

- psychological distress among elderly persons: moderator effect of age. *Journal of Health and Social Behavior*, 34(September), 187-200, 1993.
- 25) Mendes de Leon C.F., Gold D.T., Glass T.A., et.al.: Disability as a function of social networks and support in elderly African Americans and whites: The Duke EPESE 1986-1992. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 56B(3), S179-S190, 2001.
- 26) Femia E.E., Zarit S.H., and Johansson B.: The disablement process in very late life: a study of the oldest-old in Sweden. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 56B(1), P12-P23, 2001.
- 27) 山田ゆかり、五十嵐智嘉子、池上直己. 高齢者のための予防訪問マニュアル. 東京: 医学書院、2003.
- 28) 田中宏二、田中共子、兵頭好美: ソーシャル・サポート・ネットワークの介入研究の視点と方法論. 岡山大学教育楽部研究集録、第 102 号別冊、1-13、1996.
- 29) Clarke M., Clarke S.J., and Jagger C.: Social intervention and the elderly: a randomized controlled trial. *American Journal of Epidemiology*, 136(12), 1517-1523, 1992.
- 30) 甲斐一郎: ソーシャル・サポート授受の介入研究: 世代間交流が高齢者と高校生に与える影響(主任研究者 甲斐一郎). 平成 10~12 年度科学研究費補助金基盤研究 C2 研究成果報告書、2002.
- 31) Harris T., Brown G., and Robinson R.: Befriending as an intervention for chronic depression among women in an inner city: Randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 174(3), 219-224, 1999.
- 32) Stewart M., Craig D., MacPherson K., et.al.: Promoting positive affect and diminishing loneliness of widowed seniors through a support intervention. *Public Health Nursing*, 18(1), 54-63, 2001.
- 33) 大友篤: 高齢期における居住移動の形態. 都市問題、90(12)、17-28、1999.
- 34) 齋藤民、杉澤秀博、杉原陽子、他: 高齢者の転居の精神的健康への影響に関する研究. *日本公衆衛生学雑誌*、47(10)、956-865、2000.
- 35) Ferraro K.F.: The health consequences of relocation among the aged in the community. *Journal of Gerontology*, 38(1), 90-96, 1982.
- 36) 齋藤民、杉澤秀博、岡林秀樹、他: 別荘地域に転居した高齢者の精神健康とその関連要因に関する研究. 46(11)、986-1002、1999.
- 37) Burtana G.L. & Wood V.: The American retirement community: bane or blessing? *Journal of Gerontology*, 24(2), 209-217, 1969.
- 38) Colsher P.L. & Wallace R.B.: Health and social antecedents of relocation in rural elderly persons. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 45(1), S32-38, 1990.
- 39) Longino C.F., Jr., Jackson D.J., Zimmerman R.S., et.al.: The second move: health and geographic mobility. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, S218-S224, 1991.
- 40) Stoller E.P.: Informal exchanges with non-kin among retired Sunbelt migrants: a case study of a Finnish American retirement community. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 53B(5), S287-S298, 1998.
- 41) 町田市健康福祉部高齢者介護課編: 短期間居住の高齢者とその家族の生活に関する調査報告書. 東京都町田市、2001.
- 42) (財) 東京都老人総合研究所編: 短期プロジェクト報告書: 老年期のリロケーション. (財) 東京都老人総合研究所、1997.
- 43) Ecket J.K.: Dislocation and relocation of the urban elderly: social networks as mediators of relocation stress. *Human Organization* 42(1), 39-45, 1983.
- 44) Brand F.N. & Smith R.T.: Life adjustment and relocation of the elderly. *Journal of Gerontology*, 29(3), 336-340, 1974.

- 45) Armer J.M.: An exploration of factors influencing adjustment among relocating rural elders. *Journal of Nursing Scholarship*, 28(1), 35-39, 1996.
- 46) 杉澤秀博、齋藤民、柴田博：大都市圏から別荘地域に移動した高齢者の特性：受け入れ地域および大都市の高齢者との比較. *日本公衆衛生学雑誌*, 47(9), 828-836, 2000.
- 47) 豊川裕之. 高齢期等居住移動者の保健ニーズと地域保健医療福祉の供給. 高齢期等居住移動者の保健ニーズと地域保健医療福祉の供給に関する研究(主任研究者 豊川裕之). 平成 11 年度厚生科学研究報告書, 1999.
- 48) Dimond M., McCance K., and King K.: Forced Residential Relocation: its impact on the well-being of older adults. *Western Journal of Nursing Research*, 9(4), 445-464, 1987.
- 49) Carp F.M.: Long range satisfaction with housing. *The Gerontologist*, 15, 68-72, 1975.
- 50) 東京都老人総合研究所編保健社会学部門編. 別荘地域に居住する高齢者の生活と健康：第 2 報静岡県修善寺町における調査から. (財) 東京都老人総合研究所, 1999.
- 51) 清水由美子：呼び寄せ老人およびその家族との関わりから考えること. へるす出版生活教育, 42(12), 17-21, 1998.
- 52) 三好春樹：ねたきりゼロ Q&A：介護現場からの 73 の質問. 東京：雲母書房, 1996.
- 53) 室生勝：呼び寄せ老人の特性と保健活動への期待. へるす出版生活教育, 42(12), 28-32, 1998.
- 54) Noh S. & Avison W.R.: Asian immigrants and the stress process: a study of Koreans in Canada. *Journal of Health and Social Behavior*, 37(June), 192-206, 1996.
- 55) 内野澄子：高齢人口の新動向. 人口問題研究, 184, 19-38, 1987.
- 56) 坂井博通. 高齢人口移動の特徴と移動理由. 人口問題研究, 192, 1-13, 1989.
- 57) 西岡八郎、中川聡史、児島克久、他：わが国における近年の人口移動の動向. 厚生指標, 45(3), 3-8, 1998.
- 58) 総務庁統計局編：平成 12 年国勢調査第 7 卷(その 1) 都道府県編：東京都. 総務庁統計局, 2002.
- 59) 総務庁統計局編：平成 2 年国勢調査第 7 卷(その 1) 都道府県編：東京都. 総務庁統計局, 1992.
- 60) 東川薫：都市部における高齢者の居住移動：「呼び寄せ」高齢者と都市指標. 自治時報, 48(2), 16-28, 1995.
- 61) 長寿社会開発センター：平成 12 年度福祉マップ. <http://www.nenrin.or.jp/>
- 62) 厚生労働省大臣官房統計情報部編：平成 10 年社会福祉施設等調査報告. 東京：財団法人厚生統計協会, 2000.

研究協力者

齋藤 民 (東京大学大学院医学系研究科)
 横川 吉晴 (信州大学医学部保健学科)
 高橋 多寿子 (東京大学大学院医学系研究科)

表1 高齢人口における5年間移動率^(注1)の変化

| 年齢階級 | 1986-1990年 | 1996-2000年 |
|--------|------------|------------|
| 65-69歳 | 8.93 | 10.21 |
| 70-74歳 | 9.43 | 9.44 |
| 75-79歳 | 10.65 | 10.72 |
| 80-84歳 | 7.13 | 14.11 |
| 85歳以上 | 15.87 | 21.04 |
| (再掲) | | |
| 65歳以上 | 9.71 | 11.66 |

(注1): 移動者総数÷常住人口×100(常住人口には5年前居住地不明者も含まれる)

(注2): 移動者は同自治体内への転居者および自治体外からの転入者を含む。

表2 東京都市区別高齢者の5年間転入率^(注1)

| 順位 | 転入率 | | 後期高齢者比率 ^(注2) | | 施設入所比率(推計) ^(注3) | |
|----|-------|-------|-------------------------|-------|----------------------------|--------|
| | | % | | % | | % |
| 1 | 青梅市 | 15.97 | 青梅市 | 69.47 | あきる野市 | 128.27 |
| 2 | 稲城市 | 13.93 | あきる野市 | 65.48 | 青梅市 | 89.57 |
| 3 | 羽村市 | 12.24 | 羽村市 | 60.35 | 福生市 | 65.32 |
| 4 | 多摩市 | 11.78 | 福生市 | 54.33 | 羽村市 | 60.70 |
| 5 | 東村山市 | 11.22 | 清瀬市 | 48.63 | 清瀬市 | 51.02 |
| 6 | 清瀬市 | 10.38 | 八王子市 | 48.53 | 武蔵村山市 | 47.23 |
| 7 | 国立市 | 10.03 | 東村山市 | 48.24 | 立川市 | 44.03 |
| 8 | 八王子市 | 10.00 | 日野市 | 48.02 | 東大和市 | 42.91 |
| 9 | あきる野市 | 9.95 | 町田市 | 44.70 | 葛飾区 | 40.94 |
| 10 | 町田市 | 9.26 | 昭島市 | 44.48 | 昭島市 | 37.87 |

(注1): 自治体外からの転入者総数÷常住人口×100

(常住人口には5年前居住地不明者も含まれる)

(注2): 後期高齢転入者数÷高齢転入者総数×100

(注3): (特養定員数÷平均在所期間3.8年×5年)÷高齢転入者総数×100

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

全国市区町村の介護予防事業の実態と課題

分担研究者 芳賀 博 東北文化学園大学医療福祉学部教授

研究要旨 介護予防ガイドラインの作成のための基礎的資料を得ることを目的として、1537 市区町村の郵送による質問紙調査と5自治体のインタビュー調査から介護予防事業の実態と課題を明らかにした。結果、実施率が高率であった事業は、緊急通報体制等整備事業(89.9%)、生きがい活動支援通所事業(87.6%)、在宅介護支援事業(84.4%)、軽度生活援助事業(76.8%)、「食」の自立支援事業(71.0%)、転倒・骨折予防教室(70.7%)であった。しかし、多くの場合事業そのものは実施していても「評価していない」と回答する自治体の割合が高かった。インタビュー調査においても、「評価の必要性は感じているが具体的方法が分からない」、「評価する時間が確保できない」といった意見があげられた。調査の結果から、介護予防事業の具体的な実施方法、評価方法については確立されていない現状が示された。今後は、有効性が確認された介護予防事業に関して事業実施のプロセスに焦点を当て、その具体的実施方法を検討していくことが必要と考えられた。また、効果的な事業展開を実施するには、具体的な介護予防ガイドライン策定が急務の課題であることが改めて確認された。

A. 研究目的

急速な高齢化により介護や支援を必要とする要介護高齢者の増加は2025年には520万人になると予想されている。このような背景から、高齢者ができる限り寝たきりなどの要介護状態に陥ったり、要介護状態がさらに悪化することがないようにすること(介護予防)や、自立した生活を確保するために必要な支援を行うこと(生活支援)が重要な課題となっている。高齢者ができる限り長く住み慣れた地域で生きがいをもって生活を送ることができるようにするために、効果的な介護予防対策の推進とともに、高齢者を取り巻く地域社会が果たす「支えあい(共助)の役割」がさらに重要となり、2002年より「介護予防・生活支援事業」から「介護予防・地域支えあい事業」と名称を変更し事業展開がされている。¹⁾

介護予防に関する研究は「閉じこもり」²⁾、⁴⁾や、「虚弱高齢者」⁵⁾、⁶⁾に焦点を当てた研究あるいは、「アセスメントツールの開発」⁷⁾を試みた研究等が報告されている。しかし、効果的な介護予防事業に関わるプログラムの開発やその評価に関する研究は少ない。従って、科学的に検証された有効なガイドライン作成には至っていない。本研究の目的は、介護予防事業の実施状況の把握を行い、効果的

な事業を展開していると判断された自治体の担当者にインタビュー調査を行い、介護予防ガイドライン作成のための基礎的資料を得ることである。今年度は、全国の自治体で展開している介護予防事業に関してその実施状況や評価の有無、評価方法等について調査票を用いて調査し、介護予防事業の実態と課題を明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

1. 調査対象

質問紙調査は、全国の1537市区町村の介護予防事業主担当者を対象に調査票を用い、郵送法にて実施した(巻末資料)。回収数は882(57.3%)であった。また、調査票から介護予防事業を積極的に実施している又は課題が明確と考えられた自治体の介護予防事業担当者に実態と課題について半構成的なインタビュー調査を実施した。

本調査の実施にあたっては、質問紙調査に関しては、調査票に調査の趣旨や目的を明記し、調査結果が今回の分析以外の目的で使用されないことを明記した。また、インタビュー調査にあたり該当する自治体へは、事前に連絡をとり、調査実施の許可を得た。対象者には調査の趣旨を十分に説明し、協力の同意を得た上で調査を実施した。

2. 方法及び分析

1) 質問紙調査

調査票作成にあたり、市区町村で実施されている介護予防・地域支えあい事業、老人保健事業の概要を整理するとともに、関連資料の収集を行った。調査票は、介護予防・地域ふれあい事業の実態と課題が明確になるように文献^{8)、9)}を参考に調査項目を検討し、作成した。なお、8自治体で予備調査を行い調査票を完成させた。

調査項目は、①自治体の特性(人口、高齢者人口)、②介護予防事業の実施状況、③実施事業の概要(実施期間、実施頻度、評価の有無)、④評価している事業の具体的評価方法と得られた効果、⑤評価を実施していない理由、⑥介護予防事業の評価の課題とした。調査期間は、2003年12月から2004年1月である。

2) インタビュー調査

インタビュー調査は、5自治体において①事業の実態(参加者の選定、実施主体者、事業に関わる職種)、②評価の実態(評価基準、評価方法、評価者)、③事業の効果と課題について約60分聞き取り調査を実施した。調査期間は2004年1月から2月である。

C. 研究結果

1. 介護予防事業の実施状況

自治体における介護予防事業の実施割合を表1に示す。何らかの介護予防事業を実施している自治体は、全体の99.8%にみられた。中でも、⑨緊急時通報体制等整備事業(89.9%)、⑬生きがい活動支援通所事業(87.6%)、⑭在宅介護支援事業(84.4%)が8割以上の高率を占めていた。また、7割以上の実施率に着目すると、②軽度生活支援事業(76.8%)、⑮「食」の自立支援事業(71.0%)、⑥転倒・骨折予防教室(70.7%)等であった。一方、実施割合が極めて低かった事業は、⑤高齢者共同生活支援事業(2.4%)、⑩成人後見制度利用支援事業(1.8%)、⑲高齢者住宅等安心確保事業(1.2%)等であった。

介護予防事業の開始時期を介護保険の前後でみると(表2)、介護保険施行前から実施している自治体が多かった項目は、⑨緊急通報体制整備事業(89.8%)、⑲高齢者住宅等安心確保事業(81.8%)、⑳機能訓練B型(67.4%)、㉑寝たきり予防対策普及啓発事業(62.2%)、㉒

家族介護支援事業(55.6%)、㉓「食」の自立支援事業(54.0%)の7項目のみであり、残りの19項目は介護保険施行後に事業が開始された自治体が多かった。

2. 介護予防事業の評価状況

実施事業ごとの評価の有無を表3に示す。50%以上の自治体が「評価している」と回答していた事業は㉒個別健康教育(84.2%)、㉑運動指導事業(65.4%)、㉒高齢者の生きがいと健康づくり推進事業(50.0%)、㉓閉じこもり予防教室(52.3%)の4事業にすぎなかった。他の22事業は、事業そのものは実施していても半数以上の自治体において「評価していない」と回答していた。また、評価方法の具体的内容をみると、アンケート調査、自己評価、スタッフ会議等なんらかの形で評価は実施しているが、具体的な評価基準、評価時期、評価内容等は記載されておらず、評価デザインが明確でなかった。

一方、「評価している」と回答した事業の効果は(表4)、ほとんどの事業で効果があると回答していた。しかし、効果ありと回答した自治体の具体的内容をみると「利用者の意欲の向上」、「利用者数の増加」、「参加率の向上」等主観的な内容が多くみられた。

事業を実施していても評価ができない理由として(表5)、「具体的な評価方法が分からない」(62.0%)、「評価する担当者がいない」(37.9%)、「評価のための時間が取れない」(36.4%)が主なものであった。

3. インタビュー調査による現状と課題

調査票から介護予防事業を積極的に実施している又は課題が明確と考えられた自治体の中から5自治体を選んで半構成的なインタビュー調査を実施した(資料1, 2)。

全ての自治体において、介護予防事業の評価は実施しているものの、科学的かつ効果的な事業展開と評価は行われていなかった。2自治体(D,E)では、事業の目的、対象者、実施方法等を把握する事務事業の見直しを実施することで、事業の目的の明確化や評価の必要性、他職種の理解に繋がったという意見が聞かれた。また、自治体(E,C)によっては、近隣住民がサービスの利用を好まない、雪が降ると転倒を恐れて外出しなくなるといった地域特性があるため、地域特性を理解した介護予防事業の展開の必要性が述べられた。

各自治体の介護予防事業の実態と課題を把握する目的で、5自治体全てで実施していた⑬生きがい活動支援通所事業に注目した。対象者の選定は、週に1回外に出ていない人を訪問で把握、年に1回通知をする、保健師や民生委員による声かけ等であり、具体的な対象者の選定基準は明確ではなかった。また、事業評価は、年に1回アンケート調査と筋力を測定、関係スタッフや対象や家族に話を聞く、月に1回会議を開催する等であり、客観的な評価基準を設けて実践していない傾向が示された。事業効果としては、「閉じこもりが減り、生活に張りがでた」、「表情が生き生きしてきた」、「楽しみが持てるようになった」という主観的な効果があげられた。一方、1自治体(A)では、県のモデル事業として積極的に事業展開をする群とコントロール群を設けて、ADLや筋力などの変化を評価した事業展開が実践されていた。しかし、モデル事業終了後の継続はマンパワーの不足から難しいという意見が聞かれた。

課題として、「対象者を他のサービスに移行させたいと思っても基準がないので説明ができない」、「評価は必要だと考えているが何を評価したらよいか分からない」、「マンパワーと時間の確保ができない」、「効果的な評価内容が分からないので毎年評価内容が変わり継続した評価ができない」等具体的な評価基準、評価方法、の明確化があげられた。

D. 考察

1. 介護予防事業の実施状況

質問紙調査を実施したほとんどの自治体で介護予防事業を実施していた。介護予防に関する特集や実践報告^{10) 11)}が近年増加していることから介護予防事業創設から3年が経過し何らかの形で自治体が事業展開をしていることが伺えた。実施割合が高かった⑨緊急時通報体制等整備事業、⑬生きがい活動支援通所事業、⑭在宅介護支援事業、⑯軽度生活支援事業、⑮「食」の自立支援事業、⑯転倒・骨折予防教室は、事業内容が明確であること、住民の反応が早く現実的であること等から各自治体取り組みやすい事業であると考えられる。また、介護保険の開始により、要介護状態を予防しようという自治体の積極的な姿勢と在宅介護支援センターの整備が

大きく影響していると言えよう。一方、実施割合が極めて低い⑩高齢者共同生活支援事業、⑪成人後見制度利用支援事業、⑫高齢者住宅等安心確保事業は介護予防事業が施行されて、歴史的にまだ日が浅いためと推察された。

介護保険施行の前後で介護予防事業をみると、⑩緊急通報体制整備事業、⑫高齢者住宅等安心確保事業、⑬機能訓練B型、⑭寝たきり予防対策普及啓発事業、⑮家族介護支援事業、⑯「食」の自立支援事業等は、介護保険施行前から事業を開始している自治体が多かった。これは老人福祉法や老人保健法による事業にも既に含まれていたためと考えられる。

2. 介護予防事業の評価状況

多くの事業の評価が未だ定着しない中で、介護予防事業の評価が、⑲個別健康教育、⑳運動指導事業、㉑高齢者の生きがいと健康づくり推進事業、㉒閉じこもり予防教室の4事業において半数以上の自治体が「評価している」と回答した背景には、老人保健事業として以前から事業展開をしていたこと、事業の実施方法、プログラム内容が明確であること、実施する際に参考になる具体的資料があること等が影響していると考えられる。また、事業実施評価を参加率、実施回数、血液や体脂肪といった科学的データで捉えることが可能であるためと推測される。しかし、「評価している」と回答した自治体の評価方法の具体的な評価基準、評価内容、評価時期は明確でなく、包括的な評価には至っていない現状が示された。河野ら¹²⁾の研究が示すように、事業評価をすることで事業効果が明らかになり的確な対象者の把握、目標設定、事業展開が期待される。

一部の自治体においては、科学的な指標を用いて事業評価を実施していたが、そのほとんどは大学等の研究機関の協力を得ていた。このことから、今後は自治体と研究機関の連携と協力体制の整備促進が一層望まれると同時に、専門機関の協力が得られなくても実施できる評価方法の提示が望まれる。

一方、「評価している」と回答した事業のほとんどで効果があると回答していた。しかし、効果の具体的な内容をみると「表情が明るくなった」、「友人と会う機会が増えた」等主観的な内容で効果を捉えているものが多い。また、インタビュー調査からも「何をもって効果と

するのか分からない」、「効果を示すことで、住民への説明や予算化に繋がる」、「効果の必要性は感じているが、時間的余裕がないのが現状である」、「評価してくださいと言われても、実施方法、分析方法が分からない」等という意見があげられた。つまり、介護予防事業を実施することで、効果を実感しているものの、客観的に効果を説明できない現状にジレンマを感じていることがうかがえる。加えて、効果的に事業評価をする際には、個人と集団の両側面からの評価が重要であると考え、対象者の選定、事業目標の設定、運営、評価基準、評価時期など包括的に事業を捉えた評価デザインの確立が必要であろう。

評価を実施していない自治体の理由として、具体的な評価内容が分からない、評価する担当者がいない、時間的余裕がない等があげられた。インタビュー調査からも「評価の必要性は感じているが評価方法が分からない、分析方法が分からない」という意見があげられ、介護予防事業の評価基準、実施方法のガイドラインを作成することが待たれている。

3. 介護予防事業の今後のあり方

有効な介護予防事業を展開することは、要介護状態となることを予防することはもちろんであるが、住みなれた地域で健康で生きがいをもって生活をおくことに繋がる。

利用者、住民、関係者、地域、関係機関の連携がとれる協力体制の整備、対象者の選定や目標の設定の具体的な方法、効果測定ができる評価基準の明確化が重要と言える。また、効果的な事業展開をすることで財源の確保、地域住民への介護予防の理解と実践につながると考える。これらのことは、介護予防事業を効果的に推進していくには、必要不可欠な条件と言える。

しかし、今回の調査では、介護予防事業の実施状況の把握のみで、介護予防ガイドライン作成に繋がる有効な条件を十分に明らかにするまでには至らなかった。従って、いくつかの介護予防事業に関して事業評価を行い、有効性・効率性の認められた事業に焦点をあてその条件を明確にしていくことが次年度の課題といえる。

E. 結論

全国の自治体で展開している介護予防事業

の実施状況の把握を行い、効果的な事業を展開していると判断された自治体の担当者にインタビュー調査を行い、介護予防事業の実態と課題を明らかにすることを目的とした。結果、介護予防事業は各自治体で進められているが、具体的な実施方法、評価方法、効果測定については明確にされていない現状が示された。全国の介護予防事業の実態と課題から介護予防ガイドラインの策定が急務と考えられた。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

研究協力者

澁田英津子（東北文化学園大学）

引用文献

- 1) 国民衛生の動向 厚生衛生統計協会編，東京：厚生統計協会，2003；p 112
- 2) 中田晴美，高崎絹子，大地まさ代，他．地域在宅高齢者における介護予防活動に関する研究—閉じこもり予備群の状況と関連要因に焦点を当てて—．日本在宅ケア学会誌；6(1)：61-69，2002
- 3) 鳩野洋子．高齢者の「閉じこもり」に関する研究の状況．保健婦雑誌 2000；56(1)：28-33，
- 4) 蘭牟田洋美，安村誠司，藤田政美，他．地域高齢者における「閉じこもり」の有病率ならびに身体・心理・社会的特長と移動能力の変化．日本公衛誌 1998；45(9)：883-892，
- 5) 田高悦子，金川克子，立浦紀代子，他．地域虚弱高齢者に対する介護予防—試行的研究—．日本在宅ケア学会誌 2002；4(1)：61-68，
- 6) 河野あゆみ，金川克子．地域虚弱高齢者の1年間の自立変化とその関連因子．日本公衛誌 2004；7(6)：508-516，
- 7) 岡本玲子，中山貴美子，塩見美抄，他．介護予防アセスメントツールの開発—一項

- 目収集と試案作成一. 日本地域看護学会誌 2002; 5(1): 56-64
- 8) 黒田研二, 藤井博志. 介護予防大作戦 地域で進める介護予防 2002 中央法規出版
- 9) 厚生労働省老健局計画課介護予防に関するテキスト等調査研究委員会: 介護予防研修テキスト 2002 社会保険研究所
- 10) 串田正代, 浦原高子, 大井照, 他. 東京都板橋区における介護予防活動の取り組み—転倒予防・失禁予防教室を中心に—. 日本在宅ケア学会; 2003 6(3): 96-103,
- 11) 渡辺武美. 特集“介護予防”で保健活動を広げよう “介護予防時代”に求められる市町村のシステムづくり. 保健婦雑誌 2001; 57(6): 442-228,
- 12) 河野あゆみ, 金川克子, 伴真由美, 他. 地域高齢者における介護予防をめざした機能訓練事業の評価の試み. 2002; 日本公衛誌 49(9): 983-990

表1. 自治体における介護予防事業の実施割合

| 項目 | n=882 | % |
|---|-------|------|
| ①外出支援サービス事業(送迎) | 528 | 59.9 |
| ②軽度生活援助事業(外出時の援助、食事・食材の確保、寝具類等大物の洗濯・日干し、家周りの手入れ、家屋内の整理や整頓、雪おろし、健康管理等) | 677 | 76.8 |
| ③住宅改修指導事業(相談、助言、介護保険利用指導など) | 408 | 46.3 |
| ④訪問理美容サービス事業(移動理美容車や出張理美容チームによる提供) | 334 | 37.9 |
| ⑤高齢者共同生活(グループリビング)支援事業 | 21 | 2.4 |
| ⑥転倒・骨折予防教室 | 624 | 70.7 |
| ⑦アクティビティ・痴呆介護教室 | 293 | 33.2 |
| ⑧IADL訓練事業 | 171 | 19.4 |
| ⑨地域住民グループ支援事業(地区組織を支援する活動) | 162 | 18.4 |
| ⑩閉じこもり予防教室 | 74 | 8.4 |
| ⑪高齢者食生活改善事業 | 301 | 34.1 |
| ⑫運動指導事業(医師、保健師、管理栄養士、健康運動指導士等が運動プログラムを作成して保健センター等で指導) | 215 | 24.4 |
| ⑬生きがい活動支援通所事業(生きがい対応型デイサービス事業) | 773 | 87.6 |
| ⑭生活管理指導事業(生活管理指導員派遣、生活管理指導短期宿泊事業) | 115 | 13.0 |
| ⑮「食」の自立支援事業 | 626 | 71.0 |
| ⑯家族介護支援事業(家族介護教室、介護用品の支給、徘徊高齢者家族支援サービス事業等) | 128 | 14.5 |
| ⑰高齢者の生きがいと健康づくり推進事業(地域文化活動や社会参加活動への育成支援事業等) | 38 | 4.3 |
| ⑱成人後見制度利用支援事業(促進のための広報・普及活動、利用経費助成) | 16 | 1.8 |
| ⑲緊急通報体制等整備事業 | 793 | 89.9 |
| ⑳寝たきり予防対策普及啓発事業 | 83 | 9.4 |
| ㉑高齢者地域支援体制整備・評価事業 | 167 | 18.9 |
| ㉒高齢者住宅等安心確保事業(安否確認や生活相談等) | 11 | 1.2 |
| ㉓在宅介護支援事業(高齢者実態把握事業、介護予防プラン作成事業) | 744 | 84.4 |
| ㉔個別健康教育(高血圧個別健康教育、糖尿病個別健康教育等) | 290 | 32.9 |
| ㉕機能訓練B型(地域参加型) | 373 | 42.3 |
| ㉖その他の実施事業 | 5 | 0.6 |

表2. 介護予防事業実施自治体における事業開始の時期

| 項目 | 介護保険施行前 | 介護保険施行後 | 合計(n) |
|---------------------|---------|---------|------------|
| ①外出支援サービス事業 | 34.8 | 65.2 | 100.0(528) |
| ②軽度生活援助事業 | 39.7 | 60.3 | 100.0(677) |
| ③住宅改修指導事業 | 30.9 | 69.1 | 100.0(408) |
| ④訪問理美容サービス事業 | 42.2 | 57.8 | 100.0(334) |
| ⑤高齢者共同生活支援事業 | 47.6 | 52.4 | 100.0(21) |
| ⑥転倒・骨折予防教室 | 21.9 | 78.1 | 100.0(620) |
| ⑦アクティビティ・痴呆介護教室 | 24.0 | 76.0 | 100.0(288) |
| ⑧IADL 訓練事業 | 31.8 | 68.2 | 100.0(170) |
| ⑨地域住民グループ支援事業 | 34.6 | 65.4 | 100.0(162) |
| ⑩閉じこもり予防教室 | 48.6 | 51.4 | 100.0(72) |
| ⑪高齢者食生活改善事業 | 42.2 | 57.8 | 100.0(296) |
| ⑫運動指導事業 | 45.3 | 54.7 | 100.0(214) |
| ⑬生きがい活動支援通所事業 | 36.5 | 63.5 | 100.0(768) |
| ⑭生活管理指導事業 | 32.5 | 67.5 | 100.0(114) |
| ⑮「食」の自立支援事業 | 54.0 | 46.0 | 100.0(615) |
| ⑯家族介護支援事業 | 55.6 | 44.4 | 100.0(126) |
| ⑰高齢者の生きがいと健康づくり推進事業 | 52.6 | 47.4 | 100.0(38) |
| ⑱成人後見制度利用支援事業 | 0.0 | 100.0 | 100.0(16) |
| ⑲緊急通報体制等整備事業 | 89.8 | 10.2 | 100.0(787) |
| ⑳寝たきり予防対策普及啓発事業 | 62.2 | 37.8 | 100.0(82) |
| ㉑高齢者地域支援体制整備・評価事業 | 36.1 | 63.9 | 100.0(166) |
| ㉒高齢者住宅等安心確保事業 | 81.8 | 18.2 | 100.0(11) |
| ㉓在宅介護支援事業 | 29.8 | 70.2 | 100.0(739) |
| ㉔個別健康教育 | 28.0 | 72.0 | 100.0(289) |
| ㉕機能訓練B型 | 67.4 | 32.6 | 100.0(371) |
| ㉖その他の実施事業 | 60.0 | 40.0 | 100.0(5) |

表3. 各実施事業に対する評価の有無

| 項目 | 評価している | 評価していない | 計 (n) |
|---------------------|--------|---------|------------|
| ①外出支援サービス事業 | 17.7 | 82.3 | 100.0(453) |
| ②軽度生活援助事業 | 18.8 | 81.3 | 100.0(592) |
| ③住宅改修指導事業 | 22.7 | 77.3 | 100.0(286) |
| ④訪問理美容サービス事業 | 16.1 | 83.9 | 100.0(249) |
| ⑤高齢者共同生活支援事業 | 30.0 | 70.0 | 100.0(10) |
| ⑥転倒・骨折予防教室 | 41.9 | 58.1 | 100.0(559) |
| ⑦アクティビティ・痴呆介護教室 | 37.9 | 62.1 | 100.0(203) |
| ⑧IADL 訓練事業 | 39.4 | 60.6 | 100.0(104) |
| ⑨地域住民グループ支援事業 | 21.1 | 78.9 | 100.0(76) |
| ⑩閉じこもり予防教室 | 52.3 | 47.7 | 100.0(44) |
| ⑪高齢者食生活改善事業 | 31.9 | 68.1 | 100.0(113) |
| ⑫運動指導事業 | 65.4 | 34.6 | 100.0(136) |
| ⑬生きがい活動支援通所事業 | 24.5 | 75.5 | 100.0(535) |
| ⑭生活管理指導事業 | 34.2 | 65.8 | 100.0(38) |
| ⑮「食」の自立支援事業 | 21.6 | 78.4 | 100.0(533) |
| ⑯家族介護支援事業 | 39.0 | 61.0 | 100.0(41) |
| ⑰高齢者の生きがいと健康づくり推進事業 | 50.0 | 50.0 | 100.0(12) |
| ⑱成人後見制度利用支援事業 | 33.3 | 66.7 | 100.0(3) |
| ⑲緊急通報体制等整備事業 | 18.2 | 81.8 | 100.0(614) |
| ⑳寝たきり予防対策普及啓発事業 | 18.4 | 81.6 | 100.0(38) |
| ㉑高齢者地域支援体制整備・評価事業 | 14.4 | 85.6 | 100.0(104) |
| ㉒高齢者住宅等安心確保事業 | 0.0 | 0.0 | 0.0(0) |
| ㉓在宅介護支援事業 | 24.7 | 75.3 | 100.0(360) |
| ㉔個別健康教育 | 84.2 | 15.8 | 100.0(152) |
| ㉕機能訓練B型 | 57.3 | 42.7 | 100.0(171) |
| ㉖その他の実施事業 | 0.0 | 100.0 | 100.0(1) |

*無回答の自治体は除外

表4. 「評価している」と回答した事業の効果の有無

| 項目 | 効果あり | 効果なし | 計 (n) |
|---------------------|-------|-------|------------|
| ①外出支援サービス事業 | 100.0 | 0.0 | 100.0(32) |
| ②軽度生活援助事業 | 82.9 | 17.1 | 100.0(41) |
| ③住宅改修指導事業 | 100.0 | 0.0 | 100.0(19) |
| ④訪問理美容サービス事業 | 77.8 | 22.2 | 100.0(9) |
| ⑤高齢者共同生活支援事業 | 0.0 | 100.0 | 100.0(1) |
| ⑥転倒・骨折予防教室 | 94.4 | 5.6 | 100.0(216) |
| ⑦アクティビティ・痴呆介護教室 | 97.7 | 2.3 | 100.0(44) |
| ⑧IADL 訓練事業 | 100.0 | 0.0 | 100.0(27) |
| ⑨地域住民グループ支援事業 | 75.0 | 25.0 | 100.0(8) |
| ⑩閉じこもり予防教室 | 88.9 | 11.1 | 100.0(18) |
| ⑪高齢者食生活改善事業 | 100.0 | 0.0 | 100.0(16) |
| ⑫運動指導事業 | 95.9 | 4.1 | 100.0(74) |
| ⑬生きがい活動支援通所事業 | 92.2 | 7.8 | 100.0(77) |
| ⑭生活管理指導事業 | 85.7 | 14.3 | 100.0(7) |
| ⑮「食」の自立支援事業 | 92.7 | 7.3 | 100.0(55) |
| ⑯家族介護支援事業 | 100.0 | 0.0 | 100.0(13) |
| ⑰高齢者の生きがいと健康づくり推進事業 | 100.0 | 0.0 | 100.0(4) |
| ⑱成人後見制度利用支援事業 | 0.0 | 0.0 | 0.0(0) |
| ⑲緊急通報体制等整備事業 | 92.1 | 7.9 | 100.0(38) |
| ⑳寝たきり予防対策普及啓発事業 | 0.0 | 0.0 | 0.0(0) |
| ㉑高齢者地域支援体制整備・評価事業 | 75.0 | 25.0 | 100.0(4) |
| ㉒高齢者住宅等安心確保事業 | 0.0 | 0.0 | 0.0(0) |
| ㉓在宅介護支援事業 | 86.4 | 13.6 | 100.0(44) |
| ㉔個別健康教育 | 98.1 | 1.9 | 100.0(103) |
| ㉕機能訓練B型 | 98.6 | 1.4 | 100.0(71) |
| ㉖その他の実施事業 | 0.0 | 0.0 | 0.0(0) |

*無回答の自治体は除外

表5. 評価ができない理由 (n=700)

| 項目 | % |
|----------------|------|
| 具体的な評価方法が分からない | 62.0 |
| 評価する担当者がいない | 37.9 |
| 評価のための時間が取れない | 36.4 |
| 関係者間での連携が不十分 | 15.7 |
| 評価の必要性を感じない | 10.3 |
| その他 | 13.6 |

資料1 インタビュー調査を実施した市区町村の事業評価、効果、課題について（郵送調査の記述部分のから）

| 市区町村 | 事業名 | 評価方法 | 効果内容 | 添付資料内容 | 課題 |
|------|------------------|---|--|-------------------------------|--|
| A | 転倒・骨折予防 | ・転倒群と非転倒群の比較を実施。 ・体力測定、健康相談、各種運動。 ・ケルマ活動を週1回、10回シリーズで実施している。 | ・転倒群、非転倒群とも柔軟性が改善。 ・脚筋力、起立時間、30cm片降改善傾向は、非転倒群の方が改善率が高い。また、血液検査の結果疲労感、便秘の改善は一部あった。 | ・転倒予防について、事業概要、評価項目など詳しい資料添付。 | 1. 生きがい対応型デイサービス支援事業（ひまわりサロン）を市内12カ所で開催しているが、利用対象者に地域差がある。又、内容が参加者のニーズの充分に考慮されているか否か問題がある。 2. 介護予防サービスマスターが保健、福祉と連携や調整が不十分であり効果的な展開がされていない。（他課との連携） 3. 地区組織との連携、ボランティアの育成と活用、介護予防意識の啓発等を今後さらに進めたい。 |
| | 高齢者地域支援体制整備・評価事業 | ・二段階方式を活用。 ・服薬強化メニューとしてかみなひろいテストとMSテストを実施。 ・対象は、概ね65歳以上対象。 ・転倒予防教室開催場所を対象者にアンケート調査を実施。 | ・点検評価ではなく、本人の表情が変わり、生活の場での行動面に変化があった。 ・主観的健診、外出頻度と転倒経験、生活活動能力指標、生活リズム、健康状態、社会活動等の結果を得る。 ・地域状況・高齢者の個別の実態が把握できた。 | | |
| | 生きがい活動支援通所事業 | ・転倒カテゴリー、運動量、生化学データを評価。 | ・生化学データの改善 | | ・在宅介護支援センターによる介護予防対象者の発掘から、その後の自主活動の推進発展を目標としていきたい。そのためには在支によるプランニングやネットワークなど事業負担が大きいが、また、行政の中でも各課それぞれが介護予防の視点もある事業をもっており、一体的な取り組みが必要と感ずれる。 |
| B | 個別健康講座 | ・摂取カロリー、運動量、生化学データを評価。 | ・生化学データの改善 | | |
| | 転倒・骨折予防教室 | ・生活習慣と運動能力の達成状況。 | ・効果測定中 | | |
| C | 生きがい活動支援通所事業 | ・身体レベル変化の評価 ・生活指導による生活習慣の評価 | ・評価継続中 | | |
| | 転倒・骨折予防 | ・利用状況 ・減速方式を取り入れた評価、QOL（外出回数） ・アンケートによる参加動機の把握 | ・利用者の継続参加、かみなひろいテストで現状維持もしくは向上がみられた。外出回数が96%以上、楽しみに参加が95%以上であった。 | | |
| | 機能訓練型 | ・利用状況・減速方式を取り入れた評価 ・QOL（外出回数） ・アンケートによる参加動機の把握 | ・利用者の継続参加、かみなひろいテストで現状維持もしくは向上。 ・アンケートの結果、外出回数が96%以上、楽しみに参加が95%以上であった。 | | |
| | 生きがい活動支援通所事業 | ・利用者動向の把握（介護保険に移行した数、身の変化、地域との交流、貢献）。 | ・介護保険に移行しにくい現状維持者が多い。 ・運動や食生活の注意の必要性の認識している。 ・生活リズムができ、気配りかきできるようになる。また、うつ傾向が改善される | | |
| | 個別健康講座 | ・体重 ・体脂肪測定・確認健診 ・血液検査 | ・総コレステロール値について全員の改善。中性脂肪の4名改善。体重・体脂肪率の減少（4名）。 | | |

| | | | | |
|--------------------------------|--|---|---|-------------------------------------|
| <p>軽度生活援助機能 外出支援サービス事業</p> | <p>・聞き取りアンケート調査。 ・ADLとIADLの定量化 ・郵送にてアンケート調査を実施</p> | <p>・生活が楽になった、3～2食の食事が確保された。</p> | | |
| <p>生きがい活動通所 支援事業</p> | <p>・痴呆等への進行防止となった割合、(二段階式テスト活用し実態調査)</p> | <p>・二段階式テスト向上により社会的参加が増えた</p> | | <p>・理学療法士や歯科衛生士等、専門職の確保および予算措置。</p> |
| <p>軽度生活援助事業</p> | <p>・個別支援目標の設定(利用者調査)</p> | <p>・援助員の派遣により、独居生活のストレスの軽減、生活リズムが整う、自善生活の目標がつけられた</p> | | |
| <p>生きがい活動通所 支援事業</p> | <p>・個別援助計画の設定(利用者家族の調査)</p> | <p>・生きがいや生活の場りになっていく、笑いがふえた、新しい友達ができた、身支度に気をつかうようになった、家族との関係が良くなった。</p> | <p>・以前より暮らさざり予防ということで、介護予防事業をしてきたところですが、介護保険制度が開始され、従来の予防事業が混乱した、健康のPRなどの事業の連携しにくくなり、高齢福祉に人が配属され、そこでこの予防事業をすることになると、成人から一歩引いた指導、援助がしにくくなった。健康づくりが出来るように健康づくりをすすめる健康課と協議もしくは継続を1つにする必要性を感じる。</p> | |
| <p>転居・骨折予防</p> | <p>・健康度チェック ・体カテスト(4項目)</p> | <p>実施中のため効果不明</p> | | |

資料2 インタビュー調査概要
市区町村

| 市区町村 | 事業名 | 調査内容 |
|------|---------------|--|
| A | 介護予防の庁内での取り組み | <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険福祉計画を立て、その中に介護予防を位置付けている。そこに具体的な方向が示されている。 ・介護予防事業の企画は、保健福祉計画にのっとる形になる、そのため必要な課が集まって考える。高齢者福祉課もかかわる。実際はその課全部で関わる。目標の設定は担当の課が関わる。 |
| | 生きがい活動支援通所事業 | <ul style="list-style-type: none"> ・実施場所は、12ヶ所でコミュニティセンターと一併して、自由に使っていたりセンターがあります。それが20ヶ所あるのですが、その内の12ヶ所でやっている。 ・週1回実施している。時間も曜日もその場所が決まっている。 ・定員は定めていない。 ・社協に委託している。 ・その中で健康相談、転倒予防教室、痴呆など広く展開している。 ・関わる職員は看護士、ケアワーカー、人間対応に慣れている人、保健師など。 ・参加対象者は、概ね65歳以上で民生委員から声をかけた方、自主的な方、市役所で紹介した方などがいる。 ・対象者を限定したりしない。立ち上げの時は、民生委員の協力や訪問指導先での声かけや在宅介護支援センターの紹介などで対象を選定した。逆に50代でも声をかけてもらえれば、委託先と相談をして考えていきたい。 ・生きがい活動支援通所事業と転倒・骨折予防教室を結び付けて、14年度に県のモデル事業にのって1つ決めて、アンケート調査を実施した。日常生活動作と筋力の評価をしている。 ・P.Tの協力を得て、筋力や柔軟性をみている。 ・転倒・骨折予防教室は、10回シリーズで前後で評価している。 ・プログラムを実施している郡と実施していない群にわけて2箇所実施した。 ・2箇所を選んで生きがい活動支援通所事業にきているだけの群と10回実施した群を比較した。 ・主観的健康観は老研式を使用している。保健所からの声かけがあつて実施している。 ・仲間とお互いに刺激することがよい。それが、体力の維持につながっているのではないか。 ・参加することで芳情が明るくなることが効果だと思つている。 ・高齢者自身が健康や体力を維持したいという気持ちが必要。 ・転倒骨折予防は生きがいデイの中に組み込まれている。 ・評価は1ヶ所決めて実施している。 ・効果として、柔軟性とか筋力とかバランスの維持が見られた。 ・利用対象者に地域差がある。又、内容が参加者のニーズの充分に考慮されているか否か問題がある。 ・モデル事業を取り入れたので、評価や効果を考えることができただが、そうでなかつたら人員不足で出来ないと思う。 ・効果的に事業をしたり、評価をするには、大学や研究機関の協力が必要。 |
| | 今後の課題 | <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防サービスマネジメントの連携や調整が不十分なので効果的に展開できない。本当は、連携をしっかりとつければ、効果的な事業展開ができると思う。 ・地区組織との連携、ボランティアの育成と活用、住民への介護予防意識の啓発等ができれば地域全体で介護予防に取り組むと思う。しかし、これは課題で難しいのが現状。 |
| B | 介護予防の取り組み | <ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣予防から介護予防に取り組んでいる。 ・高齢期になつて来たきりではなく成人期から取り組むようにしている。特に健康面ではなく生きがい作りを新総合計画のなかで盛り込んでいく。 ・健康管理課では健康づくりと生きがい作りの二本柱で健康21計画の地方版の中で柱を二本にたてて、介護予防を含めて内容を事業化している。 ・介護予防の取り組みを健康管理課の健康からの健康づくりと健康づくりと区別しない。 ・データ的な管理の指導ではなく、生きがい対策の部分で在宅介護支援センターを活用しての支援事業として介護予防教室とか実態把握をしている。 ・予算としては、ミニサロン、閉じこもりの生きがい対策、地域のコミュニティ作りについては、区分けが庁内でも検討している段階である。 ・サービスマネジメントの実施場所は、9ヶ所ある。 ・介護高齢者福祉課が予算をとって社協に委託している。 ・月に1回保健師が健康チェックと簡単な健康相談づくり講話をしている。 ・来年からは地域の在宅支援センターにも参加してもらいたいと考えている。 |

| | |
|------------------------------|--|
| <p>B</p> <p>生きがい活動支援通所事業</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ばらばらと介護予防をするのではなく、高齢者の虐待をクローズアップされている今だからこそ、未然に防ぐ予防の部分や困難ケースの対応を専門職や支援者の学習会で取り組みたい。つまり、意識の向上とか予防的な部分で市民への啓発をしたい。 ・痴呆の早期発見をしたい。 ・これらのことを、生きがいデイでできたらよらいと思っている。 ・概ね65歳以上であるが、対象の限定はしていない。地域で出たい人が出ればでる。子供の参加も可能。 ・日中独居者が心配なので、地域在宅介護支援センターで登録制度がないので、介護予防教室を地区組織と一緒にやってみて、地域在宅介護支援センターが種まきをできるようにすることを望んでいる。 ・募集は民生委員の全戸訪問。民生委員の基準で参加を呼びかける。 ・定員はないが30人位。 ・評価は、健康チェックは血圧、QOLは聞き取りで実施している。閉じこもっていないか、食事の有無はなどをチェックしている。特にシートはない。 ・効果として、生活に楽しみが持てるようになったという声が聞かれたことがあげられる。 ・ただ、しっかり評価をしようとすると、評価できる担当者がいらないのも現実である。また、何をもって効果があるというのかも疑問。 |
| <p>運動指導事業</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・健康管理課で実施している。 ・生活習慣予防の教室を3コースやっている。高脂血症、糖尿病、肥満の3つを年間3コース実施している。 ・運動指導士が入って運動プログラムを考えている。 ・募集は老人保健法の基準でしている。基本健診のデータの結果から、主治医の先生が必要とした方や広報での周知をしている。 ・定員は30人位。 ・実施主体者は健康管理課。 ・評価は摂取カロリー、運動データで評価をしている。体脂肪は教室の前後で実施している。 ・基本健診が一番の基準となりそれが前の評価となる。教室終了後、主治医の所で実施後の評価をする。教室内ではデータはとらない。 ・担当のスタッフが全体の評価をする。評価者は、保健師と栄養士と運動健康指導士。個別健康教室も同じ方法をとっている。 |
| <p>転倒予防</p> <p>今後の取り組み</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・今は単発で実施している。 ・広報と民生委員の誘いで対象者を募集している。 ・単発なので、変化が見られない。 ・OTに入っていたらいいと思う。しかし、うまい具合には連携がとれない。 ・上の人を実施するのが良いと思う。 ・評価は、一応簡単な屈伸運動ができて、教室にくることで何回できるようになったか、来たことの評価、地域とのつながりを評価基準としている。 ・転倒予防教室に関しては地域在宅介護支援センターに企画運営を任せている。必要時アドバイスをしている。 ・パワーリハの取り組みをしたいと考えている。器具を買うつもりはないが、出てきて欲しいと思える取り組みをしようと考えている。出てきたことの意味、体を動かすことの効果。来年はそこに力をいれたい。 ・後は食事の部分。調理とか食事に関する食に関する部分について地域を巻き込んで計画をたてていきたい。 ・包括医療のテーマがある中で介護状態にならないように、しかし、なってしまう場合にかかに維持するか、なってしまうからの医療依存の人をどう取り組んでもらうのかのモデル事業を実施を考えている。 ・行政がけしかけて住民にやろうと思っているのは、その人の生活に根づかない。住民が選択できる雰囲気的大事。それがここにあればいいと思う。病気は持っている方でも主観的な健康観があれば長寿になると思う。 ・評価として報告集ではないがまとめは作っている。 ・事業によっては大学と協力をしている。基本健診のデータを教育に導入しようとしているが、大学と取り組んでいる。包括的モデル事業も大学の教員に入っていたらいい。 ・自分たちの評価だと表面的になってしまおう、科学的な裏付けがある住民にも説明しやすい。 ・効果というところも何を持たせて効果に分かからない。後は予算次第。周知しても集まらないとか。 ・国の行っていることは分かるが地域に即さない部分がある。住民がいかに納得できるかの情報提供が重要。 |

| | | |
|---|---------------|--|
| C | 転倒・骨折予防 | <ul style="list-style-type: none"> 一緒にサロンにあわせてやっている。 評価は、QOLや外出の回数をアンケートととっている。 転倒予防教室は、保健所にきて指導していただいている。2地区でやっている。後の地区については、転倒予防の語を入れたい。 片足立ちをやったりスボットのにやっています。 体操のプログラムは2地区については、個別プログラム、後の地区は村のパンフレットを使用してサロンの1コマにするようにしている。 これも課題があって、60代から80代の人々が地区によって、年齢差がある。そうすると非常に若い方にあわせれば高齢者をついていけない。高齢者に合わせれば若い人は物足りない。そういう年齢にあった対応ができないことが悩み。 参加率は、だんだん少なくなってきている。 B型もサロンでやっている。 QOLは外出しているかを聞く。利用者の中には、月1回のサロンしか外出する機会がないという人もいる。 村民バスがある。サロンについては、送迎がある。地区の集会所といえども広いので送迎バスがでている。 基本健康診査で判定がB、Cの人を対象にしている。対象者に電話をして勧誘している。今年は無発的な参加。 体重、体脂肪、コレステロールなどみている。検診を2回教室の前後で実施している。 健康、検診団体に委託している。 転倒骨折に力を入れて生きたい。 生きたいデイを実施しているが、筋力低下が強い、雪が降ると転ぶのを恐れて外に出ない。冬眠生活に入ってしまう。冬場で筋力低が起る。家からでなくなる。日中年寄りの留守番になってしまふ。サロンやデイが唯一の出る機会になる。 生きたいは介護度によって参加できなくなるが、サロンは参加可能である。 お達者サロンは住民の力を出してほしい。 保健推進委員と食生活改善推進員が地区にいる。何かあると声をかける。老人クラブ、婦人会などなど。希望を出してもらって教室を実施している。働いている人はなかなか協力をといても難しい。 私たちが世話になるのが当たり前だという意識がある。地域性があるのかもしれない。 年をとっていても話し相手になれる人も多いので、そういう人に力になってもらいたい。 転倒予防の充実を考えたい。 本当に痴呆が増えている。痴呆が多い、痴呆の予防のために頭を使うというのをやっていたかと思っている。 ほけたくない人集まりまじりまじりという地区があった。これを若い世代で実施できればよいと思っている。 学校と何か連携をしながら子供と触れ合ったり、年取っても勉強は大事だということを実際に体験したりするプログラムを組みたい。子供と一緒に勉強したり、お年寄りが先生になってもらいたいと思う。 保健所の協力は、地域が広いのでなかなか強力が難しい。保健所が遅くなった。 評価の必要性を感じる。 事業の目的の付け所、評価の仕方とかを勉強しないとだめ。しかし、評価に費やす時間がない。 財政が厳しいので、どこが問題で、なにをターゲットにしてどういう方法で何をすれば効果が出るという結果がだせない。 とだめだと思っている。 事業を実施しても継続して参加している人が何人、結果の比較も、出かける回数が多くなるとか介護保険に移行しなかつた人が何人とか興味ではないかと思わないから仕事をしたい。 評価の重要さは分かっているが、事業をこなすのに夢中。 他の地区で大学や研究機関が入って実施している所のようなことをやりたい。 事業を実施する際に、どこかの地区でうまくいったからこの地区でもうまくいってほしい。 |
| | 機能訓練B型 | |
| | 個別教育 | |
| | 今後の方向性 | |
| | 介護予防の庁内での取り組み | <ul style="list-style-type: none"> 介護保険と高齢福祉の分野で取り組んでいる。 65歳以上と元気な方を対象に取り組んでいる。虚弱者対策に力を入れている。二段階方式の痴呆予防を実施している。 補助金は、国と県から受けている。 企画は、課で相談をして実施している。それぞれの事業において評価と効果などを事務事業評価をすることで、以前より事業の目的が分かり易くなった。また、他の職種の事業に対する理解が深まった。 |

| | | |
|---|---------------------|--|
| D | <p>生きがい活動支援通所事業</p> | <p>・対象者は65歳からとされている。おおむねの範囲が60歳とされていて、必要な人がいれば60歳も対象にしている。虚弱者を対象にしている。・3箇所で週1回実施している。</p> <p>・たくさん的人数を援助することができない。</p> <p>・介護予防の段階「閉じこもり予防」を大前提にしているので1週間に1回も外に出ない人を中心としている。それらの人を集めると200人くらいいる。定員は20名。</p> <p>・200人の把握は介護保険以前からの「お元気で訪問事業」で把握をしていた。ヘルパーさんに空き時間に一人暮らしの人の家を回ってもらっていた。それを予算化、制度化して2人を確保して一人暮らしと高齢者世帯を全数回って台帳を作成した。その中に訪問台帳があって、アセスメントをとっている。もしおかしなと思ったら、在宅介護支援センターの保健師や看護師が訪問に行くようにしている。それでヘルパーや必要なサービスに振り分けている。今はやっていますけど、ここでは平成4年から取り組んでいた。ただ当時は名前がなくてやっていた。</p> <p>・参加者の募集は訪問でチェックして再調査している。</p> <p>・実施主体者はD市。今は事業は社協に委託している。最初の1年は自分たちでやっていたが、足場が作れたので。</p> <p>・かかわる職員は看護師1名、介護福祉士、社会福祉士、介護福祉士、社会福祉士、社会福祉士、社会福祉士でやっている。</p> <p>・評価は、アンケートを年に1回とっている。</p> <p>・介護予防の筋力トレーニング項目を評価している。</p> <p>・目的にアンケートで把握しているのと、質的なアンケートもとって生かしている。</p> <p>・評価の実施者は先ほどのスタッフと年に1回D市の担当保健師が入って実施している。生きがい活動支援通所事業の対象者の選定なども話あっている。</p> <p>・今年度からはまとめて報告を出したいと考えている。</p> <p>・二段階方式の痴呆の程度を半年に1回といっても10ヶ月に1回になっている。</p> <p>・効果は、閉じこもりが減って生活にはりが出たというのが一番の効果だと思う。</p> <p>・友達ができ、友達同士の交流が生まれる。ただ、まだいたいという人がいてつらい。</p> <p>・痴呆や筋力テストの効果が上がってきて、休まず出てくるとサロンに移行する。</p> <p>・課題としては、痴呆の発見が遅い。</p> <p>・評価をどうしようかというふうにしたらよいか課題。また、データがあっても、分析方法が分からないのが現実である。</p> <p>・自分たちが立てた目標の継続はしているが、もう少しこの人の課題はここだよと明確にしたいと思ってもできない。じゃあ誰かを使おうかと考えても見られる具体的な指標を作りたい。</p> <p>・具体的な指標を作る理学療法士などの専門家のアドバイスをいただきたい。大学や教育機関の協力を得たい。</p> |
| | <p>軽度生活援助事業</p> | <p>・訪問時にADLとIADLをとっている。</p> <p>・アセスメント表（A票とB票を使用）訪問時に話を聞いて評価する。半年に1回訪問して変化を評価している。</p> <p>・保健師と介護福祉士と事務で評価している。</p> <p>・課題は本人に必要な人が必要ないかが行っているかが行っていないか。本当は必要な所に行っていないのではないか。</p> <p>・全部周知されているか不安。</p> <p>・民生委員のほかに高齢者の相談員も必要だと思ふ。</p> <p>・地域の組織は世代交代をできないと継続がでない。</p> |
| | <p>今後の課題</p> | <p>・福祉バスなどの交通手段が確保されれば、生きがいデイがなくても地域や公民館活動に出ていけられると思う。</p> <p>・評価が課題。評価の指標をはっきりしたものにした。それは事業すべての課題である。</p> <p>・「いつまでも元気でころり」ということを目標とした時に一番どこを押さえれば良いのかが課題。また、高齢者の数が多いと思っている。早くここを評価するといいたいというのを知りたい。</p> <p>・効果の手順を知りたい。効果的なアプローチをしたい。体系化があるといい。</p> <p>・週1回しか外に出ていない人が週2回でよいように変わった。そういうことを自分たちだけで理解するのではなく、外に出していかなくてはいけない。</p> <p>・衛生統計1つとってても焦点を当てて作成してはいけない。どうせやらなくてはいけないことは、ここに焦点を絞ってとすれば、仕事も楽しくなると思う。</p> <p>・評価を作ることは重要だと思ふ。</p> |
| E | <p>介護予防の取り組み</p> | <p>・介護予防と介護保険が柱と考えている。</p> <p>・痴呆予防教室とか生きがいデイサービス事業を中心に企画をしている。</p> <p>・ほとんどの事業は、介護福祉課が中心に企画をしてい</p> <p>る。</p> <p>・平成16年度から事務事業評価を始めている。そこで、事業の拡大が縮小かを検討する。17年度から本格的に実施する。事務事業評価をするので、評価の必要性を改めて感じてい</p> |