

ものである。施設入所比率の推計値は、転入者に占める施設入所者の割合を示したものである。平成12年度福祉マップ⁶¹⁾にある東京都内市区町村別特養定員数と平成10年社会施設等調査⁶²⁾における平均在在期間から、推計値を算出した。但し、この推計値は、すべての新規入所者が自治体外からの転入者であると仮定した場合の値であること、また施設ごとの在在期間の差異を考慮していないことを断っておかなければならない。

表2には、転入率、後期高齢転入者比率、施設入所比率（推計）の高い上位10自治体を示している。転入率の高い自治体のうち、青梅、あきる野、羽村、清瀬においては、後期高齢転入者比率も施設入所比率も高く、高齢者の多くが施設入所を目的として流入してくることが考えられる。稲城、多摩、国立については、転入率が高いものの施設入所割合が低い。しかし後期高齢者の比率がそれほど高くなく、比較的若い高齢者の流入が多いことが考えられる。一方、東村山、八王子、町田、においては、転入率と後期高齢者比率の割に施設入所割合が低く、これらの自治体においては、リスクの高い高齢者が比較的多く流入している可能性が考えられる。

ただし、以上は間接的な指標に基づく予備的検討に留まることから、今後、一般住宅への転入者の規模と、高齢転入者の特徴をより詳細かつ正確に検討することが必要と思われる。

町田市においては、90年代からいわゆる「呼び寄せ高齢転居者」の問題が顕在化している。町田市では1993年、2000年と2度にわたる調査が行われてきた⁴⁾。そのなかで、対象者の半数以上が「親族との同居・近居」を理由に転入していること、2000年次では、呼び寄せ高齢者の占める割合も規模も増えていることが指摘されている。

従って、高齢者の移動が今後活発化するかどうかについては不透明といわざるをえない。しかし、一部の自治体においては、多数の高齢者の流入がみられ、そのなかには、保健医療福祉ニードが比較的高い高齢者の一般地域への流入が多いと推測される地域もみられていた。こうした地域においては、高齢転入者への効果的な支援は特に有効ではないかと考えられる。

C. 結論

社会的孤立に着目した介護予防プログラムの実施準備として先行研究の整理を行った。1)社会的孤立の防止、とりわけ情緒的なつながりやグループへの帰属の維持が身体機能低下を抑制することが先行研究において指摘されていた。2)これまでの「閉じこもり」や「社会的孤立」の予防に関する介入評価研究からは、ボランティアなど非専門職による介入にも一定の効果がみられ、費用対効果が高い可能性がある。しかし身体機能への効果を評価したものは少なく、さらに検討する必要がある。3)社会的孤立から閉じこもりや寝たきりへと移行しやすい可能性が懸念されている高齢転居者を介入対象とする有効性については、多様な理由で転居する高齢者に共通した特徴として社会的孤立と保健医療福祉に関する認知度の低さが挙げられていたこと、ハイリスクの者が多く流入する可能性がある地域が見られたことから、特にこうした地域において実施することが有効と考えられた。

D. 健康危険情報

該当せず

E. 研究発表

横川吉晴、甲斐一郎、臼井弥生、他：
農村部後期高齢者における転倒と関連する身体機能の低下を遅延させるための介入研究 日老医誌 40:47-52、2003

F. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

引用・参考文献

- 1) 介護予防プラン研究会編：在宅介護支援センターによる介護予防・生活支援事例集。東京：中央法規、2002。
- 2) 安村誠司：高齢者における「閉じこもり」。日本老年医学会雑誌、40(5)、470-472、2003。
- 3) 工藤禎子：閉じこもり予防事業への参加の効果評価。地域在宅高齢者の「閉じこもり」に関する総合的研究（主任研究者新開省二）。平成12年度総括・分担研究報告書、18-22、2001。

- 4) 安村誠司、「閉じこもり」高齢者のスクリーニング尺度の作成と介入プログラムの開発。平成12年度総括・分担研究報告書、3-6、2001。
- 5) 新開省二：地域在宅高齢者におけるタイプ別「閉じこもり」の頻度とその特徴。地域在宅高齢者の「閉じこもり」に関する総合的研究(主任研究者 新開省二)。平成12年度総括・分担研究報告書、4-10、2001。
- 6) 藺牟田洋美、安村誠司、藤田雅美、他：地域高齢者の「閉じこもり」の有病率ならびに身体・心理・社会的特徴と移動能力の変化。日本公衆衛生学雑誌、45(9)、883-892、1998。
- 7) 鳩野洋子、田中久恵：地域ひとり暮らし高齢者の閉じこもりの実態と生活状況。保健婦雑誌、55(8)、664-669、1999。
- 8) 杉原陽子。地域における転倒・閉じこもりのリスク要因と介入研究。老年精神医学雑誌15(1)、26-35、2004。
- 9) Townsend P. The family life of old people: an inquiry in East London. London: Routledge & K. Paul、1957。
- 10) 河野あゆみ。在宅障害老人における「閉じこもり」と「閉じ込められ」の特徴。日本公衆衛生学雑誌47(3)、216-229、2000。
- 11) 藺牟田洋美、安村誠司、阿彦忠之、他：自立および準寝たきり高齢者の自立度の変化に影響する予測因子の解明：身体・心理・社会的要因から。日本公衆衛生学雑誌、49(6)、483-496、2002。
- 12) 横山博子、芳賀博、安村誠司、他：「閉じこもり」高齢者のタイプ分けに関する研究。老年社会科学、24(2)、247、2002。
- 13) 水野敏子：「呼び寄せ」老人の実態から探る保健婦の役割：調査結果にみるリスクの少ない呼び寄せ方、求められるサポート。へるす出版生活教育、42(12)、7-11、1998。
- 14) 椎野亜紀夫：くせものキーワード：第14回呼び寄せ老人。訪問看護と介護、7(7)、582-587、2002。
- 15) 水野敏子、高崎絹子：子供の近くに転居してきた「呼び寄せ老人」に関する研究：「呼び寄せ」に対する介護者の認識とその関連要因の分析。老年看護学、3(1)、79-88、1998。
- 16) Zimmer Z、Hickey T、and Seale M.S.: Activity participation and well-being among older people with arthritis. The Gerontologist、35(4)、463-471、1995。
- 17) Litwin H: The association of disability、sociodemographic background、and social network type in later life. Journal of Aging & Health、15(2)、391-408、2003。
- 18) 杉澤秀博、中谷陽明、前田大作、他：高齢者における社会的統合と日常生活動作能力の予後との関係。日本公衆衛生学雑誌、41(10)、975-986、1994。
- 19) Stuck A.E.、Walther J.M. Nikolaus T.、et.al.: Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. Social Science & Medicine、48、445-469、1999。
- 20) 岸玲子、堀川尚子：高齢者の早期死亡ならびに身体機能に及ぼす社会的サポートネットワークの役割。日本公衆衛生学雑誌、51(2)、79-93、2004。
- 21) Kempen G.I.J.M.、Scaf-Klomp W.、Ranchor A.V.、et.al.: Social predictors of recovery in late middle-aged and older persons after injury to the extremities: a prospective study. Journal of Gerontology: Social Sciences、56B(4)、S229-S236、2001。
- 22) Mendes de Leon C.F.、Glass T.A.、Beckett L.A.、et.al.: Social networks and disability transitions across eight intervals of yearly data in the New Heaven EPESE. Journal of Gerontology: Social Sciences、54(3)、S162-S172、1999。
- 23) Sarwari A.R.、Fredman L.、Langenberg P.、et.al.: Prospective study on the relation between living arrangement and change in functional health status of elderly women. American Journal of Epidemiology、147(4)、370-378、1998。
- 24) Matt G.E. and Dean A.: Social support from friends and

- 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 ins 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. 岡山大学教育薬部研究集録、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) Burtena 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年度厚生科学研究报告書、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巻(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巻(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、①9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%)、②3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%)、⑧成人後見制度利用支援事業(1.8%)、②2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、①9緊急通報体制整備事業(89.8%)、②2高齢者住宅等安心確保事業(81.8%)、②5機能訓練B型(67.4%)、②0寝たきり予防対策普及啓発事業(62.2%)、①

家族介護支援事業(55.6%)、①5「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②個別健康教育(84.2%)、②運動指導事業(65.4%)、①7高齢者の生きがいと健康づくり推進事業(50.0%)、⑩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⑭緊急時通報体制等整備事業、⑮生きがい活動支援通所事業、⑯在宅介護支援事業、⑰軽度生活支援事業、⑱「食」の自立支援事業、⑲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が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、⑳緊急通報体制整備事業、㉑高齢者住宅等安心確保事業、㉒機能訓練B型、㉓寝たきり予防対策普及啓発事業、㉔家族介護支援事業、㉕「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、㉖個別健康教育、㉗運動指導事業、㉘高齢者の生きがいと健康づくり推進事業、㉙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「何をもちて効果と

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当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

刈田英津子（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 20004；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—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

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

高齢者の転倒予防事業の実態に関する研究

分担研究者 新野 直明 国立長寿医療センター疫学研究部室長

研究要旨 日本全国の 1537 市区町村を対象に介護予防事業に関する郵送調査を実施、その一部として転倒予防事業の実施状況について調査した。回答が得られた 882 の市区町村の中で、転倒予防事業を実施していた自治体は 624 (70.7%)であった。また、転倒予防事業の有効性評価をしていた自治体は 234 (41.9%)であった。これらの自治体の 90%以上が事業に効果ありと答えていた。効果の内容としては、体力・運動機能の維持向上という身体面に関する記述が多かった。なお、有効性評価を実施と答えた自治体のいくつかに関する事例検討もおこなった。

A. 研究目的

高齢者の転倒は寝たきりの主要原因であり¹⁾、その予防を目的とした活動は、高齢者の日常生活動作 (ADL)、Quality of Life (QOL)を保持、向上させるために、大きな意義がある。

平成 12 年度からの介護保険の施行に伴って、要介護状態にならないようにすること (介護予防)や、自立した生活の支援を行うこと (生活支援)を目的に「介護予防・生活支援事業」が創設され、その中で転倒骨折予防教室 (寝たきり防止事業) が開始された。

本研究では、介護予防事業の実態に関する全国調査の結果から、転倒予防事業の実施状況、評価の有無などを調べた。また、評価を行っている自治体を訪問調査しその活動内容を事例報告としてまとめた。

B. 研究方法

日本全国の 1537 市区町村の介護予防事業担当者に対し、当研究班が作成した質問紙を郵送し、回答を求めた。対象自治体は、全国市町村要覧 (平成 15 年度版)に基づき、

政令指定都市、中核市、特別区と市については全て、その他の町村については全体の 1/3 を無作為に抽出したものである。

使用した調査票は、当研究班が作成した「介護予防事業を目的とした事業に関する実態調査」のための調査票である。これは、20 以上の介護予防を目的とした事業について、実施の有無、有効性などを尋ねたものである。調査票の設問内容を以下に簡単に示した。

1. 市町村の特性：総人口、65 歳以上人口 (高齢化率)、75 歳以上人口。
2. 介護予防事業の実施状況
3. 介護予防事業の実施機関、実施頻度、評価の有無。
4. (事業を実施している場合) 介護予防事業の評価方法、得られた効果。
5. 事業の評価していない場合についてその理由。
6. (事業を実施していない場合) 実施しない理由、今後の実施計画の有無

本研究ではこの調査票に対する回答の中で、転倒・骨折予防教室に関する結果を用

いて、転倒予防事業の実施の有無、事業を実施している場合は有効性評価の有無と効果の有無についてまとめた。また、この調査で事業評価を実施していると回答した自治体のいくつかを実際に訪問調査し、事業他評価の内容の詳細を調べ、事例報告としてまとめた。

(倫理面への配慮)

調査票の返送を受けた市町村のデータを集团的に解析した。なお、本研究は、国立療養所中部病院において倫理委員会により承認を受けた。

C. 研究結果

1. 転倒予防事業の実施状況

調査に回答が得られたのは 882 市区町村であった(回答率 57.3%)。それらの市区町村で、この 1 年間に「転倒・骨折予防教室」を実施していると回答した市区町村は 624 (70.7%) であった。

「転倒・骨折予防教室」の評価については、この設問に回答のあった 559 市区町村中 234 市区町村 (41.9%) が何らかの評価をしていると回答した。

さらに、事業の効果については、回答のあった 216 市区町村中、204 市区町村 (94.4%) が何らかの「効果あり」と答えていた。効果の内容について自由記述で回答を求めたところ、191 市区町村から情報が得られた(表 1)。

2. 事例報告

前記の介護予防事業の実態に関する全国調査において、「転倒・骨折予防教室」を実施し、かつ、その評価を行っている自治体から、宮崎県都城市、大阪府四條畷市、愛知県半田市、秋田県大曲市について、研究者が訪問調査をした結果を事例報告として

まとめた(付録 1～4)

D. 考察

日本全国の市区町村を対象に転倒予防事業の実施状況を調査した。その結果、70 市区町村が事業を実施していた。2000 年に実施された同種調査では、転倒予防事業を実施していた自治体は約 50% であり²⁾、近年この事業を実施する市区町村が増加していることを示す結果となった。同時に約 4 割の市区町村が事業の評価をおこない、9 割以上が効果ありとしていることがわかった。効果の内容について、各市区町村から自由記述により得た情報をまとめたところ、体力・運動機能の維持向上が最も多く報告された効果であり、40% 以上の市区町村において記載が見られた。客観的な測定が比較的容易な運動機能が効果判定の指標として用いられる傾向にあると考えられた。なお、転倒への注意が喚起されたという点を効果として報告する市区町村は比較的多く見られたが、転倒そのものの減少を効果として報告した市区町村は少なかった。

郵送調査結果の詳細な内容分析は現在進行中であるために、この報告書では、4 市の転倒予防事業に関する事例報告をまとめて、事業の内容に関する実態報告とした。今回報告した市は、いずれも熱心に事業に取り組んでいることがうかがわれた。事業の評価については、参加者の主観的評価がひろくおこなわれていた。教室参加者は、転倒問題にある程度興味と理解のある人々であり、そのために主観的評価が良い方向に偏った可能性は否定できないが、参加者の評価は概ね好意的であった。郵送調査で報告の多かった体力などによる客観的な効果判定も実施されていた。しかし、転倒そのものの増減についての言及は多くはなか

った。系統的な転倒頻度に関する調査は容易ではないが、転倒予防事業の評価として、転倒そのものの減少、あるいは転倒によるダメージの減少という視点も今後 注目の必要があると考えられた。

E. 結論

日本全国の1537市区町村を対象に介護予防事業に関する調査の一部として転倒予防事業の実施状況について調査した。回答が得られた882の市区町村の中で、転倒予防事業を実施していた自治体は624(70.7%)であった。また、転倒予防事業の有効性評価をしていた自治体は41.9%(234)であり、これらの自治体の90%以上が事業に効果ありと答えていた。効果としては、身体機能の維持向上を報告する市町村が多かった。有効性評価を実施と答えた自治体のいくつかに関する事例検討もおこなったが、いずれも熱心に事業に取り組んでいることが示された。

参考文献

- 1) 新野直明：歩行障害/転倒.総合臨床、52、2121-2125、2003
- 2) 新野直明：高齢者の転倒予防活動事業の実態と評価に関する研究.平成13年度厚生労働省健康科学総合研究「高齢者の転倒予防活動事業の実態と評価に関する研究」報告書(主任研究者：新野直明).7-12.2002.

F.健康危険情報

特になし

G.研究発表

1.論文発表

新野直明：歩行障害/転倒.総合臨床、52、2121-2125、2003

2.学会発表

新野直明、他：高齢者の転倒予防活動事業参加者と不参加者の転倒割合について、第62回日本公衆衛生学会、2003年10月

H.知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

特になし

研究協力者

小坂井留美、西田裕紀子(国立長寿医療センター疫学研究部)

江藤真紀(名古屋大学医学部保健学科)

表1 転倒予防事業の効果(自由記述を研究者が分類、
複数回答可。%は191市町村を分母にした)

効果の分類	市町村数(%)
身体的健康に対する効果	
体力・運動機能の維持向上	80(41.9)
疾患の改善・減少、痛みの減少、体重減少など	20(10.5)
その他(運動の習慣化など)	29(15.2)
精神的健康に対する効果	
転倒恐怖感の軽減	6(3.1)
その他(明るくなった、精神的ストレス軽減など)	28(14.7)
社会的健康に対する効果	
人的交流の増加、社会的活動の活発化など	24(12.6)
行政面における効果	
事業の円滑化・活発化、参加者増加など	36(18.8)
経済面の効果	2(1.0)
その他(体力や関心についての実態把握など)	5(2.6)
転倒に関する効果	
転倒減少	7(3.7)
転倒に対する意識向上、注意喚起	29(15.2)
その他(転倒防止のための環境整備など)	3(1.6)
効果なし	7(3.7)
評価実施中・結果まち	8(4.2)

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

介護予防を目的とした「閉じこもり予防教室」の実態と評価についての検討

分担研究者 安村 誠司 福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座教授

研究要旨 全国の市区町村を対象とした介護予防事業の実施状況とその事業評価に関する質問紙調査を実施した。その結果、「閉じこもり予防教室」に関しては、調査対象自治体の8.3%のみであった。実施していると回答した市区町村の中で評価方法や実施による効果に関しては、「効果あり」という自治体は約9割であった。しかし、評価方法については市区町村毎で異なっており、評価そのものの妥当性についても必ずしも十分とは言えないことが推察された。以上より、今後の介護予防事業の一翼を担う「閉じこもり予防教室」の本格的な事業開始は多くの市区町村ではこれからであると考えられた。適切な事業評価を行なうためには、事業内容と共に十分な評価計画が必要である。事業を推進する市区町村向けのガイドラインやマニュアルの作成にあたっては、評価方法についても言及することが望まれる。

A. 研究目的

高齢期における「閉じこもり」は「転倒・骨折」や「低栄養」と並び、高齢者の自立低下や寝たきりの要因と考えられている。そのため、健康寿命の延伸や介護予防の観点から地域高齢者に対する「閉じこもり」予防はますます重要となってきており、日本でも「閉じこもり」に関する研究成果の蓄積と有効な予防対策の実施が望まれている。しかしながら、寝たきりの原因の一つとして竹内¹⁾が「閉じこもり症候群」を日本で最初に提唱してから、「閉じこもり」高齢者に対する実証研究への進展を迎えるまでには、10年近いタイムラグが生じている。それだけの時間を要した理由の一つには、高齢者の生活の場が家に制限される、すなわち「閉じこもる」ことの問題性が虚弱性の進行や要介護化との関連からも理解しやすい考え方であったことが逆に影響していたと考えられる。いずれにせよ、1998年に在宅高齢者を対象とした蘭牟田ら²⁾の研究を契機として、日本における「閉じこもり」研究はその重要性の認識が深まると共にその後急速に発展し、「閉じこもり」の定義^{2~5)}の統一やスクリーニング尺度⁶⁾の開発に向けた研究

が報告され、さらには地域介入プログラム^{7、8)}の確立の段階へと移行している。また、厚生労働省（旧厚生省）⁹⁾も、2000年度から第4次老人保健事業や「介護予防・生活支援事業」（2003年度からは、「介護予防・地域支え合い事業」に改称）の介護予防対策の一環として、「閉じこもり」や転倒予防に重点をおいたサービスを制度化し、全国でさまざまな事業が実施されつつある。

そこで、本研究ではこうした日本での「閉じこもり」予防対策の方向性や動向を捉えるべく、現在市区町村で取り組んでいる介護予防を目的とした各種事業の中でも「閉じこもり予防教室」の実施状況について把握することを試みた。それと合わせ、事業を推進している自治体での事業評価の方法、また実施による効果の内容について検討し、現時点での課題を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

全国の1537市区町村を無作為抽出し、その市区町村宛てに「介護予防を目的とした事業に関する実態調査」票（巻末資料）を郵送し、計882自治体から回答があった（回収率57.4%）。