

# 介護予防 マニュアル

.....【第4版】.....

生活機能が低下した高齢者を  
支援するための  
領域別プログラム

令和4年3月

エビデンスを踏まえた介護予防マニュアル改訂委員会



厚生労働省では、これまでの団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築の実現を目指した取組を推進してきました。

2019 年5月には、厚生労働大臣を本部長とする「2040 年を展望した社会保障・働き方改革本部」において、2040 年までに健康寿命を3年以上延伸することを目標とする「健康寿命延伸プラン」が策定され、その目標を達成するための取組の柱の一つとして介護予防が位置づけられており、更なる推進が求められています。

これまで、介護予防に関する主な動きとして、

- 平成 17 年介護保険法(以下「法」という。)改正において、できる限り要介護状態等にならないまたは重度化しないよう「介護予防」をより重視したシステムを確立する観点からの地域支援事業を創設
- その後、運用の見直しを行いながら、基本チェックリストを用いて、要支援・要支援状態になるおそれの高い者のスクリーニングを行い、運動器の機能向上・栄養改善・口腔機能向上等、二次予防事業の対象者に応じた効果的なプログラムを実施
- 平成 26 年法改正では、地域支援事業の充実を図る中で、地域支援事業における介護予防事業(一次予防事業及び二次予防事業)を再編するとともに、全国一律の予防給付(訪問介護、通所介護)を移行させ、新たな介護予防・日常生活支援総合事業(以下「総合事業」という。)を創設
- 総合事業においては、ポピュレーションアプローチの考え方も踏まえた、通いの場等の取組を推進するための「一般介護予防事業」と、従前の二次予防事業に位置づけられていた通所型(訪問型)介護予防事業を充実した内容として含む「介護予防・生活支援サービス事業」を創設
- これに伴い、二次予防事業対象者の把握のために活用していた基本チェックリストは、支援が必要だと市町村や地域包括センターに相談に来た者に対して、簡便にサービスにつなぐものとして取扱いを見直し

等を行ってきたところです。

令和元年 12 月に公表された「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会 取りまとめ」においては、介護予防の取組を効果的・効率的に推進する観点から、一般介護予防事業への効果的な専門職の関与や、一般介護予防事業、介護予防・自立支援のための地域ケア会議や短期集中予防サービス等の地域支援事業の連携が重要であるとされています。また、高齢者の心身の課題に応じたきめ細やかな支援を行う観点から、令和2年4月より、介護予防と保健事業を一体的に実施する取組が開始されました。

このような状況を踏まえ、介護予防マニュアルについて、従前の二次予防事業の内容を踏まえつつ、

- ・ 平成 26 年法改正後の内容に即した見直し
- ・ 運動器の機能向上・栄養改善・口腔機能向上等のプログラムにおける最新の知見

等の観点から、改訂を行いました。

## はじめに

また、地域支援事業に紐づく各種事業の整備に伴い、各種ガイドラインや手引き等が作成されてきたことを踏まえ、介護予防マニュアルの記載内容について、短期集中予防サービス(サービス C)を中心とした生活機能が低下した高齢者に対する取組に重点を置くこととしました。各種制度の説明や通いの場に関する取組等については別マニュアルをご参照ください。

なお、各章における最新の知見(エビデンス等)については、平成 31 年度厚生労働科学研究費長寿科学政策研究事業「エビデンスを踏まえた効果的な介護予防の実施に資する介護予防マニュアルの改訂のための研究(研究代表者:国立長寿医療研究センター理事長 荒井秀典)」による成果物「介護予防ガイド 実践・エビデンス編」(<https://www.ncgg.go.jp/ri/topics/documents/yobo-guide.pdf>)を一部引用しております。より詳しく知りたい場合は、同ガイドをご参照ください。

本マニュアルに掲載されている別添資料は、厚生労働省ホームページ(下記 URL)にてダウンロードできるようになる予定です。

**【厚生労働省ホームページ 介護予防】**

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/yobou/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/index.html)

序章 介護予防マニュアルについて .....	5
1 介護予防とは .....	5
2 本マニュアルの活用の仕方.....	6
第1章 複合プログラム実施マニュアル.....	14
1-1 事業の趣旨 .....	14
1-2 プログラムの進め方.....	14
1-2-1 事前準備 .....	14
1-2-2 事前アセスメント .....	15
1-2-3 個別サービス計画の作成.....	15
1-2-4 プログラムの実施.....	16
1-2-5 事後アセスメント .....	21
第2章 運動器の機能向上マニュアル.....	24
2-1 事業の趣旨 .....	24
2-2 プログラムの進め方 .....	24
2-2-1 事前準備.....	25
2-2-2 事前アセスメント .....	26
2-2-3 個別サービス計画の作成 .....	27
2-2-4 プログラムの実施 .....	27
2-2-5 事後アセスメント .....	34
第3章 栄養改善マニュアル.....	43
3-1 事業の趣旨 .....	43
3-2 プログラムの進め方 .....	43
3-2-1 事前準備.....	43
3-2-2 事前アセスメント .....	44
3-2-3 個別サービス計画の作成 .....	45
3-2-4 プログラムの実施 .....	48
3-2-5 事後アセスメント .....	52
第4章 口腔機能向上マニュアル .....	56
4-1 事業の趣旨 .....	56
4-2 プログラムの進め方 .....	58

## 目次

4-2-1 事前準備.....	58
4-2-2 事前アセスメント .....	59
4-2-3 個別サービス計画の作成 .....	62
4-2-4 プログラムの実施 .....	62
4-2-5 事後アセスメント .....	65
<b>第5章 閉じこもり予防・支援マニュアル .....</b>	<b>68</b>
5-1 事業の趣旨 .....	68
5-2 プログラムの進め方 .....	70
5-2-1 事前準備.....	70
5-2-2 事前アセスメント .....	71
5-2-3 閉じこもり予防・支援の進め方 .....	72
<b>第6章 認知機能低下予防・支援マニュアル.....</b>	<b>77</b>
6-1 事業の趣旨 .....	77
6-2 プログラムの進め方 .....	78
6-2-1 事前準備.....	78
6-2-2 事前アセスメント .....	81
6-2-3 個別サービス計画の作成 .....	83
6-2-4 プログラムの実施 .....	83
6-2-5 事後アセスメント .....	87
<b>第7章 うつ予防・支援マニュアル .....</b>	<b>90</b>
7-1 事業の趣旨 .....	90
7-2 うつ予防・支援策の進め方.....	92
7-2-1 事前準備.....	92
7-2-2 事前アセスメント .....	93
7-2-3 予防・支援策の実施.....	97
7-2-4 三次予防としてのうつ対策.....	99

### 序章 介護予防マニュアルについて

#### 1 介護予防とは

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、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、法第115条の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られるような、地域づくりの視点も重要である。

(介護予防が指すもの)

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心身機能の改善だけを目指すものではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて、日常生活の活動性を高め、家庭や社会への参加を促し、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組を支援して、生活の質(QOL)の向上を目指すものである。

高齢者が要介護状態等となることの予防または要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止の推進に当たっては、機能回復訓練等的高齢者へのアプローチだけではなく、高齢者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である。すなわち、生活機能全体を向上させ、活動的で生きがいを持てる生活を営むことのできる生活環境の調整及び地域づくり等が求められる。高齢者の自立支援に資する取組を推進することで、要介護状態等になっても、高齢者が生きがいを持って生活できる地域の実現を目指すことが重要である。

その際には、多様なサービスである短期集中予防サービスや、地域ケア会議、生活支援体制整備事業等の事業と連携し進めることが重要である。また、令和元年5月に「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律」が成立・公布され、令和2年度から、市町村が高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施するための体制が整えられた。厚生労働省から「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版」や「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版補足版」等が公表されており、これらのガイドライン<sup>1</sup>も参照しつつ、医療専門職との連携や保健事業と連動した取組を行うことも重要である。

<sup>1</sup> 高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン等は下記を参照されたい。  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuhoken/hokenjigyou/index\\_00003.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuhoken/hokenjigyou/index_00003.html)

なお、介護予防マニュアル改訂版(平成24年3月版)の第1章でお示していた介護予防に関する制度の概要や地域づくりによる介護予防の推進については、以下のガイドライン等を参照されたい。

- ・ 介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン<sup>2</sup>
- ・ 地域づくりによる介護予防を推進するための手引き<sup>3</sup>

## 2 本マニュアルの活用の仕方

本マニュアルは、主に短期集中予防サービスでの活用を想定したプログラムを中心に構成されている。本マニュアルを活用する際には、要支援者や介護予防・生活支援サービス事業対象者(以下「事業対象者」という。)等の介護予防ケアマネジメント等を行う中で、選択肢の一つとして、基本チェックリストによる各プログラムの対象者選定の基準を活かしながら、個人の状態にあったプログラムを選択することが望ましい。

なお、本マニュアルに掲載するプログラムは自立支援のための一つの手段である。介護予防ケアマネジメントに基づき、短期集中予防サービス等を組み合わせ、介護予防における地域ケア個別会議を活用しつつ、社会参加のための場所(地域の通いの場、余暇活動等)につなげていくことも必要である。これにより、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を送れるように、また、さらに、役割がある形での社会参加につなげていく配慮も必要である。

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であり、それが目的化しないように注意が必要である。そのため、介護予防におけるケアマネジメントの役割が重要になる。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を」「どのようにできる」という形の本人の目標があり、それに到達するための手段として種々のサービスの中から対象者に適したサービスが選択される。

---

<sup>2</sup> 介護予防・日常生活支援総合事業のガイドラインは以下の URL を参照されたい。  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000855081.pdf>

<sup>3</sup> 26 年度～28 年度に実施された「地域づくりによる介護予防推進支援事業」にて作成された、以下の手引きを参照されたい。

・地域づくりによる介護予防を推進するための手引き(ダイジェスト版)(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000166414.pdf>)

・地域づくりによる介護予防を推進するための手引き(本文)(28 年度)(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000166415.pdf>)

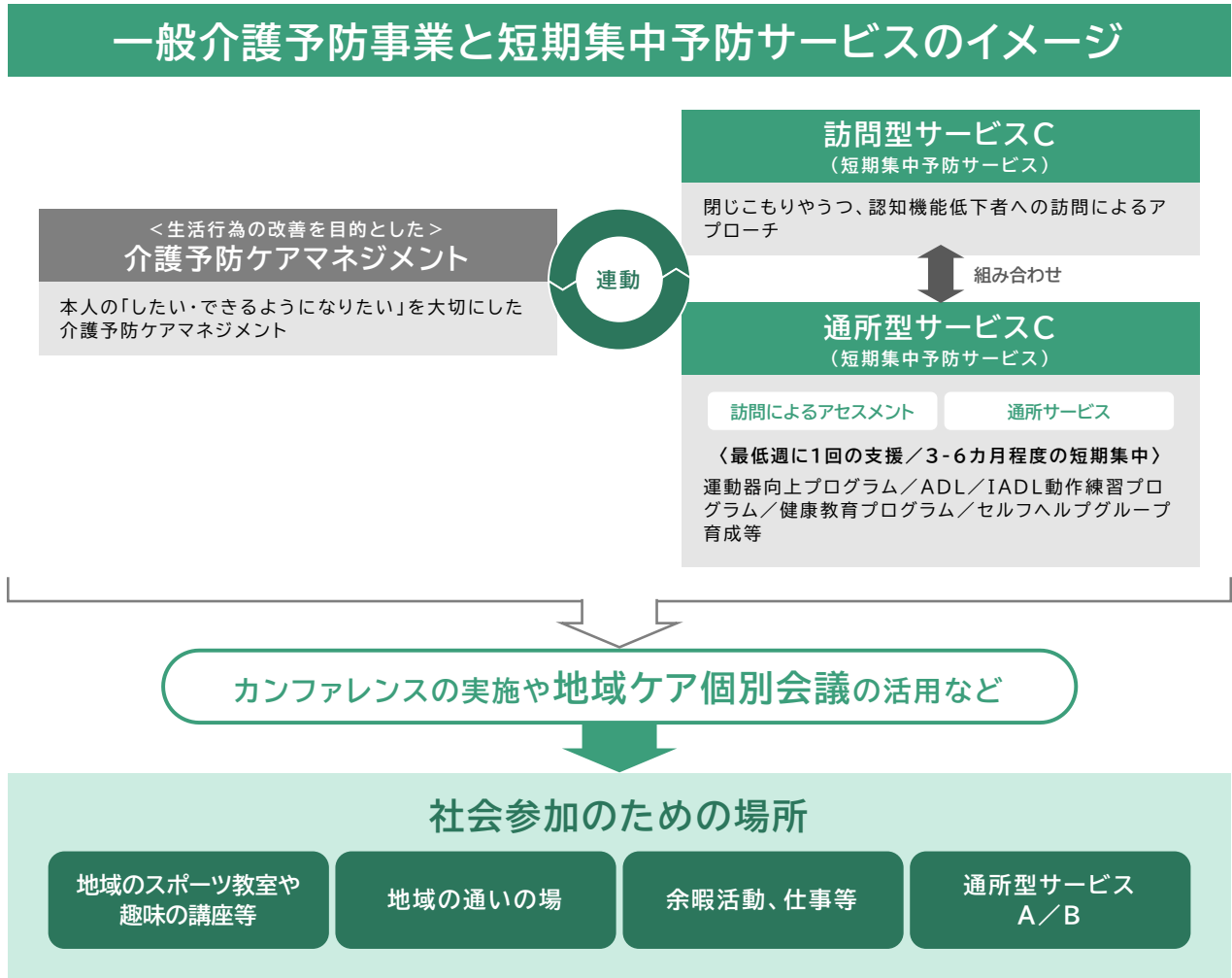
・地域づくりによる介護予防を推進するための手引き(本文)(27 年度)(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000122064.pdf>)

・地域づくりによる介護予防を推進するための手引き(本文)(26 年度)

([https://www.mri.co.jp/knowledge/pjt\\_related/roujinhoken/dia6ou00000204mw-att/h26\\_07\\_tebiki.pdf](https://www.mri.co.jp/knowledge/pjt_related/roujinhoken/dia6ou00000204mw-att/h26_07_tebiki.pdf))



図表 0-1 短期集中予防サービスと地域ケア個別会議、一般介護予防事業の組み合わせ



※「生活行為」とは、個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買い物、趣味活動等の行為をいう。  
(通所リハビリテーション注9留意事項通知[老企第36号 第2の8(12)]より)

＜第1章以降のプログラムの留意事項＞

従前の二次予防事業<sup>4</sup>におけるプログラムであることを踏まえ、総合事業の通所型・訪問型サービスCで活用することを想定しているが、一般介護予防事業における介護予防教室等の対象者への活用を妨げるものではない。

また、第1章以降のプログラムは、基本チェックリスト等を用いた生活機能が低下した高齢者等のスクリーニング及びチェックリストの該当項目ごとの対応の考え方やポイントについて示したものであり、記載されているプログラムの内容は例示である。実施にあたっては、対象者の状態や目標、自治体ごとの地域資源

<sup>4</sup> 二次予防事業は、主として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65歳以上の者を対象として実施することを基本とし、対象者が要介護状態等となることを予防することを通じて、一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援し、活動的で生きがいのある生活や人生を送ることができるよう支援することを目的とした事業。この目的を達成するため、介護予防ケアマネジメント業務により、個々の対象者の心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、対象者の選択に基づき、適切な事業を包括的かつ効率的に実施。なお、現在の総合事業における短期集中予防サービス(通所型サービスC、訪問型サービスC)は、従来の介護予防事業における二次予防事業に位置付けられていた通所型介護予防事業及び訪問型介護予防事業を充実した内容を想定。

や地域課題等を踏まえて、必要なものを取捨選択する、独自の取組を検討・実施するなど、留意されたい。

さらに、本マニュアルを活用しプログラムを実施する際は、地域の医療関係団体や専門職等と連携し、企画・立案段階から専門職の意見を取り入れることで、より効果的な取組の実施につながることを期待される。

### ○対象者の目安

本マニュアルにおける各プログラムの対象者のスクリーニングにあたっては、基本チェックリストによる事業対象者に該当する基準が目安の一つとなるが、本プログラムの主な対象となる短期集中予防サービスの対象者は、介護予防ケアマネジメントにより決定される。また、対象者のスクリーニングの際には、各機能の向上・支援の必要性について、パンフレットなどを活用しながら対象者に動機づけすることも必要である。

なお、基本チェックリストによる対象者のスクリーニングについては、以下を参照されたい(介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン抜粋(一部改変))。

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 0-2 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

10項目  
以上に  
該当

運動  
3項目以上  
に該当

栄養  
2項目に  
該当

口腔  
2項目以上  
に該当

閉じこもり

認知機能  
1項目以上  
に該当

うつ  
2項目以上  
に該当

(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。

生活支援・介護予防サービス事業では、以下の図表 0-3に該当する者を、事業対象者とする。

図表 0-3 事業対象者の基準

① 質問項目No.1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当
② 質問項目No.6～10 までの5項目のうち3項目以上に該当
③ 質問項目No.11～12 の2項目のすべてに該当
④ 質問項目No.13～15 までの3項目のうち2項目以上に該当
⑤ 質問項目No.16 に該当
⑥ 質問項目No.18～20 までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当
⑦ 質問項目No.21～25 までの5項目のうち2項目以上に該当

(注)この表における該当(No.12 を除く。)とは、回答部分に「1.はい」または「1.いいえ」に該当することをいう。

### ○各プログラムの概要

#### 複合プログラム

運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能向上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いう。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実施したり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。

#### 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

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、ADL/IADL(手段的 ADL)の改善等、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。なお、短期集中予防サービスとして実施する場合、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。

#### (通所型)

通所による事業への参加が可能な者で、介護予防ケアマネジメントにより通所型サービスの実施が適切と認められる者を対象に、介護サービス事業所、公民館等の事業実施場所にて、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、歯科衛生士等が生活機能向上のためのプログラムを提供する。

#### (訪問型)

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、訪問型サービス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、通所型サービスへの参加につなげていく。

### ○医師の判断を求める基準

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。「介護予防ガイド 実践・エビデンス編」では、各プログラムにおいて留意すべきリスクの項目を記載しているため、参考とされたい。

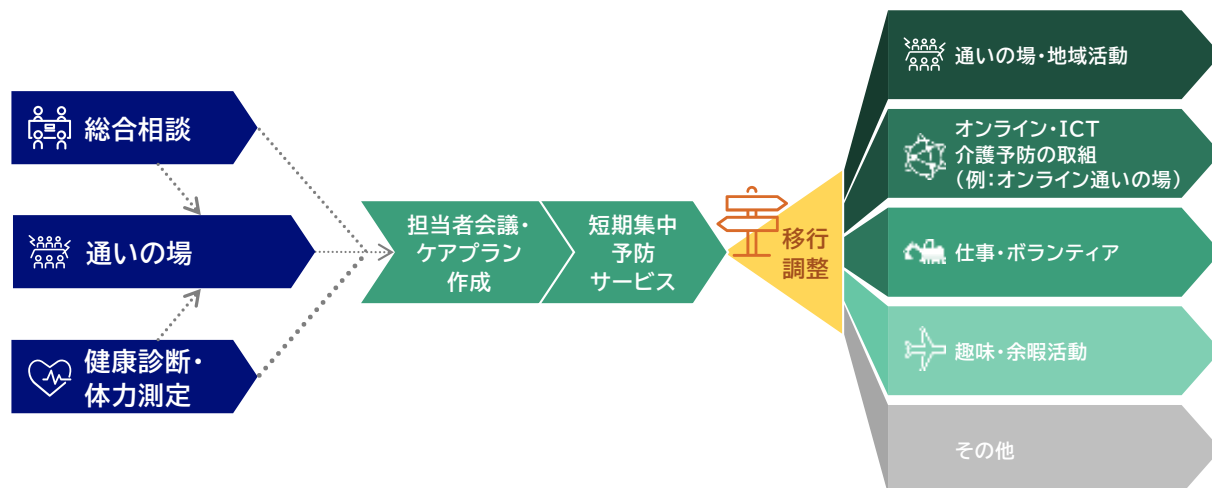
### ○プログラム終了後

プログラムの対象者が、一定期間のプログラムを終了した後、効果を評価する。すなわち、介護予防ケアマネジメント等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、それに基づいて個別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組を支援し、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。

また、プログラム終了後すぐに実施前の状態に戻ってしまうことなく、各プログラムで学習した内容を継続し、生活機能を維持していくことが大切である。対象者の希望に応じて、社会参加のための場所につなげていくことが望ましい。社会参加の場としては、一般介護予防事業などによる通いの場のほか、就労・ボランティアや趣味・余暇活動など様々な選択肢がある。また、対象者がスマートフォンやタブレット型端末とい

ったデジタル機器を活用できる場合や、感染症の流行などで外出を控えている場合は、オンラインや ICT を活用した介護予防の取組への参加を促すことも考えられる。いずれの方法にしても、対象者自身が役割をもって可能な限り地域で自立した生活を送り続けられるよう、各事業の担当者や機関、専門職等が連携することが重要である。

図表 0-4 短期集中予防サービス終了後の社会参加の場の例



別添資料 0-1 プログラム参加に係るチェックシート

プログラム参加に係るチェックシート

別紙1

A	この3ヶ月間で1週間以上にわたる入院をされましたか？ (「はい」または「いいえ」に○をつける)	はい	いいえ
---	--	----	-----

「はい」の場合、その理由は何ですか？(当てはまる理由に○をつける)

<input type="checkbox"/> 重い高血圧、脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血)	
<input type="checkbox"/> 心臓病(不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞)	
<input type="checkbox"/> 糖尿病、呼吸器疾患などのため	
<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため	
<input type="checkbox"/> その他(具体的にご記入ください)	
( )	

B	あなたはかかりつけの医師等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか？(「はい」または「いいえ」に○をつける)	はい	いいえ
---	---	----	-----

「はい」の場合、その理由は何ですか？(当てはまる理由に○をつける)

<input type="checkbox"/> 重い高血圧、脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血)	
<input type="checkbox"/> 心臓病(不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞)	
<input type="checkbox"/> 糖尿病、呼吸器疾患などのため	
<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため	
<input type="checkbox"/> その他(具体的にご記入ください)	
( )	

C	以下のご質問にお答えください(「はい」、「いいえ」、または「わからない」に○をつける)			
C1	この6ヶ月以内に心臓発作または脳卒中を起こしましたか？	はい	いいえ	
C2	重い高血圧(収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上)がありますか？	はい	いいえ	わからない
C3	糖尿病で目が見えにくくなったり、腎機能が低下、あるいは低血糖発作などがあると指摘されていますか？	はい	いいえ	わからない
C4	この1年間で心電図に異常があるといわれましたか？	はい	いいえ	わからない
C5	家事や買い物あるいは散歩などでひどく息切れを感じますか？	はい	いいえ	
C6	この1ヶ月以内に急性な腰痛、膝痛などの痛みが発生し、今も続いていますか？	はい	いいえ	

D	あなたは自分の身体を丈夫にし、張りのある生活を送るための取り組みに興味がありますか？以下のご質問にお答え下さい。(「はい」または「いいえ」に○をつける)		
D1	足腰の衰えを予防するための取り組みをしてみたい。	はい	いいえ
D2	口の機能や肺炎の予防のための取り組みをしてみたい。	はい	いいえ
D3	栄養と体力の改善のための取り組みをしてみたい。	はい	いいえ
D4	認知症予防のために脳機能を高める取り組みをしてみたい。	はい	いいえ
D5	気のあった人たちと仲間づくりをしてみたい。	はい	いいえ

## 第1章 複合プログラム実施マニュアル

### 1-1 事業の趣旨

平成 24 年3月改訂の介護予防マニュアルより、「栄養改善」「口腔機能向上」を従前の「運動器の機能向上」に加えた「複合プログラム」を追加した。寝たきりの予防には、下肢を中心とした筋力の維持・増強が必要であるが、そのためには、栄養状態が良好であることが望ましい。低栄養が継続すると、免疫力の低下、日常生活活動の低下や死亡率を高めることがわかっている。口腔機能の低下は、口の動きや唾液分泌が制限され摂食・嚥下機能の低下を招き低栄養に関連する。したがって、運動・栄養・口腔のプログラムは密接に関わっており、一体となって行われることにより、単独で行う場合よりもより効果が高いことが期待される。

このプログラム参加により、身体機能の変化が「寝たきり」「介護が必要となる原因」につながる重要な要素(老年症候群)であると気づき、生活習慣の予防や改善はある程度可能であることを知り、対処する方法を学び、自らも実行してみようと思うことにつながる。単に座学で知識を得るのではなく、自らが参加して実践するプログラムにより、気軽に覚えられ、自宅でも家族などへのフィードバックを通じて、さまざまに発展、応用が可能なプログラムとなることが期待される。また、このプログラムにより参加者との交流や役割分担などを通じて、人と人との絆やコミュニティの大切さを再確認する機会となりうる。

### 1-2 プログラムの進め方

#### 1-2-1 事前準備

##### (1)実施担当者

複合プログラムの内容も踏まえ、保健師(または、経験のある看護師)が全体のプログラムの管理運営を行い、プログラムの内容に従い、必要に応じて管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が担当できる体制を確保する。

##### (2)対象者のスクリーニング

事業対象者のうち、運動、栄養、口腔のプログラムを複合的に実施することにより、効果的・効率的な実施が可能となると判断される者を対象とする。

##### (3)事業の周知・説明

対象者にわかりやすい形で、プログラムの内容・進め方・効果・リスク・緊急時の対応を説明し、対象者の同意を得る。



## 1-2-2 事前アセスメント

### (1)課題の確認・把握

プログラムの初日などには、参加者の事前アセスメントを実施する。それぞれの項目の持つ意義などを説明しながら実施し、機械的な計測になったり、他人との比較で優劣を感じたりすることのないように配慮する。主なアセスメント項目は、図表 1-1にて示すが、具体的な評価項目は運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能向上の各章を参照されたい。

図表 1-1 事前アセスメント項目

区分	項目
基本属性項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身長、体重</li> <li>・主観的健康感</li> <li>・ADL(Barthel Index 等)</li> <li>・IADL(老研式活動能力指標等)</li> </ul>
運動機能に関する項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>・5m 歩行時間(通常・最大)</li> <li>・Timed Up and Go Test(TUG)</li> <li>・開眼片足立ち時間</li> <li>・5 回立ち上がりテスト</li> <li>・握力</li> </ul>
栄養改善に関する項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食事の内容(食事回数、主食・主菜・副菜・乳製品等の摂取回数、水分摂取、サプリメント)</li> <li>・食事の準備状況(買物、食事の支度)</li> <li>・特別な配慮の必要性(食物アレルギー、食事療法の必要性)</li> <li>・主観的な意識(食事の調整の自己効力感)</li> </ul>
口腔機能に関する項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>・口腔機能の状態</li> </ul>
その他の項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>・基本チェックリスト項目</li> </ul>

## 1-2-3 個別サービス計画の作成

### (1)個別サービス計画の作成

事前アセスメントに基づき、複数の領域を含んだ個別サービス計画(原案)を作成し、利用者と相談して、内容を確定する(運動器の機能向上(P24)、栄養改善(P43)、口腔機能向上(P56))の個別サービス計画の作成を参照しながら、3領域を含んだ個別サービス計画を 1 つ作成する)。通所型サービスでは、基本的には、集団ですべてのプログラムに参加することとするが、心身機能の制約などから、参加が困難なプログラムがある場合には明記するとともに本人に説明する。

### ①通所型サービス

保健師等を中心に複数の領域の機能向上を図るための個別の計画を作成し、それに基づき、必要に応じて理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等と連携して、集団的なプログラムを実施する。

### ②訪問型サービス

保健師等を中心に、必要に応じて上記職種と連携して居宅を訪問し、運動・栄養・口腔に関する個別のプログラムを実施する。

## 1-2-4 プログラムの実施

### (1)プログラムの趣旨

本プログラムは、運動器の機能向上プログラムに栄養改善・口腔機能向上の内容を盛り込んで一体的に実施するものである。具体的なプログラムの内容は、各々の市町村において従来実施している内容等を組み合わせるなどして作成することとなるが、プログラムを作成する際に留意する点として、図表 1-2に記載の項目が挙げられる。

各プログラムにおいては、単なる知識の説明になることを避け、参加者が実際の生活とどのように関わっているのか理解できるようにしながら、楽しく実施する方法を工夫する。各プログラムが実際のどのような行為に関わっているのかを理解させながら行うことが望ましい。

プログラムに参加する際に、毎回のプログラムの内容について、わかりやすい資料を配付することにより、家に帰った後でも、実際に作った料理やプログラムの内容を再現してみたり、他の家族に伝えるなどしてプログラムの理解を深めたりすることで、広がり期待できる。

参加者の個別の項目の評価以外に、プログラムの各回の内容の感想や意見に耳を傾け、次回のプログラムへの改善を実施していくことが特に大切である。特に、途中で参加を辞めた場合などは特に注意を払って感想を聞き、プログラムに問題がないか確認する。

図表 1-2 プログラム作成上の留意点

## 運動器の機能向上

- 各施設で従来実施してきたプログラムがあれば、継続可能。
- プログラム実施前の留意点などは、「運動器の機能向上マニュアル」などに従うこと。  
    （例：運動器の機能向上マニュアル(P24)  
    概ね 1 か月間のコンディショニング期間を設けるとともに、引き続き、筋力向上期間、  
    機能的運動期間の合計 3 か月間を 1 周期とした進め方が適当と考えられる。）
- 楽しみながら下肢の筋力を鍛える運動を行えるような、ゲーム、ハイキング、農作業、立位を保持した調理などを積極的に取り入れること。
- マシンや器具などの導入も可能な範囲で行うこと。

## 栄養改善

- 食生活の自己チェック、計画、自己評価・改善による自己マネジメントの取組を重視すること。
- グループワークや実習をとり入れた参加型のプログラムを工夫すること(図表 3-3 集団栄養教育プログラムのテーマと内容を参照)。
- 献立・調理は簡単に自宅で実践できる工夫をすること。
- 運動等の領域に該当する者については、適正体重の維持や生活習慣病の予防にも配慮すること。

## 口腔機能向上

- 口腔機能(口唇、頬、舌、軟口蓋等の機能)(唾液の分泌状態)(咀嚼と嚥下の機能)(表情の表出具合)について、自己チェックを促し、専門職によるアセスメントを実施すること。
- 生涯通じておいしく、楽しく、安全な食生活を営み、健康長寿を支援することを目的に、日常実施可能なセルフケア、参加型のグループワーク等のプログラムを作成すること。
- 義歯の不具合や、歯周病(歯が動揺しているなど)、むし歯といった明らかな歯科疾患のある場合には、歯科医師と連携し、歯科治療も並行して行うこと。

## 第1章 複合プログラム実施マニュアル

### (2)プログラムの実施期間・回数

到達目標を見据え、運動・栄養・口腔の各内容を複合的に取り入れたプログラムを実施する。プログラムの実施期間・回数、参加者数等の目安は以下の通りである。

図表 1-3 主なプログラムの内容

プログラム実施回数 及び期間	<ul style="list-style-type: none"><li>毎週1～2回、3か月間程度を目安とする。</li><li>1回あたり約2～3時間のプログラムとする。実施回数によっては、時間を短縮する、栄養と口腔を1週ごとに交互に実施するなど工夫する。</li></ul>
プログラム参加者数	<ul style="list-style-type: none"><li>1教室10～30人程度を目安とする。調理実習などでは、各自の役割ができるように3～5人程度のグループが望ましい。</li></ul>

### (3)プログラム内容

#### ①運動器の機能向上について(P24 参照)

各事業所で実施しているものを土台としてプログラム作成を実施していくが、単なる筋力トレーニングにならないように、日常生活での行為を意識しつつ、参加者同士で共同して行う事項や作業などと組み合わせて、魅力的なプログラムを作成することに配慮する。

#### ②栄養改善について(P43 参照)

食事について興味を持てるよう「食べ物や食卓の思い出」を語りあうなどのテーマから導入し、講義、グループワーク、実習、情報提供などを組み合わせて、できるだけ具体的な内容とする。テーマ及びその内容については、「集団栄養教育プログラムのテーマと内容」(P51)を参照して取り入れるものとする。

#### ③口腔機能向上について(P56 参照)

必要に応じて以下のようなテーマ及び内容の組み合わせを取り入れるものとする。具体的なトレーニング等の実施方法は、「介護予防ガイド 実践・エビデンス編」を参照されたい。

図表 1-4 口腔機能向上について

テーマ(例)	内容(例)
舌	「舌の観察・口腔乾燥と味覚チェック」「舌の筋力トレーニング」
唾液	「歯肉マッサージ」「唾液腺マッサージ」「健口体操」
咀嚼	「30回噛み噛み体操(噛ミング30)」
嚥下	「開口訓練」「嚥下おでこ体操」
頬・口唇	「吹矢」「頬・口唇の筋力トレーニング」

以下に具体的なプログラムの例を示すが、上記の要件が盛り込まれるように配慮した上で市町村独自の

プログラムを作成してもよい。プログラム途中からの不参加については、対象者へフォローアップを実施し、不参加の理由(疾病による入院など)を確認するとともに、きめ細かな支援をしていくことが大切である。

図表 1-5 【プログラム例】運動機能の向上プログラムを既に実施している場合で、栄養・口腔複合プログラムを実施する場合の内容

運動器の機能向上	口腔テーマ	口腔機能向上	栄養テーマ	栄養改善	口腔との関連
アセスメント		アセスメント他		アセスメント:食生活チェックとマイプランづくり	
各施設でこれまで実施してきた運動器の向上プログラム  またはゴムチューブを使った抗重力筋強化のためのビデオ体操 ・準備運動 5分 ・主運動数種 15分 ・整理運動 5分	舌	「舌の観察・口腔乾燥と味覚チェック」 「舌の筋力トレーニング」	多様性	講義:食べることの大切さ 試食会(主食、主菜、乳製品など)	さまざまな味を舌の上で楽しむ
	唾液	「歯肉マッサージ」「唾液腺マッサージ」「健口体操」	調味料	講義:簡単な献立(主食・主菜・副菜の組み合わせ方) グループワーク:晩御飯の献立を作ろう	食欲を増進させ、唾液が出るような使い方
	咀嚼	「30回噛み噛み体操(噛ミング30)」	主食	グループワーク:私の好きな料理(主食、主菜、副菜)紹介	ごはんの種類(玄米、分づき、白米、おかゆなど)で比較、かむ回数での比較
	嚥下	「開口訓練」 「嚥下おでこ体操」	主菜	講義:買い物、食事準備のための市販食品の上手な活用 実習:市販食品のアレンジ方法	主菜の形状を変えるまたはあんかけやとろみをつけるなどして食べやすく
	嚥下	「開口訓練」 「嚥下おでこ体操」	副菜	グループワーク:地域の食べ物情報交換	嚥下の状態にあわせた調理ができる
	頬・口唇	「吹矢」「頬・口唇の筋力トレーニング」	健康	講義:食事づくりの便利グッズのいろいろ 実習:簡単おかず	病気を防ぎ元気な生活を送るためのコツ
評価		評価、振り返り		食生活チェックとマイプラン達成状況の発表会と食生活宣言	

### (4)プログラム実施上の留意点

#### 1)プログラム実施前

プログラム実施にあたっては、安全管理に留意するとともに、万一の事故に備え、あらかじめ協力医療機関を設定するなどの対応をとる。対象者には保険に加入してもらうことが望ましい。

図表 1-6 安全管理について

- 高齢者が安全にプログラムに参加できるよう、参加者一人ひとりの状況(高血圧、心疾患、整形外科的疾患等)を把握する必要がある。さらに、運動を実施する際には、毎回実施前に体調をチェックし、それに応じて運動の強度や量等を設定することが必要となる。
- 参加者が運動中に異常を訴えた場合(胸が苦しい、めまい、吐き気、脈異常等)には、即座に運動を中止すると共に、かかりつけ医等への受診を勧奨する。終了後もしばらく観察し、異常がないことを確認する。
- 万一の事故に備え、あらかじめ緊急時対応マニュアル等を設定し、緊急時の対応手順を明文化しておくことが重要である。また、AED 等が設置されている場合には、その使い方の訓練(実施担当者等を対象)を行うことが望ましい。

#### 2)プログラム実施中

プログラム実施中の健康管理上の留意点は、運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能向上の各章の内容を参照すること。

#### 3)プログラム実施後

プログラム実施後の留意点は、運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能向上の各章の内容を参照すること。

### 1-2-5 事後アセスメント

#### (1)アセスメントの実施

プログラム開始から3か月後、目標の達成状況や日常生活活動の改善状況等を含めた評価を行う。運動器の機能向上プログラム、栄養改善プログラム及び口腔機能向上プログラムの各プログラムの報告書を参考に、プログラムへの参加状況に加えて、計画された目標が達成されたか、個別の体力要素が改善したか、体重や栄養に関する事前アセスメントの指標の変化、口腔機能の指標の変化及び主観的健康感等の改善が認められたかを総合的に評価する。複合プログラムの効果については、基本的に運動器の機能向上、栄養改善及び口腔機能向上の各プログラムでの指標を用いて評価を行うが、項目数が多すぎる場合には、適宜指標を割愛して実施してもよい。

## 第1章 複合プログラム実施マニュアル

データについては、エクセルなどにデータ入力し、プログラム前後での比較を行い、維持改善できた項目、悪化した項目などについて把握させる。

### (2)実施後の対応

事後アセスメントの結果を地域包括支援センターに報告する。市町村等では、性別、年齢、基礎疾患の有無などに配慮した上で、事業者による改善率を比較するなどして、事業の改善の助言等を行う。

また、プログラム終了後も、プログラム内で学習・実践した内容を継続してもらい、実施前の状態に戻ってしまうことを防ぐ。対象者個別の目標や希望に応じて、通いの場等の一般介護予防事業やボランティア活動、就労など社会参加の場につなぎ、地域での活動を促すことが望ましい。



【参考】健幸ライフアップ教室(宮城県岩沼市)のプログラム例

ステージ	回	構成	運動(60分)		口腔(5-40分)		栄養(30-40分)	
			テーマ	内容	テーマ	内容	テーマ	内容
1.『からだの準備』  うどんが打てる  おいしい食べるうどんを	1	オリエンテーション・ アセスメント① 開校式		アセスメント①:E-SAS		アセスメント:口腔1・2		
	2	アセスメント②		アセスメント②:体力測定・ 身体測定				
	3	運	運動に慣れよう	ストレッチ 上下肢体幹の運動紹介				
	4	運・口	体を緩めよう	表層筋のリラクゼーション 深層筋の活性化	した・つば	口腔乾燥と味覚の実験		
	5	運・栄	体幹を動かそう	体幹・股関節周囲の 深層筋の活性化				講話:バランスのよい 食事①
	6	運・口・栄	ストレッチ			ワンポイント:口腔体操 (5分)		実習:バランスのよい 食事②餃子作り
	7	運	脚を動かそう レクリエーション	下肢中心の運動 体を使ったレク				
	8	運・口	肩・腕を動かそう	上肢中心の運動	かむ・のむ	自浄作用の実験 誤嚥性肺炎の予防		
	9	運・栄	立って運動しよう	立位での運動				講話:食べやすい食品 形態の工夫①
	10	運・口・栄	ストレッチ 今までの復習	これまでの運動の復習	のむ	薬剤師:薬の飲み方 (15分)衛生士:口腔体 操(5分)		実習:食べやすい食品 形態の工夫②
	11	運	床上やボールを 使って運動しよう	床上やボールを使った運動				
	12	運・口	日常生活動作でも 運動してみよう	日常生活の動作を 使った運動	歯・笑顔	染め出し・口腔内エステ		
	13	運・口・栄	ストレッチ	うどん打ち		ワンポイント:口腔体操 (5分)		うどん打ち 外食の選び方
	14	評価		アセスメント:体力測定		事後アセスメント:口腔 1・2		
2.『お口の準備』	15	まとめ・閉講式		レクリエーション				

自己継続期間 : トレーニングプログラム配布

3.『フォローアップ 同窓会』	15	ハイキング(グリーンピア野外散策コース) ～ 体力に合わせた3コース あなたの体の調子を確認しましょう ～
--------------------	----	---

### 第2章 運動器の機能向上マニュアル

#### 2-1 事業の趣旨

運動機能の低下は、日常生活活動(ADL)の低下に直結するため、要支援あるいは要介護状態に直結することが知られている。我が国における要介護状態となる原因をみると、第1位が認知症、第2位が脳血管疾患、そして第3位が高齢による衰弱となっている。一方で要支援については、第1位が関節疾患、第2位が高齢による衰弱、そして第3位が転倒・骨折となっている。このように、要介護および要支援状態の発生には、フレイル(虚弱)、関節疾患、転倒・骨折といった運動機能の低下と密接に関連する要因が大きな影響を与えていると考えられる。つまり、高齢者の運動機能を向上させることは、要介護や要支援状態の発生を抑制し、健康寿命の延伸につながることを期待される。そのため、運動器の機能向上プログラムは、短期集中予防サービスにおける中核的な役割を担う。

運動器の機能向上を目的とした短期集中予防サービスは、運動機能等の低下があり、専門職による短期集中型の機能訓練を受けることで機能の維持・改善が見込まれる者を対象とした事業であるため、要支援者やフレイルの高齢者がその対象となる。フレイルは、健常な状態と要介護状態の間にあるいわば「移行状態」であり、近い将来要介護状態に陥るリスクを抱えている。一方で、早期に発見し適切な対策をすれば再び健常な状態に戻る可能性が秘められた状態でもあり、実際にフレイルの高齢者を対象とした運動プログラムによって運動機能の向上が認められることが示されている。

#### 2-2 プログラムの進め方

本プログラムでは、3か月から6か月と限られた期間で、短期集中的な運動プログラムを提供し、身体機能の向上を目指すことを目的とする。この短期集中プログラムには身体機能を向上させる効果が期待できるが、中長期的に効果が持続するわけではない。本プログラム終了後に、対象者個人又は集団で運動プログラムが継続して実施できるようになることを意識しながら実施する。集団で短期集中予防サービスを提供する場合には、プログラム終了後に自主グループ化することが望まれる。

なお、「介護予防ガイド 実践・エビデンス編」によると、運動機能の低下した高齢者に対して運動プログラムを行う際に、栄養摂取を強化すると高い効果が得られたという報告もある。そのため、運動プログラムを実施する際は栄養面にも配慮することが望ましい。

## 2-2-1 事前準備

### (1)実施担当者

主に理学療法士・作業療法士・機能訓練指導員<sup>5</sup>などの運動指導の専門職が中心となって担当することが望ましい。関連する職種として、医師・歯科医師・保健師・看護職員・言語聴覚士・管理栄養士・歯科衛生士・経験のある介護職員等がある。状況に応じて前述の運動指導に関する専門職種とともに、これら専門職種が担当することも想定される。

### (2)対象者のスクリーニング

運動器の機能向上を目的とした短期集中予防サービスを提供する場合には、基本チェックリストのNo.6~10のうち、3つ以上に該当することなどを目安としつつ、生活機能の低下が見られる者として、介護予防ケアマネジメントによりサービスの提供が適切とされる高齢者が対象となる。<sup>6</sup>

図表 2-1 基本チェックリスト(抜粋)

番号	基本チェックリスト項目(抜粋)	回答	
6	階段を手すりや壁を伝わらずに立ち上がっていますか	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

実施担当者はサービスの提供に先立って、以下に該当するかどうかを確認する(図表 2-2)。該当する場合またはその他必要に応じて、市町村に報告し、市町村は医師に相談を求める。

<sup>5</sup> 機能訓練指導員とは、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師・はり師またはきゅう師の資格を有する者(はり師及びきゅう師については、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師またはあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で6月以上機能訓練指導に従事した経験を有する者に限る。)のことである。

<sup>6</sup> その他の多様なサービスや一般介護予防事業等において、生活機能の低下が見られる者を対象として、当該マニュアルを活用することも可能である。

図表 2-2 実施の可否等について主治医への相談が必要と考えられる主な場合

- コントロールされていない心疾患・不整脈のあるもの
- 収縮期血圧180mmHg以上ものや180mmHg未満であっても状態等により検討が必要なもの
- 急性期の関節痛・関節炎・神経症状のあるもの
- 慢性閉塞性肺疾患(慢性気管支炎・肺気腫など)で息切れ・呼吸困難があるもの
- 急性期の肺炎・肝炎などの炎症のあるもの
- 骨粗鬆症で、脊椎圧迫骨折のあるもの
- 認知機能低下により、プログラムの実施に支障を来すもの
- その他、本サービス等の実施によって、健康状態が急変あるいは悪化する危険性があるもの

### <医療機関の役割>

サービス事業対象者では慢性疾患を抱えている人が多く、本プログラムの実施に際しては、医療との連携が必須となる。主治医においては、日常診療の中で運動プログラムを実施しても可能な状態であるのかを判断し、その情報を市町村に速やかに提供する。また、日常診療の中で、介護予防の必要性を感じる高齢者がいた場合に、自治体・地域包括支援センターへ連絡するなど、短期集中予防サービスにつなげるような体制を強化しておくことが求められる。

### 2-2-2 事前アセスメント

実施担当者は事前アセスメントをとして、参加者の健康状態・生活習慣、身体機能などの個別の状況を把握する。身体機能を把握するために体力測定を実施する場合は、5m歩行時間(通常・最大)・Timed Up & Go Test・開眼片足立ち時間・5回立ち上がりテスト・握力等を測定することが望ましい。事業実施前と実施後のアセスメントの結果については、必要に応じて地域包括支援センター等への報告を行う(別添資料 2-1)。

#### (1)課題の確認・把握

体力測定結果は、年齢別体力基準値表(別添資料 2-4)を参考に5段階で評価する。参加者はどの要素がより低下しているのかを把握し、個別プログラムに生かす。

### 2-2-3 個別サービス計画の作成

#### (1)目標設定について

有効なサービス提供のためには、目標の設定が重要である。単なるサービス提供とならないよう、参加者からどのような生活機能を改善したいのかを具体的に聞き取り、個別サービス計画表の目標とする。

ただし、改善すべき生活機能を参加者から具体的に聞き出すことが難しい場合は、参加者の日常生活で必要とされる生活機能を列挙し、それがどの程度難しいのか、また改善可能であるのかを判断する。それらを基に課題となる生活機能を列挙する。なお、生活機能の列挙及び困難さの判断にあたっては、ADL・IADL といった指標を参考とする(別添資料 2-2、別添資料 2-3)。この列挙された生活機能について、参加者とともに楽にできるか、一人で何とかできるか、一人では難しいかを判断し、一段改善された状態を目標に設定する。具体的には、一人では難しい項目であれば、それを何とか一人でできるようにする、一人で何とかできる項目であれば、楽にできるようにするといった目標設定を行う。なお、個別サービス計画では、決定された生活機能の向上目標を達成するための、下位の目標を1か月ごとに設定する。

#### (2)個別サービス計画の作成

事前アセスメントに基づき、個別サービス計画(原案)を作成し、参加者の承認を得る。サービスの形態には、通所型サービス、訪問型サービスがある。対象者の状態やニーズに応じて選択する。

##### ①通所型サービス

理学療法士、作業療法士、機能訓練指導員などの運動指導の専門職が中心となって、運動機能の改善・向上を図るための個別の計画を作成し、それに基づき集団的な運動プログラムを実施する。集団的なプログラムについては、複合的プログラムの一環として提供することが可能である。

##### ②訪問型サービス

理学療法士、作業療法士、機能訓練指導員などの運動指導の専門職が中心となって、居宅を訪問して、個別の運動プログラムとして個別の運動指導を実施する。

### 2-2-4 プログラムの実施

#### (1)プログラムの趣旨

本プログラムでは、3～6か月という比較的短期間の実施により、運動機能の改善・向上を図るとともに、利用者自身が改善方法を習得し、またその方法を生活に定着させることに主眼を置く。単に運動機能の向上のための運動プログラムを提供するだけでなく、対象者にとって魅力的なプログラムとなるよう、情緒的なサポートも併せて行うことが望ましい。

## 第2章 運動器の機能向上マニュアル

なお、対象者がデジタルツールを利用可能な場合は、状況に応じて Web 会議ツールを用いるなど、対面によるプログラム以外の方法を組み合わせることも考えられる。その場合でも、専門職が定期的に状況確認を行うなど、対象者の実施状況や状態を把握するよう工夫が必要である。

### (2) プログラムの実施期間・回数

#### ① 実施期間

3か月間を目安として実施する。これより長期の実施も可能であるが、3か月ごとにアセスメントし、個別サービス計画を作成する。長期のプログラム実施を選択する場合には、よりケアマネジメントの連携を強化し、目標とする生活課題の改善状況を把握しながら実施する。

3か月間の内訳としては、おおむね、コンディショニング期間(第1期)・筋力向上期間(第2期)・機能的運動期間(第3期)に分けて実施する。

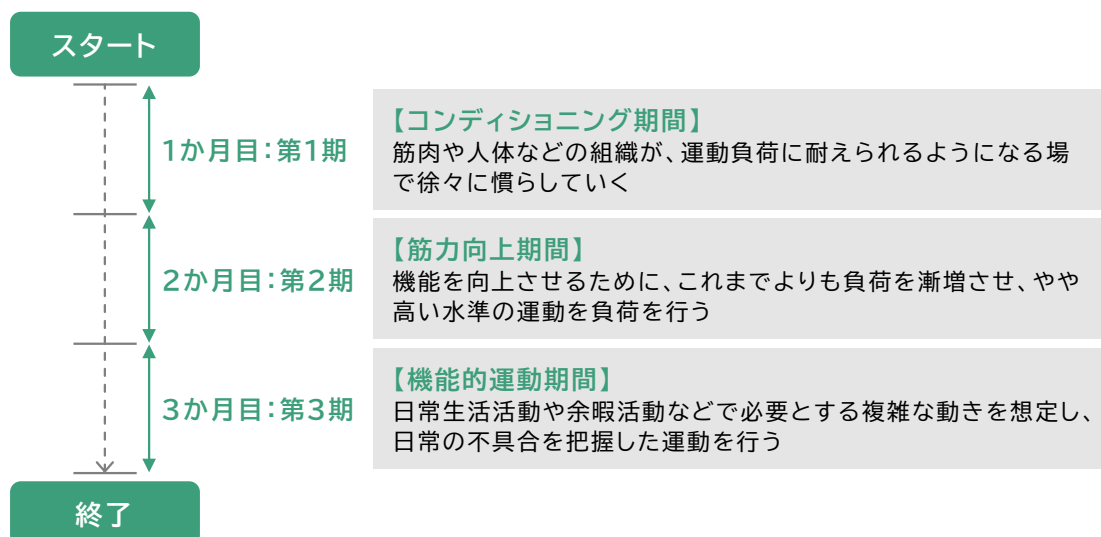
#### ② 運動頻度

運動の実施回数は参加者の負担とならず、かつ効果が期待できる頻度(回数)を設定する。後述するように、機能向上効果を得るためには十分な運動量を確保することが重要となる。週1回の開催では十分な運動量を提供しているとは言い難く、自宅でも運動を行えるよう運動指導を行うとともに、それらを適切にモニタリングすることが求められる。

#### ③ 運動強度

身体機能の低い高齢者が安全に運動する事に配慮して、概ね1か月ごとに負荷レベルを漸増する。最初の1か月は、低負荷で高反復のコンディショニング期間とする。この期間に動作が円滑に行えるようになったら、次の1か月は、参加者の日常生活で必要とされる運動の水準よりやや高い運動負荷を行い、運動器の機能向上を目指す筋力向上期間とする。十分な機能の向上が見られたなら、最後の1か月は、運動器の機能向上が生活機能の改善として感じられるよう、より機能的な運動を取り入れる機能的運動期間とする(図表 2-3)。

図表 2-3 運動の進め方



図表 2-4 運動強度の目安と運動量

	運動強度の目安 (最後の2～3回の筋肉の疲労感)	運動量 (反復回数×セット数)
第1期	かなり楽～比較的楽	20～30回×1セット
第2期	ややきつい	10～15回×2セット
第3期	ややきつい	10～15回×3セット

④実施時間・実施頻度・実施期間の組合せ

「介護予防ガイド 実践・エビデンス編」によると、運動プログラムを総実施時間(1回当たりの時間×1週当たりの頻度×期間)という尺度で考えることも有用とされ、筋力や身体機能の改善のためには、総実施時間 25 時間以上が一つの目安とされている。以下に、総実施時間が 25 時間以上となる例を示す(図表 2-5)が、設定の仕方は自由であり、環境に応じて柔軟に設定して構わない。

図表 2-5 実施時間・実施頻度・実施期間の組合せの例

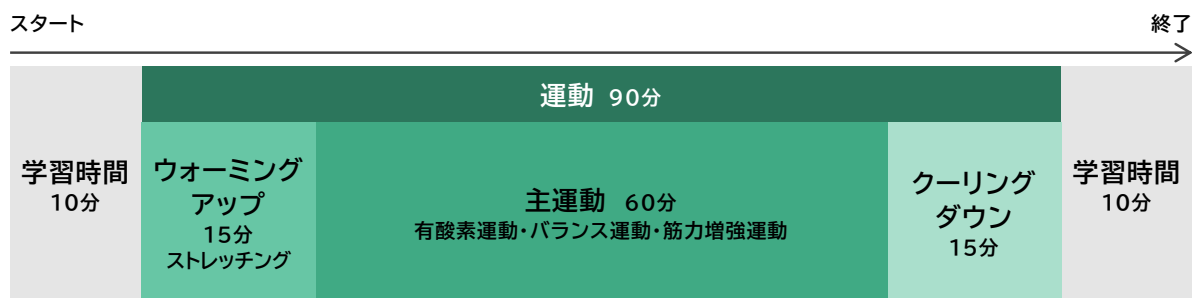
	1回あたりの 実施時間	×	1週当たりの 実施頻度	×	実施期間	=	総実施時間
例1	1.5時間	×	2回/週	×	12週間	=	36時間
例2	1.5時間	×	1回/週	×	24週間	=	36時間
例3	30分 (0.5時間)	×	教室:1回/週 自宅:4回/週	×	12週間	=	30時間

(3)プログラム内容

①標準的なプログラム

筋力・バランス能力・柔軟性などの体力の諸要素を包括的に運動することができるように、ストレッチング・バランス運動・筋力増強運動等を組み合わせて実施する。また、進行にしたがって徐々に、負荷・強度・複雑さが増すように組み合わせると良い。

図表 2-6 1回の時間配分例



図表 2-7 1回のプログラム例

#	コンテンツ	実施内容	目的	時間
1	学習時間	健康講話	運動習慣の定着	10分
2	ウォーミングアップ	ストレッチング	運動準備 柔軟性改善	15分
3	主運動	有酸素運動 バランス運動 筋力増強運動	持久力向上 バランス機能向上 筋力増強	60分 ※適宜休憩をはさむ
4	クーリングダウン	ストレッチング、 リラクゼーション		15分
5	学習時間	自宅での実施内容・ 予定の設定	運動習慣の定着	10分

### ②個別プログラムの設定

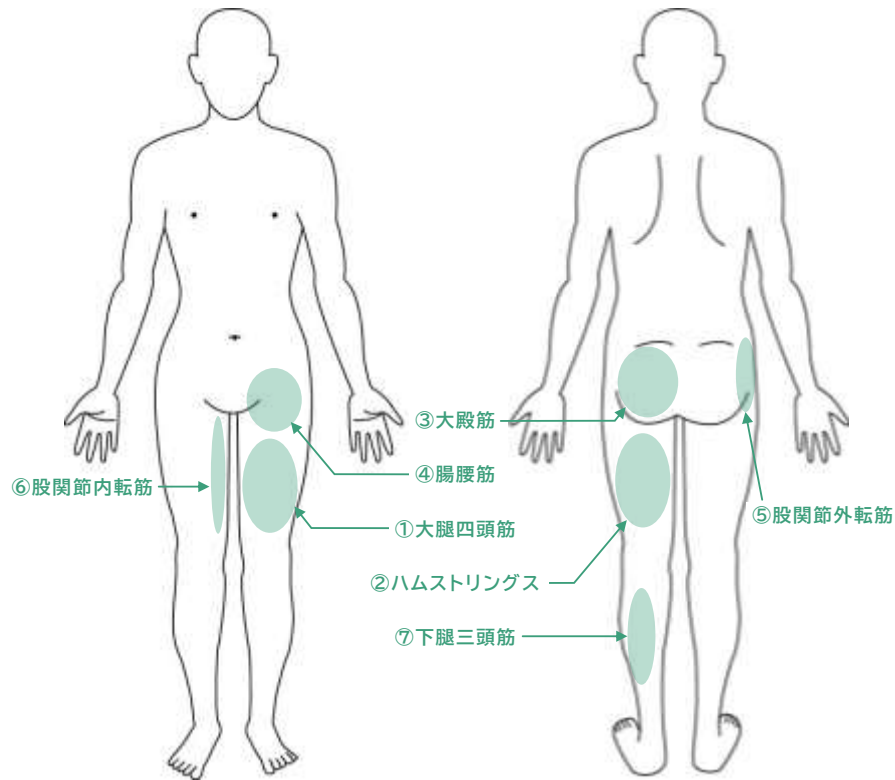
運動プログラムを実施するにあたり、1)筋力・バランス能力・柔軟性などの体力の諸要素のうち、どの要素がより衰えているのか、2)痛みを増悪しない動作は何か、3)静的・動的・機能的バランスのどれがより衰えるのか等によって、個別のプログラムを作成することが望ましい。また、身体機能が高いにもかかわらず、脱落する参加者もいる。運動の必要性を理解していただくよう十分な情報提供を行うとともに、精神面へのサポートも忘れてはならない。

### ③プログラム提供時のポイント

生活機能の向上を図るためには、立つ・座る・歩く・階段を昇降するといった日常生活活動に必要な筋群を対象として運動する。具体的には、以下の図を参照されたい。また、運動器の機能向上プログラムの例(別添資料 2-6)では、各筋肉を対象とする運動について、図表 2-8内の番号と対応して記載しているため、参考とされたい。



図表 2-8 運動の対象とする筋群



#### ④対象者の意識・意欲を高めるために

運動器の機能向上プログラムによる効果を実証的なものにするためには、対象者が自発的に参加し、意欲的に運動を実施した上で、終了後にも引き続いて運動を実践する意欲を保ちながら活動的な日常生活を送ることが重要となる。そのためには、対象者の意欲に働きかけることが必要になる。そのためには成功体験を積み重ねることが有効で、①できる目標を立てる(スモールステップ)、②行動を記録する(セルフ・モニタリング)、③指導者側から適切なフィードバックおよび承認するといったプロセス技法が有効である。

#### (4)プログラム実施上の留意点

プログラムを実施するにあたっては、実施前・実施中・実施後でそれぞれ以下の点について留意する必要がある。特に、疾患を有する高齢者や転倒リスクの高い高齢者では、重点的にリスク管理を行う必要がある。

#### 1)プログラム実施前

本サービス等を安全に実施するために、事故発生時の対応を含めた安全管理マニュアルを整備する。また、医療従事者を配置し、事故に速やかに対応できるようにする。さらに各事業所では、安全委員会を開催し、以下の事項について定期的に確認を行う。なお、各事業所においては、AED(自動体

## 第2章 運動器の機能向上マニュアル

外式除細動器)を設置・実施担当者の救急法及びAED使用法等の知識の習得等を行っておくことが望ましい。

- 対象者の保有する医学的リスク
- 運動前、運動中、運動後の留意点
- 安全管理マニュアルの内容及び更新
- 緊急時対応フローと訓練

プログラムを行う前の状態チェックで、安静時において以下に該当する場合は運動を実施しない(図表 2-9)。

図表 2-9 運動を控えるべきチェック項目

- 収縮期血圧180mmHg以上、または80mmHg未満
- 拡張期血圧110mmHg以上
- 体温37.5℃以上
- 脈拍が120拍/分以上
- いつもと異なる脈の不整がある場合
- 関節痛など慢性的な症状の悪化

※いつもと異なる脈の不整とは:毎回プログラム実施前に脈拍数だけでなく、不整脈についても観察する。いつもより多く不整脈が発生する場合には運動を控える。

参加者の事前注意として以下の項目を参加者に周知する(図表 2-10)。

図表 2-10 参加者に周知すべき事前注意事項

- 運動直前の食事は避ける
- 水分補給を十分に行う
- 睡眠不足・体調不良の時には無理をしない。身体に何らかの変調がある場合には、実施担当者に伝える

### 2)プログラム実施中

運動中は、正しい運動姿勢を保つように配慮する。疲労の蓄積などにより一時的に運動器の機能が低下する場合は、負荷量を大きく減少させて、疲労の回復を図る。実施中には、以下の自覚症状や他覚所見に基づく安全の確認を行う。

図表 2-11 安全確認すべき項目

- 顔面蒼白
- 冷や汗
- 吐き気
- 嘔吐
- 脈拍・血圧

高齢者では、喉の渇きを感じにくい、頻尿を心配して水分を控えることなどから、脱水を起こしやすいので、必ず運動中に水分補給の時間をとる。

血圧、脈拍については休憩中などに適宜測定することが望ましい。開始時と比較して、収縮期血圧が 40mmHg 以上または拡張期血圧が 20mmHg 以上上昇した場合や脈拍が 140 回/分を越えた場合は運動を中止する。

「介護予防ガイド 実践・エビデンス編」によると、高齢者における糖尿病の推定有病率は約 20% と非常に高く、医療機関で診断を受けていない“隠れ糖尿病”患者も少なくない。一方、投薬治療中の糖尿病患者においては低血糖発作に注意する。冷や汗、手指の震え、動悸、不安感、悪心、だるさ、急激な眠気のような所見の有無を確認する。高齢者は自覚症状が乏しい場合もあるため、食事のタイミングや内容に留意するとともに、食欲がなく食事量が少ないときなど、体調変化のある際は、かかりつけ医等と相談し、参加を検討するよう促す。<sup>7</sup>

また、運動実施中の転倒に注意する。身体機能測定において転倒リスクありと判定された者は要注意であり、重点的にリスク管理を行う必要がある。具体的には、集団体操の際に顕著な身体機能低下が認められた対象者の側にスタッフを配置する、座位での運動を指導する、などの配慮を行う。その他、強い呼吸困難感、頻呼吸(1分間に 25 回以上)、めまい、狭心痛、頭痛、強い疲労感等が出現した場合も運動を中止する。

### 3)プログラム実施後

プログラム実施後は、しばらく対象者の状態を観察する。プログラム提供の後に対象者が以下の状態である場合は、医療機関受診など必要な処置をとる(図表 2-12)。

<sup>7</sup> 糖尿病患者の運動時の留意点については、『高齢者糖尿病治療ガイド 2021』(編著:日本糖尿病学会・日本老年医学会)を併せて参照されたい。

図表 2-12 プログラム実施後に注意すべき状態

- 安静時に収縮期血圧180mmHg以上、または拡張期血圧110mmHg以上である場合
- 安静時脈拍が120拍/分以上の場合いつもと異なる脈の不整がある場合
- その他、体調不良などの運動中の留意事項に述べた自覚症状を訴える場合

### 2-2-5 事後アセスメント

#### (1)アセスメントの実施

プログラム開始から3か月後、目標の達成状況や日常生活活動の改善状況等を含めた評価を行う。運動器の機能向上プログラム報告書(例)(別添資料 2-1)を参考に、目標が達成されたか、筋力・バランス能力・柔軟性などの体力の各要素が改善したか、主観的健康感の改善が認められたかを総合的に評価する。

#### (2)アセスメント実施後の対応

事後アセスメントを実施後、地域包括支援センターに報告する。

また、プログラム終了後すぐに実施前の状態に戻ってしまうことを防ぐため、社会参加の場につなげ、参加者個人に合った運動を継続してもらうことが重要である。社会参加の場としては、一般介護予防事業の「通いの場」のほか、各種カルチャースクール、ボランティア活動、自治会・町内会活動、就労などの選択肢が考えられる。参加者本人の希望に合った社会参加の場の紹介や参加支援を行う。

別添資料 2-1 運動器の機能向上プログラム報告書(例)

運動器の機能向上プログラム報告書(例)			
氏名	年 月 日生 ( 歳)	評価者名	
要介護度【 要支援1 ・ 要支援2 ・ 非該当 】			
介護予防ケアプランの目標(ニーズ)			
達成状況			
プログラムの目標			
達成状況			
達成状況	到達目標	コメント	
1ヶ月目			
2ヶ月目			
3ヶ月目			
項目	開始前 年 月 日	終了後 年 月 日	改善・維持
体力測定			
5m通常歩行時間	1.( 秒) 【補助具使用(有 ・ 無)】	1.( 秒) 【補助具使用(有 ・ 無)】	
5m最大歩行時間	1.( 秒) 【補助具使用(有 ・ 無)】	1.( 秒) 【補助具使用(有 ・ 無)】	
TUG	1.( 秒) 2.( 秒)	1.( 秒) 2.( 秒)	
開眼片足立ち	1.( 秒) 2.( 秒) 右・左	1.( 秒) 2.( 秒) 右・左	
5回立ち上がりテスト	1.( 秒) 2.( 秒)	1.( 秒) 2.( 秒)	
握力	1.( kg) 2.( kg) 右・左	1.( kg) 2.( kg) 右・左	
主観的健康観			
開始前	1, 2, 3, 4, 5, 6		
開始後	1, 2, 3, 4, 5, 6		
1: 最高によい、2: とても良い、3: 良い、4: あまり良くない、5: 良くない、6: 全然良くない			
コメント:			

## 第2章 運動器の機能向上マニュアル

### 別添資料 2-2 ADL: Barthel Index

Barthel Index は食事、車いすからベッドへの移乗、整容、トイレ動作、入浴、歩行、階段昇降、更衣、排便コントロール、排尿コントロールの10項目から構成されるADLの評価指標である。高齢者を対象としたBarthel Indexの検者間信頼性<sup>8</sup>は報告されており、自己記入法においても信頼性は保たれている。各項目「自立」、「部分介助」、「全介助」の3段階で評価し、100点満点としている。

項目	点数	判定基準
食事	10点	自立、手の届くところに食べ物を置けば、トイレあるいはテーブルから1人で摂食可能、必要なら介助器具をつけることができ、適切な時間食事が終わる
	5点	食べ物を切る等、介助が必要
	0点	全介助
移乗	15点	自立、車椅子で安全にベッドに近づき、ブレーキをかけ、フットレストを上げてベッドに移り、臥位になる。再び起きて車椅子を適切な位置に置いて、腰掛ける動作がすべて自立
	10点	どの階段かで、部分介助あるいは監視が必要
	5点	座ることはできるが、移動は全介助
	0点	全介助
整容	5点	自立(洗面、歯磨き、整髪、ひげそり)
	0点	全介助
トイレ動作	10点	自立、衣服の操作、後始末を含む。ポータブル便器を用いているときは、その洗浄までできる
	5点	部分介助、体を支えたり、トイレトーパーを用いることに介助
	0点	全介助
入浴	5点	自立(浴槽につかる、シャワーを使う)
	0点	全介助
歩行	15点	自立、45m以上平地歩行可、補装具の使用はかまわないが、車椅子、歩行器は不可
	10点	介助や監視が必要であれば、45m平地歩行可
	5点	歩行不能の場合、車椅子をうまく操作し、少なくとも45mは移動できる
	0点	全介助
階段昇降	10点	自立、手すり、杖などの使用はかまわない
	5点	介助または監視を要する
	0点	全介助
着替え	10点	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む
	5点	部分介助を要するが、少なくとも半分以上の部分は自分でできる。適切な時間内にできる
	0点	全介助
排便コントロール	10点	失禁なし、浣腸、座薬の取り扱いも可能
	5点	時に失禁あり、浣腸、座薬の取り扱いに介助を要する
	0点	全介助
排尿コントロール	10点	失禁なし
	5点	時に失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する場合も含む
	0点	全介助

<sup>8</sup> 複数の検者が検査・測定を行ったときに値がどれくらい一致するかを表す指標

### 別添資料 2-3 IADL:老研式活動能力指標

老研式活動能力指標は手段的自立(IADL)、知的能動性、社会的役割の3つの側面で構成された高次の生活機能評価指標である。本項では項目1から5のIADL能力のみ説明する。各項目の質問に対する答えを「はい」あるいは「いいえ」で回答させる。得点範囲は0から5点であり、得点が高いほど IADL の自立度が高い。4点以下は、「IADL 障害あり」とされている。また「手段的自立」では1点以上の変化を有意な変化とみなす。

	質問	1	0	1か0を記入
1	バスや電車を使って1人で外出できますか	はい	いいえ	
2	日用品の買い物ができますか	はい	いいえ	
3	自分で食事の用意ができますか	はい	いいえ	
4	請求書の支払いができますか	はい	いいえ	
5	銀行預金・郵便預金の出し入れが自分でできますか	はい	いいえ	
6	年金などの書類が書けますか	はい	いいえ	
7	新聞を読んでいますか	はい	いいえ	
8	本や雑誌を読んでいますか	はい	いいえ	
9	健康についての記事や番組に関心がありますか	はい	いいえ	
10	友だちの家を訪ねることがありますか	はい	いいえ	
11	家族や友だちの相談にのることがありますか	はい	いいえ	
12	病人を見舞うことができますか	はい	いいえ	
13	若い人に自分から話しかけることがありますか	はい	いいえ	
		合計得点		点

## 第2章 運動器の機能向上マニュアル

### 別添資料 2-4 年齢別体力基準値表

		65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-歳
快適歩行速度 (m/秒)	平均値±標準偏差	1.38±0.23	1.33±0.23	1.24±0.23	1.13±0.25
	☆☆☆☆☆	≦1.20	≦1.20	≦1.00	≦0.90
	★★★★☆	1.21~1.30	1.21~1.30	1.01~1.20	0.91~1.00
	★★★☆☆	1.31~1.40	1.31~1.40	1.21~1.30	1.01~1.20
	★★★★☆	1.41~1.60	1.41~1.50	1.31~1.40	1.21~1.30
	★★★★★	>1.60	>1.50	>1.40	>1.30
最大歩行速度 (m/秒)	平均値±標準偏差	1.85±0.27	1.75±0.30	1.65±0.28	1.52±0.31
	☆☆☆☆☆	≦1.60	≦1.50	≦1.40	≦1.30
	★★★★☆	1.61~1.80	1.51~1.70	1.41~1.60	1.31~1.40
	★★★☆☆	1.81~1.90	1.71~1.80	1.61~1.70	1.41~1.60
	★★★★☆	1.91~2.00	1.81~2.00	1.71~1.90	1.61~1.80
	★★★★★	>2.00	>2.00	>1.90	>1.80
Timed up & go (秒)	平均値±標準偏差	6.34±1.15	6.94±1.28	7.44±1.51	8.69±2.21
	☆☆☆☆☆	>7.20	>7.80	>8.60	>10.30
	★★★★☆	6.61~7.20	7.11~7.80	7.61~8.60	8.71~10.30
	★★★☆☆	6.01~6.60	6.41~7.10	6.91~7.60	7.91~8.70
	★★★★☆	5.41~6.00	5.81~6.40	6.21~6.90	6.91~7.90
	★★★★★	≦5.40	≦5.80	≦6.20	≦6.90
5回立ち上がりテスト (秒)	平均値±標準偏差	7.77±1.90	8.28±2.03	8.52±2.12	9.67±2.51
	☆☆☆☆☆	>9.20	>9.90	>10.10	>11.50
	★★★★☆	7.91~9.20	8.61~9.90	8.81~10.10	10.11~11.50
	★★★☆☆	7.21~7.90	7.51~8.60	7.71~8.80	8.61~10.10
	★★★★☆	6.21~7.20	6.51~7.50	6.71~7.70	7.51~8.60
	★★★★★	≦6.20	≦6.50	≦6.70	≦7.50
片脚立位時間 (秒)	平均値±標準偏差	40.8±20.7	32.5±21.6	25.5±19.9	16.2±17.9
	☆☆☆☆☆	≦17.0	≦10.0	≦6.0	≦3.0
	★★★★☆	17.1~37.0	10.1~20.0	6.1~14.0	3.1~6.0
	★★★☆☆	37.1~60.0	20.1~39.0	14.1~27.0	6.1~12.0
	★★★★☆	>60.0	39.1~60.0	27.1~48.0	12.1~25.0
	★★★★★	>60.0	>60	>48.0	>25.0
握力（男性） (kg)	平均値±標準偏差	38.7±5.9	35.3±6.0	34.3±6.1	29.7±5.3
	☆☆☆☆☆	≦34.0	≦30.0	≦29.0	≦25.0
	★★★★☆	34.1~37.0	30.1~35.0	29.1~33.0	25.1~29.0
	★★★☆☆	37.1~40.0	35.1~38.0	33.1~35.0	29.1~31.0
	★★★★☆	40.1~44.0	38.1~40.0	35.1~40.0	31.1~34.0
	★★★★★	>44.0	>40.0	>40.0	>34.0
握力（女性） (kg)	平均値±標準偏差	23.8±4.0	22.6±3.9	21.5±3.7	19.6±3.5
	☆☆☆☆☆	≦21.0	≦20.0	≦19.0	≦16.0
	★★★★☆	21.1~23.0	20.1~22.0	19.1~20.0	16.1~19.0
	★★★☆☆	23.1~25.0	22.1~23.0	20.1~22.0	19.1~21.0
	★★★★☆	25.1~27.0	23.1~25.0	22.1~25.0	21.1~22.0
	★★★★★	>27.0	>25.0	>25.0	>22.0

年齢別の基準値を示す。プログラム前後で対象者へフィードバックする際などの参考値。

地域在住高齢者に対して実施した体力測定データを基に算出。

※本表は「介護予防ガイド 実践・エビデンス編」より引用した。



別添資料 2-5 目標設定、セルフ・モニタリング、自己強化(例)

# 運動カレンダー

だれと	ひとりで	お友達と	家族と	その他
-----	------	------	-----	-----

よくできた	◎	あまり できなかった	△	まったく できなかった	×
-------	---	---------------	---	----------------	---

 月

<b>曜日</b>							
	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31				

1ヶ月の 目標達成度	大変 よくできた	よくできた	あまり できなかった	まったく できなかった
---------------	-------------	-------	---------------	----------------

## 第2章 運動器の機能向上マニュアル

### 別添資料 2-6 運動器の機能向上プログラムの例

「介護予防ガイド 実践・エビデンス編」より、運動器の機能向上プログラムの一部を掲載する。各運動の番号は、図表 2-8の筋群と対応しており、各運動によって鍛えることのできる筋群を示す。そのほか、「運動器疾患用マニュアル」「呼吸循環器疾患用マニュアル」「糖尿病用マニュアル」「脳卒中用マニュアル」と、より詳細なプログラムが紹介されているため、対象者の状態にあわせて参照されたい。

<URL:<https://www.ncgg.go.jp/ri/topics/documents/cgss2.pdf>>

### ストレッチング

②



ハムストリングス

⑦



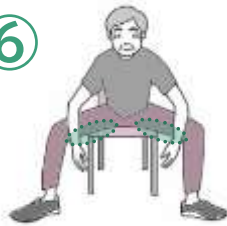
下腿三頭筋

①



大腿四頭筋

⑥



股関節内転筋

③



大殿筋

伸ばされている部位：  
各筋肉のストレッチ：  
30秒×2～3セット

座位での筋力トレーニング

①③

5秒かけて立ち、  
5秒かけて座る



大腿四頭筋・大殿筋  
10回×2セット

①

膝を軽く伸ばしたまま、5  
秒かけて挙げ、  
5秒かけて下す



大腿四頭筋  
10回×2セット

④

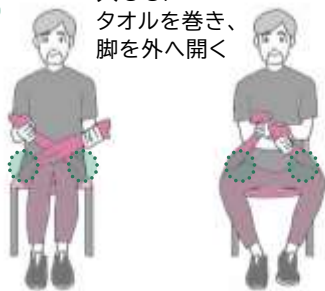
5秒かけて挙げ、  
5秒かけて下す



腸腰筋  
左右それぞれ10回×2セット

⑤

太ももに  
タオルを巻き、  
脚を外へ開く



股関節外転筋  
10回×2セット

⑦

手で脚を  
抑えながら、  
踵を挙げる



下腿三頭筋  
左右それぞれ20回×2セット

強化している部位:



立位での筋力トレーニング

①③

お尻を  
後ろに  
引くように



大腿四頭筋・大殿筋  
10回×2セット

⑤

壁に軽く  
手を添え、  
脚を外へ  
挙げる



股関節外転筋  
10回×2セット

⑦

椅子の背に  
軽く手を添え  
踵を挙げる



下腿三頭筋  
20回×2セット

壁に軽く  
手を添え、  
脚を挙げる



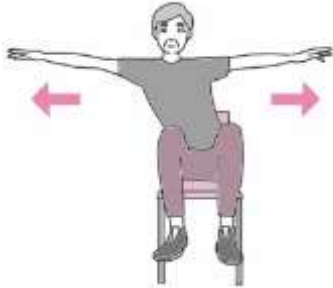
指示脚  
左右それぞれ10回×2セット

強化している部位:



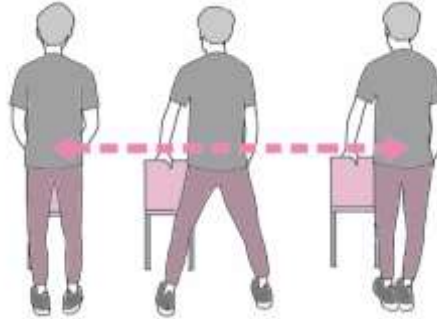
## バランス運動

手を伸ばして  
左右に身体を傾ける



座位でのバランス運動  
10往復×2セット

椅子の背に軽く手を添え、左右にステップする



立位でのバランス運動  
10往復×2セット

壁に軽く手を添え、  
ゆっくりと  
脚を挙げる



立位でのバランス運動  
左右それぞれ10回×2セット

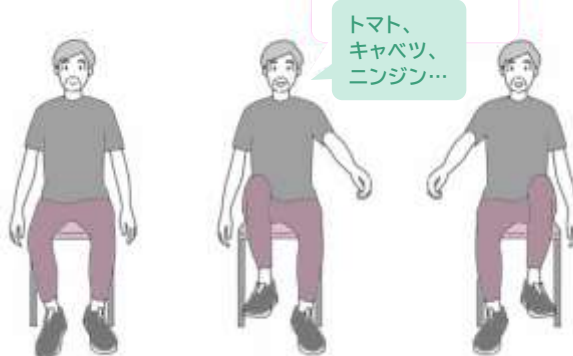
## 有酸素運動



背筋を伸ばし、  
踵から地面につき、  
腕を大きく  
後ろに引く。

ウォーキング

## デュアルタスクエクササイズ



足踏みをしながら  
言葉の想起を行う。  
例えば、野菜、果物、  
都道府県など

デュアルタスクエクササイズ

## 第3章 栄養改善マニュアル

### 3-1 事業の趣旨

栄養改善サービスは、日常生活において「食べること」を支援し、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、自立した生活を送って、高い生活の質(QOL)を目指すものである。

高齢者の低栄養の予防や改善での課題は多岐に渡る。「介護予防ガイド 実践・エビデンス編」によると、我が国における地域で生活している高齢者では、加齢に伴いエネルギー摂取量やたんぱく質、脂質といった栄養素の摂取量が減少すると言われており、低栄養またはそのリスクがある者が約4割いるという報告がある。低栄養状態の高齢者は、死亡率や要介護の増大、再入院、QOL 低下などの問題が起きやすいことに加え、その多くがフレイルやサルコペニアを合併している。このような高齢者に対して適切な栄養改善サービスを行うことで、体重の増加や身体機能(骨格筋量、筋力、歩行能力、ADL)の改善、QOL の向上などが可能であることが示されている。

全高齢者を対象とする場合は、「食べること」を大切に考え、支援を行う地域活動を育成し、健康・栄養教育や地域のネットワークづくりを行う。要介護状態になるおそれのある高齢者を対象とする場合は、管理栄養士が、他の関連サービスや対象者の身近な地域資源と連携し、栄養ケア・マネジメントを行う。栄養改善サービスは、食事の内容だけでなく、おいしく食べることや食事の準備などを含む、高齢者の「食べること」を総合的に支えるものである。

### 3-2 プログラムの進め方

#### 3-2-1 事前準備

##### (1)実施担当者

主に管理栄養士や栄養士が中心となって担当する。関連する職種として、保健師等の看護職員、介護職員と連携して実施する。特に訪問型サービスにおいて、管理栄養士と保健師等との連携が重要である。

##### (2)対象者のスクリーニング

栄養改善を目的とした短期集中予防サービスを提供する場合には、基本チェックリストの No.11、12 の2つに該当することなどを目安としつつ、生活機能の低下が見られる者として、介護予防ケアマネジメントによりサービスの提供が適当とされる高齢者が対象となる<sup>9</sup>。

---

<sup>9</sup> その他の多様なサービスや一般介護予防事業等において、生活機能の低下が見られる者を対象として、当該マニュアルを活用することも可能である。

図表 3-1 基本チェックリスト(抜粋)

番号	基本チェックリスト項目(抜粋)	回答	
11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少はありましたか	1. はい	0. いいえ
12	身長( )cm、体重( )kg (BMIが18.5kg/m <sup>2</sup> 未満なら該当)	1. はい	0. いいえ

なお、65歳以上の高齢者では、フレイルの予防の観点から日本人の食事摂取基準(2020年度版)において、当面目標とするBMIの範囲を21.5~24.9kg/m<sup>2</sup>と設定していることから、BMIが18.5kg/m<sup>2</sup>~21.5kg/m<sup>2</sup>の高齢者についても、栄養改善プログラムの実施について検討されたい。

### 3-2-2 事前アセスメント

個別サービス計画に必要な「低栄養状態等に係わる食生活上の課題」を見つけ出すために、その具体的状況や背景を聞き取るとともに、身長、体重等の計測を行う。これらは事前アセスメント表に記録する(別添資料 3-1、別添資料 3-2)。なお、別添資料 3-1に掲載のアセスメント項目は一例であり、対象者の状態などに応じて適宜必要なものを選択して用いる。

#### (1)課題の確認・把握

把握すべき項目には、以下の内容が考えられる。必要に応じて医師に相談する。

- ① **体重**: 体重の変化は、エネルギー摂取量の過不足の最も良い指標である。定期的な体重測定の習慣の有無、体重の変化量、体重の減少や増加が続いているかを確認する。
- ② **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。サプリメントや健康食品、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。
- ③ **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。
- ④ **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。
- ⑤ **リスク要因**: 安全に栄養改善サービスを提供するとともに、医師への相談の必要性を把握するた

めに、疾患や食事療法の実施の有無、服薬状況、アレルギーの有無などについて確認する。

### 3-2-3 個別サービス計画の作成

#### (1) 目標設定について

利用者が何を目標したいか(例:「血糖値や血圧をコントロールしながらおいしく食事をしたい」「適切な食べる量を知りたい」、「食事をおいしく食べたい」)をゴールとして設定する。そのゴールを達成するために、「体重をいつまでにどの位増加させたいか」、「おかずを1品増やす」というように、「何を」、「いつ」、「どこで」、「どの位食べるようにする」等の具体的な目標と行動計画を作成する(別添資料 3-3)。その際、対象者にとって身近な地域の食に関連する資源の活用等の視点を盛り込む。事前アセスメントから把握したアセスメント項目への対応を図表 3-2に示す。管理栄養士は、対象者及び家族が日常の生活や環境の中で、主体的かつ無理なく取り組めることに配慮し、本人による計画づくりを支援する。

図表 3-2 事前アセスメント項目とその対応

事前アセスメント項目		原因・対応等
A. 個別相談や医師への相談の必要性		
1	手術や入院	体力の回復、疾病の再発予防などのケアが必要である。
2	慢性疾患	食事療法をしながら低栄養状態にならないような食事の注意が必要である。
3	下痢や便秘	下痢の原因には、疾病や薬物が影響している場合や、不適切な食事、不十分な衛生管理などさまざまな要因がある。一方で、投薬、消化管機能の低下や水分摂取量の不足、運動不足、生活リズムの乱れなどにより便秘を起こしやすい状態にある。
B. 体重		
1	定期的な体重測定	定期的に体重を測定することによって、早期に体重の減少や増加を知ることができる。起床後、入浴前後、病院の受診時など、定期的に体重の測定をしやすい時を決める。
2	3か月間の体重減少	体重の自然な減少がある場合には、食事の量や内容の不足、脱水の可能性もある。消化・吸収能力の低下、疾患や薬剤によるエネルギー消費量の増加に伴い体重が減少することもある。
3	3か月間の体重増加	体重の自然な増加がある場合には不適切な食事が疑われる。疾病や薬剤による浮腫でも体重が増加する。食事内容に大きな偏りはないか、大きなストレスとなる出来事があったか、うつや認知症などにより過食をしていないかを確認する。
C. 食事の内容		

## 第3章 栄養改善マニュアル

1	食事回数	1日に3回の食事が基本だが、1回に多くの量が食べられない場合には、食事の回数を増やす。間食はエネルギーやたんぱく質源として有効である。
2	肉、魚、豆類、卵の摂取	これらの食品を主とした料理(主菜)を3回の食事で毎食摂るようにする。現在の疾病の状況を考慮して、適切な食品を組み合わせる。プリン、チーズ、ヨーグルトなどは間食となる手軽なたんぱく質食品である。
3	野菜や果物の摂取	野菜を主にした料理(副菜)を毎回の食事で1~2皿摂るようにする。買物や調理の負担が少ない半処理済野菜(皮むき、カット野菜、レトルト食品、冷凍、缶詰)や宅配サービスの利用なども勧められる。
4	牛乳・乳製品、豆乳の摂取	調理が不要で、軟らかな形態が多いので、高齢者にも適した食品である。コーヒー、ココア、紅茶、抹茶、果実酢などをいれると飲みやすくなる。
5	水分の摂取	口渇感を感じにくくなるとともに、お手洗いが近いことや尿漏れを気にして水分の摂取量が少なくなりがちである。水分の摂取不足は、夏には熱中症のリスクとなる。血液が濃厚になると血栓ができやすくなる。1日に最低でも5杯(食事時に1杯を3回と食事間で2杯)は飲むようにする。
6	こだわりの食品	こだわって習慣的にとっている食品や補助食品・サプリメント、健康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と危惧される場合には、本当に必要かを検討する。
D. 食事の準備状況		
1	買い物	坂道や階段の状況、エレベータの有無など自宅の状態によっては、外出がしにくい、あるいは重い荷物を持つての移動が困難になる。 ①重い物の運搬が困難 電話、ファックス、インターネット等を通じて配達サービス、商店街やスーパーの配達サービス、地域の買い物ボランティアなどの情報を提供する。 ②行くことのできる商店がない 移動販売の有無、他の商店やスーパーの確認、自宅から注文できるサービスの活用、商店までの移動方法(コミュニティーバス等)を検討する。 ③買物の経験不足 食生活改善推進員やボランティア等による買物同行や食品の選び方などの情報を提供する。
2	食事の支度	体力や気力の低下に伴う食事準備や調理の負担から食事の量が減少し、内容が偏りやすくなる。 ①体力的に食事の支度が困難 簡単にできる献立やレシピ、弁当や惣菜の配食サービス、半調理品(皮むき、カット食材、レトルト食品、冷凍、缶詰等)、調理のボランティアや食事会等の情報提供、台所設備(調理台が高い等)や調理器具の不足の確認などを行う。運動機能向上のプログラム参加により、体力の向上を目指す。 ②調理経験不足



		<p>使用可能な調理器具(炊飯器、電子レンジ等)の確認と使用方法の指導、簡単な調理方法やレシピ、初心者向けの簡単料理教室、調理済あるいは半調理品、調理ボランティア等の紹介を行う。</p> <p>③食品の衛生的な管理</p> <p>冷蔵庫が稼働し、適切に使用されているか、食品の保管方法が適切で、賞味期限・消費期限が守られているか、調理済みの料理や配食弁当等の保管方法、調理器具や食器が衛生的に使用されているかなどの確認を行う。</p>
<b>E. 食事の状況</b>		
1	食欲	<p>適切な食事の摂取のためには、適度な食欲があることが大切である。いつ頃から食欲が低下したのか、その頃に何か身体や生活の変化があったかを確認し、原因を把握する。「食べたい」「おいしい」と思う食べ物をまず食べて、食欲を早めに取り戻す。好きな食べ物、旬の食べ物や思い出の食べ物の話をし、デパートや商店街の食品売り場を歩いて、おいしそうな食べ物をみる、香りをかぐと食欲がでてくる。</p>
2	食事が楽しい	<p>食事の時間は、食事を楽しみ、他の人との交流を楽しむ場である。食事が楽しくなくなる理由には、味を感じにくいなどの身体の変化のほか、生活上のさまざまな出来事が影響する。味覚がひどく鈍くなっている場合には、薬剤が影響している場合もあるので、医師との相談も必要である。専門家によるカウンセリング、食事会や趣味のサークルなど他の人と話をしたり、一緒に食事をする機会を紹介したりする。</p>
3	誰かと一緒に食事	<p>1人での食事は、寂しさからの食欲の低下、食べる回数の減少、食材料の偏りなどから低栄養のリスクが高くなる。趣味のグループやボランティアなどの仲間と一緒に食事をする機会を作ったり、地域のボランティアに話し相手を依頼したりするなど他の人と交流する機会を勧める。</p>
4	決まった時間に食事や睡眠	<p>夜更かしや朝寝坊、食事時間が不規則な生活では、空腹感を感じにくくなる。決まった時間に、少しでも食べていると、徐々にその時間になると空腹感を感じるようになる。室内だけの生活で身体活動量が低下すると、食欲が低下するので、買物や散歩に出るなど外に出る機会をつくり、運動、休養(睡眠)、食事のバランスを整える。</p>
<b>F. 特別な配慮の必要性</b>		
1	食べ物のアレルギー	<p>アレルギーを示す食品を避けながら、低栄養のリスクを低減できる食事について提案する。</p>
2	6種類以上の薬	<p>多種の服薬により、栄養素の吸収率の低下、吐き気、口の渇き、便秘、下痢などが起こることがある。医師や薬剤師と相談し、病状に配慮した個別指導をする。</p>
3	医師による食事療法の指示	<p>不完全な食事療法による低栄養のリスクがないかをチェックするとともに、医師に相談し、適切な食事療法ができるようにする。</p>

G. 口腔・嚥下		
1	小さくして食べる	食物摂取が十分にできない可能性がある。口腔機能向上のプログラムを勧めるとともに、食べやすい食形態を検討する。
2	飲み込みに問題	

### (2)個別サービス計画の作成

事前アセスメントの結果及び利用者の意向を踏まえて、個別サービス計画を作成する。その際、プログラムの目標、家庭や地域での自発的な取組の内容等を考慮して、実施期間、実施回数等を設定する。

「介護予防ガイド 実践・エビデンス編」によると、運動と栄養摂取を組み合わせたプログラムは、サルコペニアやフレイル高齢者の筋肉量や筋力、身体パフォーマンスを改善させる効果が示されているため、必要に応じ運動機能向上マニュアルの運動内容も参考に、運動も組み合わせた計画作成を行う。

サービスの形態には、通所型サービス、訪問型サービスがある。対象者の状態やニーズに応じて選択する。

#### ①通所型サービス

管理栄養士が看護職員、介護職員等と協働し、栄養状態を改善するための個別の計画を作成し、それ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する。集団的なプログラムについては、複合的プログラムの一環として提供することが可能である。

#### ②訪問型サービス

保健師等が居宅を訪問して実施する訪問型サービスにおいて低栄養状態にある、またはそのおそれのある者の対応にあたっては、訪問栄養相談を実施することが望ましい(または、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)。その際は、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。低栄養状態を改善するために特に必要と認められる場合、配食の支援を実施することができる。なお、配食サービスの活用については、厚生労働省の「地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理に関するガイドライン<sup>10)</sup>」を参考にされたい。

## 3-2-4 プログラムの実施

### (1)プログラムの趣旨

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、おいしく食べること

<sup>10)</sup> 地域高齢者等の健康支援を推進する配食事業の栄養管理に関するガイドラインは以下より参照されたい。  
[https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/guideline\\_3.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/guideline_3.pdf)

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（訪問型サービスでは、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）。

### (2) プログラム実施期間・回数

実施期間は概ね3～6か月程度（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か月間は2週間ごとに、その後は1か月に1回程度等）。

### (3) プログラム内容

#### ① プログラムの実施内容

家族を含めた個別指導、小グループでの栄養相談、集団的プログラムを適宜、組み合わせて実施する。初回の栄養相談及び教育等の実施時に、今後の日程や場所などを示した予定表を配布する。試食や調理等を行う場合には、管理栄養士等を中心として安全・衛生管理を行う。

集団的プログラムは、地域及び施設等の実情に応じて、複合プログラムの一環として行うこともできる。そのような実施形態においても、事前アセスメントから管理栄養士による個別相談の必要性を把握し、基本チェックリストの2項目に該当する者や集団での取組による改善が困難と予測される者には、管理栄養士による個別相談を行う。

また、集団指導として、管理栄養士等による低栄養状態の説明や、対象者一人ひとりが実行可能な具体的な情報や技術提供を行う。簡単な調理実習やゲームなどによる双方向的プログラムを通じて利用者相互の関係づくりを行い、本人の参加や継続に対する意欲を高める工夫をする。参加者同士による情報交換も有効である。集団教育プログラム実施テーマと内容については図表 3-3に示した。プログラム作成に際しては、気持ちをほぐし、楽しい時間を過ごして心理的な抵抗感を減らせるように配慮する。

集団的プログラムにおいても、「事前アセスメント（別添資料 3-1・別添資料 3-2）→自己計画作成→実施→事後アセスメント（別添資料 3-4）」の栄養ケア・マネジメント体制を適用する。

#### ② モニタリング

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（別添資料 3-4）。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か月後の相談時から毎回（1か月に1回）行う。3か月目には、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って食事に関する計画の修正を行う。

### 第3章 栄養改善マニュアル

そして、修正後1週間目に、実施上の問題の出現や中断がどうかを電話等により確認し、適宜相談に応じる。

図表 3-3 集団栄養教育プログラムのテーマと内容

講義

いきいき食生活	介護予防のための食生活とは、食生活チェックからはじめよう、食生活改善マイプランづくり
---------	--

グループワーク

市販食品の便利な利用法	缶詰や冷凍食品などを利用した料理を紹介
地域資源の紹介	地域の配食サービス、宅配サービス等の紹介
私の食事健康法	食生活や食事について気をつけていることや工夫の意見交換
私の好きな料理の紹介	自分のお気に入り料理自慢、わが家の自慢の行事食
食事会等の紹介	地区社協等で開催されるインフォーマルな会合での食事会の紹介
低価格な料理の紹介	300円でできるエネルギー、たんぱく質が豊富に含まれる料理の紹介
短時間でできる料理の紹介	20分でできる主菜(メインディッシュ)の紹介
食べ物を題材に考えよう	好きな食べ物、旬の食べ物の話し合い、食べ物写真・俳句づくり、食べ物絵手紙

実習

簡単おかず	調理未経験者を対象に、簡単にたんぱく質が多くとれるおかずを調理する
簡単おやつ	電子レンジですぐできる簡単でエネルギー、たんぱく質が豊富に含まれるおやつを調理する 電子レンジですぐできる簡単な1品、約80kcalのおやつを調理する
調理するのがおっくうな日の簡単調理	買った惣菜にひと手間(1つの鍋)だけでできるエネルギー、たんぱく質が豊富に含まれる食事の紹介 冷蔵庫にある常備品でできる料理の紹介
口腔・嚥下にやさしい食事	口腔や嚥下に問題がある場合の食事づくり(口腔機能向上プログラムと連携)
簡単レシピづくり	介護予防のための簡単料理レシピの作成方法及び紹介
賢い食品の選び方、上手な買い物のしかた	買い物実習、バーチャルバイキング、買い物リストの作成
配達・配食サービス	配達・配食サービスの選び方、申し込みについての実習
おいしい食事は安全・安心から	手洗いチェッカーによる衛生チェック、食品の保存・保管方法の実習
やる気をおこすために	やる気や行動変容意欲の向上のための講話・演習と組み合わせる(笑いヨガ、モチベーションの向上など)
配食でバランスチェック	配食を普通の食器に移し替えて、試食をするとともに、適正量を確認する
調理や買い物をする体力をつける	運動器機能向上プログラムと連携し、調理や買い物ができる体力づくりのための簡単な運動を紹介する

情報の提供

食事内容	手軽な間食、半処理済野菜の情報提供、食品表示等
食事の準備状況	買い物マップ、簡単にできる献立やレシピ、配達・配食サービス
口腔・嚥下	摂食・嚥下機能に配慮したレシピ、口腔体操の方法
継続支援に向けて	自主活動グループ、支援者講座へのお誘い、市町村等が実施する高齢者向け健康づくり事業の紹介
便利グッズのいろいろ	瓶の蓋をあける、袋を開封するなどやりにくい作業を助ける方法
身近な道具の活用法	膝や腰が痛い、体力が衰えた時に料理をするための身近な道具の活用方法と簡単な運動の紹介
特別な配慮の必要性	食事療法、栄養成分表示・アレルギー表示などの見方、医療機関紹介

### (4)プログラム実施上の留意点

#### 1)プログラム実施前

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。

### 3-2-5 事後アセスメント

#### (1)アセスメントの実施

事業開始3～6か月後に事後アセスメントを行い、事前・事後の状況を比較し、アウトカム指標を中心に評価を行う。栄養改善では、参加者の体重の変化、事前アセスメント指標の変化、主観的な健康感の変化などを評価する。なお、別添資料 3-4にてアセスメントすべき項目例を示したが、参加者の状態に応じて把握すべき項目を選択してもよい。

#### (2)実施後の対応

事後アセスメントの評価結果は、地域包括支援センターに報告する。そして、地域包括支援センターの判断に基づき、低栄養状態が改善された場合には事業を終了し、対象者には一般介護予防事業によるプログラムへの参加を勧める。なお、本サービスを実施している中で、改善・維持が見込めない場合や、参加者の状態が大きく変わった場合などは、地域包括支援センターと相談し、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。

別添資料 3-1 事前アセスメント表(例)

お名前 _____		記入日 _____	年 月 日
<b>A. 個別相談や医師への相談の必要性</b>			
1	この3ヶ月以内に、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>B. 体重</b>			
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ヶ月間に体重が減少しましたか	はい	いいえ
3	この3ヶ月間に体重が増加しましたか	はい	いいえ
<b>C. 食事の内容</b>			
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	1日に _____ 回 または週に _____ 回	
3	野菜や果物を1日にどの位食べますか	1日に _____ 皿 または週に _____ 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	1日に _____ 回 または週に _____ 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か	1日に _____ 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
<b>D. 食事の準備状況</b>			
1	自分(料理担当者の( _____ ))が、食べ物を買うに行くのに不自由を感じますか		
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		
<b>E. 食事の状況</b>			
1	食欲はありますか	はい	いいえ
2	食事をするのは楽しいですか	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か	はい	いいえ
<b>F. 特別な配慮の必要性</b>			
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6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
<b>G. 口腔・嚥下</b>			
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	飲み込みにくいと感じることがありますか	はい	いいえ
<b>H. 主観的な意識</b>			
1	自分の健康状態をどう思いますか	1(良い) 2 3 4 5(良くない)	
2	自分の健康状態を良くするために、食事の調整を出来ると思いますか	1(できる) 2 3 4(できない)	

### 第3章 栄養改善マニュアル

#### 別添資料 3-2 食事内容の記録(例)

食事は主に、いつ、どんなものを食べていますか？（たとえば、昨日はどうでしたか？）

		主食	主菜	副菜	その他
食事時間 ( : )	食事	ごはん パン そば・うどん など	焼魚・肉料理 湯豆腐 卵焼き など	けんちん汁 サラダ ほうれん草お浸し など	果物 牛乳・ヨーグルト など
	朝				
	昼				
	夕				
	間食				

#### 別添資料 3-3 栄養改善計画書(例)

お名前 \_\_\_\_\_ 作成日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

わたしのゴール（〇〇〇ができるようになる、もっと元気そうになるなど）

わたしの目標（ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで）  
（体重を〇kg増やそう、毎日、〇〇〇を〇〇〇〇して食べようなど）

わたしの計画（食事・その他）  
（目標を達成するための計画を書いてみましょう）

特記事項

担当者 \_\_\_\_\_



別添資料 3-4 栄養改善プログラム報告書(例)

番号	ふりがな 氏名	性別 男 ・ 女 生年月日
電話番号	( ) -	年 月 日 歳
住所	〒	

【栄養相談】	集団指導 (講義 回、グループワーク 回、実習 回、その他 回)	
実施形態と回数	通所型個別相談 回	訪問型 回
担当者	管理栄養士 栄養士 医師 歯科医師 保健師 看護師 歯科衛生士 食生活改善推進員 ボランティア	
目標設定内容		
目標の変更 ( 月 日)		

【アセスメント項目】	初回 ( 月 日)		中間 ( 月 日)		終了時 ( 月 日)	
身長	cm		cm		cm	
体重	kg		kg		kg	
手術や食事療法の必要な入院	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
慢性的な病気の有無	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
下痢や便秘	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
定期的な体重測定	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
3か月の体重減少の有無	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
3か月の体重増加の有無	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
1日の食事回数	回/日		回/日		回/日	
肉、魚、豆、卵の摂取回数	回/日	回/週	回/日	回/週	回/日	回/週
野菜、果物の摂取量	皿/日	皿/週	皿/日	皿/週	皿/日	皿/週
乳製品・豆乳の摂取回数	回/日	回/週	回/日	回/週	回/日	回/週
飲み物の摂取量	杯/日		杯/日		杯/日	
補助食品等の摂取	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
買い物不自由	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
食事の支度が不自由	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
食欲の有無	あり	無	あり	無	あり	無
食事が楽しい	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
誰かと一緒に食事	あり	無	あり	無	あり	無
決まった時間の食事・睡眠	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
食物でのアレルギー症状	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
6種類以上の薬	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
食事療法の必要性	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
小さくして食べる	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
飲み込みにくい	はい	いいえ	はい	いいえ	はい	いいえ
主観的健康感*	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
自己効力感**	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4

\* 「あなたは自分の健康状態をどう思いますか？」 1:良い 2:まあ良い 3:ふつう 4:あまりよくない 5:良くない

\*\* 「あなたは自分の健康状態を良くするために、自分で食事の調整をできると思いますか？」

1:できると思う 2:どちらかといえばできると思う 3:どちらかといえばできないと思う 4:できないと思う

【最終評価】	
自覚的变化***	
最終経過	改善 (一般介護予防事業へ) 維持・継続 悪化 (入院・入所・介護認定 (介護度 ) ) その他 (転居 不明 拒否 )

\*\*\* 「今回の〇〇事業に参加して、あなたの生活習慣に何か変化はありましたか？」

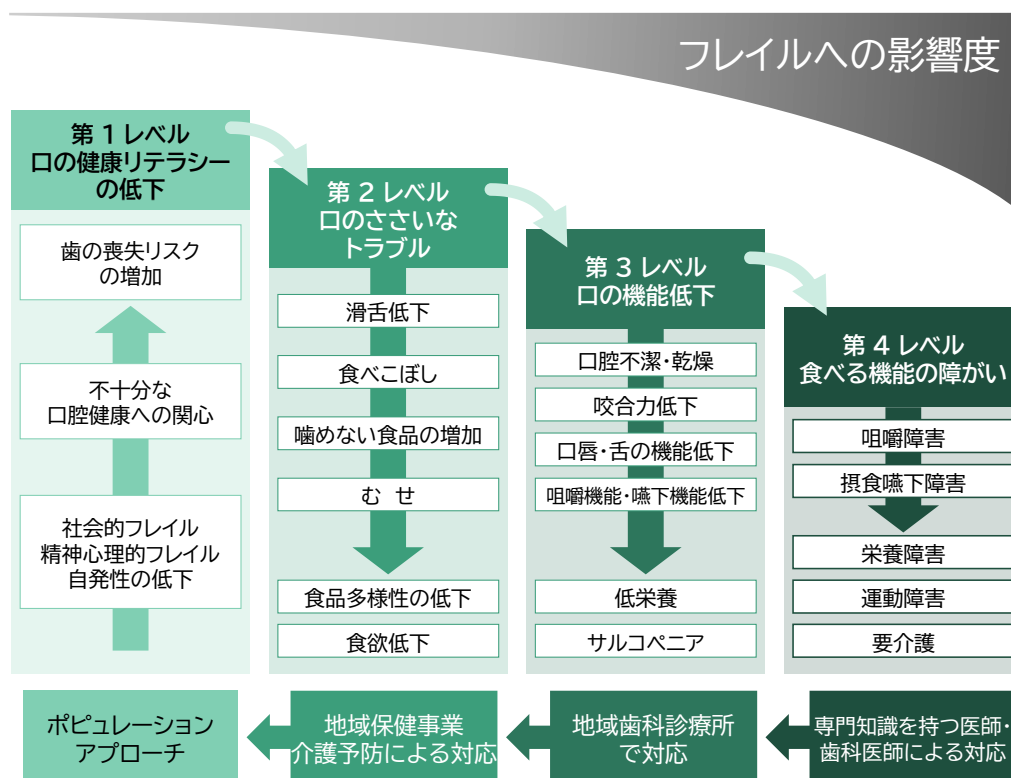
## 第4章 口腔機能向上マニュアル

### 4-1 事業の趣旨

「介護予防ガイド 実践・エビデンス編」によると、加齢に伴い、口腔環境、口唇や舌などを含めた口腔機能、摂食・嚥下機能等は低下することが知られており、摂食・嚥下障害のリスクを抱えた地域の高齢者も存在する。嚥下機能が低下している地域在住自立高齢者の割合は25.1%と報告されており、摂食・嚥下機能等の口腔機能が低下すると硬いものを避け柔らかいものを食べる等、摂取する食品に偏りを生じさせたり、摂取量が減少したりすることが指摘されている。また、地域在住高齢者を対象とした大規模縦断研究の結果、軽微な口腔機能の低下であってもサルコペニアや要介護認定、死亡のリスクを高めることが示されており、将来的な身体的フレイルへの影響も示された。

高齢者の口腔機能に対する重要な概念としてオーラルフレイルがある。「歯科診療所におけるオーラルフレイル対応マニュアル 2019 年版」(日本歯科医師会)によると、オーラルフレイルとは、「老化に伴う様々な口腔の状態(歯数・口腔衛生・口腔機能など)の変化に、口腔健康への関心の低下や心身の予備能力の低下も重なり、口腔の脆弱性が増加し、食べる機能障害へ陥り、さらにはフレイルに影響を与え、心身の機能低下にまで繋がる一連の減少及び過程」を指すとされる(図表 4-1)<sup>11</sup>。

図表 4-1 オーラルフレイル概念図



<sup>11</sup> 日本歯科医師会「歯科診療所におけるオーラルフレイル対応マニュアル 2019 年版」より引用

明るく活力ある超高齢社会を実現するために、高齢者の口腔機能向上を図ることは不可欠である。口腔機能の低下している高齢者に対して歯科衛生士、言語聴覚士等の専門職による口腔衛生や口腔機能に関する講座、自主トレーニングの指導を一定期間受けた場合、口腔衛生状態をはじめとした口腔内環境の向上や構音機能や摂食・嚥下機能等の口腔機能の改善がみられることが示されている。口腔機能向上支援は徐々に普及しているものの、

- ①対象者本人(高齢者)が口腔機能向上の必要性について認識していない。
- ②事業提供者が、効果を具体的にイメージできない。
- ③事業実施に至る手続きが煩雑である。
- ④口腔機能向上支援の専門職が不在である。

などの課題も引き続きあることから、口腔機能向上の展開をさらに充実していくために、その考え方と手法を本マニュアルで紹介する。

口腔機能向上支援は、いつまでもおいしく、楽しく、安全な食生活の営みを目指す。

本事業は以下の3つの軸から構成されている。

図表 4-2 口腔機能向上支援の3つの軸

- ①口腔機能向上の必要性についての教育
- ②口腔清掃の自立支援
- ③摂食・嚥下機能等の向上支援

口腔機能向上支援を実施することにより、以下が科学的に論証されている。

図表 4-3 口腔機能向上支援の実施による科学的論証

- ①食べる楽しみを得ることから、生活意欲の高揚がはかれる。
- ②会話、笑顔がはずみ、社会参加が継続する。
- ③自立した生活と日常生活活動の維持、向上がはかれる。
- ④低栄養、脱水を予防する。
- ⑤誤嚥、肺炎、窒息の予防をする。
- ⑥口腔内の崩壊(むし歯、歯周病、義歯不適合)を予防する。
- ⑦経口摂取の質と量が高まる。



写真)東京都西多摩保健所「かむかむ元気レシピ」より

口腔機能向上のプログラムは、事業対象者、要支援者を中心に広く実施されることによって、その

効果が理解されるようになってきている一方で、プログラムが必要と考えられるより多くの対象者に対して実施されるよう、いかに動機づけるかが重要である。そのため、日頃の生活環境の中に、口腔機能向上に関して意識の醸成が図れる環境の整備、つまり、地域に在住するすべての高齢者を対象として、生涯にわたって自己の実現を目指すことを支援し、あわせて高齢者が活動的に社会への参画が図られるような「地域づくり・まちづくり」を目指す。歯科衛生士等が看護職員、介護職員等と協働し、実施において地域の特性や資源を活かして行う。

その際、以下のような内容を踏まえることが望ましい。

### ○関係者・関係団体等からの理解と協力体制の確保

介護予防としての口腔機能向上プログラムについては、高齢者を含む一般住民にその意義や内容などが十分に浸透していない現状にあることから、関係団体、地区社会福祉協議会、民生委員、老人クラブ等の地域高齢者団体、その他関連の会議等の場を活用し、口腔機能向上関連の意義・内容・効果等について十分に情報提供し、地域における啓発普及の協力体制を確保する必要がある。

### ○講演会・キャンペーン等による周知教育活動

一般高齢者や保健福祉関係者、介護保険事業者等を対象に、加齢に伴う口腔機能の低下を防止するとともに向上を図るプログラムの意義・方法・効果について、以下のような内容を含み、参加者が日々の生活や事業の中で具体的な行動に結びつくような講演会やキャンペーン活動を企画し実施する。

- ・ 口腔機能向上に関するクイズ、実習、体験教育などの工夫
- ・ パンフレットの作成・配布、ビデオ等の視聴覚媒体の活用

### ○口腔機能向上セルフケア資源の整備

一般の高齢者が日常生活の中で実践できるセルフケアとしての口腔機能向上プログラムを浸透させるには、健康教育活動のみならず、工夫し自己管理用の「口腔機能自己チェックシート」(別添資料 4-1)を盛り込んだりするなど、口腔機能向上の一般介護予防事業にかかるセルフケアの環境整備が有効である。

## 4-2 プログラムの進め方

### 4-2-1 事前準備

#### (1)実施担当者

歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士などの口腔機能の専門職が、看護職員、介護職員等と協働して実施する。担当者の心がけとして、口腔機能の低下予防や機能向上を通じて、一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援し、活動的で生きがいのある生活や人生を送ることができるよう支援することが重要である。

### (2)対象者のスクリーニング

口腔機能の改善を目的とした短期集中予防サービスを提供する場合には、基本チェックリストのNo.13～15のうち、2つ以上に該当することなどを目安としつつ、生活機能の低下が見られる者として、介護予防ケアマネジメントによりサービスの提供が適当とされる高齢者が対象となる。<sup>12</sup>

図表 4-4 基本チェックリスト(抜粋)

番号	基本チェックリスト項目(抜粋)	回答	
13	半年前に比べて硬いものが食べにくくなりましたか	0.はい	1.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	0.はい	1.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	0.はい	1.いいえ

図表 4-5 対象者のスクリーニング

- ①基本チェックリストにおいて「口腔機能向上」関連の No.13、14、15 の3項目中、2項目以上該当する者
- ②視診により口腔内の衛生状態に問題を確認
- ③反復唾液嚥下テストが3回未満

### (3)事業参加のための説明

専門職種は、口腔機能向上の個別プログラム計画が、対象者の生きがいや自己実現にどのように関連し、効果があるのか参加者やその家族に説明する。このことが、摂食・嚥下機能の向上訓練や口腔清掃を継続的に実行するための有力な動機づけになる。

また、自宅でのセルフケアプログラムの指導もあわせて行う。この際、参加者一人ひとりに適した効果的な摂食・嚥下機能の向上訓練の方法、口腔清掃法を説明する。摂食・嚥下機能の向上のための口の体操や口腔清掃が、参加者の生活習慣の一部として定着するように、本人や家族に対して情報を提供する。

## 4-2-2 事前アセスメント

### (1)課題の確認・把握

口腔機能向上サービスを提供する際は、事前に把握している課題等を踏まえて、事前・事後アセス

<sup>12</sup> その他の多様なサービスや一般介護予防事業等において、生活機能の低下が見られる者を対象として、当該マニュアルを活用することも可能である。

## 第4章 口腔機能向上マニュアル

メント項目(例)(図表 4-6)や口腔機能向上に関する記録(例)(別添資料 4-2)の項目を参考に、プログラム実施前の状態等の確認・把握を行う。また、リスク把握の観点から、以下の①～③の点について把握する。

- ① 医師・歯科医師による制限の有無
- ② 全身状態:口腔機能向上プログラムの場合、運動器の機能向上プログラムに比べ全身への負荷量は高くなく、厳密な禁忌及び中止基準は定められていない。口腔領域の疼痛等を認める場合は中止し、医療機関への受診勧奨を行う。
- ③ 既往歴:顎関節症など口腔外科疾患は開口制限などを伴う可能性があるため、禁忌事項をわかりつけ歯科医に確認する。また、脳卒中や神経筋疾患、頭頸部がんなど、口腔機能低下の原因となる既往がある場合や、認知症などにより質問紙が担保されない可能性がある場合、プログラムの効果判定において注意を要する。

なお、アセスメントの実施中に痛みの訴えがあった場合や顕著に基準値を下回るなどの場合は歯科医師、歯科衛生士など歯科専門職に適宜相談する。

図表 4-6 事前・事後アセスメント項目(例)

	項目例	内容・目的など
スクリーニングのための項目	基本チェックリスト	基本チェックリストの口腔に関する設問(No.13~15)のうち、2項目以上該当する。
	OFI-8(Oral Frailty Index-8) <sup>13</sup>	口腔に関する設問8問に「はい」「いいえ」で回答し合計点を算出してもらう。合計点が3点以上で「オーラルフレイルの危険性あり」、4点以上で「オーラルフレイルの危険性が高い」と判定する。
	EAT-10(The 10-item Eating Assessment Tool) <sup>14</sup>	摂食・嚥下に特化した内容でのスクリーニングを実施したい場合は、EAT-10(The 10-item Eating Assessment Tool)を用いる。EAT-10は摂食・嚥下に関わる10項目の設問で構成され、各項目に5段階で回答してもらう。合計得点は40点満点で、合計点数が3点以上の場合、摂食・嚥下障害の疑いありと判定する。
	視診による口腔衛生	視診による口腔衛生の評価で該当項目があった場合に、口腔衛生不良とする。
	フレイルや身体機能低下を有する者	口腔機能以外についてもフレイルや身体機能など全体的に評価することが必要である。
効果判定のための項目	口腔衛生状態	視診による口腔衛生または歯科専門職による評価に基づき、プログラム実施前後での変化を評価する。なお、専門職以外の評価にて歯科受診が望ましいと判断した場合は、専門機関への受診を推奨する。
	オーラルディアドコキネシス	5秒間または10秒間で「パ」「タ」「カ」のそれぞれを連続で発音し、1秒あたりの回数を算出する。
	嚥下テスト	嚥下機能の評価として、反復唾液嚥下テスト(RSST)と3ml改訂水飲みテストや100ml水飲みテストがある。いずれかを地域の資源や特性に合わせて実施する。
	舌圧	舌圧測定器を用いて、舌の筋力として最大舌圧値を計測する。
	咀嚼能力	ガムまたはグミを咀嚼してもらい評価する。
	口腔乾燥	舌の運動機能。咀嚼や食塊形成及び嚥下への影響が大きい。

<sup>13</sup> 「介護予防ガイド 実践エビデンス編」P.240にOFI-8の具体的な項目が記載されているため、参照されたい。

<sup>14</sup> EAT-10による嚥下機能低下のスクリーニングの詳細は、公益社団法人 日本歯科医師会「歯科診療所におけるオーラルフレイル対応マニュアル 2019年版」P.30に記載されているため、参照されたい。  
([https://www.jda.or.jp/oral\\_flail/2019/index.html](https://www.jda.or.jp/oral_flail/2019/index.html))

### 4-2-3 個別サービス計画の作成

#### (1) 目標設定について

参加するにあたって、どのようなことができるようになりたいのか、終了後にどのような生活を送りたいのかを踏まえて、口腔機能向上に関する具体的な目標と行動計画を作成する。その際、プログラム終了後に一般介護予防事業を含めた社会参加の場につなげることを考慮する。歯科衛生士等の事業担当者は、対象者及び家族が日常の生活や環境の中で、主体的かつ無理なく取り組めることに配慮し、本人による計画づくりを支援する。

#### (2) 個別サービス計画の作成

短期集中予防サービスとして実施される場合は、事前アセスメントの結果に基づく利用者の課題及び利用者の意向を踏まえて、個別サービス計画を作成する。その際、プログラムの目標、家庭や地域での自発的な取組の内容等を考慮して、実施期間、実施回数等を設定する。

「介護予防ガイド 実践・エビデンス編」によると、口腔・栄養の複合プログラムは、将来の要介護認定及び医療介護給付費を抑制する可能性があると報告されており、必要に応じて栄養改善マニュアルの内容も参考に、栄養改善プログラムも組み合わせた計画作成を行う。

サービスの形態には、通所型サービス、訪問型サービスがある。対象者の状態やニーズに応じて選択する。

#### ① 通所型サービス

歯科衛生士、言語聴覚士等が看護職員、介護職員等と協働し、口腔機能を向上するための個別の計画を作成し、それに基づき集団的な教育や口腔機能向上のためのトレーニングを実施する。集団的なプログラムについては、複合的プログラムの一環として提供することが可能である。

#### ② 訪問型サービス

保健師等が居宅を訪問して実施する訪問型サービスにおいて口腔機能が低下している、またはそのおそれのある者の対応にあたっては、歯科衛生士、言語聴覚士等による訪問を実施することが望ましい(または、担当の保健師等が歯科衛生士等と連携して必要な情報を得て、支援を行う)。その際は、歯科衛生士等と保健師等との連携が重要であり、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、訪問を実施し、必要に応じて地域包括支援センターを通じて歯科医師に相談する。

### 4-2-4 プログラムの実施

#### (1) プログラムの趣旨

口腔機能向上プログラムは、口腔機能が低下しているおそれがあり、要介護認定を受けていない



高齢者を対象として、要支援・要介護状態に陥らないよう、自分らしい生活の確立と自己実現を支援するものである。

### ①口腔機能向上の必要性についての教育

当該事業への積極的な参加を図るためには、おいしく食べて、楽しく話し、よく笑うなどのもとになる口腔機能を維持・向上させることの必要性を、高齢者に理解しやすいように図表やビデオ、パンフレット、実際の体験者の事例なども交えて説明し、理解を得ることが大切である。

### ②口腔清掃の自立支援

口腔を清潔に保つ習慣は口腔疾患を予防するのみならず、高齢期には心身への生活の刺激ともなる。また口腔清掃が咳や嚥下の反射機能などの口腔機能を向上させる効果もある。これらを踏まえ、日常的な口腔清掃の意義と必要性について分かりやすく説明し、動議づけや習慣づけを行う。

### ③口腔機能向上のためのトレーニング

担当者は、摂食・嚥下機能等の基本的な知識を学んだ上で、参加者がそれらの機能向上のためのトレーニングをセルフケアとして日常生活の場で継続実施できるようなプログラムとする。

#### (2)プログラムの実施期間、回数

短期集中予防サービスとして実施する場合、実施期間は概ね3～6か月程度(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。

#### (3)プログラム内容

1回のプログラムの流れは以下を目安とする。毎回の実施メニューは図表 4-7を参考に対象者の状態に応じて選択する。

- ① プログラム内容・進め方・効果・リスク・緊急時の対応を対象者にわかりやすい形で説明し、対象者の同意を得る。
- ② 口腔機能向上サービスの管理指導計画に基づき、以下の項目を実施する。具体的なプログラムメニューは、図表 4-7を参考に対象者の状態に応じて選択する。
  - ・ 教育講座:口腔機能低下がもたらす有害事象や予防の重要性の理解を促すために行う。
  - ・ 口腔清掃の指導:歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士などが看護職員等と協働して実施する。対象者の個別性に合わせた口腔清掃の指導を行うとともに、歯科治療の必要がある場合は歯科受診を勧める。
  - ・ トレーニング:摂食・嚥下機能等の向上のため、各機能の訓練・指導を行う。具体的なトレーニング方法については、「介護予防ガイド 実践・エビデンス編」を参照されたい。
  - ・ また、定期的なモニタリング(中間評価)とフォローアップを行い、参加者の日常生活におけるセルフケアとしての口腔機能向上プログラムの実施、継続を支援する。

図表 4-7 プログラムメニューの例

①口腔体操の指導	参加者自らが主体的に口唇や頬、歯や咽頭などの咀嚼や嚥下の器官の動きを維持し、高めていくための直接的な機能訓練を行う。
②口腔清掃の指導	清掃しづらい部位を指摘し、歯ブラシの仕方、義歯の清掃法・管理法等を指導する。
③口腔清掃の実施	本人では清掃困難な部位の清掃介助等を実施する。
④唾液腺マッサージ指導	三大唾液腺（耳下腺、顎下腺、舌下腺）へのマッサージ法を指導する。
⑤咀嚼訓練・指導	おいしく食べ、窒息予防など安全な食事を継続するための訓練及び指導を実施する。
⑥嚥下訓練・指導	むせの軽減、肺炎予防などを目的とした訓練及び指導を実施する。
⑦発音・発声に関する訓練・指導	構音機能の維持・向上を目的とし、ひいては咀嚼や嚥下機能に関する訓練指導を実施する。
⑧食事姿勢や食環境についての指導	食事の時の姿勢や適切な食具の選択など、その機能を十分発揮し向上できるような環境面への援助や指導助言を実施する。

### (4)プログラム実施上の留意点

#### 1. プログラム実施前

口腔状態により、無歯顎(歯が無い)者や義歯の使用の有無に関わらず、適切なプログラムになっているか考慮する。明らかなう蝕(虫歯)や義歯が合っておらず調整が必要な場合には、必要に応じて歯科医療機関との連携を図る。

#### 2. プログラム実施中

- ① **歯のトラブル:**動揺する歯や義歯、つめ物、かぶせ物などを有する場合は、ガムやグミの咀嚼には注意が必要である。
- ② **痛みの有無:**う蝕や歯周病、義歯の不適合による当たりなどにより、舌や口腔粘膜、歯肉に発赤や膨脹など、痛みを伴うトラブルを生じている場合には歯科医療専門職に相談・連絡することが望ましい。
- ③ **誤嚥・窒息:**激しいむせや咳、呼吸困難などが生じた場合、早急に気道内の異物を除去する必要がある。また、窒息に至らなくても食道残渣や胃液の気管内への流入は肺炎の原因となるため注意が必要である。

4-2-5 事後アセスメント

(1)アセスメントの実施

実施担当者は、事後アセスメントを通して事業の実施効果(当初の目標の達成度、対象者の満足度等)の評価を行う。なお、事前アセスメントにて反復唾液嚥下テスト(RSST)やオーラルディアドコキネシスなどをアセスメント方法として採用している場合、事後アセスメントでも同様のアセスメントを実施し、事前・事後での実測値の変化を確認する。

図表 4-8 事後の総合評価

<input type="checkbox"/> 食事がよりおいしくなった	<input type="checkbox"/> 薄味がわかるようになった	<input type="checkbox"/> かめるものが増えた
<input type="checkbox"/> むせが減った	<input type="checkbox"/> 口の渇きが減った	<input type="checkbox"/> かみしめられるようになった
<input type="checkbox"/> 食事時間が短くなった	<input type="checkbox"/> 食べこぼしが減った	<input type="checkbox"/> 薬が飲みやすくなった
<input type="checkbox"/> 口の中に食べ物が残らなくなった	<input type="checkbox"/> 話しやすくなった	<input type="checkbox"/> 口臭が減った
<input type="checkbox"/> 会話が增えた	<input type="checkbox"/> 起きている時間が増えた	<input type="checkbox"/> 元気になった

(2)実施後の対応

事後アセスメントの結果を本人に共有するとともに、地域包括支援センターに報告する。各介護予防プログラムの報告等により地域包括支援センターの保健師等は参加者の状態等の効果の評価を行う。その結果、事業継続の要否について判断する。

プログラム終了後も口腔機能向上の効果を維持するため、本人の社会参加に資する活動の場につなげることが望ましい。

図表 4-9 事業対象者に対する各職種のかかわり方

	セルフケア	専門職の介入	医療介入
主な実施場所	居宅	市町村保健センター・公民館等及び設置基準を満たした医療機関等	医療機関
主な実施主体	利用者自身	歯科衛生士等が看護職員、介護職員等と協働して実施	歯科医師等
頻度	毎日	実施期間中に6回程度	緊急時
実施内容	【セルフケアプログラム】 ・日常的な口腔清掃 ・摂食機能の向上訓練等の実行	【専門的プログラム】 ・摂食機能の向上訓練の指導 ・口腔・義歯清掃法の指導 ・歯科保健の健康教育等	緊急時対応

## 第4章 口腔機能向上マニュアル

### 別添資料 4-1 口腔機能自己チェックシート(例)

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 |       |        |

1a. どちらもできない    1b. 片方だけできる    2. 両方できる

(1a、1b)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。

別添資料 4-2 口腔機能向上に関する記録(例)

氏名(ふりがな)	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 生まれ 歳
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
食形態等	<input type="checkbox"/> 経口摂取 ( <input type="checkbox"/> 常食、 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 ( <input type="checkbox"/> 4、 <input type="checkbox"/> 3、 <input type="checkbox"/> 2-2、 <input type="checkbox"/> 2-1、 <input type="checkbox"/> 1j、 <input type="checkbox"/> 0t、 <input type="checkbox"/> 0j)) <input type="checkbox"/> 経腸栄養、 <input type="checkbox"/> 静脈栄養
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり (発症日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について把握するよう努めるとともに、6月以内の状況について記載すること。

1 スクリーニング、アセスメント、モニタリング

		年 月 日
		記入者:
		<input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
口腔衛生状態	口臭	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	義歯の汚れ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	舌苔	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
口腔機能の状態	食べこぼし	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	舌の動きが悪い	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	むせ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	痰がらみ	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
	口腔乾燥	<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 分からない
特記事項	<input type="checkbox"/> 歯(う蝕、修復物脱離等)、義歯(義歯不適合等)、歯周病、口腔粘膜(潰瘍等)の疾患の可能性 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する疾患の可能性 <input type="checkbox"/> その他( )	

2 口腔機能改善管理計画

作成日: 年 月 日

計画立案者	<input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
目標	<input type="checkbox"/> 口腔衛生( <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善( )) <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能( <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善( )) <input type="checkbox"/> 食形態( <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善( )) <input type="checkbox"/> 音声・言語機能( <input type="checkbox"/> 維持、 <input type="checkbox"/> 改善( )) <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他( )
実施内容	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導 <input type="checkbox"/> その他( )

3 実施記録

実施年月日	年 月 日
サービス提供者	<input type="checkbox"/> 看護職員、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士
口腔清掃、口腔清掃に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
音声・言語機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施
その他( )	<input type="checkbox"/> 実施

4 その他特記事項

--

### 第5章閉じこもり予防・支援マニュアル

#### 5-1 事業の趣旨

「閉じこもり」とは、外出頻度が少なく、生活の活動空間がほぼ家の中のみへと狭小化する状態である。閉じこもると活動性が低下することにより、廃用症候群<sup>15</sup>が発生・増悪し、さらに心身両面の活動能力を失っていき、最終的に要介護状態へと進行すると考えられている。

加齢に伴い、様々な原因で外出頻度が少なくなり、生活空間が屋外・地域から自宅内(敷地内を含む)へと狭くなっていく。例えば、身体機能・移動能力に支障がなくても、屋外や地域でやるべきことがないと、どうしても日中の生活空間は屋内になりやすい。また、家庭における役割(買い物など)がない、あるいは地域社会における役割がないと、外出の頻度が低くなる。外出頻度の増加そのものが閉じこもり予防・支援の目的ではなく、自宅の外で何らかの目的・役割をもつ結果として、外出が促進されることを目指すべきである。

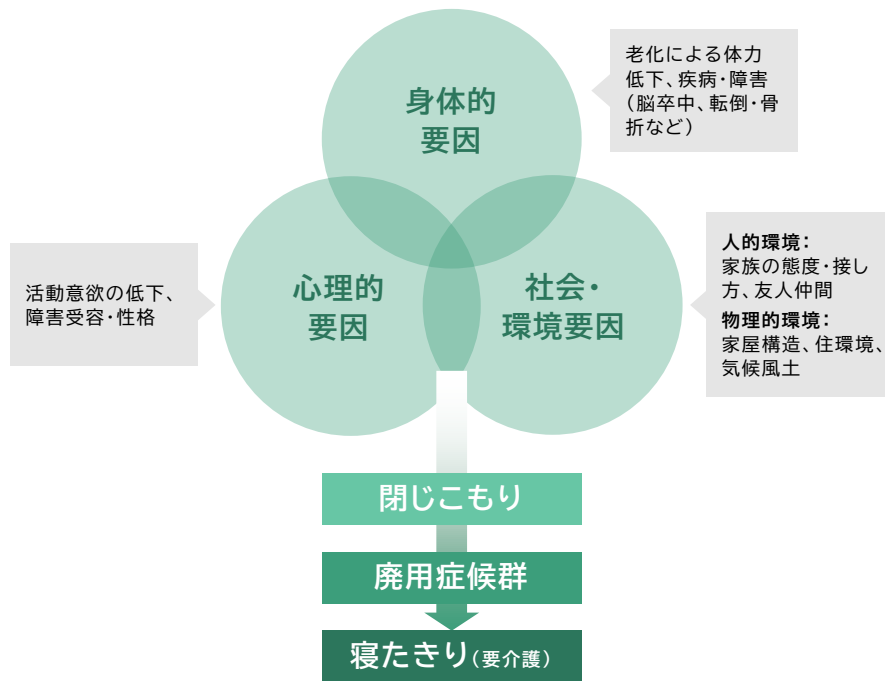
要介護状態の原因としての閉じこもりをもたらす要因には、身体的、心理的、社会・環境要因の3つがあり、それらが相互に関連して発生すると考えられている(図表 5-1)<sup>16</sup>(竹内, 2001)。また、閉じこもり高齢者は認知症、うつ状態、運動器の機能低下、低栄養、口腔機能の低下など、さまざまな要支援・要介護のリスクを併存している可能性が高く、閉じこもりを引き起こす要因と健康障害の関連・影響を考慮する必要がある。たとえば、社会活動が不活発であることが認知症の発症リスクを上げると考えられていることから、閉じこもりは認知症の発症のリスクとなっている可能性がある。また、閉じこもり状態が長くなることで、人との交流が減り、会話も少なくなり、気分的にも落ち込んだ状態になっていき、うつ傾向になっていくこともあると考えられる。さらに、低栄養状態であるために体力がなく、外出する意欲も低下して、閉じこもりになっているという場合もあろう。

---

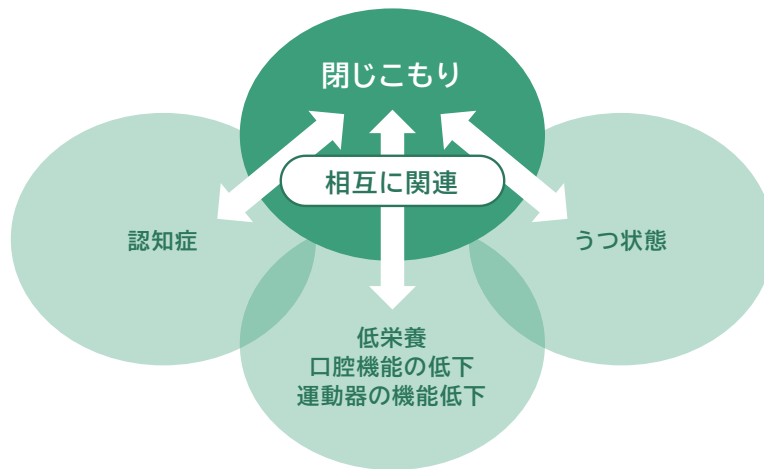
<sup>15</sup> 廃用症候群とは、「廃用(使わないこと)」、すなわち不活発な生活や安静でおきる、全身のあらゆる器官・機能に生じる“心身機能の低下”である。

<sup>16</sup> 竹内孝仁:閉じこもり、閉じこもり症候群, 介護予防研修テキスト, 社会保険研究所, 東京, 2001, 128-140, 一部加筆。

図表 5-1 閉じこもりの要因と位置づけ



図表 5-2 閉じこもりと他の関連モデル



このように、閉じこもりは、さまざまな要支援・要介護のリスクとも密接な関係を持っており、閉じこもりと他の要支援・要介護のリスクとは、相互に関連した状態であると考えられる(図表 5-2)。

上述のように、閉じこもりは他の要支援・要介護のリスクと極めて密接な関連を持っていることから、閉じこもりを解消することのみを目的とした単独の事業として実施するのではなく、他の地域支援事業や予防給付などとの協力・連携が必要である。

他の地域支援事業と同様に、閉じこもり予防・支援においても閉じこもりを作らないということが最も重要である。閉じこもり状態にない高齢者を閉じこもりや閉じこもり予備群にしないという予防対策とともに、より活動的な生活になるよう支援することが重要である。そのため、保健師、地域包

括支援センター、民生委員、地域ボランティアなど、公的機関や地域の組織・団体、さらには地域住民をも含めた地域全体での支援体制・環境づくりにより介護予防の普及啓発を行う。特に市町村は、こうした活動を支援する主体としてさまざまな機関による構成員の連携に努める。

仕事、近所づきあい、地域行事への参加、環境美化活動への参加、趣味や娯楽の活動、老人クラブ、ボランティア活動、地域の世話役を引きうけるなど、社会との交流が増すほど健康感や生活への満足度が高くなり、精神面のうつ的な傾向は少なくなることが報告されている。したがって、成人期までに拡大した地域社会との交流をできるだけ維持するような方策を講じ、閉じこもり予防・支援にもつなげるようにする。

### 5-2 プログラムの進め方

#### 5-2-1 事前準備

##### (1)実施担当者

保健師を中心に介護予防に携わる職種のほか、地域包括支援センターや社会福祉協議会等の社会福祉士や民生委員などが携わることが望ましい。

##### (2)対象者のスクリーニング

閉じこもりの「早期発見・早期対応」の第一歩としては、基本チェックリスト等によりスクリーニングを行い、対象者を把握することが必要である。また、かかりつけ医・歯科医、民生委員や食生活改善推進員、また、家族などからの情報収集が有効である。さまざまな情報源を活用し、より早く閉じこもり傾向のある人を見つける工夫が必要である。

閉じこもりの概念、定義はさまざまであり、現時点でも統一された定義はないが、基本チェックリストでは、「週に1回以上は外出していますか」(No.16)と「昨年と比べて外出の回数が減っていますか」(No.17)の項目が閉じこもりに関連する項目である。

短期集中予防サービスにて実施する場合、基本チェックリストの No.16 に該当することなどを目安としつつ、生活機能の低下が見られる者として、介護予防ケアマネジメントによりサービスの提供が適当とされる高齢者が対象となる<sup>17</sup>。なお、週に1回以上外出している場合でも、外出頻度が1日1回未満である場合は閉じこもり傾向がある場合も考えられるため、対象者の状況をよく把握した上で、外出につながる啓発やプログラムの実施を検討されたい。

---

<sup>17</sup> その他の多様なサービスや一般介護予防事業等において、生活機能の低下が見られる者を対象として、当該マニュアルを活用することも可能である。



図表 5-3 基本チェックリスト(抜粋)

番号	基本チェックリスト項目(抜粋)	回答	
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

閉じこもり高齢者の特徴として、特に予測因子として報告されたもののみを列挙した(図表 5-4)。このような要因を抱えている高齢者たちは「閉じこもり」の危険性が高い集団として早い段階での予防対策を講じることが重要である。

図表 5-4 閉じこもりの予測因子

身体的要因	歩行能力の低下、IADL 障害、認知機能の低下、散歩・体操や運動をほとんどしない、日常生活自立度が低下、視力・聴力の低下、足腰の痛み、サルコペニア
心理的要因	ADL に対する自己効力感の低さ、主観的健康感の低さ、うつ傾向、生きがいがない、体重や筋量の減少感
社会・環境要因	高年齢であること、集団活動などへの不参加、家庭内での役割の低さ、社会的役割の低さ、親しい友人などがいない、友人・近隣・親族との交流が少ない、金銭管理をしていない

## 5-2-2 事前アセスメント

### (1)課題の確認・把握

市町村や地域包括支援センターから保健師等による面接を行い、「閉じこもり予防・支援のための二次アセスメント票(例)」(別添資料 5-1)等を用いて事前アセスメントを実施する。事前アセスメントでは、対象者の身体的、心理的特徴や家族の意識・考え方、屋内外の物理的環境を的確に把握し、閉じこもりの要因や問題点について評価する。

#### ①環境要因の考え方

生活空間の狭小化をもたらす住環境要因としては、大きく分けて主に以下の3点が考えられる。

- ・ 坂道・階段・交通量などの自宅周辺の環境
- ・ 気温・降雨降雪量などの気候条件による屋外環境
- ・ 自宅の家屋構造や屋内環境

自宅を訪問した際に簡単な聞き取りや観察により、対象者の部屋や外出を阻害する可能性がある物理的環境を把握し、評価を行う。

また、対象者に住まいについての生活様式・習慣(以降、居住習慣とする)についてたずねることにより家族との交流の様子、生活空間の狭小化の様子、余暇時間の活動性とテレビの視聴時間、社会

との接触の程度や交流の様子を把握し、居住習慣からみた閉じこもりの様子をおおむね推し量るようになる。

### ②住環境の評価

閉じこもりをもたらす住環境要因としては、

- ・ 道路交通事情や気候条件などの地域が一体となって改善計画を検討すべき周辺環境
- ・ 対象者の自宅であっても直接的には改善が図りにくい家屋構造などの固定的な住環境
- ・ 家族や対象者の毎日の居住習慣

がある。このうち、居住習慣の改善については費用がかからず、訪問プログラムに取り入れやすいため、「居住習慣へのアプローチ」から検討するべきであろう。閉じこもりをもたらしやすい要因を把握して働きかけを行う。

### 5-2-3 閉じこもり予防・支援の進め方

#### (1)閉じこもり予防・支援の考え方

閉じこもり予防・支援においては、効果が示された標準的なプログラムはほとんどなく、特にリスクの高い高齢者に対する見守りと一般介護予防事業における通いの場や通所型サービスへの参加勧奨が中心となる。平成24年に改訂された介護予防マニュアルでは、保健師の訪問による働きかけを主軸としていたが、時代背景の変化により個別訪問を好まない高齢者や特殊詐欺等の不安から訪問に応じない高齢者も少なくない。訪問による働きかけが難しくなっている実情を踏まえ、多様な社会参加の機会を提示することで閉じこもり高齢者自らが外出や社会参加を希望し、実行できる環境整備の考え方を示す。

#### (2)閉じこもり高齢者の類型

外出頻度が「週1回程度以下」である閉じこもり高齢者は、移動能力によりタイプⅠとタイプⅡに大別されるが(新開、2005)<sup>18</sup>、関係者へのアプローチ方法によりここでは3類型に大別した。すなわち、①健康上または社会環境的には支障がないが、外出意欲が全くない高齢者、②健康上または社会環境的には支障がないが、外出意欲がやや低い(≡外出に億劫な)高齢者、③健康上または社会環境的に支障があるが、外出意欲がある高齢者である。

このうち、①に該当する高齢者は、自らの選択(意思)で閉じこもりを選び、周囲の人から干渉されたくない高齢者であり、主観的 QOL が高い、つまり現在自分は不満がなく、幸せだという高齢者で

<sup>18</sup> 新開 省二:「閉じこもり」アセスメント表の作成とその活用表、ヘルスアセスメントマニュアル—生活習慣病・要介護状態予防のために—、ヘルスアセスメント研究委員会監修、東京:厚生科学研究所、2000: 113-141

ある。現状に満足しているため、現状では周囲の人からの働きかけに応じて外出に積極的になる可能性は少ない。

②に該当する高齢者は、環境変化や体調の変化などで外出の意欲が低下しており、外出の機会が減ってしまっているものの、周囲の人の後押し・勧奨により閉じこもりを解消し、再び能動的な社会参加を実現できる可能性がある。

③に該当する高齢者は、本来外出の意欲はあるが、疾患や障害などの健康上の理由や金銭面などの社会環境上の理由で外出が難しくなっている高齢者である。外出しない背景に日常生活に困難を抱えるケースもあるため、医療や福祉サービスといった専門的支援の評価も必要である。

### (3)閉じこもり予防・支援の内容

前述した通り、閉じこもり高齢者の中にも複数の類型があり、適切なアプローチ方法は異なる。

#### ①健康上または社会環境的には支障がないが、外出意欲が全くない高齢者に対するアプローチ

①健康上または社会環境的には支障がないが、外出意欲が全くない高齢者に対しては、外出に関する行動変容過程において無関心であり、各種サービスや取組の利用をいくら促しても、徒労に終わる場合が多い。そのため、まず地域で利用可能なサービスや取組内容と閉じこもりのもたらすリスクを十分に説明して、その後対象者自身が外出行動を増やすなどの行動変容の必要性を感じて、行政への支援の依頼につなげることを期待する。その後は、地域包括支援センターや社会福祉協議会の保健師・社会福祉士等を中心に見守りや生活支援を通して継続的な状況把握に努めるようにする。

#### ②健康上または社会環境的には支障がないが、外出意欲がやや低い(≒外出に億劫な)高齢者に対するアプローチ

この類型の高齢者は、本来は外出や社会参加の意欲はあるものの、体調の変化や魅力的な社会参加の場がないと感じていることから、外出機会が減ってしまい、次第に外出意欲も薄らいでいる状態である。逆にいえば、周囲の人の後押し・勧奨により、再び社会参加につながる可能性が十分にある。

この類型の閉じこもり高齢者に対しては、一般介護予防事業などの事業と連携しながら、社会参加の場の選択肢を増やすことが有効であると考えられる。現状の通いの場の多くは、体操教室などの実施が活動内容となっているが、高齢者の中には集団での体操を好まない人もいる。そのため、趣味・学習活動、まちづくり活動や就労的活動といった多様な活動を行う通いの場等を充実させることが求められる。このような多様な活動を介護予防の取組として実施する場合、庁内の他部門や外部機関・民間企業との連携や協働が不可欠となる。庁内であれば、生涯学習部門やまちづくり部門を中心に、既にシニア向けの趣味の教室や市民講座を開催している例は少なくない。こうした行政が有する既存の取組を活用することで、短期間で社会参加の場の多様化を図ることができる。また、就労的活動やボランティアなどの場を提供する場合、民間企業との協働が有効である。人材獲得や地域貢

献を期待する企業と社会参加の場を求める高齢者をうまくマッチングすることができれば、行政だけでは提供しえない幅広い社会参加の場を提供できるとともに、高齢者自身が役割意識をもって活動に参加し、継続することにつながる。

### ③健康上または社会環境的に支障があるが、外出意欲がある高齢者に対するアプローチ

③健康上または社会環境的に支障があるが、外出意欲がある高齢者は、疾患や障害の悪化や生活困窮によって生活困難に至る危険性が高い。この類型の閉じこもり高齢者に対して、まずは行政や医療福祉の専門機関の支援につなげるとともに、地域包括支援センターや社会福祉協議会の保健師・社会福祉士等を中心に見守り・安否確認を継続して実施する。

別添資料 5-1 閉じこもり予防・支援のための二次アセスメント票(例)

対象者氏名( )	評価者氏名( )		
( 年 月 日生 歳)			
〈外出頻度〉	・事前アセスメント( 年 月 日)		
	1. 週に1回以上 2. 月に1回以上 3. 月に1回未満		
	・どのようなことがあったら、外出しますか。		
	(催し物、行事、サービス、集まり、など)		
	( )		
	・事後アセスメント( 年 月 日)		
	1. 週に1回以上 2. 月に1回以上 3. 月に1回未満		
〈手段的自立(IADL)〉	事前アセスメント	事後アセスメント	
1. バスや電車を使って一人で外出できますか	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	
2. 日用品の買い物ができますか	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	
3. 自分の食事の用意ができますか	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	
4. 請求書の支払いができますか	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	
5. 銀行預金、郵便貯金の出し入れができますか	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	
〈知的能動性〉			
6. 年金などの書類が書けますか	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	
7. 新聞を読んでいますか	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	
8. 本や雑誌を読んでいますか	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	
9. 健康についての記事や番組に関心がありますか	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	
〈社会的役割〉			
10. 友達の家を訪ねることがありますか	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	
11. 家族や友達の相談にのることがありますか	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	
12. 病人を見舞うことができますか	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	
13. 若い人に自分から話しかけることができますか	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	
〈生活体力指数〉			
14. 歩行や外出に不自由を感じますか	0. はい 1. いいえ	0. はい 1. いいえ	
理由(疾病、痛み、尿漏れ、目、耳、家の周囲、等)			
15. イスから立ち上がる時、手の支えなしで立ち上がりますか	1. はい 0. いいえ	1. はい 0. いいえ	
16. 最近、つまずきやすいですか(易転倒性)	0. はい 1. いいえ	0. はい 1. いいえ	
〈日中、おもに過ごす場所〉	(A B C D)	(A B C D)	
・A:自宅の外 B:敷地内 C:自宅内 D:自分の部屋			
〈日中、おもな過ごし方〉	(A B C D E)	(A B C D E)	
・A:自宅外の仕事(役割) B:家の仕事(役割) C:趣味 D:おもにテレビ等 E:特になし			
〈その他の特記事項〉			
閉じこもりの要因の合計点			
I 手段的自立・体力低下(1~5, 14~16) 8点満点	事前__点	事後__点	
II 知的能動性・社会的役割低下(6~13) 8点満点	事前__点	事後__点	

### <閉じこもり予防・支援のための二次アセスメント票(例)>の使い方

保健師など面接者は、閉じこもり予防・支援プログラムを実施する前に、対象者の個別の状況を把握する。

1. 確認の意味も含め、外出頻度は必ず確認する。事後アセスメント項目は網掛けしている。
2. 項目1～13 は、老研式活動能力指標である。この指標は、「手段的自立」より高次元の活動能力を測定しており、「社会的役割」まで含む唯一の測定尺度である。この尺度は自立した高齢者を含む在宅高齢者の生活機能の評価に適している。項目1～5は「手段的自立」を、項目6～9は「知的能動性」を、項目10～13 は「社会的役割」の水準を測定するもので、下位尺度として独立した評価も可能である。
3. 本アセスメント票では、項目1～5、14～16 の合計点(満点 8 点)で、「Ⅰ 手段的自立・体力低下」と呼ぶことにしたが、この点数の増加が第一の目標である。
4. 項目6～13 の合計点(8点満点)で、「Ⅱ 知的能動性・社会的役割低下」と呼ぶことにしたが、閉じこもりでこの機能を維持している場合は少ないと考えられるので、これは、Ⅰの後の目標にするのが現実的であろう。
5. 「日中、おもに過ごす場所」、「日中、おもな過ごし方」では、A→D、A→Eにしたがって、望ましくない状態を示している。事後アセスメントでD→A、E→Aへと1段階でも変化した場合には、改善と評価して良い。
6. その他の特記事項としては、対象者のうつ、認知症など他の要介護のハイリスク状態の把握のほか、家族の対象者に対する見方や家族と対象者との関係などについて気づいたことをメモとして記載する。
7. このアセスメント票は、「評価のための評価」が目的でないことは言うまでもない。対象者の評価を行うことで、機能低下している項目、注意すべき事項が浮き彫りになってくる。面接時には、評価に基づき可能な範囲で、助言を行うべきである。
8. 評価の安定性を確保するために、原則的に、評価者は同じ人であることが望ましい。

#### 注意事項

・項目1、2、5は基本チェックリストと質問内容が類似しているが、本アセスメント票では「…できますか」になっている。一方、基本チェックリストでは「…していますか」になっている。「…できますか」は「やろうと思えばできる」能力の評価をしており、実際にその行為をしていないこと自体は評価に影響しない。いわば、潜在能力を測定していることになる。一方、「…していますか」は「実際にしている」能力(行為)を評価しており、「実際にはしていないが、やる必要性が生じたらやれる」場合も「していない」という評価になる。したがって、測定された能力では潜在能力はわからないことになり、場合によっては、能力の過小評価につながる可能性がある。

・本アセスメント票は、確立した尺度である老研式活動能力指標そのものを用いており、下位尺度のみでも評価可能であるのに対して、基本チェックリストでは現時点では尺度としての妥当性・信頼性は検証されていない。ただ、下位尺度での変化はわずかである可能性が高いと考え、Ⅰ、Ⅱの合計点での評価を提案したが、これも妥当性・信頼性の検討はされておらず、あくまで目安とすべきである。

・事後アセスメントはおおむね3ヵ月後をめどに実施するが、対象者の状態等に応じて、早めに経過を把握する必要がある場合は、速やかに対応する。

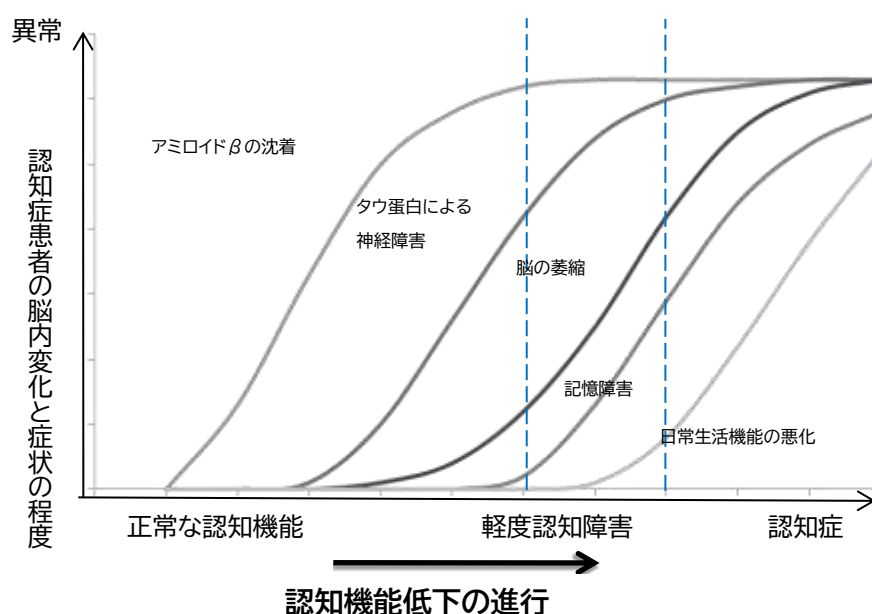
## 第6章 認知機能低下予防・支援マニュアル

## 6-1 事業の趣旨

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

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

図表 6-1 認知症者の症状と脳内の変化



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

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

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

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

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

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

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

### 6-2 プログラムの進め方

#### 6-2-1 事前準備

##### (1)実施担当者

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

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

---

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



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

### (2)対象者のスクリーニング

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

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

図表 6-2 基本チェックリスト抜粋

番号	基本チェックリスト項目(抜粋)	回答	
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるといわれますか	1.はい	0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ

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

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

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

## 第6章 認知機能低下予防・支援マニュアル

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

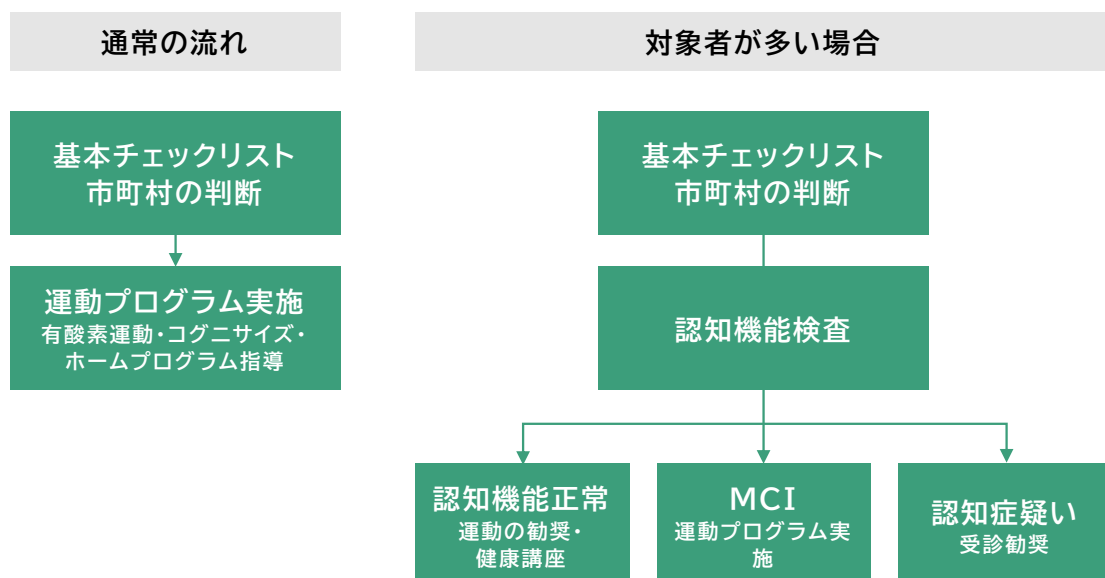
図表 6-3 主観的記憶に関する質問

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

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

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

図表 6-4 参加者選定のフロー



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

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

図表 6-5 HDS-R を用いた層別化の一例

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

### 6-2-2 事前アセスメント

#### (1) 課題の確認・把握

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

図表 6-6 評価尺度

### 1) 認知機能の評価尺度

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

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

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

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

上記①～④の項目をセットとして、約 17 分間で実施する。

さらに下記個別テストを追加しても良い。

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

### 2) その他の評価尺度

運動によるプログラムなので、体力の評価尺度測定として、① Timed Up and Go test (TUG; 椅子から立ち上がり3m 歩行して戻って着座するまでの時間) や ② 5m 最大歩行速度を必要に応じて評価する。

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

プログラム3か月(計 12 回)の参加率も教室運営の評価指標とする。

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

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

### 6-2-3 個別サービス計画の作成

#### (1)目標設定について

介護予防ケアマネジメントにて作成したケアプラン内容に合わせた目標を設定する。対象者本人が今後どのような生活行動や趣味活動をしたいのかを聞き取り、それを基に生活目標を設定する。たとえば、記憶力の悪化を自覚しており、それに取り組む意欲がある場合には、家計簿や日記をつけるなど記憶機能を使う行動を生活課題として設定する。また、注意集中力の悪化を自覚しているならば、集中力を必要とする作業を含む生活行動や趣味活動やゲームなどを生活課題として設定する。さらに、段取りの能力の低下を自覚しているならば、料理、旅行、パソコン、麻雀、囲碁、将棋、園芸など段取りの能力を必要とする生活行動や趣味活動などを増やすことを生活課題とする。

#### (2)個別サービス計画の作成

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

#### ①通所型サービス

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

#### ②訪問型サービス

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

### 6-2-4 プログラムの実施

#### (1)プログラムの趣旨

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

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

### (2) プログラムの実施期間・回数

実施時間: 1回 60 分程度

実施頻度: 週2回程度

実施期間: 12 週間程度

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

### (3) プログラムの内容

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

#### A. 一般的な運動プログラム

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

<教室でのタイムスケジュール例と注意点>

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

### B. コグニサイズ

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

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

### C. 認知的活動(図表 6-7)

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

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

図表 6-7 教室でのタイムスケジュール例

第1回	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全体オリエンテーション</li> <li>・支援者提供の認知的活動の実施</li> <li>・自宅での自主学習の設定</li> </ul>
第2～12回 (3か月末まで)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自主学習報告</li> <li>・支援者提供の認知的活動の実施</li> <li>・自宅での自主学習の設定</li> </ul>
第13回 (4か月目)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・グループ学習のオリエンテーション</li> <li>・後期小グループの作成: 興味のある認知的活動(創作芸術系、音楽系、調査発表系など)</li> <li>・小グループ内でのテーマ決定と目標設定</li> </ul>
第14回目以降	<p>【週1回の教室】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・小グループ内での自主学習の進捗報告</li> <li>・全体発表用のまとめ・方向性の修正</li> <li>・次回までの各自課題の相談</li> </ul> <p>【自主学習】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・教室で決めた内容を各自で調査(図書館やインターネットの利用、訪問調査など各自で工夫)</li> </ul>
第24回 (最終日)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各小グループで実施した内容の全体発表会</li> </ul>

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

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

#### (4)プログラム実施上の留意点

##### 1)プログラム実施前

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

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

##### 2)プログラム実施中

プログラム実施中は、以下の点に留意する。

###### ①バイタルサイン

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

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

###### ②低血糖症状

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

冷や汗／手指の震え／動悸／不安感／悪心／だるさ／急激な眠気



### ③転倒

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

### ④その他

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

## 6-2-5 事後アセスメント

### (1)アセスメントの実施

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

### (2)実施後の対応

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

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

#### 1)プログラムの効果を知ってもらう

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

#### 2)週に1回程度行う

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

#### 3)6名程度のグループ単位で運営する

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

#### 4)テキストを使用する

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

#### 5)行動変容理論を活用する

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

#### 6)話し合いや作業はメンバー同士で行う

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

プログラム終了後も自主活動が継続されやすい。

### 7)プログラム実施期間中に自主活動の準備をしておく

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

### 8)自主活動の状況をモニターし評価する

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

### 9)活動報告会・交流会を開催する

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

### 10)ICT を活用する

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

---

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

### 第7章 うつ予防・支援マニュアル

#### 7-1 事業の趣旨

平成 18 年度の介護保険法改正以降、それまでの介護給付を中心とした介護保険制度は「予防重視型システム」へと転換されてきた。それに伴い、高齢者に対する心の健康づくりや予防対策の普及、うつ状態またはうつ傾向にある高齢者の把握と相談や指導、機能訓練等、地域におけるうつへの取組が求められることになった。また、高齢者に限らず、地域の全住民に対して心の健康づくりやうつ予防に関する普及啓発を進めることは、地域全体の心の健康づくりに関する機運を高めることにつながる。このことから、積極的に地域への普及啓発を進める必要があることがわかる。

こうした取組を進めるためには、ケアを行う者、対象者に応じたケアの手段・体制等を調整する者など、関係者の役割が重要である。本マニュアルは、高齢者のうつを予防し、早期発見・早期治療を可能にし、うつ状態またはうつ傾向の人を長く支えることができる地域の環境をつくり、住民の心の健康の向上を図ることを目的として、介護予防の観点からケアに携わる関係者がどのように対応したらよいかを示すことを目的として作成したものである。

うつは、精神的なエネルギーが低下して、気分がひどく落ち込んだり何事にも興味を持てなくなったり、おっくうだったり、なんとなくだるかったりするといった症状に対して強い苦痛を感じ、日常生活の支障がほとんど毎日現れるまでになった状態である。高齢者は、身体的にも社会的にも喪失に関連したさまざまなストレスを感じる人が多いことから、うつ状態になりやすいと考えられる。うつ状態が強くなると、身体の状態にも影響することから、高齢者のうつ対策は生活習慣病予防・進展防止、ひいては要支援・要介護高齢者を少なくするためにも重要である。

そこで、うつ対策活動の目標を予防の観点から次にまとめる。それは、健康増進と疾病の予防を目的とした一次予防、早期発見、早期治療によって、病気の進行や障害への移行を予防する二次予防、病気によって残った障害を最小限にし、その制約のもとで充実した生き方ができるように支援する三次予防である(図表 7-1)。

このような介護予防に向けた取組を進めるためには、実施主体である市町村がこれまで実施してきた既存事業や民生委員、食生活改善推進員等の地域の社会資源との有機的連携を図りながら、地域支援事業を行っていくことが大切である。また、そのためには、ケアの対象者とケアの種類・方法・体制等を調整する「地域包括支援センター」の役割が重要になる。

#### <事業の目的>

- 地域全体への普及・啓発を行い、地域住民自らがうつに関する正しい知識を持ち、ストレスに適切に対処できるように支援する。
- うつは気づきにくい、気づかれにくいことから、健診(検診)や健康教育、家庭訪問等のあらゆる

機会を活用してアセスメントを行い、うつ傾向にある高齢者を早期発見し早めに相談や経過観察、受診勧奨等を行うことにより重症化を予防するようにする。

- 強いストレス状態、うつ状態またはうつ傾向にある高齢者に対し、家族、地域住民、民生委員、食生活改善推進員等の関係者、ケアに携わる専門職が声かけ、見守り、相談、医療機関との連携、服薬指導等のさまざまなアプローチを正しく行うことができるようにする。
- 地域のさまざまな保健医療福祉サービス資源の機能を理解し、調整を図りながら、事業対象者や要支援者への適切な対応を行えるようにする。

図表 7-1 介護予防の各段階におけるうつ対策

一次 予防	<ul style="list-style-type: none"> <li>・うつに対する正しい知識の普及啓発を実施する</li> <li>・高齢者の生きがいや孤立予防につながる活動を行い、主体的な健康増進と鬱予防をめざす</li> <li>・心の健康問題に関する相談、うつのスクリーニング及び受診体制を整備する</li> </ul>
二次 予防	<ul style="list-style-type: none"> <li>・基本チェックリスト等を用いて、うつのアセスメントを行う</li> <li>・うつの可能性が疑われた高齢者に「心の健康相談」を進める</li> </ul>
三次 予防	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病気によって残った障害を最小限にし、その制約のもとで充実した生き方ができるように支援する</li> </ul>

一次予防の実施体制としては、保健師、看護師、介護支援専門員、社会福祉士、精神保健福祉士、民生委員、保健推進員等が支援に加わるようにし、以下のような方針で事業を行う。

- あらゆる機会を通してうつに対する正しい知識の普及、啓発に努める
- 高齢者の生きがいや孤立予防につながる活動を行い、主体的な健康増進とうつ予防を目指す
- 心の健康問題に関する相談、うつのスクリーニング及び受診体制を整備する

地域住民に対して、パンフレット配布だけではなく、あらゆる機会や方法を通じて、心の健康づくり、ストレスへの対処方法、うつとその症状、地域にある心の健康相談窓口や健診等の内容について、正しい知識の普及・啓発に努めることが重要である。高齢者と接触の多い民生委員や公民館長、地域婦人会、食生活改善推進員等を重要な行政のカウンターパートとして、講演会や研修会・シンポジウム等を通じて、うつや心の健康づくりに関する正しい知識の普及や情報の提供を行うことが望ましい。

市町村から配布されている健康手帳は、うつの知識や簡単な自己評価法に関する情報を提供するための媒体として有用である。心の健康に関する知識や「こころの電話」等の相談窓口等を記載できるようにして、医療及び健診の結果を記録する欄には、身体的なことのみならず心の健康に関することについても記録を残すよう指導しておくことが望まれる。

### 7-2 うつ予防・支援策の進め方

「介護予防ガイド 実践・エビデンス編」によると、高齢者は喪失に関連するさまざまなライフイベントから、うつの発症につながりやすいとされている。このほか、自己効力感の低下、認知機能の低下、日常生活の困難さ、転倒の恐れ、日中ひとりで過ごすこと、慢性疾患の存在など高齢者にはさまざまなうつのリスク要因がある。高齢者のうつ予防・支援においては、リスク要因に対処したうえで、うつ予防対策を実践することが求められる。本項では、アセスメントからうつ状態またはうつ傾向を有した高齢者を抽出し、本人の状況に応じて医療機関への受診や運動プログラムへの参加につなげる一連の支援について説明する。

#### 7-2-1 事前準備

##### (1)実施担当者

アセスメントは、医療機関や民生委員などの関係機関、訪問活動による実態活動把握、また要介護認定など、さまざまな機会を通して行うことが重要である。健診等に従事する保健師、看護師・事務職等に対しては、うつに関するアセスメントや対応に関する説明会を実施する。これによって、スタッフがうつに関するアセスメントや心の健康づくり対策の必要性・重要性についての共通理解を深め、心の健康づくりに対する気運が高まると考えられる。先駆的に取り組んだ他の市町村の担当者の事例発表を聞くのも有効である。

早期発見によって、病気の進行や障害への移行を予防するためには、保健師、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士等が地域包括支援センターをはじめ、保健所、精神保健福祉センター等と連携しながら、うつの早期発見、個別相談や受診勧奨、治療介入等の適切な支援を行うことが重要である。

##### (2)対象者のスクリーニング

うつ予防・支援を目的とした短期集中予防サービスとして実施する場合には、基本チェックリストの No.21～25 のうち2つ以上に該当することなどを目安としつつ、生活機能の低下が見られる者として、介護予防ケアマネジメントによりサービスの提供が適切とされる高齢者が対象となる。<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> その他の多様なサービスや一般介護予防事業等において、生活機能の低下が見られる者を対象として、当該マニュアルを活用することも可能である。

図表 7-2 基本チェックリスト抜粋

番号	基本チェックリスト項目(抜粋)	回答	
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

なお、基本チェックリストのうつに関する5項目の質問中2項目以上を満たしている場合は、精神保健福祉施策として「心の健康相談」等により、治療の必要性についてアセスメントし、適宜、受診勧奨や経過観察等を行うことが必要である。

うつ状態またはうつ傾向を有した住民は、ものごとに消極的で人前に出ていきにくいといった特性があることから、まずは健診等での把握に努める。しかし、このような当該住民の自主的・自発的行動に基づく機会だけでは、うつ傾向の強い住民に気づけない懸念があり、一般には自分がうつだということに気づかないまま苦しんでいる人もたくさんいる。仮に気づいたとしても他の人に相談することをためらう人も少なくない。そのため、うつ状態またはうつ傾向を有した住民の周囲にいる多くの地域住民や関係者・関係機関がうつについての正しい知識を有し、さまざまな機会をとらえて早期に発見できるようにする。

高齢者の家族・地域住民も含めうつ傾向が強い場合とうつ傾向が弱い場合に分けて、支援の方法を検討することが重要である。閉じこもり、認知症、筋力低下等を合併している場合も多いので、それぞれの状態の悪化を防止するためにも、うつへの取組を行う必要があり、そのためにもうつ傾向の有無についてチェックすることから始める。

## 7-2-2 事前アセスメント

### (1) うつの把握と評価

うつは気づかれにくい・気づきにくいことから、地域住民に対しいつに関する正しい知識の普及啓発を行うと同時に、アセスメントの機会を多く持ち、早期に発見するための工夫が大切である。アセスメントの方法としては、基本チェックリストを使って行うアセスメントとアセスメントでハイリスクと判断される住民に市町村等が行う二次アセスメントがある。

健診でうつアセスメントを実施する場合、健診会場や結果報告会で、うつや心の健康づくりについての健康教育を実施するとよいであろう。パンフレットやポスター等を使って、健診の待ち時間や合

間、結果報告会で心の健康づくりに関する普及啓発を積極的に行うのがよい。

基本チェックリストを活用したアセスメントは、健診以外でもさまざまな場面でできる。

- ①保健所や市町村でのうつに関する相談時
- ②医療機関
- ③市町村保健師等の訪問時
- ④民生委員や保健推進員等の声かけ、見守り用
- ⑤普及啓発のためのパンフレットの家庭配布用に(自己チェックとして)
- ⑥福祉ネットワークにおける活用

なお、精神保健福祉施策としての観点からは、基本チェックリストのうつに関する5項目に加えて、その他の項目(アセスメント受診希望の有無・保健サービス希望の有無等)を追加したり、ストレス体験や自殺念慮の有無などを聞いたりする項目を追加することも考えられる。項目の追加については、各自治体が各地の状況に応じて、柔軟に判断していく必要がある。

### (2)一次アセスメント

基本チェックリストを用いたアセスメントを行う場合は、市町村の担当者や医療機関の従事者が心身両面の健康を評価するための健診の流れについて対象者にわかりやすく丁寧に説明するようにする。

#### 【説明のポイント】

- 心身両面の健康を把握するためのものである。
- からだの健康と心の健康は密接に関係している。
- その他、個別に希望がある場合には、可能な範囲で相談に対応する。

### (3)二次アセスメント

基本チェックリスト等によるアセスメントの結果、うつ状態またはうつ傾向を有した高齢者に対して「心の健康相談」として保健師等の聞き取りにより実施する。二次アセスメントは、単なるアセスメントと考えず、保健師等と住民との信頼関係を築く大切な機会としてとらえると良い。なお、短期集中予防サービスの事業対象者の場合は、地域包括支援センターにおける介護予防ケアマネジメントの中で詳細なアセスメントが行われ、対応されることになるが、事業対象者に該当しないハイリスク者についても、必要に応じて一般の精神保健福祉対策の中で二次アセスメントを実施する体制とすることが重要である。

二次アセスメントの結果、日常生活に支障をきたしている場合は、医療機関への受診を勧める。日常生活に支障をきたすほどでない場合や、医師の診察の結果、運動プログラム等を勧められた場合は、プログラムへの参加を検討してもよい。

基本チェックリスト等を用いたアセスメントでハイリスクと判断されながら、「心の健康相談」等に行



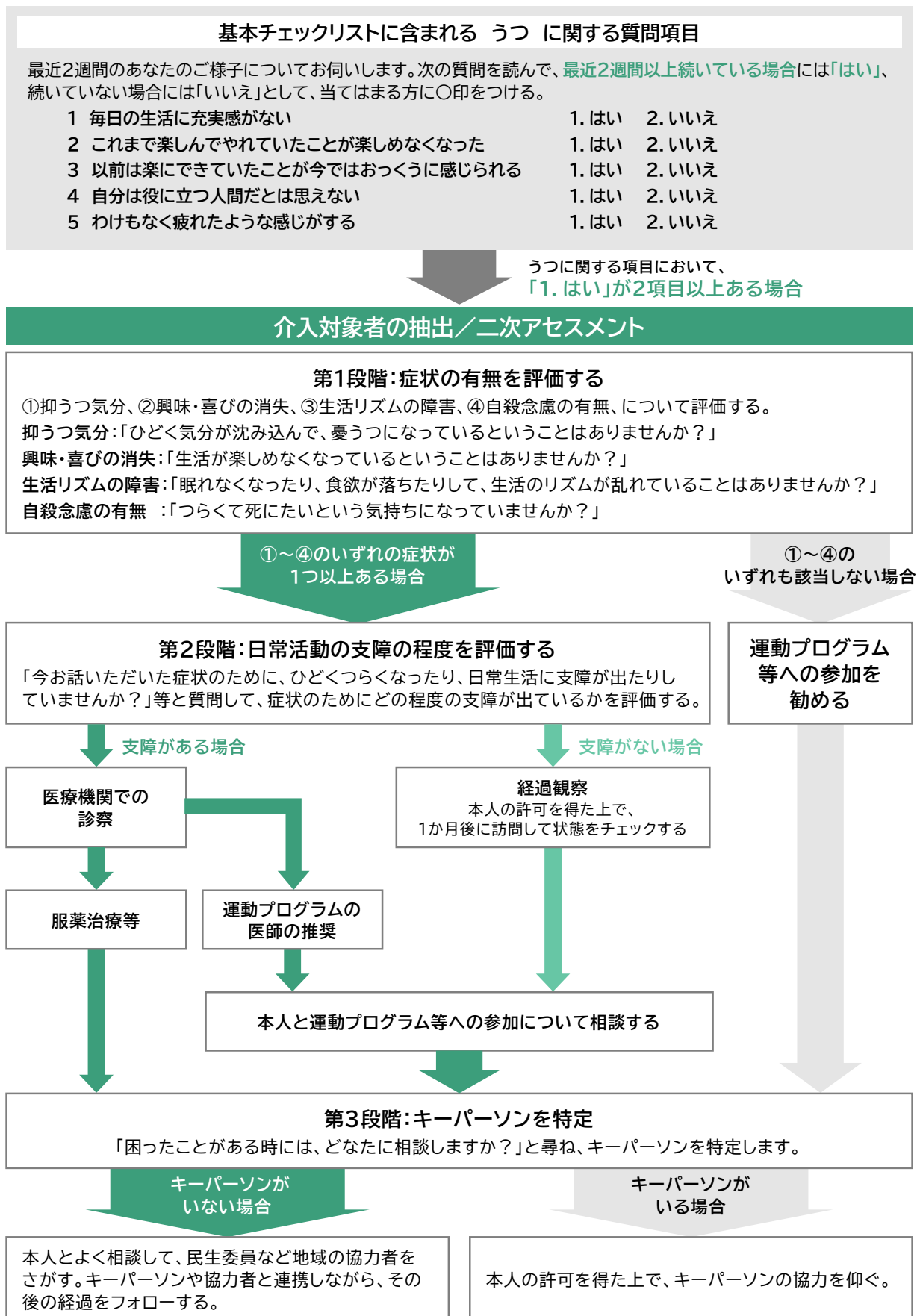
くことを拒否している住民の中にも受診が必要と思われる者もいる。市町村や関係機関と連携して、家庭訪問を活用して面接する方法も検討する。その場合は慎重に対応する必要があり、必ずしも初回の面接で心の健康に関する課題に触れる必要はない。必要なときには心の健康についての相談に応じるということを住民に伝えることが重要である。

### (4)カンファレンス

カンファレンスは、うつアセスメントハイリスク者について家庭状況・生活状況・家族構成等について情報を共有し、今後の支援方向について確認する場になる。

うつアセスメント後、事例検討会等を持つことも従事者のスキルアップの観点から重要である。保健師等によっては、自分が行ったケースに対する支援(家庭訪問・面接)について「これで良かったのか?」「間違っていたのではないか?」と思い悩む場合もある。保健師等がアセスメントハイリスク者に対して行った支援を振り返り、今後の支援の方法等をディスカッションすることで自分の気持ちが整理できるし、保健師等としてのスキルアップにもつながる。

図表 7-3 うつのアセスメントフローの例



## 7-2-3 予防・支援策の実施

## (1) 支援・支援策の趣旨

高齢者のうつ予防・支援においては、アセスメントと個別健康相談、訪問指導、受診勧奨等が一連の流れの中で実施されることが望ましい。そのため、前述の一次アセスメント、二次アセスメントの中で保健師等と対象者との信頼関係を築くと同時に、「心の健康相談」や受診勧奨を通じた個別ケアを行う。

## (2) 受診勧奨

二次アセスメントで受診が必要と判断した場合には、専門科(精神科・心療内科)の受診を勧める。医療機関への受診を勧める場合、高齢者が受診に抵抗感を持つ場合も少なくないが、家庭訪問を継続することで保健師等との信頼関係が築かれて受診に至ることもあるので、根気強くかかわることが大切である。

精神科・心療内科受診に抵抗感を持っている住民には、比較的受診しやすい身近な一般診療科の受診を勧める。他の疾患で治療中の場合は、その治療を担当している主治医に相談するよう勧める。その場合には、可能であれば本人の許可を得た上で紹介状を作成し、対象者に渡すようにする。併せて、これも可能であれば本人の了解を得た上で返信用封筒を同封し、受診結果を返送してもらうようにする。これは、受診確認と今後のフォローに活かすためである。

受診の結果、運動プログラム等への参加が適切とされた場合は、下記の運動プログラム等を紹介し、参加を促してもよい。

また、うつは単に医療機関を受診しただけで解決するものではない。症状が長期に続くことが少なくなく、一度改善しても半数以上の人再発することもわかっている。したがって、市町村は、うつ状態またはうつ傾向のある高齢者等に対して、地域包括支援センター、精神保健福祉センターと連携をとりながら、健康教室・研修会・市民講座を案内したり、電話相談や家庭訪問等を行ったりするなど、さまざまな支援を行う必要がある。必要に応じて保健所が実施している心の健康相談日の紹介や保健師等の家庭訪問を実施する。家庭訪問ではじっくり時間をとって保健師等が対象者の話を聴くように心がける。それだけで、気持ちが軽くなる場合も多いようである。

さらに、事業主体と精神科医師との連携が順調な場合には、訪問診療という方法も考えられるので検討してみることも大切である。対象の住民が、福祉ネットワークを活用した見守り活動の対象者になることもある。その際には民生委員や福祉関係者との連携も必要になる。

(注意)保健師等が、医療機関受診について熱心になりすぎたり、焦りがあつたりすると、対象者との信頼関係が気まずいものとなり、関係が途切れてしまうこともある。対象者との信頼関係を大切にしながら支援するように努めることが重要である。本人が拒否している場合は、相談窓口を紹介・提示する等の柔軟な支援を考えるようにする。

### (3)運動プログラムの実施

「介護予防ガイド 実践・エビデンス編」によると、「高齢者のうつ症状の改善または発症予防においては、運動の種類や強度にかかわらず効果が示されており、運動すること自体が重要と考えられている」とされている。運動による生理・生化学的な効果に加え、ストレス改善効果や自己効力感向上のような心理的効果が期待されている。つまり、筋力や持久力などの体力向上自体を目的とした運動だけではなく、対象者自身が運動に興味や関心を持ち、意欲的に取り組めるような工夫も重要といえる。

以下に運動プログラムの例を示すが、具体的な実施方法は、運動器の機能向上プログラムの例(別添資料 2-6)や「介護予防ガイド 実践・エビデンス編」を参照されたい。

- ①ストレッチング
- ②筋力トレーニング
- ③有酸素運動
- ④心身運動(太極拳やヨガ)

### (4)運動プログラム実施上の留意点

#### 1)運動プログラム共通の留意点

運動プログラムを実施する場合、第2章運動器の機能向上マニュアル内の「(4)プログラム実施上の留意点」(P31)を参照すること。

#### 2)うつ症状のある高齢者における留意点

運動プログラムの実施によりうつの予防や改善効果が報告されている一方、実施してもうつ症状への効果が得られない場合や、運動に対してモチベーション低下がみられる場合があることに留意する。一方、週1回1時間程度の軽い運動でも全く運動しない人に比べてうつのリスクが低下することが報告されているため、対象者が実施可能なレベルでも定期的に体を動かすことは大切である。

また、他の多くの病気と同様に、睡眠や食事の質、社会的交流や趣味など、より良い日常生活を送る上で欠かせない要素もうつ予防には重要である。運動が苦手な高齢者や身体的に運動が困難な高齢者では楽しく取り組める活動を勧めてみる。なお、栄養状態不良などの身体的要因によりうつ傾向を示している場合も、運動プログラムへの参加が不適切と判断される。

##### ①休憩、疲労への対応

対象者の疲労状態に合わせて休憩を十分にとるようにする。うつ症状としての疲労感があることに留意する。

##### ②モチベーションの維持

うつ症状のある高齢者にとって運動に対するモチベーションを高く維持してプログラムを継続することは容易ではない。対象者にとって負荷が強すぎるプログラムや運動に対する楽しさや自己

効力感を低下させるプログラムは運動に対するモチベーションが低下しやすい。運動を始めたばかりの時期は、対象者が楽しく不安なく参加できるようレクリエーション要素を取り入れるなど工夫する。うつ症状のある対象者に対してはうまく運動できないことを責めず、また過度に励ましすぎないように対応する。

### 7-2-4 三次予防としてのうつ対策

三次予防は、病気によって残った障害を最小限にし、その制約のもとで充実した生き方ができるように支援するもので、市町村等が行う「心の健康相談」等に対応する。集団でのケアが可能な場合には、通所型サービスやインフォーマルサービス事業を活用して、うつ病の人への支援も行う。ただし、うつ病の人、家族や自殺未遂をした人の家族等への支援等は、プライバシーに十分配慮した対応が求められることから、健康相談、訪問指導を通じた個別ケアが大切になる。

### ○エビデンスを踏まえた介護予防マニュアル改訂委員会 委員○

座長

荒井 秀典 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 理事長

委員(五十音順)

江澤 和彦 公益社団法人 日本医師会 常任理事

兼城 綾子 社会医療法人敬愛会 なかがみ地域包括センター準備室 室長

斉藤 秀之 公益社団法人 日本理学療法士協会 会長

島田 裕之 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター  
老年学・社会科学研究センター センター長

田中 和美 神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 教授

西村 一弘 公益社団法人 日本栄養士会 常任理事

平野 浩彦 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 歯科口腔外科部長

藤原 佳典 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長

細野 純 公益社団法人 日本歯科医師会 理事

水上 勝義 筑波大学大学院人間総合科学学術院 教授

山田 実 筑波大学人間系 教授

### ○介護予防マニュアル執筆協力者○

畑山 浩志 洲本市役所健康福祉部介護福祉課長寿支援係 (理学療法士)

安本 勝博 津山市役所健康増進課 主幹(兼)  
ワクチン接種推進室 主幹(兼)高齢介護課 主査 (作業療法士)

村上 美香 大分県佐伯市 高齢者福祉課 (保健師)

本事業は、令和3年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)  
「エビデンスを踏まえた介護予防マニュアル改訂に関する研究事業」として  
株式会社野村総合研究所にて実施したものです。

令和3年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)  
エビデンスを踏まえた介護予防マニュアル改訂に関する研究事業  
介護予防マニュアル第4版

---

令和4(2022)年3月発行

**株式会社 野村総合研究所**

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-9-2  
大手町フィナンシャルシティ グランキューブ  
TEL : 03-5533-2111(代表)

---