

施が 11 人 (73.3%) と多かった (表 6)。

4) 個別の評価内容と対象者選定基準の有無について

個別の評価内容は、理学療法士、作業療法士ともに握力、歩行速度、片足立ちバランスなどの身体機能に関わる項目が多かった。これらの個別評価項目を ICF の分類に基づき「心身機能」に関する評価と、「活動と参加」に関する評価の 2 群に分類した。「活動と参加」の評価と判断された項目は、老研式活動能力指標、ADL テスト、FIM、Barthel Index であった (表 7)。

「心身機能の評価」「活動と参加の評価」と対象者選定の基準の有無との関連性について分析すると、対象者選定の基準「あり」群は「なし」群と比較して「活動と参加」に関する評価項目の実施の割合が多かったが、有意な差は認められなかった (表 8)。

5) 事業参加者の効果に関する評価

日常生活自立度、老研式活動能力指標、5m 歩行速度の各評価尺度を用いた事業参加者の 3 か月間の変化について、参加前後で各評価尺度が維持もしくは改善された者の割合をみると、回答のあった自治体の参加者の約 8 割が維持・改善していた (表 9-1、9-2)。

さらに、本調査の対象者を、事業参加者の効果に関する評価の実施の有無により 2 群に分類し、対象者の選定基準の有無との関連性をみると、対象者の選定基準「あり」群は何らかの効果に関する評価を実施している者が多かったが、有意差は認められなかった (表 10)。

D. 考察

本調査の特徴は、市町村に勤務し、介護予防事業企画から評価まで一貫して実施している理学療法士、作業療法士が、介護予防が必要な者として如何なる対象者を選定し、どのような支援、介入方法を用いてアプローチしているのかを明確にした。

理学療法士、作業療法士が事業企画から実施、事業評価まで一貫して実施していた市町村は、筋力低下等に起因する機能障害のみでなく、個別の支援課題を把握するため、多様な個別の評価を実施している現状が認められた。すなわち対象者を多様な視点で捉え、社会参加までを考えた個別の介入による包括的なマネジメントを実施していることがわかった。しかし、その一方で事業対象者および対象者選定の方法が「一般高齢者」、「軽度障害者、虚弱老人」、「一般公募」など明確な選定基準をもたないまま事業を行い、理学療法士、作業療法士の特性を生

かした事業を実施していない自治体もあることがわかった。

また、介護予防事業の効果に関する評価を実施している市町村数は 33 市町村 (48.0%) であった。支援課題を明確にした「対象者の選定基準あり」の市町村は、個別に関する「活動と参加」に関する評価を重視し、さらに事業の効果に関する評価も実施している傾向が見られた。要介護状態の恐れのある対象者を明確にすること、さらに適切な評価方法の選択により、きめ細かな支援が実施され、介護予防の効果が得られるものと考えられる。

現在、介護予防事業は高齢者筋力トレーニングなど、対象者の身体機能の改善に直結したプログラムの提供が多い。これらは個別対応のプログラムであるが、その多くが筋力低下等に起因する機能障害 (impairment) の改善を通して生活機能の改善を目的としたマニュアル化されたセットメニューである。これは、人間の生活機能全般を捉える ICF (国際生活機能分類) で示される「心身機能」の領域の中の「移動」「巧緻性」に寄与する介入方法である。しかし、ICF で示される「理想的、最低限の健康情報のために提案された要件」では、「活動と参加」の領域であるコミュニケーション、移動、巧緻性、セルフケア、通常の活動 (家庭生活、主要な生活領域)、対人関係、社会的な生活機能の項目が重要であると言われている。これらの最低限の項目を明確にするためには、今回の個別介入で作業療法士が介入方法として用いている「生活圏域拡大の活動」「家族・介護者への相談」「福祉用具の選定・適合」「趣味・余暇活動」が不可欠であり、理学療法士、作業療法士がもつ「療法的プログラム」が欠かせないものであると考える。

高齢者は、筋力低下などの心身機能や栄養摂取の課題、誤嚥の課題、フットケアの課題など複合的な課題を抱え、これらが起因となり様々な生活障害を生じている。これらを解決するためには、単品の介入プログラムの提供では困難なことが多い。最も重要なアプローチ方法は、要介護の恐れのある高齢者の課題を的確に把握し、個別の支援を適切に行う介護予防マネジメントが重要であると考えられる。理学療法士、作業療法士は、対象者の心身機能から活動、社会参加までの課題を把握する評価方法を既知しており、さらにその把握した課題に対し、日常生活上の基本動作から調理動作などの IADL、公共の交通機関の利用、さらに趣味活動の開発、住環境へのアプローチなど多様な支援を実施する技術を持っている。このことから

も理学療法士、作業療法士は、個別のプログラムの実施のみならず、プログラムの継続が困難な対象者の課題に対しても、多様な「療法的プログラム」を用いて支援することができるものとする。

現在、理学療法士、作業療法士のほとんどは医療の領域で働いている。市町村に働く理学療法士、作業療法士は極めて少ない。しかし、平成17年度以降、理学療法士、作業療法士は各8000人の有資格者が輩出される予定であり、職域拡大が求められている。今後は維持期さらに予防の領域への参画が進むと考えられ、介護保険領域はもちろん、介護予防を推進する市町村に勤務することが可能であると考えられる。介護予防は、一人の人間を、生活機能を持つ者として包括的に捉えることが求められており、この点で多様な職種を持つ専門性を生かす必要がある。介護予防の推進のためには「活動と参加」の支援技術を持つ理学療法士、作業療法士による参画が重要であり、今後新たに設置される包括支援センターへの配置が進められることが重要であると思われる。また、理学療法士、作業療法士が効果的に貢献できるためには、介護予防領域での人材の育成対策があわせて急務である。

E. 結論

介護予防の事業企画から評価まで一貫して実施し、明確な参加者選定の基準を持つ理学療法士、作業療法士は、筋力低下等に起因する機能障害の対応だけではなく、活動と参加まで考慮した様々な「療法的プログラム」を実施していることが示された。理学療法士、作業療法士は、複合的な生活障害をもつ高齢者の個別の介護予防ニーズを把握、自立支援、心身機能、活動、社会参加までの生活機能全般について個別の支援技術を持っている。また、個別のニーズにあった効果ある体操の開発や自助具などの紹介を通し、集団での調理指導、公共交通機関の利用指導など自立を維持するための社会適応に向けた指導が実施できる。さらに、様々な個別のニーズに即した評価方法も既知しており、事業の効果測定にも貢献できるものと考え

る。今後、市町村が担う介護予防に対し、包括的運動トレーニングのようなマニュアル化されたセットメニューの提供だけではなく、「活動と参加」の支援技術を持つ理学療法士、作業療法士の「療法的プログラム」が不可欠であり、また多様な事業企画や効果を挙げるプログラムの立案と実施、効果測定までに関与でき、効果的な事業実施に貢献できるものと考えられる。

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

参考文献

- 1) 平成15年度地域保健総合推進事業：「地域保健・福祉活動における、理学療法士・作業療法の効果と今後の地域リハビリテーション事業のあり方に関する研究」自治体実態調査報告書 2003
- 2) 安村誠司他：「介護予防評価に関するガイドライン作成報告書」 2003
- 3) 平成10年度厚生省老人保健強化推進事業：機能訓練事業の効果に関する研究報告
- 4) 厚生労働省老健局計画課監修：介護予防研修テキスト 社会保険研究所 2001
- 5) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部：「国際生活機能分類」
- 6) 厚生労働省老健局：全国介護保険担当課長会議資料 平成16年9月14日～2月18日

分担研究者

長野 聖(大阪府立看護大学 総合リハビリテーション学部)

村井 千賀(石川県リハビリテーションセンター)

表1 理学療法士、作業療法士が従事している介護予防事業(1次調査)

| 実施事業名 | 合計 (%) | 理学療法士 | 作業療法士 |
|--------------|-------------|-------------|-------------|
| | | 実数 (%) | 実数 (%) |
| 総数 | 176 (100) | 109 (100) | 67 (100) |
| 転倒骨折予防 | 80 (45.5) | 49 (45.0) | 31 (46.3) |
| 筋力トレーニング事業 | 40 (22.7) | 22 (20.2) | 18 (26.9) |
| 機能訓練B型 | 37 (21.0) | 25 (22.9) | 12 (17.9) |
| 痴呆予防教室 | 20 (11.4) | 8 (7.3) | 12 (17.9) |
| 機能訓練A型 | 18 (10.2) | 8 (7.3) | 10 (14.9) |
| IADL訓練 | 14 (8.0) | 6 (5.5) | 8 (11.9) |
| 運動指導 | 7 (4.0) | 5 (4.6) | 2 (3.0) |
| 体づくり教室 | 4 (2.3) | 4 (3.7) | 0 (0.0) |
| 膝痛予防教室 | 4 (2.3) | 1 (0.9) | 3 (4.5) |
| 生きがいデイサービス | 3 (1.7) | 2 (1.8) | 1 (1.5) |
| 家族介護支援事業 | 3 (1.7) | 1 (0.9) | 2 (3.0) |
| 地域住民グループ支援事業 | 3 (1.7) | 1 (0.9) | 2 (3.0) |
| 健康教室 | 2 (1.1) | 1 (0.9) | 1 (1.5) |
| アクティビティ教室 | 2 (1.1) | 1 (0.9) | 1 (1.5) |
| 温泉事業 | 2 (1.1) | 2 (1.8) | 0 (0.0) |
| フットケア教室 | 1 (0.6) | 1 (0.9) | 0 (0.0) |

※値は複数回答

表2 理学療法士、作業療法士が従事している介護予防事業(2次調査)

| 実施事業名 | 合計 (%) | 理学療法士 | 作業療法士 |
|----------|-------------|-------------|------------|
| | | 実数 (%) | 実数 (%) |
| 総数 | 70 (100) | 43 (100) | 27 (100) |
| 転倒骨折予防 | 25 (35.7) | 18 (41.9) | 7 (25.9) |
| 筋力トレーニング | 14 (20.0) | 8 (18.6) | 6 (22.2) |
| 機能訓練B型 | 9 (12.9) | 6 (14.0) | 3 (11.1) |
| 体づくり教室 | 5 (7.1) | 5 (11.6) | 0 (0.0) |
| 痴呆予防教室 | 4 (5.7) | 2 (4.7) | 2 (7.4) |
| 機能訓練A型 | 7 (10.0) | 1 (2.3) | 6 (22.2) |
| その他 | 6 (8.6) | 3 (7.0) | 3 (11.1) |

表3 個別支援の介入方法

| 介入方法(個別) | 合計 (%) | 理学療法士 | | 作業療法士 | |
|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------|
| | | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) |
| 総数 | 57 (100) | 32 (100) | 25 (100) | | |
| 心身機能関連 | 筋力トレーニング | 45 (78.9) | 28 (87.5) | 17 (68.0) | |
| | ストレッチ | 45 (78.9) | 28 (87.5) | 17 (68.0) | |
| | バランス・トレーニング | 32 (56.1) | 20 (62.5) | 12 (48.0) | |
| | 関節可動域訓練 | 19 (33.3) | 10 (31.3) | 9 (36.0) | |
| | 基本運動能力の改善 | 18 (31.6) | 10 (31.3) | 8 (32.0) | |
| | 包括的運動トレーニング | 15 (26.3) | 8 (25.0) | 7 (28.0) | |
| 活動と参加・環境因子関連 | 日常生活動作の工夫 | 35 (61.4) | 20 (62.5) | 15 (60.0) | |
| | 基本動作指導 | 32 (56.1) | 19 (59.4) | 13 (52.0) | |
| | 住環境調整 | 31 (54.4) | 16 (50.0) | 15 (60.0) | |
| | 生活圏域拡大の活動 | 25 (43.9) | 12 (37.5) | 13 (52.0) | |
| | 家族・介護者への相談 | 24 (42.1) | 9 (28.1) | 15 (60.0) | |
| | 福祉用具の選定・適合 | 20 (35.1) | 7 (21.9) | 13 (52.0) | |
| | 趣味・余暇活動 | 19 (33.3) | 8 (25.0) | 11 (44.0) | |
| | 生活維持管理能力 | 16 (28.1) | 6 (18.8) | 10 (40.0) | |
| | IADL | 14 (24.6) | 4 (12.5) | 10 (40.0) | |
| | 作業・活動耐久性 | 11 (19.3) | 3 (9.4) | 8 (32.0) | |
| | 社会適応方法 | 11 (19.3) | 3 (9.4) | 8 (32.0) | |
| | 家庭内役割の適応 | 9 (15.8) | 2 (6.3) | 7 (28.0) | |
| | 仕事・学習活動 | 7 (12.3) | 2 (6.3) | 5 (20.0) | |
| | 職業能力技術獲得 | 4 (7.0) | 2 (6.3) | 2 (8.0) | |
| その他 | 4 (7.0) | 1 (3.1) | 3 (4.0) | | |

※値は複数回答

表4 事業の対象者

| 事業の対象者 | 合計 (%) | 理学療法士 | | 作業療法士 | |
|------------|-------------|-------------|------------|----------|----------|
| | | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) | 実数 (%) |
| | 70 (100) | 43 (100) | 27 (100) | | |
| 一般高齢者 | 26 (37.1) | 18 (41.9) | 8 (29.6) | | |
| 介護保険非該当 | 15 (21.4) | 11 (25.6) | 4 (14.8) | | |
| 通所サービス未利用 | 11 (15.7) | 2 (4.7) | 9 (33.3) | | |
| 要支援～要介護2 | 10 (14.3) | 7 (16.3) | 3 (11.1) | | |
| 転倒 | 8 (11.4) | 5 (11.6) | 3 (11.1) | | |
| 軽度障害者、虚弱老人 | 6 (8.6) | 5 (11.6) | 1 (3.7) | | |
| 整形外科疾患 | 6 (8.6) | 2 (4.7) | 4 (14.8) | | |
| 下肢筋力低下者 | 5 (7.1) | 3 (7.0) | 2 (7.4) | | |
| 機能訓練 | 4 (5.7) | 2 (4.7) | 2 (7.4) | | |
| 日常生活に支障あり | 3 (4.3) | 2 (4.7) | 1 (3.7) | | |
| 閉じこもりがちな人 | 3 (4.3) | 1 (2.3) | 2 (7.4) | | |
| 介護保険未申請 | 2 (2.9) | 1 (2.3) | 1 (3.7) | | |
| 寝たきり度ランクJ | 2 (2.9) | 1 (2.3) | 1 (3.7) | | |
| 脳卒中 | 2 (2.9) | 1 (2.3) | 1 (3.7) | | |
| デイサービス利用者 | 2 (2.9) | 1 (2.3) | 1 (3.7) | | |
| MMSE | 2 (2.9) | 0 (0.0) | 2 (7.4) | | |

※値は複数回答

表5 対象者選定の方法

| 対象者選定の方法 | 合計 (%) | 対象者選定の基準 | |
|-----------------------|-------------|-------------------|-------------------|
| | | 理学療法士 実数 (%) | 作業療法士 実数 (%) |
| 総数 | 70 (100) | 43 (100) | 27 (100) |
| 要介護認定 | 24 (34.3) | 12 (27.9) | 12 (44.4) |
| 日常生活自立度 ¹⁾ | 14 (20) | 5 (11.6) | 9 (33.3) |
| 一般公募 | 10 (14.3) | 7 (16.3) | 3 (11.1) |
| 転倒頻度 | 9 (12.9) | 6 (14.0) | 3 (11.1) |
| 外出頻度 | 9 (12.9) | 4 (9.3) | 5 (18.5) |
| 老研式活動能力指標 | 8 (11.4) | 7 (16.3) | 1 (3.7) |
| 選定していない | 8 (11.4) | 7 (16.3) | 1 (3.7) |
| BMI | 5 (7.14) | 3 (7.0) | 2 (7.4) |
| 痴呆度 | 3 (4.29) | 1 (2.3) | 2 (7.4) |
| 人的交流頻度 | 3 (4.29) | 1 (2.3) | 2 (7.4) |
| 検診 | 3 (4.29) | 1 (2.3) | 2 (7.4) |
| MMSE | 3 (4.29) | 0 (0.0) | 3 (11.1) |
| 転倒リスクアセスメント | 2 (2.86) | 2 (4.7) | 0 (0.0) |
| SF36 | 2 (2.86) | 2 (4.7) | 0 (0.0) |
| その他 | 30 (42.9) | 18 (41.9) | 12 (44.4) |

1) 障害老人の日常生活自立度

2) 値は複数回答

)基準の有無と、個別プログラム実施との関連性

| 個別プログラム「あり」 | 対象者選定の基準 | | |
|-------------|----------|-------------|-------------|
| | 合計 (%) | なし (%) | あり (%) |
| | 57(100%) | 28 (49.1) | 29 (50.9) |
| 筋力トレーニング | 44 | 23 (52.3) | 21 (47.7) |
| ストレッチ | 44 | 23 (52.3) | 21 (47.7) |
| 日常生活動作の工夫 | 34 | 14 (41.2) | 20 (58.8) |
| バランス | 31 | 18 (58.1) | 13 (41.9) |
| 住環境調整 | 30 | 12 (40.0) | 18 (60.0) |
| 生活圏域拡大の活動 | 25 | 10 (40.0) | 15 (60.0) |
| 家族・介護者への相談 | 23 | 7 (30.4) | 16 (69.6) |
| 趣味・余暇活動 | 19 | 7 (36.8) | 12 (63.2) |
| 福祉用具の選定・適合 | 19 | 6 (31.6) | 13 (68.4) |
| 基本動作指導 | 18 | 9 (50.0) | 9 (50.0) |
| 基本的能力 | 18 | 9 (50.0) | 9 (50.0) |
| 関節可動域訓練 | 18 | 7 (38.9) | 11 (61.1) |
| 生活維持管理能力 | 16 | 4 (25.0) | 12 (75.0) |
| 包括的運動トレーニング | 15 | 11 (73.3) | 4 (26.7) |
| IADL | 13 | 5 (38.5) | 8 (61.5) |
| 作業・活動耐久性 | 11 | 5 (45.5) | 6 (54.5) |
| 社会適応方法 | 10 | 4 (40.0) | 6 (60.0) |
| 家庭内役割の適応 | 9 | 5 (55.6) | 4 (44.4) |
| 仕事・学習活動 | 7 | 2 (28.6) | 5 (71.4) |
| 職業能力技術獲得 | 3 | 2 (66.7) | 1 (33.3) |

※値は複数回答

表7 個別の評価内容

| 個別評価の内容 | 合計 (%) | 理学療法士 | 作業療法士 | 活動・参加の 評価 (ICF) |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|-----------------------|
| | | 実数 (%) | 実数 (%) | |
| 総数 | 70 (100) | 43 (100) | 27 (100) | |
| 握力 | 53 (75.7) | 32 (74.4) | 21 (77.8) | |
| 歩行速度 | 51 (72.9) | 32 (74.4) | 19 (70.4) | |
| 片足立ちバランス | 48 (68.6) | 33 (76.7) | 15 (55.6) | |
| 長座位体前屈 | 26 (37.1) | 15 (34.9) | 11 (40.7) | |
| BMI | 24 (34.3) | 15 (34.9) | 9 (33.3) | |
| 老研式活動能力指標 | 20 (28.6) | 15 (34.9) | 5 (18.5) | ○ |
| ファンクショナルリーチ | 19 (27.1) | 13 (30.2) | 6 (22.2) | |
| Timed up & go | 17 (24.3) | 11 (25.6) | 6 (22.2) | |
| ADLテスト | 16 (22.9) | 9 (20.9) | 7 (25.9) | ○ |
| 徒手筋力検査法(MMT) | 11 (15.7) | 4 (9.3) | 7 (25.9) | |
| SF-36 | 10 (14.3) | 5 (11.6) | 5 (18.5) | |
| 最大1歩幅 | 9 (12.9) | 5 (11.6) | 4 (14.8) | |
| 関節可動域テスト(ROM) | 8 (11.4) | 3 (7.0) | 5 (18.5) | |
| 40cm踏み台昇降 | 7 (10.0) | 5 (11.6) | 2 (7.4) | |
| かなひろいテスト | 7 (10.0) | 3 (7.0) | 4 (14.8) | |
| ステッピング | 6 (8.6) | 5 (11.6) | 1 (3.7) | |
| 落下棒テスト | 5 (7.1) | 5 (11.6) | 0 (0.0) | |
| MMSE | 5 (7.1) | 0 (0.0) | 5 (18.5) | |
| 椅子立ち上がりテスト | 4 (5.7) | 4 (9.3) | 0 (0.0) | |
| 継ぎ足歩行 | 4 (5.7) | 3 (7.0) | 1 (3.7) | |
| FIM | 4 (5.7) | 2 (4.7) | 2 (7.4) | ○ |
| 10m障害物歩行 | 4 (5.7) | 2 (4.7) | 2 (7.4) | |
| 骨粗鬆症検査 | 3 (4.3) | 1 (2.3) | 2 (7.4) | |
| Barthel Index | 2 (2.9) | 1 (2.3) | 1 (3.7) | ○ |
| 上体起こし | 2 (2.9) | 1 (2.3) | 1 (3.7) | |
| エアロバイクによる持久力テスト | 2 (2.9) | 1 (2.3) | 1 (3.7) | |
| シャトルスタミナウォーク | 2 (2.9) | 1 (2.3) | 1 (3.7) | |
| 重心測定 | 2 (2.9) | 1 (2.3) | 1 (3.7) | |
| 主観的健康感 | 2 (2.9) | 1 (2.3) | 1 (3.7) | |
| その他 | 11 (15.7) | 7 (16.3) | 4 (14.8) | |

表8 個別評価分類と対象者選定の基準との関連性

| 評価項目分類 | 対象者選定の基準 | | | p値 ^(※) |
|-----------|-------------|-------------|-------------|-------------------|
| | なし (%) | あり (%) | 計 | |
| | 31 (100) | 32 (100) | 63 (100) | |
| 「心身機能」評価 | 16 (51.6) | 14 (43.8) | 30 (47.6) | 0.617 |
| 「活動と参加」評価 | 15 (48.4) | 18 (56.3) | 33 (52.4) | |

※) χ^2 検定

表9-1 評価尺度別にみた事業参加者の3か月間の機能変化(自治体別)

| 自治体 | 日常生活自立度 | | | | 老研式活動能力指標 | | | | 5m歩行速度 | | | |
|-------|---------|------|------|-----|-----------|------|------|-----|--------|------|------|------|
| | 対象者数 | 改善 | 維持 | 悪化 | 対象者数 | 改善 | 維持 | 悪化 | 対象者数 | 改善 | 維持 | 悪化 |
| A | 7 | 0 | 7 | 0 | 7 | 0 | 7 | 0 | 7 | 3 | 4 | 0 |
| B | 18 | 0 | 18 | 0 | 18 | 1 | 4 | 3 | 18 | 4 | 12 | 2 |
| C | 15 | 0 | 15 | 0 | 15 | 0 | 15 | 0 | 15 | 1 | 14 | 0 |
| D | — | — | — | — | — | — | — | — | 10 | 7 | 1 | 2 |
| E | 16 | 0 | 16 | 0 | 16 | 0 | 16 | 0 | 11 | 10 | 1 | 0 |
| F | 21 | 9 | 12 | 0 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| G | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| H | 36 | 1 | 34 | 1 | 36 | 15 | 20 | 1 | 36 | 10 | 23 | 3 |
| I | — | — | — | — | — | — | — | — | 30 | 17 | 1 | 12 |
| J | 7 | 1 | 6 | 0 | 7 | 4 | 3 | 0 | 7 | 1 | 6 | 0 |
| K | 14 | 2 | 12 | 0 | 13 | 6 | 6 | 1 | 14 | 7 | 7 | 0 |
| L | 6 | 0 | 6 | 0 | 6 | 0 | 6 | 0 | 6 | 4 | 2 | 0 |
| M | — | — | — | — | — | — | — | — | 29 | 15 | 8 | 6 |
| N | 10 | 0 | 10 | 0 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| O | 12 | 7 | 5 | 0 | 12 | 10 | 2 | 0 | 12 | 7 | 5 | 0 |
| P | 6 | 0 | 6 | 0 | 6 | 0 | 6 | 0 | 6 | 4 | 2 | 0 |
| Q | 12 | 0 | 12 | 0 | 12 | 0 | 12 | 0 | 12 | 2 | 2 | 8 |
| R | 6 | 0 | 6 | 0 | 6 | 4 | 1 | 1 | 6 | 3 | 2 | 1 |
| S | 7 | 0 | 7 | 0 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| T | 15 | 3 | 11 | 1 | 15 | 2 | 12 | 1 | 15 | 5 | 9 | 1 |
| V | — | — | — | — | 27 | 11 | 10 | 6 | 27 | 20 | 1 | 6 |
| 総数(人) | 208 | 23 | 183 | 2 | 196 | 53 | 120 | 13 | 261 | 120 | 100 | 41 |
| 全体(%) | | 11.1 | 88.0 | 1.0 | | 27.0 | 61.2 | 6.6 | | 46.0 | 38.3 | 15.7 |

表9-2 評価尺度別にみた事業参加者の3か月間の機能変化(再掲)

| 評価尺度 | 実施自治体数 | 維持・改善者の割合 | | | |
|-----------|--------|-----------|----------|----------|--------|
| | | 100~90% | 90未満~80% | 80未満~70% | 70%未満 |
| 日常生活自立度 | 16 | 16(100%) | 0 | 0 | 0 |
| 老研式活動能力指標 | 14 | 11(79%) | 3(21%) | 0 | 0 |
| 5m歩行 | 17 | 10(59%) | 3(18%) | 2(12%) | 2(12%) |

表10 対象者選定の有無と効果の評価との関係

| 効果に関する評価 | 対象者選定の基準 | | | p値 ^(*) |
|----------|------------|------------|------------|-------------------|
| | なし (%) | あり (%) | 計 | |
| | 35 (100) | 34 (100) | 69 (100) | |
| なし | 20 (57.1) | 16 (47.1) | 36 (52.2) | 0.473 |
| あり | 15 (42.9) | 18 (52.9) | 33 (47.8) | |

※) χ^2 検定

平成16年度 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

生きがい活動支援通所事業の評価に関する調査

主任研究者 安村 誠司（福島県立医科大学公衆衛生学）

研究要旨 生きがい活動支援通所事業の事業評価について全国604自治体を対象に調査を実施した。その結果回答を得た431自治体の83.1%が事業を実施しており、そのうち事業評価をしていたのは17.3%であった。次に評価を実施していた50自治体に対し詳細な評価内容について追加の調査を行い、31自治体から回答を得た。評価担当者は事務職45.2%、保健師41.9%の割合が高かった。目標を設定している自治体は19.4%に留まった。設定している評価項目としては「参加者数の把握」61.3%、「予算の執行状況の把握」58.1%、「参加者の身体的な変化」58.1%の割合が高く、逆に「評価の視点」16.1%、「評価方法・企画」・「評価体制」12.9%「費用対効果」16.1%が低かった。また、評価担当者の職種により重視する評価項目に相違があることが示唆された。さらに、評価の結果事業の効果があつたと回答した自治体15（48.4%）のうち、6自治体について現地調査を実施した。アウトカム評価は6自治体全てで実施していたが参加者の状態を評価指標としているところがほとんどだった。参加者の個別評価と、行政評価の両面から介護予防事業の評価を適切に実施するためには、保健所や研究機関等との協働が必要と考えられた。また、4自治体の実施主体が地域住民であり、地域づくりの視点を評価に加えることの意義が推察された。

A. 研究目的

平成12年度介護保険法施行と同時に、介護保険非該当者に対する介護予防事業が創設された。厚生労働省が実施している介護保険事務調査によると、本事業の実施割合は、平成15年度で2,862自治体(全自治体3,213の89.0%)で、介護予防事業のなかで本事業は実施率が高く、本事業は地域の自立高齢者の介護予防事業として重要な位置を占めるものと考えられる。しかし、本事業のプログラムの内容はもとより評価の実施の有無や評価方法については同調査では把握されていない。また、本事業に関していくつかの報告はあるが^{1,2)}、それらの多くは事例報告の形式をとっており、全国的に本事業の評価の実施の有無については明らかではない。本事業に限らず、税金によって運営される行政サービスは、その適切な運営と事業評価が求められる。よって、本調査では介護予防事業のなかで実施率の高い生きがい活動支援通所事業に焦点を当て、事業評価の実施の有無、評価しない理由について全国調査を行い、評価を実施している自治体について詳細な評価方法の調査を実施することで①評価の実態を明らかにする②生きがい活動支援通所事業の評価の方向性検討することを目的とする。

本研究報告の構成は3部構成であり、一部：生きがい活動支援通所事業の実施、評価の実施に関する全国調査、二部：評価を実施している

自治体に対する評価についての調査、三部：訪問調査である。一部の調査では本事業評価の実施状況の把握ならびに、本事業の評価を実施していない自治体についてその理由を明らかにすることを目的とした。二部の調査では一部の調査において本事業の評価を実施していると回答した自治体に対し、評価担当者、評価方法等評価の実際について把握し、以って有効な評価方法の検討を行うことを目的とした。また、効果的な評価を行っていると考えられた自治体に対してはさらに詳細な調査を行うべく三部の訪問調査を実施した。

B. 調査方法

一部の調査方法：

調査対象：総務省統計局発行の「統計でみる市区町村のすがた 2004」³⁾に記載されている3213自治体から系統無作為抽出により抽出した641自治体（抽出率20.0%）から平成15年4月1日から平成16年3月31日までに廃置分合により消失が確認された37自治体を削除した604自治体を対象とした。

調査方法：上記604自治体の本事業担当部局に対して「生きがい活動支援通所事業に関する調査」と題した自記式質問紙調査用紙を郵送し、郵送法によって回収した。431自治体より回答があり、すべて有効回答であった（回収率及び有効回答率71.4%）。調査期間は平成16年10月であった。

調査内容：平成 15 年度における本事業の実施の有無、本事業を実施している自治体においては評価の実施の有無、評価を行っていない自治体においては、評価を行っていない理由ないし中断した理由について選択肢を提示して複数回答方式で回答を求めた。選択肢は筆者が以前に行った保健事業の評価における保健師の困難感を参考に作成した⁴⁾。

二部の調査方法：

調査対象：一部の調査時に本事業を実施しており評価も実施していると回答した 62 自治体のうち二部の調査に同意の得られた 50 自治体 (62 自治体の 80.6%) を対象とした。

調査方法：上記 50 自治体の本事業担当者に対して「生きがい活動支援通所事業(生きデイ)に関する調査」と題した自記式質問紙用紙を郵送し、郵送法によって回収した。31 自治体から回答がありすべてを有効回答として扱った (回収率及び有効回答率 62.0%)。調査期間は、平成 16 年 11 月であった。

調査内容：評価に関する項目と事業に関する項目を尋ねた。評価に関する項目では、評価の担当者、目標設定の有無、各評価項目の実施状況と実施者及び評価方法、評価の結果、支援の必要性及び希望する支援先などを尋ねた。評価項目は、武藤らの健康教育の評価方法⁵⁾や平野の保健事業の評価方法⁶⁾を参考に評価を企画評価、実施評価、結果評価で捉え、企画評価は 12 項目、実施評価は 7 項目、結果評価は 4 項目の合計 23 項目を筆者らが独自に作成した (表 8)。

事業に関する項目では、本事業の開始時期、名称、委託の有無及び委託先、利用者 1 人あたりの 1 ヶ月平均の利用回数、1 回あたりの利用者の自己負担額、平成 15 年度の予算、参加スタッフの職種及び参加頻度などを尋ねた。

三部の調査方法：

調査対象：本調査二部の回答において、生きがい活動支援通所事業の目標を設定し、効果があったと回答した自治体。

調査方法：半構成的面接法、参加観察法

調査内容：事業内容(名称、経緯、実施体制、開始時期、対象者、施設、スタッフ、開催頻度、プログラム内容)、目標設定の意図、目標設定までの経緯、評価方法、評価結果、効果があった要因について、今後の現在の課題について

C. 調査結果

一部の調査結果

本事業を実施している自治体は 358 (83.1%) であった (表 1)。本事業を実施し

ている 358 自治体の中で本事業の評価を行っている自治体は 62 (358 自治体中 17.3%) であった (表 2)。本事業の実施状況及び評価の実施状況を人口規模別に「5,000 人以下」、「5001 人以上 10,000 人以下」、「10,001 人以上 50,000 人以下」、「50,001 人以上 100,000 人以下」、「100,001 人以上 500,000 人以下」、「500,001 人以上」の 6 つの階級に分類し検討したところ、本事業の実施割合は人口規模による大きな違いは認められなかったが (表 3)、評価の実施では 10 万人以下の自治体では大きな変化が認められなかったが、10 万人以上の自治体では、規模が大きくなるほど評価を実施している自治体の割合が大きくなる傾向があった (表 4)。

本事業の評価を行っていないと回答した 294 自治体に対し評価を行っていないないし評価の中断をした理由を尋ねたところ、「評価の方法がわからない」が 121 (294 自治体中 41.2%) で最も多く、次いで「評価をする時間がない」が 70 (同 23.8%)、「評価する担当者がいない」が 65 (同 22.1%) であった (表 5)。

二部の調査結果

(1) 評価に関する項目

評価の担当者は事務職 14 (45.2%)、保健師 13 (41.9%) が多かった (表 6)。目標を設定していると回答した自治体は 6 (19.4%) であった (表 7)。無回答も 8 (25.8%) あった。評価項目で評価を行っている自治体の割合が多かった項目は、企画評価にあたる「対象者は適切か」が 16 (51.6%)、実施評価にあたる「参加者数の把握」が 19 (61.3%)、「予算の執行状況の把握」が 18 (58.1%)、結果評価にあたる「参加者の身体的な変化」が 18 (58.1%) であった (表 8)。逆に評価を行っている自治体の割合が少なかった項目は、企画評価にあたる「評価の視点」が 5 (16.1%)、「評価方法・企画」と「評価体制」がそれぞれ 4 (12.9%) で、結果評価にあたる「費用対効果」が 5 (16.1%) であった。評価はほとんどの項目においてスタッフが行っていたが、「参加者の満足度」の項目においてはスタッフのほかに参加者も評価を行っていた。

保健師の評価への参加の有無によって評価項目の割合が異なるか検討したところ、保健師が評価に参加している場合は、「対象者が適切か」、「必要な物品は適切か」、「必要なスタッフは適切か」、「プログラムの内容は適切か」、「評価方法・計画」、「評価体制」、「予定参加者数との比較」、「プログラムが適切に実施されたか」、「用意した物品、追加した物品の把握」、「参加

者の心理的な変化」の項目で、保健師が評価に参加していない場合に比較して評価を実施している割合が多い結果であった(表9)。逆に、保健師が評価に参加していない、つまり事務職が中心に評価を行っている場合は、「必要な予算は適切であったか」、「参加者数の把握」、「予算の執行状況」、「参加者の身体的な変化」の項目において保健師が評価に参加している場合に比較して評価を実施している割合が多かった。

評価の結果については、「効果が認められた」と回答した自治体が15(48.4%)、不明が13(41.9%)であった(表10)。評価にあたっての支援の必要性の有無では、「必要である」と回答した自治体は8(25.8%)、不明は13(41.9%)であった(表11)。支援が必要であると回答した8自治体に対して希望する支援先を尋ねたところ、都道府県、大学等の研究機関がそれぞれ3(8自治体に対して37.5%)、保健所が2(同25.0%)であった(表12)。

(2) 事業に関する項目

本事業の開始時期は、介護保険開始前が14自治体(45.2%)で、介護保険開始後が16自治体(51.6%)であった。自治体が事業を委託している自治体が28(90.3%)で、委託していない自治体は3(10.7%)のみであった。主な委託先は、社会福祉協議会15(53.6%)、社会福祉法人12(42.9%)であった(表13)。本事業の一人当たりの利用回数は平均3.6(±2)回で、その範囲は最小1回から最大12回までであった(表14)。自己負担額は平均660.4(±353.7)円で、その範囲は0円から1500円までであった。事業予算は平均4,223,000(±4,349)円で、その範囲は415,000円から22,040,000円までであった。人口別事業予算を表15に示した。人口100001人以上の自治体の平均予算が9,569,000円と最も高く、人口10001~50000人の自治体の平均予算が4,216,000円、人口5000人未満の自治体の平均予算が3,928,000円と続き、人口50001~100000規模の自治体の平均予算が1,858,000円ともっとも低かった。本事業を運営するスタッフの構成を表16に示した。毎回参加しているスタッフはヘルパーが最も多く15自治体(48.4%)で、ついで看護師12(38.7%)、介護福祉士10(32.3%)、その他の職種10(32.3%)であった。その他の職種は、社会福祉主事、介護職員などで表17に示した。時々参加するスタッフは保健師が最も多く7(22.6%)、次いでボランティアが6(19.4%)、事務職4(12.9%)であった。

三部の調査結果：

本調査二部で評価票の送付があったのは3自治体、目標を設定しているのは6自治体、事業の効果があったと評価したのは14自治体であった。評価票の送付のあった自治体、ならびに事業効果があったとした自治体の中から6自治体を訪問対象とした。

各自治体の訪問結果は別紙1~6である。訪問結果のまとめを表18に示した。事業の実施主体は老人クラブや市民団体など地域住民が実施主体となっている自治体が4箇所であった。目標適切性を評価しているのは4自治体、企画の適切性を評価しているのは3自治体であった。実施の評価のうち参加者の把握、予算の執行状況の把握は6自治体全てで評価の対象となっていたが、実施内容を評価の対象としているのは3自治体だった。結果の評価は6自治体全てで実施されていたが、費用対効果を評価の対象としていたのは1自治体であった。

D. 考察

一部の考察

厚生労働省が実施している介護保険事務調査によると、本事業の実施割合は平成15年度で2,862自治体(全自治体3,213の89.0%)であった。本調査の結果は83.1%であったことから、今回の標本は比較的適切な標本であると考えられる。介護保険事務調査によれば、平成13年度以降、本事業を実施している自治体は増加傾向にあり(平成13年度82.7%、平成14年度86.7%)、本事業は自治体にとって介護予防事業の中でも重要な位置を占めていることが窺える。しかし、本事業を実施しており、かつ評価を行っている自治体は2割に満たない結果であった。一般に保健事業の評価として企画評価、実施評価、結果評価が考えられるが、予防という視点から事業評価を行うことを考えると介護予防事業の一つである本事業の評価でも同じ視点で捉えても大きな問題はないと考える。このうち、結果評価は、近年では評価の中でもとくに重要視されている。評価を行っていると回答した自治体が少なかった理由としては、本事業が開始されたのは、平成12年度のことであり、事業開始から結果評価に耐えうる十分な時間が経過していないことや回答者が評価を結果評価のみのことであると受け止めていたことが1つの理由として考えられる。本事業に限らず介護予防事業全般にいえることであるが、保健事業と同様にその事業の予防効果が実際に効果としてあらわれるのは相当程度の時間の経過が必要である。その点

で、回答者が評価を結果評価のみと受け止めたとすれば、現時点で評価を行っていないとの回答が多かったことも止むを得ない結果であったと考えられる。評価を行っていない理由では「方法がわからない」が最も多い結果であり、「時間がない」、「担当者がいない」などの時間やマンパワーなどの物理的な要因も課題ではあるものの、いわゆるソフト面での不足が切実な課題であることを示す結果であった。また、標本数が十分とはいえないが、自治体の規模が一定規模以上になると評価を実施している自治体の割合が大きくなる可能性が示された。介護予防事業が多岐にわたって展開されており、自治体の保健福祉事業の中でも重要性を増している現状を鑑み、十分なマンパワーを配置することが重要であることは当然であるが、限られたマンパワーの中で効率よく可能な範囲での評価活動を実施することが肝要であると考えられる。評価において、結果評価は重要であるが、マンパワー的に難しければあるいは時間的に結果評価までできないということであれば、評価の視点を変えて、企画評価や実施評価で実施可能な評価を行うことも評価を実施する方法の1つとして有効である。厚生労働省からの通達で示されている本事業の実施方法には「家に閉じこもりがちになり暮らし高齢者等に対し、通所等によって、その希望及び身体状況に応じた日常動作訓練、趣味活動等のきめ細かなサービスを提供する」と記されており⁷⁾、各自治体はこれに沿って事業目的を設定していると考えられる。先に示した本事業の実施方法から本事業の目的は非常に広範にわたっていると考えられ、よって到達すべき目標を設定することが困難であると考えられる。国や都道府県、大学等の関係機関が自治体に対して評価の研修や実施で協力することは当然のこととして、本事業での共通する代表的な目標を提示することも必要であると考えられる。例えば、今回の調査では実施できなかったが、本事業を実施している自治体と実施していない自治体における要介護認定者出現率の経年的変化を観察し、両者に差が認められるかを検討することも本事業を評価する際の1つの評価指標として活用することができる。このように既存のデータを活用することにより、新たに調査を実施しなくても評価を実施することは可能である。このような評価方法や評価指標の検討は自治体レベルでは難しい場合もあり、国や都道府県等で支援を検討するべきであると考えられる。

二部の考察

本事業を含む介護予防事業は福祉担当部署

が担当していることが多いが、近年では、保健師は保健部門にとどまらず、福祉部門にも配属されており、本事業の評価担当でも事務職に次いで保健師が多い結果であった。また、筆者らは評価は比較的实施が行いやすい実施評価に実施が偏るのではないかと予測していたが、実際の結果では一部の評価に偏ることなく評価が行われていた。同じ評価という言葉で表現されても主に事務職が行う行政評価ないし政策評価と主に保健専門職が行う保健事業や予防事業のための事業評価では、評価の方法や視点が異なる。宮川によれば、行政評価や政策評価は行政の行う公共政策の内容及びプロセスについてそのメリット、デメリットを判断することと定義されており、政策の有効性を判断するためにも特に事後評価（あるいは事中事後評価）が重要であると述べているとおり、そこでは効率性、有効性、公平性、充分性が評価の主要課題となる^{8,9)}。しかし、本事業の実際の運営は事務職が行っていることは極めて少なく、本事業を自治体が直営で行っている場合は保健や福祉の専門職が、委託で行っている場合は委託先の専門職や住民が行っていることが多い。つまり、行政評価や政策評価だけの評価では、本事業で実際に展開されているプログラムの企画評価や実施評価は十分には行われず、結果評価に偏った評価になる。その場合、本事業の評価の基となる目的、目標が適切に設定されており、適切な評価基準と測定尺度が準備されていれば適切な評価が可能となるが、実際にプログラムを運営していない事務職だけでそこまで考慮に入れて評価を行うことはかなりの困難が伴うことが考えられる。一方、特に保健師がこれまでに行ってきた保健事業における評価方法は、これまでに結果評価よりはむしろ実施評価を業務上求められてきた歴史的経緯から⁴⁾、実施評価については少なくとも事務職よりは順応しているものと考えられる。それぞれが得意とする評価方法を有効に活用し評価を行うことが肝要である。

評価は企画評価、実施評価、結果評価の大きな視点で見た場合は偏りなく行われていたが、詳細を検討すると、大きく偏りが認められた。企画評価の中では特に評価についての評価項目は実施割合が低かった。一部の評価を実施していない自治体に対する調査で評価を行っていない最大の理由は評価方法がわからないというものであったが、評価を実施している自治体においても、必ずしも現在行っている評価方法を確信を持って実施しているわけではなく、手探りの状況の中模索しながら評価を実施し

ている様子が窺える。このことは、評価の結果として回答しなかった自治体が約4割を占めたことから判断できる。また本事業が実施を開始されてから十分な時間が経過していないことも評価に関する項目を評価できていない大きな理由の1つであると考えられる。

「参加者数の把握」等の実施評価は、行政が従来から行っている事業実績や事業報告で必ず行う作業であるから、もっと実施割合が大きくなると予想したが、結果は最も多い項目でも約6割に過ぎなかった。これは、事業実績として把握はしているけれども、評価担当者がそれを評価の項目と認識していない可能性が考えられる。評価の研修を行うに当たっては、結果評価の説明だけでなく、企画評価や実施評価も重要な評価の構成要素であることを伝える必要がある。

筆者らの予想に反して結果評価を行っている割合が高かったが、費用対効果では実施割合が低かった。近年、評価においては特に結果評価の重要性が増してきているが、実際に十分に科学的に結果評価が行えているかは詳細な検証が必要であると考え。今回の調査結果から判断する限り、現状では適切な評価指標を測定して評価を実施している事例は少なく、参加者の主観に判断を任せていたり（つまり参加者が満足していればいいという考え方でこれは「参加者の心理的な変化」を評価する場合に多い）や、評価者の主観で判断する場合が多かった。また、本事業の結果評価を行うにあたり現在使われている評価指標が適切であるかは検討が必要である。例えば、本事業の目的は、厚生労働省の通達に沿って考えれば「日常動作訓練、趣味活動等のきめ細かなサービスを提供する」ことになるが⁷⁾、これに対し、評価指標を筋力を測定するものだけを評価指標とした場合は十分な評価ができないことが考えられる。本事業の目的や方法を鑑みると、例えば、地域の閉じこもり高齢者の割合や高齢者の外出頻度を評価指標としたり、本事業参加者に対する本事業の参加満足度を測定する簡便で定期的なアンケート調査の実施などが方法として考えられる。アンケート調査で質問する項目については、今回の調査で具体的に提示するまでには至らず今後の検討課題である。

本事業の評価について自治体では困惑している状況は窺えるが、困難な状況にあるからといって必ずしも評価にあたっての支援を必要としている自治体が多いわけではなかった。本事業の実施主体である自治体からすれば、都道府県も保健所も大学等の研究機関も本事業の

運営を担ったことがないため、実際の事業評価を相談しても適切な助言が得られないのではないかという危惧が存在する可能性がある。都道府県、保健所、大学などの専門機関は評価についての教育を担うと同時に、モデル的な評価方法の提示や適切な評価実施が難しいとされる結果評価の評価への支援などを積極的に行う必要があると考える。

三部の考察

1. プロセス評価について

目標の適切性、企画の評価、評価計画の評価、実施の評価はいわゆるプロセス評価である。プロセス評価において6自治体全てで実施していたのは、実施の評価の参加人数の把握、予算の執行状況であった。本調査二部の結果から本事業は委託事業として行なわれることが多いことが明らかとなっており、今回訪問した自治体でも4自治体は委託事業であった。参加人数や予算の執行状況は自治体に提出される業務報告書で把握できる項目だが、プログラム内容の適切性、プログラムが適切に実施されたかなどについては、事業担当者が把握している項目であり、委託事業であることが、評価の実施率が低い理由と推察される。武藤¹⁰⁾によれば、プロセス評価は、変化が「どのようにして」起こったのかを見極めるために行なわれるものである。プログラムが適切か、適切に実行されたか、また適切に実行されなかった場合の理由など、実施内容を評価することは事業効果が何によってもたらされたかを判断する根拠となる部分である。今回の調査において事務職が事業や打合せ会に積極的に参加し事業内容を評価している自治体、利用者の満足度を記載する報告書の様式を用いている自治体があり、委託事業の事業内容を評価する方法として報告書の工夫、また、事業担当者と協働で評価する方法が有効と考える。

2. アウトカム評価について

結果評価はすべての自治体で行なっていた。1自治体は事業の開催箇所数を評価指標とし、5自治体が参加者の変化など参加者個人に対する評価を行っていた。参加者の評価は体力測定による評価が1自治体、介護予防プランに基づく調査がADL調査が1自治体、主観的効果の聞き取り調査が1自治体、参加者の状況から総合的に評価しているのが2自治体であった。参加者個人の変化を評価することが要介護状態への移行を防止するという介護予防事業の目的に対する評価となると考えるが、経年的な変化を定期的に評価しているのは2自治体のみであった。普段の活動で使用している介護

予防アセスメント票などを活用して、経年的に評価すること、もしくは新規に事業に参加する利用者に対しては参加前後に評価を企画するなど、また、閉じこもり実態調査を実施した自治体においては、本事業に参加している高齢者、参加していない高齢者の閉じこもりの程度を比較するなど、比較可能な評価計画を設定することが可能であれば、介護予防事業の効果の測定する客観的な指標となると考える。

しかし、事業を運営しながら現場の職員だけで評価のための調査を実施は現実的に難しく（時間やマンパワーの問題、力量の問題、集団の問題など）、評価のための調査を行うのであれば、関係する専門機関と共同で実施するのも1つの方法である。今回の調査で評価のための支援を必要としないと回答した3自治体のうち、1自治体は既に行政と、社会福祉協議会、大学の連携が図られており、評価が計画的に実施されていた。榊原は¹¹⁾健康教育の評価を行なう際に専門的視点での助言が受けられる体制があることの重要性を述べている。今後の介護予防事業の評価には保健所、大学など関係する他機関と協働することも視野に入れて検討することが、評価の困難性の解決につながると考える。

生きがい活動支援通所事業は介護予防事業であり、利用者のアウトカム評価（個別評価）とともに、地域の高齢者が要介護状態に移行することを防止できたかどうか（行政評価）が重要なアウトカム評価の指標となると考える。西¹²⁾は「この種の事業は事業目的の妥当性だけで納得しがちであったが、介護予防の目的を達成するためには、要介護者の減少や、要介護者年齢の引き上げが確認されなければならない」と述べている。石川県高松市は「介護保険申請者の平均年齢の上昇」「自立高齢者の割合」を結果評価の指標をしている¹³⁾。武田¹⁴⁾は年齢調整要介護認定等基準時間と年齢調整オッズ比を事前と事後で比較することで事業効果の判定が可能と報告している。また、永見ら¹⁵⁾は標準化要支援・要介護比が区自治体レベルで算出でき、介護予防を軸とした現場の公衆衛生活動の評価指標として使用できることを報告している。また、岡田¹⁶⁾は平均余命、老人医療費など既存の統計資料の有用性を示している。今回の調査にあたり、各自治体の要介護認定率を把握したが、これもアウトカム指標のひとつであるが、利用者の個別評価と閉じこもり率、要介護認定率など行政評価の両面から評価することでより事業効果が明らかになると考える。

費用対効果について評価を実施している自治体は1ヶ所のみであった。生きがい活動支援通所事業は平成15年度から人件費が一般予算化されていることから、どこの自治体も予算獲得に苦慮している。今後の事業評価には経済的評価が課題と考える。

3. 生きがいという目的のあいまいさによる評価の困難性

今回の調査では、評価したいが、評価の方法がわからなという意見が3自治体からあった。「生きがい」という個人の内面にかかわる測定しにくいものを対象としていることが事業評価を難しくしている一因と考えられる。藤本¹⁷⁾によれば、地域在住高齢者の生きがいを規定する要因として主観的健康感が高いこと、老研式活動能力指標が高いこと、老人用うつスケール（GDS）が低いことなど9項目が関連していた。厳密には生きがい活動支援通所事業を利用していない地域の高齢者と、利用している高齢者との比較検討が必要であるが、新規に事業に参加する利用者に対し、事業への参加前後に前述の項目を用いた調査を実施し評価する方法での評価であれば利用者のアウトカム評価が可能と考える。在宅介護支援センターや行政の保健師が行う訪問調査などの際に生活状況調査に心理的な評価指標を加え、年度の区切りなどに参加後の調査を実施することで利用前後の参加者の変化が把握でき、主観的な総合評価に客観性が加えられると考える。

4. アウトカム評価として「街づくりの視点」での評価の可能性

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するためには、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「支え合いの役割」が今後ますます重要になることから¹⁸⁾、平成12年に創設された介護予防・生活支援事業は平成15年に名称が介護予防・地域支え合い事業に改められた。健やかで活力ある地域づくりを推進すること⁷⁾が事業の目的のひとつとなっている。今回の調査では4自治体の実施主体が、老人クラブや市民団体など地域住民であった。なかでも当別町は高齢者の介護予防に加え「住民主体の活動にしていこう」「他地域にも拡大する」ことを目標とし、町、社協、大学が協働して地域住民の主体化をすすめるための配慮を行い、地域スタッフ（ボランティア）とプロジェクトスタッフ（町・社協・大学）がスタッフとして伴に活動している。現在、地域スタッフは成熟した組織

活動を行い、活力ある地域づくりの一役を担っていることが推察された。

厚生労働省は介護保険の見直しを検討するに当たり、昭和25年生まれの世代が65歳を迎える2015年にニーズがより一層多様化すると見越した検討をしている¹⁹⁾。また、内閣府の調査²⁰⁾によると、最も力を入れた活動に初めて参加した時期は「退職してから」が30.7%を最も多く、地域活動への参加意識は「参加したい」が47.7%で、地域活動へ参加するための条件は「一緒に活動する仲間がいること」が40.3%と最も高くなっていた。保田らは²¹⁾ボランティアが地域の介護予防事業のスタッフとして活動することで、＜高齢者理解の深まり＞＜積極的な日常生活を送る姿勢＞＜地域への愛着＞などを得ていることを明らかにしている。以上より、今後の介護予防事業は50～60歳代の地域の高齢者の地域活動への参加を促し、地域住民を主体とした介護予防事業の展開することが、健やかで活力ある地域づくりにつながり、地域の高齢者の要介護状態の予防に継続的な効果をもたらすと考える。今回4自治体で実施主体が地域住民であったが、その地域住民が介護予防事業にスタッフとして参加することの効果の評価していたのは1自治体のみであった。住民活動の実施数や、ボランティア登録数など、街づくりでの視点で評価することも将来の介護予防に貢献するものと考えられる。

E. 結論

全国の604自治体を対象に生きがい活動支援通所事業評価の実施状況について調査を行い、効果的な事業を実施している自治体について訪問調査をすることで①評価の実態を明らかにすること②本事業の評価の方向性検討することを目的とした。調査の結果、回答のあった431自治体のうち83.1%の自治体で本事業が実施され、事業を評価している自治体は17.3%であった。事業に効果があるとした自治体の訪問調査では、プロセス評価を実施している自治体は半数であった。アウトカム評価は6自治体全てで実施していたが評価指標には課題が残った。利用者の心身状況を評価する個別評価、地域の要介護状態の認定率など行政評価の両面で評価することで介護予防事業の評価がより明確になると推察されるが、厳密な結果評価を実施するためには保健所・研究機関等との協働が望ましいと考えられた。また、4自治体の実施主体が地域住民であったことから、対象となる高齢者の評価にとどまらず、地域づくりの視点を評価に加え

ることの意義が示唆された。

F. 健康危機状況

特になし

G. 研究発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録情報

特になし

文献

- 1) 兵庫県社会福祉協議会監修. 黒田研二, 藤井博志編集. 地域で進める介護予防第2班. 東京: 中央法規出版, 2002.
- 2) 地域保健研究会. 平成15年度老人介護保健事業推進費等補助金介護予防優良事例集. 東京: 地域保健研究会, 2004.
- 3) 総務省統計局. 統計でみる市区町村のすがた 2004. 東京: 日本統計協会, 2004.
- 4) 右田周平, 工藤啓, 湯澤布矢子: 保健事業の評価指標設定の困難感と保健師の属性による比較検討. 宮城大学看護学部紀要 2004; 7 (1): 41-51.
- 5) 武藤孝司, 福渡靖. 健康教育・ヘルスプロモーションの評価. 東京: 篠原出版新社, 2000.
- 6) 平野かよ子, 尾崎米厚. 事例から学ぶ保健活動の評価. 東京: 医学書院, 2001.
- 7) 厚生労働省老健局長: 介護予防・地域支え合い事業の実施について(平成15年6月9日・老発第0309002号・厚生労働省老健局長発各都道府県知事・各指定都市市長・各中核市市長宛). 2003.
- 8) 宮川公男. 政策科学入門. 東京: 東洋経済新報社, 1999.
- 9) 宮川公男. 政策科学の基礎. 東京: 東洋経済新報社, 2001.
- 10) 日本健康教育学会編. 健康教育ヘルスプロモーションの展開. 東京: 保健同人社, 2003.
- 11) 榊原るり子: 健康教室の有用性を評価する, 保健婦雑誌 2002; 58 (5): 388-393.
- 12) 西正美: (介護予防普及に関する調査事業報告から) 介護予防事業の効率と評価, 地域保健 2002; 33 (7): 55-57.
- 13) 介護予防の普及に関する調査研究委員会: 介護予防の普及に関する調査研究事業報告, 地域保健 2002; 33 (7): 20-54.

- 14) 武田俊平, 田村一彦: 市町村における高齢者の要介護指標の評価, 日本公衛誌 2004 : 51(5) : 335-345.
- 15) 永見宏行他: 東京23特別区の高齢者標準化要支援・要介護者比, 日本公衛誌 2002 : 49(3) : 205-210.
- 16) 岡田真平, 上岡洋晴, 小林佳澄, 高橋亮輔, 武藤芳照, 倉澤隆平: 自治体の介護予防の取り組みを評価する指標について, 身体教育医学研究 2003 : 4(43) : 43-51.
- 17) 藤本弘一郎, 岡田克俊, 泉俊男, 森勝代, 矢野映子, 小西正光: 地域在住高齢者の生きがい
- 18) 国民衛生の動向: 厚生指標臨時増刊, 2004 : 51 (9) : 104-105
- 19) 高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」. 東京: 法研, 2003.
- 20) H16 高齢社会研究セミナー報告書「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」. 内閣府: 2004.
- 21) 保田玲子, 工藤禎子, 桑原ゆみ, 三国久美, 森田智子, 深山智代: 住民主体型閉じこもり予防事業のボランティアが活動を通じ
- て得ているもの, 保健師ジャーナル 2004 : 60(4) : 376-383.
- 22) 高取真由美: 当別町地域参加型閉じこもり予防事業, 北海道公衆衛生学会誌 2003 : 16(2) : 77-82.
- 23) 工藤禎子: 閉じこもり予防事業の参加者への効果評価, 厚生省科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業) 分担研究報告書: 2003 : 18-22.
- 24) 工藤禎子, 三国久美, 桑原ゆみ, 深山智代: 閉じこもり予防事業における住民主体化のプロセス, 日本地域看護学会第3回学術集会講演集 2002 : 48.
- 25) 介護予防プラン・実態把握: 社会福祉法人全国社会福祉協議会: 2002.

研究協力者

- 右田 周平 (山形大学医学部看護学科
地域看護学)
- 大竹まり子 (山形大学医学部看護学科
地域看護学)

表2 本事業の評価の実施状況

| n=358 | | |
|-------|-----|------|
| 項目 | n | % |
| 評価した | 62 | 17.3 |
| 評価しない | 294 | 82.1 |
| 不明 | 2 | 0.6 |

表3 人口区別にみた本事業の実施状況 n=431

| 人口区分 | 本調査に応じた自治体 | | 本事業を実施している自治体 | |
|-----------------|------------|------|---------------|------|
| | n | % | n | % |
| -5,000 | 92 | 21.3 | 74 | 20.7 |
| 5,001-10,000 | 99 | 23.0 | 84 | 23.5 |
| 10,001-50,000 | 172 | 39.9 | 142 | 39.7 |
| 50,001-100,000 | 29 | 6.7 | 24 | 6.7 |
| 100,001-500,000 | 35 | 8.1 | 30 | 8.4 |
| 500,001- | 4 | 0.9 | 4 | 1.1 |
| 合計 | 431 | 100 | 358 | 100 |

表4 人口区別にみた本事業の評価の実施状況 n=358

| 人口区分 | 評価を実施している自治体 | | 評価を実施していない自治体 | |
|-----------------|--------------|------|---------------|------|
| | n | % | n | % |
| -5,000 | 12 | 16.2 | 61 | 82.4 |
| 5,001-10,000 | 12 | 14.3 | 72 | 85.7 |
| 10,001-50,000 | 26 | 18.3 | 115 | 81.0 |
| 50,001-100,000 | 2 | 8.3 | 22 | 91.7 |
| 100,001-500,000 | 8 | 26.7 | 22 | 73.3 |
| 500,001- | 2 | 50.0 | 2 | 50.0 |
| 合計 | 62 | 17.3 | 294 | 82.1 |

表5 評価を実施していない理由(複数回答) n=294

| 項目 | n | % |
|-----------------|-----|------|
| 評価の方法が分からない | 121 | 41.2 |
| 評価する時間がない | 70 | 23.8 |
| 評価する担当者がいない | 65 | 22.1 |
| 評価の必要性を感じない | 36 | 12.2 |
| 評価をしなくても事業が成り立つ | 34 | 11.6 |
| 関係者間での連携が不十分である | 23 | 7.8 |
| その他 | 48 | 16.3 |

表6 評価の担当者 n=31

| 項目 | n | % |
|-------|----|------|
| 事務職 | 14 | 45.2 |
| 保健師 | 13 | 41.9 |
| 社会福祉士 | 2 | 6.5 |
| 介護福祉士 | 2 | 6.5 |
| 看護師 | 1 | 3.2 |
| 理学療法士 | 1 | 3.2 |
| 医師 | 0 | 0.0 |

表7 目標設定の有無 n=31

| 項目 | n | % |
|------------|----|------|
| 目標を設定している | 6 | 19.4 |
| 目標を設定していない | 17 | 54.8 |
| 未記入 | 8 | 25.8 |

表8 各評価項目の実施状況

n=31

| 項目 | 実施している | | | | | | | |
|--------------------|--------|------|------|------|-----|------|-----|------|
| | 自治体 | | スタッフ | | 参加者 | | その他 | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 目標は適切か | 9 | 29.0 | 4 | 0.4 | 1 | 11.1 | 4 | 44.4 |
| 対象者が適切か | 16 | 51.6 | 12 | 75.0 | 0 | 0.0 | 5 | 31.3 |
| 必要な物品は適切か | 11 | 35.5 | 10 | 90.9 | 0 | 0.0 | 3 | 27.3 |
| 必要なスタッフは適切か | 9 | 29.0 | 7 | 77.8 | 0 | 0.0 | 3 | 33.3 |
| 企画 実施回数は適切か | 12 | 38.7 | 8 | 66.7 | 3 | 25.0 | 4 | 33.3 |
| 会場が適切か | 8 | 25.8 | 5 | 62.5 | 2 | 25.0 | 3 | 37.5 |
| 評価 プログラム内容が適切か | 13 | 41.9 | 9 | 69.2 | 3 | 23.1 | 3 | 23.1 |
| 広報の方法は適切か | 7 | 22.6 | 5 | 71.4 | 0 | 0.0 | 3 | 42.9 |
| 必要な予算は適切だったか | 15 | 48.4 | 8 | 53.3 | 0 | 0.0 | 7 | 46.7 |
| 評価の観点 | 5 | 16.1 | 2 | 40.0 | 0 | 0.0 | 2 | 40.0 |
| 評価方法・計画 | 4 | 12.9 | 2 | 50.0 | 0 | 0.0 | 2 | 50.0 |
| 評価体制 | 4 | 12.9 | 2 | 50.0 | 0 | 0.0 | 2 | 50.0 |
| 実施評価 参加者数の把握 | 19 | 61.3 | 15 | 78.9 | 1 | 5.3 | 7 | 36.8 |
| 予定参加者数との比較 | 12 | 38.7 | 9 | 75.0 | 0 | 0.0 | 1 | 8.3 |
| プログラムに従事したスタッフ数の把握 | 11 | 35.5 | 9 | 81.8 | 0 | 0.0 | 2 | 18.2 |
| プログラムの実施回数の把握 | 12 | 38.7 | 9 | 75.0 | 0 | 0.0 | 2 | 16.7 |
| プログラムが適切に実施されたか | 14 | 45.2 | 11 | 78.6 | 0 | 0.0 | 3 | 21.4 |
| 用意した物品、追加した物品の把握 | 10 | 32.3 | 9 | 90.0 | 0 | 0.0 | 1 | 10.0 |
| 予算の執行状況の把握 | 18 | 58.1 | 10 | 55.6 | 0 | 0.0 | 7 | 38.9 |
| 結果 参加者の身体的な変化 | 18 | 58.1 | 14 | 77.8 | 3 | 16.7 | 6 | 33.3 |
| 参加者の心理的な変化 | 14 | 45.2 | 10 | 71.4 | 3 | 21.4 | 4 | 28.6 |
| 評価 参加者の満足 | 13 | 41.9 | 7 | 53.8 | 7 | 53.8 | 4 | 30.8 |
| 費用対効果 | 5 | 16.1 | 1 | 20.0 | 0 | 0.0 | 2 | 40.0 |

表9 保健師の評価参加有無別による評価項目の実施状況 n=31

| 項目 | 保健師なし | | 保健師あり | |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|
| | n | % | n | % |
| 目標は適切か | 5 | 45.45 | 4 | 30.77 |
| 対象者が適切か | 6 | 54.55 | 10 | 76.92 |
| 必要な物品は適切か | 3 | 27.27 | 8 | 61.54 |
| 必要なスタッフは適切か | 2 | 18.18 | 7 | 53.85 |
| 実施回数は適切か | 5 | 45.45 | 7 | 53.85 |
| 会場が適切か | 4 | 36.36 | 4 | 30.77 |
| プログラム内容が適切か | 4 | 36.36 | 9 | 69.23 |
| 広報の方法は適切か | 3 | 27.27 | 4 | 30.77 |
| 必要な予算は適切だったか | 8 | 72.73 | 7 | 53.85 |
| 評価の観点 | 2 | 18.18 | 3 | 23.08 |
| 評価方法・計画 | 1 | 9.091 | 3 | 23.08 |
| 評価体制 | 1 | 9.091 | 3 | 23.08 |
| 参加者数の把握 | 8 | 72.73 | 2 | 15.38 |
| 予定参加者数との比較 | 4 | 36.36 | 8 | 61.54 |
| プログラムに従事したスタッフ数の把握 | 5 | 45.45 | 6 | 46.15 |
| プログラムの実施回数の把握 | 5 | 45.45 | 7 | 53.85 |
| プログラムが適切に実施されたか | 5 | 45.45 | 9 | 69.23 |
| 用意した物品、追加した物品の把握 | 3 | 27.27 | 7 | 53.85 |
| 予算の執行状況の把握 | 7 | 63.64 | 2 | 15.38 |
| 参加者の身体的な変化 | 6 | 54.55 | 1 | 7.692 |
| 参加者の心理的な変化 | 5 | 45.45 | 9 | 69.23 |
| 参加者の満足 | 5 | 45.45 | 5 | 38.46 |
| 費用対効果 | 5 | 45.45 | 7 | 53.85 |

表10 評価の結果 n=31

| 項目 | n | % |
|----------------|----|------|
| 事業の効果が認められた | 15 | 48.4 |
| 明確な効果は認められなかった | 3 | 9.7 |
| 不明 | 13 | 41.9 |

表11 評価にあたっての支援の必要の有無 n=31

| 項目 | n | % |
|-------|----|------|
| 必要である | 8 | 25.8 |
| 必要でない | 10 | 32.3 |
| 不明 | 13 | 41.9 |

表12 希望する支援機関 n=8

| 項目 | n | % |
|-----------|---|------|
| 大学・研究機関 | 3 | 37.5 |
| 都道府県 | 3 | 37.5 |
| 保健所 | 2 | 25 |
| シンクタンク等民間 | 1 | 12.5 |
| その他 | 1 | 12.5 |

表 13 事業開始時期、委託の有無 n=31

| | | 市町村数 (%) | |
|-------------|-------------|------------|----------|
| 事業の開 始時期 | 介護保険開始前 | 14 | (45.2) |
| | 介護保険開始後 | 16 | (51.6) |
| | 不明 | 1 | (3.2) |
| 委託の有無 | 委託している | 28 | (90.3) |
| | 内訳: 社会福祉協議会 | 15 | (53.6) |
| | 社会福祉法人 | 12 | (42.9) |
| | 医療法人 | 2 | (4.2) |
| | 民間事業者 | 2 | (4.2) |
| | NPO | 2 | (4.2) |
| | 農協 | 1 | (3.5) |
| | その他 | 3 | (10.7) |
| | 委託していない | 3 | (9.68) |
| | 不明 | 1 | (3.2) |

(複数回答)

表14 一人当たりの利用回数、自己負担額および事業予算

| | n | 平均 (±SD) | 中央値 | 最小 | 最大 |
|-------------------|----|----------|-------|-------|--------|
| 一人当たりの1か月の利用回数(回) | 28 | 3.6 | 2 | 4 | 12 |
| 自己負担額(円) | 30 | 660.4 | 353.7 | 600 | 1500 |
| 事業予算(千円) | 26 | 4,223 | 4,349 | 3,310 | 22,040 |

表15 人口別事業予算 (千円)

| | n | 平均 (±SD) | 中央値 | 最小 | 最大 |
|---------------|---|----------|-------|-------|-------|
| 5000人未満 | 5 | 3,928 | 2,299 | 3,933 | 867 |
| 5001~10000 | 6 | 2,567 | 1,602 | 2,250 | 620 |
| 10001~50000 | 9 | 4,216 | 2,950 | 4,410 | 414 |
| 50001~100000 | 2 | 1,858 | 1,983 | 1,858 | 456 |
| 100001~500000 | 4 | 9,569 | 8,640 | 6,718 | 2,800 |

表16 スタッフの構成 n=31

| | 毎回参加 | 時々参加 | 不参加 | 記入なし |
|--------|----------|---------|----------|--------|
| ヘルパー | 15(48.4) | 1(3.2) | 12(38.7) | 2(6.5) |
| 看護師 | 12(38.7) | 3(9.7) | 12(38.7) | 2(6.5) |
| 介護福祉士 | 10(32.3) | 2(6.5) | 17(54.8) | 2(6.5) |
| ボランティア | 8(25.8) | 6(19.4) | 15(48.4) | 2(6.5) |
| 事務職 | 4(12.9) | 4(12.9) | 21(67.7) | 2(6.5) |
| 保健師 | 3(9.7) | 7(22.6) | 19(61.3) | 2(6.5) |
| 社会福祉士 | 1(3.2) | 2(6.5) | 26(83.9) | 2(6.5) |
| 理学療法士 | 1(3.2) | 3(9.7) | 25(80.6) | 2(6.5) |
| その他の職種 | 10(32.3) | 2(6.5) | 15(48.4) | 2(6.5) |

表17 その他の職種

| | |
|------------|---|
| 社会福祉主事 | 2 |
| 介護職員 | 2 |
| 民生委員 | 1 |
| 介護支援センター職員 | 1 |
| ケアマネ | 1 |
| 大学教員 | 1 |
| 社会福祉協議会職員 | 1 |
| 運転手 | 1 |
| 生活相談員 | 1 |
| 指導員 | 1 |
| 療母 | 1 |

(複数回答)

現地調査報告1 市町村名:北海道当別町 訪問日:平成17年2月8、9日 (大竹:準備会参加)
訪問理由:目標設定あり、事業の効果ありの回答 訪問対応者の職種:保健師、大学教員、地域スタッフ

1. 北海道当別町の概要

| 人口:20,171人 面積:422.71 km ² 65歳以上人口:3,908人 高齢化率:19.3% (平成16年4月) | | | | | | | | |
|---|----------|-----|------|------|------|------|------|---------------------|
| 1号被保険者の介護保険認定状況 (平成15年度厚労省介護保険事業報告より) | | | | | | | | |
| 被保険者数 | 介護保険認定者数 | 要支援 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 1号被保険者における要介護認定者出現率 |
| 3,927人 | 612人 | 44人 | 243人 | 107人 | 75人 | 76人 | 67人 | 15.6% |
| <p>町の概況:当別町は石狩川を隔てて札幌市に接し、札幌都心から15～25kmに位置している。南北約40kmの広域地域であり、町中央部に古くからの市街地、北部は山林、南部は田園地域である。町内にJR学園都市線の駅が6ヶ所あり、札幌駅から町の中心石狩当別駅までの所要時間は約40分である。町の産業は明治4年に仙台藩の家臣によって始められた開拓によって農業が基幹産業に発展した。また、切り花の生産も盛んである。近年は札幌市や江別市という産業集積地の隣地であることから札幌近郊の田園都市として発展しており、特に昭和63年に札幌大橋が開通し札幌との距離を縮めたことから西部地区の宅地造成がなされ、昭和36年をピークに減少していた町の人口が、平成4年から増加に転じている。</p> | | | | | | | | |

2. 生きがい活動支援通所事業の概要

| | | | |
|--|--|---------------|--|
| 名称 | かすみ草の集い (かすみ草は町花) (平成11年より) 友遊会 (平成13年より) | | |
| 実施主体 | ①地域スタッフ、②北海道医療大学、③当別町社会福祉協議会、④当別町保健福祉課 (参加スタッフ:毎回参加一保健師、地域スタッフ、不定期参加一社協職員、大学教員) | | |
| 対象者 | かすみ草の集いと友遊会は地区で区分している。どちらも該当地区に在住する閉じこもりがちな高齢者が対象。 | | |
| 実施回数:月1回 | 自己負担額:かすみ草の集い300円、友遊会100円 | 事業予算:414,528円 | |
| 以下活動内容は「かすみ草の集い」について報告する。 | | | |
| 発足の経緯: 平成10年11月、当別町保健福祉課保健サービス係保健師、社会福祉協議会職員、北海道医療大学教員と意見交換の機会があり当別町の高齢者の現状や課題について以下の情報を共有した。①町民から介護の必要はないが閉じこもりの人が利用できるサービスがないかという問い合わせが複数あったが、それにあうサービスがなかった。②北海道医療大学が「75歳以上高齢者の外出と健康に関する訪問調査」を実施、その結果閉じこもり高齢者が潜在していることが明らかとなった。③町がヘルパー資格取得に助成しており、資格取得者が増えてきた状況があった。④社会福祉協議会にボランティアセンターができ、ボランティアコーディネーターが配置され、ボランティア活動の拠点が組織され始めた。⑤町議会で「従来の機能訓練事業を住民に身近な地域会館で実施できないか」という趣旨の質問がだされ、行なうべき事業として後押しされた。⑥痴呆を抱える家族から、地域の理解がなくいことがつらいという声が寄せられた。以上の情報を検討する中で、閉じこもりの高齢者を対象に地域住民と一緒に企画から実施まで協働で「集い」を実施したいという機運が高まり、目標を設定し活動を開始した。目標①対象地域における要介護状態への移行を予防する。②住民主体の活動にしていく。③他地域にも拡大する(保健と福祉の町へ)。予算は当初大学の研究費で実施し、平成13年度より町の介護 | | | |