

資料 3

「介護保険給付における介護予防のあり方」

東北大学大学院医学系研究科教授

辻 一郎

介護保険給付における介護予防のあり方

東北大学大学院医学系研究科教授

辻 一郎

1. これまでの介護予防の取り組みに対する評価

介護保険：予防給付サービスが未発達であったため、要介護状態の改善・悪化防止には必ずしもつながってこなかった。

介護予防・地域支え合い事業：各事業の目的、効果が最も期待される対象者レベル・提供方法が十分に整理されないまま行われたために、十分な効果があがっているとは言い難い。サービス利用者の生活支援を重視するあまり、介護予防・自立のポテンシャルを阻害しかねないサービスもあった。

2. 有効性の根拠に基づくサービス選定：これまでの研究の蓄積

転倒骨折予防＝転倒や骨折の発生率を有意に減少させることは、欧米のランダム化比較試験による十分なエビデンス。しかし、それと同程度のサービスが日本で行われているかどうかは議論の余地。

運動訓練（持久性・筋力増強）＝運動能力の改善についてはランダム化比較試験による十分なエビデンス。しかし、長期的に要介護の発生率を有意に下げられるかどうかを検証したトライアルはない。

口腔ケア＝肺炎予防について、ランダム化比較試験による十分なエビデンス。

総合機能評価（CGA）＝要介護発生率を有意に下げることについて、欧米のランダム化比較試験による相当なエビデンス。ただし、効果は対象者の機能レベルに依存する。

閉じこもり対策・痴呆予防など＝効果は期待されるが、その検証中。

3. 総合的なアセスメントに基づく個別の計画作成・サービス提供

予防から自立支援へ

ICF の考えに立ったアセスメント＝個人の健康状態や心身機能だけでなく活動・参加のレベル、さらには環境因子と個人因子も含めた総合的なアセスメント。

個別の計画作成＝「できない」を補うだけでなく、「できる」を増やすサービスの提供。「できる」から「している」への発展。6ヶ月後をメドとして、目標を設定する。その際は、利用者の自己決定権を最大限に尊重。

根拠に基づくサービス提供＝十分な質のサービスを十分な量で。高度な専門性と提供体制の整備が課題。外部の専門職の招聘や外部委託を積極的に推進することが必要。通所の場合は、送迎サービスも必須。

評価の視点（その１）＝サービス利用者に関する評価。個別の計画で設定した目標にどれくらい到達したか？

評価の視点（その２）＝市町村（保険者）単位での評価。介護予防計画の作成。

評価の視点（その３）＝全国レベルの目標に対する到達度

[試算] 現状では要支援の49%、要介護1の35%が、2年後には悪化している（日医総研データ）のに対して、5年後には上記の悪化率を現状の半分以下にする。

4. 他制度との連携・役割分担

介護保険、介護予防・地域支え合い事業、老人保健事業との間で、介護予防の全体像を描いた上で、それぞれの事業の目的、対象とする者の範囲、サービス内容などについて役割分担を図るべきである。

介護予防に関わる様々な部局・職種の連携を深めるための取り組みを強化するべきである。

介護予防の効果を評価するために行政データ（介護保険関連情報など）を活用するための方策を確立するべきである。

5. 介護予防の意義

- ・ 高齢者における健康寿命の延伸と生活の質の向上
- ・ 老いの誤解から解放された新しい社会と文化の創成：年とともに喪失の続く右肩下がりのイメージから、能力の再獲得を自覚して、主体的に生きる喜びを体験
- ・ 介護保険財政の安定化と長期運用の要件
- ・ 超高齢社会における創造性と活力の源

6. 介護予防を目的とするサービスの要件

- ・ 対象者の特定方法は、簡便で的確に行えること
- ・ 対象者を特定し、その心身の状況等に対応したサービスであること
- ・ サービスの効果については、科学的に説明されること
- ・ サービスの目的や内容について、利用者に十分理解されること
- ・ サービスの開発は、客観的な方法により検討されること
- ・ サービスは、ケアマネジメントが十分に発揮されるシステムに組み入れられること