

## 新予防給付の行方

### 一長期的な健康増進効果と費用抑制効果は未証明

二木 立（日本福祉大学教授・大学院委員長）

#### はじめに

本年4月から実施される介護保険法改正の目玉・切り札は「新予防給付」である。厚生労働省は、昨年の法改正にあたって、これの導入により要介護状態の発症・悪化を予防でき、その結果、介護保険制度開始以降急増し続けている介護給付費の伸び率を大幅に抑制できると主張した。具体的には、介護給付費は、現行制度のままでは平成24～26年度に10.6兆円になるが、「介護予防対策が相当程度進んだケース」ではそれは8.7兆円にとどまり、差し引き1.9兆円（17.9%）も抑制できるとの「介護給付費の見通し—ごく粗い試算—」を発表している(1)。

私は、要介護者・要支援者（以下、要介護者）が自由意志で参加する限り、介護予防対策には賛成であるし、かつてリハビリテーション専門医だった経験に基づいて、それにより要介護度の悪化をある程度は予防できるとも期待している。と同時に、現在専門としている医療経済学の視点からは、このような巨額の介護費用抑制効果はにわかには信じがたかった。そこで昨年6月に開催された第47回日本老年医学会学術集会パネルディスカッション「高齢者の医療・介護制度を考える」での発表を機会に、厚生労働省が介護予防の効果の根拠として示した文献集を含めて、国内外の実証研究を可能な限り収集・分析した。その結果、介護予防の短期的健康増進効果は証明されているが、長期的健康増進効果はまだ証明されていないこと、および介護予防の費用（介護費・医療費）抑制効果を厳密に実証した研究は国際的にも全く存在しないことを明らかにした(2,3)。

本稿では、この文献学的研究で明らかになったことを紹介する。あわせて、新予防給付の導入により介護費用が大幅に抑制できるとの厚生労働省の試算の根拠と妥当性を検討する。それにより、介護予防の推進を前提にして、今後の「介護給付費[抑制—二木補足。以下同じ]の見通し」を立てることは極めて危険かつ無責任であることを示したい。

#### <軽度者への介護サービスは介護給付費増加の主因ではない>

その前に、厚生労働省が、新予防給付導入の理由としてあげた、従来の介護予防給付には問題があるとする以下の2つの主張は事実に反することを簡単に指摘したい。①介護保険制度開始後、要支援・要介護1の認定者（以下、軽度者）が急増し介護保険財政を圧迫している。②従来の予防給付では軽度者の悪化を防げていない（軽度者に対するサービスが状態を悪化させている）。

①は、軽度者数急増を介護給付費急増に短絡させたための誤解であり、軽度者の1人当た

り保険給付費が非常に低いことを見落としている。具体的には、制度開始後4年間（2000年10月から2004年10月）の介護給付費増加に対する軽度者の「増加寄与率」はわずか24.9%にすぎない（「介護保険事業状況報告」より計算）。なお、厚生労働省担当者は、介護保険法改正成立後は、一転して、介護保険制度は「利用者数、費用のいずれの増加も当初の推計どおり」と主張するようになっている(4)。

②については、日本医師会総合研究機構（川越雅弘氏）の島根県の一地域を対象にした要介護度の追跡調査（標本調査）で、軽度者ほど悪化率が高かったことがその大きな（ほとんど唯一の）根拠とされていた。しかし、厚生労働省自身が昨年8月に公表した「平成16年度介護給付費実態調査」（全数調査）により、1年間の要介護状態の維持・改善率は軽度者と中・重度者間でほとんど差がないことが全国レベルで明らかにされ、この主張も否定された。

## 【補注1】

### 1. 厚生労働省発表の介護予防効果の文献集等の検証

介護保険法改正時の国会内外の論戦で特徴的だったことは、厚生労働省が、介護予防の効果を実証的に示したとされる文献集（実証研究論文）や調査結果を積極的に公表したことであった。それに基づいて、尾辻秀久厚生労働大臣（当時）は、介護予防の「効果は国内外の論文で既に証明されており、広く認められているというのが前提の[法]改正だ」（「朝日新聞」2005年5月30日朝刊）と主張した。さらに、中村秀一老健局長（当時）も、運動器の機能向上、口腔機能ケア、栄養改善の「3点につきましては、内外の調査研究によって厳密な意味でのエビデンスが得られている」と豪語した（2005年5月19日参議院厚生労働委員会）。もしこれが本当だとしたら、「根拠に基づく政策」形成が行われたことになり、画期的である。

厚生労働省が主に根拠として用いた文献集・調査結果は、次の3つである。①「新しい介護予防サービスの効果について」（2004年12月27日第2回介護予防サービス評価委員会資料）、②「介護予防の有効性に関する文献概要」（同）、③「介護予防市町村モデル事業中間報告」（2005年4月19日老健局）。以下、この順で厚生労働省の主張の妥当性を検証する。

#### (1)厚生労働省「新しい介護予防サービスの効果について」

この文献集に示されている個々の文献を調べた結果、次の3点が分かった。

第1は、介護予防による健康改善の短期的効果（3～6カ月）はそれなりに確認されているものの、長期的効果はほとんど調査されていない、つまり分からないことである。

第2は、効果の検証は欧米で行われたもので、この文献集には日本における検証は示されていないことである。この点については、介護予防の伝道師とも言える辻一郎氏も、2004年時点で、次のように率直に指摘していた。「これら[転倒骨折予防プログラム]はすべて欧米で行われたものであり、日本における転倒骨折予防プログラムの効果は十分な検証を受けているとは言い難い。欧米と日本とでは、家屋環境も高齢者の障害構造も異なっているため、日本の状況に応じたプログラムの開発そしてRCT[ランダム化比較試験]による検証が待たれる」(5)。

なお、本学大学院生（山本美智予、笹川修）が2005年6月に、医学中央雑誌を用いて独自に検索したところ、介護予防の効果を実証的に検証した日本語の原著論文は14あったが、運

動機能の向上をランダム化比較試験で検証したものは1つのみで、しかも有意の改善はみられなかった(6)。

第3に明らかになったこと—これがもっとも重要—は、介護予防による介護・医療費抑制効果(短期・長期)を実証した研究は、欧米にもまったくないことである。

### <介護予防の経済効果は誤訳>

実は、この文献集は、筋力トレーニングが医療費抑制につながったとの2つの英語文献を紹介していたが、2つとも誤訳であった。

まず、この文献集では、論文「訓練—始めるのに年をとりすぎていることはない」(7)を、「筋力トレーニングにより、高齢者の転倒予防や医療費の削減につながったとの報告」と紹介しているが、原著では医療費の検討は行われていない。

次に、論文「在宅高齢者に対する筋力・筋持久力訓練が歩行・バランス・転倒リスク・医療利用に与える効果」(8)を、「トレーニングは高齢者の転倒や医療費の抑制につながること

を検証している」と紹介しているが、原著の結論・結果は、以下のように大分違う。「トレーニングは、高齢者の一部のグループでは、転倒予防や医療利用の減少に効果があるかもしれない。歩行、バランス、身体的健康に軽度の障害がある地域居住の高齢者に対する短期間のトレーニングは、障害の悪化を防止する効果をもっていないかもしれない」。文献集の紹介は、原文のmayを、意図的あるいは英語力の低さのために、抜かした「メイ訳」と言える。

しかも、この論文では医療利用(外来受診率と高額医療費の入院割合)の減少が示されているが、総医療費の減少にはまったく触れていない。このことは総医療費については有意差がなかったことを強く示唆している(有意差があれば、必ずそれを書く)。

## (2)厚生労働省「介護予防の有効性に関する文献概要」

これは、介護予防サービス開発小委員会(座長:辻一郎東北大学大学院教授)が収集・要約した労作であり、痴呆・うつ予防(38)、口腔機能向上(15)、栄養改善(29)、運動器の機能向上(49)、閉じこもり予防(3)、その他(11)の6分野に分けて、144論文の概要が収録されている(カッコ内は論文数。一部分類に誤りがあるので、内容に即して私が再集計)。ただし、痴呆・うつ予防と閉じこもり予防についての論文の質は低く、効果はまったく証明されていなかった。それに対して、口腔機能向上、栄養改善、運動器の機能向上の効果は確認されているように見えるので、順次詳しく検討する。なお、この資料は厚生労働省のホームページには掲載されていないが、老健局老人保健課に申し込めば入手できる。

「文献概要」に含まれている論文の質は雑多であるが、一般にエビデンスの質がもっとも高いとされる「ランダム化(無作為化)比較試験」に基づく研究とそれに次いで質が高いとされる「非ランダム化比較試験」に基づく研究を中心に検討する。なお、運動器の機能向上についての論文を中心に、概要に不明・疑問点があった論文は、原著論文に当たり記述を確認した。

### ①口腔機能向上

まず、口腔機能向上についての15論文のうち、ランダム化比較試験の4論文と非ランダム化比較試験の5論文のすべてで、何らかの健康増進効果(血清アルブミン値の改善、発熱・

肺炎の減少、要介護度の改善等)が示されている。しかも、ランダム化比較試験の4論文はすべて介入期間が1年以上である(1論文は1年、3論文は2年)。

ただし、これら9論文のうち8論文は病院・施設入所者(つまり重・中等度の要介護者)を対象としており、在宅高齢者を対象にしたのは非ランダム化比較試験の1論文だけである(佐々木ら,42頁。以下、頁数は「文献概要」中の頁数。介入期間は6カ月)。これでは軽度者を対象にした口腔機能向上の「厳密な意味でのエビデンスが得られている」とは言えない。いずれの研究も費用抑制効果は調査していない。口腔機能向上の研究で特徴的なことはすべて日本人の研究であり、なぜか欧米諸国の研究はまったくないことである(大半が佐々木英忠東北大学老人科教授グループ)。

## ②栄養改善

次に、栄養改善についての29論文のうち、ランダム化比較試験は9論文あり、そのほとんどで栄養状態が改善され、体重も増加している(1論文は他の研究の結果を統合した「メタアナリシス」)。ただし、それらのうちADLやQOLの変化も検討しているのは5論文で、しかも統計学的に有意な改善を確認できているのは2論文だけである。介入・観察期間は口腔機能向上の場合に比べて短く、7論文が6カ月以下であり、最長は9カ月である(メタアナリシス論文は除く)。

口腔機能向上の場合と同じく、9論文中7論文は病院・施設入所者を対象としており、在宅の「低栄養虚弱高齢者」を対象にしているのは1論文だけである(Payette,77頁。残りの1論文は在宅高齢者と施設入所者の両方を含むメタアナリシス)。そのために、やはり、この結果から、軽度者を対象にした栄養改善の「厳密な意味でのエビデンスが得られている」とは言えない。「詳細なコスト分析」をしているのは非ランダム化比較試験の1論文のみで、しかも介入群と対照群の費用に有意差はなかった(Rypkema,69頁)。

## ③運動器の機能向上

運動器の機能向上についての48論文には、ランダム化比較試験が33論文も含まれており、それらにより、生理学的機能(最大酸素摂取量等)、下肢筋力、バランス機能、歩行機能の向上が確認されていると言える。他面、それらのうち、ADLまたはQOLの変化も検討しているのは8論文だけであり、しかも意外なことに統計学的に有意の改善を確認しているのはわずか3論文である。

これら33論文のうち、介入または追跡期間が1年以上なのは5論文にすぎない。最長は2年だが、これの対象は長期療養施設入所者であり、しかも「初回の転倒発生までの時間、死亡までの期間、入院日数、転倒回数は比較群とコントロール群で有意差がなかった」とされている(Nowalkら,126頁)。

なお、これらのランダム化比較試験の33論文のなかに日本人の研究は8論文ある(いずれも2000年以降の発表)。そのうち4つは辻一郎教授グループが公募に応じた同一の健康老人を対象に行った研究であり、研究方法は厳密だが、効果指標はほとんど生理学的機能(最大酸素摂取量、家庭血圧、1日総エネルギー消費量等)に限定されている。残りの4つは大淵修一・島田裕之氏らの東京都老人総合研究所グループが健康老人または福祉施設利用の歩行可能な高齢者を対象にして行った研究であり、下肢筋力、姿勢バランス機能等を評価している。後者のうち、ADLの変化を評価しているのは1論文のみで、それでは「基礎的ADL(バーテル指数)」の有意な改善が確認されている(大淵,104頁)(9)。ただし、「文献概要」

には含まれていない、ADLの変化をランダム化比較試験で検討したもう1つの論文(対象は大腿骨頸部骨折後患者)では、ADLの有意な改善はみられなかった(10)。

### ＜運動器の機能向上の経済効果＞

運動器の機能向上についての論文のうち、「レビューメモ」で「医療費の抑制効果まで言及した貴重な論文」と評価されているランダム化比較試験が1つあるが、これは「新しい介護予防サービスの効果について」の項で指摘したように誤読で、総医療費についてはまったく触れていない(11)。

非ランダム化比較試験で医療費抑制効果を示したとする日本人の研究も1つあるが、試験開始前の対照群の1人当たり年間医療費は介入群より44.7%も高く、両群はとても同質とは言えない。その上、プログラム実施のコスト(運動療法のスタッフの人件費等)を無視するという費用効果分析の初歩的誤りを犯している(神山ら,114頁)(12)。そのために、「文献概要」の「レビューメモ」でも「対象がランダム化されていないので、筋力トレーニング単独による医療費抑制効果とは断定できない部分がある」と批判されているほどである。

もう1つ、竹内孝仁氏らも、パワーリハビリによる医療費削減効果を試算し、パワーリハビリを「全国で実施した場合」、介護費用を年1兆7203億円も節約できると主張している(134頁)(13,14)。

これの基礎となっているのは、川崎市で54人の高齢者に3カ月間のパワーリハビリを行ったところ、54人中42人(77.8%)が要介護度改善、21人が「非該当」になったとの驚異的効果である。竹内氏は、①その効果が永続する、②利用者は給付限度額を100%利用している、③川崎市の成果がそのまま全国にも通じることを前提に、試算している。

しかし、このような3つの前提は現実離れしており、試算は机上の空論である。常識的に考えて、パワーリハビリだけで、介護保険総費用6.8兆円(2004年度)の25%も節減できることはありえない。はじめに述べたように、厚生労働省「介護給付費の見通し」の「介護予防対策が相当進んだケース」ですら、10年後(平成24～26年度)の介護給付費節減は1.9兆円である。しかもこれは、居住費用・食費の保険外しを含んだ数字で、「介護予防の効果は概ね半分程度」、つまり1兆円以下である。

**小括**：介護予防のうち、施設入所者(主として重・中等度の要介護者)を対象にした口腔機能向上と栄養改善、および運動機能訓練による下肢筋力・歩行機能の向上については、「厳密な意味でのエビデンスが得られている」と言える。他面、地域居住の軽度者に対する口腔機能向上と栄養改善の効果、および運動機能訓練によるADLまたはQOLの改善効果については、「厳密な意味でのエビデンスが得られている」とは言えない。しかも、なんらかの**介護予防による介護・医療費の抑制効果を実証した研究は皆無**である。

### (3)厚生労働省「介護予防市町村モデル事業中間報告」

紙数の制約上、本報告の筋力向上訓練の結果のみを検証する。この事業のトレーニング期間は約3カ月間、対象選択基準は市町村によりバラバラであり、もちろん対照群はない。

モデル事業前後の計測値を比較してもっとも注目すべきことは、身体機能に関する項目(11項目)でも、生活機能・QOLに関する項目(9項目)でも、改善は概ね5～6割である反面、悪化が3割前後もあることである。新しい医学的治療(新薬や手術等)で悪化が3割もあった場合には、ただちにその実態と原因を精査し、その結果が出るまではその治療の実施

を控えるのが常識であるが、厚生労働省はそれを怠り、「統計学的に有意な改善がみられた」ことだけを強調している。

しかし、対象が多ければ（数百例以上あれば）、わずかな差でも有意差が出るのは統計学の常識である。厚生労働省の主張は、「統計的に有意ということは生物学的、医学的に…有意義だ」という内容を含まない」ことを見落とした、典型的な「有意症」（有意差症候群）と言える(15)。

## 2. 厚生労働省の文献集には含まれていない重要文献

次に厚生労働省の2つの文献集には含まれていないが、介護予防（やはり紙数の制約上運動器の機能向上のみ）の効果を検討する上で不可欠な重要文献を紹介する。

### (1)「高齢者に対する漸増抵抗筋力増強訓練の体系的文献レビュー」の概要

2004年に、厚生労働省の2つの文献集の公表に先だって、筋力増強訓練（筋トレ）の健康増進効果が限定的であることを疑問の余地なく示した画期的「体系的文献レビュー」が発表されていた。それは、レイサムら「高齢者に対する漸増抵抗筋力増強訓練の体系的文献レビュー」である(16)。以下、少し長いですが、最重要論文なので、概要の全訳を紹介する。

<この体系的文献レビューの目的は高齢者の身体障害を軽減するための漸増抵抗筋力増強訓練(progressive resistance strength training.以下PRT)の効果を定量化することである。各種データベースの検索や、研究論文の文献欄、および研究者との接触によりランダム化比較試験を収集した。2人のレビュアーが、それぞれ独自に、各試験が選択基準に合致しているか否かのスクリーニング、研究の質の評価、およびデータの抽出を行った。参加者の平均年齢が60歳以上で、PRTにより直接的に介入しているランダム化比較試験のみを選択した。データは、母数モデルまたは変量モデルを用いてプールし、重み付けの平均差を算出した。アウトカムの測定尺度が異なっている場合には、標準化平均差を計算した。

その結果、62の試験（対象総数は3674人）が、PRTの効果を対照群と比較していた。14試験で、障害アウトカムのデータのプールが可能であった。大半の試験の質は低かった。PRTは筋力強化に大きな効果があったが、効果の幅には大きなバラツキがあった。PRTは、歩行速度の低下などの機能障害(functional limitations)尺度についても軽度の(modest)効果があった。しかし、ADLや健康関連QOL [要旨中の原語はphysical disability。本文の説明から意識]の改善効果の証拠は全くなかった。PRTによる有害事象(adverse events)の調査は不十分であったが、それが明確に定義されきちんと調査されていたほとんどの試験で生じていた。

**結論**は以下の通りである。PRTは高齢者の筋力増強や歩行速度の低下などの一部の機能障害の改善には効果的であった。しかし、現在得られるデータに基づけば、PRTのADLや健康関連QOL改善効果は不明である。さらに、試験における有害事象の記録が不備であるために、PRTに伴うリスクを評価することは困難である。>

この結果を踏まえて、著者は、PRTを他の形態の訓練（バランス訓練など）と組み合わせること、および自己効力感、動機付け、訓練参加へのバリアなど、障害に影響する他の要因も考慮すべきだと主張している。

介護予防の本来の目的が高齢者の要介護度の悪化予防にあることを考慮すると、筋力増強訓練は筋力増強や歩行速度の改善等には効果があるが、ADLやQOLの改善効果の証拠は

ないという本研究は、厚生労働省の主張を根底から覆すと言える。

## (2)最新のコクラン・レビュー

次に、ヘルスケア分野のランダム化比較試験の結果を系統的にまとめているコクラン共同計画の最新の介護予防関連の文献レビューを簡単に紹する。

辻一郎教授は、2004年に発表した前掲論文(5)で、コクラン・レビューにより、①筋力増強・バランス訓練、②太極拳の集団実施、③家屋環境の評価・改善、④向精神薬の投与中止、⑤総合評価・個別指導、⑥ヒッププロテクターは「有効性の根拠あり」とされていると紹介していた。

ところが、私が昨年6月に最新のコクラン・レビューで「追試」したところ、かなり異なる結果が得られた。具体的には、①筋力増強・バランス訓練の効果が、上述した「体系的文献レビュー」と同じく限定的とされているだけでなく、③家屋環境の評価・改善については「介入の効果を判定するには不十分な根拠しかない」(17)、⑥ヒッププロテクターについては「効果の根拠はない」とされていた(18)。②、④、⑤については検索しなかった。さらに、①の一部と言える「脳卒中患者の体力増強訓練」については、「現時点では、その方法をガイドするデータはほとんどない」(19)、高齢者の転倒予防については、「介入予防は転倒予防には効果的だが、転倒関連の事故を予防できるか否かは必ずしも明かではない」(20)、とされていた。

このような評価結果の違いの原因について辻教授に直接問い合わせたところ、新たな研究がどんどん報告されているため、辻教授が用いた2001年版のレビューと私が用いた2003～2004年版のレビューでは結果が異なっていると教えていただいた。医学研究に馴染みのない読者は、研究が積み重なると効果が出やすくなると思われるであろう。しかし現実はいしばしば逆であり、特定の治療法・介入の効果についての厳密な評価研究が進むほど、当初過大に主張されていた効果・適応が否定される、あるいはそれらが限定されることは少なくないのである。

このことを知って私は、今から約30年前に、ボイタ法による脳性マヒの早期診断・訓練を行えば、脳性マヒのなんと96%が正常化すると喧伝されたものの、その後の臨床経験と厳密な実証研究でそれが否定されたことを思い出し、既視感にとらわれた(21)。

このようなコクラン・レビューの変化は、一時点での不十分なエビデンスを絶対化して、政策を立案（あるいは合理化）することの危険性を示していると言える。

ここで誤解のないように。私は、筋力増強訓練を含めた介護予防の役割をすべて否定しているわけではない。私が批判しているのは介護予防（さらには健康・自立）の強制と介護予防により介護費用を抑制できるとのエビデンスに基づかない主張である。介護予防に関しても、それぞれの方法の適応と禁忌を明確にし、対象を限定して治療・介入した上で、効果を厳密に評価するという臨床研究の王道に戻る必要がある。

## 3. 新予防給付の導入により介護費用が大幅に抑制できるとの厚生労働省の試算

最後に、新予防給付の導入により介護費用が大幅に抑制できるとの厚生労働省の試算の根拠と妥当性を検討する。はじめに述べたように、厚生労働省は、新予防給付の導入で要介護度の悪化が予防でき、介護費用が1.9兆円も抑制できるとの「介護給付費の見通し—ごく

粗い試算一」を公表している。

昨年介護保険法改正案の国会論戦で明らかにされた、厚生労働省の試算の根拠は以下の通りである。「現行のすべての要支援者及び要介護1の7～8割程度」が新予防給付の対象になる（西副大臣。4月6日衆議院厚生労働委員会）。「対象者の10%の方について要介護状態の悪化の防止ができる」（中村老健局長。4月1日衆議院厚生労働委員会）、「地域支援事業については、対象者の2割が要支援、要介護状態になることが防止できるという見込みで想定」（中村老健局長。1月15日衆議院厚生労働委員会）。しかも、暗黙の了解として、その効果が永続すると仮定されている。

しかし、すでに述べてきたように、新予防給付による長期的健康増進効果や介護費抑制効果は証明されていない。しかも仮に効果があるとしても、政府は新予防給付は「利用者の選択が基本」で強制しないと公式答弁したため、新予防給付を選択する高齢者が厚生労働省の当初予定を大幅に下回ることは確実である。その結果、「介護予防対策が相当進んだケース」の費用節減効果は見込めないことになる【補注2】。

はじめに述べたように私は元リハビリテーション専門医で、かつては脳卒中患者の早期リハビリテーションにおける予後予測を主な研究テーマにしていた。その経験に基づくと、障害（要介護度）の評価に比べて、障害の回復の個別的予測ははるかに難しく、相当の専門知識を必要とする。この点を見落として、介護認定審査会の書類審査のみで、「要支援1とか要支援2の判定は、コンピュータのプログラムに基づく第一次判定で、…判定結果を出そう」とする（中村老健局長。4月1日衆議院厚生労働委員会）のは無謀である。

もう1つ、大変逆説的であるが、仮に新予防給付に長期的な健康増進効果がある場合、長期的には、（累積）介護費用は増加する可能性が大きいのである。この点については、アメリカの禁煙プログラムの医療費節減効果のシミュレーション研究のロジックと計算結果が大変参考になる。それによると、禁煙プログラムの実施により、医療費は短期的には減少するが、喫煙を止めた人々の余命の延長とそれによる医療費増加のために、長期的には（15年後以降は）累積医療費は増加に転じるという結果が得られている(22)。

このロジックは、私がかつて従事していた脳卒中の早期リハビリテーションにもそのまま当てはまる。早期リハビリテーションにより「寝たきり老人」は減らせるので、医療・福祉費は短期的には確実に減少し、余命の延長も期待できる。しかし、寝たきを脱した患者にはさまざまな基礎疾患があり、しかもたとえ早期リハビリテーションを行っても、なんらかの障害が残ることが普通なので、延長した余命の期間に、脳卒中が再発したり「寝たきり」化する確率が高いため、累積医療費が増加するのがある。私は、介護予防にもこのロジックは当てはまると判断している。

## おわりに

以上の検証・検討を踏まえると、長期的な健康増進効果のエビデンスも、介護費用抑制のエビデンスもない介護予防の推進を前提にして、今後の「介護給付費の〔抑制〕見通し」を立てるのは、危険かつ無責任である。そのために、私は、小山秀夫氏と堤修三氏の次の警告に賛同する。

小山秀夫氏「介護予防についても、要介護者の発生率が減少するという目標より、発生率が増加しないことを目標にした方がよいと思う。つまり、目標を高くするだけでは問題を大

きくするだけで、無用な混乱を助長するように思える」(23)。堤修三氏「昨年の年金制度改革といい、今年の介護保険制度改革といい、改革の必要性を訴える政府の言い分は、今のままでは将来制度を維持できなくなるというものだった。だが、その将来なるもののイメージはなんと貧相なものだろう。多くは、従来のトレンドを伸ばしたものにすぎず、施策の効果だけは明確な根拠もなく楽観的に見込んである」(24)。

最後に、**新予防給付導入の政策的意図**を簡単に推測して、本稿を終わりたい。私は、百戦錬磨の厚生労働省老健局幹部が新予防給付に大きな健康増進効果と費用抑制効果があるとナイーブに信じ込んだとは考えられない。そのために、私は、今回の介護保険制度改革の隠れた本丸は制度存続のための被保険者の拡大による保険料収入の増加だったが、それが挫折したために、保険給付額の抑制しかできなくなり、それへの国民の不満をそらすために、一見口当たりの良い新予防給付の創設を前面に出した、と判断している。ちなみに、ある病院団体幹部は「新予防給付は年齢拡大に失敗した厚生労働省のアリバイ宣伝で、本気でやろうとしているか怪しい（本気でやると費用増になるため）」と喝破している。

逆に言えば、今後、新予防給付に介護給付費抑制効果がないことが明らかになった場合には、それは全面的に廃止されるか、大幅に縮小される可能性が大きいと言える。

## 補注

1) 「**軽度者の重度化要因調査研究報告書—介護度分析からの提言**」(2005)。軽度者の要介護度悪化の原因を考える上で、NPO法人地域保健研究会(会長田中甲子氏。介護予防事業に関わる東京都の保健師有志で組織。E-mail: [chiikihoken@muc.biglobe.ne.jp](mailto:chiikihoken@muc.biglobe.ne.jp))がまとめたこの報告書は必読文献と言える。「介護予防活動に熱意をもって取り組んでいた」東京都下某市の協力を得て、要介護度が2年間で悪化した100人について担当ケアマネージャーから聞き取り調査を行い、その全記録を会員全員がなんども検討した上で、「介護度重度化要因」について多面的に分析している。その要因としては①疾患によるものが44件と最も多く、以下、②認知症によるもの39件、③加齢による脆弱化23件、④家族関係15件、⑤転倒14件の順になっている(重複計上。合計158件)。なお、要因として、ヘルパーによる“家事代行”など「介護過剰」はゼロだったため、分析段階では削除したとのことである。34頁の小冊子だが、調査方法、要因の分析、考察とも丁寧書かれている労作で、しかもそれぞれの要因別に簡潔な事例も加えるなど、「顔の見える」調査研究になっている。

2) **新予防給付は開始前から「死に体**」。介護保険法改正の実施を前にして、介護予防を推進してきた研究者も、介護予防の効果についてなぜか「禁欲的」になっている。例えば、辻一郎氏は、新著で、以下のような「介護予防のエビデンス再考」を行っている。「介護予防に関するサービスを受けた者では心身の機能が改善する。そのエビデンスは豊富にある。しかし、今回提案されている介護予防…(中略)のエビデンスは、現状では乏しい」(25)。辻氏は、長期的には「要介護度の悪化を食い止めることができれば」、「介護予防の保険財政効果」が生じると期待しているが、同時に介護予防開始後「数年間は給付増となることを覚悟すべき」とも主張している。辻氏と並んで、介護予防の効果研究を精力的に行ってきた大淵修一氏(東京都老人総合研究所)も、介護予防が「政策として実施されたときに、要介護度を低下させたり、重度化を予防したりするという効果があるかどうかについては、残念ながらも

だ十分な証拠がない」と認めている(26)。

私の知る限り、この2人を含めて、新予防給付による費用抑制効果を正面から支持している研究者は1人もいない。この点から、私は新予防給付は、少なくとも理論的・政策的には、開始前から「死に体」に陥っていると判断している(27)。

## 文献

- 1) 厚生労働省「介護保険制度改革の全体像」2004年12月.
- 2) 二木立「新予防給付の科学的な効果は証明されているか?」『文化連情報』328号:34-36頁,2005年.
- 3) 二木立「新予防給付の科学的な効果は証明されているか?(その2)」『文化連情報』329号:23-27頁,2005年.
- 4) 唐澤剛「第2ステージに入った介護保険」『病院経営』337号:1頁,2006年.
- 5) 辻一郎「介護予防に対する老年学の役割」『日本老年医学会雑誌』41巻(3号):281-283,2004.
- 6) 藤田博暁・他「大腿骨頸部骨折患者の在宅リハビリテーションメニュー施行による運動機能の介入効果」『東京都老年学会誌』10巻:61-64,2004.
- 7) Jette AM, et al: Exercise -It's never too late: The strong-for-life program. Am J Public Health 89(1):66-72, 1999.
- 8) Buchner DM, et al: The effect of strength and endurance training on gait, balance, fall risk, and health services use in community-living older adults. J Gerontol A Bio Sci Med Sci 52(4):218-224, 1997.
- 9) 大淵修一「平成12年度老人保健健康増進事業 介護予防としての高負荷筋力増強訓練の応用に関する調査事業報告書」2001.
- 10) 前掲6)
- 11) 前掲7)
- 12) 神山吉輝・他「高齢者の筋力系トレーニングによる医療費抑制効果」『体力科学』53巻(2号):205-209,2004.
- 13) 竹内孝仁・他「パワーリハビリ」『老年精神医学雑誌』15巻(1号):21-24,2005.
- 14) 竹内孝仁「高齢者とパワーリハビリ」『エコノミスト』2003年12月9日号:36-38頁.
- 15) 佐久間昭『薬効評価I』東大出版会, 1977, 51頁.
- 16) Latham NK, et al.: Systematic review of progressive resistance strength training in older adults. J Gerontol Med Sci 59A:48-61,2004.
- 17) Lyons RA, et al: Modification of the home environment for the reduction of injuries. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003. Issue 4. Art.No.:CD003600.DOI:10.1002/14651858.CD003600.
- 18) Parker MJ, et al: Hip protectors for preventing hip fractures in the elderly. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004. Issue 3. Art. No.: CD001255.DOI:10.1002/14651858.CD001255.pub2.
- 19) Saunders DH, et al: Physical fitness training for stroke patients. The Cochrane Database of SystematicReviews2004. Issue 4. Art. No.:

CD003316.pub2.DOI:10.1002/14651858.CD003316.pub2.

20) Gillespie LD, et al: Interventions for preventing falls in elderly people. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 4.Art.No.:

CD000340.DOI:10.1002/16651858.CD000340.

21) 児玉和夫「脳性マヒの早期診断と早期療育」『総合リハ』12巻:179-183頁,1984.

22) Barendregt JJ, et al: The health care costs of somoking. N Eng J Med 337:1052-1057, 1997.

23) 小山秀夫「システムの目標と問題」『介護保険情報』6巻3号:30-33,2005.

24) 堤修三「未来からの自由」『介護保険情報』6巻3号:60,2005.

25) 辻一郎『介護予防のねらいと戦略』社会保険研究所,2005,81,146,40頁.

26) 大淵修一「さまざまな側面から高齢期の悪循環を断ち切る役割に期待」『WAM』494号:8-9,2006.

27) 二木立「新予防給付は開始前から『死に体』」『文化連情報』331号:32-33,2005.