

## 介護予防に期待するもの The Effectiveness by the Preventive Caring

伊藤春樹（藤女子大学人間生活学部人間生活学科）

### 要旨

介護保険制度の改革が決定し、介護予防を柱とした見直しが着々と進んでいる。その効果を活かすように制度を運用することは、保険料を納める市民にとっても重要なことである。そこで、今回示された暫定的な見直し案を参考にして、介護をどのように捉え、この制度の見直しを実行していくかを考察した。

また、より効果的に見直された制度を運用するにあたって、小樽市と栗山町の過去5年の結果を例として検討することで、見直しを実現する際の問題点を明確にするとともに、介護保険の運用法と今回提案された介護予防の概念、及び普及策について論じた。

**Abstract:** The reform of the system of nursing care insurance has decided, and the review of it is in progress steadily based on the thought of preventive nursing care. It's important for the citizens who pay the insurance premium to make the most of the system effectively. Then I deliberate how do we practice the review of the system, and how do we understand the nursing care by referring to the provisional plan that was submitted this time.

Now, when we apply the review system more effectively, we have to define the problems of it by considering the results of this five years' instances about Otaru-shi and Kuriyama-chyou. And, I want to treat the application of the nursing care, the concept and the promotional plan of it that was suggested this time.

### はじめに

今回の介護保険の見直しの中で、介護予防という概念が現れ、健康体操やパワーリハビリテーションなどが盛んにもはやされている一方、その効果に対する疑問も盛んに議論されている。この原因としては、要介護者に対しての手厚い介護を求める傾向が大きくなっていったため、これを可能にする財政的基盤が危うくなっていることも考えられる。この財政問題に対して、現在、何らかの方策を講じる必要性に迫られているのだが、一方で、本当に介護の必要な人には手厚い介護を提供するという介護保険の最も重要な柱を守らなければならないし、他方では、財政問題を解決するためにはできるだけ介護を必要としない方策（予防）を模索しなければならない状況になった（予防の施策をとって本当に財政問題が解決したという話は一向に聞かないし、予防に必要な財源というものを試算するための十分なデータも我々は持ち合わせていないのが現状である。工学ではメンテナンスの費用という考え方があるが、これが健康の予防という概念には適するかもしれない。このメンテナンスの考え方においては、故障を予防した上での機械の稼動には、割に合わないほどの膨大な費用が必要となることが知られている）。

また、高齢者の尊厳を守るためには、受動的に受ける介護だけでなく、能動的に生きがいを持って生活をするための介護が求められる。現在、介護問題の中で論議されていることは、受動的な介護だけでなく、高齢者自身の意向を聞きだしその意思(主体性)に沿った介護が求められていることである。この高齢者の主体性に沿うためには、高齢者自身の尊厳と自由を守ることが最低条件である。

さて、高齢者自身が生きがいを持てるようにするために、どのようなサービスを提供すればいいのか苦慮する中で、高齢者の身体的安定を保つための一つの条件（必要でも十分条件でもないが）である体力増強を提案する健康体操やパワーリハビリテーションが現れ、それに多くの人が興味を示したことは、我々が、少しでも長い期間、健康でいたいという強い願望を持っていることを如実に物語っている。

また、介護をする側から考えても単に三大介護（食事介助、入浴介助、排泄介助）を中心とする介護だけを展開していても、空虚さが残る状況であるのも事実である。それ故、介護保険が導入され、契約関係の上に成り立っている介護においても、利用者の求める介護の質が変化してきても不思議ではない。措置の時代から保険の時代に踏み出した今日、提供する介護サービスについて、利用者だけでなく財政的負担をしている市民にも説明する必要性を保険者である市町村やサービスを提供する介護保険事業者が負っていることが、介護に対する考え方という点においても大きく影響していくことが予測される。しかし、どのような新しい考え方が出てきたとしても、この三大介護という事項は、介護の現場においては重要かつ難題であり、これに対する技術的な改善を望む声も多いし、介護者や利用者の願いとしては、長期間に亘る三大介護をできるだけ避けたいことも事実である。このように考えると、高齢者の「尊厳の保持」を守るためには、三大介護を必要とする期間を如何に短くするか、あるいは三大介護を受けていても如何に当事者の希望を保ち続ける

ことが出来るかが重要となり、高齢者自身が希望を持ち続けられることを目指す介護がこれからは基本となっていくことが予測される。高齢者の希望を生み出す介護を実現するために、現状の分析というものは重要である。

そこで本論文では介護予防に向けた現状分析を紹介するとともに、現在提案されている新しい施策について触れることにする。

## 1、介護予防とは何か

介護保険制度について、厚生省介護保険制度実施推進本部事務局は介護保険創設時に制度創設のねらいとして、次の4項目を挙げている。

- (1) 老後の最大の不安要因である介護を社会全体で支える仕組みを創設
- (2) 社会保険方式により給付と負担の関係を明確にし、国民の理解を得られやすい仕組みを創設
- (3) 現在の縦割りの制度を再編成し、利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス・福祉サービスを総合的に受けられる仕組みを創設
- (4) 介護を医療保険から切り離し。社会的入院解消の条件整備を図るなど社会保障構図改革の第一歩となる制度の創設<sup>1</sup>

1998年4月に制度が運用されてから、これらの趣旨に基づいて「介護を社会全体で支える仕組み」が創られ、その意味では「国民の理解」が得られている。しかし、「利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス・福祉サービスを総合的に受けられる」とか、「介護を医療保険から切り離し、社会的入院解消の条件整備」という項目になると、国民の期待はさらに大きく、これらの実現に対する「介護を社会全体で支える仕組み」や「国民の理解」は十分に得られている段階ではまだない。「介護を社会全体で支える仕組み」を構築するためには、保険金が有効に利用されていること、提供されるサービスに価値があることの二つの前提は、欠くことができない側面である。

介護を社会全体で支えるということは、介護サービス利用者が一方的に支えられるということではなく、介護される人も社会を支える構成員であることを忘れてはならない。このように書くと、寝たきりになってどのように社会を支えるのかと疑問が湧くかもしれないが、どのような状態になっても全ての人が社会を支える一翼を担うことが出来る、と私は考える。寝たきりの高齢者が社会をどのように支えるかについては、「助ける・助けられる中での人権」<sup>2</sup>の中で論じてあるので、ここでは触れないが、相互扶助の考え方をしていかなければ、制度自身が変わらないだけでなく、制度の活用はおろか、高齢者の生きがいを創出することは甚だ難しい。

意思を持つということに関して、ローマの遺跡（競技場とか、フォーロ・ロマーノなど）を例として挙げてみるが、この遺跡を見て感嘆しない人はいないであろう。現在に比べれば、建築技術も未熟なローマ時代にあのように大規模な建造物を作ったことに人々は感嘆するが、現代に比べて未熟な技術や知識しか人類が持っていなかったとされる時代に、あれらのものを創ろうという考え方、意志を持ったことが如何に驚くべきことなのか気づく人は少ない。しかし、実際には、このような思考や意志を持たない限り、遺跡の小さな石ころ一個さえも、あのような建造物を作るために積み上げられることはなかったのである。このような意味でも、意思を持って、高齢者の社会貢献を可能ならしめる仕組みを創り上げることが、超高齢化する社会にとって必要なのである。

このような状況の中で、団塊の世代が65歳に達する2015年を見据えて、老健局長の私的研究機関である高齢者介護研究会が「2015年の高齢者介護」という報告書を出し、昨年7月に社会保障審議部会が「介護保険制度の見直しに関する意見」を出した。その中で、制度の基本理念である、高齢者の「自立支援」・「尊厳の保持」、そして「制度の持続可能性」を遂行していくために、介護保険制度の改革と介護保険サービス基盤のあり方の見直しの提案がされた。

「高齢者が住みなれた身近な地域で暮らし続けることができるように、地域における介護サービス基盤の計画的整備」を基にした、予防を重視するシステムへの転換が今回の改革の中心であるが、当然、持続可能であるためには財政的な裏づけも重要な課題である。従って、図1で述べられている総合的な介護予防システムでは、対象者を非該当者と要支援・要介護者に分類して、介護予防を展開しようとしている。非該当者を含む高齢者人口の5%程度を対象者とした地域支援事業を導入し、要支援者・軽度の要介護者に対しては

<sup>1</sup> 厚生省介護保険制度実施推進本部事務局 資料3「介護保険制度論1」1999年

<sup>2</sup> 伊藤春樹、「助ける・助けられる中での人権」、上智人間学紀要 Vol. 32, p. 99-121, 2002年

新予防給付の創設で対応しようとしている。このような展開の考え方の基本には、「介護予防は、①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、②要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする」<sup>3</sup>とした考え方があり、それらは介護保険の基本理念を重視するためには不可欠なものであるとしている。この介護予防を基本にした施策との関係を分かりやすく説明するために出された資料が、図2である。

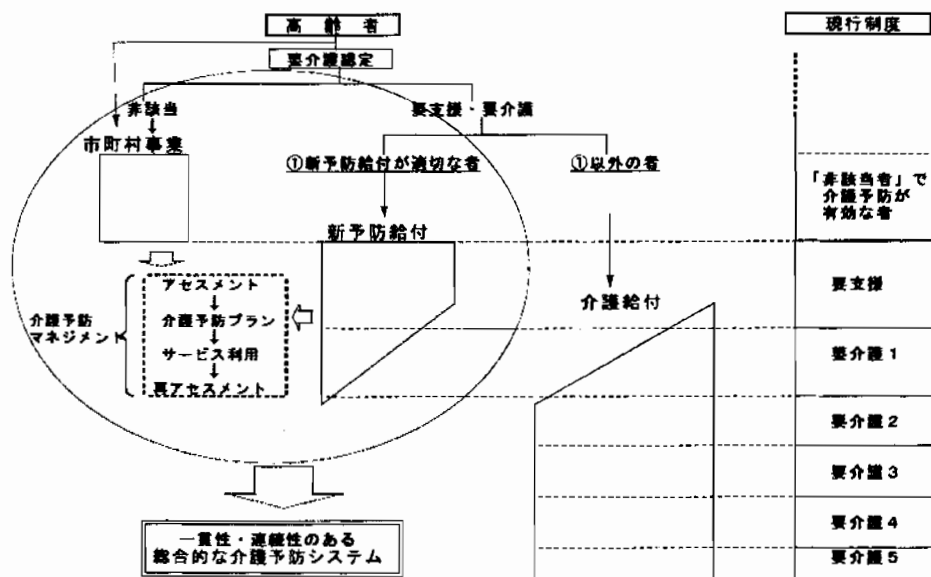


図1、総合的な介護予防システムの構築

社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」2004年7月30日より引用

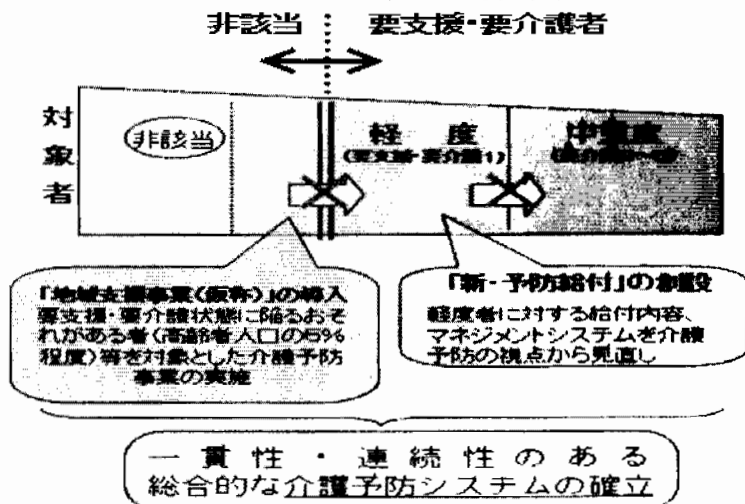


図2、総合的な介護予防システムの確立

2005年3月31日の「第三回介護予防サービス評価委研究会」介護保険制度改革について、資料1より引用（一部修正）。

今日まで介護予防という概念では、介護が必要となる状況に陥るリスクの排除が考えられ、高血圧や脳梗塞の予防、生活習慣病の予防などという様々なアプローチ法が提示されてきたが、全ては医学モデルであった。従って、これらの予防は医学的見地からなされたもので、重要であることには違いないが、介護予防が医学的な予防概念でもって考えられてきたことは否めない。今回提出された資料の中の「予防」概念もこれ

<sup>3</sup>2004年12月22日の厚生労働省発表、「介護保険制度改革の全体像—持続可能な介護保険制度の構築の資料2「持続可能な介護保険制度の構築(参考資料)」

を打ち破るものではない。

ところで、制度創設にあたって、介護保険とは社会的入院の問題解決の一つの策として考えられたものであることは周知である。その経緯からすれば、介護が医学モデルに基づいていたことも理解できるが、現在では、それだけでは十分ではない状況になってきた。介護予防においては、「病気にならない」という概念ではなく、状況の変化にもかかわらず「参加・活動」できるように高齢者を支援するという考え方で捉えることが、高齢者の「自立支援」であり「尊厳の保持」でもある。これはまさに、高齢者も社会を支える介護である。しかしながら、このように考えることは、治療できるという期待を抱き続けることを否定するのではない。住み慣れた地域社会の中で参加・活動しながら生活することを支える介護が必要であって、この目的に沿った予防概念を考えることが重要なのである。そこで次のように介護予防を考えることにした。

予防は医学的な予防であれ介護における予防であれ、第一次予防・第二次予防・第三次予防として考えるほうが考えやすいので、この考え方に添いながら、モデルを提示していきたい。

**第一次予防・・・**介護が必要となるリスクを排除。従って、健康教育とともに社会的に孤立しないように、個人が主体的に社会関係を保てるように支援する。高齢者の家族内、地域内での社会関係の構築。地域活動や社会活動への参加を促し、加齢に伴う環境変化を学ぶ生涯学習と変化に適応することを学ぶ生涯学習。

**第二次予防・・・**早期発見・早期治療。非該当のような認定を下す前に、主体的な社会関係とともに援助や対策への親しみが持てるように支援する。利用者を支援して社会的に孤立させないとともに、高齢者自身が社会を支えるための計画を作成し、最低限の介護で維持できるような介護計画を作成する。このために、本人が新しい環境及び生活にいち早く適応できるように、利用者の生活方法を分析・提案する生涯学習。

**第三次予防・・・**重度化回避。教育とリハビリテーション。介護が必要となった人の適応性を高める介護計画を立てる。介護を受ける人やその家族が行き詰まり、社会関係が崩壊して、孤立しないように支援する。本人の介護計画とともに、サービス提供者及び家族のサポートを計画する。

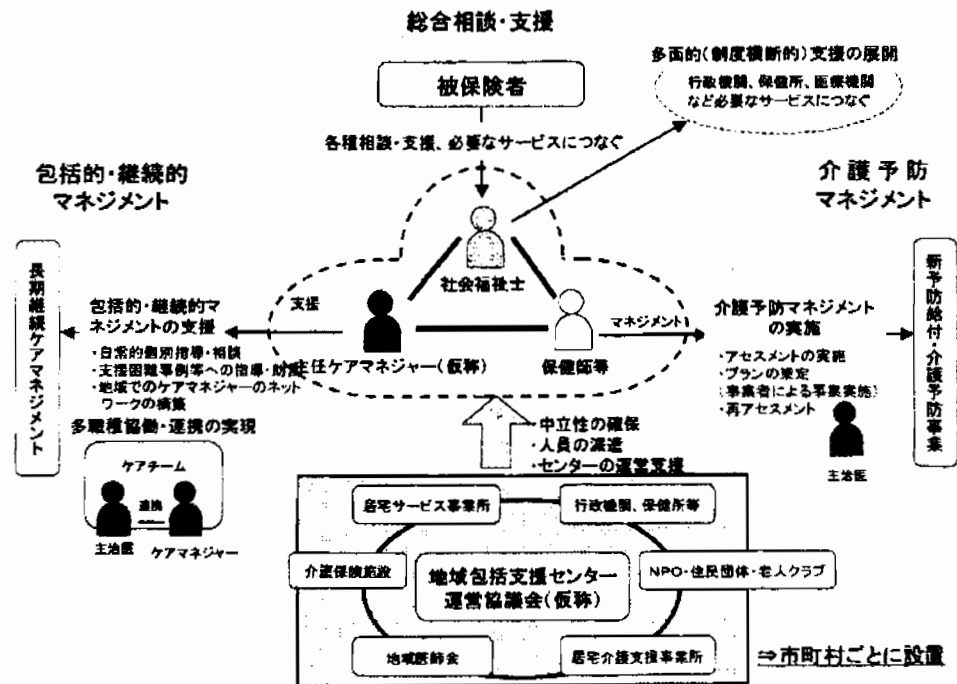


図 3、地域包括支援センターのイメージ

2005年3月31日の「第三回介護予防サービス評価委研究会」介護保険制度改革について、資料1より引用。

このように、介護の中での「予防」を考えると、現在のように介護保険の認定を受けてから介護が開始されるようなものではなく、地域住民全てが対象者であるシステムという発想に、ケアマネージャーは考え方をを変える必要がある。従って、ヨーロッパの医療制度のように、一人のケアマネージャーがある一定地域の住民の包括的な生活支援を計画するという考え方を展開する必要性が議論されても不思議ではない。地域住民を包括的支援という枠組みで組織化することによって介護予防をすると同時に、介護を受けている人の介

護の妥当性を利用者や市民がサービス提供者に対して評価し、社会の構成員が高齢者の支援活動をするをも可能にするシステムを構築する必要がある。どのような方法をとろうとも、図1や図2の総合的な介護予防システムの中では、予防マネジメントの中で制度を機能させることで、新予防給付対象者と非該当である高齢者をカバーしなければならないのである。見直しに関する意見の中では、地域包括支援センター(図3)がその機能を担うことになっているが、高齢者の人口の5%を公平に選択し、制度を効率的に活用することは非常に困難であることは予想でき、この問題を解決するためのシステムを考えなければならない。この地域包括支援センターの中で中核的な役割を担うケアマネジャーの資質・専門性、かつ、独立性・中立性についても検討されていることから、その重要性が伺える。また、総合的な介護予防システム(図2)では、モデルにおける第一次と第三次予防を二つに分け、第二次予防を両方にまたがるように、概念構築を行っている。この図では、地域包括支援センターを新予防給付サービスにし、市町村を事業実施の責任主体と考え、地域支援事業で「要支援、要介護になるおそれのある高齢者(高齢者人口の5%程度)を対象とした効果的な介護予防事業を介護保険制度に位置付ける」としている。

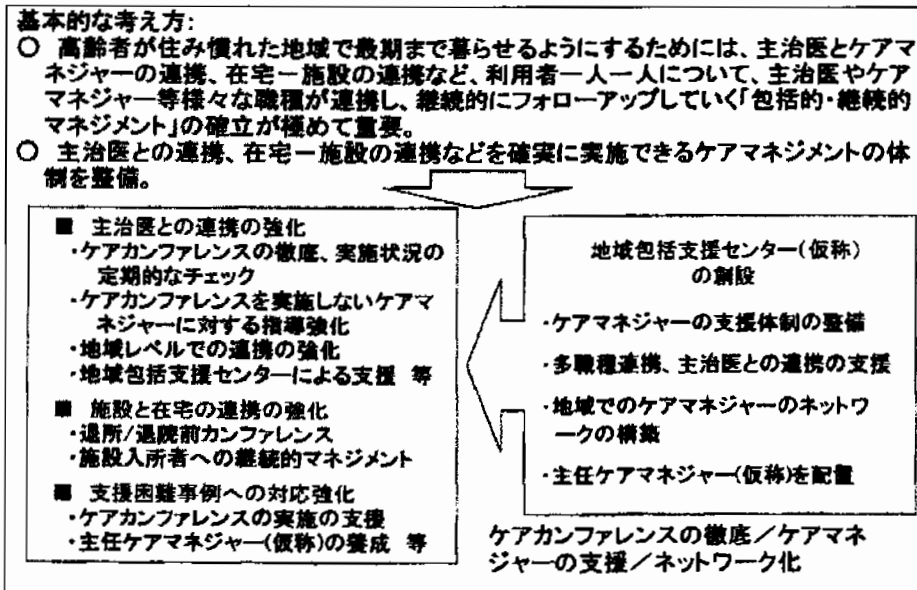
総合的な介護予防システムの確立の観点から、要支援・要介護状態になる前からの介護予防を行うとともに、要介護状態等となった場合も地域において自立した生活が継続できるようにするため、現行の老人保健事業、介護予防・地域支え合い事業及び在宅介護支援センター運営事業を再編し、地域支援事業として介護保険法に位置付けることとしている。

地域支援事業は、市町村が実施主体となつて行うものであり、次の事業は必須事業として行うことが求められる。

- (ア) すべての高齢者を対象にした健康診査等と、要介護・要支援になるおそれのある高齢者(高齢者人口の5%程度)を対象とした運動器の機能向上、栄養改善、閉じこもり予防等を含めた総合的な介護予防事業(いわゆる「水際作戦」の実施)
- (イ) 要介護状態等となることを予防するための介護予防事業のマネジメント
- (ウ) 被保険者の実態把握と総合相談・支援
- (エ) 多職種協働によるケアマネジメントの後方支援等の包括的かつ継続的ケアへの取組

また、併せて、介護給付の適正化事業、虐待防止を含む権利擁護事業、介護者の支援事業その他の事業を行うことも可能とする。<sup>4</sup>

表1、地域包括ケアの確立



注) 2005年3月31日の「第三回介護予防サービス評価委研究員会」介護保険制度改革について、資料1より引用。

<sup>4</sup>「平成17年の高齢者保健福祉施策の展開について」

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/bukyoku/rouken/3.html#1-1>、2005年6月10日

このように非該当の高齢者から要介護者までの総合的なケアを考えるために、地域包括ケアが必要であるとした(表1)。これは高齢者を地域で見守るというシステムの構築に他ならない。高齢者がまだ元気なうちから、活動・参加する中で、自分の将来の生活を設計し、自分にあった介護を模索するとともに、加齢に伴う生き方の学習、及び、地域との協力関係を構築するプロセスでもある。介護予防研究委員会が提案した地域包括ケアは医療ベースに偏りすぎであると思う故、現場では、活動・参加ということを中心に高齢者自身の生活を考えながら、利用者が必要としているサービスを展開しなければならない。

老人福祉法では、老人が介護される権利を有することは規定されているが、介護されるだけで生活の張りを作り出すことは困難で、介護されていても参加・活動出来る高齢化社会を目指すことが必要であることは、今まで述べてきた通りである。これからは、更に、高齢になることは新たな参加・活動することに繋がることを学び、学ぶことから除外される条件は一つもないことを、社会全体が認識していく時代なのである。高齢だから学習する、寝たきりだからこそ新たに学ぶことが必要なのであり、活動・参加・学習の動機付けが出来る介護が求められてくる。

## 2、過去五年のデータを分析して

次に、北海道の市町村の準備認定委員会に申請した利用者が5年という期間を経過してどのような状況にあるか分析してみる。これは、介護予防と言っても、本当に予防になっているかの指標が必要と考えたからである。予防が効を奏しているかということは、サービス提供者が、予防すべき対象を明確に理解し、利用者や市民に説明出来なければ、わかるはずがない。ここでは人口規模が15万人である小樽市と1.5万人である栗山町の二つの規模の異なる地方自治体を、比較しながら検討する。

この五年間の申請者数は表1、表2に示したように、小樽市が11,898名、栗山町が1,277件であり、申請者数は人口規模を反映している。

表1、半年ごとの初回申請者の要介護別認定者数(小樽市)

	不明	非該当	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
平成11年10月～平成12年3月	1,069	130	397	788	642	417	474	403	4,320
平成12年4月～平成12年9月	0	45	178	265	185	103	97	58	931
平成12年10月～平成13年3月	0	22	130	235	149	66	48	34	684
平成13年4月～平成13年9月	0	23	136	258	167	76	65	28	753
平成13年10月～平成14年3月	0	28	166	273	159	88	46	30	790
平成14年4月～平成14年9月	0	25	184	273	158	72	54	35	801
平成14年10月～平成15年3月	0	29	236	299	135	62	65	18	844
平成15年4月～平成15年9月	0	36	269	293	126	61	53	33	871
平成15年10月～平成16年3月	0	19	283	326	105	90	44	24	891
平成16年4月～平成16年9月	0	37	264	320	105	95	53	15	889
平成16年10月～	0	6	27	52	20	10	5	4	124
合計	1,069	400	2,270	3,382	1,951	1,140	1,004	682	11,898

注) 不明の1,069件の申請は何時申請されたか不明である。

表2、半年ごとの初回申請者の要介護別認定者数(栗山町)

	不明	非該当	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
～平成12年3月	0	15	58	122	93	56	75	45	464
平成12年4月～平成12年9月	0	5	11	41	20	9	13	8	107
平成12年10月～平成13年3月	0	1	15	29	17	8	4	2	76
平成13年4月～平成13年9月	0	4	12	28	16	11	4	4	79
平成13年10月～平成14年3月	0	1	18	29	15	11	8	7	89
平成14年4月～平成14年9月	0	2	19	33	11	6	5	4	80
平成14年10月～平成15年3月	0	0	11	31	12	5	9	4	72
平成15年4月～平成15年9月	0	1	19	22	8	11	3	4	68
平成15年10月～平成16年3月	0	2	25	34	16	6	6	2	91
平成16年3月～平成16年9月	0	0	11	22	10	8	7	3	61
平成16年10月～	38	1	10	22	12	5	1	1	90
合計	38	32	209	413	230	136	135	84	1,277

注) 不明の38件の申請が何時なされたかは不明である。

半年ごとの申請者数の推移を見ても、準備認定審査会への申請者数がその後の時期に比べると4～5倍になっていることも類似している。しかし、認定された要介護度の半年ごとの割合は、必ずしも同様の動きを見せてはいない。これは、半年ごとの申請者数が小樽市では1,000名近いが、栗山町では100名程の規模であることが影響しているかもしれない。

要介護認定者を、要支援・要介護1と要介護2以上という二つのグループに分け、その割合を検討すると、最近では、小樽市で前者の軽度のグループが近年70%を占めているが（図4）、栗山町ではこの五年間をとって上下はあるが、60%前後である（図5）。簡単には断定出来ないが、この10%の違いは、要支援者の割合が小樽市の方が10%高いからとも言える。この小樽市での70%、栗山町での60%に当る人々が、図1のように介護予防の対象者になるとすると、今までの介護保険の考え方を大きく変えない限り、問題が生じるであろう。

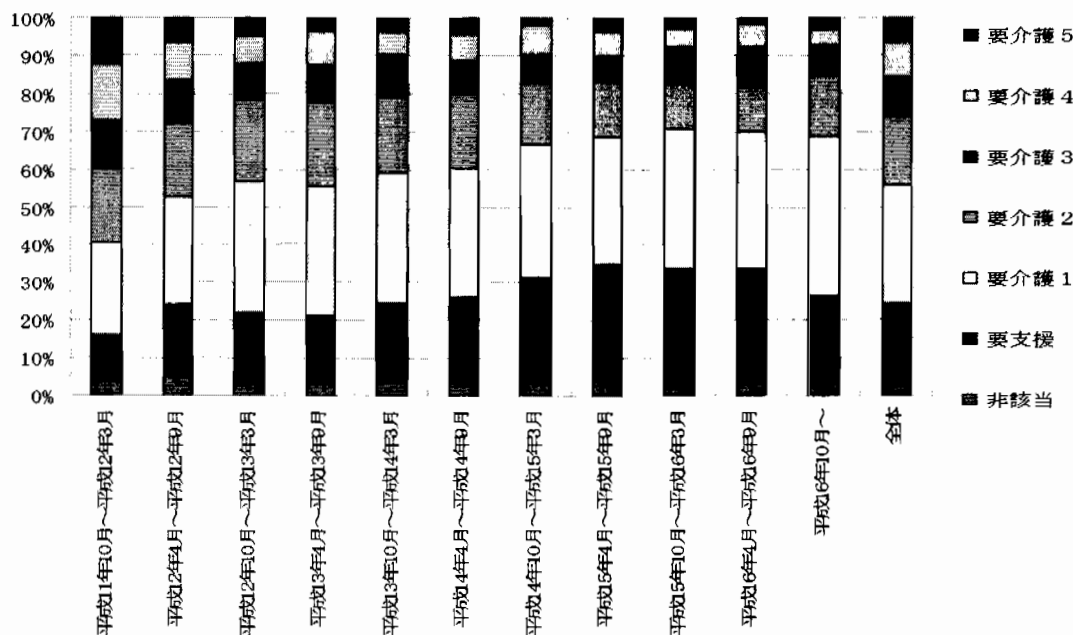


図4、小樽市の半年ごとの要介護認定者の要介護度別割合

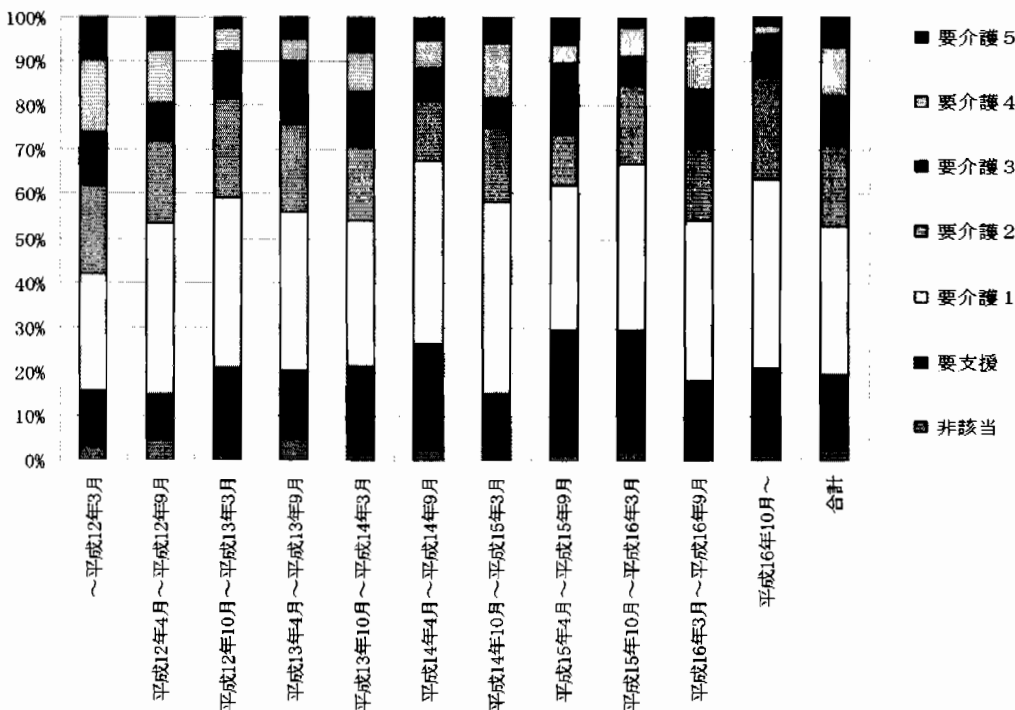


図5、栗山町の半年ごとの要介護認定者の要介護度別割合

また、更新回ごとの要介護度割合を見てみると、小樽市・栗山町ともに、軽度のグループは初回申請時には50%であり、徐々にその割合を減少させているが、5回目までの更新ではともに30%まで減少し、同じような動向を示している。回数を重ねるとデータ数が少なくなるので信頼出来るものでないことを考慮しても、5回目までほぼ類似した傾向を示していることから、全体としての動きも同様であると考えられる(図6、図7)。従って、更新回数による要介護度の変化は、ほぼ同じであると考えることができる。この結果を簡単にまとめると、要支援と認定された人は明らかに重度化し、その人々が重度の要介護認定者を増加させていることが推測される。

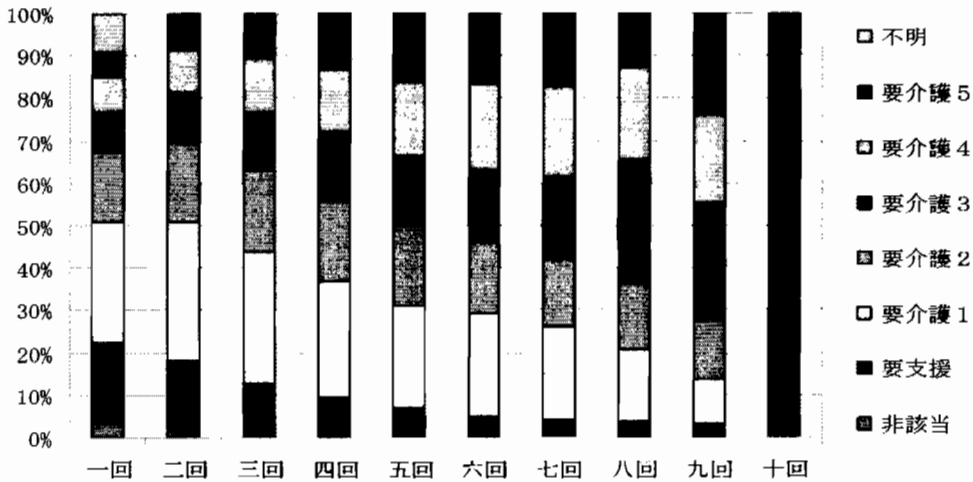


図 6、小樽市の申請回ごとの要介護度別割合

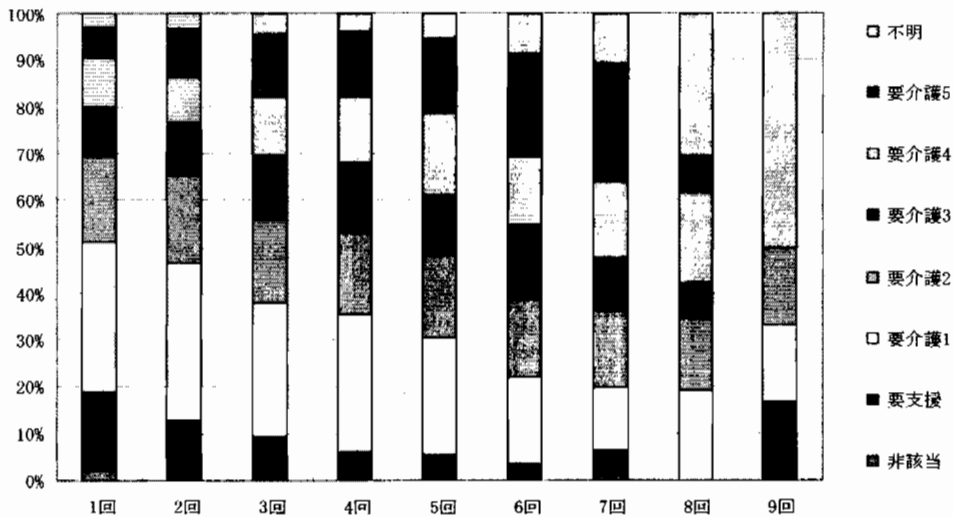


図 7、栗山町の申請回ごとの要介護度別割合

ところで、初回にそれぞれの要介護認定を受けた後、どれだけの期間介護保険を利用しているかを調べてみた(小樽市：図8、栗山町：図9)。要支援・要介護1は小樽市も栗山町も10%程度の割合の利用者が54ヶ月以上利用しているが、要介護3・4・5の54ヶ月以上の利用者が小樽市では10%を少し超えるだけであるが、栗山町では20%前後の割合を示している。詳細な部分を比較すると異なるが、もっとも長期間の利用者だけを検討すると、以上のような違いが読み取れる。これは、準備認定審査会に申請した人々が、それ以降の申請者の4~5倍近くであったが、これらの準備認定審査会に申請した人々が、どの程度継続して制度を利用しているかの差異になっている、と考えられる。また、60ヶ月以上の利用者を見てみると、小樽市では、取下げの人を除いて、その割合は捉えられないほど少数であるが、栗山町では要介護1・要介護3・要介護4で出現している。つまり、小樽市よりも栗山町の方が、長期間、介護保険を利用している人が多いことが



わかる。

準備認定審査会に申請をした人が、この5年間でどのような予後を送っているか、二つの市町村のデータで比較してみる。全体のデータでは、改善は小樽市7.1%・栗山町4.3%で、維持は16.2%・14.4%、重度化34.6%・28.7%、死亡39.7%・39.2%であった（表3、表4）。一般的に要介護度が軽度に認定された人のほうが改善は容易だと考えられるが、要介護2における、小樽市（表3）での10.0%、栗山町（表4）での2.2%という極端な数値を除けば、どちらの市町村も、一般的に考えられていることとは全く逆に、データの的には、要介護度認定が重度であればあるほど改善する率が高い。どちらの市町村においても要支援から改善した割合は、1.4%（小樽市）・0.0%（栗山町）であり、非常に低いというよりは存在しないという現実がある。更に、要介護1から改善した人の割合も非常に少ない。このような過去5年のデータを見ると、一度認定された人が要介護度認定を受けてから改善されている場合はほとんどないので、介護予防という視点が導入されて、要支援や要介護1と認定された人への対応策がどの程度の改善をもたらすかは非常に興味深い。これは、前述の通り、高齢者にとって加齢という現実、現状を維持することだけでも難しく、改善することは更に困難なことから、解決には多くのハードルを越えなければならないことを示唆している。

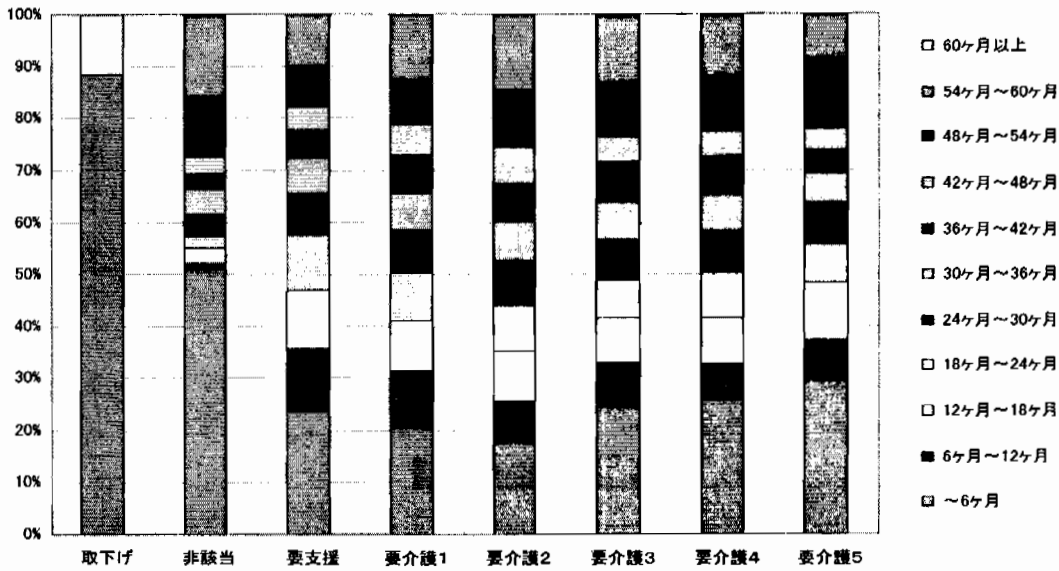


図 8、小樽市の要介護度別利用期間別割合

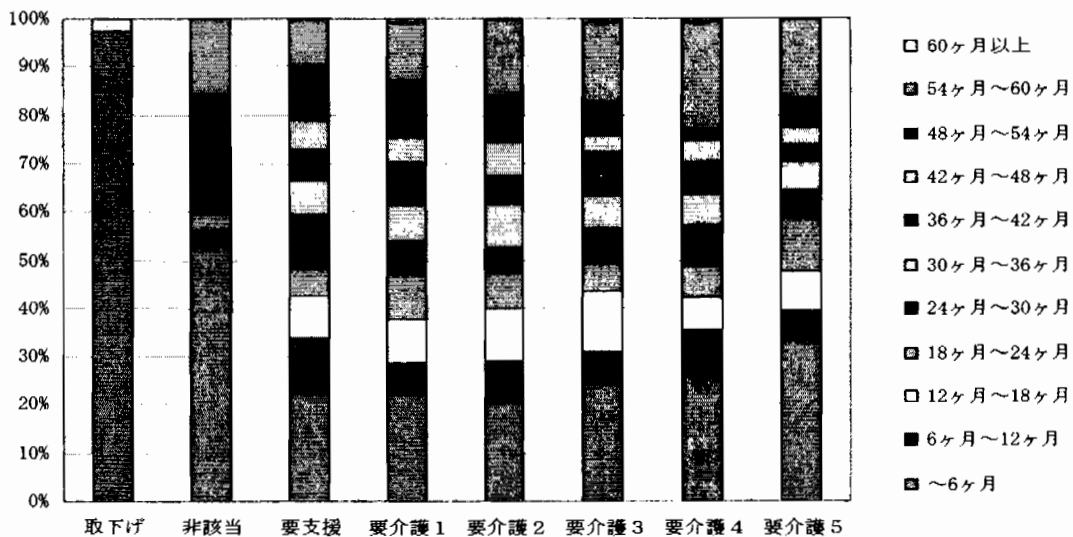


図 9、栗山町の要介護度別利用期間別割合

重度化に関して検討すると、より軽度に認定された人の方が高い割合で悪化している。重度化の割合は全

体としてみると栗山町の方が小樽市よりも低い。死亡に関しては、どちらにおいても、ほぼ同じ割合で推移している。栗山町は要介護5から死亡に移行する人の割合が少し低いが、これはデータ数の問題かもしれない。

また、小樽市と栗山町との比較において、改善・維持・重度化・死亡とその他という分類でデータを考察すると、その他の占める割合に大きな差（10%以上の差）が生じているが、その原因は、自治体の規模の差による社会資源の差であるが予想出来る。都市以外の地域では、病院も老人保健施設も少ない。従って、これらの施設に入居を希望する場合には他市町村の施設に入居しなければならない。これが別の意味での地域格差を生んでいるとも考えられる。

表 3、小樽市における準備認定審査会における申請者の五年後の改善、維持、重度化割合

	改善	維持	重度化	転出	死亡	その他	合計
非該当	—	0.0	71.3	4.2	24.5	0.0	100.0
要支援	1.4	9.3	56.7	6.3	26.4	0.0	100.0
要介護1	3.5	23.7	40.1	2.5	29.9	0.2	100.0
要介護2	10.0	11.7	38.7	1.6	37.5	0.4	100.0
要介護3	7.4	10.2	36.1	1.6	44.7	0.0	100.0
要介護4	9.3	16.3	18.6	1.0	54.8	0.0	100.0
要介護5	14.4	27.0	—	1.1	57.4	0.0	100.0
合計	7.1	16.2	34.6	2.4	39.7	0.1	100.0

表 4、栗山町における準備認定審査会における申請者の五年後の改善、維持、重度化割合

	改善	維持	重度化	転出	死亡	その他	合計
非該当	—	6.7	53.3	0.0	13.3	26.7	100.0
要支援	0.0	8.6	39.7	0.0	31.0	20.7	100.0
要介護1	3.3	14.8	33.6	1.6	35.2	11.5	100.0
要介護2	2.2	11.8	32.3	0.0	40.9	12.9	100.0
要介護3	3.6	21.4	23.2	0.0	42.9	8.9	100.0
要介護4	8.0	9.3	24.0	0.0	49.3	9.3	100.0
要介護5	13.3	28.9	—	0.0	44.4	13.3	100.0
全体	4.3	14.4	28.7	0.4	39.2	12.9	100.0

表3・表4で準備認定審査会に申請した人々の5年後の変化の結果を示してみたが、申請者全体の更新ごとの変化を追ってみることにする。この変化を見ることによって、申請者は徐々に悪化していつ死に到るのか、現状を長く維持して急激に悪化するのかを明らかにしていきたい。

最初に、改善に関して検討してみると、栗山町での2～3回目における急激な減少以外は、全体としては大きな差がない。また、改善の割合は異なるが、小樽市・栗山町ともに要介護2・3の改善の割合が高い。しかし、栗山町の場合は要介護1の改善の割合が2～3回以降で5%を割っている場合が多く、小樽市に比べて非常に低いことが顕著である（図10、図11）。

維持に関して、小樽市も栗山町もほぼ同じように推移しているが、小樽市の方が僅かではあるが維持する割合が低い。しかし、ここで、要介護5がともに非常に高い割合を示していることは見落とせない。これらのグラフから、どちらの自治体でも50%以上が維持を示していることがわかり、改善や重度化の少なさをより一層実感することになる（図12、図13）。維持の割合が最も高いのが、皮肉にも、要介護5であることから、現状維持から改善に移行させる方策を考えることが非常に困難なのが簡単に理解出来る。しかしながら、介護5の維持の割合が高いのは、それ以上の重度な認定が行えないことも影響しているかもしれない。もし、このような仮定が成り立つとしたら、介護5の認定には大きな幅があるので、要介護5と認定された人には、更新回数によって介護の質を変えていかなければならなくなる。

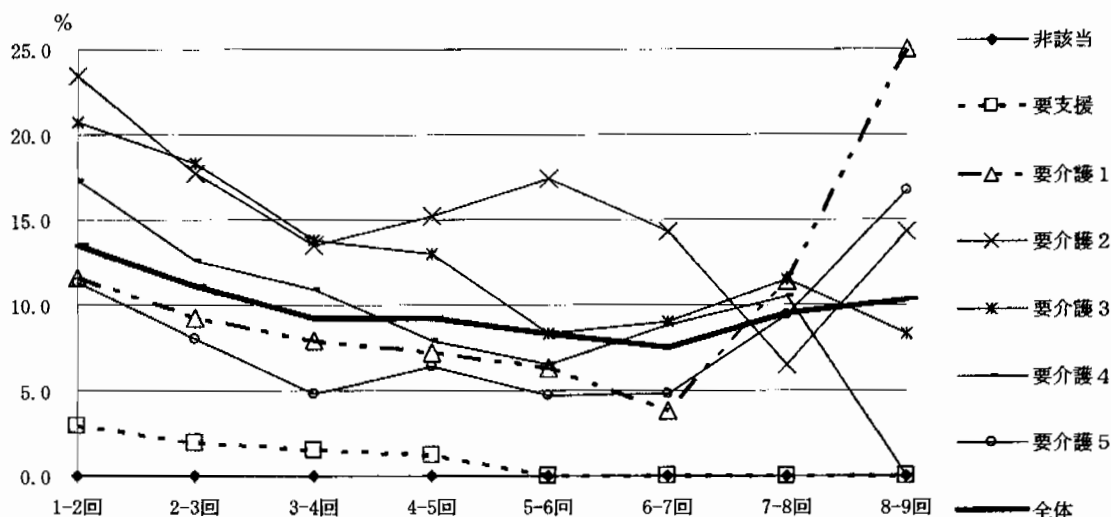


図 10、小樽市の更新を経るごとの介護度別改善の割合

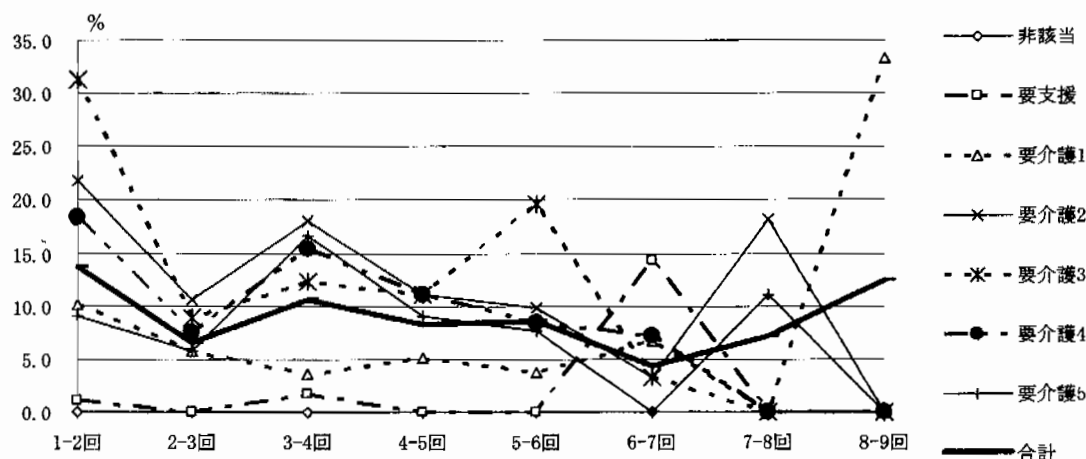


図 11、栗山町の更新を経るごとの介護度別改善の割合

重度化に関しても、小樽市も栗山町も同じように推移している。ただ、要介護1はともに高い割合を示しているが、要支援は小樽市では高いが栗山町ではそれほど高くない。全体的に、20～30%の割合で重度化は推移している。非該当が高い割合を示しているが、再申請してくるときには重度化しているのは自明である。(図 14、図 15)。この比較からも、最も重度化しやすいのは要支援であることが明らかになったのだが、一つの予防策として、要支援の認定を受けた人々への対策を考えることが重要になってくる。この意味で今回の見直し案は正しいといえる。

改善・維持・重度化が過去5年間に以上のように推移しているとすると、ほとんどの場合、現状維持が本来の姿であって、改善や重度化はまれに起こることであることが理解出来たのだが、最後に、死亡に関して検討すると、小樽市の場合は重度の要介護度認定を受けた人ほど高い割合でなくなっているが、栗山町ではそれほど明確な傾向はない。しかし、両市町村ともに更新回数を重ねるほど死亡する割合が高くなっている(図 16、図 17)。また、データ全体では、その割合は5～6回の更新時まではほぼ一定で推移しており、それ以降急激に増加する。ただ、このデータにおいては、絶対数の少なさという点が問題で、厳密には議論できないところがあり、要介護認定を受けてからの予後を明らかにする過程の中で、詳細は検討される必要が生じて来ると思われる。しかし、要介護5と認定された人の死亡割合が最も高く、要介護認定が軽度になればなるほど死亡の割合は低下することから、要介護認定が重度なほど死に近いことは明確である。その反面、それぞれの要介護度に認定された意味は今のデータでは推し量ることが出来ない。

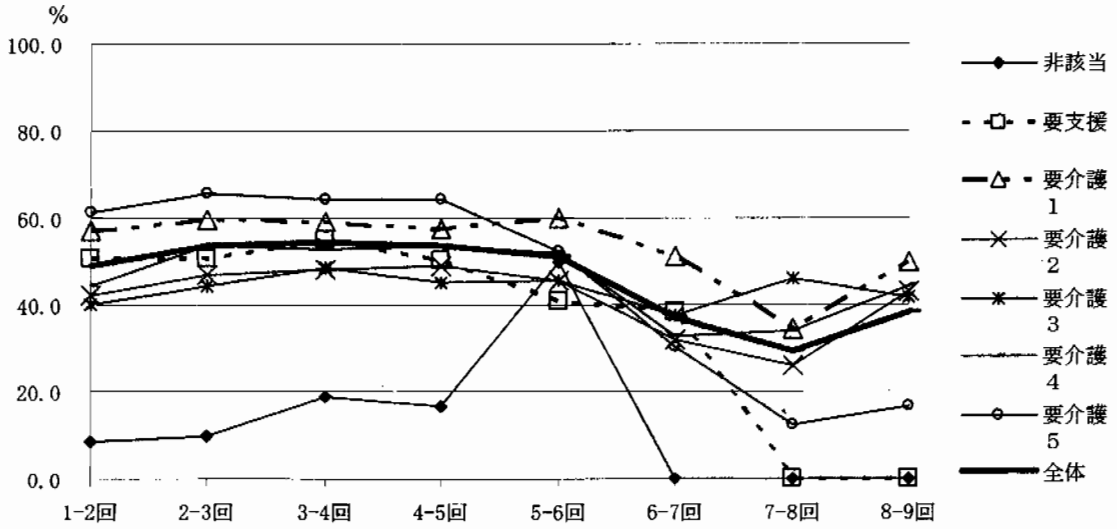


図 12、小樽市の更新を経るごとの介護度別維持の割合

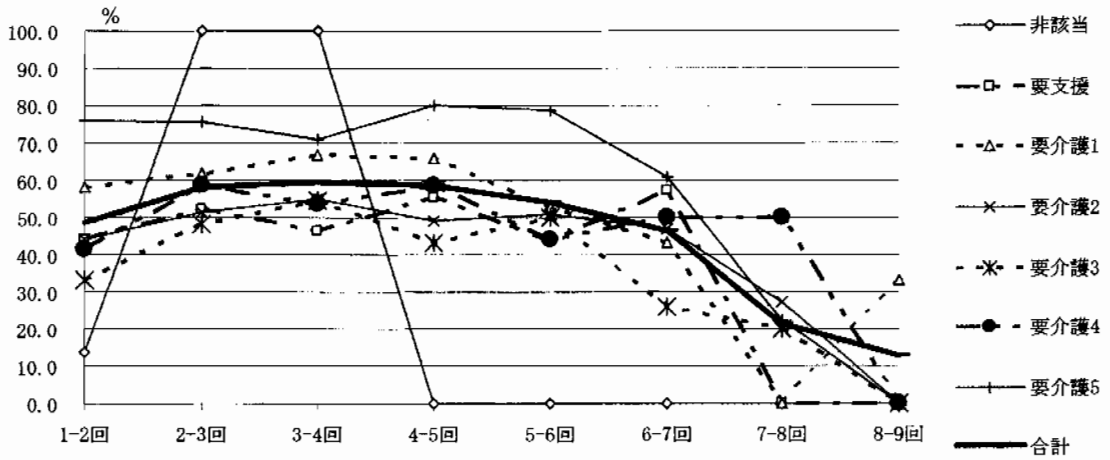


図 13、栗山町の更新を経るごとの介護度別維持の割合

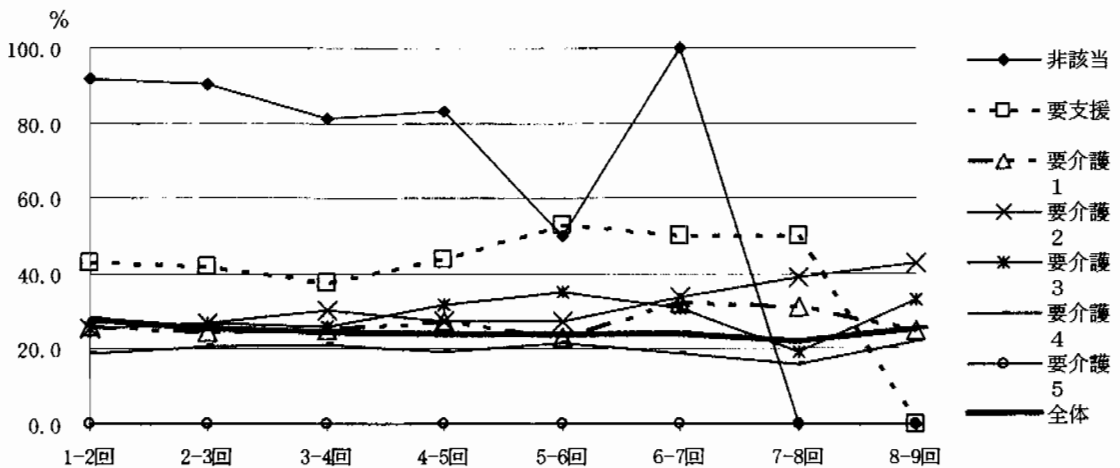


図 14、小樽市の更新を経るごとの介護度別重度化の割合

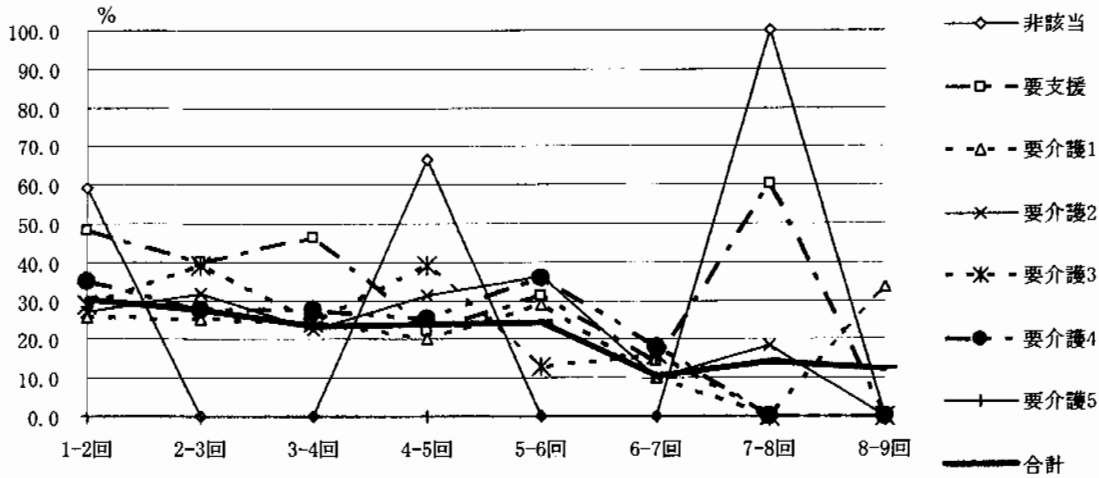


図 15、栗山町の更新を経るごとの介護度別重度化の割合

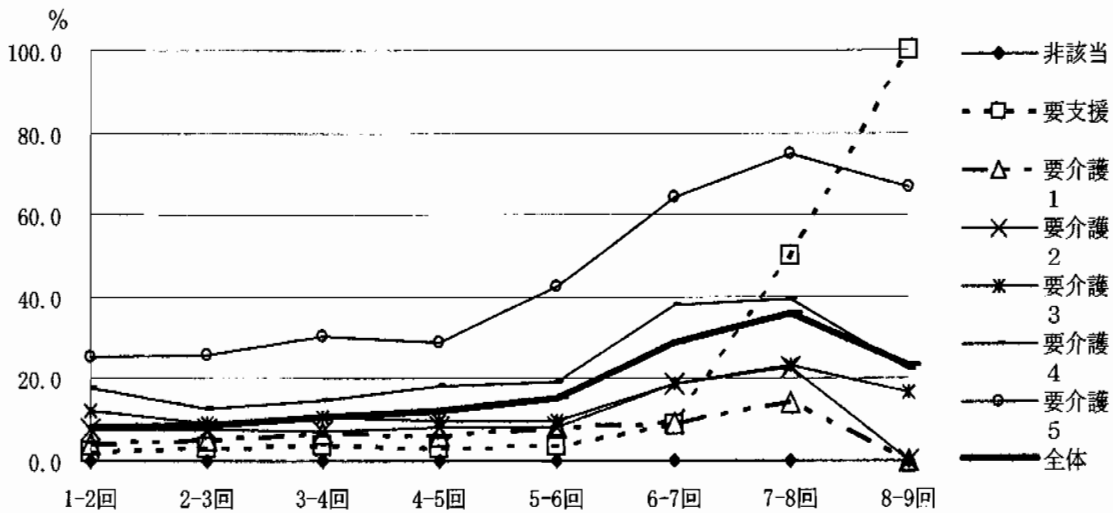


図 16、小樽市の更新を経るごとの介護度別死亡の割合

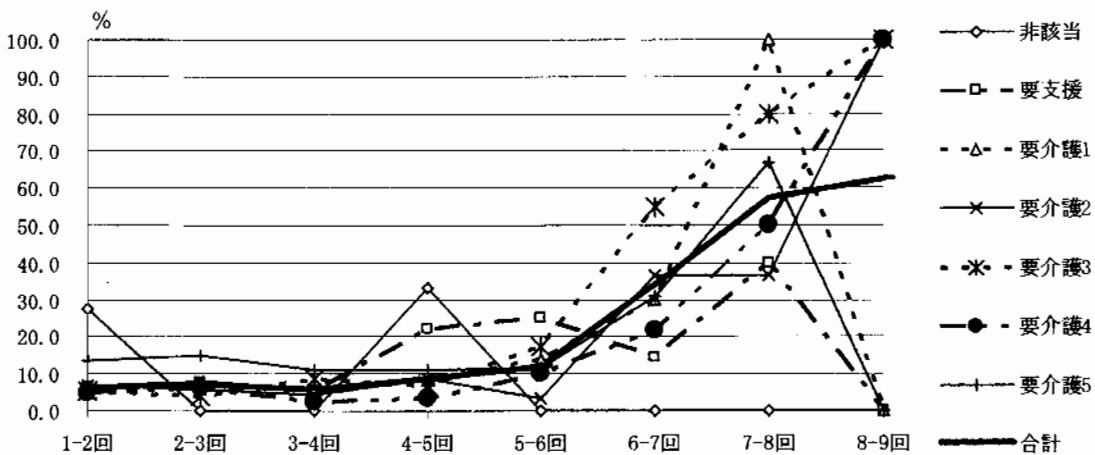


図 17、栗山町の更新を経るごとの介護度別死亡の割合

このように検討してみると、この二つの自治体の比較からは、一般的に思われている原則を見出すことは難しい。一般的に考えられている原則とは、重度な要介護度ほど、要介護認定を受けてからの時間の経過による改善や維持が困難で、重度化しやすいということである。もし、この原則が成り立っている現象がある

とするならば、死亡のデータが最も近い。ここ5年間の介護保険制度を振り返って、上記の仮想の一般的な原則が成立していない要因を考えると、次の二つの見解が生じてくる。一つは、サービスが十分に機能していて、一般的に考えられている原則をも崩すほどの効果を挙げていると捉える考え方で、もう一つは、逆の発想で、介護サービスが機能不十分で現況が生じているのであり、今後の研究による抜本的な挺入れが必要という考え方である。介護保険制度が、まだ5年しか経過していないことを考慮すると、後者の考え方が妥当であるように思われる。

そして、この5年間の分析では、準備認定委員会に申請した人々の半数以上は未だ生存しており、介護開始からどのように死亡へと推移するのか、統計的な分析が十分に出来ている訳ではなく、介護に関する予後のデータの収集という意味では道半ばである。また、今後の介護保険の認定データから、更に詳細なデータが出てくるので、何年か後に再度、データを収集して分析することで、病気という観点で言うところの予後に当るデータが十分になり、現在の予想と実際の介護の予後が検討可能になると考えている。

### 3、おわりに

社会が高齢者を支えるだけではなく、高齢者が社会を支える一翼を担うのは、ある意味当然のことである。社会の構成員である高齢者を介護される側だけに押しやったことが問題を大きくしたと言える。人が何かをしようとするときに健康である方が好ましいが、健康でなくとも出来ることはある。特に、高齢化社会を迎えた現在では、健康でなくとも社会に対して出来ることを考える時期に来ているのではなかろうか。ところで、よく考えてみると、決して健康とは言えない様な、または明らかに健康でない人が社会貢献をしてきた事例は数えるまでもなく多くある。つまるところ、健康は重要であるが、健康でなくても社会に貢献できる人を育てるということに、社会全体が気付かなければならない時期が到来しているのである。また、病気の種類や重さにもよるが、安静にするよりも運動することで回復が早くなった病気は今日までには多くある。従って、安静にすることを意味をもう一度考え直すことによって、高齢者の参加、活動を促すという新しい視点が議論されても当然良いのである。このような意味で、「介護者が、利用者が健康でないから介護をし、活動・参加に対する生活支援を行えない」と考えることは正しいのか疑問を投げかけたい。

今日の介護で代表される三大介護は重要で、三大介護で消耗する介護者の苦勞は計り知れない。さらに、死に逝く人を看取することも非常に難しい。このように三大介護の質を高めること・看取りへの理解も常に重要な課題とされているが、予防介護の質を高めることは利用者と総合的に関わっている介護者にとって、今までの介護の意味合いに変化をもたらすものでもあるが、新たな問題でもある。

終わりに、介護保険制度の保険者としての立場から、介護保険の実態を十分に把握することも見逃すことは出来ない。これは被保険者への説明責任を果たすためにも、地域における施政者である市町村が、現在まで行ってきた施策の価値と問題点を自らが住民に対して説明することは当然のことであって、特別なことではない。

この研究に当って、資料を提供して下さった小樽市、栗山町など多くの市町村に心から感謝の意を表したい。