

## Ⅱ. 対象者把握の手段について

### 1. 対象者とは

#### 1. 1 対象者の定義

地域支援事業における介護予防事業の対象者は、要支援・要介護状態に陥るおそれがある者である。その対象者すなわち虚弱高齢者は、地域の中で潜在している場合が多いので、様々なルートを通じて把握する必要がある。

#### 1. 2 地域における頻度と対象者把握システム構築の重要性

地域支援事業における介護予防事業は、要支援・要介護状態に陥るリスクの高い高齢者（高齢者人口のうち5%程度を想定）を対象に実施される者は、5%程度と予測されている。地域支援事業における介護予防事業においては、この虚弱高齢者を対象者として事業を展開する。

ただし、広い意味での介護予防を要する対象者は、要支援・要介護者が従来高齢者人口のおおむね15%であること、および誰もが迎える臨終までの期間が高齢者の場合はそう遠くない将来であることを考えれば、残りの85%がリスクの高低はあるものの、その対象者もしくは予備軍と考えられる。すなわち、地域支援事業における介護予防事業による5%の虚弱高齢者への介護予防のみでなく、他の高齢者への健康増進のための活動が、地域の中で一体となって展開される必要がある。つまり、各地域における対象者把握のシステムは、地域全体の保健福祉医療体制の中にどう位置づけるかという構想と、介護保険制度の中でどう位置づけるかという構想の双方を視野に入れ、包括的・一体的に推進することが極めて重要なのである。

#### 1. 3 虚弱高齢者の特徴と支援ニーズ

ここでは、地域支援事業が必要と想定される者を把握する際に必要な視点について述べる。要支援・要介護状態に陥る可能性が予測される高齢者は、本人・家族からの相談も含み、早期に何らかのルートで把握され、虚弱高齢者としてスクリーニングされた場合は地域支援事業の利用へ、もしくは将来的にハイリスクになる可能性があると判断されればその他の公的事業やインフォーマルなサービスなどの利用へと、適切な支援・サービスに結びつけられることが望まれる。しかし介護予防を要する状態とは、果たしてどのような状態を指すかについては、高齢者の状態像が多様で個別性が高いことから、特定することが非常に難しい。また、高齢者の状態像には日々の変動があるため、単にある時点における観察や検査で可視的に判断できるものではない。このため、虚弱高齢者を把握するには、その特徴や支援ニーズについて、アセスメントの視点を明確にし、個々の状態を多面的に検討する必要がある。

新予防給付においては、要支援と判定された高齢者について、表3の※に示す特徴に着目して包括的にアセスメントする。これは、虚弱高齢者の生活行為に関わる内容を、ICF国際生活機能分類の「活動と参加」の項目を参考に、セルフケア、家庭生活、対人関係、主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活）、コミュニケーション、運動と移動、学習と知識の応用、コミュニティライフ・社会生活・市民生活について、新予防給付の対象像の検討を加えて整理したものである。表1は、これらの項目を軸にして、地域支援事業における

介護予防事業の対象者の特徴と支援ニーズを整理している。

虚弱高齢者の特徴は、従来からのライフスタイルや環境要因によって徐々に生活機能が低下する場合（表1の○で示した特徴）と、何らかの引き金があって急に低下する場合（表1の◎で示した特徴）がある。表の中では「…する範囲が狭くなった」という表現を便宜的に用いているが、これは「頻度が落ちた」「時間がかかるようになった」「同じやり方ではできなくなった」など、今までどおりではなくなったという表現の方が適している場合もある。

支援ニーズ（実現したい生活）は、このような生活機能を今まで通り維持したい、もしくは、今までより生活機能や活動をある程度拡大（あるいは縮小）したい、といった表現で示すことができる（表1の●で示した内容）。表の中では、「今までどおり／これからはこの程度…したい」と表現しているが、「この程度」とは、現状よりも拡大する場合と縮小する場合を含んでいる。

表3 虚弱高齢者の特徴と支援ニーズ

虚弱高齢者の特徴	●支援ニーズ（実現したい生活）
<p><u>セルフケア</u> ○セルフケアする範囲がだんだん狭くなってきた ◎何かが引き金になり急にセルフケアする範囲が狭まった</p> <p>※セルフケア： 清潔・整容、排泄の自立、TPOに応じた更衣、服薬管理、健康に留意した食事・運動など</p>	<p>●今までどおり／これからはこの程度の（セルフケア）をしたい （ ）内の例 健康：毎年健診に行く、健康に関する講座に参加する、体にいいと思う食事や運動を日々続ける、自分で服薬管理する 日常生活：起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、TPOに応じた身支度をやる</p>
<p><u>家庭生活</u> ○家庭生活で行う範囲がだんだん狭くなってきた ◎何かが引き金になり急に家庭生活で行う範囲が狭まった</p> <p>※家庭生活：自分で選ぶ日常の買い物、自分や他人のための食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など</p>	<p>●今までどおり／これからはこの程度の（家庭生活）をしたい （ ）内の例 家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする 用事：買い物や銀行の用事を自分で済ます</p>
<p><u>対人関係</u> ○対人関係の範囲がだんだん狭くなってきた ◎何かが引き金になり急に対人関係の範囲が狭まった</p> <p>※対人関係：家族や友人への気配り・支援、近所の人・友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナーとの良好な関係保持など</p>	<p>●今までどおり／これからはこの程度の（対人関係）をしたい （ ）内の例 関係：家族仲良く過ごす、近所の人といい関係で過ごす 役割：庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や世話をやる 他者への支援：誰かの手助けをしたり、相談者になる</p>

<p><u>主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活）</u>  ○仕事や経済生活の範囲がだんだん狭くなってきた  ◎何かが引き金になり急に仕事や経済生活の範囲が狭まった</p> <p>※仕事や経済生活：自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、ボランティアや奉仕活動など人の役にたつ活動  預貯金の出し入れ</p>	<p>●今までどおり／これからはこの程度の（仕事や経済生活）をしたい  （ ）内の例  仕事：店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける  活動：地域の奉仕活動に参加  経済生活：預貯金の出し入れや管理を続ける</p>
<p><u>コミュニケーション</u>  ○ コミュニケーションをとる範囲がだんだん狭くなってきた  ◎何かが引き金になり急にコミュニケーションをとる範囲が狭まった</p> <p>※コミュニケーション：家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話</p>	<p>●今までどおり／これからはこの程度の（コミュニケーション）をしたい  （ ）内の例  コミュニケーション：家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける</p>
<p><u>運動と移動</u>  ○運動と移動の範囲がだんだん狭くなってきた  ◎何かが引き金になり急に運動と移動の範囲が狭まった</p> <p>※運動と移動：自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、移動にバス・電車・他人が運転する自動車を使用、自分で自動車や自転車を使って移動</p>	<p>●今までどおり／これからはこの程度の（運動と移動）をしたい  （ ）内の例  外出：週に2回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する  旅行：家族や友人と2泊3日の旅行に行く</p>
<p><u>知識の応用（判断・決定）</u>  ○自分で判断・決定する範囲がだんだん狭くなってきた  ◎何かが引き金になり急に自分で判断・決定する範囲が狭まった</p> <p>※判断・決定：日常生活に関する内容について、自分で判断・決定</p>	<p>●今までどおり／これからはこの程度の（判断・決定）をしたい  （ ）内の例  判断・決定：何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める  学習意欲・生活意欲：日常的に頭を使う、楽しみを見つける</p>
<p><u>コミュニティライフ・社会生活・市民生活</u>  ○地域での社会生活の範囲がだんだん狭くなってきた  ◎何かが引き金になり急に地域での社会生活の範囲が狭まった</p> <p>※地域での社会生活：友人との行き来、趣味や楽しみの継続、候補者を決めて投票、自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など</p>	<p>●今までどおり／これからはこの程度の（コミュニティライフ・社会生活・市民生活）をしたい  （ ）内の例  交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票  楽しみ：趣味の会に参加する  週に1回外出する、趣味を持つ</p>

表4には、表3に○と◎で示した部分、高齢者の生活機能が徐々に低下する場合（表1の○）と、急に低下する場合（表1の◎）の背景となる状況や引き金となる事象について整理している。このような状況である場合や引き金となる事象があった場合は、表1で示

した虚弱高齢者へと移行しやすいので、見守りや早期把握が望まれる。

表 4 生活機能低下の要因（例）

<p>○漸次的な生活機能低下の要因</p> <p>閉じこもり：外出しない</p> <p>意欲・気力：冬場に動くのがおっくう（季節による変化）、いつも人に頼っている、無気力、いつも自信がない、生活に張りや満足感がない</p> <p>不安・抑うつ：ひきずっている気がかり、ふさぎ込み、以前ほど嬉しい・悲しいなど思わなくなった、ストレスを発散できない</p> <p>刺激：おなかの底から笑う機会がない（刺激の不足）、やることがない</p> <p>孤独：寂しいと感じる、一人でいる時間が長い</p> <p>老化：漸次的な身体機能の低下（できると思っていたことができなくなる、目や耳の感覚が鈍る忘れっぽくなる）</p> <p>廃用性の身体機能の低下：しばらく出歩かなかつたら足が弱った</p> <p>体調：食事がおいしくない、熟睡できない日が続いている</p> <p>◎急な生活機能低下の要因</p> <p>事件：親密な他者との喧嘩・別れ、ペットの死による落ち込み、地震や台風などの災害</p> <p>転居：</p> <p>疾病：風邪で寝込む、脳血管疾患後遺症による軽度の麻痺</p> <p>事故：転倒による打撲</p>
---

#### 1. 4 水際作戦の考え方と効果的展開

水際作戦のねらいは、比較的潜在しやすく、また疾病や傷害などによって短期間に状態像が悪化しやすい特性を持つ者を、早期発見・早期対応することによって要支援・要介護状態に陥ることを予防することである。つまり、水際作戦とは、これまで元気に暮らしていた高齢者が、何らかのきっかけによって急に生活の機能低下を起こしたときに（表4の急な生活機能低下の要因参照）、速やかに把握して何らかの手だてを打つ戦略のことである。もし、年に1回の健診や調査を把握機会とした場合では、急な機能低下に対応できず、みすみす廃用症候群をまねくことになる。水際作戦の考え方は、虚弱高齢者を、年間いつでもどこでも速やかに把握し、適切な介護予防サービスの提供につながるということなのである。

年間いつでもどこでもタイムリーに把握するためには、住民（本人・家族含む）や専門家が、表3、4で示した虚弱高齢者の特徴と支援ニーズを熟知し、対象者となる高齢者を把握ルート（把握システム）にのせる必要がある。

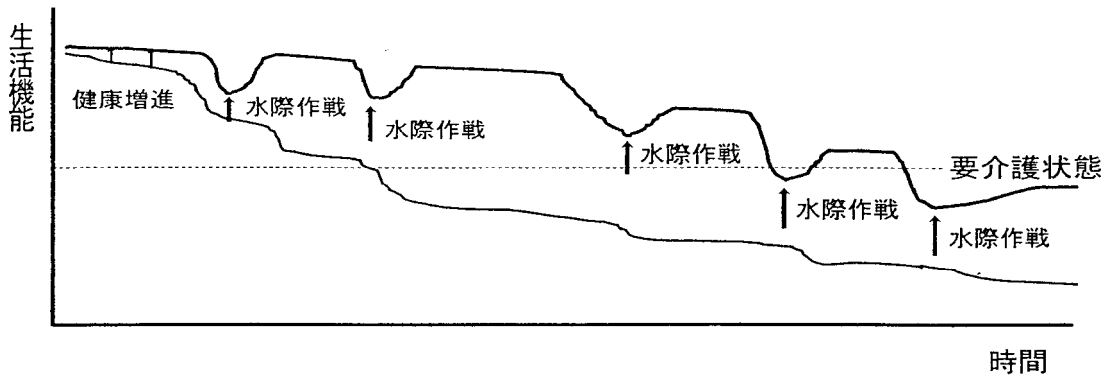


図4 生活機能低下の早期発見・早期対応のための水際作戦(イメージ)

老人保健事業の見直しに関する検討会中間報告

2. 対象者把握の方法：

2. 1 把握ルート

対象者は、本人・家族から直接（当事者ルート）、他の地域住民から（住民ルート）、地域の民間組織や団体から（民間ルート）、行政関連の窓口や事業・活動から（行政ルート）、様々な関係機関から（関係機関ルート）など、多様なルートを経由して把握される（表5）。虚弱高齢者をターゲットとする地域支援事業における介護予防事業の対象は、住民や民間組織の発見・気づきを経る場合もそうでない場合もあるが、その中心となるのは、行政ルートと関係機関ルート、すなわち介護予防に関する健診（市町村、委託医療機関）、関係機関からの連絡、要介護認定非該当者（市町村）、訪問活動等による実態把握（市町村）である（図5）。

表5 対象者の把握ルートと把握方法

把握ルート	把握方法
<p>①当事者ルート</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・被保険者本人、家族</li> </ul>	<p>当事者からの訴え・相談による把握</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人・家族からの行政や関係機関に直接相談</li> </ul>
<p>②住民ルート</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・民生委員、地区健康推進委員、など</li> <li>・隣人、親類、友人</li> <li>・自治会、老人会、公民館活動、ボランティアグループ、愛育班、当事者組織（患者会、家族会）、など</li> <li>・新たに組織化する保健医療福祉関連の住民グループ</li> </ul>	<p>住民の発見・気づきによる把握</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・民生委員による悉皆調査や、保健医療福祉に関わる住民からの情報提供や紹介</li> <li>・対象者本人・家族に関わる住民からの情報提供</li> <li>・地区組織や当事者組織など住民組織からの情報提供</li> <li>・介護予防を要する対象者の発見と気づきの重要性とポイントを理解している住民からの情報提供</li> </ul>
<p>③民間ルート</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・商工会、自営業者（銭湯、薬局、スーパー、理美容など）、農協、生協</li> <li>・各種NPO、まちの保健室、各種サークル活動</li> <li>・ローカルメディア（有線放送、地方ネット局など）</li> </ul>	<p>民間組織等の発見・気づきによる把握</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域にあるあらゆる民間組織・団体からの情報提供、紹介</li> </ul>

<p>④行政ルート</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防に関する健診（市町村、委託医療機関）</li> <li>・要介護認定非該当者</li> <li>・訪問活動等による実態把握</li> <li>・行政の保健活動（市町村保健センター、保健所）の保健師による家庭訪問、健康相談・健康教育等の事業など</li> <li>・行政の福祉活動（いきいきサロン、各種事業）</li> <li>・行政の総合相談窓口から</li> <li>・行政の各種調査から：悉皆調査、実態調査</li> <li>・行政主催の各種連絡会、協議会</li> <li>・行政の関連部局（消防、警察、雇用、教育、交通、建設など）</li> <li>・行政のイベント（市民まつり相談コーナーなど）</li> </ul>	<p>専門職による把握</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師等による健診時のスクリーニングや本人のセルフチェック結果の把握</li> <li>・介護保険給付申請非該当事例の情報把握</li> <li>・保健師、社会福祉士等による家庭訪問時や事業開催時のアセスメント、本人のセルフチェック結果の把握</li> <li>・各種健診の未受診者や要指導・要治療判定後の未指導・未治療者の把握</li> <li>・住民と行政が連携して開催している活動</li> <li>・総合相談窓口でのスクリーニング</li> <li>・行政の保健福祉計画策定時等、各種調査実施時の情報把握</li> <li>・関係機関が協議する場での把握</li> <li>・消防署や警察からの通報</li> <li>・市民が集う行政主催のイベントでの把握</li> </ul>
<p>⑤関係機関ルート</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関：診療所・病院（内科、整形外科、耳鼻科、眼科、皮膚科、神経科など）</li> <li>・民間療法（マッサージ、指圧、柔道整復、フットケアサロンなど）</li> <li>・保健福祉分野の関係機関（高齢者福祉センター、社会福祉協議会、シルバー人材センターなど）</li> <li>・産業保健の関係機関から</li> <li>・その他の関係機関から</li> </ul>	<p>専門職による把握・医療機関の医師やコメディカル職種からの連絡、紹介</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・民間療法職種からの連絡、紹介</li> <li>・関連分野の関係機関からの連絡、紹介</li> </ul>

## 2. 2 地域包括支援センターに把握されるまでの流れ

図5は、虚弱高齢者が地域包括支援センターに把握されるまでの流れを示している。

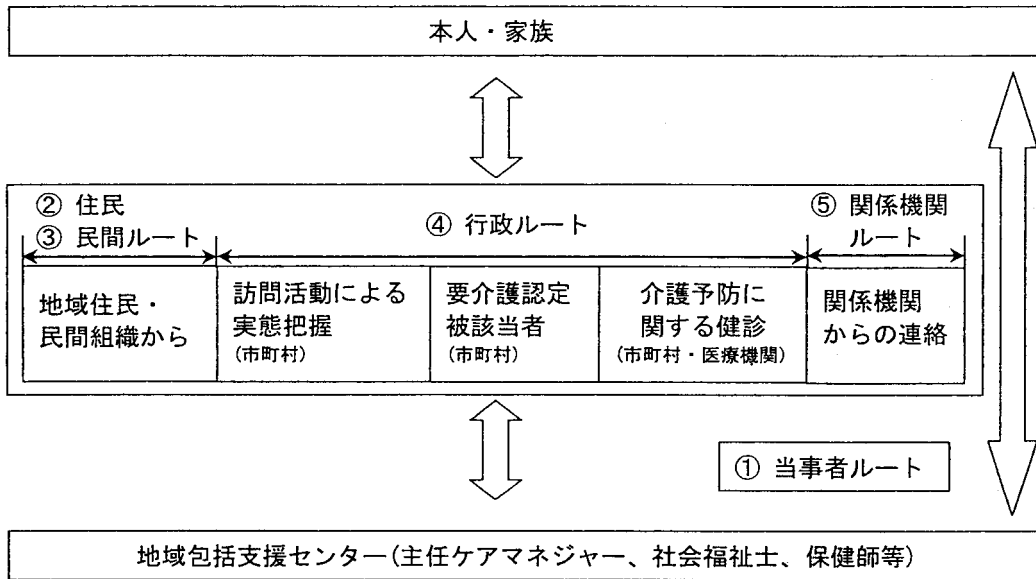


図5 地域包括支援センターに把握されるまでの流れ

本人や家族から声を発する場合は、地域包括支援センターに直接相談する流れ、本人や家族が、例えば民生委員等に悩みを話したことをきっかけに住民・民間ルートを経て地域包括支援センターに連絡が入る流れ、またその住民・民間ルートから行政・関係機関ルートを経て地域包括支援センターに連絡が入る流れなどがある。

本人や家族からの訴えがない場合は、住民・民間ルートの誰かが発見または気づいて直接地域包括支援センターに連絡する流れ、直接ではなくいったん行政・関係機関ルートを経て連絡が入る流れなどがある。同様に健康相談や生き生きサロンなどの活動の場で、行政・関係機関ルートの誰かが把握し、地域包括支援センターに直接連絡する流れもある。なお、これらの連絡をする際には、高齢者の意向を十分考慮する。

## 2. 3 把握ルートの特徴

表5であげた多岐に渡る対象者把握のルートは、大都市、都市部、郡部という地域特性によって異なる様相がある。

まずどの地域であっても確実に把握ができるのは、要介護認定非該当者である。次に介護予防に関する健診、地域での保健師等専門職による訪問活動なども有効な把握方法である。しかし、これらの方法は大都市では高齢者数そのものが大きいことから、必要な対象者をすべて把握するには限界がある。

郡部での住民見守りネットや老人クラブ、都市部での町内活動や民生委員・友愛訪問員、健康推進委員などによる諸活動は概ね全国の自治体にあることから、地域高齢住民の健康や生活を把握する基本的な資源と考えられる。大都市においては最近増えつつあるボラン



タリーな住民参加型活動（例：給食サービスや託老所）、高齢当事者活動（高齢サロンなど集いの場）との連携によるルートは、従来の地域住民活動では拾えない対象者を把握するうえで有効な手段である。

このように地域にある様々な高齢者支援の組織や活動に拠る把握は非常に重要であり、地域包括支援センター業務でもある地域の実態把握を図りながら、これらを上手に活用することが望まれる。

## 2. 4 地域包括支援センターを中心とするネットワークの構築

地域支援事業における対象者把握のシステムは、地域包括支援センターを中心とするネットワークシステムである。地域包括支援センターは、保険者（市町村保健師または委託を受けた保健師等）を含む公平中立な視点を保ち、保健医療福祉の関係機関や民間の諸団体と様々な地域の関係機関とネットワークを構築することが望まれる。

### 地域包括支援センター（地域包括ケアシステム）のイメージ

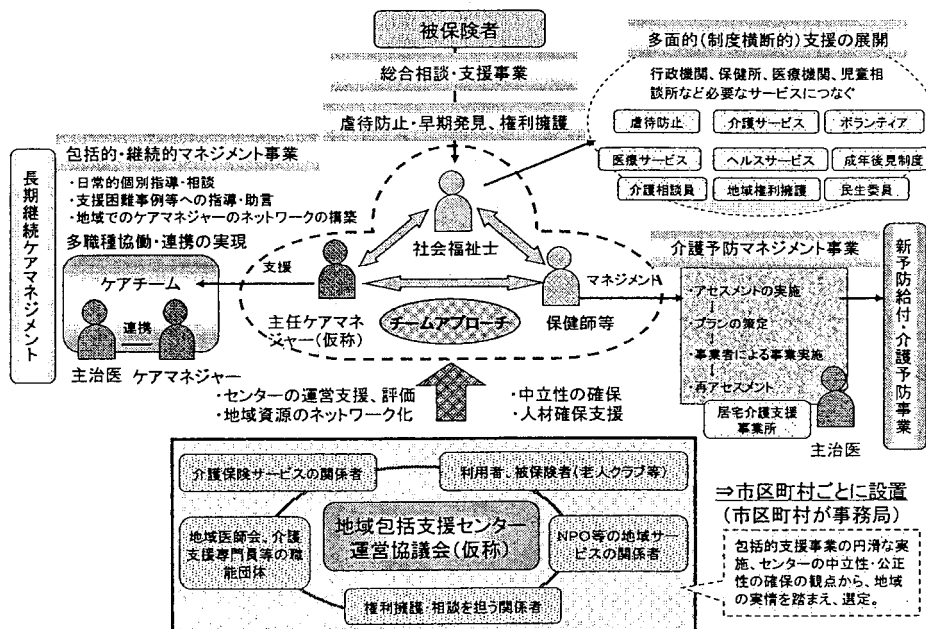


図6 地域包括支援センターを中心とするネットワークの構築（例）

## 2. 5 カバー率に関する評価

モデル的なケースにおいては、ひとつの地域包括支援センターが実際にカバーする虚弱高齢者の数は約250人と推計される。これは、ひとつの地域包括支援センターが担当する人口が約2万5千人、うち高齢者が5千人、そのうち5%が虚弱高齢者とした場合の推計値である。地域支援事業は、単に事業参加者が予定の250人集まる、ということに重点を置くのではない。この事業では、虚弱高齢者が、住民による発見と気づき、専門職によるスクリーニング等を経て何人（高齢者の何%）把握されたのか、ということのカバー率として評価し、必要な人に必要な支援を行えたかどうかを重視する。従来と異なるのは、生活機能低下の有無にかかわらず、参加したい人は参加させるような形態ではなく、まさに

介入が必要なハイリスクの方々に対して効果的・効率的にサービスを提供する点にある。

### 3. 対象者の選定と方法

#### 3. 1 基本チェックリスト等の活用

虚弱高齢者のスクリーニングには基本チェックリストを活用する。また、住民への啓発活動によって住民の発見と気づきの能力を高め、かつ関連職種の課題把握能力を高めるには、先に述べた虚弱高齢者の特徴と支援ニーズ（実現したい生活）について、学習の機会を増やすことが重要である。

#### 3. 2 事例に見る対象者把握の実際

ここでは、高齢者が、どのようにして地域支援事業が必要な者と想定され、地域包括支援センターに把握されるのか、その経過について虚弱高齢者の事例を紹介しながら解説する。

以下の各事例に示した「1) 事例の特徴」は、表3、表4の項目を用いて各事例の特徴を簡潔に示したものである。また、「2) 把握ルート」は、表5、図5の内容を用いて把握に至った経路を示している。

##### 3. 2. 1 都市事例1

###### 1) 事例の特徴：生活機能低下の要因（6年前に妻と死別、最近風邪で寝込んだ）

→移動・運動＋コミュニティライフ＋家庭生活＋セルフケアの縮小

###### 2) 把握ルート：住民（仲間）→住民（高齢者友愛訪問員）→地域包括支援センター

71歳男性。単身で一人暮らし、都市部の5階建ての公団住宅の4階に30年居住、65歳で妻（当時60歳）を癌で亡くす。その後も70歳まで週5回パートで働いていた（ビル管理業務）。本人は単身でも家事等すべて自分で行い、退職後は毎日団地の高齢者囲碁クラブに行くのを楽しみにしていた。春先に風邪で寝込んだことをきっかけに、外出時の階段昇降を負担に思いはじめ、囲碁クラブに足を運ぶ回数も週1～2回と減少、自宅でテレビを見て過ごすことが多くなった。団地のスーパーでの買い物もトイレトペーパーなど大きな商品の購入が苦痛となり、日常生活に支障が生じるようになった。また大好きな入浴も、浴槽への出入りがスムーズにできなくなったことに加え、浴室で転倒しそうになりヒヤッとした経験が追い打ちとなってすっかり控えるようになった。囲碁クラブの仲間はそんな本人のことが心配になり訪問したところ、生気が減退し少し匂いを放っている本人と散らかった部屋を目の当たりにする。彼らはその様子を見て衝撃を受け、同じ囲碁クラブ仲間の妻である高齢者友愛訪問員に知らせ再度一緒に訪問し、本人と相談の上、その状況を地域包括支援センターに連絡した。

##### 3. 2. 2 都市事例2

###### 1) 事例の特徴：

生活機能低下の要因（1年前に夫と死別、転居）→コミュニティライフ＋対人関係の変化

→生活機能低下の要因（愛犬の死＋孤独、閉じこもり、不安・抑うつ）

→家庭生活＋セルフケア＋コミュニティライフ＋対人関係＋運動・移動の縮小

###### 2) 把握ルート： 当事者家族→関係機関（近医）→地域包括支援センター

70歳女性。1年前に夫（当時73歳）を心不全で亡くしたあと、独身の長女45歳（金

融関係企業の管理職)の勧めで、長女が自分の通勤にも便利な都市部に購入したバリアフリーのマンションに愛犬と共に転居してきた。本人にとっては、長年専業主婦として夫の国内外の転勤生活に連れ添い、夫の定年に合わせ郷里である山陰地方に一戸建てを構え、ようやく落ち着いた矢先の死別であった。二人の子どものひとりである長男は商社マンで現在は南米在住という事情もあり、長女は母親の将来を案じて今回の同居を申し出た。当初本人は、長女の思いやりに応えようと、慣れない都会での生活ながら、家事や、地区センターの陶芸教室への参加などはりきって行っていた。ところが、朝早く夜遅い娘の生活と、地域の人との不慣れな人間関係に、徐々に心が沈みがちになっていった。一年後、地区センター活動の年度更新も行わず、さらに愛犬を病気で死なせたことが引き金となって、調理や掃除が滞りがちになり、買い物やごみ捨てをあまりしなくなっていった。また夜間犬の名前を呼んでマンション周囲を探し回る、夫の元へ行きたいと突然泣き出すなど不穏な精神状況が現れだし、長女が異変に気づいたときには、終日自室のベッドで過ごし体重もかなり減少していた。急遽、長女は自分の主治医である近医に相談し本人と受診した。幸い認知症など特筆すべき疾病はなかったが、うつ的傾向が著名であったため、長女と相談の上、近医より地域包括支援センターに紹介となった。

### 3. 2. 3 都市事例3

1) 事例の特徴：生活機能低下の要因(持病、風邪、転倒による打撲)

→移動・運動+家庭生活+セルフケアの縮小 → コミュニティライフの中断

2) 把握ルート：関係機関(内科開業医勤務の看護師)→関係機関(内科主治医)

→当事者家族→地域包括支援センター

80歳女性。10年前に夫が死亡後一人暮らし、78歳までリゾートホテルにパートで働いていた。一人娘は隣接県にて在住、就労のため訪問は不定期である。持病は、本態性高血圧、C型肝炎キャリア、膝関節炎、白内障などであり、地域の医療機関(内科週1回、眼科月2回、整形外科不定期)に週2~3日通院していた。病院に行かない日は、市立図書館での読書や手芸教室への参加を日課としていた。健康管理には気を使い、血圧測定や投薬管理も自分で行い、病気についても講演会に参加して勉強するなど積極的で、また通院で知り合った仲間との電話での情報交換や会話も楽しんでいた。ところが風邪で体調不良だった日に台所で転倒し打撲したことがきっかけで、痛みもさることながら自信をなくし意気消沈し、外出を控えていた。欠かすことがなかった通院日に本人が3回も来なかったことをおかしく思った内科開業医の看護師が電話をしたことにより、この状況が明らかになった。看護師からの電話を受けて、本人も自分の状態をこのままではいけないと思い、娘宅に電話し、娘とともに受診することになった。看護師より連絡を受けていた主治医と本人、娘が相談し、娘から地域包括支援センターに相談することになった。

### 3. 2. 4 郡部事例1

1) 事例の特徴：生活機能低下の要因(認知症のはじまり)

→コミュニケーション+セルフケアの縮小・制限

2) 把握ルート：住民(老人福祉センター利用者)→関係機関(老人福祉センター職員)

→地域包括支援センター

80歳男性。妻、長男夫婦、孫の三世代6人家族、山間地域に居住し75歳までは農業

の傍ら土木作業員として働いていた。退職後は妻と一緒に米や野菜作りをして日々を過ごしていた。本人は妻や地域の友人たちと一緒に週1回は送迎巡回バスで、老人福祉センターを利用している。老人福祉センターでは大浴場での入浴や他の利用者との会話を楽しみ、1週間に1日ではあるが、のんびりとした時間を過ごすのが習慣となっていた。

ある日、いつものように妻や地域の人々と一緒に老人福祉センターに来館したところ、入浴時に脱衣箱を間違えて他人の下着を着てしまいトラブルになった。周囲にいた利用客が驚いて老人福祉センター職員に知らせ、職員の対応により事なきを得たが、本人は自分のおこしたミスにショックを受けている様子であった。

老人福祉センター職員は施設の業務日誌に記入の際、本人の最近の様子を思い起こしてみたところ、この1ヶ月ほど前からは他の利用者との会話も弾まず、元気もない様子に気づき、本人家族と相談し地域包括支援センターへ連絡した。

### 3. 2. 5 郡部事例2

1) 事例の特徴：従来よりコミュニティライフ＋コミュニケーション＋経済生活の不足

→生活機能低下の要因（配偶者の死、不安・抑うつ、孤独）

→家庭生活の困難＋セルフケアの縮小

2) 把握ルート：住民（隣人）→住民（民生委員）

→市町村（高齢福祉課ケースワーカー、保健センター保健師）

→関係機関（病院、MSW）→地域包括支援センター

78歳女性。夫（要介護4）との二人暮らし世帯。子どもは無く地域に親しい知人もいない。本人は浪費癖があり、年金が支給されると即使ってしまい、次回年金支給までの間は夫の親族や民生委員、近隣の人にまで借金をして生活を維持してきた。介護者を抱えた高齢者世帯であることから、夫の親戚や民生委員の支援や見守りを受けながら暮らしていたが、半年前に夫が死亡。以降、夫の親戚との交流も無くなってしまった。本人は家の中に他人が入るのを極度に嫌ったため、民生委員や隣人の間接的な見守りをうけ一人暮らしを続けていたが、ある日、自治会回覧板を届けにきた隣人が玄関で声を掛けたが返事がなかった。普段は近所での買い物以外に家を留守にすることはないことから不審に思い、民生委員に通報。民生委員と一緒に寝室へ入ると布団の中で寝ていたが、部屋中に悪臭が漂い、民生委員からの問いかけにうなずくのがやっとという状況であった。

民生委員はすぐ役場の高齢福祉課へ通報。高齢福祉課のケースワーカーは医療ニーズありと判断して保健センター保健師に連絡、応援を依頼し同伴で緊急訪問した。バイタルサインも不安定であったため早々に救急車が呼ばれ病院へ搬送された。診察の結果、特に病気は無く栄養失調による全身衰弱と診断され入院加療となった。退院後の在宅復帰に向けて食生活や生活不活発を心配し、病院MSWから地域包括支援センターへ連絡となった。

### 3. 2. 6 郡部事例3

1) 事例の特徴：生活機能低下の要因（退職）＋仕事と雇用の縮小

→生活機能低下の要因（風邪で寝込む）

→家庭生活＋移動・運動＋セルフケアの縮小

→生活機能低下の要因（意欲・気力の減退）

2) 把握ルート：住民（友人）＋当事者（本人）→地域包括支援センター

75歳女性。料理旅館の仲居に従事するため55年前に県外から転居して来て以来、7

0歳までは仲居として元気で働いていた。結婚暦はなく一人暮らしで地域には親族もいない。本人は社交的な性格であり、仲居を辞めてからも友人や近隣との交流は頻繁にあり、年金生活ではあるが気ままな一人暮らしを楽しんでいた。

初冬に入り、流行性感冒に罹り寝込んでしまった為、毎日の食事の世話や買い物、掃除、洗濯等の家事は友人たちが交代で世話をしていた。10日間ほど経過して病気は回復したが体力や気力の低下が著しく、以前のように自分で近所のスーパーへ買い物に出かけることや家事をする気持ちが萎えてしまった。

毎日交替で世話をしていた友人たちは自分たちも高齢であることから、家族がいない本人の将来的なことや「いつまで今のお世話を続けなければならないのか」と不安になり、本人とも相談の上、地域包括支援センターへ相談してきた。

### 3. 2. 7 郡部事例4

#### 1) 事例の特徴：生活機能低下の要因（配偶者の死）

→コミュニティライフ+コミュニケーション+対人関係+家庭生活+移動・運動+セルフケアの縮小・制限

#### 2) 把握ルート：住民（いきいきサロン、ボランティア）→地域包括支援センター

82歳男性。75歳の妻との二人暮らし。子供は二人儲けたが二人とも県外の大学に進学して以来、ずっと夫婦二人だけの生活を続けてきた。二人の子供たちは大学卒業後もその地で就職し、それぞれに所帯を持って独立した生活を営んでおり、正月休みや夏休みには孫を連れて帰省し、数日間ではあるが三世代家族の生活を楽しんでいた。

本人と妻は畑での野菜作りを日課としているが、地域で催されている月に2回の「いきいきサロン」には夫婦で欠かすことなく参加し、健康体操や将棋などをして仲間と過ごすことを楽しみにしていた。

しかし、3ヶ月前に妻が心筋梗塞のため急逝してからは近隣住民や親戚の見守りと声掛けを受けながらひとり暮らし生活を続けていた。妻が亡くなって以来いきいきサロンは休んでいたため、亡き妻の49日の法要も済ませている時期であり「そろそろいきいきサロンに出かけて来てはどうか」とお誘いする為にボランティアが自宅を訪問した。ところが、本人は初夏だというのに薄汚れた厚手のカーディガンを羽織り、顔色も悪く元気がなかった。妻が急逝したというものの、これまでの本人の様子とは全く異なった状況に心配し、ボランティアが本人を伴い地域包括支援センターへ来所した。

### 3. 3 対象者把握を有効に行うために

ここでは、対象者把握が有効に行われるように、市町村や地域包括支援センター（以下市町村等）が、地域住民や公的・非公的な関係機関と協力し、どのような活動を行い、どのような体制を整えればよいかについて整理する。

#### 3. 3. 1 当事者（被保険者、家族）に対して市町村等が行うこと

対象者となる被保険者本人や家族から、早期に申し出てもらうために、

- 1) 介護保険の被保険者証発行時やパンフレット配布時など、被保険者と直接的・間接的に接する機会を通じて啓発活動や広報活動を行うこと
- 2) 介護予防の必要性と、予防を要する対象者の状態が理解できるよう説明すること
- 3) 相談しやすいように、保健師等が相談に応じる専門相談窓口やその連絡先、どんなときに相談すればいいかの説明や勧奨を行うこと

- 4) 利用できるサービス（介護予防事業やその他の地域支援事業、介護保険以外のサービスや地域住民主体の活動など）について情報提供し、意義や効果を説明すること
- 5) 自分の状態についてセルフチェックできる方法を提供すること

などの活動が重要となる。

ここで求められる体制は、市町村の介護保険担当部署と地域包括支援センターを中心として、個別の対象者に支援機能を発揮する高齢者支援のネットワークシステムである。

### 3. 3. 2 地域住民に対して市町村等が行うこと

地域住民主体のネットワークによる対象者の発見・気づきの機能を高めるために、上の1)から5)に加えて、

- 6) 地域住民への啓発活動・広報活動
- 7) 民生委員や地区健康推進員など行政と関わる住民および自治会や老人クラブなどの地区組織との情報交換や学習会開催支援
- 8) リーダーとなる住民の発掘と彼らの能力形成支援
- 9) 地域の見守りネットワーク（ご近所同士、小地域ネットワーク）の重要性を意識づけること、およびそのネットワークづくりを支援すること
- 10) その基盤となる地域住民のヘルスプロモーションを推進すること（住民の健康とQOLの増進に向け生活者の視点を重視して地域活動を強化する）

などの活動が重要となる。

ここで求められる体制は、地域住民と市町村の保健福祉担当部署、地域包括支援センター等が協力して形成する地域支援のネットワークシステムである。これは、高齢者が生きがいを持って活動的に暮らすことを地域全体で支援するポピュレーションアプローチの一翼を担うものであり、住民相互が介護予防に関心を持ち合うことが基盤となる。

### 3. 3. 3 行政として（行政の委託機関に対して）市町村等が行うこと

第1に、虚弱高齢者をもれなく速やかに把握すること（専門的観点を持った質の確保を伴う）、第2に、申し出のあった高齢者への相談機能を充実すること、第3に、地域全体の対象者把握が有効に機能するようなネットワークシステムを整えることが重要となる。

そのためには、

- 11) 介護予防を要する対象像のスクリーニングの視点を明確にし、的確に把握できる専門職の技能を高めること（研修、事例検討による学習などを伴う）
- 12) 対象者になる可能性がある高齢者がいつでもどこでも相談しやすいように、行政の介護予防のための相談窓口やその他の対応機関・対応できる場や機会を整え、それを明示・PR・広報すること（広報誌による間接的なPR、地域でのイベント参加（ブース開設等）や地区組織活動への参加・定期訪問などによる直接的なPR、緊急通報システムの普及、いつでも気軽に相談できるというイメージのアピールなど）
- 13) 申し出に対して様々な方法によって十分相談にのれるようにすること（相談窓口での対応、保健師等による必要な者への定期的／随時の家庭訪問・電話、相談技能の習得など）
- 14) 地域住民や公的・非公的關係機関・関係者からの情報が集約でき早期に対応できるようなネットワークシステムを作ること、およびネットワーク参加機関の協議の場

を持つこと（互いの役割や貢献、把握実態の相互理解と確認、介護予防に関連する制度やサービスの情報交換、対象者の介護予防支援ニーズに応じたサービス・メニューの開発など）

などの活動が重要である。

なお、ここで求められる体制は、前述の3.3.1と3.3.2と後述の3.3.4を包含する総合的な地域支援のネットワークシステムである。

### 3.3.4 公的・非公的関係機関・関係者に対して市町村等が行うこと

関係機関・関係者による虚弱高齢者を把握する機能を高め、的確な把握を推進するため、そのためには、11)～14)の活動に加えて、

15) 日頃から連絡調整や協力の体制を整えること、

16) 事業所の刊行物やパンフレットへの広報内容の記載推進、

などの活動が必要となる。

ここで求められる体制は、公的・非公的関係機関・関係職種と市町村の介護保険や保健福祉等担当部署、地域包括支援センター等が相互に連携し支援機能を発揮する高齢者支援のネットワークシステムである。