

## 連載

## 高齢者保健・福祉(1)「介護予防」

福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座 教授  
安村 誠司

## 1. はじめに

日本の平均寿命は、女性は85.49年、男性は78.53年といずれも世界トップクラスの長寿国である（平成17年簡易生命表）。高齢者保健・福祉に関してはさまざまな動きがあるが、網羅的に解説することは不可能であり、成書を参照頂きたい。本企画は、高齢者保健・福祉に関する心理学、看護学、歯科学、栄養学、保健・福祉学などの分野におけるトピックについて6回にわたって解説する。高齢者・高齢社会の実像、及び、諸課題について、公衆衛生学の視点で捉えるきっかけにすることが企画者のねらいである。

## 2. 介護保険法における予防重視型システムへの転換の背景

2000(平成12)年の介護保険制度の導入により、介護の担い手が「家族から社会全体」へと変わった。患者数の増加や、社会的入院の増加などによる医療費の増加に歯止めがかからず、バブル崩壊の影響もあり、医療費の抑制のため相対的に費用がかからない介護保険を創設した側面もあった。しかし、後期高齢者数の増加などにより、要介護認定者数が予想以上に増加し、介護保険料の総費用も平成18年度は当初の約2倍になっている。

介護保険制度の開始から5年を経て、要支援・要介護1といった軽度の要介護認定者の増加が著しい点や、軽度者の介護度の改善率が中・重度者よりも低い点などから、「新規の要介護認定者を増やさないこと」や「軽度者の介護度の改善を促すこと」を目的として、制度改正が検討された。見直しのもっとも大きな柱が「予防重視型システムへの転換」である。介護保険法の基本理念である「自立支援」に旧来のサービスが有効ではなかったとの判断が出発点である。「新たな予防給付(新予防給付)」の再編とともに、地域支援事業に

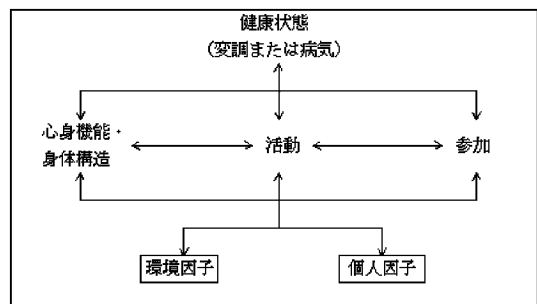
おける介護予防が導入されることとなった。

介護予防の発想は、国際生活機能分類（ICF）における生活機能の考え方に基づいている。従来の「疾病→機能障害→能力障害→社会的不利」（国際障害分類 ICIDH, 1980）では要介護状態（障害）を個人の問題として捉え、疾病から生じるもので、非可逆的とする考え方（医学モデル）であった。ICFでは、要介護状態（障害）を社会によって作られた問題とみなし、障害のある人の社会への参加に必要な環境の変更を社会全体の共同責任とする考え方（社会モデル）を取り入れたことが特長である（図1）。心身機能・身体構造、活動、参加を包括した生活機能を評価し、単に身体機能のみではなく、心理・社会環境へアプローチをすることが大切である。

## 3. 介護予防事業の現状と評価

介護予防事業の実施状況として、高齢者人口の5%程度を見込んでいた特定高齢者施策の対象者が極めて少ないことが当初から指摘され、事業実施が困難な市町村が多数にのぼった。これに対し、本年4月1日から特定高齢者候補者・特定高

図1 ICFの構成要素間の相互作用



(ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改訂版—。世界保健機関 (WHO)。中央法規出版, 2002; 17)

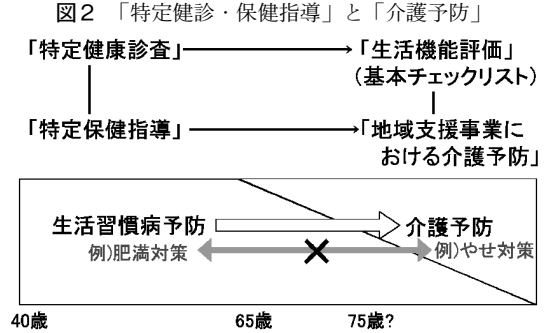
高齢者の選定基準、生活機能評価の判定区分が見直された。介護予防事業の対象者が少なければ、その効果を挙げられないが、なぜ候補者が少なかったのだろうか。最大の原因は生活機能評価の実施率の低さである。厚生労働省は、モデル市町村で悉皆的に調査を実施し、基準を設けた経過がある。集団健診方式の基本健康診査に来る高齢者は、健康状態は比較的良好。会場に来ない、来られない高齢者に要介護のハイリスク者が多いことは常識である。基本健康診査の実施率が低い市町村における特定高齢者候補者・対象者の少なさは、当然である。いわゆる、未受診者対策をせずに、「対象者がいなくて事業ができない」といった苦言を呈する市町村は本気で介護予防事業をやる気があるのだろうか。閉じこもり高齢者に要介護のハイリスク者が圧倒的に多いことを考えると、国は基準の見直しの前に、「高齢者の生活機能の全数把握」の徹底の重要性を訴えるべきで、朝令暮改と言わざるを得ない。

#### 4. 介護予防事業の課題

要介護のハイリスク者は活動的ではなく、自宅がおもな生活の場である。待ちの姿勢では対象者の把握はできない。生活機能に関する悉皆的な把握が最大の課題である。具体的には市町村の地域特性に合った方法（例えば、民生委員活動が活発であれば民生委員の協力を仰ぐなど）で行い、その上で、通所型事業への参加が困難な場合は、訪問型事業を積極的に展開しなければならない。

つぎに、中・重度の要介護者に対する介護保険サービスが、介護保険の「自立支援」の理念から考え、「予防」として有効であるかどうか、つまり、要介護度の改善に効果があるのかの評価が必要であろう。そして、真に有効であるサービスの強化・重点化などにつなげる。

生活習慣病予防と介護予防の一貫性の構築も喫緊の課題である。40歳以降、医療保険者による生活習慣病予防対策として、来年度から特定健康診査・特定保健指導が義務づけられた。しかし、65歳からが対象の介護予防との整合性は図られてい



ない。栄養を例にとると、74歳までは過剰摂取・肥満対策で、65歳からは低栄養（やせ）対策になる（図2）。指導する側も難しいが、高齢者本人はどうすれば良いのだろうか。厚生労働省の責任は極めて大きい。

団塊の世代が高齢者になる時代が間近である。「男性は仕事、女性は家事」といった固定した性別役割意識も変わりつつある。一般に女性は結婚年齢が男性よりも低く、男性より長生きであるため、後期高齢者になってから配偶者なしで生きていくことが多い。一方、男性は定年後15年ほどの老後があるが、地域の活動への参加は決して多くない。男女ともにその能力を地域で発揮できる社会参加のしくみづくりが求められている。

#### 5. 最後に

女性の93.1%、男性の85.6%が65歳にまで生きられる、つまり、ほとんどの国民が高齢者になれるということは、日本の保健・福祉の水準が極めて高いことを示しており、世界に誇れることである。しかし、高齢者の半数近くは何らかの自覚症状があり、多くの高齢者は「生活は苦しい」と考え、老後の備えが「足りない」と思っている。介護のほか、医療、年金など日本の社会保障システムに対する不信感が高齢者に根強い。高齢者がサクセスフル・エイジング（幸福な老い）を享受できるように、総合的な介護予防事業の推進が望まれる。