

# 高齢社会の進展と介護予防マネジメントについて

## — 長崎県の人口高齢化と介護予防マネジメントの推進 —

赤 堀 勝 彦

### 目 次

- I. はじめに
- II. 長崎県の高齢化の現状と今後の課題
  - 1. 高齢化の現状
  - 2. 高齢化対策の今後の課題
- III. 改正介護保険法における介護予防マネジメント
  - 1. 改正介護保険法の趣旨と主な内容
  - 2. 現在計画されている介護予防マネジメントの内容
    - (1) 運動機器の向上
    - (2) 栄養改善
    - (3) 口腔機能の向上
  - 3. 予防重視型システムの課題
- IV. 長崎県の要介護者数等の増加と介護予防マネジメントの推進
  - 1. 要介護者数等の増加
  - 2. 介護予防マネジメントの推進
- V. おわりに

### I. はじめに

総務省統計局の「推計人口」2005年（平成17年）8月確定値によれば、わが国の65歳以上の高齢者は2,547万人で総人口1億2,761万人の20.0%を占めている。今後も高齢者人口は2020年（平成32年）まで急速に増加し、その後は安定的に推移すると見込まれている。

長崎県においては、全国水準と比較してさらに5～6年ほど高齢化が先行しており、2004年（平成16年）現在65歳以上の高齢者は34万人で高齢化率は22.9%であるが、すでに1999年（平成11年）には高齢化率20.2%と5人に1人は65

歳以上の高齢者という統計結果が出ている。さらに、長崎県の将来人口を推計すると、今後総人口は緩やかな減少傾向が続き、2010年（平成22年）には145万人となると予想される。また、2010年には、県民の約4人に1人近くが65歳以上となる高齢社会が進展する一方、年少人口は減少傾向が続くと予想される<sup>1)</sup>。

人口減少および少子高齢化の進行により、労働人口の減少、保険福祉施設の不足、年金・医療・福祉等社会保障分野等の負担増加、学校の児童・生徒の減少、地域活力の低下など社会のあらゆる分野への影響が想定される。

特に、高齢化が進む中で介護を必要とする高齢

者が急増することが予想されている。ひとたび介護が必要になった場合、その期間は長期にわたり、かつ、多くの者が寝たきりになるともいわれている。このような高齢期の大きな不安要因である介護の問題を社会全体で支えるために創設されたのが介護保険制度であるが、2005年6月には改正介護保険法が成立し、特に予防重視型システムへの転換に主眼が置かれている。本稿は、2005年10月に作成された厚生労働省の「介護予防事業に係る市町村介護保険事業計画に関する報告書(案)」<sup>2)</sup> および同年12月に作成された「介護予防に関する各研究班マニュアルについて」<sup>3)</sup> を踏まえて長崎県における介護予防マネジメントの推進等について述べることにする。

なお、本稿は長崎県立大学『調査と研究』に発表した「高齢社会の進展と介護保険について—長崎県の高齢者対策と介護予防マネジメントの推進—」<sup>4)</sup> を発展させたものである。

## Ⅱ. 長崎県の高齢化の現状と今後の課題

### 1. 高齢化の現状

長崎県の高齢化について、1970年(昭和45年)と2004年(平成16年)を比較すると、65歳以上の高齢者人口は約2.8倍に、75歳以上の後期高齢者人口は4.4倍に増加している<sup>5)</sup>(表1)。また、全国における2004年10月1日時点の高齢化率は19.5%であり(表2)、長崎県ではすでに1998年(平成10年)に全国の比率を超えている。

さらに、2007年(平成19年)における長崎県の高齢化率は、23.6%と推計され、県民の4人に1人近くが65歳以上の高齢者と見込まれる。圏域別で見ると、すべての圏域で20%を超え、

特に上五島圏域では30%を超えることが予想されている(表3)。

人口構造の高齢化に影響を与える要因としては、一般に死亡率の低下と平均寿命の伸長および少子化の進行が挙げられるが、長崎県においても県民の寿命の伸びと65歳以下人口の減少が指摘されている<sup>6)</sup>。

### 2. 高齢化対策の今後の課題

都道府県別の高齢化率について大まかな傾向をみると、東京、大阪、愛知を中心とした三大都市圏で低く、それ以外の地域で高い。高齢化率にこのような地域差のある原因は、わが国経済の発展に伴って地方の若年人口が都市の労働力として流入した結果であると考えられる<sup>7)</sup>。2004年現在の高齢化率は、最も高い島根県で26.7%、最も低い埼玉県で15.5%となっている<sup>8)</sup>。

都道府県の中で、2004年の高齢化率について全国平均が19.5%に対して長崎県は22.8%と高く、さらに2025年(平成37年)では、全国平均28.7%に対して長崎県は33.1%と全国平均を相当上回っている。高齢化率は、長崎県だけでなく鹿児島県、大分県、熊本県、宮崎県など九州圏は全体的に高いが、特に長崎県は、2025年の高齢化率が2004年のそれと比較して大幅に増加すると見込まれている(表2)。

また、長崎県と全国の高齢人口の推移を比較すると、長崎県においては全国水準と比較してさらに5~6年ほど高齢化が先行していることがわかる(表1)。

長崎県は、「長期総合計画(2001~2010)」の基本理念の中で「少子高齢社会の進展」の課題と今後の取組方針をいくつか挙げている<sup>9)</sup>。特に、

高齢社会の進展と介護予防マネジメントについて

表1 長崎県と全国の老齢人口の推移

年	総人口	老 齢 人 口			
		65歳以上		75歳以上	
	人	人	%	人	%
1970年 (昭和45年)	(103,720,060) 1,570,245	(7,330,989) 128,531	(7.1) 8.2	39,973	2.5
1975年 (昭和50年)	(111,939,643) 1,571,912	(8,865,429) 148,708	(7.9) 9.5	50,438	3.2
1980年 (昭和55年)	(117,060,396) 1,590,564	(10,647,356) 169,753	(9.1) 10.7	61,594	3.9
1985年 (昭和60年)	(121,048,923) 1,593,968	(12,468,343) 193,605	(10.3) 12.1	75,998	4.8
1990年 (平成2年)	(123,611,167) 1,562,959	(14,894,595) 228,991	(12.0) 14.7	92,053	5.9
1991年 (平成3年)	(124,043,418) 1,555,890	(15,582,299) 238,273	(12.6) 15.3	95,633	6.1
1992年 (平成4年)	(124,451,938) 1,551,295	(16,242,447) 247,092	(13.1) 15.9	98,839	6.4
1993年 (平成5年)	(124,764,215) 1,549,343	(16,900,359) 255,294	(13.5) 16.5	101,805	6.6
1994年 (平成6年)	(125,033,542) 1,547,640	(17,584,586) 264,339	(14.1) 17.1	104,665	6.8
1995年 (平成7年)	(125,570,246) 1,544,934	(18,260,822) 273,335	(14.5) 17.7	108,536	7.0
1996年 (平成8年)	(125,864,022) 1,541,794	(19,016,814) 282,144	(15.1) 18.3	113,204	7.3
1997年 (平成9年)	(126,166,019) 1,537,025	(19,758,146) 291,965	(15.7) 19.0	118,700	7.7
1998年 (平成10年)	(126,486,430) 1,531,482	(20,507,640) 300,454	(16.2) 19.6	124,254	8.1
1999年 (平成11年)	(126,686,324) 1,526,256	(21,186,251) 308,107	(16.7) 20.2	129,835	8.5
2000年 (平成12年)	(126,925,843) 1,516,523	(22,005,152) 315,871	(17.3) 20.8	(8,998,637) 135,764	(7.1) 9.0
2001年 (平成13年)	(127,291,000) 1,511,786	(22,869,000) 323,687	(18.0) 21.4	(9,531,000) 143,558	(7.5) 9.5
2002年 (平成14年)	(127,435,000) 1,506,417	(23,628,000) 330,879	(18.5) 22.0	(10,043,000) 150,447	(7.9) 10.0
2003年 (平成15年)	(127,619,000) 1,500,156	(24,311,000) 336,889	(19.0) 22.5	(10,547,000) 156,789	(8.3) 10.5
2004年 (平成16年)	1,493,611	341,860	22.9	163,711	11.0

注1：1945～1985年（昭和45～60年）、1990年（平成2年）、1995年（平成7年）および2000年（平成12年）は、国勢調査（10月1日）、他は推計。

注2：総人口および老齢人口の（ ）書きの数値は、全国数値を掲載。

出所：長崎県福祉保健部長寿介護政策課編『平成16年度長崎県老人保健福祉関係基礎資料』2005年3月、1頁。

調査と研究 第37巻

表2 都道府県別高齢化率の推移

	1975年 (昭和50年)	2004年 (平成16年)	2025年 (平成37年)		1975年 (昭和50年)	2004年 (平成16年)	2025年 (平成37年)
全 国	7.9	19.5	28.7	三 重 県	9.9	20.8	29.9
北 海 道	6.9	20.8	32.3	滋 賀 県	9.3	17.5	24.5
青 森 県	7.5	21.7	32.0	京 都 府	9.0	19.7	28.6
岩 手 県	8.5	23.9	31.6	大 阪 府	6.0	17.5	27.4
宮 城 県	7.7	19.3	27.6	兵 庫 県	7.9	19.1	27.4
秋 田 県	8.9	26.1	35.4	奈 良 県	8.5	19.1	30.0
山 形 県	10.1	24.9	32.0	和 歌 山 県	10.4	23.2	32.3
福 島 県	9.2	22.1	30.2	鳥 取 県	11.1	23.6	30.8
茨 城 県	8.4	18.5	29.8	島 根 県	12.5	26.7	32.8
栃 木 県	8.3	18.8	28.9	岡 山 県	10.7	22.0	29.9
群 馬 県	8.8	20.0	29.9	広 島 県	8.9	20.4	30.1
埼 玉 県	5.3	15.5	27.8	山 口 県	10.2	24.3	34.0
千 葉 県	6.3	16.8	29.2	徳 島 県	10.7	23.9	31.9
東 京 都	6.3	18.0	25.0	香 川 県	10.5	22.7	31.4
神 奈 川 県	5.3	16.2	25.8	愛 媛 県	10.4	23.3	32.5
新 潟 県	9.6	23.4	31.4	高 知 県	12.2	25.3	33.3
富 山 県	9.5	22.7	31.9	福 岡 県	8.3	19.2	27.6
石 川 県	9.1	20.4	30.2	佐 賀 県	10.7	22.1	30.4
福 井 県	10.1	22.2	30.2	長 崎 県	9.5	22.8	33.1
山 梨 県	10.2	21.3	29.4	熊 本 県	10.7	23.2	31.0
長 野 県	10.7	23.2	29.9	大 分 県	10.6	23.8	33.2
岐 阜 県	8.6	20.3	30.0	宮 崎 県	9.5	22.8	32.4
静 岡 県	7.9	19.9	30.5	鹿 児 島 県	11.5	24.3	30.8
愛 知 県	6.3	16.6	26.1	沖 縄 県	7.0	16.1	24.0

資料：1975年（昭和50年）は総務庁「国勢調査」、2004年（平成16年）は総務省「2004年10月1日現在推計人口」、  
2025年（平成37年）は国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口（2002年3月推計）」による。  
出所：内閣府編「平成17年版高齢社会白書」ぎょうせい、2005年、6頁。

表3 2007年（平成19年）における長崎県の年齢構成別人口

（単位：人・％）

	計	老 人 保 健 福 祉 圏 域								
		長崎	佐世保	県北	県央	県南	五島	上五島	壱岐	対馬
総 人 口	1,491,650	565,112	232,140	107,598	279,859	158,497	45,138	31,514	32,031	39,761
40歳以上人口	858,971	322,135	132,146	64,704	151,261	95,435	28,984	20,852	19,435	24,019
65歳以上人口	351,413	126,521	54,037	28,770	56,811	42,613	13,186	9,749	9,156	10,570
75歳以上人口	176,041	62,095	26,883	14,935	27,534	22,243	7,031	5,123	4,945	5,252
高 齢 者 比 率	23.6	22.4	23.3	26.7	20.3	26.9	29.2	30.9	28.6	26.6
後期高齢者比率	11.8	11.0	11.6	13.9	9.8	14.0	15.6	16.3	15.4	13.2

注：市町村報告数値による。

出所：長崎県福祉保健部長寿介護政策課「長崎県老人保健福祉計画 長崎県介護保険事業支援計画」2003年、9頁。

## 高齢社会の進展と介護予防マネジメントについて

高齢化対策の課題としては高齢者雇用機会の確保と勤務形態の弾力化を図ること、また、福祉・保健・医療の総合的サービス体制を充実させ、離島と本土の地域間格差を解消させる必要がある。さらに、予防医学の徹底化を図るとともに災害弱者関連施設の整備等の防災対策を推進する必要がある。また、世代間の交流を促進する地域社会づくりを積極的に実施し、交流人口の拡大を図ることも重要である。

さらに、高齢者が生き生きと暮らせる環境づくりを進めるためには、高齢者の社会参加を促進するとともに高齢者の予防医療を徹底し、老人保健事業および生きがい対策の充実などを図っていく必要がある。特に、高齢社会の活力を維持するために、社会参加意欲の高い日本の高齢者に対してできる限り活動の場を確保することと、それらを可能にする社会的枠組み・制度を構築することが重要である。

### Ⅲ. 改正介護保険法における介護予防マネジメント

#### 1. 改正介護保険法の趣旨と主な内容

2005年の介護保険法改正の趣旨は「高齢化の一層の進展等社会経済情勢の変化に対応した持続可能な介護保険制度を構築するとともに、高齢者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる社会の実現に資するため、予防給付の給付内容の見直し、食費及び居住費に係る保険給付の見直し等保険給付の効率化及び重点化、地域密着型サービスの創設等新たなサービスタイプの創設、事業者及び施設の指定等に係る更新性の導入等サービスの質の確保及び向

上、障害年金及び遺族年金を特別徴収の対象とする等負担の在り方及び制度運営の見直し等の措置を講ずる」<sup>10)</sup> ことにあるとされる。附則検討規定である被保険者・受給者の範囲を除けば、その主な内容は、①予防重視型システムへの転換、②施設給付の見直し、③新たなサービス体系の確立、④サービスの質の向上、⑤負担の在り方・制度運営の見直し、に整理できる(表4)。

まず、①の「予防重視型システムへの転換」の第1の内容が、新予防給付の創設である。すなわち、介護保険法施行後、「要支援」や「要介護1」といった軽度者が大幅に増加しているが、これらの軽度者については、過度の安静や生活の不活発等により、徐々に全身の身体機能が低下していく、いわゆる「廃用症候群(生活不活発病)」への対応が求められているとしたうえで、従来の介護保険サービスでは十分な予防効果をあげていないとする。そこで、新予防給付では、これまで軽度の高齢者に提供されてきた、身体機能の低下を招くおそれのある不必要な家事サービスは行わず、身体介護に重点が置かれる。生活機能の維持・向上の観点から、サービスの内容・提供方法・提供期間などを見直した訪問介護および通所介護、訪問看護、福祉用具貸与などが提供されることになる。また、筋力向上および栄養改善、口腔機能の向上などのための新たなサービスが給付される。

第2が地域支援事業の創設である。総合的な介護予防システムの確立のためには、要支援・要介護状態になる前からの介護予防が重要であり、このため、現行の老人保健事業、介護予防・地域支え合い事業を見直し、効果的な介護予防サービスを提供すること等を内容とする地域支援事業が行われることとなった。同事業の実施主体は市町村

で、2006年4月から介護予防に資するための事業のほか、包括的支援事業等を実施することとなる。なお、新予防給付が要介護認定で、要支援となった者に対する介護予防給付であるのに対して、すべての高齢者が要介護状態にならないことを目的に設置するのが地域支援事業である。

次に②の「施設給付の見直し」は、在宅と施設の間の利用者負担の不均衡の是正、介護保険給付と年金給付の重複等の観点から、介護保険施設における食費・居住費を保険給付から外し、入所者の負担とするもので、2005年10月から実施されている。

また、③の「新たなサービス体系の確立」は、認知症高齢者等の増加に対応し、身近な生活圏単位での新たなサービス体系を確立するため、都道府県知事が事業者の指定を行うこれまでのサービス体系に加え、市町村長が事業者にかかる指定、指導監督等を行うことができる夜間対応型訪問看護や小規模多機能型居宅介護、認知症高齢者グル

ープホームなどの地域密着型サービスや地域包括支援センターなどを創設するものである。地域包括支援センターは、包括的支援事業その他厚生労働省令で定める事業を実施し、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設である。同センターでは、(ア)総合的な相談窓口、(イ)介護予防マネジメント、(ウ)包括的・継続的マネジメント、といった援助を行う。

さらに、④の「サービスの質の確保・向上」については、介護事業者の指定等について更新性を設けるとともに、すべての介護事業者に事業所情報の公表を義務づけるなどの改定がなされている。

また、⑤の「負担の在り方・制度運営の見直し」については、低所得者に配慮した保険料設定を可能とするとともに、市町村の保険者機能の強化等を図ることとしている。

表4 介護保険制度改革の主な内容

予防重視型システムへの転換	新予防給付の創設、地域支援事業の創設
施設給付の見直し	居住費用・食費の見直し、低所得者等に対する措置
新たなサービス体系の確立	地域密着型サービスの創設、地域包括支援センターの創設、居住系サービスの充実(有料老人ホームの見直し等)、医療と介護の連携の強化、地域介護・福祉空間整備等交付金の創設
サービスの質の確保・向上	情報開示の標準化、事業者規制の見直し、ケアマネジメントの見直し
負担の在り方・制度運営の見直し	第1号保険料の見直し、市町村の保険者機能の強化、要介護認定の見直し、介護サービスの適正化・効率化
被保険者・受給者の範囲	社会保障制度の一体的見直しと併せて検討、その結果に基づいて、2009年度を目途として所要の措置を講ずる

※施行：2006年4月(ただし施設入所費用の見直しについては2005年10月施行)

出所：厚生労働省老健局「介護保険制度改革関連法案の概要」2005年、を基に作成。

## 2. 現在計画されている介護予防マネジメントの内容

ここでは、予防重視型介護システムにおいて有効性が示唆されている運動器の機能向上、栄養改善及び口腔機能の向上について述べることにする。

### (1) 運動器の機能向上

軽症者には廃用症候群が多く、立ち上がりや歩行などの下肢機能が徐々に低下し、基礎的な体力低下がきっかけで要介護に陥る者が多いことからこれらの者に積極的な運動を奨め、自立の維持、向上を介して活力ある高齢社会を目指す必要がある。

厚生労働省が検討依頼した運動器の機能向上についての研究班による「運動器の機能向上マニュアル」<sup>11)</sup>によれば、運動器の機能向上プログラムを提供するに当たって、目指すべき基本的な考え方として、以下の4点が必要なこととしている。

- ① 単に長寿であることを目指すのではなく、活動的に元気に長生きすることを目指す
- ② 元気に長生きすることを目標とした場合、生活習慣病の予防に加えて、高齢による衰弱、転倒・骨折などの老年症候群、すなわち加齢に伴う生活機能の低下の予防に着目する
- ③ これまでの運動器の機能向上に関する臨床試験を統合した報告によれば、個別評価に基づき、環境整備も含めて包括的に介入したものの効果が高いことが示されている。したがって、筋力など体力の要素にのみとらわれることなく個別評価に基づいた包括的な介入をする
- ④ 一方、本サービス等を一時的に提供するだ

けでは自立した機能向上への取り組みへはつながらない。住み慣れた家庭や地域で生活をさせるという観点に立ち、本サービス等の提供によって、新たな地域ネットワークを作るなど、高齢者の生活を地域で支えていく

以上が目指すべき基本的な考え方であるが、運動器の機能向上プログラムについては、高齢者の生活を豊かにすることを目標とし、身体・精神等、多様な側面から積極的に支援していくことが重要である。また、対象者の状態が改善し、本サービス等の必要がなくなった場合においても、定期的にフォローアップを行い、運動器の機能低下に起因する生活機能の低下が再び出現しないかについて評価していく必要がある<sup>12)</sup>。

### (2) 栄養改善

地域支援事業及び新予防給付における栄養改善は、高齢者の毎日の営みである「食べること」を通じて、低栄養状態の改善を図り、高齢者の自己実現を目指すものである。栄養改善は、介護予防に対して根拠のあるサービスとして、地域支援事業の介護予防特定高齢者施策における介護予防プログラム及び新予防給付における選択的サービスの一つに位置づけられた。この根拠は、要介護高齢者の低栄養状態は、身体状況、栄養状態に見合った個別の栄養ケア計画によって適正なたんぱく質、エネルギーの摂取を個別の栄養相談を介して維持することによって改善することができる<sup>13)</sup>。すなわち、栄養状態の維持、改善と食生活の自立を目指して個々の利用者に適した栄養ケアマネジメントを推進していく。また、管理栄養士は、積極的、かつ適切な通所サービスの一環として方針を立て、ケアマネジャーと連携して

栄養ケアプランを提示する。

### (3) 口腔機能の向上

認定調査、主治医意見書、一時判定結果により決定される介護認定の作業の中に、身体機能については十分な配慮がなされていても、口腔機能についてのアセスメントは嚥下機能障害の有無だけであることから、「身体は健康であっても、口は寝たきり」という多くの要介護者を見逃すことになってしまった経緯がある。そこで、「高齢者がおいしく、楽しく、安全な食生活を営むことにより、自己実現達成の支援を行う」ことを目的として、口腔機能の向上支援が取り上げられることになった。その実施内容は、①摂食・嚥下機能訓練、②口腔衛生状態の改善・口腔衛生指導、支援、介助、となっている<sup>14)</sup>。

また、口腔機能向上の実施方法について基本的には通所サービスの中で歯科衛生士や言語聴覚士がケアマネジャーと連携してニーズに対応したケアプランを提供する。なお、口腔機能の向上を果たすことは、少なくとも味覚改善、舌機能の改善及び唾液分泌機能の改善が達成でき、楽しみのある食生活の実現に貢献できることが示唆される<sup>15)</sup>とともに患者のコミュニケーションの改善にも有用であるとされる。

以上述べた運動器の機能向上、栄養改善及び口腔機能の向上が介護予防マネジメントの柱として取り入れられているが、特に栄養改善及び口腔機能の向上は軽症者というより要介護重症者にも必要で、今後介護サービスの中にも取り入れられ、ケアプランに組み込まれることが重要である。

### 3. 予防重視型システムの課題

予防重視型システムへの転換を図る今回の制度

改正は、介護サービスの費用を抑制できる制度の再構築が目的の一つとなっている。

介護予防を導入すれば効果が上がり、経費の節約になると喧伝されているが、これは試算であり、計算通りに実現するかは即断を許さない。すなわち、システムが実現することと効果が上がることは必ずしも同義ではない<sup>16)</sup>。例えば、介護予防が将来にわたり介護保険利用該当者を減少させていくことができるかどうかという問題がある。現実には、当初は要介護・要支援者数の一定の減少を生み出すとしても、予防できた者も加齢していくため、最終的にサービス利用者となり、財源抑制に直結するのかわどかに疑問がある。また、要支援や要介護1の介護悪化予防において、介護予防の対象者の選定が難しいことが挙げられる。さらに、介護予防の各種サービスを利用することを拒否する「閉じこもり高齢者」に対して、いかに意欲を高めて筋力トレーニング等のサービス利用者にしていくかは、非常に難しい。単に奨励するだけでは無理であり、ケアマネジャーを含めた多くの支援者が多大な努力を払わなければ、閉じこもりからの脱却は困難である。そのため、相当手厚いケアマネジメント支援が不可欠となる<sup>17)</sup>。この視点からステータスの高い職業としてのケアマネジャーの資質向上が大きな課題として残される。

介護予防マネジメントの課題は以上述べたとおりであるが、今後介護予防サービスを定着させるには、それを高齢者に受入れてもらうことが重要であることから、市町村においては、地域の高齢者のニーズに応えることが求められる。そのため、高齢者のニーズに合致したサービスや、その効果の測定を定期的実施し、サービスの継続的な改善を図っていく必要がある。また、高齢者のニー



## 高齢社会の進展と介護予防マネジメントについて

ズに合ったサービスの提供を行うには、加齢に伴う心身の衰えを感じた高齢者が、本当にリハビリテーションを望むのか、どのような身体の状態になることを望んでいるのかを踏まえて、提供すべきサービスを決めていく必要がある<sup>18)</sup>。

要介護2、要介護3、要介護4、要介護5の順となっている（表5）。

長崎県の介護保険の認定者数は、制度がスタートした2000年4月末現在では40,165人であったが、2004年10月末現在では67,892人と約1.7倍に増え、中でも、比較的軽度の介護を必要とする者の増加が著しくなっている。

### IV. 長崎県の要介護者数等の増加と介護予防マネジメントの推進

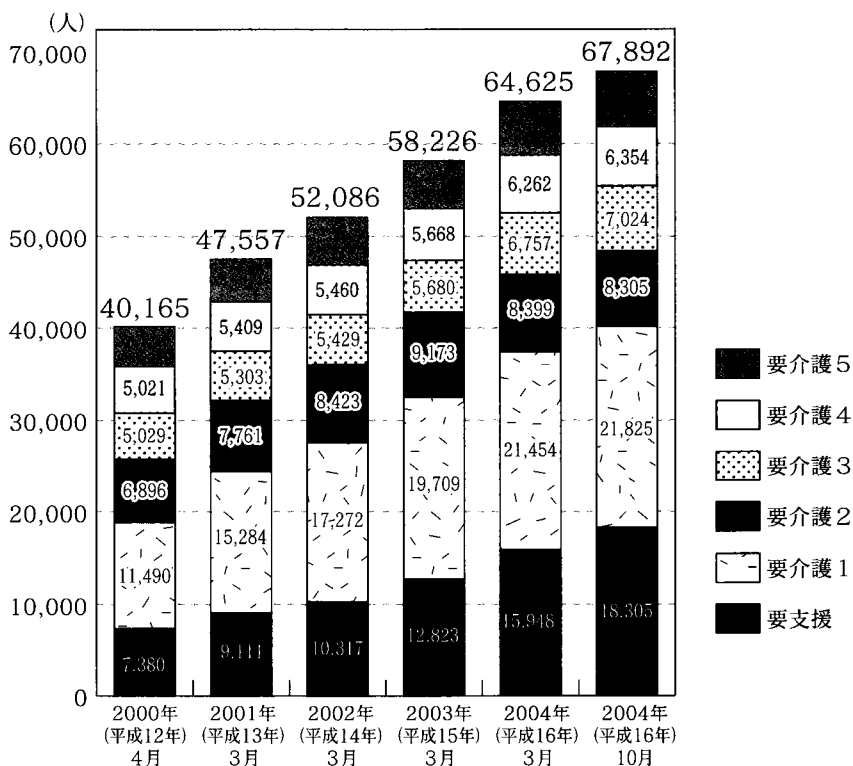
#### 1. 要介護者数等の増加

2004年10月末現在における要支援・要介護認定者数は、67,892人である。内訳としては、要介護1が21,825人と最も多く、以下、要支援、

#### 2. 介護予防マネジメントの推進

長崎県の要支援・要介護認定者の推移は、表5のとおりであるが、中でも要支援と要介護1など比較的軽度の介護を必要とする者の増加と割合が高くなっていることから、介護保険制度を将来に

表5 長崎県の要支援・要介護認定者の推移



出所：「県政だより ながさき情報通信」Vol.34, 長崎県広報公聴課, 2005年2月, 6～7頁, を基に作成。

わたって維持できるようにするためにも、今後は、要介護にならないための予防と重度化の防止が重要となる。

長崎県では、介護を要する状態となることを予防する対策として、機能訓練事業、訪問指導事業、地域リハビリテーション<sup>19)</sup> 支援体制の整備などを推進している<sup>20)</sup>。

まず、機能訓練事業については、心身の機能が低下している者で医療終了後も継続して機能訓練の必要な者に対し心身の機能の維持回復を図るための訓練を行い、日常生活の自立を助けることを目的として市町村が実施する。日常生活機能の回復を図るためには、可能な限り早期から援助を開始することが必要で、そのためには対象者の把握が不可欠である。また、訪問指導事業については、対象者の心身の状況やその置かれている環境等に照らして療養上の保健指導が必要であると認められる者に対して、保健婦等を訪問させて本人及びその家族に対し必要な指導を行い、これらの者の心身機能の低下の防止と健康の保持増進を図ることを目的として市町村が実施する。これについても訪問指導の対象者を正確に把握することが不可欠であり、また、訪問指導の実施にあたっては、訪問指導従事者相互間及び主治医との連携を密にし、在宅介護支援センター、老人訪問看護ステーション等の関係者、ケアマネジャー、ホームヘルパー、民生委員等との十分な連携・協力を確保していく必要がある。さらに、高齢者が寝たきり状態になることを予防するには、脳卒中や骨折等における障害発症時においては急性期リハビリテーション、また、症状安定期にある場合や廃用症候群に対しては、維持期リハビリテーションというように、高齢者等のそれぞれの状態に応じた適切

なりリハビリテーションが提供される必要がある。現状では、維持期における介護予防対策の一環として市町村の保健福祉事業を展開させるには、医療機関等との情報システムが十分整備されているとは言い難い状況である。したがって、介護予防マネジメントとして、高齢者や障害のある者の様々な状態に応じた地域リハビリテーションが適切かつ円滑に提供される体制の整備を推進する必要がある。

また、長崎県では市町村が行っている次のような介護を予防するための事業を支援している<sup>21)</sup>。

- ① 自宅と医療機関などを専用車両で送迎する外出支援サービス
- ② 栄養バランスの取れた食事を提供する配食サービス
- ③ 転倒時などの骨折を予防する方法を学ぶ教室<sup>22)</sup>の開催
- ④ 認知症高齢者の介護方法を学ぶ教室の開催

以上述べたとおり、要介護状態を改善するための介護予防や心身の健康のために行うリハビリテーションが非常に重要であることから、県は市町村が地域の実情に応じて行う介護予防サービスや生活支援サービスについて一層積極的に推進していく必要がある。

## V. おわりに

介護保険制度については、2000年4月に施行され、現在5年を経過しているが、介護サービス利用者数はスタート時の2倍を超えるなど、高齢期の国民生活を支える制度として定着しつつある。その一方で、利用の伸びに伴い費用も急速に増大しており、「制度の持続可能性」を確保する

## 高齢社会の進展と介護予防マネジメントについて

ことが喫緊の課題となっている。また、認知症高齢者や一人暮らし高齢者の増加などの新たな課題へ対応していくことも求められている。こうした状況を踏まえ、2003年5月より介護保険制度全般にわたる見直しが行われた結果、予防重視型システムへの転換、施設入所者の居住費・食費の見直し、新たなサービス体系の確立、サービスの質の向上等を内容とする介護保険法改正法案が2005年2月に第162回(通常)国会に提出され、同法案は、同年6月22日、参議院本会議で可決・成立し、同月29日に公布された経緯がある。改定の大きな柱として注目を集めているのが「介護給付から予防給付への転換」である。今回の改正は、要介護状態になるリスク、あるいは要介護状態が悪化するリスクを軽減する仕組みを組み入れ、制度の効率性の向上を図るものとされているが、高齢者等の要介護状態の悪化の防止のみだけでなく、そうした状態の悪化を防ぐための介護サービスの提供による生活支援がより重要であると考える。

長崎県は、「ヤング・オールド作戦」と称して、2000年度より県下全域に対して、「寝たきりは予防できる」ことについて普及啓発を図るとともに、保健・医療・福祉の各分野が連携し効果的なサービスが提供できる体制の整備、人材の養成等を行い、介護予防マネジメントの推進を図ることとしている<sup>23)</sup>。事業概要として、寝たきり予防推進事業や地域リハビリテーション推進事業など<sup>24)</sup>を挙げているが、介護サービスの質を確保し、利用者の満足度を高めるためには、多様な事業者が自由な競争の下で創意工夫を凝らし、切磋琢磨していくことができるような環境づくりが不可欠である。

また、高齢者のリハビリテーションの実践に際し、「高齢者の状態像は年齢、性、健康状態、生活機能(生命、生活、人生)、本人の生活歴、価値観、家族環境、居住環境などによって多様であり、これまでの長い生活、人生を反映した極めて個別的、個性的なものである」ということを十分に理解把握し、適切なアセスメントにより利用者や家族の訴え、意向に沿った介護サービスが提供<sup>25)</sup>されなければならない。そのためには、ケアマネージャーなど介護サービスに係る人材の確保と資質の向上及び社会福祉事業従事者など保健、福祉、医療サービスに係る人材の確保と資質の向上を図ることが求められる。

### 注

- 1) 長崎県の人口構造は、少子高齢化が一層加速すると予測されており、65歳以上の老年人口は、2010年には348,000人となり総人口の24.0%に達し、急速な高齢化が進むことが見込まれる。一方、15歳未満の年少人口は年々減少し、2010年には215,000人となり、総人口の14.8%まで減少すると見込まれる(長崎県政策調整局企画調整課編『長崎県長期総合計画2001-2010』、2000年、490頁)。
- 2) 厚生労働省の「介護予防事業に係る市町村介護保険事業計画に関する報告書(案)」は、介護予防事業に係る市町村介護保険事業計画に関する研究班が介護予防事業(地域支援事業において実施される介護予防に資する事業)のあり方を検討するとともに、市町村介護保険事業計画を作成するに当たり、特に「介護予防事業のあり方(介護予防事業に関する市町村介護保険事業計画の作成等)」について検討を行った成果について報告を行ったものである。
- 3) 「介護予防に関する各研究班マニュアルについて」は、2005年の介護保険法等の一部改正法に基づき、新予防給付に係るサービスや介護予防ケアマネジメントの内容、地域支援事業における介護予防事業の内容等の検討の参考とするため、介護予防に関する各々の分野について専門家が検討し、マニュアルを作成したものである。介護予防に関するマニュアルは次のとおり

- である。
- ① 介護予防事業に係る市町村介護保険事業計画作成マニュアル
  - ② 総合的介護予防システムについてのマニュアル
  - ③ 介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル
  - ④ 運動器の機能向上マニュアル
  - ⑤ 栄養改善マニュアル
  - ⑥ 口腔機能の向上マニュアル
  - ⑦ 閉じこもり予防・支援マニュアル
  - ⑧ 認知症予防・支援マニュアル
  - ⑨ うつ予防・支援マニュアル
- 4) 長崎県立大学国際文化経済研究所『調査と研究』第36巻第1号, 2005年3月, 135-147頁。
  - 5) 長崎県の1970年(昭和45年)の65歳以上の高齢者人口は, 128,531人で長崎県の総人口に対する割合は8.2%, 75歳以上の後期高齢者人口は, 39,973人で総人口に対する割合は2.5%であるのに対して, 2004年の65歳以上の高齢者人口は341,860人で, 総人口に対する割合は22.9%と大幅に増加し, 75歳以上の後期高齢者人口も163,711人で総人口に対する割合は11.0%と同様に増加している(長崎県福祉保健部長寿介護政策課編『平成16年度長崎県老人保健福祉関係基礎資料』2005年3月, 1頁)。
  - 6) 長崎県政策調整局企画調整課編, 前掲書, 50頁。なお, 少子化が進む背景としては, 社会の成熟化に伴う個人の多様な生き方の選択, 女性の社会進出と子育てに対する不安などが指摘されている。
  - 7) 全国老人保健施設協会編『平成16年版介護白書』ぎょうせい, 2004年, 4頁。
  - 8) 内閣府編『平成17年版高齢社会白書』ぎょうせい, 2005年, 6頁。
  - 9) 長崎県政策調整局企画調整課編, 前掲書, 51頁。
  - 10) 厚生労働省「介護保険法等の一部を改正する法律案要綱」(2005年2月)第一改正の趣旨による。
  - 11) 厚生労働省: 運動器の機能向上についての機能班(主任研究者: 大淵修一)「運動器の機能向上マニュアル」2005年12月, 6頁。
  - 12) 厚生労働省: 運動器の機能向上についての機能班, 前掲書, 8頁。
  - 13) 厚生労働省: 栄養改善についての研究班(主任研究者: 杉山みち子)「栄養改善マニュアル」2005年12月, 1~2頁。
  - 14) 厚生労働省: 口腔機能の向上についての研究班(主任研究者: 植田耕一郎)「口腔機能の向上マニュアル~高齢者が一生おいしく, 楽しく, 安全な食生活を営むために~」2005年12月, 6頁。
  - 15) 厚生労働省: 口腔機能の向上についての研究班, 前掲書, 15頁。
  - 16) 井形昭弘「予防重視型介護システムと長寿社会」『Labor Research Library』第7号, 全労済協会, 2005年, 5頁。
  - 17) 白澤政和「介護予防は機能するか—地域包括支援センターの役割と課題—」『Labor Research Library』第7号, 全労済協会, 2005年, 8頁。
  - 18) 齋藤正基「外出の促進による介護予防」『クオタリー生活福祉研究』通巻54号 Vol.14 No.2, 2005年, 64頁。
  - 19) 地域リハビリテーションとは, 高齢者や障害のある者が, 住み慣れたところで, そこに住む人々とともに, 一生安全に生き生きとした生活を送れるよう, 医療, 保健, 福祉及び生活に関わるあらゆる人々が, リハビリテーションの立場から行う活動のすべてをいう(長崎県福祉保健部長寿介護政策課編『長崎県老人保健福祉計画・長崎県介護保険事業支援計画』2003年4月, 35頁)。
  - 20) 長崎県福祉保健部長寿介護政策課編『長崎県老人保健福祉計画・長崎県介護保険事業支援計画』2003年4月, 29~35頁。
  - 21) 「県政だより ながさき情報通信」Vol.34, 長崎県広報聴課, 2005年2月, 6頁。
  - 22) 介護予防事業として市町村が行っている各種教室としてユニークなものに, 例えば東京都品川区が2005年4月より開催した「いきいき脳の健康教室」などが挙げられる。この教室は, 一人で教室に通える70歳以上の区民を対象に, 簡単な読み・書き・計算などを継続して学習することで, 脳の働きが活性化され, 高齢者の認知症予防に効果があるという東北大学医学部の川島隆太教授の研究成果を基に行われるものである。
  - 23) 長崎県政策調整局政策企画課編「ながさき新時代—平成17年度長崎県の主要事業—」2005年, 92頁。
  - 24) まず, 寝たきり予防推進事業としては, ①地域ケア推進会議の開催, ②寝たきり予防の普及啓発の展開, ③介護予防等口腔ケア推進事業, を挙げている。また, 地域リハビリテーション推進事業としては, ①地域リハビリテーション支援体制整備事業, ②ケースマネジメント研修事業, を挙げている。

## 高齢社会の進展と介護予防マネジメントについて

- 25) 藤川安藝子「介護保険制度と介護現場の接点」『介護人材Q&A』第2巻第13号、2005年11月号、71頁。

### 参考文献

- 1) 赤沼康弘・白井典子監修『介護保険と契約—「契約」で読み解く居宅サービス運用—』日本加除出版、2002年。
- 2) 伊藤周平『「改正」介護保険と社会保障改革』山吹書店、2005年。
- 3) 鬼崎信好・増田雅暢・伊奈川秀和編著『世界の介護事情』中央法規出版、2002年。
- 4) 鏡諭編著『「介護予防」のそこが知りたい!』ぎょうせい、2005年。
- 5) 佐藤進『介護保険運営における自治体の課題』法律文化社、2003年。
- 6) 鈴木隆雄・大淵修一監修『介護予防完全マニュアル』東京都高齢者研究・福祉振興財団、2004年。
- 7) 鈴木隆雄・大淵修一監修『(続) 介護予防完全マニュアル』東京都高齢者研究・福祉振興財団、2005年。
- 8) 高野範城・青木佳史編著『介護事故とリスクマネジメント』あけび書房、2004年。
- 9) 東京都社会福祉協議会編『介護保険法等の一部を改正する法律案資料集』東京都社会福祉協議会、2005年。
- 10) 増田雅暢『介護保険見直しの争点』法律文化社、2003年。
- 11) 山田誠編著『介護保険と21世紀型地域福祉—地方から築く介護の経済学—』ミネルヴァ書房、2005年。

### [付記]

本研究は、平成17年度長崎県立大学教育研究費（学長裁量分）「課題：高齢社会の進展と介護予防マネジメントについて—長崎県の人口高齢化と介護予防マネジメントの推進—」の支援を得て行われたものである。