

ハイリスク高齢者への家庭訪問事業について

認知症予防におけるハイリスク高齢者への家庭訪問事業の位置づけ

一次予防

二次予防（早期発見・早期対応）

- かかりつけ医、**保健師**、管理栄養士等による**健康相談**
- 認知症初期集中支援チームによる訪問活動
- かかりつけ医や地域包括支援センターなどの業務・活動

三次予防

〔かかりつけ医のための認知症対応力向上研修ppt より一部改変〕

根拠法令

■ 介護保険法に基づく地域支援事業（一般介護予防事業）

ア

介護予防
把握事業

イ

介護予防
普及啓発事業

ウ

地域介護予防
活動支援事業

エ

一般介護予防
事業評価事業

オ

地域リハビリテーション
活動支援事業

「ハイリスク高齢者への家庭訪問事業」を実施

事業概要

フレイルリスクが高いと考えられる閉じこもりがちな高齢者を区保健福祉センター保健師が家庭訪問し、生活面や療養上の保健指導を行い、必要に応じて医療機関や地域包括支援センター等関係機関と連携し支援することにより、**閉じこもりや心身機能の低下**といったフレイル状態の改善を行い、**要介護状態への移行をできる限り予防する**。

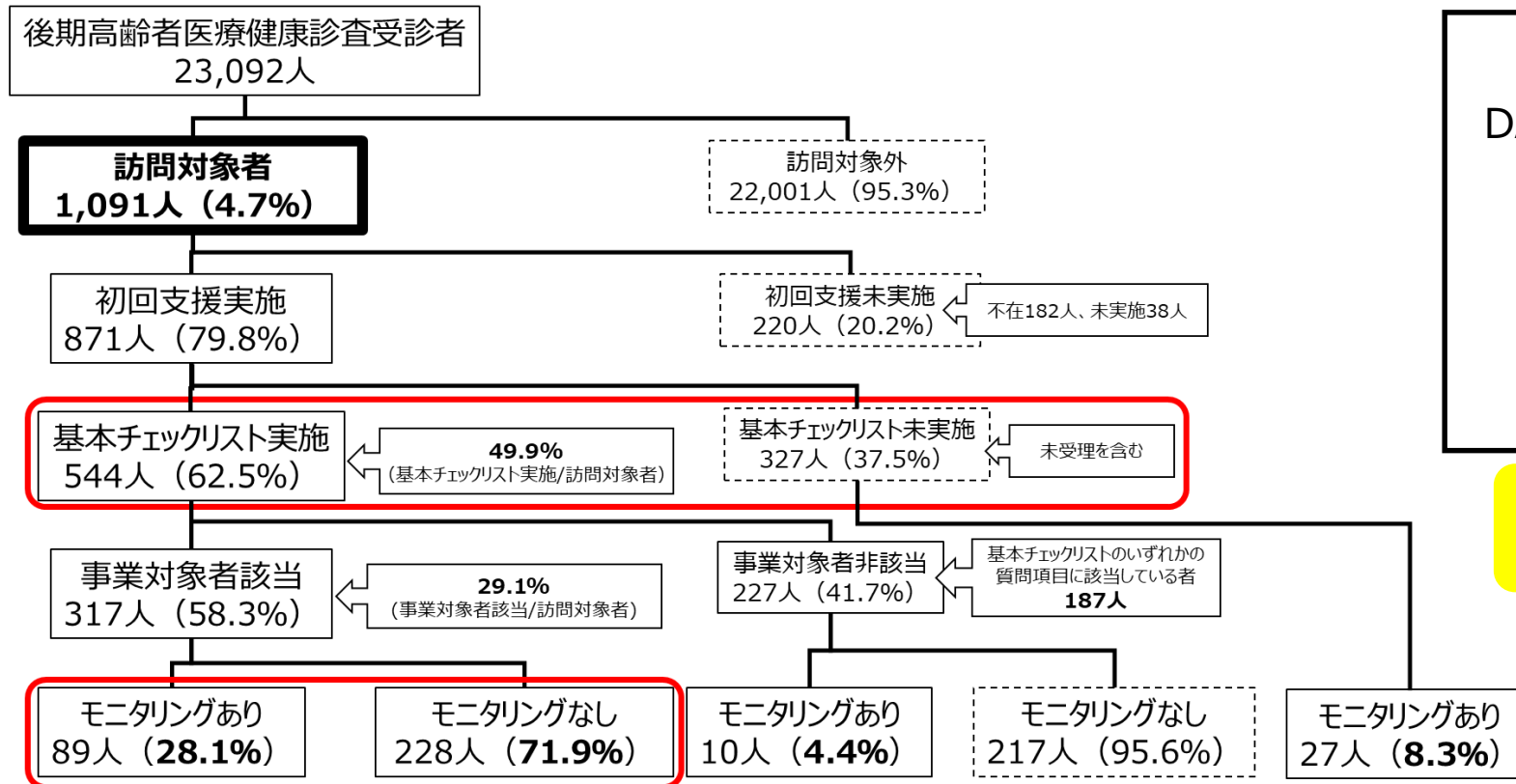
訪問対象者の変更（令和4年7月～）

後期高齢者医療健康診査の結果、

①閉じこもりがち かつ ②認知機能や心身の状態が低下していると考えられる高齢者 とする。

変更内容	令和3年度まで	現行														
対象者	要介護認定の結果、 「非該当」となった 65歳以上の 介護保険第1号被保険者	後期高齢者（75歳以上）のうち、要介護・支援認定を受けていない者 かつ 後期高齢者医療健康診査により取得した健診結果及び高齢者質問票において、以下の項目に該当する者 <table><tr><td>閉じこもり</td><td>（項目13）週1回以上外出していますか に「いいえ」</td></tr><tr><td colspan="2">かつ 以下の項目のうち1つ以上に該当</td></tr><tr><td>低栄養</td><td>BMI20未満（健診結果） （項目6）6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか に「はい」</td></tr><tr><td>心の不調</td><td>（項目2）毎日の生活に満足していますか に「やや不満」「不満」</td></tr><tr><td>口腔フレイル</td><td>（項目4）かたいものが食べにくくなった に「はい」 （項目5）お茶や汁物等でむせることがある に「はい」</td></tr><tr><td>身体フレイル</td><td>（項目7）以前に比べて歩く速度が遅くなった に「はい」 （項目8）この1年間に転倒したことがある に「はい」</td></tr><tr><td>認知機能低下</td><td>（項目10）周りの人から物忘れがあるとされていますか に「はい」 （項目11）今日が何月何日かわからないことがありますか に「はい」</td></tr></table>	閉じこもり	（項目13）週1回以上外出していますか に「いいえ」	かつ 以下の項目のうち1つ以上に該当		低栄養	BMI20未満（健診結果） （項目6）6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか に「はい」	心の不調	（項目2）毎日の生活に満足していますか に「やや不満」「不満」	口腔フレイル	（項目4）かたいものが食べにくくなった に「はい」 （項目5）お茶や汁物等でむせることがある に「はい」	身体フレイル	（項目7）以前に比べて歩く速度が遅くなった に「はい」 （項目8）この1年間に転倒したことがある に「はい」	認知機能低下	（項目10）周りの人から物忘れがあるとされていますか に「はい」 （項目11）今日が何月何日かわからないことがありますか に「はい」
閉じこもり	（項目13）週1回以上外出していますか に「いいえ」															
かつ 以下の項目のうち1つ以上に該当																
低栄養	BMI20未満（健診結果） （項目6）6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか に「はい」															
心の不調	（項目2）毎日の生活に満足していますか に「やや不満」「不満」															
口腔フレイル	（項目4）かたいものが食べにくくなった に「はい」 （項目5）お茶や汁物等でむせることがある に「はい」															
身体フレイル	（項目7）以前に比べて歩く速度が遅くなった に「はい」 （項目8）この1年間に転倒したことがある に「はい」															
認知機能低下	（項目10）周りの人から物忘れがあるとされていますか に「はい」 （項目11）今日が何月何日かわからないことがありますか に「はい」															
抽出方法	介護保険システムから抽出	後期高齢者医療健康診査結果から対象者を抽出														
対象者数	年間2,500人 （平成29～令和元年度平均）	年間約2,000人（見込）														

事業実施結果 (令和4年7月～12月対象者)



● DASC-21が31点以上で、モニタリングなしの2人は
既にかかりつけ医で相談しており、支援終了となった

- 認知機能項目に該当
基本チェックリスト実施者のうち No.18～20に1項目以上該当
または非該当だが聞き取り内容から支援が必要と判断
- () 内は、DASC-21が31点以上の人数

目標設定状況 (令和4年7月~12月対象者)

※モニタリングあり126件のうち記録票のある73件

	後期高齢者医療健康診査	基本チェックリストの各項目状況とDASC-21実施状況		目標
閉じこもり	73件	項目あり 31件 項目なし 42件		「閉じこもり」で目標設定 16件 「閉じこもり」以外で目標設定 9件 目標設定なし 6件
身体	66件	項目あり 55件 項目なし 11件	3項目以上 34件 1~2項目 21件	「身体」で目標設定 17件 「身体」以外で目標設定 8件 目標設定なし 9件
栄養	26件	項目あり 9件 項目なし 17件	2項目 2件 1項目 7件	「栄養」で目標設定 0件 「栄養」以外で目標設定 1件 目標設定なし 1件
口腔	47件	項目あり 30件 項目なし 17件	2項目 10件 1項目 20件	「口腔」で目標設定 1件 「口腔」以外で目標設定 6件 目標設定なし 3件
こころ	11件	項目あり 9件 項目なし 2件	2項目 6件 1項目 3件	「こころ」で目標設定 0件 「こころ」以外で目標設定 5件 目標設定なし 1件
認知	46件	項目あり 24件 項目なし 22件	DASCあり 1件 DASCなし 23件	「認知」で目標設定 0件 「認知」以外で目標設定 1件 目標設定なし 0件 「認知」で目標設定 3件 「認知」以外で目標設定 15件 目標設定なし 5件

※全73件のうちDASC-21実施は8件

■ 現時点の評価・課題

●対象者の抽出について

後期高齢者医療健康診査受診者のうち4.7%が訪問対象者となっていた。

●基本チェックリストの全数実施について

「フレイル」状態のアセスメントを行うため、初回支援実施者全員に基本チェックリストを実施することとなっているが、実施率は62.5%だった。

●モニタリング対象者への実施について

基本チェックリストにおいて、「フレイル」状態である可能性が高く、生活面・療養上の改善に向けた目標を設定し行動変容を促すことにより、維持・改善が見込まれる事業対象者のモニタリング実施率を100%に近づける必要があるが、実施率は28.1%だった。

●認知機能項目該当者へのDASC-21の実施について

認知機能項目に該当199人（P 3 参照）に対して、認知機能の客観的なアセスメントとなるDASC-21の実施率は20.1%だった。

●認知機能にリスクがある対象者への支援について

基本チェックリストでは認知機能項目に該当していないが、聞き取り内容からDASC-21を実施した結果、中等度認知症の疑いがあり支援を行った事例があった（P 6 参照）。

一方、後期高齢者医療健康診査質問票と基本チェックリストの認知機能に該当した24人中、DASC-21 の実施は 1 人、「認知」で目標設定者は 3 人だった。

■ 今後の方向性

●後期高齢者医療健康診査受診率（令和 3 年度 12.6%）の向上

フレイルリスクが高いと考えられる閉じこもりがちな高齢者を少しでも多く把握するためには、受診勧奨が重要である。

●アセスメント・モニタリングの確実な実施

対象者へアセスメント・モニタリングを確実に実施することにより、フレイル改善のための行動変容への支援を行うことが重要である。

モニタリング・・・初回訪問から 1 ～ 2 か月後に、初回訪問で設定した行動目標について達成状況及び社会参加状況、フレイル改善のための行動変容を評価し、継続を促す

ハイリスク高齢者への家庭訪問事業モニタリング実施事例①

関係機関職員と再訪問し、より本人の希望に沿った 目標設定や社会資源の活用に繋がったケース

基本チェックリスト 該当項目	ア 身体	イ 栄養	ウ 口腔	エ 閉じこもり	オ 認知	カ 合計	キ うつ傾向
							○

【ケース概要】

83歳女性、独居。親族は遠方に居住、近所はあいさつ程度で頼み事もできず。骨粗しょう症による腰痛があるが身の回りのことは何とか行っている。徒歩での移動は押し車を使用し10分程度であれば可能。それ以外はタクシーを利用。歩行はやや不安定で転倒に対する不安がある。

【支援の経過】

初回訪問で状況を確認し、**地域包括支援センター職員と連携し再訪問**する。再訪問では、介護保険の申請について非該当の可能性が高く、現在の筋力を維持するため**百歳体操への参加を勧奨**する。本人は百歳体操への参加は介護保険申請が必要と思っていた。百歳体操へ参加して、以前通っていたプールへタクシーでも良いので行けるようになりたいとの希望がある。

【モニタリング結果】

念願のプールへ行くために週1回百歳体操へ継続参加しており、自宅でも階段昇降・ストレッチを行う等**目標をもって体力づくりに取り組んでいた**。

目標を設定し、運動習慣や友人との交流が増えたケース

基本チェックリスト 該当項目	ア 身体	イ 栄養	ウ 口腔	エ 閉じこもり	オ 認知	カ 合計	キ うつ傾向
	○						○

【ケース概要】

81歳女性、独居。近所の体操に通っていたがコロナで中止となり、あまり歩かなくなり転倒への不安がある。1年前に夫が亡くなり何をするにも億劫に感じるようになる。外出はシルバーカーを使用し週1回買い物へ行く程度。通帳の場所、日付が分からない時がある等認知機能低下への不安がある。娘は近所におり交流あり、近所の人も月2～3回来てくれ話す。

【支援の経過】

DASC-21を実施し32点中等度認知症の疑いありだったが、かかりつけ医へ相談していることがわかった。

運動機能の維持・改善のため①「ラジオ体操週2回」②「買い物の時、遠回りをして歩行距離を増やす」③「娘へ買い物を依頼する時、ほしい物・足りない物をメモに書いて渡す」ことを目標に、保健師による経過観察とする。

【モニタリング結果】

健康長寿カレンダーに目標達成日にはシールを貼っており、ラジオ体操・散歩・友人との会話は、ほぼ毎日実施している状況で、初回訪問時よりも運動習慣・友人との交流が増えていた。

また、ウォーキングスタンプラリーを主催している地域の会館へ一緒に行き、友人も含め参加に繋がった。