

栃木県内市町村での介護予防事業対象者と参加者の現状

小林雅興（栃木県安足保健所）

研究要旨

栃木県内49市町村に対して、平成14年度に介護予防事業として高齢者に実施した状況について、対象者と参加者の年代や性別の差異を検討した。身体健康づくり支援事業、生きがい活動支援通所事業、高齢者ふれあいサロンについて、対象者は老人保健法や老人福祉サービス関係の対象と同じ、40歳以上ないし65歳以上としている市町村が大部分であった。また、参加者は、調査協力市町村のほとんどで、調査対象事業のすべてにおいて、65歳以上の年代であった。男女別では男にくらべて女が多い参加状況であった。

以上から、後期高齢者に対する寝たきり予防を主眼として、参加者がより関心を示すような事業メニューを考え、高齢者の健康づくり事業を強化することが必要である。

A. 研究目的

栃木県内の全市町村において、介護予防事業がどのような対象者に対して実施されているか現状を把握することを目的とした。

B. 研究方法

栃木県内49全市町村の介護予防事業担当者を対象にして、平成14年度の高齢者に対する事業の内、介護予防として実施しているものについて調査を行った。身体健康づくり支援としては、転倒予防教室、健康教育、健康相談及び食生活改善事業を高齢者に対して実施した状況、生きがいづくり支援としては、生きがい活動支援通所事業の実施状況、閉じこもり解消支援としては、高齢者ふれあいサロン（お茶のみ広場）の実施状況について調査をした。

C. 研究結果

調査協力市町村は、49市町村の内の46市町村（93.9%）であった。

身体健康づくり事業を高齢者に実施している市町村は、表1に示すように回答をいただいた46市町村の中で、30%程度であった。生きがい活動支援通所事業は61%の実施、高齢者ふれあいサロンは15%の実施であった。

対象者は表2に示すように、身体健康づくり事業は、対象者を40歳以上ないし65歳以上の年代としている市町村が多い傾向にあり、生きがい活動支援通所事業および高齢者ふれあいサロンでは、60歳以

上ないし65歳以上としている市町村が多い傾向にあった。

実際の参加者については、表3に示すように、男女別では女が多いと感じている市町村がほとんどであった。また、参加者の年代は、表4に示すように、身体健康づくり支援および生きがいづくり支援の参加者は65歳以上の者が多く、65歳～69歳、70歳～74歳、75歳以上の3区分でほぼ同じ割合を占め、高齢者ふれあいサロンの参加者は70～74歳の年代が多く参加している傾向にあった。

表1 実施市町村

	市町村数 46 (100%)
<身体健康づくり支援>	
高齢者の転倒予防教室	18 (39.1%)
高齢者の健康教室	14 (30.4%)
高齢者の健康相談	13 (28.3%)
高齢者の食生活改善事業	15 (32.6%)
<生きがいづくり支援>	
生きがい活動支援 通所事業	28 (60.9%)
<閉じこもり解消支援>	
高齢者ふれあいサロン	7 (15.2%)

表2 対象年齢の状況

	40歳以上	60歳以上	65歳以上	70歳以上
(転倒)	6(33.3)	3(16.7)	9(50.0)	0
(教室)	6(42.9)	1(7.1)	6(42.9)	1(7.1)
(相談)	5(38.5)	3(23.1)	4(30.8)	1(7.7)
(食改)	7(46.7)	3(20.0)	5(33.3)	0
(通所)	0	14(50.0)	14(50.0)	0
(触合)	0	3(42.9)	3(42.9)	1(14.2)

(各事業の実施市町村数を100%として算出)
 (表2~3で、略した事業の内容は、下記のとおり)
 転倒：高齢者の転倒予防教室
 教室：高齢者の健康教室
 相談：高齢者の健康相談
 食改：高齢者の食生活改善事業
 通所：生きがい活動支援通所事業
 触合：高齢者ふれあいサロン

表3 参加者の性別分布

	男が多い	女が多い	男女差なし
(転倒)	0	16(88.9)	2(11.1)
(教室)	0	13(92.9)	1(7.1)
(相談)	0	13(100.0)	0
(食改)	1(6.7)	14(93.3)	0
(通所)	0	25(89.3)	3(10.7)
(触合)	0	5(71.4)	2(28.6)

(各事業の実施市町村数を100%として算出)

表4 参加者の年齢階級別分布

	40歳以上	60-69歳	70-74歳	75歳以上
(転倒)	0	5(27.8)	8(44.4)	5(27.8)
(教室)	0	4(28.6)	5(35.7)	5(35.7)
(相談)	0	6(46.2)	2(15.4)	5(38.5)
(食改)	2(13.3)	7(46.7)	4(26.7)	2(13.3)
(通所)	0	6(21.4)	10(35.7)	12(42.9)
(触合)	0	0	6(85.7)	1(14.3)

(各事業の実施市町村数を100%として算出)

D. 考察および結論

平成14年度の栃木県内市町村での高齢者向けの介護予防事業について、市町村担当者に質問調査を行った。

内容は身体への健康づくり支援(転倒予防、健康教室、健康相談、食生活改善)、生きがい活動支援通所事業、高齢者ふれあいサロンについて対象者および参加者の状況を調査した。

対象者は老人保健法対象者の40歳以上、

または老人福祉サービスの対象者の65歳以上といった事業対象者という視点で、事業がくまれているように推測された。

参加者については、60歳以上が大部分で、しかも60歳代、70歳代前半、75歳以上といった年代でほぼ同じ割合を占める参加状況にあった。しかし、男女比は圧倒的に女が多い傾向にあった。

介護保険サービスを受けている方の大半が75歳以上の後期高齢者であり、寝たきりの原因として、脳卒中や骨折が指摘されていることから考えると、身体への健康づくり支援事業を70歳ないし75歳以上の高齢者層に、より強固にすすめる必要があると考えられる。また、参加者が女性に偏っていることも問題である。人口構成から男よりも女が多くなる年齢層ではあるが、男の高齢者の参加を勧める内容の検討も必要であると考えられる。

このような集団としては、老人クラブが考えられる。老人クラブ活動の中での介護予防事業の取り組み強化が期待されると考える。

E. 今後の計画

昨年度はS市における介護保険サービス受給者の分析を行い、今年度は栃木県内市町村の介護予防参加者の状況の検討を行った。

この結果より、介護予防をすすめるには、70歳ないし75歳以上の高齢者層に、高齢者向けの健康づくりを強化する必要があると考えた。

これを受けて次年度は、高齢者の希望する介護予防事業について調査したいと考える。

F. 研究発表

なし。

介護予防を軸とした公衆衛生活動の評価指標の開発

—「標準化要介護者比」の算出・検討—

事業協力者 永見宏行（世田谷区世田谷保健所）

研究要旨

全国 10 市区町の性別・特別養護老人ホーム（以下特養とする）入所者取り扱い別・要介護度別の「標準化要介護者比」（65 歳以上）を算出し、それぞれ地域差、順位および平均寿命との相関を検討した。

それぞれの標準化要介護者比は地域差を示し、平均寿命と負の相関傾向を示して、介護予防を軸とした現場の公衆衛生活動全体の評価指標に使用出来る可能性が示唆された。

標準化要介護者比算出の基礎数字は、男女合計・特養入所者入りの要介護者数を使用することで大きな支障のないことが示唆された。

標準化要介護者比算出の基礎数字は、実数の多い「要支援—要介護 5」を使用するのがベターであることが示唆された。

標準化要介護者比の分析の際は、年齢・性・介護度・特養の有無の他に、その地域の文化等の要因により左右されていることを配慮する必要があることが示唆された。

A. 研究目的

現場の介護予防を軸とした公衆衛生活動の発展のために、市区町村レベルで算出でき、住民に解りやすい、活動全体を評価する評価指標を開発することを目的とした。

B. 研究方法

65 歳以上の第一号被保険者の介護保険認定者数（平成 15 年 3 月 31 日現在）より、全国の 10 市区町別の「標準化要介護者比」（65 歳以上）を算出した。

標準化要介護者比は、性別・特養入所者の扱い別・要介護度別に算出し、それぞれ地域差、順位および平均寿命との相関を検討した。

標準化要介護者比は、「標準化死亡比（SMR）」に準じて「65 歳以上の要介護者期待数」に対する「実際の 65 歳以上の要介護者数」の比とした。「65 歳以上の要介護者期待数」は、各市区町の年齢階級別人口（平成 15 年 1 月 1 日）に基準集団 S 特別区（65 歳以上人口：132,168 名）の年齢階級別要介護者率を乗じて求めた年齢階級別の期待数の総和とした。なお、S 特別区を基準集団としたのは、特別の理由がある訳ではなく、国や都道府県単位の年齢階級別要介護者率が存在しないために、調査した集団の中で人口規模が最大の S 特別区を使用したものである。

（「標準化要介護者比」＝「実際の要介護者数」／「期待要介護者数」＊100）

（「期待要介護者数」＝〔年齢階級別人口＊基準集団の年齢階級別要介護者率〕の総和）

C. 研究結果および考察

1. 市区町別の標準化要介護者比は、その多くが S 特別区と統計学的に有意な差を示した。（表 1）

2. 市区町別の標準化要介護者比は、平均寿命と負の相関傾向を示した。（特に男性：要支援—要介護 5 において）（有意差なし）（表 2）

標準化要介護者比は、各介護度ともに、地域差を示し、地域の総合的な健康水準を比較する有力な指標とされている「平均寿命」と相関傾向を示したことより、介護予防を軸とした現場の総合的な公衆衛生活動の評価指標に使用出来る可能性が示唆された。

3. 性別の標準化要介護者比（基準：S 区男女合計）は、各市区町例外なく女性が男性に比して高く、男性・女性とも男女合計の市区町順位と似た傾向を示した。（表 3）

標準化要介護者比の基礎数字は、地域差を見る指標としては、男女合計数を使用することに大きな支障のないことが示唆され

た。

4. 特養入所者の扱い別標準化要介護者比は、特養入所者も入れた全認定者数を使用したもの、特養入所者のうち1年以内に他市町から流入した者をぬいたもの、特養入所者の全認定者を抜いたものの中で、市町間の順位に大きな差はなかった。(表4)

標準化要介護者比の基礎数字は、地域差を見る指標としては、特養入所者も入れた全認定者を使用することに大きな支障のないことが示唆された。

5. 介護度別の標準化要介護者比は、介護度が増すに従って基礎数字の実数が少なくなりS特別区と統計学的有意差を示す市区町が減少した。(表5)

介護度の低い者を含んだ(要支援—要介護5)と(要介護1—要介護5)それぞれの標準化要介護者比の各市区町の順位は、大枠同じ傾向を示した。(表5)

人口規模の小さい市区町の比較には、介護度の低い者を含んだ実数の多いものを使用し、「介護保険の認定者」として住民に解りやすい「要支援—要介護5」を使用することがベターなことが示唆された。

6. 介護度別の標準化要介護者比は、介護度が上がるほどその順位が上がる市区町と逆に下がる市区町が存在した。(表5)

介護保険開始後3年がたって制度は浸透しているものの、介護保険認定者数は申請されたものの認定であり、どの程度で介護保険を申請するかは、市区町村の文化を反映していることも示唆された。

E. 結論

介護保険認定者数を使用した「標準化要介護者比」は、介護予防を軸とした現場の公衆衛生活動全体の評価指標に使用出来る可能性が示唆された。

F. 今後の計画

平成16年度は、検証する市区町村(地区)の数を増やし、15年・16年の経年変化も含めて検討する。

G. 研究発表

なし。

戦略的な介護予防事業体系作成のあり方について

村井千賀、島 巖（石川県リハビリテーションセンター）

田中甲子（地域保健研究会）

研究要旨

石川県では、介護予防の推進を目的に、地域リハビリテーション支援体制整備推進事業を実施している。その中では、市町村での相談窓口の充実、職員の相談援助技術研修、介護予防事業の効果的プログラムの支援などを実施している。昨年度、研修から市町村が介護予防を推進する上で困難に感じていることを明確にした。そこで今年度は、町全体として介護予防に取り組むしくみづくりの方法として、介護予防体系作成に取り組んだので報告する。

A. 研究目的

高齢や障害のある住民が、急性期や回復期のリハビリテーションを終え、維持期を自宅や福祉施設で寝たきりや要介護状態にならないで生活できるよう、市町村が実施する介護予防事業等の社会資源を明確化し、住民の自立や生活機能維持のニーズに即した介護予防サービスが提供されるような介護予防事業の体系モデルを作成、戦略的な介護予防の在り方を検討する。

B. 研究方法

人口約42,000人、高齢化率12.4%の1町をモデルとして、住民が要介護状態にならないよう、また介護度の重症化を予防する介護予防を効果的・効率的に推進するために必要な事業の体系化を図り、各成果指標を設定しつつ、目標値を定め、戦略的な行動計画を作成することとした。

実施手順として、町介護予防関係各課に呼びかけ、今回の取り組みの目的を理解し、体系づくりに向け、共通理解を得るため研修の場の提供を中心に、演習や講義を組み入れながら、実際の自分たちの体系づくりを実施した。主な流れは以下の通りである。

回	日程	主な作業内容
1	7/1	講義「目標管理に基づく業務管理の考え方」 作業：保健福祉事業の課題整理
2	7/2	講義「目的と手段の考え方」 作業：町介護予防最上位目的の決定
3	7/3	講義「指標と評価の考え方」 作業：上位目的と成果指標、目標の検討
4	7月中	上位目的毎に班分けを行い、手段を選定
5	7/28	作業：各班が作成した目的と手段について 意見交換と修正
6	7/29	作業：目標管理表の作成
7	8月中	各班での作業の実施

回	日程	主な作業内容
8	9/1	作業：目標管理表と目標値の設定
9	9/2	作業：目標管理表に基づく行動計画完成
10	9～ 2月	事業の実施
11	2/27	評価：事業の評価会実施

体系づくりに参加した課は、保健部門、高齢福祉部門、介護保険部門が参加した。

また、体系づくりにあたり、政策マーケティング企画研究所 故久道由美先生、地域保健研究会 田中甲子先生に指導・助言を頂いた。目標については、市町村の過去のデータからの判断または担当者が取り組める数値目標を挙げた。

C. 研究結果

<介護予防体系（抜粋）>【成果指標：目標値→結果】

1 最上位目的

高齢になっても、健康状態の悪化を予防し、自立した生活の維持を図る。【要介護3～5の認定者割合↓：】

2 上位目的毎の対策

障害が残るような脳梗塞の予防対策

【新規身体障害者手帳交付数→：15名】

①適切な受診ができるため、脳梗塞前駆症状の対応の知識普及 【普及者数：2万人に普及】

②基本健康診査におけるハイリスク者へのフォロー体制の充実

i 健診事後指導を充実

【健診受診者中指導者割合↑：10%→10.8%】

ii 要医療で未受診者への受診勧奨

【未受診者中指導割合↑：70%→70%】

iii 糖尿病予防教室の開催

【参加者中生活習慣改善取り組み割合↑：70%→80%】

加齢に伴う介護を必要とする状態を遅らせる対策

【新規認定者平均年齢↑：】

①65才以上要援護者の把握対策

i 70才以上の実態調査

【対象数3,705名、把握率：100%→97.2%】

<調査結果>

- ・脳卒中による生活の支障のある者 25%
- ・膝痛、腰痛による生活に支障のある者 21.2%
- ・転倒既往のある者 8.9%
- ・体力の低下者 3.9%
- ・外出頻度週1回以下の者 6.5%

ii 介護予防の相談窓口の設置と周知

iii 医療機関との連携による把握

【紹介数↑：6件→5件】

iv 介護予防のニーズ把握と支援計画の作成

【介護予防プラン数↑：56件】

②要援護者の悪化予防対策

i 生活機能維持改善サービス充実

【参加者維持改善割合↑：80%→79.3%】

a) 生きがいセンターによる体力づくり【31名が参加】

b) 機能訓練事業による生活動作指導【11名が参加】

c) 交流の場の提供による健康維持教室【16名が参加】

ii 自立に向けた生活支援サービスの充実

【利用者維持改善割合↑：100%→100%】

a) 軽度生活援助事業の実施

【18名が利用】

b) 外出支援事業の実施

介護の重度化を予防する対策

【要介護4、5者の平均年齢↑：】

①自立に対する意識や方法を普及

i 関係機関への普及【普及回数↑：1回→2回】

ii 認定調査時の指導

【認定調査時指導数↑：150名→37名】

<参考>

新規申請者15名の内(H16.1~2月実施)

- ・介護予防プランのみ利用者9名
- ・介護保険と介護予防併用者1名
- ・介護保険のみ利用者5名

②状態の維持改善サービスの充実

i 介護予防を含むケアプランの充実

【ケアプラン検討数↑：200件→209件】

ii サービス事業者の充実

【通所介護に下肢筋力アップ体操の導入】

iii サービス未利用者への支援

【ケアプラン未届者 68名(11.3%)

中断者 80名(26.7%)】

3 体系作成まとめ

(1) 体系化により町全体として取り組む目標が見えたこと、また介護予防の対象が明確化したことにより、必要な支援サービスが見えてきたこと、業務が取り組みやすくなったなどの意見が聞かれた。

(2) 体系作成経過の中で、様々なデータの整理や取り組み結果のデータから、最適手段が見えてきたり、これまでの何となく実施してきた事業のあり方を

見直すことができた。

(3) 目的と目標の設定に基づく事業の体系は事業予算を取る際に自分たちの仕事の説明がし易く、予算が確保し易かった。

(4) 2月27日(金)評価会を実施し、概ね目標値を達成することができた。

(5) さらに、取り組みから見えた課題を分析、検討、次年度に向けた体系を作成した。

D. 考察

介護保険では、市町村での保険料徴収とサービス利用による支出が市町村である程度完結し、市町村毎の保険料の設定ができる仕組みがつけられている。そのためある意味では、市町村の介護予防の取り組みが保険料として評価できるものである。

今回、市町村の介護予防を目的に関係事業の整理、効果的取り組みに向けての事務事業の具体的実施方法まで一つ一つ成果指標を決め、上位目的の成果指標との関連性を考慮しつつ、下位の目的である手段を明らかにしていった。また、目標もその市町村で決定していくことにより、事業担当者が業務の目的や目標が明確になり、仕事取り組み易くなった、忙しくても面白くなったなどの意見が聞かれた。このような仕事の仕方には不慣れなこともあり、具体的事務事業の完成、行動計画の作成までに7月の開始から12月まで5ヶ月を要した。しかし、事業実施期間が短いにもかかわらず、取り組みの中から大切だと思っていた取り組みが意外に効率が悪いということや地味な仕事だが最も重要な仕事であるものなど見えたことが数多くあり、次年度の体系に多く反映されている。今後は、この取り組みを重ねつつ、体系の充実に努めていく必要がある。

E. 今後の計画

今回1町をモデルに取り組んだが、今後は希望する市町村に対し、一つの県のコンサルテーションサービスとして普及し、支援を継続していきたい。

ヘルスプロモーションの視点での介護予防活動評価システム開発

佐甲 隆、野村由里子（三重県松阪保健所）

研究要旨

介護予防に寄与しうる様々な地域活動を総合的に評価するツールとして、ヘルスプロモーションの視点での評価フォーマットの開発を試みた。ドナベディアン「構造・プロセス・成果」のフォーマットを利用し、オタワ憲章で定められた基本的な3戦略・5活動領域に分けて、カテゴリーに分類しその枠にそって様々な評価指標を検討した。また、このフォーマットの利用可能性、評価上の問題などを検討し有意義な知見を得た。また、地域の介護負担度のアセスメントのための「介護度スコア」の開発を試みた。

A. 研究目的

介護予防に寄与する地域全体の活動をWHOヘルスプロモーションの視点で評価するツールを開発する。

今回は、個々のクライアントのADL評価ではなく、行政的活動評価を中心に行う。

1. 評価の基本的考え方

1) 評価にあたっての基本理念と方針

- ①ヘルスプロモーション活動の一環として介護予防的活動全体をとらえ、オタワ憲章で定められた基本的な3戦略・5活動領域を評価の柱として、カテゴリーに活用する。
- ②ドナベディアンの「構造・プロセス・成果」のフォーマットにそって、評価指標を検討し、評価を実施する。
- ③評価結果はレーダーチャートで表現し、自らの活動の弱みと強みを理解し、活動の改善、発展、今後の計画につなげていく。

2) 評価の目的

- ①評価を行うことによって、介護予防活動の改善、今後の発展につなげる
- ②それを通じて、地域のヘルスプロモーションの発展に寄与する

3) 評価指標設定の視点

- ①構造とは、人的資源、社会資源、物的資源の有無、投入の程度などを表す。(インプット、リソース)： 資源投入度
- ②プロセスとは、実際に行った活動の量と質を表す。(アウトプット、アクション)： 活動活発度
- ③成果とは、それによって達成されるべき指標の変化の程度、社会的影響などを表

す。(アウトカム、インパクト)： 目標達成度

2. ヘルスプロモーション戦略・活動領域のカテゴリー概念

(解説はWHOヘルスプロモーション用語集にしたがった)

①Empowerment for health 健康のためのエンパワメント

ヘルスプロモーションにおいて、エンパワメントとは、健康に影響を及ぼす行動や意志決定を、人々がよりよくコントロールできるようにするプロセス。

Enabling イネイブリング (能力付与)

ヘルスプロモーションにおいて、イネイブリングとは、健康を増進し守るために、人的・物的資源を活用することによって、自らを力づける(エンパワー)べく、個人や集団が協働して行動すること。

②Advocacy for health 健康のためのアドボカシー (唱道)

ある健康目標やプログラムに向けた、政治的関与、政策的支援、社会的承認、システムの支援を得るために考えられた一連の個人的・社会的活動

③Mediation 調停 (調整)

ヘルスプロモーションの文脈においては、健康の推進や保護のために、個人的・社会的・経済的に価値観の異なる個人・コミュニティ・公的私的機関を調整すること。

④Re-orienting health services ヘルスサービスの方向転換

ヘルスサービスの方向転換の特徴は、集団の健康成果の達成ということへのより明

確な関心であり、その方向で、ヘルスシステムがどのように組織され資金を与えられるかと言うことである。これにより、現在個人のニーズに重点が置かれているヘルスサービスの姿勢や機構に、集団的なニーズにたいして均衡を取る方向で、変化が導かれる。

⑤ Supportive environments for health 健康面での支援的環境（健康面での身の回りの支援体制）の創造

健康にむけた支援的環境とは、健康の面での危機から住民を守り、さらに健康を保つ能力と自己信頼能力の向上を育むものをいう。これは住民の生活場所からコミュニティ、家庭、仕事場、遊び場を含み、さらには保健衛生に関する社会資源への利便性やエンパワメントの機会をも組み込んだものである。

⑥ Life skills ライフスキル（生活上の技術・能力）の向上

ライフスキルとは、周囲に適応し、かつ前向きな行動をとれる能力のことで、これにより日常生活における要求や課題に効果的に対処することができる。

⑦ Community actions for health コミュニティの保健活動の活発化

コミュニティの保健活動とは、健康の決定因子をコントロールすることで、健康を改善していけるような、コミュニティによる様々な活動の事をさしている。

⑧ Healthy public policy 健康的な公共政策（保健的に正しい公共政策・理念）の確立

健康的な公共政策とは、すべての分野の政策に保健や公正さの明確な関心を持ち、健康成果についての説明責任を特徴とするものである。健康的な公共政策の主要な目的は、健康面での支援的な環境を創造することで、住民が健康的な暮らしを送れるようにすることである。こうした政策理念により、住民はより簡単に健康的な選択が可能になる。またそれによって、社会・自然環境自体が健康を推進するようなものになる。

B. 研究方法

保健師によるワークショップを開催し、

以下のような手順で、作成したフォーマットにそって、カテゴリーにふさわしい指標を議論し、カテゴライズしていった。

評価フォーマット開発の手順

	ねらい	内 容
第1回	介護予防事業の現状を知る。評価について学ぶ	各担当者から介護予防事業の現状を報告する。(成果や抱えている課題) 評価、ヘルスプロモーションの基本的な考え方を学ぶ。
第2回	評価フォーマットの検討(評価指標の項目と位置づけ)	評価指標の項目をキーワード化してそれをフォーマットの枠に当てはめていく方法で分類する。参加者の話し合いで指標を定める。
第3回	評価の実施	実際評価してみる。評価は保健師による内部評価とする。試行したうえで、ツールとしての利点や、問題点を明らかにする。

C. 研究結果

ワークショップにより縦軸にヘルスプロモーションの3戦略と5活動領域を、横軸にドナベディアン「構造・プロセス・成果」をカテゴリーとしたフォーマットに介護予防的活動のキーワード、活動指標を当てはめた。(資料1参照)

D. 考察

今回は、上記のワークによって「評価指標(キーワード)の抽出」、「フォーマットの利用可能性(使いやすさ)」の2点を目的に検討を行った。

まず、このフォーマットを使用するにあたってヘルスプロモーション活動領域についてしっかり理解しておく必要があった。

保健師においても、ヘルスプロモーションの概念理解が様々で、とくに三つの戦略、五つの活動領域の概念は必ずしも、統一されていなかった。この共通理解がないと評価指標そのものも抽出することができず、バランスのとれた、評価カテゴリー分類が困難であった。

三つの戦略カテゴリーについては入る評価指標はそれぞれの戦略内で重複し、また戦略そのものが五つの活動領域に関係しているので評価指標が重複した。したがって戦略カテゴリーはフォーマットから削除した。

評価指標によっては複数のヘルスプロモーション活動領域に重複するものも多々あり、すっきりとは整理分類できないものが多かった。例えば「シルバー人材バンク」などは「コミュニティ活動の強化」に入れるべきか「支援的環境の創造」に入れるべきか迷うこととなった。このような場合には、評価者の判断において、その活動の目的や狙いのうえで、重点がおかれると思われる活動領域に分類した。

また「構造・プロセス・成果」のカテゴリー分類においても、構造に入れるべきか、プロセスに入れるべきか迷う項目も多々あった。例えば健康作り自主グループについては「個人的スキルの向上」ではプロセスに入ると考えられるが、「コミュニティ活動の強化」では構造に入るとも考えられる。また、複数のカテゴリーにわたる指標もあり得ると思われた。

成果については各活動領域に共通する上位目標とそれを達成するための下位目標の区別が必要であった。上位目標については、複数の領域にわたって重複すると思われた。下位目標とは各活動領域や事業、仕組みに対しての目標設定でもある。下位目標が書き込めず空欄であることで、その事業や仕組みに対して目標設定が明確でないこと、あるいはアクションに乏しいことを気づくツールともなりえた。

また何を上位目標としての指標とするかが議論となった。本来、評価者自身の地域にあった目標あるいは、ビジョンを設定すればよいと考えるが、必ずしも上位目標が

明確でなく当面の既定事業に追われている現状が反映していると思われた。

試みに、ひとつの目安として「介護度スコア」(資料2参照)を考案してみた。このスコアは、未だ開発途上であり、係数の設定など問題はあるが、とりあえず、現状を数値化したり、モニタリングしたりするために有用であると思われた。

また、このフォーマットに指標を書き込むワークによって、地域の介護予防的活動の全体像が明らかになり、活動領域別の強み・弱みがみえてくるなどの利点もあった。ある意味では、その枠を埋めやすい領域はその地域として意識して活動を行っている領域であるとも言え、地域の強みであると思われた。

また枠が埋まりにくい領域はその地域として弱い部分であるといえるが、今後その視点で新たな活動を展開するひとつの方向性や、必要な政策課題を明確にしていくような政策開発ツールともなりうると思われた。

さらに介護予防的活動は保健・福祉部門のみならず建設や環境、農林、教育、企画総務等々他部門も関係していることを気づくきっかけともなった。つまりヘルスプロモーションにおける様々な健康規定要因を明確にし得るツールでもある。特に「支援的環境の創造」「健康的公共政策の確立」のカテゴリーにおいて介護予防を切り口とした街づくりの計画や政策指標を挙げることによって、広い視野での活動の可能性や、総合行政化がはかられていくと思われた。

今後さらに最も妥当な指標の絞込みをすすめ、評価指標(キーワード)を点数化し、質問票の形でプリコード回答式で記入できる形にするよう開発を進める予定である。また、各領域を軸としたレーダーチャートの作成も検討している。

E. 結論

地域の介護予防に寄与する様々な活動を総合的に評価するツールとして、ヘルスプロモーションの視点での評価フォーマットの開発を試み、様々な知見を得た。

また、地域の介護負担度のアセスメント

のための「介護度スコア」の開発を検討した。

F. 今後の計画

- ・「介護度スコア」の改良、開発
 - ・評価指標の絞り込み、評価指標（キーワード）を点数化、各領域を軸としたレーダーチャートの作成
 - ・クライアント満足度評価フォーマットの開発
- などを行っていく予定である。

G. 文献

- 1) Donabedian A. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980
- 2) WHO: ヘルスプロモーション用語集（佐甲監訳）介護予防システム研究班、2003
- 3) 佐甲隆、野村由里子、ヘルスプロモーションとしての介護予防システム～そのあり方と保健所支援の可能性について、「地域における介護予防システム構築にむけての調査研究事業報告書」2003: p30-36
- 4) 佐甲隆、保健所の総合調整と基幹型在宅介護支援センターへの支援. 生活教育、45(9), 36-43, 2001

介護予防事業の評価および在宅介護支援センターと地域ケア会議 のあり方に関する研究

竹内俊介(島根県県央保健所)

研究要旨

地域における介護予防において、地域ケア会議がはたす役割は大きいですが、サービス資源が少ない地域では、在宅介護支援センターが居宅支援事業所と兼ねているところがほとんどであるため、介護予防に力点がおけない状況であった。市町村合併により市町村の規模が大きくなることをふまえ、介護予防を推進していく上で、基幹型の機能を果たす支援センター設置の必要性が確認された。

また、介護保険制度の評価として、保険者がデータ集計を行っているが、費用、報酬に偏る傾向がある。介護予防事業のアウトプットの評価の必要性が確認され、特に要支援、要介護度Ⅰの人についての、要介護度の変化、サービス提供の状況を評価するために介護保険認定データ、サービス提供データの分析を行った。

A. 研究目的

島根県では、平成13、14年度介護支援専門員支援会議サービス評価部会を立ち上げ、12,000人の介護保険認定情報、サービス受給状況等をもとに、サービス受給者の要介護度の変化、サービス受給状況について分析した。

その結果、①2年間で介護度が悪化した率は、「要支援」の人で、48.9%、「要介護1」の人で34.8%であった。②認定調査項目の変化では、下肢機能→更衣→移乗→清潔行為/排泄→食事摂取/嚥下等の流れで身体機能が低下していた。③サービス受給状況では、「要支援」者の81.9%、「要介護1」者の63.0%が単一サービス利用であり、「要支援」ではその内容が、「通所介護」40.4%、「訪問介護(家事援助)」37.8%、「通所リハ」10.4%という状況であった。これらの結果から、ケアプランに介護予防(悪化防止)という観点が弱いのではないかと指摘されている。また、通所介護サービスにおいては、個々のケアプランの目的があまり明確でなく、画一的なサービスが提供されている状況がある。

介護保険の非対象者については介護予防・地域支え合い事業によって、転倒予防教室やいきがいディサービス等、介護予防の取り組みがされているが、川本圏域では、大田市が、必要な人に必要なサービスを提供するという観点から、従来の高齢者サー

ビスの見直しを進めている一方で、邑智郡の町村では地域ケア会議は開催されているものの、アセスメントもなしに、サービスを検討している状況であった。

また、介護保険制度の評価として、保険者がデータ集計を行っているが、費用、報酬に偏る傾向があるため、介護保険にかかる個人データを介護予防事業の評価として活用するための方法の開発が必要である。

そこで、本研究では、在宅介護支援センターの現状の分析、介護予防事業、介護サービスの評価をとおして、圏域における介護予防対策モデルを策定することを目的とした。

B. 研究方法

1. 介護予防・地域支え合い事業および在宅介護支援センター、地域ケア会議のあり方検討

市町村在宅福祉担当者との検討会を設置し、介護予防・生活支援事業の実施状況、地域ケア会議の開催状況、在宅介護支援センターの運営状況等についての情報収集、評価を行った。

2. 介護保険認定データ、サービス提供データの分析

邑智郡介護保険組合から、介護保険にかかる2年間のデータの提供をうけ、「要支援」者、「要介護度1」者の2年間の要介護

度の変化について、その間のサービス利用状況、世帯区分別、性・年齢階層との関連について分析した。

C. 研究結果

1. 介護予防・地域支え合い事業および在宅介護支援センター、地域ケア会議のあり方について

1) 介護予防・生活支援事業実施状況

実施市町村率が80%を超えた事業が3事業（配食、生きがいデイ、緊急通報）から6事業（配食、転倒骨折予防教室、生きがいデイ、指導員派遣、短期宿泊、緊急通報）に増えている。

大きく実施率が上がった事業は、「転倒骨折予防教室」（30%→80%）「地域住民グループ支援」（20%→70%）「高齢者食生活改善」（40%→70%）「生きがいと健康づくり」（20%→50%）であった。

しかし、現状では、事業は取り組まれてはいるものの、メニュー化事業の域を出ていないという状況であった。

2) 地域ケア会議開催状況

管内の市町村においては週1回から、月1回の割合で地域ケア会議が開催されていた。ケア会議の委員は介護保険事業所、介護保険外の事業所の職員も含み、10人～15人位で構成されていた。

地域ケア会議は、全市町村で設置し、開催されているが、開催状況、検討内容に格差が生じている。地域型の支援センターが実施している地域ケア会議は、町村の福祉担当者が中心になって開催されている町村と支援センターが中心となって開催されているところとがある。町村の福祉担当者が中心となっている地域ケア会議の場合は、他の事務も併せて持っていることも関係し、時間的に余裕が無く、十分な資料提供ができないとか、連絡事項が多くなってしまおうという悩みをかかえているところが多かった。反対に、支援センターが中心となっている地域ケア会議の場合は居宅支援事業所と兼ねているところがほとんどであるためか、介護保険中心の事例検討となったり、介護予防対策の検討というような、町村の

施策的な部分の検討にまで踏み込めない傾向があった。

管内でただ一つ基幹型在宅介護支援センター（市直営）のある大田市では、情報提供、事例検討は支援センター連絡会議で実施し、地域ケア会議では、地域の課題の分析、介護予防事業の検討、施策化、予算化に向けての話し合いなどを中心として行っている。「施策反映に向けての検討」ということを意識して会議を開催しているため、議論されたことが事業実施に反映されるという実感を委員に与えている。

検討会では、上記先進例の検討から、地域ケア会議の役割として以下のことが整理された。

- ①地域の現状、課題を明らかにし、必要な対策等を検討し、施策に反映していく場
- ②地域の幅広い専門家集団を集めて、方向性を考えていく場
- ③運営側としては、地域ケア会議で出た意見を施策に反映したり、委員が行政とともに同じ視点で取り組んだり、検討していく場
- ④利用者が何を求めているか、地域住民が何を求めているか、利用者の声を反映していく場
- ⑤委員の「介護予防等の意識統一の場」「目線合わせの場」

3) 在宅介護支援センターについて

地域型在宅介護支援センターは、運営費が減額され、居宅介護支援事業所との二枚看板を余儀なくされ、介護保険サービス中心の業務となり、認定外者へのケアが手薄になってきている。

中学校区が一つしかない町村には基幹型在宅介護支援センターを設置できない。基幹型支援センターを設置しない町村にあっては、行政が基幹型の機能を補完していくこととなっているが、業務量、人員配置の面から地域型在宅介護支援センターの運営を法人委託としている町村も多く、基幹型の役割を担う所がないのが現状である。全ての市町村において基幹型支援センターの機能が必要である。

また、介護予防プラン作成加算が制度化

されたが、プランの作成方法が分からないという声も出された。

2. 介護保険認定データ、サービス提供データの分析

現在 2001 年 10 月、2002 年 4 月、10 月、2003 年 4 月、10 月の認定データ、サービス利用データを邑智郡介護保険組合から入手し、分析中である。

D. 考察

介護予防を考える上で、広義の介護予防は健康づくり、脳卒中や骨折の予防、高齢者の生きがいづくり、社会性の確保、閉じこもり防止等、個人指導のみでなく、地域社会の環境づくり、ヘルスプロモーション的アプローチが重要であるが、今回は虚弱高齢者や閉じこもりがちな高齢者、生きがい無くしそうな高齢者をいかに把握し適切な対応をとるか、介護予防・生活支援事業や地域ケア会議、在宅介護支援センターの現状と課題について検討した。

1) 介護予防・生活支援事業について

介護予防・生活支援事業は積極的に取り組まれているものの、現状では、メニュー化事業の域を出ておらず、その効果の評価も行われていないという状況であった。

また、メニュー化されたサービス提供を中心とする支援ではなく、高齢者の自己実現や生きがい、その人らしさが失われないような支援のあり方が重要である。

介護予防・生活支援事業については、県がヒヤリングを行っているが、真に介護予防に資する事業展開になっているかというチェックも不十分である。

今後、介護予防に取り組む場合、現事業の評価が不可欠と思われる。そこで、現事業が真に介護予防の観点で取り組まれているかを整理するために、介護予防・生活支援事業評価表が必要であると考え、事業目的、対象者の把握・選定方法、事業計画およびその評価指標、事業の効率性等、より具体的な評価表を作成し、各市町村で事業の評価を行うこととしている。

2) 高齢者アセスメントシート、介護予防

プラン様式、記載要領の作成

前述の問題と深く関連するが、狭義の介護予防には ICF に基づく個々のアセスメントが不可欠である。現状では、在宅介護支援センター、地域ケア会議とも個々のアセスメントが十分に行われていない現状である。

当センターでは、在宅介護支援センター職員、行政の保健・福祉担当者を集め、全国在宅介護支援センター協議会のモデルプランの情報提供や介護予防プランの考え方の研修を実施し、作成に向けての事例演習などを行った。主に「閉じこもり予防」の要因分析を中心とし、その他の要介護状態の要因となる項目は必要最低限とし、本人の自己実現に向けたプランづくりができるような「高齢者アセスメントシート」「介護予防プランの様式」「記入要領」を検討委員会等で協議して作成した。

介護保険の保険者は広域であり、保健の観点からのこのような機能は今後保健所に求められることになろう。

3) 在宅介護支援センターについて

地域ケア会議が効果的に運営されていないとすれば、町村が、委託事業として行っている在宅介護支援センター運営事業が、やはり同様に効果的に実施されていないのではないかと考えられる。

地域型在宅介護支援センターの多くが居宅介護支援事業所を併設し、自ら介護保険のケアマネジメントを行わなければならないとなり、地域の高齢者の実態把握、介護予防、権利擁護とともに地域ケアのネットワークづくりとシステムづくりも併せて進めることが困難になっている。人口規模が小さい町村では、地域での人材不足が課題であるが、中でも介護保険制度の根幹となる介護支援専門員の確保が困難であり、在宅介護支援センターの相談員と居宅介護支援事業所のケアマネージャーを兼務せざるを得ないのが実情である。

管内市町村でも、合併への取り組みが進み、広域になる新しい自治体の枠組みの中で、高齢化が一層進展し、要援護者が点在する状況にあつては、地域の包括的なケア

システムを確立しなければならない。地域ケア会議を運営するための基幹的機能を市町村がどのように果たしていくのか、あるいは新町において基幹型在宅介護支援センターを設置するのかといった検討が必要である。

E. 参考文献

- 1) 島根県川本健康福祉センター，介護予防ネットワーク推進事業報告書，2002. 3
- 2) 島根県健康福祉部高齢者福祉課，介護サービスの有効性評価に関する調査研究報告書，2003. 3
- 3) 大川弥生：ICFを地域保健活動にどう生かすか，生活教育47(9)，2003. 9

「目的」と「対象者」を明確にした介護予防の推進 ～保健所の市町村との協働実践から～

片岡隆策、酒井美枝（高知県中央西保健所）

研究要旨

保健師等の日頃の活動から感じること（仮説）の検証とそれによる村の介護予防システムの検討を通じて、効果的な介護予防の推進のための保健所の市町村支援について考察した。

市町村と具体的に事業を協働で実践しながら、「目的」「対象者」を明確にした事業展開への支援を行うとともに、実践で得られた効果的な手法や課題と対応策について、他の市町村へ普及することが保健所に求められる。

A. 研究目的

現在、市町村で実施されているいわゆる「介護予防事業」は、国が示した「介護予防・生活支援事業」の実施要綱に基づくものが多く、補助金の関係から予算は福祉分野が掌握しているケースが多いと考えられる。効果的な介護予防施策の推進のためには、保健と福祉の枠組みを超えた取り組みはもちろん地域の特性に応じた戦略的な取り組みが求められる。そのような取り組みを可能とするため、効果的な市町村支援について考察した。

B. 研究方法

高知県G村と高知県中央西保健所が協働で実施した介護予防事業のプロセスを検討する。

C. 研究結果

G村における介護予防事業実施のプロセスは以下のとおりであった。

1. G村介護予防活動の目的の検討

介護予防への取り組みの方向性を明確にするため、村と保健所が取り組みの目的を検討することから始めた。その中で、単に事業を実施するだけでなく、「要介護状態にならないための支援システムの検討」を目的に活動することを確認した。

次に、目的を達成するための手段について検討し、今年度の活動内容を決定した。

【今年度の活動】

- ①高齢者の実態を把握する
- ②要介護状態にならないための事業を検討

する

③事業をきっかけに、地域の介護予防システムを検討する

2. 高齢者の実態把握

①仮説の検討

実態の把握については、「知りたいから知る」といった情報収集にとどまらず、明確な目的を持った調査となるよう《保健師等の日頃の活動から感じること》より仮説を検討した。

その結果

- ・ G村の高齢者が要介護状態に陥る原因は閉じこもりである。
- ・ 閉じこもりの原因は、山村であるという環境が影響している。

ということが、検証できる内容で調査を実施することとなった。

②仮説の検証

方法：高齢者の実態調査と解析

【対象】村の65歳以上の要介護認定者を除く全高齢者1,208名

【調査方法】自記式調査票（記名）を郵送し、郵送にて回収。
未回収者は、村の職員等が回収。

【調査内容】老研式活動能力指標、閉じこもり判定項目、閉じこもりアセスメント項目等

結果：回答者1,133名（回収率93.8%）

外出頻度による「閉じこもり」の状況は、表1のとおりで、同様の他市町村の調査と比較して、「閉じこもり」の高齢者の割合が

高いことがわかった。また、「外出に介助の必要な者」では、「友人などとおしゃべりする回数」「友人の家を尋ねることがあるか」、「外出に介助が必要でない者」では「玄関から車道までの時間」「友人などとおしゃべりする回数」「本や雑誌を読んでいるか」「家族などの相談にのる」が外出頻度の多少と関連があった。

	男	女	計
毎日1回以上	370	430	800
2～3日に1回程度	(77.1%)	(66.3%)	(70.9%)
1週間に1回程度	110	219	329
ほとんど外出しない	(22.9%)	(33.7%)	(29.1%)
無回答	0	4	4
計	480	653	1,133

表1 外出頻度

これらのことより、

- ① 他市町村より「寝たきり」「痴呆」のリスクとなる「閉じこもり」の高齢者が多く対策が必要なこと。
- ② 外出介助を必要とする者は、友だちとのおしゃべりや行き来など他者との交流や楽しみなどの心理・社会的要因により外出頻度が左右されており、外出介助の必要な者が安心してしかも興味をもって参加できる場の設定などが必要なこと。
- ③ 外出介助を必要としない者は、読書習慣、友人との会話、家庭内での役割などの心理・社会的要因や、車道から玄関距離などの環境的要因により外出頻度が左右されており、②と同様の場の設定とともに、移送サービスなど外出の手段の確保が必要なことが確認できた。

3. 対応策の検討

①事業のねらいの検討

実態調査の結果より、「閉じこもり」「身体的虚弱」に対して、「運動教室」を手段として閉じこもりを解消できる事業を実施することとした。

②対象者の検討

対象者については、事業実施後の地域での介護予防システムを検討するため、モデル地区を設定し、

「閉じこもり」：外出頻度が「週1回以下」
「身体的虚弱」：老研式活動能力指標が「9点以下」

と定義した上で、実態調査より抽出した。

③事業の実施

・対象者のアセスメント

実態調査より選定した33名に対し、個別訪問を実施してアセスメントと教室参加意志を確認した。

・事業の運営

事業：あの頃にカエル教室

内容：筋力向上のための運動と会食、交流、送迎

週2回×3か月

事業開始前後で体力測定、アンケートを実施し効果を検討

参加者数：15名

・事業終了後

教室で実施した体操を中心に小集落単位で交流を持つ、ミニデイサービスに参加し実施するなど、教室の効果を持続するための方法について、個別に検討する。

4. 評価

教室対象者15名のうち、3か月間継続して参加した者は12名であった。継続できなかった3名は、家庭の事情2名、外科的手術による入院1名であった。体力測定で身体機能のうち歩行能力の向上が認められた者12名であった。外出頻度により「閉じこもり」にグルーピングされた参加者も週2回の教室に参加し、教室終盤では他の参加者と積極的に交流を持つ姿が見られた。また、Visual Analogue Scale「主観的健康観」及び「生活満足度」は、向上が見られた者が多数を占めた。

身体機能の向上と、「閉じこもり」解消のため交流の楽しさを実感し外に出かける動機付けに効果があったと考えられる。

教室終了後、その効果を持続するため、また地域に広げていくため、どのようなシステムが必要なのかはまだ検討の途上である。参加者の変化等を経時的に観察するとともに、個別対応から地域全体のシステムづくりにつなげていく必要がある。

5. 実践報告会の開催

今年度の取り組みについて、G村を含む

管内3町村の実践について報告会を実施し、そのプロセスを振り返ることにより、「目的」「対象者」を明らかにした根拠に基づいた介護予防活動の必要性を管内市町村と共有した。

D. 考察

G村への支援にあたっては、保健所内で支援チームを作り、検討会、実態調査・分析、事業の実施のプロセスを協働で実践した。これらのプロセスから、効果的な介護予防の推進のための保健所の市町村支援について考察した。

市町村と具体的に事業を協働で実践しながら以下の支援を行っていくことが重要であると考える。

- ① 活動の方向性を検討するための支援
- ② 日頃の活動から得た情報を検証するための方法、実態を正しく把握するための方法の検討への支援
- ③ 実態の共通認識への支援
- ④ 「目的」「目標」「対象者」を明確にした事業展開（プロセスのマネジメント）への支援
- ⑤ 事業の実施を切り口とした介護予防体系検討への支援
- ⑥ 支援で得られた手法や課題等について、管内の市町村と共有できる場の設定

E. 今後の方針

高知県では、平成16年度新規事業として「介護予防総合推進事業」に取り組むこととしている。老人保健事業、国保健康づくり事業、介護予防・地域支え合い事業等の事業による縦割りの弊害を排除し、それぞれの部署の役割を明確にしながらも、「介護予防」という目的達成に向けて健康福祉部をあげて横断的かつ集中的に事業展開を図るというものである。そのメニューの一つとして「市町村モデル事業」があり、介護予防の体系的な取り組みを市町村と県が協働で実施することとなっている。当保健所においても、来年度に向けて、管内市町村の状況を把握し、ニーズの高い市町村とともに地域の実情に即したより効果的、効率的な介護予防サービスが提供できるシステムについて検討を重ねていく。介護予防

事業の主体は市町村であるので、市町村の主体的な取り組みを支援することが、効果的な介護予防事業の展開につながると考える。

介護予防対象者の追跡調査から事業化に向けての検討

寺尾敦史（滋賀県彦根保健所）

研究要旨

管内K町をモデルとして、高齢者一般調査にて把握した介護予防対象者の2年後の追跡調査を実施し、把握した対象者の状況をもとに、K町における介護予防活動の事業化に向けての検討を行った。その結果、介護予防対象者の把握方法として1回のアンケート調査だけでは不十分であり、アンケート調査と組み合わせた訪問調査により、実際に支援を要する者が発見でき、各種サービスに結びつけることができることが明らかとなった。

介護予防対象者を的確に把握するために、3年ごとに行われる高齢者実態調査を記名式で実施し、その中で把握された要介護状態のハイリスク者に対して訪問調査等を組み合わせることにより、個々の生活状況を確認することが必要であると考えられた。

A. 研究目的

介護予防対象者把握後の対応策等について検討するために、管内K町をモデルとして、高齢者一般調査において把握した対象者の2年後の追跡調査を実施し、地域における介護予防システム構築に向けて、事業化に結びつけるための検討を行った。

B. 研究方法

昨年度の研究事業において、介護予防対象者について分析を行った管内のK町をモデル町に選定し、初回調査から約2年後にあたる平成15年10月～平成16年1月にかけて、以下の内容で追跡調査を行った。

1. 追跡調査対象

平成14年1月にK町で実施した「高齢者一般調査」において、老研式活動能力指標の合計得点が10点以下であった者266名の中から、要介護認定を受けた者、保健福祉サービスを既に利用している者、死亡した者を除いた168名を今回の追跡調査対象とした。

2. 追跡調査の内容と方法

1) 老研式活動能力指標13項目に失禁の有無の項目を追加した14項目による追跡調査アンケート票を作成し、郵送により配布、回収した。また、未回収者については訪問等により回収を行った。

2) 二次調査として、追跡調査アンケート票で老研式活動能力指標の合計得点が10点以下の者または失禁の訴えがある者を要介護状態のハイリスク者と考え、閉じこも

り等から生じる軽度の痴呆を早期に発見することを目的として滋賀県水口町で開発された軽症痴呆問診票を、郵送により配布し、訪問により回収した。

3) 訪問時に軽症痴呆問診票の付加点数が本人用3点かつ家族用11点以上の対象者に対して、身体および精神症状の聞き取り調査を行い、さらに家族からも対象者の日常生活の様子についての聞き取り調査を行った。

C. 研究結果

1. 追跡調査アンケートの結果

追跡調査アンケートの結果をみると、対象者168名の中で老研式活動能力指標の合計得点が追跡調査時点でも10点以下だった者は94人(56.0%)、11点以上だった者は74人(44.0%)であった。また、要介護状態のハイリスク者と考えられる合計得点が10点以下または失禁ありの者は106人(63.1%)であった【表1】。

【表1】追跡調査アンケートの結果

老研式活動能力指標の合計得点	失禁	人数	割合
11点以上	なし	62人	36.9%
	あり	12人	7.1%
10点以下	なし	73人	43.5%
	あり	21人	12.5%
合計		168人	100%

初回調査からの合計得点の動きをみると、

点数が同じであった者は 19 人 (11.3%)、増加即ち軽症化した者は 104 人 (62.0%)、減少即ち悪化した者は 45 人 (26.7%) であった。また、年齢が高齢になるほど減少した者の割合が増え、10 歳階級別に見ると年齢階級が 1 階級上がるごとに、その割合は約 10 ポイントずつ高くなっていった【表 2】。

【表 2】活動能力指標合計得点の変化

年齢階級	合計得点の変化			合計
	同じ	増加	減少	
65～74 歳	11 人 (12.2%)	60 人 (66.7%)	19 人 (21.1%)	90 人
75～84 歳	7 人 (11.3%)	36 人 (58.1%)	19 人 (30.6%)	62 人
85 歳～	1 人 (6.3%)	8 人 (50.0%)	7 人 (43.8%)	16 人

2. 二次調査の結果

要介護状態のハイリスク者と考えられる合計得点 10 点以下または失禁ありの者 106 人の中で、軽症痴呆問診票による調査結果から、身体状況等について本人家族に聞き取りを要した者は、25 人 (23.6%) であった。

【表 3】二次調査の結果

	調査者数	身体症状が毎日ある	精神症状の自覚	精神症状による生活障害
合計得点 10 点以下	20 人	14 人 (70%)	20 人 (100%)	3 人 (15%)
失禁の訴えあり	5 人	3 人 (60%)	3 人 (60%)	0 人 (0%)

これらの者の身体および精神の状況、家族から聞き取りした日常生活の状況については、合計得点が 10 点以下の者 20 人の中では 14 人 (70%) に身体症状が毎日あり、精神症状の自覚では全員が集中困難、物忘れなどを自覚していた。また、精神症状による生活障害を来している者が 3 人 (15%) 認められた。なお、家族からの聞き取り項

目では、活動性の低下を訴える者が 7 割以上みられ、また生活において自立性や機能的性が不完全であり、援助を要する者が約 3 割認められた。

次に、合計得点は 11 点以上だが、失禁の訴えがあった者で聞き取りを要した者は 5 人であり、そのうち身体症状が毎日ありの者が 3 人 (60%)、精神症状の自覚がある者が 3 人 (60%) 認められた。家族の質問項目からは、4 人の家族から活動性の低下を指摘されていた【表 3】。

D. 考察

初回調査により老研式活動能力指標の合計得点が 10 点以下で要介護状態のハイリスク者と考えられた対象者について、約 2 年後に追跡調査を行ったところ、そのうち 4 割以上の者は合計得点が 11 点以上に移行し、軽症化がみられた。その原因については明らかではないが、1 回のアンケート調査結果に頼って対象を把握することの危険性を示す結果であると考えられた。

一方、年齢階級で分けて分析すると、年齢階級が高くなるほど、追跡時に合計得点が減少 (悪化) する者の割合が高くなっており、特に年齢の高い後期高齢者等については、在宅介護支援センター等による定期的な見守りが必要であると考えられた。

今回は要介護状態のハイリスク者と考えられる者に、軽症痴呆の早期発見に主眼をおいた調査を加えることにより、訪問調査を行う中で、支援を要する者の発見ができ、支援につなげることができた。

住民の痴呆に関する意識は、重度痴呆のイメージであり、軽症痴呆や早期発見の意義について、住民への啓発活動が必要であると考えられる。モデルとなった K 町では、痴呆対応についての地域づくりを進めており、痴呆を早期に発見することにより、住み慣れた場所で、見守られながら生活することができる町を目指している。

今後 K 町では、今回の調査結果をもとに、現事業の見直しを行い、転倒予防教室以外の介護予防事業の事業化等についての検討を行う予定である。また、管内関係者による協議の場を通じて、他市町にも今回の成

果の波及を図る予定である。

E. まとめ

今回、モデル町において追跡調査を実施することにより、要介護状態のハイリスク者について、日常の生活状況を把握でき、必要な者を地域サロンへの参加や、相談活動につなげることができた。また、地域にどのような支援があれば、家に閉じこもらず、出かけられる可能性があるのかを検討する機会をもつことができた。

介護予防対象者の把握方法について、管内では高齢者実態調査を無記名で行っている市町が大半であり、全体としての対象者把握はできても、対象者個人の生活状況までは把握できず、介護予防支援に結びつけにくい状況にある。介護保険事業計画の見直しのため、3年ごとに高齢者の実態調査が行われるが、その際に記名式でアンケート票が回収できるような方式を取り入れ、調査が介護予防事業に生かせるようにすることが必要である。

当保健所としては、把握できた要介護状態のハイリスク者への支援に関して、地域リハビリテーション広域支援センターの機能整備と合わせながら、介護予防事業内容の検討から評価まで、事業充実のために管内市町への積極的な支援を継続してゆく予定である。

F. 研究協力者

川西章則、武田浩文、町田正治、佐野幸代、藤岡さとみ、織田善真、松本美穂子、竹村壮司（滋賀県彦根保健所）

小林千春、中村育子、米田志穂子、西川美智子（甲良町保健福祉課）