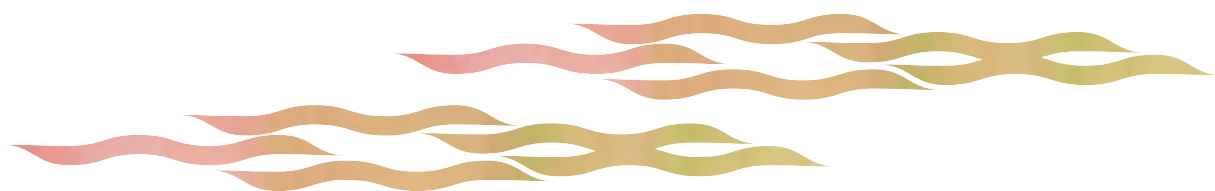


平成23年度老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

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 報告書



平成24年3月

社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

【 目 次 】

サマリ

第1章 調査研究の概要

1. 調査研究の背景と目的.....	3
(1) 背景.....	3
(2) 目的.....	3
2. 実施体制.....	4
(1) 委員会・作業部会.....	4
(2) 協力病院.....	5
3. 調査研究の全体像.....	6
4. 介護予防、生活習慣病予防・重症化予防の包括的モデル事業のスキーム.....	7
(1) モデル事業の全体像.....	7
(2) 事業の流れ.....	8
(3) 事業評価方法.....	11

第2章 調査結果の概要

1. 各地域での取組み概要.....	15
(1) 参加者の状況.....	15
(2) 各地域での取組みの概要.....	16
2. 介護予防、生活習慣病予防・重症化予防の包括的事業実施の効果.....	19
(1) 評価結果の概要.....	19
(2) 満足度.....	21
(3) 実施体制.....	26
(4) 検査値等の変化.....	35
(5) 生活習慣の変化.....	37
(6) 基本チェックリストの変化.....	38
3. モデル事業実施地域でのヒアリング.....	39
(1) 市立大森病院（秋田県・横手市）.....	39
(2) 涌谷町町民医療福祉センター（宮城県・涌谷町）.....	44
(3) 国保和良診療所（岐阜県・郡上市）.....	49
(4) 国保坂下病院（岐阜県・中津川市）.....	53
(5) 公立甲賀病院（滋賀県・甲賀市）.....	58
(6) 国保日南病院（鳥取県・日南町）.....	65
(7) 国保陶病院（香川県・綾川町）.....	70
(8) いの町立国保仁淀病院（高知県・いの町）.....	75
(9) 国保平戸市民病院（長崎県・平戸市）.....	81
(10) ヒアリングからのまとめ.....	86

第3章 まとめ

1. 介護予防、生活習慣病予防・重症化予防の包括的事業実施の意義.....	95
2. 介護予防、生活習慣病予防・重症化予防の包括的事業実施のあり方.....	96
(1) 対象者の把握.....	96
(2) プログラムの検討.....	97
(3) プログラムの実施形態.....	97
(4) 円滑な実施に向けた取組み.....	98
3. 今後の課題.....	99
(1) 連携体制の構築.....	99
(2) 対象者像の設定.....	100
(3) 健康意識の低い対象者へのアプローチ.....	100
(4) 資源が限られている地域での対応.....	101
(5) 事業終了後も取組みを継続する仕組み.....	101

資料編

事業サマリ

1. 背景と目的

(1) 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) 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。

2. 事業内容

(1) 事業実施体制

1) 委員会・作業部会

本調査研究事業実施に際し、事業スキームの検討、事業結果の分析・評価、とりまとめを行うため、学識者、国診協役員、国保直診施設職員等からなる委員会及び作業部会を設置した。

2) 協力病院

本調査研究では、委員会・作業部会での検討を踏まえ、「介護予防と生活習慣病予防・重症化予防の包括的モデル事業」を実施した。本モデル事業は、社団法人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 協力病院

協力病院(所在地)
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・認知症予防)	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関連	・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	

2) モデル事業の内容

①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	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） ・腹 囲： 男性 85cm 以上、女性 90cm 以上、又は BMI 25 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 ※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）
除外条件	・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 ・HbA1c 8.0%以上の高値例

②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。

③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	・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	・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	・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	・行動変容ステージ	
基本チェックリストの変化	・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. 結果と考察

(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

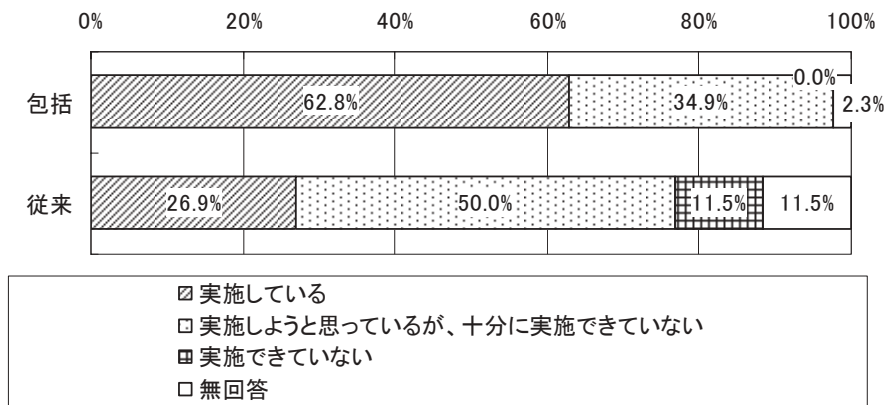
1) 参加者の満足度

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

視点	内容
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・口腔機能等の関係】 (口腔機能) 13～15の合計	悪化	22.6%	21.4%	22.2%
	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、いくつか包括的事业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、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み、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。

第1章

調査研究の概要

1. 調査研究の背景と目的

(1) 背景

➤ 一人の健康問題が制度により分断される可能性

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。

市町村では、生活習慣病の（重症化）予防に着目した40歳以上74歳以下を対象とした「特定保健指導等」と、介護保険制度のもと要支援1、2の被保険者を対象とした「介護予防事業」が、各制度のもと実施されている。とりわけ、保健事業は、後期高齢者医療制度の見直しと平成25年度からの新しい高齢者医療制度の開始に伴い、今後は75歳以上の高齢者の保健事業についても、市町村（保険者）において実施する予定である。

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。

➤ 介護、生活習慣病等の予防の包括的な実施の必要性

高齢者の多くは、医療機関を受診している割合が高い（65歳以上で63.8%、75歳以上で67.5%（平成19年度国民生活基礎調査））。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・予防の切れ目をなくし、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) 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。

2. 実施体制

(1) 委員会・作業部会

「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」ならびに「同 作業部会」の委員構成は以下の通りであった。

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・同作業部会委員一覧

◎印：委員長

*印：委員会・作業部会委員兼任

◇委員会

◎ 辻 一郎	東北大学大学院医学系研究科教授
* 阿波谷敏英	高知大学医学部医学科家庭医療学講座教授
* 押淵 徹	副会長/長崎県・国保平戸市民病院長
小野 剛	秋田県・市立大森病院長
中村 伸一	福井県・おおい町国保名田庄診療所長
竹内 嘉伸	富山県・南砺市民病院地域医療連携科主任（社会福祉士）
三澤 弘道	長野県・国保依田窪病院長
高山 哲夫	岐阜県・国保坂下病院長
沖田 光昭	広島県・公立みつぎ総合病院保健福祉総合施設長

◇作業部会

* 辻 一郎	東北大学大学院医学系研究科教授
* 阿波谷敏英	高知大学医学部医学科家庭医療学講座教授
* 押淵 徹	副会長/長崎県・国保平戸市民病院長
千葉 昌子	宮城県・涌谷町健康福祉課副参事
後藤 忠雄	岐阜県・郡上市国保地域医療センター国保和良診療所長
原 しおり	岐阜県・国保坂下病院保健師
奥邨 純也	滋賀県・公立甲賀病院甲賀地域広域リハビリテーションセンター主任
澤田 弘一	岡山県・鏡野町国保上齋原歯科診療所長
榎尾 光子	鳥取県・日南町国保日南病院看護部長
大原 昌樹	香川県・綾川町国保陶病院長
新谷 美智	高知県・いの町立国保仁淀病院栄養科管理栄養士

◇事務局

米田 英次	社団法人全国国民健康保険診療施設協議会事務局長
鈴木 智弘	社団法人全国国民健康保険診療施設協議会
石井 秀和	社団法人全国国民健康保険診療施設協議会
山本 眞理	みずほ情報総研株式会社社会経済コンサルティング部
志岐 直美	みずほ情報総研株式会社社会経済コンサルティング部

(2) 協力病院

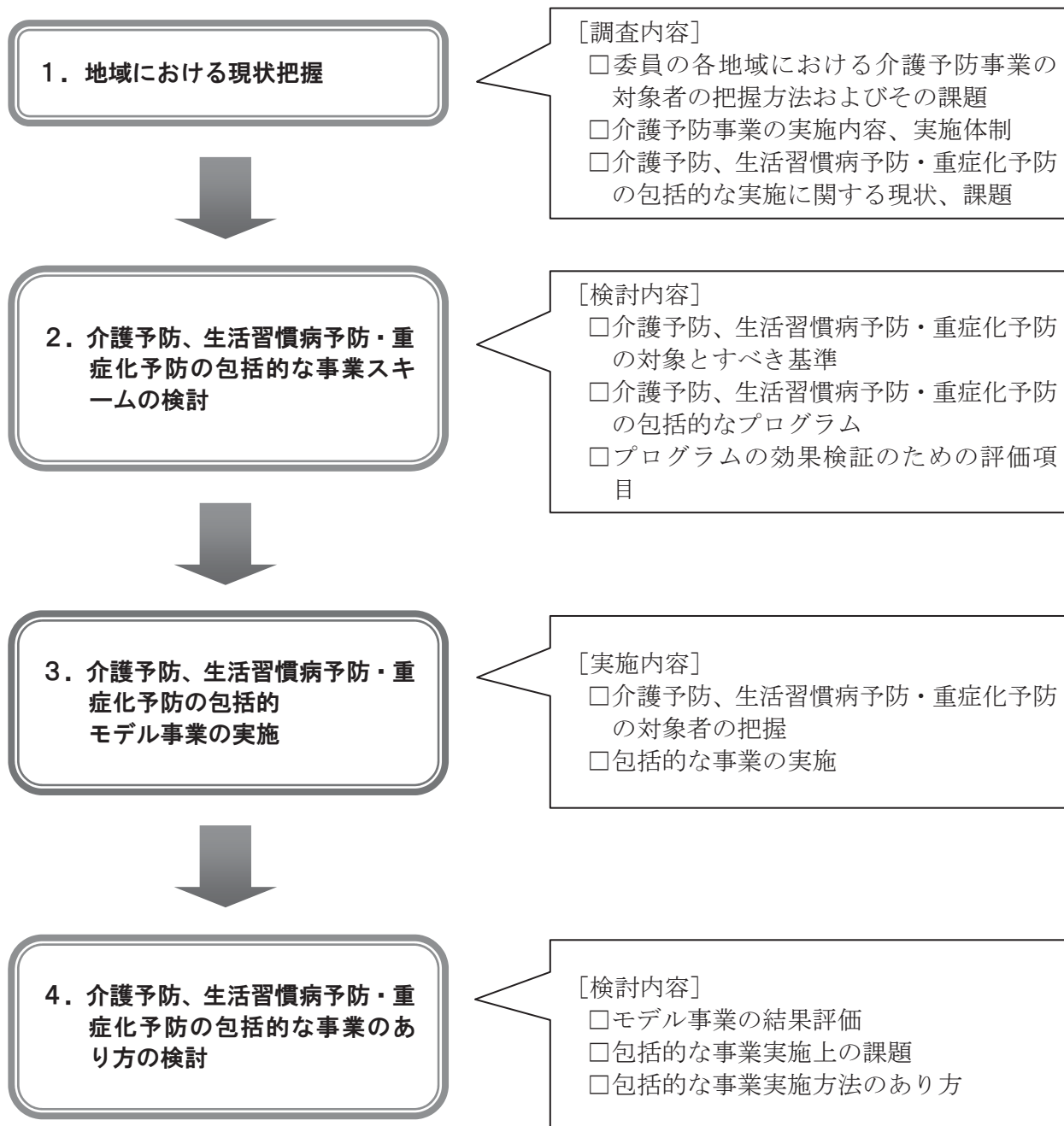
本調査研究では、委員会・作業部会での検討を踏まえ、「介護予防と生活習慣病予防・重症化予防の包括的モデル事業」を実施した。本モデル事業は、社団法人全国国民健康保険診療施設協議会に加盟する全国9か所の国民健康保険診療施設（以下、国保直診施設）及び国保直診施設所在地域の市町村等関係機関にて実施した。

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1-1 モデル事業協力病院

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）

3. 調査研究の全体像



4. 介護予防、生活習慣病予防・重症化予防の包括的モデル事業のスキーム

(1) モデル事業の全体像

本モデル事業では、全国 9 か所の国保直診施設及び市町村等関連機関が連携して、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た。各施設、地域の取り組みを通じて、事業実施体制、プログラム等を検証し、それぞれ課題を整理するとともに、事業の効果評価を行い、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あり方について検討、提言することを目的として実施した。

モデル事業実施期間は 2011 年 11 月から 2012 年 1 月末までとし、モデル事業実施体制が整った国保直診施設、地域から順次開始した。

モデル事業対象者は、65 歳以上の 2 次予防事業対象者であり、かつ生活習慣病リスクのある方とした。本選定条件を満たす対象者を、各地域で 10 名以上募集し、地域ごとに「包括的なプログラム」「既存のプログラム」に最低 5 名ずつ、任意に割り付けてプログラムを実施した。

「包括的なプログラム」においては、既存の介護予防事業のほか、医療機関（国保直診施設）で介護予防、生活習慣病予防・重症化予防の観点を含んだ指導等を行い、「既存のプログラム」においては、従来どおり、既存の介護予防事業を行った。プログラム実施前後で評価項目について情報を収集し、プログラムの効果評価を行い、また、プログラム実施者等関係者に対してアンケート調査・事業終了後インタビューを行い、介護と生活習慣病の包括的な介護予防事業の実施上の課題等について評価した。

図表 1-2 介護予防、生活習慣病予防・重症化予防の包括的モデル事業の流れ

	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 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	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	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	・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)	・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) 事業の流れ

1) 対象者の選定及び割り付け

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、地域ごとに「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。

なお、対象者の把握方法は、国保直診施設の外来にて基本チェックリストを用いてスクリーニングを行う、地域包括支援センター等で既に2次予防事業対象者として把握されている者の中から対象者を選定する等、各地域、施設で任意に実施することとした。

図表 1-3 対象者の選定条件及び除外条件

項目	具体的内容
基本属性	65 歳以上
	2 次予防事業対象者 ※選定の段階で、介護予防事業へ既に参加しているかどうかは問わない
選定条件	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する者を対象とする □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 ※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）
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

2) 事前評価

対象者の割り付け後、下記に示す項目について事前評価として情報収集し、対象者の介護予防、生活習慣病予防・重症化予防に係る課題を抽出した。

図表 1-4 情報収集項目

項 目	
基本情報	性別・年齢
	同居の状況
	既往歴
	主たる疾患（服薬の有無）（高血圧、糖尿病、高脂血症、脳卒中、その他）
	喫煙歴
検査値	身体計測（身長、体重、BMI、腹囲、血圧）
	生化学検査 （HDL コレステロール、LDL コレステロール、中性脂肪、HbA1c、Alb）
行動変容ステージ	運動、食事、節酒、喫煙
運動機能評価	握力
	片足立ち（開眼）
	Time up & Go テスト
	歩行時間
基本チェックリスト	

3) プログラムの検討及び介入

対象者の課題に対して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。なお、事業開始時点で既に介護予防事業に参加している場合には、継続して参加いただくこととした。プログラムの作成方針について以下に示す。

図表 1-5 プログラムの作成方針

対象	具体的内容	
包括的プログラム	基本方針	<ul style="list-style-type: none"> ・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し提供 ・対象者が事業開始時点で既に介護予防事業に参加している場合には、継続して参加いただく ・医療機関（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
	ポイント	<ul style="list-style-type: none"> ○介護予防 <ul style="list-style-type: none"> ・既存の介護予防事業のうち対象者に適切と思われるプログラムを組み合わせて提供 ・地域に戻って参加者自身が介護予防等に取り組めるよう、可能な限り地域での活動を含める ○生活習慣病 <ul style="list-style-type: none"> ・国保直診施設において、外来受診などのタイミングを活用し、生活習慣病に関連した必要な指導を行う（栄養指導等） ・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関わりを実施 ○全体 <ul style="list-style-type: none"> ・何らかの形で多職種（医師、歯科医師、看護師、保健師、PT・OT・ST等）が関与 ・事業実施期間中、1週間に1回、介護予防・生活習慣病予防・重症化予防を問わず、何らかの介入・活動を実施
従来のプログラム	基本方針	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者に必要と思われる既存の介護予防事業を実施する。

4) 事後評価

各対象者について、2011年1月末時点で、事業評価として事前評価で収集した項目と同様の項目について情報収集するとともに、モデル事業中の経過を踏まえ、対象者の目標の達成度と課題について、事業実施者等により評価した。

(3) 事業評価方法

事業評価として、以下を実施した。

図表 1-6 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	・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	・事業終了後アンケート (事業に対する評価、包括的事业実施の必要性、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	・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 ※事前評価、事後評価の項目として情報収集
生活習慣の変化	・行動変容ステージ	
基本チェックリストの変化	・基本チェックリスト	

なお、モデル事業実施地域におけるグループインタビューでは、事業実施の関係者にご出席いただき、インタビューを実施した。

2012年	1月17日(火)	日南町国保日南病院
	1月23日(月)	国保平戸市民病院
	1月30日(月)	綾川町国保陶病院
	1月31日(火)	涌谷町町民医療福祉センター
	2月6日(月)	公立甲賀病院
	2月9日(木)	市立大森病院
	2月10日(金)	国保坂下病院
	2月14日(火)	いの町立国保仁淀病院
	2月16日(木)	郡上市国保和良診療所

第2章

調査結果の概要

1. 各地域での取組み概要

(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 2-1 モデル事業参加者数

		包括	従来	合計
秋田県・市立大森病院	人数	4人	4人	8人
	平均年齢	80.8 歳	79.0 歳	79.9 歳
宮城県・涌谷町町民医療福祉センター	人数	5人	5人	10人
	平均年齢	82.0 歳	75.2 歳	78.6 歳
岐阜県・国保和良診療所	人数	4人	4人	8人
	平均年齢	78.0 歳	75.8 歳	76.9 歳
岐阜県・国保坂下病院	人数	7人	3人	10人
	平均年齢	76.4 歳	79.7 歳	78.1 歳
滋賀県・公立甲賀病院	人数	3人	4人	7人
	平均年齢	79.0 歳	75.5 歳	77.0 歳
鳥取県・日南町国保日南病院	人数	4人	6人	10人
	平均年齢	79.5 歳	77.8 歳	78.5 歳
香川県・綾川町国保陶病院	人数	4人	4人	8人
	平均年齢	80.0 歳	80.0 歳	80.9 歳
高知県・いの町立国保仁淀病院	人数	4人	4人	9人
	平均年齢	77.0 歳	75.8 歳	76.1 歳
長崎県・国保平戸市民病院	人数	12人	5人	18人
	平均年齢	76.3 歳	74.8 歳	76.1 歳
全体	人数	47人	39人	86人
	平均年齢	78.3 歳	77.0 歳	77.9 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 2-2 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

※ 平均年齢は情報のある対象者のみ集計

図表 2-3 選定条件への該当状況（複数回答）

		腹困	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）各地域での取組みの概要

本事業では、各施設、地域の実情に応じて、実施体制、プログラム内容を検討、実施した。各施設、地域におけるモデル事業の実施方法を下表に示す。

図表 2-4 各施設、地域におけるモデル事業の実施方法

No	施設名（地域）	実施体制（関係施設・職種）	プログラム						包括群の対象者の 選定方法
			従来群			包括群			
			実施 形態	介入 頻度	内容	実施 形態	介入 頻度	内容	
1	市立大森病院 （秋田県）	<input type="checkbox"/> 病院（医師、保健師） <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター（保健師）	集団	週1回	看護師が運動中心のプログラムを実施	集団・個別	週1回	従来プログラム実施時に病院保健師が個別面談し、生活習慣をモニタリング・健康相談受付	地域包括支援センターから介護予防事業参加者の情報提供を受け、そのうち病院受診者をカルテ歴から抽出
2	涌谷町町民医療福祉センター （宮城県）	<input type="checkbox"/> 病院（医師、看護師、PT、管理栄養士） <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター（主任ケアマネ、社会福祉士） <input type="checkbox"/> 行政（健康福祉課健康推進班：保健師、管理栄養士、歯科衛生士、運動指導士） <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会（介護員、看護師）	集団	月2回	PT、OT等が運動プログラムを中心に実施	集団・個別	月2回	従来プログラムに個別プログラムを追加 外来受診の際に看護師により面談	既存介護予防事業参加者のうち、対象者を選定 ※当該地域では2次予防事業対象者把握を実施せず
3	国保和良診療所 （岐阜県）	<input type="checkbox"/> 診療所（PT、管理栄養士、保健師、事務） <input type="checkbox"/> 歯科診療所（歯科衛生士）	集団	週1回	各専門職による運動、栄養、口腔指導	集団・個別	週1回	従来プログラムに保健師による個別訪問・指導を追加	健診受診者から選定条件該当者を抽出し、保健師が個別訪問を実施 ※当該地域では2次予防事業を実施せず
4	国保坂下病院 （岐阜県）	<input type="checkbox"/> 病院（ST、管理栄養士、歯科衛生士、保健師）	集団	月2回		集団	月2回	従来プログラムに栄養、口腔に関する講座を追加	既存介護予防事業参加者のうち、65歳以上の方を対象に基本チェックリストによるスクリーニングを実施
5	公立甲賀病院 （滋賀県）	<input type="checkbox"/> 病院（PT、管理栄養士、歯科衛生士） <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター（保健師）	集団	週1回	運動中心のプログラムを実施	個別	週1回	外来受診の際に運動、栄養、口腔指導を実施	病院のリハビリテーション科外来受診者のうち、介護保険未申請であり、かつ内科受診者から抽出
6	国保日南病院 （鳥取県）	<input type="checkbox"/> 病院（PT、看護師、管理栄養士、医師、薬剤師） <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター（社会福祉士） <input type="checkbox"/> 日南福祉会（ケアマネジャー） <input type="checkbox"/> 行政（日南町役場企画課・町づくり協議会担当者）	集団	週1回	運動中心のプログラムを実施	集団	週1回	毎回運動プログラムを実施するほか、運動、栄養、薬剤等について講義	地域包括支援センターから2次予防事業対象者の情報提供を受け、そのうち病院受診者を抽出
7	国保陶病院 （香川県）	<input type="checkbox"/> 病院（健康運動指導士、管理栄養士、看護師、OT、社会福祉士、薬剤師） <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター（保健師） <input type="checkbox"/> 介護予防サポーター	集団	週1回	運動中心のプログラムのほか、栄養、口腔指導を実施	集団	週1回	運動中心のプログラムのほか、栄養、口腔指導を実施	地域包括支援センターから2次予防事業対象者のうち病院受診者の情報提供を受け、対象者を抽出
8	いの町立国保仁淀病院 （高知県）	<input type="checkbox"/> 病院（医師、看護師、PT、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士） <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター（保健師） <input type="checkbox"/> （委託先）民間病院（健康運動療法士）	集団	週2回	健康運動療法士による運動中心のプログラムを実施	集団・個別	週3回	従来プログラムの他、週1回外来受診の際に運動及び必要に応じて栄養、口腔指導等を実施	地域包括支援センターから2次予防事業対象者の情報提供を受け、選定条件に該当する病院受診者を抽出
9	国保平戸市民病院 （長崎県）	<input type="checkbox"/> 病院（地域連携室看護師、外来看護師、PT、管理栄養士） <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター（保健師） <input type="checkbox"/> 保健センター（保健師）	集団	週1回	運動中心のプログラムを実施	集団	週1回	PTによる運動プログラムのほか、食事の記録に基づく栄養指導等を実施	地域の高齢者グループ（サロ）のうち、外来受診者でかつ選定条件該当者を抽出

※実施形態： 集団で運動等を実施している場合は「集団」、対象者と指導者が1対1で面談を行い指導する場合は「個別」としている。なお、個人のデータに基づき個人の状況に応じたプログラムを実施している場合でも、参加者が集まった場で実施している場合は「集団」としている。

2. 介護予防、生活習慣病予防・重症化予防の包括的事業実施の効果

(1) 評価結果の概要

1) 参加者の満足度

事業参加者を対象としたアンケート調査によると、プログラムに大変意欲を持って参加したと回答した者及び目標を大きく上回ったと回答した者の割合は、従来群よりも包括群で高かった。プログラム参加により、生活習慣又は身体面で変化が見られた者の割合も、従来群よりも包括群で高かった。

生活習慣の変化として、包括群、従来群ともに、運動習慣の獲得、食事における塩分を控えるといった配慮、楽しみが増える等社会活動への影響が見られたが、包括群では、さらに、口腔ケアに対する意識が向上した者が多く見られた。

身体的な変化としては、包括群、従来群ともに、足腰が強くなった、関節痛が軽減したといった成果が見られ、約3か月という短期間での介入でも、一定の効果がある可能性が示唆された。

2) 事業実施上の課題等

モデル事業実施関係者を対象としたアンケート調査によると、モデル事業は概ね問題なく実施できたとする施設、地域が多かった。ただし、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。

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もいた。

3) 検査値等の変化

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。

もちろん、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。

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。特に食事において、包括群で改善傾向の者が多かった。これは、包括群では生活習慣病予防・重症化予防を考慮した介入をするため、栄養指導を行っている事例が多いこと、従来群では運動中心のプログラムを実施している場合が多く、栄養指導を実施している事例が少ないことによる影響と考えられる。

5) 基本チェックリストの変化

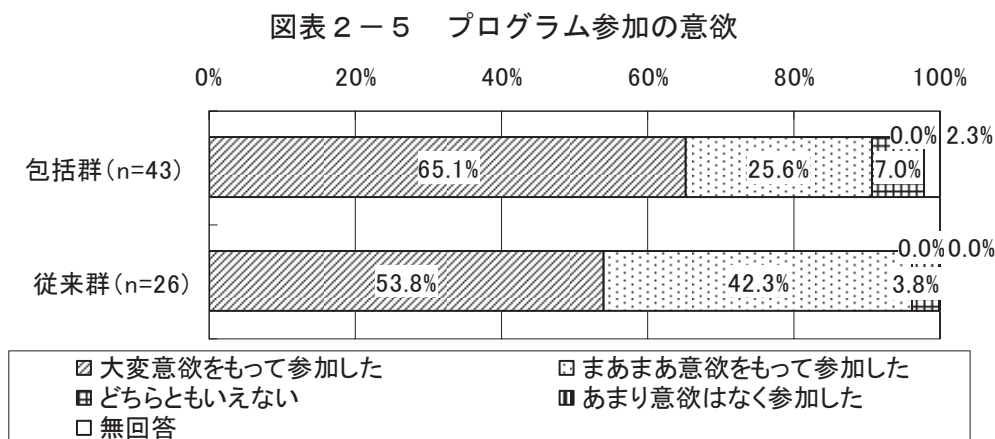
基本チェックリストの各項目について、モデル事業実施前後で項目数が減った者を「改善」、項目数が同じ者を「維持」、項目数が増えた者を「悪化」とした場合、それぞれの割合を見ると、全体的に従来群よりも包括群で、改善した者の割合が高く、包括的プログラムの介護予防に関する効果が高いことが示唆された。

(2) 満足度

回答の得られた 69 名（包括群 43 名、従来群 26 名）について以下に結果を整理した。

1) プログラム参加の意欲

意欲をもって参加した者（「大変意欲をもって参加した」及び「まあまあ意欲をもって参加した」と回答した者）の割合は包括群に比較して従来群で多かったが、「大変意欲をもって参加した」者の割合は包括群で多かった。



意欲をもって参加した理由（自由記述より）

《包括群》

- ・皆で集まって体操したり学習したり、とても楽しかった。
- ・対象者に選ばれたときはこれではいけないと思った。参加して健康のために何かみつげようと思った。
- ・年齢とともに運動量が減少し自己管理はなかなか大変なので、このような企画に参加し、目標を達成したいと思い、参加した。
- ・病院スタッフが来て良かった。もっと続けても良い。

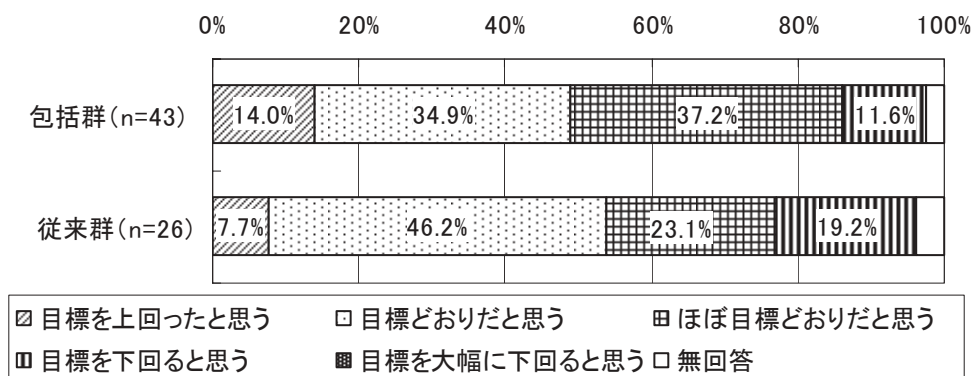
《従来群》

- ・指導がよくわかった。
- ・対象者に選ばれたことで自分も健康に気をつけなければならないと自覚した。
- ・プロの皆様にご指導いただくので知識が豊富になった。
- ・独居で人の交流があまりない生活なので、人のなかに入りたいと思った。
- ・スタッフや他の参加者との交流ができた。

2) 目標達成度

「目標を上回ったと思う」と回答した者の割合は従来群に比較して包括群で多かったが、「目標どおりだと思う」まで含めると従来群のほうが多かった。「目標を下回ると思う」と回答した者は従来群に比較して包括群で少なかった。

図表 2-6 目標達成度



3) プログラム参加による変化

① 生活習慣の変化

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% (43 名中 37 名)、従来群で 61.5% (26 名中 16 名) であった。

変化の内容 (自由記述より)

《包括群》

運動	<ul style="list-style-type: none">・ 毎日運動をする。・ テレビを見ながら体操するようになった。・ 身体を動かすことが嫌にならなくなった。
食事	<ul style="list-style-type: none">・ 塩分、糖分を減らすようになった。・ バランスを考えるようになった。
口腔	<ul style="list-style-type: none">・ 口のリハビリ体操を続けるようになった。
その他	<ul style="list-style-type: none">・ 家に閉じこもらないようにする。・ 明るくなった。・ 趣味が増えた。

《従来群》

運動	<ul style="list-style-type: none">・ 運動を心がけるようになった。・ 散歩、外出の機会が増えた。・ 身体が軽くなった。
食事	<ul style="list-style-type: none">・ 塩分を減らすようになった。・ 食事量を考えるようになった。
口腔	—
その他	<ul style="list-style-type: none">・ 楽しみが増えた。

② 身体的な変化

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% (46 名中 31 名)、従来群で 42.3% (26 名中 11 名) であった。

変化の内容 (自由記述より)

《包括群》

<ul style="list-style-type: none">・ 足腰が強くなった。・ 長く歩いても足が痛くならなくなった。・ 膝の痛みがなくなった。・ 体重が減った。	<ul style="list-style-type: none">・ 腹囲が減った。・ 姿勢がよくなった。・ 身体が軽くなった。
--	---

《従来群》

<ul style="list-style-type: none">・ 今まで動かしていないところを動かすようになった。・ 全身の動きが良くなった。	<ul style="list-style-type: none">・ 膝の痛みがましになった。・ ふらつくことが少なくなった。
---	---

③ その他の変化

生活習慣の変化、身体的な変化以外になんらかの変化があったと回答した者の割合は、包括群で 34.8%（46 名中 16 名）、従来群で 23.1%（26 名中 6 名）であった。

変化の内容（自由記述より）

《包括群》

- ・ 仲間が今まで以上に仲良くなった。
- ・ 生きがいが増えた。
- ・ 皆と集まるのが楽しみ。

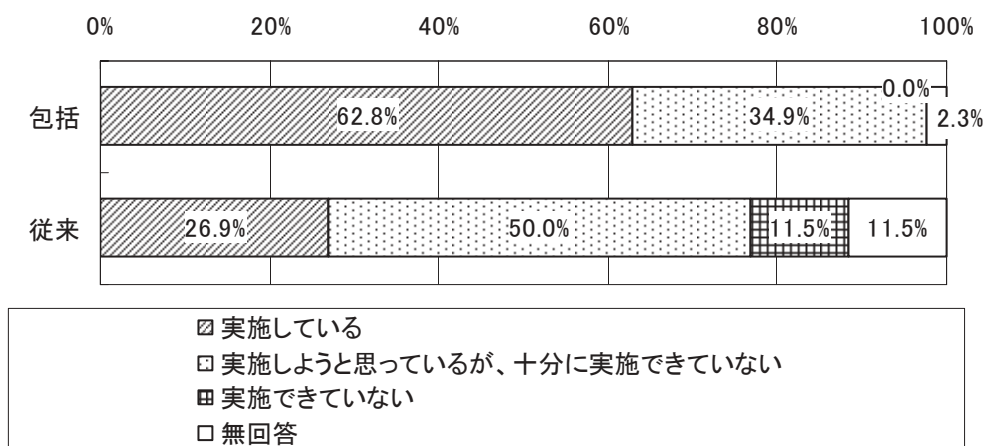
《従来群》

- ・ 教室の日を楽しみに思う。
- ・ 万歩計があるだけで意欲が出た。

4) プログラムの日常生活での継続実施

プログラムの内容を、普段の日常生活でも「実施している」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%（46 名中 31 名）、従来群で 42.3%（26 名中 11 名）であった。

図表 2-7 プログラムの日常生活での継続実施



5) プログラムに参加して良かった点

プログラムに参加して良かった点について、以下のような回答が得られた。

良かった点の具体的内容（自由記述より）

《包括群》

指導内容	<ul style="list-style-type: none"> ・色々な運動方法があることが分かった。 ・運動や食事、口腔ケアのことが聞けた。 ・忘れていたことが再認識できた。 ・知らなかったことを教えてもらって良かった。 ・自分に合った強度の運動プログラムで無理なく続けることができた。
多職種の関与	<ul style="list-style-type: none"> ・栄養士さんの話が聞けて良かった。 ・いろいろな人が指導してくれる。何か1つからでも実践したい。
他者交流	<ul style="list-style-type: none"> ・皆と交わることができて良かったしとても楽しかった。 ・人と会う機会がなかったので皆と一緒にの教室に参加できたこと。
効果	<ul style="list-style-type: none"> ・腰痛が軽減した。気分的に非常に満足であった。 ・生きがいが増えた。教室で始めた短歌を習ってみようと思っている。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・病院（いつも通っているので）気兼ねなくとりくめた。

《従来群》

指導内容	<ul style="list-style-type: none"> ・病院では相談できないことが相談できた。 ・自分を振り返るきっかけになった。
他者交流	<ul style="list-style-type: none"> ・他の参加者やスタッフと話ができて、気持が楽しくなる。 ・閉じこもりがちになる時に外に出る機会があったので、嬉しかった。 ・皆の顔がみられること一番。交流、お茶飲みができることがいい。
効果	<ul style="list-style-type: none"> ・足の筋力がついた。よく歩くようになった。

6) プログラムに関するご意見

プログラムで改善すべき点やその他ご意見について、以下のような回答が得られた。

主なご意見（自由記述より）

《包括群》

<ul style="list-style-type: none"> ・体操の時間をもっと取ってもらいたかった。 ・書くことがいっぱいあって大変だった。 ・引き続きしてほしい。よく整っていた。 ・職員のみなさんの対応がよかった。
--

《従来群》

<ul style="list-style-type: none"> ・今後も活動して他の人もしてほしいと思っていると思う。 ・腰痛があるので腰痛予防の体操をしてほしい
--

(3) 実施体制

回答の得られた 33 名の結果について以下に結果を整理した。

なお、回答者の職種別人数は以下のとおりである。

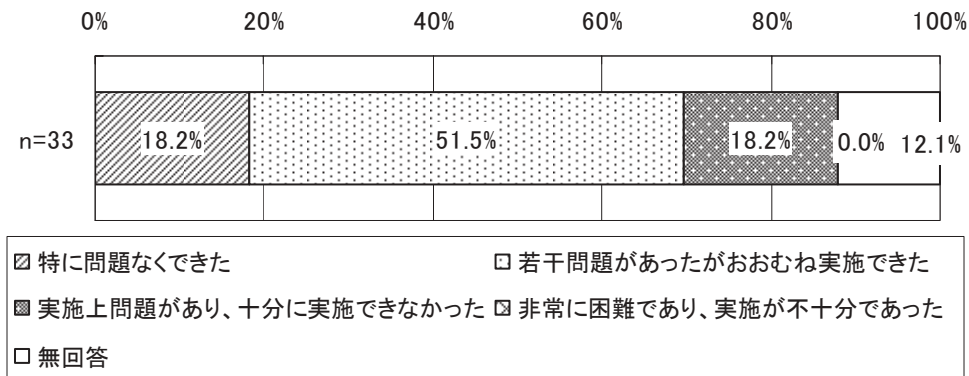
図表 2-8 職種別回答人数

職種	人数
医師	2 人
看護師	9 人
保健師	5 人
薬剤師	1 人
臨床検査技師	1 人
理学療法士	4 人
作業療法士	1 人
管理栄養士	4 人
歯科衛生士	2 人
介護支援専門員	1 人
社会福祉士	2 人
その他	1 人
合計	33 人

1) モデル事業の実施

① 実施体制の構築

図表 2-9 実施体制の構築



主なご意見（自由記述より）

《特になし》

- ・市民病院担当者の調整により実施できた。（保健師）
- ・実施するにあたり、地域リーダーと連絡をとりながら企画実施できた。（看護師）

《若干問題があったがおおむね実施できた》

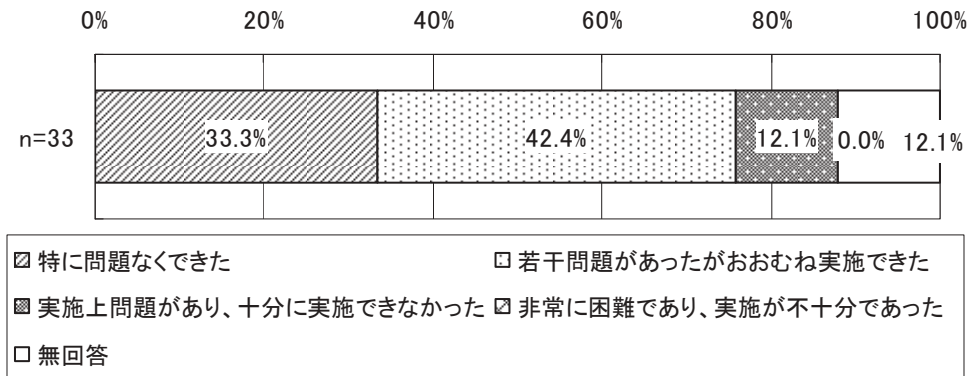
- ・実施期間が短期間であり、業務との兼ね合いで面談回数が少なく、思うように実施できないのではないかと不安があった。（看護師）
- ・今回の事業を開始するにあたっての事業を把握するため、病院と自治体との話し合いの十分な時間がなかった。（医師）
- ・日常業務と今回のプログラム内容の実施にあたっての時間調整にやや問題があった。（理学療法士）
- ・当院は院外処方なので実際の服薬状況は掌握できないので、院外薬局に問い合わせを行い、実施体制の構築を図った。（薬剤師）
- ・地域包括支援センターとしての関わりがあまりもてなかった。（保健師）
- ・事業運営をとりまとめ、運営の中心となる組織・人があるとよかった。（管理栄養士）

《実施上問題があり、十分に実施できなかった》

- ・介護予防事業に携わったことがなく、役割分担をどうすればいいのか、メンバーはどの部署からどの職種が介入すれば効率よくできるのかなどの理解まで時間がかかった。（看護師）
- ・今回のモデル事業実施にあたっての準備期間が短く、行政との共通認識も乏しいまま事業を開始した、また、実施期間も2か月間の実施では十分な効果判定はできないと考える。3か月から6か月は必要だと思う。（管理栄養士）
- ・準備する期間が短く、時間的な面でも実施体制を構築することが難しかったと思う。（理学療法士）

② 対象者の把握

図表 2-10 対象者の把握



主なご意見（自由記述より）

《特に関わりやすかった》

- ・病院と併設していたので個人の情報を知ることができ、よかった。（保健センター・保健師）
- ・回数を増やしたり、長期間関わることで、個々の生活習慣の把握、問題点の抽出ができたのではないと思う。通院している病院と連携しなければ対象者の把握はもっと困難になると思う。（看護師）
- ・個人情報の取り扱いについて施設間で協議し慎重に進めることでスムーズに情報のやりとりが行えた。対象者への依頼時にも問題は発生しなかった。（理学療法士）
- ・行政の機関相互の情報共有は容易であると感じた。（介護支援専門員）

《若干問題があったがおおむね実施できた》

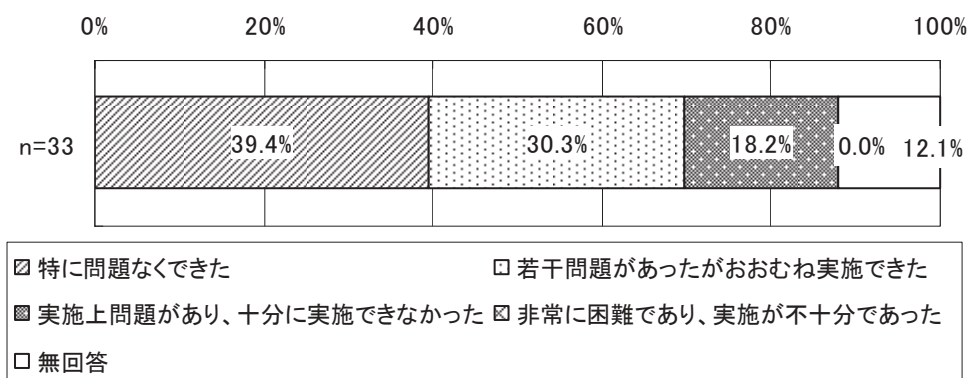
- ・介護予防事業への参加者で当院へ通院中の方を対象者にし、地域包括支援センターと連携して事業を進めていく予定であったがその対象者があまりに少なかった。（看護師）
- ・当院へ外来通院し、しかも生活習慣病リスクのあるものということになると2～3名しかいなかった。しかも事業期間中、1週間に1回、介護予防・生活習慣病予防・重症化予防の何かの介入・活動を行える対象者となると皆無に近い状況であった。（理学療法士）
- ・市町村のデータや受診歴などからある程度の選別はできたが、複数の医療機関と併せて通院している対象者を把握できたのかと思うところもある。（看護師）
- ・年齢、性別に偏りがあった。（看護師）

《実施上問題があり、十分に実施できなかった》

- ・院外でのフォローとなったため勤務の調整が困難で時間が取れなかった。（看護師）
- ・介護認定を受けている軽度の機能低下を認める高齢者が意外に少なかった。自治体の実施するプログラムに参加するのは体力的、時間的に不可能な方が多かった。
- ・対象者の細やかな情報や生活に配慮が足りず、難聴の方への対応ができていなかった。細やかな聴取ができていない。（作業療法士）
- ・年齢などを考慮すると日南町では80歳以上の方も多く、ほとんどの方がなんらかの疾患をもっている。対象者の幅を広げる必要があった。（理学療法士）

③ プログラムの検討

図表 2-11 プログラムの検討



主なご意見（自由記述より）

《特に問題なくできた》

- ・スクリーニングにおいて抽出された課題を領域ごとに選択肢が設定されているため目標は立案しやすかった。しかし、実施可能な目標を検討していくことは、個人の背景を理解していないと難しいと思う。（看護師）
- ・それぞれの立場から患者の対応を検討できてよかった。（歯科衛生士）
- ・医師の関与が少ないものの、スタッフ間で理念の共有が行え、協力的に検討することができた。（理学療法士）

《若干問題があったがおおむね実施できた》

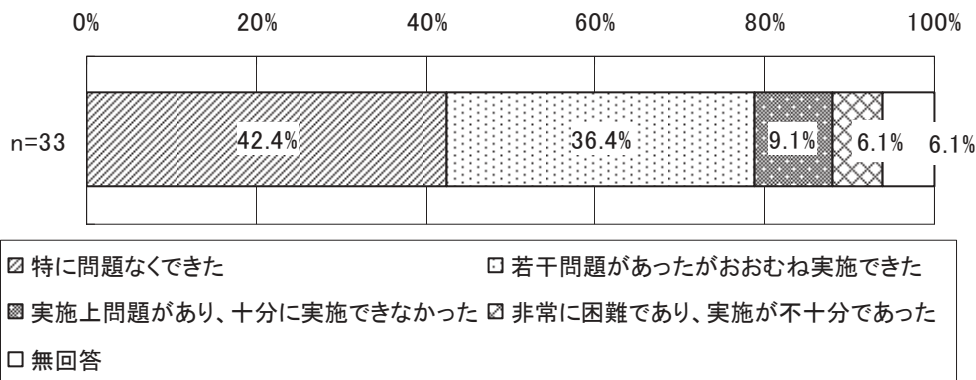
- ・基本情報やチェックリスト、カルテなどを参考にして受け持ちがプログラムを立案した。その時点での患者情報が不十分だったので立案したプログラムが対象者の思いと違った例があった。（看護師）
- ・事業でのプログラム内容は地域包括支援センター担当者と病院スタッフで資料にて報告確認したが、経過については検討する時間が持てなかった。（管理栄養士）
- ・講義などについては住民と直接医療関係者が話をする機会もできて良かった。（理学療法士）

《実施上問題があり、十分に実施できなかった》

- ・生活環境、背景が分からないため対象者に必要な細やかなプログラムにならなかった。（看護師）
- ・院内で適時カンファレンスももったが、時間調整なので十分な検討は困難であった。（理学療法士）
- ・年齢や疾患、体力などばらばらであった為、比較的、動きのよい方などには軽い運動になったと思う。（作業療法士）
- ・最初から参加できれば全体のカリキュラムを把握することができ口腔指導の内容を十分検討できたと思います。（歯科衛生士）

④ プログラムの実施

図表 2-12 プログラムの実施



主なご意見（自由記述より）

《特に問題なくできた》

- ・対象者に合わせたプログラムと共通プログラムを組み合わせうまく実施できた。（医師）
- ・日常業務を行いながら、時間を作り関わるのが精神的には大変であった。（看護師）
- ・それぞれの立場から患者の対応を検討できてよかった。部門での連携もスムーズにできた。（歯科衛生士）

《若干問題があったがおおむね実施できた》

- ・日常業務と今回一部しか実施状況は分からないが、毎週プログラムを実施するのは、担当者にとって負担が大きかったと思う。プログラム内容の実施にあたっての時間調整にやや問題があった。（保健師）
- ・万歩計や体重測定表などのツールを活用しながら行うと本人への励みになり、視覚的に実施の効果が確認しやすかったと思います。（看護師）
- ・当初、外来受診時個別に保健指導、栄養指導を随時行うことで始まったが、送迎バスの時間や診療時間、職員のマンパワーの問題もあり。計画的な関わりが困難であった。（理学療法士）
- ・各スタッフがなるべく自宅でも継続できる内容を指導したため自宅でも継続できていた。外来受診したタイミングを活用するための工夫が必要。（保健師）
- ・地域包括支援センターとの関わりが不十分であった。（保健師）
- ・兼務での職務であるためマンパワーの確保に問題がある。（介護支援専門員）

《実施上問題があり、十分に実施できなかった》

- ・業務をしながらの実施だったので介入が十分でいなかった。（看護師）
- ・比較的自分の体には気をつけている方が多かったので、毎回、体重測定など行い数値的に示していてもよかった。運動の休息時などに視覚的に生活習慣病について情報が入るようにポスターなどを掲示してもよかったと思う。（作業療法士）
- ・今回のモデル事業実施にあたっての準備期間が短く、行政との共通認識も乏しいまま事業を開始した、また、実施期間も2か月間の実施では十分な効果判定はできないと考える。（管理栄養士）

《非常に困難であり、実施が不十分であった》

- ・事業の実施時期が年末年始を含んでいたためとチュに実施できない期間ができたのも今後の改善点だと思う。（看護師）

⑤ その他

■ 良かった点

- ・対象者の意識の変化が行動の変化にあらわれている
- ・時期的に介入の必要な時期であった（冬は外出の機会が減る）
- ・対象者が楽しんで参加できた

■ 問題点

- ・介護予防事業が委託で実施されており、委託事業者と話し合いの場をもてなかった
- ・対象者によっては多職種の統一された関わりがなかった
- ・短期間での事業のため、参加者が地域に戻って介護予防等に取り組めるところまで至らなかった
- ・保健指導の経験が少ない場合に実施が難しい

2) 包括的プログラムの改善点

包括的プログラムについて、改善すべき点等について主な意見は以下のとおりであった。

■ 事業期間の確保

- ・モデル事業期間が約3か月と短く、効果が得られる前に事業が終了してしまう
- ・関係機関との連絡調整等、相応の準備期間が必要である

■ 事業終了後の取組みを継続できる仕組みづくり

- ・事業により対象者の意欲が向上しても、事業終了後の受け皿がない
- ・事業終了後も継続して取り組めるようなプログラムの検討が必要である

■ 関係機関との連携体制の構築

- ・既存の組織や施設等を利用し広く実施することで効果が得られるのではないか
- ・院外処方の場合、院外薬局等外部とも連携が必要である
- ・自治会など地域の参加と長期的な取組みを展開したほうがよい

■ マンパワーの確保

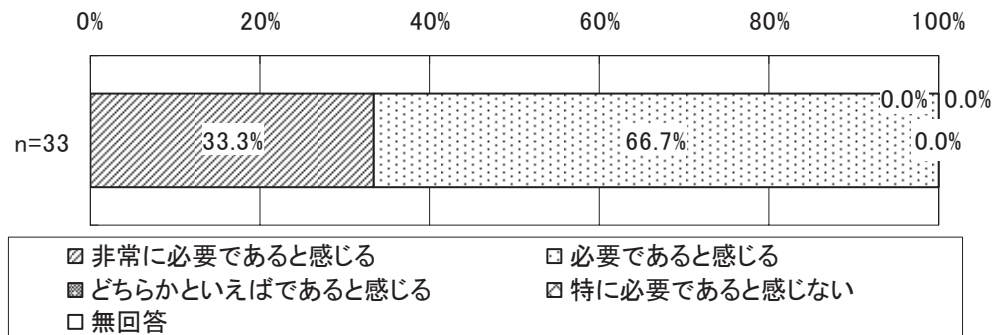
- ・多くの方を対象とするには多くの時間、マンパワーを要する
- ・個別的にかかわる必要がある場合、業務と時間設定の調整が必要である

■ プログラムの工夫

- ・集団形式の場合でも、個々に参加の目的を明確にし、個別メニューを作成することで参加者のモチベーションが向上する
- ・難聴の方など、配慮が必要な方への対応が必要である
- ・事業参加日以外の取組みを振り返る等して取組みの継続を確保する必要がある

3) 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必要性

図表 2-13 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必要性



主なご意見（自由記述より）

- ・病院で介護予防事業を行う必要性は依然から感じていた。継続するためには自治体との協力が必要。（医師）
- ・切れ目のない支援体制は必要と感じるが、現状で広域に実施するのは難しいと思う。（保健師）
- ・短期間だったのにも関わらず食事や運動面での行動変容が見られたから。（看護師）
- ・個別に予防方法を指導した場合、その場では納得しても実施にまではなかなかたどりつけないが、気のあう仲間と学習することで、お互い励ましあいながら行動できるので効果もあがるし、持続性もあると思います。（看護師）
- ・対象者の生活の一部でなく全体の中で予防事業を参考に生活習慣性の改善を促すので運動、食事、身体に関する知識などどれも切り離せないと思うので必要だと思います。（看護師）
- ・今回のモデル事業に参加していただいた方は何らかの効果がみられ、外出する機会がもてたことと人との交流がもてたことは大きな成果だと思います。（管理栄養士）
- ・町では運動器を切り口に介護予防事業を実施し、住民の機能維持・向上に効果をあげているが、高齢者のなかには何らかの生活習慣病の治療を行っている場合が多く、病状等によりその人のQOLを左右しかねないため、重症化予防や生活習慣病予防は重要であると考えます。（保健師）
- ・介護予防・生活習慣病予防・重症化予防は本来同じ目的を持つものなのに、それぞれがここに事業が展開されている。介護予防教室にても生活習慣病予防教室にしても漠然とした一般的な指導教室に終始していたきらいがある。対象者にとって個別性が乏しく、両事業の関連性、同一の目標をもつものとは認識されづらい。スタッフにとっても職習慣の関連性、連携の重要性を改めて認識した。（理学療法士）
- ・一時的な健康観に左右されず老化について学び健康に留意しながら介護や死を考えることは今後の日本の医療福祉にとって重要な課題になると考える。今回の取り組みは健康志向と老化についての自己受容の両立についても知見を得られた意義は大きかったと考える。（理学療法士）
- ・閉じこもり予防につながる可能性がある。自己啓発の機会となる可能性がある。コンサルタントに情報を得ることで生活習慣を随時見直すことができる。（保健師）
- ・生活習慣病予防を兼ねて行うと血液データ値があり、食事運動の改善の必要性が分かりやすい。（臨床検査技師）

4) 包括的な事業実施に必要な取り組みや支援

主なご意見（自由記述より）

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

5) 包括的な事業実施に関するご意見

主なご意見（自由記述より）

- ・高齢者社会ではこのような取り組みが不可欠と思えた。
- ・準備期間、実施期間が短い。
- ・男性は集まってお茶を飲みながら話をする習慣がないため参加がばからしいと思ったり面倒に感じるようだ。より高度なレベルのプログラム設定が必要であると感じる。
- ・対象者の熱意には逆に私たちの行動が追い付かないと思った。病院側として特に健康管理が必要であり日頃の受診時に薬の管理や副作用についてもっと相談の場が必要であると感じた。また1週間おきに運動について教室を開いていたがちゃんと実行したので必要なかと思った。個人よりもみんなと一緒にすることが会う楽しみもありよかったようだ。
- ・対象となる団体を今後どのように選択していくのか。
- ・継続的なりハビリなどにより筋力アップなど高齢者であったも改善がみられ、続けることの必要性を強く認識した。
- ・今回はモデル事業ということだったが、実際、市町村単位で実施するとなるとスタッフの問題が大きいとおもう。(人数・リーダーシップ) 医療介護の知識のあるボランティアなどスタッフの力量によるところも大きいと思います。
- ・対象者も職員も楽しく関わることができました。対象者が集まりやすいところで行ったことが良かったと対象者の意見です。
- ・本事業全体で見た場合、年齢、身体状況、生活環境、包括プログラム内容などがまちまちだと統一性にかけ、十分な事業効果はみられないのではないのでしょうか。同一の問題を抱えている各地域ごとに小グループ分けした事業展開の必要性を感じました。
- ・新規事業を取り組むことはいいことだと思いますが、既存の事業を整理しながら、よりよい事業をつくってほしいと思いました。田舎はマンパワー不足も大きな問題です。その辺での支援があると大変助かります。
- ・今回週1回の集まりを継続できたのでは、介護予防ボランティア・リーダーの存在が大きかったと感じた。事業の継続、展開を考えた時、ボランティア・リーダー育成の必要である。
- ・3か月で期間が短く効果が検査データ上ではあらわれにくいと思いました。
- ・保健指導の動機づけをする際に「〇〇をしないと健康に悪い」とか「介護状態にならないために〇〇(運動など)しましょう」ということがあるがその後のステージで不適応となるケースが散見される。
- ・今までのようにひとつのところで多人数を集めて体操などを実施することは60代、70代の若い層には有効かもしれないが、さらに高齢となるとより一層個別性のある対応が必要となる。でかける場があるだけでも介護予防につながる。終末期をどう過ごすかをみんなで話し合うこともよかった。

(4) 検査値等の変化

身体計測の結果を見ると、体重、BMI、腹囲は従来群に比較して包括群で高い傾向にあり、特に包括群の BMI 値は肥満と判断される基準値 (BMI \geq 25) を超えていた。

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。

1) 身体計測値の変化

① 体重

図表 2-13 体重の変化

区分	n	前	後
従来	31 人	50.1kg	50.1 kg
包括	43 人	57.7 kg	57.5 kg
合計	74 人	54.5 kg	54.4 kg

② BMI

図表 2-14 BMI の変化

区分	n	前	後
従来	31 人	22.4	22.4
包括	42 人	25.9	25.9
合計	73 人	24.4	24.4

③ 腹囲

図表 2-15 腹囲の変化

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

2) 生化学検査値の変化

④ 収縮期血圧

図表 2-16 収縮期血圧の変化

区分	n	前	後
従来	29 人	132.6mmHg	134.3mmHg
包括	45 人	140.2mmHg	141.4mmHg
合計	74 人	137.2mmHg	138.6mmHg

⑤ 拡張期血圧

図表 2-17 拡張期血圧の変化

区分	n	前	後
従来	45 人	74.2	77.9
包括	28 人	73.6	73.2
合計	73 人	74.0	76.2

⑥ HDL コレステロール

図表 2-18 HDL コレステロールの変化

区分	n	前	後
従来	38 人	59.7mg/dl	59.0 mg/dl
包括	45 人	54.6 mg/dl	54.5 mg/dl
合計	83 人	56.9 mg/dl	56.5 mg/dl

⑦ LDL コレステロール

図表 2-19 LDL コレステロールの変化

区分	n	前	後
従来	38 人	111.3	114.2
包括	44 人	110.5	113.3
合計	82 人	110.9	113.7

⑧ 中性脂肪

図表 2-20 中性脂肪の変化

区分	n	前	後
従来	38 人	137.1 mg/dl	138.9 mg/dl
包括	44 人	125.9 mg/dl	137.7 mg/dl
合計	82 人	131.1 mg/dl	138.2 mg/dl

⑨ HbA1c

図表 2-21 HbA1c の変化

区分	n	前	後
従来	32 人	5.6 mg/dl	5.6 mg/dl
包括	46 人	5.6 mg/dl	5.6 mg/dl
合計	78 人	5.6 mg/dl	5.6 mg/dl

⑩ Alb

図表 2-22 Alb の変化

区分	n	前	後
従来	38 人	4.1g/dl	4.2 g/dl
包括	46 人	4.2 g/dl	4.3 g/dl
合計	84 人	4.2 g/dl	4.3 g/dl

(5) 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。特に食事において、包括群で改善傾向の者が多かった。

図表 2-23 生活習慣の変化

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

(6) 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割合が高かった。ただし、栄養状態を評価する項目においては、従来群で改善した者の割合が高かった。

図表 2-24 生活習慣の変化

		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・口腔機能等の関係】 (口腔機能) 13～15の合計	悪化	22.6%	21.4%	22.2%
	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%

3. モデル事業実施地域でのヒアリング

(1) 市立大森病院（秋田県・横手市）

1. 対象者について

- モデル事業には包括群4名、従来群4名に参加いただいた。
- 当初、外来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実施し、対象者を選定する予定であったが、参加に費用がかかること、また通院している方は事業参加の必要性を感じていない方が多く、参加の同意が得られなかった。
- そこで、横手市大森地区で介護予防事業に参加している方について、地域包括支援センターから病院へ情報提供いただき、そのなかから大森病院受診者を抽出して選定した。
- 既存の介護予防事業には12名が参加しており、大半が大森病院受診者であった。80歳以上が中心であり、閉じこもり予防のねらいが大きい。
- モデル事業参加者8名のうち3名は既存介護予防事業に参加している方である。
- 大森地区では65歳以上の高齢者が約8500名である。2次予防事業対象者は健診、病院にて把握しており、200名程度が対象者としてリストアップされる。うち約20名が事業に参加している、という状況である。
- 外来受診者からスクリーニングする場合、受診の頻度も関わってくるので、なかなか把握、事業への参加が難しい。

2. プログラムメニューの設定等について

《事前評価について》

- 事前評価は、病院保健師が行った。

《プログラムメニューの検討について》

- プログラムメニューは、保健師及び地域包括支援センター保健師にて行い、プログラムメニューの妥当性等について議論するため医師も交えて検討した。カンファレンスを1、2回開いたほか、書面で情報をやりとりした。
- 地域包括支援センターからは、介護予防事業参加者については利用者基本情報の提供があった。それ以外の情報については、最初の個別面談の際に必要な情報を収集した。

《プログラムの特徴・工夫点》

- 指導形態は個別支援だけでなくグループ支援も実施し、共通の問題に対して利用者同士で意見交換を行い、自主性を促しつつより良い計画を見つけていくよう心がけた。
- 主に毎週介護予防教室を開催している事業所・森の家に行って教室開始前の時間や終了後の時間を利用して保健指導を実施したので利用者の負担は少なかったのではないかと考えられる。

3. プログラム実施について

《経過管理について》

- 経過管理は病院の各職員が実施した。

《プログラムの実施について》

- 包括群は1回参加につき690円の自己負担がある。本来（既存の介護予防教室）であれば300円の自己負担であるところ、参加者の要望で昼食をつけることとなり、昼食代390円も合わせて徴収している。
- 既存事業は午前中（10時半～）の運動等の時間と昼食会で構成されている。午前中の最初の30～40分は参加者同士の談話の時間となっており、その時間を利用して病院保健師が対象者と個別に面談を行った。
- 面談は、「治療中の者に対する保健指導」の事業で用いた資料を活用し、モニタリングと相談受付を中心に行った。

《プログラムの効果について》

- もともと教室に参加している方々なので自分の病気に対し真剣に向き合っている方が多く、意見交換も活発に行われ事業実施前よりも仲間意識が強くなった。
- グループ支援を通して疾患に対しての様々な意見交換は行われ、情報を提供し対象者と一緒に考えることで知識を深めることは出来たが、平均年齢81歳と高齢なこともあり多くの方は生活習慣改善までは至らなかった。
- 事業実施前後とも全員の血液データはほぼ良好であるが、4人中3人が肥満に該当しており今後も引き続きダイエットに取り組んでいく必要があると考えられた。
- 計画の中でも食生活の改善というのは困難であったが、毎日の血圧測定・体重測定については習慣化出来た方もいた。
- 治療している病気に対しての知識や現在の自分の状態を理解するといった点で指導の効果があつたのではと考えられた。

《事業実施のポイントについて》

- (病院) どのように連携するか、対象者に介入するか等、事前の準備が非常に重要である。また、事業参加者には即時の効果を求めず、参加継続に比重を置くべきである。
- (地域包括支援センター) 地域住民の健康課題を把握することが重要であり、その上で介護予防事業等の取組みを考えていくべきである。事業に参加しない人をいかに拾い上げていくかが課題である。
- (医師) 自宅でも取り組めるような、高齢者向けの分かりやすいツールがあればよい。また、多職種がいなくても、看護師ができるようなものがあれば、人手の少ない地域でも実施できるだろう。
- 地域住民だけで取り組めるメニューがあればよいのではないか。

《継続的实施を想定した場合のあり方》

- 既存の介護予防教室は、非常勤の看護師が運動を中心に指導している。今後は、1つのコースに栄養やリハビリテーション、薬について等、複数の内容を組み込んでもいいのではないかと考える。
- また、今後は多職種（看護師、理学療法士、歯科衛生士等）で、リハビリテーション、口腔ケア等に対応できる生活習慣病予防のチームを作っていければと考えている。歯科衛生士は、地域の在宅歯科衛生士と協力できればよい。
- 生活習慣病の方を対象に、予防・重症化予防の介入を行いつつ、必要に応じて介護予防につなげる流れができればよい。
- 今まででは病院のなかでも患者に対する関わりが共有されていないなどの問題があった。
- 地域ケア会議で病院、地域包括支援センター、社会福祉協議会等が会議をしているので、この場を活用して、生活習慣病と介護予防の観点から介入が必要な方について情報を共有し対応することも可能であろう。
- 多職種の連携、介入が重要であるものの、地域によってはそれだけのスタッフがいなくても想定される。そのため、専門職がいなくてもある程度指導等が行えるようなツール類があればよい。
- 事業終了後のフォローアップが課題である。たとえば地域のサロンで活動を続けるといったことが想定される。現在大森地区では介護予防普及講座を実施しており、このなかで年齢の若い方が地域のリーダーになるように取り組んでいる。
- 対象者の把握、事業参加への理解促進が課題である。

《包括的プログラムの事例紹介》

○事例の概要

基本属性	80代女性
健康状態	高血圧、高脂血症にて服薬治療中
選定条件への該当状況	<input checked="" type="checkbox"/> 腹囲 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input checked="" type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 喫煙歴

○課題と目標

課題領域	現状と課題	目標
1 運動・移動	歩行距離・速度の低下	(1) 下肢を中心とした筋力強化
4 健康管理	血圧のコントロール	(2) 塩分を制限した食生活を身につける
	間食量が多く、LDL コレステロール値が高い	(3) 間食を減量する
6 栄養管理	肥満である	(4) 体重の計測を習慣づける

○プログラム内容

目標 No	内容
(1)	<p>《転倒予防体操(従来プログラム)》</p> <p>【内容】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 腰に手を当てて足踏み(10回) 2. 膝を合わせて、かかとを上げる。(10回) 3. 膝を合わせて、つま先を上げる。(10回) 4. 足を横に上げる。座っている人は前に上げる。(10回) 5. 膝を伸ばした状態で上げる。左右交互でも可。(10回) 6. 膝を直角に曲げた状態で上げる。左右交互でも可。(10回) <p>【場所】 横手市大森町指定通所介護事業所 森の家</p> <p>【実施者】 看護師</p> <p>【ポイント】 椅子に座る時は背中を離し浅く座る。ゆっくり行うことで筋肉に負荷がかかり、3秒程度静止することで負荷を強化する。立てる人は立ち、無理な場合、椅子につかまったり、椅子に座ったままでもよい。</p>
(2)	<p>《塩分の制限》</p> <p>味噌汁は1日1杯と気をつけているが、漬物の摂取量が多い(毎食時+間食時)。漬物の食べ過ぎには注意をするよう話す。</p>
(3)	<p>《間食の減量》</p> <p>ひ孫が2人おり、間食する機会がとても多いとのこと。環境面で仕方がない部分はあるが、意識的に減量していただくよう話す。コレステロール値と脳血管疾患・心疾患との関連も説明し、重要性を認識してもらおう。</p>
(4)	<p>《体重計測の習慣づけ》</p> <p>体重計にはたまにのっている。BMI 28.1 と、I度の肥満であり、更なる増量は血圧・コレステロール値の憎悪だけでなく、運動機能にも支障をきたすと考えられる。まずは毎日の体重計測を習慣づけ、減量へとつなげていく。</p>
ほか	<p>* 保健指導 * 肥満があり、LDL コレステロール値がやや高いが大きな問題はない。1番の改善点は体重と考えられ、毎日体重計測し、食事内容と体重変動の関連性を理解してもらい。除所に減量にとつなげていきたい。健康に対し興味を持ち、改善意欲はあるので、息切れしないようにステップアップしていく。</p>

教室のスケジュール

- ・ 保健指導 30~40分
- ・ 体操 60分
- ・ 昼食会

○経過

日付	介入内容	本人の状況、課題
12/14	事前評価	
12/15	採血検査	
12/22	転倒予防体操 保健指導	従来プログラム施行 3日に1回位しか体重計測出来ていないとのこと。間食は以前よりは気をつけているが、ひ孫と一緒に食べることも多い。漬物は間食時には食べないようにしている。 → 健康意識は強くなっている。少しずつ改善しようとしているので、無理強いせず、このまま見守っていく。
12/29	転倒予防体操	従来プログラム施行
1/5	転倒予防体操 保健指導	従来プログラム施行 体重計には2～3日に1回乗っているが、年末年始の食事の影響もあり、少し増えてしまった。これからは食べ過ぎないように気をつけていくとのこと。現在はあまり脂っこいものや塩辛いものは食べないようにしている。 → 積雪により外出が困難で運動量も落ちているため、年末年始の体重増加は仕方がない。それでも体重を計測する習慣がついてきているので、体重が増えたことに落胆せず、この調子で食生活改善・体重測定していくよう話す。
1/12	転倒予防体操	従来プログラム施行
1/19	転倒予防体操 保健指導 事後評価 満足度調査	従来のプログラム施行 体重はやや増量しているが、運動機能評価(握力・歩行時間)で改善が見られた。実施前に比べて転倒不安も軽減されている。 体重測定も2日に1回行うようになり、前よりも減量に対する意識も強くなったとのこと。 事業が終了してからも継続してできる運動が必要であり、春からのウォーキング(最初は15～20分)を勧める。 間食でも洋菓子よりは和菓子・果物を食べるように指導する。
1/26	転倒予防体操 採血検査	従来のプログラム施行 採血結果ではTGがやや高いがLDL-Cは低下している。全体としてはほぼ横ばいで大きな問題はなさそうである。

○評価

目標 No	目標達成度	今後の課題
(1)	目標どおり: 運動機能評価で握力・歩行時間において機能向上していた。転倒に対する不安も軽減している。	現在の状態維持のため2次予防事業終了後のフォローが必要。
(2)	目標どおり: 漬物の摂取量が減った(1日5食→3食)。味噌汁は1日1杯を守っている。	血圧安定、現在の食生活で良い。今後は摂取量増に注意。
(3)	ほぼ目標どおり: やや減らしたが、ほとんど変わらない。1日1～2回は間食している。	ひ孫とのコミュニケーションを兼ねているため無理強いせず。洋食から和食へ。
(4)	目標どおり: 毎日ではないが2～3日に1回は体重を測定するようになった。減量意識も強くなった。	この調子で体重管理継続。減量難でも増量はしないように。
総評	体重がやや増加するも、意欲的に生活習慣改善に取り組まれていた。減量意識も前より強くなっている。運動機能においても握力や歩行時間に改善がみられ、事業効果があったと考えられる。春からのウォーキングを提案し、事業終了後も運動を継続していただくよう話す。	

(2) 浦谷町町民医療福祉センター（宮城県・浦谷町）

1. 対象者について

- 対象者は既存事業（一般高齢者施策）の教室参加者の中から、「生活習慣病の治療中のもの」「国保直診施設受診者」を条件に選定した。2か所の教室の計26名のうち10名が対象者として選定され、参加していただいた。10名のうち、基本チェックリストによって2次予防事業の対象者に該当したものは2名であった。
- 既存事業の参加者はもともと元気な方が多いので、2次予防事業対象者は必然的に少なくなるものと思われる。今回は事業期間が短く準備が出来なかったため行わなかったが、病院の外来等で基本チェックリストによるスクリーニングを行えば、より多くの対象者を把握することができると考えられる。
- ただし、病院の外来で把握するには、現状のマンパワーは足りないのですぐに実施はできない。専属の職員がいれば対応可能であろう。
- なお、浦谷町では平成21年度より、基本チェックリストを用いての2次予防事業対象者の把握を中止しており、1次予防事業のみ実施している。そのため、今回の事業では事前に対象者を把握するという事は出来なかった。
- 既存の教室に参加していない対象者をいかに参加につなげるかが課題である。

2. プログラムメニューの設定等について

《事前評価について》

- 事前評価は健康推進班の保健師、国保直診施設の医師、外来看護師長、理学療法士、管理栄養士、地域包括支援センターの主任ケアマネ、社会福祉士で行った。
- 運動機能に関する評価として、脚力を主な評価項目に置くことが必要と考えられる。また瞬発力を要するものではなく、持続的な歩行に関する評価が介護予防には重要であると考えられる。
- プログラムの検討のためには対象者の日常生活の様子や本人の主訴が必要になるが、事前評価項目にはそれらの情報が含まれていなかった。そこで、プログラム検討にあたり、保健師が日常生活チェックリストを用いて日常生活の評価を行うとともに、本人から主訴等の聞き取りを行った。なお、今回利用したチェックリストは特定健診保健指導の際に使用している独自のチェックリストであり、栄養、運動等に関する課題抽出に活用されるものである。

《プログラムメニューの検討について》

- プログラムメニューは、健康福祉健康推進班の保健師、国保直診施設の医師、理学療法士、地域包括支援センターの主任ケアマネで検討した。プログラム検討のために必要と考えられる職種は全員参加した。
- プログラム検討のためカンファレンスを1回開き、全員で対象者の情報を共有し、プログラムの内容について意見交換をした。
- 限られた項目の情報のみでは対象者にあったプログラムの検討は困難である。例えば、運動プログラムは理学療法士が検討するが、事前評価項目の情報のみでは対象者の総合的な運動能力を把握し課題を設定することはできない。そのため、前述したように保健師が対象者の日常生活の様子や主訴等の情報を把握し、それらの情報を、カンファレンスや書面のやりとりを通じてスタッフ間で共有することが必要であった。

3. プログラム実施について

《経過管理について》

- 経過管理は健康管理推進班及び国保直診施設の外来看護師長が行った。
- 課題の1つとして、プログラムメニューの検討後のフォローが十分に出来なかったことが挙げられる。例えば理学療法士が個人にあった運動プログラムを検討しても、負荷が対象者に合っていたかどうかを評価することが出来なかった。
- 集団を対象にプログラムメニューを考える場合、参加者全員が出来るものとなるので、どうしても軽めのメニューになってしまう。既存教室の参加者はもともと一定の運動能力がある方々なので、目標をもう少し高く設定しても良かったと考える。

《プログラムの実施について》

- 既存教室のなかで包括群の個別指導も行うこととなったので、対象外の方々が違和感を待たないように配慮した。
- 教室での取り組みの継続になるよう、健康カレンダーの配布や外来受診のタイミングでの声かけ等を行うようにした。
- 外来受診の際は、別室にて看護師が面談、指導を行った。過去に別の事業で治療中の患者に対する保健指導の取り組みを行ったことがあるので、スムーズに面談等を実施できた。

《プログラムの効果について》

- 全体として、包括群でデータが改善した人はほとんどいなかった。正常範囲内での悪化であるので、特に問題はないと考える。包括群のなかで1人、データが改善した方がいたが、その方は自身の食生活の振り返り、食事量を半分にした。
- 運動機能を見る限りは、大幅な改善というよりは、本来のレベルに機能が戻った、という印象である。個人の状況に応じてより高い目標を設定したプログラムでも良かったかと思われる。

- (病院・理学療法士) 運動機能評価の項目にはあまり変化は見られなかった。参加者の多くが、教室以外にも日常のなかで運動に取り組んでいると話していたので、もう少し向上が見られると思われたが、元々運動機能が比較的高い集団であったので効果が出にくかったのかもしれない。介入の回数を頻回にしたり、目標を高く設定したりする必要があったかもしれない。
- (地域包括支援センター・保健師) 万歩計を渡したことは動機付けになったようだ。また、日々記録をつけることは取り組みの励みになるようだ。
- (病院・看護師) 医師等病院の職員が関わることで、参加者のやる気につながっている様子であった。また、外来受診のタイミングで面談を行うことも、動機付けとして重要であると感じる。
- (病院・看護師) 生活習慣病の重症化予防、という点では、定期受診のない方への対応ができなかったことは課題である。
- (地域包括支援センター・保健師) 既存教室は運動が中心であるが、運動だけではダメだ、という意識付けにつながったようだ。また、住民のなかでリーダーとなる人がいるのだが、その人が取り組みを引っ張ってくれたのが事業がうまく進むことにつながったようである。

《継続的实施を想定した場合のあり方》

- 介護予防、生活習慣病の重要化予防の観点から、特に問題があるような方については集中的に指導し、その後定期的にフォローする、という形がいいのではないかな。
- 介入は2週間に1回でもよいかと思われる。

《包括的プログラムの事例紹介》

○事例の概要

基本属性	80代女性
健康状態	高血圧にて服薬治療中
選定条件への該当状況	<input checked="" type="checkbox"/> 腹囲 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 喫煙歴

○課題と目標

課題領域	現状と課題	目標
4 健康管理	高脂血症。HDL コレステロール 148。50代から高かった。	(1)適切な食事摂取を身につける。甘い物を控える。
	血圧のコントロールが必要。	(2)定期受診、定期測定、内服管理、血圧手帳の記入。
1 運動・移動	左握力4kg、片足立ち不良。自転車に乗るには危険。	(3)下肢筋力の強化(上下肢バランス不良) (4)握力の向上(左肩の痛みは寒くなると悪化)
3 社会参加	週に数回自転車に乗る。寒くなることで活動量低下。	同上

○プログラム内容

目標No	内容
(1)	コレステロールに注意する。 ・ 食事表をつける ・ コレステロール値を多く含む食品の説明
(2)	血圧値を記録する。 ・ 血圧手帳に血圧値を記録する ・ 血圧値を医師に報告する
(3)	棒体操を行い、上肢筋力を向上させる。 足の運動を行い、下肢筋力を向上させる。 ・ 座ってゆっくりバンザイ上げ下ろし 10回 ・ (座りながら)膝の曲げ伸ばし 10回
(4)	手の運動、ニギニギ体操(左手) ・ 軟らかボール 10回 ・ 硬いボール 10回 左肩の痛み～左手にかけてしびれ、痛み(バネ指になった)
ほか	運動は血圧、呼吸に注意しながら、ゆっくり無理のないように行う。

事業全体での実施内容

- 第1回 事前評価
- 第2回 課題説明、プログラム説明、体操の指導
- 第3回 栄養講話及び個別指導、個別プログラム進捗確認
- 第4回 医師による講話、個別プログラム進捗確認
- 第5回 口腔講話及び歯磨き指導、個別プログラム進捗確認
- 第6回 事後評価及び健康教育
- 第7回 採血結果説明及び個別プログラム評価
- 第8回 事後評価及び満足度調査

○経過

日付	介入内容	本人の状況、課題
10/26		PTと運動プログラムについて打ち合わせ 血圧が高いので、主治医に運動の可否について確認、許可を得る。
10/28		プログラム作成
11/1	課題説明 運動実践	万歩計を回収、大体の目安が分かって良かったとのこと。 課題について説明。自分でも努力して運動しているとのこと。個別体操を指導。 棒体操、ニギニギ体操の練習を実施。

日付	介入内容	本人の状況、課題
11/15	運動実践 個別栄養指導	万歩計を1週間以上使用中。自転車での移動が多く2000歩程度推移。 11月〇日に受診し血圧測定はしていない。2か月後に受診予定。 寒くなりますます身体を動かさなくなったが、棒体操は実施しやすく、時間を決めずに自室で何回か実施しているとのこと。運動は毎日実施し、カレンダーに記録している。 コレステロールが多く含まれる説明の実施。3日間食事記録をつけていただくこととした。
11/29	運動実践 個別栄養指導	血圧・脈安定。 毎日運動の記録をつけている。ニギニギ体操では軟らかボールだけでなく硬いボールでも実施。出来るだけ歩こうとするがつい自転車を利用するとのこと。 食事記録から揚げ物、ラーメンが多いことが判明。食事は嫁が作るため食べる量で調整することとする。
12/6	運動実践	…
12/20	採血 運動実践	受診は11月にしているため、次回は1月に受診。その際血圧手帳を医師に見せること。 毎日かかさず運動している。左腕が夜間痛くなるが、日中は気にならない。自転車にも乗れている。体操でバランスがとれているとのこと。 食事は自分なりに調整している。
1/6	運動実践 栄養指導	食事量を控え目にしているとのこと。
1/10	事後評価1 運動実践 採血結果説明 (医師より)	何もすることもなく、運動は大変楽しみであるとのこと。年末年始も休まず運動を実施。自分でも握力がついてきたと感じているとのこと。 事後評価として基本チェックリストを実施するも事前評価時と変わらず。 採血結果でHDLコレステロール、中性脂肪が高くなっていたため、食生活の食べ過ぎやおやつについて注意するよう指導あり。
1/24	事後評価2 運動実践 満足度調査	毎日血圧測定実施しているとのこと。体操も継続中。自室から食堂まで手を振って歩くようにしている。身体が軽くなったと喜んでいる。 身体計測の結果は変化なし。運動では片足立ちにおいて左右のバランスの改善あり。握力左は4kg→9kgと改善。今後も自分なりに体操を組み合わせ実践するとのこと。

○評価

目標 No	目標達成度	今後の課題
(1)	ほぼ目標どおり： 本人が調理していないので量に注意するようになった。コレステロール、中性脂肪増加。	間食の量を控える。
(2)	目標どおり： 教室へは血圧手帳を必ず持参していた。事業期間中、2回受診するも医師へ手帳はみせず。	受診時に手帳を必ず持参する。
(3)	目標を上回る： 毎日必ずプログラム通りに実施。カレンダーに記録し、楽しみにしている。	腕の痛みに合わせて無理しないで実施すること。
(4)	目標を上回る： 毎日かかさず実施していた。思った以上に硬いボールも握れるようになった。	仲間と一緒に趣味のパークゴルフを暖かい日にする。
総評	血圧検査ではLDLコレステロール、中性脂肪等が上昇した。食生活では変化なし。 寒い時期に自宅でも体操出来るグッズ(棒、ボール)や体操プログラムがあり、楽しみを持って実践できた。パークゴルフができないのでどうしようかと考えていたこともあり、有効なプログラムだったと思われる。	

(3) 国保和良診療所（岐阜県・郡上市）

1. 対象者について

- モデル事業には包括群4名、従来群4名に参加いただいた。
- 対象者の選定については、健診受診者から条件に合う対象者を抽出し、保健師が自宅に訪問しモデル事業参加をお願いした。

2. プログラムメニューの設定等について

《事前評価について》

- 事前評価は、郡上市地域医療センター 国保和良診療所の理学療法士、保健師が行った。

《プログラムメニューの検討について》

- プログラムメニューは、郡上市地域医療センター 国保和良診療所の理学療法士 1名、管理栄養士 1名、保健師 1名、事務 1名、及び、郡上市地域医療センター 国保歯科診療所の歯科衛生士 1名が行った。

《プログラムの特徴・工夫点》

- 限られたスタッフで通常業務に加えモデル事業を行ったため、包括的プログラム対象者が外来受診したタイミングを活用して介入することが難しかった。そのため、保健師が自宅訪問し指導を行った。
- 包括的プログラム対象者の状況を把握し、スタッフで話し合い内容を検討した。
- 参加が継続するよう出席シールを活用したり、手工芸でひとつの作品が事業終了までにゆっくり出来上がるように工夫した。
- また、友人同士で参加できるようにもした。

3. プログラム実施について

《経過管理について》

- 経過管理は郡上市地域医療センター 国保和良診療所の保健師が実施した。

《プログラムの実施について》

- 初めての事業ではあったが、どのスタッフも積極的に取り組んでいた。
- 問題点は以下の通りである。
 - 国保直診施設において外来受診などのタイミングを活用するのが、2か月の間では難しかった。
 - 短期間の関わりで終了してしまい、地域に戻って参加者自身が介護予防に取り組めるところまではできなかった。
 - 認知症の方に万歩計の記録は無理だった。
- 課題は以下の通りである。
 - 様々な対象者にあったプログラム内容
 - 参加をされなかった方の介護予防や重症化予防
 - 短期間の事業で終わらせることなく地域で活動を広める

《プログラムの効果について》

- 既存の介護予防事業と時期的に合わせることが難しく、包括的なプログラム対象者と従来のプログラム対象者ともに、1週間に1回、介護予防事業に参加していただいたため、両者の介入の差は保健師の生活習慣に関する訪問指導のみとなってしまった。
- 従って、客観的な評価では満足度などにほとんど差は見られないと思われる。
- ただし、参加者からは、事業を続けて欲しいと毎回のように言われている。

《継続的实施を想定した場合のあり方》

- 今年度の取組みは、来年度も継続していくことを考えている。
- しかし、どうしても送迎の課題は残ってしまう。病院が行っている教室については、病院のスタッフがドア・ツー・ドアで送迎を行っているが、その時間に合わせようとすると、どうしても既存の教室の中での実施となってしまう。
- 病院のみで行うと送迎の課題が出てきてしまうので、逆に地域に出かけていけるかという話になるが、市町村合併前は、旧坂下町内の10箇所に出かけて行って基本健診を行っていたが、中津川市全体で同じ取組みができないので、特定の地域のみ手厚く取り組むことができない。
- 市全体の取組みにしていくためにも、地域包括支援センターとの協働が必要であり、そのためには早めに話をもちかけ、年度の事業計画に組み込んでいくような働きかけが必要である。

《包括的プログラムの事例紹介》

○事例の概要

基本属性	80代女性
健康状態	高血圧にて服薬治療中、糖尿病、高脂血症
選定条件への該当状況	<input type="checkbox"/> 腹囲 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 <input checked="" type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 喫煙歴

○課題と目標

課題領域	現状と課題	目標
4 健康管理	高血圧内服治療通 糖尿病、高脂血症(内服なし)	(1)適切な食事内容を知る。(塩分量も知る)
7 口腔ケア	以前に比べ、固い物が食べにくい。時々むせることがある。 口が渇くことがある。	(2)口腔機能強化

○プログラム内容

目標 No	内容
(1)	以下のプログラム内容を取り入れて介護予防教室を行う。 週1回 計8回
(2)	<p>下肢筋カトレーニング・ストレッチ・バランス運動・歩行運動 内容：理学療法士の指導により行う 実施回数：週1回 計8回 場所：保健福祉総合施設 実施者：理学療法士・保健師</p> <p>口腔機能アップトレーニング(咀嚼・嚥下力を高めるためのお口のリハビリ体操、ピンポン玉ゲーム等) 内容：歯科衛生士の指導により行う 実施回数：月1回 計2回 場所：保健福祉総合施設 実施者：歯科衛生士・保健師</p> <p>栄養に関する講話 食事のバランス・1日の食事量・おやつのカロリー・高血圧食・高脂血症食・糖尿病食など 内容：栄養士の指導により行う 実施回数：月1回 計2回 場所：保健福祉総合施設 実施者：栄養士・保健師</p> <p>お茶会・手工芸など 内容：保健師・他のスタッフにより行う 実施回数：週1回 計8回 場所：保健福祉総合施設 実施者：事務職員・保健師</p>
その他	包括的プログラム対象者には、2週間に1～2回、保健師が個人面談を実施する。 必要に応じて各スタッフと個人面談を実施する。

○経過

日付	介入内容	本人の状況、課題
11/29	保健師自宅訪問し、プログラム説明	高血圧内服治療中 糖尿病、高脂血症(内服なし)有り 以前に比べ、固い物が食べにくい。時々むせることがある。口が渇くことがある、とのこと。
12/6	介護予防事業参加 運動機能評価、運動(PT)、 事業内容説明(万歩計等)	
12/7	保健師自宅訪問	毎日 10~11 時、近所の2、3人と散歩している。木曜日「まめやかな体操」& バランスボール、毎日タオル体操を実施。グランドゴルフは腰が痛く止めたとのこと。 時々間食し、歯が悪いとのこと。腰痛有り。 行動目標: 運動継続 とした。
12/13	介護予防教室参加 運動(PT)、手工芸	
12/20	介護予防教室参加 運動(PT) 口腔機能トレーニング(歯科衛生士)	
12/21	保健師自宅訪問	運動継続できている。 行動目標: お口のリハビリ体操を家でも続ける。
12/27	介護予防教室参加 運動(PT)、食事指導(栄養士)	
1/10	介護予防教室参加 運動(PT)、手工芸	
1/11	保健師自宅訪問	運動継続できている。 お口のリハビリ体操は公民館では週1回実施し、家では時々とのこと。
1/17	介護予防教室参加 運動(PT)、食事指導(栄養士)	
1/24	介護予防教室参加 運動(PT) 口腔機能トレーニング(歯科衛生士)	
1/31	介護予防教室参加 運動機能評価、グループインタビュー	

○評価

目標 No	目標達成度	今後の課題
(1)	目標どおり: 適切な食事内容について学んだ。塩分摂取についても学んだ。	塩分摂取に気を配り、適切な食事をする。
(2)	目標どおり: 週1回、公民館だけで行っていたお口のリハビリ体操を言えでも行うようになった。	口腔機能を悪化させない。

(4) 国保坂下病院（岐阜県・中津川市）

1. 対象者について

- モデル事業には包括群8名（男性2名、女性6名、平均年齢77歳）、従来群4名（女性4名、平均年齢81歳）に参加いただいた。
- 対象者の選定については、①行政から委託されている介護予防教室（2次予防事業対象者事業）、②病院が運営している運動教室（主として元気高齢者対象）、③自主的に実施されている転倒予防教室、の参加者の中のうち、65歳以上の方に基本チェックリスト調査を行い、候補者を選定した。候補となった方に対して事業の説明を行い、同意をもらえた方を本事業の対象とした。
- 特に介護予防教室はチェックリストでピックアップされる方が多く、事業の説明をしたところ、一人が参加を表明すると、次々と続く感じで参加者が集まっていった。
- 今回は地域包括支援センターは関与していないが、すでに今年度の事業計画に沿った取組みが進んでいたからである。ただし、話をもちかけた際には、「もう少し早ければ」ということだったので、タイミングが少し遅かったようである。今後は早めに地域包括支援センターに持ちかけることができれば、一緒にできそうな感触は得られた。

2. プログラムメニューの設定等について

《事前評価について》

- 事前評価は、病院の作業療法士と保健師が行った。

《プログラムメニューの検討について》

- プログラムメニューは、病院の作業療法士、管理栄養士、歯科衛生士、そして保健師が行った。
- 今回の事業全般において、医師は関与しなかった。スタッフの中にこれまでの蓄積も多いので、主治医（ほとんどが病院内の医師）に、今回の取組み内容を伝達しておくだけで十分であった。ただし、内容の強度によっては医師の関与が必要となるケースもあるかもしれない。

《プログラムの特徴・工夫点》

- 包括的プログラムの参加者の殆どが送迎が必要な方なため、個別対応が困難な事もあり、通常の教室の中に、栄養指導と口腔機能の話を 1 回ずつ、集団で実施することにした。ただし、個別の指導については、空き時間があれば少し話をする程度で、きちんとした個別指導はできなかった。
- リハビリ教室は月 2 回実施のため、教室に参加したときに、運動を省く事が出来ず、通常の運動を 30~40 分短縮し他の指導を入れた。
- 栄養指導については、対象者のほとんどが高血圧であるため、血圧を下げるためにと題して、塩分・水分・野菜の話等フードモデルを使用し、時期的に年末だったため、おせち料理やお餅についても話をしてもらった（資料を配布）。
- 口腔機能指導については、個人の計画を立てた際に、むせる、飲み込みが悪い等があったためその内容に合うもの、口の体操も含めて話をしてもらった（資料を配布）。ただし、口腔の話だけでは動機付けが難しく、運動器の機能向上と連動させることで興味をもってもらえるのではないかと感じた。
- 腰痛があるとの訴えもあり、腰痛予防体操を通常の運動の中に取り入れてもらった。
- 教室の中で、口の体操や運動も、自宅で簡単に出来るものを紹介した。実際、自宅での効果（頬のツッパリ感がなくなった）を伝えてくれる方もいた。

3. プログラム実施について

《経過管理について》

- 経過管理は病院の保健師（地域医療科）が実施した。

《プログラムの実施について》

- 週 1 回の実施であったが、送迎が必要な方ばかりであり、外来での対応も町内の巡回バス等を利用しているため、指導の時間が取れなかった。訪問も不可能であったため、通常の教室の中でしか実施できなかった。
- したがって、集団指導での実施のみとなってしまう、対象者の課題や目標等についての個別性が欠けてしまった（個人別のファイルは作成）。
- 状況の確認についても、集団の教室を進める中での限られた時間内での実施であったため、個別指導が不十分であった。
- しかし参加者からは、「以前聞いた話でも忘れていたことを思い出し再認識できた」「口腔機能については知らないことを教えてもらい勉強になりよかった」「参加者同士で話をするのができよかった」等の感想をもらうことができた。

《プログラムの効果について》

- また、包括群については、運動器の機能向上のみならず、食事や口腔機能に関して再認識と意識づけになったようで、下記のような感想が聞かれた。
 - ・栄養指導については今まで、食事（塩分）に気をつけているつもりだが、どうしても漬物を自宅につけて食べてしまう。しかし、話を聞いて、改めて気をつけなくてはいけないと思った。
 - ・資料を妻に見せたところ、年越し蕎麦を食べた際にも、汁は飲まないように…と、妻から言われた。
 - ・口腔機能に関して、指導を受けて毎日マッサージをしていたら、口のこわばる感じが少し良くなってきた感じがする。
- 一方、従来群においては、良かった点は特にないという返答であったことから、包括群の方が満足度が高かったものと思われる。

《事業実施のポイントについて》

- 2次予防事業対象者の方は、リスクが高く、記録をしていただくのが困難であるため、本人の負担がないもの（○・×方式等）で実施していくと良いのではないかと。実際に「記入することが多く大変」という声が聞かれた。
- 介入期間が短い。栄養等改善していくにはある程度の期間（半年～1年程）が必要だと思う。口腔機能についても、元々、目に見えて変化が出てくるのが難しいので、介入期間が短いとなおさら効果がでにくい。
- 単年度事業ではなく、継続した事業にするとともに、参加しやすい工夫（送迎等）をする事が大切ではないかと思う。

《継続的实施を想定した場合のあり方》

- 今年度の取組みは、来年度も継続していくことを考えている。
- しかし、どうしても送迎の課題は残ってしまう。病院が行っている教室については、病院のスタッフがドア・ツー・ドアで送迎を行っているが、その時間に合わせようとすると、どうしても既存の教室の中での実施となってしまう。
- 病院のみで行うと送迎の課題が出てきてしまうので、逆に地域に出かけていけるかという話になるが、市町村合併前は、旧坂下町内の10箇所に出かけて行って基本健診を行っていたが、中津川市全体で同じ取組みができないので、特定の地域のみ手厚く取り組むことができない。
- 市全体の取組みにしていくためにも、地域包括支援センターとの協働が必要であり、そのためには早めに話を持ちかけ、年度の事業計画に組み込んでいくような働きかけが必要である。

《包括的プログラムの事例紹介》

○事例の概要

基本属性	70代女性
健康状態	高血圧、脳梗塞既往あり杖歩行、嚥下機能低下
選定条件への該当状況	<input type="checkbox"/> 腹囲 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 喫煙歴

○課題と目標

課題領域	現状と課題	目標
1 運動・移動	階段の昇り降りが辛い。	(1)足の筋力をつける。
2 口腔	むせる。飲み込みが悪い。	(2)むせることを少なくし、肺炎にならないようにする。
3 社会参加、コミュニケーション	電話で話せない時がある。咄嗟に言葉が出てこない。	(3)電話で話せるようにする。

○プログラム内容

目標No	内容
(1)	下肢中心の筋力強化。下肢のストレッチ・筋力トレーニング
(2)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 噛み合わせ、嚥下状況の確認 ・ 食事内容の確認 ・ 献立のアドバイス ・ 口の体操
(3)	教室でのコミュニケーションを図る。

○経過

日付	介入内容	本人の状況、課題
12/13	下肢中心の筋力強化 ・ストレッチ (椅子に座って) ・手の運動(脳トレ含む) ・下肢を中心とした筋力トレーニング 口腔機能の話(歯科衛生士) ・咀嚼ガムによる咀嚼力の判定 ・機能低下予防の体操 ・歯(入れ歯)の清掃方法	参加者と一緒に号令をかけながら運動している。 問いかけにもスムーズに話をしている。本日は参加者の中で一番話をされていた。 今後もコミュニケーションを図りながら、教室を勧めていく。 水気がないと食べづらく、よくむせてしまう。食事の際に、横に水かお湯を置いて飲みながら食べている、とのこと。 水分の方がむせることが多いので、唾液の分泌が少ない疑いがある。唾液腺マッサージを勧める。 次回、食事内容を確認し、献立のアドバイスを行う。
12/27	下肢中心の筋力強化 ・前回同様 血圧を下げるために(栄養士) ・塩分についてフードモデルを使用し、説明 ・生野菜・海藻の摂取 ・肉より魚を食べる ・水分摂取の勧め ・肥満予防	小学校の河川敷まで車で行き、河川敷を 30 分程度歩いているとのこと。万歩計で6,000~10,000 歩歩いている。 前回の口腔機能で教えてもらった唾液腺マッサージを自宅で行っているとのこと。

○評価

目標 No	目標達成度	今後の課題
(1)	ほぼ目標どおり：杖歩行ではあるが、体力測定にて歩行時間が少し早くなり、足の運びも良くなりました。自宅でも、ほぼ毎日ウォーキングをされている。	今後も、ウォーキングを継続し、筋力維持に努めてください。
(2)	目標を下回る：教室で習った、口のマッサージを毎日実施したほか、口のこわばり感が軽減されたとのこと。むせないように、よく噛んで食べるようになったという変化も見られた。	短時間でも効果が現われているので、今後もマッサージを継続し、よく噛んで食べるようにしてください。
(3)	ほぼ目標どおり：教室では、参加者の皆さんと楽しそうに話をされている。喋り出せば話せるとのこと。	今後も教室に参加し、地域の方と話をする場を持つ。
総評	<p>意欲的に教室に参加され、自分でも努力をされた結果、効果が現われている。</p> <p>基本チェックリストにて、「家族や友人の相談にのっていますか」いい→はい、「堅いものが食べにくくなりましたか」はい→いいえ、「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」いいえ→はい、と変化が見られた。</p> <p>真面目に色々取り組まれる方なので、無理のないよう継続されることを望みます。</p>	

(5) 公立甲賀病院（滋賀県・甲賀市）

1. 対象者について

- 包括群は、以下の条件を満たす方を対象とした。該当者8名のほぼ全員が基本チェックリストにて2次予防事業対象者であった。最終的に、定期的に受診し、プログラムに参加が可能な4名の方に参加いただいた。

- ①当院リハビリテーション科受診
- ②介護保険未申請
- ③当院内科受診

※リハビリテーション科の外来受診者は概ね50名程度であり、本事業の選定条件該当者は8名である。

※訪問リハの対象者は状態が悪く、今回の事業の対象者にはなり得ない。

- 従来群は、甲賀市内3か所の地域包括支援センターが70～79歳の高齢者へ基本チェックリストを郵送し、返信のあった方のうち、転倒予防・低栄養・口腔ケア・軽度認知症の項目に該当している方を対象に、かかりつけ医の受診券を発行し、地域包括支援センター担当者が個別に電話・訪問を行い、教室参加の必要性が高いと判断した方で、かつ、かかりつけ医の了解が得られた方を対象として実施している。
- 対象者選定の課題として、地域包括支援センターでの2次予防事業対象者の把握事業と連携して実施するには時期的なタイミングが合わないこと、地域包括支援センターで把握している対象者は必ずしも当院受診者ではないことが挙げられる。
- そのため、本事業では当院受診者を対象に選定を行ったが、リハビリテーション科受診者であり、かつ、内科受診者である方は予想以上に少ないこと、リハビリテーション受診者の多くが介護保険申請者であるため、対象者が少ないことが課題となった。
- 内科の外来で対象者の選定を行えば対象者は多いかもしれないが、外来患者が多く、職員の人手が足りないため対応は難しいと思われる。対象者になりそうな方をピックアップするには、外来医師の協力が不可欠となる。
- 従来群については、2次予防事業対象者の把握のため、70～79歳と対象年齢を絞って郵送にて基本チェックリストによる調査をしている。回答率は約7割と比較的高く、何千人と対象者がリストアップされるものの、教室への参加は年間30～40人であることを考えると費用対効果が低いのが問題である。なお、基本チェックリストのみでは抽出できず、個別訪問が必要となる。

2. プログラムメニューの設定等について

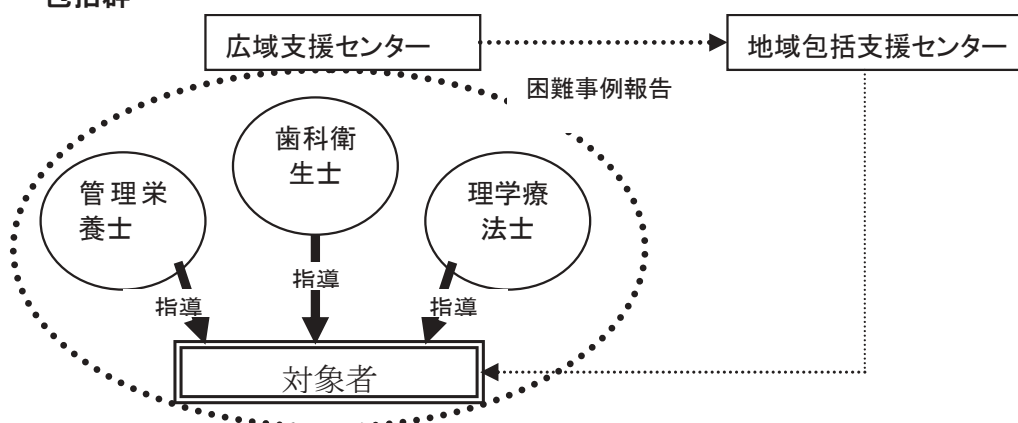
《事前評価について》

- 事前評価は、包括群は地域リハビリテーション広域支援センター・理学療法士が、従来群は地域包括支援センターからの情報提供を受けて同じく地域リハビリテーション広域支援センター・理学療法士が行った。

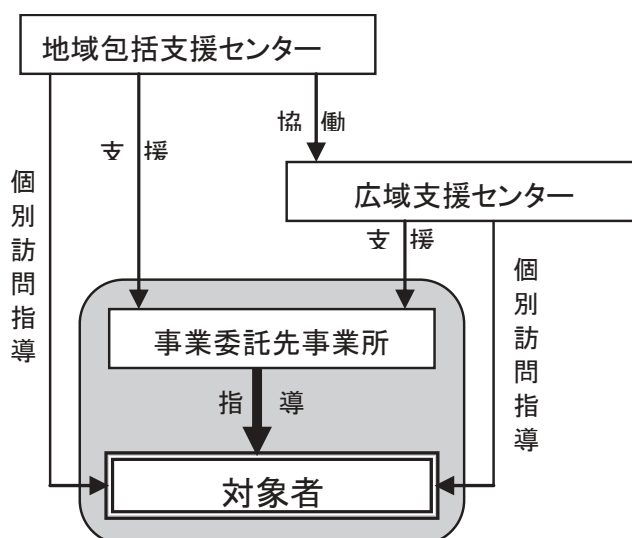
《プログラムメニューの検討について》

- プログラムメニューは、病院・管理栄養士、歯科衛生士から情報提供を受け、地域リハビリテーション広域支援センター・理学療法士が行った。【資料】
- プログラムは、多くの人に共通する問題をメインに、自身の状況を振り返り、問題点を認識し、具体的な改善方法を日々記録しながら実施できるものとした（栄養）。【資料】
- 従来群のプログラム（運動プログラム）は、地域リハビリテーション広域支援センターと地域包括支援センターが協働して作成しており、今回のモデル事業対象者についても地域リハビリテーション広域支援センター・理学療法士が作成したものを各委託先事業所事業実施者が実施している。【資料】

＝包括群＝



＝従来群＝



- 課題としては、口腔や栄養に関する問題について検討する際、事前情報が少なく個人に合ったプログラムの検討が難しかったことが挙げられる。対象者の生活背景を把握するには病院内の情報だけでは限界があり、地域包括支援センター、市町村保健師との連携が必要である。また、各問題領域に関する詳細な情報が必要であるため、多職種の連携が求められる。
- その他苦労した点として、介護予防・生活習慣病予防・重症化予防に対する意識があまり高くない方であったこと、多様な疾患の影響を受けていること、課題の個別的要素が高いことが挙げられる（包括群）。

3. プログラム実施について

《経過管理について》

- 経過管理は、包括群は地域リハビリテーション広域支援センター・理学療法士が、従来群は各委託先事業所職員が実施した。

《プログラムの実施について》

- 介入は月曜日、金曜日を基本とした。運動、栄養、口腔のそれぞれの領域について、複数回介入する予定であったが、外来受診の都合等のため、各1回のみの介入となった。そのため、実際の介入内容は、各人のアセスメントの実施、相談受け付け・助言となった（口腔・栄養）。
- プログラム実施上の課題としては、包括群については、対象者それぞれの外来通院日に合わせてプログラムを実施したため、職員の時間的確保が難しかったこと、対象者によって通院回数が異なるため均一的なプログラム実施が困難であったことが挙げられる。
- 従来群については、疾病、身体機能、動作などの個人個人の課題に応じた対応、医療情報・リスクの把握及び対応が挙げられる。
- その他、事業実施中、指導を受けている時は取り組めるが、自宅では取り組めないといった継続性について問題がある。
- 事業終了後も引き続き参加したい方、取り組みたい方の受け皿がない。
- 包括群は外来受診のタイミングでの個別指導であったため、従来群のような集団指導の効果が得られない。

《プログラムの効果について》

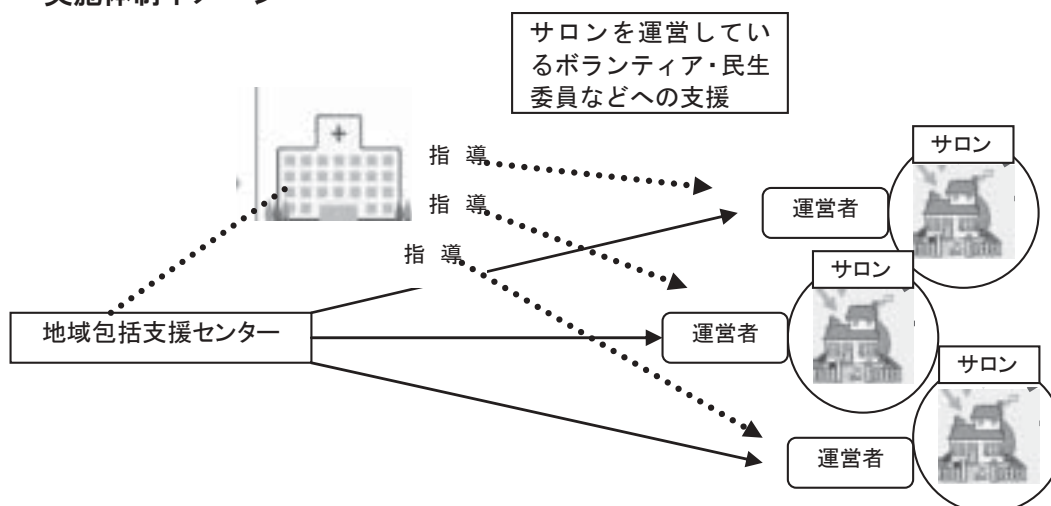
- 病院の外来受診者のなかには、地域包括支援センターからの基本チェックリストに返信しない方、2次予防事業対象者でありながら教室に参加しない関心の低い方がおり、これら対象者へ介入ができる。従来の方法で把握しきれない関心の低い方、医療リスクの高い方については、病院での把握・指導が有効と考えられる。
- 栄養に関する指導のあとに続けて口腔の指導を行う等、介入を組み合わせることで、対象者はそれぞれの情報を関連づけ、より理解が深めるとともに、自身の課題に対する関心が高まるようであった。
- 関心が低い方が多いため、介入終了後、個人が取り組みを継続することが難しいかと思われる。しかしながら直接的支援を続けることで、意識変容・行動変容につながると見込まれる。
- 関心の低さから、満足度もあまり高くない。
- 包括群は多様な疾患の影響を受けているので、その点への配慮が必要である。

《継続的实施を想定した場合のあり方》

イメージ1：徒歩圏レベルで実施されているサロンなどの教室に病院職員が出向いての支援

- メリットとして、1つのサロンに20～30人の参加者がいるため、多数への集団指導が可能であることが挙げられる。
- デメリットとしては、甲賀市内には約50のサロンがあり、全てへの介入は不可能であることが挙げられる。
- 各サロンを運営しているボランティアや民生委員などへの支援は可能かと思われるが、ボランティアの方等が行うにはプログラムなど細かな調整が必要となる。

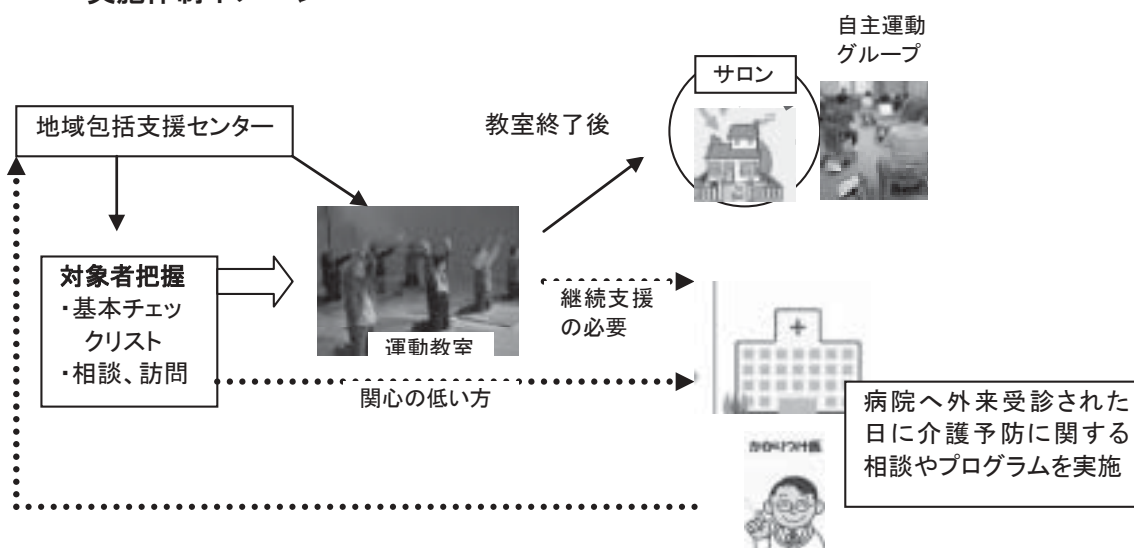
=実施体制イメージ=



イメージ2：病院へ外来受診された日に介護予防に関する相談やプログラムを実施

- メリットとして、専門職から直接指導が可能であり、参加者の外来受診日に合わせて指導ができるため参加者側の負担が小さい。また、継続性が高い。
- デメリットは、対象者の選定、参加呼びかけに対する同意取得が困難であること、個別支援になるため均一的なプログラムの提供が困難であることが挙げられる。
- 対象者への周知については地域包括支援センターとの協働が必要である。例えば、市で実施する運動教室終了後の方のフォローを病院外来通院日に行う等。また、病院で指導した内容を地域包括支援センターと共有し、地域包括支援センターにて実施する個別訪問に活用するといったことが想定される。

=実施体制イメージ=



《包括的プログラムの事例紹介》

○事例の概要

基本属性	80代女性
健康状態	高血圧、糖尿病にて服薬治療中
選定条件への該当状況	<input type="checkbox"/> 腹囲 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 喫煙歴

○課題と目標

課題領域	現状と課題	目標
1 運動・移動	杖をついて歩行しているが、階段の昇り降りがしづらくなってきた。 長距離の歩行が辛い。	(1) 下肢筋力の向上を図る。
2 日常生活	外食を取ることが多くなり、体重の増加が気になる。	(2) 栄養指導を受け、健康管理が出来るようになる。
2 日常生活	歯のかみ合わせが悪いのか、食事に時間がかかる。	(3) 口腔機能評価を受け、予防に努める。

○プログラム内容

目標 No	内容
(1)	運動指導 <ul style="list-style-type: none"> 週1回(月曜日) 午前11時～11時40分 リハビリ室にて実施 ストレッチ、下肢運動
(2)	栄養指導 <ul style="list-style-type: none"> 月1回(月曜日) 午前11時～12時 会議室にて実施 必要な栄養バランス、カロリー指導 担当: 栄養指導士
(3)	口腔指導 <ul style="list-style-type: none"> 月1回 咬合圧測定、構音テスト、舌動き

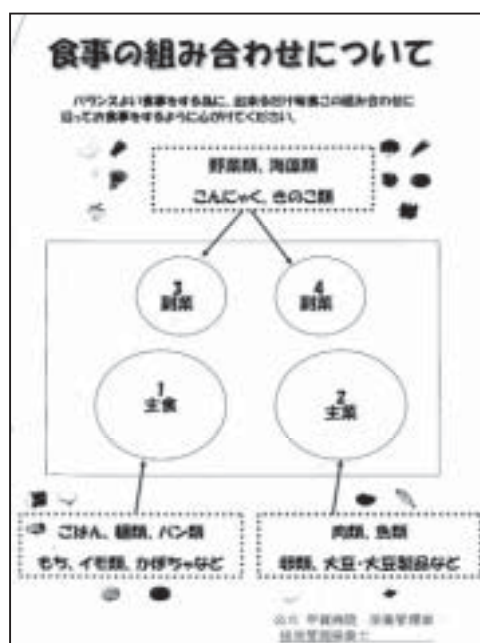
(教材例)

図1-10
口腔機能のチェックシートで、次の事項に該当した方は…

お口の中がかわいてきているようです

口があまり動かさないと、唾液(唾液)の出る量が少なくなり、口がかわくようになります。口がかわくと舌の動きも鈍るため、舌の動きが鈍くなり、口も出やすくなります。お口の乾燥でつばが少なくなることもあります。そんな時は、「口腔機能の向上」の目的の体幹や顔面マッサージにより、唾液(唾液)の出る量が増えて、口の中がかわくようになります。

耳下腺マッサージ 顎下腺マッサージ 舌下腺マッサージ



○経過

日付	介入内容	本人の状況、課題
12/2	ストレッチ ④～⑥、⑨、⑪ 体力測定	左右肩、膝関節痛、可動域制限有り。(肩、週1回注射) 立位時、円背有り歩行不安定。 椅子からの立ち上がり、特に座り動作不安定。
12/9	ストレッチ ④～⑥、⑨、⑪ 筋力トレーニング ①、⑤、⑦、⑪ ×2セット	
12/16	ストレッチ ④、⑥、⑨、⑪ 筋力トレーニング ①、⑤、⑦、⑪ ×2セット	「続けなあかんねんけど、しんどいわ…」
12/26	栄養指導 ・1日の摂取量 ・自分に必要な栄養 ・塩分量 について	前にも糖尿病教育入院で聞いたことがあるとのこと。 「でも、分かっているけど、出来ない…やっぱりお弁当や外食が多くなったし、間食も多いし…」
1/6	口腔指導 ・口腔機能保持のための体操 ・顔面体操 ・唾液腺マッサージ ・舌ストレッチ ・3ウェイブローアウト	
1/13	ストレッチ ④～⑥、⑨、⑪ 筋力トレーニング ①、⑤、⑦、⑪ 500g 重り 20cm 台昇降 食事内容確認	膝の痛み訴え有り。 食事について、昼食時、外食、お弁当多く、油分、塩分が高い。
1/20	ストレッチ ④～⑥、⑨、⑪ 筋力トレーニング ①、⑤、⑦、⑪ 500g 重り 20cm 台昇降	

(6) 国保日南病院（鳥取県・日南町）

1) 対象者の選定

- 包括群については、地域包括支援センターから2次予防事業対象者リストの提供を受け、日南病院にて生活習慣病の有無を確認して選定した。
- 従来群については、介護予防事業の参加者で2次予防事業の該当者をリストアップし、日南病院にて生活習慣病の有無を確認して選定した。
- 地域で事業を実施するため、参加者は歩いて通える範囲の方を対象とした。
- 対象者の選定にあたっては、個人情報取り扱いや組織づくりが困難であった。また、参加同意の取得にあたっては訪問をしたが、その負担が大きかった。
- 日南では、ニーズ調査を実施し、2次予防事業対象者の把握をしていた。65歳以上の方に基本チェックリストを送付し、回収率は約7割である。

2) プログラムの設定等

《事前評価について》

- 包括群については、日南病院・理学療法士が、対照群については地域包括支援センター・理学療法士、外来看護師が行った。
- 従来群については、地域包括支援センター・理学療法士が行った。

《プログラムメニューの検討について》

- 日南病院の理学療法士、看護師、管理栄養士で院内チームを作り、検討を行った。また、外部の歯科衛生士を講師として招いた。

2) プログラムの実施

《経過管理について》

- 経過管理は日南病院・理学療法士が行った。

《プログラムの実施について》

- 事業時間後も地域で関係性が継続できるよう、対象者のコミュニティーのなかに医療職が出向いて指導を行う形で実施した。これによりコミュニティーのなかで関係性が継続できるよう工夫した。
- 短期的な健康増進にとどまらず、老化、介護、終末期の問題も取り上げることとした。健康志向が強すぎると、介護が必要となったときに自身の身体状況について受容ができず、悩むことになる。健康志向と老化について自己受容が行えるかどうかを重要課題とした。
- 対象者の年齢が高いため、生活習慣病へのアプローチというよりは、介護予防の側面が強かった。
- 生活習慣病予防・重症化予防を考慮するのであれば、60歳代の方を対象とすべきではないか。
- プログラムの実施にあたっては、地域の理解がなければならない。そのための調整が大変だった。
- 今回は病院が主体となって事業を実施したが、自治体が主体となって場を運営し、そこに病院職員が出かける方法ができればよい。高齢者は何かの用事がなければ外出にでないので、住民が集まることができる場所、機会が必要である。
- スタッフのスケジュール管理が大変であった。
- 本来業務があるなかで、地域に病院職員が出向くことは非常に困難であった。医師の関わりがもう少しあれば良かった。訪問診療の合間に地域の集まりに顔を出すような仕組みができればよい。

《プログラムの効果について》

- 包括群は意欲が高く、何かしらの行動変容が生じていた。また、健康に留意しつつも介護や終末期についても前向きに話し合うことができた。いざ介護状態となったときに相談できる場所や医療者との関係が構築できたと感じる。

《継続的实施を想定した場合のあり方》

- 生活習慣病で指導対象として選定された場合、単純に健康増進のみを目的とするのではなく、その後の老化や終末期を見越してどのように生きるのかを考える視点が必要である。
- 健康、老化、死を一体とした町づくりが必要である。まちづくりの一環として、病院職員が医療の立場から指導等を行うことが必要ではないか。そのためには地域密着型の病院である必要があり、また行政の理解と自治体の協力が不可欠である。
- 事務長会にモデル事業の実施について意見を求めたところ、事業期間や効果が明確になれば予算化の検討ができるが、そうでなければ難しいとの返答であった。
- 関心のうすい人をどのように拾い上げていくかが課題である。
- 65歳等、比較的若い人を対象に、職場から関わることも一案かと考える。

《包括的プログラムの事例紹介》

○事例の概要

基本属性	70代女性
健康状態	高血圧にて服薬治療中
選定条件への該当状況	<input type="checkbox"/> 腹囲 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 喫煙歴

○課題と目標

課題領域	現状と課題	目標
1 運動・移動	転倒、歩行時のふらつき。 右肩、左膝の痛み。	(1)筋力向上 (2)バランス能力向上 (3)セルフケアの確立
7 口腔	時々むせることがある。 口の渴きを感じる。	(4)口腔嚥下機能向上
3 社会参加、対人コミュニケーション	外出の頻度の減少。 気分が落ち込むことがある。	(5)参加者同士での交流
4 健康管理	高血圧	(6)食習慣の改善

○プログラム内容

目標 No	内容
(1)	<p>下肢体幹筋力トレーニング</p> <p>内容:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 バックキック 10回×3 2 サイドレッグレイズ 10回×3 3 つま先立ち 15回×3 4 下肢マッスルセッティング 10秒×10 5 側臥位上腕骨外旋 10回×3 <p>ポイント: 痛みが出ない程度に行うこと。 3は両足から。</p>
(2)	<p>バランス練習</p> <p>内容: 1 伝え横歩き練習</p> <p>ポイント: 壁および手すり等を利用して両手から片手で行えるように指導。 転倒に注意。自主練習への移行は慎重に。</p>
(3)	<p>ストレッチ・セルフケア</p> <p>内容:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 椅子座位手を頭の後ろにまわし背もたれによりかかり体幹伸展 2 下腿三頭筋 3 肩甲骨頸部肩コリ体操 <p>ポイント: 一種目深呼吸2回程度の時間</p>
(4)	<p>口腔嚥下能力強化</p> <p>内容:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 嚥下状態の確認 2 口腔体操(パ・タ・カ) 3 唾液腺マッサージ 4 口腔嚥下に関する講演で知識の獲得 <p>実施者: 病院スタッフおよび外部歯科衛生士予定</p>

事業全体での実施内容

- 第1回 個別評価
- 第2回 目標設定
- 第3回 運動処方
- 第4回 栄養について(管理栄養士講話)
- 第5回 薬の話(薬剤師講話)
- 第6回 地域医療(院長)
- 第7回 口腔衛生について
(歯科衛生士講話(外部講師))
- 第8回 口腔衛生について(同上)
- 第9回 介護保険(看護部長)
- 第10回 最終評価

目標 No	内容
(5)	<p>参加者同士での交流</p> <p>内容:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 プログラム参加者同士での交流 2 雪かき等環境要因の整備 <p>ポイント: 1は、会話中話せるようにフォロー 2は、プログラム実施日に当院スタッフが実施</p>
(6)	<p>食生活の改善</p> <p>内容: 減塩について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 食品に含まれる塩分量(クイズ形式) ・ 味噌汁の塩分濃度の測定 ・ 減塩のポイント(目標設定) <p>ポイント: 簡単なクイズ形式にて取り組みやすくする。</p>

○経過

日付	介入内容	本人の状況、課題
11/4	事業説明・初期評価・相談	参加者同士リラックスして会話されている 特にうつ的な印象は見られない
11/10	体力測定・目標設定・終活プログラム	発言少なく他者の意見を聞く場面が多いが時折自分の意見も述べられた。 前回シルバーカーでの来訪であったが本日はT字杖にて参加された。TUG、5mは杖なし。
11/17	運動講義(DM・転倒) 運動処方(個別指導)	笑顔で会話にも比較的積極的に参加されている。 運動処方後痛み等の訴え無し。
11/24	準備運動・筋力増強体操(PT) 栄養指導(管理栄養士) ・味噌汁塩分濃度測定 骨密度測定(看護師)	特に体調不良の訴えはなし。 徐々に参加者同士での会話に発言される頻度が多くなっておられる。笑顔も多く運動等に積極的に参加されている。 畑作業する時に腰や膝が痛いので木のオケにカバーをかぶせて椅子にしているなどの作業上の工夫を披露されていた。 味噌汁の塩分濃度は1%と標準的、骨密度も平均を上回っていた。
12/1	準備運動・筋力増強(PT) 薬の話(服薬指導)(薬剤師)	前回の運動による痛み等の訴え無し。最近畑作業はイモ掘り等あまり移動を伴わない作業とのことで、万歩計のカウントは伸びていない。 薬の話では骨粗鬆症の薬について熱心に質問等されていた。 円背あり、高強度の運動は行えないが、杖歩行のふらつきが少なくなってきた印象。本日も大根を抜いたと話される。
12/8	準備運動・筋力増強体操(PT) 地域医療(院長)	体調不良なし。前回の体操による痛みの増強もなし。この取り組みが始まり、当初は会場への往復はシルバーカーを使用していたが、現在は杖で移動している。杖歩行の安定性も向上してきた印象。
12/15	準備運動・筋力増強体操(PT) 歯科指導(歯科衛生士)	体調不良なし。運動後は動きやすくなるとの談。転倒などのエピソードなし。表情良く、積極的に参加された。 白菜は柔らかいものを選んで食べている。 口腔体操も積極的に実施された。

日付	介入内容	本人の状況、課題
12/22	準備運動・筋力増強体操(PT) 個別歯科指導(歯科衛生士)	体調不良なし。総入れ歯。就寝の際も入れっぱなし。入れ歯が当たっているところに発赤認めるも、痛みなどの症状は無い。入れ歯の手入れ方法など質問されるなど、積極的に取り組んでおられた。
1/12	準備運動・筋力増強(PT) 介護保険(看護部長)	体調不良なし。転倒などなく過ごしたとのこと。以前と比べて発言される回数も増えている。 介護保険の話聞いて自宅の環境について考え直された様子。夫と相談して手すりの設置などを検討して見たいと。その際には相談させて欲しい旨発言されていた。
1/19	最終評価	体調不良なし。

○評価

目標 No	目標達成度	今後の課題
(1)	目標を下回る： TUG の延長がみられる。	バランス能力向上 転倒予防
(2)		
(3)		
(4)	ほぼ目標どおり： 指導された歯磨きを実践している。食事も飲み込みやすいように気をつけて調理している。30 秒唾液飲み込みテスト三回と、初期と最終で著変無し。	嚥下体操などの実践の継続
(5)	目標を上回る： 発言が多くなった。自分の色を出せるようになった。	特になし
(6)	目標どおり： 漬物を毎食食べていたがたまに食べる程度にするなど気をつけるようになった。間食や寝る前のおやつはとらなくなった。	特になし
総評	<p>体力指標は低下を認めるが、食習慣の改善を認め、血液データも大きな増悪は見られない。さらに、チェックリストの点数も改善がみられ、特にうつ関係の該当が少なくなっている。</p> <p>体力が低下しやすく、また精神的に落ち込みやすい冬期間に外出し、他者とのコミュニケーションを取れる場を提供できたことは有意義だったと考えられる。</p> <p>今後とも食習慣の継続が望まれる。</p>	

(7) 国保陶病院（香川県・綾川町）

1. 対象者について

- モデル事業には包括群 5 名、従来群 5 名に参加いただいたが、終了時はそれぞれ 4 名であった。
- 対象者の選定については、二次予防事業対象者（運動器関連でのチェック対象）の中から、国保直診受診者（特定健診受診者）を地域包括支援センターから情報提供してもらった。
- 地域包括支援センターではチェックリストの結果と特定健診の結果等を一括管理しているため、それらの突合が可能であった。そして候補者については、電話や郵便、外来受診時に声かけをして、参加意思のある方に参加してもらった。
- なお、包括群に関しては、転倒予防教室終了後に講義形式のプログラムを組み込んでいたため、自家用車で参加できる方に限らせてもらった。

2. プログラムメニューの設定等について

《事前評価について》

- 事前評価は、病院の臨床検査技師、管理栄養士、作業療法士、理学療法士、看護師、そしてボランティアが行った。

《プログラムメニューの検討について》

- プログラムメニューは、病院の臨床検査技師、管理栄養士、作業療法士、看護師が行った。
- 今回の事業においては、医師の関与はなかった。心疾患の患者も含まれているので、看護師は必ず 1 名参加するようにしたが、医師に関しては内容の報告にとどめた。

《プログラムの特徴・工夫点》

- 従来の転倒予防教室は主に多職種が関わることはなかったが、今回の運動教室は毎回、決まった職種が関わるようにした。
- 同じ教室の中に、包括群と従来群とが含まれているため、参加者を二つのグループに分け、包括群については同じグループに含めるようにした。
- 今回の運動教室全体に関わるが、多くのボランティア（介護予防サポーター）が積極的に関わってくれた。自主グループに参加しているボランティアもおり、終了後の参加がしやすい環境を作ってくれた。
- 包括的プログラムに関するだけではないが、看護師による声掛けで参加希望が例年よりも多くあった。
- また、事前・事後で参加者の姿勢の写真を撮って提供した。普段、自分の姿勢をみる機会はあまりないので、非常に興味をもってもらうことができた。

3. プログラム実施について

《経過管理について》

- 経過管理は病院の作業療法士が実施した。

《プログラムの実施について》

- 運動への意識が高いと感じたため、自分の体のことをもう一度見直すきっかけになればと、疾病についての理解を深めることを目的とした。転倒予防教室終了後に管理栄養士・臨床検査技師・薬剤師から講義形式で生活習慣病について運動・栄養・服薬の点から話をしてもらった。
- その際、血液検査など数値で表せているものは内容を説明したり、栄養では塩分を測るなど目で見えるものも取り入れた。なお講義は他の対象者同士が話せるように集団で行った。

《プログラムの効果について》

- 事業への出席率は大きく変わらず継続的に参加してくれた。利用者の満足度は従来と包括で差はなく意欲をもって参加できたとの意見が多かった。何も治療していない対象者が一人いたが、生活習慣に気を使うようになったとの感想が聞かれた。しかし、治療中の対象者の中に何もしていない方もおり、その方の意識を変えることができなかった。
- 包括・従来ともに筋力は改善していたが、体重などはほとんどの対象者が増加していた。グループに関係なく中性脂肪が減っている対象者が多かった。運動機能は、評価上は包括群全員で片足立ち・タイムアップゴウの記録が改善していた。歩行速度もやや改善している人数が多かった。
- 教室参加前より生活習慣病に対する治療を行っている参加者は比較的、自分の血圧などに注意を向けている方が多かったが、特に治療を必要としない参加者も血圧を測り始めた、運動を生活の中に取り入れたなどの変化が見られた。
- 講義の内容は運動教室開始前に黒板に書く、お知らせをするなど行っていた。今までの教室ではそのようなお知らせはなかったの、包括群以外の方にもやや意識を促すことができたのかと思われる。さらに包括群に行った講義内容は最終評価の時点で全員に配布した。従来の運動教室よりも生活習慣病に特化した内容が多く、参加者から勉強になるとの声が聞かれた。

《事業実施のポイントについて》

- 事業運営上の課題としては、週 1 回の実施しかできなかったこと、講義形式にしたため包括群については自家用車での参加が可能な方に限られてしまったことが挙げられる。また、参加人数が多く機器使用の待ち時間が長くなる傾向があった。
- プログラムとしての課題としては、細かな現状を把握するのが不十分であったことが挙げられる。初期評価でのチェックリストは行えたが日常の習慣的な運動量や生活習慣などは事業が進行していくうちに話を聞くことが多く、プログラムに反映しにくかった。血圧はを毎日測っている人もいれば何もしていない人もいる等、一人一人の意識のレベルが違うので、事前のアセスメントに十分に時間を取り、個別対応を行う必要性もあったかと思う。アセスメントには、生活のリズムや家族の協力等も含めると、より個別対応が可能になると思う。
- 食事などは妻が用意してくれるのでイメージしにくいようであった。服薬などは自己管理できていても食事は家人が用意することが多く、家人をまきこんだプログラムも必要であると感じた。

《継続的实施を想定した場合のあり方》

- 週に 2 回実施できれば、曜日によって重点項目を変える等の工夫が可能であろう。またできることなら、もう少し長期間、欲を言えば 1 年間を通じた取組みができるとよい。ただし、参加者の意欲の継続等を考えると 3 ヶ月程度が適当かもしれない（同じ町内の別の国保直診は 4 ヶ月で実施している）。
- 今までの転倒予防教室は運動面を中心に行ったが、今回は生活習慣病への意識を高める目的も含めたため、興味のある方は積極的に情報を知りたがった。また血液検査などは数値として現れるので説明は熱心に聴いていた。費用がかかるので困難かもしれないが、動脈硬化の検査等も加え、数値で変化が追えれば興味を持ってもらいやすい。
- 対象者の生活習慣や気をつけていることを細かに把握し、その内容を基礎として個別に対応していき、数値化できることは数値化し意識を持って継続できるようにサポートすることができればいいと感じた。
- さらに教室とは別事業になるかもしれないが、料理教室等、別の事業と連携することも取組みの効果を高めることにつながるかもしれない。
- また個別対応のためには、スタッフ数を増員したりボランティアの方にも知識と目的を理解してもらいチームを作り教室が運営できればよいと感じた。
- 町内では介護予防サポーターの養成が進んでおり、その中に「転倒予防サポート班」というグループがある。将来的には、参加経験者に口コミで PR してもらいながら、専門職がフォローしながら、地域の中で介護予防サポーターが担い手となっていくことも考えている。

《包括的プログラムの事例紹介》

○事例の概要

基本属性	80代男性
健康状態	糖尿病、高脂血症にて服薬治療中
選定条件への該当状況	<input type="checkbox"/> 腹囲 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 <input checked="" type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 喫煙歴

○課題と目標

課題領域	現状と課題	目標
1 運動・移動	運動の習慣がつきにくい。 歩き始めに痛みがある。	(1)運動の習慣化。 (2)下肢の筋力強化。
4 健康管理	糖尿病、高脂血症のコントロール。	(3)食事、運動の見直し。
5 服薬管理	病気への理解を深める。	(4)病気、薬について理解を深める。

○プログラム内容

目標No	内容
(1)	ストレッチ 有酸素運動 筋力訓練
(2)	内容： 転倒予防教室にてストレッチ 有酸素運動 筋力訓練 実施回数： 週に一度 場所： えがお研修室もしくはリハ室 実施者： 作業療法士、健康運動指導士、管理栄養士、看護師、介護予防サポーター ポイント： 運動習慣を身につけられるようにする
(3)	血液検査の説明（検査技師）
(4)	内容： 血液検査の説明と結果提示 実施： 検査終了後の次の回 実施者： 検査技師 ポイント： 自分の体について知ってもらい、予防への意識を高める 栄養指導（管理栄養士） 内容： 自分の普段の食事内容の検討 病気を予防するための食事について理解を深める 実施： 転倒予防教室終了後に随時に行っていく 実施者： 管理栄養士 ポイント： 味噌汁の塩分濃度測定など、目に見える評価を行い、食事への意識を高めてもらう 薬への意識を高める 病気を知る 内容： 薬の意味を理解し生活への注意の意識づけを行う 病気について理解を深める 実施： 運動教室終了後随時 実施者： 薬剤師 ポイント： 自分の飲んでる薬を知る、病気を理解する

教室のスケジュール

- 14:00～血圧測定・体調チェック（看護師）
- 14:15～ストレッチ（OT 他）
- 14:30～筋力訓練（臨床検査技師他）
チューブ体操
（OT、介護予防サポーター）
- 15:30～クールダウン（OT 他）
- 終了
- 15:30～包括グループ広講義（対象者）

○経過

日付	介入内容	本人の状況、課題
11/7	運動教室開始 体力測定	個人目標;体重の減量、脂肪の減少 指示理解も良好 中性脂肪とHbA1c↑ 50%10回で筋トレ
11/14	転倒予防教室参加 血液検査説明	積極的に参加 検査結果説明も熱心に聴いていた DM20年前から服薬あり
11/21	運動教室参加 食事バランスについて講義	栄養の話も聞けていた 運動も問題なく参加
11/28	運動教室参加	運動負荷を増やしても大丈夫な様子 次回より60パーセント10回
12/5	運動教室参加 薬の飲み方講義	60%可能 運動し始めて三日くらいは調子がよいと
12/12	運動教室参加 運動について講義	本日よりゴム運動時の回数を増やす。足フミなどの運動回数も増やす。問題なく可能。 毎日30分程度のウォーキングをしていると。 運動についての話は自分がしていることなど話せていた。他の受講者とも話をするなどいい刺激となっている印象。自分が飲んでる薬手帳を持ってきてくれる。 筋トレ回数も5回増やす。問題なし。
12/19	運動教室参加 塩分についての講義	問題なく参加。講義も積極的に聴いている。
12/26	運動教室参加 塩分の話;味噌汁の塩分を測ろう	問題なく参加。休み中の運動の紙とチューブを持ち帰る。味噌汁は忘れていたが他者のものをみて同じくらいのこさかなとのこと。
1.16	欠席	
1.23	運動教室参加 生活習慣病について	積極的に参加できていた。体重の減少あり。中性脂肪の減少あり。Hbの低下あり。

○評価

目標 No	目標達成度	今後の課題
(1)	ほぼ目標どおり: ほぼ毎回出席できた。	運動への意識を維持していく
(2)	ほぼ目標どおり: 体重が減少した。中性脂肪が減少した。	今後も食事の面でも意識を持続してもらう
(3)	目標どおり: 服薬は正しく行っていた。	服薬を正しく行う
総評	<p>ほぼ休みなく参加できている。 運動中は集中してこなしていた。一時、中断していた山登りを少しずつ再開しているとのこと。 血圧は毎日測定できている。</p>	

(8) いの町立国保仁淀病院（高知県・いの町）

1. 対象者について

- モデル事業には包括群4名、従来群5名に参加いただいた。
- 包括群は、旧伊野町から地域包括支援センターから2次予防事業対象者の提供を受け、そのうち当該病院の外来受診者であり、生活習慣病のある、通院可能な方を主治医が選定し、参加同意を求めた。ただし、多くの方から参加の同意が得られなかったため（週3回の外出負担、介護予防の必要性への理解が低い等）、地域包括支援センターからの情報提供に基づく参加者は1名であり、ほかの3名は外来でピックアップした方となる。
- なお、チェックリストは参加に同意いただいた後に実施した。
- 従来群は、健診で把握した2次予防事業対象者のうち、選定条件に該当する者を対象とした。
- 病院、地域包括支援センター間の情報のやりとりに際して特に問題はなかったが、厳密に言えば個人情報保護等の課題があろう。また、個人の紐付けは労力がかかるので、共通番号などのシステムがあれば便利だと感じる。
- 2次予防事業対象者は健診で把握しており、年間約80名である。なお、このうち仁淀病院受診者は20～30名であった。
- 2次予防事業対象者のなかで優先順位をつけるため、基本チェックリストだけでなく、体力テストも行っている。
- 既存の2次予防事業の参加者は年間10名程度である。70～80代の方が中心であり、送迎を行っている。

2. プログラムメニューの設定等について

《事前評価について》

- 事前評価は、包括群は病院の医師、看護師が行い、従来群は地域包括支援センターの保健師が行った。
- 基本チェックリストの情報のみでは不十分であり、客観的指標・評価も必要ではないかと考える。また、生活背景の情報が不可欠である。

《プログラムメニューの検討について》

- プログラムメニューは、病院の医師、看護師、理学療法士、薬剤師、管理栄養士及び歯科衛生士が関わった。カンファレンスを開いて各専門職が各領域の課題を設定し、必要なプログラムを検討した。最終のとりまとめは担当の管理栄養士が行った。
- 地域包括支援センターからの情報提供で参加をいただいた方は1名であったこと、特に情報がなかったことから、プログラムメニューの検討に際して地域包括支援センターから病院へ情報提供は特になかった。病院側でプログラムメニューを検討した後、その内容は書面にて地域包括支援センターに提供している。

《プログラムの特徴・工夫点》

- 従来群は既存の介護予防教室（週2回）に参加している。これは、町田整形外科病院に委託して実施しているもので、運動が中心となっている。
- 包括群は上記に加えて、週1回、外来受診し、各専門職による個別指導を受けることとした。これは、生活習慣についても介入することを考慮すると、1対1で面談し、介入の回数を重ね、知識を深めることが重要であると考えたからである。
- 個別性を重視し、疾病・運動・栄養・口腔・日常生活・薬剤で問題点を抽出し、個々にあったきめ細かい指導を実施した。具体的には以下のとおりである。
 - 運動は1週間に1回必ず実施
 - 栄養は対象者と共に改善項目を考え、目標は一つずつとし、実践可能なことからできるようにサポートする
 - 薬剤は正しい服薬ができているのか確認
 - 日常生活上で困っていることなどの相談
 - 口腔は問題のある方のみ個人にあった口腔指導

3. プログラム実施について

《経過管理について》

- 経過管理は病院の各職員が実施した。

《プログラムの実施について》

- 受診のタイミングに合わせての指導だったので、時間の調整等が大変であった。
- 参加者側にとっては、週3回の外出が体力的に難しいこともあった。（1回は休む等）
- 既存の介護予防事業での取組み内容を病院職員と共有することは特になかった。
- 患者のカルテには経過管理シートをはさんでいたので、主治医はそれによりどのようなことが介入されているのか把握することができた。
- 万歩計など活用したが、家でも体操等できるようなツールがあるとよい。
- マンパワーの確保が何よりの障壁であった。病院（包括群）では対象者4名が限界である。

《プログラムの効果について》

- 全員体重は減っていた。
- 病院では個別性を重視した対応をし、既存の介護予防教室では集団で実施した。個別指導では高い満足度が得られ、集団での介入により人との関わり合いが確保できたようである。
- 個別的な指導内容で指導を行うことと、来院時での声かけで変化や困ったことはないかなどを確認することで、運動・食事への取り組みや継続への意欲に繋がった。
- 日常生活で運動の時間、機会を意識的に作るようになった。
- 近所の人から歩く姿勢がとてよくなった、家で転倒していたのがしなくなった等、身体機能面での改善の声が包括プログラム参加者全員から聞かれた。
- 運動と食事の改善により体重減少がみられ、食事面では聞き取り調査と栄養指導により適正総摂取エネルギー量、栄養バランス、食塩量、間食のとり方、食べ方等の改善が見られた。
- 口腔個別指導により、口腔内の手入れを行うようになり、かなり汚れていたのがきれいになった。
- 参加者の感想は以下のとおり。
 - とてもよかった。従来プログラムへの参加も人の集まる所へ行くのが楽しくてしょうがない。
 - 体が軽くなった。歩くのが辛くなくなった。運動するのが楽しい。
 - 個人的に何回も食事や薬物などのことを聞けてうれしい。頑張ろうという気になる。

《継続的实施を想定した場合のあり方》

- (地域包括支援センター) 生活習慣病(悪い生活習慣)から体力低下、介護へとつながっているのが、今回のような包括的な取り組みは重要と考える。現状では、受診を促しても、結果どのような指導を受けたのか、効果はどうか、といった点について把握できていない。
- (病院) 外来は介入のタイミングとして重要であると感じる。意識変容、行動変容が得られたところで、いかに地域でも継続できるかが問題である。病院での声かけだけでは難しい。
- (地域包括支援センター) 地域では体操グループがあり、週1回活動している。リーダーを養成しており、保健師は年に1、2回様子を見に行く程度である。
- 病院・地域包括支援センターの顔の見える連携が重要である。
- 地域の健康課題の共有が必要である。
- まずは、地域包括支援センター、病院それぞれが実施している事業を知り、理解を深めるところから始める必要がある。そこから、どの部分で連携が必要か、どこからであれば実施できるかについて検討を進めてはどうか。
- 介護予防で対応しつつ、何かあれば病院へつなぐ、という連携の仕方が必要ではないか。
- これまでは病院の入院患者について、在宅復帰困難事例等で地域包括支援センターと話し合うことはあっても、それ以外の機会では特に連携することがなかった。

《包括的プログラムの事例紹介》

○事例の概要

基本属性	70代女性
健康状態	糖尿病、高脂血症にて服薬治療中
選定条件への該当状況	<input type="checkbox"/> 腹囲 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input checked="" type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 喫煙歴

○課題と目標

課題領域	現状と課題	目標
1 運動・移動	体力・下肢筋力の低下による転倒に対する不安	(1) 下肢を中心とした筋力強化。 訓練を実施し、体力増強を目指す。
2 日常生活	日常生活や対人関係で困ったことはないかの確認	(2) 不自由ない日常生活が送れる。
4 健康管理	高血圧・脂質異常症・浮腫	(3) 食事・薬物療法にて良好なコントロールの維持
5 服薬管理	院外薬局との連携	(4) 正しい服薬管理
6 栄養管理	肥満、耐糖能異常 (血糖コントロール)	(5) 食事と運動で体重を減らす (6) 炭水化物量・間食習慣の改善

○プログラム内容

目標 No	内容
(1)	<p>上・下肢筋力トレーニング・歩行訓練(バランス含む)</p> <p>内容:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 四頭筋訓練(重いバンド 1kg)・上肢筋力訓練(ペットボトル 150g×2)を同時に交互に上げる。10分間 ・ ゴムチューブ&ボール(内・外転筋力アップ)10分間 ・ エルゴメーター負荷6(体力・下肢筋力アップ)10分間 ・ 平行棒内歩行訓練(横歩き・後ろ歩き)10分間 <p>実施回数: 週1回 場所: 仁淀病院3階理学療法室 実施者: 理学療法士 ポイント: 4つのトレーニングメニューの間に各5分間の休憩を入れ、またトレーニング中に疲れたら休んで実施してもらう。</p>
(2)	日常生活で不自由なことや困っていることがないのかを聞き取る。
(3)	身体状況に変化がないか確認する。電解質・食塩量のチェック。
(4)	院外薬局との連携にて正しく服用されているのかを確認。
(5)	1か月で1~2kgの減量を目標にする。(食事摂取量の確認・メニュー作成時の食品の選び方等)
(6)	炭水化物量(主食の量・パン・果物・間食での嗜好品の選び方等をアドバイス)

○経過

日付	介入内容	本人の状況、課題
11/25	運動・移動 下肢の筋トレ 上腕の握力・筋トレ	頭上の物を取るときに、40cm くらいの台を使用するが、そのままでは上がれないので、20cm くらいの台を使用している。家でちょっとした荷物を持つのがしんどい。買い物に行って買いたいけどしんどい、とのこと。
11/29	運動移動 バランスも含めた歩行訓練 栄養管理 体重のコントロール、間食習慣、 耐糖能異常・高血圧 健康管理・日常生活 食事・薬物療法にてコントロール維持	バスの待ち時間等で 30～40 分座ったまましていると、立ち上がる時に何かを押さないと、不安定で転倒しそうになるとのこと。 食事量と運動量で体重を減らす。 BMI 25 を目標に、1か月に1kg 減を目安とする。 炭水化物摂取過剰。主食量を茶碗2杯→1杯、毎朝食につけている梅を2個→1個に減らす。 HbA1c5.9%と高めだったので、気にされている様子。本日の採血検査で高ければ、糖尿病外来もある事を伝えた。
12/6	健康・移動 全メニュー実施 栄養管理 炭水化物摂取量、食塩摂取量	運動が出来て良かった、楽しい、とのこと。 茶碗を小碗にして、量を減らして2杯食べているとのこと(120g)。昔から1杯飯を食べるものではない、と言われていたので2杯食べた、と。果物の量を減らし、梅はやめている。
12/13	健康・運動 バランスも含めた歩行訓練 栄養管理 炭水化物摂取量、食塩摂取量	坂道は杖を使わないと昇りにくい。特に降りるときはこわい、との訴えあり。 ご飯・果物の量は減らしているが体重が変わらない。手作りパンはつい食べ過ぎてしまう様子。梅は塩抜きをして食べているとのこと。
12/20	健康・運動 全メニュー実施 栄養管理 炭水化物摂取量、食塩摂取量	リハ室に来ると運動しようという気になる様子。 …
12/27	健康・運動 全メニュー実施 栄養管理 炭水化物摂取量、食塩摂取量 日常生活 困っていることの確認、モデル事業に 参加して対象の変化等ないか確認	1週間に1回外出する機会が持て、運動することで体力がアップした気がするとのこと。 12/23 に満腹になるまで食べたくなくて食べたが苦しく、反省している。炭水化物の摂取量が血糖値を上昇させていることを確認。「身体が軽くなりたい」。 「参加して良かった、有難う」とのこと。特に困っていることなし。浮腫増強なし。
1/5	運動・移動 歩行訓練を 10 分から 15 分に延長 他は変更なし 歩きにくいときは杖の利用を指導 栄養管理 日常生活	年末年始はあまり動かなかった様子。夜、トイレに立ち上がり、歩くときの1歩が出にくい。 食べすぎは怖いと思った、とのこと。間食やめている。特に変化なし。
1/10	運動・移動 歩行訓練 15 分延長 健康管理 下肢浮腫に対して利尿剤を変更	両下肢の膝から足関節にかけ腫れが気になる。診察を受ける予定。 下肢浮腫の変化を今後確認する。

日付	介入内容	本人の状況、課題
1/17	運動・移動 歩行訓練 10 分延長 健康管理 下肢浮腫・全身状態の確認	昨日から膝ががくがくするとのこと。杖を使わないと歩きづらい。 経過観察。
1/31	運動・移動、健康管理、 全身状態の確認、栄養管理、 体重のコントロール、間食習慣確認	運動機能評価を実施。下肢筋力向上に自覚あり。体重は減少。 今回の取組み、参加に満足しているとのこと。 「食事は大事だと思った。間食も気をつけるようになった」とのこと。

○評価

目標 No	目標達成度	今後の課題
(1)	目標を上回る： 体重減少が見られた。日常の運動量の増加が見られた。	・運動の習慣化。
(2)	目標どおり： 参加することによって、毎日が楽しく明るくなったと言われたため。	・いかに継続していくかが重要。 ・外来受診時にも声かけをしていく。
(3)	目標どおり： 運動と食事で体調が良くなった。	・継続できるような体制作りが必要。
(4)	： 薬の内容について質問あり。	・正しい服薬管理
(5)	目標どおり： 間食習慣と炭水化物摂取量の改善により体重減少が見られた。	・外来での継続栄養指導にて現状を保つ。
(6)		
総評	<p>全てのプログラムに楽しく、感謝の気持ちで参加され、生活習慣や身体的な変化も見られた。</p> <p>1/23 昼から 1/26 朝まで、白内障手術のため、当院に入院された。入院することにより、食事量も把握でき、規則正しい生活の大切さを感じられたようである。</p> <p>特に運動の継続に意欲的なので、地域で継続できるように支援していく方針である。</p>	

(9) 国保平戸市民病院（長崎県・平戸市）

1. 対象者について

- 地域包括支援センターとの事前打ち合わせ会の時は、「生きがいデイサービス」利用の特定高齢者がある程度（5～10名）いるのではないかとのことであった。
- ところが、当院へ外来通院し、しかも生活習慣病リスクのある者ということになると2～3名しかいなかった。しかも事業期間中、1週間に1回、介護予防・生活習慣病予防・重度化予防の何らかの介入・活動を行える対象者となると皆無に近い状況であった。
- そこで、比較的当院から近く（7km）で協力がいただける高齢者のグループ（「宝亀いきいきサロン会」）に相談し、当院へ外来通院し、しかも生活習慣病リスクのある方に基本チェックリストを行い特定高齢者を抽出し協力を求めた。（「包括的なプログラム」対象者は当初13名の対象者がいたが、生活上の関係で時間調整が困難となり、結果的に12名となった。）

2. プログラムメニューの設定等について

《事前評価について》

- 事前評価は、地域連携室の看護師、外来看護部の看護師、リハビリテーション科の理学療法士で行った。

《プログラムメニューの検討について》

- プログラムメニューも、事前評価と同様のメンバーで行った。

《プログラムの特徴・工夫点》

- 受け持ち制にしてその受け持ちの看護師が作成した。具体的には事前に聞き取った基本情報シート・基本チェックリストとカルテから患者情報を収集し問題点をあげて目標を設定。その目標に沿ってプログラムを作成した。運動領域での課題と目標は理学療法士が担当した。その後対象者と面談してその内容を説明し、了解を得た。
- 工夫した点：対象者にあまり負担にならず実施できるような内容にしようと考えた。例えば指導も集団で実施するようにし受診時の面談も毎回ではなく時間も短時間とした。
- 外来通院時に個別指導を行おうとしたが、送迎バスの時間や診療時間、職員のマンパワーの問題もあり、計画的な関わりが困難であった。週1回の関わりを確保するためには、対象者が集まりやすい地域の集会所での介護予防教室を週1回もつことで、その中にスタッフが出向き、個別のデータを基に、3～4名の小集団を対象に指導を行った。
- 業務をしながらの実施なので毎週介入することが大変だったが、今回は理学療法士が毎週介護予防教室を開催し介入したので急に自分が参加できないことがあっても対象者への取り組みが実施されていたので安心だった。

3. プログラム実施について

《経過管理について》

- 経過管理も、事前評価と同様のメンバーで行った。

《プログラムの実施について》

- 指導側としては、食事に関する知識が不十分で指導に困った。対象者にとって一番興味があったことが食事であり、必要カロリーや標準体重、食品のカロリーや塩分量、調理法などの質問が多く、本を片手に行った。
- 個別に簡単な栄養指導をする際にも、食事記録を事前に栄養師に評価、コメントをいただき、指導方法も聞いてから実施した。
- 食事の指導際は、栄養士のコメントを読んでいるとき、対象者は大きく頷いており、栄養士の必要性を感じた。
- 対象者から、「参加して何かをすることよりも、記録しながらできる事を考えてほしい」との意見があった。その意見をふまえて、4日間の食事記録表と減塩の記録表を取り入れてた。
- 当院では、出前講座を地域の公民館等で行っている。講座の中でも生活習慣病予防・重症化予防を指導しているが、介護予防についてはまだまだ出遅れている部分もある。介護予防は民間の福祉施設で取り組んでいるところもあるので、連携をとる必要があると考えた。
- 今回、選ばれた対象者の方々は健康に対する意識が高く、積極的に仲間と参加し協力してくれたため、比較的スムーズに事業が進んだ。
- 対象者の生活習慣や身体状況が十分分からなかったため、課題抽出・プログラム立案の具体性や個別性がやや不十分であった。例えば、下肢筋力の維持目的でプログラム設定を考えたが、膝の痛みなどがあって難しいのではないかなどと考え、介護予防教室への参加と設定した。集団で十分な場合もあるが、意欲に合わせて個別に設定することも必要だと感じた。
- プログラムに沿っての取組みが必要なので、管理栄養士や保健師への介入依頼・連絡・調整、外来受診時の聞きとり、教室への参加など実施するのが困難であった。今回は3か月と比較的短期間であったが、これ以上の長期なら継続は困難だと思う。

《プログラムの効果について》

- 包括群は地域へ出向いて集団で取り組んだことに効果があったのではと感じた。意欲的に毎週教室に参加されていたし食事や減塩の記録も詳しくされていた。介入が個別なら対象者も徐々に苦痛になってくるのではないだろうかと感じた。
- 食事や減塩の記録を始めてから漬け物をやめた方がいて、継続しているとのことで血圧も正常値になって効果を実感されていた。しかし、事業終了後も継続できるのかが問題である。今後も継続していくためには頻度を落としてでもこのような個別的な介入が必要であると考えます。
- 万歩計を持って貰ったことで、ウォーキングを始める良いきっかけになったケースもある。
- 参加者の様子は以下のとおりであった。
 - 包括群では、担当者は毎回参加はできなかったが、栄養士・理学療法士・保健師による専門的な指導が毎週実施されることで、参加の意欲が維持できたようであった。また、サロンへの参加により、自身の健康維持・娯楽の共有が実感でき、今までとは違った自分が発見できたようだった。散歩の途中で、花や犬をみて短歌を詠んでいる、日常有り得ないことが自然とできているとの感想があった。
 - 従来群では、関わりを持つときには、意欲が感じられたが、実際の生活を改善していくとなると、困難であった。生活習慣を改善することは、簡単にできることでなく、またその結果が出るにも時間を要す。関わりを密にし、継続した取り組みが必要であると考えます。

《包括的プログラムの事例紹介》

○事例の概要

基本属性	70代女性
健康状態	高血圧、高脂血症、心疾患にて服薬治療中
選定条件への該当状況	<input type="checkbox"/> 腹囲 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input checked="" type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 喫煙歴

○課題と目標

課題領域	現状と課題	目標
1 運動・移動	椅子からの立ち上がりが不安定 転倒への不安がある	(1) 下肢を中心とした筋力強化
3 社会参加、対人コミュニケーション	外出回数が減っている	(2) 「サロン」への参加を心がける
4 健康管理	体重のコントロールが必要	(3) 適切な食事内容を身につける (4) 毎日、体重を測定する

○プログラム内容

目標No	内容
(1)	下肢筋カトレーニング(ストレッチ・バランス運動) ・ 万歩計をつけて散歩してみる ・ テレビ番組「みんなの体操」を実行してみる
(2)	「いきいきサロン」への参加。受講時には、面談し、近況を話し合う。
(3)	食事内容のアドバイス ・ 主食を小碗に変更する。 ・ 1口 30回の咀嚼を心がける。
(4)	体重を毎日測定する。
その他	① 万歩計の配布(記録表も添えて) ② 体重測定用の用紙記入を依頼 ③ 食事記録表の記入を依頼

○経過

日付	介入内容	本人の状況、課題
11/2	事業参加のお願いと同意取得 事前評価	同意取得できた
11/11	介護予防教室参加 事前評価	
11/18	病院受診(内服処方有り)	
11/28	介護予防教室参加(PT) 日課表の説明・記録表依頼	
12/1	介護予防教室参加(PT、看護師) Wiiによるバランスゲーム 体重測定表配布	体重測定を習慣づけ、体重コントロールしていく
12/8	介護予防教室参加(PT) 4日間食事記録表記入依頼	
12/15	介護予防教室参加(PT・管理栄養士) 食品交換表について説明	ご飯1杯分と同量のパン、麺類はどの程度か質問有り
12/16	病院受診(内服処方有り)	
12/22	介護予防教室参加(PT)	
12/29		
1/5		
1/12		
1/17	出前講座参加	12月分 体重測定表回収
1/19	介護予防教室参加(PT、看護師) 事後評価	面談・満足度調査
1/20	病院受診(内服処方有り)	
1/26	介護予防教室参加(PT、看護師)	

○評価

目標 No	目標達成度	今後の課題
(1)	目標どおり: 毎日 5000 歩以上はあること決めており、目標どおりであった。万歩計で数字を見ると頑張れたとのこと。	・現状維持 ・毎日 5000 歩以上歩く
(2)	目標どおり: 1日だけ私用があり欠席した。同じ目標を持って皆と話し合えて良かったとのこと。	・サロンへ参加することを心がけていく
(3)	目標を上回った: 炊事は以前より心がけている様子。今回の参加で、色々な話を聞き、勉強できて良かったとのこと。	・1人で料理を作るのは億劫だが、身体の為に現状維持で続けていく
(4)	目標どおり: 目標体重には至らないが、「毎日体重を測る」習慣はついた。	・今後は目標体重を決めていく
総評	<p>日程表に沿って、「みんなの体操」、足踏み運動、ウォーキングを、毎日きっちりと実行できていることに感心しました。</p> <p>外出の回数が減っているとチェック表では気になりましたが、「万歩計」を使用したことで、目標達成に向けて励みになったと思います。</p> <p>1人では何事も億劫になりがちですが、サロンに参加し、目標を共有することで、今後の健康維持に対して意識が向上したと思います。</p>	

(10) ヒアリングからのまとめ

1) 医療機関と地域包括支援センター等の連携

モデル事業の各段階における、医療機関と地域包括支援センター等の連携内容は以下のとおりであった。

① 実施体制の構築

モデル事業の実施に当たっての企画、調整のため、地域によっては特別に医療機関、地域包括支援センターの関係者が集まり、対象者の選定方法等を検討したほか、既存の打ち合わせの場を活用して調整等を行った地域も見られた。

◆ ケース検討会の場を活用しての打ち合わせ

- もともと、行政（地域包括支援センター含む）・医療・福祉の担当者が集まり、主に要介護者を対象としたケース検討会を週1回開催し、地域内の情報共有を図っている。今回のモデル事業はこの流れの中で行われており、特別に会を設定する等の取り組みはしていない。（参照：ヒアリング・国保日南病院）

② 対象者の把握

対象者の把握に際しては、地域包括支援センター、医療機関がそれぞれに有する情報を共有・突合する等の取り組みが見られた。

図表 2-25 地域包括支援センター、医療機関の役割（対象者の把握）

地域包括支援センター	既に把握している2次予防事業対象者や介護予防事業参加者のリストを医療機関側に情報提供。 ※2次予防事業対象者は、健診の際の基本チェックリストによる評価や基本チェックリストの郵送調査による。
医療機関	地域包括支援センターからの情報提供を受け、カルテ等を確認し、受診者でありかつ生活習慣病リスクのある方を抽出。

- 横手市大森地区で介護予防事業に参加している方について、地域包括支援センターから病院へ情報提供いただき、そのなかから大森病院受診者を抽出して選定した。（参照：ヒアリング・市立大森病院）
- 基本チェックリスト等によるスクリーニングを行う対象として、地域包括支援センターで把握している地域の高齢者グループを紹介した。（参照：ヒアリング・平戸市民病院）

③ 対象者のアセスメントとプログラムの検討

対象者に関する情報収集、アセスメント、必要なプログラムの検討のため、地域によっては医療機関、地域包括支援センター、社会福祉協議会等の関係者による合同会議を実施していた。また、必要に応じて地域包括支援センターあるいは医療機関の職員が自宅訪問や面談を行っている。

図表 2-26 地域包括支援センター、医療機関の役割（対象者のアセスメントとプログラムの検討）

地域包括支援センター	既に介護予防事業に参加している対象者の場合には、把握している生活背景に関する情報を収集し、関係者と共有。 必要に応じて自宅訪問等を行い、対象者のアセスメントを実施。
医療機関	検査値等医学データや事業実施上の留意点等に関する情報を提供。各専門職がそれぞれの立場からアセスメントし、必要なプログラムを検討。

◆ 合同会議の開催

- プログラムの検討は、健康福祉健康推進班の保健師、国保直診施設の医師、理学療法士、地域包括支援センターの主任ケアマネで検討した。プログラム検討のためカンファレンスを1回開き、全員で対象者の情報を共有し、プログラムの内容について意見交換をした。（参照：ヒアリング・涌谷町町民医療福祉センター）

◆ 対象者のアセスメントに必要な情報収集・共有

- 限られた項目の情報のみでは対象者にあったプログラムの検討は困難である。例えば、運動プログラムは理学療法士が検討するが、事前評価項目の情報のみでは対象者の総合的な運動能力を把握し課題を設定することはできない。そのため、保健師が対象者の日常生活の様子や主訴等の情報を把握し、それらの情報を、カンファレンスや書面のやりとりを通じてスタッフ間で共有することが必要であった。（参照：ヒアリング・涌谷町町民医療福祉センター）

④ プログラムの実施（介入）

実施形態により、医療機関、地域包括支援センターの役割はそれぞれであった。以下に一例を示す。

図表 2-27 地域包括支援センター、医療機関の役割（プログラムの実施（介入））

地域包括支援センター	地域にて介護予防事業を実施。
医療機関	介護予防事業のタイミングに合わせて病院職員が保健指導、講和等を実施。 病院外来の際に、保健指導、経過のモニタリングを実施。

◆ 包括的なプログラムの実施

- 地域包括支援センターでは従来どおりの介護予防教室を実施し、教室の際に医療機関職員が出向き、生活習慣病に関する保健指導を実施した。（参照：ヒアリング・市立大森病院）
- 週2回は介護予防事業に参加、週1回は病院受診の際に病院職員が保健指導等を行うとともに、経過のモニタリングを実施した。（参照：ヒアリング・いの町立国保仁淀病院）

◆ 対象者の情報共有

- モデル事業のプログラムの実施状況や対象者の状況について、経過管理シート等に記入し、それを病院のカルテに挟むことで、関係者が対象者のモデル事業への参加状況を把握できるようにした。（参照：ヒアリング・涌谷町町民医療福祉センター）
- モデル事業の際に血圧を測定し、その記録を外来受診時に医師に見せるようにした。（涌谷町町民医療福祉センター）

⑤ 事後評価

医療機関の専門職により、それぞれの専門領域から対象者の状況について評価がなされ、今後の課題等が整理されていた。

2) 市町村・地域包括支援センターと医療機関が連携するメリット

◆ 対象者の介護予防・生活習慣病予防・重症化予防に対する動機づけにつながる

複数の地域において、事業関係者より、病院の職員が関わることで、やる気・動機づけにつながっているとの意見があった。

- 医師等病院の職員が関わることで、参加者のやる気につながっている様子であった。また、外来受診のタイミングで面談を行うことも、動機付けとして重要であると感じる。（参照：ヒアリング・涌谷町町民医療福祉センター）
- 包括的プログラムに関するだけではないが、看護師による声掛けで参加希望が零年よりも多くあった。（参照：ヒアリング・国保陶病院）
- （既存の介護予防教室での集団での指導以外にも、病院において）個別的な指導内容で指導を行うことと、来院時での声かけで変化や困ったことはないかなどを確認することで、運動・食事への取組みや継続への意欲につながった。（参照：ヒアリング・いの町立国保仁淀病院）
- 栄養士・理学療法士・保健師による専門的な指導が毎週実施されることで参加の意欲が維持できたようであった。（参照：ヒアリング・国保平戸市民病院）

◆ 潜在的な2次予防事業対象者や生活習慣病リスク保有者を把握することができる

高齢者の多くが何らかの疾患により病院を受診している状況から、従来の方法で把握しきれない介護予防等に対する関心の低い方が把握可能であった。また生活習慣病リスクの高い方については、病院での把握・指導が有効との意見があった。

- 病院の外来受診者のなかには、地域包括支援センターからの基本チェックリストに返信しない方、2次予防事業対象者でありながら教室に参加しない関心の低い方がおり、これら対象者への介入ができる。（参照：ヒアリング・公立甲賀病院）

◆ 要支援・要介護となった際に相談できる場所や医療者との関係が構築できる

対象者のコミュニティーの中に、病院職員が出向いて指導を行った地域では、医療職が関わることで、何かあった場合に相談しやすい関係が構築できるとの意見があった。

- 健康に留意しつつも介護や終末期についても前向きに話し合うことができた。いざ介護状態となったときに相談できる場所や医療者との関係が構築できたと感じる。（参照：ヒアリング・国保日南病院）

◆ 多職種が関わることにより、総合的なプログラムが実施できる

理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師等が関わることで、それぞれの専門領域から必要な保健指導等が行われていた。

- 理学療法士によるストレッチ・筋力トレーニング指導、歯科衛生士による口腔機能向上のトレーニング指導、栄養士・保健師による栄養に関する講話、事務職員等によるお茶会等を実施した。なお、保健師はすべてについて関与している。（参照：ヒアリング・国保和良診療所）

◆ 介護予防事業への参加終了後、医療機関で継続的なフォローが可能である

期間が限られた介護予防事業が終わった後でも、定期的に受診する医療機関が関わることで、その後の生活習慣見直しのフォロー等が可能となるとの意見があった。

3) 事業実施に当たっての地域資源の活用

◆ ボランティアによる運営支援

教室の開催に当たり、介護予防サポーターと呼ばれるボランティアの協力を得ながらモデル事業を実施した地域があった（国保陶病院）。

事業関係者からのヒアリング及びアンケート調査より、ボランティアの協力による効果として以下が挙げられた。

- ① 専門職のマンパワーが限られている中、週1回の教室開催を継続するためにはボランティアの協力が大きな支えとなる。
- ② 自主グループに参加しているボランティアがいることで、事業終了後にも自主グループに参加しやすい環境につながる。

その点、市町村単位で実施する場合には、医療・介護の知識のあるボランティアの力量によるところが大きいのではないかとの指摘もあった。また、個別対応のためにはボランティアの方にも知識と目的を理解してもらい、チームを作ることも有効ではないかとの意見があった。

- ※ 香川県綾川町では、平成18年度からサポーター養成講座（「まなびあい講座」）を開いており、住民は研修終了後、「介護予防サポーター」としてボランティア活動を行うことができる。なお、講座は、運動や栄養、認知症への理解など、必要な知識を身に付ける全8回からなる。

4) 生活習慣病リスクを有する高齢者への介入にあたってのポイント・配慮

地域によっては、心疾患の患者がいるため、看護師が必ず1名は参加するようにした等の対応がなされていた。

また、今回のモデル事業では対象となる方がいなかったが、運動等の強度によっては、医師の関与が必要となる可能性があるとの意見があった。なお、地域によって医師の関与は様々であったが、プログラム内容の妥当性の評価、経過の確認、検査値データの説明、生活習慣病等に関する講話等で関わっていた。

生活習慣病に関する介入としては、検査値結果に基づき、生活習慣の見直しを図る介入がなされていた。

➤ 高血圧の対象者への介入

事例： 高血圧で服薬治療中の方で、事前評価の際、血圧が200/80 mmHgと高値であった。

配慮： 事前に医師に運動の可否について確認し、許可を得た。教室の際、毎回血圧を測定した。

介入： 内服管理、定期的な測定の実施を目標とし、毎日血圧を測定して記録するよう指導。定期受診の際、記録を医師に見せることとした。

(涌谷町民医療福祉センター)

➤ 高脂血症の対象者への介入

事例： 事前評価の際、中性脂肪が163 mg/dlと高値であった。

配慮： 脂質コントロールのため、管理栄養士によるアドバイスを実施した。

介入： 食事療法のパンフレットを配布。4日間の食事記録及び減塩記録をつけてもらい、管理栄養士からの指導を実施。対象者(男性)の希望もあり、指導の際、妻も同席。

(国保平戸市民病院の場合)

➤ 糖尿病・肥満の対象者への介入

事例： 糖尿病で服薬治療中の方。事前評価の際、BMI30.8、腹囲100.2cmであった。

配慮： 薬剤師による正しい服薬管理を実施。肥満に関しては食事と運動により改善を目指す。

介入： 食事摂取量の確認、メニュー作成時の食品の選び方等について指導。

(いの町立国保仁淀病院の場合)

第3章

まとめ

1. 介護予防、生活習慣病予防・重症化予防の包括的事業実施の意義

高齢者の多くは何らかの疾患を有しており、介護予防事業実施にあたっては、生活習慣病等も考慮する必要がある。高齢者の自立支援という観点からは、「生活機能の低下の予防、維持・向上に着目し、しかも一人ひとりの健康状態・機能レベルに応じて、生活習慣病予防と介護予防を一体的に推進していく必要がある」（介護予防マニュアル改訂版について、平成21年3月）とされており、介護予防、生活習慣病予防・重症化予防を一体的に推進する必要性が指摘されている。

一方で、現状の制度を見ると、高齢者に対する保健事業、介護予防事業はそれぞれ異なる制度下で実施されており、高齢者の一人ひとりの健康問題が、制度、実施主体によって分断される可能性がある。

本調査研究においては、市町村、医療機関が連携し、高齢者の介護予防、生活習慣病予防・重症化予防を包括的に実施する事業を試行的に取り組み、その効果の評価を通じて、効果的な事業実施方法及び事業実施上の課題について検討した。

■ 多様なプログラムの実施による生活機能の向上

従来の介護予防事業では、運動器の機能低下に対するプログラムが中心であった。一方、モデル事業での生活習慣病予防・重症化予防も考慮した介護予防事業（包括的プログラム）では、運動プログラムに加え、対象者の状況に応じて、栄養指導、口腔ケアの指導等を行っている。これにより、参加者の多くは、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。事業期間が短いこともあり、検査値等客観的指標には大きな変化は見られなかったが、取組みを継続することで、介護予防、生活習慣病予防・重症化予防の効果が期待される。生活機能の向上のためには、運動のみでなく、生活全般を見直す必要があることから、介護予防として運動のみを実施するのではなく、生活習慣にも関わる多様なプログラムを実施することが重要と考えられる。

■ 多職種が関与することによる効果

包括的プログラムでは、対象者の状況に応じて、医療専門職が関与することとした。モデル事業では、多職種が関わることで、各専門領域から問題を抽出でき、適切な指導内容を設定することができた。また、対象者にとっては、多職種が関わることで、自身ではこれまで気付かなかった問題を認識できること、専門的な指導が受けられること等のメリットがあった。また、特に医療機関の職員が関わることで、普段聞けないような内容を相談できる、モチベーションの向上につながるといった効果も得られた。

2. 介護予防、生活習慣病予防・重症化予防の包括的事業実施のあり方

(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、健診あるいは郵送調査にて基本チェックリストを用いてスクリーニングを行い、対象者を把握している。しかし、これらの方法では、健診未受診者や未回答者については把握できない。

モデル事業では、主に以下の3つの方法が採用されたが、上記課題への対応方策としては、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有効と考えられる。

特に、高齢者の多くが何らかの疾患を抱えて医療機関を受診している現状を鑑みれば、健診未受診者や郵送調査の未回答者であっても、医療機関を受診している者は多いと考えられる。実際、モデル事業では、病院の外来受診者から抽出した対象者のなかに、2次予防事業対象でありながら事業に参加していない者がいた。

このように、漏れがないよう、より多くの対象者を把握するためには、様々なアプローチ方法を検討する必要がある。そのためには、地域包括支援センター、医療機関、住民グループ等、関係機関との連携が必要不可欠である。

図表3-1 対象者の把握方法

方法	成果・課題・留意点
①地域包括支援センターで既に把握されている2次予防事業対象者のリストを病院受診者の情報とつき合せて把握	(課題) <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターで把握されていない者は対象者にあがってこない ・個人情報保護への配慮
②病院の外来受診者のうち、介護保険未申請者を抽出	<ul style="list-style-type: none"> ・健診未受診者や介護予防事業に不参加の者が把握できる (課題) <ul style="list-style-type: none"> ・マンパワーの確保 ・医療機関を受診しているため、介護予防や保健指導に関する関心が薄い者が多い
③地域の高齢者グループに対して基本チェックリストによるスクリーニング及び医療機関でのカルテ情報確認	(課題) <ul style="list-style-type: none"> ・マンパワーの確保 ・医療機関からの情報提供が必要 ・複数医療機関を受診している場合の情報の把握

(2) プログラムの検討

介護予防、生活習慣病予防・重症化予防では、筋力低下や転倒予防、関節痛緩和といった運動面での介入や、栄養状態や口腔機能の低下に対する介入、閉じこもり予防のための外出機会と交流の場の提供等、介護予防を目的とした関わりのほか、服薬管理や受診等の疾病の管理及び生活習慣病に影響する食事等の生活習慣に関する指導が加わる。介護予防、生活習慣病予防・重症化予防に関する介入は重複する部分もあるが、生活習慣病の場合はより個別性の高い関わりが求められる。

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。モデル事業では、通常業務と並行して実施したため、多職種が集まって検討する機会を確保することが困難との意見が多かったが、情報共有のためのツール等を活用して対応していく必要がある。

なお、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

介入形態をみると、モデル事業では集団指導のみ、集団指導と個別指導の組合せ、個別指導のみ等、それぞれであった。

モデル事業では、集団で実施する場合は、そこで小さなコミュニティが形成され、お互い励まし合いながらプログラムを継続できる、友人が出来て、閉じこもりの予防になる、といった効果があった。一方で、画一的なプログラムになりやすいという問題があった。

個別で実施する場合は、個別性の高い指導が行われること、一人ひとりに時間がかけられることから、満足度が高くなる傾向が見られた。ただし、集団で実施するような効果はあまり得られない。

それぞれの支援形態の特徴を踏まえ、対象者の健康課題に応じて必要な支援形態を組み合わせることが必要である。

(4) 円滑な実施に向けた取組み

■ 情報共有

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、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かった。関係機関間での関わりを共有する仕組みが必要である。

■ 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。

3. 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み、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。

一方で、モデル事業関係者からは、国保直診施設、市町村、地域包括支援センターの連携が重要であると認識しているものの、連携体制が十分でなかったという声が聞かれた。

この点については、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、今回の事業で初めて介護予防事業について地域包括支援センターと医療機関との間で話し合いがもたれたと等、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も背景にあると予想される。その他、連携の際の問題点として、「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」、「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」、「協議の場がない」といった事が指摘された。

これらの問題点を解決しつつ、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

地域診断にて地域の健康課題及び地域資源を把握し、その上で介護予防等必要な対策を市町村、地域包括支援センター、医療機関等が一体となって取組みむ必要がある。

② 顔の見える関係づくり

各関係機関がそれぞれどのような事業を実施しているのかについて情報を共有し、日頃から顔の見える連携を構築することが必要である。その上で、地域包括支援センター、医療機関等それぞれでどのような役割を担うことができるのか等を検討する必要がある。

③ 地域ケア会議等、多機関・多職種が協議できる場の確保

限られたマンパワーの中で①、②を可能とするため、地域ケア会議やサービス担当者会議等の機会を捉えて、各関係者が集まり、地域の健康課題について情報共有、議論する場を確保することが求められる。

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）対象者像の設定

モデル事業では 65 歳以上の高齢者を対象として事業参加を募り、実際には平均年齢 78 歳の方々に介護予防、生活習慣病予防・重症化予防を実施した。しかし、閉じこもりを予防し、生きがいを持って生活を送ることを目標とするのであれば、厳密な保健指導は必ずしも必要ない。

事業では、平均年齢 70 歳代後半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取組みが必要である。

また、閉じこもり傾向があった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という点も今後の検討課題である。

(4) 資源が限られている地域での対応

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、必要な指導を行っていた。

1つの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。

また、どうしても専門職が確保できない場合、専門職でなくともある程度介護予防、生活習慣病予防・重症化予防について指導できるような人材育成、マニュアル等の補助的な仕組みを活用することで、資源の限られた地域であっても、包括的な事業に取り組めることが期待される。

(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。また、自宅で出来るような簡単なプログラムや、日常生活で活用できるツール類（活動記録票や体操のプログラム等）を作成することも有効と考えられる。

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必要がある。

資料編

モデル事業実施要領

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事業

介護予防、生活習慣病予防・重症化予防の包括的モデル事業

実施要領

< 目次 >

I 調査研究事業の背景・目的	1
II モデル事業全体像	1
III 事業実施事項	3
IV 全体スケジュール	6
関連資料	

I 調査研究事業の背景・目的

現在市町村では、介護予防事業と生活習慣病に着目した特定保健指導等が、各制度のもと実施されていますが、このような状況においては、一人の健康問題が制度により分断される可能性があります。

高齢者の多くが何らかの疾患を抱えていることを鑑みれば、介護予防事業の実施にあたっては、生活習慣病予防・重症化予防の観点も含めたサービスを提供することが必要と考えられます。

高齢者を、介護予防、生活習慣病予防・重症化予防の観点から支援するうえでは、今後、生活の場である市町村が主体となって、制度の切れ目、医療・介護・予防の切れ目をなくし、介護予防及び生活習慣病予防・重症化予防を含めた包括的な介護予防事業を実施することが求められます。

これらを踏まえ、本事業は、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モデル事業として試行的に実施し、その効果の評価を行い、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言することを目的としております。

調査研究事業の趣旨へのご理解、事業実施へのご協力を賜りたくお願い申し上げます。

II モデル事業全体像

モデル事業は、全国で9地域（国保直診施設）を対象に実施いたします。

事業実施期間は、倫理審査委員会等の準備を含めて平成23年10月～1月です。

【モデル事業のねらい】

- ✓各施設、地域での取り組みを通じて、事業実施体制、プログラム等を検証し、それぞれの課題を整理するとともに、効果的と思われる介護予防・生活習慣病予防・重症化予防に関する包括的な事業実施方法について検討し、政策提言につなげることをねらいとしています。

介護予防、生活習慣病予防・重症化予防の包括的モデル事業

	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
<p>対象者の把握 (11月)</p> <p>事前評価</p> <p>介入 (～1月)</p> <p>評価 (1月末)</p>	<p>・事業対象者の把握</p> <p>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</p> <p>→</p> <p>・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)</p> <p>→</p> <p>・既存の介護予防事業 ・国保直診での生活習慣病指導</p> <p>→</p> <p>・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</p>	<p>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</p> <p>→</p> <p>・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)</p> <p>→</p> <p>・既存の介護予防事業</p> <p>→</p> <p>・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</p>	<p>データ提供可能な地域において、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</p> <p>※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</p>

Ⅲ 事業実施事項

1. 関係機関への事業協力依頼・実施体制構築（関連資料1，2）

- ・本事業では、各地域において、以下の内容を実施します。
 - 各地域につき、二次予防事業対象者でかつ生活習慣病のリスクがある方最低10名についてご協力いただきます。うち最低5名は、国保直診施設受診者とします。
 - 上記のうち国保直診施設受診者（最低5名以上）については、既存の介護予防事業のほか、国保直診施設での介護・生活習慣の観点を含んだ介入を行う「包括的なプログラム」を実施します。
 - ほかの方（最低5名以上）については、既存の介護事業のみに参加いただく「従来のプログラム」を実施します。
 - プログラムの実施前後で基本チェックリストの該当状況、血圧等の生化学検査値、行動変容の状況等について情報を収集します。
- ・事業実施にあたり、関係機関との事業実施体制の検討、倫理審査委員会等についてご対応お願い申し上げます。

2. 事業対象者の把握（関連資料2，3）

- ・1地域につき、二次予防事業対象者であり、かつ生活習慣病（高血圧、高脂血症、糖尿病）リスクのある方10名以上にご協力いただきます。うち最低5名は国保直診施設受診者とします。
(対象者把握の時点で、介護予防事業に既に参加しているかどうかは問いません)
- ・対象者の把握方法については、各地域、施設で任意に実施します。

※把握方法の例

- ・外来患者や退院患者で65歳以上の方に対して基本チェックリストを用いてスクリーニングを実施し、かつ生活習慣病のリスクについて確認
- ・地域包括支援センターで既に二次予防事業対象者として把握されている方のうち、国保直診施設に受診しているかどうかを確認
- ・市町村で保有している基本チェックリストの結果をもとに、事業対象者となる候補を確認

【選定条件】

- ・年齢・・・65歳以上の二次予防事業対象者*
- ・生活習慣病リスクのあるもの
 - 腹囲：男性 85cm 以上、女性 90cm 以上、または BMI 25 以上
 - 高血圧：収縮期血圧 130mmHg 以上または拡張期血圧 85mmHg 以上、あるいは服薬治療中のもの
 - 糖尿病：空腹時血糖 100mg/dl 以上または HbA1c 5.2%以上、あるいは服薬治療中のもの
 - 高脂血症：中性脂肪 150mg/dl 以上または HDL コレステロール 40mg/dl 未満、
あるいは服薬治療中のもの
- 喫煙歴：喫煙歴あり

3. 割り付けと事前評価 （関連資料 3, 4）

- ・上記で把握された方のうち、国保直診施設受診者 5 名は「包括的なプログラム」、そのほか 5 名は「従来のプログラム」に割りつけます。
- ・いずれのプログラムの対象者についても、事前に基本チェックリスト、行動変容の状況、運動機能（握力、片足立ち、Time up & go テスト、歩行時間）、生化学検査*（HDL コレステロール、中性脂肪、LDL コレステロール、HbA1c、アルブミン）、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲、血圧）、生活習慣病の治療状況について情報を収集します。

※標記検査項目について、各施設で生化学検査を実施してください。

4. プログラムの検討および介入 （関連資料 5, 6, 7）

- ・「包括的なプログラム」対象者については、以下の要件を満たすように、各対象者に適したプログラムを検討し、実施してください。 検討にあたっては、市町村、地域包括支援センター、国保直診施設関係者が連携してプランを作成してください。
 - ①介護予防事業については、既存の介護予防事業のうち対象者に適切と思われるプログラムを組み合わせ、参加していただく（既に参加している場合には継続して参加いただく）。その際、地域に戻って参加者自身が介護予防等に取り組めるよう、可能な限り地域での活動を含める（地域サロンへの参加等）。
 - ②加えて、国保直診施設において、外来受診などのタイミングを活用し、生活習慣病に関連した必要な指導を行う（栄養指導等）。この際、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関わりを行う。
 - ③何らかの形で多職種（医師、歯科医師、看護師、保健師、PT・OT・ST 等）が関与することとする。
 - ④事業実施期間中、1 週間に 1 回、介護予防・生活習慣病予防・重症化予防を問わず、何らかの介入・活動を行う。

- ・「従来のプログラム」対象者については、従来通りの手順で、既存の介護予防事業にご参加いただいでください。
- ・すべての対象者において、運動量を把握するため、第1回目の介入から1週間、別途配布する万歩計を用いて1日ごとの歩数を記録していただいでください。
- ・事業の経過については、後で把握できるよう、記録してください。
- ・月1回は、市町村、地域包括支援センター、国保直診施設関係者がモデル事業について会議を行い、対象者の状況把握や事業の進捗状況について情報を共有してください。必要に応じてプログラムの見直し等を行ってください。

5. 事後評価（関連資料8, 9, 10）

- ・モデル事業実施期間終了時点（平成24年1月末）で、すべての対象者について、基本チェックリスト、行動変容の状況、運動機能（握力、片足立ち、Time up & go テスト、歩行時間）、生化学検査*（HDL コレステロール、中性脂肪、LDL コレステロール、HbA1c、アルブミン）、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲、血圧）について収集可能な情報について確認し、プログラム実施前後での個人内変動について評価します。併せて、目標の達成度について評価します。

※標記検査項目について、各施設で生化学検査を実施してください。

- ・その他、すべての対象者について、事業に参加しての満足度やプログラムの改善点等について調査（満足度調査）を行います。本調査は、各事業実施機関の関係者により聞き取り調査で実施してください。

6. 事業関係者に対する事業実施後アンケート（関連資料11）

- ・包括的な事業実施にあたっての課題、必要な体制・取り組み、プログラムの改善点等について把握するため、事業実施に関わったすべての職員（市町村、地域包括支援センター、国保直診施設等）を対象に以下の項目についてご回答いただきます（アンケート調査）。調査結果は、各国保直診施設にてとりまとめのうえ、事務局に送付してください。
- ・あわせて、グループインタビューへのご協力をお願いいたします。
 - 現状における介護予防、生活習慣病予防等の事業実施にあたっての問題点
 - 包括的な事業実施体制の構築にあたって実施したこと・困難であったこと
 - 包括的な事業実施にあたっての課題、関係者に期待される役割
 - 効果的と思われる包括的な事業プログラム

Ⅳ 全体スケジュール

事業内容	平成 23 年				平成 24 年		
	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月
事業説明会	○						
倫理審査委員会等		(随時)					
対象者の把握							
モデル事業実施							
グループインタビュー							
事業結果まとめ							

※11 月末を目途に対象者を確定してください。

※一部資料について事務局に提出していただきます。提出資料、提出締め切り、および提出先については次ページをご参照ください。

《事務局への資料提出スケジュール》

時期		提出資料	締め切り
10月	・倫理審査委員会	□（関連資料1）倫理審査委員会申請資料	10/21(金) ※10/21 時点の提出では資料案で可 ※承認通知後、申請資料確定版と承認通知の 写しを事務局へ提出
10月 ～ 11月	・対象者の把握 ・割り付け	□（関連資料3）対象者管理リスト	10/26(水) ※10/26 時点では候補者リストで可 ※確定次第、随時更新情報を事務局へ送付 （11月末を目途に対象者を確定）
	・事前評価 ・プログラムの 検討	□（関連資料4）モデル事業対象者に関する 基本情報シート（事前評価） □（関連資料5）モデル事業対象者のプロ グラムに関するシート	11/25（金） ※11/30 時点の資料を提出 ※以降は、随時更新情報を事務局へ送付
順次 ～1月	・介入	□（関連資料6）運動記録表 □（関連資料7）経過管理シート	11/25（金）・12/22（木）・1/25（水） ※各時点のものを提出 ※1/25 には最終版を提出
1月末	・事後評価	□（関連資料8）モデル事業対象者に関する 基本情報シート（事後評価） □（関連資料9）目標評価シート □（関連資料10）事業参加 満足度調査	1/25（水）
	・グループインタビュー	□（関連資料11）事業関係者 事業終了後 アンケート	1/25（水）

資料提出先

社団法人全国国民健康保険診療施設協議会（国診協）

E-mail : office@kokushinkyo.or.jp

FAX : 03-6809-2499

関連資料

関連資料 1	倫理審査委員会 審査申請書	9
関連資料 2	事業参加のお願い・参加同意書	18
関連資料 3	対象者管理リスト	22
関連資料 4	モデル事業対象者に関する基本情報シート（事前評価）	23
関連資料 5	モデル事業対象者のプログラムに関するシート	25
関連資料 6	運動記録表	27
関連資料 7	経過管理シート	28
関連資料 8	モデル事業対象者に関する基本情報シート（事後評価）	29
関連資料 9	目標評価シート（事後評価）	31
関連資料 10	事業参加 満足度調査.....	32
関連資料 11	事業関係者 事業終了後アンケート.....	34

倫理審査委員会 審査申請書

1. 申請者（この項目は承認された場合は直ちに公開します）

氏名		
所属・役職		
連絡先	〒	
	Tel	Fax
	E-mail	

2. 研究課題

高齢期の者に対する生活習慣病予防・重症化予防の観点を含めた包括的な介護
予防事業の効果的な実施方法のあり方に関する研究

3. 研究組織（申請の段階で予定されている研究者をすべて挙げる。複数の研究組織で実施する研究の場合にはそれぞれの役割や関係を明記すること。）

○主任研究者

研究者氏名	所属	分担項目

○分担研究者

研究者氏名	所属	分担項目

4. これまでの研究進捗状況

現在市町村では、介護予防事業と生活習慣病に着目した特定保健指導等が、各制度のもと実施されているが、このような状況においては、一人の健康問題が制度により分断される可能性がある。

高齢者の多くが何らかの疾患を抱えていることを鑑みれば、介護予防事業の実施にあたっては、生活習慣病予防・重症化予防の観点も含めたサービスを提供することが必要と考えられる。

高齢者を、介護予防、生活習慣病予防・重症化予防の観点から支援するうえでは、今後、生活の場である市町村が主体となって、制度の切れ目、医療・介護・予防の切れ目をなくし、介護予防及び生活習慣病予防・重症化予防を含めた包括的な介護予防事業を実施することが求められる。

これらを踏まえ、本事業は、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モデル事業として試行的に実施し、その効果の評価を行い、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。

5. 研究計画（目的、方法、対象者、用いる情報、研究期間を明示し、2000字以内にまとめる）

（1）目的

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モデル事業として試行的に実施し、その効果の評価を行い、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検討することを目的とする。

（2）方法

65歳以上の高齢者で条件を満たす対象者を、各地域で10名以上募集し、地域ごとに「包括的なプログラム」「既存のプログラム」に最低5名ずつ、任意に割り付けてプログラムを実施する。「包括的なプログラム」においては、既存の介護予防事業のほか、医療機関（国民健康保険直営診療施設）で介護予防、生活習慣病予防・重症化予防の観点を含んだ指導等を行う。「既存のプログラム」においては、従来どおり、既存の介護予防事業を行う。プログラム実施前後で評価項目について情報を収集し、プログラムの効果評価を行う。また、プログラム実施者等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行い、介護と生活習慣病の包括的な介護予防事業の実施上の課題等について評価する。

①対象

対象となる地域は国民健康保険直営診療施設（国保直診施設）のある地域とし、市町村、地域包括支援センター、国保直診施設が連携して事業実施にあたる。各地域では④に示す選定条件を満たす対象者10名以上を選定し、「包括的なプログラム」「既存のプログラム」に最低5名ずつ割り付ける。

②収集する特定健診等情報

本事業にご協力いただける方のうち、国保被保険者については、特定健診等データとのマッチング結果をご提供いただく。本事項は、提供可能な地域のみとし、必須事項ではない。

③同意取得方法と割り付け方法

選定条件を満たし、本事業の目的と意義および負担について説明したうえで、文書で参加に同意した対象者を、任意で割り付ける。事業に参加する施設、市町村、地域包括支援センターにおいては、対象者となる候補を見つけた場合、除外条件を除くことを確認したのち、対象者ごとに匿名化 ID を決定する。各地域において2つのプログラムに割り付けを行い、その結果を事務局に連絡する。なお、割り付けの際は、可能な限り、2つのプログラム間で年齢、性別が偏らないように配慮する。

④選定条件

【選定条件】

- ・年齢・・・65歳以上の二次予防事業対象者*
- ・生活習慣病リスクのあるもの
 - 腹 囲：男性 85cm 以上、女性 90cm 以上、または BMI 25 以上
 - 高 血 圧：収縮期血圧 130mmHg 以上または拡張期血圧 85mmHg 以上、
あるいは服薬治療中のもの
 - 糖 尿 病：空腹時血糖 100mg/dl 以上または HbA1c 5.2%以上、
あるいは服薬治療中のもの
 - 高脂血症：中性脂肪 150mg/dl 以上または HDL コレステロール 40mg/dl
未満、あるいは服薬治療中のもの
 - 喫 煙 歴：喫煙歴あり
- ・国保直診施設受診者（包括的なプログラムの対象者として必須条件）

*把握にあたっては、国保直診施設の外来にて基本チェックリストを用いてスクリーニングを行う、地域包括支援センターなどで既に二次予防事業対象者として把握されている者から対象者を選定する等、各地域、施設で任意に実施する。

*選定の段階で、既存の介護予防事業に参加しているかどうかは問わない。

【除外条件】

- ・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もの
- ・心筋梗塞や脳卒中の既往をもつもの
- ・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
- ・HbA1c 8.0%以上の高値例

⑤打ち切り

対象者が入院を必要とした場合、主治医が不適切と判断した場合、対象者が事業をやめたいと申し出た場合に打ち切りとする。

⑥割り付け方法

選定条件を満たし、参加に同意した受診者を個人ごとに、各地域で任意に「包括的なプログラム」「既存のプログラム」のどちらかに割り付けていただく。その際、可能な限り2つのプログラム間で年齢、性別が偏らないように配慮する。

⑦費用負担

原則、患者への費用負担はない。既存の介護予防事業で、従前より参加費をとっている場合には、その分は患者自身により支払っていただく。

患者に対する事業協力費の支給は行わない。

⑧介入までの流れ

- 1) 同意を取得した対象患者について割り付けを行った後、事前評価項目について情報を収集し、事務局へ報告する。なお、事前評価項目の情報収集にあたり、すべての対象者に対して生化学検査（HDL コレステロール、中性脂肪、LDL コレステロール、HbA1c、アルブミン）を行う。
- 2) さらに、対象者について必要と思われるプログラムを検討し、プランを作成する（対象者が既に参加しているプログラムがあれば、引き続き参加していただく）。順次事業にご参加いただく。

⑨評価項目

【評価項目】

血圧

HDL コレステロール

LDL コレステロール

中性脂肪

HbA1c

アルブミン

身長

体重

腹囲

BMI

行動変容ステージ

運動機能評価（握力、片足立ち、Time up & go テスト、歩行時間）

基本チェックリストの該当状況

【評価回数】

上記の評価項目について、事業参加前後の2時点について情報を収集する。
なお、生化学検査項目（HDL コレステロール、中性脂肪、LDL コレステロール、HbA1c、アルブミン）については、事業実施前後の計2回、生化学検査を行う。

⑩満足度調査の実施

【調査項目】

事業終了後、対象者に対して以下の項目について聞き取り調査を実施する。
プログラムの内容に対する満足度
プログラム参加による行動変容・意識変容の状況
普段の生活での取り組み 等

【調査方法】

事業実施機関の職員により対象者に対して聞き取り調査を行う。調査内容は所定の様式に記入する。記入の際、匿名化IDで管理し、対象者の氏名等個人情報記載しない。

⑪エントリー期間

各地域におけるエントリー期間は約1か月とする。

⑫「包括的なプログラム」「従来のプログラム」の Protokol

- ・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し、提供する。
- ・事業開始時点で既存の介護予防事業に参加している場合には継続して参加いただく。

【包括的なプログラム】

- ・対象者に必要と思われる既存の介護予防事業を組み合わせサービスを提供する。
- ・さらに、医療機関（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行う。
- ・プログラムの検討にあたっては、以下の要件を満たすものとする。
 - 1) 介護予防事業については、既存の介護予防事業のうち対象者に適切と思われるプログラムを組み合わせ、参加していただく（既に参加している場合には継続して参加いただく）。その際、地域に戻って参加者自身が介護予防等に取り組めるよう、可能な限り地域での活動を含める（地域サロンへの参加等）。
 - 2) 加えて、国保直診施設において、外来受診などのタイミングを活用し、生活習慣病に関連した必要な指導を行う（栄養指導等）。この際、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関わりを行う。

- 3) 何らかの形で多職種（医師、歯科医師、看護師、保健師、PT・OT・ST等）が関与することとする。
- 4) 事業実施期間中、1週間に1回、介護予防・生活習慣病予防・重症化予防を問わず、何らかの介入・活動を行う。

【従来のプログラム】

- ・対象者に必要と思われる既存の介護予防事業を実施する。
- ・なお、いずれのプログラムの対象者においても、運動量の把握のため、第1回目の介入から1週間、別途配布する万歩計を用いて1日ごとの歩数を記録していただく。

⑬実施者への説明会実施

本事業の実施方法について、各地域の担当者を対象に説明会を実施する。

⑭事務局業務

【事業の実施】

事業の目的、事業実施方法等について説明会を実施し、実務が円滑に進むための体制を整備する。

【問い合わせ対応】

事業実施中、随時問い合わせ等を受け付ける。

【対象者に関する情報の収集、整理】

前項に示す評価項目やアンケート調査結果について、事業実施地域からの情報提供を受け、事務局にて一括して情報を整理する。

【進捗管理】

各地域における対象者の選定状況、プログラムの実施状況を把握し、適切な事業が実施されるよう進捗管理を行う。随時事業実施地域で情報共有を行う。

⑮各地域の実施体制

「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事業」検討委員会作業部会の委員が各地域の主任研究者となり、医療機関、市町村、地域包括支援センター等の関係者と連携しながら事業を実施する。

6. 試料の種類、量、保存方法とその必要性、廃棄方法とその際の匿名化の方法
対象者について収集する資料は⑨、⑩の通りである。
データの収集は各地域で実施し、匿名化IDを用いて事務局へ送付する。
生化学検査項目の収集のため採血を行うが、生体試料の保存は行わない。

7. 本研究で明らかになることが期待される事項

現在市町村では、介護予防事業と生活習慣病に着目した特定保健指導等が、各制度のもと実施されているが、このような状況においては、一人の健康問題が制度により分断される可能性がある。介護予防、生活習慣病予防・重症化予防の観点から高齢者を支援するうえでは、市町村が主体となって、制度の切れ目をなくし、包括的に事業を実施することが求められる。包括的な事業実施に向けては、既存の事業の見直し、実施体制整備、効果的なプログラムの検討が必要である。

本事業においては、市町村と医療機関が連携して包括的な介護予防事業をモデル事業として実施し、プログラムの効果評価を行う。これにより、効果的なプログラムを検討するための基礎資料を得るとともに、モデル事業実施体制を通じて、包括的な介護予防事業実施に必要な体制について検討可能である。これらの知見の蓄積により、今後の介護予防、生活習慣病予防・重症化予防のための包括的な事業実施方法についての提言につなげることができると考えられる。

8. 対象者の負担（調査票記載、採血の有無、長期間の追跡、等。具体的に記載する。）

対象者には生活習慣病予防・重症化予防の観点も踏まえた介護予防事業に参加していただく。そのために交通費が別途必要な場合は対象者にご負担いただく。事業参加前後において、⑩に示す情報について聞き取り調査を行うための時間をいただく。事業実施前後で生化学検査を受けていただくが、事業の一環で実施するものであり、対象者に検査費用の負担は生じない。

9. 健康被害への補償

モデル事業実施中やモデル事業終了後に健康被害が生じることがあっても、それに対する金銭的な補償は、一般的な臨床試験と同様に実施しないが、当該医療機関において適切な治療を行う。

10. 対象者のインフォームド・コンセント（文書を用いて説明する場合には、その文書を添付すること）

対象者全員から、書面による同意を得る。

11. 個人情報保護のための方策

すべての個人情報は各施設で管理し、すべての調査票および検査項目について検査機関および事務局には匿名化 ID および年齢、性別のみで報告する。報告された情報は、モデル事業の目的にのみ使用されるものである。

1 2. 事務局業務の委託

本モデル事業の事務局業務の遂行にあたって、事務局たる全国国民健康保険診療施設協議会は、その業務の一部をみずほ情報総研株式会社に委託する。対象者の情報の収集、整理にあたっては、個人情報には匿名化されて管理される。

なお、委託先であるみずほ情報総研株式会社は、財団法人日本情報処理開発協会（JIPDEC）プライバシーマーク認定事業所である（JIS Q 15001:2006「個人情報保護マネジメントシステム-要求事項」準拠）。

対象者の個人情報は匿名化されて慎重かつ適切に保護・管理され、紛失、漏えい、誤用、改ざんを防止するために適切な安全対策を講じる。具体的には、対象者に関する情報は匿名化 ID にて匿名化されたものを取り扱うこととし、関連の情報はかぎのかかる専用の保管庫に保管する。得られた情報は本モデル事業の目的以外に利用しない。

1 3. 遺伝情報の開示に関する考え方（ヒトゲノム・遺伝子解析を含む研究の場合のみ）

なし

1 4. 遺伝カウンセリングの必要性およびその体制（ヒトゲノム・遺伝子解析を含む研究の場合のみ）

なし

1 5. 試料を組織バンクなど他の組織に提供する予定の有無

なし

1 6. 他の倫理審査委員会（またはこれに相当するもの）への申請状況（予定を含めて）

当施設を含む以下の全 9 か所の国民健康保険直営診療施設にて申請。

秋田県・市立大森病院	鳥取県・日南町国保日南病院
宮城県・涌谷町町民医療福祉センター	香川県・綾川町国保陶病院
岐阜県・国保和良診療所	高知県・いの町立国保仁淀病院
岐阜県・国保坂下病院	長崎県・国保平戸市民病院
滋賀県・公立甲賀病院	

1 7. 結果の公開方法

厚生労働省労働局所管 平成 23 年度老人保健健康増進等事業「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事業」報告書に報告される予定。その際、対象者を特定できる情報は含まれない。

1 8. 研究費の出所（予定も含めて）

厚生労働省労働局所管 平成 23 年度老人保健健康増進等事業の一環として、実施主体である全国国民健康保険診療施設協議会より。

- 19. 本研究の倫理的な問題点（もしあれば）
なし
- 20. 倫理品委員会への依頼事項（もしあれば）
なし
- 21. 前回申請との変更点（再申請の場合のみ）
今回が初回のため該当なし

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事業
介護予防、生活習慣病予防・重症化予防の包括的モデル事業

事業参加のお願い

【事業への協力の任意性と撤回の自由】

- ・この事業への協力の同意は、あなたの自由意思で決めてください。強制はいたしません。同意しなくても、あなたの不利益になるようなことはありません。
- ・いったん同意した場合でも、あなたが不利益を受けることなく、いつでも同意を撤回することができます。あなたの検査値などの情報は廃棄され、事業の目的に用いられることはありません。ただし、同意を取り消した時に、既に事業結果が公表されていた場合等においては、事業結果等を廃棄することができない場合があります。ご了承ください。

【事業の目的、内容】

- ・現在市町村では、「介護予防事業」と生活習慣病に着目した「特定保健指導等」が、各制度のもと実施されていますが、このような状況においては、一人の健康問題が制度により分断される可能性があります。
- ・高齢者の方の多くが何らかの疾患を抱えていることを鑑みれば、介護予防事業の実施にあたっては、生活習慣病予防・重症化予防の観点も含めたサービスを提供することが必要と考えられます。
- ・本事業では、65歳以上の高齢者を対象とし、市町村と医療機関（国保直診施設）が連携して、介護予防と生活習慣病予防・重症化予防の双方を考慮したプログラムをモデル事業として実施し、その効果の評価を行い、高齢者に対する効果的な介護予防、生活習慣病予防・重症化予防の事業実施方法について提案することを目的としています。
- ・なお、本事業の結果は、厚生労働省、全国国民健康保険診療施設協議会から公表される報告書で報告されます。その際、個人が特定される情報は含まれません。

【プログラム内容】

- ・参加に同意いただいた対象者様について、事業実施機関側で、介護・生活習慣病予防の双方のための「包括的なプログラム」と、介護予防のみに重点をおく「従来のプログラム」のどちらかに区分いたします。
- ・「包括的なプログラム」の対象となった方には、市町村等で実施している既存の介護予防事業（健康教室等）に加え、医療機関での介護予防、生活習慣病予防・重症化予防のための指導等を受けていただきます。
- ・「従来のプログラム」の対象となった方には、従来通り、既存の介護予防事業（健康教室等）に参加していただきます。

- ・なお、プログラムの効果を評価するため、いずれのプログラムの対象者様についても、事業参加前後で、検査値等の結果を収集させていただきます。また、特定健診等を受けている方については、健診結果等のデータを市町村から提供していただく場合があります。これらの情報は匿名化されて管理され、あなたの個人情報が外部に漏れることはありません。
- ・なお、検査値等の情報の収集のため、プログラムの参加前後（計2回）で血液検査を受けていただきます。検査のための費用負担はありません。
- ・モデル事業は、2012年1月末まで実施いたします。

【事業計画書等の開示】

- ・あなたが希望される場合、本事業の事業計画書の内容をみることができます。

【予測される危険性およびその対応】

- ・いずれのプログラムの対象となった場合でも、介護予防事業（健康教室等）に参加していただきます。「包括的なプログラム」の対象となった方については、医療機関での介護予防、生活習慣病予防・重症化予防のための指導等も受けていただきます。

【事業参加者にもたらされる利益および不利益】

- ・あなた本人にもたらす利益はどちらのプログラムになるかによって異なります。「従来のプログラム」となっても、従来通りの指導が受けられますので、直接的な不利益にはなりません。

【費用負担に関すること】

- ・本事業について、特別な費用の負担はありません。ただし、従来の介護予防事業（健康教室等）で、従前より実費徴収等がある場合には、その費用は通常通り、あなた自身で負担していただきます。
- ・あなたの病気に対する通常の診療費は、これまで通りあなたに負担していただきます。
- ・本事業による交通費、謝金等の支払は一切ありません。

【健康被害が生じた場合の治療および補償】

- ・モデル事業実施中やモデル事業終了後に健康被害が生じたことがあっても、それに対する金銭的な補償は、一般的な臨床試験と同様に実施いたしません。当該医療機関において適切な治療を行います。
- ・モデル事業実施中、医師が不適切と判断した場合には、モデル事業の実施を中止いたします。

【事業実施体制】

- ・本事業の事務局（実施主体）は全国国民健康保険診療施設協議会です。モデル事業で収集された情報は匿名化のうえ、事務局へ報告されます。
- ・収集された情報の管理、集計・とりまとめの一部業務については、全国国民健康保険診療施設協議会からみずほ情報総研株式会社（プライバシーマーク認定事業所）に委託されます。その際、個人情報は匿名化のうえ管理され、個人情報が第三者に漏れないよう取り扱われます。また、収集された情報はモデル事業の目的以外に利用されません。

【倫理的配慮】

- ・本事業は、倫理委員会で事業計画書の内容及び実施の適否等について、科学的及び倫理的な側面が審議され承認されています。また、事業計画の変更、実施方法の変更が生じる場合には、適時審査を受け、安全性と人権に最大の配慮をいたします。

【個人情報の保護に関すること】

- ・本事業で利用される個人情報は個人情報保護法に基づき適正に管理し、また目的以外では使用はいたしません。

平成23年 月 日

（説明者）

氏名 _____

所属 _____

お問い合わせ先： _____

介護予防、生活習慣病予防・重症化予防の包括的モデル事業

参加同意書

〇〇〇（施設名） 施設長 殿

この度、私は介護予防、生活習慣病予防・重症化予防の効果的な事業実施方法について検討するための標記モデル事業に参加するために、以下の説明を受けました。

私は、介護予防、生活習慣病予防の双方のための「包括的なプログラム」、あるいは介護予防のみに重点をおく「従来のプログラム」のいずれかに割り当てられることを理解しました。プログラムの実施前後で、プログラムの効果評価を行うために、必要な検査値等の情報を提供する必要があること、そのために血液検査を受ける必要があること、事業終了時点でアンケートへの回答が必要であることも理解しました。

検査値の項目は、以下の限りについて行うことを確認しました。

【生化学検査項目】HDL コレステロール、LDL コレステロール、中性脂肪、HbA1c、アルブミン
【その他評価項目】身長、体重、腹囲、BMI、血圧、行動変容ステージ、運動機能評価、基本チェックリストの該当状況

以上の個人データはモデル事業の目的にのみ利用され、匿名化で管理されるとともに、集計の際には個人が特定されない形で示されることを確認しました。

また、特定健診等を受けている場合、健診結果のデータを市町村から提供されることも理解しました。本データも、モデル事業の目的にのみ利用され、匿名化で管理されること理解しました。

さらに、本事業で得られた情報は、事業の事務局である全国国民健康保険診療施設協議会が委託したみずほ情報総研株式会社が事務局として匿名化のもと管理、集計・とりまとめを行うことを確認しました。

併せて、私の病気に対する通常の診療費、受診に伴う交通費等は、これまで通り私本人が負担するが、包括的なプログラムへの参加にあたっては自己負担が生じないこと、また交通費や謝金等は支給が一切ないことを理解しました。

また、モデル事業実施中、または事業終了後、なんらかの健康被害が生じた場合でも金銭的な補償はなく、医療機関で適切な医療が提供されることを理解しました。

以上のことを理解し、了承した上で標記モデル事業に参加することに同意します。

日 付：平成 23 年 ____ 月 ____ 日

説明者署名： _____

匿名化 ID： _____

お 名 前： _____

ご 住 所： _____ TEL： _____

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事業
 介護予防、生活習慣病予防・重症化予防の包括的モデル事業

対象者管理リスト

- 本モデル事業にご協力いただいた方について、調査事務局へ事業結果等をご報告いただく際は、個人情報保護のため、個人が特定不可能な形式でご報告をお願い申し上げます。
- そのため、各対象者について、匿名のために匿名化 ID を付して、各種情報を管理してください。
- 事業担当者様において、各対象者と匿名化 ID が確認できるよう、以下の表に情報を整理していただき、本シートをお手元にて保管してください。
 (事務局よりご報告内容の照会をさせていただく場合がございます。その際に本シートご使用ください。)

匿名化 ID ^{*1}	氏 名 ^{*2}	事業参加開始日	プログラム内容 (該当するものに○)
—1		月 日	包括 ・ 従来
—2		月 日	包括 ・ 従来
—3		月 日	包括 ・ 従来
—4		月 日	包括 ・ 従来
—5		月 日	包括 ・ 従来
—6		月 日	包括 ・ 従来
—7		月 日	包括 ・ 従来
—8		月 日	包括 ・ 従来
—9		月 日	包括 ・ 従来
—10		月 日	包括 ・ 従来

※1：別にお知らせする施設固有番号を頭につけてください、例) 3-1、3-2、…

※2：本シートを事務局宛に送付する際は、氏名欄を黒塗りする等して、氏名が見えないようにしてください。

関連資料 4

モデル事業対象者に関する基本情報シート（事前評価）

匿名化ID： _____

※可能な限り直近のデータを
をご記入ください

記 入 日	平成23年 月 日
事 業 開 始 日	平成23年 月 日
モデル事業実施区分	包括 ・ 従来
地 域 ・ 施 設 名	

■基本情報

性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 齢	_____歳
同 居	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他		
既 往 歴*			
主たる疾患*	<input type="checkbox"/> 高血圧（服薬 あり・なし） <input type="checkbox"/> 糖尿病（服薬 あり・なし） <input type="checkbox"/> 高脂血症（服薬 あり・なし） <input type="checkbox"/> 心疾患（服薬 あり・なし） <input type="checkbox"/> 脳卒中（服薬 あり・なし） <input type="checkbox"/> その他：		
喫煙歴の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
事業参加経緯 （把握ルート）	<input type="checkbox"/> 市町村にて把握 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターにて把握 <input type="checkbox"/> 国保直接診療施設にて把握 <input type="checkbox"/> その他		

*運動器疾患があれば必ずご記入ください。

■各種検査値データ

身体計測	<input type="checkbox"/> 身長 _____cm <input type="checkbox"/> 体重 _____kg <input type="checkbox"/> BMI _____ <input type="checkbox"/> 腹 囲 _____cm <input type="checkbox"/> 血 圧 _____kg
生化学検査	<input type="checkbox"/> HDL コレステロール _____mg/dl <input type="checkbox"/> LDL コレステロール _____mg/dl <input type="checkbox"/> 中性脂肪 _____mg/dl <input type="checkbox"/> HbA1c _____% <input type="checkbox"/> Alb _____g/dl

■選定条件への該当状況

選 定 条 件	<input type="checkbox"/> 腹囲 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 喫煙歴
---------	--

■行動変容ステージ（該当するステージの欄に○）

	運動	食事	節酒	喫煙
1. 無関心期（6か月以内に行動を変えようとしている）				
2. 関心期（6か月以内に行動を変えようと思っている）				
3. 準備期（1か月以内に行動を変えようと思っている）				
4. 実行期（行動を変えて6か月未満である）				
5. 維持期（行動を変えて6か月以上である）				

■運動機能評価

握 力	右：（ kg） 左：（ kg）
片足立ち（開眼）	右：（ 秒） 左：（ 秒）
Time up & Go テスト	（ 秒）
歩 行 時 間	通常歩行時間*1：（ 秒） 最大歩行時間*2：（ 秒）

※1：予備路3mずつ、測定区間5mとし、普段どおり歩行した場合の所要時間

※2：上記についてできるだけ早く歩行した場合の所要時間

■基本チェックリスト

質 問 項 目	はい	いいえ
1. バスや電車で1人で外出していますか	0	1
2. 日用品の買い物をしていますか	0	1
3. 預貯金の出し入れをしていますか	0	1
4. 友人の家を訪ねていますか	0	1
5. 家族や友人の相談にのっていますか	0	1
【暮らしぶりその1】1～5の合計		
6. 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0	1
7. 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ちあがっていますか	0	1
8. 15分間位続けて歩いたことがありますか	0	1
9. この1年間に転んだことがありますか	1	0
10. 転倒に対する不安は大きいですか	1	0
【運動器関係】6～10の合計		
11. 6ヶ月で2～3kg以上の体重減少はありましたか	1	0
12. BMI（＝体重（kg）÷身長（m）÷身長（m））18.5未満	1	0
【栄養・口腔機能等の関係】11～12の合計		
13. 半年前に比べて堅いものが食べにくくなりましたか	1	0
14. お茶や汁等でむせることがありますか	1	0
15. 口の渇きが気になりますか	1	0
【栄養・口腔機能等の関係】13～15の合計		
16. 週に1回以上は外出していますか	0	1
17. 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1	0
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	0
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	1
20. 今日が何月何日かわからない時がありますか	1	0
【暮らしぶりその2】16～20の合計		
1～20の合計		
21. （ここ2週間）毎日の生活に充実感がない	1	0
22. （ここ2週間）これまでに楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1	0
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	0
24. （ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない	1	0
25. （ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする	1	0
21～25の合計		

関連資料 5

モデル事業対象者のプログラムに関するシート

匿名化 ID: _____

記入日	平成23年 月 日	作成者	
事業開始日	平成23年 月 日	所 属	
モデル事業実施区分	包括 ・ 従来		
地域・施設名			

■健康状態について（留意点等、医療機関からの情報提供含む。）

--

■各状況と課題について

課題領域	現状と課題	No.	目標

【課題領域の選択肢】

- 1：運動・移動 2：日常生活（家庭生活） 3：社会参加、対人コミュニケーション
4：健康管理 5：服薬管理 6：栄養管理
7：口腔（かみあわせ・口臭・嚥下） 8：そのほかの事項

■必要な事業プログラム

目標 No.	プログラム内容（プログラム名、内容、実施者、実施頻度等）

*包括的なプログラムを実施する場合、医療機関（国保直診施設）の具体的関わりを記述。

備考：

運動記録表

匿名化ID（職員にて記入）： _____

ご氏名： _____

月/日	曜日	歩数(歩)	備考
(例) 10/1	土	6000歩	買い物、公園まで散歩
/			
/			
/			
/			
/			
/			
/			

関連資料 7

経過管理シート

匿名化 ID: _____

日付	介入内容	本人の状況、課題*

モデル事業対象者に関する基本情報シート（事後評価）

匿名化ID： _____

※可能な限り直近のデータ
をご記入ください

記 入 日	
事 業 開 始 日	平成23年 月 日
モデル事業実施区分	包括 ・ 従来
地 域 ・ 施 設 名	

■基本情報

性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 齢	_____歳
同 居	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他		
既 往 歴*			
主たる疾患*	<input type="checkbox"/> 高血圧（服薬 あり・なし） <input type="checkbox"/> 糖尿病（服薬 あり・なし） <input type="checkbox"/> 高脂血症（服薬 あり・なし） <input type="checkbox"/> 心疾患（服薬 あり・なし） <input type="checkbox"/> 脳卒中（服薬 あり・なし） <input type="checkbox"/> その他：		
喫煙歴の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
事業参加経緯 （把握ルート）	<input type="checkbox"/> 市町村にて把握 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターにて把握 <input type="checkbox"/> 国保直接診療施設にて把握 <input type="checkbox"/> その他		

*運動器疾患があれば必ずご記入ください。

■各種検査値データ

身体計測	<input type="checkbox"/> 身長 _____cm <input type="checkbox"/> 体重 _____kg <input type="checkbox"/> BMI _____ <input type="checkbox"/> 腹 囲 _____cm <input type="checkbox"/> 血 圧 _____kg
生化学検査	<input type="checkbox"/> HDL コレステロール _____mg/dl <input type="checkbox"/> LDL コレステロール _____mg/dl <input type="checkbox"/> 中性脂肪 _____mg/dl <input type="checkbox"/> HbA1c _____% <input type="checkbox"/> Alb _____g/dl

■選定条件への該当状況

選 定 条 件	<input type="checkbox"/> 腹囲 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 喫煙歴
---------	--

■行動変容ステージ（該当するステージの欄に○）

	運動	食事	節酒	喫煙
1. 無関心期（6か月以内に行動を変えようとしている）				
2. 関心期（6か月以内に行動を変えようと思っている）				
3. 準備期（1か月以内に行動を変えようと思っている）				
4. 実行期（行動を変えて6か月未満である）				
5. 維持期（行動を変えて6か月以上である）				

■運動機能評価

握 力	右：（ kg） 左：（ kg）
片足立ち（開眼）	右：（ 秒） 左：（ 秒）
Time up & Go テスト	（ 秒）
歩 行 時 間	通常歩行時間*1：（ 秒） 最大歩行時間*2：（ 秒）

※1：予備路3mずつ、測定区間5mとし、普段どおり歩行した場合の所要時間

※2：上記についてできるだけ早く歩行した場合の所要時間

■基本チェックリスト

質 問 項 目	はい	いいえ
1. バスや電車で1人で外出していますか	0	1
2. 日用品の買い物をしていますか	0	1
3. 預貯金の出し入れをしていますか	0	1
4. 友人の家を訪ねていますか	0	1
5. 家族や友人の相談にのっていますか	0	1
【暮らしぶりその1】 1～5の合計		
6. 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0	1
7. 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ちあがっていますか	0	1
8. 15分間位続けて歩いたことがありますか	0	1
9. この1年間に転んだことがありますか	1	0
10. 転倒に対する不安は大きいですか	1	0
【運動器関係】 6～10の合計		
11. 6ヶ月で2～3kg以上の体重減少はありましたか	1	0
12. BMI（=体重（kg）÷身長（m）÷身長（m））18.5未満	1	0
【栄養・口腔機能等の関係】 11～12の合計		
13. 半年前に比べて堅いものが食べにくくなりましたか	1	0
14. お茶や汁等でむせることがありますか	1	0
15. 口の渇きが気になりますか	1	0
【栄養・口腔機能等の関係】 13～15の合計		
16. 週に1回以上は外出していますか	0	1
17. 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1	0
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	0
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	1
20. 今日が何月何日かわからない時がありますか	1	0
【暮らしぶりその2】 16～20の合計		
1～20の合計		
21. （ここ2週間）毎日の生活に充実感がない	1	0
22. （ここ2週間）これまでに楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1	0
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	0
24. （ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない	1	0
25. （ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする	1	0
21～25の合計		

目標評価シート（事後評価）

匿名化 ID: _____

記入日	平成23年 月 日	作成者	
事業開始日	平成23年 月 日	所属	
モデル事業実施区分	包括 ・ 従来		
地域・施設名			

目標 No.	目標の達成度*とその理由	今後の課題
	目標達成度*: 1・2・3・4・5 〔理由〕	
	目標達成度*: 1・2・3・4・5 〔理由〕	
	目標達成度*: 1・2・3・4・5 〔理由〕	
	目標達成度*: 1・2・3・4・5 〔理由〕	
	目標達成度*: 1・2・3・4・5 〔理由〕	

※次の5段階で評価してください（各目標について、該当する番号に○）。

1：目標を上回る 2：目標どおり 3：ほぼ目標どおり 4：目標を下回る 5：目標を大幅に下回る

《総評・コメント》

介護予防、生活習慣病予防・重症化予防の包括的モデル事業

事業参加 満足度調査

匿名化ID： _____

- 本調査は各事業実施機関の職員により聞き取り調査にて実施してください。
- 包括的なプログラム・従来のプログラムの両方の対象者に対して実施してください。

本調査の目的 プログラムの効果や改善点等について把握し、効果的なプログラムについて検討するための基礎資料とします。

■基本情報（予め職員にて記入）

参加プログラム	
目標	

(1) プログラムに意欲をもって参加できましたか？

1 大変意欲をもって参加した	2 まあまあ意欲をもって参加した
3 どちらともいえない	4 あまり意欲はなく参加した
(上記の理由 :)	

(2) 当初の目標は達成されたと思いますか？

目標達成度とその理由をお聞かせください。

1 目標を上回ったと思う	2 目標どおりだと思う
3 ほぼ目標どおりだと思う	4 目標を下回ると思う
5 目標を大幅に下回ると思う	
(具体的理由（どの部分が達成された／達成されていないか） :)	

(3) プログラムへの参加を通じて、どのような変化がありましたか？
あるいは、どのようなことに気を配るようになりましたか？

生活習慣の変化	
身体的な変化	
その他	

(4) プログラムの内容を、普段の日常生活でも実施していますか？

- | |
|--|
| 1 実施している 2 実施しようと思っているが、十分に実施できていない
3 実施できていない |
|--|

(5) プログラムに参加してよかったことは何ですか？

--

(6) プログラムについて、改善すべき点やその他ご意見があればお教えてください。

--

◆◆ ご協力、大変ありがとうございました ◆◆

介護予防、生活習慣病予防・重症化予防の包括的モデル事業

事業関係者 事業終了後アンケート

事業終了後アンケートへのご協力をお願い

- ・本調査は、モデル事業を振り返っていただき、事業実施上の課題や改善策等についてご意見をいただくものです。包括的な事業実施にあたっての現状の問題点を整理するとともに、今後の包括的な事業実施方法のあり方について検討するための基礎資料とさせていただきます。
- ・モデル事業実施に関わったすべての職員の方を対象としております。（市町村、地域包括支援センター、国保直診施設等の職員）
- ・本調査結果は、各地域の国保直診施設において取りまとめのうえ、事務局（全国国民健康保険診療施設協議会）に報告させていただきます。
- ・なお、一部の方には、グループインタビューにご協力いただく場合がございます。その際にご協力の程、どうぞ宜しくお願いいたします。

所 属	
職 種	
記入日	平成24年 月 日

問1 モデル事業を振り返っていただき、1～5の各項目について評価してください。

①評価：次の4段階で評価してください（それぞれ該当する番号に○）。

- 1：特に問題なく実施できた
- 2：若干問題があったがおおむね実施できた
- 3：実施上問題があり、十分に実施できなかった
- 4：非常に困難であり、実施が不十分であった

②上記の評価とした具体的な内容についてご記入ください。（問題点や工夫点など）

1 実施体制の構築	〔評価〕 1・2・3・4・5 〔具体的内容〕
2 対象者の把握	〔評価〕 1・2・3・4・5 〔具体的内容〕
3 プログラムの検討	〔評価〕 1・2・3・4・5 〔具体的内容〕
4 プログラムの実施	〔評価〕 1・2・3・4・5 〔具体的内容〕
5 その他	〔評価〕 1・2・3・4・5 〔具体的内容〕

問2 包括的なプログラムについて、より効果的なものとするため、改善すべき事項があればご記入ください。

--

問3 モデル事業を通じて、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必要性について、どのように感じられましたか？ 理由とあわせてお教えてください。

〔必要性〕	
1 非常に必要であると感じる	2 必要であると感じる
3 どちらかといえば必要であると感じる	4 特に必要であると感じない
〔上記のとおり回答した理由〕	

問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にむけて、今後必要と思われる取り組みや支援についてご記入ください。


--




問5 最後に、介護予防、生活習慣病予防・重症化予防のための包括的な事業実施について、ご意見等ございましたらご記入ください。

--

◆◆ 質問は以上です。ありがとうございました。◆◆

● 栄養指導

介護予防・生活習慣病予防・重症化予防の包括的モデル事業 

	1回目(平成23年 月 日)	2回目(平成24年 月 日)
身長	cm	
体重	kg	
血圧	mmHg /	
腕囲	cm	
血糖		
中性脂肪	mg/dl	
HDLコレステロール	mg/dl	
適正体重	kg	自己評価 1. 頑張った 2. 出来なかった 3. どちらでもない
適正カロリー	Kcal	
あなたの目標 次回までのお約束		

体重チェック！！

あなたの体重は適正ですか？



標準体重（理想体重）は

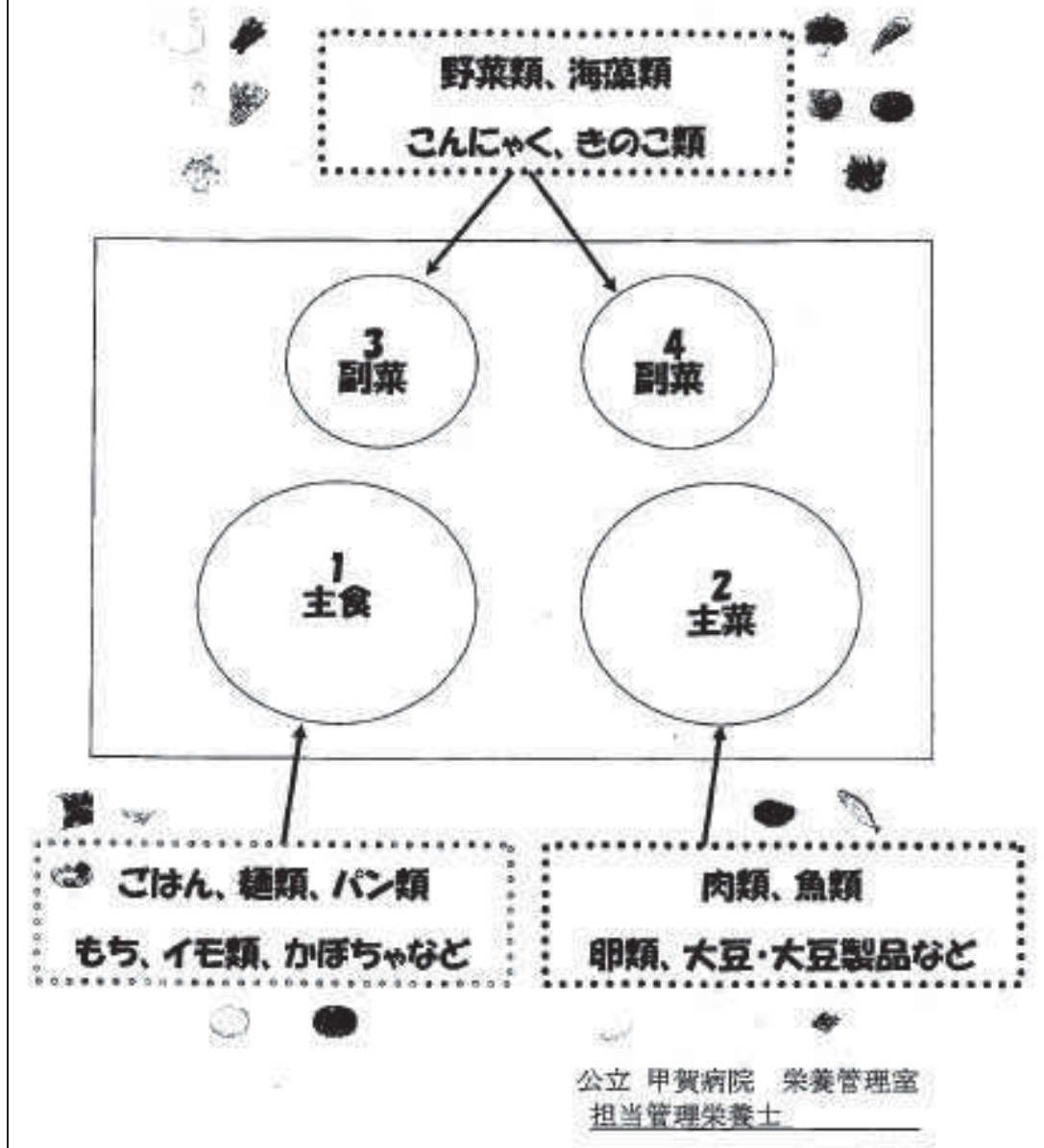
$$\text{身長 (m)} \times \text{身長 (m)} \times 22 = \text{ } \text{kg}$$

145 cmの方は	46 kg
150 cmの方は	50 kg
155 cmの方は	53 kg
160 cmの方は	56 kg
165 cmの方は	60 kg
170 cmの方は	64 kg
175 cmの方は	67 kg
180 cmの方は	71 kg














- ・・・ですが、あまりにも標準体重とかけ離れているときは、20歳頃の体重を目標にすることも一つです。
- ・・・また、体重だけでなく、体脂肪も重要です。必要以上に食事を減らすと、筋肉が減ってしまい体力低下につながります。重要なのは、体脂肪を減らすことですので、食事を是正すると同時に運動も取り入れましょう。

食事の組み合わせについて

バランスよい食事をするために、出来るだけ毎食この組み合わせに沿ってお食事をするように心がけてください。



一日にとる食品の目安量 〈1200kcal〉

	ご飯・パン めん・芋類	果物	野菜・海藻・ きのこ類 こんにゃく	卵・肉・魚・大豆・乳製品	砂糖	油脂	備考
朝食		 	 	卵 1 個 	みりん はちみつ ジャム	油 マヨネーズ ドレッシング バター	
昼食	6枚切りパン1枚 	食べやすく 切って、片 手にのるく らしい量が 一日量の目 安です。	出来るだけ 毎食1~2 品ずつ食べ るようにし ましよう。	魚 小1切 (60 g)  肉 手のひら大 (60 g)  豆腐 1/3 丁 	血糖値に影響 しやすいので、 使いすぎには 注意です。	揚げ物は 週1回まで 炒め物ほど 1日1回 程度にしま しょう。	
夕食			*漬物・佃煮は この仲間には 入りません				
	ご飯 100 g 						
	ご飯 100 g ↑ 						
	<p>※漬物・佃煮は この仲間には 入りません</p> <p>※調味料は 適量に しましょう</p>						

公立 甲賀病院 栄養管理室
担当 管理栄養士


♪ 減塩のコツ ♪

♪ 家族みんなで薄味に慣れましょう。

♪ 漬物・佃煮・梅干など、塩分をたくさん含む物は、
食べる量や回数（頻度）を極力減らしましょう。

《意外に塩分の多い物》 

*練り製品（ちくわやかまぼこなど）*粉末だし・固形スープ

*キムチ・らっきょうなど塩味以外の漬物 

♪ 寿司・炊き込みごはんなど、味付け主食は頻度を
減らしましょう。 

♪ 魚は干物や塩蔵品でなく、生のものを選びましょう。



♪ 汁物は具沢山にして、汁は極力少なくしましょう。

♪ めん類は週1回程度を目安に減らしましょう。

食べる時は汁は残すようにしましょう。 

♪ 味のついていない料理には、調味料を追加しないよう
にしましょう。



♪ 調味料はかけるより、つけるように心がけましょう。

♪ 柑橘類の酸味や香を生かしましょう。

♪ 酢・コショウ・さんしょう・からし・ 

わさび・カレーパウダーなど、塩分を 

含まない調味料を上手に使いましょう。 

公立甲賀病院 栄養管理室

♪ 減塩のコツ2 ♪

♪ 既製品は「栄養表示」を意識的に確認しましょう
♪ 塩分・食塩・食塩相当などはそのままの数字が塩分量です

♪ ナトリウム量しか表示がない場合は…

● まずは「g」か「mg」か確認

⇒ $1g = 1000mg$

例えば $600mg = 0.6g$

● ナトリウム×2.5が塩分量

⇒ ナトリウム $1g =$ 塩分 $2.5g$

★ ナトリウム $800mg$ と表示されていたら

$800mg = 0.8g$

$0.8 \times 2.5 = 2.0g$ が塩分量です

♪ 塩分ほぼゼロの料理例

- ・ゆでた野菜にごまやかつお節をたっぷりかける
- ・野菜はゆでるのが面倒なら電子レンジでもOK
- ・塩コショウでなくコショウのみで炒め物にする

塩分の目安量

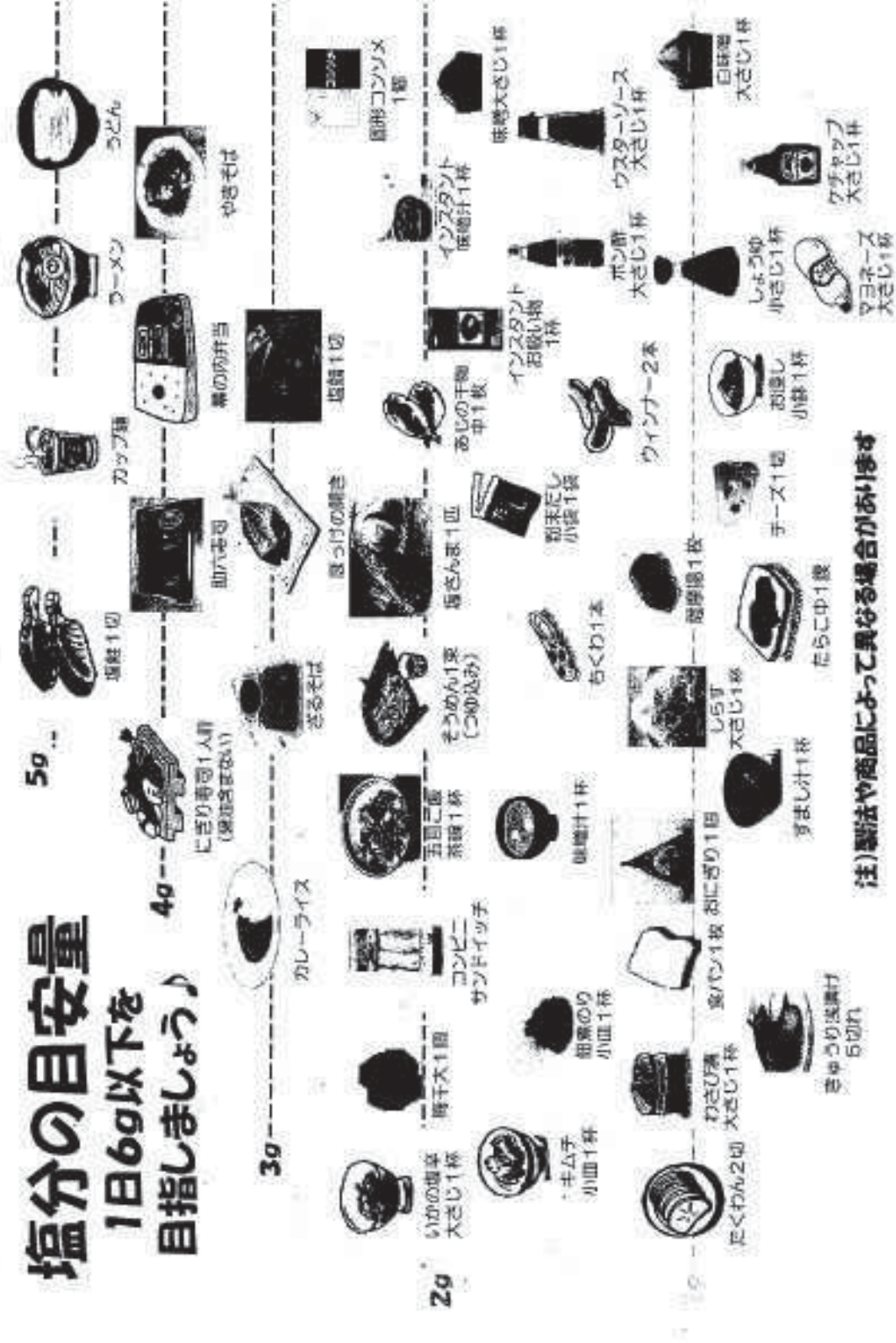
1日6g以下を
目指しましょう♪

5g

4g

3g

2g



注)製法や商品によって異なる場合があります

体重・1ヶ月の歩数記録

FE-5

平成 年 月 日 (

お名前:

	月 日	体重	歩 数	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	/			

減塩の記録表

★塩分の多い食品を減らす (3項目くらい選びましょう。カッコ内には○) ★塩場でおいしく食べる (2項目くらい選びましょう)

- めん類の汁を (飲まない・半分以上残す)
- 食卓でのしょうゆや塩の使用を (やめる・減らす)
- つけもの・佃煮を (やめる・減らす・凍づけにする)
- 味噌汁を (汁を残す・1日1杯に減らす・臭だくさんにする)
- 丼もの・すし飯を (やめる・減らす)
- 塩ざけなど塩辛い魚を (やめる・減らす)
- ハム・かまぼこなどの加工食品を (やめる・減らす)
- 菓物の凍づけを凍くする

- 低塩の調味料(酢、ケチャップ、少量のマヨネーズやドレッシング)を上平に使う
- しょうゆよりポン酢を使う
- レモンやゆずなど柑橘類を使う
- 香辛料や香ば野菜を上平に使う
- 味づけはだしをきかせる
- 新鮮な食材で素材の味を楽しむ

お名前: _____



できたら白星○、まあまあなら△、できなかったら黒星●、あてはまらないときは―を記入します。

	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日
取り組む減塩のコツ	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
1	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
2	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
3	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
4	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
5	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
6	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
7	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
8	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

図5-1 <診断用シート>

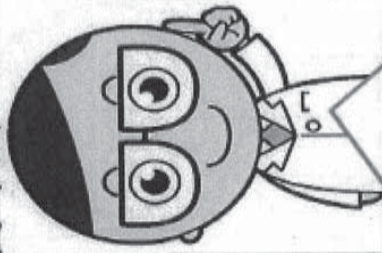
口腔機能のチェックシートで、次の事項に該当した方は…

- ① ①回、①回が食べにくいですか
- ② 食事にかかる時間が長くなりましたか
- ③ 左右の奥歯でかみしめができますか
- ④ 口元の表情の豊かさ

- 1. はい
- 1. はい
- 1. a.どちらもできない
- 1. b.片方だけできる
- 1. 乏しい

**食べ物を噛んで処理する働き（咀嚼機能）
が低下しているようです**

柔らかいものはかり食べていると筋肉の力がますます弱くなります。かむ力が強くなると食事に見えなくなるようになります。舌の筋肉が強くなり、唇の壁を引上げられない場合は、笑顔には見えません。



口腔機能の向上の口の口の歯槽やかむトレーニングでかむ筋力を鍛えると、筋肉の力が強くなります。トレーニングは、まず専門のスタッフに指導を受けてから始めましょう。



図5-2

よくかむことにはこんな効果が

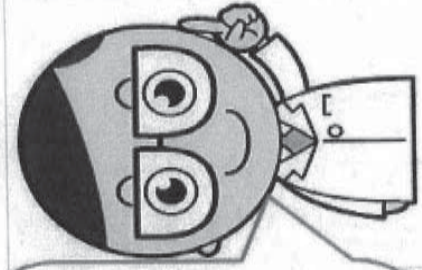
- 元氣な笑顔になります**
かむときに口の周りの筋肉は笑顔になっても歯ぐきの間に顔の表情筋のトレーニングにもなります。
- 食べ物がおいしくなります**
食べ物本来の味は噛み砕かれて唾液に溶け出すから、舌の味を感じる味蕾（味蕾）で感じられます。かんだで感じている旨味（食感）はかんだの大きな要素です。
- 言葉の発音がしやすくなります**
発音に関連する筋肉の緊張が、よくかむことにより弱くなります。
- 胃腸での消化吸収が助けます**
よくかむことにより食べ物が細かく砕かれて、胃での消化が楽にできるようになります。かむ回数が増えれば、胃腸が活発になります。
- 脳が刺激されます**
かむときも咀嚼が少し強くなることからもわかるように、かむことによる脳内報酬を喜び、活発に働くようになります。
- つば（唾液）が多量に出て飲み込みやすくなります**
かむことにより口や喉の筋肉がよ（ゆ）き、その刺激で唾液が多量に出ます。高熱でなると唾液が少なくなるとかむことで、出る量を増やすことが大切です。
かみ砕かれた食べ物は、つばにより飲み込まれるため、飲み込みやすくなります。飲み込みやすくなることで、飲み込みやすくなります。

図5-3

口腔機能のチェックシートで、次の事項に該当した方は…

- ③ 口がかわきやすいですか 1. はい
- ⑤ 話すときに舌がひっかかりませんか 1. はい
- ⑦ 会話の問題（発音がはっきりしない、しゃべりにくい等） 1. あり

お口の中がかかわっているようですよ



口をあまり動かさないと、唾液（唾液）の量も少なくなり、口がかわくようになります。口がかわくと舌の動きも減り、食べ物の味がよく感じられず、口臭も出やすくなります。お薬の影響で唾液の量が少なくなることがあります。そんな時に「口腔機能の向上」のお口の体操や唾液腺マッサージにより、唾液（唾液）の量が増え、口がかわきやすくなります。



図5-4

つば（唾液）はこんな大切な働きをしています。

食べ物を飲み込みやすくします
つば（唾液）が出てこないと、食べ物をうまく飲み込むことができず、つば（唾液）はかみ砕かれた食べ物をまとめて、飲み込みやすくします。

味を感じやすくする
つば（唾液）は食べ物の味物質を溶かして、舌の味を感じる器官（味蕾）で味を感じやすくします。かわいた舌の上には唾液をのせても味を感じません。味を楽しむには唾液が大切です。

口の中を清潔に保つ
つば（唾液）は食べ物のかすを洗い流して、口の中をきれいにします。口がかわくと汚れやすくなり、口臭の原因になります。

口の中をぬめらかにする
舌もぬめらかに動き、会話しやすくなります。

でんぷんを消化する
ご飯をよくかんでいると、つば（唾液）の中の酵素がでんぷんを麦芽糖（マルトース）に分解して、甘みが出てきます。つば（唾液）はでんぷんを吸収しやすい形に変えます。

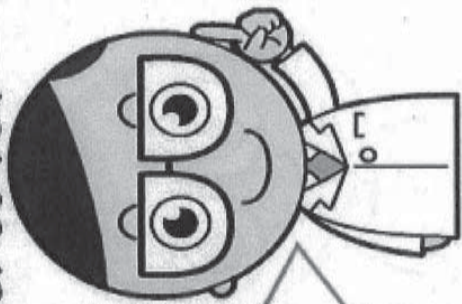
その他
つば（唾液）には抗菌作用やむし歯を防ぐ作用があります。

図5-5

口腔機能のチェックシートで、次の事項に該当した方は…

- ◎ 口臭が気になりますか
 - ◎ 薄味がかりにくくなりましたか
 - A 汚れる歯、入れ歯、舌
 - B 口臭
1. はい
1. はい
1. あり
1. あり

お口の中が汚れているようです



歯だけでなく入れ歯や舌もきれいにすることや、歯がなくとも口の中をきれいにすることはお口の食べるために重要です。「口腔機能の向上」により、一人一人にあった口の手入れの工夫が大切です。口の手入れは家庭でも続けられる、効果的な「口腔機能の向上」の外レーニングです。



図5-6

お口を上手にきれいにするとこんなよいことがあります

食べ物がおいしくなります
舌に汚れがたまっていると、舌の味を感じる器官（味蕾）の働きを邪魔します。舌をきれいにすると、味の感知が鋭くなり、薄味でもおいしく食べられるようになります。



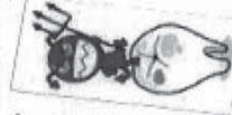
口の中がさっぱりとします
口の中の汚れに気がつかず、きれいになって初めて違いに気づく場合が少なくありません。きれいにできると、口の中がさっぱりとした感じになります。「口腔機能の向上」できれいになった気持ちよさを体験しましょう。

口、頬、舌の筋肉トレーニングです

歯みがきの時に口を大きく開けたり、歯ブラシで頬や口をひっぱってストレッチしましょう。プクプク唾液も多く出てきます。プクプクうがいや、舌、頬、舌の筋肉をきかえます。

歯周病やむし歯を防ぎます

歯の汚れはむし歯や歯周病の大きな原因です。入れ歯の汚れや歯肉の腫れや口内炎の原因になります。



口の中の細菌を減らして肺炎を予防します

口の中の細菌が原因となって起こる肺炎（嚥下性肺炎）を予防します。



口臭を予防します

歯や舌の汚れは口臭の原因になります。口臭は自分では気がつかないことがあります。



口腔機能のチェックシートで、次の事項に該当した方は…

- ②お茶や汁物等でむせることがありますか
- ④菜が飲み込みにくくなりましたか
- ⑤食べこぼしがありますか
- ⑥食前(口の中)に食べ物が残りやすいですか
- E 飲み込んだ後の口の中に食べ物が残っている

- 1. はい
- 1. はい
- 1. はい
- 1. はい
- 1. はい

飲み込む動き（嚥下機能）が低下しているようです

食べ物や飲み物をゴックンと飲み込む一連の動きは、頭から大きくさんの神経や筋肉が連携して食通に送り込む作業なのです。この神経や筋肉が衰えると、飲み込む行為が不十分になり、飲み込みにくくなり、むせやすくなります。

たとえ、飲み込む前の動きとして、口を閉じる力が落ちると食べこぼしが多くなります。また、舌や頬の動きが悪くなると、喉のほうに食べ物も残りやすくなります。

「口腔機能の向上」により、飲み込みやすいように準備ができ、飲み込むときのむせが減って、菜も飲み込みやすくなります。口を閉じる力も強くなり、舌や頬の動きも良くなります。



飲み込みにはどの部分だけでなく、お口の中も大切な働きをします。飲み込みに関係する口の重要な働き

①口がしっかり閉じて、舌が正しく動く！



口が閉じていない場合は、かわりに舌が口の閉いた部分をふさいで飲み込もうになり、舌は正しく動きません。

口腔機能の向上や健口（口腔）体操や舌の体操により、口を閉じる力や舌の力、頬の力を強くすることができ、飲み込みやすくなります。

②つば（唾液）がよく出る！



つばには飲み込まれた食べ物を一つの飲みかけにして、飲み込みやすくする働きがあります。

口腔機能の向上や健口（口腔）体操や唾液マッサージにより唾液の出る量が増え、飲み込みやすくなります。

③よく噛める！



大きなたまごよりも小さく飲み込まれた食べ物の方が、飲み込みやすくなります。奥歯がちゃんと状態の方が飲み込みやすくなります。

舌や頬の力や感覚が低下すると、食べ物が舌や頬の下にたまりやすくなります。飲み込んだ後にも食べ物が口の中に残るようになります。

口腔機能の向上や健口（口腔）体操やむせ留によりかむ機能を高める舌や頬の力を強くすることで、飲みやすくなります。

2 口腔清掃について

1. まずはお口の中を確認しましょう。

口腔清掃を行い、清潔に保つことは、むし歯・歯周病・気道感染（誤嚥性肺炎、インフルエンザなど）の予防のためだけではなく、口腔機能上のためにもとても重要なことです。

そのためにまずはお口の中の確認から始めましょう。



①汚れ・お口トラブルのチェックポイント！

Check Point

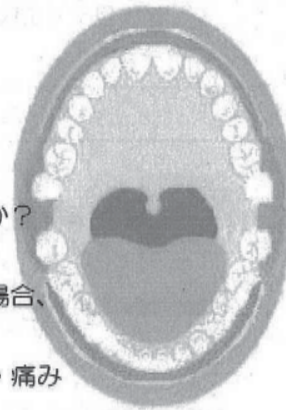
- ★唇が乾いてヒビ割れていませんか？
- ★上あごにネバネバした汚れはついていませんか？
- ★特に麻痺側に食べ物のカスがベトリついていませんか？
- ★舌に苔のような汚れはついていませんか？
- ★口内炎などはありませんか？
- ★口臭はありませんか？



②歯・歯茎のチェックポイント！

Check Point

- ★歯茎に傷ができていたり触ると痛みませんか？
- ★治療済みの歯の冠がはずれていませんか？
- ★周りの歯が抜けて1本だけ残っているような場合、残った歯の周りに汚れがついていませんか？
- ★歯に黒い穴があいている・歯のつけ根が黒い・痛みがある・以上のようなことはありませんか？（むし歯の疑い）
- ★歯茎がプヨプヨしている・赤く腫れている・歯がグラグラしている・以上のようなことはありませんか？（歯周病の疑い）



③入れ歯のチェックポイント！

Check Point

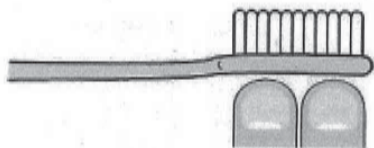
- ★金具をかける歯がかけていませんか？
- ★入れ歯が落ちてきませんか？
- ★入れ歯が壊れていませんか？
- ★入れ歯が汚れていませんか？



2. 間違った歯みがきをしていませんか？

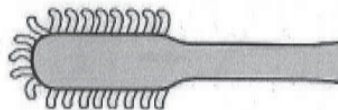
次に歯みがきについてみていきましょう。歯みがきは、とても大切です。しかし、間違った方法で歯みがきをしていると歯や歯茎を傷つけて、逆効果になってしまうこともあります。

①歯ブラシをチェック！



口に合った歯ブラシを選んでいますか？

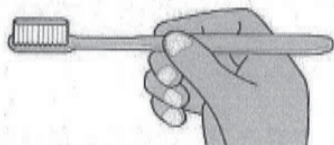
毛のかたさは「ふつう」か「やわらかめ」、毛の植えてある部分の大きさは、指2本分ぐらいのものを選びましょう。



歯ブラシが古くなっていませんか？

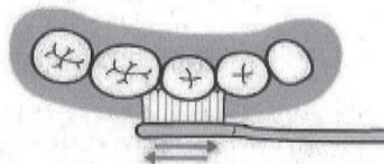
裏側から毛が見えるようになったら取り替え時です。（目安は1ヶ月です。）

②歯みがきの方法をチェック！



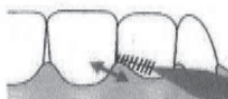
力を入れすぎていませんか？

歯ブラシは、鉛筆を持つように持ちましょう。力の入りすぎを防ぎ、細かい動きをコントロールできます。



ゴシゴシと大きく動かすのではなく、歯を1本ずつみがくように小刻みに動かしましょう。

③もっときれいにするために・・・



▲歯間ブラシ



▲デンタルフロス

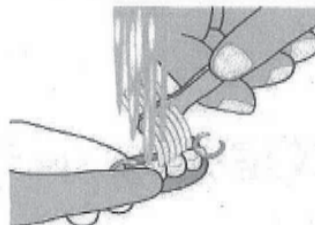
歯間の清掃

歯と歯のすき間は歯ブラシだけではなかなか汚れが取れません。歯と歯のすき間に入れて汚れを取り除く歯間ブラシ、歯間ブラシでは通らないせまい歯と歯の間の汚れを落とすデンタルフロスなどを上手に活用しましょう。

3. 入れ歯を正しく使いましょう。

①入れ歯の手入れをしましょう！

最後に入れ歯のお手入れについてです。入れ歯を正しくお手入れしないと細菌が繁殖して口臭や口内炎の原因となります。食後は必ず入れ歯の手入れをしましょう。



入れ歯の手入れのポイント

落とすとして入れ歯が欠けたりしないように、水を張った洗面器などの上で洗いましょう。

水を流しながら、入れ歯専用ブラシやかための歯ブラシで洗いましょう。金具や土台の部分も忘れずに。

②寝るときには、入れ歯は外しましょう！

寝る時は入れ歯を外して歯肉を休めましょう。外した入れ歯はきれいに洗った後、水の中につけておきましょう。入れ歯が乾燥すると縮んでしまうことがあります。細菌はブラッシングだけでは除去できるものではありませんので、週に1～2回は入れ歯洗浄剤を使用しましょう。

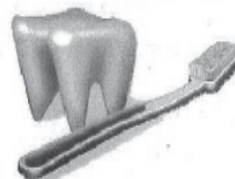


③定期的に調整してもらいましょう！

入れ歯は長く使っていると、金具がゆるんだりしてあわなくなってくるものです。定期的に歯科医院で調整してもらいましょう。

4. かかりつけの歯科医院を持ちましょう。

歯科医院は、むし歯や歯周病の治療だけでなく、予防、メンテナンスも行っています。かかりつけの歯科医院で3ヵ月に一度は定期健診を受けてお口の健康度を高めましょう。



● 運動指導

エプロンの会集団運動

①深呼吸

ゆっくりと姿勢を整えて深呼吸



2 回

②首まわし

肩を下げ、前半分だけ首を回す（後には回さない）



左右2 回

③肩まわし

引き上げてから後ろに回す



5 回

④手指-上肢

上肢帯の循環向上を兼ねて、リズムカルに行う



10 回

- 終活プログラム



国民健康保険
日南病院

2011年11月10日

介護予防、生活習慣病予防・重症化予防 の包括的モデル事業

包括的プログラム第2回

場所: 中石見西公民館

エプロンの会

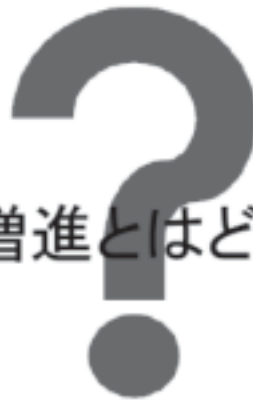
エプロン姿で気軽に寄れる会にしよう

目標の設定

自分の人生を自分で決める

みなさんはこれからの健康について
心配がありますか？

そもそも



健康増進とはどういうこと

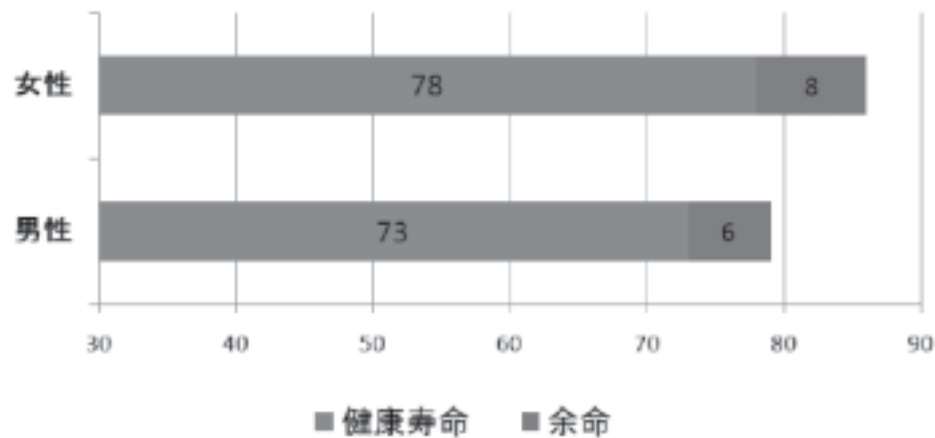
その目的は？

ピンピンころり？

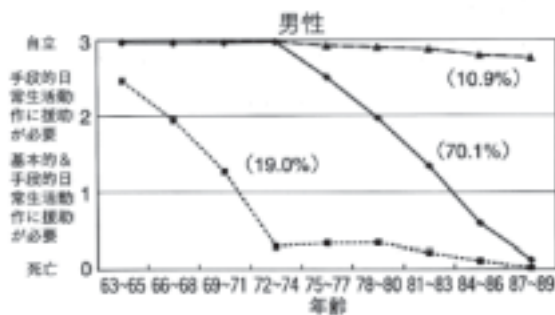
寿命と健康寿命

平均寿命: 男性79歳 女性86歳

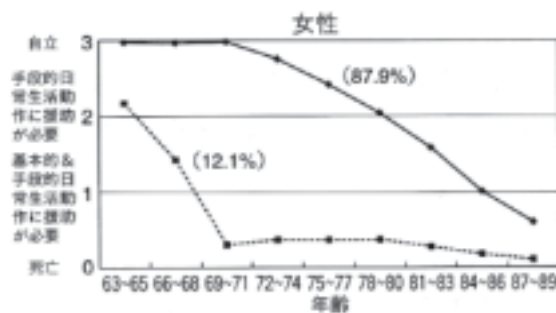
2007年



総務省・統計局より



男女合わせると約8割の人が70代半ばから徐々に衰え何らかの介助が必要となる。※



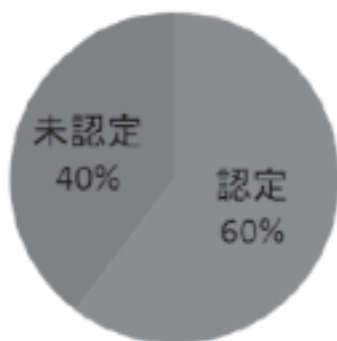
正常老化
生物としての自然の衰え

病的老化
廃用症候群
メタボリックシンドローム

図2—加齢に伴う自立度の変化パターン 全国高齢者20年の追跡調査(N=5715). 出典: Akiyama et al.(2008)アメリカ老年学会 2008 年年次大会.

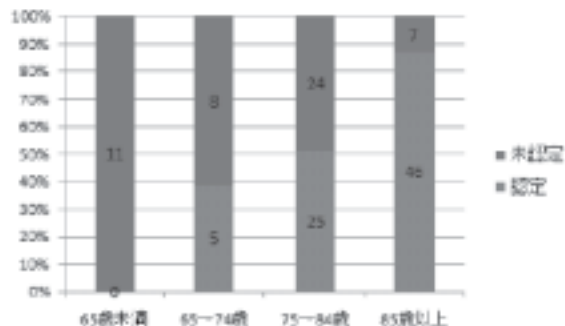
※秋山弘子:長寿時代の科学と社会の構想 科学, Vol80 No1, 2010

日南町の21年度における 死亡者数に占める介護認定者数



全体

N=126



年代別

75歳以上を合わせると約7割が認定

“ピンピンころり”は結構難しい

健康増進の目標と意義

- 自分の人生を楽しむための取り組み

そのために

健康寿命を延ばすこと

病気や障害が有っても人生を楽しめる
環境を元気な時に整えること

これからの不安を安心に変える

健康寿命を延ばすこと

今までの健康増進事業

- 転倒予防
- 体力向上
- 生活習慣の改善
- 栄養
- 口腔
- 閉じこもり予防

- 長続きしない
- それでも不健康になったらと不安
- いざ不健康になった時不適応

不安

ストレスホルモン

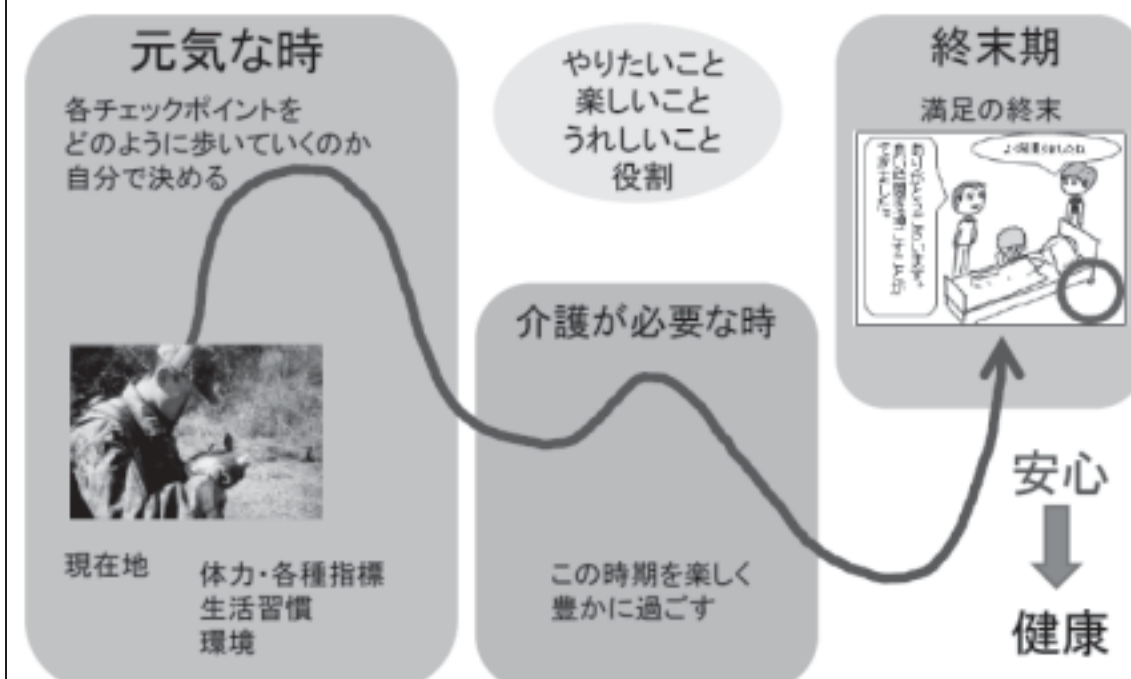


うつ・認知症
肥満・高血圧

病気や障害が有っても人生を楽しめる
環境を元気な時に整えること
これからの不安を安心に変える

- 自分のやりたいこと、好きなこと、楽しめることを大切にする。
- 正常な老化を知って対策を取っておく
- 生活や、やりたいこと、好きなこと、楽しめることを実現するため医療やスタッフを活用する
- 町作りに関心を持つ

目的地がなければ旅行できない



本日の課題

ルール: 極めて個人的な内容ですので考えたくない、話したくない方がおられましたら話題をとばしましょう。

- 終末期について少し話しましょう
- 今大切にしていることを話しましょう
- 終末期までにやりたいこと(目標)を話しましょう
- そのための方法について話しましょう

平成23年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

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 報告書

平成24年3月

発行： 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 4F

TEL 03-6809-2466 FAX 03-6809-2499

ホームページURL <http://www.kokushinkyo.or.jp/>

印刷： 中和印刷株式会社

