

■研究ノート

介護予防の現状と課題

—介護保険制度の成立から改正に至る変遷と介護予防—

岡崎昌枝*

介護保険制度は制定から10年を超え、私たちの生活に浸透してきた。この制度が整備されたことは、高齢者にとって、また地域社会にとっても安心して高齢期を生きることができると期待された。介護保険制度が導入され、要介護認定者の増加による介護費用の増大、介護サービス事業所の増加などによる質の保障などが課題となり、制度5年後に介護保険制度が改正された。介護保険制度は、改正によって介護予防の視点が取り入れられ介護予防の重要性が認識された。その担い手として地域包括支援センターが位置づけられた。

本稿では介護保険改正にともなって取り入れられた介護予防とその中核機関である地域包括支援センターを取り上げる。介護保険制度の制定から改正にいたった経緯を概観し、介護予防と地域包括支援センターの役割を示し、介護予防の現状と課題について検討した。

結論として、介護予防を中心とした地域支援事業は、元気な高齢者や特定高齢者への地域支援事業をはじめ、要支援者に対する介護予防マネジメント、権利擁護、虐待防止など高齢者の生活全般にわたる総合相談などが地域包括支援センターにおいて担われている。これらのさまざまな事業内容に忙殺され十分に介護予防が行われていない現状が明らかとなった。それは、地域包括支援センターだけでは介護予防事業の運営が難しいことが示唆されたといえる。

* 京都女子大学大学院 現代社会研究科
公共圏創成専攻 博士前期課程

キーワード：介護保険法改正、介護予防、地

域包括支援センター、

I. はじめに

介護とは、身の自立ができない人、保護や介助を必要とする人に対する基本的な生活欲求充足のための行為を援助する身の具体的な世話・活動をいう。介護予防は、まさしく介護・支援が必要な状態にならないよう予防していくことを指している。介護予防、介護保険制度など制度を活用する公助、地域住民との支え合いによる共助、高齢者自身での取り組みである自助の観点からの取り組みにより、高齢となったのちも健康な高齢期を迎えることができる。介護予防は要介護認定による介護予防給付と地域支援事業による介護予防に大別する事ができる。いずれの事業とも地域包括支援センターが担当をしている。地域包括支援センターは、介護保険法の制度改正で2006年に全国の市町村に設置された（厚生労働省、2006）。地域のさまざまな資源を統合しネットワーク化することで高齢者に継続的かつ包括的にケアを提供する地域の中核的な機関として地域包括ケアを支え介護予防を推進する機関である。

介護保険制度は1997年に成立し、2000年に施行された。介護保険の成立は、制度の浸透と介護サービス利用の高齢者を増加させた。特に軽度の要介護者を増大させるとともに一方で重度の介護者も介護サービス利用度を高めることになり、全国自治体の社会保障費の支出を大きく押し上げることになった。この

ような需要に鑑みて2005年の制度の改正では、介護予防の視点が導入されるようになった。介護を必要とせず健康的な自立生活をより長く継続させるために地域支援事業において介護予防を実施する機関として地域包括支援センターが介護需要の抑制を目的として創設された。

次節では、介護保険制度のなかで実施される介護予防事業が地域包括支援センターに位置づけるようになった経緯を明らかにする。地域包括支援センターにおいて介護予防事業を活動として位置付けることが適切かどうか内容の現状を整理する。

II. 介護予防とは

介護予防は、地域支援事業の1事業であって、被保険者が要介護状態となることを予防するもの（安村、2006：49）である。そのため第1号被保険者を対象¹⁾とする。この介護予防の事業は、介護保険法の改正によって新たに創設された²⁾。そこで本節では、介護保険制度の成立から改正にいたった経緯と介護予防事業について述べたい。

1. 介護予防

2005年の介護保険法の改正によって市町村を責任主体とし、一貫性・連続性のある「総合的な介護予防システム」を確立することとなった。そのうちの予防重視型システムが「新予防給付の創設」と「地域支援事業の創設」である（厚生労働省、2006）。(図1参照)

「新予防給付」の対象者は、介護保険の要

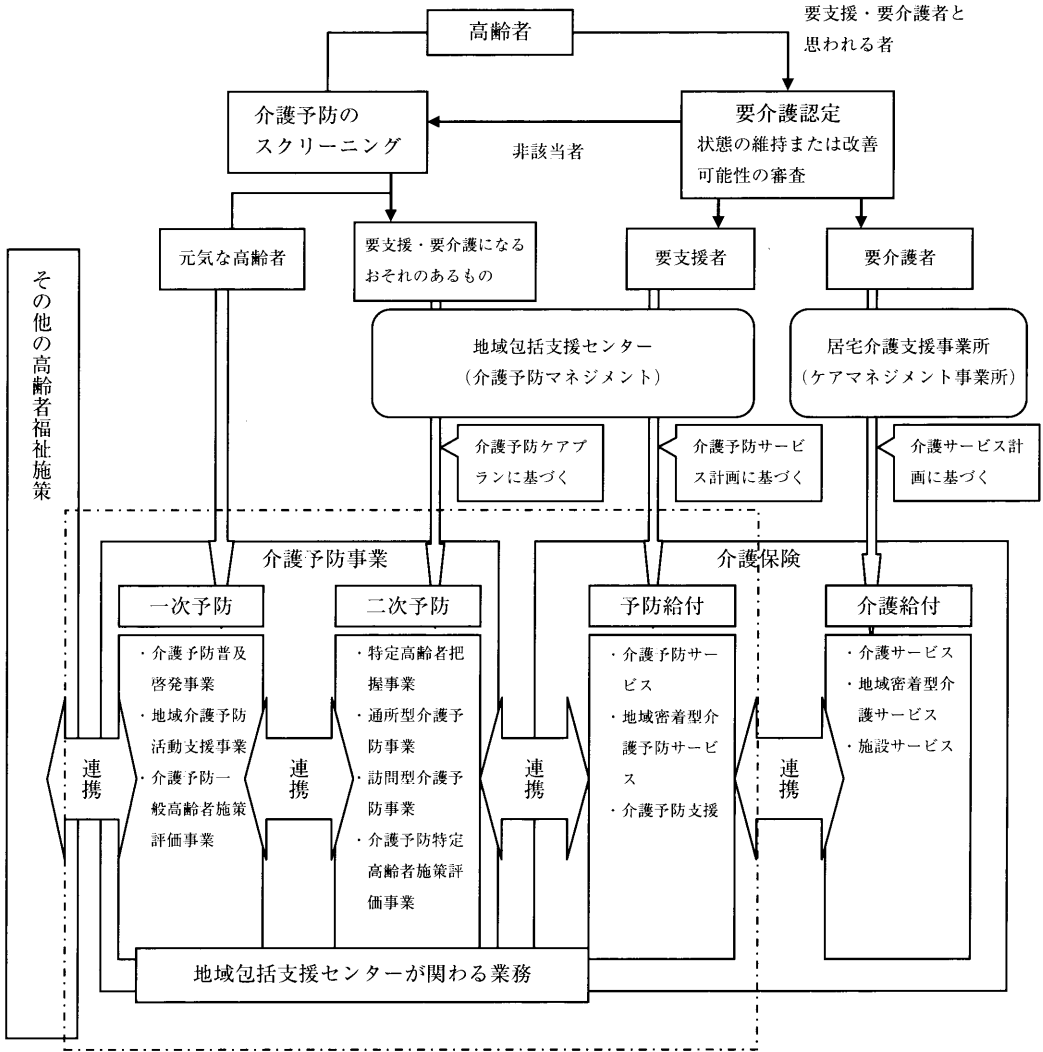


図1 介護保険制度と介護予防事業 地域包括支援センターの係る業務
 (「高齢者に対する支援と介護保険制度」P316を参照し筆者作成)

介護認定を受けたもののうち「要支援」の判定となったものである。地域包括支援センターにおいて介護予防サービス計画が立てられ、介護予防給付サービスを受けることができる。

「地域支援事業」は、地域の高齢者が要介護状態になることを予防するものである。地

域において自立した日常生活を営むことができるようにするものであるため、介護保険の要介護認定を受けたもののうち「非該当」の判定を受けたものも対象となる。地域支援事業は一次予防事業と二次予防事業の2事業を指す。一次予防とは、65歳以上のすべての高齢者を対象に、介護予防に関する知識の普

及・啓発や介護予防に役立つ自主的な知己活動の育成・支援を実施するものである。二次予防とは、要支援・要介護状態にあることの予防・軽減・悪化防止を目的とした通所または訪問による介護予防事業である。

一次予防事業は元気な高齢者を対象として実施されるもので介護予防普及啓発事業、地域介護予防活動支援事業、介護予防一般高齢者施策評価事業がある。二次予防事業は特定高齢者把握事業において要介護・要支援状態になるおそれのあるものに対し2次予防事業の対象者把握事業、通所型介護予防事業、訪問型介護予防事業、介護予防特定高齢者施策評価事業がある（介護保険法115条44, 1.）。

2. 介護保険制度成立前から介護保険制定まで

介護保険制度改正によって介護予防は創設された。介護予防事業が創設された経緯について介護保険制度成立前から改正までを整理しておく。

戦後日本の平均寿命は、急速に延び始め1951（昭和26）年には男女とも60歳（国勢調査, 2007）に達し、1960（昭和35）年には女性が1971（昭和46）年には男性が70歳を超えた。1989年には男性75.91歳、女性81.77歳（国勢調査, 2012）となり介護の長期化が懸念された。1955（昭和30）年頃より始まった高度経済成長期は、大都市圏や都市部への人口集中をもたらした。これにより大都市圏や都市部では人口過密の問題が起り、地方では人口過疎の問題と若年層が都市部へ移動したこ

とによる高齢化の問題が現れ始めた。家族形態は、単身世帯の増加が著しく高齢者夫婦のみの世帯も増加し高齢者が高齢者を介護しなければならない問題も生まれてきた。介護は従来、家族や親族で支えるものとされてきたが家族の小規模化等による介護力の低下や、職業をもつ女性が増加し、在宅介護・家族介護が限界となってきた。

戦前には事業者による高齢者に対する施設と生活保護法に基づく施設による高齢者支援があるのみであった。戦後、憲法が制定され、児童福祉法、身体障害者福祉法等の整備が行われていった。1963年には、老人福祉法が制定、特別養護老人ホーム・軽費老人ホームが創設された。在宅のサービスとして老人家庭奉仕員派遣制度（現ホームヘルプサービス）が位置づけられたが、この時期は施設サービスが中心であった。

平成に入り介護保険制定に向けた動きが活発化し、1989年ゴールドプラン（『厚生白書』, 1990）が発表された。在宅福祉サービスの整備目標値があげられ、ショートステイ、デイサービス、在宅介護支援センターの全国普及が目標とされた。「寝たきりゼロ作戦」として機能訓練や健康教育等の整備、脳卒中情報システムの整備、保健師・看護師等による在宅介護指導員の計画的配置があげられた。

1994年には、新ゴールドプランが策定され、整備目標引き上げとして在宅サービス、施設サービス、人材の養成確保（『厚生白書』, 1996）があげられた。今後取り組むべき高齢者介護サービス基盤の整備に関する施策の枠

組みとしてサービス基盤の整備と支援施策³⁾があげられた。介護予防に関連する取り組みとしては、小規模デイサービスと要援護高齢者の自立支援のための配食サービスの整備に加え、寝たきり老人対策による地域リハビリテーションの整備や民間サービスの活用によるサービス供給の多様化・弾力化であった。またこの整備が介護保険制定のための福祉サービスの基盤づくりとなった。

1994年には、「高齢者介護・自立支援システム研究会」の報告書が提出された。翌1995年には高齢者社会対策基本法の施行、老人保健福祉審議会中間報告「新たな高齢者介護システムの確立について」、老人保健福祉審議会第二次報告「新たな高齢者介護制度について」を経て、1996年老人保健福祉審議会報告として「高齢者介護保険制度の創設について」が取りまとめられた。この報告を受け1996年政府は「介護保険制度案大綱」を老人保健福祉審議会等に諮問し答申を受け、介護保険法案が1997年国会に提出され公布された。そして2年間の準備期間を経て2000年4月1日に施行された。

介護保険制度成立によって、①社会全体で介護を支える「介護の社会化」、②利用者自身が介護サービスを選択・決定していく仕組みである「利用契約制度」、③介護・保健・福祉のサービスや手続き、費用負担方法の統一、④サービス供給主体を多様化させ、競争によるサービスの質の向上、⑤ケアマネジメントの導入がなされた。

3. 介護保険制定から介護保険改正への背景

介護保険制定から3年が経過した2003年に厚生労働省老健局長の私的研究会である高齢者介護研究会によって「2015年の高齢者介護」が報告された。この研究会において、介護保険制度の現状と今後の課題や高齢者介護のあり方が検討された。そこに介護予防という考えが示されることとなった。介護保険制度導入による現状についてここで述べる。

介護保険制定後、介護サービスの利用者(表1参照)は大きく増えた。比率をみると、2000年17.29、2001年24.01、2002年27.96、2003年30.74と増加していることがわかる。特に在宅サービスの利用者は倍増し、2000年を100%とした増加率でみると2003年には200%となっている。介護サービス事業者も増え、提供体制は充実してきた。各市町村において予防事業などのサービスは行われてきたが、要介護認定を受け、サービスを利用する者が急増し、高齢者の伸び率を上回る増加傾向である。特に、要支援・要介護といった軽度の介護認定者の増加が著しい。

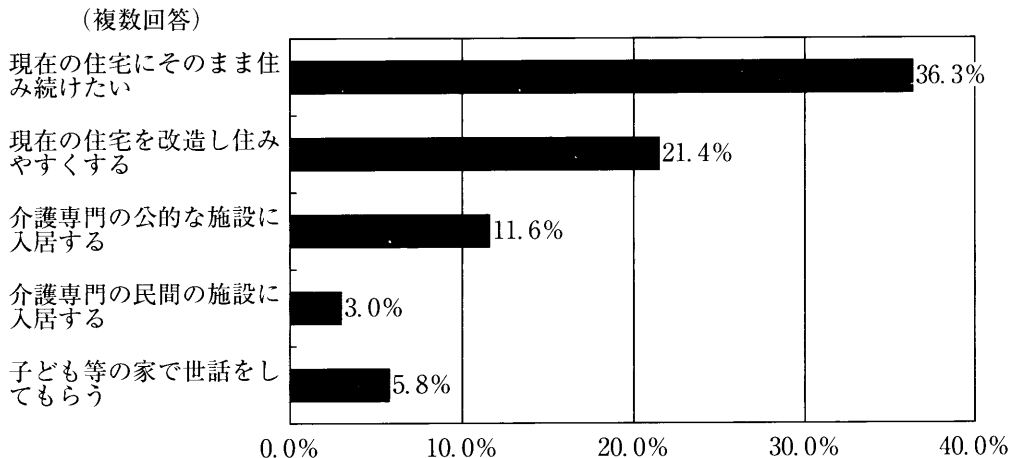
介護サービスのなかでも在宅サービスの利用者は増加したが、一方で入所サービスの利用者も増加している。2000年を100%とした増加率でみると2003年には138.5%と増加していることがわかる。介護保険では、契約によって介護サービス事業者と自由に申し込みが行われるようになっている。しかし、高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査の虚弱化したときに臨む居住形態(図2参照)において、57.7%のものが虚弱な状態になっても

表1 介護サービス利用者の推移：実数

	2000年4月	2001年4月	2002年4月	2003年4月
居宅サービス (増加率)	97万人 (100.0%)	142万人 (146.4%)	172万人 (177.3%)	194万人 (200%)
要支援	17万人	22万人	26万人	31万人
要介護1	29万人	47万人	61万人	71万人
要介護2	17万人	29万人	36万人	39万人
要介護3	12万人	18万人	21万人	22万人
要介護4	10万人	14万人	16万人	16万人
要介護5	9万人	12万人	13万人	14万人
施設サービス (増加率)	52万人 (100.0%)	65万人 (125.0%)	69万人 (132.7%)	72万人 (138.5%)
介護老人福祉施設	25万人	30万人	32万人	33万人
介護老人保健施設	19万人	24万人	25万人	25万人
介護療養型医療施設	7万人	11万人	12万人	13万人
合計 (比率)	149万人 (17.29)	207万人 (24.01)	241万人 (27.96)	265万人 (30.74)

※資料：「介護保険事業状況報告」厚労省に基づいて作成

※2000年4月分については、利用者区分が未区分（居宅3.6万人、施設8.2万人）の者があるが、これらについては、合計にのみ記載している。



(出典：内閣府「高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査」(平成13年))

図2 虚弱化したときに望む居住形態

自宅での生活を望んでいる。在宅サービスのニーズが高まってきているが、施設サービスにおいても「ユニットケア」⁴⁾の整備が行われ、個別ケアの取り組みが進められている。介護サービスは従来の在宅サービス、施設サービ

スのみならず、自宅から移り住む「住まい」での介護サービスが広がりつつある。ケアマネジメントは、介護保険制度ができて導入されることとなった。しかし、アセスメントの不十分さ、適切なサービス提供がなされてい

ない、ケアカンファレンスが開催されていない場合もあり利用者本位のケアプランになっていない。また、高齢者の問題にはケアマネージャーだけでは解決できない多様な問題があり、包括的な支援が必要となっている。

認知症高齢者は、2002年には、149万人であったが、要介護認定者における認知症高齢者の将来推計（厚生労働統計協会2010/2011：119）（表2参照）では、2015年には250万人になると見込まれている。認知症高齢者に対する支援はまだ新しい分野であり、今後増えていく認知症高齢者への支援が課題である。介護保険制度の制定によって、介護保険サービス事業所は増えてきたが、十分に情報が提供されていない。また、不正請求、サービスの質の問題などで苦情や取り消し事業所も増えてきている。

介護保険制定後、これらの現状が明らかとなったことを踏まえ、介護保険法改正が行われることとなった。制度改革には、予防重視型システムの確立、施設給付の見直し、新たなサービス体系の確立、サービスの質の確保・向上、負担の在り方・制度運営の見直しの5つの柱を掲げ、見直しを行った。

次節では、介護予防に焦点を置いて検討す

るため、予防重視型システムとその事業運営を行い地域での中核機関となる地域包括支援センターに焦点をあてていきたい。

II. 地域包括支援センターの創設の経緯と地域包括支援センター

予防重視システムでは、軽度の高齢者ができる限り要支援・要介護状態にならない、重度化しないように一貫性・継続性を重視した支援をおこなうものである。要介護認定は従来、要支援と要介護1～5に区分されていたが、要支援を要支援1と要支援2に区分し、要支援者を新予防給付、要介護者を介護給付でのサービス提供を行うことになった。新予防給付の介護予防マネジメントは介護予防事業として市町村が責任をもって実施することになった。その介護予防事業の市町村での担い手が地域包括支援センターであり、介護予防のケアマネジメントを行い、要支援・要介護になることを防ぐためサービスの提供をする。また、要支援・要介護になる前からの介護予防を推進し、地域における包括的・継続的なマネジメントを行うために、市町村による「地域支援事業」が創設された。この地域支援事業も地域包括支援センターが運営の担

表2 要介護（要支援）認定者（第一号被保険者）における認知症高齢者の将来推計

	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
認知症である高齢者の自立度Ⅱ以上（参考）	149万人 6.3%	169 6.7	208 7.2	250 7.6	289 8.4	323 9.3	353 10.2	376 10.7	385 10.6	378 10.4
認知症である高齢者の自立度Ⅲ以上	79万人 3.4%	90 3.6	111 3.9	135 4.1	157 4.5	176 5.1	192 5.5	205 5.8	212 5.8	208 5.7

65歳以上人口比を％表示している。

出典：厚生労働統計協会2010/2011「国民の福祉の動向」

い手となり、介護予防事業、包括的支援事業などを行う（厚生労働省、2006）。

このように、介護保険改正のなかで地域包括支援センターが創設され、介護予防を担うこととなった背景を明らかにする。

II-1. 介護予防と地域包括支援センター創設の背景

社会保障審議会は、厚生労働省に設置された審議会であり、厚生労働相の諮問機関である。そのなかにある部会には介護保険部会と介護給付費分科会などがある。これらは、社会保障制度全般に関する基本事項や各種の社会保障制度のあり方について審議・調査し意見を答申する機関である。介護保険部会は、2003年5月の第1回開催から2011年11月の第42回開催まで介護保険全般の審議が行われている。介護給付費分科会は2001年10月の第1回開催から2012年1月の第88回開催まで介護保険の報酬について審議が行われている。これらの審議に基づいて報酬や法制度等が定められている。そこで社会保障審議会の介護保険部会、介護給付費分科会から創設の背景について検証したい。

(1) 介護予防事業が地域包括支援センターにおいて実施させた背景

第4回社会保障審議会介護保険部会（2003、9）では、「介護保険制度の運営状況等の検証（その3）、保険給付・要介護認定の状況等について」審議された。この問題は第2回から第4回までの3回にわたり審議がされて

いる。事業所による過剰なサービスが利用者の運動機能を低下させることになるだけでなく、必要以上の財源を使って要介護状態にしていることが報告されている。介護保険導入後、特に要支援、要介護1が急増したことから予防事業は公益性の高い運営を行う必要があるとの意見も出された。これらは、過剰介護による要介護状態の高齢者を増大させ、財源の負担を増加させた。

そこで、第7回社会保障審議会介護保険部会（2003、12）では、「給付のあり方」について審議された。介護保険制度と予防事業の市町村負担について審議が行われた。介護保険を利用するほうが財源的にも負担が少なくなるというシステムが、市町村自体も介護保険利用の流れに進んでいくことになったと苦言が呈されている。そこで高齢者全体が要介護状態にならない事業の必要性が模索されている。

第36回社会保障審議会介護給付費分科会（2005、12）では、「介護療養型医療施設について、既存のサービスの報酬体系に関する議論の整理」について審議された。第31回（2005、10）から第35回（2005、11）までは「介護サービスの報酬体系について」審議され、第31回では新規のサービスの報酬について審議されている。第36回の分科会では、地域包括支援センターが予防事業を担うことが具体的に論議されている。過剰介護が介護度を引き上げることになる事例を紹介し、軽度者を介護サービスから外す方向性が示された。軽度者は、地域包括支援センターの対象の措置

とし、その事業は中立的で公益性の高い運営主体が行うことで要介護状態にならないよう高齢者全体を対象に介護予防を行うことになった。

(2) 地域包括支援センターを市町村が設置することになった経緯

第2回社会保障審議会介護保険部会（2003, 7）から第4回までの会議において「介護保険制度の運営状況等の検証、保険給付・要介護認定の状況等について」審議されたことを受けて、第5回社会保障審議会介護保険部会（2003, 10）では、「論点整理」がなされた。介護保険外のサービスをどこが担うかについて審議され、1990年に創設された在宅介護支援センター⁵⁾の持つ機能が適切ではないかという意見が出されている。在宅介護支援センターは介護保険導入によって、介護保険利用者が増大した結果、市町村の独自の福祉施策が縮小された現状が報告された。しかし、在宅介護支援センターは、介護保険外のサービスを担っており、地域ニーズを掘起こして、行政施策の中に入れる窓口機能がある。そのため既存の施設の機能を活用したかったことが議事録からうかがえる。

第9回社会保障審議会介護保険部会（2004, 2）では「サービスの質、要介護認定」について審議された。在宅介護支援センターには基幹型と地域型があり、審議会では基幹型に期待が寄せられている。地域型の在宅介護支援センターは、事業所が設置している場合、事業所の経営に流れる傾向があり、囲い込み

の要因になる。基幹型は市町村直営もしくは、それに近い形態であるため、中立的な立場がとれることが期待されている。本人、介護者からの要望、介護支援専門員、相談員の拠り所とする場所としても中立的であるため、なお既存のセンターを活用したい審議会の意向がうかがえる。

要支援へのマネジメントを介護サービス事業所にすべて任せると要介護状態の高齢者が増える現状を踏まえ、第7回社会保障審議会介護保険部会（2003, 12）では「給付のあり方」について審議された。要支援から要介護の継続した支援よりも元気な高齢者から要支援者への継続した支援を連続して提供できるような体制が必要だとしている。地域での支援事業が高齢者の要介護状態を遅らせるものとし、地域の資源を活用するためにも市町村が運営・委託できる在宅介護支援センター基幹型に即したものが必要であるとの判断から、地域包括支援センターが設立されることになったと推測される。また、第39回社会保障審議会介護給付費分科会（2006, 1）では、「平成18年度介護報酬等の見直しに係る諮問」について審議された。そこでは、高齢者の相談窓口が市町村単位であり、相談がすぐに解決へとつながる地域の中核的な役割が在宅介護支援センターの基幹型にはあるため、その形態を受け継ぐ地域包括支援センターに期待が寄せられて創設された背景が明らかとなった。

元気な高齢者および特定高齢者、要支援者が、住み慣れた地域において公益性のある適切なサービスの提供を行い、健康を維持する

取組みを地域全体でおこなうことが要介護状態になることを遅らせる。また、在宅介護支援センター基幹型の既存のセンターを活用することで、改正後もスムーズに事業が行われ、その運営が中立的で公益的に行われると期待されていたことも明らかとなった。

そこで、介護予防の担い手として創設された地域包括支援センターについて次に述べる。

Ⅱ-2. 地域包括支援センターの運営と業務内容

在宅介護支援センター基幹型の形態を受け継いで創設された地域包括支援センターの運営と事業内容について、ここでは簡潔に要点だけを取り上げておく。

実施主体が市町村である地域包括支援センターは、地域住民の心身の健康の保持および生活の安定のために必要な援助を行い、地域住民の保健医療の向上および福祉の増進を包括的に支援することを目的とする。包括的支援事業等を地域において一体的に実施する役割を担う中核的機関として設置された（介護保険法第115条の45, 1.）。包括的支援事業については、老人介護支援センターの設置者その他厚生労働省令で定めるものに対して委託することができる。また地域支援事業の実施についてはその事業の全部又は一部を委託することができることとなっている（介護保険法115条45, 2, 3.）。その事業内容は、介護予防事業のマネジメント、被保険者の実施把握と総合相談支援、虐待防止と早期発見のための事業等権利擁護事業、他職種協働による

包括的・継続的ケアマネジメント（《社》日本社会福祉士会, 2006: 14-15）である。これらの事業によって地域住民の保健医療の向上および福祉の増進を包括的に支援するものである。また、指定介護予防支援をおこない、介護保険における予防給付の対象となる要支援者の介護予防サービスを作成している（介護保険法115条47.）。

職員配置は、包括的支援を適切に行うため、原則として社会福祉士、保健師、主任介護支援専門員を置くことになっている。また、地域包括支援センターが担当する区域における65歳以上の高齢者が概ね3000人以上6000人未満ごとに社会福祉士、保健師、主任介護支援専門員をそれぞれ各一人専従で配置することが必要である（介護保険法140条52, 2.）。

Ⅲ. 介護予防の現状と課題

Ⅲ-1. 介護予防事業

介護予防は、要介護状態になることを防ぐために元気な高齢者、特定高齢者と要支援者が継続した支援が受けられるシステムとしてできた事業である。しかし、要支援は地域包括支援センターでケアマネジメントされるが、要介護になると介護サービス事業所によるケアマネジメントとなる。後期高齢者が4分の3を占める予防給付対象者が要介護状態になったときに新たなサービスを説明し、信頼関係を構築することが懸念（遠藤, 2008: 34-39）されている。介護予防事業を行う際に要介護認定を受けていない高齢者に対して基本チェックリスト⁹⁾を用いて特定高齢者の判

別を行うが、把握が不十分なため医療機関等の連携による情報提供は期待できなかったこと、要支援者増加に伴い介護予防マネジメントが追いつかないこと、一般高齢者と特定高齢者に対するサービス内容や課題は違うがそれを支援する地域活動の促進する支援の難しさ（安藤、2008：335-340）も指摘されている。リハビリの領域から介護予防運動を見た時にリハビリが日本で進まない理由として、国民がリハビリを知らなすぎる（大田、2010：156）ことを挙げている。

このように、要支援から要介護への継続した支援、特定高齢者の把握方法とそのマネジメント、地域支援事業の多様なプログラムとそれを運営するマンパワーの確保、介護予防の理解不足などが課題となっている。現在、厚生労働省では介護予防の取り組み事例を示し、活用できるように情報を提供している。特定高齢者の把握のための基本チェックリストの見直し、要支援のケアマネジメントの委託などによって徐々に改善されてきているものの自治体間の差は大きいと推察される。また、地域支援事業の多様なプログラムの開発など多くの事業を抱えているうえ、少ない職員配置で運営している地域包括支援センターにも課題が山積していると考えられる。

Ⅲ-2. 地域包括支援センター

地域包括支援センターは、公益性、地域性、協働性の視点を持った運営が求められている。しかし、「地域包括ケア研究会」の報告書（厚生労働省、2003）では、地域包括支援センター

の現状が報告されており、総合相談業務や包括的・継続的ケアマネジメントの機能が不十分、地域のネットワークが不十分、医療や介護等の多制度・多職種連携を高める地域ケア会議の強化の必要性などが課題として挙げられている。機能が十分に活かされていないとあるが、地域包括支援センターの設置基準では3000人程度の高齢者に1センターで対応することとなっていることに無理がある。地域包括支援センターでは、総合相談業務と介護予防マネジメントの業務に忙殺され介護予防サービスを履行しがたい状況（川島、2011：305-315）となっている。

今後、連携・協働の一層の整備が地域包括支援センターには必要だとされている。介護予防事業は地域包括支援センターが行なう中核的な機能であることは述べてきた。一部事業を委託することを連携・協働とするのではなく、地域包括支援センターにおいて介護予防事業が行なわれていることを地域住民、関係団体が知って活用することが連携・協働へとつながってくるであろう。また、地域包括支援センターも地域の関係団体に発信していくことが重要になってくると思われる。

第29回社会保障審議会介護保険部会（2005、9）では、「事業者団体ヒヤリング」について審議された。議事録によれば、予防給付の導入により悪化者数の減少・費用の減少が見られたことが報告されている。健康の維持のみならず、財源の軽減が行われたことから、今後も介護予防の事業は高齢社会の重要施策となるであろう。ただし、地域差があること、

社会資源の不足、体制の不備、情報の提供等に課題がある。

まとめ

本稿では、介護保険制度の制定から改正の大筋をたどることで、介護予防の現状を探ってみた。地域包括支援センターは、元気な高齢者、特定高齢者に対する介護予防、要支援者への介護予防ケアマネジメント、総合相談、権利擁護事業など多様な事業を担うため忙殺されることが明らかとなった。また、地域の関連機関との連携が十分にとれているとはいえない現状がある。これらから地域包括支援センターが介護予防事業をすべて担うことには限界があるともいえる。今後は、地域包括支援センターにおいて介護予防を行ううえでの現状と課題が、審議会等においてどのように検討されているかについて詳細に検証したいと考える。

[注]

- 1) 介護保険法115条44. 地域支援事業は、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに要介護状態となった場合においても可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するための事業である。被保険者とは、65歳以上の第1号被保険者を指す。
- 2) 介護保険制定時に介護保険の円滑な実施を行うために2000年度より介護予防・生活支援事業として始められたものが改編したものである。
- 3) 新ゴールドプランのサービス基盤の整備は、在宅サービスでは、施設サービス、寝たきり老人対策、痴呆性老人対策の総合的实施であり、

支援施策とは人材の養成確保、福祉用具の開発・普及の推進、民間サービスの活用、住宅対策・まちづくりの推進である。

- 4) ユニットケアとは、施設の入所者を小グループごとに分けてスタッフを配置し、在宅に近い居住環境を整えてケアの個性を高めた支援をおこなう取組みを指す。
- 5) 在宅介護支援センターは、1990年に在宅の寝たきり老人などを抱える家族の福祉の向上を図ることを目的に創設された。老人福祉法に規定され、介護保険の対象とならない高齢者の介護予防、生活支援、生きがい活動などへの参加を図る連絡・調整機能のほか、介護サービスの質の向上を図る事業など様々な役割がある。市町村直営またはそれに近いものが「基幹型」、施設や病院の併設あるいは単独のものを「地域型」という。
- 6) 基本チェックリストとは、65歳以上の方で要介護認定を受けていない人、介護認定を受けたが非該当の方を対象に介護の予防のチェックを実施しているものである。介護の原因となりやすい生活機能低下の危険性がないかどうかという視点で運動、口腔、物忘れ、うつ症状、閉じこもりの全25項目について「はい」、「いいえ」で記入する。

[参考文献]

- ・安藤智子, 2008, 「介護予防ケアマネジメントの実際と課題—地域包括支援センターの役割から考える—」, 『ジェントロジーニューホライズン』, 20(1).
- ・遠藤慶子, 2008, 「今後求められる介護予防マネジメントの展望—自立・予防支援・介護予防の継ぎ目のない支援とは—要介護認定のマジックを知ろう」, 『介護支援専門員』, 10(4).
- ・川島典子, 2011, 「地域システム構築への介入が一次予防事業対象者への介護予防サービスに及ぼす効果に関する縦断研究(2)」, 『筑紫女学

- 園大学・短期大学部人間文化研究所年報]。
- ・厚生労働統計協会2010/2011『国民の福祉の動向』。
 - ・社会福祉士養成講座編集委員会, 2009, 『社会福祉士養成講座 高齢者に対する支援と介護保険制度』, 中央法規出版。
 - ・地域包括支援センターにおける社会福祉士実務研修委員会編, 2006, 『地域包括支援センターのソーシャルワーク実践』, 中央法規出版。
 - ・ミネルヴァ書房編集部, 2011, 『社会福祉小六法』, 介護保険法。
 - ・安村誠司編著, 2006, 『地域ですすめる閉じこもり予防・支援 効果的な介護予防の展開に向けて』, 中央法規出版。
- [参考ウェブ]
- ・厚生労働省 2006年「介護保険制度改革の概要—介護保険法改正と介護報酬改訂—」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/dl/data.pdf> (2月13日)
 - ・2007年国勢調査
<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001007251> (2月13日)
 - ・2012年国勢調査 人口等基本集計結果 要約
<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/kihon1/pdf/youyaku.pdf> (2月13日)
 - ・厚生労働省 「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/> (1月9日)
 - ・厚生白書, 1990
<http://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wpdocs/hpaz199001/b0025.html> (1月27日)
 - ・厚生白書, 1996
<http://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wpdocs/hpaz199601/b0041.html> (1月27日)
 - ・内閣府「高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査」(平成13年)
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/zuhyou10.html> (2月13日)
 - 第2回社会保障審議会介護保険部会
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/07/txt/s0707-1.txt>
 - 第4回社会保障審議会介護保険部会
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/07/txt/s0728-2.txt> (2月13日)
 - 第5回社会保障審議会介護保険部会
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/10/txt/s1027-1.txt> (2月13日)
 - 第7回社会保障審議会介護保険部会
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/12/txt/s1222-1.txt> (2月13日)
 - 第9回社会保障審議会介護保険部会
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/02/txt/s0223-1.txt> (2月13日)
 - 第31回社会保障審議会介護給付費分科会
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/10/txt/s1012-4.txt> (2月13日)
 - 第32回社会保障審議会介護給付費分科会
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/10/txt/s1024-3.txt> (2月13日)
 - 第33回社会保障審議会介護給付費分科会
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/11/txt/s1102-4.txt> (2月13日)
 - 第34回社会保障審議会介護給付費分科会
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/11/txt/s1116-6.txt> (2月13日)
 - 第35回社会保障審議会介護給付費分科会
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/11/txt/s1125-6.txt> (2月13日)
 - 第36回社会保障審議会介護給付費分科会
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/txt/s1207-3.txt> (2月13日)
 - 第39回社会保障審議会介護給付費分科会

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/01/txt/s0126-4.txt> (2月13日)

・第29回社会保障審議会介護保険部会

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/09/txt/s0929-4.txt> (2月13日)