

第3章 未来予想図の実現に向けた3つの戦略と 具体的施策展開

～三重の地域住民を支える安心の三重奏(さんじゅうそう)～

「元気力」

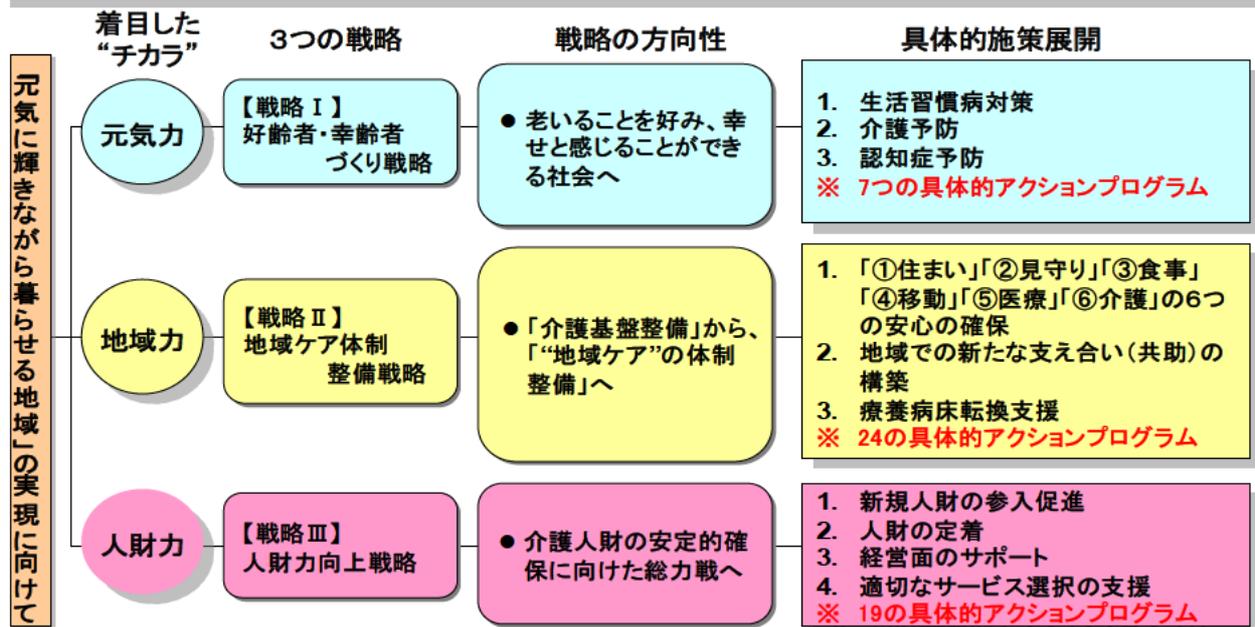
「地域力」

「人財力」

- 「みえ地域ケア体制整備構想」で示した三重県の未来予想図である「元気に輝きながら暮らせる地域」の実現に向けて、①「元気力」、②「地域力」、③「人財力」の3つの“チカラ”に着目した戦略を取ります。
- これから高齢者が増えてきますが、活動的で生きがいに満ちた高齢者に地域・コミュニティを支えてもらうためには、高齢者が“元気”であることが必要です。また、可能な限り住み慣れた自宅で暮らし続けたいという県民の願いを叶えるためには、「住まい」「見守り」「食事」「移動」「医療」「介護」といった安心を備えた“地域”であることが必要です。さらに、これらのサービスを提供するためには、安定的な“人財”が必要です。
- こうした観点から、「元気力」「地域力」「人財力」の3つの“チカラ”に着目した戦略を取ることとしました。
- 3つの戦略の下、今回の計画期間である2009(平成21)年度から2011(平成23)年度までの3年間に、50の具体的な行動(アクション)をとります。

未来予想図の実現に向けた3つの戦略と50の具体的なアクション

- これから高齢者が増えてくるが、活動的で生きがいに満ちた高齢者に地域・コミュニティを支えてもらうためには、高齢者が“元気”であることが必要。
- また、可能な限り住み慣れた自宅で暮らし続けたいという県民の願いを叶えるためには、「住まい」「見守り」「食事」「移動」「医療」「介護」といった安心を備えた“地域”であることが必要。
- さらに、これらのサービスを提供するためには、安定的な“人財”が必要。



戦略Ⅰ 好齢者・幸齢者づくり戦略

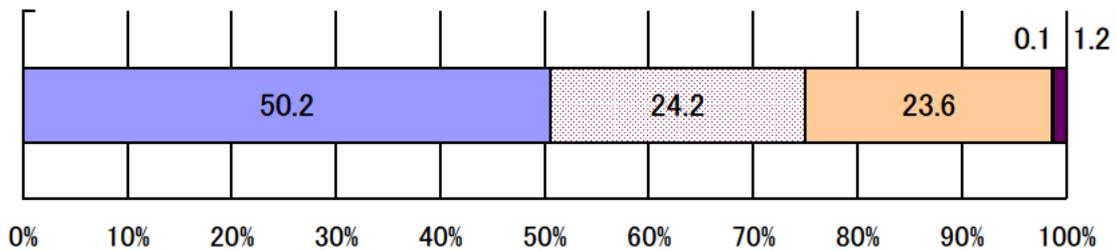
戦略の方向性

(老いることを好み、幸せと感ずることができずる社会へ)

- 現在、「高齢者」とは、一般的に 65 歳以上の人々を指して使われています。
- 65 歳以上を高齢者としたのは、1956(昭和 31)年の国連の報告書にあると言われています。この報告書では、当時の欧米先進国の水準を基に、65 歳以上の割合(高齢化率)が 7%を超えると、**「高齢化が進行している社会」と定義しています。**
- 我が国では、1963(昭和 38)年に、老人福祉法が制定され、国と地方公共団体が高齢者の福祉を推進する責務が定められました。
- 1965(昭和 40)年当時の三重県の高齢化率は 7.9%、平均寿命(0 歳の平均余命)は男性 68.61 歳・女性 73.32 歳でした。それに対して、2005(平成 17)年現在、高齢化率は 21.5%、平均寿命は男性 78.90 歳・女性 85.58 歳となっています。
- **この 40 年間で、平均寿命は 10 歳以上伸びました。それにもかかわらず、高齢者の定義を 65 歳以上に据え置くことは、平均寿命の伸びに対応していないと言えます。**
- 70 歳は「古希(こき)」と呼ばれていますが、これは、古来は 70 歳まで生きることは希(まれ)であることに由来します。しかし、65 歳以上の者が 3 人に 1 人以上となれば、この年齢層に対する見方が今のままであるはずがありません。
- 事実、県民の半数以上は「**高齢者は 65 歳以上よりも高い年齢の人とすべき**」と答えています。また、2 割以上が「**個々人の事情に即して判断すべきであり、年齢で一律でとらえるべきではない**」とも答えています(図 3-1-1)。
- 高齢化率が 21%を超えて「超高齢社会」に突入し、今後さらに急速に高まると見込まれる中、また、同時に人生が長く、人々の価値観も多様化する中で、「65 歳以上」を「高齢者」と、そして「高齢者＝支えに依存」と年齢で輪切りして考えるべきではありません。
- 人間、誰もが、齢を重ね、いつかは「**老い**」を迎えます。その「**老い**」に無理に抵抗する必要はありません。

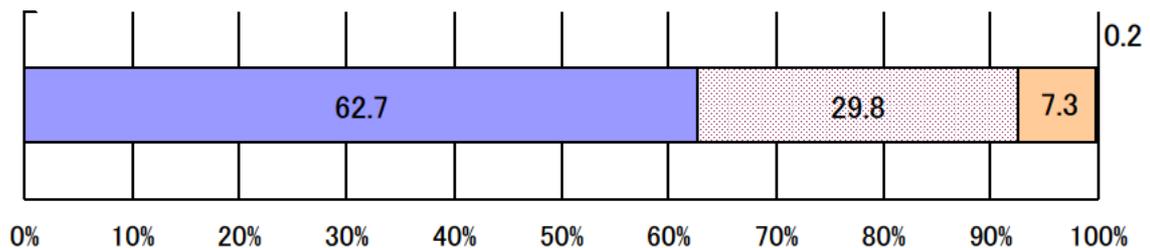
- 老いることを否定的に捉えず、老いることを好む「好齢者」、老いることを幸せと感じる「幸齢者」であれば、超高齢社会を悲観する必要はありません。
- 健康づくりから始まり、働きたい方は働き、積極的に社会参加し、文化・スポーツを楽しむといったように自分らしく生きていく高齢者を支援することにより、**老いることを好み、幸せと感ずることが出来る社会**を目指します。

高齢者の定義（回答者数 817 人）
 （質問）現在、一般的に「高齢者」とは 65 歳以上の人々を指すことが多いですが、今後「高齢者」とはどのような人だととらえるべきだと思いますか？



- 65歳以上よりも高い年齢の人とすべき
- 65歳以上というとらえ方のままでよい
- 個々人の事情に即して判断すべきであり、年齢で一律にとらえるべきではない
- その他
- 分からない

具体的な年齢（回答者数 410 人）
 （質問）（先の質問で 65 歳以上よりも高い年齢の人とすべきとお答えいただいた方にお聞きします）。具体的には何歳から高齢者ととらえるべきだと思いますか？



- 70歳以上
- 75歳以上
- 80歳以上
- 85歳以上
- その他
- 分からない

図 3-1-1 高齢者の定義
 （県民 e-モニター調査、平成 20 年 8 月実施）

具体的施策展開

1. 生活習慣病の予防は介護予防でもあることから、メタボリックシンドローム対策を中心とした健康づくりを進めます。
2. 就労・社会参加の促進、文化・スポーツの振興等を含めた広範な介護予防事業を進めます。
3. 認知症も予防が可能なものがあることから、認知症予防を進めます。

1 生活習慣病の予防は介護予防でもあることから、メタボリックシンドローム対策を中心とした健康づくりを進めます。

(現状と課題)

- 我が国の年齢別受診率を見ても、生活習慣病に分類される循環器系の疾患については、入院・外来とも年齢が高くなるにつれて増加しています。外来は40歳を過ぎた頃から、入院は75歳を過ぎた頃から増加しています(図 3-1-2)。
- 生活習慣病の進行モデルをみると、まず、不適切な食生活(エネルギー・食塩・脂肪の過剰等)・運動不足・ストレス過剰・飲酒・喫煙といった**不健康な生活習慣**により、肥満症・糖尿病・高血圧症・脂質異常症といった**内臓脂肪症候群**としての生活習慣病にかかります。
- その後、これらの**生活習慣病が重症化**すると、心筋梗塞・狭心症といった**心臓の疾患**、脳出血・脳梗塞といった**脳血管の疾患**、そして、糖尿病の合併症としての人工透析等になっていき、**最後は生活機能の低下や要介護状態**となります(図 3-1-3)。
- この生活習慣病の重症化を防ぐことができれば、要介護状態にならなくて済みます。事実、要介護になった原因をみると、第1位は脳血管疾患ですので、**生活習慣病の予防を行うことは究極の介護予防**でもあるのです。
- **メタボリックシンドロームとは、内臓脂肪型肥満を共通の要因として、高血糖・高血圧・脂質異常等を呈する状態**のことを言います。内臓脂肪が溜まりすぎると、脂肪細胞から悪性の物質が出て、それが**血管内の代謝異常・不調**を引き起こして、高血糖・高血圧・脂質異常もその一環で出てきます。
- このメタボリックシンドロームの該当者・予備群の割合ですが、三重県は**全国と同様の水準**となっています(図 3-1-4)。

高齢期に受療・入院に至る生活習慣病

(全国ベース)

- 生活習慣病に分類される循環器系の疾患については、入院・外来ともに年齢が高くなるにつれて受診率が増加。
- 40歳を過ぎたことから外来受診が増えはじめ、75歳を超えた頃から入院受診が伸びる。

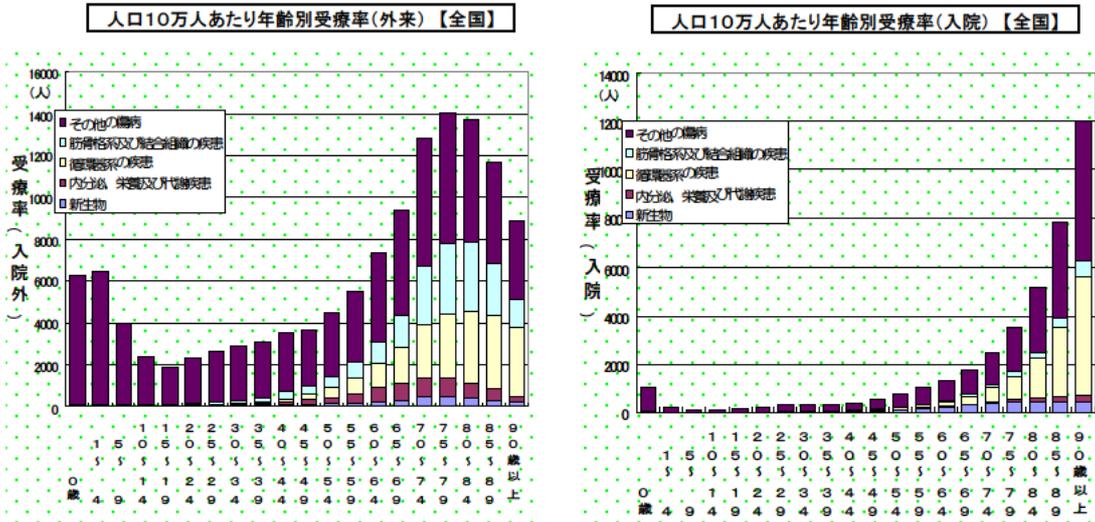


図 3-1-2 人口 10 万人あたり年齢別受診率

生活習慣病の進行モデル

- 「不健康な生活習慣」の継続により、「予備群(境界領域期)」→「内臓脂肪症候群としての生活習慣病」→「重症化・合併症」→「生活機能の低下・要介護状態」へと段階的に進行していく。
- どの段階でも、生活習慣を改善することで進行を抑えることができるが、とりわけ、境界領域期での生活習慣の改善が、重要。

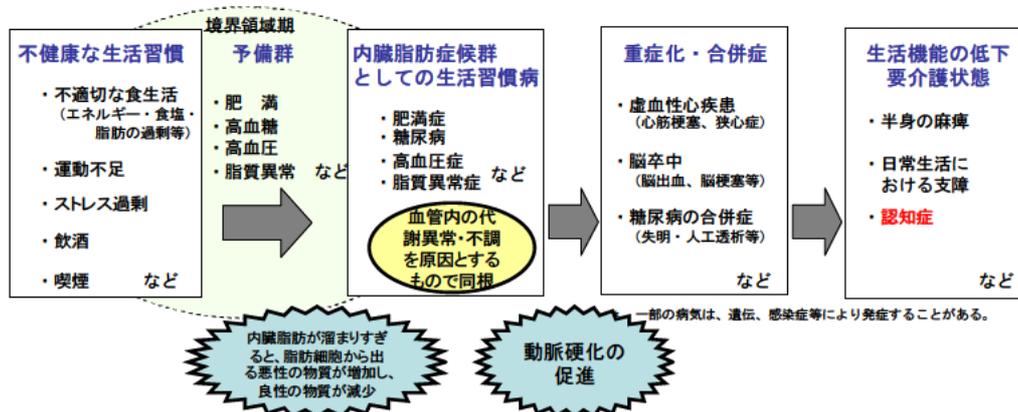
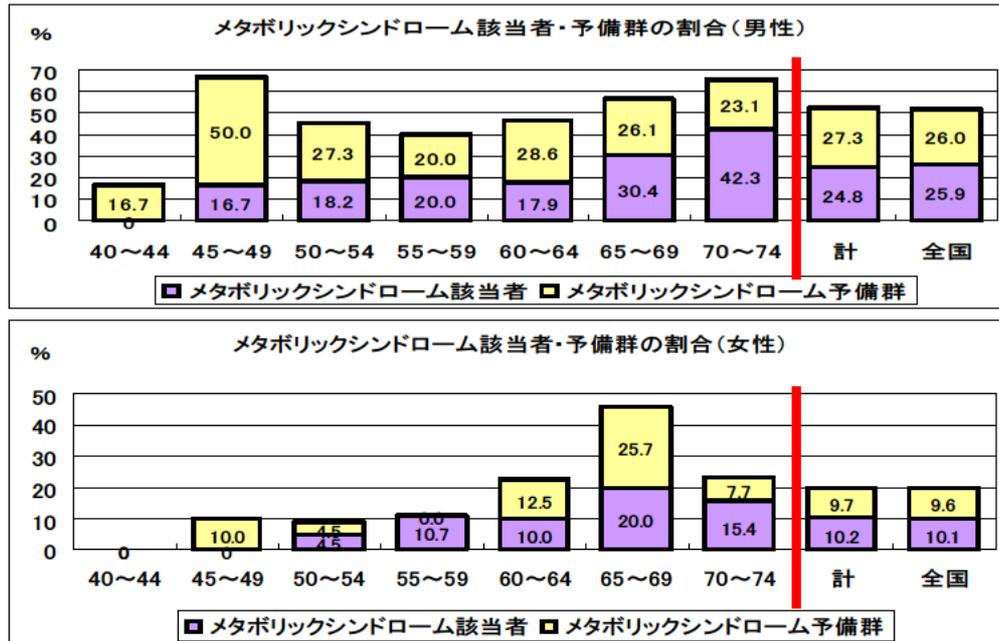


図 3-1-3 生活習慣病の進行モデル

メタボリックシンドローム該当者・予備群の状況



資料：平成16年国民健康・栄養調査、平成16年県民健康・栄養調査

図 3-1-4 メタボリックシンドロームの該当者・予備群の状況

(県が講ずる具体的施策)

- 生活習慣病は、「不健康な生活習慣」の継続により、「予備群（境界領域期）」 「内臓脂肪症候群としての生活習慣病」 「重症化・合併症」 「生活機能の低下・要介護状態」へと段階的に進行していきます。どの段階でも、生活習慣を改善することで進行を抑えることができますが、とりわけ、**境界領域期での生活習慣の改善が重要**になってきます。
- 高血糖・高血圧・脂質異常等は別々に進行するのではなく、その原因は同じであり、内臓脂肪による血管内の代謝異常・不調です。高血糖・高血圧・脂質異常等の症状を一つ一つ抑えても根本的な改善につながりません。運動習慣の徹底、食生活の改善、禁煙等の生活習慣の改善による**内臓脂肪の減少が重要**です(図 3-1-5)。
- 三重県では、県の健康づくり総合計画「ヘルシーピープルみえ・21」に、**メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率、健康診査・保健指導の実施率等に関する項目を追加**したところであり、保険者協議会や地域・職域連携推進協議会等の場を活用し、関係者の理解を得つつ、同計画の目標達成に向けて以下の取組を進めていきます。

(1) 医療保険者が実施する特定健診・保健指導を通じた健康づくり(ハイリスクアプローチ) 《継続改善》

- 2008(平成20)年4月から、老人保健事業に代わり、医療保険者に対して、40歳以上の医療保険加入者(本人及び被扶養者)を対象とする、メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の早期発見を目的とした健康診査(特定健康診査)の実施が義務づけられました。また、健康診査の結果、メタボリックシンドロームあるいはその予備群とされた者に対しては、保健指導(特定保健指導)の実施が必要となりました。
- 県は、特定健診(同時に実施されることとなる介護予防の生活機能評価を含む。)の実施に当たり、市町・後期高齢者医療広域連合と検討を重ね、三重県の統一ルールを設定し、**受診環境の整備**に努めてきました。1年目の実施状況を見極めながら、**今後、更なる事務の改善**を図っていきます(図 3-1-6)。

(2) 健康づくりの普及啓発(ポピュレーションアプローチ) 《継続改善》

- 運動、食生活、禁煙といった生活習慣の改善の重要性を理解し、実践している住民をいかに育てるのが、ポピュレーションアプローチの基本です。「歩く文化」や「食育」を始めとする、地域の「健康文化」の定着に向けて、行政には“仕掛け”を用意することが求められることから、**各地域での取組内容・取組方法等を共有化し、成果の普及**を図ります。

【コラム 1】

健康文化の定着に向けて～ウォーキングと食育～

- 「1に運動、2に食事、しっかり禁煙 最後にクスリ」ということを理解している住民をいかに育てるかが、ポピュレーションアプローチです。
- 家に帰ったら、「太るのは健康に良くないと学校で学んだ」とか「肥満というのは病気の始まりらしい」と家族から言われ、気をつけなければならないという意識になるような環境を作っていくことです。
- そして、三重県は「車社会」であり、近くにちょっとした買い物に行くのも車を使うことが無意識のうちに行われています。
- 健康には、「歩く文化」を根付かせることが重要です。
- 超高齢社会になれば、車を運転できない者も増えてきます。歩いていける範囲で生活ができるというコンパクトシティ構想という都市づくりとも連動して、「歩く」ことに注目してみてもいいのではないでしょうか。
- 三重県庁でも、例年、ウォーキング大会を開催しています。市内を巡るウォーキングのほか、血圧・体脂肪測定や健康相談等も行っています。
- また、ポピュレーションアプローチの重要な柱の一つとして、「食育」があります。
- 生活習慣というのは、体に刷り込まれてしまいます。壮年期で行動変容を求めても、なかなかうまく行きません。刷り込まれたものを変えるというのは大変なものです。したがって、幼児期に良い生活習慣を身につけることが最も有効といえます。
- 幼児期に、例えば塩辛いもの、脂っこい物、スナック菓子を好んで食べるという習慣が付いてしまうと大変です。幼児期からいかに好ましい食生活を習慣とするかという意味で、幼児期からの「食育」は重要な取組と言えます。



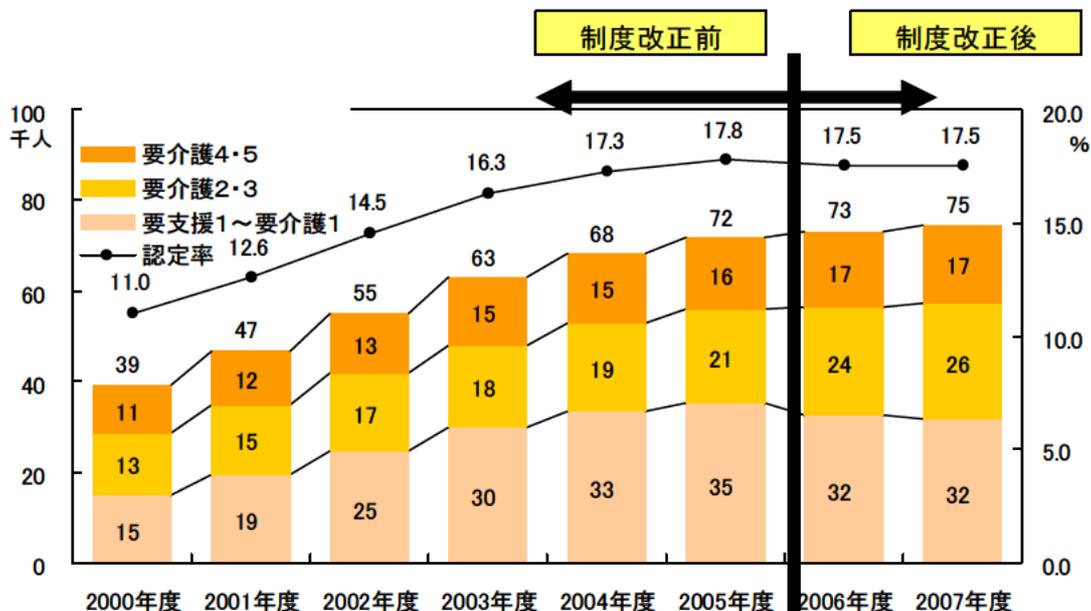
写真 県民健康の日記念（ウォーキング大会）
（健康づくり室ホームページより）

<http://www.pref.mie.jp/KENKOT/HP/hpm21/>

2 就労・社会参加の促進、文化・スポーツの振興等を含めた広範な介護予防事業を進めます。

(現状と課題)

- 要介護・要支援高齢者数は介護保険制度がスタートした2000(平成12)年度は約3.9万人(認定率11.0%)だったものが、2007(平成19)年度は約7.5万人(認定率17.5%)となっていました。
- 特に、要支援や要介護1といった軽度者の増加は著しく、2000(平成12)年度から2005(平成17)年度の5年間で、約2.3倍の伸びとなっており、要介護認定者数の約半数を占めていました(図3-1-7)。

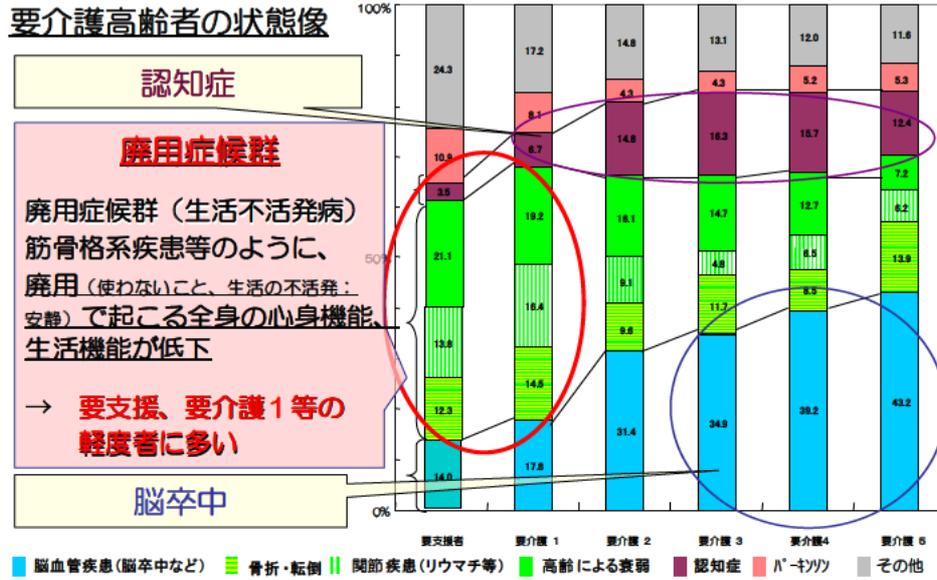


資料：2006年度以前は厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告」、2007年度は厚生労働省老健局「介護保険事業状況報告月報(暫定版)」

図3-1-7 要介護・要支援認定者数の推移

- 介護を必要となった原因を見てみると、要介護度が重い重度者は脳卒中等の脳血管疾患が多い一方、軽度者については、廃用(使わないこと、生活の不活発、安静)で起こる全身の心身機能、生活機能の低下である「廃用症候群」が多いという特徴があります(図3-1-8)。
- 2005(平成17)年度の介護制度改革においては、こうした軽度者の状態像を踏まえ、要介護状態になることをできる限り防ぎ(=「発生を予防する」)、また、要介護状態であっても状態がそれ以上に悪化しないよう(=「維持・改善を図る」)、「予防重視型システム」へと制度全体が見直されました(図3-1-9)。

要介護度別の原因割合



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

図 3-1-8 介護を必要となった原因割合 (要介護度別)

予防重視型システムの全体像

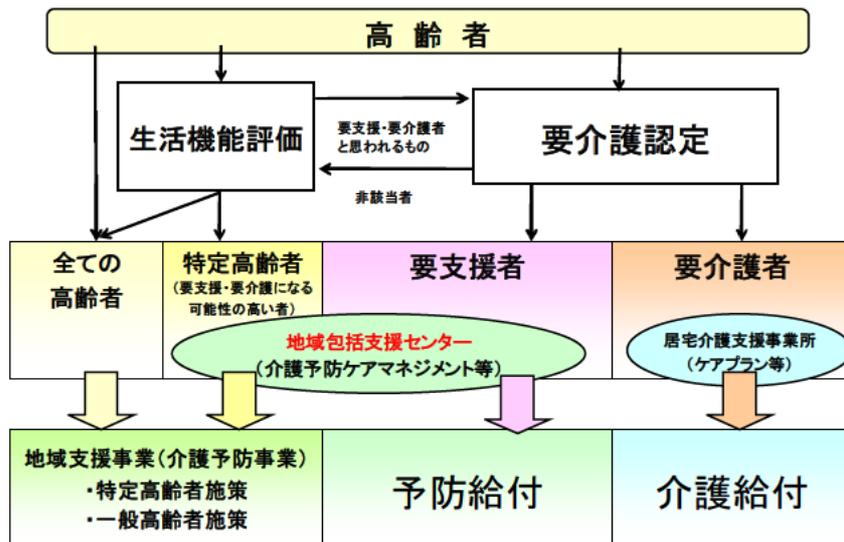


図 3-1-9 予防重視型システムの全体像

- 制度全体の見直しにより、①要支援者を対象とした予防給付、②要支援・要介護になる可能性の高い者(特定高齢者)を早期に発見し、介護予防の運動教室等への参加に結びつけていくという特定高齢者施策(ハイリスクアプローチ)、③全ての高齢者を対象とした介護予防事業の実施という一般高齢者施策(ポピュレーションアプローチ)、の3点が導入されましたが、様々な問題点が明らかになってきました。

- まず、**最大の問題点は、特定高齢者施策（ハイリスクアプローチ）**であり、「入口」と「出口」の問題が明らかになってきました。
- 「入口」の問題とは、**特定高齢者の把握**です。当初、特定高齢者は高齢者の5%程度が想定されていましたが、2007(平成19)年11月末現在で2.9%にとどまっています。
- 「出口」の問題とは、**特定高齢者の介護予防事業への参加率と、事業終了後の生活**です。特定高齢者と認定された者のうち介護予防事業に参加した方は、1割にも達していません。また、そもそも**事業を実施していない保険者**もあります(図3-1-10)。さらに、事業終了後に、地域で継続して取り組むことができる場所や機会がなく、結局、心身機能の低下を招いてしまっています。

	特定高齢者の 年間発生数 ①	高齢者数 ②	把握率 ②/①	参加率※
三重県	11,568人	42.4万人	2.9%	7.5%
全国	678,629人	2,720万人	2.5%	12.0%

※ 参加率は、特定高齢者のうち、介護予防事業に参加した割合(2007年11月末)

	運動器の機能 向上教室	栄養改善教室	口腔機能の 向上教室	その他の教室
三重県	23 保険者 (92%)	15 保険者 (60%)	19 保険者 (76%)	5 保険者 (20%)

図3-1-10 2007年度の特定高齢者数・特定高齢者事業の実施状況

- 一般高齢者施策（ポピュレーションアプローチ）については、地域によって取組に差があり、積極的に様々な取組を「介護予防」と位置づけて推進を図っている地域がある一方で、老人保健事業を介護予防事業へと移行させずに取組を中止してしまっている地域や効果的な介護予防事業の実施について悩んでいる地域もあるなど、**地域差があるのが課題**です。
- 要支援者に対する予防給付については、**介護予防プランへの理解不足と予防サービスが不十分**といった課題があります。利用者の主体的な活動と参加意欲を高めることを目指す介護予防プランとなっておらず、目標設定が曖昧だったり、評価が不十分で、いつまでもサービスを継続してしまう事例が見受けられます。また、新しい予防給付が導入されましたが、従前のサービスと何ら変わらないサービスを提供している事業所があります。

(県が講ずる具体的施策)

- 介護予防は、決して給付費の適正化を第一の目的としていません。**介護予防の理念は、「その人の生活・人生を尊重し、できる限り自立した日常生活を送れるよう支援する」というものであり、給付費の適正化は、介護予防の結果にすぎません。**
- 健康寿命の延伸により長寿を真に喜ぶことができる社会を実現するという介護予防の理念は、正しいものであると考えますが、**予防重視型システムへの見直し後に明らかとなってきた問題点に効果的に対応するため、(1)要支援者を対象とした予防給付、(2) 特定高齢者施策(ハイリスクアプローチ)、(3) 一般高齢者施策(ポピュレーションアプローチ)の、3つの段階に応じて、県は以下の取組を行います。**

(1)要支援者を対象とした予防給付の効果的な取組《継続改善》

- 地域包括支援センター及び受託先の居宅介護支援事業所を対象とした介護予防プランに関する研修会や、介護予防サービス事業者を対象とした効果的な介護予防サービスの取組事例等に関する研修会を通じて、介護予防の効果的な取組の普及啓発を行っていきます。

(2)特定高齢者の適切な把握と事業参加の促進(ハイリスクアプローチ)《継続改善》

- これまで、特定高齢者の把握は、老人保健事業の基本健康診査の際に行われる生活機能評価を通じた把握が中心でした。前述のとおり、老人保健事業に代わり、医療保険者に対して、40歳以上の医療保険加入者を対象とする、メタボリックシンドロームの早期発見を目的とした健康診査(特定健康診査)の実施が義務づけられました。
- **生活機能評価は、老人保健事業との継続性や受診者の利便性の観点から、特定健診と同時に実施されることが基本**となります。特定健診・生活機能評価の実施に当たり、市町・後期高齢者医療広域連合と検討を重ね、三重県の統一ルールを設定し、**受診環境の整備に努めてきましたが、1年目の実施状況を見極めながら、今後、更なる事務の改善**を図っていきます【再掲】。
- また、各市町の取組事例については、ホームページ等を通じて紹介するとともに、効果的な取組については、**研修会等で普及**を図っていきます(図3-1-11)。

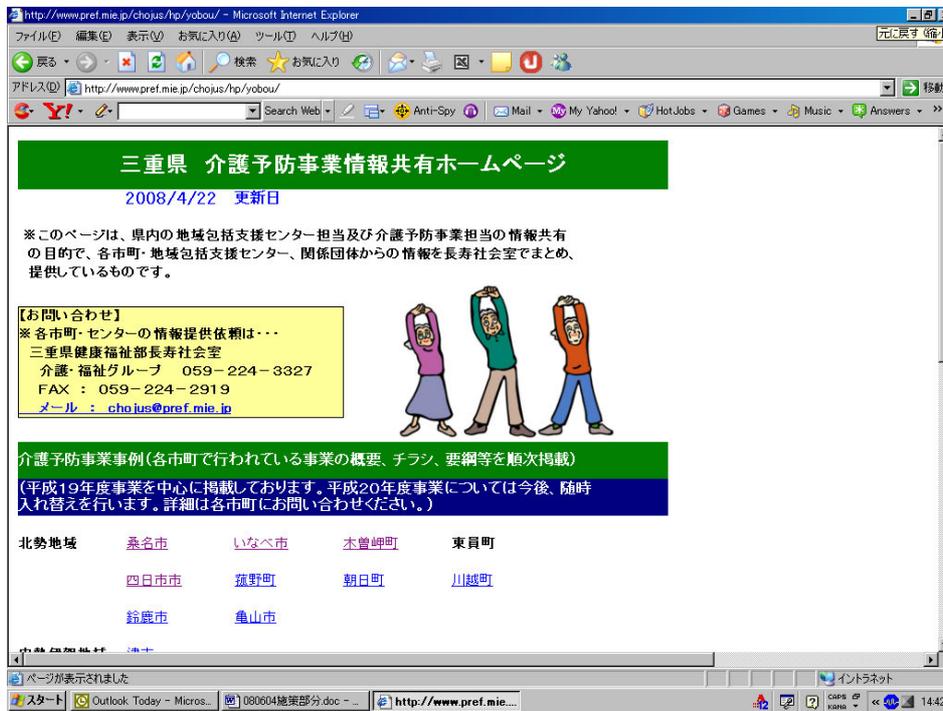


図 3-1-11 三重県介護予防事業情報共有ホームページ

(3) 介護予防のポピュレーションアプローチ《継続改善》

- 従来までの予防は、ともすれば、要介護状態となるリスクの高い者（ハイリスク群）に集中的に行われてきました。
- しかしながら、リスクは急に上昇するわけではなく、リスクの有無ということでは線引きをすることは、線引きに困難さを伴うとともに、境界線上の問題が絶えず発生します。また、集団のうち一部に行動変容を試みても定着は難しく、しかも集団全体の動向が個人の行動を大きく左右すると指摘されています。
- このため、**介護予防に住民が関心を持ち合うような地域を創っていくこと（ポピュレーションアプローチ）が、効果的**であるとされています。健康づくりのポピュレーションアプローチ同様、住民主体の取組が定着することが重要であり、**行政にはその“仕掛け”を用意**することが求められます。
- 特定高齢者施策の取組支援と同様、**各市町の取組事例については、ホームページを通じて紹介**するとともに、効果的な取組については、**研修会等で普及**を図っていきます。
- さらに、介護予防を運動教室等の開催といったように狭く捉えるのではなく、「**高齢者が生き生きと生活できる社会環境を整備すること**」と広く捉え、就労・社会参加の促進、文化・スポーツの振興等を含めた「**地域ぐるみの取組**」を支援していきます（図 3-1-12）。

厚生労働省の人生 85 歳ビジョン懇談会において「『人生 85 年時代』に向けたリ・デザイン」がとりまとめられています。盛り込まれた内容は、介護予防のポピュレーションアプローチの参考になると考えます。

問題意識

- ・ 平均寿命が延伸し「人生 85 年時代」が到来するとともに、人々の価値観が多様化
- ・ 従来典型的だった「20 歳前後までは学校に通い、定年までひたすら働き、その後は年金生活で余生を過ごす」といった年齢で輪切りにする人生設計は、誰もが自分らしく幸せな人生を全うするという理想をかなえる上で時宜に合わないものとなりつつある
- ・ 国民一人ひとりが健康で充実した暮らしを送れるよう、人生設計をデザインし直し(リ・デザイン)、仕事・生活・学び・遊び等について生涯現役の社会づくりを進め、自分らしい「花のある生き方」を実現

1 充実した人生のための基礎づくり

- ・ 生涯にわたる健康確保
- ・ 生涯にわたる学習、能力開発
- ・ 死を意識し、同時に命の大切さを意識する
- ・ 音楽・詩歌・絵画・ものづくりといった芸術・文化を楽しみ学ぶ

2 生き方・働き方の再設計

- ・ 働く意思と能力のある人が希望に応じて働き続けられる「生涯現役社会」の実現
- ・ 仕事と生活のバランスの実現

3 地域社会における共助や交流

- ・ 芸術・文化・スポーツなど交流機会の拡大や、そうした機会を広げるまちづくり
- ・ 老いや介護の問題にも配慮した多様な住まいづくり
- ・ 子育て・教育・環境等の分野における地域貢献活動への様々な世代の住民参加、住民・企業・自治体など様々な関係者の協働の促進

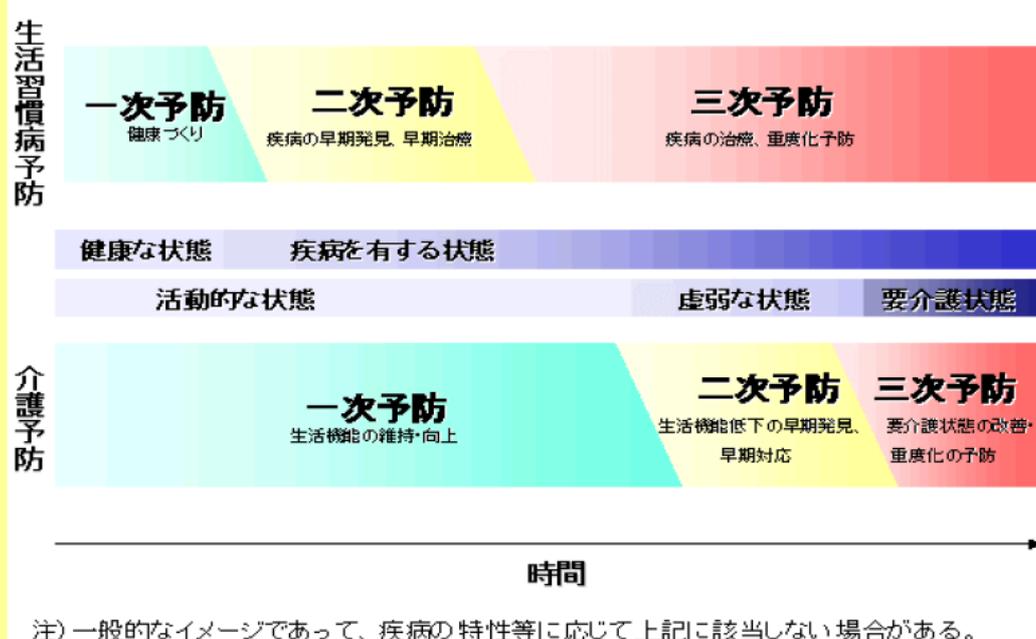
図 3-1-12 介護予防のポピュレーションアプローチの例

【コラム2】

生活習慣病対策と介護予防

- 生活習慣病の予防と介護予防の関係について、整理しました。
- 生活習慣病の予防は、その対象者の健康や疾病の状態に応じて、三つのレベルに分かれています。
 - ① 「一次予防」健康な人を対象に、健康増進や疾病予防を行うもの
 - ② 「二次予防」疾病は生じているが、症状は現れていない人を対象に、早期発見・早期治療を行うもの
 - ③ 「三次予防」既に症状の現れた人を対象に、疾病治療とリハビリテーションを通じて重度化を予防するもの
- この三つの予防レベルを介護予防に当てはめると、下記のようになります。介護予防における一次予防では、生活習慣病予防での一次予防と二次予防のレベルの人々が対象となります。

図1 生活習慣病予防及び介護予防の「予防」の段階



生活習慣病と介護予防（厚生労働省資料より）

【コラム3】

人間の身体的・精神的機能は使わないと衰えていく

- 手足の骨が折れた場合にギブスをしますが、完治してギブスを剥がしてみると腕や足が細くなっています。これは、ギブスで固定されている間、その場所の筋力を動かさなかったために筋繊維が消失したからです。これを「廃用」と言います。
- この廃用は全身で起こります。健康な大学生5人を20日間、ベッド上で安静臥床にした上で、その後の循環機能を比較すると、心臓の容積は860ccから770ccへと、1割以上も小さくなるとともに、心臓の収縮力も低下し、最大運動をさせた際の心拍出量(心臓の最大パワー)は30%も減少したといった実験結果があります。
- そして、心臓機能を実験開始前のレベルに戻すには5週間のトレーニングが必要でした。20日間の寝たきりになっただけで、元に戻るために35日間もトレーニングをしなければならないわけです。しかもこれは健康な大学生を対象とした場合です。
- 高齢者は廃用症候群を起こしやすく、また一旦起こしてしまうと、廃用症候群の症状が原因となって、さらに体を動かさなくなり、そのことがさらなる廃用症候群の進行を招いてしまうという「悪循環」に陥りやすくなってしまいます。
- したがって、廃用症候群は、予防することが何より重要であり、万一発生した場合にもできるだけ早く悪循環を断ち切ることが重要となります(玉城町で開催した辻一郎東北大学大学院教授の講演資料を参照)。



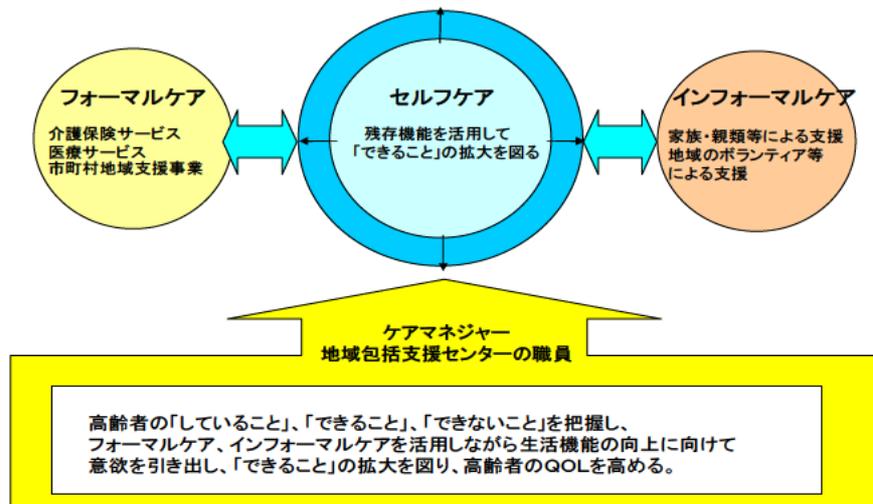
「悪循環」・「好循環」のスパイラル (厚生労働省資料より)

【コラム4】

「足りないところを補うケア」から「できること・したいことを伸ばすケア」へ

- 介護予防ケアマネジメントの基本は、「可能なことはできる限り本人が行う」よう支援していくことであり、そのためには生活機能の向上に向けて利用者自身の意欲を引き出すことが最も重要な要件となります。
- 特定高齢者と要支援高齢者は、いずれも図のように、セルフケアとインフォーマルケアおよびフォーマルケアを活用して生活していますが、介護予防ケアマネジメントの視点としては、インフォーマルケアおよびフォーマルケアが高齢者のセルフケアの欠落している部分を単に補うだけではなく、利用者のセルフケアを高めるための支援として真に機能しているかという点を見極める必要があります。
- ただし、ここでケアマネジャーや地域包括支援センターの職員が配慮しなければならないことは、利用者の達成可能なセルフケアの程度が明確化できるわけではない場合も多く、必ずしも単純に目標の実現に向けて支援できるものではないということです。この「セルフケア」というものはあくまで目標概念です。現実の利用者の達成しうるセルフケアには振幅があるため、無理のない短期の目標を設定し、それを順次こなしながら、長期の目標を達成すべく、時間をかけて計画を実施していくもの、という認識を持つことが重要です。
- そのため、アセスメント段階においては、利用者の問題状況といったマイナス面だけでなく、能力や意欲、抱負といったプラス面も把握する必要があります。同時に、利用者の社会環境面でのインフォーマルケアを受ける態勢についてもアセスメントすることが必要であり、そうしたプラス面を活用したケアプランの作成が求められているのです。このようなケアマネジメントは**ストレングス・モデル**と呼ばれ、特定高齢者や要支援者だけでなく、要介護者の支援においても重要な視点です。
- さらに、介護予防マネジメントを進めていくうえでは、利用者がサービス利用後の生活をイメージしやすいよう、具体的な日常生活における行為について明確な目標を掲げ、支援を行っていくことがポイントとなります。その際、達成可能な具体的な目標を定めて支援していくことにより、目標志向性が強調されることとなります。そして、この目標を達成するためには、定期的にサービスの達成状況を評価し、必要に応じて計画の見直しを行うことが重要となります。

セルフケアの概念図



【資料出所】 平成 19 年 10 月に三重県が開催した地域包括支援センター研修資料（白澤政和・大阪市立大学大学院教授）、「ストレングスモデルによる介護予防マネジメント」（白澤政和監修）、ソーシャルワークの TOMORROW LAND 白澤政和のブログ（<http://blog.goo.ne.jp/sirasawamasakazu>）等より

介護予防の考え方について

- ① 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）
- ② 要介護状態であっても、
状態がそれ以上に悪化しないようにする
（＝維持・改善を図る）

どのような状態にある者であっても、
生活機能の維持・向上を積極的に図ることが重要

その人の生活・人生を尊重し、できる限り自立した
生活を送れるように支援する。

→ 即ち「自立支援」（＝介護保険の基本理念）

介護予防ケアマネジメントの考え方

○軽度者の特性を踏まえたサービス提供

「本人が出来ることは出来る限り本人が行うこと」

○目標指向型のサービス提供

目標指向型とは、目の前の不自由さをただ補完するために介護するのではなく、その人の一生を考えて介護の方法を考える。そのためには、サービス評価を行いながら予後を正しく捉えることが非常に大事

○意欲を喚起する

サービスの受け手から主体的に取り組む行えるように意欲が持てるよう導く

【資料出所】 平成 20 年 6 月 地域包括支援センター職員研修 B コース
（（財）長寿社会開発センター開催）資料より

【コラム5】

介護予防の取組例～各地の取組から～

明和町地域包括支援センターの取組（特定高齢者施策）

- 要介護・要支援になる可能性の高い者（特定高齢者）の介護予防については、「運動」、「栄養」、「口腔」を三位一体で行うことが効果的です。
- 元気に運動するためには、十分な栄養が必要ですし、十分な栄養を取るためには口がしっかり動かなければなりません。
- 明和町では、特定高齢者に対して、午前中は理学療法士と健康運動士が交替で体操やレクリエーションを行い、昼には管理栄養士の指導のもと食事を作り、そしてそれを食べ、その後には、歯科衛生士が歯磨きや口の体操等の集団及び個別指導を行っています。3つの事業をまとめることで、効果的な取組を行っています。

多気町社会福祉協議会の取組（一般高齢者施策）

- 多気町では、各字の公民館や集会所で月1～2回（半日）の「さわやか広場」事業を行っています。看護師による血圧チェック（自動血圧計）を行い、認知予防教室や、理学療法士・運動療法士による体操等を行っています。（今年度は栄養士会により栄養改善についても行っています。）
- この事業のスタッフとしては、1地区2名体制（パート職員含む9名が所属）で、49地区、延べ参加数754名（平成20年4月）という取組状況です。
- 健康には、人と人とのつながりが必要です。また、人と人がつながることで健康になるとも言えます。
- また、他人に依存するのではなく自己管理・自己努力が必要であることから、事業の自主運営についても、今後検討を行っていく予定です。
- 多気町地域包括支援センターでは、地域に出向くこの事業について、「地域に定期的な交流の場を確保できている点では介護予防の基本になると感じていますが、長く続けていると依存的な体質や固有のグループとなってしまう傾向も感じられるので、各地区に応じた介護予防の視点を取り入れ、世代を超えた交流と予防の場にしていく必要を感じています」と、今後の展開を語っています。

介護予防体操の取組

- 各市町では、介護予防にかかる独自の体操の開発や、住民への普及が進んでいます。
- 四日市市では、各地域で実施している介護予防教室「お達者クラブ」で行っているストレッチ体操「お達者ストレッチ～筋トレつき～」のDVD（ビデオ）を作成しました。
- いつでもどこでも介護予防活用や健康づくりが実施できるよう、四日市市保健所においては、持参していただいたDVD（ビデオ）へのダビングを行っています。
- また、伊賀市では、「忍（にん）にん体操 介護予防バージョン」を創りました。忍者の動きと精神を取り入れて、高齢者の身体機能の維持向上や回復を目指した元気の出る楽しい介護予防体操となっています。この体操については、伊賀市のホームページで見ることができます。

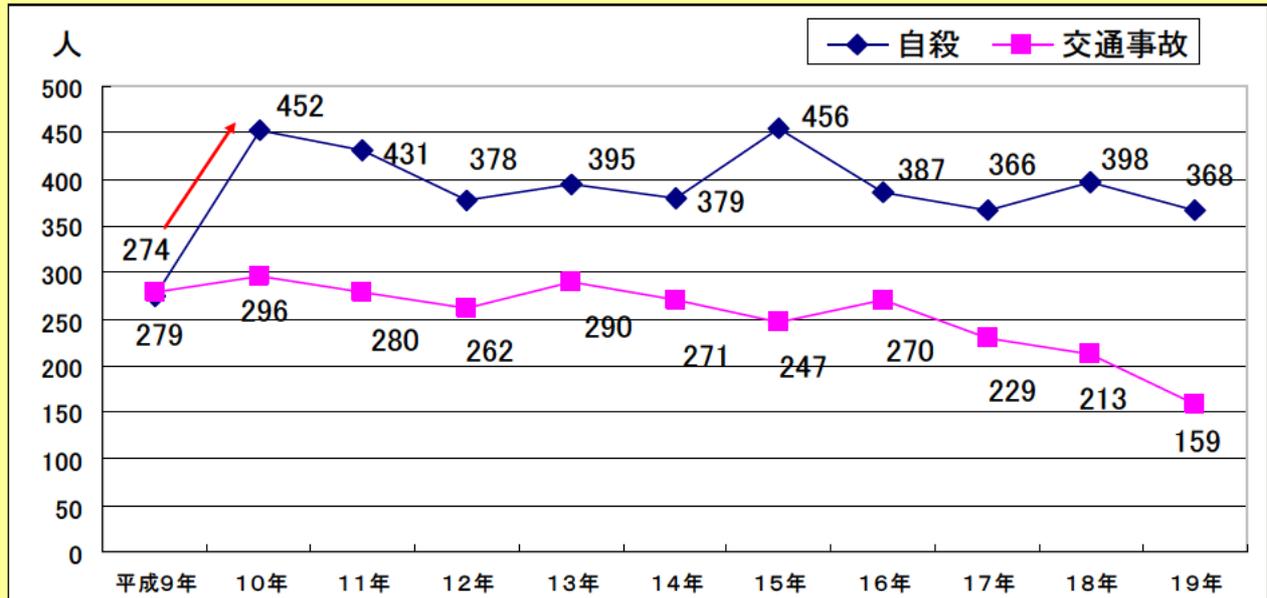


写真 多気町社会福祉協議会「さわやか広場」

【コラム6】

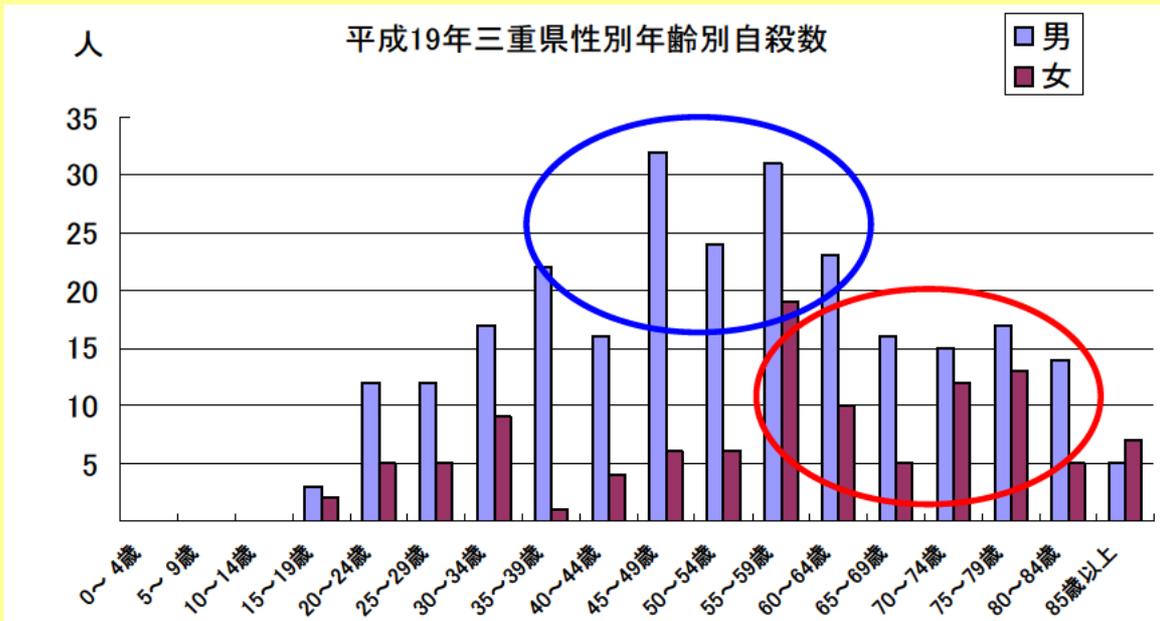
増える高齢者の自殺～自殺予防をどうするか～

- 三重県の 2007(平成 19)年における自殺者数は 368 人で、死亡総数に占める割合は 2.3%となっています。



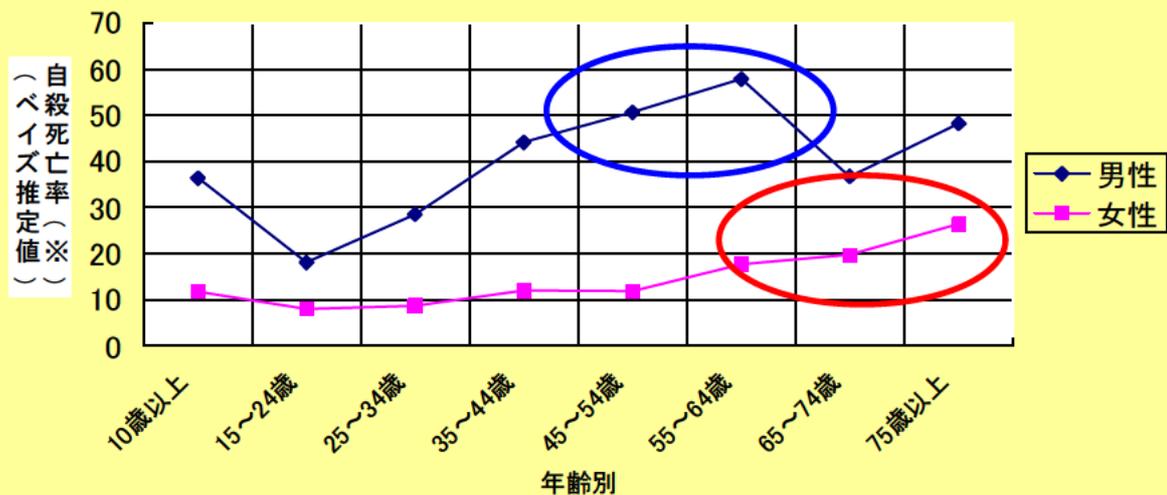
三重県の自殺者数と交通事故者数との推移
(平成 19 年人口動態調査より)

- また、三重県の死因順位(平成 18 年)で見ると、第 1 位が悪性新生物、第 2 位が心疾患、第 3 位が脳血管疾患、第 4 位が肺炎、第 5 位が老衰、第 6 位が不慮の事故、第 7 位が自殺となっています。
- 年齢別の自殺死亡率をみると、男性は、40・50 歳台の働き盛りの年齢層が高いのに対して、女性は高齢者層が高くなっています。
- 自殺は、様々な要因が複雑に関係していますが、高齢者は、「健康問題」に加え、「介護・看病疲れ」も課題となっていると言われています。
- 自殺は予防することができます。高齢者の自殺予防のための心のケアの一つの方法として、「うつ・閉じこもり予防のための教室」があり、介護予防事業の一環として実施することが可能です。介護予防事業は、現在、運動教室の取組が中心ですが、高齢者の心の健康づくりの取組も今後充実が必要です。



平成19年三重県性別年齢別自殺者数 (平成19年人口動態調査より)

自殺死亡率(2003(平成15)年~2004(平成16)年の ベイズ推定値による)



三重県の自殺死亡率

(資料：平成17年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)
「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」報告書より一部加工)

※ ベイズ推定値：観察集団の人口希望が小さい場合、自然死亡数のわずかな増減で死亡率が大きく変化します。ベイズ統計学の統計理論を使うことにより、偶然変動の影響を抑えて、正確な集団同士の比較や経年比較を可能としたものです。

※ 自殺死亡率は、各年代人口10万対における割合を表しています。

3 認知症も予防が可能なものがあることから、認知症予防を進めます。

(現状と課題)

- 認知症には大きく分けて、アルツハイマー型認知症と脳血管性認知症があります。アルツハイマー型認知症は、物忘れがいつ始まったか分かりにくく、徐々に進行します。一方、脳血管性認知症は、脳卒中等を契機に、物忘れが階段状に悪化していく病気です。
- 医療現場では、65歳以上高齢者の約10人に1人に認知症が見られると言われております。また、認知症の太宗を占める**アルツハイマー型認知症は、約20人に1人は見られると言われており、とても身近な病気 (Common Disease) となっています。**
- これまでの研究において、アルツハイマー型認知症については、適切な運動・栄養・睡眠等が発症を抑制したり、改善させる可能性があることが示されています。また、脳卒中等の脳血管疾患についても、前述のとおり、運動・栄養改善といった生活習慣病予防が有効ですので、**生活習慣病予防や介護予防は、認知症予防にもつながるもの**といえます。
- また、アルツハイマー型認知症については、現在、進行を遅らせる治療薬があり、根本的治療薬の開発研究も進んでいますので、早期の段階で発見し、早期に治療していくことで、患者のQOL (Quality of Life) の向上や、家族の負担軽減が期待できます。
- 具体的には、**正常と認知症の間の移行状態である「軽度認知機能障害」(MCI; Mild cognitive impairment) の段階での発見が重要**となってきますが、これが実際には難しいと言われております。日常の診断の中から、認知症の疑いを発見することが重要となりますが、認知症を専門としない医療関係者における認知症の理解が不十分であったり、患者からの物忘れの訴えが無く、医師の前で表面化しにくいといった点その理由として挙げられます。

(県が講ずる具体的施策)

- 認知症対策については、医療とケアに加え、予防も必要です。
- 認知症の疑いがある段階で、本人や家族、かかりつけ医等が気づき、専門医療に早期にアクセスし、早期の確定診断につなげることが重要です。早期の気づきには、「主治医・かかりつけ医の気づき」、「コメディカルの気づき」、「健康教室・介護予防教室等での気づき」が考えられるため、県は、以下の取組を進めていきます。

(1) 主治医・かかりつけ医やコメディカルの認知症対応能力の向上《継続改善》

- 高齢者は、個人差はあるものの、複数の慢性疾患を抱えていますので、普段から高齢者の健康管理・療養指導を行っている地域の主治医・かかりつけ医やコメディカル(医師と協同して医療を行う医療専門職種の総称)の対応能力の向上が重要になってきます(図 3-1-13)。
- 主治医・かかりつけ医等に認知症に関する知識等を教える役割を担う認知症サポート医を引き続き養成していきます。そして、その認知症サポート医と協働で、主治医・かかりつけ医等への研修を実施していきます。

日常の診療でアルツハイマー型認知症を疑う

患者さんとご家族の話の「食い違い」に着目

診療所でアルツハイマー型認知症の患者さんを発見しようとするときに、隠れている異常をととても敏感に察知する方法があります。それは、患者さんへの問診とは別に、ご家族からも、患者さんの日常生活の様子を聞き取るというものです。患者さんへの問診だけでは、別におかしな点は感じられなくても、ご家族の話と照らし合わせてみると、いくつもの食い違いがあることがあります。つまり、患者さんの話が事実とは違っていたわけです。

患者さん	ご家族
1) 物忘れは無い	→ 物忘れはある
2) 病院を楽しみにしている	→ 病院へ行くのを嫌がる
3) 毎日畑仕事をしている	→ デイサービスへ行く

指導が行き渡らないと感じたときは、認知症を疑う

ご家族からの聞き取りのほかに、診療所で無理なく始められる取組があります。まずひとつは、患者さんに接する中で、指導が行き渡らないと感じたときは、認知症を疑ってみるということです。

一例として、胃カメラなど絶食を必要とする検査にあたり、事前に患者さんに食事をとらないように伝えましたが、指導を守れなかった。あるいは「食事をとっていない」と答えるものの、実際に胃カメラをのぞくと、内容物が確認されたというケースがあります。内科の先生から、このような患者さんたちを紹介されたため、詳細な検査を行ったところ、かなりの高率で、アルツハイマー型認知症が認められました。

コメディカルからの情報収集

患者さんのほんの些細な変化を察知する上で、日頃から患者さんと密に接しているコメディカルからの情報は極めて有効です。患者さんの薬の飲み忘れが目立つようになったという看護師や薬剤師の報告があれば、認知症を疑ってみます。また、受付でタクシーを頼んだ患者さんがそれをすっかり忘れて二重にタクシーを呼ぶとか、受診日を間違えるといった点からも、重要なヒントを得ることができます。

図 3-1-13 アルツハイマー型認知症を見つけるコツ (松阪市で開催された鳥取大学医学部・浦上克哉教授の講演内容より)

(2) 認知症予防の普及啓発《一部新規》

- 認知症の原因となる病気には予防できるものがあることについて、県民の7割が「聞いたことはあるがあまり知らない」、「全く知らない」と答えています。
- 脳血管性認知症の予防には、生活習慣病対策が非常に有効ですし、アルツハイマー型認知症でも、運動を始めとする生活習慣病対策が発症のリスクを減らす（発症を遅らせる）ことが示されています。特に、楽しく運動することは、脳のアルツハイマー病変を弱めたり、記憶を司る海馬の働きを高めることが示されています(図3-1-14)。
- 県民を対象とした「認知症サポーター養成講座」や「みえ出前トーク」等で、認知症予防を含めた認知症に関する正しい理解の普及を図り、予防教室等への参加へつなげます。
- また、健康教室や介護予防教室で簡易な「物忘れチェック」を行うことにより、認知症の物忘れの始まりに気づき、予防や治療の第一歩を踏み出すことが可能となります(図3-1-15)。
- これらの予防に向けた取組は国のモデル事業でも実施可能であり、各市町における認知症予防に向けた取組内容・取組方法等を共有化し、認知症予防事業の定着を図ります。

「物忘れ予防」の10か条

塩分と動物性脂肪を控えた**バランスの良い食事**を心がけよう

適度に運動を行い、足腰を丈夫にしよう

深酒とタバコはやめて、**規則正しい生活**を送ろう

生活習慣病(高血圧・肥満など)の予防・早期発見・治療をしよう

転倒に気をつけよう

興味と好奇心をもつようにしよう

考えをまとめて表現する習慣をつけよう

細やかな心配りをした、**よい人間関係**を築こう

いつも**若々しく、おしゃれ心**を忘れずにいよう

くよくよしないで、**明るく前向き**に生活しよう

図3-1-14 「物忘れ予防」の10か条(嘉祥会・奥田隆利氏による県庁職員向けサポーター養成講座の資料より)

加齢に伴う普通の物忘れと、認知症の物忘れ

普通の物忘れ	認知症の物忘れ
・体験の一部を忘れる	・全体を忘れる
・記憶障害のみがみられる	・記憶障害に加えて判断の障害や 実行機能障害がある
・もの忘れを自覚している	・もの忘れの自覚に乏しい
・探し物も努力して見つけようとする	・探し物も誰かが盗ったことがある
・見当識障害はみられない	・見当識障害がみられる
・作話はみられない	・しばしば作話がみられる
・日常生活に支障はない	・日常生活に支障をきたす
・きわめて徐々にしか進行しない	・進行性である

図 3-1-15 加齢に伴う普通の物忘れと、認知症の物忘れ（全国キャラバン・メイト連絡協議会の資料より）

【コラム7】

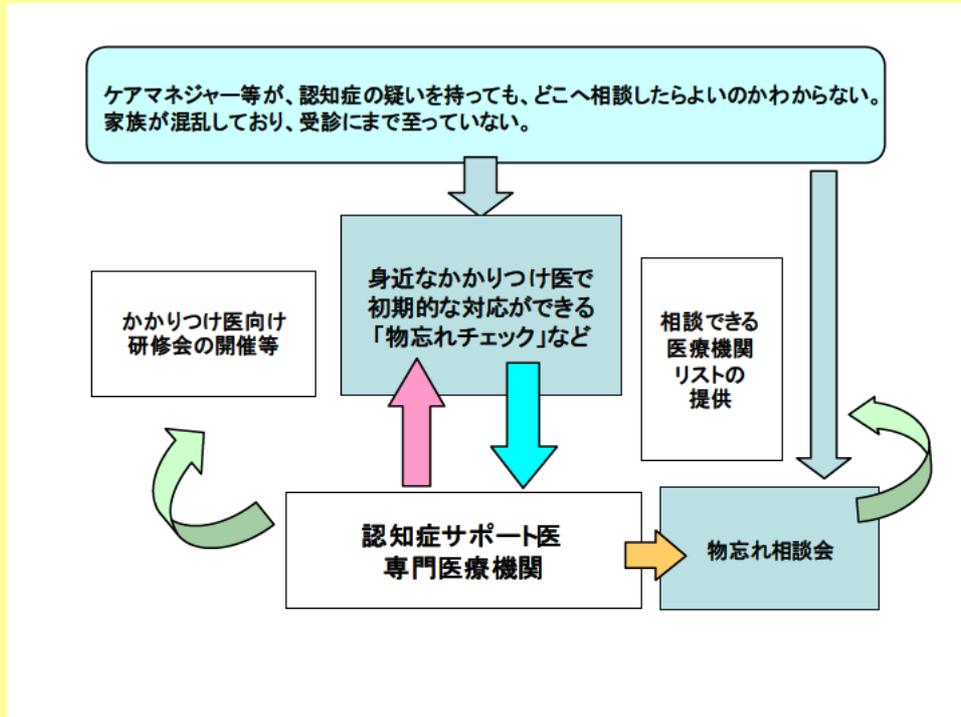
認知症予防の取組例～松阪市の取組から～

- 松阪市は、国のモデル事業の対象地域であり、そのモデル事業の中で早期受診・早期診断への道筋の確立を目指しています。
- 松阪市がこの取組を始めた背景には、介護支援専門員等が認知症の疑いを持ってもどこへ相談したらよいか分からないといったことや、家族の混乱により医療機関の受診にまで至っていないケースがあったことにあります。
- これを踏まえ、松阪市では、①かかりつけ医等を対象とした、早期発見から治療の対応を習得するための研修、②認知症を診断するタッチパネルパソコンを利用した「物忘れチェック」の実施、③認知症サポート医及び専門医療機関と協働した「物忘れ相談会」を実施することとしました。
- 認知症と診断された方については専門医療機関へのつなぎ、MCI と判断された方については各地区単位で実施する通所型認知症予防教室へつなぐ取組を行っています。
- また、この認知症予防教室は、市で養成した介護予防サポーターの協力を得て実施しており、地域づくり・人財づくりにも役立っています。



写真 左：「タッチパネルパソコン」 右：「かかりつけ医等を対象とした認知症研修会」

松阪市の認知症医療ネットワーク



松阪市の認知症医療に対する取組（松阪市の資料より）