

図1 元気高齢者と要支援高齢者のFRS得点の分布 (n=261, 元気高齢者・要支援高齢者とも)

表5 元気高齢者と要支援高齢者のFRS得点の比較 (n=各々261)

| 対象 | 平均±標準偏差 | (最小-最大) | |
|--------|-------------|------------|---------------|
| 元気高齢者 | 94.9 ± 11.5 | (57 - 112) |] Z= -10.2 ** |
| 要支援高齢者 | 80.6 ± 14.2 | (33 - 112) | |

**p<0.01

表6 本人・専門職の1年後の状態の予測とFRS得点

| 項目 | 選択肢 | n | 平均得点 | 検定 |
|------------------------|--------------|-----|-------------|------------------------|
| 本人の元気の予測 (n=306) | 今より元気でいられる | 15 | 104.7 ± 8.6 | χ ² =47.1** |
| | 今と同じ | 248 | 96.5 ± 10.6 | |
| | 今より少し元気なくなる | 42 | 86.1 ± 10.9 | |
| | 今よりかなり元気なくなる | 1 | 74.0 | |
| 専門職の危険性の 予測 (n=286) | 現状では低い | 254 | 96.4 ± 10.7 | χ ² =13.1* |
| | 若干あり | 30 | 89.2 ± 13.8 | |
| | やや高い | 2 | 68.0 ± 11.5 | |

** p<0.01, *p<0.05

表7 元気高齢者のFRS得点とEQ-5D尺度得点の相関

| 尺度 | 人数 | 平均±標準偏差 | |
|-------|-----|------------|----------|
| FRS | 310 | 85.7 ± 9.9 |] .459** |
| EQ-5D | 334 | 0.86 ± 0.1 | |

**p<0.01

表8 FRSと既存の測定用具との比較

| 尺度名 | Frailty Risk Scale for the Elderly (FRS) | MOS-Short Form 36 (SF36) 日本版 | The Multilevel Assessment | 介護予防アセスメントツール試案 |
|------|---|---|---|--------------------------|
| 開発者 | 本研究者 | 福原 | Lawton | 岡本ら |
| 評定法 | 4件法 高齢者本人が記入 | 項目により2件法~6件法 高齢者本人が記入(面接用もあり) | 5件法 訓練された評定者によるインタビュー | 項目により2件法~4件法 高齢者本人が記入 |
| 項目数 | 28 | 36 | 216 | 50 |
| 信頼性 | Cronbach's $\alpha=0.887$ 再検査法 $\rho=0.958$ (全項目) | Cronbach's $\alpha=0.71\sim 0.91$ 再検査法=0.78~0.86 | Cronbach's $\alpha=0.71\sim 0.87$ 再検査法=0.36~0.95 | |
| 妥当性 | 内容妥当性 | | | 内容妥当性 |
| | 因子的妥当性 | 因子的妥当性 | | |
| | 構成概念妥当性 | 構成概念妥当性 | 構成概念妥当性 | |
| | 併存妥当性 | | 併存妥当性 | |
| 下位尺度 | 積極的な日常生活 | | 時間の使い方 | 主体的な健康づくり 普段の暮らし方 |
| | 活力 | 活力 | 個人的な適応 | |
| | 変化 | 日常役割機能(身体) 日常役割機能(精神) | | 身の回りや気持ちの変化 |
| | 精神状態 | 心の健康 | 個人的な適応・認知 | |
| | 交流 | 社会生活機能 | 社会的行動 | 社会との交流・活動 |
| | 家族関係 | | | 家庭の事情 |
| | 活動量 | 日常役割機能(身体) 身体機能 全体的健康感 体の痛み | 身体的健康状態 機能的健康状態 | からだの調子 |
| | | | 知覚された環境の質 | 住まいと周辺環境 支援者とサービス利用 |
| | | | | |
| | | | | |

要介護状態予防が必要な対象把握に対する研究

－大規模自治体における介護予防が必要な対象の把握経路に関する調査－

主任研究者 鳩野洋子（国立保健医療科学院）

研究要旨 本調査の目的は、介護保険が必要な状態になることを予防すること（介護予防）が必要な対象の把握に関しての、大規模自治体の実態を明らかにすることである。

方法として、一次調査では人口 30 万人以上の自治体の本庁の介護予防担当部署宛に郵送調査を実施し、介護予防を行っている中心部署、具体的な把握経路、把握のための基盤の状況、主観的な把握の評価、把握のための工夫等について調査を行った。また二次調査として、6自治体にヒアリング調査を実施した。

一次調査については 64 自治体の回答を分析に用いた。その結果、在宅介護支援センター（在支）単独、もしくは1つの部署ではなく保健と在支といった複数の部署が中心となって介護予防活動を展開している自治体（混合）が、基盤の整備状況、主観的な評価に関して「できている」と回答した割合が高かった。また、基盤と評価の関係をみると、主観的な評価の高さに関連がみられたのは介護予防が必要な対象像の明確化、対象の状態像別の介護予防サービスの基準がある等の項目であった。二次調査においては、自治体毎の具体的な把握方法、およびそれに至るプロセスや課題が把握された。

在支が中心部署の自治体は、自治体内で介護予防にかかわる合意形成の取り組みが行われている自治体であることが推察され、そのことが介護予防のための体制整備や把握につながっていることが考えられた。効果的な把握の推進のためには、まず自治体内で介護予防が必要な対象像を明確にし、サービス基準の整備を行ってゆくとともに、関係部署の連携により、より効果が期待されるものと考えられた。

またヒアリング調査においては、系統的なスクリーニングによる把握と、住民組織等と共同した把握の2つのタイプが見出された。

岡本玲子（神戸大学）

岩本里織（神戸市看護大学・研究協力者）

A. 研究目的

介護予防の概念は、要介護状態になることとの予防と、要介護状態が重度になること

の予防の2つの状況として整理されている。各々の状況において介入には困難さがあるが、特に前者において困難であること

の1つが対象の把握であろう。後者の対象はすでに介護保険を活用しているため、専門職がアセスメントを実施しそれに応じた対応を行うことが可能であるが、前者の対象は多くの場合、自治体のサービス等と接点がない対象であるため、対象は地域に潜在化しており、対象を把握すること自体の困難さがある。ことに規模が大きな自治体においては対専門職あたりの住民人数も多く、効果的・効率的な対象把握は難しい状況にあることが考えられる。しかし、文献の中ではこの課題に対して、黒田らが介護予防が必要な対象者に対する把握経路として在宅介護支援センターを中心とした場合の相談経路の観点から9つの経路を提示し

郵送法による質問紙調査

B. 研究方法

①対象及び方法

平成15年5月現在の人口30万以上の自治体75ヶ所の高齢者担当部署、介護予防担当者宛に、郵送法による質問紙調査を実施した。なお、自治体によっては介護予防担当をおいていなかったり、福祉部署が介護予防活動を担っている場合もあるため、1部署で回答が困難な場合は、複数の部署での記入を依頼した。調査期間は平成15年11月5日～12月5日までであった。途中、一度、葉書にて督促を行った。

②調査内容

1)具体的な把握経路の状況

「本人・家族からの保健部門への相談」をはじめとする13の経路、およびその他を設定し、該当するものをすべて選択してもらった。また中心的な把握経路をその中で1つ回答してもらった。

ているに過ぎない¹⁾。

そこで本調査においては、人口が30万人以上の自治体を対象の介護予防、ことに要介護状態になることの予防が必要な対象把握の実態をその把握経路の観点から明らかにするとともに、把握のための効果的なシステムのあり方について検討する資料を得ることを目的とした。

今回、そのために郵送法による質問紙調査と、質問紙調査の結果に基づく聞き取り調査を実施した。両者は連動したものであるが、以下B.研究方法、C.結果、D.考察についてはそれぞれについて記述することとする。

2)把握経路確立のための自治体の基盤の状況

「介護予防が必要な対象像について、自治体内で合意がある」をはじめとする8項目を設定し、はい、いいえで回答を求めた。

3)介護予防が必要な対象への支援を中心的に行っているところ(以下、中心部署と記述する)

「自治体の保健部門」「在宅介護支援センター(以下在支と記述する)」「その他」の回答肢を設定し、その他の場合は記述を求めた。

4)介護予防の必要者の把握に対する担当者の主観的な評価

「かなりの割合で把握されている」「おおよそ把握されている」「あまり把握されていない」「全く把握されていない」の4段階での回答を求めた。

5)地域で工夫していたり、ユニークな対象

把握方法について、完結な記述を依頼した。

6) 自治体の属性

自治体の種別と人口記載してもらった。

7) その他 介護予防が必要な対象の把握についての自由記載

そのほか、把握経路の詳細について研究者からの連絡の可否について聞いた。

③ 分析方法

介護予防の中心部署別について、「自治体の保健部門単独」「在支単独」「自治体の福祉部門単独」「混合」（前述の部署の組み合わせ）に分け、各々の項目について、部署別の回答割合を比較した。そのほか介護予防の必要な対象に対する把握状況の主観的評価と把握経路確立のための自治体の基盤の状況に関しての関連をカイ二乗を用いて検討した。分析には SPSS for Windows Ver.11 を使用した。

④ 用語の定義

本調査における介護予防とは「介護保険活用状態になることの予防」をいい、要介護状態が重度になることの予防は含まない。このことは質問票内に記載した。

倫理的配慮：依頼分には、調査の目的の説明とともに、回答は自由意思である旨の記載を行った。

C. 結果

66 自治体から回答が得られた（回収率 88.0 %）。回答状況は表 1 に示すとおりである（表 1）。ただし、このうちの 2 自治体は、自治体内がいくつかのエリアに分かれており、そのエリアによって状況が異なるため、自治体としての回答はできないということで、エリア別の回答を得た。この 2 自治体については自由記載部分だけ分析に用いることとした。

量的な分析に用いた自治体の種別は、市

14（21.9 %）、中核市 32（50.0 %）、政令市・区 18（28.1 %）であった。

人口規模は 30 万人～ 50 万人未満 42（65.6 %）、50 万人～ 100 万人未満 15（23.4 %）、100 万人以上 7（10.9 %）であった。

① 介護予防が必要な対象への支援を中心に行っている部署

最も多かったのは、「在支単独」の 40.6 %、ついで「混合」の 32.8 %であった。なお「混合」の内訳は表 2 に記すとおりである。「在支と自治体内の保健部門」が 21.9 %と最も多い組み合わせであった。（表 2）

② 具体的な把握経路の状況

具体的に把握経路について聞いた結果を表 3 に示す。全体的に該当するとした回答の割合が多かったのは順に「本人・家族からの福祉部門への相談」85.9 %、「本人・家族からの保健部門への相談」84.4 %、「保健福祉関係住民（民生委員、保健推進員等）からの情報・紹介」73.4 %であった。

中心部署別にみると、中心部署が「在支単独」の場合は、「検診以外の保健事業の中から」の経路はあまり使われていない傾向が見られた。

また各々の部署別に活用している経路の数をみてみると、「保健単独」7.2 ± 3.3 経路、「在支単独」5.7 ± 3.6 経路、「福祉単独」7.5 ± 3.3 経路、「混合」8.8 ± 2.4 経路であった。各部署別に比較してみると、「在支単独」と「混合」間に有意差がみられた。（ $p < 0.05$ ）

また中心となっている把握経路に関しては、29.7 %が「特にない」という回答であったが、それ以外では「本人・家族からの福祉部門への相談」「介護保険非該当事例の情報・紹介」「在支の活動」が各々 10.9

%であった。(表3)

③把握経路確立のための自治体の基盤の状況

結果は表4に示したとおりである。全体的に「できている」とした割合が多かった項目は「関係住民に対して、介護予防活動や介護予防が必要な対象についての啓発を行っている」81.3%、「一般住民に対して介護予防活動や介護予防が必要な対象についての啓発を行っている」76.6%であった。

その一方、「できていない」と回答した割合が多かった項目は、「対象の状態像別の介護予防サービスの基準がある」25.0%、「自治体外の介護予防関係者と、介護予防に関する定期的な協議の場がある」30.6%、「介護予防が必要な対象を把握するうえでの自治体各部署の役割は明確である」37.5%であった。

中心部署別の状況をみると、全般的にみて「混合」「在支」中心と回答した自治体が、「できている」と回答した割合は高かった。(表4)

④介護予防の必要者の把握に対する担当者の主観的な評価と、中心部署、自治体の基盤との関連

「かなりの割合で把握されている」は5(7.8%)、「おおよそ把握されている」26(40.6%)、「あまり把握されていない」33(51.6%)であった。

「かなりの割合で把握されている」の回答数が少ないため、この選択肢と「おおよそ把握されている」を「把握されている」として扱い、「あまり把握されていない」を「把握されていない」として比較を行った。

中心部署別の「把握できている」と回答

した割合をみたものは図1のとおりである。有意差はみられなかったものの、「在支単独」と回答した場合は、もっとも「把握できている」と回答した割合が高かった。

担当者の主観的な評価と自治体の基盤との関連を検討した結果を表5に示す。カイ二乗値が最も大きかった項目は「介護予防が必要な対象像について自治体内で合意がある」で、ついで「対象の状態像別の介護予防サービスの基準がある」であった(図1)。

⑤地域で工夫していたり、ユニークな対象把握方法

工夫として記述されていた項目をまとめたものは表6のとおりである(表6)。

記述されていた内容は、要介護状態予防が必要な対象像の明確化の具体的な内容、介護保険部署と連携をつることにより対象把握につなげている工夫、様々な事業をおとした把握、調査による把握、在支を中心とした様々な把握方法、地域の人の力、あるいは民生委員の力の活用、地域づくり、要介護状態予防が必要な対象把握からケアまでをネットワーク事業としての展開の大きくは9つの意味内容に分類された。

表中は特に力点が置かれている、と思われる内容で分類したが、実際の所は、いくつかの工夫を組み合わせて展開されている様子が伺われた。

⑥自由記載

自由記載に記述された内容は、介護予防活動にかかわる「課題」「工夫」「提案」「要望」であった。内容は表7に示したとおりである(表7)。

課題と思われる内容では、介護予防が必要な対象を把握するうえでの自治体内での

基盤にかかわる内容である〈事業の位置づけの明確化〉〈自治体内での合意・役割分担〉〈マンパワーの不足〉〈地域特性に応じた体制づくり〉〈職員の力量の向上〉、把握方法やアプローチ方法にかかわる〈潜在している対象の把握〉〈アプローチ方法〉、具体的なサービスにかかわる〈サービス基準・内容〉等、また専門職、住民双方に対する〈啓発〉のほか、対象像の明確化にもつながると考えられるが、そもそも介護予防という概念が不明瞭であると述べる〈介護予防という概念の明確化〉がその内容であった。

提案等の中には、具体的な把握につながる方法や、対象像、あるいは活動の基本的な考え方についての意見等が記載されていた。

D. 考察

1. 大規模自治体における介護予防が必要な対象把握の実態について

本来、対象把握の良否に関しては要介護状態予防が必要な状態像を定義し、各自治体における対象数を算出するとともに、その数に対する実際に把握されている対象数の割合を算出すべきである。しかし、今回の調査では、要介護状態予防が必要な対象像として統一されたものはない現状をふまえて、記入者の主観的な評価、及び効果的に把握が行われるための基盤と考えられる状況から対象把握の良否にアプローチする方法をとった。そのためデータの客観性に対して問題があることは否めない。ただし、統一基準がないという実態に加え、本調査の観点で調査を実施した先行研究が全くみられないことから考えて、基礎的調査としての意義は有するものと考えられる。

2. 介護予防が必要な対象への支援を中心に行っている部署

介護予防の中心部署は、「在支」が最も多く、続いて「混合」特に保健部門と在支の混合の割合が多かった。厚生労働省の介護予防・生活支援事業の中で、基幹型の在支にその役割があることが明記されていることを考えれば、これは当然の結果とも言える。にもかかわらず保健単独の数、混合の中での保健部門の数の多さから言って、保健部門の関わりが大きい。保健はこの範囲も含めた予防活動を担ってきており、様々な地域とのチャンネルを持っている。そのことにより、歴史が長いとはいえ介護予防事業の中で、保健部門が担っている役割が依然大きいのであろう。

3. 具体的な把握経路の状況

実際の把握経路に関しては、どの自治体においても、複数の経路を活用して把握が行われている実態が明らかとなった。全体的な傾向として把握経路でよく使われているのは、本人や家族からの直接的な相談である。続いて保健福祉関係住民からの情報が7割以上、また保健福祉関連の事業の中から、ことに介護保険事業と連動させた把握経路が比較的好く使われている。

このうち本人家族からの相談、住民からの情報は、対象の意識が高くないと使われず、系統的であるとは言えない経路である。これらの経路が中心的な把握経路である、と回答した自治体もあり、これは自分から訴えることが少ない高齢者の特性、及び介護予防概念の浸透度を考えると、この経路を中心に据えることには現状においては疑問が残る。

ある程度系統的に把握が可能な経路で活用されているのは介護保険部門との連携の

中での情報である。工夫の自由記載の中でも、介護保険非該当者の情報をはじめとしてこの経路に対する工夫の記載はいくつかみられた。介護保険非該当者は、本人、家族が何らかの問題を感じて申請を行っている対象であり、何らかの困難さを抱えている集団であると考えられる。また、この経路はすべての自治体において活用可能な経路であり、今後はより活用されるべき経路であるとする。

活用している経路に関しては、中心部署別でも違いがみられた。保健部門は統計的には有意ではないが、民生委員の経路、医療機関からの経路が高い割合がみられている。民生委員は福祉の管轄となっている場合が多いものの、実際の地域活動の中では保健部門職員との接点が多いことが、この割合の高さを生んでいるのかもしれない。また医療機関に関しても、過去の現場活動中での経験により連絡しやすい関係ができていたのではないかと考えられた。

その一方で在支は使っていない経路が少ない状況がある。これは前述の保健とは逆に、地域での活動の歴史が浅く、まだ十分に地域に浸透していない状況の結果と思われる。

使っている経路数が最も多いのは、混合型である。これは部署毎に関係の深い経路があることが明らかとなった前述の状況から考えれば、それらの双方の経路を活かすことが可能になるので、当然の結果とも言える。

経路の数は必ずしも網羅的な把握と同意ではないが、系統的な把握とは別の有機的な把握の可能性を示唆するものであると思われる。どの部門が責任主体であれ、様々な経路が有機的に使われてゆくために各々の部門が従来持っている経路を責任部署に

つなぐことが可能になるような、連携にむけた活動が行われる必要があると考えられる。

4. 把握経路確立のための自治体の基盤の状況

基盤として設定した項目のうち割合整っていると考えられたのは、啓発活動の実施のみであり、他の事項はあまり整っていない状況であった。特に対象の状態像別の介護予防サービス基準や、自治体外の人も含めた介護予防に対する定期的な協議の場を有している自治体は全体の3割にとどまっていた。

部門別にみると在支単独、混合の場合が整っている様子がうかがわれた。在支単独は、介護予防が必要な対象像の合意、役割の明確化、相談窓口の明確化といった、いわゆる自治体内での介護予防に対する体制にかかわる事項が整っており、混合の場合は啓発、すなわち人材の育成にかかわることが整備されていた。体制整備に関する事項は、中心部署単独で整備できる内容ではなく、むしろ自治体全体が取り組まないと困難な内容である。それを考えると、在支が中心部署という所は、自治体として介護予防体制を整えようという意向が働いている自治体であり、その結果在支が中心の位置づけを持つに至っているのではないかとと思われる。また混合型は啓発を積極的に実施している理由の解釈はできないが、少なくとも介護予防に関して部署間が共同することによる効果は示しているのではないかと考えられた。一方、全般的にみて保健部署が中心部署という場合は基盤が整っていない状況がある。それは在支中心とは逆の状況、すなわち在支が介護予防を中心的に担うような体制が整えられておらず、結果的に今

までその領域を担ってきた保健部門が中心
的にはなっているものの、十分な整理が行
われていない状況を反映しているのではな
いかと考えられた。

5. 介護予防の必要者の把握に対する担当 者の主観的な評価と、中心部署、自治体の 基盤との関連

部署別の主観的な評価も、在支が中心の
場合が把握されている結果が見られた。こ
の結果は、前述の基盤の整備状況と同様の
解釈ができるのではないかと考えられた。
また主観的な評価と基盤の関係をみると、
いくつかの項目で有意差がみられている。
カイ二乗値が大きかった項目は介護予防が
必要な対象像についての自治体内での合
意、続いてサービスの基準の明確化であっ
た。状態像の明確化がなければ、他の基盤
整備は困難であることが考えられる。この
ことは自由記載の中でも記述されていた。
要介護予防が必要な対象者を把握できるシ
ステムを構築してゆく上では、まず自治体
内で介護予防が必要な対象像の合意形成
と、その対象像に対するサービスを明確化
することから取り組むべきであることを示
唆しているものと考えられる。

表1 配布数と回収状況

| | 配布数 | 回収数 | 回収率(%) |
|---------|-----|-----|--------|
| 政令市・特別区 | 24 | 18 | 75.0 |
| 中核市 | 37 | 32 | 86.5 |
| 市 | 14 | 14 | 100.0 |
| 計 | 75 | 64 | 85.3 |

表2 介護予防が必要な対象に対しての支援を中心的に行っているところ

| 部署 | n=64 | |
|----------------------------|------|-------|
| | 回答数 | 割合(%) |
| 自治体内の保健部門 | 13 | 20.3 |
| 在宅介護支援センター | 26 | 40.6 |
| 福祉部門 | 4 | 6.3 |
| 混合 | 21 | 32.8 |
| (内訳) | | |
| 自治体内の保健部門と在宅介護支援センター | 14 | 21.9 |
| 自治体内の保健部門とその他の部署 | 3 | 4.7 |
| 在宅介護支援センターとその他の部署 | 2 | 3.1 |
| 自治体内の保健部門と在宅介護支援センターとその他の部 | 2 | 3.1 |

注)その他の部署に関しては具体的な記載はなかった

表3 介護予防の中心となる部署別にみた把握経路
(「該当する」と回答した割合)

| 経路 | 在宅介護 | | | | 全体の把握経路 (n=64) |
|--|----------------------|---------------------|--------------|--------------|-------------------|
| | 保健部 門単独 (n=13) | 福祉部 門単独 (n=4) | 混合 (n=21) | 全体 (n=64) | |
| 1. 本人・家族からの保健部門への相談 | 92.3 | 69.2 | 75.0 | 84.4 | 3.1 |
| 2. 本人・家族からの福祉部門への相談 | 84.6 | 76.9 | 100.0 | 85.9 | 10.9 |
| 3. 本人・家族からの総合相談窓口への相談 | 53.8 | 61.5 | 50.0 | 67.2 | 9.4 |
| 4. 自治体による計画策定等のための調査時 | 23.1 | 11.5 | 25.0 | 18.8 | 0.0 |
| 5. 民生委員による悉皆調査 | 46.2 | 15.4 | 25.0 | 31.3 | 7.8 |
| 6. 住民健診時の問診・結果から | 30.8 | 11.5 | 25.0 | 26.6 | 1.6 |
| 7. 健診以外の保健事業の中から | 69.2 | 26.9 | 75.0 | 54.7 | 3.1 |
| 8. 介護保険非該当事例の情報・紹介 | 61.5 | 53.8 | 100.0 | 65.6 | 10.9 |
| 9. 福祉分野事業(介護保険を除く)の中から | 46.2 | 65.4 | 75.0 | 64.1 | 7.8 |
| 10. 医療機関からの情報・紹介 | 53.8 | 34.6 | 50.0 | 39.1 | 0.0 |
| 11. 介護予防を主目的とした地区組織からの情報・紹介 | 30.8 | 26.9 | 25.0 | 35.9 | 1.6 |
| 12. 保健福祉関係住民(民生委員、保健推進員等)からの情報・紹介 | 61.5 | 69.2 | 75.0 | 73.4 | 1.6 |
| 13. 前述12.以外の地区組織(老人会・自治会・婦人会等)からの情報・紹介 | 30.8 | 34.6 | 50.0 | 45.3 | 0.0 |
| 14. その他 | 38.5 | 15.4 | 0.0 | 23.4 | 12.5 |
| その他のうち、在宅介護支援センターの活動 中心の把握経路 特になし | 30.8 | 11.5 | 0.0 | 18.8 | 10.9 |
| | | | | | 29.7 |

*p<0.05 **p<0.01

表4 介護予防の中心となる部署別に見た、対象把握のための基盤にかかわる自治体の状況
 (「はい」と回答した割合) (%)

| 項目 | 在宅介護 | | | 検定 X ² 値 | | |
|--|--------------------|----------------------|-------------------|------------------------|------|------|
| | 保健部門 単独 n=13 | 支援セン ター単独 n=26 | 福祉部門 単独 n=4 | | | |
| 1. 介護予防が必要な対象像について、自治体内で合意がある。 | 23.1 | 65.4 | 25.0 | 42.9 | 46.9 | 7.4 |
| 2. 介護予防が必要な対象を把握するうえでの自治体各部署の役割は明確である | 7.7 | 50.0 | 25.0 | 42.9 | 37.5 | 7.2 |
| 3. 介護予防が必要な対象者の情報を集約する部署が自治体内にある。 | 15.4 | 57.7 | 75.0 | 33.3 | 42.2 | 8.8* |
| 4. 関係団体(福祉関係団体・医師会等)に対して、介護予防活動や以後予防が必要な対象に ついての啓発を行っている。 | 23.1 | 65.4 | 50.0 | 66.7 | 56.3 | 7.7 |
| 5. 関係住民(民生委員・老人会・婦人会等)に対して、介護予防活動や介護予防が必要な対象 についての啓発を行っている。 | 61.5 | 80.8 | 75.0 | 95.2 | 81.3 | 6.1 |
| 6. 一般住民に対して、介護予防活動や介護予防が必要な対象についての啓発を行っている。 | 53.8 | 80.8 | 75.0 | 85.7 | 76.6 | 5.0 |
| 7. 住民・関係者に対して介護予防に関する相談窓口が明確になっている。 | 38.5 | 61.5 | 50.0 | 60.0 | 55.6 | 2.1 |
| 8. 対象の状態像別の介護予防サービスの基準がある。 | 0.0 | 42.3 | 50.0 | 14.3 | 25.0 | 注) |
| 9. 自治体外の介護予防関係者と、介護予防に関する定期的な協議の場がある。 | 7.7 | 46.2 | 33.3 | 25.0 | 30.6 | 6.5 |
| | | | (n=3) | (n=20) | | |

*p<0.05

注)0のセルがあるため検定は実施せず

表5 把握状況の主観的評価と、対象把握のための基盤にかかわる自治体の状況との関連
 (「はい」と回答した割合)

| 項目 | 把握できている n=31 | | 把握できていない n=33 | | 検定 χ ² 値 |
|---|-----------------|------|------------------|---|------------------------|
| | (%) | n | (%) | n | |
| 1.介護予防が必要な対象像について、自治体内で合意がある。 | 71.0 | 24.0 | 14.0** | | |
| 2.介護予防が必要な対象を把握するうえでの自治体各部署の役割は明確である | 51.6 | 24.2 | 5.1* | | |
| 3.介護予防が必要な対象者の情報を集約する部署が自治体内にある。 | 54.8 | 30.3 | 3.9* | | |
| 4.関係団体(福祉関係団体・医師会等)に対して、介護予防活動や以後予防が必要な対象についての啓発を行っている。 | 71.0 | 42.4 | 5.3* | | |
| 5.関係住民(民生委員・老人会・婦人会等)に対して、介護予防活動や介護予防が必要な対象についての啓発を行っている。 | 90.3 | 72.7 | 3.2 | | |
| 6.一般住民に対して、介護予防活動や介護予防が必要な対象についての啓発を行っている。 | 87.1 | 66.7 | 3.7 | | |
| 7.住民・関係者に対して介護予防に関する相談窓口が明確になっている。 | 64.5 | 46.9 | 1.9 | | |
| 8.対象の状態像別の介護予防サービスの基準がある。 | 38.7 | 12.1 | 6.0* | | |
| 9.自治体外の介護予防関係者と、介護予防に関する定期的な協議の場がある。 | 44.8 | 18.2 | 5.2* | | |

*p<0.05 **p<0.01

図1 介護予防の中心部門別にみた「把握できている」と回答した割合 (%)

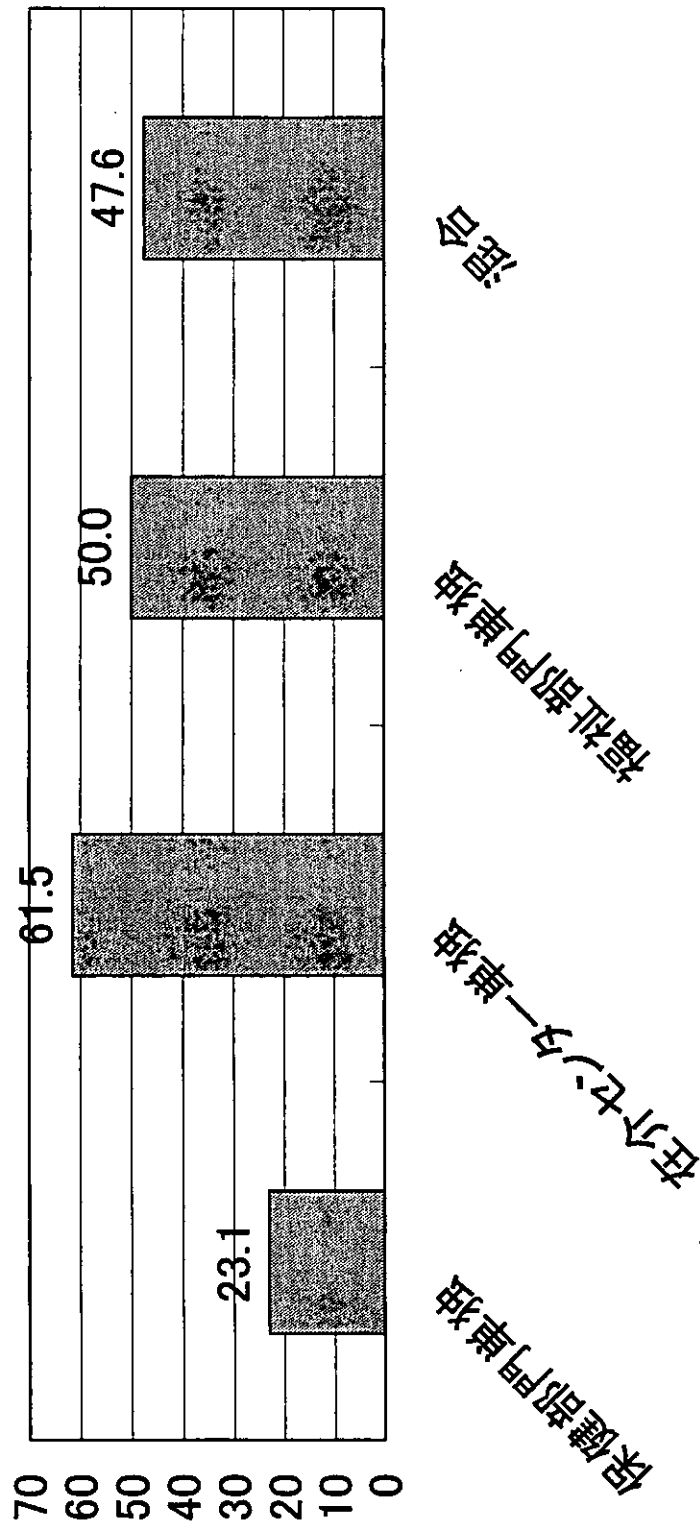


表6 把握のための工夫

| | |
|---|---|
| <p>対象像の明確化</p> | <p>基本健診(集団検診)受診者の中で65歳以下でヘモグロビンA1C値が6.1%以上かつ治療ベースにのっていない人を対象に保健センター保健師が全数把握(状況によって訪問)フォローを行っている</p> <p>在宅介護支援センターによる実態把握調査と予防プランソフト(H16年度開発予定)を抱き合わせ、転倒歴のある人や膝関節痛、腰痛があり、歩行不安定な人、物忘れが頻繁に出てきた人、痴呆が気になる人、口腔ケアが出来ていない人等を把握していきたいと検討中。</p> <p>介護保険課より毎日介護保険サービス未利用者のデータの提供を受けている。2回の調査を実施し、その結果より対象を以下の4項目すべてに該当するものとし、訪問保健指導員(看護師)を派遣し、生活機能アセスメント、閉じこもりアセスメント、転倒アセスメント、低栄養状態アセスメント、住環境アセスメントを使用し、介護予防の必要性を評価し、指導・支援につなげる。4項目内訳①75歳以上②単身③要支援または要介護1④介護保険サービス未利用者</p> |
| <p>介護保険との連動</p> <p>加えて対象像の明確化 ケア会議の推進</p> | <p>要介護認定申請者のうち、介護保険対象者となったがサービス未利用である者。または非該当である者を、データ抽出している。</p> <p>介護認定結果、自立と判定された市民に対し、独居、高齢世帯の市民を対象に、在宅介護支援センターが訪問し、相談等を行っている。</p> <p>介護保険の認定調査を在宅介護支援センター併設の居宅介護支援事業所に委託していることから、自立の認定が出た方の氏名を在宅介護支援センターに伝え、頃合いを見て訪問し、介護予防事業につなげるようにしている。</p> <p>介護保険非該当者について所内でカンファレンス 介護予防事業について検討し紹介していく</p> <p>高齢者福祉係と保健指導係間において、介護保険非該当者の支援に関するカンファレンスを月1回実施している</p> <p>介護保険非該当者全員に対し、市の保健師が訪問を行い、その際必要な対象者に予防サービス等を紹介している。</p> <p>介護保険課から非該当者の情報提供をもらい、保健センターの訪問指導員が訪問し、その結果を元に地区担当保健師とアセスメントを行い、対応ランクに応じて今後の関わりを行う。この「自立アセスメント票」は老人介護支援センターの「要援護高齢者実態把握票」と共通のものを作成し、必要に応じ同伴訪問をしたりしている。また、地域ケア小会議にて、老人介護支援センターの相談員が介護予防の対象者の事例を提供し、保健センターの保健師も参加している(ケア会議は基幹型介護支援センターに設置されており、長寿社会対策課が主幹課である)。</p> |
| <p>事業を通じた把握 今後は調査による系統的な把握を加える</p> | <p><保健事業>健康づくりの集い「ボケ封じ地蔵」などのPRと相談。</p> <p><高齢者福祉事業>在宅介護支援センター「男性高齢者のうどん打ち教室」などで食の自立や仲間作りを行う。</p> <p>* H16年より保健所において70歳の全住民を対象にした「ヘルスアセスメント」(郵送でヘルスアセスメントを行い、結果に応じてフォローを実施する)が実施される予定なので、強力な把握経路となる。</p> <p>地域型在宅介護支援センターが担当する地域の民生委員等と協力しながら、地域で転倒骨折予防教室を平成15年度から開催し、その中でニーズを把握に努めている。</p> <p>・痴呆予防の講演会を地域で開催し、参加者への痴呆のスクリーニングを行い、初期痴呆の方を対象に痴呆予防教室を開催 ・介護非該当者への訪問</p> |
| <p>調査</p> | <p>高齢化率の高い地区の60才以上の人々(S地区)意識調査を実施</p> <p>「独居・高齢者のみ世帯の全3万2千人を訪問調査」を平成15年4月実施。それ以後、ひとり暮らし高齢者は民生委員、高齢者のみ世帯は保健師が担当し、実態把握に勤める。</p> <p>介護予防実態調査・・・区内の一部地域を抽出し、介護保険・介護予防サービスを受けていない高齢者を対象とし、介護予防ニーズを調査した。</p> |

表6 把握のための工夫 つづき

| | |
|---------------------------|--|
| <p>在宅介護支援センターを中心とした把握</p> | <p>地域型在宅介護支援センターが積極的に一人暮らしを中心とした高齢者宅へ訪問し、実態把握を行ったり、一人暮らしの高齢者の集いや民生委員協議会へ参加し、虚弱高齢者等の情報収集を行っている。</p> <p>地域住民が中心に行っている高齢者のふれあい事業等に在宅介護支援センターの職員が(健康や介護の相談を目的に)出向いて、必要な対象者を把握するようにしている。</p> <p>ユニークとは考えがたいが、当市のしくみは下記のとおりである。 I M市在宅介護支援センター(基幹型I、地域型II) [基幹型]M市在介C 地域型在介C11ヶ所 II 介護予防が必要な対象の把握方法 ① 左記の在介12(基幹型を含む)ヶ所における総合相談において、対象者を把握。②介護予防事業のPRを、別紙M市在宅高齢者向け保健・福祉サービス一覧を、在宅介護支援センターだよりを用いて市民や民生委員にPR。③在宅介護支援センターのインフォーマルサポート支援/展開。高齢者支援連絡会事業における相談協力員(ボランティア)により、対象者把握が推進できると考えている。</p> <p>・地域型在宅介護支援センターが中心になって事業展開をしている。地域の民生委員との連携が欠かせないため、毎月民生委員の会議に出席して情報交換を行っている。 ・地域ケアシステム(住民の支え合い)市内6ヶ所(目標14ヶ所)において、在宅介護支援センターも連絡会などに積極的に参加している。まずは住民との接点が必要である。</p> <p>質問1の5(注 民生委員が行う悉皆調査)について従来は保健領域の行う介護予防活動として閉じこもり傾向の人を対象に訪問指導を行っていたが、この1~2年は在宅介護支援センターが行う高齢者の実態調査把握の件数が増加し、保健領域と連携して行う介護予防事業が重要になってきている</p> <p>平成14年度から基幹型在宅介護支援センター(市直営)と中心として市内の65才以上高齢者の実態把握調査事業を本格的に実施している。 基幹型在宅介護支援センターで訪問調査員(約10名)を雇用するとともに市内25カ所の地域型在宅介護支援センターの職員を動員して計画的に調査を展開している。 14年度はひとり暮らし約7000人、15年度は高齢者夫婦世帯約22000人を調査している。 調査対象は住民基本台帳から介護保険認定者を除いた者を抽出し、毎月30件/センターと50件/調査員の調査依頼とし、調査結果は基幹型在宅介護支援センターに集約される。 現在、入力・整理、データ分析のための新電算システムを開発中である。</p> <p>T市内の地域型在宅介護支援センターに地域ケア推進コーディネーターを配置し、民生委員や町内会等の地域の関係機関からの情報などをもとに、介護予防が必要な対象者を把握している。対象者には、住み慣れた地域で、できる限り長く暮らしていけるよう以下の4つの事業を展開し、地域で要介護高齢者を見守り支援していく体制を確立する。</p> <p>地域ケア体制推進事業 ・高齢者地域支援ネットワーク(在宅での居住を希望しているが、火の管理、食事の管理、介護者の病弱等の理由により、在宅生活の継続が困難な高齢者に対して、地域の人とネットワークをつくり支援する。支援者には民生委員、町内会長、近所の人、弁当屋さん、銭湯、コンビニ、消防、警察等が加わっている) ・介護予防・福祉情報の提供 ・介護ボランティア育成 ・介護予防ふれあいサークル(趣味活動の機会の提供)</p> |
|---------------------------|--|

表6 把握のための工夫 つづき

| | |
|--------------------|--|
| <p>地域の人の力の活用</p> | <p>・地区担当保健師が地区組織(民生委員、福祉委員など)の集まりに出向き、保健師活動のPRをし、気軽に相談してもらえるよう心がける ・市内を6ブロックに分け、ブロック毎に地域ケア会議を開催しているが今後この会議で介護予防について検討を深めていくことが期待される。</p> <p>地域参加型機能訓練事業を実施するにあたって、その運営を行うボランティアとして、健康づくり推進員を養成し、地域の虚弱者等に対して声かけを行ってもらい、情報を得ている。 健康づくり推進員は町内会等から推薦された者であるので、地域の状況をよく把握しており、また把握するように心がけている。</p> <p>・老人クラブの役員になった方が高齢者住宅の居住者にグループを紹介し、地域社会へ入り易いよう支援している。 ・在宅介護支援センターとの地区連絡会で紹介している</p> |
| <p>民生委員との連携</p> | <p>毎年6月に民生委員に要援護老人調査を依頼し、要援護高齢者の実態把握に努めている。</p> <p>転入者および一人暮らし高齢者を民生委員が訪問していますが、その際に在宅介護支援センターの行う介護予防事業の紹介チラシを配布し、希望者が添付はがきで参加申し込みできるようにすることで、在宅介護支援センターによる支援につなげている。</p> <p>民生委員に調査依頼しているひとり暮らし高齢者調査の結果、生活支援を必要と考えられるケースについて、在宅介護支援センターの訪問を検討している。</p> <p>毎年3月、民生委員が70歳以上の高齢者宅を訪問し、敬老入浴証を配布する際、高齢者態様調査を行う。その際ねたきり、ひとりぐらし等の状況を把握し、ひとりぐらしの人の中で、名簿に記載することに同意する場合は、区や警察・消防等の関係機関に名簿として配布し、役立てている。また毎年9月、敬老金品配布の際、民生委員が80歳以上の高齢者宅を訪問する。その他適宜民生委員が個別訪問している。</p> |
| <p>地域づくり</p> | <p>将来的には、地域のつながりを強めることで、介護予防を必要とする対象者を把握していければと考えている。</p> |
| <p>ネットワーク事業の展開</p> | <p><総合福祉事務所>(1)3~4年に1回実施している「ひとりぐらし高齢者等実態調査」(民生委員による恣意調査)を元に、お体の状態を聞き、かつ在宅介護支援センターに調査資料の提供の同意を得た方に、「ご用聞き福祉」として家庭訪問し、ニーズを把握し、サービスの提供等に結びつける(平成14年度に実施)</p> <p>(2)「ご用聞き福祉」では把握し一人暮らし高齢者等や平成15年度から実施している「見守りネットワーク」は、在宅介護支援センターが活動の核となって、地域の民生委員や町会・自治会、老人クラブ等との関係づくりを通して、閉じこもりがちな高齢者など、日頃気になる高齢者がいる場合に知らせてもらい、在宅介護支援センターの相談員が訪問したり、催しに参加してもらい取り組みを行う。また、緊急対応が必要な場合は訪問や緊急連絡先に通報する。</p> <p><健康センター> 平成15年N区地域リハビリテーション検討委員会において、虚弱高齢者への介護予防について検討しました。要介護状態になりやすい虚弱高齢者は自ら積極的に介護予防事業に参加しにくい傾向があり、そのため、在宅介護支援センターを核とし、地域に密着した介護予防の啓発、普及をはかりながら、対象者を発見し、適切なサービスにつなげる必要性を関係部署で確認し、検討の方向性としてまとめた。</p> <p>H15年度「ひとり暮らし高齢者等の安心ネットワークシステムの構築」新規事業開始 ①住民基本台帳及び外人登録台帳から、65才以上の単独世帯の高齢者を抽出 ②民生委員は調査票を基に直接訪問し、聞き取り調査を実施 ※「住民による安心ネットワーク」が展開することにより、はじめはひとり暮らし高齢者を対象としたものが、高齢者世帯、日中独居の方、痴呆や精神疾患などのある方等と、本人・家族等の依頼により、閉じこもりがちな方、要介護状態に移行しそうな方にも拡大し、対象者の把握と対応ができるようになる。</p> |

表6 把握のための工夫 つづき

| | |
|--|--|
| | <p>A安心ネットワーク あんしん協力員(ボランティア団体等から推薦を受けた人、地域の実情に明るい人)、 あんしん協力機関(商店街や銭湯、薬局、老人クラブ等の協力機関として登録している 団体)、専門相談協力員(民生委員)、在宅介護支援センターによるひとり暮らしの高齢 者や高齢者世帯等の問題を早期に発見し、適切な対応をするためのネットワーク。前 述の3者が問題を抱えていそうな人を発見した場合、在宅介護支援センターに連絡相 談を行い、どのような対応をおこなってゆけばよいか、協力して考えてゆくシステム。協 力員は行政に登録し、在宅介護支援センターのエリア毎に活動を展開する。</p> |
| | <p>一人暮らし高齢者の見守りネットワークを10月に立ち上げた</p> |

表7 自由記載のまとめ

| | | |
|----|-----------------|--|
| 課題 | アプローチ方法 | 介護予防のリスクが高い対象者への的確なアプローチが重要と考えておりますが、いろいろな面で拒否をすることが多く、対応に苦慮しています。 |
| | | 介護予防の対象となる層は幅広く、すべての住民ともいえるのではないかと。各年齢層、健康状態等に合わせた個々または集団へのアプローチを考える必要があると思われる。 |
| | 介護予防の概念の明確化 | このアンケート記載にあたって「介護予防」の定義がありましたが、それでも私としてははっきりとした定義とは思いませんでした。介護予防の概念を広くとらえると、生まれたときあるいは胎児の時から健康づくりととらえることも出来ると思います。よって、アンケートの記載にあたって思案の結果、厚生労働省通知の介護予防・地域支え合い事業が対象としている要介護高齢者および一人暮らし高齢者ならびにその家族を念頭に、アンケート記載いたしました。 |
| | 啓発 | 在宅介護支援センターを介護予防拠点としているが、関係団体や市民にまだ十分知られていないため、今後も啓発を行うことが必要。 民生委員など調査・相談協力者の意識を高める必要がある。 本人(市民)の意識のウェイトが大きく感じる。現在の生活習慣に問題を感じない人たちを、どのように保健・福祉の両面から認識していただけるかが一つのポイントになると思います。 日頃の相談業務の中で家族が困ってからの相談が主であり、介護予防に関する住民への啓発の必要性を感じる。 |
| | 職員の力量の向上 | 対象に介護予防についての意識がない場合、その実践へつなげるには、支援者にかんがりの力量が必要だと思われまます(啓発と職員研修も大切) |
| | 対象者の基準の明確化と役割分担 | 把握機会はさまざまだが、対象イメージや基準などのルールがあることと、どこで把握されても必要な支援が適切にされるのが大切(把握機関で完結せず)。 |
| | サービス基準・内容 | 介護予防が必要な対象は全市民です。介護保険制度では1号・2号と限定されていますが、要介護状態にならない保証は誰にもありません。保健部門における介護予防の役割は大きいと思います。Q9に示されているように状態像および介護予防サービスの基準・内容等の整理は必要課題と思います。 |
| | サービス内容・評価 | 把握後のフォローアップ体制が充実していることが必要(介護予防サービスのメニューの充実と質の確保、評価のシステム等) |
| | 事業の位置づけの整理 | ・既存の老人保健事業との関連づけ、事業の整理。 |
| | 潜在している対象の把握 | 介護予防が本当に必要な方は閉じこもりがちで、なかなか教室等に出てこられないというのが実態です。 介護予防対象者については、本人、家族からの相談が少なく確実な把握方法の確保が課題です。 潜在的介護予防者の把握が困難 |
| | 地域特性に応じた体制づくり | 地域により高齢化率や組織の活動なども違い、きめ細かな検討が必要。 |
| | マンパワーの不足 | 地域型在宅介護支援センターのほとんどに、居宅介護支援事業者が併設されていて兼務の職員も多く、役割が十分に果たせない |
| | 自治体内での合意・役割分担 | 他課(部内同じ高齢者支援課)の事業において、生きがい事業として、「いきいき健康教室」「高齢者ミニデイセンター」があり、多くの高齢者が利用している。こういった事業に参加できなくなった方が保健部で行う「B型リハビリ」であるという。一人の対象者を一連の経過として把握することが必要であると考えているが、現在のところ、協議をしていないので、今後は検討が必要。 介護保険前は家族が痴呆について隠す傾向があったが、介護保険後は認定が正確でないことや介護サービスを家の中へ受け入れてゆくことにより、痴呆が顕在化され、市民の関心が高まっている。介護予防の対象として、寝たきり予防は従来から老人保健事業の中で行っているが、痴呆予防はされていない。痴呆対策は行政の中でどの課が担うのか役割が明確にされていなく、連携も取れていない。今後の課題である。 自治体内で介護予防の取り組み方について共通認識が十分にされていないのがまず課題だと感じています。対象の把握をするための仕組みづくりについて各課同士で検討しあうことがまず必要だと考えます。 |