第 46 回日本老年医学会学術集会記録

〈市民公開在宅介護フォーラム：寝たきり・ぼけは防止できるか？「介護予防」の手法とその有効性〉

1. 介護予防施策の概要と手法について—介護予防システムと介護保険制度—

黒田 研二

Key words：介護予防，日常生活関連動作（IADL），在宅介護支援センター，地域ケア会議

（日老医誌 2004；41：633—636）

介護予防の目的とは，高齢になっても可能な限り日常生活の自立度を保ち，加齢に伴う身体的，精神的，社会的機能の衰えを遅らせることである．今後，後期高齢者の数が急速に増加することからも，介護の保障とともに，介護予防の重要性が高まっている．

加齢にともなう日常生活機能の低下

日常生活関連動作（IADL）が低下した人の割合は，年齢とともに増加し，とくに後期高齢者では高くなる．兵庫県下 3 市町村の 65 歳以上の高齢住民約 2,500 人を対象に，我々が行った調査¹⁾²⁾を紹介しよう．「日用品の買い物」「食事の用意」「身の回りの片づけや掃除」「銀行貯金・郵便貯金の出し入れ」「バスや電車や車などを使って一人での外出」の 5 項目のうち 1 項目以上に「できない」と回答した人（IADL 低下者）の割合は，高齢者総数の 30.9%，75 歳未満（前期高齢者）では 20.7%，75 歳以上（後期高齢者）では 46.5% であった．年齢 5 歳ごとの IADL 低下者の割合は，65～69 歳 16.4%，70～74 歳 25.9%，75～79 歳 31.2%，80～84 歳 47.1%，85～89 歳 74.7%，90 歳以上 90.2% であった．

それでは IADL 低下にどのような要因が関与しているであろうか．IADL 低下の有無を目的変数とし，クロス集計において関連が有意であった項目を説明変数として多重ロジスティック回帰分析を行った結果を表 1 に示す（分析はステップワイズ法を用い，オッズ比が有意なものを取り込んだ．説明変数はいずれも 2 区分の変数とした．選択された変数とそのオッズ比を表 1 に示した）．

高齢者総数についてみると，IADL 低下に対してオッズ比が 2.0 を超えた項目は，オッズ比が大きい順に，脳卒中あり，外出頻度が週 1 回以下，75 歳以上，男性，転倒に対する不安が大きい，楽しいと感じる趣味活動が

ないであった．75 歳未満と 75 歳以上の両方に共通して，脳卒中あり，歩行時の足腰の痛み，外出頻度が少ないこと，転倒に対する不安の 4 つが，IADL 低下に対して有意のオッズ比を示した．75 歳未満では，それに加えて，男性，食生活が良好でない，最近 6 カ月間の体重変動，抑うつ傾向，50 歳代の健診未受診，配偶者ありが有意であった．75 歳以上では，視力低下，聴力低下，楽しいと感じる趣味活動なし，が IADL 低下に対する有意なオッズ比を示した．75 歳未満と 75 歳以上を比較すると，前期高齢者では抑うつ傾向のほか，食生活の良否，50 歳代の健康診査受診といった中年期から継続している健康管理の質が IADL 低下に影響していると考えられるのに対し，後期高齢者では，聴力や視力の低下など老化に伴う身体変化と趣味活動といった心理社会的因子の関連が強いことがわかった．

この調査は横断的研究であるため，IADL 低下に対してオッズ比が有意であっても，それが日常生活自立度の低下をもたらす要因であるかどうかの結論を出すことはできないが，脳卒中への罹患，50 歳代の健診未受診などは IADL 低下に先だってみられるもので，IADL 低下に影響を及ぼす要因だといえる．IADL 低下に対して有意のオッズ比を示した項目のうち，外出機会が少ないこと（閉じこもり），趣味の活動の欠如などは，日常生活自立度の低下に影響をもたらす要因である可能性が高い．

介護予防の目標は，IADL 低下者の出現頻度を減少させることである．前期高齢期の IADL 低下の予防には，良好な食生活や健診受診など中年期からの健康管理が重要であること，また，IADL 低下は後期高齢期に著しく増大するが，この時期の IADL 低下を予防するには，週 2・3 回以上は外出する，趣味活動を継続するといった「活動と参加」の領域の条件確保が重要であることが示唆された．

Measures for preventing the elderly from becoming the condition requiring care

Kenji Kuroda：大阪府立大学・社会福祉学部

介護予防システムとは

介護保険制度は日本の高齢者ケアの歴史に新たなページを切り開いた。今まで福祉サービスにあまり関心を示していなかった人でも、介護の利用を自らの権利として受け止めるようになった。介護に振り向ける財源が増大した分、サービスの供給量も拡大してきた。意欲のある人々が自ら事業者となって介護サービスに参入することも容易になった。しかし欠点もある。第一に、要介護状態になることを予防する、あるいは、要介護状態の人がさらに介護度が重度になるのを予防する制度的動機付けは、介護保険制度の内部に乏しい。第二に、高齢者が地域で生活するのにしばしば必要になる配食サービス、外出支援サービスなどが介護保険には含まれていない。第三に、介護保険は要支援・要介護状態と認定された人、しかも自らサービスの利用契約を結べる人を対象としている。こうした条件に該当しない人は、たとえ社会的支援が必要でもサービスの利用からもれてしまう傾向にある。いわば契約弱者に不利な制度だといえる。こうした介護保険制度の限界を補うために必要なものが、介護予防システムである。

介護予防システムは、主として老人保健法や老人福祉法に基づいて、市町村を単位として発展してきた予防と地域ケアのシステムを基盤としている。介護保険制度では、介護保険法に基づき、主として指定事業者によって在宅サービスや施設サービスが提供されるのに対し、介護予防システムは、市町村の公費による事業（老人保健法によるヘルス事業、老人福祉法に基づく介護予防・地域支え合い事業）、それに地域住民が自ら参加する活動が、重要な構成要素である。介護予防のためには住民参加および関係諸機関のネットワークが重視されなければならない。そして、高齢者の社会的機能の維持、自立度低下をもたらし疾病の予防、ハイリスク者を対象とした生活機能を回復・向上させる施策、廃用症候群の発生や要介護状態が重度になることを予防する施策を、総合的に実施する必要がある。

介護予防のための諸施策

政策的には、介護予防システムを構築するには、市町村が主体となり（1）老人保健法によるヘルス事業、（2）介護予防・地域支え合い事業、それに（3）地域住民が自ら参加する独自事業を総合的に組み合わせることが重要である³⁾。老人保健法のヘルス事業には、健康手帳の交付、健康教育、健康相談、健康診査、機能訓練、訪問指導の6種類がある。介護予防・地域支え合い事業

には、自立相当の人でも要支援・要介護者（介護保険対象者）も、必要に応じて利用できる事業（外出支援サービス、寝具類洗濯乾燥消毒サービス、軽度生活援助事業など多くの事業が含まれる）、介護保険対象外の人を対象とする事業（生きがい活動支援通所事業）、家族介護者を対象とした事業（家族介護支援事業）、介護予防の普及のための周辺関連事業など、さまざまなメニューが国庫補助の対象となっている。住民参加型活動には、ふれあい・いきいきサロン活動などがある。この活動は、1994年度より全国社会福祉協議会が市町村社協をとおして推進しているもので、住民が主体となり高齢者を中心に気軽に集まってふれあいを大切にして生活を楽しむ活動である。地域によって、サロン、ふれあい喫茶、宅老所などさまざまな名称で展開されている。

また、高齢の住民が広く自由に参加できる活動と、ハイリスク者を対象としたアプローチをバランスよく展開することも重要である。前者には、ふれあい・いきいきサロン、健康教育のための講座、スポーツ活動などが含まれ、後者には虚弱高齢者、閉じこもりがちな人、抑うつ状態の人などハイリスク者を対象とした集団参加型活動（例えば、生きがい活動支援通所事業）、訪問型サービス（例えば、軽度生活援助事業、配食サービス）、あるいは社会参加を支援する外出支援サービスなどが含まれる。

介護予防を要するハイリスク者に対し、状態を把握し、その人にあった介護予防プランを作成して必要なサービスに結びつけていく役割は、在宅介護支援センターに期待されている。在宅介護支援センターの相談員が介護予防プランづくりを行うには、家庭訪問をして相談にのる態勢を確保すること、解決すべき課題と同時に本人のもつ強さ・長所にも注目すること、高齢者本人の意向を尊重し希望をくみ取りながら共同で目標の設定を行うこと、本人への働きかけと同時に生活環境の改善（家族や近隣との関係、住宅など）にも配慮することなどが重要であり、相談員はさまざまな地域の社会資源をよく理解しておくとともに、関係機関との連携体制を構築することが求められる。

地域ケアのシステムづくり

在宅介護支援センターは、介護予防システムの展開の拠点になりうるであろうか。在宅介護支援センターは次のような利点を有していると考えられる（1）民生委員、市町村保健センター、医療機関、居宅介護支援事業者などとのネットワークを構築していれば、介護予防のニーズの発見を行いやすいこと、（2）介護予防のための高齢

者の実態把握, 介護予防プラン作成, 介護予防教室・転倒骨折予防教室などを実施することにより, 介護保険サービスに付け加えて介護予防・地域支え合い事業のサービスを, ハイリスク者に提供できること, (3) 地域ケア会議などを通じて関係機関とのネットワーク形成や保健福祉情報の共有が可能であること, などである。在宅介護支援センター運営事業の実施主体である市町村は, 支援センターがこうした利点を発揮できるように運営支援を行う必要がある。

地域ケア会議とは「在宅介護支援センター運営事業実施要綱」に規定されているもので, 保健, 医療, 福祉などの現場職員を中心に概ね10人程度で構成され, 業務内容は, ①地域型支援センターの統括, ②介護予防・地域支え合いサービスの総合調整, ③居宅サービス事業者および居宅介護支援事業所の指導・支援, ④居宅サービス計画の作成指導, 等とされている。しかし, こうした多様な業務内容を「10人程度の単一組織」で運営しようとする, かねて焦点が絞れない, 会議の複数化と構成員の分離を機能的に行い, それらをシステム化するという柔軟な運営が求められる。地域ケア運営組織として, ①専門機関間による実務者会議, ②地域ケア施策の市町村全域の施策方針について協議する所属長・団体長レベルの会議, ③専門職と住民・関係団体が協働する場としての地域ネットワーク会議という3層の会議を設定することが有効であろう。すなわち, 在宅介護支援センターにおけるネットワークの形成には, 保健・医療・福祉の機関とのネットワーク形成と, 地域住民とのネッ

トワーク形成という2つの方向性がある。基幹型支援センターと地域型支援センターの間で, こうした地域のネットワーク形成についての戦略を立てることも求められよう。

市町村には, 介護予防システムと介護保険制度の双方を視野にいれ, 総合的なシステムづくりを図ることが求められている。

おわりに

介護予防システムが有効に機能するには, 次のような要件が確保されなければならない。住民自身が参加する活動が活発であること, 地域に介護予防のためのさまざまな事業や活動が組織されていること, 介護予防のための相談窓口が充実していること, 介護予防相談機関とサービス提供機関・住民活動とのネットワークが確立していることである。住民自身の参加が重要な条件であることを強調したい。

文 献

- 1) 隅田好美, 黒田研二: 高齢者における日常生活自立度低下の予防に関する研究(第1報)―日常生活関連動作に関連する要因―。厚生指針 2002;49(8):8-13.
- 2) 黒田研二, 隅田好美: 高齢者における日常生活自立度低下の予防に関する研究(第2報)―抑うつに関連する要因―。厚生指針 2002;49(8):14-19.
- 3) 黒田研二・藤井博志編集『地域で進める介護予防』中央法規, 2002年。