

事業サマリー

高齢期における介護予防と生活習慣病予防・重症化予防のための包括的な介護予防事業に関する調査研究事業

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会 （報告書A4版 165頁）

事業目的

（１）事業の背景

高齢者の保健事業、介護予防事業は、「高齢者の医療の確保に関する法律」、「介護保険法」に基づき実施されている。高齢者を対象とした、生活習慣病予防・重症化予防、介護予防に対するサービスが、それぞれ異なる制度、実施主体によって提供されている現状では、一人の健康問題が制度により分断される可能性がある。

高齢者の多くは何らかの疾患を有していることが多い。そのため、介護予防事業の実施にあたっては、生活習慣病等の予防・重症化予防の観点も含めたサービスを提供することが求められているといえる。また、高齢者を、介護、生活習慣病等の予防の観点から支援するうえでは、生活の場である市町村が主体となって実施することが重要と考えられる。

今後、市町村において、効果的・効率的に高齢期の者に対して介護予防を実施するためには、制度の切れ目、医療、介護の切れ目をなくし、生活習慣病予防・重症化予防及び介護予防を含めた一体的な保健指導、介護予防事業が提供できる体制づくりが必要と考えられる。

（２）事業の目的

本事業では、高齢期の者を対象とし、市町村と医療機関（国保直診施設）が連携して、生活習慣病予防・重症化予防も考慮した介護予防事業を実施し、その効果の評価を行い、具体的な取り組みを通じて高齢期に対する効果的な介護予防事業の実施方法について提案することを目的とする。

事業概要

（１）調査検討委員会・作業部会の設置

本事業の実施に際し、学識経験者、国診協役員・国保直診施設長等から構成される「高齢期における介護予防と生活習慣病予防・重症化予防の包括的な保健事業に関する調査研究委員会（・同作業部会）」を設置し、調査研究の企画、調査研究結果の分析、報告書作成等の検討を行なった。

（２）調査研究の概要

調査検討委員会・作業部会の指導の下、モデル事業並びにヒアリング調査からなる調査研究事業を実施した。また、調査研究の実施（モデル事業実施効果の分析及びヒアリング、調査研究結果のとりまとめの支援等）については、業務の一部を

「みずほ情報総研株式会社」に委託した。

(3) 調査研究の内容

1) 事業実施施設

本モデル事業は、全国国民健康保険診療施設協議会に加盟する全国 9 か所の国保直診施設及び国保直診施設所在地域の市町村等関係機関にて実施した。

なお、モデル事業実施に先立ち、各国保直診施設での倫理審査委員会において事業実施についてご検討いただき、承認を得た上でモデル事業を実施した。

図表① 協力施設

協力病院(所在地域)
市立大森病院 (秋田県・横手市)
涌谷町町民医療福祉センター (宮城県・涌谷町)
国保和良診療所 (岐阜県・郡上市)
国保坂下病院 (岐阜県・中津川市)
公立甲賀病院 (滋賀県・甲賀市)
国保日南病院 (鳥取県・日南町)
国保陶病院 (香川県・綾川町)
いの町国保立国保仁淀病院 (高知県・いの町)
国保平戸市民病院 (長崎県・平戸市)

2) 事業スキーム

①モデル事業の全体像

図表② モデル事業の全体像

	包括的なプログラム (介護予防+生活習慣病予防・重症化予防)	従来のプログラム (介護予防)	備考
対象者の把握 (11月)	・事業対象者の把握		データ提供可能な地域においては、基本チェックリスト回答者のうち、国保被保険者について、特定健診等の結果のデータをマッチング
事前評価	二次予防事業対象者かつ生活習慣病リスクのある者5名以上 ↓ ・基本チェックリスト ・行動変容の状況 ・生化学検査 (生活習慣病関連)	二次予防事業対象者かつ生活習慣病リスクのある者5名以上 ↓ ・基本チェックリスト ・行動変容の状況 ・生化学検査 (生活習慣病関連)	
介入 (~1月)	・既存の介護予防事業 ・国保直診での生活習慣病指導	・既存の介護予防事業	
評価 (1月末)	・基本チェックリスト ・行動変容の状況 ・生化学検査 (生活習慣病関連) ・満足度調査	・基本チェックリスト ・行動変容の状況 ・生化学検査 (生活習慣病関連) ・満足度調査	※事業終了後、事業関係者に対してアンケート調査、グループインタビューを実施

②モデル事業の内容

○対象者の選定及び割り付け

65 歳以上の 2 次予防事業対象者のうち、下記の条件を満たす対象者を、各施

設・地域につき約 10 名募集し、事業参加の同意取得後、地域毎に「包括的なプログラム」「既存のプログラム」に約 5 名ずつ任意に割り付けた。

図表③ 対象者の選定条件

項目	具体的内容
選定条件	<p>生活習慣病リスクのある者（以下のいずれかの条件に該当）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 腹 囲： 男性 85cm 以上、女性 90cm 以上、又は BMI25 以上 ・ 高 血 圧： 収縮期血圧 130mmHg 以上又は拡張期血圧 85mmHg 以上、 あるいは服薬治療中の者 ・ 糖 尿 病： 空腹時血糖 100mg/dl 以上又は HbA1c 5.2%以上、 あるいは服薬治療中の者 ・ 高脂血症： 中性脂肪 150mg/dl 以上又は HDL コレステロール 40mg/dl 未満、 あるいは服薬治療中の者 ・ 喫 煙 歴： 喫煙歴あり <p>※国保直診施設受診者（包括的プログラムの対象者として必須条件）</p>
除外条件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 腰痛や膝関節痛が高度で歩行など基本的な運動指導が困難な者 ・ 心筋梗塞や脳卒中の既往を持つ者 ・ 血圧 180/110mmHg 以上のコントロール不良例 ・ LDL コレステロール 220mg/dl 高値例 ・ HbA1c8.0%以上の高値例

○プログラムの検討及び介入

対象者の課題をアセスメントし、課題解決のための目標を設定し、対象者の状況に応じて適切と思われるプログラムを検討、提供した。

包括的プログラムについては、国保直診施設において、介護予防事業への参加状況、事業内容を踏まえたうえで、介護予防・生活習慣病予防・重症化予防の観点を踏まえた包括的な介入を実施することとし、多職種が関与すること、原則 1 週間に 1 回何らかの介入・活動を行うこととした。

○事業評価

モデル事業評価として、次表の内容を調査した。

図表④ モデル事業の評価方法

項目	具体的内容	調査時点
参加者の満足度	<ul style="list-style-type: none"> ・ 満足度調査 (事業参加に対する意欲、目標達成状況、生活習慣等の変化) 	事業終了後 (1 月末)
事業実施上の課題等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業終了後アンケート (事業に対する評価、包括的事業実施の必要性、必要な取組み等) ・ グループインタビュー (事業概要、工夫点、課題等) 	事業終了後 (1 月末)
検査値の変化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 身長、体重、BMI、腹囲、血圧、HDL コレステロール、LDL コレステロール、 中性脂肪、HbA1c、Alb 	事業実施 前後※
生活習慣の変化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 行動変容ステージ 	
基本チェックリストの変化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本チェックリスト 	

※プログラム検討に際しての事前評価及び事後評価の項目として情報収集

3) 現地訪問調査（ヒアリング）

①調査目的

モデル事業実施施設に対して、モデル事業実施上の課題やその解決策、実施効果（変化）等を把握する。

②調査対象

モデル事業実施 9 施設

③調査期間

平成 24 年 1 月、2 月

④調査内容

- 対象者の選定・包括的プログラムメニューの設定
- 包括的プログラムの実施における実態体制及び実施状況
- 包括的プログラム実施における視点・課題
- モデル事業実施上の効果 等

調査研究の過程

（1）検討会の開催

「高齢期における介護予防と生活習慣病予防・重症化予防の包括的な保健事業に関する調査研究委員会（・同作業部会）」を設置し、本事業における調査の企画検討・実施・とりまとめを行った。

※検討会の実施については、地域包括医療・ケアの推進も踏まえ、必要に応じて本会役員及び専門委員会・部会委員をオブザーバーとして招集し、意見交換を行う場も設けた。また、検討会の開催以外にも、メーリングリストを活用し、随時意見交換・資料確認等行える体制を整備した。

（2）調査の実施

「高齢期における介護予防と生活習慣病予防・重症化予防の包括的な保健事業に関する調査研究委員会（・同作業部会）」における検討・指導の下、以下のモデル事業及びヒアリング調査等を実施した。

1) モデル事業

以下の施設でモデル事業を実施

- ・実施施設：①秋田県・市立大森病院
- ②宮城県・涌谷町町民医療福祉センター
- ③岐阜県・郡上市国保和良診療所
- ④岐阜県・中津川市国保坂下病院
- ⑤滋賀県・公立甲賀病院
- ⑥鳥取県・日南町国保日南病院
- ⑦香川県・綾川町国保陶病院
- ⑧高知県・いの町立仁淀病院
- ⑨長崎県・国保平戸市民病院

・実施期間：平成 23 年 10 月～平成 24 年 1 月（4 ヶ月間）

※当初 8 施設を予定していたが、対象者の人数確保のため 1 施設追加した。

2) モデル事業実施説明会及び報告会

①実施説明会

・モデル事業円滑かつ効果的に進めるため、モデル事業実施地域の担当者を招集

し、説明会を開催した。

- ・開催日：平成 23 年 9 月 22 日
- ・会場：東京都港区

②事業結果報告会

- ・各施設での実施効果をまとめるとともに、情報を共有し、事業の継続性を探ることを目的に、モデル事業実施地域の担当者を招集し、報告会を開催した。
- ・開催日：平成 24 年 1 月 27 日
- ・会場：東京都港区

3) 現地訪問調査（ヒアリング調査）

- ・平成 24 年 01 月 17 日 鳥取県・日南町国保日南病院
- ・平成 24 年 01 月 23 日 長崎県・国保平戸市民病院
- ・平成 24 年 01 月 30 日 香川県・綾川町国保陶病院
- ・平成 24 年 01 月 31 日 宮城県・涌谷町町民医療福祉センター
- ・平成 24 年 02 月 06 日 滋賀県・公立甲賀病院（前 H23. 8/19）
- ・平成 24 年 02 月 09 日 秋田県・市立大森病院
- ・平成 24 年 02 月 10 日 岐阜県・国保坂下病院
- ・平成 24 年 02 月 14 日 高知県・いの町立仁淀病院（前 23. 9/20）
- ・平成 24 年 02 月 16 日 岐阜県・郡上市国保和良診療所

※実施体制整備及び支援体制のあり方の情報収集として、滋賀県・公立甲賀病院、高知県・いの町立仁淀病院については 2 回実施した。

(3) 成果物の作成

調査結果を基に、報告書を作成した。

事業結果

(1) 参加者の状況

モデル事業へは 97 名のエントリーがあり、事後評価終了者は 86 名であった。

図表⑤－1 モデル事業参加者の基本属性

		男性	女性	合計
包括	人数	11人	36人	47人
	平均年齢	79.3歳	78.0歳	78.4歳
従来	人数	4人	35人	39人
	平均年齢	76.5歳	77.0歳	77.0歳

※表中の人数は、事後評価を実施できた者を示す。途中打ち切り、評価日欠席等で事後評価が実施できなかった者を除外している。

※平均年齢は情報のある対象者のみ集計。

図表⑤－2 選定条件への該当状況（複数回答）

		腹囲	高血圧	糖尿病	高脂血症	喫煙歴
包括	人数	21人	35人	23人	17人	1人
	割合	44.7%	74.5%	48.9%	36.2%	2.1%
従来	人数	6人	22人	1人	8人	0人
	割合	15.4%	56.4%	30.8%	20.5%	0.0%

(2) 取組みの概要

1) 実施体制

関与した組織としては、病院、診療所、歯科診療所、地域リハビリテーション広域支援センター、社会福祉協議会、地域包括支援センター、市町村があった。

関与した職種としては、医師、看護師、保健師、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士、薬剤師、社会福祉士、健康運動療法士、介護職員、ケアマネジャーがあった。

その他、事業運営のため、地域住民（介護予防サポーター）の参画があった。

2) 対象者の選定方法

包括群の対象者の選定方法としては、①介護予防事業対象者（参加の有無を問わず）の情報提供を受け、病院の情報と突合させる方法、②病院の特定診療科の受診者を対象に、基本チェックリストによるスクリーニングを行う方法、③地域の高齢者グループを対象にスクリーニングを行う方法があった。

3) プログラムの実施形態

既存のプログラムについては、全ての地域が集団指導で実施していた。

包括的なプログラムについては、集団指導が4か所、集団指導と個別指導の組合せが4か所、個別指導が1か所であった。

4) プログラムの内容

既存のプログラムは運動中心のプログラムが多かった。

包括的なプログラムは、既存のプログラムに加え、栄養、口腔ケア等、生活習慣に関する指導・相談受付や講話、服薬管理等が実施されていた。

(3) 評価結果の概要

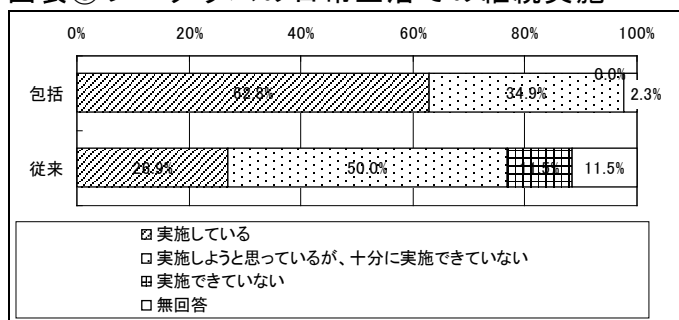
1) 参加者の満足度

回答の得られた69名（包括群43名、従来群26名）についてみると、プログラムに「大変意欲を持って参加した」と回答した者の割合は、包括群で65.1%、従来群で53.8%と、包括群で高かった。また、プログラム参加により、「生活習慣に変化があった」と回答した者の割合は、包括群で86.0%、従来群で61.5%、「身体的な変化があった」と回答した者の割合は、包括群で67.4%、従来群で42.3%であった。プログラムの内容を、普段の日常生活でも「実施している」と回答した者の割合は、包括群で67.4%、従来群で42.3%であった。

包括的なプログラムに参加して良かった点としては、指導内容が多岐に渡ること、専門職に教えてもらえること、自分に合った指導であること等が挙げられた。また、他者との交流貴重な機会となっていることも挙げられたほか、プログラムの効果が実感出来たといった評価も得られた。

約3か月という短期間での介入でも、包括群では特に意識変容、行動変容が促されており、身体的にも効果が実感されている様子が伺えた。

図表⑥プログラムの日常生活での継続実施



2) 事業実施上の課題

包括的プログラムの改善点として、「事業実施期間の確保」、「関係機関との連携体制の構築」、「マンパワーの確保」、「対象者の意欲向上等のためのプログラムの工夫」、「事業終了後も参加者が取組みを継続できる仕組みづくり」が挙げられた。また、包括的な事業実施に必要な取組みや支援として、以下の内容が整理された。

モデル事業実施関係者のほとんどが、包括的な事業は「必要であると感じる」と回答しており、もともと必要性を感じていた職員もいたが、モデル事業をきっかけに必要性を認識した職員が多かったことも特徴であった。

図表⑦包括的な事業実施に必要と考える取組みや支援

視点	内容
関係機関との連携	<ul style="list-style-type: none"> データの提供、人的支援、院外活動に対する報酬等、医療機関と地域包括支援センター、市町村との連携、協議の場の確保 病院からの情報提供 医師の理解、協力
実施体制	<ul style="list-style-type: none"> 地域住民を巻き込んだチームづくり 多職種との連携が必要なので役割分担、スケジュール調整などのマネジメントを行う担当者の確保
対象者の選定	<ul style="list-style-type: none"> 50～60歳代への介入 閉じこもりの人へのアクセス 病院受診しない人、住民健診へ参加しない人等健康意識の低い方たちの把握
プログラム	<ul style="list-style-type: none"> ハイリスクアプローチだけでなく、事業終了後の受け皿としてのポピュレーションアプローチの実施 既存の介護予防事業との連携 小さなコミュニティを支援する事業 介護予防のプログラムとより専門的なプログラムの組合せ 健康第一ではなく、老化、終末期まで考える機会の提供 出かけられる場の提供
事業継続	<ul style="list-style-type: none"> 参加者の移動手段の確保 住民が主体性をもつプログラム 事業終了後、地域での活動を広める取組み
予算	<ul style="list-style-type: none"> 病院が実施する場合は院外活動に対する報酬が必要 長期間の事業実施

3) 検査値の変化等

従来群、包括群それぞれにおいて、モデル事業実施前後の検査値を比較すると、総じて大きな変化は見られなかった。これは、モデル事業実施期間が短く、検査値に反映されるほどの効果につながらなかったためと考えられる。

一方で、腹囲については、従来群で2cm増のところ、包括群で2cm減であり、包括群で改善の傾向が見られた。モデル事業実施期間が短いため、結果の解釈には留意が必要であるものの、継続して事業を実施した場合、健康状態の改善に対して、より効果が認められることが期待される。

図表⑧ 検査値の変化（一部項目のみ抜粋）

①体重（kg）				②BMI			
区分	n	前	後	区分	n	前	後
従来	31人	50.1	50.1	従来	31人	22.4	22.4
包括	43人	57.7	57.5	包括	42人	25.9	25.9
合計	74人	54.5	54.4	合計	73人	24.4	24.4

③腹囲（cm）			
区分	n	前	後
従来	27人	80.9	82.4
包括	45人	90.4	88.9
合計	72人	86.8	86.5

4) 生活習慣の変化

評価対象者の多かった運動、食事の行動変容ステージについて見ると、従来群に比較して包括群で改善傾向の者の割合が高かった。約3か月と介入期間が短くとも、意識変容、行動変容につながっていることが伺えた。

図表⑨ 行動変容ステージの変化

		人数	改善	維持	悪化
運動	包括	31人	58.1%	35.5%	6.5%
	従来	14人	42.9%	42.9%	14.3%
食事	包括	30人	53.3%	40.0%	6.7%
	従来	14人	14.3%	78.6%	7.1%
節酒	包括	4人	0.0%	100.0%	0.0%
	従来	0人			
喫煙	包括	4人	25.0%	75.0%	0.0%
	従来	0人			

5) 基本チェックリストの変化

基本チェックリストの各項目について、モデル事業実施前後で項目数が減った者を「改善」、項目数が同じ者を「維持」、項目数が増えた者を「悪化」とした場合、それぞれの割合を見ると、全体的に従来群よりも包括群で、改善した者の割合が高く、包括的プログラムの介護予防に関する効果が高いことが示唆された。

図表⑩ 基本チェックリストの変化

		包括群（n=31）	従来群（n=14）	合計（n=45）
①【暮らしぶりその1】 1～5の合計	悪化	6.5%	7.1%	6.7%
	維持	80.6%	92.9%	84.4%
	改善	12.9%	0.0%	8.9%
②【運動器関係】 6～10の合計	悪化	9.7%	28.6%	15.6%
	維持	25.8%	21.4%	24.4%
	改善	64.5%	50.0%	60.0%
③【栄養・口腔機能等の 関係】 (栄養)11～12の合計	悪化	16.1%	7.1%	13.3%
	維持	71.0%	57.1%	66.7%
	改善	12.9%	35.7%	20.0%
④【栄養・口腔機能等の	悪化	22.6%	21.4%	22.2%

【関係】 (口腔機能)13～15の合計	維持	58.1%	71.4%	62.2%
	改善	19.4%	7.1%	15.6%
⑤【暮らしぶりその2】 (閉じこもり、認知症) 16～20の合計	悪化	3.2%	35.7%	13.3%
	維持	67.7%	50.0%	62.2%
	改善	29.0%	14.3%	24.4%
⑥ 1～20の合計	悪化	16.1%	21.4%	17.8%
	維持	16.1%	35.7%	22.2%
	改善	67.7%	35.7%	57.8%
⑦【うつ】 21～25の合計	悪化	9.7%	14.3%	11.1%
	維持	54.8%	64.3%	57.8%
	改善	35.5%	21.4%	31.1%

(4) 介護予防、生活習慣病予防・重症化予防の包括的な事業実施のあり方

介護予防、生活習慣病予防・重症化予防の包括的な事業では、生活全般に対して指導等が行われることから、自身の生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するに至った。短い事業期間でありながら、意識変容、行動変容が認められたことから、取組みを継続することで、介護予防、生活習慣病予防・重症化予防に効果があることが期待される。

以下に、モデル事業での取組みを基に、包括的な事業実施のあり方について整理する。

1) 対象者の把握

介護予防事業においては、対象者の効率的・効果的な把握が課題である。多くの地域では、健診受診者を対象としたスクリーニングや郵送による基本チェックリストでの調査等があるが、この場合、健診未受診者や未回答者が把握できない。

本モデル事業では、病院外来受診者や地域の高齢者グループから対象者を選定する方法が採用された。これらの集団には、健診未受診者や、介護予防事業の対象者とされながら、事業に参加されていない者が含まれていた。包括的な事業への参加が必要な対象者把握のためには、このように、地域の様々な高齢者グループに対してアプローチすることが必要である。

2) プログラムの検討

モデル事業では、対象者の課題抽出、プログラム検討に際し、多職種が関与する地域が多かった。多職種がプログラム検討の当初から関与することで、対象者の状況に応じて、それぞれの専門的立場から介入が可能となる。その際、医療機関のみでは対象者の生活全体を把握が困難であり、情報を有する地域包括支援センターや社会福祉協議会等の関係者との情報共有が不可欠である。

3) プログラムの実施形態

モデル事業では、いくつか包括的な事業実施のモデルが示された。このように、介護予防、生活習慣病予防・重症化予防の包括的な実施にあたっては、各地域や関係機関の実情に応じて、実施体制を構築する必要がある。

《既存の介護予防教室へ病院職員が出向いて生活習慣についても指導》

○介護予防教室への参加の際に、病院職員による個別指導の時間を設けることで、介護予防だけでなく個人の状況に応じた生活習慣指導も実施

《外来受診のタイミングを活用》

○介護予防教室での取組みのほか、外来受診の際に指導等を実施し、動機づけを強化

○外来受診の際に、介護予防、生活習慣病予防・重症化予防の個別指導を実施
《地域の集まりへ病院職員が出向き、取組みの継続性・地域でのつながりを担保》

○地域の高齢者グループに病院職員が出向いて指導を実施

○既存の介護予防教室のほかに、定期的に保健師が個別訪問を実施

4) 円滑な実施に向けた取組み

①関係者間での状況共有

多職種が関与する場合、あるいはプログラム立案者と実際の指導者が異なる場合、それぞれがどのような関わりをしたか、その際対象者はどのような反応であったかについて情報を共有する必要があるとあり、必要に応じてプログラムを再検討しなければならない。モデル事業では経過管理シートを用いてその時々様子を記録したが、地域によってはそれをカルテに挟むなどして状況の共有を行っていた。ただし、病院と介護予防教室の双方で介入する場合、組織をまたがっての情報共有は必ずしもスムーズではなく、異なる組織間での情報共有の在り方について検討が必要である。

②取組みの継続のための工夫

事業実施日以外の日でも取り組めるよう、記録票を配布する、自宅で取り組めるプログラムとする等の工夫は有用であった。血圧測定や万歩計等、目に見える形で成果が見えることは参加者の動機づけにもなっている。こうした目標の設定や成果の見える化を取り込むことが必要である。

(5) 今後の課題

1) 連携体制の構築

従来、介護予防事業は地域包括支援センターが中心となって実施しているものであるが、今回のモデル事業を通じて、医療機関が関わることで、包括的な介入が出来ること、潜在的なハイリスク者を把握できること、動機づけにつながる事等が示された。今後、地域包括支援センター及び医療機関が連携して、介護予防及び生活習慣病予防・重症化予防に取り組む、高齢者の社会生活・参加を支える環境づくりを進めることが期待される。

一方、モデル事業関係者からは、連携体制が十分でなかったという声が聞かれた。モデル事業の準備期間が短かったことが主たる要因の1つであるが、もともと介護予防の分野での連携が進んでいなかったこと、地域包括支援センター、病院それぞれの役割や取組み内容が共有されていないこと、地域の健康課題・地域資源が把握されておらず、関係機関間でも共有されていないこと、協議の場がないこと等が連携の際の問題として指摘された。連携体制を構築するためには、以下の取組みが必要と考えられる。

①地域の健康課題の把握と問題意識の共有

②顔の見える健康づくり

③地域ケア会議等、多機関・多職種が協議できる場の確保

また、地域包括支援センター、医療機関にはそれぞれ以下の役割が期待される。

④地域包括支援センターの役割

包括的事業の実施にあたっては、医療機関、既存の介護予防事業との連携、委託事業の場合はその委託先、地域住民のグループ等、関与すべき対象は多岐にわたる。地域包括支援センターには、包括的事業実施に向けた各種制度や地域資源の活用方法の検討、地域ケア会議やサービス担当者会議等の開催による関係者との連携体制構築・調整等、マネジメントの役割が求められる。

⑤医療機関（国保直診施設）の役割

医療機関では、疾患や要介護のハイリスク者の把握、食事・栄養改善や健康づく

りに関する適切な指導やアドバイスが可能である。医療機関の職員が関わることで、対象者にとっては動機づけにもつながることから、医療機関が包括的事業に参加する意義は大きい。特に、地域包括ケアの担い手である国保直診施設においては、地域包括支援センターと一体となって、地域の「介護予防、生活習慣病予防・重症化予防」に積極的に関わり、医療機関としての役割を示すことが期待される。

2) 対象者の設定

事業では、平均年齢 78 歳の対象者においても、約 3 か月間の介入で意識変容、行動変容が見られ、一定の効果が認められたものの、高齢者に対してどこまで生活習慣の改善を求めるのかは、検討の余地がある。それにより、包括的事業を実施する対象者の条件についても検討が必要になる。例えば、50~60 歳の比較的若いころから生活習慣病等に関する指導を実施し、介護予防の必要性が生じてきた場合に、必要な事業へつなげる、といった流れも想定される。

3) 健康意識の低い対象者へのアプローチ

病院の外来や地域の高齢者グループは、潜在的な 2 次予防事業対象者、生活習慣病予防・重症化予防の必要な集団であり、これらの集団に対するスクリーニングは有用である。しかし、実際にハイリスク者を把握できたとしても、介護予防等の必要性に対する関心が低い場合には、結果として事業に参加しないといった問題があり、これらの人々を必要な事業へつなげる仕組みが必要である。また、閉じこもり傾向があり、健康意識が低いために、健診や病院を受診しない住民をいかに把握するかも今後の検討課題である。

4) 資源が限られた地域での対応

多職種が関わることは非常に有効であるが、事業実施に当たっては、「マンパワーの確保」がいずれの地域でも大きな問題となっていた。

この問題に対して、モデル事業では、1 つの医療機関内の職員だけでなく、地域リハビリテーション広域支援センターの職員や地域の歯科衛生士、介護予防サポーター（地域住民）等との連携により、必要な指導等を行っていた。

限られた組織の中で見れば資源が限られていても、地域全体で見れば様々な資源がある。地域にどのような資源があるか確認し、実情に応じて連携を進めていくことが求められる。

5) 事業終了後も、取組みを継続する仕組み

多くのモデル事業実施地域において、事業終了後の受け皿がないことが課題として挙げられた。事業終了後、各参加者が運動の実施や生活習慣の改善等、必要な取組みを継続して取り組むための仕組みづくりが必要である。

地域によっては、介護予防事業の参加を終えた住民が中心的リーダーとなって、地域の自主的な高齢者グループでの活動を支えている。このように、地域に戻って取組みを広める人材の育成及び取組みを継続できる場の確保が求められる。事業実施関係者のみが主体となって実施するのではなく、参加者、地域住民が主体となって実施できる枠組みを構築することも重要である。

事業実施機関

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会
〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 芝大門エクセルビル4階
TEL 03-6809-2466 FAX 03-6809-2499
URL <http://www.kokushinkyō.or.jp/>
E-mail office@kokushinkyō.or.jp