

第Ⅲ部 市町村介護保険事業計画（介護予防事業部分）とまちづくり・地域づくり

Ⅲ-1. 介護予防の目的・内容と今日における課題

介護予防は、生活機能の低下を予防し、又は維持・向上を図るということであり、個々の生活習慣や生活環境、さらには個々人の生き方と密接な関係にある。そのため、専門職が個々人をアセスメントして介護予防事業を提供するといった取組だけでは自ずと限界があり、高齢者本人の意向を踏まえた対応が必要である。また、介護予防を効果的に推進するためには、一次予防（生活機能の維持）から二次予防（生活機能低下の早期発見・早期対応）、三次予防（要介護状態の改善・重症化予防）までの連続性を確保することが重要である。

また、介護予防の効果として生活自立能力や意欲を確保した高齢者が、社会の一員としてボランティア活動や趣味・生きがい活動等を通して自分らしく生きていく受け皿が地域になければ、せっかく回復した能力を維持することはできない。そればかりか、交流や自己実現によって生活の質を高めたいという当然の機会が提供されないことにもなる。したがって、介護保険制度の予防給付や介護予防事業を通じて、個々の高齢者の生活の質、豊かな老後を目指すものである。

今般、介護予防事業が市町村介護保険事業計画に記載するにあたっては、これまでの介護予防の取組が適切なものであったか、以下の点で確認する必要がある。

1) 孤立状態にある高齢者の増加

孤立状態にある高齢者の数が、いっこうに減らないばかりか、高齢者人口の増加と相まって、増加している現状にあること。

2) 老人保健事業の優先順位

今までの老人保健事業は、参加意欲が高い高齢者を中心として事業が実施され、心身機能の低下等により閉じこもり状態にあつて参加できない対象者への対応が遅れ、事業実施効果が低い高齢者を見過ごすというような負の成果も生じているという指摘もある。

3) 利用者のニードとのミスマッチ

参加意欲が低い高齢者に対しては、行政や専門家が一方的に働きかけた結果として、一方通行の関係、すなわち、利用者のニードに十分対応していないなどの傾向になりがちな点等も否定できない。

4) 不十分な介護予防ケアプラン

個々の高齢者に対する介護予防ケアプランが不十分であったため、高齢者の自立意欲や残存能力の維持、向上をめざした支援が適切に行われず、その結果廃用症候群としての経過をたどる高齢者を増加させたとの指摘がなされていること。

5) 目標と手段の逆転

介護予防を達成するための方法である機能訓練等が、あたかも事業実施目標にとどまり、地域における自立した生活の達成という介護予防の本来の目的が見失われてきている現状が、多くの事業において見られていること。

6) 協働の成果

介護予防を進めてきた保健医療福祉関係者や住民が、それぞれの役割を認識した上で協働して取り組んでいくことが、介護予防において不可欠であるという認識がより強まったこと。特に閉じこもり状態は、様々な生活能力の低下をもたらす危険性がある。その状態から一歩外に踏み出すためには、住民や友人等の関わりや、訪問相談や情報提供、精神的支援を含めた働きかけが必要である。また物理的なバリアを取り除くことが、サービス利用や社会参加の機会を広げるのであって、多様なプログラムを提供することによって総合的に支援していくことの大切さが実証されている。

Ⅲ-2. ヘルスプロモーションとまちづくり

上記の課題に取り組むに際して、関係者（行政、保健及び福祉専門職等）が介護予防の意味を理解し、これまでの専門家・供給側からの視点に偏りがちだった弊害を改善し、サービスの受け手である生活者の視点を重視したものに転換することが強く求められている。これを保健領域においてみると、関連する計画に、ヘルスプロモーションの考え方が取り入れられている。

ヘルスプロモーションは、人々がより良い健康水準を達成するための個人及び社会の努力のプロセスと説明することができる。そのため、健康維持、向上を支援する環境の形成を重視すること、根拠を明らかにし、健康増進という考えをあらゆる政策決定の場で位置づけること、生活の視点から、従来の保健の領域を超え、総合的に地域における健康増進活動を行うことが、ヘルスプロモーションそのものである。その意味で、政策や計画において目標を設定し、その目標に向かって効果的な方法を駆使して実現していく、実践的な側面を強くもつ。今日、「健康日本 21」が出され、健康寿命を伸ばし人生と生活の充実・満足感を確保すること等（いわゆる健康・QOLの確保）を目的とし、従来の治療中心の保健医療対策から予防・健康増進に重点を移すことが目指されている。

また、社会福祉領域においては、従来から「福祉のまちづくり」の考え方が重視され

てきている。住民それぞれの安定した生活が守られ、自己実現できる場としての地域を創造しようとする考え方である。社会福祉法第4条は、「地域住民、社会福祉を目的とする事業を営む者及び社会福祉に関する活動を行う者は、相互に協力し、福祉サービスを必要とする地域住民が地域社会を構成する一員として日常生活を営み、社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が与えられるように、地域福祉の推進に努めなければならない。」としており、実際に全国各地でまちづくりの取組が積み重ねられてきている。さらに地域福祉計画においても、地域づくり、まちづくりの事業や活動が明記されてきている。

確かに、ヘルスプロモーションや福祉のまちづくりを実現しようとしてきた担当機関や関係者は、前者の担当機関が保健所、市町村の保健担当部局、専門職が保健師であるのに対し、後者の機関が行政の福祉担当部局、社会福祉協議会、専門職が社会福祉士、地域福祉担当者であり、連携がとられていない現状もあった。しかし、そもそも問題が発生する場を予防、解決の場に、広く生活の質の維持向上を目指すという基本的な考え方は共通している。また住民サイドから見ると、直面している生活課題、保健医療福祉等の横断的課題であり、かつ住民活動は明らかにその垣根を取り払おうとしている。介護予防においても、今日の課題は、どのように住民の生活ニーズに合わせたサービス体系を創りあげるかである。ちなみに、両者は、住民参加の活動を重視すること、総合的な支援を目指していること、当事者や住民の主体力の形成を第一義としていること、様々な民間活力の導入を前提としていること等、個別の取組においても共通点は多い。したがって、それぞれの関係機関、関係者が協働して、既に行われている事業、活動の効果と可能性、そして必要とされる事業、活動の見直しを協働で行い、それぞれが果たしてきた役割とこれからの可能性の合意形成を図ることが緊急の課題であると言えよう。

以下、基本的に共通する視点を概括する。

Ⅲ-2-1. 地域づくり・まちづくりの視点

高齢者が活動的な暮らしをするためには、人と人の関係性に着目した視点が重要である。特に、家族や地域との関係性が崩れて孤立することにより生活機能の低下を招くことが多いことから、その関係性を回復するためにも、共に支えあう人づくりや仲間づくりを行うなどの地域づくり・まちづくりの視点が重要である。

これまでの介護予防に関するサービスは、専門家による一方的かつ期間限定的な働きかけになりがちであったことを踏まえ、介護保険に基づく介護予防サービスに加えて、介護保険外の公的サービスやインフォーマルサービス、さらには住民組織活動による支援などを総合的に提供できるようにする必要がある。また、介護予防プログラム終了後にも継続的に介護予防の効果が期待できるよう、高齢者が主体的かつ継続的に参加活動

することができる場や機会が、「地域・まち」の身近なところにあるなどの「地域づくり・まちづくり」が必要である。具体的には、身近に存在する小地域単位の、いきいき・ふれあいサロンなどの集会の場や温泉・プール、健康増進施設などを活用した住民主体の活動の中に介護予防的な要素を付加できるように側面的に支援することなどが考えられる。このような視点を、計画作成における広い視野の介護予防対策（広義の介護予防）と位置づけ、総合的かつ体系的に推進することができる体制整備や仕組みづくりにつながることを期待される。

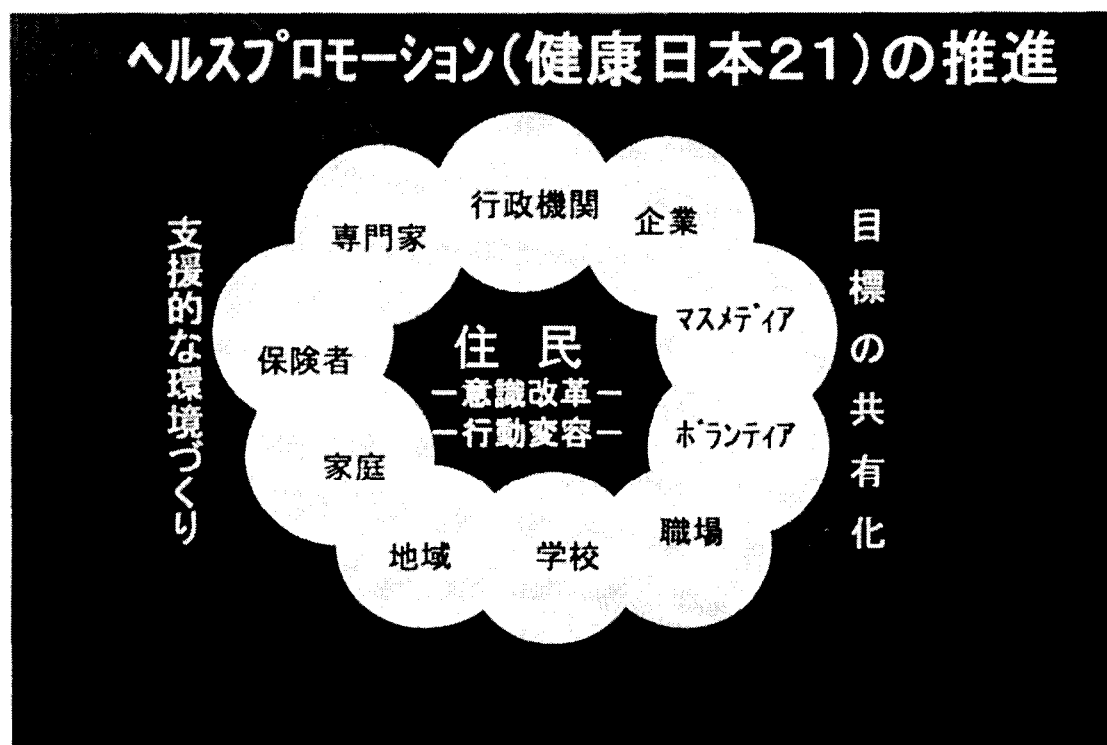


図4 ヘルスポモーション(健康日本21)の概念

(出典：健康日本21・厚生労働省ホームページ)

Ⅲ-2-2. 広義の介護予防の推進

介護予防は、元気高齢者に対する生活習慣病予防も含めた「一次予防」と、特定高齢者に対する「二次予防」、要支援・要介護高齢者に対する「三次予防」に大別され、これらが連続的かつ総合的に推進されることが、介護予防の効果を高めるためには必要である。厚生労働省老健局長の私的検討会である「老人保健事業の見直しに関する検討会」が中間報告でまとめた「生活習慣病の予防と介護予防の新たな展開に向けて」(2004年10月)においても、介護予防と生活習慣病予防を一体的に推進することの重要性が指摘されている。

また、高齢者が活動的な暮らしをするためには、特定高齢者や要支援・要介護高齢者に対する介護予防サービスだけではなく、「人と人の関係性に着目した視点を重視した共に支

えあう人づくりや仲間づくり」を行うなど、「ヘルスプロモーション」や「地域づくり・まちづくり」の視点が重要である。

このように介護予防は、生活習慣病予防対策やヘルスプロモーションやポピュレーションアプローチ、さらには、まちづくりまで含めた総合的な介護予防対策（広義の介護予防）として、老人保健福祉計画等に基づいて計画的に推進する必要がある、地域支援事業の中の介護予防は、その一部に包含される形で位置づけ一体的に推進する必要がある。

なお、こうした広義の介護予防を推進するためには、キーパーソンとなる専門職の配置や関係機関の相互連携、さらには住民を含めた総合的な地域支援体制の整備、すなわちまちづくりが大切であり、詳細は後述する。

Ⅲ-2-3. 自立支援を強化する環境づくり

自立とは、日常生活をおくるために必要な ADL や IADL という身体的能力、生活の質の向上をめざした主体的能力、そして地域における関係性や役割を維持する社会的能力等によって構成され、各能力が相互に関係している。ちなみに、自立の基本的考え方は、能力が低下し、単独では自立した生活をおくることが困難である状態に対しては支援を行うが、今ある能力は活用して自立をすすめることが、自立支援である。えてして、障害がある場合には、利用者として保護の対象になるという、過去の支援の考え方から、いわゆる依存的自立も自立であり、当事者の主体性と人格の尊厳を最大限尊重し、当事者主導型のサービス体系の運営がもっとも重視されなければならない。

なお、主な自立支援には、次のようなものがある。

- ①個別支援：利用者が直面する保健医療福祉課題とともに、利用者の能力を総合的に判断した援助計画
- ②自立意欲・自己決定の尊重：当事者としての解決意欲、解決能力を高める支援
- ③当事者活動の尊重と支援
- ④診断や評価による根拠（エビデンス）に基づいた残存能力や潜在能力の活用
- ⑤適切な情報の提供とサービス利用、活動支援
- ⑥保健医療福祉、そしてインフォーマルなケアも含めた総合的支援
- ⑦様々な社会活動への参加の機会の提供

介護保険だけでは、利用者の自立支援を行うことは難しい。したがって、要支援・要介護認定者に対する予防給付や介護給付だけではなく、特定高齢者に対する介護予防特定高齢者施策、一般高齢者に対する介護予防一般高齢者施策はもちろん、広く高齢者を対象とする介護保険以外の次のような事業も積極的に活用し自立支援に向けた環境整備を図っていく必要がある。

- ①外出支援、軽度生活援助
- ②介護予防に関する事業
- ③老人クラブやヘルスマイト等の地区組織活動
- ④社会福祉協議会等が住民と協働して進めているふれあい・いきいきサロンや見守り等の小地域福祉活動、民生委員活動、町内会等の住民組織による様々な活動を含めた地域福祉・地域保健活動
- ⑤雇用・教育・環境・交通・建設等の一般施策の整備

Ⅲ-3. 計画づくりの目標の共有と介護予防

このような視点に立つならば、計画づくりの意義は、保険者と被保険者（地域住民）及び関係機関が、目的と目標を共通理解・共通認識することによって、自助・共助・公助の3つが最適な関係で機能する介護予防対策を計画として広く明らかにし、これを実施することにある。今後は、地域住民の主体的な参加を得て、当事者・関係者が協働して介護予防対策を効果的に推進できるようにすること、つまり、高齢者自身やその家族、地域住民による自助・共助の取組と公助としての介護予防事業が有機的に結びついて機能させることが、今後の介護予防対策の成功の鍵を握っている。

そのためには、被保険者（地域住民）に介護予防の必要性が十分に理解されるよう分かり易く説明するなど、利用者が主体的に意欲を持って、介護予防のための多様なプログラムに参加し、助言等を得ながら主体的に取り組めるような介護予防対策へ転換していく必要がある。したがって、住民一人ひとりの主体的な取組を喚起する啓発を行うとともに、計画作成過程の透明性を確保することも重要である。特に、計画の作成に当たっては、地域住民の主体的な参画を求めて「わが町にはどれくらいの要介護者がいて、どれくらいのサービスが必要か」「このまま推移するとわが町の保険料は、どこまで上がるのか？」「どうすれば介護予防ができるのか？（保険料の伸びを引き下げられるのか？）」といったことを共に考え、住民自らがその在り方を決定するプロセスを再確認すること等を実行・実施させることが大切である。こうした取組により、高齢者自身やその家族、地域住民による自助・共助の取組と公助としての介護予防事業が適切に組み合わせられることになり、そして、住民参加・住民主体の介護予防の展開につながるということに関係者が十分に認識することが重要である。

Ⅲ-4. 計画づくりの際の留意点

介護予防をより効果的に実施・推進するためには、介護保険で提供されるサービスだけでは不十分であり、他の保健福祉や地域づくり等に関する施策とともに一体的かつ総合的な推進が求められる。例えば、ヘルスマイトによる配食サービスなどのインフォーマルサービスや住民組織活動などの地域資源が果たす役割が大きい。また、生活習慣病の予防対策や高齢者の生きがい健康づくり対策などの保健福祉事業と一体的に推進する

ことや高齢者の活動的な暮らしができるまちづくり、地域づくりをするためには、就労や社会教育、住宅政策、交通政策まで視野を広げる必要もある。これらの取組と介護予防事業を総合的に進めるために、老人保健福祉計画、地域福祉計画、市町村の基本計画などと調和を図ることが必要である。

そこで、地域づくり、まちづくり指向型介護計画の作成の留意点は、(1)計画の作成、実施、評価プロセスの重視、(2)地域性の尊重と資源の開発・活用、(3)バリアフリーの推進、(4)当事者主体・生活者の視点、(5)権利擁護システムの確立、(6)地域福祉を推進する専門職と専門性、(7)関連専門職間及び当事者間における連携協働である。

Ⅲ-4-1. 計画作成、実施、評価プロセスの重視

第1に、住民・当事者、関連諸機関・団体が計画作成に参加し、その意見を計画に反映できるシステムを検討すること。第2に、達成目標と役割の幅広い合意形成を図ること。第3に、実際に作成、実施、評価プロセスに参加できない住民の代弁システムを設けること。調査やヒアリングによる当事者の意見を把握するシステムを整備することは大切であるとともに、当事者が直接会議に出席することが何らかの理由により難しい場合には、当事者の意見や意思を反映させるための代弁者、代弁機関の参加が必要である。第4に、会議の公開、パブリックコメント等の手法を整備し、より多くの住民の理解と参加を求めることである。

地域の保健福祉課題は、保健・医療・福祉・教育・就労・住宅・交通などの生活関連分野との連携を不可欠なものとしている。計画作成に人間の活動を重視したまちづくりの視点を組み込み、各政策の垣根を取り払い、介護予防を人間の活動を重視したまちづくりとして具体化していく必要がある。

今日、多くの市町村が、協働型、参加型まちづくり、社会づくりをめざしている。行政だけでは、地域における様々な生活課題を解決することはできず、住民や民間の関係機関等と協働した取組がなされ、実績が上げられてきている。介護予防に関しても、そのような協働した取組が不可欠であり、その意味で、計画づくりのプロセスに十分に配慮がなされる必要がある。

Ⅲ-4-2. 地域性の尊重と資源の開発・活用の視点（地域保健福祉経営）

住民の生活に関わる支援を総合的に検討する場合、地域性が重要な要素となる。全国画一的な基準は、最低基準の点からは必要であるものの、それだけでは十分ではない。これは介護予防についても言えるのであり、人、もの、金、とき、知らせという資源を最大限有効に活用し、積極的な事業展開を進めていくことが必要とされる。これがマネ

ジメント、すなわち経営の考え方である。したがって、

- ①それぞれの地域の人材、施設、機関、サービス等の既存の地域の社会資源の可能性を模索し、かつ潜在的な資源を開拓すること、
- ②人間の活動を重視したまちづくりの視点による教育・就労・住宅・交通などの生活関連分野との連携を図ること、
- ③日常生活圏域の生活支援を基軸に、市町村圏域—広域圏域（市町村の連携）—都道府県圏域—国の5構造による支援システムを具体化すること、
- ④インフォーマルサービスも含めたまちづくりの創造を目指すこと、

が大切である。

なお、地域における資源は、下表のように多様であり、どのようにそれらを掘り起こしまた活用していくかが問われる。

表 2 1 資源の例示

人	問題解決に取り組む当事者、医師、保健師、社会福祉士、ケアマネジャー、住民、ボランティア等
もの	保健・医療・福祉・教育等の施設、サービス・活動、物品はもちろん、住民関係、地域関係、ボランティア協議会、医療保健福祉等の専門職等のネットワーク等
金	交付金・補助金・委託金、寄付金等
とき	就業時間、ボランティアが活動する時間等
知らせ	上記の資源情報、利用者情報、相談窓口における情報、計画作成に必要な統計等

また、資源の吟味に際しては、地域の特性に配慮しなければならない。その理由は、第1に、各地域にある資源の質・量とともに、期待される機能も異なること。例えば、山間地においては、住民の集落が広範囲に点在しており、派遣型サービス、移送サービスを含めたアクセスの検討が不可欠である。また既設の住宅や公民館等を拠点に介護予防やケアプログラムを提供することも期待される。

第2に、サービス供給主体の多元化の状況が異なること。例えば大都市部においては、住民、ボランティア、NPO、社会福祉協議会、社会福祉法人等の各種法人、行政等のさまざまな供給主体が登場してきている。しかし、それらが基準の異なるサービスをバラバラに提供した場合、利用者が必ずしも必要でないサービスを受けざるを得ない。他方、過疎地域では、サービス供給主体自体が少なく、ニーズに十分応えられない問題もある。利用者の権利保障とサービス量の確保と水準に関するチェックは行政の普遍的な役割である。しかし、それをどのように実現するか、たとえば資源の調達と適正配置を行う行

政の役割は、地域によって異なる。たとえば、山間地等の集落が離れている地理的条件によって、要介護は生活の維持を難しくさせるため、回数、サービスにおいて、介護予防としての側面を強く持つものが見られる。都市部においても、自分が気軽に立ち寄れる場所、すなわち地域にある「とまり木」的な場所が必要になっており、仮に活動が1ヶ月一回でも、複数のグループが活動していれば、「梯子」が可能になる。身近な地域との関係性を維持できることが、孤立予防の前提であり、そこで栄養指導等が出来れば、介護予防に直結する。

第3に、人間関係、ネットワーク、相互扶助システムが異なること。このような「見えざる資本」、すなわちソーシャルキャピタルの重要性は、今日においても変わるものではない。確かに、多くの都市において、住民間の相互関係は希薄化し、従来の家族関係は変質した。しかし、近年、ボランティア・NPO活動が活発化し、住民参加型社会づくりが目指され、地域の再生が始まっている。また、農山村地域においては、従来からの相互助け合い活動が、孤立やねたきり予防の役割を担っている。たとえば、地縁型活動として、ア. 小地域福祉活動＝集落・小学校区・中学校区を軸にした住民活動、イ. ふれあい・いきいきサロン（全国社会福祉協議会『「ふれあい・いきいきサロン」のすすめ』によれば、同サロンとは、高齢者、障害者、子育て中の親等を対象に、地域を拠点にして、住民である当事者とボランティアとが協働＝連携で企画をし、内容を決め、運営していく仲間づくりの活動である）、ウ. 見守り等の住民活動、生活環境の改善活動もあり、それへの積極的支援は、地域の活性化と当事者参加、住民参加の活発化につながる。

アクセスの問題に関しては、教室型、通所型・地域支え合い型、チームで移動する方式、季節による住まいの移動、また拠点とランチ（地域福祉型福祉サービス）の関係、リーダーとワーカーの関係、日常的活動への施設等の専門職の派遣等々、多様な方法を考え、アクセスの問題を解決にすることが求められている。

それぞれの地域の人材、施設、機関、サービス等の既存の地域の社会資源の可能性と課題を検討し、かつ潜在的な資源を開拓することが大切である。

Ⅲ-4-3. バリアフリーの視点

そもそも孤立とは、物理的孤立、精神的孤立、情報の孤立、社会的孤立等の関係の孤立を総称する。したがって、それらをもたらす障害、すなわちバリアをどのように取り除くかが、介護予防とも密接に関係づけられる。孤立によって、個人や地域と社会との関係性が断ち切られる危険性が生まれ、その結果、高齢者の心身の機能は急激に低下する恐れがある。そもそも、関係性を維持できるように、ハード、ソフトの両面にわたって配慮された支援は、介護予防の効果をより高めるのである。

①建物、生活環境等の物理的バリアフリー

移動しやすさ、公共施設の障害者対応、自宅ですできるだけ自立した生活を営むことができる段差や手摺等の配慮

②心のバリアフリー

不必要な不安や誤解による排除と偏見の意識に対する取組である。

③参加・自己実現のためのバリアフリー

参加・自己実現を保障するためには、就労の開発と機会の提供だけでなく、選挙による参加、計画作成の作成プロセスへの参加、後述するボランティアとしての参加等、多様な参加が考えられる。

④情報のバリアフリー

母国語等の言語の違いにより地域住民とのコミュニケーションがとれないことによって、社会から孤立することを防ぐための、多言語による情報提供、また通訳者の確保。さらに利用者が理解できるサービスに関する分かりやすい情報提供等である。

したがって、バリアフリーのまちづくりの基本は、安全が保障され、生涯にわたって安心して生活できるハード（住宅や道路のバリアフリー）とソフト（サービス・生活環境）の総合的施策である。言うまでもなく、介護予防やリハビリを含め、保健医療福祉等のサービスの整備や住民による助け合い活動、ボランティア活動への支援、施設機能の地域への開放などのソフトの面も含めた検討が必要である。

その他、ハードの面を中心に考えると、以下のような事項も重要である。

- ①日常生活における危険防止のための多様かつ二重三重の情報提供
- ②自立を促進するための福祉機器等の開発と提供、そして普及
- ③公共施設だけでなく、商店や生活の拠点である住宅の改造も含めた、設計モデルやチェックポイントの提示といった指針（バリアフリーユニバーサルデザイン）の明確化
- ④車椅子等で自由に移動できる環境づくり
- ⑤さまざまな参加の機会が提供されるまちづくり

上記の考え方は、「福祉のまちづくり」として、日本においても以前から目指されており、さまざまな実践がなされている。そしてその推進者は、地域住民であり、行政であり、民間の非営利団体、そして民間企業である。