

介護予防活動の検討

ふじもとすえみ はらまさよ いしかわひろよ かわはらまきこ おおはしさとこ みなみあつみ
藤本末美 原政代* 石川浩代* 河原牧子* 大端聡子* 南安津美*
せおみきこ みなみでみきこ かなやひろよ ささきいくよ みずた
妹尾幹子* 南出幹子* 金谷裕代* 佐々木郁代** 水田ハルコ***

〈要 旨〉

わが国は高齢社会への政策として、1997年に介護保険法を制定し、2000年4月（12年）介護保険制度を開始した。この介護保険によって、要介護者の介護が行われることになり、介護サービスの利用者数と利用量は急速に拡大し、2004年10月末現在では、認定者数は404万人と、同年4月制度発足当時の218万人に比べて85%増加している。また、給付に関する総費用も2000年度の3.6兆円から6.8兆円と年10%を超える伸びを示している。2005年、介護保険制度の導入から5年が過ぎ、安定的な制度に発展させていくべき段階に入ったとして、2005年7月に社会保障審議会介護保険部会が報告書を出している。

当研究では、「介護予防」という考え方や、活動が行われてきた経過や活動の実際を明らかにすることによって、2006年4月、新たに提案している介護保険制度改正法案の各種の活動展開に際して、効果的かつ有効な活動のモデルの示唆を得ることを目的として検討し若干の示唆を得たので報告する。

〈キーワード〉

高齢社会、介護予防、市町村、地域、行政・住民、ICF（国際生活機能分類）

I はじめに

わが国は高齢社会への政策として、1997年に介護保険法を制定し、2000年4月（12年）介護保険制度を開始した。この介護保険によって、要介護者の介護がおこなわれることになり、介護サービスの利用者数と利用量は急速に拡大し、2004年10月末現在では、認定者数は404万人と、同年4月制度発足当時の218万人に比べて85%増加している。また、給付に関する総費用も2000年度の3.6兆円から6.8兆円と年10%を超える伸びを示している。

さらに、2020年の人口構成の推計では、65歳以上が26.9%になると予測されており、75

* 和歌山市南保健センター

** 川崎市高津区二子第5町内会福祉部「M会」代表

*** 友ライフ・アシスト（株）

歳以上に要介護となる割合が多いとされていることから、高齢者人口の増加にともなって、要介護者数も増加するものと思われる。このような状況の中で、介護保険制度の導入から5年が過ぎ、安定的な制度に発展させていくべき段階に入ったとして、2005年7月に社会保障審議会介護保険部会の報告では、本制度の「持続可能性」、「明るく活力ある超高齢社会」の構築、社会保障の総合化をあげ見直しが行われた。本制度の課題として、死亡の原因疾患と生活機能低下の原因疾患とは異なる。軽度の要介護者が急増している。介護予防の効果が上がっていない。高齢者の状態像に応じた適切なアプローチが必要であるとされている。

その視点として、老人保健法における老人保健事業の見直し、介護保険法における要介護Ⅰ、要介護Ⅱの見直しをあげた。このようにして、今、老人保健事業、介護保険事業の両制度が相乗効果を発揮できる制度へと改革していこうとしている。

このような状況の中で、当研究では、「介護予防」という考え方や、活動が行われてきた経過や活動の実際を明らかにすることによって、2006年より新たに提案されている介護保険制度改正法案の各種の活動展開に際して、効果的かつ有効な活動のモデルとして示唆を得ることを目的とする。

〈用語定義〉

「老人保健法における保健事業」：1983年、老人保健法の目的は、「国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため、疾病の予防、治療、機能訓練等の保健事業を総合的に実施し、もって国民保健の向上及び老人福祉の増進を図ること」をあげている。同法に基づく保健事業には、①健康手帳の交付、②健康教育、③健康相談、④健康診査、⑤医療等、⑥機能訓練、⑦訪問指導があり、市町村が実施主体となって実施されている。

「Kの会」：2000年、H会長のもと、会員間の親睦と、異なる場や領域での学際的な協力を礎にして、QOLを高めていく活動を支援することを目的としているグループである。「日米シンポジウムシリーズ海外研修」「近未来社会への研究会」「QOL研究会」「日本QOL学会」などを、年間をとおして開催している。さらに、これらの研修の成果を社会に還元したいと考え、H氏を始めとする会員の寄付を元に、Y施設からの呼びかけに応え、「Kカフェ」をたちあげ現在に至る。

〈論理的配慮〉

調査対象者に研究の目的、方法について説明を行い、プライバシーの保護、匿名性、秘密の保持など人権の保護に配慮した。各事例の活動リーダーに了解の上、活動日に訪問し、活動状況を見学の上でインタビューを行った。

II 研究方法

1 予備調査

- (1) 調査期間：2004年4月～10月
- (2) 調査対象：1) Y市M保健センター老人保健事業への参与観察，インタビュー
2) K市ニューシニア健康づくり大作戦への参与観察，インタビュー
3) K市T区F町内会における「M会」への参与観察，インタビュー
4) Y施設における地域交流活動への参与観察，インタビュー
- (3) 調査内容および方法：半構成用紙の質問項目を用いて，インタビューを行い，質問項目の検討を行い，当研究の質問項目を決定した。

2 本研究

- (1) 調査期間：2004年11月～2005年11月
- (2) 調査対象および方法：
 - 1) Y市M保健センターにおける老人保健事業への参与観察，保健師5名，栄養士1名，歯科衛生士1名へのインタビューおよび学習会の実施3回
 - 2) K市T区社会福祉協議会F地区の「ミニデイ活動」への参与観察，インタビューおよび，K市T区F町内会における「M会」への参与観察，リーダー5名，参加者5名へのインタビュー
 - 3) Y市ニューシニア健康づくり大作戦，委託事業・N施設における高齢者のパワーリハビリテーション事業への参与観察，指導員1名へのインタビューおよび活動記録
 - 4) Y施設における地域交流活動に参与観察，ボランティア5名，利用者5名へのインタビュー
- (3) 分析：調査内容を項目毎に分類・整理し，各項目の内容を活動事例の特性を質的に分析・検討した。

III 研究結果

1 「介護予防」活動の経過

- (1) 第1事例：老人保健法および老人保健事業の経過との関連について，Y市M保健センターにおける老人保健事業としての「糖尿病予防教室」。

1983年2月老人保健法による老人保健事業がスタートした。保健事業の実施状況は，第1次計画（1982～1986年），第2次計画（1987年～1991年），第3次計画（1992～1999年），

新たにB型（地域参加型）機能訓練が開始された。第4次計画（2000～2004年）、医療保健福祉審議会老人保健福祉部会に設置された高齢者保健事業の在り方に関する専門委員会の意見を受けて第4次計画が策定された。概要①基本的性格（中略）目標を実現するための実践計画として、生活習慣病などの疾病や介護を要する状態に陥ることを出来る限り予防していくことを目指す。②重点的に取り組む疾患として、脳卒中、心臓病、糖尿病、高血圧、高脂血症、痴呆、骨粗しょう症、歯周疾患。③具体的目標、④重点事項として生活習慣病など健康教育を導入するなどを示している。

Y市M保健センターでは、生活習慣病である「糖尿病」の予備群の住民に対して、介護予防の視点でプリシード・プレシードモデル（PPM・WHO1986年）を使って健康教育を行った。

(2) 第2事例：K市ゴールドプラン21とその関連施策，老人福祉法に基づく在宅福祉サービス，K市社会福祉協議会への委託事業として「ミニデイ」が発足，さらに発展した形として小地域活動「M会」活動を開始。

ゴールドプラン21とその関連施策として，ゴールドプラン21（今後5ヵ年の高齢者保健福祉施策の方向）が策定された。ゴールドプラン21の基本的考え方として，新ゴールドプランの終了と介護保険制度の導入という新たな状況を踏まえ，住民の最も身近な地域において，介護サービス基盤の整備に加え，介護予防，生活支援などを車の両輪として推進することにより，高齢者尊厳の確保と自立支援を図り，出来る限り多くの高齢者が，健康で生きがいをもって社会参加できる社会を創っていかうとするものである¹⁾。として，ゴールドプラン21の4つの基本方向を示している。

ゴールドプラン21の政策によると，支えあうあたたかな地域として，活力ある高齢者像の構築，元気高齢者・「ヤングオールド作戦」の推進として，積極的な社会参加を求め，健康づくり，介護予防，生きがい活動支援を推し進めるとしている。

K市T区では，1993年5月民生児童委員活動のなかから，また，8月に浴場組合の活動として，「ミニデイ」活動が生まれ，10月にはK市社会福祉協議会にK市の委託事業として「ミニデイモデル事業」を立ち上げている。このような状況の中から，1997年2月F地区の「ミニデイ」が活動開始し，同5月に第5F町内会に小地域型の「M会」活動が生まれた。当活動は，現在「小地域すこやか活動」としてPPMを応用展開した活動を継続している。

(3) 第3事例：K市ニュシニア健康づくり大作戦としての「パワーリハビリテーション」。

2000年度に介護保険制度が発足以来，要支援，要介護者は300万人を超え，今後も続く

1) 財団法人厚生統計協会：国民衛生の動向2004年第51巻第9号，2004

ものと予想されている。また、同年にはICIDH（国際障害者分類1980年）からICF（国際生活機能分類2001年）へと改訂された。ICIDHでは、障害者のリハは脳卒中などの回復期におけるリハをモデルに考えられており、機能の回復を目指している。しかしICFでは、高齢者が要介護となるその原因は生活不活発にあるとしている。このようにICFでは、生活モデルの対応へと、リハビリテーションのあり方を変化させてきた。こうした状況から、パワーリハは本質的に「動作性の低下」と「体力の低下」に対して理論的土台が考えられた。

K市では、ニューシニア健康づくり大作戦として、介護予防モデル事業・高齢者パワーリハビリテーション推進事業として、このパワーリハの理論を取り上げた。2005年度より、全市で5箇所委託事業として展開を試みている。

(4) 第4事例：介護老人保健施設での地域交流活動としての「Kカフェ」活動。

高齢化が進む中、介護を要する高齢者に対し、在宅ケアが重視されている。このような中、病院と在宅との中間施設である介護保健施設では、早期に家庭復帰を目指す支援をしている。その総合的なサービスの一環に、地域交流という活動が行われている。この地域交流活動は中間施設で生活する利用者にとって、入所生活の中で在宅生活へのイメージができる活動である。また地域交流という場への「参加」の頻度や質をふまえてその経験が生活の中に取り込まれることによって、在宅生活への意欲が喚起される。こうした利用者の「社会参加」の経験が増えることによって、「活動力」が増し、具体的な在宅へとつながるものと思われる。

2 「介護予防」活動の実際と評価

(1) 第1事例：「糖尿病予防教室」

1) Y市の状況

Y市は2004年4月1日現在人口388,059万人、世帯は157,070所帯である。このような構成比の中で、65歳以上を占める割合が20.6%となっている。これは、全国の19.5%、Y県の22.8%よりも高く、今後高齢化が進むものと思われる。また、要介護認定率では、20.58%で中核市35市のうち第1位となっている。そこでY市M保健センターでは、Y市の高齢化や要介護認定率に着目して検討を行った。介護保険における要介護認定者の内訳をみると、要介護になる主な原因は脳血管障害など生活習慣病であることから、予防できる原因疾患により介護予防ができると考えた。そこで、生活習慣病の予防としてモデルとなると考えられている「糖尿病」を取り上げて検討を行った。

2) 「糖尿病予防教室」活動の経過

Y市M保健センターでは、老人保健法の保健事業として健康診査を行っている。その結

果、糖尿病のハイリスクを持つ人を対象に、2002年より「糖尿病予防教室」を行ってきた。この経験を活かして、2004年度は活動目標として「自分を大切にした新たな生活習慣を獲得し、自分流の生活スタイルをつくりあげる」を掲げ活動を展開することにした。

3) 活動の実際と評価

①対象：

糖尿病の血縁者がいる、最近1年間の血液検査のHbA1cが5.8～6.4%以下で4回1コースの学習に参加できることを条件とした19名。

②活動の実際：

糖尿病の理解。食生活の基礎知識を得る。試食しながら自分を大切に食事について考える。歩行によるエネルギーの消費の量を考える。同じ健康状況を持つ仲間との懇親、情報交換、新たな生活習慣をつくるための協同について話し合う。

③結果及び評価：

糖尿病予防に関する意識に関しては17名が高くなり、食事や運動などをとおしての学びからの行動の変化は15名、変化のデーターとしての「食事日誌」の記入については18名であった。また「がんばろう日誌」に関しては、5人で継続の意思をあらわしていた。以上から、意識に関しては高まり、行動の変化についても食生活、運動の変化のみられたものと合わせると、全員に行動の変化が見られ、行動の継続性は半数の参加者に見られた。学びや実践して得た結果に対する「うれしい気持ち」や「苦勞している話」、「食べたいものや量を我慢するのに苦勞を感じている話」が多かった。また、仲間の話を聞くことで、自分自身の生活を振り返ることができた。

以上から、総合判断として19名のうち13名に生活改善がみられ自分流の生活スタイルを獲得できたと考えられ、糖尿病を発病し介護保険の利用者となる可能性の高かった13名を発病前に健康教育で未然に防ぐことができたと考える。その結果、例えば要介護3にならなかった13名については、年間3,276万円（21万円×12ヶ月×13人＝3,276万円/年間）の介護保険料の減額に貢献できたとしている。今後、糖尿病のみならず生活習慣病予防全般にわたる健康教育を行い、介護予防効果をあげることができると考えられる。

(2) 第2事例：小地域活動「M会」活動

1) K市の状況

K市は1995年、福祉土壌づくりとして打ち上げたハートフルヘルパー大作戦5ヵ年計画が始まった。同年、各社会福祉協議会が社団法人となり、区社会福祉協議会の新しい活動への模索があった。

2) K市T区社会福祉協議会の取り組みとミニデイケア活動



図 1



T区は人口175,470人、65歳以上の高齢化率9.6%（1977年10月）であったが、今後の高齢化社会への対応するT区の新しい考えとして、1994年にミニデイケアモデル事業を全国に先駆けて取り組んだ。T区は5地区社会福祉協議会で構成されている。また、T区におけるミニデイケア活動の成立年次の経過は、1993年5月、1つめの事例が民生児童委員活動の中から成立し、同8月2つめの事例が浴場組合とX浴場と隣接する2つの地区社会福祉協議会と関連ボランティアの活動として成立した。同10月、3つめの事例として、T区社会福祉協議会がA地区社会福祉協議会活動としてミニデイモデル事業を成立させた。この活動が他地区社会福祉協議会にも伝播して、1997年2月、C地区社会福祉協議会で、二つ目がスタートし（図1）、その中からF第5町内会における「M会」活動を開始した。その後、T区全体に地区社会福祉協議会活動として広まった。

3) F第5町内会における「M会」活動開始の経過

T区において、この2つめの地区社会福祉協議会の活動に参加したF地区の民生児童委員であったS氏は、このような活動は小地域つまり町内会や自治会で行われれば、高齢者も歩いて参加できると考えた。そこで1997年4月、S氏の発案で居住地の町内会長に具体的な活動案を提示し検討を依頼した。町内会長は町内会の役員の合意を得て、福祉部を創設し、福祉部の活動として成立させている。

① F第5町内会の状況：

F第5町内会はT区の中でも古い町で、老人会は衰退、虚弱高齢者は孤立していた。一方、区社会福祉協議会から町での社会福祉活動を推進するようとの指導があった。C地区社会福祉協議会では一人暮らし高齢者の調査を行っており、S氏はF第5町内会の実態も把握していた。

② 「M会」活動の実際：

対象者は虚弱高齢者、日中一人暮らし高齢者15～33名、行事の際には50名。専門職として保健所の保健師の参加が年2～3回あり。月に4回実施。場所は私設の老人いこいの家。活動の特徴として地域活動への参加がある。町内会福祉部を中心にボランティアを募

集して現在14名のボランティアで実施している。2000年5月から「Hたより」を発刊、運営としてボランティアを2班にわけて、各班で自主的な発案で多彩なアイデアを盛り込み運営している。

③活動の成果及び評価：

活動記録「M会100回のあゆみ」、「M会200回のあゆみ」、「M会300回のあゆみ」を手作り出版している。300回の記録では見学者が年間14回で52名にのぼっている。また、この活動の広がりとして、F地区の4町内会に伝播し、各町内会での活動が展開している。さらに活動がF地区合同の活動・「わたしの町すこやか活動」として行われるようになり、平成15年には「F地区わたしの町のすこやか委員会」記録を残している。これらの活動は行政関係や地域福祉活動の中で4回報告している。

活動の評価についてリーダーS氏の「M会300回のあゆみ」において、以下のように話している。「(中略) 住みなれた家でできるだけ長く暮らしていきたい、歳を重ねた多くの皆様はそう思われているのではないのでしょうか。そのためには心身共に健康で元気でいなければならないと思います。地域の中で気楽に集える「楽しいふれあいの場」をつくりたいとの願いで「M会」は出来ました。「M会」に参加されている多くの皆さんとお喋りをし、体操、歌、ゲーム、手芸、お楽しみ会など楽しんで頂きながら健康づくりや生活への張りにつなげていただければ大変嬉しいことです。(中略) 会の時だけでなく、日常生活の中でも常にふれあう事でお付き合いが広がり、一昔前のように暖かい人間関係が広がってきていると思います。災害などもしもの時にはお互いに心配し合い、助け合い支えあいができるのではと感じております。……閉じこもり防止、老化防止、健康づくりをめざして(中略)」。以上のように、「M会」の活動を継続する中で活動目標を達成し、さらに、発展させながら活動を継続している。

(3) 第3事例：「パワーリハビリテーション」

K市では、ニューシニア健康づくり大作戦として、介護予防モデル事業・高齢者パワーリハビリテーション推進事業を取り上げ、2004年度より、全市で5箇所へ委託して事業展開を試みている。

1) 事業概況：

利用できる対象者は、要介護認定において「非該当」「要支援」「要介護1」「要介護2」と判定されたおおむね65歳～75歳の人。パワーリハビリテーションのトレーニングを行う上で身体的に支障のない人、週2回程度の通所の可能な人、パワーリハビリテーションに意欲があり、家族などの協力が得られる人、以前、このパワーリハビリテーションを受けたことのない人としている。利用料は5,250円。1コース20名。週2回で1回2時間。

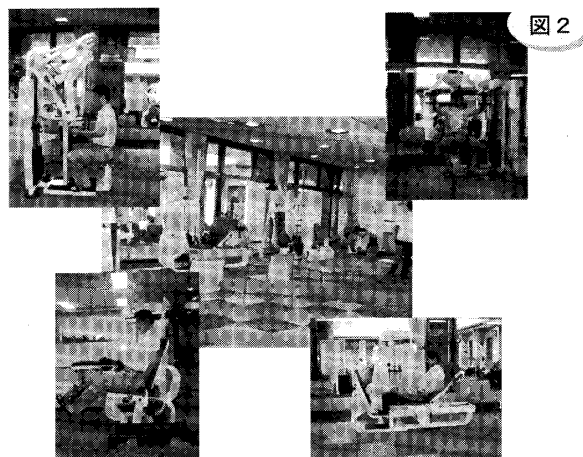


図 2

2) 内容 (図 2) :

パワーリハビリテーションは、身体的に障害を持つ方や要介護者の高齢者向けに、安全なトレーニングマシンを使い、日常生活に必要な動作と行動意欲を図り、自立回復を支援するためのプログラムである。「もっと元気になりたい」、「要介護状態でも、自分のできることを増やしたい」、「介護負担を軽減したい」、このような願いを実現する。運動指導士による個別のプログラムをたて、50g～200g の負荷をかけて筋力向上トレーニングを行う。

3) 評価 :

利用者のパワーリハビリテーションの結果は、1 年間に200人が参加し、70%の人に筋力向上が見られ、日常生活の改善が図られている。男性に好まれて利用されている現状がある。

(4) 第 4 事例：地域交流活動としての「Kカフェ」活動

高齢化が進む中、介護を必要とする高齢者に対し、在宅ケアが重視されている。病院と在宅との中間施設である介護老人保健施設において、3ヶ月の入所生活を行い、早期に家庭復帰を目指す支援をしている。この支援の一環として「地域交流活動」がある。

1) 「Kカフェ」活動の取り組みの経過 :

2003年10月、医療法人財団Mと I の会がY介護老人保健施設を開設した。当施設内に様々な人にご利用いただける、ゆったりとくつろげるカフェテラス風のコミュニケーションスペースとして「地域交流スペース」が創られている。施設の生活目標として「日常の療養生活（食事、入浴など）の中にリハビリテーション（機能訓練）、レクリエーション（生きがい、ふれあい、あそび）などを組み込み、ご利用者様に充実した、楽しい時間をより多くお過ごし頂く事」を掲げている。この目標にあった地域交流スペースの活動を立



ち上げる方向で、2004年4月「Kの会」が検討に入った。

2) 「Kカフェ」活動の実際 (図3)：

2004年4月より6月まで準備期、7月25日「Kカフェ」オープンより2005年3月まで、週3日の活動を開始する。この間、施設との連携によるイベントも実施している。2005年4月より本格的に週5日の活動を開始して現在に至る。利用者は施設入居者、その家族、見舞いに来る人、施設職員等。メニューとして、お茶、コーヒー、他飲み物、カレー、サンドイッチなどである。

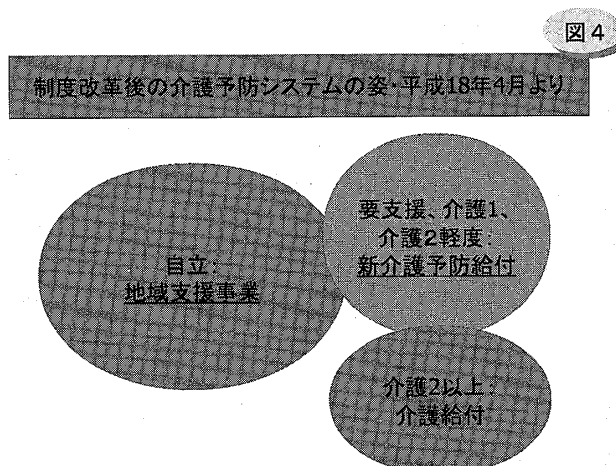
3) 「Kカフェ」地域交流活動内容：

日常活動として、「Kカフェ」を利用する入所者、家族とのカフェボランティアとのコミュニケーションを大切にした交流をとおして、お茶を飲んだり、談話を楽しみ、デッキで自然と触れ合い、音楽を楽しむ、また、一人の時間を楽しんだり、時々カレーを楽しむ。落ち着いた雰囲気ですっきりとした時間が流れる。イベントとしては、2005年4月、施設との連携でデイケア利用者の方を対象に花見のお茶会が開かれ133名が参加。近隣の高校生や大学の学生がお茶をたて喜ばれた。このようにして老若男女幅広く、世代間交流も行われることになった。また、外国からのギターリストの参加により、各階ごとの利用者のクリスマス会が開かれるなど、定例の施設予定の行事の他にあらゆる情報は出来るだけ実施する方向で取り込まれている。

4) 評価：

利用者は、「Kカフェ」の場や行事としてのイベントへ参加することで、ボランティアとのコミュニケーションが活発になり、生活における「活動力」や生きる楽しみ「参加」など目標が表現できるようになってきた。K氏の事例では、「Kカフェ」に毎日通ってコーヒーを楽しんでいた。その日は、ぱりぱりとしたサラダとおいしいパンの昼食をとり、

ボランティアに「現役時代の外国生活の一コマを語り、本当に仕事のことがばかりを考えていろんなことをやってきた。こんなにゆっくりとした時間が流れたことがない。また、サラダとパンがこんなにおいしいと思って食べたのは久しぶりだ、明日、退所するが、またパンを食べにきたい」と語った。「Kカフェ」で時間を過ごすことで、活動制限を取り除き可能性を広げたいという意欲をひきだすことや、「参加」することにより、退所後の社会参加につなげることができる等、効果が期待できることがわかった。



3 介護保険制度改革法案について（2006年4月より施行予定）（図4）

(1) 介護保険制度改革法案の内容について²⁾

1) 予防重視型システムへの転換：

今までの「要支援」を「要介護1」に、「要介護1」を「要介護1」と「要介護2」に細分化する。そして、「要支援」となった高齢者は介護給付から新予防給付に移行し、新たに導入される筋力トレーニング、口腔機能向上ケア（歯磨きの指導など）、栄養指導などの予防サービスを主に受けることになる（2006年4月から市町村ごとに段階的に導入、2009年度までに全国で実施）。ただし、これまで受けてきた介護給付サービス（ホームヘルプサービス、デイサービスなど）は全く提供されなくなるのではなく、内容・提供方法を見直して提供されることになっている。

2) 施設給付見直し：

2005年10月から、食費と居住費を介護保険給付対象から外し、全額自己負担化する。ただし、低所得者への配慮は一定程度なされる。

3) 保険料負担と給付の対象拡大：

2) 介護保険の見直しと財源問題，公衆衛生，医学書院，2005，8

20歳からの保険料の徴収や若年障害者への給付拡大等について、「2009年度をめどに所要の措置を講ずる」と付則に明記された。

4) 地域包括支援センターの設置：

地域包括支援センターを市町村の責任で設置し、保健師、社会福祉士、スーパーバイザー的ケアマネジャーを置く。基本的に中学校区ごとにつくり（人口2～3万人に1ヶ所）、全国で5000ヶ所整備する。社会福祉士は行政機関、保健所、医療機関、児童相談所、法律家（弁護士、司法書士）、民生委員、ボランティア団体などに、高齢者の必要なサービスを多面的かつ制度横断的につなぐ役割を担う。このため高齢者虐待防止や高齢者の財産管理、高齢者医療などにも対応することになる。

また、新予防給付のケアマネジメントを行うのは事業所のケアマネジャーではなく、地域包括支援センター保健師である。同時に同センターの保健師は、要介護や要支援に陥るおそれがある高齢者を対象とした地域支援事業のマネジメントを行う（両者をあわせて介護予防マネジメントと呼ぶ）。さらに、スーパーバイザー的ケアマネジャーはケアマネジャーに対し、日常的な個別指導・相談や支援困難事例等についての指導・助言や、地域でのケアマネジャーの連携システムの構築に努める。

5) ケアマネジメントの見直し：

ケアマネジメントの現状は、併設事業所が9割を占める。主治医との連携が不十分であったり、特定のサービスへの偏りが見られ、単品プランも多い。また、不適切なケアプランも見られる。ケアマネジャーの業務が多忙な点や力量不足が目立つなど、課題が多い。そこで、主治医との連携、在宅と施設の連携、医療と介護との連携など、包括的・継続的なマネジメントを強化するとともに、他職種連携を実現する。これはスーパーバイザー的ケアマネジャーの役割が大きい。ケアマネジャーの資格では、有効期間5年の更新制の導入と更新時の研修の義務づけを行い、技量格差是正を図る。また、ケアプラン担当件数の見直しと独立性の確保（マネジメントとサービスの分離）に努める。

6) 2006～2008年度の年間給付総額は、6.5兆円を予定：

これまでの「要介護1」と「要支援」の高齢者（2004年9月末現在1,952万人、要介護度別認定者数の約48.5%）の大部分が新予防給付の対象になることによって、介護の総費用は抑制される予定である。制度を見直さない場合は7.2兆円なので、7,000億円圧縮できる。一人当たり保険料は月額3,900円（見直しを行わない場合に比べて400円安い）となる。また、2012～2014年度では8.7兆円、月額4,900円（見直しを行わないと10.6兆円、月額6,000円）となる見通しである。

7) 地域密着型サービスを創設し、事業者指定・指導監督は市町村長になる：

これによりグループホーム問題の一定の解決が図られることになる。近年、特定の自治体に多数のグループホームが乱立し、しかも該当自治体以外の住民が入居しているケースが増え、当自治体は困惑していた。グループホームは施設ではなく「家」のため、介護にかかった費用はグループホームがある自治体（A町）の介護保険財政が負担する仕組みになっている。そこで、グループホームが多数存在する自治体（A町）は保険料を引き上げざるを得ないが、これには元からのA町住民の反発が予想されるため、自治体の困惑が大きかったのである。改正案では、グループホームが地域密着型サービスになるため、今後は、その自治体の住民のみが利用可能なものに転換し、過剰な整備は抑制されることになる。なお、グループホームのほかに、小規模多機能型住宅介護や、小規模介護老人福祉施設なども、地域密着型サービスとして位置づけられた。

8) 要介護認定調査の見直し：

見直しの方向性として、始めての高齢者は原則市町村が行う（ケアマネジャーなどの委託は認めない）とともに、申請代行の制度も見直す。

9) 1号保険料段階の見直し：

第2段階（市町村民税世帯非課税）を細分化し、年金80万以下の高齢者と年金80万円を超え266万円未満の高齢者に分ける。また、課税層については、市町村が条例により区分し、保険料率等について、弾力的に設定可能にした。

IV 考察

1 老人保健事業や介護予防事業について：第1事例、第2事例をとおして

第1事例にみるように、ねたきりゼロ作戦から2000年、介護保険制度の導入の際、老人保健法における機能訓練事業を評価し、位置づけられないまま、ほぼ同様のサービスが通所リハビリテーションなど介護保険サービスとしてスタートし、現在まで続いてきた。さらに、2000年からの介護保険の施行に伴って、要介護にならないようにすること（介護予防）を目的に「介護予防・生活支援事業（2003年に地域支え合い事業と改称）」が創設された。国全体として500億円が投入された。第1事例では「糖尿病予防」、第2事例では「ミニデイ・すこやか活動」を取り上げたが、同様の試みが多くなされ、転倒・骨折予防教室や「閉じこもり」予防事業などが開始された。これらの保健事業は介護予防の新たな生活スタイルの学習と実践として、今後も継続されることが望ましい。

また、今後予防重視型システムへと転換する中で、テーマとなっている、筋力向上トレーニング、口腔機能向上ケア、栄養指導などの実施については、中学校単位からさらに第

2 事例でみるような小地域型・町内会や自治会単位の歩いて参加できる活動の場で実施することが望ましい。

以上、第1事例、第2事例では、健康づくりモデル・PPMを使い、活動の進め方を検討して実施し、事例でみるような効果をおさめることができたことから、今後の介護予防活動に応用展開できると考える。

2 パワーリハビリテーションについて：第3事例をととして

介護保険ではリハビリテーションが多く行われるようになった。ICIDHでは日常活動の中で「機能」の回復に視点が置かれていた。しかし、高齢化の課題は「老化」「活動性」の低下が寝たきりを引き起こしていることが原因であった。そこでICFの考え方や関連研究成果としてパワーリハの手法・プログラムが開発され、マシーントレーニングが試みられている。第3事例では、老化・動作性の低下・体力の低下に対して活動力をつけ・行動の縮小に対して、動作性の改善・体力の改善・活動性の改善・行動の変容を求めて、マシーントレーニングが試みられている。効果としては、「足が軽くなった」「早く歩けるようになった」「自力で起き上がれる」「姿勢がよくなった」をあげている。

第3事例でみるパワーリハのコンセプトを大切にしたい結果を重要視して、今後、多くの高齢者への取り組みとしては、これらの活動を応用展開して、同様の効果はマシンがなくても効果を期待できるとした研究もあり、「老化」「活動性」の低下に対して検討をしていく必要がある。

3 地域交流活動について：第4事例をととして

介護老人保健施設は3ヶ月という短期の入所生活で、できるだけ早期に在宅生活に戻ることが出来るように生活プログラムが組まれることが望ましい。こうした観点から、第4事例は評価できると考える。介護老人保健施設ばかりでなく、各高齢者施設全般にこのような取り組みができることが望ましく、介護予防の目標設定「参加」や「日常活動の活性化」につながるものと思われる。

ICFによる考え方を導入して、リハビリテーションと「日常活動の活性化」について介護の領域での検討も始まっている。専門家によるリハビリテーションの指示を生活の場で応用展開するための介護の場の工夫として、地域交流活動の一環である「Kカフェ」のような生活を共同できる生きた場がつくられることが望まれる。

以上、第4事例でみる活動は、ICFモデルを使用して活動を展開しており、効果が現れてきている。今後は、高齢者施設に限ることなく、地域での多機能サービスの一環として、第4事例にみるような機能をもつ場と活動が望まれる。

4 その他介護予防事業の評価

介護予防として行われてきた他の活動事例においても評価されている。安村氏の研究による評価³⁾では、自治体による事業の評価で、「高齢者食生活改善事業」で100%、「運動指導事業」で95.9%を始め、「アクティビティ」、「IADL 訓練事業」、「食」の自立支援事業、「地域住民グループ支援事業」75%などをあげている。これらの活動は、今後の介護保険制度改正法案を実行する際にも、これらの事例を参考にした取り組みが効果的な活動へとつながると考える。

V おわりに

1983年、老人保健法の保健事業として始まった機能回復訓練事業は、健康づくりや介護予防的視点で始まった。その後の高齢者人口の増加と共に、行政政策が方向転換し、2000年4月からの介護保険が施行された。さらに、2001年 WHO による ICF の考え方が出され、障害の枠組みが大きく転換し、医学モデルから生活モデルへと転換した。この ICF により、「活動」や「参加」を中心に生きる目標を設定して、日常活動を活性化する・介護予防への改善が明らかにされた。

一方、介護保険の施行に伴って、要介護にならないようにすること（介護予防）や自立した生活の支援を行うこと（生活支援）を目標に「介護予防・生活支援事業」・介護予防事業が創設され、国全体として事業を展開してきた。2001年には「介護予防研修テキスト」（厚生労働省老健局計画課監修）が出版されその後、事業の評価など、積極的な取り組みが行われたが、適切な評価は十分行われていなかったとしている。しかし、2006年に行われる介護保険制度改正法案に向けて、実施される事業は、その評価が問われ有効性の評価、効率性、経済性の評価も今後必要になってくる。

当研究では、老人保健法が1983年に始まり、現在まで行われてきた「介護予防」活動の中から、4事例の検討を行ってきた。保健活動では「糖尿病予防教室」「ミニデイ・すこやか活動」など、健康づくりの考え方をベースにプリシード・プロシードモデルを中心に活動計画・実施・評価し効果を生んでいる。要介護者に関する活動では、ICF の考え方をベースに ICF モデル「自立と QOL の向上」をめざして、「パワーリハビリテーション」「地域交流活動・Kカフェ」での活動が有効であることがわかった。

平成18年4月から始まろうとしている介護保険制度改正法案による各種事業を効果あるものにするために、これらの事例から得られた活動モデルをつかった経験を重視して、活動展開していく必要があると考える。

参考文献

3) 地域における介護予防事業の評価と展望, 公衆衛生, 医学書院, 2005, 9

- 1) 牧里每治：地域福祉論，財団法人放送大学教育振興会，2004
- 2) 浅野仁，栃木一三郎：高齢者福祉論，財団法人放送大学教育振興会，2003
- 3) 野村陽子編集：保健医療福祉行政論，メジカルフレンド社，2005
- 4) 介護保険こう変わる，福祉ニュース編，2005
- 5) 地域包括支援センターと保健師の役割，公衆衛生情報，2005
- 6) 介護予防ワーキングチームが中間報告，介護保険，2005
- 7) 介護予防活動事業としてどう推進するか，生活教育，1999
- 8) 介護予防・生活支援事業を見直そう，生活教育，2003
- 9) 在宅サービスの未来形，季刊痴呆性老人研究，2003
- 10) 藤本末美：介護予防活動とリハビリテーションの考え方，第7回 QOL 夏季セミナー
- 11) 三平華菜：介護老人保健施設に入所している高齢者が家庭復帰する要因，田園調布学園大学卒業論文，2005
- 12) 前田浩毅：小地域における高齢者の支援活動について，田園調布学園大学卒業論文，2005
- 13) 大川弥生：新しいリハビリテーション，講談社現代新書，2004
- 14) 原政代他：Y市M保健センター「糖尿病予防教室」報告書，2004
- 15) 佐々木郁代他：「M会300回のあゆみ」活動記録，2004
- 16) 水田ハルコ：「カフェ・K」活動記録，2004

謝辞

本研究において，Y市M保健センターの保健師さんを始め，事業に参加された住民の皆様。K市T区F町内会「M会」のSさんを始めとするボランティアの皆様そして活動に参加された皆様。N施設の皆様。そして，Y介護老人保健施設の皆様，「Kカフェ」のボランティアの皆様そして利用者の皆様には，研究の当初から完了まで多大なる協力をいただきました。深く感謝するとともに心よりお礼を申し上げます。