

表7 自由記載のまとめ つづき

課題つ 連携 づき	保健・福祉・医療の連携が不可欠である。そのためにも地域単位での人的ネットワークの強化が求められている。
	保健センター、在宅介護支援センター、高齢福祉、介護保険、社会福祉協議会他介護予防に関連する各課、機関が集まり情報交換等しながら総合的に検討していく必 確実な介護予防の効果が得られる保健分野と福祉分野の一体的な事業展開が課題
	対象者を早期に把握するため地域民生委員等との連携が必要である。
	在介センターと保健部門との連携により介護予防の充実が図られることが必要
連携・情報システム	日常生活や健康を害する恐れのある者、(生活の破綻を防ぎ、生活を維持すること、破綻した者への生活の維持、改善、健康の保持、疾病の予防、疾病をもつ者への健康回復など)を把握することは、ある時点での調査のみでは不十分である。医療機関、保健所・保健センター、在宅ケアサービス機関、在宅介護支援センター等とネットワークを図る必要がある。それから地域と関係機関、行政との連携、またそれらの情報のシステム化等も、今後検討すべき課題である。
連携・役割分担	・在宅介護支援センターと保健所との連携・役割分担。

工夫

対象者の把握は直接市の事業に関係してくるので、当市で行っている「要介護老人調査」は実態把握のために非常に有効である。

保健部門は元気高齢者、福祉部門は虚弱高齢者を担当するという合意は明確にはなっていないが、当課では虚弱高齢者という立場をとっている。そのため、要介護認定を受けつつ、サービス利用に至っていない者を主な対象として介護予防につなげている。

健康な高齢者へのアプローチは難しいと思います。健康づくりという視点で継続していくことが必要と思います。敬老館・地区区民館等、保健相談所以外の施設ですでに介護予防教室を実践しています。

提案

- ・在宅介護支援センターを通じて地域への広報を行う
- ・市広報紙を通じて恒常的に福祉サービスや在介の活用等を掲載する
- ・現場では老人クラブとの連携や地域の方々の団体への啓発・支援を地道に展開していく
- ・各団体の代表者に対し、啓発を行う

本市では、在宅介護支援センターが中心となって介護予防事業を行っていますが、その活動の中だけでは、広く対象者を把握することは困難であるため、まずは(できれば)悉皆調査等により、高齢者の全体象を握った上で、介護予防が必要な対象者を、在宅介護支援センターにつなげられればと思います。またマスメディア(広報誌、TV等)による介護予防に関する情報提供(教室案内等)の工夫によりこちらから把握するだけでなく、対象者側から問い合わせがかかるような流れをつくる必要もあると考えます。

自治体内の福祉部門と保健部門の連携がキーワードになると思います。保健部門を主軸にして、介護予防を実施していくべきではないかと考えています。

今回のアンケートで考える「介護予防の対象者」イコール「健康増進」対象者とも考えられるのではないのでしょうか。従来の福祉・医療サービス受給者を受け身的に対象者をとらえてしまうと後追い予防になってしまうと考えます。

- 介護予防が必要な対象として
- 1 介護保険で自立を認定された人
  - 2 関係機関との連携(民生委員、在宅介護支援センター、医師会、老人クラブ、町会)
  - 3 各種介護予防事業の参加者(広報活動)

要望

プライバシーに関することが多いので把握方法に今後どのようにしていったらよいか何かよい考えがあれば示していただきたい。

各自治体において介護予防の対象者の把握方法に工夫されている点があればお聞かせ下さい  
他市における介護予防対象者の把握について、効果的なものがありましたらご教示下さい。

## 聞き取り調査

### B. 研究方法

前述の質問紙調査において連絡が可であり、かつ把握方法に関して工夫が見られたり、基盤が整っていたり、担当者の主観的な評価が高いレベルにある自治体に対して聞き取り調査を実施した。

聞き取りの内容は、以下の通りであった。

#### ①地域の概要

- ・人口・地勢 高齢化率 介護保険利用者数 その他

#### ②高齢者にかかわる体制の概要

- ・自治体内の体制および役割分担
- ・関連機関
- ・提供している介護予防サービス（内容・対象・提供主体）

#### ③介護予防対象者の把握システム

- ・現在のシステム開始時期 対象している把握数の概算 把握後のフロー 関与スタッフ
- ・具体的な把握方法と関係機関の役割

#### ④現在のシステム構築に至った経緯

#### ⑤成果と今後の課題

- ・成果
- ・課題

### C. 結果

船橋市、相模原市、倉敷市、鹿児島市、練馬区、北区に対してヒアリングを実施した。各々の詳細については、巻末に資料として添付した。

#### 1) 各市の把握システムの概況（表8）

##### ①船橋市

船橋市の把握システムは、ひとり暮らし

高齢者、および高齢世帯の訪問による悉皆調査の実施が中心的な把握経路である。訪問実施者はひとり暮らし高齢者は保健師が、高齢世帯は民生委員が行い、基準にもとづき「元気」「虚弱」「要援護」に振り分けを実施する。「虚弱」「要援護」に判別された対象については、主として保健師がヘルスアセスメントを実施し、アセスメントにもとづき各種機関やサービスにつなげる形態を取っている。

この把握は、平成15年の初回調査は市の健康増進課等をはじめとして市関連部署をあげての取り組みとして実施したが、今後は四半期毎に在宅介護支援センターを中心に行っていくシステムを構築する予定である。なお初回調査年度に関しては、事業規模が大きかったため、他事業の一部整理を必要とした。

##### ②相模原市

平成15年の現状においては、各主保健福祉サービスや事業からや、地域に19（うち1は基幹型）ある在宅介護支援センターに相談に訪れる人の中から対象者を把握していた。平成16年からはこれらに加え、満年齢70歳の高齢者全員に対して、郵送法による調査を実施するヘルスアセスメント事業が開始される。返却された結果は基準により3レベルに分け、特に「積極的な介入が必要」となった対象に対しては、その課題となった事項に応じて専門職が基本的には訪問ないし面接を実施した上で、介入を実施することになっている。アセスメ

ント票は国で示された B 票を基本にしつつ市が独自で開発したものであり、このアセスメント票と、その判定に応じたサービスメニューが系統的に整理されている。このアセスメントの企画は保健所の地域保健課が実施している。

### ③倉敷市

地域型在宅介護支援センター職員と調査員（市が雇用した 10 名）が介護保険認定者に対する訪問調査を実施している。調査には必要に応じて、民生委員、相談協力員、愛育委員などが同行する場合もある。平成 14 年は主として独居高齢者、15 年は高齢者夫婦の世帯に対する調査を実施した。調査実施後はコンピューターに入力し、個人毎の台帳を作成し記録管理を実施している。また、現状では在宅介護支援センター職員の判断により、事後の訪問活動等が実施されている。平成 16 年は継続して高齢者夫婦の調査を継続実施を予定している。なお企画の主体は高齢福祉課である。

### ④北区

介護保険未利用者のデータを介護保険課から提供を受け、訪問基準（① 75 歳以上 ② 単身 ③ 要支援または要介護 1 ④ 介護保険サービス未利用）に合致したものに対して、訪問保健指導員（看護職）が訪問してアセスメントを実施し、その後のフォローを決定するシステムである。評価を実施した結果、高齢者の対象の効果の出にくさ等が明らかになりつつある状況をふまえ、今後は対象を拡大することも検討されている。

### ⑤練馬区

平成 13 年「ひとりぐらし高齢者実態調査」、平成 14 年「ご用聞き福祉」、平成 15

年「高齢者見守りネットワーク」の構築として、虚弱高齢者や閉じこもりがちな高齢者の発見システムを形成してきている。平成 13 年、14 年の事業は連動しており、従来からある民生委員による実態調査の書式の一部を変更し、リスクのある高齢者をスクリーニングし、そのうち情報提供可否の同意欄に同意した人のなかで支援が必要と考えられた人に対して、在宅介護支援センターを中心にアセスメント等を行うものである。これは平成 13 年は実態調査で把握された自立度の低い対象、14 年は自立度がある程度高い対象に対して実施された。

「高齢者見守りネットワーク」は在宅介護支援センターを拠点として、民生委員、町会・自治会、老人クラブ等で活動する人々が連携し、ひとりぐらしの高齢者や高齢者世帯、閉じこもり高齢者等を見守り、何か変化を生じた高齢者がいたら在宅介護支援センターに連絡するシステムである。前述の実態調査で把握された見守りが必要な対象を中心に実施されている。なおこの実態調査は今後 3、4 年に一度実施してゆく予定である。

平成 16 年からは地域住民に対して東京都老人総合研究所の「お達者健診簡易版」を用いたスクリーニングを希望者に対して実施することが検討されている（詳細は未定）。

### ⑥鹿児島市

住民活動による把握を中心としたシステムである。保健センターが健康づくり推進員を養成し、その推進員が中心となり地域参加型機能訓練事業「お達者クラブ」を開設する。推進員は自分の地域の介護予防を要する高齢者を把握し、「お達者クラブ」への受診勧奨を行っている。クラブに登録

した人が2、3回出席がない場合は、機能訓練指導員が訪問している。推進員は地域の推薦を受けた人（町内会や老人会等）であり、保健センターが実施する養成講習を受講する。立ち上げの際には、保健師の援助を受けて推薦を受けた町内会等へ報告し、一緒にプログラムを検討してゆくことになっている。「お達者クラブ」は市に180ヶ所できている。

## 2) 現在のシステム構築に至った経緯

現在のシステム構築に至った経緯は、各自治体の背景により様々である。船橋市、相模原市、練馬区は、もともとの発案は担当者や関係部署からであったとしても、事業初期の時点でそれが自治体全体の取り組みとなり、プロジェクト形式で動いている。鹿児島市は部門で開始した事業がその広がりとともに行政内で認知されて行っていた。倉敷市、北区はどちらかといえば、鹿児島版に近い経緯で現在の活動に至っていた。

## 3) 成果と今後の課題

成果に関しては、まだシステムが立ち上がった段階であるため不明という自治体もあったが、大別すると、以下のような成果が得られていた。

- ①対象の把握
  - ②提供するケアの質の向上
  - ③自治体内の体制の変化
  - ④関係者一専門職・関係住民・高齢者の変化
  - ⑤関係者間の関係性の変化
  - ⑥機関の認知度の向上
  - ⑦活動の認知度の向上
- ①は直接的な効果である。  
②は把握に伴うアセスメントの実施によ

り、個別性の高いアセスメントが可能になった、というものであった。

③の自治体内の体制の変化も複数の自治体から述べられた。介護予防という観点から自治体内の各々の部署、あるいは機関の役割が明確になったり、その機関の介護予防に関する方向性が見えてくる、というものであった。

④をあげた自治体も複数みられた。専門職自身が介護予防の対する認識が向上した、というものや、住民が把握に関係している自治体は、その関係住民の予防に対する意識の強まりや自分たちの活動の意義についての認識が変化が生じている。また活動が知られることによって、高齢者自身の地域の介護予防の認知度の高まりを述べた自治体もあった。

③④とも関連して、⑤関係者間の関係性の変化（専門職同士、専門職と住民の関係の変化）、⑥機関の認知度の変化も複数の自治体で述べられた。これは介護予防が必要な対象者を把握するという活動を通し、関係者が互いのことをより深く理解しあう関係性が見られたり、「保健師や保健所がこんな活動をしているとは知らなかった」等、住民の中での変化が生じている。

また活動が広がるにつれて、活動が市長の話や議会の中で取り上げられたりしている自治体もあった。

述べられた課題は、以下のとおりであった。

### ①システム自体の改変の必要性

スクリーニングしている対象やフォローにつなげる対象の見直し、現在のシステムに加えてより地域全体のシステムとして行くためのネットワークや、住民による見守り体制を構築してゆくこと、あるいは、調査の方法に関して自治体内での調整をはか

るといったことがあげられていた。

#### ②システム稼働のための体制整備

現在あるシステムをより効果的に稼働させる上での課題である。これには部門間の連携強化や自体内各課の調整といった自治体内の体制整備にかかわること、各機関間の情報の共有方法の検討や情報の一元化といった情報管理にかかわること、職員のスキルアップ、職員の意識の共有の推進等の職員の資質にかかわること、そして住民に対して機関が認知されるようにすること等があった。

#### ③具体的なサービス開発

把握した対象にむけたサービスにかかわる内容である。語られた内容としては、把握された「虚弱」と考えられる対象にむけたサービスの整備のほか、その対象の状況が改善した場合に使えるサービスの整備が必要とあるということが聞かれた。

#### ④継続性の担保

これは住民がシステムに関与している自治体から聞かれた内容である。参加している住民が意欲を持続できるような継続的な研修システムの必要性や、また後継者の育成が述べられた。

#### ⑤評価

開始されたシステムの効果についての評価の実施である。

#### ⑥行政施策とのリンク

把握した対象のデータをサービスに結びつけるだけでなく、行政施策へとリンクさせるようなシステムが必要という内容であった。

### D. 考察

今回把握された把握方法のタイプは、網羅的という観点からは 1)スクリーニングの活用 2)住民組織との共同の2つに大別

された。練馬区のみを混合型とはしたが、スクリーニング型と類別した他の自治体においても、類似の住民組織等と共同した活動は存在している。また相模原市に特徴的に見られるように、従来保健分野や福祉分野が持っていた経路や介護保険課等との連携に基づく把握を基盤にしつつ、その上により系統的な方法を構築しようとしていることは言うまでもない。

地域に潜在する対象を把握しケアにつなげることは、例えば寝たきりや精神障害者の把握に見られるように従来も公衆衛生活動の中で行われてきていた。今回、見出されたスクリーニング方式、住民組織との共同活動とも公衆衛生の展開方法として過去にも実施されてきた方法である。そう考えると、この把握活動は決して「新しい」ものではない。過去各地域において用いられてきた地域保健領域での脳ノウハウが活用可能であると考えられた。

スクリーニングの活用と住民組織との共同それぞれには、利点と問題点が考えられる。利点を考えると、スクリーニング形式は対象とした集団に対しての網羅性はかなり高くなる。特に船橋市、倉敷市、北区で実施しているような訪問による把握であれば、確実性はかなり高い。ただし将来的にシステムの見直しはあると思われるものの、現状ではある一時点でのスクリーニングであり、その時は元気でもその後に状態が悪くなった対象の把握は難しいと考えられる。またあくまでも母集団とした対象のみを網羅的に実施することとなり、それ以外の住民に対するアプローチは難しい。住民組織との共同の利点は、スクリーニングとは逆で把握の即時性であろう。一時点での把握ではないため、状態が変化した時点でも早期に捉えられるという利点は大きい。

その一方で網羅性には若干疑問が残る点もある。とはいえ、鹿児島市のように市内180ヶ所に組織ができている場合はその点もかなり解消されるのかもしれない。しかしシステムを動かしているものが住民の意識や力量であることから、その住民の質によりシステムが左右されることは避けられないであろう。

以上のことから考えると、当然ながらスクリーニングと住民組織とは共同の双方が組み合わされた形が、現時点において最も望ましい形といえるのであろう。課題の中でも、時にスクリーニング型を取っている自治体からは、住民による見守り体制の構築等の必要性が述べられていた。双方の利点を持ったシステム構築が求められるところである。

把握方法自体は新しいものではないとはいえ、本研究対象が過去のものとは異なるのは、質問紙調査の自由記載の中でも多くみられたように、どのような対象がサービスに結びつけられるべき対象なのかが、寝たきりや精神障害者等と比較して見えにくいことであろう。各自治体でのフォローにつなげる対象像の違いはこのことを反映しているものと思われた。地域特性の違いもあることから、必ずしも全国的に統一した基準にもとづいた事業展開が必要とはいえないが、行政事業として展開するからには科学的な根拠に基づいていることも重要である。この推進のうえでは、科学的根拠にもとづいた基本となるような対象者像が提示されると同時に、課題にも述べられているように、今後各自治体が把握活動の評価を実施し、それにもとづいたより効果的効率的な対象把握システムの構築が望まれるところである。

## E. 結論

1) 人口30万人以上の自治体に対して、介護予防が必要な対象者の把握の方法について調査を実施した。

2) 系統的な把握に取り組んでいる自治体は多くはなかったが、自治体の介護予防を中心に行っている部署別にみると、在宅介護支援センター中心、あるいはいくつかの部署が共同している自治体が、把握のシステムの基盤の体制整備や主観的な把握状況に対する評価が高い状況にあった。

3) 主観的な把握状況に対する評価に強く関連していた基盤は「自治体内で介護予防が必要な対象像に対しての合意の有無」であった。

4) ヒアリング調査からは、スクリーニングの実施による把握と、住民組織と共同した把握の2つのタイプが見出された。

## 引用文献

1) 黒田研二、藤井博志編. 介護予防大作戦 地域で進める介護予防. 中央法規、2002, pp67-69.

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表8 中心となる対象者把握方法の概要

自治体名	船橋市	相模原市	倉敷市	北区	練馬区	鹿児島市
人口(人)	560,838	611,318	440,649	315,594	679,863	550,761
自治体の種別	中核市	中核市	中核市	特別区	特別区	中核市
把握のタイプ	スクリーニング型 (H16より本格実施)	スクリーニング型	スクリーニング型	スクリーニング型	混合型(スクリーニングと、地域の住民組織とのネットワーク事業)	住民組織型(保健師が養成した健康づくり推進員を核にした介護予防を目的とした組織180ヶ所)
スクリーニングの 際の母集団	ひとりぐらし高齢者・高年齢者世帯	70歳の人	ひとりぐらし高齢者・高年齢者世帯	介護保険未利用者で75歳以上、単身、要支援、要介護1の人	ひとりぐらし高齢者	
手段	訪問	郵送調査	訪問	訪問	訪問	
訪問実施者	市職員・民生委員		地域型在宅介護支援センター職員と調査員	訪問指導員(看護職)	民生委員	
実施間隔	4半期に1回	毎年	平成15年に回りきれない対象をフォロー中	毎月	スクリーニングは3,4年に1回実施予定	
フォローにつなげる対象	「元氣」「虚弱」「要援護」に判別されたもののうちの「虚弱」「要援護」に再度保健師がヘルスアセスメントを実施し、フォローを決定	「生活機能」「健康管理」「閉じこもり」「活力」「栄養」「体重管理」「転倒」の各々の観点をレベルA、B、Cに分け、レベルCは訪問を原則に介入	訪問者のアセスメントに基づき必要と思われた人	在支援師のアセスメントに基づく	調査時の回答で「少し具合が悪いが日常生活は何とかなできる」と回答した対象	住民が運営する「お達者クラブ」に、介護予防が必要なる人を参加勧奨。また登録した人が2、3回欠席した場合に機能訓練指導員が訪問
参加住民	民生委員				民生委員・町会・自治会・老人クラブ等	養成された健康づくり推進員・民生委員・町内会・老人会
その他	現状は市健康増進課が担っている部分が大きい。今後地域型在宅に移行予定	スクリーニング企画は保健所地域保健課が中心。基幹型1地域型18ある在宅への相談、保健所の事業を通じた相談、福祉事務所等の相談、介護保険課で自立と判定された対象の情報等の活用を基盤としている。	高齢者の状態像に応じたふり分けの体制を検討中。また将来的には民生委員調査との統一化を検討中	今後、対象拡大を検討中。特に年代幅を拡大?	H16年度からは、市民の希望者に対する老年候群のリスクチェックを検討中	全市的な活動として認知されている

自治体名 **船橋市**

自治体種別 中核市

## 1 地域の概要

### 1) 人口・地勢

①総人口：560,838 人（平成15年4月現在）

#### ②年齢3区分人口割合

年少人口： 13.4 %

生産年齢人口： 72.0 %

老年人口： 14.6 %

介護保険利用者数 要支援： 508

（平成15年3月末現在） 要介護1：1,774

要介護2：1,181

要介護3： 714

要介護4： 592

要介護5： 471

居宅 5,240 人 施設 1,662 人

計 6,902 人

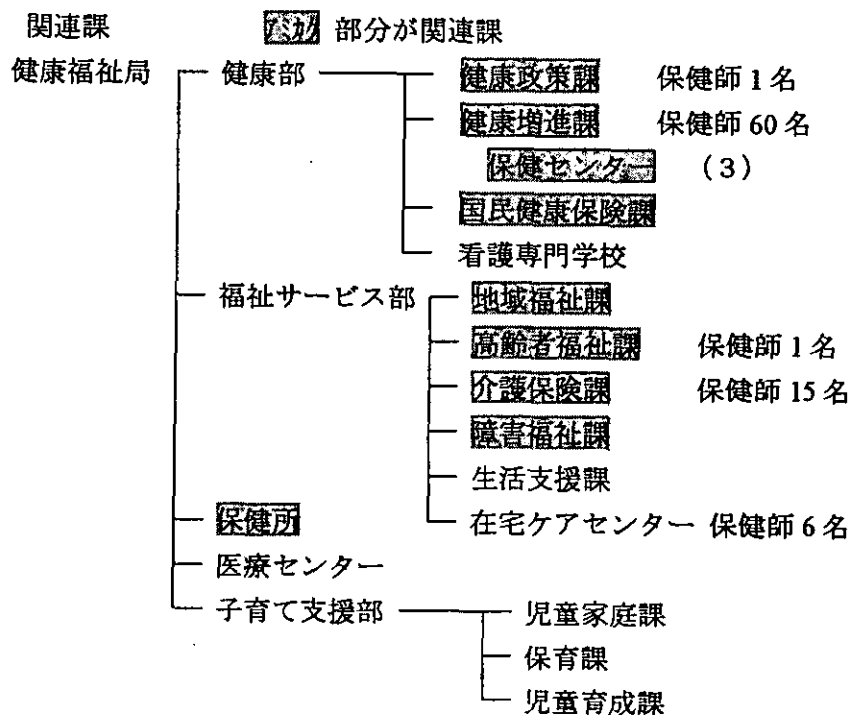
③世帯数： 226,748 世帯

④面積： 85.64 Km<sup>2</sup>

⑤地域の特徴：県都千葉市に次ぐ、第2の人口を擁している。土地はおおむね平坦で北部は緑に覆われ、市街地との中間地は宅地開発が盛んである。そのため東京都からの人口流入が著しく、急激な人口増加をきたしている。

### 2) 高齢者にかかわる体制の概要

#### ①自治体内の体制





②関連機関の状況

在宅介護支援センター（基幹型 1 ー保健師 6 名・地域型 24）

社会福祉協議会（地区社協 23）

③介護予防として提供しているサービス

事業名	対象	内容・開催頻度	提供主体	協力機関
転ばないための健康講座	転倒不安・転倒経験のある 60 歳以上の者	・運動機能チェック ・転ばない体力づくり ・転ばない環境尽くの 4 回/1 コース× 3/年	市職員 (PHN.PT)	医師会
戸外に出よう会	虚弱高齢者 身体障害者で閉じこもりがちな人	・あそびりテーション ・創作活動 ・施設見学 2 回/ × 12 ヶ月	市職員 (PHN.PT. 栄)	住民ボランティア
地区リハ	閉じこもり、虚弱高齢者	・あそびりテーション ・運動訓練 ・健康チェック 1 回/月× 23 区	市職員 (PHN.PT. 栄)	地区社協 住民ボランティア
自立判定者のデイサービス事業	介護保険で「自立」の判定だが日常生活に支障がある高齢者	左記対象者に対し、日帰り入浴、食事などのサービスを提供する。 平成 14 年度 利用者 11 人 延利用回数 618 回		市内にデイサービスセンターを設置している社会福祉法人に委託
生活支援型ホームヘルパー派遣事業	介護保険で「自立」の判定だが日常生活で手助けが必要な高齢者	ヘルパーを派遣し、主に食事の支度、買い物、掃除、洗濯等を行う。 平成 14 年度 利用者 36 人 延利用回数 1348 回		(財)船橋市福祉サービス公社に業務委託。
はり・きゅう等助成事業	市内に居住する 65 才以上の高齢者	施術が必要な方に対し、助成券を交付し、費用の負担軽減を図る。 助成内容：1 枚につき 1,000 円、年間 12 枚 平成 14 年度交付者数 4,622 人、 利用枚数 46,225 枚		市で指定した施術者で助成券を利用した場合、1,000 円割引となる。
無料入浴券交付事業	地域との交流に乏しいひとり暮らしの 65 才以上の高齢者	公衆浴場を無料で利用できる入浴券を交付する。(年間 60 枚/1 人) 平成 14 年度交付者数 1,987 人 利用枚数 121,964 枚		無料入浴券の交付事務について、民生委員の協力を得て実施。市と契約している浴場において、利用可能。

地区健康相談	一般市民	血圧測定、検尿 H14 60回/年 保健、栄養、口腔に関する相談	市職員 (PHN.栄.DM)	公民館 自治会 老人会
地区健康教育	一般市民	生活習慣病予防、転倒、 骨そしょう症等、地区の状況にあ わせて実施。H14 271回/年	市職員 (PHN. 栄.DM.PT)	地区社協 自治 会 老人会 民生委員
家庭訪問事業	主に介護が必要 な成人・虚弱高 齢者	個々人に応じたサービスのコーデ ィネイトを実施 H14 6853人/年	市職員 (PHN. 栄.DM.PT)	民生委員

## 2 介護予防対象者の把握システム

### 1) 概要

現在のシステム開始時期：2003年より開始

把握している対象者数：概算 3,600人/年間—第一回の結果では全体の6%

把握のフロー：別表（ひとり暮らし高齢者・高齢者のみ世帯の状況把握と支援体制）のとおり

関与スタッフ：下記のとおり

### 2) 具体的な把握方法 関係機関の役割

介護保険受給者を除く 65歳以上のひとり暮らし高齢者、高齢者のみ世帯を前者は民生委員、後者は保健師等の専門職、および健康福祉局の事務員が訪問し、スクリーニングを実施する。

この訪問把握は新たに加わった対象者に対しては4半期毎に実施してゆく。

スクリーニングには専門職・民生委員共通の個人記録票を用いる。

住民への周知は市広報掲載、ちらしによって行われる。

#### 事後フォロー体制

個別支援として把握した高齢者を「元気」「虚弱」「要援護」の3グループに分け必要なフォローを実施する。中でも「虚弱」「要援護」の人々には改めて保健師が家庭訪問し、アセスメントのうえ、支援計画を本人とともに作成・支援してゆく。

「要援護」者については、基幹型・地域型在宅介護支援センターと連携をとり、必要に応じて介護保険の活用に向ける。「虚弱」者に関しては、必要な福祉サービスを提供しつつ、地域ケアチームや民生委員等地区組織との協働で、また地区社協で行われているミニデイサービスや生き生きサロン等への参加を促す。

#### 「元気」「虚弱」「要援護」区分\*（文章末に詳細な区分を記述）

「元気」：日常生活は自立しており、1人で交通機関を利用して外出することができる

「虚弱」：日常生活は自立しており、1人で隣近所なら外出することができる

「要援護」：家の中での生活はおおむね自立しているが、外出は介助が必要

#### 「虚弱」「要援護」者に対するアセスメント

厚生科学研究所発刊のヘルスアセスメントマニュアルの項目を基本として（生活機能アセスメント、転倒アセスメント、閉じこもりアセスメント、口腔衛生状態）、保健師が家庭訪問を行い実施。

### 3) 現在のシステム構築に至った経緯

当該システムが開始される以前においても、本市においては虚弱高齢者の支援には力を入れており、中でもリスクが高いと考えられる独居高齢者 5,000 人に対する支援は、健康増進課保健師、在宅介護支援センター、民生委員により提供されていた。しかし、実際に把握している数と、電算による算出数にはギャップがみられた。

またこれに加えて訪問してみると亡くなっていた高齢者がいたこと、高齢者のケアにより国保財政、介護保険財政の問題、本当に必要な対象に必要なサービスが提供されているのかなどの行政サービスの見直しが迫られていた。

そのような中、平成 15 年の高齢者保健・福祉計画を見直すにあたって平成 14 年に高齢者に対するアンケート調査を実施した所、介護保険や福祉サービスを知らない人が 8 割であり、サービスが必要な対象者が潜在化していることが考えられた。そのための対策として考えられたのが、訪問による全数把握である。

たまたま 2002 年に船橋市で小児虐待の事件が取り上げられた。事件自体は残念なことではあったが、これは「潜在化しているニーズの顕在化」の必要性に対する市の姿勢には影響を与えた。

また予防活動に対して理解が深かった局長の支持も得、局長の指示により、平成 14 年秋頃、「ひとり暮らし高齢者」「高齢者のみの世帯」全数把握を高齢者関係課をあげて取り組むこととなり、準備が開始された。

実際の訪問は前述したように民生委員、健康福祉局事務職員も含めた市職員によって行われることとなったが、民生委員との調整には、市職員が数回の会議を民生委員リーダーと持ち、高齢者の現状認識を深めてもらうとともに、協力を要請する働きかけを行った。民生委員の中には相当数の高齢者をフォローしているという自負により必要性を疑問視したり、行政に使われるだけではといった声も聞かれたが、頻回の話し合いと、調査の結果は必ず民生委員の地区活動に役立つような形で返す、という合意等ができたことにより、民生委員リーダーの理解が得られた。このプロセスの中では、関係課課長、部長・局長が説明に回ってくれたことも後押しとなった。

また庁内においても、家庭訪問等実施したことのない事務職員に対する教育活動が行われるとともに、民生委員用訪問マニュアル、スタッフ用訪問マニュアル等の作成、当該事業の実施のための既存事業の見直しを行い、一部事業の縮小等（健康教育系事業 1 / 3 削減等）も行われた。庁内においては家庭訪問の技術の伝達もさることながら、事業の必要性に関しての共通認識、理解を得ることに対して最も労力が注がれた。また事業の縮小に対して、地域住民・議員からの継続の要望に対する対応等も平行して行われていった。

なお平成 15 年 3 月に策定された高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の中に虚弱高齢者についての章の中で「市内全域において実態調査を行い、データの集積・システム化を図る」という内容が述べられていたことも、推進の根拠となった。

### 3 成果と今後の課題

#### 1) 成果

- ・対象者の把握

新たなアセスメント対象者 2,388 名が把握された。

この対象は保健師のアセスメントにより、今後のフォロー体制が決定された。

(元気高齢者として判定されたもの、在宅介護支援センターケース、福祉サービスを提供したケース、介護保険活用につなげたケース、健康増進課が継続フォローするケース等)

- ・民生委員の意識の変化

民生委員リーダーの中から「このように状態が悪くなる以前に把握して、ならないようにするのが本来の民生委員の役目だ」といった発言が聞かれるようになるとともに、関係性が良くなった。

- ・各民生委員毎との関係性の変化

各民生委員毎の地区対象者の結果リストを戻したところ、「このようなデータが欲しかった」「保健師と共有できるデータである」として喜ばれた。

- ・関係課職員の意識の変化

調査にかかわる中で、健康を維持するためには「予防」が大切であるという発言を行う職員がみられるようになった。

#### 2) 今後の課題

- ・データの活用の施策化

- ・在宅介護支援センターの機能の強化

現状において、対象者の把握、アセスメント、フォローの中心は、市の健康増進課が中心となって担っている部分が多いが、今後は在宅介護支援センターにこの機能を移していくことを検討したい。

- ・行政内での役割分担の明確化の推進

介護予防事業の推進は、市の高齢者施策全体と関連のある事項である。介護保険課、保健所、保健センターと、健康増進課との役割、他課との役割分担も含め、よりよい包括的な組織体制、保健師配置等の考慮が必要

- ・情報の一元化

本事業で把握された高齢者の情報は、現在電算化する準備中である。情報が一元化され、地域個人のニーズアセスメント等に活用できるようにしてゆく。

- ・職員の意識の共有化の推進

「予防」の必要性に対する職員の意識、及び技術の向上を今以上に図ってゆくこと

- ・72%「元気」高齢者の維持・増進の対策。

#### 【参考資料】

- ・公衆衛生情報 2003.9 p60-61

- ・船橋市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画 平成 15 年 3 月

### 元気、虚弱、要援護の3区分

#### ○元気

- ・日常生活において基本的動作（食事・排泄・入浴・更衣・外出等）および生活を機能していくための手段（日用品を買いに行ける・食事が作れる等）すべてに自立している。
- ・又、外出には、自転車・車・バス・電車を利用して出来る。
- ・目的地は問わない。
- ・必ずしもこの条件に該当しなくてもよい。日常生活上、他者の支援は必要なく、総合的に把握者が「元気」と判断した場合は「元気」と記入してよい。

#### ○虚弱

- ・日常生活において基本的動作は自立している。しかし、生活を機能していくための手段において、何とかできているが、一人での遠出は出来ず、行動範囲は狭い。隣近所には出 かけられる。
- ・必ずしもこの条件に該当しなくてもよい。日常生活は何とかが行えているものの、他者からの見守りの支援が必要で、総合的に把握者が「虚弱」と判断した場合は「虚弱」と記入してよい。

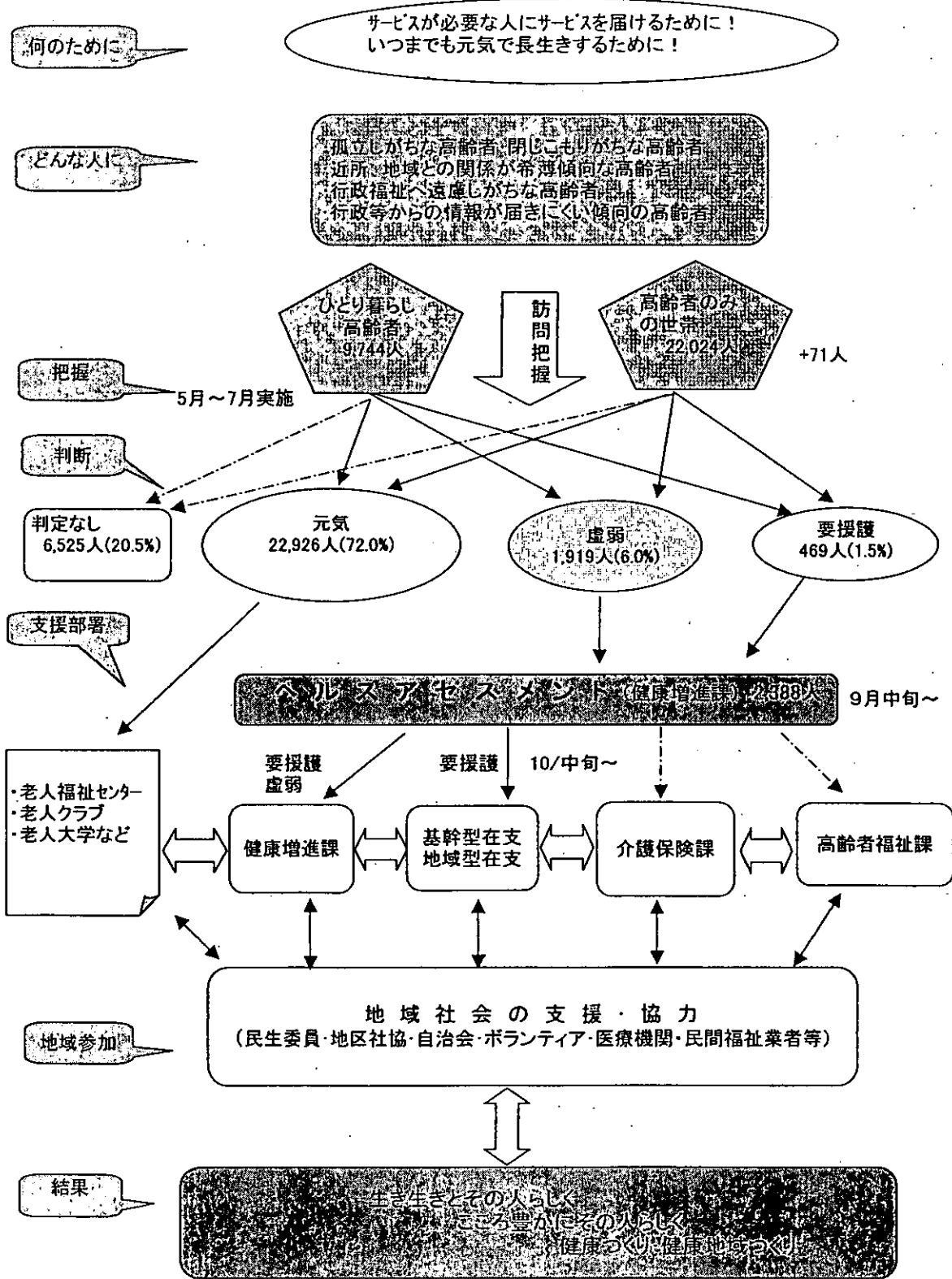
#### ○要援護

- ・日常生活において基本的動作は自立している。しかし生活を機能していくための段において出来ないことが多く、何らかのサービスが必要。
- ・一人での外出に不安があり、付添又は、介助が必要。

※ 日常生活における基本的動作（食事・排泄・入浴・外出・更衣等）が出来ない状態は、要援護状態にある。

# ひとり暮らし高齢者・高齢者のみの世帯の状況把握と支援体制

H15.12.2



## ひとり暮らし高齢者・高齢者のみの世帯の

### 状況把握及び事後フォロー体制

健康増進課 H15年4月

**主旨：**必要なサービスを必要な高齢者に届けるため、特に孤立しがちで、また、行政情報が届きにくい可能性の高い「ひとり暮らし高齢者」及び「高齢者のみの世帯」を対象として、健康状態や生活状態等を把握したうえで、必要に応じ、介護保険制度の活用や介護予防活動への参加を促す等、個々の実態に沿って保健指導の充実強化に努める。

**対象者及び期間：**（平成15年4月1日現在の住民基本台帳から）

（介護保険受給者、家族と同居している人を除いた数）

① 平成15年4月1日時点で、65歳以上のひとり暮らし高齢者、9,744人

H15年5月～7月に実施・・・民生委員に協力依頼

（この内、生活保護受給者490人については生活支援課が担当）

② 平成15年4月1日時点で、65才以上の高齢者のみの世帯11,490世帯

H15年5月～7月に実施・・・健康福祉局職員で対応（22,024人）

（この内、生活保護受給者107人（60世帯）については生活支援課が担当）

③4月2日以降に65歳になった人及び転入者に対しては、「ひとり暮らし高齢者」「高齢者のみの世帯」共4半期毎に約300人ずつ訪問把握していく

H15年度は、10月（2期分まとめて）、16年1月、4月の3回

H16年度からは7月、10月、翌年の1月、4月の4回

**方法：**家庭訪問により状況を見聞きした上で個人記録票に記入する。

**周知方法：**広報掲載、ちらし

**事後フォロー体制：**把握した高齢者に対して「元気」「虚弱」「要援護」の3つのグループに分け必要なフォローをするが、「虚弱」「要援護」の人々には改めて保健師が家庭訪問し、アセスメントの上、支援計画を本人と共に作成・支援していく。特に「要援護」者については、基幹型・地域型在宅介護支援センターと連携を持ち必要に応じ介護保険の活用に向ける。また、「虚弱」者については、必要な福祉サービスを提供しつつ、地域ケアチームや民生委員等地区組織との協働で、また、地区社協で行われているミニデイサービスや生き生きサロン等への参加を促す等、介護予防活動に努める。

II. フォロー体制(H15年度悉皆調査後の要援護高齢者分担表)

H15.9.30

健康状態		
虚弱者		健康増進課
要 援 護 要 求 者	医療面で問題あり 未受診で受療援助が必用	健康増進課
	病状が不安定で医療管理が必用	
	痴呆等により複数の関係機関が関わる ことで、混乱をする場合	
生活面で問題あり	その原因が精神疾患によるもので、医療を必要とするもの	健康増進課
介護保険適用	基本的な説明で本人・家族が申請できる	健康増進課
	制度の理解は一応出来るが、実際の申請行為などに不安があるケース	必用時健康増進課
	介護保険適応と判断されるが、拒否傾向があり、関りに時間がかかると予測されるもの	

再アセスメント後に「要援護」と判断した場合は、全部、在宅介護支援センターに連携します。

ただし、上記表の問題点がある場合はその区分に従って、連携してください。



## 1 地域の概要

## 1) 人口・地勢

①総人口：616,355 人（平成15年4月1日現在）

## ②年齢3区分人口割合

年少人口： 14.5 %

生産年齢人口： 72.8 %

老年人口： 12.6%

介護保険認定者数 要支援 : 1,238

要介護1 : 3,590

要介護2 : 1,763

要介護3 : 1,285

要介護4 : 1,390

要介護5 : 1,329 (平成16年1月末日現在)

③世帯数： 243,682 世帯

④面積： 90.41 Km<sup>2</sup>

⑤地域の特徴：北東側を東京都に接する神奈川県北部に位置する。地形的にはゆるやかな勾配のある地域である。東京から40kmという地理的条件のために、住民は東京へ通勤する者も多く、人口流入も続いている。平均年齢は約38歳という「若い」市である。

東京のベッドタウン的な機能と同時に、昭和30年に「工場誘致条例」を制定し、工場誘致を進めた結果、電気機械、金属製品といった組立加工型工業等を中心とした内陸工業都市としての顔を持つ。

平成16年度 市長施策の方針の中で、施策の大要のひとつとして、「学びあい あたたかさのある福祉文化都市をめざして」、その具体的な施策に「市民総ぐるみ健康づくり」「ともに支えあう福祉社会の実現」「豊かな心をはぐくむ教育の推進」「市民文化の創造」「世界とともに生きる地域社会の実現」「人権尊重のまちづくりと男女参画社会の形成」の6つの柱が立てられている。

その柱の一つである「市民総ぐるみ健康づくり」の取り組みについては、相模原市が平成12年に『さがみはら健康都市宣言』を行い、その理念に基づき、『相模原市保健医療計画～みんな元気「さがみはら健康プラン21」』を策定し、市民の健康増進事業が展開されてきている中で、さらに一層、市民の健康づくりを進めるために、平成15年から、個人、家庭、地域社会が一体となった生涯にわたる「市民総ぐるみ健康づくり運動」に重点的に進めてきている。

平成16年度からはこの取り組みを一層充実させるとともに、生活習慣病の予防や介護予防などをもとにした健康度評価事業の実施等が重点とされている。また同様に「ともに支えあう福祉社会の実現」の中では「地域福祉計画」の策定、「第2期高齢者保健福祉計画」に基づく施策の充実等が掲げられている。介護予防の推進に関しては、この「第2期高齢者保健福祉計画」と『相模原市保健医療計画～みんな元気「さがみはら健康プラン21」』に基づいて推進されている。

## 2) 高齢者にかかわる体制の概要 自治体内 資料①

このうち、特に介護予防と関連が深い部署は、

- ・ 地域福祉課 福祉の推進等に関すること
- ・ 保健福祉総合相談課 保健・福祉に関わる相談、保健福祉サービスの決定及び調整、基幹型在宅介護支援センターの運営に関すること
- ・ 高齢者福祉課 高齢者福祉の推進、生きがづくり等に関すること
- ・ 介護保険課 介護保険の推進、認定等に関すること
- ・ 福祉事務所 高齢者への各種援護サービス等に関すること
- ・ 保健所 地域保健課(成人保健企画班) 成人および高齢者保健活動にかかわる企画・推進等に関すること
- ・ 保健所 中央保健センター 成人および高齢者にかかわる健康教育・健康相談・訪問指導・機能訓練・地区活動等の実施に関すること

### ①関連機関の状況

在宅介護支援センター(基幹型在宅介護支援センター1箇所のほか、地域に18箇所の在宅介護支援センターあり)

社会福祉協議会(市社会福祉協議会と、地域に18箇所の地区社会福祉協議会あり)

### ②介護予防として提供しているサービス

資料②

## 2 介護予防対象者の把握システム(体制)

### 1) 高齢者支援のネットワーク体制

資料③(「第2期高齢者保険福祉計画」より抜粋)

### 2) 主な把握体制

介護予防対象者の把握は、保健センター、在宅介護支援センター、福祉事務所、介護保険課などで行われている。

### 3) 把握概要

①現在のシステム開始時期：平成12年開始(保健所政令市移管、介護保険法導入、総合相談窓口・在宅介護支援センター等の体制整備による)

#### ②事業概要

[在宅介護支援センター関係]

地域における身近な相談窓口で各種総合相談や高齢者の実態把握、サービス調整等の個別支援と家族介護教室や地域住民グループ支援などの地域支援を行っている。

[保健所関係]

高齢者の状況に応じた保健師・理学療法士・栄養士・歯科衛生士等専門職による事業の実施職による各種高齢者関連事業の実施

[福祉事務所・保健福祉総合相談窓口]

介護保険対象者以外の福祉サービスの相談・申請などを実施。必要時在宅介護支援センターと連携。

#### [介護保険課]

介護保険認定で自立と判定された高齢者を介護予防サービスにつなげるために保健センター等と連携

- ③ その他関与スタッフ：民生委員、ボランティア、社会福祉協議会、ケアマネージャー その他関係機関

現在は、本人・家族からの申し出や介護サービス事業者、病院や関連機関等からの連絡で介護予防対象者を把握し、状況に応じて上記機関等が必要なサービスの提供を行っている。

平成16年度からは保健センターで「ヘルスアセスメント事業」を開始し、住民全体に網をかけ、対象者把握を実施することとなっており、そこで介入が必要と判断された対象者に対しては、保健・福祉の各部門が必要なサービスを提供する事になっている。

また、地域の在宅介護支援センターにおいても「地域ケア会議」等を実施することで、地域のネットワークの強化を図る。

#### 【平成16年からの状況 「ヘルスアセスメント事業の開始」】

現状のシステムは本人や家族などからの申し出による受身でのシステムであったため、平成16年度からヘルスアセスメント事業を開始し、系統的な把握を実施することとなった。

これは、70歳以上の市在住の高齢者全員に対して、郵送にて質問票を送付し、その結果をアセスメントして、特に専門職がかかわる必要性が高いとされた対象に対して積極的な介入を行おうとするものである。介入は結果の返送とともに専門職が電話連絡等の手段によりコンタクトをとり、訪問や面接等の手段によって、サービス提供につなげてゆく。積極的な介入までは必要がないとされた対象に対しても、郵送による結果返却時にそれぞれの生活状況に応じた日常生活のアドバイスを行う。

対象を把握する視点は、国がヘルスアセスメント事業のB票を参考にしつつ相模原市が独自で開発したものである。具体的には介護予防の介入が必要と考えられる対象像を〈生活機能低下〉〈閉じこもり〉〈転倒・体力低下〉〈食生活〉〈活力〉〈健康管理〉〈体重管理〉〈日常生活〉の各々の観点から評価し、介護予防サービスにつなげようとするものである。

平成14.15年度に試行が行われているが、平成16年度は5000名の対象に対してアセスメント票が発送され、積極的な介入が必要な対象が約500名把握されると試算されている。

#### 3) 現在のシステム構築に至った経緯

これまで様々な方向から介護予防事業を行ってきたが、対象者の把握などが受身のシステムであったため充分とは言えず、今後の急激な高齢化や介護保険費・医療費等の高騰などの背景を受け、早期の介入が有効である虚弱高齢者に積極的に関わることで根本的に介護予防の関わりを見直すために、平成16年度よりヘルスアセスメント事業を開始す

ることとなっている。

### 3 成果と今後の課題

#### 1) 成果

- ・ヘルスアセスメント事業の試行により、介護予防の介入が必要な対象に対するシステムや受け皿事業の体制整備が図られた。
- ・在宅介護支援センター等の機関が地域に定着してきている。

#### 2) 今後の課題

##### 実態把握

- ・ヘルスアセスメント事業の円滑な運用と評価 本格実施は平成16年度からであり、その円滑な運用およびその評価計画立案が課題となっている。
- ・介護予防の受け皿の充実：ヘルスアセスメント事業の開始により、介護予防事業の関わりが必要な対象が積極的に発掘されるために、より一層の受け皿事業の充実が必要である。
- ・地域も含めたチームで関われるネットワークの構築 個々の支援や地域福祉の取り組みなど、保健・福祉・介護等の関係機関と地域住民がチームで高齢者等の関係機関と地域住民がチームで高齢者等を支えるしくみづくり。

#### 【参考資料】

相模原市ホームページ