

<ul style="list-style-type: none"> ・2 級ホームヘルパー講習会等の開催 2) 第三者サービス評価の導入 <ul style="list-style-type: none"> ・第三者評価の具体的方法 ・評価項目や基準等について 4. 痴呆高齢者をはじめとした地域密着型ケアの推進 <ul style="list-style-type: none"> 1) 痴呆コミュニティケア推進協議会の設置の支援 <ul style="list-style-type: none"> ・痴呆高齢者の介護者支援事業 ・徘徊高齢者ネットワーク事業 2) 地域密着型の小規模ケア方式の推進 5. 健康づくり・介護予防の推進 <ul style="list-style-type: none"> 1) リハビリテーション事業の推進 <ul style="list-style-type: none"> ・訪問リハビリの普及 ・社会参加によるリハビリテーション充実 ・リハビリのための環境づくり 2) 介護予防事業の推進 <ul style="list-style-type: none"> ・「痴呆予防」事業 ・「閉じこもり予防」事業 ・「転倒・骨折予防」事業 ・脳血管疾患予防 3) 高齢者在宅生活支援事業 <ul style="list-style-type: none"> ・訪問給食等事業 ・家事援助事業 ・宅老所事業 ・独居高齢者地域ネットワーク事業 ・その他の活動拠点 	<ul style="list-style-type: none"> 館等と協力して、高齢者の能力活用と生きがい増進のための講座を開講します <ul style="list-style-type: none"> ・シルバー人材センター等と連携しながら、退職高齢者の能力と雇用相談の充実に努めます 5. 人にやさしい町づくり推進 <ul style="list-style-type: none"> ・公共の建物や文化施設などを対象として、高齢者が自由に行動できるバリアフリーの町づくりを推進します <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防に向けて自立や介護に配慮した住宅改修事業及びリフォームヘルパー制度を活用したアドバイス・サービスを推進します <ul style="list-style-type: none"> ・B市の伝統文化を通じて世代間・重民間の交流の場づくり（例：山車祭り・老人クラブと子どもの交流など）を図ります ・地域住民やボランティア等の協力を得ながら、老人いこいの家等を活用し、ひとり暮らし老人の交流の場づくりを支援します 	<ul style="list-style-type: none"> ち)としての在宅介護支援センターの整備 <ul style="list-style-type: none"> ・「高齢者サービス調整チーム」の強化・支援専門員(ケアマネージャー)の連携・研修 ・サービス事業者連絡協議会等(事務局：健康福祉課) ②かかりつけ医参加の相談ネットワークづくり <ul style="list-style-type: none"> ・病診連携を含む、介護相談ネットワーク化の促進 ③苦情相談とサービスチェックの機能整備 <ul style="list-style-type: none"> ・苦情・相談窓口を健康福祉課に設置 ・「サービス評価委員会」を健康福祉課に設置 3) 「介護エリヤ」の設定 <ul style="list-style-type: none"> ・北部、中部、南部の3エリアを設置し、介護施設等のバランスある配置 ・北部地区：養護老人ホームを活用した北部拠点に施設の再整備、特別養護老人ホーム等の付置 ・南部：既存施設を活用しながら、デイサービスセンターの整備 2. 在宅介護への多面的な支援サービスの充実 <ul style="list-style-type: none"> 1) 各種在宅サービスの充実 <ul style="list-style-type: none"> ①訪問系サービスの整備について <ul style="list-style-type: none"> ・特別養護老人ホー 	<ul style="list-style-type: none"> 化 <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者相談窓口の一元化 ・高齢者サービス調整チーム ・地域ケア会議 3) 高齢者の権利擁護 <ul style="list-style-type: none"> ・地域福祉権利擁護事業と成年後見制度 2. 安心できる老後づくり <ul style="list-style-type: none"> 1) 安全な暮らしづくり <ul style="list-style-type: none"> ① 住まいの改善、設備の充実 <ul style="list-style-type: none"> ・リフォームヘルパー派遣事業 ・高齢者住宅改造費利子補助助成事業 ・高齢者民間賃貸住宅家賃助成事業 ・家具転倒防止器具取付事業 ・バリアフリー住宅への引越し費用等助成事業 ② 街のバリアフリー化 <ul style="list-style-type: none"> ・公共施設・道路等の安全性確保 ・公園整備 ・交通安全対策の推進 2) 自立した生活の支援 <ul style="list-style-type: none"> ① 日常生活の支援 <ul style="list-style-type: none"> ・老人日常生活用具給付 ・家事支援サービス ・生きがい対応型デイサービス ・外出支援サービス事業 ・緊急通報システム ② 配食サービス <ul style="list-style-type: none"> ・生活支援型給食サービス ③ 安否の確認
---	---	---	---

<p>の整備</p> <p>4) 保健事業(健康づくり)の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健事業の位置付け ・「きっかけ」と「場」の提供 ・検診事業の充実 ・健康づくり推進委員等による健康づくり ・介護を担う家族の健康保持 ・住民活動や他の施策等との連携と保健センターの役割 <p>6. 住みたくなる「健康と分化の都市・高浜」を目指して</p> <p>1) 生涯学習や世代間交流</p> <p>2) 「健康文化事業」の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・より適した運動プログラムの策定と支援 ・高齢者向け健康運動教室の充実 ・総合的な健康づくりの支援 <p>3) 「生きがい文化」事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「いきいき大学塾」事業 ・「人にやさしいものづくり工房」事業 <p>4) 「まちづくり文化」いきいきウォーキングロード事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ・いきいきウォーキングルート事業 ・エイブルアートルート事業 <p>5) 世代間交流の推進</p> <p>6) 住民によるまち</p>		<p>ムによる24時間型訪問介護</p> <ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉協議会の訪問介護の効率的運営 ・農業共同組合による訪問介護 ・民間事業者の参入 <p>②訪問看護・訪問リハビリテーション・居宅療養管理指導</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新たな訪問看護サービスの確保 ・訪問看護と訪問介護の連携、スタッフ連絡会 ・訪問リハビリテーションは、市内・近隣医療機関で確保 ・居宅療養管理指導は、開業医で確保を調整 <p>③通所系サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・老人保健施設でのデイケアの確保(中部地区) ・デイサービスの介護エリアに即した確保・整備 ・デイサービスの役割分担 ・南部地区でのデイサービスの核づくり <p>④短期入所生活介護・療養介護</p> <ul style="list-style-type: none"> ・養護老人ホーム構想の中での増床 ・特別養護老人ホーム(計画中)での増床 <p>⑤介護支援専門員(ケアマネージャー)の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人員確保は可能、情報提供と情報交換を積極的に行う <p>2) 在宅痴呆高齢者</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ひとり暮らし老人給食サービス ・老人防災ベル ・ガス警報機設置 ・ひとり暮らし老人健康増進事業 ・ひとり暮らし老人牛乳等無料配達事業 <p>3. A市・B市・C市・D市 doc作成日時: 00/03/29 16:20</p> <p>1) 寝たきりの予防</p> <p>① 健康アセスメントの充実</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健康手帳の交付 ・基本健康診査 ・健康教育 ・健康相談 ・訪問指導 ・早期痴呆診断 <p>② 健康・体力づくり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練(リハビリ教室) ・ゲートボール広場設 ・公衆浴場無料入浴 ・老人性白内障特殊眼鏡等購入補助 ・健康づくり機器の貸与 <p>2) 生涯現役に向けた生きがいづくり</p> <p>① 社会参加機会の創設</p> <ul style="list-style-type: none"> ・老人クラブ助成事業 ・老人憩いの家 ・生きがい対策事業 ・シルバー人材センター ・シルバー大学・高齢者教室 ・高齢者すこやかタクシー料金助成 ・シルバー優待証明カード交付
---	--	--	--

<p>づくりグループ の意見の反映</p> <p>7. 環境面での支援</p> <p>1) シルバーハウジングと生活援助員の派遣等</p> <p>2) 高齢者生活福祉センター等の確保</p> <p>3) 都市環境の整備 ・交通環境等の充実整備 ・施設等のバリアフリー化 ・公園・緑地の整備充実</p> <p>8. 働くことを通じての社会参加・いきがい</p> <p>9. 計画の点検体制</p> <p>1) 介護保健審議会 の設置</p> <p>2) 事業評価プロジェクトの設置</p> <p>市民プロジェクトの成果と市民主体組織による評価等</p>		<p>介護への支援充実</p> <p>①痴呆対応型生活介護(痴呆性老人グループホーム)の整備 ・施設整備、供給量確保 ・宅老所の整備</p> <p>②早期発見・対応 ・地方の診断システムの実現 ・老人保健事業での早期発見、保健婦研修の強化</p> <p>③権利擁護事業 ・社会福祉協議会が中心となって支援の実施</p> <p>3. 介護者支援と介護予防生活支援のための保健福祉事業の推進</p> <p>1) 介護者支援の推進</p> <p>①介護者手当ての見直し ・介護者手当ての廃止、介護者支援事業の創設</p> <p>②介護者支援の新規事業の展望 ・介護者講習会、介護者のつどい、リフレッシュ事業の推進 ・レスパイト型の短期入所介護(介護保険給付外) ・介護保険未申請者への保健婦派遣</p> <p>2) 介護予防</p> <p>①要介護の重度化等の介護予防 ・要支援、要介護1・2に対応するデイサービスセンター(サテライト型)の整備 ・「自立」認定者の</p>	<p>・巡回バスの運行</p> <p>② 敬老意識の醸成 ・敬老金・敬老の日記念品贈呈 ・100歳記念品贈呈 ・金婚祝賀会 生活福祉資金貸付</p>
---	--	---	--

		<p>「住民参加型サービス」による積極的受け入れ</p> <p>②地域での介護予防の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「お達者クラブ」の見直し ・検討会等の組織 <p>3) 在宅高齢者生活支援の事業展開</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホームヘルプ事業(在宅高齢者生活支援事業)の社会福祉協議会への委託 ・食事サービスの実施 ・寝具感想・移送・福祉用具貸与サービス等の一部負担導入での継続 ・「高齢者・障害者のためのリフォーム相談」 ・「見守りネットワーク」 <p>4. 健康増進・生きがい・福祉のまちづくりの推進</p> <p>1) 健康増進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護を必要としない被保険者対象の定期健康診断、運動・食事指導 ・健康診査、ガン検診の整備 ・生活習慣の改善支援 ・運動教室 <p>2) 生きがい施策の充実</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生涯学習：高齢者向けの総合的な講座 ・社会福祉協議会内ボランティアセンターの機能強化 ・シルバー人材センターの強化 ・老人クラブ支援 	
--	--	--	--

表5 基礎自治体(単独方式・広域方式)における高齢者保健福祉計画の達成状況と介護保険料の比較

人口	高齢化率	財政力指数	介護保険料	居室・施設サービス総費用比率 (平成12・13・14年平均)	ホームヘルパー		デイサービスセンター		ショートステイ		在介センター		特養介護老人ホーム	老人保健施設	養護老人ホーム	ケアハウス	健康教育
					目標量	達成率	目標量	達成率	目標量	達成率	目標量	達成率					
高浜市	36,494	13.7	1.01 3423円	57:43	20.7人 世帯回	(93.0%)	3ヶ所 人回	(100.0%)	1カ所 20床	(100.0%) (182.0%)	2ヶ所	100.0%	定員100人 (192.0%)	定員100人 (192.0%)	定員50人 (192.0%)	定員50人 (192%)	一般健康教育 100回 (76.98%) 重点健康教育 91回
半田市	108,625	12.9	1.01 2745円	48:52	35人 世帯時間	(28.9%) (28.2%)	3ヶ所 人回	(37.5%) (23.3%)	10床 6,896日	(28.5%) (54.2%)	3ヶ所	60.0%	広域圏 定員136人 (86.6%)	定員200人 (127.3%)	定員110人 (141.0%)	定員54人 (0%)	一般健康教育 100回(180%) 重点健康教育 160回(50%)
常滑市	51,445	18.5	0.81 2605円	47:53	50人 401世帯 36,351回	(40.0%) (39.7%) (26.0%)	4ヶ所 317人 20,742回	(75.0%) (75.7%) (57.1%)	1,091人 7,636日	(109.8%) (99.7%)	1ヶ所	100.0%	広域圏 定員108人 (74.0%)	定員108人 (92.6%)	定員54人 (0%)	定員54人 (0%)	一般健康教育 55回(84%) 重点健康教育 64回(89%)
岩倉市	45,847	11.7	0.7 2,700円	38:62	22人 世帯時間	(131.8%) (54.3%)	2ヶ所 7,800人 回	(100.0%) (107.0%)	2,921日 8床	(89.0%) (250.0%)	2ヶ所	100.0%	定員80人 (100%)	定員80人 (100%)	定員30人 (100.0%)	定員30人 (100.0%)	一般健康教育 251回 (432.7%) 重点健康教育 76回(118.7%)
安城市	153,095	11.0	1.25 2,750円	50:50	85人 180世帯 31,964回	(100%) (80.4%) (57.1%)	7ヶ所 3,000人 16,595件	(85%) (%) (76.8%)	5,097件	(%) (57.2%)	4ヶ所	133.0%	広域圏 定員110人 (%)	定員70人 (%)	広域圏 定員50人 24人利用 (%)	広域圏 定員 (%)	110回 (157.1%) 重点健康教育 149回(149%)
碧南市	66,396	15.1	1.45 2,696円	28:72	人 世帯回	(%) (40.1%)	所 人 8,660件	(%) (%) (64.4%)	1,486回	(%) (214.7%)	4ヶ所		広域圏 定員90人 (87.3%)	定員104人 (100.9%)	広域圏 定員50人 20人利用 (%)	広域圏 定員 (%)	一般健康教育 196回(%) 重点健康教育 98回(%)
桑名市	106,424	14.7	0.86 2,766円	41:59	55人 161世帯 29,841時間		4ヶ所 12,028人 件		3,322人				広域圏 定員130人 利用者90 人	定員299人 利用者199 人	広域圏 定員120 人 41人利用 (%)	定員50人 (%)	一般健康教育 61回(%) 重点健康教育 78回(%)
武豊町	38,643	11.4	1.07 2800円	44:56	17人 105世帯 13,880時間	(65.4%) (%) (36.5%)	3ヶ所 128人 8,520回	(75.0%) (%) (58.9%)	20床 132人 4,800日	(100.0%) (%) (113.3%)	1ヶ所	50.0%	1ヶ所 (100.0%) 利用者67 人 (100.0%)	0ヶ所(0%)	1ヶ所 定員50人 (208.3%)	1ヶ所 定員50人 (208.3%)	
南知多町	24,242	21.0	0.61 2,248円	42:58	11人 444回		1ヶ所 311回		20床 410週/ 半年				広域圏 定員60人 町底利用 者7割	定員50人 (%)			一般健康教育 31回(138.7%) 重点健康教育 32回(153.1%)
美浜町	24,552	15.7	0.63 2,600円	46:54	12人		3ヶ所		27床		2ヶ所		広域圏 定員100人 (%)	定員50人 (%)			一般健康教育 31回(125.8%) 重点健康教育 32回(46.9%)

基礎自治体(単独方式・広域方式)における高齢者保健福祉計画の達成状況と介護保険料の比較

	7.426	10.4	0.84	2488円	36.64	7人(28.6%) 世帯(%) 1,427.5時間(11.9%)	1ヶ所 人 3,372回	(100.0%) (%) (61.5%)	4床 1,147人	1カ所	100.0%					
春日町							1カ所	80.0%	80床 (100.0%)	1ヶ所 (100.0%)	1ヶ所 (100.0%)	1ヶ所 (100.0%)	60床 (0%)	147回 (127.2%)		
東海市	97,766	11.6	1.39			53人	6ヶ所	50.0%	25床	80.0%	67.0%	6ヶ所	98床 (153.0%)	0ヶ所 (##)	50床 (60%)	200回 (71.5%)
大府市	73,111	11.3	1.17			42人	4ヶ所	100.0%	14床	243.0%	75.0%	4ヶ所	100床 (70.0%)	0ヶ所 (##)	50床 (0%)	119回 (141.2%)
知多市	80,170	11.9	1.08			49人	5ヶ所	80.0%	20床	60.0%	60.0%	5ヶ所	58床 (138%)	1ヶ所 (100.0%)	29床 (0%)	120回 (140.8%)
東浦町	43,987	12.4	0.77			25人	3ヶ所	67.0%	14床	114.0%	67.0%	3ヶ所				

知多北

基礎自治体(単独方式・広域方式)における高齢者保健福祉計画の達成状況と介護保険料の比較

健康相談	機能訓練事業	訪問指導	訪問口腔衛生事業	訪問栄養指導	痴呆性老人訪問指導	健康診査					
						基本健康診査	子宮がん健診	胃がん健診	肺がん健診	乳がん健診	大腸がん健診
一般健康相談 443回(192.6%) 重点健康相談 256回(45.2%)	参加者 65歳以上996人(50.4%) 40~64歳249人(9.9%)	寝たきり高齢者 296人(45.0%) 虚弱高齢者 526人(142.9%)	寝たきり高齢者 36人(19.6%) 虚弱高齢者 94人(23.7%)	寝たきり高齢者 30人(16.3%) 虚弱高齢者 247人(62.3%)	29人(9.4%)	40.10%	6.00%	19.40%	39.80%	19.40%	35.80%
一般健康相談 270回(29.63%) 重点健康相談 80回(33.75%)	3ヶ所 270回(166.7%) 参加者 4,056人(34.5%)	1,371人(51.0%) 12,892回(11.5%)	882人(34%) 2,484回(12%)	8,023人(77%) 60% (97%)	受診者 13,620人(123.6%) 受診率 60.0% (122.1%)	受診者 5,490人(21.9%) 受診率 30% (22.2%)	受診者 6,810人(27.0%) 受診率 30% (26.7%)	受診者 6,810人(47.0%) 受診率 30% (46.4%)	受診者 5,490人(24.6%) 受診率 30% (24.9%)	受診者 6,810人(141.0%) 受診率 30% (139.3%)	受診者 6,810人(141.0%) 受診率 30% (139.3%)
一般健康相談 191回(83.0%) 重点健康相談 95回(190.0%)	※6回開催(-) 参加者 7,843人(17%)	882人(34%) 2,484回(12%)	8,023人(77%) 60% (97%)	8,023人(77%) 60% (97%)	受診者 8,023人(77%) 受診率 60% (97%)	受診者 3,405人(17%) 受診率 30% (30%)	受診者 4,012人(16%) 受診率 30% (20%)	受診者 8,023人(79%) 受診率 60% (98%)	受診者 3,405人(21%) 受診率 30% (33%)	受診者 4,012人(15%) 受診率 30% (17%)	受診者 4,012人(15%) 受診率 30% (17%)
一般健康相談 314回(101.3%) 重点健康相談 282回(128.2%)	140回開催 314回(33.7%) 参加者 1,286人(9.5%)	2,444回(58.6%)	709回(55.7%)	14回(3.3%)	21回(7.5%)	91.80%	83.70%	64.00%	73.70%	63.00%	62.30%
一般健康相談 400回(%) 重点健康相談 150回(%)	72回開催(%) 参加者 576人(%)	寝たきり高齢者 166人(%) 虚弱高齢者 0人(%)	35回	15人(%)	15人(%)	受診者 6,964人(50.5%) 受診率 50.6% ()	受診者 4,900人(%) 受診率 29.2% ()	受診者 6,854人(%) 受診率 40.9% ()	受診者 3,477人(%) 受診率 34.0% ()	受診者 6,397人(%) 受診率 38.2% ()	受診者 6,397人(%) 受診率 38.2% ()
一般健康相談 253回(%) 重点健康相談 62回(%)	173回開催(%) 参加者 539人(%)	234人 454回(%)	234人 454回(%)			5495人	544人	587人	904人	2,240人	2,240人
一般健康相談 150回(42.0%) 重点健康相談 26回(323.0%)	1ヶ所 (-) 参加者 195人(20.5%)	504人(10.5%) 1,911回(6.3%)	504人(10.5%) 1,911回(6.3%)			受診者 5,102人(88.6%) 受診率 50.0% (114.2%)	受診者 3,062人(23.7%) 受診率 30.0% (30.7%)	受診者 4,592人(97.4%) 受診率 45.0% (125.0%)	受診者 2,062人(22.3%) 受診率 30.0% (27.7%)	受診者 3,062人(22.4%) 受診率 30.0% (29.0%)	受診者 3,062人(22.4%) 受診率 30.0% (29.0%)
一般健康相談 150回(20.7%) 重点健康相談 26回(84.6%)	2ヶ所 (50.0%) 参加者 101人(71.3%)	136人(192.6%) 1,632回(8.0%)	136人(192.6%) 1,632回(8.0%)			受診者 3,155人(64.0%) 受診率 50.0% (78.8%)	受診者 2,259人(32.5%) 受診率 14.4% (48.0%)	受診者 3,155人(63.7%) 受診率 50.0% (73.4%)	受診者 1,971人(24.3%) 受診率 30.0% (34.7%)	受診者 2,475人(27.6%) 受診率 30.0% (42.0%)	受診者 2,475人(27.6%) 受診率 30.0% (42.0%)

基礎自治体(単独方式・広域方式)における高齢者保健福祉計画の達成状況と介護保険料の比較

340回 (73.5%)	312回 (14.7%)	2,278回 (38.9%)	329回 (13.1%)	302回 (107.9%)	93回 (179.6%)	受診率 50% (94.4%)	受診率 30% (40.7%)	受診率 30% (21.0%)	受診率 70% (85.3%)	受診率 40% (85.5%)	受診率 30% (111.7%)
400回 (94.0%)	355回 (12.1%)	2,888回 (24.9%)	197回 (21.8%)	197回 (16.2%)	510回 (1.8%)	受診率 50% (100.8%)	受診率 30% (61.0%)	受診率 30% (61.0%)	受診率 30% (194.0%)	受診率 30% (55.3%)	受診率 30% (55.7%)
280回 (118.6%)	104回 (48.1%)	1,560回 (31.7%)	200回 (24.5%)	200回 (4.0%)	546回 (1.6%)	受診率 50% (136.2%)	受診率 30% (21.7%)	受診率 30% (18.3%)	受診率 50% (136.0%)	受診率 30% (29.0%)	受診率 30% (18.0%)
280回 (186.8%)	96回 (50.0%)	958回 (31.0%)	120回 (12.5%)	120回 (3.3%)	315回 (9.2%)	受診率 50% (109.2%)	受診率 30% (35.7%)	受診率 30% (32.3%)	受診率 40% (92.8%)	受診率 30% (36.0%)	受診率 30% (36.0%)

表6 試算保険料根拠数値比較表(十介護力于一夕)

人口	住民基本台帳世帯数	人口密度(人/km ²)	65歳以上人口		65歳以上人口対比		施設入所者数		k%-65歳人口比(%)		施設入所者数対比				在宅対象者	65歳人口比(%)
			高齢化率(%)	前期高齢者比率(%)	後期高齢者比率(%)	施設入所者数	前期高齢者比率(%)	後期高齢者比率(%)	特養比率(%)	老健比率(%)	療養型比率(%)	待養比率(%)	老健比率(%)	療養型比率(%)		
高浜市	37,650	2,739	13.7	61.4	38.6	103	2.0	43.7	31.1	25.2	554	10.7				
半田市	110,828	2,249	13.4	62.0	38.0	295	2.0	44.3	39.1	16.6	1848	12.4				
常滑市	51,870	1,074	18.5	58.5	41.5	223	2.3	40.3	52.0	7.6	1229	12.8				
美浜町	7,936	527														
武豊町	39,344	1,475	11.8	63.3	36.7	121	2.6	61.1	14.0	24.8	462	9.9				
南知多町	24,152	659	21.0	60.2	39.8	117	2.3	68.4	29.1	2.6	684	13.5				
知多北部	299,803	35,179	11.7	63.2	36.8	747	2.1	37.6	52.1	10.3	4233	12.0				
大府市	75,157	2,134	11.3	61.7	38.3	172	2.0	47.6	39.0	13.4	513	6.0				
東海市	99,168	2,272	11.6	61.7	34.6	254	2.2	37.8	54.7	7.5	637	5.5				
知多市	80,524	1,761	11.9	61.7	37.7	199	2.1	38.7	57.3	8.0	552	5.8				
東浦町	44,968	1,360	12.4	61.7	38.1	122	2.2	27.8	56.1	15.6	430	7.7				
出典		※														

要介護者全体	65歳人口比(%)	基礎整備率(%)	老人保健医療給付対象者1人あたり医療諸費用(円)	財政力指数	在宅介護力指数	65歳以上100人あたりホームヘルプ年間利用日数	65歳以上100人あたりデイサービス年間利用日数	65歳以上100人あたりショートステイ年間利用日数	後期高齢者補正係数	所得補正係数	予定保険料収納率	月額保険料
高浜市	657	12.7	69.9	721,584	1.02	92.2	156.6	43.6	1.044	1.030	0.990	3,423
半田市	2143	14.3	32.9	667,533	1.09	178.7	69.3	43.7	1.040	0.983	0.982	2,745
常滑市	1542	15.1	31.6	626,036	0.82	55.2	40.6	54.8	0.987	1.005	0.992	2,605
美浜町				696,227	0.62	177.8	310.6	41.8				2,600
武豊町	583	12.4	29.9	653,598	1.13	181.0	56.9	80.8	1.067	1.011	0.982	2,649
南知多町	801	15.8	31.6	744,275	0.55	100.9	69.5	58.4	1.008	1.013	0.990	2,800
知多北部	4980	14.2	27.2						1.070	1.050	0.998	2,454
大府市	685	8.1	27.6	747,139	1.17	61.1	44.4	41.6	1.047	1.066	0.995	2,021
東海市	891	7.7	26.4	816,379	1.39	81.7	67.9	16.5	1.106	1.051	0.998	2,044
知多市	751	7.9	31.7	699,403	1.08	110.3	85.2	31.9	1.060	1.058	0.999	2,067
東浦町	552	9.9	25.4	631,725	0.77	57.5	114.9	39.6	1.049	1.060	0.998	2,337
出典			※									

※(1995年度)

表7 一部事務組合と広域連合との主な相違点

区 分	一 部 事 務 組 合	広 域 連 合
団体の性格	・ 特別地方公共団体	・ 同左
構成団体	・ 県及び市町村 ただし、複合的一部事務組合にあつては、市町村	・ 県及び市町村
設置の目的等	・ 構成団体又はその執行機関の事務の一部の共同処理	・ 多様化した広域行政需要に適切かつ効率的に対応するとともに、国等からの権限移譲の受け入れ体制を整備する
国等からの事務権限の委任	—————	・ 国又は県は、広域連合に対し直接権限・事務の委任を行うことができる ・ 県の加入する広域連合は国に、その他の広域連合は県に権限・事務を委任するよう要請することができる
構成団体との関係等	—————	・ 構成団体に規約を変更するよう要請することができる ・ 広域計画を策定し、その実施について構成団体に対して勧告することができる 広域計画は、他の法定計画と調和が保たれるようにしなければならない ・ 広域連合は、国の地方行政機関、県、地域の公共的団体等の代表から構成される協議会を設置できる
設置の手續	・ 関係地方公共団体が、その議会の議決を経た協議により規約を定め、県の加入するものは自治大臣、その他のものは県知事の許可を得て設ける	・ 同左 ただし、自治大臣は、広域連合の許可を行おうとするときは、国の関係行政機関の長に協議
直接請求	・ 法律に特段の規定はない	・ 普通地方公共団体に認められている直接請求と同様の制度を設けるほか、広域連合の区域内に住所を有するものは、広域連合に対し規約の変更について構成団体に要請するよう求めることができる
組 織	・ 議会—管理者（執行機関） ただし、複合的一部事務組合にあつては、管理者に代えて理事会を設けることができる	・ 議会—長（執行機関）
議員等の選挙方法等	・ 議会の議員及び管理者は、規約の定めるところにより、選挙され又は選任される	・ 議会の議員及び執行機関の選出については、直接公選又は間接選挙による

表8 福祉先進自治体の政策と実践

	山形県最上町	愛知県高浜市	兵庫県五色町
人口	12,016人	37,680人	11,363人
高齢化率	25.2%	14.0%	26.1%
財政力指数	*0.24	*1.01	*0.31
キャッチコピー	<ul style="list-style-type: none"> 健康長寿のまちづくり拠点 医療と連携した健康福祉のまちづくり 介護保険で過疎化にストップ 	<ul style="list-style-type: none"> 高福祉を選んだ産業の町 福祉優先選択で地域の活性化 福祉でオンリーワン 	<ul style="list-style-type: none"> 保健医療福祉の地域ケアで町おこし トータルケアネットワーク 住民協働型保健医療福祉のまちづくり
1. 社会サービスの整備	<ul style="list-style-type: none"> 新ゴールドプランの目標を達成 介護保険サービスの全メニューの整備 東京都より知的障害者更正施設の委託 	<ul style="list-style-type: none"> 新ゴールドプランで目標とした介護サービスをおおむね達成 介護保険の整備をほぼ完了 高齢者福祉、特に在宅介護に力点 	<ul style="list-style-type: none"> 新ゴールドプランの目標を達成 健康福祉総合センターに施設サービスと在宅サービスを統合化
2. 保健・医療・福祉の総合化	<ul style="list-style-type: none"> 健康福祉の総合福祉施設「ウェルネスプラザ」 健康とは、単に住民の肉体的健康だけでなく、町の経済や町民の誇り 全フロアーは平屋建てで完全なバリアフリー 温泉、医療・福祉・保健が一つになった総合福祉施設、すべて廊下で結ばれた、保健所の機能を持つ健康センターでは、町の福祉課職員、保健婦、ヘルパーの同一フロアー化 総合相談窓口の機能が充実 	<ul style="list-style-type: none"> 福祉の総合窓口 名鉄三河高浜駅前の「高浜市いきいき広場」に設置 市の福祉課・社会福祉協議会・在宅介護支援センター・介護機器展示場・機能回復訓練室などの集中化 稼働時間 朝8時30分から夜7時まで、年末年始の6日間を除く年中無休 一般市民の行政サービスも提供 	<ul style="list-style-type: none"> 健康福祉総合センター開設（保健センター/地域福祉係/特別養護老人ホーム/情報係/診療所/社会福祉協議会） 重要な事業ごとにプロジェクトチームを作り、企画の段階から共同作業をする試み 事業中心主義の原則 訪問看護とホームヘルパーの連携 在宅ケア連絡会の提案 寝たきり予備軍にもっと早く注目を
3. 住民参加	<ul style="list-style-type: none"> 健康体力作り 住民参加によるエンゼルプランの作成 	<ul style="list-style-type: none"> 民家を改造したグループホーム開設 商店街に宅老所を設置 市民ボランティアグループの組織 市民ヘルパー(2級・3級)の養成ふれあいサービス 	<ul style="list-style-type: none"> ボランティア主催のお楽しみ会、薬草の会、お母さんたちのF・H・C 母子愛育会といずみ会 暮らしと健康を考える自主組織連絡協議会 第1回住民学会の開催
4. 情報システム	<ul style="list-style-type: none"> 遠隔医療システム 在宅診療家庭向け「在宅診療支援システム」 「山形県遠隔診療支援システム」への参画 	<ul style="list-style-type: none"> 地域福祉サービスセンターの福祉カルテの活用 	<ul style="list-style-type: none"> 過疎の町のニューメディア 健康管理個人台帳のコンピュータ化 CATVによる在宅保健医療福祉支援システム ICカードシステム稼働 大震災を機に再構築されたICカードシステム 絵コンテから始まった在宅画像システム

福祉先進自治体の政策と実践

5. 特徴点	<ul style="list-style-type: none"> ・保健医療福祉であらたな雇用の創出 ・若者の流出にはどめ ・Uターン現象 ・福祉関連施設による地域の消費需要の拡大 ・社会的入院の減少 ・介護移住の始まりなどの地域活性化の動き 	<ul style="list-style-type: none"> ・変身を可能にしたもの ・施設の建設、運営を行政外組織を主体とすることで市負担の軽減 ・既存の施設の有効利用で効率的な整備 ・事業の外部補助の活用 	<ul style="list-style-type: none"> ・保健医療福祉の総合行政 ・介護移民で人口増 ・早期成人病予防のためのスクラム ・学童期からの成人病予防事業スタート
--------	---	--	---

*平成9年度 自治省調

作成：野口定久

医療・福祉サービスの効果分析－臨床的評価を中心に－

分担研究者 近藤克則 日本福祉大学社会福祉学部助教授

研究要旨 介護保険下で提供される医療福祉サービスの効果分析を進めるため、①高齢者・要介護者に関する事前評価、②効果測定に必要な3カ年にわたる研究基本構想づくりと、③臨床的評価尺度の開発を行った。事前評価では、要介護者のリハビリテーション(以下リハ)経験や住宅環境、所得などの情報を得ることの重要性が明らかとなった。それらの要因も加えた老年医学的総合評価(CGA)の枠組みを用いたコホート研究を構想し、臨床的評価尺度の開発、および高齢者と要介護者、介護者の調査を実施した。

A. 研究目的

介護保険政策の政策科学研究を推進するための基礎的条件として、評価尺度が必要である。そこで、介護政策に期待できる効果、およびその過程に影響が予想される要因を測定するため評価尺度の開発を目的に以下の検討を行った。

B. 研究方法

I～IIIの3つの研究を行った。

I. 高齢者・要介護者に関する事前評価

介護保険政策の事前評価として1998年度に行った「高齢者一般調査」「要援護者調査」の結果を分析した。独自調査項目として加えた嚔下障害・排尿障害、リハ経験、住宅改善の必要性や、行政の持つ所得情報と要介護高齢者出現頻度との関係などについて分析した。

II. 介護保険政策の臨床的評価研究の基本構想づくり

多専門分野にわたる研究協力者を得て、臨床的評価ワーキンググループを作り、先行研究を集团的に検討した。すでにこの分野の研究が到達している水準や、本研究に求められる水準、実現可能性等を考慮して、3カ年にわたる臨床評価研究の基本構想づくりを行った。倫理面では、個人情報保護に留意した。

III. 文献学的研究に基づく臨床的評価尺度の開発

高齢者の要介護状態に関する先行研究を文献学的に考察し、政策評価に必要なと思われる因子の枠組みと個々の因子に関する評価尺度を選定した。

C. 研究結果

I. 高齢者・要介護者に関する事前評価

1) 要介護高齢者の出現頻度

65歳以上の7649人のうち、寝たきり度判定基準のランクA-Cは12%に見られ、排尿障害は10%、嚔下障害は5%の高齢者に見られた。これらへの対応が求められる。

2) リハ経験の頻度

在宅要介護高齢者3247人のうちリハの経験がない者が、5割を占めていた。要介護度などで層別化し分析しても、リハ経験者で身体障害者手帳所持や住宅改善の割合が高かった。要介護高齢者には、リハが望まれる。

3) 住宅改善の必要性と支援策

5598人の要援護高齢者のうち家庭内事故経験がある高齢者が32.5%おり、つまずきの原因は段差35.0%で最多であった。車椅子を使っている427例中、玄関から道路まで出られる人は半数に満たなかった。住宅改造の必要性は、低所得層で高く、支援策が必要と思われた。

4) 所得水準と要介護出現頻度

65歳以上の5124人を対象に、4段階の所得階層と要介護高齢者出現頻度を検討したところ、最高所得層の3.7%に対し、最低所得

層では 17.2%と 5 倍も多く見られた。ロジスティック回帰分析でも所得が約 100 万円下がる毎にオッズ比は 1.7 倍で、5 歳加齢による 1.8 倍と同水準であり、両者は強く関連していた。

II. 介護保険政策の臨床的評価研究の基本構想づくり

研究基本構想の目的として①要介護状態の発生・レベル低下の危険因子の同定、②介護保険政策の効果・影響の分析の二つを設定した。方法としては、①比較対照の設定による準実験的研究とすること、②個別症例を総合的に評価すること(評価項目については後述)、③コホート研究とすることを構想した。

実施に向け準備を進めた結果、2 自治体が協力してくれることとなり、その住民を対象に①要介護者調査、②介護者調査、③高齢者の日常生活に関するアンケート調査の 3 つの調査を行った。

これらの調査については、介護保険導入前の状況の把握目的に、2000 年 3 月までに回収したものを、来年度分析し報告する。

III. 文献学的研究に基づく臨床的評価尺度の開発

高齢者の要介護状態に関する先行研究を文献学的に考察した結果、疾患レベルの尺度だけでなく、主観的因子や ADL など機能に関する因子、社会的因子、環境的因子などを総合的に評価する枠組み (Comprehensive Geriatric Assessment: CGA) が必要である

ことが明らかとなった。それぞれの因子について、すでに報告されている評価尺度を集め、高齢者を対象に郵送法で使う目的にかなう尺度を選択した。選択基準として簡便性、信頼性、妥当性、他地域・他国との比較可能性などを用いた。その結果、残された評価尺度を、表 1 に示す。

D. 考察

本研究は介護保険の政策目標である「介護予防」「自立支援」「介護の社会化」などの到達度やそれに影響する因子の分析をめざすものである。今回、行った複数の調査に基づく事前評価と文献学的研究の結果、政策評価のためには、多次元の因子を評価しなければならないことが明らかになった。調査に伴う負担軽減をめざして極力項目が少なくなるよう選択したが、いまだに項目が多いことは否めない。来年度以降の分析結果に基づいた、より簡便で実用性と信頼性・妥当性のある介護政策評価のための最小限の評価尺度の組み合わせ(minimum data set; MDS)の開発が期待される。

E. 結論

介護政策の対象となる高齢者・要介護者・介護者を評価するためには、多くの因子を評価すべきことが明らかとなった。臨床レベルの評価研究の基本構想づくりを行い、6 因子からなる CGA の枠組みと、各因子を評価する尺度を選択し、3 つの調査に着手した。

表 1 臨床的評価の因子構成と測定尺度

1) demographic data (基本属性因子)	年齢、性別
2) health status (健康状態、生活習慣因子)	受診の有無、病名、歯の状態、食生活、タバコ・アルコール、運動習慣など
3) functional status (機能状態因子)	視力・聴力障害、麻痺の有無、過去一年間の転倒の有無と場所、ADL、IADL
4) psychological/emotional well-being (心理的・情緒的因子)	主観的健康度、PGC モラルスケール・うつ尺度 (GDS)、介護負担感スケールなど
5) social status (社会的因子)	所得、教育歴、家族形態、social network、social support、介護の質・虐待など
6) environmental status (環境因子)	住宅の所有形態・形態、住宅の環境、改造の有無など

I-1) 在宅高齢者全数調査における要介護高齢者の出現頻度

近藤克則 日本福祉大学社会福祉学部助教授

【目的】(表1)

介護保険の理念「自立支援」を実現するには、リハビリテーション（以下リハ）医療は不可欠と思われる。しかし、リハ医療に対する需要を臨床疫学的に検討した研究は意外に少ない。

そこで、住民全体を調査対象とし、表1に示すようなリハ医学が対応すべき需要や背景について検討した。まず、要介護者や嚥下障害、排尿障害の年齢群別出現頻度や、要介護状態になった時に自宅退院が困難となる高齢者のみの世帯の出現頻度の検討した。また、介護保険給付の前にリハを行う「リハ前置主義」の重要性が指摘されているが、果たして在宅要介護者は要介護状態になった時点で、その原因診断や治療、リハを受けているのか否か、さらに、介護問題に遭遇した住民がどこに相談しているのかを明らかにする目的で以下の検討を行った。

【対象】

共に人口4万人弱のA市とB町の高齢者を対象(表2)とした。A市では、施設入所者を含む65歳以上の5124人全員が対象である。B町の一次調査は、70歳以上全員と65歳～69歳までの抽出率35.1%の無作為抽出された者の合計3704人を対象に行った。この一次調査で要介護の疑いをもたれた人と施設入所者を合わせた517人を二次調査の対象とした。

【方法】(表3)

この調査は、介護保険事業計画策定に向けた調査の一環として行った。

調査内容は、両自治体とも一次調査は、厚生省の示した雛形に沿ったものを用いた。

回収率はA市で、96.3%、B町の一次調査で76.4%。B町の二次調査には嚥下障害・排尿障害、リハの有無などの項目を追加し、町職員が訪問し、87.6%と高い回収率であった。

【結果と考察】

まず、世帯状況(図1)では、左がA市、右がB町で、左から右に年齢が65-74歳、75-84歳、85歳以上の順に並べてある。棒グラフの下から、一人暮らし、老夫婦世帯、その他の高齢者のみの世帯と並んでいる。この3つを合わせた高齢者のみの世帯と、その他の子世代との同居世帯との2群に分けて分析すると、A/B両自治体とも3つの年齢群間に有意差があった。これは、85歳以上の高齢者のみでは、世帯の維持が困難であることを反映していると思われる。高齢者のみの世帯は85歳以上で3割を越えており、もし要介護状態になれば同居家族のみによる介護では自宅療養が困難となる世帯が3割以上あることを示している。

厚生省のねたきり度判定基準のランクAからランクCの出現頻度を、年齢階級別に示したのが図2である。準寝たきりであるランクAの頻度は両自治体間で開きがあるものの、ランクB・Cの寝たきり群の頻度には、ほとんど差がみられない。ランクA～Cを合わせた要介護者の出現頻度は、65-74歳では5%、75-84歳で15%前後、85歳以上では4割前後と統計学的にも有意に年齢と関連があり、65歳以上全体では12%程度であった。

次に、B町の二次調査で排尿障害が有とした者の頻度を、一次調査の全対象者を分母に年齢階級別に示した(図3)。

「尿意を感じてから我慢できる時間が短くなった」などの排尿障害の頻度は、失禁よりも多く、やはり加齢で有意に増加していた($p < .001$)。85歳以上では3割の者に失禁が、それに加え1割の者に排尿障害がみられていた。高齢者を診療する医師には、神経因性膀胱などの排尿障害の知識が不可欠であることがわかった。

次は、「むせ」がみられるなどの嚥下障害について年齢階級別頻度をみたものである(図

4). やはり出現頻度は、加齢で有意に増加 ($p < .001$) している. 65 歳以上の全体でも 5%、85 歳以上では 2 割もの人に嚥下障害が認められており、嚥下障害の評価や指導などを行うリハ医療への潜在的需要が大きいことがわかる。

図 5 は、「要介護者になった時、その原因の診断治療を受けたか」、右手は「リハを受けたことがあるか」を、在宅の要介護者 335 人に尋ねたものである。

65 歳以上全体では、左手のグラフでは「必要なし」を含め約 3 割が医療機関を受診しておらず、右手のリハビリの有無では実に 6 割以上の方がリハも受けていないことがわかる。高齢になるほど、有意にこの傾向が強くなることは、要介護状態が「年のせい」と見なされていることの反映と思われる。しかし、これらの中には一定頻度で、リハをやれば要介護度を軽減できる人が含まれていることは確実で、リハ医療の普及が期待される。

最後に、要介護者をリハにつなげる鍵を握る「介護で困ったときの相談先」を尋ねた結果である(図 6)。一番左手に示した医師が、民生課や在宅介護支援センターなど福祉・介護の専門機関よりも多いことが特徴である。介護の専門職にリハ医療の意義や効果を教育する以上に、医師内部での啓蒙が重要であることを示していると考えられる。

【まとめ】(表 4)

- ・ 介護保険事業計画策定の一環として、人口 4 万弱の 2 自治体で、調査を行った。
- ・ 要介護者は 65 歳以上全体で (12%)・排尿障害は (10%)・嚥下障害で (5%) で、いずれも加齢に伴い増加し、85 歳以上では、35~45%が要介護状態であった。
- ・ 高齢者のみ世帯が後期高齢者世帯の 3 割以上をしめ、同居家族の介護に頼る限界が再確認された。
- ・ 要介護の原因診断と治療を受けていない者が 3 割、リハを受けていない者が 6 割もあり、リハ医療の潜在的需要の大きさが示された。
- ・ 介護の問題を相談する相手は、福祉介護の専門機関より医師の方が多く、医師内部での啓蒙教育活動の重要性が示された。
- ・ 全体として、リハ医療の潜在的需要は大

きく、一層の普及が望まれる。

(本研究は、第 36 回日本リハビリテーション医学会にて発表した)

表1

目的

- リハビリテーション医療の対象となる要介護・嚥下障害・排尿障害などの年齢別頻度は?
- 自宅退院が困難な高齢者のみの世帯の出現頻度は?
- 在宅要介護者は医学的診断やリハビリテーションを受けたのか?
- 介護問題の相談窓口はどこか?

表2

対象

- 65歳以上の高齢者
- A市 - 5,124人全数
 - ▷ 人口 38,000人 高齢人口比率13.7%
 - ▷ 名古屋まで1時間弱
 - ▷ 瓦など「焼き物」の工場も多い地域
- B町 - 3,704人
 - ▷ 一次調査-年齢群別抽出3,555人
 - ▷ 一次調査で要介護+要援護者=517人
 - ▷ 人口 39,000人 高齢人口比率11.8%
 - ▷ 名古屋まで1時間弱, 工業団地を持つ

表3

方法

- 介護保険事業計画策定に向けた調査の一環(郵送と訪問)
- 質問項目: 嚥下障害・排尿障害・自立度・世帯状況, リハの有無など
- 回収率
 - ▷ A市 4,934/5,124人 (96.3%)
 - ▷ B町 2,715/3,555人 (76.4%)
 - 二次調査は, 自治体職員による訪問 453/ 517人 (87.6%)

図1

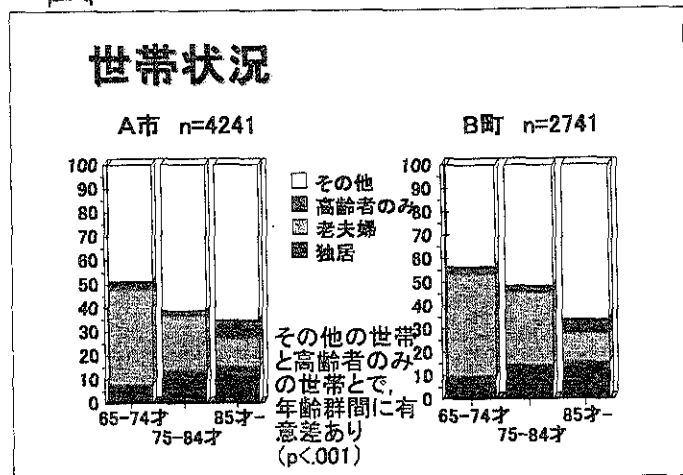


図2

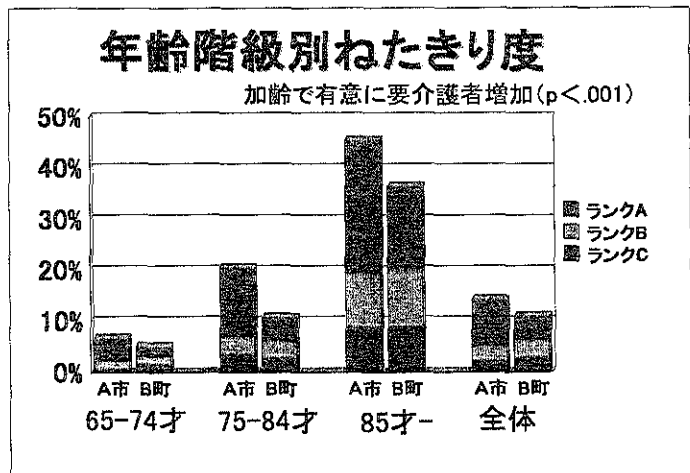


図3

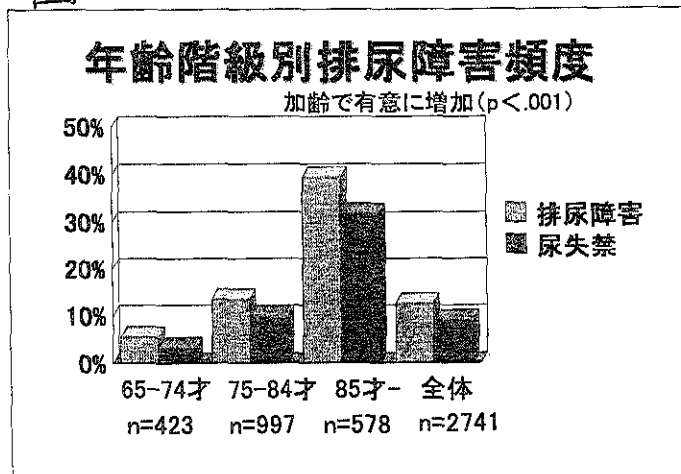


図4

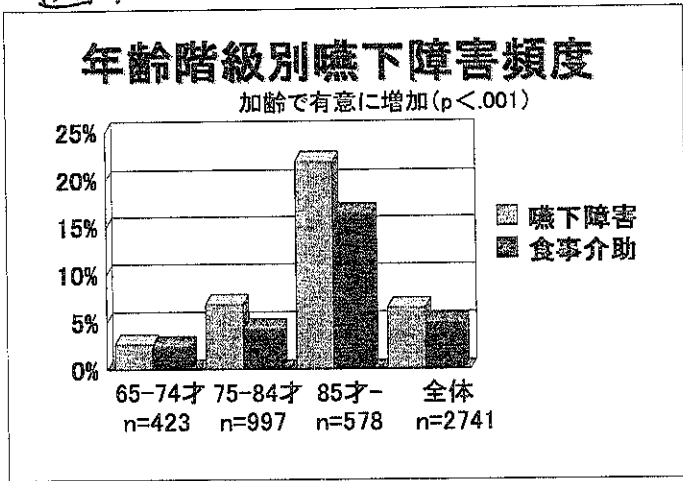


図5

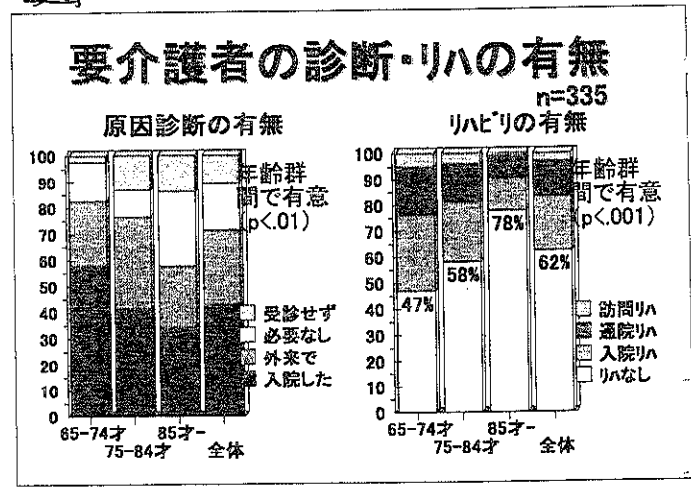


図6

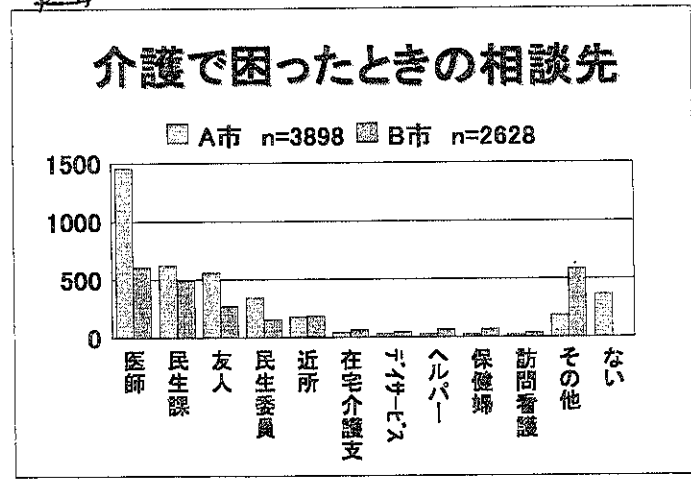


表4

- ### まとめ
- 介護保険事業計画策定の一環として、人口4万弱の2自治体で、郵送・訪問による調査を行った(回答率76~96%)
 - 要介護(12%)・排尿障害(10%)・嚥下障害(5%)はいずれも加齢に伴い増加し、85歳以上では、35~45%が要介護
 - 高齢者のみ世帯が後期高齢者世帯の3割以上
 - 要介護の原因診断を受けていない者が3割、リハを受けていない者が6割もいた
 - 介護の問題を相談する相手は、家族親族を除けば、福祉職よりも医師の方が多かった
 - リハ医療の普及が望まれる

I-2) 8自治体における在宅要介護高齢者のリハビリテーション経験とその援助成果
 -身体障害者手帳取得率と住宅改善実施率-

近藤克則 日本福祉大学社会福祉学部助教授

【目的】保健と福祉の接点を巡るキーワードの一つに「介護予防」がある。来春から導入される介護保険においては、その基本理念(第2条第2項)「要介護状態の軽減若しくは悪化の防止」「要介護状態となることの予防」が謳われている。一方、介護予防の中心を担うと思われるリハビリテーション(以下、リハ)医療は、学会の専門医が未だ700人程度と普及が遅れており、介護予防の理念が果たしてどの程度、現実にかかれているのか危惧される。そこで、8自治体の協力を得て、リハ医療を受けた経験とそれによる援助内容・成果などを把握する目的で、在宅要介護高齢者を対象に以下の検討を行った。

【対象・方法】知多半島の8自治体に居住する在宅要介護高齢者3247人を対象とした。介護保険事業計画策定に向けた高齢者一般調査を、表1に示す65才以上の高齢者を対象に自記式郵送調査法で実施した。この調査で歩行と入浴に介助が必要と答えた者と各自治体が把握している福祉サービス利用者で在宅者を対象に「在宅要介護高齢者調査」を自治体職員による面接法で行った。有効回答率は73%であった。主な項目は、①基本情報として、年齢(5歳毎)、性別、要介護度(厚生省の「寝たきり度判定基準」、「痴呆性老人の日常生活

自立度判定基準)、②リハの経験を「要介護状態になって以降、リハビリテーションを受けましたか」の設問で問い、「病院・診療所等で受けた」「受けなかった」の2択で答えてもらった。また、③リハを受けたことによる援助内容・成果をみる目的で、身体障害者手帳(以下「手帳」と)と住宅改善の有無とを尋ねた。統計学的検討には、 χ^2 検定を用いた。

【結果】

①リハビリテーションを受けた者の比率：リハを「受けた」と答えた群(以下、リハあり群)は、1547/3247人(48%)と、半数に満たなかった。(図1)

②自治体間比較(図1)：8自治体間のリハあり群比率を見ると、最小38%と4割に満たず、最大でも62%であった。

③リハあり群の特徴(図2・3)：リハあり群は、男性で58%、女性43%と男性に有意に多く($\chi^2=67.2$, $p<.001$)。年齢では、85歳以上群の36%に対し65-69歳群で64%など、より若い群に有意に多く($\chi^2=141.5$, $df=4$, $p<.001$)見られた。寝たきり度ではランクBで61%、ランクCで55%と高く、ランクJで37%と有意に低かった($\chi^2=112.8$, $df=3$, $p<.001$)。痴呆

表1 対象自治体と調査対象者数・有効回答率

自治体名	東海市	大府市	知多市	東浦町	常滑市	武豊町	美浜町	南知多町	合計
65歳以上人口	11545	8502	9547	5555	9612	4655	3956	5166	58538
高齢者一般調査	抽出法	抽出法	抽出法	抽出法	抽出法	抽出法	全数	抽出法	
対象者数	3000	3000	3000	3000	5105	3555	3956	3543	28159
抽出率	26%	35%	31%	54%	53%	76%	100%	69%	48%
有効回答数	2001	2212	2143	2115	3309	2611	2566	2392	19349
有効回答率	67%	74%	71%	71%	65%	73%	65%	68%	69%
要介護者調査	面接法	面接法	面接法	面接法	面接法	面接法	面接法	面接法	
対象者数	692	487	635	497	866	394	414	444	4429
有効回答数	649	441	467	469	440	332	230	219	3247
有効回答率	94%	91%	74%	94%	51%	84%	56%	49%	73%

性老人の日常生活自立度判定基準では、ランクⅠで53%と高く、ランクⅢ(36%)、Ⅳ(39%)、Ⅴ(22%)で有意に低かった($\chi^2=25.3$, $df=5$, $p<.001$)。

④リハの有無別「手帳」の有無(表2・図4):リハなし群では、手帳を所持している者は31%であるのに対し、リハあり群では、69%と有意に多かった($\chi^2=329.6$, $p<.001$)。ただし、リハなし群には要介護度が低く、手帳申請の対象とならない者が多い可能性がある。そこで、寝たきり度で層別化して手帳の有無を検討した(下表参照)。その結果でもやはり、ランクⅠ・A・B・Cのすべてで、リハあり群で手帳所持率が有意に高かった。

⑤リハの有無別住宅改善実施率(表2・図5):リハなし群では、住宅改善をしている者は44%であるのに対し、リハあり群では、57%と有意に多かった($\chi^2=66.7$, $p<.001$)。やはり、リハなし群には要介護度が低く住宅改善が必要とならない者が多い可能性がある。そこで、寝たきり度で層別化して住宅改善の有無を検討した(下表参照)。その結果でもやはり、ランクⅠ・A・Bにおいて、リハあり群で住宅改善実施率が有意に高かった。

【考察】要介護状態の中には、(リハを施行すれば)要介護の程度が軽減する、いわば「見かけ上の要介護状態」が含まれている。「見かけ上の要介護状態」は、国際障害分類(WHO)が示す「障害の3つのレベル」すべてに介入するリハを施行することで相当程度軽減でき

ることから、介護保険給付の前にリハ医療を提供する「リハ前置主義」の重要性が指摘されている。今回の調査でも、「手帳」申請や住宅改善など環境因子への介入率が、要介護度で層別化してもリハあり群で有意に高く、医療機関でのリハで総合的な援助を受けて日常生活動作の維持向上や社会的不利の軽減に寄与していることが示唆された。

今回の、病院・診療所など医療サービスとしてのリハを受けている者が半数に満たない実状は、介護予防(要介護状態の軽減若しくは悪化の防止)を進めるために、リハ医療の拡充が急務であることを示している。しかし、リハ医療を巡る現状からは、その拡充には相当の時間がかかると思われる。介護予防のための援助方法としては、病院等でのリハ医療以外に、機能訓練事業などの老人保健サービス、デイサービスなどの老人福祉サービス等があるので、在宅要介護高齢者の中でリハを受けていない者に対しての保健福祉サービスの重要性を今回の結果は示していると考えられる。

【結論】在宅要介護高齢者のうち、リハを受けていた者は48%と半数に満たなかった。リハを受けている者は、男性、年齢が若い、自立度が低い(ランクB・C)、痴呆が軽度群に多かった。リハを受けた群では、要介護度で層別化しても身体障害者手帳所持者が多く、住宅改善をした者も多く見られるなど、環境因子への介入がより多くなされていた。介護予防を理念だけにとどめないためには、リハ医療並びに保健・福祉サービスの拡充が求められていることが示された。

寝たきり度	手帳	リハ経験				計	p	住宅改善	リハ経験				計	p
		あり	なし	あり	なし				あり	なし	あり	なし		
Ⅰ	あり	118	30%	83	11%	201	<0.001	あり	180	40%	218	28%	398	<0.001
	なし	271	70%	656	89%	927		なし	270	60%	563	72%		
A	あり	210	53%	82	20%	292	<0.001	あり	242	53%	170	37%	412	<0.001
	なし	188	47%	338	80%	526		なし	211	47%	289	63%		
B	あり	189	66%	64	34%	253	<0.001	あり	168	52%	72	35%	240	<0.001
	なし	99	34%	127	66%	226		なし	156	48%	134	65%		
C	あり	179	68%	77	36%	256	<0.001	あり	123	41%	87	35%	210	n.s.
	なし	86	32%	137	64%	223		なし	180	59%	161	65%		
		1340		1564		2904			1530		1694		3224	