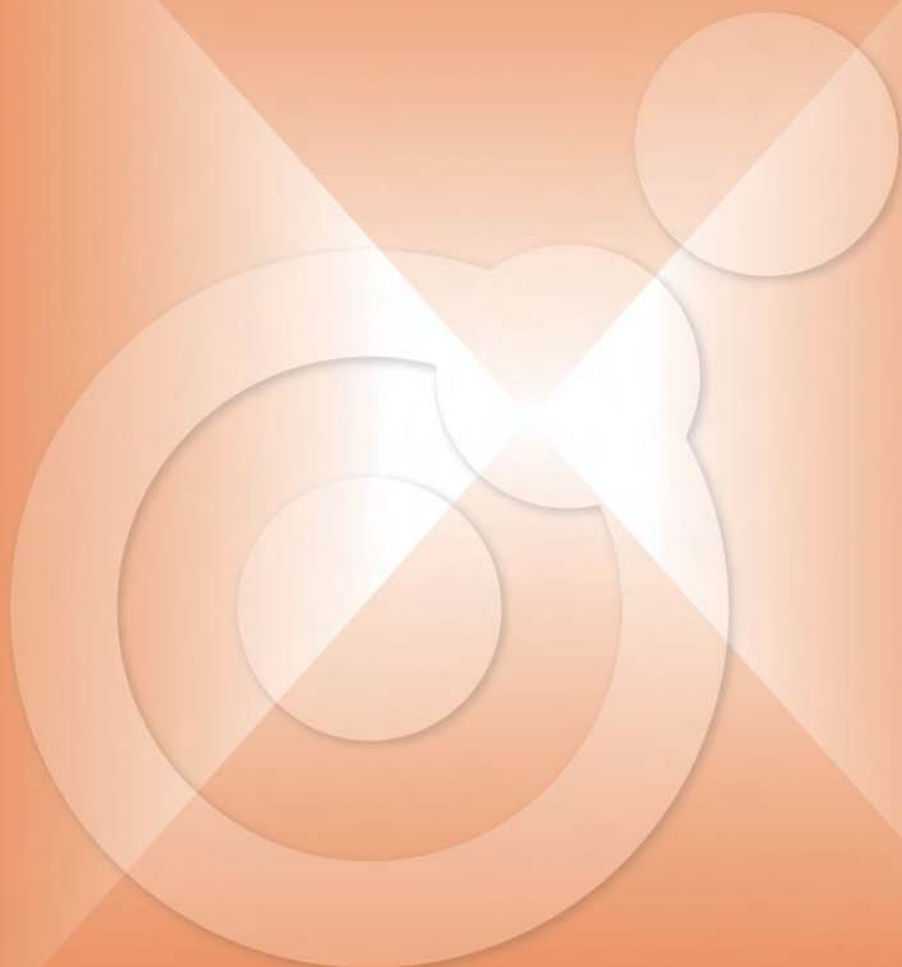


平成20年度 特別研究

「介護予防研究会」報告書



平成21年(2009年)3月

財団法人 大阪府市町村振興協会
おおさか市町村職員研修研究センター

刊行にあたって

介護保険制度は平成12年4月に導入され、国民の老後における介護の不安に応える社会システムとして定着しつつあります。また、平成18年度には、5年ごとに行われる制度の見直しがされ、新しい枠組みのもとで制度が運用されています。その見直しの特徴は、「介護予防」の強化にあります。

介護予防とは、高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（発生を予防する）ことであり、また要介護状態になっても状態がそれ以上悪化しないようにする（維持・改善を図る）ことです。単に運動機能や栄養状態など、個々の要素の改善だけをめざすものではなく、高齢者一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組みを支援して生活の質の向上をめざすものです。

今後、総人口が減少する中で、高齢化が急速に進み、いわゆる団塊の世代が高齢期にさしかかる平成27年には国民の4人に1人が65歳以上となる高齢社会を迎えることが予測されています。このような状況のもと、すべての高齢者が、住みなれた地域において、健やかに、また可能な限り自立して過ごせるよう、介護予防に取り組むことが重要となっております。

そこで、当センターでは、平成19年度に本研究会を立ち上げ、2年にわたり、介護保険制度本来の理念である自立支援を実現するための介護予防について、調査研究に取り組みました。本年度においては、昨年度に習得した研究力を基礎に、2班に分かれ、認知症の調査研究と介護予防に関する先進事例研究に取り組み、その成果をとりまとめました。

本書が、介護予防、さらには、今後の介護保険制度を考える上での参考になれば幸いに存じます。

終わりにになりましたが、ご多忙の中、本研究会の指導助言者として、ご指導いただきました今木雅英先生（大阪府立大学大学院総合リハビリテーション学研究科教授）に厚くお礼申し上げます。

平成21年3月

財団法人 大阪府市町村振興協会
おおさか市町村職員研修研究センター
所 長 齊 藤 慎

目次

はじめに	1
第1部 研究成果	3
第1班 「認知症発症と生活習慣歴の疫学研究」	5
第2班 「先進事例から学ぶ地域主体の介護予防」	31
総括	55
第2部 研究会資料	57
【研究会 基調講義】	
1. 介護予防のための健康格差と社会的環境要因に関する検討	59
今木 雅英 氏 (大阪府立大学大学院総合リハビリテーション学研究科 教授)	
2. これからの時代を展望した介護予防のあり方	79
山崎 一男 氏 (大阪保育子育て人権情報研究センター 事務局長)	
3. 介護予防研究の取り組み ―栄養の視点から―	93
納富由美子 氏 (四天王寺悲田院栄養士室 栄養士長 管理栄養士)	
4. 介護予防研究の取り組み ―口腔保健分野の視点から―	113
吉田 幸恵 氏 (大阪府立大学総合リハビリテーション学部 教授)	
5. 在宅虚弱高齢者への介護予防研究の取り組み	145
河野あゆみ 氏 (大阪市立大学大学院看護学研究科 教授)	

【公開講座 基調講演】

介護予防事業を企画する ～企画のプロセスと評価～ …………… 159

津村智恵子 氏

(甲南女子大学看護リハビリテーション学部 学部長)

【視察報告】

平成19年度

津山市における「介護予防事業」について …………… 185

津山市(岡山県)

平成20年度

(第1班)

1. 「まちなかサービス」における認知症高齢者に対する生活支援について …… 189

NPO法人 地域福祉ネット「まちなかサービス」(鳥取県)

2. 琴浦町における「認知症予防事業」について …………… 192

琴浦町(鳥取県)

(第2班)

先進事例から学ぶ地域主体の介護予防

1. 大東市(大阪府) …………… 196

2. 稲城市(東京都) …………… 199

3. 前橋市(群馬県) …………… 202

4. 高知市(高知県) …………… 207

■ 資料編 …………… 211

研究活動記録

研究員名簿

はじめに

大阪府立大学大学院総合リハビリテーション学研究所
教授 今木雅英 (本研究会指導助言者)

我が国は、今や世界一の長寿国です。しかし、その行方は暗澹としています。「内定取消」、「金融危機」、「派遣切り」など景気の良い言葉が世間を飛び回っていました。

一方、保健医療の世界においても、あまり景気の良い話はありません。例えば、21世紀の健康づくりや介護予防戦略が計画どおりに進展していないことです。厚生労働省が2000年度に始めた「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」の中間評価が2004年10月に発表されましたが、2010年度に到達すべき53の数値目標のうち、4割近い20項目で目標に達することが出来なかったり、悪くなっていたりしています。この間にも、医学・医療は進歩し、国民の健康志向はますます高まり、関係者の努力と共に「健康づくり運動」は推進されています。しかしながら、実際の健康増進の動向は、報告にあるように後退現象が見られます。また、2006年度4月には介護保険制度を見直して介護予防に重点をおきましたが、予防を期待される高齢者人口5%に対して、わずか0.2%しか把握できていないことが報告されています。

このように、我が国では、国民の健康志向の向上や国および地方自治体の保健活動の推進がなされているにもかかわらず、実際の社会においては健康格差が拡大し、「健康格差社会」が形成されるようになってきました。

このような状況の中で、本研究会は「介護予防の一隅を照らす光」になることを目的に平成19年6月に発足し、2年間の研究を修了しました。昨年度は、各研究員の個人研究力を増強させることを目的に、各研究員が独自のテーマを設定し、1年間悪戦苦闘しながら、初めての「研究」を実行しました。その結果、全員が研究論文を書き上げて、「完走」することが出来ました。

本年度は、これらの研究力を土台に、研究員を2班に分け、現在、市町村が必要としている事象について取り組みました。まず、第1班は、介護予防の最も重要な課題である認知症に関して、その予防対策のための基礎的な知見を得るために調査研究を、第2班は、介護予防に関する先進地域の事例を解析する事例研究を行い、基礎と応用の両面からアプローチ致しました。

本研究会では、これらの2班の研究を多方面から支援する観点から、5名の講師を招聘し、基調講義を行って頂きました。

まず、最初に、小生が介護予防を実践的に実施する上で、不可欠であると考えられる基礎的知見である健康格差と社会的環境要因の関連性について述べさせて頂きました。続いて、大阪保育子育て人権情報研究センター事務局長山崎一男氏に、「これからの時代を展望した介護予防のあり方」として大阪府内市町村における現状とこれからの展望について述べて頂きました。

専門職種の立場から、介護予防の中で、着目すべき点である「栄養」、「口腔ケア」について四天王寺悲田院栄養士長納富由美子氏、大阪府立大学教授吉田幸恵氏に、また大阪市立大学大学院教授河野あゆみ氏には虚弱高齢者全般について講演して頂きました。

これらの支援講義をふまえ約6か月の研究を行い、その結果を11月20日に公開講座として、一般に公開致しました。さらに最後の締めくくりとして、甲南女子大学津村智恵子看護リハビリ

テーション学部長に、介護予防に関する実践的な立案の考え方を講演して頂きました。以上、本年度の関連視察報告も含めた講演・研究結果を本報告書にまとめさせて頂きました。

最後に、本報告書が、「年をとっても、いつまでも元気で過ごしたい。」と希望する全ての人々にお役に立てれば幸いであると願います。

第 1 部

研究成果

第 1 班 「認知症発症と生活習慣歴の疫学研究」

第 2 班 「先進事例から学ぶ地域主体の介護予防」

総 括

介護予防研究会 第1班

認知症発症と生活習慣歴の疫学研究

班長	岸本 保裕	(岬 町)	木下 幸枝	(枚方市)
	北村さやか	(四條畷市)	中田 学	(交野市)
	前澤 友紀	(大阪狭山市)	岩佐 由美	(忠岡町)
	伊東 瞳	(大阪府立大学大学院)	本研究会指導助手)	

I. 緒 言

平成17年10月1日の国勢調査時点で、大阪府内の高齢者人口は1,634,218人（高齢化率18.5%）に上っている。全国平均の21.5%¹⁾ と比べると高い数字ではないが確実に高齢化は進んでいる。

高齢化に伴い認知症患者の増加もみられ、高齢者のうちおよそ13人に1人が認知症といわれており、要介護認定者の2人に1人は認知症の患者とされている²⁾。また2015年には約250万人、2025年には約323万人が認知症になると推計される³⁾。

認知症の発症要因にはさまざまなものがあり、その割合は脳梗塞やくも膜下出血などの脳血管性認知症が約3割、アルツハイマー型認知症（Alzheimer disease：以下、ADという）のような脳萎縮によるものが5割、混合型やその他の認知症が約2割と言われている⁴⁾。脳血管性認知症に関しては、脳血管疾患に起因するとされており、生活習慣病の予防が重要視されている。

特に患者数の多いADについては明確な発症原因や治療法が未だ解明されておらず、医学的な予防や治療の研究が進められているところであるが、現在βアミロイド蛋白と呼ばれる異常な蛋白質が脳の神経細胞内に蓄積するために、神経細胞死を起こして認知症をきたすという「アミロイドカスケード説」がもっとも有力である⁵⁾。また、ADは発症の約30年前から脳内でβアミロイド蛋白の蓄積が始まり、長期にわたって病理的な変化が起こっているとも言われ、長期的な観点から認知症予防の対象として考えておく必要があるとされる⁶⁾。

さらに近年、「明らかな生活障害が認められない程度の後天的な軽度の認知機能低下」を軽度認知障害（MCI）⁷⁾ とし、年間にADへ進行する割合は12%（一般人口1～2%）でADの前駆段階と定義している^{7, 8)} 文献があり、この段階で予防的な介入を実施することにより認知症の予防効果が認められているという報告もある⁹⁾。

また高齢になるにつれ発症数は増大することから最大の危険因子は加齢であるともいわれている¹⁰⁾ 他、食習慣や運動習慣、嗜好、対人関係等が危険因子として挙げられており、これらの生活習慣と認知症の関連をみる研究が多く行われている。現在までに、研究が進められていることとして、食習慣においては、魚や野菜、果物の摂取が多い人は認知症の発症率が低いこ

と、ワインを週1回以上飲む人は飲まない人と比べて、認知症発症の危険性が半分になることなども挙げられている。これらの食生活を改善することが日々の積み重ねとして重要である。運動習慣においては、4年間の追跡調査の結果、ウォーキングなどの有酸素運動を週3回以上行っている人は、まったくしない人と比べて認知症発症の危険性が半分になるという報告もある¹¹⁾。これら生活習慣に関連する因子は、遺伝的要因や頭部外傷、教育歴などの予防的介入が困難とされる要因と比較し、予防的介入が可能であるとされる¹⁰⁾。回避・改善可能な危険因子として社会的交流の不足や喫煙などが挙げられ、防御因子として知的刺激を伴うレジャー活動、適度な運動、適量飲酒などが挙げられている¹²⁾。これらのことから、日常生活の習慣を見直すことが認知症予防の第一歩であると考えられる。さらに、最近では一部の脳血管性認知症の危険因子とADとの関連を示す疫学調査の結果が多く報告¹³⁾されたり、ADにも高血圧や糖尿病、高脂血症などの血管系危険因子が存在したりすることから脳血管性認知症との類似点が明らかになってきた¹⁴⁾。

昨今、地域での取り組みとしては、認知症になっても安心して暮らせるまちづくりが高齢者施策を実施するうえで大きな課題となっており、全国で「認知症サポーター100万人キャラバン」など認知症患者を地域で支え合い、理解しようという運動が展開され、すでに421,678人（うち大阪府15,305人）が受講し、地域で暮らす認知症患者のサポーターとして活動を始めている。

近年核家族化が進み、個々のプライバシーが確立した時代背景もあって、家族や近隣とのコミュニケーションが少なくなったことで、認知症状の発見が遅れたり、重症化した状態で発見されたりするケースが見受けられるようになった。対人的な接触頻度も認知症の発症と大きく関わっていると考えられ、閉じこもりの高齢者の認知症発症率は、よく人と関わる人に比べて8倍も多くなっていると言われている¹¹⁾。これらのことから、家族や地域に暮らす人々とのかかわりや高齢者本人の生活歴の中で『認知症になりにくい（やすい）状況』を見つけ出すことができるのではないかと考えられる。

本研究では、大阪府内6市町でアンケートによる聞き取り調査を実施し、就労経験、居住の状況、健康状態、趣味・娯楽、地域活動、生きがいの視点から認知症になりにくい（やすい）生活習慣歴があるのかの検証を行った。この調査を基に、行政として、認知症予防や地域づくりへの新たな取り組みを検討する。

II. 研究方法

大阪府内6市町でアンケートによる聞き取り調査を実施した。このアンケートは居住歴や60歳以降の趣味、地域活動などに関する19の質問で構成され、高齢者の日常生活における地域とのかかわりと認知症との関連性を分析する。（【資料1】（p.26～参照））

1. 研究デザイン

- 1) 調査期間：2008年8月11日～9月12日
- 2) 研究タイプ：後ろ向きコホート研究：患者・症例研究

2. 対象者

- 1) 大阪府内6市町（枚方市、交野市、四條畷市、大阪狭山市、忠岡町、岬町）の65～98歳までの高齢者
- 2) 合計 313名
内訳 一般高齢者 170名（4市2町）
認知症高齢者 143名（3市2町）（統計有効数 127名）

3. 研究倫理

本研究の主旨を書面にて説明し、結果は本研究以外には用いないこと、回答の有無によって不利益が生じない旨を明記したうえで依頼し、回答をもって同意を得たものとした。

また、認知症高齢者で施設入所者については対象者及び家族に対し、口頭もしくは書面による同意を得た。（【資料2】、【資料2-1】（p.29～参照））

4. 対象者抽出方法

一般高齢者への抽出方法は、老人クラブや各種教室に参加者している要介護認定者ではない者を研究員から呼びかけ、本研究の説明及び主旨に賛同できる者を対象として実施した。

認知症高齢者の抽出方法は、居宅介護支援事業所及び地域包括支援センター、介護保険施設のケアマネージャー、施設相談員等（以下、介護職員という）に本研究の主旨を説明し、対象者の抽出を依頼した。介護職員を通じて対象者及び家族への説明を行い、本研究の主旨及び主治医意見書閲覧の同意を得られた者について、研究員もしくは介護職員が聞き取り調査を実施したものである。

5. 調査方法

一般高齢者の聞き取り調査については、研究員が直接本人からの回答を得たものである。また、聞き取りの結果、一般高齢者において認知症以外の理由で介護認定を受けている者の回答は無効とした。

認知症高齢者の聞き取り調査については、すべての対象者に家族もしくは介護職員への同席を依頼し、本調査を実施した。また聞き取り時の回答が曖昧な者などは無効とした。

要介護4及び5の認定を受けている者については、研究精度を上げるため有効回答の中から削除した。（16名）

6. 解析方法

一般高齢者と認知症高齢者の2群間における生活習慣歴の比較を χ^2 検定で行った。解析には、統計パッケージStatView5.0を用いた。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の性別と年齢分布

表1は、対象者の性別と年齢分布を示したものである。解析対象者数は、297名（一般高齢者170名、認知症高齢者127名）、一般高齢者の平均年齢は75.4歳で、認知症高齢者は81.8歳。一般高齢者は70歳代、認知症高齢者は80歳代が多かった。

表1 対象者基本属性

% (人)

項 目	一般高齢者 (n=170)	認知症高齢者 (n=127)
性 別	男 性	31.8 (54)
	女 性	68.2 (116)
年 齢	平均±SD	75.4 ± 5.9
	60 歳 代	15.3 (26)
年齢層区分	70 歳 代	61.2 (104)
	80 歳 代	21.8 (37)
	90 歳 代	1.8 (3)
		9.4 (12)

2. 就労項目

問 あなたの就労年数を教えてください。

全体では、一般高齢者と認知症高齢者間に統計的に有意な差が認められた ($p=0.02$)。認知症高齢者では、「就労経験なし」や「主婦や家事手伝い」の者が多く、一般高齢者と比較し、就労経験のない者が多い傾向が見られた。

表2 就労項目

% (人)

就 労 年 数	一般高齢者 (n = 170)	認知症高齢者 (n = 127)	p 値
就 労 経 験 な し	10.0 (17)	17.3 (22)	0.02
主婦や家事手伝い	10.6 (18)	18.9 (24)	
10 年 未 満	12.4 (21)	10.2 (13)	
10年以上20年未満	18.2 (31)	11.8 (15)	
20年以上30年未満	16.5 (28)	7.1 (9)	
30 年 以 上	32.3 (55)	34.7 (44)	

男女別では、女性において一般高齢者と認知症高齢者間に統計的に有意な差が認められた ($p=0.00$)。女性認知症高齢者では、「就労経験なし」や「主婦や家事手伝い」の割合が多い傾向がある。

表2-1 就労項目

就 労 年 数	男 性 (n=86)		p 値	女 性 (n=211)		p 値
	一般高齢者	認知症高齢者		一般高齢者	認知症高齢者	
	(n=54)	(n=32)		(n=116)	(n=95)	
就 労 経 験 な し	0 (0)	6.3 (2)		14.7 (17)	21.1 (20)	
主婦や家事手伝い	0 (0)	3.1 (1)		15.5 (18)	24.2 (23)	
10 年 未 満	1.9 (1)	0 (0)	n.s.	17.2 (20)	13.7 (13)	0.00
10年以上20年未満	5.5 (3)	3.1 (1)		24.1 (28)	14.7 (14)	
20年以上30年未満	7.4 (4)	12.5 (4)		20.7 (24)	5.3 (5)	
30 年 以 上	85.2 (46)	75.0 (24)		7.8 (9)	21.0 (20)	

問 就労されていた仕事を退職後に、その仕事を活かして、何か地域で活動していますか。

全体では、一般高齢者の就労していた仕事を活かして、「何か地域で活動している」者は18.5%、認知症高齢者は7.4%であり、認知症高齢者で低く、統計的に有意な差が認められた(p=0.02)。

表2-2 就労項目

退職後の地域活動	一般高齢者 (n=135)	認知症高齢者 (n=81)	p 値
活 動 あ り	18.5 (25)	7.4 (6)	0.02
活 動 な し	81.5 (110)	92.6 (75)	

3. 居住歴項目

問 今、お住まいの地に住んでいる理由を教えてください。

全体では、一般高齢者と認知症高齢者間に統計的に有意な差は認められなかった。「幼少時からずっと住んでいる」者の割合は、一般高齢者18.2%、認知症高齢者8.7%であり、認知症高齢者において少ない傾向にある。

また、現在の居住地を問う質問で『その他』と回答した者が多かったが、この内訳としては、施設入所者が含まれていることが原因である。

表3 居住歴項目

居 住 理 由	一般高齢者 (n=170)	認知症高齢者 (n=127)	p 値
幼少時からずっと住んでいる	18.2 (31)	8.7 (11)	n.s.
仕事で転勤してきた	10.6 (18)	9.4 (12)	
結 婚 し た	28.2 (48)	33.1 (42)	
この地に住みたかった	15.9 (27)	15.0 (19)	
そ の 他	27.1 (46)	33.8 (43)	

男女別においても、一般高齢者と認知症高齢者間に統計的に有意な差は認められなかった。男性においては、一般高齢者に「幼少時からずっと住んでいる」者の割合が多く、認知症高齢者に「結婚」を理由に現在地に住む者の割合が多い。女性においては、両群ともに「結婚」を理由に現在地に住んでいる者が多いが、認知症高齢者に「幼少時からずっと住んでいる」者の割合が少ない傾向がある。

表3-1 居住歴項目

% (人)

居 住 理 由	男 性 (n=86)			女 性 (n=211)		
	一般高齢者 (n=54)	認知症高齢者 (n=32)	p 値	一般高齢者 (n=116)	認知症高齢者 (n=95)	p 値
幼少時からずっと住んでいる	24.1 (13)	15.6 (5)		15.5 (18)	6.3 (6)	
仕事で転勤してきた	7.4 (4)	15.6 (5)		12.1 (14)	7.4 (7)	
結 婚 し た	12.9 (7)	31.3 (10)	n.s.	35.3 (41)	33.7 (32)	n.s.
この地に住みたかった	16.7 (9)	12.5 (4)		15.5 (18)	15.8 (15)	
そ の 他	38.9 (21)	25.0 (8)		21.6 (25)	36.8 (35)	

問 (55歳以降、転居した人) 転居後の家族構成を教えてください。

全体では、一般高齢者と認知症高齢者間に統計的に有意な差が認められた ($p=0.02$)。「1人暮らし」の者の割合は、一般高齢者は53.0%であるのに対し、認知症高齢者では21.7%であり、少ない傾向にある。また、認知症高齢者においては、「配偶者と2人暮らし」の者の割合が多い。

表3-2 居住歴項目

% (人)

転居後の家族構成	一般高齢者 (n=51)	認知症高齢者 (n=46)	p 値
1 人 暮 ら し	53.0 (27)	21.7 (10)	0.02
配偶者と2人暮らし	17.6 (9)	32.6 (15)	
配偶者を含む3人以上	15.7 (8)	26.1 (12)	
配偶者はいないが2人以上	13.7 (7)	19.6 (9)	

男女別においては、統計学的に有意な差は、認められなかったが、男女ともに認知症高齢者において「1人暮らし」の者の割合が低い傾向にある。

表3-3 居住歴項目

転居後の家族構成	男 性 (n=20)			女 性 (n=77)		
	一般高齢者 (n=14)	認知症高齢者 (n=6)	p 値	一般高齢者 (n=37)	認知症高齢者 (n=40)	p 値
	% (人)					
1 人 暮 ら し	71.5 (10)	16.7 (1)	n.s.	46.0 (17)	22.5 (9)	n.s.
配偶者と2人暮らし	14.3 (2)	33.3 (2)		18.9 (7)	32.5 (13)	
配偶者を含む3人以上	7.1 (1)	50.0 (3)		18.9 (7)	22.5 (9)	
配偶者はいないが2人以上	7.1 (1)	0 (0)		16.2 (6)	22.5 (9)	

問 現在、同じ町内に親しくしている人はいますか。(親族以外で)

一般高齢者の「同じ町内に親しくしている人がいない」者は16.5%、認知症高齢者は43.3%であり、有意な差が認められた ($p=0.00$)。同じ町内に親しくしている人がいる者の方が、認知症になりにくいと言える。

表3-4 居住歴項目

町内で親しくする人の有無	一般高齢者 (n=170)		認知症高齢者 (n=127)		p 値
	% (人)				
い る	83.5 (142)		56.7 (72)		0.00
い な い	16.5 (28)		43.3 (55)		

男女別では、男性は有意な差は認められなかったが、女性に統計的に有意な差が認められた ($p=0.00$)。

表3-5 居住歴項目

町内で親しくする人の有無	男 性 (n=86)			女 性 (n=211)		
	一般高齢者 (n=54)	認知症高齢者 (n=32)	p 値	一般高齢者 (n=116)	認知症高齢者 (n=95)	p 値
	% (人)					
い る	77.8 (42)	59.4 (19)	n.s.	86.2 (100)	55.8 (53)	0.00
い な い	22.2 (12)	40.6 (13)		13.8 (16)	44.2 (42)	

4. 病歴項目

問 今までに脳の病気(例:脳梗塞、くも膜下出血など)にかかったことがありますか。

全体では、一般高齢者の「今までに脳の病気になったことがある」者は7.6%、認知症高齢者では40.2%であり、統計的に有意な差が認められた ($p=0.00$)。脳の病気にかかったことがない者は、認知症になりにくいと言える。

表4 病歴項目

				% (人)	
脳疾患の罹患		一般高齢者 (n = 170)		認知症高齢者 (n = 127)	
		p 値			
あ	り	7.6	(13)	40.2	(51)
な	し	92.4	(157)	59.8	(76)
				0.00	

男女別においても、統計的に有意な差が認められた (p=0.00)。男女とも、今までに脳の病気になったことがない者は認知症になりにくいと言える。

表4-1 病歴項目

		男 性 (n=86)			女 性 (n=211)		
脳疾患の罹患		一般高齢者 (n=54)	認知症高齢者 (n=32)	p 値	一般高齢者 (n=116)	認知症高齢者 (n=95)	p 値
あ	り	5.6	(3)	0.00	8.6	(10)	0.00
な	し	94.4	(51)		62.5	(20)		91.4	(106)
						58.9 (56)	

全体では、「今までに脳の病気になったことがある」者は対象者全体の21.5%で、その者の「就業歴のある者・ない者」別で見ると、一般高齢者の「就業歴のない者」は7.7%に比べ、認知症高齢者では56.9%であり、統計的に有意な差が認められた (p=0.00)。

脳の病気にかかったことがない者で就業歴のある者は、認知症になりにくいと言える。

表4-2 病歴項目 (脳の病歴と就業歴の関係)

		一般高齢者 (n = 13)		認知症高齢者 (n = 51)		% (人)	
就 業 歴		p 値					
あ	り	92.3	(12)	43.1	(22)	0.00	
な	し	7.7	(1)	56.9	(29)		

問 下記の病気の中で今までに医師の治療を受けているものを選んでください。

(複数回答可)

この質問では、脳血管疾患の原因になりやすいと言われている生活習慣病を除く疾患として7項目を挙げた。また、腹部内臓にかかわる疾患とは、胃・十二指腸潰瘍や盲腸、肝炎などをさし、その他の疾患としては婦人科系疾患や甲状腺疾患、耳鼻咽喉科系疾患などを含んでいる。

全体では、一般高齢者の「今までに医師の治療を受けたことがない」者は23.5%、認知症高齢者は24.4%であり、統計的に有意な差が認められた (p=0.00)。過去にいろいろな病気にかかったことがない者は、認知症になりにくいと言える。

表4-3 病歴項目

疾患名	一般高齢者 (n = 170)	認知症高齢者 (n = 127)	p 値
心臓疾患 (心筋梗塞など)	10.6 (18)	21.3 (27)	0.01
肺疾患 (結核など)	2.4 (4)	6.3 (8)	n. s
腹部内臓に関わる疾患	18.2 (31)	18.9 (24)	n. s
精神疾患	2.9 (5)	10.2 (13)	0.01
骨や関節に関わるケガや疾患	34.7 (59)	52.0 (66)	0.00
悪性新生物	5.9 (10)	11.8 (15)	n. s
眼科系疾患 (白内障など)	38.2 (65)	29.9 (38)	n. s
その他 (婦人科系疾患など)	7.1 (12)	10.2 (13)	n. s
なし	23.5 (40)	24.4 (31)	0.00

問 上記に挙げた病気の中で、過去に入院治療をしたことがありますか。

全体では、一般高齢者の「過去に入院歴がない」者は61.2%、認知症高齢者は38.6%であり、統計的に有意な差が認められた ($p=0.00$)。過去に入院治療をしたことがない者は、認知症になりにくいと言える。

表4-4 病歴項目

上記の疾患による入院治療	一般高齢者 (n = 170)	認知症高齢者 (n = 127)	p 値
あ る	38.8 (66)	61.4 (78)	0.00
な い	61.2 (104)	38.6 (49)	

5. 趣味・娯楽活動項目

問 定年後もしくは60歳代のころに何らかの趣味・娯楽活動 (運動、旅行、囲碁、将棋、釣り、園芸、読書、手芸など) をしていましたか。

一般高齢者と認知症高齢者間において、統計的に有意な差が認められた ($p=0.00$)。「趣味・娯楽活動をしていなかった」者の割合は、認知症高齢者が52.7%であるのに対し、一般高齢者は22.3%であり、60歳代のころに何らかの趣味・娯楽活動をしている者の方が認知症になりにくい傾向がある。

表5 趣味・娯楽活動項目

趣味・娯楽活動の頻度	一般高齢者 (n = 170)	認知症高齢者 (n = 127)	p 値
週 3 日 以 上	31.8 (54)	19.7 (25)	0.00
週 1 回 程 度	45.9 (78)	27.6 (35)	
していなかった	22.3 (38)	52.7 (67)	

男性では、一般高齢者と認知症高齢者間に統計的に有意な差は認められなかったが、女性では、統計的に有意な差が認められた（ $p=0.00$ ）。

表5-1 趣味・娯楽活動項目

% (人)

趣味・娯楽活動の頻度	男性 (n=86)			女性 (n=211)		
	一般高齢者 (n=54)	認知症高齢者 (n=32)	p 値	一般高齢者 (n=116)	認知症高齢者 (n=95)	p 値
週3日以上していた	33.3 (18)	28.1 (9)	n. s.	31.0 (36)	16.8 (16)	0.00
週1回程度	40.8 (22)	21.9 (7)		48.3 (56)	29.5 (28)	
していなかった	25.9 (14)	50.0 (16)		20.7 (24)	53.7 (51)	

(i) この場合、女性において、趣味・娯楽活動の頻度が週3日以上では認知症になりにくいと言える。

表5-2 (全体)

% (人)

趣味・娯楽活動の頻度	一般高齢者 (n=170)	認知症高齢者 (n=127)	p 値
週3日以上	32.4 (55)	19.7 (25)	0.02
週2日以下	67.6 (115)	80.3 (102)	

表5-3 (男女別)

% (人)

趣味・娯楽活動の頻度	男性 (n=86)			女性 (n=211)		
	一般高齢者 (n=54)	認知症高齢者 (n=32)	p 値	一般高齢者 (n=116)	認知症高齢者 (n=95)	p 値
週3日以上	33.3 (18)	28.1 (9)	n. s.	31.9 (37)	16.8 (16)	0.01
週2日以下	66.7 (36)	71.9 (23)		68.1 (79)	83.2 (79)	

(ii) この場合、女性において、趣味・娯楽活動の頻度が週1日以上では、認知症になりにくいと言える。

表5-4 (全体)

% (人)

趣味・娯楽活動の頻度	一般高齢者 (n=170)	認知症高齢者 (n=127)	p 値
週1日以上	45.3 (77)	27.6 (35)	0.00
していない	54.7 (93)	72.4 (92)	

表5-5 (男女別)

趣味・娯楽活動の頻度	男性 (n=86)			女性 (n=211)		
	一般高齢者 (n=54)	認知症高齢者 (n=32)	p 値	一般高齢者 (n=116)	認知症高齢者 (n=95)	p 値
週1日以上	40.7 (22)	21.9 (7)	n. s.	47.4 (55)	29.5 (28)	0.01
していない	59.3 (32)	78.1 (25)		52.6 (61)	70.5 (67)	

6. 地域活動項目

問 定年後もしくは60歳代のころに地域活動（町内会、自治活動、老人クラブ活動、ボランティア活動など）に取り組んでいましたか。

全体では、一般高齢者と認知症高齢者間に統計的に有意な差が認められた ($p < 0.001$)。一般高齢者の「地域活動に2つ以上取り組んでいた」者については24.7%で、認知症高齢者では7.9%であり、地域に活動に取り組んでいたの方が認知症になりにくい傾向がある。

表6 地域活動項目

地域活動の取り組み数	一般高齢者 (n=170)	認知症高齢者 (n=127)	p 値
取り組んでいない	47.1 (80)	63.0 (80)	0.00
1 つ だけ	28.2 (48)	29.1 (37)	
2 つ 以上	24.7 (42)	7.9 (10)	

男女別においても、一般高齢者と認知症高齢者間に統計的に有意な差が認められた ($p = 0.01$)。男性では、一般高齢者は29.6%の者が「取り組んでいない」に対し、認知症高齢者は59.5%であり、女性では55.2%に対し、64.2%であった。

表6-1 地域活動項目

地域活動の取り組み数	男性 (n=86)			女性 (n=211)		
	一般高齢者 (n=54)	認知症高齢者 (n=32)	p 値	一般高齢者 (n=116)	認知症高齢者 (n=95)	P 値
取り組んでいない	29.6 (16)	59.5 (19)	0.01	55.2 (64)	64.2 (61)	0.01
1 つ だけ	40.8 (22)	31.3 (10)		22.4 (26)	28.4 (27)	
2 つ 以上	29.6 (16)	9.4 (3)		22.4 (26)	7.4 (7)	

何らかの地域活動に取り組むことで、認知症発症の予防ができると考えられる。

表6-2 (全体) % (人)

地域活動の取り組み数	一般高齢者 (n=170)	認知症高齢者 (n=127)	p 値
取り組んでいない	47.1 (80)	63.0 (80)	0.00
1 つ 以 上	52.9 (90)	37.0 (47)	

男性において「1つ以上」の地域活動の取り組みが、認知症発症に関わっていると考えられる。

表6-3 (男女別) % (人)

地域活動の 取り組み数	男 性 (n=86)			女 性 (n=211)		
	一般高齢者 (n=54)	認知症高齢者 (n=32)	p 値	一般高齢者 (n=116)	認知症高齢者 (n=95)	p 値
取り組んでいない	29.6 (16)	59.4 (19)	0.01	55.2 (64)	64.2 (61)	n.s
1 つ 以 上	70.4 (38)	40.6 (13)		44.8 (52)	35.8 (34)	

表6の地域活動に取り組んでいない男女合わせての一般高齢者80人、認知症高齢者80人で「趣味・娯楽活動のある・なし」で見ると認知症高齢者の62.5%の者が「趣味・娯楽活動なし」に対し、一般高齢者は31.2%であり、統計的に有意な差が認められた ($p < 0.001$)。特に地域活動や趣味・娯楽活動をしている者の方が認知症になりにくいと言える。

表6-4 地域活動項目 (地域活動と趣味・娯楽活動関係) % (人)

項 目	一般高齢者 (n=80)	認知症高齢者 (n=80)	p 値
趣味・娯楽活動あり	68.8 (55)	37.5 (30)	0.00
趣味・娯楽活動なし	31.2 (25)	62.5 (50)	

7. 生きがい項目

問 定年後もしくは60歳代のころにどのようなことに生きがいを感じていましたか。(選択肢：旅行、買い物、宗教への信仰、ペットの世話、飲食、運動、学習、園芸、休養、仕事、家族との団らん、ギャンブル、友人との会話など)

全体では、一般高齢者と認知症高齢者間に統計的に有意な差が認められた ($p=0.00$)。

認知症高齢者に比べ、一般高齢者で生きがいをたくさん感じていた者の方が多い傾向が見られた。定年後もしくは60歳代のころに生きがいをたくさん感じている者は、認知症になりにくいと言える。

表7 生きがい項目

生きがい数	%		p 値
	一般高齢者 (n = 170)	認知症高齢者 (n = 127)	
特になし	8.8 (15)	19.7 (25)	0.00
1つだけ	21.8 (37)	35.4 (45)	
2つ以上	69.4 (118)	44.9 (57)	

男女別では、男性には統計的に有意な差は認められなかった。一方、女性では、統計的に有意に差が認められた (p=0.00)。特に、一般高齢者で「2つ以上生きがいを持っている」者が74.1%に対し、認知症高齢者は47.4%である。女性において、生きがいをたくさん感じているの方が認知症になりにくい傾向があると言える。

表7-1 生きがい項目

生きがい数	男 性 (n=86)			女 性 (n=211)		
	一般高齢者 (n=54)	認知症高齢者 (n=32)	p 値	一般高齢者 (n=116)	認知症高齢者 (n=95)	p 値
	%					
特になし	11.1 (6)	18.7 (6)	n. s	7.8 (9)	20.0 (19)	0.00
1つだけ	29.6 (16)	43.8 (14)		18.1 (21)	32.6 (31)	
2つ以上	59.3 (32)	37.5 (12)		74.1 (86)	47.4 (45)	

表7-2 (全体)

生きがい数	%		p 値
	一般高齢者 (n = 170)	認知症高齢者 (n = 127)	
1つ以下	30.6 (52)	55.1 (70)	0.00
2つ以上	69.4 (118)	44.9 (57)	

表7-3 (男女別)

生きがい数	男 性 (n=86)			女 性 (n=211)		
	一般高齢者 (n=54)	認知症高齢者 (n=32)	p 値	一般高齢者 (n=116)	認知症高齢者 (n=95)	p 値
	%					
1つ以下	40.7 (22)	62.5 (20)	n. s	25.9 (30)	52.6 (50)	0.00
2つ以上	59.3 (32)	37.5 (12)		74.1 (86)	47.4 (45)	

表7-4 (全体)

生きがい数	%		p 値
	一般高齢者 (n = 170)	認知症高齢者 (n = 127)	
2つ以下	52.4 (89)	74.8 (95)	0.00
3つ以上	47.6 (81)	25.2 (32)	

表7-5 (男女別)

% (人)

生きがい数	男 性 (n=86)			女 性 (n=211)		
	一般高齢者 (n=54)	認知症高齢者 (n=32)	p 値	一般高齢者 (n=116)	認知症高齢者 (n=95)	p 値
2つ以下	66.7 (36)	81.2 (26)	n. s.	45.7 (53)	72.6 (69)	0.00
3つ以上	33.3 (18)	18.8 (6)		54.3 (63)	27.4 (26)	

IV. 考 察

本調査を実施した結果、高齢者の地域社会とのかかわりと認知症の発症の関連性が明らかになってきた。これまでの他の研究で類似した分野の分析が少ないため、興味深いものとなった。医療分野とは異なる認知症予防に関する研究ができたのではないかと思われる反面、参考となる資料、文献等も少なく、調査を実施するにあたり、どのような質問がどのような結果につながるか予想することが困難であった。

また生活習慣歴と認知症の発症要因の因果関係を調べるためには、個人的主観や価値観などの違いもあり、一般論として評価できるかという迷いもあった。しかし、本研究では対象者もしくは家族、介護職員から直接聞き取り調査を実施したことで、不必要なバイアスを極力省いた調査となるよう努力したが、主観調査の限界もある。

1. 対象者の性別と年齢分布

本調査においては、性別による統計的に有意な差は見られなかったが、女性の方が認知症高齢者の割合が多いという傾向が見られた。これには調査の対象者に女性の方が多かったことや平均寿命が長いことが原因だと思われる。

しかし、認知症高齢者には圧倒的に女性に頻度が多いという疫学調査もあり、閉経後の女性は男性と比較してADの発症リスクが高いと言われている。この原因の一つに女性ホルモンの一種であるエストロゲンの影響が密接に関連している可能性があると報告されている¹⁵⁾。

また、本調査では年齢による調整をしていないため、加齢による認知症発症頻度を否定することはできないが、認知症の有病率は60歳代で1%、70歳代で5%、80歳代で20%、85歳以上では30%¹⁶⁾と言われていることもあり、本調査の結果と類似する点があると考えられる。

2. 就労項目

本調査では、職種による統計的な有意差は見られず、認知症高齢者には就労経験のない者が多いという傾向が見られた。しかし、電気工や機械工作者、タイピストなどの電磁場に曝露しやすい職業に従事している者は、ADの発症リスクが高いという調査報告もある^{17, 18)}ため、今後、職業や職場環境による発症率の違いなどの研究が待たれるところである。

また、退職後に仕事で得た知識や経験を活かして地域活動をしていた認知症高齢者は少ないことから、就労経験を活かした活動を退職後も継続した方が、認知症になりにくいのではないかと推測できる。退職後の生活をうまく送るためには、個人要因に加え退職後に対する準備状況の良し悪しに左右され、老年期の前段階と位置づけられる中年期の準備状況が老後の人生や健康保持の鍵となるとされる見解もある¹⁹⁾。海外の文献では、退職年齢である65歳の健常者を4年間追跡調査した結果があり、① 仕事継続、② 退職後も活動的な生活、③ 退職後不活発な生活の各群30名を比較すると、退職後不活発な生活群のみ脳血流量が徐々に低下し、認知機能の低下が見られ、日課によって、認知機能が維持されることを示している²⁰⁾。これらの結果からも退職後の過ごし方と認知症に関係があると思われる。

3. 居住項目

幼少時からずっと同じ地区に住んでいる者の割合が認知症高齢者において少ない傾向にあった。

しかし、55歳以降に転居したことがあって、転居後に1人暮らしであると答えた認知症高齢者の割合が少ないという結果が得られた。この結果から、転居後に1人暮らしをするためには、日常生活における自立だけでなく、他者とのコミュニケーションや隣近所との付き合い、地域活動に参加することが認知症になりやすい生活を送ることにつながると思われる。認知症高齢者においては、転居後に配偶者と2人暮らしの者が多い傾向が見られた。

また、同じ町内に親しくしている者がいる割合は認知症高齢者に比べて一般高齢者が多く、統計的にも有意な差が見られた。ここでも地域との交流が認知症の発症と関係があると考えられる。

ストックホルム在住の75歳以上の1,203人を対象に3年間観察した結果、調査開始時には全員健康だったが、終了時には176人が認知症になっていた。認知症発症のリスクは独身・独居で1.9倍、子どもなしで1.4倍、友人・親戚なしで1.6倍に増えていた。独身・独居・子どもなし・友人なしと社会的接触が乏しい群は、友人多数の群に比べてリスクが8倍にもなっていた²¹⁾。

大阪府では、1960年代後半から1970年代前半の高度成長期に造成されたニュータウンでの高齢化が急速に進んでいる。かつては、夫婦と子が同居していた世帯も今では高齢者世帯が多くなっており、60歳以上の夫婦のみで構成される世帯が52.6%、独居世帯が7.0%²²⁾であるという報告もある。本調査を実施した6市町は人口規模、産業、特色もさまざまなものであるが、高齢者が抱える問題には共通したものがあり、ニュータウンに住む高齢者にとっても、旧地区に住む者にとっても住みなれた地域で近隣との友好的な関係を保ちながら暮らすことが認知症を予防するための重要なキーになると考える。

4. 病歴項目

脳疾患や入院歴のある者が認知症の発症率が高く、統計的に有意な差が見られた。また、脳疾患の罹患者における一般高齢者と認知症高齢者の就業歴の有無を見たところ、認知症高齢者の方が就業歴のない者が多いことから、認知症の発症に何らかの因果関係があるのでは

ないかと推測される。

ただし、先述のとおり脳血管疾患の罹患と認知症発症には深い因果関係があることが知られており、今回の調査では、脳疾患の詳細な病名や罹患時期についての質問を行っていないため、統計的な有意差が見られたものの、不明確な部分があると考えられる。

5. 趣味・娯楽活動項目

趣味・娯楽活動をしていなかった者は認知症の発症率が高く統計的にも有意な差が見られた。その頻度は、週3日以上と2日以下で比べた場合には、週3日以上が統計的に有意な差が見られ、週1日以上と活動をしていなかった者とを比べた場合には、週1日以上活動をしていた者の方が統計的に有意な差が見られた。このことから、少なくとも週1日以上の活動が認知症の発症を予防することができると考えられる。

また、読書、パズル、博物館や美術館に行く、トランプなどのゲーム、楽器演奏などの知的刺激は認知症の発症リスクを低減するとの報告もある²³⁾。これらの結果からも趣味活動は精神機能を高め、認知面の遂行機能を維持・促進し、脳機能そのものに好影響を与えている可能性は高いとされている²⁴⁾。

6. 地域活動項目

2つ以上の地域活動に取り組んでいた者について認知症の発症率が低く、統計的に有意な差が見られた。たくさんの地域活動に取り組むことで近隣との関係や本人のやりがい、生きがいを築くことが重要である。同じ町内に親しくしている人がいるという居住歴項目の結果と相関するものがあり、自治会活動や老人クラブ活動などを通じて、地域とのかかわりを持つことで認知症の発症を防ぐことができると思われる。

また、地域活動と趣味・娯楽活動の有無との関係を見ると、地域活動をしながら、趣味・娯楽活動をしていた者は認知症の発症率が低く、統計的に有意な差が認められた。このことから地域活動と趣味・娯楽活動とが密接な関係にあると考えられる。

現在、地域のネットワークづくりや高齢者の閉じこもり予防を目的として市町村が取り組んでいる老人クラブやふれあいサロン、街かどデイハウス、小地域ネットワーク事業は、近隣の人や地域との関わりをもつ意味で有効であると考えられる。さらに、認知症予防にも着目した運動を老人クラブ活動で実施したところ認知機能の向上が認められたとした研究結果もあり²⁵⁾、既存の地域活動の中に認知症予防の視点を取り入れた取り組みも行政の施策として今後の検討が必要だと考えられる。

他の調査による60歳以上の高齢者のグループ活動への参加状況を見てみると、1つ以上の活動に参加している者が54.8%で、10年前に比べると12.5ポイントも増加している。参加のきっかけとしては友人や仲間からのすすめが一番多い²⁶⁾ことから、地域活動への関心の高さがうかがえる。その一方で、NPO活動に対する関心は高いが、きっかけや情報の不足で実際に参加している人が少ないという傾向もあり²⁶⁾、こうした活動の啓発を活発にすることや情報の発信を行っていくことで地域とのかかわりや社会参加を促すことができると考えられる。

7. 生きがい項目

一般高齢者も認知症高齢者のほとんどの者が1つ以上の生きがいを持っていることがわかった。しかし、認知症高齢者は生きがいを感じていない者が一般高齢者に比べて多かった。

また、反対に一般高齢者は2つ以上の生きがいを感じていた者の割合が多かった。この項目においても、生きがいが1つ以下の者と2つ以上の者、2つ以下の者と3つ以上の者を比較した。その結果、いずれも1つでも多くの生きがいを感じている一般高齢者は統計的に有意な差が見られた。生きがいを持つことによって、日々の生活での満足度が高くなるためにもたくさんの生きがいを感じている者の方が認知症になりにくいと考えられる。

滋賀県長浜市では平成16年度から、認知症予防と世代間交流を目的に子どもへの本の読み聞かせボランティア活動を推進する「高齢者の元気づくり学校ボランティア事業」を実施している。週に1回程度の読み聞かせ活動に参加している高齢者が活動に生きがいを感じ、主体的に活動を継続している点が評価されている。子どもへの読み聞かせ活動が、自分自身の認知症予防のためだけではなく、子どもの役に立ちたいという意欲や子どもと交流できるという楽しみによって実現している²⁷⁾ということからも、生きがい活動の重要性が指摘されている。

8. 研究から、行政への提案

地域の認知症の発症率を効果的に下げるためには、地域が連携して啓発や人材育成を行い、地域の住民が主体となって認知症になりかけのときに低下していく認知機能を鍛える必要がある²⁸⁾。自らの人生経験を活かしながら、自分に適した高齢期のライフスタイルを樹立し、退職後も自分の家族と上手に付き合いながら地域社会を基盤とするか、もしくは地域社会をはるかに超えたインフォーマルネットワークを構築してライフスタイルの幅を広げた生活を送っている健康な高齢者も少なくない²⁹⁾。こうした高齢者のライフスタイルをサポートすることも行政に求められる課題である。

本研究にあたり鳥取県内2か所で視察を実施した。認知症の早期発見や認知症発症後の地域のかかわりなど、どちらも「地域ネットワーク」をキーワードにまちづくりを目指していた。大阪府との地域性の違いなどもあったが、やはりここでも高齢者が抱える問題に大きな違いは感じられなかった。

今後、誰もが迎える高齢期に向けて、認知症は切り離すことのできない疾患ではあるが、本調査により、日常生活を送る中で自然に予防したり、発症を遅らせたりする可能性があると思われる結果が得られた。日本の高齢者の退職後の過ごし方は、欧米人に比べ消極的であることが伺える。日本人が欧米人に比べて退職後の活動に消極的であることの理由の1つに準備期間の差が考えられる。日本人は退職後の準備を始めた平均年齢が53歳で、欧米人は30歳代から退職後の準備を始めているという報告があり、この結果は、「生活」より「仕事」を優先しがちな「勤勉」といわれる日本人の国民性の反映とも言えるだろう³⁰⁾。

その人たちが定年退職や子どもたちの世代にバトンタッチした途端に、「仕事」という生きがいを失い、新たな目標や楽しみを見つけないことができなくなったことによって、自分自身の立ち位置がわからなくなってしまっている現状があると思われる。そういった世代のマ

ンパワーを最大限に活用し、地域に根ざした活動を展開することで、新たな生きがいを作り、役割を持つことができるのではないだろうか。

すでに、積極的に高齢者のマンパワーを利用したボランティア活動を行い、さまざまな事業を展開しているグループが日本各地に広がりつつある。従来の雇用形態にとらわれない、高齢者の知識・技術・経験等を生かせる多様な就労機会の創出やボランティア活動への参加のきっかけ作り、地域で支え手になろうとする高齢者と、支え手を必要とする高齢者をつなぐ仕組みづくりをすることで、社会参加を促進することが必要である³⁰⁾。

全国組織で見るとNPO法人ニッポン・アクティブ・ライフ・クラブ (NALC)^{URL1)}、大阪府内ではNPO法人寝屋川あいの会^{URL2)}、NPO法人ひらかた地域通貨ひらりの会^{URL3)}などが代表的なものとして挙げられる。これらのグループの事業の中には、地域の高齢者支援や子育て支援などがあり、ボランティア活動に参加する高齢者の豊富な知識や経験を有効に活用できるものが多く含まれている。

しかし、この活動のすべてが無償というわけではなく、地域通貨やポイントシステムなどによる報償として還元することで、高齢者に対し「働く場」を提供している。ただ単に活動するだけでなく、対価を得ることが生きがいになり、楽しみを持つことにつながっていると考える。また、地域通貨システムを利用することで、地域産業や商業の活性化にも貢献できるというメリットもある。

既存の老人クラブやふれあいサロン、街かどデイハウス、小地域ネットワーク事業などをさらに発展させ、行政が企画したメニューを提供するのではなく、それぞれの高齢者の意欲や能力を「最大限に社会で発揮できる場」の提供をすることが望ましいと思われる。

V. 本研究における限界

本研究は、先述のとおり認知症高齢者については研究の精度を上げるために要介護4及び5の認定者や他の理由で要介護認定を受けている者を除き、主治医意見書に認知症と記載されている者を対象に、本人もしくは家族、介護職員からの聞き取りによる回答をもとに実施した。認知症の日常生活自立度においては、個人差はあるがⅡb程度までであれば、家庭内においても意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できるとされていることから、本人の回答については、このランクに該当する者までを回答に信憑性があるものと判断した。

しかし、認知症は脳の器質的な病変により、記憶障害や理解力、判断力の低下等が中核症状として認められるものであるため、本人に対する聞き取りについては、本研究の主旨や質問の意味についての理解や回答の精度については限界があるとも考えられる。

また、一般高齢者について本研究では「元気で活動的な高齢者」と位置付け、認知症高齢者とを比較対照したものである。原則として老人クラブなどの活動は65歳以上からの入会となっている市町村が多いこと、聞き取りの内容が、60歳代のころを振り返ってもらう後ろ向きコホート研究であることで現時点の比較ではないことから一般高齢者と認知症高齢者との大きな差はないと考えた。しかし、一般高齢者として回答した者の中に自覚症状の少ない軽度認知障害(MCI)の者が含まれていることも推測される。

一般高齢者、認知症高齢者に対し、まったく同じ基準での抽出を行うことは困難であり、各個人の生活状況や認知症の自覚症状などの違いによる回答の差異については、否定できないと考える。

VI. ま と め

これからの超高齢化社会を支えるための認知症予防を含め介護予防事業として大切なことは、家庭や地域の中で役割を持ったり、趣味や生きがいを通して生活に対する満足感をもち続けたり、活動的な生活をするのが最大の予防ポイントである。いつまでも元気にいきいきと暮らしていくためにはできることから始める必要があると考える。

参考文献, 参照URL

- 1) 内閣府：『高齢社会白書 平成20年版』，佐伯印刷，P. 2, 2008
- 2) 白井樹子，本間昭：『日本人の認知症の現状』，臨床と研究vol. 85 No.4号，P. 469-473
- 3) NPO法人地域ケア政策ネットワーク：『キャラバン・メイト養成テキスト』，P. 8, 2007
- 4) 須貝佑一ほか：『あなたの家族が病気になったときに読む本 認知症』，講談社，2006
- 5) 植木彰：『食事』，モダンフィジシャンvol.28No.10, P. 1457-1461, 2008
- 6) 本間昭：『介護保険と認知症予防』，モダンフィジシャンvol. 28 No.10, P. 1519-1522, 2008
- 7) 栗田主一：『基礎疾患と鑑別診断』，モダンフィジシャンvol. 26 No.12, P. 1819-1822, 2008
- 8) Peterson RC, Smith GE, Waring SC, et al : Mild cognitive impairment : Clinical characterization and outcome. Arch Neurol 56 : 303-308, 1999
- 9) 杉村美佳：『地域における認知症予防介入』，モダンフィジシャンvol.28 No.10, P. 1502-1506, 2008
- 10) 武地一：『認知症の危険因子』，モダンフィジシャンvol.28 No.10, P. 1445-1451, 2008
- 11) 認知症予防・支援についての研究班 本間昭：『認知症予防・支援マニュアル』厚生労働省，P. 33-37, 2005
- 12) 布村明彦：『認知症の予防総論』，モダンフィジシャンvol.26 No.12, P. 1847-1851, 2006
- 13) 織田雅也，宇高不可思：『血管系危険因子』，モダンフィジシャンvol.25 No.9, P. 1069-1072, 2005
- 14) 大塚美恵子：『食事・栄養』，モダンフィジシャンvol.25 No.9, P. 1073-1076, 2005
- 15) 浦上克哉：『年齢，性別，教育歴』，モダンフィジシャンvol.25 No.9, P. 1056-1057, 2005
- 16) 宇高不可思：『アルツハイマー病の危険因子と予防，治療－巻頭言－』，モダンフィジシャンvol.25 No.9, P. 1054-1055, 2005
- 17) 森敏：『頭部外傷，精神的ストレス，うつ病，歯牙喪失，その他の危険因子』，モダンフィジシャンvol.25 No.9, P. 1080-1082, 2005
- 18) Sobel E, Dunn M, Davanipour Z, et al : Elevated risk of Alzheimer's disease among workers with likely electromagnetic field exposure. Neurology 47 : 1477-1481, 1997
- 19) 大西守，寺沢英理子：『ライフステージにおけるトピックス ライフステージに応じたサービスを考える』，精神科臨床サービスvol. 8 No.2, P. 282-288, 2008
- 20) Rogers RL et al : After retirement age physical activity sustain cerebral perfusion and cognition. J Am Geriatr Soc 38 : 123-128, 1990
- 21) Fratiglioni et al : Influence of social network on occurrence of dementia : a community-based longitudinal study. Lancet 355 : 1315-1319, 2000
- 22) 関西学院大学 松川尚子：『ニュータウンの高齢化－入居当時と現在の家族構成から－』，日本都市社会学会，2004
- 23) Wilson RS et al : Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. JAMA 287 : 742-748. 2002
- 24) 竹田徳則，近藤克則，平井寛他：『地域在住高齢者の認知症発症と心理・社会的側面との関連』，作業療法vol.26 No.2, P. 55-65, 2007
- 25) 中村佳奈：『老人会活動に組み込んだ健康体操教室の試み 認知症予防に配慮した体操』，

作業療法vol.27 No.3, P. 283-289, 2008

26) 内閣府：『高齢社会白書 平成19年版』, ぎょうせい, P. 51-54, 2007. 6

27) 宇良千秋：『地域・行政における取り組み』, モダンフィジシャンvol.28 No.10, P. 1523-1526, 2008

28) 矢富直美：『地域医療連携実践ガイドブック』, 治療90巻3号増刊, P. 1204-1209, 2008

29) 金子勇：『高齢社会とあなた 福祉資源をどうつくるか』, 日本放送出版協会, P. 150, 1998

30) 愛知県：『あいちの地域づくり白書』, P. 16-17, 2008. 5

URL1) NPO法人ニッポン・アクティブ・ライフ・クラブ <http://www.nalc.jp/>

URL2) NPO法人寝屋川あいの会 <http://www.paw.hi-ho.ne.jp/ainokai/>

URL3) NPO法人ひらかた地域通貨ひらりの会 <http://hirari.jp/>

【資料1】

〈高齢者の日常生活に関するアンケート〉

大阪府市町村振興協会主催の「介護予防研究会」において「認知症予防」を主題とし、高齢者の日常生活が、認知症の予防にもたらす効果についての研究を行っており、その一環として、大阪府下にお住まいの概ね70歳以上の方を対象に過去の就労状況や日常生活の様子について、アンケート調査をさせていただきます。

この調査の結果は、すべて統計的に処理され、研究を行うための基礎資料として利用するものであり、ご回答の有無によって皆様に不利益が生じることはありません。またプライバシーの保護を優先し、お答えいただきました内容は全体として集計いたしますので個人的な資料がでることは決してありません。

平成20年 8月

大阪府市町村振興協会 特別研究「介護予防研究会」

アンケートをご記入された方（当てはまるところに○をつけてください）

1. 本人 2. 家族 3. その他（ ）

下記の質問の当てはまるところに、○をつけてください。
（設問によっては、（ ）内に回答をご記入ください

問1. あなたの年齢、性別を教えてください。

年齢（ ）歳 1. 男 2. 女

問2. あなたの現在の家族構成を教えてください。（○は1つ）

1. 1人暮らし 2. 配偶者と2人暮らし
3. 配偶者を含む3人以上 4. 配偶者はいないが2人以上

（あなたの就労経験について質問します）

問3. あなたの就労年数について教えてください。（○は1つ）

1. 10年未満 2. 10年以上20年未満 3. 20年以上30年未満
4. 30年以上 5. 主婦や家事手伝いをしていた 6. 就労経験なし

※問3で1. 2. 3. 4と答えられた方にお聞きします。

（5. 6と答えられた方は、問6に進んでください）

問4. あなたが就労されていた業種について教えてください。（○は1つ）

1. 専門技術職 2. 事務職 3. 営業販売職 4. 保安職
5. サービス職 6. 農林漁業職 7. 運輸通信職 8. 生産労務職

問5. 就労されていた仕事を退職後に、その仕事を活かして、何か地域で活動されていますか？
（○は1つ）

1. はい 2. いいえ

裏面にも質問があります

(あなたの居住の状況について質問します)

問6. あなたは今のところに住まれて何年目になりますか。

(年目)

問7. 今、お住まいの地に住んでいる理由を教えてください。(○は1つ)

1. 幼少時からずっと住んでいるため 2. 仕事で転勤してきたため
3. 結婚したため 4. この地に住みたかったため 5. その他

問8. あなたは55歳を過ぎてから転居しましたか。(○は1つ)

1. 55歳～59歳の間 2. 60歳～64歳の間
3. 65歳以降 4. 転居していない

※問8で、1. 2. 3と答えられた人に質問します。

(4と答えられた人は、問12に進んでください)

問9. 転居前の家族構成を教えてください。(○は1つ)

1. 1人暮らし 2. 配偶者と2人暮らし
3. 配偶者を含む3人以上 4. 配偶者はいないが2人以上

問10. 転居後の家族構成を教えてください。(○は1つ)

1. 1人暮らし 2. 配偶者と2人暮らし
3. 配偶者を含む3人以上 4. 配偶者はいないが2人以上

問11. 転居後、ご近所付き合いがすぐにできましたか。(○は1つ)

1. はい 2. いいえ

問12. 現在同じ町内に親しくしているひとはいますか。(親族以外で) (○は1つ)

1. いる 2. いない

(あなたの健康状態について質問します)

問13. 現在、介護認定を受けていますか。(○は1つ)

1. はい ⇒ 1. 要支援 1・2 3. 要介護 1・2・3・4・5
2. 受けていない(非該当)

問14. 今までに脳の病気(例:脳梗塞、クモ膜下出血など)にかかったことがありますか。

1. はい 2. いいえ

2枚目にも質問があります

問15. 下記の病気の中で、今までに医師の治療を受けているものを選んで下さい。

(複数回答可能)

1. 心臓に関わる病気 (例：狭心症、心筋梗塞、不整脈など)
2. 肺に関わる病気
(例：慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、結核など〔ただし肺がんを除く〕)
3. 腹部内臓に関わる病気
(例：胃・十二指腸潰瘍、腎炎、肝炎など〔ただし各種がんを除く〕)
4. 精神に関わる病気 (例：統合失調症、うつ病、神経症、ノイローゼなど)
5. 骨や関節に関わるケガや病気
(例：骨折、変形性関節症、関節痛、腰痛、リウマチ等)
6. 悪性新生物
(例：胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮ガン、前立腺がんなど)
7. 目の病気 (例：白内障、緑内障、加齢黄斑変性症など)
8. その他⇒よろしければ () 内にご記入ください。 9. 該当するものがない ()

(○はいくつでも可能)

問16. 問15に挙げている病気の中で、過去に入院し治療したことがありますか。

1. はい
2. いいえ

(あなたの生きがいについて質問します)

問17. 定年後若しくは60歳代の頃に何らかの趣味・娯楽活動 (例：運動、旅行、囲碁、将棋、釣り、園芸、読書・手芸など) をしていましたか。 (○は1つ)

1. 週3日以上していた
2. 週1回程度
3. していなかった

問18. 定年後若しくは60歳代の頃に地域活動 (町内会・自治活動、老人クラブ活動、ボランティア活動など) に取り組んでいましたか。(複数回答可能)

1. 町内会・自治会活動
2. 老人クラブ活動
3. NPO活動、市民運動活動
4. 宗教活動
5. 社会福祉、ボランティア、子供会・青少年育成活動
6. 行政関連活動 (民生委員、食生活改善推進員、健康推進員など)
7. その他 ()
8. 取り組んでいない

(○はいくつでも可能)

問19. 定年後若しくは60歳代の頃にどのようなことに生き甲斐を感じていましたか。

1. 旅行
2. 買い物
3. 宗教への信仰
4. ペットの世話
5. 飲食
6. 運動
7. 学習
8. 園芸
9. 休養
10. 仕事
11. 家族との団らん
12. ギャンブル
13. ボランティア活動
14. 友人との会話
15. 特になし
16. その他 ()

(○はいくつでも可能)

ご協力ありがとうございました

【資料2】 忠岡町使用分

平成20年 月 日

- 〇〇施設職員のみなさま
- 〇〇施設へ入所のみなさま

財団法人 大阪府市町村振興協会
おおさか市町村職員研修研究センター
研究課長 上浦 善信

『認知症予防』に関するアンケート調査について（ご協力をお願い）

時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

当センター（所長：齊藤慎／大阪大学大学院経済学研究科教授）では、大阪府内市町村職員に対する研修事業や広域的な行政課題についての調査・研究事業を実施しております。

この度、研究事業の一つとして、昨年度に引き続き、「介護予防研究会」を設け、大阪府立大学大学院総合リハビリテーション学研究科今木雅英教授の指導のもと、現在、大阪府内市町村職員が主体となって、調査・研究活動に取り組んでおります。

そこで、調査研究の一環として、「認知症予防」を主題とし、高齢者の日常生活が、認知症の予防にもたらす効果についての研究を行っており、そのデータ収集のために、大阪府下にお住まいの概ね70歳以上の方を対象に過去の就労状況や日常生活のご様子について、アンケート調査を行なうことになりました。

つきましては、お忙しいところとは存じますが、ご協力いただきますようよろしくお願いいたします。

記

〈調査に関する手法等〉

聞き取り：介護予防研究会 研究員
（忠岡町健康福祉部いきがい支援課）
TEL 0725-22-1122

手 法：概ね30分程度の聞き取りを行う予定です。

〈問 合 せ〉

〒540-0008 大阪市中央区大手前3-1-43 大阪府新別館南館6階
財団法人 大阪府市町村振興協会
おおさか市町村職員研修研究センター（愛称：マッセOSAKA）
介護予防研究会 担当：早川裕也
TEL 06-6920-4565 FAX 06-6920-4561
e-mail：hayakawa-tr@masse.or.jp

【資料2-1】

「介護予防研究会」においての「認知症予防」研究の説明を受け、内容を承知した上で、本調査に

協力する 協力しない
(いずれかを○で囲んでください。)

平成20年 月 日

署名

(代理)

財団法人 大阪府市町村振興協会
おおさか市町村職員研修研究センター
研究課長 上 浦 善 信 様

介護予防研究会 第2班

先進事例から学ぶ地域主体の介護予防

班長	久場 正	(枚方市)	東 喜久子	(豊中市)
	山本香代子	(池田市)	河野 清美	(島本町)
	高橋 慶子	(大東市)	田中 昌博	(岸和田市)
	松尾 裕子	(大阪府立大学大学院)	本研究会指導助手	

I. 緒 言

介護保険制度は高齢者の自立支援を目的に創設され、介護予防の重要性は制度発足当初から盛り込まれていたが、平成18年4月の介護保険法改正により介護予防推進の重要性がより強調され、地域支援事業が始まった。事業の内容は、要介護状態等となるおそれの高い虚弱な状態にあると認められる65歳以上の者（特定高齢者）へ介護予防特定高齢者施策、及び、すべての高齢者（一般高齢者）への介護予防一般高齢者施策のふたつからなる。

介護予防一般高齢者施策の1つに地域介護予防活動支援事業があり、介護予防に資する地域活動組織の育成及び支援が位置づけられている¹⁾。介護予防推進のために「介護予防に対する取り組みが自主的・継続的に行われるためには、地域における環境の整備や活動支援等を含めた様々な施策が連携し、関係する様々な機関等が地域のネットワークを構築しながら、高齢者が生き生きと活動できる地域づくり、まちづくりが行われることが重要である」²⁾と謳われており、行政と住民の協働による介護予防への取り組みが重要とされている。

このような考え方にに基づき、「地域住民が主体となり取り組む体操グループ」立ち上げの事業（以下「事業」という）が市区町村で広く展開されており、多くの先進事例が紹介されている^{3)~9)}。しかし、その取り組みを始めるに至ったきっかけや過程、どのように課題を解決し事業実施に結びつけたのかは明確にされていない。

そこで、我々はその事業を先進的に取り組んでいる市区町村に対して、事業発案から事業実施までの過程を聞き取り調査し、「事業発案・構想の時期と職種」「庁内連携」「住民組織連携・支援方法」などについて研究を行った。その結果、先進市区町村における「地域住民主体の体操グループ立ち上げ」について、いくつかの共通した手法を明確にすることができたので報告する。

II. 研究 方 法

全国1804市区町村（平成19年3月現在）において、地域住民主体の体操グループ立ち上げに取り組んでいる市区町村の中から、以下に挙げる先進市区町村の取り込み基準を全て満たす市区町村を抽出する。先進市区町村に対し、事業実施の過程や課題の解決法、成功要因などに関する23の質問項目からなるアンケート用紙（別紙1 P. 45～参照）を基に、電話にて聞き取り調査を行う。その中からより先進的と思われる市区町村を訪問し、直接面接聞き取り調査を行い、先進市区町村に共通した特徴を探る。

先進市区町村の取り込み基準

- ① 週1回、1年以上活動が継続していること
- ② 市区町村が定期的にかかわっていること
- ③ 参加人数が開催当初から減少していないこと
- ④ 1箇所ではなく、市区町村内複数箇所にわたり普及していること

1. 調査対象

上記の先進市区町村の取り込み基準に該当した23市区町（表1）に、電話と文書で調査協力を依頼し、協力の同意を得られたので電話聞き取り調査の対象とした。さらに、より先進的と思われる4市（大東市、稲城市、前橋市、高知市）を面接聞き取り調査の対象とした。

表1 調査対象市区町

市 区 町 名	回答者の所属先	総 数	高齢者人口	高 齢 化 率
岩手県（一関市）	一関保健所 保健課（※）	123,294	35,567	28.8%
宮城県 仙台市	高齢企画課	1,003,733	175,819	17.5%
茨城県 水戸市	保健センター	265,030	53,792	20.3%
茨城県 牛久市	高齢福祉課	78,353	13,910	17.8%
群馬県 前橋市	介護高齢福祉課	318,830	70,399	22.1%
群馬県 藤岡市	介護高齢課	70,120	15,481	22.1%
東京都 荒川区	高齢者福祉課	182,779	41,235	22.6%
東京都 稲城市	高齢福祉課	80,066	12,485	15.6%
石川県 かほく市	健康福祉課	35,255	7,872	22.3%
三重県 伊賀市	健康推進課	97,058	26,195	27.0%
奈良県 生駒市	福祉支援課	116,949	21,870	18.7%
兵庫県 養父市	地域包括支援センター	28,362	8,874	31.3%
岡山県 津山市	健康増進課	108,945	26,348	24.2%
岡山県 美作市	高齢者福祉課	32,740	10,986	33.6%
香川県 高松市	保健センター	422,196	89,712	21.2%
高知県 高知市	健康づくり課	340,839	74,628	21.9%
高知県 田野町	保健福祉課	3,211	1,086	33.8%
大分県 竹田市	健康増進課	26,501	10,222	38.6%
大阪府 堺市	健康増進課	833,694	170,890	20.5%
大阪府 大東市	健康いきがい課	125,687	23,205	18.5%
大阪府 島本町	地域包括支援センター	29,377	5,667	19.3%
大阪府 太子町	地域包括支援センター	14,429	2,690	18.6%
大阪府 大阪市城東区	保健福祉センター	161,780	33,798	20.9%
平成20年3月31日現在 (総務省自治行政局 住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数より引用)		23市区町の高齢化率		20.7%
		全国の高齢化率		21.6%

※一関市の管轄保健所

2. 調査期間

電話聞き取り調査 平成20年8月～9月

面接聞き取り調査 平成20年8月～9月

3. 調査項目

日頃研究員が事業実施において直面し、悩んでいる課題を大きく以下の4つのカテゴリーに分けて分類し、さらに事業実施の阻害要因（苦勞した点）と成功要因についても質問項目を設定し、先進市区町への聞き取り調査票を作成した。

- 1) 事業発案・構想の時期とその職種について
- 2) 庁内連携について
- 3) 住民との連携について
- 4) 住民組織への支援方法や行政の関わり方について
- 5) 事業実施の阻害要因と成功要因について

上記の5つの項目を基に、23の質問項目からなるアンケート用紙（別紙1 P. 45～参照）を作成した。

4. 調査方法

先進市区町の担当者へ事前にアンケート用紙（別紙1 P. 45～参照）を送付し、電話にて聞き取り調査を行った。さらに、電話調査を基に先進地を4市にしほり、研究員が訪問し直接面接聞き取り調査を行った。

5. 分析方法

調査結果は質問項目ごとに整理し、内容の類似性で分類した。回答数の多い内容を共通する手法として考え、さらに上記の5つの項目別に検討し、先進市区町に共通した特徴を分析した。

検定は χ^2 検定で行った。解析には、統計パッケージ Stat View 5.0を用いた。

6. 倫理的配慮

調査実施にあたり、対象市区町の担当者に口頭と文書にて研究の趣旨、協力を得たい内容について説明し同意を得た。

Ⅲ. 結 果

1. 事業発案・構想の時期とその職種について

事業発案のきっかけ（図1）は、老人保健法における従来からの地区活動や日常の業務から生じた気づきや課題などが最も多かった。少数回答では、市の教室修了者やボランティア、サポーターなど、市民の要望に応える形や、「平成18年度の介護保険法の改正」「健康日本21の計画目標」「モデル事業」がきっかけという回答もあった。

事業を発案した職員（図2、3）は保健師が最も多く、中でも保健部門の保健師であることが多かった。「理学療法士・作業療法士」「健康運動指導士」「事務職」「管理栄養士」という回答もあった。

事業開始時期は平成17年度以前が12市区町、18年度5市町、19年度6市区町であった。

事業準備期間は1ヶ月～48ヶ月と幅があったが、78%の市区町では1年以内で事業が開始されていた。また事業協力で理学療法士・作業療法士が協力した場合の事業準備期間を比較すると（表2）、協力が得られると有意に準備期間が短かった。（ $p = 0.02$ ）

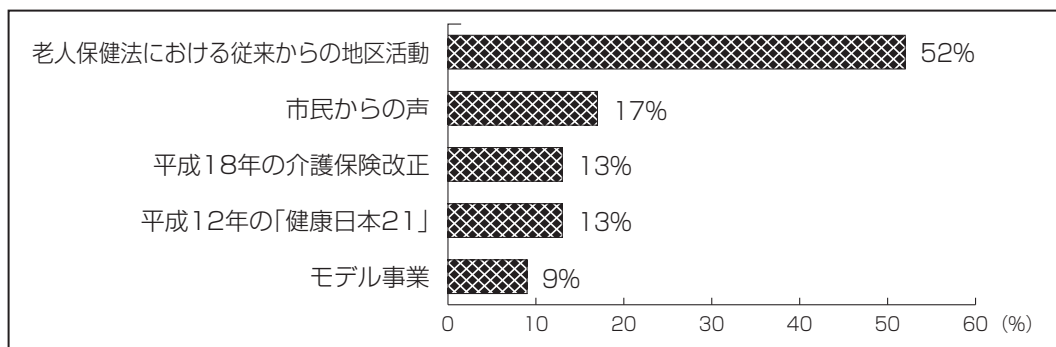


図1 立ち上げのきっかけ（複数回答）

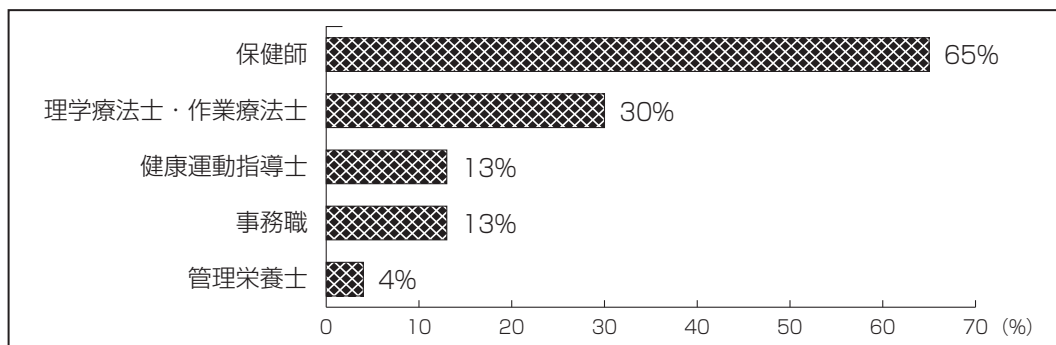


図2 発案した職員（複数回答）

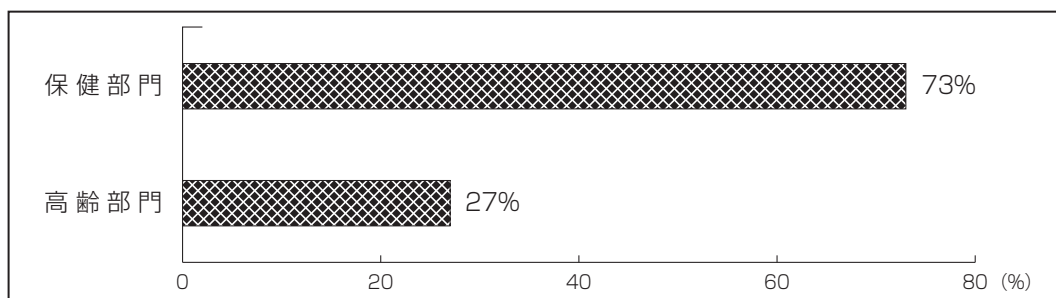


図3 発案者の所属部署
表2 事業開始までの期間と PT, OT との協力

	半年以内	それ以上	計
協力がなし	3	8	11
協力あり	9	3	12
	12	11	23

2. 庁内連携について

庁内の関係各課と連携（図4）したとの回答は半数あり、連携先は高齢部門、保健部門であった。一方連携はしていない市区町もあり、「課内に必要な人材（専門職）が確保できていたため課単独での事業として立ち上げた」「現場の担当者同士は連携していた」という回答もあった。連携を行ったと回答した市区町のうち関係各課と会議（表3）を開催したのはほぼ半数の回答であった。回答選択肢にはないが、必要な話し合いは随時行ったという回答が見られた。連携での苦勞（表4）は、「特になし」「職員の協力を得ること」「社協との連携」という結果であった。

図4 庁内連携

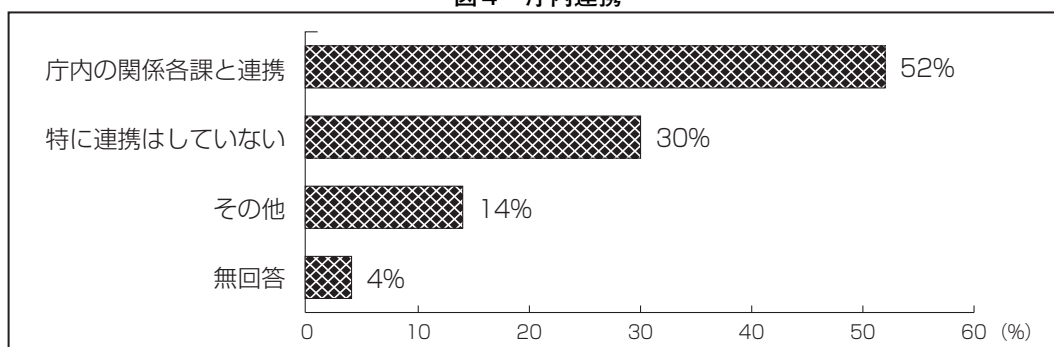


表3 関係各課との会議
(連携を行った52%のうち)

会議を開催	47%
会議は行っていない	41%
その他	6%
無回答	6%

表4 連携での苦勞（複数回答）
(連携を行った52%のうち)

特になし	29%
職員の協力を得ること	24%
社協との連携	12%
その他	24%
無回答	24%

3. 住民との連携について

住民へのニーズ調査（表5）は、「特に調査はしていない」、「既存の保健師等の地区活動で住民ニーズを把握していた」という回答が多かった。その他として、健康日本21のアンケートを活用したという回答もあった。

表5 住民へのニーズ調査（複数回答）

特に調査等はしていない	39%
既存の保健師等の地区活動で住民ニーズを把握していた	39%
事業に関する住民（組織）のニーズ調査をした	9%
その他	26%

事業を持ちかけた住民組織（表6）は、老人会・自治会・趣味の会などの既存の住民組織が最も多かった。その選別方法（表7）については、住民組織とつながりのある職員がいたという回答が最も多く、「協力してもらえそうな既存組織全て」「市民公募」「ニーズ調査の結果ニーズが高かった地域の住民組織」「希望団体」の順となっている。既存組織へのアプローチ方法としては、その住民組織を管轄している事務局から情報収集し、（介護予防に取り組みたいが）「集まるネタがない」「何をしたらいいかわからない」などの課題を把握し、その解決法の1つとして体操を勧めていったという回答もあった。既存の住民組織とは別の自主グループを立ち上げたという回答の半数は、市の介護予防教室や介護予防サポーター養成講座などの修了者が中心となって自主グループを立ち上げていた。既存の住民組織においても、介護予防リーダー養成講座などの修了者が主となって事業に取り組むようになったという回答があった。

表6 事業立ち上げを持ちかけた住民組織（複数回答）

自治会、老人会、校区福祉委員会等の既存の組織に事業の取り組みを持ちかけた	70%
囲碁同好会、カラオケ愛好会等のテーマ型の自主グループに取り組みを持ちかけた	13%
既存の組織とは別の自主グループを立ち上げた	26%

表7 住民組織の選別方法（複数回答）

その組織とつながりがあった職員がいた	48%	
その他	協力してもらえそうな既存組織、思い当たる組織など全て	17%
	市民公募	9%
	ニーズ調査の結果ニーズが高かった地区の住民組織	4%
	希望団体	4%

住民組織との連携で配慮した点（表8）は、「行政からのお願いや押し付けではなく住民の自主性を重んじること」「事業について説明する機会を頻繁につくる」「出前講座を夜間や土日にも開催する（大東市）」「90代の参加者の参加前後の歩行状態を比較し、運動機能が大きく改善し元気になった姿をビデオで紹介する（高知市）」「体操を体験してもらいその効果を実感してもらう」「体操の教材や道具を配布する」などの回答であった。住民が介護予防に対するニーズを自覚しておらず活動を開始する段階にない場合には、無理には勧めずに適した時期が来るまで待つ。または、潜在的なニーズを自分たちの問題として具体的に捉えられるように専門職が資料等を提供することにより事業に結びついた、という回答も

あった。「介護予防の必要性や効果に関する説明では、介護保険料の上昇を数字で示し、介護予防によってその上昇を抑えられるかもしれない、と身近に実感できるような工夫（大東市）」がみられた。

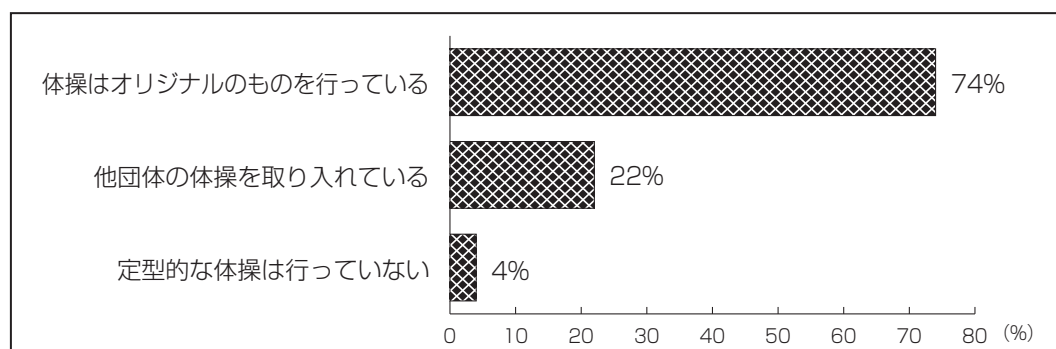
表8 住民組織との連携で配慮した点（複数回答）

行政からのお願いや押し付けではなく、住民自らがやる気になるように、自主性を重んじること	26%
体操を体験してもらう	22%
事業について説明する機会を頻繁につくる	17%
成功事例を紹介する	13%
体操の教材や道具を配布する	13%
特になし	4%

4. 住民組織への支援方法や行政のかかわり方について

グループで実施する体操（図5）は、決まった体操を行っている市区町がほとんどであり、なかでもオリジナルの体操を作成して行っていることが多かった。各地域の歌や音頭に合わせた体操が多いが、高知市の「いきいき百歳体操」を取り入れている市区町もあった。

図5 グループで行う体操

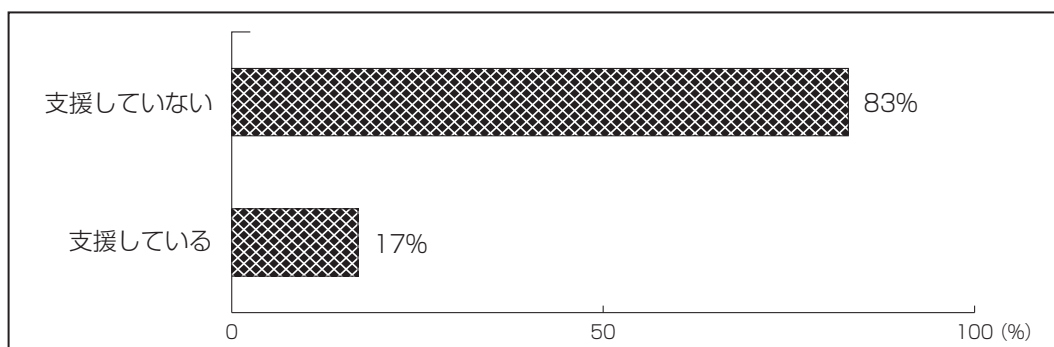


活動する会場（表9）については、公民館などの公共施設と地域で管理している集会所などを利用していることが多く、行政は会場確保への支援（図6）はせず、住民自身で会場確保を行っているところが多かった。物品の貸し出しや依頼書の発行などの支援は行っているという回答は少数ながらあった。

表9 活動する会場

公民館などの公共の施設と地域で管理している集会所などを利用	91%
公民館などの公共施設のみを利用	9%

図6 会場確保への支援



事業実施におけるかかわり方（図7）は、「介護予防リーダーを養成している」「立ち上げ当初は職員が出向き軌道に乗ったら必要時に出向くのみ」という回答が多く、職員に代わってグループをリードする人員として介護予防リーダーを養成している市区町が多かった。「まずは介護予防リーダーに体操の効果を実感してもらうため対象者と一緒に受講してもらった」「介護予防リーダーの指導により住民が体の変化を実感しその効果が口コミで広がった」という調査報告もあった。「自主グループの立ち上げや技術支援に専門家を雇い挙げて派遣している」という回答もあり、「物品購入時の資金援助」「運営の下準備」などの後方支援という回答も少数ながらあった。

事業の効果の把握（表10）としては、定期的に効果測定を行っているのが半数以上を占めた。

図7 事業実施における行政のかかわり方（複数回答）

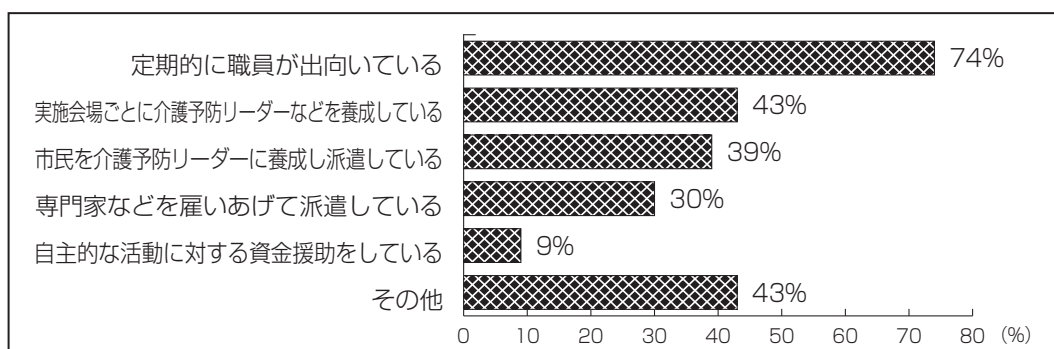


表10 効果の把握

定期的に体力測定を行っている	65%
効果測定は行っていない	35%

5. 事業実施の阻害要因と成功要因について

予算（表11）については、立ち上げ当初から予算がついていたのは半数に満たなかった。

事業開始時の苦勞（表12）は、会場確保や名簿管理等の事務作業や地域へ出向くことなど業務量増大への対応が最も多かった。住民協力の確保という回答もあり、協力が得られな

い、あるいは盛り上がってこない地域への対応に苦勞がみられた。関係各課との調整としては、協力依頼や消極的な意見への説得などが挙げられている。「課内での事業への反対や無理解などに対する調整」「予算の確保」「会場の確保」という回答も少数ながらあった。一方、苦勞は特になかったとの回答もあり、比較的順調に進んだ市区町もあった。

表11 立ち上げ時の予算

立ち上げ当初から予算がついた	48%
予算はなかった	30%
その他の事業予算を流用した	22%

表12 事業開始時の苦勞（複数回答）

事務量の増大への対応	61%
住民の協力の確保	43%
関係各課との調整	39%
課内の調整	17%
予算の確保	17%
会場の確保	17%
その他	17%

事業が成功した要因（表13）としては、住民のニーズにあった活動が提供できたからの回答が最も多く、日々の業務で感じ取ったニーズや住民からの声を生かした結果である。「担当者の熱意」「チームの協力関係」との回答も多数あり、当初からチーム一丸となって取り組んだ場合もあるが、当初は協力的でなくても担当者の積極的な取り組みに押されて協力してくれるようになった場合や、事業の意味を確認しながら進めるうちに協力を得られた場合もあった。常日頃より住民組織との信頼関係構築に努めていたからという回答もあり、民生委員などの会合への出席や、地区活動などの地道な努力の積み重ねにより信頼関係が構築され、地域住民の協力が得られた。計画に策定されている場合や関係各課での会議で確認されている場合は「課内のビジョンがはっきりしていた」という回答につながっている。その他として、「住民同士の口コミにより広がった」という回答も多くあった。

表13 成功した要因（複数回答）

住民のニーズにあった活動が提供できたから	78%
担当者の熱意	61%
チームの協力関係	61%
常日頃より住民組織との信頼関係構築に努めていたから	48%
課内のビジョンがはっきりしていた	30%
住民組織の活動がさかんだったから	22%
その他	13%

IV. 考 察

本研究では、地域住民主体の体操グループ立ち上げについて、先進的な取り組みをしている市区町に調査を行った結果、立ち上げのためのいくつかの共通した手法を明確にすることができた。

1. 事業発案・構想の時期とその職種について

事業を発案した職員は保健師が最も多く、他に理学療法士、作業療法士、健康運動指導士等の専門職種が関わっている市区町も半数を占めた。また、事業発案時の所属部署は保健部門が多く、老人保健法における従来からの地区活動や日常業務からの気付きがきっかけという回答が半数に達している。これは、事業立ち上げに際して住民のニーズ調査を行ったのは少数派である一方、保健師が日々の地区活動の中でニーズを把握していた場合が多数であったことと合致している。吉岡ら¹⁰⁾が日本の市町村保健師を対象に新規事業の発案と実施に関わる要因を調査した結果、新規事業を発案し実施できた保健師はそうでない保健師に比べ、類似の健康・生活問題を持つ住民が、管轄内に潜んでいる可能性があるかを考慮する割合が有意に多かった。つまり、事業を発案し、それを実施できた保健師をはじめとする職員は日頃から健康・生活問題の現状やその改善に活用できる資源を考慮しながら日常業務を行っていたものと考えられる。また、理学療法士・作業療法士の協力があると事業準備期間が有意に短かったという結果が得られており、事業内容に精通した専門職の活用は成功のための大きな要因であると言える。

事業実施の阻害要因として、関係各課との調整や課内での事業への反対や無理解などに対する調整など、周囲の協力を得ることへの苦労という回答があった。実際に、住民支援について日頃から職場で相談していることが新規事業提供経験の有無に有意に関連しているという報告もあり¹⁰⁾、日常的に職場全体で意思疎通をはかることで、発案者の個人的思考だけでなく、職場全体の意思を事業計画段階で取り入れることができ、結果として事業化がスムーズに行われるのではないかと考えられる。縦割り組織の弊害がこれまでも言われているが、日頃から自由に発言でき、良好な話し合いができる職場環境が事業発案に必要であると言える。

2. 庁内連携について

事業を開始するに当たり、関係各課との連携は必須のものと予測していた。調査結果からも連携を図っていた市区町が半数であり、連携の必要性は示唆された。しかし、連携をしていない市区町も存在し、課内に必要な人材（専門職）が確保できていたことが理由として挙げられた。このことから、保健師等の専門職が担当課内に所属していれば、他課との連携の必要性が低くなるものと考えられる。

庁内連携の例として、住民組織への協力を得るために住民組織を管轄している事務局との連携が見られた。事務局が把握している住民組織のニーズや課題を共有し、その解決策として体操を勧めたという調査報告があることから、事務局と連携することは事業への住民組織の協力を得やすくする重要なポイントの一つと考える。

従来、事業を開始する際、合意形成段階での働きかけの重要性が強調されてきたこともあり¹¹⁾ 庁内連携を行う場合は、会議などの場を設けて業務を進めていく必要があるものと考えていたが、事業開始にあたり庁内の関係各課と連携を行った市区町においても、事業について関係各課との会議を開催した市区町は半数であり、会議を開催していない市区町と差はみられなかった。このことから、連携のための会議は必ずしも必要ではないことが示唆された。会議は行っていないが必要な話し合いは随時行ったという調査報告もあったことから、連携のためには、形式的、手続き的に会議を持つことなく、必要時に話し合いができ、課題を共有し、相互に補完できる体制や職員同士の関係構築が重要であると考えられる。

3. 住民との連携・支援について

事業を持ちかけた住民組織は、老人会、自治会などの既存の住民組織が多数であるのに対し、既存組織とは別に新しく住民組織を立ち上げたのは少数であり、住民主体の体操グループ立ち上げを働きかける住民組織は、既存の組織を活用することがほぼ定石となっている。

住民組織との連携や支援において配慮する点として、中尾¹²⁾ らは、住民が主体的な意識を持ち、行政とパートナーシップによる活動をするために必要なこととして「活動の価値や重要性が原動力になるので、活動の目的や意味について住民と行政が共通理解を持つことが大切」と述べている。我々の調査からも、体操による運動機能の改善が図られた事例の紹介や、定期的な効果測定を行うことで体操の有効性を理解・納得してもらい、住民から体操を実施したいという声が出るような仕掛け作りを行ったという調査結果が得られており、住民が体操の目的や意味を理解することにより、主体性を持って事業を実施できるものと推察される。

仕掛けづくりのひとつとして体操に注目すると、ほとんどの市区町が定型的な体操を行っており、その内容としてオリジナルな体操を開発した自治体が多数を占めた。このことから、定型的な体操、特に市区町のオリジナル体操を行うことが住民主体の体操グループの立ち上げの重要なポイントの1つと考える。

成功した要因として、住民の自主性を重んじ行政は前面に出ない姿勢、という回答もあった。中尾¹²⁾ は、住民が行政のお手伝いではなく、自らのこととして活動に取り組むには、「住民の役割と行政の役割を明確にし、提示する」「行政は時間をかけることを厭わないことが必要」と述べている。先進市区町でも、住民の自主性を育てるために活動する会場確保への支援は行わず住民でもらう、立ち上げ当初は職員が技術支援に出向くが、回数を決めておきその回数以上には出務しない等のルールを作っている例が見られた。こうした回答から、事業立ち上げの段階で行政が行うこと、住民が行うこと、各々の役割を整理しておき、その役割を超えて援助しすぎないこと、また、住民が活動を開始できる状況になれば無理に勧めずに準備が整うまで待ち、時間がかかっても住民の力を信じて見守ることも大切な成功のポイントであると推察される。

しかしながら、どの住民組織も容易に介護予防のための自主グループ立ち上げに取り組めるものではない。先進市区町の多くが介護予防リーダーを育成しているという結果から、介護予防への理解や知識、グループ運営について学ぶなど、地域住民の核となる人材を住民の中から育成していくことの必要性が浮かび上がってくる。そうすれば、行政からの「やらさ

れ感」や「押し付けられ感」なく、地域の介護予防は住民が自ら担っていく気運と地域に根差した地域住民の自主的な活動が広がっていくものとする。

V. 結 語

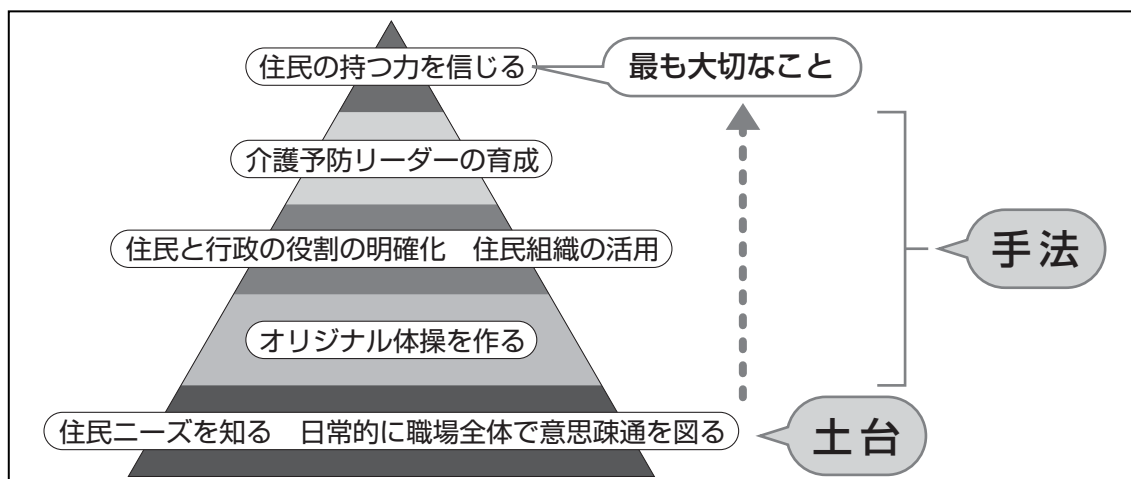
今回調査した23市区町から導き出された、地域住民主体の体操グループ立ち上げの手法を以下にまとめる。

1. オリジナル体操を作る
→住民が体操の目的を理解し、行政と共有し、主体的に取り組めるように。
2. 活動場所の確保は住民が行う
→行政と住民の役割を明確にするために。
3. 行政が支援する回数や内容を事前に決める
→自主的な取り組みを促進するために。
4. 介護予防リーダーを育成する
→核となる人材を育て、継続する仕組みづくりを支援するために。

本研究で得られた手法は以上の4つであるが、これらの手法を実施するには「住民ニーズを知る」「日常的に職場で意思疎通を図る」という土台があることが不可欠である。しっかりした土台があってこそ手法は有効であり、機能を発揮する。そのためには、当たり前のことではあるが、職員が日常から課題意識を持って取り組み、職種に応じてその役割をきちんと果たすことが必要である。そして更に「住民の持つ力を信じる」こと、この姿勢が大切である（図8）。

本研究では具体的手法が導き出されたが、我々の職場は“立ち上げの手法”に今すぐ取り組めるだけの土台が整っているだろうか。そのことを改めて考えさせられる結果であった。

図8 立ち上げ成功のための法則



VI. 研究の限界

本研究の調査対象は先進市区町のみであるため、対象群（成功していない市区町村）との比較検討が行えていない。そのため先進地の多数回答を立ち上げのための共通手法としてまとめている点や、規模や専門職数に大きな差異がある市区町を比較しており、この結果を全ての市区町村において活用することは難しい。今後はさらに多くの調査を重ね、先進市区町村のみでなく事業に苦慮している市区町村への調査も行い、より共通した手法を明確にする研究が望まれる。

参 考 文 献

- 1) 地域支援事業実施要綱, 最終改正, 平成20年3月31日
- 2) 厚生労働省老健局老人保健課, 第1回地域包括支援センター・介護予防に関する意見交換会
- 3) 赤塚清矢, 神先秀人 他: 花の山形! しゃんしゃん体操の紹介と介入効果, 山形理学療法学, 第4巻, P. 11-14
- 4) 池田睦美, 森津外茂美 他: かほく市の社会資源を活用した介護予防事業の展開, 月刊総合ケア Vol. 15, No. 4, P. 24-29, 2005. 4
- 5) 海老沢明子, 咩野洋一: 転倒予防体操「水戸転けないばやし」, Osteoporosis Japan, Vol. 15, No. 2, P. 190-191, 2007
- 6) 小山朝子: 継続性を重視し, 地域に根ざした住民主体の活動をめざしてー横浜市保土ヶ谷区の転倒骨折予防事業の試みー, おはよう21 Vol. 16, No. 11, P. 70-73, 2005. 10, 中央法規出版
- 7) 山田拓実, 米本恭三 他: 実例集 荒川ころばん体操, JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION, Vol. 14, No. 1, P. 33-38, 2005. 1
- 8) 山田拓実, 与儀恵子 他: 運動器の機能向上プログラムー荒川ころばん・せらばん体操の紹介ー, 理学療法 湖都 第26号, 特別寄稿, 2006
- 9) 吉永智子: 市内全域に拡大してきた「いきいき百歳体操」, 月刊総合ケア Vol. 15, No. 4, P. 18-23, 2005. 4
- 10) 吉岡京子, 村嶋幸代: 日本の市町村保健師による事業化プロセスの経験とその関連要因, 日本公衆衛生雑誌 Vol. 54, No. 4, P. 217-225, 2007
- 11) 阿部孝夫: 行政における意思決定の手続き, NOVITAS No. 7, P. 169-182, 1998
- 12) 中尾八重子: 住民と行政とのパートナーシップに関する研究, 県立シーボルト大学看護栄養学部紀要 第4巻, 2003

(別紙1)

先進地電話聞き取り調査票

〈テーマ〉 「住民主体による体操実施グループの立ち上げについて」

〈研究目的〉 大阪府内のどこの市町村でも、「住民主体の体操実施グループ」立ち上げが可能となるように、先進的な取り組みをしている自治体への聞き取り調査を行い、立ち上げのための共通した手法を明確にする。

〈担当者・現状〉

問1 回答していただく担当者の所属部署および名前をお聞かせください。

- ① 所属部署名 ()
- ② お名前 ()

問2 19年度の体操実施グループ数及び実施頻度、参加人数をお聞かせください。

- ① グループ数
- ② 頻度
- ② 参加人数

〈事業発案・構想〉

問3 貴市での取組の開始時期をお聞かせください。

- ① 事業を発案した時期 ()
- ② 開始までの準備期間 ()
- ③ 開始時期 ()

問4 体操実施グループづくり（以下事業）の立ち上げのきっかけをお聞かせください。

（例）平成18年の介護保険法の改正・老人保健法における従来からの地区活動・平成12年の「健康日本21」・健康増進法・地域ケア会議・ご当地体操
その他 ()

問5 発案した職員についてお聞きかせください。（複数回答あり）

- ① 職種（事務職・保健師・理学療法士・作業療法士・健康運動指導士・その他）
- ② 所属

問6 発案後、事業立ち上げに協力した職員についてお聞かせください。（複数回答あり）

- ① 職種（事務職・保健師・理学療法士・作業療法士・健康運動指導士・その他）
- ② 所属・役職

〈庁内連携〉

問7 事業の発案を具体化するために、課内および庁内のどの部門もしくは人物にはたらきかけましたか。また、はたらきかける際に、特に配慮した点があればお聞かせください。

問8 事業立ち上げでの庁内の連携についてお聞かせください。

- ① 特に連携は行っていない
- ② 庁内の関係各課と連携して事業を立ち上げた
連携した課名 ()
- ③ そ の 他

問9 事業立ち上げに関して、関係各課との会議があれば名称、参加課名をお聞かせください。

- ① 特に関係課との会議は行っていない
- ② 定例で関係課との会議を開催している
 - ・会議名(例) 地域ケア会議 ()
 - ・内容(例) 情報交換、事例検討 ()

問10 庁内連携において苦勞されたことについてお聞かせください。

〈住民との連携〉

問11 事業立ち上げに関する住民(組織)のニーズ調査についてお聞かせください。

- ① 特に調査等はしていない
- ② 事業に関する住民(組織)のニーズ調査をした
- ③ 既存の保健師等の地区活動で住民のニーズを把握していた
- ④ そ の 他

問12 事業立ち上げ時の住民組織との連携についてお聞かせください。

- ① 自治会、老人会、校区福祉委員会等の既存の組織に事業の取り組みを持ちかけた
 - ・具体的に働きかけた組織名をお聞かせください ()
- ② 囲碁同好会、カラオケ愛好会等のテーマ型の自主グループに取り組みを持ちかけた
 - ・具体的に働きかけた組織名をお聞かせください ()
- ③ 既存の住民組織とは別の自主グループを立ち上げた
- ④ そ の 他

問13 事業立ち上げ時に働きかける住民組織はどのように選ばれましたか。

- ① その組織とつながりがあった職員がいた
 - ・持ちかけた職員の職種をお聞かせください
- ② そ の 他

問14 住民組織への働きかけから立ち上げまでに配慮した点・工夫した点をお聞かせください。

〈活動支援〉

問15 グループで行う体操についてお聞かせください。

- ① 体操はオリジナルのものを行っている
・考案した職員または関係者は誰ですか ()
- ② 他団体の体操を導入している
・導入された体操名をお聞かせください ()
- ③ 定型的な体操は行っていない

問16 グループが活動する会場についてお聞かせください。

- ① 地域で管理している集会所利用
- ② 公民館などの公共施設
- ③ その他 ()

問17 グループが活動する会場の確保について何らかの支援をしているかお聞かせください。

問18 実施において行政のかかわり方をお聞かせください。

- ① 実施会場ごとに介護予防リーダーなどを養成している
- ② 専門家などを雇いあげて派遣している (頻度)
- ③ 市民を介護予防リーダーに養成し派遣している (頻度)
- ④ 自主的な活動に対する資金援助をしている (金額等)
- ⑤ 定期的に職員が出向いている (頻度・職種)
- ⑥ その他 ()

問19 実施の効果の把握についてお聞かせください。

- ① 定期的に体力測定を行っている
- ② その他の効果指標を測定している
- ③ 効果測定は行っていない

問20 体力測定をしている場合の項目およびその他の効果指標をお聞かせください。

握力・開眼片足立ち・5m最大歩行速度・長座位体前屈・
TUG・膝伸展筋力・その他 ()

問21 立ち上げ時の予算についてお聞かせください。

- ① 立ち上げ当初から予算がついた
- ② その他の事業予算を流用した
- ③ 予算はなかった

問22 この事業を開始するにあたり、苦勞されたことをお聞かせください。（複数回答あり）

- ① 課内の調整
- ② 関係各課との調整
- ③ 予算の確保
- ④ 住民の協力の確保
- ⑤ 事務量の増大への対応
- ⑥ 会場の確保
- ⑦ その他

問23 成功した要因についてお聞かせください。

- ① 担当者の熱意
- ② チームの協力関係
- ③ 課内のビジョンがはっきりしていた
- ④ 住民組織の活動がさかんだったから
- ⑤ 住民のニーズにあった活動が提供できたから
- ⑥ 常日頃より住民組織との信頼関係構築に努めていたから
- ⑦ その他

(別紙2)

聞き取り調査から見た各市のエピソード

1. 事業発案・構想の時期とその職種について

〈準備期間〉

- ・通所型事業での住民の自主活動のグループワークで、意識の高い住民が行政に対して地域での活動を要望した。それに引っ張られる形ですぐに事業化にとりかかった。

〈立ち上げのきっかけ〉

- ・保健師が保健部門在籍時に機能訓練を担当していたが、対象者が地域に帰ったときに受け皿がないという声を直接聞いており、平成18年度に高齢部門（地域包括支援センター）に異動した後、これまでの経験を踏まえて構想を実現した。
- ・老健法の機能訓練事業の結果のまとめ方を県に相談したところ、厚労省のモデル事業の誘いがきた。産業振興のゴムを使って何かできないかという相談もあったので、ゴムを使った体操をつくることになった。
- ・単発の事業では意味がないという悩みがあり管轄保健所長に相談したところ、いきいき百歳体操を紹介された。
- ・一般施策の地域介護予防活動支援事業として指導者育成を考えていた頃に島本町の取り組み報告を聞き、いきいき百歳体操に取り組みうと思った。異動が多く長期的な関わりができないので課題の引継ぎが難しく、課題から出た発案ではなく事業ありきで出た発案。
- ・高齢者の集える「場」づくりを主眼に置いて開始した。

〈発案した職員と所属〉

- ・県施設の理学療法士や社会福祉協議会の担当者が立ち上げに協力。
- ・近隣自治体の作業療法士との連携。

2. 庁内連携について

〈連携を行った部門〉

- ・保健部門から高齢部門へ介護予防サポーター養成事業の予算化を依頼。両部門に保健師が在籍しており、話をうまく進めることできた。
- ・仕事の押し付け合いをしてはいけない。職員が同じ目標を持つことで押し付け合いではない協力関係ができる。
- ・複数の職種が話し合うことで多角的な視野で事業企画ができた。
- ・商工観光の担当課（産業振興との連携）
- ・区民企画課（改善甲子園という業務改善企画のようなものに投稿し賞を受けたことで、職員に周知され協力を得られやすくなった）
- ・各区役所障害高齢課・家庭健康課からワーキングメンバーを募り数回の話し合いを経て企画。ワーキングメンバーを中心に随時担当者会議を開催し、事業が円滑に進むように配慮した。

〈関係各課との会議〉

- ・特に関係課との会議は行っていない（モデル事業の時に協力体制が出来上がったので、必要時に話し合いを持つことができた）。

〈連携での苦勞〉

- ・課内の反対もあり、保健部門と高齢部門の有志のみで行なう。
- ・社会福祉協議会の協力（小地域との連携）を得るために局長の前でプレゼンテーションを行った。
- ・保健師が両課におり、両課で担当するということが明確に位置づけたことで、協力的に取り組むことができた。
- ・なし（区長が乗り気だったのでスムーズに進んだ。改善甲子園で市長特別賞をとり、宣伝効果があった）。

3. 住民との連携について

〈住民へのニーズ調査〉

- ・機能訓練や健康教室等で地域に出かけて行った時に直接住民から「前でだれかが体操してくれればいいのに…。」、「集まる場があれば…」という声を聞いていた。
- ・特定及び一般高齢者の通所型介護予防教室に参加した住民から、「修了後も続けたい。」、「運動の大切さを実感した。」という声を聞いていた。
- ・モデル事業の際に住宅地区と農村地区のモデル地区で調査し、心身の状況を把握して必要性を見出した。

〈事業を持ちかけた住民組織〉

- ・もともとのつながりが無い組織でも手法さえしっかりしていれば連携できる。
- ・介護予防リーダーが自分の地域に帰ってグループを立ち上げた。
- ・老人会の中の別組織で体操が広まったところもある。
- ・老人会、校区福祉委員会などの役員が集まる場に行って体操の話をする。

〈住民組織の選別方法〉

- ・強制はせずに、先例を見てもらう。
- ・自主グループ同士の情報交換会を年1回開催している。

〈住民組織との連携で配慮した点〉

- ・押し付けではなく、いかに住民に興味を持ってもらうかに細心の注意を払い、そのための教材やツールも工夫した。
- ・体操などのメニューを紙に起こしたり、BGMのテープを作ったりしてわかりやすくすることに気がつけた。
- ・回覧板に自治会長の名前で文書を回してもらおうと効果が大きいので、会長には機会あるごとに話をして信頼関係を築く。

- ・既存の団体が抱えている問題点を聞き、「カラオケだけでは参加者が減る一方である。」、「何を企画したらいいかわからない。」などが出てくれば、その解決方法のひとつとして体操を提案していく。行政と住民との利害を一致させること。
- ・体操しているグループと人数を一覧表にしたところ、競争意識が芽生えたところもあった。
- ・地域で中心となって動いてくれるキーパーソンを見つけること。
- ・効果があってやると楽しいと続けられる。
- ・教える人の育成。
- ・立ち上げ後のフォロー。
- ・住民に対する顔見せや根回しも必要。
- ・運動指導グループのフォローをきめ細かく行っている。
 - ① 運動指導の技術向上のための講座を行っている
 - ② 事故予防についての講座を開催
 - ③ 人間関係の調整も行う
- ・住民組織へは普段からの根回しと顔見せを十分にする。
- ・興味を引くようにゴム・ビデオを配布し、体力測定を実施する。

4. 住民組織への支援方法や行政のかかわり方について

〈体 操〉

- ・オリジナル体操は保健師が考案し、アマチュアバンドやバトン教室の先生に手伝ってもらった。
- ・保健師が企画し、健康運動指導士、理学療法士、老人会、介護予防サポーターでオリジナル体操を考案している。
- ・委託先の健康運動指導士3名がオリジナル体操を考案。
- ・オリジナル体操を作り保健師でも看護師、歯科衛生士、看護師、管理栄養士でも指導ができるようにしている。
- ・既存の音楽は歌なしで演奏を独自で行なえば、音楽使用料を安く抑えることができる。

〈会 場〉

- ・公園で行う。

〈会場確保への支援〉

- ・グループのリーダーが会場を確保したり、鍵を管理したり、集金したりしている。
- ・集会所が有料となるために活動できていない地域もある。
- ・行政は支援せず地域住民がしていることで柔軟な会場選びや当日の会場変更ができています。
- ・自治会に働きかけ、優先的に定期的な場所の確保、使用料の無料化をお願いしている。

〈実施におけるかかわり方〉

- ・もっと支援して欲しいという住民からの意見があがるたびに迷いが出る。しかしそこで支援してしまえば行政のマンパワーが不足し業務量が膨大に増えていってしまう。住民からの意

見には熱心に耳を傾けるが最終的には住民にお任せし、行政は支援しないように結論づけている。

- ・市・介護予防リーダー・講師（健康運動指導士）で連絡会をもっている。
- ・介護予防リーダーを一般公募したところ、民生委員、ボランティア活動をしたい人、自ら勉強したい人が集まった。
- ・3～4ヶ月は専門職がついていないと自主的にできないところが多い。
- ・サポーター養成講座の中でリーダー（中心になる人）はだいたいわかる。
- ・健康運動指導士を雇って自主グループ立ち上げのときに5～6回派遣する。
- ・不定期に地区活動の保健師が訪問する。
- ・各区の自主グループ代表2名で推進委員会を組織して2ヶ月に1回情報交換を行なう。
- ・サポーターになった人にステップアップ講座を行なう。
- ・職員ができるだけ行かないようにする。
- ・専門職や行政の関わりをできるだけ少なくするように心がけている。
- ・運動指導者グループのマネージャー的な役割を担い、住民からの派遣依頼を処理している。
- ・教室内容で飽きないよう、各会場のリーダーが独自に工夫して行っている。
- ・土日も1, 2回は対応している。

〈効果の把握〉

- ・効果を測定し本人に返すことで体操実施へのモチベーションが持続できている。
- ・測定の仕方がまちまちなので精度が保てないが、参加者の励みになる。
- ・毎年介護予防大会を開催し、発表の場を作っている。

5. 事業実施の阻害要因と成功要因について

〈立ち上げ時の予算〉

- ・予算はつかない中で職員が奔走している姿に上司が奮起し、翌年財政課に上司が熱意を持ってかけあったことで翌年予算がついた。
- ・サポーター研修の印刷物を自前で行なったのみで、予算は全くなく、流用もしなかった。
- ・住民グループ立ち上げの予算はなかったが、パンフレット製作については一般高齢者施策から支出した。サポーター養成は一高齢者施策で予算化（50万円）。お金はかからない事業なので不自由はなかった。

〈事業開始にあたっての苦労〉

- ・ひとりの職員が住民へのプレゼンテーションを実施しているので住民からの要望が広がるほどその職員へ負担がかかっている。最近では他の職員を育てるべく実施をまかせるようにしているところ。
- ・サポーターも高齢者が多いので続けていけるかが心配。
- ・バックアップ（アフターフォロー）が大変。
普及啓発のために頻繁に地域に出向くこと。要請が重なった時などは大変だった。
- ・特にない。面白かった。強いて言うなら下手したら動きすぎて住民が依存的になってしまう

のをどう取っ払うか。行政の動きが変わると「何もしてくれない」「変わった」といわれるので。

社協の協力も大事であるため、行政の方向性に気づいてもらうようにした。

〈成功した要因〉

- ・住民1人当たりの保健師の数が多く、保健師活動がさかんであった。
- ・住民同士で「ひざの痛みがなくなった。」などの口コミも大きい。
- ・計画の策定。
- ・住民と共に考えるという視点が大事。
- ・各地域での意識の高い住民同士を行政側が引き合わせてみると、面白い発想が出てくる場合がある。
- ・自主的に開催できる自信のあるグループに限る。反応がよくなければ撤退し、次の機会を伺う。
- ・介護予防リーダーのフォロー体制をしっかりとしておくこと。研修などを開催。
- ・介護予防サポーターと自主グループ立ち上げを並行して行った。
- ・住民のニーズに合った活動が提供できたから（実績のある高知式を取り入れたことで住民ニーズに対応できたし、スタッフもスムーズに進めることができた）。
- ・メディアに取り上げられたことで住民の関心が高くなった。
- ・体操作りから住民に関わってもらったことで“自分達で作った体操”という意識付けができたと思う。
- ・お年寄りでも障害者でも誰でもできる簡単な体操であることが成功につながっている。特別な道具が必要であっても続かない、動きがはやい体操ではお年寄りがついていけないという意見もあった。

総 括

大阪府立大学大学院総合リハビリテーション学研究所
教授 今 木 雅 英 (本研究会指導助言者)

我が国は、やがて国民3人に1人が65才以上の時代がやってきます。この時代をより良きものとするには、人々が如何に健康を維持増進できるかにかかっています。喜んで、入院や通院したいと思う人は、誰一人いません。みんな健康で長生きしたいと思っています。

では、どのようにすればよいのでしょうか？アイデアです。現在の超高齢化の危機的状況を突破する方法の一つは、新しい「アイデア」を生み出すことです。アイデアが危機を突破する大きな力です。例えば、抗生物質の発明により、感染症による死亡は激減しました。ワクチンの接種で疾病を予防できるようになりました。このような大きな発明でなくとも、身の回りの小さなアイデアにより、大きな進歩もあります。

研究とは、このアイデアを産み出すことです。この2年間の介護予防研究会で、研究力、すなわちアイデアを産み出す力を研究員はつけたと思います。その力は、必ずこれからの市町村における勤務の中で役立つと信じます。

最後に、これからこの力を持続し、アイデアを出し続けるコツを3つの英単語から示したいと思います。

まず、1) **make a difference**は、大半の人は「違いを作る」と和訳すると思います。しかし、辞書を引くと、「重要である」と訳語がでています。つまり、重要とは違いを如何に見出すかです。アイデアを産み出すために、従来の事柄との、差異を如何に見出すかです。このことが重要なのです。

次に、2) **understand**です。「理解する」と訳せます。では英語的に理解するとはどういうことでしょうか？ **under** (下に) に **stand** (立つ) です。その人の立場に立って、その人のもとに立つことが「理解する」ことです。ですから、その人の現状に立って理解していく。アイデアは、その人の立場に立つことにより、より有益なものが産み出ると思います。

最後に3) **will**です。これは未来形です。「何々するであろう」。もう一つの意味は、**will**というのは「意思」を意味します。英語式で言うと、未来をつくるのは、環境でも条件でもなく、自分の意思です。だから、未来はあなたの意思によって切り開くものです。

これから皆さんが地域住民のために、本研究会で身に付けた研究力を活かして、従来とのやり方との「違いを見出し」、「住民の立場に」立って、「強い意思」をもって地域の人々の「未来を開く」ことを、切に希望します。

これを本研究会の総括の言葉にして、2年間の研究会を修了させていただきます。関係各位の御協力と支援を深謝致します。

第2部

研究会資料

【研究会 基調講義】

1. 介護予防のための健康格差と社会的環境要因に関する検討

今木 雅英 氏 (大阪府立大学大学院総合リハビリテーション学研究科 教授)

2. これからの時代を展望した介護予防のあり方

山崎 一男 氏 (大阪保育子育て人権情報研究センター 事務局長)

3. 介護予防研究の取り組み — 栄養の視点から —

納富由美子 氏 (四天王寺悲田院栄養士室 栄養士長 管理栄養士)

4. 介護予防研究の取り組み — 口腔保健分野の視点から —

吉田 幸恵 氏 (大阪府立大学総合リハビリテーション学部 教授)

5. 在宅虚弱高齢者への介護予防研究の取り組み

河野あゆみ 氏 (大阪市立大学大学院看護学研究科 教授)

研究会 基調講義 1

介護予防のための健康格差と 社会的環境要因に関する検討

今木 雅英 本研究会 指導助言者
(大阪府立大学大学院総合リハビリテーション学研究科 教授)

緒 言

戦後、日本は高度経済成長を経て、世界で最も平均寿命の長い国となった。一方、保健・医療・福祉を取り巻く社会情勢は、少子・高齢社会への加速的進行や生活習慣病の台頭にみる疾病構造の変化、さらには高度化する医療技術などにより大きく変化している。そして、日本人の生活環境の多様化や個人の生活や健康に対する意識の変化を背景に、健康長寿の延伸や地域での自立や社会参加といった寿命の質に重点がおかれるようになってきた。その中で、図1に示すように生活と健康の質を考慮して心身共に健康で自立している期間、すなわち健康寿命をいかに長く延ばすことが出来るかが課題となっている。つまり、健康寿命の延長が、すなわち介護予防であると考えてもよいと思う。

図1 健康寿命の考え方

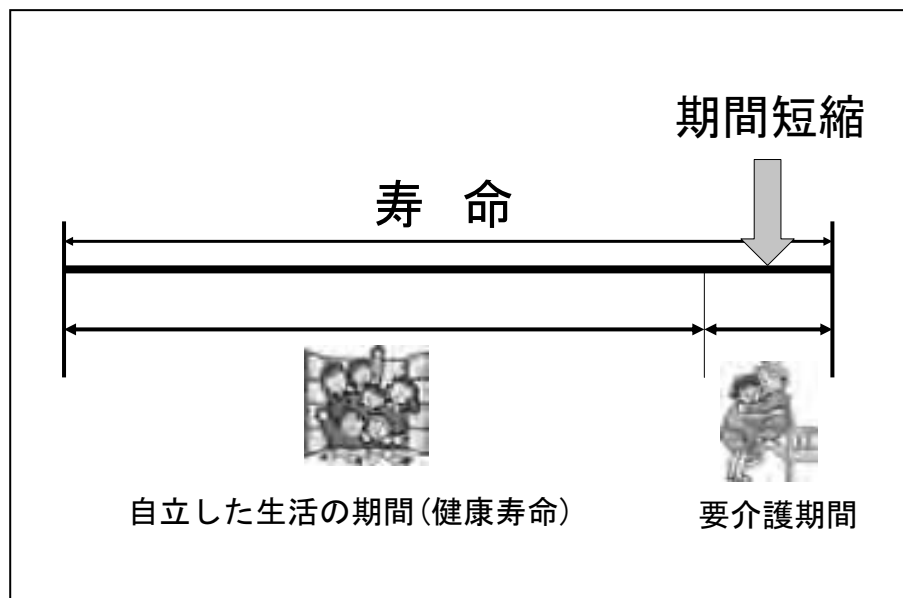


図2に示すように、リハビリテーション医学の創始者の一人 Howard Rusk博士の言葉は、We have given to life. It is also our responsibility to give life to years. (私たちは、生命の年数を増やしてきた。増えた年月に生命を与えることも、私たちの責任なのである。)と述べている。医療を含む多くの環境の整備が、私たちの寿命を延長させたことは、近代文明の成果である。さ

らに私たちの責務としては、寿命の質を向上させるかである。すなわち、いかに要介護の期間を短くし、自立して健康な期間を延伸させるかである。この問題は、単純に保健医療福祉の領域で解決する事柄ではない。近年、我が国が「格差社会」になっていると指摘されており¹⁾、「日本の経済格差」²⁾、「不平等社会日本」³⁾、「高齢期と社会的不平等」⁴⁾、「階層化日本と教育危機」⁵⁾、「希望格差社会」⁶⁾など、経済学、日本社会論、社会政策学、教育社会学、家族社会学など、多方面から我が国に不平等や格差があることや、不平等や格差が拡大してきていることが指摘されているが、その中で、「健康」に関する不平等、いわゆる「健康格差」が生じていると報告されるようになってきた⁷⁾。今後、介護予防の計画立案を根底から考える上で、この健康格差を生じる要因を考慮して、計画策定すべきではないかと考える。経済・社会的要因、教育レベルなどの社会環境的要因と要介護状況の関連については、従来から、現場においては体感的に感じてきたが、研究領域においては、この要因に関する検討は我が国においては、殆ど着手されていなかった⁷⁾。欧米においては、社会的環境要因と健康指標の関連性など幾つかの報告がなされているが、我が国においては、十分な検討がなされていないのが現状である。

図2 リハビリテーション医学の創始者の一人 Howard Rusk博士の言葉

We have given to life.
It is also our responsibility to
give life to years.

私たちは、生命の年数を増やしてきた。
増えた年月に生命を与えることも、
私たちの責任なのである。

なぜ、介護予防に社会的環境要因の関連性を考慮しなければならないかについて、従来から保健・医療の進歩は、人間を生物として捉え、生物学的な側面から説明する「生物・医学的 (bio-medical) モデル」を基軸に大きく進歩した。つまり、図3の右半分に示すように、生物学的因子（喫煙、食事などの生活習慣要因）が人の健康状態に影響を与えるというものであり、遺伝子レベルから人々の行動に至るまでこのモデルを適応してきた。

しかし、このモデルでは、近年の現状を説明するには限界があり、特に個人差が大きい高齢者を対象とした介護予防の分野では適応に無理がある。つまり、人間は生物であると同時に、心をもった社会的な動物である。このことに着目した「生物・心理・社会的 (bio-psycho-social) モデル」⁸⁾ (図3) は、人間と環境との相互作用を重視して、人間を生態学的に包括的・全体的に捉えている。

例えば、生物・医学モデルにおいて、喫煙は健康状況に悪影響を与えることは理解できたとしても、禁煙をするためには、心理的要因、生活・社会要因など社会的環境要因から、その人に対

応しなければ現実的に実行できないものである。つまり、介護予防を考える上で、従来の単純な生物・医学的モデルを基軸として考えることは、現場で現実的に運用していくことはかなり難しいと考えられる。

図3 健康の生物・心理・社会的モデル⁸⁾

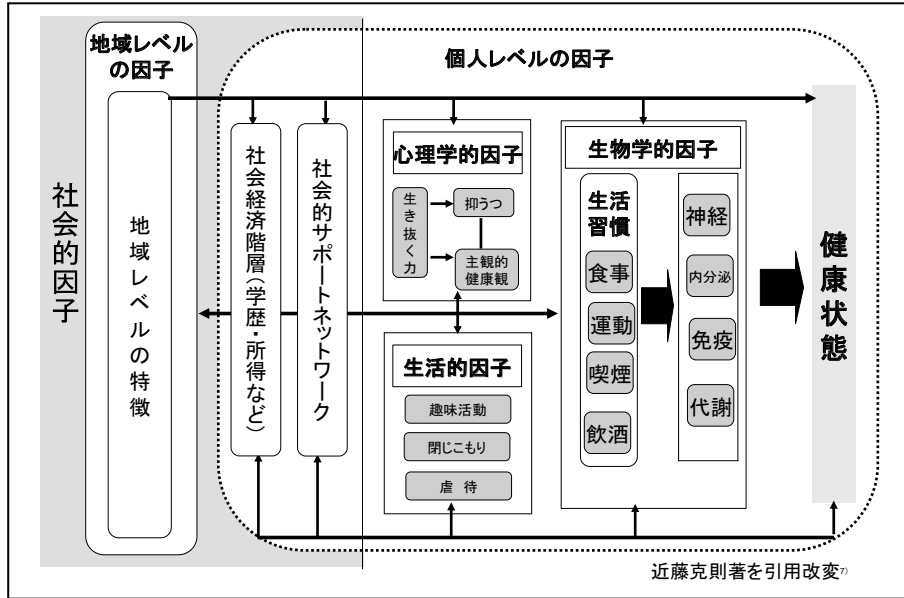
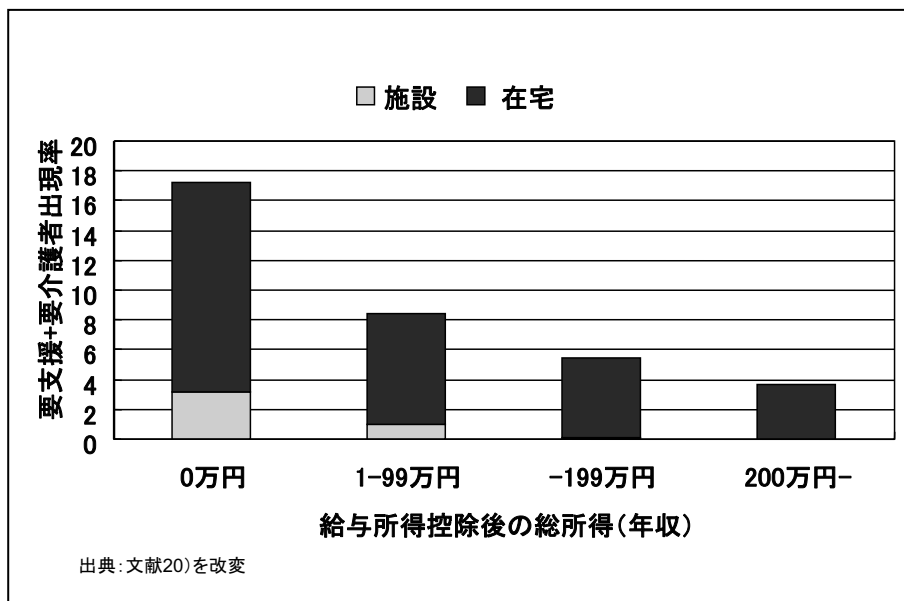


図4に示すように所得が高くなれば、要介護者の割合が低くなる傾向が示されている。本報告では、このような状況を鑑み、「生物・心理・社会的 (bio-psycho-social) モデル」に着目した観点から、市町村などにおいて介護予防の実際的な立案をするための基礎的な知識を提供するために、健康格差と社会的環境要因との関連性を先行研究の結果と著者らの研究結果から解説する。

図4 所得別要介護者割合



これらの考えについては、日本福祉大学近藤克則教授の著書、論文などを多く引用させて頂いた。著者も近藤克則教授の考え方に賛同するものであり、皆さんも近藤克則教授の著書を読むことをお勧めする。

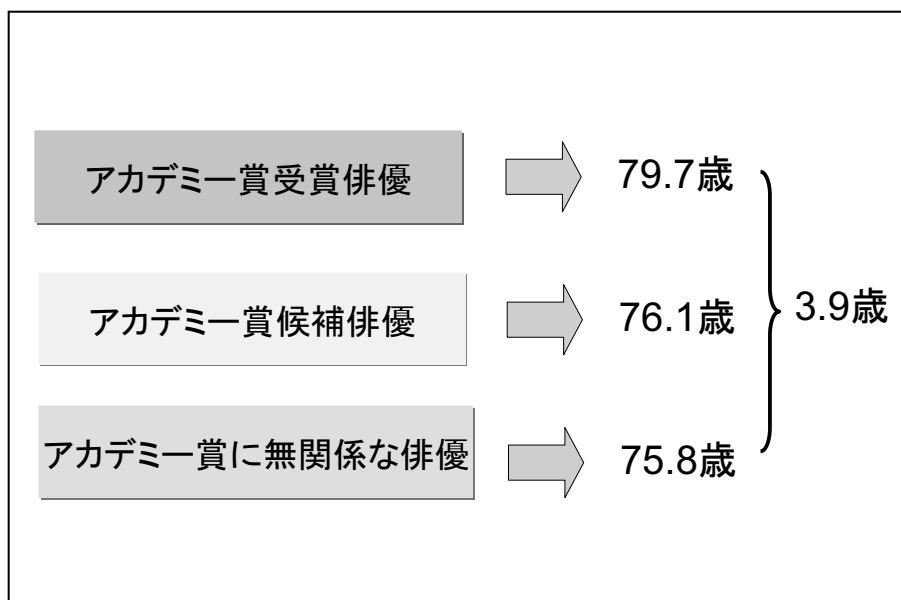
第1章 健康指標（平均寿命・死亡率）と社会的環境要因について

1. 平均寿命・死亡率と社会・経済水準との関連性

従来から、感染症が貧困と強く結びつくことは周知されていた。例えば結核の罹患率と社会・経済状況と関係があることは、公衆衛生分野においては多く研究されてきた。しかし、近年の主要疾患である心疾患・脳血管疾患等の生活習慣病も、社会経済状態に強い影響を受けていると考えられるようになってきた⁹⁾。

2001年米国の内科医学会に掲載された論文が世間の注目を集めた。1929年アカデミー賞発足以来、受賞俳優235名、候補にノミネートされたが受賞しなかった俳優527名、受賞俳優や候補俳優と同じ映画に出演したが候補にもならなかった俳優887名の寿命を比較検討した。その結果を図5に示した。受賞俳優と候補にもならなかった俳優とは3.9才も違いが出ている。この研究は、アカデミー賞受賞のような社会的成功が長寿を促す可能性を示すデータとして注目を集めた（2006年統計不備があると指摘した論文も出されている）。

図5 社会的地位と健康



このように寿命は、単純に生物学的要因のみならず、社会的環境が影響を与えていることを示す論文である。以下、欧米の研究結果を紹介する。Bucherら¹⁰⁾は、社会階層を3段階に分けて、3,154名（39～59歳）の男性を22年間追跡調査した。その結果、年齢や収縮期血圧などの要因を調整しても、最下層の最上層に対する相対危険度は、冠動脈疾患で1.67～1.89であり、肺癌でも2.08～2.20となった結果を報告している。最下層群は、最上層群に比べて1.5倍以上もこれらの疾患に罹患しやすいことが示された。

Raphael¹¹⁾のカナダにおける研究では、冠動脈疾患に社会・経済的因子が関連していることを示している。また、英国においては、肺癌死亡率は、非熟練労働者では人口10万人対82に対し、専門職のそれは17と統計的に有意に低く、5年生存率をみると、乳がん、大腸がん、前立腺がん、肺癌で1～8%の差異があることが報告されている¹²⁾。さらに、社会経済状態が低いほど、小児期に多い気管支喘息、うつ症状、アルコール依存、自殺、外傷が高率であることを多くの研究者は報告している¹³⁾。これらの結果から、社会経済水準が高値の群は、

死亡率、罹患率が低値であることを示すものである。

一方、我が国は、世界的にも社会経済水準が高く、貧困などの社会経済的な要因が健康に影響を与えることは少ないと考えられていた。しかし、著者らの研究¹⁴⁾、近藤らの研究においても、欧米諸国の報告と同様に経済および労働状況が良好で、住宅環境が整備され、適切な保健行動を実践している地域ほど、平均寿命が高いことが示された。

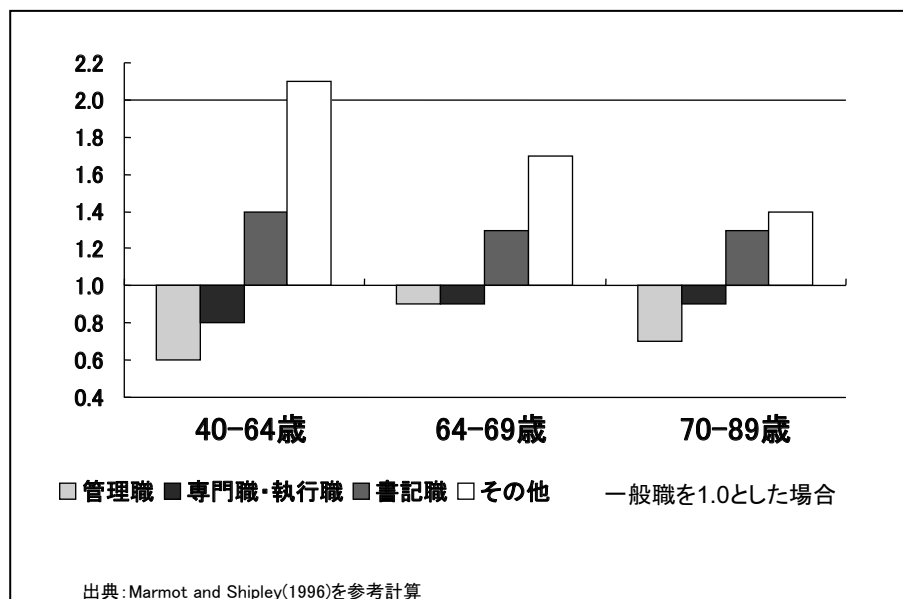
この理由として、平均寿命に与える要因は単に経済水準だけではなく、地域の経済格差が大きな要因であると考えられる。国の裕福さと平均寿命との関連性を検討した報告では、国内総生産（GDP）の上昇が5,000ドル辺りまでは、平均寿命の上昇と一致するが、それ以上では平均寿命はほぼ横ばいになるといわれている。つまり、先進国ではGDPと平均寿命の相関係数は極めて小さいことが示されている¹⁵⁾。しかしながら、経済格差を表現するジニ係数が上昇すると、平均寿命の低下や死亡率の上昇が認められている。我が国においても社会経済の格差が、健康の格差に影響を与えているのではないかと推察される。

2. 平均寿命・死亡率と就労状況との関連性

Kaslら¹⁶⁾のコホート研究では、英国における失業者の死亡の相対危険度は1.5前後であると報告している。また、スウェーデン、デンマーク、イタリア、イギリスにおける研究から、年齢構成が同じ基準集団の死亡率を100とした標準化死亡比が、失業すると150~200に上昇することが報告されている。そして、その影響が若年労働者ほど高く、さらに興味深いことは、実際に失業する以前に、失業するかもしれないという不安にさらされるだけで、不健康が増加したという複数の報告がある。著者らの研究の結果においても、有業率が高く失業率が低い地域や総実労働時間の短い地域は平均寿命が高いことが示された。

図6は英国における職業階層構造の各レベルにおける25年間の死亡率を職業階層別に比較したものである。一般職と比較すると管理職など地位が上がるに従って、平均寿命は長くなっている。

図6 英国公務員の階層構造の各レベルにおける25年間の死亡率

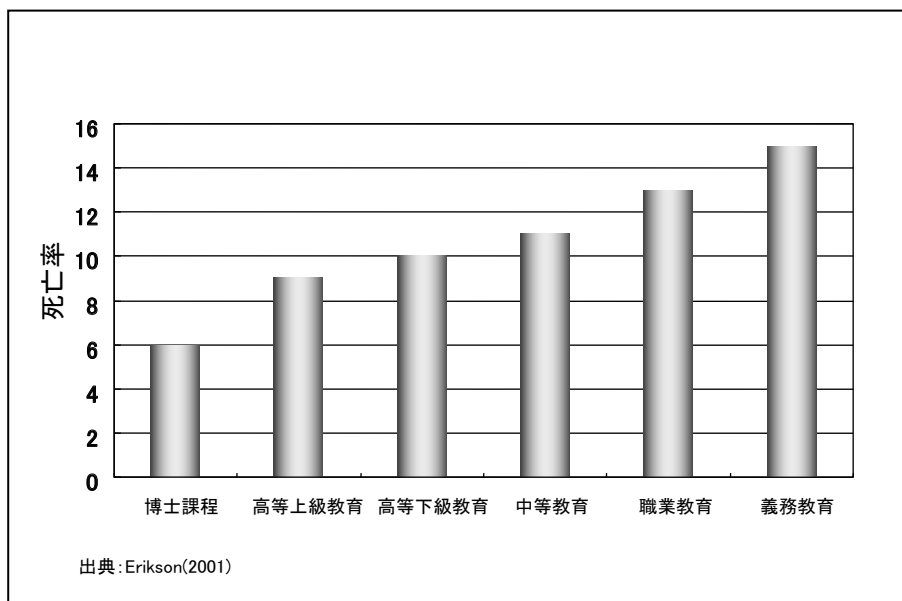


失業によるストレスをはじめとする各要因が疾病発症、さらには死亡に影響を与えていると推察できる。就労と死亡率との関係は、経済的な要因に関連すると思われるが、これに加えて失業というストレスが発症の起因となっているかもしれない。

3. 平均寿命・死亡率と教育レベルとの関連性

米国だけでなく、フィンランド、ノルウェー、イタリアなどにおいても、低学歴者は高学歴者に比べて死亡率は高く、しかもその格差は1980年代から90年代の10年間に拡大していると報告されている（図7）¹⁷⁾。著者らの研究においても同様な傾向が認められ、大学進学率の高い地域は、平均寿命が高いことが示された。我が国のように、教育水準が高い国においても健康格差が起こる要因は、教育水準ではなく教育年限の格差が、健康格差と関係することが考えられる。この理由として、相対的な貧困および低社会階層は、大きな社会的・心理的ストレスに曝される機会が多く、そのストレスにより自律神経系、内分泌系、免疫系などが望ましくない状態に陥る可能性が高くなるためではないかと考察されている^{18, 19)}。

図7 1991-96年におけるスウェーデン人男子人口の教育レベルと死亡率



第2章 「うつ」病を指標とした精神的健康と社会的環境要因

1. 精神的健康：「うつ」病の状況

介護予防と関連が深い「うつ」、「転倒」、「閉じこもり」、「口腔状況」、「栄養状態」、「趣味活動」、「社会サポートなどの人間関係」などの諸因子を多方面から検討し、介護予防の政策立案に必要なエビデンスを確立する必要がある。中でも、「うつ」は介護予防の重点の一つにも挙げられ、自治体レベルでの対策が重視されているので、うつ病の地域差の分析は重要であると思われる²⁰⁾。

我が国の2004年データでは、「うつ」の過去12ヶ月間の有病率は2.2%、生涯有病率は6.5～7.5%となっている。18歳以上の米国人では、12ヶ月間の有病率は6.6%、生涯有病率は16.2%である¹²⁾。また、地域居住高齢者を対象に、信頼性や妥当性が検証された自記式スクリーニングテストを実施した報告では、うつ状態と評価される者は10%前後、中には18.2%という結果も出ている²¹⁾。このように「うつ」は、我が国や米国をはじめ、諸外国においても、かなりの患者数が推定され、その予防対策を推進することは重要と考えられる。

このため、多方面からのアプローチがなされているが、近年では、社会・経済・文化的要因などの社会環境的要因の影響についての研究が注目されている。

2. 「うつ」病と社会・経済水準との関連性

うつ病の危険因子として、低所得、低学歴、経済的困窮および乏しい社会的サポートなどの社会・経済的因子をあげている報告は数多い^{22, 23)}。近藤ら⁷⁾は、自治体の所得水準が低くなるほど、「うつ」群の割合が高いことを示している(図8)。また、所得(世帯人数を考慮して世帯所得を世帯人数の平方根で除した等価所得)では、すべての年齢区分で低所得層ほど「うつ」が多いことも報告している(図9)。

図8 自治体の所得水準とうつ状態の割合の関連

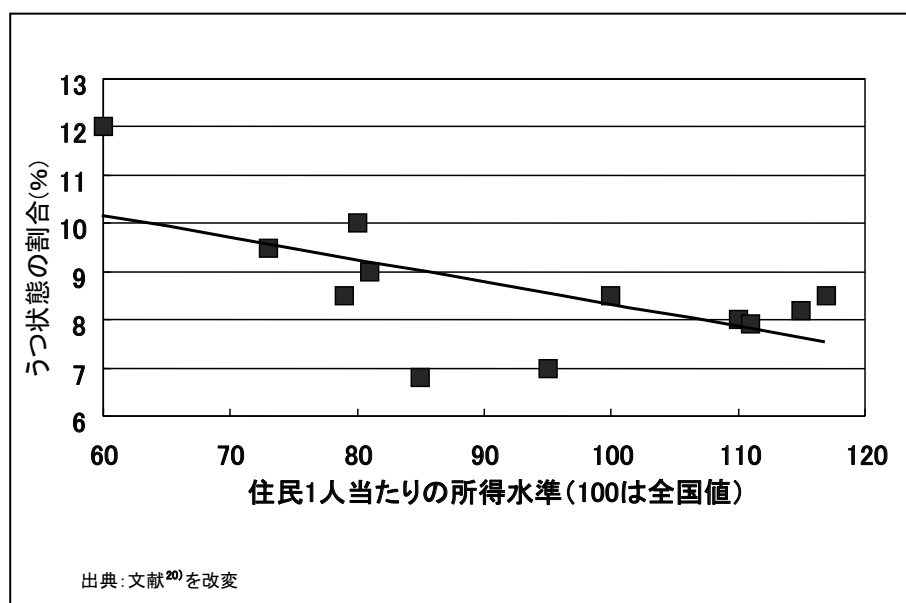
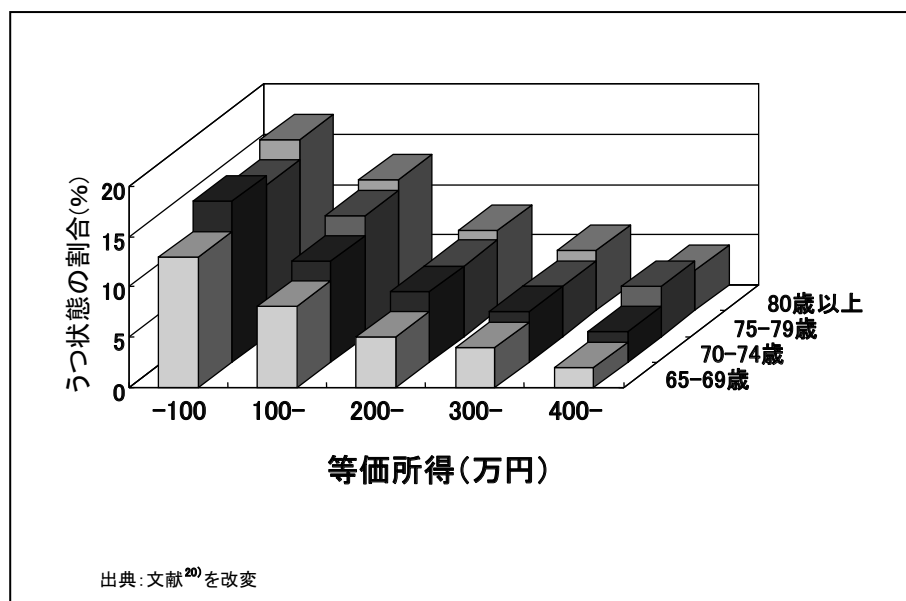


図9 等価所得と抑うつに関連



1993年イングランド国民健康調査に基づき、失業中の男女は、General Health Questionnaire (GHQ) で測定された精神的健康度が低い水準にあることも報告されている²⁴⁾。さらに、精神科領域では、うつ症状やアルコール依存、自殺、外傷も社会経済状態が低いほど多いことが報告されている。「うつ」そのものではないが、自殺率の増加とマクロの社会経済的因子を検討した報告では、男性において、自殺率の増加と失業率の増加やGDPの減少などと関連がみられたとしている。

これらの理由として、Marmotら²⁵⁾ やMattiassonら²⁶⁾ は、社会経済状態が低い層ほど、失業の危険に曝されたり、経済的に追いつめられるので心理的・精神的ストレスは慢性的に高くなる。その結果、不安など日常的な精神障害や「うつ」などが多くなると考察している。

このように先行研究では、概ね社会・経済状態が低いレベルにある場合、うつ病患者が多いことが示されている。著者らの都道府県別のうつ病患者数と労働状況、経済状態との相関分析でも同様なことが示された。我が国では、バブル崩壊後、社会経済状態が停滞し、それがうつ病の患者数を増加させている一因となっていることが推定できる。

3. 「うつ」病と日常生活状況との関連性

スウェーデンの研究²⁷⁾ では、頻繁に余暇時間を文化的活動に参加した人々は、初期の健康状態や教育水準の差を考慮しても、そのような活動にほとんど参加しない人々よりも統計的に有意に長命であることを明らかにした。また、人々の余暇の時間が減少するに従って、社会的に結びつきが弱まり、個人主義が強められるようになり、その結果として、うつ病の発症率が顕著に上昇すると報告している。Laneも²⁸⁾ 同様に、個人的な時間の減少と消費文化の発展により、うつ病が顕著に増加したと、社会的に結びつきが弱まったことを直接的に結び付けて考察している。つまり、人が仕事に没頭しすぎたり、買い物やテレビを見て消費の強い活動ばかりに専念しているうちに、社会参加に注ぐべき時間や関心を少しずつ失い、その結果としてうつ病が発症すると推測される。

4. 「うつ」病と教育レベルとの関連性

教育レベルとうつ病の関係では、近藤ら⁷⁾の、我が国の29～39歳の女性1,196人を対象に、学歴と精神的な健康との関連をみた研究がある。本人や夫の所得を調整した上で分析した結果、うつ状態など精神的な問題があったとする確率は、大学卒を1.0としたとき、中学校卒で統計的に有意に高く、11.4倍であった。著者らの研究も、これらの結果と同様の傾向を示し、うつ病患者数の多い地域は、大学進学率が低く、高校生の就職率が高い地域であった。

第3章 保健指標と社会的環境要因

本章においては、第1章および第2章では、身体的・精神的健康状況と社会的環境要因との関連性を解説した。本章では、重要な保健指標である「肥満」、「健診受診率」および「喫煙率」との関連性を解説する。

1. 肥満と社会的環境要因との関連性

1) 肥満に関する健康教育の限界

我が国では、健康寿命延伸のため、国、地方自治体、各種団体など関係各機関において様々な健康づくり運動を展開している。また、マスメディアやインターネットによっても多くの健康番組や健康情報が提供され、国民の健康志向を扇動している。

しかし、「健康日本21」の中間評価において公表された53項目の中で、目標を達成した項目はわずか2項目であり、逆に目標から遠ざかったものが20項目もあり、国民の保健行動は進展していないのが現状である。中でも、肥満は生活習慣病予防の重要な項目の一つであり、肥満者の減量は健康維持・増進にとって極めて重要な保健行動であるが、目標に達していない。平成16年国民健康調査でみると、20歳以上でのBody Mass Index (BMI) が25.0以上（肥満者）である者は、男性では28.4%、女性でも20.6%という結果であり、20年前と比較すると、男性はいずれの年齢層においても肥満者の割合が増加し、女性では60歳以上で肥満者の割合が増加している²⁹⁾。

これらの原因として、現在実施されている健康教育の方法論に問題があると考えられる。現在行われている健康教育は、人間を生物としてとらえ、健康についても遺伝子や行動など、その生物学的な側面から説明する「生物・医学的モデル」により実施してきた。しかし、このモデルにより、近年の現状を改善するには限界があると考えられ、人間を生物であると同時に、心をもった社会的な動物であるとみる「生物・心理・社会的モデル」、つまり、人間と環境との相互作用を重視して生態学的に、包括的・全体的にとらえる考え方に着目すべきであるとする。この点について、欧米諸国の研究では、不健康な食事摂取、肥満、不活発な身体活動、飲酒などの不適切な保健行動と教育歴、所得、職業などの社会・経済状況との関連性が報告されており、従来の生物・医学的モデルによって健康教育を推進しても、教育効果を期待することは困難であると思われる。

2) 肥満と社会・経済水準との関連

肥満予防は、生活習慣病予防の重要な項目の一つであり、肥満者の減量は、健康維持・増進にとって、極めて重要な保健行動である³⁰⁾。著者ら研究では、この保健行動に影響を与える要因について、生物・心理・社会の観点からの基礎的資料を得ることを目的に、肥満者割合と社会・経済・心理的要因との関連性について解析した。その結果、多様な交絡因子の影響を受けていることが考えられるが、肥満者割合の低い地域ほど、男女とも有業率、所得水準、大学進学率が高く、住宅環境が良好で、生活の消費支出が高い地域であると推定された。

先進諸国では、肥満が急増し、我が国でも20～60歳代の男性の29.4%が肥満である。これ

は、最近20年間の現象であるが、この間、健康に無関心であるとか、適切な生活習慣について無知な人が増加したとか、生活習慣を継続できない意志が薄弱な人が増加したとは考えにくい。多くは社会・経済・心理的要因の環境の影響を受けたと考えられる^{31, 32)}。

3) 肥満と教育レベルとの関連性

Ettnerら³³⁾は、教育年数と肥満との関係を検討した結果、高校卒業未満の者の肥満になる確率を1.0とすると、高校・専門学校卒業では統計的に有意な差はないが、大学卒業では0.75、大学院卒業では0.63と4割近くも肥満となる確率が減少することを報告している。また、英国の小児発達追跡調査は、失業している対象者の33歳時点の肥満割合を検討した。結果は、比較的若年のため臨床的に問題となる肥満割合は多くはなかったが、その後、失業が体重増加に関係するかもしれないと示唆している³⁴⁾。

このように、欧米の研究では、肥満との関連が指摘されており、教育歴が短い者、所得の低い者、未熟練労働者などの非ホワイトカラー層では相対的に不健康につながる行動が多いと報告されている。一方、中国ではむしろ社会経済的地位が上昇するにつれて、より不健康な健康行動が増加しているといった報告もある^{35, 36)}。このことは、政治・社会・経済・文化などの異なる社会では、社会経済的地位と保健行動との関連が同じであると想定することはできないと考えられる。

肥満予防は、生活習慣病予防の極めて重要な保健行動であり、その行動変容をどのように起こすかが課題である³⁷⁾。

2. 健診受診率と社会的環境要因との関連性

欧米諸国では、教育歴、所得、職業などの社会経済状態と保健行動との関連性は数多く報告されており、教育歴が短い群、所得水準の低い群、未熟練の勤務者群などは、不健康につながる行動が相対的に多いとされている³⁸⁾。しかし、我が国では、近藤らがAichi Gerontological Evaluation Study (AGES) : 愛知老年学的評価研究プロジェクトを立ち上げ³⁸⁾、各方面からのアプローチを実施しているものの、この分野の研究者は少なく、未だ十分な知見が得られていないのが現状である。

高齢者の健診率と社会経済状況を解析した近藤ら³⁹⁾のAGESプロジェクトの報告では、高所得層の健康診断未受診者は16.1%、低所得層は24.1%で、低所得層が高値を示した(図10)。また、教育年数13年以上群の未受診者は14.5%で、教育年数6年未満群は34.6%であった。これらのことは、低所得で低学歴であるほど、「健康診断を受診したことがない」者が多くなることを示している。

続いて、Nakanishiら⁴⁰⁾は、65歳以上の高齢者を対象に追跡調査を行い、健康診断を若い頃から受診していると答えた者ほど生存率が高いことを報告している。また、福田ら⁴¹⁾の全国3,252の市町村のデータを用いて解析した結果では、基本健康診査受診率が高値の市町村は、国民健康保険の老人1人当たりの診療費や入院日数が低値になる傾向を示したと報告している。著者らの結果においても、健診受診率と地域医療の各項目とは負の相関関係が認められており、先行研究と同様の結果となった。また、健診受診率の高い地域ほど、生活保護率は低い傾向にあることが示された(図11)。

以上、本研究の結果⁴²⁾と先行研究の知見を併せると、我が国においては、健診率の高い地域は、経済的文化的レベルが高く、健康的な保健行動を実施する地域であり、その結果として医療費が低くなっている地域であると考えられる。

図10 地域類型にみた所得と健診非受診者の割合との関連
(男性、年齢調整後)

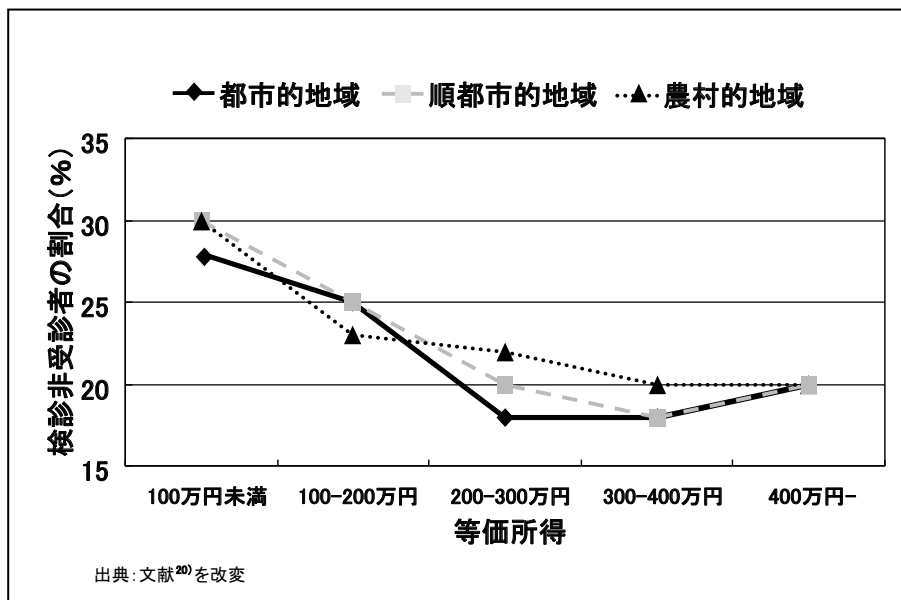
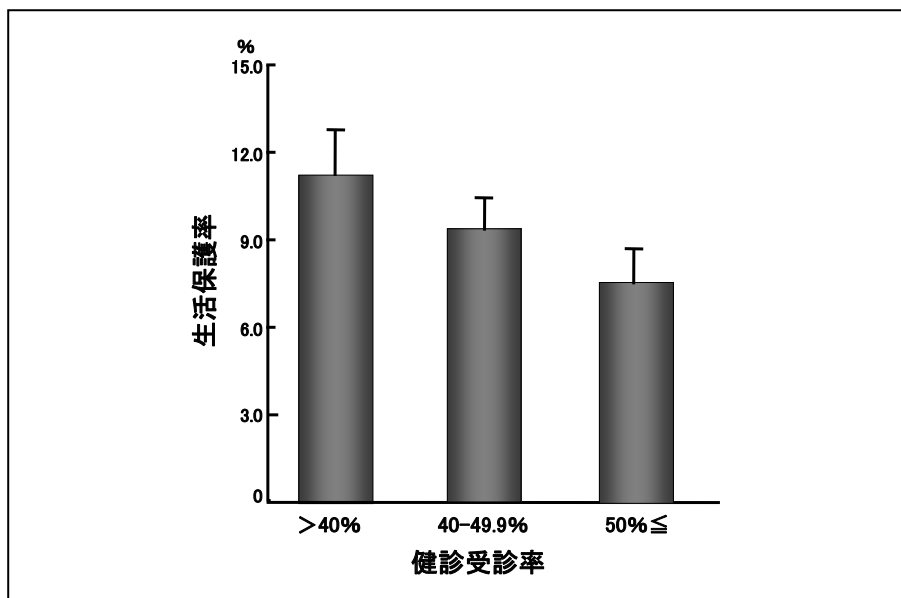


図11 生活保護率と健診受診率



3. 喫煙と社会的環境要因

1) 欧米における研究結果

欧米の研究においては、職業階級の違いによる喫煙率の格差が報告されている。Bennettら⁴³⁾は数年にわたる世帯状況調査により、喫煙者は非喫煙者に比べて、社会経済的に下位に位置する職業の者、借家に住んでいる者、自家用車を持っていない者、失業者、狭い家に

住んでいる者が統計的に有意に高値であった。また、Gillら⁴⁴⁾は刑務所の囚人、ホームレスのような生活水準の低い群では、80～90%の喫煙率であると報告している。英国の報告では、1973年と1996年の両方で、男女とも、貧しくなると喫煙率がほぼ直線的に増加していた。このように、喫煙率と社会経済状況が関連していることが報告されている⁴⁵⁾。

2) 都道府県別の喫煙率と社会的環境要因⁴²⁾

著者らは、都道府県別に喫煙率と社会的環境要因との関連性を男女別に検討した(表1)。その結果、男性は、女性に比べてその影響要因が単純であった。主な要因をあげると、総実労働時間が多く、食事時間の割合が低く、仕事時間の割合が高い地域において、喫煙率が高い傾向が認められ、生活時間の内容と喫煙率との相関性が最も強い傾向を示した。

表1 都道府県別喫煙率と相関関係が統計的に有意な項目(男性)

項目	標準回帰係数	P値
労働力 総実労働時間(製造業:事業所規模30人以上) *1	0.367	0.011
財政 1人当たりの預貯金残高	-0.321	0.028
物価 1世帯当たり年間食料品購入数量(牛肉)	-0.455	0.002
住宅環境 主要耐久消費財所有状況(液晶テレビ) *2	-0.296	0.043
生活時間 1日の生活時間配分(食事)	-0.366	0.012
教育 高校卒業者の進路別割合(就職)	0.389	0.007

*1:千所帯当たり
*2:東京を100とした

我が国の男性の喫煙率と労働時間の関連性の理由として、労働時間の増加に伴うストレス解消のために喫煙がなされているのではないかと考えられる。喫煙の効用の一つとしてストレスの解消があげられているように、喫煙は、気分を調節し、ストレスをおさめ、労働時間の長さ按比例するいらだちや緊張を軽減しているのではないかと考えられる。

一方、女性の場合、男性に較べて、喫煙と関連する社会・経済・心理的要因の項目が複雑である。医療、人口、労働、財政、物価の要因など多岐にわたっており、男性に比べて単純には説明できない。我が国の女性の喫煙率は、他の先進諸国と比べて低く、全年齢でみると喫煙率は変わらない傾向が認められるが、近年20歳代、30歳代の若い女性の喫煙率は上昇してきている。この年齢的要因の影響が交絡因子として働き、喫煙率と社会的環境要因との相関係数に強くあらわれ、男性のように単純には説明できないと思われる。

3) 喫煙率と身体障害(下肢切断者)について

本項では、社会的環境的な影響を多く受けていると思われる身体障害者(下肢切断者)の喫煙率に関して、著者と我が国の下肢切断者のリハビリテーションの権威である大阪府立大学総合リハビリテーション学部林義孝学部長との共同研究を紹介する。

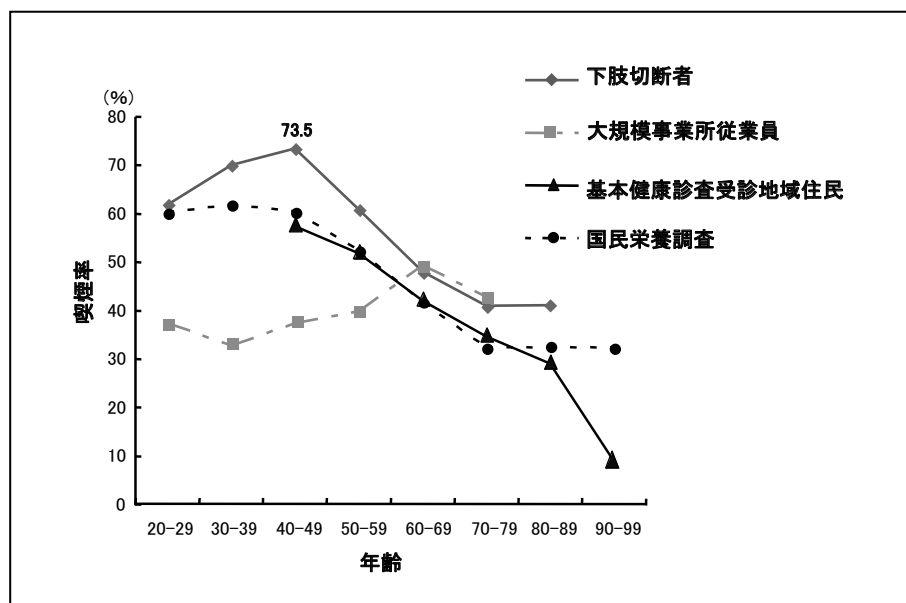
下肢切断者と健常者との喫煙率の比較検討⁴⁶⁾

目的：四肢切断者、特に下肢切断者に関して、QOLの向上を目的として、切断原因をはじめとして多方面からの検討が行われている。我が国においては、身体障害者の医学的な視点のみならず、生活形態を含む社会的な視点からの研究を目的としたものであっても、調査研究を行うことは極めて困難である。そのため、切断者に関する研究報告は極めて少なく、全国的な規模の疫学調査は全く実施されていないのが現状である⁴⁷⁾。

方法：ハンディキャップを持つと思われる下肢切断者における喫煙率に関して、健康な大規模事業所従業員、住民基本健康診査を受診した地域住民および国民健康・栄養調査成績と比較検討したので報告する。

結果および考察：男性の年齢別の喫煙率を、下肢切断者、大規模事業所従業員、基本健診受診地域住民および国民栄養調査別に図12に示した。20～29歳、30～39歳、40～49歳、50～59歳において、下肢切断者群は、他の群に比べて喫煙率が高値を示した。特に40～49歳においては、下肢切断者群が最も高い喫煙率73.5%を示した。60歳以上では、4群の差異は小さくなった。女性の場合も男性と同様な傾向を示した。

図12 社会状況別喫煙率の比較（男性）



下肢切断者の喫煙率を調査し、4つの集団と比較検討した。その結果、男性の60歳未満においては、下肢切断者が他の集団に比べて高値を示していた。全国レベルで調査を実施している厚生労働省の国民栄養調査に比べても各年代とも高値を示した。基本健康診査を受診した地域住民も国民栄養調査と同様な傾向が認められた。健康教育が活発に実施されている大規模事業所従業員と喫煙率を比較すると、20～60歳において20%以上の差異が認められた。女性においても、男性と同様な傾向を示し、各年代とも国民栄養調査成績に比べて高値を示した。さらに、大規模事業所従業員と比較すると約15%以上の差異が示された。

本研究の結果から下肢切断者は、喫煙率が高レベルであり、何らかの社会的・心理的な影響を受けていると推察される。

総 括

本報告においては、我が国の介護予防の基礎となる健康格差の要因について、健康指標と社会的環境要因との関連性について解説した。

第1章においては、代表的な健康指標である平均寿命・死亡率と、第2章では、精神的な健康指標であるうつ病患者数について、社会的環境要因との関連性を総合的に解説した。これらの結果から、経済状況が良好で、住宅環境が整備され、教育レベルが高く、適切な保健行動を実行している者の割合が高い地域は、身体的・精神的指標が高いことが示唆された。

第3章では、代表的な保健指標である肥満者の割合、喫煙率、健診受診率と社会環境要因との関連性を紹介した。前章と同様に、社会・経済状況が良好で、教育レベルの高い地域は、これらの指標が良好であることが示された。

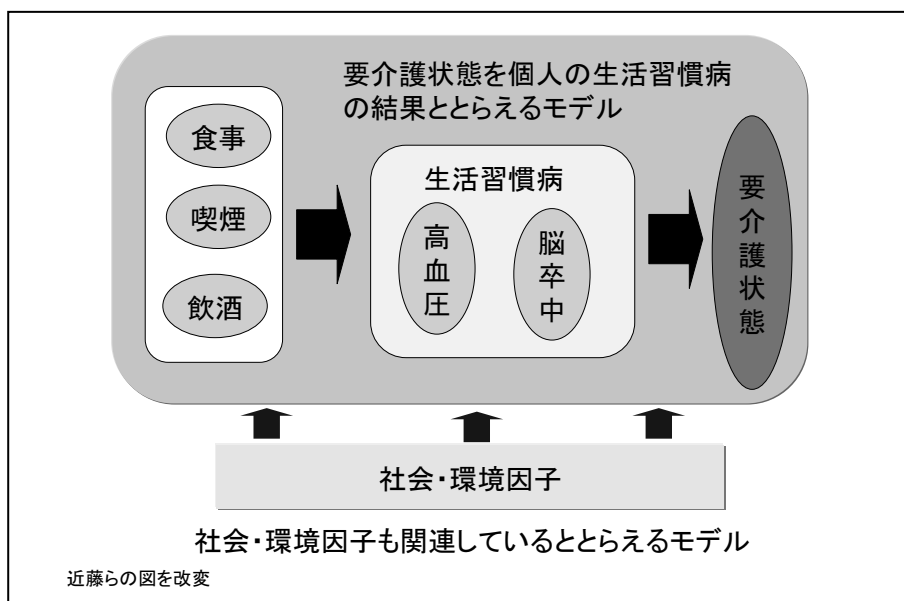
さらに、社会的な影響を多く受けると考えられる身体障害者（下肢切断者）の喫煙率を調査した研究結果を紹介した。その結果、下肢切断者群の方が喫煙率が健常者集団に比べて高値であることが示された。

以上のことを考察すると以下の5点になるとと思われる。

まず第1は、物質的環境であるが、住環境や労働環境の衛生状態などは、社会経済状態により格差がみられる⁴⁸⁾。第2は、生活習慣であるが、低所得や低学歴、低い職業階層など低い社会経済状態である者ほど運動不足、カロリー摂取過多による肥満や喫煙など、好ましくないライフスタイルが見られる⁴⁹⁾。第3は、医療・社会サービスの利用であるが、低所得層を中心に自己負担額が引き上げられると受診抑制が生じることはよく知られている。また、健康教室や健診、保健・福祉制度など、情報集めや申請が必要なサービス・制度の利用にも社会経済状態により格差がみられる。第4は、人間関係であるが、社会経済状態の低い者の人間関係は、薄くなる傾向がみられる。例えば、低学歴の者は、社会的サポートの受領や提供に乏しく、離婚や再婚が多く、男性では独居が多くみられる。第5は、心理的ストレスである。社会経済状態が低い層ほど、失業の危険にさらされたり、経済的に追いつめられるので、心理的・精神的ストレスは慢性的に高く強くなる。その結果、疾病の発症の可能性が高くなると考えられる⁵⁰⁾。

以上のことから、我が国においても、健康状態は社会・経済・心理的要因の影響を受けることが示唆された。さらに、このような状況においては、介護予防を計画立案するにおいても、単に疾患の自然科学的な現象面にのみ着目する生物・医学的モデルを拡張し、生物・心理・社会的モデルによって、健康や疾患をとらえ、これからの保健活動を推進する必要がある（図13）。

図13 2つの介護予防モデル



引用文献

- 1) 橋本俊昭：格差社会 何が問題なのか. p.2-29, 岩波書店, 東京, 2006
- 2) 橋本俊昭：日本の経済格差 - 所得と資産から考える. 東京, 1998
- 3) 佐藤俊樹：不平等社会日本 - さよなら総中流. 中央公論新社, 東京, 2000
- 4) 平岡公一：高齢期と社会的不平等. 東京大学出版会, 東京, 2001
- 5) 荻谷剛彦：断層化日本と教育危機 - 不平等再生産から意欲格差社会へ. 有信堂高文社, 東京, 2001
- 6) 山田昌弘：希望格差社会 - 「負け組」の絶望感が日本を引き裂く. 筑摩書房, 東京, 2001
- 7) 近藤克則：健康格差社会 何が心と健康を蝕むか. 医学書院, 東京, 2005
- 8) Kaplan GA：What's wrong with social epidemiology, and how can we make it better? *Epidemiologic Reviews*, 26, 124-135, 2004
- 9) Lynch JW, Kaplan GA, Salonen JT：Why do poor people behave poorly? Variation in adults health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Soc Sci Med*, 44 (6), 809-819, 1997
- 10) Bucher H, Ragland D：Socioeconomic indicators and mortality from coronary heart disease and cancer; 22-years follow-up middle-age men. *Am J Public Health*, 85, 1231-1236, 1995
- 11) Raphael D：Social justice is good for our heart ; why social factors-not lifestyle-are major causes of heart disease in Canada and elsewhere. CSJ Foundation for Research and Education, Toronto, 2002
- 12) Department of Health：The NHS cancer plan.19, London, 2000
- 13) Berkman LF, Kawachi I, eds：Social Epidemiology. Oxford University press, New York, 2000
- 14) Akio Shimozaki, Masahide Imaki, Yukie Yoshida, Manabu Kitakouji, Seiki Tanada；An Ecological Study on Relationship between Average Life Expectancy and Social, Economic and Cultural Factors after the Economic Bubble Burst in Japan. *Japanese Journal of Health, Fitness and Nutrition*, 12 (1), 28-35, 2007
- 15) United Nations Development Program：Human Development Report. Oxford University press, New York, 2000
- 16) Kasl S, Jones B：The impact of job loss and retirement on health. Berkman LF, Kawachi I, eds：Social Epidemiology. p.118-136, Oxford University press, Oxford, 2000
- 17) Mackenbach JP, Bos V, Andersen O, et al：Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *Int J epidemiol*, 32, 830-837, 2003
- 18) Schulz R, Beach SR：Caregiving as a risk factor for mortality ; the caregiver health effects study. *JAMA*, 282, 2215-2219, 1999
- 19) Kawachi I, Colditz GA, Ascherio A, et al.：Prospective study of phobic anxiety and risk of coronary heart disease in men. *Circulation*, 89, 1992-1997, 1994
- 20) 近藤克則：検証「健康格差社会」介護予防に向けた社会疫学の大規模調査. 医学書院, 東京, 2007
- 21) Baker FM：An overview of depression in the elderly ; a US perspective. *J Natl Med Assoc*, 88, 178-184, 1996
- 22) Chi I, Chou KL：Financial strain and depressive symptoms among Hong Kong Chinese Elderly ; a

- longitudinal study. *J Gerontol Soc Work*, 32, 41-60, 1999
- 23) Chiriboga DA, Black SA, Aranda M, et al. : Stress and depressive symptoms among Mexican American elders. *J Gerontol*, 57B, 559-568, 2002
 - 24) Marmot M, Wilkinson RG : *SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH*. Oxford University Press, 1999
 - 25) Marmot MG, Shipley MJ : Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? : 25 years follow up of civil servants from the first Whitehall study. *BMJ*, 313, 1177-1180, 1996
 - 26) Mattiasson I, Lindgade F, Nilsson JA, et al. : Threat of unemployment and cardiovascular risk factors ; longitudinal study of quality of sleep and serum cholesterol concentrations in men threatened with redundancy. *BMJ*, 301, 461-466, 1990
 - 27) Bygren LO, Boinkum BK, Johansson SE : Attendance at cultural events, reading books or periodicals, and making music or singing in a choir as determinants for survival : Swedish interview survey of living conditions. *BMJ*, 313, 1577-1580, 1996
 - 28) Lane RE : Friendship or commodities? The road not taken : friendship, consumerism, and happiness. *Critical Rew*, 8 (4) , 521-554, 1994
 - 29) Fujiwara Y. *HANDBOOK OF DATA FOR NUTRITION AND HEALTH* 10 ed. Dobunshion, Tokyo, 2005
 - 30) Phelan S, Wadden TA, Berkowitz RI, Sarwer DB, Womble LG, Cato RK, et al. : Impact of weight loss on the metabolic syndrome. *Int J Obes*, 13, 655-660, 2007
 - 31) Diez-Roux AV, Link BG, Northridge ME : A multilevel analysis of income inequality and cardiovascular disease risk factors. *Soc Sci Med*, 50, 673-687, 2000
 - 32) Ross CE, Wu C : The links between education and health. *Am Soc Review*, 60, 719-745, 1995
 - 33) Ettner SL, Grzywacz G : Socioeconomic status and health among Californians; an examination of multiple pathways. *Am J Public Health*, 93, 441-444, 2003
 - 34) Montgomery SM, Cook DG, Bartley MJ, Wadsworth MEJ : Unemployment, cigarette smoking, alcohol consumption and body weight in young British men. *Eur J Public Health*, 8, 21-27, 1998
 - 35) Steptoe A, Marmot M : The role of psychobiological pathways in socio-economic inequalities in cardiovascular disease risk. *Eur Heart J*, 23, 13-25, 2002
 - 36) Wilkins RG. *Unhealthy societies : The afflictions of inequality*. p.53-71, Routledge , London, 2000
 - 37) Kim S, Symons M, Popkin BM : Contrasting socioeconomic profiles related to healthier lifestyles in China and the United States. *Am J Epidemiol*, 159 (2) , 184-191, 2004
 - 38) 近藤克則 : なぜ社会経済的因子が健康に影響するのか. *公衆衛生*, 68 (4) , 306-310, 2004
 - 39) 松田亮三, 平井寛, 近藤克則, 他 : 高齢者の保健行動と転倒歴. *公衆衛生*, 69 (3) , 231-235, 2005
 - 40) Nakanishi N, Tatara K, et al. : The association of health management with the health of elderly people. *Age and Aging*, 24, 334-340, 1995
 - 41) 福田英輝, 新庄文明, 他 : 全国市町村における基本健康診査の事後措置と健診結果の経年的データの利用との関連. *日公衛誌*, 51 (3) , 181-188, 2004
 - 42) 下崎昭雄, 今木雅英, 吉田幸恵, 北小路学, 棚田成紀 : 保健行動と社会・経済・文化的要因に関する臨床疫学的研究. *日本健康体力栄養学会誌*, 12 (2) , 1-9, 2007

- 43) Bennett N, Jarvis L, et al. : Living in Britain : Results from the 1994 General Household Survey. HMSO , London, 1996
- 44) Gill B, Meltzer H, et al. : Psychiatric morbidity among homeless people Vol.7. , HMSO, London, 1996
- 45) Jarvis MJ. : Patterns and predictors of unaided smoking cessation in the general population. In : The tobacco epidemic. Progress in Respiratory Research, 28, 151-164, 1997
- 46) Masahide Imaki, Yoshitaka Hayashi et al. : Clinical Epidemiology on Smoking in Japanese Lower Leg Amputation. Japanese Journal of Clinical Ecology, 16 (1) , 51-55, 2007
- 47) Hayashi Y, Imaki M, et al. : Epidemiological Study on Reason for Leg Amputation in Japanese. J Rehabil Health Sci 4, 1-9, 2006
- 48) Kennedy BP, Kawachi I, Glass R, Prothrow Stith D : Income distribution, socioeconomic status, and self rated health in the United States; multilevel analysis. BMJ, 317, 917-921, 1998
- 49) Dressler WW : Social support, lifestyle incongruity, and arterial blood pressure in a southern black community. Psychosom Med, 53 (6) , 608-620, 1991
- 50) Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D : Social capital, income inequality, and mortality. Am J Public Health, 87 (9) , 1491-1498, 1997

研究会 基調講義 2

これからの時代を展望した
介護予防のあり方山崎 一男 本研究会 オブザーバー
(大阪保育子育て人権情報研究センター 事務局長)

皆さん、こんにちは。今年の4月から所属が替わりまして、大阪保育子育て人権情報研究センターの勤務になりました。お年寄り相手から急に子どもに替わり、少々とまどっていますが、この研究会については、昨年同様、皆さんと一緒にやっていきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

今木先生からは、生物学的な意味でのヒントを話していただきましたが、私からは「これからの時代を展望した介護予防のあり方」と題しまして、行政論的に介護予防をどう考えていくかということをお話ししたいと思っています。

～時代はどう変わっていくか～

時代というのは、どんどん変わっていつているというのは、言うまでも無いことですが、今の時代を考えるのではなく、これからの時代を考えていかないと、行政マン・行政ウーマンの人間として、ある意味、半分失格の時代になっています。遠い未来ではなく、近い5年先、10年先という時代をこれから見据えていくことが何事につけても重要です。

これからの時代というのはどんな時代なのでしょう。これは、皆さん、敢えて言うまでもなく、少子高齢化がますます進展して行く時代となります。一方、今回の大阪府の行財政再建計画に見られるように、市町村をはじめ、地方自治体の財政構造が硬直化し、どの市も大変厳しい状況になっています。

それと、ずっと不景気が続いているわけですが、この不景気も解決される見込みというのか、いつごろ良くなるのかというのがよく分かりません。大きな企業は業績は良いのですが、大阪のメインになっている中小企業では不景気の状態がずっと続いているというのが現実です。

また、市民の担税能力、税金を負担する力ですが、高齢化の影響で、税金を負担する人も高齢化し、勤労所得を有する人が少なくなってくるという中で、市民全体の担税能力が低下していきます。

一方、やらないといけない仕事が増えてきます。特に高齢化の対応をはじめ、地域の安心・安全の確保など、小学校に登校するのでも見守りが要るように、これから少子高齢社会特有のいろいろな問題に対応していかなければいけない時代になっています。

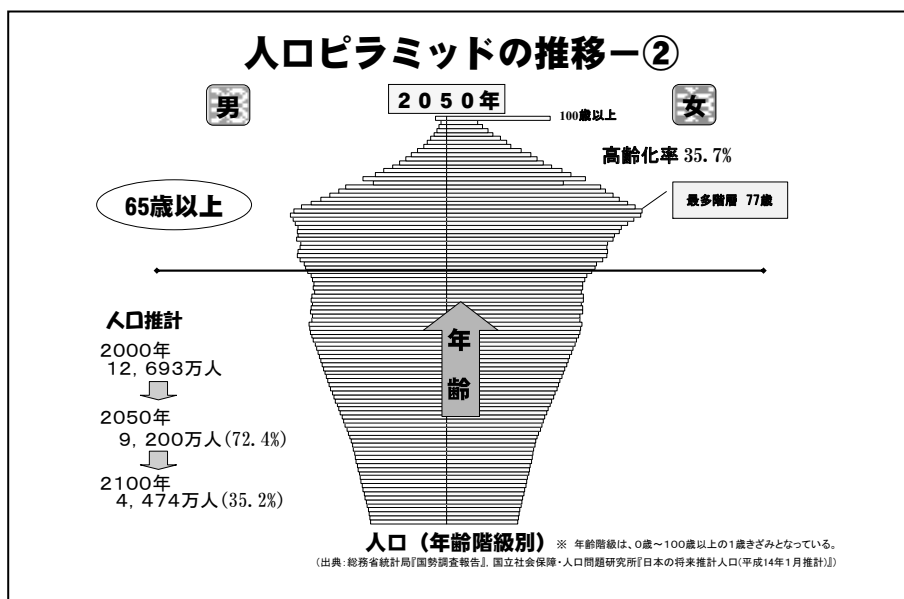
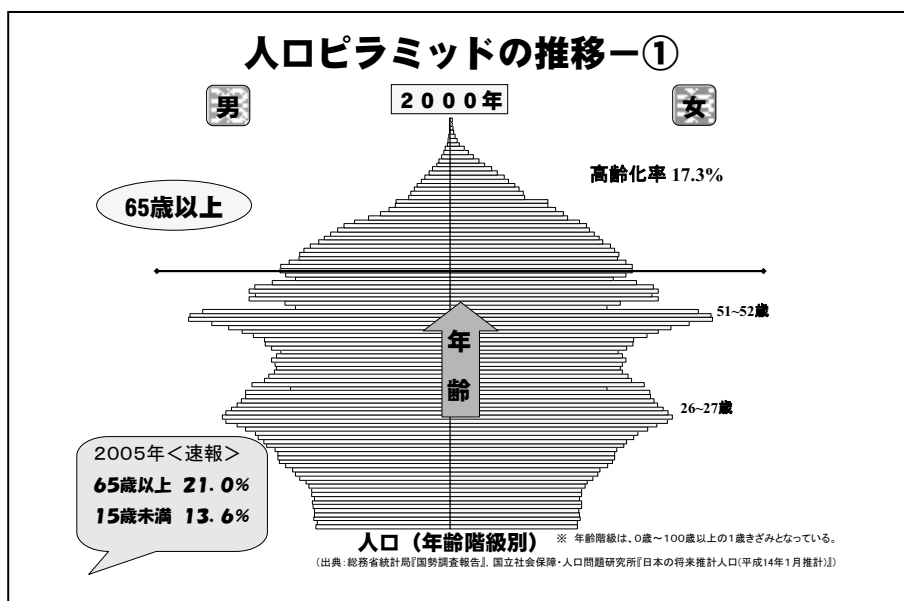
これからの課題は、対応の方法が簡単に出せない難しいものと思えます。そのためにどう対応

していくのか、どんどん先を考えながら歩んでいかないといけない時代になっています。

～少子高齢化社会とは～

これは、2000年の人口分布のピラミッドです。皆さんが学生のころはピラミッド型の三角だったと思いますが、現状では玉ねぎ型になっています。

さらに、もうちょっと先の2050年、高齢化のピークといわれている年の推計ですが、エジプトのミイラの棺みたいな形になっていて、若い層よりも高齢者の方がずっと多いという時代になります。



2015年の高齢社会像というのが、国の方で出されています。高齢者人口のピークが2025年ですが、この時代はどういう時代かという、認知症高齢者が250万人。一人暮らしの高齢者世帯が

570万世帯と推計されています。

一人暮らし高齢者の世帯数は、現在の大阪でも高齢者がいる世帯の約3分の1にのぼっています。高齢者夫婦世帯も3分の1。子どもさんや孫さんと同居している家族というのは3分の1しかいません。これがさらにひどくなっていきます。つまり、生活、健康、介護などいろいろな面でのリスクが高い世帯が増えてくる時代になります。

また、あまりいい言葉ではありませんが、「高齢者の多死時代」というか、高齢者が増えれば、当然亡くなる方も増え、2015年には約140万人が年間亡くなっていく時代になってきます。この時に、どういう亡くなり方をするのか。これは、そもそも行政の課題ではないという考えもあるかと思いますが、孤独死をされる方が私の予測では自殺者の人数を上回ることや、或いはがん患者で在宅の方が急速に増加するというような「死」が行政の課題にもなる時代にもなっていくものと思われれます。

さらに、高齢者の意識も随分と変化してきます。世代別に見た高齢者人口の分布では、これからは、戦前・戦中を生き抜いた方よりも、戦後生まれの方がどんどん増えて、価値観といいますか、物の考え方が変わってきて、行政としても対応が難しい時代に入ってきます。

これらの課題は特に都市部において顕著に現れてきます。今後急速に高齢化が進むのが都市部で、埼玉県、千葉県などが筆頭になっていますが、大阪府でも高齢者の人口が今の1.5倍になると予測されます。

これは、60～70年代の人口の社会移動で都市部に移り住んだ方が多くなった影響ですが、人口の社会移動の結果による高齢者の増加ということはどういうことかということ、地方から20歳くらいのときに出てきて、元々住んでいなかった地域に移り住んだ人が多く、地域にコミュニティを持っていない人が多くなるということになります。

特に千里ニュータウンや泉北のニュータウンでは、地域コミュニティをつくること自身が難しい高齢化した方々がおられ、高齢者の孤立化という、新たな課題が生まれてきています。

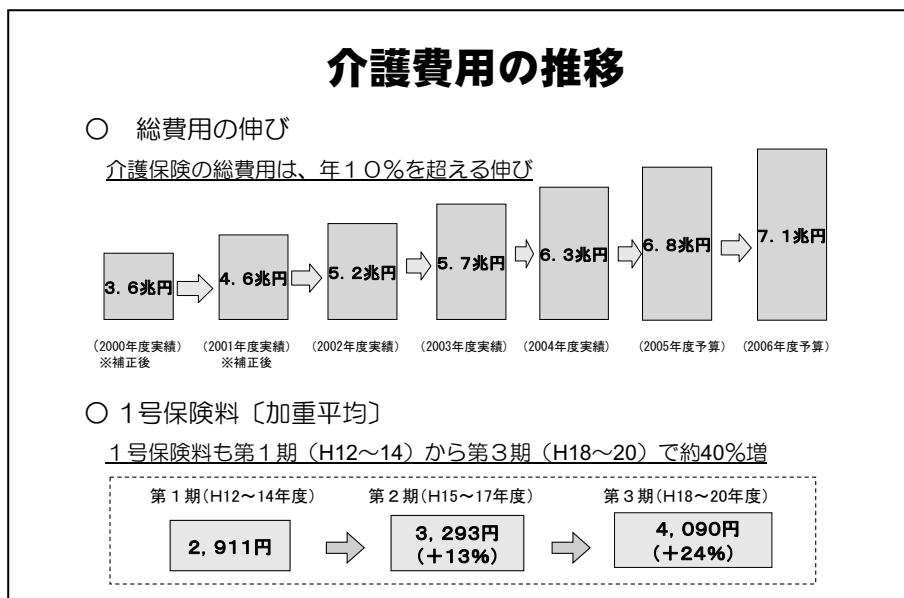
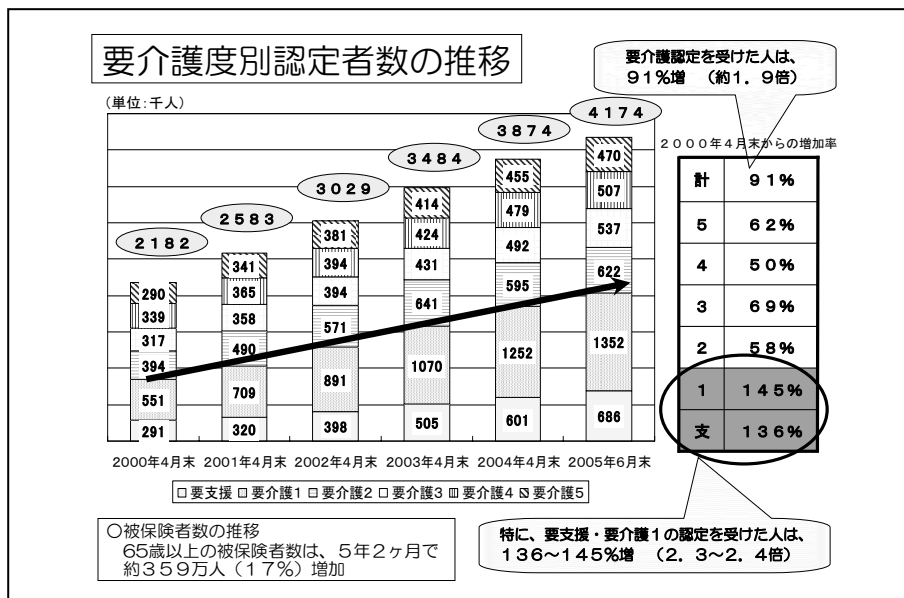
～介護保険制度はどうか～

こういう中で平成12年度から介護保険制度が運用されているわけですが、この介護保険制度というのは一体どうなるのかということが問題になります。

平成12年度以前は、ゴールドプランや新ゴールドプランの中で、手厚い介護の仕組みが考えられましたが、実際運用してみて、サービス増加に伴う経費負担が多額になるという現実が明らかになりました。

ここに介護保険制度の5年間の実態として、平成18年介護保険制度改正時にまとめられた要介護認定者数と介護費用の推移を紹介します。

サービス利用者の大幅な増加は、一般的に制度が認知され定着しているというのは良い面とは言えますが、これに伴い、介護保険の費用も5年間で2倍。2005年では6.8兆円までなっています。ただ、平成18年改正で制度が変わりましたので、この伸び率は落ちていきます。落ちているのですが、それは良いことなのか、悪いことなのかというのは議論のあるところで、金額としては落ちてきている形になっています。



また、サービス利用者のうち、入所型のサービスの方が4分の1の人数なのですが、介護報酬から見ると2分の1を使っている点も課題として挙げられております。

これらのことから、個人が納付する保険料の平均月額は今、4,000円半ばですが、次回の改定では、5,000円を突破し、高負担の制度になりつつあるかなと思います。

大阪府内の介護保険料(平成18~20年度第4段階の月額保険料)

平均額	4,585円	
最高額	5,529円	岬町
最低額	3,698円	豊能町

次に、要介護別認定者数の推移です。軽度の方の人数が増えており、要支援と要介護1、これは旧の認定区分で出しているのですが、この部分が大体半分くらいを占めているという状況です。これを受けて、平成18年の改正では介護予防が重要だということが、強調されるようになりました。軽度者の方が悪くならないようにということで、介護予防の考え方や制度が作られました。

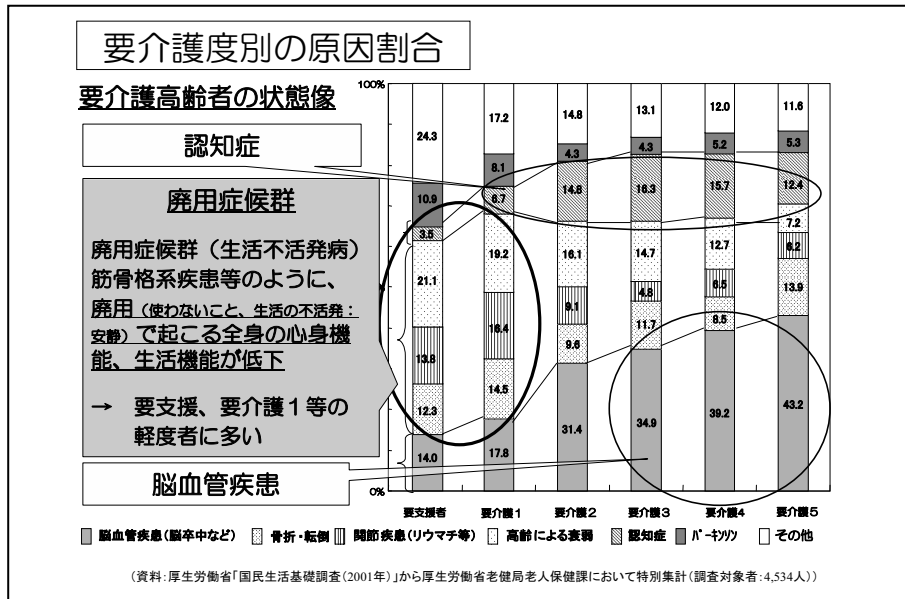
原因割合から見ますと、全体的に15%程度の方に認知症の発症がみられます。認知症対策の必要性が言われておりますが、この対策が今後の大きな課題となっています。

また、要介護3以上の方については脳血管疾患、脳溢血、脳梗塞の既往症のある方が圧倒的で、重度の要介護者の出現は病気が要因になっているとも言えます。

軽度の方については、厚生労働省は廃用症候群といって、生活不活発病という定義付けをしていますが、使わないでよくと機能が衰えると言っているのですが、一理はあるかと思いますが、この考え方に私は反対です。そんな病気はあり得ないと思っています。

確かに廃用症候群のような見方もできるのですが、本当の意味での寝たきりを防止するという当初の考え方に立てば、介護予防というのは基本的には医療的な要素、特に生活習慣病との関連が非常に強いと思います。

これと高齢期の過ごし方。大阪府では昨年「アクティブシニアがあふれる大阪構想」を打ち出し、各事業に取り組んでおりますが、高齢期をどのように過ごすのかが、介護予防との関連では大変重要な部分ではないかと考えております。



～地方財政の現実～

こういう状況の中で、今後、大阪府内の市町村はどうなるのかというを考える必要があります。ここから現実的な問題に入ります。

私も大阪府も、皆さん方の前で偉そうなことは言えないのですが、1,100億円の歳出削減をしないといけない状況で、府内各市町村もともに厳しい財政状況のもとにあります。

ますます厳しくなる地方財政ですが、先の地方分権一括法の影響で税源、地方財源が不足するという時代になり、収入額よりも支出の方が大きい状態が慢性化している市町村が各地で出てき

ております。

大阪府では新たな起債は発行しない、借金をしないという考えを知事が表明しましたが、大阪府も収入より支出の方が大きい自治体になっており、その額は1,100億円になります。

今まで、各市町村などの自治体の決算の仕方というのが、それぞれ会計ごとに、ここは赤字です、ここは黒字ですというような計上で、実質的にどうなっているのか非常に分かりにくかったのですが、自治体財政健全化法で、(1) 実質赤字比率、(2) 連結実質赤字比率、(3) 実質公債費比率、(4) 将来負担比率の4つの指標で、トータルの健全性を表す方法に平成20年度決算から変わることになっています。

平成20年10月に総務省が、新しい指標に基づき、地方自治体の平成19年度決算で判明した最新のデータを使った、地方財政の健全度を公表しました。

この中で北海道の夕張市と赤平市、長野県の王滝村の3市村が、破たん状態を示す「財政再生団体」の基準を超えています。また、“このまま放置すれば破たんしかねない”という警告段階に相当する「早期健全化団体」の基準を超えたのは、13道府県の40市町村にも及んでいます。

今回の公表は、いわば予備的な公表で、法律が実際に適用されることとなっている、平成20年度決算ではより深刻な財政状況が浮き彫りになるものと思われま

す。各自治体の財政は、借金を繰り返して回しているという状態にあるといえますが、問題はその借金はいつまでもできるのかということです。都道府県の場合でいうと、実質収支の赤字額が財政規模の5%、市町村の場合は20%を超えると地方債の発行ができなくなります。借金しようと思ってもできない規制があります。

では、その借金はいくらになるのかということ、全体として今の国と地方自治体の借金の総額は約600兆円と言われています。国もかなりあるのですが、地方の分だけでいうと190兆円にのぼり、市町村ごとで見るとどれくらいかということ、計算の仕方で微妙な部分もありますが、トータルで見ると大きな借金を抱えたままになってきている自治体が増えています。

～大阪府内の市町村の現実～

では、府内の市町村の財政状況はどうなっているのかということ、一般会計では形式的には黒字で利益が出ているよという市は多いのですが、実質収支から見ると赤字になっている市町村ができております。同時に地方債の残高も多いというのが特徴になっています。

特別会計、これは水道事業や下水、病院などが特別会計になりますが、純損益が赤字になるとともに、累積欠損も抱えているということが特徴になっています。

今まで決算の仕方では自治体全体としての実数が見えにくく、特別会計が赤字だから一般会計からいくらか繰り入れる。すると、お金のあるところから無いところに繰り入れて、形の上では全部黒字のような決算ができたのですが、それはもうできなくなっており、実質の収支の計上をしないといけないという時代になっています。こういう中で、府内の市町村が実質赤字になっている状態が明らかにされてきています。

全体の傾向としましては、財政力の指数が低く、実質収支比率が赤字傾向で、経常収支比率も高いと言えます。経常収支比率と言うのは、人件費や設備の維持や、どうしても必要な、事業をしなくても必要になってくる額、これが高くなってきています。

当然のことながら、そうでない市町村もあります。国の交付金の不交付団体になっているのは大阪でも幾つかあります。それらの特徴的なのは、優良な企業を抱えていたり、本社機能の所在する市町村であれば税収的には裕福になっており、そうで無い市については非常に厳しい状況といえます。

～わが町、忠岡町～

ここで、私が居住している忠岡町の現実を紹介します。大阪府の財政改革プログラムが実現されれば、すぐに倒産すると言われていた5つの市町村の一つになっています。

忠岡町は人口が1万7千人ほどの小さな町ですが、一般会計の歳入規模は69億円、実質収支が1,300万円の赤字。地方債の残高が1年分の歳入規模よりも多いという状況です。特別会計につきましても、約2億円近くの純損失。積み重なった赤字額が14億円ということで、財政規模に比べれば非常に借金が多いです。もしこれに新たな借金や大阪府からの借り入れができなければ、潰れてしまうというのが現実です。

指標から申しますと、財政力指数として、必要なお金を歳入で全部まかなおうと思ったら1.0要るのですが、忠岡町の場合は0.55しか入っていません。必要なお金の半分しか税収や収入がないという現実です。実質収支比率についても、恒常的に赤字になっています。公債費比率についても、14.4%ということで、もう少し悪くなると新たな借金もできなくなります。経常収支比率についても103.1%ということで、何もしなくても収入以上の金が出て行かざるを得ないという構造になっています。

多分私の住んでいる忠岡町は、非常に悪いレベルではないかなと思います。他の市はそこまで悪い状況ではないと思いますが、行政マン・行政ウーマンとして施策を考える出発点という点で、財政的な面の把握は最低必要な部分なのではないかと思います。でないと、これからの施策を考えても空論になります。

～行政マン・行政ウーマンは何を予測するのか～

こういう中で、今後というものをどう予測していくのかということが重要になります。介護予防研究会のテーマとしては、まず、介護保険制度はどう変わっていくのかということを考える必要があります。

平成12年に制度が創設され、平成15年に介護保険報酬の引き下げが行われました。全体としては平均2.7%の引き下げで、微修正というか、マイナーチェンジくらいです。平成18年には、持続可能なシステムということで、予防システムの導入が図られました。また、皆さん、ご承知のとおり、要介護認定区分も7段階まで広げ、新たな介護予防に関する事業ができるようになりました。

平成21年、来年の改正ですが、この前の国会で承認されましたが、介護保険法が通過したのがご存じかと思いますが、変わりました。施行は来年4月ですが、この5月に法律が通っています。来年の改正は介護保険事業者への監督強化ということで、要するに不正受給が昨年出ましたので、

これらの指導監督が強化されることになりました。各市町村においても、事業者への指導というのが重視される改正になってきています。平成21年は大きな制度そのものに対する改正というのはあまりないのですが、その次にどうなるのかというのが、今までの話したことと合わせて考えていく必要があると思います。

介護保険制度はどう変わるか？

- 平成12年 制度創設
- 平成15年 介護保険報酬の引き下げ
- 平成18年 持続可能？なシステム
予防システムの導入
- 平成21年 介護保険事業者への監督強化
- 平成24年 ???

資料では、「平成24年 ???」としていますが、私は個人的には、平成24年改正というのは非常に大きな改正をするのではないかと考えています。それはどういう中身になるかということです。

財政制度等審議会 (財務相の諮問機関5月13日開催)

- 対象から「軽度」の人を外すと、給付費用が年約2兆900億円減少
- 保険料も年約1万5000円安くなる
- 財務省はドイツの制度を前提に、3つの試算
 - ①要支援1、2、要介護1、2を保険適用除外案
 - ②生活援助のみの適用除外案
 - ③軽度者の自己負担割合を2割に増額する案

これは5月13日に開かれた国の財政制度等審議会の提案です。財務省の諮問機関ということでこれが開催されております。財務省からは厚生労働省に対して、年間2,200億円の社会保障の費用の伸びを抑えろと言っていますが、それは現実には出来なくなってきています。どうしても2,200億円の圧縮はできないという状況の中で、制度を抜本的に変えていくという考え方が、全体の中で出されてきているのではないかと思います。

5月13日の審議会時に財務省の提案として、介護保険給付の対象者から軽度な人を外すと、給付費用が2兆900億円マイナス。保険料も年額にすれば1万5,000円安くなるという前提で、ドイツの介護保険制度を参考に三つの試案というのを出しています。

一つ目は、要支援1、2、要介護1、2を保険適用から除外するという案です。二つ目は生活援助のみの適用除外案。これは軽度生活援助や訪問介護の系統の事業を排除するものです。三つ目が、軽度者の自己負担割合を2割に増額する案が出されています。

私の個人的な見解としては、一つ目に近い部分が最終案としてまとまるのではないかと思います。ということになれば、介護予防というのは、平成18年改正のときに明確に出されましたが、それを担保するものというのが半分なくなってしまうということです。特に要介護1、2、要支援の方の介護予防事業が多分無くなるのではないかと考えています。

それを前提に、これからの介護予防研究会は、そういう流れを考えながら何を研究するのかということを考えていただきたいと思っています。

～韓国の介護保険制度～

それを考える上で参考になるのではないかなと思うのが、お隣の韓国の介護保険制度です。韓国の介護保険制度は、今年の7月から保険給付が開始されます。施行は昨年から実施されており、いわゆる日本で言う要介護認定と同じことがすでに実施されていますが、給付は今年からということになっています。

韓国の介護保険制度は、「老人長期療養保険法」ということで、日本とはちょっと異なり、医療保険制度の中の一部になっています。給付対象者としては、原則として高齢者ということで、日本と違い年齢区分はしていません。考え方の違いがいろいろあると思いますが、年齢区分はここではされていません。

保険給付の内容につきましても、在宅サービスと施設サービスがあり、日本と基本的に変わりませんが、要介護認定は3段階です。給付対象になるのは中・重度者ということで、どの程度なのかは分かりませんが、日本でいう要介護3くらいではないかと思っています。

施設給付の中身については、1日単位・等級ごとの定額制ということになっており、日本の今の介護保険制度よりは割とシンプルというか、計算しやすい形になっています。多分特養と同じだと思うのですが、老人専門療養施設の場合、1等級でしたら4万850ウォン、2等級でしたら3万7,610ウォンということの設定されています。

在宅の給付については、毎月の限度額制ということで、今、日本の在宅部分の給付と同じ考え方です。今の要介護1、2でしたら、一月使える額が5万7,000円くらいですが、それと同じような考え方で、毎月の限度制ということで、1等級の場合は97万5,120ウォン、2等級79万6,260ウォン、3等級が70万7,480ウォンとなっています。

利用者の負担率は、在宅の給付を受ける場合は15%、施設の利用は20%ということで、日本よりもかなり高めに設定されています。

韓国の場合は、日本と根本的に違うと言える部分なのですが、日本の場合は、ゴールドプランが出されたときに、「介護の社会化」という考え方が出されました。韓国の場合はそこまではいっていないです。あくまでも家族介護に併せて介護保険制度を使うという考え方に立っていま

す。そのため、給付については、比較的制限された形です。

また、在宅給付の中に家族給付という制度が作られております。日本でも地域支援事業交付金の中で、家族介護を支援するため年額10万円の給付ができますが、それとよく似た制度が韓国は本体の制度の中に設定されています。施設の未整備な地域があるといった理由もあるのですが、家族介護そのものを否定せず、継続するという考え方ではないかなと思います。

財源構成については日本と同じで、利用者負担と保険料負担、国庫となっています。

～わがまちの介護予防を考える視点～

この介護予防研究会は、われわれのまち、自分が住んでいるまちで介護予防をどう広げていくのかという具体的なテーマを考えなければいけません。昨年度は、それぞれの方がそれぞれのテーマを持って研究するという内容でしたが、今年はグループワークで研究するということですので、どのような介護予防をしていくのか、それぞれきちんと整理しながら研究していく必要があると思います。

その時に、当たり前過ぎて皆さんに言うのは失礼な部分があるのですが、行政マン、行政ウーマンとしての視点というものを、今一度きっちりで見定めてほしいと思います。

行政マン、ウーマンの視点

- 目の前の忙しさに目を奪われていないか
- 将来の市、町の姿が目に見えているか
- 行き着くためのプロセスも考えているか
- 市、町の本当の資源を見つけているか
- 個別事象に目を奪われて、普遍性を見つける努力をしていないのではないか

私たちは決して理想型を求める研究ではなく、現実の中で何かできるのかという研究ですので、自分のまち、あるいは大阪の現状を踏まえて、介護予防を進めるにはどうしたら良いのかを考えることが必要です。

そういう点で、皆さんは日常の仕事を抱えているということもあり、目の前の忙しさや目の前の課題に忙殺され、大きな視点が奪われているのではないかと危惧しています。

それと将来の市町の姿が皆さんの目に浮かんでいるのでしょうか？また、こういうふうにあるべきだ、そうしなければいけないという一定の考え方が出れば、そこに行き着くためのプロセスまで一緒に考えて欲しいとも思っています。

また、研究開始にあたって皆さんは、各市町の本当の資源というものを見つけているのでしょうか。資源というと、お金が先ず浮かびますが、お金だけではなく人的な資源もあるし、社会的なつながりなどの、ビジブルに捉えられない資源も地域にはたくさんあります。個別に現れる現象だけに目を奪われず、そういうものを捉えることができているのでしょうか。

研究の中で一番大事なのは、いろいろな事象が現れてもその中に共通するもの、あるいは共通して言えることは何なのか。普遍的なものをどう見つけていくのかということです。

普遍性を見つけるための努力というのは意識的にしないと絶対にできません。この視点を研究を通して十分養っていただければ、皆さんの日常の仕事にも大いに役立つものと思われま

～集合的無意識～

ここで集合的無意識についてお話いたします。多分、言葉は聞いたことがあると思いますが、深層心理学で有名なスイスのユングが言った言葉です。

皆さん、自分の気持ちの中で置き換えてほしいのですが、生き物は本能だけでなく、無意識の深い部分で共有している、歴史的、社会的、生物的部分があります。

何かなというのは分かりにくいと思いますが、もう少し具体的になった場合には、既成概念という言葉に近いと思いますが、年寄り、障害者は、何々はというように、自分で本当に個別のものに直接触れていないのに、触れる前にトータルとしての前提というか、概念を持っているのではないかと思います。ある意味、経験の多さが、そういう無意識を作っている場合もあります。

悪い意味での集合的無意識という場合、自分で気が付かないうちに形成されている偏見になっている場合もあります。そういうものを捨てていただきたいと思います。

～シンクロニシティにとらわれない～

この集合的無意識に由来するもので、シンクロニシティ（共時性）という考えがあります。

われわれは現場で仕事をしていると、いろいろなことが起こります。全く因果関係のないことでも、たまたま意味的な関連を持って同時に起こる場合（共起）があります。皆さん、物語でご存知と思いますが、『最後の葉』という話で、病院のベッドで亡くなりかけの人が寝ています。窓の外に1本の木があって、風が吹くたびに1枚飛び、2枚飛び、最後の1枚になったときに、「ああ、自分の命は、明日、あれが散ったら死ぬのかな」というお話があります。

これは全く関係のないことでも自分が置かれている状況から、その木の葉っぱが明日散ってしまっ

たまたま同じ時、同じような状況になり、因果関係は何もないのですが、意味的な関連だけで何か因果関係があるように思ってしまうのです。こういうのは、われわれ実際に研究するときに、陥ってしまう落とし穴になる可能性があります。

特に介護予防の場合は、対象者が多数おられます。対象者の方は、同じ時期、同じような年齢

です。同じような状態で、生活不活発、閉じこもりに近いとか、あまり近所の人と話をしないとか、そういうことがあって、因果関係の有無を科学的に実証できないのによくくりで考えてしまう間違いに陥らないよう気をつけていただきたいと思います。

これは研究する上で非常に大事な部分ですので、少なくとも、第三者にきちんと説明できるものがどこにあるのかというのを見つけていくことが重要です。研究者としての視点、真実をきちんと見る大きな視点を持っていただきたいと思います。

～研究の視点～

研究の前提ですが、これは繰り返しになりますが、制度が変わります。年々変わります。仕組みも変わります。組織体制も変わります。これは皆さんの職場の組織体制も何年かごとに定期的に変わっていると思います。高齢者の意識も変わります。どんな変化があっても必要なもの。あるいはどんな変化でも変わらない真実というものを見つけ出していくのが研究です。

研究の視点においても、介護予防を進める仕組みや技術、技法、あるいは実施方法、大阪の市町が求めている課題など、いろいろな課題があります。それをきっちり整理することが、先程今木先生も言われた、研究の第一歩です。何をするのか？何がどういう客観的な成果として出せるのか？ということが重要です。

～暗黙知、形式知～

組織的知識はどうして創造されるか。組織的知識の創造ということはあまり聞かないと思いますが、研究は、自分自身が研究し理解をすれば良いというのではなく、社会全体が共有するものなのです。組織的知識を創造することが、研究の重要な意味になります。

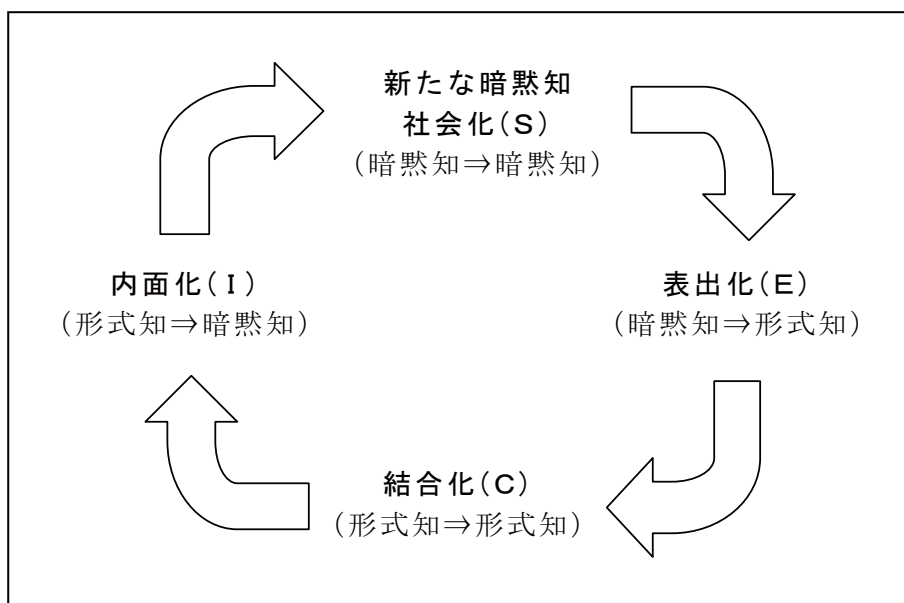
聞き慣れない言葉と思いますが、「暗黙知」と「形式知」という言葉があります。

「暗黙知」は、言語や文章で表現することが難しい、主観的あるいは身体的な知識です。セラピストなどは、第三者に伝えにくい、表現しにくいけれど、自分の感覚で分かるものを持っておられます。経験や反復によって具体化される思考や行動のスキルといえます。

一方、「形式知」は、文章や言語で表現される客観的もしくは理性的な知ということで、一つの文章や報告書にまとめ上げられた知識です。

組織全体が共有する知識や研究成果も、当初はみな「暗黙知」です。どうしよう、どうしよう、これが大事だ、何とかしないといけない、こうやろう、ああやろうと思う中で、形が整理され表出化します。議論することで、「暗黙知」が「形式知」に変わり、その「形式知」がさらに議論や調査研究を進める中で、結合化し、「形式知」の全体が明瞭化します。

[組織的知識創造の4モード (SECIモデル)]



暗黙知…言語・文章で表現するのが難しい主観的もしくは身体的な知
 経験の反復によって具体化される思考・行動スキル
 (経験ノウハウ、思い、メンタルモデルなど)

形式知…言語・文章で表現できる客観的もしくは理性的な知
 一般的な概念や論理 (マニュアル、データベース、問題解決手法、理論など)

社会化…共同体験・経験等による現場の生きた知識や情報を共有

表出化…現場の暗黙知を効率的に伝えるコンセプト創造やマニュアル化等で具体化

結合化…表出化により集団知となった情報をモデル化、体系化等で具現化

内面化…理解した形式知を実践・反復し、自覚的に暗黙知として身に着ける

～知のスパイラル～

皆さんのお手元の資料の中に「街かどデイハウス今後のあり方検討会報告書」(www.pref.osaka.jp/korei/machiday/PDF/arikata_houkoku.pdf)を入れています。昨年高齢介護室で、制度創設10年を迎える街かどデイハウスの進むべき方向を議論した検討会報告です。

見ていただきたいのは、報告書本文ではなく後半にある参考資料です。39件ありますが、とにかく実態をつかむために、いろいろなデータを集め、グループ内の議論を重ね、データに基づいて更に議論を重ねることで、組織としての結論を構築しました。実際の調査はこの倍以上です。データの中で、客観的に言えるものだけを参考資料に採用しました。

当たり前日頃思っているものでも、客観的なデータを集めることによって、本当は何だろうかという姿が見えてきます。その姿をさらに整理する中で、今後の方向性が整理でき、報告書本文に到ることができました。

これが組織的知識、形式として形作るということになります。自分の頭の中を「形式知」に全部置き換える。そうすると研究が意味の有る大きな仕事になります。この視点で、研究テーマを見つけ出していただきたいのです。

[組織を媒介とした知のスパイラルの創出]

個人 ⇒ 集団 ⇒ 組織 ⇒ 組織間関係 ⇒ 社会（施策・制度）

いよいよ開幕になります。皆さんの頭の中をクリアにさせていただき、この後グループで検討していくことになっていますので、頑張ってください。

以上で私の話を終わります。

*この講演録は、講演後発表された資料も加えております。

研究会 基調講義 3

介護予防研究の取り組み

— 栄養の視点から —

納富 由美子 (四天王寺悲田院栄養士室 栄養士長 管理栄養士)

ただいまご紹介いただきました納富です。福祉施設で管理栄養士をしております。日々の仕事の中から、皆さんに何か情報として、私が心の中で温めてきたことを使っていただけたらと思って今日の準備をさせていただきました。スライドを紹介していきます。

まず、高齢者の栄養を考えたときに、体の中でどのような変化が起こっているのかといったことを知っていただこうかと思えます。咀嚼（そしゃく）力の低下は必ず起こってまいります。それから唾液の分泌の減少が起きたり、食べ物の喉通りが悪くなったり、味に対する感覚が鈍くなり味覚障害が出現したり、消化液の分泌が減ってきたり、大腸のぜん動運動が悪くなったり、のどの渇きの訴えが減ってきたり、これらが身体的な症状として出てまいります。

高齢者のからだの変化

- ・咀嚼力の低下
- ・唾液の分泌量の減少
- ・食べ物がのどを通りにくくなる
- ・味の感覚が鈍くなる
- ・消化液の分泌が減少する
- ・大腸のぜん動運動が低下する
- ・のどの渇きに鈍くなる

栄養管理上の問題点として、どういうところを注意していかなければいけないかという部分ですが、低栄養の原因として、まず①身体的な理由をあげています。これは、疾患が出てきたり、咀嚼力の低下、食欲不振、味覚低下、胃腸障害などがでてきたり日常生活の活動量の低下が出てきたりします。やはり活動が緩慢になってまいりますので運動量が低下してきます。また、たくさんのお薬を服用されていて、お薬の副作用で食欲が低下することもあります。それから加齢とともに食事の摂取量自体が減ってくるといったことが、身体的には考えられるかと思えます。

高齢者の栄養管理上の問題点

低栄養の原因

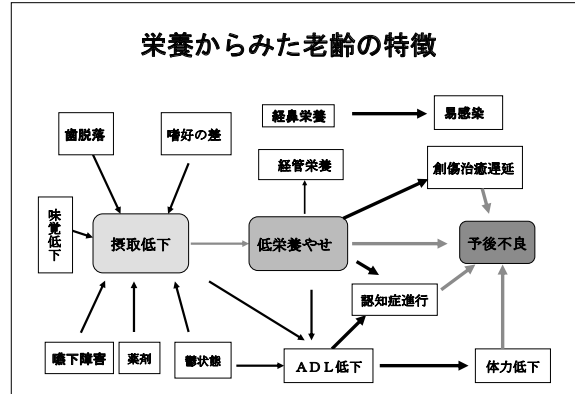
- 1 身体的理由
疾患・咀嚼力の低下・食欲不振
味覚低下・胃腸障害・日常生活活動低下
薬剤・老化
- 2 社会、経済理由
貧困
社会的孤立：付き合い
- 3 心理的理由
配偶者の死・失業・孤独感

次に②社会、経済理由として貧困を挙げさせていただいていますが、年金生活になって何を一番節約するのかといたら、やはり食事の節約にまず手をかけてしまうのではないのでしょうか。それから社会的な孤立ということで、ご近所との付き合いがなくなったりして、社会性が薄く

なったために（意欲の低下が出現し）食欲が低下して、それが栄養低下に結び付くこともあります。

③次に心理的理由として、配偶者の死、失業、孤独感といった心理的な要素がたくさん働いて食欲低下が出現して、そのために栄養状態が悪くなるということが考えられます。

摂取量の低下にはどういうことが影響するかといいますと、歯の本数が減れば噛む力がなくなる（弱くなる）ことがあります。それから嗜好の差で、今までご自分で調理していたのに、家族が調理したり、お嫁さんが調理したり、お孫さんが調理してくれたりすると、調理する人の好みによって食べるものが変わってくるかと思います。自分の好みと作る側の好みとが合わないので、お口に合わないから食べないということもあると思います。



それから、先ほど言いました味覚の低下、嚥下（えんげ）障害と、他に薬剤やうつ状態などが考えられます。認知の症状が出てきますと躁鬱を繰り返していきます。その中でうつ状態に入られたときには、食べ物を目の前に置いても、それを食べ物としての認識ができないがために手を付けようとされない、口を開けようとして下さらない。それから、食べ物を毒というふうに認識されてしまって食べようとされない。こういうことが起こってきます。それで摂取量がだんだん低下してまいります。その結果、低栄養でやせてきます。こうなりますと、やはりADL（Activities of Daily Living日常生活動作、日常生活活動）も低下してきますし、認知症が進行したり、体力が低下したりします。やがて今度は経腸栄養、PEG（Percutaneous Endoscopic Gastrostomy胃ろう）を作ったり、経管栄養（静脈栄養）の方に移って栄養を補給することになります。すると、二次的に感染症にかかりやすくなったりします。口から食べるのではなく（味を感じとることなく）、血管や胃から栄養を摂ることになります。腸を使った栄養の摂取は自然な栄養吸収を維持する上でごく重要です。栄養の取り込みが少なくなれば傷の治りが遅くなったりして、だんだん予後不良になっていくという流れです。これが低栄養のスパイラルで、どんどん落ち込んでいく部分なのでですね。

できるだけ低栄養にさせないために、できるだけ口から食べられるように食事を提供していくわけです。

次は、認知症のお年寄りの食事の特徴です。軽い認知症のときにはよく動かれます。「徘徊」というお言葉をご存じかと思うのですが、当てもなく部屋の中をくるくる回られたり、目を離していると遠くまで出掛けて、思いもよらぬところまで歩いて行かれたりといったことが起こります。軽い認知症のときはよく動かれますので、たくさん食べていただけます。

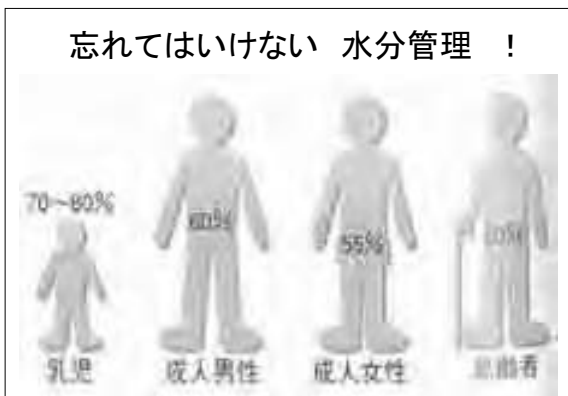
認知症のお年よりの食事の特徴

- 軽症 : よく動くので良く食べる
独居生活では同じものを食べる
- 重症 : 食べない（強制栄養）

あるいは独居だと、例えばご飯をたくさん炊いて、気が付いたら、炊飯器の中のご飯がすっかりなくなっていたということがあります。一つのものだけをたくさん食べてしまうという偏った食べ方が、軽い認知症のときにはみられます。

重症になりますと、先ほども申しましたように食べ物という認識ができないのと、それを毒薬と誤認されてしまうことがありますので、全く食べられません。それから、“ごっくん”をすることを忘れてしまわれます。だから、嚙むこともできませんし、“ごっくん”することすらできない状況がおこります。だから、「ごっくんしてくださいね」と促しながら食事を進めることがたびたびあります。どうしても口からの栄養が取れないようになりますと、やはり強制的にPEGを使ったり、それから点滴を行ったりといった栄養の方に切り替えていかなければいけないと思います。

次に、私たちの体は何でできているのかと言いますと、若い人で体重の大体60%、それから高齢者の場合は55%ぐらいが水分です。だから忘れてはいけないのが、やはり高齢者の場合は水分管理をきっちりしてあげなければいけないということです。皆さん、手の甲をつまみ上げて、それをぱっと放してみてください。すっと戻りましたか。戻れば脱水ではありません。脱水になりますと、この戻りが悪くなるのです。高齢者の手というのは“しわしわ”です。利用者の方の手をつまみ上げるわけにはいきませんので、手の甲をなでてあげるのです。そうしますと、皮が“すー”と横に寄っていきますので、それをぱっと放した時に“すー”と戻ってくるかどうかを、私たち職員はスキンシップしながら確認しています。



では、一日に一体どのくらいの水が必要なのか。普通の食事を一人前食べておられる方で食事以外に大体1000~1500ccは飲み水として要ります。だから、500ccのペットボトルで、一日3本ぐらいが必要な量ということです。お食事を普通に召し上がっておられますと、食事の中に1000ccぐらいの水分を含んでおります。栄養素がエネルギーとなった時に代謝水（最終段階として二酸化炭素と水が作られます。）として体の中でできる水が200~300ccあり合計2200~2800ccの水が必要となります。失われる水は、不感蒸泄といひまして、皮膚から汗が出たり、毛穴から少しずつ水分が出たりしています。これが大体1000ccぐ

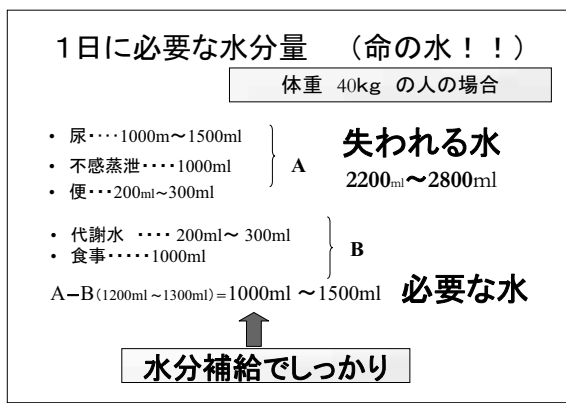
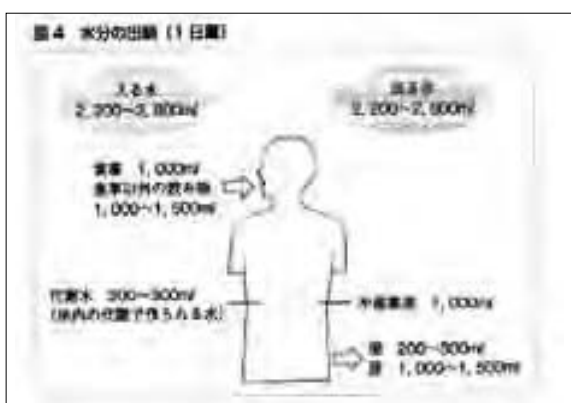
一日に必要な水分量は？

1000ml~1500ml

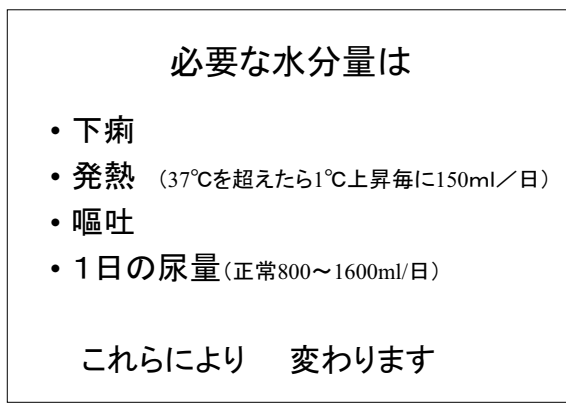
- ペットボトル1本・・・500ml
- 牛乳ビン1本・・・200ml
- 缶ジュース大缶・・・350ml

らいです。それから、1200～1800ccぐらいが便や尿として出ます。これを差し引きして、同じ量にならなければいけないのです。

失われる水を詳しくみますと、尿から1000～1500cc、不感蒸泄で1000ccぐらい、便から200～300ccで合計2200～2800cc、食事で1000ccと体の中で作られる水（代謝水）が200～300ccですから、差し引きしてやはり1000～1500ccは飲水量で取らなければいけないということなのです。高齢者の場合は、例えば夜、お水を飲むとトイレが近くなるから、特に冬場はそうなのですが、夜中に何度もトイレで起きるのは嫌だから、夜は水分を取らないという方がいらっしゃいます。それから、特に介護を受けておられる方などは、おむつを汚して介護員の手を取るよりは、ちょっと水を控えておこうということで、自然と水を飲むことを控えられてしまいます。だから体の中で必要な水が確保できません。飲み水として水分が1500ccぐらい必要なわけですが、それが十分取れていないということが多々あります。



そのほかに、考慮しなければならない点をいくつかあげます。まずは下痢です。高齢者は結構、下剤使っておられる方が多いのです。先ほども腸のぜん動運動が減ると言いましたが、大腸がちゃんと動いてくれないから便秘になりやすく、そのために下剤を処方してもらって飲んでおられることがあります。下剤を使われたときの下痢の場合、通常より余分に水分が必要となります。次に発熱です。発熱の場合は、37℃を1℃超えたら150ccぐらいはお水が必要なのです。次に、嘔吐があった場合もたくさん水を失いますので、この場合も十分な水分補給が必要です。1500ccを飲むのもやっとなのに、そのプラスの分がなかなか取れません。また、一日の尿として出ている量によっても水分量は変わってきます。例えば糖尿病でたくさん尿として出ているのであれば、やはりその分の水はきっちり補ってあげなければいけないということになります。



私がなぜこんなに水分、水分と言うかといいますと、実は私はつらい経験を持っています。107歳ぐらいの利用者さんだったのですが、終末期を施設でということだったので、施設で終末介護をしていた時のことです。2～3日、全く食事が口から入らない状態だったのです。もう十何年前でしたので、まだ施設の方で積極的にPEGでの栄養補給もやっていない、点滴もやってない時代の話なのです。2～3日、全く食べ物も水も摂ることができず熱が出てきた状態でした。

肩で息をされていました。ご家族も呼ばれていて、もういつ告げられてもおかしくない状態だったのです。

でも、とてもお食事の好きな方だったので、介護員が「最後にくず湯を口から入れてあげたいから、片栗粉をちょうだい」と言って来たのです。どんな状態かも分からなかったので、「じゃあ私が作って持っていくから、お部屋で待っていて」と言って、くず湯を作って持っていきました。息も荒く、とても温かい葛湯が口から入るような状況ではなかったのです。

それで、そのときに「スポーツドリンク飲料と濃厚流動食でゼリーを作ってくるから、一度それを食べさせてみて。冷たいから、多分口当たりがいいから入ると思う」ということで、70ccのゼリーカップに、最初は6個持っていったのです。「一晩かけて、ゆっくりこれを食べさせてちょうだい」と介護員に渡して帰ってきて、翌日、お昼に行ったときには少し元気になっておられました。翌日朝に提供したゼリーも2個ぐらいいは食べておられたのです。夕食のときに「どんな様子かな」と思って上がっていきましたら、ちょうどそのとき、小さいビアグラスに、ビールをよそってもらってまさに飲もうとしておられたのです。（前日は、食べ物や水さえも口にするにはできない位衰弱されていたのに、ご自分でグラスを持って、飲んでみようと言う位までに回復されていました。）普通は考えられない、先ほどまでは肩で息をしておられた方に、心臓も弱っておられる方にビールを飲ませるなんてなんてことを、という感じだったのですが、とてもビールが好きで毎日晚酌しておられて、ご家族も「最後に飲ませてあげたい」ということだったので、もう私は目をつむることにして様子を見ていたのです。

そうしたら、その1杯のビールをすごくいいお顔で、「おいしい」と飲まれたのです。そのときに、やはりこの水分を適切に入れていくことで、「おいしい」と、その命をつなげることができたということを体験しました。

どれだけこの水分管理が高齢者にとって大事なのかということを痛切に感じました。

だから、私の施設のスタッフにも「水分や」「水分や」と口やかましく言っています。その利用者の方は、良いタイミングでお水が入ったことで、その後、4か月ぐらいいは施設で暮らしていただくことができたのです。それで、お好きだったビールも、ビアグラス1杯だけのお約束なのですが、食前に少しずつ飲んでいただいて、最後までお口から食事を摂っていただいて、「おいしかった」と言っていただけたことが、やはりその方にとっては良かったのかなという思いがありました。だから、今日もこれだけ水分をテーマとして挙げてみました。

脱水が起こっているのをどこで見分けるかといいますと、口や目が乾いてきて、唇が白く“かさ”ついてきます。それから、先ほども言いましたように熱が出てきたり、意識がぼんやりとしてこられたり、肌が“かさ”ついてきたり、皮膚をつまむと戻りが悪くなったり、尿の量や回数が減ってきたり、尿の色が濃くなったり、上まぶたがくぼんできます。こういう症状が出てきます。

脱水の症状

- 口や目が乾く(唇が白くかさつく)
- 発熱
- 意識がぼんやりする
- 皮膚がかさつく
- 皮膚をつまむと、戻りが悪い
- 尿の量や回数が減る
- 尿の色が濃くなる
- 目がくぼむ

次に、ホームなどで、まず脱水を疑うときに、
 どのようなことを指標にしているかということ
 を挙げさせていただいています（スライド参照）。
 最近90日間で意識障害があったり、動作や行動能力
 の低下が起こってきたり、自分で進んで水が取れ
 ない方は、やはり周りが相当気を付けて水分管理
 してあげないと水を摂取することができません
 ので、まず脱水を疑っていきます。施設で熱が出た
 場合は、クーリングすることも大事ですが、
 も、まず水分を取っていただいて様子を見るという
 対処をしております。スライドに書いてある
 ようなことをチェックしながら、水分管理を行っ
 ています。

老人ホーム居住者などにおける脱水を疑う基準

脱水、補液実行を考慮する指標

- ①最近90日で認知能、動作、行動能力の低下がある。
- ②食事摂取、服薬が確実でない。
- ③最近30日で尿路感染症があった。
- ④最近脱水症と診断されたことがある。
- ⑤下痢がある。
- ⑥眩暈(めまい)がある。
- ⑦発熱がある。
- ⑧体内で出血がある。
- ⑨嘔吐がある。
- ⑩体重減少(最近30日で5%以上、または最近180日で10%以上)がある。
- ⑪水分摂取が不十分である。
- ⑫経静脈的補液を希望する。

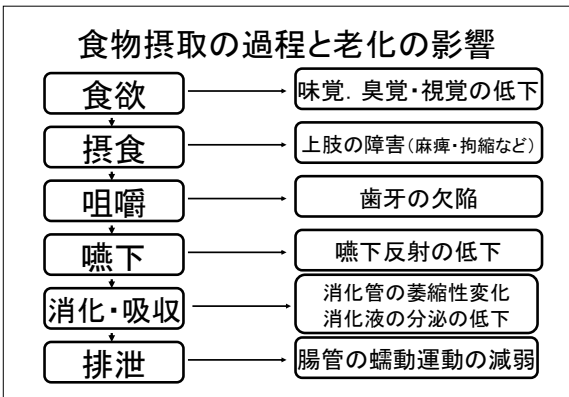
Weinberg ら

次に、脱水の危険度が高くなるのはどうい
 う方かといいますと、先ほども言いましたよ
 うに、手を動かすのが不自由であったり、
 利尿剤を使われていたりする場合があげ
 られます。血圧の高い方が多いので、
 結構、利尿剤を使っておられる方も
 たくさんいらっしゃいます。利尿剤を使
 っておられて尿の回数が多かったり、
 尿の量が多かったりしますと、やは
 り脱水の危険が高くなっていますので、
 十分な水分管理が必要になるというこ
 とです。そして、意図的に水分を控えて
 おられる方、これは先ほど言いました
 ように、トイレに行くのがしんどい
 から控えておられるということです。
 それから、意思の疎通が取りにくい
 方、これらはやはり定期的にしっかり
 管理してあげないといけない部分だ
 ろうと思っています。

脱水の危険が高くなる

- ①手を動かすのが不自由である。
- ②利尿薬を服用中である。
- ③下剤を大量に使用している。
- ④糖尿病のコントロールが不良である。
- ⑤嚥下機能運動に障害がある。
- ⑥意図的に水分摂取を控えている。
- ⑦経管栄養を施行中である。
- ⑧既往症に脱水症がある。
- ⑨意思疎通がとりにくい。

次に、食物摂取の過程と老化の影響
 ですが、老化によって視覚や味覚、嗅
 覚などが低下してきますと、やはり
 食欲は落ちてきます。それから、上
 肢の障害、まひや拘縮などが起こる
 と、自分で食べることができない
 ので摂食量が減ってまいります。
 咀嚼は先ほどの歯の欠落などで
 噛むことができなくなったり、
 それから嚥下反射が低下して
 きたり、消化・吸収の面では消化
 管の萎縮が起こったり、消化液の
 分泌が低下してきいたりとい
 ったことが起こりますし、腸の
 ぜん動運動が悪くなったら排泄の
 状態も悪くなるということが
 起こってまいります。



咀嚼・嚥下に適さない食品ということで、やはり一番むせが起こりやすいのは水分です。だから、お茶とかお水とかジュースなどで、のど詰りが起こってないかどうかを見ながら、嚥下に問題がないか確認していきます。また、酸味の強いものも、やはりむせが起こってきます。だから、酸味を少し抑えたような味付けで提供していきます。それからパサつくもの、焼き魚、ゆで卵、ふかし芋、高野豆腐、ビスケット、カステラといった唾液をたくさん吸収するような食品やお料理は、体の機能が落ちてきますと唾液の分泌が悪くなりますので、食塊をうまく作ることができません。食塊ができなければ嚥下できないというところで、あまり適さないということです。

それから、うまく噛めないもの、かまぼこ、コンニャク、ナメコ、シイタケ、タクアンなどは、歯の上で“つるっ”と滑ってしまうのです。それで噛めないようです。また、のどに張り付くもの、おもち、焼きのり、ワカメ、クロワッサンなどです。クロワッサンなどは、やはりパン自体にたくさん油を使って料理していますので、水を吸い込まないのです。だから、やはりしっかり噛むことができないと、うまく食塊になってくれません。それから粒が残るもの、ピーナッツ、大豆、枝豆といったものは、噛んでもなかなか細かくなりにくいので、あまり適さないということです。それから繊維の多いもの、ゴボウとかフキとか小松菜といったものも、普通に調理したのではやはり噛みづらいものだから食塊になりにくいのです。ただ、こういうものも少し工夫すれば十分介護食にはなります。

次に、うまい具合に食塊を作る様子だとか、飲み込むときののどの奥のスイッチの切り替えの部分の説明していきます。人は、視覚、嗅覚などで、食物を認識し、口へ取り込みます。

① 食物が口腔内に入ると、まず咀嚼をして食物を飲み込める状態にします。

この飲み込める状態になったものを食塊といいます。

上手く咀嚼を行い、食塊をつくるためには、咀嚼するための「歯」があることはもちろんですが、それと同時に舌や頬の運動も必要です。舌や頬に運動障害や感覚麻痺があると、食塊をつくるのが難しくなります。また、唇がきちんと閉じることが出来ないと、口腔内から食物がこぼれてしまいます。

咀嚼・嚥下に適さない食品

- 1) 水分(水、お茶、ジュースなど)
- 2) 酸味の強いもの(酢の物、かんきつ類)
- 3) パサつくもの(焼き魚、ゆで卵、蒸かし芋、高野豆腐、ビスケット、カステラなど)
- 4) うまく噛めないもの(かまぼこ、こんにゃく、なめこ、しいたけ、たくあんなど)
- 5) のどにはりつくもの(もち、焼き海苔、わかめ、クロワッサンなど)
- 6) 粒が残るもの(ピーナッツ、大豆、枝豆など)
- 7) 繊維の多いもの(ゴボウ、ふき、小松菜など)

飲み込みのメカニズム①



図：嚥下障害支援サイトより

② 咀嚼がある程度完了したら、舌を使って食物を咽頭（いんとう）へ送ります。

舌先を上顎に付けることが出来ないと、咽頭への送り込みがうまくいかず、いつまでも口腔内に食物が残ってしまいます。

この時にも唇の閉鎖は重要です。唇の閉鎖がきちんと出来ていないと、食塊を後方へ送ることが困難です。

この時点では、呼吸をしています。

※また、この時軟口蓋（なんこうがい）は上へ上がるのと同時に後方へ膨らみ、口腔と鼻腔を遮断する準備をします。

矢印のように、各組織が動きますが、重要なのは口腔と鼻腔の遮断により、食物が鼻へ逆流しないようにする。結果嚥下の時は呼吸が停止した状態となります。

「喉頭蓋（こうとうがい）」が後ろへ倒れていきます。

飲み込みのメカニズム②



図：嚥下障害支援サイトより

③ 舌は口蓋（こうがい）にしっかり付き、舌骨（ぜっこつ）が引き上げられ、喉頭（こうとう）が上前方へ移動し、そのため喉頭蓋が後方へ倒れます。

軟口蓋（なんこうがい）は口腔と鼻腔を遮断しています。この時口腔と鼻腔の遮断がきちんと出来ないと、食物や水分が鼻腔に逆流してしまいます。嚥下の際、呼吸は停止します。

飲み込みのメカニズム③



図：嚥下障害支援サイトより

- ◆軟口蓋（なんこうがい）…口の天井の骨が無く軟らかい部分
- ◆喉頭蓋（こうとうがい）…嚥下の瞬間、喉頭の蓋になる非常に重要な場所
- ◆舌骨（ぜっこつ）…舌と喉頭を繋ぐ役割の骨。喉頭の挙上に重要な役割を担う

さらに矢印の方向へ、各組織が動き、喉頭蓋がさらに後ろへ倒れ、気管へ蓋をする形となります。喉頭が前へ動くことにより、食道入り口部が開きます。

このメカニズムで、食塊が食道へ入っていき、気管へ進入することはありません。

④ 舌全体が口蓋にしっかり付きます。そのため舌骨は更に上方へ引き上げられ、喉頭は更に上前方へ移動し、結果的に喉頭蓋は気管へ蓋をするような形で倒れます。

また喉頭が上前方へ移動することで喉頭の後方にある食道入り口部が開き、そこへ食塊が押し込まれます。

この時に喉頭が上前方へ十分移動出来ないと、

飲み込みのメカニズム④



図：嚥下障害支援サイトより

食道入口部の開大が不十分となり、そのため食道へ入りきれなかった食塊が気管へ侵入する結果となり、これを誤嚥と言います。

誤嚥は食道の開大不全の他、嚥下のタイミングのズレなどでも生じます。

⑤ 食道の蠕動運動で、食塊は食道を胃へと向かっていきます。

各器官は元の位置へ戻り、呼吸も再開されます。

私たち栄養士としては、食塊が作れない方の食事をどうするかということ工夫しながら、軟菜食や嚥下食を作っているわけです。

飲み込みのメカニズム⑤



図:嚥下障害支援サイトより

次のスライドをご覧ください。あまり水分が多くてたらたらと流れるようなものであれば、本人が“ごっくん”とする意識がないままに、口に食べ物が入った状態で、もうだらだらと食道の方に流れる。これが「a. 嚥下前の誤嚥」だと思います。

嚥下中の誤嚥は、“ごっくん”としたけれども、タイミングがちょっとずれて、それで気管の方に少し食べ物が流れ込んだ状態。これが「b. 嚥下中の誤嚥」です。

また、嚥下後の誤嚥は、うまい具合に嚥下しているけれども、咽頭に少し食べかすが残っていて、それが食後、その後だらだらと肺の方に唾液を嚥下するタイミングで流れ落ちたりすることがあるのです。これが「c. 嚥下後の誤嚥」です。

施設で食事を提供するときには、当然、食事前・食事時の誤嚥には十分注意しながら介助するわけですが、嚥下後の誤嚥予防対策としまして食事が終わった後に必ずお茶ゼリーを提供しています。お茶ゼリーを飲んでいただくことで、この咽頭のところのお掃除をしてもらっています。私たちはご飯を食べた後にお茶を飲みますよね。咽頭に食べかすが残っているのでお茶を飲むことで、お茶と一緒に食べかすが胃の方に入っていくというわけです。お茶ゼリーを召し上がっていただくことで、咽頭のお掃除と水分補給を兼ねてやっています。

次のスライドをご覧ください。嚥下体操として、食事の前に必ず発声練習をして、口の筋肉とのどの筋肉を柔らかくしていただくことで誤嚥を防ぐような取り組みをやっています。



嚥下体操

次のスライドです。これはもう療法士さん【言語聴覚士】の域になるのですが、食事の前に少しだけほほの筋肉をほぐしたり、のどのところを少し触って刺激を与えたりして、嚥下しやすい環境を作っています。



次に、認知症高齢者の食事の介護のポイントですが、まずは異食への注意です。認知症の方は食べ物と、そうでないものとの認識が全くありませんので、そこら辺の配慮が必要かと思えます。例えば、手の届くところに口に入れてはいけなものを置かないような注意が必要です。それから、食事をしたことをすぐに忘れられます。だから、何回も食堂の方に、「まだご飯、食べてないよ」と訴えてお食事に来られることがあります。また

は、食卓に座っても食べようとされない場合。あるいは、ご飯があって、おつゆがあって、小鉢が二つか三つあってとなったときに、例えばご飯を召し上がったら、ご飯だけを一生懸命食べられるのです。なかなかおかずの方に手が行かないのです。それから、おかずを勧めると、今度はそのおかずばかりを食べておられます。いつまでたっても、そのおかずだけなのです。私たちは食事の際にご飯とおかずを交互に食べ、その都度、味の無いご飯を口の中に含むことによって味の切り替えをやっているのですが、そのことができないということがあります。

また、満腹感が失われていて、なかなか満腹と言っていないのです。「まだ、おなかが空いている」「まだ、おなかが空いている」と、空腹の訴えばかりがあるということがあります。それから、お食事の途中で遊び始めてしまうこともあります。例えばスプーンでおかずを触るけれども、それを口に持っていくことはされないで、途中でお食事をするのをやめて遊んでしまわれるということがあります。

介護する者は、時間がかかってもなるべく自分で食べていただくように、その方の残存機能を長く使っていただけるように、声がけしながら行っています。「もう、ご飯は要らん」と拒否が入ってくると、全く食べようとされない事もあります。忍耐強く関わりを持つことで食事をしていただいております。集中力がなく、先ほど言いましたように遊んでおられるようなときには、色のきれいなものとか、好物のもの

食行動の変化

- 1) 異物食への注意
- 2) 食事をしたことをすぐに忘れてしまう
- 3) 食卓に座っても食べようとしない
- 4) 特定の皿だけに手をつける
- 5) 満腹感が失われ過食ぎみになる
- 6) 食べるのを途中でやめてしまう

食事の食べさせ方

- 1) 手間がかかっても、なるべく自分で食べるよう仕向ける
- 2) 拒食などの場合の対応は愛情・忍耐で
- 3) 集中力がなく遊んでいる時は好物や色のきれいな物食べるよう声がけする
- 4) 口の中にいっぱい詰め込まないよう声がけする
- 5) 味噌汁などは熱くないか確認する
- 6) 水分の摂取に注意する

のなどを声がけしながら、気持ちを切り替えていただくようにしながら食事を提供しております。

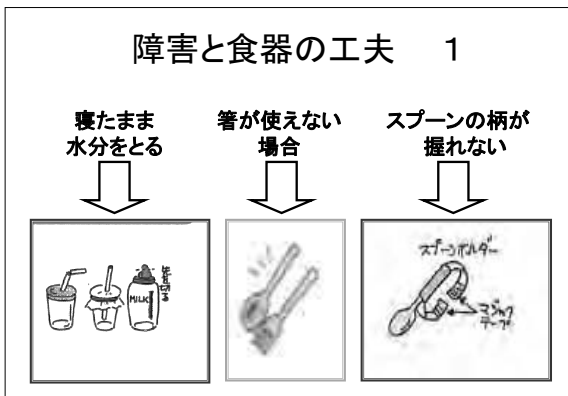
それから、お口の中にたくさんご飯を詰め込まれて、ほほをいっぱいにされる方があります。そうなりますと、きれいに食塊もできませんし、誤嚥する原因ともなりますので、口の中にいっぱい詰め込まないように声がけすることもあります。また、みそ汁などは熱くないか、特におかゆなのですが、厨房で出来たてを保温食器に入れて運びますと、お粥は粘りがあるから、なかなか冷めないのです。それを認知症の方の前に持っていくと、食べ物が来たらずぐ口に入れます。「熱い」「冷たい」の確認はありませんので、やはり提供する側がきちんと温度管理してあげなければいけないと思います。最後に水分の摂取に注意する。この辺が、食べさせるときの注意かと思っています。

口の中に入れて“ごっくん”をされないときには、ちょっとのどどところを触ってあげて、刺激を与えてあげて、“ごっくん”を促すということもやっております。



それから、障害と食器の工夫ということなのですが、今は介護食器がたくさんありますので、そういった市販のものを使われるのもいいかと思いますが、寝たまま水分を取られるときには、やはり取りやすいようにストローを使う。コップの上にラップを張って、穴を開けてストローを通して、それで吸えるのであれば吸っていただくという工夫も一時しておりました。

あるいは、簡易的な介助スプーンを紹介します。できるだけその方に食べていただくための工夫として、療法士（作業療法士）がかかわりながら、食べやすい形のスプーンを作ることもあります。手にまひなどがあるとスプーンが握りにくいので、スプーンの柄のところにガーゼを巻いてあげます。今はスポンジみたいなものあって、それをはめ込むだけで軸が大きくなって握りやすくなるものも出ております。



それから、普通に私たちは左手でお茶わんを支えながら食べているわけですが、まひがあって片手で食べる場合は、平らなところだと器が結構滑ります。だから、この食器が滑らないように固定してあげるなどの工夫が必要だと思います。

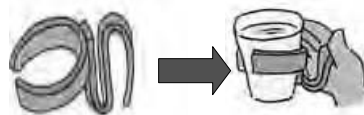
障害と食器の工夫 3

- 食器の固定例



障害と食器の工夫 4

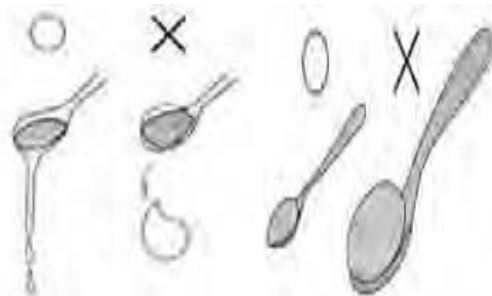
- コップをうまく口に運べない時の例



次に、嚥下障害のある方のトロミの硬さなのですが、あまり硬すぎるとのど詰めの原因となります。だから、スプーンですくうとぼたぼた落ちるぐらいのトロミで提供しています。一口の量としては、通常よりも少なめで提供するということがポイントかと思います。

とろみの硬さ

一口の量



突然であります、ここでクイズをしたいと思います。私たちは、五感を駆使しておいしいと思っています。舌では、味がいいとか、予想していた温度だとか、好ましい硬さかどうかといったことを見えています。目では見た目ですよね。それから、耳では煮えた音であったり、天ぷらのパチパチと揚がっている音であったり、お肉がジュウツと焼けている音であったり、こういうものを感じています。それから、鼻ではおいしそうな匂いです。ソースの匂いであったり、しょうゆの匂いであったり、こういうものをかぎ分けていると思うのです。

この中で「おいしい」と思うことに一番関与している臓器はどこだと思われますか。皆さん、どれか一つだけイメージしていただいて挙手をお願いします。まず、舌ではないかと思われる方、手を挙げてください。ありがとうございます。次に、見た目だろうという方は手を挙げてください。たくさんいらっしゃいました。では、次に煮えた音かな、“ぐつぐつ”と煮えている音じゃないかと思われる方。はい、ありがとうございます。それから、おいしそうな匂い、ソースの匂いだとか、たこ焼きの匂いとか。いらっしゃいました、ありがとうございます。うまい具合に分かれていただきました（笑）。

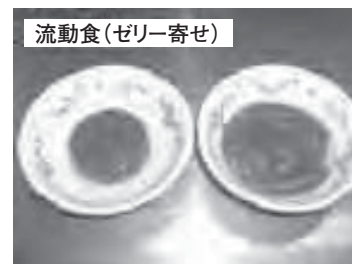
おいしいと思うこと

- 《舌》 味が良い 予想していた温度
好ましい硬さ
- 《目》 見た目
- 《耳》 煮えた音 天ぷらを揚げた音
- 《鼻》 おいしそうな匂い

回答はこういうことです。視覚で87%、聴覚が7%、触覚が3%、臭覚が2%、味覚が1%。舌の中には味蕾^{みらい}があるからと思うのですが、わずか1%。だから、やはりお料理をどれだけきれいに見せてあげるかということが、お食事を勧める上で、高齢者の方に少しでもたくさんいい栄養を取っていただくためのポイントではないかと感じております。

五感		
視覚	.....	87%
聴覚	.....	7%
触覚	.....	3%
臭覚	.....	2%
味覚	.....	1%

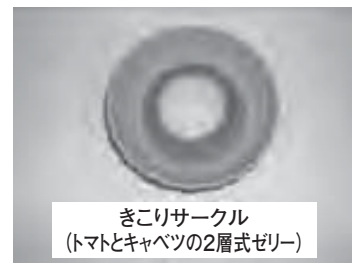
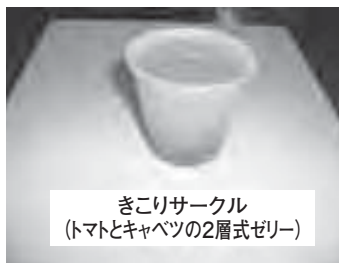
これはうちの施設で作った、ほうれん草のごま和えです。これは普通食です。これを流動食、形態を二つ置いています。同じ凝固剤で固めているのですが、流動食のスライドの左側の方は丸いリングがありまして、リングの中に、その凝固剤を混ぜたものを入れて、固まったらリングを抜き出して、上から少しトロミをつけたものです。左側は凝固剤を混ぜたそのままを器の方に直接盛り込んでいるのですが、一目瞭然、左の方が食べてみたいと手が出るだろうと思っているのです。



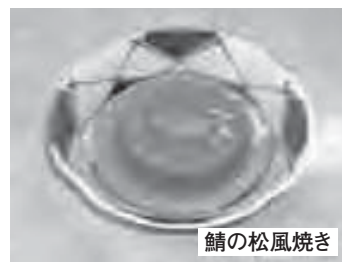
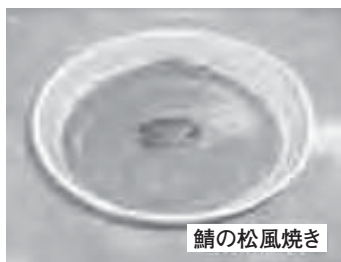
あるいはフルーツも、リンゴなどは柔らかくお砂糖でたいてコンポートにしたり、生クリームを混ぜてムース状に仕上げたりします。このムースというのは結構、嚥下食に適していると思うのです。生クリームにはたくさん脂肪が入っていますので、脂肪でうまい具合に“つるん”と滑り落ちてくれるというのが一つと、高齢者はどうしてもエネルギーが不足していきます。高脂肪の食事が入ることで、効率良く栄養を取っていただけるということで、施設では結構生クリームをうまく使っています。



それから、施設の中でメインの料理で、例えばムニエルとかオムレツなどをした場合に付け合わせとして線切りキャベツとトマトを彩りで使うのですが、これをゼリーに固めまして、二層のゼリーにしています。これを引っ繰り返しまして、一番下の白く写っている部分が線切りキャベツのゼリーです。それから、上に載っていますオレンジ色はトマトです。上に白いのが載っているのはドレッシングです。何となくおいしそうかなと思って、こういうことでやっています。

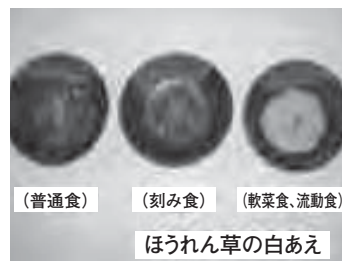


それから、これは魚の松風焼きとい
いまして、お醤油に漬け込んだお魚で
すが、そこに紅生姜を付けて提供しま
す。真ん中に茶色くなっているのは、
それだけでは食べにくいのでトロミで
す。ミキサーにかけた食材を包んでお
口に入れてあげると、うまい具合に滑り落ちてくれるのです。先ほどの食塊の状態ができるわけ
です。



いつもこういう形で提供していたのですが、調理員が頑張っ
て、先ほど言いましたテクニック、凝固剤に混ぜたものをリングで型抜きして、その上にトロミを餡かけみたいにしていま
す、上にワンポイントでピンク色のものが載っているのは紅しょうがです。やはりこういう形で出
てくると、「食べてみようかな」と思っただけなのではないかということで、工夫していま
す。

それから、ほうれん草の白あえも、食事の形態に応じて、普通食
の方はそのまま出しますが、刻み食の方は少し刻みます。この刻み
食という方は基本的に、高齢になられるとだんだんに歯がなくな
って噛めない、噛みづらい方がたくさん増えてこられます。でも、噛
んでいただきたいという部分で、少し噛んだ状態を作って提供して
いるわけです。



軟菜流動食というのは、もう全く噛む力が落ちておられるし、嚥下の機能も落ちておられる方
を対象に提供しているもので、食塊の状態を提供しています。こういう食事の区分けをして提供
します。

これは鮭のマリネです。鮭のマリネに生クリームを入れて、脂をたっぷり入れたような形で滑
りを良くして、それで上から甘酢餡をかけています。

これはオムレツです。ここに先ほど言いましたトマトとキャベツが出てきています。それか
ら、下にオムレツがあって、上にケチャップソースが載っています。これを同じようにミキサー
にかけているのですが、スライドの方で分かりづらいかと思うのですが、オムレツの下に薄く
キャベツをミキサーにかけてトロミを付けたものをアンダーソースみたいに敷いています。それ
でオムレツを置いて、周りにポトポトと少し赤い輪が落ちているのがトマトなのです。トマトを
ミキサーにかけて、それにトロミ剤を入れて散らしています。何となくフランス料理っぽくなっ
て、おいしそうかな、手が出るかな（召し上がっていただけるかな）ということでやっています。



次のスライドは、先ほど言いました水分補給がとても大事なので、お願いしますということでやっています。ただ「お水を飲んでちょうだい」といっても、なかなか飲めるものではないと思うのです。私たちもそうですね。お水を取ろうと頑張って取っても、若い子は取れるかもしれませんが、私も最近ちょっと取れなくなってきています（笑）。でも、それがアイスクリームであったり、プラマンジェであったり、シャーベットであったり、水分をたくさん含んだようなものと水分も取れますし、特にアイスクリームでしたら栄養価も、タンパクも脂肪も入るといことで、栄養的にもいいものが出来上がります。



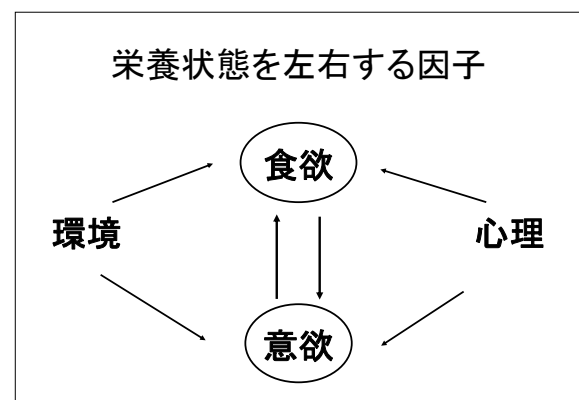
それから、バナナは意外と食べやすそうで食べづらいのです。口の中で割とつるつる滑りますので、食塊ができにくい。だから、軟菜・流動食の方にはムースの状態に出します。こういった形で食材をうまい具合に食塊の状態に加工しながら、嚥下食を提供しています。



先ほど言いましたように、右側にあるのが濃厚流動食をゼリーで固めたものです。だから、どうしてもお食事だけでは栄養が足りないと思う方は、水分補給の時に、こういう濃厚流動食のゼリーを食べていただくことで、栄養補給しながら、水分補給も兼ねて、介助食を提供しています。左側は、食前・食後に必ず嚥下障害のある方に食べていただいているお茶ゼリーです。



栄養状態を左右する因子としまして、食欲と深い関係にあるのは、意欲です。意欲がないと、食欲もわいてこないのです。意欲というのはいろいろあると思うのですが、生活の中でいかに意欲をたくさん持っていただくか、メリハリを持っていただくところが、やはり食欲につながってくる。食欲がしっかり出てくれば、栄養状態もいいわけです。だから、この辺はしっかり結び付けて管理していかないといけないと思います。



あとは、そこにやはり環境や心理状態も関わってくると思うのです。例えば、お食事をする環境、好きな方と一緒に食べているとおいしいと思います。しかし、何か感情で思い違いがあったりしますと、なかなか同じものを食べていても味が変わってくるのです。だから、やはりそうい

う環境を整えてあげることも大事なのではないかと考えています。在宅の場合だったら、例えばお部屋の中のカーテンを替えてあげる、それからテーブルの上に、食卓の上にお花を一輪挿しで添えるだけでも雰囲気が変わってくるし、そこにBGMを流してあげれば、もっと雰囲気が変わってきます。そういう工夫というのが、とても食欲を高めるために必要な事と考えています。

あと心理状態というのは、やはり穏やかに日々を過ごしていただけるようにする。いろいろな趣味があって、趣味で忙しく活動されていれば食欲にもつながってくるわけです。だから、その方がどういうことに興味を持っておられるか、その興味を掘り下げてあげるといことも、食欲を高める一つではないかと考えております。

意欲を引き出すには、協働の喜びを味わっていただく。それから、達成感を味わっていただく、役割を持っていただく、季節を感じてもらおう、それから、その方にとって継続できることを探して提案してあげる。この辺が大事だろうと思います。

うちの施設には養護老人ホームというのがあります。最近はこちらで特定施設などもできまして、少し様変わりはしているのですが、日常お元気な方が、本来は入所される施設です。いわゆる在宅の方のイメージを持っていただいたらいのですが、まだ介護保険が導入される前でお元気な方が大半を占めている時代の話です。施設では毎月、誕生会をしています。その月の誕生者を全員集めまして、大体20人から30人ぐらい対象者がいるのですが、その方々に集まっていたいて、「何が食べたいですか」とリクエストを伺います。決まっておっしゃるのはお造りなのです。お造りが大好きなのです。お造りは調理員に頼まないと、私たちの手には負えませんので調理員に頼みまして、「あと何が食べたい？」と聞くと、本当に昔食べておられたようなものを欲しがられます。

例えば、最初に出て印象的だったのは麦とろご飯だったのです。本当に麦ご飯に山芋をすって、だしでのばして、おしょうゆで味付けして、それを温かいご飯にかけて食べるだけなのですが、それはすごくおいしそうに食べておられました。私も実際にお相伴したのですが、おいしかったです。

余談ですが施設ではそれまで麦ご飯は献立になかったのです。それ以来毎日夕食に、一釜だけ5キロの麦ご飯を炊いて提供しています。

270人位の方がいらっしゃいますが、白いご飯と麦ご飯を置いていまして、「どちらがいいですか」といったら結構麦ご飯がなくなります。

調理員にお願いするお造りやご飯以外の食べるものをご利用者に作っていただくことをしていました。このメニューだったら、多分皆さんに作っていただけるだろうなというメニューを私の方で選択しまして、その月のメニューが決まるわけです。それを夕食として、協働作業で作るのです。

スライドを紹介します。まず、このスライドは肉まんを作っているところです。肉まんの中の具を一生懸命刻んでくれているスライドです。みんな手作りです。これは肉まんのあんを炒めて

意欲を引き出すには？

- 協働の喜びを味わう
- 達成感を味わう
- 役割を持ってもらう
- 季節を感じてもらおう
- 継続できることを探す

いるのだと思うのです。こういうふうにも肉まんを作っています。



これはマーボーナスを作っています。マーボーナスを、30人ぐらいなので六つぐらいお鍋を用意しまして、グループ分けしまして、そのグループで競争して作っておられるのです。これは肉まんが蒸し上がって、みんなで食べているところです。

1回目はこちらが気が回らずに、アルコールも用意しなかったのですが、アルコールも何もないのに、鼻歌を歌いながら2時間の宴会が始まったのです。そのときのメニューが、肉まんとマーボー豆腐とお造りとあと小鉢で何か和え物の一つ作ったと思います。



そういうメニューだったのですが、すごく楽しい時間を過ごしていただきました。ホームの中で生活しておられるので顔見知りにはなっておられるのですが、何せ270~280人同じ施設にいらっしゃいますので、なかなか親しく話す機会がないのです。こういう場を設定することで親しくなっていていただいて、「一緒にやったな」ということで、それからお友達になられた方がたくさんいらっしゃいます。

特養の方でも100人いらっしゃるのですが、20人ぐらいのグループ分けをしまして、利用者さんができるおやつを選んで作っています。これはホットケーキを焼いているところなのですが、男性の方でも上手に引っ繰り返しながら、そこでたくさんの会話ができるのです。「昔、家族のお好み焼きはみんなわしが焼いていたんや」という自慢をたくさんしていただけます。そういうことで関わりを持っていきます。

次は介護員が急にフルーチェを作りたいと言ってきて、適当な調理器具がなくて、日頃調理で使っている業務用の大きな調理器具を使っておやつレクをしている様子です。調理器具が大きすぎてご利用者は使いにくそうだったので一生懸命かき混ぜてくださってフルーチェを食べることができました。



次のスライドは先ほど環境が大事だとお話ししましたが誕生会の様子です。いつも食べているところ（いつもと同じ場所）ですが、いつもはトレーを使ってお食事をしていますが、この日はランチョンマットに並べ替えています。

誕生会の場合、テーブルの上にちょっとお花を添えてお食事をしてもらいます。誕生者だけに違うお部屋でセッティングする（お食事を召し上がっていただく）こともあります。ビールが出ることもあります。



次のスライドはフラワーアレンジメント。昔は生け花クラブがありまして、剣山にお花を挿していたのですが、やはりだんだん力がなくなって剣山に挿せなくなったので、介護員がアレンジメントをやり始めたのですが、これはスポンジにすっと挿すだけなので結構人気です。こういうことで趣味を増やしてあげるのですね。

それから、次のスライドはお茶会で野だてをされているところです。



次のスライドは焼き芋大会です。季候のいい11月に、特養のベランダを使って、実習生さんが来て、たくさんの手があるときに焼き芋をします。やはり昔懐かしい味なので、焼き芋は喜んで食べておられます。去年の実習生が体験したことなのですが、お芋が小さくなったので、「大きいお芋さんと交換しましょうか」「お代わりをお持ちしましょうか」と言ったのです。とんがったところで、硬くなった部分だったのですが、「何を言っているの、これはお百姓さんが一生懸命作ってくれたお芋さんだから、最後まで食べる」と、そんなことを利用者さんに言われて実習生が感動して「うちも反省しなきゃいけないわ」というようなことを言うておりました。このような関わりの中で教えていただくこともたくさんあります。

次は塗り絵をされているところです。塗り絵したものは、エレベーターホールに展示しています。ちょっと分かりづらいですが、ここにお名前が書いてあるのです。日めくり式に、こういうふうに関わりで変わりますので、ホールまで来たら「今日は私の絵が飾ってあったな」といった様なことで、生きがい、やりがいにつながってきているのかなと思っています。



次のスライドは利用者さんが入所されてピアノを始められたのです。何曲かレパートリーができたので、皆さんでコンサートを開かれて、コンサート終了後、みんなで花束贈呈をしているところです。



コンサート①



コンサート②



コンサート③

次のスライドは写経をされているところです。スタッフも一緒になって写経をしていました。



写経風景①



写経風景②



写経風景③

こうすることで、やはり介護をする時には、介護をする方とされる方が、しっかり信頼関係を結ばないと、特に認知症のある方などは受け入れて（コミュニケーションがとりにくい）いただけませんので、やはり介護は信頼関係からだなと感じております。

ご清聴ありがとうございました。

研究会 基調講義 4

介護予防研究の取り組み
— 口腔保健分野の視点から —

吉田 幸恵 (大阪府立大学総合リハビリテーション学部 教授)

(本講義で使用されたスライドについては、報告書 p. 118以降に掲載しております。)

介護予防の3本柱として、「筋力をつけよう」「低栄養を防ごう」「口腔ケアをしよう」が挙げられており(スライド2)、大阪府がとりまとめた『大阪府介護予防標準プログラム』の中にも口腔の評価や口腔プログラムが盛り込まれています。口腔の分野では、私も参画させていただきましたが、“口腔の健康の維持”や“歯磨きの励行”は、何を最終目的としているかと言いますと、人間らしく、死ぬ際まで口から食べて、健康寿命を延伸するためと考えています(スライド3)。すなわち、口腔の役割は食生活を確保することにあるといえます(スライド4)。今日は、口腔保健の分野から「口腔ケアの必要性」を食べることから考えてみたいと思います(スライド5)。

では、「口腔ケア」と「食べること」は、どのような関係があるのでしょうか。

まずは、実際にお口を使って食べていただき、「口腔」が「食べること」とどのような関係にあるか実験してみたいと思います(スライド6)。

口腔には唇、歯、上顎(あご)、下顎、頬、舌があります。実験1にありますように、「噛んで食べる」には口腔の何を使って、どのように食べているかを確認してみてください。(スライド7)

- ・口に入れるときは、口腔の何を使われましたか？
- ・歯で噛まなかった方はいますか？
- ・最初に噛むとき、歯の位置まで、何で運びましたか？
- ・噛んだら、食べ物はどこに移動しましたか？
- ・2回、3回、連続して噛むときは、どのように再び歯の上に食べ物を移動させましたか？
- ・噛んでいるうちに唾液は出てきましたか？
- ・飲み込むとき、唇や舌はどのように動きますか？

普段はこんなに意識して食べていませんね、こんなことを考えて食べたら美味しくないですね(笑)。

このように、私達が食べるときには、唇、歯、頬、舌、顎を自由に動かし、唾液を混ぜて、口腔全体で咀嚼し嚥下しています（スライド8）。

次は、実験2のように、「歯で噛まない」、「舌を動かさない」、「唇を閉じない」で咀嚼嚥下をしてみてください（スライド9）。いかがですか？簡単に食べることが出来ましたか？唇を閉じないと、飲む込むことも出来ないことが理解していただけましたね。

では、噛んだり飲み込んだりするときに、口腔はどのように動いているのか簡単に説明します。

これは、鼻・口・喉の縦断面です（スライド10）。食べ物は唇から取り込まれて、歯と舌と頬と顎を使って口腔内で咀嚼されます。咀嚼され唾液と混ぜて飲み込みやすい形（食塊）になったところで、食塊を舌と上顎に挟み、舌を押しつけて上顎から喉に食塊を送り込みます。口は鼻と喉の奥でつながっていますので、食塊を食道のほうに飲み込むためには、口からこぼれないように唇を閉じて、鼻に抜けないように軟口蓋（上顎につながっていて鼻と口の境界となっている）で鼻への通路を閉鎖します。鼻への通路を遮断された食べ物は喉を下に向かって通過し、食道と気管の手前まで到達します。ここで、間違っても気管に入らないように気管の入り口に蓋をします。これは、飲み込むときに舌を上顎に押しつけますが、舌が上に上がることで喉仏が引き上がり、その結果、喉頭蓋が気管口を塞ぎ気管に食塊が落ち込まないこととなります。このような動きを指令しているのは神経で、その神経に動かされているのが筋肉です。唇を閉じたり、頬を動かしたりするには口輪筋などの顔面の筋肉（スライド11）、下顎を動かし咀嚼をするのは咬筋や側頭筋などの咀嚼筋（スライド12）、口の中の手と言われるほど自由に動き食塊を形成したりする舌（スライド13）も筋肉です。咀嚼筋は噛めば動きます。唾液は咀嚼筋や舌が動くことで刺激されて分泌されます（スライド14）。口の中には3大唾液腺といって耳下腺、舌下腺、顎下腺といった唾液を分泌する大きな袋が三つあります。食べるときに動かす筋肉のすぐそばにあるので、それをしっかり動かすことによって唾液がたくさん出てきます。だから、噛まなくなるといことは、その唾液腺も刺激しなくなるということです。飲み込むためにも、顎の下にある筋肉や喉の筋肉が動くことが重要です（スライド15、16）。このように、口腔を構成している歯や唇や頬、舌、顎が支障なく自由に動くことが出来て、初めて食べることが出来るのです。唇や舌、頬、顎の動きを脅かすのは加齢や疾患です。身体他の筋肉と同様に、口腔の筋肉も、加齢と共に働きが悪くなってきます。そして、それを一層、加速させるのが歯の喪失による咀嚼機能の低下です。私たちは一日3回食事をします。それを1年365日続けているわけです。その食事ごとに顎を動かして咀嚼します。それが、咀嚼嚥下筋力強化になっているのです。筋力の低下が食確保を難しくするのです。そのため、咀嚼機能が低下するというのが一番大きな問題だろうと思います（スライド17）。

では、咀嚼を低下させるものは何でしょうか。歯の喪失が一番大きい要因です。

これは、日本人の1人平均現在歯数のグラフです。基本的に歯は28本ありますが、年齢が高くなるにつれて、このように歯の本数が減っていきます。80歳代では20本近い歯がなくなり5～10本の歯しか残っていません（スライド18）。歯の喪失と噛める食品との関連性を見てみると、多くの研究で、歯が少なくなると食べることが出来る食べ物が限定されることが報告されています（スライド19）。歯の喪失が起きると、固いものが食べられなくなり、柔らかくて噛まなくて良

い食べ物を食べています（スライド20）。咀嚼しなくても食べられる物を食べていると、筋力も働かなくてよくなるので、筋肉の衰えにつながります。高齢期になって、多くの歯がなくなってから急に咀嚼力が低下し、食べられなくなるのではなく、1本でも歯が喪失すると、咀嚼力が弱まり、噛まない影響が徐々に筋力にも起こっていると考えられます。歯の喪失と共に咀嚼力が下がり、食べる筋力が低下することは、多数の歯を喪失している高齢者にとって栄養を確保する観点からも大きな問題です。そのためにも、若いときから歯科疾患を予防し、喪失歯を少なくし、咀嚼力を維持することが「食べること」につながると言えます。

では、次に歯の喪失を招く疾患を考えてみましょう。歯の喪失は、「う蝕（虫歯）」や「歯周病」などの歯科疾患がほとんどです（スライド21）。それでは今から、どのように「う蝕」と「歯周病」が歯の喪失に至るのかご説明します。若いときはこのスライドのように、歯は乳白色で黒くなったり穴が空いていることはありません。歯肉もピンク色で引き締まり、歯と歯の間に隙間があることも腫れて出血したりすることはありません（スライド22）。

「う蝕」も「歯周病」も原因は口腔にある細菌が引き起こす感染症です。その細菌の巣窟がプラークです（スライド23）。プラークとは、簡単に言えば歯の汚れです。ほとんどの人の歯にはプラークが付着しています。プラークの量が多くなってくると、「う蝕」や「歯周病」が発症してくるのです。

「う蝕」は最初は噛み合わせの溝に出来ます。プラークが溝や隙間などに停滞しやすいからです。溝が黒くなってきたり、噛み合わせに小さい穴が出来ます。冷たい物がしみたり軽い痛みが出ます。それで、感染した歯質を削って元の歯の形に合わせて充填します（スライド24）。ところが、充填した隙間にプラークが停滞すれば、隙間からまた新しい「う蝕」が出来ます。「第2次う蝕」といいます（スライド25）。新しく感染した歯質を削って、次は少し大きい詰め物か金属冠（クラウン）という被せ物にします（スライド26）。新しい「う蝕」は程度によって一般的に神経といわれる歯髄を取り除く必要もあります（スライド27）。これは、細菌が歯髄を通過して体内に侵入するのを防御するためです。このように、「う蝕」が出来て詰める、被せるを繰り返しているうちに歯根にも細菌が感染し（スライド28）、最終的に抜歯することになります（スライド29）。1本歯が抜けると、抜けた両隣の2本の歯を支台にして固定式の橋義歯（ブリッジ）を入れます（スライド30）。喪失した歯が多いと（スライド31）、固定式の橋義歯でなく取り外しの義歯になります（スライド32、33）。取り外しの義歯ではだんだん噛みにくくなります。また、義歯は気持ちが悪いといって装着しない方も多いため、ますます噛まなくなり、咀嚼力が低下します。

「歯周病」は「う蝕」と違って痛みを伴わずに進行しますので「う蝕」よりも発見が遅れます。また、「歯周病」は歯を支えている骨が溶けてなくなる病気なので、歯には目立った異常が現れません。そのため余計に発見が遅れます。初期の症状は歯肉からの出血、腫れ、歯石の沈着です（スライド34）。進行すれば、歯が長くなる、口が粘つく、噛みにくいといった症状が出てきます。この頃には、歯を支えている骨がかなり溶けて無くなっています（スライド35）。歯を支える骨が無くなった結果、歯は抜け落ちてしまうのです（スライド36、37）。このようにして、20歳の頃28本あった歯が80歳で8本になるのです（スライド38）。この間に、咀嚼力は低下し、咀嚼に関連する筋肉は使われなくなります。

そこで、「口腔ケア」です（スライド39）。口腔ケアは、歯科疾患を予防するためのプラーク除去を行う“歯口清掃”と、積極的に口腔の筋肉をトレーニングする“健口体操”があります（スライド40）。口腔ケアは食べるために口腔の健康を維持増進する方法です。

“歯口清掃”と“健口体操”についてお話しします。

まず、“歯口清掃”です。歯口清掃は、主に歯ブラシで行いますが、磨いているつもりでも磨けていないことが多いのです（スライド41）。上手に磨けていると「う蝕」にも「歯周病」にもなりませんから、発症するということは磨けていないのです。プラークは溝や隙間に停滞します。口の中のどこにプラークが停滞するか知っておくことが重要です（スライド42）。プラークの場所が確認できたら、次は歯ブラシや歯間ブラシ、フロスといった歯の清掃用具を効率よく使うことがポイントです（スライド43）。歯と歯の間、歯と歯肉の間などプラークが停滞するところは磨きにくいところです（スライド44）。ここを磨くには、プラークに届くような歯ブラシを選択して、隙間や溝には歯間ブラシ、フロスなど清掃用の小道具を旨く使うことがコツです。歯磨きは、歯や口腔にある汚れを除去すると同時に口腔をくまなく刺激します。また、歯口清掃は歯だけでなく舌も清掃し、最後に「ブクブク」と含嗽（うがい）をすることもポイントです（スライド45）。歯磨き時に歯ブラシで舌を清掃すれば、舌苔の除去だけでなく舌の運動にもなります（スライド46）。「ブクブク」と含嗽することは、清掃後の汚れを排出するだけでなく、唇を閉じて空気を含み、頬をふくらませるので、口唇や閉鎖や頬の柔軟性を促す口腔の筋肉トレーニングにもなります。

次に、“健口体操”ですが、喪失歯が少なく咀嚼力がある場合は、よく噛むだけでも健口体操になりますが、咀嚼力が弱まったり、話すことや笑うことなど口腔を使うことが少ない場合には、食べるために必要な筋力の維持増進が必要です。“健口体操”のポイントは、口腔周囲筋のマッサージや唇をすぼめたり大きく開いたり、頬をふくらませたり、舌を口の外に出して上下左右に運動させたり、耳の前や顎の下を触って唾液腺をマッサージするなど、食べるときに必要な諸器官のトレーニングを行うことです（スライド47）。施設などでは、高齢者に食事の前にこのようなトレーニングを行い、食べる機能の維持増進を積極的に行っているところがあります。また、話すとか、笑うとか、歌うとか、食べるといった普通のことが口腔の健康を維持に役立ちますので、コミュニケーションを欠かさないようにすることも重要です（スライド48）。

咀嚼は食塊を形成する働きをしますが、それ以外にも噛むことで歯口清掃が出来るし、噛むこととそのものが咀嚼筋力を維持することにつながります（スライド49）。皆様も、今日から1口をもうあと5回噛むようにしてみてもどうでしょうか？

このように、「口腔ケア」は、“歯口清掃”と“健口体操”の実施により、咀嚼力を維持し、「食べる口を作る」ために必要なケアです。

また、口腔ケアは、口腔が清潔になることから“誤嚥性肺炎の予防”（スライド50）や、歯周病を予防することから“生活習慣病の予防”（スライド51）、口腔への刺激が大きいことから“脳の活性化”（スライド52）といった効果も期待できるといわれています（スライド53）。

まとめますと、介護予防の3本柱の1つである「口腔ケア」は、人間らしく死ぬまで口から食べて、健康維持増進を促進し、健康寿命を延伸するのに必要なケアと言えます（スライド54）。

以上、介護予防研究の取り組み－口腔保健分野の視点から「口腔ケアは食べる口を作る」ということで私からの話を終わらせていただきます。

スライド1

-介護予防研究会 講演会 2008.6.11-

介護予防研究の取り組み

-口腔保健分野の視点から-

大阪府立大学総合リハビリテーション学部

吉田 幸恵

スライド2

介護予防

1. 筋力をつけよう
2. 低栄養を防ごう
3. 口腔ケアをしよう


スライド3



スライド4



スライド5




口腔って？

- ・食べる
- ・話す
- ・呼吸する

スライド6

実際に咀嚼嚥下をして
確認してみましょう！



スライド7

実験1「噛んで食べる」

1. 噛む時に何を使った？
2. 何回噛んだ？
3. 飲み込むときの形は？



スライド8

口腔全体で咀嚼



目次

研究成果

講義1

講義2

講義3

講義4

講義5

公開講座

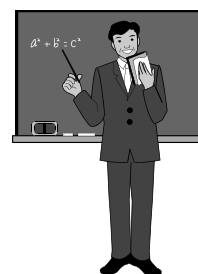
視察

資料編

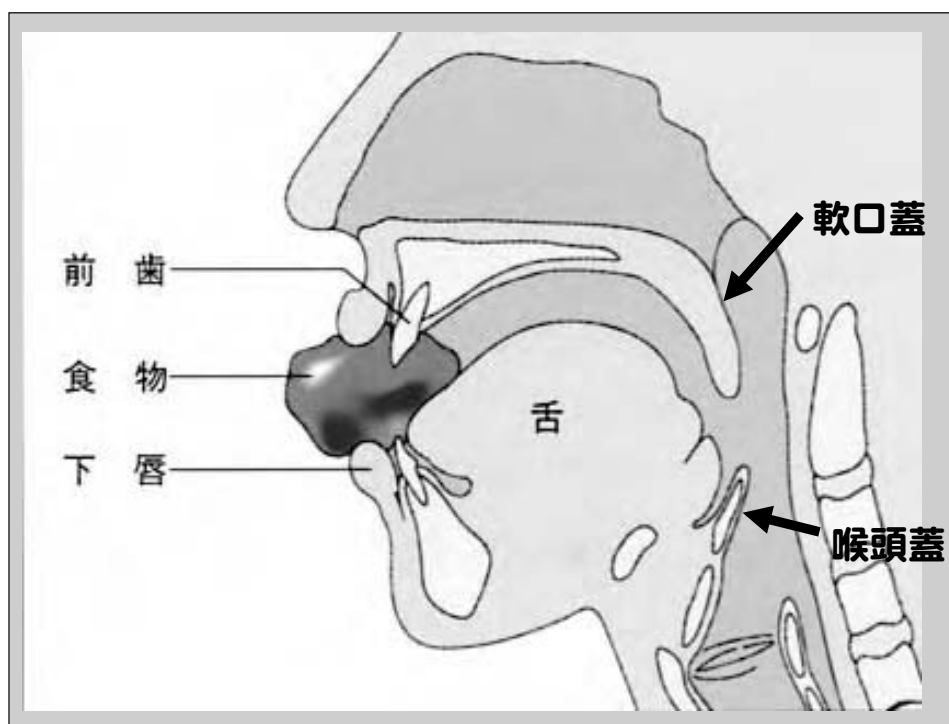
スライド9

実験2「噛んで食べる」

1. 歯で噛まないで食べる
2. 舌を動かさないで噛む
3. 唇と閉じないで飲み込む

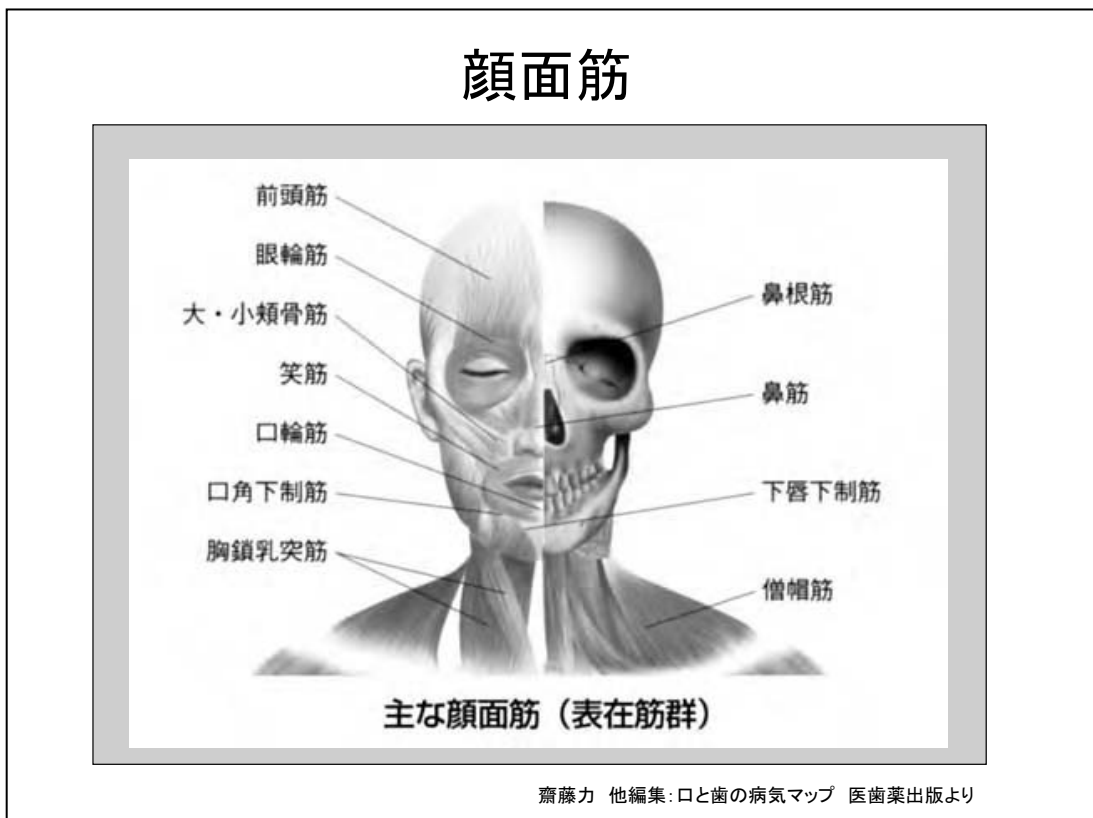


スライド10

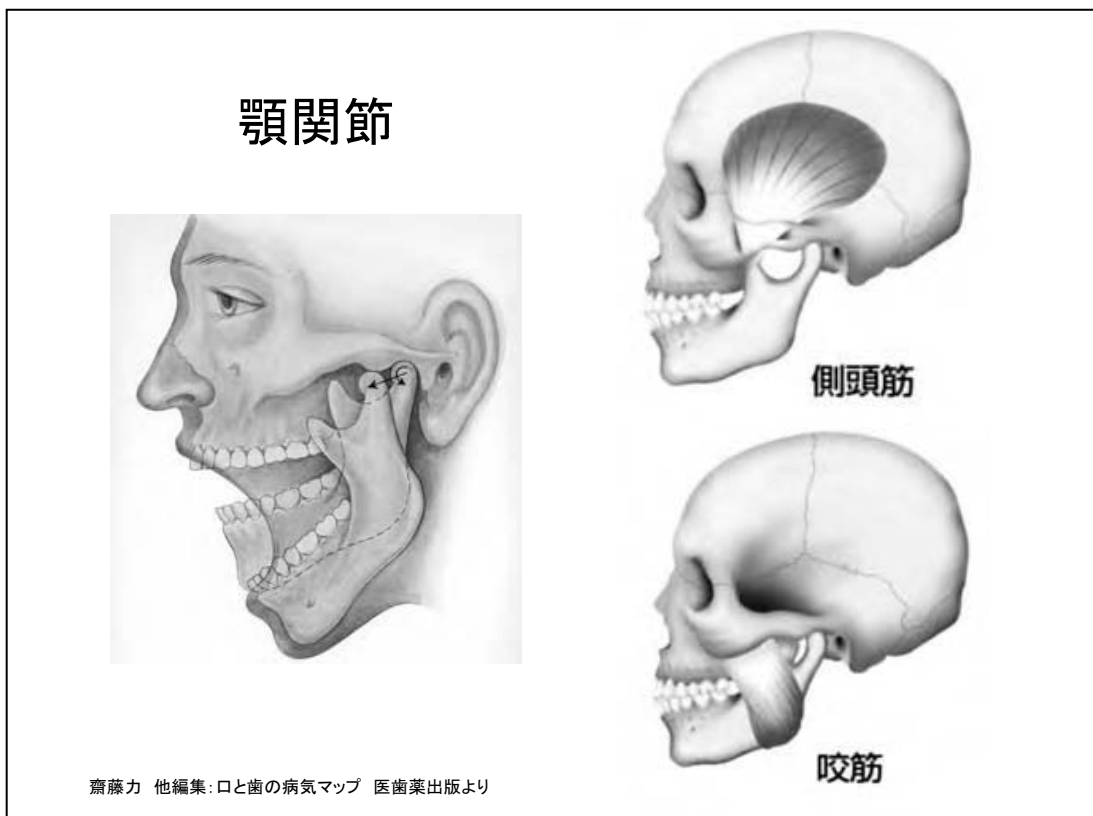


齋藤力 他編集：口と歯の病気マップ 医歯薬出版より

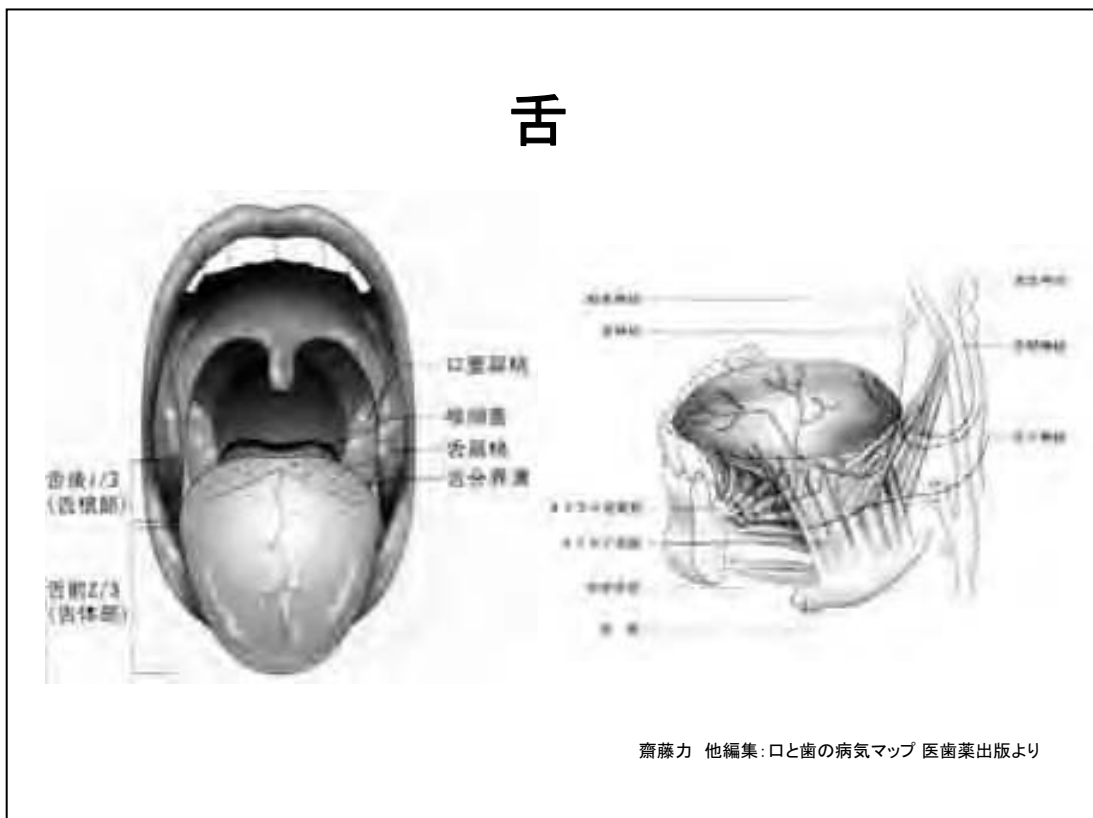
スライド11



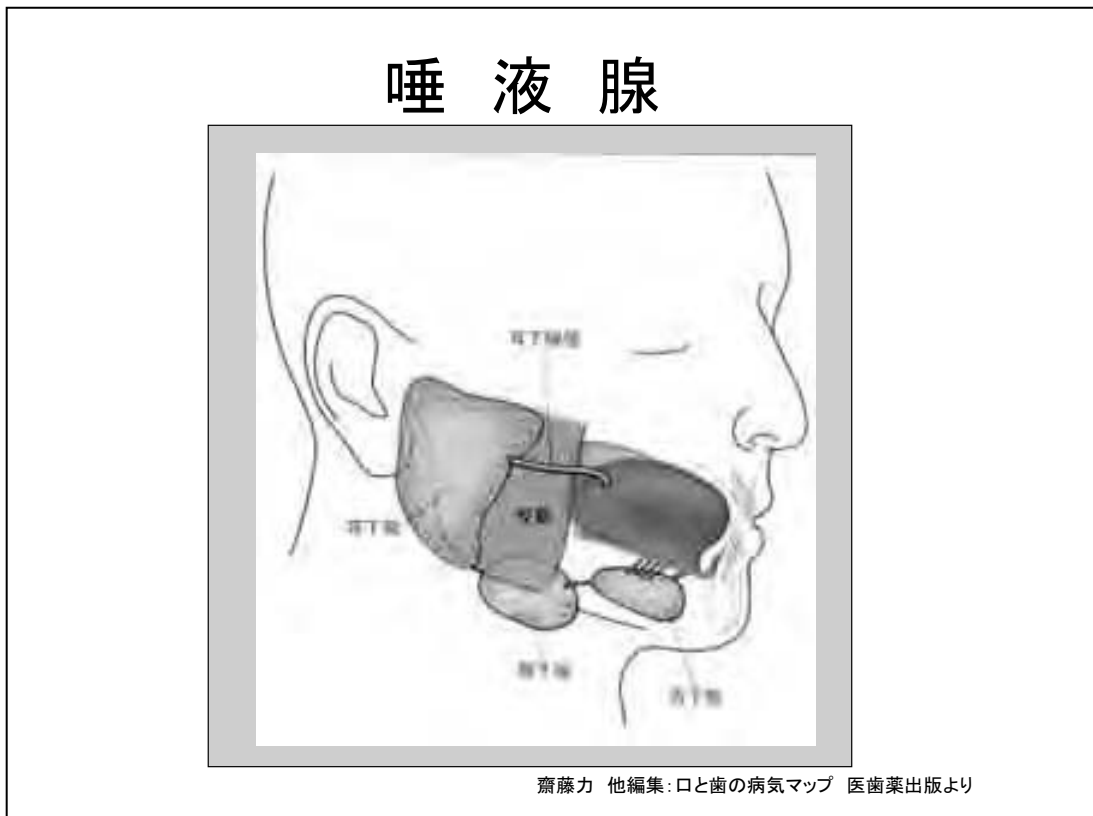
スライド12



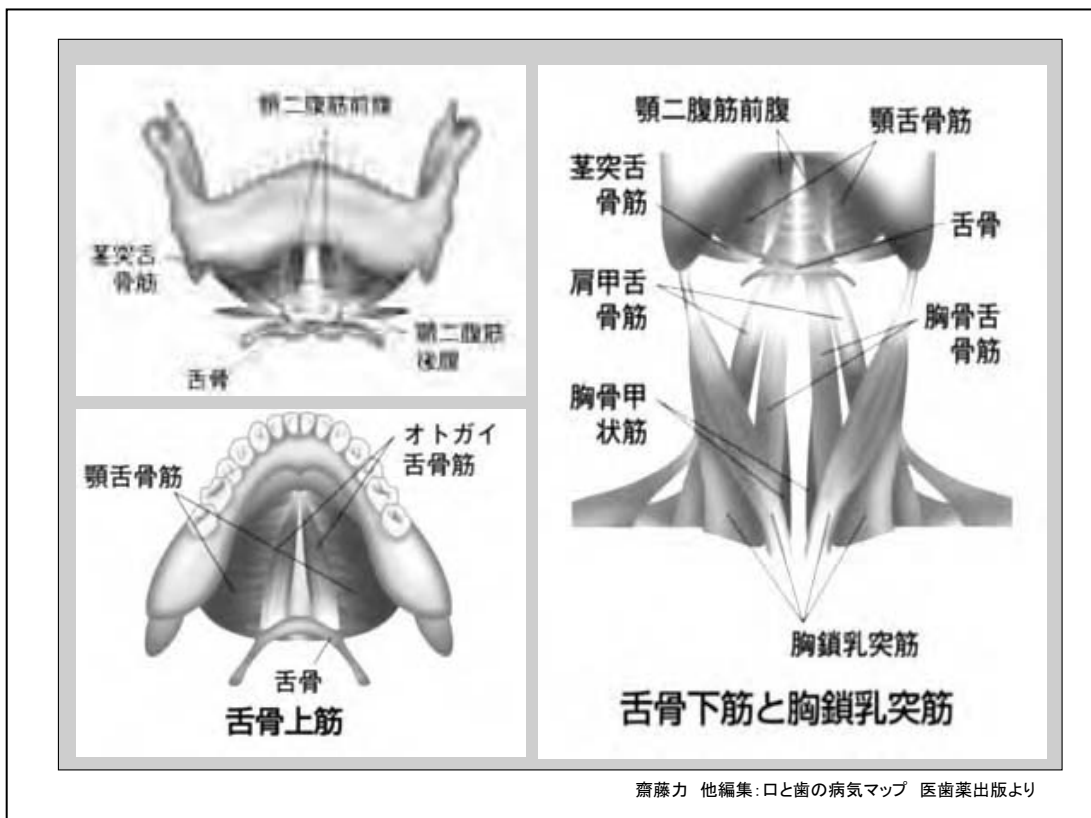
スライド13



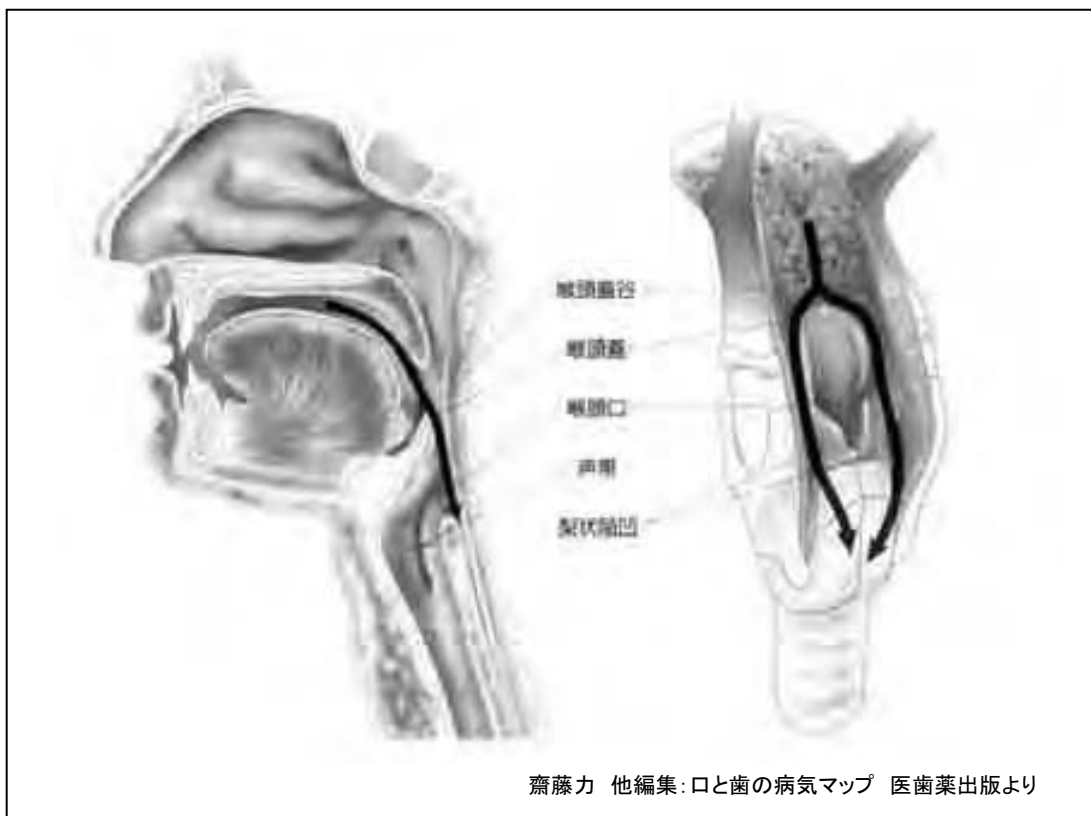
スライド14



スライド15



スライド16



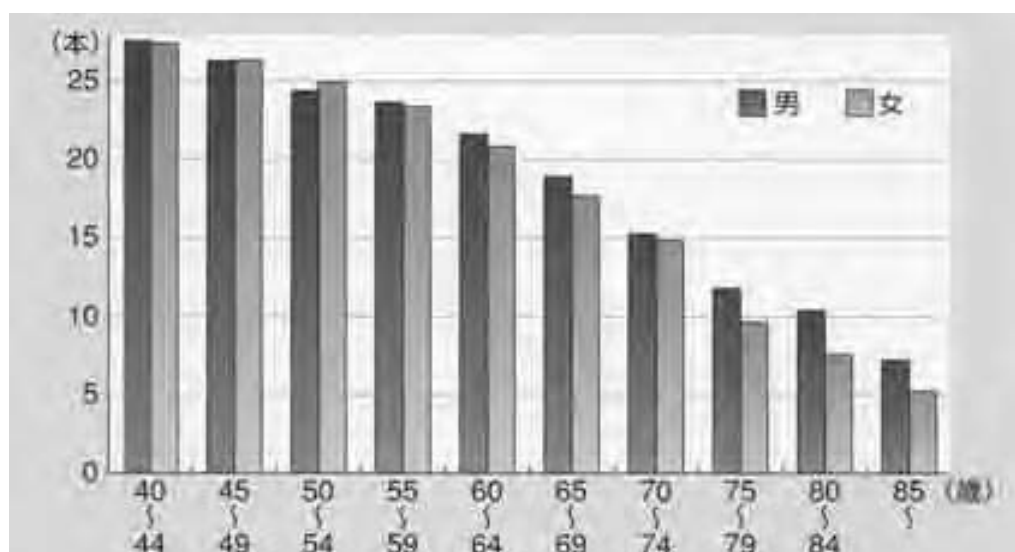
スライド17

問題点

咀嚼機能の低下

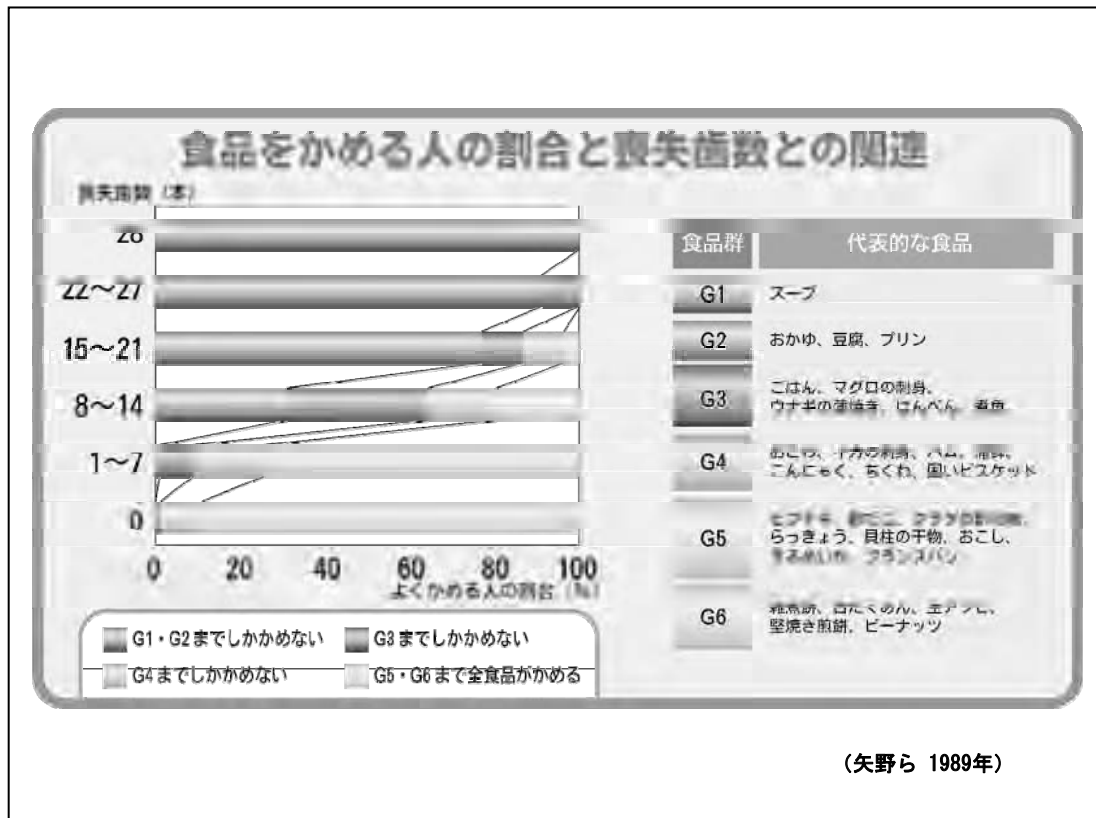
スライド18

一人平均現在歯数

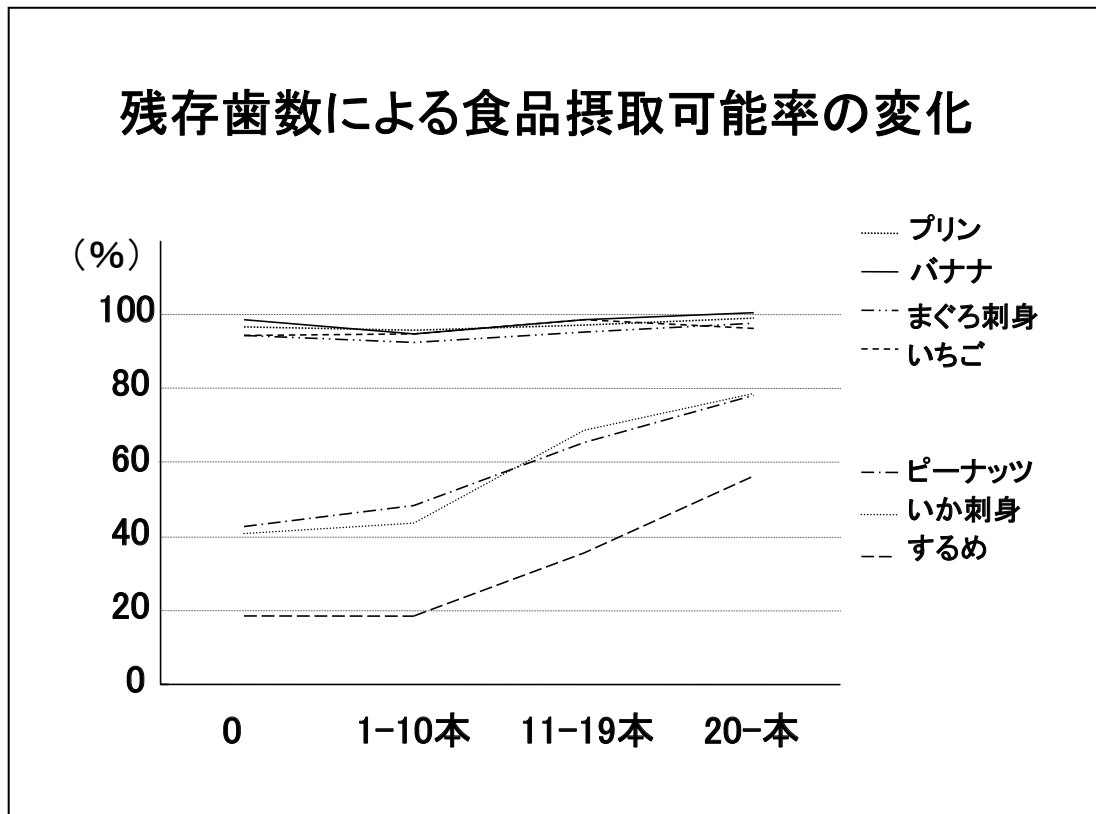


平成17年歯科疾患実態調査報告

スライド19



スライド20



目次

研究成果

講義1

講義2

講義3

講義4

講義5

公開講座

視察

資料編

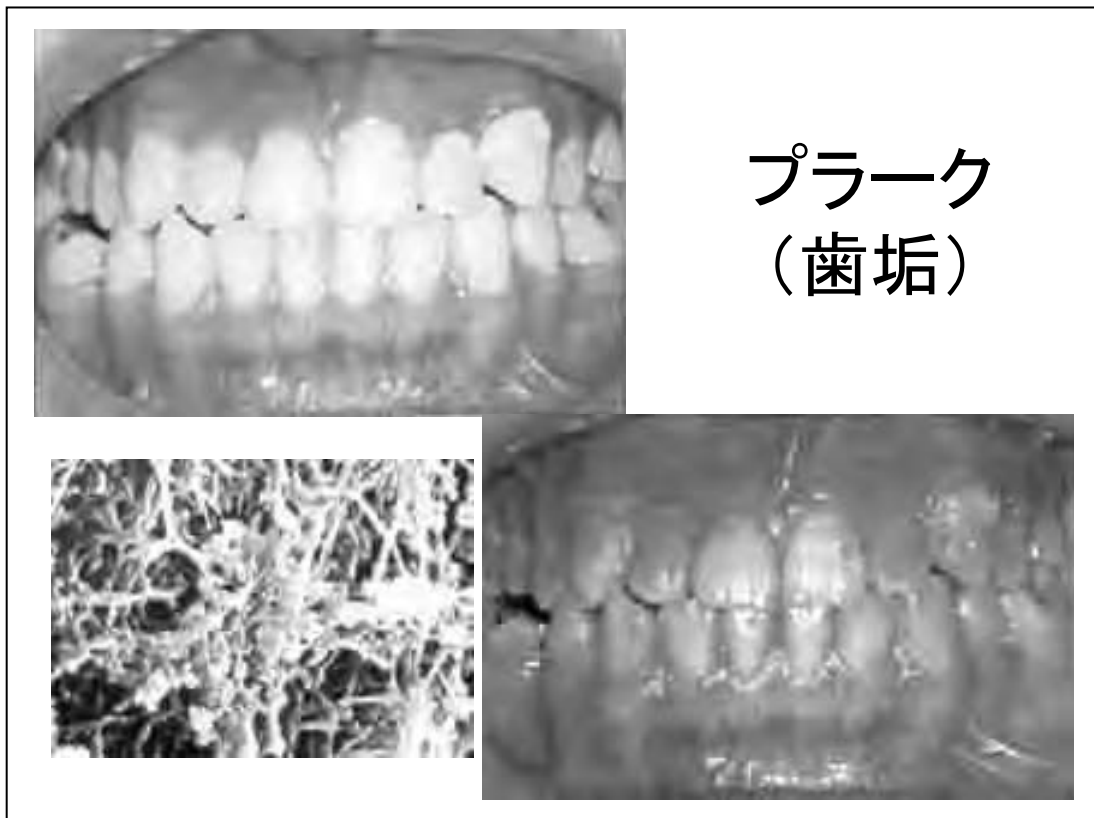
スライド21



スライド22



スライド23



スライド24



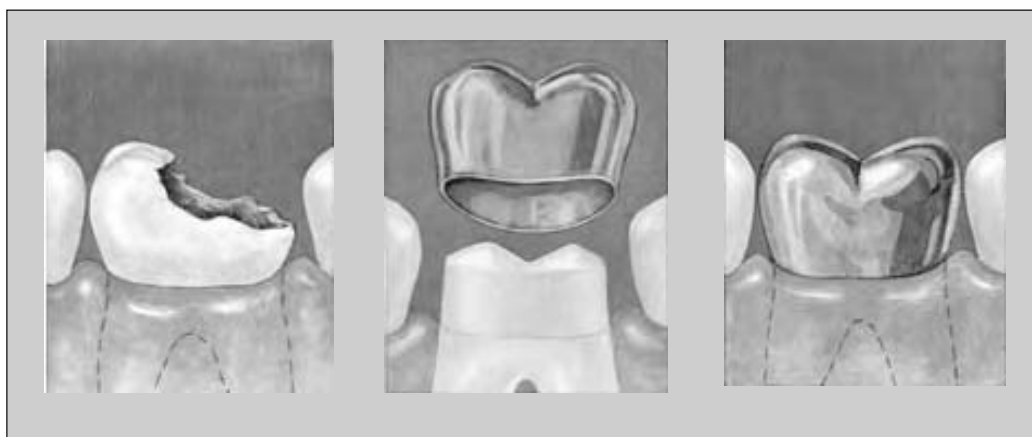
スライド25

第2次う蝕



スライド26

金属冠(クラウン)



スライド27



スライド28



スライド29

歯の喪失

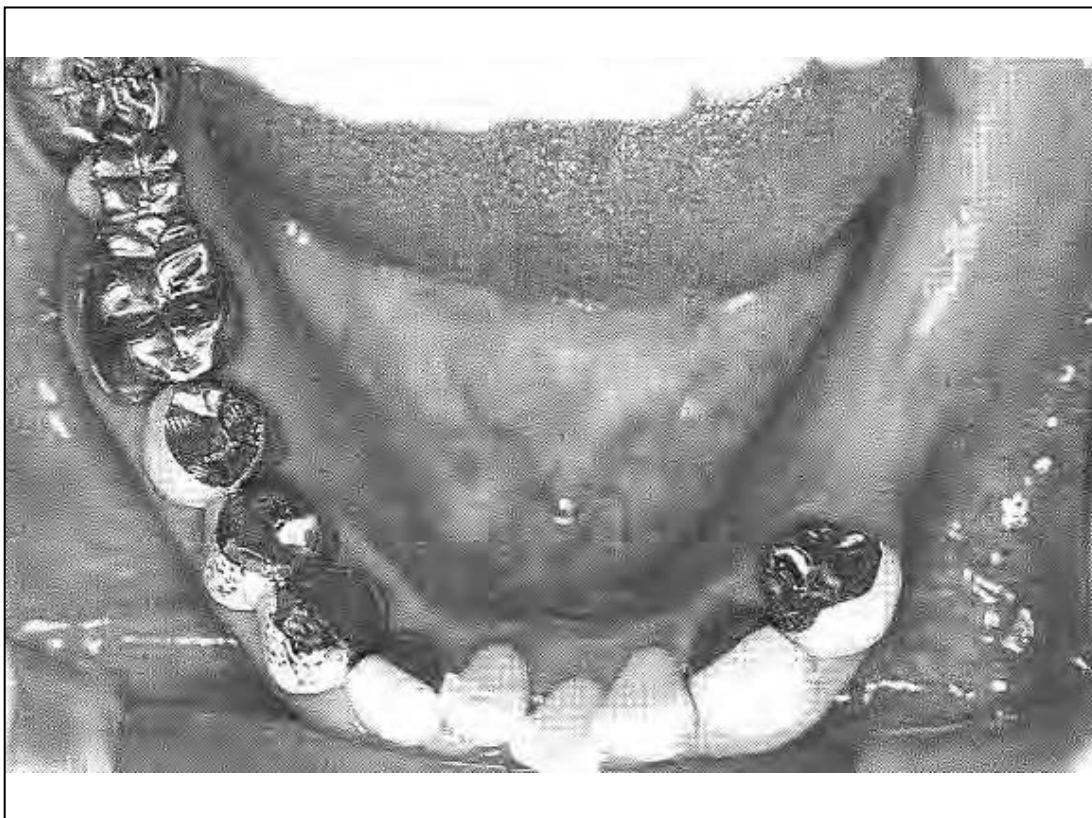


スライド30

橋義歯(ブリッジ)



スライド31



スライド32

部分床義歯



スライド33

全部床義歯



スライド34

歯肉炎



症状：出血、発赤、
歯肉縁上歯石の沈着

スライド35

歯周炎



症状：出血、発赤、
歯肉縁上・下歯石の沈着
歯周ポケット形成、排膿
歯槽骨吸収

スライド36



目次

研究成果

講義1

講義2

講義3

講義4

講義5

公開講座

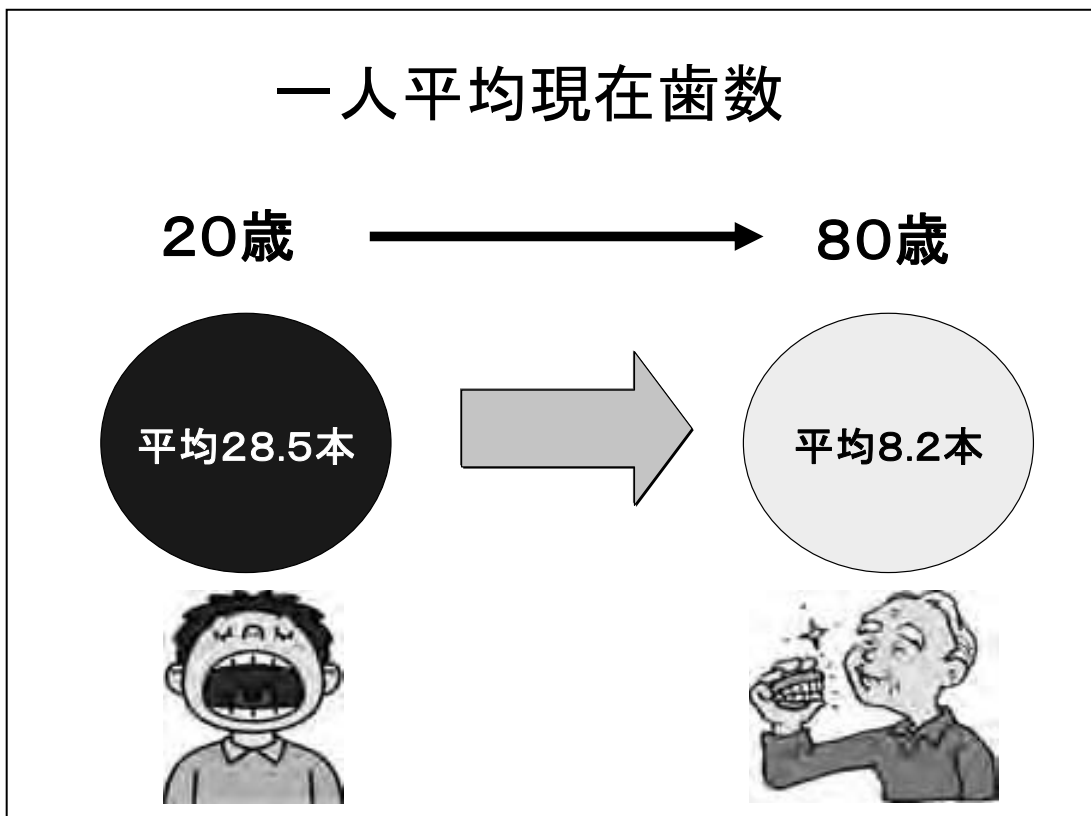
視察

資料編

スライド37



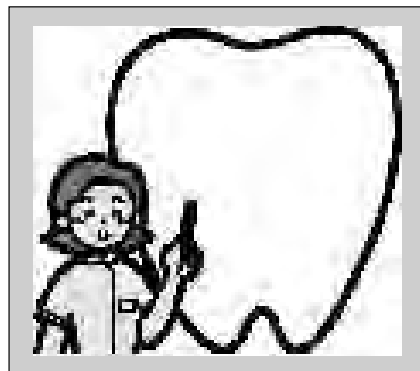
スライド38



スライド39

健康な口を保つには？

口腔ケア



スライド40

歯口清掃



健口体操



目次

研究成果

講義1

講義2

講義3

講義4

講義5

公開講座

視察

資料編

スライド41

歯口清掃



上手に磨けていますか？

磨いている ≠ 磨けている

スライド42

口腔内の観察のポイント

プラークを
探す



唇・頬をめくる

歯と歯の間

歯と歯肉の間

スライド43

歯ブラシ
と
補助的
清掃用具



スライド44

歯と歯の間・歯と歯肉の間のプラーク



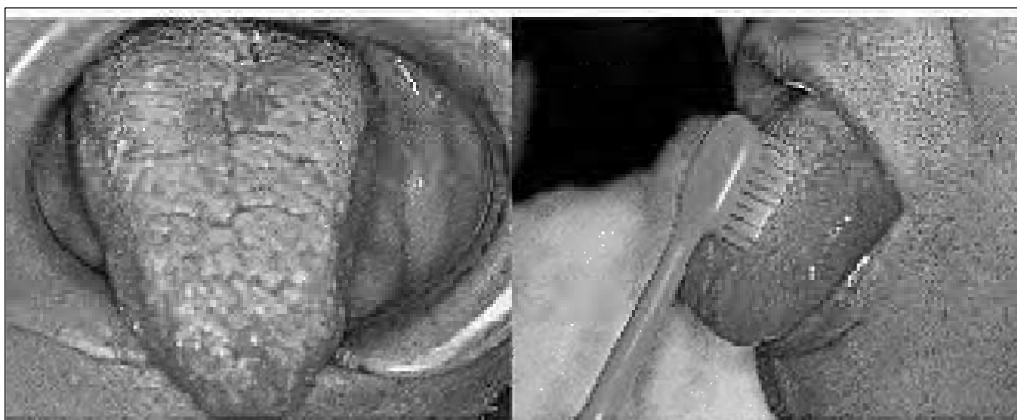
スライド45

歯口清掃のポイント

- ・ 歯ブラシの選択
- ・ 歯間ブラシやフロスの使用
- ・ 舌の清掃
- ・ うがいの励行

スライド46

舌苔(ぜったい)



スライド47

健口体操のポイント

- ・口腔周囲筋のマッサージ
- ・頬, 舌運動
- ・口唇閉鎖運動
- ・唾液腺マッサージ

スライド48

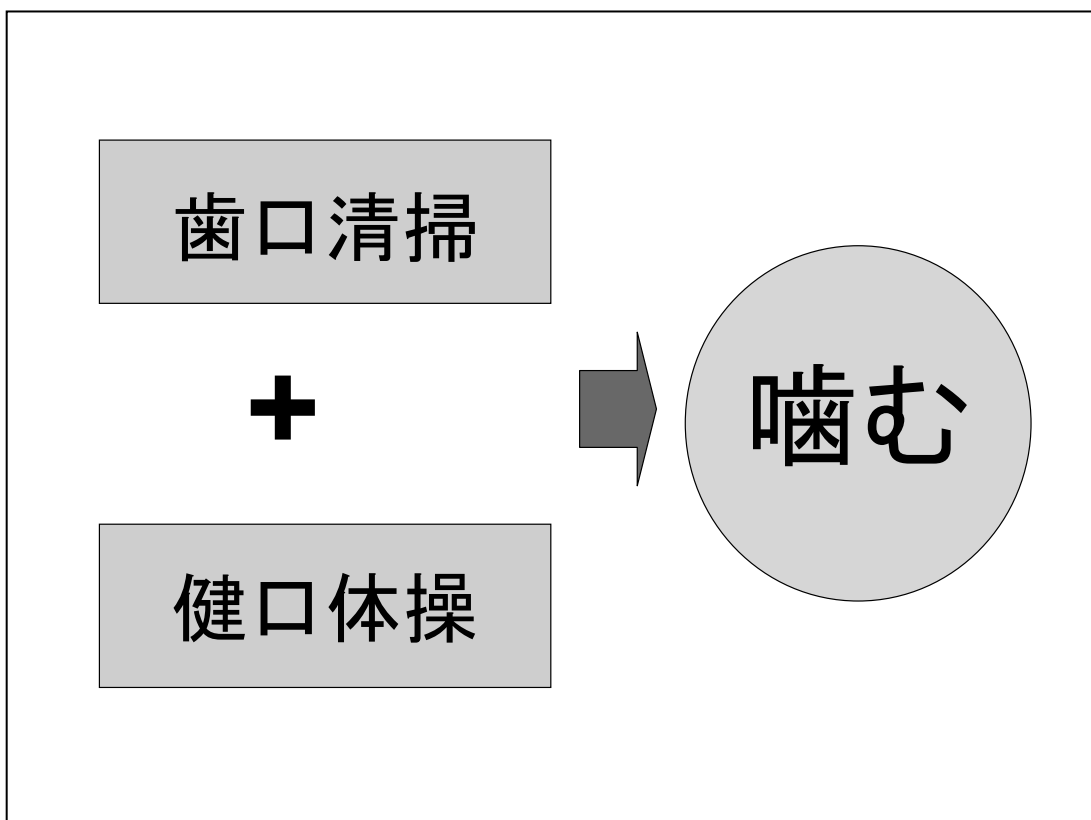
健口体操



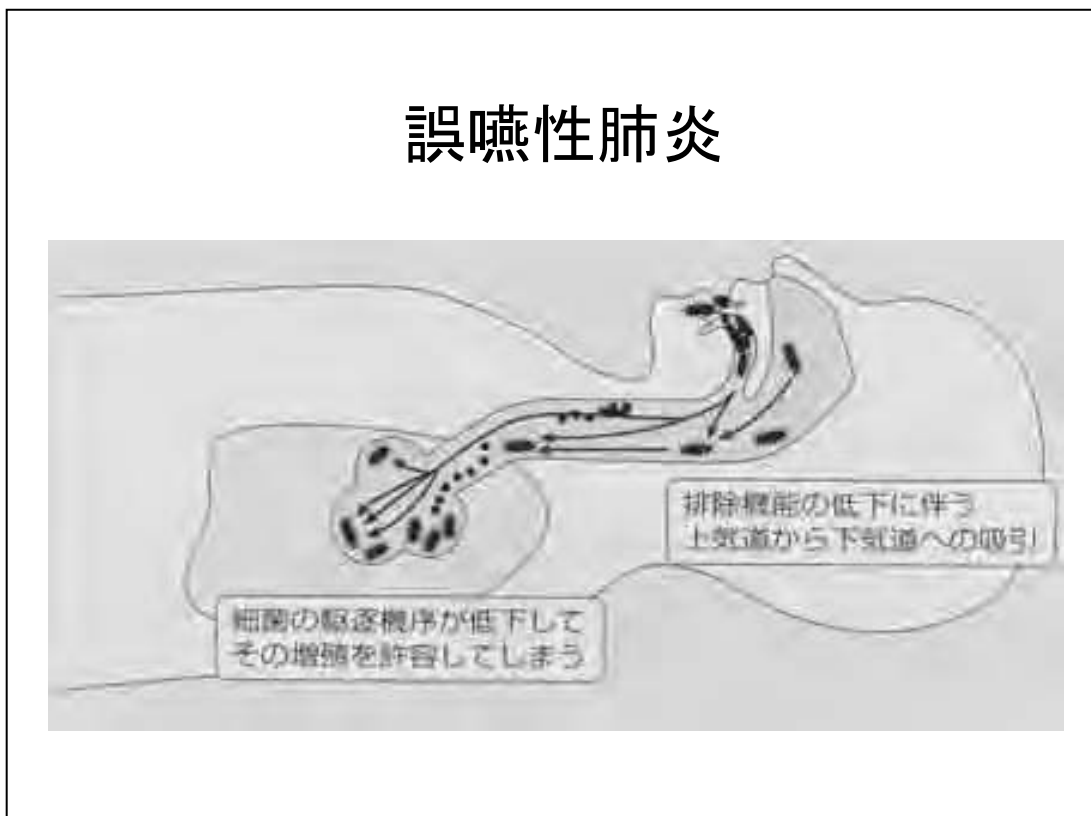
話す
笑う
歌う
食べる

積極的にしましょう！

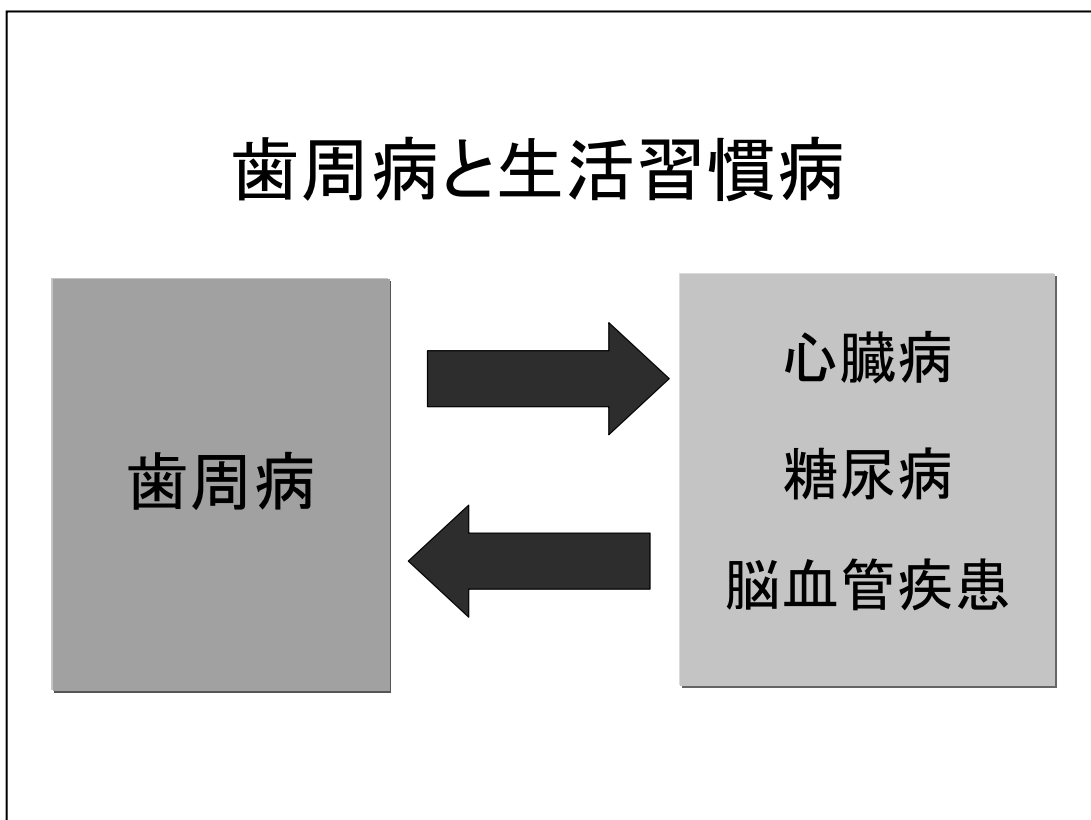
スライド49



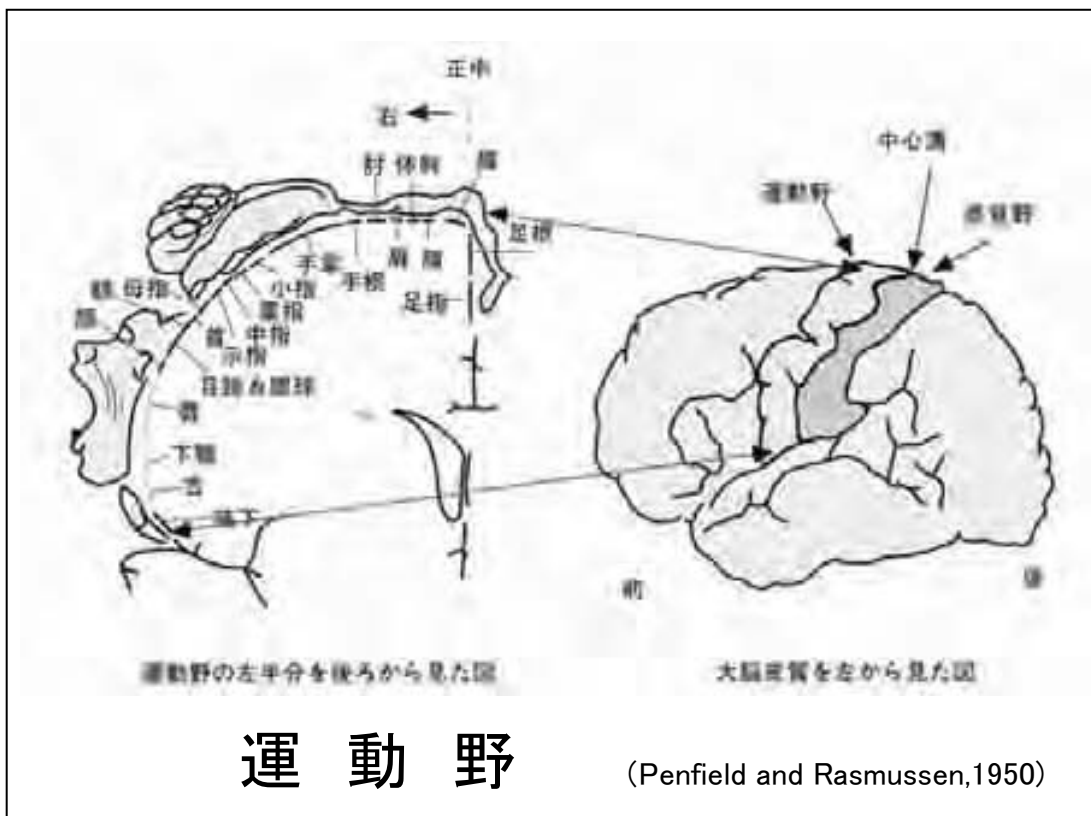
スライド50



スライド51



スライド52



スライド53

口腔ケアの効果

- ・誤嚥性肺炎の予防
- ・生活習慣病の予防
- ・脳の活性化

スライド54

まとめ

全身の健康維持・増進



口腔ケア

介護予防はお口から

研究会 基調講義 5

在宅虚弱高齢者への
介護予防研究の取り組み

河野 あゆみ (大阪市立大学大学院看護学研究科 教授)

1. はじめに

今回の講演、「介護予防研究の取り組み」では、介護予防に関する研究の動向と今後の方向性について述べ、介護予防についてどのような研究テーマが考えられるか、検討する際のヒントにいただければと思います。

私の専門分野は、地域や在宅における看護学ですので、地域・在宅ケアに携わる保健師や看護師として、介護予防が必要な対象者にどのような支援をすればより効果的であるかということの研究テーマとして取り組んでいます。また、看護職でなくても行政サービスを展開する視点から考えても支援方法の実際を考えることは重要だと思います。

今日の話では、① 介護予防が必要な高齢者の特徴、② 介護予防が必要な高齢者の把握方法、③ 介護予防が必要な高齢者へのグループケア、④ 介護予防が必要な高齢者への個別ケアの4つの視点から、介護予防研究の取り組みについて、述べたいと思います。

2. 介護予防が必要な虚弱高齢者の特徴

1) 高齢者の能力の諸段階

介護予防を展開するにあたって、いわゆる介護予防が必要な虚弱な高齢者の特徴を明確にする必要があると思います。平成12年に介護保険制度が始まり、介護が必要な方は、介護認定により、ほぼ把握できると思います。しかし、介護予防に関しては、予防給付や介護予防事業など事業が各自治体で実施されていますが、介護予防が必要な高齢者を本当に適切に把握できてかという点については、まだ検討の余地があるのではないかと思います。

アメリカの有名な研究者であるLawton¹⁾は、高齢者の能力にはいくつかの段階があることを示しています。つまり、その段階には、① 生命維持、② 機能的健康、③ 知覚-認知、④ 身体的自立、⑤ 手段的自立、⑥ 状況対応、⑦ 社会的役割があると示しており、いわゆる「生活機能」というのは、手段的自立や状況対応、社会的役割のことを意味すると思います。人間の持っている能力には生命を維持するのに最低限必要である基本的能力から社会で幸福に生活するために必要な能力である高次なものまであり、それぞれの能力の中でも、単純なものから複雑なものまで含まれます。「手段的自立」の段階を例にとると、「料

理や家事を行う」ことは比較的単純な能力ですが、「雇用をされる」ことは、複雑な能力ということになります。いわゆる「生活機能」というのは、手段的自立や状況対応、社会的役割のことを意味すると思います。

このような高齢者の能力の段階から考えると、要介護高齢者とは、身体的な自立が障害された状態といえます。介護予防という概念を広くとらえれば、元気な高齢者に対する一次予防から、既に要介護状態になった高齢者に対する三次予防まであります。しかし、介護予防を早期発見、早期対処という二次予防のレベルから考えると、介護予防の対象は虚弱な高齢者であり、このような高齢者とは、生活機能が障害された状態と位置づけられるのではないかと思います。中でも、手段的な自立度が障害された場合を要支援状態、社会的役割や状況対応が障害された場合を予防支援が必要な状態と考えられています²⁾。

2) 生活機能の低下

厚生労働省の研究班によれば高齢者の生活機能が低下するパターンには、急激に低下する場合と徐々に低下する場合があります³⁾。

まず、急激に生活機能が低下する場合としては、疫学的によく指摘されるものとして、脳卒中や転倒などがあります。また、身近な人との死別やペットの死、転居などのライフイベントといわれるものや、地震や火事などの災害をきっかけに生活機能が低下することがあります。例えば、地方に住んでいた高齢の親が都会に住む子ども世代の家族に呼び寄せられて転居してきた途端に閉じこもりがちになり、生活機能が低下するといった例などよくきかれることと思います。

一方、徐々に生活機能が低下する場合というのは、たとえば目がみえない、耳が聞こえなくなったなど視聴覚機能や認知機能の低下、尿失禁が起こるようになったなど、いわゆる老化を中心とした身体機能の低下などが原因として挙げられます。また、「しばらく外に出歩かなかったときには、足が弱る」など廃用性の身体機能の低下も要因として考えられます。家に閉じこもりがちになるなどの生活形態の問題や意欲や生活の張りがなくなる、孤独感が高まるなど気持ちの問題から生活機能が低下することもありますし、高齢者にありがちな「熟睡ができない日が続いている」、「何となくからだがだるい日が続いている」というような体調の変調をきっかけに生活機能が低下することもあります。

高齢期に起こる様々なライフイベントや災害など、急激に生活機能が低下する要因そのものを避けることはかなり難しいことですので、介護予防を展開する際には、どちらかといえば、生活機能が徐々に低下する高齢者をいかに低下しないように対応するかということに主眼がおかれるのではないかと思います。

3) 在宅障害高齢者の日常生活自立度の変化の特徴

介護保険制度がまだ始まる前の1998年から1999年にかけて、人口約28,000人程度のある市において、在宅高齢者の日常生活自立度の変化に関する調査をしたことがあります。これは、調査地域の民生委員が「何らかの障害のある」と判断した全在宅高齢者225人に1998年と1999年に訪問調査⁴⁾を行いました。その結果について、お話をしたいと思います。

① 在宅障害高齢者の自立度からみた1年後の転帰

表1に障害高齢者の日常生活自立度からみた1年後の転帰を示しています。介護予防の対象者を日常生活自立度からみたときには、ちょうどランクJ～Aに相当すると考えられますが、例えば1998年の調査でランクJの高齢者61人中、1年後の調査では2人(3.3%)だけが死亡しており、大部分の高齢者が1年後も在宅で生活していることがわかります。ランクAの高齢者になると、1年後の死亡者割合が約11%、ランクBの高齢者では死亡が20%に増え、ランクCの高齢者にいたっては大体半分近くの方が死亡していました。

表1 在宅障害高齢者の自立度からみた1年後の転帰

N = 225

1999年 転帰		1998年 日常生活自立度			
		J	A	B	C
在宅で生活	N (%)	51 (83.6)	72 (80.0)	21 (65.6)	22 (52.4)
死 亡	N (%)	2 (3.3)	10 (11.1)	7 (21.9)	17 (40.5)
入院・入所	N (%)	4 (6.6)	5 (5.5)	4 (12.5)	2 (4.8)
転 出 等	N (%)	4 (6.6)	3 (3.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
計	N (%)	61 (100.0)	90 (100.0)	32 (100.0)	41 (100.0)

ランクJ：何らかの障害はあるが、日常生活はほぼ自立しており、独力で外出できる。

ランクA：屋内での生活は、概ね自立しているが、介助なしには外出しない。

ランクB：屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つことができる。

ランクC：1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。

② 在宅障害高齢者の日常生活自立度の変化

表2に障害高齢者の1年間の日常生活自立度の変化を示します。1998年の時点のランクJの高齢者51人のうち、約30%程度の高齢者が1年後にはランクAまたはBに低下していることがわかります。ランクAの高齢者の場合、15%程度の高齢者がランクBまたはCに低下していますが、一方でランクJに改善する高齢者も20%程度いることがわかります。ランクBやCの高齢者では、詳細に評価した場合はひょっとして身体機能の改善があるかもしれないのですが、このような大まかな日常生活自立度で評価した場合、変化がないことがわかります。この結果から、いったんランクBまたはCになってしまうと、その後日常生活自立度が改善する可能性がなくなることがわかります。以上より、この調査から、ランクJやAなどの虚弱高齢者は日常生活自立度が十分に改善する可能性をもっている対象といえます。

ランクJの高齢者の1年間の日常生活の変化と1998年の調査時の生活行動状況との関連を分析した結果、1998年に庭の手入れを行う、寺参りや墓参りに行く、炊事・洗濯・部屋の掃除をするなどの活動をしていた者の割合がその後の自立度維持者に多いという結果が得られました。また、ランクAの高齢者も同様に検討した結果、友人・知人の家を訪ねる、身の回りのことをするなどの行動をしていた者ほど自立度が改善しやすいということがわかりました。

表2 在宅障害高齢者の自立度の1年後の変化

N = 166

1999年 自立度		1998年 日常生活自立度			
		J	A	B	C
J	N (%)	35 (68.6)	14 (19.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
A	N (%)	13 (25.5)	47 (65.3)	1 (4.8)	0 (0.0)
B	N (%)	3 (5.9)	9 (12.5)	16 (76.2)	0 (0.0)
C	N (%)	0 (0.0)	2 (2.8)	4 (19.1)	22 (100.0)
計	N (%)	51 (100.0)	72 (100.0)	21 (100.0)	22 (100.0)

ランク J：何らかの障害はあるが、日常生活はほぼ自立しており、独力で外出できる。

ランク A：屋内での生活は、概ね自立しているが、介助なしには外出しない。

ランク B：屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つことができる。

ランク C：1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。

4) 介護予防が必要な虚弱高齢者の特徴

以上より、虚弱な高齢者の特徴のまとめとして、次の内容が挙げられます。

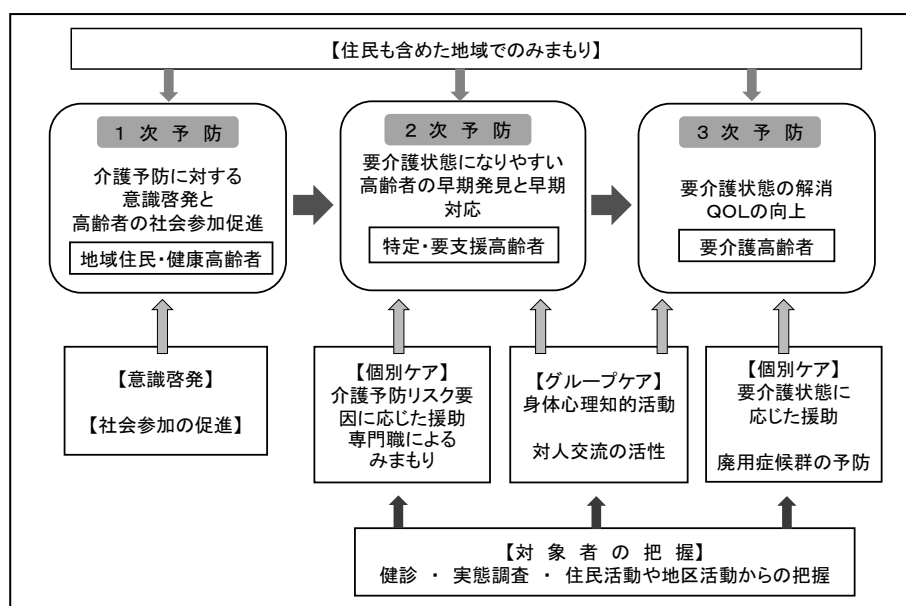
まず、虚弱な高齢者とは、社会的役割や状況対応、手段的自立などの生活機能が低下している状態であり、その生活機能が低下する場合には、徐々に低下する場合と急に低下する場合があります。虚弱高齢者の生活機能が徐々に低下する場合は、身体的な要因だけではなく、生活全般の要因として影響していると考えられています。また、虚弱高齢者の一部は自立度が改善する可能性があり、活動的な生活行動を行ってれば、身体心理的機能を維持改善できる予備力を持っており、このような高齢者をいかに増やしていくかということが、介護予防の目的といえるでしょう。

3. 介護予防が必要な高齢者の把握方法

1) 地域高齢者への介護予防支援の概要

地域高齢者への介護予防支援について、1次予防から3次予防までの方略を図1に示しています。1次予防とは、ヘルス・プロモーションに関する活動を意味し、地域社会に対して介護予防に関する意識啓発を行い、高齢者の社会参加を促進する活動が含まれます。2次予防とは、要介護状態になりやすい高齢者を早期に発見し、対応する活動であり、主には、特定高齢者や要支援高齢者が対象とした個別ケア（介護予防リスク要因に応じた援助や専門職のみまもり）やグループケア（身体心理的知的活動や対人交流の活性）を行うことが挙げられると思います。3次予防とは、既に要介護状態に陥った人たちに対して、その回復を促したり、可能な限りその生活の質を向上させる活動を示し、2次予防と同様にグループケア（身体心理・知的活動や対人交流の活性）や個別ケア（要介護状態に応じた援助や廃用症候群の予防）が必要だと思います。

図1 地域高齢者への介護予防支援



実践活動で、特に二次予防や三次予防を展開する上では、対象者をどのように把握するかというのは重要なポイントになるのではないかと思います。三次予防の対象者は、前述のとおり、要介護認定である程度、把握できますが、二次予防の対象者をどのように把握するかという点については、特定高齢者または要支援高齢者というくくりはあるものの、まだ検討の余地があると思います。対象者の把握方法として、健診、実態調査、住民活動や地区活動などをおして把握することが考えられますが、これらのどの方法を用いて、どのような指標で把握するか考える必要があります。

2) 介護予防対象者の抽出に関する研究

慶應大学の池上先生を中心とした研究グループが介護予防対象者の抽出に関する研究⁵⁾をご発表されていて、私も興味深く拝見させていただいています。この研究では、既に要支援と認定されている高齢者に対して、特定高齢者を把握するために使用されている基本チェックリストにて評価し、特定高齢者と要支援者の自立度等にどのような階層的な関係があるのかを検証をされています。

介護保険制度改正前に調査が行われているようですが、基本チェックリストにて評価した結果、旧要支援の高齢者107人中、66%の高齢者が特定高齢者ではないと判定されています。また、旧要介護1の高齢者349人中においても42%の高齢者は特定高齢者ではないという結果が示されています。つまり、要支援者と要介護1の高齢者を両方合わせると大体50%の方が特定高齢者ではないということになります。国の施策からいえば、当然、特定高齢者の方が軽度要介護者よりも健康であるという前提があるように思いますが、それがどうもそうではなさそうだというのが、この研究からわかると思います。

また、この研究では要支援者の方の手段的日常生活動作の状況も調べられていますが、要支援者の中で約80%近い方、要介護1の高齢者では約半分の方が外出や買い物もできる、金銭管理もできる、食事の支度もできるというように全ての項目について自立していることが

示されています。現行の要介護認定方式は介護度が重い人をひっかけるのは感度良く作られているのかもしれませんが、この研究が示しているように、軽度要介護者と健康の人たちを分けるその境が曖昧なのではないかと思います。その上に、要介護認定とは全く異なる基準で基本チェックリストが作成されているので、基本チェックリストと要介護認定は階層的にはなっていないと考えられます。

また、基本チェックリストは、健診などでスクリーニングするという位置付けですし、要介護認定の方はご本人の申請にて行われるものです。本人がたまたま申請すれば要支援者になる、健診に先に来て、もし基本チェックリストに引っかかれば特定高齢者になる可能性もあるという、そのような把握システムの違いについても、この階層性に影響していると思います。

3) 地域看護職の判断と国の基本チェックリストとの比較

今木先生と岬町保健センターと共同で、特定高齢者に該当すると考えられる高齢者を対象として、実際の保健師の判断を行い、基本チェックリストとの結果がどのように違うかということのみた調査を以前にしたことがあります⁶⁾。今日は細かくは説明しませんが、その違いを見ると、基本チェックリストでは看護職が介護予防が必要であると判断する対象者を見逃す可能性が示されており、介護予防の対象をどのように把握していくかという点については、多くの課題があると考えます。

4) 介護予防対象を事業につなげることの難しさ

介護予防対象者を系統的に把握して事業に結びつけることが難しいことの指摘⁷⁾があります。先ほど述べたことと一致することですが、第一に、介護予防事業を必要とする高齢者の対象像が明確でないことがあります。

第二に、介護予防対象者を把握しても、それを事業につなげること、その点が多く在市町村で、特に特定高齢者などの場合は非常に苦慮されているということです。また、介護予防を必要とするような高齢者は健診や健康教育等に参加していないなど、基本的に保健福祉サービスとの接点が少ないため、接触が難しいことがあります。介護保険サービスを受ける場合は、本人が要介護認定を申請しますから、本人にサービスを受けることの主体性があると思いますが、介護予防の場合は、「あなたは介護予防が必要です」といわれても、本人がその必要性を認識していないことも多々あり、介護予防事業につながりにくいという面があります。このような点についても今後検討する必要があると思っています。

4. 介護予防が必要な高齢者へのグループケア

現在、介護予防事業が全国で行われていますが、過去5年間の研究成果をざっとみたときに、日本語の論文で質の高いデザインの研究はあまり報告されていないという印象をもっています。海外の研究論文では、転倒や抑うつ、認知症予防を目的としたグループケアプログラム

の効果を無作為化比較対照試験などで検証している報告はよくみられますが、日本語論文では研究的に検証されているものはそれほど多くはないと思います。

1) 介護予防事業の経済的側面からの評価についての研究

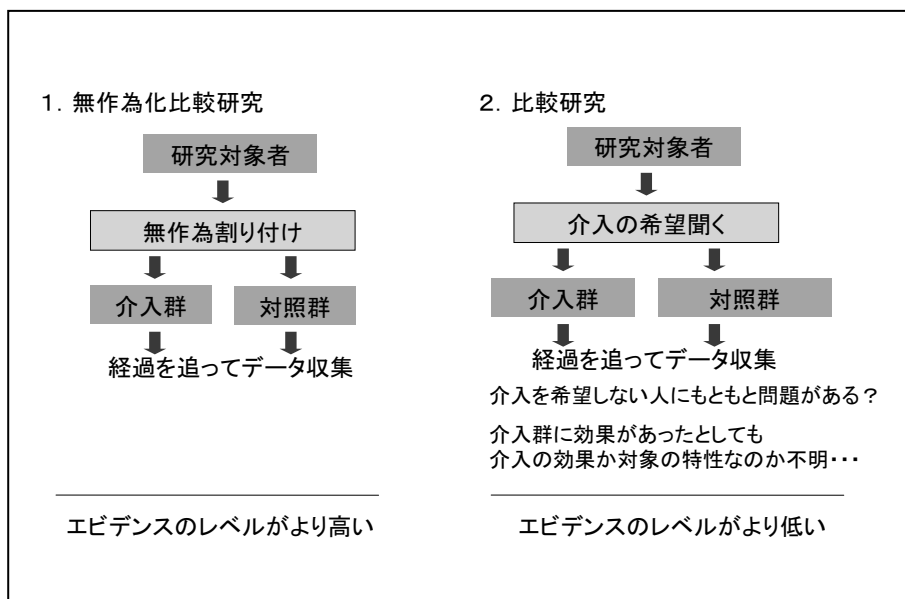
最近の日本公衆衛生雑誌に出版された論文⁸⁾で面白い研究がありましたので、ここでご紹介したいと思います。この研究は、介護保険が始まってからの3年間、介護予防事業に参加された方と参加していない方の医療費と介護給費の利用状況を追跡して比較している研究です。つまり、各地域で行われているお達者教室や認知機能の低下予防教室など、様々な介護予防事業の一つでも参加した人を「参加者」、参加していない人を「非参加者」として、検討をされています。

この研究によると、月一人当たりの平均の医療費については、介護予防事業参加者は、減少傾向であったようですが、非参加者はこの3年間に、増加傾向にあることがわかります。また、介護給付の利用状況についても、非参加者はうなぎ昇りに増加していましたが、参加者も加齢とともに介護が必要になってきますので、若干は増加気味ではありますが、非参加者ほど介護給付が増えていないことがわかります。つまり、介護予防事業は、医療費や介護給付などの経済的な側面からみて効果があると考えて良いと思います。

2) 介護予防事業等を評価する際に留意すべき点

保健事業等を評価する際には、その評価の枠組みによって、結論づけられることが違うことを理解しておく必要があります。図2に示しますように、評価を行う際に参加者本人の希望によって介入がされていることが多々あります。つまり、ご本人が介護予防教室に「参加します」と言った場合は参加群になりますし、「参加しない」と言った場合は非参加群としてデータを取ることにしているわけです。

図2 研究の評価



このようなデータ収集を行った評価と、グループを選定する際に無作為割付というプロセスを入れた場合では結果のとらえ方が違ってきます。無作為割付を行うということは、介入への参加は評価者（研究者）側が決めることになり、通常この方法をとってデータ収集をした評価の結果は大変意味があると考えます。

最初に述べたデータ収集の方法の場合、介入を希望していない人にはもともと問題があるかもしれない、参加者に効果があったとしても、例えば、それは非参加者が抑うつ傾向であり、介入に参加したくない、あるいは行政サービスに不信感を持っているなど、そのような要素をもっていたのかもしれませんが。そう考えた場合、仮に2つのグループの間に違いがあったとしても、本当に介護予防事業の効果なのか、あるいはご本人たちの元来持っている特徴の違いなのか、わからないわけです。

そのような視点で介護予防事業を評価した報告で、無作為割付を行って評価したものはあまりありません。おそらく、「無作為に割り付ける」ことは、現場の感覚では馴染みにくいことなので、多分そういう研究がしにくいというのも一つあると思います。しかし、介護予防事業の評価ということを科学的に実証するという点から考えると、このような評価をした研究を行い、その成果に基づいた提案を施策に活かすことが大切だと思います。

5. 介護予防が必要な高齢者への個別ケア

1) 高齢者への予防訪問とは

介護予防が必要な高齢者への個別ケアとして、予防訪問という方法があります。予防訪問とは、高齢者の自宅を定期的に訪問して、心身の状況をアセスメントして、予防的ニーズを把握し、必要な支援を展開することを意味します。例えば、わが国では、従来からの老人保健法による訪問指導や、訪問型の介護予防事業、要支援や特定高齢者等へのケアマネジメントなどが予防訪問に相当すると思います。また、予防訪問のアプローチとしては、訪問することに意義があると考えて訪問する対人関係重視型と、専門職などが系統的なアセスメントを行って高齢者に必要なアドバイスを行うという体系的アプローチがあるといわれています。

2) 海外の予防訪問研究の動向

先に述べてきましたように、日本でも多くの実践現場で、予防訪問のコンセプトを持ちながら訪問活動が行われてきていますが、研究的にその効果を評価している報告はほとんどありません。一方、欧米諸国では過去30年以上、予防訪問（preventive home visit）について、数多くの研究が様々な国で報告されてきています。高齢者に対する予防訪問は、特に北欧では制度化されていまして、デンマークでは1998年から75歳以上の方に全員に最低半年に1回は訪問することが制度化されています。

これらの研究によると、予防訪問は、適度に虚弱な高齢者には効果的であることが示唆されています。つまり、重度障害高齢者や現役並みに働くことができるような元気な高齢者に対して訪問してもあまり意味がないといわれています。

予防訪問の医療費抑制などへの効果については、今のところあまりよく分かっていません。最近では、2006年にデンマークと2008年にオランダで報告がありますが、一致した結論は得られていません。この辺りはその国の医療保険や介護制度など各事情が違いますので、一概には比較できないと思いますので、わが国でも独自に調べる必要があると思います。

3) 最近出版された予防訪問に関するメタアナリシスの紹介

研究には、いわゆるメタアナリシスに分類されるものがあります。メタアナリシスとは、エビデンスの質の高い研究デザインで行われた研究を系統だって収集し、得られたデータを改めて統計的に解析し、研究テーマとした介入内容に効果があるかどうかを検討する方法をいいます。最近、予防訪問についてのメタアナリシスとして、『Lancet』という大変有名な科学雑誌にだされた報告⁹⁾と『Journal of Gerontology』という米国の老年学会の学術雑誌に出版された報告¹⁰⁾があります。ここでは、日本の現場で役立つであろうと考えられる後者の雑誌のメタアナリシスを簡単にご紹介いたします。

このメタアナリシス¹⁰⁾では、国内外の質の高い研究論文を20論文、系統的に集め、予防訪問のプログラムの設定のしかたと予防訪問の効果の関連について、分析をしています。その結果、予防訪問の回数について年3回未満の場合と年3回以上の場合を比べた場合、これらの訪問回数とナーシングホームへの入所にはあまり関係がないと、報告しています。海外では、訪問する看護職等が家庭医と上手に連携をとって高齢者の健診データを活用しながら訪問に行っている、あるいは場合によっては医師が予防訪問に同行することもあるようです。このメタアナリシスでは、高齢者の健診データを活用した訪問と、健診データを活用しない訪問も比べていますが、健診データを活用した場合の訪問の方が、高齢者の身体機能が維持しやすいということがわかっています。日本で現在行われている多くの訪問は、健診データの活用をしていない予防訪問モデルということになると思いますが、このような結果も、日本の訪問活動のあり方を考える際に活用できるのではないかと思います。一方、予防訪問の対象者の年齢と死亡率との関係を検討したときには 77才以下の若い高齢者には、予防訪問を行うことによって、死亡が少ないという結果がみられています。

4) 国内の予防訪問研究の動向

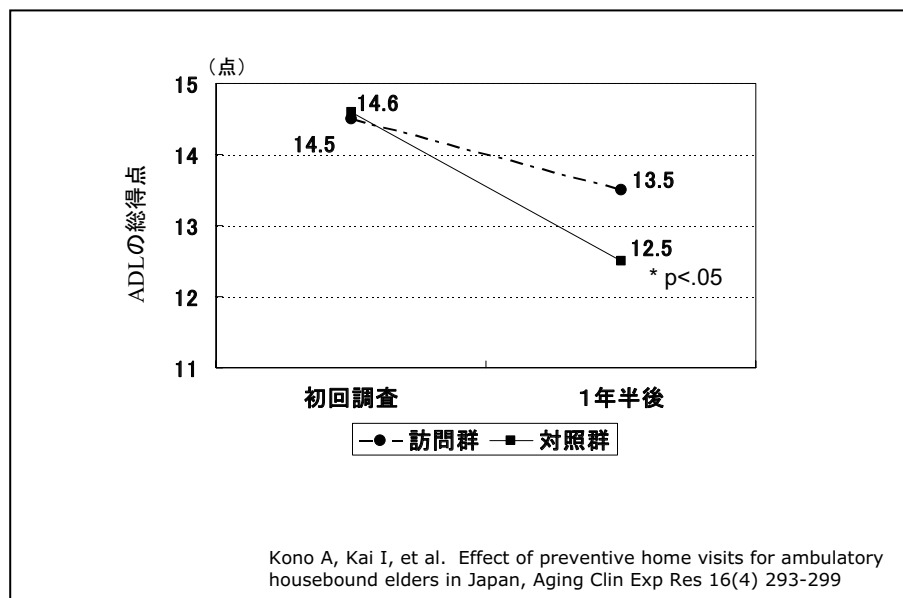
国内の予防訪問研究の動向としては、いわゆる無作為化比較試験のデザインで報告されているものは、私が現在調べたところでは2つみられています。

1つはこれも慶應大学の池上先生の研究グループが中心になって行っているもので Minimum Data Setを使った予防訪問を評価したものです¹¹⁾。この研究は訪問群と対照群にそれぞれ約180人を対象とした研究ですが、健康状態を悪いと自己評価をしている虚弱高齢者の場合予防訪問を行うと健康状態に改善があるかもしれないという結論が示されています。

もう1つは、東京大学の甲斐先生とご一緒に私が以前に行ったものでして、小規模ではありますが、60人程度ずつの無作為化比較対象試験¹²⁾をしました。このときは、行政の保健師さんに訪問指導をしていただきました。対象者は、外出頻度が週3回以下の閉じこもりがち

な虚弱高齢者であり、平均82才という大変高齢な方たちでした。1年半ぐらい見ていきますと、両方のグループとも、ご高齢の方たちですので、ADLは下がるのは下がるのですが、その下がり具合が訪問している人の方が少ないという結果が得られています

図3 予防訪問のADLに対する効果



また、現在、甲南女子大学の津村先生等と一緒に、大阪府下の3市町村および地域包括支援センターのご協力を得まして、要支援認定高齢者を対象に予防訪問の評価を行っています。日本の虚弱高齢者には、どのような個別支援や予防訪問のプログラムが望ましいのか、あるいはどのような対象者に予防訪問を行うべきかまだわからないことは数多くあり、今後実践に活用できる研究を進めていければと思っています。

6. ま と め

以上、本日は「介護予防研究の取り組み」をテーマとして、介護予防が必要な高齢者の特徴や把握方法およびグループケアや予防訪問という切り口で話をしてきました。現在、介護予防に関する研究で明らかにされていることはごく一部であり、まだ研究を推進して実践に反映させていかなければならないことは多々あると思います。今日の話がご参加されている方が、これからとりくまれる研究や実践または事業評価のご参考に少しでもなれば幸いです。

引用文献

- 1) 芳賀博：健康度の測定. 柴田博編集. 老人保健活動の展開. 東京：医学書院, 1992, 74-95.
- 2) 新開省二. 疫学調査からみた高齢者の生活機能の変化とその要因. 地域保健 2003 ; 34 (3) : 48-59
- 3) 辻一郎：総合的介護予防システムについてのマニュアル. 2006, 37. <http://www-bm.mhlw.go.jp/topics/kaigo/topics/051221/dl/02a.pdf>よりダウンロード (2008年10月22日にアクセス)
- 4) 河野あゆみ, 金川克子. 在宅障害老人の1年後のADL変化：寝たきり高齢者と虚弱高齢者の比較. 日本未病システム学会雑誌 2000 ; 6 (2) : 56-58
- 5) 石橋智昭, 池上直己. 介護予防施策における対象者抽出の課題：特定高齢者と要支援高齢者の階層的な関係の検証. 厚生指標 2007 ; 54 (5) : 24-29
- 6) 河野あゆみ, 坂東彩, 津村智恵子, 他. 独居虚弱高齢者における介護予防事業対象者把握の検討：地域看護職の判断と国の基本チェックリストとの比較. 日本公衆衛生雑誌 2008 ; 55 (2) : 83-92
- 7) 鳩野洋子, 岩本里織. 介護予防の必要性が高い対象者の把握に向けて. 保健師ジャーナル 2005 ; 61 (3) : 244-248
- 8) 吉田裕人, 藤原佳典, 天野秀紀, 他. 介護予防事業の経済的側面からの評価：介護予防事業参加群と非参加群の医療・介護費用の推移分析. 日本公衆衛生雑誌 2007 ; 54 (3) : 156-167
- 9) Beswick AD, Rees K, Dieppe P, et al. Complex interventions to physical function and maintain independent living elderly people : a systematic review and meta-analysis. Lancet 2008 ; 371 (9614) : 725-735
- 10) Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, et al. Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults : a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2008 ; 63 (3) : 298-307
- 11) Yamada Y, Ikegami Y. Preventive home visits for community-dwelling frail elderly people based on Minimum Data Set-Home Care : Randomized controlled trial. Geriatrics and Gerontology International 2003 ; 3 : 236-242
- 12) Kono A, Kai I, Sakato C, et al. Effect of preventive home visits for ambulatory housebound elders in Japan : a pilot study. Aging Clin Exp Res 2004 ; 16 (4) : 293-299

第 2 部

研究会資料

【公開講座 基調講演】

介護予防事業を企画する
～企画のプロセスと評価～

津村 智恵子 氏

(甲南女子大学看護リハビリテーション学部 学部長)

公開講座 基調講演

介護予防事業を企画する
～企画のプロセスと評価～

津村 智恵子 (甲南女子大学看護リハビリテーション学部 学部長)

(本講演で使用された資料とスライドについては、報告書 p. 170以降に掲載しております。)

1. 政策・施策・事業とは (資料1)

皆さんは、介護予防の企画や実践をいろいろとされている方だと思いますが、まず初めに、基本的なことを少しお話し致します。

まず、「政策・施策・事業とは」何かということです。皆さんは既に学ばれていると思いますが、政策とは、立案するだけでなく、実現の見通しをもって何を達成できるのか、そのまちの健康に対する理念をどのように進め、持っていきたいのか目的、方針、目標といったものを明確に打ち出すことです。次いで施策とは、政策をさらに具体的に考えていくことであり、目標達成のためにどんな事業企画をしたらよいのかを考えることです。事業とは、企画したことを実際に事業として進めることです。これら政策・施策・事業は、最近行政の場でも定着してきましたPDCA (Plan Do Check Action) サイクルで政策・施策をふまえ、企画した事業を実際に展開します。

次に、政策形成の中では、課題設定、政策立案、政策決定があります。まず、課題設定について説明します。課題設定には情報収集が大事です。今、皆さんのまちで、健康を中心にした高齢者の問題では、一体どんなことが課題になっているのかを考えます。そのためには情報収集が大事です。この情報収集には、偏りのない情報収集をするという意味で「四つの原則」があります。皆さんはご存じでしょうか。情報収集のまず1番目は、住民の声を聞くという作業、これはしっかりやっていただきたいと思います。2番目は、データ分析、過去の関連する統計指標等の分析が大切です。3番目は、健康問題であれば健康に関連する、また高齢者問題に関連するさまざまな専門職、関係者、関係機関といった、いわゆる社会資源の情報をしっかりと聞くことや集めることです。そして、最後4番目は、自身の活動実践や実態調査などです。このように偏りの無い情報収集を行い、そこからでた課題を再度皆さんが、関係者や住民の方々にフィードバックして一緒に考えます。それを今度はさらに政策として立案します。政策立案では、法的な根拠が重要です。皆さんは行政職ですから、法的な根拠をおさえ、補助金確保などの実現の可能性を探り、目標の達成とあわせ、予算取りの方法を考える必要があります。これらを踏まえて、政策の原案を立てます。そして、最後に立案したものを議会や関連のところ

で議決し採択されることが、政策の決定ということになります。以上、政策形成における課題設定、政策立案、政策決定についてお話をしました。

次に、施策と事業について説明します。皆さんは、事業の目標や目的を誰にもわかる言葉で立てていますか。例えば、皆さんのところでは、高齢者に関して、また介護予防に関して、事業目標や目的をスローガンとしている市町村は多いのではないかと思います。

会場の皆さん如何でしょう。私の顔見知りの大東市の方は如何ですか、高齢者や介護予防に関してわがまちの大きい目標、スローガンはどのようなものですか。

(大東市) 介護認定者数を引き下げるという大きな目標があります。また、その達成に向けて、地域の住民による介護予防活動の拠点を平成22年に100か所にするということを目指して今、頑張っているところです。

それは具体的な事業目標値なのですが、その事業目標値の全体を網羅するスローガンは何ですか。

(大東市) 大きなスローガンは「元気になろう Y a ! 大作戦」という、お年寄りも、虚弱な方も、元気な高齢者も、みんな元気になろうというスローガンを掲げています。

なるほど。私は大東市に以前、母子の計画策定にかかわらせていただいて、大東市の保健師さんや関係者の方々と一緒に策定したことがあります。あの時は母子でしたから「母と子が笑顔で暮らせるまち大東」をスローガンとして立て、事業目標値を具体的に示し、実施につなげた覚えがあります。また、先程のお応えのように、事業目標に従って目標値を明確にして取り組みます。今、拠点を沢山お作りになるようなお話でしたが、大変頼もしいなと思います。それでは、その財源はどうされるのですか。また、その拠点作りは、ハード面でしょうか、ソフト面でしょうか。

(大東市) まず、財源は、地域支援事業の中の介護予防事業に付けられています。また、この拠点というのは施設ではなく、住民活動というソフト面の介護予防事業です。

ソフト面ということですが、補足としてハード面に対する交付金をご紹介しますと思います。具体的には、「地域介護・福祉空間整備等交付金」というものですが、この交付金は、大阪府内ではあまり使われてないようです。一方で、この交付金を10億円近く受取っている県もあります。大阪府下の市町村では、あまり使われていないようですので皆さんに紹介し、検討いただけたらと思い補足させていただきました。大東市でも、この交付金を検討してみてください。

資料に戻りますが、インプットにはコスト指標があり、予算と実績値などがあります。過去の何年間の予算と実績値などを検討する必要があります。なぜなら、これに基づいて実際に行動計画が成り立つわけですから。次いでプロセスとしては、行政の活動過程の計画を具体的に立てます。さらにアウトプットとしては、活動の指標、行政サービスや受益者などを見る必要があります。最後にアウトカムとしては改善や満足度など成果評価を見なければなりません。

2. 事業評価とは（資料1）

事業評価とは、一言でいうとP D C Aの過程を評価することです。かつて、Plan - Do - Seeと言っていた事業展開の過程をPlan - Do - Check - Actionとし、モニタリングや評価を必ず行うことで、次の事業企画に向け課題・修正を加え、さらに発展的なプランにします。次に、経済評価では、予算額に対して実際にどれぐらいの人材等、そして、見込金額等を試算します。さらに効率性、これは、支出量や支出したお金に対して、実際の活動はどの程度できたのかということを見ます。また、行政サービスの効率性とは、活動に対して受益者がどれぐらいあったのかということを見ます。また有効性とは、どの程度改善されたのか、行政サービスや受益者の満足度はそれぞれどうだったのか等を見ることです。

3. 個別事業評価とは（資料1）

個別評価指標には主として2つあります。1つ目は健康改善の評価指標で、身体レベルと主観的レベルがあり、特に意欲や自己効力感を見たりすることです。2つ目は行動改善評価指標で、セルフケア能力の獲得のプロセス評価などがあります。セルフケア能力のプロセスとして、個人及び小集団に働きかける専門職側の双方の保健活動を通して、どのように変化していくのかを見る一つの指標モデルを、ここに一例として挙げさせてもらいました。もっと簡単な行動改善指標もあれば、もっと複雑なものもあります。これは一つの参考例として見ていただければと思います。

4. 介護予防事業の企画書と評価のプロセス（資料2）

介護予防事業の企画書と評価のプロセスの流れを資料に整理してみました。

まず、企画書については、先ほどの事業目的、事業目標がはっきりとしているか、事業のねらいや達成目標が具体的かつ指標も含め記述されていることが必要です。この達成目標は、期間としては短期では1年、大抵は3年間です。皆さんの現場では、3年間の中の1年目というところで作成しているかと思います。また、中期目標、長期目標というのは、3～5年計画で、そのときの達成指標も含めて出します。「健康日本21」などがそうですが、事業目標は、指標も含めて、達成目標も具体的に出します。また、背景と課題については、いかに根拠を持って分かりやすく背景、つまりなぜこの事業に取り組むのかということ、明確に説明できる根拠資料づくりが求められます。

次に内容です。事業主体、実施主体はどこなのか、対象、方法、プログラムの内容、手段、手順などを図表にして明記します。そして、なぜこの事業に参加しないのか、できないのか、途中で脱落する人、それに対する対策も引くるめて、本事業の代替案との比較等を行ったかなどについて、企画書の作成の中で同時に考えます。そして、この事業をしていく上で必要な人、物、情報などの資源や経費を明記します。さらにリスクとその対策についても、具体的なリスクを想定して、その対策も併せて挙げておきます。これについては、そのときの保証等の

ことも考えて、保険等を皆さん考えていると思います。

また、倫理規程や守秘義務、情報公開の方法についても検討し記述します。例えば、それぞれお一人おひとりのプログラムを立案し、そこから出てきた成果は、個別に全部、これは一人ひとりの個人情報ですので守ってあげなければなりません。これを皆さんで共有する場合には、協力住民の同意書を得ておかなければなりません。その上で実現までの行動計画、全体スケジュールを示します。具体的に、何月までに何をするというようなことを立てます。併せて、評価もこのときに示します。つまり、企画書を立てるときに、評価についても、どういう評価をしなければならないかということ、併せて考えるわけです。以上が、企画書についての流れです。

次に評価ですが、資料2の流れのように、準備評価からプロセス評価、アウトプット評価、アウトカム評価、そして最後には、関係者や住民への評価のフィードバックまでを段階別に適当な評価指標を用いて行う必要があります。

5. 介護予防事業を企画する〈事例〉A市

抽象的な話よりも、皆さんに理解をしていただくために、具体例「ある地域における介護予防事業を企画する」という架空の事例を用いてお話しいたします。

〈事例〉A市：人口5万人、平成15年旧3町合併により誕生。
 地域包括支援センター 委託1か所、ランチ2か所。
 (地域包括支援センター及びランチは旧3町の老人保健施設、老人福祉施設に併設)

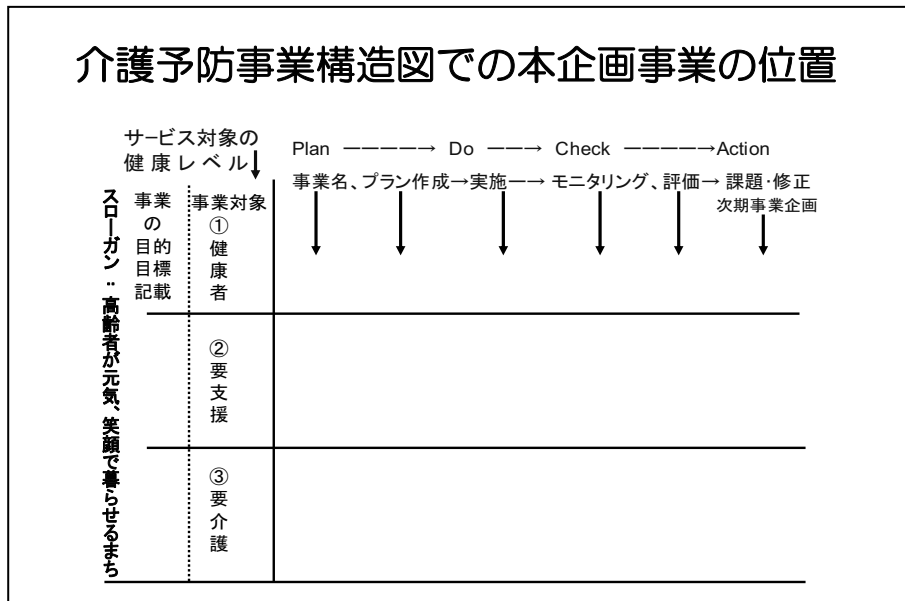
ここに提示する合併した旧3町の中の一番大きい所に地域包括支援センターを委託で1か所設置。そして、あと、残りの二つの旧町に関しては、昔の在介支援センターの2か所、それぞれをランチとし介護予防事業を委託して取り組んでいただくという設定です。

○ 企画事業をわがまちの介護予防事業構造図の中に位置づける（スライド2）

企画した介護予防事業は、構造図内の左端に記載されているわがまち全体の高齢者の介護予防事業の目的「スローガン」に適った事業目標であるかをチェックし、健康レベル別で見ると、どの健康レベルに属する事業なのか、スライド2の構造図内に位置づけ、事業目標、事業対象、事業名を記載します。次いで、PDCA過程に従い、事業プラン、実施時期・内容、モニタリング、評価方法、課題等を記載します。このような構造図内（スライド2）に、わがまちの高齢者を中心とする介護予防事業の全てを記載することが「わがまちの介護予防事業の概要図」作成につながっています。

また、今回企画した事業がこの構造図に記載された各種の他事業と、どのように連携・協同すべきかを考える材料の提供になっています。さらに現在不足しているサービス、今後必要な高齢者介護予防対策を考える資料づくりになっており、この構造図はわがまちの介護予防事業の概要を示す図であり、わがまちの介護予防事業が将来どうあるべきかを提起する重

要な図でもあります。



○ 〈企画書〉事業名：転倒・骨折予防事業の推進（スライド3）

それでは、早速企画書を説明していきます。皆さんと一緒に考えていただきたいのは、「転倒骨折予防事業の推進」という事業です。事業目標は、転倒・骨折は予防が可能であるとし、転倒予防事業を展開、普及し、転倒骨折高齢者を減らしていくこととしています。

〈企画書〉

事業名：転倒骨折予防事業の推進

- 事業目標：転倒・骨折は、予防が可能である。転倒予防事業を展開、普及し、転倒骨折高齢者を減らす。
- 期待できる成果・目標：1年間（3年間で定着事業化）
 - 1) 要支援・要介護高齢者の減少 2) 介護保険給付費の削減
- ① 一般高齢者の約5%の2割の転倒骨折を減らせば、55人の要支援・要介護高齢者の減少につながる。……2年間(IBC町)モデル事業より
- ② 1年間で5人以上要介護状態になることを予防できれば、効果が経費を上回る。（本事業費94万円）
- ③ 転倒骨折者1人当り年間の市費負担額約19.5万円×55人＝1,073万円の減少につながる。

期待できる成果は、3年間で定着させようと思っておりますが、まずはその中の1年間について考えました。1年間でもやれば、要支援・要介護高齢者は減少し、そして、介護保険給付費の削減に少しですがつながっていきます。

具体的には、一般高齢者の約5%500人の1.1割の転倒・骨折を減らせば、人口5万人の市で、55人の要支援・要介護高齢者の減少につながります。これは過去2年間、この三つの中

の一つの町でモデル事業を実施した成果及び、国保のレセプトから出た数値です。

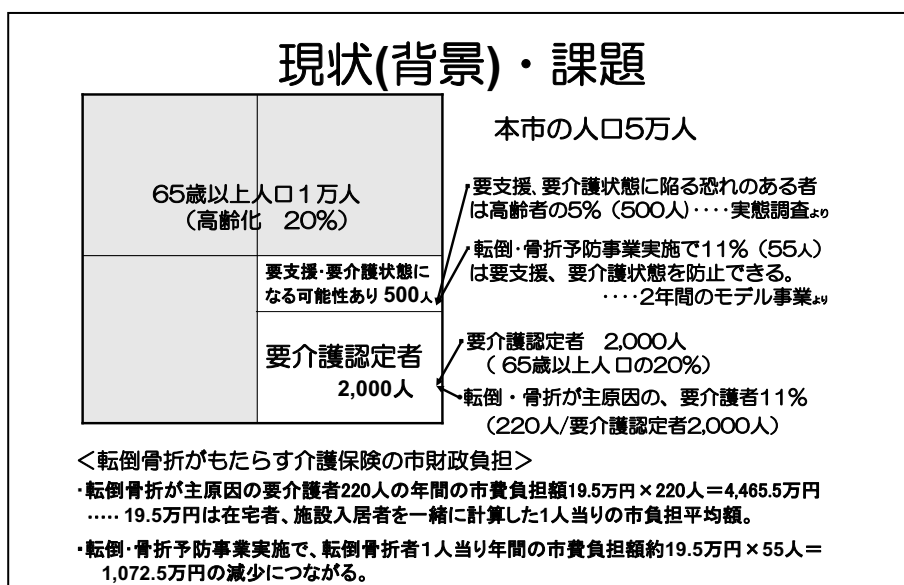
費用については、本事業の事業費が94万円です。転倒・骨折予防事業実施により1年間で5人以上の要介護状態を予防できれば、効果は経費を上回ることができます。

転倒・骨折者1人当たりの年間の市の負担額の減少については、次のように計算します。まず、国保のレセプト等、皆さんよく触ったことが過去にあるのではないかと思います。これを根拠に出しますと、入院すれば月に50万～60万円は掛かります。その後、安定し、特養、老健施設入所すれば月40万円程度掛かります。これを在宅そして、在宅でどれぐらいかかるかといえば、在宅で月平均10万円程度掛かります。これらを平均しますと19.5万円程度になります。この一人当たりの19.5万円×55人分で1,073万円の減少につながるという計算も成り立つわけです。

(1) 現状（背景）・課題（スライド4）

スライド3の数値算出の根拠は、スライド4「現状（背景）・課題」を見てください。この市の65歳以上の人口、高齢化率20%、この四つの枠全部が65歳以上の人口全体1万人の一つの枠は2,500人。そのうち、要支援・要介護状態に陥る恐れのある者は、実態調査から高齢者の5%、500人です。これは国の見込みと同じです。転倒・骨折予防事業の実施により、そのうちの11%（55人）は、要支援、要介護状態を防止できます。この11%は、国保レセプト及び、この町における2年間のモデル事業での実績から出した数値です。

次に、要介護認定者は全体で2,000人いて、65歳以上の人口の20%です。転倒・骨折が主要原因の要介護者は11%で2,000人のうちの220人です。高齢者の中では転倒・骨折は非常に多いのですが、予防可能な傷病でもあります。市の財政負担を算出しますと、一人当たりの負担額が、在宅と入所、入院の平均は19.5万です。これが220人ですから、市全体の負担額では19.5万円×220人で、4,465.5万円になります。これを転倒・骨折予防事業実施により、要支援、要介護状態55人が防止できると、転倒・骨折者一人当たりの年間の市費負担額19.5万円に55人を掛けますと、1,072.5万円の減少につながります。このことを予算折衝では強調してください。



ところで、突然ですが、ここで会場の皆様に質問いたします。「この介護予防事業は、皆さんはどなたに対してプレゼンテーションしますか。」「皆さんのところでは誰にプレゼンテーションしますか。」「分かってもらわないといけない人は誰でしょうか。」

(会場) 上司とか。

上司は、課長ですか。

(会場) 私でしたら、健康増進課長です。

健康増進課長、つまりはまずは上司ですね。特にこの上司の中でも、予算を付けるところ、つまり財政課へのプレゼンテーションが一番大事ですよ。まず私たちは、これからやりたいと思う事業は「お金」に換算することが大切です。商売人は常に収益計算を念頭に仕事をしますが、事業企画担当行政マンも同様に、どれぐらい市の支出を減らし効率的に事業化できるかを常時考えなければなりません。このところが一番難しいのですが、「お金」に換算して説得力のある企画づくりを、皆さん是非やってください。

(2) 身体機能低下、転倒・骨折予防になぜ取り組むか(スライド5)

この資料だけでは言い切れませんが、転倒・骨折予防に取り組む背景というのは、老年期だけでなく、既に成人期から第1位腰痛、第2位は肩こり、第3位は関節症となっています。これらの症状・疾病は転倒・骨折につながります。特に高齢者の場合、第4位が骨粗鬆症で、これは、第5位の骨折と直結しています。要するに、転倒・骨折予防は、中高年になると非常に重要な課題です。したがって、転倒・骨折予防につながる体操やプログラムについては、もちろん壮年期からやればよろしいのですが、少なくとも中年期、老年期においては積極的に行った方がよいのです。実際、体操などをお手伝いいただけるリーダーさんは、高齢者よりも、高齢者になりかけの人に参加していただきますよね。ボランティア参加者にとっても予防になるのでお手伝いいただきましょう。

(3) 事業内容(スライド6)

事業名「祭り元気体操教室」からお話しします。これは、事前に体操普及リーダーの養成のためのメンバーを旧3町からまんべんなく募って実施します。実際にはこのリーダー養成研修を行った後、合併前の旧の3町の盆踊りや秋祭りの準備を兼ねた集会にお話をしに行きます。そこには必ず町民が集まっています。つまり、秋祭りのために、町民が集まっていますから、皆さんが集めなくても、出向いて行きやってみないかと声掛けをします。

この声掛けは、実は柏原市の河内音頭健康体操で実現しています。河内音頭などをうまく活用すれば、あえて人を集めなくても、その年代の方たちが重鎮として指揮を取っておりますので、集まってくる方も多いので事業参加へのきっかけづくりになり、勧めやすいと思います。以上が、「祭り元気体操教室」参加者募集と実施内容です。

次の事業は、「コケない・スべらない住宅チェックリスト配布」、「ご町内・校区の危険、災害マップ情報配布」です。後者は、消防や警察、医療機関などからも情報入手をした上で、

いろいろ住民の方にしっかりと勉強していただきます。

さらに、中心事業として「転倒・骨折予防教室」があります。これは、旧3町の事業所に委託して実施します。併せてこういう事業実施には住宅改善などが入ってきますので、自然と「住まいの相談窓口」設置が必要になりますので、事業として挙げてみました。

(4) 事業別人材配置（スライド7）

事業別にみますと、転倒・骨折予防教室は6か月間の身体機能強化教室を6月中旬から12月にかけて行います。1グループ30人、旧3町に、各2グループ作り実施します。そして、3か月間のフォローアップ教室を1月～3月に掛け行います。これも1グループ30人の各2グループを作り実施します。

皆さんの中には、「そんなに集まってこないよ」と言う人もいるかもしれませんが。ところが、医師会等の後押しで開業医の協力があると結構集まっているのです。その例が東京都の稲城市などです。「祭りと元気体操教室」を5月中旬～翌2月まで実施します。これは一般高齢者が中心です。お祭り行事に集まる住民を本事業に巻き込んでください。グループで、大きいところは50人、小さいところは30～40人程度で実施します。

次に、「住まいの危険チェックリスト情報配布」ですが、これは各町内の有志30人程度でやります。メンバーが、あまり多いとまとまらず、時間を浪費するところもありますが、それでも、いろいろ協力者は多い方がいいです。実際に研修後に数人ずつ地域を歩き廻り作成します。その際、イラストボランティアの方に力になっていただきます。本当にイラストのうまい方がいますので、そういう方の力を活用して作成するということです。以上、ここまでの話については、事業別人材配置のスライド資料に載せております。

(5) 所要経費見込み（スライド8）

所要経費は「祭りと元気体操教室」では、まずリーダー養成研修を、53,000円としていきます。これは、3地区の各会より2、3人集まっていただいて、リーダー養成研修を行います。媒体ビデオは、先程のどこかの地区で効果があったというものをコピーして使用します。例えばモデル事業などで作ったものを活用して、それを使うということですので、それほどお金はかかりません。それから、祭りと元気体操教室については、一般高齢者を中心にして、96,000円の費用を計上しています。

次に、「転倒・骨折予防教室」ですが、6か月の身体機能強化（転倒・骨折）予防教室について、載せています。計算すると総額480,000円程度で済むかと思えます。これには参加、印刷費等、いろいろ雑費を含んでおります。また、参加者のリスクを考えて、個人負担ですが傷害保険に加入していただきます。また、「フォローアップ教室」は、月1回で、3か月行います。これに関しても、69,000円程度です。

「住まいの危険チェックリスト情報配布」の二つの事業、コケない・スべらない住宅チェックリスト配布と、ご町内・校区の危険災害マップ情報配布の立上げですが、各々100,000円と140,000円が必要です。要求額は、総額938,000円になります。

さて、話は変わりますが、私どもは何か事業実施する際は、ボランティアさんに協力いた

ですが、その費用に関してはほとんど計上していません。しかし、実は、ボランティアさんに受付や後片付け迄お手伝いして頂いてます。最低でも3,000円ぐらいは払わなければなりません。実際、この費用を積み上げて足し込むと456万円にもなります。要するに、安い経費で、これだけのボランティアさんに現実には協力を頂いているということです。このような支援があって私ども行政が出す要求額はこの程度で済んでいるのです。

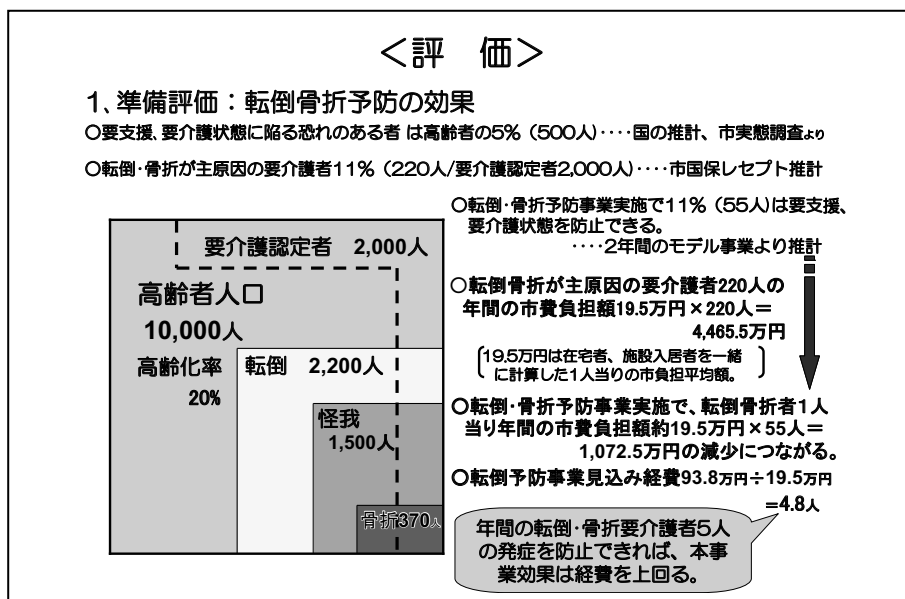
このボランティアさんの沢山の参加は、すなわち、地域の住民主体性を一方では育てるチャンスです。住民主体の事業化を育てる場としても活用しましょう。

今までもボランティアさんにありがとうということで、随分感謝はされていると思いますが、労働量やお金に置き換え計算したことはないでしょう。これをぜひお金に換算して、どれだけボランティアの皆さんの力が役に立っているかを、きちんとお返ししましょう。

6. 評価

(1) 準備評価：転倒・骨折予防の効果（スライド9）

準備評価では、転倒・骨折予防の効果についてお話しします。A市の高齢者の5%が、要支援・要介護状態に陥る恐れがあります。これは国の推計でも出ておりますし、A市の実態調査からも出てきております。そして、転倒・骨折が主原因の要介護者は11%、これは市の国保のレセプトから推計させていただきました。また、転倒・骨折予防事業の実施で、11%に当たる55人は要支援・要介護状態を防止できるということが2年間のモデル事業から分かりました。これを高齢者人口1万人の中で考えてみると、転倒・骨折が主原因の要介護高齢者は220人で、年間の市負担額19.5万円で掛けると4,465.5万円になります。そして、最終的には、介護予防事業の見込みがおよそ94万円と言いましたが、正確には93.8万円を1人当たりの1年間の市費負担額19.5万円で割りますと、4.8人になります。したがって、年間の転倒・骨折要介護者5人の発症を防止できれば、本事業の効果は経費を上回るという計算式が成り立つことになります。



(2) 実施評価 (スライド10, 11)

○プロセス評価

対象把握をどうするのかについては、必ず掛かりつけ医の参加承諾書、いわゆる健康状態記録を取っておかれた方がよろしいでしょう。転倒・骨折予防教室の事業内容では、送迎やバイタルチェック、運動機能向上の変化を見ます。そして、6か月の身体機能強化教室の個別・集団プログラムの実施や3か月のフォローアップ教室のプログラムのモニタリングをどう進めるのかを見ていくことになります。また、その中での指導者、ボランティアについては、関係者であるPT（理学療法士）もしくは、OT（作業療法士）にどれぐらい介入してもらえるか。さらには、市内の栄養士や歯科衛生士、学校の体育の先生、介護福祉士など、いろいろ協力できる人は全員協力者にしてローテーションを組んで参加していただきます。当然保健師にも参加してもらいます。

次いで運営管理、これは従事職員とボランティアの集団プログラムや個人プログラムが達成できたかどうか、そして、各事業の個別・集団評価は適当な尺度や基準で評価します。

○アウトプット評価

この評価は事業量で、目標量、実績、達成率、個人的スキルの向上を考えなければなりません。また、事業提供者の内容や事業提供の環境については、参加者、提供者の双方がチェックする必要があります。

○アウトカム評価

転倒・骨折予防教室のアウトカム評価を載せています。例えば、状態が良くなった方は次にどの事業に移っていくのか、その時に受け皿のサービスがあるのか、不足している事業を新たに、次年度事業展開しなければならないのかを検討します。そして、波及効果として、次年度の参加募集ボランティアの増加、各町内での高齢者見守りボランティア体制づくりを推進します。

○事業成果のフィードバック

参加者個人や事業支援者に事業成果の報告をします。予算を頂いたところへの報告と併せ報告書を作成して、事業成果の地域社会への公表やさらには学会に報告を行うなど事業成果のフィードバックを行います。どうぞ皆さん、ここまで頑張ってください。

7. 介護予防事業企画の留意事項 (スライド12)

まず、現状の所属自治体の高齢者を主体とする各種事業の流れ図(スライド2)の中に、本介護予防事業を位置付けて考えてみてください。具体的には、健康レベルで位置付けて考えてみることで、そして、PDCAのプロセスで考えて、位置付けてみてください。これは皆さんが自分で描いてください。自分の市町村でこの事業を行えば、他のどの事業を補完するのか、あるいは強化につながるのか、位置付けを明確にして、事業企画を立てます。

次に、個と集団の双方のプログラムを時期に合わせ効果的に組み合わせることです。さらに、参加ボランティアにも、身体・生活行動・精神面で効果のあることをデータで示してください。参加ボランティアに対しても、初回と、そして、中間と最終回では、どのように成長したかを当事者に返します。次いで財政効果を数字で訴えます。さらに事業のフィードバックは、実施事業の活性化につながり他事業への広がり、波及効果は必ずあります。

最後に、健康づくり事業というものは、最終的には高齢者だけの問題ではなく、わがまちの安全・安心、高齢者が笑顔で暮らせるまちづくりにつながるものです。健康づくり事業は、わがまちづくりであり、地域の輪づくり事業です。健康づくりとは、高齢者の問題だけでなく、小児、障害者、中高年、高齢者まで、すべてのわがまちの安全・安心なまちづくりを進めるということです。

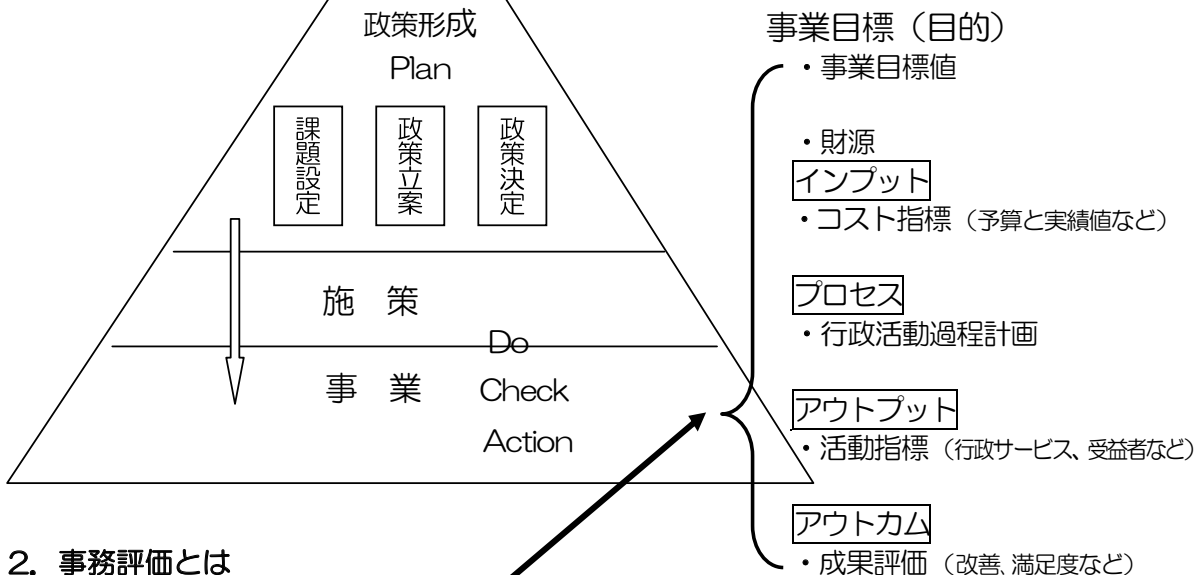
私の話はこれで終わらせていただきます。頑張って事業を企画してみましょう。

【資料1】

介護予防事業を企画する

津村智恵子 資料 2008.11.20
甲南女子大学看護リハビリテーション学部

1. 政策・施策・事業とは



2. 事務評価とは

- 1) PDCA (Plan-Do-Check-Action) の過程を踏んで作成
- 2) 経済評価
 - ・ 経済性：支出量・額/予算額
 - ・ 効率性：活動/支出量・額 行政サービス：受益者/活動
 - ・ 有効性：改善、満足度/行政サービス、受益者

3. 個別評価指標とは

- ・ 健康改善評価指標：身体レベル、主観的レベル（意欲・自己効力感など）
- ・ 行動改善評価指標：「セルフケア能力獲得」のプロセス評価など

保健指導事例の「セルフケア能力」のプロセス（牧野・大井モデル）

行動分類	無関心期	前準備期	準備期	前期実行期	後期実行期	維持期
時期	6ヶ月以内に実行するつもりなし	6ヶ月以内に実行する意志あり	プログラム開始期	開始後1ヶ月～6ヶ月未満	開始後6ヶ月以上	
本人の状況	精神・運動技能領域＝技術・実践 非行動状態 逸脱した保健行動	自己流の対処	行動意図の明確化 環境整備	プログラムを生活の中に取り入れる セルフモニタリングの開始	セルフモニタリングの継続・活用 保健行動の定着化	セルフ・ケア能力の向上 行動の定着
	情動傾向＝感情の動き 無関心	躊躇 必要性は感じているが「実行負担」が大きい	効果に対する期待 実施に対する負担感不安感	後退の危険性が高まる	効果や楽しさを体験する知識・体験の共有によるエンパワメント 実施による負担感の消失	社会的活動の促進
	認知傾向＝知識・理解・解釈・思考 健康ニーズの潜在	必要性への気づき 実行意志の芽生え	自己（再）評価	行動意図の強化	客観的な自己評価の必要性への気づき	セルフケアの肯定
保健師の支援	支援の方向性 1)健康ニーズへの気づき促す 2)実施者の感情に共感する	1)強みに焦点を当てた支援 2)相手の理解に合わせた知識・情報提供	1)「なりたい自分像」をイメージ化させる 2)自己効力感を高める支援 3)自己選択・自己決定を促す支援 4)実施負担を軽減するよう段階的に目標を設定 5)実践を可能とするための環境整備	1)強化マネジメント	1)ソーシャルサポートの活用 2)グループの力を促す 3)阻害因子の軽減	1)楽しみや充実感を感じさせ、脱落を予防する 2)セルフヘルプグループ育成支援 3)社会・組織への働きかけ
	保健師の介入量とバランス	個人 > 集団	個人 > 集団	個人 = 集団	個人 ≥ 集団	個人 ≤ 集団

【資料2】

4. 介護予防事業の企画書と評価のプロセス

＜企画書＞

事業目標：事業のねらい、達成目標（短期1年、中長期3～5年）を具体的かつ、指標も含め記述。

背景と課題：地域特性、現状の課題、まちづくり事業などの全体像など背景分析を踏まえ、なぜこの事業を企画するのか、データなどで裏付けたものを記述。

内容：実施主体、対象、方法、プログラム内容・手段、手順などを図表など用い明記。未参加者・中途脱落者対策、本事業の代替案との比較等を行ったかなどについて、その内容を記述。

必要資源：人、物、情報など必要な資源を記述。

経費：概算予算や資金の出所（補助金、交付金、寄付など）を明記。

リスクとその対策：事業実践課程に従い具体的なリスクを想定し、その対処策を挙げておく。あわせて、各段階での関係者・関係期間などの倫理規程、守秘義務、情報公開の方法などについても検討し、記述。

実現までの行動計画：実施時期、評価などの全体スケジュールを示す。

＜評価＞

・ 準備評価

前年度事業評価：前年に本事業と関連、類似実施事業があれば、その事業評価を行い本事業の必要性を明記。
プレテスト：本事業対象者を少人数取上げプレテストを実施。実践過程の各段階での成果・評価を踏まえ記載。

・ 実施評価

プロセス評価：①事業事態についての事前・事後アセスメント評価 ②事業参加者の個別目標、サービス計画
③サービスの質管理、モニタリング、フォローアップ体制 ④個人情報の扱い、情報公開の方法

アウトプット評価：各事業について、実施期間における目標に対し、実施効果を検証する。
(例) 事業開催回数、事業対象と登録数・割合、事業参加者数(実数、延べ数)、修了者数・割合、中途脱落者数・割合、継続参加必要数・割合、上位又は下位事業参加必要数・割合、要フォロー必要数・割合。

アウトカム評価：利用者の事前及び事後の客観的・主観的アセスメント指標の変化を集団及び個別の両方で把握。
(例) 客観的評価(生活機能の改善、基本チェック25項目の改善、目標達成等)
主観的評価(意欲、健康感、QOLなど)、及び周辺への本事業の波及効果など。

関係者や住民への評価のフィードバック：事業実施成果とあわせ、上述の評価内容を利用者・家族、協力ボランティア、民生委員、地域組織、事業実施自治体内関係部・課などに報告して次年度事業の改善・発展に繋ぐ。

*ポイント：誰を対象(上司、同僚、財政、他機関等)に企画書を説明するのか。用いた根拠データは説得力あるものか。目的は明確化されているか、政策との連動性、関連性はどの程度あるのか。

(資料 津村智恵子他 (2007) : 介護予防事業の企画・実践研修プログラム, p10-11, 日本看護協会)

スライド1

介護予防事業を企画する ～企画のプロセスと評価～

<事例>A市：人口5万人、H15年旧3町合併により誕生。

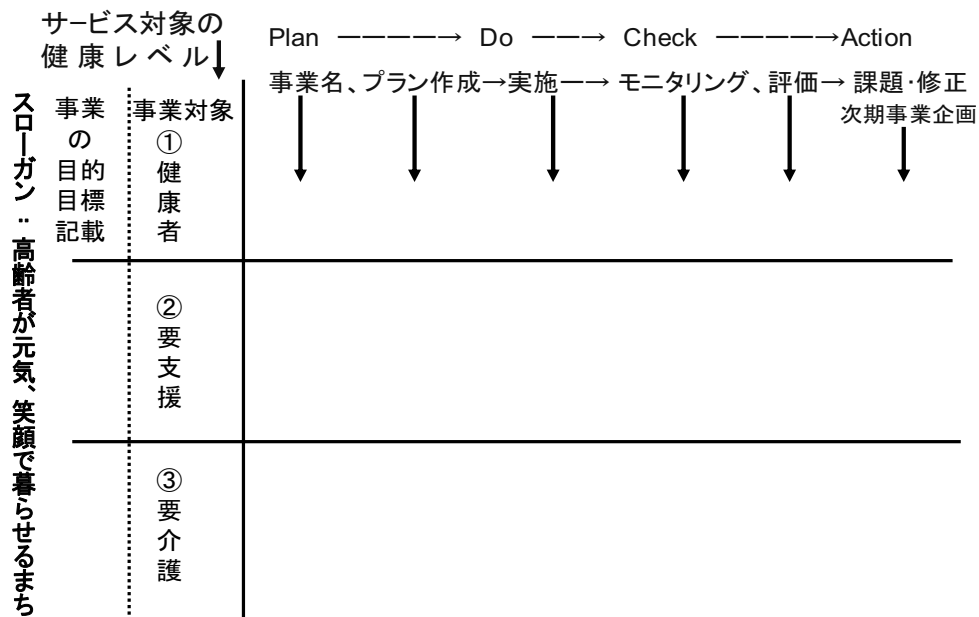
地域包括支援センター 委託1か所、ランチ2か所。
(地域包括支援センター及びランチは旧3町の老人保健施設、
老人福祉施設に併設)



2008.11.20
甲南女子大学看護リハビリテーション学部
学部長 津村 智恵子

スライド2

介護予防事業構造図での本企画事業の位置



スライド3

＜企画書＞

事業名：転倒骨折予防事業の推進

- ・ 事業目標：転倒・骨折は、予防が可能である。転倒予防事業を展開、普及し、転倒骨折高齢者を減らす。
- ・ 期待できる成果・目標：1年間（3年間で定着事業化）
 - 1) 要支援・要介護高齢者の減少 2) 介護保険給付費の削減

- ① 一般高齢者の約5%の2割の転倒骨折を減らせば、55人の要支援・要介護高齢者の減少につながる。……2年間(IBC町)モデル事業より
- ② 1年間で5人以上要介護状態になることを予防できれば、効果が経費を上回る。（本事業費94万円）
- ③ 転倒骨折者1人当り年間の市費負担額約19.5万円×55人＝1,073万円の減少につながる。

スライド4

現状(背景)・課題

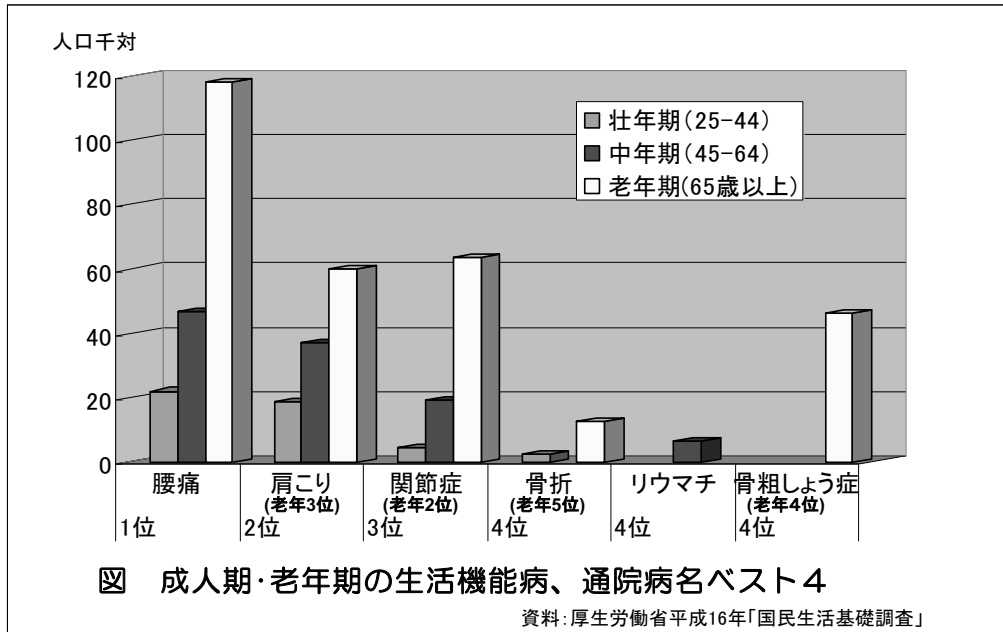
65歳以上人口1万人 (高齢化 20%)	本市の人口5万人 要支援、要介護状態に陥る恐れのある者は高齢者の5% (500人)……実態調査より 転倒・骨折予防事業実施で11% (55人)は要支援、要介護状態を防止できる。……2年間のモデル事業より 要介護認定者 2,000人 (65歳以上人口の20%) 転倒・骨折が主原因の、要介護者11% (220人/要介護認定者2,000人)
要支援・要介護状態になる可能性あり 500人	
要介護認定者 2,000人	

＜転倒骨折がもたらす介護保険の市財政負担＞

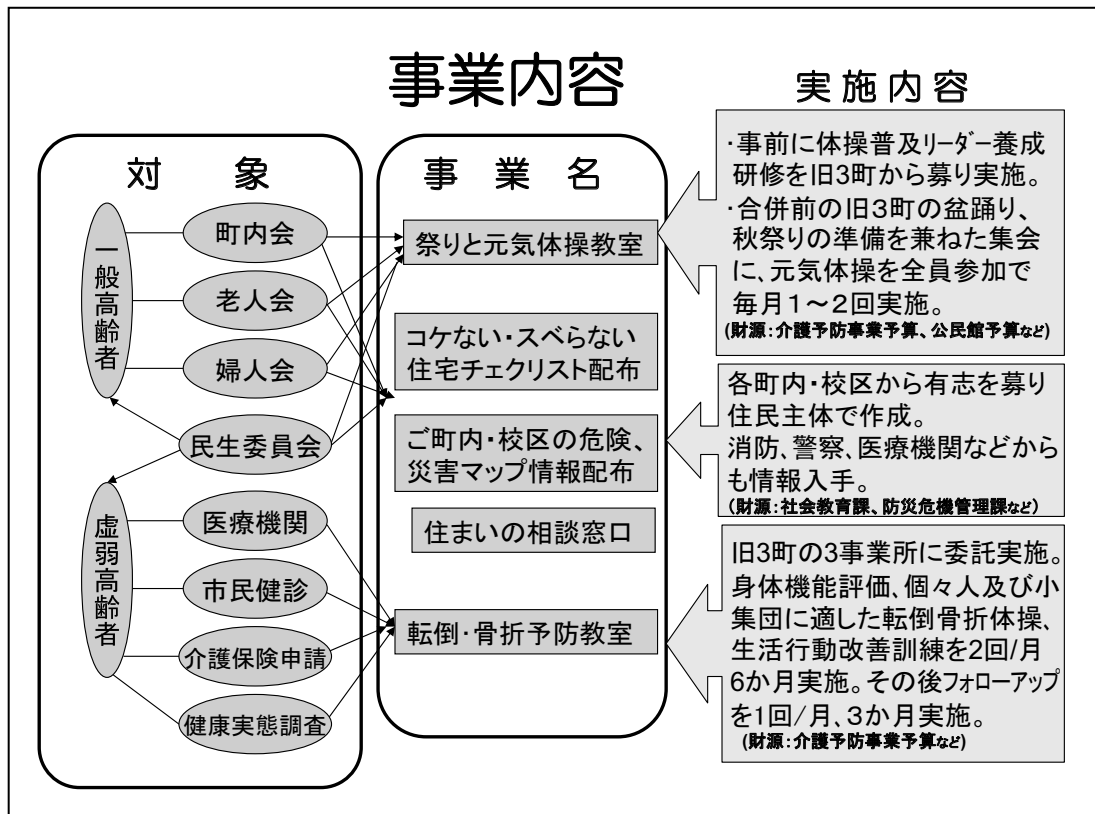
- ・ 転倒骨折が主原因の要介護者220人の年間の市費負担額19.5万円×220人＝4,465.5万円
…… 19.5万円は在宅者、施設入居者を一緒に計算した1人当りの市負担平均額。
- ・ 転倒・骨折予防事業実施で、転倒骨折者1人当り年間の市費負担額約19.5万円×55人＝1,072.5万円の減少につながる。

スライド5

身体機能低下、転倒・骨折予防になぜ取り組むか




スライド6




スライド7

事業別人材配置


・6カ月身体機能強化(転倒・骨折)教室(6月中旬~12月)



G30人 X2G
ボランティア 3人 X2G




G30人 X2G
ボランティア 3人 X2G



G30人 X2G
ボランティア 3人 X2G


住まいの危険チェックリスト情報配布

・コケない・スベらない住宅
チェックリスト配布




各町内有志 30人
研修 1回
作業 6回
イラストボランティア 1人


・3カ月フォローアップ教室(1月~3月)



G30人 X2G
ボランティア 4人 X2G




G30人 X2G
ボランティア 4人 X2G



G30人 X2G
ボランティア 4人 X2G


(各Gとも新人育成1~2人含む)

・ご町内・校区の危険災害マップ情報配布




各町内有志 30人
研修 1回
作業 6回
イラストボランティア 1人


・祭り元気体操教室(5月中旬~翌2月)



G50人 X2G
10回
ボランティア 4人 X2G



G40人 X2G
10回
ボランティア 4人 X2G



G40人 X2G
10回
ボランティア 4人 X2G

(各Gとも新人育成1~2人含む)

スライド8

所要経費見込み 要求額：938,000円 (ボランティア+456万円)

祭り元気体操教室

- ・養成リーダー養成研修 53,000円
研修1回：3地区の各会より2~3人計30人予定。
A公民館使用。会場費0円
講師報酬：@7,000×4h
講師旅費：@10,000
媒体ビデオ@1,000×10
資料印刷代@50×100部
- ・祭り元気体操教室 96,000円
(ボランティア活動人件費+129,6万円)
12回開催：3地区公民館使用
講師報酬：PT又はOT@1万円×6回(3地区の開始時と11回)
資料印刷代@30×200部×6回
地域包括支援センター-保健師30回0円
住民リーダー(ボランティア)3地区24人×12回+新規住民リーダー-養成参加者3地区12人×12回=432×@3,000(対象呼びかけ、受付、片付)=129,6万円
- ・新規リーダー-育成 (ボランティア活動人材確保)

転倒・骨折予防教室

- ・6カ月身体機能強化(転倒・骨折)教室 480,000円 (ボランティア活動人件費+64.8万円)
開催：月2回×6カ月×2グループ×3地区
対象参加数：3地区より各グループ25~30人(ハイリスク高齢者)計150~180人予定。
会場費：0円(地域包括支援センター-1カ所、アソビ2カ所に併設のデイケアセンター-利用)
講師報酬：@1万円(PT・OT)×6回×3地区=18万円 @5,000(他講師)×18回×3地区=27万円
講師報酬：地域包括保健師20回×3地区=60回 0円(3地区ボランティア@3,000×3人×6カ月(12回)×2グループ×3地区=64.8万円)
参加者のリスク対策：傷害保険に加入(個人負担)
資料印刷費、消耗品費、雑費：1万円×3地区=3万円
- ・フォローアップ教室 69,000円 (ボランティア活動人件費+21.6万円)
開催：月1回×3カ月×2グループ×3地区
対象参加数：3地区の身体強化教室参加のハイリスク高齢者各グループ25~30人、計150~180人予定。
講師報酬：@1万円(PT・OT)×1回×2G×3地区=6万円 @地域包括保健師6回×3地区=18回 0円
資料印刷費、消耗品費、雑費：3,000円×3地区=9000円(3地区ボランティア@3,000×4人×3カ月×2グループ×3地区=21.6万円)
・新規リーダー-育成 (ボランティア活動人材確保)

住宅相談窓口(地域包括支援センター)

住いの危険チェックリスト情報配布

- ・コケない・スベらない住宅チェックリスト配布 100,000円
(ボランティア活動人件費+90万円)
研修1回：各町内・校区から有志30人を募る。
A公民館使用。費用0円
講師報酬：0円(建築課職員1回)
研修冊子：0円(35部建築課提供)
作業6回開催：3地区公民館使用(住宅危険診断/パンフレット&チェックリストを建築課職員、地域包括支援センター-職員の助言を得、住民が作成)
イラストボランティア@10,000
作業員(ボランティア)謝礼：0円(3地区ボランティア@5,000×30人×6回=90万円)
消耗品費、雑費10,000円
印刷費：@8×1万部
- ・ご町内・校区の危険災害マップ情報配布 140,000円
(ボランティア活動人件費+150万円)
研修1回：各町内・校区から有志30人を募る。
A公民館使用。費用0円
講師報酬：0円(防災課職員1回)
研修冊子：0円(35部防災課提供)
作業6回開催：3地区公民館使用(町内の危険箇所マップを防災課職員、地域包括職員の助言を得て作成)
訪問調査：消防、警察、医療機関
訪問謝礼：@2,500×4
消耗品費、雑費10,000円
印刷費：@6×2万部
作業員(ボランティア)謝礼：0円(3地区ボランティア@5,000×30人×10回=150万円)

スライド9

＜ 評 価 ＞

1、準備評価：転倒骨折予防の効果

○要支援、要介護状態に陥る恐れのある者は高齢者の5%（500人）……国の推計、市実態調査より

○転倒・骨折が主原因の要介護者11%（220人/要介護認定者2,000人）……市国保レセプト推計

要介護認定者 2,000人

高齢者人口 10,000人

高齢化率 20%

転倒 2,200人

怪我 1,500人

骨折370人

○転倒・骨折予防事業実施で11%（55人）は要支援、要介護状態を防止できる。
……2年間のモデル事業より推計

○転倒骨折が主原因の要介護者220人の年間の市費負担額19.5万円×220人＝
4,465.5万円
〔19.5万円は在宅者、施設入居者を一緒に計算した1人当りの市負担平均額。〕

○転倒・骨折予防事業実施で、転倒骨折者1人当り年間の市費負担額約19.5万円×55人＝
1,072.5万円の減少につながる。

○転倒予防事業見込み経費93.8万円÷19.5万円＝
4.8人

年間の転倒・骨折要介護者5人の発症を防止できれば、本事業効果は経費を上回る。

スライド10

2、実施評価

1) プロセス評価：事業〔転倒・骨折予防教室〕

○対象把握：優先順位で選択約180人……掛かりつけ医師の参加承諾書(健康状態記録) 医療機関委託健診・市民健診から抽出、介護保険申請者(要支援及び却下の虚弱者)、前年度実態調査を基に希望者など。

○事業内容：委託 送迎、バイタルチェック(血圧、脈拍、問診など)、運動機能向上(身体・生活行動能力、レクリエーションなど)
〔① 6カ月身体機能強化(転倒・骨折)教室……個別・集団プログラム実施〕
○参加者：各地区約30人×2グループ×3地区=約180人
〔② 3か月フォローアップ教室(モニタリング)……①教室参加要フォロー者へ個別・集団プログラム実施〕
○参加者：各地区約30人×2グループ×3地区=約150人

○指導者、ボランティア：事業関係従事者間の参加回数、連携回数・体制構築状況、目標・情報の共有など
・PT or OT：①各G3回(各Gの初回と11回目、他必要時指導計3回×3地区)
個人・個人の身体能力、生活行動能力判定後、個人用プログラム作成、参加11回目に改善状況を判定。
②各G1回(各Gの3回目に、個人の身体・生活行動能力判定×3地区)
・A市内の栄養士、歯科衛生士、体育教師、介護福祉師等が協力、①に毎回1人参加(54回分)
・保健師：①各G10/12回参加、計60回 ②各G6/6回参加、計36回参加
・ボランティア：①各G3人×2G×3地区=18人、②各G4人×2G×3地区=24人
*次年度参加のボランティアを①、②の事業を通して積極的に育成

○運営管理：従事職員、ボランティアの個人・集団プログラムの実施・達成状況の情報共有会議1～2回/月

○個別・集団評価：1) 体力・運動能力測定、個人・集団目標と実施計画プログラムの個人、集団の変化・改善状況
2) 個人・集団の行動改善評価(セルフケア能力獲得のプロセス評価、QOL評価など)
*事業参加卒業者の受け皿づくり活動を目指す……モニタリング
3) 事業参加ボランティア育成状況評価……地域づくりを目指す
4) リスク管理(個人データ情報管理状況、個人データ共有への参加者の同意書、事故・安全管理マニュアル、保険加入、緊急対応訓練)

スライド11

2) アウトプット評価：事業〔転倒・骨折予防教室〕

- (1)事業量：目標量、実績（予定）、達成率（%、予定）
開催回数、登録者数、参加者数、修了者数、中断者数、①→②への継続者数
- (2)個人的スキルの向上：参加者側、提供者側の双方からスキルチェック
事業従事者等の提供する個別・集団技術の質、コミュニケーションスキル向上など
個人・集団目標とプログラムの実行状況(行動改善・セルフケア能力獲得状況の見守り支援)
- (3)事業提供内容：提供プログラムの個別・集団内容の適否を参加者、提供者の双方がチェック
- (4)事業提供環境：送迎のあり方、事業に使用する設備・備品を参加者、提供者の双方がチェック

3) アウトカム評価：事業〔転倒・骨折予防教室〕

- (1)個人・集団の目標の達成：個人・集団の目標達成状況、プログラムの実行と達成状況
- (2)身体能力、生活行動能力判定：事業前・後の身体能力、生活行動能力判定結果 維持・改善者数
- (3)参加者の満足度：主観的健康観改善者数、QOL指標改善者数、社会交流改善者数など
- (4)一般高齢者対象事業への移行者数：祭り元気体操教室など
- (5)参加者の他の地域交流・健康づくり活動への参加数：閉じこもり防止教室、老人クラブなど
- (6)特定高齢者で無くなった者：実績（予定）、達成率（%、予定）
- (7)波及効果：次年度参加募集ボランティアの増加、各町内での高齢者見守りボランティア体制づくり推進

4) 事業成果のフィードバック

- ・参加者個人並びに事業支援者への事業成果の報告
- ・事業報告書作成、事業成果の地域社会への公表、学会等での研究発表

スライド12

介護予防事業企画の留意事項

- ・現状の所属自治体の高齢者を主体とする各種事業の流れ図の中に本介護予防事業を位置づけてみる。
(健康レベルで位置づけると？ PDCAのプロセスでみると?)
- ・個と集団の双方のプログラムを時期に合わせ効果的に組み合わせる。
- ・参加ボランティアにも身体・生活行動・精神面での効果のあることをデータで示す。
- ・財政効果を数字で訴える。
- ・事業のフィードバックは、実施事業の活性化とあわせ、他事業への広がり（波及効果）につながる。
- ・健康づくり事業は「わがまちづくり」「地域の輪づくり」事業です。

特別研究「介護予防研究会」公開講座

《実施要領》

介護予防事業プログラムの展開

現在、日本において、急速な高齢化が進んでいます。大阪府も例外ではありません。団塊の世代が65歳以上に到達する平成26年度には、高齢化率がおよそ25%、4人に1人になる見込みです。

このような状況の中、生活と健康の質を考慮して心身ともに健康で自立している期間、すなわち健康寿命をいかに延長できるかが重要であり、「介護予防」の重要性が増しています。

そこで、特別研究「介護予防研究会」の公開講座を開催し、これからの介護予防のあるべき、まためざすべき方向について考えます。

1 実施日時 平成20年11月20日(木) 午後2時～午後5時

2. 内 容

(1) 特別研究「介護予防研究会」中間報告

- ① 認知症発症と生活習慣歴に関する疫学研究
- ② 先進事例から学ぶ地域主体の介護予防

(2) 基調講演

「介護予防事業を企画する ～企画のプロセスと評価～」

甲南女子大学 看護リハビリテーション学部 学部長 津村智恵子氏

(3) 意見交換・質疑

コーディネーター

特別研究 「介護予防研究会」 指導助言者 今木雅英氏

(大阪府立大学大学院 総合リハビリテーション学研究科 教授)

3. 会 場 おおさか市町村職員研修研究センター (マッセOSAKA)
5階 映像研修広場

4. 対 象 者 大阪府内市町村職員

5. 募集人員 100名程度

《実施報告》

特別研究「介護予防研究会」公開講座

介護予防事業プログラムの展開

本公開講座は、3部構成で実施しました。

受講生は、事務職に加え、保健師など専門職の参加もあり、総勢82名の参加がありました。

第1部は、特別研究「介護予防研究会」のこれまでの研究成果について、それぞれ20分間中間報告を行いました。

第1班は、「認知症発症と生活習慣歴に関する疫学研究」について、木下、山田研究員から報告を行いました。

また、第2班は、「先進事例から学ぶ地域主体の介護予防」について、田中、高橋研究員から報告を行いました。



中間報告する田中、高橋、山田、木下研究員

第2部では、保健師の職歴を有し、また長年教員として保健師育成に関わられ、地域看護における専門家である津村智恵子先生（甲南女子大学看護リハビリテーション学部学部長）から、「介護予防事業を企画する～企画のプロセスと評価～」について、第1部の中間報告を踏まえ、基調講演をいただきました。



基調講演いただく津村智恵子先生

本講演では、介護予防事業の企画における予算獲得の手法、Plan Do Check Action のサイクルの重要性などについて、説明をいただきました。

さらに、より実践に活かすことができるように、「転倒骨折予防事業」の企画を事例として挙げ、より具体的に、介護予防事業の企画のプロセスと評価について、お話をいただきました。

（公開講座基調講演については、本報告書に掲載しています。）

そして、第3部では、第1部と第2部を受けて、本研究会の指導助言者である今木雅英先生（大阪府立大学大学院総合リハビリテーション学研究科教授）がコーディネーターを務め、第2部で基調講演をいただいた津村智恵子先生も加わり、会場も交えた積極的な意見交換を行いました。



津村智恵子先生と今木雅英先生



会場も交えた意見交換



会場からの質問に答える岸本研究員

参加者の感想では、中間報告については、地域との連携の重要性を再認識した、今後の事業に活かしたいなどの声や、介護予防は、高齢者になってから取り組めばいいものではなく、早い段階からの取り組みが必要であると改めて認識させられた、さらには、保健師などの専門職の果たす役割や専門職と事務職との連携の重要性を再認識したなどの意見が多数寄せられました。

また、基調講演については、現状分析に始まり、具体的な企画手法が理解できた、また、予算獲得の手法、事業実施後の評価、そしてフィードバックも含めた介護予防事業の企画全般について、非常に参考になったなどの声が多数寄せられました。

第2部

研究会資料

【視察報告】

平成19年度

津山市における「介護予防事業」について

津山市（岡山県）

平成20年度

〔第1班〕

1. 「まちなかサービス」における認知症高齢者に対する生活支援について

NPO法人 地域福祉ネット「まちなかサービス」（鳥取県）

2. 琴浦町における「認知症予防事業」について

琴浦町（鳥取県）

〔第2班〕

先進事例から学ぶ地域主体の介護予防

1. 大東市（大阪府）

2. 稲城市（東京都）

3. 前橋市（群馬県）

4. 高知市（高知県）

平成19年度視察

津山市における「介護予防事業」について

～岡山県 津山市～

視察日時	平成20年3月26日(水) 午後1時～午後4時30分
視察先	視察場所：津山市福祉健康部健康増進課 対応者：津山市福祉健康部健康増進課 課長 長尾 佐知子氏 津山市福祉健康部健康増進課作業療法士 主任 安本 勝博氏 津山市福祉健康部高齢介護課 主査 馬場 陽子氏 津山市地域包括支援センター 所長 本干尾 八州子氏 所在地：〒708-0004 岡山県津山市山北520 最寄駅：JR津山線 津山駅
視察者	東 喜久子（豊中市高齢介護課） 山本 香代子（池田市高齢介護課） 高橋 慶子（大東市健康いきがい課） 北村 さやか（四條畷市高齢福祉課） 藤井 仁美（八尾市高齢福祉課） 早川 裕也（マッセOSAKA研究課）

【視察目的】

津山市では、介護予防を『まちづくり』として捉えて、高齢者自身がつくりあげていくことを行政や専門職が側面的に支援している。視察を行うことにより、介護予防事業に対する取り組みの実際を学び、府内市町村への反映を含め、本研究会の研究に活かしていく。

【視察内容及び質問事項】

2006年4月から地域包括支援センターが創設され、介護予防事業がはじまった。それに先立って津山市ではモデル事業として2004年9月から12月まで、市内の地区を選び『めざせ元気!! こけないからだ講座』を展開している。この講座は、市と地域包括支援センターが共同の実施主体であり、町内会を基本単位として地域で参加団体をつくり、歩いても通える地域の拠点で参加者が自主的に運営をするのが特徴である。全市的に展開している津山市の介護予防事業について、下記の点を中心に視察を行った。

1. 津山市の概況
2. 地域包括支援センターの活動と課題について
3. 介護予防事業内容について
 - 1) 特定高齢者の状況
 - 2) 通所型介護予防事業の実施状況
4. 介護予防一般高齢者施策「めざせ元気!! こけないからだ講座」について

【視察結果】

1. 津山市の概況

〈平成20年2月末現在〉

人口：110,269人（うち男性52,630人 女性57,639人）

高齢者人口：26,372人 高齢化率：23.9% 75歳以上人口：14,024人

介護認定者数：4,847人 認定率：18.4% 非該当者数：73人

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
人数	803人	684人	731人	771人	701人	591人	566人
割合	0.165	0.141	0.151	0.159	0.145	0.122	0.117
うち新規認定者数	263人	228人	269人	187人	161人	100人	66人

2. 包括支援センターの活動課題

地域包括支援センター数：1箇所 サブセンター数：8箇所

〈介護予防事業〉

通所型介護予防事業は、参加者にとっては効果の高い事業であるが、受け入れに限度があるため、圏域ごとに実施できる体制を整えていく必要があるが、実施事業所の確保が困難な状況である。特定高齢者事業は予防事業のきっかけ作りとして位置づけ、一般高齢者対象の「こけないからだ講座」を小地域で展開していくことで連動した介護予防事業を考えている。

〈包括的支援事業〉

地域包括支援センターの存在を知らない市民も多く、高齢者相談の窓口であることを広く周知し、市内の関係機関（警察署、医療機関、行政、介護サービス事業所、社会福祉協議会等）とのネットワークづくりや高齢者虐待についての啓発や予防活動などの予防システムづくりの構築を図っている。

〈指定介護予防支援事業（介護予防ケアプラン作成）〉

要支援認定者の半数がサービス未利用者であるが、未利用者のアセスメントができていない。特定高齢者よりも未利用者に対し、適切な予防対策を講じることが必要と考えている。

3. 介護予防事業内容について

1) 特定高齢者の状況と通所型介護予防事業の状況

〈特定高齢者数と把握経路〉

特定健診受診者数：6,127人

（うち特定高齢者候補者数1,033人 うち特定高齢者決定数837人）

〈健診以外の把握経路〉

介護支援専門員からの報告（20）、本人・家族の相談（3）、民生委員等地区組織からの情報（1）

特定高齢者決定者数

運動器	口腔	栄養	閉じこもり	認知症	うつ
592人 (うち通所型利用者数72人)	328人	117人	318人	453人	427人

2) 通所型介護予防事業実施箇所数(特定高齢者施策)：4箇所(委託)

運動器メニュー参加結果：維持者数(10) 改善者数(43) 悪化者数(6)

4. 介護予防一般高齢者施策

津山市では、一般高齢者施策として「めざせ元気!! こけないからだ講座(平成20年2月末現在開催箇所：62箇所、開催頻度：週1回、参加者数：1,138名)を展開している。

介護保険制度の改正前から、健康増進課のOTが訪問している中で骨や関節疾患を患っている人が多いと感じていた。同じことを在宅型介護支援センターの職員も実態把握や介護予防プランを作成という日々の活動の中で感じていた。そう思っている時に介護保険の中に『介護予防』という考えが出てきて、その中で「筋力向上トレーニング」という事業が始まりそうだという話を聴き、モデル的に取り組んでみたいと考え、地域ケア会議に提案したことから始まった。地域ケア会議において、事業の必要性を共有でき、全員が協力して取り組んでいくことに賛同を得ることができたことが、事業化するに当たっての大きな力になったと思われる。

2004年9月から12月まで市内の1地区でモデル的に実施した事業が、市民の口コミで広がり、「自分の地区でも実施してみたい!」という声が市民から上がり、現在の60箇所を越える地区での開催につながっている。

この事業が次々と市内に広がり定着したポイントは、市民の自主的な運営にある。市民から「自分の地区でも実施してみたい!」という声が上がると、市は事業の説明を行うが、開催の決定は市民にまかせる。開催後は、市や地域包括支援センターは体操の説明や事業前後の評価には関わるが、事業の運営は参加者が自主的に行う。このように市民主体の事業であることが全的に普及したポイントであり、地域づくりや人づくりにもつながっている。

【所 感】

〈住民の主体性を育てるためには〉

住民の主体的な事業参加を願うが、結果としてどうしても行政主導になってしまっているのはどうしてだろうか?きっこう考える職員は多いと思う。モデル的に取り組んだ講座が、今では60を越える地区で展開されており、その中でリタイヤしたのはわずか1地区だけだということに驚いた。行政主導ではなく、住民が考え、出した結論(講座を自分の地区で実施すること)だからこそ、継続できているのではないかと思われる。

〈他職種と協力していくためには〉

専門職は専門職でまとまりやすい傾向にあるが、津山市では、事務職も専門職も一緒になり事業に取り組んでいる。その背景として、職種を問わず、事業の必要性を共有できていることが大きな力となっていると思われた。

〈事業を展開していくためには〉

津山市の視察を通して、国の動向を見ながら、自市のエビデンスを集約することで、事業展開ができることを改めて学んだ。介護保険の改正前より国の動向に関心を持ち、必要なエビデンスを前もって収集していたことが、いち早い介護予防事業への展開につながったと考えられる。また、やりっぱなしではなく、毎年の評価に基づく効果と反省をもとに次年度の計画を立てて実行するというPlan→Do→Seeを意識し、積み重ねから生まれる経験を生かしているのが、津山市の介護予防事業であり、まちづくりであると思われる。

平成20年度視察 【第1班】

1. 「まちなかサービス」における認知症高齢者に対する生活支援について
～ NPO法人地域福祉ネット「まちなかサービス」～

視察日時	平成20年9月18日(木) 午後1時30分～午後3時30分
視察先	視察場所：NPO法人地域福祉ネット「まちなかサービス」 対応者：NPO法人地域福祉ネット まちなかサービス事業部 事務局長, コーディネーター 井上和典氏 所在地：鳥取県米子市東倉吉町57 最寄駅：JR米子駅
視察者	岸本保裕（岬町高齢福祉課） 前澤友紀（大阪狭山市高齢介護グループ） 中田学（交野市健康増進課） 岩佐由美（忠岡町いきがい支援課） 木下幸枝（枚方市高齢社会室） 伊東瞳（指導助手 大阪府立大学大学院） 早川裕也（マッセOSAKA研究課）

【視察目的】

NPO法人地域福祉ネットでは、平成14年度から“住みなれた地域で最後まで安心して暮らせるまちづくり”を目指して様々な事業を実施し、在宅生活が困難な高齢者や障がい者を対象に在宅生活を支援する「まちなかサービス（有償在宅福祉サポート）」を実施している。この取り組みは、平成20年度鳥取県認知症地域支援体制構築等推進事業として認知症高齢者の在宅生活を支援する役割も担っている。「まちなかサービス」が実施している認知症高齢者に対する住み慣れたまちでの在宅生活の支援状況を視察し、認知症予防の取り組みを企画・立案する際の参考とすることを目的とする。

【視察内容及び質問事項】

以下の内容で視察を実施した。

視察内容

まちなかサービスについて
（聞き取り調査）

質問内容

1. まちなかサービスの事業概要
2. 認知症の人に対する支援状況
3. 行政機関等との連携について
4. その他



（事務所内で説明を受ける）

【視察結果】

1. まちなかサービスの事業概要

鳥取県米子市は平成20年9月現在、人口約15万人、高齢化率は22.5%の鳥取県の中核都市である。しかし近年、米子市の中心市街地の高齢化率は31%に増加し、若者離れが深刻化している。

まちなかサービスは、平成20年4月から開始され、公的サービスでは補完できないことを地域の元気な人たちが支えあう仕組みとして、困りごとの処理だけでなく依頼者や家族の暮らしを支える有償ボランティア活動を賛同する市民の協力で計画し、企画運営を実施している。まちなかサービスには利用会員と協力会員があり、ともに年齢制限や介護保険認定の制限もなく、利用時に年会費2,000円（非課税世帯は免除）を納入する。また協力会員として活動を希望する者には、事前に認知症専門医や訪問看護師、認知症家族の会のメンバー等を講師とした研修を受講してもらい、認知症に関する知識を得た上で、活動してもらう形をとっている。



(井上和典氏による説明)

事務局は利用者から活動依頼があった際に希望や活動範囲等をコーディネートし、協力会員に活動依頼を行う。活動内容としては、介護保険サービスでは対応できない、家事の手伝い、ゴミ出し、草取り、お墓参りの代行・掃除など家の中外問わずに対応している。利用料金は屋内の作業が1時間800円、屋外の作業が1時間1,000円で、時間の延長や特殊技能等により料金が別途請求するシステムになっている。申込時間は午前9時から午後8時までだが、24時間対応可能とのこと。現在は米子市全域が活動可

能エリアとなっているが、他市町村や県外からも依頼があるとのことであった。

協力会員の方の話では、依頼内容を行っているうちに他の悩み事を打ち明けられることが多いとのこと、高齢者の不安感を軽減し、安心感が与えられるようコミュニケーションに気をつけていくよう心がけているとのことであった。

平成20年9月現在の活動状況は、現在利用会員が87名、協力会員61名（29～79歳までの幅広い年齢層の方が登録）、活動件数は月120件とのことである。当初の予想を大幅に上回る状況であった。

2. 認知症の人に対する支援状況

まちなかサービスは平成20年度鳥取県認知症地域支援体制構築等推進事業の指定を受けており、約199万円の助成を受けている。全利用会員に対する認知症の方の割合は約23%（20名弱）とのことであった。認知症利用者の状況として、洗濯物に汚物が付着していたり、依頼を受けても家に入れてもらえないことがあるなど支援の難しさを感じる人が多いとのことであった。認知症の人への対応としては、依頼があった際の初回訪問時には必ずコーディネーターが同行し利用者の状況と合わせて意向確認を行うようにしている。その際、認知症の程度によっては地域包括支援センターに情報を提供し、適切な対応が得られるような連携体制をとっている。認知症の人に対する在宅生活の支援だけでなく、認知症の早期発見にもまちなかサービスの活動が活かされている。

3. 行政機関等との連携について

まちなかサービスでは、地域包括支援センターと先に述べた認知症が疑われる人に対する早期対応を行うための連携の他、介護保険サービスの限度額を超えてしまった人や、介護保険サービス以外の内容を実施してくれる事業者として周知されており、まちなかサービスがケアプランの中に組み込まれたり、逆に地域包括支援センターから相談も増えてきている状況である。また、民生委員や自治会、商店街のイベント等でチラシを配布し、市民に対するサービスの啓発にも努めている。

4. その他

今回、視察したまちなかサービスと類似したサービスを行う民間企業やシルバー人材センターとの大きな違いは低料金であること（民間企業に同様の作業を依頼すると1時間当たり平均3,150円程度の費用負担が発生する）、定期的に訪問をすることで、認知症の早期発見や普段と違った様子がないか見守ることができるというメリットがある。

また、有償ボランティアの活動費として利用料の80%が支給され、残りの20%は活動時の損害や傷害保険料、事務経費に充てられる仕組みになっている。

【所感】

まちなかサービスでは、依頼されたサービスは断ることなく、内部で調整することで対応するようにしているとのことで、認知症の人に限らず、地域の高齢者や障がい者が住み慣れた地域で安心して生活できる体制が整えられていた。

独居高齢者や閉じこもりがちの高齢者にとっては、サービスの利用時が人と接する貴重な時間となっており、協力会員も訪問時に傾聴の姿勢を心がけるということからこのサービスを利用することで、利用者自身の不安が解消できるとともに、離れて暮らす家族の負担が軽減できたことが多くあることもわかった。

また、行政機関や地域包括支援センターとの連携は、認知症の早期発見にも繋がり、できるだけ長く尊厳を持って住み慣れた地域で生活を送ることが可能となることは非常に意義があることだと改めて感じた。



（事務所前で井上和典氏と研究員）

2. 琴浦町における「認知症予防事業」について

～琴浦町地域包括支援センター～

視察日時	平成20年9月19日(金) 午前9時30分～午前11時30分
視察先	視察場所：琴浦町地域包括支援センター 対応者：琴浦町健康福祉課 課長 森 美奈子氏 琴浦町健康福祉課 課長補佐 大谷 浩史氏 琴浦町地域包括支援センター 係長 藤原 静香氏 琴浦町健康福祉課 清水氏、宮本氏、米村氏 所在地：鳥取県東伯郡琴浦町大字徳万591-2 最寄駅：JR浦安駅
視察者	岸 本 保 裕 (岬町高齢福祉課) 前 澤 友 紀 (大阪狭山市高齢介護グループ) 中 田 学 (交野市健康増進課) 岩 佐 由 美 (忠岡町いきがい支援課) 木 下 幸 枝 (枚方市高齢社会室) 伊 東 瞳 (指導助手 大阪府立大学大学院) 早 川 裕 也 (マッセOSAKA研究課)

【視察目的】

琴浦町では、「認知症になっても安心して暮らせる町づくり」を目指し、認知症に関する様々な事業に取り組んでいる。その中の一つとして認知症の早期発見のために2種類のタッチパネルを用いた簡易検査を実施している。この検査結果を基に、町主催の認知症予防教室や認知症専門医療機関へ繋ぐ取り組みを行っていた。とりわけ認知症予防教室では脳の前頭前野に働きかける音読、計算などや参加者の交流を図り認知症の予防に力を入れている。こうした、早期発見・早期対応の仕組みが確立している琴浦町の取り組みを視察することで、府内市町村への普及啓発を含め、介護予防事業の取り組みを企画・立案する際の参考とすることを目的とする。

【視察内容及び質問事項】

以下の内容で視察を実施した。

視察内容

琴浦町の「認知症予防事業」について
(聞き取り調査)

質問内容

1. 琴浦町の認知症予防の概要について
2. 認知症予防検診について
3. 認知症予防教室について
4. その他



(視察風景)

【視察結果】

1. 琴浦町の認知症予防の概要について

琴浦町は平成16年に旧東伯町と旧赤碕町が合併して誕生し、人口約2万人、高齢化率29.8%、主な産業として農業と漁業が盛んな町である。介護予防を通じたまちづくりに力を入れており、認知症予防事業の他、パワーリハビリテーションや栄養改善事業などにも積極的に取り組んでいる。認知症予防の取り組みに関しては、平成15年度から実施しており、平成16年度には認知症予防検診と認知症予防教室、認知症フォーラムなど認知症予防事業の実施や行政、医療、福祉、地域住民、警察等がメンバーとなり認知症対策委員会を発足するとともに鳥取大学とも連携し、医学的なバックアップ体制も充実している。

2. 認知症予防検診について

琴浦町では、鳥取大学の浦上克哉教授が開発したタッチパネル式の検査機器を用いて認知症予防検診を平成16年から実施している。

タッチパネル機器を使用した検診は音声ガイドに従い画面をタッチするもので、難しい操作は必要なく、高齢者でも簡単に行うことが可能である。また、このタッチパネルは非侵襲性であり、感度96%、特異度97%と信頼性が高い上不快感やストレスが少なく、聞き取りを実施する者による差が出ることもない。1台の価格は50万円で、平成20年度から、県から全市町村へ購入に対して半額の助成が行われることとなったため、現在2台を購入し、2台を鳥取大学から貸与する形で活用している。



(検査機器を体験使用する研究員)

この検診は、一次検査と、より詳細なスクリーニング検査である「ADAS検査」の2つで構成されている。一次検査は、地域の公民館等に出向き認知症予防スクリーニングと転倒予防体操などを行う「ひらめきはつらつ教室」として実施している。認知症予防スクリーニングは短期記憶力や図形を用いた構成能力などの検査を5分程度実施する。15点満点で13点以下の人は、軽度の認知症と判定され、二次検査である「ADAS検査」を実施する。「ADAS検査」は、一次検査と比較し時間も約20分と長くなり、より精密な検査が実施される。2つの検査を通じて軽度の認知症と判定された人には、認知症予防教室である「ほほえみの会」への参加、認知症の疑いがあると判断される場合には専門医療機関の受診を促す仕組みになっている。また、介護予防基本チェックリストで生活機能の低下が認められる人は、委託医療機関で生活機能評価の受診を勧奨しているが、認知症予防については項目がないため、独自の生活機能評価を作成し、浦上教授による判定も定期的実施している。

認知症予防検診の受診者数と受診者のうち認知症予備群の人数

(単位：人)

※1	H16年度	H17年度	H18年度	H19年度	H20年度※2
受診者数	558	442	465	347	300
認知症予備群	208	173	118	96	96

※1 平成16年度と18年度は旧東伯町、平成17年度と19年度は旧赤碕町で実施

※2 平成20年度については8月末の受診者数

検診受診率は、65歳以上の概ね20%前後となっているとのこと。

医療機関受診結果

	H16年度	H17年度	H18年度	H19年度
医療機関受診者数	25	22	10	9
内訳) アルツハイマー	21	19	10	8
脳血管性	1	1	0	0
その他	3	2	0	1

3. 認知症予防教室について

先の検査で軽度の認知症と判定された人を対象とした認知症の予防教室である「ほほえみの会」を業務委託し実施している。この教室は、2週間に1回の頻度で、2時間の教室を6ヶ月間、計12回実施する。1回の内容は前半にレクリエーション、後半は学習を取り入れたプログラムになっており、12回終了までにタッチパネル検査、ADAS検査、問診、基本チェックリスト、浦上教授の診察を実施し、継続か卒業かを決定する仕組みになっている。1回の参加者は5名から10名である。本教室の参加を通じて、外出の機会が増えたり、友人が増えたり、他の通所サービスを利用することにより閉じこもりの解消に効果が見られるとのことであった。また、本教室を終了された人のフォローとして、希望する人には有料であるが「悠遊クラブ」という民間の予防教室に継続して参加できるようにしている。このクラブは、「ほほえみの会」の内容を踏襲した教室で、現在町内5か所で開催されている。

また、浦上教授によると、対象者がすべての認知症予防の取り組みに参加した場合を想定すると、介護保険申請に係る経費削減額は、講演会と一次スクリーニングで年額約2,400万円、「ほほえみの会」の参加で約3,900万円、「ほほえみの会」参加による要介護認定に係る経費削減額は約3,300万円と試算されており、本教室の参加が、介護保険財源の節減につながると考えられている。(琴浦町の年間介護給付費は平成19年度決算で約1,790,000千円に上っている)

検診から教室につながった高齢者数

	H16年度	H17年度	H18年度	H19年度	H20年度
認知症予備群	208	173	118	96	96
教室参加者	68	73	39	21	13

4. その他

本事業の実施にあたり、講演会等を実施し、認知症予防に対する普及・啓発の取り組みを実施しているものの、まだまだ認知症に対する偏見が強く残っているため予防教室の参加が少なく、また認知症は他人事という気持ちが強いためである。事業の参加にあたっては、本人だけでなく配偶者や子、兄弟に連絡をとり、参加を呼びかけると共に、地域包括支援センターの職員が個別訪問し参加勧奨を行っているとのことであった。

【所 感】

琴浦町は、職員の4分の1が健康福祉課に所属し、課員にはケアマネジャーの取得を勧奨したり、認知症予防フォーラムにバスでの送迎を実施するなど高齢者福祉全般に力が注がれている。人口約2万人の町で新興住宅地や大型商業施設もないため、昔からこの地域で農業や漁業をして暮らす人がほとんどである。地域の特性を把握し、特に老人クラブ活動や民生委員等地域住民とのつながりが強く、個別的な関わりも地域包括支援センター主導で積極的に行われていることで、高齢者個々の状況を把握し、閉じこもりや人との交流が得意ではない人でも事業に参加する良いきっかけとなることは想像に難しくない。その反面、近所の人に認知症予防教室に参加していることを知られたくない、今までどおり農作業などで体を動かしていれば大丈夫といった思いを持つ人が多く、教室への参加を促しても事業につながりづらいというジレンマのようなものも抱えている。大阪などの大都市圏だけでなく、地方の農村部でも同じような反応があることがわかった。

また閉じこもり防止対策として5人以上の高齢者グループで月に2回以上の自主活動に対し、1ヶ月2,000円の報償費を支給しており、地域で高齢者を支え、認知症を予防しようという強い思いを感じることができた。このようなまちづくりにも展開できる介護予防事業は大変意義深いものである。

対応頂いた森課長より「本当は医療につながるようではだめで、それまでに予防することが大切」という話を伺い、急速に進行する高齢化の対応に追われる中ではあるが、一次予防や二次予防の視点を重視する必要があると改めて感じた。

平成20年度視察 【第2班】

1. 大東市の先進事例から学ぶ地域主体の介護予防

～大阪府 大東市～

視察日時	平成20年8月4日(月) 午後7時～午後9時まで
視 察 先	視察場所：大東市保健医療福祉センター 対 応 者：大東市健康福祉部健康いきがい課 主査 逢坂伸子氏 所 在 地：大阪府大東市幸町8-1 最 寄 駅：JR学研都市線住道駅
視 察 者	東 喜久子（豊中市高齢介護課） 久 場 正（枚方市保健センター） 高 橋 慶子（大東市健康いきがい課） 田 中 昌博（岸和田市高齢介護課）

【視察目的】

大東市は早くから「元気でまっせ体操」の普及を住民向けに展開しており、自主グループの活動も盛んである。その取り組みに至った経緯や、事業を進めていく上で出てきた課題などを聞き取り、また、それらをどのように克服してきたかを調査する。

【視察内容及び質問事項】

大東市では介護予防を住民に理解してもらうために「出前講座」を利用し、職員（保健師及び理学療法士または作業療法士）が平日夜間や土曜日、日曜日でも住民の集まる場に出向いた。講座では、このまま放って置けば要介護認定者数の上昇率が高齢化率の上昇率以上にどんどん上がってしまう恐れがあるが、それを介護予防によって下げることができるということを数字で示した後、「元気でまっせ体操」の紹介をする。住民側から体操を実施したいとの要望があれば、月3回以上実施で10人以上集まることを住民側で最低限実施してもらうことを条件に、講師を4回派遣し、年2回体力測定を行うこととビデオの無料貸し出しを行った。平成19年度には当初の目標である「小学校区（15校区）毎に2ヶ所」を上回って、体操を実施するグループが50ヶ所にまで増え、大きな広がりを見せている。

以上のように、住民が自主的に実施する介護予防活動の立ち上げに際して、事業の発案・構想、庁内連携、住民との連携、活動支援等について質問した。

【視察結果】

〈事業の発案・構想〉

機能訓練に関しては市内5ヶ所で実施していたが、終了後の行き先がなかったことや、障がい者だけが集まって行っている、地域の人々との接点が少ないという問題点は以前から存在した。さらに、平成18年度からは特定高齢者に対しての事業が創設されるということで、専門職がそちらに集中することになれば、元気な人に対する介護予防が手薄になる上に、特定高齢者の教室を

卒業した人に対する受け皿がないという危機感が平成16年当時リハビリテーション課に在籍の逢坂氏（理学療法士）にあった。様々な方法を探る中、体操の普及は8月から開始した。また、平成17年末に大阪府のモデル事業に指定されたことで、3ヶ月間限定で講師を派遣し、「元気でまっせ体操」の効果測定を行うことができた。

〈庁内の連携〉

当時の健康増進課、高齢介護課、リハビリテーション課、障害福祉課、福祉政策課、社会福祉協議会、在宅介護支援センター、介護保険事業者連絡会等からなる地域ケア会議が月1回の頻度で開催されており、情報共有、実績報告、事例検討などを行っていた。その作業部会でリハビリテーション課（理学療法士）、健康増進課（保健師）、高齢介護課（保健師）の担当者が介護予防について話し合う機会がもたれ、その中で事業を具体化し、所属部長、さらには市長にまで協力を働きかけた。事業の目的をはっきり伝え、なぜ必要なのか、何のためにするのかということが、しっかり相手に伝わるように心がけたとのことである。

〈住民との連携〉

老人クラブや校区福祉委員会などに話をもち掛けるときには、役員の集まる会議に向いてアピールするため、事務局を所管する担当課に働きかけた。会議に出席して出前講座や「元気でまっせ体操」の紹介を行い、役員に介護予防の概念を理解してもらう。その際も行政の側から依頼をするのではなく、組織で抱える課題を聞き取り、それを解決するひとつの方法として、介護予防活動をうまくアレンジして提案する。たとえば、老人クラブ等で月数回カラオケをしているが、参加人数も減る一方なため、もっと参加者を増やせるように活性化を図りたいと役員が考えているということがわかれば、「元気でまっせ体操」は姿勢が良くなる上に声が出やすくなり、カラオケの準備体操に打ってつけなので、会員に体操をしてもらってはどうかというように持ち掛ける。実際に体操を行って活動が活性化されれば、役員からも感謝されることになる。

活動する場所については、地域の集会所や公民館に限らず、公園や市の老人福祉施設においても実施するグループが現れたが、会場を確保するための支援は行わず、あえて住民の力で確保してもらっていた。

体操を実施するグループも老人クラブや民生委員など全国的に存在する組織だけでなく、野球チームや卓球チーム、大東第九をうたう会、あるいは、介護保険非該当の人たちに有償ボランティアがデイサービスを提供する「街かどデイハウス」にも広がっていった。

住民組織へ働きかける際に注意したこととして、お金がかからない方法、気軽に始められる方法、素人でもできる方法を提案することを心がけていたということである。また、小学校区ごとに「元気でまっせ体操」を実施しているグループと人数を一覧表にしたところ、地域の住民同士で競争意識が芽生えるなど、さらなる活性化を目指すための仕掛けを作った。このように、住民が自分たちから自発的に実施したいという意識になってもらうように導いていくことが大事であり、そのために住民の主体性を引き出すための工夫や仕掛けを考える必要があるとのことであった。

〈活動支援〉

介護予防サポーターを養成する講座を開催し、地域あるいは住民グループの中で中心となって体操を行う人を養成している。サポーターにも継続して活動してもらえるようにステップアップ講座を受講してもらい、継続のフォローを行っている。また、住民グループから相談があったときや効果測定をする際には職員が出向き、継続する上での悩みや問題点を聞くなどして活動を側面から支援している。

効果測定は年2回行っており、開眼片足立ち、5m最大歩行速度、長座位体前屈、Timed Up and Go Test、手握力、足指握力を行っている。ただ、職員が出向いて測定を行うので、体操を実施するグループが増えれば増えるほど業務量は増大してしまうという面はある。

【所 感】

大東市の取り組みに関しては、事業開始前に細かい点までしっかり考え抜かれており、はっきりした構想を描いていたことが担当者の話からわかった。庁内の別の部署に話をするときも、住民に話をするときも、その構想を相手にわかりやすく説明し、理解・納得させ、賛同者を増やしていったと思われる。

また、担当者自身が庁内の部課をまたいだいくつかのプロジェクトチームに参加した経験を活かし、様々な部署の人と人脈を築いていた。そのため、企画や財政部門など他部門から情報を得たり、逆に担当者からも話を持っていきやすくなったりしたようである。さらに、平成18年度から地域支援事業が始まるとの情報についても、自らが自主的に参加する勉強会等で早い段階から得ることができたことから、業務外であっても常にアンテナを張って情報を得る努力をすることも重要であることがわかった。これらは、住民主体の介護予防事業をする際だけでなく、他の業務でも求められる仕事の進め方として十分に通用することである。

2. 稲城市の先進事例から学ぶ地域主体の介護予防

～東京都 稲城市～

視察日時	平成20年9月25日(木) 午後1時～午後3時まで
視察先	視察場所：稲城市福祉部高齢福祉課 対応者：稲城市福祉部高齢福祉課 課長補佐 香山芳子氏 所在地：東京都稲城市東長沼2111番地 最寄駅：京王電鉄相模原線稲城駅
視察者	久場 正（枚方市保健センター） 田中 昌博（岸和田市高齢介護課）

【視察目的】

稲城市は介護保険を含めた高齢者施策において全国に先駆けた試みを実施している。住民主体の体操実施グループの育成にも早くから取り組んでおり、庁内の連携や住民への体操実施の持ち掛け方など事業の立ち上げについて調査し、いまだ実施できていない市町村の参考とする。

【視察内容及び質問事項】

転倒骨折予防教室の事業において、住民を自主グループ化し、介護予防自主グループ発表会を設けたりするなど、住民自身が継続して実施できる環境を整えている。当事業の立ち上げの際に苦労した点や注意した点、さらに、どのようにすれば事業が円滑に進むかなどを、「先進地電話聞き取り調査票」（別紙1，45～48頁）を見ながら、直接の聞き取りによって調査した。

聞き取り内容は、事業の発案・構想、庁内の連携、住民との連携、活動支援、成功した要因など。



(インタビュー風景)

【視察結果】

〈事業の発案・構想〉

平成14年度に転倒骨折予防教室プログラムを大学と連携して作成し、翌15年度から地域展開型転倒予防骨折事業として開始。しかし、プログラム終了後も続けてほしいという住民からの要望があり、2ヶ月間（8回／1コース）の実施で年5コース開催としたところ、リピーターが増えてしまい、介護予防を広く普及させる趣旨から外れてしまった。そのため、同じ人の参加は原則認めなくして、継続して参加したい人には自主グループを作って活動してもらうことにした。住民だけでは立ち上げが難しいので、体育振興協会の体育指導員（健康運動指導士）を「講師」として派遣。平成17年度からは「講師」も育成すると同時に自主活動グループの支援のための「サブリーダー」を育成している。その結果、平成19年度には18の自主グループが活動しており、実人数で270名が参加している状況である。

〈庁内の連携〉

事業を考案した香山氏が担当課長に介護予防自主グループについての説明を行い、課として行うことになった。介護保険事業計画にも介護予防の理念はすでに掲載されていた。平成14年度の時点で地域支援係には保健師2名と社会福祉士1名が配置されており、健康づくりを担当する保健センターの保健師との連携は特に行っていない。

〈住民との連携〉

介護予防の住民のニーズ調査は行っていないが、転倒骨折予防事業での住民の声を反映して事業に結び付けている。転倒骨折予防教室の卒業生が新規に自主グループ立ち上げも行ったが、それと並行して既存の組織（老人クラブ、民生委員、婦人会など）にも事務局を抱える担当部局を通して役員会議に出席し、話を持ち掛けた。特に、住民に顔を合わせておくこと、根回しを行なうことが大事である。

〈活動支援〉

転倒骨折予防教室で行っていた運動をビデオに収録して貸し出しているが、平成18年度に健康運動指導士（地域展開型転倒骨折予防事業の講師）によって「稲城繁盛節！介護予防体操」ができた。これは地元稲城市の稲城繁盛節に振りをつけてストレッチ、ウォーキング、重心運動、クールダウンなどの一連の動作を取り入れたものである。地域の集会所や公民館で行っており、特に行政からの支援は行っていない。

自主グループの支援については、体育指導員である「講師」や養成した「サブリーダー」を派遣して活動を軌道に乗せる。さらに、要請があれば市の理学療法士を派遣したり、体力測定のアドバイスを行ったりしている。

継続できる仕掛けのひとつとして、介護予防大会を活動の発表の場に行っている。体力測定は最大歩行速度など6項目を設けており、事前・事後の評価を実施したところ、ほとんどの項目で改善が報告されている。

サブリーダーと講師の連絡会を設けており、そこに行政も加わって自主グループの活動状況を把握したり、課題を話し合ったりしている。

〈成功要因、その他〉

介護予防の自主グループ活動支援において大事なこと4点

1. 地域で中心となって動いてくれるキーパーソンを見つけること（1～2人）
2. 効果が上がって、やると楽しいと思えることで続けられる
3. 教える側の育成
4. 立ち上げ後のフォロー

予算要求は平成14年度に行い、次年度から予算化。当初は「介護予防・地域支え合い事業」の予算を執行したが、平成19年度からは地域支援事業に移行して実施している。

なお、介護予防の効果については、稲城市の要介護認定率は平均11.9%だが、自主グループ活動が盛んな地域では認定率が9～10%と低いのにに対し、ニュータウンで活動がそれほど盛んでない地域では15%となっている。明らかな因果関係とはいえないが、これも介護予防活動が寄与し



(視察先 稲城市役所)

ていると推測できる。また、市全体としても、要支援及び要介護1の認定者数を合わせた軽度要介護認定者数は、平成17年頃より増加から抑制に転じ、現在もその傾向が続いている。

【所 感】

自主グループ活動支援のきっかけは住民からの声だったが、それを参考にきっちりした事業計画を立てて実行している印象を受けた。高齢福祉課地域支援係のみで行っていたため、庁内の連携に関することは存在しなかった。しかし、香山氏が保健師という立場にあって現在の係に異動となる前に、住民の声を知りえる立場にいたことも事業立ち上げに影響しているのではないかと考えられる。

なお、「要介護認定申請等の相談で上がってくるのをすくう（待つ）のではなく、先を見越して前に対応することが大事」で、そうすることで「クレームも減ってくる。」とのことだった。これは介護予防事業に限らず、自治体職員が参考にするべき認識である。

3. 前橋市の先進事例から学ぶ地域主体の介護予防

～群馬県 前橋市～

視察日時	平成20年9月26日（金）午前10時～午後3時まで
視 察 先	視察場所：前橋市保健福祉部介護高齢福祉課 対 応 者：前橋市保健福祉部介護高齢福祉課介護予防係 北 原 絹 代 氏 所 在 地：群馬県前橋市大手町二丁目12番1号 最 寄 駅：J R 前 橋 駅
視 察 者	久 場 正（枚方市保健センター） 田 中 昌 博（岸和田市高齢介護課）

【視察目的】

前橋市では、地域での自主グループの立ち上げや、介護予防サポーターの育成・支援を施策の中に位置づけ事業を実施している。地域で自主的に介護予防活動を行う高齢者の活動や支援などの取り組みの実際を学び、府内市町村への反映を含め、本研究会の研究に活かしていく。

【視察内容及び質問事項】

前橋市では群馬県と協力し、地域で自主的に介護予防活動を行う高齢者を介護予防サポーターとして育成を進めている。また、市独自の「ピンシャン！元気体操」を始めとした介護予防プログラムを、地域の公民館や集会所で自主的に活動を続けられるように専門職を派遣し支援するなど、独自の介護予防事業を展開している。

今回以下の点を中心において視察を行った。

- ① 介護予防サポーター養成研修について
- ② 地域での自主グループ立ち上げ等について
- ③ 「ピンシャン！元気体操」の実際



（インタビュー風景）

【視察結果】

〈事業の発案・構想〉

平成18年の介護保険法改正をきっかけに始まった。

前橋市オリジナルの介護予防体操「ピンシャン元気体操」を介護予防係のスタッフが協力して製作した。時期を同じくして、前橋市で行った群馬県のモデル事業である介護予防サポーター養成事業を、平成17年度に修了した芳賀地区の住民から、地域での自主グループの立ち上げについて相談を受けた。その内容は、介護予防活動の中でも運動が取り組みやすいという要望であった。行政としても運動の自主グループが実施しやすいであろうと考えていたため、両者の思惑が一致し、運動の自主グループ作りの支援が始まった。

その後モデル地区の先進例に触発された他の地域でもサポーターが発起人となって、地域で介護予防の自主グループがいくつも立ち上がり、さらに、サポーター以外の一般市民が自主グループを立ち上げ、その発起人がサポーター研修を受講するケースも見られるようになった。

サポーター以外の地域での自主グループ作りは、別の事業がきっかけとなった。特定高齢者の通所型介護予防事業の会場には通えない高齢者のために地域で運動できる場所を数多く作り上げる必要を感じ、特定高齢者を対象とした通所型介護予防事業「ピンシャン元気塾」を行っていた。その卒業者に対して、参加終了後も教室でのプログラムを継続できるよう運動の自主グループづくりを呼びかけてみたところ、過去に民生委員や自治会の役員を務めていた方などもいたため、その方々が地域に呼びかけ、自主グループが立ち上がっていった。

〈庁内連携〉

他課との連携は行っていない。

前橋市の介護予防係は高齢部門の中において保健師7人・看護師3人（内嘱託2人）・管理栄養士1人・理学療法士1人・作業療法士1人・歯科衛生士2人（嘱託）・事務1人という多職種の専門職で構成された係であるため、保健分野等との連携を必要とせず、さらに介護支援係の保健師は地域を分担して担当しており、そのため地域との連携やニーズの把握なども円滑に行われ、介護予防への目的の統一や組織目標の共有がスムーズに行えているためと考えられる。

〈住民との連携〉

直接的な住民へのニーズ調査は行っていない。

地区の公民館職員を通して地域住民からの介護予防に関わる活動はないかという相談に対して、群馬県の介護予防サポーター（以下サポーター）育成研修のモデル事業を受け、サポーターの役割・活動内容についても地域の住民と相談しながら、どのような支援が適当なのかを模索し、地域での成功例を作り上げていった。サポーターの活動は、住民が自ら考え、気づき、実行することを目標に進められた。市はその黒子の役に徹することにより、行政からの「やらされ感」ではなく、地域の介護予防は住民が自ら担っていく気運が高まり、地域に根差した活動が広がっている。

〈活動支援〉

会場の準備、当日の運営は住民のみで行っている。

自主グループは会場確保や運営を自主的に行う65歳以上で5人以上の人数が集まれば、介護支援係の専門職を原則4回派遣し「ピンシャン元気体操」をはじめとした介護予防プログラムを指導している。さらに継続して活動を行えるために「ピンシャン元気体操」のリーフレットと音楽CDを無料で配布している。

自主グループの成り立ちは、介護予防サポーター養成事業に派生的にできたものと、特定高



（介護予防サポーターの皆さん）

高齢者の通所型介護予防事業の卒業者の運動グループの立ち上げという2つの流れがあり、市として介護予防サポーター養成と自主グループ立ち上げ支援を、車の両輪のように位置づけ運用したいと考えてはいるとのこと。しかし、サポーターが自主グループの運動指導者になることは現状で困難であるため、自主グループ立ち上げの発起人や地域への呼びかけなどを担ってもらい、原則4回までは行政の専門職が支援し、それ以降運営のリーダー的役割を担ってもらっている。

住民の「やらされ感」「押し付けられ感」の感情が湧いてこないように配慮し、時には運営費や会場確保などの要望にも苦慮しながらも、あくまで自主グループの立ち上げの意志の表出やグループの運営は地域住民の自主的な活動として支援していくという方針のもと、事業を計画的に展開している

平成20年度より、「自主グループ立ち上げ支援事業」を介護予防施策として位置付け、市広報やホームページで紹介するとともに、庁内の他課にも協力を得て、各民生委員や自治会長の集まりや会議などの機会を積極的に利用して「自主グループづくり」についての宣伝活動を広く行っている。

自主グループ立ち上げの前段階として実施している体験教室と、実際に立ち上げた自主グループへの指導をあわせると、平成19年度には26カ所の地域で介護予防の自主活動が行われ、延1,518人の高齢者が参加している。

〈成功要因〉

- ① 担当者の熱意
- ② チームの協力関係…係員全員の熱意があった。
- ③ 住民のニーズに合った活動が提供できた…地域の空き店舗を使った活動について相談を受けた時に、住民のニーズをくみ取りながら活動を支援した。
- ④ 住民組織との信頼関係構築に努めていたから…民生委員の会合に出席し、介護高齢福祉課の事業について説明を常に行っていた。
- ⑤ その他…介護予防サポーター養成事業を行っている。



(介護予防サポーターのTシャツ)

介護予防サポーター養成事業は、地域で自主的に介護予防活動を行うことや、市町村の事業にボランティアとして活動したい高齢者を対象に、介護予防に関する知識や技術を身につけてもらう研修を行い、介護予防サポーターとして県知事名で認定する制度である。研修は初級・中級・上級研修からなり、中級研修は初級研修修了後に介護予防介護予防活動ボランティアの参加を志願した人を対象に実施し、初級・中級研修カリキュラムは県下一定とし、修了者に県から認定証を交付する。その後市町村ごとに独自の上級研修を行うものであった。

前橋市の取り組みは、平成17年度に県のモデル事業を持ち掛けられた時期と、公民館を通して地域住民からの介護予防に関わる活動はないかという相談があった時期とが重なったことから群馬県の介護予防サポーター育成研修のモデル事業を受け、開始したことに始まる。

前橋市は平成17年度芳賀地区、平成18年度大胡地区という地域を限定して、モデル的にサポー

ター養成研修を行い、サポーターの役割・活動内容についても地域の住民と相談しながら、どのような支援が適当なのかを模索し、地域での成功例を作り上げていった。

成功例を作り上げることにより、住民の口コミでの広がりを利用していった。その結果平成19年度から全市域に展開し、平成20年度からは初級・中級・上級のすべての研修を県の応援を得ることなく市単独のカリキュラムで実施するまでになってきている。

初級研修（1回3時間程度）：年間6会場の地域開催
介護予防の知識を学び、なぜ介護予防が必要かを理解する。



中級研修（全2回・1回3時間程度）：年間2回センター開催
介護予防のより詳しい知識を身につける研修知識
栄養・運動・口腔・認知症・地域づくりについての講義・実習を行う。



上級研修：年間4～5回、教室参加
市主催の介護予防事業（ピンシャン元気塾）、地域の自主グループなどに参加し、実際の現場の様子を学び、実践力をつける。



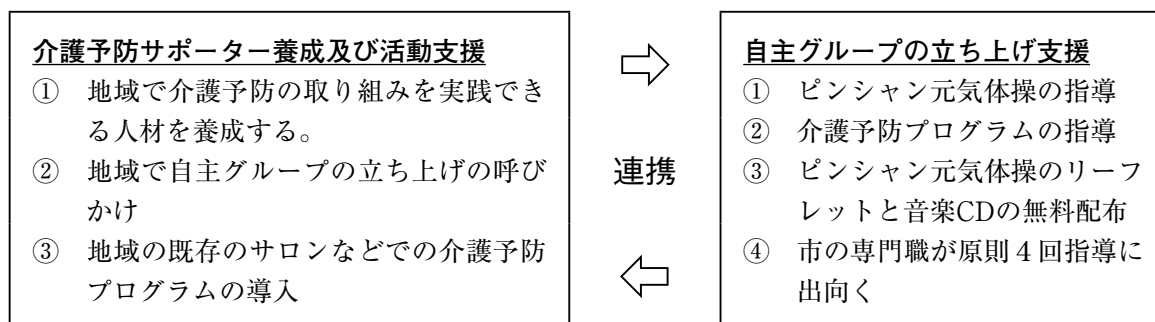
サポーター活動登録（希望者のみ）
2か月に1回程度市主催でオリエンテーションやスキルアップ研修などを行っているほか、普段は各々の居住地域で介護予防に関する活動を行う。

現在94人の高齢者が介護予防サポーターとして登録している。

介護予防サポーター育成状況

	平成17年度	平成18年度	平成19年度	計（人）
初級修了者	116	69	86	271
中級修了者	34	52	71	157
上級（登録者）	19	19	56	94

自主グループ立ち上げの前段階として実施している体験教室と、実際に立ち上げた自主グループへの指導をあわせると、平成19年度には26カ所、参加者延1,518人、平成20年9月現在で40カ所、参加者延1,880人となり、地域住民による自主グループ活動の広がりがうかがえる。



【所 感】

前橋市の介護予防係は高齢部門の中において保健師7人・看護師3人（内嘱託2人）・管理栄養士1人・理学療法士1人・作業療法士1人・歯科衛生士2人（嘱託）・事務1人という多職種の専門職で構成された特異的な係であり、ある意味恵まれた係でもある。

さらに介護予防係の保健師は保健分野の保健師と同じく、地域を分担して担当しており、そのため地域との連携や地域のニーズの把握なども円滑に行われ、介護予防への目的の統一や組織目標の共有がスムーズに行えていると感じた。

住民の「やらされ感」「押し付けられ感」の感情が湧いてこないように配慮し、時には運営費や会場確保などの要望にも苦慮しながらも、あくまで自主グループの立ち上げやグループの運営は地域住民の自主的な活動として支援していくという方針のもと、事業を計画的に展開している点は、今後の「住民主体による自主グループの立ち上げ」において重要な示唆を与えてくれるものとする。

4. 高知市の先進事例から学ぶ地域主体の介護予防

～高知県 高知市～

視察日時	平成20年9月26日(金) 午後2時～午後4時まで
視察先	視察場所：高知市保健所健康づくり課 対 応 者：高知市保健所健康づくり課 山本ゆか氏 中越美渚氏 所在地：高知県高知市塩田町18-10 (高知市保健福祉センター2F) 最寄駅：JR高知駅
視察者	東 喜久子 (豊中市高齢介護課) 山本 香代子 (池田市高齢介護課) 河野 清美 (島本町自治・防災課) 高橋 慶子 (大東市健康いきがい課) 松尾 裕子 (指導助手 大阪府立大学大学院)

【視察目的】

高知市は、平成18年度の介護保険法改正前から、虚弱高齢者に対する対策として、体力の向上を図る筋力運動を中心としたプログラム「いきいき百歳体操」を開発し、積極的に地域展開を行い、住民主体による体操グループの立ち上げに成功している。成功している理由は何か、その立ち上げの手法や着眼点を聞き取る。

【視察内容及び質問事項】

高知市では、平成14年から「いきいき百歳体操」の地域展開を行い、平成20年2月末には高知市内171箇所で行われており、その取り組みは高知県内、県外にも広がりをみせている。

視察において、高知市における事業への取り組みや立ち上げの過程を調査することで、府内市町村への反映を含め、本研究会の研究に役立たせる。

※ 質問事項については、「先進地電話聞き取り調査票」(別紙1, 45～48頁)参照

【視察結果】

〈事業発想・構想、庁内連携〉

事業を発想した時期：平成14年

開始までの準備期間：半年

開始時期：平成14年9月モデル事業として1箇所開始。その後普及している。

保健師活動の中で、個々の対象者への保健指導・家庭訪問・健康教室を実施していたが、このやり方で本当に効果があるのだろうかという疑問を持ち、“高齢者自身がやる気になる”、“効果を自分で実感できる”、“ひとりでやるのではなく集団でやることで集団参加の効果が得られる”、以上のことをクリアする内容が必要だという思いをもっていた。そこで、医師と保健師の

リーダーが強い思いで各課を動かし検討会を立ち上げた。

平成15年度の高齢保健福祉計画の第2期に向け、平成14年度に部内検討会として「介護予防検討会」を実務者レベル参加で立ち上げ、高知市の高齢者の現状を分析した。その中で、介護保険の軽度認定者が多いこと、平成12年から認定率が上がり続けていること、介護度が高い人ほど2、3年後に悪化している人が多いことが分かり、「介護状態になることを防ぐこと」を目標に介護予防について共通認識を持つことから始めた。

〈住民との連携〉

市内にある宅老所11箇所を実施できるように、部内検討会のメンバーでもある担当課から働きかけた。公民館など実施場所が乏しい地域だったブロックでは、当時の管轄の在宅介護支援センター（現在も市直営の地域包括支援センターのランチとして活動中）が商店街の空き地を利用して実施するなどの工夫もあった。

日時・場所などの準備はすべて住民にまかせ、行政は4回の技術支援と錘・ビデオの無料貸出のみを行った。

〈効果の評価〉

4回技術支援に出務するが、その2回目に握力、開眼片足立ち、立ち上がりの測定を実施。3ヶ月後、6ヶ月後、1年後にも同じ測定を行い、モチベーションアップにつなげている。

〈活動支援〉

体操は、医師・理学療法士4名で文献を参考に議論しあい、作成した。“効果のある方法”で、“虚弱な人でもできる”もので、“誰でもどこでもできる”ものにするという柱で作成した。

グループの活動会場は住民自身で決め、行政は支援していない。地域で管理している集会所・商店街の空きスペース等を利用している。住民が臨機応変に決めている。

活動開始から最初の4回のみ保健師・理学療法士等が技術支援に出務する。体操に使用する錘は貸し出しをしている。体操をしている住民からは「4回だけ（の技術支援）じゃなくもっと来てほしい」「飽きてきた」等の声もあったが、あえて“あなたたちの活動（住民主体）だから”と伝え、継続できている。

現在191箇所（平成20年9月末現在）で継続実施されている。

〈サポーターの育成〉

最初はモデル事業として実施し、その運営のお手伝いとしてサポーター育成を行った。体操のことが高知新聞に掲載された頃は、30人の定員に60人の申し込みがあるほどに広まった。

平成17年度当初は地域での活動率は低かったが、平成17年度終わりには体操をしている人の中からサポーター育成講座を受ける人が多くなり、活動率も上昇した。サポーター育成の目標は420名。平成20年度に達成見込みであり、一旦終了とする方向である。

また、サポーターとは別にインストラクターを養成している。有資格者（看護師など）が対象で、報償費を払い、体操の技術支援（開始から2－4回目）および効果測定に派遣している。

〈予算〉

当初（平成17年度まで）は機能訓練事業の高齢者筋力向上事業として実施。平成18年度からは地域支援事業の予算を利用。

大交流大会は国保の疾病予防費を利用した（平成16・17・18年）。

〈苦勞した点〉

今になって振り返ってみても苦勞したという印象は特になく、立ち上げ時から勢いに乗っていたのだと思う。強いて言えば、住民から場所や椅子の確保について相談を受け、一緒に地図を見て場所を探したり、知恵を出し合ったりという苦勞はあった。また、住民からの要望（怪我・事故時の傷害保険など）に苦慮したこともあった。要望に対して、始めはその都度対応に迷っていたが、現在は「体操をやると思ったのはあなたたちだから」と伝えている。“住民の力を信じて行政は手を出さないようにする”という手法で、今まで中断した団体はない。

〈成功した要因〉

- ① 効果が実感できる、長く続けるほど効果を実感できる体操を提供できたこと
- ② グループに錘とビデオを貸与したこと
⇒錘は1セット4,000円くらいする。錘を購入するのは抵抗があると考え、貸し出しにしている。市が購入する以外にも、地域の中学校から空き缶のプルトップを集めて錘に換えてくれたり、ライオンズクラブから寄贈してもらったりした。個人で購入したい場合は市内のスポーツ用品店1箇所ですべて売っていることを案内した（店内で「いきいき百歳体操の錘」と宣伝されている）。
自宅から出てみんなで集って体操をすることもこの体操の重要な目的であるため、希望があっても体操のビデオを個人には渡していない。
- ③ 保健師活動であらゆる機会に啓発したこと、部内で検討し、啓発を担ったのが健康づくり課であったこと
⇒市民対象の講座において保健師が普及活動を行い、プレゼンテーションマニュアルを作成し、どの保健師でも同じように普及啓発ができるように工夫した。また、介護予防と関係のない内容の講座依頼であっても、この体操の啓発をさせて欲しいとお願いし、必ずプレゼンテーションを行うようにした。また、民生委員の研修会でも講演し、民生委員から「やりたい」という声を多く得ることができた。
プレゼンテーションの中に、体操実施前後で歩行速度・歩行の安定度が著しく改善された人の映像を見せようという、視覚に訴える媒体を使った。
- ④ 平成15年度の高齢保健福祉計画の中で数値目標を設定し、共通認識を持って取り組めたこと
⇒各課の実務者レベルで共通認識をもつのはもちろんのこと、各課の管理職以上に百歳体操の実技を講座として受講してもらい、庁内すべてに共通認識を持ってもらうように働きかけた。
- ⑤ 何より、住民の力を信じたこと。
どうしても行政は住民の要望に答えようと過剰に援助し、住民の力を摘み取ってしまっていた所があると思われる。住民の力を信じ任せることで臨機応変に実施でき、実施グループ数を増やしていくことができています。

〈今後に向けて〉

現在計画第4期の実態調査を行っており、認定を受けていない高齢者の9.7%、要支援1、2の認定を受けている高齢者の24.7%が体操を実施していることが分かっている。体操実施から5年が経過し、今後は認定率や保険料などの評価を行う必要がある。

【所 感】

多くの市町村から取り入れられている高知市の話を聞かせていただき、日々の業務に取り入れられる点が多くあった。他課との連携のなかで事業が立ち上げられている点が、特に印象に残った。体操の立ち上げには、保健師活動での疑問を解決する「個から集団へ」という発想の転換が生かされている。その発想を具体的にするにあたり、保健師だけでなく多くの職種・様々な立場の職員がかかわり、共通認識を持って勤めていったことが成功の秘訣であるように思う。「多職種での話し合いを重ねたため、多角的な視点で事業展開ができた」という、担当者の言葉が印象的であった。

立ち上げの準備段階で、各組織の実務者が様々な意見交換をし、事業の目的をしっかりと話し合い、共通認識をもつことができていることで、住民への啓発活動も説得力のあるものになっていると思われる。横のつながりが不十分なため各課が似たような事業をしていたり、必要な協力を得られないような行政がある状況であり、多くの課が共通目標を持ち仕事を進めていくことの大切さを痛感した。

また体操の趣旨として、ただ体操をすることだけが目的ではなく、高齢者が集うことを目的としており、閉じこもり予防・高齢者の生きがいづくり・仲間づくりにまで目を向けられた手法であることがわかり、ますますこの手法のすばらしさを感じた。高齢者には閉じこもり予防も大きなテーマであり、閉じこもりも解決できる手法としての有効性を感じた。

資料編

研究活動記録

研究員名簿

研究活動記録

研究日		研究内容
1	5月28日(水)	<ul style="list-style-type: none"> ・オリエンテーション ・研究会の進め方 ・基調講義 ①②
2	6月11日(水)	<ul style="list-style-type: none"> ・基調講義 ③④ ・研究テーマ設定に関する意見交換 ・研究計画作成について ①
3	7月3日(木)	<ul style="list-style-type: none"> ・基調講義 ⑤ ・研究計画作成について ② ・研究テーマ・グループの決定
4	7月31日(木)	<ul style="list-style-type: none"> ・研究計画作成について ③ ・研究計画書の発表
5	10月15日(水)	<ul style="list-style-type: none"> ・研究計画作成について ④ ・研究成果の報告・意見交換 ①
6	10月30日(木)	<ul style="list-style-type: none"> ・研究成果の報告・意見交換 ② ・報告書のとりまとめについて ①
7	11月20日(木)	<p>公開講座 「介護予防事業プログラムの展開」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・研究成果中間報告、基調講演、意見交換
8	12月1日(月)	<ul style="list-style-type: none"> ・研究成果の報告・意見交換 ③ ・報告書のとりまとめについて ②

目次

研究成果

講義1

講義2

講義3

講義4

講義5

公開講座

視察

資料編

研究員名簿

所属団体	所属部署	名前
豊中市	健康福祉部高齢介護課	東 喜久子
池田市	保健福祉部健康・福祉室高齢介護課	山本 香代子
島本町	総務部自治・防災課	河野 清美
枚方市	健康部保健センター	久場 正
枚方市	健康部高齢社会室	木下 幸枝
大東市	健康福祉部健康いきがい課	高橋 慶子
四條畷市	健康福祉部高齢福祉課	北村 さやか
交野市	保健福祉部健康増進課	中田 学
大阪狭山市	保健福祉部高齢介護グループ	前澤 友紀
岸和田市	保健福祉部高齢介護課	田中 昌博
忠岡町	健康福祉部いきがい支援課	岩佐 由美
岬町	福祉部高齢福祉課	岸本 保裕

■ 指導助言者

大阪府立大学大学院

総合リハビリテーション学研究科 教授 今木 雅英氏

■ 指導助手

大阪府立大学大学院

総合リハビリテーション学研究科 修士課程1年生 伊東 瞳氏

総合リハビリテーション学研究科 修士課程1年生 松尾 裕子氏

■ オブザーバー

大阪保育子育て人権情報研究センター 事務局長 山崎 一男氏

大阪府健康福祉部高齢介護室介護支援課 総括主査 辻野 一郎氏

■ 事務局

おおさか市町村職員研修研究センター 研究課 課長 上浦 善信

主幹 早川 裕也 ※八尾市から派遣

平成20年度
特別研究「介護予防研究会」報告書

平成21年（2009年）3月発行

発行 財団法人 大阪府市町村振興協会

おおさか市町村職員研修研究センター（愛称 マッセOSAKA）

〒540-0008

大阪市中央区大手前3-1-43 大阪府新別館南館6階

TEL 06-6920-4565 FAX 06-6920-4561

<http://www.masse.or.jp>
