

介護から要支援へ) という働きかけを介護保険事業者の役割りと限定するのではなく、地域活動の中に組み込むことは、本来の自立支援としての介護予防に必須である。研究班の先駆的事例の中で、決して多くのケースではないが、効果的な支援によって、要介護状態から要支援に、さらに自立へと状態が改善していく高齢者の報告があり、介護予防のもつとも目指す姿である。このような好ましい変化を示す高齢者の姿を地域で実際に見ることは、要支援・要介護の状態にいる高齢者の目標となり、自分の可能性への自信ともなる。さらに、その人達を支える地域活動の担い手や職員の励みともなる。また、単に悪化予防を目指した介護予防活動では、すでに要介護状態となった高齢者が、介護予防活動の対象から抜け落ちてしまうという大きな課題を残すこととなる。従って、介護予防のイメージは、より自立支援の方向を明確とした図2と捉え、事業展開においてもベクトルC, Dの働きかけを組み込むことが必要である。

図1 介護予防のベクトル I

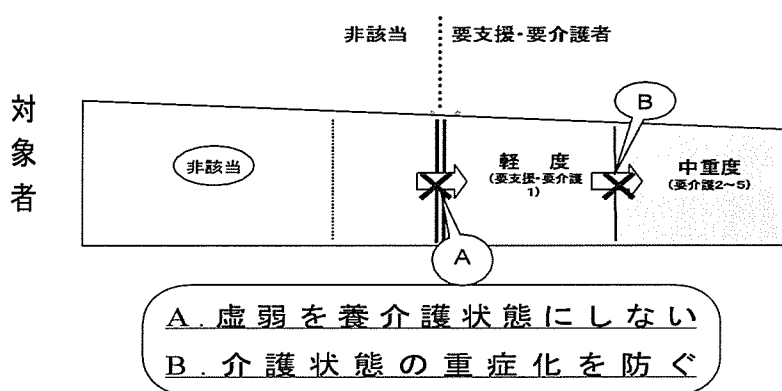
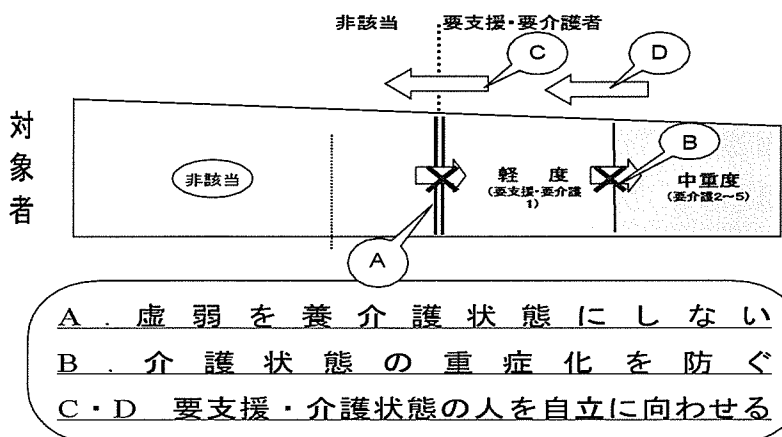


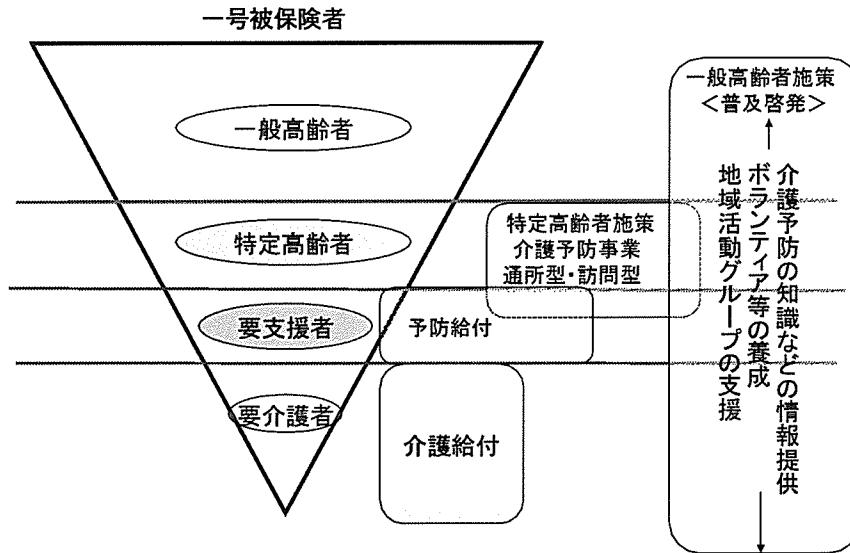
図2 介護予防のベクトル II



2) 介護保険事業と地域支援事業の関係性の整理

介護保険というサービス給付のシステムと地域づくりを通じて介護予防を推進する地域支援事業では、その役割を異にする。ある意味では、違いを明確にすることで、相互に補完し、高齢者の自立支援に効果的にアプローチができるという認識を持つことが重要である。まず、介護保険の制度理解であるが、要介護度は、その人の介護に必要なサービスの中で、保険で利用できるサービスコストの上限を規定したものであり、介護保険という現物給付の保険制度運営上必要な仕組みである。しかし、この介護度認定という仕組みが、高齢者介護のあり方にあまりにも大きな影響を及ぼすことのマイナス面もある。たとえば、認定を受けた要介護度がその高齢者の既得権であるかの様に捉えられ、要介護度が軽減することが喜ばれないなどもその例であり、結果として要支援者の増加につながった面もある。介護予防との関連では、要介護度は給付のためのランクに過ぎないのに、あたかも高齢者介護全体を規定しているように受け止めることで、介護予防事業の展開の足かせになってしまっている傾向がある。つまり、介護予防の推進においても、介護保険必要度（自立、要支援、要介護か）を絶対的なものとして対策を立ててしまっているという現状である。具体的には、一般高齢者対策（自立高齢者向け）、特定高齢者施策（虚弱高齢者向け）、予防給付（要支援者向け）、介護給付（要介護者向け）と地域の高齢者を輪切りにして介護予防に取り組んでいる。しかしながら、多くの高齢者は、徐々にではあるが加齢とともに必要とする介護の量は増え介護度が進行する一方、効果的な支援によって、要介護状態から、要支援に、さらに自立へと状態が変化する可能性があり、介護予防のもっとも目指す姿である。つまり、多くの高齢者は、この二方向の変化を日・月・年の単位で、くりかえしており、高齢者の介護の必要度の状況は実際には固定化されたものではなく、常に変化していると捉えるべきである。介護予防の働きかけとは、この変化を少しでも自立の方向に導くことであり、そのため、各事業が連携しなければ効果的アプローチができない。それにもかかわらず、全く関連無く各事業が展開されている自治体もある。先駆的事例の中で、効果的な介護予防事業の展開を行っている自治体では、地域支援事業では、地域の高齢者全体を視野入れた対策を立てることで、要介護度に縛られない施策展開を行っている。そのような視点から、介護予防を重視したシステムとしての介護保険と地域支援事業の事業間の関係性を図3に整理して示した。特に重要なのは、介護度に関わりなく地域の高齢者の介護予防を一般高齢者施策で全体をカバーすることである。また、特定高齢者施策については、自治体の判断であるが、一般高齢者施策との連携を重視して、一体のものとして行うこともあれば、予防給付との連携重視で行うことも可能である。さらに、予防給付、介護給付の利用者への介護予防の働きかけとして、地域支援事業の一般高齢者施策を有効に使うこともできる。そのような一般高齢者施策の捉え方をすると、地域の高齢者を地域で支える『地域づくりを基本とした介護予防事業』を推進する中心施策として位置づけることができることになる。

図3 介護予防重視システムの構造



3) 地域支援事業と予防給付の関係性

実際の事業展開において、地域支援事業と予防給付とはさらに密接な連携が不可欠である。そのため、今回の法改正で、一貫性・連続性のある介護予防システムとするために「地域包括ケアマネジメント」を地域包括支援センターが担うこととなったと考えられる。しかしながら、図4 Iのように、特定高齢者は地域支援事業、要支援者は新予防給付と完全に区切ってしまいうイメージでは、一貫性・連続性のある介護予防事業展開は困難である。例えば、要支援の高齢者が効果的な新予防給付サービスを利用して、自立となった時、どうすればスムーズに地域支援事業に移行できるかは大きな課題である。先駆的自治体においても、要支援高齢者の自立後の受け皿が十分でないと、機能的には自立判定可能事例であっても、介護認定上は自立判定ができなかったという報告もある。従って、自立となった高齢者の地域受け皿としての機能を地域支援事業がもつ必要がある。また、予防給付の通所サービスを利用する高齢者にとっては、その施設通所が社会参加の場であり、唯一の家族以外の他者との交流の場となっている場合もある。その場合には、予防給付のサービスを受けている高齢者が、地域支援事業の場に参加することで、地域の関係性を再構築し、安心して、地域支援事業に移行してもらうというような配慮も必要である。従って、地域支援事業と新予防給付との関係性は、図4ではなく、図5 IIのように、地域支援事業は、自立から要支援、要介護の一部までも含めた高齢者を対象と考えるべきである。つまり、地域支援事業の場は、介護度に関係なく住み慣れた地域で、地域とのつながりを保って自立生活を高齢者が送るための拠点となる必要がある。勿論、国指導でも、18年度途中からは、地域支援事業におけ

る一般高齢者事業と特定高齢者事業の連携、同一場所での実施なども進められており、介護認定を受けている高齢者であっても、一般高齢者施策事業であれば参加することは支障がないことから、図5Ⅱのようなイメージでの地域支援事業を一般高齢者施策事業中心に展開することが可能である。

図4 地域支援事業と新予防給付(Ⅰ)

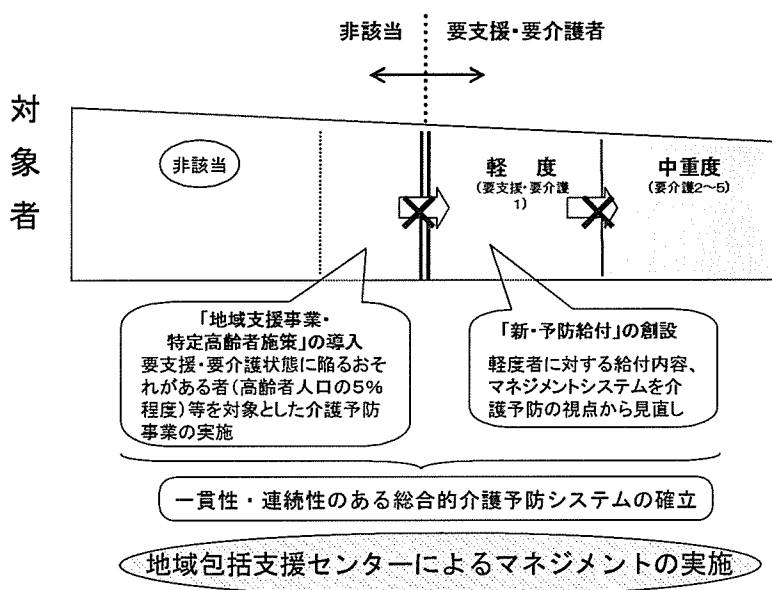
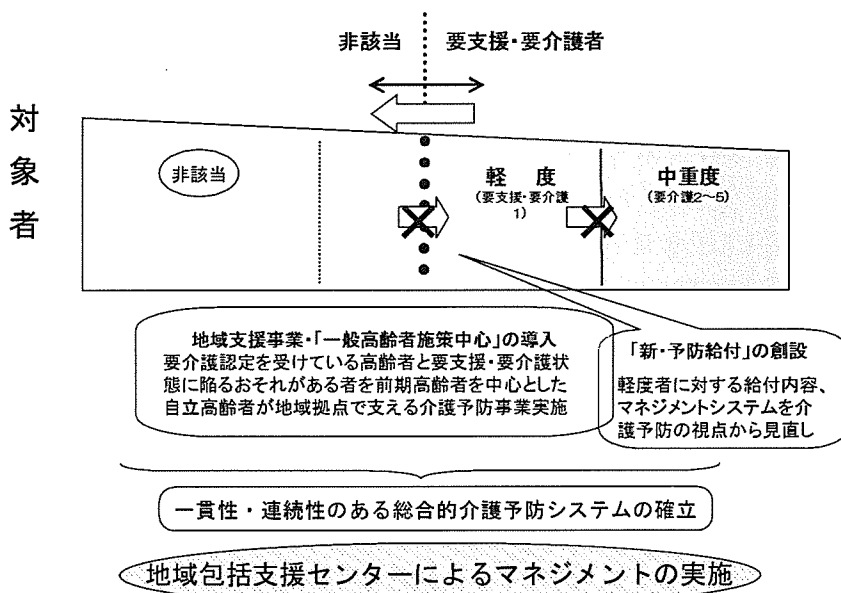


図5 地域支援事業と新予防給付(Ⅱ)



4) 地域リハビリテーションの視点での地域支援事業の捉え方

高齢者の自立を支援するという点で、介護予防と地域リハビリテーションとは目指すものが同じであり、地域リハビリテーションの視点を地域支援事業に取り入れることが可能である。その視点とは、第一に「住み慣れた地域での支援」である。つまり、地域支援事業でも、住み慣れた地域での生活を継続するための支援であることが重要である。具体的には、事業展開をするに当たって、出来るだけ住まいの近くで、小学校区単位や町内会の単位で行われることが望まれる。そして、その活動を地域住民が支え、活動を通じて参加者の交流が図られ、地域生活での支えあいになる活動を目指していることが最も重要である。第二は「病院、施設(入所、通所)、訪問サービスも含めた地域」である。病院や施設は往々にして地域に含まれない(対立的概念として捉えられる)ことがあるが、地域リハビリテーションでは、病院も施設も地域のリハビリテーション資源の一部と捉えている。つまり、病院に入院していたり、介護保険施設に入所していたり、介護保険のサービスを利用している高齢者も介護予防の対象と考えることが必要である。さらには、これらの病院や施設、介護保険サービスも介護予防を担う資源と捉え、協同して地域支援事業に取り組むような働きかけが大切である。それらのことは、特定高齢者把握の手法として、健診より、医療機関や地域関係機関、住民からの紹介によることが効果的であり、これらの機関との連携強化がうたわれていることとも一致した視点である。このように、地域リハビリテーションでは、地域で生活する全ての高齢者や障害者を地域活動の中で支える視点を持っており、介護予防活動の参考になる部分を多く持っている。

3. 一般高齢者施策と特定高齢者施策

1) ポピュレーションアプローチ (PA と略) とハイリスクアプローチ (HA と略)

地域支援における「特定高齢者施策」と「一般高齢者施策」は、ハイリスクアプローチ (HA) とポピュレーションアプローチ (PA) を取り入れたものと考えられる。「健康日本21」でもとりいれられ、健康政策として日本でも定着しつつある考え方である。では、「介護予防」においてこの考え方は当てはめる場合にどのような点を配慮すべきかが重要である。まず、高齢者の介護の必要性を測定値として考えるとどのような分布が考えられるかである。もし、図6のように2峰性の分布が考えられるのであれば、HAを重視した対策が効果的である。しかし、図7のような1峰性の分布となることが予想されるのであれば、HAだけでは効果があまり得られないことから、PAが重要になってくる。では、高齢者の介護必要度の分布は、どちらの分布が考えられるのかと言えば、図6モデルのような介護状況を異常値と捉えることは困難であり、高齢者の介護必要度は徐々に変化するものであり、連続性の変化であると捉えるべきである。従って、1峰性の分布を示すと考えるのが妥当である。そのことから、高齢者の介護予防には、両アプローチを行うことが重要であり、HAを重視した施策では効果が無いことになる。では、介護の必要度に関するHAの対象者とは誰かといえば、要介護、要支援の認定を受けている高齢者である。そして、PAの対象者は、全

ての高齢者ということになる。つまり、特定高齢者とは、HA の中心的対象からはずれた予備的な対象であり、本来は頻度も高いことから非常に多くの高齢者を対象とすることからも、PA での対策の必要な対象である。結論としては、特定高齢者施策中心の対策は、健康政策的にも適合しないといわざるを得ない。介護予防では、図 8 のように、PA(一般高齢者施策)で、要介護状況の高齢者を含む多くの高齢者を元気にすることが、もっとも効果的なアプローチである。

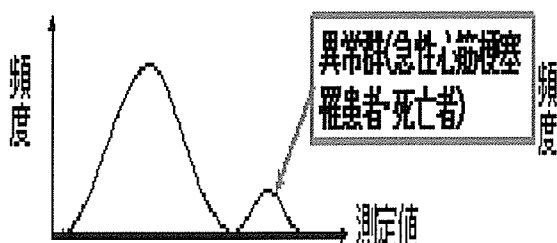


図 6 2 峰性の分布

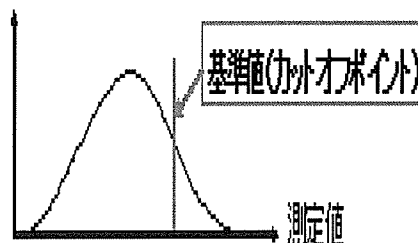


図 7 1 峰性の分布

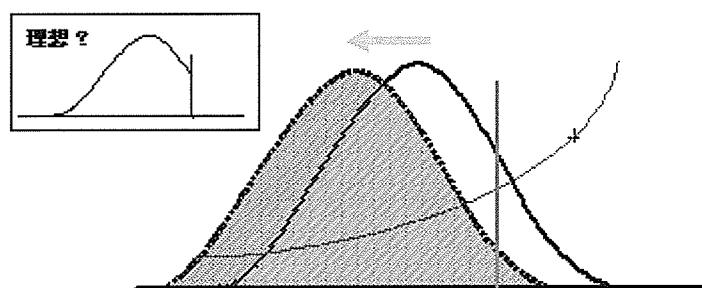


図 8 ポピュレーションアプローチのイメージ

<生活習慣病健診・保健指導の在り方に関する検討会第 3 回会議 平成 17 年 8 月 26 日
水嶋春朔氏（国立保健医療科学院人材育成部長）の資料参照>

2) 特定高齢者施策事業の課題と限界

18 年度の現状では、特定高齢者把握の困難さに、全国の市町村が混乱しているという報告が多数寄せられている。国が市町村を対象に行った調査でも、全国のほとんどの市町村で、把握数が目標を大きく下回っている。さらに、事業の参加者は目標を大きく下回っている。これらの現状について、本研究班では、17 年度報告書の結論で、「①特定高齢者把握の困難性と有効性への疑問、②特定高齢者だけを対象とした事業の困難性」として、述べており、これらの指摘や懸念が、まさに現実となったと言える。〈参考 1〉

18 年度当初は基本健康審査での把握を中心と指示がなされ、なおかつその健診を通年で行うとの指示であった。それでも把握困難となって、医療機関や民生委員という地域からの対象者把握を指示されるようになった。そのことで、対象者把握はスムーズに行ったかと言うと決してそうとは言えず、それらにもさらに多くの課題がある。(表 1) 表 1

〈基本健康診査把握〉

- ① 受診回数は年1回・・・タイムリーでない
- ② 集団検診の受診者は、前期高齢者の元気な方が多い・・・把握率が低い（ほぼ0）
- ③ 基本健康審査に加えると時間やスタッフの体制が大変・・・コストがかかる

〈医療機関や民生委員からの把握〉

- ① 通年で情報を把握できる可能性がある・・・タイムリー
- ② 基本チェックリストに当てはまらない例も多く紹介される・・・支援が必要そうであるが、当てはまらない高齢者が多いので、受け皿として一般高齢者施策が必要
- ③ 医師会については、健診の追加や紹介に当たっての費用が必要・・・2000 円/1件の自治体あり
- ④ 把握できても事業に結びつきにくい（既に皆保険利用者が多く、利用者でない場合には特定高齢者事業への参加にも慎重）

一部の自治体で、特定高齢者把握ができていたとの報告がある。そのような自治体への現地調査を行った結果では、以下のどちらかであった。

- ①国の基準でなく、自治体独自の基準を使って、準特定高齢者として把握を行っている。
- ②17 年度までの「地域支えあい事業」で自立判定者の虚弱高齢者向けの介護保険外の通所サービス（介護保険事業者委託もある）を行っている自治体で、その事業の参加者を対象に基本チェックリストを当てはめ対象把握としたものである。このように、特定高齢者把握に多くの自治体が努力をしながら把握できない現状は、決して自治体の努力不足によるものではなく、特定高齢者という枠組みの不適切さにある。さらに、19 年度から特定高齢者基準を緩和することであるが、多くの自治体が、把握ということに、さらに費用と人を投入することで、本来の介護予防事業への貴重な資源が浪費されることが懸念される。

また、例え把握ができたとしても、事業にタイムリーに結びつかないと早期介入とはならないが、そのためには、事業も通年でいつでも参加できるように実施されなければならない。3ヶ月を1クールと考え導入時期も限定している国のマニュアルによる特定高齢者事業では、通年実施は困難である。そのような事業体制を高齢者人口の5%を対象として常時準備するとなると、その体制維持に、多額の予算が必要である。

加えて、特定高齢者事業参加者が、プログラムによって機能が向上すると特定高齢者でなくなることになり、その後の機能維持のためのフォロー事業が必要となり、結果として一般高齢者施策の地域受け皿作りが必要となる。以上のように、理論上も事業実施上も非常に課題の多い特定高齢者施策を介護予防の中心的施策として実施して事業効果が得られる可能性は非常に低く、現在そのような施策展開を行っている自治体では、一般高齢者施策中心への方針の変更を早期に行うことが重要である。

3) 一般高齢者事業展開の課題（元気高齢者だけの事業にならないために）

一般高齢者施策の地域展開で、時として元気な前期高齢者だけの体操教室事業を展開する自治体がある。将来の介護予防という点で意味があるように思われ、元気な前期高齢者を対象とした事業であれば事故等のリスクも低く取り組みやすいという利点もあるように思われる。このような事業が高齢者の「健康づくり事業」として行われるのであれば、それは重要なことである。しかし、介護予防を目的として行うのであれば、元気高齢者、特に前期高齢者だけの事業では「介護予防」効果はあまり望めず、自治体が取り組む介護予防事業の優先順位として低い事業である。介護予防事業としての効果を考えれば、一般高齢者事業に虚弱、要支援、軽度の要介護の高齢者が参加することが最も重要である。このような現在介護が必要であったり、介護が近々必要となる確率の高い後期高齢者の参加こそが、介護予防事業の目指すところである。一般高齢者施策にこのような視点を持つことは自治体にとって最低限必要なことである。

ところで、どのようにすれば虚弱な後期高齢者を事業に参加してもらえるように出来るかは、多くの工夫が必要である。最大のPRは、高齢者間の口コミによる評判（あの体操をすると歩きやすくなるという参加者の実体験）であり、民生委員をはじめとする地域住民の働きかけである。このような誘い懸けを住民に行ってもらうための仕掛けをつくるのは、地域包括支援センターの職員や市町村の地域担当保健師のやくわりである。また、その活動を通じて、介護予防を目指した地域づくり活動も可能となる。

なお、元気な前期高齢者の参加派一般高齢者施策の実施上不可欠である。元気な高齢者には、この事業を支える側（ボランティアまたはサポーター）として参加をしてもらうとともに、自身の健康づくりという意味合いも持たせることが出来る。

4) 一般高齢者施策での啓発事業の考え方（サポーター養成）

啓発にも、戦略が必要である。例えば、介護予防に関する講演会に体操の実技等を加えて地域で実施すれば、多くの市民の参加を得ることはたやすい。しかし、そのような単発の講演会が、実際に介護予防として、地域の高齢者の行動変容に結びつくかは疑問である。行動変容を起こすためのアプローチに「知識」「意識」「行動」への働きかけがあるといわれているが、単なる講演会では、知識や意識への働きかけは出来ても、行動に結びつき難いのが課題である。地域の変化をもたらすためには、目標を明確にし、それを起こすための企画が必要であり、その結果を評価することが必要である。先駆的自治体では、元気な前期高齢者への啓発を前述の一般高齢者事業の「サポーター」養成と位置づけ啓発が「行動」に結びつくような工夫をしている。例えば後述の茨城県のように「シルバーリハビリ体操指導士」を18年度までに1000人以上養成し、中期的目標として1万人以上の養成を目指している。これらの養成された指導士は、市町村と協力して地域での介護予防の支えてとして活動を行い、自分自身の健康づくり・生きがい作り活動ともなっている。一般高齢者施策はポピュレーションアプローチとして、非常に多くの高齢者の参加が必要であり、行政職員の活動だけではそれを担いきれないことは明らかである。地域の住民の主体的参加なくして介護

予防の地域活動は不可能であり、行政との協同の活動の担い手(サポーター)を啓発活動を通じて養成していくことは、一般高齢者施策の展開上不可欠である。

4. 介護予防に対する自治体のあり方

1) 保険者としての市町村の役割

介護保険は自治事務であり、事業運営は市町村の責任で行われている。従って、国の指示(指導的助言)に従って事業運営をし、万が一、経営的に支障がある場合にも、国が市町村の責任の肩代わりをすることは無い。このことは地方分権の中で、国、都道府県、市町村はこの分野においては対等の関係であることから当然である。つまり、市町村は保険者として、介護保険サービスを管理運営するだけでなく、自治体として地域支援事業を実施し、高齢者介護の課題に一貫して取り組むことができる唯一の機関であり、その責任を果たすべき機関である。従って、地域支援事業をどのような方針で行うかは、各自治体の判断にゆだねられている。そういう意味では、自治体で、実際に実施した実績もなく、科学的根拠や検証も不十分な「特定高齢者施策」に取り組むかどうかは、市町村が判断すべきことである。しかし、18年度が実施初年度の第3期介護保健事業計画では、多くの市町村が、国のワークシートに基づいて、既に特定高齢者施策を組み込んでおり、計画の変更を行うためには、住民と議会への説明が必要となる。しかし、もし、第4期計画までに介護予防事業の方針の変更を行わず、介護予防の効果がみられないために、介護保険料の改正(値上げ)が必要となった場合に、住民からの理解が得られるかは大いに疑問である。市町村が保険者責任を果たすためには、自治体にとっては、どのような介護予防施策が政策的に効果があるのかを独自の判断に基づき決断をすることが必要である。

2) 市町村が行う介護予防の評価の考え方

現在各自治体が行っている地域支援事業の有効性の評価手法を検討した。具体的には、

- ①要介護者への介護予防の働きかけ(重度化しない)が管内の事業者で行われているか。
- ②要支援者には、新予防給付が介護予防として機能しているのか。
- ③認定を受けていない虚弱高齢者の自立支援活動は十分整備されているか
- ④元気高齢者は、地域で虚弱高齢者支援と自分たちの体力向上に取り組んでいるのか

を評価することが必要である。そして、地域の高齢者が、自分の身体状況にあったサービスを選択しながら、できるだけ自立した生活を送れる仕組み作りを市町村が目指すべきである。特に、認知症の介護予防では、地域で安心して質の高いケアを受けることができるという保障があって、初めて予防への取り組みが可能となる。介護保険によるケアと介護予防は切り離して考えることができない。

5. 自治体内体制の整備

1) 地域包括支援センターの役割

現状では、介護予防プランセンターとしての機能しか発揮できていないとの批判がある。しかし、介護予防プラン作りを行うことが、センターが果たすべき介護予防戦略作りにとって重要である。具体的には、理想的な介護予防プランを作成し、実際のサービスとのギャップを明確にするという作業である。その作業とは、地域の要支援適応者を対象に、繰り返しデータを集めることで、担当地域における介護予防ニーズを明らかにし、そのニーズへの対応策が予防給付では担えない場合には、地域支援事業の中で行っていくように、市町村に提案をすることである。その提案の蓄積から、自治体における本当に必要な地域支援事業が明らかになってくるはずである。たとえば、

例1 67歳男性、脳卒中後遺症者、要支援Ⅱ、本人は医療リハビリテーション終了後、機能を維持し、筋力アップのトレーニングを希望している。入浴や食事サービスを求めておらず、長時間の施設滞在も希望していない。しかし、現状のデイサービス、デイケアでは、この希望に対応できない。地域包括支援センターとしても、運動器の機能向上プログラムが適切であると判断している。

<提案> 予防給付か地域支援事業での筋力トレーニングを提供する体制作りが必要。

例2) 82歳女性、膝関節症による歩行障害があったが、新予防給付の訓練で下肢筋力も向上し、今回介護認定で自立となりそうである。しかし、介護保健サービス以外に現状ではサービスがなく、せっかく獲得した機能も、直ぐに衰えそうである。

<提案> 機能維持の活動の場を地域支援事業で徒歩で通える範囲に作る必要がある。

と言うような事例は、どの地域でも見受けられる。これらの例の蓄積から、是非、介護予防ニーズを市町村に提案するのが、地域包括支援センターに求められる役割である。

2) 保健・介護保険・高齢障害福祉部門の役割と連携

地域包括支援センターから、上記のような提案がされた時に、市町村の関係各課が、積極的に課題解決に取り組むという連携が重要である。予防給付の事業者の事業内容についての指導は、介護保険課が、地域支援事業の実施は、保健部門が、地域福祉活動としての介護予防活動は高齢福祉課がと役割り分担はあるであろうが、各課連携のもと積極的に提案の具体化に務めることが介護予防推進には不可欠である。

3) 地域づくりとしての介護予防

介護保険が導入されたことで、高齢者介護は介護保険が全てに優先するかのような風潮がある。しかし、自治体にとっては、介護保険は、地域の高齢者の生活支援の一手段であり政策の一部である。国も、「地域づくりとしての介護予防」を推奨しているようであるが、各自治体にとって、高齢者を支える地域づくりこそが、自治体の財政状況が厳しく、自治体職員定員の枠がある中で、超高齢社会を乗り越えるための唯一の手段といっても過言ではない。このような取り組みは、今の人員体制の地域包括支援センターだけで行えるものでは

く、市町村の保健センター等の地区担当保健師をはじめ、高齢福祉に関わる全ての自治体職員の地域活動と連携させることが不可欠である。

7. 医療や介護保険事業者との連携

1) 入院医療機関との連携

脳卒中や骨折等で入院治療でのリハビリテーションを終了した住民は、介護予防の好対象である。特に、18年の診療報酬改訂によって、医療的リハビリテーションの期間が限定されたことで、退院後の住民の訓練へのニーズは高まっている。特に退院早期から介護予防事業につながれば、継続的参加と退院後の地域生活への移行がスムーズになる。

2) かかりつけ意図の連携

介護状態になる高齢者の多くは、かかりつけ医を持っており、その紹介から介護予防事業に結びつく高齢者は少なくない。また、介護予防事業のリスク管理のためには、医師の意見が重要であり、その理解は不可欠である。

3) 訪問サービスとの連携

退院後通所サービスの利用が直ぐにはできない場合には、訪問サービスを利用することになる。その場合に、漫然と訪問サービスを受けるのではなく、通所サービスへの移行を目指した働きかけを訪問系サービス提供事業者に求める必要がある。そのためにも、訪問看護や報恩リハビリテーションの中に、運動を取り入れてもらい、外出能力を高めることで、地域の介護予防事業への参加を可能とすることが必要である。

4) 通所サービスとの連携

特に予防給付の通所サービスでは、運動器の機能向上プログラムも積極的に取り入れられることが必要である。事業者がプログラムを検討する場合に、自治体からの助言により、効果的なプログラムが導入されることが重要である。理想的には、地域支援事業のプログラムと共通であれば、高齢者が予防給付から地域支援事業への移行時にも混乱することがなく継続性をもって行うことができる。先駆的事例の高知市では、このような連携を効果的に行っている。

<参考>

①特定高齢者把握の困難性と有効性への疑問

今回の事例調査の対象の市町村において、国が示している「介護予防特定高齢者を把握し、それらの人達を対象として、地域支援事業の展開」が有効であり、実現可能であると考えている自治体は少なかった。また、国では老人保健法の基本健康診査での対象者把握を重要な把握手段と位置づけているが、市町村格差はあるにしても、多くの市町村の基本健康診

査受診者（特に集団での健診）は、前期高齢者で健康な高齢者が中心であり、要介護状態の予備群の可能性の高い後期高齢者の受診率は低いのが現実である。

さらに、特定高齢者という概念は新しいものであるが、現在国から示されている基準に従って選ばれた特定高齢者が1年ないし数年後に要介護状態になる確率が、選ばれなかった一般高齢者に比べて、どの程度高いのかというような特異性や、同じ人が常に選ばれるかというような再現性、さらには選ばれた人に介入することで予防ができるのかというような有効性のどれをとっても検証がなされていない。特定高齢者把握という手法が、高血圧のような慢性的疾患を把握するための定期検診（スクリーニング）手法の応用として考えられるのであれば、要介護状態という何らかのエピソードで急に状態が変化する事が想定される事象の把握には、不適切であることは公衆衛生的常識である。従って、保険者責任を果たすべき自治体として特定高齢者把握に貴重な人員と予算を投入することは賢明でないと考えていることは十分に理解ができる。

②特定高齢者だけを対象とした事業の困難性

特定高齢者の把握の困難さについては前述したが、仮に、特定高齢者を把握できた場合に、どのような事業展開が可能であるかを事例から検討した。御調地区のように人口規模が小さな郡部では、特定高齢者も地域点在をしており、送迎サービスが必要となる。また、その対象人数も限られていることから、介護保険の新予防給付事業の場で、特定高齢者サービスも行うことが検討されている。しかし、これらは別制度による事業であることと自己負担の違いもあることから、利用者への十分な説明と制度運営上の行政としての工夫が必要となる。

それ以外に自治体で直接事業として、特定高齢者だけを集めて、運動器の機能向上事業を行うとするとリスク管理上も多数の職員が必要となり、費用対効果の低い事業となることが懸念される。また、特定高齢者へのアプローチが成功して多くの特定高齢者が一般高齢者となった場合には、その機能を維持するためには継続的活動が必要であることは国のモデル事業でも指摘されていることから、その受け皿作りを市町村として行うことが必要になる。また、多くの参加者が、維持に留まった場合には、特定高齢者は、毎年把握されていくことから、特定高齢者は増える一方となり、事業は拡大する一方となり費用も多大に必要となる。もし、維持さえされなければ、多くの方は要支援・介護状態となっていくはずであり、介護予防としての効果が問われることとなる。

.....

II. 各論

1. どのような運動を取り入れるのか

1) 既存の運動と新規開発の長所と短所

2) 求められる要素

- ①下肢筋力強化になる
- ②簡単な運動（複合的な動作があまり無い）
- ③それぞれの運動の目的が明確
- ④介助が必要な人でも行える
- ⑤筋力によって負荷を変化させられる
- ⑥運動のスピードは適切に
- ⑦運動時間が適切
- ⑧ウォーミングアップとクールダウンのストレッチを行う

3) 頻度と道具

- ①頻度
- ②道具

4) 評価

2. 地域展開の手法

1) 行政の限界と市民の役割

2) 運動手法の紹介と指導

3) ボランティア(サポーター)の育成

3. 継続支援のあり方

1) 期間限定とフォロー事業

2) 期間を限定しない事業の展開

4. 予防給付との連携

5. 他の介護予防事業との連携

6. 評価について

7. 先駆的事例

1) 高知県高知市

2) 大阪府島本町

3) 愛知県稲沢市

4) 広島県尾道市御調地区

5) 茨城県

Ⅱ. 各論

1. どのような運動を取り入れるのか

どんな運動を推奨していくのかは重要である。アメリカスポーツ医学会編の「運動処方の指針」などの教科書を参考にすることが望ましい。

1) 既存の運動と新規開発の長所と短所

地域で新規に運動の開発をするためには、専門職（リハの専門職と運動の専門職）の協力が不可欠である。後述の運動の必要な要素を取り入れた運動の開発が、独自にできないのであれば、他地域の既に評価の定まっている運動を取り入れる方が、適切である。特に、同一地域内で複数の運動が導入されると地域での混乱が予想される。できれば、同じ自治体内では、統一された運動手法を普及させるほうが交流等も行うという発展も期待される。

2) 求められる要素

① 下肢筋力強化になる

高齢者の介護予防には、閉じこもり予防、つまり外出ができることが重要である。そのためには、歩行能力を高めることが重要である。もちろん上肢機能（握力等）についても改善すれば、買い物がしやすかったり、洗濯ものを干す動作がしやすくなるなどの効果もあるが、まず、安全に外出が出来る下肢筋力をつけることが最大目的となる。従って、座位での運動しかないものは、適切ではない。

② 簡単な運動（複合的な動作があまり無い）

マシーントレーニングの利点は、ある筋力を強化することを目指す場合に、効果的に行えることである。体操の場合には、姿勢や動作の向き等によって目指す筋肉への負荷がかからないことが起こりえる。従って、出来るだけ単純な動作で、習熟に苦労しない、1、2回学習すれば行えるような簡単な運動が望ましい。運動の種類や要素が多すぎるのも習熟に時間がかかりマイナスである。踊りや拳法の要素を組み込んだ体操の場合には、動作が複雑で習熟に時間がかかったり、後期高齢者には難しすぎる場合がある。

③ それぞれの運動の目的が明確

それぞれの運動がどのような筋肉を強化し、日常のどのような動作をしやすくするのかを明確にし、運動を指導するスタッフやボランティアだけでなく、参加者が理解できるように明確にすることが必要である。

④ 介助が必要な人でも行える

運動器の機能向上の最適の対象者は、下肢筋力の落ちた後期高齢者や脳卒中後遺症者、膝関節症等の下肢の障害がある人達である。中には、普段は杖で歩行をし、何かにつかまらないと長くは立ってられない人が含まれる。従って、立位での体操は、何かにつかまっただけの動作や、介助を受けて行えるものでなければならない。また、立

つことが困難な参加者を安易にいすに座らせるというのでは、下肢筋力強化にならない。

⑤ 筋力によって負荷を変化させられる

出来れば、何らかの道具（重錘バンド・セラバンド等）を使って負荷を変化させることが出来るほうが望ましい。特に前期高齢者の男性で、脳卒中等で障害のある場合には、健側の筋力向上には、負荷を増やしていくことが励みにもなり効果的である。しかし、後期高齢の女性の場合には、自重（自分の体重や上肢の重さ）だけでも効果がある場合が多い。

⑥ 運動のスピードは適切に

運動のスピードは、安全面のためにもできるだけゆっくりなものが望ましい。ゆっくりでスムーズな動きの体操であれば、関節への負担を大きくせず、筋力への負荷を高めることが出来る。

⑦ 運動時間が適切

持久力をつけるためにも、運動時間は 30 分程度が適当である。慣れないうちは、休憩を取ったりしながら、分けてトータルに 30 分程度になるように工夫をする。

⑧ ウォーミングアップとクールダウンのストレッチを行う

負荷運動の前後にストレッチが行われること。

3) 頻度と道具

① 頻度

週に 2 回以上の運動を推奨する。もし、週に 2 回が困難な場合にも、少なくとも週 1 回以上は必要である。それ以下では、筋力の向上は望めない。その効果について参加者や運営ボランティアに納得してもらうことが、もっとも必要なことであり、参加者も地域住民も効果が実感できれば週に 2 回の活動にも積極的に参加する。

② 道具

運動のための負荷の道具（重錘バンド等）は、安価であり、必要であれば無料で貸し出しされることが望ましい。また、運動のモデルとなる映像（ビデオテープ等）も無料貸し出し体制を組むことが必要である。

4) 評価

運動を地域で取り入れる段階では、一部の地域での活動をモデル地域として、参加者の運動機能や筋力の変化を記録し、日常生活上の改善までを見ることが望ましい。それによって、機能改善の成果が得られれば、全ての事業参加者の運動機能評価を行う必要はない。後は、介護保険申請時点での評価を行うことで、介護保険への影響を最終評価として行うことが重要である。

2. 地域展開の手法

1) 行政の限界と市民の役割

後期高齢者は即介護保険利用予備軍である。地域でそれらの人たちが参加できる環境を作るためには、介護予防事業の拠点を高齢者が徒歩で参加（15分以内が目安）できる小学校区に1箇所以上（郡部では部落毎）の整備が必要である。そのような多くの拠点で、週に1回以上の事業運営は、行政主導では困難であろう。従って、地域住民（前期高齢者）中心のボランティア活動として展開することが必要である。

2) 運動手法の紹介と指導

行政としては、自治体として評価し、推奨する運動を広めるために、運動の紹介を通じて地域住民の動機付けを行う。導入時期には、保健師や理学療法士、作業療法士等が数回の技術支援を行い、その後は自主運営とする。

3) ボランティア(サポーター)の育成

前期高齢者のボランティア育成は、重要である。運動の理解と自分での効果の実体験をしてもらい、講座終了後早期に地域活動を始める様に進めることが重要である。また、地域活動が育成したボランティアのみで行えるわけではないので、講座卒業生でなければ地域拠点での活動ができないと限定しないほうがよい。また、介護保険サービスの職員や専門職向けの研修も必要である。

3. 継続支援のあり方

1) 期間限定とフォロー事業

特定高齢者施策では、運動の教室期間が3ヶ月をめどとしている。16,17年度の国のモデル事業においても教室終了後、3から6ヶ月で多くの参加者の機能は元に戻ってしまうことから、事業のフォローは不可欠である。ほぼ全数のフォローを前提とした事業展開をすることが必要となることから、期間限定事業は、介護予防では適切ではない。しかし、あえて取り組む場合には、事業開始時からフォロー事業を用意しておくことが必要となる。

2) 期間を限定しない事業の展開

介護予防事業は、加齢とともに機能がされに落ちていく後期高齢者が中心の事業であることから、期間限定しない事業として、最初から考えることが適当である。また、そのためには、「事業の展開の手法」で述べているように、住民主体での事業継続が必須となる。

4. 予防給付との連携

介護予防事業者には、自治体が推奨する運動を取り入れてもらう。そのことで、要支援から、自立となった場合に運動継続が、スムーズに行える。また、予防給付と言いながらも、

介護保険法改正後も活動内容の見直しができていない事業者にとっては、具体的な予防給付手法を取り入れることができ、要支援者の介護予防として有効である。

5. 他の介護予防事業との連携

運動器の機能向上を必要とする高齢者の中には、口腔の機能向上や栄養改善が必要な方が含まれている。対象別に事業を組み立てるのではなく、運動の参加高齢者の中から、他の介護予防支援の必要な高齢者を見つけて、他の介護予防プログラムを追加していくことが効果的である。

6. 評価について

事業全体の評価は、経過評価と最終的には介護保険へのアウトカムで評価をすることが必要である。現時点で十分に検証されている手法はないが、いくつかの指標が考えられる。

1) 地域支援事業利用度

後期高齢者の中で、地域支援事業参加者の割合を見る。第4期の介護保険事業計画策定のための住民調査等に組み込む

2) 介護保険申請年齢

介護保険の新規認定者の中で、介護予防事業参加者群と参加していない群間の年齢の差を見る

3) 介護保険卒業者数

要支援から自立になった数とその人たちの地域支援事業への移行数。

4) 退院患者参加数

病院の退院患者で、地域包括支援センターを経由して、地域支援事業につながった高齢者数

7. 先駆的事例

先駆的事例として、1県、3市、1町、1地区を取り上げている。これらの地域の多くは、18年度以前から先駆的に介護予防に取り組んできた自治体であるが、人口規模、取り組み状況も異なっている。現時点で、要介護認定者数や介護保険給付費の減少と言うようなアウトカム評価に当たるような成果を出しているわけではないが、それぞれ課題を抱えながら、介護予防事業に積極的に取り組んでいると言う点では、先駆的といえる。それぞれの自治体単位での事例報告記述は、後述するが、自治体の特徴についてここでは述べる。

1) 高知県高知市

①特徴： ポピュレーションアプローチを中心に行っている自治体

②人口規模： 30万人以上の中核市

③自治体としての意思決定： 介護保険事業計画に目標の明確化ができています

④地域包括支援センター： 4ヶ所直営

- ⑤運動： いきいき百歳体操を独自開発し、外部委員も入って効果の検証も済んでいる
 - ⑥地域展開の手法： 確立されている（PT と保健師の初期指導での導入）
 - ⑦実績： 週1回以上の頻度での体操実施の拠点が140ヶ所
 - ⑧形態： 住民の主体的運営
 - ⑨他の介護予防事業の導入： 口腔機能向上としてカミカミ百歳体操を導入
 - ⑩予防給付との連携： 介護保険事業者との連携がある（体操の実施）
 - ⑪その他： 交流会の実施、商店街での展開等生活の拡大につながっている
- <課題>

- ①病院退院例の導入はできていない(医療との連携)
- ②特定高齢者事業は未実施ではあるが、一般高齢者施策で対応

2) 大阪府島本町

- ①特徴： 高知市をモデルにその手法（体操と地域展開の手法）をほぼそのまま導入
17年度末近くから準備をはじめ、18年度に本格実施し、短期間に事業が軌道に乗っている
 - ②人口規模： 人口3万人の小規模自治体
 - ③自治体としての意思決定： 保健所の助言もあり、自治体内の意思決定は、関連部局内ではスムーズにできている
 - ④地域包括支援センター： 1ヶ所直営
 - ⑤運動： いきいき百歳体操を導入、町内での効果の検証も行っている
 - ⑥地域展開の手法： 確立されている（保健師の初期指導での導入）
 - ⑦実績： 週1回以上の頻度での体操実施の拠点が20ヶ所
 - ⑧形態： 住民の主体的運営
 - ⑨他の介護予防事業の導入： 口腔機能向上事業導入を検討中
 - ⑩その他： 交流会の実施、病院からの退院例の紹介システムあり
- <課題>

予防給付との連携： 介護保険事業者との連携は今後の課題

3) 愛知県稲沢市

- ①特徴： ポピュレーションアプローチを中心に行っている自治体
- ②人口規模： 人口約14万人で、17年に2町と合併した
- ④地域包括支援センター： 6ヶ所 委託
- ⑤運動： いきいきヘルス体操を茨城県から導入
- ⑥地域展開の手法： 市在住の愛知県健康推進リーダーグループに委託
- ⑦実績： 平成18年7月より、6箇所で、月2回、特定高齢者を対象に事業を開始
- ⑧形態： 特定高齢者対象の市事業
- ⑨他の介護予防事業の導入： 19年度から、口腔機能向上、栄養改善の導入検討
- ⑩その他： 地域の老人クラブを対象に体操の導入を行った

<課題>

国の指示どおりに特定高齢者把握の努力をし、結果として28名(0.11%)の高齢者の事業参加しかなかった。特定高齢者施策と一般高齢者施策の統合を含め、方向転換が必要

4) 広島県尾道市御調地区

- ①特徴： 介護予防センターを設置、予防給付と特定高齢者事業を病院事業として実施
- ②人口規模： 尾道市人口15万 御調町人口8000人 平成17年御調町は尾道市と合併
- ③自治体としての意思決定： 公立みつぎ総合病院として事業に取り組んでいる
- ④地域包括支援センター： 尾道市北部地域包括支援センターが
- ⑤運動： マシーントレーニングを実施
- ⑥地域展開の手法： 健康相談、老人クラブへの啓発を実施
- ⑦実績： 特定高齢者 8人を週2回
- ⑧形態： 病院事業として実施
- ⑨他の介護予防事業の導入： 地区のサロン事業で「運動・栄養・口腔ケア」ができる
- ⑩予防給付との連携： 同一施設で曜日を変えて実施
- ⑪その他： 地域包括ケアの一環としての位置づけが明確

<課題>

- ①尾道市の他地域との対策の違いを継続できるか
- ②特定高齢者把握の困難さ

5) 茨城県

- ①特徴： 県が市町村支援として高齢者の介護予防ボランティア育成を行っている
- ②人口規模： 人口約300万人 市町村数44(平成18年3月現在)
- ③自治体としての意思決定： 茨城県高齢者保健福祉計画・介護保険支援計画に推進がうたわれている
- ④地域包括支援センター： 茨城型地域包括体制の中で位置づけている
- ⑤運動： いきいきヘルス体操を中心とした状態に合わせた体操
- ⑥地域展開の手法： 県立健康プラザが、市町村支援として、シルバーリハビリ指導士の養成を系統だっている。
- ⑦実績： 指導士養成数約1000人(18年度末)
指導士の活動実績 県内各市町村で、約3万人を対象に体操指導を実施
- ⑧形態： 市町村の実施する介護予防啓発事業、一般高齢者事業への参加協力
- ⑨他の介護予防事業の導入： 食生活改善推進員との連携で栄養改善への取り組み検討
- ⑩予防給付との連携： 県立健康プラザでは、介護保険従事者向け研修も実施
- ⑪その他： 地域包括ケアの一環としての位置づけが明確

先駆的事例 1 高知県高知市(資料)

高知市の介護予防事業の取り組み

目次

1. 介護予防事業を取り組むきっかけ
2. 介護予防検討会の設置
3. 高齢者保健福祉計画の介護予防戦略
4. 高齢者が元気になるためのプログラムの開発
 - (1) 筋力向上トレーニングを選択
 - (2) いきいき百歳体操を開発
 - (3) 体操効果の検証のためにモデル事業の実施
5. 「いきいき百歳体操」の地域展開
 - (1) 普及・啓発の方法
 - (2) 地域展開の方法
 - (3) 住民主体の活動をサポートする体制作り
 - (4) 地域のいきいき百歳体操のニーズを把握
 - (5) 「いきいき百歳体操」の広がり
6. 地域リハビリテーション広域支援センターとの連動
 - (1) 市民全体への普及啓発活動
 - (2) 介護保険事業所向けに介護予防研修会の開催
7. 今後の方向性と課題について