

特集：改正介護保険制度

介護予防の考え方とすすめ方

水嶋春朔

国立保健医療科学院人材育成部

Strategies for Preventative Care

Shunsaku MIZUSHIMA

Department of Human Resources Development, National Institute of Public Health

抄録

介護予防は、国民の「健康寿命」を伸ばすことを基本目標に置き、与党によって平成16年5月に策定された「生活習慣病予防対策の推進」と「介護予防の推進」を柱とする平成17(2005)年からの10カ年戦略（「健康フロンティア戦略」）においても重視されている。改正介護保険制度においては、6つの項目が大きな柱の一つとして「予防重視型システムへの転換」が掲げられており、具体的な事業として、新予防給付と地域支援事業の創設が謳われている。介護予防が保健事業として成功するためには以下の3つの条件がある。(1)対象集団における要介護の原因疾患を性・年齢階級別に明らかにすること。(2)予防サービス事業のエビデンス（根拠）、バリュー（価値）、リソース（資源）の3つを確認して、計画すること。(3)ハイリスク・アプローチとポピュレーション・アプローチを有効に組み合わせて展開すること。介護予防に係る3年後の見直しに備え、介護予防事業の有効性に関する全国的なデータ集積、分析、評価および予防的介入に関する学際的で実証的な研究が必要である。

キーワード：介護予防、健康フロンティア戦略、改正介護保険制度、生活習慣病対策

Abstract :

Preventative care is a key policy in the "Health Frontier Strategic Plan" established by the ruling party which puts emphasis on "health promotion through prevention of life-style related diseases" and "promotion of preventative care" devised in May, 2004 for ten years starting in 2005. In the revision of the nursing care insurance system, "conversion to a preventative-centered system" is advocated as one of the pillars. The three following actions are necessary for preventative care to be successful as a health service: (1) setting clear priorities for preventing cause disorder of pivot care in an object group according to sex/age rank. (2) confirming the evidence of a preventative intervention services, their value, and resources. (3) combining the high risk approach with the general population approach more effectively. After three years a re-evaluation of preventative care, involving data gathering on a nationwide basis about availability of preventative intervention services, analysis and, re-evaluation and interdisciplinary empirical research will be necessary.

Keywords : care prevention, Health Frontier Strategic Plan, revised nursing care insurance system, prevention of life-style related diseases

1. はじめに

介護予防の考え方は、平成11年度末に報告書がまとめられた健康日本21（21世紀における国民健康づくり運動）に

〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6

2-3-6 Minami Wako, Saitama-ken, 351-0197, Japan

において、その「目的は、社会の視点からみると、病気や障害による社会的な負担を減らし、国民の健康寿命を延長して、活力ある持続可能な社会を築くことにある」と明記されてから、広く認識されていると考えられる。この考え方は、その後、「健康フロンティア戦略」に引き継がれている。平成16年5月に与党において取りまとめられた「健康フロンティア戦略」においては、平成17年からの10カ年戦略として、

「生活習慣病対策の推進」と「介護予防の推進」に関する数値目標を設定し、その達成を図ることにより、健康寿命を2年程度延ばすことを目指すこととされた。また改正介護保険制度においても、「予防重視型システムへの転換」が大きな柱として打ち出されている。

本稿においては、介護予防の考え方を生活習慣病の予防として実施されてきた一次予防、二次予防の保健事業と要介護にならないようにするための三次予防としての医療・福祉サービスを総合的に理解するための整理を行い、介護予防に資する保健事業の戦略について概観する。

2. 健康フロンティア戦略の策定

国民一人ひとりが生涯にわたり元気で活動的に生活できる「明るく活力ある社会」の構築のため、与党においては、平成16年5月に、国民の「健康寿命」を伸ばすことを基本目標に置き、「生活習慣病予防対策の推進」と「介護予防の推進」を柱とする平成17(2005)年からの10カ年戦略（「健康フロンティア戦略」）を策定した。

平成16年6月の「経済財政運営と構造改革に関する基本

表1.「健康フロンティア戦略」の数値目標

- 1.「生活習慣病対策の推進」
 - がん対策…5年生存率を20%改善
 - 心疾患対策…死亡率を25%改善
 - 脳卒中対策…死亡率を25%改善
 - 糖尿病対策…発生率を20%改善
- 2.「介護予防の推進」
 - 軽度者(要支援・要介護1)の重度化予防…要介護2以上への移行を10%防止
 - 要支援・要介護状態となることの予防…要支援・要介護状態にはないが、そのおそれのある者について、要支援・要介護への移行を20%防止

方針2004」においては、この「健康フロンティア戦略」の推進のため、関係府省が連携して重点的に政策を展開することとされたところであり、生活習慣病対策と介護予防の推進による成果について表1の数値目標を設定し、その達成を図ることにより、健康寿命を2年程度伸ばすことを目指す、としている。

生活習慣病予防対策の推進を通じた介護予防の推進の考え方が示されているが、具体的な事業の展開に関する示唆はあまり読み取ることはできない。

3. 改正介護保険制度における介護予防の考え方と背景

改正介護保険制度においては、6つの項目が大きな柱となっている（表2）。

表2.改正介護保険制度の主な内容

	〔具体的内容〕
予防重視型システムへの転換	新予防給付の創設、地域支援事業の創設
施設給付の見直し	居住費用・食費の見直し、低所得者等に対する措置
新たなサービス体系の確立	地域密着型サービスの創設、地域包括支援センターの創設、居住系サービスの充実(有料老人ホームの見直し等)、医療と介護の連携の強化、地域介護・福祉空間整備等交付金の創設
サービスの質の確保・向上	情報開示の標準化、事業者規制の見直し、ケアマネジメントの見直し
負担の在り方・制度運営の見直し	第1号保険料の見直し、市町村の保険者機能の強化、要介護認定の見直し、介護サービスの適正化・効率化
被保険者・受給者の範囲	社会保障制度の一体的見直しと併せて検討、その結果に基づいて、平成21年度を目途として所要の措置を講ずる

※施行:平成18年4月(但し施設入所費用の見直しについては平成17年10月施行)

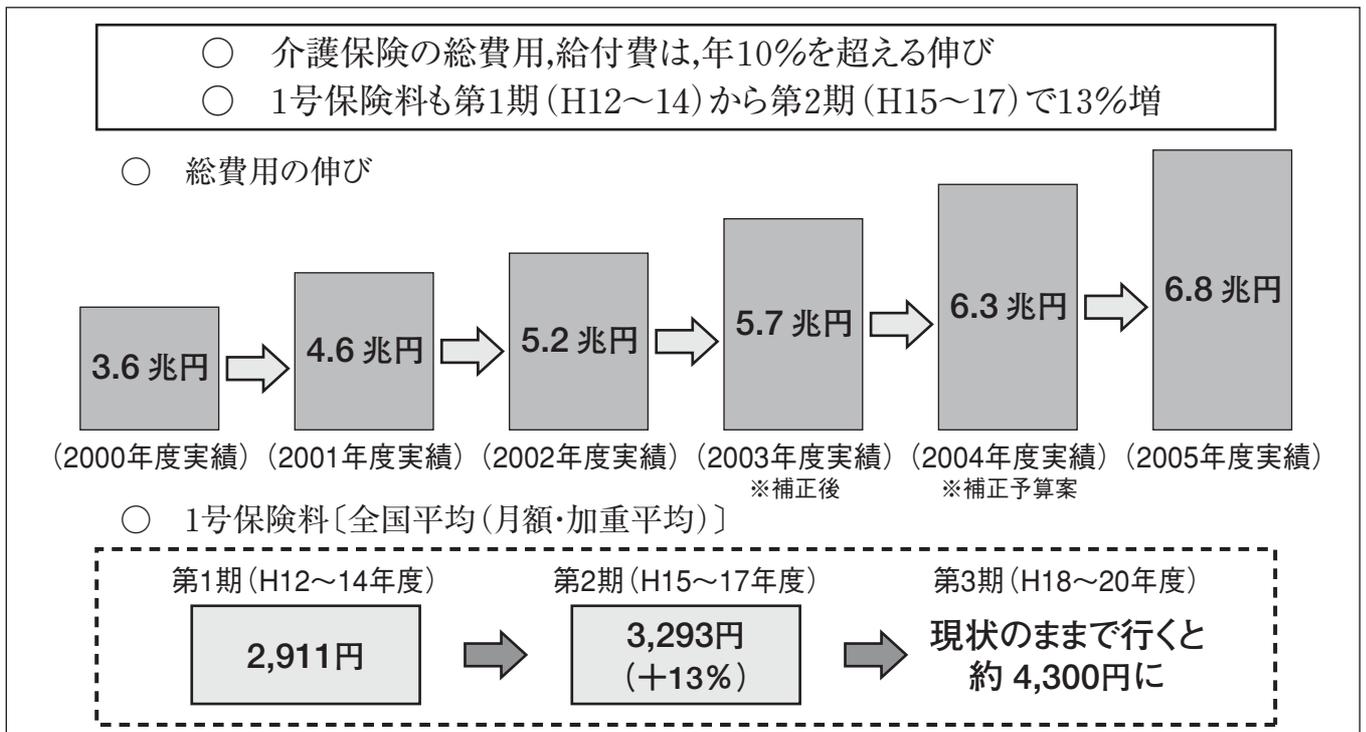


図1.介護保険財政の現状

「予防重視型システムへの転換」が第一に掲げられており、具体的な事業として、新予防給付と地域支援事業の創設が謳われている。

介護予防とは、「要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと、あるいは要介護状態にあつてはその悪化をできる限り防ぐこと」と定義される。このことは、介護保険法第4条「国民の努力及び責務」において「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢にともなう生ずる心身の変化を自覚して、常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする」と記述されている。その結果、健康寿命をできる限り伸ばしていくことを目指すことにつながる。

介護予防が重視され、事業が盛り込まれるようになった

表3.被保険者数・要介護認定者数の推移

○ 被保険者数の推移

65歳以上の被保険者数は、4年6ヶ月で約307万人(14%)増加

	2000年4月末	2003年4月末	2004年9月末
被保険者数	2,165万人	2,398万人	2,473万人

(出典:介護保険事業状況報告)

○ 要介護認定を受けた人数の推移

要介護認定を受けた者は、4年6ヶ月で約184万人(84%)増加

	2000年4月末	2003年4月末	2004年1月末
認定者数	218万人	348万人	402万人

(出典:介護保険事業状況報告)

背景には、要介護認者の増加、介護保険の総費用、給付費の増大がある。介護保険事業報告によると、2000年4月末から2004年9月末までの4年6ヶ月で、65歳以上の被保険者数は約307万人(14%)増加して2,473万人となり、要介護認定を受けた者は、4年6ヶ月で約184万人(84%)増加して402万人となっている(表3)。介護保険財政の現状に関しては、介護保険の総費用、給付費は、年10%を超える伸びを示しており、1号保険料も第1期(H12~14)から第2期(H15~17)で13%増となっている(図1)。

また介護予防は、介護保険制度の創設当初からの理念・事業であったが、実行が伴っていなかったこと、さらに介護保険の給付者・給付費が上昇している中、動向の特徴として軽度者が急増し、要支援・要介護1の認定を受けた者が大幅に増加(136%増)していること(図2)、軽度者の重度化傾向などが指摘されている。

さらに、今後わが国は、本格的な超高齢社会を迎え、2015年には「ベビーブーム世代(第1次)」が前期高齢者(65~74歳)に到達し、その10年後(2025年)には高齢者人口がピーク(約3500万人)となる。

また現在、認知症高齢者が約150万人と見込まれるが、今後急速に増加し2015年には250万人になると推計される。

こうした現状および将来予測を背景に、要介護者の増加に対する対策が喫緊の課題となり、予防しうる要支援者・要介護者を予防するための根拠に基づく事業展開が急務となったのである。

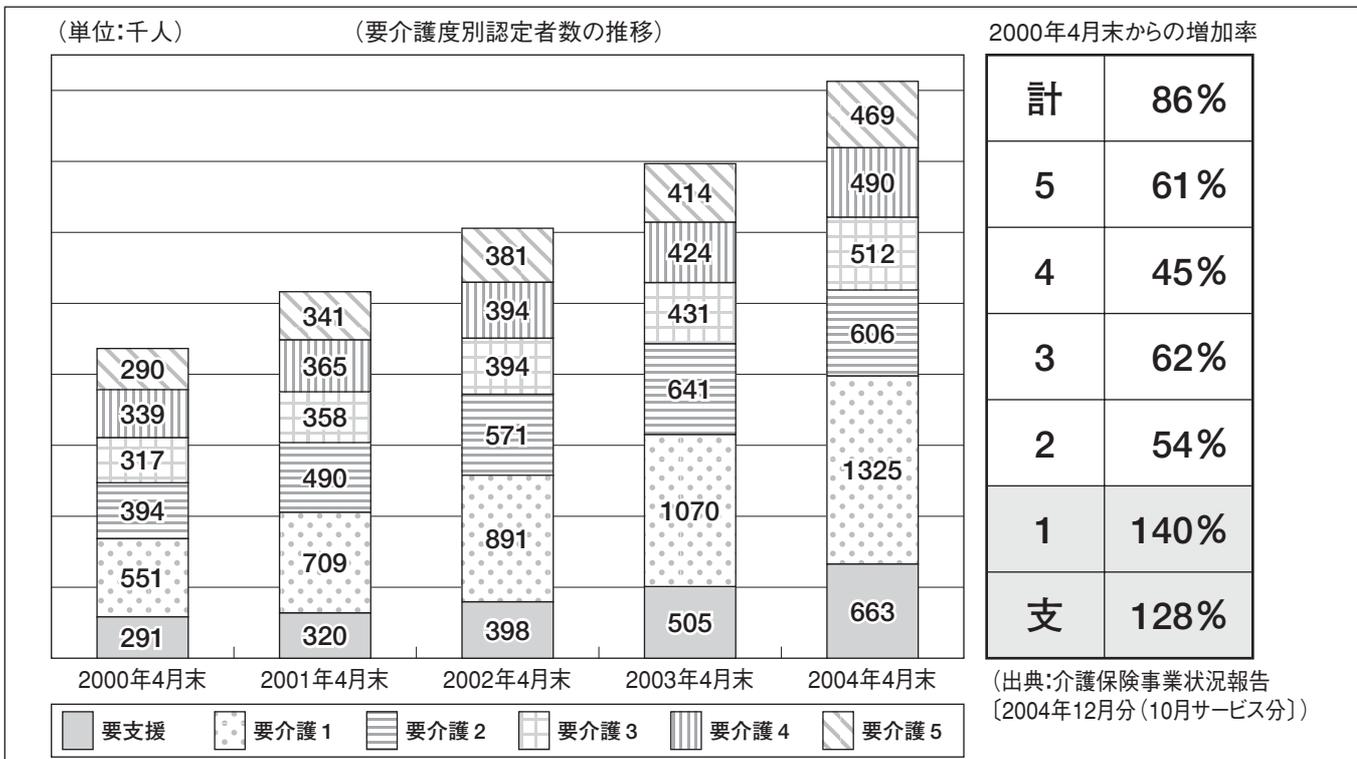


図2.要支援・要介護1の増加

4. 新予防給付と地域支援事業

新予防給付は、現行の要支援者と要介護者の一部を対象に、重度化を防止する目的で創設された。地域支援事業は、要支援、要介護の恐れのある者を対象に要支援、要介護の状態になることを予防するための事業である。両者とも地域包括支援センターにおいて実施される事業である。

活動的な高齢者（要支援・要介護の一次予防）には、地域支援事業（介護予防）の一般高齢者対策、虚弱高齢者（要支援・要介護の二次予防）には、地域支援事業（介護予防）の特定高齢者施策が対応する。これは、要支援・要介護に至るリスクの高い高齢者（地域に住む高齢者のうち、5%程度を想定）を対象に、生活機能の維持・改善に向けた取り組みを行うものである。そのため、基本チェックリストや介護予防に関する健診などを実施して、地域全体のできる限り多くの高齢者の中から虚弱高齢者を拾い上げようとする。虚弱高齢者の可能性が者は、地域包括支援センターで、介護予防ケアマネジメント（一次アセスメントと介護予防ケアプラン）を受けてもらう。そのプランに従って、運動器の機能向上などの介護予防サービスを受けるということになる。

要支援1・要支援2の高齢者（三次予防レベル）には、介

護保険から新予防給付が行われる。それにより、要介護レベルへ悪化することを防ぐとともに、「非該当」への改善を目指している。

介護予防はすべての高齢者を対象に、その心身・生活機能レベルに応じて多様なサービスを提供するものである。そして、それぞれのレベルの間でも連携が密に行われる。ある個人が老化や疾病などのために機能が悪化した場合、たとえば地域支援事業（介護予防）の一般高齢者施策から特定高齢者施策へ、あるいは同・特定高齢者施策から新予防給付へ、そして新予防給付から介護給付へと、そのレベルに応じた円滑な移行が行われる。逆に、機能が改善した場合には、前記と逆の方向で移行が図られることになる。

つまり今回の制度改革では、すべての高齢者を対象として、一人ひとりの状況に応じて切れ目なく総合的に、健康増進・疾病予防そして要介護の発生と重度化の予防方法を体系化することを目指しているといえる。こうしたことから、辻一郎氏は、「介護予防とは「健康寿命を延ばすための総合戦略」なのである。」と述べている。

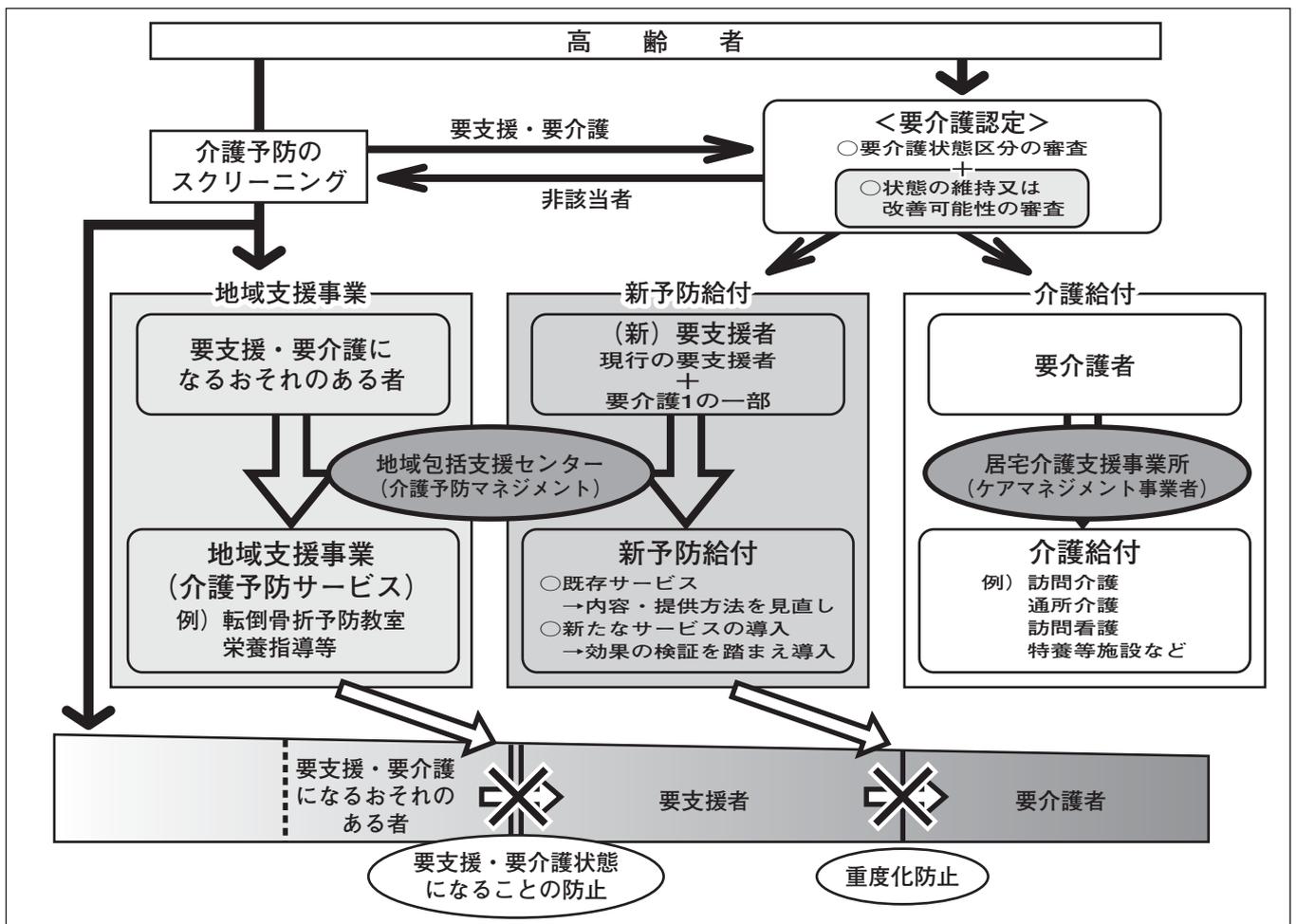


図3. 予防重視型システムへの転換(全体概要)

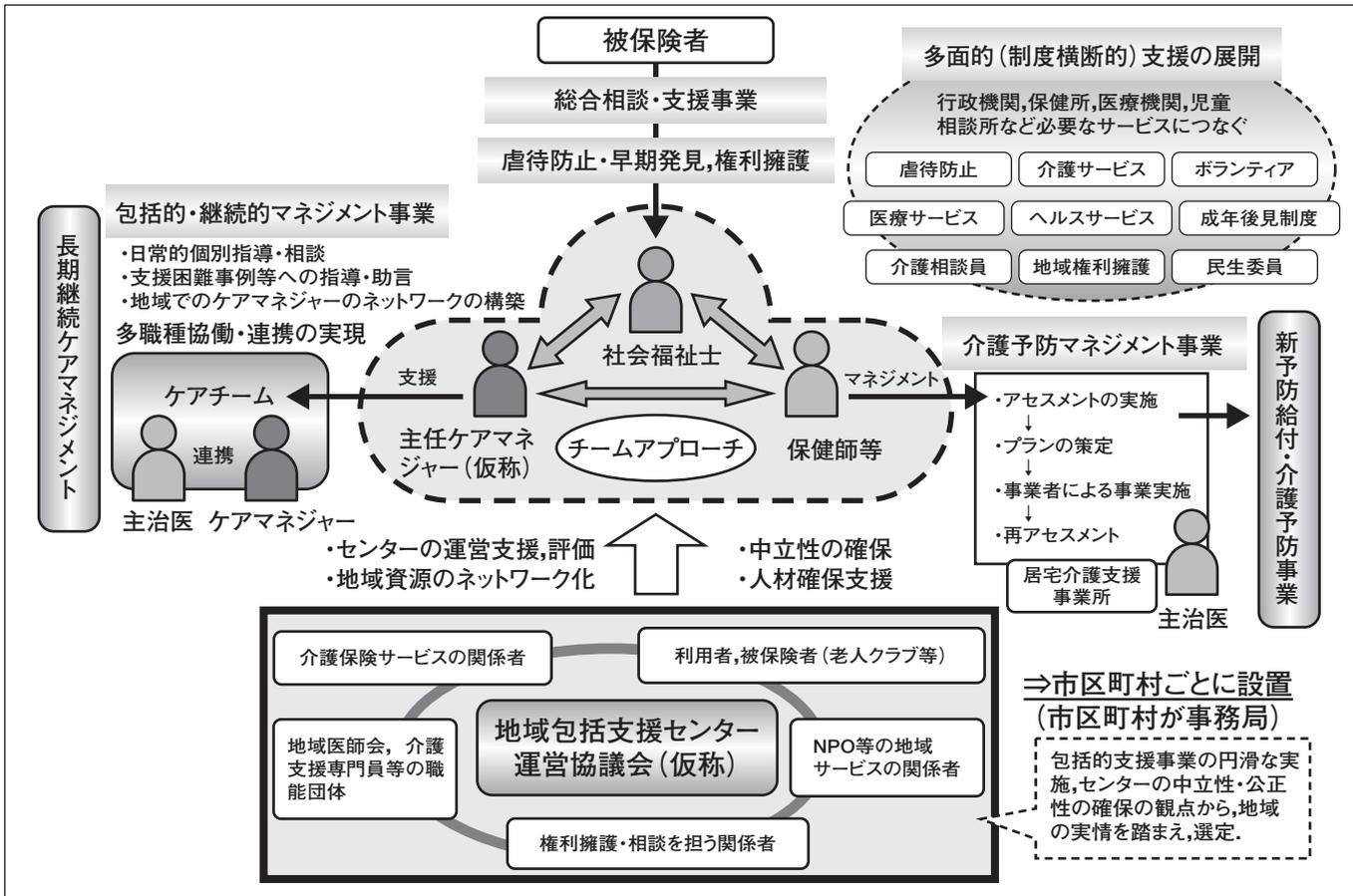


図4.地域包括支援センター (地域包括ケアシステム) のイメージ

表4.介護予防保健サービス事業の戦略

- (1) 対象集団における要介護の原因疾患を性・年齢階級別に明らかにすること
- (2) 予防サービス事業のエビデンス (根拠), バリュー (価値), リソース (資源) の3つを確認して, 計画すること
- (3) ハイリスク・アプローチとポピュレーション・アプローチを有効に組み合わせて展開すること

4. 介護予防保健サービス事業の戦略

介護予防が保健事業として成功するためにはいくつかの条件がある。

- (1) 対象集団における要介護の原因疾患を性・年齢階級別に明らかにすること
- (2) 予防サービス事業のエビデンス (根拠), バリュー (価値), リソース (資源) の3つを確認して, 計画すること
- (3) ハイリスク・アプローチとポピュレーション・アプローチを有効に組み合わせて展開すること

(1) 対象集団における要介護の原因疾患を性・年齢階級別に明らかにすること

重要なことであるが, 案外見過ごされている。図5に, 要介護度別介護が必要となった原因割合を示した。要介護度2,3,4,5においては, 脳血管疾患が31%から45%を占めている。また認知症は要介護度2,3,4,5で, 12%から16%を占めて

いる。わが国における認知症の大半はアルツハイマー型ではなく脳血管型であることを考えると, 要介護の原因の4割から5割強は, 脳血管疾患が原因となっている可能性が高い。また年齢階級別の統計をみると, 脳血管疾患の占める割合は前期高齢者で高く, 65歳から69歳の要介護者では, ほぼ半分が脳血管疾患によるものである。

一方, 巷で, 転倒・骨折予防事業が多く行われているが, 原因疾患の割合としては, 要支援者で12.3%, 要介護1で14.5%であり, 要介護2から5にかけてはその割合は低くなっている。つまり転倒・骨折予防のみを目的とした事業の効果は, 明らかに大きいとはいえない。しかも, 対象者は, 普段から運動をよくする優良老人であることが多い。重要度の大きさではなく, 「やりやすさ」が先行されて実施されている可能性があるのではないだろうか。

(2) 予防サービス事業のエビデンス (根拠), バリュー (価値), リソース (資源) の3つを確認して, 計画すること

介護予防事業においてもそのエビデンス (根拠) を明らかにして, 実施することが求められている。思いつきで公的資金をムダ使いしてはいけない。エビデンスがあるからといって, 飛びついてはいけない。その事業を対象集団において実施するバリュー (価値) が, あるのかどうか, 確認する必要がある。ある運動プログラムが, 筋力強化に効果が

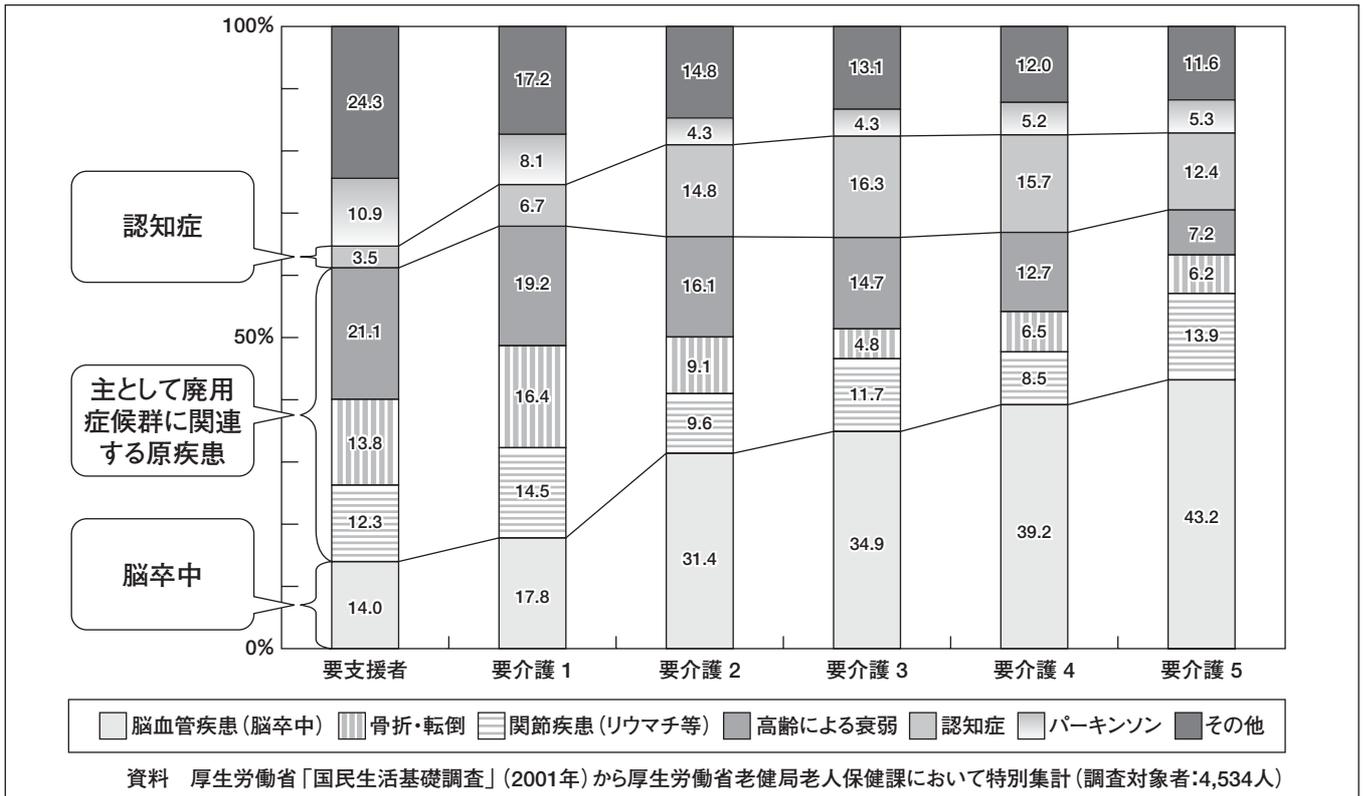


図5.要介護度別介護が必要となった原因割合

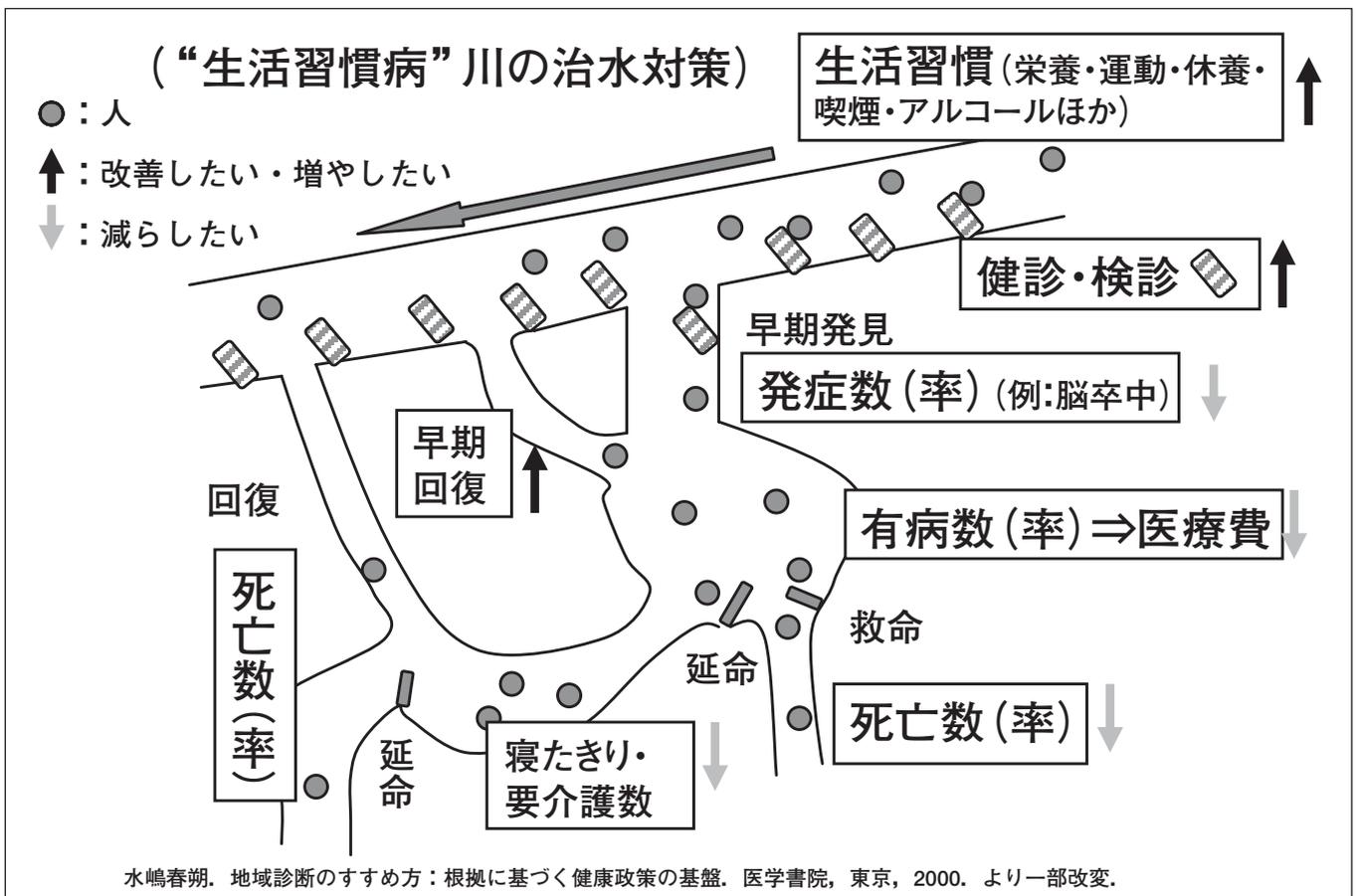


図6.集団の健康状態を評価する指標

あるとしても、普段からかなりの身体活動を維持している運動選手を対象とした知見であれば、介護予防事業としては、価値がない。またある運動プログラムで、高価なマシンや温水プールを必要とした場合、それらを購入したり環境整備することができず、また指導するものがない場合には、リソース（環境）がないために、導入することはできない。

(3) ハイリスク・アプローチとポピュレーション・アプローチを有効に組み合わせて展開すること

ハイリスク・アプローチとは、健診などの結果によって、寝たきり状態を引き起こす確率のたかい脳卒中などの生活習慣病や骨粗鬆症などの疾病になりやすいリスクの高いひと（ハイリスク者）を同定し、必要な保健指導や医療を提供し、予防することをいう。しかし、ハイリスク者からすべての疾病の罹患、死亡が発生するわけではない。寝たきり状態にいたる脳卒中などの生活習慣病や骨粗鬆症は、実際の発症者の内訳は、ハイリスクからは2割、境界域から3割、正常高値から4割なので、ハイリスク・アプローチのみでは効果がない。そのため集団全体（ポピュレーション）に対して有効な対策を展開することが必要なり、これをポピュレーション・アプローチという。昭和40年代の脳卒中对策として、ハイリスクのみならず、ポピュレーション全体に、食生活改善運動によって、低タンパク質、低脂肪、高食塩摂取を改善したことが脳卒中（主に脳出血）の死亡率低下に貢献したことが例である。

介護予防のためのアセスメントによって、これから要支援、要介護になるものすべてを拾い上げることはできない。要介護の原因となる疾病の発生頻度を踏まえて、原因となる要因の対策をきちんと実施していくことが重要である。

図6に、生活習慣病に関連する生活習慣、健診、医療、要介護、死亡の関係を川の流れになぞらえて図示した。要介

護の予防のためには、その直前でのスクリーニングや短期的な対策のみならず、上流対策、中流対策としての川の治水対策が必要であり、既存資料を総合的に利活用した健康対策の指標をモニターするシステムを確立することによって、介護予防事業の客観的な評価も可能となる。

5. 結語

改正介護保険法は、平成18年度から施行される。新予防給付などは、18・19年度は、市町村における実施は経過措置となるが、なるべく早期に実施が可能となるように支援をしていく必要があるとされる。また衆議院採択の際の附帯決議にある介護予防に係る3年後の見直しに備え、介護予防事業の有効性に関する全国的なデータ集積、分析、評価および予防的介入に関する学際的で実証的な研究が必要である。要介護状態になる原因の頻度（脳卒中、認知症、骨折、ほか）、予防対策の確立の程度を踏まえた地域の実情にあった効果的な介護予防事業の投入と効果に関して、客観的な評価がこれまで十分には実施されていなかったが、今後、地域における実績（ローカルエビデンス）を踏まえた短期、中・長期的な数値目標をもった対策の樹立が求められる。

参考文献

- 1) 辻一郎. 介護予防のねらいと戦略. 東京: 社会保険研究所; 2006.
- 2) G Rose, 著. 曾田研二, 田中平三, 監訳. 水嶋春朔, 中山健夫, 土田賢一, 伊藤和江, 訳. 予防医学のストラテジー: 生活習慣病対策と健康増進. 東京: 医学書院; 1998.
- 3) 水嶋春朔. 地域診断のすすめ方: 根拠に基づく健康政策の基盤. 東京: 医学書院; 2000.