

厚生労働科学研究費補助金  
長寿科学総合研究事業（H18－長寿－一般－019）

## 介護予防の効果評価とその実効性を高めるための 地域包括ケアシステムの在り方に関する実証研究

平成 18 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 川越雅弘

平成 19(2007)年 3 月

## 目 次

### I. 総括研究報告

介護予防の効果評価とその実効性を高めるための地域包括ケアシステムの在り方に関する実証研究（川越雅弘）	1
----------------------------------------------------	---

### II. 分担研究報告

序 章. 介護予防／生活機能と関係職種に期待される役割（川越雅弘）	7
-----------------------------------	---

#### 第1章. 高齢化に伴う生活機能の自然歴

##### 第1節. 高齢者の生活機能と自然歴

研究報告1. 基本チェック項目からみた高齢者特性と生活機能に関する横断的研究（川越雅弘）	17
研究報告2. 要介護度の自然歴の地域差の分析（泉田信行）	43
研究報告3. 要介護認定データによる要介護度別の身体機能の実態とその自然歴への影響要因分析（泉田信行）	57
研究報告4. 高齢者の要介護状態の遷移（府川哲夫）	77

##### 第2節. 高齢者の生活機能歴の説明因子

研究報告1. 高齢者の運動機能に関する横断的研究 （山本大誠、備酒伸彦、川越雅弘）	91
研究報告2. 高齢者特性と栄養状態の関係性に関する研究（川越雅弘）	105
研究報告3. 高齢者のうつ状態の現状と介護予防における対策の方向性 ～事例調査を踏まえて～（金子能宏）	127
研究報告4. 高齢者の疾病構造（川越雅弘、泉田信行）	145

#### 第2章. 生活機能歴への社会的対応

##### 第1節. 制度・行政面からの対応と課題

研究報告1. 事例の質的分析を通してみる要支援高齢者に対するケアマネジメントの現状と課題－利用者特性と支援目標・支援計画の適合性、評価可能な達成課題の設定、困難事例支援に必要なシステムに焦点をあてて－（渡部律子）	165
研究報告2. サービス受療側からリードする可能性の試み（信友浩一）	193
研究報告3. 中高年者と大学生の抱く高齢者像 －生涯学習に参加する中高年者と文系大学生を対象とした調査－ （備酒伸彦、山本大誠、川越雅弘）	197

##### 第2節. 管理／評価ツールの開発

研究報告1. 介護予防評価システムの開発（川越雅弘）	209
----------------------------	-----

<b>第3章. 生活機能歴へのサービス面からの対応</b>	
研究報告1. 静的／外乱による動的バランス能力と転倒リスクとの関連性 (山本大誠、備酒伸彦、川越雅弘) .....	223
研究報告2. 転倒に結びつく危険な歩容・歩行とTUG(timed up & go test)との関連 (備酒伸彦、山本大誠、川越雅弘) .....	237
研究報告3. 適切な食形態の選択が高齢者の栄養状態等に及ぼす影響について (川越雅弘、黒田留美子) .....	247
<b>第4章. 地域包括ケアに向けた取り組み事例と制度改正への示唆</b>	
研究報告1. 在宅高齢障害者の日常生活活動レベルの変化～兵庫県北部地域で の地域リハビリテーションを通して～ (備酒伸彦、竹内さをり、柏木純子) .....	259
研究報告2. カナダトロント州における地域包括ケアの実態 (川越雅弘) .....	271
<b>Ⅲ. 研究成果に関する一覧表</b> .....	283
<b>Ⅳ. 研究成果の刊行物・別刷</b> .....	285

## 研究者一覧

### 主任研究者：

川越 雅弘（国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部第4室長）

### 分担研究者：

信友 浩一（九州大学大学院教授）

備酒 伸彦（神戸学院大学助教授）

山本 大誠（神戸学院大学助手）

府川 哲夫（国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部部長）

金子 能宏（国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部部長）

泉田 信行（国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部第1室長）

### 研究協力者：

渡部 律子（関西学院大学教授）

津賀 一弘（広島大学大学院助教授）

田中 志子（医療法人大誠会介護老人保健施設大誠苑施設長）

鍋島 史一（福岡県メディカルセンター保健・医療・福祉研究機構主任研究員）

黒田 留美子（潤和リハビリテーション診療研究所主任研究員）

竹内 さをり（兵庫県但馬長寿の郷地域ケア課主任）

柏木 純子（兵庫県但馬長寿の郷地域ケア課技術吏員）

# I . 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

「介護予防の効果評価とその実効性を高めるための地域包括ケアシステムの  
在り方に関する実証研究」

総括研究報告書

主任研究者 川越雅弘 国立社会保障・人口問題研究所室長

**（研究要旨）**

本研究は、介護予防に関する3年後の見直しを念頭に置いた上で、①制度改正前後のケアマネジメント／サービス提供状況／要介護度の変化の実態把握（全国ベース） ②制度改正前後での包括的パネル・データ（生活機能／介護／医療／健診等）の構築と、これを用いた、アウトカム面（新規申請者の減少等）、費用面（医療／介護費）、高齢者の生活機能面（日常生活活動状況等）、歩行／栄養／口腔機能面等からみた、介護予防の多面的な効果評価（モデル地区） ③効果的な介護予防サービスの在り方の検証 ④介護予防の実効性を高めるための地域包括支援センターの在り方の検証 を通じて、制度改正の議論に資する総合的なデータの提供と、介護予防及び地域包括ケアシステムの在り方に関する政策提言を行うことを目的としたものである。

2006(平成18)年度の、研究領域別にみた主な研究成果は次の通りである。

（研究領域1：高齢化に伴う生活機能の自然歴）

- ①要支援段階から様々な生活機能、特に歩行・移動、うつ・意欲に関連した機能や活動が低下していること
- ②要介護認定率、要介護度進展率とも、重度者に比べ軽度者において地域差が大きいこと
- ③継続認定者の1年後の要介護度の進展に関しては、①いずれの要介護度でも20%程度の高齢者は要介護度が進展すること ②要介護度2,3の高齢者の進展率が他の要介護度の高齢者と比較して相対的に高いこと（全サービス受給者を対象とした「平成17年介護給付費実態調査年報」とは、対象数や範囲等の相違により、結果は異なっている）
- ④同じ要介護状態に留まる割合は要介護状態によって変わるとともに、年齢階級にも依存していること
- ⑤加齢に伴う運動機能は、体格や筋力により説明される歩行よりも、バランス能力において著しい低下を来すこと
- ⑥低栄養者の要介護度別出現率は、BMI基準とAlb基準で差があること、特に、非該当を含む軽度者でその差が大きいこと(Alb基準による出現率は低い)
- ⑦要介護4-5においては、うつを含む気分[感情]障害の外来受診率が高いほど、居宅サービス介護件数が少ない傾向がみられること(大都市を除く)
- ⑧通院／入院中の高齢者のレセプト病名をみると、高血圧性疾患や眼疾患、関節症などの筋骨格系疾患を有している割合が多いこと

（研究領域2：生活機能歴への社会的対応）

- ①利用者の「一日の目標」をみると、「外出と動く機会」「食事」「規則正しい生活を送る」「交流」「健康状態や体力、体調等の現状維持」など、似通ったものが多いこと
- ②利用者から得た情報を統合・分析して「総合的な方針」に反映させているのは、分析した事例全体の約4割弱であること

③利用者は、(1)必要なセルフケア継続のモチベーションの維持が可能であろうと考えられる者 (2)とりたてて大きな問題を抱えていないが、自身の健康維持・向上のための行動をおこすことが簡単ではない者 (3)複数の疾病や進行性の難病を抱えている者 の三つのグループに大別されること

④「死ぬシナリオを持っていますか？」という問題提起に対して、全てのステークホルダーが一堂に会して意見交換を実施した結果、“してもらう、してあげる”という発想が弱くなり、“この地に何があり何がないのか”、を協働して考えるようになったこと

⑤中高年者と大学生の抱く高齢者像に大きな相違があること、特に、大学生が高齢期に対して非常に暗い印象をもっていること

(研究領域3：生活機能歴へのサービス面からの対応)

①動的バランス能力は、高齢者の転倒リスクに重要な要因であること

②方向転換と着座の危険度が高いと判定された者の方が、TUG 値が有意に短いこと、また、歩行動作に不良項目がある者の方が、ない者に比べ TUG 値が有意に短いこと

③高齢者の摂食機能に併せた適切な食形態(高齢者ソフト食)の提供が、摂食に関する残存機能を引き出し、かつ、見た目のよさや食べやすさにより良好な喫食率が保たれ、結果として良好な栄養状態が確保されている可能性があること

(研究領域4：地域包括ケアに向けた取り組み事例と制度改正への示唆)

①ADL 自立度の変化(評価期間平均：約半年)をみると、リハ専門職(PT・OT)による訪問活動により、ADL 自立度向上者の割合が、低下者の割合を有意に上回るなど、専門職の介入により ADL 自立度の改善が図られる可能性が高いこと

②1998年に創設されたカナダトロント州の地域ケアセンター(CCAC)は、退院時支援を積極的に展開する(スタッフを病院に派遣)とともに、サービス事業者との価格交渉と契約締結、サービス事業者の評価、スタッフ独自教育、地域資源とのネットワーク構築など、幅広い役割を担っていること

などがわかった。

「実効ある介護予防」を実現するためには、①高齢者の生活機能(心身機能等/活動/参加)や健康状態などに関する知識の習得と実践への活用(アセスメント等) ②目標を共有化した「機能する多職種協働チーム」の編成 ③多職種協働チームを構成する各専門職の専門技術の開発及び展開 ④利用者や家族の多職種協働チームへの積極的参加(利用者自らが何をしたいかを語る(専門職は利用者が語ることを支援する)) ⑤多職種協働チームを動かす(機能させる)マネジメント技術の実践 などが「システム」として機能することが求められている。

本年度は、横断調査研究が中心であったが、来年度は、継続データ入手による横断的縦断的研究の推進、サービス介入の効果評価(特に、リハビリテーション)、残された課題への対応(認知症ケアの在り方など)などを実施し、「実効ある介護予防を実現するための課題と対策」をより明らかにしていく所存である。

## A. 研究目的

本研究は、介護予防に関する3年後の見直しを念頭に置いた上で、①制度改正前後のケアマネジメント／サービス提供状況／要介護度の変化の実態把握（全国ベース）②制度改正前後での包括的パネル・データ（生活機能／介護／医療／健診等）の構築と、これを用いた、アウトカム面（新規申請者の減少等）、費用面（医療／介護費）、高齢者の生活機能面（日常生活活動状況等）、歩行／栄養／口腔機能面等からみた、介護予防の多面的な効果評価（モデル地区）③効果的な介護予防サービスの在り方の検証④介護予防の実効性を高めるための地域包括支援センターの在り方の検証を通じて、制度改正の議論に資する総合的なデータの提供と、介護予防及び地域包括ケアシステムの在り方に関する政策提言を行うことを目的としたものである。

## B. 研究方法

本研究における研究方法は以下の通りである。

研究方法①：厚生労働省からご提供頂いた要介護認定等に関する全国データの分析

研究方法②：松江市様からご提供頂いた健診／介護認定・給付等／医療レセプト／介護予防関連データの分析

研究方法③：関連資料に基づくケアマネジメント事例の質的分析

研究方法④：運動機能に関する測定データ分析

研究方法⑤：口腔／栄養状態に関する測定データ分析

研究方法⑥：中年者や学生を対象としたアンケート調査

研究方法⑦：住民を含めたステークホルダー全員を巻き込んだ多職種協働の実践とその効果評価

研究方法⑧：既存資料、既存データやレポートのレビューおよび専門家へのインタ

## ビュー

（倫理面への配慮）

研究方法①：厚生労働省よりご提供頂いたデータにおける個人IDは連結不可能匿名化されたものである。また、個人ID以外の個人情報（氏名、住所等）は削除された形でデータの提供を受けた

研究方法②：研究実施に当たり、松江市の首長に対し、研究概要と調査研究への協力要請を記載した書面を送付し、市内部で実施の可否、実施上の留意事項、提供可能なデータ項目などの内部検討を経た上で、同意の文書を書面により得た。なお、データマッチングは、市が実施し、さらに個人が特定可能な番号を任意番号に変換（匿名化）した上で、データを提供頂く形とした

研究方法③：担当の介護支援専門員から利用者に対し同意を取得してもらうと同時に、提出事例に関して匿名性、秘密保持を厳守し、報告書掲載にあたっては数量化を中心とした。事例紹介は要約を用い、個人を特定しにくい配慮をした

研究方法④：研究実施に当たり、但馬県民局長から研究実施承諾を得て行った。また、対象者の研究の参加は個人の自由意思とし、研究目的と内容を口頭および文書で説明し、同意を得た。調査によって得られた個人の情報は、個人情報保護法に基づき、厳重に管理した。なお、本研究は「神戸学院大学ヒトを対象とする研究等倫理委員会」において審査を受け了承された

研究方法⑤：データ分析の実施に当たり、分析の趣旨等を記載した文書による利用者への説明を行い、同意を取得した（栄養ケアマネジメント実施に対する同意取得に併せて）

研究方法⑥：調査の実施に当たっては、対象者に研究目的と内容を口頭および文書で説明し同意を得た



研究方法⑦及び⑧に関しては、その必要性から特段の配慮は行っていない

### C. 研究結果

(研究領域 1：高齢化に伴う生活機能の自然歴)

- ①要支援段階から様々な生活機能、特に歩行・移動、うつ・意欲に関連した機能や活動が低下していること
- ②要介護認定率、要介護度進展率とも、重度者に比べ、軽度者において地域差が大きいこと
- ③継続認定者の 1 年後の要介護度の進展に関しては、①いずれの要介護度でも 20%程度の高齢者は要介護度が進展すること ②要介護度 2,3 の高齢者の進展率が他の要介護度の高齢者と比較して相対的に高いこと（全サービス受給者を対象とした「平成 17 年介護給付費実態調査年報」とは、対象数や範囲等の相違により、結果は異なっている）
- ④同じ要介護状態に留まる割合は要介護状態によって変わるとともに、年齢階級にも依存していること
- ⑤加齢に伴う運動機能は、体格や筋力により説明される歩行よりも、バランス能力において著しい低下を来すこと
- ⑥低栄養者の要介護度別出現率は、BMI 基準と Alb 基準で差があること、特に、非該当を含む軽度者でその差が大きいこと(Alb 基準による出現率は低い)
- ⑦要介護 4-5 においては、うつを含む気分[感情]障害の外来受診率が高いほど、居宅サービス介護件数が少ない傾向がみられること(大都市を除く)
- ⑧通院／入院中の高齢者のレセプト病名をみると、高血圧性疾患や眼疾患、関節症などの筋骨格系疾患を有している割合が多いこと

(研究領域 2：生活機能歴への社会的対応)

①利用者の「一日の目標」をみると、「外出と動く機会」「食事」「規則正しい生活を送る」「交流」「健康状態や体力、体調等の現状維持」など、似通ったものが多いこと

②利用者から得た情報を統合・分析して「総合的な方針」に反映させているのは、分析した事例全体の約 4 割弱であること

③利用者は、(1)必要なセルフケア継続のモチベーションの維持が可能であろうと考えられる者 (2)とりたてて大きな問題を抱えていないが、自身の健康維持・向上のための行動をおこすことが簡単ではない者 (3)複数の疾病や進行性の難病を抱えている者 の三つのグループに大別されること

④「死ぬシナリオを持っていますか？」と言う問題提起に対して、全てのステークホルダーが一堂に会して意見交換を実施した結果、“してもらおう、してあげる”という発想が弱くなり、“この地に何があり何がないのか”、を協働して考えるようになったこと

⑤中高年者と大学生の抱く高齢者像に大きな相違があること、特に、大学生が高齢期に対して非常に暗い印象をもっていること

(研究領域 3：生活機能歴へのサービス面からの対応)

①動的バランス能力は、高齢者の転倒リスクに重要な要因であること

②方向転換と着座の危険度が高いと判定された者の方が、TUG 値が有意に短いこと、また、歩行動作に不良項目がある者の方が、ない者に比べ TUG 値が有意に短いこと

③高齢者の摂食機能に併せた適切な食形態(高齢者ソフト食)の提供が、摂食に関する残存機能を引き出し、かつ、見た目のよさや食べやすさにより良好な喫

食率が保たれ、結果として良好な栄養状態が確保されている可能性があること

(研究領域 4：地域包括ケアに向けた取り組み事例と制度改正への示唆)

- ①ADL 自立度の変化(評価期間平均：約半年)をみると、リハ専門職(PT・OT)による訪問活動により、ADL 自立度向上者の割合が、低下者の割合を有意に上回るなど、専門職の介入により ADL 自立度の改善が図られる可能性が高いこと
- ②1998年に創設されたカナダトロント州の地域ケアセンター(CCAC)は、退院時支援を積極的に展開する(スタッフを病院に派遣)とともに、サービス事業者との価格交渉と契約締結、サービス事業者の評価、スタッフ独自教育、地域資源とのネットワーク構築など、幅広い役割を担っていること

#### D. 考察および E. 結論

「実効ある介護予防」を実現するためには、①高齢者の生活機能(心身機能等/活動/参加)や健康状態などに関する知識の習得と実践への活用(アセスメント等) ②目標を共有化した「機能する多職種協働チーム」の編成 ③多職種協働チームを構成する各専門職の専門技術の開発及び展開 ④利用者や家族の多職種協働チームへの積極的参加(利用者自らが何をしたいかを語る(専門職は利用者が語ることを支援する)) ⑤多職種協働チームを動かす(機能させる)マネジメント技術の実践 などが「システム」として機能することが求められている。

本年度は、横断調査研究が中心であったが、来年度は、継続データ入手による横断的縦断的研究の推進、サービス介入の効果評価(特に、リハビリテーション)、残された課題への対応(認知症ケアの在り方など)などを実施し、「実効ある介護予防を実現

するための課題と対策」をより明らかにしていく所存である。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1.論文発表

(1)川越雅弘(2006)「介護予防元年を振り返って」、『公衆衛生情報みやぎ』362, 3-4

(2)備酒伸彦,山本大誠,川越雅弘(2007)「中高年者と大学生の抱く高齢者像—生涯学習に参加する中高年者と文系大学生を対象とした調査—」、『神戸学院総合リハビリテーション研究』, 2(1), 83-90

(3)川越雅弘(2006)「介護予防効果評価システムの開発」、『総合リハビリテーション』34(11), 1027-1033

(4)川越雅弘(2006)「多様な機能・役割が期待される地域ケアセンター—カナダ・トロント市における視察から—」, 週刊社会保障, 2395, 60-61

##### 2.学会発表

(1)納富祥子,黒田留美子,川越雅弘他:「適切な食形態の選択が高齢者の栄養状態等に及ぼす影響について(第1報)」, 第12回日本摂食・嚥下リハビリテーション学会学術大会, 236, 2006

#### H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

##### 1.特許取得

なし

##### 2.実用新案登録

なし

##### 3.その他

なし

## II. 分担研究報告

## 序章

介護予防／生活機能と  
関係職種に期待される役割

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

「介護予防の効果評価とその実効性を高めるための地域包括ケアシステムの  
在り方に関する実証研究」

研究報告書

## 序. 介護予防／生活機能と関係職種に期待される役割

主任研究者 川越雅弘 国立社会保障・人口問題研究所室長

介護予防の目的は、「どのような状態にある者であっても、生活機能の維持・向上を積極的に図り、要支援・要介護状態の予防およびその重症化の予防、軽減により、高齢者本人の自己実現の達成を支援すること」と謳われているが、この定義に含まれる「生活機能」とは何か、「生活機能の維持・向上」とは何を指すのかについて、現場レベルでは様々な解釈が生じているのが現状である。

そこで、本稿では、「本研究の位置づけやその目指すところ」への理解を深める意味合いも込め、まず、「生活機能」、「介護予防」の概念について整理を行い、介護予防を、「介護予防とは、利用者の希望（何がしたいかという潜在的本音）と現状（〇〇がしたいけど出来ないなど）のギャップ（課題）を、地域の様々な資源を活用して、介護予防関係者が、本人・家族とともに埋めることにより、自己実現と一緒に達成すること。現時点より何が出来たかといった絶対レベルの向上のみを意味するのではなく、その時点時点での利用者の希望・目標と現実の間のギャップを課題（介護予防の対象課題）とし、本人・家族の参加の可能性、目標達成の可能性などの観点から目標レベルの最適化を図った上で、そのギャップを本人・家族とともに埋める協働作業のことを介護予防という。」と定義した。

さらに、これら概念を理解した上で、「実効ある介護予防」を現場レベルで実現するために、関係職種には何が期待されているかについて、私見を整理した。

介護予防に関する PDCA（Plan→Do→Check→Act）サイクルがうまく機能すれば、サービスおよびマネジメントの質の継続的向上が期待されるが、現時点では ①アセスメント手法やコミュニケーション技法が具体化されていない、また、関係職種もこれら手法を十分には習得できていない ②本人・家族の成功体験獲得のための具体的手法、具体的サービスが提示されていない ③具体的な評価指標、評価方法が提示されていない ④本人・家族が、同サイクルの中に十分には参画できていない などの多くの課題を有している。

今後、PDCA の各段階で、関係職種、本人・家族は何をしなければならないのかを理解するとともに、具体的方法論を体感する実践・研修の場としてのケアカンファレンスの機能を充実させていく必要があると考える。

#### A. 研究目的

「生活機能」「介護予防」の定義を明確にすること。また、実効ある介護予防を実現するために、関係職種に期待されている役割について整理すること。

#### B. 研究方法

既存資料やレポートのレビュー。

(倫理面への配慮)

特に必要なし。

#### C. 研究結果

介護予防を、「介護予防とは、利用者の希望（何がしたいかという潜在的本音）と現状（〇〇がしたいけど出来ないなど）のギャップ（課題）を、地域の様々な資源を活用して、介護予防関係者が、本人・家族とともに埋めることにより、自己実現と一緒に達成すること。現時点より何が出来たかといった絶対レベルの向上のみを意味するのではなく、その時点時点での利用者の希望・目標と現実の間のギャップを課題（介護予防の対象課題）とし、本人・家族の参加の可能性、目標達成の可能性などの観点から目標レベルの最適化を図った上で、そのギャップを本人・家族とともに埋める協働作業のことを介護予防という。」と定義した。さらに、これら概念を理解した上で、「実効ある介護予防」を現場レベルで実現するために、関係職種には何が期待されているかについて、私見を整理した。

#### D. 考察および E. 結論

介護予防に関する PDCA（Plan→Do→Check→Act）サイクルがうまく機能すれば、サービスおよびマネジメントの質の継続的向上が期待されるが、現時点では ①アセスメント手法やコミュニケーション技法が具体化されていない、また、関係職種もこれら手法を十分には習得できていない ②本人・家族の成功体験獲得のための具体的手法、具体的サービスが提示されていない ③具体的な評価指標、評価方法が提示されていない ④本人・家族が、同サイクルの中に十分には参画できていない などの多くの課題を有している。

今後、PDCA の各段階で、関係職種、本人・家族は何をしなければならないのかを理解するとともに、具体的方法論を体感する実践・研修の場としてのケアカンファレンスの機能を充実させていく必要があると考える。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

## 序章. 介護予防／生活機能と関係職種に期待される役割

川越雅弘（国立社会保障・人口問題研究所）

### 1. はじめに

今後20年にわたる後期高齢者の急増が予想される中<sup>1)</sup>、高齢者の生活機能<sup>2)</sup>の維持・向上と、高齢者医療・介護費用の適正化の両者を如何に達成するかが重要な政策課題となっている。こうした中、2005年6月、制度の基本理念である「自立支援」「尊厳の保持」を基本としつつ、制度の持続可能性を高めることを目的とした改正介護保険法が成立した。

さて、今回の改正の主要テーマの一つが「介護予防」であるが、その目的は、「どのような状態にある者であっても、生活機能の維持・向上を積極的に図り、要支援・要介護状態の予防およびその重症化の予防、軽減により、高齢者本人の自己実現の達成を支援すること<sup>3)</sup>」にある。

今回の改正は、上記実現に向け、従来の三次予防（予防給付＋介護給付）の一部見直しを行うとともに、これに一次・二次予防（地域支援事業）をも加えた形での、総合的な予防重視型システムへの転換を図ったものである。また、その実効性を高めるため、これまで三次予防で培ってきたケアマネジメントの仕組みが、一次・二次予防に対しても適用拡大されるとともに、担当者に関しても、一次～二次～予防給付対象者に対しては、新設された地域包括支援センター職員が（一部委託可）、介護給付対象者に対しては居宅介護支援事業所のケアマネジャーが担う形に再編された。

ただし、このような大幅な制度見直しであったため、ケア現場担当者は制度への対応に追われ、「介護予防」の理念・目的やその根幹をなす「生活機能」に対する理解が不十分なままとなり、その結果、介護予防の理念実現のために、具体的に何にどのように取り組むべきかが混乱した状態にあったというのが、この1年間の実態であろう。

そこで、本稿では、「本研究の位置づけやその目指すところ」への理解を深める意味合いも込め、まず、「生活機能」、「介護予防」の概念について整理を行うこととする。また、これら概念を理解した上で、「実効ある介護予防」を現場レベルで実現するために、関係職種には何が期待されているかについて私見を述べる。

### 2. 生活機能とは

…介護予防では、高齢者の生活機能の維持・向上を積極的に図ることが求められている。本節では、高齢者の障害のとらえ方の変遷を振り返りながら、この「生活機能」とは何かを解説する。

#### 1) 高齢者の障害のとらえ方の変遷

1970年代より、世界保健機構（WHO）において障害に関する分類法の検討が開始され、1980年の国際疾病分類（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems：以下ICDと略）の第9回改訂に際し、補助分類として、①機能障害（impairment）②能力障害（disability）③社会的不利（handicap）の3レベルに分けて障害を総合的に捉



えるという基本的視点に立った WHO 国際障害分類(International Classification of Impairment, Disability, and Handicaps : 以下、ICIDH と略) が発表された<sup>4)</sup>。

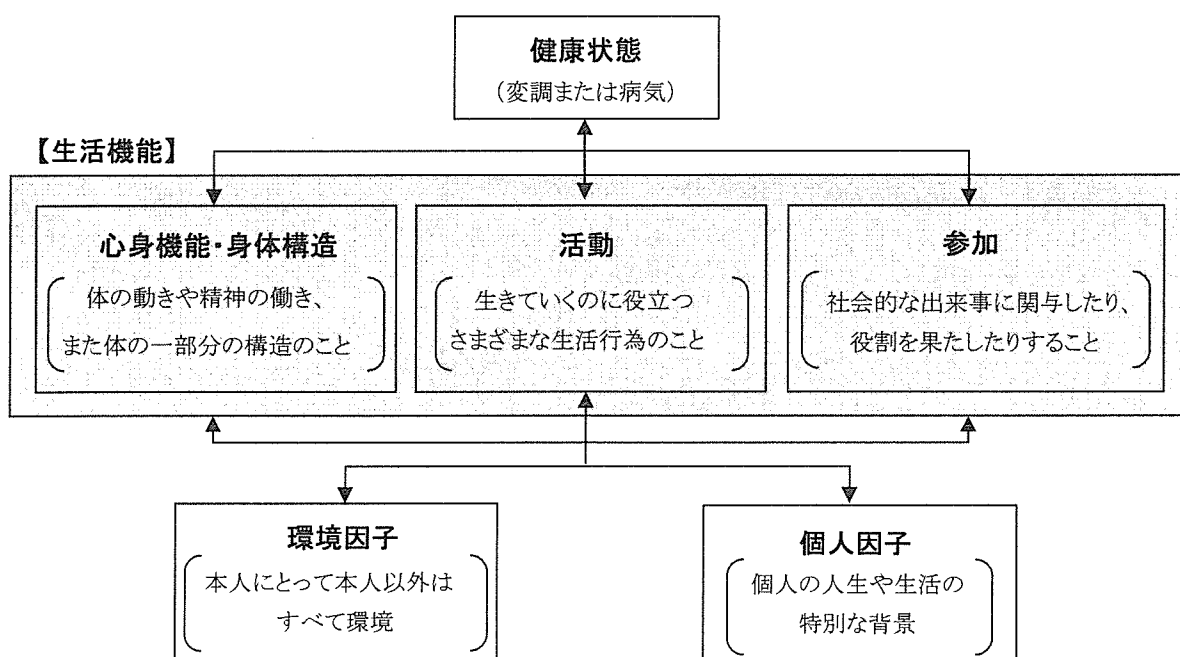
この分類法は、当時、障害分野の問題への正しい理解を普及する上で大きな役割を果たしたが、①生活・人生の問題点を疾病(病気)の結果としてしか捉えていない ②「障害」というマイナス面だけに注目した分類となっている ③機能障害→能力障害→社会的不利という一方向的関係で捉えている ④障害に影響を及ぼす背景因子が考慮されていない などの批判が高まり、1993年から改訂作業が正式に開始された。これら改訂作業を経て、2001年5月のWHO総会にて採択された新しい分類法が、国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health : 以下、ICF と略)である。

ところで、WHOは、WHO憲章前文のなかで、「健康」を“Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (健康とは、完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病または病弱の存在しないことではない(昭和26年官報掲載の翻訳))と定義している<sup>5)</sup>。この健康を、疾病を中心として捉えているのがICD、生活機能という包括的枠組みで捉えているのがICFであり、この相互補完的關係にある両者により、「健康」の全体像を捉える形となっている。

## 2) 生活機能とは

上記ICFでは、「生活機能」を、“心身機能・身体構造”、“活動”、“参加”を含む包括用語と定義している。ところで、この「生活機能」には、「健康状態」、「環境因子」、「個人因子」が大きく関係することから、「生活機能」とこれら因子を含め、障害者を包括的に捉える視点の重要性を示したのが、「ICFの生活機能モデル」である<sup>6)</sup>。

図1. ICFの生活機能モデル



(出所) 参考文献 2), P.17 を一部改変

### 3. 介護予防とは

介護予防とは、高齢者全員を対象とし、様々なサービス・地域資源を活用して、これら高齢者の生活機能の維持・向上を積極的に図ることにより、最終目標である「高齢者本人の自己実現」を支援することを目的とするものである。

ただし、ここでいう「生活機能の維持・向上」とは何を指すのかが曖昧である（人によって、いろんな解釈・イメージが取り得る）。

前述したように、生活機能は、①心身機能・身体構造 ②活動 ③参加 で構成される。高齢者の中には、介護予防サービスやケアマネジメントを受けることにより、サービス受給前に比べ、心身機能レベルも活動レベルも参加レベルも向上する（絶対レベルが向上する）場合もあろう。このような対象者に対しては、ほとんどの人が「生活機能が向上した」と判断するであろう。

では、障害の程度が進む、ないし加齢により、以前に比べ身体機能は低下したが、その現状の中で何がしたいかを傾聴し、利用者とともに適切なレベルの目標を立て、その実現に向かって適切に対処した結果、活動レベル、ないし参加レベルが維持できた、あるいは向上したとしたら、これも「生活機能が維持・向上した」＝「介護予防が達成できた」と言えるであろう。

要するに、介護予防を、「絶対レベルを維持・向上させること」と見なすのか（直すという発想に近い）、障害の程度が進む、ないし加齢に伴う一定の機能レベル低下を容認した上で、「目標と現状の相対レベル差（ギャップ）を維持・縮小させること」と見なすのかである。

ただし、介護予防の最終目標は「高齢者本人の自己実現」であることから、当然、この両者とも介護予防と言えると、筆者は考える。

表1に、筆者、ならびに本研究が目指している介護予防の定義を示す。

表1. 介護予防の定義（私案）

---

介護予防とは、利用者の希望（何がしたいかという潜在的本音）と現状（○○がしたいけど出来ないなど）のギャップ（課題）を、地域の様々な資源を活用して、介護予防関係者が、本人・家族とともに埋めることにより、自己実現を一緒に達成すること。

現時点より何が出来たかといった絶対レベルの向上のみを意味するのではなく、その時点時点での利用者の希望・目標と現実の間のギャップを課題（介護予防の対象課題）とし、本人・家族の参加の可能性、目標達成の可能性などの観点から目標レベルの最適化を図った上で、そのギャップを本人・家族とともに埋める協働作業のことを介護予防という。

---

4. 実効ある介護予防を現場レベルで実現するために～PDCA サイクルとケアマネジメント～  
工業（製造業など）の事業活動において、品質の維持・向上および継続的な業務改善活動を推進する代表的なマネジメント手法のことを PDCA（Plan→Do→Check→Act）サイクルという。

計画(Plan)、実施・実行(Do)、点検・評価(Check)、処置・改善(Act)のプロセスを順に実施し、最後の処置・改善(Act)では、点検・評価(Check)の結果から、最初の計画(Plan)を継続するのか、修正するのか、破棄するのかを決定し、次の計画(Plan)に結びつけるというもので、この考え方、流れはケアマネジメントと同じである(ケアマネジメントとは、品質管理プロセスで開発された PDCA サイクルを、ケアの領域に応用したものとも言える)。

さて、これまで、生活機能や介護予防の定義について言及してきたが、問題は、これをサービス担当者（ケアマネジメント、サービス提供担当者）レベル、保険者レベル、本人・家族レベルで如何に理解し、実践につなげられるかである。

以下、PDCA の流れに沿って、「実効ある介護予防」を実現するために、サービス担当者（ケアマネジメント担当者含む）や本人・家族に何が求められるかについて言及したい。

#### 1) 計画(Plan)段階

ここでの計画(Plan)段階とは、単なるケアプラン作成を意味するものではない。この段階に含まれるのは、ア) 対象者に関する様々な情報を収集すること（本人・家族の意向や将来的希望などを含む） イ) その上で、本人・家族とともに目標を決定し、関係者間で共有化を図ること ウ) 目的を達成するための方法（担当者別の役割分担、スケジュールなど）を決めること である。

さて、介護予防では、高齢者、特に後期高齢者を主対象とするが、これら対象者が安心・安定した療養生活を地域で送るためには、本人・家族が有する様々な課題（医療面、生活支援面、介護面、社会参加面など）に適切に対応することが求められる。したがって、関係職種には、まず、本人・家族が、

- どのような課題（希望と現状のギャップ）を有しているか
- その課題に対し、どのような認識を持っているのか（克服の可能性など）
- 課題に対し、現在あるいは将来的にどうしたいと思っているのか
- 将来的に実現したいことはあるのか、また、それは何か

などを傾聴し、本音部分を引き出すことが求められる（援助的コミュニケーション技術が必要とされる）。その上で、関係職種は、生活機能や介護予防の考え方を理解した上で、

- 生活機能の各領域（心身機能等、活動、参加）の能力レベルと実行レベルの実態把握
- 能力レベルと実行レベルのギャップの有無とその要因分析  
（例：“できる ADL” と “している ADL” の評価と両者のギャップの要因分析）
- 本人・家族の意識・意欲レベル等の評価とその背景分析
- 本人・家族への評価結果の説明

などを行い、具体的かつ適正レベルの目標を、本人・家族を交えながら設定した上で、目標達成に向け、誰が何をいつまでに行うかといった役割分担を決めていくことになる。

実は、PDCA サイクルにおいて最も重要な過程が、この計画(Plan)段階であり、その策定

レベルが、介護予防の効果に大きく影響を与えると筆者は考える。

介護保険では、この役割を担う実践の場として、ケアカンファレンスが想定されていたが、制度施行後の状況をみると、これが必ずしも適切に実施されていないという報告がある<sup>7)8)</sup>。この背景には、介護支援専門員の業務の多忙さもあるが、方法論（アセスメント手法、コミュニケーション技術など）が具体化されていない、方法論を会得していないことも大きな要因と考えられる。

方法論の具体化を図った上で、「作戦会議（点検・評価を含む）」に相当するケアカンファレンスを、ケアマネジメント過程における最重要プロセスとして位置づけ、現場レベルで積極的に取り組む体制整備が必要と考える<sup>1)</sup>。

## 2) 実施・実行(Do)段階

これは、計画(Plan)段階で決められた役割分担、例えば、リハビリテーション関係者の役割として、「歩行・移動に関する ADL 訓練を行うことで、実行レベルの ADL の獲得と、外出頻度の向上を目指す」などを、関係職種が各々の専門技術を駆使しながら実行する段階のことである。この際、サービス介入の効果を評価するための指標測定（アセスメント項目を活用）も求められる。

ところで、特定高齢者や予防給付対象者に対する介護予防では、その効果を高めるためには、本人・家族の能動的参加が非常に重要なキーとなる。この能動的参加を促すものは、「成功体験の獲得」であろう。計画段階で、合意の上で決めた目標を、関係職種と一緒に達成する（例：リハビリテーションによる ADL の獲得、社会参加による役割の獲得など）ことを経験することで、この能動的参加意識が高揚し、より高いレベルの自己実現を目指す意識が芽生えるものと考えられる。

専門技術がなければ、成功体験の獲得支援など、実質困難である。介護予防で求められる「多職種協働による自己実現支援」において、各職種には、これまで以上に、専門技術をどれだけ持っているのかが問われていることを認識する必要がある。

## 3) 点検・評価(Check)

点検・評価(Check)段階とは、当初計画した内容が、実施・実行(Do)段階を通じて、何がどこまで出来たのか、また、何が出来なかったのかを明らかにする段階のことである。この際、実施・実行(Do)段階で実施した指標測定結果（事前および事後評価結果）が、点検・評価に用いられる。

ところで、「評価」という言葉から、“計画はどの程度達成出来たか（うまくいったか）”に視点が集まることが多いが、ここで重要なことは、「出来たこと、出来なかったことを客観的に棚卸した上で、特に、出来なかったことに対し、その理由に言及すること」と考える。これにより、次の課題と対策が見えてくるのである。

点検・評価(Check)段階は、現状評価を通じて、次なる課題（本人・家族ベース、関係職種ベース）と対策を明らかにするための段階と理解した方がよいであろう。

<sup>1)</sup>片山は、文献 9)の中で、ケアマネジメント業務に関連する養成課題として、①アセスメント手法の習熟 ②コミュニケーション技術の習得 ③ケアカンファレンスを通じた多職種協働のメリット（機能分担の効率性、他職種からの専門的知識の習得など）の体感を挙げている。