



長崎県版介護予防事業支援マニュアル  
「閉じこもり・認知症・うつ予防マニュアル」



長崎県介護予防市町支援委員会  
閉じこもり・認知症・うつ予防部会 編

- 2008年10月版 -

## - 目 次

・ 閉じこもり・認知症・うつ予防支援の概要	1
1. 本事業の目的	1
2. 「閉じこもり」・「認知症」・「うつ」とは	1
3. 本マニュアルにおける一般高齢者と特定高齢者の考え方	2
4. 事業形態について	2
5. 通所型「閉じこもり・認知症・うつ」介護予防事業の実施要領（例）	3
・ 閉じこもり予防	5
<b>A. 通所型予防事業</b>	
1. 評価	5
（1）目的	
（2）一般情報	
1）基本情報	
2）IADL・社会活動尺度	
（3）「閉じこもり」に関する評価（一般高齢者施策を中心に）	
1）外出の頻度，外出の目的	
2）外出を阻害する因子	
2. 目標設定	7
3. アプローチ	7
1）元気な時からの取り組み	
2）具体的な働きかけの手段	
3）高齢者に伝えたいこと	
<b>B. 訪問型予防事業</b>	
1. 評価	8
2. 目標設定	9
3. アプローチ	9
1）身体的要因による場合	
2）心理的要因による場合	
3）社会環境的要因による場合	
4）プログラム例	
・ 認知症予防	10
<b>A. 通所型予防事業</b>	
1. 評価	13
（1）一般情報	
（2）「認知症」に関する評価	
1）長谷川式簡易知能スケール（HDS-R）	
2）単語・写真遅延再生課題	

3) 文字位置照合課題	
4) 認知症早期発見生活チェック表	
5) 改訂) 特性的自己効力感尺度	
6) 個別活動チェック表	
2. 目標設定	11
3. アプローチ	11
1) 訓練型アプローチ	
2) レクリエーション療法	
3) もの作り	
4) 日常の中での練習	
<b>B. 訪問型予防事業</b>	
. うつ予防	15
<b>A. 通所型予防事業</b>	
1. 評価	15
(1) 一般情報	
(2) 「うつ」に関する評価(一般高齢者施策を中心に)	
1) 老年期うつスケール(GDS-15)	
2) うつ病の誘因チェックリスト	
3) 改訂) 特性的自己効力感尺度	
2. 目標設定	16
3. アプローチ	16
1) うつ対策について	
2) 各介護予防プログラムとの相互関連・連携	
3) 正しい知識の普及・啓発	
<b>B. 訪問型予防事業</b>	
1. 評価	17
2. 目標設定	17
3. アプローチ	17
1) 本人への基本的な対応	
2) 家族への対応	
3) 事業の進め方(例)	
. 閉じこもり・認知症・うつ(TNU) 予防レーダーシートの紹介	19
. 長崎県下における取り組みの紹介	20
(1) 通所型介護予防事業 長崎市における取り組み	
(2) 訪問型介護予防事業 諫早市における取り組み	
. 資料	24

## ・閉じこもり・認知症・うつ予防支援の概要

長崎県介護予防市町支援委員会では、全ての65歳以上の高齢者を対象に、介護を必要とせずいつまでも元気に暮らし続けられるよう市町（介護保険者）が主体となって実施する地域支援事業を支援するため、運動器の機能向上支援 口腔機能向上支援 栄養改善支援 閉じこもり・認知症・うつ予防支援について4つの部会で検討を重ねています。

要介護状態になる要素は、運動器機能・口腔機能・栄養状態とも密接に絡み合い複合的なものですが、特に閉じこもり・認知症・うつについては、発現の状態や症状が似かよって区別をつけにくいことがあり、相互に関連して悪化していくことが考えられます。随って、「閉じこもり」「認知症」「うつ」という3つの要素を含む一つの支援事業として「閉じこもり・認知症・うつ予防支援」を実施します。閉じこもり・認知症・うつの状態や状況に応じて、通所型介護予防事業と訪問型介護予防事業があります。なお、「閉じこもり・認知症・うつ」の状態と運動機能低下・低栄養状態・口腔機能低下とは大きな関連があることから、状態・状況に応じて、運動器の機能向上支援・口腔機能向上支援・栄養改善支援等のそれぞれの事業と重複することがあります。

### 1. 事業の目的

介護を必要とせずいつまでも元気に暮らし続けられるよう、心身機能の低下から要介護状態になることを予防し、また閉じこもり・認知症・うつ傾向を早期に発見し適切な支援に結びつけ、重度化を防止する。

### 2. 閉じこもり・認知症・うつとは

#### 1) 「閉じこもり」とは

- ・1回30分以上の外出の頻度が、週1回以下を閉じこもりのスクリーニング尺度とする。（介護保険認定項目・生活機能評価のチェックリスト項目）
- ・一日のほとんどを家の中あるいはその周辺（庭先程度）で過ごし、日常生活行動範囲がきわめて縮小した状態（新開）
- ・「家の内から出られる状態であるにもかかわらず、家から外に出ない状況」であり、かつ「社会的な関係性が失われている状態」（鳩野ら）

#### 2) 「認知症」とは

認知症とは、いったん発達した知的機能が低下して社会生活や職業生活に支障をきたす状態まで低下している状態を表している。中核症状と周辺症状に区分され、単に物忘れの状態ではない。

- ・中核症状（本質的障害）は、記憶障害、抽象思考の障害、判断の障害、失行、失認、失語、実行機能の障害など。
- ・周辺症状は、妄想、幻覚、不安、焦燥、せん妄、睡眠障害、多弁、多動、依存、異食、過食、徘徊、不潔、暴力、暴言などの行動的な障害。

#### 3) 「うつ」とは

- ・うつとは、気分がひどく落ち込んだり何事にも興味を持てなくなったり、億劫だったりなんとなくだるかったりして強い苦痛を感じ、ほとんど毎日、日常生活に支障が現れるまでになった状態。
- ・最近2週間において、以下のうつに関する5項目に陽性が2項目以上をうつのスクリーニング尺度とする。（生活機能評価のチェック項目）  
毎日の生活に充実感がない。  
これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった。

以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じる。  
自分を役に立つ人間だとは思えない。  
わけもなく疲れたような感じがする。

### 3．本マニュアルにおける一般高齢者と特定高齢者の考え方

一般高齢者施策とは、全高齢者を対象とし、高齢者が生き生きと生活する地域づくりを基本としており、「閉じこもり・認知症・うつ」の状態にならないよう最初の段階で予防（一次予防）するものであります。特定高齢者施策は、基本チェックリスト等において虚弱状態つまり特定高齢者に該当する人が、要介護状態とならないよう予防する（二次予防）ものであり、通所を中心とした介護予防プログラムを実施するものです。しかし、「閉じこもり」や「うつ」は訪問による支援も必要な場合があります。

本事業では、「閉じこもり」や「うつ」に対して、まず、一般高齢者施策において通所型介護予防事業を中心とする予防支援を重視しております。特定高齢者施策では、長崎県の各市町の実施状況も踏まえ、個別的な対応が必要な訪問型介護予防事業を中心にマニュアルを作成しました。しかし、訪問型介護予防事業は、「通所による予防支援が困難な者」とされているため、通所が可能な「閉じこもり」や「うつ」の特定高齢者は通所型介護予防事業への参加が望ましく、また通所が不可能な場合でも、通所型介護予防事業への参加を目標とする場合もあります。「認知症」においては、「閉じこもり」や「うつ」を併発していない場合（認知症のみ）では、重度化（要介護状態）でない限り訪問型予防支援は考えにくく、一般高齢者・特定高齢者共に通所型介護予防支援事業での実施が適当と考えております。

### 4．事業形態について

平成 19 年度に実施した長崎県の介護予防実態調査によると、閉じこもり予防、認知症予防、うつ予防事業の事業形態は、認知症予防のみで実施している市、3 つの予防事業を合同で実施している、訪問型事業のみを実施している市など市町により事業形態が様々です。各地域の特性を踏まえた事業展開が必要と思われれます。しかし、これまでの事業報告を参照してみると基本チェックリストにおける「閉じこもりのみ」や「認知症のみ」等、単独の該当者は 3 割程度であり、多くは 2 つ以上に該当しています。これは、閉じこもり・認知症・うつの関係性の高さを示しているものであり、例えば「認知症のみ」の単独事業を実施する場合でも閉じこもりやうつに該当している方の割合を考慮した関わり方やプログラムを実施すべきと考えられます。

5. 通所型介護予防事業実施要領（例）

目的	閉じこもり・認知症・うつについて，正しい知識の普及，啓発を行い健康増進を図り，介護を必要とせずいつまでも元気に暮らし続けられるようにする。 閉じこもり・認知症・うつを，定期的なアセスメントにより早期発見し，適切な支援に結び付け，それぞれの症状の重度化を防止する。
効果	閉じこもり・・・外出機会の増加 外出の機会を設け，興味あるアクティビティに取り組んだり，他の参加者との交流を図ることにより，外出への意欲を持ち，廃用症状を呈する不活発な生活から脱却する。 認知症・・・認知機能・生活機能の維持又は改善。 適切なケアと生活環境を整えることで認知症の進行を遅らせる。 うつ・・・心の健康づくりでうつ予防。 うつ状態を早期に発見し，個別相談や医療機関へ結び付ける支援などで重度化を防止する。
対象者	事業への参加により効果がみられると思われる者。 一次アセスメントの結果，閉じこもり・認知症・うつのいずれか又は複数該当する者。
内容	訓練型アプローチ・・・学習療法・認知機能訓練・音楽療法・習字・日記・回想療法・有酸素運動等 レクリエーションアプローチ・・・認知予防体操・各種ゲーム・音楽療法・交流会等 学習・・・ミニ講話等 心理的アプローチ・・・傾聴（バリデーション）・存在肯定・自己効力感向上等
参加人数	1回あたり3人から10人
スタッフ	作業療法士・理学療法士・言語聴覚士・保健師・看護師・栄養士・社会福祉士 ・介護福祉士・ボランティア（町内会長・民生委員・近隣住民・家族等） 必要に応じて，医師・歯科医師・歯科衛生士・薬剤師等
開催頻度	
期間	
時間	
会場	
送迎	
利用料	
その他	* 訪問型介護予防事業：通所型事業への参加が困難な場合，訪問事業につなげることができる。訪問による個別相談により，通所型事業への参加勧奨や必要時受診勧奨等を行い，継続的に支援する。

(1) 担当スタッフの役割

職 種	役 割
作業療法士・理学療法士・言語聴覚士・保健師・看護師・ 社会福祉士・介護福祉士  必要に応じて、医師・歯科医師・歯科衛生士・薬剤師・栄 養士等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プログラムの企画</li> <li>・事業実施に係わるアセスメント</li> <li>・体調チェック</li> <li>・参加者の個別評価</li> <li>・緊急時の対応</li> <li>・事業の運営・評価</li> </ul>
ボランティア（町内会長・民生委員・近隣住民・家族等）	事業運営のサポート

(2) プログラム例

例 学習療法を中心にする場合

0 15分 45分 55分 85分 95分

体調チェック 挨拶 本日のプログラムにつ いて	学習療法	休憩 水分補給	レクリエーション等	茶話会 終わりの挨拶
----------------------------------	------	------------	-----------	---------------

例 物づくり中心にする場合

0 15分 45分 55分 85分

体調チェック 挨拶 本日のプログラムにつ いて	物づくり	休憩 水分補給	物づくり・軽い体操等	茶話会 終わりの挨拶
----------------------------------	------	------------	------------	---------------

(3) プログラム実施上の留意点

- ・利用者主体。利用者が楽しんで行うことが重要な為プログラムの強制はしない。
- ・実施中は、利用者の表情や訴え等をよく観察し、普段との違いを見逃さないようにする。
- ・新規参加者・終了者等のアセスメントは、プログラム実施と並行して実施する。
- ・学習療法・ものづくり等が目的にならないようにする。プログラムを通して、利用者が主体的で活動的な生活を送ることができるようになることをめざす。

(4) アセスメント及び事業報告について

評価には、利用者個別評価と事業評価がある。

利用者個別評価（初回アセスメント・中間アセスメント・終了アセスメント）

- ・提出書類（介護予防事業個別サービス計画及び報告書、個別評価表）

事業評価

- ・提出書類（例 介護予防事業実施報告書、介護予防事業出席簿）

## ・閉じこもり予防

閉じこもりは、「障害の有無に関わらず、日常生活における活動範囲がほぼ屋内に限られている状態」であり、要介護状態の閉じこもり（タイプ1）と生活自立状態の閉じこもり（タイプ2）に分けられる（表1）。また、その要因は、身体的、心理・精神的、社会・環境的要因に分類される（図1）。従って、閉じこもり予防では、個々の状態と要因を把握することが重要となる。

表1 閉じこもりタイプ分類

タイプ1：要介護状態の閉じこもり
年齢，就労状況（していない），歩行能力の低下（1km不可）， 認知機能の低下（MMS23点以下）
タイプ2：生活自立状態の閉じこもり
年齢，認知機能の低下，抑鬱傾向（GDSで6点以上），親しい友人（いない）， 散歩・体操の習慣（なし）

厚生労働省，閉じこもり予防・支援についての研究班：閉じこもり予防・支援マニュアル，2005より一部  
改変

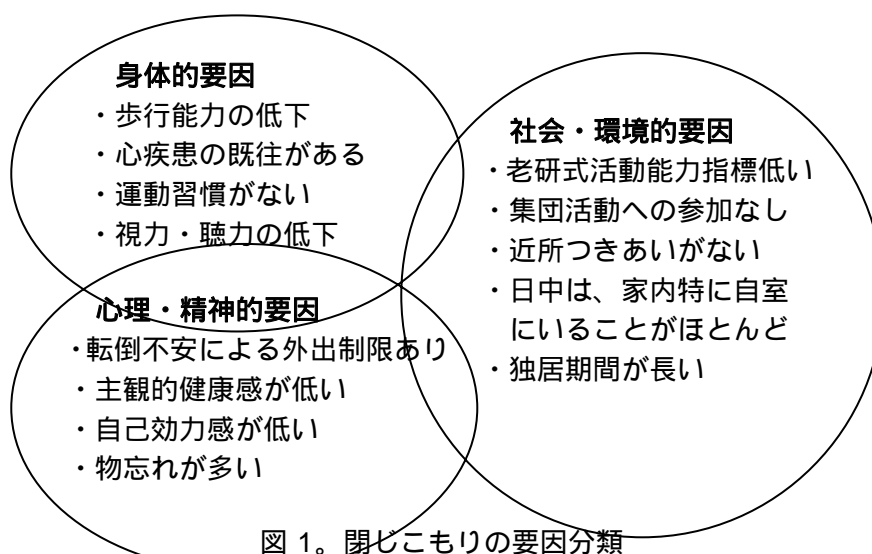


図1。閉じこもりの要因分類

厚生労働省，閉じこもり予防・支援についての研究班：閉じこもり予防・支援マニュアル，2005より一部  
改変

### A. 通所型予防事業

#### 1. 評価

##### (1) 目的

ここでは、閉じこもりの評価を提示しますが、高齢者の認知機能、精神状態、手段的日常生活



活や社会活動を評価することで、閉じこもり・うつ・認知症の全体像を把握することが重要です、

そして、評価を実施する目的は、最終的に個々の状態に応じた介護予防事業に繋げ、適切な支援を行うことにあります。さらには、対象者個別の機能・能力低下を捉え、個別の目標やプログラム作成の資料となります。また、介護予防事業の効果判定の重要な資料ともなります。

以下に各評価内容を示します。これまでのモデル事業で使用したものや文献などで紹介されているものですので、ご使用下さい。また、評価形態については対象者数やスタッフ数で若干異なってくると思いますので、実施する教室の形態や規模を考慮して、統一した方法で実施してください。

項目	目的	形態	所要時間	重要
(1) 一般情報				
基本情報		問診	5-10分	
IADL・社会活動尺度	日常生活・生活の質	自己記入及び問診	5分	
(2) 閉じこもりに関する評価				
外出の頻度・外出の目的		自己記入及び問診	5分	
外出を阻害する因子		自己記入及び問診	5分	
閉じこもり度チェック		自己記入及び問診	5分	

「重要」の項目では、各評価の重要度を示しており、「」は重要度が高い評価であり、「」は必要に応じて実施するというものです。

## (2) 一般情報

### 1) 基本情報

基本情報の項目は、年齢、性別、家族形態、主な現病歴、受診状況、服薬状況、住環境などがあげられます。また、本事業では、職業歴、教育歴、趣味活動所得技能などを聴取することも現状の背景を知る上で大切になります。

対象者の中で体調面に考慮すべき点がある場合、かかりつけ医の先生の承諾を取るように入してください。これらの情報は、教室開催の事前情報として重要なものであり、取り扱いには十分に注意してください。

### 2) IADL・社会活動尺度(手段的日常生活・社会活動尺度)(資料1)

対象者は、ADL そのものには支障がない方が多いと考えられるため、その周辺である手段的日常生活( Instrumental of Activity of Daily Living ; IADL)と社会参加状況を知るための尺度が必要となります。認知症は、生活のあらゆる自己管理が早期に低下されることが指摘されています。また、うつに関しても意欲減退に伴う生活活動の低下は考えられます。点数が低くなるに従い、それらの活動性や参加状況の低さが伺えます。これまでの事業効果や文献から、認知機能や自己効力感と日常・社会活動との関係性は強いことが示されています。

## (3) 「閉じこもり」に関する評価

### 1) 外出の頻度、外出の目的(資料2)

外出の頻度は、週1回未満を閉じこもりと定義します。しかし、頻度だけでは判断でき

ないため外出の目的と頻度が減少した理由などを聴取することが重要です。

## 2) 外出を阻害している因子(資料3)

外出を促す前段階として、外出を阻害している理由が、身体的要因か心理的要因か社会的要因かを知る必要があります。要因が重複するに従い閉じこもりが重度化する傾向にあります。

## 2. 目標設定

通所型の場合は、通所すること又は通所を継続していくこと自体を目標とすることが多くなります。対象者の外出を阻害している事項を勘案した上で頻度を決定していきます。そして、予防事業を媒介として対人交流のを深め、予防事業以外の外出機会の増加に繋げて行ければ最善です。

## 3. アプローチ(一般高齢者施策を中心に)

多くの高齢者は、閉じこもりになる前は、自宅の外、近隣・地域へは日常的に外出し、地域社会の中で活動していますが、老化に伴い、さまざまな原因で外出頻度が少なくなり、生活空間が屋外・地域から自宅内へと狭くなっていきます。こういった状況を予防し、高齢者の生活全般の活性化を維持していくためには元気な時からの取り組みが重要です。

そして、その重要性は『本人・家族・地域』へ伝えていく必要があります。また、本人の「自主・自立」を基本においたプログラムの工夫や支援を行っていく必要があります。

### (1) 元気な時からの取り組み

体力づくり、健康づくり

自己効力感の向上(日常生活動作に対する自信をもってできる)

地域社会における役割をもち続ける。

### (2) 具体的な働きかけの手段

#### 1) 社会活動・役割の重要性に関する広報及び健康学習

「社会活動や役割をもっていることの意義を伝える。」

・ 社会活動をしている人の健康度や生きがい感が社会活動をしない人より勝っていることを具体的に示すことで社会活動や社会参加することの有用性を実感をもって理解してもらおう。

・ 本人が望めば地域の中で何らかの役割が担えたり、ボランティア活動や趣味の活動などに参加できるよう、地域の若い世代へ向けての情報発信を行う。

#### 2) 地域の介護予防を推進する高齢ボランティアの養成

#### 3) 生きがい活動支援通所事業の活用

・ プログラムの内容として、参加者の自尊心を尊重し、自分たちが参加するプログラムは自分たちの手で作るという体験ができ、自分たちが役に立っている感覚を味わう体験を取り入れ、参加者の自主性への支援を基本におく。

#### 4) 健康づくり、体力づくりの健康学習

・ 活動的な生活習慣の維持のために、からだを動かすことや食事の大切さ、その具体的なメニューを参加者の生活を取りあげながら実践的に行う。(健康体操、調理実習)

### (3) 高齢者に伝えたいこと

仕事，趣味，旅行，運動など自分で楽しめることをみつけて，楽しく過ごす。  
 外出することが自然と運動につながる。外出機会を積極的にもつ。  
 近所の人と誘い合う。  
 運動習慣をもつ。

#### B. 訪問型予防事業

訪問型予防事業は，通所が困難な事例において実施することを基本とします。従って，一般高齢者よりも特定高齢者が多いと考えられます。

##### 1. 評価

###### (1) 一般情報

P8 の一般情報を参照

###### (2) 外出頻度・外出の目的（資料2）

- ・ 外出頻度（認定審査項目及びスクリーニング尺度） 週1回以上外出しているかどうか  
 が判断基準となります。

介護予防の対象者に外出頻度でスクリーニングした場合，判断基準の1。2に回答した場合，よくいく場所を聞くようにする。外出先と目的を聞くことにより，今後外出機会の増加に向けた支援の際の参考にする。

また，現在は，閉じこもりとは判定されなかったとしても，昨年に比べて外出頻度が減少している人には，その理由や原因に対して注意して聞いておきます。

問 あなたの外出先と目的・外出頻度が減少した場合，その理由についてきかせてください。

外出先と目的	
外出頻度が減少した理由	

###### (3) 外出を阻害する因子（資料3）

参加者が外出を阻害している原因を自分なりに考えてみる機会にします。原因が明らかになれば，改善に向けてのプログラムを提案してみます（訪問系，通所系のプログラム）  
 記載以外の要因があれば記録し，改善策を一緒に考えましょう。

阻害している理由	
考えられる改善策	

##### 2. 目標設定

1 - (2) で得られた評価をもとに外出を阻害している理由と改善策を個別に捉え，できるだけそれまでの外出先と目的が達成できるものとします。また，家族が同居している場合には家族にも目標説明を行い，理解を深めてもらいます。

例) 体力に自信がなく在宅で座って過ごす時間が長い

長期目標：日常生活動作や家事など自信を持って実行できる

(自信度を自分なりに点数化していく。満点近くになったら外出に結びつくような情報提供を行う)

短期目標：体力低下の原因，体力をつける方法が理解できる。

体力をつけるための体操や食事作りができる

(自信がなくとも) やりたいことを見つけられる

### 3. アプローチ

#### (1) 身体的要因による場合

体力維持改善のための体操・体力測定・ウォーキング指導・座っての園芸，畑仕事・集団での散策・転倒予防教室

#### (2) 心理的要因による場合

傾聴(バリデーション)・存在肯定・自己効力感向上・外出練習・買物練習・交通機関を利用する練習・健康チェック・健康増進教育・回想法・趣味，楽しみ場の提供・できる事を増やす支援

#### (3) 社会環境的要因による場合

環境の調査・家族教室・社会資源の活用・仲間作りの場の提供

#### (4) プログラム例

##### 自分の心身状態への気づきと健康促進への知識の提供

- ・心と身体健康づくりを目指そう！
- ・安全な住まい作りの工夫！
- ・食事で防ごう骨粗鬆症！
- ・体操やウォーキングで転倒を防ごう！

いくつかのテーマを用意し，対象者が関心のあるテーマを選択する。  
テーマに沿ったパンフレットを用意し，訪問者が解説し，対象者の質問に答える。

##### 身体を動かすことによる爽快感，達成感を実感

- ・体力測定(可能な人)
- ・体操プログラムの実施・・・単純な動作で覚えやすい事が基準(首・肩・腰の運動)複数のプログラム。特殊な道具が必要ない。単純で覚えやすく，座位で可能。
- ・自宅で継続して行いチェックをしてもらう

##### 自己効力感の向上改善を目的でのライフレビュー(回想法)

## ・認知症予防

認知症は、記憶障害を中心としますが、最近の研究により注意配分機能や実行機能、思考力（主として計画力）が早期に障害されることが分かってきました。注意配分機能とは、同時にいくつかのことに注意を向ける機能のことであり、実行機能とは、物事を企画し、道具などを選択し、（それを途中で止めたりせずに）実行する機能のことです。もちろん短期記憶（エピソード記憶も含む）も早期から障害されます。自身では気づかないケースも多々あり、早期発見・早期予防のためには家族の気づきと協力が不可欠です。

### A. 通所型予防事業

#### 1. 評価

認知症の評価尺度は多々ありますが、ここでは記憶や注意を中心に集団で実施でき、また、短時間で対象者ができるだけ負担にならないような評価尺度を採用しています。

項目	目的	形態	所要時間	重要
長谷川式簡易知能スケール	簡便な認知症の把握	問診	5-10分	
単語・写真遅延再生課題	記憶	自己記入法	10分	
文字位置照合課題	注意・記憶	自己記入法	5分	
認知症早期発見生活チェック表	日常生活	自己記入及び問診	3分	
改訂) 特性的自己効力感尺度	主観的健康感・自己効力感	自己記入及び問診	10分	
活動チェック	毎回の活動時の観察	観察	1分	

「重要」の項目では、各評価の重要度を示しており、「」は重要度が高い評価であり、「」は必要に応じて実施するというものです。

#### (1) 一般情報

P8の一般情報を参照

#### (2) 認知症の評価

##### 1) 長谷川式簡易知能スケール(HDS-R)(資料4)

簡易の認知症スクリーニング検査です。認知症の疑いや重症度の目安を知ることができます。30点満点で20点以下は、認知症の可能性が高いですが、20点以上でも軽度認知機能障害(MCI)を疑うこともあります。検査においては、対象者の意欲や精神状態に考慮して実施することが望ましいです。

##### 2) 単語・写真遅延再生課題(資料5) 短期記憶課題

日常生活に関係する10個の単語や写真を1分間で記憶させ、1分間時間をおいた後、記憶している単語や写真を書字、口頭にて再生する記憶課題です。日常・社会生活に即した単語や写真を呈示していますので実生活の記憶に必要になります。検査法は、個別が確実ですが、全員一斉に実施することも可能です。多人数で実施する場合は、プロジェクターなどを使用し、単語や写真が見えることなどを確認してから実施してください。

### 3) 文字位置照合課題(資料6)注意配分課題

この検査は、文字(上・中・下)とその位置が合致しているかどうかを確認していく注意配分機能と実行機能の課題です。(誘導)線に従って順番に行うことをしっかりと説明してから実施してください。

### 4) 認知症早期発見生活チェック表(資料7)

認知症の早期発見のためには、認知機能評価が必須ですが、日常生活の中で気づくことも重要となります。このチェック表は、認知症の初期症状として本人又は家族が気づくものとして高い確率のものを示しています。チェック数が多いと認知症の疑いが高くなります。

### 5) 改訂) 特性的自己効力感尺度(資料8)

この尺度は、必要な行動を効果的に行えるかという本人の認識を調べるものであり、行動を起こす意志、行動を完了しようとする意志、逆境における忍耐などから構成されています。認知症、うつなどにおいても教室に行こうとする意志やレクリエーションに参加しようとする意志、それに対してすぐに諦めないという意志などが、受身的ではなく、能動性や積極性、達成感、自信、興味・関心等を促進し、前向きな姿勢を作っていくものと思われます。また、質問の最初(0番)は、主観的健康感を示したものです。

この評価も認知症などにより文字の理解が不十分な場合には、面接法にて実施してください。尚、これまでの事業結果から自己効力感と認知機能には高い相関が認められています。

### 6) 個別活動チェック表(資料9)

このチェック表は、毎回の活動状況の変化を知るために、簡単に作成したものです。毎回の事業後の会議等において、個別の活動状況を各スタッフが観察したものから記載します。評価は4段階で適当な点数を付けます。また、観察事項も記録します。「意欲・参加度」、「プログラム遂行度」、「注意・集中力」、「周囲とのコミュニケーション」の4つの項目からなっています。

## 2. 目標設定

1) 得られた評価をもとに具体的な目標を設定する。(2) - 4) 認知症早期発見生活チェック表を参考にするとよい。

例) 大事な書類や物を何処にしまったか分からなくなる(置き忘れ、しまい忘れ)

長期目標: 道具の準備、後片付けが可能となる

(在宅においても高頻度使用のものを設定するとよい)

短期目標: 事業の中で毎回使う道具の整理場所を一定とし、毎回準備し、しまうことができる

## 3. アプローチ

### 1) 訓練型アプローチ

学習療法

目的: 言語機能を中心とした学習により前頭葉を中心とする脳活性を図る

内容: 漢字書き取り、文章の音読、計算など

方法：時間的にはあまり長く行わず，それぞれ10分程度で高頻度に行うことが有用である

#### A．漢字の書き取り例

選挙にトウヒョウする。しゅうぎいんを解散する

#### B．計算課題（簡単な加減算等を数分行う）[プログラム集参照]

8+9 15-8 25-17 15+23 等

#### C．音読（声に出して読む）：新聞や小説などの文章を音読する

市販で様々な本があるので参考にしてください。

#### 認知機能訓練

空間認知や注意訓練 [プログラム集参照]

目的：図形の認知や空間的位置，注意の選択・配分などの機能を維持する

内容：認知構成課題，立体図形の模写，間違い探し，かなひろい，TMT など

市販で様々な本があるので参考にしてください。

#### 有酸素運動

目的：有酸素運動にて脳全体の活性を図る（気分転換や爽快感などの間接的効果もある）

内容：歩行，自転車，社交ダンスなど

方法：低い強度（ややきついと感ずる強度）

## 2) レクリエーション療法

レクリエーションは，楽しめることが前提であるので集団の特徴を勘案し，訓練的要素を導入していくことが重要となる。

#### 認知症予防体操 [プログラム集参照]

目的：身体の柔軟性と共にリズムや交互，拮抗性を使った脳賦活体操

内容：拮抗体操，音楽リズム体操

特徴：一般的な柔軟体操とは若干異なり，リズムや拮抗性を取り入れることにより，楽しみが増し，記憶や遂行機能といった脳の活性が期待できる

#### 言語性記憶ゲーム [プログラム集参照]

目的：語想起や単語連想にて意味的記憶の活性を図る

内容：古今東西山手線ゲーム，歌混合ゲーム，伝言ゲーム，ことわざゲーム，一文作りゲーム

#### 視覚性記憶ゲーム [プログラム集参照]

目的：視覚的な記憶と注意機能の活性を図る

内容：なくなったもの探し，数字位置記憶ゲーム，間違い探し など

方法：紙面またはプロジェクターにて画像を投影して行う

#### 手段的日常生活・社会活動訓練 [プログラム集参照]

目的：認知機能，遂行機能など脳の賦活，生活技能の習得，また，それにより達成感や役割感を得，日常・社会活動への意欲向上など心理精神的側面の活性を図る

内容：料理，買い物，洗濯，園芸，旅行など

方法：料理の例)

献立を話し合う(興味や季節的なものを考慮して), 人数を考え, 食材の総量と分量を決め, 作り方を共有する, 役割を決める(食品ごと, 工程ごと等), 調理実施, 会食(しながら感想などを話し合う)

### 3) もの作り [プログラム集参照]

目的: もの作りを通じて, 認知機能, 遂行機能など脳の賦活, また達成感や対人交流など活動に対する意欲向上など心理精神的側面の活性を図る

内容: 対象者が混乱しないよう比較的簡易なものから導入するのが望ましい。対象者と相談し作りたいものを優先させ(主体的な活動を促す), 現実的に実施可能か(個別の関わり方で対応できるか, 材料費など)どうか検討する。

タイルモザイク, ペーパークラフト, ペーパーフラワー, キーホルダー, コースター, 箸置き, 牛乳パック手芸など

方法: 所用時間は, 1回90分程度で終了するものでも良いし, 次回までの記憶の保持や来室する動機付けにもなるため2回にかけて行うのもよい。

### 4) 日常の中での練習

通所時のみならず日常の中で実施できることは数多くあります。以下に例を示します。

1. もの忘れがあったら(本人家族が気づいたら)そのことをノートに書きましょう  
(エピソード記憶, もの忘れに対する自己意識を高める)  
「同じことを何度も言う・聞く」や「物の置き忘れ・しまい忘れ」は初期の認知症で多いものです。いつでもノートを準備しておき, 物忘れがあったら「いつ・どこで・だれが・何を・どうした」を記録する習慣をつけましょう
2. 隣人や仲間の名前や特徴を書いたノートを作りましょう  
(もの忘れに対する自己意識を高める)  
「顔は分かるけど名前が出てこない」ことを予防するため, 近所の方や友人, 予防事業の仲間など名前や特徴を書いたノートを作って確認する習慣をつけましょう
3. 新聞・雑誌記事を記憶しましょう(短期記憶と社会との共有性)  
日頃よく読んでいる新聞・雑誌を暗記し, あらすじや内容を紙に書いてみましょう
4. 前の日の日記をつけましょう(エピソード記憶, 自己史を線で結ぶ)  
1行日記から始めて続けましょう。話題がない場合は, テレビ番組, 食事, ペット, 外出先, 孫のこと等話題を提供する。
5. 掃除の不十分な箇所を思い出しましょう(注意と責任感, 生活意欲)  
最近, この辺り掃除していないとか, 敷地全体を思い浮かべ検索していくことが重要です。
6. 服装を思い出しましょう(記憶・他者を意識することによる自己確認)  
昨日の服装を思い出して絵に描いてみたり, 最近着ていない服は, どのダンスに入っている? 等
7. 目的地までのルートを計画しましょう(創造・企画力)



頻繁に外出しない目的地までのルートや時間、交通費などを考えて計画してみましょう。  
市役所、大型デパート、美術館など

- 8．近所の地図をつくりましょう（空間的認知・記憶）  
近所の地図を思い浮かべ、道を尋ねられても教えることができるようにしときましょう
- 9．家計簿をつけましょう（生活管理能力）  
光熱費や食費、衣類、生活雑貨などレシートから転記する習慣をつけましょう。出費や残金を計算することで家計を管理する。
- 10．定期的に散歩しましょう（気分の開放、思考の孤立化防止）

## **B．訪問型予防事業**

認知症については、認知症そのものでは、重度化（要介護状態）しない限り訪問による支援の対象にはなりにくい。認知症に伴う不安や焦燥感、抑うつ状態などの周辺症状により通所を拒否したり閉じこもったりする場合には、個別的対応が必要な訪問型予防事業が適用となる。従って、そのような周辺症状が認められない段階においては、通所型予防事業でフォローすることが望まれる。

## ・うつ予防

高齢者は、身体面では老化による身体の衰えを感じ、なんらかの病気を患うことも多く死を差し迫ったものとして意識することもあるでしょう。社会面では退職や老化に伴う仕事の喪失、家族や社会との交流の減少、家庭内役割の喪失を経験することも考えられます。今までできていたことができなくなり他人に頼らなければならないことへの自己嫌悪や罪悪感を持つこともあります。さらに、配偶者の死別、友人や近隣者の死といった身近な人や親しい人の喪失を多く経験してきます。このような高齢者の老化やライフイベントに伴う身体・心理・社会的体験は、うつ状態に繋がる可能性があります。

### A. 通所型予防事業

#### 1. 評価

項目	目的	形態	所要時間	重要
老年期うつスケール	うつ	自己記入及び問診	5分	
うつ病の誘因チェックリスト	うつ誘因	自己記入及び問診	5分	
改訂) 特性的自己効力感尺度	主観的健康感・自己効力感	自己記入及び問診	10分	
活動チェック	毎回の活動時の観察	観察	1分	

「重要」の項目では、各評価の重要度を示しており、「」は重要度が高い評価であり、「」は必要に応じて実施するというものです。

#### (1) 一般情報

P8 の一般情報を参照

#### (2) うつの評価

##### 1) 老年期うつスケール GDS-15 (資料10)

老年期うつ病を発見のためのスクリーニング検査の短縮版です。認知症においても併発することがあるため重要な検査となります。対象者自身で実施することができますが、認知症疑いなどで文章の理解が不十分な場合は、面接法にて実施してください。5点以上がうつ病である可能性を示すとされています。

#### (3) うつ病の誘因チェックリスト (資料11)

高齢期のうつ病は、ライフイベントや慢性のストレスの何かが誘因となることが知られています。これらの誘因をチェックすることで、個別の誘因を知ることができ、今後のアプローチの一助となります。

#### (4) 改訂) 特性的自己効力感尺度 (資料8) P14 参照

#### (5) 個別活動チェック表 (資料9) P14 参照

## 2. 目標設定

例 2) 以前より興味や関心が乏しくなってきた

長期目標：主体的な発言・活動の増加

短期目標：毎回の行動や発言を観察し、興味を示す反応を探し、その反応を広げるようなプログラムや関わりを増やす。しかし、決して無理な誘い方はしない。

長期目標は、在宅での生活目標となることが多いが、通所型の場合、短期目標は通所している中での一つの活動目標を設定した方が、比較的観察しやすく、変化も捉えやすい。しかし、通所での活動目標が在宅での生活目標に繋がるように考慮しなければならない

## 3. アプローチ（一般高齢者施策を中心に）

### （1）うつ対策について

うつは気づかれにくい・気づきにくいことから、介護予防一般高齢者施策において、地域住民に対してうつに関する正しい知識の普及と啓発を行うと同時に、アセスメントの機会を多く持ち、早期に発見するための工夫が必要です。

### （2）各介護予防プログラムとの相互関連、連携

うつ予防・支援に関する事業は、その他の介護予防事業と密接に関連しています。うつが強くなると、気力の低下や倦怠感のために活動性が低下して閉じこもることが多くなってきます。身体を動かすことが少なくなるために筋力が低下してきますし、通常の日常的な行動が送れなくなって口腔機能に問題が生じてくることもまれではありません。食欲が低下して食事量が減ったり食事の内容に偏りが出てきたりして、栄養状態が悪化してくることもよくあります。認知症はうつの発症要因になりますし、逆にうつが認知症を悪化させる可能性も指摘されています。

従って、各種の介護予防事業を行う際にはうつが影響している可能性に注意して、うつに関するアセスメントを実施するなどして、うつの可能性のある住民を早めに手助けしていくことが大切です。

### （3）正しい知識の普及・啓発

- ・多くの地域住民に対して、あらゆる機会や方法を通じて、心の健康づくり、ストレスへの対処法、うつとその症状、地域にある相談窓口や健診等の内容について、正しい知識の普及・啓発に努める。
- ・情報提供に市町の広報誌を活用する。
- ・老人保健事業等の既存事業や地域住民との接触の場面を活用して行う工夫する。
- ・特に高齢者と接触の多い民生委員や公民館長、地域婦人会、食生活改善推進員等に対しては、機会あるごとに講演会や研修会・シンポジウム等を通じて、うつや心の健康づくりに関する正しい知識の普及や情報の提供を積極的に行う。

<普及・啓発例>

- ・パンフレットを作成し，全戸配布する。あるいは回覧板を利用する。
- ・ポスターやチラシを作成し，公共の施設や公共掲示板に貼付する。
- ・自治体発行の広報やホームページに掲載する。できればシリーズで掲載する。
- ・チラシを作成し，健康まつり等地域のイベントで配布する。
- ・地域の住民組織（民生委員，保健推進員，老人クラブなど）の会合や研修会で話題にする，情報を提供する。
- ・健康診査，介護予防教室，病態別健康教室など老人保健事業の際に話題にし，情報を提供する。
- ・地域の健康まつり，文化祭などで「心の健康」や「うつ」についての講演会を開催する。健康手帳等を積極的に活用する。

## B．訪問型予防事業

### 1．評価

うつに関しても，通所型で使用する老年期うつスケール（GDS-15）（資料 10），うつ病の誘因チェックリスト（資料 11），改訂）特性的自己効力感尺度（資料 8）を基本としますが，特定高齢者においては，重度化を予防するため個別なアセスメントと予後予測（危険性を回避）をしていく必要があります。資料 12 に，「うつ」の段階的なアセスメントと基本的対応を示したフローチャート（「うつ」アセスメントフローチャート）を示しています。

### 2．目標設定

例）最近，配偶者を亡くし，悲嘆や無気力な毎日を過ごしている

長期目標：周囲への関心や生活リズムにメリハリがついてくるようにする。

短期目標：悲しい気持ちを他者に表現することができる

肯定的な言葉や表情が見られるようになる

自分としての望む生活について話すことができるようになる

### 3．アプローチ

#### 1) 本人への基本的な対応

本人の精神的な問題に触れることとなりますので，プライバシーに注意し，何よりも信頼関係に配慮した対応が求められます。うつは，深い悩み事としてとらえられていたり，疲労や体調不良等の身体的な問題としてとらえられている場合が多いので，「リフレッシュのための，こことからだの健康相談」といった姿勢で，抵抗がないような導入を図る必要があります。うつの疑いがある場合は，受診をすすめますが，すぐに受診に結びつかない場合もあります。そういった場合は，うつは決して特別な病気ではなく，誰でもかかる病気であることを伝え，早めに専門の精神科の受診をした方がいいことを伝えるようにします。

#### <ポイント>

時間も場所もゆとりをもったところで話を聞く。

プライバシーには十分配慮する。

つらい気持ちに共感しながら，話しに耳を傾ける。

励まさないで，相手のペースで話しをすすめる。

相手がいろいろな話しができるような形で質問をする。

不明な点を質問しながら，具体的な問題をはっきりさせる解決方法を一緒に考える。

## 2) 家族への対応

うつについて家族の理解と協力を得ることはとても大切です。うつは様々な症状が出ますが，まわりの人には分かりにくいことも多いものです。うつの可能性が考えられる症状を伝えておくことも必要です。また，日々の暮らしの中で，本人にどう接したらよいか苦慮している場合も多いので，家族への支援も重要です。

### <家族が気づく時のサイン>

口数が少なくなる。

朝方や休日明けに調子が悪そうである。

好きなことにも興味を示さない。

食欲がない。

急にずぼらになったりする。

だるさを訴える。

次のようなタイプはうつと気づきにくい

- ・ 体の症状が全面に出てうつのように見えないタイプ
- ・ 性格的なものとされてしまうケース
- ・ 児童などによくみられるイライラが強くなるタイプ
- ・ 本人自身が気を使ってつらい気持ちをまわりの人に気づかれないようにしている場合

## 4. 事業のすすめ方(例)

### (1) 運用について

- 1) 専門職による1対1の面談
- 2) 月1~2回程度の頻度
- 3) 1回の訪問時間を90分程度にする。
- 4) 実態把握から1~2週間内に1回目の訪問開始。
- 5) 3ヵ月程訪問継続し，評価する。(通所系等につないだ場合，その時点で評価)

### (2) 事業の流れ

- 1) 健康情報の提供と健康チェック・・・約15分程度
- 2) ライフレビュー・・・約45分程度
- 3) 体操の実施・・・約30分程度

- ・ 専門職による1対1の面談
- ・ 月1~2回程度
- ・ 1回の訪問時間を90分程度

### 訪問の留意点

訪問の目的を分かりやすく伝え，了解を得る。

訪問の日時はその人にあわせる。

存在肯定する。

評価内容を確認し，閉じこもりの原因について気づけるようにする。

訪問時のプログラムは，その時のその人の心身の状態にあわせて行う。

その人の関心のあること、やりたい事を引き出すよう働きかける。  
通所系サービスや、社会参加についての情報を提供する。

## ・閉じこもり・認知症・うつ（TNU）予防レーダーシートの紹介

### （１）レーダーシート

３つの予防事業は、定期評価を実施し対象者の変化を捉え、目標やプログラムの立案に役立てています。しかし、事業前後の比較では各項目の変化を捉えることはできるが、対象者の得意や苦手な部分（個人内差）を示しにくい点もあります。そこで、長崎市のうつ・閉じこもり・認知症予防事業の２年間の実績から個人内差を捉えやすいレーダーシートを作成しました。対象者に評価内容を説明する場合等に活用するとよいでしょう。（資料１３）

各評価の得点を評価換算表にて換算し、レーダーシートにてグラフ化します。

### （２）閉じこもり・認知症・うつ状態チェック表 [簡易版]（資料１４）

～ において閉じこもり・認知症・うつ予防の各論を紹介しましたが、評価数の多さにより評価時間が確保できない場合は、本簡易版を用いると便利です。しかし、詳細な変化は捉えにくいのは言うまでもありません。

## ・長崎県下における取り組みの紹介

### 1. 通所型介護予防事業 長崎市の取り組み

「うつ・閉じこもり・認知症予防事業」(平成18年度より開始)

#### 1) 対象者の状況について

特定高齢者把握事業(1次アセスメント)の結果,基本チェックリストによりうつ・閉じこもり・認知症のいずれか又は複数該当する者(特定高齢)で通所型「うつ・閉じこもり・認知症予防事業」を希望する方,また,基本チェックリストでは該当しなくても地域包括支援センターの職員が特定高齢者と面談の結果,介護予防サービスが必要と判断した者としています。全特定高齢者(運動器,栄養・口腔も含む)のうち,うつ17.4%,閉じこもり4.2%,認知症19.4%(平成18年7月時点)と高頻度ですが,本事業への申請者は,その内の1%にも満たない状況(平成19年1月時点)です。特定高齢者の把握もさることながら,申請率が低いことが課題としてあがっています。

#### 2) 協力機関,参加スタッフの状況について

長崎市は,日常生活圏域を20圏域とし,各圏域において1事業所を委託にて配置しています。現在12事業所で開催されており,対象者は1事業所につき2名以上10人以下としています。スタッフは,作業療法士,保健師や看護師等の医療関係職,介護職,介護予防ボランティアとしており,作業療法士は1回/月以上の参加としています。

#### 3) 事業実施期間と頻度

事業は,週1回,1.5~2時間の開催としています。また,各対象者は6ヶ月を1実施期間とし,初期評価と6ヶ月時評価の変化等により目標達成度及び事業の効果判定を行い継続の有無を検討しています。

#### 4) プログラム

プログラムは,訓練型アプローチ,レクリエーション療法,学習などの方法を長崎市独自のマニュアルに例示しており,各事業所において企画立案して実施しています。

#### 5) 評価項目

問診(一般状況)

認知機能:MMS,単語・写真遅延再生課題,文字位置照合課題

精神機能:GDS-15

IADL・社会活動尺度

主観的健康感・自己効力感:改訂)特性的自己効力感尺度

毎回の活動チェック表

#### 6) 事業評価

各事業所において介護予防事業事業所チェック表の提出を義務づけています。チェック項目は,事前の準備について,プログラムについて,アセスメントについて,スタッフについて,運営について,個別評価について,関係機関との連携について,であり各項目に詳細な下位項目を設けています。

## 7) 概要説明・コメント

冒頭で説明したとおり、申請者が少ないため、現時点でも申請者2名を下回るいくつかの事業所では、事業が開始されていません。効果についてはデータを整理中ですが、一般的に維持はできており、特に自己効力感において向上が得られそうです。運用面では、専門職のアドバイスが欲しいとの意見がありますが、作業療法士の参加が月1回であるため十分な意見交換ができていないように感じています。

## 2. 訪問型介護予防事業 諫早市における取り組み 事例報告 認知症予防事業「いかがですか訪問」(平成18年度開始)

### [ケース紹介]

対象者 女性 79歳 (後程、特定高齢者決定者となった。) 夫と二人暮らし

#### <概況>

夫の健診時特定高齢候補者訪問にて 夫より、物忘れがある妻の状態が不安との訴えがあり。

<担当地域包括支援センター訪問> H18年2月に長男が亡くなり精神的に落ち込み家事などの生活意欲も低下している。食事の支度も滞りがち、入浴もしていない、通帳の紛失など物忘れが多くなっていることで、夫(間質性肺炎で在宅酸素療法中、体動時の呼吸困難ありトイレ以外ほとんど臥床している。)の介護への影響や日常生活への支障が考えられた。うつ状態 認知症状の悪化防止の為、介護予防支援事業としてプランを受け「いかがですか訪問」開始となる。

期間 2007/02/02～2007/04/20

<目標> 認知症を予防し以前のように人とあったり話したりすることができるようになる。

<訪問目標> うつ状態や認知症の評価を行なうと共に安定した生活が送れるように支援する。

<現病歴> 坐骨神経痛,高血圧,高コレステロール血症,糖尿病,不眠,不安内服中。

<訪問状況> 1回目 本人の現在の状態を知る為に話を聞き認知症評価の為、長谷川式スケールを行なった。訪問時は夫の食事を配膳し、お茶や白湯の準備と忙しく動かれていた。

夫の介護は今まで一人でしてきたし気分が悪い時でも自分からは家族に電話して協力は求めないという。

夫は介護申請後、要介護2(有効期限H19/6/30まで)となり訪問看護を週1回利用しているが、いままで対象者が1人で介護してきたのでまだできると思っている。しかし利用することにより夫が少しでも楽に過ごせれば、とも思っている。

対象者は病院受診は定期的に行っているが薬の飲み忘れは時にあるという。買い物もできているようだ。火の始末は注意しておりストーブは寝る前に消していると今のところは心配ない様子。日付は新聞や携帯電話で確認をしている。

夜は一階には殆んど降りてこず、二階の寝室で眠剤を服用してだいたい眠れている。夫の近くでは気になりまったく眠れないようだ。

初対面のためか、うつのためか表情が乏しいと感じた。また会話時に常に何かを触ったり、すぐに立ち上がり隣の部屋に行ったりとやや落ち着きのない様子が見られた。



<実施したこと>

長谷川式簡易知能評価スケール 25点

血圧測定 内服薬の内容を一緒に確認した。血圧計ももっているのが気分が悪い時は測るように指導,薬の内容を説明し飲み忘れが無いように食後すぐ飲むようにすすめた。

<訪問状況> 2回目 今朝は夫と一緒にパンを食べたが 夫がきつそうに食べると自分は喉を通らなくなるという。食事量が少ない夫には間食を用意するが自分は糖尿病で間食はひかえているという。前回に比べ表情も明るく笑顔もみられ落ち着いて座って会話が出来た。今日は天気が良いから草むしりしようと思っていたなどの前向きな言葉も聞かれた。夫からも通帳忘れしないようになったと聞く。

<実施したこと>

内服袋を確認しながらいらぬ薬を一緒に処分した。薬を飲むことにより昨日の行動が思い出せるようになって以前より物忘れが良くなってきたと実感されている。また眠剤は間違わないように寝室に置くと決めている。

スケジュール管理や金銭管理について:今まで通りカレンダーに をつけるようにしていく。通帳忘れはしなくなったが金銭管理は夫が行い,必要な分だけもらって使っている。

睡眠について尋ねると,眠剤毎日服用中。家族より夫と同屋で眠るよう勧められたが夫も眠れなくなるので今まで通り,二階で寝ている。次男嫁は時々来られているようだが気兼ねがあり自分では依頼せず,家族に頼れないようだ。

<訪問状況> 3回目 訪問時 玄関に鍵がかかっており窓から夫に話しかけると,本日在宅しており頭がおかしくなってきたと言われる。 食事を作るし身体も拭いてくれるがほとんど会話が無く様子が分からないと心配している。対象者はコタツで休んでいたが起き上がり,問いに対しては答えられるがテレビの方を向き最後まで視線を合わせようとせず無表情だった。

今回は評価の為長谷川式とチェックリストを行なう予定だったが,うつ症状がぶり返しているのか機嫌も悪かったため状態観察で話を聞くだけとした。 日常生活は前回と変わらず家事をしており流しも綺麗に片付けてある,身だしなみもみだれはない。昨日訪問看護が来たことも覚えていた。

最近夫がきつそうにしているのので,なるべく用事以外のときは話しかけないようにしている。人とあったり話したりすることはしたくないという。

<考察> 三ヶ月の訪問行なったが うつ,認知予防は症状の変動があり一時の評価はできてても終了を見極めるのが難しいと感じた。また症状について主治医とも充分連携がとれておらず,今後も主治医や専門医の連携が必要と考えられる。

今回のケースは 2 人暮らしで対象者が主介護者でもあるため夫の介護関係機関や家族とも連携をとりながら行なっていく必要もあると考え,5 月近日中に担当者会議を開催する。(包括支援センター職員,夫の担当ケアマネジャーおよび訪問看護師,本人のいかがですか担当看護師,エリア担当保健師等)

このケースについては 3 ヶ月評価では改善がみられないので,さらに3ヶ月間の月1回の継続訪問とする。その時点で評価を行い,改善がみられれば,その後は2ヶ月毎に訪問を行い,経過観察と相談体制を整えながら,通所型への参加を促し,さらに6ヶ月で評価を行なっていく必要があると考える。

[ 現在までの考察 ]

特定高齢者の訪問型対象者について、介護予防の視点にたち評価を行い、改善がみられない場合の医療受診勧奨や（病識がなく、閉じこもり傾向にある対象者）介護保険申請の必要の見極め、訪問の評価等、難しさを感じるが、今回のように特定高齢者候補者の訪問により、該当家族を把握し、介護予防につなげていくことの重要性。今後さらに、地域に潜在している特定高齢者の把握の必要性を認識しているところである。

## . 資 料

- 資料 1 IADL・社会活動尺度
- 資料 2 外出の頻度，外出の目的
- 資料 3 外出を阻害する因子
- 資料 4 改訂）長谷川式簡易知能スケール（HDS-R）
- 資料 5 単語・写真遅延再生課題
- 資料 6 文字位置照合課題
- 資料 7 認知症早期発見生活チェック表
- 資料 8 改訂）特性的自己効力感尺度
- 資料 9 個別活動チェック表
- 資料 10 老年期うつ病評価（GDS-15）
- 資料 11 うつ病の誘因チェックリスト
- 資料 12 「うつ」のアセスメントフローチャート
- 資料 13 閉じこもり・認知症・うつ（TNU）予防レーダーシート
- 資料 14 閉じこもり・認知症・うつ状態チェック表 [簡易版]