

「相模原市におけるこれからの介護予防について」説明会

## これからの介護予防

令和6年7月24日

医療経済研究機構  
政策推進部研究事業担当部長  
研究部主席研究員  
服部 真治



# 自己紹介

---

## ■ 学位

千葉大学大学院医学薬学府博士課程修了 博士（医学）

## ■ 研究分野

介護保険制度、地域包括ケアシステム

## ■ 職歴

1996年4月 東京都八王子市入庁

2005年4月 同健康福祉部介護サービス課

その後、介護保険課主査、財政課主査、高齢者いきいき課課長補佐等

2014年4月 厚生労働省老健局総務課・介護保険計画課・振興課併任課長補佐

2016年4月 医療経済研究機構入職

## ■ 現職

放送大学客員教授、全国移動サービスネットワーク政策アドバイザー

日本老年学的評価研究機構（JAGES）理事、地域共生開発機構ともつく理事

東京都健康長寿医療センター非常勤研究員、立命館大学OIC総合研究機構客員協力研究員

## ■ 著書（書籍）

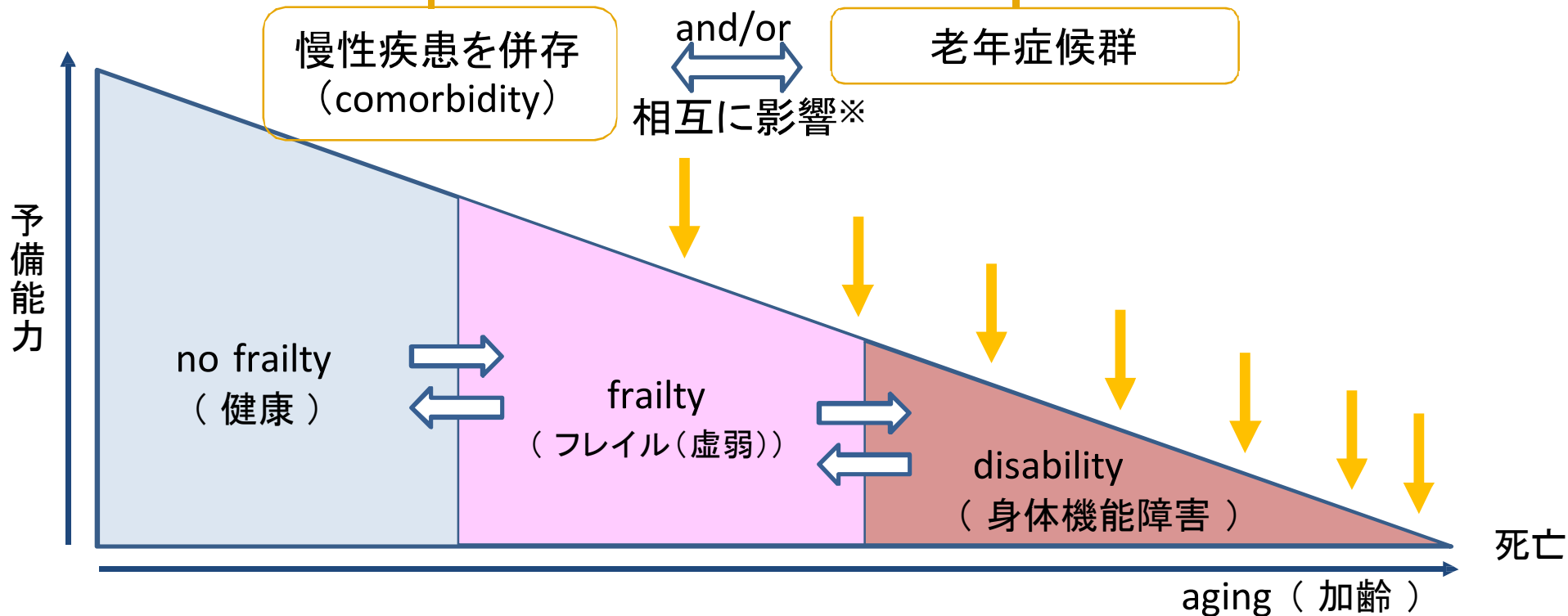
1. 私たちが描く新地域支援事業の姿～地域で助け合いを広める鍵と方策～，堀田力・服部真治，中央法規，2016年（共編著）
2. 入門 介護予防ケアマネジメント～新しい総合事業対応版，監修 結城康博・服部真治、総合事業・介護予防ケアマネジメント研究会編，ぎょうせい，2016年（共編著）
3. 地域でつくる！介護予防ケアマネジメントと通所型サービスC－生駒市の実践から学ぶ総合事業の組み立て方－，著 田中明美・北原理宣 編著 服部真治，社会保険研究所，2017年（共編著）
4. 地域で取り組む 高齢者のフレイル予防，【監修】一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会【編著】辻哲夫、飯島勝矢、服部真治，中央法規出版，2021年（共著） など

# 介護予防の基本的な考え方

# 高齢者の健康状態の特性等について

- 高血圧
- 心疾患
- 脳血管疾患
- 糖尿病
- 慢性腎疾患(CKD)
- 呼吸器疾患
- 悪性腫瘍
- 骨粗鬆症
- 変形性関節症等、生活習慣や加齢に伴う疾患

- 認知機能障害
- めまい
- 摂食・嚥下障害
- 視力障害
- うつ
- 貧血
- 難聴
- せん妄
- 易感染性
- 体重減少
- サルコペニア(筋量低下)



「フレイル」とは、『フレイル診療ガイド2018年版』（日本老年医学会／国立長寿医療研究センター、2018）によると「加齢に伴う予備能力低下のため、ストレスに対する回復力が低下した状態」を表す“frailty”の日本語訳として日本老年医学会が提唱した用語である。フレイルは、「要介護状態に至る前段階として位置づけられるが、**身体的脆弱性のみならず精神心理的脆弱性や社会的脆弱性などの多面的な問題を抱えやすく**、自立障害や死亡を含む健康障害を招きやすいハイリスク状態を意味する。」と定義されている。また、「フレイル」の前段階にあたる「プレフレイル」のような早期の段階からの介入・支援を実施することも重要である。

※ 現時点では、慢性疾患とフレイルの関わりについて継続的に検証されている段階にあることに留意が必要。

## 目標設定の考え方

在宅で自立した生活がおくれる高齢者の増加 (入院率・入外比、疾病別医療費、要介護度)

フレイル(虚弱)の進行の防止

生活習慣病等の重症化予防

高齢による心身機能の低下防止  
(老年症候群)

健康状態に課題がある  
高齢者の減少

慢性疾患の  
コントロール

服薬状況

低栄養

相互に影響

心身機能が低下した  
高齢者の減少

口腔機能

認知機能

運動機能

※ 国保・ヘルス  
事業との連携

高齢者の健康状態・フレイルの状態、生活状況等の包括的な把握

※ 介護予防  
との連携

適正受診・服薬

- ・ かかりつけ医
- ・ 受診中断の早期対処
- ・ 重複・残薬指導

禁煙・適正飲酒

- ・ 禁煙
- ・ 過量飲酒の減少

栄養・食生活

- ・ 減塩、水分調整
- ・ たんぱく摂取
- ・ 肥満者の維持・減量

口腔機能

- ・ 摂食・嚥下体操
- ・ 入れ歯の手入れ

運動・リハビリ

- ・ 転倒・骨折防止の  
ための運動器等  
の指導
- ・ リハビリの継続

外出・社会参加

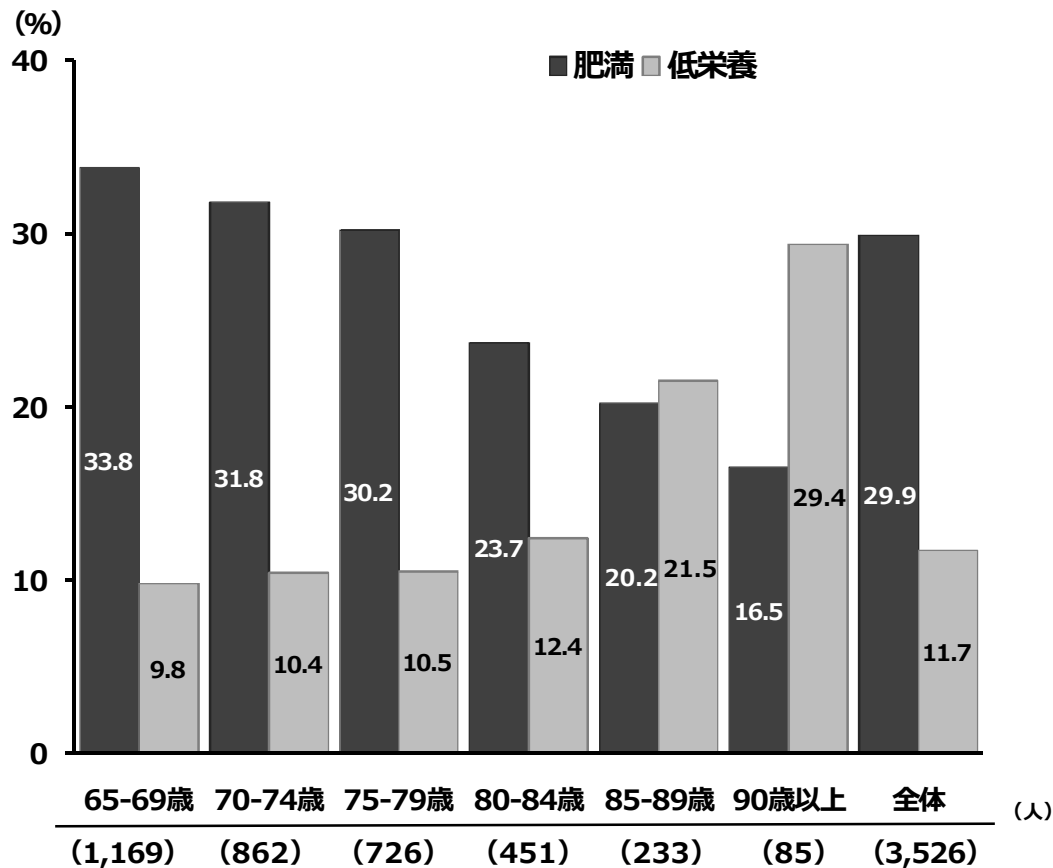
- ・ 買い物、散歩
- ・ 地域活動・ボランティア  
等の支援

虚弱(フレイル)高齢者や在宅療養高齢者等への健康支援

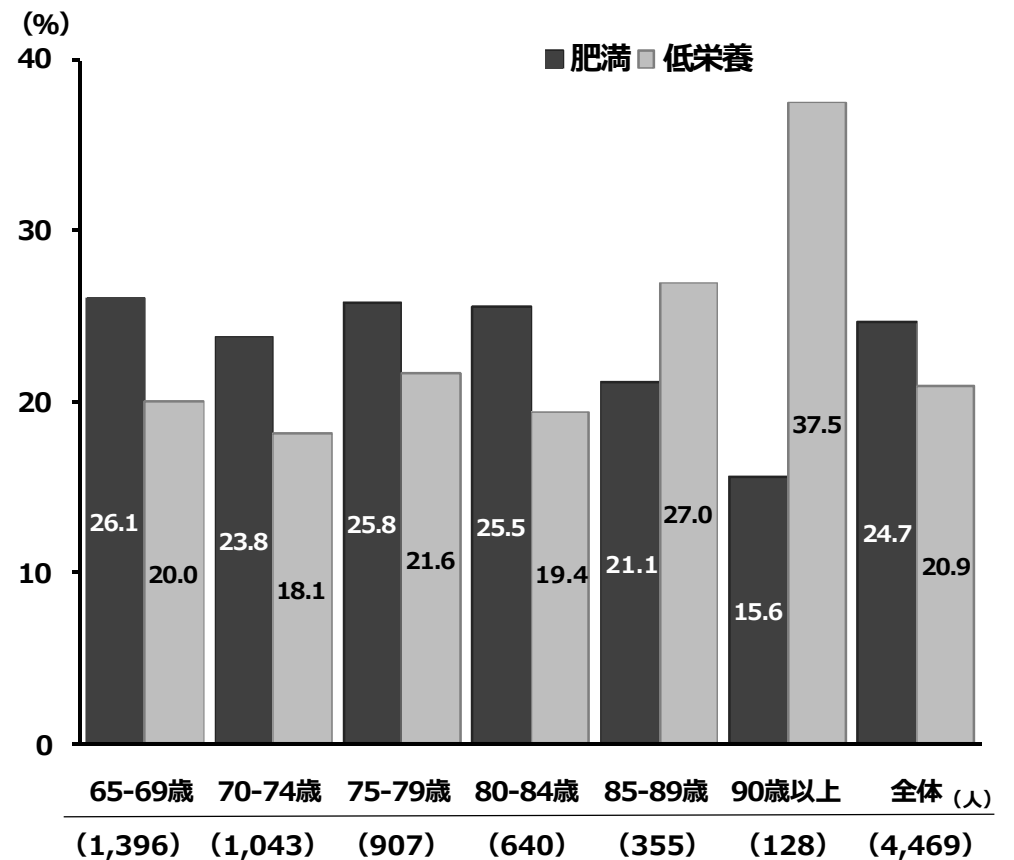
# 65歳以上、性・年齢階級別 BMIの分布

- 年齢が高くなるとの肥満（BMI $\geq$ 25）の割合は減り、低栄養（BMI $\leq$ 20）の割合は増加する。
- 低栄養の割合は、どの年齢階級においても、女性が男性より高い状況である。

## 男性

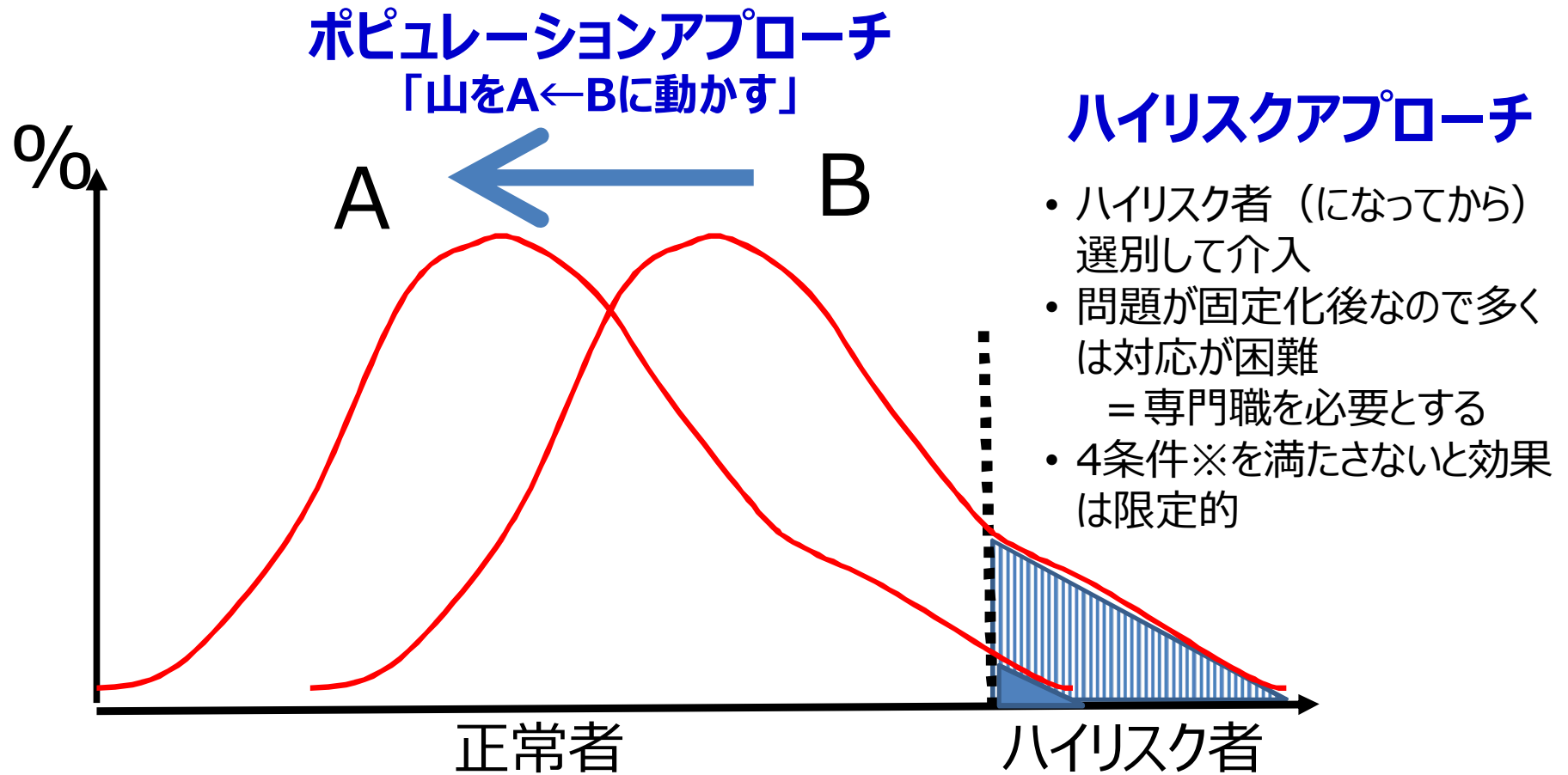


## 女性



厚生労働省「平成28年国民健康・栄養調査」

# ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチ



## ハイリスク者激減

※ハイリスク戦略が有効な4条件：

- ①ハイリスク者が少数、
- ②早期発見可能、
- ③確実な予防・治療法がある、
- ④治療法をハイリスク者全員に提供可能（結核やがんの一部では満たすが、常にではない）



# 各アプローチの対象や役割、利点、欠点

	ポピュレーションアプローチ	ハイリスクアプローチ
対象	低リスク群、境界域を含む集団全体	高リスク群
役割	主として一次予防	主として二次予防
利点	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 集団全体に効果が及ぶ</li> <li>• 集団全体としての発症者の減少効果が大きい</li> <li>• 集団からハイリスク者を選ぶ手間が省ける</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 方法論が明確で、対象を把握しやすい</li> <li>• 個人への効果が高い</li> <li>• 対象を絞ることができる</li> </ul>
欠点	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 個人への効果が低い</li> <li>• 不十分な介入の場合、健康格差縮小の効果が低い</li> <li>• 漫然と実施した場合、費用対効果が低い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>成果は一時的、限局的なことが多い（事業終了後、維持するのが難しい）</b></li> <li>• <b>集団への波及効果が小さい</b></li> <li>• <b>スクリーニングの費用がかかる</b></li> </ul>

出典：医療情報科学研究所. 公衆衛生がみえる2024-2025. 2024.



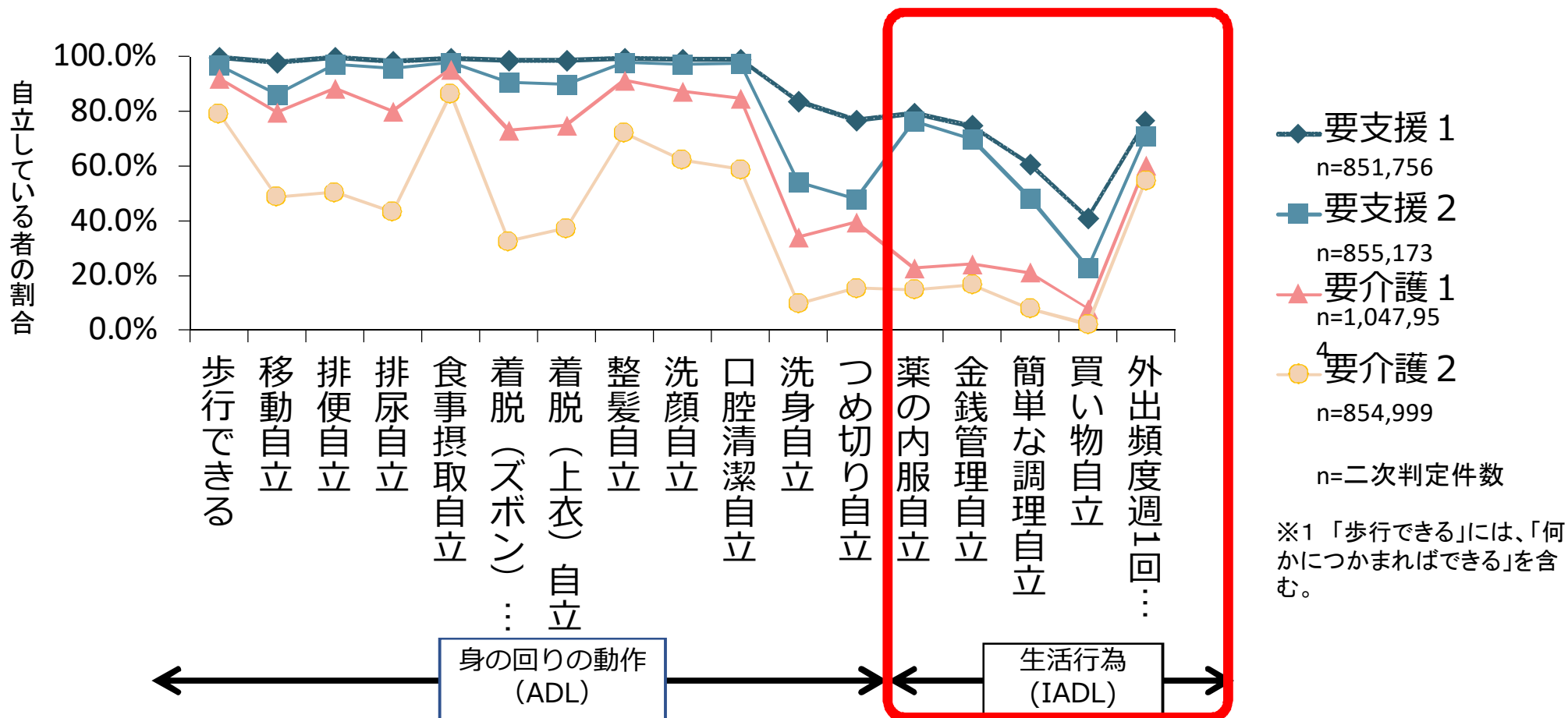
# フレイル予防

## 参考：要支援・要介護に至る原因

現在の要介護度	第1位		第2位		第3名	
	原因名	%	原因名	%	原因名	%
要支援者	関節疾患	19.3	高齢による衰弱	17.4	骨折・転倒	16.1
要支援1	高齢による衰弱	19.5	関節疾患	18.7	骨折・転倒	12.2
要支援2	関節疾患	19.8	骨折・転倒	19.6	高齢による衰弱	15.5
要介護者	認知症	23.6	脳血管疾患（脳卒中）	19.0	骨折・転倒	13.0
要介護1	認知症	26.4	脳血管疾患（脳卒中）	14.5	骨折・転倒	13.1
要介護2	認知症	23.6	脳血管疾患（脳卒中）	17.5	骨折・転倒	11.0
要介護3	認知症	25.3	脳血管疾患（脳卒中）	19.6	骨折・転倒	12.8
要介護4	脳血管疾患（脳卒中）	28.0	骨折・転倒	18.7	認知症	14.4
要介護5	脳血管疾患（脳卒中）	26.3	認知症	23.1	骨折・転倒	11.3

厚生労働省.2022（令和4）年国民生活基礎調査の概況. 2023, p23.

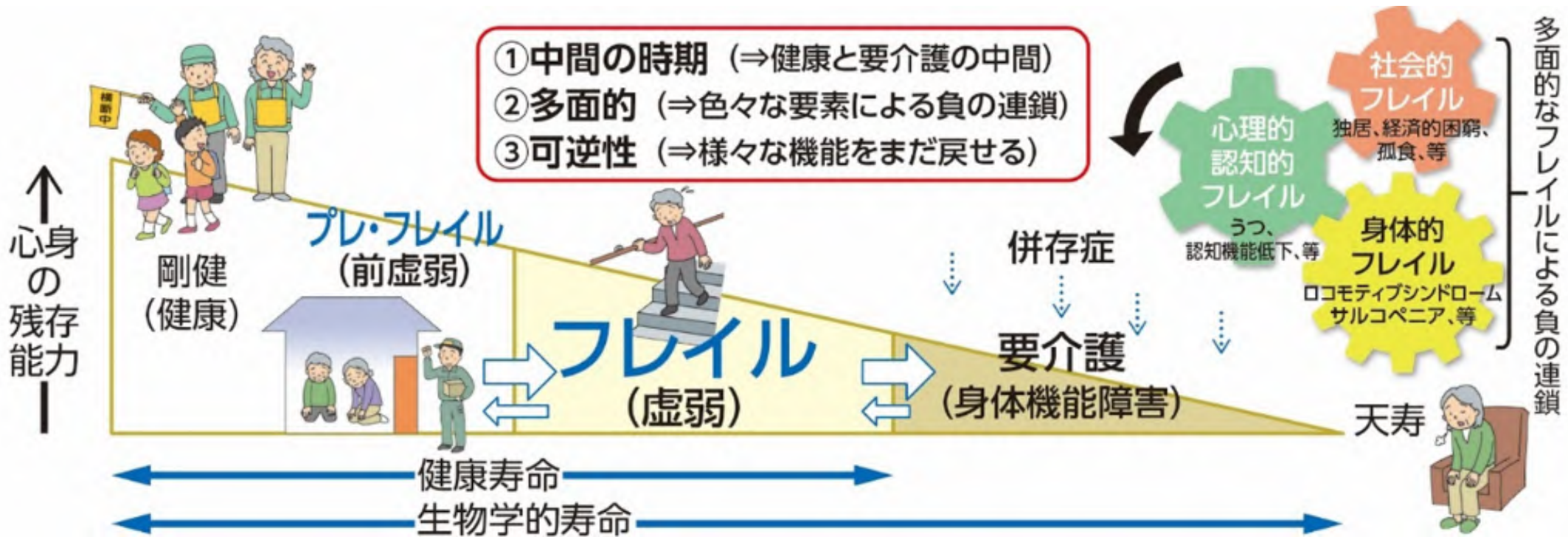
# 要支援1～要介護2の認定調査結果



✓ 要支援者の大半は、ADLは自立しているが、**買い物などIADLに介助を要する。**

1) 認定支援ネットワーク「平成23年度要介護認定における認定調査結果」

# フレイルの特性

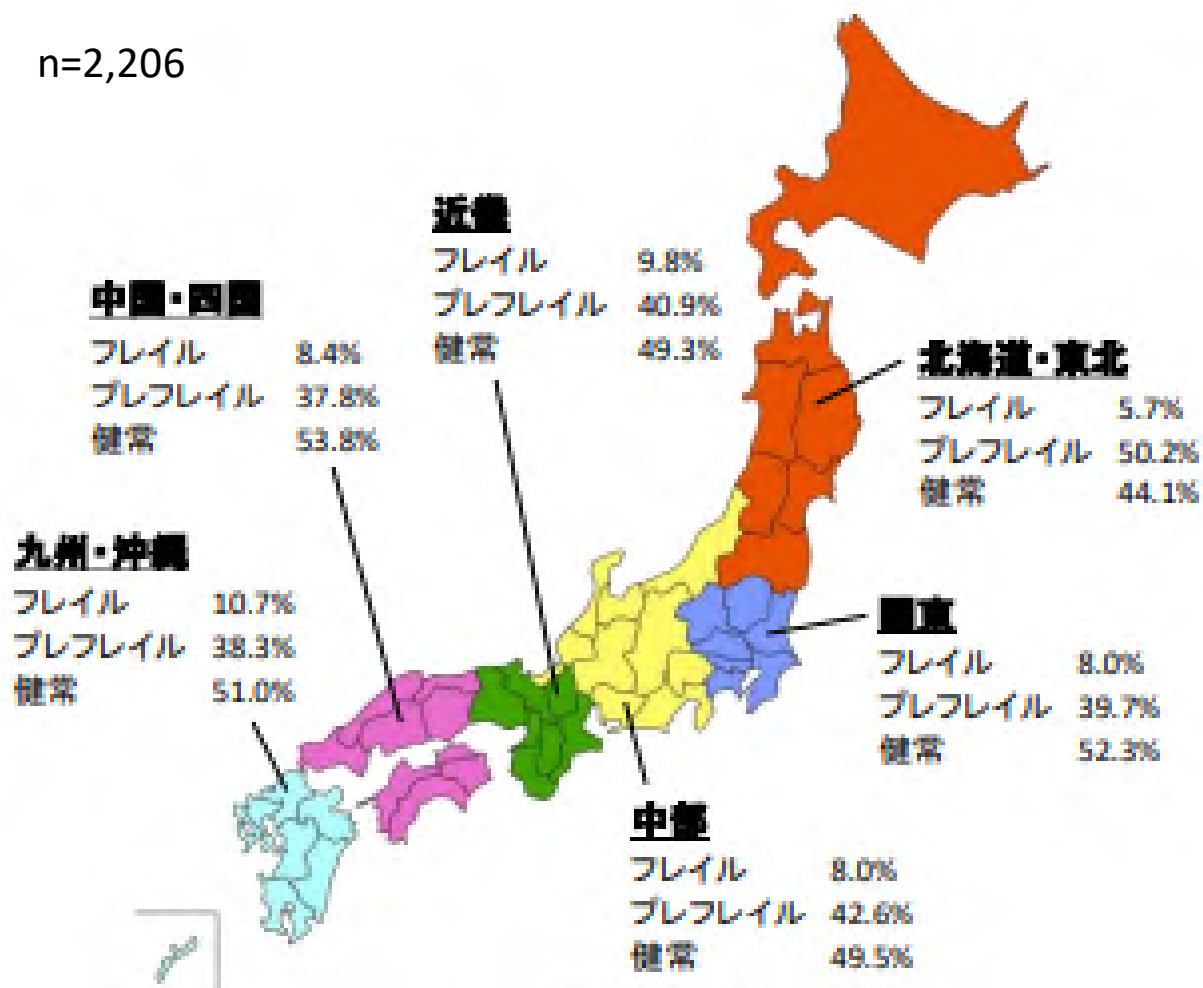


出典：飯島勝矢, “各論4トピックス1, 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施 フレイル検診への期待”, 長寿科学振興財団, 2021.を一部改変

✓ 高齢期に生理的予備能が低下することでストレスに対する脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの転帰に陥りやすい状態で、筋力の低下により動作の俊敏性が失われて転倒しやすくなるような身体的問題のみならず、認知機能障害やうつなどの**精神・心理的問題**、独居や経済的困窮などの**社会的問題**を含む概念 (日本老年医学会, “フレイルに関する日本老年医学会からのステートメント”, 2014)

# 高齢者に占めるフレイル該当者の割合

n=2,206



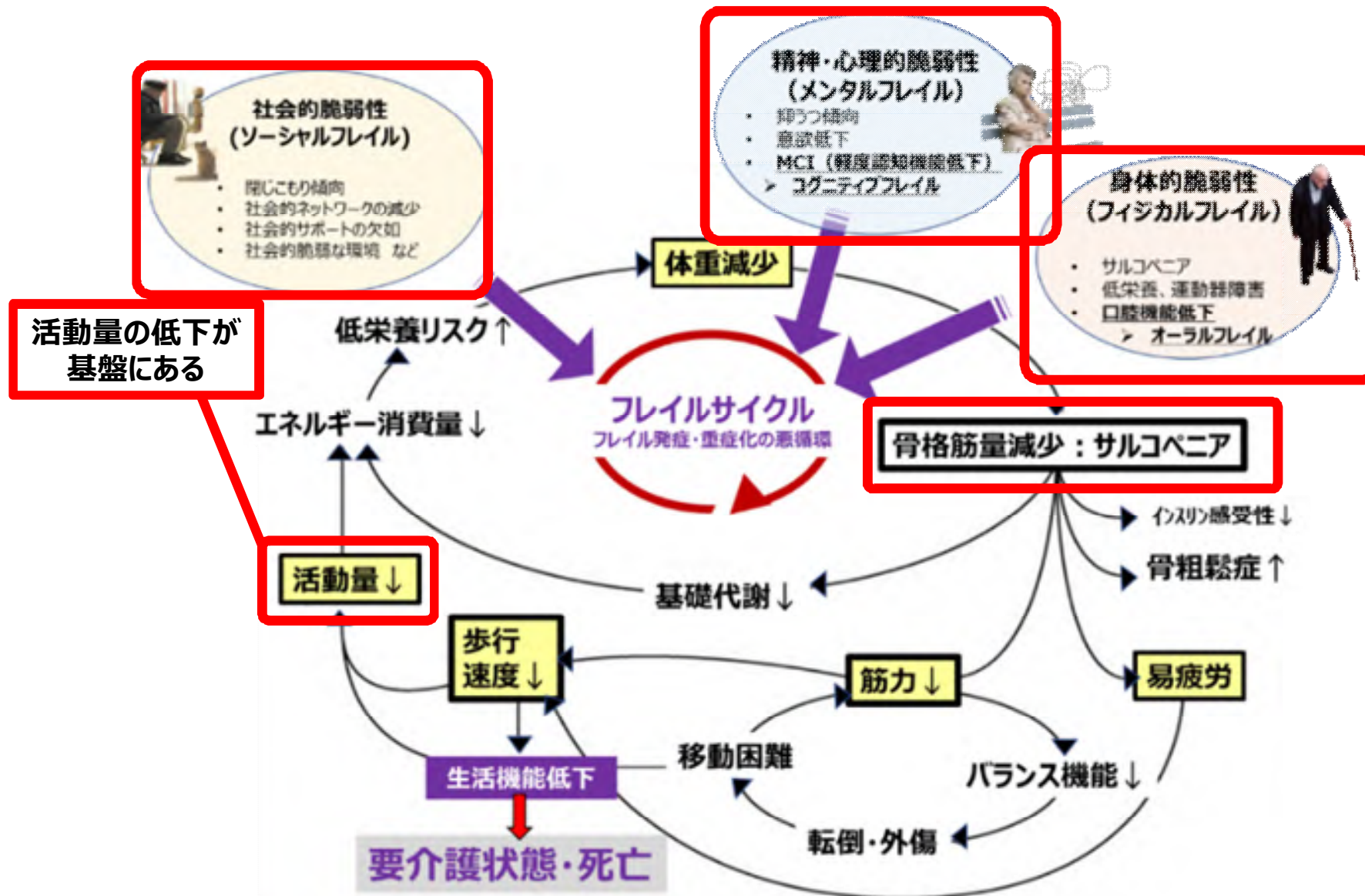
- 全国高齢者パネル調査参加者のうち訪問調査に協力をした65歳以上の高齢者を対象に実施
- 全体では、**8.7%**がフレイル、**40.8%**がプレフレイル、**50.5%**が健常に該当した
- BADL障害になりやすさは健常とくらべ、プレフレイルで**2.27倍**、フレイルで**5.68倍**だった

Murayama H. et al., 2020

新開省二・他, 科学研究費助成事業 研究成果報告書, 2020

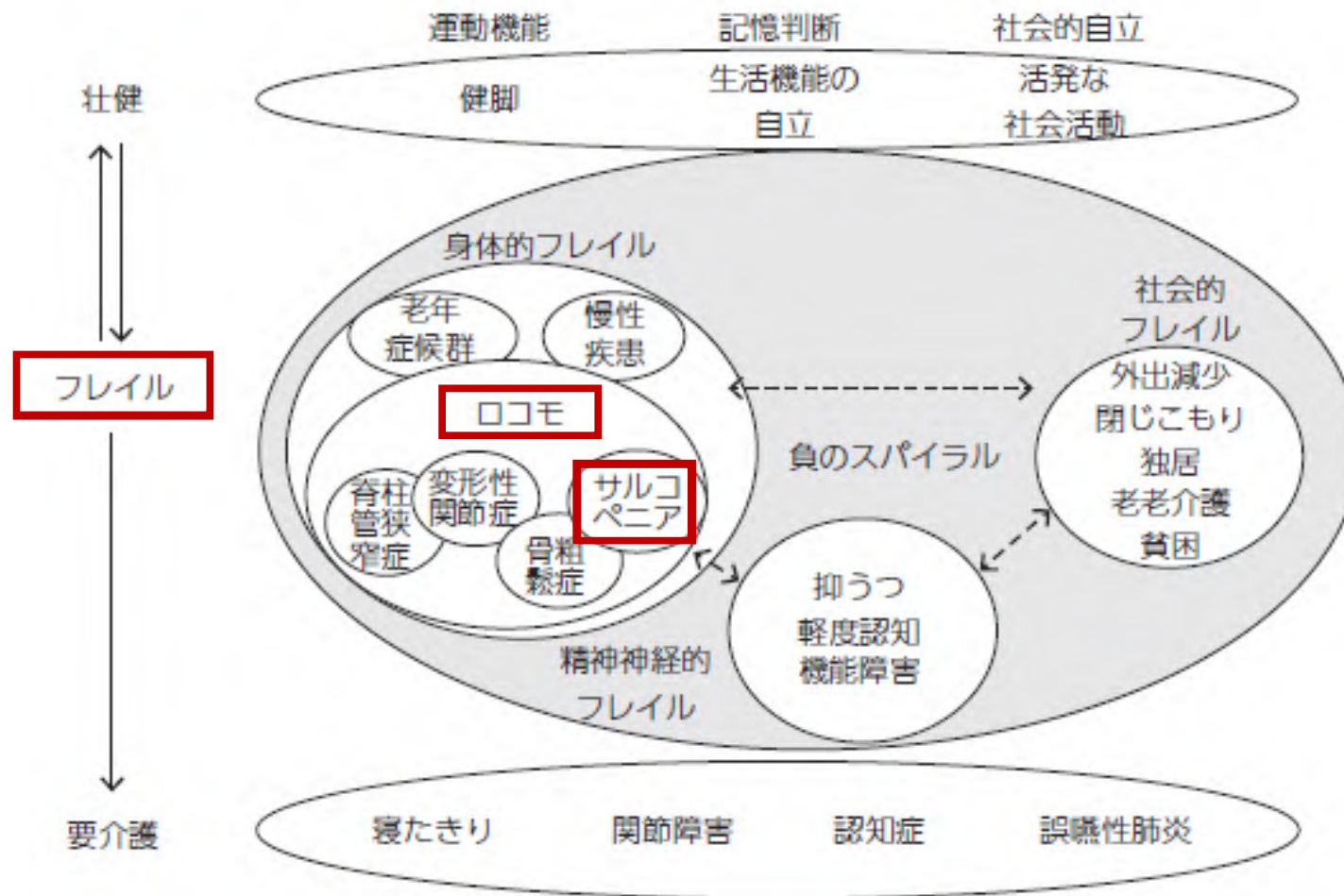


# フレイル発症・重症化の悪循環（フレイルサイクル）



2019年 Medical Science Digest「フレイル・サルコペニアの危険因子とその階層構造」 田中友規、飯島勝矢

# フレイル、サルコペニア、ロコモティブシンドロームの関係



出典：原田敦, ロコモティブシンドロームにおけるサルコペニアの位置づけ, 日本老年医学会.



# サルコペニア

## □ サルコペニアの定義

- **加齢による筋肉量の減少および筋力の低下のこと**
- 現在では、“疾患”に位置付けられている
- 歩く、立ち上がるなどの日常生活の基本的な動作に影響が生じ、介護にもつながる

## □ サルコペニアの疫学

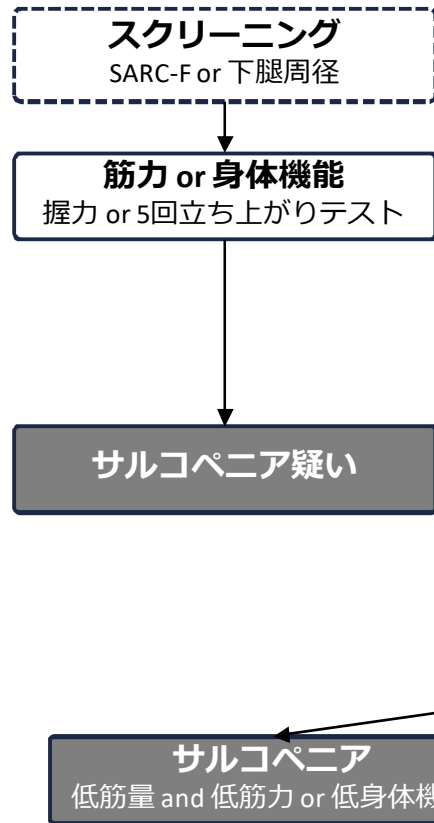
- 我が国では、65歳以上の高齢者のうち**15~20%がサルコペニア**であることが推定されている  
(Yamada M, 2013; Akune T, 2014)
- サルコペニアを有していると、**機能障害 (ADL・IADL) や入院、死亡**と関連しやすい  
(Bianchi L, 2015)

✓ 適切な運動や栄養によって介入することで、筋力や身体能力が改善する示されている  
(Cruz-Jentoft, 2014)

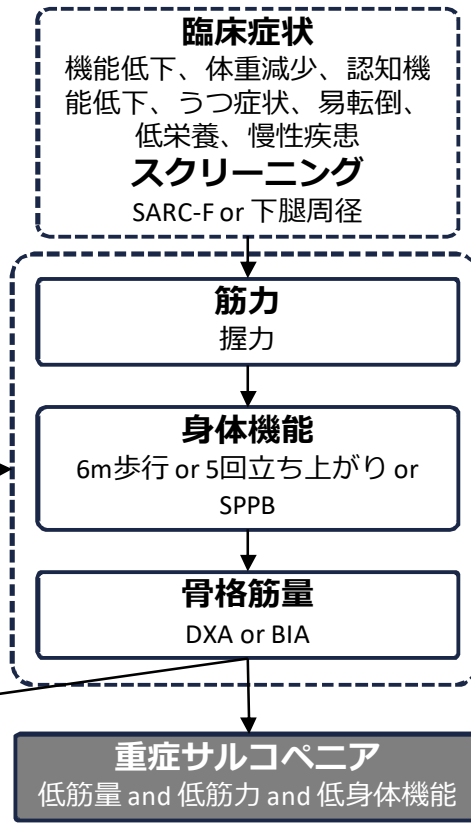
# サルコペニアの診断基準

## □ サルコペニアの診断基準

コミュニティセッティング



クリニカルセッティング



## □ 診断基準の基準値

	男性	女性
下腿周径囲	<34 cm	<33 cm
SARC-F	≥ 4	
握力	<28 kg	<18 kg
5回立ちあがりテスト	≥ 12 sec	
歩行速度	< 1.0 m/sec	
SPPB	≤ 9	
SMI	DXA: <7.0 kg/m <sup>2</sup>	DXA: <5.4 kg/m <sup>2</sup>
	BIA: <7.0 kg/m <sup>2</sup>	BIA: <5.7 kg/m <sup>2</sup>

出典：山田実. サルコペニア新診断基準（AWGS2019）を踏まえた高齢者診療. 老年医学会誌. 2001. vol.58, pp175-182.

# ロコモティブシンドローム

## ロコモティブシンドロームの定義およびメカニズム

- 加齢に伴う筋力の低下や関節や脊椎の病気、骨粗しょう症などにより**運動器の機能が衰えて**、要介護や寝たきりになってしまったり、そのリスクの高い状態を表す



出典：ロコモonline, <https://locomo-joa.jp/locomo>.

# ロコモティブシンドロームの評価と判定方法

## 立ち上がりテスト

## 2ステップテスト

## ロコモ25

現在の移動機能の状態からロコモティブシンドロームの段階を、

### 立ち上がりテスト



### 2ステップテスト



### ロコモ25



の各テストの結果をもとに判定します。

各テストの結果がロコモ度1、ロコモ度2、ロコモ度3のどの段階に該当するかを調べます。該当したロコモ度のうち、最も移動機能低下が進行している段階を判定結果とします。どの段階にも該当しない方はロコモではありません。

## ロコモ度 1

移動機能の低下が始まっている状態です。

立ち上がりテスト	2ステップテスト	ロコモ25
どちらか一方の脚で40cmの台から立ち上がれないが、両脚で20cmの台から立ち上がれる	1.1以上1.3未満	7点以上16点未満

筋力やバランス力が落ちてきているので、ロコトレ(ロコモーショントレーニング▶P14-15)をはじめとする運動を習慣づける必要があります。また、十分なたんぱく質とカルシウムを含んだバランスの取れた食事を摂るように気をつけましょう。

## ロコモ度 2

移動機能の低下が進行している状態です。

立ち上がりテスト	2ステップテスト	ロコモ25
両脚で20cmの台から立ち上がれないが、30cmの台から立ち上がれる	0.9以上1.1未満	16点以上24点未満

自立した生活ができなくなるリスクが高くなっています。特に痛みを伴う場合は、何らかの運動器疾患を発症している可能性もありますので、整形外科専門医の受診をお勧めします。

## ロコモ度 3

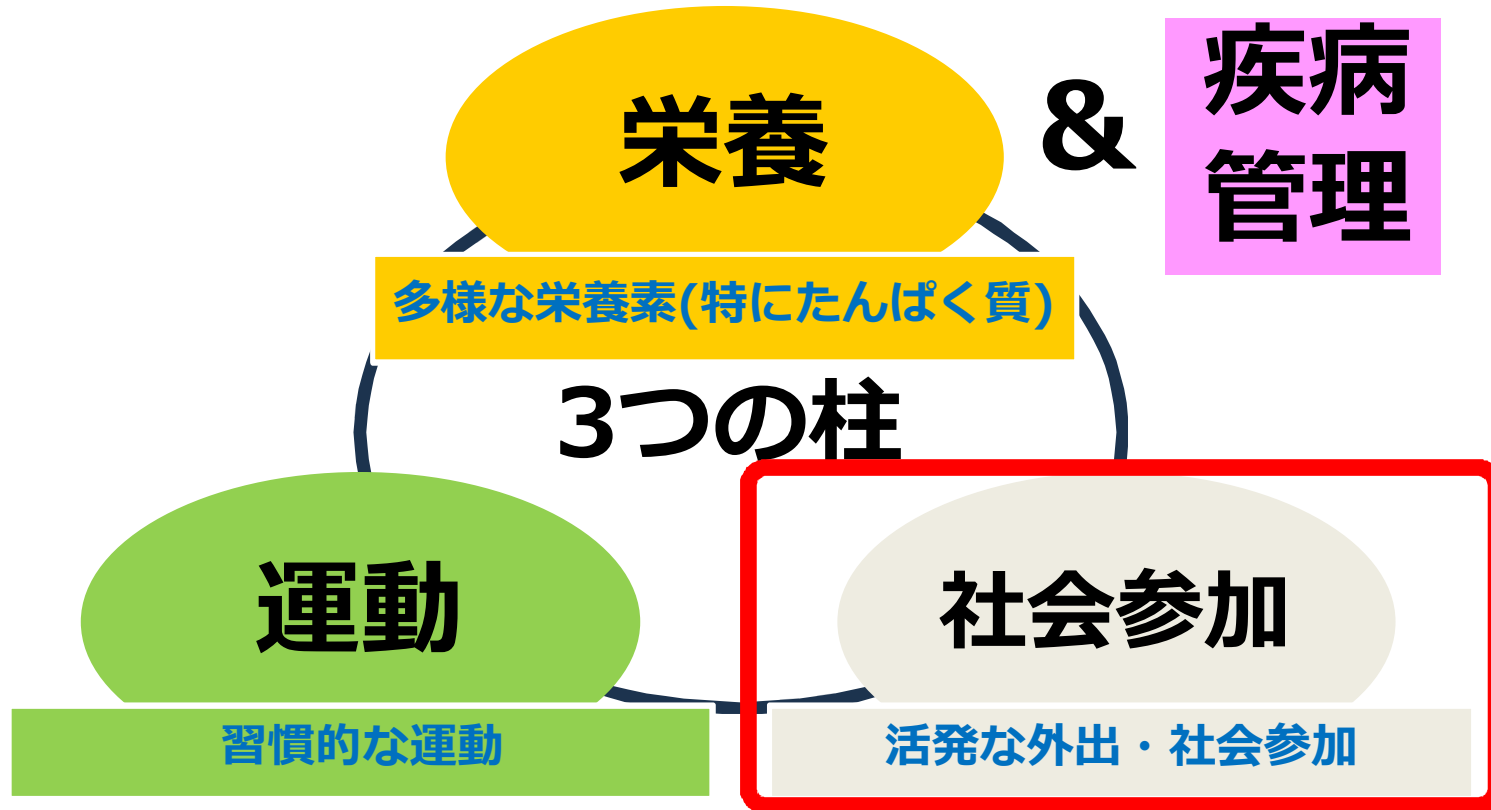
移動機能の低下が進行し、社会参加に支障をきたしている状態です。

立ち上がりテスト	2ステップテスト	ロコモ25
両脚で30cmの台から立ち上がれない	0.9未満	24点以上

自立した生活ができなくなるリスクが非常に高くなっています。何らかの運動器疾患の治療が必要になっている可能性がありますので、整形外科専門医による診療をお勧めします。

出典：ロコモonline, <https://locomo-joa.jp/check/judge>.

# 介護予防の3本柱



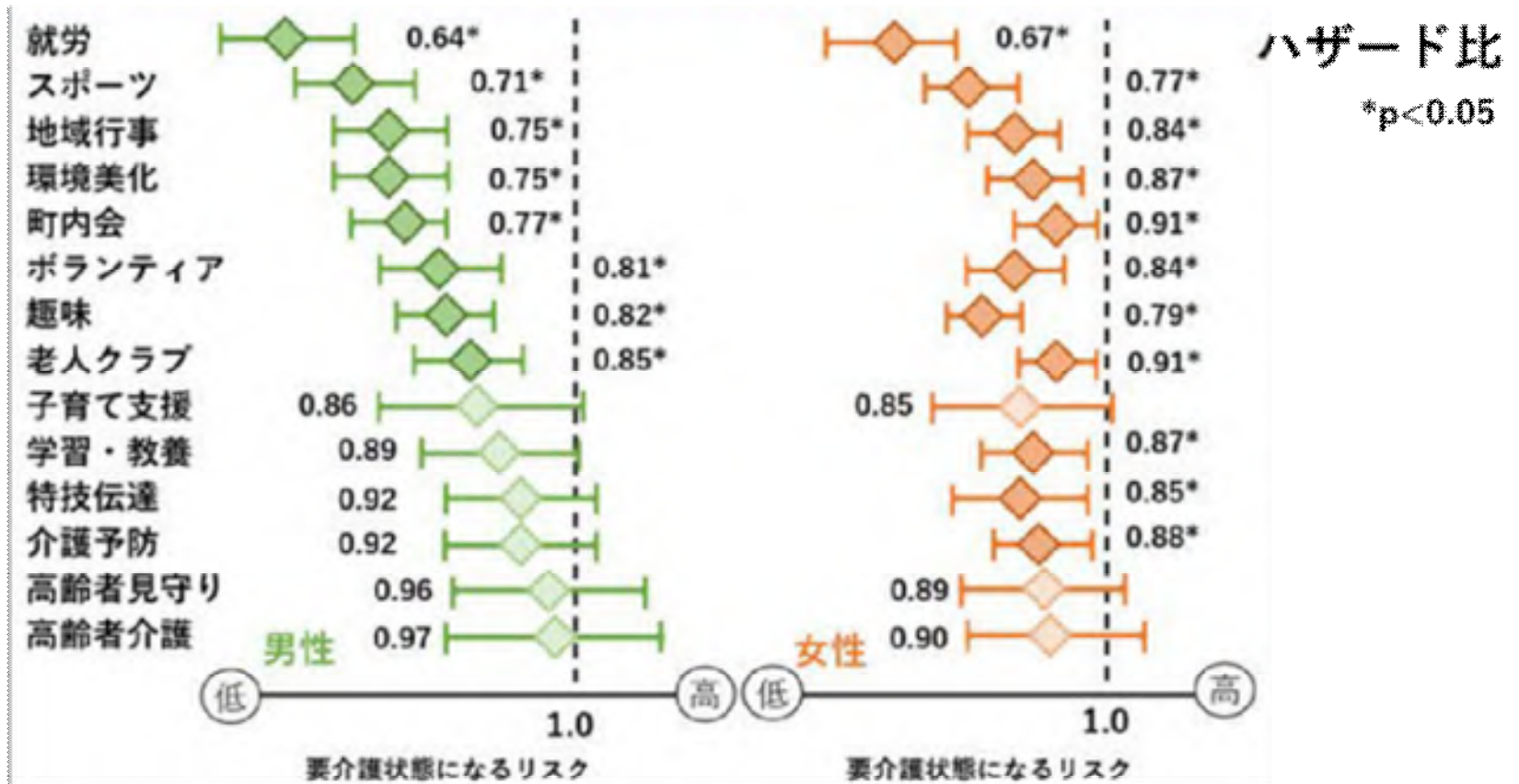
出典：藤原佳典. 介護予防・フレイル予防とウエルビーイング,  
[www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/yobou/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/index.html). 厚生労働省. 2023.



# 参加している組織の種類と要介護認定リスク

**対象**

JAGES2013回答者を約3年追跡：高齢者90,889名  
 男性42,659名（平均年齢73.5±6.0歳），女性48,230名（平均年齢73.8±6.1歳）



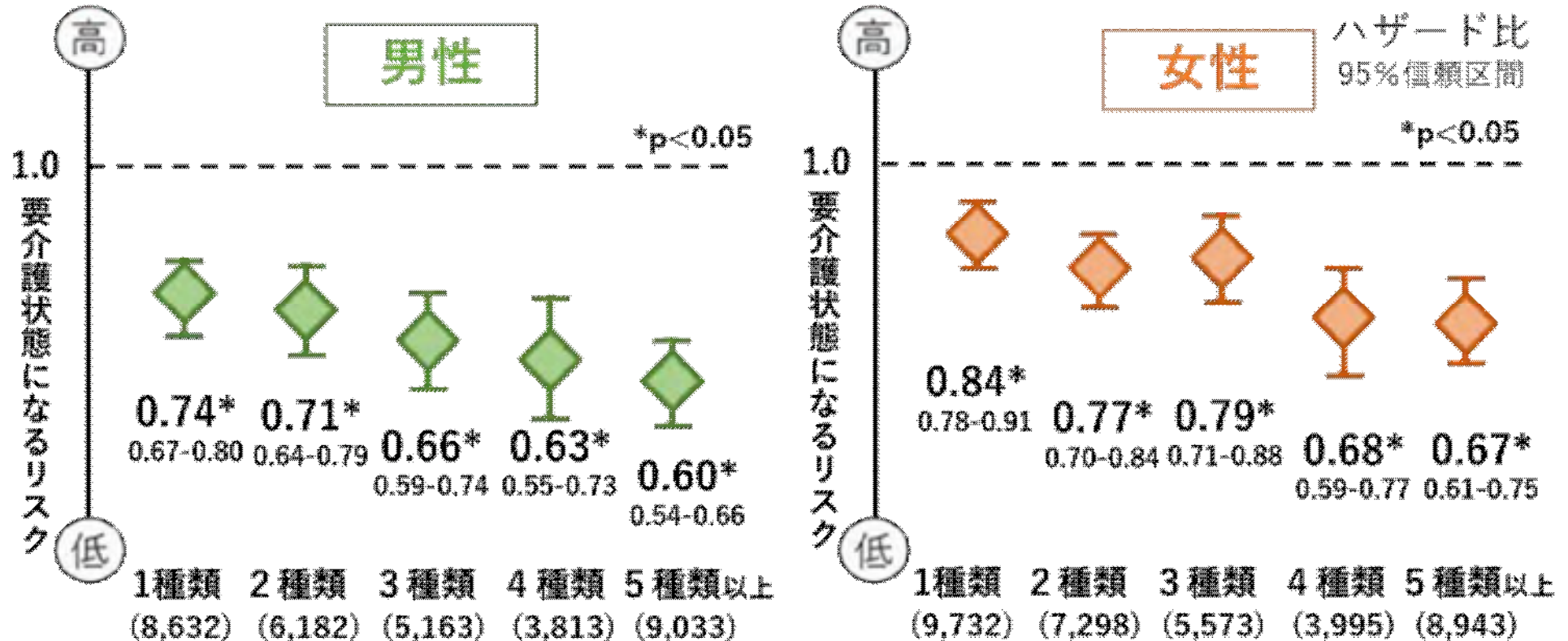
各組織への不参加を基準(1.0)とし、要介護リスク(%)を数値化

東馬場豊，井手一茂，渡邊良太，飯塚玄明，近藤克則. 高齢者の社会参加の種類・数と要介護認定発生の関連 - JAGES2013-2016 縦断研究. 総合リハビリテーション 49(9). 897-904, 2021

# 参加している地域組織の数が多いほど要介護認定リスクが少ない

**対象**

JAGES2013回答者を約3年追跡：高齢者90,889名  
 男性42,659名（平均年齢73.5±6.0歳），女性48,230名（平均年齢73.8±6.1歳）



参加種類数が0の者を基準(1.0)とし、要介護リスク(%)を数値化

年齢、等価所得、教育歴、婚姻状況、健康状態、喫煙、飲酒、うつ、IADL、可住地人口密度を調整済み

原馬場愛，井手一茂，渡邊良太，飯塚玄明，近藤克朗. 高齢者の社会参加の種類・数と要介護認定発生の関連 - JAGES2013-2016 縦断研究. 総合リハビリテーション 49(9), 897-904, 2021



# 欧州各国の軽度者支援

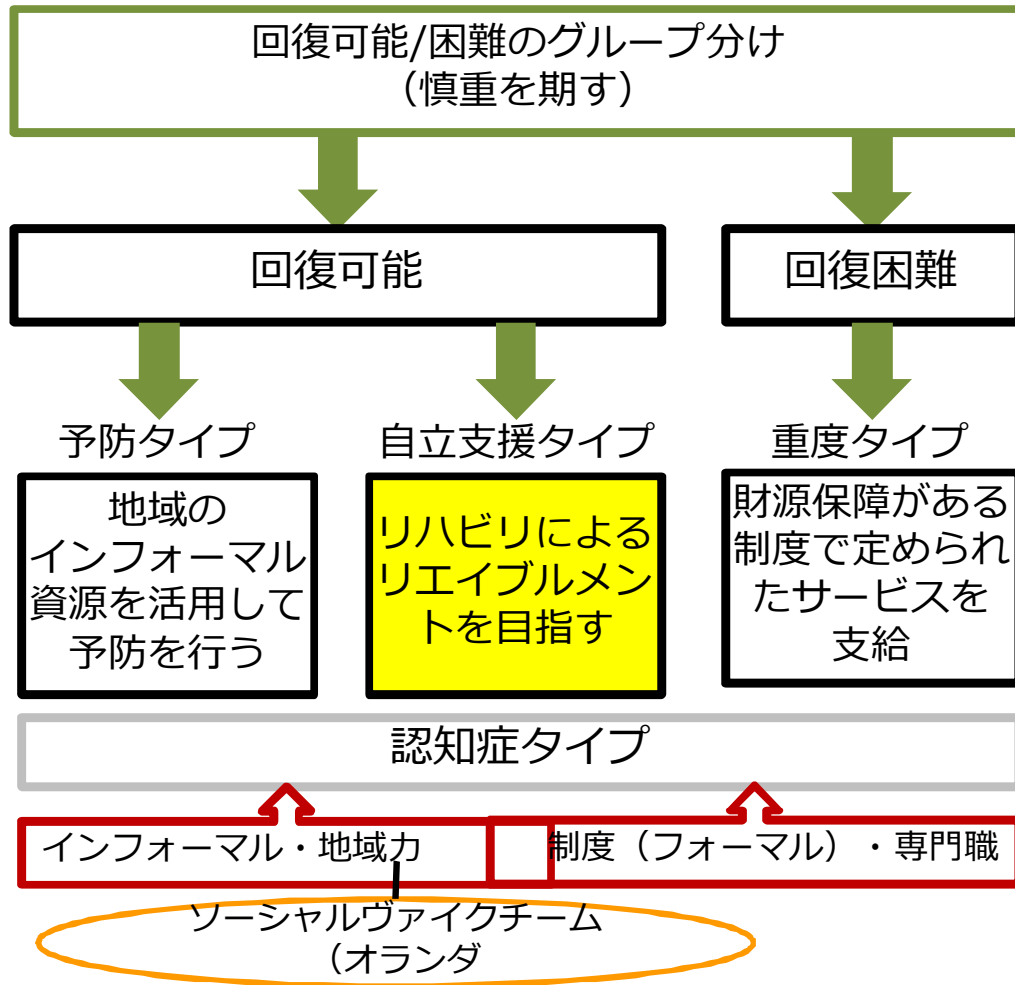
# 各国の要介護認定について

	日本：介護保険	オランダ：長期介護保険 (WLZ)	ドイツ：公的介護保険
判定機関	・ 保険者（市町村） 介護認定審査会	・ CIZ ※保険者は保険会社 アセッサー（390名）	・ 保険者（介護金庫） MDK
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>7段階認定</b></li> <li>・ 要支援1～2/要介護1～5</li> <li>・ 介護予防給付や介護予防・日常生活支援総合事業の対象者を含む軽度から中重度までを対象に、区分支給限度額を認定</li> <li>・ コンピュータ判定（一次判定）後、審査会で二次判定</li> <li>・ 要支援2と要介護1の振り分け時のみ、「状態の維持・改善可能性」を判定</li> <li>・ <b>認定有効期間あり</b>（6ヶ月～36ヶ月）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>7種類判定</b></li> <li>・ VV04～VV10</li> <li>・ <b>回復が不可能</b>で、継続的なモニタリングや24時間のケアを必要とする高齢者や障害者のみ</li> <li>・ <b>ケアプロファイルを判定</b>（身体疾患、認知症重度行動障害、重度身体疾患、リハビリが必要、緩和ケアなどタイプ別判定）</li> <li>・ <b>認定有効期間なし</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>5段階鑑定</b></li> <li>・ 介護度1～介護度5</li> <li>・ 介護度1は月125€の負担軽減手当のみ、介護度2～5も部分給付（必要な給付の5～6割程度）</li> <li>・ 介護度1を除き、中重度者を対象に給付額（現金給付月額、現物給付月額等）を鑑定</li> <li>・ リハビリテーション、予防策の勧告可（ただし、勧告の割合は0.7%）</li> <li>・ <b>認定有効期間なし</b>（ただし、現金給付受給者はモニタリングのため、半年（介護度2、3）ないし四半期（介護度4、5）毎に相談訪問）</li> </ul>
評価軸	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 要介護認定等基準時間（介護の手間）</li> <li>・ 行為区分毎の時間の合計 食事/排泄/移動/清潔保持/間接/BPSD 関連/機能訓練/医療関連/認知症加算</li> </ul>	<p>漏斗状のアセスメントモデル</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ケア状況</li> <li>・ 永続的な観察もしくは24時間のケアの必要性（なければ非該当）</li> <li>・ <b>永続的なケアニーズ（改善/発達/回復の可能性があれば非該当）</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>日常生活における自立度と能力（本人に何ができるか、できないか）※かつては介護の手間だったが、改正</b></li> </ul>

出典：平成30年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 事業報告書

ケアプロファイルの公平中立性を確保するための取組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業

# 欧州各国の介護サービス受給資格認定に見る予防・自立支援



- イギリスやオランダ、ドイツの制度を要約したフロー図
- 入口でスクリーニングを厳密に実施している
- 中長期的な視野で本人の自己決定に基づく「する」を支援することに力点を置いている
- 回復可能な者に対しては、リエイブルメントが支援の主流の考え

出典：令和4年度厚生労働白書

# 介護予防・日常生活支援総合事業の概要

## 軽度者に対する生活支援と廃用症候群

### 社会保障審議会介護保険部会「見直しに関する意見（平成16年7月30日）」

- ・介護保険制度本来の在り方から見れば、軽度者に対するサービスは利用者の要介護度の維持や改善につながることを期待されるが、実態としては、**軽度者の改善率は低く、予防効果を示していない**のではないかと。
- ・「**かわいそうだから何でもしてあげるのが良い介護**である」といった考え方が、**かえって本人の能力の実現を妨げ、いわゆる廃用症候群を引き起こしている**。
- ・「**家事代行型の訪問介護サービスを利用し続ける**ことにより、**能力が次第に低下し、家事不能に陥る**場合もある」

### 社会保障審議会介護保険部会「見直しに関する意見（平成22年11月30日）」

- ・単身・高齢者のみの世帯など地域で孤立するおそれのある高齢者にとっては、介護保険サービスのみならず、配食や見守りといった生活支援サービスが必要である。これらのサービスと介護保険サービスを組み合わせれば自宅で生活を継続することが可能となる。
- ・特に、**要支援1、2と非該当を行き来する人については**、これらのサービスを切れ目なく提供するという観点から、**予防給付と生活支援サービスを一体化し、利用者の視点に立って市町村がサービスをコーディネートすることが効果的**なのではないかと考えられる。

### 社会保障審議会介護保険部会「見直しに関する意見（平成25年12月20日）」

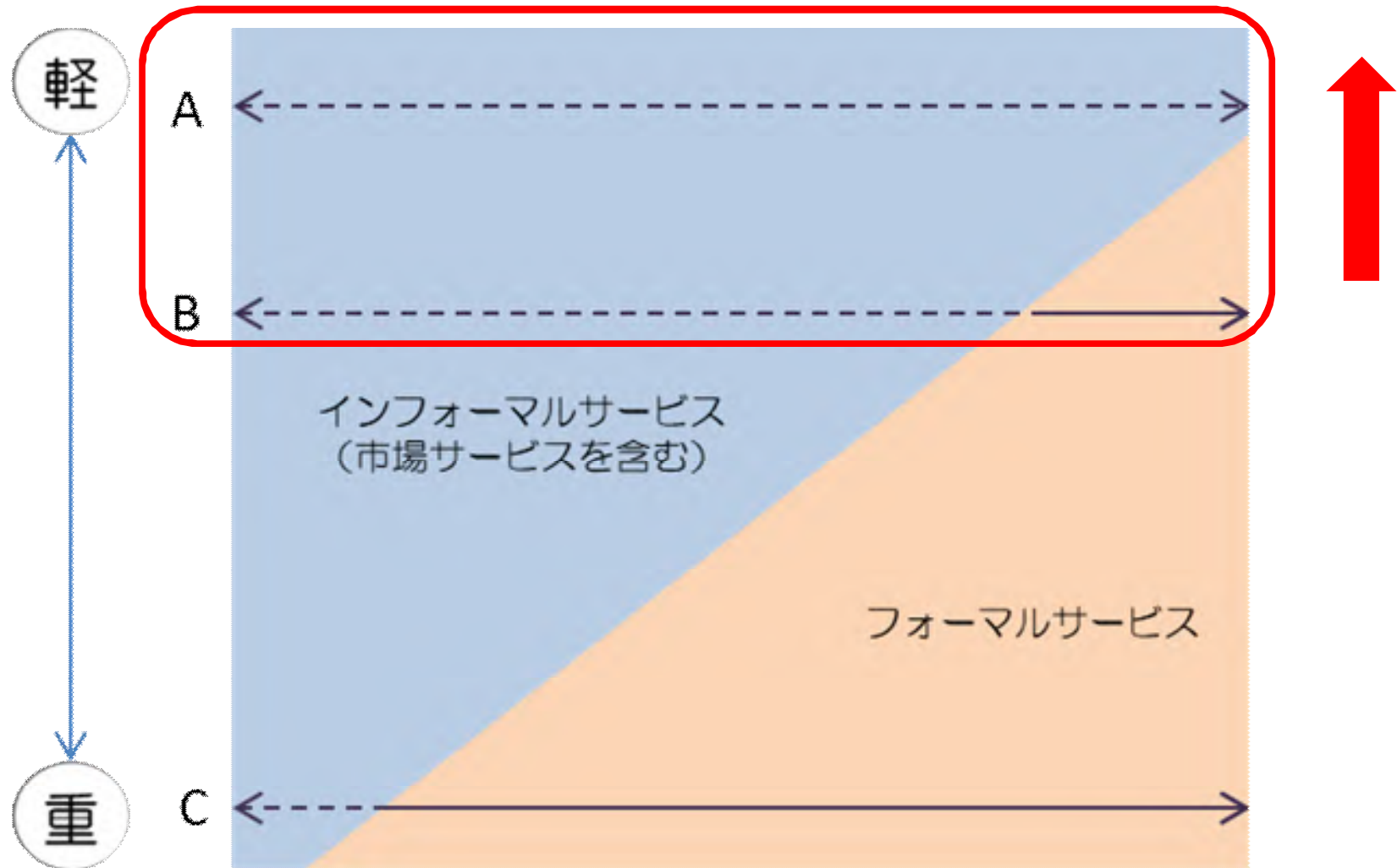
- ・このような**生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加促進の必要性に応えるため**には、地域支援事業の枠組みの中で介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）を発展的に見直し、**サービスの種類・内容・人員基準・運営基準・単価等が全国一律となっている予防給付のうち、訪問介護・通所介護**について、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、**地域支援事業の形式に見直すことが必要**である。

# 総合事業の目的

(国) 地域支援事業実施要綱 別記 1「総合事業」より

総合事業では、従来、介護予防訪問介護及び介護予防通所介護(以下「旧介護予防訪問介護等」という。)により提供されていた専門的なサービスに加え、生活支援体制整備事業等により住民主体の支援等の多様なサービス、一般介護予防事業の充実を図り、市町村の独自施策や市場において民間企業により提供される生活支援サービスも活用することにより、要支援者等の能力を最大限いかしつつ、要支援者等の状態等に応じたサービスが選択できるようにすることが重要である。その際、新たに総合事業によるサービスを利用する要支援者等については、住民主体の支援等の多様なサービスの利用が可能となるよう体制を整えた上で、その利用促進を図っていくことが重要である。

# 本人の生活を支えるインフォーマルサービス（市場サービスを含む）の活用

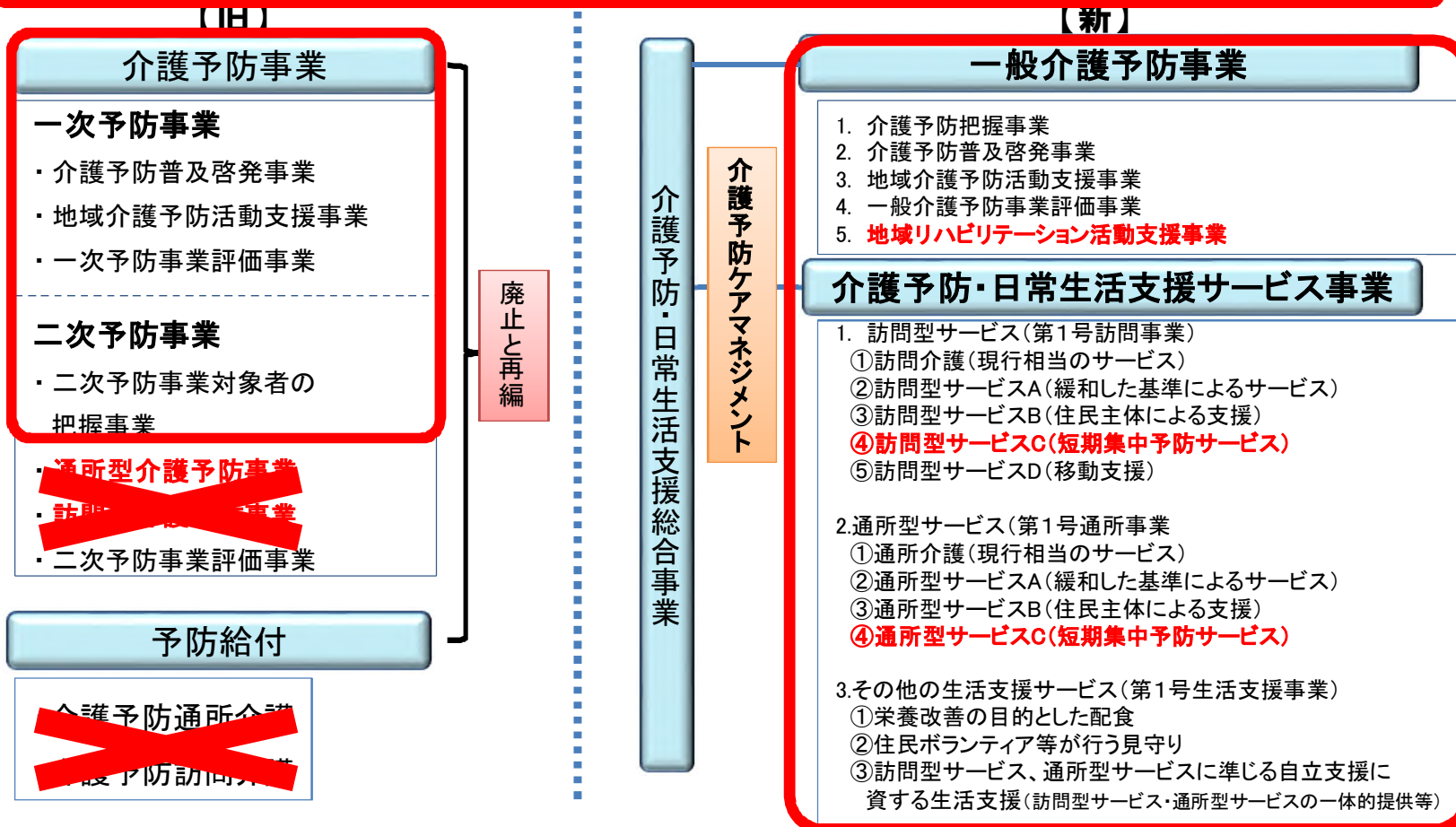


出典：日本社会事業大学専門職大学院客員教授（元・厚生労働事務次官、老健局長）蒲原基道氏 作成資料



## 平成26年度法改正における介護予防事業の体系 (平成29年度までに順次移行)

- 機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、地域づくりなどの高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチができるように介護予防事業を見直した。
- 年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
- リハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。



# 保険給付と地域支援事業の違い

## 【保険給付】

- 事業者 自由参入（指定）
- 基準 国が決める
- 単価 国が決める
- 量 限度額内で利用者が決める
- 財政 決算主義

## 【地域支援事業】

- 事業者 直営、委託、補助
- 基準 市町村が決める
- 単価 市町村が決める
- 量 市町村が決める
- 財政 予算主義

# 訪問介護の概要

厚生労働省資料

「訪問介護」とは、訪問介護員等（※）が、利用者（要介護者等）の居宅を訪問し、入浴・排せつ・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事等を提供するものをいう。

## ※「訪問介護員等」

介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、旧介護職員基礎研修修了者、旧訪問介護員1級又は旧2級課程修了者をいう。

※「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」（平成12年3月17日厚生労働省老健局老人福祉計画課長通知）（いわゆる「老計10号」）

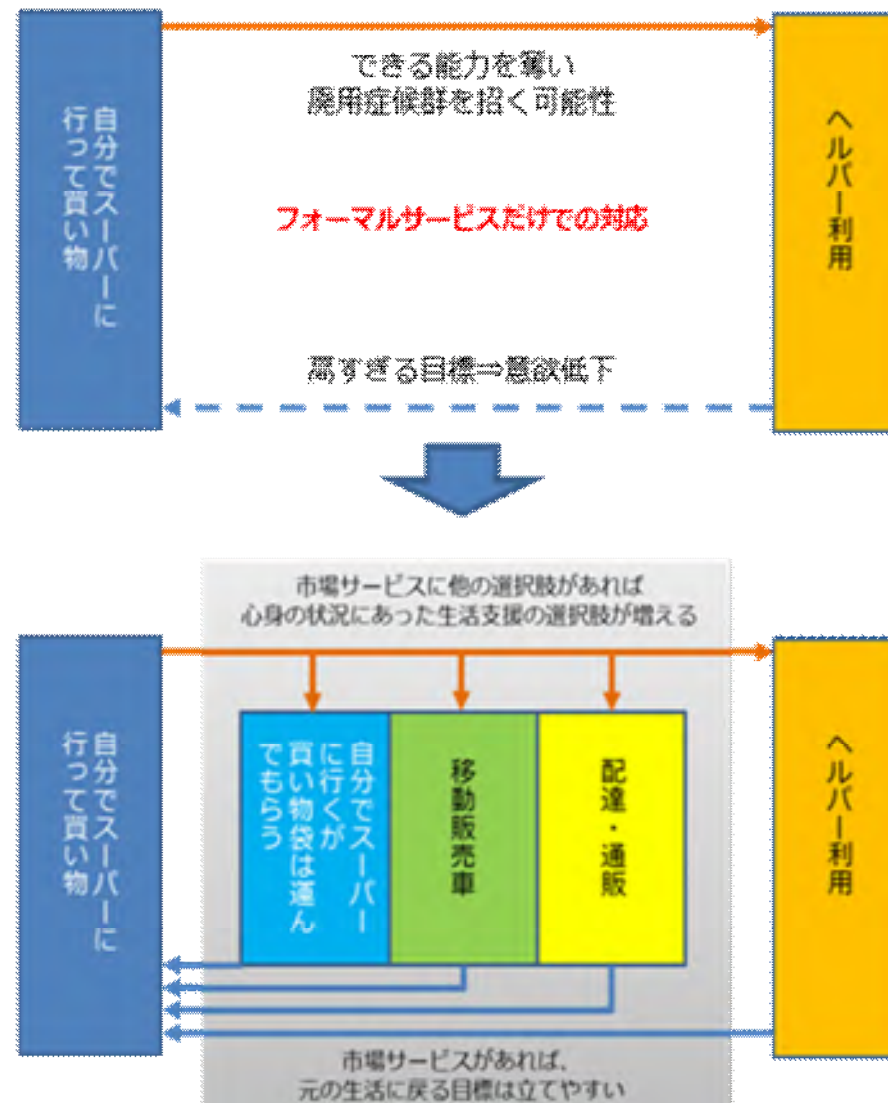
## 身体介護（抜粋）

- 1-0 サービス準備・記録等：サービス準備は、身体介護サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。：健康チェック／利用者の安否確認、顔色・発汗・体温等の健康状態のチェック／環境整備／換気、室温・日あたりの調整、ベッドまわりの簡単な整頓等／相談援助、情報収集・提供／サービス提供後の記録等
- 1-1 排泄・食事介助：排泄介助（トイレ利用・ポータブルトイレ利用・おむつ交換）／食事介助／特段の専門的配慮をもって行う調理
- 1-2 清拭・入浴、身体整容：清拭（全身清拭）／部分浴（手浴及び足浴・洗髪）／全身浴／洗面等／身体整容（日常的な行為としての身体整容）／更衣介助
- 1-3 体位変換、移動・移乗介助、外出介助
- 1-4 起床及び就寝介助
- 1-5 服薬介助
- 1-6 自立生活支援のための見守りの援助（自立支援、ADL向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）

## 生活援助（抜粋）

- 2-0 サービス準備等：サービス準備は、家事援助サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて以下のようなサービスを行うものである。：健康チェック／利用者の安否確認、顔色等のチェック／環境整備／換気、室温・日あたりの調整等／相談援助、情報収集・提供／サービスの提供後の記録等
- 2-1 掃除：居室内やトイレ、卓上等の清掃／ゴミ出し／準備・後片づけ
- 2-2 洗濯：洗濯機または手洗いによる洗濯／洗濯物の乾燥（物干し）／洗濯物の取り入れと収納／アイロンがけ
- 2-3 ベッドメイク：利用者不在のベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等
- 2-4 衣類の整理・被服の補修：衣類の整理（夏・冬物等の入れ替え等）／被服の補修（ボタン付け、破れの補修等）
- 2-5 一般的な調理、配下膳：配膳、後片づけのみ／一般的な調理
- 2-6 買い物・薬の受け取り：日用品等の買い物（内容の確認、品物・釣り銭の確認を含む）／薬の受け取り

# 生活支援・介護予防と市場サービス等の役割



出典：令和2年度老人保健健康増進等事業「自治体と民間企業の協働による都市部における地域づくりの展開に向けた調査研究事業」国際長寿センター

# 介護予防の推進

## 介護予防の理念

- 介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的として行うものである。
- 生活機能(※)の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、QOLの向上を目指すものである。

※「生活機能」・・・ICFでは、人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、①体の働きや精神の働きである「心身機能」、②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」の3つの要素から構成される

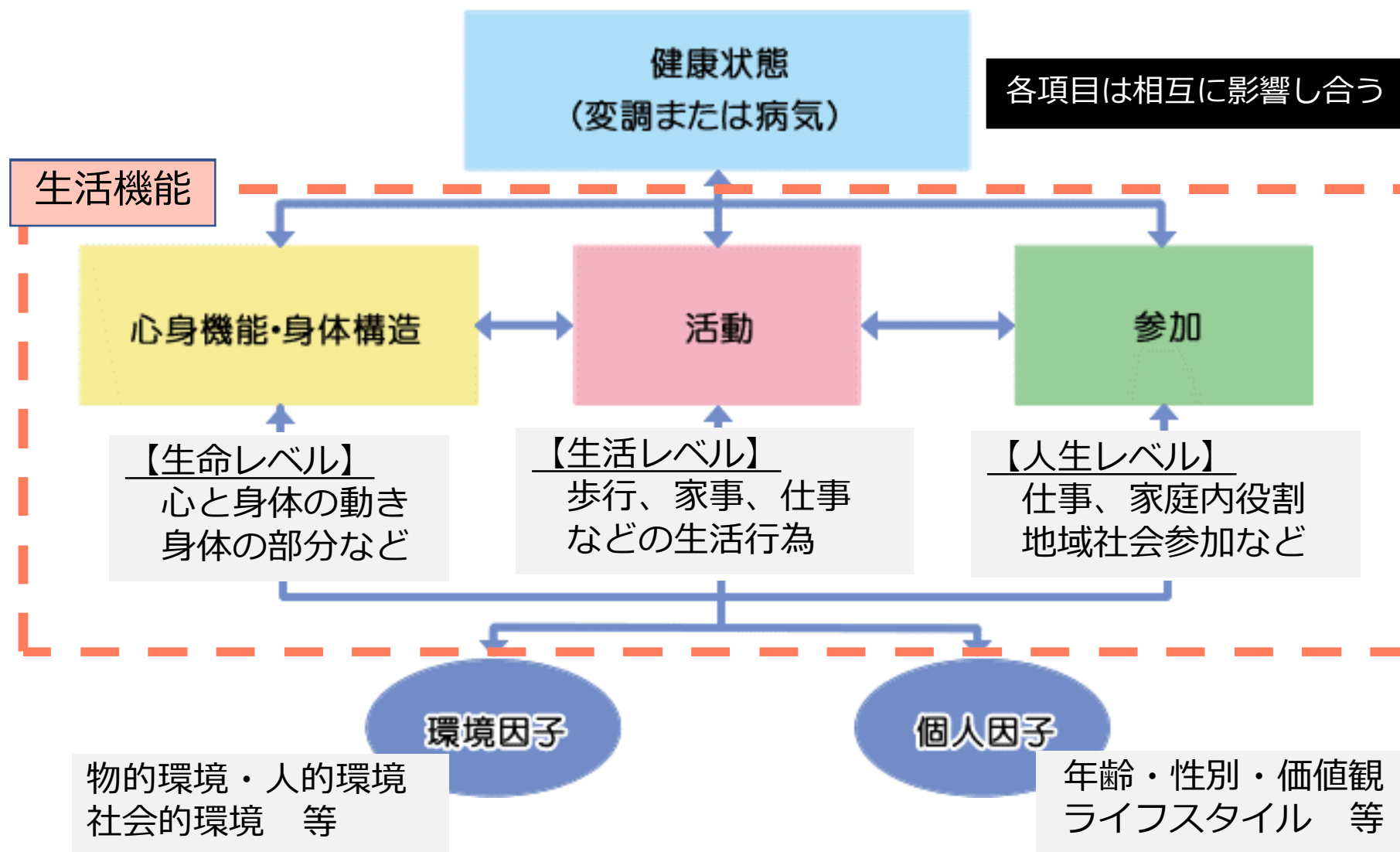
## これまでの介護予防の問題点

- **介護予防の手法が、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであった。**
- 介護予防終了後の活動的な状態を維持するための多様な通いの場を創出することが必ずしも十分でなかった。
- **介護予防の利用者の多くは、機能回復を中心とした訓練の継続こそが有効だと理解し、また、介護予防の提供者も、「活動」や「参加」に焦点をあててこなかったのではないか。**

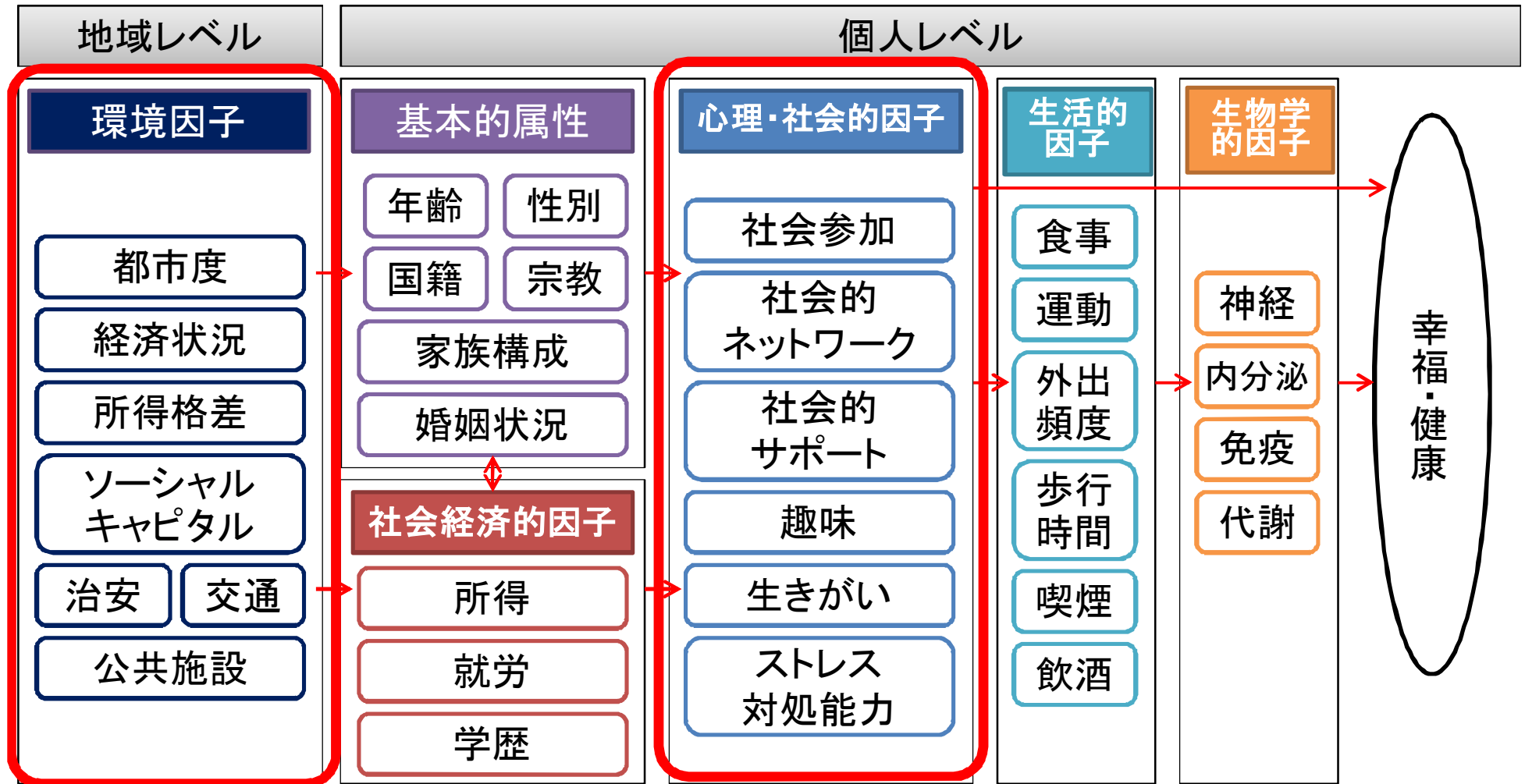
## これからの介護予防の考え方

- **機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチが重要であり、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指す。**
- 高齢者を生活支援サービスの担い手であると捉えることにより、支援を必要とする高齢者の多様な生活支援ニーズに応えるとともに、担い手にとっても地域の中で新たな社会的役割を有することにより、結果として介護予防にもつながるという相乗効果をもたらす。
- 住民自身が運営する体操の集いなどの活動を地域に展開し、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
- このような介護予防を推進するためには、地域の実情をよく把握し、かつ、地域づくりの中心である市町村が主体的に取り組むことが不可欠である。

# ICFについて



# 社会環境と幸福・健康との関連





## 指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る 介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準

(介護予防支援の提供に当たっての留意点)

第三十一条 介護予防支援の実施に当たっては、介護予防の効果を最大限に発揮できるよう次に掲げる事項に留意しなければならない。

一 **単に運動機能や栄養状態、口腔機能といった特定の機能の改善だけを目指すものではなく、これらの機能の改善や環境の調整などを通じて、利用者の日常生活の自立のための取組を総合的に支援することによって生活の質の向上を目指すこと。**

二 利用者による主体的な取組を支援し、**常に利用者の生活機能の向上に対する意欲を高めるよう支援すること。**

三 **具体的な日常生活における行為について、利用者の状態の特性を踏まえた目標を、期間を定めて設定し、利用者、サービス提供者等とともに目標を共有すること。**

四 **利用者の自立を最大限に引き出す支援を行うことを基本とし、利用者のできる行為は可能な限り本人が行うよう配慮すること。**

五 サービス担当者会議等を通じて、**多くの種類の専門職の連携により、**地域における様々な予防給付の対象となるサービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて、**介護予防に資する取組を積極的に活用すること。**

六 地域支援事業(法第百十五条の四十五に規定する地域支援事業をいう。)及び介護給付(法第十八条第一号に規定する介護給付をいう。)と連続性及び一貫性を持った支援を行うよう配慮すること。

七 介護予防サービス計画の策定に当たっては、**利用者の個別性を重視した効果的なものとする。**

八 **機能の改善の後についてもその状態の維持への支援に努めること。**

# 自立の合意形成

利用者、支援者のそれぞれが、“自立”の合意形成のプロセスを踏む。  
地域ケア個別会議で到達目標とサービスの具体的検討を行う。

利用者への説明と同意

“自立”の合意形成(対象者)

開始にあたって、自分でできることを増やしていくことが  
目標であり、利用する支援メニューは少しずつ少なくなる  
ことを予め知ってもらう。

地域ケア個別会議

“自立”の合意形成(支援者)

多機関(保険者、地域包括支援センター等)、  
多職種(看護職、リハ職、栄養士等)で、  
各利用者についての到達目標、支援メニューを検討

予防サービス

生活支援サービス

・予防サービスは、対象者の身体機能、認知機能だけでなく、  
**意欲(その気にさせる)の向上**を図る。  
・生活支援サービスは、地域包括支援センターが、利用者の  
**自立を損なわないように配慮しつつ、段階的に必要量を見直す。**  
(必要に応じて、地域ケア個別会議で検討)

地域ケア個別会議

サービス提供から概ね3月後に、目標到達状況を確認し、  
終結するサービス、継続するサービスを決定。

通いの場

生活支援サービス

住民運営による通いの場と必要最小限の生活支援サービス  
により、活動的な生活を維持

## 第2回未来投資会議(平成28年11月10日)における安倍総理の発言



団塊の世代が75歳を迎える2025年は、すぐそこに迫っています。健康寿命を延ばすことが、喫緊の課題です。この『2025年問題』に間に合うように『予防・健康管理』と『**自立支援**』に軸足を置いた**新しい医療・介護システムを2020年までに本格稼働**させていきます。

医療では、データ分析によって個々人の状態に応じた予防や治療が可能になります。ビッグデータや人工知能を最大限活用し、『予防・健康管理』や『遠隔診療』を進め、質の高い医療を実現していきます。

日本の隅々まで質の高い医療サービスが受けられる。高齢者が生き生きと暮らせる。社会保障費が減っていく、ということになるわけでありまして、これらを一気に実現する医療のパラダイムシフトを起こしていかなければいけません。

**介護でも、パラダイムシフトを起こします。**

**これまでの介護は、目の前の高齢者ができないことのお世話が中心**でありまして、その結果、現場の労働環境も大変厳しいものでもありました。

**これからは、高齢者が自分でできるようになることを助ける『自立支援』に軸足**を置きます。

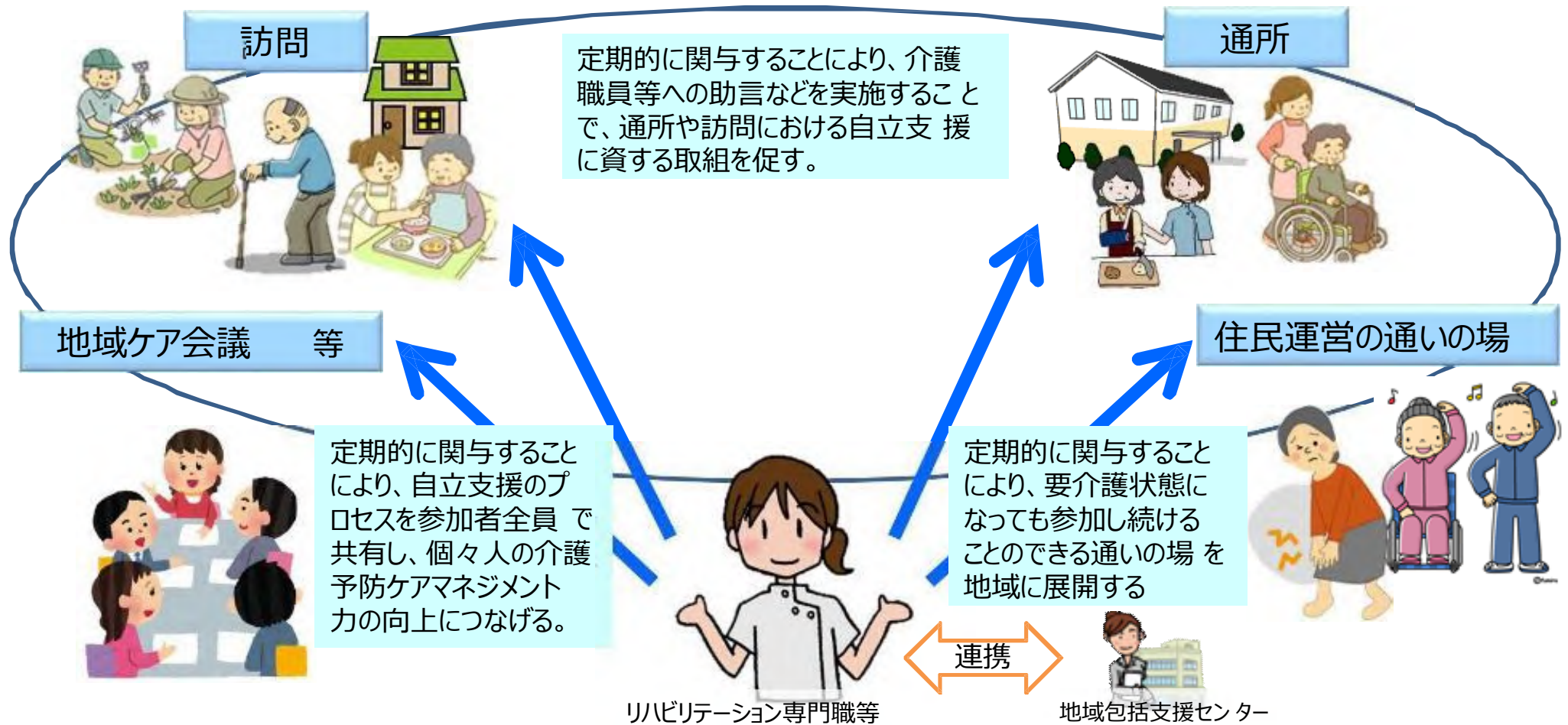
本人が望む限り、**介護が要らない状態までの回復**をできる限り目指していきます。

# 地域リハビリテーション活動支援事業



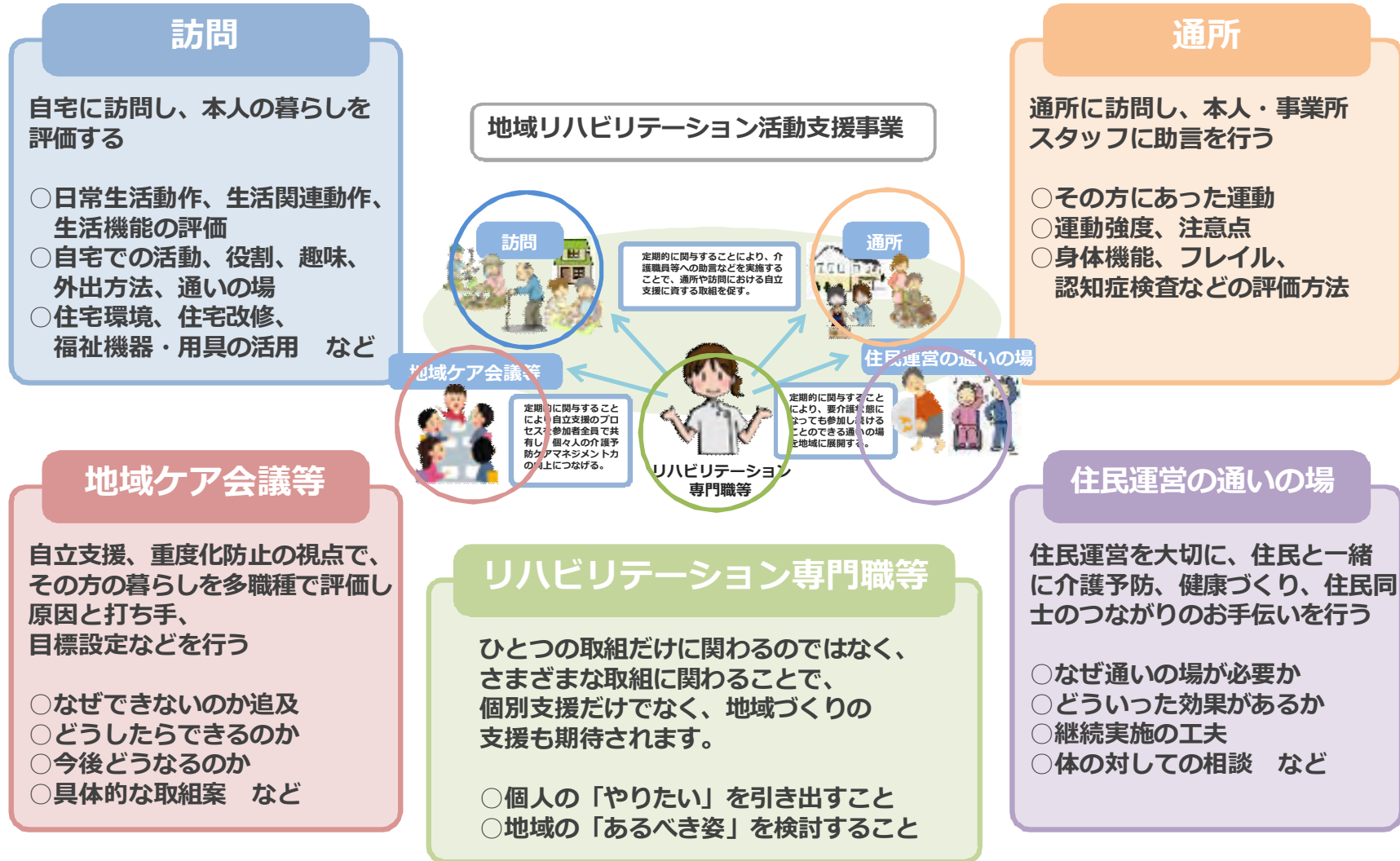
# 地域リハビリテーション活動支援事業の概要（平成27年度～）

○地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する。



リハビリテーション専門職等は、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等の介護予防の取組を地域包括支援センターと連携しながら総合的に支援する。

# 地域リハビリテーション活動支援事業の内容



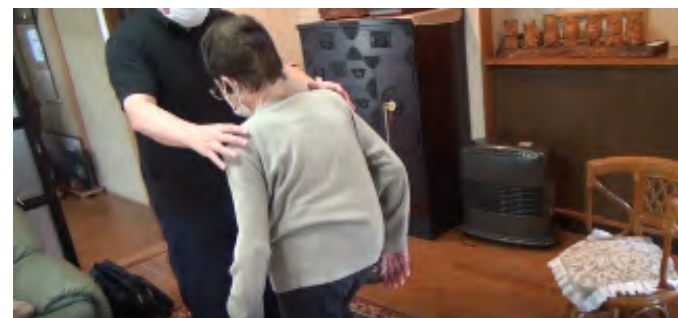
畑山浩志,令和4年度地域づくり加速化事業（全国研修）資料, <https://jmar-form.jp/localaccellist.html> 2023

# 地域リハビリテーション活動支援事業の実施例（山口県防府市）

## □ リハ職同行訪問アセスメント



生活情報の収集（面談）



身体機能等の生活機能の評価



生活課題の解決方法を提案



目標の  
設定と共有

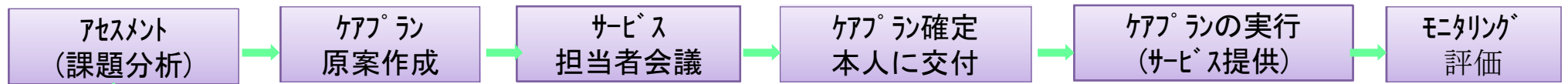
プラン選択肢  
の提案

山口県立総合医療センター原氏 研修資料



介護予防ケアマネジメント  
～介護予防手帳の活用～

# 具体的な介護予防ケアマネジメント(アセスメント、ケアプラン等)の考え方



アセスメントにより、導き出した課題を利用者と共有しながら、本人の意欲を引き出し、目標を設定する。

## ケアマネジメントA

指定介護予防支援と同様に、地域包括支援センター等によるケアマネジメントを実施する。

## ケアマネジメントB

利用者の状態等が安定しており、目標も含めてケアプランの大きな変更はなく、間隔をあげたモニタリングの実施等を想定。  
利用者の状態等にあわせて簡略化したプロセスでマネジメントを実施する。

## ケアマネジメントC

目標設定及び利用サービスの選定までは、利用者と地域包括支援センター等が相談しながら実施する。ケアプランは作成せず、アセスメントの内容や、目標、利用サービスの内容等を「ケアマネジメント結果」として共有。  
その後は、利用者自身が目標達成に向けてマネジメントを展開する(セルフマネジメントの推進)。  
地域包括支援センターによるモニタリングは行わない。

地域包括支援センター等によるケアマネジメントの実施

地域包括支援センター等によるケアマネジメントの実施

サービス等利用開始後は、本人によるマネジメントの実施

※ ケアマネジメントB又はCの該当者については、随時の本人及び家族からの相談を受けるとともに、利用者の状況変化時などサービス実施主体から、適宜連絡が入る体制をつくることのできる。

# 「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について」

## ○セルフマネジメントツールとしての活用

介護予防・日常生活支援総合事業では、住民同士の支え合いの充実により、虚弱高齢者や要支援者も参加できる幅広い社会参加の機会を確保することを目指している。

住民主体が運営する活動場所や支援を中心に活用する場合は、専門職が直接関与する機会が少ないため、**本人の管理のもとで、ケアマネジメント結果等（生活目標や活動計画等）を保管し取組の経過を記録する「セルフマネジメント」の仕組みが求められる。**

そこで、**介護予防手帳をケアマネジメント結果を基に自己管理する「セルフマネジメント」のツールとして位置付け、各項目を本人自らが記載し、活動する際に持ち歩き、自身で管理するものとした。**介護予防手帳は、介護予防ケアマネジメントC（住民主体の支援を中心に活用する場合に適用）が主な交付対象となっているが、この場合は初回のみケアマネジメントとなるため、介護予防手帳により活動場所を取組状況を記録することがモニタリングの意味を持つ。

なお、他類型の介護予防ケアマネジメントでも、モニタリングの期間があく等の理由でセルフマネジメントが必要な場合は、介護予防手帳を活用することも考えられる。

短期集中予防サービス（C型）  
～運動からセルフマネジメントへ～

# 短期集中予防サービスの多角的な支援

## 口腔へのアプローチ



- 歯科衛生士などが支援
- 口腔状態をチェックシートなどを使って一緒に確認
- 関心度に合わせて自主トレーニングや生活習慣の提案を行う

## 栄養へのアプローチ



- 管理栄養士などが支援
- アセスメントシートを使って栄養状態を評価
- 食事などの提案を行う

## 運動機能へのアプローチ



- 掲示物などを確認しながら練習をする
- 持ち帰り資料をもとに自宅で運動をする
- 適宜、利用者が運動をしている様子を見ながらスタッフが支援する

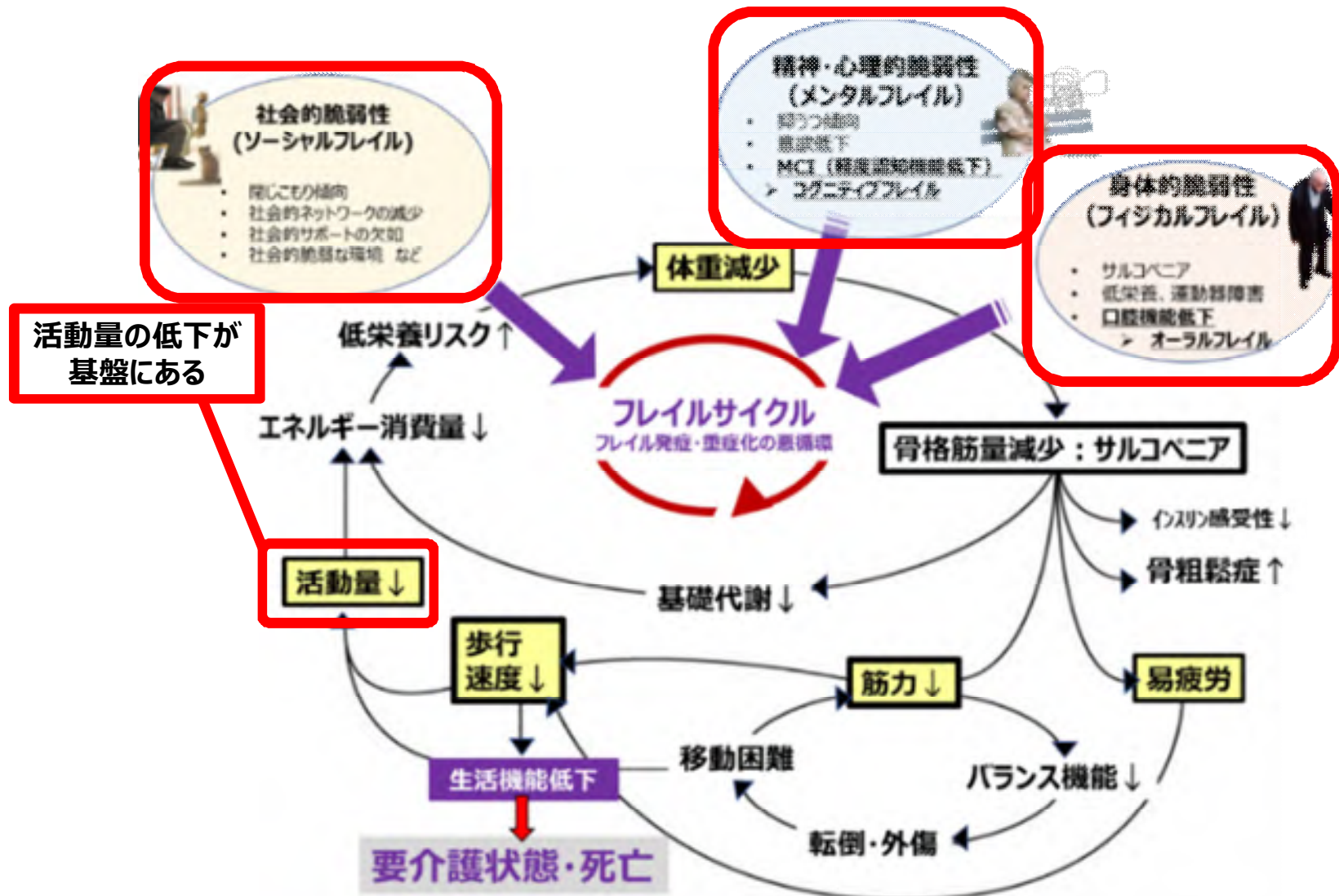
## IADLや社会参加へのアプローチ



- 生活支援コーディネーターなどが支援
- 本人の興味や生活歴などをもとに地域資源の情報を提供
- 地域資源を利用できるような支援

✓同時並行に全てのプログラムが進行

# フレイル発症・重症化の悪循環（フレイルサイクル）



2019年 Medical Science Digest「フレイル・サルコペニアの危険因子とその階層構造」 田中友規、飯島勝矢

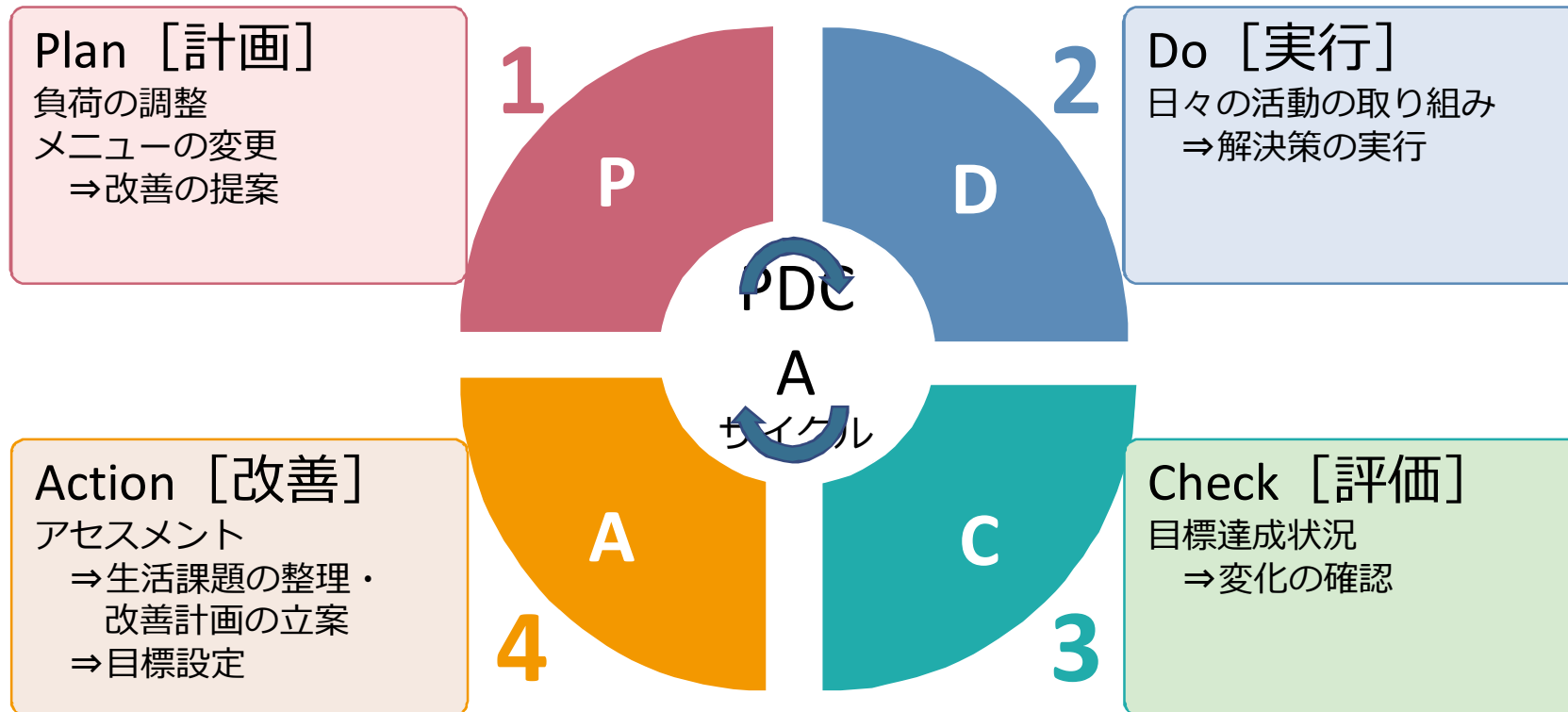


# 短期集中予防サービスで達成すべきこと

達成	内容	取り組み	手法
セルフマネジメント 自己決定支援 課題解決能力	自己理解 内省	対話	カウンセリング メンタリング
やってみたいこと やりたいこと 望む暮らし 暮らしの見直し	価値観 趣味趣向 興味関心 主体性の回復	聴き取り 質問と要約 傾聴と承認 受容と共感	動機付け面接 コーチング
生活課題の解決 IADLの課題 生活の中の困りごと	現状の把握 課題把握 課題解決の手段 自己効力感の回復	聴き取り 傾聴と承認 受容と共感 質問	動機付け面接 課題指向的アプローチ 生活行為向上マネジメント
運動の習慣化 運動の継続 運動トレーニング	メニューの実施状況 プログラムの実施状況 運動負荷の確認 運動内容の見直し 負荷の設定(頻度、回数)	運動メニュー 運動プログラム 体づくり	パーソナルトレーナー リハビリテーション ティーチング

出典：医療法人社団永生会 豊田氏作成資料

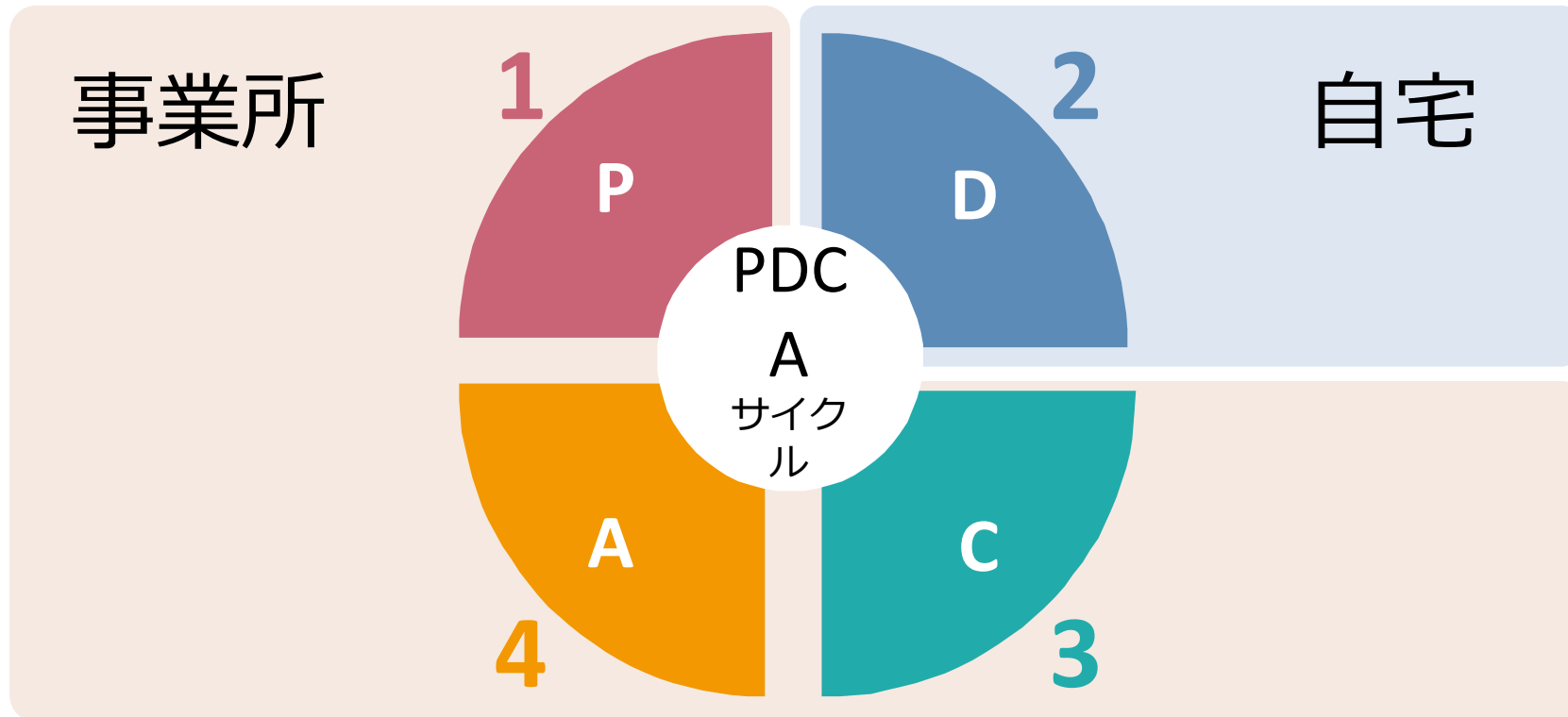
# PDCAサイクルの循環



医療法人一祐会 名倉氏資料の一部を修正

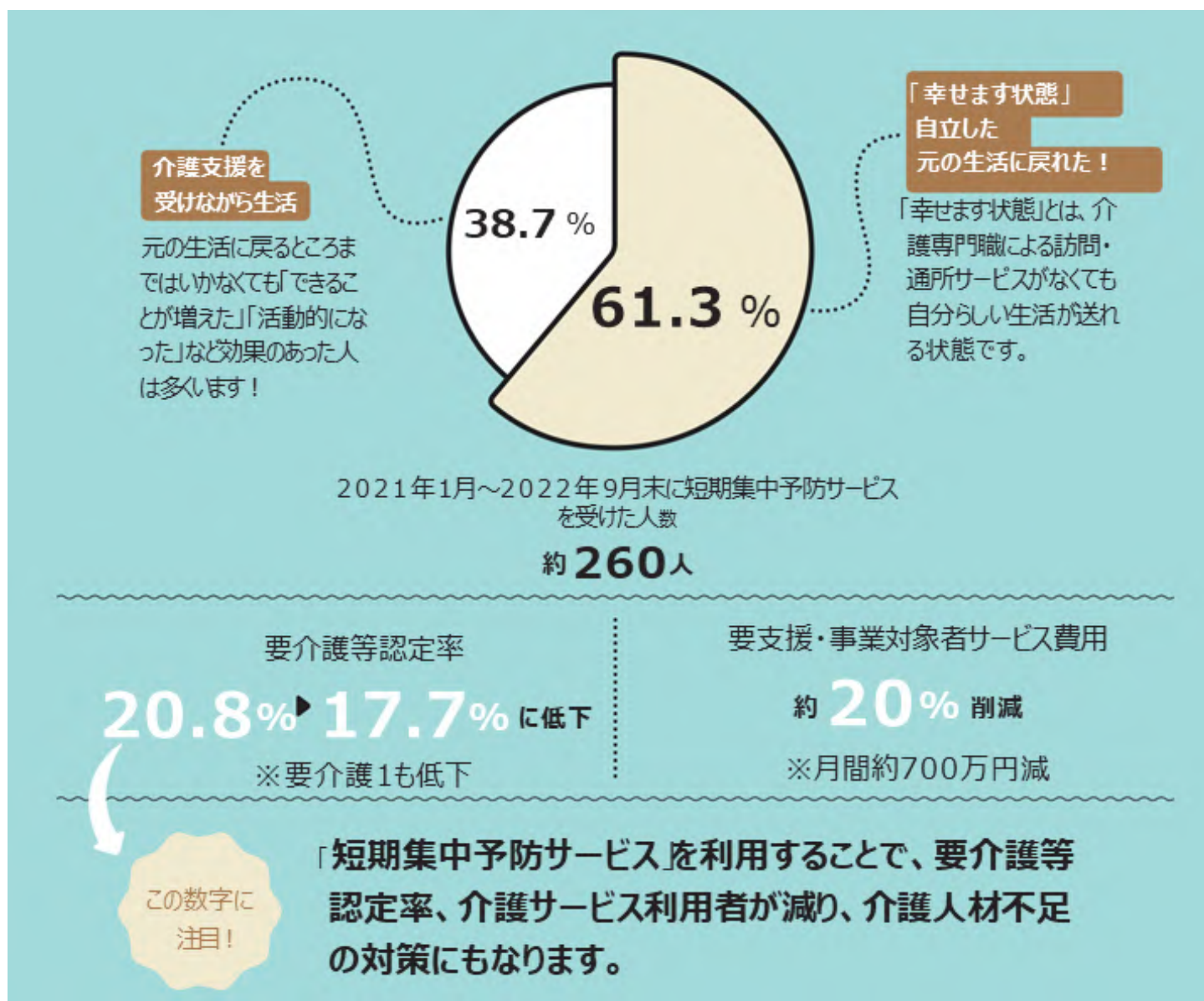
- ✓ 利用者が主体となってPDCAサイクルを回すことができるように一緒に考える  
⇒セルフマネジメントを身につけることにつながる

# PDCAサイクルの循環



- ✓ 事業所で実施するのはあくまで"Plan、Check、Action"で、"Do"は自宅
- ✓ 自宅で過ごす1週間の生活を立て直す

# 山口県防府市の総合事業の成果



出典：ILC-Japan,令和4年度老人保健事業推進事業「虚弱な高齢者が元の生活を取り戻せる地域づくり\_リエイブルメント導入マニュアル」別冊,2023

参考：総合事業の充実に向けた工程表

社会保障審議会 介護保険部会（第109回）	資料 2 - 1
令和 5 年12月 7 日	

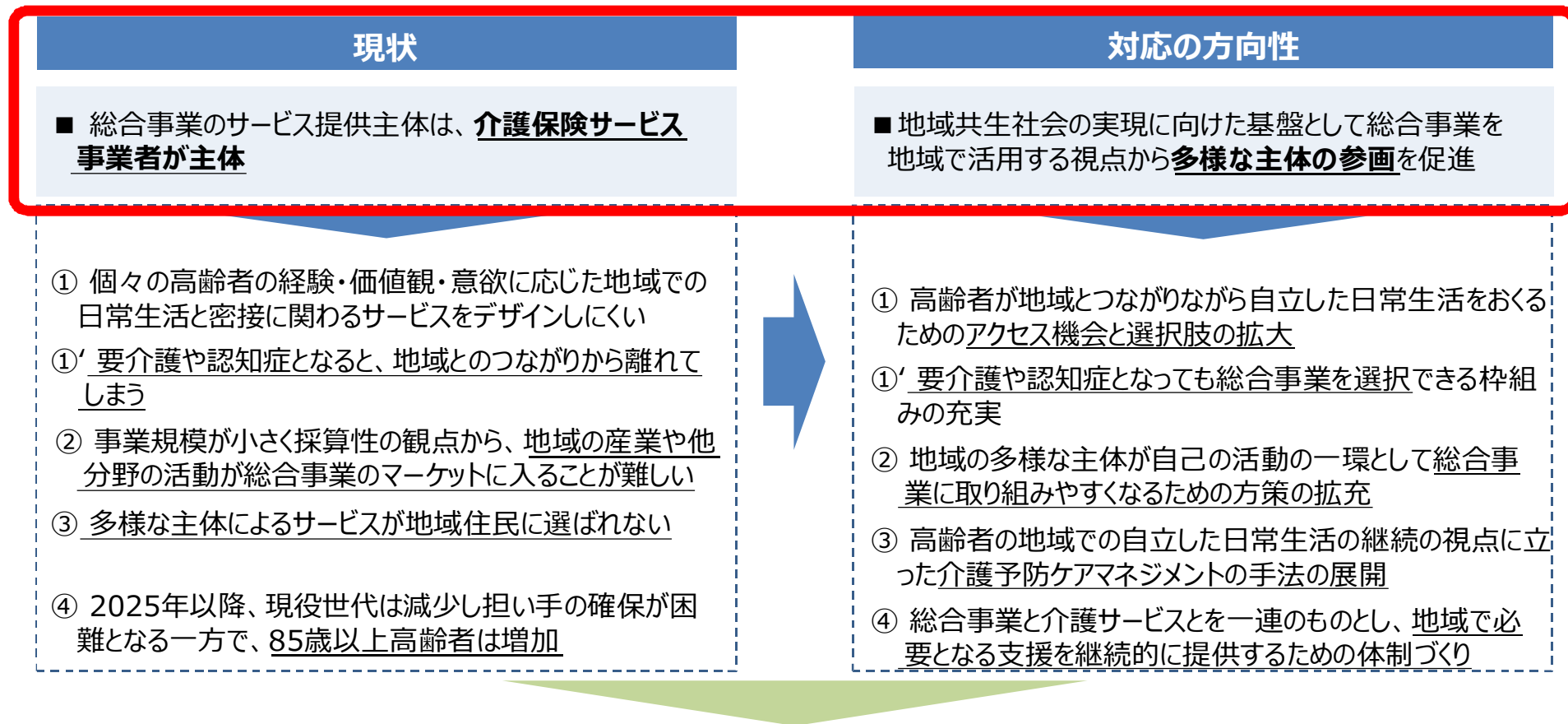
## 「介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会」の中間整理及び総合事業の充実に向けた工程表について（報告）

厚生労働省老健局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan



# 総合事業の充実のための対応の方向性



## 高齢者一人一人の 介護予防・社会参加・生活支援

- ・後期高齢者の認定率等
- ・主体的な選択による社会参加
- ・自立した地域生活の継続



## 地域共生社会の実現

### 総合事業により創出される価値の再確認

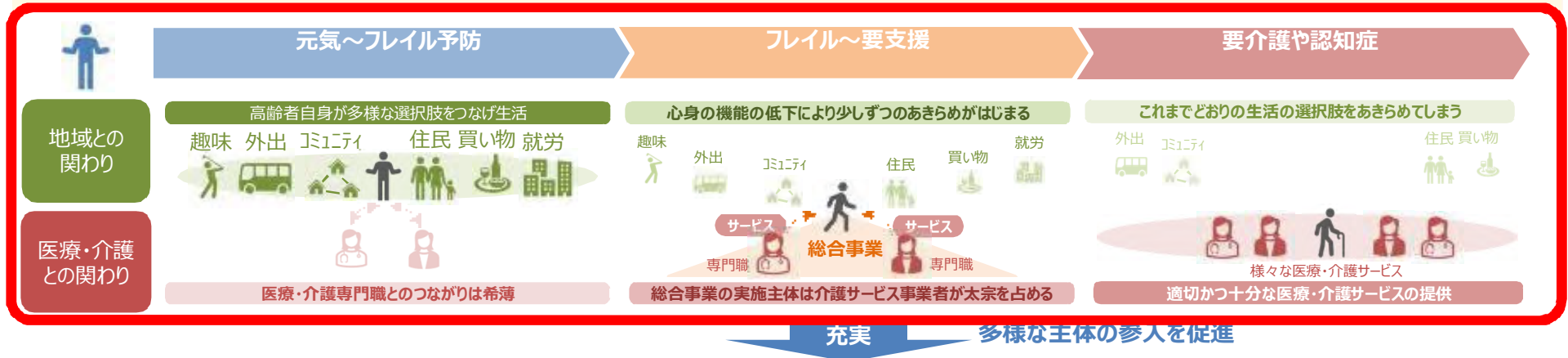
- ・ 高齢者の地域生活の選択肢の拡大
- ・ 地域の産業の活性化（≒地域づくり）
- ・ 地域で必要となる支援の提供体制の確保

# 高齢者や多様な主体の参画を通じた地域共生社会の実現・地域の活性化

○高齢者の地域での生活は、医療・介護専門職との関わりのみならず、地域の住民や産業との関わりの中で成立するもの。また、高齢者自身も多様な主体の一員となり、地域社会は形作られている。

○総合事業の充実とは、こうした地域のつながりの中で、地域住民の主体的な活動や地域の多様な主体の参入を促進し、医療・介護の専門職がそこに寄り合いながら、**高齢者自身が適切に活動を選択できる**ようにするものである。

○総合事業の充実を通じ、高齢者が元気づちから地域社会や医療・介護専門職とつながり、そのつながりのもとで社会活動を続け、介護が必要となっても必要な支援を受けながら、住民一人ひとりが自分らしく暮らし続けられる「地域共生社会」の実現を目指していく。



地域の人と資源がつながり地域共生社会の実現や地域の活性化

# 総合事業の充実のための具体的な方策

援  
イン  
セン  
ティブ  
交付  
金や  
伴走  
的支  
援等  
を通  
じて  
、市  
町村  
を支

1

高齢者が地域とつながりながら自立した日常生活をおくるためのアクセス機会と選択肢の拡大

## ■ 高齢者が地域で日常生活をおくるために選択するという視点に立ったサービスの多様なあり方

- ➔ 現行のガイドラインで例示するサービスAとサービスBは“誰が実施主体か”で分類（交付金との関係あり）
- ➔ 予防給付時代のサービス類型を踏襲、一般介護予防事業や他の施策による活動と類似する活動もある
  - ➔ “サービスのコンセプト”を軸とする分類も検討  
例）・高齢者が担い手となって活動（就労的活動含む）できるサービス ・高齢者の生活支援を行うサービス
  - ➔ 訪問と通所、一般介護予防事業、保険外サービスなどを組み合わせたサービス・活動モデルを例示
  - ➔ 高齢者の生活と深く関わる移動・外出支援のための住民活動の普及

## ■ 継続利用要介護者が利用可能なサービスの拡充（認知症施策や就労促進にも寄与）

- ➔ 要介護や認知症となっても地域とのつながりを持ちながら自立した日常生活をおくることのできるよう対象を拡大
  - ➔ 現行の利用対象サービスをサービスAに拡大するとともに、サービスBの補助金ルールを見直し

2

地域の多様な主体が自己の活動の一環として総合事業に取り組みやすくなるための方策の拡充

## ■ 市町村がアレンジできるよう多様なサービスモデルを提示

- ➔ 支援パッケージを活用し、総合事業の基本的な考え方やポイントを提示
- ➔ 新たな地域づくりの戦略を公表し、具体的なイメージを提示
- ➔ ガイドライン等で総合事業の運営・報酬モデルを提示

## ■ 地域の多様な主体が総合事業に参画しやすくなる枠組みの構築

- ➔ 国や都道府県に生活支援体制整備事業プラットフォームを構築し、民間や産業との接続を促進
- ➔ 生活支援体制整備事業の活性化を図るため、民間や産業と地域住民をつなげる活動を評価
- ➔ 商業施設等も参画しやすくするための取組み（事業が行われる居室の採光のあり方）を検討

3

高齢者の地域での自立した日常生活の継続の視点に立った介護予防ケアマネジメントの手法の展開

## ■ 高齢者や家族に多様なサービスを選んでもらうための介護予防ケアマネジメント

- ➔ 多様なサービスの利用対象者モデルを提示
- ➔ 多様なサービスを組み合わせて支援するケアプランモデルを提示
- ➔ 高齢者を社会参加につなげた場合や、孤立する高齢者を地域の生活支援につなげた場合の加算の例示（推奨）
- ➔ 地域のりら職と連携して介護予防ケアマネジメントを行った場合の加算の例示（推奨）
- ➔ 介護予防ケアマネジメントの様式例に従前相当サービスを選択した場合の理由を記載する欄を追加

4

地域で必要となる支援を継続的に提供するための体制づくり

## ■ 総合事業と介護サービスを切れ目なく地域で提供するための計画づくり

- ➔ 評価指標に、専門人材がより専門性を発揮し、必要な支援を提供するための体制を確保する視点を導入