

# 1章 介護予防のモデル事業の展開過程

杉澤 秀博・桜美林大学

## 1. 研究目的

本研究では、「地域組織、中でも民生委員を活用した閉じこもり高齢者の把握」「アセスメントと派遣調整」「訪問・傾聴ボランティアの養成と派遣の実施」という包括的なモデル事業を実施し、その効果や問題点を評価することを目的とした。本章の狙いは、事業を展開する過程で直面した課題の整理を行うことにある。

## 2. モデル地区の選定

### 1) 当初のモデル地区

研究助成を申請した当時は、M市をモデル地区として設定することを予定していた。傾聴ボランティアに取り組む研究グループの前身は、「高齢者・家族から見た介護保険制度の評価」の研究プロジェクトである。このプロジェクトでは、自治体の保健福祉計画の策定のためのニーズ調査を自治体と共同で実施してきた。このニーズ調査の一環として、一般の高齢者に対する意識調査と同時に、一般高齢者から要介護高齢者を抽出、およびそれによって把握された要介護高齢者の介護者に対する調査を行ってきた。さらに単発の調査でなく、介護保険制度導入前の1996年、1998年、導入後の2002年、2004年と計4回にわたる調査を実施してきた。それによって介護保険制度導入前後で高齢者や介護者の生活や意識、健康にどのような変化が見られるかを観察し、介護保険制度の効果の評価を試みた。

このように約10年にわたる自治体との共同調査の経験を生かし、2003年ごろから研究グループではこれまでのような記述的な研究だけでなく、高齢者施策の新しい展開である介護予防に資する介入研究で自治体と共同できないか、その可能性を探ってきた。これまでの介護予防に関する研究では特定の施設や一部の地区などですでに把握されている高齢者を対象に介護予防を実施し、その効果を評価したものが多い。しかし、このような研究では、地域における効果的な介護予防へと展開させることは容易ではない。地域全体の高齢者を対象に、要介護・要支援になる可能性の高い高齢者の「把握」、「事前評価」、「介入」、「事後評価」の一連のプロセスを組織的に行うための方法論の開発を行う必要がある。以上の問題関心から、そのための地域として、すでに共同の関係を築くことができているM市が最適と考えた。

M市では、2003年に自治体の「健康・福祉総合計画」が策定され、その計画項目の「介護予防諸事業の積極的展開」の一部として「介護予防システムの開発と評価」のモデル事業の実施検討が位置づけられた。本研究の実施計画をそのモデル事業の1つの柱として位置づけることが十分可能であると行政担当者と相談のうえ判断し、この段階で本研究の計画を厚生労働科学研究費助成に申請した。

### 2) モデル地区の変更

行政によってモデル地区の選定が行われ、2004年10月にモデル地区として決定したI

地区で設立総会が開かれた。総会には、住民協議会、町会、商店会、医師会、歯科医師会、薬剤師会、保健所、社会福祉協議会の住民組織、老人クラブ、シルバー人材センター、ボランティア組織、在宅介護支援センター、消防署、福祉の民間事業者など多種多様な組織・団体の関係者が参加した。総会では会の目的として、地域の高齢者、子育て家庭、障害者等地域で生活する方々（以下「地域住民」という）が住み慣れた地域でいつまでも心豊かで生き生きとした生活を続けるため、地域における生活・福祉的課題の把握と解決のための体制づくりと解決に向けた活動を行うことが決議された。さらに、事業計画の項目として「地域における福祉活動のリーダーやコーディネーターの養成を目指した研修に希望するメンバーを派遣すること」などの研修会の開催、モデル地区の高齢者、障害者、子育て世帯が利用できる施設や環境・サービス等の現状診断とニーズ調査のための調査項目の検討を行うことが決められた。さらに、研究メンバーもオブザーバーとして参加が認められた。

このモデル事業は、あくまでも住民が主体となって地域における生活・福祉的課題の把握と解決のための体制づくりと解決に向けた活動を行うことにあるため、傾聴ボランティアについても行政からのトップダウンでの事業化はできない。月1回のペースで開かれるモデル事業の全体会の場で、モデル事業の関係者に傾聴ボランティアの必要性・意義について紹介し、能動的に取り組んでもらえるようできる限りの働きかけを行った。具体的には、M市と共同して2004年に実施した高齢者の意識調査を活用して、「閉じこもり」など傾聴ボランティアの対象となる高齢者の割合やその背景の紹介（2004年11月・12月の会合）、「閉じこもり」のリスクが高い「要支援・要介護1」の認定者を対象とした調査の企画・実施・発表（2005年2月・5月・6月）を行った。2005年の3月の全体会の場では、次年度の計画として「ボランティアのスキルアップ」「地域のコーディネーター的な役割を担う人材を育成するための講座・講演会の開催」が位置づけられ、一つの行動計画として「傾聴ボランティア」養成講座が行政から具体的に提案された。同時に、研究グループのメンバーが傾聴ボランティアの活動について、船橋市の先進事例もあわせて紹介した。そしてその全体会では傾聴ボランティアについて議論を深めていくことが確認された。5月の全体会では、傾聴ボランティア事業を期間限定で試行して、結果を集約、検討してはどうかという事業計画が行政から提案された。7月の全体会では傾聴ボランティアを養成しているホールファミリーケア協会のスタッフに活動内容を紹介してもらった。さらに、8月に傾聴ボランティアを先進的に進めている船橋市をモデル事業の関係者が視察し、全体会の場でその報告も行った。

このような働きかけの最終的な結果として、8月の全体会の場で傾聴ボランティアの期間限定の実施を決める予定であった。しかし、モデル事業の参加者から、「傾聴ボランティアは市側が見つけてきたものではないのか」といった意見、さらに、「傾聴ボランティアがだめなわけではないし、自分のスキルアップのために受けるのはプラスになると思うが、I地区のケアネットに傾聴ボランティアが第一優先として欲しいか」というと、問題。ほかにもっと考えなければならないことがあるのではないかと。まずは地域で問題になっていることが何かをみんなて話し合っていくことが重要であり、そのために町会長や商店会の方などが来ているのだと思う。」といった意見がだされ、傾聴ボランティア事業はしばらく保留にして、全体会では将来的に必要だということになってくればやるという方針が採択され

た。

以上の経過を踏まえ、介護予防事業と傾聴ボランティアの養成事業は、M市のモデル地区における地域住民の組織や団体が一致して取り組める課題となる見通しが当面は立たないこと、および研究期間の制約もあることから、他の地区での実施を検討する方向で再検討することになった。

### 3) 新しいモデル地区

以上のような反省の上にたち、住民の力を活用するとしても介護予防事業という事業の目的を明確にしたうえでのモデル地区の設定を考えた。さらに、本研究では、既存の資源を有効に活用するという視点から、共同・連携の先を自治体ではなく、社会福祉協議会とすることとした。それは、①「把握」のための地域資源として民生委員の協力が得られること、②「専門家によるアセスメントおよび派遣の調整」を効率よく行うには介護保険事業をすでに展開していること、③「介入」の資源としてボランティアにかかわりがあること、という理由からであった。以上、地域の選定にあたっては、社会福祉協議会と緊密な連携がとれることを最も重要な条件とした。さらに、平成18年4月から実施される特定高齢者を対象とした地域支援事業と一体的に実施するという観点から、行政とも連携が取れることも条件に加えた。以上の結果、千葉県我孫子市を対象とし、さらに民生委員の協力が可能な「我孫子第1地区民生委員協議会」の地区をモデル地区として設定することにした。

## 3. モデル地区における事業展開

①閉じこもり高齢者の把握・報告、②ケースのアセスメントと派遣の調整、③傾聴ボランティアの養成と派遣の準備、といったモデル事業の展開のために必要な体制づくりを、社会福祉協議会や行政と議論しながら構築していった。

### 1) 閉じこもり高齢者の把握・報告

民生委員に呼びかけ、担当地区における閉じこもり高齢者の発見を依頼した。報告先は社会福祉協議会とした。民生委員への動機付けのため、『閉じこもり予防への取り組み』というパンフレット（平成17年度総括研究報告書を参照）作成し、民生委員に配布・説明した。パンフレットは、「介護予防の目標」「介護予防の対象」「閉じこもりの定義と問題」「民生委員に期待されること」などの項目で構成した。

把握されたケースを理解し、ケースのアセスメントに役立てるために『報告シート』（資料参照）を作成した。このシートは「発見までの経過・きっかけ」「閉じこもりと思った理由」「訪問の際の注意点・その他」といった項目で構成されている。平成18年2月の民生委員協議会において、この事業に協力することが決定され、民生委員による発見の取り組みが開始された。ケースの最終的な集約は4月中旬であった。

### 2) 閉じこもり高齢者の査定と派遣の調整

報告事例のアセスメントおよび傾聴ボランティアを含めた対応方法についてプランを立てるためのプロセスを確定した。そのプロセスとは、最初に、報告事例を対象に社会福祉協議会のケアマネジャーが『アセスメント調査票』（平成18年度総括研究報告書を参照）を利用した調査を行い、ニーズを正確に把握すること、ついで、『アセス

メント調査票』をもとにケアマネジャーと市の保健師、傾聴ボランティアの教育機関（ホールファミリーケア協会）、研究者が合同で開催するケア会議で、傾聴ボランティアを含めた対応方法についてプランを立てること、最後に傾聴ボランティアの派遣を決めたケースについて、社会福祉協議会のケアマネジャーが派遣に向けての調整を行うこと、とした。

後述するように、閉じこもり高齢者として民生委員から報告されたケース数がかなり少なく、そのみでは傾聴ボランティアの派遣効果を量的に評価することはかなり困難な状況であった。派遣のケースを増やすための方策として、地域高齢者への効果を測定するためにモデル地区において実施した調査データから、閉じこもり高齢者と判断されるケースについて、市の保健師が訪問し、傾聴ボランティアの訪問について受け入れる意向を示したケースをも対象とした。このケースについても、ケアマネジャーによるアセスメント調査の実施というプロセスを踏襲した<sup>1</sup>。

派遣が必要と判断された高齢者に対して、社会福祉協議会のケアマネジャーが派遣の説得と承諾を、傾聴ボランティア派遣に向けて派遣するボランティアと高齢者のマッチングを社会福祉協議会のボランティア担当の職員が行なった。派遣回数は原則月に2回程度とし、1人の対象者に対して2人のボランティアが一緒に訪問するよう調整した。高齢者とボランティアのマッチングに際しては、年齢と訪問の距離を基準とした。訪問の距離については、遠すぎるとボランティアに負担がかかり、近すぎると近所の人になってしまうため、適当な距離のボランティアを選ぶ必要があった。年齢については、たとえば40代のボランティアは高齢者の話し相手として若すぎるという不安があったため、あまり開きがないように注意した。

当初の企画段階では、派遣対象者を閉じこもりの状態にある地域高齢者に限定していたが、上記のように閉じこもりとして報告されたケースが少なかったため、閉じこもりに限定せず、家族以外の人との交流がほとんどない、孤立感が高い、うつ的な地域高齢者および施設の高齢者をも対象とした。さらに、養成講座を受講したボランティア全員ができるだけ傾聴ボランティアの経験をつむことができるように、高齢者福祉施設に依頼し、入所者に対する傾聴活動も行った。

### 3) 訪問・傾聴ボランティアの養成プログラムの実施と派遣準備

社会福祉協議会の組織を通じて傾聴ボランティアの参加者を募集し、2月から3月にホールファミリーケア協会に委託し養成講座を実施した。傾聴ボランティア募集の際に、傾聴ボランティアへの理解を広めるため、その概要を記した『傾聴ボランティアってなあに？』（平成17年度総括研究報告書を参照）という小冊子を作成し、関係機関に配布した。定員（60名）を超える応募があり、くじ引きで60人に限定した。養成講座のカリキュラムは表1-1の通りであった。

<sup>1</sup> モデル事業の地域高齢者に与える効果を評価する際には、地域高齢者に対する調査に基づき把握された「閉じこもり高齢者」に対して傾聴ボランティアを派遣した場合にはモデル事業の効果を過大に評価してしまう可能性がある。この問題を回避するため、地域高齢者の標本を抽出するに際しては、生年月日を基準とした系統抽出とし、事業実施前の調査と実施後の調査の対象者が重ならないようにした。

表 1-1 閉じこもり高齢者対応傾聴ボランティア養成講座

No.	時間	形式	内 容
1	2	講義①	傾聴の意味と意義
2	2	演習①	自己を知り、他者を知る・エゴグラム
3	2	講義②	高齢者の閉じこもりとは
4	2	講義③	高齢者の心理と生涯発達
5	2	講義④	高齢者の認知症の実態とその対応
6	2	講義⑤	高齢者のうつとその対応①
7	2	講義⑥	高齢者のうつとその対応②
8	2	講義⑦	地域包括支援事業と住民の連携について
9	2	講義⑧	地域における傾聴ボランティアの活用
10	2	演習②	信頼関係の形成・ありのまま聴く
11	2	RP①	対話スキル① 繰り返し
12	2	RP②	対話スキル② 言い替え、確認、明確化
13	2	RP③	対話スキル③ 感情に気づく
14	2	RP④	対話スキル④ 質問①
15	2	RP⑤	ボランティア及び傾聴ボランティアとは何か
16	2	RP⑥	対話スキル⑤ 質問②
17	2	RP⑦	対話スキル⑥ 支持・共感的な励まし
18	2	RP⑧	対話スキル⑦ 問題解決への援助
19	2	RP⑨	対話スキル⑧ 総合練習①(デモ含む)
20	2	RP⑩	対話スキル⑨ 総合練習②(デモ含む)
	40		

#### 4) ボランティアに対するフォローアップ講座の実施

平成 18 年 9 月に傾聴ボランティアを行うなかで直面した問題を整理するとともに、それを解決するためのスキルアップをロールプレイング形式で行うフォローアップ講座をホールファミリーケア協会に委託し実施した。

#### 4. モデル地区における事業評価

##### 1) 地域高齢者への効果

閉じこもり高齢者の「把握」から「介入」までの事業が効果的に行われるとするならば、地域における閉じこもり高齢者の割合が減少することが期待される。それを評価するためには、モデル事業の実施前後で地域住民を対象とした調査を行い、閉じこもり、身体健康、精神健康の前後比較を行う必要がある。

事前調査では、モデル事業実施地区の70歳以上の高齢者3,152人から1,034人、対照として我孫子市（モデル地区を除く）の70歳以上の高齢者12,156人から1,150人を無作為に抽出した。調査対象者から要介護認定者を除いたため、最終的な対象者数はモデル地区で896人、対照地区で987人となった。調査は郵送調査法によって実施し、実施時期は平成18年2月であった。回答者については、高齢者本人が健康上の理由などで回答できない場合には、家族などによる代筆、代理回答を依頼し、できるだけ多くの対象者の情報を得るように工夫した。調査項目は「特定高齢者のスクリーニングのためのチェックリスト」「日常生活動作」「精神的健康」「社会関係」「主観的幸福感」「介護予防事業・サービスの利用意向」であった。

表1-2に、回収・回答者の種類別分布を示した。回収率はモデル地区が80.1%、対照地区が75.8%であった。本研究では、本人が回答する以外にも、代筆による回答、代理による回答を併用するという方法を採用した。それによって、より広範囲の高齢者の状態を把握するように努めた。その結果、一般的には高齢になるほど回収率が低下するものの、本研究では、モデル地区、対照地区ともにいずれの年齢階級でも回収率は70%以上であり、高齢の者でも回収率の大幅な低下はみられなかった。回答者の種類別内訳をみると、一般的な傾向と同じように、対象者全体に占める本人が回答したという割合は84歳以前ではいずれの年齢階級でも60%以上であったが、85歳以上では60%未満に低下している。他方、「代筆による回答」「代理による回答」の割合は合計で84歳以前では10%程度であったが、85歳以上では20%程度に増加していた。つまり、代筆による回答や代理による回答という方法を併用したことで、健康上の理由などで回収が困難な高齢の人からも情報を得ることができたといえる。

表1-2 年齢階級別にみた回収・回答者の分布 (%)

年齢階級	回収・回答者					n
	本人回答	代筆回答	代理回答	不明	未回収	
モデル地区						
70-74歳	77.2	2.7	1.0	0.2	19.0	517
75～79歳	72.9	4.8	0.5	0.5	21.3	185
80～84歳	69.9	7.4	0.7	0.0	22.1	136
85歳以上	58.2	16.4	7.3	0.0	18.2	55
全体	74.0	4.7	1.2	0.2	19.9	896
対照地区						
70-74歳	69.4	4.5	0.9	0.9	24.2	530
75～79歳	69.3	4.3	0.4	1.7	24.2	231
80～84歳	67.9	7.9	0.6	0.0	23.6	165
85歳以上	42.6	18.0	8.2	3.3	27.9	61
全体	67.5	5.9	1.2	1.1	24.3	987

事後調査の対象者の抽出方法は、事業実施前の調査と同じであった。すなわち、モデル事業実施地区の70歳以上の高齢者4,083人、対照地区で12,223人であった。それぞれの地域から系統抽出法によって1,050人と1,242人を抽出した。調査対象者から要介護認定者を除いたため、最終的な対象者数はモデル地区で938人、対照地区で1,073人となった。調査は郵送調査法によって実施し、実施時期は平成19年2月であった。回答者については、高齢者本人が健康上の理由などで回答できない場合には、家族などによる代筆、代理回答を依頼し、できるだけ多くの対象者の情報を得るように工夫した。調査項目は「特定高齢者のスクリーニングのためのチェックリスト」「日常生活動作」「精神的健康」「社会関係」「主観的幸福感」「介護予防事業・サービスの利用意向」であった。

表1-3に、回収・回答者の種類別分布を示した。回収率はモデル地区が77.3%、対照地区が73.5%であった。本研究では、本人が回答する以外にも、代筆による回答、代理による回答を併用するという方法を採用した。それによって、より広範囲の高齢者の状態を把握するように努めた。その結果、一般的には高齢になるほど回収率が低下するものの、本研究では、モデル地区、対照地区ともにいずれの年齢階級でも回収率は70%以上であり、高齢の者でも回収率の大幅な低下はみられなかった。回答者の種類別内訳をみると、対象者全体に占める本人が回答したという割合は80歳未満では60%以上であったが、85歳以上では50%程度に低下している。他方、「代筆による回答」「代理による回答」の割合は合計で80歳未満では10%未満であったが、85歳以上では20%程度に増加していた。つまり、代筆による回答や代理による回答という方法を併用したことで、健康上の理由などで回収が困難な高齢の人からも情報を得ることができたといえる。

表1-3 年齢階級別にみた回収・回答者の分布 (%)

年齢階級	回収・回答者					n
	本人回答	代筆回答	代理回答	不明	未回収	
モデル地区						
70-74歳	70.4	3.3	0.2	1.1	25.0	548
75～79歳	75.7	6.9	0.0	0.0	17.3	202
80～84歳	67.6	7.3	2.2	2.2	20.9	139
85歳以上	51.0	16.3	8.2	0.0	24.5	49
全体	70.1	5.3	0.9	1.0	22.7	938
対照地区						
70-74歳	69.2	3.1	0.0	1.1	26.6	545
75～79歳	68.2	5.0	0.4	2.1	24.3	239
80～84歳	55.9	10.9	0.5	4.3	28.4	211
85歳以上	51.3	16.7	2.6	2.6	26.9	78
全体	65.1	6.1	0.4	2.1	26.5	1,073

## 2) 傾聴ボランティアへの効果

ボランティアとして活動に参加する前後における身体的・精神的健康、社会関係の比較を行うことで、傾聴ボランティアの担い手への効果を検証した。

事前調査の対象は傾聴ボランティア養成講座の参加者60名全数であり、養成講座の初回講義（平成18年2月）の際に調査票を配布し、2回目の講義で回収するという配票留置自記式で行った。調査項目は、「身体的健康」「精神的健康」「社会関係」「ボランティアへの参加理由」「ボランティアに対する評価」であった。調査票は、参加者60人全員から回収された。

事後調査は、講座から1年後の平成19年2月に実施した。調査方法は事前調査と共通していた。新しく、ボランティア活動に対する満足度の項目を加えた。回収者は56名であり、初回調査の回収者に対する割合は93.3%であった。

表1-4には、追跡調査の回収者と未回収者の基本属性をそれぞれ示した。未回収者は4名と少なかったが、男性が多く、年齢階級は比較的高齢に分布していた。

表1-4 事後調査の回収状況別にみたボランティアの基本属性 (%)

回収状況	基本属性						n
	年齢階級				性		
	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70歳以上	男性	女性	
回収者	8.9	37.5	42.9	10.7	92.9	7.1	56
未回収者	0.0	50.0	25.0	25.0	50.0	50.0	4

注) 年齢は初回調査時である。

## 3) 高齢者への効果

閉じこもり高齢者への効果については、傾聴ボランティアを派遣した事例を対象に、派遣前と派遣6ヶ月後に調査を行なった。調査項目は、「特定高齢者のスクリーニングのためのチェックリスト」「身体的健康」「精神的健康」「社会関係」である。



#### 4) 事業のプロセス評価

閉じこもり高齢者の発見、専門家による査定、傾聴ボランティアの派遣といった各段階に直接かかわる住民や専門家（民生委員、ケアマネジャー、ボランティアのコーディネーター、ボランティア、傾聴ボランティアを受け入れた高齢者、傾聴ボランティアの教育機関のスタッフ）を対象としたフォーカス・グループ・インタビューや個別インタビューを実施し、その情報に基づき事業のプロセス評価を行った。

#### 4. おわりに

モデル地区の選定過程から得られた教訓は次の点にある。M市の事例は、モデル事業の目的がその良し悪しは別にして抽象的であり、それがために様々な住民組織や住民が参加していたモデル事業であった。見方を変えれば、住民自身がその事業の目的を設定し、それに主体的に取り組む点に力点が置かれていた事業といえる。プロジェクトの研究者は、このことは理解しつつも、介護予防という現実的な課題でもあることから、多少の時間がかかっても住民諸団体の合意を得ることが可能と判断した。しかし、その見通しは甘く、傾聴ボランティアの養成という自治体の中途の提案に対して反発すらあり、介護予防事業への取り組みという点で合意形成にはいたらなかった。事業の目的が明確である場合には、その目的を明確に提示し、それに密接に関係する住民の組織や団体を中心に地域の組織化を図ること、その枠内で住民の意見や要望、力を集約していくことが必要であるといえよう。

我孫子市におけるモデル事業の実施に際しては、ボランティアの派遣対象となる閉じこもり高齢者の把握ケースが予想以上に少なかったため、安易にはすべきではないが、傾聴ボランティアの効果について量的データに基づき評価するために以下のような変更を行った。すなわち、傾聴ボランティアの派遣対象を地域高齢者の中で閉じこもりに限定せず、家族以外の人との交流がない、孤立感が強いという状態の人に対しても派遣することとした。さらに、地域高齢者だけでなく、施設の高齢者に対しても派遣した。そのため、ボランティアの受け手に対する効果、担い手である傾聴ボランティアに対する効果については、このことの影響を考慮する必要がある。

## 2章 介護予防ニーズの潜在化の可能性

杉澤 秀博・桜美林大学

### 1. はじめに

2000年に制定された介護保険制度は、「医療と福祉サービスの統合化」「措置から契約へ」「公的な介護保険の導入」という目的をもって成立した。以上の3つの目的の他、「介護予防」についても条文に位置づけられていた。しかし、介護保険制度が導入されて以降、要支援、要介護1の認定高齢者が急増しており、条文に盛り込まれた理念とは裏腹に、それが十分に機能するための制度的な裏づけがなされていたとはいえない。

他方では、介護保険制度が制定されて以降も継続して、高齢者の自立度低下の原因解明と低下防止に対する介入方法の実証的な研究の蓄積が図られてきた。このような研究蓄積を反映させるかたちで、2005年に介護予防を重視した制度への転換を図るという1つの目的をもって介護保険制度が改正された。その内容は、介護予防の対象を「特定高齢者」と「要支援1・要支援2」<sup>1)</sup>とし、それぞれの対象者に対して、介護予防を目的とした地域支援事業あるいは新予防給付のサービスを提供することによって、要支援や要介護状態になったり、要介護状態の悪化を防いでいこうというものである。

「要支援1・要支援2」については、ケアマネジメント（予防マネジメント）がケアマネジャーではなく、地域包括支援センターの保健師が行うこととされ、提供されるサービスもこれまでのサービスを見直した予防訪問介護、予防通所介護、予防通所リハビリに加えて、運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上というサービスメニューも選択肢に加わるようになった。しかし、この対象者は、要介護認定者を対象としている点では、把握から認定までの流れは従来の枠組みで行われる。

他方、「特定高齢者」については、これまでの介護保険制度ではまったくなかった新しい事業対象であり、今回の改正で始めて登場してきた。その内容は、要支援・要介護になるおそれのある高齢者であり、「運動器の機能向上」「栄養改善」「口腔機能の向上」「閉じこもり予防」「認知症予防」「うつ予防」などに区分されている。予防マネジメントは、「要支援1・要支援2」と共通して地域包括支援センターが行うこととされている。この事業の対象者を把握するルートとしては、①予防健診、②主治医、民生委員、高齢者福祉センターなどからの連絡、③保健師の訪問活動、④要介護認定の非該当者、などがあげられている。そして、特定高齢者施策の対象は高齢者人口の5%程度であると想定されている。

しかし、この特定高齢者については、提供される「通所系サービス」あるいは「訪問系サービス」が有効か否かを検証していく必要があるが、それ以前にしなければならない課題、すなわち、特定高齢者の割合の推定値や各把握ルートの有効性についてはほとんど議論されていない現状にある。そのため、本研究で行った地域住民を対象としたベースライン調査では、「閉じこもり高齢者」に1つ焦点をあてつつも、特定

高齢者に関連する課題についても検討可能な調査項目を位置づけ、上記の課題を検討できるような調査とした。

本章では、地域住民を対象としたベースライン調査に基づき、「閉じこもり」に加えて、介護予防事業の対象者となる「特定高齢者の候補者」<sup>2)</sup>に着目し、①それぞれの高齢者の割合とその促進・予防に関わるリスク要因、②それぞれの高齢者が「基本健診」「民生委員」あるいは「主治医」とどの程度の接点があるか、③これら的高齢者のサービス利用意向、について検討してみる。

## 2. 地域高齢者の介護予防ニーズ

### 1) 閉じこもり

#### (1) 閉じこもりの割合

本研究では、厚生労働省の研究班の定義に従い、閉じこもり高齢者を「週に1回未満の外出頻度」の者とし、モデル地区・対照地区における閉じこもりの割合を評価した。モデル地区と対照地区では、それぞれ割合は7.5%と11.4%であった。厚生労働省の閉じこもり予防・支援マニュアルでは（閉じこもり予防・支援についての研究班、2005）、全国各地で行われた調査のレビューをもとに、65歳以上の高齢者全体を対象とした場合には10～15%程度、年齢が高くなるほど閉じこもり者が多くなるため、75歳以上の後期高齢者における頻度は20%を超えると指摘されている。本研究では、70歳以上という比較的高齢の人たちを対象としているものの、要介護認定者を対象から除外しているため、閉じこもりの高齢者の割合が低く出たのではないかと思われる。

ただし、興味深いのはモデル地区の7.5%という数値であり、対照地区と比較して有意に低く、またいずれの年齢階級でも同じようにモデル地区の方が低いという結果である。なぜニーズの割合が低いかについては、高齢者の経済階層などの違いも考えられる。今後の検討課題といえよう。

表2-1 年齢階級別にみた閉じこもりの高齢者の割合（%）

年齢階級	モデル地区		対照地区	
	閉じこもり 高齢者の割合	n	閉じこもり 高齢者の割合	n
70～74歳	5.3	419	8.7	402
75～79歳	6.1	148	5.7	175
80～84歳	13.2	106	20.6	126
85歳以上	20.0	45	31.8	44
全体	7.5	718	11.4	747

注) チェックリストの閉じこもりの項目が無回答の場合には、閉じこもり高齢者ではないと判定した。そのため、本報告の閉じこもり高齢者の割合は過少評価の可能性はある。

#### (2) 閉じこもり予防に対するサポートの効果

従来の研究では、歩行能力の低下や認知機能の低下という心身の障害、経済的基盤、社会とのつながり、生きる意欲などが閉じこもりの要因であると指摘されている（閉

じこもり予防・支援についての研究班, 2005)。しかし、これまで、周囲からのサポートが閉じこもり予防とどのような関係があるかについては十分な検討が行われていない。以下では、周囲からのサポートが閉じこもり予防にどの程度有効であるかを検証してみたい。取り上げたサポートの内容は、閉じこもり予防に特化させたサポートとして「外出や人との付き合いをすすめてくれたり、誘ってくれるか」、および一般的な情緒的サポートとして「話をよく聞いてくれたり、理解してくれるか」であった。そして、それぞれのサポートごとに、提供主体別に「同居家族」「別居家族」「友人や近所の人」「かかりつけの医師や保健師などの専門家」に区別してどのような人からのサポートが特に有効であるかを分析することにした。

まず、閉じこもり予防のためのサポートが閉じこもり予防にどの程度関係しているかを単クロスの結果に基づき検討してみよう。モデル地区、対照地区に共通して、「同居家族」「友人・近隣」についてはそれぞれ、サポートが多い人ほど閉じこもりの割合が有意に低いという結果が得られた(表 2-2)。

しかし、この結果から、周囲からの閉じこもり予防のサポートが、閉じこもり予防に効果があると結論づけることはできない。分析の結果では、心身の健康が良好でない場合に、外出や人とのつきあいをすすめてくれるという人の割合が低く(結果は省略)、心身の健康の悪い高齢者に対しては健康のことを配慮して、周りの人は高齢者に対して外出や人との付き合いの働きかけをしないという傾向にあることが示唆されている。さらに、心身の健康が良好でないことは、閉じこもりの大きなリスク要因でもあることから、閉じこもり予防のためのサポートは効果がなくても、心身の健康の悪化が一方では閉じこもりのサポートを減少させ、他方では閉じこもりの割合を増加させることになることから、両者の相関は擬似相関である可能性も高い。

以上の可能性を検証するため、心身の健康状態、さらに性と年齢という基本属性の影響を統計的に調整し、閉じこもり予防のためのサポートが独自の効果を持つか否かを評価してみた。具体的には、従属変数に閉じこもりの有無を、独立変数に閉じこもり予防のサポート、日常生活動作の障害と痴呆症の可能性の有無、年齢と性を投入し、多重ロジスティック回帰分析を行った。

分析の結果を表 2-3 に示したが、心身の健康と年齢、性の影響を調整した場合には、閉じこもり予防のためのサポートは閉じこもり予防に有意な効果をもっていなかった。一般的に、閉じこもり予防を目指した周囲の働きかけは閉じこもり予防に有効と思われたが、本研究では、これを支持する結果を得ることができなかった。

表2-2 閉じこもり予防のためのサポートの多寡別にみた閉じこもりの割合 (%)

	モデル地区		対照地区	
	閉じこもり 高齢者の割合	n	閉じこもり 高齢者の割合	n
<b>同居家族</b>				
よく誘ってくれる	4.7	296	7.4	282
たまに誘ってくれる	9.8	224	13.1	252
あまり／まったく誘って くれない	13.6	88	11.8	85
誘ってほしくない	9.4	32	30.3	33
同居家族いない・無回答	3.8	78	11.6	93
<b>別居親族</b>				
よく誘ってくれる	4.1	197	8.5	200
たまに誘ってくれる	7.8	321	12.6	348
あまり／まったく誘って くれない	11.0	145	10.7	131
誘ってほしくない	11.1	27	22.9	35
無回答	7.1	28	6.1	33
<b>友人・近隣</b>				
よく誘ってくれる	3.0	201	6.5	199
たまに誘ってくれる	6.5	278	10.4	288
あまり／まったく誘って くれない	11.8	144	14.4	139
誘ってほしくない	13.1	61	18.3	75
無回答	14.7	34	17.4	46
<b>保健・医療・福祉の専門家</b>				
よく誘ってくれる	5.5	55	8.3	60
たまに誘ってくれる	1.9	54	6.7	60
あまり／まったく誘って くれない	11.9	177	13.3	211
誘ってほしくない	17.0	47	19.5	41
関わりがない・無回答	5.5	385	10.7	375

注) サポートの多寡別に閉じこもり高齢者の割合に有意な差があるか否かについては、 $\chi^2$ 検定で評価した。

\*\*； P<.01, \*； P<.05, N.S.； P>.05

表2-3 閉じこもり予防のためのサポートの多寡が閉じこもりの割合に与える効果  
—多重ロジスティック回帰分析—

	モデル地区		対照地区	
	回帰係数	有意水準	回帰係数	有意水準
同居家族		.521		.294
よく誘ってくれる (参照カテゴリ)	-	-	-	-
たまに誘ってくれる	.394	.386	.589	.116
あまり／まったく誘ってくれない	.464	.399	.414	.424
誘ってほしくない	.211	.810	1.303	.040
同居家族いない・無回答	-.890	.258	.428	.362
別居親族		.955		.356
よく誘ってくれる (参照カテゴリー)	-	-	-	-
たまに誘ってくれる	-.008	.988	.003	.994
あまり／まったく誘ってくれない	-.104	.862	-.566	.256
誘ってほしくない	-.108	.916	-.341	.631
無回答	-.875	.945	-1.298	.147
友人・近隣		.211		.111
よく誘ってくれる (参照カテゴリー)	-	-	-	-
たまに誘ってくれる	.760	.208	.256	.544
あまり／まったく誘ってくれない	.892	.181	.675	.156
誘ってほしくない	.909	.242	.357	.526
無回答	1.926	.016	1.442	.015
保健・医療・福祉の専門家		.048		.056
よく誘ってくれる (参照カテゴリー)	-	-	-	-
たまに誘ってくれる	-2.354	.079	-.974	.220
あまり／まったく誘ってくれない	.205	.798	-.284	.636
誘ってほしくない	.481	.599	-.049	.948
関わりがない・無回答	-.555	.463	-.367	.523
年齢	.090	.001	.076	.001
性 (男性=1、女性=0)	-.217	.505	-.150	.574
日常生活動作 (障害あり=1、障害なし=0)	2.439	.000	3.322	.000
認知症 (疑いあり=1、疑いなし=0)	.921	.004	.609	.021
切片	-10.516	.000	-8.509	.000
モデルχ <sup>2</sup>	76.200	.000	80.803	.000

注1) 分析例数は、モデル地区が718、全市が747であった。

注2) 日常生活動作については、「食事」「着替」「入浴」「排泄」「歩行」のいずれかの項目で「手助け」が必要という人である。いずれの項目も「手助け」が必要ないという人、無回答の項目を含む人は「障害なし」とした。

注3) 認知症の疑いの有無については、基本チェックリストの「認知症の予防・支援」の判定のための基準に基づき評価した。

では、情緒的サポートについては、閉じこもり予防に有意な効果をもっているのだろうか。まず、情緒的サポートと閉じこもりの割合との単クロスの結果をみてみよう。モデル地区と対照地区に共通して、「友人・近隣」からの情緒的サポートが多い人ほど閉じこもりの割合が有意に低く、閉じこもり予防のサポートと同じ結果がえられた (表2-4)。

心身の健康状態と年齢、性の影響を調整するために、閉じこもり予防のためのサポートと同じようなモデルで多重ロジスティック回帰分析を行った結果、単クロスでは有意な関連がみられた「友人・近隣」からの情緒的サポートについては、他の要因の影響を調整した結果、有意な効果が消失した (表2-5)。さらに、「同居家族」や「別居

親族」からの情緒的サポートも有意な効果をもっていなかった。以上の知見は、既存のサポート・ネットワークが閉じこもりの解消に必ずしも有効でないことを示唆している。これまでの研究では、手段的なサポートについては日常生活動作の自立度をかえって低下させる可能性があり、そのことの理由としてサポートを受ける側はサポートに依存し、自立的な行動が阻害されるといった点が指摘されている。閉じこもりの場合も、自宅内に閉じこもっていても周囲からの情緒的サポートがある場合には、外出しなくても人間関係のニーズは満たされていることから、かえって外出するという動機づけを弱めているのではないかと思われる。

このように既存のサポート・ネットワークがあまり有効でなかったことを考えるならば、新しいネットワークづくりをするという本研究の試みは大きな意味があるといえよう。すなわち、高齢者に対するサービスメニューとして傾聴ボランティアという訪問形態でのサービスを考えているが、既存のネットワーク以外の人たちが高齢者の話し相手となることから、その刺激によって高齢者の外部への関心を引き出し、外出するという欲求を強くすることに貢献する可能性があるのではないか。特に、傾聴ボランティアがデイサービスなどのサービスの利用や地域のグループへの参加を促すような働きかけができるならば、閉じこもり予防の効果はより一層大きくなるものと思われる。

表2-4 情緒的サポートの多寡別にみた閉じこもりの割合 (%)

	モデル地区		対照地区	
	閉じこもり 高齢者の割合	n	閉じこもり 高齢者の割合	n
<b>同居家族</b>				
よく聞いてくれる	7.5	333	9.2	336
まあよく聞いてくれる	7.7	246	13.1	274
あまり／まったく聞いてくれない	16.7	42	10.3	29
心配事を話さない	13.9	28	29.6	27
同居家族いない・無回答	7.1	69	8.6	81
<b>別居親族</b>				
よく聞いてくれる	6.2	355	10.8	361
まあよく聞いてくれる	7.3	262	10.8	268
あまり／まったく聞いてくれない	28.0	25	9.7	31
心配事を話さない	7.3	55	16.4	61
無回答	9.5	21	15.4	26
<b>友人・近隣</b>				
よく聞いてくれる	5.3	282	7.1	296
まあよく聞いてくれる	9.7	258	10.8	276
あまり／まったく聞いてくれない	24.3	24	5.0	20
心配事を話さない	13.0	135	18.8	128
無回答	29.2	19	18.5	27
<b>保健・医療・福祉の専門家</b>				
よく聞いてくれる	6.1	326	8.1	323
まあよく聞いてくれる	6.3	205	12.5	248
あまり／まったく聞いてくれない	30.0	20	9.1	11
心配事を話さない	16.7	12	21.4	14
関わりがない・無回答	8.4	155	15.8	152

注) サポートの多寡別に閉じこもり高齢者の割合に有意な差があるか否かについては、 $\chi^2$ 検定で評価した。  
 \*\*: P<.01, \*: P<.05, N.S.; P>.05

表2-5 情緒的サポートの多寡の閉じこもりの割合に与える効果  
—多重ロジスティック回帰分析—

	モデル地区		対照地区	
	回帰係数	有意水準	回帰係数	有意水準
同居家族		.152		.218
よく誘ってくれる (参照カテゴリ)	-	-	-	-
たまに誘ってくれる	-.564	.212	.393	.260
あまり／まったく誘ってこない	-.330	.632	.432	.564
誘ってほしくない	-.832	.358	1.030	.076
同居家族いない・無回答	-2.686	.018	-.435	.412
別居親族		.419		.104
よく誘ってくれる (参照カテゴリ)	-	-	-	-
たまに誘ってくれる	-.147	.763	-.924	.011
あまり／まったく誘ってこない	1.124	.147	-1.554	.069
誘ってほしくない	-.403	.579	-.599	.241
無回答	-.372	.722	-.439	.580
友人・近隣		.355		.035
よく誘ってくれる (参照カテゴリ)	-	-	-	-
たまに誘ってくれる	.547	.276	.653	.091
あまり／まったく誘ってこない	.721	.397	.417	.664
誘ってほしくない	.709	.189	1.233	.003
無回答	1.654	.059	1.016	.183
保健・医療・福祉の専門家		.074		.261
よく誘ってくれる (参照カテゴリ)	-	-	-	-
たまに誘ってくれる	-.065	.888	.381	.274
あまり／まったく誘ってこない	1.522	.024	.228	.849
誘ってほしくない	1.456	.022	.074	.934
関わりがない・無回答	.170	.710	.835	.025
年齢	.096	.000	.094	.000
性 (男性=1、女性=0)	-.074	.818	-.263	.325
日常生活動作 (障害あり=1、障害なし=0)	2.308	.000	3.671	.000
認知症 (疑いあり=1、疑いなし=0)	.916	.006	.623	.018
切片	-10.596	.000	-10.177	.000
モデル $\chi^2$	77.546	.000	92.602	.000

注1) 分析例数は、モデル地区が718、全市が747であった。

注2) 日常生活動作については、「食事」「着替」「入浴」「排泄」「歩行」のいずれかの項目で「手助け」が必要という人である。いずれの項目も「手助け」が必要ないという人、無回答の項目を含む人は「障害なし」とした。

注3) 認知症の疑いの有無については、基本チェックリストの「認知症の予防・支援」の判定のための基準に基づき評価した。



## 2) 特定高齢者

特定高齢者の候補者の割合は、モデル地区で9.9%、対照地区で7.6%であった。表2-6に示したように、年齢階級別にみると、モデル地区では70～74歳では7.9%、75～79歳では8.1%、80～84歳では12.3%、85歳以上では28.9%と、年齢階級が高まるに従って特定高齢者の候補者の割合が高くなっていった。対照地区においても、同じように年齢階級が高いほど特定高齢者の候補者の割合が増加する傾向にあった。

厚生労働省では、特定高齢者の割合は高齢者人口の5%程度であると見込んでいる。その根拠は示されていないものの、この数値は重要な意味をもつ。すなわち、様々なルートを通じて把握され、介護予防サービスの対象となった高齢者が、はたして地域にいる特定高齢者のどのような割合を占めているか、すなわち潜在化している特定高齢者の割合を推定するために必要な重要な指標であるからである。そのため、その数値が果たして妥当であるか否かを検証する作業は重要な課題である。

既述のように対照地区はモデル地区を除く全市であるが、候補者の割合は7.6%であり、厚生労働省の見込みよりも高い。しかし、調査対象が70歳以上であるため、それが影響して特定高齢者の候補者の割合が高くなっている可能性がある。我孫子市の65歳以上人口の年齢階級別分布（平成17年1月）をもとに、過大評価をできるだけ防止するため、65～69歳における特定高齢者の候補者の割合を0と仮定し、それ以外の年齢階級は本調査で得られた割合に基づき推計値を算出した。このような手法で推計した結果、5.9%と厚生労働省の見込みよりも多少高い数値が得られた。65～69歳における特定高齢者の候補者の割合を0としたことに加えて、回収率が約80%と健康上の問題をもっている人が選択的に除かれている可能性が高いことから、この数値は過小に評価された可能性はある。もちろん、チェックリストだけでなく、医学的な検査所見に基づき特定高齢者の選定がなされることから、この数値だけで特定高齢者という点からみた介護予防のニーズが正しく見積もられているということとはできない。今後、特定高齢者の候補者の中でどの程度の人が特定高齢者として選定されるのか、その数値も考慮しながら、より精度の高い特定高齢者の割合の推計値を求めていくことが必要といえよう。

表2-6 年齢階級別にみた特定高齢者の候補者の割合 (%)

年齢階級	モデル地区		対照地区	
	特定高齢者の候補者の割合	n	特定高齢者の候補者の割合	n
70～74歳	7.9	419	4.2	402
75～79歳	8.1	148	8.0	175
80～84歳	12.3	106	12.7	126
85歳以上	28.9	45	22.7	44
全体	9.9	718	7.6	747

注) チェックリストに無回答の項目があっても、回答した項目によって特定高齢者の候補者に該当すると判定された場合には、特定高齢者とした。無回答項目のために判断できない場合にはすべて特定高齢者ではないと判定した。そのため、本報告の特定高齢者の割合は過小評価の可能性はある。

特定高齢者の候補として選択された高齢者の中から、「運動器の機能向上」「栄養改善」「口腔機能の向上」「閉じこもり予防・支援」「認知症予防・支援」「うつ予防・支援」といった各プログラムに参加することが望ましい人の割合を算出しておきたい。医学や理学的な検査によって多少の変化があるが、各サービスのニーズ量を推定する際の参考になるであろう。表2-7に示したように、特定高齢者の中では「認知症予防・支援」と「うつ予防・支援」のニーズが高かった。この結果は、現在の地域支援事業の介護予防サービスの形態では、特定高齢者の介護予防ニーズに必ずしも適合しないことを示唆している。地域支援事業の介護予防サービスは通所形態と訪問形態があるものの、集団的なプログラムを提供する通所形態の事業を中心としている。うつ、認知症、閉じこもり等のおそれがある高齢者や既にこうした状態にあるものなど、通所形態による事業実施が困難である者に対しては、保健師等がその者の居宅を訪問し、必要な相談や指導を行うといった訪問形態の事業を実施するとしている。本研究では、通所形態の対応となる「運動器の機能向上」「栄養改善」「口腔機能の向上」へのニーズが低く、訪問形態が望まれる「認知症予防・支援」と「うつ予防・支援」へのニーズが高いことが明らかになっており、通所形態を中心とした介護予防サービスでは、そのニーズに十分に対応できないことが示唆されている。

また、本研究では、「運動器の機能向上」「栄養改善」あるいは「口腔機能の向上」のニーズが単独で存在し、「認知症予防・支援」と「うつ予防・支援」「閉じこもり予防・支援」のニーズと重複していない人の割合は、特定高齢者中、モデル地区で22.2%、対照地区で10.9%であり、ほとんどの特定高齢者が「運動器の機能向上」「栄養改善」あるいは「口腔機能の向上」へのニーズと、「認知症予防・支援」「うつ予防・支援」あるいは「閉じこもり予防・支援」へのニーズを複合してもっていることが明らかとなった。「運動器の機能向上」「栄養改善」「口腔機能の向上」というニーズについても、「認知症予防・支援」「うつ予防・支援」あるいは「閉じこもり予防・支援」への対応なくしてはサービスの提供ができないという状況にあることから、このような人に対しては、保健師の訪問以外にも訪問形態のサービスのメニューの拡大を図ることが必要といえよう。

表2-7 特定高齢者に占める参加することが望ましいプログラム対象者の割合（％）

	モデル地区	対照地区
運動器の機能向上	21.1	12.3
栄養改善	19.7	15.8
口腔機能の向上	57.7	56.1
閉じこもり予防・支援	29.6	38.6
認知症予防・支援	71.8	75.4
うつ予防・支援	59.2	71.9
n	71	57

注) チェックリストに無回答の場合であっても、回答した項目によって特定高齢者の候補者に該当すると判定された場合には、特定高齢者とした。無回答項目のために判断できない場合にはすべて特定高齢者ではないと判定した。そのため、本報告の特定高齢者の割合は過小評価の可能性がある。

以下では、調査方法論の問題とも関連することであるが、代筆による回答や代理による回答がいかに高齢者の介護予防に関連したニーズを把握するのに重要であるかについて検討しておきたい。回答者の種類別に特定高齢者の候補者の割合をみると、本人の回答ではモデル地区、対照地区それぞれ 8.1%、5.9%であり、他方、代筆による回答では 26.2%、20.7%、代理による回答では 45.5%、41.7%であり、本人の回答に限定すると、特定高齢者の候補者の割合がかなり低いことがわかる（表 2-8）。ちなみに本人の回答に限定して特定高齢者の候補者の割合を推定すると 4.6%となり、1ポイント以上割合が低下することになる。

表2-8 回答者の種類別にみた特定高齢者の候補者の割合（%）

回答者の種類	モデル地区		対照地区	
	特定高齢者の候補者の割合	n	特定高齢者の候補者の割合	n
本人	8.1	663	5.9	666
代筆	26.2	42	20.7	58
代理	45.5	11	41.7	12
不明	50.0	2	9.1	11
全体	9.9	718	7.6	749

注) チェックリストに無回答の場合であっても、回答した項目によって特定高齢者の候補者に該当すると判定された場合には、特定高齢者とした。無回答項目のために判断できない場合にはすべて特定高齢者ではないと判定した。そのため、本報告の特定高齢者の割合は過小評価の可能性がある。

### 3. 閉じこもり・特定高齢者の把握

#### 1) 閉じこもり

特定高齢者の把握のためのルートとしては、①基本健診、②主治医・民生委員などの関係機関からの連絡、③訪問活動をする保健師などからの連絡、④本人、家族、地域住民からの連絡、⑤要介護認定非該当者、などが想定されているが、それぞれのルートから、どの程度、閉じこもり高齢者が把握できるのであろうか。本研究では、「基本健康診査」「民生委員」「主治医」の3つのルートについて、それぞれによってどの程度の把握が可能かを検証してみたい。主治医については市内に限定した。それは、市内に主治医がいるならば介護予防のために地域包括支援センターとの連携の可能性を探ることが可能と考えたからである。

表 2-9 に示したように、閉じこもり高齢者のうち、民生委員の訪問や相談の経験がある人の割合がモデル地区で 5.6%、対照地区で 7.1%であり、把握のためのルートとしてはそれほど有効とはいえない。基本健康診査についても、受診割合がモデル地区で 35.2%、対照地区で 29.4%と、民生委員ルートよりも把握ルートとして有効であることが示唆されたものの、それでも半数が把握できずに残ることになる。3つのうちで一番有効であったのが市内にいる主治医からであり、いずれの地区でも 50%以上の割合を占めていた。もし主治医の協力が得られるならば、半数以上の閉じこもり高齢者が把握されることになる。

以上、本研究では閉じこもり高齢者の把握のルートとして民生委員の活用の可能性を考えているが、このルートによる把握率をより一層高めていくには、民生委員が接触をもっている高齢者の範囲をより一層広げ、掘り起こしていくよう努力することが必要であることを物語っている。

表2-9 閉じこもり高齢者のサービス・機関の利用割合 (%)

サービス・機関の利用	モデル地区	対照地区
基本健康診査（毎年受診）	35.2	29.4
民生委員（訪問・相談経験あり）	5.6	7.1
主治医（市内に限定）	55.6	67.1
n	54	85

注) 基本健康診査については、「数年に一度受けている」「ほとんど受けていない」「無回答」は、「利用なし・その他」に分類した。主治医については、通っている医療機関が「市内にある」「市内と市外の両方」という人は「主治医が市内」に、「市外にある」「通っていない」「無回答」は「市外に主治医、未受診・その他」に分類した。民生委員については、「この1年間に訪問を受けたり、相談したりしたことがある」を「訪問・相談経験あり」に、「知っているが、この1年では訪問を受けたり、相談したことなし」「知らない」「無回答」は「訪問・相談経験なし・その他」に分類した。

## 2) 特定高齢者

表2-10に示したように、受診率からすると、基本健康診査によって把握される割合はモデル地区で38.0%、対照地区で40.4%であり、残りの60%程度の特定高齢者が基本健康診査では把握できないことが明らかとなった。民生委員についても、モデル地区と対照地区ではいずれも10%程度と、基本健診というルート以上に把握することのできる特定高齢者の割合が低いことが示された。この2つのルートは、それによって把握される人はほとんど重複していないことから、いずれかによって把握される割合はモデル地区で43.7%、対照地区で47.4%とそれぞれ単独のルートよりも把握できる割合が増加した。しかし、この2つのルートを併用しても把握される特定高齢者の割合は半数に満たない。

それに対して、市内に主治医がいる特定高齢者はモデル地区で67.6%、対照地区で78.9%と、以上の2つのルートを併用して把握される割合よりも把握できる割合が高かった。特定高齢者の把握には、市内にいる主治医の協力が重要であることが示唆される結果であった。

表2-10 特定高齢者の候補者中のサービス・機関の利用割合 (%)

サービス・機関の利用	モデル地区	対照地区
基本健康診査（毎年受診）	38.0	40.4
民生委員（訪問・相談経験あり）	8.5	10.5
主治医（市内に限定）	67.6	78.9
n	71	57

注) 基本健康診査については、「数年に一度受けている」「ほとんど受けていない」「無回答」は、「利用なし・その他」に分類した。通っている医療機関が「市内にある」「市内と市外の両方」という人は「主治医が市内」に、「市外にある」「通っていない」「無回答」は「市外に主治医、未受診・その他」に分類した。民生委員については、「この1年間に訪問を受けたり、相談したりしたことがある」を「訪問・相談経験あり」に、「知っているが、この1年では訪問を受けたり、相談したことなし」「知らない」「無回答」は「訪問・相談経験なし・その他」に分類した。