

第1章 介護予防について

1-1 介護予防の定義と意義

介護予防とは「要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減を目指すこと」と定義される。

介護保険は高齢者の自立支援を目指しており、一方で国民自らの努力についても、介護保険法第4条（国民の努力及び義務）において、「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする」と規定されている。また、第115条45（地域支援事業）において、「可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するために、地域支援事業を行うものとする」とされている。介護予防は、高齢者が可能な限り自立した日常生活を送り続けていけるような、地域づくりの視点が重要である。

1-1-1 介護予防が目指すもの

介護予防とは、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった個々の要素の改善だけを目指すものではない。むしろ、これら心身機能の改善や環境調整などを通じて、個々の高齢者の生活機能（活動レベル）や参加（役割レベル）の向上をもたらし、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを支援して、生活の質（QOL）の向上を目指すものである。これにより、国民の健康寿命をできる限りのばすとともに、真に喜ぶに値する長寿社会を創成することを、介護予防はめざしているのである。

その意味では、運動器の機能向上などの個々のサービスは、あくまでも目標達成のための手段に過ぎないのであって、それが自己目的化することはあってはならない。そこで介護予防におけるケアマネジメントの役割が重視されている。介護予防ケアマネジメントでは、利用者の生活機能の向上に対する意欲を促し、サービス利用後の生活を分かりやすくイメージしてもらうことが重要である。すなわち、「いつまでに」「どのような生活機能ができる」という形の本人の目標がまずあって、それに到達するための手段として個々のサービス要素が選択される。

一方、介護予防の対象となる高齢者は、すでに心身の機能や生活機能の低下を経験しており、しかも「自分の機能が改善するはずはない」といった誤解やあきらめを抱いている者、うつ状態などのために意欲が低下している者も少なくないと考えられる。そこで、介護予防に関わる専門職においては、利用者の意欲の程度とその背景を配慮したうえで積極的な働きかけを行うことが求められている。

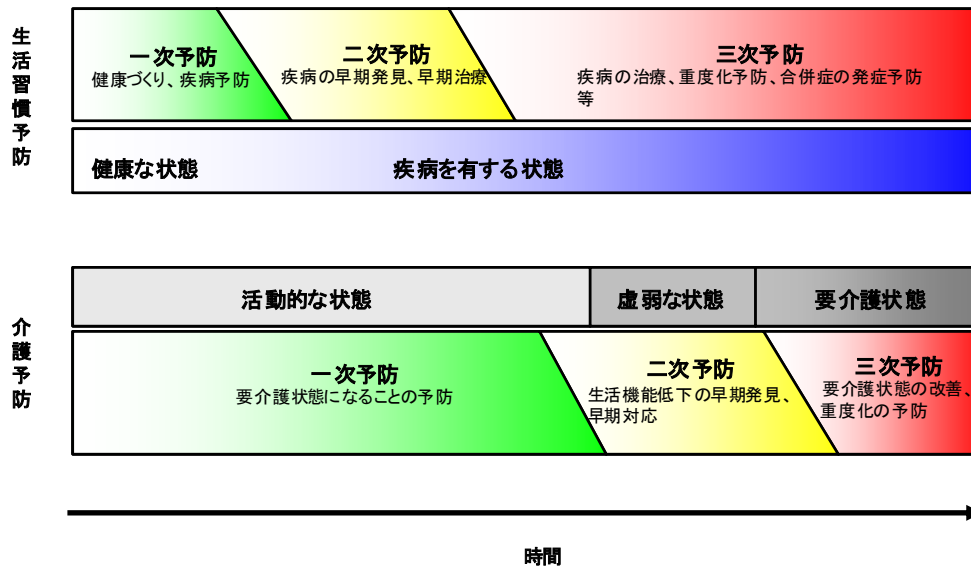
1-1-2 介護予防における一次・二次・三次予防

高齢者の健康寿命をのばし、生活の質を高めていくためには、生活習慣病予防と介護予防を地域で総合的に展開することが大切である。予防の概念は、一次予防、二次予防、三次予防の3段階に整理してとらえることができる。(図表1-1)。

まず、生活習慣病予防における一次予防は、健康な者を対象に、発病そのものを予防する取り組み(健康づくり、疾病予防)である。二次予防は、すでに疾病を保有する者を対象に、症状が出現する前の時点で早期発見し、早期治療する取り組みである。そして三次予防は、症状が出現した者を対象に、重度化の防止、合併症の発症や後遺症を予防する取り組みである。

次に介護予防における一次予防は、主として活動的な状態にある高齢者を対象に、生活機能の維持・向上に向けた取り組みを行うものであるが、とりわけ、高齢者の精神・身体・社会の各相における活動性を維持・向上させることが重要である。二次予防は、要支援・要介護状態に陥るリスクが高い高齢者を早期発見し、早期に対応することにより状態を改善し、要支援状態となることを遅らせる取り組みである。そして三次予防は、要支援・要介護状態にある高齢者を対象に、要介護状態の改善や重度化を予防するものである。平成24年4月から創設される介護予防・日常生活支援総合事業(P9)は、事業の導入により、一次予防事業の対象者から二次予防事業の対象者、要支援者に対する三次予防まで、切れ目なく総合的に展開することが可能になる。

図表 1-1 生活習慣病予防及び介護予防の「予防」の段階



注)一般的なイメージであって、疾病の特性等に応じて上記に該当しない場合がある。

介護予防は、高齢者が主体的に地域の住民主体の活動や地域支援事業を活用し、活動的で生きがいのある生活や、自分らしい人生を送ることができるよう、生活習慣病の発症予防や重症化予防などを含む、予防に関わるあらゆる人々が互いに協力し、協働をはかりながら、それぞれの役割を果たすことにより実効性の高いものとなる。

1-1-3 地域支援事業と予防給付における介護予防

介護予防事業は、要支援・要介護に陥るリスクの高い高齢者を対象にした二次予防事業と、活動的な状態にある高齢者を対象としてできるだけ長く生きがいを持ち地域で自立した生活を送ることができるようにすることを支援する一次予防事業で構成されている。

一方、予防給付は、要支援1および要支援2の認定を受けた被保険者（第2号被保険者を含む）を対象に、状態の改善と重度化の防止を目的に介護予防サービスが提供される。地域支援事業における介護予防事業と介護予防・日常生活支援総合事業（以下、介護予防等事業）も、予防給付のサービスも、日常生活の活発化に資する通所型の介護予防事業や通所系サービスを中心としたプログラムを行うことにより、生活機能の向上を図ることを目指している。これに対し、訪問型の介護予防事業や訪問系サービスは、通所型の事業やサービスの利用が困難な場合などに、訪問により生活機能の改善を図るものである。介護予防事業と予防給付における介護予防サービスの目的はいずれも生活機能の向上を図るものである。

要支援者、二次予防事業対象者、一次予防事業対象者は連続性を持ってとらえて介護予防を展開することが重要である。具体的には、要支援認定で非該当になった場合や二次予防事業対象者でなくなった場合も継続して参加できる場を地域の中に増やすなど、住民主体の活動の育成や支援が考えられる。そのためには、予防事業を高齢者が歩いていける範囲の会場で開催するなど、地域の日常生活環境の中で健康を維持し自己実現を図ることのできるような工夫が求められる。

現在、地域支援事業が一次予防及び二次予防を、予防給付が三次予防を担っているが、今後、市町村¹において介護予防・日常生活支援総合事業（P9）が取り込まれるようになると、活動的な状態にある高齢者の一次予防から要支援者に対する三次予防までを切れ目なく展開することが可能となる。

¹ 市町村：特別区、一部事務組合、広域連合等を含む。以下同じ。

1-1-4 介護予防事業を活用した地域づくり

<介護予防を推進する地域づくり>

これまで、要支援状態となるおそれの高い人を対象とした二次予防事業に主眼を置いた取り組みでは、対象者の把握に多大な努力が費やされ、介護予防プログラムへの参加を働きかけることが十分にできない、参加者が集まらない、ニーズを満たすプログラムを提供できないなどの課題を抱えていた。また、二次予防事業の対象者と見なされ、カテゴリーの中に入れられてしまうことへの抵抗感が高齢者の側に生まれてしまうことも、介護予防プログラムの参加率が伸びない1つの要因であった。介護予防は、高齢者が自ら進んで事業や介護予防の活動に継続的に参加し、自分らしい生活を維持できるようにする必要がある。そのためには、高齢者が日常生活の中で気軽に参加できる活動の場が身近にあり、地域の人とのつながりを通して活動が広がるような地域コミュニティを、一次予防事業や介護予防・日常生活支援・総合事業などを活用して構築すること、すなわち、地域づくりが重要になってくる。

このためには、介護予防事業の実施主体は市町村であるが、地域包括支援センターが中心となり、地域の高齢者の健康状態（支援を要する人がどのくらいいるか等）や、地域の社会資源等について把握し、課題やニーズ、必要な社会資源などをアセスメントすることが重要である。地域の高齢者の健康状態や社会資源等について把握する上で、市町村が実施する日常生活圏域ニーズ調査や市町村の介護保険給付や国保等の情報を共有し用いることが望ましく、地域の社会資源についての情報を含むデータベースの構築がなされていると、効果的かつ効率的に地区診断を進め、適切なアセスメントを行うことができる。市町村と地域包括支援センターは、この地区診断の内容を共有し、介護予防を推進する地域づくりを、連携して進めていくことが重要である。

また、地域づくりにおいて大切な視点は、高齢者を介護予防の対象者としてのみとらえるのではなく、むしろ地域づくりの担い手として活躍できるようにしていくことである。老人クラブや町内会などの地域の既存組織・団体等への働きかけや自主活動の育成支援など、地域の特性を活かした多様な取り組みが求められる。また、これらの組織・団体と協働で地域づくりを進めるためには、地域の課題やニーズを共有し、互いの役割を理解し、信頼関係を築いていくような働きかけが重要となる。

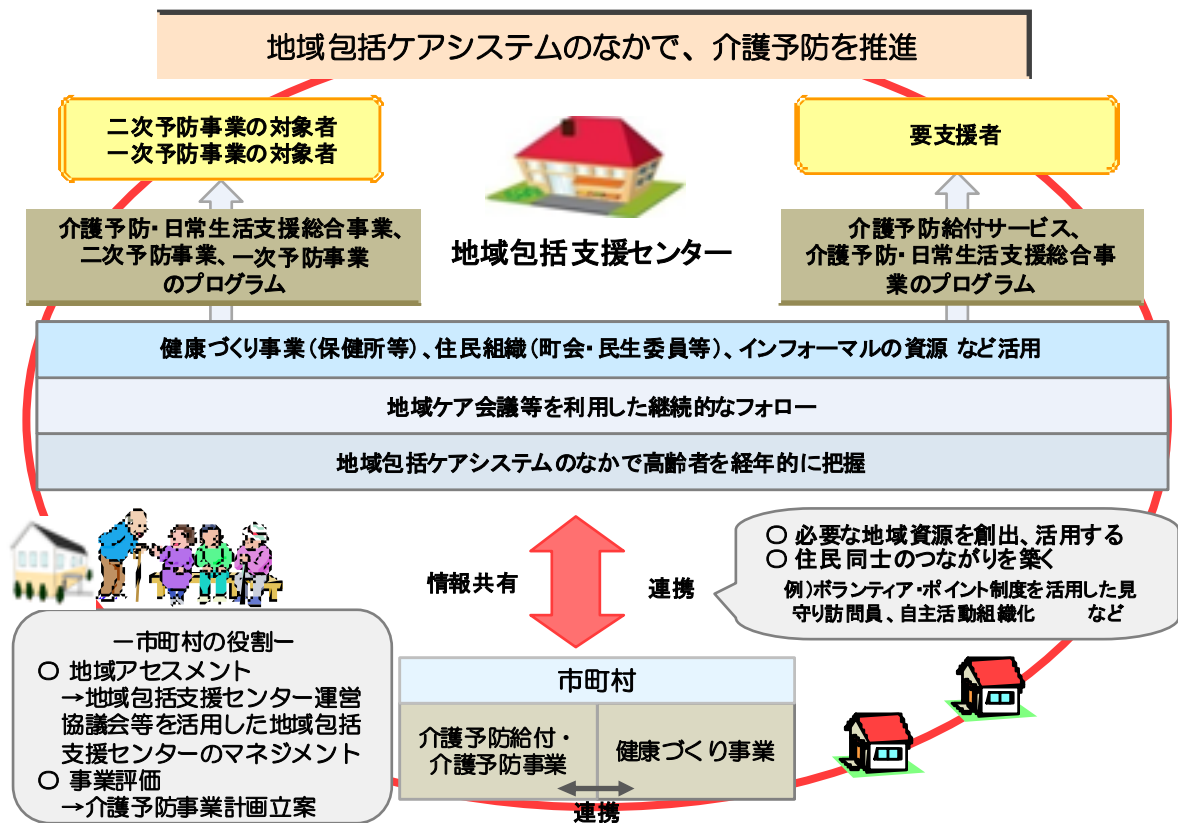
例えば、愛知県武豊町では、地区ごとに高齢者がいつでも気軽に立ち寄れる地域サロンを一次予防事業として立ち上げ、住民により自主的に運営がされている。この地域サロンを立ち上げる準備段階では、市町村が住民ボランティア募集を行い、計画の説明等を行った後、ボランティアが地域の課題を抽出し、地域に必要な「サロン像」について議論を行い、サロンの開所に至っている。地域住民主体の活動の中で多彩な企画が、地域のニーズに基づき次々と生み出されており、前年度に比べて介護予防事業参加者数が大幅に増加するなどの成果もみられている。

また、大阪府大東市では、地域住民主体の活動状況や住民が困っている点を把握するとともに地域の高齢者のニーズを調査し、その結果を踏まえ、一次予防事業として「身近で気軽に仲間と

一緒に運動できる場（自主グループ）」を住民主導で立ち上げていった。市は立ち上げ時に独自に開発した体操のビデオを配布し運動指導員を派遣するほか、介護予防サポーターを育成し派遣するなどのサポート体制を敷き、地域住民の自主性を引き出すために、地域の特性を大事にし、地域住民がやりたいと思うことを支援するほか、負担が特定の人に集中しないこと、できるだけお金がかからないことなどに留意しながら、支援を継続している。二次予防事業の対象者についても、この自主グループに参加してもらうことで継続的な活動を図るとともに、各自主グループへの出張型の二次予防事業を行い、一次予防事業対象者にも参加してもらう独自の形態を取り、二次予防事業対象者についての支援の評価も行っている。

このように、一次予防事業などを活用して地域の様々な組織・団体が自主的に介護予防の活動を展開できるように市町村が地域資源の掘り起こしや支援を行い、高齢者が気軽に参加することのできる機会や場を身近につくり出すことで、介護予防の取り組みが増えることが期待されている。

図表 1-2 介護予防を推進する地域づくり



1-1-5 介護予防事業及び予防給付における介護予防サービスの概要

(1) 一次予防事業

本事業が目指すものは、地域において介護予防に資する自発的な活動が広く実施され、地域の高齢者が自ら活動に参加し、おのずと介護予防が推進される地域コミュニティを構築すること、つまり一次予防事業を活用し、介護予防の推進を図る地域づくりにある。そのため、当該市町村の第1号被保険者全員及びその支援のための活動に関わる者を対象として、介護予防に関する活動の普及・啓発や、地域住民の主体的な介護予防の活動の育成・支援を行いながら、地域の高齢者が日常生活の中で継続して参加できるような場や機会を住民と協働でつくっていくことが重要である。

二次予防事業の修了者の事業終了後の受け皿として、あるいは二次予防事業対象者が継続的に介護予防を図る場として、一次予防事業を行っている市町村もある。これは、二次予防事業対象者や二次予防事業に参加した高齢者が社会参加の機会や地域同士の交流を通じて、生活機能を維持・向上する上で有用なことと考えられている。

本事業は、以下の3つにより構成され、市町村が効果があると認めるものを適宜実施することとされている(図表1-3)。

図表 1-3 一次予防事業の種類と内容

種類	想定される内容
地域介護予防活動支援事業	<ul style="list-style-type: none"> ・ ボランティア等の人材育成のための研修を行う ・ 地域活動組織を育成・支援する ・ 二次予防事業修了者の活動の場を提供する ・ 介護予防に資する地域活動(社会参加活動等)を実施する
介護予防普及啓発事業	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本的知識に関するパンフレットを作成・配布する ・ 有識者等による講演会・相談会を開催する ・ 運動教室等の介護予防教室等を開催する ・ 各対象者の介護予防の実施を記録する媒体を配布する
一次予防事業評価事業	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険事業計画で定めた目標値の達成状況等を検証する ・ 評価結果に基づいて事業の実施方法等を改善する

(2) 二次予防事業

二次予防とは、活動性や生活機能が低下して要介護状態となるおそれの高い高齢者を早期に発見(把握)して早期に対処(介護予防プログラムを提供)することにより、要介護状態の発生をできる限り防ごうとするものである。なお、二次予防事業の参加者数として、高齢者人口の概ね5%を目安としている。

本事業は、以下の4つにより構成される(図表1-4)。ただし、その詳細については後述する。

図表 1-4 二次予防事業の種類と内容

種類	内容
対象者把握事業	<ul style="list-style-type: none"> 基本チェックリストを実施して二次予防事業の対象者を決定する 必要に応じて検査等を行う
通所型介護予防事業	<ul style="list-style-type: none"> 対象者の通所により、介護予防に資するプログラムを実施し、自立した生活の確立と自己実現の支援を行う
訪問型介護予防事業	<ul style="list-style-type: none"> 保健師・歯科衛生士等が対象者の居宅を訪問して、生活機能に関する問題を総合的に把握・評価し、その上で必要な相談・指導ほか必要なプログラムを行う。通所型介護予防事業につなげていく
二次予防事業評価事業	<ul style="list-style-type: none"> 介護保険事業計画で定めた目標値の達成状況等を検証する 評価結果に基づいて事業の実施方法等を改善する

二次予防事業における通所型介護予防事業では、運動器の機能向上プログラム、栄養改善プログラムや口腔機能の向上プログラムが単独で行われることが多かったが、今回のマニュアルからそれらを同時に実施する複合プログラムに関する章が加わった。たとえば運動器の機能を上げるには栄養状態が良好であることが望ましい。口腔機能の低下は低栄養につながるなど、これら三者は密接に関わっていることから、これらのプログラムを複合的に行うことで、単独で行う場合よりも高い効果が期待される。

(3) 予防給付サービス

予防給付における介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションにおいては、運動器機能向上サービス、口腔機能向上サービス及び栄養改善サービスを提供した場合の加算が設定されているが、平成24年度介護報酬改定においては、これらのサービスを2種類または3種類組み合わせ合わせて実施した場合の評価として「選択的サービス複数実施加算」が新設された。

予防給付サービスは介護保険制度の中で行われるものだが、要支援認定を受けた者に対する支援の目的は地域支援事業と共通しており、高齢者が生きがいをもち、地域で自立した生活を維持できるよう支援することにある。介護保険の担当課とも連携して、連続性を持ってサービス内容を考える必要がある。

図表 1-5 予防給付サービスの種類と内容

種類	内容
通所系サービス	介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防認知症対応型通所介護 等
訪問系サービス	介護予防訪問介護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護 等
短期入所サービス	介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護 等

(4) 総合的な介護予防の展開

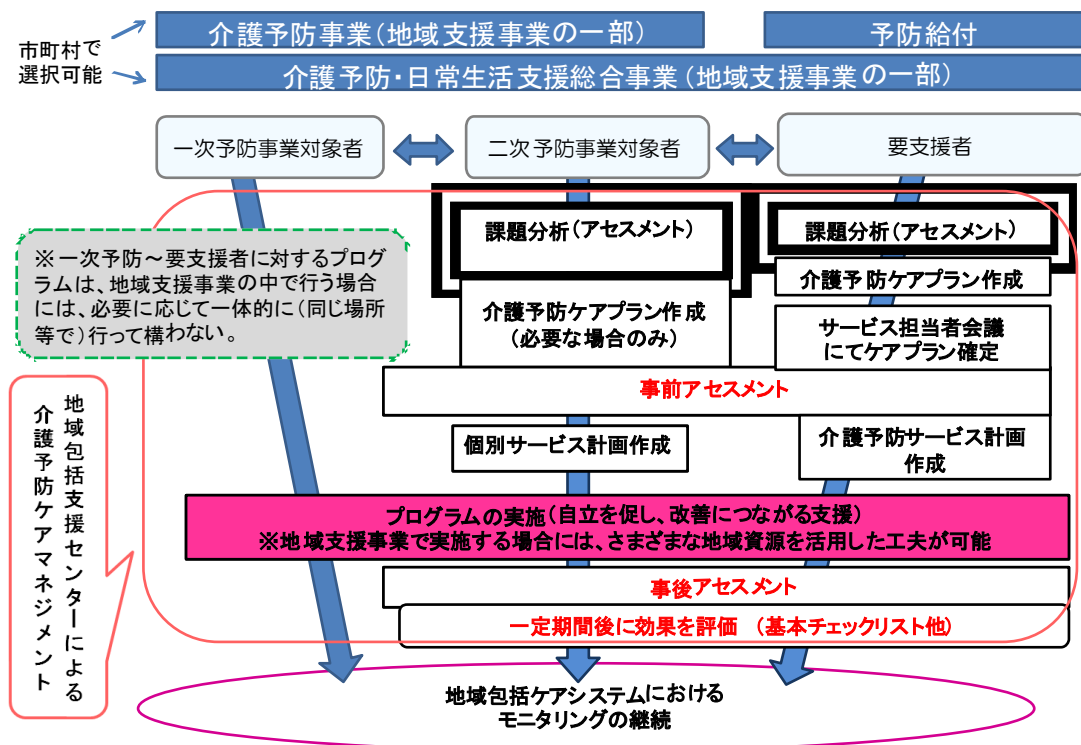
二次予防事業は、要支援や要介護状態（等）に陥るおそれの高い者すなわちハイリスク者を拾い上げて介護予防プログラムを提供する取り組みであり、ハイリスク・アプローチとして位置付

けられる。すでに述べたように、二次予防事業の参加者数としては、地域に在住する高齢者のうち5%程度を目標に、介護予防事業を実施するものである。しかし二次予防事業対象者以外の高齢者に要介護リスクが全くないかと言うと、それは当たらない。

むしろ要支援・要介護者が従来高齢者人口の概ね15%であること、そして高齢者はそう遠くない将来のうちに終末期を迎えることを考えれば、残りの80%の高齢者も（リスクの程度に個人差はあるものの）要介護発生の予備群・介護予防の対象者と考えられる。これらの人々すべてが介護予防の取り組みを推進していきけるようなポピュレーション・アプローチが求められている。それが一次予防事業なのである。その意味で、介護予防の一次予防事業と二次予防事業、予防給付が、地域の中で一体となって展開される必要がある（図表1-6）。

中でも、一次予防事業と二次予防事業は、相互に密に連携を図って、効果的な事業実施に努めることが重要であり、二次予防事業の修了者が、主体的かつ継続的に取り組みを実施できるよう、一次予防事業たとえば地域活動組織やボランティア育成研修へつなげるケアマネジメントを行うとともに、参加できるプログラム等の整備を行うことなどが必要である。二次予防事業の参加終了後、基本チェックリストの結果、二次予防事業対象者に該当しなくなった場合でも、介護予防は継続的にはかれる必要がある。なお、一次予防事業と二次予防事業は、地域の実情や参加状況、地域の高齢者のニーズ等に応じて、同じ場で実施するなどの工夫も可能である。しかし、その場合においても、二次予防事業対象者は要介護状態等に陥るおそれの高い者であることを意識し、アセスメントに基づき必要な支援を補足するなどの配慮のほか、評価を行うことが重要である。

図表 1-6 介護予防に関する事業の概要



1-1-6 介護予防・日常生活支援総合事業

介護保険法の改正により、平成24年4月から介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）が創設される。＜厚生労働省 HP 参照：参考資料1-1＞

総合事業は、要支援者・二次予防事業対象者に対して、地域支援事業において、介護予防サービスや配食・見守り等の生活支援サービス等を総合的に提供することができる事業である。なお、総合事業の導入については各市町村が判断することとなっている。

現状では、要支援者については配食・見守り等の生活を支えるために利用できるサービスが不足しており、二次予防事業対象者についてはサービスの量や種類が少なく、二次予防事業とその他の事業それぞれで、サービスの提供が行われている。そのため、要介護・要支援状態から順調に改善したとしても、二次予防事業ではサービスが急激に減少してしまうことから、再度悪化をきたしたり、必要なサービスが限られているにもかかわらず要支援に留まることを余儀なくされるなど、介護予防の取り組みが推進されにくい等の課題が挙げられていた。これらの課題を解決することを目的として、総合事業が創設された。

総合事業の導入により、上記の課題を解決するだけでなく、以下のようなことも可能になると考えられる。

- (1) 要介護認定において「要支援」と「非該当」とを行き来するような高齢者に対して、その状態像の変化に応じた切れ目のない総合的なサービスを提供する。
- (2) 虚弱・閉じこもりの高齢者などサービスの利用につながらない高齢者に対して、円滑なサービスを導入できる。
- (3) 自立や社会参加の意欲の高い者に、ボランティアとしての事業参加や活動の場を提供できる。

総合事業は、通所型や訪問型等の予防サービス、配食や見守り等の生活支援サービス、ケアマネジメントの3種から構成される。これらのうち、生活支援サービスは特に上記の(2)の高齢者にとって有効であると考えられることから、積極的な提供を行うことが望ましい。

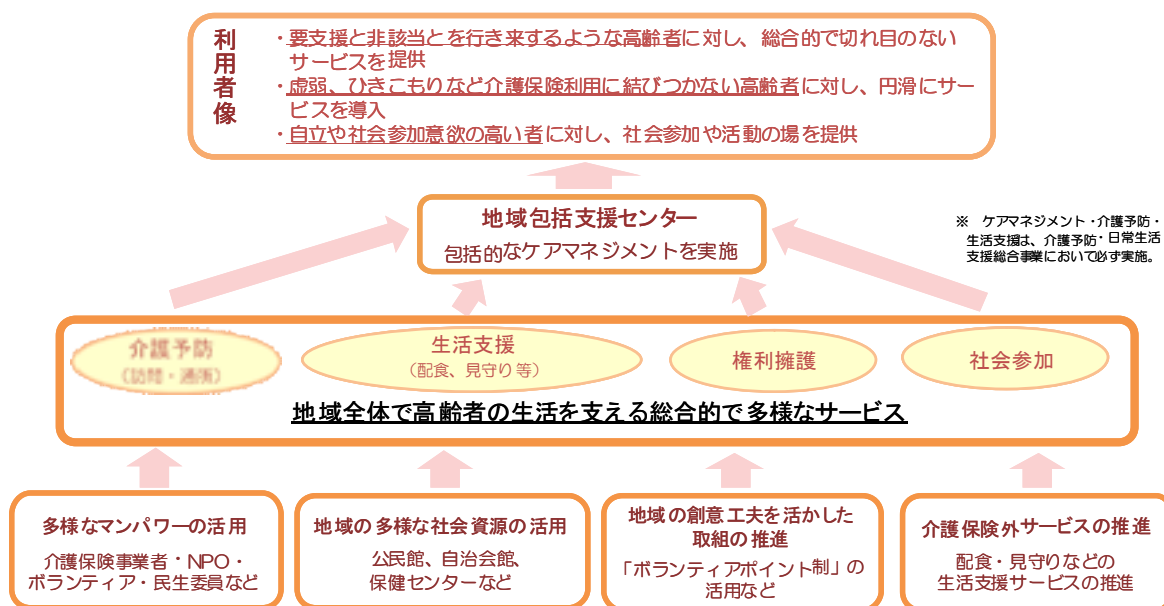
また総合事業では、生活支援サービスの実施者は、介護福祉士・ホームヘルパーだけでなく、シルバー人材センターやボランティア団体など、地域の実情に応じて多様な人材（ボランティアを含む）や団体が参加できる。さらには、既存の枠にとらわれないサービス（地域における互助・インフォーマルな支援等）まで生活支援サービスに含めることができている。これは、まさに上記の(3)を具体化したものである。本事業の活用により、たとえばボランティア・ポイント制（ボランティア活動の実績に応じてポイントを付与し、高齢者等の社会参加、地域貢献を促しつつ、貯めたポイントを活用できる仕組み）など、地域における互助・インフォーマルな支援をさらに推進していくことが望まれる。

総合事業を導入するか否かについては、前述のとおり市町村の判断によることとなるが、当該事業の導入により、地域における様々な社会資源（例えば、地元の農協による配食サービスや見守り活動をしているボランティア団体等）の発見や地域社会の再構築を図ることができると考え

られる。総合事業は自由な制度設計が可能である。過去には、事業を実施するにあたり、自由度の低さに歯痒い思いをした行政担当者も多数いたかもしれない。総合事業は、地域における絆・コミュニティづくり、ひいては地域包括ケアの構築・地域活力の向上に資する事業であると考えられるので、その実現に向けた行政担当者の自由な発想・アイデアが求められることとなる。このような背景も加味して市町村における積極的な導入が期待される。

地域全体における本事業の総合的な展開イメージを図表1-7に示す。

図表 1-7 介護予防・日常生活支援総合事業



1-1-7 各機関・団体の役割と連携

介護予防のシステムは、市町村と地域包括支援センター、介護予防プログラムの実施者だけでなく、多種多様な機関・団体により構成される。これら各機関・団体と連携することで、地域全体における総合的な介護予防の展開が求められる。

(1) 市町村の役割

市町村は、地域における総合的介護予防システムを構築し、関係各機関・団体と連携を図りながら介護予防の総合計画を立案し、進捗管理とともに事業評価を行って、計画を一定期間後に見直す。その過程では、保健福祉や介護保険の担当部署だけでなく、雇用・教育・交通・建設などの数多くの部署が積極的に関与できる体制を組む。

(2) 医療機関の役割

医療機関は、介護予防事業の対象者と最も頻繁に接する機会が得られる場であり、かかりつけ医が二次予防事業の対象者把握の入り口となる機会も多い。かかりつけ医に期待される役割とは、高齢者の健康管理に加えて、介護予防に関する患者教育を行うこと、二次予防事業の対象者になるとされる高齢者を地域包括支援センターに紹介すること、運動器関連プログラムの参加にあたって安全上の判断を行うなど、多岐に渡る。＜厚生労働省 HP 参照：参考資料1-2＞

医療機関との連携事例としては、医療機関を受診する高齢者を対象に、外来の待合中に地域包括支援センターの職員や医療機関の職員が基本チェックリストを実施している市町村や、高齢者が退院する際に医療機関より地域包括支援センターに連絡してもらっている市町村、地域包括ケアの構築や認知症対策の推進を図る上で医療機関との連携体制を構築し、それを通じて、介護予防についても連携体制を築いている市町村（地域包括支援センター）などがある。医療機関との連携体制を築く上では、市町村が主体となり、地域の医療機関や医師会に介護予防についての理解を図り、十分な連携を図ることが重要である。

図表 1-8 医療機関との連携例

市町村名	医療機関との連携
秋田県 横手市	大森病院を中核とし、医療・保健・福祉・介護が連携して総合的なサービスを提供する体制を構築しており、病院外来で基本チェックリストを実施し、その情報を併設の地域包括支援センターに共有するなどの取り組みが行われている。また、二次予防事業対象者として選定された場合に、地域内の主治医から二次予防事業への参加を勧奨してもらっている。主治医からの紹介であれば、事業参加意欲につながりやすく、その結果、生活機能の向上に結びつきやすいという効果がみられている。今後は、医療機関から二次予防事業対象者につなげる仕組みを地域全体に普及したいとしている。
福井県 越前市	各医療機関に様式を配布し、二次予防事業の対象者に該当する可能性のある方について連絡してもらっている。情報提供のあった高齢者のうち、要介護認定を受けていない人について、地域包括支援センターのサブセンターが基本チェックリストの実施、介護予防事業への参加勧奨を行っている。

（3）地域・民間における各団体の役割と連携

総合的な介護予防システムにおいて、民生委員や食生活改善推進員などの地域リーダー、老人クラブや町内会などの地区組織、さらに様々なボランティアや民間団体（NPO、住民団体など）は、重要な構成要素である。それは、介護予防とは単に介護保険事業や市町村事業だけでなく、家庭でのセルフケアや地域でのインフォーマル・サービスをも含むものだからである。両者の連携と協働こそが介護予防を成功に導くカギである。さらに、民間団体などの参加を促すことで、高齢者のニーズをよりの確に反映した事業の企画・運営が可能となる。すなわち、市町村と被保険者（住民）および関係機関・団体等が、介護予防の目的・目標を共有し、共助・互助・自助・公助²の4つをうまく機能させることが重要である。地域の中で高齢者とともに暮らしている住民や民間団体は、日頃から高齢者の抱える問題や希望を的確に把握していることも多いので、彼らの意見を取り入れることが重要である。実際に、ある市町村では、住民や民間団体から事業の企画を募集し、その内容を審査したうえで実施を委託すること（「市民コンペ」）により、市民団体も活性化し、事業内容もより魅力的になったという事例がある。また、自立や社会参加の意欲の高い者には、ボランティアやサポーターとしての参加を促していくことが重要である。

² 共助とは、介護保険や医療保険等のサービスを、互助とは地域の人々とお互いに力を合わせ助け合うことを指し、自助とは、自分の力で課題を解決することを指し、公助とは、行施機関等による支援を指す。

1-1-8 今回のマニュアル改定のポイント、介護予防をめぐる課題と今後の方向性

平成18年度以降、介護予防事業については、その実施をめぐる様々な課題が明らかとなり、さまざまな内容の見直しを行ってきた。平成22年8月には、原則として基本チェックリストの結果だけで二次予防事業の対象者を決定できるようにしたり、介護予防ケアプランの作成を任意とするなど、事業参加に至るまでの手続きの簡素化を図った。加えて、市町村内の全高齢者に対する基本チェックリストの配布と回収を実施することで、虚弱な高齢者やニーズが潜在化しやすい高齢者を拾い上げられるようにした。これらの対応により、二次予防（生活機能低下の早期発見・早期対応）がさらに効果的かつ効率的に行われることが期待されている。

平成21年～平成23年にわたって行われた介護予防実態調査分析支援事業での効果検証結果に基づき、今回のマニュアル改訂では、膝痛・腰痛に効果的なプログラムや、運動・口腔・栄養のプログラムを複数組合せて行うプログラムなどが加わった。また、予防給付における介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションにおいては、運動器の機能向上サービス、口腔機能向上サービス及び栄養改善サービスのうち、2種類または3種類組み合わせる場合の評価として「選択的サービス複数実施加算」が新設される。これらの対応により、介護予防がさらに効果的かつ効率的に行われることが期待されている。

また、二次予防事業の対象者におけるプログラム参加率が低いという課題があり、プログラムの名称を魅力あるものとしたり、プログラム内容をさらに楽しく効果的なものとするとともに、複合型の実施を含む多様なメニュー（運動と栄養のプログラムを併せて行うなど）の提供、そしてリフトバス等による送迎を必要に応じて実施するなどの創意工夫が求められている。

もう一つの課題は、各市町村の状況に応じて介護予防事業のあり方を企画し、実施することである。これにより、地域のニーズに合った効果的な介護予防事業の展開が可能となる。それを推進するために、介護予防・日常生活支援総合事業が創設されるので、その十分な活用が求められている。同事業では、ボランティア等の介護予防に資する団体・人々を活用した事業を展開しやすくなるなどの措置が講じられているので、それを最大限に活用して、介護予防に資する地域資源の活用・育成に向けた取り組みをさらに強化することが求められている。

さらに、これまでの反省として、介護予防の事業評価が十分に行われてこなかったというものがある。介護予防事業は、要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）という明確な目的のもとで実施されており、その実施には相当の人手と費用を要している以上、それが所期の効果をあげているかどうかを評価し、それに応じて必要な見直しを行うべきであることは言うまでもない。また、市町村、地域包括支援センター、事業実施者のそれぞれにおいて、介護予防事業の評価・見直しをさらに推進することが求められている。第5期介護保険事業計画の策定にあたり、介護予防事業による効果を見込んだ推計を行うなど、介護予防事業の効果の評価はさらに重要性を増している。

1-2 二次予防事業の対象者把握事業

1-2-1 対象者の定義・特徴

二次予防事業の対象者とは、要支援・要介護状態となるおそれの高い状態にあると認められる65歳以上の者と定義される。

対象者の名称については、「健康づくり高齢者」や「元気向上高齢者」など、地域の特性や実情にあった親しみやすい通称を設定することが望ましい。

二次予防事業の対象者は、心身の健康状態の悪化や生活機能の低下などを抱えているため、日常生活が不活発となっており、生活範囲も狭くなっている場合が多く、しかも機能改善や介護予防に対する意欲も低下していることが多い。したがって、地域における様々なルートを通じて対象者を把握するとともに、対象者には介護予防事業への参加を粘り強く呼びかける必要がある。

1-2-2 対象者把握の方法

二次予防事業の対象者把握事業は、(1)情報の収集と(2)対象者の決定等で構成される。

(1) 情報の収集

すでに述べたように、二次予防事業の対象となり得る者は、生活範囲が狭くなり、介護予防への意欲も低下していることが多いため、介護予防のニーズは地域の中で潜在していると考えべきである。したがって、地域においてできる限り把握事業の全対象者について情報の収集を行うことが望ましい。その方法は、①基本チェックリストの配布・回収と②他部局からの情報提供等に分けられる。

① 基本チェックリストの配布・回収

全対象者（当該市町村の要介護者及び要支援者を除く第1号被保険者）に郵送等により基本チェックリストを配布・回収する。基本チェックリストの配布・回収は、毎年行い、高齢者の状況を把握することが望ましいが、実施方法や頻度については、地域の実情に応じて検討する。介護保険事業計画策定に向けた日常生活圏域ニーズ調査に合わせて、基本チェックリストを実施することも考えられる。

基本チェックリスト未回収者の中には、閉じこもり、うつ、認知症等により日常の生活動作が困難な者が含まれる（未回収者こそハイリスクである）ことから、できる限り電話・個別訪問等を行い、支援が必要な者の早期発見・早期対応に努めることが重要である。

② 他部局からの情報提供等

図表1-9に掲げる方法等により把握した者に対して、基本チェックリストを実施する。

図表 1-9 対象者把握のための各種ルート

- ・ 要介護認定及び要支援認定の担当部局との連携による把握
- ・ 訪問活動を実施している保健部局との連携による把握
- ・ 医療機関からの情報提供による把握
- ・ 民生委員等からの情報提供による把握
- ・ 地域包括支援センターの総合相談支援業務との連携による把握
- ・ 本人、家族からの相談による把握
- ・ 特定健康診査等の担当部局との連携による把握
- ・ 健康長寿ネットの生活機能チェックシステム（メール送信機能）による把握
- ・ その他市町村が適当と認める方法による把握

なお、上記の第1項について、2点補足する。第1に、要介護認定等を受けていた者が非該当と判定された場合、二次予防事業の対象者とし、適切にフォローする。第2に、新たに要介護認定等の申請を行った者が非該当と判定された場合、必要に応じ基本チェックリストを実施して、二次予防事業への参加の必要性について検討する。それに当たっては、市町村の要介護認定の担当部局と地域包括支援センター等との間で要介護認定等の情報の共有が図られるべきであり、たとえ高齢者本人から同意を得ない場合であっても「本人以外の者に保有個人情報を提供することが明らかに本人の利益になると認められるとき」等の場合には目的外利用・第三者提供が可能であると考えられている。

同様に、行政の様々な活動（保健師等の訪問活動、民生委員等の地域活動、健康診査等の保健活動）を通じて得られる情報についても十分活用できるよう、市町村内部においても日ごろから連携ネットワークを構築する必要がある。

また、日ごろから医療機関を受診している高齢者が多いことから、医療機関から情報を得ることは必須といっても過言ではない。また、退院前の患者に基本チェックリストを答えてもらうことも（疾病や入院中の不活発な生活により、要介護認定等のリスクも高まっている場合が多いことから）有用な取り組みと考えられる。

（2）対象者の決定等

二次予防事業の対象者は、基本チェックリストにより決定される。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。No. 1～5までは手段的日常生活活動（社会生活を営む上で基本となる行為）、No. 6～10までは運動機能、No. 11と12は栄養、No. 13～15までは口腔機能、No. 16と17は閉じこもり、No. 18～20までは認知機能、No. 21～25まではうつを、それぞれ評価するものである。

図表 1-10 基本チェックリスト

No.	質問項目	回答 (いずれかに○をお付け下さい)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
11	6カ月間で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	口の渴きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	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。

次の i から iv までのいずれかに該当する者を、要介護状態等となるおそれの高い状態にあると認められる者として、二次予防事業の対象者とする (図表 1-11)。

図表 1-11 二次予防事業の対象者の基準

i	No. 1~20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当する者
ii	No. 6~10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当する者
iii	No. 11 及び No. 12 の 2 項目すべてに該当する者
iv	No. 13~15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当する者

なお、上記に該当する者のうち、基本チェックリストの No. 16 に該当する者、No. 18～20 のいずれかに該当する者、No. 21～25 までの項目のうち 2 項目以上に該当する者については、それぞれ閉じこもり、認知機能の低下、うつの予防や支援にも考慮する必要がある。

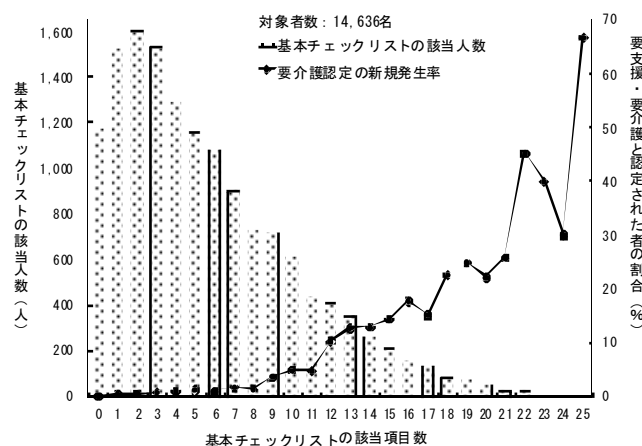
基本チェックリストの予測精度は、すでに検証されている。たとえば、宮城県大崎市で 65 歳以上の全市民に基本チェックリストへの回答を依頼し、その後 1 年間の要介護認定等の発生状況を追跡した調査によると、基本チェックリストの全項目が要介護認定リスクと有意に関連した。そして二次予防事業の対象者では（そうでない者に比べて）1 年以内の要介護認定を受けるリスクは 3.80 倍であった。以上のように、基本チェックリストは、要介護認定リスクの予測精度が高く、要支援・要介護状態となるおそれの高い状態の者の拾い上げに有用である。

基本チェックリストの妥当性（スクリーニングの予測精度）について

要支援・要介護状態となるリスクの高い高齢者を拾い上げることを目的として、基本チェックリストが使われている。では基本チェックリストは、将来（たとえば 1 年後に）要支援・要介護状態となるリスクを、どれくらい正確に予測できるのだろうか？この問題について、すでに全国各地で調査研究が行われており、基本チェックリストの予測精度は十分に高いことが分かっている。代表的な研究報告を以下に紹介する。

宮城県大崎市の（介護保険非該当）高齢者 14,636 人に基本チェックリストを実施し、その後 1 年間の介護保険認定状況を調査とした研究では³、基本チェックリストの点数とともに要介護認定発生率が上昇した（図表 1-12）。基本チェックリストのそれぞれの項目で、「該当あり」群では要介護認定発生リスクが有意に上昇した。また「うつ予防・支援の 5 項目を除く 20 項目」、「運動器の機能向上」、「栄養改善」、「口腔機能の向上」という該当基準も全て、「該当あり」の群で要介護認定発生リスクが有意に上昇した（オッズ比の範囲：1.9 倍～6.5 倍）。上記 4 つのいずれかに該当する者（つまり、二次予防事業の対象者）の要介護認定発生リスクは、該当しなかった者の 3.8 倍であった。このように基本チェックリストの各項目や各基準は、その後 1 年間の要介護認定の新規発生の予測に有用である。

図表 1-12 基本チェックリストの該当項目数の分布と
要支援・要介護と新規認定された者の割合



³ 遠又靖丈、實澤篤他：日本公衆衛生雑誌. 58: 3-12, 2011

なお「二次予防事業の対象者」の基準の感度（その後1年以内に新規に要支援・要介護と認定された者のうち、基本チェックリストの基準に該当した者の割合）は、上記の大崎市の研究では78%であった。特異度（その後1年間で介護保険非該当であり続けた者のうち、基本チェックリストの基準に該当しなかった者の割合）は、63%であった。他の厚生労働省老人保健増進等事業による研究班の報告でも2年間の要介護認定の新規発生に対する感度・特異度は74%、58%と、どちらも同等で比較的良好な値となっていた。

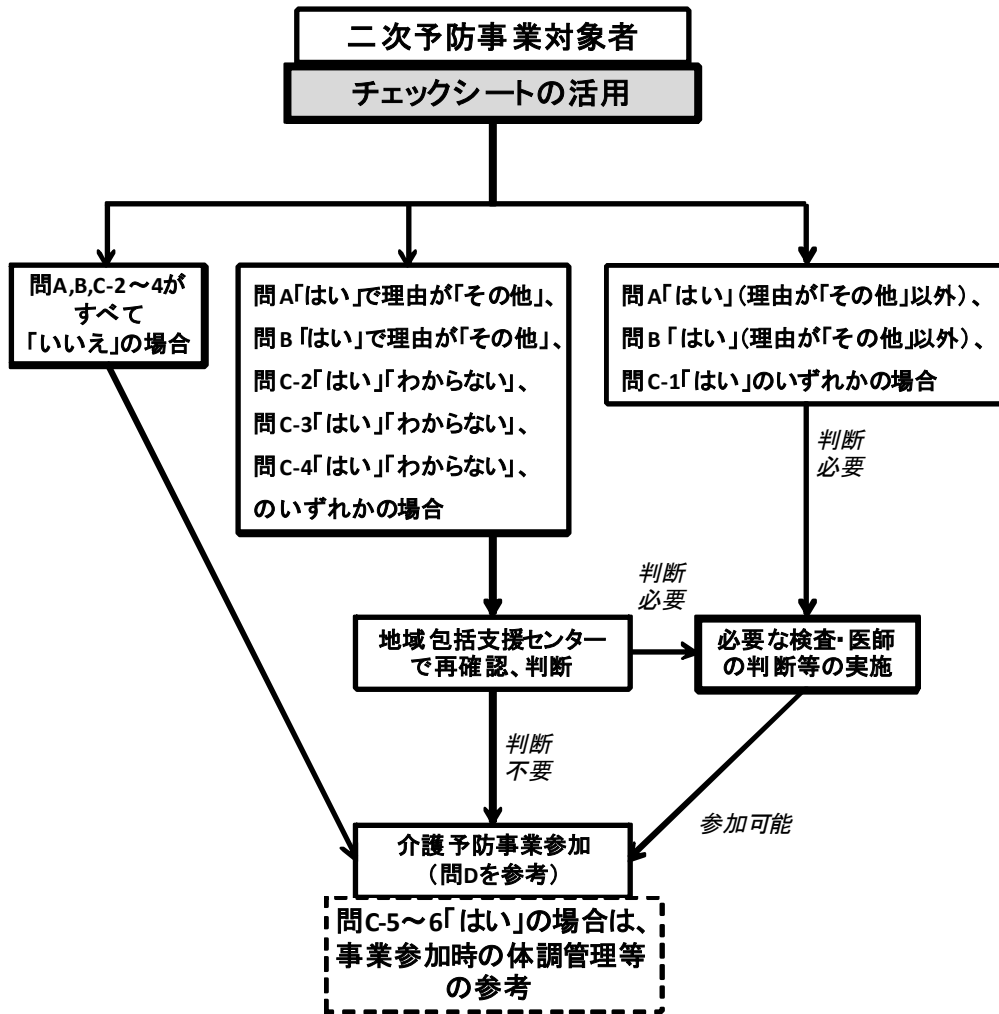
1-2-3 医師の判断を求める場合の基準

地域支援事業実施要綱の改正により、二次予防事業対象者の選定については、基本チェックリストの実施によって決定できることとなったが、特に運動器関連プログラムの参加にあたって、管理すべき疾患がある者等については、医師の判断が必要と考えられる。そこで、複数の市町村に対する実態調査を通じて、医師の判断が必要と考えられる対象者の把握方法について研究を行ったので、市町村が事業を実施する際の参考として提示する。〈厚生労働省 HP 参照：参考資料 1-2〉

その方法は以下の通りである。

- 1 地域包括支援センターは、二次予防事業対象者からプログラム参加に係るチェックシート（別添資料1-1）（P33）の内容を情報収集する。
- 2 チェックシートにおいて、問 A「はい」（理由が「その他」以外）、問 B「はい」（理由が「その他」以外）又は問 C-1 が「はい」の場合は、医師の判断を求める。
- 3 2に該当せず、問 A「はい」で理由が「その他」、問 B「はい」で理由が「その他」、問 C-2～4 が「はい」もしくは「わからない」の場合は、地域包括支援センターにおいて、再度聞き取り等を行った上で、必要があれば医師の判断を求める。
- 4 上記以外は、介護予防事業への参加を可能とする。事業参加にあたっては、基本チェックリストの結果に加え、問 D を参考とする。
- 5 問 C-5～6 が「はい」の場合は、事業参加時の体調管理等の参考とする。

図表 1-13 プログラム参加に係るチェックシートを活用した
医師の判断を求める対象者把握の流れ



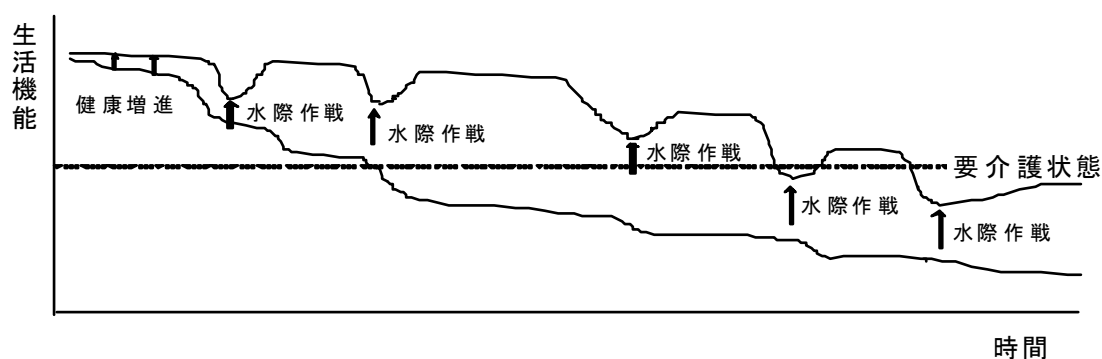
1-2-4 水際作戦の考え方と効果的展開

要支援・要介護状態となるおそれの高い状態（新たな疾病の発生、持病の悪化、事故・外傷、生活環境の変化、親しい者との別離など）は、いつでも起こり得る。その際に介護予防の取り組みを行わなければ、廃用の影響も加わって、生活機能はさらに低下し、要介護状態へと進むことが懸念される。そこで水際作戦が考えられている。これは、何らかのきっかけで生活機能が低下したときに、速やかに把握して介護予防の取り組みを一定期間に集中的に行うことにより生活機能を元のレベルに戻そうとすることを言う。これにより、要介護状態の発生をできる限り遅らせようとするのである（図表1-14）。

年に1回の基本チェックリストの配布・回収だけを対象者把握の機会とした場合では、高齢者の急な生活機能低下に対応できず、みすみす廃用症候群をまねくことになってしまう。水際作戦の考え方は、虚弱高齢者を、年間いつでもどこでも速やかに把握し、適切な介護予防サービスの提供につなぐということなのである。

そのためには、他部局からの情報提供を活用することが重要となる。市町村内の他部局との連携、地域における関係各団体（医療機関等）との緊密な連携ネットワークの構築に努めなければならない。

図表 1-14 生活機能低下の早期発見・早期対応のための水際作戦（イメージ）



1-2-5 対象者把握を有効に行うために

基本チェックリストを郵送等により全対象者に配布することにより、把握者数が増加した市町村も多くみられる。しかし、一方では郵送・回収・記載確認等における業務量の増加などもみられることから、対象者把握が有効に行われるように、地域包括支援センターが、地域住民や関係機関と協力し、どのような活動を行い、どのような体制を整えればよいかについて整理する。ただし、市町村も地域包括支援センターに任せきりではなく、年間を通じた対象者把握のためのシステムや、経年的に情報を蓄積し共有できるデータベース化等を検討する事が重要である。

(1) 地域包括支援センターを中心とするネットワークの構築

二次予防事業の対象者把握は、地域包括支援センターを中心に進められている地域包括ケアシステムにおいて構築されたネットワークシステムの活用が有効である。地域包括支援センターが公平中立な視点を保ち、地域包括ケアシステムを構築する中で、保健医療福祉の関係機関や民間の諸団体等と、二次予防事業対象者についての情報を共有し早期に支援を開始するために、ネットワークを張り巡らせる必要がある。

(2) 当事者（被保険者、家族）に対して地域包括支援センターが行うこと

被保険者本人や家族から早期に相談してもらうために、以下のような活動が重要である。

- ① 介護保険の被保険者証発行時やパンフレット配布時など、被保険者と直接的・間接的に接する機会を通じて啓発活動や広報活動を行うこと
- ② 介護予防の必要性と、予防を要する対象者の状態が理解できるよう説明すること
- ③ 専門相談窓口やその連絡先、どのようなときに相談すればよいかの説明を行うこと
- ④ 利用できるサービスについて情報提供し、意義や効果を説明すること
- ⑤ 自分の状態についてセルフチェックできる方法を提供すること

例) 基本チェックリストを広報等に掲載、健康長寿ネットの生活機能チェックシステムの活用など

(3) 地域住民に対して地域包括支援センターが行うこと

地域住民主体のネットワークによる対象者の発見・気づきの機能を高めるために、以下のような活動が重要である。

- ① 地域住民への啓発活動・広報活動
- ② 民生委員や地区健康推進員など行政と関わる住民、および自治会や老人クラブなどの地区組織との情報交換や学習会開催支援
- ③ リーダーとなる住民の発掘と彼らの能力形成支援
- ④ 地域の見守りネットワーク（ご近所同士など）の重要性を伝え、ネットワークづくりを支援すること
- ⑤ その基盤となる地域住民のヘルスプロモーションを推進すること

(4) 行政の委託機関に対して地域包括支援センターが行うこと

二次予防事業の対象者となりそうな高齢者をもれなく速やかに把握すること、申し出のあった高齢者への相談機能を充実すること、地域全体の対象者把握が有効に機能するようなネットワークシステムを整えることのために、以下のような活動が重要である。

- ① 介護予防を要する対象像を明確にし、的確に把握できる専門職の技能を高めること
- ② 高齢者がいつでもどこでも相談しやすいように、行政の介護予防の相談窓口やその他の対応機関・対応できる場や機会を整え、それを明示・PR・広報すること
- ③ 申し出に対して様々な方法（相談窓口・家庭訪問・電話など）で相談に応じること
- ④ 地域住民や公的・非公的關係機関・関係者からの情報が集約でき早期に対応できるネットワークシステムを作ること、ネットワーク参加機関の協議の場を持つこと

(5) 公的・非公的關係機関に対して地域包括支援センターが行うこと

関係機関・関係者による二次予防事業対象者を把握する機能を高め、的確な把握を推進するために、以下のような活動が重要である。

- ① 日頃から連絡調整や協力の体制を整えること
- ② 事業所の刊行物やパンフレットへの広報内容の記載推進

1-3 二次予防事業対象者の介護予防ケアマネジメント

1-3-1 介護予防ケアマネジメントの定義・目的

ケアマネジメントとは、対象者の自立と QOL の向上を目指し対象者の持つニーズに対して適切な社会資源やサービスを結びつける援助機能であり、介護予防ケアマネジメントにおいては、地域包括支援センターが中心的な役割を担う。介護予防ケアマネジメントの基本的なプロセスは介護保険制度におけるケアマネジメントと同じである。

介護予防ケアマネジメントは、二次予防事業の対象者が要介護状態等となることを予防するため、その心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、対象者自らの選択に基づき、介護予防事業その他の適切な事業が包括的かつ効率的に実施されるよう必要な援助を行うことを目的としている。

介護予防は終わりのない取り組みであり、それは対象者のセルフケアとして習慣化され、継続される必要がある。そのためには対象者が主体的に取り組めるように働きかけることと知識や技術提供によって対象者自身の能力が高まるような支援が重要である。また、地域において継続した取り組みを支援する基盤づくりも視野に入れて進めていく必要がある。

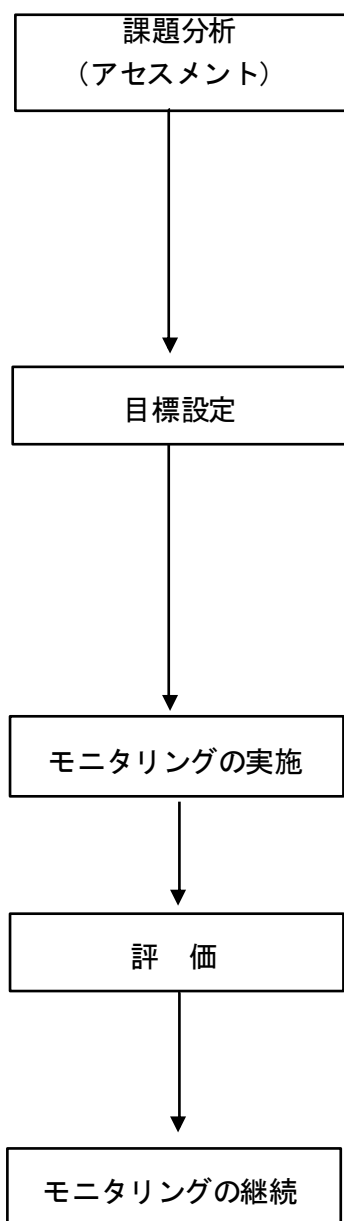
<厚生労働省 HP 参照：参考資料 1-3>

図表 1-15 これまでの介護保険におけるケアマネジメントと
介護予防事業におけるケアマネジメントの比較

項目	これまでの介護保険における ケアマネジメント	介護予防事業における ケアマネジメント
目標	自立支援・家族支援	自立保持のための身体的・精神的・社会的機能の維持向上
ケアマネジメント担当者 と特徴	ケアマネジャー	地域包括支援センター職員が相互に 協働しながら実施
支援の必要性の判断	認定調査・主治医意見書を資料 に介護認定審査会が行う	基本チェックリストにより、市町村※ が行う。
ケアプランの作成	必須	任意（必要な場合にのみ作成）
支援内容	主に介護サービス（インフォーマル サービスで補完）	介護予防事業とインフォーマルサー ビスを組み合わせる実施

※市町村は地域包括支援センターに二次予防事業対象者の把握について委託できる。

1-3-2 介護予防ケアマネジメントの流れ



基本チェックリストの結果、本人・家族との面接を踏まえ、①運動及び移動、②家庭生活を含む日常生活、③社会参加並びに対人関係及びコミュニケーション、④健康管理の各領域で課題分析を行う。利用者基本情報の例を別添資料 1-2 (P34) に、アセスメントシートの例を別添資料 1-3 (P36) に参考として示す。

今後、対象者がどのような生活をしたいか、ということ。単なる機能改善でなく、生活の質を改善することが重要。目標は、本人、家族、事業実施担当者で共有する。必要に応じて介護予防ケアプランを作成する。

事業が実施されている間、必要に応じて実施状況を把握し、実施担当者等の関係者と調整する。

実施担当者からの事後アセスメント、本人・家族との面接により、対象者の心身の状況などを再把握し、介護予防ケアプランを作成している場合には、ケアプランを見直す。

事業の終了後も二次予防事業対象者に該当する場合や、アセスメントの結果再び二次予防事業対象者となるリスク要因のある対象者に対し、モニタリングの継続を実施する。

1-3-3 介護予防ケアマネジメントの方法・ポイント

介護予防ケアマネジメントは、二次予防事業に参加する全ての人に必要であるが、標準様式による介護予防ケアプランの作成については、必要と認める場合のみ作成し、必要がないと判断した場合には、事業の実施前後に事業実施者と情報共有をすることにより介護予防ケアプランに代えることとなった。

介護予防ケアマネジメントで最も重要なことは、達成可能で、しかも本人の意欲を引き出せるような目標を設定することである。そのためには、(i)かつて本人が生きがいや楽しみにしていた

こと（しかし今はできなくなったこと）で、(ii)介護予防に一定期間（例：3か月）取り組むことにより実現可能なこと、そして(iii)それが達成されたかどうか具体的に分かることを目標とすることが望ましい。課題別の目標（案）を図表1-16に例示する。

なお、介護予防ケアマネジメントの段階で設定された目標は介護予防プログラムの実施担当者にも共有されることが重要であり、それにより目標の達成に役立つようなプログラムが実施されるよう留意しなければならない。

図表 1-16 介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例

課題	目標
<u>セルフケア</u> 清潔・整容、排泄の自立、 TPOに応じた更衣、 服薬管理、健康に留意した食事・運動など	健康：毎年健診に行く、体にいいと思う食事や運動を日々続ける、自分で服薬管理する 日常生活：起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、TPOに応じた身支度をする
<u>家庭生活</u> 日常の買い物、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など	家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする 用事：買い物や銀行の用事を自分で済ます
<u>対人関係</u> 家族や友人への気配り・支援、 近所の人・友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナーとの良好な関係保持など	関係：家族と仲良く過ごす、近所の人といい関係で過ごす 役割：庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や世話をする 他者への支援：誰かの手助けをしたり、相談者になる
<u>主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活）</u> 自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、 ボランティアや奉仕活動など人の役に立つ活動、 預貯金の出し入れ	仕事：店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける 活動：地域の奉仕活動に参加 経済生活：預貯金の出し入れや管理
<u>コミュニケーション</u> 家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話	家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける
<u>運動と移動</u> 自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、 移動にバス・電車・他人が運転する自動車を使用、 自分で自動車や自転車を使って移動	外出：週に2回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する 旅行：家族や友人と2泊3日の旅行に行く
<u>知識の応用（判断・決定）</u> 日常生活に関する内容について、自分で判断・決定	何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める
<u>コミュニティライフ・社会生活・市民生活</u> 友人との行き来、趣味や楽しみの継続、 候補者を決めて投票、 自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など	交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票 楽しみ：趣味の会に参加する、週に1回外出する、趣味を持つ

1-4 通所型介護予防事業・訪問型介護予防事業

1-4-1 通所型介護予防事業

以下のプログラムを実施して対象者本人が掲げる日常生活上の目標達成を図り、自立した生活の確立と自己実現に向けた支援を行う。

- ・ 運動器の機能向上プログラム：理学療法士等を中心に看護職員、介護職員等が協働して、有酸素運動、ストレッチ、簡単な器具を用いた運動等を実施し、運動器の機能を向上させ生活機能の改善を図る支援を行う。
- ・ 栄養改善プログラム：管理栄養士が看護職員、介護職員等と協働して栄養状態を改善するための個別の計画を作成し、当該計画に基づき個別的な栄養相談や集団的な栄養教育等を実施し、低栄養状態を改善するための支援を行う。
- ・ 口腔機能の向上プログラム：歯科衛生士等が看護職員、介護職員と協働して、摂食・嚥下機能訓練、口腔清掃の自立支援等を実施し、口腔機能を向上させるための支援を行う。
- ・ その他のプログラム：膝痛・腰痛対策のためのプログラム、閉じこもり予防・支援、認知機能の低下予防・支援、うつ予防・支援に関するプログラム等、市町村において介護予防の観点から効果が認められると判断されるプログラムを実施する。
- ・ 複合プログラム：上記のプログラムを複合的に実施する。例えば、運動器の機能向上プログラムと栄養改善プログラムを合わせて実施することを言う。特に、栄養改善プログラムと口腔機能向上プログラムを組み合わせたり、運動器の機能向上プログラムと栄養改善プログラムを組み合わせることで実施することによる効果が大きいと考えられていることから、市町村の状況に応じて複合プログラムの実施について検討することが望ましい。

なお、プログラムは個別サービス計画に基づいて行われなければならない。また、心臓疾患や骨折等の傷病を有している者については、運動器の関連のプログラムの参加の適否について医師の判断を求める必要がある（その詳細は「1-2-3 医師の判断を求める場合の基準」を参照）。

1-4-2 訪問型介護予防事業

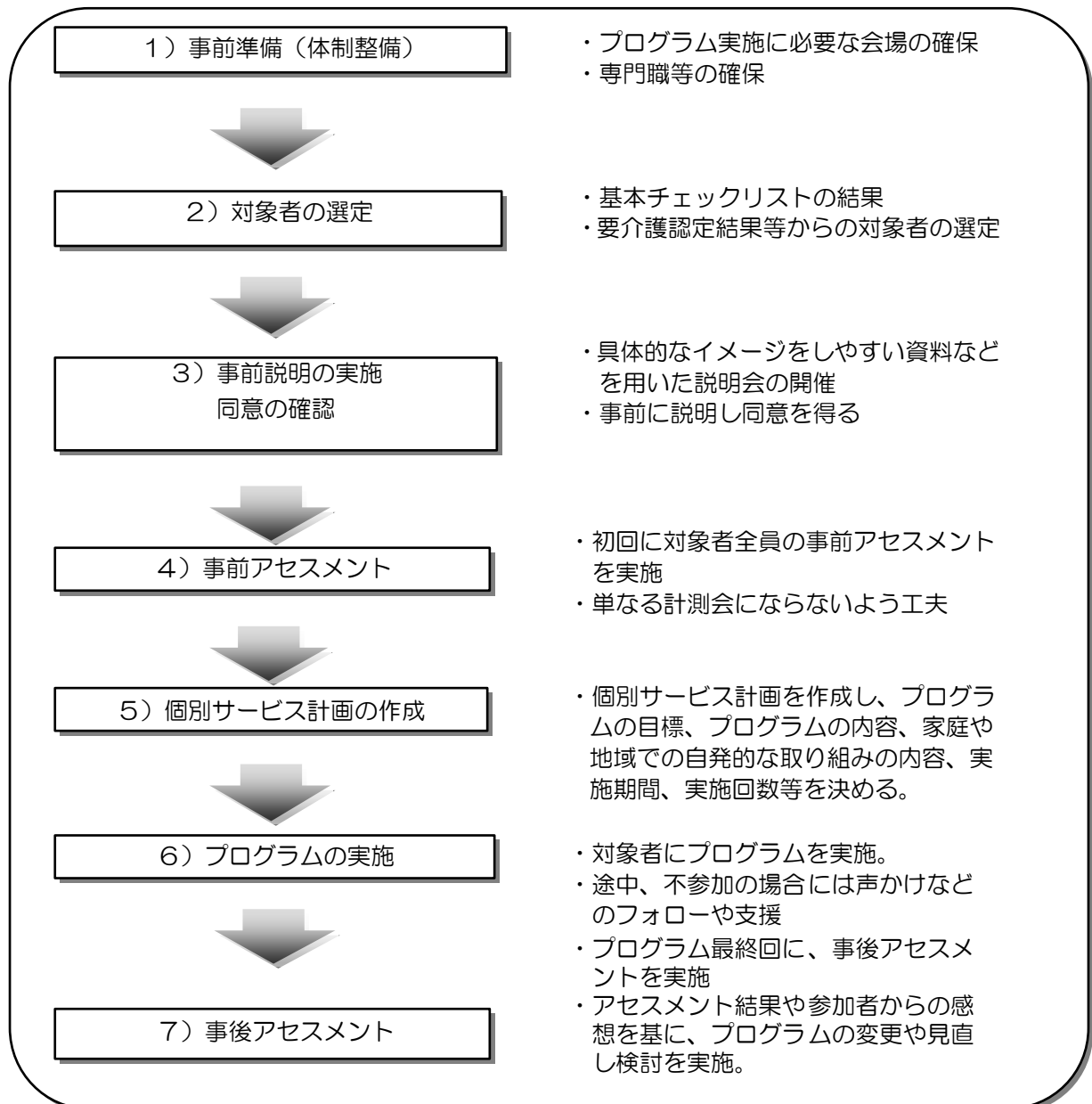
二次予防事業の対象者であって、特に閉じこもり、うつ、認知機能の低下のおそれがある等、心身の状況等のために通所による事業への参加が困難な者で、市町村が訪問型介護予防事業の実施が必要と認められる者を対象に、保健師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等がその者の居宅を訪問して、生活機能に関する問題を総合的に把握・評価し、その上で必要な相談・指導のほか、必要なプログラムを行う。また、通所型介護予防事業につなげていく。

1-4-3 介護予防事業の流れ

通所型と訪問型の双方とも、介護予防事業は次の手順で実施する。まず事前アセスメントを実施した上で、個別サービス計画を作成し、それに基づいてプログラムを実施する。事業が終了したら、事後アセスメントを実施する。なお、これらは全て、各事業の実施担当者が行うものであり、その結果は地域包括支援センターに必ず報告するものとする。

なお、地域包括支援センターは、介護予防事業委託事業者との間で緊密な関係を築く必要がある。介護予防ケアプランを作成した場合、介護予防ケアマネジメント担当者は、個々の対象者における課題分析の結果や目標、介護予防ケアプランの内容を介護予防事業実施担当者に伝える必要がある。また、介護予防ケアプランを作成する必要がない場合、介護予防ケアマネジメント担当者はプログラムの種類を含む支援の内容等を実施担当者に伝える必要がある。

図表 1-17 通所型介護予防事業の流れ



- 事前アセスメント：個別サービス計画を作成するために必要となる課題を把握するとともに、事業終了後にその効果の評価するための基準値を得るために実施する。
- 個別サービス計画の作成：事前アセスメントの結果や対象者の意向を踏まえて、プログラムの目標、プログラムの内容、家庭や地域での自発的な取り組みの内容、実施期間、実施回数等を記載する。実施期間は、概ね3ヵ月から6ヵ月程度とする。
- プログラムの実施：個別サービス計画に基づいて、プログラムを実施する。概ね1ヵ月ごとに個別サービス計画で定めた目標の達成状況について評価を実施し、適宜、プログラムの実施方法等について見直しを行う。
- 事後アセスメント：事業終了後に、事前アセスメントと同様の評価を実施して、目標の達成状況やその後の支援方法について検討を行う。

なお、安全に事業を実施するために、事故発生時の対応を含む安全管理マニュアルを整備し、常に安全管理に配慮する必要がある。また、二次予防事業の対象者の心身の状況等に応じて、リフトバス等による送迎を行うことができる。

また、訪問型介護予防事業では、事前アセスメントの実施にあたって、主治医とも連携して対象者の心身の状況等について包括的な評価を行うとともに、認知機能の低下やうつが疑われる者については適宜、医療機関への受診を勧奨するとともに、精神保健福祉センター等の専門機関との連携を図る。また、訪問型介護予防事業による支援を行う際は、対象者の心身の状況等を踏まえつつ、対象者の関心や興味に応じて、通所型介護予防事業や地域の自発的な活動等への参加を促すことが重要である。

また、低栄養状態の改善に特に必要であると判断された場合には、訪問型介護予防事業で管理栄養士等による栄養指導に加え、任意事業で配食の支援を実施することができる。その際の食料費及び調理費相当分については利用者負担を基本とする。

1-5 事業評価

介護予防は、「要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減を目指すこと」という明確な目的のもとに行われるものであり、その実施にあたっては相当の人手と経費を要するものである以上、それが計画した通りに適切に実施され、その結果として所期の効果が得られているか（目標が達成されたか）どうかということについて、評価を実施するとともに、その結果に応じて事業の見直しを行う必要がある。

介護予防の事業評価をする際には、プロセス（過程）・アウトプット（出力・量）・アウトカム（成果）の3段階で指標を評価する。

1-5-1 二次予防事業の評価指標

(1) プロセス指標：事業の実施過程に関わる指標。事業を効果的・効率的に実施するための事業の企画立案、実施過程等に関する指標。

以下の10項目について、事業が適切な手段・過程を経て実施できているかを評価する。

図表 1-18 プロセス指標

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・二次予防事業の対象者を適切に把握・選定するため、複数の把握経路を確保しているか ・二次予防事業の対象者に関する情報を提供してくれた機関等に、当該対象者に対する事業の実施状況等について情報を還元しているか ・事業の企画・実施・評価に住民が参加しているか ・事業の実施状況を把握しているか ・事業の実施量と需要量との関係を的確に把握しているか ・事業の実施状況の検証に基づき、次年度以降の実施計画の見直しを行っているか ・事業に関する苦情や事故を把握しているか ・事業の効果を分析する体制が確立しているか ・関係機関（地域包括支援センター、医療機関、民生委員等）において情報を共有するため、共有する情報の範囲、管理方法、活用方法に関する取り決めをしているか ・二次予防事業の対象者の個人情報が共有されることについて、対象者に十分な説明を行い、同意を得ているか |
|---|

(2) アウトプット指標：事業成果の目標を達成するために必要となる事業の実施量に関する指標。

図表 1-19 アウトプット指標

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防ケアマネジメント実施件数と実施率 ・事業実施回数と実施率 ・事業参加者数と実施率 |
|---|

上記のいずれでも、集計は年度末に行い、実施状況进行评估する。また、実施率は（実施件数÷実施予定件数）として計算する。上記の「事業実施回数と実施率」、「事業参加者数と実施率」では、通所・訪問の事業種別、運動・栄養等のプログラム別にも集計することが望ましい。

(3) アウトカム指標：事業成果の目標に関する指標。

図表 1-20 アウトカム指標

- ・基本チェックリストの点数：事業参加の前後で比較し、維持・改善率を計算する
- ・新規認定申請者数：年間の新規認定申請者数を集計し、前年比や年次推移を検討する
- ・新規認定者数：年間の新規認定者数を集計し、前年比や年次推移を検討する
- ・「要支援1・2」の人数：左記の人数を、可能な限り介護保険事業計画に記載されている自然体（介護予防事業を実施しなかった場合）での人数と比較する
- ・介護予防事業参加者からの新規認定者数：（新規認定者数÷介護予防事業参加者数）として率を計算する。この率を年度別、事業・プログラム別、事業者別等で比較し、次年度の事業展開に活かす。
- ・主観的健康感：事業参加の前後で比較し、維持・改善された者の割合（維持・改善率）を計算する
- ・二次予防事業参加後、一次予防事業や地域の介護予防に資する活動への参加などで、継続して予防的な活動が行えている人の人数（年度別）

これら3つの指標のなかでアウトカム指標が最も重要なものであることは言うまでもない。アウトプット指標もプロセス指標も事業が効果を発揮するための前提ではあるが、しかしこれらが適切に行われたら必ず所期の効果が得られるかという点、必ずしもそうではないからである。その意味で、アウトカム指標による目標を最初に設定し、それを達成するためにはどのようなアウトプットとプロセスが必要となるかについて企画立案を行うことが重要である。そして、事業評価においても、最も重要なことは所期の成果（アウトカム）が得られたかどうかということであり、アウトカム指標が最大の評価対象となる。

これらの各指標について、二次予防事業のプログラム別、地域包括支援センター、市町村（保険者）の各単位で検討（企画立案と事業評価）が行われる必要がある。さらに言えば、介護予防の各プログラムに関しては事業参加者における生活機能や事業に対応した各種指標（運動機能、栄養機能、口腔の状態など）を事業実施の前後で比較することなどにより、介護予防事業委託事業者ごとに検討されるべきである。

1-5-2 一次予防事業の評価指標

ここでは従来、プロセス指標が重視されてきたが、近年、高齢者が介護予防につながる活動を主体的かつ継続的に行うことにより、特に軽度者の要介護認定率の低下や介護保険料の軽減といった効果をあげている市町村も増加しつつある。介護保険の本来の趣旨（要介護状態になることを予防する）から考えても、今後は、アウトカム指標について評価することの重要性が増してくると考えられる。

(1) プロセス指標：以下の5項目について、事業が適切な手段・過程を経て実施できているかを評価する。

図表 1-21 プロセス指標

- ・介護予防に関する一般的な知識や、介護予防事業の対象者、事業内容、参加方法等の事業実施に関する情報について積極的に普及啓発を行っているか
- ・介護予防に資する活動を行っているボランティアや地域活動組織を適切に把握しているか
- ・介護予防事業を推進するにあたり、介護予防に資する活動を行っているボランティアや地域活動組織と密に連携を図っているか
- ・ボランティアや地域活動組織のリーダー等を育成するための研修会等を開催しているか
- ・地域活動組織の求めに応じて、担当職員の派遣、活動の場の提供等の支援を行っているか

(2) アウトプット指標・アウトカム指標

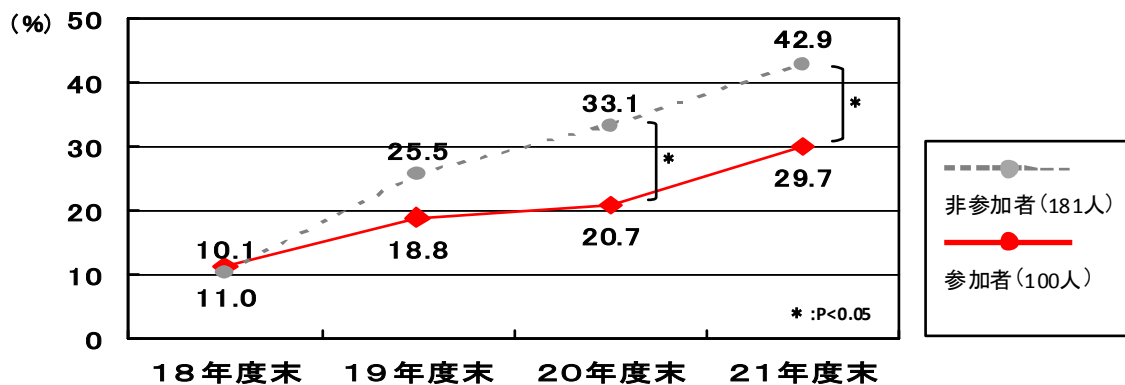
市町村（保険者）の創意工夫により様々な事業が想定されるので、事業内容等に応じて適宜指標を設定することとなる。その例としては、介護予防に関する講演会や相談会の開催回数・参加者数、介護予防に関するイベント等の開催回数、ボランティア育成のための研修会の開催回数・参加者数、参加者のうちその後地域で介護予防に資する活動を行っている者の数、地域活動組織への支援・協力等の実施回数、当該年度に新規に創設されたあるいは継続して活動を行っている地域活動組織の数などが挙げられる。

事業評価の例（東京都練馬区）

東京都練馬区では、平成18年度に二次予防事業対象者と判定された人について、二次予防事業に参加した100人と、参加しなかった181人のその後の要介護認定の状況を追跡調査している。練馬区では、一次予防事業の自主グループ等の充実を図っており、二次予防事業の参加者は、運動の継続に対する意識が高まり、その後これらの自主グループに参加している人が多い。平成18年度末はほぼ同様の要介護認定率であったが、その後、両群における認定率は、徐々に差が開いてきている。

図表 1-22 二次予防事業参加者と非参加者の要介護認定率の変化（東京都練馬区）

人口 707,319 人、高齢者 137,093 人、高齢者率 19.38%



対象者は、平成18年度に二次予防事業対象者と把握され、運動機能向上プログラムに参加した方と参加しなかった方を3年間追跡
 (各年度末の認定率： 認定有【人】 / (認定無【人】 + 認定有【人】) (%))

<厚生労働省 HP 参照：参考資料 1-4 >

1-6 予防給付の流れ

予防給付は要支援者に対し、介護予防支援事業者による介護予防ケアマネジメントに基づき介護予防サービスが提供され、一定期間を経過後に介護予防支援事業者による効果の評価が行われる（図表1-6）。

1-6-1 予防給付の対象者

要介護認定で要支援1または要支援2と判定された者が対象となる。

1-6-2 介護予防ケアマネジメント

- 1) 予防給付の介護予防ケアマネジメントは、介護予防支援事業者により行われる。
- 2) 予防給付の介護予防ケアマネジメントは要支援者の生活機能や健康状態、その置かれている環境等を把握した上で、日常生活の状況を把握し、生活機能の低下の原因を含む要支援者が現に抱える問題点を明らかにするとともに、介護予防の効果を最大限に発揮できるように支援するものである。

なお、介護予防サービス計画の作成の手順は、二次予防事業と同様である。

※詳細については、「1-3 二次予防事業対象者の介護予防ケアマネジメント」を参考にされたい。

1-6-3 サービス担当者会議

介護予防サービス計画はサービス担当者会議において、計画の原案について、各利用者に適したサービスが提供されるよう検討した上で完成させる。

1-6-4 サービスの提供

各サービスの実施者は、事前アセスメント、サービスの実施とモニタリング、事後アセスメントの流れでサービスの提供を行う。これは、二次予防事業の流れと同様である。

1-6-5 効果の評価

要支援者が一定期間のプログラムを終了した後、介護予防支援事業者により効果が評価される。すなわち、介護予防ケアマネジメントにより設定された目標（生活機能の改善・利用者の望む生活の実現）が達成されたかどうかを評価し、それに基づいてケアプランや介護予防サービス計画を見直す。

計画の見直しにあたっては、対象者の主体的な取り組みを支援し、常に生活機能の向上に対する意欲を高めることを念頭におくことが重要である。

別添資料 1-2 利用者基本情報 (例)

利用者基本情報

計画作成者氏名: _____

《基本情報》

相談日	年 月 日 ()	来所 ・ 電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)	
把握経路	1. 介護予防検診 2. 本人からの相談 3. 家族からの相談 4. 非該当 5. 新予防からの移行 6. 関係者 7. その他 ()			
本人の状況	在宅・入院又は入所中 ()			
フリガナ 本人氏名	男・女	M・T・S	年 月 日生 () 歳	
住所	TEL	()		
	FAX	()		
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定情報	非該当・要支援1・要支援2 認定期限: 年 月 日 ~ 年 月 日 (前回の介護度)			
障害等認定	身障 () ・ 療養 () ・ 精神 () ・ 難病 () ・ その他 ()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室 (有 階・無) ・ 住居改修 (有 ・ 無) 浴室 (有 ・ 無) 便所 (洋式 ・ 和式) 段差の問題 (有 ・ 無) 床材、じゅうたんの状況 () 照明の状況 () 履物の状況 ()			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・その他 ()			
来所者 (相談者)	続柄	家族構成	◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族等○で囲む)	
住所				
緊急 連絡先	氏名			住所・連絡先
	続柄			
		日中独居 (有 ・ 無) 家族関係等の状況		

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活			
現在の生活状況 (どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技
	時間	本人	介護者・家族
			友人・地域との関係

《現病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)	経過	治療中の場合は内容
			TEL 治療中 経観中	
			TEL 治療中 経観中	
			TEL 治療中 経観中	
			TEL 治療中 経観中	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医の意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

年 月 日 氏名

印

別添資料 1-3 アセスメントシート

申請日	年 月 日	合計
氏名		

基本項目	主生活支援者氏名	続柄	年齢	健康状態	居所	勤務	支援者なし 健康状態悪い or 市外居住	1.0 1.0 0.5	小計
	食生活支援者氏名	続柄	年齢	健康状態	居所	勤務	支援者なし 健康状態悪い or 市外居住	1.0 1.0 0.5	

保健 社会活動	① この1年、市の健康教室等へ参加していますか	1 はい	2 いいえ	すべて2の 場合:0.5
	② この1年、公民館・婦人会・老人クラブ活動等に参加していますか	1 はい	2 いいえ	
	③ この1年、趣味や各種教室に参加していますか	1 はい	2 いいえ	

移動	① 日用品を買う店まで	1 徒歩	2 セニアカー	3 自家用車	4 バイク 自転車	5 バス・JR	6 タクシー又は他の人に頼む	①の6:0.5
	② 病院等に行くときは	1 徒歩	2 セニアカー	3 自家用車	4 バイク 自転車	5 バス・JR	6 タクシー又は他の人に頼む	

生活 スタイル	① 1日誰と過ごすことが多いか	1 家族	2 友人・知人	3 ほとんど一人	3が少なく とも1つ: 0.5	小計
	② 1週間に外出する頻度(通院以外)	1 3回以上	2 1~2回	3 あまり外出しない		
	③ 1週間に親戚・友人が来る頻度	1 3回以上	2 1~2回	3 あまり来ない		
	④ 歩行 : 物につかまって歩いたり、杖を使用したりしていますか	1 はい	2 いいえ	1:0.5		
	⑤ 食事の準備 : 毎日、調理が自分で出来ていますか	1 はい	2 いいえ	2:0.5		
	⑥ 買い物 : 生活に必要なものを自分で買いに行けますか	1 はい	2 いいえ	2:0.5		

精神 面	① 身の回りの乱れや汚れを気にしなくなりましたか	1 はい	2 いいえ	②または③で 1:0.5	①~⑤のうち 1~2個 該当:0.5 3個以該当: 1.0
	② 外出や食事の準備が難しくなりましたか	1 はい	2 いいえ		
	③ 金銭管理(日々の支払い行為等を含む)が難しくなってきましたか	1 はい	2 いいえ		
	④ 情緒が不安定になることが増えてきましたか	1 はい	2 いいえ	小計	
	⑤ 一人きりになる(している)ことが不安ですか	1 はい	2 いいえ		

食に 関する 情報	① 食事回数	食/日	1食:0.5
	② 食料品の入手方法	スーパー等 ・ 移動販売 ・ 配達 ・ その他()	
	③ 家族() その他()	1 できる (回/) 2 できない a 就労 b 他に要介護者あり c 家が遠い d その他() 3 今のところ必要ない	2:0.5
	④ 家族() その他()	1 できる (回/) 2 できない a 就労 b 他に要介護者あり c 家が遠い d その他() 3 今のところ必要ない	2:0.5

その他特記すべき事項

判定基準表

分類	判定対象項目		摘要		加点	得点
基本項目	世帯状況	利用者基本情報 「家族構成」	独居	65～79歳	0.5	
				80歳以上	1.0	
			高齢者のみ(合算140歳以上)		0.5	
			要介護者との同居世帯		0.5	
	主生活支援者	アセスメントシート 「主生活支援者」	有で市外居住者		0.5	
		無(有で健康状態の悪い援助者も含む)		1.0		
食生活支援者	アセスメントシート 「食生活支援者」	有で市外居住者		0.5		
			無(有で健康状態の悪い援助者も含む)	1.0		
障害高齢者の日常生活自立度	利用者基本情報 「日常生活自立度」	J2以上		0.5		
認知症高齢者の日常生活自立度	利用者基本情報 「日常生活自立度」	II a以上		0.5		
身体状況	外出・家事への影響のある疾患 (大分類)	利用者基本情報 「現病歴と経過」	1～2個		0.5	
			3個以上		1.0	
	体重	基本チェックリスト 質問11および12	BMIが「やせ」または「高肥満」 体重の増減が2～3kg以上あるもの		0.5	
保健・社会活動	すべての項目	アセスメントシート 「保健・社会活動」①～③	すべて「2. いいえ」チェック		0.5	
移動手段	日用品	アセスメントシート 「移動」①	6にチェック		0.5	
生活スタイル	一日で誰と過ごす時間が多い	アセスメントシート 「生活スタイル」①	「3. ほとんど一人」にチェック	どれか1つ にチェック	0.5	
	一週間に外出する頻度(通院以外)	アセスメントシート 「生活スタイル」②	「3. あまり外出しない」にチェック			
	一週間に親戚・友人が来る頻度	アセスメントシート 「生活スタイル」③	「3. あまり来ない」にチェック			
	歩行	アセスメントシート 「生活スタイル」④	「1. はい」にチェック		0.5	
	食事の準備	アセスメントシート 「生活スタイル」⑤	「2. いいえ」にチェック		0.5	
	買い物	アセスメントシート 「生活スタイル」⑥	「2. いいえ」にチェック		0.5	
精神	①から⑤まで	アセスメントシート 「精神面」①～⑤	1～2個 3個以上		0.5 1.0	
	②または③	アセスメントシート 「精神面」②および③	②または③にチェック		0.5	
食関連情報	食事回数	アセスメントシート 「食に関する情報」①	食事回数 1食/日		0.5	
	家族等支援状況	買い物	アセスメントシート 「食に関する情報」③	2にチェック	0.5	
		調理	アセスメントシート 「食に関する情報」④	2にチェック	0.5	
※上記項目については、利用者基本情報、基本チェックリスト及びアセスメントシートを基に加点するものとする。					(a)アセスメントシートの合計	
					(b)その他の項目の合計	
判定会議加算	疾患症状加算	判定会議	判定加算		0.5	
	特記事項からの加算		判定加算		0.5	
					(c)判定会議の合計	
					総計 (a)+(b)+(c)	