

介護予防についてのQ & A

＜介護予防の基本的な考え方＞

1. 「今回の制度見直しは、要支援者や軽度の要介護者の給付を制限するもので、介護保険の理念に反するものではないか。」 1
2. 「現場の実態を無視しているのではないか。」 2

＜介護予防の対象＞

3. 「なぜ軽度の方々を重点的に介護予防の対象とするのか。」 5
4. 「要支援・要介護1は全て新予防給付の対象とするのか。」 10

＜介護予防サービス＞

5. 「要支援・要介護1はデイサービスが使えるのではないか。」 11
6. 「要支援・要介護1はホームヘルパーが使えるのではないか。
生活援助（家事援助）は利用者の自立支援に役立っており、生活援助をなくしたら自立した生活ができなくなるのではないか。」 12
7. 「介護予防の効果は疑わしいのではないか。」 14
8. 「利用者本人が嫌がる筋トレを強制することは問題ではないか。」 19

＜要介護認定、プラン等＞

9. 「要支援・要介護1が増加しているのは、要介護認定に問題があるためではないか。」 21
10. 「介護予防プランはケアマネジャーではできないのか。なぜ保健師が中心となって作るのか。」 25
11. 「介護予防を実施することで保険料はどれだけ下がるのか。」 27

＜介護予防の基本的な考え方＞

1. 今回の制度見直しは、要支援者や軽度の要介護者の給付を制限するもので、介護保険の理念に反するのではないか。

【介護予防に関する見直しのポイント】

①今回の見直しは介護保険制度の理念を徹底するものです。

高齢者が要介護状態になることをできる限り予防し、要介護状態となっても状態が悪化しないようにするという介護予防の考え方は、もともと、介護保険法に明確に示されており、今回の見直しは、その理念をより徹底するもの、すなわち、「自立支援」の観点に沿って行うものです。

②新予防給付の提供は本人の選択が基本です。

新予防給付は介護給付と同様に、介護保険法に基づく保険給付です。したがって、被保険者が権利として利用するものであり、本人の選択を基本に、それを専門家が支えるという介護保険の基本ルールを変えるものではありません。

③状態の改善可能性が高い軽度者を対象に介護予防を行います。

要支援、要介護1といった軽度の方々は、生活自立度が高く、潜在能力が多く残されている方であり、適切なサービス利用によって自立した生活を送ることが十分に可能な方です。したがって、介護予防の最も重要なポイントは、こうした方々に「可能性を提示し、可能性に向けて自ら取り組む意思を引き出す」ことにあると考えています。

④こうした見直しに際しては科学的な根拠や現場の意見等を踏まえています。

○介護保険制度施行後、高齢者の状態像についての詳細なデータや、学術レベル・行政レベルで蓄積された様々な知見の集積等を行ってきており、介護予防に関する見直しに当たっては、こうした科学的な根拠や、現場からの意見、専門家の知見を踏まえています。

○なお、介護保険に関する統計資料についてはホームページ等で公開されています。

2. 現場の実態を無視しているのではないか。

軽度の方々は、自立できる可能性が高い方々です。

○要支援や要介護1といった軽度の方々は、いわゆる「廃用症候群」の方が多く、「立ち上がり」や「歩行」などの下肢機能が低下したり、生活動作能力を支える「基礎的な体力」が低下してきたことがきっかけで、要介護状態になっている方が多いという特徴があります。

○しかし、軽度の方々は、何らかの支援により可能となる生活行為も多く残っており、改善可能性が高い方々です。

現在の軽度の方々へのサービスには、「介護予防」の観点から見直すべき課題があります。

○軽度の方々に提供されている介護サービスについては、①訪問介護サービスなどの単品サービスが多い、②サービスが画一的である、③事業者による利用者の「掘り起こし」がある、といった問題が指摘されています。

○特に、利用者において、「何らかの支援により可能となる生活行為」であるにもかかわらず、現状で行われていないからといってヘルパーが代わりにサービスを提供してしまう「家事代行」型の訪問介護サービスは、利用し続けることにより、利用者の「できる」機能まで次第に低下させ、家事が本当に

地方自治体などからも見直すべきとの意見があげられています。

○改善可能性が多く残されている利用者の機能をかえって低下させてしまうサービスについては、介護予防の観点から見直す必要がある、という意見は現場の地方自治体などからもあげられています。

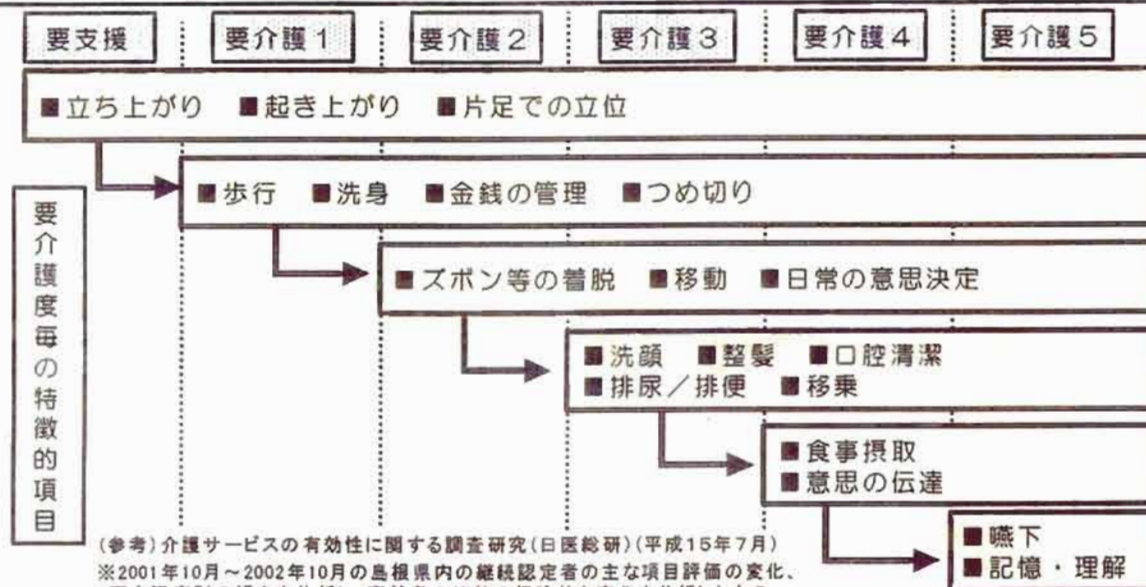
廃用症候群とは

廃用とは「生活が不活発なこと」、「使われないこと」ということで、使わない機能は著しく低下し、特に高齢者ではそれが起こりやすく、いったん生じると生活機能低下の悪循環を生じ、さらに悪化していくことをいいます。局所性（拘縮、廃用性筋萎縮、静脈血栓など）、全身性（心肺機能低下、起立性低血圧など）、精神神経症（うつ状態、知的活動低下など）の心身機能の低下が、多数、同時に起こることが多いことが指摘されています。

今回の新潟県中越地震でも、避難生活等による活動不足（過度な安静）などが原因で「廃用症候群」になるおそれがあるため、注意喚起しています。

高齢者の機能低下には特徴がある

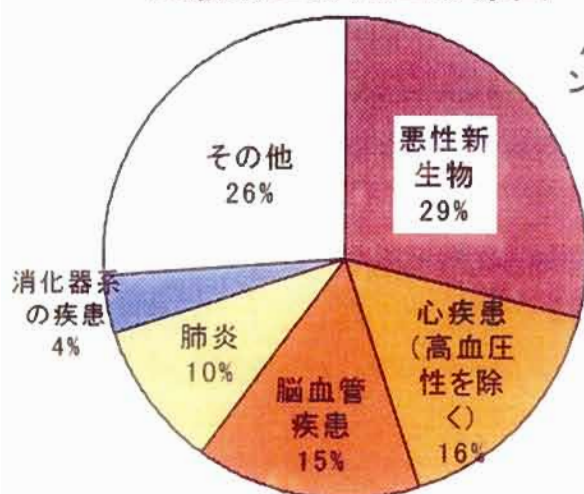
- 軽度者の状態像は多様であるが、要介護認定データから高齢者の機能低下の経時的な流れを分析すると、要介護度ごとに特徴的な項目があることがわかる。軽度の方々については、まず、「立ち上がり」、「起き上がり」などの下肢機能が低下しやすい傾向があり、このことは、生活動作能力を支える基礎的体力の低下、要介護状態の進行にもつながる可能性が高い。



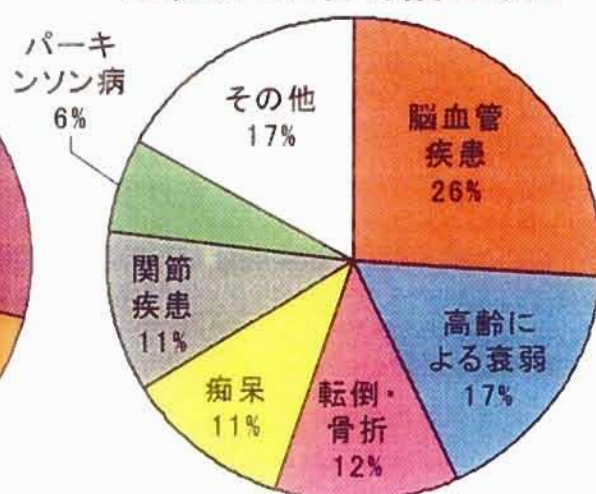
死亡の原因と要介護状態の原因は異なる

- 死亡の原因となるがん、心疾患などの生活習慣病の予防に加えて、要介護状態の原因となる**生活機能低下の予防の強化**が必要。

65歳以上の死亡の原因



65歳以上の要介護の原因



資料:人口動態統計及び国民生活基礎調査(2001年)から65歳以上高齢者について作成

介護保険制度改革に関する自治体、各団体からの意見

「保険給付費の増加傾向に一定の歯止めをかけるためには、軽度要介護者に対する自立支援や重度化の防止に向けた介護予防サービスの提供を積極的に行うことが重要であることから、介護予防サービスの在り方、同サービスに係る人材の確保・育成、事業者のサービス提供体制を含め、より適切なサービスが提供されるよう検討すること」

(2004年4月 全国市長会)

「軽度の要介護者が介護サービスの利用により重度化する傾向がある(自立阻害)」「軽度の要介護者が利用できる介護サービスを原則として介護予防や自立支援等のメニューに限定する。」

(2004年3月 全国町村会)

「要支援・軽度の要介護者へのサービス給付の在り方については、より介護予防・要介護度改善の観点を重視したサービス提供が行われるよう、その効果を検証した上で、新たな介護予防サービスをメニュー化するなどの見直しを行うことが必要である。その際、画一的・一律に義務づけることやサービス給付を制限することについては、慎重に検討すべきである。」

(2004年5月 全国知事会)

「要支援者及び軽度の要介護者の場合、自立や、施設生活から在宅生活への移行に向けて、介護サービスは、利用者の生活機能・能力の回復、心身の状態の改善に資するものに重点化する。人は『立たなければ立てなくなる、歩かなければ歩けなくなる』のであって、要支援者及び軽度の要介護者に対しては、介護サービスを利用して、自助努力による生活の質の向上をめざすことが求められる。」

(2004年4月 日本経済団体連合会)

「軽度者に対する給付について、真に介護予防・状態改善に効果を発揮するように、給付の内容を再編することが必要である。しかし、従来から軽度者に対して提供されてきたサービス(とくに生活援助など)については、一律に廃止するなどの機械的な再編ではなく、サービスの効果等を検証しながら見直しをおこなうべきである」

(2004年5月 連合)

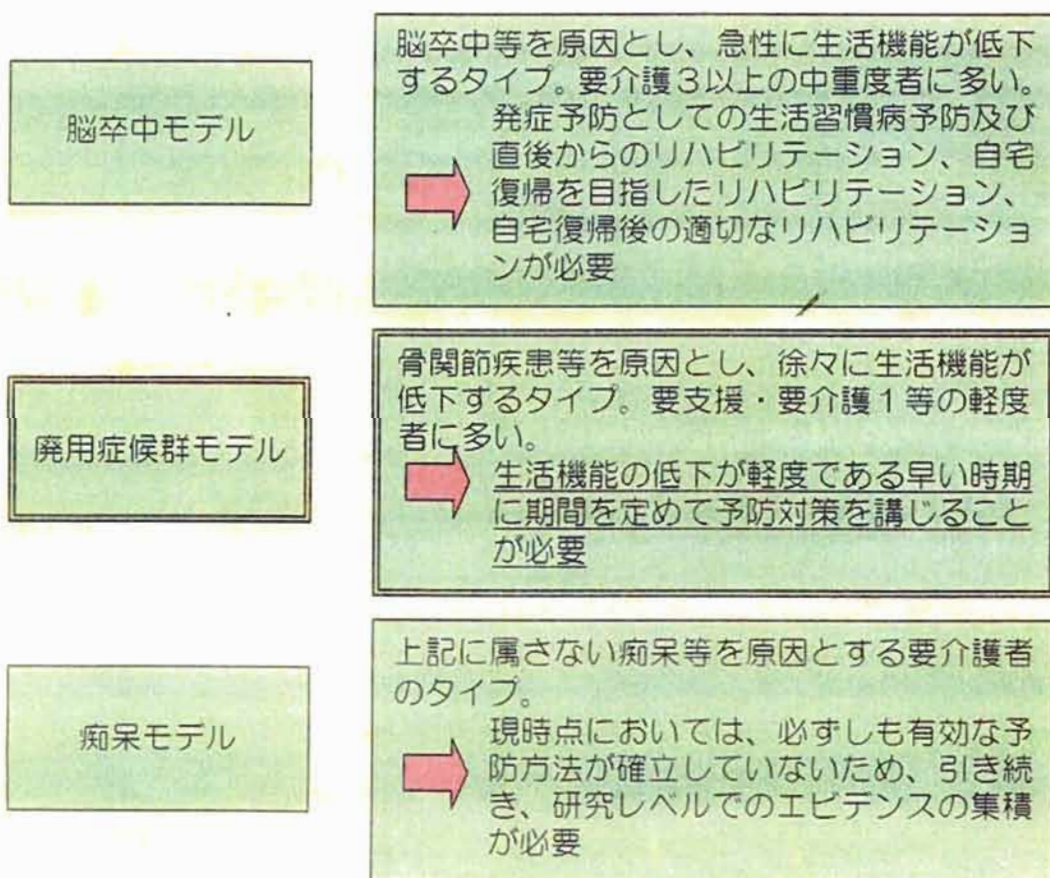
<介護予防の対象>

3. なぜ軽度の方々を重点的に介護予防の対象とするのか。

軽度の方々に多い「廃用症候群」は早い時期からの対応で改善が可能です。

要支援や要介護1といった軽度の方々の中には「廃用症候群」の方が多く、これらの方々に対しては、早期から予防とリハビリテーションを行うことで生活機能の維持・向上の効果が期待できることが明らかにされております。

(参考) 高齢者の状態像と予防の関係



※ 「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」

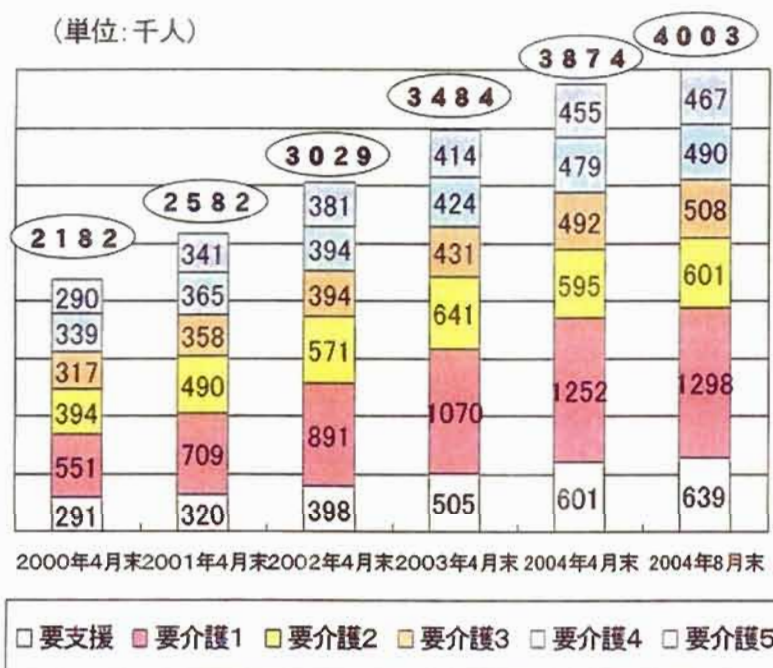
(平成16年1月 高齢者リハビリテーション研究会) より要約

軽度者に対する介護予防は、将来の重度者を減らすことにつながるものです。

介護保険制度が施行されて、要介護認定者数が大幅に増加していますが、中でも要支援・要介護1については、制度施行時と比較すると、2倍以上の伸び率となっており、現在では、全体の認定者数の約半分が軽度者です。軽度の方々に対する介護予防を今から講じておくことは、将来の重度要介護者を減らすことにつながるとも言えます。

要介護度別認定者数の推移

2000年4月末からの増加率



計	83%
5	61%
4	44%
3	55%
2	52%
1	135%
支	119%

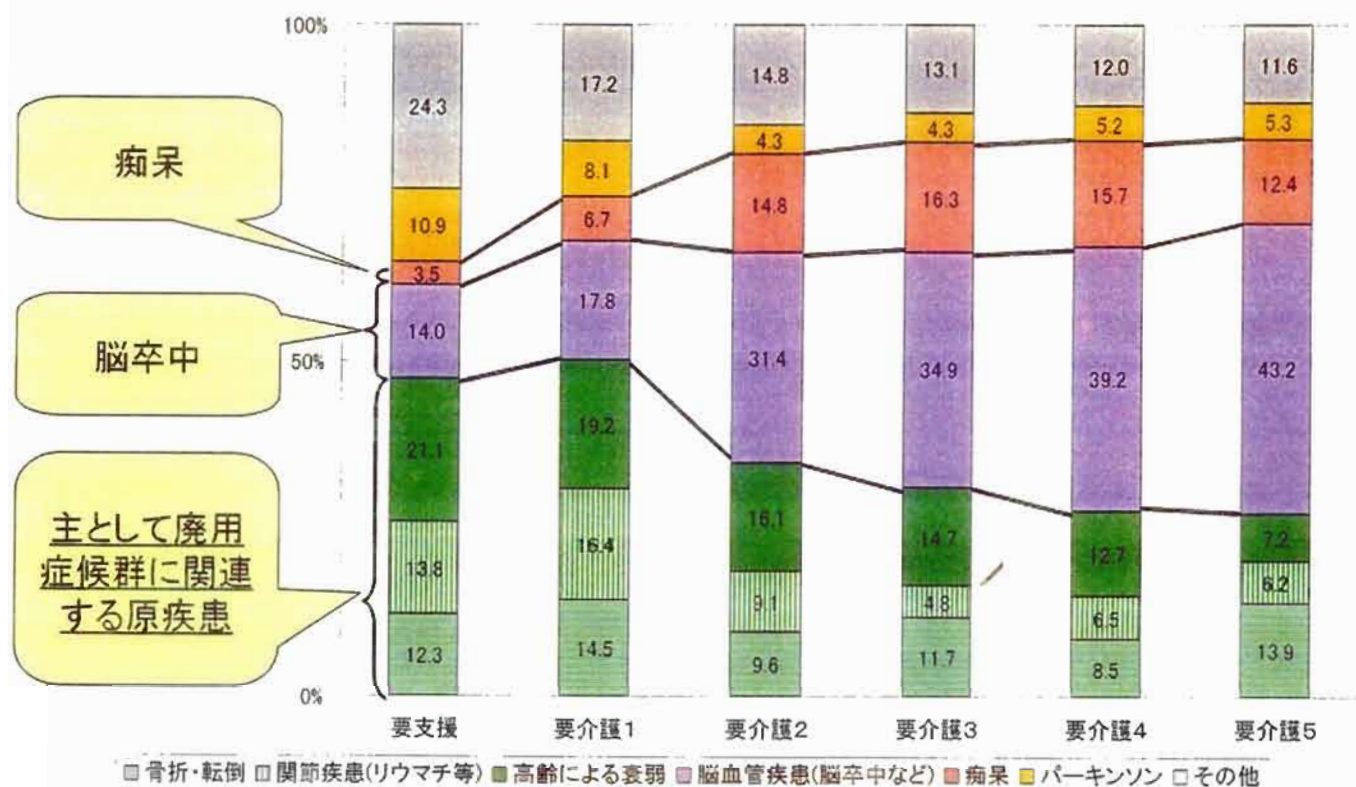
(資料:介護保険事業状況報告)

軽度者が増加する中、今後は廃用症候群を対象にした予防対策を早急に行っていく必要があります。

これまでは脳卒中を原因とする要介護者（重度要介護者に多い）を対象とした予防、リハビリテーションが行われてきましたが、軽度者の著しい増加を踏まえ、今後は、廃用症候群を原因とする要支援者・要介護者を対象にした予防対策を早急に講じていく必要があります。

(参考①) 要支援・要介護1といった軽度の方々においては、関節疾患（リウマチ等）や高齢による衰弱といった「廃用症候群」を原因とする方が多く、他方で、要介護4以上の重度者においては、脳血管疾患（脳卒中等）を原因とする方が多くなっています。

要介護が必要となった原因割合

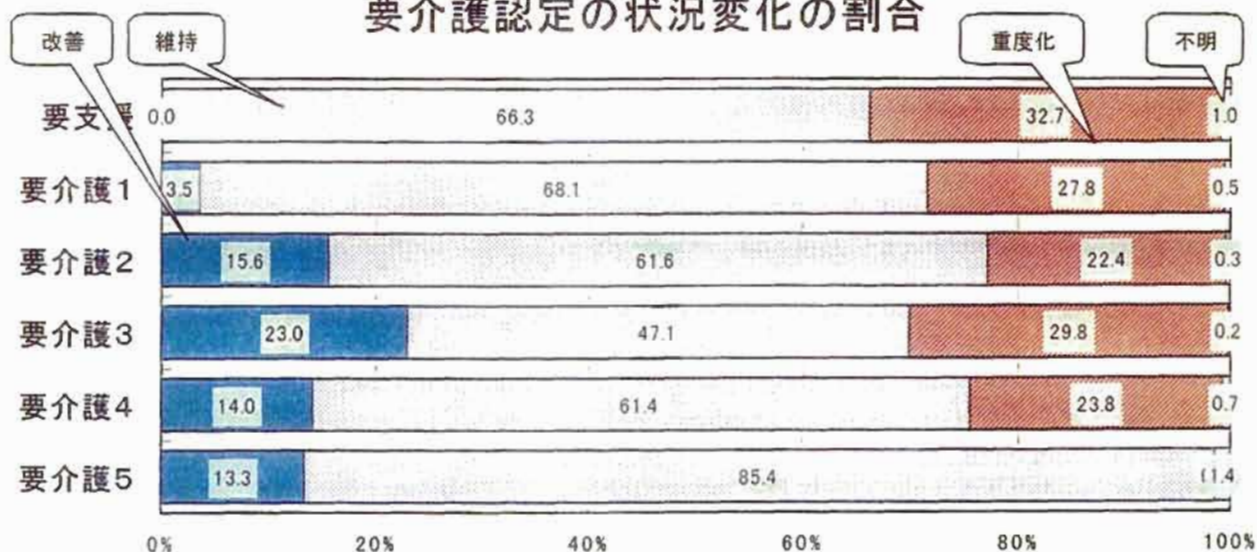


資料 厚生労働省「国民生活基礎調査」(2001年)から厚生労働省老健局老人保健課において特別集計(調査対象者:4,534人)

(参考②) 要支援や要介護1といった軽度の方々は、適切な予防対策を実施すれば、状態の改善可能性は高いにもかかわらず、実際の改善度は低くなっています。

全国

要介護認定の状況変化の割合



※調査対象数: 4,534人

※2000年6月と2001年6月を比較。

※厚生労働省「国民生活基礎調査」(2001年)から厚生労働省老健局老人保健課において特別集計したもの。

地域別

鳥根県における要介護認定の状況変化の割合

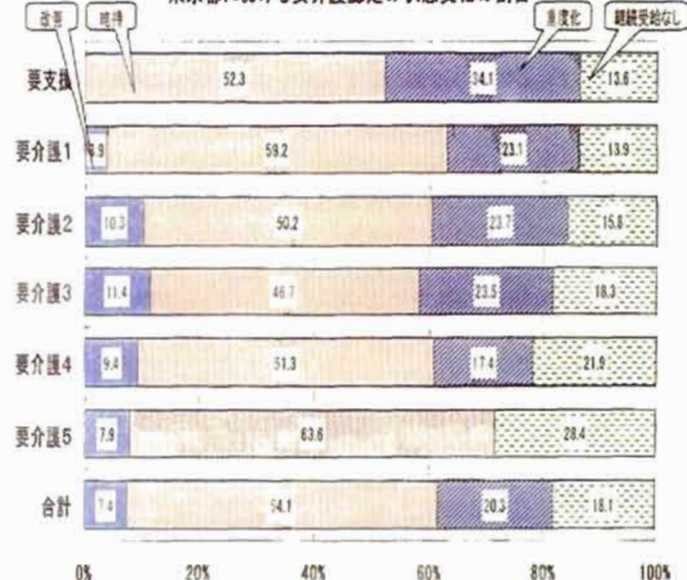


調査対象数: 7,878人

日医研 川口孝雄先生研究員の調査研究。

松山、出雲市、瑞穂町の被介護者について、平成12年10月と平成14年10月を比較。

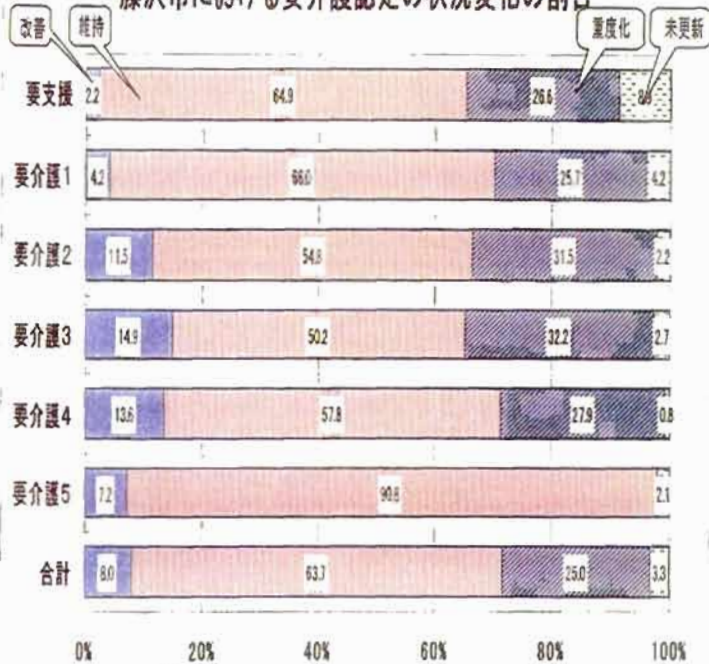
東京都における要介護認定の状況変化の割合



※調査対象数: 181,527人

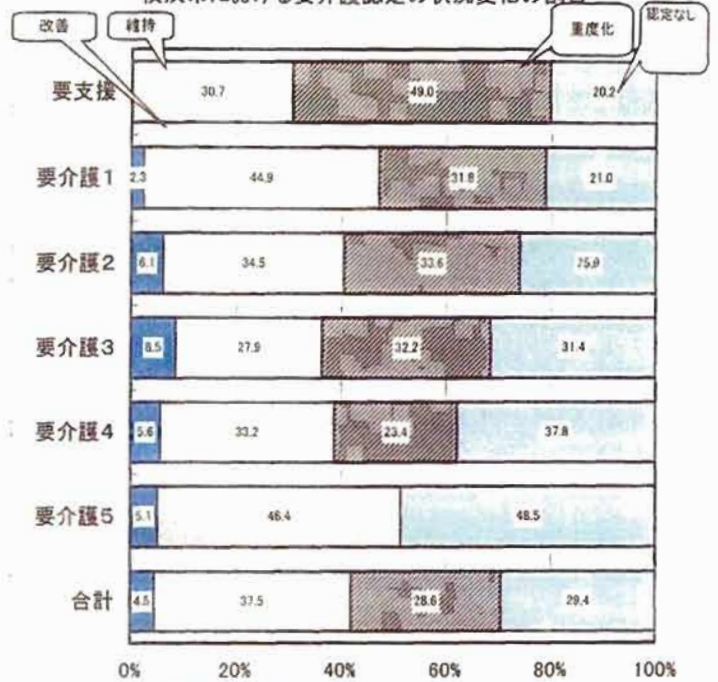
※平成13年9月と平成14年9月における総付加額を基に、要介護度を比較したもの。

藤沢市における要介護認定の状況変化の割合



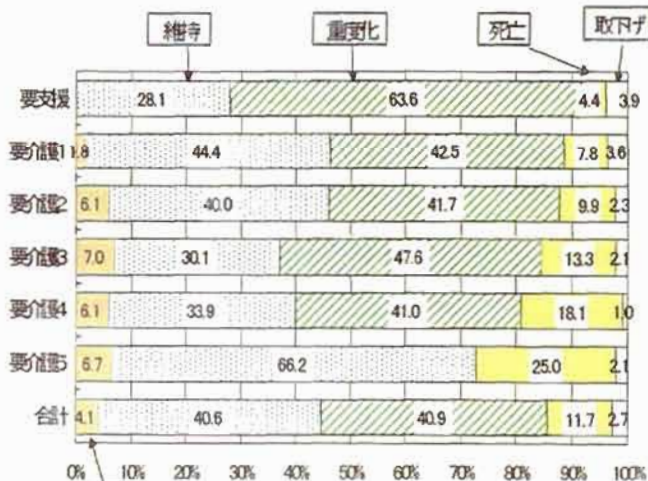
※調査対象数: 4,962人
※平成13年10月1日と平成15年10月1日の要介護度を比較したもの。

横浜市における要介護認定の状況変化の割合



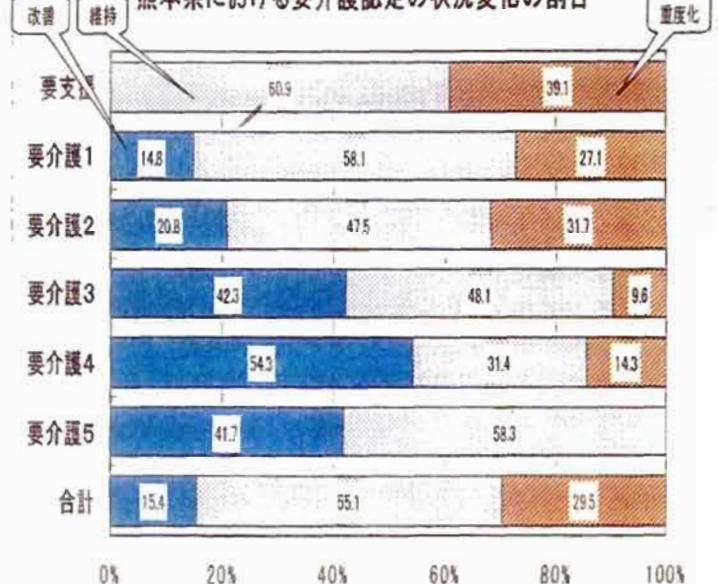
※調査対象数: 52,852人
※平成13年3月と平成15年3月の要介護度を比較したもの。
※「認定なし」は死亡、転出、非該当となった者及び更新申請をしていない者が該当

仙台市における要介護認定の状況変化の割合



※調査対象数: 2,386人
※仙台市太白区保健福祉センター武田俊平氏の調査研究。
※仙台市太白区の要介護認定者について、平成11年10月～平成12年4月の認定状況と2年後の認定状況と比較。

熊本県における要介護認定の状況変化の割合



※調査対象数: 681人
※平成15年8月を含む要介護認定の有効期間における要介護と、一つ前の要介護認定の有効期間における要介護度を比較したもの。

4. 要支援・要介護1は全て新予防給付の対象とするのか。

新予防給付は、改善可能性が高い廃用症候群の方々が多い要支援・要介護1を原則として対象とします。

新予防給付は、状態の「改善可能性」に着目し、その可能性が高い廃用症候群の方々が多い要支援・要介護1を原則として対象とします。

しかしながら、要支援・要介護1でも、病状が安定しない方々や、新予防給付の利用に関する適切な理解が困難である方々など、廃用症候群に該当しない方々は、新予防給付ではなく介護給付の対象となります。

要支援・要介護1の軽度の方々であっても、

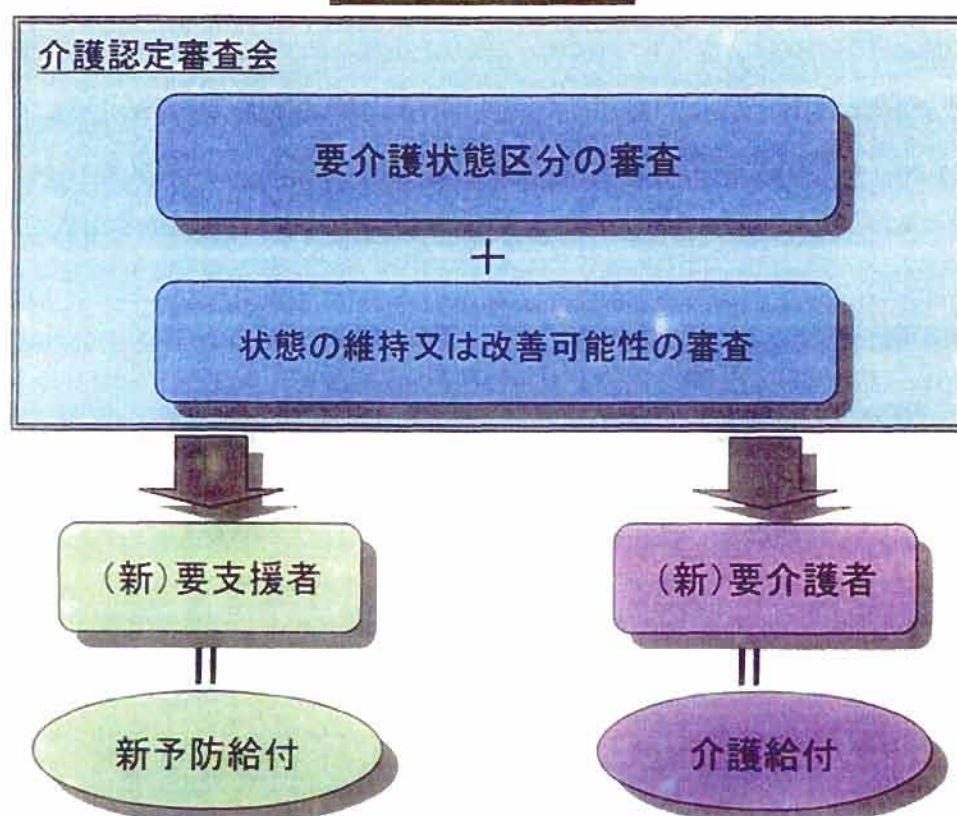
①疾病や外傷等により、心身の状態が安定していない方々

②一定のレベル以上の認知症等により、十分な説明を行ってもなお、新予防給付の利用に係る適切な理解が困難である方々

など、廃用症候群に該当しない方々については、新予防給付ではなく介護給付の対象となります。

(参考) 介護給付と新予防給付の対象者の要介護認定について (概要)

新しい要介護認定



<介護予防サービス>

5. 要支援・要介護1はデイサービスが使えるのではないか。

要支援・要介護1の方々がデイサービスを使えなくなるのではありません。サービスの内容の見直しをするということです。

○軽度の方々は、適切なサービスを利用することで、改善可能性が多く残されています。

○今回の制度見直しにおいてはより介護予防に資するよう、サービス内容を見直すことを目指します。

軽度の方々は、「立ち上がり」や「歩行」などの下肢機能の維持向上に取り組むことが効果的です。

○軽度の方々は、下肢機能や基礎的な体力の低下をきっかけに、生活機能が低下し、要介護状態になっている方が多いという特徴があります。

○このため、軽度の方々には、「立ち上がり」や「歩行」などの下肢機能やこれを支える「基礎的な体力」の維持向上などにターゲットを絞り、利用者の「個別性」を重視したメニューを用意することが重要です。

○現在のデイサービスは、外出支援や家族支援などの面では重要な役割を担っていますが、実際に提供されているサービスの内容を見ると、集団的で画一的なサービスが多い、あるいは、「座りきり」になっている時間が多い、との指摘があります。

新しいデイサービスでは、メニューの選択肢が広がります。サービスの質も向上させます。

○利用者の「したい」「できるようになりたい」という「意欲」を重視し、利用者一人一人の「自己実現」を意識したメニューを用意します。

○利用者の希望や選択が基本です。「自分は（お風呂は入らなくていいので）機能訓練だけをやりたい」という方でも、自由に利用することができます。

○改善が見られるかどうかを評価し、サービスの質を向上させます。

○利用者の「意欲」が高まるような工夫をします（利用者の個別性を意識した「期間」や「目標」を設定するなど）。

6. 要支援・要介護1はホームヘルパーが使いなくなるのではないかな。
生活援助（家事援助）は利用者の自立支援に役立っており、生活援助をなくしたら自立した生活ができなくなるのではないかな。

要支援・要介護1の方々がホームヘルプサービスを使いなくなるのではありません。サービス内容の見直しをすることです。

- 軽度の方々は、適切な生活援助サービスを利用することで、改善可能性が多く残っています。
- 今回の制度見直しにおいては、より介護予防に資するよう、サービス内容を見直すことを目指します。

安易な「家事代行」サービスの利用は、利用者の要介護度を悪化させてしまうおそれがあります。

- 軽度の方々については、利用者の「現状で行われている生活行為」と「何らかの支援により可能となる生活行為」との乖離をできるだけ見つけ、できないことを支えつつ、利用者の「意欲」を引き出し、少しずつ「できること」を増やしていくことが大切です。
- 利用者において、「何らかの支援により可能となる生活行為」であるにもかかわらず、現状で行われていないからといって、ホームヘルパーが代わりに洗濯や掃除、調理を漫然と行ってしまう「家事代行」サービスでは、利用者の「できること」を見つけるプロセスが失われ、「潜在的な能力」までも次第に低下させてしまうおそれがあります。

利用者の「可能性」を見つけ、できる限り能力を引き出すサービスを提供します。

- 利用者の「可能性」を見つけ、できる限り能力を引き出すサービスを提供します。
(例)・利用者の安全確認等をしつつ、一緒に手助けしながら調理する。
 - ・洗濯物を一緒に干したりたたんだりすることにより自立支援を促すとともに、転倒予防等のための見守り・声かけを行う。
 - ・認知症の高齢者と一緒に冷蔵庫の中の整理等を行うことにより生活歴の喚起を促す。
- 利用者の「意欲」が高まるような工夫をします（利用者の個別性を意識した「期間」や「目標」の設定するなど）。
- 「できること」が増えることで自信が出て、「自分で買い物に出てみる」「友人に会ってみる」「町内会の行事に参加する」といった、新しいことに「挑戦」する「意欲」も生まれます。

介護予防で目指すホームヘルプサービス

～その人らしい生活の継続のために～

- ホームヘルプサービスは、在宅生活を支える「要」です。
「介護予防」でもサービスがなくなるわけではありません。
- 要介護度が悪化しないよう、本人の「意欲」を引き出す、
「自立支援」に資するサービスを目指します。

➡ **「できること」を増やし「している」を実現するサービスへ**

《配偶者に先立たれた一人暮らしの高齢者》

- ・ 家事をしたことがない。
- ・ 配偶者がいないと身の周りのことが何もできない。
- ・ 「年だから無理」「もう年なので元気になっても仕方がない」とあきらめる。

《安易な「家事代行」のホームヘルプサービス》

- ・ 調理、洗濯、掃除をヘルパーがやる。
- ・ 本人は隣で見ているか指示するだけ。
- ・ 本人の「できること」を見つけない。
- ・ ヘルパーは「頼まれたことは何でもやる」。

- ・ 自分で「していること」や「できること」もしなくなる。
- ・ ますますヘルパーに依存する。頼みごとが増えていく。

- ・ 「立ち上がり」や「歩行」の機能がますます落ちて、歩けなくなる。
- ・ 生活の機能がますます低下する。

- ・ 「閉じこもり」になる。
- ・ 「寝たきり」や「認知症」が進む。
- ・ 精神的にも身体的にも自立が失われる。
- ・ その人らしい尊厳のある生き方が失われる。

《「できること」を増やし「している」を実現するサービス》

- ・ 軽度の利用者は、できる機能（自立している行為）が多く残っており、自立できる可能性も高い。
- ・ ヘルパーは、本人の「できること（自立している行為）」を見つける。
- ・ 「年だから無理」とあきらめない。

- ・ 本人の「意欲」を引き出すような「工夫」をする（「目標」や「期間」を設定する）。
- ・ 一人一人の「個性」を重視する。
- ・ できることは本人が行い、**できないところをヘルパーが支える**。
 - 一 利用者の安全確認をしつつ、一緒に手助けしながら調理をする。
 - 一 洗濯物を一緒にたたんだりすることで、自立支援を促す。
- ・ 少しずつ「できること」を増やしていく。

- ・ 自分で「できること」が増える。
- ・ 自分で実際に「していること」で自信がつき、生活に「充実感」も生まれる。
- ・ 新しいことに「挑戦」する「意欲」も生まれる（外出する、自分で買い物に出る、友人に会う、町内会や老人クラブの行事に参加するなど）。

- ・ サービスに頼らなくても自立した生活が送れるようになる。
- ・ その人らしい尊厳のある生き方が実現される。

7. 介護予防の効果は疑わしいのではないか。

新たに導入する介護予防サービスは、介護予防の効果に関する科学的な根拠があることが前提です。

介護予防サービスは、既存のサービスを生活機能の維持・向上の観点から再編したものと、新しいサービスとで構成されますが、このうち、新しいサービスについては介護予防の効果に関する科学的な根拠が前提となります。

新たな介護予防サービスとして、運動器の機能向上（筋力向上、転倒予防等）、口腔機能の向上、栄養改善等の導入を予定していますが、いずれも、科学的な効果が証明されています。

☆運動器の機能向上

- 簡単な用具やマシンを用いたトレーニングが、高齢者の筋力向上、歩行安定性の改善などの身体機能の向上に有効であることが報告されています。
- 筋力向上プログラムやバランストレーニングが、高齢者の転倒予防に効果のあることが報告されています。

☆口腔機能の向上

- 専門的な口腔ケアが、高齢者の ADL（日常生活動作）の改善、栄養状態、コミュニケーション機能の向上に寄与することが報告されています。

☆栄養改善

- 低栄養状態の高齢者の栄養改善を積極的に図ることによって、低栄養状態の改善、身体機能・生活機能の向上等につながったという結果が報告されています。

既存サービスの見直し・再評価

生活機能の維持・向上を積極的に目指す観点から、現行のサービスの内容や提供方法を見直し。

軽度者に多く利用される3大サービス

訪問介護

予防訪問介護（仮称）

本人の生活機能の維持・向上の観点から現行のサービスを再編。単に生活機能を低下させるような「家事代行」については、期間、必要性、提供方法等を見直し。

通所介護

通所リハビリテーション

予防通所介護（仮称）

予防通所リハビリテーション（仮称）

新たに運動器の機能向上に関するサービスの導入も含め、個別プログラム（筋力向上プログラムなど）を重視したサービスに再編。筋力向上等の単体での利用も可能。

福祉用具貸与

現行のガイドラインを徹底し、本人の生活機能の維持・向上の観点から現行のサービスを活用。

医療系サービス

訪問看護

訪問リハビリテーション

居宅療養管理指導

生活機能の維持・向上を目的としたサービス提供。

居宅療養管理指導の中で栄養改善・口腔機能向上。

その他のサービス（短期入所・居住系サービス等）

ショートステイ

グループホーム 等

生活機能の維持・向上を目的としたサービス提供。

新しい介護予防サービスの効果について

1. 運動器の機能向上

筋力向上

- セラバンド(弾力性のあるチューブ)などを用いたトレーニングにより、筋力や歩行安定性の向上などの身体機能の向上が報告されています。
- マシンを用いた筋肉トレーニングにより、高齢者の転倒予防や医療費の削減につながったとの報告があります。

【出典：“Exercise—it's never too late: the strong-for-life program” (Jette AM 他)
(Am J Public Health 1999 ; 89(1) : 66-72) 等】

転倒予防

- 多数の転倒予防研究により、以下のような有力な結果が出ています。

プログラムの種類	研究対象者数	改善率
(1) 筋力増強・バランス訓練	約550名	約20%
(2) 総合評価・個別指導(※)	約2,000名	約30%
(3) 太極拳の集団実施	約200名	約50%

※各個人のリスク要因を総合評価した上で改善策を個別指導すること。

【出典：“Interventions for preventing falls in elderly people”
(Gillespie LD他) (Cochrane Library4, 2001.)】

2. 口腔機能の向上

- 約500名を対象とした肺炎の発症率に関する研究において、口腔ケアを行わない群では発症率が16%であったのに対し、口腔ケアを行った群では11%と、明らかな減少が認められました。

【出典：“Oral Care and Pneumonia” (Yoneyama T他) (Lancet 1999 ; 354: 51)】

- その他、専門的な口腔ケアにより、ADL(日常生活動作)の改善、栄養状態、コミュニケーション機能の向上などが証明されています。

【出典：“【実践】介護予防プログラムの進め方】口腔ケア”(平野浩彦他)

(GPnet 51(5), p. 53-58, 2004. 7)】

3. 栄養改善

- 約4,000名を対象とした低栄養状態への集中的な栄養管理に関する研究において、低栄養状態の改善、身体機能・生活機能の向上等につながったという結果が出ています。

【出典：“食事・栄養指導の実態と効果分析に関する研究”(松田朗他)

(平成15年度厚生労働省科研費政策科学推進研究事業-p99-107)】

新しい介護予防サービスの効果について (その他の研究例)

1. 運動器の機能向上

- ① “介護予防に対する老年学の役割” (辻一郎) (日老医誌 2004;1:281-283)
- ② “介護予防の基本的な考え方” (辻一郎) (介護保険旬報 2004;11:52-57)

【概要】

市町村事業として行われている介護予防・地域支え合い事業の実施状況を概括した上で、その有効性に関する科学的根拠を検証している。さらに、科学的根拠に基づく事業展開、環境整備、財政効果等を提言している。

- ③ “The effects of exercise on falls in elderly patients: A preplanned meta-analysis of the FICSIT trials.” (Province MA 他) (JAMA 1995; 273: 1341-1347)

【概要】

筋力強化やバランス練習等の運動と服薬調整等を併せて行うことにより、転倒予防効果がより認められると報告している。

- ④ “The effect of strength and endurance training on gait, balance, fall risk, and health services use in community-living older adults” (Buchner DM 他) (J Gerontol A Biol Sci Med Sci.1997; 52 (4):218-224)

【概要】

トレーニング（筋トレ、有酸素運動）は高齢者の転倒や医療費の抑制につながることを検証している。

- ⑤ “Reducing frailty and falls in older persons: An investigation of Tai Chi and computerized balance training” (Wolf SL 他) (J Am Geriatr Soc 1996; 44: 489-497)

【概要】

高齢者の転倒予防のための運動として太極拳の有効性を明らかにした論文であり、4か月弱で強い効果が認められたと報告している。

- ⑥ “介護予防としての高負荷筋力増強訓練の応用に関する調査事業” (大淵修一他) (平成12年度老人保健健康増進等事業)

【概要】

老人保健施設入所者やデイケア利用者といった虚弱な高齢者においても筋力トレーニングやバランストレーニングが身体機能改善に有効な手段であることが示された。

2. 口腔機能の向上

- ① “介護老人福祉施設における口腔ケアによる介護予防効果”（菊谷武他）（平成 17 年度科研費「高齢者に対する口腔ケアの方法と気道感染予防効果等に関する総合的研究」報告書）
- ② “口腔ケアによる気道感染予防教室の実施方法と有効性の評価に関する研究事業”（佐々木英忠他）（平成 15 年度老人保健健康増進等事業）

【概要】

口腔ケアにより要介護度の維持・改善が認められ、口腔ケアは介護予防における十分な効果があることを報告している。

- ③ “介護老人福祉施設における利用者の口腔機能が栄養改善に与える影響”（菊谷武他）（日本老年医学会雑誌, 41, 396-401, 2004）

【概要】

嚥下機能に問題のある要介護高齢者について、適切な食事によって栄養状態の改善が認められることが示された。

3. 栄養改善

- ① “Evidence base for oral nutritional support. Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment”（CABI Publishing, 2003, pp276-287）

【概要】

高齢者において経口栄養補助食品等の摂取が身体機能の改善に有効であることを検証している。

- ② “Treatment of protein-energy malnutrition in chronic nonmalignant disorders.”（Akner G 他）（Am J Clin Nutr, 2001 ; 74 (1): 6-24）

【概要】

低栄養状態への取組に関する 90 論文のうち、5 研究(6%)で死亡率改善、38 研究(42%)で身体機能改善、64 研究(71%)で生化学検査値等の改善がみられたことを報告している。

- ③ “アメリカ合衆国の高齢者栄養管理システムー栄養スクリーニング推進財団ー”（細谷憲政、松田朗 監修、小山秀夫、杉山みち子 編集）（これからの高齢者の栄養管理サービス 栄養ケアとマネジメント 2000 第一出版：231-257）

【概要】

米国から諸外国に広がりつつある栄養管理システムの総説である。低栄養のリスク要因を評価するためのチェック表、血清アルブミン、身体計測値等によるアセスメント、さらに標準的な栄養介入プログラム基準を提示している。

8. 利用者本人が嫌がる筋トレを強制することは問題ではないか。

軽度の方々の要介護度の進行の特性として「下肢機能が低下→日常生活の行為ができなくなる」に始まることが指摘されています。

要支援・要介護1の方々の要介護度の進行の特性としては、「立ち上がり」や「歩行」などの下肢機能の低下に始まることにあります。こうした下肢機能の低下が基礎的な体力の低下につながり、要介護状態の原因となっていると考えられます。

筋トレはこのような軽度の方々の特性を踏まえた介護予防サービスメニューの一つです。

軽度の方々は、何らかの支援により可能となる生活行為も多く残っており、改善可能性がある方々です。このため、下肢機能やこれを支える基礎的な体力の維持向上を図り、これを日常生活に活用することを目的としたサービスが必要です。筋トレはこうしたサービスメニューの一つです。

筋トレの効果は科学的に証明されており、また、筋トレを行った高齢者からはもっと続けたいといった声も多く聞かれます。

筋トレの介護予防に関する効果は科学的に証明されており、筋トレによって身体機能の向上が報告されていますし、市町村において既に行われている筋トレの事業においてもこうした効果が報告されています。また、実際に筋トレを行った高齢者からは、もっと続けたいといった声も多く聞かれます。

介護保険のサービスは本人の選択が基本です。特に筋トレについては、本人が意欲を持って継続的に行うことで初めて効果が見込まれるものであり、嫌がる方に無理に筋トレが強制されることはありません。

- 介護保険のサービスは本人の選択が基本であり、特に、筋トレは本人が意欲を持って継続的に行うことで初めて効果が見込まれるものであり、嫌がる方に無理に筋トレが強制されることはありません。
- 生活機能の維持・向上の観点から、筋トレが有効な方には「本人に可能性を提示し、可能性に向けて取り組む意欲をいかに持ってもらうか」が重要であり、そのための積極的な働きかけが大切となります。

筋トレに関する3つの誤解

誤解その① 「高齢者に筋トレは無理。」



高齢者に対する筋トレは日常生活を営むための最低限の筋力を培うことを目的とし、高齢者の体力に合わせて無理がないように行われるもの。若年者のように付加的に筋力を増強するために行うものではありません。

誤解その② 「筋トレはマシンを使ったものだけ。」



筋トレの方法は、介護予防効果が認められているものは広く採り入れていく予定。例えば、セラバンドやダンベルなど、簡易な器具を用いた筋トレもその効果が報告されています。

誤解その③ 「筋トレを始めたらずっと筋トレしか受けられない。」



筋トレの目的は、日常生活に必要な筋力を培うためのもの。したがって、一定期間の筋トレでそうした筋力が培われたら、今度はその能力を日常生活の中で維持・活用できるように、プログラムが提供されていくことが必要です。

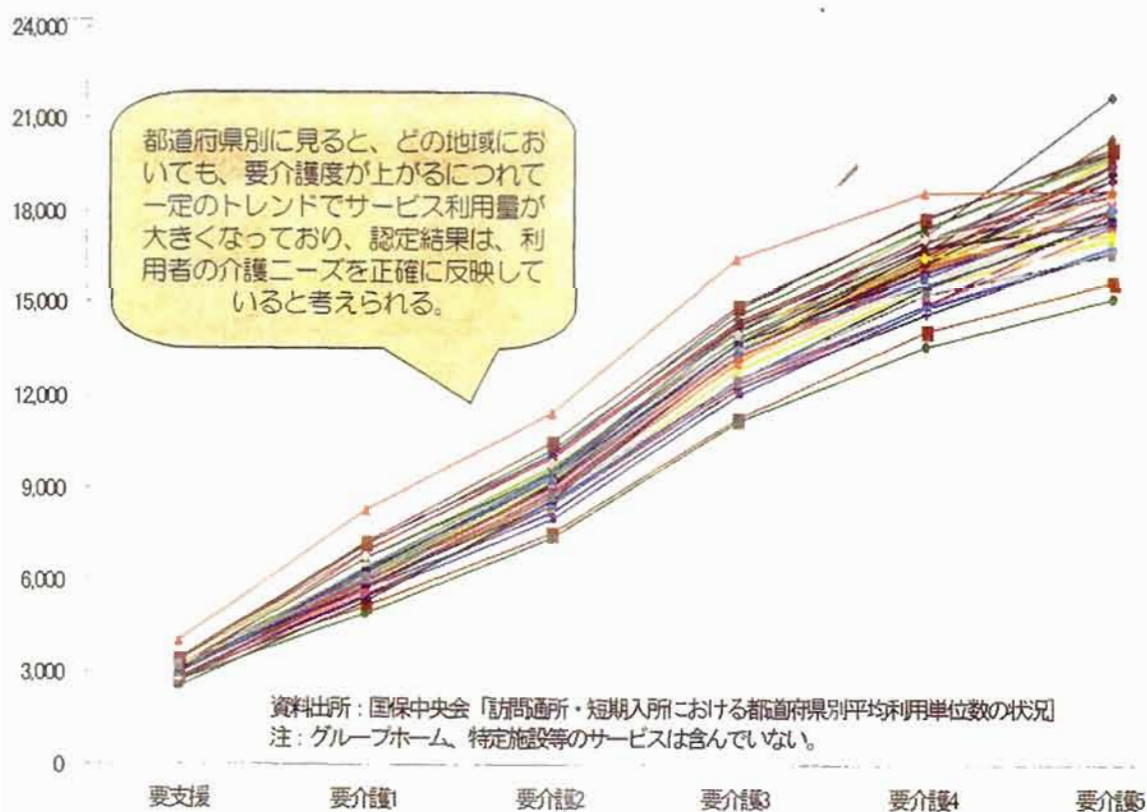
<要介護認定、プラン等>

9. 要支援、要介護1が近年増加しているのは、要介護認定に問題があるためではないか。

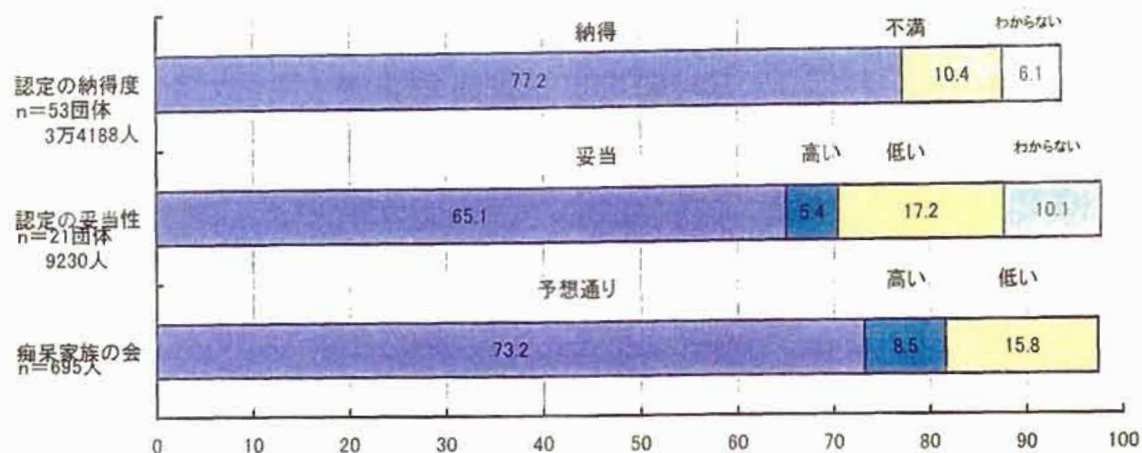
要介護認定の基準の客観性・妥当性は高く評価されています。

- 現在の要介護認定の基準は、「介護にかかる時間」について、公平・公正に、かつ、客観的に計れるように全国一律に設定された基準です。
- 要介護度別に在宅サービスの利用単位数を地域別で見ると、どの地域においても、要介護度に応じ、一定のトレンドでサービス利用量が大きくなっており、要介護認定結果は利用者の介護ニーズを正確に反映していると考えられます。

要介護度別に見た各都道府県別在宅サービス利用単位数
(平成16年4月サービス分)



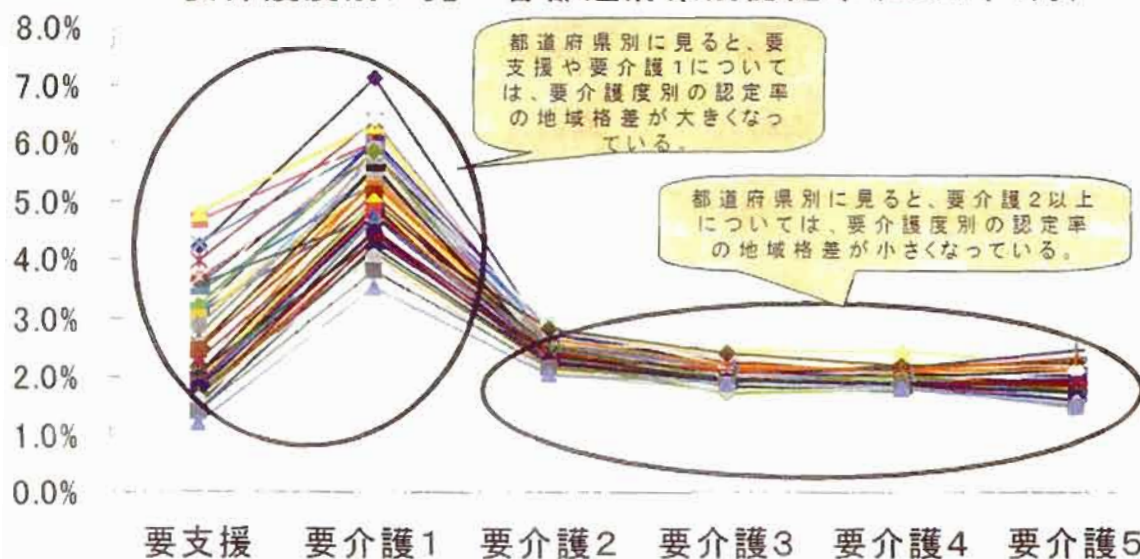
要介護認定の納得度・妥当性



要支援や要介護1といった軽度の方々の割合は地域格差が大きく、要介護認定の申請の仕組みに課題があると考えられます。

要介護度別の認定率（高齢者数に占める認定者数の割合）は、要介護2以上については、地域格差が小さいのに対して、要支援、要介護1は地域格差が大きくなっており、このことは、要支援や要介護1については、地域における人為的な作用（例えば、掘り起こしなど）が働いていることが推測されます。こうしたことが軽度の方々の増加の背景にあると考えられています。

要介護度別に見た各都道府県別認定率（2004年4月）



その一つの要因として、事業者によるいわゆる「掘り起こし」があるのではないかと考えられます。

- 軽度者が増加している一つの要因として、要介護認定の申請の代行や市町村から要介護認定のための調査の委託を受けた場合において、事業者が過度の「掘り起こし」を行っていることが指摘されています。
- 具体的には、認定申請の代行を行う際に、本人の意思確認を行わず申請を行ったり、委託を受けて認定調査を行う事業者がサービス提供を行うなど、要介護認定の公正性・中立性の観点からの問題が指摘されているところです。

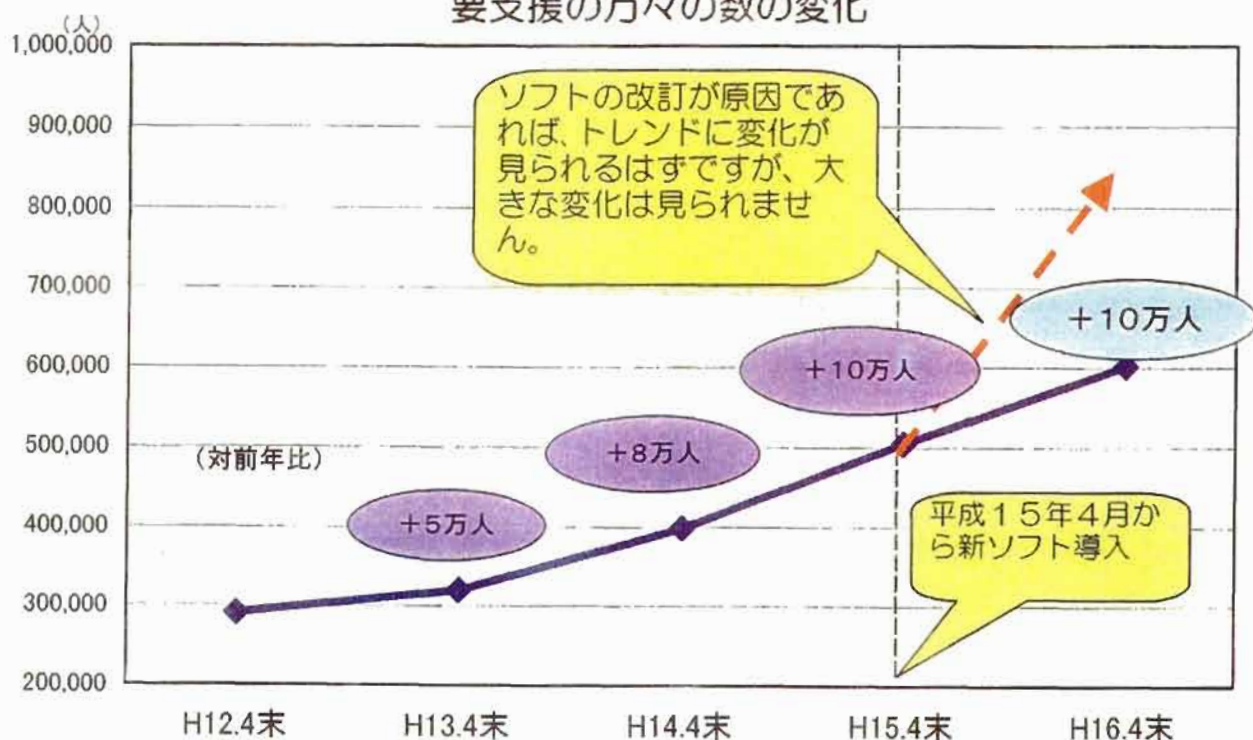
こうした要介護認定の公正性・中立性の観点から問題となる点については、見直しを行いつつ、更に軽度の方々のうち、状態の「改善可能性」の高い方々には、適切な介護予防サービスを提供していく必要があります。

《見直しの視点》

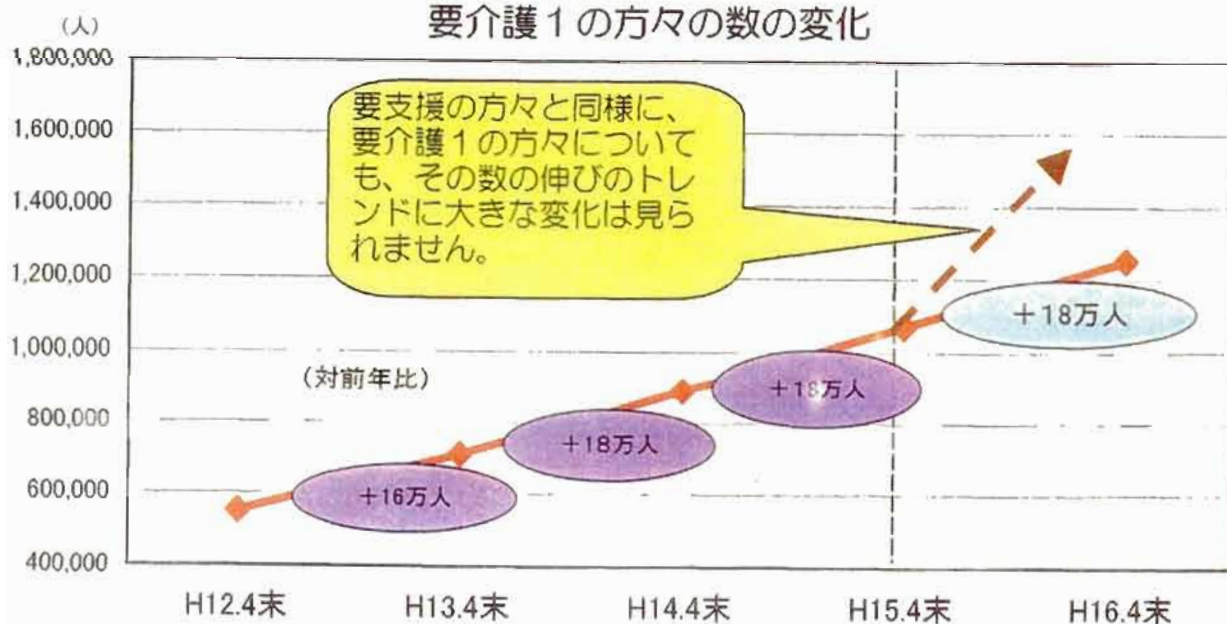
- ①要介護認定の申請代行については、代行を行うことができる者の範囲を限定する。
- ②要介護認定の認定調査については、原則、市町村において（委託しない）実施することとする。

なお、要支援、要介護1といった軽度の方々が増加している背景に、要介護認定ソフトが平成15年4月に改訂されたことがあるのではないかと指摘がありますが、平成12年度から平成15年度までの要支援及び要介護1の方々の数の伸びのトレンドに変化はなく、要介護認定ソフトの改訂が軽度の方々の増加原因となっているとは考えにくい状況です。

要支援の方々の数の変化



要介護1の方々の数の変化



10. 介護予防プランはケアマネジャーではできないのか。なぜ保健師が中心となって作るのか。

介護予防は、要支援や要介護1といった軽度の方々だけでなく、非該当（予備軍）の方々も含め、地域において一貫して連続したサービスが提供される仕組みを目指します。

○新たな介護予防の仕組みは、要支援や要介護1といった軽度の方々だけでなく、介護予防が必要な非該当（予備軍）の高齢者も含め、地域において、一貫して連続したサービスが提供される仕組みを目指します。

○非該当（予備軍）の方々へのサービス（＝「地域支援事業」）と軽度の方々へのサービス（＝「新予防給付」）は、「車の両輪」であり、一貫した仕組みの下で提供される必要があるため、地域の高齢者全般を視野に入れることができる市町村が責任主体となって実施します。

○非該当（予備軍）の方々の健康づくりや介護予防は、これまで保健師が担ってきており、軽度の方々への介護予防プランの作成も、こうしたノウハウを有している保健師が中心となって担うことが適当です。

軽度の方々は、地域における健康づくりや交流促進のための活動など、介護保険以外の様々なサービスを利用します。

○軽度の方々は、改善可能性が多く残されている方々です。このため、地域における健康づくりや交流促進のためのサークル活動、老人クラブのボランティア活動など、介護保険以外の様々なサービスを利用します。

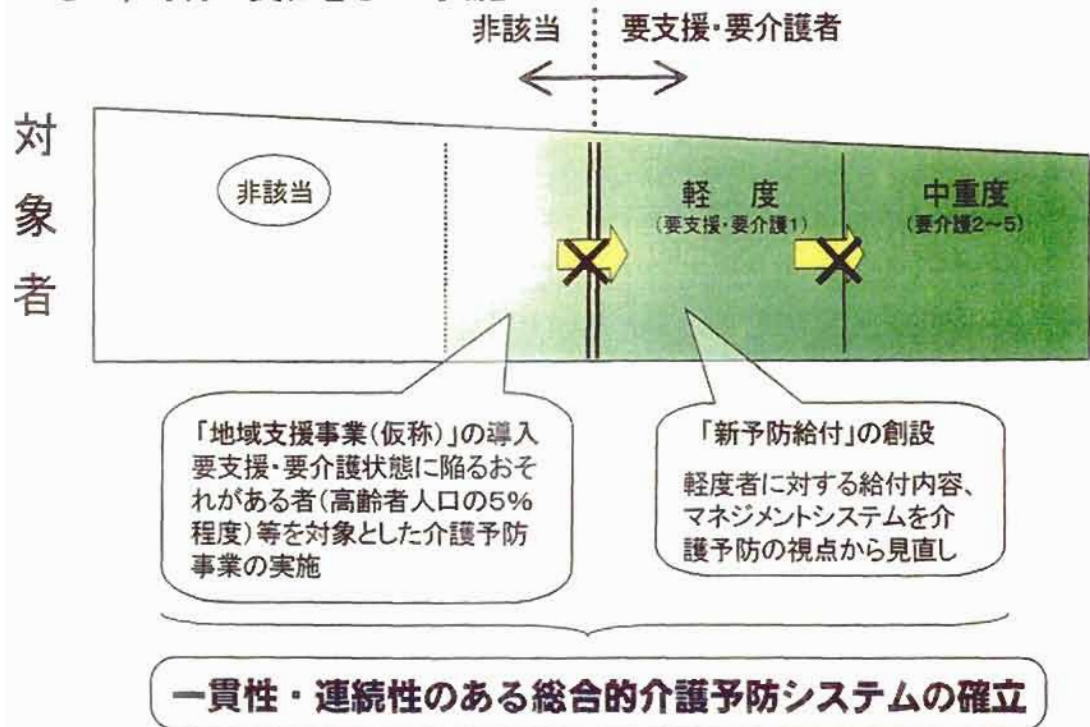
○こうした介護保険以外の地域の様々なサービスとの連携や調整は、介護予防や健康づくりの立場から、広く地域の高齢者の生活に関わってきた保健師が中心となって担うことが適当です。

ケアマネジャーも介護予防プランの作成に参加します。

○介護予防プランの作成は、保健師が中心となって担うこととしていますが、地域のケアマネジャーも、アセスメントの実施など介護予防ケアマネジメントの一翼を担い、保健師とともに介護予防プランの作成に参加します。

＜新たな介護予防システムの確立＞

- 「地域支援事業」の創設
- 「新予防給付」の創設
- 市町村が責任をもって実施



11. 介護予防を実施することで保険料の上昇はどの程度抑えられるのか。

今回の制度見直しを行わないと、10年後に第1号保険料は6,000円程度にまで上がることが見込まれています。

現在、第1号保険料（65歳以上の方）は、全国平均で3,300円ですが、制度見直しを行わなかった場合、10年後の平成25年度には、6,000円程度になることが見込まれています。

今回の見直しにより、介護予防の効果が相当程度進んだ場合には、10年後の保険料が4,900円程度にまで抑えられることが見込まれています。

今回の見直しにおいては、給付の効率化・重点化として、①介護予防を推進するとともに、②施設における食費・居住費の見直しを行うこととしていますが、介護予防の効果が相当程度進んだケースでは保険料が4,900円程度（△1,100円）に抑えられることが見込まれています。（そのうち介護予防による効果はおおむね半分程度）

第1号保険料（全国平均・各期平均1人当たり月額）の見通し—ごく粗い試算—

