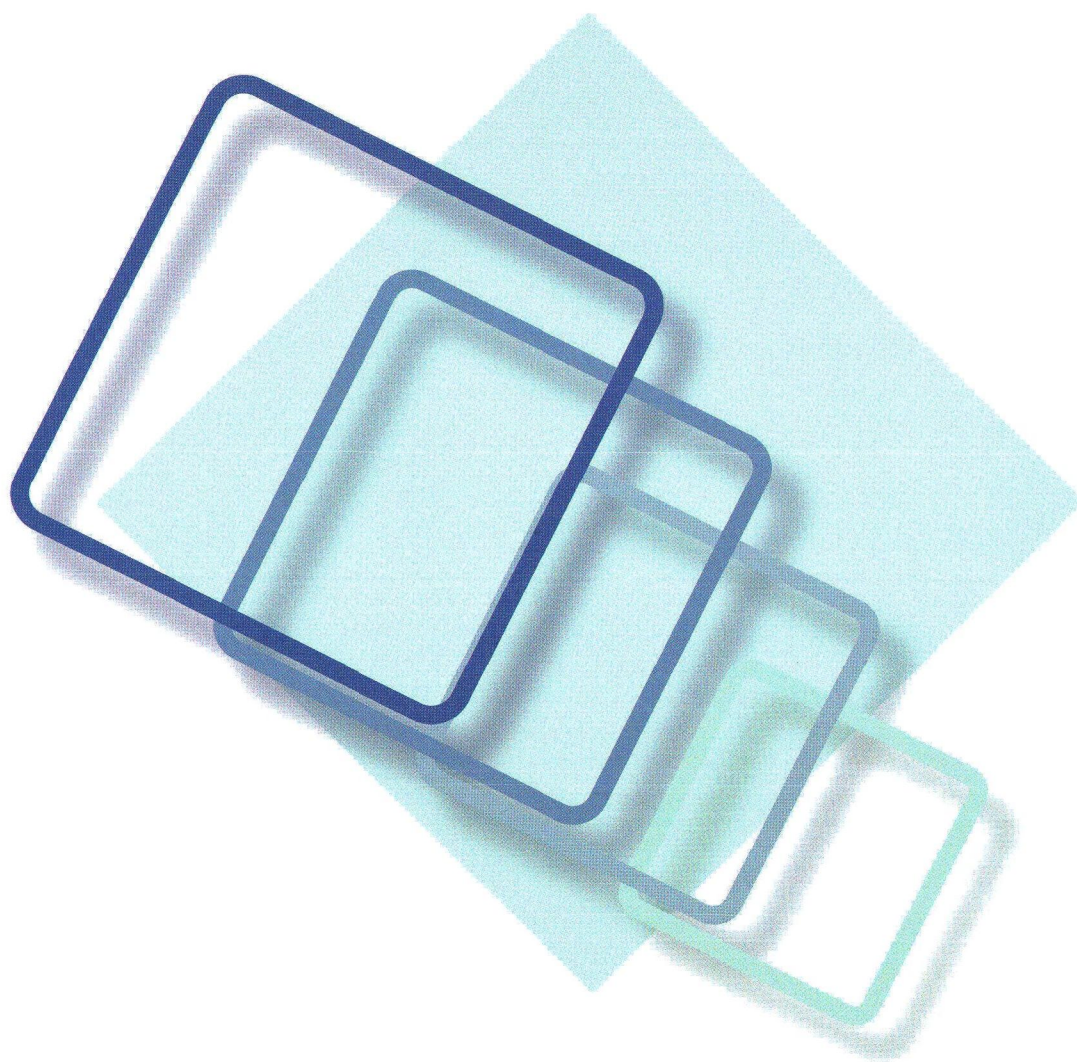


適切な介護予防計画作成のための 現況調査と普及方策検討事業報告書



平成18年3月

社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

はじめに

介護保険制度においては、要介護1の軽度者が増加の一途を辿っており、これらの軽度者の状態の改善や悪化防止を推進する視点から、予防給付及び地域支援事業が平成18年4月より創設される。

地域支援事業では、生活機能が低下している高齢者を早期に発見し、要支援・要介護状態に陥ることを予防することが狙いであり、介護保険制度持続の観点からも地域支援事業の果たす役割は大きい。平成18年度から市町村は基本健康診査や訪問調査等により「基本チェックリスト」(25項目)を活用して、特定高齢者を選出することになるが、年に1回の基本健診等の機会ではタイムリーに発見することは難しいと考えられる。

本会では老人保健健康増進等事業の助成を受けて、「基本チェックリスト」を活用した医療機関における水際作戦試行モデル事業を行った。実施33施設(特定の外来日1日に65才以上の外来患者全員に実施)の結果において、自立高齢者のうち約1割が特定高齢者施策の対象になることがわかった。事業実施に際しては、問診に対応できるマンパワーの確保、介護予防に関しての医療従事者側の理解・意識統一の必要性、受診者側の理解・協力等、様々な課題も挙げられたが、国保直診において、生活機能が低下した高齢者(特定高齢者)を早期に発見する窓口の機能を十分に果たせることが明らかになったことから、今後も積極的に取り組むことの必要性が示唆された。

また、水際作戦に付随して行った介護予防ケアプラン作成モデル事業においては、介護予防を必要とする対象者に対して、介護予防ケアマネジメントの理念に従って適切な介護予防ケアプランを作成し、効果的な介護予防サービスを提供することはもちろんのこと、地域の保健・医療・福祉サービスやインフォーマルサービスなど、様々な社会資源を有機的に連携させる役割を担うことが必要と考えられた。このことから、高齢者がいきいきと、住みなれた生活圏で安心して生活を送るためにも、国保直診が目指している地域包括ケア体制の構築をより一層推進していくことが重要と考えられた。

おわりに、本事業にご協力いただいた国保直診及び関係者に感謝するとともに、この事業を実施するにあたり、ご尽力いただいた辻一郎委員長はじめ委員の方々に深甚の謝意を表します。

平成18年3月

全国国民健康保険診療施設協議会
会長 富永芳徳

目 次

要 旨.....	1
本 編.....	5
I. 事業の概要.....	6
1. 事業の背景と目的.....	6
2. 事業の具体的内容.....	8
(1) モデル事業の実施.....	8
(2) 現地訪問調査.....	13
(3) 事業実施期間.....	13
(4) 事業実施体制.....	14
II. 調査結果.....	15
1. 水際作戦試行モデル事業実施結果.....	15
(1) 施設の概要.....	15
(2) 「基本チェックリスト」記入介助の方法.....	19
(3) 介助非実施施設の状況.....	23
(4) 基本チェックリストの結果.....	25
(5) 水際作戦試行モデル事業を踏まえた課題・意見.....	60
(6) 現地訪問調査.....	69
2. 介護予防ケアプラン作成試行モデル事業.....	71
(1) 介護予防ケアプラン作成試行モデル事業の実施方法.....	71
(2) 介護予防サービス・支援計画表の各項目について.....	74
(3) 介護予防サービス・支援計画表作成における全般的な意見・課題等.....	92
(4) 介護予防ケアプラン作成事例.....	98
(5) 現地訪問調査.....	100

参考資料：調査票一式

本事業は、当初「適切な介護予防計画のための生活評価表の作成とその普及推進事業」として開始したものであるが、介護保険制度改正の流れの中で、特定高齢者の決定に活用される「基本チェックリスト」が平成17年11月に示されたことから、生活評価表の作成ではなく、基本チェックリストの活用を行う事業として事業内容の変更を行い、「適切な介護予防計画作成のための現況調査と普及方策検討事業」と事業名称の変更を行っています。

報告書本文中に掲載された表中の値の見方

【表の例】

合計	○	○
33	30	3
100	90.9	9.1

上段は件数、下段は割合を示します。

要 旨

医療機関における水際作戦試行モデル事業実施結果のまとめ

平成 18 年度から地域支援事業が開始され、まずは市町村の基本健康診査や訪問調査等により「基本チェックリスト」を活用して特定高齢者が発見され、介護予防特定高齢者施策の対象となることが考えられる。しかしながら、年 1 回の基本健診の機会では、風邪で寝込んで生活機能が低下した場合にタイムリーに発見することが困難と考えられる。一方で、医療機関であれば、風邪などで受診する、あるいは定期的に受診する機会もあることから、これらの特定高齢者をタイムリーに発見するための重要な窓口と考えられる。このため、医療機関においてどのように「基本チェックリスト」を活用すればよいのか、市町村と医療機関がどのように連携を図っていけばよいのかなど、今後、具体的な方法を検討することが重要であると考えられる。

今回、「水際作戦試行モデル事業」では、全国の 33 か所の国民健康保険直営診療施設（以下、「国保直診」という）において、平成 18 年 1 月下旬～2 月上旬の特定の 1 日を施設で予め設定し、65 歳以上の外来受診者全員を対象（一部、無作為抽出を実施した施設を含む）に来年度から市町村で利用される「基本チェックリスト」と同じ様式を用いて調査を行ったものである。

当日、国保直診の外来を受診し、「基本チェックリスト」を配布したのは 2,862 人で、このうち有効回収数は 2,560 人（有効回収率 89.4%）であった。

33 施設のうち、外来受診者全員を対象としたのは 20 施設（60.6%）、外来受診者の一部対象者を無作為抽出して実施したのは 13 施設（39.4%）であった。無作為抽出の方法としては、診察予約リストの中から番号順に無作為抽出し、予めカルテに基本チェックリストを挟んでおいて実施するなどの方法である。また、調査票を記入する際に、職員が記入介助を行った施設が 25 施設（75.8%）と多く、介助を行わなかった施設は 8 施設（24.2%）となっている。

調査票回収率

調査票配布枚数	2,862
有効回収数	2,560
有効回収率	89.4%

今回の調査結果によれば、65 歳以上の外来受診者（要介護者含む）で調査票を配布した人のうち、特定高齢者の候補者として選定されたのは 7.9% であった。要介護認定を「申請していない」あるいは「申請したが自立判定」の高齢者に限ってみると、特定高齢者の候補者は 10.1% であり、自立高齢者のうち、1 割程度が候補者の対象となることが分かった。

また、該当する高齢者の状態をみると、

- ・週1回以上受診している人
- ・(過去3ヶ月以内に)風邪などで1週間以上寝込んだことがある人
- ・腰痛・ひざ痛などにより、生活に支障がある人
- ・過去1年間に1回以上転倒したことがある人
- ・かみあわせの状態が悪い人
- ・住宅周辺の環境が「外出するのに不便」な人

などについては、特定高齢者の候補者として選定される率が高いことが分かった。これらのことから、上記の状態に該当する高齢者を対象に「基本チェックリスト」を活用すれば、特定高齢者の候補者の発見が容易であると考えられる。このため、例えばこれらの状態にある高齢者が医療機関を受診した際には、「基本チェックリスト」を活用し、特定高齢者の候補者であることを発見した際には、速やかに市町村に情報をつなげていくことが有効と考えられる。

今回のモデル事業のように外来受診者全員を対象に「基本チェックリスト」を記入する方法は、現実的には課題も多い。例えば、今回はモデル事業のため、多くの看護職員等が高齢者の記入介助にあたり、病院の一角に調査ブースを設置して対応するなどの対応が可能であったが、日常の診療の中で継続的に実施するのは困難と考えられる。また、今回のモデル事業で、「介助なし」を選択した施設においても、実際には記入上の質問への対応や代筆を一部行った施設が多く、調査対象者には何らかの記入介助が必要であると考えられる。このため、外来受診者全員を対象として調査を実施するのではなく、受診の際に医師や看護師等が「生活機能が低下している可能性がある」と考えられる高齢者を対象に「基本チェックリスト」を記入してもらい、必要であれば市町村に情報をつなげていくなどの方法が現実的と考えられる。

今回の調査から、上述したように、風邪などで1週間以上寝込んだ人や、腰痛・ひざ痛などにより生活に支障がある人などは、他の人に比べて該当率が高いことが分かった。このため、これらの状態にある高齢者が医療機関を受診した際には、「基本チェックリスト」を活用し、特定高齢者の候補者の早期発見に役立てることが重要であると考えられる。

地域支援事業による介護予防特定高齢者施策により、高齢者が要支援・要介護状態に陥る前にせき止めることが介護保険制度持続の観点から大きな課題となっている。このことから、これらの高齢者の多くが受診する医療機関における発見窓口としての役割は大変重要と考えられる。今後、市町村・地域包括支援センター等が地域の医療機関との連携方法を具体的に検討する際に本事業結果が活用されることを望む。

医療機関における介護予防ケアプラン作成試行モデル事業実施結果のまとめ

平成 18 年度から地域包括支援センターにて、予防給付対象者と地域支援事業の特定高齢者を対象とした介護予防ケアマネジメントが開始される。介護予防ケアマネジメントは、従来のケアマネジメントと以下のような点が違う特徴があげられる。

- 「できないこと」を補うという補完的なケアマネジメントではなく、生活機能の低下の背景・原因を分析し、課題を明らかにして目標を定めること
- 利用者と課題分析者が目標を共有し、利用者が主体的に目標に向けて取り組む「目標志向型」であること
- 介護保険や介護予防事業だけでなく、地域におけるインフォーマルサービスを利用者ニーズに合わせて活用すること

このようにケアマネジメントの考え方や様式が従来のケアマネジメントとは異なるため、本事業では、実際に平成 18 年度から使用される介護予防ケアプラン様式を使って、実際にプランの作成を行い、作成上の工夫や課題を明らかにすることを目的として実施した。

「介護予防ケアプラン作成試行モデル事業」では、水際作戦試行モデル事業を実施した全国の国保直診のうち 16 施設において実施した。水際作戦試行モデル事業により「特定高齢者の候補者」として選定された人の中から、各施設 2～3 人を対象として、合計 37 事例を対象に市町村等と連携して介護予防ケアプランの作成を行った。

介護予防ケアプラン作成方法について

実施施設数	16 施設
介護予防ケアプラン作成事例数	37 事例
利用者と面談した回数	1 事例あたり平均 1.9 回
面談にかかった時間	1 事例あたり平均 2.3 時間
介護予防ケアプラン作成のための会議回数	1 事例あたり 1.4 回
会議への参加人数	1 事例あたり 5.7 人

これらの施設において、実際に介護予防ケアプランを作成した結果、以下のような作成上の困難点及び工夫点が明らかになった。

まず、介護予防ケアプランでは、利用者が「できないこと」を探すのではなく、「できること」を探すという職員側の意識の切り替えが必要であり、特に利用者が生活上の問題点を認識していない場合、利用者による必要性を理解してもらい、意欲を引き出すための技術が職員側に必

要である。このためには、地域包括支援センターの委託を受ける国保直診や介護予防事業所として介護予防に関わる国保直診においては、引き続き介護予防ケアマネジメントに関する教育研修の場の確保をする必要がある。今回のモデル事業では、国保直診であることのメリットを生かして、医師や理学療法士等と連携・情報共有を行って介護予防ケアプランを作成したことが報告されており、このような連携体制の構築も大変重要な要素と考えられる。

また、今回のモデル事業は、市町村の地域支援事業やインフォーマルサービスが未定の状況下での実施であるが、介護予防ケアプランを作成するためには、各地域のインフォーマルサービスや住民活動など、様々な活動の情報を入手しておく必要がある。地域内の事業やインフォーマルサービス等について、具体的な内容や対象者、実施日時等の情報を逐次把握し、更新するための情報ネットワークの整備が必要と考えられる。また、介護予防ケアプランの作成を通じて、地域に不足するサービスが明らかになった場合には、市町村や住民組織等に働きかけて、インフォーマルサービスの掘り起こしを支援していく必要性も高い。これまで、国保直診においては介護予防に資するモデル事業等を継続的に実施しており、その中で地域の住民活動につながっているものもあることから、今後も継続的に地域に根ざした活動を支援し、地域の保健・医療・福祉サービスやインフォーマルサービス、支え合いなど、様々な社会資源を有機的に連携させる役割を担うことが望まれる。

これらの2つの事業を通じて、改正介護保険法が目指す「介護予防重視型システムへの転換」に向けた国保直診における取り組みの方向性が示唆された。1つ目は、水際作戦を通じて、生活機能が低下した高齢者を早期に発見する窓口としての機能を果たすこと。2つ目は、介護予防を必要とする対象者に対して、介護予防ケアマネジメントの理念に従って適切な介護予防ケアプランを作成し、効果的な介護予防サービスを提供すること。そして3つ目は、地域の保健・医療・福祉サービスやインフォーマルサービスなど、様々な社会資源を有機的に連携させ、地域包括ケア体制の構築に資することである。これらの取り組みを通じて、国保直診が地域における介護予防の推進拠点となり、高齢者がいきいきと、住みなれた生活圏で生活を送れる地域の実現を目指すことが重要と考えられる。

本 編

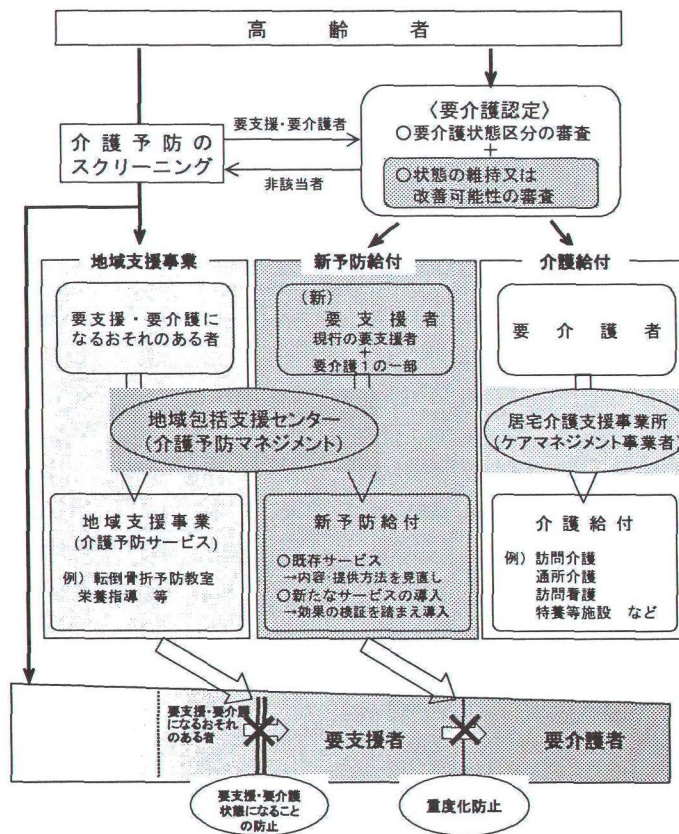
1. 事業の概要

1. 事業の背景と目的

平成 18 年度からの介護保険制度改革では、「予防重視型システムへの転換」が最大の柱とされている。介護制度創設以来、要支援、要介護 1 の軽度者が増加する一方で、現行の介護保険サービスが軽度者の状態の改善や悪化防止に必ずしもつながっていないとの考え方から、(新) 予防給付及び地域支援事業が創設されることとなった。

地域支援事業では、要支援・要介護状態になる前からの介護予防を推進するとともに、地域における包括的・継続的なマネジメント機能を強化すること、予防給付では、介護保険法の基本理念である「自立支援」をより徹底する観点から、その対象者の範囲、サービス内容、ケアマネジメント体制等の見直しが行われた。

図表 1 介護保険サービス見直しによるサービスの流れ

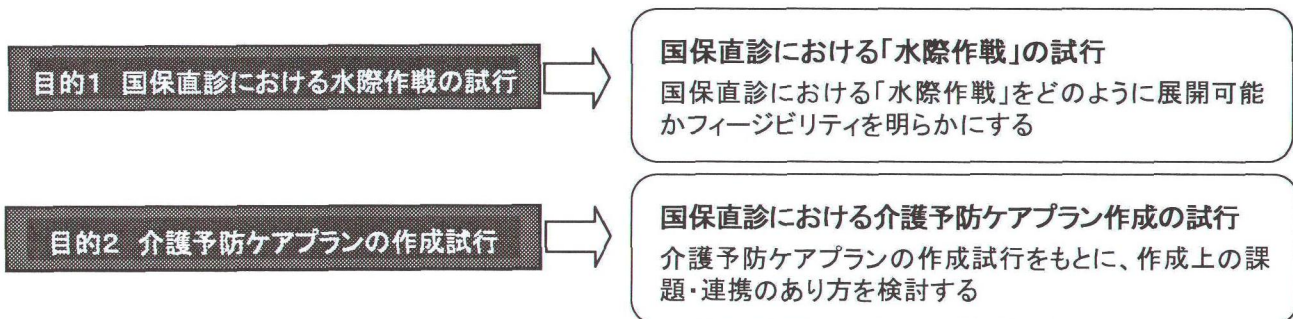


(出典) 8月5日全国介護保険担当課長会議資料より作成

地域支援事業では、生活機能が低下している高齢者を早期に発見し、要支援・要介護状態に陥ることを予防することがねらいであり、介護保険制度持続の観点からも地域支援事業の果たす役割は大きい。これには、「水際作戦」（何らかのきっかけによって急に生活の機能低下を起こしたときに、速やかに把握して手立てを打つ戦略のこと）が重要であり、この「水際作戦」が地域支援事業の成否を握る鍵ともいえる。

この「水際作戦」は、平成18年度からは、市町村が基本健康診査や関係機関・地域住民等と連携し、「基本チェックリスト（25項目）」を用いて、介護予防特定高齢者施策の対象である「特定高齢者」を抽出することになる。しかしながら、年に1回の基本健康診査や市町村による訪問活動等では、高齢者が生活機能の低下を引き起こした時点でタイムリーに対応するのが難しい可能性が高い。一方、医療機関であれば、定期的な慢性疾患の受診の機会、あるいは風邪等による受診の機会にこれらの「特定高齢者」の情報を速やかに把握できると考えられる。このことから、国保直診において「水際作戦」をモデル的に試行し、医療機関においてどのような「水際作戦」の展開が可能か、そのフィージビリティ（実現可能性）を明らかにすることを第1の目的とした。

さらに、これらの「水際作戦」により選定された「特定高齢者」に対して、平成18年度以降は地域包括支援センターにおいて介護予防ケアプランを作成することになる。国保直診では、地域包括支援センターの委託を受ける場合や、国保直診の保健師等が地域包括支援センターの職員になることなどが予想される。また、今後、地域包括支援センターと連携をして地域包括ケアを進めていくためにも、国保直診において介護予防ケアプランを試行的に実施しておく意義が高い。このため、本事業では、介護予防ケアプランの作成を試行的に行い、作成上の課題や連携のあり方等について検討を行うことを第2の目的とした。



2. 事業の具体的内容

(1) モデル事業の実施

①モデル事業実施施設

本事業は、「水際作戦試行モデル事業」と「介護予防ケアプラン作成試行モデル事業」の2段階で実施するものとし、「水際作戦試行モデル事業」を実施した施設の中から「介護予防ケアプラン作成試行モデル事業」を実施することとした。

	都道府県	施設名	実施項目	
			(A) 水際作戦モデル事業	(B) ケアプラン作成モデル事業
1	青森県	黒石市国保黒石病院	パターンB	
2	岩手県	国保藤沢町民病院	パターンA	◎
3	秋田県	市立大森病院	パターンA	◎
4	山形県	小国町立病院	パターンA	◎
5	群馬県	藤岡市国保鬼石病院	パターンA	
6	群馬県	藪塚本町医療センター	パターンA	◎
7	埼玉県	国保町立小鹿野中央病院	パターンA	
8	千葉県	国保直営総合病院君津中央病院	パターンB	
9	千葉県	鋸南町国保鋸南病院	パターンA	
10	富山県	市立砺波総合病院	パターンB	
11	石川県	公立羽咋病院	パターンB	
12	石川県	公立穴水総合病院	パターンA	
13	岐阜県	郡上市国保白鳥病院	パターンA	
14	岐阜県	郡上市国保和良病院	パターンA	◎
15	岐阜県	中津川市国保坂下病院	パターンA	
16	滋賀県	公立甲賀病院	パターンB	
17	滋賀県	公立高島総合病院	パターンB	
18	京都府	京丹後市立国保久美浜病院	パターンA	
19	和歌山県	国保野上厚生総合病院	パターンB	
20	兵庫県	国保五色診療所	パターンA	◎
21	鳥取県	日南町国保日南病院	パターンA	
22	島根県	飯南町立飯南病院	パターンA	◎
23	広島県	公立みつぎ総合病院	パターンA	◎
24	広島県	庄原市立西城市民病院	パターンA	◎
25	香川県	綾川町国保陶病院	パターンA	◎
26	香川県	三豊総合病院	パターンA	◎
27	愛媛県	国保久万高原町立病院	パターンA	◎
28	長崎県	国保平戸市民病院	パターンA	◎
29	熊本県	上天草市立上天草総合病院	パターンA	
30	大分県	姫島村国保診療所	パターンA	◎
31	大分県	杵築市立山香病院	パターンA	◎
32	大分県	公立おがた総合病院	パターンB	
33	宮崎県	都農町国保病院	パターンA	◎
			A=25施設 B=8施設	16施設
※パターンA=調査員聞き取り、パターンB=調査票配布回収				

②水際作戦試行モデル事業

「水際作戦試行モデル事業」は、地域の医療機関における「水際作戦」のフィージビリティースタディとして位置づけ、地域の医療機関を受診している高齢者について、どの程度の割合で「特定高齢者」が選定されるか、地域の医療機関で「水際作戦」を展開するための方法や課題は何か、などを明らかにすることを目的として実施した。

具体的には、モデル事業実施期間中、平成17年1月下旬～2月上旬の特定の1日について、当日の65歳以上の外来受診者全員（一部無作為抽出実施施設あり）に、調査の同意を取得した上で、基本チェックリストへの回答を依頼した。

施設数 ; 全国の国保直診 33か所

実施日 ; 平成18年1月下旬～2月上旬の特定の1日

(平均的な外来受診者数が見込める日)

対象者 ; 当日の65歳以上の外来受診者全員（介護保険サービス利用者も含む）

※65歳以上の外来受診者のうち、以下に該当する場合は対象外とした。

- ・病状等から調査票への回答が困難な対象者
- ・受診時間が短いなど、調査票への回答時間がない対象者
- ・調査への同意が得られない対象者
- ・介護老人福祉施設の入所者など、施設入所者（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、グループホーム、特定入居者生活介護（ケアハウス、有料老人ホーム）等）
- ・その他の理由

※基本的に受診者全員を対象としたが、大病院など1日の外来患者数が多い施設では、100人を目安に無作為抽出を実施した。

※調査対象とする診療科は原則全診療科とするが、小児科等は対象外とした。

実施方法 ; パターンA（介助つき）、パターンB（介助なし）に分けて実施した。パターンの選択は、施設の希望により決定した。パターンAの具体的な介助方法は各施設で検討した。

	パターンA	パターンB
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> ・専門職（看護職員等）が高齢者の基本チェックリスト記入時に記入介助する。 ・介助方法は、対象者の質問への回答、代筆、専用ブースの設置等 ・本人が記入した場合は、回収の際に抜けないかチェックする 	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者本人が記入する（質問を受けた場合、回答することは差し支えない。）
施設数	・25施設	・8施設

実施手順；受診の際に調査の趣旨を説明し、本人の同意を得て、基本チェックリストへの回答を依頼した。

調査票 ；施設調査票（医療機関全体、診療科別）
基本チェックリスト（厚生労働省様式に一部属性等を追加）

③介護予防ケアプラン作成試行モデル事業

「介護予防ケアプラン作成試行モデル事業」は、水際作戦試行モデル事業で「特定高齢者」として抽出された高齢者について、実際に介護予防ケアプランを作成し、介護予防ケアプランを作成する上で必要な情報や課題、連携上の課題等について明らかにすることを目的として実施した。

実施施設数；水際作戦試行モデル事業を実施した国保直診のうち 16か所

説明会 ；平成18年2月23日に開催（東京）

実施期間；平成18年2月下旬～3月上旬

対象者 ；基本チェックリストにより「特定高齢者の候補者」として選定された人のうち各施設2～3名を選定し、利用者・家族等の同意を得られた方を対象とした（要介護認定を受けている利用者は除く）。

特定高齢者の候補者の選定方法（特定高齢者把握事業と同じ方法）

- | |
|---|
| <p>①うつ予防・支援関係の項目を除く 20 項目のうち 12 項目以上該当する人
→No 1～20 の項目について、網掛け部分に 12 項目以上該当する人</p> <p>②運動器の機能向上 5 項目全て該当する人
→No 6～10 の項目について、網掛け部分に全て（5 項目）該当する人</p> <p>③栄養改善 2 項目全て該当する人
→No11、12 について、網掛け部分に全て（2 項目）該当する人</p> <p>④口腔機能の向上 3 項目全て該当する人
→No13～15 について、網掛け部分に全て（3 項目）該当する人</p> |
|---|

実施手順；当該対象者について、市町村や併設保健福祉施設等と連携し、「基本チェックリスト」や自宅訪問等による聞き取り調査結果を踏まえて、介護予防サービス・支援計画表の作成を行った。

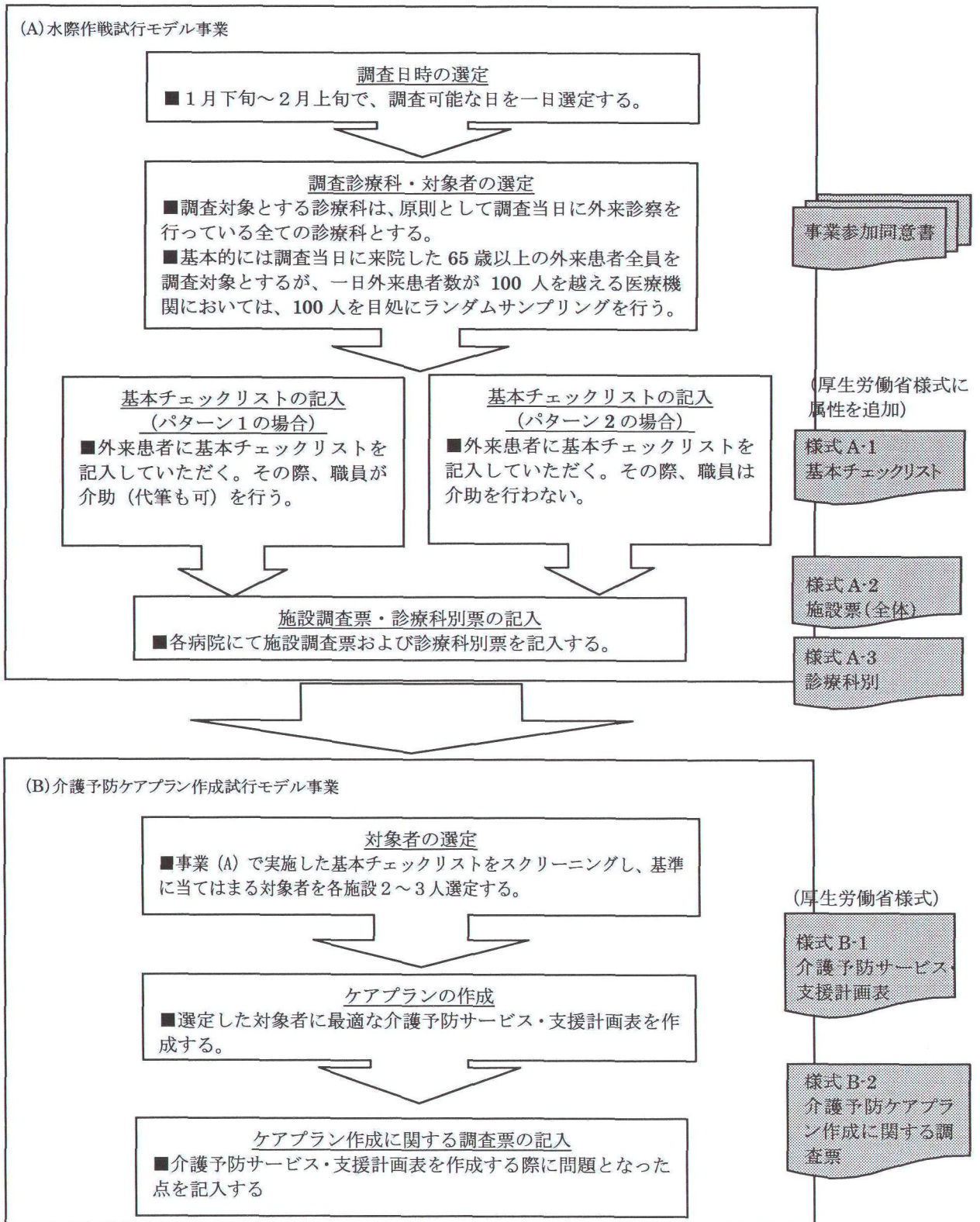
調査票 ；介護予防サービス・支援計画表（厚生労働省様式）
介護予防ケアプラン作成に関する調査票

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
運動器	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
栄養改善	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か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ
口腔機能	12 身長 _____ cm 体重 _____ kg (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
閉じこもり	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
認知症	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
うつ	20 今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
	21 (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
	22 (ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
	23 (ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ
	24 (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
	25 (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ

(注) BMI=体重 (kg) ÷身長 (m) ÷身長 (m) が18.5未満の場合に該当とする。

④モデル事業の流れ



(2) 現地訪問調査

①モデル事業実施結果ヒアリング

本事業に参加した国保直診のうち、「水際作戦試行モデル事業」「介護予防ケアプラン作成試行モデル事業」の2つの事業を実施した施設のうち、以下の4施設を設定した。

都道府県	施設名	ヒアリング実施日
香川県	綾川町国保陶病院	平成18年2月17日
岩手県	国保藤沢町民病院	平成18年3月10日
群馬県	藪塚本町医療センター	平成18年3月15日
大分県	杵築市立山香病院	平成18年3月22日

「水際作戦試行モデル事業」「介護予防ケアプラン作成試行モデル事業」の実施の効果や困難点・今後の課題等を中心に、下記調査内容からなるヒアリング調査を行った。

1) 水際作戦

- 事業の実施方法について
- 基本チェックリスト項目について
- 介助の方法、介助の困難点
- 事業の活用方法について

2) 介護予防ケアプラン作成

- 介護予防ケアプラン作成体制（職種、時間、会議開催回数、資料等）
- 各ケアプラン表の項目について、工夫点と困難点
- 全般的な感想・今後の課題

(3) 事業実施期間

本事業によるモデル事業実施期間は以下の通り。

水際作戦試行モデル事業；平成17年1月下旬～2月上旬の特定の1日

介護予防ケアプラン作成試行モデル事業；平成18年2月下旬～3月上旬

(4) 事業実施体制

本事業の実施に際しては、以下の学識経験者、実践的立場の国診協役員等から構成される「介護予防計画に関するマネジメント検討委員会」を設置し、調査研究の企画、調査研究結果の分析と問題点、支援策の検討を行った。

介護予防計画に関するマネジメント検討委員会・作業部会 委員名簿

(委員会)

委員長	辻 一郎	東北大学大学院教授
委員	梶井英治	自治医科大学地域医療学教授
*委員	松坂誠應	長崎大学医学部保健学科教授
*委員	高山哲夫	国診協副会長／岐阜県・国保坂下病院長
委員	松浦尊麿	兵庫県・洲本市健康福祉部理事兼国保堺診療所長
委員	小野剛	秋田県・市立大森病院長
*委員	大原昌樹	香川県・綾川町国保陶病院長
委員	福山悦男	千葉県・国保直営総合病院君津中央病院長
委員	中村伸一	福井県・おおい町国保名田庄診療所長
委員	赤木重典	京都府・京丹後市立久美浜病院副院長
*委員	木村年秀	香川県・三豊総合病院歯科口腔外科医長
委員	川妻史明	長野県・長和町保健福祉総合センター長
委員	後藤忠雄	岐阜県・郡上市国保和良病院長
	*印・・・作業部会兼任	

(作業部会)

部会長	松坂誠應	長崎大学医学部保健学科教授
委員	井口茂	長崎大学医学部保健学科理学療法学専攻助手
委員	大原昌樹	香川県・綾川町国保陶病院長
委員	木村年秀	香川県・三豊総合病院歯科口腔外科医長
委員	林拓男	広島県・公立みつぎ総合病院副院長
委員	小野寺哲子	岩手県・藤沢町保健センター介護予防係長
委員	佐藤美由紀	滋賀県・滋賀県水口保健所主幹
委員	井上直由	岐阜県・郡上市国保白鳥病院介護支援センター長
委員	原しおり	岐阜県・国保坂下病院保健師
委員	高山哲夫	国診協副会長／岐阜県・国保坂下病院長
委員	村上重紀	広島県・公立みつぎ総合病院リハセンター次長

(事務局)

吉村 衛	全国国民健康保険診療施設協議会常務理事・事務局長
鈴木 智弘	全国国民健康保険診療施設協議会
奥村 隆一	株式会社三菱総合研究所ヒューマン・ケア研究グループ主任研究員
吉池 由美子	株式会社三菱総合研究所ヒューマン・ケア研究グループ研究員
八巻 心太郎	株式会社三菱総合研究所ヒューマン・ケア研究グループ研究員

Ⅱ. 調査結果

1. 水際作戦試行モデル事業実施結果

(1) 施設の概要

本モデル事業に参加した施設の概要は以下の通りである。「病院」が最も多く30施設(90.9%)、次いで「有床診療所」が3施設(9.1%)であった。また、病院の病床数においては、「50～99床」が10施設(30.3%)、100～199床が10施設(30.3%)と最も多かった。

図表 2 病診区分

合計	病院	有床診療所
33	30	3
100	90.9	9.1

図表 3 病床数 (病院のみ)

合計	20～49床	50～99床	100～199床	200～499床	500床以上	無回答
33	2	10	10	5	3	3
100	6.1	30.3	30.3	15.2	9.1	9.1

1日あたり外来受診患者数についてみると、「200人未満」が最も多く10施設(30.3%)、次いで「200～400人未満」が8施設(24.2%)となっている。

図表 4 1日あたり外来患者数

合計	200人未満	200～400人未満	400～600人未満	600人以上	無回答
33	10	8	6	7	2
100	30.3	24.2	18.2	21.2	6.1

調査当日の65歳以上の1日あたり外来患者数についてみると、「100人未満」が最も多く12施設（36.4%）、次いで「200人以上」が10施設（30.3%）となっている。

図表 5 1日あたり外来患者数（65歳以上）

合計	100人未満	100～150人	150～200人	200人以上
33	12	7	4	10
100	36.4	21.2	12.1	30.3

調査方法についてみると、外来受診者全員を対象としたのは20施設（60.6%）、外来受診者の一部対象者を無作為抽出して実施したのは13施設（39.4%）であった。無作為抽出の方法としては、診察予約リストの中から番号順に無作為抽出し、予めカルテに基本チェックリストを挟んでおいて実施した施設などがみられた。

また、調査票の記入介助を行った施設が多く、25施設（75.8%）、介助を行わなかった施設は8施設（24.2%）となっている。

図表 6 調査方法および介助の有無

合計	外来受診者全員を対象に実施	外来受診者の一部対象者を無作為抽出して実施	高齢者の調査票記入介助は行わない	看護職員等が調査票記入介助を行う
33	20	13	8	25
100	60.6	39.4	24.2	75.8

記入介助を行わない方式で実施した施設は8施設あったが、実際には基本チェックリストに関する質問へ対応したり、自分で記入困難な方については代筆記入などが必要になっており、医療機関への受診者という観点から、このような調査を実施する際には、何らかの介助の必要性があると考えられる。

調査当日の調査対象医療機関における65歳以上外来患者数は6,093人、そのうち、基本チェックリスト配布枚数は2,862枚、有効回収数は2,560枚であった。(有効回収率89.4%)。

図表 7 調査票の回収率

65歳以上外来患者数	6,093
調査票配布枚数	2,862
有効回収数	2,560
有効回収率	89.4%

介助の有無別に回収率をみると、介助ありの施設全体の回収率は90.3%、介助なしの施設では87.2%となっており、介助ありの施設の方が回収率が若干高いが、介助なしでも9割弱と高い回収率であった。

図表 8 介助の有無別の回収率

	配布数	有効回収数	回収率
介助あり	2,031	1,835	90.3%
介助なし	831	725	87.2%

65歳以上の外来患者で調査票を配布しなかった理由としては、以下の通りであった。最も多かったものは「受診時間が短く、調査票への回答は困難」が19施設(57.6%)で見られており、次いで「同意が得られなかった」が17施設(51.5%)であった。

図表 9 調査票を配布しなかった理由(複数回答)

状態が重く、調査票への回答は困難	受診時間が短く、調査票への回答は困難	同意が得られなかった	介護老人福祉施設等の施設入所者	その他	無回答
13	19	17	12	12	7
39.4	57.6	51.5	36.4	36.4	21.2

施設別に調査票の回収率をみると以下の通りである。

図表 10 施設別回収率、介助合計時間、調査票記入時間、記入最長時間

			介助の有無	対象者※1	配布数	有効回収数	回収率	介助合計時間 (時間)※2	調査票1人平均 記入時間(分)	記入最長時間 (分)
1	青森県	黒石市国保黒石病院	なし	抽出	100	98	98.0	-	10	20
2	岩手県	国保藤沢町民病院	あり	全員	58	58	100.0	17.5	3	5
3	秋田県	市立大森病院	あり	全員	52	52	100.0	14	6	10
4	山形県	小国町立病院	あり	全員	70	70	100.0	14	5	25
5	群馬県	藤岡市国保鬼石病院	あり	全員	64	60	93.8	18	5	25
6	群馬県	藪塚本町医療センター	あり	全員	51	51	100.0	9	12.5	25
7	埼玉県	国保町立小鹿野中央病院	あり	全員	88	70	79.5	12	10	15
8	千葉県	国保直営総合病院君津中央病院	なし	抽出	110	101	91.8	11	7.5	-
9	千葉県	鋸南町国保鋸南病院	あり	全員	73	72	98.6	23	10	20
10	富山県	市立砺波総合病院	なし	抽出	121	121	100.0	-	-	-
11	石川県	公立羽咋病院	なし	全員	100	94	94.0	-	10	25
12	石川県	公立穴水総合病院	あり	全員	213	107	50.2	20	4.8	15
13	岐阜県	郡上市国保白鳥病院	あり	全員	95	85	89.5	26	6	13
14	岐阜県	郡上市国保和良病院	あり	全員	41	41	100.0	10.5	10	20
15	岐阜県	中津川市国保坂下病院	あり	全員	63	63	100.0	18	13.3	25
16	滋賀県	公立甲賀病院	なし	抽出	130	91	70.0	-	4.5	10
17	滋賀県	公立高島総合病院	なし	抽出	100	100	100.0	-	8	15
18	京都府	京丹後市立国保久美浜病院	あり	全員	78	78	100.0	14	7.5	15
19	和歌山県	国保野上厚生総合病院	なし	全員	70	28	40.0	-	10.8	15
20	兵庫県	国保五色診療所	あり	抽出	60	60	100.0	13	15	20
21	鳥取県	日南町国保日南病院	あり	全員	59	54	91.5	6	20	40
22	島根県	飯南町立飯南病院	あり	抽出	60	60	100.0	12	15	40
23	広島県	公立みつぎ総合病院	あり	抽出	150	125	83.3	21	7	15
24	広島県	庄原市立西城市民病院	あり	抽出	69	69	100	9	7	30
25	香川県	綾川町国保陶病院	あり	全員	47	47	100.0	5.5	7	16.5
26	香川県	三豊総合病院	あり	抽出	155	132	85.2	15	5	20
27	愛媛県	国保久万高原町立病院	あり	全員	78	78	100.0	11	7	15
28	長崎県	国保平戸市民病院	あり	全員	78	78	100.0	20	15	20
29	熊本県	上天草市立上天草総合病院	あり	抽出	100	100	100.0	14.5	12.5	30
30	大分県	姫島村国保診療所	あり	抽出	50	50	100.0	13	10	15
31	大分県	杵築市立山香病院	あり	抽出	100	96	96.0	19.1	5.3	20
32	大分県	公立おがた総合病院	なし	全員	100	92	92.0	-	5	10
33	宮崎県	都農町国保病院	あり	全員	79	79	100.0	40	5	10
合 計 (平均)							89.4	15.6	8.7	19.3

※1 対象者：「全員」とは 65 歳以上の外来患者全数を対象に実施した場合（病状等による回答困難例は除く）、

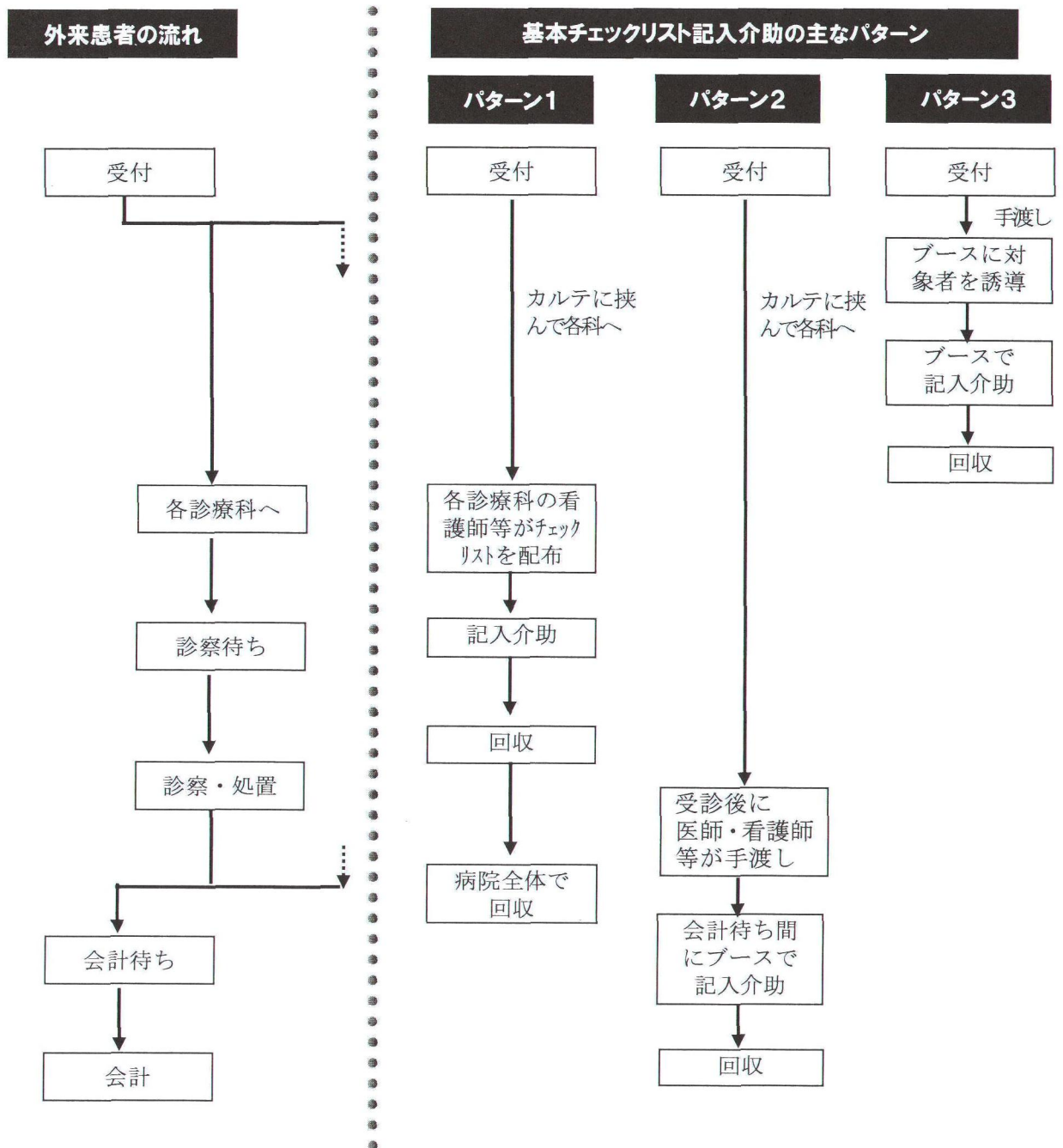
「抽出」とは、65 歳以上の外来患者のうち、一部の患者を無作為抽出して実施した場合

※2 介助合計時間；調査当日、職員が記入介助等に当たった延べ時間

(2) 「基本チェックリスト」記入介助の方法

今回、記入介助の方法は各施設別に検討し、実施してもらった。実施方法をみると、主に以下の3つのパターンに分けられる。

図表 11 基本チェックリストの記入介助の主なパターン



パターン1；院内の各診療科で職員が聞き取り介助を行う方法

受付で対象者の振り分け（年齢、条件等）を行い、該当者のカルテにチェックリストを挟み、各診療科の看護師等がチェックリストを配布し、主に受診待ち時間に各診療科看護師等が記入介助を行う方法。

この方法を実施したのは、各診療科別に対応が必要とした比較的大規模な病院が多い。

- 待合室でひとりひとりに看護師が聞き取りをした。（病院：一日平均外来患者数 200 人）
- 各診療科の受付にて調査票を手渡し、受診待ちの間に各診療科 1 人ずつ配置した調査員が、ロビーもしくは当日設けた机にて聞き取り調査を行った。（病院：同 520 人）
- 各診療科の受付終了後、診察待ちの間に調査職員が声をかけ、聞き取り調査を行った。介助が不必要な人には説明のみを行い、本人自身に記入してもらった。（病院：同 270 人）
- 受診待ちの間に各外来の待合室にて職員が受診者のところに向いて聞き取り調査を行う。主に内科、リハビリにて調査を実施したが、人数確保のため、他の待ち合い(眼科・整外・外科)でも同じ職員が向いて聞き取り調査を実施した。（病院：同 550 人）
- 外来待合室において調査票を手渡し、受診待ちの間にホールに設けた調査デスク又は腰かけたソファにて、看護師 2 人が手わけして設問を読み上げ、各自でチェックをしてもらった。又、自分で可能な人は介助は行わなかった。（病院：同 230 人）
- 受付事務が各科の受付順に 65 歳以上の方のカルテに調査票を入れる。各科の受付の看護師が調査票の入っているカルテから同意書とチェックリスト(ID を書く)を持って対象者のところに行き、空いているイスと一緒に掛けて聞き取り調査を行う。各科だけの看護師では出来かねるので、訪問看護師やケアマネジャー等に前日より依頼して行った。（病院：同 390 人）
- 各診療科受診の際に調査票等をカルテに挟み、外来看護師が記入のお願いをして、診療待ち時間から支払会計までの間に記入用の場所に誘導し、記入箇所にもれがないかなど確認後回収を行う方式。（病院：同 740 人）
- 総合受付にて、調査票を手渡し、受診待ちの間に調査デスクにおいて職員が聞き取り調査を行う。（病院：同 430 人）

パターン2；院内に1か所デスクを設け、受診後・精算待ち時間に調査を行う方法

外来受付で対象者の振り分け（年齢、条件等）を行い、該当者のカルテにチェックリストを挟み、診察後に各診療科の医師・看護師等がチェックリストを配布し、精算待ちの間にブースで記入介助する方法。

この方法を実施したのは、比較的大規模な病院が多い。

- 受診後、診察室にて調査票を手渡し、会計待ちの間に、総合受付前に設けた調査デスクにて、職員が聞き取り調査を実施。（病院：同 1300 人）
- 総合待合所の一角に調査デスクと椅子を設置したブースを設け、受診終了後に精算・処方箋待ちをしておられる方を対象に職員が調査デスクで、あるいは対象者のところまで行き、聞き取りを行った。（病院：同 470 人）
- 会計待ちの間に、職員が聞き取り調査を行う方式。（病院：同 220 人）

パターン3；院内に1か所デスクを設け、診察待ち時間に調査を行う方法

受付で対象者の振り分け（年齢、条件等）を行い、該当者は調査ブースに誘導し、調査ブースにて各診療科受診前に調査を行う方法。調査ブースではなく、別室（健康相談室等）にて実施した施設もあった。

受付で調査票を手渡し、ブースに移動する、あるいは受付からブースに誘導し、そこで調査票を手渡すなど、受付からブースへの対象者の誘導が必要なため、比較的小規模な病院・診療所が多い。

- 総合受付にて調査票を手渡し、受診待ちの間、又は受診終了後に病院の一角に専用に設けた調査デスクにて職員が聞き取り調査を行う方式。（病院：同 150 人）
- 看護師が 65 歳以上の方を振り分けデスクに誘導し、振り分けデスクで血液至急者と調査対象者に振り分ける。処置が必要な人は処置室に誘導し、同意を得てから処置室の看護師が基本チェックリストを聞き取り、それ以外の対象者は、同意を得てからチェックリスト記入デスク（保健師 4 人を配置）へ誘導。保健師が聞き取りを行う。身長・体重不明の場合は保健師が測定して記入。終了後、診察待合席に誘導。（病院：1 日平均外来数 140 人）
- 総合受付窓口で誘導係が口頭でアンケート調査の依頼の声かけをし、あらかじめ同意を得ながら総合調査デスクに 1 人 1 人を誘導する。その後聞き取り調査担当スタッフが正式に同意を取り、受診待ちの間に聞き取り調査を行う。（病院：同 100 人）
- 自動受付機又は総合受付、ブロック受付で受け付け後、65 歳以上を確認して調査票を手渡し、受診待ちの間に総合受付前と中央処置室前に設置したデスクにて記入又は聞き取り調査を行った。（病院：同 400 人）

- 受付にて 65 歳以上の方をリストアップし、調査協力をお願いし同意書を作成。ID 番号の記入されたチェックリストはカルテとともに外来へ移動。外来看護師の判断にて受診待ち時間のある方はこの間に聞き取り、他は受診後、会計待ち時間に調査デスク等で聞き取り調査を行う。(診療所：同 75 人)

(独立した部屋を利用)

- 受診待ちの間に別室にて聞き取り調査を行う。(診療所：同 120 人)
- 受診待ちの患者さんに、健康相談室に入ってもらって、職員が聞き取り調査を行う。(診療所：同 100 人)

その他 (具体的な方法不明を含む)

- 受診待ち、会計待ちフロアにて、調査員が側に座り、聞き取りを行った。(病院：同 180 人)
- 質問用紙の字が小さく見えない方には、チェック項目を読み上げ代筆を行った。質問内容が理解できない方へ内容を噛み砕いて説明を実施した。(病院：同 80 人)
- 調査デスクにて職員が 1 対 1 で対応した。(病院：同 250 人)
- 待ち時間の中に職員が聞き取り行う。調査記入台、待ち合いの一角で。(病院：無回答)
- 受付待ち時間に待合室にて職員が聞き取り調査を行う方式。うち 3~4 人は自力で記入後職員が確認を行った。(病院：同 70 人)
- 外来師長、地域看護室の看護師等が、総合相談窓口で聞き取り調査を行う方式。(病院：無回答)

(3) 介助非実施施設の状況

原則的に記入介助を実施しなかった8施設についても状況を調査した。調査票の配布については、8施設中7施設において手渡しで実施していた。残り1施設では、前日に対象患者のカルテに調査票を挿入する形式を取っていた。

また、調査票の配布場所は待合室が最も多く、5施設(62.5%)となっている。

図表 12 調査票配布場所(複数回答)

合計	受付	待合室	会計	その他
8	2	5	2	2
100	25.0	62.5	25.0	25.0

具体的な実施方法、介助方法としては以下のような回答があげられた。

- ・視力が低下した患者様に質問の内容を説明しながら代筆した。
- ・読み上げて質問し、答えていただいた。
- ・直接患者へ聞き取りを行った。
- ・調査時間が限られているため、調査票を読み上げることが多かった。
- ・決裁版に記入用紙をセットして実施した。机がないと書きにくい場面があった。
- ・病院ロビーの一角に机を置いてアンケート回収箱を設置し、その場にケアマネージャを配置した。椅子、机を使用してその場で書いてもらう人もいた。

回収数に占める介助人数(介助人数/回収数)についてみると、施設により幅がみられ、30%以上の人に介助が必要であった施設が3施設、30%未満が5施設であった。このうち1施設については介助割合が0%であったが、当該施設の回収率をみると40%と低くなっていた。

図表 13 回収数に占める介助人数の割合

合計	30%未満	30%以上
8	5	3
100	62.5	37.5

具体的に介助が必要な人の状態像は以下の通りであった。

- 常備している老眼鏡が合わなかった人
- 老眼の人で眼鏡のなかった人、眼鏡を持ち合わせていなかった人
- 手、目の不自由な人。目の都合が悪い人。視力の悪い人
- 質問内容が判断できない人
- 文章を読んでも理解が十分でない人
- 書くのが億劫な人

(4) 基本チェックリストの結果

①対象者の属性

本調査における調査対象者は 2,560 人であった。調査当日に受診した診療科別の内訳をみると「内科」が最も多く 1,277 人 (49.9%)、次いで「整形外科」が 285 人 (11.1%)、「眼科」が 188 人 (7.3%) となっている。

図表 14 受診診療科別調査対象者

	件数	割合
内科	1277	49.9
呼吸器科	9	0.4
消化器科(胃腸科)	17	0.7
循環器科	29	1.1
精神科	9	0.4
神経科	2	0.1
神経内科	9	0.4
心療内科	1	0
外科	139	5.4
整形外科	285	11.1
形成外科	6	0.2
脳外科	64	2.5
呼吸器外科	1	0
心臓血管外科	3	0.1
産婦人科	7	0.3
婦人科	7	0.3
眼科	188	7.3
耳鼻いんこう科	39	1.5
皮膚科	50	2
泌尿器科	80	3.1
こう門科	5	0.2
リハビリテーション科	113	4.4
放射線科	1	0
麻酔科	1	0
歯科	39	1.5
歯科口腔外科	1	0
透析	6	0.2
東洋医学	5	0.2
無回答	167	6.5
合計	2560	100

調査対象者の性別は、男性が1,096人(42.8%)、女性が1,441人(56.3%)であった。年齢についてみると、男性、女性ともに「80歳以上」が最も多く、それぞれ315人(28.7%)、468人(32.5%)、「75～80歳未満」がそれぞれ270人(24.6%)、392人(27.2%)、「70～75歳未満」がそれぞれ274人(25.0%)、354人(24.6%)となっている。

図表 15 対象者の性別・年齢

	合計	70歳未満	70～75歳未満	75～80歳未満	80歳以上	無回答
合計	2560	464	629	667	785	15
	100	18.1	24.6	26.1	30.7	0.6
男性	1096	234	274	270	315	3
	100	21.4	25.0	24.6	28.7	0.3
女性	1441	226	354	392	468	1
	100	15.7	24.6	27.2	32.5	0.1
無回答	23	4	1	5	2	11
	100	17.4	4.3	21.7	8.7	47.8

対象者を要介護度別に見ると、最も多かったのが「申請したことがない」で1,975人(77.1%)
次いで「要介護度1」が130人(5.1%)、「要支援」が77人(3.0%)となっている。

図表 16 対象者の要介護度

合計	申請したことがない	申請したが自立判定	要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5	わからない	無回答
2560	1975	36	77	130	51	19	17	5	92	158
100	77.1	1.4	3.0	5.1	2.0	0.7	0.7	0.2	3.6	6.2

受診頻度についてみると、「月1回以上受診している」が最も多く1,727人(67.5%)、次いで「週1回以上受診している」が312人(12.2%)となっている。

図表 17 受診頻度

合計	週1回以上受診している	月1回以上受診している	定期的には受診していない	無回答
2560	312	1727	293	228
100	12.2	67.5	11.4	8.9

最近3ヶ月間に病気などで1週間以上寝込んだことがあるかどうかについて、「寝込んでいない」が2,270人(88.7%)、「寝込んだ」が163人(6.4%)となっている。

図表 18 最近3ヶ月間で1週間以上寝込んだことがあるか

合計	寝込んだ	寝込んでいない	無回答
2560	163	2270	127
100	6.4	88.7	5.0

現在、膝や腰の痛みで日常生活に支障があるかどうかについて、「生活に支障がある」は 821 人 (32.1%)、「生活に支障はない」が 1,607 人 (62.8%) となっている。

図表 19 膝や腰の痛みで日常生活に支障があるか

合計	生活に支障がある	生活に支障はない	無回答
2560	821	1607	132
100	32.1	62.8	5.2

昨年 1 年間に転倒の既往があるかどうかについてみると、「一回も転ばなかった」が 1,600 人 (62.5%)、「1 回以上転んだ」が 729 人 (28.5%) となっている。

図表 20 昨年一年間の転倒経験

合計	1 回以上転んだ	1 回も転ばなかった	覚えていない	無回答
2560	729	1600	79	152
100	28.5	62.5	3.1	5.9

昨年 1 年間に転倒経験がある 729 人において、その転倒回数についてみると、「1 回」が最も多く 286 人 (39.2%)、次いで「2 回」が 201 人 (27.6%)、「3 回」が 98 人 (13.4%) となっている。

図表 21 昨年一年間の転倒回数

合計	1 回	2 回	3 回	4 回	5 回以上	無回答
729	286	201	98	19	77	48
100	39.2	27.6	13.4	2.6	10.6	6.6

かみ合わせの状況についてみると、「何でも食べられる」が 1,706 人 (66.6%) と最も多く、次いで「一部食べられないものがある」の 660 人 (25.8%) となっている。

図表 22 かみ合わせの状況

合計	何でも食べられる	一部食べられないものがある	食べられないものが多い	無回答
2560	1706	660	85	109
100	66.6	25.8	3.3	4.3

住宅周辺の環境の状況についてみると、「外出するのに特に不便はない」が 2,001 人 (78.2%)、「坂道・段差が多く外出するのに不便がある」が 436 人 (17.0%) となっている。

図表 23 住宅周辺環境の状況

合計	坂道・段差等が多く外出するのに不便がある	外出するのに特に不便はない	無回答
2560	436	2001	123
100	17.0	78.2	4.8

②基本チェックリスト（25項目）の全体の分析

基本チェックリストの項目について集計を行った。基本チェックリストのうち、「はい」「いいえ」で回答する24項目については、「はい」「いいえ」の回答が網掛けに該当する項目数をカウントし、BMIについては、18.5未満を1点として計算し、点数を付与した（例えば、3項目に該当する場合は3点と表記するものとする）。

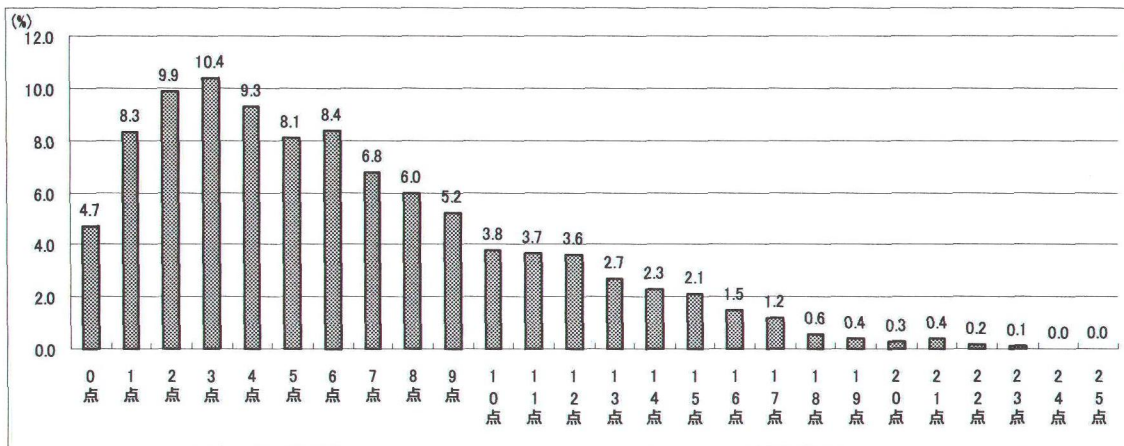
No.	質問項目	回答	
		(いずれかに○をお付け下さい)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1.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か月間で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 <u> </u> cm 体重 <u> </u> kg (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されますか	1.はい	0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ

(注) BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする。

全体で点数別にみると、3点が最も多く267人(10.4%)、ついで2点の254人(9.9%)となっている。24点、25点の者は見られなかった。

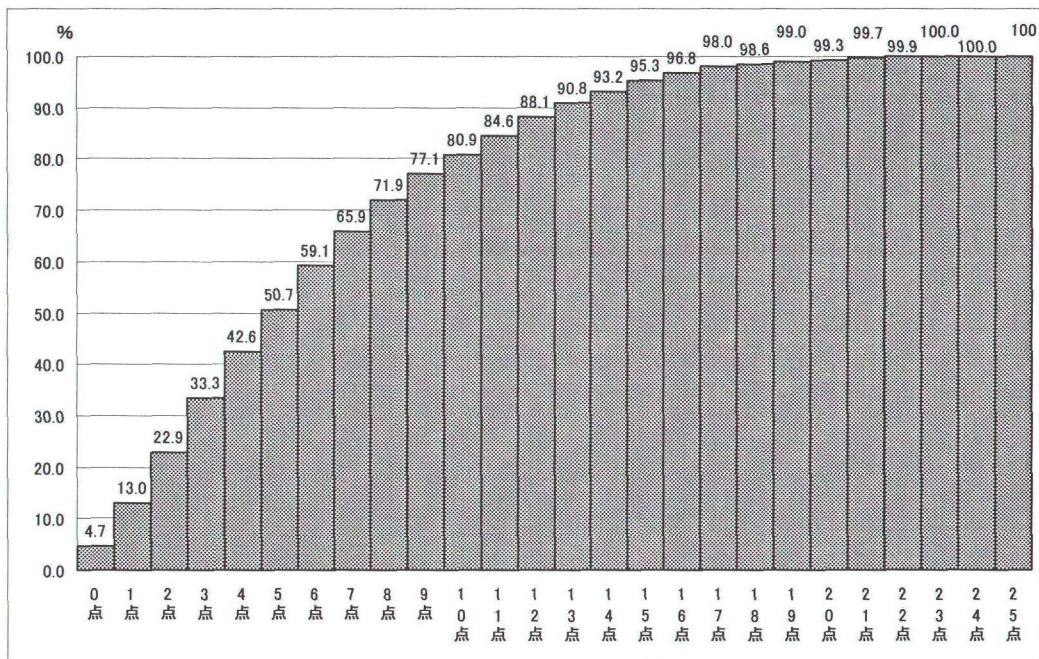
図表 24 基本チェックリストの点数分布 (全体)

合計	0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点	10点	11点	12点	13点	14点	15点	16点	17点	18点	19点	20点	21点	22点	23点	24点	25点
2560	120	212	254	267	238	207	215	175	153	133	97	94	91	69	60	55	39	30	15	11	8	9	6	2	0	0
100	4.7	8.3	9.9	10.4	9.3	8.1	8.4	6.8	6.0	5.2	3.8	3.7	3.6	2.7	2.3	2.1	1.5	1.2	0.6	0.4	0.3	0.4	0.2	0.1	0.0	0.0



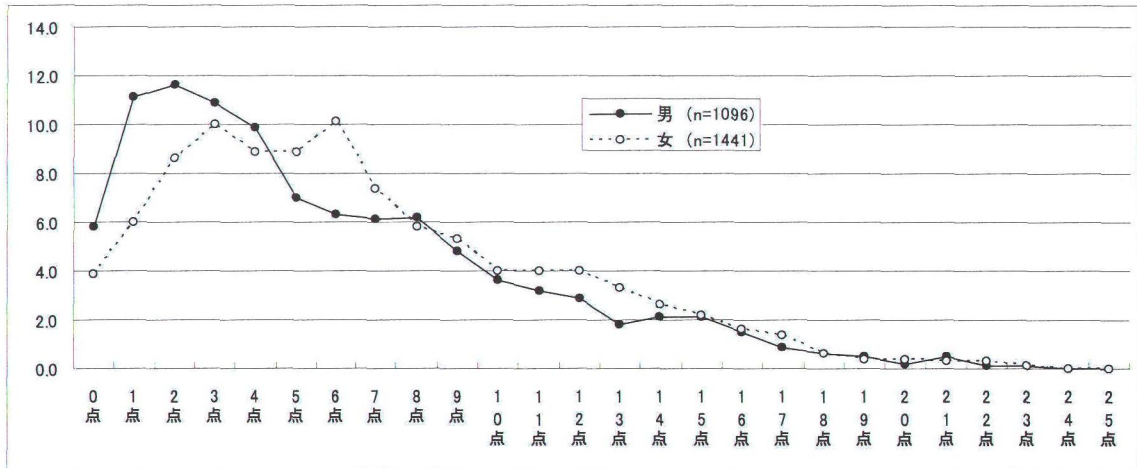
これを累積度数でみると、下記の通りである。5点で全体の約半数(50.7%)、10点で全体の約8割(80.9%)となっている。

図表 25 基本チェックリストの累積度数分布 (全体)



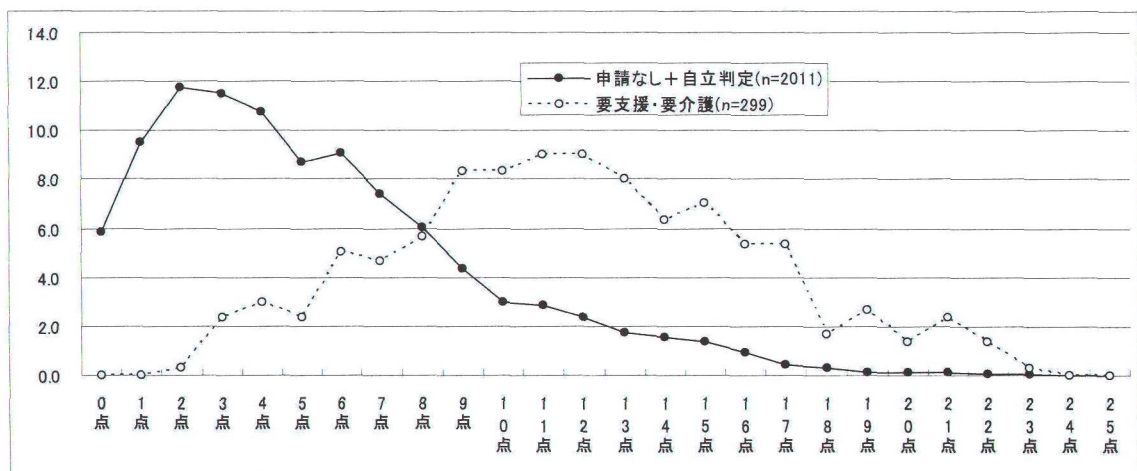
性別に基本チェックリストの該当項目数をみると、男性の方が全般的に該当項目数が少ない傾向がみられる。これは男性の受診者の方が女性に比べて年齢が若いことも関係していると考えられる。

図表 26 性別基本チェックリストの点数分布（全体）



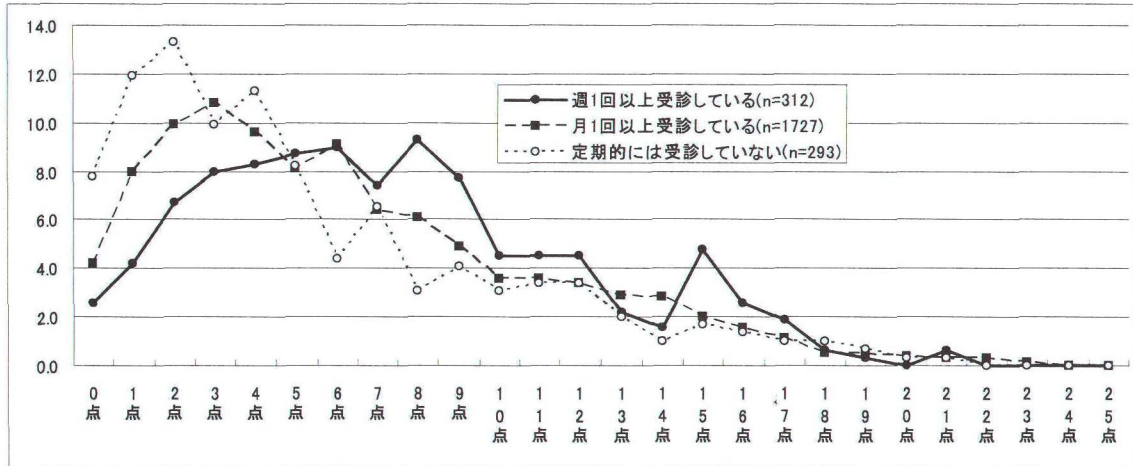
要介護認定の状況別に基本チェックリストの該当項目数をみると、要介護認定を受けている対象者では、分布の山が11点~12点にあるのに対し、「申請していない」あるいは「申請したが自立判定」の対象者では、2~4点に分布の山がみられる。

図表 27 要介護認定状況別基本チェックリストの点数分布（全体）



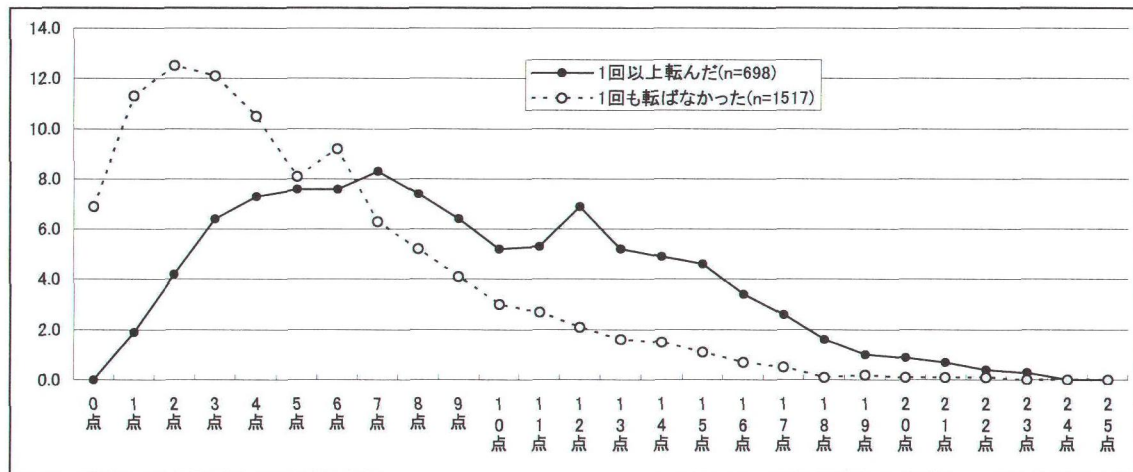
また、受診の頻度別にみると、「週1回以上受診している」群では、他の群に比べると該当数が多い傾向にある。また、「月1回以上受診している」群では、「週1回以上」の群よりは該当項目数が少なく、「定期的には受診していない」群に比べて該当項目数が多い傾向がみられる。

図表 28 受診の頻度別基本チェックリストの点数分布 (全体)



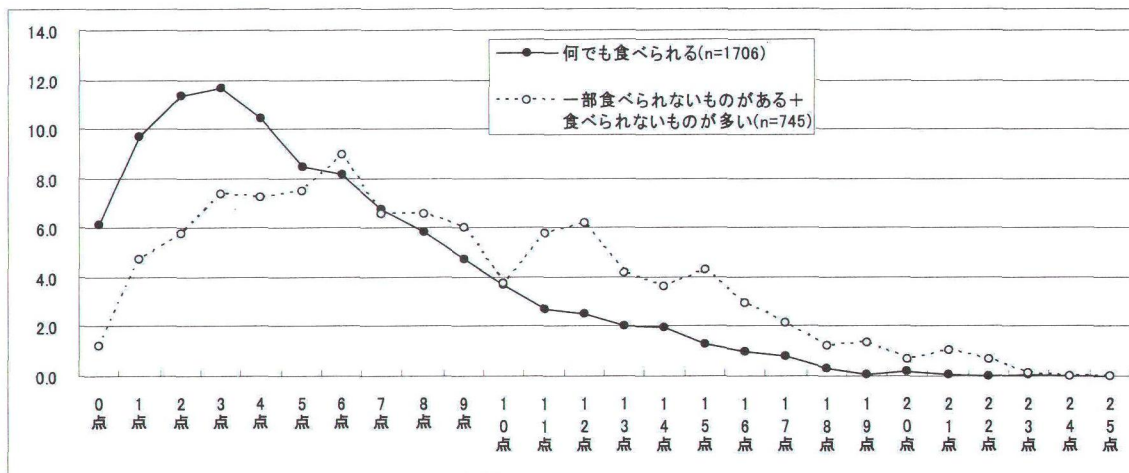
また、(過去1年間に) 1回以上転倒した群では、しない群に比べて該当項目数が多い傾向がみられた。

図表 29 (過去1年間) 転倒の有無別基本チェックリストの点数分布 (全体)



また、かみ合わせの状態別にみると、「何でも食べられる」群に比べて、「一部食べられないものがある」あるいは「食べられないものが多い」群の方が該当項目数が多い傾向がみられた。

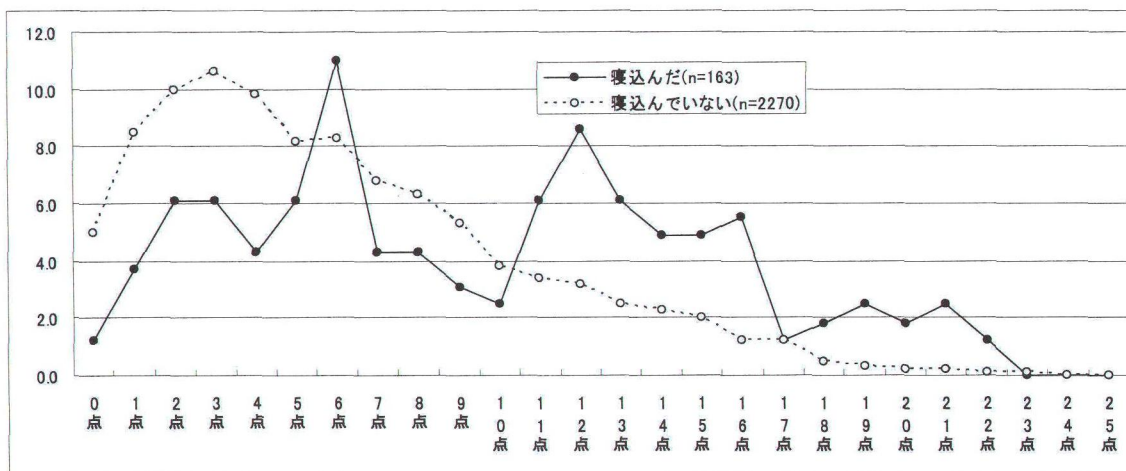
図表 30 かみあわせの状態別基本チェックリストの点数分布（全体）



また、（過去3ヶ月間に）風邪などで1週間以上寝込んだことがある群では、ない群に比べて該当項目数が多い傾向がみられた。

図表 31 風邪などで1週間以上寝込んだことの有無別基本チェックリストの点数分布

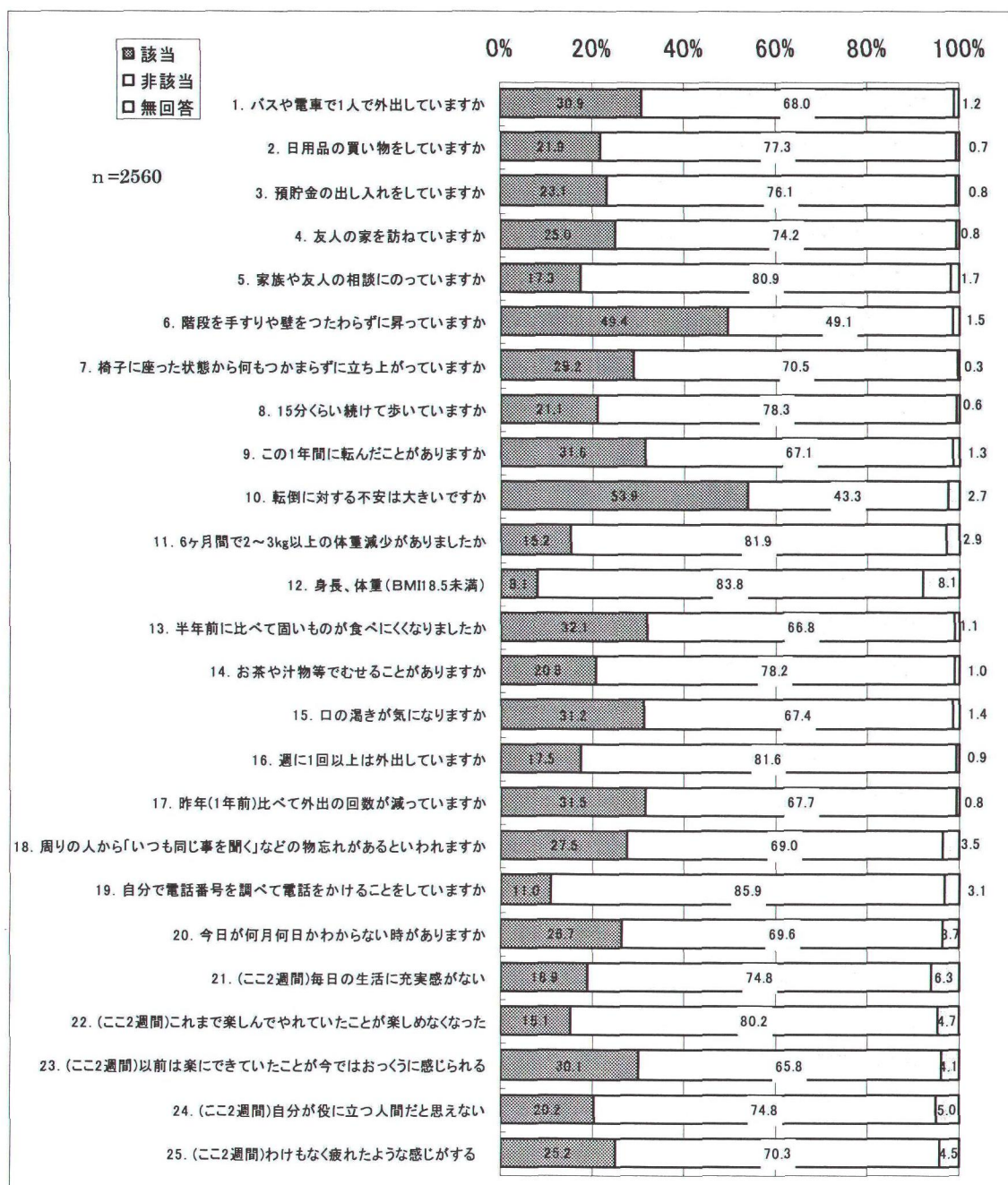
（全体）



③基本チェックリスト（25項目）の各項目の分析

各々の項目について、該当／非該当の割合をみると、「10. 転倒に対する不安は大きいですか」の項目が最も該当割合が高く 53.9%、次いで「6. 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか」が 49.4%、「13. 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか」が 32.1%となっている。また、該当割合が最も低かったのは「12. 身長、体重（BMI 18.5未満）」で 8.1%、次いで「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」が 11.0%となっている。

図表 32 項目別の該当／非該当割合



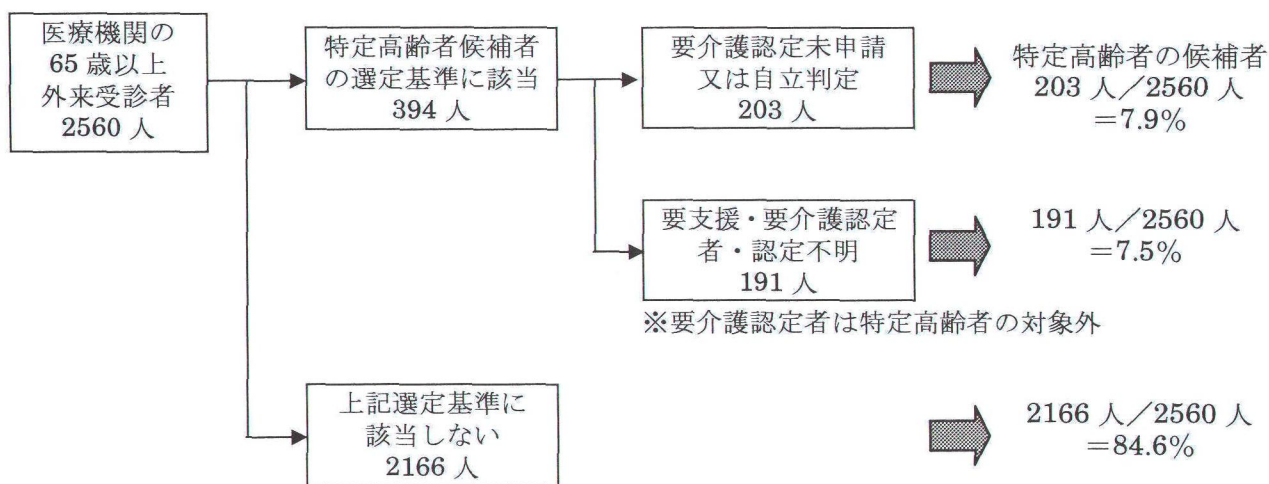
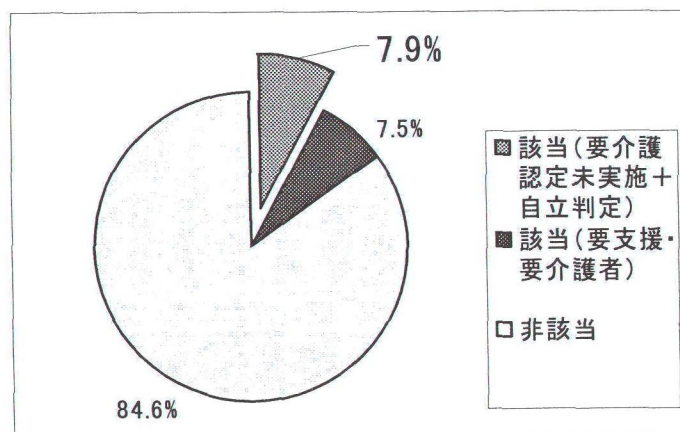
④特定高齢者の候補者の該当・非該当に関する分析

また、特定高齢者の候補者の選定基準（下記、厚生労働省による）に従って、特定高齢者の該当・非該当に分けると、今回の調査対象者（2560人）のうち、特定高齢者の候補者の選定基準に該当したのは394人（15.4%）であった。このうち、既に要支援・要介護認定を受けている高齢者については、特定高齢者の候補者の対象外であることから、要介護認定を未申請又は自立判定の高齢者に限ってみると、特定高齢者の候補者の選定基準に該当するのは203人（全体の7.9%）であった。

特定高齢者の候補者の選定基準

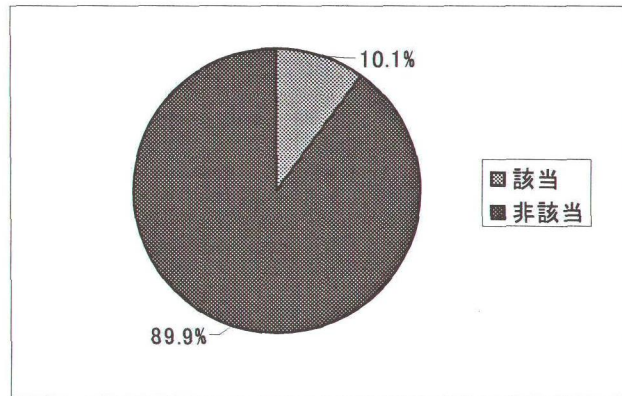
- ① うつ予防・支援関係の項目を除く 20 項目（1.～20.）のうち 12 項目以上に該当する人
- ② 運動器の機能向上 5 項目（6.～10.）全て該当する人
- ③ 栄養改善 2 項目（11.～12.）全て該当する人
- ④ 口腔機能の向上 3 項目（13.～16.）全て該当する人

図表 33 特定高齢者の候補者数（全調査対象者）



また、調査対象者のうち、要介護認定を「申請したことがない」「申請したが自立判定」の対象者(2,011人)に母数を絞ってみると、特定高齢者の候補者は203人であり、該当率は10.1%であった。

図表 34 特定高齢者の候補者数(自立高齢者のみ)



特定高齢者の候補者割合を要介護度別にみると、「申請したことがない」では10.2%、「申請したが自立判定」は5.6%となっている。なお、要支援～要介護5の要支援・要介護認定者については、実際の制度上では「特定高齢者」には該当しない。

図表 35 要介護度別特定高齢者の候補者数・割合

	合計	特定高齢者の候補者	該当しない
合計	2560	394	2166
	100	15.4	84.6
申請したことがない	1975	201	1774
	100	10.2	89.8
申請したが自立判定	36	2	34
	100	5.6	94.4
要支援	77	21	56
	100	27.3	72.7
要介護1	130	67	63
	100	51.5	48.5
要介護2	51	32	19
	100	62.7	37.3
要介護3	19	7	12
	100	36.8	63.2
要介護4	17	9	8
	100	52.9	47.1
要介護5	5	4	1
	100	80.0	20.0
わからない	92	23	69
	100	25.0	75.0
無回答	158	28	130
	100	17.7	82.3

実際の制度上では、要支援・要介護認定者は特定高齢者の対象外

※「特定高齢者の候補者」は特定高齢者の候補者の選定基準①～④のいずれかに該当する対象者

医療機関への受診頻度別にみると、「週1回以上受診している」群において該当率が最も高く、21.2%（66人）であった。受診頻度が減るにしたがって、該当率も減少している。

図表 36 受診頻度別特定高齢者の候補者数・割合（全体）

	合計	特定高齢者の候補者	該当しない
合 計	2560 100	394 15.4	2166 84.6
週1回以上受診している	312 100	66 21.2	246 78.8
月1回以上受診している	1727 100	259 15.0	1468 85.0
定期的には受診していない	293 100	35 11.9	258 88.1
無回答	228 100	34 14.9	194 85.1

※「特定高齢者の候補者」は特定高齢者の候補者の選定基準①～④のいずれかに該当する対象者

※ χ^2 値：10.803、df：2、p=0.005（無回答を除く）

また、要介護認定未申請および自立判定の群（2,011人）のみについて、受診頻度別にみると、「週1回以上受診している」群において該当率が最も高く、13.8%（31人）であった。受診頻度が減るにしたがって、該当率も減少している。

図表 37 受診頻度別特定高齢者の候補者数・割合（未申請・自立判定のみ）

	合計	特定高齢者の候補者	該当しない
合 計	2011 100	203 10.1	1808 89.9
週1回以上受診している	224 100	31 13.8	193 86.2
月1回以上受診している	1387 100	136 9.8	1251 90.2
定期的には受診していない	241 100	16 6.6	225 93.4
無回答	159 100	20 12.6	139 87.4

※「特定高齢者の候補者」は特定高齢者の候補者の選定基準①～④のいずれかに該当する対象者

※ χ^2 値：6.795、df：2、p=0.033（無回答を除く）

最近3ヶ月間のうちに風邪等で1週間以上寝込んだ経験の有無別にみると、寝込んだ群では寝込んでいない群と比較して該当率が高くなっており、前者では32.5%（53人）、後者では14.3%（324人）となっている。

図表 38 寝込んだ経験の有無別特定高齢者の候補者数・割合（全体）

	合計	特定高齢者の候補者	該当しない
合計	2560 100	394 15.4	2166 84.6
寝込んだ	163 100	53 32.5	110 67.5
寝込んでいない	2270 100	324 14.3	1946 85.7
無回答	127 100	17 13.4	110 86.6

※「特定高齢者の候補者」は特定高齢者の候補者の選定基準①～④のいずれかに該当する対象者

※ χ^2 値：38.650、df：1、p=0.000（無回答を除く）

また、要介護認定未申請および自立判定の群（2,011人）のみについて、最近3ヶ月間のうちに風邪等で1週間以上寝込んだ経験の有無別にみると、寝込んだ群では寝込んでいない群と比較して該当率が高くなっており、前者では22.0%（24人）、後者では9.5%（175人）となっている。

図表 39 寝込んだ経験の有無別特定高齢者の候補者数・割合（未申請・自立判定のみ）

	合計	特定高齢者の候補者	該当しない
合計	2011 100	203 10.1	1808 89.9
寝込んだ	109 100	24 22.0	85 78.0
寝込んでいない	1835 100	175 9.5	1660 90.5
無回答	67 100	4 6.0	63 94.0

※「特定高齢者の候補者」は特定高齢者の候補者の選定基準①～④のいずれかに該当する対象者

※ χ^2 値：17.444、df：1、p=0.000（無回答を除く）

さらに、現在、腰痛・ひざ痛などによる生活への支障の有無別にみると、生活に支障がある群では該当率が 29.4% (241 人)、生活に支障がない群では該当率が 8.5% (136 人) となっており、生活に支障がある群は生活に支障がない群と比較して該当率が高くなっている。

図表 40 腰痛・ひざ痛等による生活の支障の有無別特定高齢者の候補者数・割合 (全体)

	合計	特定高齢者の候補者	該当しない
合計	2560 100	394 15.4	2166 84.6
生活に支障がある	821 100	241 29.4	580 70.6
生活に支障はない	1607 100	136 8.5	1471 91.5
無回答	132 100	17 12.9	115 87.1

※「特定高齢者の候補者」は特定高齢者の候補者の選定基準①～④のいずれかに該当する対象者

※ χ^2 値：180.817、df：1、p=0.000 (無回答を除く)

また、要介護認定未申請および自立判定の群 (2,011 人) のみについて、現在、腰痛・ひざ痛などによる生活への支障の有無別にみると、生活に支障がある群では該当率が 20.2% (112 人)、生活に支障がない群では該当率が 6.4% (88 人) となっており、生活に支障がある群は生活に支障がない群と比較して該当率が高くなっている。

図表 41 腰痛・ひざ痛等による生活の支障の有無別特定高齢者の候補者数・割合 (未申請・自立判定のみ)

	合計	特定高齢者の候補者	該当しない
合計	2011 100	203 10.1	1808 89.9
生活に支障がある	554 100	112 20.2	442 79.8
生活に支障はない	1382 100	88 6.4	1294 93.6
無回答	75 100	3 4.0	72 96.0

※「特定高齢者の候補者」は特定高齢者の候補者の選定基準①～④のいずれかに該当する対象者

※ χ^2 値：81.881、df：1、p=0.000 (無回答を除く)

過去1年間の転倒既往別にみると、1回以上の転倒経験がある群は該当率が30.2%（220人）であるのに対し、1回も転ばなかった群では8.5%（136人）であり、転倒既往がある群の方が該当率が高くなっている。

図表 42 転倒既往別特定高齢者の候補者数・割合（全体）

	合計	特定高齢者の候補者	該当しない
合 計	2560 100	394 15.4	2166 84.6
1回以上転んだ	729 100	220 30.2	509 69.8
1回も転ばなかった	1600 100	136 8.5	1464 91.5
覚えていない	79 100	19 24.1	60 75.9
無回答	152 100	19 12.5	133 87.5

※「特定高齢者の候補者」は特定高齢者の候補者の選定基準①～④のいずれかに該当する対象者

※ χ^2 値：183.473、df：2、p=0.000（無回答を除く）

また、要介護認定未申請および自立判定の群（2,011人）のみについて、過去1年間の転倒既往別にみると、1回以上の転倒経験がある群は該当率が19.0%（96人）であるのに対し、1回も転ばなかった群では6.7%（91人）であり、転倒既往がある群の方が該当率が高くなっている。

図表 43 転倒既往別特定高齢者の候補者数・割合（未申請・自立判定のみ）

	合計	特定高齢者の候補者	該当しない
合 計	2011 100	203 10.1	1808 89.9
1回以上転んだ	505 100	96 19.0	409 81.0
1回も転ばなかった	1367 100	91 6.7	1276 93.3
覚えていない	59 100	9 15.3	50 84.7
無回答	80 100	7 8.8	73 91.3

※「特定高齢者の候補者」は特定高齢者の候補者の選定基準①～④のいずれかに該当する対象者

※ χ^2 値：63.442、df：1、p=0.000（無回答を除く）

かみ合わせの状態別に見ると、かみ合わせが悪くなるほど該当率が高く、食べられないものが多いと回答した群では約半数の 50.6% (43 人) が該当していた。

図表 44 かみ合わせの状態別特定高齢者の候補者数・割合 (全体)

	合計	特定高齢者の候補者	該当しない
合 計	2560 100	394 15.4	2166 84.6
何でも食べられる	1706 100	172 10.1	1534 89.9
一部食べられないものはある	660 100	166 25.2	494 74.8
食べられないものが多い	85 100	43 50.6	42 49.4
無回答	109 100	13 11.9	96 88.1

※「特定高齢者の候補者」は特定高齢者の候補者の選定基準①～④のいずれかに該当する対象者

※ χ^2 値：164.685、df：2、p=0.000 (無回答を除く)

また、要介護認定未申請および自立判定の群 (2,011 人) のみについて、かみ合わせの状態別に見ると、かみ合わせが悪くなるほど該当率が高く、食べられないものが多いと回答した群では 35.2% (19 人) が該当していた。

図表 45 かみ合わせの状態別特定高齢者の候補者数・割合 (未申請・自立判定のみ)

	合計	特定高齢者の候補者	該当しない
合 計	2011 100	203 10.1	1808 89.9
何でも食べられる	1403 100	101 7.2	1302 92.8
一部食べられないものはある	494 100	80 16.2	414 83.8
食べられないものが多い	54 100	19 35.2	35 64.8
無回答	60 100	3 5.0	57 95.0

※「特定高齢者の候補者」は特定高齢者の候補者の選定基準①～④のいずれかに該当する対象者

※ χ^2 値：69.683、df：2、p=0.000 (無回答を除く)

住宅周辺環境別にみると、外出するのに不便を感じている群では該当率が 32.8% (143 人)、特に不便はないと回答した群では 11.7% (234 人) であり、外出するのに不便を感じている群の方が該当率が高くなっている。

図表 46 住宅周辺の環境別特定高齢者の候補者数・割合 (全体)

	合計	特定高齢者の候補者	該当しない
合計	2560 100	394 15.4	2166 84.6
外出するのに不便	436 100	143 32.8	293 67.2
特に不便はない	2001 100	234 11.7	1767 88.3
無回答	123 100	17 13.8	106 86.2

※「特定高齢者の候補者」は特定高齢者の候補者の選定基準①～④のいずれかに該当する対象者

※ χ^2 値：121.930、df：1、 $p=0.000$ (無回答を除く)

また、要介護認定未申請および自立判定の群 (2,011 人) のみについて、住宅周辺環境別にみると、外出するのに不便を感じている群では該当率が 20.7% (57 人)、特に不便はないと回答した群では 8.5% (142 人) であり、外出するのに不便を感じている群の方が該当率が高くなっている。

図表 47 住宅周辺の環境別特定高齢者の候補者数・割合 (未申請・自立判定のみ)

	合計	特定高齢者の候補者	該当しない
合計	2011 100	203 10.1	1808 89.9
外出するのに不便	275 100	57 20.7	218 79.3
特に不便はない	1670 100	142 8.5	1528 91.5
無回答	66 100	4 6.1	62 93.9

※「特定高齢者の候補者」は特定高齢者の候補者の選定基準①～④のいずれかに該当する対象者

※ χ^2 値：38.417、df：1、 $p=0.000$ (無回答を除く)

以上の分析から、特定高齢者の候補者に該当する高齢者の状態をみると、

- ・週1回以上受診している人
- ・(過去3ヶ月以内に)風邪などで1週間以上寝込んだことがある人
- ・腰痛・ひざ痛などにより、生活に支障がある人
- ・過去1年間に1回以上転倒したことがある人
- ・かみあわせの状態が悪い人
- ・住宅周辺の環境が「外出するのに不便」な人

などについては、特定高齢者の候補者として選定される率が高いことが分かった。

これらのことから、上記の状態に該当する高齢者を対象に基本チェックリストを活用すれば、特定高齢者の候補者の発見が容易であると考えられる。このため、例えばこれらの状態にある高齢者が医療機関に受診した際には、基本チェックリストを活用し、特定高齢者の候補者であることを発見した際には、速やかに市町村に情報をつなげていくことが有効と考えられる。

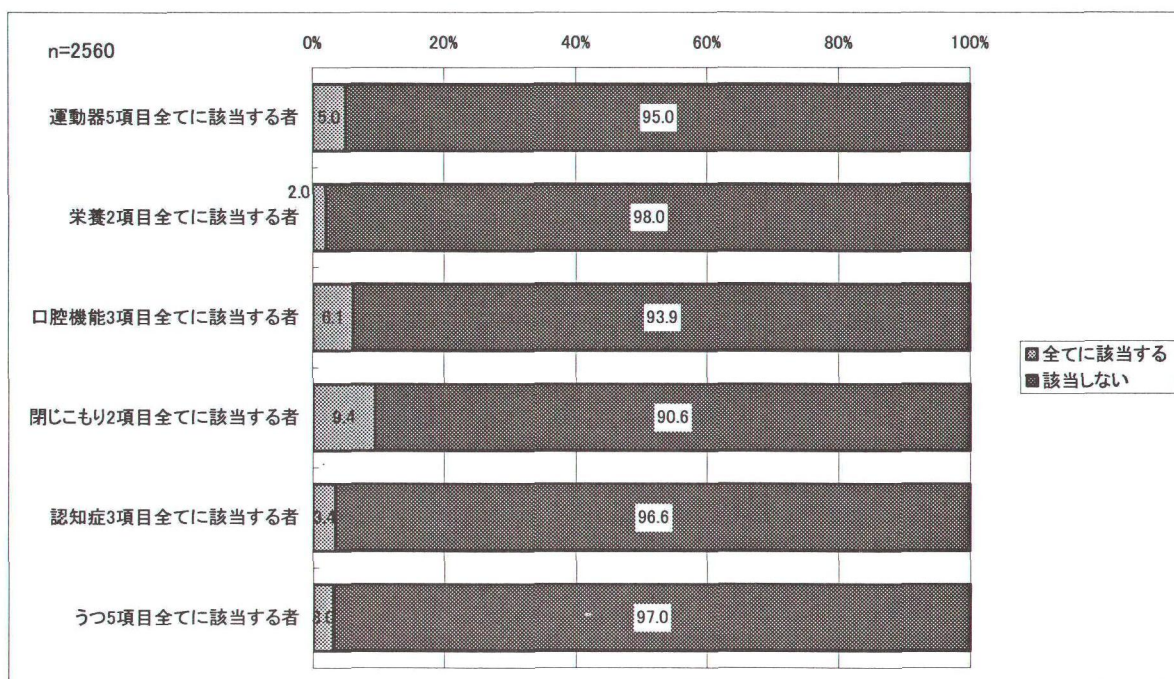
⑤基本チェックリスト（25 項目）の領域別の分析

基本チェックリストの6つの領域について、各領域の項目に全てに該当した率をみると、「閉じこもり2項目」が最も多く 9.4%、次いで「口腔機能3項目」が 6.1%、「運動器5項目」が 5.0%となっている。

基本チェックリストの6領域

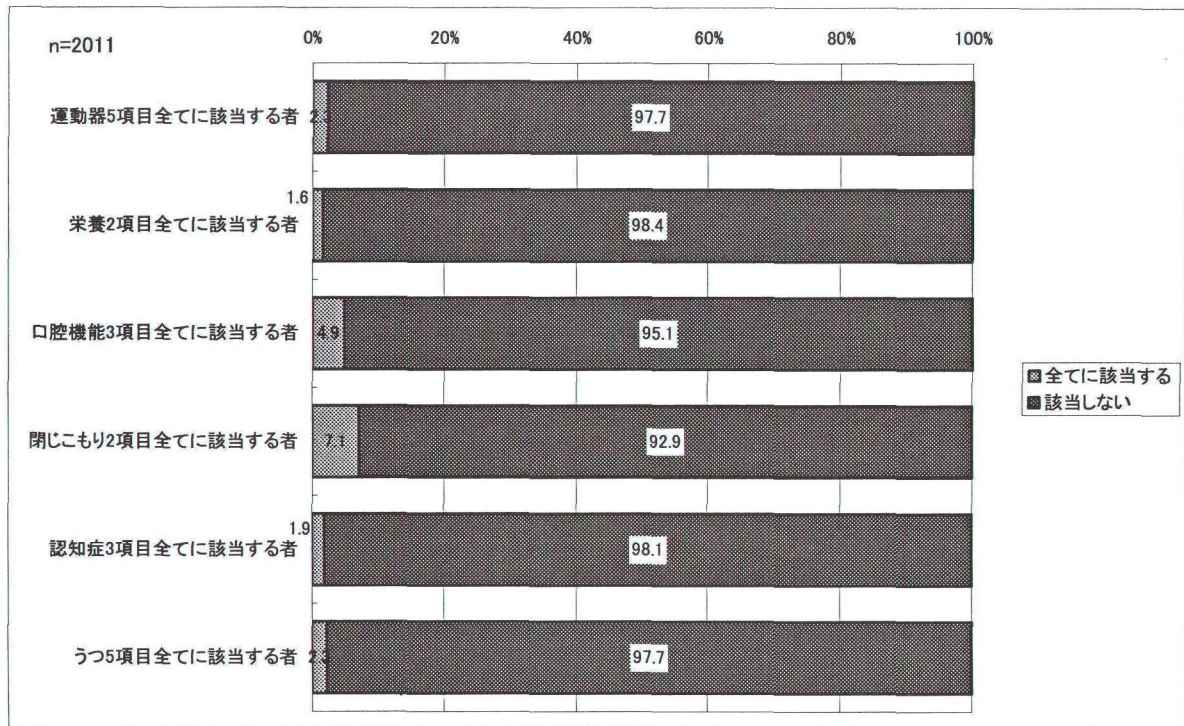
- 運動器関連 項目 6～10 （5項目）
- 栄養関連 項目 11～12 （2項目）
- 口腔機能関連 項目 13～15 （3項目）
- 閉じこもり関連 項目 16～17 （2項目）
- 認知症関連 項目 18～20 （3項目）
- うつ関連 項目 21～25 （5項目）

図表 48 分野別の全項目該当者の割合（全体）



また、要介護認定未申請および自立判定の群（2,011人）のみについて、基本チェックリストの6つの領域の項目に全てに該当した率をみると、「閉じこもり2項目」が最も多く7.1%、次いで「口腔機能3項目」が4.9%、「運動器5項目」、「うつ5項目」がともに2.3%となっている。

図表 49 分野別の全項目該当者の割合（未申請・自立判定のみ）



さらに、この6領域について、点数分布を性・年齢別に検討した。

【運動器関連（5項目）】

運動器関連5項目についてみると、全体では1点が最も多く592人（23.1%）、次いで0点が578人（22.6%）となっている。男性・女性ともに、年齢が高くなるにつれて点数の分布が高くなる傾向にあり、いずれの年代においても、女性の方が男性より点数が高い傾向がみられた。

図表 50 性・年齢別の運動器関連領域の点数分布

	合計	該当しない	0点	1点	2点	3点	4点	全てに該当する (5点)
全合計 (性・年齢無回答含む)	2560 100	2431 95	578 22.6	592 23.1	562 22.0	418 16.3	281 11.0	129 5.0
男性 小計	1096 100	1050 95.7	349 31.8	266 24.3	201 18.3	146 13.3	88 8.0	46 4.2
70歳未満	234 100	232 99.2	108 46.2	55 23.5	40 17.1	17 7.3	12 5.1	2 0.9
70～75歳未満	274 100	268 97.8	102 37.2	69 25.2	48 17.5	32 11.7	17 6.2	6 2.2
75～80歳未満	270 100	258 95.5	76 28.1	68 25.2	56 20.7	38 14.1	20 7.4	12 4.4
80歳以上	315 100	289 91.8	62 19.7	73 23.2	56 17.8	59 18.7	39 12.4	26 8.3
無回答	3 100	3 100	1 33.3	1 33.3	1 33.3	0 -	0 -	0 -
女性 小計	1441 100	1360 94.5	223 15.5	321 22.3	357 24.8	268 18.6	191 13.3	81 5.6
70歳未満	226 100	220 97.3	61 27.0	74 32.7	40 17.7	25 11.1	20 8.8	6 2.7
70～75歳未満	354 100	342 96.7	70 19.8	82 23.2	90 25.4	70 19.8	30 8.5	12 3.4
75～80歳未満	392 100	370 94.3	48 12.2	86 21.9	110 28.1	80 20.4	46 11.7	22 5.6
80歳以上	468 100	427 91.3	44 9.4	78 16.7	117 25.0	93 19.9	95 20.3	41 8.8
無回答	1 100	1 100	0 -	1 100.0	0 -	0 -	0 -	0 -

また、最近1年間の転倒既往別にみると、運動器5項目に全て該当した率は、1回以上転んだ群では14.0%（102人）、一回も転ばなかった群では0.6%（10人）となり、転倒既往既往と運動器関連項目の該当率には関係があると考えられた。

加えて、転倒経験がある729人を転倒回数別にみると、概ね転倒回数が多くなるほど該当率も上昇する傾向が見られた。

図表 51 転倒既往別の運動器関連領域の点数分布

	合計	該当しない	該当する					全てに該当する (5点)
			0点	1点	2点	3点	4点	
合計	2439 100	2431 95.0	578 22.6	592 23.1	562 22.0	418 16.3	281 11.0	129 5.0
1回以上転んだ	729 100	627 86.0	27 3.7	96 13.2	159 21.8	177 24.3	168 23.0	102 14.0
1回も転ばなかった	1600 100	1590 99.4	505 31.6	442 27.6	349 21.8	203 12.7	91 5.7	10 0.6
覚えていない	79 100	70 88.6	14 17.7	19 24.1	18 22.8	13 16.5	6 7.6	9 11.4
無回答	152 100	144 94.7	32 21.1	35 23.0	36 23.7	25 16.4	16 10.5	8 5.3

※うち、転倒既往がある者 について	合計	該当しない	該当する					全てに該当する (5点)
			0点	1点	2点	3点	4点	
合計	729 100	627 86.0	27 3.7	96 13.2	159 21.8	177 24.3	168 23.0	102 14.0
1回	286 100	253 88.5	16 5.6	45 15.7	67 23.4	67 23.4	58 20.3	33 11.5
2回	201 100	175 87.1	8 4.0	31 15.4	44 21.9	50 24.9	42 20.9	26 12.9
3回	98 100	84 85.7	0 -	4 4.1	24 24.5	24 24.5	32 32.7	14 14.3
4回	19 100	12 63.2	0 -	0 -	1 5.3	5 26.3	6 31.6	7 36.8
5回以上	77 100	57 74.0	1 1.3	9 11.7	12 15.6	18 23.4	17 22.1	20 26.0
無回答	48 100	46 95.8	2 4.2	7 14.6	11 22.9	13 27.1	13 27.1	2 4.2

また、腰痛・ひざ痛等による生活の支障の有無別にみると、生活に支障がある群は、運動器関連項目全てへの該当率が12.5%（103人）と高くなっている。

図表 52 腰痛・ひざ痛等による生活の支障の有無別の領域の点数分布

	合計	該当しない						全てに該当する (5点)
			0点	1点	2点	3点	4点	
合計	2560 100	2431 95.0	578 22.6	592 23.1	562 22.0	418 16.3	281 11.0	129 5.0
生活に支障がある	821 100	718 87.5	59 7.2	113 13.8	183 22.3	203 24.7	160 19.5	103 12.5
生活に支障はない	1607 100	1587 98.8	491 30.6	444 27.6	351 21.8	196 12.2	105 6.5	20 1.2
無回答	132 100	126 95.5	28 21.2	35 26.5	28 21.2	19 14.4	16 12.1	6 4.5

住宅周辺の環境についてみると、外出するのに不便な群は運動器関連項目全てへの該当率が12.8%（56人）と高くなっている。

図表 53 住宅周辺環境別の運動器関連領域の点数分布

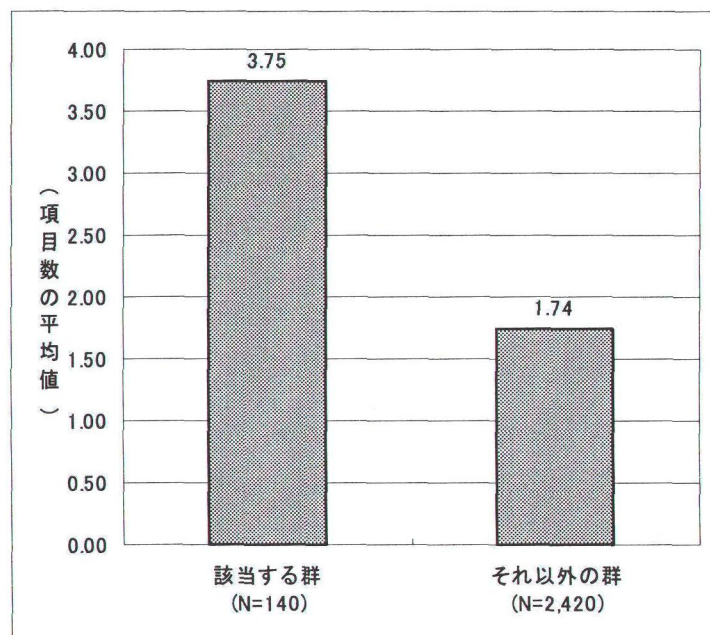
	合計	該当しない						全てに該当する (5点)
			0点	1点	2点	3点	4点	
合計	2560 100	2431 95.0	578 22.6	592 23.1	562 22.0	418 16.3	281 11.0	129 5.0
外出するのに不便	436 100	380 87.2	28 6.4	58 13.3	93 21.3	102 23.4	99 22.7	56 12.8
特に不便はない	2001 100	1934 96.7	525 26.2	504 25.2	441 22.0	298 14.9	166 8.3	67 3.3
無回答	123 100	117 95.1	25 20.3	30 24.4	28 22.8	18 14.6	16 13.0	6 4.9

また、

- 「転倒既往あり」
- 「腰痛・膝痛で生活に支障がある」
- 「住宅周辺環境は外出するのに不便である」

の3要素全てに該当する群 (n=140) の項目の平均値は3.75点、それ以外の群では1.74点となっており、当該要素が全て当てはまる群は、それ以外の群と比較して明らかに該当項目数が多くなっていた。

図表 54 上記3要素に該当する群とそれ以外の群との運動器関連領域の点数比較



【栄養関連（2項目）】

栄養関連領域についてみると、0点が最も多く2,013人(78.6%)、次いで1点が496人(19.4%)となっている。男性・女性とも年齢が高くなるにつれて該当率が高くなる傾向にあるが、特に男性では75歳以上、女性では80歳以上で1点以上の割合が高くなる傾向がみられた。

図表 55 性・年齢別の栄養関連領域の点数分布

	合計	該当しない	該当する		全てに該当する (2点)
			0点	1点	
全合計 (性・年齢無回答含む)	2560 100	2509 98	2013 78.6	496 19.4	51 2.0
男性 小計	1096 100	1080 98.6	860 78.5	220 20.1	16 1.5
70歳未満	234 100	233 99.6	198 84.6	35 15.0	1 0.4
70～75歳未満	274 100	270 98.5	230 83.9	40 14.6	4 1.5
75～80歳未満	270 100	264 97.8	200 74.1	64 23.7	6 2.2
80歳以上	315 100	310 98.4	231 73.3	79 25.1	5 1.6
無回答	3 100	3 100	1 33.3	2 66.7	0 -
女性 小計	1441 100	1406 97.6	1132 78.6	274 19.0	35 2.4
70歳未満	226 100	220 97.3	179 79.2	41 18.1	6 2.7
70～75歳未満	354 100	349 98.6	287 81.1	62 17.5	5 1.4
75～80歳未満	392 100	381 97.2	317 80.9	64 16.3	11 2.8
80歳以上	468 100	455 97.2	349 74.6	106 22.6	13 2.8
無回答	1 100	1 100	0 -	1 100.0	0 -

さらに、かみ合わせの状態別に見ると、かみ合わせの状態が悪いほど、栄養関連領域の 2 項目全てへの該当率が高くなっていた。

図表 56 かみ合わせの状態別栄養関連領域の点数分布

	合計	該当しない	0点	1点	全てに該当する (2点)
合 計	2560 100	2509 98	2013 78.6	496 19.4	51 2.0
何でも食べられる	1706 100	1681 98.5	1365 80.0	316 18.5	25 1.5
一部食べられないものはある	660 100	641 97.2	508 77.0	133 20.2	19 2.9
食べられないものが多い	85 100	81 95.3	56 65.9	25 29.4	4 4.7
無回答	109 100	106 97.3	84 77.1	22 20.2	3 2.8

【口腔機能関連（3項目）】

口腔機能関連領域についてみると、0点が最も多く1,146人（44.8%）、次いで1点が830人（32.4%）となっている。これは性・年齢に関わらず同様の傾向が見られる。

図表 57 性・年齢別の口腔機能関連領域の点数分布

	合計	該当しない	該当する			全てに該当する (3点)
			0点	1点	2点	
全合計 (性・年齢無回答含む)	2560 100	2405 94	1146 44.8	830 32.4	429 16.8	155 6.1
男性 小計	1096 100	1028 93.9	496 45.3	357 32.6	175 16.0	68 6.2
70歳未満	234 100	224 95.7	118 50.4	78 33.3	28 12.0	10 4.3
70～75歳未満	274 100	256 93.5	131 47.8	84 30.7	41 15.0	18 6.6
75～80歳未満	270 100	250 92.6	125 46.3	90 33.3	35 13.0	20 7.4
80歳以上	315 100	295 93.6	120 38.1	105 33.3	70 22.2	20 6.3
無回答	3 100	3 100	2 66.7	-	1 33.3	-
女性 小計	1441 100	1355 93.9	639 44.3	469 32.5	247 17.1	86 6.0
70歳未満	226 100	215 95.1	107 47.3	78 34.5	30 13.3	11 4.9
70～75歳未満	354 100	333 94	169 47.7	115 32.5	49 13.8	21 5.9
75～80歳未満	392 100	378 96.5	170 43.4	130 33.2	78 19.9	14 3.6
80歳以上	468 100	428 91.4	192 41.0	146 31.2	90 19.2	40 8.5
無回答	1 100	1 100	1 100.0	-	-	-

さらに、かみ合わせの状態別に見ると、かみ合わせの状態が悪いほど、口腔機能関連領域の3項目全てへの該当率が高くなっていた。

図表 58 かみ合わせの状態別口腔機能関連領域の点数分布

	合計	該当しない	該当する			全てに該当する (3点)
			0点	1点	2点	
合計	2560 100	2405 93.9	1146 44.8	830 32.4	429 16.8	155 6.1
何でも食べられる	1706 100	1656 97.1	949 55.6	521 30.5	186 10.9	50 2.9
一部食べられないものはある	660 100	584 88.5	150 22.7	236 35.8	198 30.0	76 11.5
食べられないものが多い	85 100	61 71.8	10 11.8	27 31.8	24 28.2	24 28.2
無回答	109 100	104 95.4	37 33.9	46 42.2	21 19.3	5 4.6

【閉じこもり関連（2項目）】

閉じこもり関連の項目についてみると、0点が最も多く1545人（60.4%）、次いで1点が775人（30.3%）となっている。この傾向は性、年齢別でも同様であるが、女性の方が男性よりいずれの年代においても1点以上の占める割合が高い。

図表 59 性・年齢別の閉じこもり関連領域の点数分布

	合計	該当しない	該当する		全てに該当する (2点)
			0点	1点	
全合計 (性・年齢無回答含む)	2560 100	2320 90.7	1545 60.4	775 30.3	240 9.4
男性 小計	1096 100	1017 92.8	734 67.0	283 25.8	79 7.2
70歳未満	234 100	223 95.3	178 76.1	45 19.2	11 4.7
70～75歳未満	274 100	263 96	203 74.1	60 21.9	11 4.0
75～80歳未満	270 100	253 93.7	180 66.7	73 27.0	17 6.3
80歳以上	315 100	275 87.3	171 54.3	104 33.0	40 12.7
無回答	3 100	3 100	2 66.7	1 33.3	0 -
女性 小計	1441 100	1281 88.9	792 55.0	489 33.9	160 11.1
70歳未満	226 100	214 94.7	153 67.7	61 27.0	12 5.3
70～75歳未満	354 100	324 91.5	205 57.9	119 33.6	30 8.5
75～80歳未満	392 100	346 88.3	218 55.6	128 32.7	46 11.7
80歳以上	468 100	396 84.7	216 46.2	180 38.5	72 15.4
無回答	1 100	1 100	0 -	1 100.0	0 -

さらに、腰痛・ひざ痛による生活への支障の有無別に見ると、生活に支障があるほど、閉じこもり関連領域の2項目全てへの該当率が高くなっていった。

図表 60 生活への支障の有無別閉じこもり関連領域の点数分布

	合計	該当しない	該当する		全てに該当する (2点)
			0点	1点	
合計	2560 100	2320 90.7	1545 60.4	775 30.3	240 9.4
生活に支障がある	821 100	693 84.4	370 45.1	323 39.3	128 15.6
生活に支障はない	1607 100	1509 93.9	1101 68.5	408 25.4	98 6.1
無回答	132 100	118 89.4	74 56.1	44 33.3	14 10.6

図表 61 寝込んだ経験別閉じこもり関連領域の点数分布

	合計	該当しない	該当する		全てに該当する (2点)
			0点	1点	
合計	2560 100	2320 90.7	1545 60.4	775 30.3	240 9.4
寝込んだ	436 100	354 81.2	180 41.3	174 39.9	82 18.8
寝込んでいない	2001 100	1856 92.7	1293 64.6	563 28.1	145 7.2
無回答	123 100	110 89.4	72 58.5	38 30.9	13 10.6

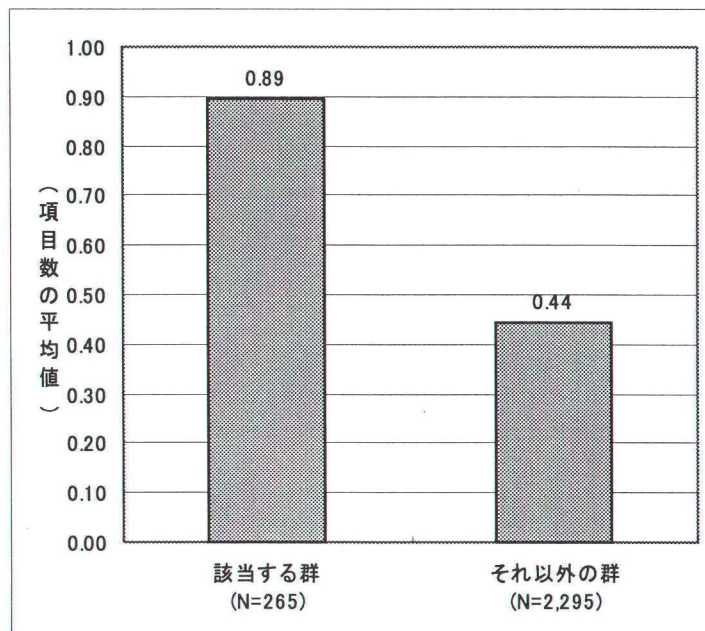
また、

○「腰痛・膝痛で生活に支障がある」

○「住宅周辺環境は外出するのに不便である」

の2要素に該当する群 (n=265) の項目の平均値は0.89点、それ以外の群では0.44点となっており、当該要素が全て当てはまる群は、それ以外の群と比較して該当項目数が多くなっていた。

図表 62 上記2要素に該当する群とそれ以外の群との閉じこもり領域の点数比較



【認知症関連（3項目）】

認知症関連の項目についてみると、0点が最も多く1,406人（54.9%）、次いで1点が724人（28.3%）であった。この傾向は、性、年齢に関わらず同様であった。

図表 63 性・年齢別の認知症関連領域の点数分布

	合計	該当しない	該当する			全てに該当する (3点)
			0点	1点	2点	
全合計 (性・年齢無回答含む)	2560 100	2474 96.6	1406 54.9	724 28.3	344 13.4	86 3.4
男性 小計	1096 100	1056 96.4	607 55.4	299 27.3	150 13.7	40 3.6
70歳未満	234 100	229 97.9	149 63.7	59 25.2	21 9.0	5 2.1
70～75歳未満	274 100	270 98.5	161 58.8	79 28.8	30 10.9	4 1.5
75～80歳未満	270 100	262 97	144 53.3	71 26.3	47 17.4	8 3.0
80歳以上	315 100	292 92.7	150 47.6	90 28.6	52 16.5	23 7.3
無回答	3 100	3 100	3 100.0	0 -	0 -	0 -
女性 小計	1441 100	1395 96.8	787 54.6	419 29.1	189 13.1	46 3.2
70歳未満	226 100	226 100	143 63.3	62 27.4	21 9.3	0 -
70～75歳未満	354 100	350 98.9	210 59.3	104 29.4	36 10.2	4 1.1
75～80歳未満	392 100	383 97.7	207 52.8	117 29.8	59 15.1	9 2.3
80歳以上	468 100	435 92.9	227 48.5	135 28.8	73 15.6	33 7.1
無回答	1 100	1 100	0 -	1 100.0	0 -	0 -

【うつ関連（5項目）】

うつ関連の項目についてみると、0点が最も多く1,265人（49.4%）、次いで1点が527人（20.6%）となっている。この傾向は性、年齢に関わらずほぼ同様であった。

図表 64 性・年齢別のうつ関連領域の点数分布

	合計	該当しない	該当する					全てに該当する (5点)
			0点	1点	2点	3点	4点	
全合計 (性・年齢無回答含む)	2560 100	2483 97	1265 49.4	527 20.6	327 12.8	220 8.6	144 5.6	77 3.0
男性 小計	1096 100	1067 97.3	569 51.9	219 20.0	120 10.9	92 8.4	67 6.1	29 2.6
70歳未満	234 100	233 99.6	154 65.8	44 18.8	13 5.6	15 6.4	7 3.0	1 0.4
70～75歳未満	274 100	266 97	156 56.9	57 20.8	16 5.8	22 8.0	15 5.5	8 2.9
75～80歳未満	270 100	261 96.7	126 46.7	44 16.3	48 17.8	23 8.5	20 7.4	9 3.3
80歳以上	315 100	304 96.5	132 41.9	73 23.2	43 13.7	31 9.8	25 7.9	11 3.5
無回答	3 100	3 99.9	1 33.3	1 33.3	0 -	1 33.3	0 -	0 -
女性 小計	1441 100	1393 96.7	686 47.6	306 21.2	200 13.9	125 8.7	76 5.3	48 3.3
70歳未満	226 100	221 97.8	118 52.2	53 23.5	20 8.8	18 8.0	12 5.3	5 2.2
70～75歳未満	354 100	347 98	174 49.2	78 22.0	51 14.4	24 6.8	20 5.6	7 2.0
75～80歳未満	392 100	382 97.4	187 47.7	84 21.4	59 15.1	33 8.4	19 4.8	10 2.6
80歳以上	468 100	443 94.6	207 44.2	91 19.4	70 15.0	50 10.7	25 5.3	25 5.3
無回答	1 100	0 0	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	1 100.0

(5) 水際作戦試行モデル事業を踏まえた課題・意見

①生活機能低下者の効果的な把握方法

本モデル事業では、医療機関の外来患者全員（一部抽出あり）を対象とした1日調査を実施したが、この方法はマンパワーの確保・受診者の理解・協力が必要であり、実際には、生活機能低下者と考えられる高齢者を対象に実施したり、問診の一貫として活用するなど、効率的・効果的に把握できる方法を検討する必要がある。

各施設の回答からは、医師・看護師の判断により、生活機能低下が危ぶまれる場合に実施する、定期受診ではなく急な受診（風邪で寝込むなど）の場合に活用する、問診の一貫として活用する、地域連携室や相談窓口で活用する、退院時・新患に活用するなどの案が寄せられた。

医療機関であれば、風邪で寝込んだ場合にタイミングよくチェックすることも可能であり、このような際に医師や看護師の判断で基本チェックリストを活用し、市町村に情報提供が可能になれば、効果的に発見できるのではないかと考えられる。

また、定期的に65歳以上の患者には基本チェックリストで調査する方法もあげられたが、その場合、簡便化したものが必要という意見もみられた。

○医師・看護師・リハビリ専門職等の判断により生活機能低下者に活用

- 診察時に医師が必要と判断する人に対し、基本チェックリストを渡し、スクリーニングにつなげていく。
- 外来受診時に医師・看護師が「運動器の機能低下」や「低栄養」を疑った場合に「基本チェックリスト」を活用し、必要があれば市町村へ情報提供する。定期受診者は普段との変化をみつけることが必要。外来受診中断者(良くなっているとは思えない方)のフォローも必要。
- 高齢者が疾病で病院にかかった時に、ADLの状況等を受診の機会に速やかに把握できると思われる。当院では、1日の外来患者数が多く、外来時に主治医がチェックリストに記入するのは困難であるので、受診時に生活機能が低下しているような高齢者は、ソーシャルワーカーにつなぎ、そこから必要があれば市町村へ連絡。
- 整形外科受診者で腰痛や膝痛のチェックから生活機能低下者を把握する。
- 生活機能低下者の多くは、関節機能障害を有する方が多い事を考えると、整形外科の医師や看護職と連携して把握する。リハビリテーションの実施者からの把握(機能訓練実施者、物理療法実施者、その他)。
- 病院の全ての職員が特定高齢者の早期発見という視点で対応して、必要な場合、医師・看護師に連絡し聞き取り等実施する。

○急な受診（風邪で寝込むなど）の場合に活用

- 定期的な受診(往診)を行っている患者については、その変化については気づき易く、あらかじめチェックリストを使うことはないと思われるが、風邪で寝込む等のことで急な受診があった場合は、このチェックリストで全体を把握することができることになる。この結果を受け、市町村に情報を提供すれば、早期に対応が開始できるだろう。

○問診の一貫として活用

- 外来受診の際、医師の問診の中から看護師が介助しながら生活機能低下をキャッチし、チェックリストによる調査を行いそのチェックリストを市町村担当者に送る事が可能と考える。
- 日々の外来業務の中でなかなか患者の話をじっくり聴くことができないため、チェックリストを活用することで生活の中で困っていることを聞くことができる。連携を取る市町村や地域包括支援センターが十分な体勢をとることができるのであれば、MSW等を介して生活問題の解決の連携体制を強化し、情報交換の1つのツールとしてチェックリストを活用する。
- 当院では受診者が診療の前に看護師による予診を受けている。その際患者家族から情報を得るために利用する。
- 外来受診時、問診票として活用する。

○地域連携室・総合相談窓口・相談室等で活用

- 外来などに相談コーナーを設置する、またはアンケート箱などを設置して状態の変化やニーズを把握する。必要な情報は院内の地域連携室や担当より市町村へ連絡する。
- 疾病のために、何らかの支援が必要と思われる時には地域の窓口となる部署(地域連携室や地域医療部等)を通して、情報提供する(基本チェックリストのすべてではなく、まずは移乗や移動が困難であるかどうか等、必要最小限の情報でよいと思われる。また、受診ができていない人等の見守りや様子をお互いに連絡するなど)。
- 診察の合間での聞きとりチェックリスト作成は困難と考えられる。総合相談窓口等の設置と、各科関係者からの情報提供が必要と考えられる。
- 当院では、患者に関する相談は、地域医療連携室に連絡が入るようになっており、連携室では御本人や御家族との相談の中で状況把握した上で、必要なケースについては在宅介護支援センターや行政につなぐようにしている。情報提供の際は、連携室の相談記録を基にしているが、今後基本チェックリストを活用するとすると、相談の際に聞き取り記入し、情報提供の添付資料とする等の方法が考えられる。当連携室が、タイムリーに患者様の生活機能低下の情報をつかむためには、今後更なる院内の連絡・連携体制の強化が必要であると思われる、また、書類管理をどうしていくか等の課題も発生すると思う。

○退院時・新患に活用

- 入院患者について退院前にチェックリストを活用し、結果を市町村に提供する。
- 退院時、リハビリを受けている時、検査データが明らかに異常と認められる時など、「基本チェックリスト」を使用する。
- 「基本チェックリスト」に基準値を設け、それ以下の場合は市町村に情報を提供する(新患、退院時)。

○定期的にチェックリストを記入

- 65歳以上の定期受診者を対象に、定期的に基本チェックリストを作成する(報酬が必要)。
- 新患で受診された人には必ず、継続的通院者には3~6ヶ月に1度は必ず「基本チェックリスト」(もう少し簡便化したもの)によるチェックを行い、低下が疑われれば、市町村等へ情報提供を行う。

②市町村への情報提供に関する課題

市町村への情報提供に関する課題としては、市町村・関係機関と連携を強化した上で情報提供することが必要という回答と、国保直診が市町村と併設しているために情報共有はスムーズにできるという回答に分かれた。特定高齢者把握事業は市町村の実施事業であることから、市町村との密接な連携は不可欠であり、国保直診がこの機能を果たすことのメリットは大きいと考えられる。

また、4月からの制度改正に向けてまだ市町村の基本チェックリスト活用ルールや情報に対する窓口対応体制などが決まっていないことから、市町村にルールの確立等を求める意見も多くみられた。また、特定高齢者となった人に提供できる介護予防サービスの整備やタイムリーに対応できる地域包括支援センターのマンパワー確保など、特定高齢者を支えるサービス・窓口の不足を危惧する意見もみられた。

市町村への情報提供にあたっては、基本チェックリストだけではなく、医療情報や家族情報があつた方がよいのではないかと、また医療職側が生活機能低下者と考えた意図を伝える必要はないのかなど、介護予防ケアプランを作成する上で大変重要な情報を医療機関が保有していることが示唆されている。

また、個人情報保護の観点も重要であり、市町村側が基本チェックリストに関する個人情報保護の手続きを決めておく必要がある。

○市町村・関係機関との連携強化

(連携強化が必要という意見)

- 市町村と医療機関が定期的な話し合いを持って、チェックリストを活用して情報を共有する。
- 関係機関との連携を密に行う機会(ケアカンファレンスなど)を定期的に設ける。
- 現在も保健・医療・福祉の連携はとれているので、地域包括支援センターができて、情報提供のスムーズさについては問題はないと思われる。
- 情報提供者とのネットワークづくり(住民・保健・医療・福祉・介護など)。情報の共有化と一元化。情報提供後のスピーディな対応の確立。
- その人を取り巻く、家族や隣人、ケアマネ、福祉担当の人などと綿密な連携が必要となると思うが、どうやるのか、どの部分が中心となり運営していくのか。
- 現在、情報提供を行うための連携体制が整備されていないため、スムーズな情報提供とは言いがたい。4月からの介護保険制度改正に向けて早急に体制作りを進める必要があると考える。

(既に連携強化されているという意見)

- 当病院に町福祉課・保健課が併設されており、4月からは包括支援センターも保健課内に設

置される予定であり、情報の共有が図りやすい。

- 同敷地内に施設があるため、連絡はスムーズに行える。また PC のネットワークの利用もできる。問題点は特になし。
- 従来より地域包括ケアシステムを構築しており、保健福祉センターとは日常的に情報交換をしている。4 月からは地域包括支援センターも保健福祉センター内に設置される予定なので、連携も従来通りとれると思われる。
- 保健・医療・福祉の関係職員が市町村の職員である為、情報提供に関する問題は特にない。

○市町村の窓口や基本チェックリスト活用ルールの確立

- 市町村側に対象者受け付け窓口の設置があればスムーズに報告出来る。その後のフォロー状況のフィードバックがほしい。
- 対象となる方に他機関へ情報を提供することへの同意を得ること。すぐに介護予防の支援が具体的に計画され、実行できるようにこちらからも働きかける等の業務が必要となってくると思われる。
- どのような機関が基本チェックを行う役目があるのか、どのような 65 歳以上の人に行うのか、ルートの確立が必要。
- どのような人を地域支援センターに情報提供するのかわかっていない。

○市町村の介護予防サービス・地域包括支援センターの対応体制整備

- 病院で生活機能の低下がみられた時には、多くが医療が必要な状況であり、介護予防と結びつけること自体が難しいのではないかと。また入院が不必要な場合でも、介護保険等当てはまるサービスがなければ対応してもらえない(できない)こともある。今後市町村の介護予防サービスがさらに充実しないことには、チェックリストを活用しても無意味となってしまう。
- H18 年 4 月からの新予防給付、地域支援事業等につなげるため、市町村や地域包括支援センターへ情報提供を行っても、タイムリーに対応出来るような体制、マンパワーではないので、情報提供してもうまく機能しないと考える。
- 生活機能低下者と思える方に外来で受診時にお聞きして、市町村に連絡するとすぐ来て相談に乗ってくれるとよいと思う。タイムリーに行なえる支援が必要である。そのためのマンパワーがあるとよい。そしてつなげた方の情報が発信された医療機関にかえるとよい。連携と継続が必要である。

○市町村への情報提供内容・提供方法

- 「物忘れ」「生活に充実感がない」「友人を訪ねているか」「食べにくくなった」「むせる」等、具体的な問いがある。その時の答えによって支えてくれる人がいるのか、一緒に寝起きしている人の関わりの度合いを聞き、問題がある人は保健師やケアマネジャーに情報を

提供することが可能である。

- 集計作業において、データがどのように流れていくのか課題と思われる点がある。紙による媒体なのか、1 ケースごとに報告するのか、それともまとめるのか。
- 情報提供の際、チェックリスト該当のみの報告で良いのかどうか。医療的情報、家族的情報は必要か。
- 医療側は個人のどういう部分について生活機能低下者と考え「チェックリスト」を送ったのか、その意図が伝わらなければ市町村側が問題とするかどうか判断がしにくいのではないかと思う。

○個人情報保護

- 情報提供の義務や個人情報保護等の法的裏付けがあれば安心して提供出来る。
- 病院から情報が提供されることに対する本人の了解を得ることが大切である。
- 個人情報保護などの問題もあるため、対象者によく理解をしていただき、承諾を得てから情報提供を行わなければいけないと思う。
- 個人情報の問題があるので事前に同意を得る。
- 診療情報提供書と同様に本人渡し、および医療機関からの郵送により、特に問題は無いと考える。

○基本健康診査での活用

- 住民健診の中で活用し、特定高齢者やこれに準ずる高齢者を、市の福祉課に情報を提供していきたいと考えている。

○医療機関内の連携・職員の理解と協力

- 介護予防に対する事業への職員の理解と協力が必要である。地域の方々も理解不足がある。病院内各職種の連携を取るためのシステムが必要。また、そのための担当部署や責任者の設置が必要。
- 医療機関として、患者様の生活背景を把握する必要がある(機能がどの程度か把握しておかないと、早期に発見できない)。定期受診ができていない人、予約受診に来られなかった患者様へのアプローチや状況把握をしていること。それらが職員の共通認識としてあること。地域のしくみを十分に理解していること(サービス提供や流れ)。

③医療機関における基本チェックリスト活用およびその課題

医療機関における今後の基本チェックリストの活用可能性については、「早速取り入れられる」という回答や「全項目を聞き取るのは困難」など意見が分かれた。市町村における基本チェックリストの活用方法・体制が構築されれば、医療機関としても対応体制を検討しやすくなることから、今回のモデル事業結果を踏まえ、国保直診から市町村への効果的な活用方法の報告や働きかけも必要であると考えられる。また、市町村に情報提供としてつなげるだけでなく、医療機関の立場からの受診者への効果的なアドバイスにつながったケースも報告された。

医療機関において基本チェックリストを活用するためには、院内の体制づくりが重要であり、そのためのマンパワーが必要という意見がほとんどであった。特に多くの高齢者が介助を必要とすることから、聞き取りに対応できるマンパワーの確保が必要になると考えられる。また、医療従事者側の理解・意識の統一が必要という意見や、地域住民が介護予防について理解する必要があるという教育・周知の課題もあげられた。

基本チェックリストの項目に関する意見としては、特にうつの項目が聞き取りにくいという意見や、スクリーニングの該当項目数の条件が厳しすぎるなどの意見がみられた。

さらに、外来患者は疾病のための生活機能低下があるため、疾病の改善とともに生活機能低下の状態が改善するのかどうかの見極めが必要という意見もみられた。

○今後の活用可能性について

- 今回は 1 日だけの調査で一部の受診者のみの調査だったので、定期的に調査を行い、より幅広い問題点を把握していければよいと感じた。
- 相談の窓口業務をしていて、生活機能低下のチェック項目が理解でき、効果的なアドバイスができるきっかけとなった。日頃外来でゆっくりと話す時間がなく、このような機会だと時間を取ることができ、看護面でいい機会となった。
- 受診の機会をうまくとらえて、介護予防に結びつけていくという、今回の事業における作戦は、平成 18 年度からといわず、早速今日からでも取り入れていけるものである。
- 病院では、受診の際に問診票など書くものが多い上、項目が多いとすべてを聞き取ることが難しい(外来診療の間では)。病院での水際作戦としては項目を限定して実施することがよいのではないか。
- 今回のアンケートにより、病院に受診する 65 歳以上の高齢者は、現状では介護を必要としないが、転倒のリスクが高かったり、何らかの注意を要する高齢者が多いというのに気が付いた。今後生活機能が低下している高齢者がいたら、早期に市町村へ連絡できるシステムの構築が必要である。

- 市町村が、健診を受ける意向調査を行っているように、年度当初又は翌年度に向けての年度末に、基本チェックリストを 65 歳以上の家庭に送付して回収、問題になるものを洗い出して、その人のかかっている医療機関と連携し情報提供していくのがよりわかり易いのではないかと思う。

○医療機関側の体制整備が必要

- 院内で、本格的にこの事業を行うことになれば、院内での体制づくりが必要。対象となる方すべてをタイミングよく把握することは実際困難なことであり、手間が大きいと思う。ただ、この事業が機能すれば有意義なものになると思う。
- 今回のように協力があれば可能だが、現状の職員体制では聞き取りできる人数に限りがあると思われる。
- 聞き取りに時間がかかり負担となる。聞き取りには保健師等の専門職の方が良い。
- 繁雑な外来の流れの中に「基本チェックリストによる調査と対象者の把握」を入れることは、マンパワー不足や院内連携体制づくりが課題。
- 患者が集中する午前中の外来でじっくり話を聞くのが難しい。調査員を配置するための人員確保が困難。チェックリストを確認できる部署が必要。
- 問題があるのではないかと明らかにする時、チェックリストを活用するとよくその方が見えてきて問題を抽出するのによいと思う。しかし、チェックリストで患者さんとかかわる看護師の時間がない。外来のマンパワーはギリギリである。外来の機能は、受診する方の精神的・肉体的なサポートに在宅・外来・施設へとつなげていく場所であると考えているが、かかわるスペースとマンパワーも少ないのが現況である。

○医療機関側のスタッフの理解が必要

- 把握のためには医療者側の意識の高さが必要と思われる。
- 医療機関として、特に外来において医師、看護師、リハビリ等スタッフ全員が、「介護予防」を重要な課題として取り組むという共通意識が必要。
- 施設内において対象者にどのような目的で行うか、理解を統一しておくことが必要。
- 院内での教育も必要。院内協力者に介護予防等について勉強会などを行えば、同じチェックリストをつかうにしても視点が変わってくるのではないか。

○地域住民の介護予防への理解が必要

- 介護保険の申請をしていない人々は、まだ介護保険の理解はしていない人が多い。歯の問題を抱えている人が多い。
- 「介護保険制度」の利用について知らないと答えられた方が多かった。「介護保険制度」をもっと身近な制度としてお知らせすることが必要と思われた。

○基本チェックリストの項目について

- 基本チェックリストからスクリーニングするのに手間がかかる。コンピュータソフトもしくはもう少しわかりやすい用紙に変更してほしい。
- 聞きとりにくい項目がありチェックに迷った。
- NO21のように、感じ方に個人差があり、判断が難しい。NO24のように、本人に聞きづらい質問があり、その質問によって不安を感じたり落ち込むような人もいる。
- 項目 21～25 は質問内容が難しく、質問しにくく、答えにくそうだった。
- 気分を害するような質問に対して考慮すべき。
- 医療の場面で今回のチェックリストを使用する事は時間の浪費も含み困難な事がある。今回の調査でも「ただのアンケート」と説明しても、「病気の治療に来たのにずいぶん失礼な事を聞くんだな」と憤慨された方もいた。相談窓口相談にこられたケースなら使用可能ではないか。
- 調査が冬期で積雪の多い地域のため、外出しやすく、外での作業がしやすい夏場と比較して、外出の頻度、充実感、転倒の辺りに影響があったと思われる。
- どの患者様にいつ「基本チェックリスト」に記入していただいたか把握が困難。
- 基本チェックリストから水際作戦につなげる該当項目数の条件が厳しく、あるいは不足した項目もあり、現在のままでは活用できるものとは言い難い。
- 設問の解答がわかりづらい部分があった。質問しづらい文章がある。重複した様な設問もみうけられる。体重はわかっても、身長は曖昧な方が多い。
- 各々に対する質問に時間がかかる。

○疾病と基本チェックリストの関係について見極めが必要

- 医療機関を受診する患者は、疾病のための生活機能低下が当然あるので、生活機能低下が疾病の改善とともに良くなるのかどうかを見極めることが必要と思われる。
- 基本チェックに関し、本人の申告のみでは十分把握できない。家族含め客観的判断も必要なのは。医療機関受診者の急な機能低下は、症状改善すれば回復できる方もいると考えられ、どのタイミングで基本チェックリストを活用するのか判断を要する。

(6) 現地訪問調査

モデル事業の実施方法、体制、課題等を調査する目的で、先進的な取り組みを行っている施設を選定してヒアリングを行った。そのまとめを以下に示す。

①事業の実施方法について

本事業は、65歳以上の外来患者ほぼ全員（約100名を上限）を対象としており、調査に当たっては通常診療の場で効率的に実施することが求められていた。よって、各施設では様々な工夫を行い、人の流れを考慮して調査を実施していた。

調査の準備に当たっては、医師、看護師、保健師、事務職員等、関係する職種間での綿密なミーティングを事前に行い、院内に調査の意義を周知すると共に、背景となる制度変更への理解も深めるなど、病院全体としての実施体制を構築していた。また、調査対象となる患者への周知についても、協力依頼文の作成や、調査趣旨・方法を記載したお知らせの院内掲示等により行っており、事前の準備が適切になされていた。対象者の反応も概ね好意的で、回収率も高くなっていた。

② 基本チェックリスト項目について

基本チェックリストの項目数は妥当であるとの意見が多かった。項目別に見ると、「1. のバスや電車で1人で外出していますか」という項目について、中山間部では公共交通機関ではなく自家用車で自由に外出している人がいるという意見や、「うつ」に関する項目において、言い方がきついため、逆の聞き取り方（例：毎日の生活に充実感がない→毎日の生活に充実感がある）をした方が良いのではないかとの意見が見られた。

なお、本調査項目で運動器、栄養、口腔機能等の特定高齢者を抽出しようとした場合、口腔機能改善の対象者（候補者）が最も抽出されやすいのではないかとの意見が挙げられた。

③ 介助の方法、介助の困難点

介助方法としては、設問の意味を詳しく説明すること、代読、代筆等が挙げられた。ただし、強度の老眼で調査票が自分で読めなかったり、代読しても難聴のため聞き取れない高齢者がいたりするなど、介助を行うにあたっては比較的時間がかかっていたことがわかった。なお、看護師が介助した場合にはどうしても医療相談になってしまったり、代読しているうちに世間話が始まってしまったという意見も見られている。

④ 事業の活用方法について

本事業のように、医療機関において特定高齢者の早期把握を行う取り組みは、確率が高く有効であるとの意見は多かった。ただし、対象が高齢者であるため、診療自体の説明等が通じにくい上に、さらに新たなものが加わることで混乱を招くことが危惧されるため検討が必要との

意見も見られた。また、現状では調査（特に記入介助）のマンパワーも不足していることが挙げられている。

そのため、医療機関で全てを行うのではなく、地区担当の保健師や在宅介護支援センター職員が訪問して基本チェックリストの聞き取りを行い、そこである程度選定してから、医療機関において生活機能評価判定報告書を書いてもらう方法や、生きがいデイサービス等、特定高齢者予備軍が集まるような場所での実施も効率的と考えられる。今後は、地域の医療・介護資源をうまく活用した取り組みが必要となろう。

2. 介護予防ケアプラン作成試行モデル事業

(1) 介護予防ケアプラン作成試行モデル事業の実施方法

介護予防ケアプラン作成試行モデル事業では、1. 水際作戦試行モデル事業により、「特定高齢者の候補者」として選定された人の中から、各施設2～3人を対象として、市町村等と連携して介護予防ケアプランの作成を行ったものである。

介護予防ケアプラン作成試行モデル事業に参加した施設は16施設であり、介護予防ケアプランを作成した事例数は合計で37事例であった。

図表 65 介護予防ケアプラン作成方法について

実施施設数	16 施設
介護予防ケアプラン作成事例数	37 事例
利用者と面談した回数	1 事例あたり平均 1.9 回
面談にかかった時間	1 事例あたり平均 2.3 時間
介護予防ケアプラン作成のための 会議回数	1 事例あたり 1.4 回
会議への参加人数	1 事例あたり 5.7 人

なお、このモデル事業では、厚生労働省が示した介護予防ケアプランの様式（次々ページ参照）を使って試行的に介護予防ケアプランを作成したものである。この介護予防ケアプランの様式は、平成18年度から地域支援事業の介護予防特定高齢者施策の対象者及び予防給付の対象者への介護予防ケアプラン様式として使われる。

介護予防ケアマネジメントは、従来のケアマネジメントと以下のような点が違う特徴があげられる。

- 「できないこと」を補うという補完的なケアマネジメントではなく、生活機能の低下の背景・原因を分析し、課題を明らかにして目標を定めること
- 利用者と課題分析者が目標を共有し、利用者が主体的に目標に向けて取り組む「目標志向型」であること
- 介護保険や介護予防事業だけでなく、地域におけるインフォーマルサービスを利用者ニーズに合わせて活用すること

これまでのケアマネジメントでは、できないことをサービスで補うという補完的な考え方があったが、介護予防ケアマネジメントは、目標を定めて、本人の意欲を高め、本人の生活の質の向上を目指すことが重要になる。

<現行のケアマネジメントの問題点>

- ケアマネジメントにおけるサービス導入の目標設定が不適切
- サービス選択に当たっての他の代替的な手段の検討が不十分



結果的にサービス利用が目的となっているケアプランが策定される

<見直し後の介護予防ケアマネジメント>

- 適切なアセスメントの実施により、利用者の状態の特性を踏まえた目標を設定
- 利用者を含め様々な専門家によるケアカンファレンスを通じ利用者の改善可能性を実現するための適切なサービスを選択



利用者の自立に向けた目標志向型プランの策定

<介護予防ケアマネジメントのポイント>

- 目標の共有と利用者の主体的なサービス利用
利用者サービス提供者による生活機能向上のための目標の共有及び利用者の主体的なサービス利用を進めることが重要
- 将来の改善の見込みに基づいたアセスメント
個々の利用者ごとに、生活機能を向上させるためには、状態像の変化に応じて必要な支援要素を決定し、当該支援要素に対応した適切なサービスを調整し、定期的に見直しをしていく仕組みを構築することが必要
- 明確な目標設定をもった介護予防ケアプランづくり
個々の利用者ごとに、生活機能が、いつまでにどの程度向上するのか、又は、どの程度の期間維持できるのかを明らかにし、利用者・家族及びサービス提供者がその目標を共有するとともに、適切に評価することが重要

出典：「社会保障審議会介護給付費分科会介護予防ワーキングチーム中間報告」（平成17年8月30日）

NO. _____

利用者名 _____ 様 認定年月日 _____ 平成 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日 初回・紹介・継続 認定済・申請中 要支援1・要支援2 地域支援事業

計画作成者氏名 _____

委託の場合:計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) _____

計画作成(変更)日 年 月 日(初回作成日 年 月 日)

担当地域包括支援センター: _____

目標とする生活

1日 _____ 1年 _____

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画				
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所
活動・参加について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				()					
日常生活											
社会参加、何人接触・コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				()					
健康増進について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				()					

健康状態について
主治医見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

【本来行へべき支援ができない場合】
妥当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針:生活不活発病の改善・予防のポイント

基本チェックリストの(該当した質問項目)／(質問項目)をお書き下さい。
地域支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい。

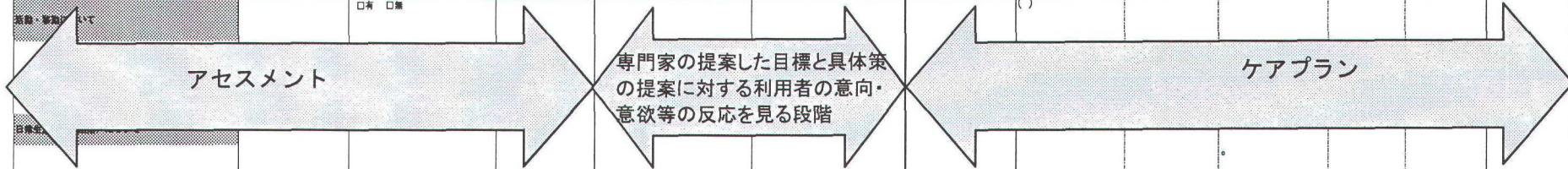
	運動不足	栄養改善	口腔ケア	認知症予防	転倒予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業						

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 氏名 _____ 印



(2) 介護予防サービス・支援計画表の各項目について

本モデル事業では、介護予防ケアプランの各記入欄について、利用者や家族から聞き取る際に工夫した点について、回答してもらった。以下に、各施設で工夫した点を列挙し、それぞれの工夫により、具体的にどのような内容が記載されたかについて、「事例」として示した。

①「アセスメント領域と現在の状況」欄の記入上の工夫点

各アセスメント領域ごとに、日常生活の状況を記載する。

①基本チェックリストの回答状況、主治医意見書、生活機能評価の結果も加味して行う。
②利用者と家族の双方に聞き、実際の状況と発言の違い、利用者と家族の認識の違いなどにも留意する。③課題分析者が観察した状況についても記載する。④初回面接では、課題分析者が強引に聞き出そうとするなど利用者を不快にさせないこと。

運動・移動について…乗り物を操作する、歩く、走る、昇降する、様々な交通を用いることによる移動を行えているかどうか。

日常生活（家庭生活）について…家事（買い物・調理・掃除・洗濯・ゴミ捨て等）や住居・経済の管理、花木やペットの世話などを行っているか。

社会参加、対人関係・コミュニケーションについて…状況に見合った適切な方法で、人々と交流しているか。また、家族、近隣の人との人間関係が保たれているかどうか。

健康管理について…清潔・整容・口腔ケアや、服薬、定期受診が行っているかどうか。特に、高齢者の体調に影響する、食事・水分・排泄の状況については、回数や量などを具体的に確認する必要がある。

地域包括支援センター業務マニュアル 平成18年1月 より

【運動・移動について】

< 日常の交通手段・移動方法について聞く >

- 外出時の交通手段について聞いた。
- 屋内、屋外の移動の様子。運動の習慣。交通手段の利用と利便性の状況。
- 自宅周辺の道路状況を頭におきながら質問をしていった。
- どのような方法でどの程度歩いているか、転倒の状況を細かく聞く。自動車、バイク、自転車の有無、いつ頃まで乗っていたのか。「買物などはどうしていますか？」など。

事例 1

外出する時は、自分で車を運転して出かける。(通院や妻と外出する時など) 歳をとってきたので、転倒に対する不安もあるが、草刈りなども行えるので、特に不自由を感じない。
(男性、家族と同居)

<一日の生活の流れについて聞く>

- 家事の現状から聞き出していった。
- 利用者に自覚が薄いため日常のエピソードを中心に伺った。
- 一日の生活の流れを話していただき、行動範囲、補助具の使用の有無、外出の方法等を聞いた。

事 例 2

杖なし歩行。買い物も行けるが、転倒が怖いため、配達またはタクシーを利用している。調子の良い時は老人体操と 20 分歩行をシルバーハウジング廊下で実施。(女性、独居)

<本人の様子に配慮した>

- できなくなった部分を聞き出すのではなく、まだできている点を聞き出し利用者に自信をいだけせるよう配慮した。
- できていそうなことを予測して問いかけた。
- 足腰が痛くて困っているようなことがありますか。転倒するのではないかな等の不安はありませんかなどと聞いた。

事 例 3

杖や押し車を利用し、自宅周辺の歩行は可能である。意欲はあるが、痛みが伴うため、思うように動くことができない。(女性、家族と同居)

<実際の動作を観察した>

- 訪問時の生活環境の観察、利用者の歩行等の動きを見てそれを話題にし質問していった。
- 実際の動作観察を行うと同時に、生活範囲を聞きながら、屋内・屋外の移動、運動状況を聞いた。
- 本人に室内の移動を行ってもらった。実際の動作を再現してもらった。

事 例 4

くも膜下出血術後の後遺症で左不全麻痺となり、左大腿骨骨折術後の後遺症により動きにくい。歩行に左下肢を引きずるが日常生活には支障はない。長距離を歩くと左下肢が痛くなり、また、疲れやすいため跛行が出現する。また視力障害のために転倒の危険がある。(独居)

【日常生活について】

<一日の生活の流れについて>

- 一日の生活リズムをきっかけに話を進めた。
- 一日どのように過ごしているか、何が困っているのかなどを聞いた。
- 食事・排泄などの日常動作。家屋の状況、階段はあるか、日常の生活手段動作（食事の用意、家事一般、買物）などについて聞いた。
- 毎日どんなふうにも暮していますかと聞いた。男性は屋外での作業も含め聞いた。
- 「朝は何時に起きていますか？」と一日の流れをたずねると順番に具体的に話してくれた。
- 生活全般の話を聞いて項目に該当すると思えるものを当てはめていった。
- 基本チェックリストをもとにして生活状況について具体的に聞いた。

事 例 5

身の回りのことは、すべて自分でできている。ごはんを炊いたり、野菜をゆがく程度の料理もできる。買い物にも車で出かけられる。(家族と同居)

<本人の様子に配慮した>

- できなくなった部分を聞き出すのではなく、まだできている点を聞き出し利用者に自信をいだけさせるよう配慮した。
- できていそうなことを予測して問いかけた。

事 例 6

身の回りの行為は自立している。食事、洗濯等は妻がやってくれるので不自由さは感じていない。(男性、家族と同居)

<「できること」「できないこと」を明確にした>

- 実際に自分でしていること、家族がしていることを細かく問いかけた。
- 家事全般で自分の出来ること、出来ないことを話していただいた。
- 前はできていたのに最近できなくなったことがありますかと聞いた。

事 例 7

長男夫婦と同居しているが、飲食業を行っている為、一人で過ごす事が多い。食事は嫁が準備してくれる。後片付けは、時間がかかるけれど、自分ですることもある。小物の洗濯もできる。(家族と同居)

<その他>

- 訪問時の生活環境の観察、利用者の歩行等の動きを見て、それを話題にし質問した。たんに飾ってある写真などを話題にした。
- 世間話から入っていった。
- 利用者の話の中から関心のある項目を中心に領域内容へ話を広げていった。

事 例 8

調理は倦怠感があり、あまりしない。できあいのものを主に購入する。洗濯や掃除はできるが、右手骨折後の痛みがあり力仕事（コンロの掃除、布団干し）はできない。（独居）

【社会参加、対人関係・コミュニケーションについて】

<家族・友人・過去の職業・趣味・近所付き合いについて>

- 仕事の話から、退職後の生活の変化を聞いた。
- 家族の状況。友人、近隣のネットワーク、趣味、今までの職業などを聞いた。
- 友人・近所の方の話がたくさん出てきたので、そこからくみとった。
- 趣味の話から広げていった。
- 地域の会合の参加状況や近隣者や友人との交流状況を聞いた。交流がない場合は、なぜかを聞くと、どんな事業なら参加してもらえそうかニーズが見えてきた。
- 生きがいデイサービスや老人学級・自治会への参加の有無、過去も含めて趣味なども聞いた。「公民館に行って何かしていますか？」など。
- 地区行事の参加の有無、近隣の友人の有無、自宅で過ごす時、どんな事をして過ごすのかなどを聞いた。

事 例 9

脳梗塞を発症してからは周りの人に迷惑をかけないかが心配で、趣味の会や旅行には出か
けない。農業の会合で人と話す機会はある。 (家族と同居)

<本人の様子に配慮した>

- できなくなった部分を聞き出すのではなく、まだできている点を聞き出し利用者に自信を
いだけさせるよう配慮した。
- 気分はいかがですか。何か楽しみにしていることはありますかなどと聞いた。
- 家を出たくない人や人と関わりたくない人に、一日の内少しでも誰かと話をする機会があ
るか聞いた。

事例 10

車の運転をやめてからは老人会や地域の行事にもあまり参加していない。友人、仲間との付き合いも少なくなってしまった。
(男性、家族と同居)

<利用者基本情報・チェックリストをもとに質問>

- 利用者基本情報をもとに問いかけた。
- 生活全般の話聞いてその間の中で項目に当てはまると思えるものを当てはめていった。
- 基本チェックリストをもとに対人関係について本人の気持ちをくみとりながら状況を引き出した。

事例 11

友人と温泉に行くことが楽しみになっている。
(女性、家族と同居)

【健康管理について】

<日常の健康管理について>

- 常用している薬はあるか、またその内容。かかりつけ医はいるか、定期的健診の結果（あれば）などを聞いた。
- 現在の受診の仕方や入浴の仕方をたずねていった。
- 通院方法から聞き出していった。
- どんな病気で病院に関わっているか、つらいと思っている心身の状況など聞いた。家族の健康状況も聞くと家族の協力を得る形での次の展開につながった。
- 「健康のために気をつけていること、心がけていること」を聞いてみた。通院手段や服薬について聞いた。
- 病院の受診状況、食事摂取に関しての問題点の有無、入浴の方法・回数等を聞いた。
- 健康に良いと思うことを何かしていますか、健康づくりの為にやっていることは何ですかなどと聞いた。

事例 12

痛み止めは常時服用している。時々テレビを見ながら体操もする。腰痛が発生する前は毎日ラジオ体操を行っていた。食事にも気をつけている。
(女性、独居)

<本人の様子に配慮した>

- 身体に痛みもなく健康であることをほめ、自信をもってもらおうよう配慮した。
- 話したくない部分（疾病等）には触れないよう配慮した。
- 寝たきりで世話をかけることが不安な内容を具体的に聞いた。

事 例 13

疾病あり。定期受診を受けている。下肢痛あり。下痢による体重の減少があらわれたが、現在は下痢も治まり、食欲も良好である。(男性)

<カルテや利用者基本情報などをベースにした>

- 事前にカルテ等から情報を入手しておいた。
- 本人の気になる症状や苦痛などの訴えなどを外来カルテより情報収集した。
- 利用者基本情報をもとに問いかけた。
- 現病歴などや基本チェックリストをもとに食事、運動などについて生活状況を聞いた。

事 例 14

以前、くも膜下出血を再発したが、最近は血圧等も落ち着いている。最近、体重が増えている。左目は網膜はく離でほとんど視力が無く、右目は白内障であり視力障害があるが日常生活には支障がない。(女性、独居)

<その他>

- 妻が同席していたので、本人が自覚していない身体状況についても聴取できた。

事 例 15

下顎の義歯が合わなくなり、昨年歯科医院で調整してもらったが、下顎が痩せているのでこれ以上は無理と話された。食物が義歯と歯ぐきの間に残るのだが、昼食後の義歯の手入れをしていない。朝と夕は自分で行う。肺気腫との診断で、吸入薬が処方されているが、毎朝忘れずに吸入している。タバコはやめた。

(男性)

②「本人・家族の意欲・意向」欄の記入上の工夫点

<「本人・家族の意欲・意向」欄>

利用者・家族の認識について記載する。利用者と家族の意向が異なった場合は、それぞれ記載する。否定的ないし消極的な意向であった場合は、その意向に対し、ただちに介護予防ケアプランを立てるのではなく、その意向がなぜ消極的なのか、否定的なのかという理由を明らかにすることが大切である。

地域包括支援センター業務マニュアル 平成18年1月 より

<問いかけ方・言葉遣いに配慮した>

- 「どう思っていますか」ではなく、「・・と思っていますか」など具体的に示唆した。
- 「元気になってもう一度、以前のように友人に会って話をしたりゲームをしたりして楽しんでみませんか」と希望が持てるように問いかけた。
- 「筋力、体力をつけて以前のように夫婦で外出して楽しんでみませんか」と希望が持てるように問いかけた。
- 楽しみ、好きなこと、心がけていることなど、本人の言葉が良い方に広がりやすい会話のやりとりが成功するように、会話の技術を使った。

事 例 16

(本人、家族共に) 転ばないで安全に生活したい。

(本人) 友人とのおしゃべりを楽しみにしている。いつでも来て欲しいと家族も考えている。

<本人の様子に配慮し、本人の意向を引き出すようにした>

- 本人が興味をもっている事柄や、実際に困っていることを聞きだし、そこからどうしていったらよいか、一緒に考えていくように話をしていた。
- 現在困っている事、以前できたのに今は出来ない事に対してどのように思っているのかという点に着目して質問を行った。
- 素直な思いを出してもらえればよいので、否定も肯定も特にせず、どんなふうに思われているか聞いた。家族と一緒に面談する場合、家族の思いも聞くが本人の思いもしっかり言ってもらえるよう配慮した。
- 昔の趣味を思い出してもらった。
- 本人の工夫している点を認めながらそれに対する意向を聞いた。

事 例 17

(本人) 食器洗いや洗濯は自分でもできるのでしている。できることはしていきたい。

(夫) 本人がでないところを補って一緒に生活したい。

(女性)

<今後の目標について>

- 現状と目標をもとにどんな思いがあるかを問いかけた。
- どんな生活が送れば良いなと思っていますかと問いかけた。
- 自分はどうしたいか、今後どういう生活を送りたいか問いかけた。

事 例 18

(本人) 家事は杖を使えばできると思うが、家族から無理はすると言われてた。薬くらいは自分でできるけれど、遠くに行くときは連れていってもらっている。 (女性)

<その他>

- チェックリストを利用することで閉じこもりやうつに関する事項も聴取しやすかった。
- 独居の場合、本人からの訴えのみとなり、家人と一緒に話す場合に比べ会話の広がりがないので、なるべく利用者の話を聞き出せるようにした。
- アセスメント領域と現在の状況の聞き取りの中から本人や家族の意向も一緒に聞いていった。
- 意識の低下のみられる人に対しては、身近なこと、改善できそうな事を提案した。

事 例 19

(本人) 人と話すことは嫌ではないし、デイに行くのを楽しみにしている。
(家族) 家に居ると閉じこもりがちになるので外出する機会を多くしてほしい。

③ 「領域における課題（背景・原因）」欄の記入上の工夫点

<「領域における課題（背景・原因）」欄>

生活上の問題となっていること及びその背景・原因を

- ・「アセスメント領域と現在の状況」
- ・「本人・家族の意欲・意向」に記載した内容
- ・実際の面談中の様子、利用者基本情報、主治医意見書、生活機能評価の結果等の情報をもとに健康状態、心理・価値観・習慣、物的環境・人的環境、経済状態等の観点から整理し、分析する。その際、基本チェックリストのチェック結果についても考慮する。結果として、その領域に課題があると考えた場合に「□ 有」に■印を付ける。

地域包括支援センター業務マニュアル 平成 18 年 1 月 より

<アセスメントをベースに分析>

- アセスメント領域と現在の状況の 4 項目の内容を組み合わせ分析につなげていった。
- 基本チェックリストで「運動不足」「閉じこもり」「物忘れ」の項目で当てはまるが多かったため、そのことを念頭において本人の行動範囲を狭めている原因を考えていった。
- アセスメントや意向をもとに原因等をより明確にしていった。
- それぞれの課題に関して、直接的原因となる事から考えた。

事 例 20

このままの生活を続けていくとさらに足腰が弱ることが心配される。転倒の不安が解消されればよい。現在歯科通院中である。頭痛ふらつきなどあり、閉じこもりがちであるが通院は続けたい。
(女性)

<本人の意向を配慮した>

- 本人が導き出せるよう、できない部分、困っている部分の原因を本人に考えてもらい、認識できるような声かけをした。できない要因に注目しすぎないように配慮した。
- とりあえず今の生活の中で改善できる点はないか、話しあってみた。
- 利用者の話の中に何度も上がってくる事柄を課題とした。
- アセスメント領域など、本人の意欲・意向をもとに分析した。本人の情報、病院の診療、他部門からの情報等があり、課題分析しやすかった。

事 例 21

転倒して迷惑をかけられないと思っているため、なるべく動かないようにしている。下肢筋力も低下し、認知症の恐れもある。家族に対しての気兼ねしがちである。外出する機会も少なく、更に家族との交流もないため、閉じこもってしまっている。
(女性、家族と同居)

<その他>

- 分析内容が明確なため、工夫する必要がなかった。
- 面談の中で見えてきたことを文章化した。

事 例 22

軽度の左半身麻痺があり、介護は要らないが移動に支障がある。寒い時期は特に動く量が減るため下肢筋力が低下している。このまま家の生活が続くと、更に歩行に支障が生じる恐れがある。

(男性、家族と同居)

④「総合的課題」欄の記入上の工夫点

<「総合的課題」欄>

① 前項目で分析した各「領域における課題」から利用者の生活全体の課題を探すため、直接的、又は間接的な背景・原因を探り、各領域における課題共通の背景等を見つけ出す。②利用者にとって優先度の高い順で課題を列挙する。また、課題とした根拠を記載する。※支援を必要とすることを明確にするために課題だけを記載し、意向や目標、具体策などは記載しない。

ここであげる総合的課題に対して、これ以降の介護予防ケアマネジメントのプロセスを展開するため、優先度の高い順に1から番号を付けておく。

地域包括支援センター業務マニュアル 平成18年1月 より

<わかりやすく表現するよう工夫>

- わかり易く表現するよう心がけた。
- 課題を改善することによるメリット、放置することによっておこるデメリットを想定していった。本人に説明するときに分かりやすくするため短くまとめた。

事 例 23

1. 高血圧による弊害の予防
2. 体重増加と筋力低下による疲労 (女性、家族と同居)

<優先順位を考慮した>

- 領域においての課題で重なる部分の中から、容易にできることをあげていった。
- 重要と考えられる順に達成出来る事柄をピックアップした。
- 全般的にとらえ、優先順位の高いものから表記した。

事 例 24

1. 糖尿病悪化による合併症の進行予防。
2. 歩行に不安があり外出手段がなく、積極的に外出する機会がない (女性、家族と同居)

<本人の生活全体を配慮した>

- 肺気腫のため、風邪等ひかないよう体調を整えるためにはどうすればよいか話を進めていった。
- 利用者本人の全体像を捉えるようにした。
- 前項目をもとにして本人の生活全体の直接的、間接的な課題を見つけ共通する課題をまとめていった。

事 例 25

1. 坐骨神経痛により歩行能力の低下がみられ転倒の危険性が高い。
2. 病状の不安などを気軽に相談できず、精神的に落ち込みやすい。

(女性、家族と同居)

⑤「課題に対する目標と具体策の提案」欄の記入上の工夫点

<「課題に対する目標と具体策の提案」欄>

「総合的課題」に対して、専門的観点から目標と具体策を記載する。本人や家族の意向は入っておらず、アセスメントの結果が現れる部分である。目標は漠然としたものではなく、評価可能で具体的なものとする。

具体策についても、生活機能の低下の原因となっていることの解決につながる対策だけでなく、生活機能の低下を補うための他の機能の強化や向上につながる対策等、様々な角度から具体策を考える。

具体的な支援やサービスは、特定高齢者施策や介護保険サービスだけではなく、生活機能の低下を予防するための利用者自身のセルフケアや家族の支援、地域のインフォーマルサービスなどの活用についても記載する。

地域包括支援センター業務マニュアル 平成18年1月 より

<達成可能な内容に配慮>

- 本人、家族が容易にやっていると考えられる内容とした。
- 目標達成が可能であり、達成感が味わえる内容を提示した。
- 本人が可能な目標を提示し、共に考えた。
- 何が一番困っていることで、その問題を解決するために対象者が出来ることは何か聞いた。
- 本人の状況と優先順位を考えながら目標を立て、実現可能な具体策を提案した。
- 評価ができるよう段階を追うようにした。生活の中で生かせるような具体策になるよう配慮した。

事例 26

目標：毎日散歩や畑で野菜作りが継続して行えるようにする。

具体策：筋力向上運動を行い、下肢筋力をつける。毎日畑に出る。

(男性、家族と同居)

<本人の意向に配慮>

- 本人にやってもらえそうなことを考えて具体策に落とし込んでいった。

事例 27

1. 家族とご自身の食事の味付けの内容を点検する。

2. 自分のための運動をする。

(女性、家族と同居)

<その他>

- 専門的な課題について利用者にわかりやすく説明し提案した。
- 利用者に理解して頂けるような言葉かけをした。

事 例 28

1. 足腰の筋力を強化し安全に移動できる。
2. 自分の時間がもて、俳句が投稿できる。
3. 定期受診ができ、安定した体調で過ごせる。 (女性、家族と同居)

⑥「具体策についての意向 本人・家族」欄の記入上の工夫点

<「具体策についての意向 本人・家族」欄>

課題分析者が提案した「課題に対する目標と具体策」について、利用者や家族の意向を確認して記載する。ここで、専門家の提案と利用者の意向の相違点を確認でき、最終的な目標設定を合意する上での足がかりとなる。

合意が得られた場合は、「〇〇が必要だと思う」「〇〇を行いたい」等と記載する。合意が得られなかった場合には、その理由や根拠等について、利用者や家族の考えを記載する。

地域包括支援センター業務マニュアル 平成18年1月 より

<本人の意向に配慮した>

- 本人が改善したことのイメージがつかめるように声掛けした。
- 利用者の前向きな姿勢を応援する形で話を進めた。
- 利用者のやってみたいことを聞き出し話を進めた。
- 本人の意向を引き出すように話を聞き出していった。

事例 29

1. 痛み止めの服用はこのまま継続する。
2. テーブル上で調理の下準備をやってみたい。
3. 立って行う体操はできないが、座や椅子に座って行う体操はできる限り続けたい。
4. 食事も野菜や乳製品、蛋白源などを摂取するように心がけてたい。(女性、独居)

<会話を工夫した>

- 利用者からの意向を引き出せるように伝え方を工夫した。
- 本人は「どうしたい」となかなか言えないため、「こんなこともある」等誘導した。

事例 30

1. 運動機能教室に夫が通所介護利用時なら参加できる。
2. 定期受診を続ける。(女性、家族と同居)

<その他>

- 面談の中で、本人の意向を明確にしていった。
- 現在デイサービスを利用している方であったので、本人の意向は聞きやすかった。

事例 31

1. 下肢筋力の低下を防ぎたいので、体調をみながら買い物は自分で行くようにする。
2. 歯の治療を継続する。血圧の安定と脳梗塞の再発予防につとめる。(女性、独居)

⑦「目標」欄の記入上の工夫点

<「目標」欄>

前項目の利用者や家族の意向を踏まえ、課題分析者と利用者・家族の三者が合意した目標を記載する。

目標は利用者が一定の期間に達成可能でありうることや、利用者の価値観や好みを十分に考慮することが重要である。初めから難しい目標をたてるのではなく、達成可能な目標から立てるなどの工夫も必要である。

地域包括支援センター業務マニュアル 平成18年1月 より

<実現可能な目標になるように配慮した>

- 実現可能な目標にするため、日常生活に組み入れられる目標にした。
- 実行したい事と現実に無理がある点で折り合いをみつけるようにした。
- 目標が現実と大きくかけはなれたものにならないように気をつけた。
- 本人にわかりやすく、かつ実現出来そうな目標とした。

事例 32

1. 毎食後、入れ歯の清掃とうがいをを行い、口腔内の状態を整える。
- ② 口腔に関する教室に参加し、口腔に関する知識を習得する。
- ③ 定期的な受診を継続する。町の住民健診を受ける。

2. 外出の機会を設ける。

(男性、家族と同居)

<本人の意向に配慮した>

- 利用者に分かりやすい説明により利用者と共に目標を立てるようにした。利用者が希望される生活を達成することに主眼をおいた。
- 本人が可能そうなところを予測し問いかけた。

事例 33

散歩や体操等を行い、筋力の低下を防ぐ。

(女性、家族と同居)

<その他>

- データを示して目標を決めていった。
- 「利用者がどういう生活を送りたいか」が明確であったため、スムーズに合意できた。

事例 34

1. 下肢筋力の強化を図る
2. 体力の向上を図る。

(男性、家族と同居)

⑧「目標についての支援のポイント」欄の記入上の工夫点

<「目標についての支援のポイント」欄>

前項目の目標に対して、課題分析者が具体的な支援を考える上での留意点を記入する。ここでは、目標達成するための支援のポイントとして、支援実施における安全管理上のポイントやインフォーマルサービスの役割分担など、様々な次元の項目が書かれることがある。

地域包括支援センター業務マニュアル 平成18年1月 より

<目標達成可能な支援を考慮した>

- 身近に実践できそうな内容を考えた。
- 目標達成するため、利用者自身での進め方、周囲からサポートできる方法などを考えた。
- どういったことに気をつければ目標を達成できるか考えた。

事例 35

体力に合った運動ができるように支援する。

(女性、家族と同居)

<本人の性格、環境を配慮した>

- 利用者のやる気と忍耐強い性格を考慮した。
- 利用者の神経質な性格と身体の状況（下肢痛）を考慮した。
- 本人の性格や生活観、QOLなどを考慮し、支援のポイントとした。

事例 36

多人数で何かをするということは苦手なので、本人のペースに合わせて支援に行く。

(男性、家族と同居)

<その他>

- 地域のサービスを取り入れた。
- 社会の資源の中から選び作成していった。

事例 37

サービス機関と連絡をとり、定期的な外出日を作る。

(女性、家族と同居)

⑨「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス」欄の記入上の工夫点

＜「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス」「介護保険サービスまたは地域支援事業」欄＞

本人が自ら取り組むことや、家族が支援すること、地域のボランティアや近隣住民の協力などもインフォーマルサービスとして記載する。誰が、何をするのか具体的に記載する。

地域包括支援センター業務マニュアル 平成18年1月 より

＜家族の支援に注目した＞

- 仲の良い夫婦であることからお互いを励ます目的で妻と一緒に行動がとれるよう配慮した。

事 例 38

妻との散歩の継続。運動の継続。社会参加による活動の拡大。(男性、家族と同居)

＜本人ができることを表記した＞

- 残存機能を把握する。「出来ること」と「していること」からやりたいことを見つける。
- 本人が無理をせずできるところを記入し、できたらいいなというところは、できればしてみるという書き方にした。
- 本人のできる事を改めて表記する事で、本人の意識確認にもなったと思う。

事 例 39

散歩を2日に1回くらいからはじめる。いきいきセンターの運動機器を活用した運動に参加する。畑や庭の草取りを移動式の椅子を利用して行う。(男性、家族と同居)

＜その他＞

- 自宅での運動や家事の実践など。
- 本人が利用出来る町のインフォーマルサービスを取り入れ作成した。

(3) 介護予防サービス・支援計画表作成における全般的な意見・課題等

1) 利用者からの聞き取りについての困難点

利用者からの聞き取りについては、主に以下のような困難点があげられた。

- ・ 1回の訪問で十分な情報を得にくい
- ・ 意欲を引き出すためには信頼関係が必要
- ・ 出来ないことではなく、できることを聞き出すのが難しい（職員側の意識の切り替えが必要）
- ・ 利用者が生活上の問題点を意識していない場合に聞き取りが難しい
- ・ 病気や医療情報が聞き取りにくい
- ・ 本人と家族に思いのずれがある場合、本人・家族が同席している面接だけでは本音が聞けない
- ・ 家族の協力を得にくい

実際に、地域包括支援センターにおいて介護予防ケアプランを作成する際には、このようなことが課題となってくるのが想定される。このため、例えば、

- ・ 面接だけで情報を得るのではなく、関係者と情報共有をして理解を深める
- ・ 本人・家族の関係に留意し、思いのずれがある場合は、別々の面接機会を設定する
- ・ 病気や医療情報について主治医からサービス担当者会議等で情報を収集するなどの工夫が必要である。

○聞き取りにかかる時間・回数等

- ポイントを押えて効果的に聞き取りをしないと時間がかかる。
- 初回訪問では、現在の状況を聞くことが主になり、課題を分析したり、提案していくことは難しい。また、意欲を引き出すためにある程度の信頼関係も必要と感じた。
- 一回の訪問では十分な情報を得るのは難しい。出来ない事ではなく、出来る事を聞き出すのは難しい。（訪問者側が、問題点をあげて解決するという考え方からの切替えが出来ていない。）
- 1回の訪問で利用者の状況をどこまで把握できるか。どこまで本人や家族が本音を話して下さるか。両者の思いのずれがある場合、配慮が必要。本人と家族の同席だけでは本音が十分聞けない状況もあるのではないかと。
- 1回の訪問でアセスメント、課題分析、意向確認を行うのは時間がかかり難しい。
- 話がそれていこうとするためまとめていくのが困難。
- 一人のプラン作成に時間がかかる。

○関係者との情報共有について

- 同じ地域の住民で利用者をよく知っており、「保健・医療・福祉」の連携が良く事前に情報を得ているため、特になし。
- 領域ごとの内容の全てについて聞き取りをするためには、1人では面談時間や回数が多く必要となる。いかに関係者との共有をしていくかが重要である。

○聞き取りの内容について

- 正確な医療情報が聴き取りにくかった。介護計画と違いニーズが主観的になり易い。
- 高齢なので、記憶が曖昧なところがあり、特に病気に関する情報が聞き取りにくかった。
- 利用者の話したいことだけ話す傾向にあったので、一見、脱線しているように思えたが、その話の中から重要な情報も得られると思い集中して聞いた。
- 利用者への聞き取りについては利用者が生活上の問題点を意識していない点も聞き取る必要があり、その点が難しかった。

○家族との関わりについて

- 家族の声かけ等希望する場合は、家族とも内容を共有することが必要だがなかなか会えないなどがあった。
- 家族関係に踏み込めない。この中から本人が望むことや困難なことを抽出するが、どこまでの介入がいいのか判断に困る。また、家族に協力を依頼したいが、利用者の前では「ハイ」と返事をするが、後が続かない(と利用者が言う)。

②課題の抽出や目標設定についての困難点

課題の抽出や目標設定については、主に以下のような困難点が挙げられた。

- ・ アセスメントから課題抽出までの整理が必要
- ・ 総合的課題としてまとめるのが困難
- ・ 「できないこと」に重点をおいてしまいがち
- ・ 本人の自覚がない場合、目標設定が困難
- ・ 利用者・家族に提示するには欄が小さく分かりにくい

アセスメント→課題の抽出→目標の設定という一連の流れの中で、本人が意欲を持って取り組める目標設定をする必要があるが、本人に自覚がない場合など、目標設定をするのが困難な場合もある。また、これまでのケアプランのように「できないこと」に重点をおくのではなく、「できること」に重点をおいて、本人の残存機能を最大限生かすような目標設定をする方法を課題分析者側が習得する必要があると考えられる。

○課題の抽出・整理について

- いろいろな課題が同じ目標につながっていくので、順序よくいかないこともある。
- アセスメントから課題抽出までの整理が必要（MDSでプランをたてていたのので、今回の立案したメンバーには困難さはなかった）。
- アセスメントが簡易すぎて課題の客観性に疑問は残る。
- 課題の抽出で計画表にそって出すため出しやすかったが、総合的課題としてまとめることが難しかった。また、総合的課題の分析ができないと目標も立てにくいと思われた。
- 体力的にどこまで目標が達成できるかの見極めが難しかった。

○本人の意欲・理解について

- できないことに重点をおいてしまい、意向を引き出すことが難しくなってしまった。
- 意欲を引き出すような話の進め方が難しい。出来ない事に重点を置いてしまいがち。
- 「50mの歩行練習」など具体的な目標設定は、利用者にとって価値の薄い内容に理解されてしまった。
- 利用者の意欲を引き出せるかが、目標設定の鍵であり、本人や家族の思いを明確にしていき、文章に落としていった。今回のケースでは困難さは感じなかった。
- 生活全般において、客観的には課題が見えても利用者本人の自覚がない場合、目標の設定までプランを運ぶのはなかなか困難だった。
- 動けない方はすぐ入院や入所と決めてしまう家族も多い。また利用者も迷惑をかけた

くない理由で発言しないことが多い。

- 予防プランは特に本人の気持ち次第で結果が大きく変わる。作成にあたっては、本人の意欲、意向の引き出しの中で作成することが重要である。本人の「気づき、意欲」がないと実行に移せないと思われる。

○介護予防サービス・支援計画書の書式について

- 記録するところが多く大変さを感じたが、分析しやすかった。本人がニーズとダイヤモンドが違う場合や本人が感じていないダイヤモンドの気付かせ方について考えさせられた。
- 介護予防サービス・支援計画書を利用者、家族に提示し用意していただくには各項目を記載する欄が小さいため表現しにくく、分かりにくいのではと感じた。課題を表現しづらかった。(家族の問題など。)
- 支援計画表を印字すると、小さい字なので利用者が見て確認するのは不可能である。同意を得るための訪問では、ポイントをおさえ、確認していく必要がある。
- 様式がA3で1枚となったが、実際には1つの欄(領域)が求めている量(ボリューム)が大きいため、まとめにくいし書ききれない。
- 細かく欄が区切られて、見にくい。
- 細かに順を追って聞き取りを行う目的だとは思いますが、同じような設問が多いように感じた。似たような回答を書くことしかできず、事務的に非効率だと感じた。
- 「セルフケア」「インフォーマルサービス」などは何のことかわからない場合がある。

③作成する上で必要な情報

作成する上で必要な情報は、本人・家族の情報（特に、生活歴、趣味、家族状況、病気に対する認識度、対人関係など）と地域の介護予防サービス情報などであった。今回のモデル事業は、市町村の地域支援事業やインフォーマルサービスが未定の状況下での実施であるが、これらの事業・サービスが整備された場合でも、新たな事業や特にインフォーマルサービスの具体的な内容や対象者等を住民が容易に入手できるような情報整備が課題と考えられる。

○本人・家族の情報

- ADL、IADL、家族状況、生育歴、趣味、社会的交流意欲、経済的効果、疾病、本人家族の思い。
- 利用者基本情報・生活歴・家族状況・対人関係・病気に対する認識度・住環境。
- 「保健・医療・福祉」の分野の総合的な情報と利用者の生活歴が大切。
- 高齢者であるため、その人の生活歴は特に重要。
- 現在の状態になるまでの生活歴、特技、趣味は、本人の意欲を引き出し生活を活性化するためには必要な情報である。何がやりたいか、ということなら出来そうか、なぜ出来なかったかを明確にしていく必要がある。
- 健診履歴、病歴、各種手帳取得の有無、生活歴、趣味、家族構成、性格、経済状況など。
- 利用者基本情報（基本情報、介護予防に関する事項）・基本チェックリスト・主治医の意見書。

○地域のサービス情報

- 「保健・医療・福祉」の分野で情報が必要。
- 町の地域支援事業の取り組み内容。
- 市町の行事・事業、フォーマル、インフォーマル情報。
- 地域のサービス活動。
- フォーマルサービスが明らかにならなければ他の役割分担が行いにくい。
- インフォーマルサービスの情報が少ないので、具体的に対策を立てるのに困った。
- 介護予防事業・サービスが現在整っていないためプランを立てにくい。

④その他

その他として、以下に関する意見があげられた。

- 職員の介護予防ケアプラン研修の実施
- 利用者の介護予防に対する意識の向上
- 利用者への訪問や面接の必要性
- 介護予防・サービスについて

○職員の研修・利用者の意識向上

- 地域の人やインフォーマルサービスなどを活用した介護予防ケアプランをぜひ立案したい。現在実施されている交流事業で地域で自主的に実施されているユニークな事業なども考慮していく。この方式でエビデンスのある課題、目標、具体策のある介護予防ケアプランを立案していく。研修を続けていくことが大切である。
- どんなにアセスメントや課題や目標などに時間を費やしても、本人の同意が得られなければプランは進まず、支援も行なえない。チェックリストにかかってもプランまで進まないケースも少なくないと思われる。これから始まる介護予防について関係者だけでなく、利用者の意識も少しずつ変わる必要があるのではないかと。行政からの幅広い広報活動も必要となる。今後、介護予防の対象者は増えると思われるが、それに関わるスタッフは、現在減少しており、その中で真の向上を図ることは困難なのではないだろうか。

○利用者への訪問や面接の必要性

- 1人が面接し、3人で計画を立てたので、本人の状態の伝達に時間がかかった。言葉で伝えるのでは実像が見えにくく、課題、目標の設定に手間取ってしまった。プランを立てたり評価するには、実際に訪問し、本人・家族・住環境を実際に見て、接することが重要だと実感した。
- 基本チェックリストの結果が必ずしも現状と一致せず、面接によるアセスメントの中で、課題が浮かび上がる場合がある。例えば、チェックの得点が高い→ターミナルだった。口腔機能関連項目の該当率が高い→本人のチェック間違いだった、など。
- 基本チェックリストの記入が正しくできているかどうか確認できた。

○介護予防事業・サービスについて

- 地域支援事業のサービス内容が限られているため、利用者のニーズに適応しない場合が多い。
- ニーズに対応したサービスが展開できるよう、サービスの充実と一層の地域づくりの必要性を感じた。

(4) 介護予防ケアプラン作成事例

～事例1；転倒後に下肢筋力が低下し、夫の世界により気分の落ち込みがみられる事例～

NO.

利用者名	様	認定年月日	年 月 日	認定の有効期間	年 月 日～ 年 月 日	初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1 ・ 要支援2	地域支援事業
------	---	-------	-------	---------	--------------	----------	---------	-------------	--------

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) _____

計画作成(変更)日 _____ 年 月 日(初回作成日 _____ 年 月 日) _____ 担当地域包括支援センター: _____

目標とする生活	1日	1年
	食事づくりや掃除を継続して行うことができる。	①息子との楽しい生活を継続することができる。②仲間との交流ができる。

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画						
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間	
運動・移動について 3年前転倒し、右足首を骨折した。回復後も転倒に対する不安も大きく、行動範囲は狭くなっており、外は杖歩行のことが多い。	骨折前の体力がほしいと思う反面、もう無理だろうとあきらめがある。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 数年前の転倒による安静が、下肢筋力の低下に拍車をかけたと思われる。その後、行動範囲に制限が出てきた。	1. 転倒後の下肢筋力の低下が目立っている。 2. 夫の死亡により、気持ちの落ち込みがみられ、全体への活動性の低下がみられる。	1. (目標) 下肢筋力の強化をはかり、現在の行動範囲を保てるようにする。 (具体策) ①運動器向上の教室への参加②ホームエクササイズの実践③散歩を行う 2. (目標) 運動器や口腔器の機能向上教室が開始する予定なので、参加を促し、仲間との交流により気持ちの落ち込みが改善していく。 (具体策) ①運動器や口腔器の機能向上教室に参加し仲間ができる。②調理の意欲が向上するように息子に声をかけてもらう。 3. (目標) 体力を維持していくために、食べる機能の維持・向上が図れる。 (具体策) 口腔器の機能向上の教室が開始するのであれば参加してみたい。	1. 現状を保ちたいので、てんとうむし教室(運動器の機能向上)には参加したい。 ②自宅で運動を教わってもらって運動を定期的に行うことはできるかもしれない。 ③プールや文化交流センターまで天気の良い日は歩いていく。 2. 仲間との交流ができ、いろいろな悩みの交換がしたい。 3. 口腔器の機能向上の教室予定があるのであれば参加してみたい。	1. 下肢筋力の向上をはかり、現在の行動範囲を保てるようにする。 2. 息子や仲間との交流ができ、いろいろな悩みの交流ができる。 3. 体力を維持していくために、食べる器官の維持・向上をはかる。	(1) 集団で効果的な運動について学習する。 (2) 自宅で効果的な運動を数個紹介し選んでもらう。 (3) できるだけ近くの移動は歩く事を勧める。 (1) 保健センターで今日教室開始時に声かけを行う。 (2) 息子から調理に対する感謝やねぎらいの言葉等をかけてもらう。 入れ歯の手入れや口腔部分の体操を勧める。						
日常生活(家庭生活)について 息子と自分の分の家事を行っているが、転倒後、家事一般面倒になっている。	食事づくりも出来なくなり息子に負担をかけるのがいやなので施設入所したいと話す。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 転倒や夫の死亡が家事の負担の背景にあると思われる。											
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 美容院は10年以上前に廃業しており、あまり人に会うこともなくなっている。たまに生きていることがむなしく感じたり、どうしようもないと感じることがある。	本来は習い事も好きだが、最近では遠ざかっている。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 夫が死亡し、前のように話し相手もなく、気持ちが沈みがちになっていると考えられる。	3. 総入れ歯であり、口腔状態に違和感を感じている。										
健康管理について 定期的に高血圧治療中。歯科受診はしていない。総入れ歯も夜間は外していない。	最近、お茶等でむせることがあり気になる。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 活動性の全体的な低下が、口腔器の機能低下に影響しているのではないかと。											

地域支援事業が開始する以前に実施したモデル事業のため、支援計画内容については未作成

健康状態について □主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点	【本来行うべき支援が実施できない場合】 妥当な支援の実施に向けた方針	総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

基本チェックリストの(該当した質問項目数)/(質問項目数)をお書き下さい。地位支援事業の場合は必要な事業プログラムの枠内の数字に○印をつけて下さい。

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業			○			

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 氏名 _____ 印 _____

～事例2；神経痛により歩行能力の低下がみられ、病状の不安を抱えている事例～

NO.

利用者名	K 様	認定年月日	年 月 日	認定の有効期間	年 月 日～年 月 日	初回・紹介・継続	認定済・申請中	要支援1・要支援2	地域支援事業
------	-----	-------	-------	---------	-------------	----------	---------	-----------	--------

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) _____

計画作成(変更)日 年 月 日(初回作成日 年 月 日) _____ 担当地域包括支援センター: _____

目標とする生活	1日	毎日、花に水やりができる。	1年	杖をつきながらも、畑仕事、土いじりができ、お寺参りも行ける。
---------	----	---------------	----	--------------------------------

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
運動・移動について 歩行は室内外とも杖を使用。坐骨神経痛もあり、特に起床時はつらい。少しの段差でもつまづき転倒してしまう。	杖をつきながらも動かなければいけない。よくわからないが何回も転んでしまう。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 坐骨神経痛のため、歩く事が少なくなっている。脚が重い気味のたため転倒しやすいのではないかと。	1. 坐骨神経痛により歩行能力の低下がみられ、転倒の危険性が高い。	1. 坐骨神経痛の様子をみながら花、畑仕事が続けられる。 ①主治医と相談し、痛みを伴わない運動を続けられる。 ②家屋内の段差解消、転倒しやすい場所のチェックができる。 ③痛みを和らげる治療について主治医と相談する。	1. 病院のリハビリは通うのが大変。送迎があれば行ってみたい気もするが、どこでも転んでしまう。住宅改修などはあまり考えていない。痛みを湿布で様子を見てみる。先生には様子を見て話すつもり。 2. 病院で看護師が声かけしてくれるのが嬉しい。病院に行くことで自分と同じような人に会え、話すことで安心できる。	1 毎日花の世話が続けられる。 2 病状についての不安を話し、安心感を得る。	教室参加にあたり、医師との情報交換を行う。その上で下肢の筋力をつけていく。	理学療法士と連携し本人が自宅でできる運動メニューの作成。(病院受診時に相談する。)				
日常生活(家庭生活)について 夫も虚弱であり、家事全般は自分で行う。朝食作りが負担で、夜に準備し、息子が作る。買物は息子が行く。	朝の用意を夜にしているのゆっくりできる。息子が作ってくれるので助かる。痛みがなければよい。	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 女手が1人であるが家族の協力は得られ、本人にも生活の工夫がみられている。	2. 病状の不安などを気軽に相談できず精神的に落ちこみやすい。	2. 本人が相談できる窓口の確保。 ①地区で行う健康相談の紹介。 ②外来窓口での声かけを行う。 ③民生委員からの声かけと把握を行う。		外来受診時に看護師より声かけを行う。主治医との連携を図る。	外来にて知人に会った際は互いの生活など情報交換をする。その後自宅でも連絡が取れるようにする。					
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 近所との交流はあり、地区への参加も行っている。庭木の手入れ、花、畑など土いじりがとても好き。	自分が生きている間は、花の世話、草取りはしていきたい。入院中も花の世話は家族に頼んだ。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 土いじりが本人の支えになっている。また、外に出ることで近所との交流にもなっている。維持できるように考えたい。										
健康管理について 心臓が悪く、以前は度々発作を起こしていた。昨年は脳梗塞をおこしている。定期的に通院も行っている。坐骨神経痛は手術をすすめられている。	腰の手術はしたくないが、痛みも和らげたいし、動けるようになりたい。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 坐骨神経痛の治療に対しての不安が大きい。健康面の関心は高いが、実際の生活を考えると踏み切れない面もある。体力的にも不安である。										

地域支援事業が開始する以前に実施したモデル事業のため、支援計画内容については未作成

健康状態について
主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

【本来行うべき支援が実施できない場合】
 妥当な支援の実施に向けた方針

痛みの緩和については主治医と時期を見て連携を取り、家族を含めて治療方針を決めていく。

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

本人は痛みを抱えながらも畑仕事をしていきたいと願っている。筋力維持していくことで歩行、立位の安定が行えれば活動性が高まるのではないかと考える。

必要な事業プログラムの下欄に○印をつけて下さい。

	運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	○			○		

地域包括支援センター

【意見】 _____

【確認印】 _____

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 年 月 日 氏名 _____ 印 _____

(5) 現地訪問調査

介護予防ケアプランの作成方法、体制、課題等を調査する目的で、モデル事業実施施設を対象にヒアリングを行った。そのまとめを以下に示す。

①介護予防ケアプランの作成体制について

介護予防ケアプランの作成については、市町村（地域包括支援センター）にとって、平成18年度から直面する課題であり、ヒアリング対象施設では、国保直診であることの利点を生かし、市町村保健師等も交えて介護予防ケアプランを作成していた。国保直診として、市町村から地域包括支援センターの委託を受ける予定の施設も報告されていることから、介護予防ケアプランの考え方について、今後とも国保直診職員に広めていく必要があると考えられる。

介護予防ケアプラン作成のために、直診職員及び市町村職員等の数人でケアプラン作成会議を開催し、他職種連携に基づいて介護予防ケアプランが作成された。これらの施設では、1人の看護師や保健師が作成するのに比べて、理学療法士等が参画したことによる多面的な課題の整理等が行えたことが報告され、介護予防ケアプランについても他職種協働によるメリットが大きいと考えられる。

②介護予防ケアプランの作成上の工夫について

◆職員側の意識の変革

介護予防ケアプランの作成にあたっては、これまでのケアプラン様式とは異なり、「本人ができること」に注目して作成することが重要である。しかしながら、ケアプラン作成担当者自身がこれまでのケアプラン作成の考え方（できないことを探すこと）から脱出できないと、本人の「できること」に注目するのが困難という意見があげられた。この意味でも、本事業において実際に介護予防ケアプランの作成を試行的に行い、その「違い」を理解したことの効果は大きいと考えられる。

◆目標の引き出し方

また、介護予防ケアプランでは、本人と課題を共有し「目標」を立てることが必要であるが、高齢者本人に突然「目標」を聞いても引き出すのが困難であることや、本人の「意欲・意向」についても同様に引き出すのが困難であるという意見があげられた。ヒアリング対象施設では、できるだけ本人との話の中から本人が興味を持っていることを引き出し、それをもとに、現実的な目標を少しずつ導き出す手法をとっていた。しかしながら、これには面接時間がかかることや、本人・家族との信頼関係の上に成り立つことから、初回面接でケアプラン内容を詳細かつ十分に作成するのは困難と考えられる。このため、継続的に対象者とかかわり、その人の生活や嗜好を理解した上で、より現実的な介護予防ケアプランに持続的に改善していく方法が現実的と考えられる。

◆自宅での面接の有効性

さらに、自宅周辺の環境、自宅の様子、家族との関係など、対象者の自宅を訪問して初めて分かることも多いため、介護予防ケアプランを作成するためには自宅訪問が必要であるとの意見もあった。また、自宅で面接の方が対象者に安心感がみられ、日常生活の様子などを沢山話してくれるため、介護予防ケアプラン作成のヒントになる話題が聞けるとの意見もあった。このことから、介護予防ケアプランでも従来のケアプランと同様に自宅での訪問面接は必要と考えられる。

③介護予防ケアプランの作成に関する課題について

◆地域のインフォーマルサービス等の情報の収集

介護予防ケアプランでは、介護保険サービスや地域支援事業の利用を検討する前に、本人のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービスを検討する順序になっている。しかしながら、モデル事業実施時点では地域のインフォーマルサービスなどの情報がなく、介護予防ケアプランの「支援計画」については、具体的に記載できなかった事例も多い。インフォーマルサービスは、小規模でボランティア等が中心であることから、介護予防ケアプランを作成する際には、地域別にどのようなインフォーマルサービスがあるのか、その活動内容等について情報を逐次把握し更新しておく必要がある。

◆本人と家族との関係に留意

介護予防ケアプランでは、本人のセルフケアとともに家族の支援が重要になるが、家族の支援を検討する際には、本人と家族の関係性に十分に配慮する必要があるとの意見があげられた。本人と家族の思いが異なることもあれば、家族に遠慮して本心を言えない高齢者もいる。また、実際に面接の場では、家族が協力することを了承したようにみえても、実際には家族の協力が得られなかったケースも報告された。本人と家族との関係にどこまで介入すべきか、家族の協力をどこまで得られるか等について、十分に関係性を配慮しながら検討する必要があるといえる。

参 考 资 料

平成17年度

「適切な介護予防計画作成のための現況調査と普及方策検討事業」

水際作戦試行モデル事業
介護予防ケアプラン作成試行モデル事業

実施要領

平成18年1月

(社)全国国民健康保険診療施設協議会

1. 事業の背景と目的

- 平成18年度からの介護保険制度の改正においては、「予防重視型システムへの転換」が最大の柱とされています。これは、介護保険制度創設以来、要支援、要介護1の軽度者が増加する一方で、現行の介護保険サービスが軽度者の状態の改善や悪化防止に必ずしもつながっていないとの考えから、要介護状態の悪化防止に効果的な「(新) 予防給付」を行うというものです。さらに、要介護認定以前で効果的な事業を実施し、高齢者の生活機能低下を防ぐための「地域支援事業」が創設されます。
- 全国国民診療施設協議会（以下、国診協）では、国保直診が介護予防にどのように関わるべきかを重要な課題としてとらえ、地域支援事業や新予防給付の導入に向けた取り組み方法を模索していきたいと考えております。
- 本事業では、この国の動向を受けて、(A) 水際作戦試行モデル事業と (B) 介護予防ケアプラン作成試行モデル事業を実施します。

A. 水際作戦試行モデル事業

- このモデル事業では、高齢者が何らかのきっかけによって、急に生活機能の低下を起こしたときに、速やかに把握して手立てを打つための「水際作戦」をどのように国保直診で展開できるかを検討するための事業です。
- この事業では、来年度から地域支援事業（介護予防特定高齢者施策）の対象者を選定する際に広く地域で使われる「基本チェックリスト」を試行的に利用します。この「基本チェックリスト」は、生活機能が低下している高齢者を抽出するために国から提示されたものであり、来年度から各市町村では関係機関・地域住民等と連携し、このチェックリストを用いて地域支援事業（介護予防特定高齢者施策）の対象者を選定することになります。
- この「基本チェックリスト」は、基本健康診査や市町村による訪問活動等の際にも活用されます。しかし、年に1回のタイミングでは、風邪で寝込んだ後など、生活機能が急速に低下する時点で速やかに把握することが難しいことが課題としてあげられています。一方で、医療機関であれば、風邪などの受診の機会にこれらの高齢者の情報を速やかに把握できることから、医療機関における水際作戦の展開が重要視されています。
- 本事業では、国保直診のこのような特徴を生かして、生活機能の低下した高齢者の早期発見の仕組みを構築するための課題の把握やその実現可能性を明らかにすることを目的としています。

B. 介護予防ケアプラン作成試行モデル事業

- このモデル事業では、上記の「基本チェックリスト」によって特定された高齢者（以下、「特定高齢者」と呼ぶ）に対する介護予防ケアプラン作成を行い、作成上の課題や連携のあり方を明らかにすることを目的としています。従来のケアプランは、高齢者が「できないこと」を補うための補完

的なサービスをケアプランで組み合わせることが中心でしたが、介護予防ケアプランは、本人自身が「できること」を見つけ、本人と生活機能の向上のための目標を共有する「目標志向型」のケアプランを作成する必要があります。このため、来年度からの制度改革に向けた介護予防ケアプラン作成を市町村や在宅介護支援センター等と連携しながら試行的に行い、国保直診として介護予防ケアプランを作成・遂行していく上での課題等を把握することを目的としています。

2. 事業の概要

- モデル調査事業の実施期間は平成18年1月下旬～平成18年2月末とします。
- 本事業では、(A) 水際作戦試行モデル事業、(B) 介護予防ケアプラン作成試行モデル事業の2つのモデル事業を実施します。(A) 事業は単独で実施可能ですが、(B) 事業については(A) 事業の結果選ばれた方を対象としますので、(B) については単独では実施できません。

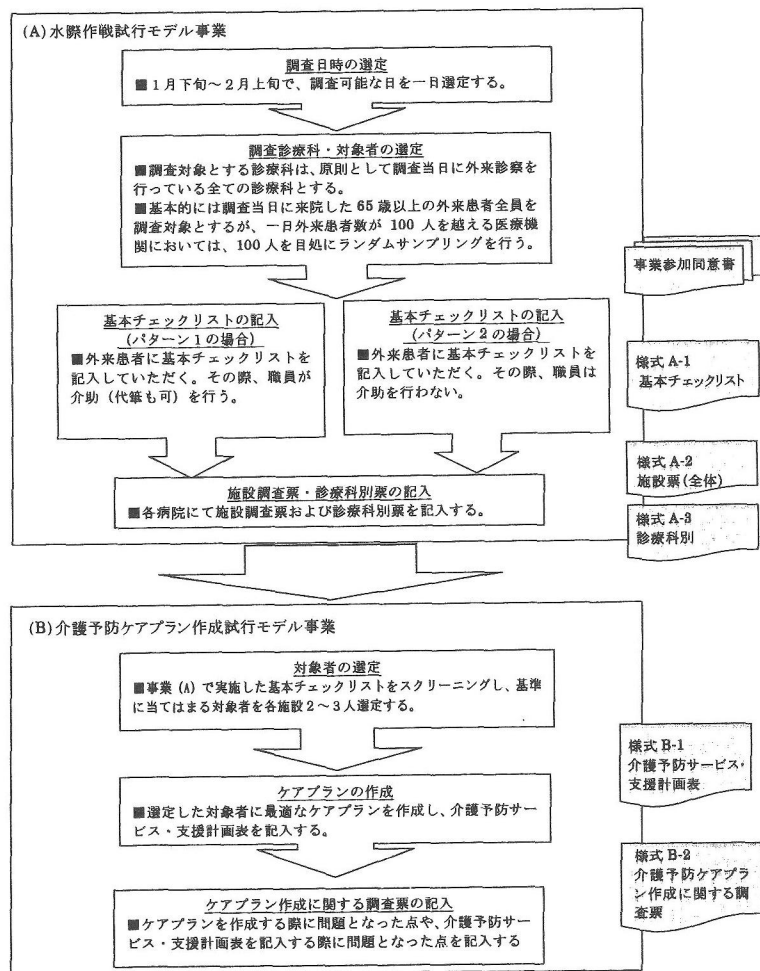
(A) 水際作戦試行モデル事業

- 1月下旬～2月上旬の特定の1日を選び、当該日に来院した65歳以上の外来受診者全員に「基本チェックリスト調査票」(A4 裏表)を記入していただきます。基本的に全員を対象としますが、大病院等1日の外来患者数が多い施設では、100人を目安に無作為に抽出していただいても結構です。なお、できるだけ平均的な外来受診者数が見込める日を選んで、調査を実施して下さい。
- 調査方法は以下の2つのパターンから選んで下さい。
 - ・パターン1 : 基本チェックリストを看護職員等の専門職が介助しながら記入する
 - ・パターン2 : 基本チェックリストは高齢者本人が自分で記入する(介助なし)
- **パターン1**の場合は、貴施設の専門職の方が、外来受診者の方を介助しながら基本チェックリストを完成させてください。介助方法は特に定めませんが、対象者の質問への回答、代筆、専用ブースの設置等、対応可能な方法をお願いします。介助方法の具体的な内容については、A-2「施設調査票-全体-」の「介助の有無及び方法」の欄に詳しくご記入ください。
- **パターン2**の場合は、外来で対象者に基本チェックリストを配布してからは特に介助はせず、対象者自身に記入していただくこととします。ただし、対象者から介助を頼まれたり、対象者から質問された場合に回答することは差し支えありません。
- 調査終了後、基本チェックリスト、施設調査票、診療科別票を取りまとめの上、国診協事務局にお送りください。

(B) 介護予防ケアプラン作成試行モデル事業

- 本調査は、(A)で「基本チェックリスト」を記入していただいた方のうち、スクリーニング基準に該当する者を対象とします。各施設で2～3名選んでください。
- 該当した対象者について、市町村や併設保健福祉施設等と連携し、介護予防ケアプランを作成してください。
- 介護予防ケアプランを作成後、その作成上の問題点等につき、介護予防ケアプラン作成に関する調査票に記入して、国診協事務局にお送りください。

3. 事業実施フロー



4. 調査票の構成および提出期限について

本モデル事業参加施設の担当者様には、多種類の調査票への記入をお願いしています。これらの調査票は、国診協事務局への提出を要するものと要しないもの、提出を要する場合であっても記入内容の一部を個人情報保護のために黒塗りしていただくものがあります。

次の表をご参照のうえ、提出を要する調査票と事業実施報告書を郵送にて平成18年3月10日(金)必着でお願い致します。

調査票名	提出の要否	提出時に黒塗り(削除)する項目	提出枚数	提出チェック欄(提出時にチェックしてください)
調査同意書	否			
利用者ID整理表	否			
【様式A-1】基本チェックリスト	要	—	対象者人数分	
【様式A-2】施設調査票	要	—	1枚	
【様式A-3】診療科別	要	—	診療科数分	
【様式B-1】介護予防サービス・支援計画表	要	参加者氏名 計画作成者氏名	対象者人数分	
【様式B-2】介護予防ケアプラン作成に関する調査票	要	—	対象者人数分	

*網掛けの様式は、事務局への提出は不要です。

5. 事業の進め方

(A) 水際作戦試行モデル事業

■調査対象とする診療科は、原則貴施設的全診療科とし、調査対象者は当日外来を受診した65歳以上の全患者とします。ただし、小児科・産科等ははじめから対象外として下さい。

■ただし、65歳以上の外来受診者のうち、以下の方は対象外として下さい。

- ・病状等から調査票への回答が困難な対象者
- ・受診時間が短いなど、調査票への回答時間がない対象者
- ・調査への同意が得られない対象者
- ・介護老人福祉施設の入所者など、施設入所者（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、グループホーム、特定入居者生活介護（ケアハウス、有料老人ホーム）等）
- ・その他の理由

※上記の調査対象外の人数については、「施設調査票－診療科別」調査票の中段「調査票を配布しなかった人数」に記入してください。

■一日あたり外来患者数が病院全体で100人を超える施設においては、次のような方法で、対象者のランダムサンプリングを実施していただいても結構です。その場合、抽出後の人数が約100名となるようにサンプリングして下さい。A-2「施設調査票－全体」の「調査の方法」にサンプリング方法を記入して下さい。

【サンプリング方法】

以下に例を示します。その他の方法でも、対象者が無作為に抽出される方法であれば、各施設で工夫していただいても構いません。

例) 一日あたり患者が300人程度の場合

→300:100=3:1、すなわち外来患者の3人に1人を対象となるため、当日の受付番号順に従って、以下のように無作為に抽出して下さい。

対象 対象外 対象外 対象 対象外 対象外 対象 対象外 対象外
● → ○ → ○ → ● → ○ → ○ → ● → ○ → ○ → …

■対象となった高齢者に、「調査同意書」及び「基本チェックリスト」の右上「当日受診した診療科名」と「利用者ID」欄を記入した上で、手渡して下さい。「基本チェックリスト」に氏名記入欄はありませんので、「利用者ID整理表」に利用者IDと利用者氏名を記入して、回収の際などに活用して下さい。（「利用者ID整理表」は事務局への提出は不要です。）

■「調査同意書」は基本チェックリストの回収の際にあわせて回収してください。また、「調査同意書」は事務局への提出は不要です。

■パターン1の場合は、職員ができるだけ対象者の基本チェックリスト記入介助を行います。介助方法は各施設で工夫してよいものとします。パターン2の場合は、基本的に介助をしないでください。ただし、対象者から介助を求められた場合には対応していただいて結構です。

■基本チェックリスト中にある「身長、体重」の項目については、対象者の自己申告で構いませんが、身長計・体重計を設置しておき、測定していただいても結構です。

(B) 介護予防ケアプラン作成試行モデル事業

■調査対象者は、(A)で基本チェックリストを記入した対象者のうち、以下の①～④のスクリーニング基準（下記）のいずれかに当てはまる対象者を各施設で2～3名選んでください。

■介護予防ケアプラン作成の過程では、対象者ご本人の生活状況や趣味・嗜好などを聞き取りながら作成するプロセスが重要になります。このため、対象となる高齢者のうち、介護予防ケアプラン作成に協力してくれる高齢者を選んで下さい。

- ①うつ予防・支援関係の項目を除く20項目のうち12項目以上該当する人
→次ページのNo1～20の項目について、網掛け部分に12項目以上該当
- ②運動器の機能向上5項目全て該当する人
→次ページのNo6～10の項目について、網掛け部分に全て（5項目）該当する人
- ③栄養改善2項目全て該当する人
→次ページのNo11、12について、網掛け部分に全て（2項目）該当する人
- ④口腔機能の向上3項目全て該当する人
→次ページのNo13～15について、網掛け部分に全て（3項目）該当する人

【留意点】

来年度からの地域支援事業の介護予防特定高齢者施策の対象である「特定高齢者」は、上記の方法で「候補者」を選定した上で、運動機能の測定や血清アルブミン値、反復唾液嚥下テスト等による結果を踏まえて最終的な対象者を決定ことになっているため、上記の条件に該当する人が必ずしも「特定高齢者」になるわけではありません。しかしながら、本事業では、運動機能測定等の実施が困難であることなどから、上記条件により対象者を抽出します。

■来年度からは、市町村の設置する地域包括支援センターの保健師が中心となって介護予防ケアプラン

を作成することになります。このため、できるだけ市町村や地域包括支援センターに配属予定の保健師等と連携をとり、介護予防ケアプランを試行して下さい。

■具体的な介護予防ケアプランの記入方法については、2月中旬頃に開催予定の説明会兼グループインタビュー（開催地：東京都）にて説明させていただきます。

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 (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

(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。

介護予防プログラムと基本チェックリストの項目の関係は、以下の通りです。

運動器の機能向上	(6)～(10)
栄養改善	(11)、(12) (BMI (身長、体重から算出))
口腔機能の向上	(13)～(15)
閉じこもり予防・支援	(16)、(17)
認知症予防・支援	(18)～(20)
うつ予防・支援	(21)～(25)

利用者ID整理表 NO1

利用者ID	氏名	備考
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		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		

利用者ID整理表 NO2

51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		

A-1

※施設記入欄

当日受診した 診療科名	利用者 ID
----------------	-----------

基本チェックリスト

1. 基本項目

性別	男・女	年齢	() 歳
要介護度	ア. 申請したことがない	イ. 申請したが自立判定	ウ. 要支援
	エ. 要介護度1	オ. 要介護度2	カ. 要介護度3
	キ. 要介護度4	ク. 要介護度5	ケ. わからない

2. 日常生活に関する項目

No.	質問項目	回答 (いずれかに○)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	はい	いいえ
2	日用品の買物をしていますか	はい	いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	はい	いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	はい	いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	はい	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	はい	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	はい	いいえ
8	15分くらい続けて歩いていますか	はい	いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	はい	いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	はい	いいえ
11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	はい	いいえ
12	身長() cm 体重() kg		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい	いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ
15	口の渇きが気になりますか	はい	いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ
17	昨年(1年前)比べて外出の回数が減っていますか	はい	いいえ

No.	質問項目	回答 (いずれかに○)	
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されますか	はい	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	はい	いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	はい	いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	はい	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	はい	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	はい	いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	はい	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	はい	いいえ

3. その他の項目

通常かかっている診療科	
受診頻度	1. 週1回以上受診している 2. 月1回以上受診している 3. 定期的には受診していない
昨年の11月~今年の1月頃に、風邪などで1週間以上寝込んだことがありますか	1. 寝込んだ 2. 寝込んでいない
現在、腰痛、ひざ痛などにより、生活に支障がありますか	1. 生活に支障がある 2. 生活に支障はない
昨年1年間の転倒回数	1. 1回以上転んだ ※転んだ回数を○で囲んで下さい → (1回・2回・3回・4回・5回以上) 2. 1回も転ばなかった 3. 覚えていない
かみあわせについて	1. 何でも食べられる 2. 一部食べられないものはある 3. 食べられないものが多い
住宅周辺環境について	1. 坂道・段差などが多く、外出するのに不便がある 2. 外出するのに特に不便はない

ご協力ありがとうございました

「水際作戦試行モデル事業」

施設調査票－全体－

都道府県名		施設名	
施設形態	1. 病院 2. 有床診療所 3. 無床診療所		
病床数(病院の場合)	1. 20～49床 2. 50～99床 3. 100～199床 4. 200～499床 5. 500床以上		
標榜診療科	1. 内科 2. 呼吸器科 3. 消化器科(胃腸科) 4. 循環器科 5. 小児科 6. 精神科 7. 神経科 8. 神経内科 9. 心療内科 10. アレルギー科 11. リウマチ科 12. 外科 13. 整形外科 14. 形成外科 15. 美容外科 16. 脳外科 17. 呼吸器外科 18. 心臓血管外科 19. 小児外科 20. 産婦人科 21. 産科 22. 婦人科 23. 眼科 24. 耳鼻いんこう科 25. 気管食道科 26. 皮膚科 27. 泌尿器科 28. 性病科 29. こう門科 30. リハビリテーション科 31. 放射線科 32. 麻酔科 33. 歯科 34. 矯正歯科 35. 小児歯科 36. 歯科口腔外科		
上記診療科のうち本事業を実施しない科	小児科など、本事業を実施しない科があった場合は、上記科名の番号を記入してください。 () () () () ()		
一日平均外来患者数	病院(診療所)全体 () 人		
調査の方法	1. 外来受診者全員(対象外を除く)を対象に実施 2. 外来受診者のうち、一部の対象者を無作為抽出して実施 ↳ 2.の場合、サンプリング方法を具体的に記入してください 例：当日の受診受付番号順に、3の倍数に該当する利用者を抽出		

介助の有無及び方法	1. 高齢者の調査票記入介助は行わない 2. 看護職員等が調査票記入介助を行う ↳ 2.の場合、介助の方法を具体的に記入してください (例：各診療科の受付にて調査票を手渡し、受診待ちの間に各診療科に設けた調査デスクにて職員が聞き取り調査を行う方式)
生活機能低下者の効果的な把握方法	生活機能が低下した際にタイミングよく把握し、市町村につなげるために、医療機関としてはどのような方法で「基本チェックリスト」等を活用し、市町村等に情報を提供することが可能と考えられますか。
市町村への情報提供等に関する課題・問題点等	基本チェックリストの記入後に、生活機能低下者について、市町村や地域包括支援センターに情報提供をスムーズに行うための課題や問題点等について自由に記述して下さい
医療機関における基本チェックリスト活用の課題・問題点等	今回のモデル事業を通じて感じた問題点や課題を自由に記述して下さい

施設調査票－診療科別－

診療科名	
------	--

↑上記の診療科名を、「基本チェックリスト」の右上にも必ず記入して下さい。

※病院（診療所）の一角にブースを設けて実施した場合など、診療科別に調査を実施しなかった場合は、本調査票（A-3）は病院（診療所）全体について1枚でまとめて記入して下さい。

調査当日の	65～75 歳未満	75～85 歳未満	85 歳以上	65 歳以上合計		
65 歳以上外来患者数	人	人	人	人		
65 歳以上の外来患者のうち	調査票の配布数	() 人分				
	調査票を配布しなかった人数	() 人 →理由別人数（1人につき主な理由を1つ選んで人数を記入）				
	調査票回収数	() 人分				
当日調査に関わった職員の数	医師	看護職員	P T ・ O T	介護職員	事務職員	その他
	人	人	人	人	人	人
記入介助のため、当日職員が要した合計時間	(介助ありの施設のみご回答下さい) 例) 職員Aさんが6時間、職員Bさんが3時間費やした場合は6+3=9時間と計算する。 () 時間 ※調査票コピー等準備の時間は除いて下さい。					
調査票記入にかかった時間	平均的な調査票記入時間			調査票記入時間が最も長かった人		
	1人あたり平均 () 分程度			最長 () 分程度		
記入介助をする際に困った点など	(介助ありの施設のみご回答下さい)					
記入の際に高齢者が困っていた点・分かりにくい点など	(全施設ご回答下さい)					
医療機関における基本チェックリストの活用に関する意見 (全般)	(全施設ご回答下さい)					

【 調査参加同意書 】

「適切な介護予防計画作成のための現況調査と普及方策検討事業」

調査ご協力のお願い

本調査は、当施設 _____ が、社団法人全国国民健康保険診療施設協議会の行う「適切な介護予防計画作成のための現況調査と普及方策検討事業」に参画して実施するものです。

平成18年度からの介護保険制度の改正においては、「予防重視型システムへの転換」が最大の柱とされ、要介護状態の悪化防止に効果的な「(新) 予防給付」や、要介護認定を受ける前段階での「地域支援事業」が創設されます。

当施設では、国保直診が医療機関として、介護予防にどのように関わるべきかを重要な課題としてとらえ、新たに創設される新予防給付や地域支援事業の導入に向けた取り組み方法を模索していきたいと考えております。

本調査は、外来を受診された65歳以上の方々に調査票の記入をお願いするものです。この調査結果をもとに、高齢者の方々が急に生活機能の低下を起こしたときに、速やかに把握し、介護予防の取り組みを行うための方策や他機関連携のあり方を検討することを目的としています。

本調査結果につきましては、患者様個人が特定できるような情報は一切掲載いたしません。また、本研究事業結果を目的以外に利用することはありません。把握したデータは、本事業の実施主体である社団法人全国国民健康保険診療施設協議会で責任を持って管理します。集計分析作業を一部外部委託する場合がありますが、その場合にもデータは社団法人全国国民健康保険診療施設協議会の厳格な管理の下、取り扱われます。

上記の目的をご理解の上、本調査に参加していただけるかどうか、以下にご記入の上、担当者にお渡しください。なお、参加されなくても患者様が不利益を被ることは一切ありません。

(施設名) _____ 殿

私は本調査について、内容を理解しましたので、

1. 調査票に記入することに同意します。
2. 今回は調査票への記入はしないことにします。

※ご希望等がありましたら、以下にご記入ください

--

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご氏名 (_____)

ご本人に代わって記入する場合：代理人ご氏名 (_____)

B-1

介護予防サービス・支援計画表

利用者名 _____ 種 _____ 認定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 認定の有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 初回・紹介・継続 _____ 認定済・申請中 _____ 要支援1・要支援2 _____ 地域支援事業 _____

計画作成者氏名 _____ 委託の場合：計画作成事業者・事業所名及び所在地(連絡先) _____

計画作成(変更)日 _____ 年 _____ 月 _____ 日(初回作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日) 担当地域包括支援センター: _____

目標とする生活	1日	1年
---------	----	----

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービスまたは地域支援事業	サービス種別	事業所	期間
運動・移動について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1.	1.	1.		()					
日常生活(家庭生活)について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	2.	2.	2.		()					
社会参加、対人関係、コミュニケーションについて		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	3.	3.	3.		()					
健康管理について		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					()					

健康状態について
主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点

【本来行すべき支援が実施できない場合】
 要当な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善・予防のポイント

必要な事業プログラムの下欄に○印をつけて下さい。

運動不足	栄養改善	口腔内ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____ 印

介護予防ケアプラン（介護予防サービス・支援計画表）作成に関する調査票

都道府県名		施設名	
介護予防ケアプランの作成に直接関わった職種	1. 直診職員（職種； 2. 市町村の職員（職種； 3. その他（職種；		
介護予防ケアプランのために、当該利用者で面談した回数・時間	回数	() 回	
当該利用者の介護予防ケアプランのために開催した会議の回数	回数	() 回	
面談にかかった時間（合計）	回数	() 回	
面談にかかった時間（合計）	回数	() 回	
参加人数（実人数）	回数	() 回	
これまでの当該利用者との関わり	(中心となって利用者と面談した職員の方は、これまで当該利用者の方との程度の知り合いでしたか) 例：受診の際に顔を合わせる程度で、家族の状況などはほとんど知らない。		
介護予防ケアプラン作成の参考とした資料	(活用した資料に○をつけて下さい) 1. 基本チェックリスト (A-1) 2. 利用者基本情報 3. 基本健康診査の結果 4. その他 ()		

「目標とする生活」欄	
利用者から目標を引き出す上で工夫した点	
困難な点	
「アセスメント領域と現在の状況」欄	
利用者から現在の状況を引き出す上で工夫した点（利用者に問いかけた内容など）	運動・移動について
	日常生活（家庭生活）について
	社会参加、対人関係・コミュニケーションについて

	健康管理について	
困難な点（利用者からうまく聴取できなかった点など）	運動・移動について	
	日常生活（家庭生活）について	
	社会参加、対人関係・コミュニケーションについて	
	健康管理について	
「本人・家族の意欲・意向」欄		
利用者の意向を引き出す上で工夫した点（利用者に問いかけた内容など）		
利用者からうまく聴取できなかった事項		
「領域における課題（背景・原因）」欄		
領域における課題（背景・原因）を分析する上で工夫した点		
困難だった点		
「総合的課題」欄		
総合的課題に統合する上で工夫した点		
困難だった点		

「課題に対する目標と具体策の提案」欄	
目標と具体策を提案する上で工夫した点	
困難だった点	
「具体策についての意向 本人・家族」欄	
利用者の意向を聞きだす上で工夫した点	
困難だった点	
「目標」欄	
利用者と合意した目標をたてる上で工夫した点	
困難だった点	
「目標についての支援のポイント」欄	
支援のポイントを作成する上で工夫した点	
困難だった点	
「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス」欄	
セルフケア等を作成する上で工夫した点	
困難だった点	

介護予防ケアプランの作成に関する全般的な感想・意見等	
利用者からの聞き取りについて困難だった点	
課題の抽出や目標設定について困難だった点	
作成する上で必要な情報（できるだけ具体的にご記入下さい）	
その他の介護予防ケアプラン等に関する意見	

この事業は、平成17年度老人保健健康増進等事業助成により行ったものです。

適切な介護予防計画作成のための現況調査と普及方策検討事業報告書

平成18年3月

発 行 社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会
〒100-0014 東京都千代田区永田町一丁目11番35号
TEL: 03-3597-9980 FAX: 03-3597-9986
ホームページURL: <http://www.kokushinkyo.or.jp>
E-mail: office@kokushinkyo.or.jp

印 刷 中和印刷株式会社

