

が開講する講座に参加した中高年者66名 (男性26名、女性40名、平均年齢 $67.4 \pm 3.8$ 歳)。

(注) 回答を得た中高年者は、生涯教育センターの課程に参加している者に限っているという点で、中高年者の意識を偏りなく示していない可能性があることを述べておく。ただし、以下の論述では煩雑な表現を避けるために中高年者とする。

大学生群：調査時には保健医療福祉に関わる科目を履修していない大学生160名(男性78名、女性82名、平均年齢 $20.8 \pm 1.0$ 歳)。

## B 調査

調査は、質問紙による自由筆記回答によって行った。調査時期は両群とも平成18年10月である。

調査に先だって、「自由な回答を得たい」「調査への参加不参加、中断は自由である」「回答者に不利益は生じない」「匿名性は守られる」「結果は総合して学術誌等に発表する」ことを説明した。

質問項目は以下のとおりである。

- ・あなたは高齢者の「身体機能」についてどのような印象をおもちですか。
- ・あなたは高齢者の「精神機能」についてどのような印象をおもちですか。
- ・あなたは高齢者の「生活」についてどのような印象をおもちですか。

## C 結果の処理

自由筆記で得られた結果の処理に当たっては、回答を群間で比較するため、回答を以下のように分類し、質的なデータを量的データに変換して分析した。

- ・「ポジティブな回答」… (回答例 老いて益々盛ん。歳を重ねて精神機能は充実する。趣味に生きる楽しい暮らし。)
- ・「ネガティブな回答」… (回答例 身体は衰え病気がち。頑固になって融通がきかない。貧困の中で生活にも困る)
- ・「分類不能な回答」… (回答例 人それぞれ違う。良し悪し両方ある。分からない。)

表1 調査対象

|       |    | 人数  | 年 齢  |      |
|-------|----|-----|------|------|
|       |    |     | 平均   | 標準偏差 |
| 中高年者  | 男性 | 26  | 70.0 | 3.5  |
|       | 女性 | 40  | 65.7 | 3.1  |
|       | 全体 | 66  | 67.4 | 3.8  |
| 一般大学生 | 男性 | 78  | 20.7 | 1.1  |
|       | 女性 | 82  | 20.8 | 0.9  |
|       | 全体 | 160 | 20.8 | 1.0  |

表2 中高年者の男性と女性の生活に関する高齢者像

|  | 性別 | 感 覚   |       |    | 合計 | $\chi^2$ 乗値 | 自由度 | P値    |
|--|----|-------|-------|----|----|-------------|-----|-------|
|  |    | ネガティブ | ポジティブ | 不明 |    |             |     |       |
|  | 男性 | 12    | 8     | 6  | 26 | 15.96       | 2   | <0.01 |
|  | 女性 | 3     | 30    | 7  | 40 |             |     |       |
|  | 合計 | 15    | 38    | 13 | 66 |             |     |       |

### Ⅲ 結 果

中高年者群の回答結果を図1に、大学生群の回答結果を図2に示した。

得られた結果について $\chi^2$ 乗検定で解析した結果、以下の群間において有意な差が認められた( $p < 0.01$ )。それぞれの結果を表2～4に示した。

- ・中高年者の男女間で「生活」に関する高齢者像 ( $\chi^2 = 15.96, df = 2, p < 0.01$ )。
- ・中高年者と大学生の群間で「精神機能」に関する高齢者像 ( $\chi^2 = 22.93, df = 2, p < 0.01$ )。
- ・中高年者と一般大学生の群間で「生活機能」に関する高齢者像 ( $\chi^2 = 63.32, df = 2, p < 0.01$ )。
- ・中高年者と大学生の群間で「身体機能」に関する高齢者像に明らかな差を認めたが、大学生群の回答にポジティブとされる回答がなかったため検定不能であった。

これらを総合して、中高年者は「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分かった。

一方、大学生が抱く高齢者像は中高年者に比べてネガティブなものであることが明らかになった。

### Ⅳ 考 察

#### A 中高年者の抱く高齢者像について

中高年者群の回答を見ると次のようなことが概観できる。

- ① 「身体機能」については総じてネガティブである。
- ② 「精神機能」については男性の75%がネガティブに捉えているのに対して、女性ではネガティブな回答が半数以下に止まっている。
- ③ 生活については、全体でポジティブな回答がネガティブな回答を上回っている。
- ④ 女性において高齢者の生活をポジティブに捉えている者が3/4にのぼり、男性の抱く印象との間に明らかな相違がある。

自由筆記された回答を見ると、身体機能については自らの体力の衰えを客観的に捉え、将来的にはネガティブな状態となることを冷静に予測して

表3 中高年者と大学生の精神機能に関する高齢者像

|    |    | 感 覚   |       |    | 合計  | $\chi^2$ 乗値 | 自由度 | P値    |
|----|----|-------|-------|----|-----|-------------|-----|-------|
|    |    | ネガティブ | ポジティブ | 不明 |     |             |     |       |
| 性別 | 男性 | 35    | 17    | 14 | 66  | 22.93       | 2   | <0.01 |
|    | 女性 | 133   | 12    | 15 | 160 |             |     |       |
|    | 合計 | 168   | 29    | 29 | 226 |             |     |       |

表4 中高年者と大学生の生活に関する高齢者像

|    |    | 感 覚   |       |    | 合計  | $\chi^2$ 乗値 | 自由度 | P値    |
|----|----|-------|-------|----|-----|-------------|-----|-------|
|    |    | ネガティブ | ポジティブ | 不明 |     |             |     |       |
| 性別 | 男性 | 15    | 38    | 13 | 66  | 62.32       | 2   | <0.01 |
|    | 女性 | 119   | 18    | 23 | 160 |             |     |       |
|    | 合計 | 134   | 56    | 36 | 226 |             |     |       |

いる回答が多数を占めていた。それに対して、精神機能については「人それぞれ、気持ちの持ちようしだい」といった回答が目立った。

このような結果から中高年者には、

- ① 高齢期の身体機能はある程度見通すことができるものであるのに対して、精神機能はその時になってみないとわからないものであるという意識があることがうかがえる。
- ② 精神機能の衰えを、身体機能に比べてより楽観的に捉えているように読み取れる。
- ③ 生活については、「身体・精神機能が多少衰えても、自分でなんとかできる」という表現が女性に目立って多く、自らの将来をある程度楽観的に設計している姿が見てとれる。

このようなことから、高齢期を目前に控えた、あるいは当事者である中高年者には、加齢による衰えは受けとめながら、一方で、自らの行動で生活を明るくものにしようとする姿勢があることがうかがえる。特に、女性において生活に関する高齢者像をポジティブに捉えている者が多いことは、より良い高齢社会を構築するためのヒントとして注目に値するものである。

(財) シニアプラン開発機構「サラリーマンの生活と生きがいに関する調査」によると、生きがいを得る場が、男性では大多数が職場であるのに対して、女性では家庭や地域、友人との交流により生きがいを感じている者が多数を占めている[3]。このような相違が高齢期の生活に対する印象を左右していることは想像に難くないところである。

高齢化の進展と共に「元気な高齢者」の増加が望まれるところであるが、その方策を考える際には、単に身体・精神機能の健康度に止まらず、生きがいや、生活に対する自由度を確保する方策を考えることも肝要であると考えられる。

## B 大学生が抱く高齢者像について

大学生の回答を見ると次のようなことが概観できる。

- ① 「身体機能」「精神機能」「生活」いずれについても総じてネガティブな印象がある。
- ② 中高年者で見られた性差による回答の偏りがみられない。

自由筆記された回答を見ると、身体機能については、「病気になれば治らない」、「転倒すれば寝たきりになる」といった極端な回答が目立った。

精神機能については「呆ける」、「頑固」、「昔の事ばかり話す」などといった回答が目立った。

生活については「貧困」、「孤独」といったキーワードがネガティブな回答のほぼ全数に含まれていた。

このようなことから、大学生のもつ高齢者象は、中高年者のもつ高齢者象とは統計的な有意差以上に大きな隔りがあり、その原因の一つに、高齢者に対する明らかな誤解や偏った知識があるように考えられる。

大学生が高齢者に対して抱くこのような印象は、彼ら自身が歳を重ねると共に変化して実像にあったものに近づいてくるとは思われるが、少なくとも青年期において「暗い高齢者像」を持っていることは事実で、彼ら自身の将来設計も含めて、我が国における社会保障を国民全体のテーマとして考えていく上で、より実像に近い情報の提供が必要と考えられる。

## C 中高年者と大学生が抱く高齢者像の対比

中高年者と大学生の回答を対比すると次のようなことが概観できる。

- ① 「身体機能」「精神機能」「生活」いずれについても両群の間に高齢者像の明らかな相違がある。
- ② 特に「生活」に関する高齢者像の相違が顕著である。

自由筆記された回答を見ると、身体機能と精神機能に関する記述では、中高年者では「緩やかな老化」を想起させるものが多数であったのに対して、大学生の回答は「疾病・傷害による急激な変化」とそれに続く「再起できない姿」が多数を占めていた。

生活に関しては、中高年者が「身体・精神機能がどうあれ、生活に関してはなんとかできている」という回答を多く寄せたのに対して、大学生は「身体・精神機能が衰えるのでうまく生活できなくなる」という直裁的な回答が多数を占めた。

このような相違の背景には、中高年者にとっては老年期が目前のあるいは渦中のものであるのに対して、大学生にとっては遠く不明確なものであるということがありと考えられ、この相違自体が大きな問題とは思えない。

しかし、先述のように社会保障について考え、あるいは、具体的なケアサービスを考える際等には見逃すことのできない相違であると捉えることができる。

このように考えると、誰にも必然である加齢に伴う身体・精神機能、生活の変化について、その時代に即応した事実を国民が知り得るような教育も含めた環境整備が必要であると考えられる。

## V おわりに

厚生労働省「社会保障に関する意識調査」によると、「何歳からが高齢者か」という問いに対して、65歳以上の者では、約3割の者が75歳以降からが老後と考えており、1割を越える者が80歳以降からと考えている[3]。これに従えば、65歳以上を高齢者と定義すること自体を再考しなければならないほど「現在の高齢者像」は変化してきていると言える。

少なくとも、明るい高齢社会の構築に向けて、社会に対する仕掛けづくりを考える際には、時代

と共に高齢者像自体が変化していくということを明確に認識しておくことが不可欠であり、さらにはそれを市民共通の認識としていくことも重要である。

このように考えると、総合リハビリテーションを推進しようとする我々には、①事実に基づいた高齢者像を多面的に明らかにして、②その情報・知識を学生や市民に向けて発信するという役割があると考えられる。

そして何よりも重要な役割は、③世界的に未経験の人口構造をもつ我が国の社会づくりについて具体的な提言を行うことである。

本論は、平成18年度厚生労働省科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）を受け、実施した研究の成果である。

### [参考文献]

- [1] 国立社会保障・人口問題研究所, 日本の市区町村別将来推計人口  
-平成15年12月推計-平成12(2000)~42(2030)年-, 東京, 厚生統計協会, 2003
- [2] 21世紀ヒューマンケア研究機構長寿社会研究所, 長寿社会に関する県民意識調査報告書, p. 23-26, 兵庫県, 2006
- [3] 厚生労働省, 平成15年版厚生労働白書, p. 36, 東京, ぎょうせい, 2003
- [4] 厚生労働省, 平成15年版厚生労働白書, p. 13, 東京, ぎょうせい, 2003

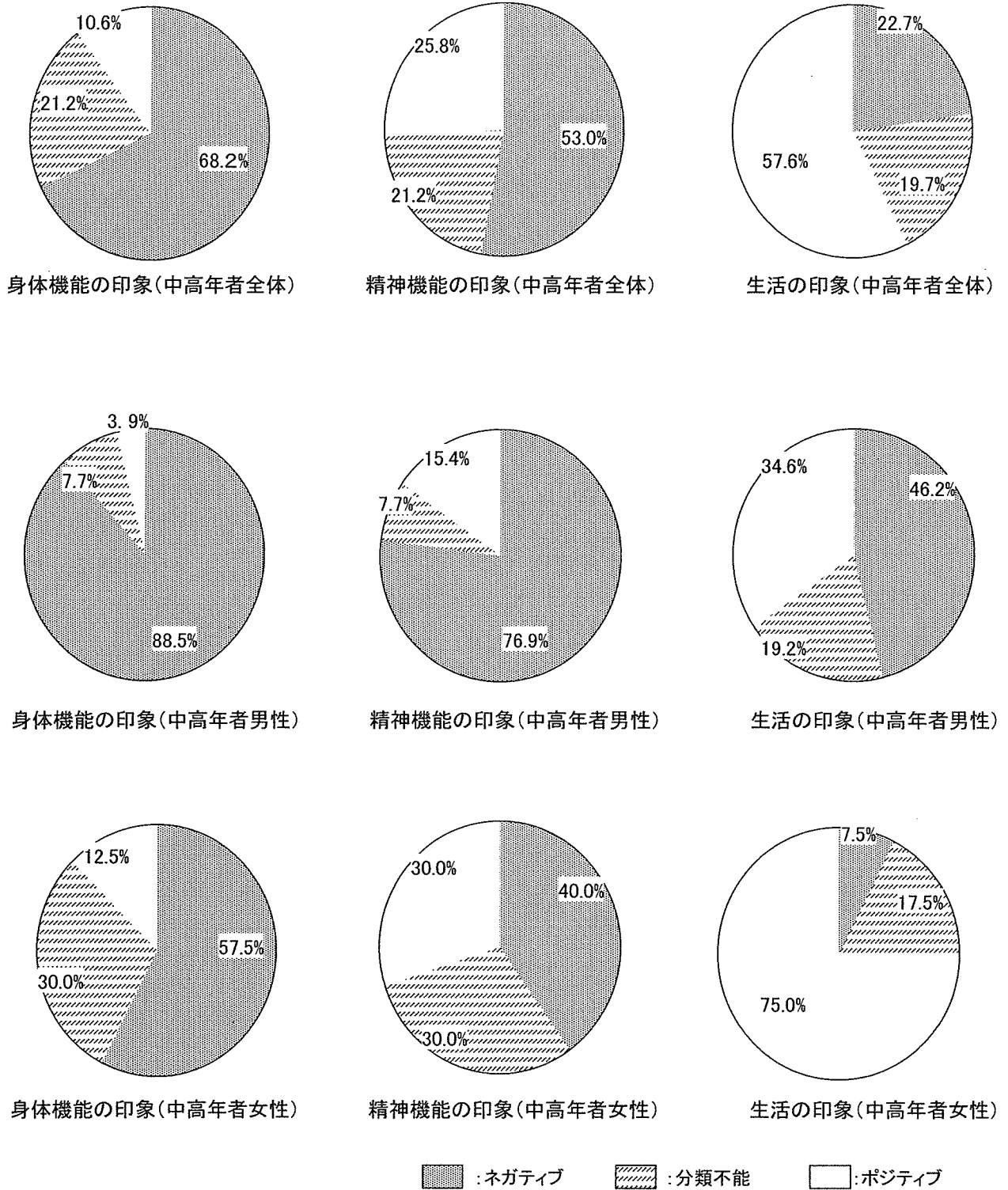
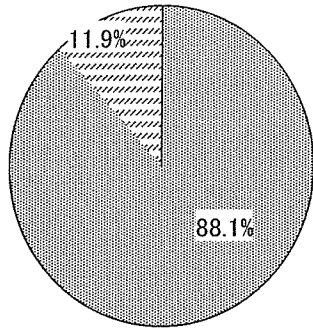
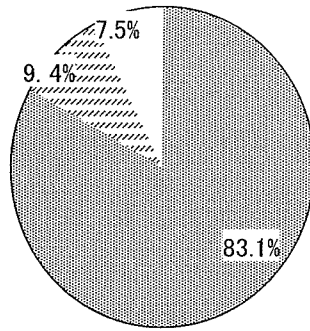


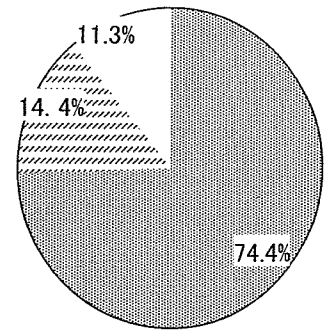
図1 中高年者がもつ高齢者像 (身体機能・精神機能・生活) n : 66



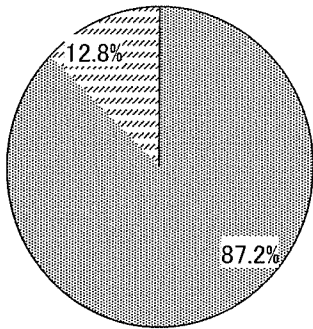
身体機能の印象(大学生全体)



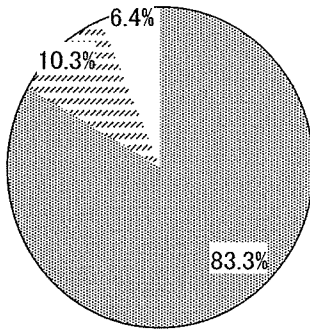
精神機能の印象(大学生全体)



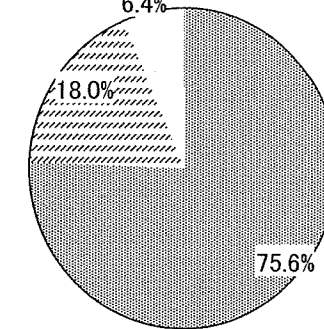
生活の印象(大学生全体)



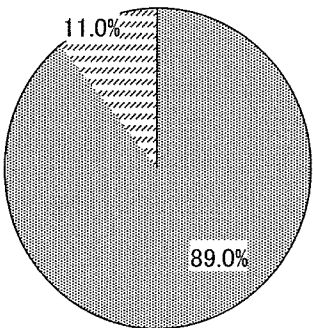
身体機能の印象(大学生男性)



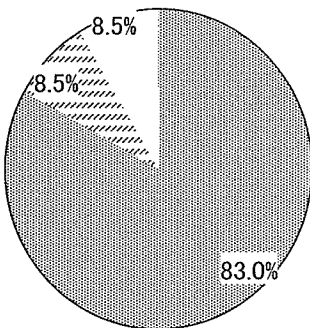
精神機能の印象(大学生男性)



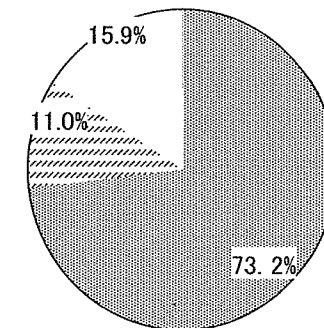
生活の印象(大学生男性)



身体機能の印象(大学生女性)



精神機能の印象(大学生女性)



生活の印象(大学生女性)

■ : ネガティブ    ▨ : 分類不能    □ : ポジティブ

図2 大学生がもつ高齢者像(身体機能・精神機能・生活) n:160

# The senior citizen image between the persons at old and middle age and university students. —Investigation for persons at old and middle age to participate in life study, general faculty of liberal arts students—

**Nobuhiko Bishu** PT PhD, **Taisei Yamamoto** PT, PhD

Kobegakuin University, Faculty of Rehabilitation

Department of Medical Rehabilitation

Division of Physical Therapy

**Masahiro Kawagoe**

National Institute of Population and Social Security Reserch

This paper investigates the senior citizen image which people at old and middle age and university students hold for the purpose of building better senior citizen society.

Persons at old and middle age think a physical function and mind function of a senior citizen to be weak. On the other hand, persons at old and middle age think that a life function of a senior citizen is high. The tendency was remarkable in a woman in particular.

University students think that a senior citizen is sad weakly.

It is necessary grasping a right senior citizen image and for a citizen to know a right senior citizen image to build better aged society.

**Key Words**: Aging society, old and middle age citizen, university students, senior citizen image

特集 介護予防をめぐる

# 介護予防効果評価システムの開発

川越 雅弘

総合リハビリテーション

第34巻 第11号 別刷

2006年11月10日 発行

医学書院



## 介護予防効果評価システムの開発\*

川越 雅弘<sup>1)</sup>

Key Words : 介護予防, アウトカム評価, 効果評価システム

### はじめに

今回の介護保険制度改正の主要テーマの一つは「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」<sup>1,2)</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た。そのため、現在、介護予防関係者（保険者、マネジメント担当者、サービス提供者など）には、各々の置かれた立場に応じ、自らの関与が介護予防の推進に寄与したか否かの検証と、より実効性の高い方法論の追求が強く求められている。

ところで、介護予防の効果評価の手法としては、①プロセス評価（実施プロセスの評価）②アウトプット評価（実施量の評価）③アウトカム評価（実施効果に関する評価）が挙げられる<sup>3)</sup>。

このうち、事業（サービス）の効果を評価するうえでとくに重要となるのがアウトカム評価であ

るが、このための具体的指標は介護予防関係者の立場によって異なる。例えば、保険者であれば新規認定者数の抑制などとなるが、これは、個々の利用者の生活機能向上が積み上げられた結果であり、究極的には、個々の利用者の生活機能の維持・向上がいかに図れたかが重要な指標となる。

筆者は、「介護予防を手段とした地域の再構築」を目指し、これまで島根県松江市をフィールドとしたさまざまな調査研究を実施してきた<sup>4-8)</sup>。さらに、これら調査結果をベースに、現在、介護予防効果評価システムの開発を行っている。

本稿では、高齢者の生活機能面を中心としたこれまでの調査結果、ならびに現在開発中の介護予防効果評価システムの開発過程とその概要について紹介する。

### 松江市におけるこれまでの取り組み

ここでは、松江市におけるこれまでの取り組みの概要を紹介する。

#### 1. 高齢者の機能低下等の実態把握（2000～2002年）<sup>4,5)</sup>

介護予防など、高齢者を対象とした事業（サービス）における実施効果を評価するためには、まず、対象者の特性とサービス提供の実態把握および課題の整理が必要となる。

そこで、要介護認定者を対象として、認定情報（特性）と給付情報（サービス）、主治医意見書の

\* Development of effect evaluation system for Long-Term Care Prevention.

<sup>1)</sup> 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：〒100-0011 東京都千代田区内幸町2-2-3 日比谷国際ビル6F

Masahiro Kawagoe : National Institute of Population and Social Security Research

一部を個人毎に時系列データベース化し、経時的な機能変化、ならびにサービス提供/ケアマネジメントの実態把握と課題の整理を実施した。

## 2. 歩行/摂食機能の実態把握と既存サービスの効果評価 (2003年～)<sup>6)</sup>

前記調査から、要支援～要介護1(以下、軽度要介護者と略)では、歩行機能が低下しやすい実態が明らかになった。また、薬の内服や口腔清潔など、摂食に関連する機能の低下傾向もみられた。

そこで、対象を一般高齢者(介護予防・地域支援合い事業対象者)にも拡大したうえで、歩行/摂食に関連する生活機能の実態把握を実施した。また、既存事業(転倒予防教室、パワーリハビリテーションなど)の短期効果評価と、終了時点～終了一定期間後の機能変化の実態把握(長期効果評価)も実施した。

## 3. 軽度要介護者へのリハビリテーションプログラムの開発 (2004年～)<sup>7)</sup>

前記調査から、既存サービスには短期的効果は認められるものの、その効果を持続させるためには、継続的な関与が重要であることがわかった。

そこで、リハビリテーション専門職や歯科医師・歯科衛生士の協力のもと、リハビリテーション専門職がいない通所介護事業所や在宅でも継続実施が可能な体操(松江8・6体操、嚙下体操、ブラッシング)の開発<sup>8)</sup>、実施方法の説明用ビデオおよびパンフレット作成、リハビリテーションスタッフによる通所介護事業所スタッフへの説明の実施などを行った。また、これら体操の実施が生活機能に及ぼす影響の評価も実施した。

## 4. 住民に対する生活機能アンケート調査 (2005年)<sup>8)</sup>

松江市内の非認定高齢者を対象とした生活機能アンケート調査を行い、地域全体の高齢者の生活機能の実態把握を実施した(この結果は、2006年以降の介護予防の効果評価のための事前データとしても活用予定)。また、アンケート調査準備期間(対象者抽出後から実際のアンケート送付の間)に認定申請を行った高齢者と、それ以外の高齢者間での生活機能の差異を検証し、生活機能面からみた認定申請の要因分析を実施した。

## 5. 地域支援事業のモデル試行の実施 (2005年)<sup>9)</sup>

松江市直営の基幹型在宅介護支援センターやその支所を仮の地域包括支援センターとみなし、それら機関への主治医や地区社協経由での特定高齢者の紹介、一定期間(3か月)のサービス提供までの一連の流れをモデル試行し、運用上の課題の整理を実施した。

主治医や歯科医師からは、サービス決定過程やサービス開始時における連絡・相談の必要性の指摘などがあったため、情報提供書様式や運動開始時のチェックリストの作成、アセスメント結果に基づく連絡ルールの構築などを実施した。また、サービス終了後の継続性の確保、および動機付けの重要性が再認識された。

## 6. 介護予防効果評価システムの開発 (2006年～)

これまでの高齢者の生活機能に関する調査結果やアウトカム評価項目例(主観的健康感、quality of life; QOL, 基本チェックリスト点数など)<sup>3)</sup>、既存の高齢者機能評価項目<sup>10,11)</sup>などを参考に、介護予防効果評価や職種間の連携支援に資する具体的アセスメント項目と評価区分を検討した。さらにそれら項目を、誰がいつどのような方法(自己評価、問診、測定など)で評価し、データ入力するかなどの具体的作業ルールを検討した。また、利用者の参加意欲向上・動機付け支援のため、指導・助言用の評価シートの検討を併せて実施した。そのうえで、これら業務フローのシステム化を図った。

## これまでの調査研究からわかったこと —高齢者の生活機能面を中心として

ここでは、高齢者の生活機能面に関し、これまでの調査研究からわかったことを紹介する。

### 1. 年齢と生活機能の関係<sup>8)</sup>

表1に、松江市内の非認定高齢者の年齢階級別にみた主な生活機能を示す。

歩行機能に関連する生活機能(①～④)は、65～69歳ではほとんど問題ないが、加齢に伴い急激に低下し、85歳以上では約4～5割が低下した状態にあった。

表 1 年齢階級別にみた主な生活機能 (対象：非認定高齢者)

| 質問項目               | 回答  | 65～69 歳 (%) | 75～79 歳 (%) | 85 歳以上 (%) |
|--------------------|-----|-------------|-------------|------------|
| ① 1 km 位続けて歩けるか    | いいえ | 6.8         | 23.2        | 50.0       |
| ② 転倒に対する不安が大きい     | はい  | 6.7         | 14.7        | 38.5       |
| ③ 日用品の買い物ができるか     | いいえ | 1.4         | 6.4         | 37.0       |
| ④ バスや電車で一人で外出できるか  | いいえ | 4.6         | 13.0        | 45.7       |
| ⑤ 友人の家を訪ねることはあるか   | いいえ | 10.2        | 18.0        | 34.6       |
| ⑥ 1 日 3 回食事をしているか  | いいえ | 3.0         | 3.3         | 4.9        |
| ⑦ 固い物が食べにくくなったか    | はい  | 31.3        | 51.4        | 63.9       |
| ⑧ お茶や汁物でむせることがあるか  | はい  | 14.0        | 22.2        | 28.3       |
| ⑨ 何か興味をもっていることがあるか | いいえ | 13.4        | 20.0        | 41.0       |
| ⑩ 将来の計画や目標があるか     | いいえ | 31.7        | 46.2        | 69.6       |
| ⑪ 物忘れがあるとされるか      | はい  | 19.2        | 27.7        | 40.8       |
| ⑫ 何月何日かわからないときがあるか | はい  | 21.7        | 27.0        | 44.5       |

摂食機能に関連する生活機能 (⑦～⑧) は、歩行機能に関連する生活機能に比べ、65～69 歳で低下した者の割合が多く、かつ、加齢に伴い低下していた。この傾向は、意欲に関連する生活機能 (⑨～⑩) や認知に関連する項目 (⑪～⑫) でも同様であった。

なお、全年齢を通じてとくに生活機能が低下していたのが、「⑦ 固い物が食べにくくなったか」、「⑩ 将来の計画や目標があるか」であった。

## 2. 認定申請者と非申請者間の生活機能の差異<sup>8)</sup>

住民アンケート調査準備期間 (対象者抽出後から実際のアンケート送付の間) に認定申請を行った高齢者と、それ以外の高齢者間での生活機能の差異をみた。

両者間で、生活機能の差が大きい項目をみると、「つかまらずに椅子から立ち上がれるか」、「日用品の買い物ができるか」、「つかまらずに階段を昇れるか」、「関心を惹かれるものは何もないか」、「1 km 位続けて歩けるか」、「一人でバスや電車で外出できるか」などであり、申請者は、非申請者に比べ、歩行や意欲に関する生活機能が低下している傾向がみられた。

また、申請者は、非申請者に比べ、外出頻度も低下していたが、その理由としては、「体力に自信がない」が最も多かった。

歩行および意欲に関連する生活機能の低下や体力に対する自信喪失、それらを背景とした外出頻度の低下などが、認定申請者の生活機能面からみた特徴と考えられた。

## 3. 非該当者と軽度要介護者間の生活機能等の差異<sup>6,12)</sup>

非該当者と軽度要介護者間の、認定調査項目の評価や生活機能の差異をみた。

まず、各認定調査項目について、自立していない割合をみると、「起き上がり」では、「非該当」18%、「要支援」57%、「要介護 1」75%と、同行為の自立度は要支援段階から急激に低下していた。なお、この傾向は、「片足での立位保持」、「立ち上がり」などでも同様であった。また、「歩行」では、「非該当」2%、「要支援」31%、「要介護 1」74%と、同行為の自立度は要介護 1 段階から急激に低下していた。

非該当者の場合、約 2 割に起居動作の自立度低下がみられるものの、それ以外はほぼ自立しているのに対し、要支援では、起居動作や片足での立位保持の自立度低下が半数以上にみられた。また、要介護 1 では、これら行為に加えて、歩行動作にも半数以上に自立度低下がみられた。ただし、これら以外の行為・動作 (例えば、排便、食事摂取など) はほぼ自立していた。

これらの結果から、非該当者と軽度要介護者では、起居動作や歩行動作の自立度に差異があることがわかった (表 2)。

次に、生活機能をみると (判定は一次判定ベース)、「過去 1 年間の転倒歴」は、「非該当」14.8%、「要支援」30.8%、「要介護 1」45.6%と、要支援段階から易転倒性が強くなっていた。また、これに関連して、「転倒に対する不安感/外出の控え」は、要支援段階から多くなっていた。また、「公共交通

表 2 認定調査項目の評価からみた非該当者と軽度要介護者の差異<sup>12)</sup>

| 認定調査項目                     | 二次判定 | 非該当 | 要支援 | 要介護 1 |
|----------------------------|------|-----|-----|-------|
| ① 麻痺 (右下肢)<br>「あり」         |      | 1%  | 28% | 68%   |
| ② 拘縮 (膝関節)<br>「あり」         |      | 8%  | 28% | 42%   |
| ③ 起き上がり<br>「つかまれば可～できない」   |      | 18% | 57% | 75%   |
| ④ 片足での立位保持<br>「支えが必要～できない」 |      | 12% | 78% | 91%   |
| ⑤ 歩行<br>「つかまれば可～できない」      |      | 2%  | 31% | 74%   |
| ⑥ 排便<br>「見守り～できない」         |      | 0%  | 0%  | 8%    |

表 3 生活機能からみた非該当者と軽度要介護者の差異<sup>6)</sup>

| 評価項目                 | 一次判定 | 非該当相当者<br>(n=170) | 要支援<br>(n=105) | 要介護 1<br>(n=103) |
|----------------------|------|-------------------|----------------|------------------|
| ① 交通機関の利用<br>「自立」    |      | 80.7%             | 26.3%          | 30.2%            |
| ② 外出頻度<br>「週 4 日以上」  |      | 62.8%             | 31.4%          | 30.4%            |
| ③ 過去 1 年間の転倒<br>「あり」 |      | 14.8%             | 30.8%          | 45.6%            |
| ④ 転倒不安・外出控え<br>「あり」  |      | 25.0%             | 47.1%          | 60.8%            |

機関 (バスや電車など) の利用」の自立度も、要支援段階から急激に低下しており、これら要因により、外出頻度も要支援段階から低下傾向を示していた (表 3)。

以上の調査から、

① 非該当高齢者、とくに後期高齢者において、歩行や意欲、認知、摂食 (とくに咬合力) など、多くの領域において生活機能の低下傾向がみられた (とくに、歩行関連)。

② 歩行および意欲に関する生活機能低下、外出時の移動手段 (公共交通機関) に対する自立度低下、体力に対する自信喪失などの複合理由により、外出頻度が低下している可能性が示唆された。

③ これら生活機能低下に加え、起居動作や片足での立位保持、歩行などの自立度が低下することで、軽度要介護者に移行していく可能性が示唆された、などが明らかになった。

地域支援事業や新予防給付対象者に対する介護

予防効果を、利用者ベースで評価する場合、これら生活機能を包括的にアセスメントし、サービス提供 (マネジメント含む) によって評価結果がどのように変化したかを注視する姿勢が求められる。

## 介護予防効果評価システムの開発

現在、これまでの知見などをベースに、介護予防評価システムの開発を行っている。以下、同システムの開発過程とその概要について紹介する。

### 1. アセスメント項目の検討

高齢者の場合、加齢に伴う諸器官の生理的機能低下に、体動の減少に伴う廃用症候群が加わることによって、身体的および精神的諸症状が生じる。一般にこれを老年症候群と言うが<sup>13-15)</sup>、これまでの調査からもこのことが裏づけられた。

したがって、地域支援事業および新予防給付対象者に対するアセスメントでは、これら対象者でとくに発生の可能性が高い歩行障害や易転倒性、摂食・嚥下障害、低栄養、認知機能・意欲低下などを包括的に評価するための項目が必要となる。

また、今回、アセスメント評価結果を、マネジメント/サービス担当者と主治医/歯科医師などとの連携支援に活用することから、生活機能低下の阻害要因となるリスク評価項目を、さらに、介護予防の効果評価指標の案として挙げられている主観的健康観や QOL 関連項目を上記項目に追加することとした。

### 2. アセスメント実施方法および実施者の検討

次に、アセスメントの実施方法 (自己評価、問診、測定) と実施者を検討した。今回、実効性のある介護予防を展開するためには、利用者への動機付けと参加意識の向上が重要と考え、自己評価方法を多めに用いた。表 4 に、主なアセスメント項目と実施方法、実施者の関係を示す。また、図に、実際の入力画面の一例を示す。

### 3. 効果評価表の検討

さらに、利用者への動機付けと参加意識の向上支援、ならびにマネジメント/サービス担当者と主

表 4 アセスメント項目と実施方法および実施者

| 評価内容                     | アセスメント項目  | 実施方法     | 実施者      |          |
|--------------------------|---|----------|----------|----------|
|                          |   |          | 事前評価     | 事後評価     |
| ① 基本属性                   | 年齢, 性, 家族構成, 疾患, 既往歴, 通院状況, 寝たきり度など<br>身長, 体重, BMI, 血圧など  | 問診<br>測定 | 包括<br>C  | —        |
| ② 日常生活自立度<br>の変化         | 家事(調理), 家事(調理以外), 起き上がり, 立ち上がり, 服薬,<br>片足での立位保持, 家庭内浴槽の出入り, 歩行, 階段昇降, 外出<br>時移動, 公共交通機関の利用など          | 問診       | 包括<br>C  | 提供<br>機関 |
| ③ 活動性/移動手<br>段の変化        | 外出頻度, 日中の活動性, 老研式活動能力評価指標(13項目),<br>屋内移動手手段, 屋外移動手手段など  | 問診       | 包括<br>C  | 提供<br>機関 |
| ④ 自覚症状/意欲<br>の変化         | 転倒不安感, 体力, 健康感, 意欲(GDS5項目)など  | 自己<br>記入 | 包括<br>C  | 提供<br>機関 |
| ⑤ 歩行機能の<br>変化            | 通常歩行速度, 握力, 椅子からの立ち上がり時間, 開眼片足立ち<br>時間, 長座位体前屈量, Timed up & go(任意)など                                  | 測定       | 提供<br>機関 | 提供<br>機関 |
| ⑥ 摂食機能の<br>変化            | 舌圧, 咬合力(任意), 水のみテストなど   | 測定       | 提供<br>機関 | 提供<br>機関 |
| ⑦ 栄養状態の<br>変化            | BMI, 血清アルブミン値(可能な場合), 体脂肪率など<br>食事/エネルギー/タンパク質/水分の摂取量, 食事形態など   | 測定<br>問診 | 包括<br>C  | 提供<br>機関 |
| ⑧ リスクの<br>変化<br>(転倒/低栄養) | 転倒危険度スコア(15項目), 低栄養リスク(19項目)  | 自己<br>記入 | 包括<br>C  | 提供<br>機関 |
| ⑨ 障害要因                   | 発熱/動悸・息切れ/下痢・便秘の有無, 認知障害の程度, 視力/聴<br>力, 痛み/麻痺/拘縮の有無と部位, 環境変化の有無, 睡眠薬の服<br>用の有無, 開閉障害の有無, 入れ歯の有無と適合性など | 問診       | 包括<br>C  | 提供<br>機関 |

治医等との連携支援(結果報告用)を目的に, 各アセスメント項目や測定結果の変化をまとめた効果評価表を作成した。

## 今後の課題—求められる意識改革

以下, 実効ある介護予防を行ううえでの今後の課題を述べる。

### 1. 介護予防の目的の理解(上位概念の理解)

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」である。「様々な手段を通じて, 利用者の生活の再構築を図る」と言い換えてもよい。

一時期, 筋力向上トレーニング(筋トレ)が介護予防の代名詞のように扱われたが, 上記目的と照らし合わせれば, 筋トレはこの目的を達成するための一手段であること, また, その手段も, 単一手段では不十分な可能性があることが理解できよう。

実効ある介護予防を現場レベルで実現するためには, 目的の正しい理解が必要不可欠である。

### 2. 期待される包括的・継続的関与

介護予防のキーワードは, 「包括性」, 「継続性」である。

まず, 「包括性」であるが, この言葉にはいくつかの意味が包含されている。すなわち,

① 医療制度, 介護制度などの制度の枠組みを超えて, 利用者に必要なサービスを考えるという意味での包括性(リハビリテーションの継続性にも関係すること)

② さまざまな生活機能低下を有する可能性が高い高齢者に対して, その全体像を捉えるという意味での包括性

③ 生活機能維持・向上を実現するため, 必要なサービスを多職種協働により提供するという意味での包括性, である。

往々にして, 専門職は自分の得意領域に固執する傾向があるが, 介護予防で期待されることは, 関係多職種がその目的(上位概念)を理解したうえで, 各々の専門性を持ちあって, 利用者の生活機能の維持・向上や自己実現の達成に寄与していくことである。また, どのような貢献ができたかの結果も問われるということを認識しておく必要

日常生活の状況に関する追加自己チェック票

|            |            |            |                      |      |    |    |    |
|------------|------------|------------|----------------------|------|----|----|----|
| 被保険者番号     | 宛名コード      | 利用者氏名      | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | 生年月日 | 年齢 | 性別 | 印刷 |
| 9999999999 | 9999999999 | NNNNNNNNNN | NN99年99月99日          | 999歳 | N  |    |    |

登録日: NN99年99月99日    調査日: \_\_\_\_\_

入力確定

---

1 散歩や通気扇の音に驚きることがありますか

2 タオルや雑巾をさぐり取ることはありますか

3 立ちくらみをおこすことがありますか

4 日光、サングラスやスリッパをよく使いますか

5 家の中でよくほつちやぶ、滑ったりしますか

6 年金などの書類がきりばいしますか

7 新聞を読んでいますか

8 本や雑誌を読んでいますか

9 健康についての記事や番組に関心がありますか

10 病人を見舞うことができますか

11 若い人に自分から話しかけることがありますか

12 毎日の生活に満足していますか

13 毎日が退屈だと思ふことが多いですか

14 外出したり何か新しいことをするよりも家にいたいと思ふことがありますか

15 生きていても仕方がないと思ふ気持ちになることがありますか

16 自分が無力だと思ふことが多いですか

17 食事の食べる量が少なくなってきましたか

18 食事を食べるのは楽しいですか

19 食欲が以前に比べて、低下してきましたか

20 よだれが多いですか

---

日常生活の状況に関する追加自己チェック票

|            |            |            |                      |      |    |    |    |
|------------|------------|------------|----------------------|------|----|----|----|
| 被保険者番号     | 宛名コード      | 利用者氏名      | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | 生年月日 | 年齢 | 性別 | 印刷 |
| 9999999999 | 9999999999 | NNNNNNNNNN | NN99年99月99日          | 999歳 | N  |    |    |

登録日: NN99年99月99日    調査日: \_\_\_\_\_

入力確定

---

21 うれしがまわらないと感じることがありますか

22 物が飲み込みにくく感じることはありますか

23 食事中や食後などにのどがゴロゴロする、どかがありますか

24 食べるのが遅くなりましたか

25 口から食べ物がこぼれることがありますか

26 食物や飲み物は味が薄くなる、とらえてくること他ありますか

27 夜、咳で寝れなかったり目覚める、とはありませんか

28 口の中に食べ物が残ることがありますか

29 ①自分の健康状態をどのように感じていますか

30 同年代と比べて、①自分の体力をどのように感じていますか

図 日常生活状況自己チェック票（支援センター入力用）

がある。

次に、「継続性」であるが、具体的には、①医療と介護におけるサービスの継続性（リハビリテーションほか）、②地域支援事業の特定高齢者施策終了後の、一般高齢者施策への継続性、などが挙げられる。とくに、①に関しては、利用者に対し、医療と介護の両制度にあるリハビリテーションサービスを、どのように有効に活用するかの視点が重要となる。

介護予防では、「地域」というフィールドで、「多職種協働」の形で、「包括的・継続的」に関与することにより、利用者の生活機能の維持・向上および自己実現の達成を支援することが求められる。この枠組みのなかで、専門職として何ができるのか、何が自分らの守備範囲であるかが今問われていると理解すべきであろう。

文 献

1) 厚生労働省老健局：介護予防に関する事業の実施に向けての実務者会議資料（平成17年10月27日）、2005

2) 厚生労働省老健局：地域包括支援センター業務マニュアル（平成17年12月19日）、2005

3) 財団法人日本公衆衛生協会：介護予防における市町村業務のあり方に関する研究—総合的介護予防ケアマネジメントシステムのあり方に関する研究—報告書（平成18年3月）、平成17年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）、2006

4) 鳥根県健康福祉部高齢者福祉課：介護サービスの有効性評価に関する調査研究報告書（平成14年3月）、平成13年度鳥根県介護支援専門員活動支援モデル事業報告書、2002

5) 鳥根県健康福祉部高齢者福祉課：介護サービスの有効性評価に関する調査研究報告書（平成15年3月）、平成14年度鳥根県介護支援専門員活動支援モデル事業報告書、2003

6) 鳥根県健康福祉部高齢者福祉課：維持改善サービス調査研究報告書（平成16年3月）、平成15年度介護費用適正化特別対策事業、2004

7) 鳥根県健康福祉部高齢者福祉課：軽度要介護者等への効果的なりハビリテーションプログラムの構築と評価事業報告書（平成17年3月）、平成16年度老人保健健康推進等事業、2005

8) 日本医師会総合政策研究機構、松江市介護保険課：地域支援事業におけるハイリスク・アプローチに関する一方法の提案（平成17年7月）、日本医師会総合政策

- 研究機構報告書第 75 号, 2005
- 9) 松江市健康福祉部: 松江市における地域支援モデル事業報告書 (平成 18 年 3 月), 2006
- 10) ヘルスアセスメント委員会(監修): ヘルスアセスメントマニュアル, 厚生科学研究所, 2002
- 11) 鳥羽研二 (監修): 高齢者総合的機能評価ガイドライン, 厚生科学研究所, 2003
- 12) 厚生労働省老健局老人保健課: 介護認定審査会委員テ

- キスト Vol. 2 (平成 17 年 4 月), 2005
- 13) 林 泰史: 老年症候群. 日医会誌 127: 1814-1819, 2002
- 14) 葛谷雅文: 高齢期各年代と主な症状. 総合臨牀 52: 2072-2076, 2003
- 15) 新野直明: 歩行障害/転倒. 総合臨牀 52: 2121-2125, 2003

## お知らせ

### 脳卒中診療に従事する医師のための コーチング理論に基づく「医療コミュニケーション研修」

プログラム: 詳細は決定後ホームページ (<http://www.rehamed.jp/>) に掲載

主 催: 東北大学大学院医学系研究科障害科学専攻  
機能医科学講座肢体不自由学分野

講 師: 日本コーチ協会所属国際コーチ連盟プロ  
フェッショナル認定コーチ

日 程: 第 1 期 2007 年 2 月 24 日(土), 25 日(日)  
第 2 期 2007 年 7 月 21 日(土), 22 日(日)  
第 1 期, 2 期の 2 日間とも 9:00~17:00  
第 1 期または第 2 期のいずれかに参加いただけます。

会 場: (株) コーチ・トゥエンティワン (東京都  
千代田区三番町 8-1 三番町東急ビル 6 階)

定 員: 60 名 (応募者多数の場合は選考)

対 象: 外来で慢性期脳卒中患者 5 名以上の診療を  
担当する医師

卒後前期研修を終了している方

以下の参加条件に同意いただける方

1) この研修は, 文部科学省の研究助成を受け, 「コーチング理論に基づく医療コミュニケーションスキルトレーニングの効果—脳卒中担当医を対象に」研究の一環として行われます。この研究において日本コーチ協会所属の専門コーチと医師研究者間で十分に練られ作成された研修内容を, 無料で受けていただくことができます。また, 効果を検証するための事前, 事後調査(後述)へのご協力をお願いいたします。

2) 研究の概要: この研究は, コーチング理論に基づくコミュニケーションスキルトレーニングが, 医師のコミュニケーション力や, 患者の満足度を高めるかどうかを検

証することを目的としています。研修参加医師 (60 人) は無作為に 2 群 (各群 30 人) に分けられ, 第 1 回研修 (A 群), または第 2 回研修 (B 群) に参加します。参加医師は, 研修に先立って, 脳卒中発症後 6 か月以上経過しており外来通院でフォローしている患者とその家族 (主たる介護者) 5 組 10 名を選び研究への参加を依頼します。患者とその家族には, 研修が始まる前, 1 か月後, 5 か月後, 10 か月後に調査票に回答していただきます。また, 参加医師も研修前, 研修 1 か月後, 5 か月後, 10 か月後に調査票に回答します。データは個人情報を省き ID のみで管理され, 統計的に解析・処理されます。

参加費: 無料 (交通費, 宿泊費は各自負担)

申し込み方法: 所定の申し込み用紙をホームページ (<http://www.rehamed.jp/>) よりダウンロードし, 必要事項を記入のうえ, 締切日までに事務局に Fax してください。

募集締切日: 2006 年 12 月 20 日 (水) (事務局必着)  
応募者多数の場合は選考とし, 選考結果は, 後日通知書を郵送いたします。

申込書送付先および問い合わせ先:

コーチング理論に基づく医療コミュニケーション事務局 (担当: 野田)

東北大学大学院医学系研究科肢体不自由学分野内 (<http://www.rehamed.jp/>)

☎980-8575 仙台市青葉区星陵町 2-1

E-mail [rehabilitation@mail.tains.tohoku.ac.jp](mailto:rehabilitation@mail.tains.tohoku.ac.jp)

Tel 022-717-7338 Fax 022-717-7340



## 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—

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四室室長 川越雅弘

はじめに

平成18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」であった。同センターは、この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うえで非常に重要な役割が期待されている。

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、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: CCAC）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、概要を報告する（本視察は、厚生労働科学研究費補助金「長寿科学総合研究事業」の一環として行ったものである）。

### Toronto CCAC の活動状況

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）。

さて、1998年に、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、43か所のCCAC（非営利法人）が設立された（現在42か所）。このうち5か所がトロントにある。

今回視察したのは、トロント旧市街（人口約66万人）をカバーするToronto CCACである。以下、同センターの教育研修部門のマネージャーSandra Sagara 女史から受けた説明をもとに、活動状況などを紹介しよう。

まず、同センターの主な役割であるが、①入院患者に対する退院前アセスメント及び退院支援、②各種相談対応及び情報提供、③地域からの紹介者に対する在宅でのアセスメント及びサービス必要性の判定、④ケアマネジメントの実施（目標設定～ケアプラン作成～サービス決定～再アセスメント、設定目標に到達した時点でサービスは終

了）、⑤長期ケア施設への入所支援、⑥地域にある様々な資源・サービスの紹介（サービス終了後を含む）などである。

ちなみに、サービスは、年度毎に個別契約を交わした事業所の中から組み合わせる形を取っている。

したがって、CCACには、各サービス提供事業所（訪問看護、栄養指導、リハビリなど）の質や活動状況を評価したうえで、各事業所と、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。

CCACには、州政府から補助された金額（Toronto CCACに対する2004年度補助額は約7330万カナダドル）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（サービス事業者には、契約価格に基づいてCCACから費用が支払われる）。

また、CCACは州政府からの補助金を獲得するため、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。Toronto 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。

次に、利用者の状況を紹介する。2004年7月時点の利用者数は9,225名で、うち「65歳以上」50%、「21～64歳」38%、「20歳以下」12%と、高齢者と高齢者以外が約半々となっている。また、新規紹介者は月平均1,250名で、うち1,015名が認定されている（州政府が決めた9項目の基準に照らして、CCACスタッフが判断）。

ちなみに、紹介先は、「病院から」56%、「地域から」36%、「学校から」5%、「長期ケア施設から」3%と、病院からの紹介が過半数を占めている。

次に、同センターの職員構成を紹介する。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CC11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。

CC167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）。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。

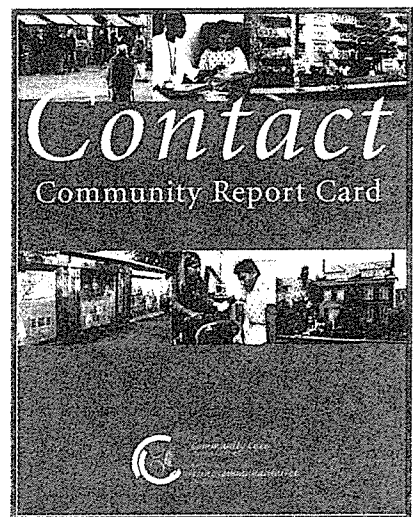
最後に、教育研修方法について紹介する。教育研修に関しては、専門部門が設けられ（スタッフ数4～5名）、新規採用時の導入教育、フォローアップ研修、テーマ別研修、コンピュータトレーニング（患者情報の電子化・共有化のため）などを実施している。Toronto CCACの場合、導入教育に約7か月かけている（CCACによって異なるが、平均4か月程度は実施）。

#### 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、



CCAC の報告書

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、来年1月から、現在42あるCCACを14か所に統合し、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。

#### おわりに

オンタリオ州では、現在でもある程度の規模を有するCCACを、さらに統合し、さまざまな役割・機能を付加していく方向にある。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、行政の関与はどうか、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要注目である。