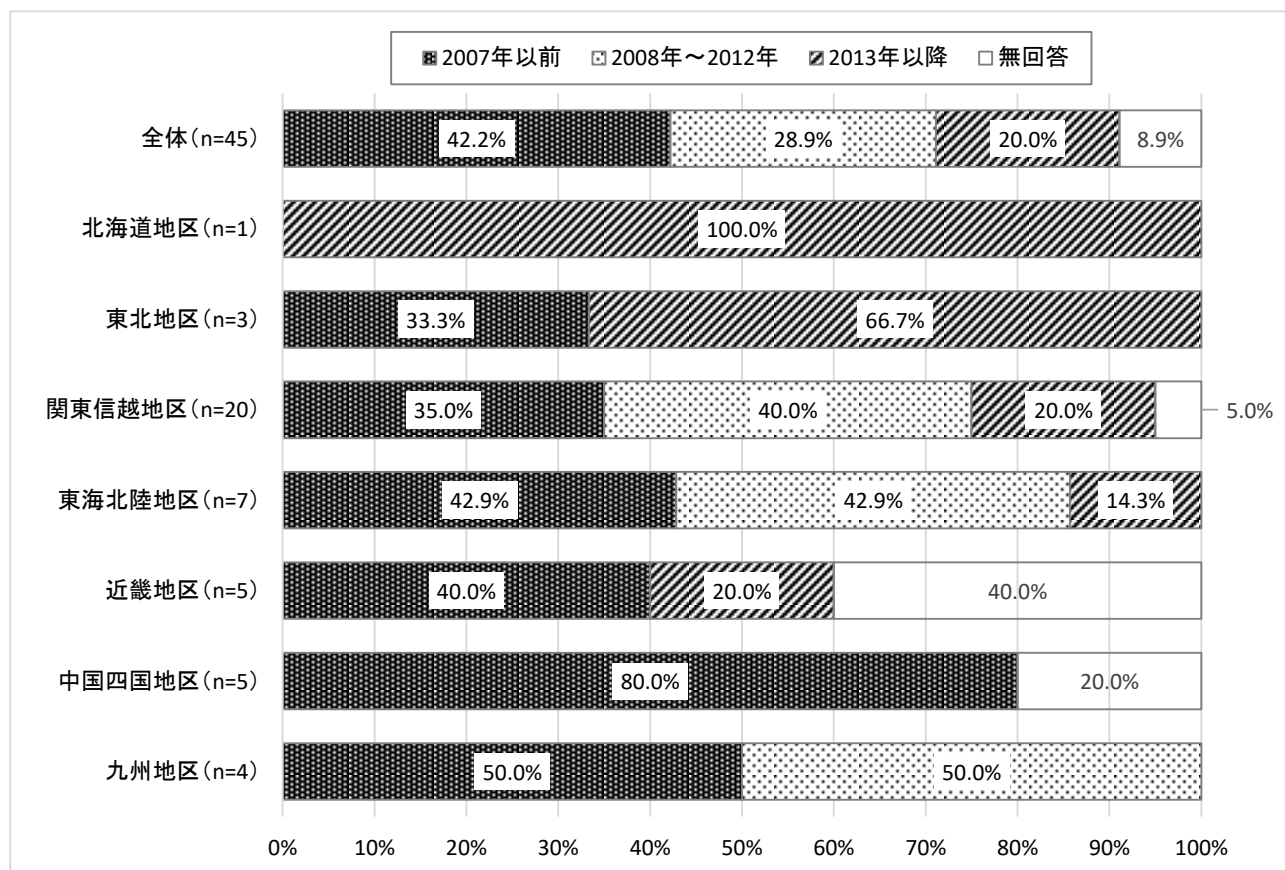


図 4-1-1 複合プログラム 1（運動＋栄養） 導入年次

②継続期間と前年度参加者数

複合プログラム 1（運動＋栄養）の継続期間と前年度参加者数の平均を全体でみると、継続期間が 6.8 年、前年度参加者数が 249.0 人となっている。地区別は n 数が少ないため割愛する（表 4-1-2）。

表 4-1-2 複合プログラム 1（運動＋栄養） 継続期間と前年度参加者数

	継続期間 平均期間(年)		前年度参加者数 平均人数(人)	
	回答数	継続期間	回答数	前年度参加者数
全体	39	6.8	45	249.0
北海道地区	1	2.0	1	14.0
東北地区	3	5.0	3	1408.3
関東信越地区	18	6.4	20	102.3
東海北陸地区	7	7.1	7	210.9
近畿地区	3	7.0	5	87.2
中国四国地区	4	9.8	5	296.6
九州地区	3	7.3	4	381.8

③導入時と現在の対象者数の増減

複合プログラム 1（運動＋栄養）の導入時と現在の対象者数の増減を全体でみると、「増」が 42.2%、「減」が 31.1%、「不変」が 17.8%となっている。地区別は n 数が少ないため割愛する（図 4-1-3）。

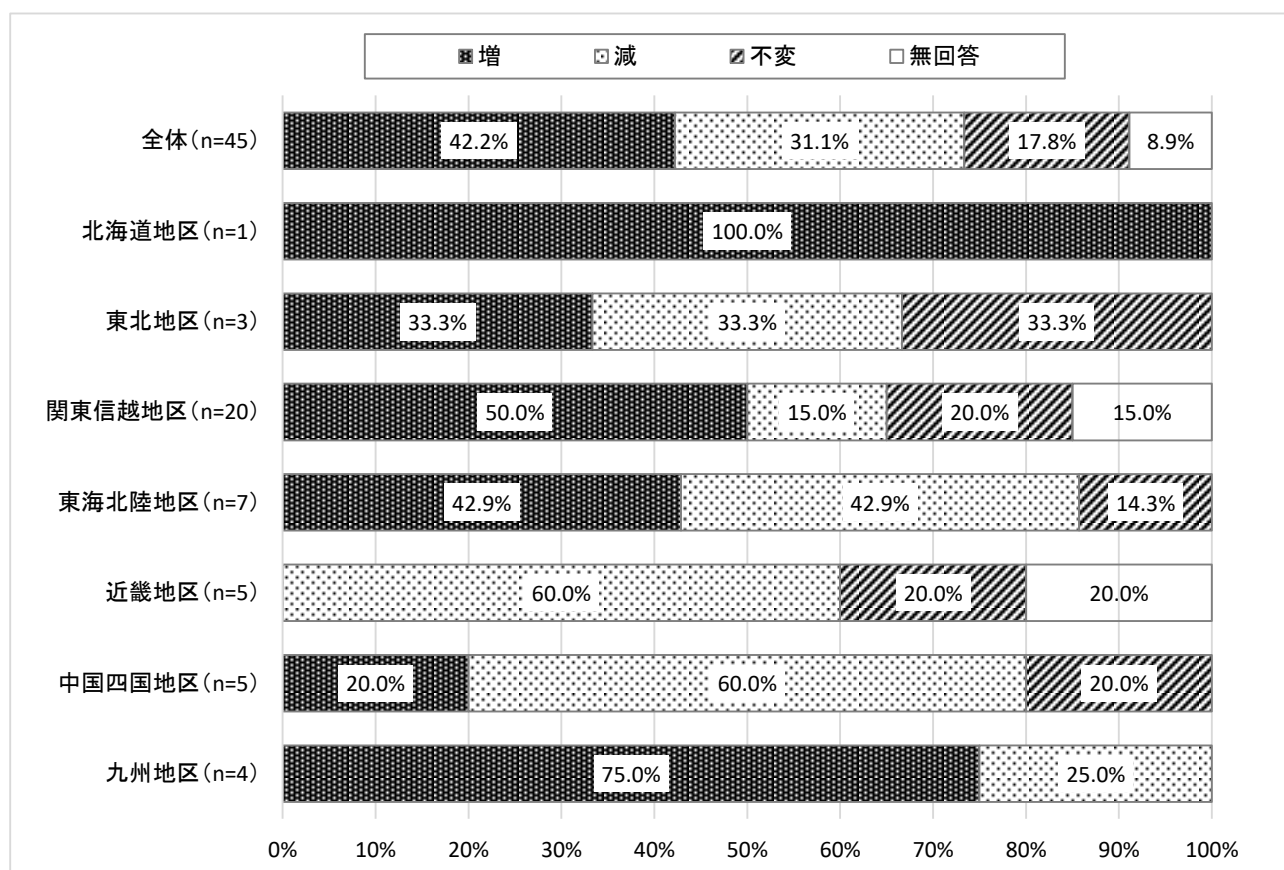


図 4-1-3 複合プログラム 1（運動＋栄養） 導入時と現在の対象者数の増減

2) 複合プログラム2（栄養＋口腔）

①導入年次

複合プログラム2（栄養＋口腔）の導入年次を全体でみると、「2007年以前」が25.3%、「2008年～2012年」が44.3%、「2013年以降」が24.1%となっている。地区別はn数が少ないため割愛する（図4-2-1）。

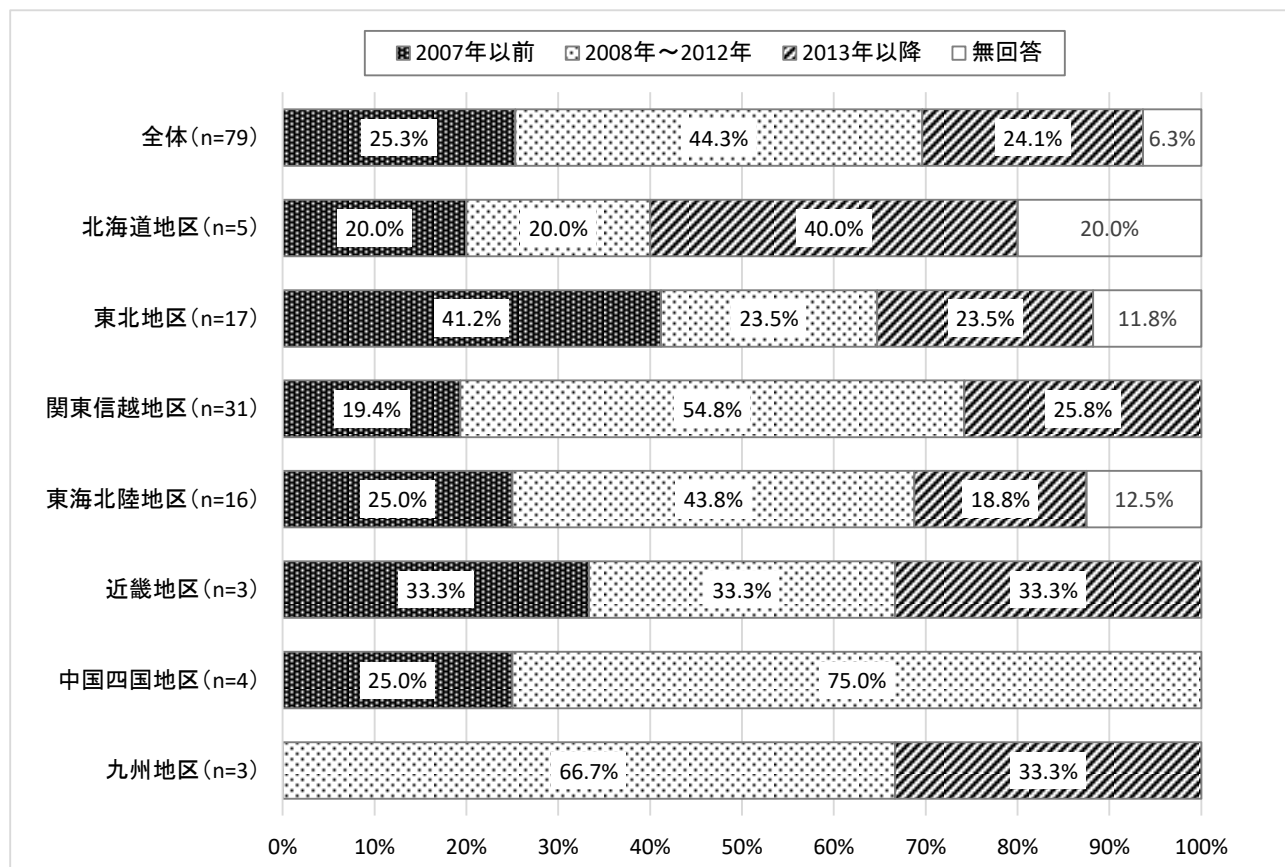


図 4-2-1 複合プログラム2（栄養＋口腔） 導入年次

②継続期間と前年度参加者数

複合プログラム2（栄養＋口腔）の継続期間と前年度参加者数の平均を全体でみると、継続期間が6.1年、前年度参加者数が83.3人となっている。地区別はn数が少ないため割愛する（表4-2-2）。

表 4-2-2 複合プログラム 2（栄養＋口腔） 継続期間と前年度参加者数

	継続期間 平均期間(年)		前年度参加者数 平均人数(人)	
	回答数	継続期間	回答数	前年度参加者数
全体	67	6.1	78	83.3
北海道地区	4	5.0	5	277.2
東北地区	14	6.8	16	74.6
関東信越地区	25	5.6	31	50.3
東海北陸地区	14	6.6	16	123.4
近畿地区	3	5.7	3	91.3
中国四国地区	4	6.8	4	14.0
九州地区	3	5.3	3	18.7

③導入時と現在の対象者数の増減

複合プログラム 2（栄養＋口腔）の導入時と現在の対象者数の増減を全体でみると、「増」が 55.7%、「減」が 22.8%、「不変」が 11.4%となっている。地区別は n 数が少ないため割愛する（図 4-2-3）。

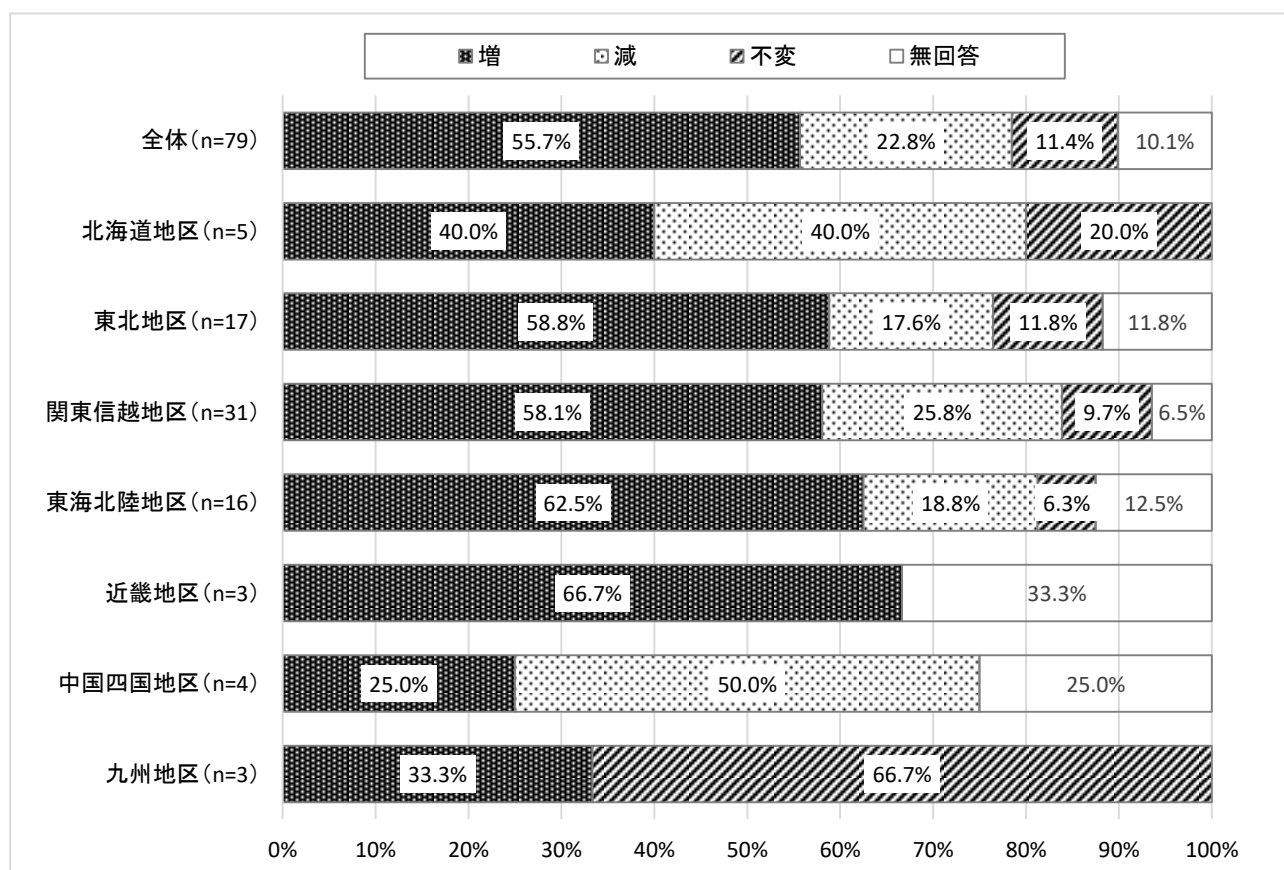


図 4-2-3 複合プログラム 2（栄養＋口腔） 導入時と現在の対象者数の増減

3) 複合プログラム3（口腔＋運動）

①導入年次

複合プログラム3（口腔＋運動）の導入年次を全体でみると、「2007年以前」が32.9%、「2008年～2012年」が31.7%、「2013年以降」が26.8%となっている。地区別はn数が少ないため割愛する（図4-3-1）。

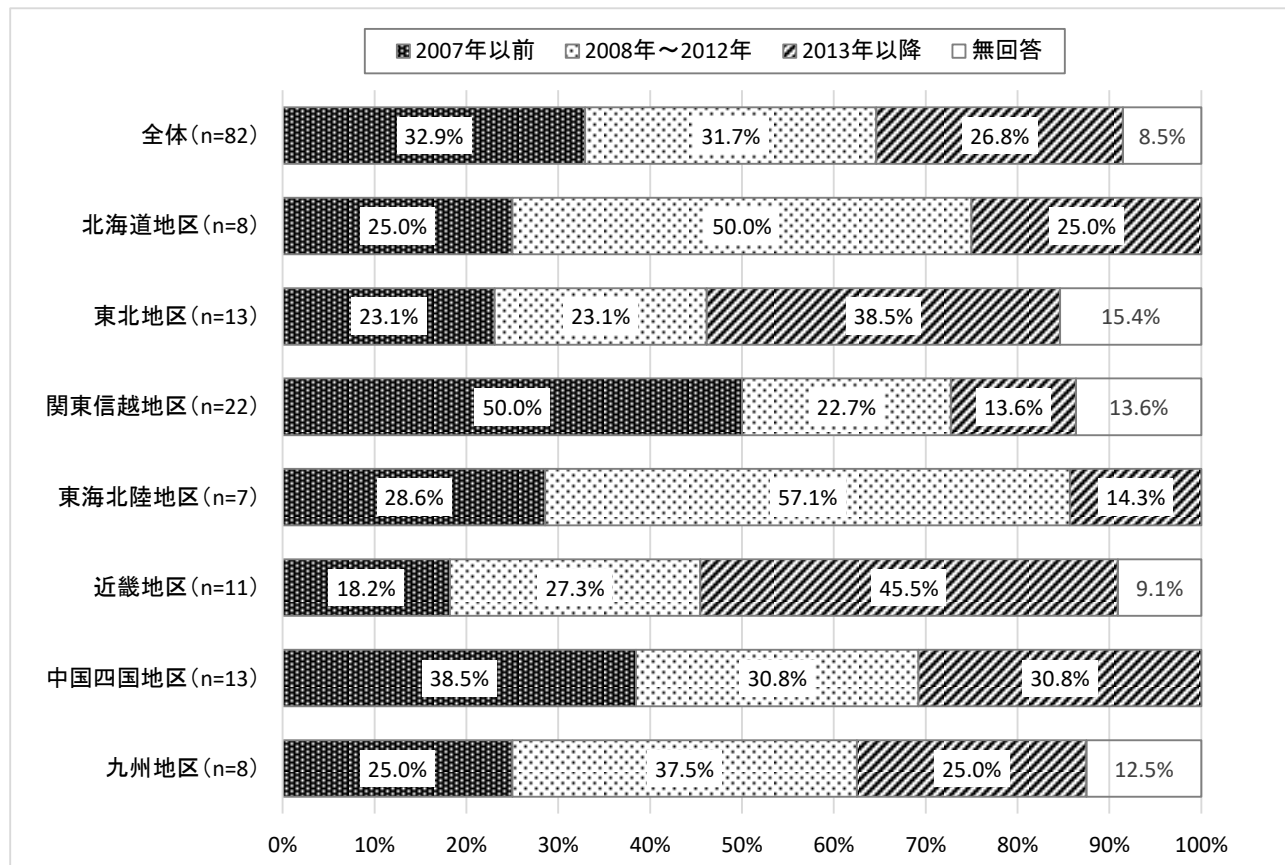


図 4-3-1 複合プログラム3（口腔＋運動） 導入年次

②継続期間と前年度参加者数

複合プログラム3（口腔＋運動）の継続期間と前年度参加者数の平均を全体でみると、継続期間が6.4年、前年度参加者数が665.7人となっている。地区別はn数が少ないため割愛する（表4-3-2）。

表 4-3-2 複合プログラム 3（口腔＋運動） 継続期間と前年度参加者数

	継続期間 平均期間(年)		前年度参加者数 平均人数(人)	
	回答数	継続期間	回答数	前年度参加者数
全体	73	6.4	80	665.7
北海道地区	8	6.8	8	342.0
東北地区	11	5.1	13	266.1
関東信越地区	18	7.6	21	1608.0
東海北陸地区	7	6.9	7	294.1
近畿地区	10	5.0	11	562.5
中国四国地区	13	6.9	13	346.6
九州地区	6	5.2	7	76.9

③導入時と現在の対象者数の増減

複合プログラム 3（口腔＋運動）の導入時と現在の対象者数の増減を全体でみると、「増」が 45.1%、「減」が 26.8%、「不変」が 11.0%となっている。地区別は n 数が少ないため割愛する（図 4-3-3）。

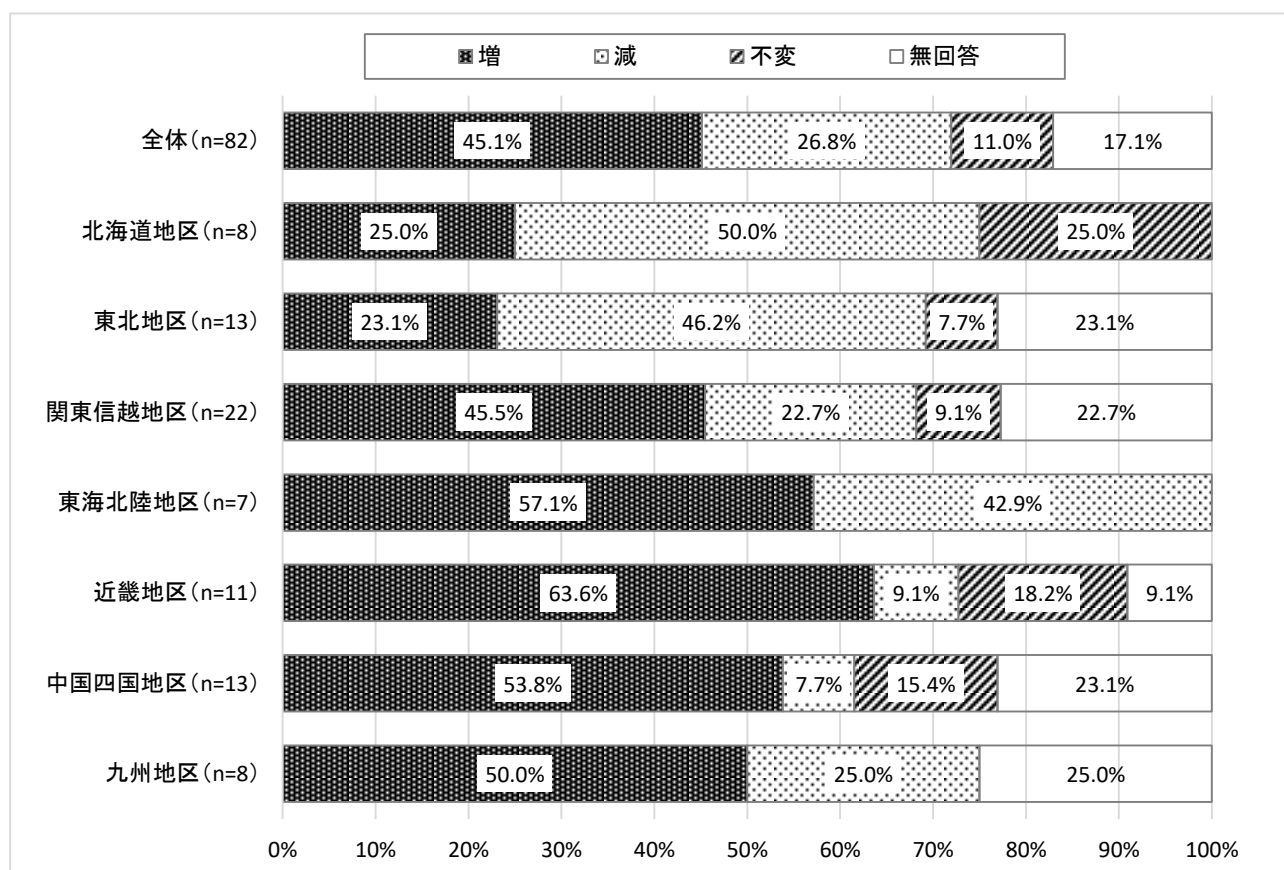


図 4-3-3 複合プログラム 3（口腔＋運動） 導入時と現在の対象者数の増減

4) 複合プログラム4（運動＋栄養＋口腔）

①導入年次

複合プログラム4（運動＋栄養＋口腔）の導入年次を全体でみると、「2007年以前」が36.7%、「2008年～2012年」が31.6%、「2013年以降」が26.9%となっている。地区別でみると、「2007年以前」では、中国四国地区が52.0%、「2008年～2012年」では、東海北陸地区が41.4%、「2013年以降」では、九州地区が42.9%でそれぞれ高くなっている（図4-4-1）。

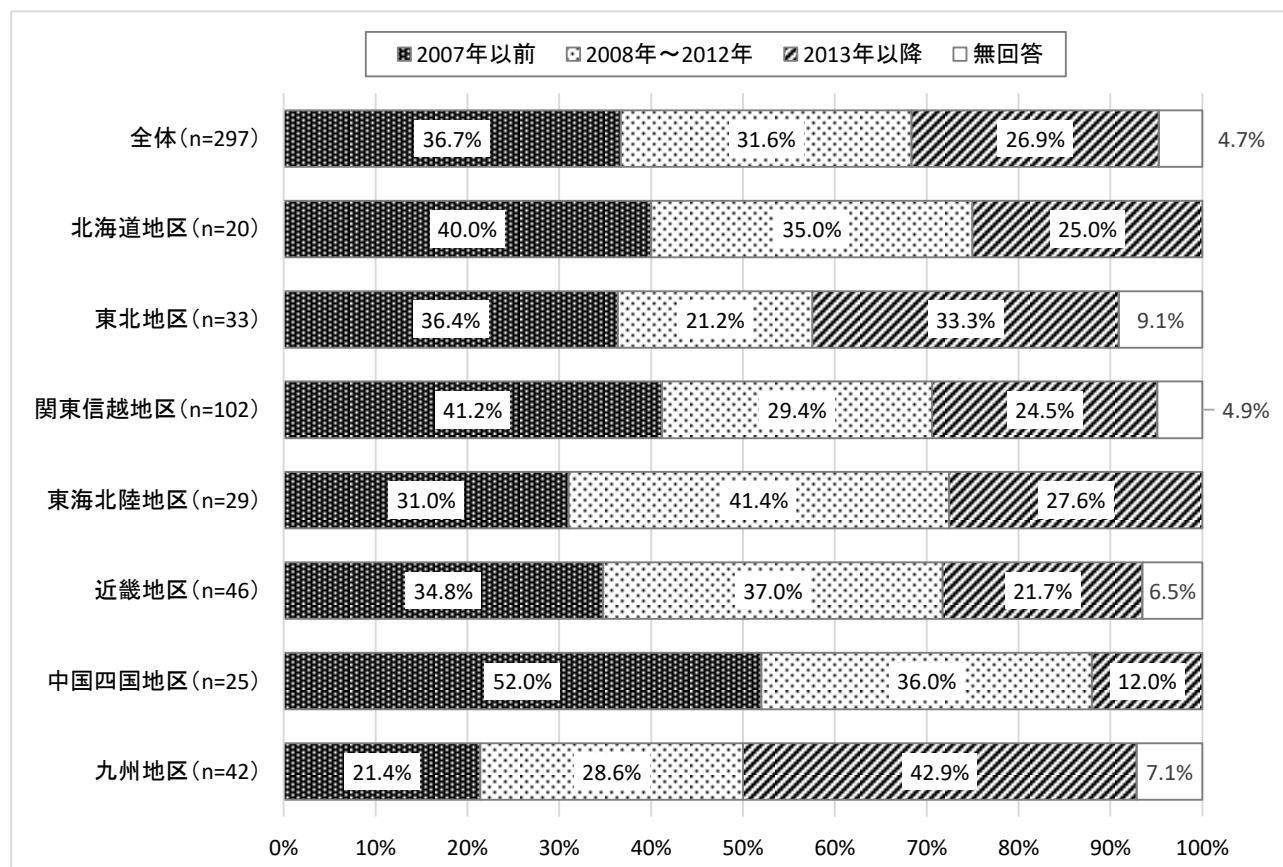


図4-4-1 複合プログラム4（運動＋栄養＋口腔） 導入年次

②継続期間と前年度参加者数

複合プログラム4（運動＋栄養＋口腔）の継続期間と前年度参加者数の平均を全体でみると、継続期間が6.5年、前年度参加者数が484.7人となっている。地区別でみると、継続期間では、中国四国地区が8.4年、前年度参加者数では、中国四国地区が819.7人で最も高くなっている（表4-4-2）。

表 4-4-2 複合プログラム 4（運動＋栄養＋口腔） 継続期間と前年度参加者数

	継続期間 平均期間(年)		前年度参加者数 平均人数(人)	
	回答数	継続期間	回答数	前年度参加者数
全体	265	6.5	287	484.7
北海道地区	20	7.0	20	346.4
東北地区	28	5.9	31	178.5
関東信越地区	92	6.7	100	432.2
東海北陸地区	27	6.4	28	294.5
近畿地区	39	6.5	46	669.6
中国四国地区	25	8.4	24	819.7
九州地区	34	5.1	38	650.1

③導入時と現在の対象者数の増減

複合プログラム 4（運動＋栄養＋口腔）の導入時と現在の対象者数の増減を全体でみると、「増」が 58.9%、「減」が 22.6%、「不変」が 9.8%となっている。地区別で「増」をみると、中国四国地区が 72.0%で最も高く、関東信越地区が 62.7%、北海道地区が 60.0%の順となっている（図 4-4-3）。

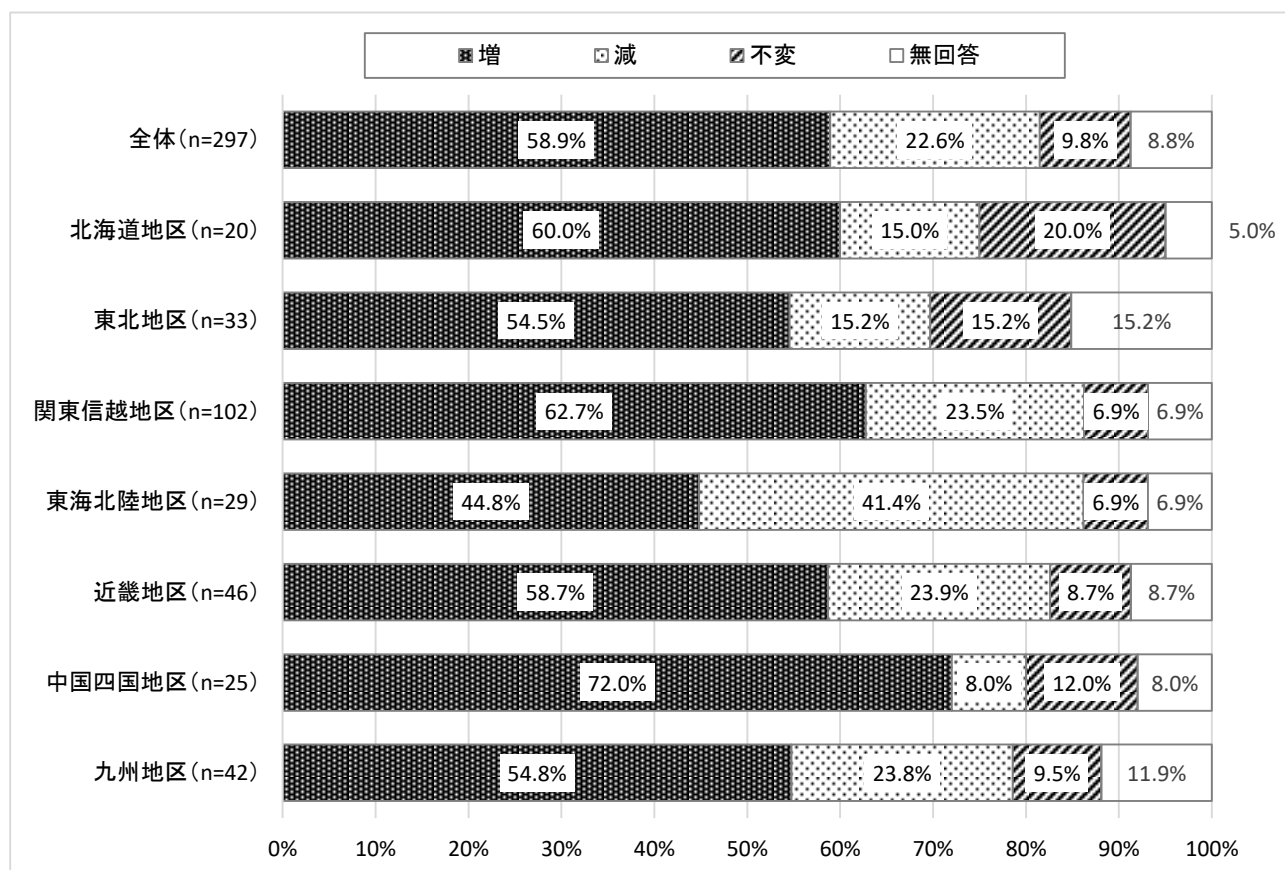


図 4-4-3 複合プログラム 4（運動＋栄養＋口腔） 導入時と現在の対象者数の増減

5) 栄養改善プログラム

①導入年次

栄養改善プログラムの導入年次を全体でみると、「2007 年以前」が 55.7%、「2008 年～2012 年」が 27.3%、「2013 年以降」が 7.1%となっている。地区別でみると、「2007 年以前」では、東海北陸地区が 66.7%、「2008 年～2012 年」では、九州地区が 44.4%、「2013 年以降」では、北海道地区が 22.2%でそれぞれ高くなっている（図 4-5-1）。

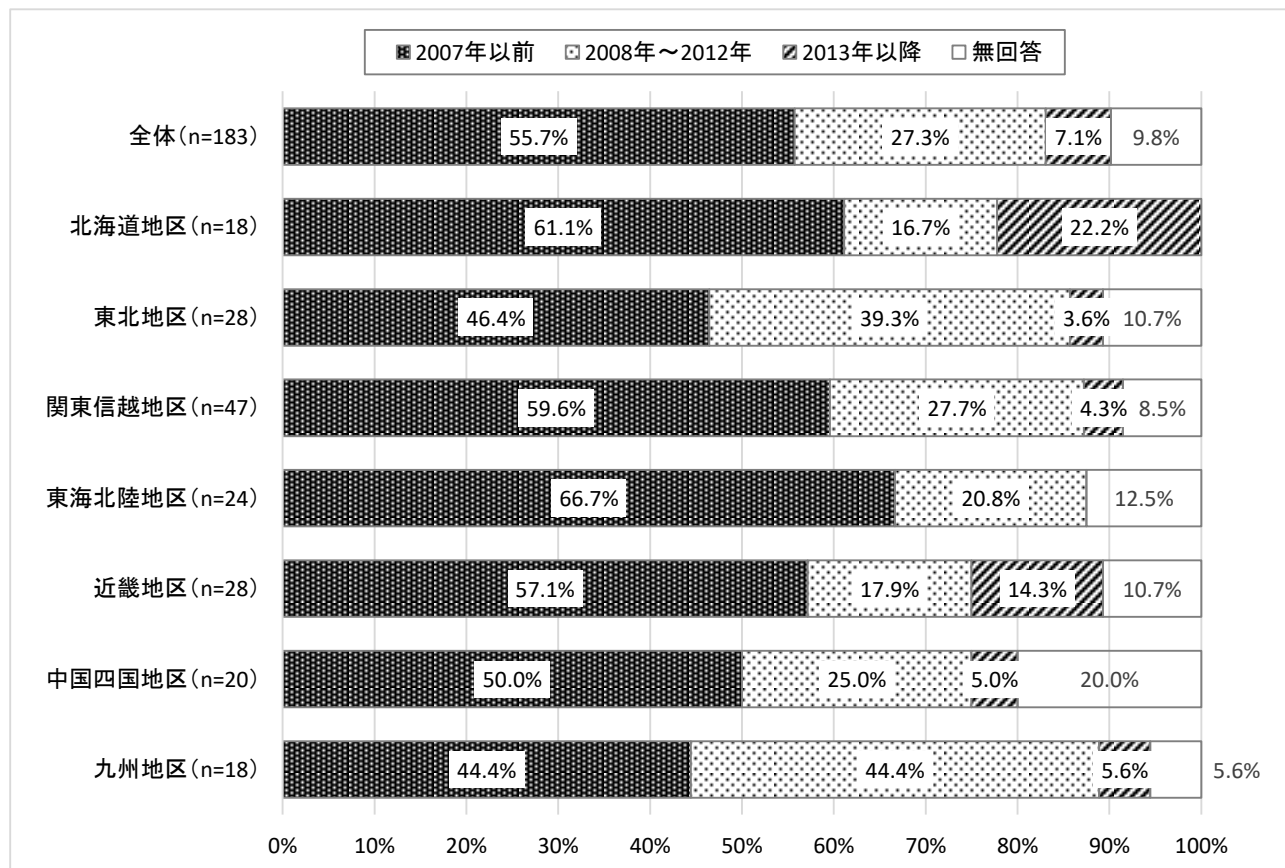


図 4-5-1 栄養改善プログラム 導入年次

②継続期間と前年度参加者数

栄養改善プログラムの継続期間と前年度参加者数の平均を全体でみると、継続期間が 8.4 年、前年度参加者数が 290.4 人となっている。地区別でみると、継続期間では、近畿地区が 8.6 年、前年度参加者数では、中国四国地区が 1168.3 人で最も高くなっている（表 4-5-2）。

表 4-5-2 栄養改善プログラム 継続期間と前年度参加者数

	継続期間 平均期間(年)		前年度参加者数 平均人数(人)	
	回答数	継続期間	回答数	前年度参加者数
全体	145	8.4	177	290.4
北海道地区	16	8.5	17	17.4
東北地区	24	8.4	28	73.9
関東信越地区	38	8.5	45	237.1
東海北陸地区	19	8.2	24	523.3
近畿地区	20	8.6	28	132.7
中国四国地区	14	8.0	18	1168.3
九州地区	14	8.1	17	62.6

③導入時と現在の対象者数の増減

栄養改善プログラムの導入時と現在の対象者数の増減を全体でみると、「増」が 47.5%、「減」が 34.4%、「不変」が 3.3%となっている。地区別で「増」をみると、東海北陸地区が 62.5%で最も高く、関東信越地区が 51.1%、中国四国地区が 50.0%の順となっている（図 4-5-3）。

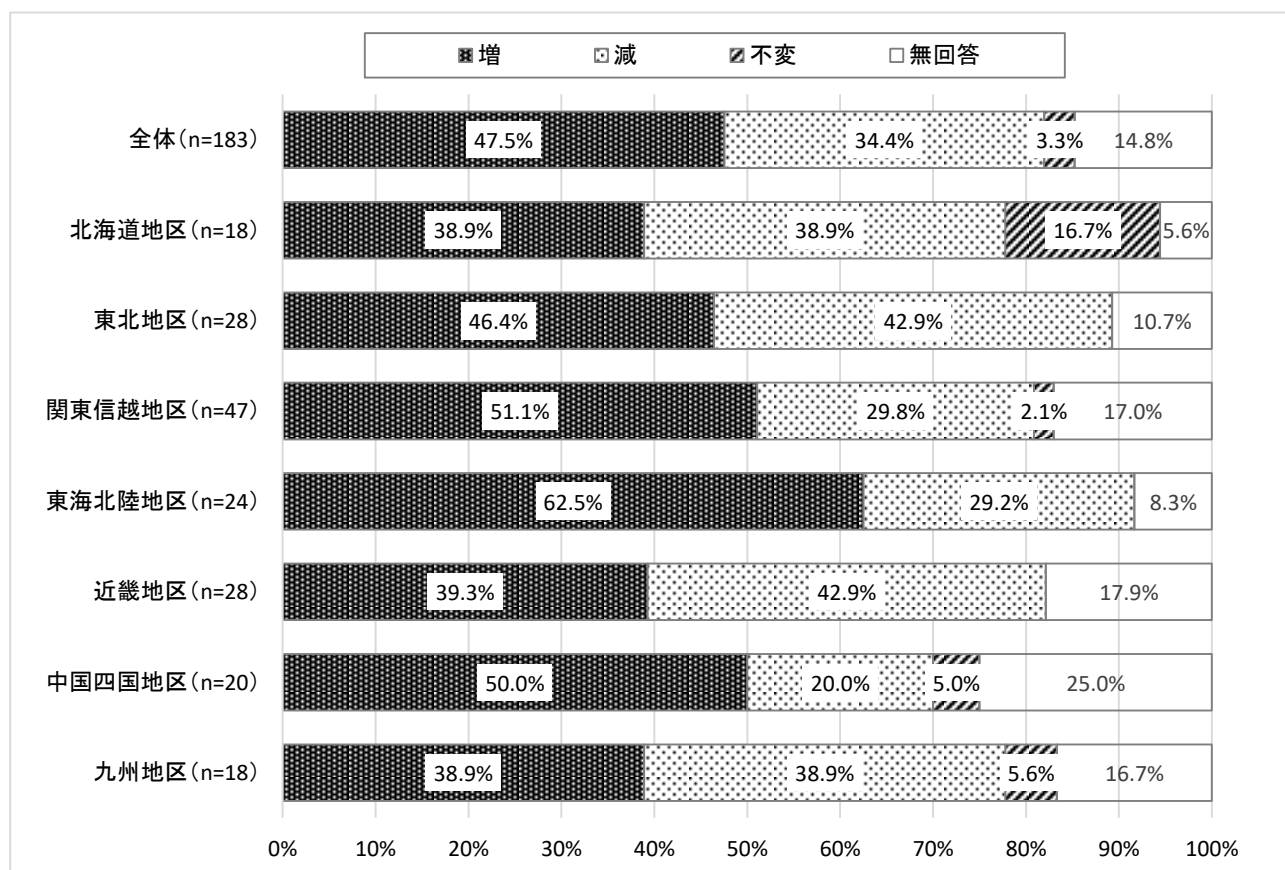


図 4-5-3 栄養改善プログラム 導入時と現在の対象者数の増減

6) 口腔機能向上プログラム

①導入年次

口腔機能向上プログラムの導入年次を全体でみると、「2007 年以前」が 52.7%、「2008 年～2012 年」が 28.0%、「2013 年以降」が 11.7%となっている。地区別でみると、「2007 年以前」では、近畿地区が 62.1%、「2008 年～2012 年」では、九州地区が 40.7%、「2013 年以降」では、九州地区が 25.9%でそれぞれ高くなっている（図 4-6-1）。

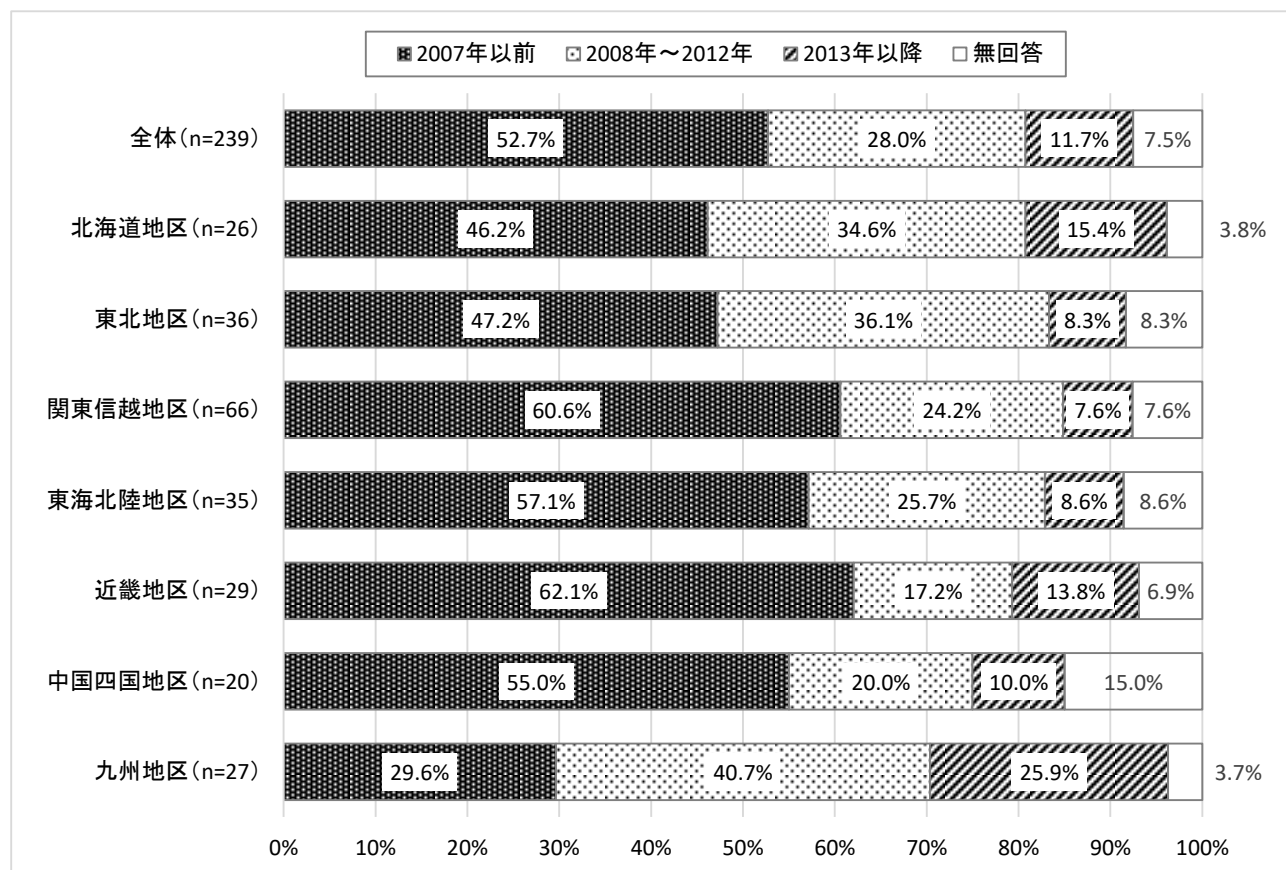


図 4-6-1 口腔機能向上プログラム 導入年次

②継続期間と前年度参加者数

口腔機能向上プログラムの継続期間と前年度参加者数の平均を全体でみると、継続期間が 7.9 年、前年度参加者数が 190.0 人となっている。地区別でみると、継続期間では、関東信越地区が 8.4 年、前年度参加者数では、東海北陸地区が 566.7 人で最も高くなっている（表 4-6-2）。

表 4-6-2 口腔機能向上プログラム 継続期間と前年度参加者数

	継続期間 平均期間(年)		前年度参加者数 平均人数(人)	
	回答数	継続期間	回答数	前年度参加者数
全体	196	7.9	232	190.0
北海道地区	23	8.3	25	66.2
東北地区	32	8.0	36	83.5
関東信越地区	55	8.4	65	133.0
東海北陸地区	27	7.9	35	566.7
近畿地区	23	7.8	28	181.6
中国四国地区	15	7.7	18	147.6
九州地区	21	6.4	25	127.7

③導入時と現在の対象者数の増減

口腔機能向上プログラムの導入時と現在の対象者数の増減を全体でみると、「増」が 49.4%、「減」が 31.0%、「不変」が 4.2%となっている。地区別で「増」をみると、中国四国地区が 65.0%で最も高く、東海北陸地区が 54.3%、関東信越地区が 51.5%の順となっている（図 4-6-3）。

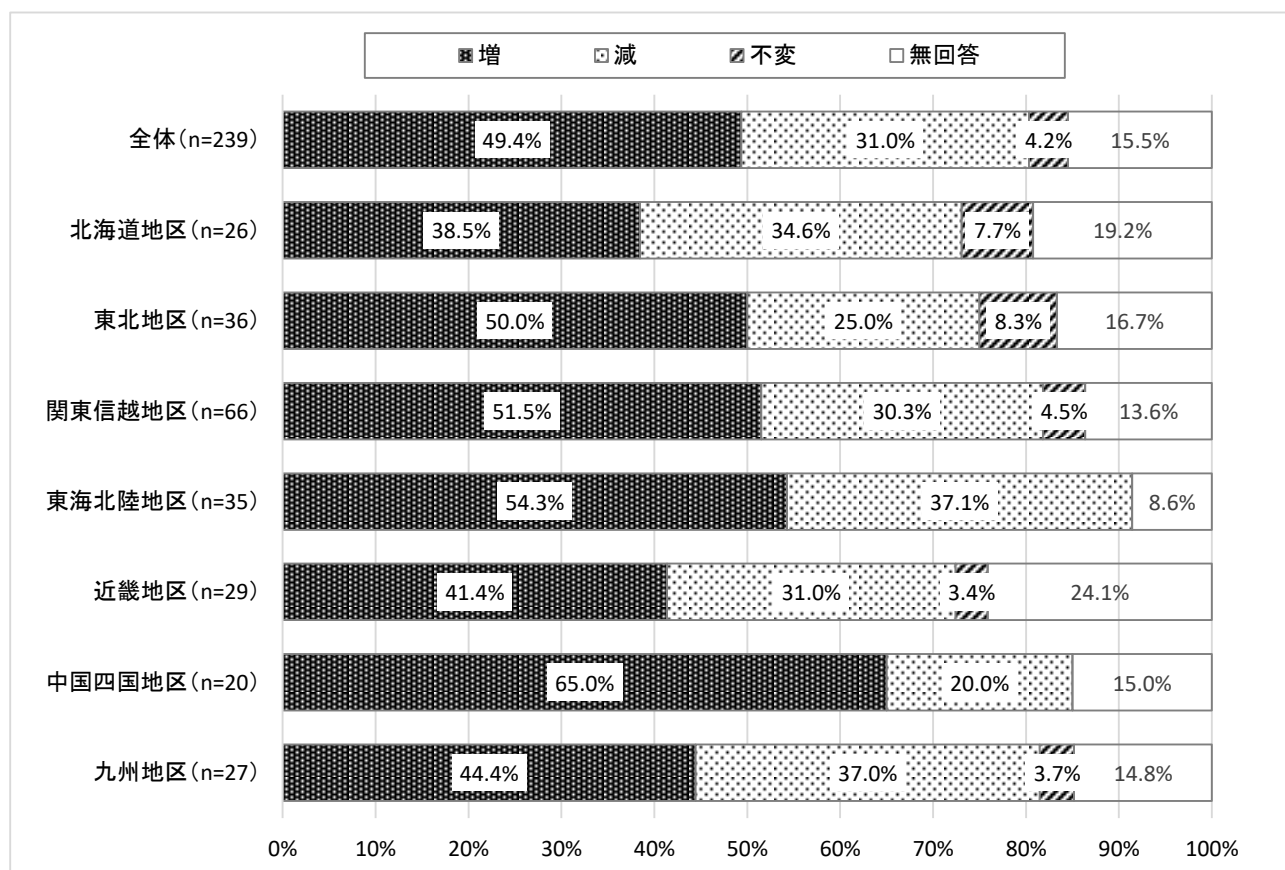


図 4-6-3 口腔機能向上プログラム 導入時と現在の対象者数の増減

7) 運動器の機能向上プログラム

①導入年次

運動器の機能向上プログラムの導入年次を全体でみると、「2007 年以前」が 55.4%、「2008 年～2012 年」が 27.2%、「2013 年以降」が 9.1%となっている。地区別でみると、「2007 年以前」では、近畿地区と中国四国地区がそれぞれ 63.0%、「2008 年～2012 年」では、東海北陸地区が 30.4%、「2013 年以降」では、九州地区が 14.0%でそれぞれ高くなっている（図 4-7-1）。

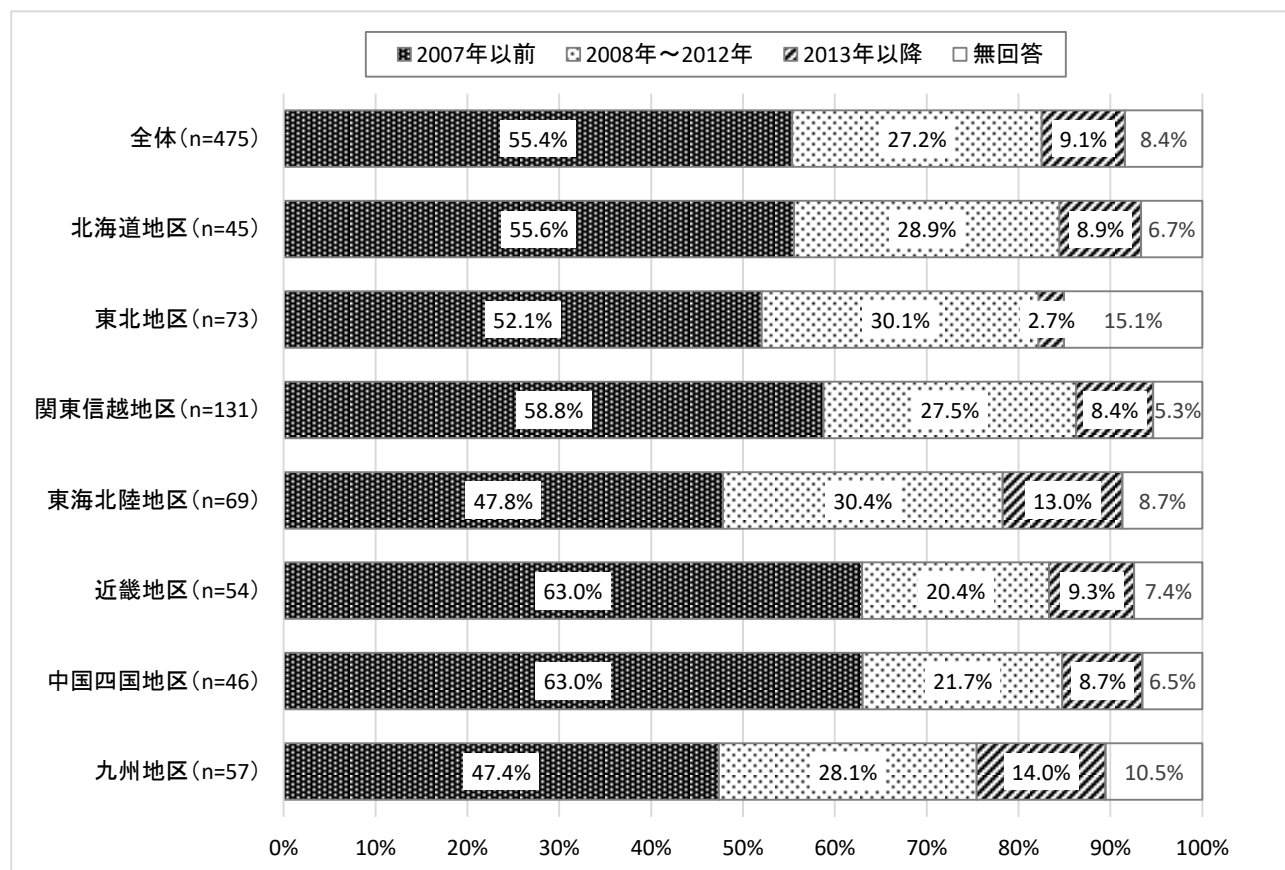


図 4-7-1 運動器の機能向上プログラム 導入年次

②継続期間と前年度参加者数

運動器の機能向上プログラムの継続期間と前年度参加者数の平均を全体でみると、継続期間が 8.1 年、前年度参加者数が 1134.3 人となっている。地区別でみると、継続期間では、北海道地区が 8.8 年、前年度参加者数では、中国四国地区が 2192.4 人で最も高くなっている（表 4-7-2）。

表 4-7-2 運動器の機能向上プログラム 継続期間と前年度参加者数

	継続期間 平均期間(年)		前年度参加者数 平均人数(人)	
	回答数	継続期間	回答数	前年度参加者数
全体	399	8.1	468	1134.3
北海道地区	40	8.8	45	529.4
東北地区	59	8.5	73	613.6
関東信越地区	112	8.2	130	1358.4
東海北陸地区	58	7.5	66	1224.6
近畿地区	42	8.2	54	1100.1
中国四国地区	40	8.3	44	2192.4
九州地区	48	7.7	56	874.4

③導入時と現在の対象者数の増減

運動器の機能向上プログラムの導入時と現在の対象者数の増減を全体でみると、「増」が 62.5%、「減」が 21.9%、「不変」が 5.5%となっている。地区別で「増」をみると、東北地区が 67.1%で最も高く、東海北陸地区が 63.8%、近畿地区が 63.0%の順となっている（図 4-7-3）。

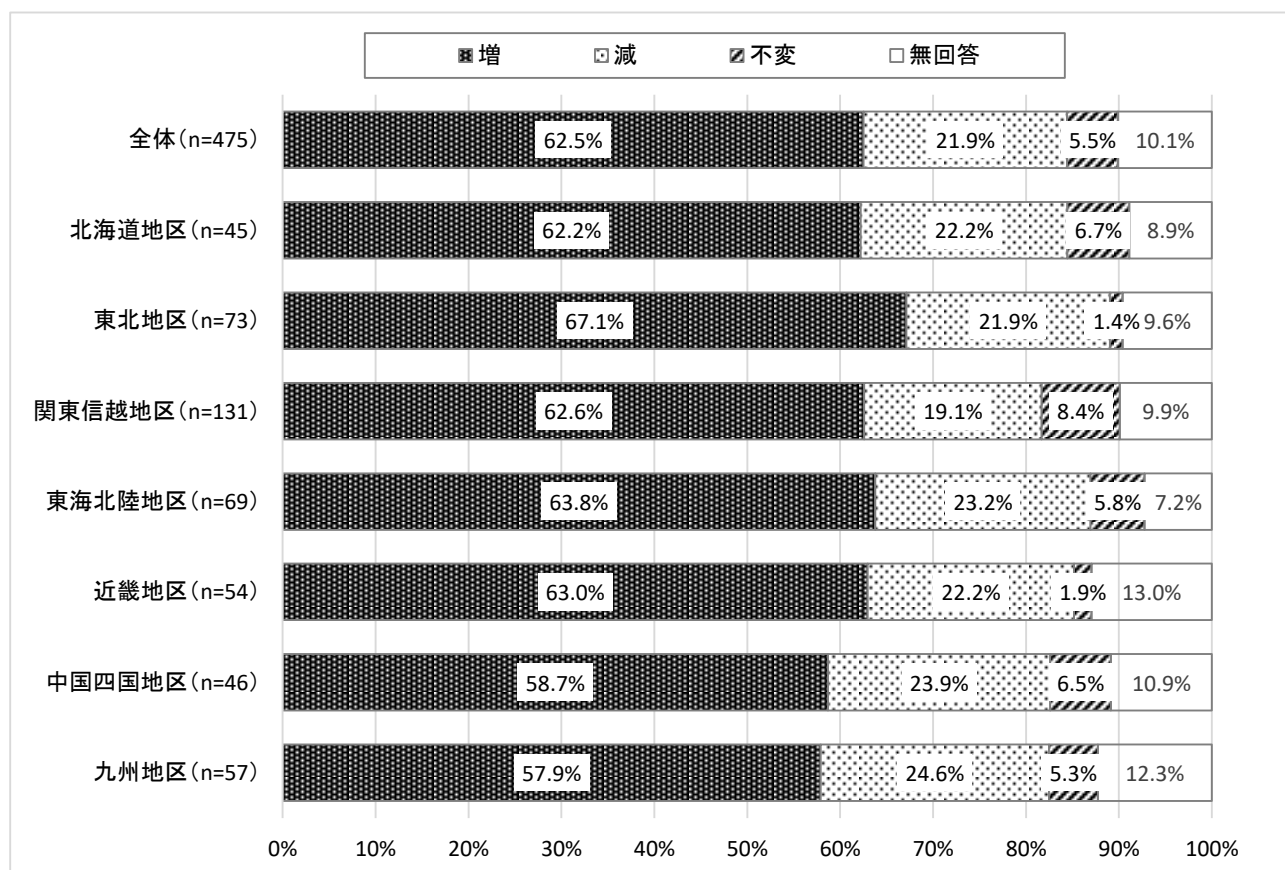


図 4-7-3 運動器の機能向上プログラム 導入時と現在の対象者数の増減

8) 住民参加型介護予防プログラム

①導入年次

住民参加型介護予防プログラムの導入年次を全体でみると、「2007 年以前」が 30.9%、「2008 年～2012 年」が 18.9%、「2013 年以降」が 41.9%となっている。地区別でみると、「2007 年以前」では、北海道地区が 50.0%、「2008 年～2012 年」では、近畿地区が 28.1%、「2013 年以降」では、中国四国地区が 65.0%でそれぞれ高くなっている（図 4-8-1）。

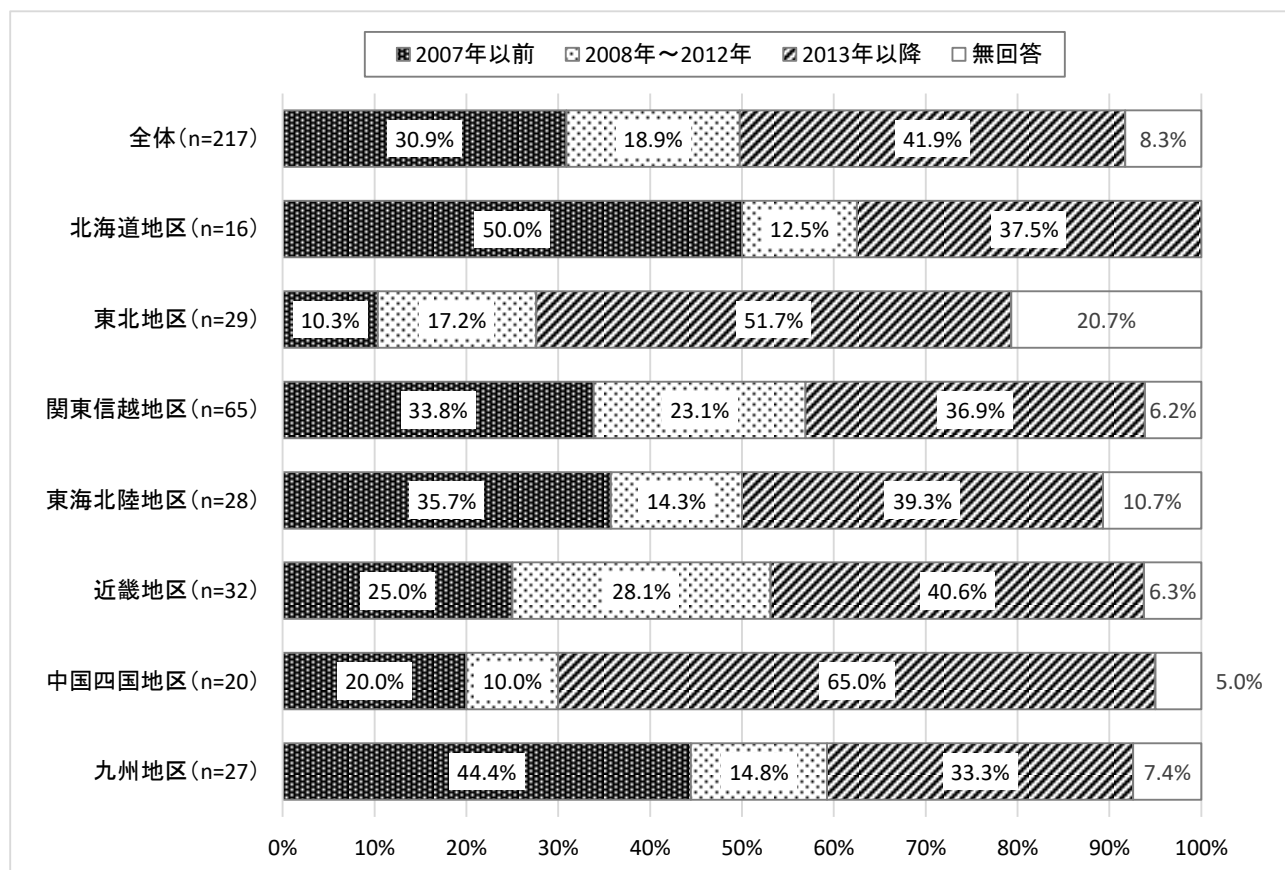


図 4-8-1 住民参加型介護予防運動器の機能向上プログラム 導入年次

②継続期間と前年度参加者数

住民参加型介護予防プログラムの継続期間と前年度参加者数の平均を全体でみると、継続期間が 6.1 年、前年度参加者数が 3761.8 人となっている。地区別でみると、継続期間では、北海道地区が 8.6 年、前年度参加者数では、北海道地区が 6561.5 人で最も高くなっている（表 4-8-2）。

表 4-8-2 住民参加型介護予防プログラム 継続期間と前年度参加者数

	継続期間 平均期間(年)		前年度参加者数 平均人数(人)	
	回答数	継続期間	回答数	前年度参加者数
全体	188	6.1	206	3761.8
北海道地区	15	8.6	15	6561.5
東北地区	23	4.4	28	560.7
関東信越地区	58	6.3	63	5268.7
東海北陸地区	24	6.9	26	4687.0
近畿地区	28	5.2	30	2583.1
中国四国地区	19	3.8	19	3382.2
九州地区	21	7.9	25	2610.5

③導入時と現在の対象者数の増減

住民参加型介護予防プログラムの導入時と現在の対象者数の増減を全体でみると、「増」が 71.4%、「減」が 9.7%、「不変」が 10.1%となっている。地区別で「増」をみると、関東信越地区が 83.1%で最も高く、東海北陸地区が 78.6%、近畿地区が 71.9%の順となっている（図 4-8-3）。

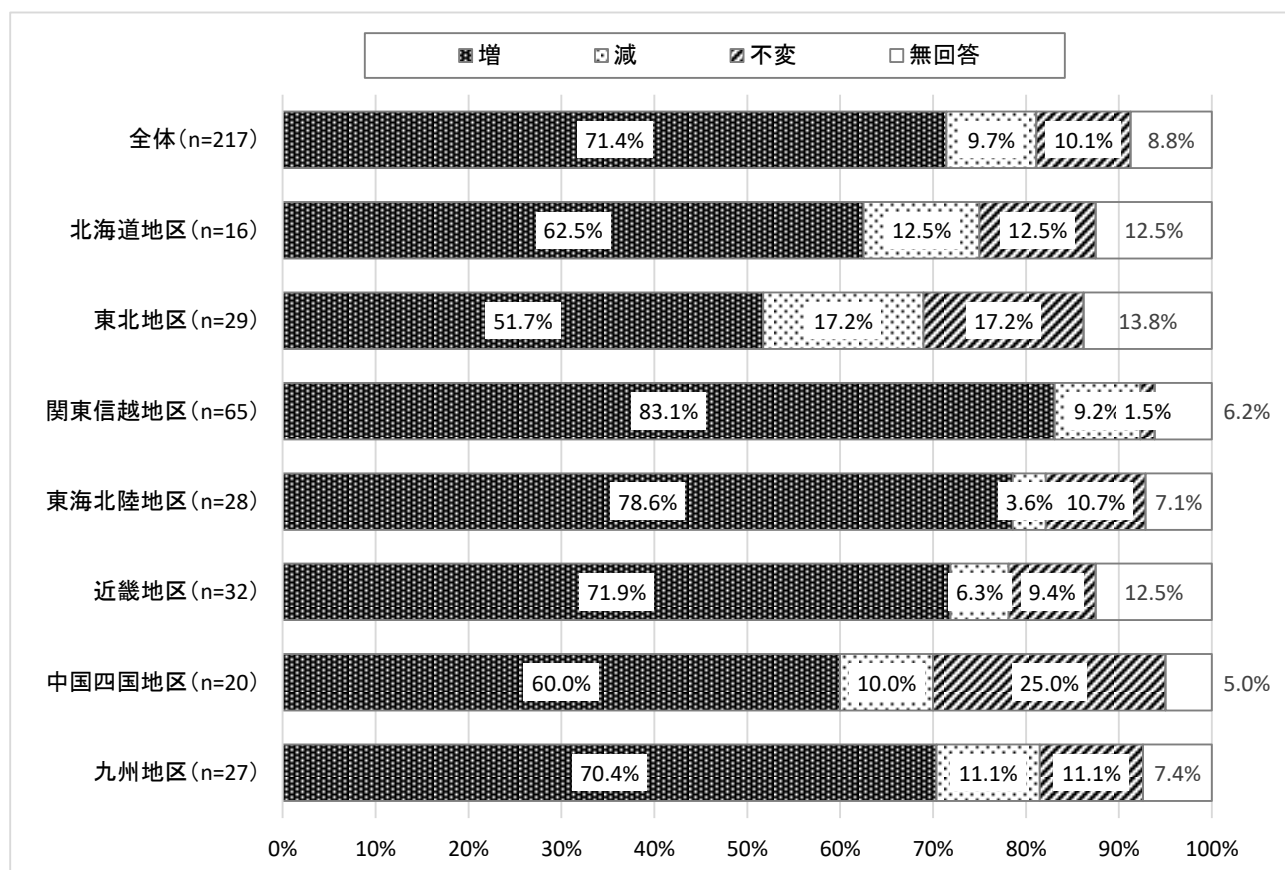


図 4-8-3 住民参加型介護予防プログラム 導入時と現在の対象者数の増減

9) 独自事業

①導入年次

独自事業の導入年次を全体でみると、「2007 年以前」が 36.3%、「2008 年～2012 年」が 25.1%、「2013 年以降」が 27.4%となっている。地区別でみると、「2007 年以前」では、関東信越地区が 45.6%、「2008 年～2012 年」では、東海北陸地区と近畿地区がそれぞれ 33.3%、「2013 年以降」では、中国四国地区が 35.7%でそれぞれ高くなっている（図 4-9-1）。

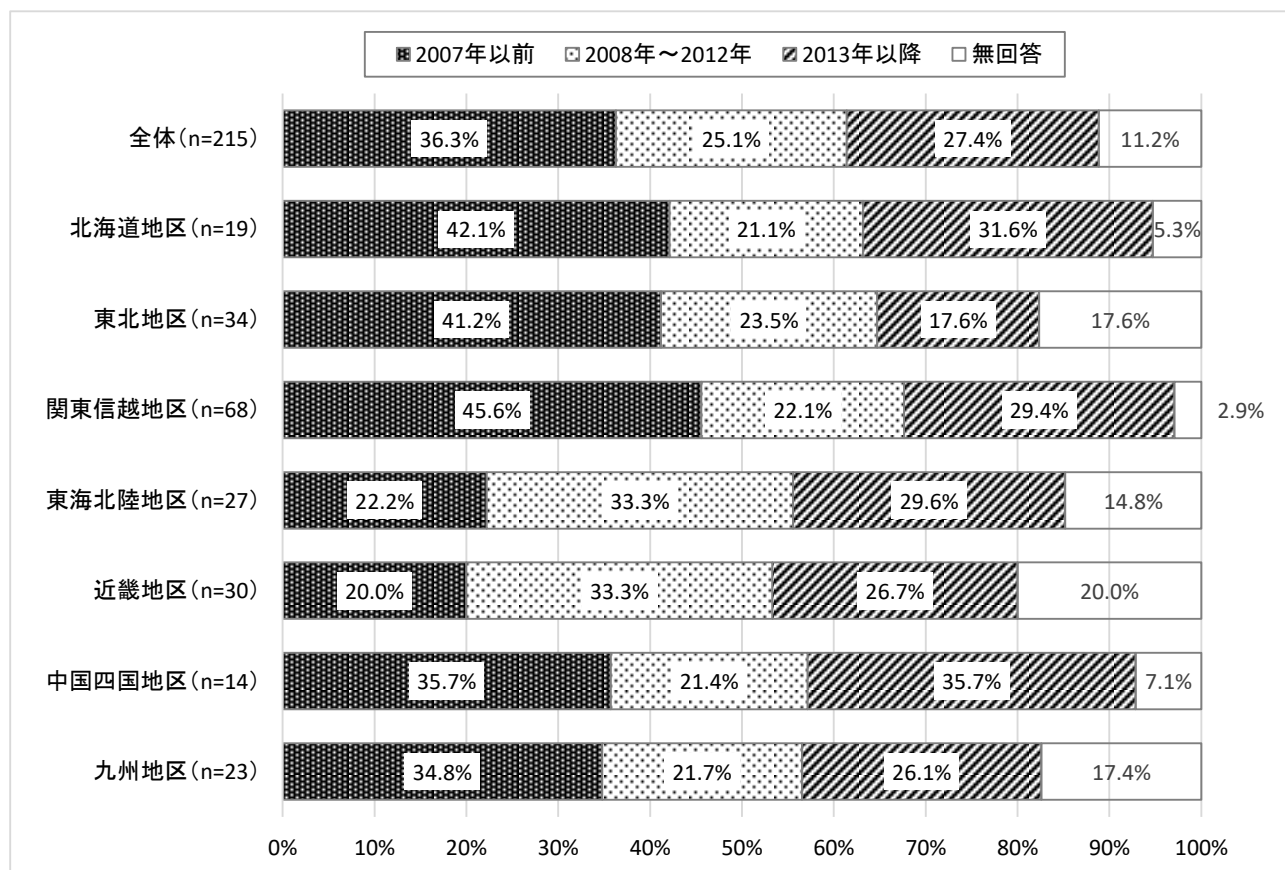


図 4-9-1 独自事業 導入年次

②継続期間と前年度参加者数

独自事業の継続期間と前年度参加者数の平均を全体でみると、継続期間が 6.5 年、前年度参加者数が 2242.3 人となっている。地区別でみると、継続期間では、東北地区が 7.5 年、前年度参加者数では、中国四国地区が 6156.5 人で最も高くなっている（表 4-9-2）。

表 4-9-2 独自事業 継続期間と前年度参加者数

	継続期間 平均期間(年)		前年度参加者数 平均人数(人)	
	回答数	継続期間	回答数	前年度参加者数
全体	177	6.5	207	2242.3
北海道地区	16	7.1	17	666.2
東北地区	27	7.5	32	1963.1
関東信越地区	60	6.3	68	1639.9
東海北陸地区	21	5.1	24	1470.0
近畿地区	22	6.6	30	1198.8
中国四国地区	14	6.6	13	6156.5
九州地区	17	6.2	23	5531.3

③導入時と現在の対象者数の増減

独自事業の導入時と現在の対象者数の増減を全体でみると、「増」が64.2%、「減」が15.8%、「不変」が8.4%となっている。地区別で「増」をみると、関東信越地区が72.1%で最も高く、九州地区が69.6%、東北地区が64.7%の順となっている（図 4-9-3）。

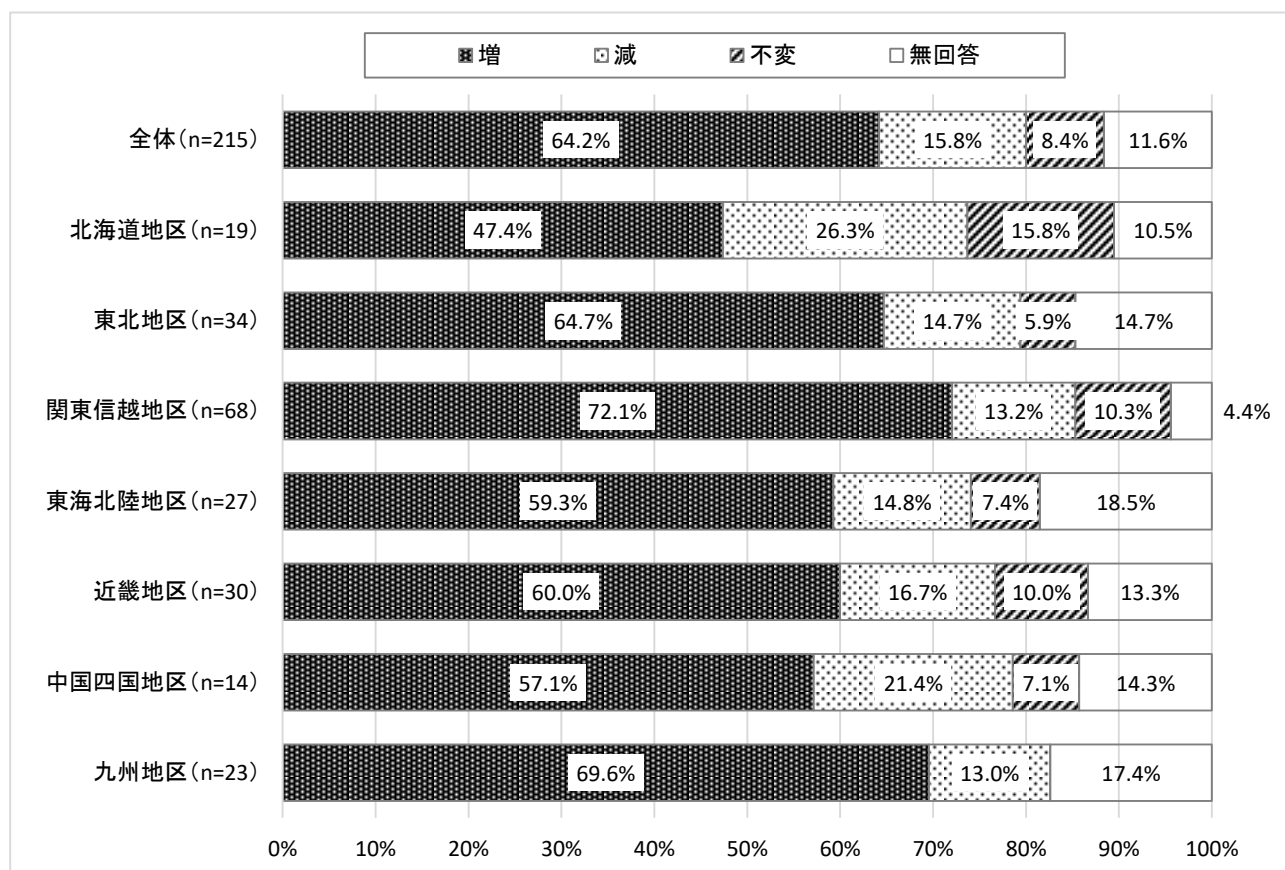


図 4-9-3 独自事業 導入時と現在の対象者数の増減

(5) 介護予防・日常生活支援総合事業の移行有無

介護予防・日常生活支援総合事業の移行有無を全体でみると、「既に移行している」が32.3%、「まだ移行していない」が67.6%となっている。地区別で「既に移行している」をみると、関東信越地区が42.6%で最も高く、次いで九州地区が44.9%、中国四国地区が30.0%、東北地区が29.3%、北海道地区が27.3%、東海北陸地区が23.0%、近畿地区が16.5%の順である（図5）。

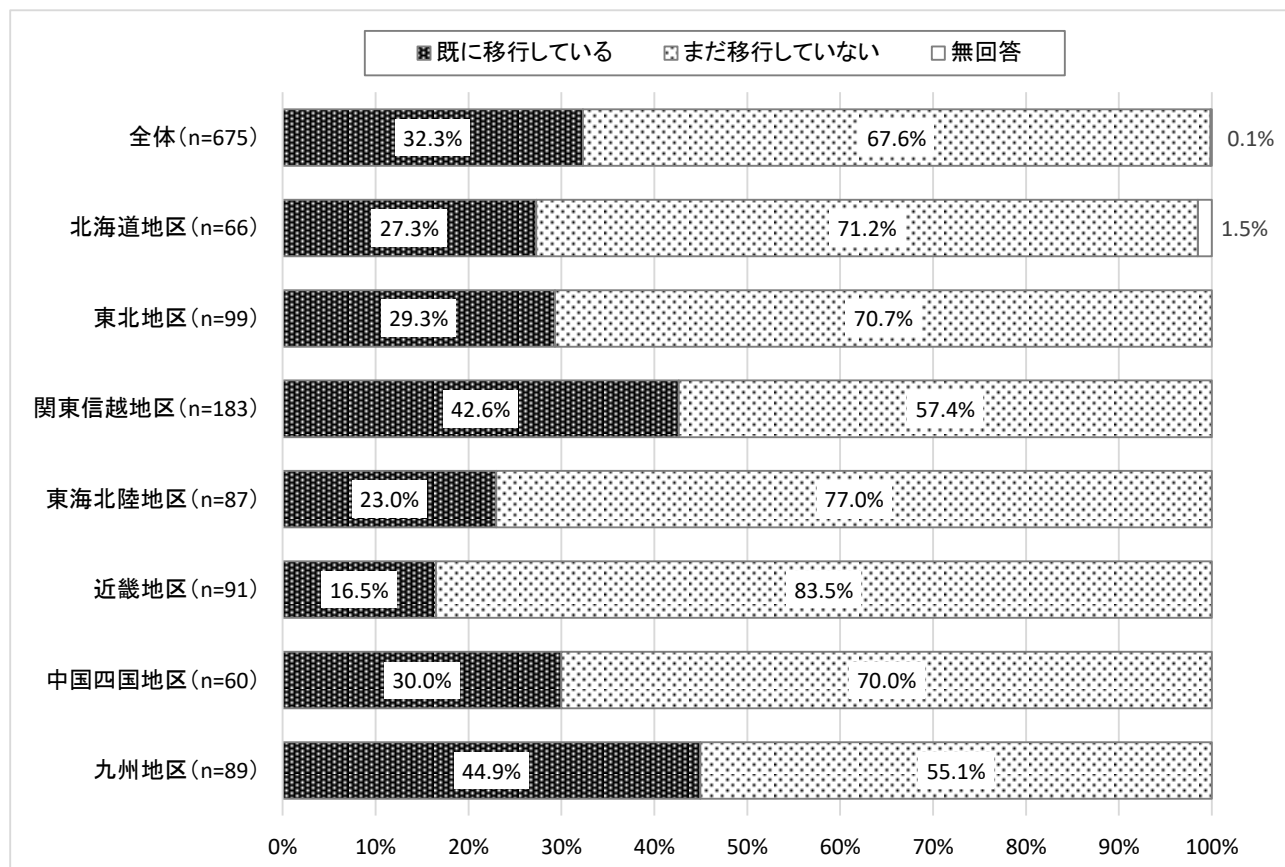


図5 介護予防・日常生活支援総合事業の移行有無

(6) 介護予防プログラムの見直し

1) 複合プログラム

複合プログラムの見直し状況を全体でみると、「当該プログラムの内容を廃止した」が16.2%、「一部内容を見直して移行」が31.0%、「現行の内容のまま移行」が52.8%となっており、「現行の内容のまま移行」したのが5割強である。地区別でみると、「当該プログラムの内容を廃止した」では、東北地区が25.0%で最も高く、北海道地区と近畿地区がそれぞれ20.0%の順となっている。「一部内容を見直して移行」では、中国四国地区が50.0%で最も高く、近畿地区が40.0%、関東信越地区が38.6%の順である。「現行の内容のまま移行」では、九州地区が78.3%で最も高く、東海北陸地区が66.7%、北海道地区が60.0%の順である（図6-1）。

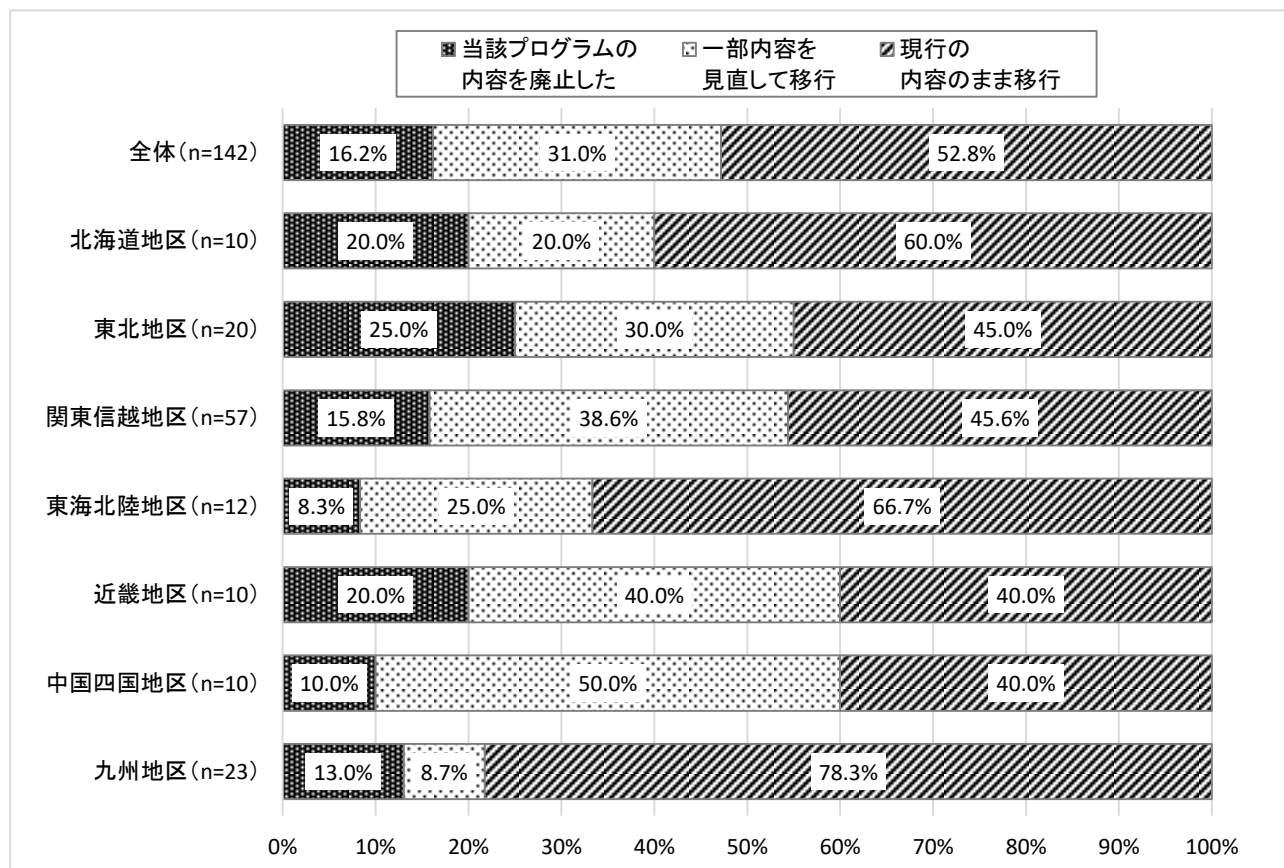


図 6-1 複合プログラムの見直し状況

2) 栄養改善プログラム

栄養改善プログラムの見直し状況を全体でみると、「当該プログラムの内容を廃止した」が 18.7%、「一部内容を見直して移行」が 20.0%、「現行の内容のまま移行」が 61.3%となっており、「現行の内容のまま移行」したのが 6 割強である。地区別でみると、「当該プログラムの内容を廃止した」では、東北地区が 28.6%で最も高く、関東信越地区が 25.9%、近畿地区が 20.0%の順となっている。「一部内容を見直して移行」では、中国四国地区が 50.0%で最も高く、関東信越地区が 25.9%、東海北陸地区が 25.0%の順である。「現行の内容のまま移行」では、北海道地区が 100.0%で最も高く、近畿地区が 80.0%、東海北陸地区が 75.0%の順である（図 6-2）。

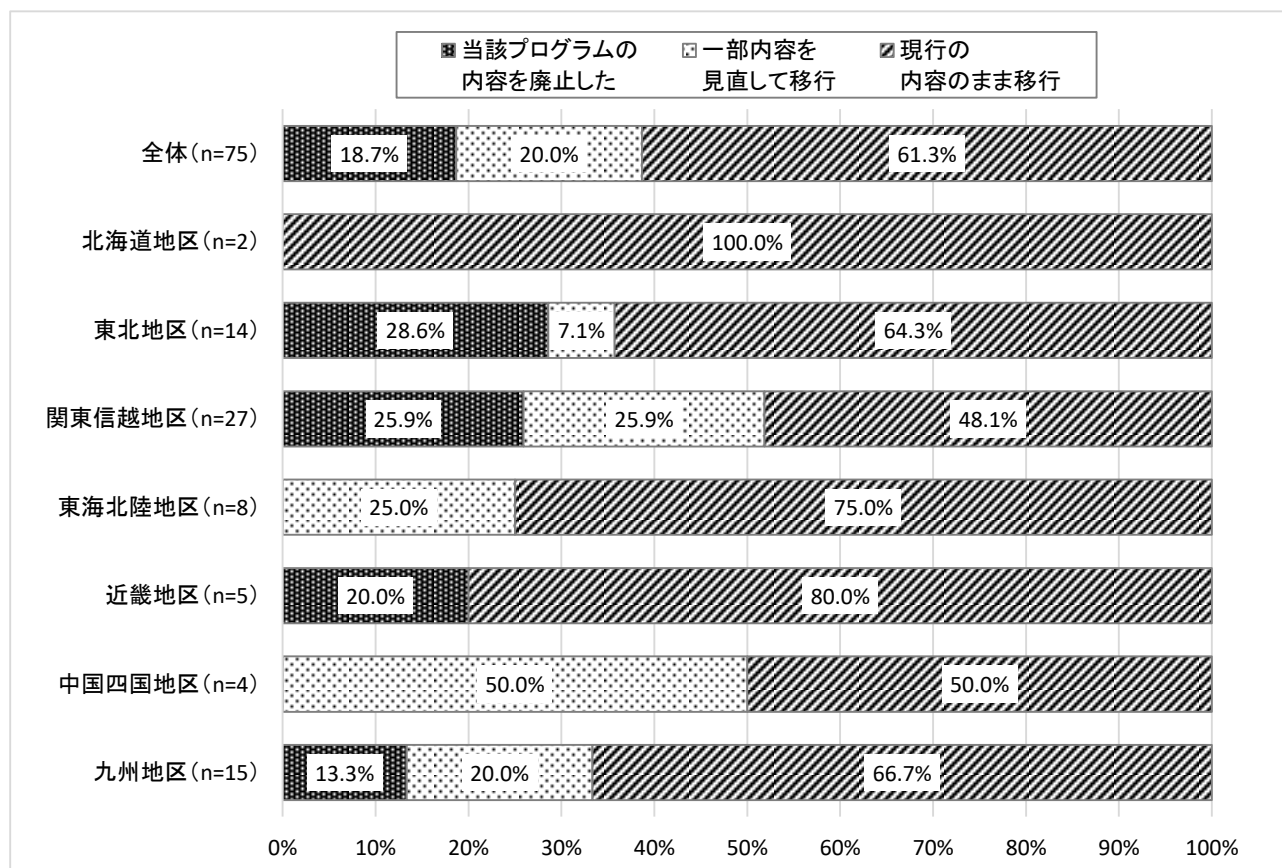


図 6-2 栄養改善プログラムの見直し状況

3) 口腔機能向上プログラム

口腔機能向上プログラムの見直し状況を全体でみると、「当該プログラムの内容を廃止した」が22.9%、「一部内容を見直して移行」が20.8%、「現行の内容のまま移行」が56.3%となっており、「現行の内容のまま移行」したのが6割弱である。地区別でみると、「当該プログラムの内容を廃止した」では、関東信越地区が29.7%で最も高く、東北地区が26.7%、北海道地区が25.0%の順となっている。「一部内容を見直して移行」では、中国四国地区が60.0%で最も高く、関東信越地区が21.6%、東海北陸地区、近畿地区、九州地区がそれぞれ20.0%の順である。「現行の内容のまま移行」では、北海道地区が75.0%で最も高く、東海北陸地区が70.0%、東北地区、近畿地区、九州地区がそれぞれ60.0%の順である（図6-3）。

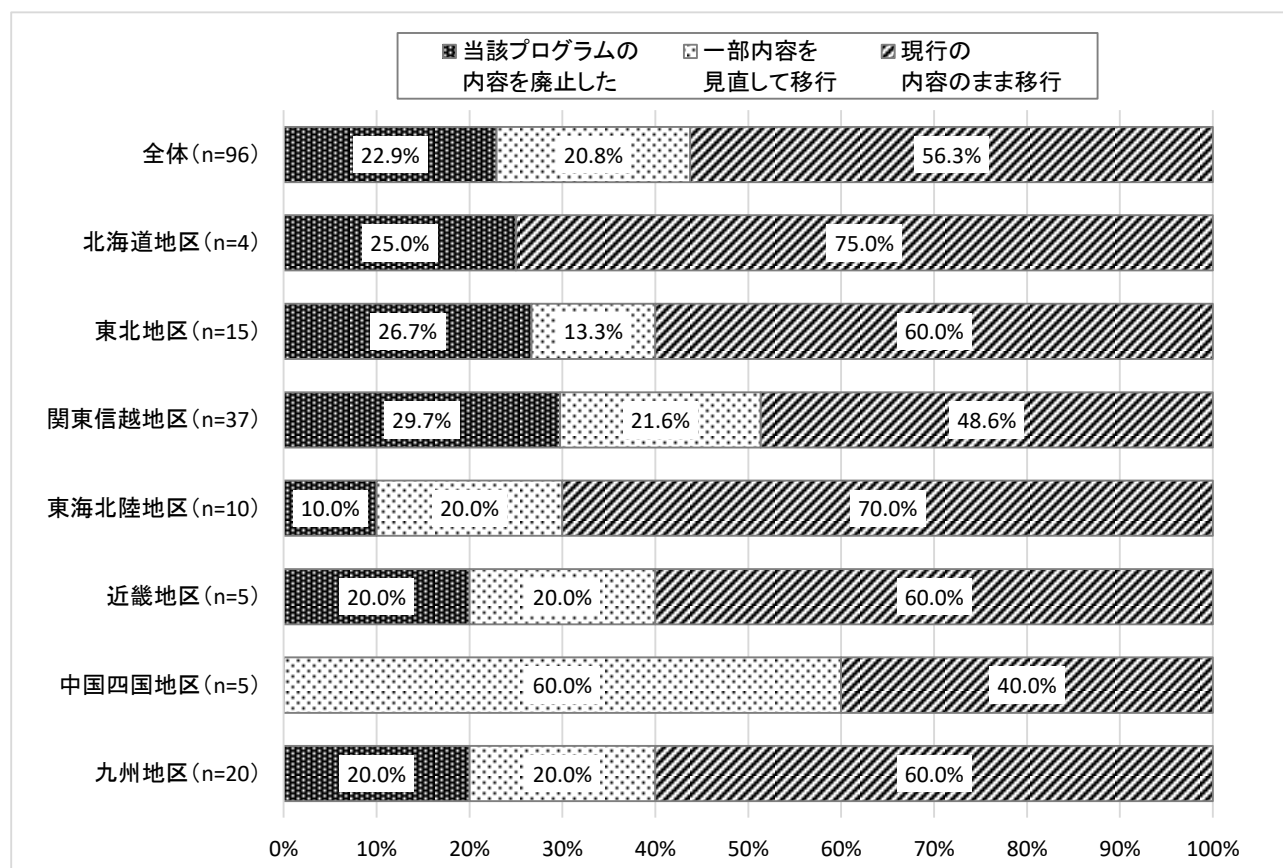


図 6-3 口腔機能向上プログラムの見直し状況

4) 運動器の機能向上プログラム

運動器の機能向上プログラムの見直し状況を全体でみると、「当該プログラムの内容を廃止した」が12.0%、「一部内容を見直して移行」が27.5%、「現行の内容のまま移行」が60.5%となっており、「現行の内容のまま移行」したのが6割強である。地区別でみると、「当該プログラムの内容を廃止した」では、関東信越地区が18.0%で最も高く、九州地区が12.9%、北海道地区と近畿地区がそれぞれ9.1%の順となっている。「一部内容を見直して移行」では、中国四国地区が45.5%で最も高く、近畿地区が36.4%、東北地区が30.4%の順である。「現行の内容のまま移行」では、北海道地区が81.8%で最も高く、東海北陸地区が68.4%、九州地区が64.5%の順である（図6-4）。

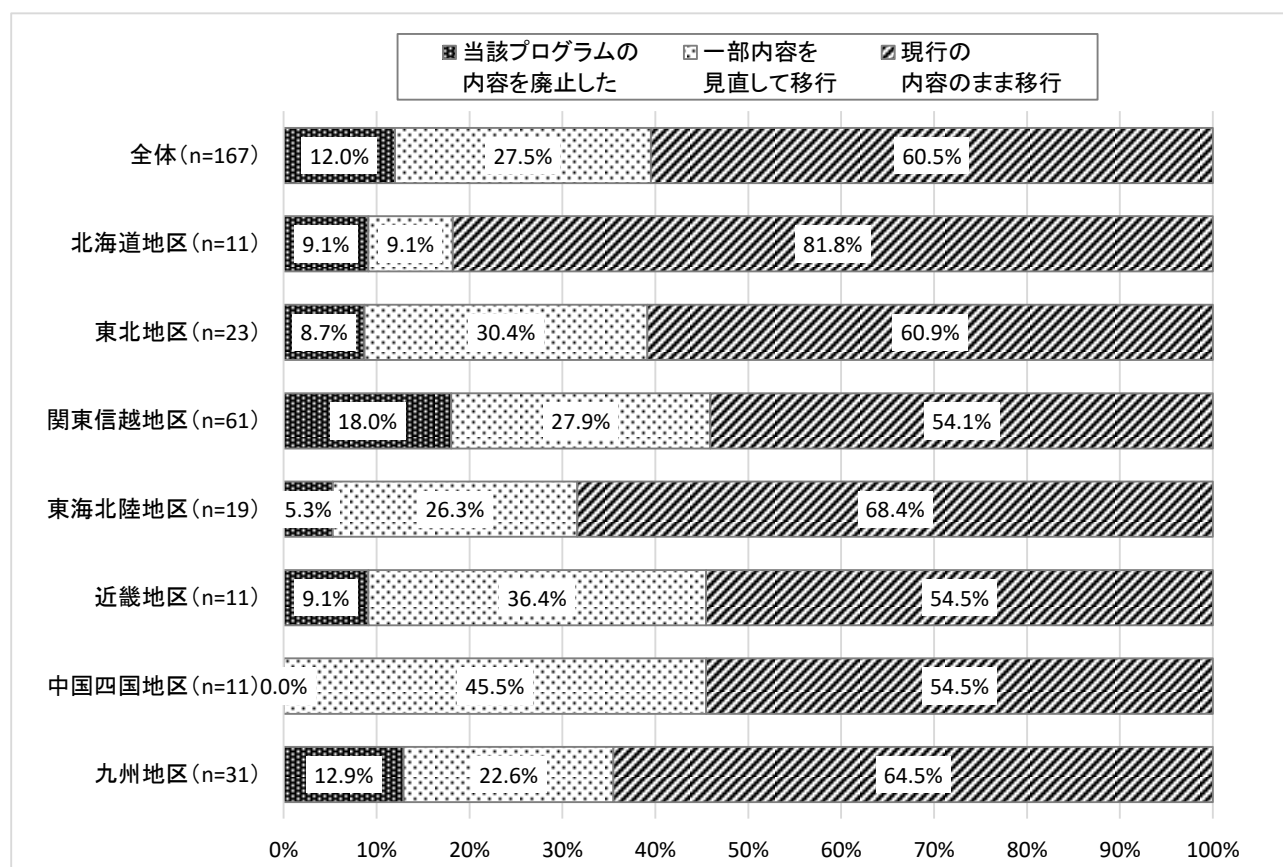


図 6-4 運動器の機能向上プログラムの見直し状況

(7) 介護予防プログラムを総合事業に移行した際の類型

1) 複合（運動栄養口腔）プログラム

複合（運動栄養口腔）プログラムを総合事業に移行した際の類型を全体でみると、「訪問型サービスA」が2.7%、「訪問型サービスB」が0.0%、「訪問型サービスC」が12.5%、「通所型サービスA」が15.2%、「通所型サービスB」が0.9%、「通所型サービスC」が37.5%、「一般介護予防事業」が57.1%となっており、「一般介護予防事業」が6割弱、「通所型サービスC」が4割弱を占めている（図7-1-1、表7-1-2）。

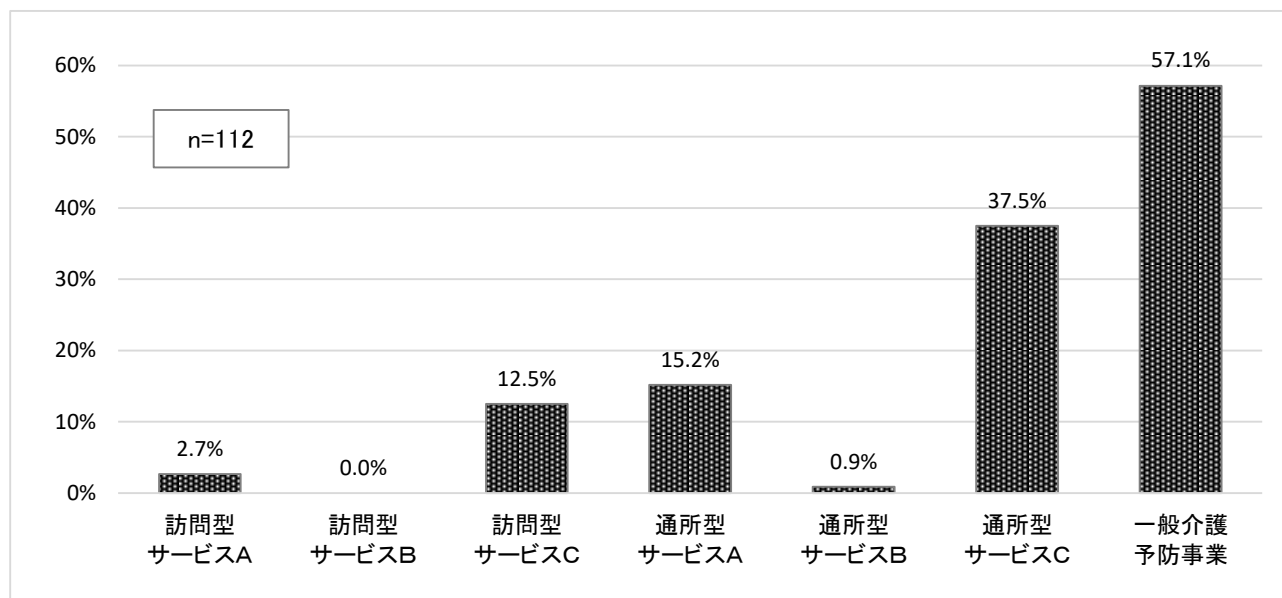


図 7-1-1 複合（運動栄養口腔）プログラムを総合事業に移行した際の類型（複数回答）

表 7-1-2 複合（運動栄養口腔）プログラムを総合事業に移行した際の類型 地区別（複数回答）

	訪問型 サービスA	訪問型 サービスB	訪問型 サービスC	通所型 サービスA	通所型 サービスB	通所型 サービスC	一般介護 予防事業
北海道地区 (n=6)	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%	16.7%	50.0%
東北地区 (n=11)	9.1%	0.0%	9.1%	9.1%	0.0%	45.5%	63.6%
関東信越地区 (n=48)	2.1%	0.0%	8.3%	12.5%	2.1%	35.4%	60.4%
東海北陸地区 (n=8)	0.0%	0.0%	12.5%	12.5%	0.0%	50.0%	50.0%
近畿地区 (n=9)	0.0%	0.0%	22.2%	22.2%	0.0%	44.4%	44.4%
中国四国地区 (n=10)	10.0%	0.0%	20.0%	20.0%	0.0%	30.0%	50.0%
九州地区 (n=20)	0.0%	0.0%	20.0%	15.0%	0.0%	40.0%	60.0%

2) 複合（運動栄養）プログラム

複合（運動栄養）プログラムを総合事業に移行した際の類型を全体でみると、「訪問型サービスA」が0.0%、「訪問型サービスB」が0.0%、「訪問型サービスC」が11.1%、「通所型サービスA」が7.4%、「通所型サービスB」が3.7%、「通所型サービスC」が18.5%、「一般介護予防事業」が70.4%となっており、「一般介護予防事業」が全体の7割強を占めている（図7-2-1、表7-2-2）。

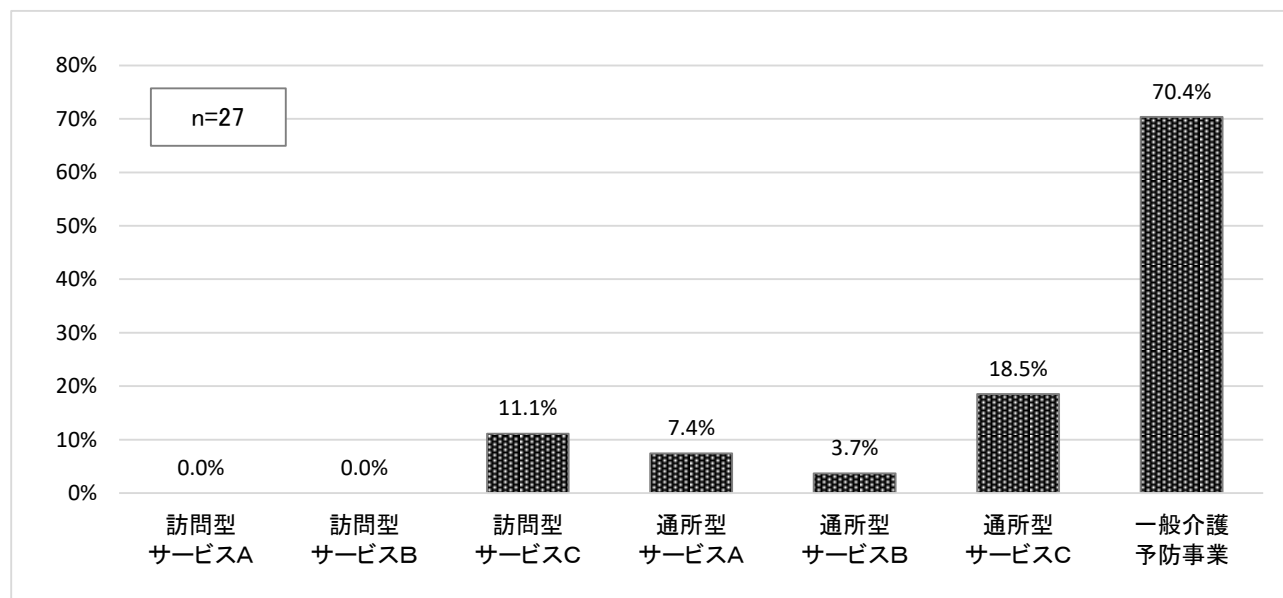


図7-2-1 複合（運動栄養）プログラムを総合事業に移行した際の類型（複数回答）

表7-2-2 複合（運動栄養）プログラムを総合事業に移行した際の類型 地区別（複数回答）

	訪問型サービスA	訪問型サービスB	訪問型サービスC	通所型サービスA	通所型サービスB	通所型サービスC	一般介護予防事業
北海道地区(n=0)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
東北地区(n=5)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	40.0%	80.0%
関東信越地区(n=13)	0.0%	0.0%	0.0%	15.4%	7.7%	15.4%	61.5%
東海北陸地区(n=1)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
近畿地区(n=2)	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%
中国四国地区(n=1)	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
九州地区(n=5)	0.0%	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%

3) 複合（運動口腔）プログラム

複合（運動口腔）プログラムを総合事業に移行した際の類型を全体でみると、「訪問型サービスA」が0.0%、「訪問型サービスB」が0.0%、「訪問型サービスC」が10.5%、「通所型サービスA」が15.8%、「通所型サービスB」が2.6%、「通所型サービスC」が23.7%、「一般介護予防事業」が63.2%となっており、「一般介護予防事業」が全体の7割弱を占めている（図7-3-1、表7-3-2）。

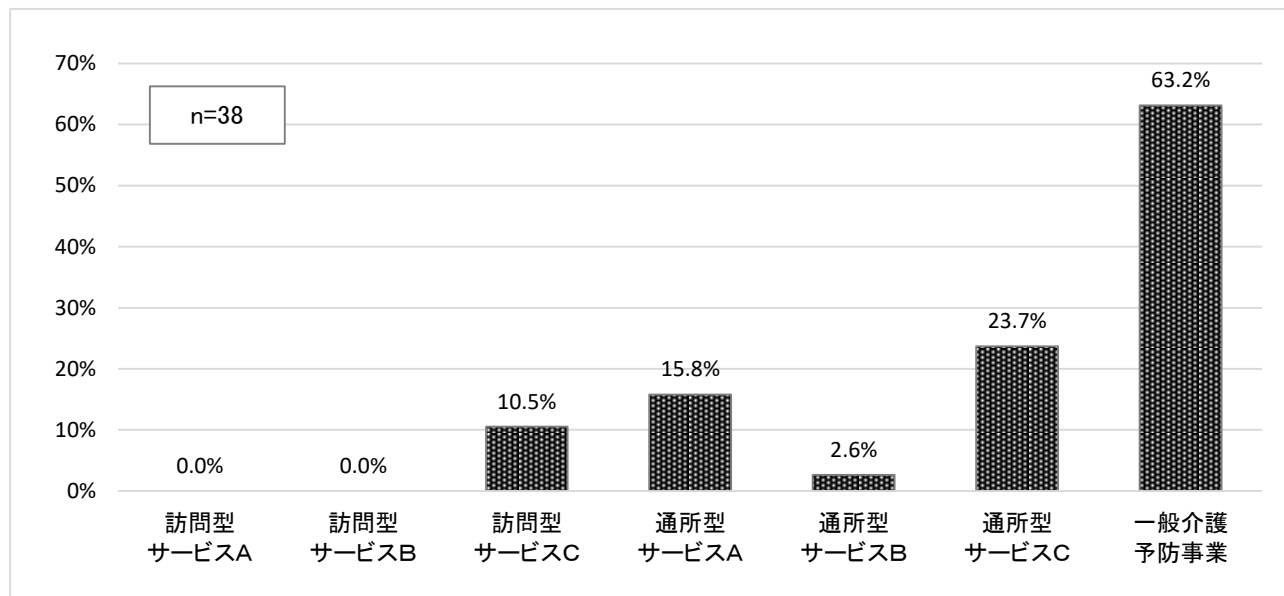


図7-3-1 複合（運動口腔）プログラムを総合事業に移行した際の類型（複数回答）

表7-3-2 複合（運動口腔）プログラムを総合事業に移行した際の類型 地区別（複数回答）

	訪問型サービスA	訪問型サービスB	訪問型サービスC	通所型サービスA	通所型サービスB	通所型サービスC	一般介護予防事業
北海道地区(n=3)	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	100.0%
東北地区(n=5)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	80.0%	60.0%
関東信越地区(n=13)	0.0%	0.0%	7.7%	23.1%	7.7%	15.4%	53.8%
東海北陸地区(n=3)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	66.7%
近畿地区(n=4)	0.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%	25.0%	50.0%
中国四国地区(n=3)	0.0%	0.0%	33.3%	33.3%	0.0%	33.3%	33.3%
九州地区(n=7)	0.0%	0.0%	14.3%	14.3%	0.0%	0.0%	85.7%

4) 複合（口腔栄養）プログラム

複合（口腔栄養）プログラムを総合事業に移行した際の類型を全体でみると、「訪問型サービスA」が 0.0%、「訪問型サービスB」が 0.0%、「訪問型サービスC」が 9.7%、「通所型サービスA」が 3.2%、「通所型サービスB」が 0.0%、「通所型サービスC」が 25.8%、「一般介護予防事業」が 71.0% となっており、「一般介護予防事業」が全体の 7 割強を占めている（図 7-4-1、表 7-4-2）。

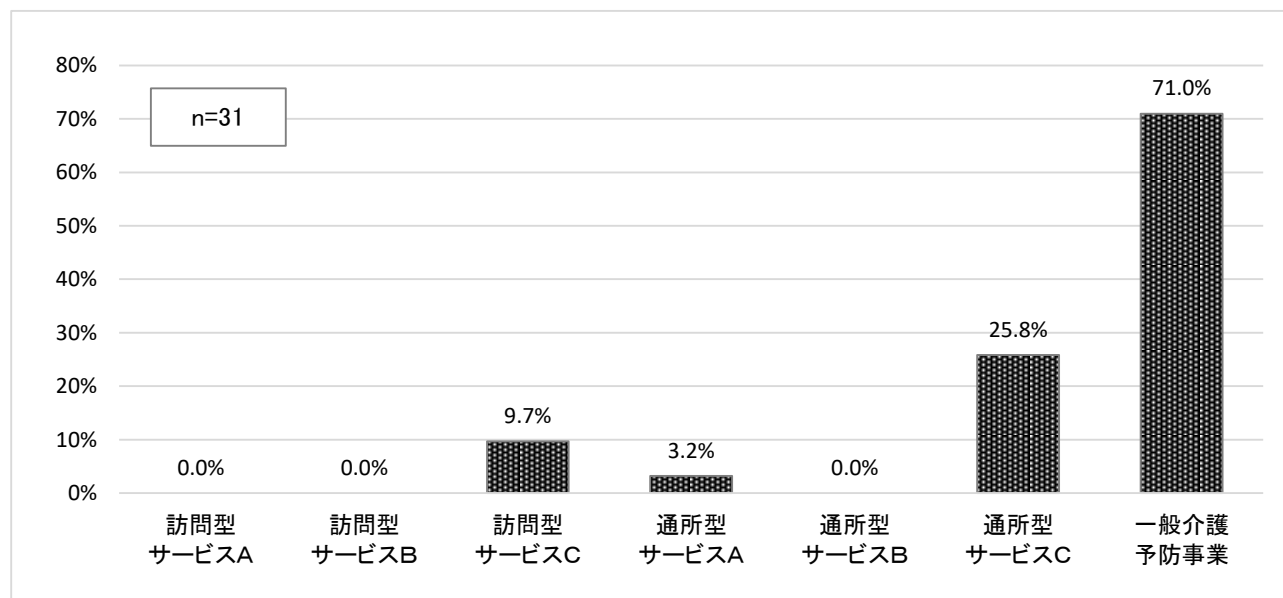


図 7-4-1 複合（口腔栄養）プログラムを総合事業に移行した際の類型（複数回答）

表 7-4-2 複合（口腔栄養）プログラムを総合事業に移行した際の類型 地区別（複数回答）

	訪問型サービスA	訪問型サービスB	訪問型サービスC	通所型サービスA	通所型サービスB	通所型サービスC	一般介護予防事業
北海道地区 (n=1)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
東北地区 (n=4)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%
関東信越地区 (n=16)	0.0%	0.0%	6.3%	0.0%	0.0%	18.8%	81.3%
東海北陸地区 (n=3)	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	66.7%
近畿地区 (n=0)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
中国四国地区 (n=2)	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%
九州地区 (n=5)	0.0%	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%	40.0%	60.0%

5) 栄養改善プログラム

栄養改善プログラムを総合事業に移行した際の類型を全体でみると、「訪問型サービスA」が3.4%、「訪問型サービスB」が0.0%、「訪問型サービスC」が29.3%、「通所型サービスA」が1.7%、「通所型サービスB」が0.0%、「通所型サービスC」が10.3%、「一般介護予防事業」が79.3%となっており、「一般介護予防事業」が全体の8割弱を占めている（図7-5-1、表7-5-2）。

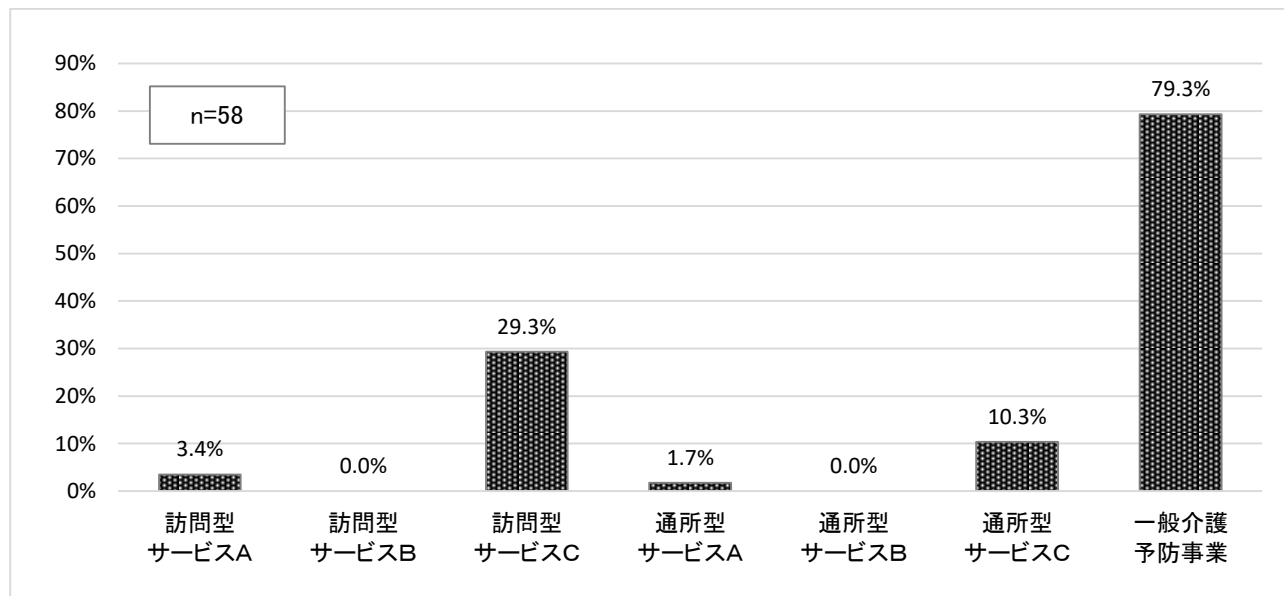


図 7-5-1 栄養改善プログラムを総合事業に移行した際の類型（複数回答）

表 7-5-2 栄養改善プログラムを総合事業に移行した際の類型 地区別（複数回答）

	訪問型 サービスA	訪問型 サービスB	訪問型 サービスC	通所型 サービスA	通所型 サービスB	通所型 サービスC	一般介護 予防事業
北海道地区 (n=2)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
東北地区 (n=7)	0.0%	0.0%	28.6%	0.0%	0.0%	14.3%	85.7%
関東信越地区 (n=21)	0.0%	0.0%	28.6%	0.0%	0.0%	14.3%	81.0%
東海北陸地区 (n=7)	14.3%	0.0%	14.3%	14.3%	0.0%	0.0%	71.4%
近畿地区 (n=4)	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	75.0%
中国四国地区 (n=4)	0.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%	25.0%	100.0%
九州地区 (n=13)	7.7%	0.0%	38.5%	0.0%	0.0%	7.7%	69.2%

6) 口腔機能向上プログラム

口腔機能向上プログラムを総合事業に移行した際の類型を全体でみると、「訪問型サービスA」が2.6%、「訪問型サービスB」が0.0%、「訪問型サービスC」が23.7%、「通所型サービスA」が1.3%、「通所型サービスB」が2.6%、「通所型サービスC」が15.8%、「一般介護予防事業」が73.7%となっており、「一般介護予防事業」が全体の7割強を占めている（図7-6-1、表7-6-2）。

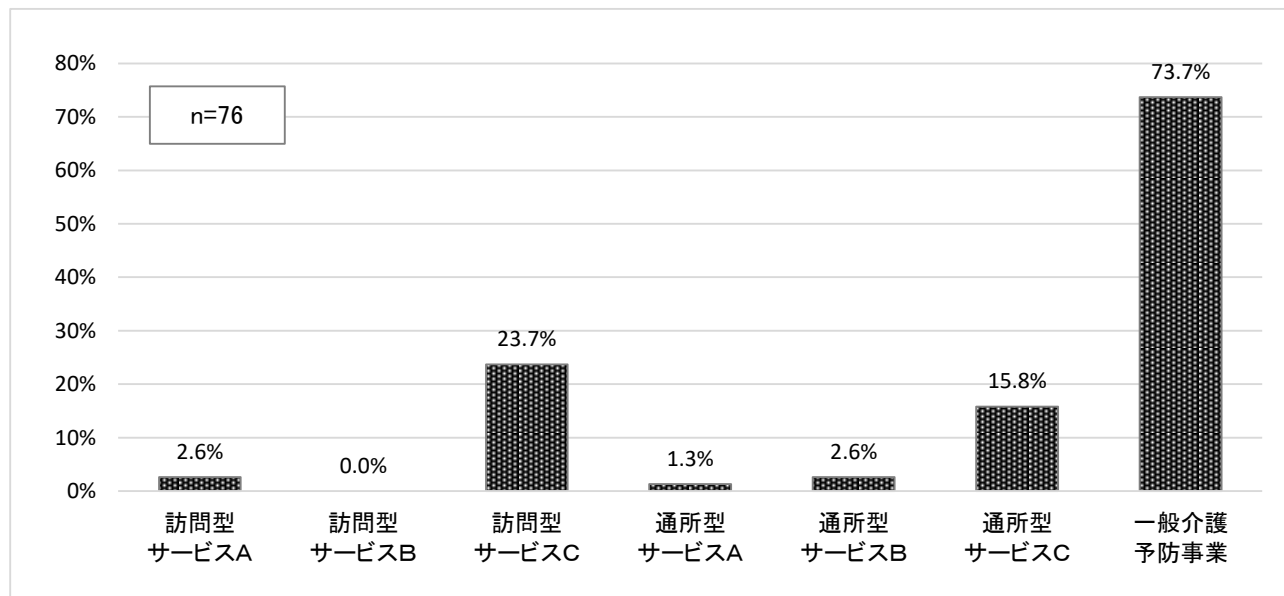


図7-6-1 口腔機能向上プログラムを総合事業に移行した際の類型（複数回答）

表7-6-2 口腔機能向上プログラムを総合事業に移行した際の類型 地区別（複数回答）

	訪問型サービスA	訪問型サービスB	訪問型サービスC	通所型サービスA	通所型サービスB	通所型サービスC	一般介護予防事業
北海道地区(n=5)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	20.0%	100.0%
東北地区(n=9)	0.0%	0.0%	11.1%	0.0%	0.0%	11.1%	88.9%
関東信越地区(n=27)	0.0%	0.0%	25.9%	0.0%	3.7%	22.2%	66.7%
東海北陸地区(n=9)	11.1%	0.0%	22.2%	11.1%	0.0%	0.0%	66.7%
近畿地区(n=5)	0.0%	0.0%	40.0%	0.0%	20.0%	0.0%	60.0%
中国四国地区(n=5)	0.0%	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%	40.0%	80.0%
九州地区(n=16)	6.3%	0.0%	31.3%	0.0%	0.0%	12.5%	75.0%

(8) サービス対象者の口腔と栄養のアセスメントの実施状況

1) アセスメント対象者の種別

アセスメント対象者の種別を全体でみると、「要支援者」が 29.8%、「介護予防・生活支援サービス対象者」が 40.4%、「その他」が 13.3%、「アセスメント実施なし」が 13.3%となっている。地区別でみると、「要支援者」では、近畿地区が 40.0%で最も高く、九州地区が 37.5%、関東信越地区が 32.1%の順である。「介護予防・生活支援サービス対象者」では、近畿地区が 53.3%で最も高く、東海北陸地区が 50.0%、関東信越地区が 43.6%の順である（図 8-1-1、表 8-1-2）。

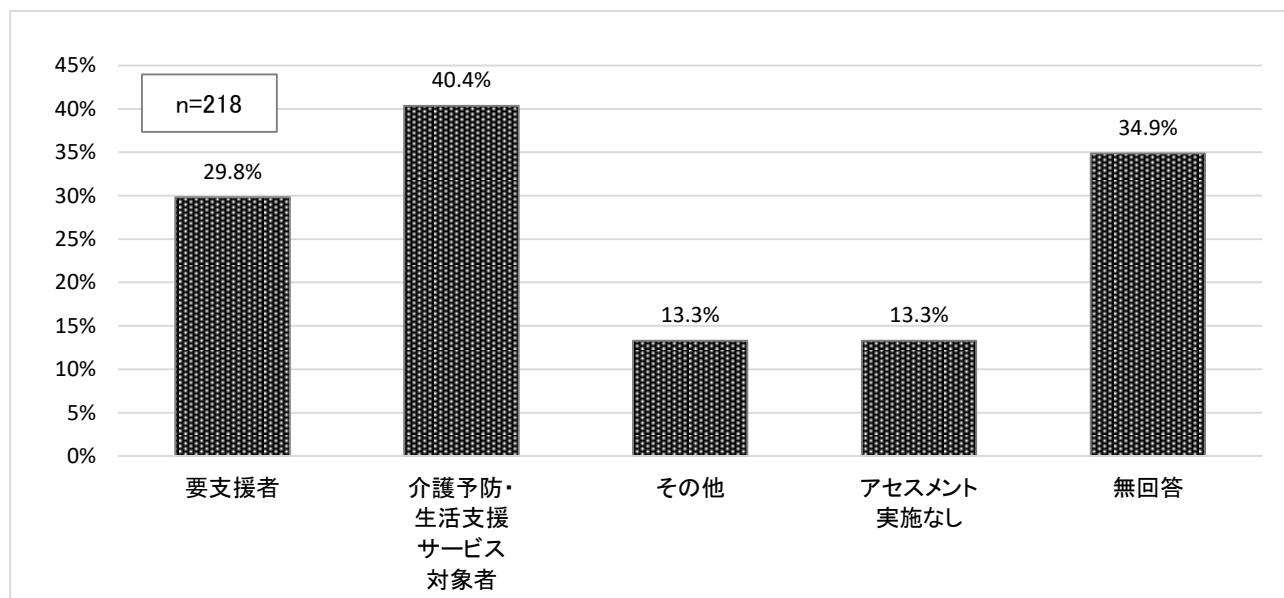


図 8-1-1 アセスメント対象者の種別（複数回答）

表 8-1-2 アセスメント対象者の種別 地区別（複数回答）

	要支援者	介護予防・生活支援サービス対象者	その他	アセスメント実施なし	無回答
北海道地区 (n=18)	22.2%	38.9%	16.7%	11.1%	38.9%
東北地区 (n=29)	17.2%	27.6%	13.8%	10.3%	51.7%
関東信越地区 (n=78)	32.1%	43.6%	11.5%	14.1%	30.8%
東海北陸地区 (n=20)	30.0%	50.0%	10.0%	15.0%	25.0%
近畿地区 (n=15)	40.0%	53.3%	13.3%	13.3%	33.3%
中国四国地区 (n=18)	22.2%	27.8%	16.7%	11.1%	44.4%
九州地区 (n=40)	37.5%	40.0%	15.0%	15.0%	30.0%

2) アセスメント評価者の職種

アセスメント評価者の職種を全体でみると、「保健師」が 54.2%、「社会福祉士」が 28.2%、「主任ケアマネ」が 30.3%、「看護師」が 25.4%、「その他」が 38.0%となっている。地区別でみると、「保健師」では、近畿地区が 70.0%で最も高く、東海北陸地区が 66.7%、北海道地区が 63.6%の順である。

「社会福祉士」では、東海北陸地区と近畿地区がそれぞれ 40.0%で最も高く、東北地区が 35.7%の順である。「主任ケアマネ」では、東海北陸地区が 53.3%で最も高く、東北地区が 42.9%、近畿地区が 40.0%の順である。「看護師」では、九州地区が 32.1%で最も高く、近畿地区と中国四国地区がそれぞれ 30.0%の順である(図 8-2-1、表 8-2-2)。

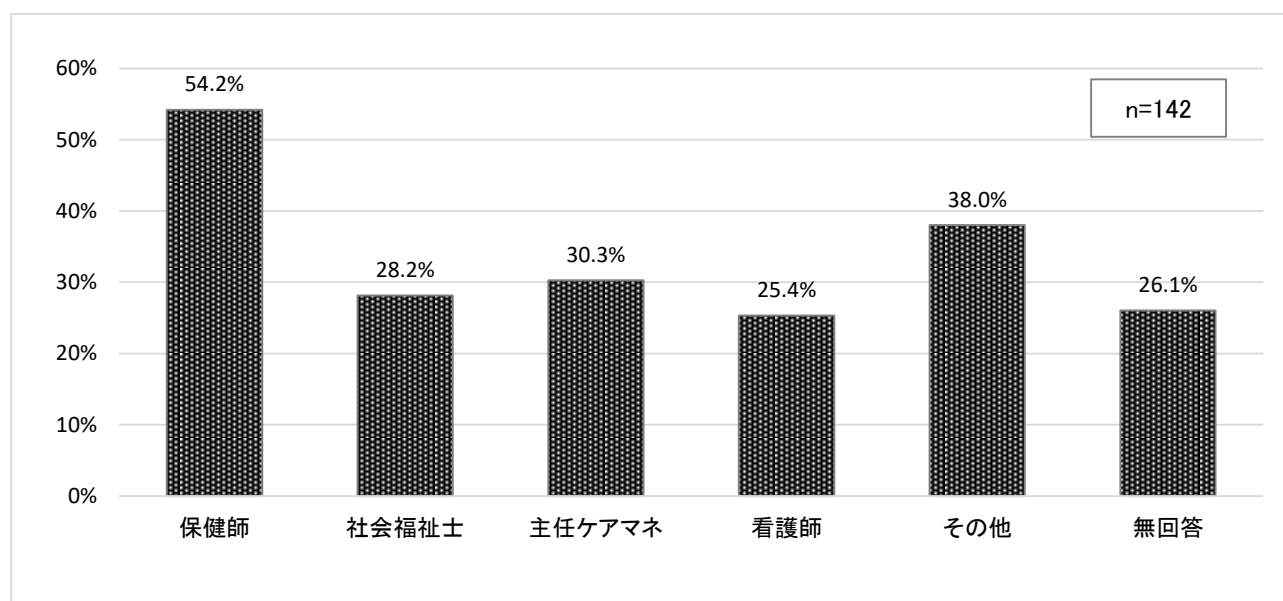


図 8-2-1 アセスメント評価者の職種（複数回答）

表 8-2-2 アセスメント評価者の職種 地区別（複数回答）

	保健師	社会福祉士	主任ケアマネ	看護師	その他	無回答
北海道地区 (n=11)	63.6%	27.3%	27.3%	9.1%	45.5%	18.2%
東北地区 (n=14)	50.0%	35.7%	42.9%	21.4%	42.9%	21.4%
関東信越地区 (n=54)	51.9%	27.8%	20.4%	24.1%	27.8%	33.3%
東海北陸地区 (n=15)	66.7%	40.0%	53.3%	26.7%	33.3%	20.0%
近畿地区 (n=10)	70.0%	40.0%	40.0%	30.0%	50.0%	20.0%
中国四国地区 (n=10)	60.0%	30.0%	30.0%	30.0%	50.0%	20.0%
九州地区 (n=28)	42.9%	14.3%	28.6%	32.1%	46.4%	25.0%

3) アセスメントを受けた対象者数

アセスメントを受けた対象者数を全体の平均でみると 89.4 人である。地区別でみると、近畿地区が 253.8 人で最も高く、次いで中国四国地区が 162.7 人、東北地区が 121.0 人、関東信越地区が 74.7 人、東海北陸地区が 73.7 人、九州地区が 56.5 人、北海道地区が 28.7 人となっている(図 8-3)。

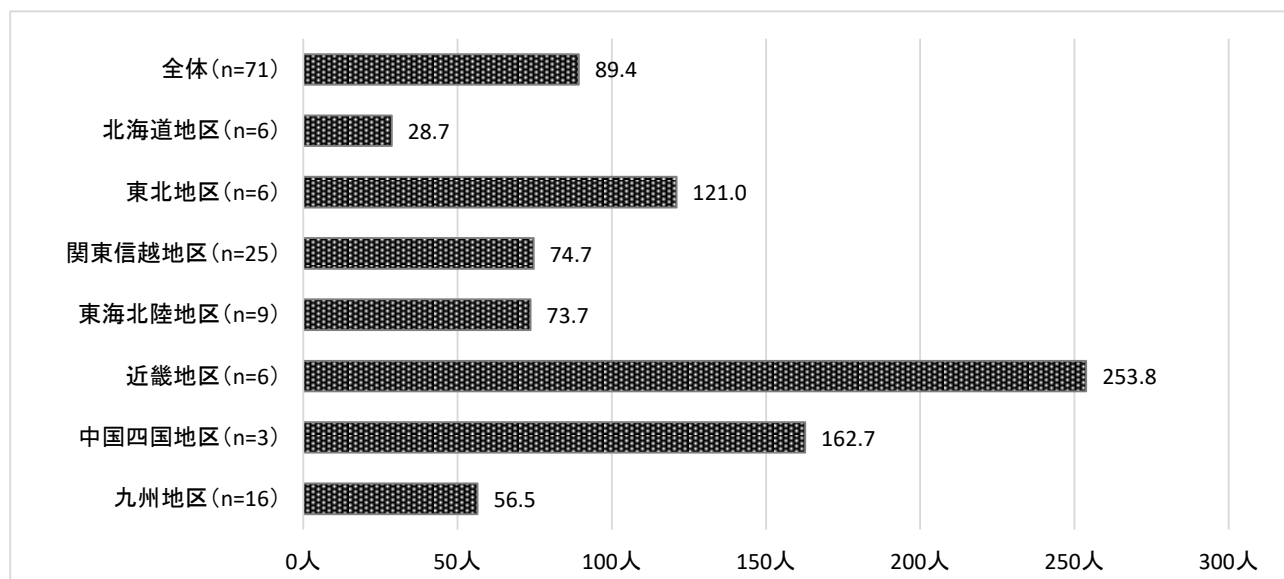


図 8-3 アセスメントを受けた対象者数

4) アセスメントで評価を行った評価者数

アセスメントで評価を行った評価者数を全体の平均でみると 72.0 人である。地区別でみると、近畿地区が 299.2 人で最も高く、次いで関東甲信地区が 72.1 人、九州地区が 51.0 人、東海北陸地区が 43.4 人、東北地区が 31.2 人、中国四国地区が 30.0 人、北海道地区が 24.8 人となっている(図 8-4)。

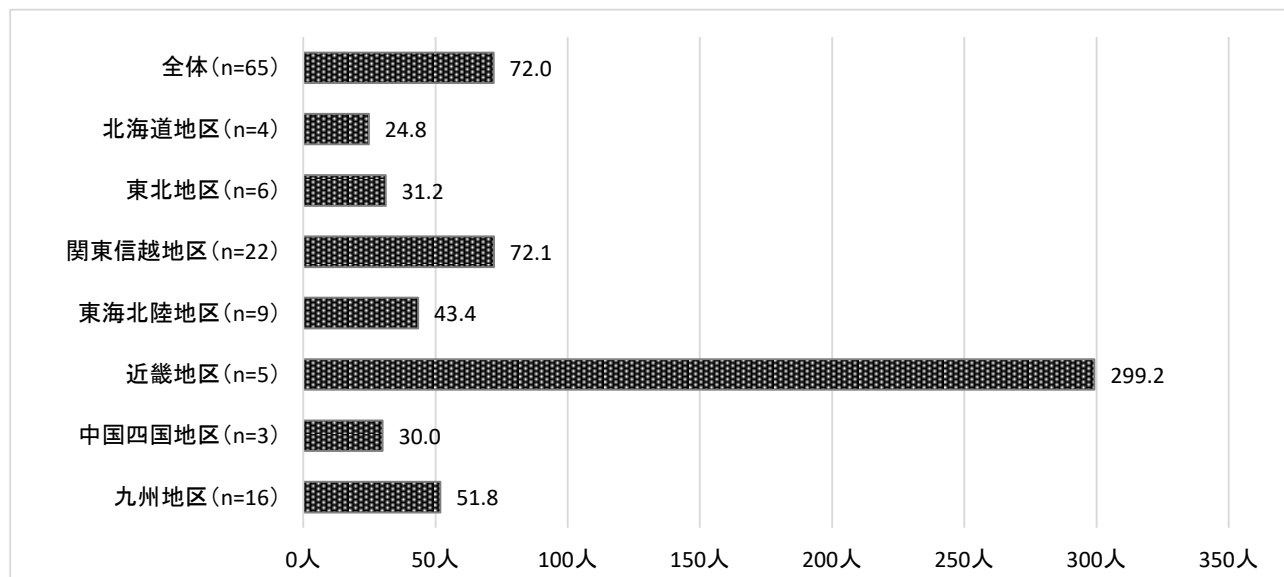


図 8-4 アセスメントで評価を行った評価者数

5) アセスメントの実施頻度・回数

アセスメントの実施頻度を全体でみると、「なし」が4.4%、「1クール」が51.1%、「3ヶ月」が2.2%、「6ヶ月」が18.9%、「6ヶ月と1年」が1.1%、「1年」が16.7%、平均実施回数は1.8回となっている。地区別はn数が少ないので割愛する(図8-5)。

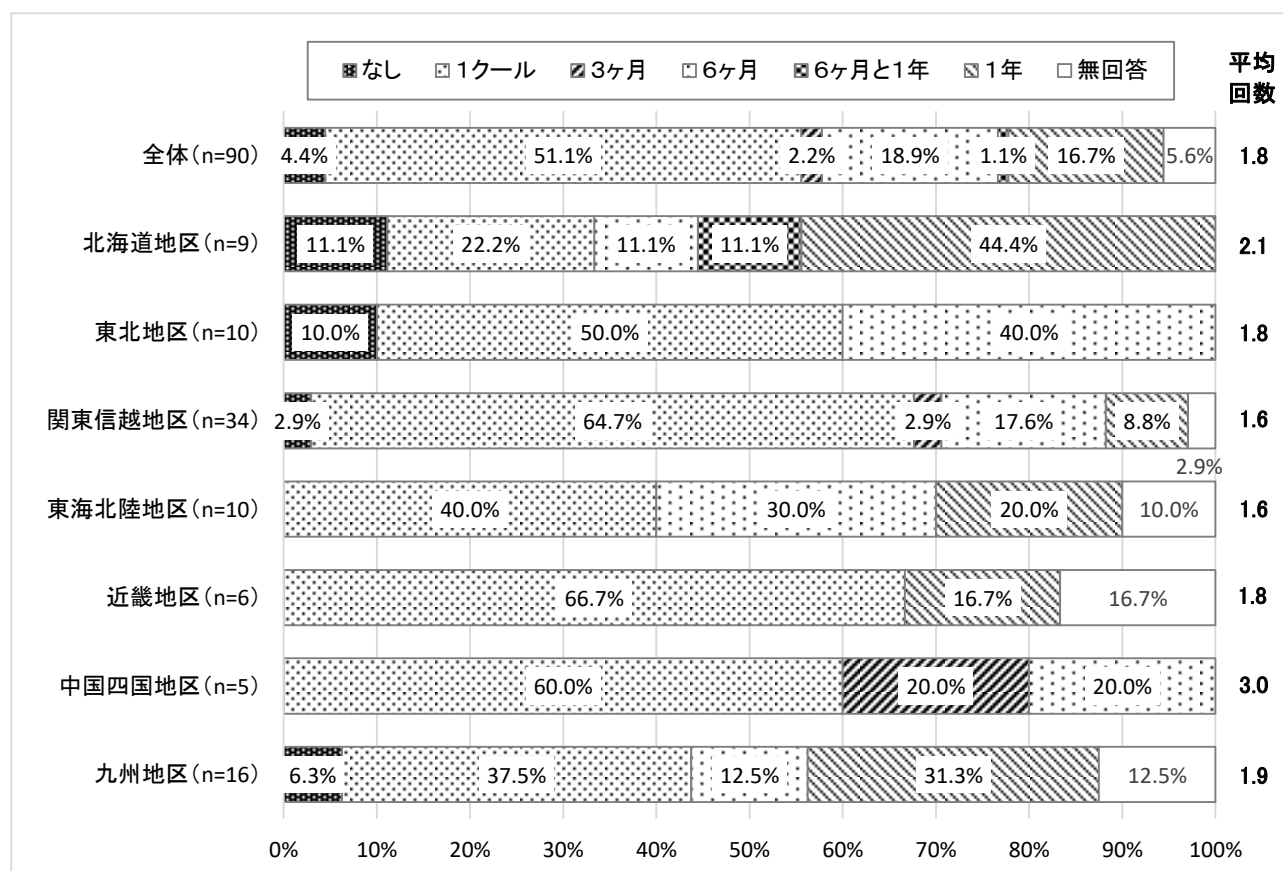


図 8-5 アセスメントの実施頻度・回数

6) 基本チェックリストの利用有無

基本チェックリストの利用有無を全体でみると、「有」が57.0%、「無」が5.6%となっている。地区別はn数が少ないので割愛する(図8-6)。

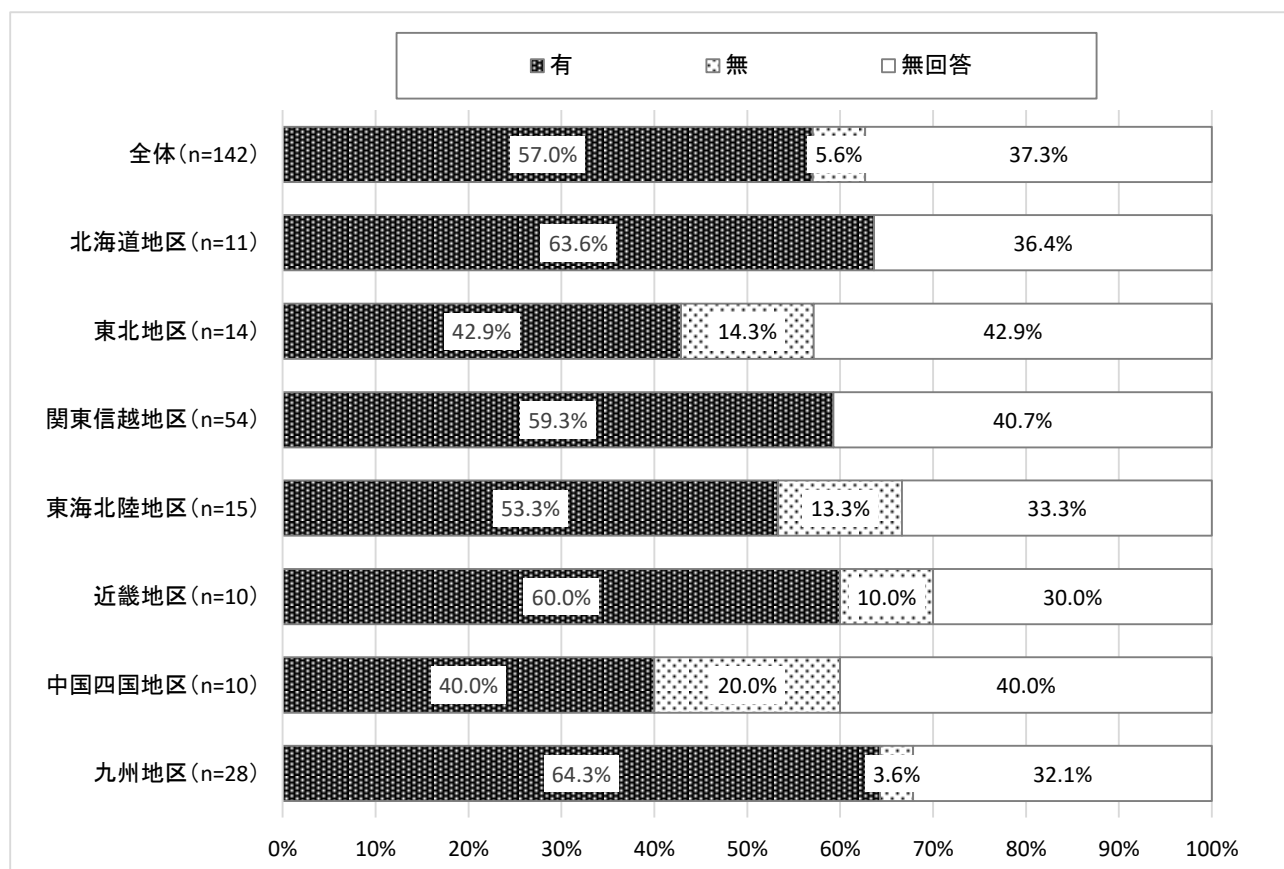


図8-6 基本チェックリストの利用有無

(9) 介護予防プログラムの総合事業への円滑な移行

1) 複合プログラム

複合プログラムの総合事業への円滑な移行の見込みを全体でみると、「移行が難しい」が46.8%、「円滑に移行できる」が53.2%となっており、円滑に移行できる割合は5割強である。地区別で円滑に移行できると回答した割合をみると、北海道地区が68.0%で最も高く、次いで九州地区が66.7%、近畿地区が62.0%、中国四国地区が58.6%、関東信越地区が51.3%、東海北陸地区が45.2%、東北地区が35.6%の順である（図9-1）。

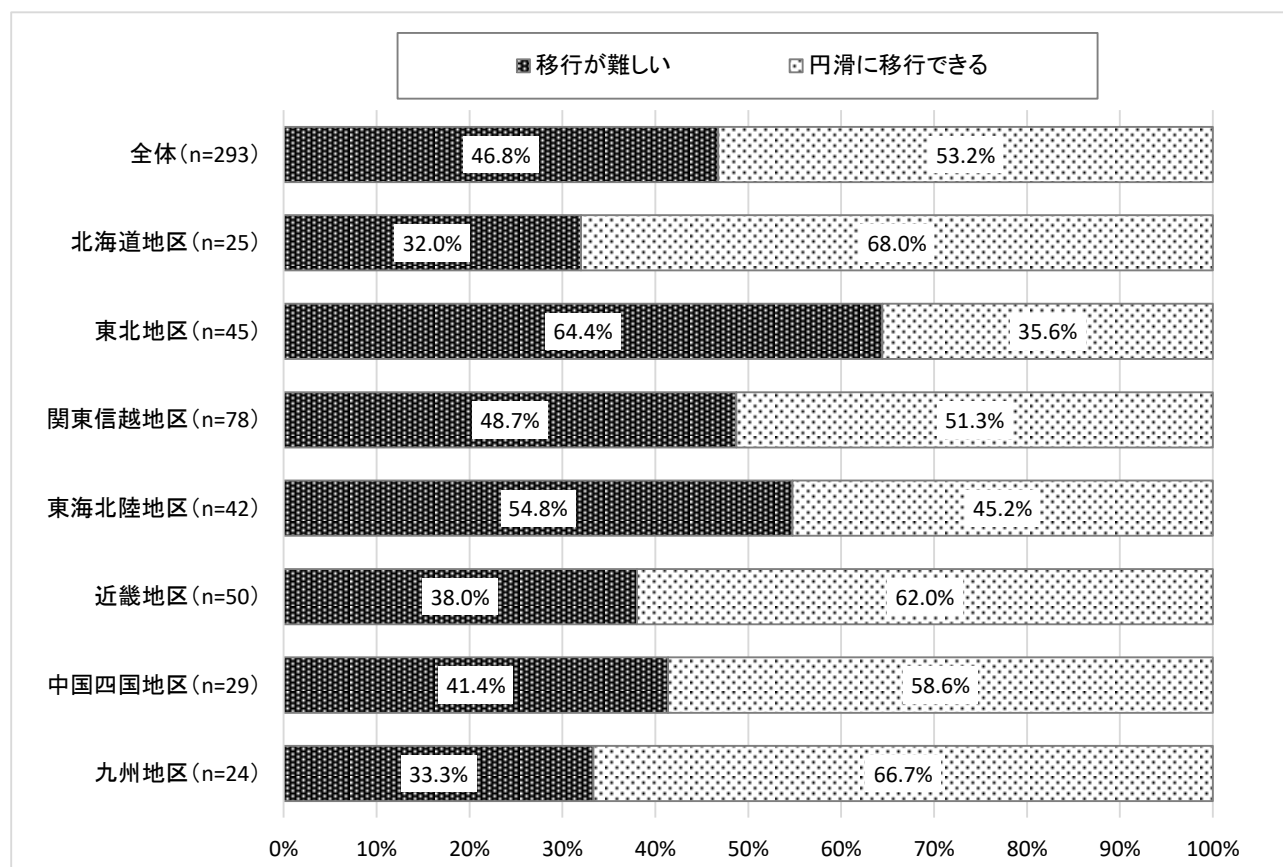


図9-1 複合プログラムの総合事業への円滑な移行

2) 栄養改善プログラム

栄養改善プログラムの総合事業への円滑な移行の見込みを全体でみると、「移行が難しい」が46.8%、「円滑に移行できる」が53.2%となっており、円滑に移行できる割合は5割強である。地区別で円滑に移行できると回答した割合をみると、北海道地区が72.0%で最も高く、次いで中国四国地区が63.2%、関東信越地区が55.1%、東北地区が51.4%、近畿地区が46.9%、九州地区が42.9%、東海北陸地区が41.9%の順である（図9-2）。

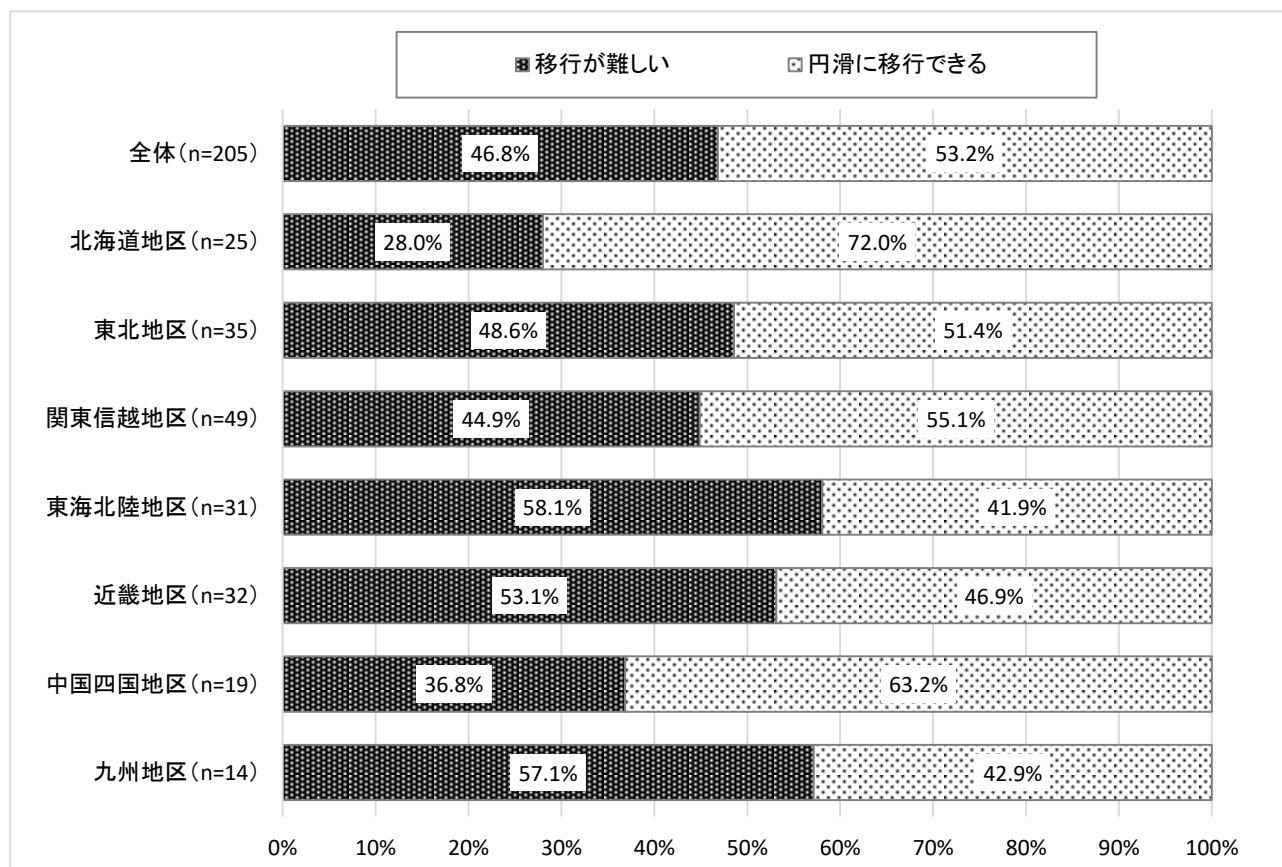


図 9-2 栄養改善プログラムの総合事業への円滑な移行

3) 口腔機能向上プログラム

口腔機能向上プログラムの総合事業への円滑な移行の見込みを全体でみると、「移行が難しい」が45.5%、「円滑に移行できる」が54.5%となっており、円滑に移行できる割合は5割強である。地区別で円滑に移行できると回答した割合をみると、北海道地区が83.9%で最も高く、次いで中国四国地区が60.9%、関東信越地区が54.2%、東北地区が51.4%、近畿地区が46.9%、東海北陸地区が45.9%、九州地区が28.6%の順である（図9-3）。

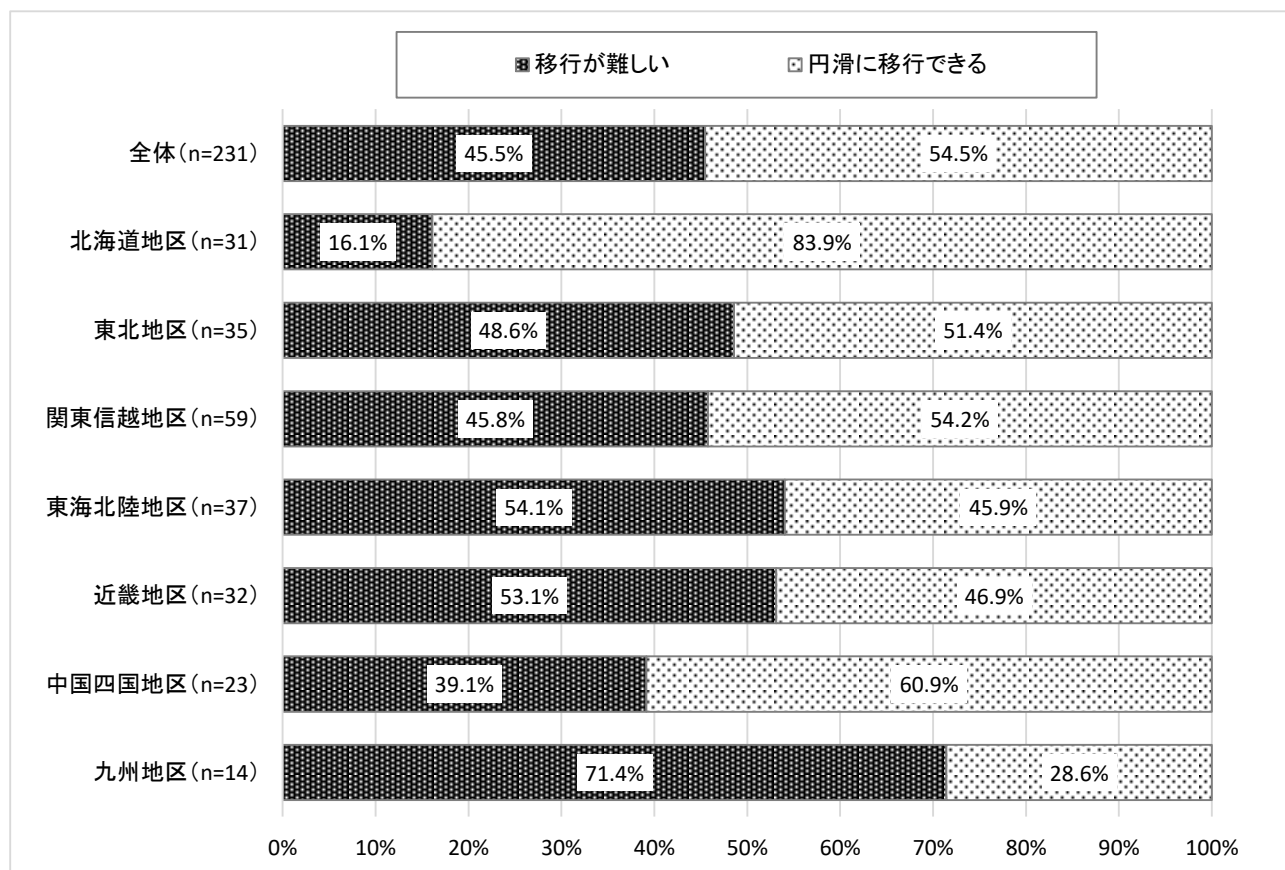


図9-3 口腔機能向上プログラムの総合事業への円滑な移行

4) 運動器の機能向上プログラム

運動器の機能向上プログラムの総合事業への円滑な移行の見込みを全体でみると、「移行が難しい」が31.4%、「円滑に移行できる」が68.6%となっており、円滑に移行できる割合は7割弱である。地区別で円滑に移行できると回答した割合をみると、北海道地区が86.5%で最も高く、次いで中国四国地区が75.0%、東海北陸地区が71.4%、東北地区が66.7%、関東信越地区が64.3%、近畿地区が63.3%、九州地区が57.1%の順である（図9-4）。

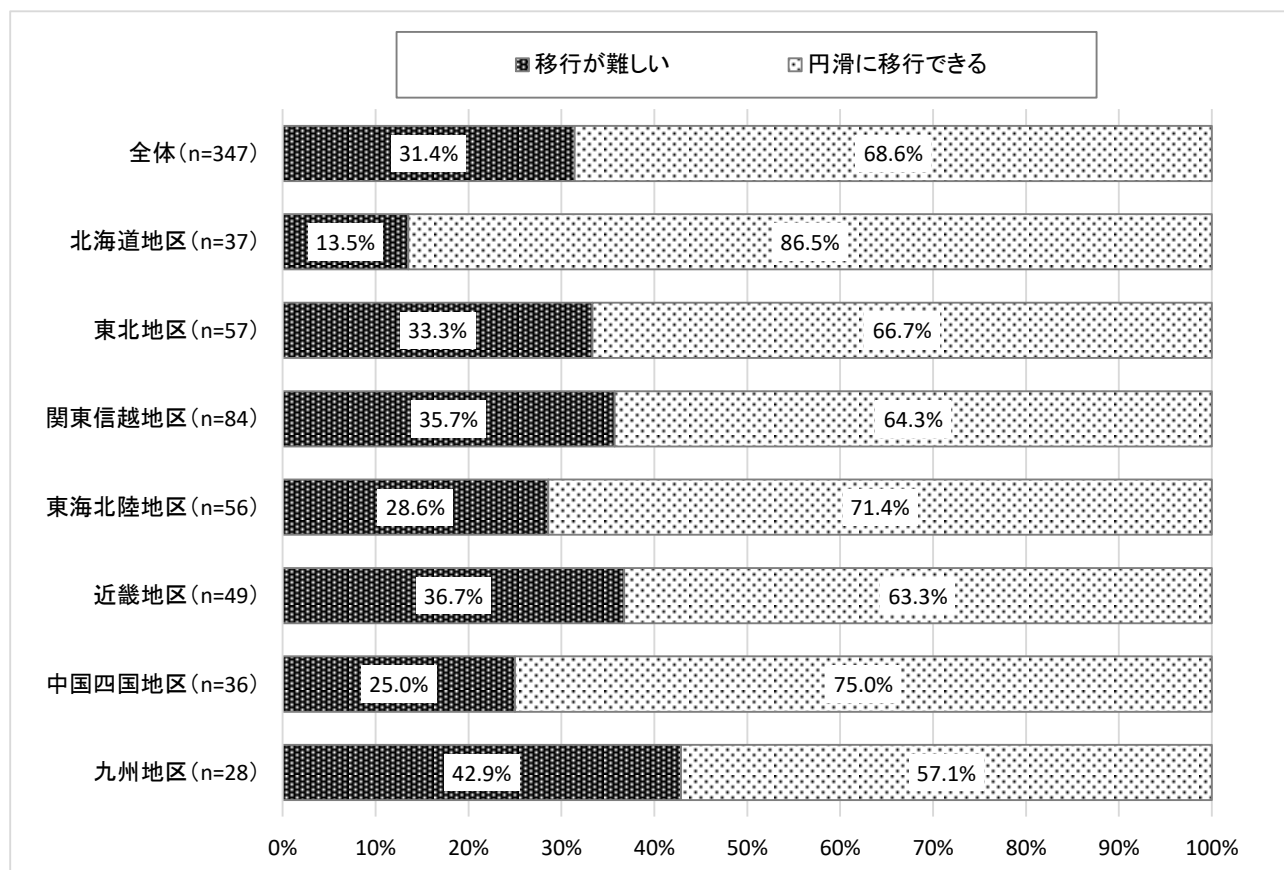


図9-4 運動器の機能向上プログラムの総合事業への円滑な移行

(10) 介護予防プログラムを総合事業に移行する場合の類型

1) 複合（運動栄養口腔）プログラム

複合（運動栄養口腔）プログラムを総合事業に移行する場合の類型（予定）を全体でみると、「訪問型サービスA」が0.3%、「訪問型サービスB」が0.0%、「訪問型サービスC」が3.6%、「通所型サービスA」が4.3%、「通所型サービスB」が0.7%、「通所型サービスC」が23.4%、「一般介護予防事業」が30.4%、「未定」が48.2%となっている。地区別でみると、「訪問型サービスC」では、九州地区が11.8%、「通所型サービスC」では、九州地区が41.2%、関東信越地区が30.7%、「一般介護予防事業」では、近畿地区が40.0%、関東信越地区が36.0%であり、他の地区と比べ高い割合を示した（図10-1-1、表10-1-2）。

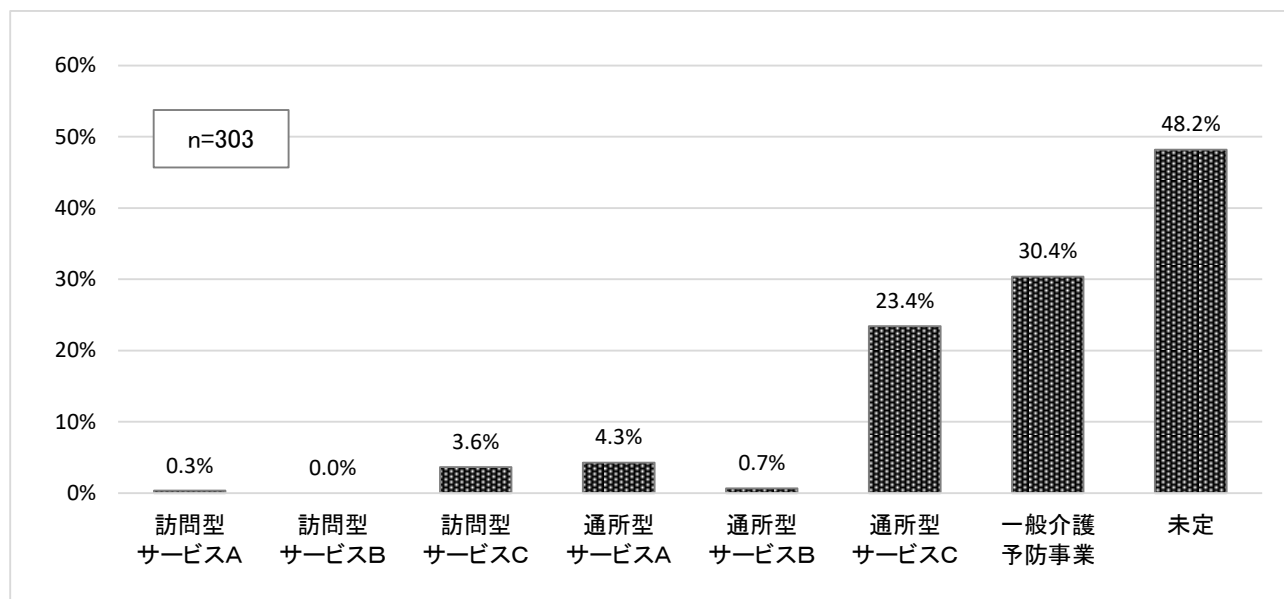


図10-1-1 複合（運動栄養口腔）プログラムを総合事業に移行する場合の類型（複数回答）

表10-1-2 複合（運動栄養口腔）プログラムを総合事業に移行する場合の類型 地区別（複数回答）

	訪問型サービスA	訪問型サービスB	訪問型サービスC	通所型サービスA	通所型サービスB	通所型サービスC	一般介護予防事業	未定
北海道地区 (n=25)	0.0%	0.0%	0.0%	4.0%	0.0%	16.0%	12.0%	72.0%
東北地区 (n=48)	0.0%	0.0%	0.0%	4.2%	0.0%	16.7%	25.0%	60.4%
関東信越地区 (n=75)	1.3%	0.0%	2.7%	5.3%	1.3%	30.7%	36.0%	37.3%
東海北陸地区 (n=40)	0.0%	0.0%	5.0%	7.5%	2.5%	10.0%	20.0%	60.0%
近畿地区 (n=55)	0.0%	0.0%	5.5%	1.8%	0.0%	21.8%	40.0%	38.2%
中国四国地区 (n=26)	0.0%	0.0%	0.0%	7.7%	0.0%	23.1%	34.6%	46.2%
九州地区 (n=34)	0.0%	0.0%	11.8%	0.0%	0.0%	41.2%	32.4%	41.2%

2) 複合（運動栄養）プログラム

複合（運動栄養）プログラムを総合事業に移行する場合の類型（予定）を全体でみると、「訪問型サービスA」が0.0%、「訪問型サービスB」が0.0%、「訪問型サービスC」が1.1%、「通所型サービスA」が1.1%、「通所型サービスB」が0.0%、「通所型サービスC」が4.5%、「一般介護予防事業」が15.8%、「未定」が80.8%となっている。地区別でみると、「通所型サービスA」では、中国四国地区が7.7%、「通所型サービスC」では、東北地区が10.8%、「一般介護予防事業」では、中国四国地区と九州地区がそれぞれ23.1%であり、他の地区と比べ高い割合を示した（図10-2-1、表10-2-2）。

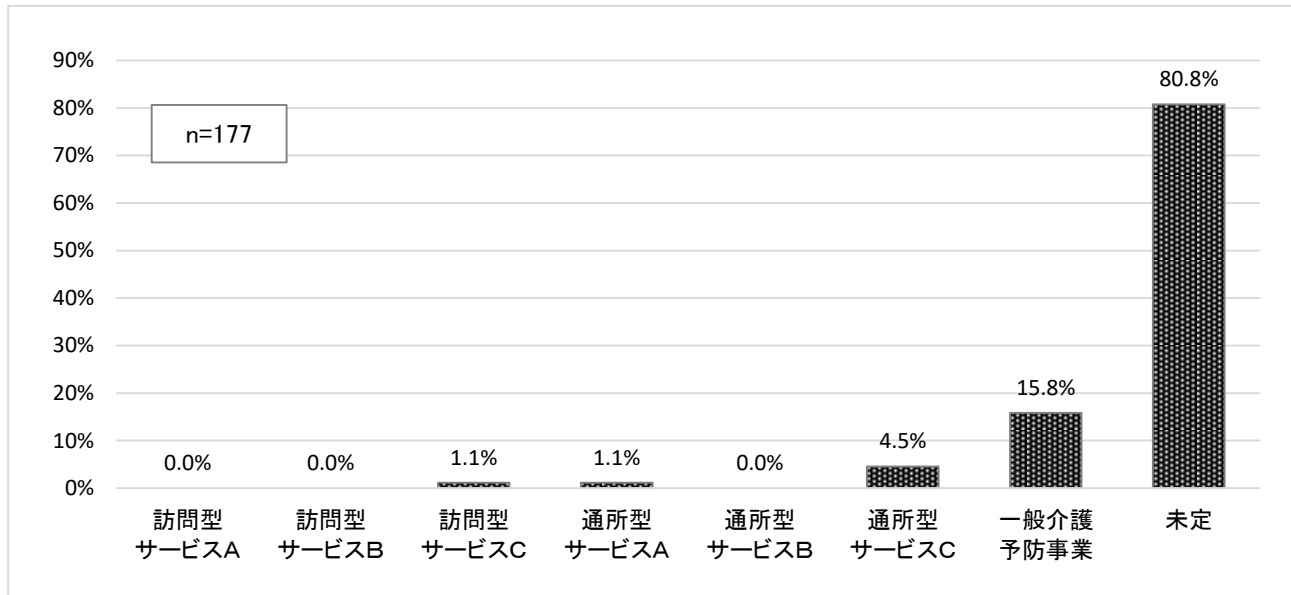


図10-2-1 複合（運動栄養）プログラムを総合事業に移行する場合の類型（複数回答）

表10-2-2 複合（運動栄養）プログラムを総合事業に移行する場合の類型 地区別（複数回答）

	訪問型 サービスA	訪問型 サービスB	訪問型 サービスC	通所型 サービスA	通所型 サービスB	通所型 サービスC	一般介護 予防事業	未定
北海道地区(n=15)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
東北地区(n=37)	0.0%	0.0%	2.7%	0.0%	0.0%	10.8%	16.2%	78.4%
関東信越地区(n=39)	0.0%	0.0%	2.6%	2.6%	0.0%	5.1%	15.4%	79.5%
東海北陸地区(n=30)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.3%	13.3%	86.7%
近畿地区(n=30)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	20.0%	80.0%
中国四国地区(n=13)	0.0%	0.0%	0.0%	7.7%	0.0%	7.7%	23.1%	61.5%
九州地区(n=13)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	23.1%	76.9%

3) 複合（運動口腔）プログラム

複合（運動口腔）プログラムを総合事業に移行する場合の類型（予定）を全体でみると、「訪問型サービスA」が0.0%、「訪問型サービスB」が0.0%、「訪問型サービスC」が2.5%、「通所型サービスA」が2.0%、「通所型サービスB」が2.0%、「通所型サービスC」が10.1%、「一般介護予防事業」が23.1%、「未定」が68.8%となっている。地区別でみると、「通所型サービスA」では、中国四国地区が10.5%、「通所型サービスC」では、中国四国地区が21.1%、「一般介護予防事業」では、近畿地区が35.3%、中国四国地区が31.6%であり、他の地区と比べ高い割合を示した（図10-3-1、表10-3-2）。

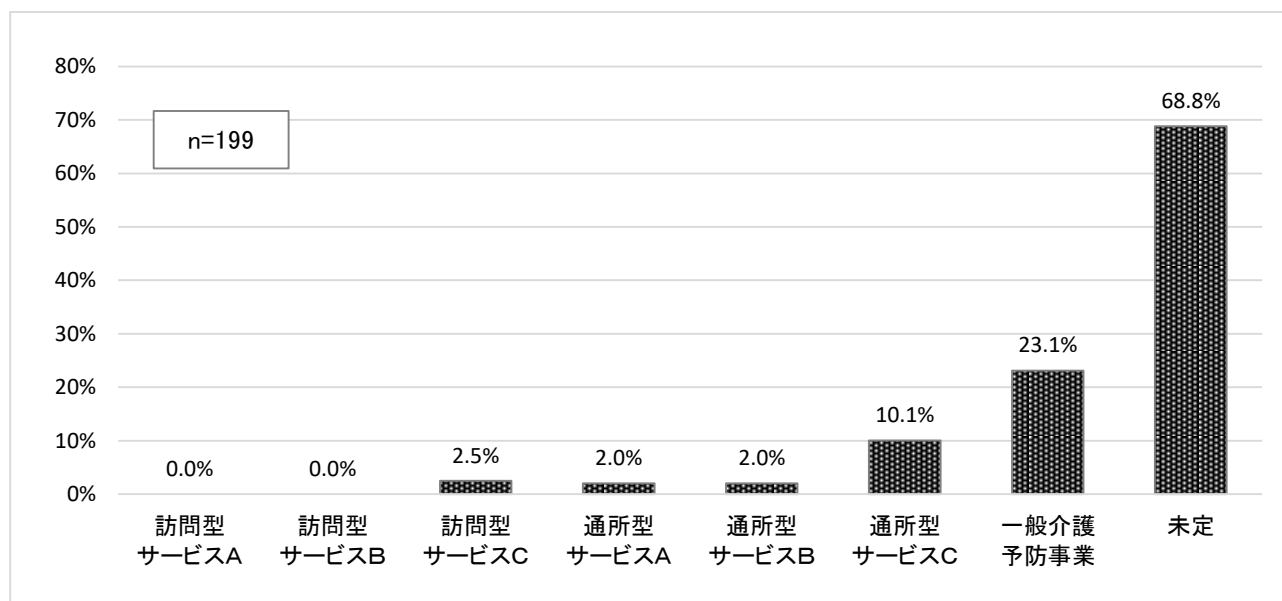


図10-3-1 複合（運動口腔）プログラムを総合事業に移行する場合の類型（複数回答）

表10-3-2 複合（運動口腔）プログラムを総合事業に移行する場合の類型 地区別（複数回答）

	訪問型 サービスA	訪問型 サービスB	訪問型 サービスC	通所型 サービスA	通所型 サービスB	通所型 サービスC	一般介護 予防事業	未定
北海道地区(n=19)	0.0%	0.0%	0.0%	5.3%	0.0%	5.3%	10.5%	84.2%
東北地区(n=39)	0.0%	0.0%	2.6%	2.6%	2.6%	12.8%	17.9%	71.8%
関東信越地区(n=40)	0.0%	0.0%	5.0%	0.0%	2.5%	12.5%	27.5%	65.0%
東海北陸地区(n=32)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.1%	6.3%	12.5%	81.3%
近畿地区(n=34)	0.0%	0.0%	2.9%	0.0%	0.0%	2.9%	35.3%	58.8%
中国四国地区(n=19)	0.0%	0.0%	5.3%	10.5%	5.3%	21.1%	31.6%	52.6%
九州地区(n=16)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	12.5%	25.0%	68.8%

4) 複合（口腔栄養）プログラム

複合（口腔栄養）プログラムを総合事業に移行する場合の類型（予定）を全体でみると、「訪問型サービスA」が0.0%、「訪問型サービスB」が0.0%、「訪問型サービスC」が0.5%、「通所型サービスA」が0.5%、「通所型サービスB」が0.0%、「通所型サービスC」が5.8%、「一般介護予防事業」が17.3%、「未定」が78.0%となっている。地区別でみると、「通所型サービスA」では、中国四国地区が8.3%、「通所型サービスC」では、関東信越地区が13.3%、「一般介護予防事業」では、東海北陸地区が22.2%、近畿地区が20.0%であり、他の地区と比べ高い割合を示した（図10-4-1、表10-4-2）。

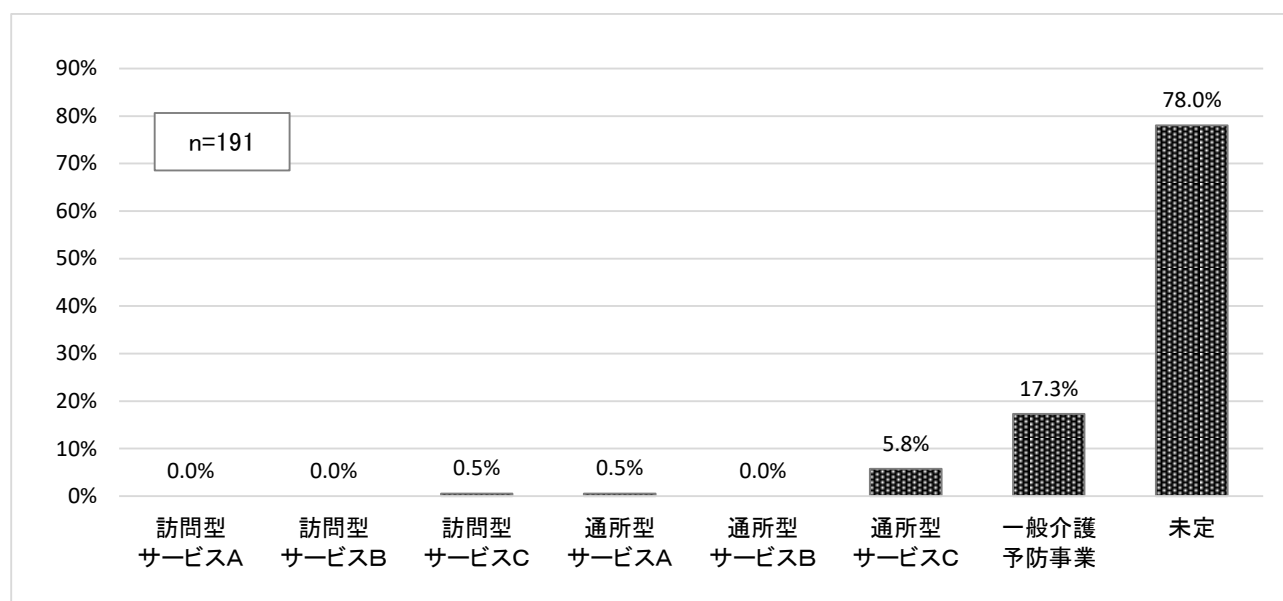


図10-4-1 複合（口腔栄養）プログラムを総合事業に移行する場合の類型（複数回答）

表10-4-2 複合（口腔栄養）プログラムを総合事業に移行する場合の類型 地区別（複数回答）

	訪問型サービスA	訪問型サービスB	訪問型サービスC	通所型サービスA	通所型サービスB	通所型サービスC	一般介護予防事業	未定
北海道地区(n=19)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	10.5%	89.5%
東北地区(n=37)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.4%	16.2%	81.1%
関東信越地区(n=45)	0.0%	0.0%	2.2%	0.0%	0.0%	13.3%	17.8%	71.1%
東海北陸地区(n=36)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.8%	22.2%	77.8%
近畿地区(n=30)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	3.3%	20.0%	76.7%
中国四国地区(n=12)	0.0%	0.0%	0.0%	8.3%	0.0%	8.3%	16.7%	66.7%
九州地区(n=12)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	8.3%	91.7%

5) 栄養改善プログラム

栄養改善プログラムを総合事業に移行する場合の類型（予定）を全体でみると、「訪問型サービスA」が0.0%、「訪問型サービスB」が0.0%、「訪問型サービスC」が13.0%、「通所型サービスA」が1.6%、「通所型サービスB」が0.8%、「通所型サービスC」が6.5%、「一般介護予防事業」が32.0%、「未定」が55.9%となっている。地区別でみると、「訪問型サービスC」では、中国四国地区が22.7%、関東信越地区が20.3%、「通所型サービスC」では、中国四国地区が13.6%、関東信越地区が10.2%、「一般介護予防事業」では、中国四国地区が40.9%、近畿地区が35.0%であり、他の地区と比べ高い割合を示した（図10-5-1、表10-5-2）。

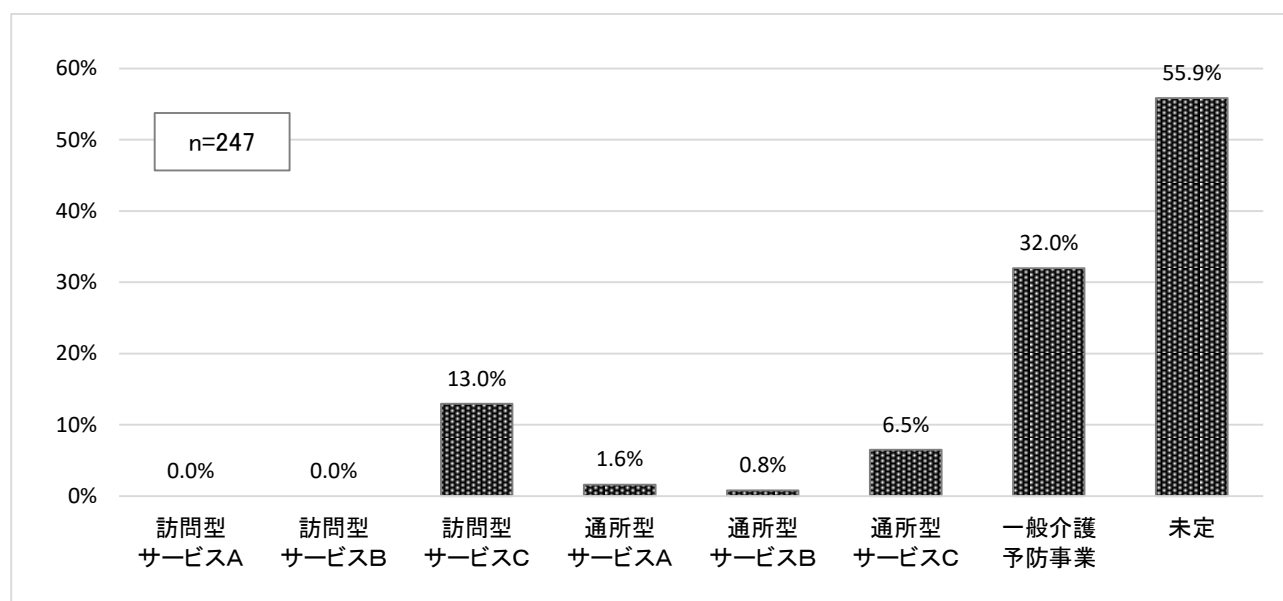


図10-5-1 栄養改善プログラムを総合事業に移行する場合の類型（複数回答）

表10-5-2 栄養改善プログラムを総合事業に移行する場合の類型 地区別（複数回答）

	訪問型 サービスA	訪問型 サービスB	訪問型 サービスC	通所型 サービスA	通所型 サービスB	通所型 サービスC	一般介護 予防事業	未定
北海道地区(n=23)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	34.8%	65.2%
東北地区(n=41)	0.0%	0.0%	9.8%	0.0%	0.0%	9.8%	26.8%	65.9%
関東信越地区(n=59)	0.0%	0.0%	20.3%	1.7%	0.0%	10.2%	28.8%	50.8%
東海北陸地区(n=42)	0.0%	0.0%	16.7%	0.0%	0.0%	7.1%	33.3%	52.4%
近畿地区(n=40)	0.0%	0.0%	7.5%	0.0%	2.5%	0.0%	35.0%	60.0%
中国四国地区(n=22)	0.0%	0.0%	22.7%	9.1%	4.5%	13.6%	40.9%	36.4%
九州地区(n=20)	0.0%	0.0%	5.0%	5.0%	0.0%	0.0%	30.0%	60.0%

6) 口腔機能向上プログラム

口腔機能向上プログラムを総合事業に移行する場合の類型（予定）を全体でみると、「訪問型サービスA」が0.0%、「訪問型サービスB」が0.0%、「訪問型サービスC」が8.8%、「通所型サービスA」が1.8%、「通所型サービスB」が1.1%、「通所型サービスC」が11.0%、「一般介護予防事業」が34.1%、「未定」が53.5%となっている。地区別でみると、「訪問型サービスC」では、関東信越地区が17.2%、東海北陸地区が10.4%、「通所型サービスC」では、中国四国地区が20.0%、東海北陸地区が14.6%、東北地区が14.3%、「一般介護予防事業」では、中国四国地区が56.0%、北海道地区が40.6%であり、他の地区と比べ高い割合を示した（図10-6-1、表10-6-2）。

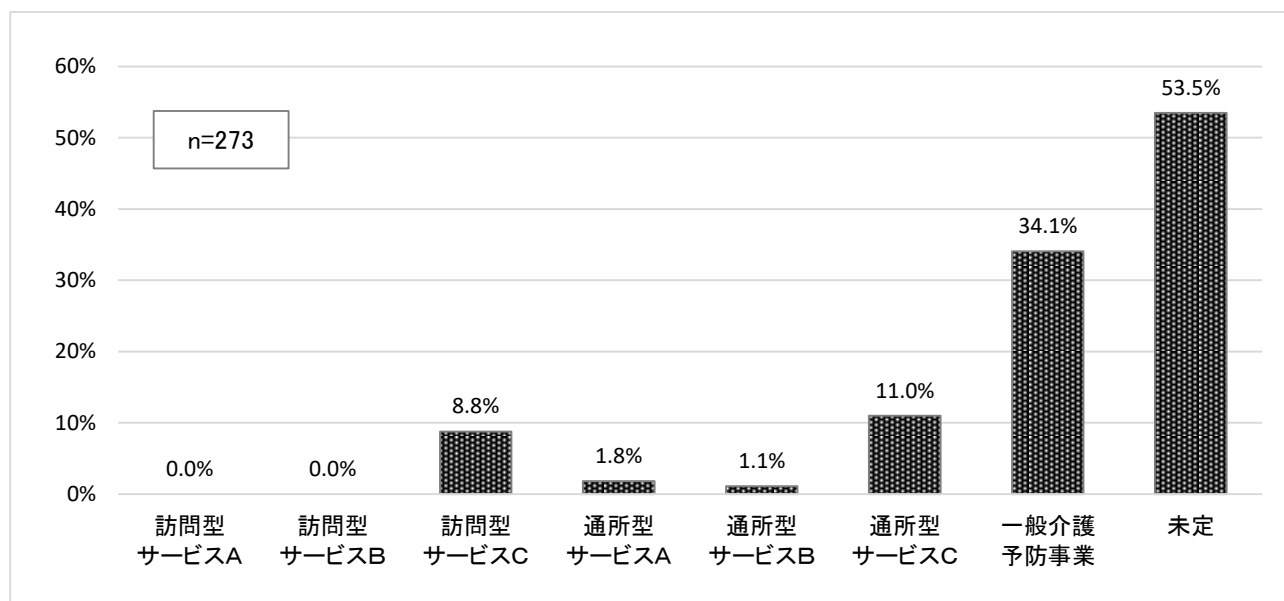


図10-6-1 口腔機能向上プログラムを総合事業に移行する場合の類型（複数回答）

表10-6-2 口腔機能向上プログラムを総合事業に移行する場合の類型 地区別（複数回答）

	訪問型サービスA	訪問型サービスB	訪問型サービスC	通所型サービスA	通所型サービスB	通所型サービスC	一般介護予防事業	未定
北海道地区(n=32)	0.0%	0.0%	3.1%	0.0%	0.0%	9.4%	40.6%	50.0%
東北地区(n=42)	0.0%	0.0%	7.1%	2.4%	2.4%	14.3%	26.2%	61.9%
関東信越地区(n=64)	0.0%	0.0%	17.2%	1.6%	1.6%	12.5%	31.3%	48.4%
東海北陸地区(n=48)	0.0%	0.0%	10.4%	0.0%	0.0%	14.6%	33.3%	52.1%
近畿地区(n=40)	0.0%	0.0%	5.0%	2.5%	2.5%	0.0%	35.0%	60.0%
中国四国地区(n=25)	0.0%	0.0%	4.0%	4.0%	0.0%	20.0%	56.0%	36.0%
九州地区(n=22)	0.0%	0.0%	4.5%	4.5%	0.0%	4.5%	22.7%	68.2%

(11) 総合事業に口腔機能向上や栄養改善の取組を位置付けるために期待する支援

1) 運動栄養口腔複合プログラム

総合事業に口腔機能向上や栄養改善の取組を位置付けるために期待する支援について、運動栄養口腔複合プログラムを全体でみると、「効果的な事業展開のための情報提供」が75.4%で最も高く、次いで「財政的支援」が55.7%、「市町村担当者の研修」が52.8%、「人的支援」が51.9%、「コーディネーター等の育成事業」が27.0%、「物的支援」が22.6%、「国・都道府県の施設の無償提供」が19.3%、「ボランティア等に対する介護ポイントの導入」が11.1%、「その他」が3.9%となっている。地区別でみると、「市町村担当者の研修」では、中国四国地区が61.5%、「国・都道府県の施設の無償提供」では、近畿地区が24.7%、「コーディネーター等の育成事業」では、東北地区が35.7%、「財政的支援」では、中国四国地区が63.5%、「物的支援」では、近畿地区が28.6%、「人的支援」では、中国四国地区が63.5%、「ボランティア等に対する介護ポイントの導入」では、東海北陸地区が18.6%、「効果的な事業展開のための情報提供」では、東海北陸地区が81.4%であり、他の地区と比べ高い割合を示した(図11-1-1、表11-1-2)。

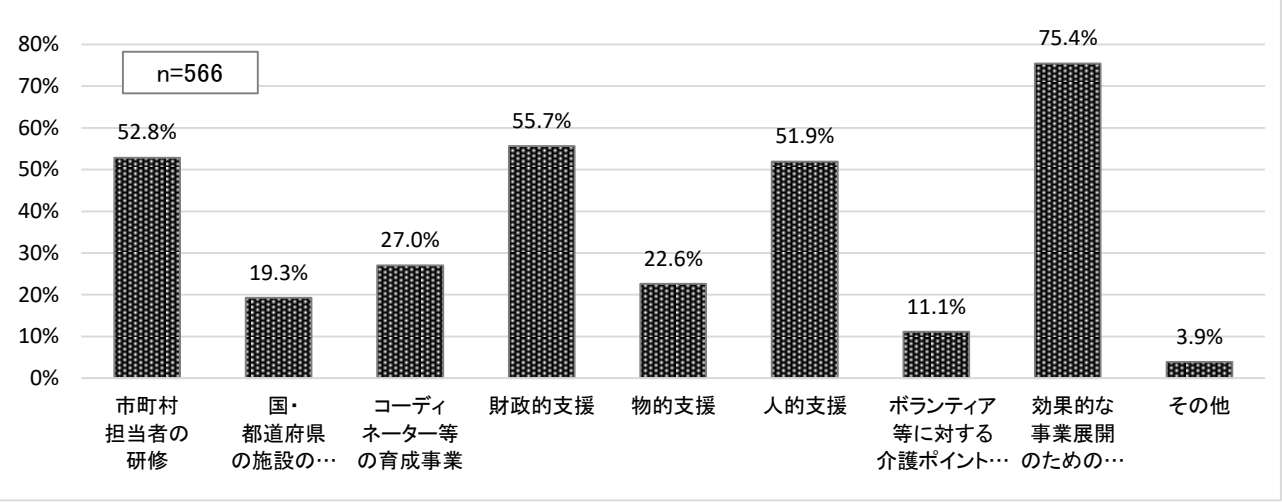


図 11-1-1 総合事業に口腔機能向上や栄養改善の取組を位置付けるために期待する支援
運動栄養口腔複合プログラム（複数回答）

表 11-1-2 総合事業に口腔機能向上や栄養改善の取組を位置付けるために期待する支援
運動栄養口腔複合プログラム 地区別（複数回答）

	市町村担当者の研修	国・都道府県の施設の無償提供	コーディネーター等の育成事業	財政的支援	物的支援	人的支援	ボランティア等に対する介護ポイントの導入	効果的な事業展開のための情報提供	その他
北海道地区 (n=54)	46.3%	5.6%	27.8%	57.4%	20.4%	50.0%	11.1%	72.2%	7.4%
東北地区 (n=84)	59.5%	22.6%	35.7%	53.6%	17.9%	63.1%	13.1%	76.2%	3.6%
関東信越地区 (n=154)	52.6%	22.1%	26.6%	53.2%	23.4%	46.1%	7.8%	70.8%	3.9%
東海北陸地区 (n=70)	48.6%	18.6%	22.9%	42.9%	20.0%	37.1%	18.6%	81.4%	1.4%
近畿地区 (n=77)	48.1%	24.7%	24.7%	61.0%	28.6%	50.6%	6.5%	72.7%	7.8%
中国四国地区 (n=52)	61.5%	15.4%	26.9%	63.5%	23.1%	63.5%	9.6%	80.8%	3.8%
九州地区 (n=75)	53.3%	17.3%	24.0%	62.7%	24.0%	60.0%	14.7%	80.0%	0.0%

2) 栄養改善プログラム

総合事業に口腔機能向上や栄養改善の取組を位置付けるために期待する支援について、栄養改善プログラムを全体でみると、「効果的な事業展開のための情報提供」が74.3%で最も高く、次いで「財政的支援」が55.1%、「人的支援」が53.7%、「市町村担当者の研修」が51.4%、「コーディネーター等の育成事業」が27.3%、「物的支援」が21.6%、「国・都道府県の施設の無償提供」が15.5%、「ボランティア等に対する介護ポイントの導入」が11.4%、「その他」が3.9%となっている。地区別でみると、「市町村担当者の研修」では、中国四国地区が63.0%、「国・都道府県の施設の無償提供」では、東北地区が18.7%、「コーディネーター等の育成事業」では、東北地区が34.7%、「財政的支援」では、九州地区が64.6%、「物的支援」では、近畿地区が27.4%、「人的支援」では、近畿地区が66.1%、「ボランティア等に対する介護ポイントの導入」では、東海北陸地区が19.4%、「効果的な事業展開のための情報提供」では、中国四国地区が80.4%であり、他の地区と比べ高い割合を示した（図11-2-1、表11-2-2）。

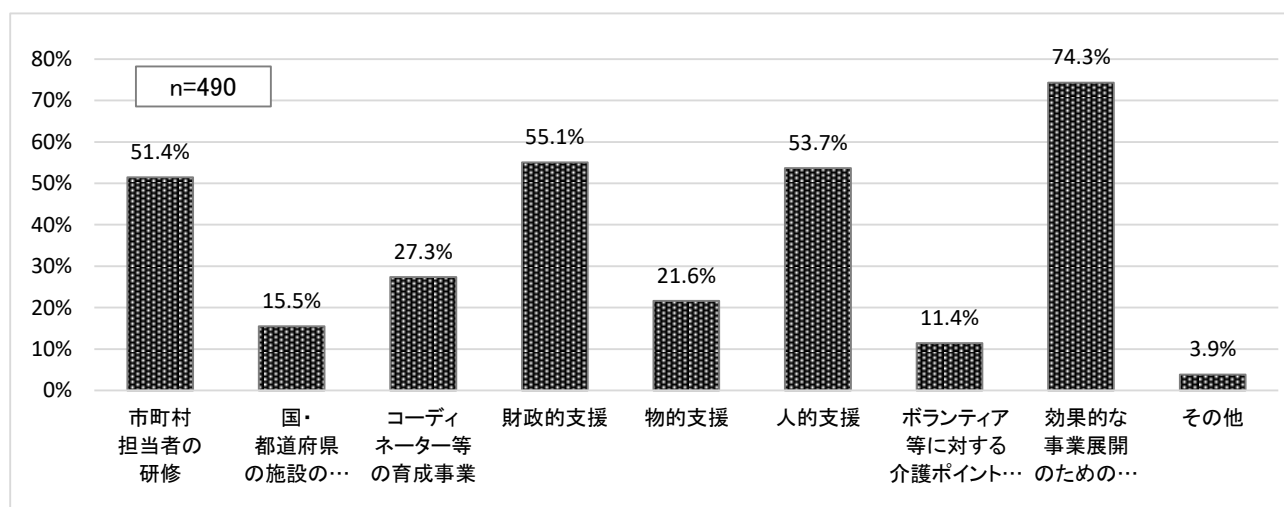


図11-2-1 総合事業に口腔機能向上や栄養改善の取組を位置付けるために期待する支援
栄養改善プログラム（複数回答）

表11-2-2 総合事業に口腔機能向上や栄養改善の取組を位置付けるために期待する支援
栄養改善プログラム 地区別（複数回答）

	市町村担当者の研修	国・都道府県の施設の無償提供	コーディネーター等の育成事業	財政的支援	物的支援	人的支援	ボランティア等に対する介護ポイントの導入	効果的な事業展開のための情報提供	その他
北海道地区 (n=46)	45.7%	6.5%	26.1%	58.7%	21.7%	39.1%	6.5%	67.4%	6.5%
東北地区 (n=75)	60.0%	18.7%	34.7%	54.7%	18.7%	64.0%	14.7%	77.3%	4.0%
関東信越地区 (n=129)	48.8%	18.6%	24.8%	50.4%	23.3%	46.5%	9.3%	67.4%	5.4%
東海北陸地区 (n=67)	47.8%	17.9%	23.9%	46.3%	16.4%	41.8%	19.4%	79.1%	1.5%
近畿地区 (n=62)	46.8%	16.1%	25.8%	59.7%	27.4%	66.1%	6.5%	75.8%	6.5%
中国四国地区 (n=46)	63.0%	13.0%	32.6%	58.7%	17.4%	58.7%	6.5%	80.4%	2.2%
九州地区 (n=65)	50.8%	10.8%	26.2%	64.6%	24.6%	63.1%	15.4%	78.5%	0.0%

3) 口腔機能向上プログラム

総合事業に口腔機能向上や栄養改善の取組を位置付けるために期待する支援について、口腔機能向上プログラムを全体でみると、「効果的な事業展開のための情報提供」が73.6%で最も高く、次いで「財政的支援」が53.9%、「人的支援」が53.3%、「市町村担当者の研修」が50.9%、「コーディネーター等の育成事業」が27.0%、「物的支援」が22.1%、「国・都道府県の施設の無償提供」が15.1%、「ボランティア等に対する介護ポイントの導入」が11.5%、「その他」が4.2%となっている。地区別でみると、「市町村担当者の研修」では、中国四国地区が59.6%、「国・都道府県の施設の無償提供」では、近畿地区が20.6%、「コーディネーター等の育成事業」では、東北地区が32.9%、「財政的支援」では、九州地区が63.6%、「物的支援」では、近畿地区が28.6%、「人的支援」では、東北地区が68.4%、「ボランティア等に対する介護ポイントの導入」では、東海北陸地区が19.1%、「効果的な事業展開のための情報提供」では、九州地区が80.3%であり、他の地区と比べ高い割合を示した（図11-3-1、表11-3-2）。

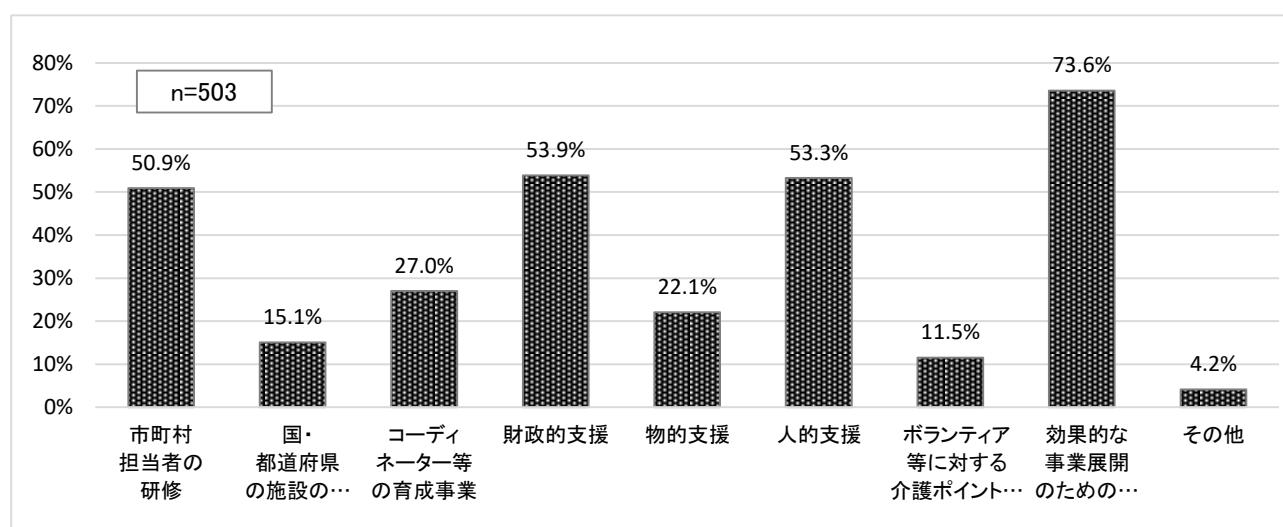


図 11-3-1 総合事業に口腔機能向上や栄養改善の取組を位置付けるために期待する支援
口腔機能向上プログラム（複数回答）

表 11-3-2 総合事業に口腔機能向上や栄養改善の取組を位置付けるために期待する支援
口腔機能向上プログラム 地区別（複数回答）

	市町村担当者の研修	国・都道府県の施設の無償提供	コーディネーター等の育成事業	財政的支援	物的支援	人的支援	ボランティア等に対する介護ポイントの導入	効果的な事業展開のための情報提供	その他
北海道地区 (n=50)	46.0%	6.0%	24.0%	56.0%	20.0%	38.0%	8.0%	66.0%	6.0%
東北地区 (n=76)	59.2%	18.4%	32.9%	55.3%	18.4%	68.4%	14.5%	76.3%	3.9%
関東信越地区 (n=133)	48.1%	17.3%	24.8%	49.6%	21.8%	46.6%	8.3%	66.9%	6.8%
東海北陸地区 (n=68)	47.1%	14.7%	25.0%	45.6%	20.6%	41.2%	19.1%	76.5%	2.9%
近畿地区 (n=63)	46.0%	20.6%	25.4%	55.6%	28.6%	60.3%	7.9%	76.2%	4.8%
中国四国地区 (n=47)	59.6%	12.8%	31.9%	57.4%	21.3%	61.7%	8.5%	78.7%	2.1%
九州地区 (n=66)	53.0%	10.6%	27.3%	63.6%	24.2%	60.6%	15.2%	80.3%	0.0%

(12) 自主運営している介護予防活動

1) 地域住民による自主運営している介護予防活動

地域住民による自主運営している介護予防活動の有無を全体でみると、「あり」が 78.7%、「なし」が 19.4%となっており、8 割弱が介護予防活動を実施している。地区別で「あり」の割合をみると、東海北陸地区が 86.2%で最も高く、次いで中国四国地区が 85.0%、近畿地区が 84.6%、関東信越地区が 80.9%であり、これらの地区が 8 割を超えている(図 12-1-1)。

グループ・サロン数の平均箇所数を全体でみると 51.6 箇所であり、養成・準備段階の場合では 3.7 箇所となっている(表 12-1-2)。

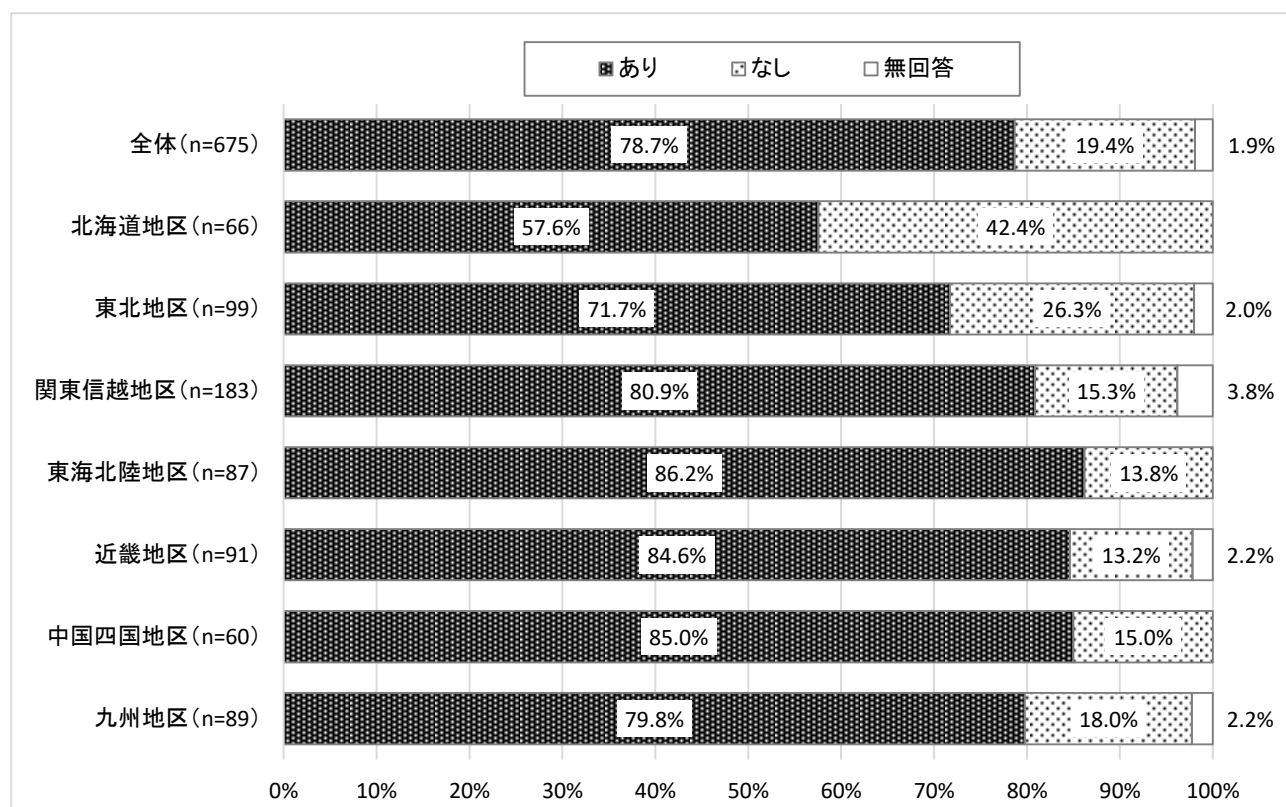


図 12-1-1 地域住民による自主運営している介護予防活動の有無

表 12-1-2 地域住民による自主運営している介護予防活動のグループ・サロン数

	グループ・サロン数		養成・準備段階の場合	
	回答数	平均箇所数	回答数	平均箇所数
全体	488	51.6	126	3.7
北海道地区	35	17.9	9	2.3
東北地区	66	26.7	20	1.9
関東信越地区	136	45.4	29	6.9
東海北陸地区	65	54.2	21	1.9
近畿地区	69	66.3	18	4.2
中国四国地区	51	73.4	10	5.4
九州地区	66	72.5	19	2.3

2) 社会福祉協会やNPO等が運営する介護予防活動

社会福祉協会やNPO等が運営する介護予防活動の有無を全体でみると、「あり」が48.4%、「なし」が36.6%となっており、5割弱が介護予防活動を実施している。地区別で「あり」の割合をみると、九州地区が55.1%で最も高く、次いで中国四国地区が53.3%、関東信越地区が50.8%であり、これらの地区が5割を超えている(図12-2-1)。

グループ・サロン数の平均箇所数を全体でみると35.0箇所であり、養成・準備段階の場合では0.3箇所となっている(表12-2-2)。

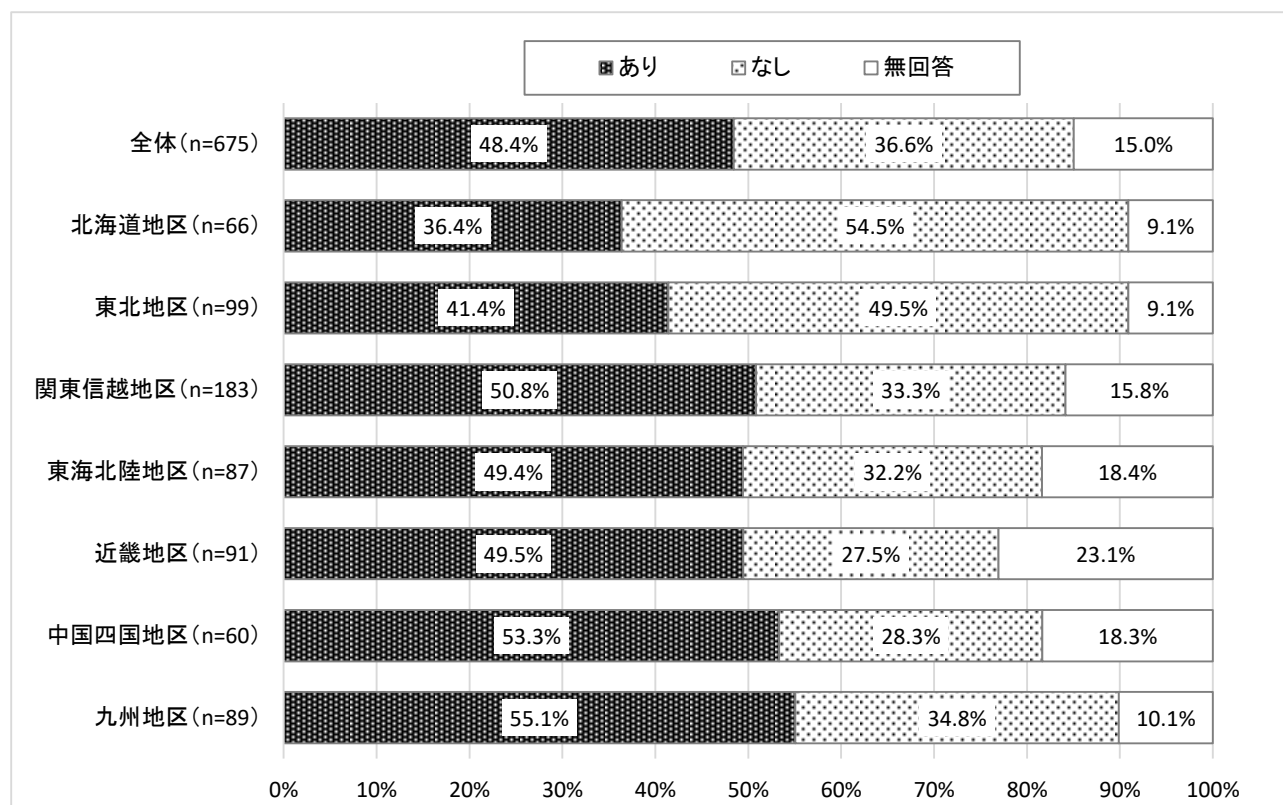


図12-2-1 社会福祉協会やNPO等が運営する介護予防活動の有無

表12-2-2 社会福祉協会やNPO等が運営する介護予防活動のグループ・サロン数

	グループ・サロン数		養成・準備段階の場合	
	回答数	平均箇所数	回答数	平均箇所数
全体	285	35.0	44	0.3
北海道地区	22	2.8	5	0.0
東北地区	36	20.1	5	0.0
関東信越地区	82	29.0	10	0.2
東海北陸地区	39	26.4	11	0.0
近畿地区	34	41.7	2	0.0
中国四国地区	27	75.1	4	1.3
九州地区	45	52.2	7	0.7

3) 地域住民によって自主運営している介護予防活動の内容

地域住民によって自主運営している介護予防活動の内容を全体でみると、「運動器の機能向上プログラム（単独）」が 49.3%で最も高く、次いで「独自事業」が 23.2%、「複合プログラム 3（口腔＋運動）」が 11.5%、「複合プログラム 4（運動＋栄養＋口腔）」が 5.8%、「複合プログラム 1（運動＋栄養）」と「栄養改善プログラム（単独）」が 3.8%、「口腔機能向上プログラム（単独）」が 3.4%、「複合プログラム 2（栄養＋口腔）」が 1.5%、「その他」が 23.9%となっている。地区別でみると、「複合プログラム 1（運動＋栄養）」では、東海北陸地区が 6.7%、「複合プログラム 2（栄養＋口腔）」では、関東信越地区が 2.7%、「複合プログラム 3（口腔＋運動）」では、近畿地区が 19.5%、「複合プログラム 4（運動＋栄養＋口腔）」では、近畿地区が 11.7%、「栄養改善プログラム（単独）」では、近畿地区が 9.1%、「口腔機能向上プログラム（単独）」では、近畿地区が 5.2%、「運動器の機能向上プログラム（単独）」では、近畿地区が 57.1%、「独自事業」では、東北地区が 28.2%であり、他の地区と比べ高い割合を示した（図 12-3-1、表 12-3-2）。

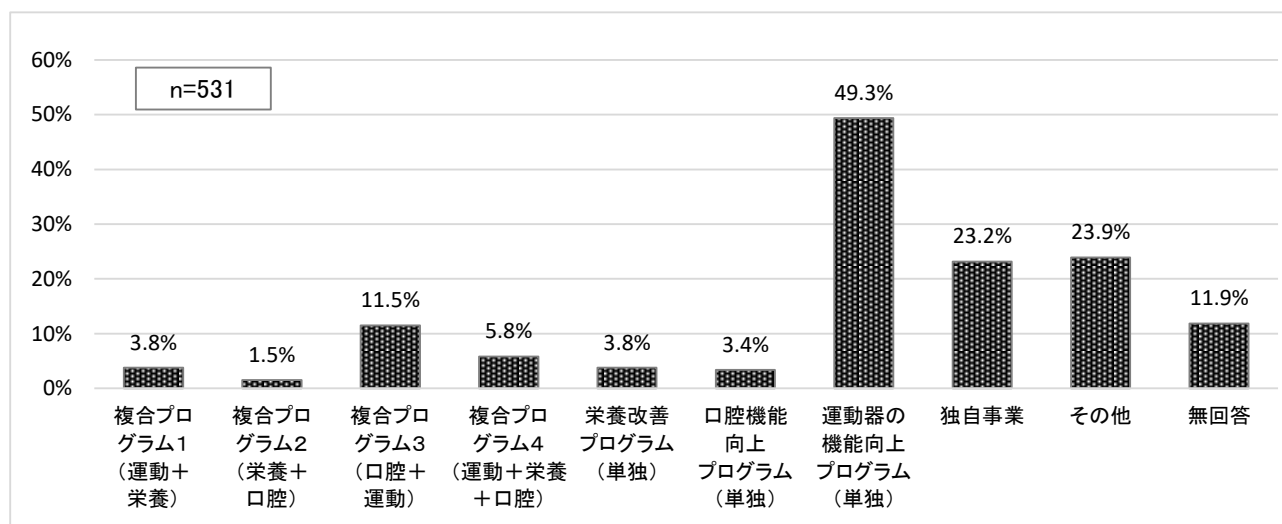


図 12-3-1 地域住民によって自習運営している介護予防活動の内容（複数回答）

表 12-3-2 地域住民によって自習運営している介護予防活動の内容 地区別（複数回答）

	複合プログラム1 (運動＋栄養)	複合プログラム2 (栄養＋口腔)	複合プログラム3 (口腔＋運動)	複合プログラム4 (運動＋栄養＋口腔)	栄養改善プログラム (単独)	口腔機能向上プログラム (単独)	運動器の機能向上プログラム (単独)	独自事業	その他	無回答
北海道地区 (n=38)	0.0%	0.0%	13.2%	2.6%	0.0%	0.0%	34.2%	23.7%	21.1%	21.1%
東北地区 (n=71)	1.4%	1.4%	5.6%	1.4%	0.0%	2.8%	47.9%	28.2%	22.5%	9.9%
関東信越地区 (n=148)	4.1%	2.7%	11.5%	6.8%	4.1%	4.7%	48.6%	24.3%	27.7%	11.5%
東海北陸地区 (n=75)	6.7%	1.3%	4.0%	2.7%	2.7%	2.7%	50.7%	20.0%	26.7%	17.3%
近畿地区 (n=77)	3.9%	2.6%	19.5%	11.7%	9.1%	5.2%	57.1%	19.5%	18.2%	9.1%
中国四国地区 (n=51)	2.0%	0.0%	15.7%	3.9%	2.0%	2.0%	51.0%	23.5%	17.6%	7.8%
九州地区 (n=71)	5.6%	0.0%	12.7%	8.5%	5.6%	2.8%	49.3%	22.5%	26.8%	9.9%

4) 口腔機能向上や栄養改善に関する取組を行っている箇所数

口腔機能向上や栄養改善に関する取組を行っている箇所数の平均を全体でみると、「口腔機能向上に関する取組を行っている箇所数」では7.1箇所、「栄養改善に関する取組を行っている箇所数」では5.4箇所、「口腔と栄養の両方の取組を行っている箇所数」では4.6箇所となっている。地区別でみると、「口腔機能向上に関する取組を行っている箇所数」では、近畿地区が16.9箇所で最も多く、次いで中国四国地区が10.4箇所、関東信越地区が6.7箇所、九州地区が5.2箇所、北海道地区が4.2箇所、東海北陸地区が2.4箇所、東北地区が1.9箇所の順である。「栄養改善に関する取組を行っている箇所数」では、中国四国地区が28.3箇所で最も多く、次いで近畿地区が8.6箇所、関東信越地区が3.4箇所、九州地区が3.0箇所、東海北陸地区が1.8箇所、東北地区が0.9箇所、北海道地区が0.2箇所の順である。「口腔と栄養の両方の取組を行っている箇所数」では、近畿地区が8.4箇所で最も多く、次いで東北地区と中国四国地区がそれぞれ5.8箇所、東海北陸地区が3.5箇所、関東信越地区が3.0箇所、九州地区が2.8箇所、北海道地区が0.0箇所の順である(表12-4)。

表 12-4 地域住民によって自習運営している介護予防活動の内容

	口腔機能向上に関する取組を行っている箇所数		栄養改善に関する取組を行っている箇所数		口腔と栄養の両方の取組を行っている箇所数	
	回答数	平均箇所数	回答数	平均箇所数	回答数	平均箇所数
全体	202	7.1	168	5.4	174	4.6
北海道地区	16	4.2	11	0.2	11	0.0
東北地区	32	1.9	28	0.9	30	5.8
関東信越地区	54	6.7	40	3.4	47	3.0
東海北陸地区	22	2.4	20	1.8	22	3.5
近畿地区	35	16.9	34	8.6	33	8.4
中国四国地区	15	10.4	12	28.3	12	5.8
九州地区	28	5.2	23	3.0	19	2.8

(13) 口腔機能向上や栄養改善の導入を推進支援する工夫

1) 口腔機能向上

口腔機能向上の導入を推進支援する工夫を全体でみると、「している」が19.0%、「特段していない」が77.0%となっており、工夫をしている自治体は2割弱である。地区別で工夫を「している」割合をみると、近畿地区が28.6%で最も高く、次いで関東信越地区が20.8%、東北地区が18.2%、東海北陸地区が17.2%、九州地区が15.7%、北海道地区が15.2%、中国四国地区が11.7%の順である(図13-1)。

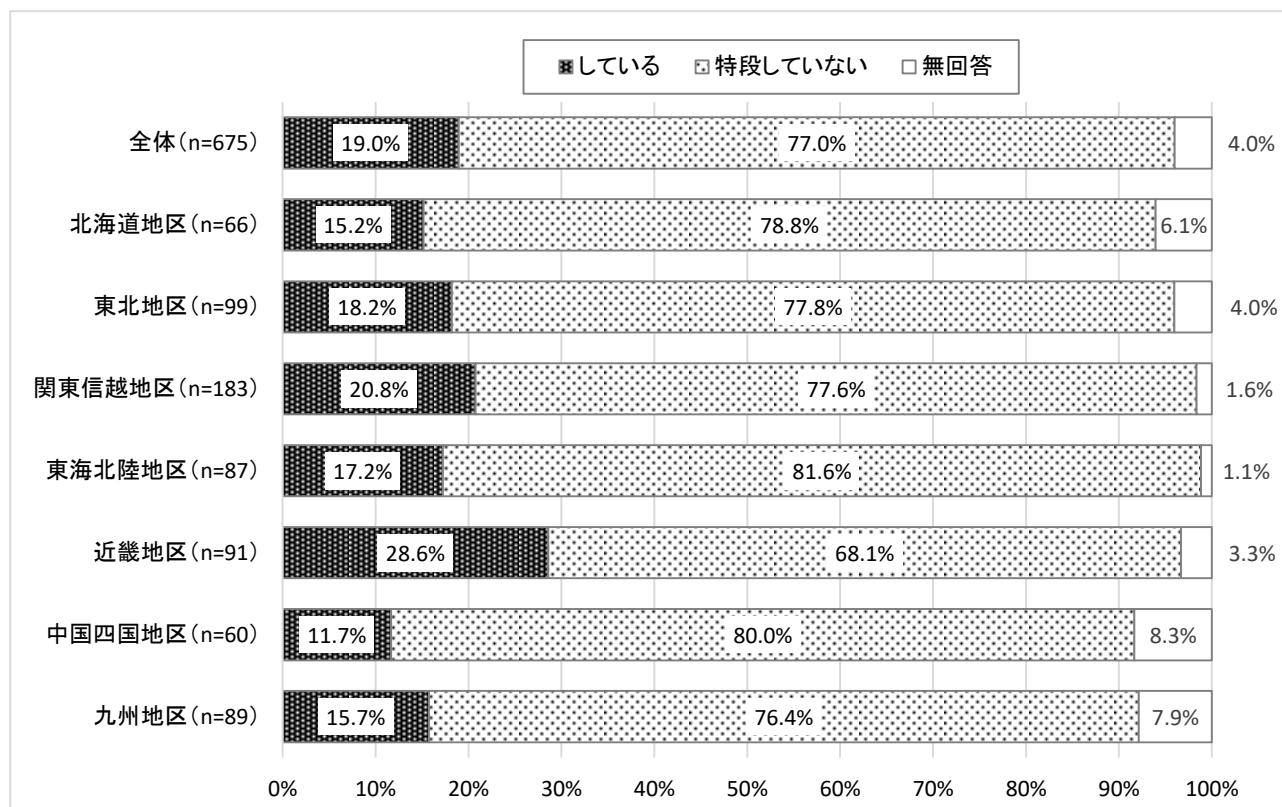


図13-1 口腔機能向上の導入を推進支援する工夫

2) 栄養改善

栄養改善の導入を推進支援する工夫を全体でみると、「している」が12.4%、「特段していない」が82.2%となっており、工夫をしている自治体は1割強である。地区別で工夫を「している」割合をみると、近畿地区が17.6%で最も高く、次いで東海北陸地区が17.2%、関東信越地区が13.7%、九州地区が12.4%、東北地区が10.1%、中国四国地区が6.7%、北海道地区が4.5%の順である(図13-2)。

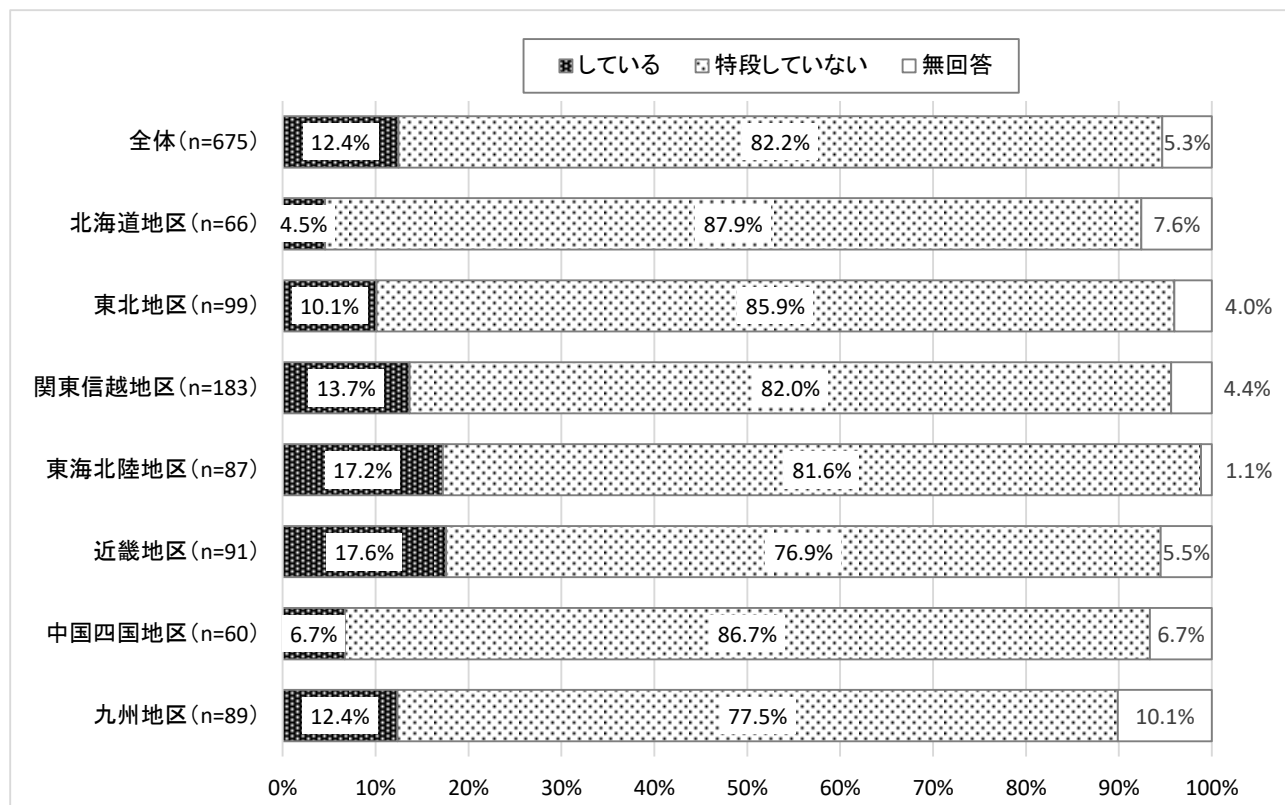


図13-2 栄養改善の導入を推進支援する工夫

(14) 口腔機能向上や栄養改善の取組を導入・運用するための必要な情報

口腔機能向上や栄養改善の取組を導入・運用するための必要な情報を全体でみると、「先進的な導入事例の運営に関する情報」が60.6%で最も高く、次いで「ボランティアへのプログラム実施に係る教育に関する情報」が53.0%、「口腔・栄養の簡易なリスク評価に関する情報」が52.6%、「専門的人材の派遣先に関する情報」が42.5%、「ボランティアの活用に関する情報」が41.3%、「参加者への説明に関する情報」が40.0%、「技術的助言の提供先に関する情報」が35.3%、「参考図書等の入手に関する情報」が11.1%、「その他」が3.0%となっている。地区別でみると、「先進的な導入事例の運営に関する情報」では、東海北陸地区が73.6%、「技術的助言の提供先に関する情報」では、東北地区が44.4%、「専門的人材の派遣先に関する情報」では、東北地区が52.5%、「参考図書等の入手に関する情報」では、東北地区が15.2%、「ボランティアの活用に関する情報」では、九州地区が43.8%、「口腔・栄養の簡易なリスク評価に関する情報」では、中国四国地区が66.7%、「ボランティアへのプログラム実施に係る教育に関する情報」では、中国四国地区が61.7%、「参加者への説明に関する情報」では、九州地区が49.4%となっており、それぞれが高い割合を示した(図14-1、表14-2)。

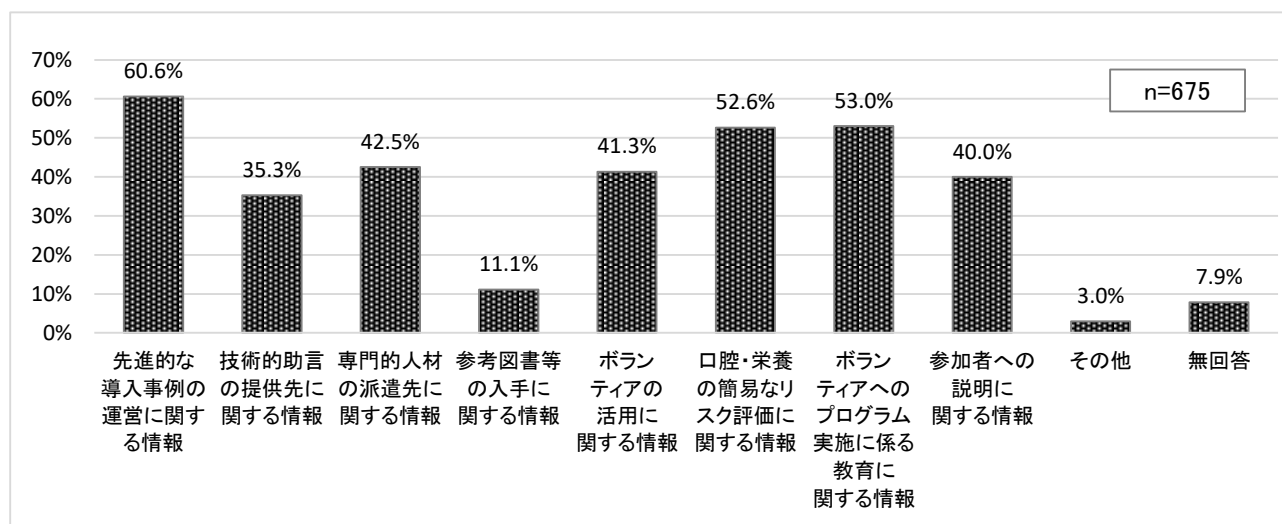


図14-1 口腔機能向上や栄養改善の取組を導入・運用するための必要な情報（複数回答）

表14-2 口腔機能向上や栄養改善の取組を導入・運用するための必要な情報 地区別（複数回答）

	先進的な導入事例の運営に関する情報	技術的助言の提供先に関する情報	専門的人材の派遣先に関する情報	参考図書等の入手に関する情報	ボランティアの活用に関する情報	口腔・栄養の簡易なリスク評価に関する情報	ボランティアへのプログラム実施に係る教育に関する情報	参加者への説明に関する情報	その他	無回答
北海道地区 (n=66)	54.5%	24.2%	25.8%	12.1%	40.9%	43.9%	43.9%	34.8%	4.5%	16.7%
東北地区 (n=99)	67.7%	44.4%	52.5%	15.2%	42.4%	51.5%	54.5%	42.4%	4.0%	4.0%
関東信越地区 (n=183)	54.1%	26.2%	39.3%	6.0%	41.5%	54.1%	57.4%	35.5%	2.2%	7.7%
東海北陸地区 (n=87)	73.6%	39.1%	46.0%	13.8%	41.4%	49.4%	52.9%	40.2%	2.3%	3.4%
近畿地区 (n=91)	56.0%	37.4%	44.0%	13.2%	38.5%	51.6%	49.5%	39.6%	5.5%	9.9%
中国四国地区 (n=60)	60.0%	43.3%	41.7%	10.0%	40.0%	66.7%	61.7%	41.7%	1.7%	5.0%
九州地区 (n=89)	62.9%	40.4%	46.1%	12.4%	43.8%	51.7%	47.2%	49.4%	1.1%	10.1%

(15) 介護予防プログラムの効果検証事業を実施した場合のエントリー希望

介護予防プログラムの効果検証事業を実施した場合のエントリー希望を全体でみると、「エントリーしたい」が0.6%、「経費負担がなければエントリーしたい」が7.6%、「エントリーしない」が32.6%、「分からない」が55.6%となっており、エントリーに前向きなのは1割弱、分からないが6割弱となっている。地区別でみると、「エントリーしたい」では、東海北陸地区が2.3%、「経費負担がなければエントリーしたい」では、九州地区が13.5%、「エントリーしない」では、関東信越地区が37.2%、「分からない」では、東海北陸地区が59.8%となっており、それぞれが高い割合を示した（図15）。

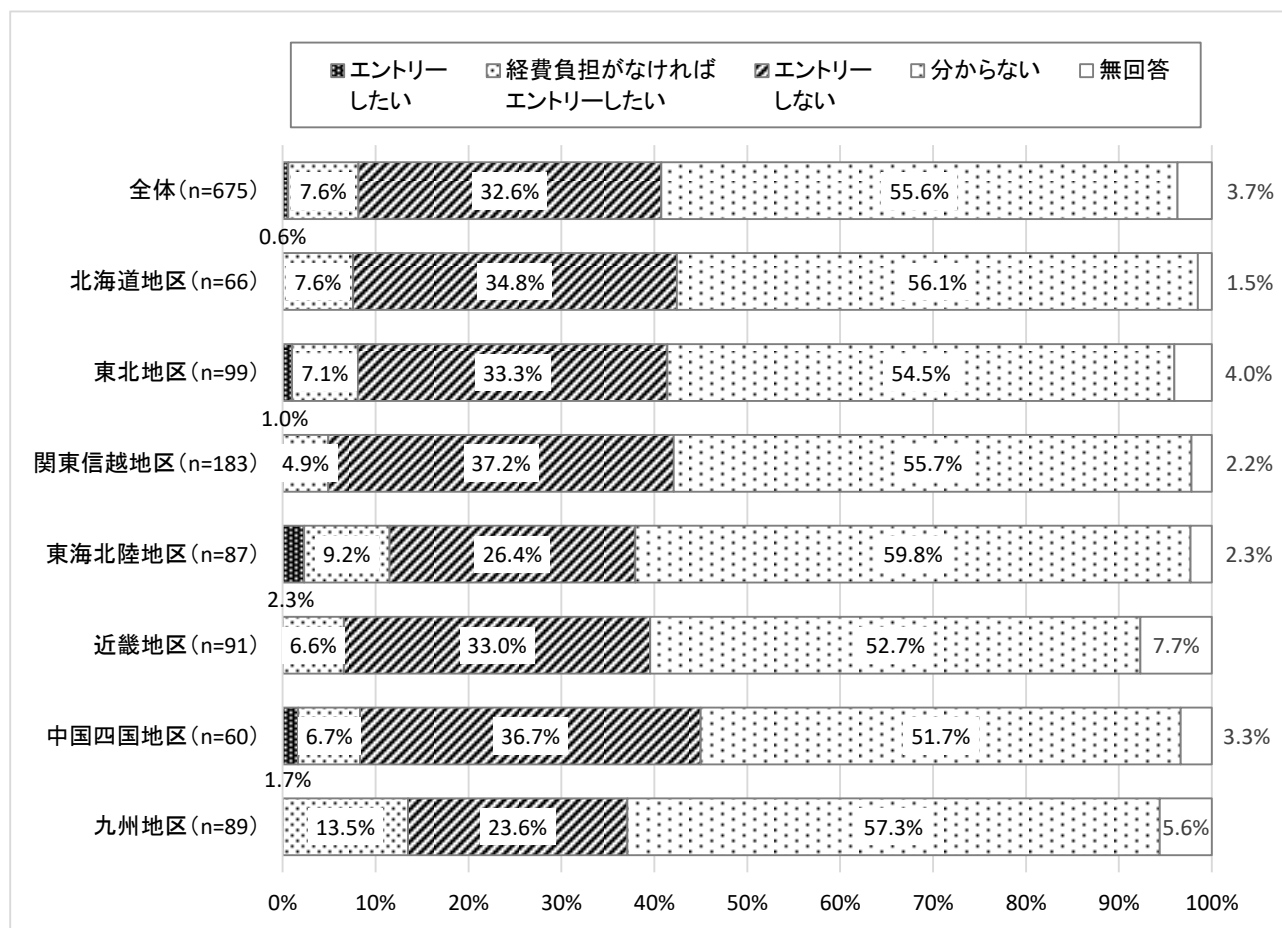


図15 介護予防プログラムの効果検証事業を実施した場合のエントリー希望

(16) 検定結果

1) 介護予防・日常生活支援総合事業への移行の有無（t 検定結果）

介護予防・日常生活支援総合事業への移行の有無別に、各職種別の職員数、各介護予防プログラムの実施延回数・継続期間・前年度参加者数で t 検定を実施した。有意差（ $p < 0.05$ ）が認められた項目は、住民参加型介護予防プログラムの実施延回数（ $p = 0.036$ ）、複合プログラム 1（運動＋栄養）の継続期間（ $p = 0.029$ ）、複合プログラム 2（栄養＋口腔）の前年度参加者数（ $p = 0.014$ ）、運動器の機能向上プログラムの継続期間（ $p = 0.003$ ）である（表 16-1）。

表 16-1 介護予防・日常生活支援総合事業への移行の有無【t 検定の結果・p 値】

p 値

問2-3 介護 予防・日常生活 支援総合事業 への移行有無	t検定								
	問1 社会 福祉主事 （常勤職員 数）	問1 社会 福祉士（常 勤職員数）	問1 保健 師または看 護職員（常 勤職員数）	問1 歯科 衛生士（常 勤職員数）	問1 管理 栄養士また は栄養士 （常勤職員 数）	問1 理学 療法士また は作業療法 士（常勤職 員数）	問1 介護 支援専門員 （常勤職員 数）	問1 その 他（常勤職 員数）	問1 事務 職員（常勤 職員数）
移行有無	0.112	0.185	0.320	0.965	0.442	0.826	0.348	0.631	0.780

問2-3 介護 予防・日常生活 支援総合事業 への移行有無	t検定								
	問2-1 複 合プログラ ム 実施延 回数	問2-1 栄 養改善プロ グラム 実 施延回数	問2-1 口 腔機能向上 プログラム 実施延回数	問2-1 運 動器の機能 向上プログ ラム 実施 延回数	問2-1 住 民参加型介 護予防プロ グラム 実 施延回数	問2-1 独 自事業 実 施延回数	問2-2 複 合プログラ ム1（運動＋ 栄養） 継続 期間	問2-2 複 合プログラ ム1（運動＋ 栄養） 前年 度参加者数	問2-2 複 合プログラ ム2（栄養＋ 口腔） 継続 期間
移行有無	0.228	0.287	0.574	0.633	0.036	0.672	0.029	0.166	0.064

問2-3 介護 予防・日常生活 支援総合事業 への移行有無	t検定								
	問2-2 複 合プログラ ム2（栄養＋ 口腔） 前年 度参加者数	問2-2 複 合プログラ ム3（口腔＋ 運動） 継続 期間	問2-2 複 合プログラ ム3（口腔＋ 運動） 前年 度参加者数	問2-2 複 合プログラ ム4（運動＋ 栄養＋口腔 ） 継続期 間	問2-2 複 合プログラ ム4（運動＋ 栄養＋口腔 ） 前年度 参加者数	問2-2 栄 養改善プロ グラム 継 続期間	問2-2 栄 養改善プロ グラム 前 年度参加者 数	問2-2 口 腔機能向上 プログラム 継続期間	問2-2 口 腔機能向上 プログラム 前年度参加 者数
移行有無	0.014	0.262	0.293	0.057	0.650	0.207	0.138	0.051	0.326

問2-3 介護 予防・日常生活 支援総合事業 への移行有無	t検定					
	問2-2 運 動器の機能 向上プログ ラム 継続 期間	問2-2 運 動器の機能 向上プログ ラム 前年 度参加者数	問2-2 住 民参加型介 護予防プロ グラム 継 続期間	問2-2 住 民参加型介 護予防プロ グラム 前 年度参加者 数	問2-2 独 自事業 継 続期間	問2-2 独 自事業 前 年度参加者 数
移行有無	0.003	0.443	0.911	0.702	0.148	0.784

2) 介護予防・日常生活支援総合事業への移行の有無（ χ^2 検定結果）

介護予防・日常生活支援総合事業への移行の有無別に、歯科衛生士の有無、管理栄養士または栄養士の有無、各介護予防プログラムの実施の有無・実施形態（直営・委託）で χ^2 検定を実施した。有意差（ $p < 0.05$ ）が認められた項目はなかった（表 16-2）。

表 16-2 介護予防・日常生活支援総合事業への移行の有無【 χ^2 検定の結果・p 値】

p値

問2-3 介護 予防・日常生活 支援総合事業 への移行有無	χ^2 分析								
	問1 歯科 衛生士の有 無	問1 管理 栄養士また は栄養士の 有無	問2-1 複 合プログラ ム 実施の 有無	問2-1 複 合プログラ ム 実施形 態・直営	問2-1 複 合プログラ ム 実施形 態・委託	問2-1 栄 養改善プロ グラム 実 施の有無	問2-1 栄 養改善プロ グラム 実 施形態・直 営	問2-1 栄 養改善プロ グラム 実 施形態・委 託	問2-1 口 腔機能向上 プログラム 実施の有無
移行有無	1.000	0.548	0.672	1.000	0.666	0.177	0.873	1.000	0.351

問2-3 介護 予防・日常生活 支援総合事業 への移行有無	χ^2 分析								
	問2-1 口 腔機能向上 プログラム 実施形態・ 直営	問2-1 口 腔機能向上 プログラム 実施形態・ 委託	問2-1 運 動器の機能 向上プログ ラム 実施 の有無	問2-1 運 動器の機能 向上プログ ラム 実施 形態・直営	問2-1 運 動器の機能 向上プログ ラム 実施 形態・委託	問2-1 住 民参加型介 護予防プロ グラム 実 施の有無	問2-1 住 民参加型介 護予防プロ グラム 実 施形態・直 営	問2-1 住 民参加型介 護予防プロ グラム 実 施形態・委 託	問2-1 独 自事業 実 施の有無
移行有無	0.125	0.410	0.709	0.764	1.000	0.604	0.640	1.000	0.931

問2-3 介護 予防・日常生活 支援総合事業 への移行有無	χ^2 分析	
	問2-1 独 自事業 実 施形態・直 営	問2-1 独 自事業 実 施形態・委 託
移行有無	0.234	0.882

3) 介護予防プログラムの見直し状況 (χ^2 検定結果)

介護予防プログラムの「一部内容を見直して移行」、および「現行のまま移行」の有無別に、各介護予防プログラムの移行した類型で χ^2 検定を実施した。有意差 ($p < 0.05$) が認められた項目はなかった (表 16-3-1)。

表 16-3-1 介護予防プログラムの見直し状況 (1) 【 χ^2 検定の結果・p 値】

p 値

		問2-5 複合(運動栄養口腔)プログラム						
		訪問型サービスA	訪問型サービスB	訪問型サービスC	通所型サービスA	通所型サービスB	通所型サービスC	一部介護予防事業
問2-4 複合プログラム	一部内容を見直して移行の有無	1.000	-	0.066	0.543	0.370	0.834	0.141
	現行のまま移行の有無	1.000	-	0.076	0.240	0.450	0.305	0.159

		問2-5 複合(運動栄養)プログラム						
		訪問型サービスA	訪問型サービスB	訪問型サービスC	通所型サービスA	通所型サービスB	通所型サービスC	一部介護予防事業
問2-4 複合プログラム	一部内容を見直して移行の有無	-	-	0.180	0.490	1.000	1.000	0.355
	現行のまま移行の有無	-	-	0.220	1.000	1.000	0.322	1.000

		問2-5 複合(運動口腔)プログラム						
		訪問型サービスA	訪問型サービスB	訪問型サービスC	通所型サービスA	通所型サービスB	通所型サービスC	一部介護予防事業
問2-4 複合プログラム	一部内容を見直して移行の有無	-	-	0.564	1.000	1.000	0.666	0.714
	現行のまま移行の有無	-	-	0.323	0.340	0.471	0.693	0.729

		問2-5 複合(口腔栄養)プログラム						
		訪問型サービスA	訪問型サービスB	訪問型サービスC	通所型サービスA	通所型サービスB	通所型サービスC	一部介護予防事業
問2-4 複合プログラム	一部内容を見直して移行の有無	-	-	0.298	1.000	-	1.000	1.000
	現行のまま移行の有無	-	-	0.188	1.000	-	1.000	1.000

		問2-5 栄養改善プログラム						
		訪問型サービスA	訪問型サービスB	訪問型サービスC	通所型サービスA	通所型サービスB	通所型サービスC	一部介護予防事業
問2-4 栄養改善プログラム	一部内容を見直して移行の有無	1.000	-	0.506	0.250	-	0.632	0.253
	現行のまま移行の有無	1.000	-	0.751	0.327	-	1.000	0.078

		問2-5 口腔機能向上プログラム						
		訪問型サービスA	訪問型サービスB	訪問型サービスC	通所型サービスA	通所型サービスB	通所型サービスC	一部介護予防事業
問2-4 口腔機能向上プログラム	一部内容を見直して移行の有無	1.000	-	0.748	0.250	0.440	1.000	0.761
	現行のまま移行の有無	0.528	-	1.000	0.368	0.132	1.000	0.780

介護予防プログラムの「一部内容を見直して移行」、および「現行のまま移行」の有無別に、訪問型サービスA～C、通所型サービスA～Cをそれぞれ一括りにした形式で χ^2 検定を実施した。有意差 ($p < 0.05$) が認められた項目はなかった (表 16-3-2)。

表 16-3-2 介護予防プログラムの見直し状況 (2) 【 χ^2 検定の結果・p 値】

		p 値	
		問2-5 複合(運動栄養口腔)プログラム	
		訪問型サービスA～C	通所型サービスA～C
問2-4 複合プログラム	一部内容を見直して移行の有無	0.079	1.000
	現行のまま移行の有無	0.092	1.000

		問2-5 複合(運動栄養)プログラム	
		訪問型サービスA～C	通所型サービスA～C
問2-4 複合プログラム	一部内容を見直して移行の有無	0.180	1.000
	現行のまま移行の有無	0.220	0.673

		問2-5 複合(運動口腔)プログラム	
		訪問型サービスA～C	通所型サービスA～C
問2-4 複合プログラム	一部内容を見直して移行の有無	0.564	1.000
	現行のまま移行の有無	0.323	0.315

		問2-5 複合(口腔栄養)プログラム	
		訪問型サービスA～C	通所型サービスA～C
問2-4 複合プログラム	一部内容を見直して移行の有無	0.298	1.000
	現行のまま移行の有無	0.188	1.000

		問2-5 栄養改善プログラム	
		訪問型サービスA～C	通所型サービスA～C
問2-4 栄養改善プログラム	一部内容を見直して移行の有無	0.747	0.347
	現行のまま移行の有無	1.000	0.670

		問2-5 口腔機能向上プログラム	
		訪問型サービスA～C	通所型サービスA～C
問2-4 口腔機能向上プログラム	一部内容を見直して移行の有無	1.000	0.501
	現行のまま移行の有無	0.780	0.381

介護予防プログラムの「当該プログラムの内容を廃止した」『廃止』と「一部内容を見直して移行」と「現行の内容まま移行」『存続』の有無別に、国や都道府県に期待する支援の各介護予防プログラムで χ^2 検定を実施した。有意差 ($p < 0.05$) が認められた項目は、複合プログラムの見直しでは、運動栄養口腔複合プログラムの市町村担当者の研修 ($p = 0.004$)、コーディネーター等の育成事業 ($p = 0.007$)、人的支援 ($p = 0.022$)、口腔機能向上プログラムのコーディネーター等の育成事業 ($p = 0.037$)、栄養改善プログラムの見直しでは、運動栄養口腔複合プログラムの市町村担当者の研修 ($p = 0.020$)、口腔機能向上プログラムの見直しでは、運動栄養口腔複合プログラムの市町村担当者の研修 ($p = 0.020$)、口腔機能向上プログラムの市町村担当者の研修 ($p = 0.014$)、運動器の機能向上プログラムの見直しでは、口腔機能向上プログラムの市町村担当者の研修 ($p = 0.013$) である (表 16-3-3)。

表 16-3-3 介護予防プログラムの見直し状況 (3) 【 χ^2 検定の結果・p 値】

問2-4 廃止／存続	問2-10 運動栄養口腔複合プログラム								
	市町村担当者の研修	国・都道府県の施設の無償提供	コーディネーター等の育成事業	財政的支援	物的支援	人的支援	ボランティア等に対する介護ポイントの導入	効率的な事業展開のための情報提供	その他
複合プログラム	0.004	0.524	0.007	1.000	1.000	0.022	1.000	0.757	0.404
栄養改善プログラム	0.020	1.000	0.302	1.000	0.746	0.145	0.639	1.000	0.056
口腔機能向上プログラム	0.020	1.000	0.292	1.000	0.746	0.145	0.639	1.000	0.056
運動器の機能向上プログラム	0.167	1.000	0.099	0.481	1.000	0.726	1.000	1.000	1.000

問2-4 廃止／存続	問2-10 栄養改善プログラム								
	市町村担当者の研修	国・都道府県の施設の無償提供	コーディネーター等の育成事業	財政的支援	物的支援	人的支援	ボランティア等に対する介護ポイントの導入	効率的な事業展開のための情報提供	その他
複合プログラム	0.472	0.613	0.238	0.458	0.660	1.000	0.531	1.000	0.359
栄養改善プログラム	0.472	0.613	0.183	0.472	0.660	1.000	0.531	1.000	0.451
口腔機能向上プログラム	0.254	0.329	0.087	0.246	0.286	0.089	0.101	0.713	1.000
運動器の機能向上プログラム	0.527	0.401	0.055	0.190	0.114	0.334	0.129	1.000	0.392

問2-4 廃止／存続	問2-10 口腔機能向上プログラム								
	市町村担当者の研修	国・都道府県の施設の無償提供	コーディネーター等の育成事業	財政的支援	物的支援	人的支援	ボランティア等に対する介護ポイントの導入	効率的な事業展開のための情報提供	その他
複合プログラム	0.520	0.392	0.037	0.203	0.111	0.209	0.121	1.000	0.477
栄養改善プログラム	0.065	0.224	0.144	0.225	0.071	0.069	0.130	1.000	1.000
口腔機能向上プログラム	0.014	0.374	0.159	0.376	0.148	0.363	0.123	0.731	0.348
運動器の機能向上プログラム	0.013	0.371	0.144	0.544	0.144	0.363	0.118	1.000	0.470

4) 介護予防プログラムの総合事業への円滑な移行の見込み（ χ^2 検定結果）

介護予防プログラムの総合事業への円滑な移行の見込みと、各介護予防プログラムの総合事業に移行する場合の類型で χ^2 検定を実施した。有意差（ $p < 0.05$ ）が認められた項目は、複合（運動栄養口腔）プログラムの通所型サービス A（ $p = 0.038$ ）、通所型サービス C（ $p = 0.000$ ）、一部介護予防事業（ $p = 0.028$ ）、複合（運動口腔）プログラムの訪問型サービス C（ $p = 0.014$ ）、通所型サービス C（ $p = 0.001$ ）、一部介護予防事業（ $p = 0.004$ ）、複合（口腔栄養）プログラムの一部介護予防事業（ $p = 0.001$ ）、栄養改善プログラムの訪問型サービス C（ $p = 0.031$ ）、通所型サービス C（ $p = 0.047$ ）、一部介護予防事業（ $p = 0.009$ ）、口腔機能向上プログラムの訪問型サービス C（ $p = 0.007$ ）、一部介護予防事業（ $p = 0.006$ ）である（表 16-4-1）。

表 16-4-1 介護予防プログラムの総合事業への円滑な移行の見込み（1）【 χ^2 検定の結果・p 値】

p 値

問2-7 複合プログラム	問2-8 複合(運動栄養口腔)プログラム						
	訪問型サービスA	訪問型サービスB	訪問型サービスC	通所型サービスA	通所型サービスB	通所型サービスC	一部介護予防事業
移行が難しい／円滑に移行ができる	1.000	-	0.124	0.038	1.000	0.000	0.028

問2-7 複合プログラム	問2-8 複合(運動栄養)プログラム						
	訪問型サービスA	訪問型サービスB	訪問型サービスC	通所型サービスA	通所型サービスB	通所型サービスC	一部介護予防事業
移行が難しい／円滑に移行ができる	-	-	1.000	0.158	-	0.157	0.146

問2-7 複合プログラム	問2-8 複合(運動口腔)プログラム						
	訪問型サービスA	訪問型サービスB	訪問型サービスC	通所型サービスA	通所型サービスB	通所型サービスC	一部介護予防事業
移行が難しい／円滑に移行ができる	-	-	0.014	0.318	0.632	0.001	0.004

問2-7 複合プログラム	問2-5 複合(口腔栄養)プログラム						
	訪問型サービスA	訪問型サービスB	訪問型サービスC	通所型サービスA	通所型サービスB	通所型サービスC	一部介護予防事業
移行が難しい／円滑に移行ができる	-	-	0.421	0.421	-	0.322	0.001

問2-7 複合プログラム	問2-8 栄養改善プログラム						
	訪問型サービスA	訪問型サービスB	訪問型サービスC	通所型サービスA	通所型サービスB	通所型サービスC	一部介護予防事業
移行が難しい／円滑に移行ができる	-	-	0.031	0.455	0.205	0.047	0.009

問2-7 複合プログラム	問2-8 口腔機能向上プログラム						
	訪問型サービスA	訪問型サービスB	訪問型サービスC	通所型サービスA	通所型サービスB	通所型サービスC	一部介護予防事業
移行が難しい／円滑に移行ができる	-	-	0.007	1.000	1.000	0.432	0.006

介護予防プログラムの総合事業への円滑な移行の見込みと、訪問型サービスA～C、通所型サービスA～Cをそれぞれ一括りにした形式で χ^2 検定を実施した。有意差 ($p < 0.05$) が認められた項目は、複合（運動栄養口腔）プログラムの通所型サービスA～C ($p=0.000$)、複合（運動栄養）プログラムの通所型サービスA～C ($p=0.037$)、複合（運動口腔）プログラムの訪問型サービスA～C ($p=0.014$)、通所型サービスA～C ($p=0.004$)、栄養改善プログラムの訪問型サービスA～C ($p=0.031$)、通所型サービスA～C ($p=0.024$)、口腔機能向上プログラムの訪問型サービスA～C ($p=0.007$) である（表16-4-2）。

表 16-4-2 介護予防プログラムの総合事業への円滑な移行の見込み（1）【 χ^2 検定の結果・p 値】

p 値		
問2-7 複合プログラム	問2-8 複合（運動栄養口腔）プログラム	
	訪問型サービスA～C	通所型サービスA～C
移行が難しい／円滑に移行ができる	0.069	0.000
問2-7 複合プログラム	問2-5 複合（運動栄養）プログラム	
	訪問型サービスA～C	通所型サービスA～C
移行が難しい／円滑に移行ができる	1.000	0.037
問2-7 複合プログラム	問2-8 複合（運動口腔）プログラム	
	訪問型サービスA～C	通所型サービスA～C
移行が難しい／円滑に移行ができる	0.014	0.004
問2-7 複合プログラム	問2-8 複合（口腔栄養）プログラム	
	訪問型サービスA～C	通所型サービスA～C
移行が難しい／円滑に移行ができる	0.421	0.203
問2-7 複合プログラム	問2-8 栄養改善プログラム	
	訪問型サービスA～C	通所型サービスA～C
移行が難しい／円滑に移行ができる	0.031	0.024
問2-7 複合プログラム	問2-8 口腔機能向上プログラム	
	訪問型サービスA～C	通所型サービスA～C
移行が難しい／円滑に移行ができる	0.007	0.454

5) 介護予防プログラムの効果検証事業を実施した場合のエントリー希望（一元配置分散分析結果）

介護予防プログラムの効果検証事業を実施した場合のエントリー希望を「エントリーしたい」と「経費負担がなければ（補助があれば）エントリーしたい』『エントリーする』とし、「エントリーしない」、「分からない」の3群に分けて、各職種別の職員数、各介護予防プログラムの実施延回数・継続期間・前年度参加者数で一元配置分散分析を実施した。有意差（ $p<0.05$ ）が認められた項目はなかった（表 16-5-1）。

表 16-5-1 介護予防プログラムの効果検証事業を実施した場合のエントリー希望（1）

【一元配置分散分析の結果・p値】

p値

問5 エントリーする／ しない／分からない	一元配置分散分析(事後検定: Bonferroni)								
	問1 社会福祉主事(常勤職員数)	問1 社会福祉士(常勤職員数)	問1 保健師または看護職員(常勤職員数)	問1 歯科衛生士(常勤職員数)	問1 管理栄養士または栄養士(常勤職員数)	問1 理学療法士または作業療法士(常勤職員数)	問1 介護支援専門員(常勤職員数)	問1 その他(常勤職員数)	問1 事務職員(常勤職員数)
エントリー希望	0.500	0.653	0.333	0.324	0.402	0.608	0.996	0.695	0.550

問5 エントリーする／ しない／分からない	一元配置分散分析(事後検定: Bonferroni)								
	問2-1 複合プログラム実施延回数	問2-1 栄養改善プログラム実施延回数	問2-1 口腔機能向上プログラム実施延回数	問2-1 運動器の機能向上プログラム実施延回数	問2-1 住民参加型介護予防プログラム実施延回数	問2-1 独自事業実施延回数	問2-2 複合プログラム1(運動+栄養)継続期間	問2-2 複合プログラム1(運動+栄養)前年度参加者数	問2-2 複合プログラム2(栄養+口腔)継続期間
エントリー希望	0.762	0.447	0.353	0.519	0.532	0.142	0.364	0.209	0.295

問5 エントリーする／ しない／分からない	一元配置分散分析(事後検定: Bonferroni)								
	問2-2 複合プログラム2(栄養+口腔)前年度参加者数	問2-2 複合プログラム3(口腔+運動)継続期間	問2-2 複合プログラム3(口腔+運動)前年度参加者数	問2-2 複合プログラム4(運動+栄養+口腔)継続期間	問2-2 複合プログラム4(運動+栄養+口腔)前年度参加者数	問2-2 栄養改善プログラム継続期間	問2-2 栄養改善プログラム前年度参加者数	問2-2 口腔機能向上プログラム継続期間	問2-2 口腔機能向上プログラム前年度参加者数
エントリー希望	0.680	0.526	0.721	0.482	0.555	0.606	0.318	0.409	0.479

問5 エントリーする／ しない／分からない	一元配置分散分析(事後検定: Bonferroni)					
	問2-2 運動器の機能向上プログラム継続期間	問2-2 運動器の機能向上プログラム前年度参加者数	問2-2 住民参加型介護予防プログラム継続期間	問2-2 住民参加型介護予防プログラム前年度参加者数	問2-2 独自事業継続期間	問2-2 独自事業前年度参加者数
エントリー希望	0.712	0.593	0.053	0.642	0.977	0.237

介護予防プログラムの効果検証事業を実施した場合のエントリー希望を「エントリーしたい」と「経費負担がなければ（補助があれば）エントリーしたい』『エントリーする』とし、「エントリーしない」、「分からない」の3群に分けて、歯科衛生士の有無、管理栄養士または栄養士の有無、各介護予防プログラムの実施の有無・実施形態（直営・委託）で χ^2 検定を実施した。有意差（ $p < 0.05$ ）が認められた項目は、栄養改善プログラム実施の有無（ $p = 0.017$ ）である（表 16-5-2）。

表 16-5-2 介護予防プログラムの効果検証事業を実施した場合のエントリー希望（2）

【 χ^2 検定の結果・p 値】

p値

問5 エントリーする／ しない／分からない	χ^2 分析								
	問1 歯科衛生士の有無	問1 管理栄養士または栄養士の有無	問2-1 複合プログラム実施の有無	問2-1 複合プログラム実施形態・直営	問2-1 複合プログラム実施形態・委託	問2-1 栄養改善プログラム実施の有無	問2-1 栄養改善プログラム実施形態・直営	問2-1 栄養改善プログラム実施形態・委託	問2-1 口腔機能向上プログラム実施の有無
エントリー希望	0.264	0.325	0.154	0.612	0.451	0.017	0.546	0.753	0.267

問5 エントリーする／ しない／分からない	χ^2 分析								
	問2-1 口腔機能向上プログラム実施形態・直営	問2-1 口腔機能向上プログラム実施形態・委託	問2-1 運動器の機能向上プログラム実施の有無	問2-1 運動器の機能向上プログラム実施形態・直営	問2-1 運動器の機能向上プログラム実施形態・委託	問2-1 住民参加型介護予防プログラム実施の有無	問2-1 住民参加型介護予防プログラム実施形態・直営	問2-1 住民参加型介護予防プログラム実施形態・委託	問2-1 独自事業実施の有無
エントリー希望	0.376	0.558	0.803	0.142	0.334	0.107	0.939	0.990	0.224

問5 エントリーする／ しない／分からない	χ^2 分析	
	問2-1 独自事業実施形態・直営	問2-1 独自事業実施形態・委託
エントリー希望	0.862	0.914

3. 参考資料

(1) 集計結果表

【有資格者の職員体制を回答した者（回答なしの者は除く）を対象に集計を実施】

問1 介護予防関連部署（主担当）の有資格者の職員体制等について（上段：平均人数、下段：標準偏差）

		回答数	社会福祉主事		社会福祉士		保健師または看護職員		歯科衛生士		管理栄養士または栄養士	
			常勤人数	年間の雇 上げ人数	常勤人数	年間の雇 上げ人数	常勤人数	年間の雇 上げ人数	常勤人数	年間の雇 上げ人数	常勤人数	年間の雇 上げ人数
全体		660	0.2 (1.3)	0.1 (0.7)	0.9 (1.2)	0.2 (0.5)	2.9 (2.9)	1.4 (10.5)	0.1 (0.3)	0.3 (1.8)	0.2 (0.5)	0.1 (0.7)
地区	北海道地区	66	0.2 (0.8)	0.0 (0.3)	0.6 (0.8)	0.3 (0.7)	2.8 (2.4)	0.8 (1.4)	0.1 (0.4)	0.1 (0.2)	0.3 (0.6)	0.0 (0.2)
	東北地区	97	0.2 (0.7)	0.0 (0.1)	0.8 (1.0)	0.1 (0.4)	2.6 (1.8)	0.9 (1.9)	0.0 (0.1)	0.1 (0.2)	0.1 (0.3)	0.1 (0.4)
	関東信越地区	178	0.4 (1.0)	0.0 (0.3)	1.0 (1.2)	0.2 (0.5)	2.7 (2.1)	2.1 (18.2)	0.0 (0.2)	0.4 (1.6)	0.1 (0.4)	0.1 (0.5)
	東海北陸地区	83	0.1 (0.3)	0.0 (0.0)	0.8 (1.1)	0.1 (0.4)	3.3 (4.3)	1.1 (3.3)	0.1 (0.5)	0.5 (1.9)	0.3 (0.9)	0.4 (1.6)
	近畿地区	89	0.4 (3.0)	0.3 (1.8)	0.9 (1.2)	0.1 (0.4)	3.1 (3.5)	2.2 (11.6)	0.0 (0.2)	0.7 (3.7)	0.2 (0.4)	0.1 (0.6)
	中国四国地区	59	0.1 (0.4)	0.0 (0.1)	1.3 (2.1)	0.2 (0.8)	3.9 (3.9)	0.6 (1.3)	0.1 (0.3)	0.2 (0.9)	0.2 (0.5)	0.0 (0.1)
	九州地区	88	0.1 (0.5)	0.0 (0.3)	0.8 (0.8)	0.2 (0.6)	2.6 (2.4)	1.1 (2.0)	0.0 (0.1)	0.2 (0.9)	0.1 (0.5)	0.1 (0.4)

		理学療法士または作業療法士		介護支援専門員		その他		事務職員	
		常勤人数	年間の雇 上げ人数	常勤人数	年間の雇 上げ人数	常勤人数	年間の雇 上げ人数	常勤人数	年間の雇 上げ人数
全体		0.2 (0.5)	0.4 (3.8)	1.7 (3.3)	0.6 (1.9)	0.3 (1.6)	0.3 (1.1)	3.6 (5.2)	0.9 (2.4)
地区	北海道地区	0.1 (0.4)	0.0 (0.2)	1.8 (2.0)	0.6 (1.3)	0.2 (0.4)	0.2 (0.5)	2.8 (3.2)	1.3 (3.8)
	東北地区	0.0 (0.2)	0.1 (0.3)	1.7 (2.5)	0.8 (2.2)	0.4 (1.3)	0.1 (0.3)	3.7 (5.1)	1.0 (2.4)
	関東信越地区	0.2 (0.5)	0.7 (5.2)	1.1 (2.0)	0.4 (0.8)	0.3 (1.0)	0.3 (1.5)	3.5 (4.8)	0.8 (2.0)
	東海北陸地区	0.1 (0.3)	0.0 (0.2)	1.1 (1.9)	0.3 (0.8)	0.2 (0.6)	0.3 (1.0)	3.0 (4.3)	1.1 (2.5)
	近畿地区	0.3 (0.7)	1.0 (7.2)	1.4 (2.4)	0.5 (1.4)	0.4 (1.0)	0.4 (1.7)	3.7 (5.2)	0.7 (1.7)
	中国四国地区	0.3 (0.5)	0.0 (0.1)	3.9 (7.5)	0.7 (2.9)	0.9 (4.6)	0.1 (0.4)	5.2 (8.0)	0.6 (1.8)
	九州地区	0.1 (0.4)	0.3 (1.3)	1.9 (3.5)	1.1 (3.0)	0.2 (0.6)	0.2 (0.6)	4.0 (5.9)	1.1 (2.5)

問2 各種介護予防プログラム（通所型、訪問型、一次予防、二次予防のすべて）について

問2-1 貴市町村内で行う各介護予防プログラムの直近1年間の実施状況はどの程度ですか

複合プログラム

		実施の有無			実施形態（複数回答） 【「あり」と回答した者が集計対象】				実施延べ回数 【回答者のみ集計対象】	
		回答数	あり	なし	回答数	直営	委託	無回答	回答数	平均（標準偏差）
全体		675 100.0%	418 61.9%	257 38.1%	418 100.0%	188 45.0%	254 60.8%	8 1.9%	392	156.7 (469.4)
地区	北海道地区	66 100.0%	32 48.5%	34 51.5%	32 100.0%	21 65.6%	11 34.4%	1 3.1%	30	68.3 (99.4)
	東北地区	99 100.0%	56 56.6%	43 43.4%	56 100.0%	29 51.8%	29 51.8%	1 1.8%	54	58.9 (96.0)
	関東信越地区	183 100.0%	133 72.7%	50 27.3%	133 100.0%	56 42.1%	84 63.2%	3 2.3%	128	133.3 (249.6)
	東海北陸地区	87 100.0%	51 58.6%	36 41.4%	51 100.0%	27 52.9%	29 56.9%	0 0.0%	47	114.2 (231.5)
	近畿地区	91 100.0%	56 61.5%	35 38.5%	56 100.0%	21 37.5%	35 62.5%	2 3.6%	51	335.4 (1022.7)
	中国四国地区	60 100.0%	37 61.7%	23 38.3%	37 100.0%	11 29.7%	29 78.4%	1 2.7%	36	319.1 (712.7)
	九州地区	89 100.0%	53 59.6%	36 40.4%	53 100.0%	23 43.4%	37 69.8%	0 0.0%	46	112.6 (174.4)

栄養改善プログラム

		実施の有無			実施形態（複数回答） 【「あり」と回答した者が集計対象】				実施延べ回数 【回答者のみ集計対象】	
		回答数	あり	なし	回答数	直営	委託	無回答	回答数	平均（標準偏差）
全体		675 100.0%	200 29.6%	475 70.4%	200 100.0%	116 58.0%	86 43.0%	6 3.0%	182	130.1 (1385.4)
地区	北海道地区	66 100.0%	19 28.8%	47 71.2%	19 100.0%	13 68.4%	6 31.6%	0 0.0%	18	17.3 (58.6)
	東北地区	99 100.0%	29 29.3%	70 70.7%	29 100.0%	14 48.3%	15 51.7%	1 3.4%	25	12.6 (28.3)
	関東信越地区	183 100.0%	54 29.5%	129 70.5%	54 100.0%	33 61.1%	24 44.4%	1 1.9%	50	37.5 (92.2)
	東海北陸地区	87 100.0%	27 31.0%	60 69.0%	27 100.0%	19 70.4%	8 29.6%	1 3.7%	25	46.4 (149.5)
	近畿地区	91 100.0%	30 33.0%	61 67.0%	30 100.0%	17 56.7%	12 40.0%	1 3.3%	26	14.3 (18.9)
	中国四国地区	60 100.0%	21 35.0%	39 65.0%	21 100.0%	10 47.6%	11 52.4%	2 9.5%	19	997.5 (4283.6)
	九州地区	89 100.0%	20 22.5%	69 77.5%	20 100.0%	10 50.0%	10 50.0%	0 0.0%	19	35.9 (78.2)

口腔機能向上プログラム

		実施の有無			実施形態(複数回答) 【「あり」と回答した者が集計対象】				実施延べ回数 【回答者のみ集計対象】	
		回答数	あり	なし	回答数	直営	委託	無回答	回答数	平均(標準偏差)
全体		675 100.0%	256 37.9%	419 62.1%	256 100.0%	139 54.3%	122 47.7%	9 3.5%	238	48.2 (134.6)
地区	北海道地区	66 100.0%	27 40.9%	39 59.1%	27 100.0%	18 66.7%	9 33.3%	0 0.0%	25	15.3 (24.8)
	東北地区	99 100.0%	37 37.4%	62 62.6%	37 100.0%	17 45.9%	21 56.8%	0 0.0%	35	32.6 (60.3)
	関東信越地区	183 100.0%	73 39.9%	110 60.1%	73 100.0%	43 58.9%	35 47.9%	2 2.7%	69	41.2 (90.7)
	東海北陸地区	87 100.0%	39 44.8%	48 55.2%	39 100.0%	26 66.7%	14 35.9%	2 5.1%	36	40.4 (131.1)
	近畿地区	91 100.0%	30 33.0%	61 67.0%	30 100.0%	15 50.0%	13 43.3%	2 6.7%	27	73.6 (216.4)
	中国四国地区	60 100.0%	22 36.7%	38 63.3%	22 100.0%	8 36.4%	14 63.6%	2 9.1%	19	89.2 (214.8)
	九州地区	89 100.0%	28 31.5%	61 68.5%	28 100.0%	12 42.9%	16 57.1%	1 3.6%	27	73.0 (179.8)

運動器の機能向上プログラム

		実施の有無			実施形態(複数回答) 【「あり」と回答した者が集計対象】				実施延べ回数 【回答者のみ集計対象】	
		回答数	あり	なし	回答数	直営	委託	無回答	回答数	平均(標準偏差)
全体		675 100.0%	497 73.6%	178 26.4%	497 100.0%	178 35.8%	368 74.0%	14 2.8%	466	545.8 (2471.9)
地区	北海道地区	66 100.0%	45 68.2%	21 31.8%	45 100.0%	19 42.2%	27 60.0%	0 0.0%	44	144.4 (341.1)
	東北地区	99 100.0%	76 76.8%	23 23.2%	76 100.0%	21 27.6%	62 81.6%	2 2.6%	71	247.2 (712.5)
	関東信越地区	183 100.0%	136 74.3%	47 25.7%	136 100.0%	51 37.5%	102 75.0%	3 2.2%	133	286.4 (792.2)
	東海北陸地区	87 100.0%	74 85.1%	13 14.9%	74 100.0%	30 40.5%	56 75.7%	2 2.7%	69	815.3 (4557.1)
	近畿地区	91 100.0%	57 62.6%	34 37.4%	57 100.0%	24 42.1%	35 61.4%	3 5.3%	53	976.3 (3819.0)
	中国四国地区	60 100.0%	49 81.7%	11 18.3%	49 100.0%	14 28.6%	41 83.7%	3 6.1%	43	1223.4 (2979.6)
	九州地区	89 100.0%	60 67.4%	29 32.6%	60 100.0%	19 31.7%	45 75.0%	1 1.7%	53	599.2 (1502.7)

住民参加型介護予防プログラム

		実施の有無			実施形態(複数回答) 【「あり」と回答した者が集計対象】				実施延べ回数 【回答者のみ集計対象】	
		回答数	あり	なし	回答数	直営	委託	無回答	回答数	平均(標準偏差)
全体		675 100.0%	234 34.7%	441 65.3%	234 100.0%	144 61.5%	80 34.2%	21 9.0%	204	494.5 (1151.1)
地区	北海道地区	66 100.0%	20 30.3%	46 69.7%	20 100.0%	12 60.0%	7 35.0%	1 5.0%	15	481.9 (1019.0)
	東北地区	99 100.0%	31 31.3%	68 68.7%	31 100.0%	22 71.0%	8 25.8%	2 6.5%	27	64.6 (75.5)
	関東信越地区	183 100.0%	69 37.7%	114 62.3%	69 100.0%	47 68.1%	18 26.1%	8 11.6%	64	513.5 (842.1)
	東海北陸地区	87 100.0%	31 35.6%	56 64.4%	31 100.0%	13 41.9%	15 48.4%	3 9.7%	27	390.6 (635.4)
	近畿地区	91 100.0%	35 38.5%	56 61.5%	35 100.0%	24 68.6%	11 31.4%	2 5.7%	33	907.1 (2277.8)
	中国四国地区	60 100.0%	20 33.3%	40 66.7%	20 100.0%	12 60.0%	7 35.0%	3 15.0%	13	515.2 (893.6)
	九州地区	89 100.0%	28 31.5%	61 68.5%	28 100.0%	14 50.0%	14 50.0%	2 7.1%	25	474.5 (724.0)

独自事業

		実施の有無			実施形態(複数回答) 【「あり」と回答した者が集計対象】				実施延べ回数 【回答者のみ集計対象】	
		回答数	あり	なし	回答数	直営	委託	無回答	回答数	平均(標準偏差)
全体		675 100.0%	233 34.5%	442 65.5%	233 100.0%	123 52.8%	124 53.2%	22 9.4%	204	195.9 (439.6)
地区	北海道地区	66 100.0%	21 31.8%	45 68.2%	21 100.0%	12 57.1%	8 38.1%	2 9.5%	18	84.2 (124.4)
	東北地区	99 100.0%	38 38.4%	61 61.6%	38 100.0%	20 52.6%	18 47.4%	5 13.2%	34	148.5 (248.8)
	関東信越地区	183 100.0%	73 39.9%	110 60.1%	73 100.0%	41 56.2%	39 53.4%	7 9.6%	68	139.0 (320.8)
	東海北陸地区	87 100.0%	29 33.3%	58 66.7%	29 100.0%	16 55.2%	19 65.5%	1 3.4%	23	308.8 (734.3)
	近畿地区	91 100.0%	30 33.0%	61 67.0%	30 100.0%	12 40.0%	20 66.7%	2 6.7%	28	165.5 (252.4)
	中国四国地区	60 100.0%	16 26.7%	44 73.3%	16 100.0%	8 50.0%	7 43.8%	1 6.3%	12	226.3 (429.9)
	九州地区	89 100.0%	26 29.2%	63 70.8%	26 100.0%	14 53.8%	13 50.0%	4 15.4%	21	451.8 (780.5)

【各プログラムで問2-1「実施あり」と回答、および各プログラムで実績を回答した者を対象に集計を実施】

問2-2 各種介護予防プログラムの実績について

複合プログラム1（運動＋栄養）

		導入年次					継続期間 【回答者のみ集計対象】		前年度参加者数 【回答者のみ集計対象】	
		回答数	2007年以前	2008年～2012年	2013年以降	無回答	回答数	平均(標準偏差)	回答数	平均(標準偏差)
全体		45 100.0%	19 42.2%	13 28.9%	9 20.0%	4 8.9%	39	6.8 (3.8)	45	249.0 (586.7)
地区	北海道地区	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	1	2.0	1	14.0
	東北地区	3 100.0%	1 33.3%	0 0.0%	2 66.7%	0 0.0%	3	5.0 (4.4)	3	1408.3 (2013.8)
	関東信越地区	20 100.0%	7 35.0%	8 40.0%	4 20.0%	1 5.0%	18	6.4 (4.2)	20	102.3 (158.3)
	東海北陸地区	7 100.0%	3 42.9%	3 42.9%	1 14.3%	0 0.0%	7	7.1 (3.3)	7	210.9 (216.6)
	近畿地区	5 100.0%	2 40.0%	0 0.0%	1 20.0%	2 40.0%	3	7.0 (5.2)	5	87.2 (116.5)
	中国四国地区	5 100.0%	4 80.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 20.0%	4	9.8 (0.5)	5	296.6 (500.9)
	九州地区	4 100.0%	2 50.0%	2 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	3	7.3 (2.1)	4	381.8 (400.3)

		導入時と現在の対象者数の増減				
		回答数	増	減	不変	無回答
全体		45 100.0%	19 42.2%	14 31.1%	8 17.8%	4 8.9%
地区	北海道地区	1 100.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	東北地区	3 100.0%	1 33.3%	1 33.3%	1 33.3%	0 0.0%
	関東信越地区	20 100.0%	10 50.0%	3 15.0%	4 20.0%	3 15.0%
	東海北陸地区	7 100.0%	3 42.9%	3 42.9%	1 14.3%	0 0.0%
	近畿地区	5 100.0%	0 0.0%	3 60.0%	1 20.0%	1 20.0%
	中国四国地区	5 100.0%	1 20.0%	3 60.0%	1 20.0%	0 0.0%
	九州地区	4 100.0%	3 75.0%	1 25.0%	0 0.0%	0 0.0%

複合プログラム2(栄養+口腔)

		導入年次					継続期間 【回答者のみ集計対象】		前年度参加者数 【回答者のみ集計対象】	
		回答数	2007年以前	2008年～2012年	2013年以降	無回答	回答数	平均(標準偏差)	回答数	平均(標準偏差)
全体		79 100.0%	20 25.3%	35 44.3%	19 24.1%	5 6.3%	67	6.1 (3.0)	78	83.3 (207.1)
地区	北海道地区	5 100.0%	1 20.0%	1 20.0%	2 40.0%	1 20.0%	4	5.0 (3.7)	5	277.2 (545.1)
	東北地区	17 100.0%	7 41.2%	4 23.5%	4 23.5%	2 11.8%	14	6.8 (3.3)	16	74.6 (165.1)
	関東信越地区	31 100.0%	6 19.4%	17 54.8%	8 25.8%	0 0.0%	25	5.6 (3.1)	31	50.3 (76.3)
	東海北陸地区	16 100.0%	4 25.0%	7 43.8%	3 18.8%	2 12.5%	14	6.6 (2.6)	16	123.4 (286.9)
	近畿地区	3 100.0%	1 33.3%	1 33.3%	1 33.3%	0 0.0%	3	5.7 (3.2)	3	91.3 (88.6)
	中国四国地区	4 100.0%	1 25.0%	3 75.0%	0 0.0%	0 0.0%	4	6.8 (2.5)	4	14.0 (10.0)
	九州地区	3 100.0%	0 0.0%	2 66.7%	1 33.3%	0 0.0%	3	5.3 (3.8)	3	18.7 (20.1)

		導入時と現在の対象者数の増減				
		回答数	増	減	不変	無回答
全体		79 100.0%	44 55.7%	18 22.8%	9 11.4%	8 10.1%
地区	北海道地区	5 100.0%	2 40.0%	2 40.0%	1 20.0%	0 0.0%
	東北地区	17 100.0%	10 58.8%	3 17.6%	2 11.8%	2 11.8%
	関東信越地区	31 100.0%	18 58.1%	8 25.8%	3 9.7%	2 6.5%
	東海北陸地区	16 100.0%	10 62.5%	3 18.8%	1 6.3%	2 12.5%
	近畿地区	3 100.0%	2 66.7%	0 0.0%	0 0.0%	1 33.3%
	中国四国地区	4 100.0%	1 25.0%	2 50.0%	0 0.0%	1 25.0%
	九州地区	3 100.0%	1 33.3%	0 0.0%	2 66.7%	0 0.0%

複合プログラム3(口腔+運動)

		導入年次					継続期間 【回答者のみ集計対象】		前年度参加者数 【回答者のみ集計対象】	
		回答数	2007年以前	2008年～2012年	2013年以降	無回答	回答数	平均(標準偏差)	回答数	平均(標準偏差)
全体		82 100.0%	27 32.9%	26 31.7%	22 26.8%	7 8.5%	73	6.4 (3.5)	80	665.7 (2114.8)
地区	北海道地区	8 100.0%	2 25.0%	4 50.0%	2 25.0%	0 0.0%	8	6.8 (3.4)	8	342.0 (761.1)
	東北地区	13 100.0%	3 23.1%	3 23.1%	5 38.5%	2 15.4%	11	5.1 (3.8)	13	266.1 (671.3)
	関東信越地区	22 100.0%	11 50.0%	5 22.7%	3 13.6%	3 13.6%	18	7.6 (3.5)	21	1608.0 (3893.7)
	東海北陸地区	7 100.0%	2 28.6%	4 57.1%	1 14.3%	0 0.0%	7	6.9 (2.9)	7	294.1 (442.3)
	近畿地区	11 100.0%	2 18.2%	3 27.3%	5 45.5%	1 9.1%	10	5.0 (3.7)	11	562.5 (891.5)
	中国四国地区	13 100.0%	5 38.5%	4 30.8%	4 30.8%	0 0.0%	13	6.9 (3.7)	13	346.6 (650.6)
	九州地区	8 100.0%	2 25.0%	3 37.5%	2 25.0%	1 12.5%	6	5.2 (3.1)	7	76.9 (78.2)

		導入時と現在の対象者数の増減				
		回答数	増	減	不変	無回答
全体		82 100.0%	37 45.1%	22 26.8%	9 11.0%	14 17.1%
地区	北海道地区	8 100.0%	2 25.0%	4 50.0%	2 25.0%	0 0.0%
	東北地区	13 100.0%	3 23.1%	6 46.2%	1 7.7%	3 23.1%
	関東信越地区	22 100.0%	10 45.5%	5 22.7%	2 9.1%	5 22.7%
	東海北陸地区	7 100.0%	4 57.1%	3 42.9%	0 0.0%	0 0.0%
	近畿地区	11 100.0%	7 63.6%	1 9.1%	2 18.2%	1 9.1%
	中国四国地区	13 100.0%	7 53.8%	1 7.7%	2 15.4%	3 23.1%
	九州地区	8 100.0%	4 50.0%	2 25.0%	0 0.0%	2 25.0%

複合プログラム4(運動+栄養+口腔)

		導入年次					継続期間 【回答者のみ集計対象】		前年度参加者数 【回答者のみ集計対象】	
		回答数	2007年以前	2008年～2012年	2013年以降	無回答	回答数	平均(標準偏差)	回答数	平均(標準偏差)
全体		297 100.0%	109 36.7%	94 31.6%	80 26.9%	14 4.7%	265	6.5 (3.8)	287	484.7 (1024.4)
地区	北海道地区	20 100.0%	8 40.0%	7 35.0%	5 25.0%	0 0.0%	20	7.0 (3.8)	20	346.4 (613.4)
	東北地区	33 100.0%	12 36.4%	7 21.2%	11 33.3%	3 9.1%	28	5.9 (3.7)	31	178.5 (264.7)
	関東信越地区	102 100.0%	42 41.2%	30 29.4%	25 24.5%	5 4.9%	92	6.7 (3.8)	100	432.2 (851.7)
	東海北陸地区	29 100.0%	9 31.0%	12 41.4%	8 27.6%	0 0.0%	27	6.4 (4.1)	28	294.5 (469.2)
	近畿地区	46 100.0%	16 34.8%	17 37.0%	10 21.7%	3 6.5%	39	6.5 (3.4)	46	669.6 (1218.7)
	中国四国地区	25 100.0%	13 52.0%	9 36.0%	3 12.0%	0 0.0%	25	8.4 (4.0)	24	819.7 (1738.5)
	九州地区	42 100.0%	9 21.4%	12 28.6%	18 42.9%	3 7.1%	34	5.1 (3.3)	38	650.1 (1344.3)

		導入時と現在の対象者数の増減				
		回答数	増	減	不変	無回答
全体		297 100.0%	175 58.9%	67 22.6%	29 9.8%	26 8.8%
地区	北海道地区	20 100.0%	12 60.0%	3 15.0%	4 20.0%	1 5.0%
	東北地区	33 100.0%	18 54.5%	5 15.2%	5 15.2%	5 15.2%
	関東信越地区	102 100.0%	64 62.7%	24 23.5%	7 6.9%	7 6.9%
	東海北陸地区	29 100.0%	13 44.8%	12 41.4%	2 6.9%	2 6.9%
	近畿地区	46 100.0%	27 58.7%	11 23.9%	4 8.7%	4 8.7%
	中国四国地区	25 100.0%	18 72.0%	2 8.0%	3 12.0%	2 8.0%
	九州地区	42 100.0%	23 54.8%	10 23.8%	4 9.5%	5 11.9%

栄養改善プログラム

		導入年次					継続期間 【回答者のみ集計対象】		前年度参加者数 【回答者のみ集計対象】	
		回答数	2007年以前	2008年～2012年	2013年以降	無回答	回答数	平均(標準偏差)	回答数	平均(標準偏差)
全体		183 100.0%	102 55.7%	50 27.3%	13 7.1%	18 9.8%	145	8.4 (2.7)	177	290.4 (1692.9)
地区	北海道地区	18 100.0%	11 61.1%	3 16.7%	4 22.2%	0 0.0%	16	8.5 (3.9)	17	17.4 (18.7)
	東北地区	28 100.0%	13 46.4%	11 39.3%	1 3.6%	3 10.7%	24	8.4 (2.4)	28	73.9 (175.1)
	関東信越地区	47 100.0%	28 59.6%	13 27.7%	2 4.3%	4 8.5%	38	8.5 (2.7)	45	237.1 (512.3)
	東海北陸地区	24 100.0%	16 66.7%	5 20.8%	0 0.0%	3 12.5%	19	8.2 (2.5)	24	523.3 (1976.7)
	近畿地区	28 100.0%	16 57.1%	5 17.9%	4 14.3%	3 10.7%	20	8.6 (2.6)	28	132.7 (247.7)
	中国四国地区	20 100.0%	10 50.0%	5 25.0%	1 5.0%	4 20.0%	14	8.0 (3.0)	18	1168.3 (4733.8)
	九州地区	18 100.0%	8 44.4%	8 44.4%	1 5.6%	1 5.6%	14	8.1 (2.4)	17	62.6 (78.8)

		導入時と現在の対象者数の増減				
		回答数	増	減	不変	無回答
全体		183 100.0%	87 47.5%	63 34.4%	6 3.3%	27 14.8%
地区	北海道地区	18 100.0%	7 38.9%	7 38.9%	3 16.7%	1 5.6%
	東北地区	28 100.0%	13 46.4%	12 42.9%	0 0.0%	3 10.7%
	関東信越地区	47 100.0%	24 51.1%	14 29.8%	1 2.1%	8 17.0%
	東海北陸地区	24 100.0%	15 62.5%	7 29.2%	0 0.0%	2 8.3%
	近畿地区	28 100.0%	11 39.3%	12 42.9%	0 0.0%	5 17.9%
	中国四国地区	20 100.0%	10 50.0%	4 20.0%	1 5.0%	5 25.0%
	九州地区	18 100.0%	7 38.9%	7 38.9%	1 5.6%	3 16.7%

口腔機能向上プログラム

		導入年次					継続期間 【回答者のみ集計対象】		前年度参加者数 【回答者のみ集計対象】	
		回答数	2007年以前	2008年～2012年	2013年以降	無回答	回答数	平均(標準偏差)	回答数	平均(標準偏差)
全体		239 100.0%	126 52.7%	67 28.0%	28 11.7%	18 7.5%	196	7.9 (3.0)	232	190.0 (1008.7)
地区	北海道地区	26 100.0%	12 46.2%	9 34.6%	4 15.4%	1 3.8%	23	8.3 (2.8)	25	66.2 (123.1)
	東北地区	36 100.0%	17 47.2%	13 36.1%	3 8.3%	3 8.3%	32	8.0 (3.4)	36	83.5 (154.7)
	関東信越地区	66 100.0%	40 60.6%	16 24.2%	5 7.6%	5 7.6%	55	8.4 (2.6)	65	133.0 (247.3)
	東海北陸地区	35 100.0%	20 57.1%	9 25.7%	3 8.6%	3 8.6%	27	7.9 (2.8)	35	566.7 (2529.4)
	近畿地区	29 100.0%	18 62.1%	5 17.2%	4 13.8%	2 6.9%	23	7.8 (3.2)	28	181.6 (317.7)
	中国四国地区	20 100.0%	11 55.0%	4 20.0%	2 10.0%	3 15.0%	15	7.7 (2.9)	18	147.6 (214.7)
	九州地区	27 100.0%	8 29.6%	11 40.7%	7 25.9%	1 3.7%	21	6.4 (3.4)	25	127.7 (341.6)

		導入時と現在の対象者数の増減				
		回答数	増	減	不変	無回答
全体		239 100.0%	118 49.4%	74 31.0%	10 4.2%	37 15.5%
地区	北海道地区	26 100.0%	10 38.5%	9 34.6%	2 7.7%	5 19.2%
	東北地区	36 100.0%	18 50.0%	9 25.0%	3 8.3%	6 16.7%
	関東信越地区	66 100.0%	34 51.5%	20 30.3%	3 4.5%	9 13.6%
	東海北陸地区	35 100.0%	19 54.3%	13 37.1%	0 0.0%	3 8.6%
	近畿地区	29 100.0%	12 41.4%	9 31.0%	1 3.4%	7 24.1%
	中国四国地区	20 100.0%	13 65.0%	4 20.0%	0 0.0%	3 15.0%
	九州地区	27 100.0%	12 44.4%	10 37.0%	1 3.7%	4 14.8%

運動器の機能向上プログラム

		導入年次					継続期間 【回答者のみ集計対象】		前年度参加者数 【回答者のみ集計対象】	
		回答数	2007年以前	2008年～2012年	2013年以降	無回答	回答数	平均(標準偏差)	回答数	平均(標準偏差)
全体		475 100.0%	263 55.4%	129 27.2%	43 9.1%	40 8.4%	399	8.1 (3.1)	468	1134.3 (3348.1)
地区	北海道地区	45 100.0%	25 55.6%	13 28.9%	4 8.9%	3 6.7%	40	8.8 (3.3)	45	529.4 (1909.7)
	東北地区	73 100.0%	38 52.1%	22 30.1%	2 2.7%	11 15.1%	59	8.5 (2.6)	73	613.6 (1354.6)
	関東信越地区	131 100.0%	77 58.8%	36 27.5%	11 8.4%	7 5.3%	112	8.2 (3.1)	130	1358.4 (3808.3)
	東海北陸地区	69 100.0%	33 47.8%	21 30.4%	9 13.0%	6 8.7%	58	7.5 (2.9)	66	1224.6 (3470.6)
	近畿地区	54 100.0%	34 63.0%	11 20.4%	5 9.3%	4 7.4%	42	8.2 (3.2)	54	1100.1 (2017.9)
	中国四国地区	46 100.0%	29 63.0%	10 21.7%	4 8.7%	3 6.5%	40	8.3 (3.1)	44	2192.4 (6552.9)
	九州地区	57 100.0%	27 47.4%	16 28.1%	8 14.0%	6 10.5%	48	7.7 (3.8)	56	874.4 (1536.9)

		導入時と現在の対象者数の増減				
		回答数	増	減	不変	無回答
全体		475 100.0%	297 62.5%	104 21.9%	26 5.5%	48 10.1%
地区	北海道地区	45 100.0%	28 62.2%	10 22.2%	3 6.7%	4 8.9%
	東北地区	73 100.0%	49 67.1%	16 21.9%	1 1.4%	7 9.6%
	関東信越地区	131 100.0%	82 62.6%	25 19.1%	11 8.4%	13 9.9%
	東海北陸地区	69 100.0%	44 63.8%	16 23.2%	4 5.8%	5 7.2%
	近畿地区	54 100.0%	34 63.0%	12 22.2%	1 1.9%	7 13.0%
	中国四国地区	46 100.0%	27 58.7%	11 23.9%	3 6.5%	5 10.9%
	九州地区	57 100.0%	33 57.9%	14 24.6%	3 5.3%	7 12.3%

住民参加型介護予防プログラム

		導入年次					継続期間 【回答者のみ集計対象】		前年度参加者数 【回答者のみ集計対象】	
		回答数	2007年以前	2008年～2012年	2013年以降	無回答	回答数	平均(標準偏差)	回答数	平均(標準偏差)
全体		217 100.0%	67 30.9%	41 18.9%	91 41.9%	18 8.3%	188	6.1 (5.2)	206	3761.8 (9434.4)
地区	北海道地区	16 100.0%	8 50.0%	2 12.5%	6 37.5%	0 0.0%	15	8.6 (8.7)	15	6561.5 (20099.1)
	東北地区	29 100.0%	3 10.3%	5 17.2%	15 51.7%	6 20.7%	23	4.4 (5.4)	28	560.7 (923.9)
	関東信越地区	65 100.0%	22 33.8%	15 23.1%	24 36.9%	4 6.2%	58	6.3 (4.0)	63	5268.7 (10952.2)
	東海北陸地区	28 100.0%	10 35.7%	4 14.3%	11 39.3%	3 10.7%	24	6.9 (5.4)	26	4687.0 (10219.8)
	近畿地区	32 100.0%	8 25.0%	9 28.1%	13 40.6%	2 6.3%	28	5.2 (4.0)	30	2583.1 (4124.8)
	中国四国地区	20 100.0%	4 20.0%	2 10.0%	13 65.0%	1 5.0%	19	3.8 (3.2)	19	3382.2 (7136.2)
	九州地区	27 100.0%	12 44.4%	4 14.8%	9 33.3%	2 7.4%	21	7.9 (6.3)	25	2610.5 (4390.8)

		導入時と現在の対象者数の増減				
		回答数	増	減	不変	無回答
全体		217 100.0%	155 71.4%	21 9.7%	22 10.1%	19 8.8%
地区	北海道地区	16 100.0%	10 62.5%	2 12.5%	2 12.5%	2 12.5%
	東北地区	29 100.0%	15 51.7%	5 17.2%	5 17.2%	4 13.8%
	関東信越地区	65 100.0%	54 83.1%	6 9.2%	1 1.5%	4 6.2%
	東海北陸地区	28 100.0%	22 78.6%	1 3.6%	3 10.7%	2 7.1%
	近畿地区	32 100.0%	23 71.9%	2 6.3%	3 9.4%	4 12.5%
	中国四国地区	20 100.0%	12 60.0%	2 10.0%	5 25.0%	1 5.0%
	九州地区	27 100.0%	19 70.4%	3 11.1%	3 11.1%	2 7.4%

独自事業

		導入年次					継続期間 【回答者のみ集計対象】		前年度参加者数 【回答者のみ集計対象】	
		回答数	2007年以前	2008年～2012年	2013年以降	無回答	回答数	平均(標準偏差)	回答数	平均(標準偏差)
全体		215 100.0%	78 36.3%	54 25.1%	59 27.4%	24 11.2%	177	6.5 (4.8)	207	2242.3 (6687.6)
地区	北海道地区	19 100.0%	8 42.1%	4 21.1%	6 31.6%	1 5.3%	16	7.1 (5.4)	17	666.2 (1323.6)
	東北地区	34 100.0%	14 41.2%	8 23.5%	6 17.6%	6 17.6%	27	7.5 (4.3)	32	1963.1 (3850.4)
	関東信越地区	68 100.0%	31 45.6%	15 22.1%	20 29.4%	2 2.9%	60	6.3 (3.9)	68	1639.9 (6825.4)
	東海北陸地区	27 100.0%	6 22.2%	9 33.3%	8 29.6%	4 14.8%	21	5.1 (3.3)	24	1470.0 (3725.6)
	近畿地区	30 100.0%	6 20.0%	10 33.3%	8 26.7%	6 20.0%	22	6.6 (8.1)	30	1198.8 (1993.3)
	中国四国地区	14 100.0%	5 35.7%	3 21.4%	5 35.7%	1 7.1%	14	6.6 (5.0)	13	6156.5 (13024.2)
	九州地区	23 100.0%	8 34.8%	5 21.7%	6 26.1%	4 17.4%	17	6.2 (4.3)	23	5531.3 (10808.1)

		導入時と現在の対象者数の増減				
		回答数	増	減	不変	無回答
全体		215 100.0%	138 64.2%	34 15.8%	18 8.4%	25 11.6%
地区	北海道地区	19 100.0%	9 47.4%	5 26.3%	3 15.8%	2 10.5%
	東北地区	34 100.0%	22 64.7%	5 14.7%	2 5.9%	5 14.7%
	関東信越地区	68 100.0%	49 72.1%	9 13.2%	7 10.3%	3 4.4%
	東海北陸地区	27 100.0%	16 59.3%	4 14.8%	2 7.4%	5 18.5%
	近畿地区	30 100.0%	18 60.0%	5 16.7%	3 10.0%	4 13.3%
	中国四国地区	14 100.0%	8 57.1%	3 21.4%	1 7.1%	2 14.3%
	九州地区	23 100.0%	16 69.6%	3 13.0%	0 0.0%	4 17.4%

問2-3 貴市町村では、介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）に移行されていますか

		回答数	既に移行している	まだ移行していない	無回答
全体		675 100.0%	218 32.3%	456 67.6%	1 0.1%
地区	北海道地区	66 100.0%	18 27.3%	47 71.2%	1 1.5%
	東北地区	99 100.0%	29 29.3%	70 70.7%	0 0.0%
	関東信越地区	183 100.0%	78 42.6%	105 57.4%	0 0.0%
	東海北陸地区	87 100.0%	20 23.0%	67 77.0%	0 0.0%
	近畿地区	91 100.0%	15 16.5%	76 83.5%	0 0.0%
	中国四国地区	60 100.0%	18 30.0%	42 70.0%	0 0.0%
	九州地区	89 100.0%	40 44.9%	49 55.1%	0 0.0%

【問2-3で「1 既に移行している」と回答、および各プログラムで回答した者（回答なしの者は除く）を対象に集計を実施】

問2-4 実施している介護予防プログラムを、総合事業に移行した際に、それぞれのプログラムを見直しましたか

		複合プログラム				栄養改善プログラム			
		回答数	当該プログラムの内容を廃止した	一部内容を見直して移行	現行の内容のまま移行	回答数	当該プログラムの内容を廃止した	一部内容を見直して移行	現行の内容のまま移行
全体		142 100.0%	23 16.2%	44 31.0%	75 52.8%	75 100.0%	14 18.7%	15 20.0%	46 61.3%
地区	北海道地区	10 100.0%	2 20.0%	2 20.0%	6 60.0%	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%
	東北地区	20 100.0%	5 25.0%	6 30.0%	9 45.0%	14 100.0%	4 28.6%	1 7.1%	9 64.3%
	関東信越地区	57 100.0%	9 15.8%	22 38.6%	26 45.6%	27 100.0%	7 25.9%	7 25.9%	13 48.1%
	東海北陸地区	12 100.0%	1 8.3%	3 25.0%	8 66.7%	8 100.0%	0 0.0%	2 25.0%	6 75.0%
	近畿地区	10 100.0%	2 20.0%	4 40.0%	4 40.0%	5 100.0%	1 20.0%	0 0.0%	4 80.0%
	中国四国地区	10 100.0%	1 10.0%	5 50.0%	4 40.0%	4 100.0%	0 0.0%	2 50.0%	2 50.0%
	九州地区	23 100.0%	3 13.0%	2 8.7%	18 78.3%	15 100.0%	2 13.3%	3 20.0%	10 66.7%

		口腔機能向上プログラム				運動器の機能向上プログラム			
		回答数	当該プログラムの内容を廃止した	一部内容を見直して移行	現行の内容のまま移行	回答数	当該プログラムの内容を廃止した	一部内容を見直して移行	現行の内容のまま移行
全体		96 100.0%	22 22.9%	20 20.8%	54 56.3%	167 100.0%	20 12.0%	46 27.5%	101 60.5%
地区	北海道地区	4 100.0%	1 25.0%	0 0.0%	3 75.0%	11 100.0%	1 9.1%	1 9.1%	9 81.8%
	東北地区	15 100.0%	4 26.7%	2 13.3%	9 60.0%	23 100.0%	2 8.7%	7 30.4%	14 60.9%
	関東信越地区	37 100.0%	11 29.7%	8 21.6%	18 48.6%	61 100.0%	11 18.0%	17 27.9%	33 54.1%
	東海北陸地区	10 100.0%	1 10.0%	2 20.0%	7 70.0%	19 100.0%	1 5.3%	5 26.3%	13 68.4%
	近畿地区	5 100.0%	1 20.0%	1 20.0%	3 60.0%	11 100.0%	1 9.1%	4 36.4%	6 54.5%
	中国四国地区	5 100.0%	0 0.0%	3 60.0%	2 40.0%	11 100.0%	0 0.0%	5 45.5%	6 54.5%
	九州地区	20 100.0%	4 20.0%	4 20.0%	12 60.0%	31 100.0%	4 12.9%	7 22.6%	20 64.5%

【問2-3で「1 既に移行している」と回答、および各プログラムで回答した者（回答なしの者は除く）を対象に集計を実施】

問2-5 口腔機能向上や栄養改善の取組が含まれている介護予防プログラム（通所型、訪問型、一次予防、二次予防のすべて）を、総合事業に移行する際に、どの類型に移行しましたか（複数回答）

複合（運動栄養口腔）プログラム

		回答数	訪問型サービスA	訪問型サービスB	訪問型サービスC	通所型サービスA	通所型サービスB	通所型サービスC	一般介護予防事業
全体		112 100.0%	3 2.7%	0 0.0%	14 12.5%	17 15.2%	1 0.9%	42 37.5%	64 57.1%
地区	北海道地区	6 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 33.3%	0 0.0%	1 16.7%	3 50.0%
	東北地区	11 100.0%	1 9.1%	0 0.0%	1 9.1%	1 9.1%	0 0.0%	5 45.5%	7 63.6%
	関東信越地区	48 100.0%	1 2.1%	0 0.0%	4 8.3%	6 12.5%	1 2.1%	17 35.4%	29 60.4%
	東海北陸地区	8 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 12.5%	1 12.5%	0 0.0%	4 50.0%	4 50.0%
	近畿地区	9 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 22.2%	2 22.2%	0 0.0%	4 44.4%	4 44.4%
	中国四国地区	10 100.0%	1 10.0%	0 0.0%	2 20.0%	2 20.0%	0 0.0%	3 30.0%	5 50.0%
	九州地区	20 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 20.0%	3 15.0%	0 0.0%	8 40.0%	12 60.0%

複合(運動栄養)プログラム

		回答数	訪問型 サービスA	訪問型 サービスB	訪問型 サービスC	通所型 サービスA	通所型 サービスB	通所型 サービスC	一般介護 予防事業
全体		27 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 11.1%	2 7.4%	1 3.7%	5 18.5%	19 70.4%
地区	北海道地区	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	東北地区	5 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 40.0%	4 80.0%
	関東信越地区	13 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 15.4%	1 7.7%	2 15.4%	8 61.5%
	東海北陸地区	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
	近畿地区	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%
	中国四国地区	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%
	九州地区	5 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 20.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 100.0%

複合(運動口腔)プログラム

		回答数	訪問型 サービスA	訪問型 サービスB	訪問型 サービスC	通所型 サービスA	通所型 サービスB	通所型 サービスC	一般介護 予防事業
全体		38 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 10.5%	6 15.8%	1 2.6%	9 23.7%	24 63.2%
地区	北海道地区	3 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	3 100.0%
	東北地区	5 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 80.0%	3 60.0%
	関東信越地区	13 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 7.7%	3 23.1%	1 7.7%	2 15.4%	7 53.8%
	東海北陸地区	3 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 33.3%	2 66.7%
	近畿地区	4 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 25.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 25.0%	2 50.0%
	中国四国地区	3 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 33.3%	1 33.3%	0 0.0%	1 33.3%	1 33.3%
	九州地区	7 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 14.3%	1 14.3%	0 0.0%	0 0.0%	6 85.7%

複合（口腔栄養）プログラム

		回答数	訪問型 サービスA	訪問型 サービスB	訪問型 サービスC	通所型 サービスA	通所型 サービスB	通所型 サービスC	一般介護 予防事業
全体		31 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 9.7%	1 3.2%	0 0.0%	8 25.8%	22 71.0%
地区	北海道地区	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
	東北地区	4 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 50.0%	2 50.0%
	関東信越地区	16 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 6.3%	0 0.0%	0 0.0%	3 18.8%	13 81.3%
	東海北陸地区	3 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	2 66.7%
	近畿地区	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	中国四国地区	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%	1 50.0%
	九州地区	5 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 20.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 40.0%	3 60.0%

栄養改善プログラム

		回答数	訪問型 サービスA	訪問型 サービスB	訪問型 サービスC	通所型 サービスA	通所型 サービスB	通所型 サービスC	一般介護 予防事業
全体		58 100.0%	2 3.4%	0 0.0%	17 29.3%	1 1.7%	0 0.0%	6 10.3%	46 79.3%
地区	北海道地区	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%
	東北地区	7 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 28.6%	0 0.0%	0 0.0%	1 14.3%	6 85.7%
	関東信越地区	21 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	6 28.6%	0 0.0%	0 0.0%	3 14.3%	17 81.0%
	東海北陸地区	7 100.0%	1 14.3%	0 0.0%	1 14.3%	1 14.3%	0 0.0%	0 0.0%	5 71.4%
	近畿地区	4 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 75.0%
	中国四国地区	4 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 25.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 25.0%	4 100.0%
	九州地区	13 100.0%	1 7.7%	0 0.0%	5 38.5%	0 0.0%	0 0.0%	1 7.7%	9 69.2%

口腔機能向上プログラム

		回答数	訪問型 サービスA	訪問型 サービスB	訪問型 サービスC	通所型 サービスA	通所型 サービスB	通所型 サービスC	一般介護 予防事業
全体		76 100.0%	2 2.6%	0 0.0%	18 23.7%	1 1.3%	2 2.6%	12 15.8%	56 73.7%
地区	北海道地区	5 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 20.0%	5 100.0%
	東北地区	9 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 11.1%	0 0.0%	0 0.0%	1 11.1%	8 88.9%
	関東信越地区	27 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 25.9%	0 0.0%	1 3.7%	6 22.2%	18 66.7%
	東海北陸地区	9 100.0%	1 11.1%	0 0.0%	2 22.2%	1 11.1%	0 0.0%	0 0.0%	6 66.7%
	近畿地区	5 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 40.0%	0 0.0%	1 20.0%	0 0.0%	3 60.0%
	中国四国地区	5 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 20.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 40.0%	4 80.0%
	九州地区	16 100.0%	1 6.3%	0 0.0%	5 31.3%	0 0.0%	0 0.0%	2 12.5%	12 75.0%

【問2-3で「1 既に移行している」と回答した者を対象に集計を実施】

問2-5 サービス対象者の口腔と栄養のアセスメントの実施状況

アセスメント対象者の種別（複数回答）

		回答数	要支援者	介護予防・ 生活支援 サービス対 象者	その他	アセスメン ト実施なし	無回答
全体		218 100.0%	65 29.8%	88 40.4%	29 13.3%	29 13.3%	76 34.9%
地区	北海道地区	18 100.0%	4 22.2%	7 38.9%	3 16.7%	2 11.1%	7 38.9%
	東北地区	29 100.0%	5 17.2%	8 27.6%	4 13.8%	3 10.3%	15 51.7%
	関東信越地区	78 100.0%	25 32.1%	34 43.6%	9 11.5%	11 14.1%	24 30.8%
	東海北陸地区	20 100.0%	6 30.0%	10 50.0%	2 10.0%	3 15.0%	5 25.0%
	近畿地区	15 100.0%	6 40.0%	8 53.3%	2 13.3%	2 13.3%	5 33.3%
	中国四国地区	18 100.0%	4 22.2%	5 27.8%	3 16.7%	2 11.1%	8 44.4%
	九州地区	40 100.0%	15 37.5%	16 40.0%	6 15.0%	6 15.0%	12 30.0%

【問2-5でアセスメント対象者の種別に回答した者を対象に集計を実施】

アセスメント評価者の職種(複数回答)

		回答数	保健師	社会福祉士	主任ケアマネ	看護師	その他	無回答
全体		142 100.0%	77 54.2%	40 28.2%	43 30.3%	36 25.4%	54 38.0%	37 26.1%
地区	北海道地区	11 100.0%	7 63.6%	3 27.3%	3 27.3%	1 9.1%	5 45.5%	2 18.2%
	東北地区	14 100.0%	7 50.0%	5 35.7%	6 42.9%	3 21.4%	6 42.9%	3 21.4%
	関東信越地区	54 100.0%	28 51.9%	15 27.8%	11 20.4%	13 24.1%	15 27.8%	18 33.3%
	東海北陸地区	15 100.0%	10 66.7%	6 40.0%	8 53.3%	4 26.7%	5 33.3%	3 20.0%
	近畿地区	10 100.0%	7 70.0%	4 40.0%	4 40.0%	3 30.0%	5 50.0%	2 20.0%
	中国四国地区	10 100.0%	6 60.0%	3 30.0%	3 30.0%	3 30.0%	5 50.0%	2 20.0%
	九州地区	28 100.0%	12 42.9%	4 14.3%	8 28.6%	9 32.1%	13 46.4%	7 25.0%

【問2-5でアセスメント対象者の種別を回答した者で、対象者数、評価者数に回答した者を対象に集計を実施】

アセスメントの実績

		アセスメントを受けた対象者数		アセスメントで評価を行った評価者数	
		回答数	平均(標準偏差)	回答数	平均(標準偏差)
全体		71	89.4 (221.1)	65	72.0 (219.2)
地区	北海道地区	6	28.7 (29.6)	4	24.8 (19.7)
	東北地区	6	121.0 (194.0)	6	31.2 (38.8)
	関東信越地区	25	74.7 (225.4)	22	72.1 (241.5)
	東海北陸地区	9	73.7 (123.0)	9	43.4 (61.5)
	近畿地区	6	253.8 (525.4)	5	299.2 (574.2)
	中国四国地区	3	162.7 (210.2)	3	30.0 (50.2)
	九州地区	16	56.5 (111.8)	16	51.8 (113.2)

【問2-5でアセスメント対象者の種別を回答した者で、実施回数に回答した者を対象に集計を実施】

アセスメントの実施回数・実施頻度

		実施回数		実施頻度								
		回答数	平均(標準 偏差)	回答数	なし	1クール	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	6ヶ月と1 年	1年	無回答
全体		90	1.8 (1.3)	90 100.0%	4 4.4%	46 51.1%	0 0.0%	2 2.2%	17 18.9%	1 1.1%	15 16.7%	5 5.6%
地区	北海道地区	9	2.1 (1.8)	9 100.0%	1 11.1%	2 22.2%	0 0.0%	0 0.0%	1 11.1%	1 11.1%	4 44.4%	0 0.0%
	東北地区	10	1.8 (0.9)	10 100.0%	1 10.0%	5 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 40.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	関東信越地区	34	1.6 (0.7)	34 100.0%	1 2.9%	22 64.7%	0 0.0%	1 2.9%	6 17.6%	0 0.0%	3 8.8%	1 2.9%
	東海北陸地区	10	1.6 (0.8)	10 100.0%	0 0.0%	4 40.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 30.0%	0 0.0%	2 20.0%	1 10.0%
	近畿地区	6	1.8 (0.4)	6 100.0%	0 0.0%	4 66.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 16.7%	1 16.7%
	中国四国地区	5	3.0 (3.4)	5 100.0%	0 0.0%	3 60.0%	0 0.0%	1 20.0%	1 20.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
	九州地区	16	1.9 (1.6)	16 100.0%	1 6.3%	6 37.5%	0 0.0%	0 0.0%	2 12.5%	0 0.0%	5 31.3%	2 12.5%

【問2-5でアセスメント対象者の種別を回答した者を対象に集計を実施】

アセスメント方法・基本チェックリストの利用有無

		回答数	有	無	無回答
全体		142 100.0%	81 57.0%	8 5.6%	53 37.3%
地区	北海道地区	11 100.0%	7 63.6%	0 0.0%	4 36.4%
	東北地区	14 100.0%	6 42.9%	2 14.3%	6 42.9%
	関東信越地区	54 100.0%	32 59.3%	0 0.0%	22 40.7%
	東海北陸地区	15 100.0%	8 53.3%	2 13.3%	5 33.3%
	近畿地区	10 100.0%	6 60.0%	1 10.0%	3 30.0%
	中国四国地区	10 100.0%	4 40.0%	2 20.0%	4 40.0%
	九州地区	28 100.0%	18 64.3%	1 3.6%	9 32.1%

【問2-3で「2 まだ移行していない」と回答、および各プログラムで回答した者（回答なしの者は除く）を対象に集計を実施】

問2-7 現行の介護予防プログラムは、総合事業に円滑に移行できると思いますか

		複合プログラム			栄養改善プログラム		
		回答数	移行が難しい	円滑に移行できる	回答数	移行が難しい	円滑に移行できる
全体		293 100.0%	137 46.8%	156 53.2%	205 100.0%	96 46.8%	109 53.2%
地区	北海道地区	25 100.0%	8 32.0%	17 68.0%	25 100.0%	7 28.0%	18 72.0%
	東北地区	45 100.0%	29 64.4%	16 35.6%	35 100.0%	17 48.6%	18 51.4%
	関東信越地区	78 100.0%	38 48.7%	40 51.3%	49 100.0%	22 44.9%	27 55.1%
	東海北陸地区	42 100.0%	23 54.8%	19 45.2%	31 100.0%	18 58.1%	13 41.9%
	近畿地区	50 100.0%	19 38.0%	31 62.0%	32 100.0%	17 53.1%	15 46.9%
	中国四国地区	29 100.0%	12 41.4%	17 58.6%	19 100.0%	7 36.8%	12 63.2%
	九州地区	24 100.0%	8 33.3%	16 66.7%	14 100.0%	8 57.1%	6 42.9%

		口腔機能向上プログラム			運動器の機能向上プログラム		
		回答数	移行が難しい	円滑に移行できる	回答数	移行が難しい	円滑に移行できる
全体		231 100.0%	105 45.5%	126 54.5%	347 100.0%	109 31.4%	238 68.6%
地区	北海道地区	31 100.0%	5 16.1%	26 83.9%	37 100.0%	5 13.5%	32 86.5%
	東北地区	35 100.0%	17 48.6%	18 51.4%	57 100.0%	19 33.3%	38 66.7%
	関東信越地区	59 100.0%	27 45.8%	32 54.2%	84 100.0%	30 35.7%	54 64.3%
	東海北陸地区	37 100.0%	20 54.1%	17 45.9%	56 100.0%	16 28.6%	40 71.4%
	近畿地区	32 100.0%	17 53.1%	15 46.9%	49 100.0%	18 36.7%	31 63.3%
	中国四国地区	23 100.0%	9 39.1%	14 60.9%	36 100.0%	9 25.0%	27 75.0%
	九州地区	14 100.0%	10 71.4%	4 28.6%	28 100.0%	12 42.9%	16 57.1%

【問2-3で「2 まだ移行していない」と回答、および各プログラムで回答した者（回答なしの者は除く）を対象に集計を実施】

問2-8 口腔機能向上や栄養改善の取組が含まれている介護予防プログラム（通所型、訪問型、一次予防、二次予防のすべて）を、総合事業に移行する際に、どの類型に移行する予定ですか（複数回答）

複合（運動栄養口腔）プログラム

		回答数	訪問型 サービスA	訪問型 サービスB	訪問型 サービスC	通所型 サービスA	通所型 サービスB	通所型 サービスC	一般介護 予防事業	未定
全体		303 100.0%	1 0.3%	0 0.0%	11 3.6%	13 4.3%	2 0.7%	71 23.4%	92 30.4%	146 48.2%
地区	北海道地区	25 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 4.0%	0 0.0%	4 16.0%	3 12.0%	18 72.0%
	東北地区	48 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 4.2%	0 0.0%	8 16.7%	12 25.0%	29 60.4%
	関東信越地区	75 100.0%	1 1.3%	0 0.0%	2 2.7%	4 5.3%	1 1.3%	23 30.7%	27 36.0%	28 37.3%
	東海北陸地区	40 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 5.0%	3 7.5%	1 2.5%	4 10.0%	8 20.0%	24 60.0%
	近畿地区	55 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 5.5%	1 1.8%	0 0.0%	12 21.8%	22 40.0%	21 38.2%
	中国四国地区	26 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 7.7%	0 0.0%	6 23.1%	9 34.6%	12 46.2%
	九州地区	34 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 11.8%	0 0.0%	0 0.0%	14 41.2%	11 32.4%	14 41.2%

複合（運動栄養）プログラム

		回答数	訪問型 サービスA	訪問型 サービスB	訪問型 サービスC	通所型 サービスA	通所型 サービスB	通所型 サービスC	一般介護 予防事業	未定
全体		177 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 1.1%	2 1.1%	0 0.0%	8 4.5%	28 15.8%	143 80.8%
地区	北海道地区	15 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	15 100.0%
	東北地区	37 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.7%	0 0.0%	0 0.0%	4 10.8%	6 16.2%	29 78.4%
	関東信越地区	39 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.6%	1 2.6%	0 0.0%	2 5.1%	6 15.4%	31 79.5%
	東海北陸地区	30 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.3%	4 13.3%	26 86.7%
	近畿地区	30 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	6 20.0%	24 80.0%
	中国四国地区	13 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 7.7%	0 0.0%	1 7.7%	3 23.1%	8 61.5%
	九州地区	13 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 23.1%	10 76.9%

複合(運動口腔)プログラム

		回答数	訪問型 サービスA	訪問型 サービスB	訪問型 サービスC	通所型 サービスA	通所型 サービスB	通所型 サービスC	一般介護 予防事業	未定
全体		199 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 2.5%	4 2.0%	4 2.0%	20 10.1%	46 23.1%	137 68.8%
地区	北海道地区	19 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 5.3%	0 0.0%	1 5.3%	2 10.5%	16 84.2%
	東北地区	39 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.6%	1 2.6%	1 2.6%	5 12.8%	7 17.9%	28 71.8%
	関東信越地区	40 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 5.0%	0 0.0%	1 2.5%	5 12.5%	11 27.5%	26 65.0%
	東海北陸地区	32 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.1%	2 6.3%	4 12.5%	26 81.3%
	近畿地区	34 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.9%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.9%	12 35.3%	20 58.8%
	中国四国地区	19 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 5.3%	2 10.5%	1 5.3%	4 21.1%	6 31.6%	10 52.6%
	九州地区	16 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 12.5%	4 25.0%	11 68.8%

複合(口腔栄養)プログラム

		回答数	訪問型 サービスA	訪問型 サービスB	訪問型 サービスC	通所型 サービスA	通所型 サービスB	通所型 サービスC	一般介護 予防事業	未定
全体		191 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	1 0.5%	0 0.0%	11 5.8%	33 17.3%	149 78.0%
地区	北海道地区	19 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 10.5%	17 89.5%
	東北地区	37 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 5.4%	6 16.2%	30 81.1%
	関東信越地区	45 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.2%	0 0.0%	0 0.0%	6 13.3%	8 17.8%	32 71.1%
	東海北陸地区	36 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.8%	8 22.2%	28 77.8%
	近畿地区	30 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.3%	6 20.0%	23 76.7%
	中国四国地区	12 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 8.3%	0 0.0%	1 8.3%	2 16.7%	8 66.7%
	九州地区	12 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 8.3%	11 91.7%

栄養改善プログラム

		回答数	訪問型 サービスA	訪問型 サービスB	訪問型 サービスC	通所型 サービスA	通所型 サービスB	通所型 サービスC	一般介護 予防事業	未定
全体		247 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	32 13.0%	4 1.6%	2 0.8%	16 6.5%	79 32.0%	138 55.9%
地区	北海道地区	23 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	8 34.8%	15 65.2%
	東北地区	41 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 9.8%	0 0.0%	0 0.0%	4 9.8%	11 26.8%	27 65.9%
	関東信越地区	59 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	12 20.3%	1 1.7%	0 0.0%	6 10.2%	17 28.8%	30 50.8%
	東海北陸地区	42 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 16.7%	0 0.0%	0 0.0%	3 7.1%	14 33.3%	22 52.4%
	近畿地区	40 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 7.5%	0 0.0%	1 2.5%	0 0.0%	14 35.0%	24 60.0%
	中国四国地区	22 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 22.7%	2 9.1%	1 4.5%	3 13.6%	9 40.9%	8 36.4%
	九州地区	20 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 5.0%	1 5.0%	0 0.0%	0 0.0%	6 30.0%	12 60.0%

口腔機能向上プログラム

		回答数	訪問型 サービスA	訪問型 サービスB	訪問型 サービスC	通所型 サービスA	通所型 サービスB	通所型 サービスC	一般介護 予防事業	未定
全体		273 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	24 8.8%	5 1.8%	3 1.1%	30 11.0%	93 34.1%	146 53.5%
地区	北海道地区	32 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.1%	0 0.0%	0 0.0%	3 9.4%	13 40.6%	16 50.0%
	東北地区	42 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 7.1%	1 2.4%	1 2.4%	6 14.3%	11 26.2%	26 61.9%
	関東信越地区	64 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	11 17.2%	1 1.6%	1 1.6%	8 12.5%	20 31.3%	31 48.4%
	東海北陸地区	48 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 10.4%	0 0.0%	0 0.0%	7 14.6%	16 33.3%	25 52.1%
	近畿地区	40 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 5.0%	1 2.5%	1 2.5%	0 0.0%	14 35.0%	24 60.0%
	中国四国地区	25 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 4.0%	1 4.0%	0 0.0%	5 20.0%	14 56.0%	9 36.0%
	九州地区	22 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 4.5%	1 4.5%	0 0.0%	1 4.5%	5 22.7%	15 68.2%

【各プログラムで回答した者（回答なしの者は除く）を対象に集計を実施】

問2-10 総合事業に、口腔機能向上や栄養改善の取組を位置付けるために、国や都道府県に期待する支援がありますか

（複数回答）

運動栄養口腔複合プログラム

		回答数	市町村担当者の研修	国・都道府県の施設の無償提供	コーディネーター等の育成事業	財政的支援	物的支援	人的支援	ボランティア等に対する介護ポイントの導入	効果的な事業展開のための情報提供	その他
全体		566 100.0%	299 52.8%	109 19.3%	153 27.0%	315 55.7%	128 22.6%	294 51.9%	63 11.1%	427 75.4%	22 3.9%
地区	北海道地区	54 100.0%	25 46.3%	3 5.6%	15 27.8%	31 57.4%	11 20.4%	27 50.0%	6 11.1%	39 72.2%	4 7.4%
	東北地区	84 100.0%	50 59.5%	19 22.6%	30 35.7%	45 53.6%	15 17.9%	53 63.1%	11 13.1%	64 76.2%	3 3.6%
	関東信越地区	154 100.0%	81 52.6%	34 22.1%	41 26.6%	82 53.2%	36 23.4%	71 46.1%	12 7.8%	109 70.8%	6 3.9%
	東海北陸地区	70 100.0%	34 48.6%	13 18.6%	16 22.9%	30 42.9%	14 20.0%	26 37.1%	13 18.6%	57 81.4%	1 1.4%
	近畿地区	77 100.0%	37 48.1%	19 24.7%	19 24.7%	47 61.0%	22 28.6%	39 50.6%	5 6.5%	56 72.7%	6 7.8%
	中国四国地区	52 100.0%	32 61.5%	8 15.4%	14 26.9%	33 63.5%	12 23.1%	33 63.5%	5 9.6%	42 80.8%	2 3.8%
	九州地区	75 100.0%	40 53.3%	13 17.3%	18 24.0%	47 62.7%	18 24.0%	45 60.0%	11 14.7%	60 80.0%	0 0.0%

栄養改善プログラム

		回答数	市町村担当者の研修	国・都道府県の施設の無償提供	コーディネーター等の育成事業	財政的支援	物的支援	人的支援	ボランティア等に対する介護ポイントの導入	効果的な事業展開のための情報提供	その他
全体		490 100.0%	252 51.4%	76 15.5%	134 27.3%	270 55.1%	106 21.6%	263 53.7%	56 11.4%	364 74.3%	19 3.9%
地区	北海道地区	46 100.0%	21 45.7%	3 6.5%	12 26.1%	27 58.7%	10 21.7%	18 39.1%	3 6.5%	31 67.4%	3 6.5%
	東北地区	75 100.0%	45 60.0%	14 18.7%	26 34.7%	41 54.7%	14 18.7%	48 64.0%	11 14.7%	58 77.3%	3 4.0%
	関東信越地区	129 100.0%	63 48.8%	24 18.6%	32 24.8%	65 50.4%	30 23.3%	60 46.5%	12 9.3%	87 67.4%	7 5.4%
	東海北陸地区	67 100.0%	32 47.8%	12 17.9%	16 23.9%	31 46.3%	11 16.4%	28 41.8%	13 19.4%	53 79.1%	1 1.5%
	近畿地区	62 100.0%	29 46.8%	10 16.1%	16 25.8%	37 59.7%	17 27.4%	41 66.1%	4 6.5%	47 75.8%	4 6.5%
	中国四国地区	46 100.0%	29 63.0%	6 13.0%	15 32.6%	27 58.7%	8 17.4%	27 58.7%	3 6.5%	37 80.4%	1 2.2%
	九州地区	65 100.0%	33 50.8%	7 10.8%	17 26.2%	42 64.6%	16 24.6%	41 63.1%	10 15.4%	51 78.5%	0 0.0%

口腔機能向上プログラム

		回答数	市町村担 当者の研 修	国・都道府 県の施設 の無償提 供	コーディ ネーター等 の育成事 業	財政的支 援	物的支援	人的支援	ボランティ ア等に対す る介護ポイ ントの導入	効果的な 事業展開 のための情 報提供	その他
全体		503 100.0%	256 50.9%	76 15.1%	136 27.0%	271 53.9%	111 22.1%	268 53.3%	58 11.5%	370 73.6%	21 4.2%
地区	北海道地区	50 100.0%	23 46.0%	3 6.0%	12 24.0%	28 56.0%	10 20.0%	19 38.0%	4 8.0%	33 66.0%	3 6.0%
	東北地区	76 100.0%	45 59.2%	14 18.4%	25 32.9%	42 55.3%	14 18.4%	52 68.4%	11 14.5%	58 76.3%	3 3.9%
	関東信越地区	133 100.0%	64 48.1%	23 17.3%	33 24.8%	66 49.6%	29 21.8%	62 46.6%	11 8.3%	89 66.9%	9 6.8%
	東海北陸地区	68 100.0%	32 47.1%	10 14.7%	17 25.0%	31 45.6%	14 20.6%	28 41.2%	13 19.1%	52 76.5%	2 2.9%
	近畿地区	63 100.0%	29 46.0%	13 20.6%	16 25.4%	35 55.6%	18 28.6%	38 60.3%	5 7.9%	48 76.2%	3 4.8%
	中国四国地区	47 100.0%	28 59.6%	6 12.8%	15 31.9%	27 57.4%	10 21.3%	29 61.7%	4 8.5%	37 78.7%	1 2.1%
	九州地区	66 100.0%	35 53.0%	7 10.6%	18 27.3%	42 63.6%	16 24.2%	40 60.6%	10 15.2%	53 80.3%	0 0.0%

問3-1 地域住民によって自主運営される介護予防活動(住民ボランティアの主導によるグループ・サロンなど)がありますか

		地域住民によって自主運営される介護予防活動 の有無				【「あり」と回答した者で箇所数を回答した者が集 計対象】			
						グループ・サロン数		養成・準備段階の場合	
		回答数	あり	なし	無回答	回答数	平均(標準 偏差)	回答数	平均(標準 偏差)
全体		675 100.0%	531 78.7%	131 19.4%	13 1.9%	488	51.6 (101.7)	126	3.7 (10.0)
地区	北海道地区	66 100.0%	38 57.6%	28 42.4%	0 0.0%	35	17.9 (52.2)	9	2.3 (2.0)
	東北地区	99 100.0%	71 71.7%	26 26.3%	2 2.0%	66	26.7 (45.1)	20	1.9 (2.7)
	関東信越地区	183 100.0%	148 80.9%	28 15.3%	7 3.8%	136	45.4 (96.0)	29	6.9 (19.2)
	東海北陸地区	87 100.0%	75 86.2%	12 13.8%	0 0.0%	65	54.2 (89.3)	21	1.9 (1.7)
	近畿地区	91 100.0%	77 84.6%	12 13.2%	2 2.2%	69	66.3 (129.7)	18	4.2 (6.3)
	中国四国地区	60 100.0%	51 85.0%	9 15.0%	0 0.0%	51	73.4 (101.0)	10	5.4 (7.0)
	九州地区	89 100.0%	71 79.8%	16 18.0%	2 2.2%	66	72.5 (138.6)	19	2.3 (2.9)

		社会福祉協会やNPO等が運営する介護予防活動・介護予防活動の有無				【「あり」と回答した者で箇所数を回答した者が集計対象】			
						グループ・サロン数		養成・準備段階の場合	
		回答数	あり	なし	無回答	回答数	平均(標準偏差)	回答数	平均(標準偏差)
全体		675 100.0%	327 48.4%	247 36.6%	101 15.0%	285	35.0 (66.6)	44	0.3 (0.8)
地区	北海道地区	66 100.0%	24 36.4%	36 54.5%	6 9.1%	22	2.8 (2.1)	5	0.0 (0.0)
	東北地区	99 100.0%	41 41.4%	49 49.5%	9 9.1%	36	20.1 (37.1)	5	0.0 (0.0)
	関東信越地区	183 100.0%	93 50.8%	61 33.3%	29 15.8%	82	29.0 (49.8)	10	0.2 (0.4)
	東海北陸地区	87 100.0%	43 49.4%	28 32.2%	16 18.4%	39	26.4 (33.9)	11	0.0 (0.0)
	近畿地区	91 100.0%	45 49.5%	25 27.5%	21 23.1%	34	41.7 (94.0)	2	0.0 (0.0)
	中国四国地区	60 100.0%	32 53.3%	17 28.3%	11 18.3%	27	75.1 (85.0)	4	1.3 (2.5)
	九州地区	89 100.0%	49 55.1%	31 34.8%	9 10.1%	45	52.2 (94.6)	7	0.7 (0.8)

【問3-1で地域住民による自主運営している介護予防活動「1 あり」と回答した者を対象に集計を実施】

問3-1-1 地域住民によって自主運営される介護予防活動の内容(複数回答)

		回答数	複合プログラム1(運動+栄養)	複合プログラム2(栄養+口腔)	複合プログラム3(口腔+運動)	複合プログラム4(運動+栄養+口腔)	栄養改善プログラム(単独)	口腔機能向上プログラム(単独)	運動器の機能向上プログラム(単独)	独自事業	その他	無回答
全体		531 100.0%	20 3.8%	8 1.5%	61 11.5%	31 5.8%	20 3.8%	18 3.4%	262 49.3%	123 23.2%	127 23.9%	63 11.9%
地区	北海道地区	38 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 13.2%	1 2.6%	0 0.0%	0 0.0%	13 34.2%	9 23.7%	8 21.1%	8 21.1%
	東北地区	71 100.0%	1 1.4%	1 1.4%	4 5.6%	1 1.4%	0 0.0%	2 2.8%	34 47.9%	20 28.2%	16 22.5%	7 9.9%
	関東信越地区	148 100.0%	6 4.1%	4 2.7%	17 11.5%	10 6.8%	6 4.1%	7 4.7%	72 48.6%	36 24.3%	41 27.7%	17 11.5%
	東海北陸地区	75 100.0%	5 6.7%	1 1.3%	3 4.0%	2 2.7%	2 2.7%	2 2.7%	38 50.7%	15 20.0%	20 26.7%	13 17.3%
	近畿地区	77 100.0%	3 3.9%	2 2.6%	15 19.5%	9 11.7%	7 9.1%	4 5.2%	44 57.1%	15 19.5%	14 18.2%	7 9.1%
	中国四国地区	51 100.0%	1 2.0%	0 0.0%	8 15.7%	2 3.9%	1 2.0%	1 2.0%	26 51.0%	12 23.5%	9 17.6%	4 7.8%
	九州地区	71 100.0%	4 5.6%	0 0.0%	9 12.7%	6 8.5%	4 5.6%	2 2.8%	35 49.3%	16 22.5%	19 26.8%	7 9.9%

【問3-1で地域住民による自主運営している介護予防活動「1 あり」と回答した者で、箇所数を回答した者を対象に集計を実施】

問3-1-2 口腔機能向上や栄養改善に関する取組をおこなっている箇所数

		口腔機能向上に関する 取組を行っている箇所 数		栄養改善に関する取組 を行っている箇所数		口腔と栄養の両方の取 組を行っている箇所数	
		回答数	平均(標準 偏差)	回答数	平均(標準 偏差)	回答数	平均(標準 偏差)
全体		202	7.1 (18.2)	168	5.4 (26.4)	174	4.6 (15.1)
地区	北海道地区	16	4.2 (6.9)	11	0.2 (0.6)	11	0.0 (0.0)
	東北地区	32	1.9 (4.3)	28	0.9 (3.2)	30	5.8 (17.1)
	関東信越地区	54	6.7 (19.9)	40	3.4 (8.5)	47	3.0 (8.3)
	東海北陸地区	22	2.4 (5.1)	20	1.8 (5.2)	22	3.5 (11.6)
	近畿地区	35	16.9 (30.4)	34	8.6 (25.9)	33	8.4 (25.8)
	中国四国地区	15	10.4 (15.4)	12	28.3 (85.8)	12	5.8 (10.7)
	九州地区	28	5.2 (12.1)	23	3.0 (8.4)	19	2.8 (9.0)

問3-2 貴市町村では、住民参加型介護予防活動を積極的に行う団体やグループの育成支援で、
何か口腔機能向上や栄養改善の導入を推進支援するような工夫をしていますか

		口腔機能向上				栄養改善			
		回答数	している	特段してい ない	無回答	回答数	している	特段してい ない	無回答
全体		675 100.0%	128 19.0%	520 77.0%	27 4.0%	675 100.0%	84 12.4%	555 82.2%	36 5.3%
地区	北海道地区	66 100.0%	10 15.2%	52 78.8%	4 6.1%	66 100.0%	3 4.5%	58 87.9%	5 7.6%
	東北地区	99 100.0%	18 18.2%	77 77.8%	4 4.0%	99 100.0%	10 10.1%	85 85.9%	4 4.0%
	関東信越地区	183 100.0%	38 20.8%	142 77.6%	3 1.6%	183 100.0%	25 13.7%	150 82.0%	8 4.4%
	東海北陸地区	87 100.0%	15 17.2%	71 81.6%	1 1.1%	87 100.0%	15 17.2%	71 81.6%	1 1.1%
	近畿地区	91 100.0%	26 28.6%	62 68.1%	3 3.3%	91 100.0%	16 17.6%	70 76.9%	5 5.5%
	中国四国地区	60 100.0%	7 11.7%	48 80.0%	5 8.3%	60 100.0%	4 6.7%	52 86.7%	4 6.7%
	九州地区	89 100.0%	14 15.7%	68 76.4%	7 7.9%	89 100.0%	11 12.4%	69 77.5%	9 10.1%

問3-3 住民参加型介護予防プログラムに口腔機能向上や栄養改善の取組を導入、運用するためには、
どのような情報が必要でしょうか(複数回答)

		回答数	先進的な 導入事例 に関する情報	技術的助 言の提供 先に関する 情報	専門的人 材の派遣 先に関する 情報	参考図書 等の入手 に関する情 報	ボランティ アの活用に に関する情報	口腔・栄養 の簡易なリ スク評価に に関する情報	ボランティ アへのプロ グラム実施 に係る教育 に関する情報	参加者へ の説明に に関する情報	その他	無回答
全体		675 100.0%	409 60.6%	238 35.3%	287 42.5%	75 11.1%	279 41.3%	355 52.6%	358 53.0%	270 40.0%	20 3.0%	53 7.9%
地区	北海道地区	66 100.0%	36 54.5%	16 24.2%	17 25.8%	8 12.1%	27 40.9%	29 43.9%	29 43.9%	23 34.8%	3 4.5%	11 16.7%
	東北地区	99 100.0%	67 67.7%	44 44.4%	52 52.5%	15 15.2%	42 42.4%	51 51.5%	54 54.5%	42 42.4%	4 4.0%	4 4.0%
	関東信越地区	183 100.0%	99 54.1%	48 26.2%	72 39.3%	11 6.0%	76 41.5%	99 54.1%	105 57.4%	65 35.5%	4 2.2%	14 7.7%
	東海北陸地区	87 100.0%	64 73.6%	34 39.1%	40 46.0%	12 13.8%	36 41.4%	43 49.4%	46 52.9%	35 40.2%	2 2.3%	3 3.4%
	近畿地区	91 100.0%	51 56.0%	34 37.4%	40 44.0%	12 13.2%	35 38.5%	47 51.6%	45 49.5%	36 39.6%	5 5.5%	9 9.9%
	中国四国地区	60 100.0%	36 60.0%	26 43.3%	25 41.7%	6 10.0%	24 40.0%	40 66.7%	37 61.7%	25 41.7%	1 1.7%	3 5.0%
	九州地区	89 100.0%	56 62.9%	36 40.4%	41 46.1%	11 12.4%	39 43.8%	46 51.7%	42 47.2%	44 49.4%	1 1.1%	9 10.1%

問5 口腔機能向上や栄養改善の取組を含めた住民参加型の介護予防プログラムの効果検証事業が
実施されるとしたら、エントリーしますか

		回答数	エントリーし たい	経費負担 がなければ エントリーし たい	エントリーし ない	分からない	無回答
全体		675 100.0%	4 0.6%	51 7.6%	220 32.6%	375 55.6%	25 3.7%
地区	北海道地区	66 100.0%	0 0.0%	5 7.6%	23 34.8%	37 56.1%	1 1.5%
	東北地区	99 100.0%	1 1.0%	7 7.1%	33 33.3%	54 54.5%	4 4.0%
	関東信越地区	183 100.0%	0 0.0%	9 4.9%	68 37.2%	102 55.7%	4 2.2%
	東海北陸地区	87 100.0%	2 2.3%	8 9.2%	23 26.4%	52 59.8%	2 2.3%
	近畿地区	91 100.0%	0 0.0%	6 6.6%	30 33.0%	48 52.7%	7 7.7%
	中国四国地区	60 100.0%	1 1.7%	4 6.7%	22 36.7%	31 51.7%	2 3.3%
	九州地区	89 100.0%	0 0.0%	12 13.5%	21 23.6%	51 57.3%	5 5.6%

(2) 調査票

平成 28 年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業

介護予防・日常生活支援総合事業における口腔機能・栄養・運動複合型プログラムを用いた

住民参加型介護予防活動に関する調査研究事業

介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況等に関するアンケート調査

調査ご協力をお願い

【調査の趣旨】

- 介護予防・日常生活支援総合事業における口腔機能・栄養・運動複合型プログラムは高齢者の生活自立度の改善、生活意欲の向上を促すことが明らかになってきており、適切に提供することは大変重要です。
- また、必要な対象高齢者に適切なサービスを供給することを目的として、予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業へ段階的に移行しているところです（29年度末まで）。
- 本調査は、介護予防・日常生活支援総合事業における口腔機能・栄養・運動複合型プログラムの実施状況の現状を把握するとともに介護予防プログラムを住民参加型の総合事業に移行するにあたっての課題を抽出し、その課題に対応する介護予防プログラムの改変を行うことを目的として実施するものです。

【ご回答いただくに当たって】

- この調査の回答には、30 分程度の時間がかかりますが、何卒ご協力くださいますようお願い申し上げます。
- 特に明記のない場合は、配布時現在の状況（今年度実施予定を含む）をお答え下さい。
- お忙しいところ誠に恐縮ですが、記入済みの調査票は、同封の返信用封筒に入れて、平成 28 年 8 月 10 日までにご投函下さい。切手は不要です。
- アンケートにつきましては、データの信頼性を担保するために貴市町村における介護予防関連部署（主担当）の担当者が回答してください。回答者が特定できないよう集計・報告いたしますので、忌憚のないご回答をお願いいたします。なお、調査結果報告書の配布をご希望の場合は、最終頁に送付先をご記入くださいますようお願い申し上げます。

【実施主体、問合せ先】

九州歯科大学共通基盤教育部門 准教授 福泉 隆喜（ふくいずみ たかき）
（平成 28 年度老人保健健康増進等事業 介護予防・日常生活支援総合事業における口腔機能・栄養・運動複合型プログラムを用いた住民参加型介護予防活動に関する調査研究事業調査研究班）
〒803-8580 北九州市小倉北区真鶴 2-6-1 公立大学法人 九州歯科大学
Tel:093-582-1131（内線 7304） Fax:093-582-6000 e-mail: izumi@kyu-dent.ac.jp

【調査票返送先】

（株）山手情報処理センター 調査研究部 阿部俊一
〒114-0015 東京都北区中里 2-18-5
Tel: 03-3949-4521 Fax: 03-3949-4895 e-mail: abe@yamate-info.co.jp

貴市町村名		ご担当部署	
ご回答者のお名前		役 職	
		職 種	

問 1 貴市町村における介護予防関連部署（主担当）の名称、有資格者の職員体制等についてご記入下さい。なお、該当する職員がいらない場合は「0」をご記入下さい。

所 属			
所在地	〒 TEL:		
職員体制 (平成 28 年 4 月 1 日 現在)	社会福祉主事	(常勤)	人、(年間の雇上げ数)
	社会福祉士	(常勤)	人、(年間の雇上げ数)
	保健師または看護職員	(常勤)	人、(年間の雇上げ数)
	歯科衛生士	(常勤)	人、(年間の雇上げ数)
	管理栄養士または栄養士	(常勤)	人、(年間の雇上げ数)
	理学療法士または作業療法士	(常勤)	人、(年間の雇上げ数)
	介護支援専門員 (重複回答可)	(常勤)	人、(年間の雇上げ数)
	その他 (具体的に)	(常勤)	人、(年間の雇上げ数) 人
	事務職員含む全職員数	(常勤)	人、(年間の雇上げ数) 人

問 2 各種介護予防プログラム (通所型、訪問型、一次予防、二次予防のすべて) についてうかがいます。

問 2 - 1 貴市町村内で行う各介護予防プログラムの直近 1 年間の実施状況はどの程度ですか。

(実施している場合はその実施頻度についてもお答えください。)

プログラム種別	実施の有無	実施形態	実施延回数
複合プログラム	1 あり 0 なし	1 直営 0 委託	回
栄養改善プログラム	1 あり 0 なし	1 直営 0 委託	回
口腔機能向上プログラム	1 あり 0 なし	1 直営 0 委託	回
運動器の機能向上プログラム	1 あり 0 なし	1 直営 0 委託	回
住民参加型介護予防プログラム	1 あり 0 なし	1 直営 0 委託	回
独自事業	1 あり 0 なし	1 直営 0 委託	回

問２－１で実施していると回答した場合、以下の問にお答えください。

問２－２ 各種介護予防プログラムの実績についてお答えください。

プログラム種別	導入 年次	継続 期間	前年度参加 者数	導入時と現在の 対象者数の増減
複合プログラム１ (運動＋栄養)			人	増・減
複合プログラム２ (栄養＋口腔)			人	増・減
複合プログラム３ (口腔＋運動)			人	増・減
複合プログラム４ (運動＋栄養＋口腔)			人	増・減
栄養改善プログラム			人	増・減
口腔機能向上プログラム			人	増・減
運動器の機能向上プログラム			人	増・減
住民参加型介護予防プログラム			人	増・減
独自事業			人	増・減
※複合プログラム、住民参加型介護予防プログラム、独自事業を行っている場合、 その内容を下の欄に具体的にお答えください。				

問２－３ 貴市町村では、介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）に移行されていますか。該当する個所に○をご記入ください。

1 既に移行している	2 まだ移行していない
------------	-------------

※「2 まだ移行していない」と回答された方は、問２－７へお進みください。

※問２－４～６は、問２－３で「1 既に移行している」と回答された方がのみが、ご記入ください。

問２－４ 既に総合事業に移行した市町村にお伺いします。貴市町村で実施している介護予防プログラムを、総合事業に移行した際に、それぞれのプログラムを見直しましたか。それぞれのプログラムについて、該当する個所に○をご記入ください。

	当該プログラムの 内容を廃止した	一部内容を見直して移行	現行の内容のまま移行
複合プログラム			
栄養改善プログラム			
口腔機能向上プログラム			
運動器の機能向上プログラム			
廃止または見直したと解答された場合、廃止または見直しの内容をお答えください。	複合プログラム： 栄養改善プログラム： 口腔機能向上プログラム： 運動器の機能向上プログラム：		

問 2-5 既に総合事業に移行した市町村にお伺いします。貴市町村で実施している口腔機能向上や栄養改善の取組が含まれている介護予防プログラム（通所型、訪問型、一次予防、二次予防のすべて）を、総合事業に移行する際に、どの類型に移行しましたか。該当する個所に○をご記入ください（複数回答可）また、サービス対象者の口腔と栄養のアセスメントの実施状況について記入してください。

	訪問型サービス			通所型サービス			一般介護 予防事業 （介護予防普 及啓発事業 等）
	A	B	C	A	B	C	
複合（運動栄養口腔）プログラ	1	2	3	4	5	6	9
複合（運動栄養）プログラム	1	2	3	4	5	6	9
複合（運動口腔）プログラム	1	2	3	4	5	6	9
複合（口腔栄養）プログラム	1	2	3	4	5	6	9
栄養改善プログラム	1	2	3	4	5	6	9
口腔機能向上プログラム	1	2	3	4	5	6	9
サービス対象者の口腔と栄養の アセスメントの実施状況	アセスメント対象者の種別 要支援者、介護予防・生活支援サービス対象者、 その他（ ） アセスメント評価者の職種 保健師、社会福祉士、主任ケアマネ、看護師、 その他（ ） アセスメントの実績 アセスメントを受けた対象者数（ ）人 アセスメントで評価を行った評価者数（ ）人 アセスメント実施回数（実施頻度） （ ）回／（1クール・1ヶ月・6ヶ月・1年） 実施場所 〔 〕 実施時期 〔 〕 アセスメント方法（基本チェックリストの利用 有・無） 〔 〕						

問 2－6 問 2－5 で総合事業に移行したプログラムについて、移行後の実施内容を簡単
にご記入ください。

	移行後の実施内容
複合（運動栄養口腔） プログラム	
複合（運動栄養）プログ ラム	
複合（運動口腔）プロ グラム	
複合（口腔栄養）プログ ラム	
栄養改善プログラム	
口腔機能向上プログラ ム	

※問 2－4～6 に回答された方は、問 2－10 にお進みください。

※問２－７～９は、問２－３で「２ まだ移行していない」と回答された方のみが、ご記入ください。

問２－７ これから、総合事業に移行される市町村にお伺いします。貴市町村で実施している現行の介護予防プログラムは、総合事業に円滑に移行できると思いますか。それぞれのプログラムについて、該当する個所に○をご記入ください。

	移行が難しい	円滑に移行できる
複合プログラム		
栄養改善プログラム		
口腔機能向上プログラム		
運動器の機能向上プログラム		
移行が難しいと回答した場合、その理由をお答えください。	複合プログラム： 栄養改善プログラム： 口腔機能向上プログラム： 運動器の機能向上プログラム：	

問２－８ 総合事業に移行していない市町村にお伺いします。貴市町村で実施している口腔機能向上や栄養改善の取組が含まれている介護予防プログラム（通所型、訪問型、一次予防、二次予防のすべて）を、総合事業に移行する際に、どの類型に移行する予定ですか。該当する個所に○をご記入ください（複数回答可）。

	訪問型サービス			通所型サービス			一般介護予防事業（介護予防普及啓発事業等）	未定
	A	B	C	A	B	C		
複合（運動栄養口腔）プログラム	1	2	3	4	5	6	7	9
複合（運動栄養）プログラム	1	2	3	4	5	6	7	9
複合（運動口腔）プログラム	1	2	3	4	5	6	7	9
複合（口腔栄養）プログラム	1	2	3	4	5	6	7	9
栄養改善プログラム	1	2	3	4	5	6	7	9
口腔機能向上プログラム	1	2	3	4	5	6	7	9

問 2-9 問 2-8 で総合事業に移行する予定のプログラムについて、移行後の実施内容を簡単にご記入ください。

	移行後の実施内容
複合（運動栄養口腔）プログラム	
複合（運動栄養）プログラム	
複合（運動口腔）プログラム	
複合（口腔栄養）プログラム	
栄養改善プログラム	
口腔機能向上プログラム	

※問2－10以降は、すべての方がご記入ください。

問 2-10 総合事業に、口腔機能向上や栄養改善の取組を位置付けるために、国や都道府県に期待する支援があれば、あてはまる番号をすべて選んで（ ）内にご記入ください。また該当するものが無い場合はその他の欄にご記入ください。

1. 市町村担当者の研修 2. 国・都道府県の施設の無償提供（集いの場の提供） 3. コーディネーター等の育成事業 4. 財政的支援 5. 物的支援 6. 人的支援 6. ボランティア等に対する介護ポイントの導入 7. 効果的な事業展開のための情報提供	
運動栄養口腔複合プログラム	番 号（ ） その他（ ）
栄養改善プログラム	番 号（ ） その他（ ）
口腔機能向上プログラム	番 号（ ） その他（ ）

問3-1 貴市町村では、地域住民によって自主運営される介護予防活動（住民ボランティアの主導によるグループ・サロンなど）がありますか。該当する個所に○をご記入ください。また、ある場合は、グループ・サロン数の数を記入のうえ、その内容についてあてはまる番号をすべて選んでください。

地域住民によって自主運営される介護予防活動の有無	1 あり		2 なし	
	ありの場合、グループ・サロン数		箇所	
	養成・準備段階の場合		箇所	
社会福祉協会や NPO 等が運営する介護予防活動の有無	1 あり		2 なし	
	ありの場合、グループ・サロン数		箇所	
	養成・準備段階の場合		箇所	

※地域住民によって自主運営される介護予防活動がある場合、下記にお答えください

その内容について、当てはまるものをすべて選んで下さい。9 その他に該当する場合は具体的にお書きください。	1 複合プログラム 1（運動＋栄養） 2 複合プログラム 2（栄養＋口腔） 3 複合プログラム 3（口腔＋運動） 4 複合プログラム 4（運動＋栄養＋口腔） 5 栄養改善プログラム（単独） 6 口腔機能向上プログラム（単独） 7 運動器の機能向上プログラム（単独） 8 独自事業 9 その他 （ ） 上記のうち、口腔機能向上や栄養改善に関する取組を行っている箇所数についてお答えください。（把握している範囲で構いません） ・ 口腔機能向上に関する取組を行っている箇所数 （ ） ・ 栄養改善に関する取組を行っている箇所数（ ） ・ 口腔と栄養の両方の取組を行っている箇所数 （ ）	
貴市町村での介護予防（口腔機能向上プログラム、栄養改善プログラム）に住民参加型を導入したことで何か大きな変化はありましたか（もしくは有効であった事例をお答えください）。		
住民参加型介護予防での口腔機能向上プログラムや栄養改善プログラムを実施する上で、専門職と住民スタッフの役割分担をしていますか。		
住民参加型介護予防での口腔機能向上プログラムの効果を高めるために何が重要でしたか（もしくは重要と思われますか）。		

問6 総合事業における口腔機能向上や栄養改善の取組について、マニュアルに記載すべき必要な情報や専門職の関与のあり方等についてご意見等がございましたら、ご自由にご記入ください。

--

質問はこれで終わりです。

長時間にわたるご協力ありがとうございました。

調査結果報告書（平成29年3月予定）の配布（PDFでの提供を予定）をご希望の場合は、

お手数ですが下記に送付先をご記入くださいますようお願い申し上げます。

貴市町村名			
ご回答者のお名前		所属	
		役職	
御連絡先	〒		
	E-mail :		

Ⅲ. 複合型（主に口腔・栄養）プログラムに関する

先駆的事例ヒアリング調査

1. 通所リハビリテーション施設における効果的な活動・参加支援と東京都多摩府中保健所の取組（講演発表による聴取内容）

活動・参加に焦点を当てた取組みの紹介

～オーラル・フレイルに対する効果的な活動・参加支援とは？～

医療法人社団エトワール会 たんぽぽクリニック

理学療法士 池田登顕

(1)はじめに

近年、「老化に伴う種々の機能低下（予備能力の低下）を基盤とし、多様に出現する健康障害に対する脆弱性が増加している状態」がフレイルと称され、我が国においても汎用されるようになってきている¹⁾。フレイルは身体的、精神・心理的、社会的側面があり、相互に作用し合っていると考えられている。そのようなフレイルの多面性を捕らえるために、わが国では身体的フレイル、コグニティブ・フレイル、社会的フレイル、オーラル・フレイルの4つの分類方法が提唱されている²⁾。中でも飯島は加齢に伴う軽微な口腔機能の低下状態であるオーラル・フレイルを身体的フレイルの前段階として位置付け、社会参加活動の活性化（孤食をしないなど）、口腔リテラシーの向上の重要性を述べている¹⁾。

我が国における介護（障害）予防プログラムは、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチが併用されており、特に近年、ポピュレーションアプローチの重要性が指摘されている。中でも、自主グループやボランティア活動とリンクしたプログラムも開発され、その効果についても報告されてきている³⁾。さらに、2015年度介護報酬改定では「活動と参加に焦点を当てたりハビリテーションの推進」が重点項目として挙げられ、年齢や障害の有無にかかわらず積極的な社会参加の重要性が強調されている。

本稿では、著者が携わった通所リハビリテーション施設における活動・参加を促す取組みや東京都多摩府中保健所「摂食嚥下機能支援パンフレット作成委員会」での活動を報告するとともに、有用なオーラル・フレイルの予防・改善について考えてみたい。

(2)活動・参加を促す取組み

通所リハビリテーション利用者のうち、地域での活動参加を促すためのリハビリテーションプログラムの参加を希望した20名（男性10名 女性10名、平均年齢81.6±9.3歳）に対して1年間、通常の介護保険における個別リハビリテーションや集団体操プログラムなどの他に介護保険サービス外にて料理教室や農業体験活動などを実施した。プログラムの内容は、KJ法の手法を用いて参加者が「これからやってみたい活動」についてワークショップ形式で自由に挙げ、その中から実現

可能な活動を幾つか抽出し活動計画を立てた。活動は料理教室、農業体験活動、植物公園散策活動、地域のフェスティバルでのブース出展など多岐に渡り、参加者の家族のみならず地域の方々のサポートも得ながら実施した。その結果、プログラム参加者の生活空間の広がりや手段的日常生活動作（Instrumental activities of daily living, IADL）能力などが有意に向上した⁴⁾。そのプログラムの一例を紹介する。

○料理教室

料理教室は「楽しく、美味しくいつまでも」をテーマに、企画・運営全て参加者主体で行い、メニューやレシピの作成、調理施設の予約、食材の調達に至るまで全て参加者が役割を分担して行った。メニューの選定は参加者が「故郷の懐かしい料理」を挙げ、その中から参加者の協議の上で行った。その後、レシピ作りにて手順や作業行程、必要器具などを参加者間で話し合いながら決めた。さらに各々の心身機能にあった安全な活動ができるように、著者などのリハビリテーション専門職が助言しながら担当する役割（買い物担当・施設予約担当など）を決めた。調理当日は決められた役割・作業行程に沿って各々が作業をするだけでなく、互いに助け合いながら行った。



図3-1-1 料理教室の様子

○農業体験活動

農業体験活動は野菜などの作物を作る活動を通して地域交流するプログラムとして、地元農家の方々の協力を得て地元住民対象の農業体験教室に参加者が一般の住民の方々に交じって行った。参加者は農家の講師やベテランの方々に助けられたり励まされたりしながら、ナスやキュウリ・大根といった野菜の作付けから収穫まで行った。さらに年に2回収穫祭と称した農業体験教室の食事交流イベントがあり、参加者も積極的に参加し地域の方々との交流を深めた。イベントに参加する以前は、こういった家族や親族以外の地域の方々と会話をしながら楽しく食事することを「障害により諦めてしまっていた活動」と捉えていた参加者が多かった。しかし、今回の活動の参加を通して再びそのような社会活動に参加するきっかけとなり貴重な経験となった。また、普段、定着しなかった自主トレーニングも農作業のしゃがみ込み動作を円滑にできるようになりたいという動機が生じ、自発的に取り組めるようにもなった参加者もいた。



図 3-1-2 農業体験教室の様子

(3) 摂食嚥下機能支援パンフレットの作成

先述したように社会参加の側面からも「楽しく食べる」とは重要な役割を担っている一方で、摂食嚥下障害によりそれが困難になっている高齢者も増加してきている。そのため、公衆衛生の観点からも摂食嚥下に関する市民への知識の啓蒙・啓発は重要といえる。

「摂食嚥下機能支援パンフレット」は、東京都多摩府中保健所が 2014 年 11 月に発行した嚥下障害の早期発見の啓発を目的に、臨床現場に携わっている専門職らで構成された委員により作成された。パンフレットは委員らの専門知識や臨床経験などに基づき作成され、著者も委員の一人としてその作成に携わった。

パンフレットは関係医療機関や役所などの公共機関に設置・配布されているのみならず、インターネットでの検索や利用も容易にするために「かくれ嚥下ちゃん」という独自のキャラクターを作成し、啓蒙・啓発に取り組んだ。



図 3-1-3 摂食嚥下機能支援パンフレット
(資料提供 東京多摩府中保健所)



図 3-1-4 7つのチェックポイント
(資料提供 東京多摩府中保健所)



図 3-1-5
4コマ漫画の例
(資料提供 東京多摩府中保健所)

パンフレットは、「薬が飲みにくい」、「飲みこむのに苦労する」、「発熱をくりかえす」、「痩せてきた」、「よく咳をする」、「元気がない」、「硬いものが噛みにくくなった」といった計7つの兆候や症状に焦点を当て、4コマ漫画にて具体的なエピソードを紹介しながら本人や周囲の家族・支援者の観察すべきポイント、医療機関での相談方法なども網羅した構成となっており、本パンフレットは広く地域住民の口腔リテラシー向上を目的としたポピュレーションアプローチツールとして活用されている。

(4) 今後の展望

～活動・参加を用いたオーラル・フレイルの予防・改善プログラム～

オーラル・フレイルの予防の一つとして社会参加の促進が考えられている¹⁾。筆者らは地域在住の一般高齢者・フレイル高齢者・軽度要介護度認定高齢者計328名の社会参加に関するアンケート調査を実施したところ、この属性の高齢者にとって社会参加は、個人的な活動（趣味や体操など）ではなく、近所や近隣の地域住民との交流（会食や老人会への参加など）を維持したりしながら、仕事やボランティア、特技の伝承、シルバー人材センターでの活動のような、より社会的な役割を担うことが重要であることが分かった（未発表論文）。つまり、著者らが実践してきた社会参加を促すプログラムはフレイルや介護予防の観点からも有用であることが考えられた。特に調理といった「食べること」に関連したプログラムは、認知症予防や栄養改善、社会参加の促進を目的としたプログラムとして汎用性が高いだけでなく、多職種が関わり支援しやすいという利点がある。例えば、調理活動を行っている自主グループの活動に管理栄養士が参加して栄養面に関するアドバイスを行うことでそのアドバイスをメニュー作りに活かしたり、歯科衛生士が食後の口腔ケアに関する指導を行い肺炎予防の啓蒙をしたりなど、単に心身機能に着目したプログラムづくりではなく、活動や参加の内容に合わせる柔軟な対応が求められている。また、オーラル・フレイルの重要な予防として口腔リテラシーの向上も挙げられている¹⁾。しかし口腔機能の維持・向上の意義や必要性に対する高齢者の理解が乏しいとの報告もあり⁵⁾、口腔リテラシー向上のための「摂食嚥下機能支援パンフレット」のような簡素でインパクトのあるパンフレットを用いた継続的な啓蒙・啓発活動も重要である。

さらに定期的な効果測定を行うことも重要である。プログラムの参加効果を実感できることにより活動参加の意義の理解や継続性を高めることが期待できる。現在、オーラル・フレイルの評価指標として残存歯数や舌圧、咬合力、オーラルディアドロキシスなどの有用性が報告されているが^{1,6)}、オーラル・フレイルの明確な判定基準が存在しておらず、今後さらなる研究が期待されている。

文献

- 1) 飯島勝矢：虚弱・サルコペニア予防における医科歯科連携の重要性：～新概念『オーラル・フレイル』から高齢者の食力の維持・向上を目指す～．日補綴会誌 2015；7：92-101.
- 2) 荒井秀典編集：フレイルファンドブック-ポケット版-．ライフ・サイエンス．東京．2016；2-17.
- 3) 山田拓実：はじめよう介護予防プラクティス：転倒予防のポピュレーションアプローチ．GPnet 2008：57-65.

- 4) 池田登顕, 鶴見隆正: 通所リハビリテーション利用者に対する、社会リハビリテーションアプローチの効果検証. 理学療法東京 2016: 4: 28-33.
- 5) 伊藤奏, 相田潤, 若栗真太郎 ほか: 口腔機能向上プログラムの参加率向上に関する要因検討. 老年歯学 2012: 27: 285-290.
- 6) 渡邊裕, 枝広あや子, 伊藤加代子 ほか: 介護予防の複合プログラムの効果の特徴づける評価項目の検討-口腔機能向上プログラムの評価項目について-. 老年歯学 2011: 327-338.

2. 柏市（講演発表による聴取内容も含む）

事業名	平成 28 年度柏市フレイルチェック事業
日程	平成 28 年 11 月 30 日（水）午後
会場	柏市地域医療連携センター
調査方法	現地視察及び個別面接方式等による調査
市の概況	人口：約 41 万人 高齢化率：24.8% 世帯数：約 18 万世帯 中核市 都心から 30 分圏内（首都圏ベッドタウン）
事業の概要	・フレイルチェック講座（以下 3 つの主催による対象者や運営体制等の違い） ① 介護予防センター等の主催 ② 地域包括支援センターの主催 ③ 町会やサロン等での実施 ・フレイル予防サポーター養成講座
市担当課 （担当者） 実施協力 連携体制	保健福祉部福祉活動推進課 地域包括支援センター 東京大学高齢社会総合研究機構
事業経緯	平成 24 年から同市で実施された東京大学高齢社会総合研究機構による「大規模長期縦断追跡健康調査（柏スタディ）」を基に、平成 27 年度から柏市が主体となって一般介護予防事業としてフレイルチェック事業を開始。
運営体制	柏スタディから係わっているサポーターを中心に、年 2 回実施するサポーター養成講座の修了者（年間 40 名程度）がサポーターとして登録し、フレイルチェックを実施する。
事業の開始 時期	平成 27 年度
予算	初年度約 132 万円（内訳：フレイル予防ハンドブック 64 万円，測定器具・消耗品費 20 万円，講師謝礼 48 万円） 講師謝礼のうち，市からサポーターへの謝礼 500 円／回／人（交通費相当）
行政の関わり方 連携方法	研修体制，サポーター・派遣に関する調整，活動費支払い。
事業の開催 状況・実績	・フレイルチェック講座 ①介護予防センター等の主催（2箇所で開催） 7 月から月 1 回，定員 25 名×9 回実施 ②地域包括支援センターの主催（18 のコミュニティエリアで実施） 定員 25 名×18 回実施 ③町会やサロン等での実施（出前講座） 25～30 名×15 回実施予定 ・フレイル予防サポーター養成講座

事業の利点	フレイルチェック講座の「フレイル予防ハンドブック」がとてもわかりやすいメンバーの中で役割分担がなされており、時間経過とともに流動性があり、それぞれの役割が認識されている。オリジナルユニフォーム支給（Tシャツまたはポロシャツ）。
苦勞しているところ	サポーター派遣に関する調整、リーダーの養成。
促進要因	大学（東京大学高齢社会総合研究機構）の事業先導 柏フレイル予防プロジェクト2025推進委員会の存在（関係機関の理解と連携支援） 地域の住民目線で伝えること サポーター説明用冊子
阻害要因	町会やサロン等での実施においてナビゲート役不在による地区の差 進行役を担えるサポーターの不足
関係スタッフやサポーターの声	仲間が増えて互いに学びあえる サポーターのやりがい
参加者の声	分かりやすい、気軽に聞ける、サポーターの方々の励ましや言葉でやる気が出る、 地域ならではの情報交換ができる
事業評価	
今後の課題	進行役を担えるサポーターの育成 参加住民から得たデータの地域や活動への還元 サポーター数増加に伴う調整の円滑化
今後の展望 全国展開の 展望	進行役を担えるサポーターの育成・トレーナ養成の方法論やガイドラインの確立と普及 フレイル予防を国民運動へ！ 総合知によるまちづくり
その他	

3. 金沢市

事業名	金沢市歯つらつ健康プログラム通所型口腔機能向上モデル事業
日程	平成 29 年 1 月 10 日（火） 15:30～17:00
会場	金沢市役所
調査方法	個別面接方式等による調査
市の概況	人口：約 46.6 万人、 高齢化率：25.4%、 世帯数：約 20 万世帯 中核市、 要支援 1・2 の新規認定者数 2200 人／年（うち、通所利用者は約 64%）
事業の概要	通所型サービス C として実施予定。平成 28 年度は「金沢市歯つらつ健康プログラム通所型口腔機能向上モデル事業実施要領」によるモデル事業として実施。
市担当課 実施協力 連携体制	金沢市健康政策課 金沢市歯科医師会が選定する金沢市の歯科医院 金沢市・金沢市歯科医師会・金沢市地域包括支援センター
事業経緯	平成 27 年度に金沢市歯科医師会より『金沢市地域包括ケアシステムを活用した金沢市歯科医師会が考える新システムの実施について』要望があり、平成 29 年度実施の総合事業に向けて、平成 28 年度にモデル事業を実施した。
運営体制	金沢市歯つらつ健康プログラム通所型口腔機能向上モデル事業の流れを参照
事業の開始 時期	平成 28 年 4 月 1 日～平成 29 年 3 月 31 日 （平成 29 年 4 月 1 日からは本格実施予定）
予算	本事業移行後の予定としては、12800 円／4 回／人（1 人 1 回 3000 円＋器具代 800 円）を見込んでいる。1 人 1 回 30 分程度として積算している。なお、モデル事業の実績は下記のとおりである。 金沢市歯科医師会へ委託：700 千円 【内訳】 プログラム費 @5,000×30 人×4 回 二次予防口腔機能事業検討会費 @8,000×5 人×2 回 事務費等 20,000×一式
行政の関わり方 連携方法	金沢市歯科医師会、実施医療機関、金沢市地域包括支援センターとがスムーズに連携できるようにする。また、基本チェックリストを内科等の医療機関に置かせてもらっている。
事業の開催 状況・実績	12 月現在、9 名参加
事業の利点	・通院している歯科医院で実施できる。 ・歯科医院で実施するため、治療等が必要ならば受ける事ができる。 ・より参加者にあったプログラムを策定できる。
苦勞しているところ	プログラム内容等も併せて金沢市歯科医師会に委託しているので特になし。

促進要因	・口腔機能改善事業に詳しい歯科医師が実施している。 ・金沢市歯科医師会からの要望であるため比較的スムーズに進んでいる。
阻害要因	・今年度はモデル事業のため、金沢市の二カ所の歯科医院でのみの実施になるため、関連する地域包括支援センターが固定されている。 ・金沢市包括支援センターと実施医療機関の連携。
関係スタッフやサポーターの声	・歯科医院で実施できるのは良い。 ・今後、協力してくれる医院がどれくらいあるか課題である。 ・今後、協力してくれない医院に通院していた人がこのサービスを受けるため別の医院に通うとなると、包括が患者を誘導したと思われぬか。
参加者の声	・飲み込みにくさは少し改善したが、最近体操をさぼりぎみのため、むせている ・プログラムを通して特に変化はないと感じたが、この先のことを考えると、口腔体操は必要だと思う。 ・口の渇きが改善された。 ・話しやすくなった。
事業評価	歯科医師の判断によると参加全員に口腔機能の向上がみられた。
今後の課題	・チェックリストで該当しても事業参加への同意が得られない者が多いため、事業参加へ必要性をどのように伝えるか。 ・プログラム内容を統一するため、実施医療機関は講習会に参加（随時実施中）。
今後の展望	金沢市には１９カ所に地域包括支援センターがあり、来年度は最低１９カ所（包括の地区）の医療機関で実施することが決定している。 ３年後目標件数は、５０件／２１８件（全歯科診療所数）。
全国展開の展望	同様の取組が、桐生市、浦添市、帯広市で展開されている。（ただし、実施形態は自治体によって異なる）。
その他	特記事項なし。

4. 那覇市

事業名	短期集中訪問相談サービス（訪問型サービスC）
日程	平成29年1月24日（火）10:00～11:30
会場	那覇市役所
調査方法	現地視察及び個別面接方式等による調査
市の概況	総人口：324,113人 65歳以上人口：68,287人 高齢化率：21.1%（平成28年11月現在） 平成25年度に中核市
事業の概要	那覇市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱 訪問型サービスC（短期集中訪問相談サービス） 1 事業内容 居宅において、保健・医療の専門職により3～6ヶ月の短期間で生活機能の改善を目的として助言・指導等の支援を行う事業 2 利用回数 通算 6回（上限） ・1回あたり60分の予定。 ・実施期間は3～6ヶ月。 ・6回以内なら、栄養士、作業療法士のサービスも併用可。 3 対象者 保健・医療の専門職による60分程度の助言・指導等の支援が必要な者で、生活機能の改善が見込まれる者 本市は上記より以下のようなサービスの内容（案）となっている。 【栄養士】 栄養状態の改善を目的に、バランスの良い食材の選び方、塩分を抑えた調理方法、利用者に合う食事内容・調理方法等の助言及び実技指導。 【歯科衛生士】 食事時にむせる、しゃべりにくい、噛みにくい方へ口腔評価やアドバイスをを行い、口腔体操及び口腔清掃の指導、口腔清掃の実施、唾液腺マッサージの指導や咀嚼・嚥下訓練等の助言及び実技指導。 【作業療法士】 生活機能（身体機能・活動・参加）の向上を目的に、自宅でできる運動等、住環境の整備、趣味等の助言・実技指導。
市担当課 （担当者） 実施協力 連携体制	那覇市役所 福祉部 ちゃーがんじゅう課 包括支援グループ 沖縄県歯科衛生士会、沖縄県栄養士会、沖縄県作業療法士会

事業経緯	平成28年度まで二次予防事業として実施していた訪問支援事業は栄養士による訪問支援のみであったが、以下の課題より、平成29年度から開始する那覇市介護予防・日常生活支援総合事業の訪問型サービスCの内容を検討し専門職によるサービスを充実することになった ① 平成26年 8178人を対象に生活機能評価基本チェックリストによる二次予防事業対象者把握事業を実施。 発送数：8178人 返信数：6448人 機能低下あり：1910人 そのうち、口腔機能低下あり： 797人 (返信数に占める割合 12.4%) (機能低下ありに占める割合 47.1%) また、口腔機能低下の推移をみると、機能低下ありに占める割合はH24年度44.1%、H25年度45.8%、H26年度47.1%と年々増加し、口腔機能の向上の対策が必要と考える。また、低栄養に関しては3.3%となっており、高値ではないが栄養に関する課題（過体重等）はあり栄養改善の対策も必要と考えている。 ② 本市は独居高齢者が増加している課題がある。独居高齢者は孤食の傾向がみられ、適切な栄養（バランス・質・量等）摂取が十分ではないことが多いことから、フレイルティとなる可能性が高いと考えている。 また、口腔に関しても歯科検診や治療の必要性、口腔内の清潔等の重要性についての意識について課題があると考えている。 ③ 二次予防事業 訪問支援事業と地域ケアマネジメント支援会議から『食生活の改善が必要であると考えていたが、口腔の課題から食生活に影響していた。歯科衛生士による支援が優先であった』等の状況があった。 ④ 在宅福祉サービスの配食サービスの利用している方の中に栄養・口腔機能の課題がある方がいる。 以上から【栄養士による訪問相談】【歯科衛生士による訪問相談】を企画。 また、【作業療法士による訪問相談】に関しても、 ⑤ 平成26年度の生活機能評価チェックリストより、 機能低下ありに占める割合として、運動機能の低下が見られ、加えて閉じこもり、うつ、認知機能のいずれかに該当した方が913人（機能低
------	---

	下ありに占める割合 47.8%) であり、通所型サービスへの参加が困難な対象者がいることが想定される。
運営体制	沖縄県歯科衛生士会・公社) 沖縄県栄養士会・一社) 沖縄県作業療法士会へ協力依頼をかけて、その会員を派遣してもらう予定している。 団体との委託契約ではなく、会員個人へ報償費を支払う方法を採用予定している。
事業の開始時期	平成 29 年 4 月 予定
予算	報償費 約 113 万円 (予定) 歯科衛生士 3000 円/回/人、利用者あたり平均 4 回、14 名の利用を想定。
行政の関わり方 連携方法	・行政の事務職は、各専門職協会との調整及び協力依頼、プランナーとの連絡調整、実施後の報告にともなう支払い事務等 ・行政の専門職は、事業の計画・実施内容・分析・評価(効果)を行なう ① 事業計画(評価も含めた)を立てる ② 事業開始前に調整等を行い、専門職協会へ協力依頼文書を郵送 ③ 介護予防ケアマネジメントによりサービスが決まる ④ プランナーから事務職に連絡がはいる ⑤ 事務職は専門職の協会へ依頼を行い、派遣担当者(氏名)の回答を受ける ⑥ 派遣担当者へ連絡し、プランナーとつなぐ ⑦ (サービス担当者会議後) 派遣担当者が作成した個別計画書をプランナーから受け取る ※個別計画書作成(予定) ⑧ サービス終了後、派遣担当者から実績報告書等を受け取りプランナーに送付する ※実績報告書(月次)作成(予定) → 市 → 包括 ※すべてのサービス終了後(最終訪問時)に評価(事後アセスメント)を実施 ⑨ 報償費の支払いを行う ⑩ 年度末、事業評価(効果)を出し、次年度、事業計画を立てる
事業の開催状況・実績	未実施のため記載せず
事業の利点	未実施のため記載せず
苦労しているところ	(団体から) 歯科衛生士の事業は初めてのため、消耗品等の取扱いが整理できていない。歯科衛生士回から、委託契約なら消耗品等は会で用意するが、報償費払いなら消耗品等は市で準備して欲しいとの要請があった。 (市側) ① サービス提供できる歯科衛生士を確保できるか。

	②高齢者の意識が低くて、サービスの対象を越えて、要治療の状態でも未対応の方がいる。このような場合において、訪問歯科医との連携がまだとれていない。
促進要因	未実施のため記載せず
阻害要因	未実施のため記載せず
関係スタッフやサポーターの声	未実施のため記載せず
参加者の声	未実施のため記載せず
事業評価	未実施のため記載せず
今後の課題	未実施のため記載せず
今後の展望	未実施のため記載せず
全国展開の展望	未実施のため記載せず
その他	

5. 美唄市

事業名	美唄市一般介護予防事業「転倒予防体操（貯筋体操）」及び「口腔機能向上体操（笑顔体操）」	
日程	平成 29 年 1 月 27 日（金）10:00～16:00	
会場	美唄市役所、美唄市南福社会館	
調査方法	現地視察及び個別面接方式等による調査	
市の概況	人口：約 22,000 人、高齢化率：39.4%（10 月）、世帯数：約 11,942 世帯（人口及び世帯数は平成 28 年 12 月末）	
事業の概要	平成 28 年度から一般介護予防事業として、運動器については「転倒予防体操（貯筋体操）」として、口腔としては「口腔機能向上体操（笑顔体操）」として、それぞれ実施している。実施形態としては、貯筋体操を実施している 27 グループのうち、13 グループが貯筋体操終了後に笑顔体操を実施している。	
市担当課 （担当者） 実施協力 連携体制	①高齢者福祉：福祉除雪や配食サービス、家族介護支援事業、一般介護予防（旧 1 次予防・2 次予防施策） ②地域包括支援センター業務：権利擁護、介護予防支援、総合相談 協力：北海道歯科衛生士会岩見沢支部 連携：美唄歯科医師会	
事業経緯	平成 16 年 転倒予防を中心とした介護予防教室（ぴんとしゃん教室）を開始。 平成 20 年 ぴんとしゃん教室で口腔機能向上プログラムに取り組み始める。 平成 21 年 貯筋体操自主グループで口腔機能向上（笑顔体操）に取り組み始める。 ※ 口腔機能向上に取り組んだ端緒は、基本チェックリストで運動に該当する方は、口腔も該当する方が多かったため、市側で貯筋体操自主グループに口腔機能向上もともに実施するよう呼びかけたことである。貯筋体操自主グループに歯科衛生士による出前講座を実施して口腔機能向上を紹介し、手挙げしたグループで笑顔体操を始めることとなった。 平成 28 年 27 の貯筋体操自主グループのうち、13 グループが笑顔体操を実施。	
運営体制	「転倒予防体操（貯筋体操）」 市 高齢福祉課	「口腔機能向上体操（笑顔体操）」 市 高齢福祉課
事業の開始 時期	平成 16 年	平成 20 年
予算	地域支援事業費 グループへの市からの運営補助はない。 各グループで、自主的に、参加者から 500 円程度／月／人の会費を徴収して運営費に充てている。	地域支援事業費 衛生用品等の消耗品（アセスメント時）は市で購入し、参加者に配付。 歯科衛生士へは、報償費として日当払い。 出前講座の場合は 5000 円／2 時間（交通費込）、介護予防教室の場合は 8000 円／

		2 時間（交通費込）。教室で教材を使う場合は、歯科衛生士の手出し。
行政の関わり方 連携方法	市 直営 機材（貯筋体操の動画が入った PC とプロジェクター）の運搬とグループ運営の相談。 年 1 回体力測定と結果報告。 市として参加者のリクルートはしておらず、地域包括に相談に来られた方に対して、自主グループを紹介する程度。その他は、高齢者同士の口コミによる。	市 直営 ポスター（笑顔体操の流れ）作製。 年 1 回口腔機能アセスメントと結果報告。
事業の開催状況・実績	実参加数 474 名 総実施回数 70 回 参加延人数 1,151 人 （H28 年 12 月実績） 貯筋体操の所要時間は 30 分程度。 各グループによって週 1 回から月 2・3 回実施。ショッピングセンターで不特定参加できるところもあり、人によっては掛け持ちで複数のグループへ参加している方もあり。1 グループあたりの人数は、4～40 人とまちまち。ここ数年では毎年 1～2 グループ増加している。	13 グループのみ貯筋体操後に実施。 延参加人数及び回数は集約していない。 笑顔体操の所要時間は 3～4 分程度。 笑顔体操の実施方法は、各グループに任せている。音楽に合わせて実施しているところや、みんなで歌いながら実施しているところがあるなど、多彩。
事業の利点	健康意識の向上と閉じこもり防止他 安否確認が行われている（欠席者への連絡と参加の促し等） 平成 20 年 21 年の効果検証事業の結果を広報周知したところ反響が多く、一時は 30 グループまで増えた。	参加者が歯科検診を受ける等、意識が向上している。
苦勞しているところ	グループの減少 男性参加者数が増えない。 リーダーの高齢化と次の担い手がいらない。	結果報告の方法（データが改善しているのかどうか分かりにくい） 評価時に参加しない方が多い（事後アセスがある回は、欠席者が多い→通常より時間がかかって、ダンスや体操ができなからかも知れない）。
促進要因	参加者で心配な方やグループには参加	初めに歯科衛生士の講話を入れる事で、

	していないけど近所で心配な方の相談 ⇒総合相談として地域包括支援センターにつながり、問題解決された後、民生委員や老人クラブ、自主グループでの見守りへと循環されている。	参加者の意識が変わりやすい
阻害要因	交通の便（特に冬場。みなさん徒歩で来られるため。）	交通の便（特に冬場。みなさん徒歩で来られるため。）
関係スタッフやサポーターの声	関係者：札幌医科大学の健康調査参加者をみていると貯筋体操参加者は、体操未実施者に比較して片足立ちのバランスが取れている。当初から参加している方は見た目も若々しく感じられる。口腔に関しては、あまり声は聞かない。	
参加者の声	片足で靴下がはけた。 歩くのが早くなった。 転んでも骨折したり歩けなくならなくなった。 週1回みんなに会えるのが楽しい。	
事業評価	平成20年度老人保健健康増進等事業を活用し、貯筋体操の経済的側面及び運動機能と3年後の生活機能の関係、高齢者の活動能力について検証。口腔に関する事業評価は未実施。	
今後の課題	①次世代の参加者を増やす方法が見つからない。 ②交通の便が不便となり参加できる方が限られてくる。 ③口腔機能では他自治体で取り組み事例が少なく、評価方法に不安がある事と取った数字の分析が行われていない。歯科医師会との情報共有が不十分。	
今後の展望	現在のグループを大事にしながら、次世代を担う中高年に向けて情報発信していきたい。 口腔機能評価で取った数字の効果検証を行いたい。	
全国展開の展望	特になし。	
その他	特になし。	

6. 妙高市

事業名	口腔機能向上プログラム（住民主体型通所サービスの中で実施）
日程	平成 29 年 2 月 10 日（金）9:30～11:00
会場	妙高市役所、いきいきプラザ 4 階
調査方法	現地視察及び個別面接方式等による調査
市の概況	人口：33,572 人（約 3 万人）、高齢化率：34.1%、世帯数：12,406 世帯（約 1 万世帯）、要介護認定率 21% H29 年 1 月 1 日現在
事業の概要	介護予防・日常生活支援総合事業の中の介護予防・生活支援サービス事業 住民主体型通所サービス（通所型サービス B）として位置づけ、要支援認定者及び基本チェックリスト該当者を対象に、ボランティア（介護予防サポーター）などの住民と一緒に複合型の介護予防プログラム（閉じこもり予防、認知症予防、運動機能向上、口腔機能向上）や交流の場を提供する。
市担当課 （担当者） 実施協力 連携体制	妙高市福祉介護課 地域包括支援係 ○住民主体型通所サービス： ①新井地域（旧新井市）えちご上越農業協同組合 ②妙高地域（旧妙高村）妙高市社会福祉協議会 ③妙高高原地域（旧妙高高原町）新井頸南福祉会 名香山苑 ○口腔機能向上プログラム：上越歯科医師会 在宅歯科医療連携室 へそれぞれ委託している。
事業経緯	○住民主体型通所サービス 当市では、平成 28 年 4 月より介護予防・日常生活支援総合事業を開始し、住民主体型通所サービス（通所型サービス B）を、従来の介護予防事業で実施していた閉じこもり予防教室に、介護予防サポーター（市民ボランティア）を派遣して開始した。 ○口腔機能向上プログラム 口腔機能向上プログラムは、平成 20 年から導入し、平成 22 年から委託で実施している。
運営体制	○住民主体型通所サービス（1 日コースと半日コースがある） ・各事業所へ委託して実施している。 ・【職員体制】 職員数：利用者数＝1：7 ・介護予防サポーター（市民ボランティア）が出務している。 ・新井地域：週 5 日（月～金）運営（市内で人口が最も多い地区であるため） ・妙高地域：週 3 日（月・水・金）運営 ・妙高高原地域：週 2 日（月・木）運営 ・利用料 300 円／日／人を徴収。

	○口腔機能向上プログラム（住民主体型通所サービスの中で実施） ・新井地域、妙高地域は上越歯科医師会へ、妙高高原地域は新井頸南福祉会 名香山苑へ委託して実施している。 ・歯科衛生士が月 2 回程度集団指導（口腔体操）と個別指導を実施している。歯科衛生士は歯科診療所に勤務していない在宅歯科衛生士を活用している。 ・歯科衛生士は各地域 1 名ずつ出務している。介護予防サポーターは補助業務を担う。
事業の開始 時期	平成 28 年 4 月 1 日から
予算	○住民主体型通所サービス委託料 合計 28,314,000 円 ・新井地域：17,346,000 円 ・妙高地域：5,434,000 円 ・妙高高原地域：5,534,000 円 ○口腔機能向上プログラム委託料 合計 351,000 円 （ただし、消耗品は市から支給する形態） ※いずれも支払方法は、概算払いの後、精算する手続きである。
行政の関わり方 連携方法	・出務する介護予防サポーターの養成や育成は市で行い、出務希望者を事業所へ連絡し、派遣調整してもらう。 ・介護予防サポーターの養成講習会は、初級（年 4 回）、中級（年 1 回）、上級（年 1 回）に分けて実施。中級・上級の認定を受けたサポーターのみ、サービスの現場に出務できることとしている。 ・各事業所と年に 2 回程度打ち合わせや振り返りを行う。 ・窓口での基本チェックリスト該当者に対し、住民主体型通所サービスの紹介をする。 ・利用にあたり、介護予防サービス計画を作成し、カンファレンスを実施している。 ・サービス利用者に対する相談を受け対応する。 ・利用料の徴収を行う。 ・事業実績管理や評価のまとめを行う。
事業の開催 状況・実績	平成 28 年 12 月末実績 ・新井地域：実人数 74 人 実施回数 182 回 延べ利用者数 2,477 人 ・妙高地域：実人数 42 人 実施回数 110 回 延べ利用者数 1,421 人 ・妙高高原地域：実人数 29 人 実施回数 69 回 延べ利用者数 781 人
事業の利点	・町内会館で地域の茶の間を実施しているが、町内会でまだ実施していない地域の方や町内会になじまない方の受け皿となっている。 ・要支援者及び基本チェックリスト該当者を対象に、介護予防（運動機能向上、口腔機能向上、認知症予防）や閉じこもり予防、フレイル予防を図ることで、要介護状態にならず自立した生活を送ることができる。

	・日々の介護予防プログラムや年に数回実施する回想法プログラム等によって初期認知症やMCIの方も症状が悪化せず、状態を維持できている。 ・介護予防サポーターの導入により、高齢者の社会参加と地域における支え合いの体制づくりが促されるとともに、活動を通して介護予防サポーター自身の生きがいづくりや介護予防につながっている。
苦労しているところ	・現在、委託先スタッフが主になり運営しているが、将来的には、介護予防サポーター主体の運営を目指しており、スタッフ育成が課題である。 ・初年度であったため、委託先スタッフと介護予防サポーターの役割を分担するための調整に時間や労力を要した。 ・委託先スタッフはケアマネジャーと連携することが初めてであり、電話連絡が増えるなど連絡調整にとまどいを感じたようであった。 ・基準型、緩和型の通所サービスを利用する方が多く、住民主体型通所サービスへ移行してくる方が少ない。
促進要因	・市と委託先事業所との連携が図れている。 ・要介護状態にならないよう、介護予防に対する利用者や委託事業所の意識や意欲が高い。
阻害要因	・介護予防サポーターの育成については、委託先スタッフや委託事業所及び行政の指導不足。 ・運営については、委託先スタッフと介護予防サポーターのコミュニケーション不足や委託事業所及び行政の調整不足。 ・介護支援専門員の自立支援へのマネジメント不足。 ・介護支援専門員に対して行政の事業周知や指導の不足。
関係スタッフやサポーターの声	・いろいろな人生経験をお持ちの高齢者と関わるのは楽しいし勉強になる。 ・誰かのためになることが生きがいとなり、自分自身の介護予防につながっていると思う。 ・介護予防サポーターとして関わることで、このような事業があることを初めて知った。自分や家族の将来のためにも、色々勉強になって良かった。
参加者の声	・最初は年をとっている自分がこんなところに行っているのか不安だったけど、来てみたら楽しくて、ここに来ることが生きがいになっている。 ・デイサービスは認知症の人や寝たきりの人が行くイメージがあるから行きたくなかったが、ここは自分と同じような人が多くいるので楽しい。 ・人と話すのが好きだったのに、足が悪く送迎手段がなくて閉じこもりがちだったけれど、サービスを利用して毎日いきいきしている。(家族)
事業評価	・国や県からの調査にあわせて実施。 ・対象者に対し、年1回、以下の測定を行う。測定後、前年度の結果と比較し、事業評価を実施。 ・測定項目は次のとおり。

	①体力測定＜握力、最大歩幅、アップ&ゴー、開眼片足立ち＞ ②口腔機能測定＜問診、口腔チェック、反復唾液嚥下テスト、オーラルディアドコキネシス＞ ③基本チェックリスト
今後の課題	・現在、委託先スタッフが主になり運営しているが、将来的には、介護予防サポーター主体の運営を目指しており、スタッフ育成が課題である。 ・基準型や緩和型通所サービスから住民主体型に移行できるように、初回プランを作成する地域包括支援センター職員や、その後委託する介護支援専門員のマネジメント能力を高める必要がある。 ・介護予防サポーターの資質向上を図る必要がある。 ・現在、市内3会場で実施しているが、会場や定員数、委託先などを検討する必要がある。
今後の展望	・介護予防サポーター主体（住民主体）で事業を実施していく。 ・利用中に近所のスーパーに買い物へ行ったり、利用日以外の日スタッフが行き訪問し掃除などの生活支援を行うなど、住民主体型の通所と訪問を一体的に実施。 ・利用者が元気になり、事業から卒業して、地域の茶の間（地域の町内会館で実施）に参加する。 ・利用者が元気になり、事業から卒業して、介護予防サポーターに登録し担い手として活躍する。 ・介護予防の輪が広がり、介護認定率が減少し、元気100歳な高齢者が増える。
全国展開の展望	なし
その他	

7. 多賀城市

事業名	地域介護予防活動支援事業（介護予防サポーター支援事業）
日程	平成 29 年 3 月 10 日（金）15:00～16:30
会場	多賀城市役所
調査方法	現地視察及び個別面接方式等による調査
市の概況	人口：62,508人 高齢者数：14,210人 高齢化率：22.7%、 世帯数：26,372世帯 要介護認定者数：2,270人（うち1号被保険者2,216人）要介護認定率：15.6% H29年12月31日現在
事業の概要	住民主体で介護予防活動に取り組む、「多賀城市多賀モリ会」に対し、運営費の一部補助を行っている。また、自主的な研修会を開催するにあたり、活動計画の調整や新しい講師を紹介するなど、会員が介護予防に関する新しい技術・知識が習得できるよう後方支援をしている。
市担当課 （担当者） 実施協力 連携体制	市担当課：多賀城市保健福祉部介護福祉課 介護予防係
事業経緯	平成19年度に第1回介護予防サポーター養成講座を開催した。その後、1期生を中心として、住民主体の介護予防活動に取り組む会として「多賀城市多賀モリ会」が結成された。本市では、概ね年1回養成講座を開催し、現在10期生まで養成を行う他、会に対する様々な後方支援を行っている。
運営体制	＜多賀城市多賀モリ会について＞ 役員：会長1名、副会長2名、会計1名、監査2名、理事：班長16名 会員：133名
事業の開始 時期	平成19年度から
予算	運営費補助：年11万円を上限
行政の関わり方 連携方法	本市では、会が自主的に研修会等を開催するため運営費の補助を行っている。 また、会員が地域活動を新たに立ち上げる際の運営方法や周知等について適宜助言を行い、地域活動の定着のため支援している。 会員のスキルアップのため、歯科衛生士や管理栄養士等を招いての、口腔・栄養に関する講話及び実技を開催し、運動以外の要素も介護予防に複合的に関わっていることを学ぶ機会を設けている。
事業の開催 状況・実績	介護予防サポーター養成講座（年1回）：全7回で実施している。 ＜平成19年度から＞延べ238名が受講している。 ＜平成28年度＞31名参加、28名修了、24名入会
事業の利点	会が、市内約20か所で定期的に行っている地域活動では、年間延べ10,000人以上が参加しており、市主催の事業では、集められない人数の介護予防活動の展開となっている。新しい総合事業への制度改正にて、市町村ごとに地

	域の実情に応じて、住民主体の取り組みを支援することとなったが、本市では、その基盤が整っていることが大きな利点である。
苦勞しているところ	会員の中には、元々は市が養成したのだから「ユニフォーム代を払うべき」、「活動に対する報酬を出すべき」、「区長を説得するべき」などといった意見も時折あり、会全体として、自立しきれていないことがある。
促進要因	国や県、その他関係団体からの表彰により、市だけでなく外部からも活動が評価されていることで、会員の活動継続のモチベーションになっている。
阻害要因	地域活動が新たに生まれにくい地域（行政区）がある。 阻害要因は、軽体操などを地域で行うことの効果・重要性があまり理解されず、関心の薄く、あまり協力的とは言えない区長等の存在がある。
関係スタッフやサポーターの声	＜サポーターの声＞ 自分は、人前に立って話をするなんて苦手だったけれど、体操を覚えて披露するようになってから自分の知らない一面が発見できた。 地域の人の顔も名前も分からないこともあったが、いつも集まってくれる人と仲良くなれた。
参加者の声	「家に居るとだらだらするだけだから、毎週楽しみにしている。」「来るたび元気が貰える」など、どの地域活動の参加者から様々な声があります。
事業評価	地域活動は行う都度に報告を貰い、参加人数の把握は行っている。 住民主体による市内での介護予防活動の展開は、効果があるということは分かっているが、その説明として、どの程度「介護認定者数の削減及び介護給付費の抑制に繋がっているか」といった、具体的な事業評価は行っていない。
今後の課題	今年で会設立10年を迎え、初期メンバーの高齢化もある。役員を始め、地域活動での役割の世代交代（役割の引き継ぎ・技術の伝達）が課題となっている。
今後の展望	今年で会設立10周年を迎えるにあたり、会が実行委員会を立ち上げ、10周年記念イベントを企画している。これを機会に、本市での介護予防サポーターの取り組みを広く周知していきたい。
全国展開の展望	全国展開の予定はありません。
その他	

8. 平成 28 年度口腔保健シンポジウム(医政局歯科保健課主催、講演発表による聴取内容)

よく噛んでおいしく「食べる」ために、「噛む」、「飲み込む」能力を担う歯と口腔の機能に着目しつつ、子供から高齢者にいたるまでのライフステージに応じた「歯と口の健康」を、地域住民に啓発することが重要である。

特に高齢者では、①自分では気づかぬうちに、口腔機能の低下による誤嚥性肺炎のリスクがあること、②身体機能の低下に伴い、ブラッシングによる口腔清掃状態が低下しやすいこと、の二点に注意を要する。

これらの点について、マニュアル（導入ガイド）の記載の参考とした。

IV. 高齢者の口腔機能の効果的なアセスメント項目の

設定のためのモデル調査

1. 調査の目的

介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業という。）における口腔機能・栄養・運動複合型プログラム、特に口腔機能向上プログラムを実施するに当たり、口腔機能の効果的なアセスメントを行うことが求められる。口腔機能のアセスメントは、通常は歯科医師又は歯科衛生士による専門技術や測定機器等を使用して行われることが多い。しかし、総合事業においては、歯科医師又は歯科衛生士という歯科専門職がいない場面で、口腔機能のアセスメントを実施する必要がある場合もある。なかでも、訪問型サービスにおいては、地域包括支援センターの保健師等による訪問アセスメントが必要とされていることから、歯科専門職以外でも実施できる簡便で効果的なアセスメント指標が求められる。

そこで、複合プログラム実施マニュアル改訂検討委員会において、通所型サービスC及び訪問型サービスCで必要となる訪問アセスメントにおける口腔の課題抽出のための質問項目を検討し、後述の11項目のアセスメント項目案を設定した。このアセスメント項目案が、精度良く口腔機能の課題を抽出できることを確認することを目的として、65歳以上の高齢者を対象として、アセスメント項目案と口腔機能や身体機能との関連性に関する調査を実施した。

2. 調査方法

調査は、予備調査と本調査の2段階で実施した。

まず、調査方法や調査項目が適切であることを確認するために、予備調査として、関東の事業所に勤務する就労高齢者200名を対象として、複合プログラム実施マニュアル改訂検討委員会で設定した口腔の課題抽出のための11項目のアセスメント項目案（表1）と各種調査項目（表2）を調査した。調査対象者のうち、すべての項目の調査を実施できた110名を調査完了者とした。調査完了者のうち、過去に長期の病気療養をしていた者、既に咀嚼・嚥下機能に障害が認められる者、誤嚥性肺炎の既往のある者等38名を除外した72名を解析対象者とした。解析対象者について、アセスメント項目案の該当数の分布を確認し、その中央値である該当事項が2項目以上の者と該当事項が1項目以下の者との層別化して、アセスメント項目案と口腔機能や身体機能等との関連性を解析した。

次いで、本調査として、地域に在住する65歳以上の高齢者100名を対象として、予備調査と同様の項目を調査した。調査対象者のうち、すべての項目の調査を実施できた70名を調査完了者とした。調査完了者のうち、予備調査と同様の基準で27名を除外した43名を解析対象者とした。解析対象者について、予備調査と同様の方法で、アセスメント項目案と口腔機能や身体機能等との関連性を解析した。

なお、予備調査及び本調査のいずれにおいても、調査実施後、調査対象者に対して、口腔機能等に関する講話と効果的な口腔ケアの簡単なレクチャーを実施し、口腔ケアに関する啓発を行った。

表 1 口腔の課題抽出のための 11 項目のアセスメント項目案

①から⑪まであてはまる方に○をつけて下さい。

①固いものが食べにくいですか	1. はい	2. いいえ
②お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	2. いいえ
③口がかわきやすいですか	1. はい	2. いいえ
④薬が飲み込みにくくなりましたか	1. はい	2. いいえ
⑤話すときに舌がひっかかりますか	1. はい	2. いいえ
⑥口臭が気になりますか。	1. はい	2. いいえ
⑦食事にかかる時間は長くなりましたか	1. はい	2. いいえ
⑧薄味がわかりにくくなりましたか	1. はい	2. いいえ
⑨食べこぼしがありますか	1. はい	2. いいえ
⑩食後に口の中に食べ物が残りやすいですか	1. はい	2. いいえ
⑪自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか		
1 a. どちらもできない	1 b. 片方だけできる	2. 両方できる

(1 a、1 b) のいずれかがある場合は口腔機能低下の可能性が高く、注意が必要です。

表 2 各種調査項目

1. 対象者基本属性 (年齢・性別・既往歴・医療受療状況・生活習慣等)
2. 口腔内環境 (歯式・歯周ポケット検査・唾液検査等)
3. 口腔機能 (オーラルディアドコネシス・RSST 等)
4. 全身状態 (血圧、脈拍、呼吸状態、体重、握力等)
5. 健康関連 QOL (SF-8)、口腔関連 QOL (GOHAI)
6. 栄養摂取状況

3. 調査結果とまとめ

まず、予備調査において、アセスメント項目案と口腔機能や身体機能等との関連性を解析したところ、表 3 の結果が得られた。

予備調査の結果から、弁別的妥当性において、GOHAI を指標として検討したところ、有意差を示したことから、アセスメント項目の該当数 2 項目で層別化することの妥当性が確認できた。

表 3 予備調査の結果

	アセスメント項目2個以上 (N=35)			アセスメント項目1個以下 (N=37)			<i>p</i>
	Median	Min	Max	Median	Min	Max	
年齢	61	55	69	63	55	77	0.101

	アセスメント項目該当数		<i>p</i>
	2個以上 (N=35)	1個以下 (N=37)	
性別	男性	33	0.662
	女性	2	

項目		アセスメント項目2個以上 (N=35)			アセスメント項目1個以下 (N=37)			<i>p</i>
		Median	Min	Max	Median	Min	Max	
全身のQOL (SF-8)	PCS	47.5	32.5	57.5	52.5	27.5	77	0.461
	MCS	51.25	33.75	61.25	51.25	33.75	56.25	0.954
口腔のQOL	GOHAI (*)	56	34	60	58	46	60	0.002
口腔	現在歯数	28	14	32	28	8	32	0.779
	D合計	0	0	9	0	0	8	0.833
	M合計	4	0	18	4	0	24	0.779
	F合計	10	0	22	10	0	22	0.825
	4mm以上の歯周ポケット数	1	0	6	0	0	5	0.071

項目	カテゴリー	アセスメント項目 ト該当数		p
		2個以上 (N=35)	1個以下 (N=37)	
口腔				
むし菌 菌	少なめ	10	12	0.452
	平均レベル	12	8	
	多め	9	13	
酸性度	少なめ	7	3	0.122
	平均レベル	11	8	
	多め	14	23	
緩衝能	少なめ	9	19	0.063
	平均レベル	10	8	
	多め	13	7	
潜血	少なめ	6	6	0.856
	平均レベル	14	13	
	多め	12	15	
白血球	少なめ	2	3	0.866
	平均レベル	11	10	
	多め	19	21	
アンモニア	少なめ	3	8	0.216
	平均レベル	13	7	
	多め	16	19	
タンパク質	少なめ	3	8	0.394
	平均レベル	13	7	
	多め	16	19	
歯科臨床症 状出現 (過去3ヶ月)	症状あり	7	4	0.241
	症状なし	29	33	
嚥下機能スク リーニング (嚥下障害)	なし	35	33	0.358
	あり	1	4	
現在 菌数	0～9本	0	1	0.507
	10本以上	36	36	
栄養				
偏食	あり	4	2	0.43
	なし	32	35	

次いで、予備調査で確認した2項目での層別化を用いて検討したところ、表4に結果を示すとおり、GOHAIのみならず、全身のQOLのうちPCS及び口腔関連項目のうち緩衝能でも有意差が確認された。

このことから、設定したアセスメント項目の2項目以上に該当した場合に、口腔及び全身のQOL並びに口腔関連項目に違いが認められる可能性が高いことが示された。この結果を踏まえて、これらの

アセスメント項目を、通所型サービスCのアセスメント項目として、マニュアル（導入ガイド）における記載に反映させた。

表 4 本調査の結果

	アセスメント項目2個以上 (N=26)			アセスメント項目1個以下 (N=17)			<i>p</i>
	Median	Min	Max	Median	Min	Max	
年齢	70	70	90	70	70	90	0.1

		アセスメント項目該当数	
		2個以上 (N=26)	1個以下 (N=17)
性別	男性	17	12
	女性	9	5

項目		アセスメント項目2個以上 (N=26)			アセスメント項目1個以下 (N=17)			<i>p</i>
		Median	Min	Max	Median	Min	Max	
全身のQOL (SF-8)	PCS (*)	45	15	55	55	25	55	0.04
	MCS	55	35	65	55	5	55	0.644
口腔のQOL	GOHAI (*)	52	22	57	62	47	62	0.004
	現在歯数	25	7	32	27	2	32	0.138
口腔	D合計	2	0	10	0	0	6	0.163
	M合計	5	0	25	5	0	30	0.138
	F合計	9	1	19	7	3	23	0.61
	4mm以上の歯周ポケット数	2	0	12	0	0	6	0.168

項目	カテゴリー	アセスメント項目 該当数		p
		2個以上 (N=26)	1個以下 (N=17)	
口腔				
むし菌	少なめ	5	3	0.728
	平均レベル	6	6	
	多め	14	8	
酸性度	少なめ	9	2	0.129
	平均レベル	7	4	
	多め	9	11	
緩衝能(*)	少なめ	2	10	0.001
	平均レベル	8	4	
	多め	15	3	
潜血	少なめ	4	3	0.678
	平均レベル	6	6	
	多め	15	8	
白血球	少なめ	1	1	0.648
	平均レベル	9	4	
	多め	15	12	
アンモニア	少なめ	4	2	0.437
	平均レベル	7	2	
	多め	14	13	
タンパク質	少なめ	3	1	0.751
	平均レベル	7	6	
	多め	15	10	
歯科臨床症 状出現 (過去3ヶ月)	症状あり	5	5	0.34
	症状なし	21	12	
嚥下機能スク リーニング (嚥下障害)	なし	6	5	0.452
	あり	20	12	
現在歯数	0～9本	2	3	0.3
	10本以上	24	14	
栄養				
偏食	あり	0	1	0.395
	なし	26	16	

V. 口腔機能向上及び栄養改善に向けた取組の導入ガイドの作成

前述の「口腔機能向上マニュアル、栄養改善マニュアル及び複合プログラム実施マニュアル等の課題に関する市町村アンケート調査」、「複合型（主に口腔・栄養）プログラムに関する先駆的事例ヒアリング調査」及び「高齢者の口腔機能の効果的なアセスメント項目の設定のためのモデル調査」に基づき、特に口腔機能向上と栄養改善に着目した複合型プログラムの在り方について、住民の集いの場等における効果的な実施方法や歯科衛生士及び管理栄養士等の専門職の活用方法等を含めて、複合プログラム実施マニュアル改訂検討委員会で検討を行った。

具体的には、複合型プログラムの課題を把握・分析したうえで、マニュアル（導入ガイド）案のたたき台を作成し、このたたき台について、事例調査に協力いただいた数カ所の自治体職員に意見を求め、マニュアル（導入ガイド）案のブラッシュアップに反映させた。

そのうえで、全国の市町村で効果的な総合事業の実施に資するため、市町村事業担当者が活用できる「介護予防・日常生活支援総合事業における口腔機能向上及び栄養改善に向けた取組の導入ガイド」（VI. 資料編を参照）を作成した。同ガイドを市町村に周知し、口腔機能向上及び栄養改善に向けた取組の推進を図っていききたい。

VI. 資料編

介護予防・日常生活支援総合事業における 口腔機能向上及び栄養改善に向けた取組の導入ガイド

介護予防・日常生活支援総合事業における
口腔機能向上及び栄養改善に向けた取組の
導入ガイド

平成29年3月

「介護予防・日常生活支援総合事業における口腔機能・栄養・
運動複合型プログラムを用いた住民参加型介護予防活動に
関する調査研究」研究班

研究代表者：公立大学法人九州歯科大学 福泉隆喜

目 次

はじめに	1
第1章 介護予防・日常生活支援総合事業における口腔機能向上及び 栄養改善プログラムの意義	2
1-1 介護予防・日常生活支援総合事業における口腔機能向上及び 栄養改善プログラムの位置づけ	2
1-1-1 介護予防・日常生活支援総合事業の概要	2
1-1-2 口腔機能向上及び栄養改善プログラムが実施可能な サービスの類型	4
1-2 介護予防・日常生活支援総合事業における口腔機能向上及び 栄養改善プログラムの意義	8
1-2-1 口腔機能向上及び栄養改善プログラムの意義と 重要性	8
第2章 複合型プログラム等と実施方法	12
2-1 一般介護予防事業	12
2-1-1 対象者の把握の方法（介護予防把握事業）	12
2-1-2 介護予防普及啓発事業	17
2-1-3 地域介護予防活動支援事業	37
2-2 介護予防・生活支援サービス事業	51
2-2-1 通所型サービスA	53
2-2-2 通所型サービスB	56
2-2-3 通所型サービスC	61
2-2-4 訪問型サービスA	67
2-2-5 訪問型サービスB	71
2-2-6 訪問型サービスC	72
研究班委員名簿	82

はじめに

平成 18 年度から導入された新予防給付及び介護予防事業において、口腔機能向上及び栄養改善の両プログラムによる介護予防が介護保険に位置づけられた。介護予防は、要介護状態の軽減や悪化を防止するだけでなく、高齢者が地域で自立して生活することを目的として導入されたもので、要支援者に対して介護予防サービスを効果的に提供する予防給付と併せて、要支援・要介護状態等となる恐れのある高齢者を早期に把握し、身体機能等の維持向上を図る介護予防事業が重視されることとなった。

その後、介護予防事業は、平成 19 年度の特定高齢者の決定方法の見直し、平成 20 年度の基本健診から特定健診・特定保健指導への移行、平成 22 年度の生活機能評価の見直し、平成 24 年度の介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業という。）への改編などの見直しが行われた。

さらに、平成 27 年度からは、従来予防給付として提供されていた全国一律の介護予防訪問介護及び介護予防通所介護を、順次、市町村の実施する総合事業に移行し、要支援者自身の能力を最大限活かしつつ、介護予防訪問介護等と住民等が参画するような多様なサービスを総合的に提供可能な「新しい総合事業」として位置付けられることとなった。この「新しい総合事業」は、平成 29 年 4 月からは、すべての市町村で実施されることとされている。

このため、本マニュアルでは、市町村において口腔機能向上及び栄養改善の取組が円滑に実施できるよう、「新しい総合事業」の類型に沿って、口腔機能向上及び栄養改善に向けた取組の実施例を紹介することとした。特に、高齢者に対する普及・啓発が期待できる一般介護予防事業については、詳しく解説を行っている。

本マニュアルが、総合事業の実施に際して、市町村事業担当者の参考になれば幸いである。

平成 29 年 3 月

「介護予防・日常生活支援総合事業における口腔機能・栄養・
運動複合型プログラムを用いた住民参加型介護予防活動に
関する調査研究」研究班

研究代表者：公立大学法人九州歯科大学 福泉隆喜

第1章 介護予防・日常生活支援総合事業における 口腔機能向上及び栄養改善プログラムの意義

1-1 介護予防・日常生活支援総合事業における口腔機能向上及び 栄養改善プログラムの位置づけ

[1-1-1] 介護予防・日常生活支援総合事業の概要

(1) 新しい総合事業の趣旨

団塊の世代が75歳以上となる平成37（2025）年に向け、単身高齢者世帯や高齢者夫婦のみ世帯、認知症高齢者が増加していくことが考えられる。このような状況の中で、介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で安心安全な暮らしを続けるためには、介護のみならず、医療や予防、生活支援、住まいを包括的に提供できる地域包括ケアシステムの構築が求められている。

介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを旨とするものである。

要支援者等については、掃除や買い物などの生活行為（IADL）の一部が難しくなっているが、排せつ、食事摂取などの身の回りの生活行為（ADL）は自立している者が多い。このような要支援者の状態を踏まえると、地域とのつながりを維持しながら、有する能力に応じた柔軟な支援を受けていくことで、自立意欲の向上につなげていくことが、総合事業に期待されている。

そのため、要支援者等の多様な生活支援ニーズについて、従来予防給付として提供されていた全国一律の介護予防訪問介護及び介護予防通所介護を、平成27年度から順次、市町村の実施する総合事業に移行し、要支援者自身の能力を最大限活かしつつ、介護予防訪問介護等と住民等が参画するような多様なサービスを総合的に提供可能な仕組みへの見直しが行われた。平成29年4月からは、すべての市町村で、新しい総合事業が実施されることとされている。

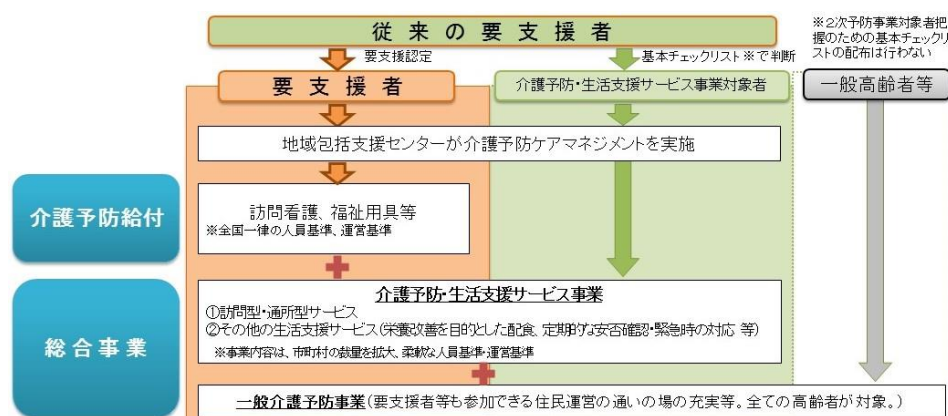


図1-1-1 新しい介護予防・日常生活支援総合事業への移行

また、総合事業の実施に当たっては、ボランティア活動との有機的な連携を図る等、地域の人材を活用していくことが重要とされている。60 歳代、70 歳代をはじめとした高齢者の多くは、要介護状態や要支援状態に至っていない。このため、地域で社会参加できる機会を増やしていくことが、高齢者の介護予防にもつながるものと考えられている。このような高齢者の社会参加によって、できる限り多くの高齢者が、地域で支援を必要とする高齢者の支え手となっていくことで、より良い地域づくりもつながることが期待されている。

（２）介護予防の基本的な考え方

介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減・悪化の防止を目的として行うものである。特に、生活機能の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要とされている。したがって、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人一人の生きがいや自己実現のための取組を支援して、生活の質の向上を目指すことが求められている。

一方で、これまでの介護予防は、ともすると心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであったという指摘もある。実際、介護予防で得られた活動的な状態をバランス良く維持するための活動や社会参加を促す取組（多様な通いの場の創出など）が必ずしも十分ではなかったという課題も見受けられる。

このような状況を踏まえ、これからの介護予防は、機能回復訓練など的高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割を持って生活できるような居場所と出番づくりなど、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めた、バランスのとれたアプローチが重要といわれている。このような効果的なアプローチを実践するため、新しい総合事業によって、地域において様々な高齢者の自立支援に資する取組を推進し、高齢者が生きがいやそれぞれの役割を持って、地域で生活できる地域の実現を目指すことが求められている。

（３）新しい総合事業の内容と対象者

総合事業は、①介護予防訪問介護等を移行し、要支援者等に対して必要な支援を行う介護予防・生活支援サービス事業と、②第１号被保険者に対して体操教室等の介護予防を行う一般介護予防事業から構成されている。

①介護予防・生活支援サービス事業

（事業内容）

介護予防・生活支援サービス事業は、要支援者等の多様な生活支援のニーズに対応するため、介護予防訪問介護等のサービスに加え、住民主体の支援等も含め、多様なサービスを総合事業の対象として支援するものである。

この事業は、「訪問型サービス」、「通所型サービス」、「その他の生活支援サービス」及び「介護予防ケアマネジメント」から構成される。

(対象者)

対象者は、要支援者に相当する者であるが、サービス事業においては、サービス利用に至る流れとして、要支援認定を受け介護予防ケアマネジメントを受ける流れのほかに、基本チェックリストを用いた簡易な形でまず対象者を判断し、介護予防ケアマネジメントを通じて必要なサービスにつなげる流れもある。前者が要支援者であり、後者が介護予防・生活支援サービス事業対象者である。

予防給付に位置付けられている介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与等のサービスを利用する場合については、引き続き要支援認定を受ける必要があるが、介護予防・生活支援サービス事業のサービスのみを利用する場合には、要支援認定を受けず、上記の簡便な形でサービスを利用することが可能となっている。

なお、要支援者に相当する状態等に該当しないケースについては、一般介護予防事業の利用等につなげていくことが重要である。

②一般介護予防事業

(事業内容)

一般介護予防事業は、市町村の独自財源で行う事業や地域の互助、民間サービスとの役割分担を踏まえつつ、高齢者を年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進するとともに、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割をもって生活できる地域の実現を目指すことを目的として、総合事業に位置付けられている。

この事業は、「介護予防把握事業」、「介護予防普及啓発事業」、「地域介護予防活動支援事業」、「一般介護予防事業評価事業」及び「地域リハビリテーション活動支援事業」から構成されている。

従来の二次予防事業として実施されていた口腔機能向上及び栄養改善の取組については、「介護予防普及啓発事業」によって実施することができる。従来の二次予防事業は、基本チェックリスト該当者が対象であったが、一般介護予防事業の「介護予防普及啓発事業」によって実施すると、65歳以上のすべての高齢者を対象とすることが出来る利点がある。具体的な口腔機能向上及び栄養改善の取組としては、口腔機能や栄養改善の観点からの介護予防教室や講演会、住民主体の活動における「健口体操」等の実施、各種パンフレットの作成などが可能である。

(対象者)

第1号被保険者のすべての者及びその支援のための活動に関わる者とされている。

[1-1-2] 口腔機能向上及び栄養改善プログラムが実施可能なサービスの類型

(1) 介護予防・生活支援サービス事業の類型

要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、その地域の実情に応じて、介護予防・生活

支援サービス事業により多様なサービスを提供していくことができるように、介護予防・生活支援サービス事業は①通所型サービス、②訪問型サービス、③その他の生活支援サービスの3つに類型化されている。

①通所型サービス

通所型サービスは、従来の介護予防通所介護に相当するもの（通所介護事業者の従事者によるサービス）と、それ以外の多様なサービスからなる。

従来の通所介護相当のものについては、サービス内容や想定される状態の違い等に対応して、生活機能向上型のサービス内容のものとそれ以外のものの2つの種類が想定される。

多様なサービスについては、主に以下のようなサービス類型が想定される。

- 1) 主に雇用されている労働者により提供される、又は労働者とともにボランティアが補助的に加わった形により提供される、緩和した基準によるサービス（通所型サービスA）
- 2) 有償・無償のボランティア等により提供される、住民主体による支援（通所型サービスB）
- 3) 保健・医療の専門職により提供される支援で、3～6か月の短期間で行われるもの（通所型サービスC）

このうち、口腔機能向上及び栄養改善の取組については、「従来の通所介護相当」又は「通所型サービスC」によって実施している市町村も多い。「従来の通所介護相当」では従来の予防給付の基準や提供方法どおりに実施でき、「通所型サービスC」では従来の予防給付の基準や提供方法を参考にして実施できるため、新しい総合事業への移行が比較的容易である。その反面、対象者が要支援認定を受けた者又は基本チェックリスト該当者に限られてしまうという制約もある。

表 1-1-1 通所型サービスの種別

基準	現行の通所介護相当	多様なサービス		
サービス種別	① 通所介護	② 通所型サービスA （緩和した基準によるサービス）	③ 通所型サービスB （住民主体による支援）	④ 通所型サービスC （短期集中予防サービス）
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 + ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 (市町村)

②訪問型サービス

訪問型サービスは、従来の介護予防訪問介護に相当するもの（訪問介護員等によるサービス）と、それ以外の多様なサービスからなる。

従来の訪問介護相当のものについては、訪問介護員等による短時間の生活援助といったサービス内容も想定される。

多様なサービスについては、主に以下のようなサービス類型が想定される。

- 1) 主に雇用されている労働者により提供される緩和した基準によるサービス（訪問型サービスA）
- 2) 有償・無償のボランティア等により提供される、住民主体による支援（訪問型サービスB）
- 3) 保健・医療の専門職により提供される支援で、3～6か月の短期間で行われるもの（訪問型サービスC）
- 4) 介護予防・生活支援サービスと一体的に行われる移動支援や移送前後の生活支援（訪問型サービスD）

表 1-1-2 訪問型サービスの種別

基準	現行の訪問介護相当	多様なサービス			
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例) ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6か月の短期間で行う	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

③その他の生活支援サービス

その他の生活支援サービスは、被保険者の地域における自立した日常生活の支援のための事業であって、訪問型サービスや通所型サービスと一体的に行われる場合に効果があると認められるものとして厚生労働省令で定めるものと規定されている。

厚生労働省令においては、その他の生活支援サービスとして総合事業により実施することができるものについて、以下の3つサービスを規定している。

①配食：

栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者に対する見守りとともに行う配食など

②定期的な安否確認及び緊急時の対応：

住民ボランティアなどが行う訪問による見守り

③その他：

訪問型サービス、通所型サービスに準じる生活支援であって、地域における自立した日常生活の支援に資するサービスとして市町村が定める生活支援（訪問型サービス及び通所型サービスの一体的提供等）

（２）口腔機能向上及び栄養改善の取組が実施可能なサービスの類型

口腔機能向上及び栄養改善の取組が実施可能なサービスの類型は、特定の類型に限定されるものではなく、すべての類型で実施可能である。ただし、なるべく円滑にできるという観点から見ると、一般介護予防事業や、介護予防・生活支援サービス事業の通所型サービス及び訪問型サービスによって実施することが、比較的取り組みやすいものと考えられる。このため、このマニュアルにおいては、それらの類型ごとに実施方法と実施例を紹介する。

また、口腔機能向上及び栄養改善の取組を行う際に、住民主体による支援として実施することも可能である。住民主体による支援でカギを握る介護予防ボランティア等の担い手の養成については、一般介護予防事業の「地域介護予防活動支援事業」で実施することができる。このような一般介護予防事業と介護予防・生活支援サービス事業とのリンクも重要である。

さらに、一般介護予防事業の「地域リハビリテーション活動支援事業」では、歯科衛生士や管理栄養士の派遣も可能であることも注目に値する。

なお、介護予防・生活支援サービス事業の「訪問型サービスA」として、歯科訪問診療の有無に係わらず、基準を緩和した形態で介護予防居宅療養管理指導相当のサービスを実施することも可能である。

表 1－1－3 類型ごとの口腔機能向上及び栄養改善のサービス例

類 型				口腔機能向上及び栄養改善のサービス例	
介護予防・日常生活支援総合事業 (新しい総合事業)	介護予防・生活支援サービス事業	訪問型サービス (第1号訪問事業)	従来の訪問介護相当	①訪問介護 ---	
			多様なサービス	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	---
				③訪問型サービスB (住民主体による支援)	食材の購入支援、調理、食事の際の見守りなど
				④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	歯科衛生士や管理栄養士による訪問指導など
				⑤訪問型サービスD (移動支援)	---
		通所型サービス (第1号通所事業)	従来の通所介護相当	①通所介護 従来通りの口腔機能向上加算及び栄養改善加算相当のサービスの提供	
			多様なサービス	②通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	基準を緩和した口腔機能向上加算及び栄養改善加算相当のサービスの提供、通所介護の基準を緩和したミニデイにおける歯科衛生士や管理栄養士による講話等
				③通所型サービスB (住民主体による支援)	介護予防ボランティア等を活用した健口体操等の実施など
				④通所型サービスC (短期集中予防サービス)	単独型又は複合型による口腔機能向上及び栄養改善プログラムの提供、歯科診療所を活用した口腔機能向上プログラムの提供など
				その他の生活支援サービス(第1号生活支援事業)	
	介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)		③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援(訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等)		
	一般介護予防事業	対象者 ・第1号被保険者の全ての者 ・その支援のための活動に関わる者	①介護予防把握事業		口腔機能や栄養改善に着目した対象者の把握など
			②介護予防普及啓発事業		口腔機能や栄養改善の観点からの介護予防教室や講演会、住民主体の活動における「健口体操」等の実施、各種パンフレットの作成など。従来、二次予防事業として実施していた口腔機能向上プログラム、栄養改善プログラムの実施も可能。
			③地域介護予防活動支援事業		介護予防ボランティア等の担い手の養成
			④一般介護予防事業評価事業		---
			⑤地域リハビリテーション活動支援事業		通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通りの場等への歯科衛生士や管理栄養士の派遣

1-2 介護予防・日常生活支援総合事業における口腔機能向上及び栄養改善 プログラムの意義

[1-2-1] 口腔機能向上及び栄養改善プログラムの意義と重要性

(1) 食べる楽しみは心身の栄養 ～栄養改善における口腔機能の役割～

生活する上での楽しみは人それぞれだが、「食事」はどの年代も上位を占める。特に高齢者の場合は要介護状態になると、その軽度、重度にかかわらず楽しみの第一位は、「食事」である¹⁾。

まず、食事には体に必要な物質を摂取するという第一の目的がある。しかし前述したとおり食事は楽しみの一つでもあり、体だけでなく心の栄養でもある。栄養改善プログラムは、低栄養状態の予防や改善を通じて高齢者がいつまでも「食」を楽しみ、生活の質（QOL）を向上できるよう、日常生活において高齢者の「食べること」を栄養面のみならず、食事の準備やおいしく食べることを含め、総合的に支援するものである。

また、食事は、単に栄養素や水分を補給するだけではなく、「おいしい」があってのものである。また、味わい、食感、そして“おいしい”には口腔機能の向上が欠かせないものである。

(2) 生活視点での栄養素と水分の意義 ～口腔清掃の自立度が栄養にも影響～

要介護高齢者と ADL 自立の高齢者とは支援の在り方が異なるが、後者の場合は、買い物や食事準備上の問題、主食、主菜の摂取量の低下を認識している者が、加齢とともに増大するので、低栄養の誘因となる関連問題の解決が必要となる。たとえば栄養改善にあたり、栄養付加に加えて口腔清掃を併せて行うことにより血清アルブミン値が上昇するとの報告があり²⁾、高齢者にとって口腔清掃の自立度が栄養状態の指標の一助となることが推察されている。

低栄養への移行は連続的で可逆的なものであり、「口から食べることで栄養改善を通じて自己実現を達成することが可能になる」と報告されている³⁾。生活視点をもった口腔機能の問題（基本チェックリストや体重の減少、肺炎の既往等）を抽出し、栄養改善に繋げていく努力も必要である。

(3) 食物形態と誤嚥による気道閉塞（窒息）～「ご飯が食べたい」を守る～

窒息の危険因子は、むせの有無、主食の形態が有意な項目である。粥を食べている者、むせや食べこぼしのある者に窒息の危険が高いことが明らかになっている⁴⁾。窒息予防のために、粥を常食に変更すべきという前に、常食だった者が粥に変更せざるを得ないきっかけについて検証するべきであろう。

加齢とともに口腔や嚥下機能の予備能（嚥下反射、咳反射）は低下していると思われ、環境の変化で（急いでいるとき、風邪で臥床を余儀なくされているとき等）誤嚥や窒息を生じやすいものである。また、口腔清掃状態が不良な場合、誤嚥性肺炎が起こりやすいため、十分な口腔ケアが必要となる。

足腰が弱くなれば、ゆっくり歩いたり、階段の昇降では手すりをつかまったりして転倒を予防しているはずである。「好きな物を味わって食べる」は、まさに窒息予防に最たる手段となり得る。幸い口腔機能の向上アプローチは、特別な場所も器材も不要である。一度お粥になっても、口腔機能の向上の努力は続けるべきだと思われる。

＜口腔機能に関する基本チェックリスト＞

- | | | |
|---|----|-----|
| 1. 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。 | はい | いいえ |
| →咀嚼機能を問うている。
食事メニューが限られることと運動機能低下は比例関係にあり、
口腔機能と ADL はお互いに影響を及ぼしあっている。 | | |
| 2. お茶や汁等でむせることがありますか。 | はい | いいえ |
| →嚥下機能を問うている。
むせは、摂食嚥下機能低下を表す症状であり、誤嚥のリスクを
評価するうえで重要な因子である。 | | |
| 3. 口の渇きが気になりますか。 | はい | いいえ |
| →口腔内細菌叢の変化により肺炎発症リスクを問うている。
口腔乾燥は唾液分泌減少、口腔機能不活発に起因する事が多く、
口腔衛生状態の悪化をきたし、気道感染の原因となる。 | | |

（４）口腔機能低下を見逃さない

口腔機能低下（「固いものが食べづらい」「むせやすい」「口が渇く」等）は、近い将来に低栄養に陥るリスク因子となり、ひいては生活全般における活動性の低下となる可能性を秘めたものである。

低栄養の問題は、ADL（Activities of Daily Living：日常生活活動）や認知機能との関連が指摘され、免疫機能の低下につながり、気道感染や肺炎等の感染発症の危険因子でもある⁵⁾。

摂食嚥下機能（食物を正しく認知した上での食事行為にて咀嚼し、嚥下をする）は、要介護状態の重度化とともにその機能が悪化することが知られており、その予防のためにも口腔機能の向上を目的とした支援が必要となる。口腔機能の向上により、気道保護及び栄養改善、ひいては免疫能の向上を導くこととなる。

（５）低栄養（やせ）を見逃さない

加齢に伴い、身体変化（咀嚼力・嚥下力低下など）、生理的变化（消化吸収能低下、歯・口腔機能の低下、体温調節機能低下など）、心理的变化（興味の低下、うつなど）、感覚機能の変化（温熱感覚機能低下、味覚低下など）、生活構造の変化（活動量低下、孤立など）等の様々な要因により、食欲が落ちやすく、食事量が減少し、低栄養（やせ）に陥りやすくなる。

高齢者の低栄養は、要介護と総死亡率のリスクを高めることが明らかであり、低栄養状態を予防し、適切な栄養状態を確保することは、生活の質（QOL）のみならず、身体機能を維持し、要介護状態や重度化を防ぎ、健康寿命の延伸が期待できる。

低栄養状態を見逃さず、朝昼夕３回の食事をきちんと取り、多様な食品を摂取して、必要な栄養素を十分に確保できるよう、高齢期の正しい食事について（「３食きちんと」「バランスよく」「しっかり」食べて栄養をとる）の周知が重要である。

- ＜栄養改善の取り組みの効果＞
- (1) 食事摂取量の増加
 - (2) 体重の増加
 - (3) 身体機能の改善
 - (4) 主観的健康感の向上

＜栄養に関する基本チェックリスト＞

1. 6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか はい いいえ
2. 身長 cm 体重 kg (BMI=) の変化

(6) おいしく、楽しく、心豊かな超高齢社会日本を三位一体のプログラムが支援する「口腔機能向上プログラム」と「栄養改善プログラム」により「栄養改善」を果たし、「運動機能向上」へつなぐことで、心身機能、活動性、社会参加の好循環を作ることが重要である。運動機能向上は、おいしく、楽しい食生活と心豊かな日常があって達成されるものである。そのための根底にあるものが、口腔機能と栄養である。したがって、地域ぐるみで、口腔機能向上と栄養改善に関する普及、啓発運動を展開することが期待される。

＜口腔機能向上及び栄養改善プログラムの目的＞

1. 高齢者が活動的に社会に参加する地域づくり・街づくりをする。
2. 要支援・要介護状態にならないよう、あるいはその状態を1年でも先送りにする。
3. 要介護状態であっても重度化しないようにする。
4. 本人にとって望む地域で穏やかな天寿を全うする。

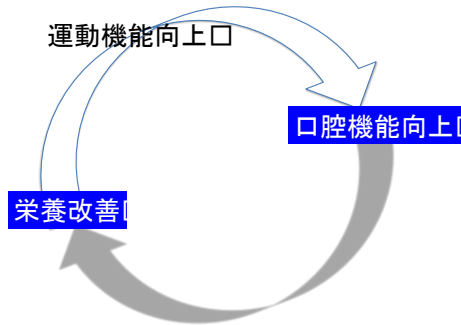


図 1-2-1 口腔機能向上の単独プログラムであっても、ひいては栄養改善、運動機能向上を導く。

図 1-2-2 東京都西多摩保健所
「かむかむ元気レシピ」より

【出典】

- 1) 加藤順吉郎(1998)福祉施設及び老人病院等における住民利用者の意識実態調査分析結果, 愛知医報 1434. 2-14.
- 2) Kikutani T., Tamura F et.al: Effects of oral functional training for nutritional improvement in elderly people requiring long term care. Gerodontology, 2005.
- 3) 「施設及び居宅高齢者に対する栄養・食事サービスのマネジメントに関する研究会」報告書, 平成 17 年 3 月.
- 4) 佐々木英忠主任研究者: 窒息の危険因子に関する研究, 平成 16 年度厚生労働省・厚生科学研究費補助金, 医療技術評価総合研究事業「高齢者に対する口腔清掃の方法と気道感染予防効果等に関する総合的研究」報告.
- 5) 森田一三, 中垣晴男, 熊谷法子, 奥村明彦, 才藤栄一等 (2003) 日帰り介護施設の利用者の生活食事状況と嚥下機能の関係, 日本公衛誌 80.

第2章 プログラム等と実施方法

2-1 一般介護予防事業

[2-1-1] 対象者の把握の方法（介護予防把握事業）

（1）現行の事業概要

新しい総合事業の対象者の把握（アセスメント）の目的は、「地域の実情に応じて収集した情報等の活用により、閉じこもり等何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる」ことであり、65歳以上の要介護認定を受けていない者に対して、基本チェックリストや各市町村独自のチェックリストを使用して事業対象者の抽出を行うことができる。考え方としては全ての高齢者が対象者であり、支援を要する者を早期に把握しサービスにつなげていくこと、支援の対象が訴えのある者だけではなく、気づいていない者や訴えがない者を見落としていないかを見直し、閉じこもり等の支援を有する者を把握すること、どこから把握したい情報は得られるのかを確認すること等があげられる。また、地域により住宅の状況や生活環境の違いがあることから、個人を対象とした支援・サービスの提供だけでなく、地域の実情に応じた体制作りを活用することが重要である。

（2）口腔機能や栄養状態に着目した把握方法

①情報の収集

新しい総合事業の対象者を把握するための情報収集の方法の例としては、基本チェックリストや各市町村独自のチェックリストの配布と回収によって行われる。配布と回収については、毎年定期的に行うことが望ましいが、実施方法やその頻度については地域の実情に合わせ検討を行う。地域包括支援センターによる配布の他にも、地域の医療機関（特に高齢者の多い整形外科や歯科など）、調剤薬局、地域の集いの場（サロン）での配付や、民生委員を通じた配付等も可能である。幅広い配布と回収を行うことにより、支援が必要な者の早期発見・早期対応につなげることが期待できる。

また、表2-1-1に示すような方法により、他部局などと連携し情報収集を行うことも重要である。

表2-1-1 介護予防把握事業の情報収集の方法

介護予防把握事業の情報収集の方法	
1	要介護認定及び要支援認定の担当部局との連携
2	保健部局との連携
3	医療機関からの情報提供
4	民生委員等住民からの情報提供
5	地域包括の総合相談支援業務
6	本人・家族等からの相談
7	特定健康診査等の担当部局との連携
8	訪問

②対象者の決定

後述の介護予防・生活支援サービス事業の対象者は基本チェックリスト該当者のみであるが、一般介護予防事業の対象者は65歳以上のすべての高齢者となっている。このため、対象者の決定には、基本チェックリスト（表2-1-2）だけでなく、各市町村独自のチェックリスト等を使用して行うことができる。

基本チェックリストとは、高齢者の生活機能を評価し、要介護状態となるリスクを予測することを目的に開発された25項目の質問票である¹⁾。非要介護認定者でN o. 6～10の合計が3点以上、N o. 11、12の合計が2点、N o. 13～15の合計が2点以上、N o. 1～10の合計が10点以上の者が対象者として抽出される。各市町村独自のチェックリストを使用して抽出を行ってもよい。

また、基本的には65歳以上の全ての者が一般介護予防事業の対象であるため、希望者に関しては基本チェックリスト、または各市町村独自のチェックリストの該当にかかわらず対象者となる。

表2-1-2 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	バスや電車ですら一人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	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あがっていますか	0.はい	1.いいえ
8	15分くらい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「いつも同じことを聞く」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
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。

③口腔機能や栄養状態に着目した把握方法

基本チェックリストのN o. 11～15 の項目が口腔機能や栄養状態に関する項目であり、栄養はN o. 11、12 の2項目、口腔はN o. 13～15 の3項目の内の2項目に該当すると対象者として抽出される。各市町村独自のチェックリストを使用される場合も、同じような内容の項目があることが望まれる。

口腔機能や栄養状態に着目した把握を行うためには、N o. 11～15 の項目に重点を置き、その内1項目でも該当した者に対して反復唾液嚥下テスト（RSST）、口腔内の観察（食物残渣の有無の確認など）を行う。さらに体重、食事内容、食事の準備、食事の状況等の聞き取りを行い、対象者とするか否かを判定する。

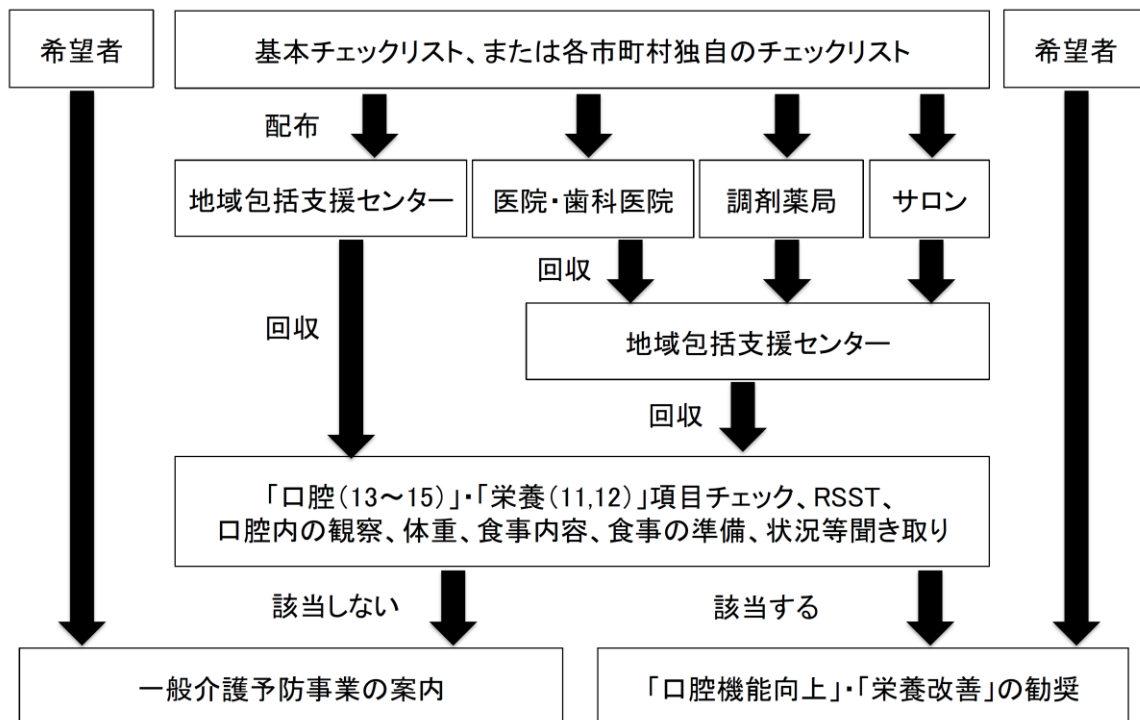
また、近隣の医院や歯科医院においても、事前に口腔機能や栄養状態に関連した項目に閉じこもりの関連項目を加えた、N o. 11～17 の項目のみに限定した基本チェックリストの簡易版（表2－1－3）を配布、65歳以上の受診者に対し回答してもらい、その内1項目でも該当した者を医院や歯科医院から市町村に報告してもらうことにより潜在的な対象者の把握を図ることも有用である。

表2－1－3 簡易版基本チェックリストの例

口腔機能向上・栄養改善アセスメント表(例)								
お名前				記入日 年 月 日				
				記入場所 医院/歯科医院				
口腔・栄養改善の関連項目								
11	6か月間で2～3kg以上の体重減少はありましたか					はい	いいえ	
12	身長(cm) 体重(kg) (* BMI 18.5未満なら該当) * BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))					はい	いいえ	
13	半年前に比べて堅いものが食べにくくなりましたか					はい	いいえ	
14	お茶や汁物等でむせることがありますか					はい	いいえ	
15	口の渇きが気になりますか					はい	いいえ	
暮らしぶりの関連項目								
16	週に1回以上は外出していますか					いいえ	はい	
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか					はい	いいえ	
その他								

報告された該当者に対しても、反復唾液嚥下テスト（RSST）、口腔内の観察（食物残渣の有無の確認など）を行う。体重、食事内容、食事の準備、食事の状況等の聞き取りを行い、対象者とするか否かを判定する（表2－1－4）。

表 2－1－4 フローチャートの例



RSST：30秒間に何回空嚥下ができるかを計測する。2回以下を対象者とする。

口腔内の観察：歯への食物残渣やプラークの付着を確認する。

体重：定期的な体重測定の実践の有無、体重の変化量、体重の減少や増加が継続していないかを確認する。

食事の内容：1日の食事回数、主菜（肉・魚・豆類・卵などたんぱく質を多く含む食品を主とした料理）や副菜（野菜を主とした料理）、牛乳・乳製品・豆乳などの摂取回数、水分の摂取量を把握する。健康食品（サプリメントを含む）、こだわって習慣的に摂取している食品が、栄養面で不適切あるいは経済的に負担になっている場合もあるので確認する。

食事の準備：買物や食事の準備に不自由を感じているか、特に野菜や果物などの生鮮食料品を定期的に入手できる状況にあるかどうかを確認する。また、食品の調理や保管が衛生的になされているかの確認も大切である。

食事の状況：食欲や食事への意欲の低下は、低栄養の大きなリスクとなる。そのため、食欲の有無、食事が楽しいか、他の人と一緒に食事をする機会があるか、1日の中での食事パターンなどを確認する。

なお、3か月以内の手術や食事療法の必要な入院、食事療法や食事に注意が必要な慢性疾患、継続する下痢や便秘がある場合には、管理栄養士が個別相談を行い必要に応じて医師の指示や指導等を受ける（表 2－1－5）。

表 2-1-5 アセスメント表

口腔機能向上・栄養改善アセスメント表(例)								
お名前				記入日 年 月 日				
A 個別相談や医師への相談の必要性								
1	この3か月以内に、手術や食事療法の必要な入院をしましたか					はい	いいえ	
2	呼吸器疾患、消化器疾患、糖尿病、腎臓病などの慢性的な病気はありますか					はい	いいえ	
3	下痢や便秘が続いていますか					はい	いいえ	
B 体重								
1	定期的に体重を測定していますか 直近の時期に測定した身長 cm, 体重 kg					はい	いいえ	
2	この3か月間に体重が減少しましたか					はい	いいえ	
3	この3か月間に体重が増加しましたか					はい	いいえ	
C 食事の内容								
1	1日に何回食事をしますか						回	
2	肉、魚、豆類、卵などを1日に何回、食べますか						回	
3	野菜や果物を1日にどの位食べますか						皿	
4	牛乳やヨーグルト、チーズなどの乳製品、豆乳を1日に何回位食べますか						回	
5	水、お茶、ジュース、コーヒーなどの飲み物を1日に何杯位飲みます						杯	
6	健康のためなどで、意識して食べている食品、補助食品、サプリメントなどがありますか					はい	いいえ	
D 食事の準備状況								
1	自分(料理担当者の())が、食べ物を買に行くのに不自由を感じますか					はい	いいえ	
2	自分(料理担当者の())が、食事の支度をするのに不自由を感じますか					はい	いいえ	
E 食事の状況								
1	食欲はありますか					はい	いいえ	
2	食事をすることは楽しいですか					はい	いいえ	
3	1日に1回以上は、誰かと一緒に食事をしますか					はい	いいえ	
4	毎日、ほぼ決まった時間に食事や睡眠をとっています					はい	いいえ	
F 特別な配慮の必要性								
1	食べ物でアレルギー症状(食べると下痢や湿疹がでる)がでますか					はい	いいえ	
2	1日に5種類以上の薬を飲んでいませんか					はい	いいえ	
3	医師に食事療法をするように言われていますか					はい	いいえ	
G 口腔・嚥下								
1	小さくしたり刻まないと食べられない食品がありますか					はい	いいえ	
2	飲み込みにくと感じることがありますか					はい	いいえ	
3	反復唾液嚥下テスト(RSST)						回/30秒	
4	口腔内の清掃状態					よい	悪い	
H その他								

【出典】

1) 葛谷雅文. 低栄養. 新老年医学第3版, 大内 尉, 秋山弘子編集. 低栄養, 東京大学出版会, 東京, 2010;579-90.

〔2－1－2〕介護予防普及啓発事業

（１）現行の事業概要

介護予防普及啓発事業は、介護予防への関心を高め、その重要性や正しい知識を一般に広く周知するために普及・啓発活動を行うものである。

具体的には、実施要綱にもあるように、従来の介護予防事業で実施していたパンフレット等の作成・配布、講演会・相談会・運動教室等の介護予防教室の実施などがあげられる。

「口腔」・「栄養」の個別性を加味した通所型や訪問型などの介護予防プログラム提供（介護予防・生活支援サービス事業）の基盤ともなる事業であり、種々の普及啓発の媒介手段を通じ幅広く実施できる事業である。

なお、「口腔」や「栄養」関連の基本的な一般介護予防とは「老化や疾病に伴う食べる機能の虚弱化（オーラルフレイル）と低栄養」の予防が中心的な内容になる。

（２）新たな総合事業実施をふまえ工夫すべき方向性

現在、急速に増加する後期高齢者への生活支援等も含んだ介護予防という幅広いニーズに対応するため、従来のような啓発普及等に始まる事業のあり方が問われていると言える。今後の介護予防の啓発普及は、誰もが遭遇する加齢の進行に早期から地域ぐるみで対応する基盤づくりとして、リハビリ専門職の対応の前に、地域の自治会や老人会・趣味の会など、住民が主体的に参加する身近な生活の場での生活支援も含む総合的で継続的な実践への啓発が求められている。

一方、これまでの口腔機能向上や栄養改善の介護予防プログラムは、その普及実績が極めて低い傾向にあった。この低調さの原因に「口腔」や「栄養」のプログラムが実績報告に反映しにくいというえ、そのプログラムの意義や効果が強調される反面、介護保険事業所や福祉現場で口腔や栄養を担う専門職を確保し難いうえ、かえって歯科や栄養以外の専門職には手が出しにくいプログラムと感られたり、他の職種の簡単な実施内容までは実績報告に反映されていないなどが指摘されている。

しかし、今後は地域集団への幅広い啓発を行う担い手は、自治体職員や担当する専門職や事業者だけでなく、多様な機関団体、さらに当事者である高齢者も含めた地域住民の主体的な予防活動に焦点をあて、幅広く地域の隅々まで浸透できるような二重三重の介護予防アプローチを実施することが求められている（図２－１－１）。

したがって、「口腔」や「栄養」の啓発事業としては、運動や認知症の対策など他の啓発普及と別々に実施するだけでなく、この住民参加型で行う介護予防・生活支援全体の啓発活動の中に、口腔機能や低栄養なども抜け落ちずに位置づけられるような方向転換を軸に重視する必要がある。

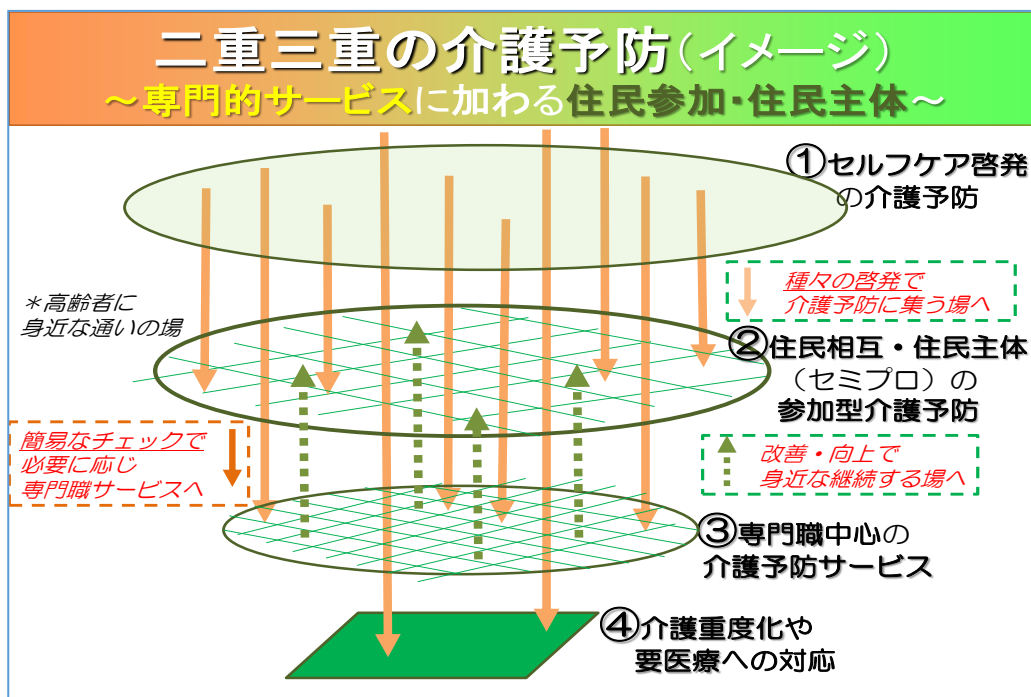


図 2-1-1 「二重三重の介護予防アプローチ」

このような多職種及び住民が協働して介護予防を展開する上で、高齢者の健康から病気や要介護に至る中間で、加齢とともに身体的にも精神的にも社会的にも弱まっていく予備能力低下としての「フレイル（虚弱）」や「オーラルフレイル（口の機能の虚弱）」という概念が大いに役立つ。このような概念を関係職種のみならず高齢者や家族関係者も分りやすく説明（図 2-1-2、図 2-1-3）することで、運動や栄養や口腔などの種々の介護予防プログラムを関連づけて統合し、総合的な支援として啓発できる。また、介護予防部門のアプローチにおける専門職間の互いの理解と連携構築にも役立つ。

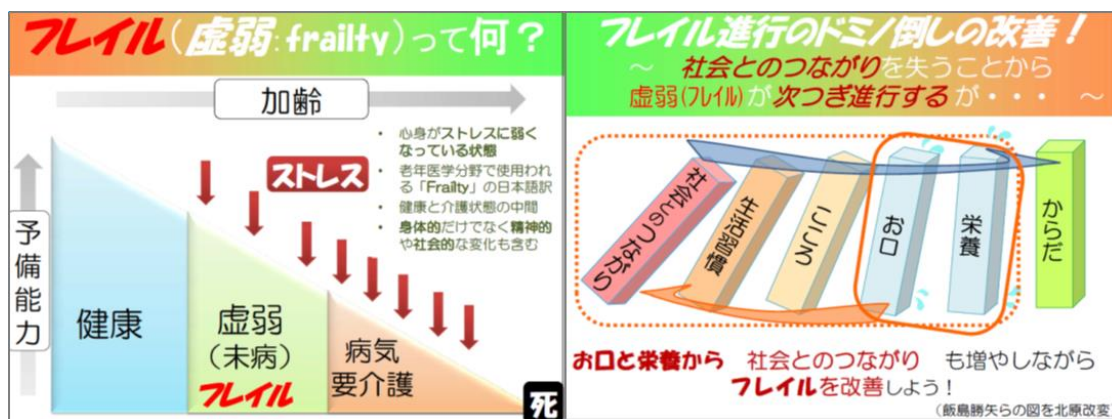


図 2-1-2 「フレイルって何?」「フレイル進行のドミノ倒しの改善!」

この二重三重の介護予防アプローチを、高齢者自らの状況にあった活動やサービス利用に連動させるためには、地域の啓発・予防活動の中で基本チェックリストのような個別アセスメン

トの実施が重要な役割を果たす。高齢者が身近な介護予防活動の場で日々変化しやすい今の自らの状況を簡単に知り、必要に応じ専門職のサービス等を利用し、その後も地域の社会参加等の中で継続して介護予防活動ができる連携を構築することが求められる。ここに専門職不在でも実施可能な歯科や栄養のチェック項目（図2-1-4）を含むことが望ましい。

また、社会的に孤立した高齢者が要介護のハイリスク者となることから、当該対象者には訪問型の個別アプローチなども必要に応じて加味しながら、その状況に適した社会とつながりを見出せるような支援も工夫する。



図2-1-3 様々なフレイル進行のドミノ倒し

『介護予防啓発事業』と『介護予防活動支援事業』

口腔の専門職につなぐ自己チェック項目例

ここは、原則、基本チェックリストや口腔機能向上マニュアルの項目などから、全国もしくは各地域内で共有できたものを共通に使用したい。

＜反復唾液嚥下テスト＞

「30秒間で何回
“ごっくん”できますか？」

回数	人数
3回未満	嚥下の障害？ か 口腔の乾燥？
4～6回	機能の訓練が必要
7～9回	なかなか難しい
10回以上	よい

「できるだけ何回も
“ごっくん”を繰り返して」

ごっくんテスト
(反復唾液嚥下テスト)
と
パタカ発声テスト
(オーラルディアド
コキネシス)

住民主体の普及活動
向けのチェックテスト

「パタカ発声力」記入用紙

今日の口腔の調子チェック結果
オーラルディアドコキネシス

お名前 藤本 留子
26年 7 月 8 日の記録

1秒あたりの平均回数

パ	タ	カ
65	65	65

点の数

65 ÷ 10 = 6.5

点の数

÷ 10 =

点の数

÷ 10 =

「口の機能低下」のチェックシート

- ① 固いものが食べにくいですが
- ② お茶や汁物等でむせることがありますか
- ③ 口がかわきやすいですか
- ④ 薬が飲み込みにくくなりましたか
- ⑤ 話すときに舌がひっかかりませんか
- ⑥ 口臭が気になりますか
- ⑦ 食事にかかる時間は長くなりましたか
- ⑧ 薄味がわかりにくくなりましたか
- ⑨ 食べこぼしがありますか
- ⑩ 食後に口の中に食べ物が残りやすいですか
- ⑪ 自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか

(平成21年3月「口腔機能向上マニュアル」より)

図2-1-4 口腔の専門職につなぐ自己チェック項目

以上をふまえ、啓発の場所や手段・方法あるいは媒体等はもちろんのこと、対象となる高齢者の状況、とくに心理的側面（社会的な孤立）等も十分に意識し、独居とは限らない孤立高齢者の居場所づくり、社会参加等の事業などとの連携を配慮して実施すべきである。

(3) 具体的な改善方策

1) 地域全体への啓発普及（キャンペーン活動）

地域の高齢者の生活が運動・栄養・口腔・社会参加などの適切な介護予防への活動方向に変えていくには、本人自覚や認識はもとより、高齢者を取りまく関係者・関係機関・関係団体、さらには、地域社会全体の支援や環境整備を進めるヘルスプロモーション活動が重要な要素である。

そのために、ポスター配布や著名人による講演会の実施、あるいは自治体独自のゆるキャラやマスコットキャラクターなどによる啓発なども考えられる。

2) 心が動き継続的行動へとつながる教育支援

個々の高齢者が自らの介護予防と健康寿命延伸のために、「口腔」や「栄養」関連を含んだ活動に主体的に取り組み、すぐに生活の中に浸透し継続できると同時に、住民から住民へと地域全体に波及していくような、分かりやすく共感性のある魅力的な内容であることが望ましい。

そのためには地域包括支援センター単位に対象となる地域の現状や課題（地域診断の結果）および個々の高齢者の特性をふまえ、以下のような点から、より多くの人々が参加し納得でき、誰しものが簡単に安全に実施できるよう配慮した啓発プログラムの作成を工夫する。

また、専門職不在の場であっても、できれば簡易なチェックアップを盛り込み、本人の主体性を引き出し、そこから必要な介護予防サービスにつながるような工夫をしておく。

ア まず心を動かす ～魅力的なタイトルと内容構成づくり

- a 対象高齢者が興味を引き心が動くようなプログラム名やキャッチフレーズが重要となる。

* 魅力的なタイトルのコツ

①対象のニーズ・本音などを把握、②要素を凝縮して短文化、③心動かす味付け（数字・即効性、ドキッリ表現など。（例：「明日から加齢を止める3つの簡単習慣」、「いつまでも〇〇なのはそんな方法だから」など）

- b 教室などの場合は医学的な説明や専門的な知識の提供は簡潔にし、関連する簡単な演習や実習を短時間も組み入れ参加型で実感が湧くようにする。

- c 啓発事業の案内用リーフレットにも簡単な自己チェックやクイズなどで参加意欲・実施意欲を高めるようにする。

* 自己チェック結果は、必要に応じ専門職による介護予防サービス事業等につながるように配慮する。

イ わかりやすく・やりやすく・安全に ～ 高齢者の能力や体力に応じた安全な内容

- a リーフレットやテキスト等は文字の大きさ・色づかい（カラーバリアフリーの視点）など高齢者の立場から確認する。

- b 言葉づかいや理論は高齢者でも理解しやすく簡潔にする。

- c 演習や実習は個々の高齢者の能力や体力に応じ安全にできるよう行う。
 - * 皆が継続して実施できるように、ボランティアなども活用し互いに支えあい助けあって行おう。

ウ やってみてすぐの手ごたえ ～ 効力感・達成感のある内容

- a その場で簡単にすぐ実感が得られるプログラムを入れる。
- b 実践効果をその都度感じられるよう実施記録がつけられる支援を行う。
- c 一定期間内での参加回数を目標にするなど、負担の少ない自己目標を設定することで各個人が具体的な目標に到達することがイメージできる内容とする。

エ 続けたいくなる、伝えたいくなる ～ 継続性、波及性のある内容

- a 簡単で見やすい媒体（パンフレット）を使って家庭でも高齢者が個人で継続できる。
- b 家族や仲間・地域に伝え共有し、一緒に実践できる。
- c スマートフォン等で簡単に動画を見ることができる。
- d 地域における自主グループ等仲間と継続できる場の紹介ができる。

- * 市町村や健康保険組合の実施する個人にインセンティブを提供する取組※との連携も継続実施に有効である。

※ 個人にインセンティブを提供する取組

国民の予防・健康づくりへの参加にむけ、地域や職域の特に健康に無関心な層に対して、健康に対する問題意識を喚起し、行動変容につなげることを目的として実施するもの。すでに一部の医療保険者や企業、市町村等で行われており、国は保険者努力支援制度における評価指標候補とするとともにガイドラインを示している。これらと連携し、参加者だけでなく地域活動の担い手にもインセンティブを得ることができるようにすることで、住民主体の活動の取り組みの推進や無関心層参加のきっかけづくりとなることが期待される。

3) 地域の歯科や栄養の専門職を有効に活用

地域には様々な健康教室等が開催されているが、高齢者の参加しやすい身近な教育の場まで行政の歯科や栄養の専門職が関わるのが難しい現状である。地域の歯科医師会、歯科衛生士会や栄養士会と連携し、このような場で高齢者への技術支援や専門知識普及の講演等を依頼したい。単なる啓発だけに留まらず、地域の身近な専門職との顔の見える連携づくりへと発展させる形で、有効に活用すべきである。

健康教室等の内容に、図2-1-4の自己チェックのような簡単な質問票記入や実習の時間は設けることが望ましい。参加者は自分の「口腔」や「栄養」の現状や課題を具体的に確認でき、歯科や栄養の専門職は参加者の具体的な現状を把握し、その場

で必要なサービスや専門機関につなげることができる。

実施状況を行政に報告してもらい、他の専門職とのすり合わせを繰り返すことによって、担当者にとっては「口腔」や「栄養」面からの知識、技術、啓発方法や個々の状態にあった「口腔」や「栄養」の専門機関につなぐ体制を見直す機会とすることができる。

4) 有効な保健師、健康運動指導士、作業療法士、理学療法士などによる啓発

行政に勤務する歯科・栄養専門職、特に歯科職は圧倒的に少数派で、介護予防担当部署にはほとんど配置されていない実態がある（図：2-1-5）。

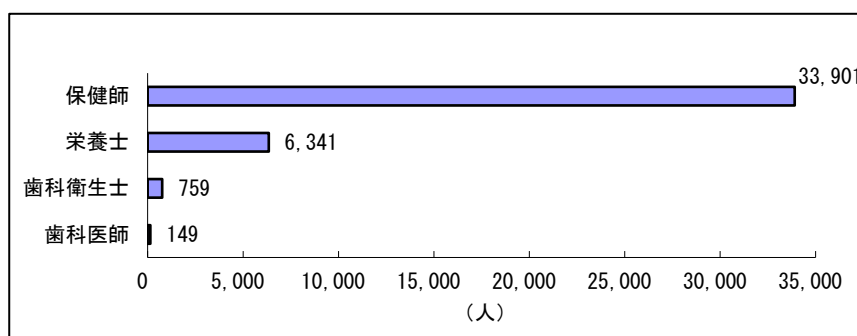


図 2-1-5 行政に勤務する専門職の常勤者数 (人)

出典：歯科医師、歯科衛生士：厚生労働省歯科保健課調べ（平成28年4月現在）、栄養士：厚生労働省健康課栄養指導室調べ（平成28年6月1日現在）、保健師：平成28年度 保健師活動領域調査 (H28. 5. 1)

そこで、介護予防事業では外部の歯科・栄養専門職を活用していくことが多いが、「口の体操」などは他職種でも地域の住民ボランティアでも簡単に実施でき、口腔・栄養の介護予防活動に導入する有効な手段となる。

特に、保健医療系の専門職も積極的に、口腔機能や栄養のプログラム内容を取り入れたり、関連性にも踏み込んだりすることで、その異なる分野から総合的に介護予防への理解を促すことができ、互いのプログラムを一層魅力的にした予防啓発活動が可能となる。また、ケアマネジャー、地域ボランティア、家族といった顔見知りからの側面的なはたらきかけも高齢者への啓発に大変有効である（図2-1-6）。

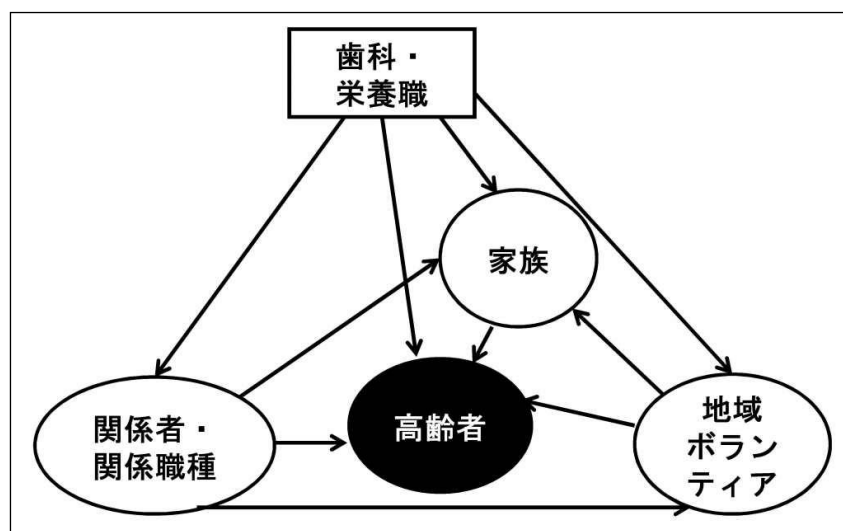


図 2-1-6 高齢者を取り巻く関係者の関わり

しかし、昨今はこれらの啓発や働きかけの場にも参加しない者が増えている実態もある。その背景に後期高齢者の増加、特に高齢者のみの世帯や独居世帯の増加や身体的・心理的要因等による社会的な孤立がある。その結果、会話は減少し、口の機能低下、低栄養化と続く介護重度化つまりフレイル進行の可能性(図 2-1-2)が指摘されている。

こういったハイリスク者を把握するためには、地域のコンビニエンスストアやかかりつけの診療所(高齢者が多い整形外科医院や歯科医院など)・薬局などからのかかわりの重要性も指摘されている。したがって、歯科や栄養面で着目すべき具体的なハイリスク要件は医師・歯科医師・薬剤師等とも共有して情報提供等の協力を得るとともに、高齢者関連事業や自治体の他部局、医師会や歯科医師会、あるいは食料品店や飲食店連合会など民間機関などと連携したアプローチなど、多方面からのはたらきかけを図ることが必要となる。

5) 口腔機能を感じる簡単な実習例

反復唾液嚥下テスト(RSST)やパタカの反復発声テスト(オーラルディアドコキネシス)など、口腔機能向上事業で専門職が行っている評価法は、歯科職以外の専門職や研修等で説明と実習を受けた普及人材がいれば、口腔機能の重要性への動議づけを行うことができる。

千葉県柏市ではフレイルチェック講座で「指輪っかテスト」を行っているが、口腔関連でも「ごっくんテスト」や「パタカ発声テスト」(図 2-1-7)は比較的準備が簡単で、受講者参加型の方法でハイリスク者のあぶり出しもできる。

このように、一緒に楽しく安全に実習を行うことができる上、基本チェックリストなどの質問項目とあわせることで、対象者の自己管理の目安であると同時に専門的なサービスの必要性の有効な目安ともなる。

＜反復唾液嚥下テスト＞

「30秒間で何回 “ごっくん”できますか？」



回数	人数
3回未満	嚥下の障害？ か 口腔の乾燥？
4～6回	機能の訓練が必要！
7～9回	なかなか 良い！
10回以上	こりゃすごい！

**「できるだけ何回も
“ごっくん”を繰り返して下さい」**

「パタカ発声力」記入用紙

今日のお口の調子チェック結果

お名前 厚木 保子
26年 7 月 8 日の結果

オーラルディアドコキネシス

① パタカをそれぞれ10秒間で何回発声出来たかをカウントします。(鼻息をOK！)

② 発声回数をペンで点を書いてカウントします。

③ 点の数を10で割り、1秒あたりの平均回数を出します。

1秒あたりの平均回数

パ	タ	カ
6.5		

— それぞれの発声回数をペンで点を書いてカウントして下さい —

パ

点の数 1秒あたりの平均回数

$65 \div 10 = 6.5$

パ：唇をしっかりと閉じることで発音
→喉を潤すために重要

タ

点の数 1秒あたりの平均回数

$\square \div 10 = \square$

タ：舌の先端を上唇にふれて発音
→上唇に飲み込むために重要

カ

点の数 1秒あたりの平均回数

$\square \div 10 = \square$

カ：舌の先端が口蓋にふれて発音
→舌の先端が口蓋にふれて発音

図 2－1－7 住民主体の普及活動向けのチェックテスト例～「ごっくんテスト」と「パタカ発声テスト」

また、実生活に密着した以下のような方法でも、口腔機能の重要性への動議づけを行うことができる。

- a 身近な飲食物による摂食嚥下実験（ゴマかけ、刻み、各種水のみ）
- b 身近な飲食物による口腔内汚染観察（黒色ビスケット）
- b 唾うるおいチェックシートの活用（コーヒーフィルタによる刺激唾液量簡易測定）
- c 舌乾燥味覚実験（塩、砂糖）
- d 希釈液の味覚実験（アルカリイオン水等）

など

(4) 具体的な改善方策の事例

1) 新宿ごっくんプロジェクト（東京都新宿区）

プロジェクトキャラクター「ごっくん」(図2-1-8)を活用し、自己チェックシートや相談支援窓口を掲載した連携ツール(図2-1-9)などを活用し、摂食嚥下障害について他職種と住民への普及・啓発に取り組んでいる。

プロジェクトキャラクターの
「ごっくん」です！
よろしくね♪



図2-1-8 ごっくん

新宿ごっくんプロジェクト

食べる幸せをいつまでも

～“口から食べる”をサポートします～

摂食嚥下障害ということばを聞いたことがありますか？加齢や病気によって、食べたり飲み込んだりすることが困難になることです。場合によっては、肺炎や窒息事故につながることもあります。

**早めに気づき、
対応をすることがとても大切です。**

まずは、あなた自身やご家族、
まわりの方の症状をチェックしてみましょう。

★ ごっくんチェック表 ★

○がひとつでもあれば、摂食嚥下障害を疑って相談しましょう。

- ☐ 1年以内に肺炎と診断されたことがある
- ☐ 6か月間で2～3kg以上の体重の減少があった
- ☐ お茶や汁物等でむせることがある
- ☐ のどに食べ物が残る感じがする
- ☐ 食べるのが遅くなった
- ☐ 半年前に比べて硬いものが食べにくい
- ☐ 口の渇きが気になる

～相談の流れ～

紹介

紹介

かかりつけ医、
訪問看護師、
ケアマネジャー、
在宅医療相談窓口など

医師・歯科医師
栄養士
歯科衛生士

専門家に、食事内容や姿勢の工夫・
飲み込みの仕方を教えてもらえます。

在宅医療相談窓口 TEL / (5312) 9925 住所 / 新宿区三栄町 25

編集・発行 / 新宿区健康部健康づくり課 健康づくり推進係 住所 / 新宿区新宿5-18-21 TEL / (5273) 3494

図2-1-9 新宿ごっくんプロジェクト リーフレット
http://www.city.shinjuku.lg.jp/fukushi/kenko01_001089.html

2) お口の健口体操動画（神奈川県）

「口の体操」の基本的な動きを簡単な解説と訓練の動きにあった音楽の入った DVD で、地域での教室や講習会などの際に上映している。

体操の種類により短時間（3分程度）に分断化されており、必要に応じて部分的にも活用できる。動画配信（図 2－1－10）を行うことで、関係者のみならず住民が手軽に自宅等で学習する教材ともなっている。



図 2－1－10 お口の健口体操

お口の健口体操（元祖：湘南版）～お口の体操として初めて作成され基本的な動画
<http://kenkofujisawa.jp/ja/kenkonavi/89-kenkou-jyouho/145-okuchi-kenkota iso-2.html>
かながわ健口体操の動画（進化版）
<http://www.pref.kanagawa.jp/cnt/f470190/>

(参考) 基本となった口腔機能向上のための「くち体操法」教材
「お口の健口(けんこう)体操」(出典: 神奈川県)

～ 基礎編 ～

1) 顔面体操

唇、頬などの顔の筋肉を動かすことで、脳に
ほどよい刺激が伝わり、表情を豊かにします。



『グー』『チョキ』『パー』『プー』を
顔でやってみましょう。(各3～5カウント)
(指導者は両手のアクションを添えるとよい)

「グー」は、目と唇をギュッと閉じて、口元を上げ
ます。(そのまま、カウント)
「チョキ」は、口をしっかりと閉じて唇を前に突き出
し、目は鼻の先を見るようにします。(カウント)
「パー」は、目と口を思い切り開けて、目は天井を
見ます。(カウント)
「プー」は、口をしっかりと閉じて頬を膨らませます。
(頬を膨らませたまま、目を左右に計6～10回動かします)

2) 舌体操

舌の動きや、唾がよく出るようになります。
その結果、口の乾きが改善し、食事の飲み込
みが良くなります。

口を開けて行う舌体操 (各3回)

- ① 舌の先端に力を入れ、思い切り出したり
引っ込めたりします。(出して、引っ込めて、……)
- ② 出来るだけ前に出して、右左に動かします。
(前に出して、右、左、……)
- ③ 鼻の頭や顎を舐めるような
感じで、舌を上下に動かします。
(前に出して、上、下、上、下、……)
- ④ 舌をひっこめましょう



口を閉じて行う舌体操

(指導者は 舌の位置を 指で示す)

- ① 舌で上唇を、次いで下唇を押します。(3回)
- ② 右左の頬を押します。(5回)
- ③ 右回り、左回りで
回します。(3回)



唾が溜まったら、ゴックン

3) 唾液腺マッサージ

マッサージする事で唾が出やすくなり、口の中は潤
い、舌の動きが良くなって飲み込みやすくなります。

3大唾液腺 (「耳下腺・顎下腺・舌下腺」と、部位を指で示し)

・耳下腺のマッサージ (オタフクで腫れる所)

人さし指から小指までの4本の
指を揃えて頬に当てます。
上の奥歯の辺りを上を通して後ろから前(3回)、
下を通して後ろから前(3回)を繰り返します。
(※注意: 単純なグルグル回しにしないように)



・顎下腺のマッサージ (下顎の骨の内側)

親指を顎の内側柔らかい部分に当て、
耳の下から顎の先に向かい親指で押
し上げるようにします。
押して、離してを繰り返しながら
前にずらしていきます。(5カ所)



(※注意: リンパ節などある部分です。痛みなど感じたら無理せずに)

・舌下腺のマッサージ (舌の下につけ根)

舌(べろ)の付け根を突き上げるように
親指で押します。
顎は少し引きましょう。
押して、離して、を繰り返します。(5回)



～ 応用編 ～

「あ・い・う・え・お」の母音(ぼいん)は言葉の基本
です。脳の神経全体の刺激となり、顔全体の表情も
まんべんなく引き出します。

1) あいうえお体操

(指導者は両手で口の形のアクションをするとい)

口の形をしっかりと、顔全体使って
発音してみましょう。



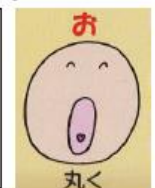
「あ」は大きく「あ」
「い」は横引く「い」
「う」は突き出し「う」
「え」は四角く「え」
「お」は丸く「お」



大きな声ではっきりと言ってみましょう。



明日はあなたと「あ・あ・あ」
行こう一緒に「い・い・い」
嬉しいうきうき「う・う・う」
笑顔で演習「え・え・え」
奥さんお上手「お・お・お」



次にリズムをつけて言ってみましょう。

2) 指折りでパタカラ発声

「パタカラ」の発声はムセや誤嚥の防止になります。
「パ」は唇を閉じる力をつけ、
唇や舌の動きを良くします。
「タ」・「ラ」は舌が上あごや前歯に接する力をつけ、
「カ」は口の奥を狭める力をつけます。

手元で指を折り(伸ばし)ながらやってみましょう
(8回 ⇒ 折った人指しユビ を伸ばすまで)
「パ・・・(8回) パー」と両手を開き前に出して、
次に「ストーン」と下げ「楽にして」で一区切り。
「タ・・・」「カ・・・」「ラ・・・」と順番に
発声して「パー」と両手を前に出し、それぞれに
「ストーン」「楽にして」と繰り返します。
最後に続けて「パタカラ」「パタカラ」
「パタカラ・パー」で終わる **「パタカラ」**
肩と首をほぐして楽にしましょう。



くち体操* 実施時の注意点

『くち体操』は身体運動に比べ、心臓や呼吸への負担が極めて少ないのが特徴ですが、以下の点にご注意ください。

- 無理はしないで、自分のペースで実施してください
とくに、深呼吸では無理して息を止めないでください
(血圧の上昇を招くおそれもあります)
- 体調が優れないとき、すぐにスタッフに声をかけてください
とくに、顎の関節や歯や口などに痛みがある時は無理しないでください。(毎回、歯科医師・歯科衛生士・保健師が同席していますので、是非、ご相談下さい)
- くち体操では唾が良く出るようになります
自分の唾でムセないようにご注意ください
- くち体操の実施前には、必ず「ぶくぶくチェック」を実施してください
チェックを兼ねて口の汚れも落とします
(口の汚れなどを誤って肺に吸い込まない為です)

3) 健口(けんこう)ストレッチ講座(北九州市)

地域の健康講座等に歯科衛生士会を通して歯科衛生士を派遣、申込者の要望にあわせ、食べる機能(摂食・咀嚼・嚥下)が分かる解剖図を使った講義や手づくり模型を活用した口、舌の体操などを行っている(図2-1-11)。

また、媒体は、地域の地名を取り入れた「ことばあそび」など楽しく取り組める内容とし、自宅で継続的に利用しやすいような仕様(水に強い材質で穴を開けて作成し、洗面所にかけて使用できる)としている(図2-1-12)。



図2-1-11 手作り模型を使った健口体操

【事例紹介】

事例 1	新宿区「新宿ごっくんプロジェクト」での住民啓発
自治体名	東京都新宿区
主旨	高齢になっても、美味しく安全に食事が摂れるため、摂食嚥下障害者を支援するための医療・介護の連携とまちづくり
事業内容	住民が摂食嚥下機能の衰えを気づくためのチェックシートの開発と普及啓発。リスクのある人を医療等につなぐためのツールの開発と関係者の研修、顔の見える関係作り。
担当部局 実施協力 連携体制	新宿区健康部健康づくり課 慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学講座、国立国際医療研究センター病院、新宿区医師会、新宿区四谷牛込歯科医師会、新宿区歯科医師会、ケアマネット新宿、ハッピーリープス、メディカルケア協会、他
経緯	新宿区高齢者保健福祉計画（平成 24 年～26 年度）において、地域のリハビリテーションの連携についてのモデル事業を行った際、具体的な連携のテーマを「摂食嚥下障害への支援体制の構築」とし、関係多職種による検討会を行政内に設置し、地域への展開を図った。
利点	「食べる」ことは、高齢になってもっとも関心の深い事柄であり、住民はもとより、多職種が関わるテーマとして最適であったこと。
苦勞	摂食嚥下機能障害は、医療の中でも多分野（リハビリテーション科、耳鼻咽喉科、歯科等）にまたがる領域であるとともに、介護の領域においてもさまざまな職種が関わるため、共通認識を醸成したり、役割の分担と協働を作り上げることが困難であった。
行政の役割	・検討会を設置し、多職種の代表が協議する場を作る。・住民、専門家が連携するためのツールの開発と普及、・多職種協働の研修会の実施、・事業評価
促進要因	国の在宅医療重視の流れの中で、摂食嚥下支援は、多職種連携のテーマとして適していたこと。具体的には、医師会、歯科医師会等専門団体が参加しやすかった。
阻害要因	口の機能の低下が、住民の中で顕在化しにくいこと。専門家の間で、役割の違いを踏まえた連携のあり方について共通認識を得るのに時間がかかった。
対象住民の声	「生涯、自分の口で食べられるということは、大切だね。」との共感の声。食事会など、地域住民が参加する場で普及しやすいとの声。
主な活動費	区の一般財源（東京都の医療包括補助事業の補助金を含む）
事業評価	摂食嚥下支援の体制の構築ができた。区民に対して、口腔機能の重要性の啓発ができた。歯科衛生士の居宅療養管理指導によるサービスの件数に増加が認められた。
今後の課題	住民自身が「ごっくんリーダー」となる住民参加型の活動へと展開し、地域の中に定着させること

事例 2	桐生市一般介護予防事業「口から健康プログラム」
自治体名	群馬県桐生市
主旨	いつまでも地域住民が自立した日常生活を営むことが出来るよう、一般高齢者向けの口腔機能低下予防を普及啓発する。
事業内容	65 歳以上の市民が、歯科医院において、口腔清掃チェック、口腔機能に関する指導を受け、自宅でも主体的に実施できる介護予防としての口腔機能維持、向上を支援する事業。
担当部局 実施協力 連携体制	桐生市役所 保健福祉部 長寿支援課 長寿支援係 一般社団法人 桐生市歯科医師会
経緯	・ 桐生市歯科医師会において、平成 23 年度から 3 年間、厚生労働省・地域医療再生事業モデル事業として「口から健康プログラム」を実施。 ・ 桐生市においては、平成 23 年度より二次予防事業の複合プログラムに口腔機能改善向上を目的に取り組みを開始。平成 26、27 年は二次予防事業対象者に口から健康プログラムとして「口から健康プログラム」を通所型介護予防事業として実施。平成 28 年度から介護予防・日常生活支援総合事業の一般介護予防事業に移行して実施。
利点	個別の事業実施による確実かつ継続的な口腔機能向上支援ができる。また、近くの歯科医院で実施できる。歯科医院に個別に予約するため、参加者の都合に合わせやすい。6 月以降であれば、実施時期を選べる。利用者負担がない。
苦勞	システムづくりや予算の確保。
行政の役割	・ 実施担当者である歯科医師会との間で、委託契約締結、周知。歯科医師会担当理事、担当係との事前、事後等打ち合わせによる連携などを行っている。 ・ 事業の流れから見ると、当該事業の希望者は、登録歯科医院を通じて、プログラムへの参加を申し込む。参加申込書等を、歯科医師会から月毎に受け取る。プログラム実施後、歯科医師会からの請求一覧表と請求書を月毎に受け取り、精査の後、委託料を支払う。
促進要因	桐生市歯科口腔保健の推進に関する条例に沿った体系的整備、桐生市の高齢人口の増加。
阻害要因	広報活動、市民への周知、費用対効果が見えにくい点。
対象住民の声	アンケート結果で指導内容、満足度が高い。
主な活動費	平成 28 年度予算： 介護保険事業特別会計 地域支援事業費 120 万円（一人につき 3,500 円×4 回） 平成 28 年度実績： 実施人数 44 人（4 回 1 クール） 3,500 円×4 回×44 人＝616,000 円
事業評価	地域で活躍できる「くちけんサポーター」（仮称）の増加と活動拠点拡大。8020 人口の増加。

今後の課題

(実施主体：桐生市)

広報活動の充実、協力歯科医院の拡大、必要とする人に対してもれなくサービスを提供すること。プログラムの評価（健康寿命増進への効果、1対1の個別型の効果）の検証。費用対効果の目標設定が難しいこと。地域づくりを意識した介護予防事業へ発展する体制整備。

(事業担当者：桐生市歯科医師会)

このプログラムの実施のために桐生市歯科医師会は iPhone アプリ「くちけんアプリ」開発し、無償で提供している。この「くちけんアプリ」はオーラルディアドコキネシスと RSST を手軽にはかることができる。まず、このアプリを全国に広めたい。プログラムの結果を蓄積し、効果を評価して全国に桐生方式を発信したい。

「口から健康プログラム」チェックシート

氏名 _____ 生年月日 昭和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 年齢 ____ 歳 男・女
住所 桐生市 _____ 電話番号 _____

- | | |
|-----------------------------------|--|
| ① 半年前に比べて固いものが食べにくくなった | ☐ はい ☐ いいえ |
| ② お茶や汁物等でむせることがある | ☐ はい ☐ いいえ |
| ③ 口の渇きが気になる | ☐ はい ☐ いいえ |
| ④ 飲み込むのに苦労することがある | ☐ はい ☐ いいえ |
| ⑤ 唾液が口の中にたまる | ☐ はい ☐ いいえ |
| ⑥ 舌に白い苔のようなものがついている | ☐ はい ☐ いいえ |
| ⑦ 声が変わった(がらがら声や鼻に抜ける声) | ☐ はい ☐ いいえ |
| ⑧ よく咳をする | ☐ はい ☐ いいえ |
| ⑨ 食事を残すことが多い(食べる量が減った) | ☐ はい ☐ いいえ |
| ⑩ 体重が減った
(この1ヶ月で5%以上、半年で10%以上) | ☐ はい ☐ いいえ |

これらの項目で、一つ以上「はい」に該当することがある 65 歳以上のかたは「口から健康プログラム」の対象となります。



桐生市・桐生市歯科医師会

図 2-1-13 「口から健康プログラム」チェックシート

事例 3 柏市「フレイルチェック講座」での住民啓発	
自治体名	千葉県柏市
事業内容	・フレイルチェック講座（以下 3 つの主催による対象者や運営体制等の違い） ①介護予防センター等の主催（2 箇所で開催） 7 月から月 1 回、定員 25 名×9 回実施 ②地域包括支援センターの主催（18 のコミュニティエリアで実施） 定員 25 名×18 回実施 ③町会やサロン等での実施（出前講座） 25～30 名×15 回実施予定 柏スタディから係わっているサポーターを中心に、年 2 回実施するサポーター養成講座の修了者（年間 40 名程度）がサポーターとして登録し、フレイルチェックを実施する。
担当部局 実施協力 連携体制	柏市保健福祉部福祉活動推進課 地域包括支援センター、 東京大学高齢社会総合研究機構
経緯	平成 24 年から同市で実施された東京大学高齢社会総合研究機構による「大規模長期縦断追跡健康調査（柏スタディ）」を基に、平成 27 年度から柏市が実施主体となって一般介護予防事業としてフレイルチェック事業を開始。
利点	フレイルチェック講座の「フレイル予防ハンドブック」がとてもわかりやすい。メンバーの中で役割分担がなされており、時間経過とともに流動性があり、それぞれの役割が認識されている。オリジナルユニフォーム支給（Tシャツまたはポロシャツ）。
苦勞	サポーター派遣に関する調整、リーダーの養成。
行政の役割	研修体制、サポーター・派遣に関する調整、活動費支払い。
促進要因	大学（東京大学高齢社会総合研究機構）の事業先導。柏フレイル予防プロジェクト 2025 推進委員会の存在（関係機関の理解と連携支援）。地域の住民目線で伝えること。サポーター説明用冊子。
阻害要因	町会やサロン等での実施においてナビゲート役不在による地区の差。進行役を担えるサポーターの不足。
対象住民の声	分かりやすい、気軽に聞ける、サポーターの方々の励ましや言葉でやる気が出る。 地域ならではの情報交換ができる。
主な活動費	初年度約 132 万円（内訳：フレイル予防ハンドブック 64 万円、測定器具・消耗品費 20 万円、講師謝礼 48 万円）。講師謝礼のうち、市からサポーターへの謝礼 500 円／回／人（交通費相当）
事業評価	
今後の課題	進行役を担えるサポーターの育成。参加住民から得たデータの地域や活動への還元。サポーター数増加に伴う調整の円滑化。
今後の展開	進行役を担えるサポーターの育成・トレーナ養成の方法論やガイドラインの確立と普及。フレイル予防を国民運動へ！ 総合知によるまちづくり

事例 4	美唄市「転倒予防体操（貯筋体操）」及び「口腔機能向上体操（笑顔体操）」での住民啓発
自治体名	北海道美唄市
事業内容	平成 28 年度から一般介護予防事業として、運動器については「転倒予防体操（貯筋体操）」として、口腔としては「口腔機能向上体操（笑顔体操）」として、それぞれ実施している。実施形態としては、貯筋体操を実施している 27 グループのうち、13 グループが貯筋体操終了後に笑顔体操を実施している。
担当部局 実施協力 連携体制	美唄市 保健福祉部 高齢福祉課 高齢福祉係 組織再編により、高齢者福祉と地域包括支援センターが兼務。 ①高齢者福祉：福祉除雪や配食サービス、家族介護支援事業、一般介護予防（旧 1 次予防・2 次予防施策） ②地域包括支援センター業務：権利擁護、介護予防支援、総合相談 協力：北海道歯科衛生士会岩見沢支部 連携：美唄歯科医師会
経緯	平成 16 年 転倒予防を中心とした介護予防教室（ぴんとしゃん教室）を開始。 平成 20 年 ぴんとしゃん教室で口腔機能向上プログラムに取り組み始める。 平成 21 年 貯筋体操自主グループで口腔機能向上（笑顔体操）に取り組み始める。 ※ 口腔機能向上に取り組んだ端緒は、基本チェックリストで運動に該当する方は、口腔も該当する方が多かったため、市側で貯筋体操自主グループに口腔機能向上もともに実施するよう呼びかけたことである。貯筋体操自主グループに歯科衛生士による出前講座を実施して口腔機能向上を紹介し、手挙げしたグループで笑顔体操を始めることとなった。 平成 28 年 27 の貯筋体操自主グループのうち、13 グループが笑顔体操を実施。 実績については、下記のとおり。 （貯筋体操） 実参加数 474 名、総実施回数 70 回、参加延人数 1,151 人（H28 年 12 月実績） 貯筋体操の所要時間は 30 分程度。各グループによって週 1 回から月 2・3 回実施。ショッピングセンターで不特定参加できるところもあり、人によっては掛け持ちで複数のグループへ参加している方もあり。1 グループあたりの人数は、4～40 人とまちまち。ここ数年では毎年 1～2 グループ増加している。 （笑顔体操） 13 グループのみ貯筋体操後に実施。延参加人数及び回数は集約していない。笑顔体操の所要時間は 3～4 分程度。笑顔体操の実施方法は、各グループに任せている。音楽に合わせて実施しているところや、みんなで歌いながら実施しているところがあるなど、多彩。

利点	貯筋体操では、健康意識の向上と閉じこもり防止他、安否確認が行われている（欠席者への連絡と参加の促し等）。平成 20 年 21 年の効果検証事業の結果を広報周知したところ反響が多く、一時は 30 グループまで増えた。笑顔体操については、参加者が歯科検診を受ける等、意識が向上している。
苦労	（貯筋体操） グループの減少。男性参加者数が増えない。リーダーの高齢化と次の担い手がいらない。 （笑顔体操） 結果報告の方法（データが改善しているのかわかりにくい）。評価時に参加しない方が多い（事後アセスがある回は、欠席者が多い→通常より時間がかかって、ダンスや体操ができないからかも知れない）。
行政の役割	（貯筋体操） 市の直営。機材（貯筋体操の動画が入った PC とプロジェクター）の運搬とグループ運営の相談。年 1 回体力測定と結果報告。市として参加者のリクルートはしておらず、地域包括に相談に来られた方に対して、自主グループを紹介する程度。その他は、高齢者同士の口コミによる。 （笑顔体操） 市の直営。ポスター（笑顔体操の流れ）作製。年 1 回口腔機能アセスメントと結果報告。
促進要因	（貯筋体操） 参加者で心配な方やグループには参加していないけど近所で心配な方の相談⇒総合相談として地域包括支援センターにつながり、問題解決された後、民生委員や老人クラブ、自主グループでの見守りへと循環されている。 （笑顔体操） 初めに歯科衛生士の講話を入れる事で、参加者の意識が変わりやすい。
阻害要因	（貯筋体操） 交通の便（特に冬場。みなさん徒歩で来られるため）。 （笑顔体操） 交通の便（特に冬場。みなさん徒歩で来られるため）。
対象住民の声	片足で靴下がはけた。歩くのが早くなった。転んでも骨折したり歩けなくならなくなった。週 1 回みんなに会えるのが楽しい。
主な活動費	（貯筋体操） 地域支援事業費。グループへの市からの運営補助はない。各グループで、自主的に、参加者から 500 円程度／月／人の会費を徴収して運営費に充てている。 （笑顔体操） 地域支援事業費。衛生用品等の消耗品（アセスメント時）は市で購入し、参加者に配付。歯科衛生士へは、報償費として日当払い。出前講座の場合は 5000 円／2 時間（交通費込）、介護予防教室の場合は 8000 円／2 時間（交通費込）。教室で教材を使う場合は、歯科衛生士の手出し。

事業評価	平成 20 年度老人保健健康増進等事業を活用し、貯筋体操の経済的側面及び運動機能と 3 年後の生活機能の関係、高齢者の活動能力について検証。口腔に関する事業評価は未実施。
今後の課題	①次世代の参加者を増やす方法が見つからない。 ②交通の便が不便となり参加できる方が限られてくる。 ③口腔機能では他自治体で取り組み事例が少なく、評価方法に不安がある事と取った数字の分析が行われていない。歯科医師会との情報共有が不十分。
今後の展開	現在のグループを大事にしながら、次世代を担う中高年に向けて情報発信していきたい。口腔機能評価で取った数字の効果検証を行いたい。

〔2－1－3〕 地域介護予防活動支援事業

（１） 現行の事業概要

地域介護予防活動支援事業は、一般的な介護予防の啓発にとどまらず地域における住民主体の介護予防活動の支援、さらに、住民による主体的な啓発普及活動の人材養成や活動組織の育成等の支援を行うものである。

具体的には、介護予防のためのボランティア等の人材（名称は、サポーター・支援員・推進員・普及員など種々に呼ばれているが、ここでは以下「普及員」とする）を養成するための研修、各種地域活動組織の育成とその活動の支援、その他介護予防に資する各種地域活動などを含んだ事業が想定されている。

（２） 新たな総合事業としての実施意義をふまえ工夫すべき方向性

急速に増加する後期高齢者の生活支援も含む介護予防ニーズに対し、身近な地域で早期段階から継続的に対応する必要性が急務となっている。しかし、自治体職員や各種専門職や民間事業者だけではその担い手は足りない。

そこで、保健福祉専門職の人材育成ばかりでなく、住民主体で介護予防活動を行うボランティア人材たる普及員を育成し、地域の高齢者が継続して集まれる身近な場（自治会や敬老会、趣味の会、NPOなどの活動等）で住民主体に行う介護予防活動の人材育成や必要に応じて活動組織を支援する必要がある。

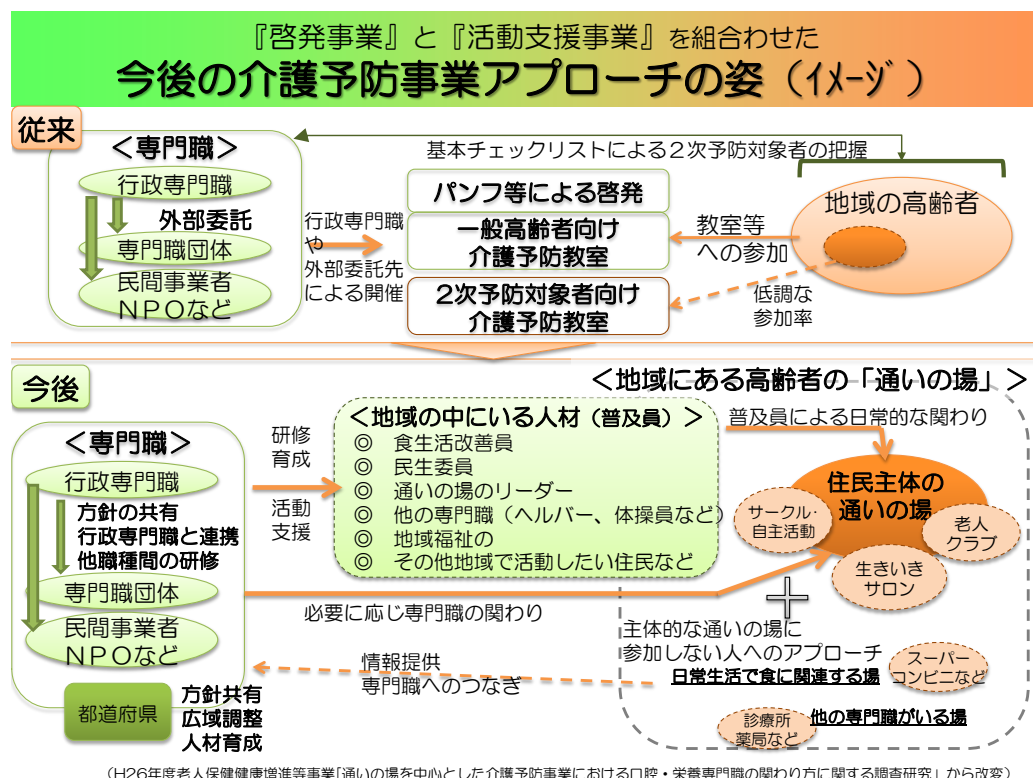


図 2－1－14 今後の介護予防事業アプローチの姿

この活動の担い手つまり普及員の多くが圧倒的に中高年層である傾向からも、当事者自身が活動の中心者、主体者ともなることを意味し、地域の介護予防の推進の原動力となると同時に、普及員自らの居場所づくり・社会参加そして介護予防に極めて効果的となっている。

この普及人材の育成では、従来から地区組織活動の育成ノウハウの蓄積がある保健師・栄養士等が「運動」のプログラムのみならず、抜け落ちがちな「口腔」や「栄養」のプログラムを率先して組込む必要がある。

特に、口腔機能向上プログラムでしばしば使われる「お口の体操」、つまり「顔面体操」「舌体操」「唾液腺マッサージ」など（介護予防普及啓発事業の項を参照）は、身体体操のように歯科専門職でなくとも実施でき、簡単に身につけられる。比較的安全に「どこでも・誰でも・何時でも」できることから、地域で継続できる住民主体の介護予防活動への導入手段としても適している。

また、身体の運動や口の機能や食生活の問題は、地域住民のそれぞれの日常生活に極めて密着した生活行為でもある。したがって、普及員は生活者としての視点を生かし、「お口の体操」などを導入にして「口腔」や「栄養」の自己チェックや簡単な実践プログラムを身近な生活の場で持続的に浸透させる多様な啓発力の可能性を秘めている。

したがって、普及員の人材育成としては、日常生活関連のある楽しく出来る実習や互いに交流を深める研修を企画し、住民ならではの潜在力をどう引き出すかが重要になる。

さらに、普及人材の研修で可能な限り実施すべき項目は、「口腔」の「栄養」の簡単な自己チェックの「繰り返し実習」である。それによって普及員活動の中で参加者に自己管理や専門的サービス利用の目安となるチェックをしてもらうことができ、普及員も参加者の現状を知ることができる。一方、市町村には住民主体活動で浮かび上がったハイリスク者を専門的なサービスにつなぐための窓口体制等を明確にしておくことが必要となろう。

その他、育成された普及員等による活動支援としては、介護予防の専門技術的な支援もさることながら、活動を通じてその使命の自覚と喜びが連鎖し継続的・発展的な活動ができるような配慮・工夫、そして安心して安全に活動しやすい基盤整備・環境整備などが重要となってくる。

以上により、複数の普及員が互いに話し合い助け合い支えあいながら、活動をマンネリ化させず、普及員も孤立せず、安定した活動が出来るようなグループ育成が求められる。

また、行政や地域の関係機関と連携できるリーダー的な普及員を育成することで組織育成へと進め、できれば、先輩普及員が後輩を育てながら啓発普及活動を実施する持続可能な循環型の活動組織体となるよう、中長期的な視野に立って人材育成・活動支援をしていくことが望まれる。

(3) 具体的な支援のあり方

1) 地域介護予防活動支援の計画づくり・体制づくり

人材育成や活動支援にあたって次のような点をふまえ計画や方針等を作成する。

ア 実施主体と連携体制

住民による主体的な啓発普及活動の支援や普及人材の養成や育成は、市町村の担当職員が直接に担うだけでなく他部署での住民主体の取組み（健康づくり、運動スポーツ、生涯学習等）やコミュニティ・アプローチの経験豊かな社会福祉協議会や地域包括支援センター・社会福祉法人・NPO など多様な団体や関係機関との連携や事業委託も視野に入れる。さらに、広域自治体である都道府県で人材養成を行い、市町村はその人材活用とその後の育成を担う役割分担も効果的である。

また、都道府県の保健所や関係専門団体（歯科医師会、歯科衛生士会、栄養士会）からの十分な理解と協力を得ることが不可欠であり、保健医療の専門職による助言やプログラム提供等の支援を受け連携した活動ができる幅広い体制づくりを行う必要がある。さらに、客観的なデータ収集分析や事業評価などの面では、開始当初から大学や研究機関との連携や提携も視野にいれるとよい。

イ 地域の住民活動の現状把握と人材育成タイプと活動タイプ

- a. まず、地域の中で高齢者が主体的に集えるどのような身近な通いの場がある（もしくは将来ありえる）のか、そこでどのようなグループや団体・関係機関などが口腔機能や栄養改善を実践している、もしくは実践する可能性があるのかなど、なるべく幅広く現状を把握する。
- b. 把握できた多種多様な集いの場の中で、実際に住民主体で「口腔」や「栄養」の介護予防活動を行う人材育成の方法は概ね次の3タイプに分類される。
- c. 次に、実際に高齢者に身近な地区での様々な普及員活動を考えると、種々の集いの場に合わせた幅広い普及員人材が必要となる。つまり地区によって異なるモザイク様な活動状況が想定される。異なる人材が育成されることで幅広い活動展開も可能となる。
- d. こうして生まれる実際の活動タイプも多様とはなるが、以下の＜育成した後を考えられること＞に示すように概ね「巡回型」と「定着型」に分別できる。それぞれの特性を十分に把握して縦系と横系のように連携して活動できれば、地域の中でしっかりした住民主体の介護予防活動が広がりをもって育ってくる。

＜住民主体の介護予防人材育成タイプ＞

- ① 【既存組織活用型】既に定着した集いの場等で地域活動している住民団体や個人がその地域活動の中で口腔や栄養関連の介護予防普及できるよう育成支援する方法
- ② 【新組織養成型】今後、どこでも近くの集いの場等で口腔や栄養関連の介護予防の啓発普及を中心に実践する推進員として養成して、その推進員が横につながるグループとしても相互学習や普及活動ができるよう

組織化する育成方法

- ③ 【中間型】既存組織の中で口腔や栄養関連の介護予防の啓発普及を中心に主体的に実践するグループをつくるような上記の①と②の中間タイプの育成支援の方法。

＜以上の３つのタイプを育成した後に考えられること＞

- ① の場合は、既に地域の集いの場での実績もあるため、その活動者の理解が得られれば、「栄養」、「口腔」の介護予防メニューの導入まで比較的にスムーズに進むと考えられる。ただ、これまでの組織の立場が中心で「栄養」、「口腔」だけの活動を実践するには難がある。
- ② の場合は、新たな活動の場を探す必要もあるが、逆に「栄養」、「口腔」中心で種々の集いの場に訪問して活動しやすい。この場合、「栄養」、「口腔」の普及員は複数の集いの場を巡回するようになる。また、推進員仲間からリーダーを育て、徐々に「栄養」、「口腔」として横に組織することで、自立的・組織的な動きも可能になり、安定的継続的に「栄養」、「口腔」を中心の活動が実践しやすい。
- ③ の場合は、①のパターンですぐに自らの集いの場での活動ができ、②にも属しての横の繋がりにより「栄養」や「口腔」の介護予防実践力の向上を図りやすい。しかし、関わる場が広がると、どちらの活動も中途半端にもなりかねない。

ウ 多様なグループ組織への育成支援・活動支援 ～方針共有と交流研修

- a. 高齢者の集いの場での介護予防活動は幅広い多様なグループ・団体等による、種々のチャンネルから提供されることになる。市町村は、この多様性に対して各地域包括支援センター単位の現状分析に基づき全体観に立った共通の考え方となる方針や実践計画を明確にし、各種専門団体等と共有連携して地域が一体となって活動できるようにする。
- b. とくに、市町村には地域共通の体操普及、地域標準となるリーフレット、「口腔」や「栄養」の専門職につなぐ基準などが求められる。しかし、何でも統一するのではなく、各種グループや団体等の自発性・創造性を重んじながら、互いの発展的な連携協働に生かせる情報交換会や交流型の研修の実施が主体性を育てる上でも重要である。
- c. 住民主体の集いの場での介護予防プログラムは個別メニューに偏らない複合的なメニューが求められる。つまり、育成支援計画段階から「口腔」や「栄養」も含めた介護予防の人材育成を行い、実際の活動に「運動・栄養・口腔」の各要素をバランスよく盛り込むことが必要になる。
- d. ここでも、高齢者の介護予防関わる各種の専門職と住民主体のグループが、それぞれの違いと連携を生かす上でフレイル概念（参考：図「フレイルって何？」「フレイル進行のドミノ倒しの改善！」）など共通のプラットフォームとなる分かりやすい考え方を地域で共有できるとよい。これによって各種専門職の円滑な連携関係を促進することができる。

2) 地域介護予防普及人材の育成と活動支援の実際

人材育成や活動支援の方針や計画に基づき、次のような点をふまえた研修や連絡会等を用い実際の人材育成を行うとよい。

ア 普及人材育成研修

① 既存の地域活動の活用

- a 各団体のリーダー会議等の場を活用した活動支援内容の紹介
- b 各団体のステップアップ研修への「栄養」、「口腔」の組み込み
- c 各団体合同の研修会や情報交換会での実施

② 「口腔」、「栄養」に特化した普及員の養成と育成

- a 介護予防啓発事業（講演会等）への参加者（卒業生）からの募集
（お口の体操等の周知と併せた募集—意識の高い中高年層のターゲット）
- b 各団体への普及人材養成研修参加者の募集
- c 各団体への養成人材推薦依頼
- * 基本的な養成は都道府県で行い、現場での育成・活用・活動支援を市町村で行う方法
- d 市町村による地域での活動の場の提供・他の地域団体へのつなぎ
- e 保健師等による組織づくりの支援（他の自主グループとの交流等）

イ 人材養成研修プログラム例（神奈川県事例から）

神奈川県では保健所政令市以外の市町村からの推薦をもとに2次医療圏単位の県保健所（保健福祉事務所）で人材養成を担っている。逆に市町村はその人材活用とその後の現場での育成を担うこととなる。

- a. プログラム構成（以下の表）は自己チェック・講義・実習・講義・実習・まとめなど、講義の間に実習や話し合いを入れる。
- b. 時間配分は各30分以内で、休憩はさみ計150分程度まで。
- c. 基本的には地区ごとに班分けする。
- d. 1班概ね3,4名以上～6,7名がグループワークに適切。

＜普及員研修プログラム例＞

(*他：介護実地指導担当などの事務職)

回数	内 容 (* 毎回実施)	重点実技	講 師
1	* お口の調子自己チェック (以降毎回) 普及員実践体験談 リズムにのって“くち体操”	くち体操基本全般 (顔面・舌・唾液腺)	歯科職 先般普及員 健康運動指導士 地区歯科衛生士会員
2	口と脳神経 くち体操媒体紹介と媒体づくり	顔面体操 舌体操	歯科職 保健師他* 地域包括の保健師等
3	嚥下のしくみ グループ対抗媒体コンテスト	舌体操 顔面体操	歯科職 保健師他 地域歯科医師会理事
4	唾液の理解 試してみよう味覚感度 普及活動体験交流会	唾液腺マッサージ あいうえお体操	歯科職 栄養士他 地域包括の保健師等
5	口の衛生 お口力アップゲームの紹介	指折りパタカラ発声 歯ブラシストレッチ	歯科職 地区歯科衛生士会員
6	口からつくる全身の健康 班別くち体操発表会 修了証授与式	くち体操基本全般	歯科職 保健師・栄養士 所長

ウ 研修を実施する上で効果的な人材育成ポイント

普及員の養成研修でエンパワーメントとして効果があったものは以下であった。

- 班編成の工夫――実際活動に即した地域ごとのグループ分け、将来の組織化をふまえて連絡網を研修中から作成して活用
- 毎回の自己チェック(図2-1-15)――自分自身の意識化と効果確認と励まし合い、将来、他の者の自己チェック支援ができるよう育成
- 話し合い、対抗ゲーム等のグループワーク――組織化とリーダー発掘
- 普及用マイ媒体(図2-1-16左)の作成支援――普及活動での有力な啓発手段
- 行政や専門職と知り合う体制(市町村・保健福祉関係の担当者や専門職団体など)
――困ったときの窓口など転ばぬ先の杖ともなる

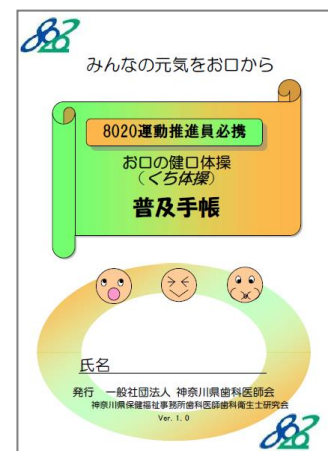


図2-1-17

8020運動員必携～お
口の健口体操普及手帳

教室の前後に行う “口腔力”セルフチェック

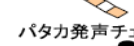
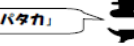
氏名		1回目		2回目		3回目		4回目		5回目	
年月日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
① 舌の観察 	自己判定	1良好	1	1	1	1	1	1	1	1	1
		2やや白っぽい	2	2	2	2	2	2	2	2	2
		3苔(こけ)が自立的	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	<メモ記入> → →										
本日の体調は？ 最近、体調くずしたことは？											
② ぶくぶくチェック (30秒間) 	にごりの観察	1にごった	1	1	1	1	1	1	1	1	1
		2ややにごった	2	2	2	2	2	2	2	2	2
		3透明(泡立ちなし)	3	3	3	3	3	3	3	3	3
		4透明(泡立ちよい)	4	4	4	4	4	4	4	4	4
<メモ記入> → → 勢いよくブクブクできたか？ もれなかったか？ その調子など、気がついたこと											
③ ごっくんチェック 	30秒間に 何回「ごっくん」できたか	開始時	回	回	回	回	回	回	回	回	回
		終了時	回	回	回	回	回	回	回	回	回
	(測定器「健口くん」で) 3回まで「ごっくん」するのに かかるラップタイム	1回目まで	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
		2回目まで	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒	秒
④ 唾るおいチェック 	1分間後の チェックシート 湿り具合を測定	開始前	mm	mm	mm	mm	mm	mm	mm	mm	mm
		終了時	mm	mm	mm	mm	mm	mm	mm	mm	mm
⑤ パタカ発声チェック 	10秒間で発音できた回数 (1秒平均にしないでもよい)	パ	回	回	回	回	回	回	回	回	回
		タ	回	回	回	回	回	回	回	回	回
		カ	回	回	回	回	回	回	回	回	回

図 2-1-15 普及員のための「セルフチェック票」(一般の参加者向けにもなる)

エ 研修後の住民主体型活動の支援や実施環境の整備

研修後の住民主体の介護予防活動で普及員から評価されたものは

- 養成講座修了証の交付(身分明確化)
- 普及員活動の各相談窓口(市町村・保健所・歯科医師会・歯科衛生士会)の明確化と活動場所確保等の支援
- 普及手帳の作成配布(図 2-1-17)
(神奈川県事例): 8020 運動員必携～お口の健口体操普及手帳
* 普及内容の要約、行政の関連窓口担当者名や歯科医師会・歯科衛生士会窓口の連絡先も入る
- 普及員が活動で使用する媒体・リーフレット等の提供・貸出
(図 2-1-16)
教育用 DVD の無償配布、貸出・ダビング支援
- 普及員の統一ユニフォーム作成(図 2-1-18)——普及員の自覚、連帯感
・ ・ (柏市、市原市、厚木市、寒川町の事例)
- 育成継続研修や活動地域の異なる普及員同士の交流会の開催
- 歯科衛生士等の専門職への普及員サポーター育成と活動支援
- 交流会への専門団体(歯科医師会・歯科衛生士会等)の参加
- 行政等によるインセティブ施策 など



図 2-1-18

柏市フレイル予防サポーター
のユニフォーム



図 2-1-16 普及員活動で使用する媒体・リーフレット等

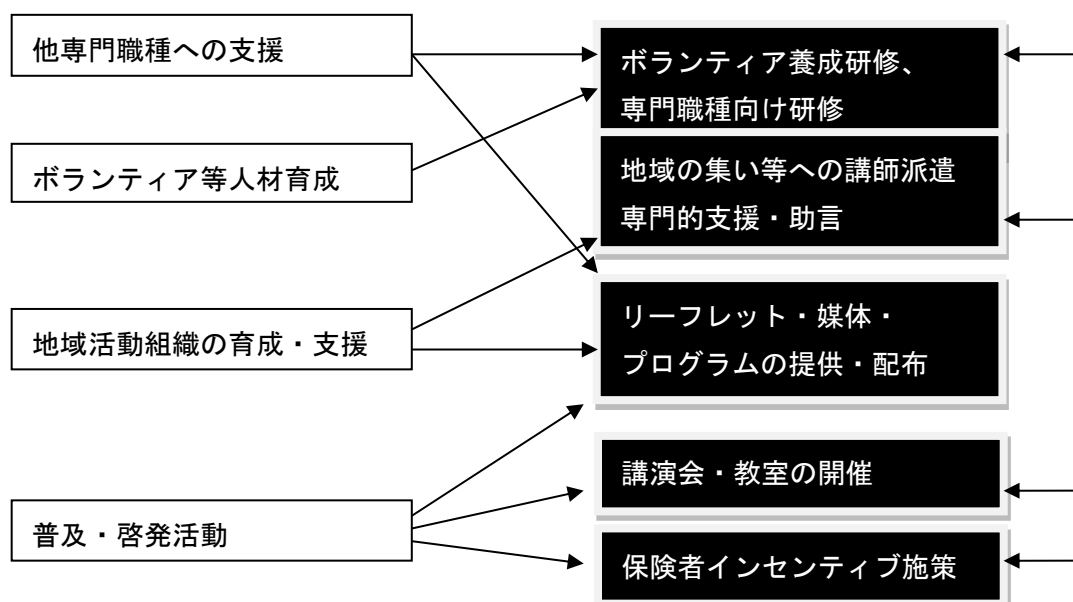


図 2-1-19 種々の地域介護予防活動支援事業

これらの介護予防活動支援を普及啓発も含めて有機的に組み合わせることで(図2-1-19)、地域の中に住民相互で支えあう口腔や栄養も含めた介護予防の仕組みづくりを広げたい。

3) 地域介護予防活動支援事業における口腔機能や栄養状態に着目した実践事例

a. お口の体操のボランティア育成事業

(事例：神奈川県 8020 運動推進員養成事業、市原市いちほら歯っぴい 8020 応援隊)

b. 住民主体のサロン等における口腔、栄養の取り組み

(事例：北九州市「サロンで健康づくり」)

c. 住民参加型フレイル予防プログラム (事例：柏市フレイル予防サポーター)

d. 各種介護予防健康づくり自主活動グループの交流組織化

(事例：堺市 8020 メイトと堺市健康づくり推進委員会)

＊「サロンで健康づくり」について

既存の住民主体の通いの場（サロン）に専門の講師（理学療法士・作業療法士、栄養士、歯科衛生士）が出向き、介護予防事業（ロコトレ、体力測定、栄養のお話、お口の体操など）を行う。初回運動メニューの実施後、栄養、口腔メニューを行うよう働きかけている。

【事例紹介】：住民主体の普及活動人材の育成

事例 1 柏市フレイル予防サポーター養成講座（フレイル予防サポーター）	
自治体名	千葉県柏市
主旨	住民主体で簡便に楽しく継続的に自分の健康状態を知ることができる「フレイルチェック」を行うフレイルチェック事業を実施できるフレイル予防サポーターを要請する。
活動内容	フレイルチェック講座において、フレイルの基礎知識を伝え、参加者のフレイルの兆候をチェックするための基礎知識等を学ぶ。フレイルチェックの最後に、参加者に「フレイル予防の実践」についての説明ができねるようにする。
会員（男/女）	49人（26/23）男性の比率が目立つ
市担当者（所属）	保健福祉部福祉活動推進課
経緯	平成24年から同市で実施された東京大学高齢社会総合研究機構による「大規模長期縦断追跡健康調査（柏スタディ）」を基に、平成27年度から柏市が主体となってフレイルチェック事業とともに、フレイル予防サポーター養成講座を開始。柏スタディから係わっているサポーターを中心に、年2回実施するサポーター養成講座の修了者がサポーターとして登録し、フレイルチェック事業を補助出来るようにしている。
利点	フレイルチェック講座の「フレイル予防ハンドブック」がとてもわかりやすい メンバーの中で役割分担がなされており、時間経過とともに流動性があり、それぞれの役割が認識されている。オリジナルユニフォーム支給（Tシャツまたはポロシャツ）
苦勞	サポーター派遣に関する調整、リーダーの養成
行政の役割	研修体制、サポーター・派遣に関する調整、活動費支払い
活動費	活動に対する市からの謝礼金1回500円



図2-1-20 フレイル予防サポーターによる「フレイルチェック」風景

事例 2	いちばら歯っぴい 8020 応援隊
自治体名	千葉県市原市
主旨	健口体操を広めることで 8020 運動を応援する自主グループ
活動内容	健口体操を中心とした「歯つらつ応援教室（出前講座）」や各種イベントへの参加（随時）。年 4 回の定例会。研修会、先進地視察交流会等。
会員（男/女）	33 人（2/31）
市担当者（所属）	保健福祉部保健センター（歯科衛生士）
経緯	平成 20 年度新規事業の健康づくり講座から誕生した自主グループ第一号 健康づくり講座修了者のうち、希望者が 8020 応援隊育成講座を 2 回受講し、自主的な活動に参加希望する者がいちばら歯っぴい 8020 応援隊として活動する
利点	「健口体操」というわかりやすい媒体があること 健康づくりを推進する「いちばら健康大使」に任命され、市長から任命書交付 名称をメンバーの中から公募し決定 オリジナル T シャツ作成 継続して健口体操を実施するための DVD 作成 外部講師の魅力 従来の歯科保健事業があるため、活動の場の提供が容易であった
苦勞	事業開始当初、住民主体活動の経験が無いため、行政側の戸惑いが大きかった 不安は両者にあったが、外部講師が潤滑油となって解決されていった
行政の役割	活動を継続していけるような支援 他者からの称賛のためにも外部への周知 メンバー同士や行政との信頼関係の構築
活動費	過去 3 年間は市の市民活動支援補助事業の助成を受ける 現在は年会費 1,000 円徴収 活動に対する市からの交通費等の支給は無し（無償ボランティア）



図 2-1-21 千葉県市原市の「いちばら歯っぴい 8020 応援隊」

事例 3	かながわ 8020 運動推進員
自治体名	神奈川県（人材養成、活用は主に県域市町村）
主旨	お口の「健口体操」の普及を通じ、歯と口の健康の啓発活動を担う県民主体のボランティア育成
活動内容	「自分のため・家族のため・皆のため」「明るく・楽しく・元気よく」を合言葉に、地域でお口の健口体操の普及をする
会員（男/女）	1,117人 男女別の集計は行っていないが大多数が女性。 ※平成23～28年度養成延人数。
市担当者（所属）	神奈川県保健福祉局保健医療部健康増進課、神奈川県保健福祉事務所及びセンター（歯科医師、歯科衛生士）※養成研修等は一部県歯科医師会に委託
経緯	・平成20年度から茅ヶ崎保健福祉事務所で行っていた「お口の健口体操普及員養成講座」を、平成23年度県条例に基づく施策として県域を対象に県主導の「8020運動推進員養成事業」を開始。 ・市町村・保健福祉事務所等からの推薦者（主に保健福祉関係の地域活動者）対象の研修で「8020運動推進員」となり、養成後は県域の保健福祉事務所及びセンターが、育成研修等で活動支援を継続的に実施する。 ・現在は県と県歯科医師会とで年1回「8020運動推進員大交流会」を実施し、各地区から推進員が集い、新たな学びと各地の活動報告で更なる活力を得ている。
利点	・多くの推進員は所属母体（食生活改善推進員、健康普及員等）の既存活動に「お口の体操」を組み込みながら歯科保健の啓発活動ができる。 ・また、育成研修等を通じ地域の自治体のみならず歯科専門職や歯科医師会との繋がりも生まれ、専門的な助言指導等も受けることが可能となる。 ・養成及び活動支援に市町村や歯科医師会・歯科衛生士会等の関係団体と協力し、「歯と口の健康週間」活動の場の広がりが期待できる。
苦勞	・歯科職員の配置がない市町村が多いこともあり、県・県保健福祉事務所がたえず市町村に推進員への支援と活用の理解と協力を得つづける必要がある。 ・そのため、所属母体のない推進員（個人活動）や所属母体での継続的な活動がなくなった推進員は、啓発活動の場を本人が探さなくてはならない場合もある。 ・現在、県としては8020運動推進員として活動資金等はなく、多くは無償ボランティア活動となっている。
行政の役割	研修実施、活動支援（活動の場の確保、推進員の組織化等）
活動費	基本的になし。



図 2-1-2 2 神奈川県と神奈川県歯科医師会による「8020 運動推進員大交流会」
～ 県各地の 8020 運動推進員が一斉に集い、ともに学び互いの活動を報告しあう大交流会

事例 4	堺市 8020 メイト
自治体名	大阪府堺市（堺・中・東・西・南・北・美原の各区）
主旨	歯と口の健康づくりの大切さを地域に広める活動を進めるボランティアグループの育成
活動内容	・定期的に定例会および不定期な学習会を開催し、歯科専門職や仲間との学習や意見交流をとおして歯科口腔保健についての理解を深める。 ・地域のイベント（区民まつり、老人会、子育てサークル等）において、一般市民目線で歯と口の健康づくりの大切さを伝える。内容としては「お口のエクササイズ」「健口漫才」「健口劇」「健口サンバ」「カムカムクッキング」など。 ・年に一回、全区のメンバーが集まり交流会を開催する。会の企画や運営については、各区よりの代表メンバーが主体的に歯科専門職と準備会議を開催している。 ・地域の健康づくり自主活動グループの代表メンバーで構成される「堺市健康づくり推進委員会」等に所属し、歯と口の健康づくりだけでなく、食生活、運動（ウォーキング、体操等）等の重要性についても情報交換し、地域での健康づくりについて幅広い理解を深めている（一部の区を除く）
会員（男/女）	各保健センターで開催する「8020 健口講座」を受講し、活動趣旨に賛同された一般市民で構成される。登録者数：124 名（内、実働者数 98 名） …… 平成 27 年度
市担当者（所属）	堺市健康医療推進課、各区保健センターの歯科衛生士
経緯	・平成 17 年 1 月に南区より発足し、その後順次各区へ広まり平成 21 年度には全区で発足。 ・年一回開催される「堺市 8020 メイト交流会」は平成 28 年度で第 10 回を迎えた。
利点	・会員には食生活改善推進委員をはじめ、地域の役員を担う方も多いことから、場所等問わず、個々の視点で様々な場面に於いて啓発活動を行う方も多く、いわゆる草の根的な活動展開をも期待できる。例としては、手話サークルに所属される方がサークルメンバーに「歯と口の大切さ」について伝えたり、年賀状に「8020 めざそう」と書いて送ったり、ウォーキングでたまたま知り合った方へ啓発したり等のエピソードを聞く。
苦勞	・会員の高齢化に伴う脱会も多い。新規入会者は少なく会員数が横ばい（増加しない）。 ・活動資金は無く、ほぼ無償ボランティアである。地域会館等に出向くとき、自転車で行ける区もあれば、丘陵地帯が多く、交通機関の利用が必須である区もある。
行政の役割	活動支援（活動場所の確保、研修実施等）
活動費	基本的になし



図 2-1-23 堺市 8020 メイトの例

事例 5 堺市南区健康づくり推進委員会	
自治体名	大阪府堺市南区
主旨	健康寿命の延伸をめざした健康づくりを地域へ広める
活動内容	・ 地域で活躍する健康づくり自主活動グループ（17 グループ）の代表メンバーで構成されるボランティア組織。2 か月に 1 回の定例会で、地域の情報交換やワーキング形式の意見交流を実施。これまでの活動としては以下のとおり。 ・ 健康づくり啓発標語「検(健)診と減塩は健康寿命の秘訣なり」を自分たちで定め、その懸垂幕を作成して区役所庁舎に掲げる等、区民に広く啓発。 ・ 「減塩・よく噛む・野菜たっぷり」をテーマとした健康レシピを募集し表彰する「健康応援レシピコンテスト」を企画し実施。また、応募作品は作品集としてまとめて地域会館に配布する等、地域との連携に活用している。 ・ 子育て世代を対象とし、校区福祉委員会等、地域と協働した健康づくり啓発イベントを開催（野菜たっぷり減塩みそ汁の提供や野菜バリバリ体操）。 ・ 区民まつりや高齢者の集い等で「減塩、歯と口の健康づくり、がん検診等の受診勧奨」に関するチラシの配布や、クイズ・検診受診アンケート等を実施。
会員（男/女）	17 グループの内訳は次のとおりで（）内はグループ数。ウォーキング（9）、体操（4）、太極拳（1）、ディスコン（1）、栄養（健康づくり食生活改善推進協議会）、歯科（8020 メイト）の各自主活動グループから 1 名～2 名ずつ選出された代表者で構成される。平成 28 年度の委員数は 27 名（男 10、女 17）
市担当者（所属）	堺市南保健センターの保健師・管理栄養士・歯科衛生士
経緯	堺市では平成 14 年度より全 7 区で「健康づくり推進委員会」設置に向けた取り組みを順次進め、南区では平成 19 年 4 月に発足した。平成 26 年以降は、より一層地域の特性に合った活動をめざすため、それまでの全市で足並み揃えた取り組みから、各区独自の取り組み重視へと方向転換された。これにより、南区ではそれまでの報告・伝達を中心とした会議形態から、交流や情報交換を中心としたワーキング形式にするなど、運営方法の見直しをはかった。また、これまでの各グループ活動の活性化だけを目的とするのではなく、広く地域に健康づくりを啓発する取り組みを進めるなど、活動の質的転換に取り組んでいる。
利点	・ 各メンバーは地域の老人会役員や民生委員を担う者も多く、地域の健康課題についての認識も深い。定例会で得た情報や知識を持ち帰り、各自が所属する老人会等で参加者に伝達し、共有するなど、地域での積極的な取り組みが見られる。
苦勞	・ 各グループに共通して、次世代が育たないことがあげられる。 ・ 「保健センターは何してくれるの？」など、受け身的と sentir られる意見や活動もあり、いかにして主体性を育てるのが、大きな課題となっている。その中で行政（保健センター）と市民（推進委員会）との役割分担について模索している。
行政の役割	活動支援（活動場所の確保、健康情報等の提供、研修実施等）
活動費	基本的になし

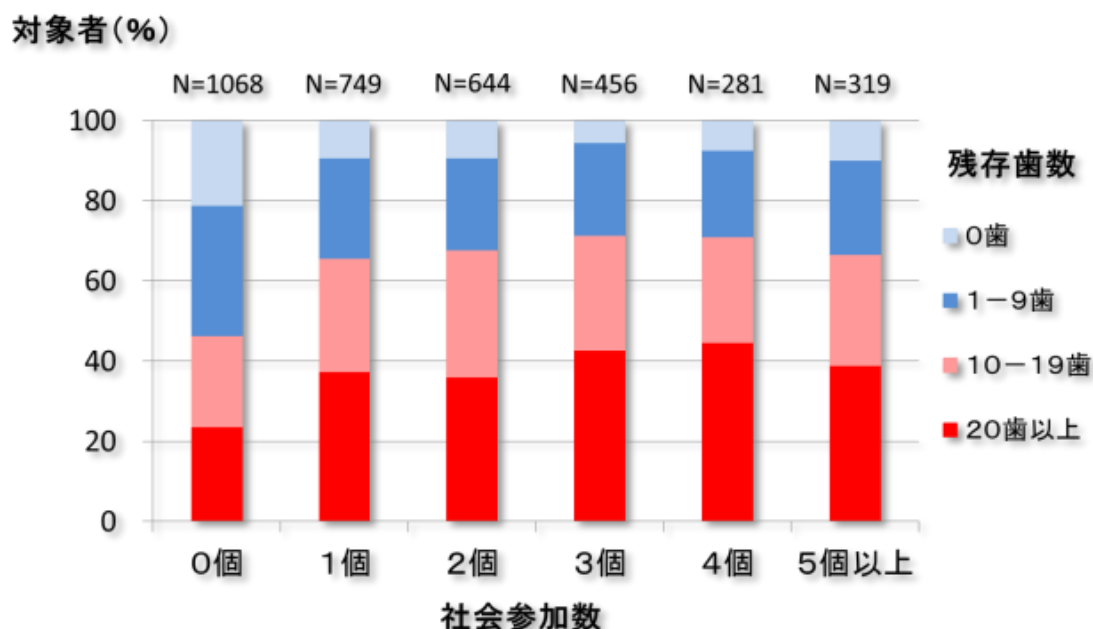
事例 6	多賀城市「多賀城市多賀モリ会」介護予防サポーター支援事業
自治体名	宮城県多賀城市
事業内容	住民主体で介護予防活動に取り組む、「多賀城市多賀モリ会」に対し、運営費の一部補助を行っている。また、自主的な研修会を開催するにあたり、活動計画の調整や新しい講師を紹介するなど、会員が介護予防に関する新しい技術・知識が習得できるよう後方支援をしている。
担当部局 実施協力 連携体制	多賀城市保健福祉部介護福祉課 介護予防係 ＜多賀城市多賀モリ会について＞ 役員：会長 1 名、副会長 2 名、会計 1 名、監査 2 名、理事：班長 1 6 名 会員：1 3 3 名
経緯	平成 1 9 年度に第 1 回介護予防サポーター養成講座を開催した。その後、1 期生を中心として、住民主体の介護予防活動に取り組む会として「多賀城市多賀モリ会」が結成された。本市では、概ね年 1 回養成講座を開催し、現在 1 0 期生まで養成を行う他、会に対する様々な後方支援を行っている。 (実績) 介護予防サポーター養成講座(年 1 回): 全 7 回で実施している。 ＜平成 1 9 年度から＞延べ 2 3 8 名が受講している。 ＜平成 2 8 年度＞3 1 名参加、2 8 名修了、2 4 名入会
利点	会が、市内約 2 0 か所で定期的に行っている地域活動では、年間延べ 1 0, 0 0 0 人以上が参加しており、市主催の事業では、集められない人数の介護予防活動の展開となっている。新しい総合事業への制度改正にて、市町村ごとに地域の実情に応じて、住民主体の取り組みを支援することとなったが、本市では、その基盤が整っていることが大きな利点である。
苦労	会員の中には、元々は市が養成したのだから「ユニフォーム代を払うべき」、「活動に対する報酬を出すべき」、「区長を説得するべき」などといった意見も時折あり、会全体として、自立しきれていないことがある。
行政の役割	本市では、会が自主的に研修会等を開催するため運営費の補助を行っている。また、会員が地域活動を新たに立ち上げる際の運営方法や周知等について適宜助言を行い、地域活動の定着のため支援している。 会員のスキルアップのため、歯科衛生士や管理栄養士等を招いての、口腔・栄養に関する講話及び実技を開催し、運動以外の要素も介護予防に複合的に関わっていることを学ぶ機会を設けている。
促進要因	国や県、その他関係団体からの表彰により、市だけでなく外部からも活動が評価されていることで、会員の活動継続のモチベーションになっている。
阻害要因	地域活動が新たに生まれにくい地域(行政区)がある。 阻害要因は、軽体操などを地域で行うことの効果・重要性があまり理解されず、関心の薄く、あまり協力的とは言えない区長等の存在がある。
対象住民の声	「家に居るとただただただただ、毎週楽しみにしている。」「来るたび元気が貰える」など、どの地域活動の参加者から様々な声があります。
主な活動費	運営費補助：年 1 1 万円を上限
事業評価	地域活動は行う都度に報告を貰い、参加人数の把握は行っている。 住民主体による市内での介護予防活動の展開は、効果があるということは分かっているが、その説明として、どの程度「介護認定者数の削減及び介護給付費の抑制に繋がっているか」といった、具体的な事業評価は行えていない。
今後の課題	今年で会設立 1 0 年を迎え、初期メンバーの高齢化もある。役員を始め、地域活動での役割の世代交代(役割の引き継ぎ・技術の伝達)が課題となっている。
今後の展開	今年で会設立 1 0 周年を迎えるにあたり、会が実行委員会を立ち上げ、1 0 周年記念イベントを企画している。これを機会に、本市での介護予防サポーターの取り組みを広く周知していきたい。

通所型サービス

○通いの場の必要性

健康長寿のために必要な大切なポイントとして、東京大学の飯島らは、「栄養（食・口腔機能）」「運動」「社会参加」という3つの柱を示している。3つの柱はお互いに影響しあっており、最初の入りに口になりやすいのは「社会参加」の機会の低下である。

社会参加数と残存歯数の関連



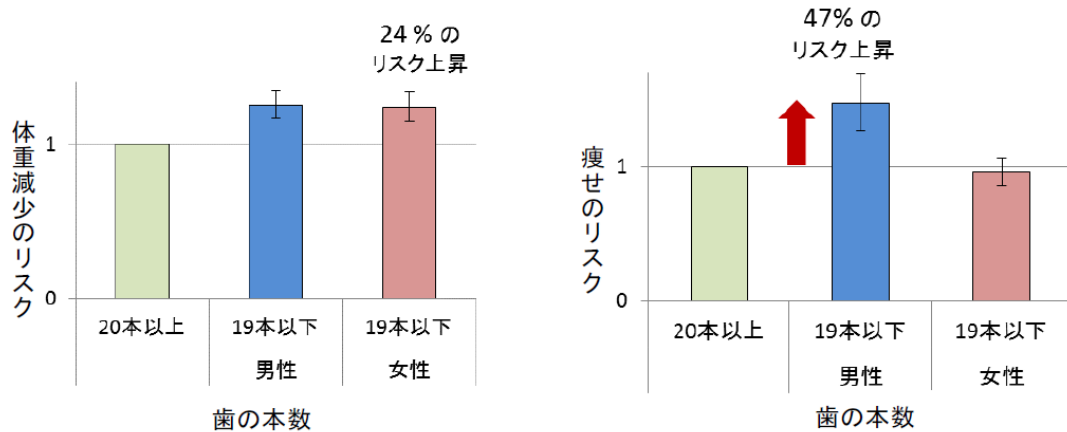
PLoS One 2013;8(4):e61741.

図2-2-1

浜松医大の中村らの研究¹⁾によると、約10万人の高齢者の大規模データを用いて、「残っている歯の本数、食品の摂取頻度」と「最近6か月の体重減少、痩せ」との関連を検討した結果、残っている歯の本数（残存歯）が19本以下の場合、

- ・ 男性では痩せのリスクが約 1.5 倍
- ・ 男女ともに、最近6か月以内の体重減少のリスクが約 1.2 倍に上がることが示されている。

歯が19本以下だと、体重減少・痩せになりやすい



※ 9万6794人のデータをもとに算出しています。
 ※ リスクの上昇はオッズ比の値です。

図2-2-2

したがって、高齢者のフレイル（虚弱）を考えるときに、食品や調理等を中心とした栄養改善だけでなく口腔機能の向上を組み合わせることが重要である事をあらためて強調しておく必要があるだろう。

図. 地域のつながり（社会参加）の豊かさと、3年間で歯を喪失するリスク

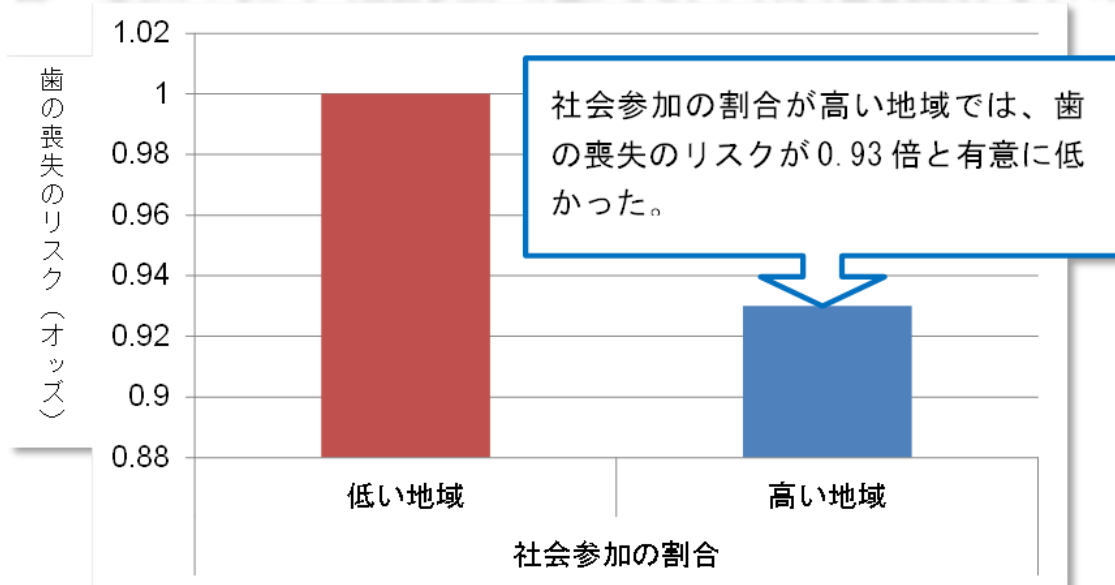


図2-2-3

また、東北大の竹内²⁾、小山³⁾等の報告によると、町内会活動や趣味のサークルなどにまったく参加していない人に比べ、参加する団体等が多いほど口腔の状態は良いことが明らかにな

っている。社会参加している地域は、その後に歯を喪失するリスクも少ないことも分かっている。つまり、個々人の参加のみならず、地域で積極的に参加する高齢者が増すことが、個人の状況にも大きく影響を与えることが分かっている。歯が19本以下で義歯を使っていない人は、閉じこもりのリスクが1.8倍高いこともわかっている。このような観点から、地域包括ケアの中での通所サービスを単なるサービスの場としてとらえるのではなく、地域コミュニティを支え、人々がつながる重要な憩い場としての機能を持たせることが重要であろう。

〔2-2-1〕通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）

（1）サービスにおけるプログラムの位置づけ

基準	現行の通所介護相当	多様なサービス		
サービス種別	① 通所介護	② 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③ 通所型サービスB (住民主体による支援)	④ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 ＋ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 (市町村)

図 2-2-4

【これまでの介護予防通所介護に近い「通いの場」（通所型サービスA）】

基本的には従来の保険給付における通所介護と同様の内容のサービスである。総合事業は、日常生活圏域ニーズ調査を踏まえ、多様化するニーズに、住民主体も含めた多様なサービスや支援により対応していくことを目的としており、これまでのサービスより、新たなサービスを増やしていくことを目指している。したがって、地域の助け合いや住民主体の通いの場への円滑な移行を目指す中で、当面のサービス基盤としての位置付けであるとされている。通所型サービスAは、基準緩和型と区分される通り、通常に通所介護にかかる資格要件等を緩和して自治体独自で設定が可能な類型としてされている。介護保険の指定通所介護サービス事業所以外でも、行政の委託などで通いの場を展開している団体や法人がある場合には、これらを支援する方法として想定されることもありうると思われる。

（2）プログラムの提供例

従前からは口腔のみの事業展開はニーズが低く難しいことや、住民への情報発信の難しさ、教室の内容も参加者も固定化していること、プログラム効果の判定も難しいなどの指摘がなされてきた。栄養単独についての事業展開についても同様であり、男性の参加者が少ないこと、栄養についての課題は個別対応が必要な場合が多く皆でやることが少ない、メタボの問題のほうで優先順位が高くなってしまふ等の困難さが指摘されてきた。このため、複数あるいは3つを組み合わせた複合型として実施したり、運動プログラムの中で、栄養や口腔について触れたりすることも現場では少なくないと思われる。これらは比較的専門性も高く人材

確保が難しいことなど言われている。そのため、工夫をしている市町村では、行政担当者（専門職の資格のある者）や各種団体からの派遣による歯科専門職が最初は直接対応したりしており、その後徐々に引き継ぐことなども行われている。

通所型サービスAにおいても、通所の場合、単なる参加者の個別プログラムの場所とするのではなく、家から通いたくなるような雰囲気や仲間づくりといった観点からの工夫が必要であろう。また、通いの場所については、これまでの調査などから、自宅から1km以上になると極端に参加率が低下するために、送迎サービスが重要となる。総合事業のなかで移送サービスを組み合わせる（茨城県神栖市）などの工夫をしていくことも重要である。

プログラムについては従前の介護予防事業を引き継ぐことが多いため、参考までにある事業所の例（単独の口腔機能向上サービスの例）を示しておきたい。

★口腔教室★

日時：平成〇年〇月〇日～〇月〇日
月曜日 全6回

時間：13:00 ～ 14:30

場所：〇〇クリニック 3F 体操教室

持参物：タオル・飲料水
歯ブラシ・コップ ※必要時

料金：無料

送迎エリア：〇〇中学校区、〇〇中学校区
〇〇中学校区

スタッフより



これらのプログラムは皆さんの体調に合わせ無理のないように進めていきます。スタッフがいろいろな面でサポートしていきますので、安心してご参加ください。

【主な実施内容】

日程	内容
〇月〇日	開講式、オリエンテーション 「口腔ケアの大切さを知ろう」
〇月〇日	「自分の口の中を知っていますか？」
〇月〇日	「正しい磨き方を覚えよう」
〇月〇日	「口の中を元気にする食事を知ろう」
〇月〇日	「楽しく継続するコツ」
〇月〇日	閉講式



正しい
歯ブラシ

口腔・嚥下
体操

個別指導

口腔講話

【1日の流れ】

自宅までお迎え、もしくは当院に来院♪

13:00

健康チェック・口腔講話



13:30

口腔・嚥下体操
個別指導



14:30

帰宅

図 2-2-5 ある事業所のプログラム例

（2）通所型サービスAにおける口腔機能や栄養状態に着目した実施例

《長野県佐久市の例》

1. 通所型サービスA事業について

市内12ヶ所を指定（1日コース4ヶ所、半日コース8ヶ所）している。いずれの事業所も介護保険サービスで通所介護を実施しているが、通所型サービスA事業は部屋を分けて実施している。通所型サービスAは複合プログラム（口腔機能向上、栄養改善を含む）として位置付けている。

開催回数：月2回（状況に応じて週1回可能）

単 価：1日コース（4時間以上）・・・3100円

半日コース（4時間未満）・・・2800円

サービス内容：運動機能プログラム、レクリエーション、ミニデイサービス等

3. 実施形態

5 つの医療法人へ地域包括支援センターを委託しているため、包括毎でアセスメント等に差が出ないように、統一化を図っている。

4. サービス移行での課題

- ・ 利用者自身が「やってもらうところ」という思いが強く、自立支援という点が不足している。
- ・ デイサービスへ以前通っていた方が通所型サービス A へ移行することが困難であること。

5. 住民や他団体等との連携

- ・ 区長や民生委員等を通じて、総合事業に関する住民への周知を行っている。
- ・ 事業所同士での意見交換会を実施し、課題や工夫している点等を共有し、事業に活かしている。

6. その他

- ・ 口腔機能向上、栄養改善については、訪問型サービス C でも実施している。

【出典】

- 1) Nakamura M et al. Journal of epidemiology / Japan Epidemiological Association 26 (6): 322-329, 2016
- 2) Takeuchi K et al. PLoS One. 2013 Apr 17;8(4):e61741
- 3) Shihoko Koyama et al. BMJ Open 2016 Apr 30;16(1):51.

〔2－2－2〕 通所型サービスB（住民主体による支援）

（１）サービスにおけるプログラムの位置づけ

《長崎県佐々町の例》

住民主体による支援としては、前述のように、一般介護予防事業の「地域介護予防活動支援事業」でボランティアを育成し、通所型サービスBによる住民主体による支援につなげることが出来る。本稿で紹介する長崎県佐々町では、平成24年度から、介護予防・日常生活総合事業が開始されている。この中で、高齢者を含む「介護予防ボランティア養成研修」を受けた地域住民が、①介護予防事業でのボランティアや、②地域の集会所などでの自主的な介護予防活動、③要支援者の自宅を訪問して行う掃除・ゴミ出し等の訪問型生活支援サービスを行ってきた。

佐々町介護予防ボランティア組織図

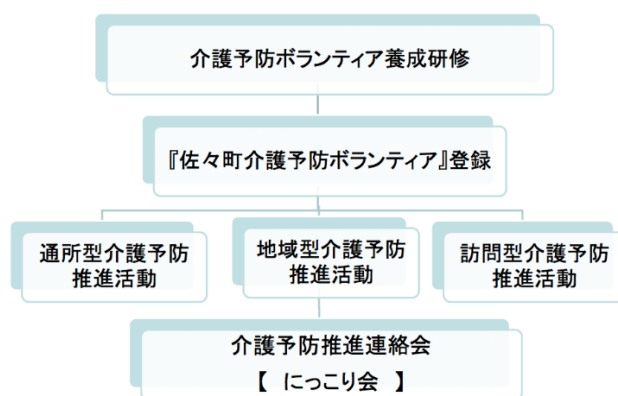


図2－2－6

協議体と生活支援コーディネーター

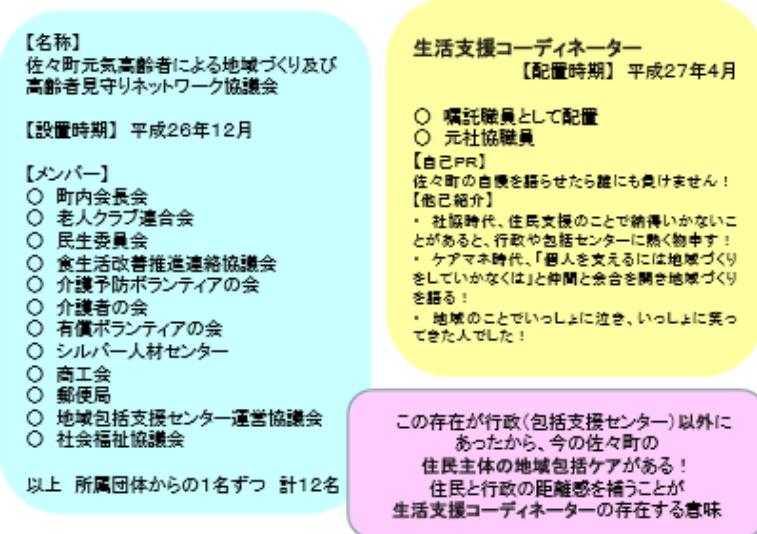


図2－2－7

（２）プログラムの提供例

平成 27 年度からの新しい総合事業において、通所型サービスＢとして、積極的な介護予防が必要と思われる高齢者を対象に「生きがい教室」を実施している。

生きがい教室 【趣旨】主体的活動を応援、楽しみの場

《対象者》 積極的な介護予防が必要と思われる佐々町在住の高齢者
 《開催頻度》 週1回（火曜：北部地区／木曜：南部地区／金曜：中部地区）
 《内 容》 生活機能向上プログラムの実施 ◎午前中は集団活動・午後は個別活動

時 間	スケジュール
9:00～10:00	巡回バス出発（交通移動困難な方のみ）
10:00～12:00	介護予防教室 ① 運動・講話 ② 脳レク・口腔体操
12:00～13:00	昼食・入浴
13:00～15:00	選択メニュー（手作業・リハビリ・カラオケ・健康麻雀・囲碁将棋・習字・懐かし映画・お出かけ など）
15:00～16:00	巡回バス出発（交通移動困難な方のみ）



図 2-2-8

（３）通所型サービスＢにおける口腔機能や栄養状態に着目した実施例

介護予防ボランティア養成講座において、口腔機能・栄養に関する研修を行っている。また予防サービスのはつらつ塾では、口腔や栄養に関する教室を行っている（前項（２）プログラムの提供例を参照）。また、平成 28 年度に地域のボランティアによる運営で、佐々町福祉センター２階に「佐々町元気カフェ・ぷらっと」を設置した。地域で採れた野菜を使い、男性が腕を奮い料理を提供している。「元気カフェ」の運営を支えるのは、教室のボランティアとして参加していた食生活改善推進委員のメンバーである。今後、行政がいつもそばにいるという距離感を保ちながら、住民自らによる地域づくりに展開していくことが期待される。

なお、総合事業に移行済みの 218 市町村（平成 28 年 8 月現在）のうち、通所型サービスＢで口腔・栄養を含むプログラムを実施している市町村数は、次のとおりである（複数回答）。

- | | |
|-----------|---|
| ①運動＋栄養＋口腔 | 1 |
| ②運動＋栄養 | 1 |
| ③運動＋口腔 | 1 |
| ④口腔＋栄養 | 0 |
| ⑤栄養単独 | 0 |
| ⑥口腔単独 | 2 |

【事例紹介】

事例 1	妙高市「口腔機能向上プログラム」(住民主体型通所サービスの中で実施)
自治体名	新潟県妙高市
事業内容	介護予防・日常生活支援総合事業の中の介護予防・生活支援サービス事業 住民主体型通所サービス(通所型サービスB)として位置づけ、要支援認定者及び基本チェックリスト該当者を対象に、ボランティア(介護予防サポーター)などの住民と一緒に複合型の介護予防プログラム(閉じこもり予防、認知症予防、運動機能向上、口腔機能向上)や交流の場を提供する。
担当部局 実施協力 連携体制	妙高市福祉介護課 地域包括支援係 ○住民主体型通所サービス： ①新井地域(旧新井市) えちご上越農業協同組合 ②妙高地域(旧妙高村) 妙高市社会福祉協議会 ③妙高高原地域(旧妙高高原町) 新井頸南福社会 名香山苑 ○口腔機能向上プログラム：上越歯科医師会 在宅歯科医療連携室へそれぞれ委託している。 (運営体制) ○住民主体型通所サービス(1日コースと半日コースがある) ・各事業所へ委託して実施している。 ・【職員体制】 職員数：利用者数＝1：7 ・介護予防サポーター(市民ボランティア)が出務している。 ・新井地域：週5日(月～金)運営(市内で人口が最も多い地区のため) ・妙高地域：週3日(月・水・金)運営 ・妙高高原地域：週2日(月・木)運営 ・利用料300円/日/人を徴収。 ○口腔機能向上プログラム(住民主体型通所サービスの中で実施) ・新井地域、妙高地域は上越歯科医師会へ、妙高高原地域は新井頸南福社会 名香山苑へ委託して実施している。 ・歯科衛生士が月2回程度集団指導(口腔体操)と個別指導を実施している。歯科衛生士は歯科診療所に勤務していない在宅歯科衛生士を活用している。 ・歯科衛生士は各地域1名ずつ出務している。介護予防サポーターは補助業務を担う。 (事業実績) 平成28年12月末実績 ・新井地域：実人数74人 実施回数182回 延べ利用者数2,477人 ・妙高地域：実人数42人 実施回数110回 延べ利用者数1,421人 ・妙高高原地域：実人数29人 実施回数69回 延べ利用者数781人
経緯	○住民主体型通所サービス 当市では、平成28年4月より介護予防・日常生活支援総合事業を開始し、住民主体型通所サービス(通所型サービスB)を、従来の介護予防事業で実施していた閉じこもり予防教室に、介護予防サポーター(市民ボランティア)を派遣して開始した。

	○口腔機能向上プログラム 口腔機能向上プログラムは、平成 20 年から導入し、平成 22 年から委託で実施している。平成 28 年 4 月より通所型サービス B に位置付けている。
利点	・町内会館で地域の茶の間を実施しているが、町内会でまだ実施していない地域の方や町内会になじまない方の受け皿となっている。 ・要支援者及び基本チェックリスト該当者を対象に、介護予防（運動機能向上、口腔機能向上、認知症予防）や閉じこもり予防、フレイル予防を図ることで、要介護状態にならず自立した生活を送ることができる。 ・日々の介護予防プログラムや年に数回実施する回想法プログラム等によって初期認知症や MCI の方も症状が悪化せず、状態を維持できている。 ・介護予防サポーターの導入により、高齢者の社会参加と地域における支え合いの体制づくりが促されるとともに、活動を通して介護予防サポーター自身の生きがいづくりや介護予防につながっている。
苦労	・現在、委託先スタッフが主になり運営しているが、将来的には、介護予防サポーター主体の運営を目指しており、スタッフ育成が課題である。 ・初年度であったため、委託先スタッフと介護予防サポーターの役割を分担するための調整に時間や労力を要した。 ・委託先スタッフはケアマネジャーと連携することが初めてであり、電話連絡が増えるなど連絡調整にとまどいを感じたようであった。 ・基準型、緩和型の通所サービスを利用する方が多く、住民主体型通所サービスへ移行してくる方が少ない。
行政の役割	・出務する介護予防サポーターの養成や育成は市で行い、出務希望者を事業所へ連絡し、派遣調整してもらう。 ・介護予防サポーターの養成講習会は、初級（年 4 回）、中級（年 1 回）、上級（年 1 回）に分けて実施。中級・上級の認定を受けたサポーターのみ、サービスの現場に出務できることとしている。 ・各事業所と年に 2 回程度打ち合わせや振り返りを行う。 ・窓口での基本チェックリスト該当者に対し、住民主体型通所サービスの紹介をする。 ・利用にあたり、介護予防サービス計画を作成し、カンファレンスを実施している。 ・サービス利用者に対する相談を受け対応する。 ・利用料の徴収を行う。 ・事業実績管理や評価のまとめを行う。
促進要因	・市と委託先事業所との連携が図れている。 ・要介護状態にならないよう、介護予防に対する利用者や委託事業所の意識や意欲が高い。
阻害要因	・介護予防サポーターの育成については、委託先スタッフや委託事業所及び行政の指導不足。 ・運営については、委託先スタッフと介護予防サポーターのコミュニケーション不足や委託事業所及び行政の調整不足。 ・介護支援専門員の自立支援へのマネジメント不足。 ・介護支援専門員に対して行政の事業周知や指導の不足。
対象住民の声	・最初は年をとっている自分がこんなところに行っているのか不安だったけど、来てみたら楽しくて、ここに来ることが生きがいになっている。 ・デイサービスは認知症の人や寝たきりの人が行くイメージがあるから行きた

	くなかったが、ここは自分と同じような人が多くいるので楽しい。 ・人と話すのが好きだったのに、足が悪く送迎手段がなくて閉じこもりがちだったけれど、サービスを利用して毎日いきいきしている。（家族）
関係スタッフ やサポーター の声	・いろいろな人生経験をお持ちの高齢者と関わるのは楽しいし勉強になる。 ・誰かのためになることが生きがいとなり、自分自身の介護予防につながっていると思う。 ・介護予防サポーターとして関わることで、このような事業があることを初めて知った。自分や家族の将来のためにも、色々勉強になって良かった。
主な活動費	○住民主体型通所サービス委託料 合計 28,314,000 円 ・新井地域：17,346,000 円 ・妙高地域：5,434,000 円 ・妙高高原地域：5,534,000 円 ○口腔機能向上プログラム委託料 合計 351,000 円 （ただし、消耗品は市から支給する形態） ※いずれも支払方法は、概算払いの後、精算する手続きである。
事業評価	・国や県からの調査にあわせて実施。 ・対象者に対し、年1回、以下の測定を行う。測定後、前年度の結果と比較し、事業評価を実施。 ・測定項目は次のとおり。 ①体力測定＜握力、最大歩幅、アップ&ゴー、開眼片足立ち＞ ②口腔機能測定＜問診、口腔チェック、反復唾液嚥下テスト、オーラルディアドコキネシス＞ ③基本チェックリスト
今後の課題	・現在、委託先スタッフが主になり運営しているが、将来的には、介護予防サポーター主体の運営を目指しており、スタッフ育成が課題である。 ・基準型や緩和型通所サービスから住民主体型に移行できるように、初回プランを作成する地域包括支援センター職員や、その後委託する介護支援専門員のマネジメント能力を高める必要がある。 ・介護予防サポーターの資質向上を図る必要がある。 ・現在、市内3会場で実施しているが、会場や定員数、委託先などを検討する必要がある。
今後の展開	・介護予防サポーター主体（住民主体）で事業を実施していく。 ・利用中に近所のスーパーに買い物へ行ったり、利用日以外の日にはスタッフが訪問し掃除などの生活支援を行うなど、住民主体型の通所と訪問を一体的に実施。 ・利用者が元気になり、事業から卒業して、地域の茶の間（地域の町内会館で実施）に参加する。 ・利用者が元気になり、事業から卒業して、介護予防サポーターに登録し担い手として活躍する。 ・介護予防の輪が広がり、介護認定率が減少し、元気100歳な高齢者が増える。

〔２－２－３〕 通所型サービスＣ（短期集中予防サービス）

（１）サービスにおけるプログラムの位置づけ

通所型サービスＣ（短期集中予防サービス）は、状態改善の達成を目指す期限（原則３ヶ月程度）を明確に設定した上で、保健・医療の専門職が、要支援者・事業対象者の口腔機能低下の状況に応じて、集中的に通所型予防サービスを提供し、機能の回復を図ろうとするものである。本サービス実施後は、専門職による支援が必要のないレベルまで回復しているものとし、生活機能を落とさないよう、セルフケアを継続し、自立した日常生活を送ってもらう事になる。他の介護予防プログラムのお手伝いやボランティア活動に参加するように促す。より専門的介入が必要になった場合には、医療機関の受診を勧奨する必要もある。

（２）プログラムの提供例

①対象者の選定

対象者の選定には、基本チェックリストで運動・口腔・栄養・認知機能に関する機能低下が認められ、介護予防ケア・マネジメントの結果、事業利用に適していると判断された者である。なお、訪問調査等を実施し口腔の問題について明らかにする際には、下記のアセスメント等を実施することが望ましい。

（対象者への聴取）

- １．固いものが食べにくい
- ２．お茶や汁物でむせる
- ３．口が乾きやすい
- ４．薬が飲みにくい
- ５．口臭が気になる
- ６．食事時間が長くなった
- ７．食べこぼしがある
- ８．食後に口の中に食べ物が残りやすい
- ９．自分の歯か入れ歯で左右ともしっかり噛めるか

②生活アセスメント

通所型Ｃにおける事業においては、訪問によって生活機能、生活状況を把握し、本サービスをより効果あるものにしていかなければならない。訪問アセスメントの際に実施するアセスメント項目とその意義を提示する。

・生活口腔衛生アセスメント

１．歯ブラシの管理状況

- １）歯ブラシが正しく保管されているか？

（コップなどに立てかけてある。専用の歯ブラシ立てに保管されていれば 良好）

- ２）歯ブラシのブラシが開いていないか？

（歯ブラシを背側からみて、おおきくブラシが開いていなければ良好）

- 6 2

- ・ 現在歯数 (歯) 処置歯数 (歯) 未処置歯数 (歯)
- ・ 義歯の部位 (上顎 総義歯・局部 下顎 総義歯 局部)
- ・ 義歯の状況
(有→適合状況 良好・義歯不適合・義歯破損 無→義歯の必要性 あり・なし)
- ・ インプラント (有・無)

- ・ 現在歯数 (本) 処置歯数 (本) 未処置歯数 (本)
- ・ 義歯の部位 (上顎 総義歯・局部 下顎 総義歯 局部)
- ・ 義歯の状況
(有→適合状況 良好・義歯不適合・義歯破損 無→義歯の必要性 あり・なし)
- ・ インプラント (有・無)

■咬合の状態

現在歯による臼歯部での咬合 右側 (あり・なし) 左側 (あり・なし)
 義歯装着による臼歯部での咬合 右側 (あり・なし) 左側 (あり・なし)

■咀嚼能力評価

1) 問診

- ・ 基本チェックリスト

1 3 “半年前に比べて堅いものが食べにくくなりましたか (はい、いいえ)”

2) 摂食可能食品からの評価法

次の食品について、下の回答項目より現在の状況に最も近いものを選んで () の中に書き入れてください。

- | | |
|---------------|----------------------|
| (2) 容易に食べられる | (□) 嫌だから食べない |
| (1) 困難だが食べられる | (△) 義歯になってから食べたことがない |
| (0) 食べられない | |

- | | | |
|-----------------|------------------|----------------|
| 1. あられ () | 2. (生)あわび () | 3. いか刺し () |
| 4. いちご () | 5. かまぼこ () | 6. (生)きやべつ () |
| 7. (ゆで)きやべつ () | 8. こんにやく () | 9. (煮)さといも () |
| 10. スルメ () | 11. 酢だこ () | 12. (漬)大根 () |
| 13. (煮)たまねぎ () | 14. (古漬)たくあん () | 15. 佃煮こんぶ () |
| 16. (揚)鳥肉 () | 17. (焼)鳥肉 () | 18. (漬)なす () |
| 19. (生)人参 () | 20. (煮)人参 () | 21. パナナ () |
| 22. ハム () | 23. ピーナッツ () | 24. (焼)豚肉 () |
| 25. りんご () | | |

3) 実測評価

- ・ 摂食機能測定試料 (ガムやグミ等)
- ・ 咀嚼筋触診 (咬筋、側頭筋などの噛みしめ時の緊張度触診)

■舌機能評価

1) 舌の力 (舌圧計等)

- ・ 舌圧測定 (舌圧測定器による測定または簡易測定)
- ・ 挺舌 (舌をできるだけ前に出してもらい) を促し、舌運動の状況
(十分・下唇を越えない・不能)

2) 舌運動の巧緻性（滑舌）（オーラルディアドコキネシス）

パ（ ）回/秒 タ（ ）回/秒 カ（ ）回/秒 リズム（良・不良）

※パ、タ、カをそれぞれ10秒間に言える回数の測定し、1秒間あたりに換算

■嚥下機能評価

1) 問診

基本チェックリスト14 “お茶や汁物などでむせることが有りますか（はい、いいえ）”

2) 実測

- ・反復唾液嚥下テスト（Repetitive Saliva Swallowing Test）
- ・改訂水飲みテスト（Modified water swallow test: MWST）
- ・頸部聴診法（Cervical auscultation）

3) 質問紙法

- ・EAT-10 各項目スコア合算が3ポイント以上の場合リスク有りとして判定

■粘膜の異常：なし・あり（ ）

■口腔衛生状況※5（評価法は資料における評価から選択）

- ・視診
 - i) プラークの付着状況（殆どない・中程度・多量）
 - ii) 食渣（殆どない・中程度・多量）
 - iii) 舌苔（殆どない・中程度・多量）
 - iv) 口臭（殆どない・弱い・強い）
 - v) 義歯清掃状況（良好・普通・不良）

■口腔乾燥※6（評価法は資料における評価から選択）

- ・視診：以下評価（正常・軽度・中等度・重度）
- ・口腔水分計等により評価（なし・あり・重度）

■歯周組織の状況

CPI所見結果

右	17または16	11	26または27	左
	47または46	31	36または37	
CPI個人コード(最大値)				

	0	1	2	9	X
歯肉出血	健全	以下の所見が認められない			
	出血あり	ブローピング後10～30秒以内に出血が認められる			
	除外歯	ブローピングが出来ない歯 (例：根の露出が根尖に及ぶ)			
歯周ポケット	健全	以下の所見がすべて認められない			
	4～5mmに達するポケット	ブロープの黒い部分に歯肉縁が位置する			
	6mmを超えるポケット	ブロープの黒い部分が見えなくなる			
	除外歯	ブローピングが出来ない歯 (例：根の露出が根尖に及ぶ)			

（３）通所型サービスＣにおける口腔機能や栄養状態に着目した実施例

通所型サービスＣにおけるプログラムの実施については、①単独型での口腔機能向上又は栄養改善プログラムの実施、②複合プログラムによる口腔機能向上又は栄養改善の実施、③歯科診療所を活用した口腔機能向上プログラムの実施など、いくつかの実施方法があり得る。このうち、①単独型での口腔機能向上又は栄養改善プログラムの実施、②複合プログラムによる口腔機能向上又は栄養改善の実施、の２パターンについては、平成 24 年 3 月に公表された「介護予防マニュアル改訂版」におけるプログラムに準拠することが望ましい。すなわち、単独型による実施の場合は、「介護予防マニュアル改訂版」の第 5 章「口腔機能向上プログラム」又は第 4 章「栄養改善プログラム」により、複合プログラムによる口腔機能向上又は栄養改善の実施の場合は第 2 章「複合プログラム実施マニュアル」により、それぞれ実施することが推奨される。

また、歯科診療所を活用した口腔機能向上プログラムの実施については、全国のいくつかの自治体で実施されているが、本稿では、平成 28 年度にモデル事業を実施し、平成 29 年 4 月から通所型サービスＣとして実施予定の金沢市の事例を紹介する。

事例	金沢市歯つらつ健康プログラム
自治体名	石川県金沢市
主旨	口腔機能低下リスクが高い高齢者対象として、口腔機能向上プログラムの提供を行い、高齢者のＱＯＬの向上を図る。
事業内容	通所型サービスＣとして実施予定。平成 28 年度は「金沢市歯つらつ健康プログラム通所型口腔機能向上モデル事業実施要領」によるモデル事業として実施。
担当部局 実施協力 連携体制	金沢市健康政策課 金沢市歯科医師会が選定する金沢市の二カ所の歯科医院、 金沢市・金沢市歯科医師会・金沢市地域包括支援センター
経緯	平成 27 年度に金沢市歯科医師会より『金沢市地域包括ケアシステムを活用した金沢市歯科医師会が考える新システムの実施について』要望があり、平成 29 年度実施の総合事業に向けて、平成 28 年度にモデル事業を実施した。
利点	・通院している歯科医院で実施できる。 ・歯科医院で実施するため、治療等が必要ならば受ける事ができる。 ・より参加者にあったプログラムを策定できる。
苦勞	プログラム内容等も併せて金沢市歯科医師会に委託しているので特になし。
行政の役割	金沢市歯科医師会、実施医療機関、金沢市地域包括支援センターとがスムーズに連携できるようにする。また、基本チェックリストを内科等の医療機関に置かせてもらっている。
促進要因	・口腔機能改善事業に詳しい歯科医師が実施している。 ・金沢市歯科医師会からの要望であるため比較的スムーズに進んでいる。
阻害要因	・今年度はモデル事業のため、金沢市の二カ所の歯科医院でのみの実施になるため、関連する地域包括支援センターが固定されている。 ・金沢市包括支援センターと実施医療機関の連携。

関係スタッフの声	・ 歯科医院で実施できるのは良い。 ・ 今後、協力してくれる医院がどれくらいあるか課題である。 ・ 今後、協力してくれない医院に通院していた人がこのサービスを受けるため別の医院に通うとなると、包括が患者を誘導したと思われぬか。
対象住民の声	・ 飲み込みにくさは少し改善したが、最近体操をさぼりぎみのため、むせている ・ プログラムを通して特に変化はないと感じたが、この先のことを考えると、口腔体操は必要だと思う。 ・ 口の渇きが改善された。 ・ 話しやすくなった。
主な活動費	本事業移行後の予定としては、12800 円／4 回／人（1 人 1 回 3000 円＋器具代 800 円）を見込んでいる。1 人 1 回 30 分程度として積算している。なお、モデル事業の実績は下記のとおりである。 金沢市歯科医師会へ委託：700 千円 【内訳】 プログラム費 @5,000×30 人×4 回 二次予防口腔機能事業検討会費 @8,000×5 人×2 回 事務費等 20,000×一式
事業評価	歯科医師の判断によると参加全員に口腔機能の向上がみられた。
今後の課題	・ チェックリストで該当しても事業参加への同意が得られない者が多いため、事業参加へ必要性をどのように伝えるか。 ・ プログラム内容を統一するため、実施医療機関は講習会に参加（随時実施中）。
今後の展望	金沢市には 19 カ所に地域包括支援センターがあり、来年度は最低 19 カ所（包括の地区）の医療機関で実施することが決定している。 3 年後目標件数は、50 件／218 件（全歯科診療所数）。
全国展開の展望	同様の取組が、桐生市、浦添市、帯広市で展開されている（ただし、実施形態は自治体によって異なる）。

総合事業に移行済みの 218 市町村（平成 28 年 8 月現在）のうち、通所型サービス C で口腔・栄養を含むプログラムを実施している市町村数は、次のとおりである（複数回答）。

①運動＋栄養＋口腔	42
②運動＋栄養	5
③運動＋口腔	9
④口腔＋栄養	8
⑤栄養単独	6
⑥口腔単独	12

訪問型サービス

〔2－2－4〕訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）

（１）サービスにおけるプログラムの位置づけ

訪問型サービスAは、要支援者等の居宅において、介護予防を目的として、主に雇用される労働者（訪問介護員等）が行う生活援助等のサービスであり、従来の介護予防訪問介護よりも、人員等の基準を緩和したサービスである。利用者の状態や地域の実情等に応じて、柔軟にサービスを提供することが可能である。具体的には、調理、掃除等やその一部介助、ゴミの分別やゴミ出し、重い物の買い物代行や同行などを提供することが出来る。短期集中予防サービスとして位置付けられる後述の訪問型サービスCが、体力の改善に向けた支援が必要なケースや、ADL、IADLの改善に向けた支援が必要なケースを対象とし、保健・医療専門職によって提供されるものであることと比較して、訪問型サービスAでは必ずしも保健・医療専門職による必要がないことや実施に当たっての要件等の基準が緩和され、かなり柔軟な対応が可能である。

例えば、三重県いなべ市では、多様なサービスの一環として、歯科衛生士や管理栄養士による訪問指導を行うサービスを設定し実施している

（２）プログラムの提供例

具体的なプログラムの提供例として、三重県いなべ市の事例を紹介する。

いなべ市では、平成26年度までに、平成24～25年度に実施した介護予防強化推進事業の取り組みを、いなべ市独自のメニューとして発展させ、介護予防事業実施の基本ルールとして定着させている。平成27年度は、総合事業への移行を視野に入れ、介護予防事業を一次予防対象者事業と三次予防対象者事業として実施し、従来の二次予防対象者のほか、三次予防対象者となる要支援認定者の一部を一次予防事業に含め、事業の一元化を行った。当初は平成27年10月1日からの総合事業導入を予定していたが、総合事業のガイドラインの読み解きや、市内にある地域資源の洗い出し等を行った結果、移行時期が平成28年4月1日からに変更され、段階的に予防給付から総合事業への移行が行われている。

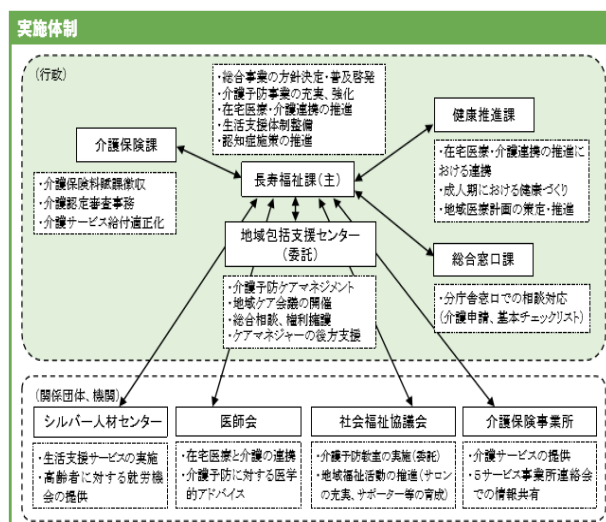


図2-2-9

介護予防・日常生活支援総合事業(総合事業)の利用の流れ

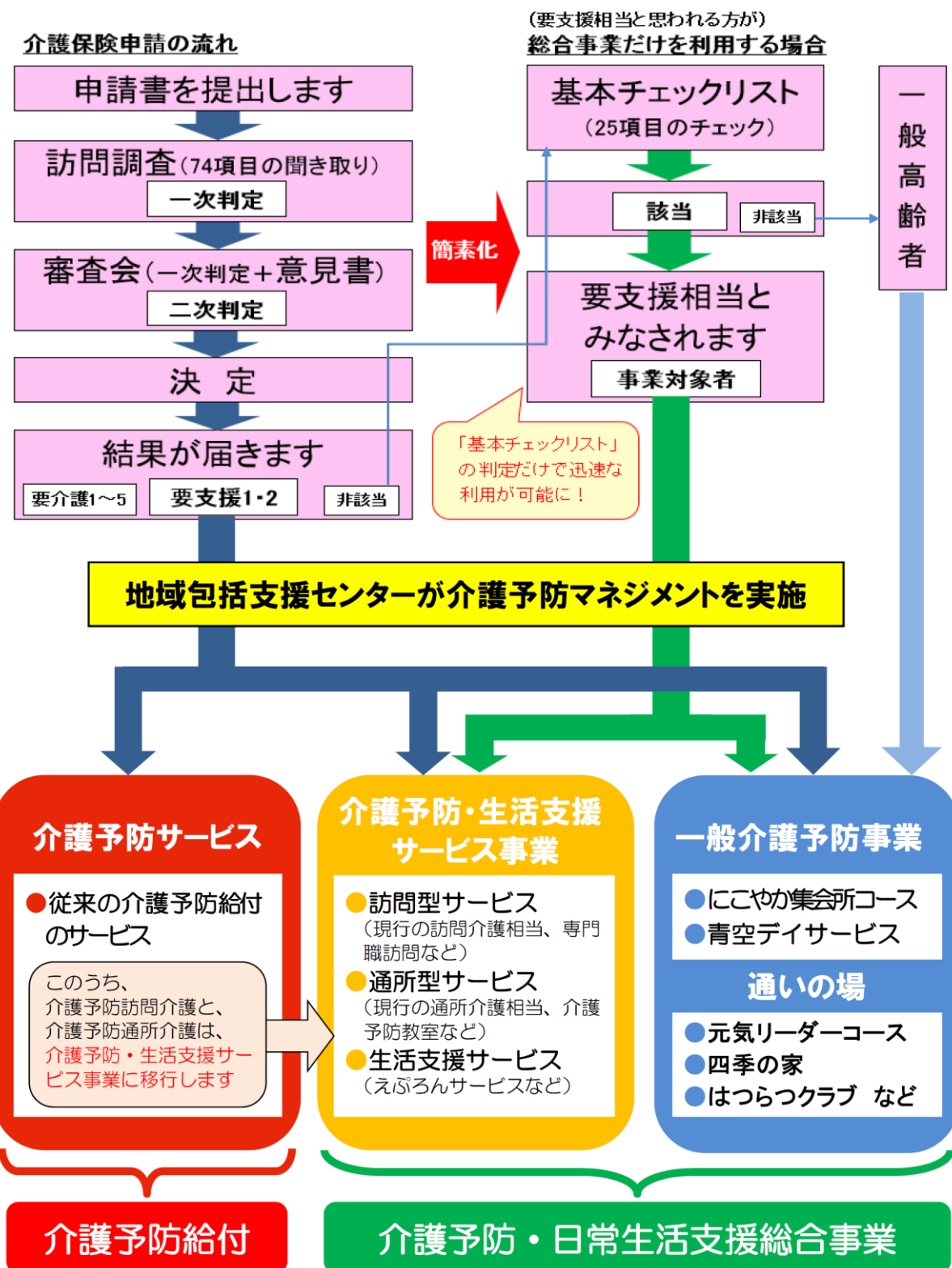


图 2-2-10

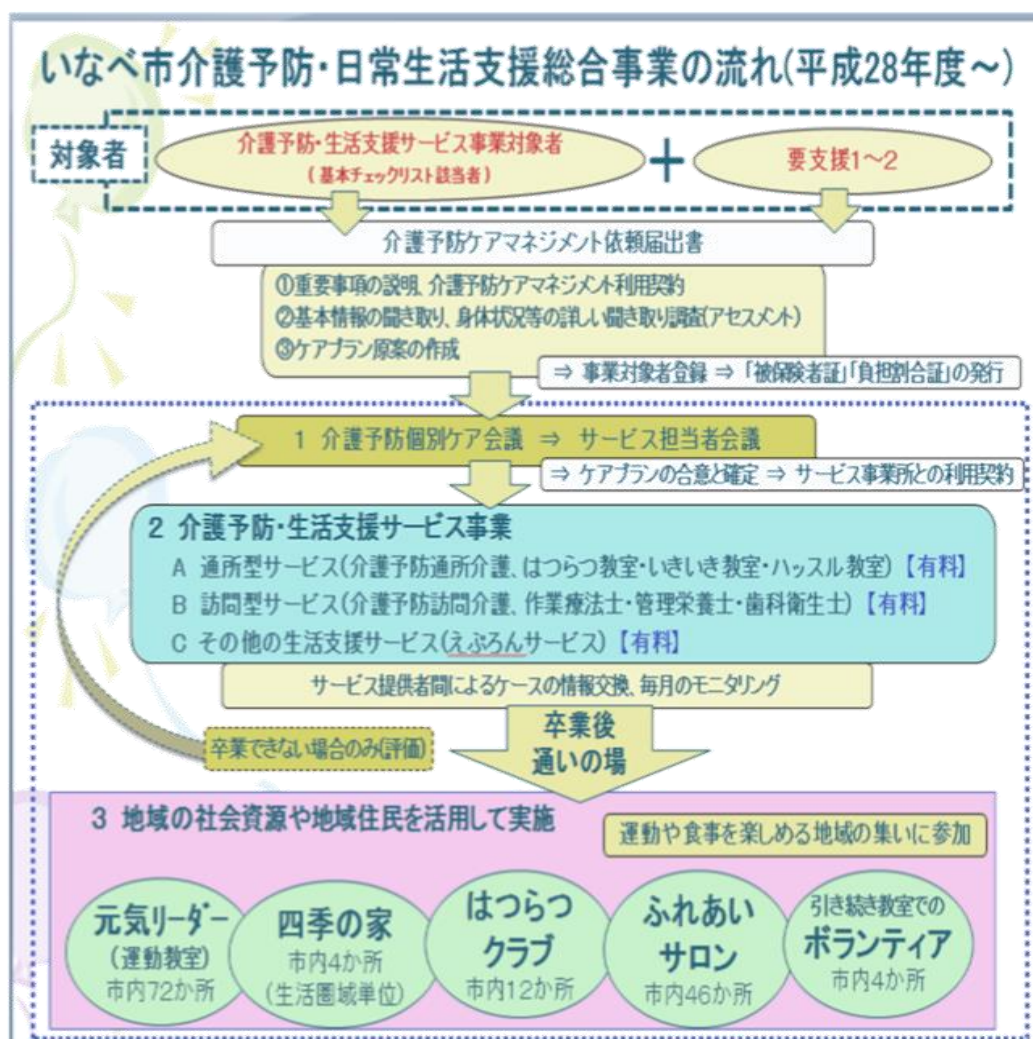


図 2-2-1 1

基準	現行の訪問介護相当	多様なサービス		
種別	訪問介護相当	訪問型サービス A(緩和した基準によるサービス)		
		作業療法士訪問	管理栄養士訪問	歯科衛生士訪問
内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	作業療法士による機能訓練指導	管理栄養士による栄養管理指導	歯科衛生士による口腔衛生指導
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービス利用の継続が必要なケース ○認知機能の低下により、日常生活に支障がある症状行動を伴うケース ○退院直後で状態が変化しやすく、専門的支援が特に必要なケース など	○自宅での個別機能訓練指導が必要なケース	○自宅での個別栄養管理指導が必要なケース	○自宅での個別口腔衛生指導が必要なケース
実施方法	事業者指定	委託	直接実施	直接実施
基準	予防給付の基準による	人員等を緩和	-	-
サービス提供者	訪問介護員(訪問介護事業者)	事業所職員	嘱託職員	嘱託職員
費用	国基準(1回あたり単価) (利用者は1割)	1時間 3,000円 (利用者は1割)	1時間 5,300円 (利用者は1割)	1時間 3,500円 (利用者は1割)

表 2-2-1

（３）訪問型サービスＡにおける口腔機能や栄養状態に着目した実施例

いなべ市においては、要支援 １・２ の方や基本チェックリストに該当された方のうち、介護予防個別ケア会議で「専門職のアドバイスを受けることで、自立できる可能性が高い、または予防効果が期待できる」とされた方を、訪問型サービスＡの対象としている。自宅での自立した生活をできるだけ長く続けられるように、地域包括支援センター（ケアマネジャー）の聞き取りをもとに、専門職から個人にあった指導や助言が行われている。

支援センター（ケアマネジャー）の聞き取りをもとに、専門職から個人にあった指導や助言を行います。

専門職による介護予防個別
ケア会議で支援内容を決定

種別	1 時間あたりの 利用料金	支援内容
OT（作業療法士）訪問 	300 円 （2割の方は600 円）	○自宅で転倒しやすい箇所の確認や整備（手すり位置のアドバイスなど）、移動方法のアドバイス。 ○不自由を感じている、ベッドからの起き上がり方、椅子からの立ち上がりや座り方、屋外への移動動作確認と転倒予防へのアドバイス。 ○パーキンソン症状など、病気からくる手のしびれなどへの医学的なアドバイス。 ○自宅での自主運動や散歩コースの確認。 など
管理栄養士訪問 	530 円 （2割の方は1060 円）	○痩せすぎ、低栄養に関する評価とアドバイス。 ○糖尿病や高血圧症などの方への栄養評価とアドバイス。 ○家族の食事にも配慮した、対象者に合った食事内容・調理の仕方などを具体的にアドバイス。 など
歯科衛生士訪問 	350 円 （2割の方は700 円）	○食事時にむせる、しゃべりにくい、噛みにくい方への口腔評価とアドバイス。 ○飲み込みが悪く、鼻の方に戻ってくる感じがする、義歯に違和感があるなどの口腔・嚥下に関する問題を感じている方へのアドバイス。 など

※ 利用料金は訪問時に徴収します。

お問い合わせ先

いなべ市 福祉部 長寿福祉課 TEL 0594-78-3520

いなべ市地域包括支援センター TEL 0594-82-1616



図 2-2-12

なお、総合事業に移行済みの 218 市町村（平成 28 年 8 月現在）のうち、訪問型サービスＡで口腔・栄養を含むプログラムを実施している市町村数は、次のとおりである（複数回答）。

- | | |
|-----------|---|
| ①運動＋栄養＋口腔 | 3 |
| ②運動＋栄養 | 0 |
| ③運動＋口腔 | 0 |
| ④口腔＋栄養 | 0 |
| ⑤栄養単独 | 2 |
| ⑥口腔単独 | 2 |

〔２－２－５〕訪問型サービスＢ（住民主体による支援）

（１）サービスにおけるプログラムの位置づけ

総合事業における訪問型サービスは、現行の介護予防訪問介護に相当するもの（訪問介護員等によるサービス）と、それ以外の多様なサービスからなる。訪問型サービスＢはその中で有償・無償のボランティア等により提供される、住民主体による自主活動として行う生活援助等の生活支援として位置づけられている。

総合事業の実施に当たっては、自らの能力を最大限に活用しつつ、住民主体による支援等の多様なサービスの利用を促すことが推奨されている。訪問介護員等によるサービスについては、主に、認知機能の低下等により日常生活に支障があるような症状や行動を伴うケース等、訪問介護員による専門的なサービスが必要と認められる場合に利用することが想定され、訪問型サービスＡを利用する場合については、一定期間後のモニタリングに基づき、可能な限り住民主体の訪問型サービスＢに移行していくことを検討することが重要とされている。多様なサービスについては、サービス内容は柔軟に提供可能とし、ケア・マネジメントにより、利用者の自立支援に資する支援を提供することが求められている。

つまり訪問型サービスＢにおける、口腔と栄養に関するプログラムの位置づけとしては、住民主体のボランティアによる、生活援助の支援の中でのサービスプログラムとなる。

（２）プログラムの提供例

口腔に関する住民主体のボランティアによる、生活援助の中での位置付けについては、口腔衛生状態の維持・改善を目的としたサービスとして、口腔のセルフケアの実施確認とその促し、環境整備、用具の準備等が考えられる。また、口腔機能の維持・賦活を目的としたサービスとしては、口腔体操や食事時の見守り等の支援などが考えられる。

栄養に関する住民主体のボランティアによる、生活援助の中でのサービスについては、食材の購入支援、調理、食事時の見守りなどが考えられる。また、保存食品の管理、消費期限の過ぎた食品の整理、食中毒の予防などの注意喚起も可能であろう。

表２－２－２ サービスの提供例

口腔衛生	口腔機能	栄養改善
セルフケアの実施確認	口腔体操	食品の購入支援
セルフケアの促し	唾液腺マッサージ	調理
環境整備	食事時の見守り	
用具の準備		栄養リスクの把握（体重、喫食量の把握）
消耗品の購入		保存食品の管理
		消費期限の過ぎた食品の整理
		食中毒の予防

〔２－２－６〕訪問型サービスＣ（短期集中予防サービス）

（１）サービスにおけるプログラムの位置づけ

訪問型サービスＣ（短期集中予防サービス）は、状態改善の達成を目指す期限（原則３ヶ月程度）を明確に設定した上で、保健・医療の専門職が、要支援者・事業対象者の機能低下（運動機能・栄養状態・口腔機能・認知機能の低下）の状況に応じて、集中的に訪問型予防サービスを提供するものと位置づけられている。

訪問型サービスＣの目的は生活機能の改善で、原則３ヶ月間、口腔に関するサービスプログラムは歯科医師、歯科衛生士、保健師、看護師、言語聴覚士のいずれか、栄養に関するサービスプログラムは管理栄養士（その他関連職種と共同して行う）が行う。

訪問型サービスＣを利用する場合については、サービス終了後可能な限り住民主体の訪問型サービスＢに移行していくことを検討することが重要とされている。サービス内容はより専門的なものとし、ケア・マネジメントにより、利用者の自立支援に資する支援を提供することが求められている。

表２－２－３ 訪問型サービスＣの仕様（例）

訪問型サービスＣの仕様（例）			
種別	口腔衛生	口腔機能	栄養改善
概要	歯科医師、歯科衛生士、保健師、看護師、言語聴覚士のいずれか訪問し口腔のセルフケアに関する、指導、調整を行う（週１回３０分）	歯科医師、歯科衛生士、保健師、看護師、言語聴覚士のいずれか訪問し口腔機能に関する、指導、調整を行う（週１回３０分）	管理栄養士がその他の職種と共同して栄養アセスメントを行い、状況に応じた食支援、調整を行う（週１回３０分）
対象者	訪問アセスメントで口腔衛生状態が不良であったもの	基本チェックリストの口腔の３項目のうち２つ以上該当したもの、もしくは事前の訪問時の食支援アセスメントにて誤嚥や窒息のリスクがみられたもの	事前の訪問時の食支援アセスメントにて低栄養状態ないし、低栄養リスクがみられたもの ※対象者基準、低栄養関連リスク参照
運営方法	業務委託又は直営		
職種	歯科医師、歯科衛生士、保健師、看護師、言語聴覚士	歯科医師、歯科衛生士、保健師、看護師、言語聴覚士	管理栄養士、経験のある栄養士（その他関連職種と共同して行う）

（２）プログラムの提供例

口腔に関する集中的な訪問型予防サービスプログラムの提供については、食支援アセスメント（別添）において、課題を抽出し、専門的な指導を本人、家族を含め実施する。口腔衛生状態の維持、改善を目的としたプログラムとしては、口腔のセルフケアの状況をアセスメントし、セルフケアの環境整備、用具およびセルフケア方法に関する専門的な指導が考えられる。また、口腔機能の維持、賦活を目的としたプログラムとしては、摂食嚥下機能に関する専門的アセス

メントと、それに基づく口腔機能向上プログラムの立案、実践を行う。また食事姿勢、食事のペースや一口量、食事内容（栄養バランスなど）を確認し、栄養状態に応じた食材の選択と量、口腔機能にあわせた食形態や水分のトロミの状態を確立し、その調整法を指導するなどが考えられる。

口腔に関する集中的な訪問型予防サービスプログラムの提供の対象者基準は、以下の基本チェックリストの口腔の3項目のうち2つ以上該当したもの、もしくは事前の訪問時の食支援アセスメントにて口腔衛生状態が不良であったもの、誤嚥や窒息の既往、リスクが認められたものの。

- ① 半年前に比べて堅いものが食べにくくなりましたか（基本チェックリストNo. 13）
- ② お茶や汁物でむせることがありますか（基本チェックリストNo. 14）
- ③ 口の渇きが気になりますか（基本チェックリストNo. 15）
- ④ 口腔衛生状態が不良であったもの
- ⑤ 誤嚥や窒息の既往、リスクがみられたもの

上記①～④の把握基準に該当した者であって、口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる者に対しては、保健師、看護師、言語聴覚士と協力歯科医療専門職（歯科医師、歯科衛生士）が共同して「口腔機能向上」サービスが提供されることが望まれる。

それぞれの職種が様々な視点、専門性をもって咀嚼機能、嚥下機能、構音機能、審美的な回復をはかることで、誤嚥や窒息を防ぎ、咀嚼や嚥下機能の低下により食べることができなかった食事を少なくして、食事を楽しむことができるようにする。さらに、構音機能を改善することで会話の機会を増やし楽しむことができるようにするとともに、口腔周囲の審美的回復をはかり、他者と会って会話したり、一緒に食事をしたりして楽しめるよう支援する。さらに食事、会話、審美的改善を通して、外出機会を増やし、社会参加への自信を持たせ参加への意欲につなげる。つまり口腔機能を改善し誤嚥や窒息を予防するだけでなく、口腔機能の改善によって食事、会話を楽しみ、審美的な回復により外出や社会参加に繋げることを目標とすることが肝要である。

口腔機能向上サービスで食事や会話といった生活の基本機能を回復することは、利用者の望む暮らしの実現に不可欠であるが、その改善による効果は日常生活の中で自覚されることは少ない。そのため、プログラム実施期間内においては、利用者個別に食事や会話、審美に関する些細な改善効果を拾い上げながら、積み重ね実感できるよう促すことが重要である

また、これら目標を達成するには、栄養改善や運動器の機能向上サービスとの連携は必須であり、相乗的な効果があることが明らかになってきている。特に栄養改善とは目標が同じであることが多く、口腔機能向上プログラムの実施に際しては、管理栄養士の的確な栄養アセスメント（栄養状態と食生活状況の把握）と食支援など、プログラム開始前だけでなく実施期間中も情報を共有し、可能であれば一緒にアセスメントや問題抽出を行ったり、プログラムと一緒に実施する機会を設けるなどで、さらに大きな効果が期待できる。

栄養に関する集中的な訪問型予防サービスプログラムの提供の対象者基準は、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

また、低栄養に関連して、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。

低栄養関連リスク

- (a) 口腔及び摂食・嚥下機能の低下
- (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

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で、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ことが望まれる。

低栄養に陥らないよう、タンパク質とエネルギーを十分摂取できるように支援し、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。また、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、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より、要介護状態や重度化を予防する。なお、単にエネルギーやタンパク質の付加による栄養指標の改善に終始するのではなく、個々の高齢者や家族の価値観や考え方、生活習慣や環境にも十分留意し、QOL（生活の質）の向上に繋がる栄養アセスメントと食支援を心がける。すなわち、事前のアセスメントから抽出された高齢者自身の栄養状態と食生活状況の課題について、高齢者や家族とともに考え、「食べること」が「楽しみ」になり、栄養改善を通じて、高齢者が期待する自己実現に結びつくための、優先課題と改善の実施可能性について検討し、本サービスの実行上の問題や課題と一緒に解決し、生活そのものに「食べること」を「楽しみ」として位置づけていくプロセスを重視する。

そのため、「指導」ではなく、双方向的コミュニケーションを重視した「相談」あるいは「支援」として行うことが適当である。さらに、高齢者の低栄養状態等の改善のために解決すべき課題は多岐にわたることから、多職種が協働して、関連するサービスや高齢者の身近な地域資源と連携し、効率的なマネジメント体制である「栄養ケア・マネジメント」のもとに実施されるべきものである。

口腔と栄養のプログラムはいずれも、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。高齢者にとっての「栄養改善」は、「食べること」の楽しみや生き甲斐の面から重要であり、「食べること」への支援を通じて、食欲の回復や規則的な便通といった生体リズムの保持や生活機能の向上、社会参加やコミュニケーションの回復へとつなげる。

（３）訪問型サービスＣにおける口腔機能や栄養状態に着目した実施例

保健師等が居宅を訪問して実施する訪問型介護予防事業においては、誤嚥や窒息のリスクがある者、咀嚼や嚥下機能が低下し、食事が制限されている者、またそのリスクが高い者については、歯科医師、歯科衛生士との連携が重要である。地域包括支援センターが作成した課題分析、目標設定等を踏まえて、必要に応じて地域包括支援センターを通じて医師、歯科医師に相談する。歯科疾患は内科的疾患と異なり、自然治癒することはほとんどないため、歯科治療が必要な場合は、医療的な対応を行うことで、大きく改善する場合が多い。

プログラムは、誤嚥や窒息を予防することだけでなく、食事や会話を楽しむことを目標とし、さらに審美的な回復とあわせて、外出意欲や機会を増やし、さらには社会参加へと繋げることが重要である。そのプロセスにおいては、他の職種や地域資源と連携することが重要であり、訪問型サービスＢへの移行も念頭に、プログラム開始前から準備し連携していくことが重要である。

実施期間は概ね３ヶ月程度（利用者の過度な負担とならず、効果が期待できる期間・回数）とする（例：口腔機能向上プログラムは週１回程度実施）。

咀嚼や嚥下機能を障害する最大の原因は歯科疾患と歯の欠損である。そのため口の中の痛みや歯の欠損がある場合は歯科医師による治療が受けられるよう支援を行う必要がある。歯科治療より、咀嚼や嚥下の機能低下は大きく改善することが多く、また以降、定期的な歯科受診することで、口腔機能を維持できるだけでなく、口腔衛生管理も継続的に受けることができ、口腔機能向上プログラムの効果も大きく、持続する可能性が高くなる。しかし、歯科治療によってこれら機能が改善しても、機能が低下していた期間に習慣となってしまった食事の内容を改善しなければ、食事を楽しむことができないばかりか、摂取エネルギー量が不足したままであったり、栄養バランスが悪いままであったりして、口腔機能の改善効果は十分期待できない。そのため、家族や保健師、可能であれば訪問栄養士やなどと連携し、食事の内容を改善していく必要がある。

口腔機能向上プログラムは大きく口腔衛生管理と口腔機能向上の２つに分けられる。口腔衛生管理は口腔内細菌叢を適切な状態に保つことで誤嚥性肺炎を予防すること、口腔内を清潔に保つことで歯科疾患を予防し、味覚を改善することで食事を楽しむことができるようにすることが目標となることが多い。

口腔機能向上については、摂食嚥下機能を回復し、何でも食べられるようになって食事を楽しむことができるようにすることが一つの目標となる。また、構音機能を改善し会話を楽しむことができるようにすることも重要な目標となる。高齢者は会話中に聞き返されることで、会話への自信を喪失し、会話する機会を避けるようになるだけでなく、外出や社会参加への意欲が失われる。電話での会話が困難なども同様に、家族や友人との交流を減らす原因となる。口腔機能向上プログラムによる構音機能の回復は些細ではあるが、意識することで実感する場

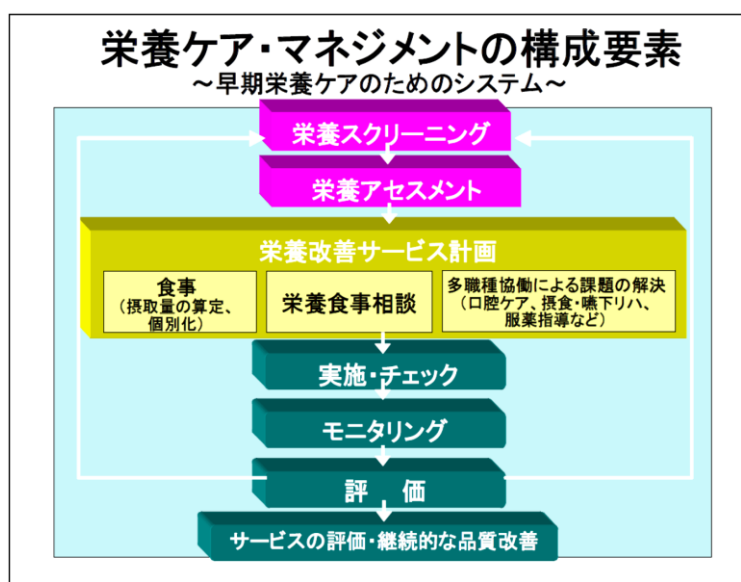
面は多く、会話への自信を回復し、さらに家族や友人との交流を促すことで、外出や社会参加への可能性を広げることができる。また、口腔衛生管理は口臭を改善し、口腔機能向上は口元の審美的な改善に効果があることから、これらの効果に目を向けさせることで、社会参加への意欲に繋がる可能性がある。口腔機能向上の目標を口腔の個々の機能の改善ではなく、それにより達成される、食事の楽しみや、家族や友人との交流、社会での役割の獲得に設定することは、生きる意欲へと繋がり、介護予防効果を大きく高めるものと思われる。

保健師等が居宅を訪問して実施する訪問型介護予防事業において低栄養状態にある、またその危険性がある者の対応にあたっては、管理栄養士と保健師等との連携が重要である。地域包括支援センターが作成した課題分析、目標設定等を踏まえて、訪問栄養相談を実施し、必要に応じて地域包括支援センターを通じて医師に相談する。

プログラムは、高齢者の低栄養状態の改善をめざした食事の内容だけでなく、おいしく・楽しく食べることや食事の準備などを含む日常生活における「食べること」の自立に向け、高齢者の嗜好、身体状況、生活習慣や食環境を考慮し総合的に支えるものである。

その際、管理栄養士は栄養ケア・マネジメント体制のもとで、他の職種や地域資源と連携しながら、栄養相談を行う（訪問型介護予防事業では、担当の保健師等が管理栄養士と連携して必要な情報を得て、支援を行う）。

実施期間は概ね3ヶ月程度（利用者の過度な負担とならず、効果が期待できる期間・回数）とする（例：栄養相談を最初の1ヶ月間は2週間毎に、その後は1ヶ月に1回程度等）。



厚生省老人保健事業推進等事業「高齢者の栄養管理サービスに関する研究報告書」(1997)を改変

図2-2-13 栄養ケアマネジメントの構成要素

なお、訪問型サービスCとあわせて、「その他の生活支援サービス（第1号生活支援事業）」を実施する場合は、配食サービスを行うことも可能である。この場合、次のように実施することが出来る。

すなわち、状況に合った適切な配食サービスを選択し、配食された食事を具体的な栄養教材として利用し、栄養相談と配食を効果的に組み合わせる。そのため、配食サービス担当の管理栄養士・栄養士、調理師、配達担当者との情報共有や連携が必要である。また、配食サービスの食材料費及び調理費相当分は利用者負担とすることを基本とし、利用料の設定に当たっては、低所得者に配慮することとなっている。配食サービス利用時も、事前に栄養アセスメントを行い、計画立段階で配食を位置づけ、モニタリング、事後アセスメントを順次行うマネジメント・サイクルを適用する。モニタリングは、実施担当者がその実施状況や改善状況を把握するために行う。初回の栄養相談の後、1週間から10日程度の間、実施上の問題や中断が無いかどうかを確認し、利用者の継続意欲を高めるために、電話等で様子をうかがい、適宜相談に応じる。利用者及び家族等が実施困難であると訴える場合には、代替案を提示し、計画修正を行う。モニタリングは、可能な限り2回目以降の栄養相談の際に実施し、1ヶ月後の相談時からは毎回（1ヶ月に1回）行う。3ヶ月目には、事後アセスメントとして、計画の実践状況及び目標の達成状況、並びに低栄養状態の改善の程度を評価する。

低栄養状態の改善が見られない場合や、計画の実施状況や目標の達成状況が十分ではない場合には、再度、利用者等と話し合って食生活改善計画の修正を行う。そして、修正後1週間目に、実施上の問題の出現や中断が無いかどうかを電話等により確認し、適宜相談に応じる。

食支援 アセスメント

氏名	性別 ☐ 男 ☐ 女	生年月日 年 月 日	実施日 年 月 日
ID.			

1. 食支援アセスメント

① 食事中にむせたり、せきこんだりすることがある	□はい □いいえ
② 食事に 30 分以上かかる	□はい □いいえ
③ 食物をなかなか飲み込まず、のみこみに時間がかかることがある	□はい □いいえ
④ 次から次へと食べ物を口に運ぶことがある	□はい □いいえ
⑤ 食事をしながら、寝てしまうことがある	□はい □いいえ
⑥ なかなか食べ始められない、食事に集中できないことがある	□はい □いいえ
⑦ 固いものを避け、軟らかいものばかり食べる	□はい □いいえ
⑧ 痰が絡んでいるような声になることがある	□はい □いいえ
⑨ 歯や入れ歯のせいで食べにくそうにしている	□はい □いいえ
⑩ うがいができない	□はい □いいえ
⑪ 歯ブラシをするのをいやがる	□はい □いいえ
⑫ うがいのあと口からたくさんの残渣が出てくる	□はい □いいえ

身長 (cm)		平均喫食率
体重 (kg)		主食 (%)
6ヶ月前の体重との差 (kg)		副食 (%)

2. 現在の食支援内容

食事形態の種類（主食）	☐ 米飯 ☐ コード4：軟飯、全がゆ ☐ ☐ コード3：全がゆつぶし、全がゆゼリー ☐ コード2：ミキサーがゆ
食事形態の種類（副食）	☐ 常食（カット有、カットなし） ☐ コード4：軟菜（カット有、カットなし） ☐ コード3：ソフト食、ゲル化剤固形食 ☐ コード2：ペースト
とろみの程度	☐ 弱いとろみ ☐ 中間のとろみ ☐ 強いとろみ
姿勢（体幹）	☐ 90 度 ☐ 60 度
姿勢（頸部）	☐ 顎を引いて ☐ 頸部回旋
実施していること	☐ 食事の前の体操 ☐ ペースをゆっくりするように声かけ ☐ 飲み込みを確認して介助 ☐ 声かけして促し ☐ 小分けで提供 ☐ 歯ブラシの誘導 ☐ 歯ブラシの介助

【事例紹介】

事例 1	那覇市「短期集中訪問相談サービス」
自治体名	沖縄県那覇市
事業内容	1 事業内容 居宅において、保健・医療の専門職により 3～6 ヶ月の短期間で生活機能の改善を目的として助言・指導等の支援を行う事業 2 利用回数 通算 6 回（上限） ・ 1 回あたり 60 分の予定。 ・ 実施期間は 3～6 ヶ月。 ・ 6 回以内なら、栄養士、作業療法士のサービスも併用可。 3 対象者 保健・医療の専門職による 60 分程度の助言・指導等の支援が必要な者で、生活機能の改善が見込まれる者 上記より以下のようなサービスの内容（案）となっている。 【栄養士】 栄養状態の改善を目的に、バランスの良い食材の選び方、塩分を抑えた調理方法、利用者に合う食事内容・調理方法等の助言及び実技指導。 【歯科衛生士】 食事時にむせる、しゃべりにくい、噛みにくい方へ口腔評価やアドバイスをを行い、口腔体操及び口腔清掃の指導、口腔清掃の実施、唾液腺マッサージの指導や咀嚼・嚥下訓練等の助言及び実技指導。 【作業療法士】 生活機能（身体機能・活動・参加）の向上を目的に、自宅でできる運動等、住環境の整備、趣味等の助言・実技指導。
担当部局 実施協力 連携体制	那覇市役所 福祉部 チャーがんじゅう課 包括支援グループ 沖縄県歯科衛生士会、沖縄県栄養士会、沖縄県作業療法士会 沖縄県歯科衛生士会・公社）沖縄県栄養士会・一社）沖縄県作業療法士会へ協力依頼をかけて、その会員を派遣してもらう予定している。団体との委託契約ではなく、会員個人へ報酬費を支払う方法を採用予定している。
経緯	平成 28 年度まで二次予防事業として実施していた訪問支援事業は栄養士による訪問支援のみであったが、以下の課題より、平成 29 年度から開始する那覇市介護予防・日常生活支援総合事業の訪問型サービス C の内容を検討し専門職によるサービスを充実することになった ①平成 26 年 8 1 7 8 人を対象に生活機能評価基本チェックリストによる二次予防事業対象者把握事業を実施。 発送数：8 1 7 8 人 返信数：6 4 4 8 人 機能低下あり：1 9 1 0 人 そのうち、口腔機能低下あり： 7 9 7 人

	(返信数に占める割合 12.4%) (機能低下ありに占める割合 47.1%) また、口腔機能低下の推移をみると、機能低下ありに占める割合はH24年度44.1%、H25年度45.8%、H26年度47.1%と年々増加し、口腔機能の向上の対策が必要と考える。 さらに、低栄養に関しては3.3%となっており、高値ではないが栄養に関する課題(過体重等)はあり栄養改善の対策も必要と考えている。 ②本市は独居高齢者が増加している課題がある。独居高齢者は孤食の傾向がみられ、適切な栄養(バランス・質・量等)摂取が十分ではないことが多いことから、フレイルティとなる可能性が高いと考えている。 また、口腔に関しても歯科検診や治療の必要性、口腔内の清潔等の重要性についての意識について課題があると考えている。 ③二次予防事業 訪問支援事業と地域ケアマネジメント支援会議から『食生活の改善が必要であると考えていたが、口腔の課題から食生活に影響していた。歯科衛生士による支援が優先であった』等の状況があった。 ④在宅福祉サービスの配食サービスの利用している方の中に栄養・口腔機能の課題がある方がいる。 以上から【栄養士による訪問相談】【歯科衛生士による訪問相談】を企画。また、【作業療法士による訪問相談】に関しても、 ⑤平成26年度の生活機能評価チェックリストより、機能低下ありに占める割合として、運動機能の低下が見られ、加えて閉じこもり、うつ、認知機能のいずれかに該当した方が913人(機能低下ありに占める割合47.8%)であり、通所型サービスへの参加が困難な対象者がいることが想定される。
利点	
苦勞	(団体から) 歯科衛生士の事業は初めてのため、消耗品等の取扱いが整理できていない。歯科衛生士回から、委託契約なら消耗品等は会で用意するが、報償費払いなら消耗品等は市で準備して欲しいとの要請があった。 (市側) ①サービス提供できる歯科衛生士を確保できるか。 ②高齢者の意識が低くて、サービスの対象を越えて、要治療の状態でも未対応の方がいる。このような場合において、訪問歯科医との連携がまだとれていない。
行政の役割	・行政の事務職は、各専門職協会との調整及び協力依頼、プランナーとの連絡調整、実施後の報告にともなう支払い事務等 ・行政の専門職は、事業の計画・実施内容・分析・評価(効果)を行なう ①事業計画(評価も含めた)を立てる ②事業開始前に調整等を行い、専門職協会へ協力依頼文書を郵送 ③介護予防ケアマネジメントによりサービスが決まる

	④プランナーから事務職に連絡がはいる ⑤事務職は専門職の協会へ依頼を行い、派遣担当者（氏名）の回答を受ける ⑥派遣担当者へ連絡し、プランナーとつなぐ ⑦（サービス担当者会議後）派遣担当者が作成した個別計画書をプランナーから受け取る ※個別計画書作成（予定） ⑧サービス終了後、派遣担当者から実績報告書等を受け取りプランナーに送付する ※実績報告書（月次）作成（予定）→ 市 → 包括 ※すべてのサービス終了後（最終訪問時）に評価（事後アセスメント）を実施 ⑨報償費の支払いを行う ⑩年度末、事業評価（効果）を出し、次年度、事業計画を立てる
促進要因	
阻害要因	
対象住民の声	
主な活動費	報償費 約 113 万円（予定） 歯科衛生士 3000 円／回／人、利用者あたり平均 4 回、14 名の利用を想定。
事業評価	
今後の課題	
今後の展開	

「介護予防・日常生活支援総合事業における口腔機能・栄養・
運動複合型プログラムを用いた住民参加型介護予防活動に
関する調査研究」研究班 委員名簿

事業代表者（研究代表者）：

福泉 隆喜 九州歯科大学社会歯科学研究室 准教授

事業分担者（研究分担者）：

植田耕一郎 日本大学歯学部摂食機能療法学講座 教授

菊谷 武 日本歯科大学口腔リハビリテーション多摩クリニック
院長、教授

小坂 健 東北大学大学院国際歯科保健学分野 教授

平野 浩彦 東京都健康長寿医療センター歯科口腔外科 部長

渡邊 裕 東京都健康長寿医療センター研究所 専門副部長

藤井 航 九州歯科大学老年障害者歯科学分野 准教授

飯島 勝矢 東京大学高齢社会総合研究機構 教授

早瀬 仁美 福岡女子大学国際文理学部 食・健康学科 教授

北原 稔 神奈川県小田原保健福祉事務所足柄上センター 所長

仲山 智恵 北九州市保健福祉局健康医療部健康推進課 歯科保健担当係長

事業協力者（研究協力者）：

高澤みどり 市原市保健センター

黒田 千恵 堺市南保健センター