

### 3. 在宅障害高齢者の ADL 変化

#### 1) 対象と方法

但馬長寿の郷地域ケア課に所属する理学療法士・作業療法士が、1999年1月から2001年8月までに2回以上在宅訪問を行った障害を有する高齢者343人(男性141人、女性202人、平均年齢76.5歳±13.3歳)の記録を検索対象として、初回訪問時と最終回訪問時の日常生活自立度の変化を調査した。

日常生活自立度の判定には、障害老人の日常生活自立度判定基準(厚生労働省)を用いた。この基準は、行動範囲とそれに伴う介助の有無で生活の自立度を判定するもので、J1・J2、A1・A2、B1・B2、C1・C2の4ランク8段階に分類される(表3)。

表3 障害老人の日常生活自立度判定基準

J ランク	何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており、独力で外出する 1 交通機関などを利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
A ランク	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たきりの生活をしている
B ランク	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
C ランク	一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力で寝返りもうたない

今回の調査では理学療法士・作業療法士の初回評価時に A1 から C1 の段階にあった者を対象として、向上・低下・不変群に分類し検討した。

結果の分析にあたって、年齢、訪問回数、評価期間については対応の無い平均値の t 検定を、向上群、低下群、不変群の発現率については対応の無い比率の差の t 検定を用いて処理した。

(倫理的配慮)

記録の検索に当たっては、個人データを縦断的に検討する必要性と、個人名が明らかにならないことへの配慮から、個人名を記号化し今回研究対象とする ADL レベルのみを抽出することとした。

#### 2) 結果

対象と方法の項で述べたように、理学療法士・作業療法士の初回訪問時の ADL 自立度がランク A1・A2、ランク B1・B2、ランク C1 までの者を対象として、最終回訪問時の自立度の段階が初回訪問時の自立度段階を越えて上がった者を向上群、下がった者を低下群として分類した。

その結果、向上群 88 人(25.7%)、低下群 40 人(11.7%)となり、両者間に有意な差を認めた( $p < 0.01$ )。両群間の年齢、男女構成、評価期間には有意な差を認めなかった(表4)。

表 4 障害高齢者の ADL 自立度の変化

	向上群	低下群
対象者数	93 名 (20.0%)	66 名 (14.1%)
年齢(歳)	76.2±12.5	77.6±12.4
理学・作業療法士訪問回数(回)	3.1±1.3	3.1±1.4
評価期間(初回～最終評価までの日数)	175.1±140.1	229.9±167.9

さらに、初回訪問時の自立度ランク別に向上群、低下群を分類したところ、ランク B の向上群の割合(37.9%)が、ランク A・C の向上群の割合(20.4%・20.3%)に比べて有意に高かった( $p<0.01$ ) (表 5)。

表 5 障害高齢者の ADL 自立度の変化 (初回評価時の自立度別結果)

	初回評価時 ADL 自立度	向上群	低下群
準寝たきり	ランク A(181 名)	37 名 (20.4%)	26 名 (14.4%)
寝たきり	ランク B(103 名)	39 名 (37.9%)	11 名 (10.7%)
	ランク C( 59 名)	12 名 (20.3%)	3 名 ( 5.1%)

#### 4. 考察

先行研究では、障害のある高齢者の日常生活動作自立度 (以下、ADL 自立度) は在宅で明らかに低下するという報告が多い。

荒川は<sup>1)</sup>、1989～1990 年に脳卒中で入院した 206 名に対して退院後の追跡調査を行った結果、退院 3 年後には Barthel index の評価でも 70 歳以上の者では ADL 自立度が悪化していたと報告している。

また、砂子田は<sup>2)</sup> 1989～1991 年にリハビリテーション目的で入院した 40 歳以上の脳卒中患者 206 名を対象に調査し、退院後 2 年以降に ADL 自立度の低下する者の割合が増加し、ADL 自立度の低下に大きな影響を与える因子として、発症前社会適応状態が、性別、退院時の ADL 自立度レベル、家族構成、退院後再発作の有無等を挙げている。

佐直は<sup>3)</sup>、高齢の脳卒中患者の機能的状態は長期的には慢性進行性であるとした対応が必要であるとしている。

このように退院後の機能低下を示す先行研究に対して、Kelly-Hayes<sup>4)</sup> は、脳卒中患者の Barthel index は発症 1 年後にはやや低下するが統計的には有意でないと報告している。一方で、McGinnis は<sup>5)</sup>、入院リハビリテーション治療を受けた後 2～5 年経過した脳卒中患者を対象として Barthel index を用いて調査した結果、機能レベルは低下していたと報告している。

このような先行研究では、障害を有する高齢者の ADL 自立度は時間の経過と共に低下するということが通説になっている。もちろん長期にわたれば加齢とともに ADL 自立度が低下することは自明のことであるが、本研究結果より、2 年程度の範囲であれば、逆に ADL 自立度が向上するケースの割合が、低下するケースの割合を上回っていることが明らかになった。

これらの背景には、医療機関で実施される治療、リハビリテーション技術の進歩に加えて、介護保険の実施により大幅に増加した在宅ケアサービスの存在が強く影響しているものと思われる。兵庫県のデータでは、介護保険が開始さ

れる以前（2000年4月）と以後（2002年7月）を比較すると、訪問介護件数は約3.9倍、訪問リハビリテーションは2.2倍、訪問看護は1.6倍となっており、これら、リハビリテーションサービスをはじめ、プロによるケアサービスが在宅に届きやすくなったことや、転倒予防などの介護予防事業が積極的に進められてきたことがADL自立度の向上に寄与していると考えられる。

本研究によって、障害をもつ高齢者のADL自立度が在宅で向上することが分かった。また、我々が先に行った「市民の介護意識に関する調査」では、市民の意識が介護保険実施後「ADLは在宅で向上する」というものが多数をしめるようになったことも分かっている<sup>6)</sup>。

Rimmerは<sup>7)</sup>、障害を有する人に対する健康増進の取り組みが二次的障害予防に効果的であるとしている。

本研究の結果からもその効果の一端をみることができ、今後の高齢者ケアにおいても、ADLの維持・向上に的を絞った方法論の開発が必要であると考えられる。

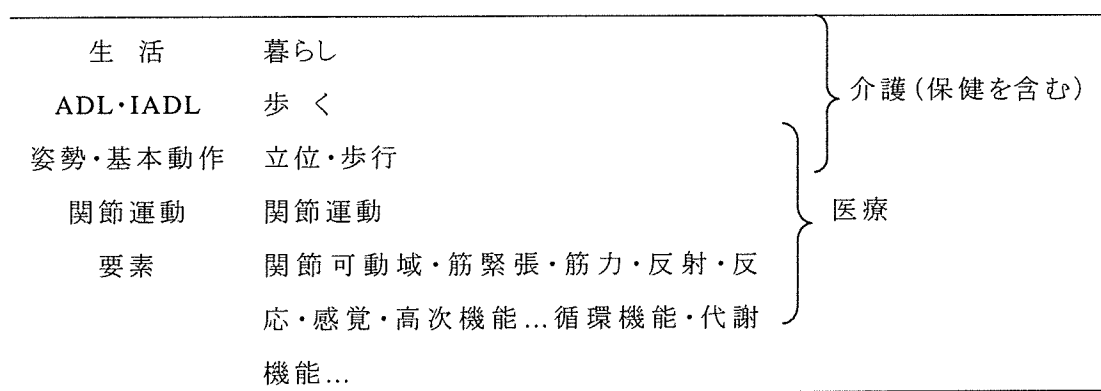


図1 要素還元的に捉えた人の生活

図1は人の暮らしを動作機能の面から要素還元して捉えたものである。

「生活」は「ADL・IADL」を大きな構成要素として成り立ち、「ADL・IADL」は「姿勢・基本動作」によって構成され、「姿勢・基本動作」は「関節運動」によって、「関節運動」はさらに細かな要素によって成り立っているという考えを図示したもので、右に「歩く」という行為を例に示してある。このように生活を要素還元的に捉えることは、各階層での問題点を明らかにして対応策を導くためにリハビリテーションの分野では広く理解されている方法である。

さて、この各階層にある課題を解決するために最も適切な方法論は何かと考えると、右端に示したような介護と医療の役割分担が明らかになってくる。生活場面に近い介護が、生活とADL・IADLに中心的に関わり、細かな要素に対しては医療がその責任を果たすことが効果的であるという考え方である。

我が国では1989年にゴールドプランが実施されるまでは、技術性を持つ介護という発想は希薄で、その大部分が家族による「お世話」に委ねられてきた。すなわち図で示した介護の範疇も医療がその技術性を延長して支えてきたということである。

しかし、介護保険から6年を経過した今は、介護技術者の質・量ともに急激な増加・成長をみて、社会化された専門的な介護が実現されつつある。一方で、未だADL・IADLの維持向上に向けた具体的な技術論が完成されていない時期でもある。

近い将来の超高齢社会に向けて、ADL・IADLを具体的に維持向上せしめる技術論、すなわちケア論の構築が急務であると考えらる。

そこで我々は、ADL・IADLが低下する機序の解明とそれを防ぐ方策の検討、訪問介護サービスを受ける障害高齢者のADL変化の追跡調査などにより、より生活に近い面での介護予防サービスの方向性を検討していきたいと考えている。

#### 参考文献

- 1) 荒川修治：「脳血管障害」，総合臨床，47，77-81，1998
- 2) 砂子田篤：「機能的状態の予後予測」，総合リハ，26，1119-1125，1998
- 3) 佐直信彦：「脳卒中患者の機能低下」，臨床リハ，7，820-823，1998
- 4) Kelly-hayes M . Time course of functional recovery after stroke:the Framingham study.J Neurol Rehab, 3, 65-70, 1989
- 5) Mcginnis GE.Program evaluation of physical medicine and rehabilitation deoartments using self-report Barthel. Arch Phys Med Rehabil,67, 123-125,1986
- 6) Nobuhiko Bishu,Tomoaki Shimada,et al;Changing attitudes to care of disabled older people within a changing health care system in Japan, Bulletin of Health Sciences Kobe, Vol.19
- 7) RimmerJH.Health promotion for people with disabilities:The emerging paradi gm shift From disability prevention to prevention of secondary conditions. Physical Therapy, 5, 495-502, 1999

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

#### 4-2. カナダトロント州における地域ケアセンターの実態

主任研究者 川越雅弘 国立社会保障・人口問題研究所室長

2006年の介護制度改革の目玉の一つが「地域包括支援センターの創設」である。同センターは、まだ同年4月からスタートしたばかりであるが、今後地域ケアを推進する上で非常に重要な役割を期待されている

ところで、「介護予防」に関しては、3年後に見直しを行うこととなっている。そのため、同センターの役割や機能、職員研修方法、予算の在り方なども今後再検討されることになると考えられる。

そこで、今回、先行事例の検証を目的に、2006年7月24～25日にかけて、カナダのオンタリオ州トロント市の地域ケアセンター（Community Care Access Centre：以下、CCACと略）の視察と、オンタリオ州行政（Ministry of Health and Long-Term Care：MOHLTC）との情報交換を行った。

その結果、①カナダの場合、費用適正化の観点から急性期病床の削減を急速に図っているため、住民アクセスを確保しながら地域ケアを推進していくことが求められているが、このことがCCAC設立の背景にあること ②オンタリオ州政府の役割は、ア）各CCACの業務評価とそれに応じた補助金の支給 イ）認定基準の構築 など、一方、CCACの役割は、ア）サービス事業者との価格を含めた契約交渉 イ）サービス事業者の評価 ウ）地域資源とのネットワーク構築 エ）スタッフ教育 オ）事業実績報告 などとなっていること ③初回アセスメント対象者の紹介元の半数強は、病院からの退院支援ケースであること ④サービス利用者のうち、高齢者が占める割合は約半数であること ⑤行政側の意向により、現在でもある程度の規模を有するCCAC(オンタリオCCACは65万人をカバー)を統合し、様々な役割・機能を強化・付加していく方向にあること などがわかった。

日本の地域包括支援センターは、人口2-3万人程度をカバーするものであるが、地域ケアを進める上で、どのような規模が適正なのか、また、行政の関与はどうあるべきかなど、日本の地域包括支援センターの運営においても参考になる部分は多い。今後の動向についても注目していきたい。

##### A. 研究目的

カナダトロント州が設立したCCACの

活動状況、州政府の関与状況、両者の役割分担などの実態を把握し、今後の地域

包括支援センターの役割や機能、職員研修方法、予算の在り方などに関する貴重な示唆を得ること。

## B. 研究方法

既存データの分析およびオンタリオ州トロント市の CCAC の視察と、MOHLTC スタッフとの情報交換による。

(倫理面への配慮)

特になし。

## C. 研究結果

①カナダの場合、費用適正化の観点から急性期病床の削減を急速に図っているため、住民アクセスを確保しながら地域ケアを推進していくことが求められているが、このことが CCAC 設立の背景にあること ②オンタリオ州政府の役割は、ア) 各 CCAC の業務評価とそれに応じた補助金の支給 イ) 認定基準の構築 など、一方、CCAC の役割は、ア) サービス事業者との価格を含めた契約交渉 イ) サービス事業者の評価 ウ) 地域資源とのネットワーク構築 エ) スタッフ教育 オ) 事業実績報告 などとなっていること ③初回アセスメント対象者の紹介元の半数強は、病院からの退院支援ケースであること ④サービス利用者のうち、高齢者が占める割合は約半数であること ⑤行政側の意向により、現在でもある程度の規模を有する CCAC(オンタリオ CCAC は 65 万人をカバー)を統合し、様々

な役割・機能を強化・付加していく方向にあること などがわかった

## D. 考察および E. 結論

日本の地域包括支援センターは、人口 2-3 万人程度をカバーするものであるが、地域ケアを進める上で、どのような規模が適正なのか、また、行政の関与はどうあるべきかなど、日本の地域包括支援センターの運営においても参考になる部分は多い。今後の動向についても注目していきたい。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1.論文発表

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

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

## 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

### 研究報告2. カナダトロント州における地域ケアセンターの実態

川越雅弘（国立社会保障・人口問題研究所）

#### 1. はじめに

2006年の介護制度改革の目玉の一つが「地域包括支援センターの創設」である。同センターは、まだ同年4月からスタートしたばかりであるが、今後地域ケアを推進する上で非常に重要な役割を期待されている。

ところで、「介護予防」に関しては、3年後に見直しを行うこととなっている。そのため、同センターの役割や機能、職員研修方法、予算の在り方なども今後再検討されることになると考えられる。

そこで、今回、先行事例の検証を目的に、2006年7月24～25日にかけて、カナダのオンタリオ州トロント市の地域ケアセンター（Community Care Access Centre：以下、CCACと略）の視察と、オンタリオ州行政（Ministry of Health and Long-Term Care：MOHLTC）との情報交換を行った。

以下、CCACが求められた背景を、カナダにおける高齢化の現状、医療制度改革の方向性ならびにその結果としての医療関連の主要指標の現状などをもとに概観した上で、オンタリオ州トロントのCCACの運営実態や州政府との役割分担等について紹介する。

#### 2. CCACが求められた背景～カナダの医療制度改革の流れ～

##### 1) 高齢化の現状

表1に、カナダの総人口、高齢者数、高齢化率の推移を示す。

OECDの国際比較医療データ<sup>1)</sup>によると、2004年時点の総人口3,195万人、65歳以上人口414万人、高齢化率13.0%となっている。

同時点における日本やOECD諸国の高齢化率<sup>1)</sup>（日本19.5%、ドイツ19.3%、イタリア19.0%、スウェーデン17.2%、フランス16.3%、イギリス16.0%など）に比べ、低い水準にあるが、第一次ベビーブーマー世代が65歳に達する2011年からは高齢化が加速度的に進み、2031年までには高齢化率は23-25%に達し、2040年にはスウェーデンと同程度の高齢化率(26.8%)となり、フランスやイギリスなどより高くなると予想されている(参考文献2)、59)。

表1. カナダの高齢者数／高齢化率の推移

	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004
総人口(千人)	27,698	28,367	28,999	29,611	30,157	30,689	31,373	31,946
65歳以上(千人)	3,121	3,295	3,438	3,579	3,724	3,853	3,993	4,141
75歳以上(千人)	1,251	1,330	1,395	1,491	1,602	1,707	1,818	1,928
高齢化率(%)	11.3	11.6	11.9	12.1	12.3	12.6	12.7	13.0
後期高齢化率(%)	4.5	4.7	4.8	5.0	5.3	5.6	5.8	6.0

(出典) OECD Health Data 2006

## 2) 財政事情に伴う医療費抑制政策の展開

税を財源とするカナダの保健医療は、憲法上、州の専権事項であり、これを連邦政府が財政移転(補助金による費用分担)により支える形式を採っているが、1975年の財政赤字を背景に、連邦-州間の財政移転方式が見直され、1977年、連邦-州間財政措置・制度財源調達法(Established Program Financing Act: EPF)が導入された(参考文献2)、61-62)。

しかし、その後も経済の低迷が続いたことから、連邦政府は、EPFの上昇率をGDPの伸び率より低い水準に抑える政策を展開するとともに、社会福祉サービスをカバーするカナダ扶助プラン(Canada Assistance Plan: CAP)をEPFと統合したカナダ保健・社会移転制度(Canada Health and Social Transfer: CHST)を1995年に導入し、更なる財政移転縮小の意向を示した。

その後、1997年度財政事情が好転したこともあり、連邦政府は、財政均衡から社会政策重視に転換し、1999年2月、社会政策拡充に関する合意を形成した(参考文献2)、62-63)。こうした背景もあり、1997年以降、総医療費は再び増加のスピードを速め、対前年度比7-8%増で推移している(表2)。また、対GDP比も、1995-2000年間は8.9-9.2%で推移してきたが、2001年9.4%、2002年9.7%、2003年9.9%と、ここ数年はGDPを上回る伸び率で医療費が増加している(表3)。

ただし、医療費の拡大は、州政府予算にとって年々負担となっており(参考文献3)、20)、日本と同様、持続可能な医療制度を如何に構築するかが、現在大きなテーマとなっている。

表2. カナダの総医療費(Total Expenditure on Health)及び対前年度伸び率の年次推移

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
総医療費	73,813	77,280	82,499	87,174	94,786	102,754	110,307	118,080
伸び率(%)	0.8	4.7	6.8	5.7	8.7	8.4	7.4	7.0

注1. 総医療費の単位は、100万カナダドル。

(出典)OECD Health Data 2006

表3. 総医療費の対GDP比の推移の国際比較

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
カナダ	9.2	9.0	8.9	9.2	9.0	8.9	9.4	9.7	9.9
日本	6.8	7.0	6.9	7.2	7.4	7.6	7.8	7.9	8.0
フランス	9.4	9.4	9.2	9.1	9.2	9.2	9.3	10.0	10.4
ドイツ	10.3	10.6	10.4	10.4	10.5	10.4	10.6	10.8	10.9
イギリス	7.0	7.0	6.8	6.9	7.1	7.3	7.5	7.7	7.9
アメリカ	13.3	13.2	13.1	13.1	13.1	13.3	14.0	14.7	15.2

(出典)OECD Health Data 2006

## 3) 進む平均在院日数の短縮と病床数削減

将来的な医療費拡大が予想されたなか、各州では、日帰り手術の促進、平均在院日数の短縮、病床数の削減策などが展開されてきた。その結果、平均在院日数は、1989年の13.9日をピークに年々減少し、1992年12.6日、1995年10.7日、1999年8.7日となっている<sup>1)</sup>。また、全病床数も、1986年の17.5万床をピークに年々減少し、1993年15.5万床、1999年11.9



万床、2003年10.9万床と、また、急性期病床も同様に、1993年10.5万床、1999年10.1万床、2003年9.4万床となっている(表4)。

その結果、カナダの2003年時点の人口千人当たり病床数は3.4床となったが、これはドイツの8.7床、フランスの7.7床の半分以下、アメリカの3.3床と同水準にある。

こうした急激な病床数削減や平均在院日数の短縮もあり、急性期病床を退院した医療ニーズの高い患者の受け皿作り(在宅ケアの拡充等)、医療と介護の連携強化(ケアマネジメントに基づく退院支援などによる継続性の確保等)が重要なテーマとなってきた。

表4. カナダにおける全病床数/急性期病床数の推移

	1990	1993	1996	1999	2000	2001	2002	2003
全病床数(床)	165,741	155,266	135,971	119,442	115,780	115,079	115,398	108,825
急性期病床数(床)	112,173	104,730	115,053	101,350	99,377	98,750	99,080	94,458

(出典)OECD Health Data 2006

表5. 全病床数/人口千人当たり病床数の国際比較

	カナダ	日本	フランス	ドイツ	イギリス	アメリカ
① 1998年						
全病床数(床)	131,898	1,891,945	492,031	762,596	260,900	1,013,000
人口千人当たり病床数(床)	4.4	15.0	8.4	9.3	4.5	3.7
② 2003年						
全病床数(床)	108,825	1,820,035	459,848	721,690	246,300	965,000
人口千人当たり病床数(床)	3.4	14.3	7.7	8.7	4.1	3.3

注. 病床の定義が国によって異なる部分があるため、単純比較はできない。例えば、日本の病床数は、2003年で182万床となっているが、これは医療施設調査における病院163.2万床(療養病床34.2万床含む)、有床診療所18.8万床の合計である。療養病床の定義や同病床をカウントするか否かでも数字は異なってくる。

(出典)OECD Health Data 2006

### 3. トロント CCAC の活動状況

前述したように、医療・福祉サービスの実施主体である州政府は、医療費削減を目指し、平均在院日数の短縮、病床数の削減を急速に進めてきたが、その一方で、退院後の受け皿としての在宅ケアに関しては充実を図ろうとしている。

ところで、いずれの州(10州と3準州)においても、看護サービス、リハビリテーション・サービス、ソーシャルワーク・サービス、在宅生活支援サービス、ケースマネジメント、ボランティアによる家庭訪問サービスが一般的に行われている(参考文献4)、264)が、サービスおよびマネジメント提供体制は、州によって異なっている。

今回、日本の地域包括支援センターの役割・機能への示唆在宅と施設サービスに関する窓口の一元化、サービスネットワークの構築、ケースマネジメント機能の充実などを目指し、1998年に43のCCACを創設したオンタリオ州の現状をヒアリングした。ヒアリング先は、トロント旧市街(人口約66万人)をカバーするトロントCCAC(説明者は、同センターの教育研修部門のマネージャーSandra Sagara 女史)および州行政(MOHLTC)である。

以下、トロントCCACの活動状況を紹介する。

## 1) トロントの概況と CCAC 創設の歴史

トロントは、オンタリオ州の州都で、人口約 250 万人（2001 年現在、衛星都市除く）のカナダ最大の都市である。世界各国からの移民も多いため、「モザイク社会」と表される（イギリス系、フランス系、中国系などが多い）。カナダでは英語とフランス語が公用語であるが、公用語以外の言語を使う住民も多く、使用言語上の問題により、医療・福祉サービスへのアクセスが阻害されやすいという面を有している。

さて、前述した病院の閉鎖・統合、病床数の削減はオンタリオ州でも進められ、病院数は 1994 年の 224 病院から 1997 年には 210 病院に、また、病床数も 1 万床減少した<sup>5)</sup>。

こうしたなか、1996 年 1 月、オンタリオ州の厚生大臣が、①在宅と施設サービスの一元化 ②窓口の一元化 ③公正かつ公平なアクセスの実現 などを目指した CCAC の創設を宣言、これを受け、1998 年、43 ヶ所の CCAC が設立された（調査時点（2006 年 7 月時点）は 42 ヶ所、2007 年 2 月現在は 14 ヶ所に統合されている）。

## 2) トロント CCAC におけるケアマネジメント業務の流れ

図 1 に、トロント CCAC の業務の流れを示す。

利用者は、病院、地域、介護施設、学校等から紹介されるが、それへの対処内容は、①在宅サービスの紹介 ②情報提供要求への対応 ③施設サービスの紹介 の 3 つに大別される。

利用者が在宅サービスを希望する場合、まず、MDS (Minimun Data Set)<sup>7)</sup>によるアセスメントが実施される。その上で、認定に関する 9 基準 (Eligibility Criteria) に該当するかどうかを判断、該当した場合、目標設定～ケアプラン作成～サービス選択～モニタリングといった一連のケアマネジメントが実施される。

なお、目標が達成された段階で、サービスは原則終了となり、その後に関しては、地域の様々なサービスにつなぐ形となる。

表 6. オンタリオ州における認定基準（在宅サービスの場合）

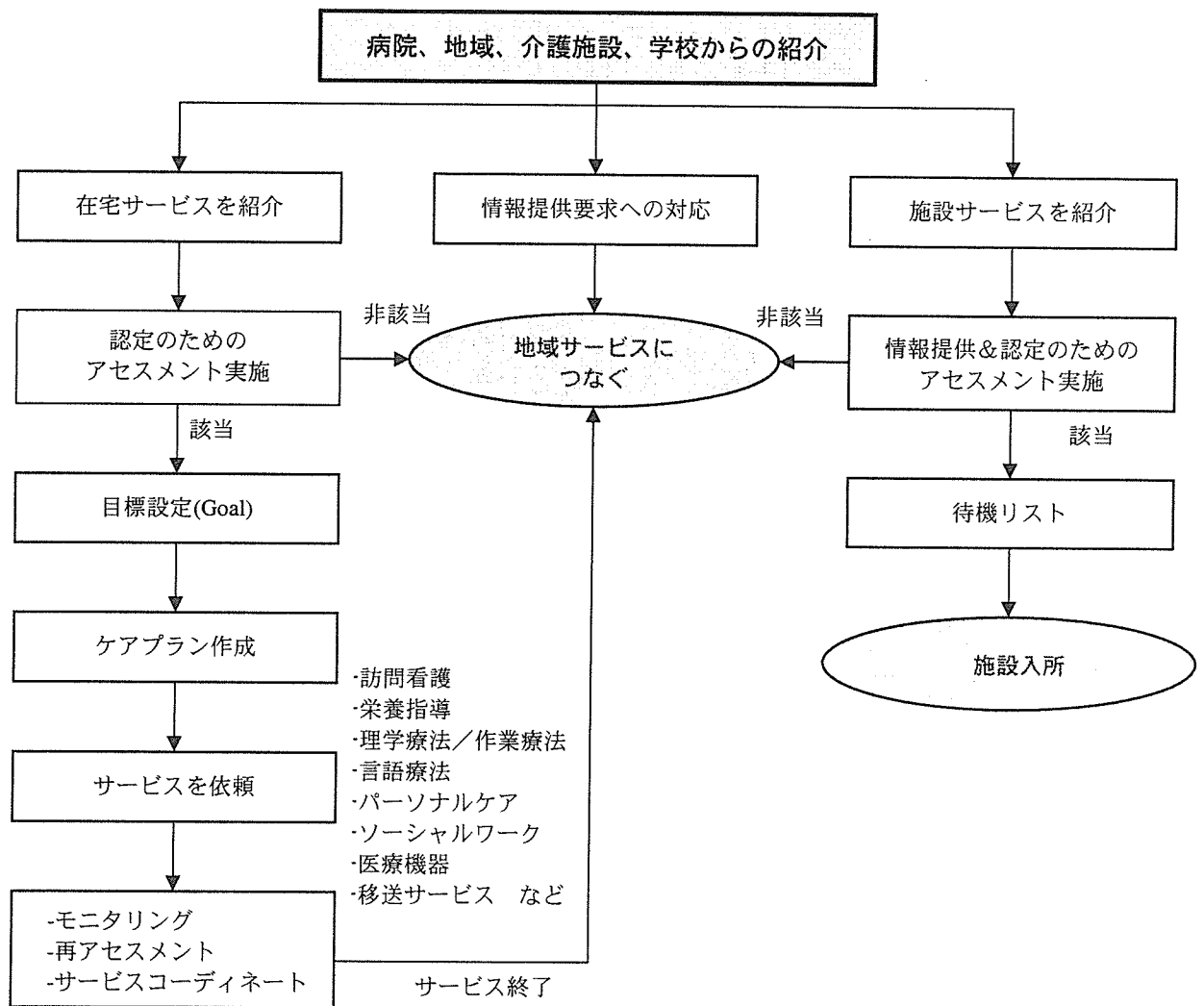
---

基準 1: オンタリオ州の医療保険に加入していること（年齢は問わず）
基準 2: 外来通院では利用者ニーズを満たすことができないこと
基準 3: 在宅サービスによる在宅療養が可能な健康状態にあること
基準 4: 看護、作業療法、理学療法、言語療法、栄養指導、パーソナルサービス、ソーシャルワークのいずれかのサービスを必要としていること
基準 5: 厚生大臣に承認された適切なサービスが、保険加入者の自宅にて安全に提供することができること
基準 6: 必要に応じ、家族や友人の援助を受けることができること
基準 7: サービス介入によって、目標到達の可能性が期待されること
基準 8: 当該 CCAC のカバー地区に居住していること
基準 9: 医学管理が進行中の場合、ないし、利用者のケアに関する医学的関与が要求される場合、ケアに対する医師の医学的関与が受けられること

---

(出所)トロント CCAC 資料より筆者作成

図 1. トロント CCAC における業務の流れ



(出所)トロント CCAC より入手した資料を筆者改変

因みに、CCAC 全体で、2005 年度に初回アセスメントを実施した 424,851 件の紹介元の内訳は<sup>9)</sup>、「病院」237,747 件(56.0%)、「地域」152,941 件(36.0%)、「介護施設」11,488 件(2.7%)、「学校」22,675 件(5.3%)と、半数以上は病院からの退院支援ケースであった。

### 3) 在宅サービス提供方法および提供量

在宅サービスそのものを CCAC が提供する訳ではない。CCAC の役割は、年度毎に各サービス提供事業者（訪問看護、栄養指導、リハビリなど）と個別契約（価格を含む）を交わした上で、契約事業所の中からサービスを組み合わせることである。要した費用に関しては、契約価格に基づいて、CCAC からサービス事業者を支払われる。

したがって、CCAC には、各サービス提供事業所の質や活動状況を評価した上で、各事業者と、年間サービス提供量や価格に関する交渉を行うことも求められている。

表 7 に、トロント州全体の、2005 年度における在宅サービス種類別にみた利用者数、利用延べ回数/延べ時間を示す。

因みに、利用者数をサービスコード別にみると、「急性期」37.4%、「リハビリテーション」21.8%、「施設入所(Placement)」18.8%、「生活支援(Maintenance)」12.6%、「終末期ケア」2.5%などであった。

表 7. 在宅サービス種類別にみた年間の利用者数と延べ回数／延べ時間<sup>9)</sup>

在宅サービス種類	利用者数(人)	延べ回数／延べ時間
①訪問看護	212,898	7,069,122
②作業療法	121,347	564,838
③理学療法	98,598	543,162
④家事援助	152,984	17,180,836
⑤栄養指導	16,535	63,179
⑥ソーシャルワーク	14,896	82,660
⑦言語療法	31,986	262,927
合 計	649,244	25,766,724

#### 4) 利用者の年齢構成

2005年度のオンタリオ州全体のサービス利用者の年齢構成をみると、「高齢者(65歳以上)」50.6%、「成人(21-64歳)」39.7%、「子供(20歳以下)」9.7%であった。

#### 5) オンタリオ CCAC のスタッフの状況

同センターのスタッフ数は約 300 名で、その内訳は、管理職種（事務局長、マネージャーなど）40 名、ケアコーディネーター（以下、CC）167 名、施設入所 CC 11 名、CC 補助者（非専門職）68 名などである。CC の職種としては、看護師が最も多い。また、CC 167 名のうち 61 名は病院へ派遣され、退院前アセスメントと退院時支援、在宅担当 CC への情報伝達などを実施している。1 医療機関 1 名の派遣が多いが、紹介患者が多い病院の場合は複数の CC が派遣されている。また、91 名はサテライト事務所にてケアコーディネート業務に従事している（本部に来るのは週 1 回程度とのこと）。また、15 名は Client Service Centre（本部内）にて地域住民・家族や医療機関などからの電話対応に従事している。電話対応時間は朝 8 時半から夜 8 時までで、それ以後はコールセンター対応となっている。

スタッフの教育研修に関しては、専門部門が設けられ（スタッフ数 4～5 名）、新規採用時の導入教育、フォローアップ研修、テーマ別研修、コンピュータトレーニング（患者情報の電子化・共有化のため）などを実施している。トロント CCAC の場合、導入教育に約 7 ヶ月かけている（CCAC によって異なるが、平均 4 ヶ月程度は実施）。

#### 6) 財源

CCAC には、州政府から補助金（トロント州全体の CCAC に対する 2005 年度補助額は約 14.1 億カナダドル）が支給される。そのうち 9.2%は、CCAC の管理費に、残り 90.8%は、マネジメントやサービス費用に充てられている。

CCAC には、補助金の範疇で、サービスの質を確保しながら、適正サービス価格を追求す

る（費用の適正化を図る）ことが否応なく求められているのである。

また、各 CCAC に対する補助金は、州政府からの評価によって配分が変更される形となっている。したがって、CCAC は、州政府からの補助金をより多く獲得するため、毎年、①活動報告書 ②ビジネスプラン ③質の評価に関する報告書 ④予算書などを提出しなければならない。トロント CCAC では、地域における同センターの役割拡大と質の向上を図るため（行政へのアピールという側面もある）、ホスピスケアネットワークへの参加、専門病院などとの連携による疼痛ケアやメンタルヘルス、学校での支援サービスなどに関するサービスプログラムの開発、各種調査研究（住民アンケート調査を含む）なども行っている。

#### 4. 地域ケアシステム構築への行政の関与と今後の方向性

カナダの場合、住民の医療・介護サービスに対する満足度は高いと言われている。但し、サービスを受けるまでのアクセスには問題が多い（手術や MRI 等の検査待ち、長期施設への入所待ちなど）。一方で、費用適正化の観点から急性期病床の削減を図っているため、住民アクセスを確保しながら地域ケアを推進していくことが求められている。CCAC 設立にはこのような背景がある。

さて、CCAC を中心とした地域ケアシステム構築に、行政はどのように関わっているのだろうか。このことを知るため、州行政（MOHLTC）を訪問し、同省の在宅ケア・地域支援部門の Debra bell 女史ほかから話を聞いた。行政のスタンスは非常にはっきりしていて、「実績報告等に基づく CCAC の個別評価と、それら評価に応じた補助金による管理」ということであった。

また、今後に関しては、2006 年の法律改正に基づき、2007 年 1 月から、現在 42 ある CCAC を 14 ヶ所に統合し、CCAC の契約サービス事業所の競争に基づく質の向上と費用の適正化、地域間格差の解消を目指すとのことであった。

#### 5. おわりに

オンタリオ州政府の役割は、①各 CCAC の業務評価とそれに応じた補助金の支給 ②認定基準の構築 など、一方、CCAC の役割は、①サービス事業者との価格を含めた契約交渉 ②サービス事業者の評価 ③地域資源とのネットワーク構築 ④スタッフ教育 ⑤事業実績報告 などとなっている。

今後、現在でもある程度の規模を有する CCAC(オンタリオ CCAC は 65 万人をカバー)を、さらに統合し、様々な役割・機能を強化・付加していく方向にある。

日本の地域包括支援センターは、人口 2-3 万人程度をカバーするものであるが、地域ケアを進める上で、どのような規模が適正なのか、また、行政の関与はどうあるべきかなど、日本の地域包括支援センターの運営においても参考になる部分は多い。今後の動向についても注目していきたい。

## 参考文献

- 1) OECD Health Data 2006
- 2) 新川敏光:「カナダにおける医療と介護の機能分担と連携」,『海外社会保障研究』, 156, 59-74, 2006
- 3) 尾形裕也:「日本とカナダの医療保険制度改革:共通の課題と多様性」,『海外社会保障研究』, 139, 14-26, 2002
- 4) 高橋流里子:「第13章 高齢者福祉サービス」, 城戸善子・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障3:カナダ』, 257-274, 東京大学出版会, 2000
- 5) 株式会社日本総合研究所:「医療と介護の連携に関する海外調査研究-カナダ・ドイツ・フランス・ノルウェー」, 25-42, 2003  
<http://www.jri.co.jp/consul/cluster/data/iryoufukushi/3-1canada.pdf>
- 6) オンタリオ州 CCAC 協会 HP : <http://www.oaccac.on.ca/>
- 7) John N. Morris, 池上直己ほか編著(池上直己訳):「日本版 MDS-HC2.0 在宅ケアアセスメントマニュアル」, 医学書院, 2006
- 8) Ontario Association of Community Care Access Centres : Building Bridges to Better Health, Submission to the Standing Committee on Finance and Economic Affairs, Jan.25, 2007
- 9) オンタリオ州 CCAC 協会 : CCAC Sector At a Glance 2005/06,  
[http://oaccac.metrics3d.com/demo/2005\\_2006/index.htm](http://oaccac.metrics3d.com/demo/2005_2006/index.htm)

### Ⅲ. 研究成果の刊行に関する 一覧表

### 研究成果の刊行に関する一覧表

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
川越雅弘	介護予防元年を振り返って	公衆衛生情報みやぎ	362	3-4	2006
備酒伸彦 山本大誠 川越雅弘	中高年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	2007
川越雅弘	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	2006
川越雅弘	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	2006



## IV. 研究成果の刊行物・別刷

「介護予防元年を振り返って」

国立社会保障・人口問題研究所 川 越 雅 弘  
 社会保障応用分析研究部第4室

はじめに

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・要介護状態の予防及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」にある。これを実現するため、①包括的アセスメント(診断に相当) ②多職種協働によるサービス提供(治療に相当) ③モニタリング(治療効果評価) ④事業効果評価(費用対効果評価)に関係する各職種・保険者には、自らの関与が介護予防の目的達成にどの程度寄与出来たかの検証と、より実効性の高い方法論の追求が求められている。

現在、筆者は、①～④の方法論の確立を目指し、島根県松江市などをフィールドとした様々な調査研究を行っている。本稿では、これら調査結果の一部を紹介するとともに、これまでの取り組みを通じて感じた課題について言及する。

高齢者の生活機能の現状～全体像の把握の必要性～

包括ケアを実現するためには、まず、高齢者の特徴を把握することが必要である。

表1に、本年7～8月に松江市の基本健診を受診した非認定高齢者(N=3,006)の、年齢階級別にみた主な生活機能を示すが、これら結果から、①後期高齢者の約半数に転倒不安感がある ②加齢に伴い、日用品の買い物や階段昇降などが困難になる ③85歳以上の約2割は閉じこもり状態にある ④後期高齢者の約2-3割にうつ傾向がみられる などがわかる(認知・うつ傾向も含めた包括的評価が必要)。また、非認定高齢者と要支援1(健診受診者、N=50)を比較すると、「椅子から何もつかまらずに立ち上がれるか」「階段を手摺り等使わずに昇っているか」「転倒に対する不安は大きいか」などの生活機能が大きく低下しており、これら機能が更に低下することで、非認定高齢者が要支援状態に移行する可能性が示唆された。

実効ある介護予防実現に向けた課題

1. 包括的アセスメント項目の検討

高齢者の生活機能に対しては、加齢だけでなく、健康状態も大きく影響する。また、後期高齢者の場合、医療ニーズも高いことから、医療面を含めた包括的なアセスメントが必須である。そのためには、高齢者の特性に関する実態把握をベースにした、包括的アセスメント項目の再検討をすべきである。その際、アセスメント行為そのものが目的化しないよう、各項目の定義(意味付け)、アセスメント理由(動機付け)、評価方法の明確化と、そのための教育が重要となる。

2. ケアカンファレンス等を通じた包括的アセスメントの適正性の検証

本来、ケアカンファレンスは、アセスメントとサービスの適正性の検証を通じて、スキルアップを図るための実践的な研修の場である。今一度、出席者にとってメリットのあるケアカンファレンスの在り方を、現場レベルで検討すべきである。

3. 多職種協働のための具体的な連絡ルールの構築

軽度要介護者の場合、①医療ニーズが表面的にはわかりづらい ②福祉系サービス受給が多いなどの理由から、医療との連携が特に難しい。これを解決するためには、連絡を必要と考える医療系職種から、アセスメント項目に基づいた具体的な連絡ルールの構築すべきである(松江市では、アセスメント項目の評価結果に基づき、医師・歯科医師との連携ルールの構築)。

4. ケアマネジメント業務の再整理

現在、介護予防ケアマネジメント事例を検証しているが、本人の目標では、①体調の維持 ②活動性の確保 など、生活に密着した身近な目標が多いこと、また、課題としては、①健康状態に対する評価や予後予測が不十分 ②アセスメント結果がプランに反映されていない(両者が分離) ③支援の目標が抽象的なため、利用者の動機付けにもつながらず、また、効果評価も困難であるなどがわかった。

高齢者の場合、生活障害が多岐にわたるため、包括的な目線での評価は必要であるが、具体的アプローチを図る上では、優先順位をつけた対応が必要となる。これら業務の進め方を含め、ケアマ

表1. 年齢階級別にみた生活機能 (対象：非認定高齢者、N=3,006)

質 問 項 目	回 答	65～74歳	75～84歳	85歳以上
①日用品の買い物をしているか	いいえ	4.6%	9.4%	27.7%
②友人の家を訪ねているか	いいえ	10.5%	15.4%	31.6%
③階段を手摺り等使わずに昇っているか	いいえ	6.7%	14.7%	38.5%
④転倒に対する不安は大きいか	はい	29.3%	44.6%	56.9%
⑤週に1回以上外出をしているか	いいえ	5.6%	10.0%	20.6%
⑥半年間で2-3kg以上体重が減少したか	はい	14.3%	15.8%	14.2%
⑦周りの人から物忘れがあるとされるか	はい	13.6%	20.3%	32.0%
⑧毎日の生活に充実感がないか	はい	12.7%	17.9%	19.8%
⑨自分が役に立つ人間だと思えないか	はい	14.8%	23.8%	30.4%

ネジメント業務の見直し作業（簡素化すべき点は簡素化する）が必要である。

おわりに

介護予防の効果とは、個々の利用者の生活機能向上が如何に図られたかの積み上げである。したがって、個々の事例を中心に、包括的アセスメント～サービス提供～モニタリングの適正性検証を通じて、より実効性の高い方法論を共有化しながら、関係者のレベルアップを図ることが、現場レベルとしては重要となる。

また、保険者レベルとしては、この1年間で何がわかったか（何が出来たか）、また、何が課題として残ったかを、現場担当者を交えて確認・整理しながら、次年度に向けた目標設定を行うことが重要となる。

保険者および現場レベルでの計画～評価と、その過程で生まれたより実効性のある方法論の普及活動が、地域のケアレベル向上（介護予防の実効性向上）への近道であることをもう一度認識し直す必要がある。

## 地域ケアプラザが取り組む地域包括ケア

横浜市健康福祉局 小西美香子  
高齢在宅支援課

### 1. 横浜市の概要

横浜市の高齢者人口は、平成18年12月1日現在630,307人で高齢化率は17.5%となっている。要介護認定者数は平成18年9月末で100,599人、そのうち要支援者数は12,568人である。

地域包括支援センター（以下包括）は、平成18年4月に111か所設置。12月現在116か所（地域ケアプラザ106か所、特別養護老人ホーム10か所）となっている。担当圏域は概ね中学校区程度（1か所あたり平均圏域人口3万人、圏域高齢者人口約5千人）で3職種3人の配置を行っている。

### 2. 地域包括支援センターを地域ケアプラザ等で

横浜市は、平成3年から利用者・対象者を高齢者に限定しない「地域活動交流機能」「相談調整機能」「高齢者デイサービス機能」の3機能を併せ持った、市独自の施設として社会福祉法人への委託によって地域ケアプラザの整備を始めた。平成9年には「相談調整機能」を在宅介護支援センターに機能拡充するとともに、24時間対応を確保するため、特別養護老人ホーム併設在宅介護支援センターも設置し、今年4月には更なる機能拡充で包括を設置した。

開所時間は月～土曜日午前9時から午後9時まで、日・祝日は午前9時から午後5時までで、特別養護老人ホームに設置した包括は上記以外に夜間についても相談を受け付けている。

### 3. 地域包括ケアの推進

地域の身近な相談機関として機能していくために、従前からの活動を生かした活動を行っている。

**総合相談支援・権利擁護事業** 面接、電話による相談や訪問では、特に介護保険制度全般、権利擁護相談、高齢者虐待などの支援が多くなっている。相談状況に応じて区や区社会福祉協議会地域福祉権利擁護事業や家庭裁判所など専門性の高い機関へつなげる、また地域のセルフヘルプの活動などの情報提供など、3職種及びコーディネーター（横浜市独自ですべての地域ケアプラザに配置し地域活動交流を担っている）がそれぞれの専門性を発揮した支援を行っている。相談は平成17年度の在介支実績の11.5%増、訪問は31.0%増となっている。

**包括的・継続的ケアマネジメント事業** 地域に存在するフォーマル、インフォーマルサービスに関する情報収集、医療機関・地域関係団体・サービス提供団体・事業者リストやマップ作成を通じたネットワーク構築、ケアマネジャー支援として新人ケアマネジャー実習受入調整やサービス担当者会議開催支援等を実施している。

**介護予防ケアマネジメント** 介護予防ケアプランの作成件数は増加してきており、平成18年10月給付審査分で6,826件、となっている。包括に実施したアンケート結果から業務上の課題と感じていることで多かったのは①利用者への制度の事前説明 ②ケアプラン原案作成③評価 ④面接技術 ⑤モニタリングとなっており、研修や業務説明等を通して対応していく予定となっている。

### 4. 委託であっても重要な保険者としての支援

包括は、地域の中で信頼を得ながら、公正性・中立性を維持しつつ、質的な均一性を保ち住民に信頼される業務レベル実現することが求められている。そのために、きめ細かな区レベルでの支援・スケールメリットを生かした局レベルの支援を行っている。更に、従前から実施していた在介支職員の自主的な研究会が、4月から機能拡充して3職種合同の包括研究部会として活動しておりそれらとの関わり、さらに包括の主任ケアマネジャーとケアマネジャー・市との協働での連絡会や研修会といったように、行政と事業者、社会福祉協議会等様々な機関や組織、地域の人材と連携してその役割を果たしていけるよう進めている。

### 5. 介護予防事業の推進

特定高齢者の候補者は平成18年10月末1,556人となっている。（高齢者人口の0.25%程度）そのうち基本健康診査（以下健診）からは728人（46.8%）健診以外が828人（53.2%）で、ケアプランを作成しているのが715人程度である。健診以外での把握経路の上位は、①包括 ②保健師の

# 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 PT PhD, 山本大誠 PT PhD.

神戸学院大学総合リハビリテーション学部

医療リハビリテーション学科 理学療法学専攻

川越雅弘

国立・社会保障人口問題研究所

[要約] よりよい高齢社会の構築の一助とするため、中高年者と大学生が抱く高齢者像について調査した。その結果、中高年者は高齢者の「身体機能」と「精神機能」をネガティブに捉えながら、「生活」については全体としてポジティブな高齢者像を持っていること、特に女性においてその傾向が顕著であることが明らかになった。一方、一般大学生が抱く高齢者像は総じてネガティブなものであることが明らかになった。より良い高齢社会を構築するためには、時代と共に変化する高齢者像を正確に捉えることと、その像を市民が共通して認識できるような仕掛けづくりが必要である。

キーワード：高齢社会、中高年者、大学生、高齢者像

### I 目的

国立社会保障・人口問題研究所が2003年に行った推計によると、我が国の高齢化率は2000年の17.4%から2030年には29.6%に上昇する。また、高齢人口割合40%以上の自治体は、この間に2.3%から30.4%へ著しく増加する [1]。このような状況に鑑みれば、高齢者が多数派となる社会へ向けた対応が喫緊の課題であることは明らかである。

このような状況に鑑み、各地でエイジングに関する調査研究が行われているところであるが、その一つに兵庫県長寿社会研究所が「老後生活の不安」について行った調査がある。

この調査では、「自分が寝たきりになること」については20～30歳代の者に比べて60～70歳代の者が強い不安を示したの対し、「経済的なこと」についてはそれと逆の結果が示されている [2]。

このように、年齢階級により不安に思うこと、すなわち老後生活に抱く印象が異なることは着目すべき点で、年代別にそれぞれが抱く高齢者像を明らかにしておくことは、望ましい高齢社会を実現するために重要なことである。

そこで本研究では、生涯教育センターの課程に在籍する中高年者と大学生を対象に、加齢変化が大きいと思われる身体機能と精神機能に加えて、それらを総合した生活に関する高齢者像について、質問紙法を用いた調査を行い、中高年者と大学生がもつ高齢者像の一端を明らかにし考察を加えることとする。

### II 対象と方法

#### A 対象

対象は以下のとおりである (表1)。

中高年者群：兵庫県立嬉野台生涯教育センター