

筋トレに関する3つの誤解

誤解その① 「高齢者に筋トレは無理。」



高齢者に対する筋トレは日常生活を営むための最低限の筋力を培うことを目的とし、高齢者の体力に合わせて無理がないように行われるもの。若年者のように付加的に筋力を増強するために行うものではありません。

誤解その② 「筋トレはマシンを使ったものだけ。」



筋トレの方法は、介護予防効果が認められているものは広く採り入れていく予定。例えば、セラバンドやダンベルなど、簡易な器具を用いた筋トレもその効果が報告されています。

誤解その③ 「筋トレを始めたらずっと筋トレしか受けられない。」



筋トレの目的は、日常生活に必要な筋力を培うためのもの。したがって、一定期間の筋トレでそうした筋力が培われたら、今度はその能力を日常生活の中で維持・活用できるように、プログラムが提供されていくことが必要です。

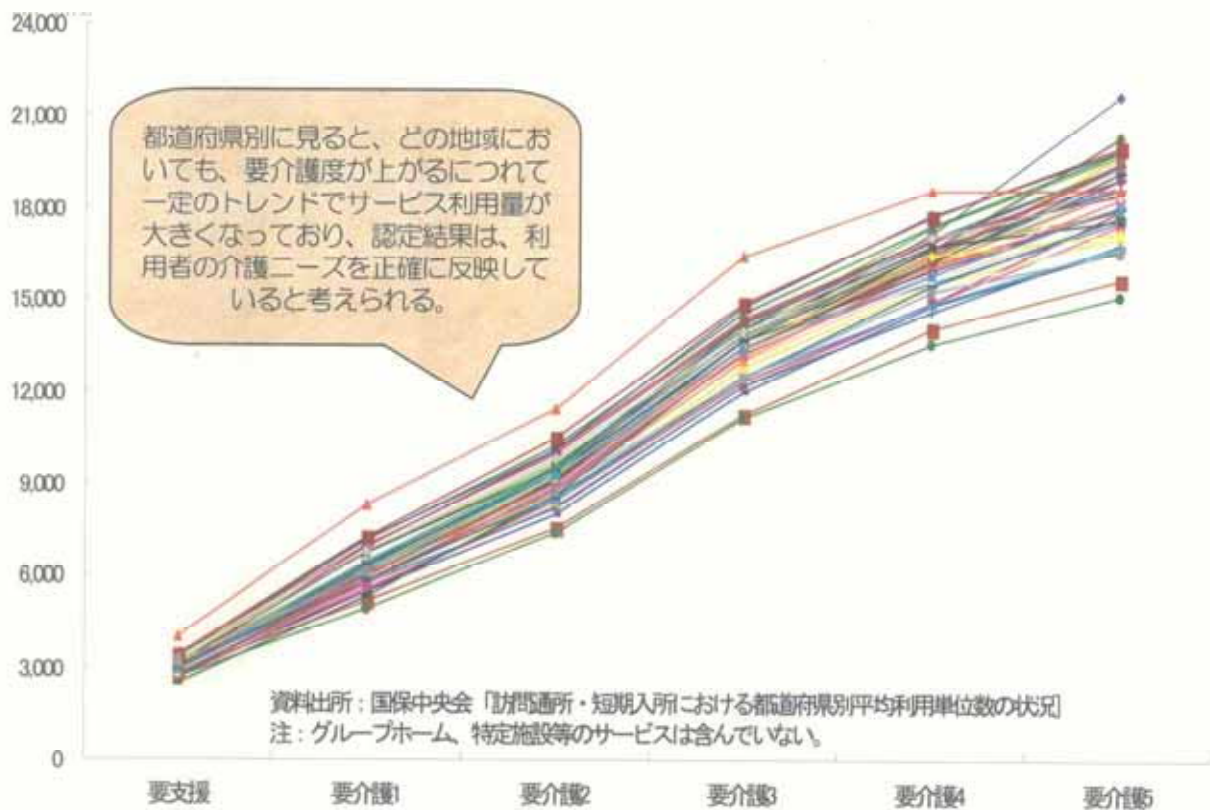
<認定、プラン等>

9. 要支援、要介護1が近年増加しているのは、要介護認定に問題があるためではないか。

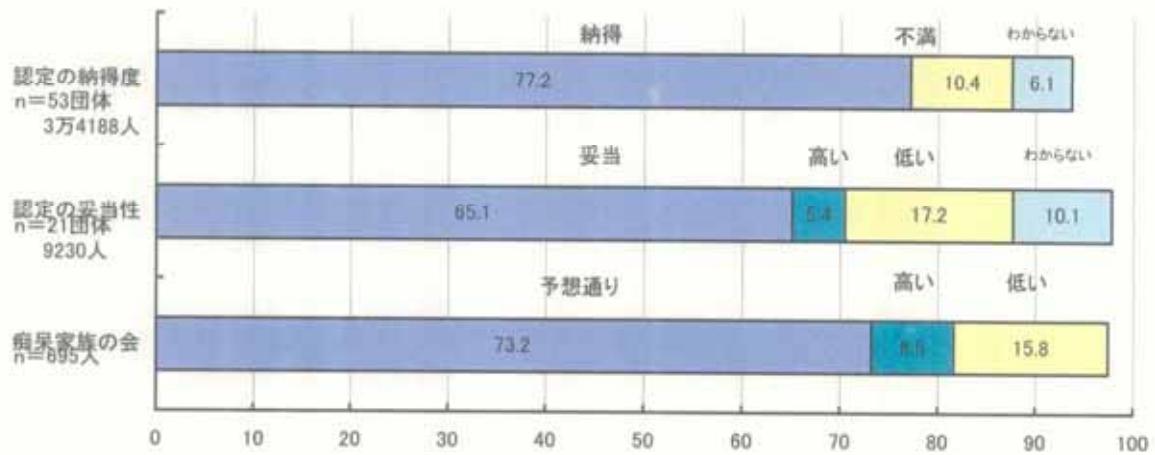
要介護認定基準の最も客観性・妥当性は高く評価されています。

- 現在の要介護認定基準は、「介護にかかる時間」について、公平・公正に、かつ、客観的に計れるように全国一律に設定された基準です。
- 要介護別に在宅サービスの利用単位数を地域別で見ると、どの地域においても、要介護度に応じ、一定のトレンドでサービス利用量が大きくなっており、要介護認定結果は利用者の介護ニーズを正確に反映していると考えられます。

要介護度別に見た各都道府県別在宅サービス利用単位数
(平成16年4月サービス分)



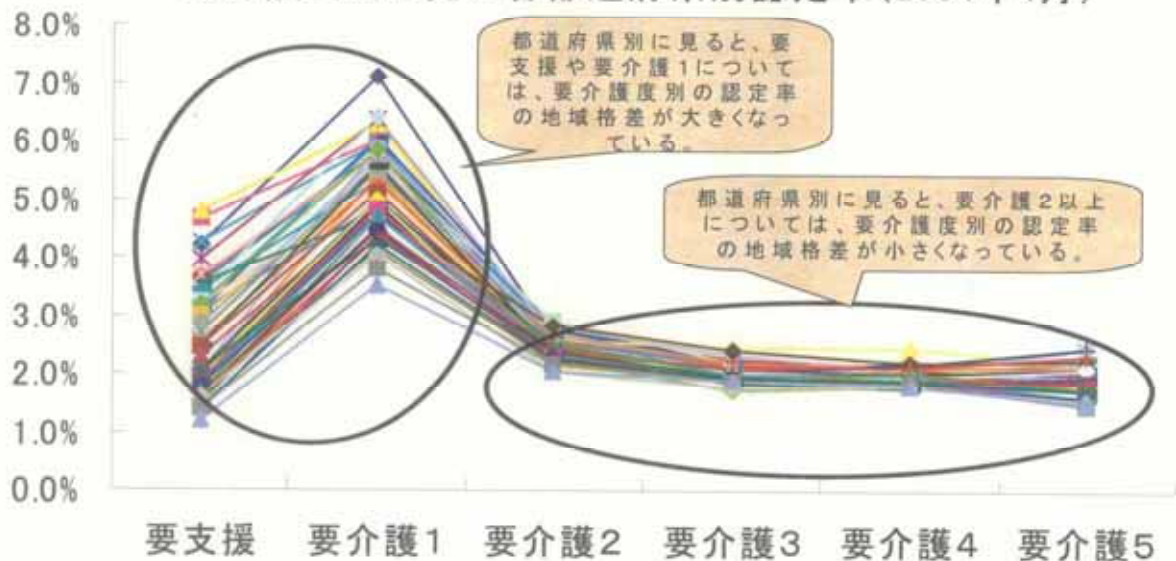
要介護認定の納得度・妥当性



要支援や要介護1といった軽度の方々の割合は地域格差が大きく、要介護認定の申請の仕組みに課題があると考えられます。

要介護度別の認定率（高齢者数に占める認定者数の割合）は、要介護2以上については、地域格差が小さいのに対して、要支援、要介護1は地域格差が大きくなっており、このことは、要支援や要介護1については、地域における人為的な作用（例えば、掘り起こしなど）が働いていることが推測されます。こうしたことが軽度の方々の増加の背景にあると考えられています。

要介護度別に見た各都道府県別認定率（2004年4月）



その一つの要因として、事業者によるいわゆる「掘り起こし」があるのではないかと考えられます。

- 軽度者が増加している一つの要因として、要介護認定の申請の代行や市町村から要介護認定のための調査の委託を受けた場合において、事業者が過度の「掘り起こし」を行っていることが指摘されています。
- 具体的には、認定申請の代行を行う際に、本人の意思確認を行わず申請を行ったり、委託を受けて認定調査を行う事業者がサービス提供を行うなど、要介護認定の公正性・中立性の観点からの問題が指摘されているところです。

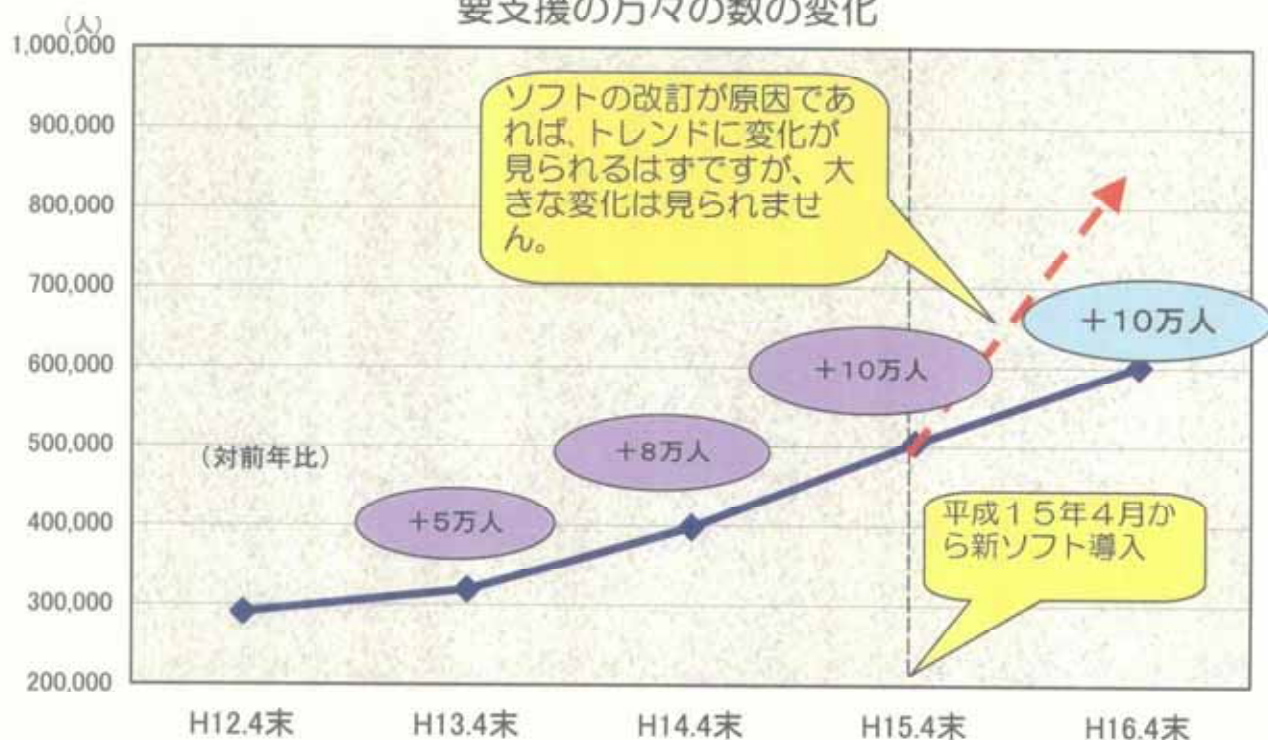
こうした要介護認定の公正性・中立性の観点から問題となる点については、見直しを行いつつ、更に改善可能性の高い方々には、適切な介護予防サービスを提供していく必要があります。

《見直しの視点》

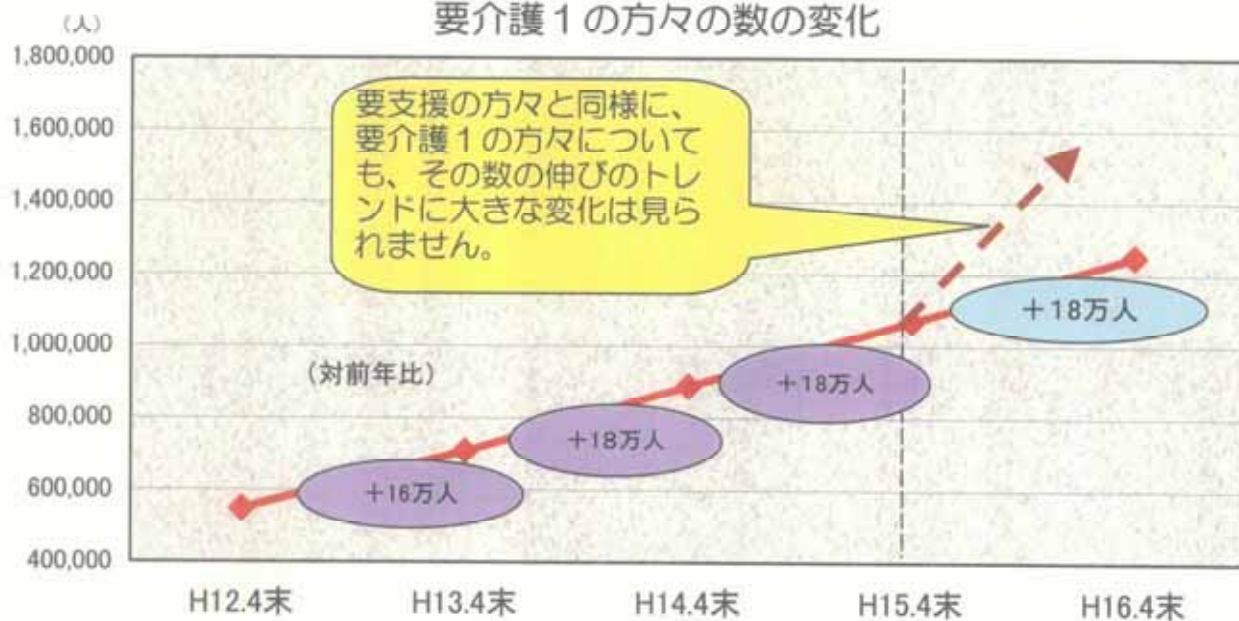
- ①要介護認定の申請代行については、代行を行うことができる者の範囲を大幅に限定
- ②要介護認定の認定調査の委託については、原則、市町村において（委託しない）実施することとする。

なお、要支援、要介護1といった軽度の方々が増加している背景に、要介護認定ソフトが平成15年4月に改訂されたことがあるのではないかと指摘がありますが、平成12年度から平成15年度までの要支援及び要介護1の方々の数の伸びのトレンドに変化はなく、要介護認定ソフトの改訂が軽度の方々の増加原因となっているとは考えにくい状況です。

要支援の方々の数の変化



要介護1の方々の数の変化



10. 介護予防プランはケアマネジャーではできないのか。なぜ保健師が中心となって作るのか。

介護予防は、要支援や要介護1といった軽度の方々だけでなく、非該当（予備軍）の方々も含め、地域において一貫して連続したサービスが提供される仕組みを目指します。

- 新たな介護予防の仕組みは、要支援や要介護1といった軽度の方々だけでなく、介護予防が必要な非該当（予備軍）の高齢者も含め、地域において、一貫して連続したサービスが提供される仕組みを目指します。
- 非該当（予備軍）の方々へのサービス（＝「地域支援事業」）と軽度の方々へのサービス（＝「新・予防給付」）は、「車の両輪」であり、一貫した仕組みの下で提供される必要があるため、地域の高齢者全般を視野に入れることができる市町村が責任主体となって実施します。
- 非該当（予備軍）の方々の健康づくりや介護予防は、これまで保健師が担ってきており、軽度の方々への介護予防プランの作成も、こうしたノウハウを有している保健師が中心となって担うことが適当です。

軽度の方々は、地域における健康づくりや交流促進のための活動など、介護保険以外の様々なサービスを利用します。

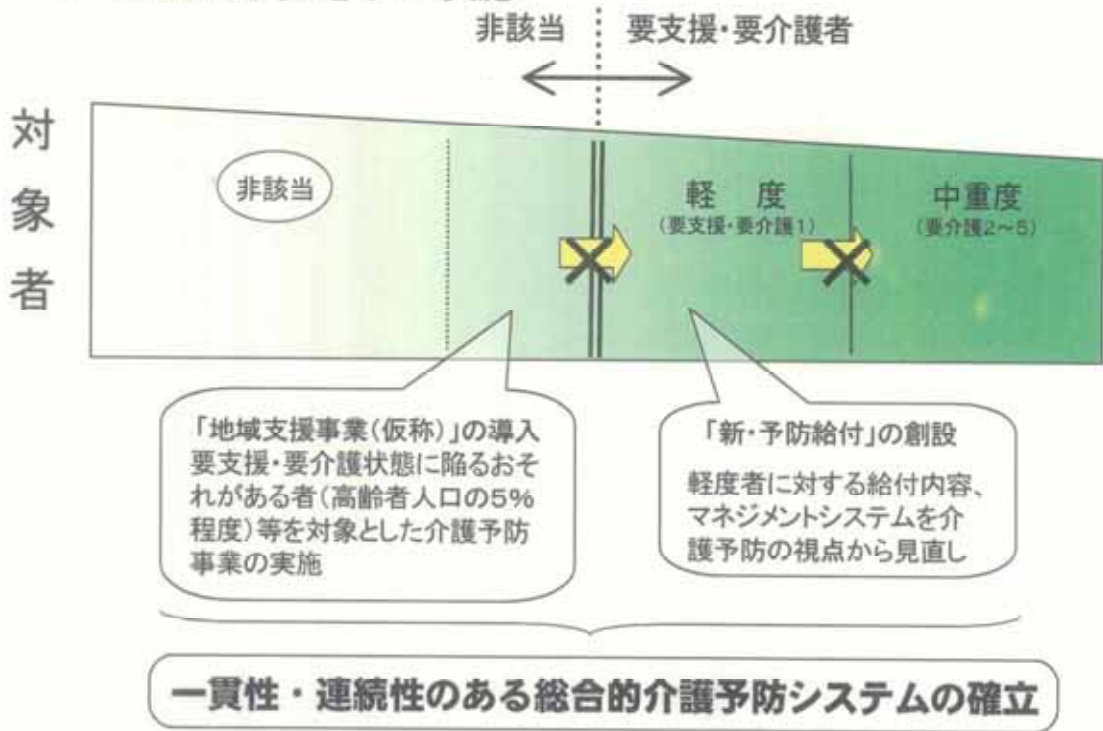
- 軽度の方々は、まだ元気になる可能性が多く残されています。このため、地域における健康づくりや交流促進のためのサークル活動、老人クラブのボランティア活動など、介護保険以外の様々なサービスを利用します。
- こうした介護保険以外の地域の様々なサービスとの連携や調整は、介護予防や健康づくりの立場から、広く地域の高齢者の生活に関わってきた保健師が中心となって担うことが適当です。

ケアマネジャーも介護予防プランの作成に参加します。

- 介護予防プランの作成は、保健師が中心となって担うこととしていますが、地域のケアマネジャーも、アセスメントの実施など介護予防マネジメントの一翼を担い、保健師とともに介護予防ケアプランの作成に参加します。

<新たな介護予防システムの確立>

- 「地域支援事業」の創設
- 「新・予防給付」の創設
- 市町村が責任をもって実施



11. 介護予防を実施することで保険料の上昇はどの程度抑えられるのか。

今回の制度見直しを行わないと、10年後に第1号保険料は6,000円程度にまで上がることが見込まれています。

現在、第1号保険料（65歳以上の方）は、全国平均で3,300円ですが、制度見直しを行わなかった場合、10年後の平成25年度には、6,000円程度になることが見込まれています。

今回の見直しにより、介護予防の効果が相当程度進んだ場合には、10年後の保険料が4,900円程度にまで抑えられることが見込まれています。

今回の見直しにおいては、給付の効率化・重点化として、①介護予防を推進するとともに、②施設における食費・居住費の見直しを行うこととしていますが、介護予防の効果が相当程度進んだケースでは保険料が4,900円程度（△1,100円）に抑えられることが見込まれています。（そのうち介護予防による効果はおおむね半分程度）

第1号保険料（全国平均・各期平均1人当たり月額）の見通し—ごく粗い試算—

