

平成 21 年度老人保健事業推進費等補助金  
(老人保健健康増進等事業)

高齢者のQOLを支える運動開始・継続を促す  
健康づくり・環境実態調査事業

平成 22 年 3 月

財団法人 健康・体力づくり事業財団

## はじめに

急激な高齢化が進行するわが国において、より多くの高齢者が介護状態に陥ることなく、良好な QOL を長く保ち続けることは、喫緊の課題といえます。そのために、平成 17 年 4 月以降、本格的な介護予防事業が全国各地で始まりました。

この介護予防事業においては、今までの経験を踏まえた「総合的介護予防システムについてのマニュアル（改訂版）」等も推奨されていますが、現場で高齢者を取り巻く環境は千差万別であり、すべてが理想的に実施されているとはいえません。今ある資源で、今いるスタッフが、さまざまな知恵を絞って実施しているのが現状です。そのような中で、どのような事業が、高齢者が出席しやすく、かつ予防効果を上げられるのかは、現場においてぜひ共有すべき知恵ではないかと考えました。

そこで、本調査では、全国の介護予防事業を実施している担当課にアンケートを行い、特に運動を含む介護予防プログラムを中心に、出席率が高く、効果を上げている要因を検討するとともに、9 市区町村に出向き、その地域特有の条件や、だからこその工夫について直接担当者の声をうかがいました。

本調査からは、プログラムへの参加人数が多くなりすぎないこと、また、従来から行われている行動変容技法は、高齢者のプログラムへの継続参加を促すことにも効果があることが示唆されました。

本調査事業が、介護予防事業を実施していく保健・福祉行政をはじめ、運動指導に携わる多くの指導者、関係者の皆様の一助となれば幸いです。また、報告書の要点を抜き出した概要版も作成いたしましたので、あわせてご活用ください。

最後に、本調査事業にご協力をいただきました全国の保健・福祉ご担当者様、ならびに、本事業のデザイン、実査、分析にご指導いただきました委員の皆様へ深く感謝申し上げます。

財団法人 健康・体力づくり事業財団  
理事長 小澤 壯六

# 目 次

I	調査の目的	3
II	調査の概要	
1	調査対象	5
2	調査方法	5
3	調査期間	5
4	調査票回収数	5
5	結果の概要（調査票による結果概要）	
	（1）基本的実態の状況	6
	（2）実施した各プログラムのとりまとめ	6
III	介護予防プログラムの出席及び効果に関連する要因	
1	目的と方法	21
2	結 果	23
3	ま と め	56
IV	介護予防事業の効果を上げる自治体の取り組み	
1	自治体の選定基準	61
2	事例一覧表	62
3	事例紹介	64
4	ま と め	82
V	総まとめ	83
VI	集計結果・調査票	
1	クロス集計表	85
2	調査票 I	127
3	調査票 II	128

# I 調査の目的

## I 調査の目的

我が国の高齢化や核家族化の進展等により急増する要介護者を社会全体で支える仕組みとして、介護保険法に基づく介護保険制度が2000年4月より導入された。2005年6月の介護保険法改正により2006年4月より介護予防制度の導入が図られ、2009年3月にはそれまでの介護予防の現場で培われたノウハウや成果をもとに、総合的介護予防システムについてのマニュアル（改訂版）（以下、「介護予防マニュアル（改訂版）」）が示された。このマニュアルでは、①総合介護予防システム、②生活機能評価、③運動器の機能向上、④栄養改善、⑤口腔機能向上、⑥閉じこもり予防、⑦認知症予防、⑧うつ予防、といった総論から各論にいたるまでの詳細なサービス内容について記述されており、介護予防の標準的な実施方法として現場で活用が推奨されている。

介護保険制度が導入され10年、本格的な介護予防事業が始まって5年が経過した。どのような特徴を持った介護予防事業が、高齢者の事業への参加を促進し、心身機能の改善を通じて生活の質（QOL）の向上に効果的であるのかを検討する必要がある。介護予防事業のような介入プログラムの効果を学術的に検証するためには、無作為割付比較試験により、介護予防マニュアル（改訂版）に示されたような介入方法の効果を、出席率や満足度などのアウトプット指標ならびに介護度進行の抑制などのアウトカム指標を用いて検証するのが一般的である。一方で、実施可能性を踏まえ、なおかつ質の高いプログラムのあり方を検討するためには、全国の自治体で実際に実施されている介護予防プログラムの出席率や効果指標の改善などの現状について、基本情報を明らかにすることも重要である。

そこで本研究では、二つのアプローチを用いて介護予防事業の実態を調査した。一つめは日本全国の1,962市区町村に対する質問紙を用いた調査を依頼し、寄せられた回答をもとに介護予防の特徴を把握する方法である。これにより介護予防プログラムの効果に関連する要因を推測した。もう一つは、質問紙への回答が返却された市区町村の中から、効果的もしくは特徴的な取り組みを行っていると思われる市区町村を選定し、調査員による現地調査（ヒアリング）を実施し、特徴的な取り組み事例を広く紹介することを目的とした。

## II 調査の概要

## II 調査の概要

### 1 調査対象

日本全国の市区町村（区部を持つ市に対しては、市も区も対象とした。） : 1, 962  
現地調査（ヒアリング）として、下記の9市区町村の介護予防事業担当部署

### 2 調査方法

#### ① 調査票（質問紙）を用いた郵送法（往復）

なお、調査票は2種類あり、一つ（調査票Ⅰ）は、市区町村の人口等を含む全般的な質問、もう一つ（調査票Ⅱ）は、介護予防事業において実施しているプログラムに対する質問で、複数枚配布した。

#### ② 面接聞き取り（ヒアリング）調査

調査票を回収した中から、本調査委員会が選出した下記9市区町村に、当調査委員会の委員が直接赴き、現地の介護予防事業担当者から、詳細を聞き取った。

1 北海道 幌加内町	6 静岡県 藤枝市
2 秋田県 潟上市	7 滋賀県 東近江市
3 茨城県 水戸市	8 徳島県 小松島市
4 東京都 品川区	9 大分県 中津市
5 長野県 野沢温泉村	

### 3 調査期間

① 調査票調査は、平成21年11月6日（金）から20日（金）

② 面接聞き取り調査は、平成22年1月8日（金）から2月24日（水）

### 4 調査票回収数（率）

回収数 : 590（市区町村） <回収率は、30.1%>

このうち、調査票Ⅱ（プログラム毎に回答）は、1,445部

5 結果の概要（調査票による結果概要）

（1）基本的実態（背景）の状況

① 地域ブロック別にみた回収数（調査票Ⅰ）とヒアリング実施箇所数

表 1-1

	実 数	構成割合	ヒアリング
総 数	590	100.0	9
北 海 道	69	11.7	1
東 北	77	13.1	1
関 東	125	21.2	2
中 部	119	20.2	2
近 畿	66	11.2	1
中国・四国	46	7.8	1
九州・沖縄	88	14.9	1

※（東京都=21、埼玉県=25）  
茨城県=22、千葉県=21

※（長野県=29、愛知県=28）

※（福岡県=27）

② 地域ブロック別にみた本調査対象の地区の人口、65歳以上人口、要支援・要介護者人口

表 1-2

	ブロック内 人口	ブロック内の 65歳以上人口	要支援者 要介護者 人口 計	要支援者計	要介護者計
総 数	54,590,535 (100.0)	11,831,751 (21.7)	1,958,671 (3.6)	501,086 (0.9)	1,457,585 (2.7)
北 海 道	1,930,983 (100.0)	492,322 (25.5)	85,074 (4.4)	25,957 (1.3)	59,117 (3.1)
東 北	4,003,582 (100.0)	982,271 (24.5)	172,225 (4.3)	37,937 (0.9)	134,288 (3.4)
関 東	20,432,427 (100.0)	4,123,702 (20.2)	600,130 (2.9)	139,968 (0.7)	460,162 (2.3)
中 部	11,042,100 (100.0)	2,324,739 (21.1)	377,206 (3.4)	87,744 (0.8)	289,462 (2.6)
近 畿	6,938,516 (100.0)	1,491,299 (21.5)	272,011 (3.9)	76,925 (1.1)	195,086 (2.8)
中国・四国	3,315,634 (100.0)	849,458 (25.6)	163,296 (4.9)	46,703 (1.4)	116,593 (3.5)
九州・沖縄	6,927,293 (100.0)	1,567,960 (22.6)	288,729 (4.2)	85,852 (1.2)	202,877 (2.9)

※ 各人口は、調査票記載の回答による集計結果であり、回答の基盤となっているデータとしてのものである。また、各項目において数件ずつの無回答があり、有効回答のみによる集計結果である。

【 参 考 】

参考表 1

	平成21年8月 1日現在推計 総人口	左記同日現在 65歳以上 人口	要支援者 要介護者 人口計	要支援者計	要介護者計
実 数	127,540,000	28,895,000	4,752,954	1,249,431	3,503,523
構 成 割 合	100.0	22.7	3.7	1.0	2.7

この参考表1と表1-2を見比べると、各項の構成割合の数値が非常に近似しており、かつ、ブロック別で観察しても、その妥当性（大都市部を多く含むブロック（関東・近畿）のほうが65歳以上人口も少ない）もみられるので、本調査に回答した市区町村をサンプル（標本）として見立てても偏りが無いものと思われる。

③ 地域ブロック別にみた担当部署の正規職員数・非正規職員数

表 1-3

	総 数	正規職員数	非正規職員数	無回答
総 数	10,672 (100.0)	7,765 (72.8)	2,907 (27.2)	9
北 海 道	1,048 (100.0)	752 (71.8)	296 (28.2)	1
東 北	1,360 (100.0)	1,077 (79.2)	283 (20.8)	—
関 東	2,410 (100.0)	1,802 (74.8)	608 (25.2)	4
中 部	1,981 (100.0)	1,493 (75.4)	488 (24.6)	—
近 畿	1,225 (100.0)	867 (70.8)	358 (29.2)	2
中国・四国	968 (100.0)	754 (77.9)	214 (22.1)	1
九州・沖縄	1,680 (100.0)	1,020 (60.7)	660 (39.3)	1

※ 無回答数は、この項目だけ無回答だった市区町村数である。

④ 地域ブロック別にみた担当部署の職種別職員数

表 1 - 4

	総 数	北海道	東 北	関 東	中 部	近 畿	中国・四国	九州・沖縄
総 数	10,404 (100.0)	1,047 (100.0)	1,336 (100.0)	2,400 (100.0)	1,844 (100.0)	1,221 (100.0)	950 (100.0)	1,606 (100.0)
医 師	10 ( 0.1)	1 ( 0.1)	1 ( 0.1)	5 ( 0.2)	1 ( 0.1)	- ( -)	2 ( 0.2)	- ( -)
歯科医師	8 ( 0.1)	- ( -)	1 ( 0.1)	2 ( 0.1)	- ( -)	1 ( 0.1)	1 ( 0.1)	3 ( 0.2)
薬 剤 師	2 ( 0.0)	- ( -)	- ( -)	1 ( 0.0)	1 ( 0.1)	- ( -)	- ( -)	- ( -)
保 健 師	2,754 ( 26.5)	312 ( 29.8)	443 ( 33.2)	624 ( 26.0)	482 ( 26.1)	288 ( 23.6)	291 ( 30.6)	314 ( 19.6)
看 護 師	713 ( 6.9)	41 ( 3.9)	99 ( 7.4)	159 ( 6.6)	151 ( 8.2)	83 ( 6.8)	42 ( 4.4)	138 ( 8.6)
管理栄養士 ・栄養士	323 ( 3.1)	39 ( 3.7)	69 ( 5.2)	59 ( 2.5)	33 ( 1.8)	42 ( 3.4)	44 ( 4.6)	37 ( 2.3)
理学・作業 療法士	106 ( 1.0)	10 ( 1.0)	5 ( 0.4)	30 ( 1.3)	25 ( 1.4)	24 ( 2.0)	7 ( 0.7)	5 ( 0.3)
健康運動 指導士	35 ( 0.3)	6 ( 0.6)	9 ( 0.7)	7 ( 0.3)	5 ( 0.3)	1 ( 0.1)	2 ( 0.2)	5 ( 0.3)
健康運動 実践指導者	32 ( 0.3)	4 ( 0.4)	13 ( 1.0)	2 ( 0.1)	6 ( 0.3)	6 ( 0.5)	1 ( 0.1)	- ( -)
事務職等 その他	6,421 ( 61.7)	634 ( 60.6)	696 ( 52.1)	1,511 ( 63.0)	1,140 ( 61.8)	776 ( 63.6)	560 ( 58.9)	1,104 ( 68.7)
無 回 答	4	-	-	1	1	-	1	1

※ 無回答の数は、この項目だけ無回答だった市区町村数である。

## ⑤ 回答プログラム（調査票Ⅱ）の数

本調査では、出席者の多いプログラム、出席率の高いプログラムのほうを良いものと想定したため、出席率を算出し、それを表1-5の表頭のように階級化（分類）して、各項目の比較・分析を行うこととした。

### 出席率の算出法

$$\text{出席率} = [\text{プログラムへの延べ出席者数}] \div ([\text{参加者数}] \times [\text{回数}]) \times 100$$

延べ出席者数：プログラムの各回ごとの出席者数の計

参加者数：プログラムに参加を申し込んだ人数

出席者数：プログラム1回(日)ごとの参加(出席)した人数

各回のプログラムへの参加の状況について、調査票は「運動」・「栄養」等の内容や形態、開催日、出席者数を回答記入するようになっているが、調査票（紙面）の都合上、回数は最大48回までしか記入できない。出席率の算出にあたり、49回以上の場合は、分母が大きくなり出席率が低くなる傾向があるため、「0～49%」の分類の中にも含めることとした。

なお、49回以上開催したプログラムは、129あった。

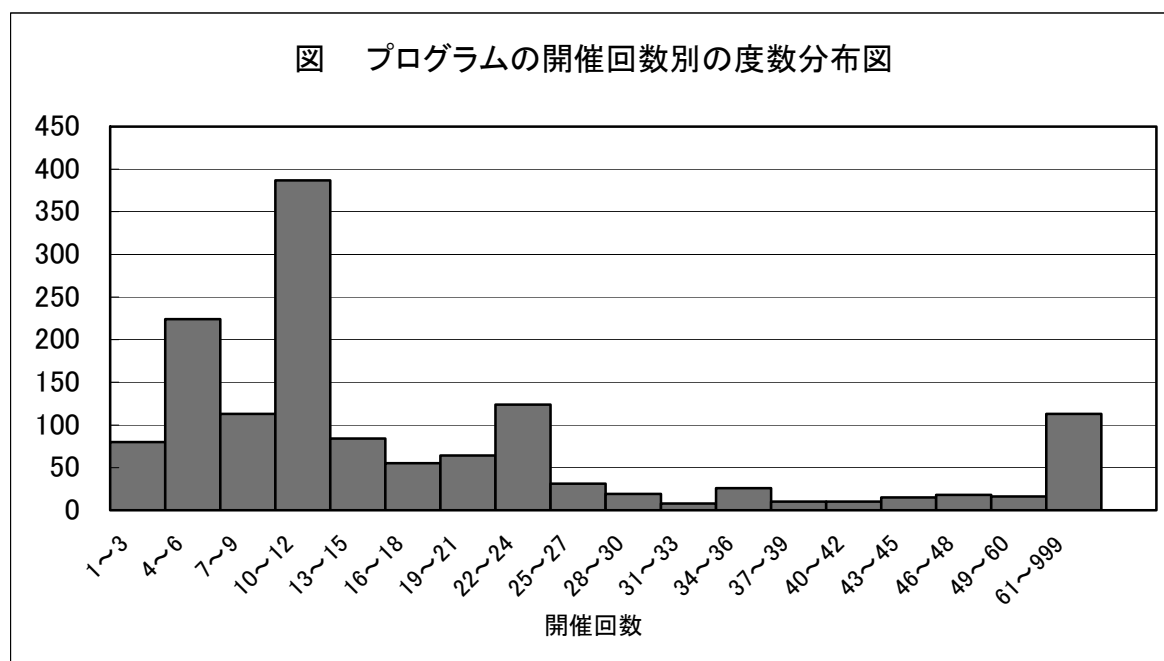
表1-5 プログラムへの出席率別の回答数とその構成割合

	総数	95%以上	90-94%	80-89%	70-79%	60-69%	50-59%	0-49%	無回答
総プログラム数	1,455	98	97	254	197	124	76	413	196
構成割合	100.0	6.7	6.7	17.5	13.5	8.5	5.2	28.4	13.5

注1：「0～49%」には、開催回数（分母）が49回以上で、延べ出席者数（分子）が48回分の場合を含む。

注2：無回答は、開催回数のみや出席者数のみの場合もある。

### 参考図



⑥ 調査票Ⅱにおける基礎的な各項目別の数（一次元（単純）集計結果）

表1-6-1 プログラムの事業予算（階級別）

	総数	10万未満	-50万未満	-100万未満	-200万未満	-300万未満	-500万未満	-700万未満	-1000万未満	1000万以上	無回答
実数	1,455	220	412	218	162	61	70	38	39	73	162
構成割合	100.0	15.1	28.3	15.0	11.1	4.2	4.8	2.6	2.7	5.0	11.1

※ 事業予算については、回答欄で千円単位としたため誤解回答が多かったため、平均値等は省略した。

表1-6-2 開催回数（階級別）

	総数	1回	2～4回	5,6回	7,8回	9,10回	11～15回	16～20回	21～24回	25回以上	無回答
実数	1,455	19	108	177	92	84	408	104	139	266	58
構成割合	100.0	1.3	7.4	12.2	6.3	5.8	28.0	7.1	9.6	18.3	4.0

◇ 開催回数の平均値は31.5回、中央値は12.0回、最頻値は12回

表1-6-3 開催期間（階級別）

	総数	1～2ヶ月	3～4ヶ月	5～6ヶ月	7～8ヶ月	9～10ヶ月	11～12ヶ月	無回答
実数	1,455	95	696	269	33	52	249	61
構成割合	100.0	6.5	47.8	18.5	2.3	3.6	17.1	4.2

◇ 開催期間の平均値は5.5ヶ月、中央値は4.0ヶ月、最頻値は3ヶ月

表1-6-4 参加費用（階級別）

	総数	0円（無料）	1～999円	1,000～1,999円	2,000～2,999円	3,000～4,999円	5,000円以上	無回答
実数	1,455	929	245	81	35	30	34	101
構成割合	100.0	63.8	16.8	5.6	2.4	2.1	2.3	6.9

◇ 参加費用の平均値は524円、中央値・最頻値はともに0円（無料）

表1-6-5 参加者総数（階級別）

	総数	1～9人	10～19人	20～29人	30～39人	40～49人	50～99人	100人以上	無回答
実数	1,455	290	474	231	87	55	104	113	101
構成割合	100.0	19.9	32.6	15.9	6.0	3.8	7.1	7.8	6.9

※ 参加者の回答として、前期高齢者・後期高齢者別、男女別にも記入することとしていたが、それらを分けて回答できなかった市区町村が多いので、集計から除外・省略した。

◇ 参加者総数の平均は46.0人、中央値は17.0人、最頻値は10人

(2) 実施した各プログラム（実態）のとりまとめ（集計結果）

① プログラムへの出席率別にみた開催回数（階級）の状況

プログラムへの出席率は、前記（1）－⑤で明記した定義であるが、以下では、この指標を中心に各調査項目を比較観察することとした。

開催回数（分類・階級化）をみると、全体では「10～20回」、「20回以上」がそれぞれ3割以上を占めており、「5～9回」が約2割と続いて多い状況である。

これを参加者の出席率（階級）別にみると、出席率の高い「95%以上」では、「1～4回」が約38%で最も多く、50%から94%までの各階級では、「10～14回」が最も多く、次いで「5～9回」となっており、特に「90～94%」では、「10～14回」が過半を占めている。

なお、参加率の低い「0～49%」では、「20回以上」が約60%を占めている。

表1-7

(%)

	総数	1 ～4回	5 ～9回	10 ～14回	15 ～19回	20回 以上	無回答
総数	100.0	8.7	19.9	31.2	5.4	30.8	4.0
95%以上	100.0	37.8	21.4	25.5	4.1	11.2	0.0
90～94%	100.0	12.4	21.6	50.5	5.2	10.3	0.0
80～89%	100.0	9.1	24.4	43.3	5.5	17.7	0.0
70～79%	100.0	9.6	30.5	43.1	3.0	13.7	0.0
60～69%	100.0	5.6	35.5	37.1	4.8	16.9	0.0
50～59%	100.0	11.8	25.0	36.8	3.9	22.4	0.0
0～49%	100.0	2.7	11.1	18.4	8.0	59.8	0.0
無回答	100.0	4.6	8.7	17.9	3.6	35.7	29.6

【参考】

参考表2 プログラムへの出席率（階級）の状況

	総数	95% 以上	90～ 94%	80～ 89%	70～ 79%	60～ 69%	50～ 59%	0～ 49%	無回答
実数	1,455	98	97	254	197	124	76	413	196
構成割合	100.0	6.7	6.7	17.5	13.5	8.5	5.2	28.4	13.5

※ 「無回答」は、参加者数または出席者数のどちらかでも回答が無かったもの、及び開催回数が49回以上となっていたため、記入しきれず出席率を算出できなかったものである。

② 参加者の出席率別にみた開催期間（階級）の状況

各プログラムの開催期間は、2ヶ月を超え3ヶ月以内が約40%と最も多く、次いで3ヶ月を超え6ヶ月以内が約25%、7ヶ月以上が23%となっており、2ヶ月以内の短期間のほうが少ない状況である。

これをプログラムへの出席率別にみると、出席率が60%以上では、前述同様の状況で短い期間より3ヶ月程度の開催期間が最も多く、特に、出席率が80～94%では、2ヶ月を超え3ヶ月以内が6割以上を占めている。

表1-8

(%)

	総数	1ヶ月以内	1ヶ月超え 2ヶ月以内	2ヶ月超え 3ヶ月以内	3ヶ月超え 6ヶ月以内	7ヶ月 超え以上	無回答
総数	100.0	1.9	4.6	41.2	25.2	23.0	4.2
95%以上	100.0	7.1	5.1	45.9	22.4	13.3	6.1
90～94%	100.0	6.2	7.2	67.0	18.6	-	1.0
80～89%	100.0	0.8	6.7	62.2	26.0	3.1	1.2
70～79%	100.0	2.5	7.6	55.8	24.9	8.6	0.5
60～69%	100.0	-	9.7	41.9	33.1	14.5	0.8
50～59%	100.0	1.3	1.3	34.2	44.7	14.5	3.9
0～49%	100.0	0.5	1.9	21.8	26.9	46.2	2.7
無回答	100.0	2.6	1.0	27.0	12.8	38.8	17.9

③ 開催期間（階級）別にみた開催回数（階級）の状況

各プログラム開催期間と開催回数の関係を表1-9でみてみると、14回以下では2ヶ月を超え3ヶ月以内が最も多くなっており、15～19回では3ヶ月を超え6ヶ月以内が約60%と最も多くなっている。

表1-9

(%)

	総数	1ヶ月以内	1ヶ月超え 2ヶ月以内	2ヶ月超え 3ヶ月以内	3ヶ月超え 6ヶ月以内	7ヶ月 超え以上	無回答
総数	100.0	1.9	4.6	41.2	25.2	23.0	4.2
1～4回	100.0	16.5	11.8	29.9	20.5	7.1	14.2
5～9回	100.0	1.7	15.2	48.3	27.6	6.9	0.3
10～14回	100.0	0.2	1.5	68.5	17.4	11.0	1.3
15～19回	100.0	1.3	1.3	16.7	59.0	21.8	-
20回以上	100.0	-	-	19.9	29.5	48.9	1.8
無回答	100.0	-	-	13.8	5.2	32.8	48.3

④ 参加者の出席率別にみた参加者数（階級）の状況

各プログラムに参加する者の数は、「10～19人」が最も多く32.6%、次いで「1～9人」が約20%、「20～29人」が約16%で、これらで全体の約7割を占めている。

これをプログラムへの出席率別にみると、95%以上では「1～9人」が最多で、次いで「10～19人」となっており、19人以下で8割以上を占めている。90～94%では「10～19人」が最多で、次いで「1～9人」と逆になっているものの、19人以下で9割近くを占めている。

表1-10

(%)

	総数	1～9人	10～19人	20～29人	30～39人	40～49人	50～99人	100人以上	無回答
総数	100.0	19.9	32.6	15.9	6.0	3.8	7.1	7.8	6.9
95%以上	100.0	46.9	35.7	8.2	-	2.0	4.1	3.1	-
90～94%	100.0	40.2	48.5	8.2	2.1	-	1.0	-	-
80～89%	100.0	24.0	52.0	18.1	3.1	1.2	1.6	-	-
70～79%	100.0	20.8	50.8	21.3	2.0	1.5	2.5	1.0	-
60～69%	100.0	26.6	40.3	13.7	11.3	4.8	3.2	-	-
50～59%	100.0	21.1	32.9	22.4	14.5	2.6	3.9	2.6	-
0～49%	100.0	9.2	16.2	19.9	10.4	8.0	18.2	18.2	-
無回答	100.0	8.2	9.2	5.6	2.6	3.1	4.1	15.8	51.5

⑤-1 参加者の出席率別にみた参加費用（階級）の状況

各プログラムの参加費用は、「0円(無料)」が6割を超えており、有料では500円未満と1000円～5000円未満が約1割ずつとなっている。これをプログラムへの出席率別にみても、総数(全体)の概観と同様な状況である。

表1-11

(%)

	総数	0円(無料)	1～499円	500～999円	1000～4999円	5000円以上	無回答
総数	100.0	63.8	11.2	5.6	10.0	2.3	6.9
95%以上	100.0	57.1	13.3	8.2	15.3	4.1	2.0
90～94%	100.0	68.0	4.1	6.2	17.5	3.1	1.0
80～89%	100.0	68.5	8.3	5.9	10.2	3.1	3.9
70～79%	100.0	63.5	12.2	5.6	10.2	2.0	6.6
60～69%	100.0	71.0	11.3	6.5	4.8	1.6	4.8
50～59%	100.0	64.5	9.2	3.9	10.5	3.9	7.9
0～49%	100.0	65.1	13.1	5.6	9.2	1.9	5.1
無回答	100.0	52.0	13.3	4.1	8.2	1.0	21.4

⑤-2 開催回数（階級）別にみた参加費用（階級）の状況

また、参加費用について開催回数との関係でみると、開催回数の少ないほうが「0円（無料）」である割合が多い傾向が示されている。特に、開催回数が10回未満では、各プログラムの4分の3以上が「0円（無料）」となっており、15回以上では、5割強が「0円（無料）」となっている。

表1-12

(%)

	総数	0円 (無料)	1～ 499円	500～ 999円	1000～ 4999円	5000円 以上	無回答
総数	100.0	63.8	11.2	5.6	10.0	2.3	6.9
1～4回	100.0	76.4	11.0	5.5	3.9	-	3.1
5～9回	100.0	76.2	13.1	5.2	3.1	-	2.4
10～14回	100.0	67.0	8.4	5.7	11.0	1.1	6.8
15～19回	100.0	53.8	7.7	10.3	12.8	3.8	11.5
20回以上	100.0	55.4	14.5	5.4	15.0	5.8	4.0
無回答	100.0	29.3	3.4	3.4	8.6	-	55.2

⑤-3 参加者数（階級）別にみた参加費用（階級）の状況

さらに、参加費用を参加人数との関係でみると、参加人数の多少に関係なく、「0円（無料）」が6割以上となっていることその他には特徴的な差異は見受けられない。

表1-13

(%)

	総数	0円 (無料)	1～ 499円	500～ 999円	1000～ 4999円	5000円 以上	無回答
総数	100.0	63.8	11.2	5.6	10.0	2.3	6.9
1～9人	100.0	62.4	9.3	7.2	12.8	3.4	4.8
10～19人	100.0	64.6	12.4	5.5	10.3	2.5	4.6
20～29人	100.0	68.8	8.7	5.2	10.8	2.6	3.9
30～39人	100.0	62.1	12.6	9.2	12.6	3.4	-
40～49人	100.0	76.4	3.6	1.8	9.1	1.8	7.3
50～99人	100.0	61.5	13.5	9.6	10.6	1.0	3.8
100人以上	100.0	61.1	19.5	1.8	6.2	0.9	10.6
無回答	100.0	53.5	7.9	2.0	1.0	-	35.6

⑥-1 評価指標の内容別の「プログラムの評価」の実施状況

各プログラムにおいて、その評価の実施の有無の状況は、評価指標の内容によって比較的大きな差異がみられ、「基本チェックリスト」と「主観的健康観」は、ほぼ3分の2が行っており、逆に「QOL指標」は、行っているのは少なく、ほぼ4分の1といった状況であった。

表1-14

(%)

	総数	実施「有」	実施「無」	無回答	「有」の実数
1 基本チェックリスト	100.0	66.7	24.9	8.4	971
2 生活機能（1以外）	100.0	37.5	50.6	12.0	545
3 Q O L 指標	100.0	24.9	60.8	14.4	362
4 主観的健康観	100.0	66.2	23.9	9.9	963
5 体力テスト	100.0	56.2	33.7	10.1	818
6 その他	100.0	25.0	28.2	46.8	364

⑥-2 評価指標の内容別のプログラム「評価実施時」の状況

評価を実施した各プログラムにおいて、いつその評価を行ったかについての状況は、「基本チェックリスト」、「QOL指標」、「主観的健康観」、「体力テスト」では、プログラム開始前と後で実施が最も多く、それぞれ7割を超えている。しかし、「生活機能」のみが、プログラム開始前実施が5割弱で最も多く、次いで開始前と後が約4割となっており、違う傾向を示している。

表1-15

(%)

	総数	前のみ	前中後	前と後	中、後のみ	無回答
1 基本チェックリスト	100.0	17.4	2.5	73.6	2.4	4.3
2 生活機能（1以外）	100.0	48.4	3.1	40.2	5.1	3.1
3 Q O L 指標	100.0	6.6	7.5	73.5	6.9	5.5
4 主観的健康観	100.0	4.4	4.2	77.6	7.7	6.3
5 体力テスト	100.0	3.2	10.0	76.5	4.0	6.4
6 その他	100.0	2.5	8.2	56.0	28.0	6.0

### ⑥-3 評価指標の内容別の「改善者の割合」の状況

評価を実施したプログラムにおける改善者の割合をみると、「その他」を除いたどの評価指標内容でも、改善者の割合「50～74%」が最も多くなっている。

また、改善者の割合が「75%以上」と良い場合でみると、「体力テスト」が22.6%と最も多く、次いで「QOL指標」18.2%、「主観的健康観」17.0%と続いており、逆に、改善者の割合が「24%以下」と悪い場合でみると、「主観的健康観」が13.3%と最も多く、次いで「基本チェックリスト」11.8%となっている。

なお、この改善者の割合については、他の調査項目と比較して「無回答」が多かったことにも留意すべきである。

表1-16

(%)

	総数	75%以上	50～74%	25～49%	24%以下	無回答
1 基本チェックリスト	100.0	11.2	26.1	23.0	11.8	27.9
2 生活機能（1以外）	100.0	9.4	13.4	11.7	6.2	59.3
3 Q O L 指標	100.0	18.2	29.8	18.2	7.5	26.2
4 主観的健康観	100.0	17.0	26.7	23.1	13.3	19.9
5 体力テスト	100.0	22.6	31.4	16.5	6.8	22.6
6 その他	100.0	31.6	23.4	10.4	7.4	27.2

### ⑥-4 「改善者の割合」と「開催期間（階級）」の状況

さらに、「基本チェックリスト」についてのみではあるが、改善者の割合について開催期間との関係でみると、2ヶ月を超えて3ヶ月以内の場合が、改善者の割合が最も多く、25%以上では5割を超えており、2ヶ月以内では改善者は少ないという状況がうかがえる。

表1-17

(%)

基本チェックリスト	総数	75%以上	50～74%	25～49%	24%以下	無回答
総数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1ヶ月以内	0.9	-	0.4	0.4	0.9	2.2
～2ヶ月以内	3.6	3.7	3.6	1.8	7.0	3.7
～3ヶ月以内	48.4	53.2	53.8	52.9	36.5	42.8
～6ヶ月以内	25.8	27.5	26.5	23.3	20.0	29.2
7ヶ月以上	19.9	15.6	15.0	21.1	34.8	18.8
無回答	1.3	-	0.8	0.4	0.9	3.3

⑦ 参加者数（階級）別にみたプログラム効果の向上策等の状況

参加者の継続を促す・プログラムの効果を高めるために工夫したこと（複数回答）の状況では、「個別の改善目標や行動目標の設定」が56.2%と最も多く、次いで「結果のフィードバック」52.4%、「実施施設への送迎」43.8%、「欠席者への電話などでのサポート」42.9%となっており、逆に、「土・日曜日や夜間の講座の開講」は1.6%と非常に少ない状況である。

これを参加者数別にみると、29人以下では全体的な傾向と変わらないが、特に、9人以下では、「個別の改善目標や行動目標の設定」が70.7%と多く、次いで「結果のフィードバック」も61.0%と多い状況である。一方、30人以上になると工夫した内容・事柄は変わらないが内容の順番が入れ替わっている。また、「仲間づくり支援」の実施が多くなり、特に100人以上では「仲間づくり支援」が40.7%で最も多いものとなり、「欠席者への電話でのサポート」が25.7%と、他と比較すると少なくなっている。

表1-18

(%)

	総数	1～9人	10～19人	20～29人	30～39人	40～49人	50～99人	100人以上	無回答
総数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1 セルフモニタリング	18.7	21.0	21.7	21.6	11.5	10.9	17.3	16.8	5.0
2 グループワーク	24.6	25.2	28.1	29.4	13.8	25.5	18.3	22.1	13.9
3 電話サポート	42.9	44.8	50.0	49.4	43.7	29.1	39.4	25.7	18.8
4 仲間づくり	35.3	27.2	40.7	38.1	34.5	34.5	34.6	40.7	21.8
5 施設へ送迎	43.8	43.4	47.5	52.4	41.4	41.8	43.3	35.4	20.8
6 休日等講座	1.6	1.4	1.5	1.3	1.1	1.8	1.0	1.8	4.0
7 フィードバック	52.4	61.0	58.4	52.8	47.1	50.9	49.0	35.4	26.7
8 カウンセリング	30.1	38.3	33.1	31.6	21.8	27.3	27.9	23.0	7.9
9 目標設定	56.2	70.7	64.3	59.3	34.5	45.5	53.8	37.2	16.8
10 フォローアップ	24.2	28.3	27.4	29.0	21.8	10.9	16.3	19.5	8.9
11 グループ形成	12.1	10.7	13.9	14.7	13.8	10.9	5.8	13.3	5.9
12 その他	7.4	6.2	6.5	5.6	11.5	7.3	13.5	12.4	4.0
無回答	10.4	4.8	6.5	4.8	6.9	12.7	6.7	15.9	56.4

※ 表側の1～12については、複数回答である。

\* 表側の各工夫についての表示は、省略形もあるので、正規の表示は調査票を参照のこと。

⑧-1 参加者数（階級）別にみた参加者の募集方法の状況

当該プログラムへの参加を募集する方法（複数回答）の状況では、「ケアマネジャーや保健師による戸別訪問を通じて」が51.0%と最も多く、次いで「市（区・町・村）報への掲載」37.0%、「郵便（ダイレクトメールを含む）」36.4%、「電話での個別対応」34.8%となっており、逆に、最も少ないのは「医師・病院・医師会を通じて」4.7%となっている。

これを参加者数別にみると、99人以下では多いほうの4方法は、全体的な傾向とほとんど変わらず、40人～99人で若干の違いがうかがえる程度であるが、100人以上では、最も多いのが「市報（公報）への掲載」57.5%で、次いで「ケア等個別訪問」45.1%、「老人クラブや町内会を通じて」40.7%となっている。また、「ホームページ・インターネット」が16.8%となっており、少ないほうから4番目となっている（10人～99人の各階級では少ないほうから2番目）などと違いをみせている。

表1-19

(%)

	総数	1～9人	10～19人	20～29人	30～39人	40～49人	50～99人	100人以上	無回答
総数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1 公報へ掲載	37.0	26.6	30.6	37.7	48.3	60.0	49.0	57.5	38.6
2 郵便・DM	36.4	43.1	39.5	39.0	26.4	43.6	38.5	23.9	13.9
3 電話で個別	34.8	43.1	38.2	37.7	36.8	34.5	24.0	22.1	12.9
4 HP・インターネット	9.6	11.0	8.0	6.9	14.9	10.9	7.7	16.8	6.9
5 医師会等	4.7	8.3	4.6	2.6	-	3.6	3.8	7.1	2.0
6 ポスター	10.0	7.6	11.0	8.7	17.2	12.7	12.5	6.2	8.9
7 民生委員	11.3	5.9	11.2	10.4	14.9	12.7	7.7	23.0	15.8
8 戸別訪問	51.0	48.6	52.3	58.0	57.5	50.9	51.0	45.1	36.6
9 健診会場で	16.6	21.4	16.9	16.9	17.2	14.5	15.4	7.1	13.9
10 老人クラブや	20.5	11.4	17.5	22.5	26.4	23.6	24.0	40.7	23.8
11 その他	21.0	19.0	22.6	15.6	23.0	16.4	26.9	27.4	19.8
無回答	5.9	3.8	5.3	2.6	-	5.5	1.0	3.5	35.6

※ 表側の1～11については、複数回答である。

\* 表側の各募集方法についての表示は、省略形もあるので、正規の表示は調査票を参照のこと。

⑧-2 プログラムへの出席率別にみた参加者の募集方法の状況

さらに、プログラムへの出席率別での募集方法別の状況を前述の⑧-1の結果と併せみると、出席率の高い・低いにかかわらず、「ケアマネ等の戸別訪問」、「市報(公報)への掲載」、「郵便」、「電話での個別対応」が上位(多い)4方法といった状況で、大きな差異はなく、表1-19で見受けられたような差異もない。

表1-20

(%)

	総数	95% 以上	90~ 94%	80~ 89%	70~ 79%	60~ 69%	50~ 59%	0~ 49%	無回答
総数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1 公報へ掲載	37.0	31.6	26.8	33.1	34.5	38.7	38.2	43.3	37.8
2 郵便・DM	36.4	40.8	47.4	48.0	37.1	33.1	32.9	34.1	21.4
3 電話で個別	34.8	35.7	42.3	42.1	37.6	32.3	36.8	34.4	20.4
4 HP・インターネット	9.6	9.2	7.2	9.4	8.6	6.5	9.2	11.6	9.7
5 医師会等	4.7	3.1	9.3	7.1	5.6	4.8	-	2.2	6.1
6 ポスター	10.0	6.1	8.2	13.0	13.2	14.5	10.5	8.7	5.1
7 民生委員	11.3	11.2	4.1	10.6	8.6	9.7	11.8	12.3	16.8
8 戸別訪問	51.0	40.8	49.5	49.6	44.7	54.0	59.2	58.6	43.9
9 健診会場で	16.6	13.3	16.5	17.3	17.8	21.0	11.8	17.7	13.3
10 老人クラブや	20.5	18.4	7.2	19.7	16.8	22.6	19.7	25.9	20.9
11 その他	21.0	25.5	20.6	16.1	21.8	17.7	19.7	21.3	26.5
無回答	5.9	6.1	2.1	3.9	4.6	2.4	6.6	2.4	20.9

※ 表側の1~11については、複数回答である。

\* 表側の各募集方法についての表示は、省略形もあるので、正規の表示は調査票を参照のこと。

⑨ 参加者数（階級）別にみたプログラムに携わったスタッフの状況

当該プログラムに携わったスタッフ（複数回答）の状況では、「保健師」が67.5%と最も多く、次いで「看護師」48.6%、「理学療法士・作業療法士」35.8%、「管理栄養士・栄養士」35.6%、「健康運動指導士」31.9%と、5職種が多いほうのスタッフとなっている。

これを参加者数別にみると、全体的な傾向と大きな差異は見受けられず、参加者数のどの規模でも、最も多い「保健師」、2番目に多い「看護師」は変わらないが、3番目に多いスタッフは、19人以下では「管理栄養士・栄養士」、20人以上99人以下では「理学療法士・作業療法士」、100人以上では「健康運動指導士」となっている。

なお、「健康運動指導士」を「健康運動実践指導者」と併せると、全体では40%を超え、特に100人以上では50%を超えている。

表1-21

(%)

	総数	1～9人	10～19人	20～29人	30～39人	40～49人	50～99人	100人以上	無回答
総数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1 医師	7.5	4.1	8.0	7.4	10.3	12.7	6.7	11.5	5.9
2 歯科医師	9.6	10.3	10.3	6.9	9.2	3.6	11.5	9.7	10.9
3 保健師	67.5	62.8	72.6	78.4	75.9	65.5	62.5	61.1	38.6
4 看護師	48.6	42.8	51.5	56.3	44.8	47.3	53.8	55.8	24.8
5 栄養士	35.6	37.9	36.7	37.2	35.6	43.6	34.6	26.5	26.7
6 療法士	35.8	27.2	36.3	43.3	39.1	45.5	43.3	32.7	28.7
7 運動指導士	31.9	24.8	34.4	35.1	32.2	18.2	32.7	45.1	24.8
8 実践指導者	10.4	9.7	11.4	11.3	14.9	3.6	13.5	9.7	4.0
9 その他	61.8	64.1	60.8	61.0	66.7	74.5	67.3	65.5	40.6
無回答	5.2	2.1	4.4	1.3	-	5.5	1.0	2.7	37.6

※ 表側の1～9については、複数回答である。

\* 表側の各職種の表示については、省略形もあるので、正規の表示は調査票を参照のこと。

### Ⅲ 介護予防プログラムの出席 及び効果に関連する要因

## Ⅲ. 介護予防プログラムの出席及び効果に関連する要因

### 1 目的と方法

#### 1-1 背景と目的

高齢社会を迎えた我が国において、社会保障給付費の伸びを抑制し、人々の健康寿命の延伸を目指していくことは国家的な課題である。そして、国家的な戦略のひとつとして、要介護状態になることを防ぐための予防重視型の介護予防事業が全国の各自治体で展開されている。しかしながら、高齢者関連の社会保障給付費の伸びや要介護者・要支援者の増加などからも明らかであるように、全国で展開されている介護予防事業が、必ずしも効果的に実施されているとは言い難い。したがって、高齢者自身の健康増進や介護予防はもとより、我が国の社会保障給付費削減を実現するためにも、どのような特徴を持った介護予防事業が、高齢者の事業への参加を促進し、心身機能の改善を通じて生活の質（QOL）の向上に効果的であるのかを検討する必要がある。

このような背景を受け、我が国においても、特定健診・特定保健指導や介護予防事業を効果的に促進していくための要因について検討がなされている。例えば、国保ヘルスアップ事業を対象に特定健診・特定保健指導の脱落要因を検討した調査結果から、宮地ほか（2009）は、保健指導からの脱落を予防するための方略として、「個別の明確な目標がなされていること」、「評価の結果を参加者に知らせ、参加者の自信を導くこと」、「プログラムの評価を客観的な指標で定期的に行っていること」等が重要であると提言している。また、東京都老人総合研究所（現・地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター）は、介護予防事業において健康行動の定着を目指していくためには、セルフモニタリングや行動目標の設定などの行動変容技法を取り入れたプログラムを構築し実施していくことの必要性を提唱している。しかしながら、介護予防事業の効果（例えば、事業への出席率や事業前後での効果指標の改善率）の良し悪しに関連する要因を包括的に検討した調査は、本邦には存在しない。

そこで本章では、全国の自治体で実施された介護予防事業プログラムを対象に、プログラムへの出席率や効果指標の改善に関連するプログラムの特徴について明らかにすることを目的に分析を実施した。具体的には、介護予防事業プログラムへの出席率及びプログラム実施前後の評価指標（基本チェックリスト、生活機能、QOL指標、主観的健康観、体力）の改善率とプログラムの開催回数、参加費用の有無、参加者数、プログラムの継続や効果を高める工夫の実施の有無との関係を検討した。

#### 1-2 分析プログラム

本章では、出席率や事業前後の効果指標の改善に関連する要因を検討するという趣旨に基づき、開催回数1回の事業を分析から除外した。さらに、25回以上のプログラムにおいては、集合型の教室的なプログラム事業というよりも、町の運動施設などへの通所型の自由参加型プログラムが多く見られたために分析から

除いた。最終的な分析対象は、1, 1 1 1であった。

### 1-3 分析項目

本章で、分析に用いた項目は以下の通りである。

#### 目的変数

- ①プログラムへの出席率 (39%以下、40-59%、60-79%、80%以上)
- ②基本チェックリストの改善率 (24%以下、25-49%、50-74%、75%以上)
- ③生活機能 (基本チェックリスト以外) の改善率 (24%以下、25-49%、50-74%、75%以上)
- ④QOL 指標の改善率 (24%以下、25-49%、50-74%、75%以上)
- ⑤主観的健康観の改善率 (24%以下、25-49%、50-74%、75%以上)
- ⑥体力の改善率 (24%以下、25-49%、50-74%、75%以上)

#### 説明変数

- ①開催回数 (2-8回、9-12回、13-24回)
- ②参加費用 (有り、無し)
- ③参加者数 (1-9人、10-14人、15-19人、20-24人、25人以上)
- ④プログラム継続の工夫「セルフモニタリング」、「グループワーク」、「欠席者への電話などでのサポート」、「仲間づくり支援」、「実施施設への送迎」、「土・日曜日や夜間の講座の開講」、「結果のフィードバック」、「個別カウンセリング」、「個別の改善目標や行動目標の設定」(有り、無し)
- ⑤プログラム継続の工夫の合計 (0個、1-3個、4-6個、7-9個)

### 1-4 分析方法

数値は、度数と割合(%;小数点第2位以下四捨五入)で示した。対象者のプログラムへの出席率及びプログラム実施前後の五つの評価指標の改善率と説明変数の関係は、 $\chi^2$ 独立性の検定で分析した。欠損値と非該当サンプルは、分析毎に除外した。すべての分析は、Statistical Package for Social Science16.0(SPSS Inc., Chicago, IL)を用いて実施し、5%未満を有意水準として採用した。

## 2 結果

### 2-1 プログラムへの出席率と開催回数の関係

プログラムへの出席率と開催回数の関係について、表2-1に示した。 $\chi^2$ 独立性の検定の結果、相互間に統計学的に有意な関係が認められた。プログラム全体に対する出席率の良い（出席率80%以上）プログラムの占める割合は、開催回数「2-8回」（41%）及び「9-12回」（40%）が、「13-24回」（31%）と比較して高かった。一方で出席率の悪い（出席率39%以下）プログラムは、「開催回数13-24回」（28%）が、「9-12回」（14%）や「2-8回」（9%）よりも、プログラム全体に対して高い割合を占めていた。

表2-1 プログラムへの出席率と開催回数

		プログラムの出席率					有意差
		39%以下	40-59%	60-79%	80%以上	合計	
開催回数	2-8回	31	45	125	141	342	p < .01
		9.1	13.2	36.5	41.2	100.0	
	9-12回	51	46	121	143	361	
		14.1	12.7	33.5	39.6	100.0	
	13-24回	84	51	71	93	299	
		28.1	17.1	23.7	31.1	100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率（構成割合）%である。

### 2-2 プログラムへの出席率と参加費用の有無

プログラムへの出席率と参加費用の有無の関係について、表2-2に示した。 $\chi^2$ 独立性の検定の結果、相互間に統計学的に有意な関係は認められなかった。プログラム全体に対する出席率の良い（出席率80%以上）プログラムの占める割合は、参加費用「有り」が39%、「無し」が38%と同程度であった。同様に、出席率の悪い（出席率39%以下）のプログラムは、参加費用「有り」が15%、「無し」が17%と、プログラム全体に対して同程度の割合を占めていた。

表2-2 プログラムへの出席率と参加費用の有無

		プログラムの出席率					有意差
		39%以下	40-59%	60-79%	80%以上	合計	
参加費用	有り	40	40	88	106	274	—
		14.6	14.6	32.1	38.7	100.0	
	無し	116	93	211	260	680	
		17.1	13.7	31.0	38.2	100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率（構成割合）%である。

### 2-3 プログラムへの出席率と参加者数の関係

プログラムへの出席率と参加者数の関係について、表2-3に示した。 $\chi^2$ 独立性の検定の結果、相互間に統計学的に有意な関係が認められた。プログラム全体に対する出席率の良い(出席率80%以上)プログラムの占める割合は、参加者数「1-9人」(50%)、「10-14人」(44%)、「15-19人」(49%)、「20-24人」(37%)が、「25人以上」(12%)と比較して多かった。一方で出席率の悪い(出席率39%以下)プログラムは、参加者数「25人以上」(44%)が、「1-9人」(8%)、「10-14人」(6%)、「15-19人」(6%)、「20-24人」(14%)よりもプログラム全体に対して高い割合を占めていた。参加者数が20名以上となると出席率が低下し始め、25名以上となると著しく悪化する。したがって、20名程度の規模のプログラム構築が適切であることが推測される。

表2-3 プログラムへの出席率と参加者数の関係

		プログラムの出席率					有意差
		39%以下	40-59%	60-79%	80%以上	合計	
参加者数	1-9人	19	29	76	123	247	p < .01
		7.7	11.7	30.8	49.8	100.0	
	10-14人	15	26	90	102	233	
		6.4	11.2	38.6	43.8	100.0	
	15-19人	10	18	59	85	172	
		5.8	10.5	34.3	49.4	100.0	
	20-24人	14	18	34	38	104	
		13.5	17.3	32.7	36.5	100.0	
	25人以上	108	51	58	29	246	
		43.9	20.7	23.6	11.8	100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率(構成割合)%である。

#### 2-4 プログラムへの出席率とプログラムの継続や参加を促す工夫の実施

プログラムへの出席率とプログラムの継続や参加を促す工夫の実施の関係について、表2-4に示した。 $\chi^2$ 独立性の検定の結果、出席率と「セルフモニタリング」、「欠席者への電話サポート」、「実施施設への送迎」、「結果のフィードバック」、「個別の改善目標や行動目標の設定」の間に統計学的に有意な関係が認められた。プログラム全体に対する出席率の良い（出席率80%以上）プログラムの占める割合は、「セルフモニタリング」（有り46% vs. 無し35%）、「欠席者への電話サポート」（有り41% vs. 無し35%）、「実施施設への送迎」（有り42% vs. 無し34%）、「結果のフィードバック」（有り43% vs. 無し31%）、「個別の改善目標や行動目標の設定」（有り43% vs. 無し28%）の全てにおいて、「実施有り」のプログラムが、「実施無し」のプログラムと比較して多かった。一方で出席率の悪い（出席率39%以下）プログラムは、「セルフモニタリング」（有り12% vs. 無し18%）、「欠席者への電話サポート」（有り13% vs. 無し20%）、「実施施設への送迎」（有り14% vs. 無し19%）、「結果のフィードバック」（有り14% vs. 無し20%）、「個別の改善目標や行動目標の設定」（有り14% vs. 無し21%）と、「実施無し」のプログラムが「実施有り」よりも、プログラム全体に対して多い割合を占めていた。

また、プログラムの工夫の実施合計個数と出席率には、統計学的に有意な関係が認められ、プログラム全体に対する出席率の良い（出席率80%以上）プログラムの占める割合は、工夫の合計個数が「7-9個」（52%）、「4-6個」（44%）、「1-3個」（33%）、「0個」（22%）と、個数が多いほど多かった。逆に出席率の悪い（出席率39%以下）プログラムは、「0個」（31%）、「1-3個」（18%）、「4-6個」（14%）、「7-9個」（3%）と、工夫の個数が少ないほど、プログラム全体に対して多い割合を占めていた。特に、工夫を一つも行っていないプログラムでは出席率が著しく低かったことから、対象者の行動を促すような支援を、一つでも行うことが望まれる。

表2-4 プログラムへの出席率とプログラムの継続や参加を促す工夫の実施

	工夫の実施	プログラムの出席率					有意差
		39%以下	40-59%	60-79%	80%以上	合計	
セルフモニタリング	有り	24 11.5	32 15.3	56 26.8	97 46.4	209 100.0	p < .01
	無し	142 17.9	110 13.9	261 32.9	280 35.3	793 100.0	
グループワーク	有り	34 12.7	37 13.9	85 31.8	111 41.6	267 100.0	-
	無し	132 18.0	105 14.3	232 31.6	266 36.2	735 100.0	
欠席者への電話 などでのサポート	有り	61 13.0	67 14.2	150 31.8	193 41.0	471 100.0	p < .05
	無し	105 19.8	75 14.1	167 31.5	184 34.7	531 100.0	
仲間づくり支援	有り	54 14.6	54 14.6	120 32.3	143 38.5	371 100.0	-
	無し	112 17.7	88 13.9	197 31.2	234 37.1	631 100.0	
実施施設への送迎	有り	62 14.1	60 13.6	133 30.2	186 42.2	441 100.0	p < .05
	無し	104 18.5	82 14.6	184 32.8	191 34.0	561 100.0	
土・日曜日や夜間の 講座の開講	有り	2 18.2	2 18.2	4 36.4	3 27.3	11 100.0	-
	無し	164 16.5	140 14.1	313 31.6	374 37.7	991 100.0	
結果のフィードバック	有り	80 14.0	75 13.2	171 30.0	244 42.8	570 100.0	p < .01
	無し	86 19.9	67 15.5	146 33.8	133 30.8	432 100.0	
個別カウンセリング	有り	48 14.7	46 14.1	92 28.1	141 43.1	327 100.0	-
	無し	118 17.5	96 14.2	225 33.3	236 35.0	675 100.0	
個別の改善目標や 行動目標の設定	有り	87 14.0	83 13.3	182 29.3	270 43.4	622 100.0	p < .01
	無し	79 20.8	59 15.5	135 35.5	107 28.2	380 100.0	
プログラムの工夫の 合計	0個	28 31.1	14 15.6	28 31.1	20 22.2	90 100.0	p < .01
	1-3個	84 17.5	70 14.6	166 34.5	161 33.5	481 100.0	
	4-6個	52 14.1	47 12.8	106 28.8	163 44.3	368 100.0	
	7-9個	2 3.2	11 17.5	17 27.0	33 52.4	63 100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率（構成割合）%である。

## 2-5 プログラムへの出席率と参加費用の有無（開催回数2-8回のプログラム）

開催回数2回から8回のプログラムへの出席率と参加費用の有無の関係について、表2-5に示した。 $\chi^2$ 独立性の検定の結果、相互間に統計学的に有意な関係は認められなかった。プログラム全体に対する出席率の良い（出席率80%以上）プログラムの占める割合は、参加費用「有り」が39%、「無し」が42%と同程度であった。同様に、出席率の悪い（出席率39%以下）のプログラムは、参加費用「有り」が7%、「無し」が10%とプログラム全体に対して同程度の割合を占めていた。

表2-5 プログラムへの出席率と参加費用の有無（開催回数2-8回のプログラム）

		プログラムの出席率					有意差
		39%以下	40-59%	60-79%	80%以上	合計	
参加費用	有り	5 7.1	7 10.0	31 44.3	27 38.6	70 100.0	—
	無し	26 9.8	37 14.0	89 33.7	112 42.4	264 100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率（構成割合）%である。

## 2-6 プログラムへの出席率と参加者数の関係（開催回数2-8回のプログラム）

開催回数2回から8回のプログラムへの出席率と参加者数の関係について、表2-6に示した。 $\chi^2$ 独立性の検定の結果、相互間に統計学的に有意な関係が認められた。プログラム全体に対する出席率の良い（出席率80%以上）プログラムの占める割合は、参加者数「1-9人」（53%）、「10-14人」（41%）、「15-19人」（53%）が、「20-24人」（24%）、「25人以上」（16%）と比較して多かった。一方で出席率の悪い（出席率39%以下）プログラムは、参加者数「20-24人」（30%）が、「1-9人」（4%）、「10-14人」（5%）、「15-19人」（2%）、「20-24人」（12%）よりもプログラム全体に対して多い割合を占めていた。

表2-6 プログラムへの出席率と参加者数の関係（開催回数2-8回のプログラム）

		プログラムの出席率					有意差
		39%以下	40-59%	60-79%	80%以上	合計	
参加者数	1-9人	5 4.3	12 10.3	37 31.9	62 53.4	116 100.0	p < .01
	10-14人	4 4.9	8 9.9	36 44.4	33 40.7	81 100.0	
	15-19人	1 1.8	4 7.3	21 38.2	29 52.7	55 100.0	
	20-24人	4 12.1	6 18.2	15 45.5	8 24.2	33 100.0	
	25人以上	17 29.8	15 26.3	16 28.1	9 15.8	57 100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率（構成割合）%である。

## 2-7 プログラムへの出席率とプログラムの継続や参加を促す工夫の実施 (開催回数2-8回のプログラム)

開催回数2回から8回のプログラムへの出席率とプログラムの継続や参加を促す工夫の実施の関係について、表2-7に示した。 $\chi^2$ 独立性の検定の結果、出席率と「結果のフィードバック」、「個別カウンセリング」、「個別の改善目標や行動目標の設定」の間に統計学的に有意な関係が認められた。プログラム全体に対する出席率の良い(出席率が80%以上)プログラムの占める割合は、「結果のフィードバック」(有り50% vs. 無し31%)、「個別カウンセリング」(有り52% vs. 無し34%)、「個別の改善目標や行動目標の設定」(有り49% vs. 無し29%)と、「実施有り」のプログラムが、「実施無し」のプログラムと比較して多かった。一方で出席率の悪い(出席率39%以下)プログラムは、「結果のフィードバック」(有り8% vs. 無し11%)、「個別カウンセリング」(有り7% vs. 無し11%)、「個別の改善目標や行動目標の設定」(有り9% vs. 無し10%)と、「実施無し」のプログラムが「実施有り」よりも、プログラム全体に対して多い割合を占めていた。

また、プログラムの工夫の実施合計個数と出席率には、統計学的に有意な関係が認められ、プログラム全体に対する出席率の良い(出席率80%以上)のプログラムが占める割合は、工夫の合計個数が多い「7-9個」(55%)、「4-6個」(47%)、「1-3個」(39%)、「0個」(19%)といったものほど多かった。逆に出席率の悪い(出席率39%以下)プログラムは、プログラム全体に対して「0個」(22%)で最も多く、「7-9個」(0%)で最も少ない割合を占めていた。

表2-7 プログラムへの出席率とプログラムの継続や参加を促す工夫の実施  
(開催回数2-8回のプログラム)

	工夫の実施	プログラムの出席率					有意差
		39%以下	40-59%	60-79%	80%以上	合計	
セルフモニタリング	有り	5 5.9	8 9.4	27 31.8	45 52.9	85 100.0	-
	無し	26 10.1	37 14.4	98 38.1	96 37.4	257 100.0	
グループワーク	有り	9 8.2	12 10.9	41 37.3	48 43.6	110 100.0	-
	無し	22 9.5	33 14.2	84 36.2	93 40.1	232 100.0	
欠席者への電話 などでのサポート	有り	19 11.6	16 9.8	56 34.1	73 44.5	164 100.0	-
	無し	12 6.7	29 16.3	69 38.8	68 38.2	178 100.0	
仲間づくり支援	有り	11 9.7	19 16.8	43 38.1	40 35.4	113 100.0	-
	無し	20 8.7	26 11.4	82 35.8	101 44.1	229 100.0	
実施施設への送迎	有り	11 9.6	12 10.4	42 36.5	50 43.5	115 100.0	-
	無し	20 8.8	33 14.5	83 36.6	91 40.1	227 100.0	
土・日曜日や夜間の 講座の開講	有り	- -	- -	2 66.7	1 33.3	3 100.0	-
	無し	31 9.1	45 13.3	123 36.3	140 41.3	339 100.0	
結果のフィードバック	有り	14 7.7	20 11.0	57 31.3	91 50.0	182 100.0	p < .01
	無し	17 10.6	25 15.6	68 42.5	50 31.2	160 100.0	
個別カウンセリング	有り	9 6.5	13 9.4	44 31.9	72 52.2	138 100.0	p < .01
	無し	22 10.8	32 15.7	81 39.7	69 33.8	204 100.0	
個別の改善目標や 行動目標の設定	有り	18 8.5	22 10.4	69 32.5	103 48.6	212 100.0	p < .01
	無し	13 10.0	23 17.7	56 43.1	38 29.2	130 100.0	
プログラムの工夫の 合計	0個	7 21.9	4 12.5	15 46.9	6 18.8	32 100.0	p < .01
	1-3個	9 5.5	29 17.6	62 37.6	65 39.4	165 100.0	
	4-6個	15 12.9	9 7.8	38 32.8	54 46.6	116 100.0	
	7-9個	- -	3 10.3	10 34.5	16 55.2	29 100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率（構成割合）%である。

## 2-8 プログラムへの出席率と参加費用の有無（開催回数9-12回のプログラム）

開催回数9回から12回のプログラムへの出席率と参加費用の有無の関係について、表2-8に示した。 $\chi^2$ 独立性の検定の結果、相互間に統計学的に有意な関係は認められなかった。プログラム全体に対する出席率の良い（出席率80%以上）プログラムの占める割合は、参加費用「有り」が41%、「無し」が40%と同程度であった。同様に、出席率の悪いプログラム（出席率39%以下）は、参加費用「有り」が13%、「無し」が14%と、プログラム全体に対して同程度の割合を占めていた。

表2-8 プログラムへの出席率と参加費用の有無（開催回数9-12回のプログラム）

		プログラムの出席率					有意差
		39%以下	40-59%	60-79%	80%以上	合計	
参加費用	有り	12 12.9	15 16.1	28 30.1	38 40.9	93 100.0	—
	無し	35 14.3	30 12.2	82 33.5	98 40.0	245 100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率（構成割合）%である。

## 2-9 プログラムへの出席率と参加者数の関係（開催回数9-12回のプログラム）

開催回数9回から12回のプログラムへの出席率と参加者数の関係について、表2-9に示した。 $\chi^2$ 独立性の検定の結果、相互間に統計学的に有意な関係が認められた。プログラム全体に対する出席率の良い（出席率80%以上）プログラムの占める割合は、参加者数「1-9人」（47%）、「10-14人」（50%）、「15-19人」（47%）、「20-24人」（63%）が、「25人以上」（12%）と比較して多かった。一方で出席率の悪い（出席率39%以下）プログラムは、参加者数「25人以上」（40%）が、「1-9人」（5%）、「10-14人」（4%）、「15-19人」（5%）、「20-24人」（7%）よりもプログラム全体に対して多い割合を占めていた。

表2-9 プログラムへの出席率と参加者数の関係（開催回数9-12回のプログラム）

		プログラムの出席率					有意差
		39%以下	40-59%	60-79%	80%以上	合計	
参加者数	1-9人	4 4.8	10 12.0	30 36.1	39 47.0	83 100.0	p < .01
	10-14人	4 4.4	6 6.7	35 38.9	45 50.0	90 100.0	
	15-19人	3 4.5	6 9.1	26 39.4	31 47.0	66 100.0	
	20-24人	2 7.4	5 18.5	3 11.1	17 63.0	27 100.0	
	25人以上	38 40.0	19 20.0	27 28.4	11 11.6	95 100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率（構成割合）%である。

## 2-10 プログラムへの出席率とプログラムの継続や参加を促す工夫の実施 (開催回数9-12回のプログラム)

開催回数9回から12回のプログラムへの出席率とプログラムの継続や参加を促す工夫の実施の関係について、表2-10に示した。 $\chi^2$ 独立性の検定の結果、出席率と「仲間づくり支援」、「実施施設への送迎」、「個別の改善目標や行動目標の設定」の間に統計学的に有意な関係が認められた。プログラム全体に対する出席率の良い(出席率80%以上)プログラムの占める割合は、「仲間づくり支援」(有り44% vs. 無し36%)、「実施施設への送迎」(有り46% vs. 無し34%)、「個別の改善目標や行動目標の設定」(有り46% vs. 無し30%)のすべてにおいて、「実施有り」のプログラムが、「実施無し」のプログラムと比較して多かった。一方で出席率の悪い(出席率39%以下)プログラムは、「仲間づくり支援」(有り9% vs. 無し18%)、「実施施設への送迎」(有り10% vs. 無し18%)、「個別の改善目標や行動目標の設定」(有り13% vs. 無し16%)と、「実施無し」のプログラムが「実施有り」よりも、プログラム全体に対して多い割合を占めていた。

また、プログラムの工夫の実施合計個数と出席率には、統計学的に有意な関係が認められ、プログラム全体に対する出席率の良い(出席率80%以上)プログラムが占める割合は、工夫の合計個数「7-9個」(46%)と「4-6個」(50%)が、「1-3個」(32%)、「0個」(33%)と比較して多かった。逆に出席率の悪い(出席率39%以下)プログラムは、「0個」(27%)、「1-3個」(16%)、「4-6個」(10%)、「7-9個」(0%)と、工夫の個数が少ないほど、プログラム全体に対して多い割合を占めていた。

表2-10 プログラムへの出席率とプログラムの継続や参加を促す工夫の実施  
(開催回数9-12回のプログラム)

	工夫の実施	プログラムの出席率					有意差
		39%以下	40-59%	60-79%	80%以上	合計	
セルフモニタリング	有り	7 11.5	9 14.8	18 29.5	27 44.3	61 100.0	-
	無し	44 14.7	37 12.3	103 34.3	116 38.7	300 100.0	
グループワーク	有り	6 6.5	15 16.1	32 34.4	40 43.0	93 100.0	-
	無し	45 16.8	31 11.6	89 33.2	103 38.4	268 100.0	
欠席者への電話 などでのサポート	有り	15 8.9	22 13.0	60 35.5	72 42.6	169 100.0	-
	無し	36 18.8	24 12.5	61 31.8	71 37.0	192 100.0	
仲間づくり支援	有り	14 9.2	16 10.5	55 35.9	68 44.4	153 100.0	p < .05
	無し	37 17.8	30 14.4	66 31.7	75 36.1	208 100.0	
実施施設への送迎	有り	16 9.9	22 13.6	49 30.2	75 46.3	162 100.0	p < .05
	無し	35 17.6	24 12.1	72 36.2	68 34.2	199 100.0	
土・日曜日や夜間の 講座の開講	有り	1 20.0	- -	2 40.0	2 40.0	5 100.0	-
	無し	50 14.0	46 12.9	119 33.4	141 39.6	356 100.0	
結果のフィードバック	有り	25 11.8	24 11.4	73 34.6	89 42.2	211 100.0	-
	無し	26 17.3	22 14.7	48 32.0	54 36.0	150 100.0	
個別カウンセリング	有り	13 13.1	13 13.1	30 30.3	43 43.4	99 100.0	-
	無し	38 14.5	33 12.6	91 34.7	100 38.2	262 100.0	
個別の改善目標や 行動目標の設定	有り	28 12.8	26 11.9	65 29.7	100 45.7	219 100.0	p < .05
	無し	23 16.2	20 14.1	56 39.4	43 30.3	142 100.0	
プログラムの工夫の 合計	0個	8 26.7	4 13.3	8 26.7	10 33.3	30 100.0	p < .01
	1-3個	28 16.1	25 14.4	66 37.9	55 31.6	174 100.0	
	4-6個	15 10.4	12 8.3	45 31.2	72 50.0	144 100.0	
	7-9個	- -	5 38.5	2 15.4	6 46.2	13 100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率（構成割合）%である。

## 2-11 プログラムへの出席率と参加費用の有無（開催回数 13-24 回のプログラム）

開催回数 1 3 回から 2 4 回のプログラムへの出席率と参加費用の有無の関係について、表 2-11 に示した。 $\chi^2$ 独立性の検定の結果、相互間に統計学的に有意な関係は認められなかった。プログラム全体に対する出席率の良い（出席率 80%以上）プログラムの占める割合は、参加費用「有り」が 37%、「無し」が 29%であった。一方で出席率の悪い（出席率 39%以下）プログラムは、プログラム全体に対して、参加費用「有り」が 21%、「無し」が 32%の割合を占めていた。

表 2-11 プログラムへの出席率と参加費用の有無（開催回数 13-24 回のプログラム）

		プログラムの出席率					有意差
		39%以下	40-59%	60-79%	80%以上	合計	
参加費用	有り	23 20.7	18 16.2	29 26.1	41 36.9	111 100.0	—
	無し	55 32.2	26 15.2	40 23.4	50 29.2	171 100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率（構成割合）%である。

## 2-12 プログラムへの出席率と参加者数の関係（開催回数 13-24 回のプログラム）

開催回数 1 3 回から 2 4 回のプログラムへの出席率と参加者数の関係について、表 2-12 に示した。 $\chi^2$ 独立性の検定の結果、相互間に統計学的に有意な関係が認められた。プログラム全体に対する出席率の良い（出席率 80%以上）プログラムの占める割合は、参加者数「1-9 人」（46%）、「10-14 人」（39%）、「15-19 人」（49%）、「20-24 人」（30%）が、「25 人以上」（10%）と比較して多かった。一方で出席率の悪い（出席率 39%以下）プログラムは、参加者数「25 人以上」（56%）が、「1-9 人」（21%）、「10-14 人」（11%）、「15-19 人」（12%）、「20-24 人」（18%）よりもプログラム全体に対して多い割合を占めていた。

表 2-12 プログラムへの出席率と参加者数の関係（開催回数 13-24 回のプログラム）

		プログラムの出席率					有意差
		39%以下	40-59%	60-79%	80%以上	合計	
参加者数	1-9人	10 20.8	7 14.6	9 18.8	22 45.8	48 100.0	p < .01
	10-14人	7 11.3	12 19.4	19 30.6	24 38.7	62 100.0	
	15-19人	6 11.8	8 15.7	12 23.5	25 49.0	51 100.0	
	20-24人	8 18.2	7 15.9	16 36.4	13 29.5	44 100.0	
	25人以上	53 56.4	17 18.1	15 16.0	9 9.6	94 100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率（構成割合）%である。

## 2-13 プログラムへの出席率とプログラムの継続や参加を促す工夫の実施 (開催回数 13-24 回のプログラム)

開催回数 13 回から 24 回のプログラムへの出席率とプログラムの継続や参加を促す工夫の実施の関係について、表 2-13 に示した。 $\chi^2$  独立性の検定の結果、出席率と「セルフモニタリング」、「欠席者への電話などでのサポート」、「実施施設への送迎」、「個別の改善目標や行動目標の設定」の間に統計学的に有意な関係が認められた。プログラム全体に対する出席率の良い（出席率 80%以上）プログラムの占める割合は、「セルフモニタリング」（有り 40% vs. 無し 29%）、「欠席者への電話などでのサポート」（有り 35% vs. 無し 28%）、「実施施設への送迎」（有り 37% vs. 無し 24%）、「個別の改善目標や行動目標の設定」（有り 35% vs. 無し 24%）のすべてにおいて、「実施有り」のプログラムが、「実施無し」のプログラムと比較して多かった。一方で出席率の悪い（出席率 39%以下）プログラムは、「セルフモニタリング」（有り 19% vs. 無し 31%）、「欠席者への電話などでのサポート」（有り 20% vs. 無し 35%）、「実施施設への送迎」（有り 21% vs. 無し 36%）、「個別の改善目標や行動目標の設定」（有り 22% vs. 無し 40%）と、「実施無し」のプログラムが「実施あり」よりも、プログラム全体に対して多い割合を占めていた。

また、プログラムの工夫の実施合計個数と出席率には、統計学的に有意な関係が認められ、プログラム全体に対する出席率の良い（出席率 80%以上）プログラムが占める割合は、工夫の合計個数が多い「7-9 個」（52%）、「4-6 個」（34%）、「1-3 個」（29%）、「0 個」（14%）といったものほど多かった。逆に出席率の悪い（出席率 39%以下）プログラムは、「0 個」（46%）、「1-3 個」（33%）、「4-6 個」（20%）、「7-9 個」（10%）と、工夫の個数が少ないほど、プログラム全体に対して多い割合を占めていた。

表2-13 プログラムへの出席率とプログラムの継続や参加を促す工夫の実施  
(開催回数 13-24 回のプログラム)

	工夫の実施	プログラムの出席率					有意差
		39%以下	40-59%	60-79%	80%以上	合計	
セルフモニタリング	有り	12 19.0	15 23.8	11 17.5	25 39.7	63 100.0	p < .05
	無し	72 30.5	36 15.3	60 25.4	68 28.8	236 100.0	
グループワーク	有り	19 29.7	10 15.6	12 18.8	23 35.9	64 100.0	-
	無し	65 27.7	41 17.4	59 25.1	70 29.8	235 100.0	
欠席者への電話 などでのサポート	有り	27 19.6	29 21.0	34 24.6	48 34.8	138 100.0	p < .05
	無し	57 35.4	22 13.7	37 23.0	45 28.0	161 100.0	
仲間づくり支援	有り	29 27.6	19 18.1	22 21.0	35 33.3	105 100.0	-
	無し	55 28.4	32 16.5	49 25.3	58 29.9	194 100.0	
実施施設への送迎	有り	35 21.3	26 15.9	42 25.6	61 37.2	164 100.0	p < .05
	無し	49 36.3	25 18.5	29 21.5	32 23.7	135 100.0	
土・日曜日や夜間の 講座の開講	有り	1 33.3	2 66.7	- -	- -	3 100.0	-
	無し	83 28.0	49 16.6	71 24.0	93 31.4	296 100.0	
結果のフィードバック	有り	41 23.2	31 17.5	41 23.2	64 36.2	177 100.0	-
	無し	43 35.2	20 16.4	30 24.6	29 23.8	122 100.0	
個別カウンセリング	有り	26 28.9	20 22.2	18 20.0	26 28.9	90 100.0	-
	無し	58 27.8	31 14.8	53 25.4	67 32.1	209 100.0	
個別の改善目標や 行動目標の設定	有り	41 21.5	35 18.3	48 25.1	67 35.1	191 100.0	p < .05
	無し	43 39.8	16 14.8	23 21.3	26 24.1	108 100.0	
プログラムの工夫の 合計	0個	13 46.4	6 21.4	5 17.9	4 14.3	28 100.0	p < .01
	1-3個	47 33.1	16 11.3	38 26.8	41 28.9	142 100.0	
	4-6個	22 20.4	26 24.1	23 21.3	37 34.3	108 100.0	
	7-9個	2 9.5	3 14.3	5 23.8	11 52.4	21 100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率（構成割合）%である。

## 2-14 基本チェックリストの改善率と開催回数の関係

基本チェックリストの改善率と開催回数の関係について、表2-14に示した。 $\chi^2$ 独立性の検定の結果、相互間に統計学的に有意な関係は認められなかった。プログラム全体に対する改善率の良い（改善率75%以上）プログラムの占める割合は、開催回数「2-8回」（17%）、「9-12回」（15%）、「13-24回」（21%）であった。一方で改善率の悪い（改善率24%以下）プログラムは、開催回数「13-24回」（16%）、「9-12回」（14%）、「2-8回」（15%）と、プログラム全体に対して同程度の割合を占めていた。

表2-14 基本チェックリストの改善率と開催回数の関係

		基本チェックリストの改善率					有意差
		24%以下	25-49%	50-74%	75%以上	合計	
開催回数	2-8回	27	53	73	32	185	-
		14.6	28.6	39.5	17.3	100.0	
	9-12回	28	68	78	30	204	
		13.7	33.3	38.2	14.7	100.0	
	13-24回	27	49	58	36	170	
		15.9	28.8	34.1	21.2	100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率（構成割合）%である。

## 2-15 基本チェックリストの改善率と参加者数の関係

基本チェックリストの改善率と参加者数の関係について、表2-15に示した。 $\chi^2$ 独立性の検定の結果、相互間に統計学的に有意な関係は認められなかった。プログラム全体に対する改善率の良い（改善率75%以上）プログラムの占める割合は、参加者数「1-9人」（16%）、「10-14人」（15%）、「15-19人」（15%）、「20-24人」（11%）、「25人以上」（14%）であった。一方で出席率の悪い（出席率39%以下）プログラムは、プログラム全体に対して、参加者数「1-9人」（21%）、「10-14人」（14%）、「15-19人」（19%）、「20-24人」（15%）、「25人以上」（16%）の割合を占めていた。

表2-15 基本チェックリストの改善率と参加者数の関係

		基本チェックリストの改善率					有意差
		24%以下	25-49%	50-74%	75%以上	合計	
参加者数	1-9人	32	60	36	25	153	-
		20.9	39.2	23.5	16.3	100.0	
	10-14人	18	56	37	20	131	
		13.7	42.7	28.2	15.3	100.0	
	15-19人	20	35	33	15	103	
		19.4	34.0	32.0	14.6	100.0	
	20-24人	8	20	21	6	55	
		14.5	36.4	38.2	10.9	100.0	
	25人以上	17	37	35	15	104	
		16.3	35.6	33.7	14.4	100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率（構成割合）%である。

## 2-16 基本チェックリストの改善率と参加費用の有無

基本チェックリストの改善率と参加費用の有無の関係について、表2-16に示した。 $\chi^2$ 独立性の検定の結果、相互間に統計学的に有意な関係が認められた。プログラム全体に対する改善率の良い（改善率75%以上）プログラムの占める割合は、参加費用「有り」が22%、「無し」が16%であった。一方で改善率の悪い（改善率24%以下）プログラムは、プログラム全体に対して、参加費用「有り」が22%、「無し」が12%の割合を占めていた。ただし、統計的に有意ではあるが、参加費用の有りのプログラムにおける改善率24%以下と75%以上の割合が、参加費用無しよりも多いことがこの要因であり、参加費用を個人負担することの意義があるとは解釈できない。

表2-16 基本チェックリストの改善率と参加費用の有無

		基本チェックリストの改善率					有意差
		24%以下	25-49%	50-74%	75%以上	合計	
参加費用	有り	32 21.8	38 25.9	44 29.9	33 22.4	147 100.0	p < .01
	無し	47 11.8	130 32.7	157 39.4	64 16.1	398 100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率（構成割合）%である。

## 2-17 基本チェックリストの改善率とプログラムへの出席率

基本チェックリストの改善率とプログラムへの出席率の関係について、表2-17に示した。 $\chi^2$ 独立性の検定の結果、相互間に統計学的に有意な関係は認められなかった。プログラム全体に対する改善率の良い（改善率が75%以上）プログラムの占める割合は、出席率「80%以上」（22%）、「60-79%」（12%）、「40-59%」（16%）、「39%以下」（16%）であった。一方で改善率の悪いプログラム（改善率24%以下）は、プログラム全体に対して、出席率「80%以上」（14%）、「60-79%」（16%）、「40-59%」（21%）、「39%以下」（8%）の割合を占めていた。

表2-17 基本チェックリストの改善率とプログラムへの出席率

		基本チェックリストの改善率					有意差
		24%以下	25-49%	50-74%	75%以上	合計	
プログラムの出席率	39%以下	6 7.9	31 40.8	27 35.5	12 15.8	76 100.0	—
	40-59%	14 20.6	21 30.9	22 32.4	11 16.2	68 100.0	
	60-79%	22 16.1	42 30.7	56 40.9	17 12.4	137 100.0	
	80%以上	33 13.9	63 26.5	90 37.8	52 21.8	238 100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率（構成割合）%である。

## 2-18 基本チェックリストの改善率とプログラムの継続や参加を促す工夫の実施

基本チェックリストの改善率とプログラムの継続や参加を促す工夫の実施の関係について、表2-18に示した。 $\chi^2$ 独立性の検定の結果、改善率と「セルフモニタリング」、「欠席者への電話などでのサポート」、「仲間づくり支援」、「結果のフィードバック」、「個別カウンセリング」、「個別の改善目標や行動目標の設定」の間に統計学的に有意な関係が認められた。プログラム全体に対する改善率の良い（改善率75%以上）プログラムの占める割合は、「セルフモニタリング」（有り26% vs. 無し15%）、「欠席者への電話などでのサポート」（有り19% vs. 無し15%）、「仲間づくり支援」（有り23% vs. 無し14%）、「結果のフィードバック」（有り22% vs. 無し8%）、「個別カウンセリング」（有り23% vs. 無し14%）、「個別の改善目標や行動目標の設定」（有り18% vs. 無し15%）のすべてにおいて、「実施有り」のプログラムが、「実施無し」のプログラムと比較して多かった。一方で改善率の悪い（改善率24%以下）プログラムは、「セルフモニタリング」（有り12% vs. 無し15%）、「欠席者への電話などでのサポート」（有り12% vs. 無し18%）、「仲間づくり支援」（有り11% vs. 無し17%）、「結果のフィードバック」（有り12% vs. 無し20%）、「個別カウンセリング」（有り11% vs. 無し18%）、「個別の改善目標や行動目標の設定」（有り13% vs. 無し24%）と、「実施無し」のプログラムが「実施有り」よりも、プログラム全体に対して多い割合を占めていた。有意な差が見られた工夫の項目は、送迎や開催曜日などの支援者側の工夫ではなく、参加者本人の行動変容を促す技法を活用したものであった。

また、プログラムの工夫の実施合計個数と基本チェックリストの改善率には、統計学的に有意な関係が認められ、プログラム全体に対する改善率の良い（改善率75%以上）プログラムが占める割合は、工夫の合計個数が多い「7-9個」（33%）、「4-6個」（20%）、「1-3個」（12%）、「0個」（0%）といったものほど多かった。逆に改善率の悪い（改善率24%以下）プログラムは、「0個」（50%）、「1-3個」（18%）、「4-6個」（13%）、「7-9個」（6%）と、工夫の個数が少ないほど、プログラム全体に対して多い割合を占めていた。

表2-18 基本チェックリストの改善率とプログラムの継続や参加を促す工夫の実施

		基本チェックリストの改善率					有意差
		24%以下	25-49%	50-74%	75%以上	合計	
セルフモニタリング	有り	15 12.1	24 19.4	53 42.7	32 25.8	124 100.0	p < .01
	無し	67 15.4	146 33.6	156 35.9	66 15.2	435 100.0	
グループワーク	有り	20 12.7	41 26.1	62 39.5	34 21.7	157 100.0	-
	無し	62 15.4	129 32.1	147 36.6	64 15.9	402 100.0	
欠席者への電話 などでのサポート	有り	39 12.0	91 28.1	131 40.4	63 19.4	324 100.0	p < .05
	無し	43 18.3	79 33.6	78 33.2	35 14.9	235 100.0	
仲間づくり支援	有り	23 11.2	61 29.6	75 36.4	47 22.8	206 100.0	p < .05
	無し	59 16.7	109 30.9	134 38.0	51 14.4	353 100.0	
実施施設への送迎	有り	49 14.2	110 31.9	133 38.6	53 15.4	345 100.0	-
	無し	33 15.4	60 28.0	76 35.5	45 21.0	214 100.0	
土・日曜日や夜間の 講座の開講	有り	1 20.0	1 20.0	1 20.0	2 40.0	5 100.0	-
	無し	81 14.6	169 30.5	208 37.5	96 17.3	554 100.0	
結果のフィードバック	有り	45 11.9	106 28.1	142 37.7	84 22.3	377 100.0	p < .01
	無し	37 20.3	64 35.2	67 36.8	14 7.7	182 100.0	
個別カウンセリング	有り	25 10.5	69 29.1	89 37.6	54 22.8	237 100.0	p < .01
	無し	57 17.7	101 31.4	120 37.3	44 13.7	322 100.0	
個別の改善目標や 行動目標の設定	有り	57 12.6	137 30.2	178 39.2	82 18.1	454 100.0	p < .05
	無し	25 23.8	33 31.4	31 29.5	16 15.2	105 100.0	
プログラムの工夫の 合計	0個	4 50.0	2 25.0	2 25.0	- -	8 100.0	p < .01
	1-3個	41 18.0	76 33.3	84 36.8	27 11.8	228 100.0	
	4-6個	34 12.6	83 30.9	99 36.8	53 19.7	269 100.0	
	7-9個	3 5.6	9 16.7	24 44.4	18 33.3	54 100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率（構成割合）%である。

## 2-19 生活機能（基本チェックリスト以外）の改善率と開催回数の関係

生活機能（基本チェックリスト以外）の改善率と開催回数の関係について、表2-19に示した。 $\chi^2$ 独立性の検定の結果、相互間に統計学的に有意な関係は認められなかった。プログラム全体に対する改善率の良い（改善率75%以上）プログラムの占める割合は、開催回数「2-8回」（20%）、「9-12回」（22%）、「13-24回」（32%）であった。一方で改善率の悪い（改善率24%以下）プログラムは、プログラム全体に対して、開催回数「13-24回」（10%）、「9-12回」（6%）、「2-8回」（17%）の割合を占めていた。

表2-19 生活機能（基本チェックリスト以外）の改善率と開催回数の関係

		生活機能の改善率					有意差
		24%以下	25-49%	50-74%	75%以上	合計	
開催回数	2-8回	12	19	25	14	70	-
		17.1	27.1	35.7	20.0	100.0	
	9-12回	4	20	26	14	64	
		6.2	31.2	40.6	21.9	100.0	
	13-24回	6	17	17	19	59	
		10.2	28.8	28.8	32.2	100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率（構成割合）%である。

## 2-20 生活機能（基本チェックリスト以外）の改善率と参加者数

生活機能（基本チェックリスト以外）の改善率と参加者数の関係について、表2-20に示した。 $\chi^2$ 独立性の検定の結果、相互間に統計学的に有意な関係は認められなかった。プログラム全体に対する改善率の良い（改善率75%以上）プログラムの占める割合は、参加者数「1-9人」（12%）、「10-14人」（8%）、「15-19人」（6%）、「20-24人」（16%）、「25人以上」（16%）であった。一方で出席率の悪い（出席率39%以下）プログラムは、プログラム全体に対して、参加者数「1-9人」（27%）、「10-14人」（16%）、「15-19人」（27%）、「20-24人」（16%）、「25人以上」（32%）の割合を占めていた。

表2-20 生活機能（基本チェックリスト以外）の改善率と参加者数

		生活機能の改善率					有意差
		24%以下	25-49%	50-74%	75%以上	合計	
参加者数	1-9人	13	20	10	6	49	-
		26.5	40.8	20.4	12.2	100.0	
	10-14人	8	22	16	4	50	
		16.0	44.0	32.0	8.0	100.0	
	15-19人	9	10	13	2	34	
		26.5	29.4	38.2	5.9	100.0	
	20-24人	3	6	7	3	19	
		15.8	31.6	36.8	15.8	100.0	
	25人以上	12	10	10	6	38	
		31.6	26.3	26.3	15.8	100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率（構成割合）%である。

## 2-21 生活機能（基本チェックリスト以外）の改善率と参加費用の有無

生活機能（基本チェックリスト以外）の改善率と参加費用の有無の関係について、表2-21に示した。 $\chi^2$ 独立性の検定の結果、相互間に統計学的に有意な関係は認められなかった。プログラム全体に対する改善率の良い（改善率75%以上）プログラムの占める割合は、参加費用「有り」が37%、「無し」が21%であった。一方で改善率の悪いプログラム（改善率24%以下）は、プログラム全体に対して、参加費用「有り」、「無し」とともに12%の割合を占めていた。

表2-21 生活機能（基本チェックリスト以外）の改善率と参加費用の有無

		生活機能の改善率					有意差
		24%以下	25-49%	50-74%	75%以上	合計	
参加費用	有り	5 12.2	10 24.4	11 26.8	15 36.6	41 100.0	—
	無し	17 11.7	41 28.3	57 39.3	30 20.7	145 100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率（構成割合）%である。

## 2-22 生活機能（基本チェックリスト以外）の改善率とプログラムへの出席率

生活機能（基本チェックリスト以外）の改善率とプログラムへの出席率の関係について、表2-17に示した。 $\chi^2$ 独立性の検定の結果、相互間に統計学的に有意な関係は認められなかった。プログラム全体に対する改善率の良い（改善率が75%以上）プログラムの占める割合は、出席率「80%以上」（29%）、「60-79%」（25%）、「40-59%」（14%）、「39%以下」（20%）であった。一方で改善率の悪い（改善率24%以下）プログラムは、プログラム全体に対して、出席率「80%以上」（7%）、「60-79%」（6%）、「40-59%」（25%）、「39%以下」（12%）の割合を占めていた。

表2-22 生活機能（基本チェックリスト以外）の改善率とプログラムへの出席率

		生活機能の改善率					有意差
		24%以下	25-49%	50-74%	75%以上	合計	
プログラムの出席率	39%以下	3 12.0	9 36.0	8 32.0	5 20.0	25 100.0	—
	40-59%	7 25.0	10 35.7	7 25.0	4 14.3	28 100.0	
	60-79%	3 6.2	16 33.3	17 35.4	12 25.0	48 100.0	
	80%以上	6 7.2	19 22.9	34 41.0	24 28.9	83 100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率（構成割合）%である。

## 2-23 生活機能（基本チェックリスト以外）の改善率とプログラムの継続や参加を促す工夫の実施

生活機能（基本チェックリスト以外）の改善率とプログラムの継続や参加を促す工夫の実施の関係について、表 2-23 に示した。 $\chi^2$ 独立性の検定の結果、改善率と「セルフモニタリング」と「個別カウンセリング」の間に統計学的に有意な関係が認められた。プログラム全体に対する改善率の良い（改善率 75%以上）プログラムの占める割合は、「セルフモニタリング」（有り 44% vs. 無し 18%）、「個別カウンセリング」（有り 37% vs. 無し 15%）の両方において、「実施有り」のプログラムが、「実施無し」のプログラムと比較して多かった。一方で改善率の悪い（改善率 24%以下）プログラムは、プログラム全体に対して、「セルフモニタリング」（有り 14% vs. 無し 11%）、「個別カウンセリング」（有り 7% vs. 無し 14%）の割合を占めていた。

プログラムの工夫の実施合計個数と生活機能（基本チェックリスト以外）の改善率には、統計学的に有意な関係が認められ、プログラム全体に対する改善率の良い（改善率 75%以上）プログラムの占める割合は、工夫の合計個数が多い「7-9 個」（61%）、「4-6 個」（25%）、「1-3 個」（14%）、「0 個」（0%）といったものほど多かった。逆に改善率の悪いプログラム（改善率 24%以下）では、プログラム全体に対して、「0 個」（0%）、「1-3 個」（17%）、「4-6 個」（8%）、「7-9 個」（13%）の割合を占めていた。

表2-23 生活機能（基本チェックリスト以外）の改善率とプログラムの継続や参加を促す工夫の実施

		生活機能の改善率					有意差
		24%以下	25-49%	50-74%	75%以上	合計	
セルフモニタリング	有り	7 14.0	3 6.0	18 36.0	22 44.0	50 100.0	p < .01
	無し	15 10.5	53 37.1	50 35.0	25 17.5	143 100.0	
グループワーク	有り	9 14.5	16 25.8	17 27.4	20 32.3	62 100.0	-
	無し	13 9.9	40 30.5	51 38.9	27 20.6	131 100.0	
欠席者への電話 などでのサポート	有り	14 11.5	29 23.8	43 35.2	36 29.5	122 100.0	-
	無し	8 11.3	27 38.0	25 35.2	11 15.5	71 100.0	
仲間づくり支援	有り	9 9.4	31 32.3	28 29.2	28 29.2	96 100.0	-
	無し	13 13.4	25 25.8	40 41.2	19 19.6	97 100.0	
実施施設への送迎	有り	10 10.0	33 33.0	32 32.0	25 25.0	100 100.0	-
	無し	12 12.9	23 24.7	36 38.7	22 23.7	93 100.0	
土・日曜日や夜間の 講座の開講	有り	- -	- -	1 25.0	3 75.0	4 100.0	-
	無し	22 11.6	56 29.6	67 35.4	44 23.3	189 100.0	
結果のフィードバック	有り	15 11.0	33 24.3	49 36.0	39 28.7	136 100.0	-
	無し	7 12.3	23 40.4	19 33.3	8 14.0	57 100.0	
個別カウンセリング	有り	6 7.4	18 22.2	27 33.3	30 37.0	81 100.0	p < .01
	無し	16 14.3	38 33.9	41 36.6	17 15.2	112 100.0	
個別の改善目標や 行動目標の設定	有り	17 11.3	40 26.7	52 34.7	41 27.3	150 100.0	-
	無し	5 11.6	16 37.2	16 37.2	6 14.0	43 100.0	
プログラムの工夫の 合計	0個	- -	3 60.0	2 40.0	- -	5 100.0	p < .01
	1-3個	12 16.7	21 29.2	29 40.3	10 13.9	72 100.0	
	4-6個	7 7.5	32 34.4	31 33.3	23 24.7	93 100.0	
	7-9個	3 13.0	- -	6 26.1	14 60.9	23 100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率（構成割合）%である。

## 2-24 QOL 指標の改善率と開催回数

QOL 指標の改善率と開催回数の関係について、表 2-24 に示した。 $\chi^2$  独立性の検定の結果、相互間に統計学的に有意な関係は認められなかった。プログラム全体に対する改善率の良い(改善率 75%以上)プログラムの占める割合は、開催回数「2-8 回」(30%)、「9-12 回」(30%)、「13-24 回」(25%)であった。一方で改善率の悪い(改善率 24%以下)プログラムは、プログラム全体に対して、開催回数「13-24 回」(9%)、「9-12 回」(4%)、「2-8 回」(10%)の割合を占めていた。

表 2-24 QOL 指標の改善率と開催回数

		QOL指標の改善率					有意差
		24%以下	25-49%	50-74%	75%以上	合計	
開催回数	2-8回	8	19	27	23	77	-
		10.4	24.7	35.1	29.9	100.0	
	9-12回	3	15	32	21	71	
		4.2	21.1	45.1	29.6	100.0	
	13-24回	6	18	24	16	64	
		9.4	28.1	37.5	25.0	100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率(構成割合)%である。

## 2-25 QOL 指標の改善率と参加者数

QOL 指標の改善率と参加者数の関係について、表 2-25 に示した。 $\chi^2$  独立性の検定の結果、相互間に統計学的に有意な関係は認められなかった。プログラム全体に対する改善率の良い(改善率 75%以上)プログラムの占める割合は、参加者数「1-9 人」(12%)、「10-14 人」(6%)、「15-19 人」(7%)、「20-24 人」(6%)、「25 人以上」(7%)であった。一方で出席率の悪い(出席率 39%以下)プログラムは、プログラム全体に対して、参加者数「1-9 人」(39%)、「10-14 人」(28%)、「15-19 人」(23%)、「20-24 人」(24%)、「25 人以上」(24%)の割合を占めていた。

表 2-25 QOL 指標の改善率と参加者数

		QOL指標の改善率					有意差
		24%以下	25-49%	50-74%	75%以上	合計	
参加者数	1-9人	20	18	7	6	51	-
		39.2	35.3	13.7	11.8	100.0	
	10-14人	15	23	13	3	54	
		27.8	42.6	24.1	5.6	100.0	
	15-19人	10	17	13	3	43	
		23.3	39.5	30.2	7.0	100.0	
	20-24人	4	6	6	1	17	
		23.5	35.3	35.3	5.9	100.0	
	25人以上	10	19	9	3	41	
		24.4	46.3	22.0	7.3	100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率(構成割合)%である。

## 2-26 QOL 指標の改善率と参加費用の有無

QOL 指標の改善率と参加費用の有無の関係について、表 2-26 に示した。 $\chi^2$  独立性の検定の結果、相互間に統計学的に有意な関係は認められなかった。プログラム全体に対する改善率の良い（改善率 75%以上）プログラムの占める割合は、参加費用「有り」が 42%、「無し」が 24%であった。一方で改善率の悪い（改善率 24%以下）プログラムは、プログラム全体に対して、参加費用「有り」が 11%、「無し」が 7%の割合を占めていた。

表 2-26 QOL 指標の改善率と参加費用の有無

		QOL指標の改善率					有意差
		24%以下	25-49%	50-74%	75%以上	合計	
参加費用	有り	6 11.3	10 18.9	15 28.3	22 41.5	53 100.0	—
	無し	11 7.2	41 27.0	63 41.4	37 24.3	152 100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率（構成割合）%である。

## 2-27 QOL 指標の改善率とプログラムへの出席率

QOL 指標の改善率とプログラムへの出席率の関係について、表 2-27 に示した。 $\chi^2$  独立性の検定の結果、相互間に統計学的に有意な関係は認められなかった。プログラム全体に対する改善率の良い（改善率 75%以上）プログラムの占める割合は、出席率「80%以上」（36%）、「60-79%」（27%）、「40-59%」（31%）、「39%以下」（19%）であった。一方で改善率の悪い（改善率 24%以下）プログラムは、プログラム全体に対して、出席率「80%以上」（9%）、「60-79%」（4%）、「40-59%」（10%）、「39%以下」（8%）の割合を占めていた。

表 2-27 QOL 指標の改善率とプログラムへの出席率

		QOL指標の改善率					有意差
		24%以下	25-49%	50-74%	75%以上	合計	
プログラムの出席率	39%以下	2 7.7	9 34.6	10 38.5	5 19.2	26 100.0	—
	40-59%	3 10.3	7 24.1	10 34.5	9 31.0	29 100.0	
	60-79%	2 3.6	15 27.3	23 41.8	15 27.3	55 100.0	
	80%以上	7 8.8	11 13.8	33 41.2	29 36.2	80 100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率（構成割合）%である。

## 2-28 QOL 指標の改善率とプログラムの継続や参加を促す工夫の実施

QOL の改善率とプログラムの継続や参加を促す工夫の実施の関係について、表 2-28 に示した。 $\chi^2$  独立性の検定の結果、改善率と「結果のフィードバック」、「個別カウンセリング」の間に統計学的に有意な関係が認められた。プログラム全体に対する改善率の良い（改善率 75%以上）プログラムの占める割合は、「結果のフィードバック」（有り 31% vs. 無し 21%）と「個別カウンセリング」（有り 36% vs. 無し 21%）の両方において、「実施有り」のプログラムが、「実施無し」のプログラムと比較して多かった。一方で改善率の悪い（改善率 24%以下）プログラムは、「結果のフィードバック」（有り 9% vs. 無し 5%）、「個別カウンセリング」（有り 6% vs. 無し 10%）と、「実施無し」のプログラムが「実施有り」よりも、プログラム全体に対して多い割合を占めていた。

プログラムの工夫の実施合計個数と基本チェックリストの改善率には、統計学的に有意な関係が認められ、プログラム全体に対する改善率の良い（改善率 75%以上）プログラムは、工夫の合計個数が「7-9 個」（32%）、「4-6 個」（34%）の工夫が多いプログラムが、「1-3 個」（19%）、「0 個」（0%）と工夫が少ないプログラムよりもその占める割合が多かった。逆に改善率の悪い（改善率 24%以下）プログラムは、プログラム全体に対して、「0 個」（0%）、「1-3 個」（11%）、「4-6 個」（5%）、「7-9 個」（14%）の割合を占めていた。

表 2-28 QOL 指標の改善率とプログラムの継続や参加を促す工夫の実施

		QOL 指標の改善率					有意差
		24%以下	25-49%	50-74%	75%以上	合計	
セルフモニタリング	有り	5 8.2	12 19.7	28 45.9	16 26.2	61 100.0	-
	無し	12 7.9	40 26.5	55 36.4	44 29.1	151 100.0	
グループワーク	有り	8 12.1	12 18.2	30 45.5	16 24.2	66 100.0	-
	無し	9 6.2	40 27.4	53 36.3	44 30.1	146 100.0	
欠席者への電話 などでのサポート	有り	11 8.5	24 18.6	54 41.9	40 31.0	129 100.0	-
	無し	6 7.2	28 33.7	29 34.9	20 24.1	83 100.0	
仲間づくり支援	有り	7 7.4	17 18.1	39 41.5	31 33.0	94 100.0	-
	無し	10 8.5	35 29.7	44 37.3	29 24.6	118 100.0	
実施施設への送迎	有り	10 7.8	38 29.7	44 34.4	36 28.1	128 100.0	-
	無し	7 8.3	14 16.7	39 46.4	24 28.6	84 100.0	
土・日曜日や夜間の 講座の開講	有り	- -	- -	2 100.0	- -	2 100.0	-
	無し	17 8.1	52 24.8	81 38.6	60 28.6	210 100.0	
結果のフィードバック	有り	14 9.3	29 19.3	60 40.0	47 31.3	150 100.0	p < .05
	無し	3 4.8	23 37.1	23 37.1	13 21.0	62 100.0	
個別カウンセリング	有り	6 5.7	17 16.0	45 42.5	38 35.8	106 100.0	p < .01
	無し	11 10.4	35 33.0	38 35.8	22 20.8	106 100.0	
個別の改善目標や 行動目標の設定	有り	13 7.3	39 22.0	73 41.2	52 29.4	177 100.0	-
	無し	4 11.4	13 37.1	10 28.6	8 22.9	35 100.0	
プログラムの工夫の 合計	0個	- -	1 50.0	1 50.0	- -	2 100.0	p < .05
	1-3個	8 11.4	24 34.3	25 35.7	13 18.6	70 100.0	
	4-6個	5 4.5	26 23.2	43 38.4	38 33.9	112 100.0	
	7-9個	4 14.3	1 3.6	14 50.0	9 32.1	28 100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率（構成割合）%である。

## 2-29 主観的健康観の改善率と開催回数

主観的健康観の改善率と開催回数の関係について、表2-29に示した。 $\chi^2$ 独立性の検定の結果、相互間に統計学的に有意な関係は認められなかった。プログラム全体に対する改善率の良い（改善率75%以上）プログラムの占める割合は、開催回数「2-8回」（23%）、「9-12回」（16%）、「13-24回」（27%）であった。一方で改善率の悪い（改善率24%以下）プログラムは、プログラム全体に対して、開催回数「13-24回」（16%）、「9-12回」（14%）、「2-8回」（19%）の割合を占めていた。

## 2-29 主観的健康観の改善率と開催回数

		主観的健康観の改善率					有意差
		24%以下	25-49%	50-74%	75%以上	合計	
開催回数	2-8回	38	55	63	47	203	-
		18.7	27.1	31.0	23.2	100.0	
	9-12回	32	67	89	35	223	
		14.3	30.0	39.9	15.7	100.0	
	13-24回	30	50	55	50	185	
		16.2	27.0	29.7	27.0	100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率（構成割合）%である。

## 2-30 主観的健康観の改善率と参加者数

主観的健康観の改善率と参加者数の関係について、表2-30に示した。 $\chi^2$ 独立性の検定の結果、相互間に統計学的に有意な関係は認められなかった。プログラム全体に対する改善率の良い（改善率75%以上）プログラムの占める割合は、参加者数「1-9人」（19%）、「10-14人」（14%）、「15-19人」（18%）、「20-24人」（19%）、「25人以上」（11%）であった。一方で出席率の悪い（出席率39%以下）プログラムは、プログラム全体に対して、参加者数「1-9人」（26%）、「10-14人」（23%）、「15-19人」（18%）、「20-24人」（22%）、「25人以上」（18%）の割合を占めていた。

表2-30 主観的健康観の改善率と参加者数

		主観的健康観の改善率					有意差
		24%以下	25-49%	50-74%	75%以上	合計	
参加者数	1-9人	41	52	36	31	160	-
		25.6	32.5	22.5	19.4	100.0	
	10-14人	34	57	37	21	149	
		22.8	38.3	24.8	14.1	100.0	
	15-19人	20	37	37	20	114	
		17.5	32.5	32.5	17.5	100.0	
	20-24人	13	18	16	11	58	
		22.4	31.0	27.6	19.0	100.0	
	25人以上	21	41	44	13	119	
		17.6	34.5	37.0	10.9	100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率（構成割合）%である。

## 2-31 主観的健康観の改善率と参加費用の有無

主観的健康観の改善率と参加費用の有無の関係について、表2-31に示した。 $\chi^2$ 独立性の検定の結果、相互間に統計学的に有意な関係が認められた。プログラム全体に対する改善率の良い(改善率75%以上)プログラムの占める割合は、参加費用「有り」(27%)が、「無し」(19%)と比較して高かった。一方で改善率の悪い(改善率24%以下)プログラムは、プログラム全体に対して、参加費用「有り」20%、「無し」15%の割合を占めていた。

表2-31 主観的健康観の改善率と参加費用の有無

		主観的健康観の改善率					有意差
		24%以下	25-49%	50-74%	75%以上	合計	
参加費用	有り	32 19.8	44 27.2	42 25.9	44 27.2	162 100.0	p < .05
	無し	67 15.4	125 28.7	161 37.0	82 18.9	435 100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率(構成割合)%である。

## 2-32 主観的健康観の改善率とプログラムへの出席率

主観的健康観の改善率とプログラムへの出席率の関係について、表2-32に示した。 $\chi^2$ 独立性の検定の結果、相互間に統計学的に有意な関係が認められた。プログラム全体に対する改善率の良い(改善率75%以上)プログラムの占める割合は、出席率「80%以上」(25%)が、「60-79%」(19%)、「40-59%」(20%)、「39%以下」(20%)と比較して高かった。一方で改善率の悪い(改善率24%以下)プログラムは、プログラム全体に対して、出席率「80%以上」(18%)、「60-79%」(18%)、「40-59%」(19%)、「39%以下」(7%)の割合を占めていた。

表2-32 主観的健康観の改善率とプログラムへの出席率

		主観的健康観の改善率					有意差
		24%以下	25-49%	50-74%	75%以上	合計	
プログラムの出席率	39%以下	6 7.3	36 43.9	24 29.3	16 19.5	82 100.0	p < .05
	40-59%	14 18.9	18 24.3	27 36.5	15 20.3	74 100.0	
	60-79%	28 18.3	45 29.4	51 33.3	29 19.0	153 100.0	
	80%以上	46 17.6	60 23.0	89 34.1	66 25.3	261 100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率(構成割合)%である。

## 2-33 主観的健康観の改善率とプログラムの継続や参加を促す工夫の実施

主観的健康観の改善率とプログラムの継続や参加を促す工夫の実施の関係について、表2-33に示した。 $\chi^2$ 独立性の検定の結果、改善率と「仲間づくり支援」、「結果のフィードバック」、「個別カウンセリング」の間に統計学的に有意な関係が認められた。プログラム全体に対する改善率の良い（改善率75%以上）プログラムの占める割合は、「仲間づくり支援」（有り29% vs. 無し17%）、「結果のフィードバック」（有り26% vs. 無し12%）、「個別カウンセリング」（有り27% vs. 無し18%）のすべてにおいて、「実施有り」のプログラムが、「実施無し」のプログラムと比較して多かった。一方で改善率の悪い（改善率24%以下）プログラムは、「仲間づくり支援」（有り14% vs. 無し18%）、「結果のフィードバック」（有り16% vs. 無し17%）、「個別カウンセリング」（有り13% vs. 無し19%）と、「実施無し」のプログラムが「実施有り」よりも、プログラム全体に対して多い割合を占めていた。

プログラムの工夫の実施合計個数と基本チェックリストの改善率には、統計学的に有意な関係が認められ、プログラム全体に対する改善率の良い（改善率75%以上）プログラムが占める割合は、工夫の合計個数が多い「7-9個」（41%）、「4-6個」（25%）、「1-3個」（15%）、「0個」（6%）といったものほど多かった。逆に改善率の悪い（改善率24%以下）プログラムは、プログラム全体に対して、「0個」（29%）、「1-3個」（21%）、「4-6個」（11%）、「7-9個」（19%）の割合を占めていた。

表2-33 主観的健康観の改善率とプログラムの継続や参加を促す工夫の実施

		主観的健康観の改善率					有意差
		24%以下	25-49%	50-74%	75%以上	合計	
セルフモニタリング	有り	17 12.6	34 25.2	46 34.1	38 28.1	135 100.0	-
	無し	83 17.4	138 29.0	161 33.8	94 19.7	476 100.0	
グループワーク	有り	25 15.1	40 24.1	55 33.1	46 27.7	166 100.0	-
	無し	75 16.9	132 29.7	152 34.2	86 19.3	445 100.0	
欠席者への電話 などでのサポート	有り	50 14.8	89 26.3	117 34.6	82 24.3	338 100.0	-
	無し	50 18.3	83 30.4	90 33.0	50 18.3	273 100.0	
仲間づくり支援	有り	31 13.7	52 22.9	78 34.4	66 29.1	227 100.0	p < .01
	無し	69 18.0	120 31.2	129 33.6	66 17.2	384 100.0	
実施施設への送迎	有り	61 17.8	103 30.0	113 32.9	66 19.2	343 100.0	-
	無し	39 14.6	69 25.7	94 35.1	66 24.6	268 100.0	
土・日曜日や夜間の 講座の開講	有り	- -	1 14.3	3 42.9	3 42.9	7 100.0	-
	無し	100 16.6	171 28.3	204 33.8	129 21.4	604 100.0	
結果のフィードバック	有り	66 15.9	110 26.5	130 31.3	109 26.3	415 100.0	p < .01
	無し	34 17.3	62 31.6	77 39.3	23 11.7	196 100.0	
個別カウンセリング	有り	34 13.1	66 25.5	89 34.4	70 27.0	259 100.0	p < .05
	無し	66 18.8	106 30.1	118 33.5	62 17.6	352 100.0	
個別の改善目標や 行動目標の設定	有り	72 15.2	138 29.1	156 32.8	109 22.9	475 100.0	-
	無し	28 20.6	34 25.0	51 37.5	23 16.9	136 100.0	
プログラムの工夫の 合計	0個	5 29.4	3 17.6	8 47.1	1 5.9	17 100.0	p < .01
	1-3個	54 20.8	84 32.4	82 31.7	39 15.1	259 100.0	
	4-6個	30 10.8	78 28.2	101 36.5	68 24.5	277 100.0	
	7-9個	11 19.0	7 12.1	16 27.6	24 41.4	58 100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率（構成割合）%である。

## 2-34 体力の改善と開催回数

体力の改善率と開催回数の関係について、表2-34に示した。 $\chi^2$ 独立性の検定の結果、相互間に統計学的に有意な関係が認められた。プログラム全体に対する改善率の良い（改善率75%以上）プログラムの占める割合は、開催回数「2-8回」（41%）、「9-12回」（24%）、「13-24回」（38%）であった。一方で改善率の悪い（改善率24%以下）プログラムは、プログラム全体に対して、開催回数「13-24回」（8%）、「9-12回」（8%）、「2-8回」（9%）の割合を占めていた。

表2-34 体力の改善と開催回数

		体力の改善率					有意差
		24%以下	25-49%	50-74%	75%以上	合計	
開催回数	2-8回	6	14	20	28	68	p < .05
		8.8	20.6	29.4	41.2	100.0	
	9-12回	19	51	110	57	237	
		8.0	21.5	46.4	24.1	100.0	
	13-24回	15	31	74	72	192	
		7.8	16.1	38.5	37.5	100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率（構成割合）%である。

## 2-35 体力の改善率と参加者数

体力の改善率と参加者数の関係について、表2-30に示した。 $\chi^2$ 独立性の検定の結果、相互間に統計学的に有意な関係は認められなかった。プログラム全体に対する改善率の良い（改善率75%以上）プログラムの占める割合は、参加者数「1-9人」（9%）、「10-14人」（3%）、「15-19人」（12%）、「20-24人」（8%）、「25人以上」（9%）であった。一方で出席率の悪い（出席率39%以下）プログラムは、プログラム全体に対して、参加者数「1-9人」（35%）、「10-14人」（32%）、「15-19人」（34%）、「20-24人」（29%）、「25人以上」（26%）の割合を占めていた。

表2-35 体力の改善率と参加者数

		体力の改善率					有意差
		24%以下	25-49%	50-74%	75%以上	合計	
参加者数	1-9人	35	42	15	9	101	-
		34.7	41.6	14.9	8.9	100.0	
	10-14人	42	54	31	4	131	
		32.1	41.2	23.7	3.1	100.0	
	15-19人	34	33	21	12	100	
		34.0	33.0	21.0	12.0	100.0	
	20-24人	15	27	5	4	51	
		29.4	52.9	9.8	7.8	100.0	
	25人以上	27	45	23	9	104	
		26.0	43.3	22.1	8.7	100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率（構成割合）%である。

## 2-36 体力の改善率と参加費用の有無

体力の改善率と参加費用の有無の関係について、表2-36に示した。 $\chi^2$ 独立性の検定の結果、相互間に統計学的に有意な関係は認められなかった。プログラム全体に対する改善率の良い(改善率75%以上)プログラムが占める割合は、参加費用「有り」が38%、「無し」が30%であった。一方で改善率の悪い(改善率24%以下)プログラムは、プログラム全体に対して、参加費用「有り」(9%)、「無し」(8%)の割合を占めていた。

表2-36 体力の改善率と参加費用の有無

		体力の改善率					有意差
		24%以下	25-49%	50-74%	75%以上	合計	
参加費用	有り	12 8.7	31 22.5	43 31.2	52 37.7	138 100.0	—
	無し	26 7.7	63 18.6	149 44.1	100 29.6	338 100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率(構成割合)%である。

## 2-37 体力の改善率とプログラムへの出席率

体力の改善率とプログラムへの出席率の関係について、表2-37に示した。 $\chi^2$ 独立性の検定の結果、相互間に統計学的に有意な関係が認められた。プログラム全体に対する改善率の良い(改善率75%以上)プログラムの占める割合は、出席率「80%以上」(39%)が、「60-79%」(26%)、「40-59%」(34%)、「39%以下」(20%)と比較して高かった。一方で改善率の悪い(改善率24%以下)プログラムは、プログラム全体に対して、出席率「80%以上」(7%)、「60-79%」(11%)、「40-59%」(9%)、「39%以下」(2%)の割合を占めていた。

表2-37 体力の改善率とプログラムへの出席率

		体力の改善率					有意差
		24%以下	25-49%	50-74%	75%以上	合計	
プログラムの出席率	39%以下	1 1.8	9 16.1	35 62.5	11 19.6	56 100.0	p < .01
	40-59%	6 9.4	11 17.2	25 39.1	22 34.4	64 100.0	
	60-79%	16 10.9	37 25.2	56 38.1	38 25.9	147 100.0	
	80%以上	13 6.6	34 17.3	74 37.6	76 38.6	197 100.0	

※ 上段の数値は実数、下段は百分率(構成割合)%である。

## 2-38 体力の改善率とプログラムの継続や参加を促す工夫の実施

体力の改善率とプログラムの継続や参加を促す工夫の実施の関係について、表 2-38 に示した。 $\chi^2$  独立性の検定の結果、改善率と「セルフモニタリング」、「仲間づくり支援」、「実施施設への送迎」、「結果のフィードバック」の間に統計学的に有意な関係が認められた。プログラム全体に対する改善率の良い（改善率 75%以上）プログラムの占める割合は、「セルフモニタリング」（有り 44% vs. 無し 28%）、「仲間づくり支援」（有り 39% vs. 無し 27%）、「実施施設への送迎」（有り 31% vs. 無し 33%）、「結果のフィードバック」（有り 35% vs. 無し 23%）と「実施施設への送迎」を除いて、「実施有り」のプログラムが、「実施無し」のプログラムと比較して多かった。一方で改善率の悪い（改善率 24%以下）プログラムは、プログラム全体に対して、「セルフモニタリング」（有り 7% vs. 無し 8%）、「仲間づくり支援」（有り 7% vs. 無し 9%）、「実施施設への送迎」（有り 6% vs. 無し 11%）、「結果のフィードバック」（有り 8% vs. 無し 7%）の「実施無し」の割合を占めていた。

プログラムの工夫の実施合計個数と体力の改善率には、統計学的に有意な関係が認められ、プログラム全体に対する改善率の良い（改善率 75%以上）プログラムが占める割合は、工夫の合計個数が多い「7-9 個」（58%）、「4-6 個」（33%）、「1-3 個」（28%）、「0 個」（0%）といったものほど多かった。逆に改善率の悪い（改善率 24%以下）プログラムは、プログラム全体に対して、「0 個」（0%）、「1-3 個」（10%）、「4-6 個」（8%）、「7-9 個」（3%）の割合を占めていた。

表2-38 体力の改善率とプログラムの継続や参加を促す工夫の実施

		体力の改善率					有意差
		24%以下	25-49%	50-74%	75%以上	合計	
セルフモニタリング	有り	7 6.7	11 10.6	40 38.5	46 44.2	104 100.0	p < .01
	無し	33 8.4	85 21.6	164 41.7	111 28.2	393 100.0	
グループワーク	有り	13 10.6	29 23.6	43 35.0	38 30.9	123 100.0	-
	無し	27 7.2	67 17.9	161 43.0	119 31.8	374 100.0	
欠席者への電話 などでのサポート	有り	17 6.7	42 16.5	103 40.6	92 36.2	254 100.0	-
	無し	23 9.5	54 22.2	101 41.6	65 26.7	243 100.0	
仲間づくり支援	有り	13 6.6	34 17.3	73 37.1	77 39.1	197 100.0	p < .05
	無し	27 9.0	62 20.7	131 43.7	80 26.7	300 100.0	
実施施設への送迎	有り	16 5.8	63 22.9	112 40.7	84 30.5	275 100.0	p < .05
	無し	24 10.8	33 14.9	92 41.4	73 32.9	222 100.0	
土・日曜日や夜間の 講座の開講	有り	1 11.1	1 11.1	1 11.1	6 66.7	9 100.0	-
	無し	39 8.0	95 19.5	203 41.6	151 30.9	488 100.0	
結果のフィードバック	有り	30 8.3	68 18.8	137 38.0	126 34.9	361 100.0	p < .05
	無し	10 7.4	28 20.6	67 49.3	31 22.8	136 100.0	
個別カウンセリング	有り	13 8.2	28 17.6	61 38.4	57 35.8	159 100.0	-
	無し	27 8.0	68 20.1	143 42.3	100 29.6	338 100.0	
個別の改善目標や 行動目標の設定	有り	24 6.8	65 18.4	148 41.8	117 33.1	354 100.0	-
	無し	16 11.2	31 21.7	56 39.2	40 28.0	143 100.0	
プログラムの工夫の 合計	0個	- -	5 35.7	9 64.3	- -	14 100.0	p < .01
	1-3個	23 9.9	42 18.0	103 44.2	65 27.9	233 100.0	
	4-6個	16 7.5	45 21.2	81 38.2	70 33.0	212 100.0	
	7-9個	1 2.6	4 10.5	11 28.9	22 57.9	38 100.0	
	合計						

※ 上段の数値は実数、下段は百分率（構成割合）%である。

### 3 まとめ

前述で分析対象としたプログラムの中から、開催回数1回及び25回以上のプログラムを除いた1, 111のプログラムを対象に、プログラムへの出席率や評価指標の改善率とプログラムの開催回数、参加費用の有無、参加者数、プログラムの継続や効果を高める工夫の実施の有無との関係を検討した。

#### プログラムへの出席率と説明変数の関連

全体及び開催回数別のプログラムへの出席率と説明変数の関係をまとめたものを表3-1に示す。

今回の調査結果から、プログラムへの出席率は、参加人数が多いプログラムほど、出席率が低くなる傾向が示され、1教室あたり25名以上のプログラム設定は避けることが望ましいことが示唆された。また、欠席者への電話サポート、実施施設への送迎といった支援者側の参加促進の工夫やセルフモニタリング、仲間づくり支援、個別カウンセリング、結果のフィードバック、個別の改善目標や行動目標の設定などの参加者の行動変容を促す工夫は、プログラムの出席率を高めるために有効な方法であることが明らかとなった。

介護予防事業の開催場所として想定される公的な施設の利用とその関連要因を検討した研究では、公的な施設の利用頻度は、施設までの距離が短いほど、また利用可能な交通手段が豊かであるほど多いことが明らかにされている(平井、2008)。このようなことから、送迎などを実施し、施設までのアクセスの利便性を高めていくことは、介護予防への出席率を高めるための有効な手段であるといえる。また近年、健康行動の継続や定着に対する支援方策として、ソーシャルサポートの提供や目標設定、セルフモニタリングなどの行動変容技法の有効性が報告されている(例えば、竹中、2008)。

今回の調査結果は、介護予防事業においても、これらの行動変容技法を取り入れたプログラムの実施が、参加者の事業への参加を高めるために有効であることを支持した。さらに、プログラムへの出席率は、プログラムの工夫の合計数と有意な関係が認められたことから、できるだけ多くこれらの技法を取り入れたプログラムを実施することが出席率の改善につながるであろう。

以上の結果から、介護予防事業への出席を高めるためには、

- ① プログラムへの参加人数が多くなりすぎ(25名以上)ないこと
- ② 従来からよく行われている、欠席者への電話サポート、実施施設への送迎などの支援者側の参加促進の援助に加えて、セルフモニタリングやソーシャルサポート、目標設定などの参加者の行動変容を促す技法を数多く取り入れることが重要となるだろう。

表 3-1 プログラムへの出席率と説明変数の関係

	開催回数			
	全体	2-8回	9-12回	13-24回
開催回数	○	—	—	—
参加費用	×	×	×	×
参加者数	○	○	○	○
プログラムの工夫				
セルフモニタリング	○	×	×	○
グループワーク	×	×	×	×
欠席者への電話などでのサポート	○	×	×	○
仲間づくり支援	×	×	○	×
実施施設への送迎	○	×	○	○
土・日曜日や夜間の講座の開講	×	×	×	×
結果のフィードバック	○	○	×	×
個別カウンセリング	×	○	×	×
個別の改善目標や行動目標の設定	○	○	○	○
プログラムの工夫の合計	○	○	○	○

○；出席率との統計的有意差有り、×；出席率との統計的有意差無し、—；分析無し

### 改善指標の改善率と説明変数の関連

基本チェックリスト、生活機能（基本チェックリスト以外）、QOL 指標、主観的健康観、体力の各指標の改善率と説明変数の関係をまとめたものを表 3-2 に示す。

各指標の改善率の高低には、プログラムへの出席率とともに、セルフモニタリング、欠席者への電話サポート、仲間づくり支援、結果のフィードバック、個別カウンセリング、個別の改善目標や行動目標の設定などの目標設定等の支援者側の参加促進の工夫や参加者の行動変容を促す工夫の有無が関係していた。前述したように、これらの工夫を取り入れたプログラムは、出席率が高いことから、工夫の実施が、プログラムへの参加を促し、改善率の良さにつながっていると考えられる。またこれらの工夫の中でも特に、セルフモニタリングや仲間づくり支援、結果のフィードバック、個別カウンセリングなどの参加者自身の行動変容を促す工夫は、多くの評価項目で改善への有効な手法であることが明らかにされた。

厚生労働省による介護予防マニュアル（改訂版）においても、高齢者には、行動変容を促す考え方や技法を用いて、生活機能改善への意欲を高めていくことが重要であると述べられている。本調査の結果も、これらの報告を支持する結果となった。さらに出席率の場合と同様に、すべての評価指標において、プログラムの工夫の合計と改善率の間に有意な関係が認められ、これらの工夫を多く取り入れたプログラムほど改善率が良いことが明らかとなった。

以上の結果から、効果指標の改善を高めるためには、

- ① 支援者側の参加促進の援助や参加者の行動変容を促す技法を数多く取り入れプログラムへの出席率を高めること
- ② 参加者の行動変容を促す技法（特に、セルフモニタリング、仲間づくり支援、結果のフィードバック、個別カウンセリング）を取り入れ、心身機能の改善への意欲を高めること

が重要となるだろう。

表 3-2 評価指標の改善率と説明変数の関係

	評価項目				
	基本 チェック リスト	生活機能	QOL 指標	主観的 健康観	体力
開催回数	×	×	×	×	○
参加費用	○	×	×	○	×
参加者数	×	×	×	×	×
出席率	×	×	×	○	○
プログラムの工夫					
セルフモニタリング	○	○	×	×	○
グループワーク	×	×	×	×	×
欠席者への電話などでのサポート	○	×	×	×	×
仲間づくり支援	○	×	×	○	○
実施施設への送迎	×	×	×	×	○
土・日曜日や夜間の講座の開講	×	×	×	×	×
結果のフィードバック	○	×	○	○	○
個別カウンセリング	○	○	○	○	×
個別の改善目標や行動目標の設定	○	×	×	×	×
プログラムの工夫の合計	○	○	○	○	○

○；改善率との統計的有意差有り、×；改善率との統計的有意差無し

#### 【参考資料・文献】

- ・宮地元彦ほか：特定保健指導の脱落要因－国保ヘルスアップ事業の結果より－．臨床スポーツ医学、第 26 巻、第 12 号、2009 年．
- ・財団法人健康・体力づくり事業財団：健康増進施設に関する実態調査事業－保健指導における運動中止者の阻害要因について－．平成 19 年度老人保健事業推進費推進費等補助金報告書、2007 年．
- ・財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団・東京都老人総合研究所監修：続介護予防マニュアル．財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団、2005 年．
- ・平井寛ほか：高齢者の町施設利用の関連要因分析－介護予防事業参加促進にむけた基礎的研究－．日本公衆衛生雑誌、第 55 巻、第 1 号、37－45 頁、2008 年．
- ・竹中晃二：プロの知識・プロの技術シリーズ 3・行動変容－健康行動の開始・継続を促すしかけづくり．財団法人健康・体力づくり事業財団、2008 年．

## IV 介護予防事業の効果上げる 自治体の取り組み

## IV. 介護予防事業の効果を上げる自治体の取り組み

### 1 自治体の選定基準

全国の1,962市区町村を対象に実施した質問紙調査（調査票）に回答して頂いた590の市区町村の中から、調査票への回答結果をもとに、

- ①市区町村の人口規模に対し参加者数の多いプログラム
- ②出席率が高いプログラム
- ③基本チェックリストに代表されるアセスメントを実施し効果を上げているプログラム
- ④特徴的なプログラム

を実施している市区町村を抽出した。

また、事例として紹介するにあたり、地域や市町村規模の偏りが無いよう配慮した。

その結果、幌加内町(北海道)、潟上市(秋田県)、水戸市(茨城県)、品川区(東京都)、野沢温泉村(長野県)、藤枝市(静岡県)、東近江市(滋賀県)、小松島市(徳島市)、中津市(大分県)の9市区町村を選定し、調査員が現地を訪問し、担当者から直接事業の実施形態や特徴について聞き取り調査を行った。

## 事例一覧表

	1) 実施プログラム	2) 職員	3) 支援者	4) 運営形態
幌加内町	・特定 介護予防 ・一般 脳トレ	正規11名、非正規4名	脳トレは住民からのサポーターが指導する	直営と委託を併用  札幌のケア事業団に委託している
潟上市	・特定 介護予防 ・一般 予防学習会	正規3名、非正規1名 包括職員以外に、保健師 (含ケアマネージャー)、看護師、健康運動指導士	老人会などの組織がサポート	主に直営  委託したくても委託先がない
水戸市	・特定 介護予防 ・一般 運動、脳トレ、栄養、口腔	正規37名、非正規35名	「サポーター養成講座」 修了者がサポーターとして支援	完全直営
品川区	・特定 介護予防 ・一般 運動、脳トレ、ふれあい、料理	専門の事務職員1名 (委託事業のため担当所 管の専門技術職員はいない)	一般高齢者を対象とした 介護予防プログラム修了 者がボランティアとして支援	主に委託
野沢温泉村	・特定 介護予防 ・一般 運動、脳トレ、口腔ケア	正規2名 (保健師、事務職1名ずつ で保健衛生と兼務) 事業には非正規で、 在宅保健師、健康運動指導士、看護師、PT、歯科衛生士、歯科医師	保健指導員が、健診のお知らせや事業の案内のチラシを配布、参加への声かけを実施	主に委託  村の振興公社に委託。企画や事業内容の概要は村側(保健師)が決める
藤枝市	・特定 運動、口腔ケア、脳	正規23名	認知症予防の事業については、公募したボランティアの「学習サポーター」が支援	主に委託  専門職員は、評価方法や事業内容について委託業者に細かく指示を出している
東近江市	・特定 運動、口腔、栄養 ・一般 脳トレ	正規13名、非正規4名 保健師、PT、看護師、健康運動指導士などの有資格者が含まれる	自治会、老人会などの組織がサポート	主に委託  地元社会福祉法人
小松島市	・特定 ・一般 運動、認知症	正規15名、非正規4名	小松島病院からのスタッフ (PT、OT) 徳島大学の教員、学生などが事業をサポート	主に委託  小松島病院、徳島大学に委託。企画に関しては、市側が立案する
中津市	・特定 運動、栄養、口腔 ・一般 健康づくりや介護予防に関する講演会	正規13名(うち、専任で関わっている職員は3名)、 非正規9名	民生委員など地域の方々が、対象者の情報などを提供	主に委託  NPO法人地域リハビリネットワークの会 PT、OT、看護師

5) プログラム評価	6) 広報活動	7) アピールポイント	8) その他
基本チェックリスト、体力テスト、主観的健康観、QOLなどを実施	健診時、該当者に口頭で勧める	母集団が少ないため、「顔の見える事業」が可能	送迎を実施 面積が広いので、町の中心部のみでプログラム展開。端の方には巡回指導を行っている
基本チェックリスト、体力テスト、主観的健康観などを実施	郵送	高齢の親の介護を担当する子ども達への講座をスタートさせた	送迎を実施 検診から特定者を選定するのは効果が低いので、65歳以上全員に基本チェックを行い、「かかりつけ医」に判断してもらい参加者を募っている
PTなどの専門家により、質の高い、生活機能、体力テスト、運動負荷テストなどを実施	市報の裏表紙など広報紙の特に目に付きやすいところに掲載している	PTやOTといった専門職による専門的な指導	障害者向けのリハビリサービスを提供していたPTやOTが、介護事業にシフト。また、水戸市長のトップダウンの影響大
基本チェックリスト、生活機能、体力テストを重視。参加率は重視していない		コストの削減と、高齢者マンパワー活用のためにボランティアへのウエイト移行を思考中	介護予防事業が始まる以前からの介護サービスを提供していた施設や、介護予防モデル事業で実施したプログラムを活用し、従来の地域の力をうまく利用している
基本チェックリストや厚生労働省の介護予防の体力評価項目について測定を実施	特定者へは健診結果から個別に案内を送付し、電話による勧誘 一般向けの案内はチラシを配布	介護予防事業に関しては、PTと健康運動指導士のもとで筋力トレーニングを実施 自宅での運動実施も徹底	送迎は委託業者に依頼。依頼できない場合は、タクシーを活用（費用は事業予算内を含む） 一般向けの事業は、地区単位で実施し、事業への参加促進など地域ネットワークを活用している 運動疾患が多く、冬場の身体活動量も低いため、運動中心の事業を実施
運動に関する事業では、厚生労働省の介護予防の体力評価項目について測定を実施	回覧板や広報などを活用 「介護予防のてびき」の作成、配布 市内循環バスに広報を掲示 包括職員が直接勧める	講義だけでなく、温泉施設に行くなど楽しみの要素を入れたプログラムを実施 運動、栄養、口腔ケアなど包括的事业を実施	参加者の大部分が送迎を利用している。 委託先で送迎ができない場合、市がタクシー-会社と契約 年間を通して、市内の各地区でまんべんなく事業が受けられるように、実施時期や開催場所の選定を工夫 事業のネーミングを工夫
体力テスト、主観的健康観などを実施。点数だけではなく、参加者の言葉も参考としている	郵送、電話 広く広報しても受入数に限りがある	スタッフも実際にプログラムに入り、同じ立場で展開することで、仲間づくりに寄与している	スタッフが交代で送迎を実施している。 プログラム終了後のフォローのために自治会や老人会などが中心となった「サロン」の整備を行っていききたい
厚生労働省の介護予防の体力評価項目について測定や生活体力テストを実施。教室の満足度、次回の教室への参加意欲を測定	市報 老人クラブ、社会福祉協議会、民生などを通じた口コミによる勧誘	PT、OTの指導のもと、しっかりと筋力トレーニングやバランストレーニングを実施 スキルアップ研修会などに参加し、資格も積極的に取得	介護予防事業で実施した内容をもとに10分程度の番組を作成し、ケーブルテレビで放映 地元の病院や大学などの専門的な資源をうまく活用しながら、介護予防事業を進めている
基本チェックリスト、生活機能、体力テスト NPOのみならず、市職員が直接参加率や中断などを評価	一般高齢者に対する健康・介護講演会の際に、リスクの高い高齢者を発掘	市役所事務職員を中心として厚生労働省の方針に従い、質の高い事業設計を行っている	地元のタクシー協会に委託し、格安で集団送迎を実施



**北海道**

**幌加内町**

小野田 直子氏  
(町地域包括支援センター主幹:保健師)

人口；1766人  
高齢化率；36.9%  
特定高齢者数；  
48人

**「顔の見える事業」**

## Q1 どんな事業を行っていますか？

**A** プログラムは2種類。一つめは特定高齢者を対象に行っている介護予防の「はっちゃんクラブ」。これは月2回で、6ヶ月のプログラムです。札幌にあるケア事業団の高齢者用プログラムを実施しています。月1回は理学療法士が札幌から来て指導し、あとの1回はここの職員（介護福祉士）が指導しています。

具体的内容はバイタルチェック、トレーニング6種目（初心者）～9種目（継続者）、セラバンドによる筋トレ（足腰）などです。プログラムの合間に自宅で行う種目（＝宿題）も準備しており、実施した場合は記録用紙に本人が○印を付け、プログラム開催時に持参し、成績が良いと「よくできました」スタンプを押しています。結構皆さんやってこられますね。

もう一つは、特定・一般両方を対象としている「頭健康教室」で、週1回、6ヶ月のプログラムです。これは脳トレが中心で学習サポーター（＝有償ボランティア）に採点してもらっています。サポーター1人に学習者2人がついて、30分で採点と解説を行います。懇談コーナーを設けていますが、採点前後の懇談コーナーでのおしゃべりも楽しいようです。

表. 幌加内町実施プログラム

	プログラム名	対象者	参加者数/回	回数・期間	備考
1	はっちゃんクラブ	特定	24名	12回/6ヶ月	送迎付
2	頭健康教室	特定、一般	21名	24回/6ヶ月	送迎は特定者は有り、一般は無し

## Q2 プログラム出席率も高いですが、どんな工夫をしていますか？

**A** 「楽しいよ！」という参加者の声が多いですね。「宿題」をやってきた時も、たくさんほめるようにしています。運動して調子が良くなったという実感もあるようだし、仲間に会えることも大事ですね。独居や高齢者夫婦が多いので、閉じこもりの予防にもなっていると思います。幌加内町は面積は大きいですが、人口は少ないので、私たちスタッフはすべてのお年寄りの顔と名前が一致しています。そういったところも「きめ細やかな」対応ができる理由かなと思います。

## Q3 問題点は何ですか？

**A** 出席率のわりには改善率に反映してこないことですね……。この辺は74歳くらいまでは農作業に従事する人が多く、膝や腰が変性して痛みのある人が多いのですが、この痛みは「はっちゃき」に参加しても改善することはありません。また、「はっちゃき」参加者は69歳から88歳で、平均年齢は77.6歳。比較的若い年齢の人は効果が出やすいのですが、80歳以上は効果が見えづらい現状にあります。

## Q4 これからの課題を教えてください。

**A** 改善者を増やしたいのでプログラムの中身を検討したい。また、町立病院の先生と相談して、事業参加希望者は積極的に、かつ、できるだけ早く拾っていきたい。それから、プログラム終了後のフォローの検討も重要。プログラムが終了してしまうと、家でもやらなくなる人が多いようだ。これらの点に力を入れていきたい。

### ● 調査員のコメント ●

北海道でも屈指の豪雪地帯。そのためもあり、病院はもとより生活支援ハウスや老人福祉寮、高齢者支援住宅(町内に40世帯)などを中心部にかため、高齢者の福祉の充実ぶりには目を見張るものがあります。それでも送迎は必要で、他の係の人まで借り出して行うときもあるそうです。また、遠く離れたエリアは行き届きづらいとのこと。回答者の小野田さんは、町の現状を細かく把握されており、まさに「顔の見える」事業を展開しておられました。



秋田県

潟上市

北嶋 真喜子氏  
(市地域包括支援センター課長補佐:保健師)

人口；3万5219人  
高齢化率；24.6%  
特定高齢者数；  
306人

## 『参加者選定方法に注目!』

### Q1 参加者の選定方法に特徴がありますね。

**A** 潟上市では、特定高齢者の発見率を高めるために独自の選定方法を実施しています。まず、要支援・要介護認定者を除く65歳以上の方全員（6,823名）に基本チェックリストを配って、回収・分析し、該当した「候補者」に受診券を発行して、自身の「かかりつけ医」で生活機能検査を受けてもらいます。かかりつけ医には、その結果とこれまでの健康状態を勘案して判断してもらいます。この方法だと、元気高齢者は生活機能チェックでふるいにかけて、虚弱を疑われる方が生活機能検査の対象となり、特定高齢者であるかどうか判定されます。今回、特定高齢者と判断された方は306名で、その内48名がプログラムに参加しています。「水際作戦」として特定高齢者を見つけ出すのに、この方法は極めて有効と自負しております。

表. 潟上市実施プログラム

	プログラム名	対象者	参加者数 / 回	回数・期間	備考
1	はつらつ教室	特定	48名	36回 / 11ヶ月	送迎あり
2	介護予防講座	一般	609名	32回	各老人クラブ単位で実施

### Q2 老人クラブを訪問しての活動もされているとのことですが？

**A** 「介護予防講座」は市内の老人クラブを単位として、介護予防についてのお話をするに出向いていくものです。例えば、介護保険通知を郵送すると「自分たちが納めている介護保険料がちょっとずつ高くなるのはなぜ？」といったような質問が毎日のように寄

せられてきます。「自分は使っていないのに？」って…。そういう初歩的なところが理解できていないのが実情です。通知やパンフレットをしっかりと読んで理解していたければ理想的ですが、お年寄りの方は活字が苦手という方も多いので、老人クラブに出向き「介護予防の必要性」や「介護予防の仕組み」、あるいは「自分が年をとっても家で過ごすために何が必要か？」など、わかりやすく、エビデンスに基づいて具体的にお話して、「そのためには運動や生活習慣の改善が必要ですね」ということを理解していただいて、2回目、3回目の教室開催へとつなげていく方策をとっています。

### Q3 出席率・改善率共に高い要因は何だと思えますか？

**A** 出席率を上げている要因は「交通手段」です。ここでは参加者に安心して参加してもらえるよう、車での送迎を行っています。それが脱落者も少なく、最後まで参加してもらえる大きな要因と考えています。また、改善率が高い要因は、指導している健康運動指導士さんの指導力もあると思います。楽しいプログラムは日常の中で最優先事項になっていて、欠席はしたくないので、それに合わせて自分の用事を済まされているようです。

### Q4 新しい取り組みも動き始めたようですね。

**A** 「介護予防講座」の中で、「自分たちだけでなく、うちの嫁にその話をしゃべってくれ」との声をよく耳にします。認知症や介護の話をして、「結局自分がそうなった時に家族が看ることになるのだから」と…。それで今年から家族向けの説明会も始めました。次年度は、回数を増やしていくつもりです。

#### ● 調査員のコメント ●

高齢化率は約24%と県内では秋田市に次いで低い。秋田市に隣接しており、そのエリアはベッドタウンの様相を呈しています。少人数ながら高いコストパフォーマンスを見てとれましたが、「業務委託をしたいが委託先がない」とのことでした。



茨城県

## 水戸市

うんの  
咩野 洋一氏  
(市保健センター介護予防事業係係長)

人口；26万5705人  
高齢化率；21.5%  
特定高齢者数；  
1157人

# 「質の高さを追求」

## Q1 参加者を増やすために工夫している点を教えてください。

**A** 月2回発行される「広報みと」に2007年、2008年と続けて介護予防事業の特集を組んでもらいました。当然、市民の方々の目に届くものですから、そこで、こういう事業を始めましたと周知をしました。2007年の広報の特集では、内容の詳細を示し、2008年では、実際に参加している方々の様子を市民全体に分かっていただくように、実際に実行中の写真を多く掲載しました。それに「参加者の声」も入れてもらったことなどが広報の工夫でしょうか。また、事業参加者の募集は、広報の中でも目立つ場所に入れてもらっています。さらに、事業実施会場の周辺地区に事業内容や参加者募集のチラシを回覧しました。

表. 水戸市実施プログラム

	プログラム名	対象者	参加者数 / 回	回数・期間	備考
1	介護予防教室	特定	約10名	12回～18回 / 3ヶ月～6ヶ月	6コース展開
2	元気アップ・ステップ運動教室	一般	約15名	66回 / 10ヶ月	8か所展開
3	いきいき健康クラブ	一般	約30名	10回～30回 / 1年	34か所展開
4	脳の健康教室	一般	約10名	24回～40回 / 6ヶ月～10ヶ月	2か所展開
5	脳たっしや講座	一般	約30名	6回 / 1.5ヶ月	4か所展開
6	食善く講座	一般	約20名	5回 / 1ヶ月	2か所展開

## Q2 参加者の改善率が高いのはどうしてでしょうか？

**A** まず、すべて直営で行われており、指導する我々に「自前でやっている」という責任感があります。この施設はもともと、在宅身体障害者の通所リハビリを行っていたところであり、理学療法士や作業療法士、保健師や看護師といった専門職が以前から配置されていました。さらに、平成18年度には、介護保険法の改正に伴い、管理栄養士と歯科衛生士が加わり、現在の職員体制が整いました。介護予防事業を行い、改善率を高めるうえで、生活機能の低下を改善するための専門職に恵まれているということは大きいと思います。

## Q3 長期間にわたってプログラムを展開されていますね。

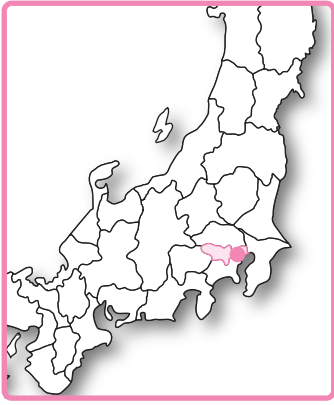
**A** 「元気アップ・ステップ運動教室」は、一般高齢者を対象として実施しています。運動の効果を実感したり、満足感を味わったりした教室終了者は、2年目以降「継続クラブ」に参加し、その後は高齢者自らが主体となり運営する「自主グループ」を設けることにより、運動を継続するための仕組みを用意しています。

## Q4 市長からの「後押し」があるとも聞いていますが？

**A** 水戸市の将来都市像である「元気都市・水戸」の実現に向けて、高齢者等の健康で自立した生活を支援するため、「元気アップ・ステップ運動」を実施しています。この事業につきましては、市長自らが提案するとともに、周知や拡大に積極的に取り組むなど、現在の礎を築きました。

### ● 調査員のコメント ●

理学療法士や作業療法士を含む、多くの専門家の知識と技術を最大限に生かして、質の高いサービスが提供されていました。参加者に対する個別評価も厳密に実施されており、エビデンスに基づいた介護サービスの典型例でした。



東京都

### 品川区

宮木 廉氏(区健康福祉事業部  
高齢者支援第三係長)  
木内 秀次氏(区健康福祉事業部  
いきいき事業係長)

人口；34万7059人  
高齢化率；19.8%  
特定高齢者数；  
1,065人  
(平成21年12月末現在)

## 「都市部の豊富な地域資源を活用」

### Q1 アウトソーシング中心で事業展開をされていますか？

**A** 品川区では、介護予防事業を組み立てる上で、現在の「介護予防事業」という概念が生まれる以前から、高齢者の健康を維持するためのさまざまな事業を展開しており、それをベースにどういったものが介護予防に位置づけられるか整理を行ってきました。制度改正により、地域に埋もれている特定高齢者を、一般高齢者とともに事業実施するためには、理学療法士や看護師といった専門職が配置されている施設であるデイサービスの活用が適切で、アウトソーシングという形をとるのが最も効率が良いといえます。

表. 品川区実施プログラム

	プログラム名	対象者	参加者数/回	回数・期間	備考
1	水中トレーニング	一般	8名	24回/6ヶ月	
2	予防ミニデイ	特定・一般	58名	24回/6ヶ月	南大井教室
3	マシンでトレーニング	特定・一般	15名	24回/6ヶ月	南大井教室

### Q2 業者選択のポイントを教えてください。

**A** 品川区の場合、デイサービスセンターにほかの機能をつけた在宅サービスセンターが地区ごとにあります。在宅サービスセンターは、区がなんらかの形で関与しています。例えば、土地を社会福祉法人に無償貸与をしていたり、区の施設を指定管理者制度により運営したりしています。これらのセンターが中心となり、独自のサービスや区の意向を取り入れたものなど、さまざまな事業を実施しています。

### Q3 アウトソーシング先の評価はどうしていますか？

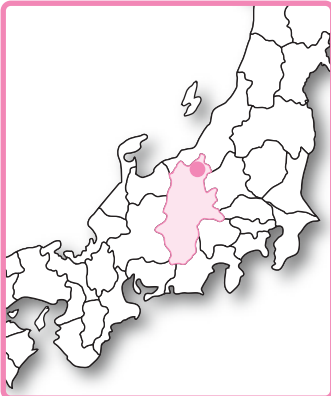
**A** 各事業者の評価は「参加率」や「活動の改善」、そして前後比較の求められているものに対しては、年間の実施計画をとりまとめ、区で設置する専門家による評価チームに評価してもらっています。従来の基本チェックリストや医学的評価のみならず、参加者本人の参加意欲や「活動の幅が広がった」ということが大事であると考え、そのための独自の評価手法を試行的に始めています。結果の数字だけにこだわることなく、参加者の満足度など意識的な評価を大事にしています。

### Q4 これだけの事業をこなすには多くの指導者が必要だと思いますが？

**A** （事業の）卒業生の高齢者にボランティアとして手伝ってもらっていることが多いです。卒業生は事業内容を理解しているだけでなく、学んだ経験から、効果を上げる取り組み方のコツをつかんでいる場合が多いようです。また、ボランティアを育成するために、専門の指導者も関わっています。育成が軌道にのり、ボランティアも増えてきました。徐々にボランティアの貢献の割合を高めていこうと考えています。

#### ● 調査員のコメント ●

人口が多い大都市部の介護予防の現場ということで、一人一人の高齢者に目が届きにくいという不利な点があると想像しますが、大都市ならではの旧来からの介護・高齢者関連施設を活用して、多くの高齢者を対象に、効率的な事業運営を目指されています。



長野県

野沢温泉村

齊藤 悦代氏  
(村民生課保健衛生係保健師)人口；4108人  
高齢化率；31.2%  
特定高齢者数；  
76人

## 『地域ネットワークを活かした介護予防』

### Q1 健康運動指導士と上手く連携していますね。

**A** 参加者の体の特徴に合わせて健康運動指導士の方に指導していただいています。準備体操で体をほぐして筋力トレーニング、休憩をはさみ再び筋力トレーニング、終わりにストレッチといった流れで、時間的には2時間です。楽しい中にも、結構みっちり、もくもくと取り組まれています。1クール全体を3段階に分け、最初は「ならし」で動きを覚えてもらいます。どの部分の筋肉のトレーニングなのかポイントをおさえてもらいます。中期は、負荷、回数、セット数を増やしていきます。参加者の反応を見ながら対応していただいています。後期には、もう少し踏み込み、個別の課題を意識していただきながら各自に合った運動法を教えてくださいといったプログラム構成です。

### Q2 プログラム終了者にも健康運動指導士が指導しているのですか？

**A** 教室終了後、卒業生たちが「もっと運動を続けたい。自分たちで集まりたいね」ということになり、民宿を借りて、月に2回の「ルンルンサークル」というものが出来ました。そこでも健康運動指導士の方をお願いして運動を指導していただいています。サークルで地元の小唄に振付けを考えて「湯けむり体操」という体操を作っていただきました。

表. 野沢温泉村実施プログラム

	プログラム名	対象者	参加者数 / 回	回数・期間	備考
1	転倒骨折予防教室	特定	21名	24回 / 6ヶ月	2クール展開
2	はつらつ <sup>けんこう</sup> 健口講座	特定	8名	6回 / 3ヶ月	
3	まめに暮らそう会	一般	142名	5回 / 5ヶ月	9カ所展開

### Q3 開催頻度はどのようにして決めましたか？

**A** 最初の年は、厚労省からのマニュアルの「週2回の3ヶ月」で展開しました。でも、週2回参加していただける人がなかなか見つからず、1クールでやめてしまいました。それからは、週に1回、2時間、自重によるトレーニングを行っています。不足分は、プリントを配布し、自宅でも運動ができるように工夫しています。マシンは購入できないし、メンテナンスも大変なので使っていません。

### Q4 ご近所どうしのネットワークが強いそうですね。

**A** そうですね。参加者どうしが声をかけあい参加されています。時間になっても来ないと、家まで呼びに行ってもらえるとか…。「楽しい仲間作り」のために、こちらが意図的に働きかけなくても、「できている」という感じですかね。

ただし、良いことも悪いことも、すぐに広まってしまうので、気を遣うこともあります。

#### ● 調査員のコメント ●

限られた資源で、効率的な事業を展開されています。特に、運動疾患が多いことや雪国で冬場の活動量が落ちるといった特性上、運動を中心とした事業に力を入れているとのこと。地域ネットワークを活かして事業への参加を促すなど、小さな行政ならではの工夫がみられました。



静岡県

## 藤枝市

原田 富美雄氏(健康福祉部介護福祉課主幹兼事業所支援係長)  
澤口 倫代氏(健康福祉部介護福祉課事業所支援係・保健師)

人口；14万4781人  
高齢化率；22.6%  
特定高齢者数；  
337人

## 「きめ細やかな介護予防」

### Q1 ユニークな名称のプログラムですね。

**A** 藤枝市の介護予防のプログラムは今年度からすべて“はつらつシニア大学”の名称で、市民の方々へ周知を図りました。その中でも運動の教室は「運動学部」、運動と栄養と口腔の複合型の介護予防の教室は「けんこう学部」、認知症予防の教室は「脳学部」としてスタートしました。一般の方が来やすいような大学ふうのネーミングにしました。

表. 藤枝市実施プログラム

	プログラム名	対象者	参加者数 / 回	回数・期間	備考
1	はつらつシニア大学運動学部体操教室	特定・一般	約20名	20回 / 5ヶ月 12回 / 3ヶ月	送迎あり 3か所展開
2	はつらつシニア大学運動学部元気教室	特定・一般	約20名	20回 / 5ヶ月	送迎あり
3	はつらつシニア大学運動学部水中ウォーキング教室	特定・一般	約15名	15回 / 4ヶ月 20回 / 5ヶ月	送迎あり 2か所展開
4	はつらつシニア大学脳学部	一般	30名	25回 / 6ヶ月	
5	はつらつシニア大学けんこう学部	特定・一般	14名	12回 / 3ヶ月	送迎あり

## Q2 「楽しい」プログラムを心掛けているとのことですが？

**A** そうですね。「はつらつシニア大学けんこう学部」では、楽しみを取り入れたプログラムを行っています。市内にある温泉施設に行くプログラムがありますが、まずはその施設周辺をウォーキングし、運動を行います。その後温泉に入って、温泉に浸ったりラクゼーションを行い、最後は食事。施設に食堂があるのでそこでみなさん個々に好きなものを自己負担で選んでもらって、食べた食材から管理栄養士さんが栄養の講座をし、外食での栄養の楽しみ方をお話してもらおう、といったことを行っています。やっぱり講義だけだと飽きてしまうでしょ。「お楽しみ」をすることによって参加率も上がります。また、その「お楽しみ」も最初のほうではなくて、中間の第8回目に行くなどの工夫もしています。

## Q3 個別改善目標を立てて指導なさっているのですね。

**A** 地域包括支援センター職員が訪問に行ったときに聞き取りをして、介護予防プランを立てる際に個別の目標設定を行いました。単に、「足腰を鍛える」や「風邪をひかないように体力をつける」といった短期的な目標だけでなく、「足腰を鍛えて何がしたいのか?」、「体力をつけて何がしたいのか?」といったQOLを高めることにつながるような目標を立てました。

## Q4 参加率を上げるために行っていることはありますか？

**A** 回覧板やちらし(パンフレット)などで周知を行うとともに、特定高齢者には、地域包括支援センターの職員が直接訪問し、事業への参加を勧めることもあります。また、健診会場や市バスに広報を掲示するなど、多彩なチャンネルで参加者の募集を行っています。

### ● 調査員のコメント ●

出席率の高い事業を維持するために、行政は、住民が年間を通して参加できるように実施時期を調整したり、市内の各地区でまんべんなく介護予防事業を受講できるように開催場所を選定したりするなどの工夫をしていました。また、希望者には、送迎を行うなど、きめ細かい事業を展開しています。



## Q1 事業の特徴は何ですか？

**A** 特定高齢者を対象とした「パタカラ運動教室」と、同じ特定高齢者でもリスクの高い方対象の「パタカラ教室」の二つで展開しています。教室名の由来は、口腔指導で「パ・タ・カ・ラ」という、50音の中で口腔機能を比較的使う言葉からってきました。「パタカラ教室」の目的は、教室に来た時だけの取り組みでなく、今の自分の状態を把握して、日常生活の中でどう取り組むか？という学習の部分や、自分を評価し行動を変容していくということです。二つの教室とも委託しています。委託先の選定については、公募の形で各団体にプログラムの提案をしてもらって、その中から内容と費用をみて決定しています。

また、プログラムの実行の際は、私たちも一緒に教室に入って、同じ立場でやることで「仲間作りの輪」を広げられるよう心掛けています。

表. 東近江市実施プログラム

	プログラム名	対象者	参加者数 / 回	回数・期間	備考
1	パタカラ運動教室	特定高齢者	73名	24回 / 6ヶ月	7か所、2クール
2	パタカラ教室	特定高齢者	47名	24回 / 6ヶ月	高リスク者向け、送迎あり、5か所、2クール
3	脳の健康教室	一般高齢者	22名	20回 / 5ヶ月	2か所、2クール

## Q2 新たな方向性も考えておられるようですが？

**A** パタカラ教室を卒業した後で、各地域の有志、自治会、老人会などが中心となって「サロン」を進めていく取り組みをしています。そのノウハウは社協に提供してもらっています。いろいろな市町村でこういうサロンにお金を出すところは結構ありますが、「お金でなくノウハウを伝授していけたら…」と考えています。

また、パタカラの運動コースを進めていこうと思っているところです。その理由は、リスクの高い人には、1日来てもらったときだけの関わりよりも、これからどうしていったら予防できるか、まだ予防するのは早いと考えている人には、予防こそ大事だから、と考えるからです。もうリスクが出た状態では手遅れで、自分で自分の活動性を確認してもらって、どう取り組んだらいいかを学習して、行動変容していってもらうのが理想と考えています。


## Q3 これからの課題を教えてください。

**A** 唯一あるとしたら、市がこんなことをしているの知らない人も多いということです。誰を対象に、どういう教室をして、どう効果があるのかということを知らしめる手法がまだ確立されていないし、私たちが苦手なところだと思っています。ただ、ばっと広めてたくさん来られると、対応できる限界があるので、どう周知してどう参加してもらうかを検討していかなければならないと考えています。

### ● 調査員のコメント ●

平成17年と19年の2回の合併（1市6町）により誕生。地域により高齢化率が10～40%と幅広い。

地域包括支援センターの専従職員が「理学療法士」や「保健師」の資格を有しており、プログラム実行中は参加者と一緒に教室に入ることで「仲間作り」を推進し、同じ立場でやることで「信頼関係」を築き上げているとのことでした。



徳島県

小松島市

佐藤 光太郎氏(市社会福祉協議会地域  
包括支援センター長)

人口；4万1703人  
高齢化率；25.5%  
特定高齢者数；  
327人

## 「地域の大学・病院を 活かした介護予防」

### Q1 プログラムの特徴を教えてください。

**A** 県内屈指の小松島病院が、以前から「何か予防的なことをしたい」と要望しており、また、回復期リハビリにも以前から重点を置いていてスタッフも充実していたので、「元気高齢者パワーアップ教室」を、同病院に委託することになりました。プログラムの企画立案は地域包括支援センターで行って、運動のメニューについては小松島病院に考えていただき、講師も派遣してもらって、主に理学療法士と作業療法士がプログラムを組んで実施しています。

表. 小松島市実施プログラム

	プログラム名	対象者	参加者数 / 回	回数・期間	備考
1	元気高齢者パワーアップ教室	特定・一般	16名	11回 / 3ヶ月	
2	いきいき健康づくり教室	特定・一般	46名	12回 / 3ヶ月	2か所で開催

## Q2 テレビを使った自宅学習もされたそうですね。

**A** 「いきいき健康づくり教室」は週1回の開催ですので、希望としてはもっと回数を増やしたいと考えていますが、スタッフ派遣の関係上、現状が精一杯です。そこで、平成20年度に実施した内容に準拠したものを、ケーブルテレビで放映して意識付けを行ってみました。チューブ体操や椅子に座っての体操の番組を作成し、定期的に1日に2~3回流してみました。さらに、1ヶ月ごとくらいにパターンも組み変えてみました。ケーブルテレビの加入率が上がって、見てくれる人が増えれば有効な手段になると思います。さらに、地区割を細かくしていけば、公民館などのテレビを使うこともでき、もっと活用できると考えます。

## Q3 番組は作ったのですか？

**A** そうです。10分~15分で「教室でやったものを家でもできる」とのコンセプトで。製作料は10万円でした。


栄養や口腔の番組も作りました。管理栄養士や歯科衛生士の職員が中心となって、高校生にモデルで口の体操をやってもらったりしました。

## Q4 地元の大学とも連携しているとのことですが。

**A** 「いきいき健康づくり教室」は、運動と認知症の予防として、こちらが企画立案し、徳島大学の先生にお願いして実施しています。このプログラムはレクリエーションを取り入れるメニューを考えてもらっています。イケメン先生と明るい学生さんに囲まれ、参加率も高いプログラムです。

### ● 調査員のコメント ●

地元の大学や病院などの専門的資源を活用しながら、充実した運動プログラムによる介護予防事業を実施していました。また、介護予防のための番組を作成し、地元のケーブルテレビで放映するなど、ユニークな取り組みがなされています。



大分県

## 中津市

河野 恵子氏  
(市介護・高齢者福祉課：保健師)  
吉田 実央氏  
(市介護・高齢者福祉課)

人口；8万6076人  
高齢化率；25.1%  
特定高齢者数；  
740名

## 『事務職のチカラ!』

### Q1 プログラムの特徴を教えてください。

**A** 調整から企画まで市役所介護・高齢者福祉課の1名の事務職が本事業を運営しています。また、市内の地域包括支援センター（以下、「支援センター」）から保健師2名が本事業を支援しており、さらに事業の中身の実施は、地域のNPO法人が請け負っています。事業を効果的に継続できている要因として、

- 1) 地域の実状と確かな技術を有する医療資格者を中心としたNPO法人が、事業を受託し強力に支援している
  - 2) すべての事業において、受託NPO法人だけでなく、支援センター職員及び市の担当者による事業評価が行われており、サービスの質が保たれている
- などが挙げられると思います。

表. 中津市実施プログラム

	プログラム名	対象者	参加者数 / 回	回数・期間	備考
1	運動機能向上プログラム	特定	約20名	24回 / 6ヶ月 (旧市部) 48回 / 1年 (旧郡部)	
2	栄養改善プログラム	特定	1世帯	3回 / 3ヶ月	
3	口腔機能向上プログラム	特定	約10名	3回 / 3ヶ月	4か所 11コース
4	介護予防講座	一般		12回程度	9か所

## Q2 プログラム評価はどのように行われていますか？

**A** 支援センターが評価をしています。受託先であるNPO法人が評価をするだけではなく、委託先である市が責任を持って事業の評価をしています。6ヶ月もしくは1年間の事業終了後も参加を続けたいという希望者が多いので、効果は上がっていると考えています。口腔についても1人当たりわずか3回で終了する事業ですが、「食べ物がおいしい」や「歯が健康になった」などの感想が得られ、参加者の満足度が大きいことがうかがえます。

また、高齢者の生活の質の向上に極めて有効との評価も得られており、試行錯誤を経てこの形に育ってきましたが、現状としてはこの方向で続けていきたいと考えています。

## Q3 送迎を行っておられますか？

**A** 一番この事業で苦労している点です。中津市タクシー協会に委託しています。タクシーが参加者の自宅を巡回し、3～4名を同乗させて会場に送迎しています（往復3800円）。参加者やタクシー協会との連絡が大変で、参加者との連絡もタクシー協会に委託したいところですが、タクシーの手配で直接参加者に連絡をすることにより、参加者の状況や様子を知ることができるというメリットもあります。

## Q4 地域との連携体制はどうですか？

**A** 市役所の担当者が、生活機能評価結果に基づいて「生活機能低下あり」の人を支援センターに申し送り、ケアマネージャーなどの担当者が該当の方を訪問、相談して支援を決定するようにしており、円滑に連携が取れていると思います。

### ● 調査員のコメント ●

市役所の事務担当者が中心となり、地域包括支援センター、NPO法人、タクシー協会など地域の数少ない資源を有効に活用して、効率的な事業運営がされています。事務担当の女性職員のがんばりが光っていました。

## 4 まとめ

上記の選定基準に従って抽出した九つの市区町村に、調査員（当調査委員会の委員）が平成22年1月から2月にかけて訪問し、担当者から事業の実施形態や特徴についてヒアリングを行った。

その結果、介護予防マニュアル(改訂版)に提示された質の高いサービスを提供するだけでなく、人口規模も違えば気候も異なる地域の実状に応じて、それぞれの工夫が必要であることが明らかとなった。例えば、質の高いサービスを提供するために、より専門性の高い組織や団体にプログラム委託をしている自治体が多かった反面、「プログラム内容に責任を持ち、きめ細やかな指導をするため」にも、専門資格を有する自前のスタッフが直営でプログラムを運営している自治体(水戸市)も見られた。また、「委託したくても委託先がない」(潟上市)との切実な声も聞こえてきた。しかし、ヒアリングを行ったすべての自治体で共通して言えることは、「専門知識を持った指導者が望まれる」ということであった。

また、「プログラム後のフォローアップ」をこれからの課題点として挙げる自治体も多かった。プログラムの内容がいかに有意義なものであっても、終了後はパッタリと止めてしまう参加者が多い。その状態を打破するために、「フォローアッププログラム」の必要性が求められ、その指導者として、プログラム修了者をボランティアスタッフとして登用したり(品川区)、「サポーター」と称して新たに修了者を募集したり(水戸市)、あるいは「老人クラブ」組織などを活用してそれに充当するなどの事例が見られた。フォローアップについての興味深い事例として、「ケーブルテレビ」を活用した事例(小松島市)も見られた。これは介護予防事業で実施した内容をもとに10分程度の番組を作成し、地元のケーブルテレビで放映するもので、加入率などの問題がクリアになるのであれば、「フォローアッププログラム」のこれからのモデル事例になると思われる。

さらに、介護予防事業の最大の問題点である出席率を高める取り組みが不可欠であることも示唆された。「送迎」は参加者の移動の足を確保し、出席率を向上させている大きな要因といえる。送迎手段にはスタッフが直接あたる事例と、地元のタクシー会社などに委託する事例の二つに大別できた。しかし、配車の手配や、送迎自体に負担を感じている自治体が少なくないことが明らかになった。送迎の運搬能力がプログラムの受入数に影響を及ぼす場合(幌加内町、野沢温泉村)もあり、これからの検討課題となろう。しかしその反面、「送迎手配時に直接参加者と会話でき、参加者の状況や様子を知ることができる。これは大きなメリット」(中津市)との声も寄せられた。

「送迎」と並んで、プログラム出席率を上げるもう一つの要因は、プログラム内容である。プログラムの内容に関しては、「質」的なものと「量」的なものの二つにさらに大別することができた。プログラムの「質」を表すキーワードとして「楽しいプログラム」(藤枝市、幌加内町)や「笑顔が多いプログラム」(潟上市)、あるいは「参加者と共に行うプログラム」(東近江市)などが挙げられよう。

一方、プログラムの「量」を示すキーワードとしては、「改善率」を上げることができ。ヒアリングを行ったほとんどの事例においてプログラム前後で測定を行っており、その「改善率」が出席率と結び付いていることが明らかとなった。「終了後、痛みが軽減した、可動域が広がった」などの実感が得られるようなプログラム展開が求められよう。

## V 総まとめ

## V. 総まとめ

本調査は、全国の市区町村を対象に実施したアンケートに対する回答結果をもとに、1) 介護予防プログラムの実施概要、2) プログラムの出席率および効果に関連する要因、を明らかにすることと、特徴的なプログラムを実施している市区町村担当者へのヒアリングの結果から、3) 特徴的なプログラム事例を紹介することを目的として実施した。

### 1) 介護予防プログラムの実施概要

全国の1,962市区町村のうち、30.1%にあたる590の市区町村から1,445のプログラムに関するアンケートの回答を得た。その結果を各項目別の平均値で表すと、開催期間：5.5ヶ月、開催回数：31回、参加者数：18.5人であった。最頻カテゴリでは、開催期間：2-3ヶ月(47.8%)、開催回数：11-15回(28.0%)、参加者数：10-19人(32.6%)、プログラム事業予算：10万-50万円(28.3%)であった。基本チェックリストの実施率が66.7%、体力テストの実施率は25.0%であった。プログラム実施・評価の担当者は、保健師：67.5%、看護師：48.6%、理学療法士・作業療法士：35.8%、管理栄養士・栄養士：35.6%、健康運動指導士：31.9%が上位5職種であった。

### 2) 介護予防プログラムの出席及び効果に関連する要因

プログラムへの出席率や評価指標の改善率とプログラムの開催回数、参加費用の有無、参加者数、プログラムの継続や効果を高める工夫の実施の有無との関係をクロス集計などで検討した。

プログラムへの出席率は、参加人数が多いプログラムほど、出席率が低くなる傾向が示され、1教室あたり25名以上のプログラム設定は避けることが望ましいことが示唆された。また、欠席者への電話サポート、実施施設への送迎といった支援者側の参加促進の工夫やセルフモニタリング、仲間づくり支援、個別カウンセリング、結果のフィードバック、個別の改善目標や行動目標の設定などの参加者の行動変容を促す工夫は、プログラムの出席率を高めるために有効な方法であることが明らかとなった。

基本チェックリストの改善率は、セルフモニタリング、欠席者への電話などでのサポート、仲間づくり支援、結果のフィードバック、個別カウンセリング、個別の改善目標や行動目標の設定を行っているプログラムで有意に優れていた。

### 3) 介護予防事業の効果上げる自治体の取り組み

前述の二つの調査結果を参考にし、参加者数の多い、出席率が高い、アセスメントを実施し効果を上げている、といった成果を上げていることに加えて、地域の特性を生かした介護予防事業を実施している9市区町村の取り組み事例を紹介した。

以上の三つの調査結果から、高齢者のQOLを高める介護予防事業の実施には、

- ① 支援者側の参加促進の援助
- ② 参加者の行動変容を促す技法を取り入れ、心身機能の改善への意欲を高めること
- ③ 地域の人材や施設などインフラを最大限に活用すること

が重要であると考えられた。

## VI 集計結果・調査票

第1表 参加者の出席率別にみた開催回数（階級）

	サンプル件数	1 ～ 4 回	5 ～ 9 回	10 ～ 14 回	15 ～ 19 回	20 回以上	無 回 答	(再 掲) 1 回
総数	100.0	8.7	19.9	31.2	5.4	30.8	4.0	1.3
95%以上	100.0	37.8	21.4	25.5	4.1	11.2	-	12.2
90～94%	100.0	12.4	21.6	50.5	5.2	10.3	-	-
80～89%	100.0	9.1	24.4	43.3	5.5	17.7	-	0.8
70～79%	100.0	9.6	30.5	43.1	3.0	13.7	-	0.5
60～69%	100.0	5.6	35.5	37.1	4.8	16.9	-	-
50～59%	100.0	11.8	25.0	36.8	3.9	22.4	-	-
0～49%	100.0	2.7	11.1	18.4	8.0	59.8	-	-
無回答	100.0	4.6	8.7	17.9	3.6	35.7	29.6	2.0

第2表 参加者の出席率別にみた開催期間（階級）

	サ ン プ ル 件 数	1 ヶ 月 以 内	2 ヶ 月 以 内	4 ヶ 月 以 内	7 ヶ 月 以 上	無 回 答
総 数	100.0	1.9	45.8	25.2	23.0	4.2
9.5%以上	100.0	7.1	51.0	22.4	13.3	6.1
9.0～9.4%	100.0	6.2	74.2	18.6	-	1.0
8.0～8.9%	100.0	0.8	68.9	26.0	3.1	1.2
7.0～7.9%	100.0	2.5	63.5	24.9	8.6	0.5
6.0～6.9%	100.0	-	51.6	33.1	14.5	0.8
5.0～5.9%	100.0	1.3	35.5	44.7	14.5	3.9
0～4.9%	100.0	0.5	23.7	26.9	46.2	2.7
無回答	100.0	2.6	28.1	12.8	38.8	17.9

第3表 参加者の出席率別にみた参加費用（階級）

	サンプル 件数	0 円 (無料)	1 ~ 4 9 9 円	5 0 ~ 9 9 9 円	1 0 0 ~ 4 9 9 円	5 0 0 0 円 以上	無 回 答
総 数	100.0	63.8	11.2	5.6	10.0	2.3	6.9
95%以上	100.0	57.1	13.3	8.2	15.3	4.1	2.0
90~94%	100.0	68.0	4.1	6.2	17.5	3.1	1.0
80~89%	100.0	68.5	8.3	5.9	10.2	3.1	3.9
70~79%	100.0	63.5	12.2	5.6	10.2	2.0	6.6
60~69%	100.0	71.0	11.3	6.5	4.8	1.6	4.8
50~59%	100.0	64.5	9.2	3.9	10.5	3.9	7.9
0~49%	100.0	65.1	13.1	5.6	9.2	1.9	5.1
無回答	100.0	52.0	13.3	4.1	8.2	1.0	21.4

第4表 参加者の出席率別にみた参加者数（階級）

	サ ン プ ル 件 数	1 人	1 0 人	1 0 人 以 上	2 0 人	2 0 人 以 上	3 0 人	3 0 人 以 上	4 0 人	4 0 人 以 上	5 0 人	5 0 人 以 上	無 回 答
総 数	100.0	19.9	32.6	15.9	6.0	3.8	7.1	7.8	6.9				
95%以上	100.0	46.9	35.7	8.2	-	2.0	4.1	3.1	-				
90～94%	100.0	40.2	48.5	8.2	2.1	-	1.0	-	-				
80～89%	100.0	24.0	52.0	18.1	3.1	1.2	1.6	-	-				
70～79%	100.0	20.8	50.8	21.3	2.0	1.5	2.5	1.0	-				
60～69%	100.0	26.6	40.3	13.7	11.3	4.8	3.2	-	-				
50～59%	100.0	21.1	32.9	22.4	14.5	2.6	3.9	2.6	-				
0～49%	100.0	9.2	16.2	19.9	10.4	8.0	18.2	18.2	-				
無回答	100.0	8.2	9.2	5.6	2.6	3.1	4.1	15.8	51.5				

第5表 開催期間別にみた開催回数（階級）

	サンプル件数	1 ～ 4 回	5 ～ 9 回	10 ～ 14 回	15 ～ 19 回	20 回以上	無 回 答	(再掲) 1 回
総数	100.0	8.7	19.9	31.2	5.4	30.8	4.0	1.3
1ヶ月以内	100.0	75.0	17.9	3.6	3.6	-	-	17.9
2～3ヶ月以内	100.0	8.0	27.6	47.7	2.1	13.4	1.2	0.5
4～6ヶ月以内	100.0	7.1	21.9	21.6	12.6	36.1	0.8	-
7ヶ月以上	100.0	2.7	6.0	15.0	5.1	65.6	5.7	0.9
無回答	100.0	29.5	1.6	9.8	-	13.1	45.9	13.1

第6表 参加費用別にみた開催回数（階級）

	サンプル 件数	1 ～ 4 回	5 ～ 9 回	10 ～ 14 回	15 ～ 19 回	20 回以上	無 回 答	(再 掲) 1 回
総 数	100.0	8.7	19.9	31.2	5.4	30.8	4.0	1.3
0円（無料）	100.0	10.4	23.8	32.7	4.5	26.7	1.8	1.7
1～499円	100.0	8.6	23.3	23.3	3.7	39.9	1.2	1.8
500～999円	100.0	8.5	18.3	31.7	9.8	29.3	2.4	-
1000～4999円	100.0	3.4	6.2	34.2	6.8	45.9	3.4	-
5000円以上	100.0	-	-	14.7	8.8	76.5	-	-
無回答	100.0	4.0	6.9	30.7	8.9	17.8	31.7	-

第7表 参加費用別にみた参加者数 (階級)

	サンプル件数	1 人	1 0 人	1 0 人	2 0 人	3 0 人	4 0 人	5 0 人	1 0 人 以上	無 回 答
総数	100.0	19.9	32.6	15.9	6.0	3.8	7.1	7.8	6.9	
0円(無料)	100.0	19.5	32.9	17.1	5.8	4.5	6.9	7.4	5.8	
1～499円	100.0	16.6	36.2	12.3	6.7	1.2	8.6	13.5	4.9	
500～999円	100.0	25.6	31.7	14.6	9.8	1.2	12.2	2.4	2.4	
1000～4999円	100.0	25.3	33.6	17.1	7.5	3.4	7.5	4.8	0.7	
5000円以上	100.0	29.4	35.3	17.6	8.8	2.9	2.9	2.9	-	
無回答	100.0	13.9	21.8	8.9	-	4.0	4.0	11.9	35.6	

第8-1表 参加者の出席率別にみた評価の有無の状況（基本チェックリスト）

	サンプル 件数	有 り	無 し	無 回 答
総 数	100.0	66.7	24.9	8.4
95%以上	100.0	64.3	31.6	4.1
90～94%	100.0	83.5	15.5	1.0
80～89%	100.0	74.4	19.7	5.9
70～79%	100.0	63.5	29.4	7.1
60～69%	100.0	60.5	32.3	7.3
50～59%	100.0	64.5	28.9	6.6
0～49%	100.0	70.0	25.7	4.4
無回答	100.0	51.0	20.4	28.6

第8-2表 参加者の出席率別にみた評価の有無の状況（生活機能）

	サンプル 件数	有 り	無 し	無 回 答
総数	100.0	37.5	50.6	12.0
95%以上	100.0	37.8	55.1	7.1
90～94%	100.0	52.6	41.2	6.2
80～89%	100.0	39.4	48.8	11.8
70～79%	100.0	37.6	53.3	9.1
60～69%	100.0	45.2	47.6	7.3
50～59%	100.0	43.4	42.1	14.5
0～49%	100.0	34.6	56.7	8.7
無回答	100.0	26.0	44.9	29.1

第8-3表 参加者の出席率別にみた評価の有無の状況（QOL指標）

	サンプル 件数	有 り	無 し	無 回 答
総 数	100.0	24.9	60.8	14.4
95%以上	100.0	28.6	60.2	11.2
90～94%	100.0	26.8	66.0	7.2
80～89%	100.0	25.6	61.4	13.0
70～79%	100.0	24.4	64.0	11.7
60～69%	100.0	24.2	65.3	10.5
50～59%	100.0	19.7	59.2	21.1
0～49%	100.0	25.7	63.7	10.7
無回答	100.0	22.4	45.9	31.6

第8-4表 参加者の出席率別にみた評価の有無の状況（主観的健康観）

	サンプル 件数	有 り	無 し	無 回 答
総数	100.0	66.2	23.9	9.9
95%以上	100.0	68.4	24.5	7.1
90～94%	100.0	83.5	15.5	1.0
80～89%	100.0	73.6	18.9	7.5
70～79%	100.0	66.0	24.9	9.1
60～69%	100.0	62.9	29.8	7.3
50～59%	100.0	67.1	19.7	13.2
0～49%	100.0	66.6	27.1	6.3
無回答	100.0	48.0	24.5	27.6

第8-5表 参加者の出席率別にみた評価の有無の状況（体カテスト）

	サンプル 件数	有 り	無 し	無 回 答
総 数	100.0	56.2	33.7	10.1
95%以上	100.0	44.9	44.9	10.2
90～94%	100.0	66.0	29.9	4.1
80～89%	100.0	62.6	29.1	8.3
70～79%	100.0	57.9	34.0	8.1
60～69%	100.0	66.1	25.8	8.1
50～59%	100.0	59.2	26.3	14.5
0～49%	100.0	54.7	40.2	5.1
無回答	100.0	42.9	29.6	27.6

第8－6表 参加者の出席率別にみた評価の有無の状況（その他）

	サンプル 件数	有 り	無 し	無 回 答
総 数	100.0	25.0	28.2	46.8
95%以上	100.0	25.5	40.8	33.7
90～94%	100.0	28.9	26.8	44.3
80～89%	100.0	30.3	24.4	45.3
70～79%	100.0	33.0	25.9	41.1
60～69%	100.0	21.8	28.2	50.0
50～59%	100.0	26.3	26.3	47.4
0～49%	100.0	23.2	32.7	44.1
無回答	100.0	13.3	20.9	65.8

第9-1表 参加者の出席率別にみた評価実施時の状況（基本チェックリスト）

	サンプル 件数	プログラム 前のみ	プログラム 前中後	プログラム 前と後	プログラ ムのみ 中または 後	無 回答
総数	100.0	17.4	2.5	73.6	2.4	4.3
95%以上	100.0	25.4	3.2	66.7	1.6	3.2
90～94%	100.0	7.4	2.5	81.5	3.7	4.9
80～89%	100.0	11.1	1.6	81.0	2.6	3.7
70～79%	100.0	19.2	-	76.8	-	4.0
60～69%	100.0	18.7	2.7	76.0	-	4.0
50～59%	100.0	28.6	4.1	67.3	-	-
0～49%	100.0	17.3	2.4	70.9	3.5	5.9
無回答	100.0	24.0	6.0	63.0	4.0	4.0

第9-2表 参加者の出席率別にみた評価実施時の状況（生活機能）

	サンプル 件数	プログラム 前のみ	プログラム 前中後	プログラム 前と後	プログラ ム中また は後	無 回答
総数	100.0	48.4	3.1	40.2	5.1	3.1
95%以上	100.0	35.1	2.7	51.4	5.4	5.4
90～94%	100.0	51.0	-	41.2	5.9	2.0
80～89%	100.0	47.0	4.0	45.0	2.0	2.0
70～79%	100.0	54.1	2.7	35.1	4.1	4.1
60～69%	100.0	48.2	5.4	35.7	7.1	3.6
50～59%	100.0	51.5	-	36.4	12.1	-
0～49%	100.0	49.0	3.5	38.5	5.6	3.5
無回答	100.0	47.1	3.9	41.2	3.9	3.9

第9-3表 参加者の出席率別にみた評価実施時の状況（QOL指標）

	サンプル 件数	プログラム 前のみ	プログラム 前中後	プログラム 前と後	プログラ ム中また は後	無 回答
総数	100.0	6.6	7.5	73.5	6.9	5.5
95%以上	100.0	7.1	14.3	75.0	3.6	-
90～94%	100.0	-	7.7	73.1	7.7	11.5
80～89%	100.0	9.2	6.2	80.0	3.1	1.5
70～79%	100.0	6.3	4.2	68.8	6.3	14.6
60～69%	100.0	10.0	10.0	70.0	10.0	-
50～59%	100.0	20.0	13.3	46.7	6.7	13.3
0～49%	100.0	1.9	5.7	76.4	11.3	4.7
無回答	100.0	11.4	9.1	72.7	2.3	4.5

第9-4表 参加者の出席率別にみた評価実施時の状況（主観的健康観）

	サンプル 件数	プログラム 前のみ	プログラム 前中後	プログラム 前と後	プログラ ム中また は後	無 回答
総数	100.0	4.4	4.2	77.6	7.7	6.3
95%以上	100.0	7.5	1.5	80.6	7.5	3.0
90～94%	100.0	-	4.9	85.2	4.9	4.9
80～89%	100.0	2.1	2.1	82.9	4.8	8.0
70～79%	100.0	7.7	3.8	75.4	6.2	6.9
60～69%	100.0	10.3	2.6	70.5	10.3	6.4
50～59%	100.0	5.9	5.9	74.5	7.8	5.9
0～49%	100.0	2.2	3.6	77.5	10.2	6.5
無回答	100.0	6.4	11.7	69.1	8.5	5.3

第9-5表 参加者の出席率別にみた評価実施時の状況（体カテスト）

	サンプル件数	プログラム前のみ	プログラム前中後	プログラム前と後	プログラム中または後	無回答
総数	100.0	3.2	10.0	76.5	4.0	6.4
95%以上	100.0	2.3	6.8	84.1	4.5	2.3
90～94%	100.0	-	7.8	87.5	-	4.7
80～89%	100.0	1.9	7.5	79.9	1.9	8.8
70～79%	100.0	2.6	7.0	78.9	4.4	7.0
60～69%	100.0	3.7	12.2	73.2	2.4	9.8
50～59%	100.0	8.9	8.9	75.6	-	6.7
0～49%	100.0	2.7	12.4	72.6	7.5	4.9
無回答	100.0	7.1	14.3	69.0	4.8	4.8

第9-6表 参加者の出席率別にみた評価実施時の状況（その他）

	サンプル 件数	プログラム 前のみ	プログラム 前中後	プログラム 前と後	プログラ ム中また は後	無 回答
総数	100.0	2.5	8.2	56.0	28.0	6.0
95%以上	100.0	4.0	12.0	40.0	40.0	4.0
90～94%	100.0	7.1	7.1	57.1	28.6	3.6
80～89%	100.0	2.6	10.4	50.6	28.6	7.8
70～79%	100.0	-	10.8	43.1	40.0	6.2
60～69%	100.0	-	-	70.4	29.6	-
50～59%	100.0	15.0	15.0	40.0	30.0	-
0～49%	100.0	-	5.2	71.9	15.6	8.3
無回答	100.0	3.8	7.7	57.7	26.9	7.7

第10-1表 参加者の出席率別にみた改善者の割合の状況（基本チェックリスト）

	サンプル 件数	75% 以上	50% ～ 74%	25% ～ 49%	24% 以下	無 回 答
総数	100.0	11.2	26.1	23.0	11.8	27.9
95%以上	100.0	17.5	23.8	15.9	11.1	31.7
90～94%	100.0	16.0	27.2	29.6	12.3	14.8
80～89%	100.0	16.4	31.2	19.6	11.6	21.2
70～79%	100.0	6.4	28.8	22.4	11.2	31.2
60～69%	100.0	12.0	28.0	18.7	13.3	28.0
50～59%	100.0	6.1	26.5	16.3	14.3	36.7
0～49%	100.0	9.3	22.5	29.1	11.8	27.3
無回答	100.0	7.0	22.0	18.0	11.0	42.0

第10-2表 参加者の出席率別にみた改善者の割合の状況（生活機能）

	サンプル 件数	7 5 % 以上	5 0 % 7 4 %	2 5 % 4 9 %	2 4 % 以下	無 回 答
総数	100.0	9.4	13.4	11.7	6.2	59.3
95%以上	100.0	10.8	27.0	8.1	8.1	45.9
90～94%	100.0	9.8	15.7	17.6	7.8	49.0
80～89%	100.0	16.0	17.0	8.0	3.0	56.0
70～79%	100.0	6.8	12.2	10.8	2.7	67.6
60～69%	100.0	12.5	16.1	14.3	1.8	55.4
50～59%	100.0	6.1	9.1	21.2	12.1	51.5
0～49%	100.0	5.6	11.2	13.3	9.8	60.1
無回答	100.0	7.8	2.0	3.9	5.9	80.4

第10-3表 参加者の出席率別にみた改善者の割合の状況（QOL指標）

	サンプル 件数	75% 以上	50% ～ 74%	25% ～ 49%	24% 以下	無 回 答
総数	100.0	18.2	29.8	18.2	7.5	26.2
95%以上	100.0	14.3	39.3	10.7	7.1	28.6
90～94%	100.0	38.5	30.8	15.4	7.7	7.7
80～89%	100.0	26.2	24.6	12.3	6.2	30.8
70～79%	100.0	18.8	29.2	22.9	2.1	27.1
60～69%	100.0	16.7	30.0	13.3	6.7	33.3
50～59%	100.0	33.3	20.0	6.7	6.7	33.3
0～49%	100.0	12.3	31.1	25.5	9.4	21.7
無回答	100.0	6.8	31.8	18.2	11.4	31.8

第10-4表 参加者の出席率別にみた改善者の割合の状況（主観的健康観）

	サンプル 件数	75% 以上	50% ～ 74%	25% ～ 49%	24% 以下	無 回 答
総数	100.0	17.0	26.7	23.1	13.3	19.9
95%以上	100.0	17.9	32.8	16.4	9.0	23.9
90～94%	100.0	22.2	24.7	24.7	19.8	8.6
80～89%	100.0	21.9	33.2	19.3	13.9	11.8
70～79%	100.0	13.8	25.4	20.8	14.6	25.4
60～69%	100.0	14.1	24.4	21.8	12.8	26.9
50～59%	100.0	15.7	31.4	11.8	17.6	23.5
0～49%	100.0	17.5	21.8	32.0	10.5	18.2
無回答	100.0	8.5	26.6	18.1	13.8	33.0

第10-5表 参加者の出席率別にみた改善者の割合の状況（体力テスト）

	サンプル 件数	75% 以上	50% ～ 74%	25% ～ 49%	24% 以下	無 回 答
総数	100.0	22.6	31.4	16.5	6.8	22.6
95%以上	100.0	38.6	27.3	15.9	2.3	15.9
90～94%	100.0	37.5	28.1	23.4	1.6	9.4
80～89%	100.0	28.9	32.7	11.9	7.5	18.9
70～79%	100.0	20.2	32.5	19.3	6.1	21.9
60～69%	100.0	19.5	23.2	19.5	12.2	25.6
50～59%	100.0	33.3	22.2	11.1	8.9	24.4
0～49%	100.0	15.0	37.6	19.5	4.9	23.0
無回答	100.0	11.9	28.6	8.3	11.9	39.3

第10-6表 参加者の出席率別にみた改善者の割合の状況（その他）

	サンプル 件数	75% 以上	50% ～ 74%	25% ～ 49%	24% 以下	無 回 答
総数	100.0	31.6	23.4	10.4	7.4	27.2
95%以上	100.0	24.0	36.0	8.0	12.0	20.0
90～94%	100.0	39.3	28.6	3.6	3.6	25.0
80～89%	100.0	29.9	31.2	3.9	7.8	27.3
70～79%	100.0	30.8	20.0	10.8	6.2	32.3
60～69%	100.0	37.0	11.1	18.5	3.7	29.6
50～59%	100.0	25.0	20.0	5.0	5.0	45.0
0～49%	100.0	35.4	19.8	17.7	8.3	18.8
無回答	100.0	23.1	19.2	7.7	11.5	38.5

第11表 参加者の出席率別にみたプログラム効果の向上策等

	延べ回答数	セルフモニタリング	グループワーク	の欠席者へのサポート電話などで	仲間づくり支援	実施施設への送迎	座士・日曜日の開講	結果のフィードバック	個別カウンセリング	個別の改善目標や行動	フォローアップ	教室内終了後の自主プログラム	その他	無回答
総数	100.0	5.4	7.0	12.3	10.1	12.5	0.5	15.0	8.6	16.1	6.9	3.5	2.1	3.0
95%以上	100.0	6.4	8.4	10.5	9.3	10.8	1.2	14.2	11.6	16.9	6.1	3.2	1.5	1.7
90～94%	100.0	5.3	6.9	12.3	9.0	13.9	0.2	13.7	8.3	17.1	7.4	3.2	2.5	0.5
80～89%	100.0	5.9	7.6	12.5	9.0	10.9	0.1	16.1	7.8	16.2	8.2	4.2	1.6	1.1
70～79%	100.0	5.0	8.2	12.9	10.4	11.7	0.3	15.3	8.2	16.8	5.8	3.9	1.4	1.7
60～69%	100.0	5.1	6.5	14.4	10.6	12.3	0.5	14.4	8.3	14.6	6.7	4.6	2.1	2.5
50～59%	100.0	4.4	5.2	13.7	12.9	11.2	0.8	15.3	7.2	15.7	7.6	3.2	2.8	2.4
0～49%	100.0	5.7	6.2	11.8	10.2	14.0	0.4	14.3	9.4	16.0	6.5	2.5	2.9	2.3
無回答	100.0	3.6	7.0	10.9	11.5	14.1	1.1	16.6	7.9	14.9	7.0	3.4	1.9	15.1

第12表 参加者の出席率別にみた参加者の募集方法

	延べ回答数	載市(区町村)報への掲	郵便(ダイレクトメー	電話での個別対応	ホームページ・イン	通じて・病院・医師会を	の役所などへのポスター	民生委員などを通じて	通じてによる戸別訪問や保	健診会場で	通じて	その他	無回答
総数	100.0	14.6	14.4	13.8	3.8	1.8	3.9	4.5	20.2	6.6	8.1	8.3	2.3
95%以上	100.0	13.4	17.3	15.2	3.9	1.3	2.6	4.8	17.3	5.6	7.8	10.8	2.6
90~94%	100.0	11.2	19.8	17.7	3.0	3.9	3.4	1.7	20.7	6.9	3.0	8.6	0.9
80~89%	100.0	12.4	18.0	15.8	3.6	2.7	4.9	4.0	18.6	6.5	7.4	6.1	1.5
70~79%	100.0	14.0	15.1	15.3	3.5	2.3	5.4	3.5	18.1	7.2	6.8	8.9	1.9
60~69%	100.0	15.2	13.0	12.7	2.5	1.9	5.7	3.8	21.2	8.2	8.9	7.0	0.9
50~59%	100.0	15.3	13.2	14.7	3.7	-	4.2	4.7	23.7	4.7	7.9	7.9	2.6
0~49%	100.0	16.0	12.6	12.7	4.3	0.8	3.2	4.6	21.7	6.5	9.6	7.9	0.9
無回答	100.0	17.0	9.7	9.2	4.4	2.8	2.3	7.6	19.8	6.0	9.4	12.0	9.4

第13表 参加者の出席率別にみたプログラムに携わったスタッフ

	延べ回答数	医師	歯科医師	保健師	看護師	管理栄養士・栄養士	理学療法士・作業療法士	健康運動指導士	健康運動実践指導者	その他	無回答
総数	100.0	2.4	3.1	21.9	15.7	11.5	11.6	10.3	3.4	20.0	1.7
95%以上	100.0	1.1	3.6	25.2	12.0	13.1	9.1	9.1	2.6	24.1	0.7
90～94%	100.0	3.7	3.4	21.5	17.5	10.9	8.6	13.8	4.0	16.6	0.3
80～89%	100.0	1.8	2.9	22.3	15.9	10.5	11.3	11.6	3.3	20.2	1.1
70～79%	100.0	2.1	3.3	22.6	16.4	13.5	9.6	9.6	3.4	19.5	1.1
60～69%	100.0	1.4	3.8	20.9	13.6	13.6	12.2	9.6	5.4	19.3	0.2
50～59%	100.0	2.5	2.9	23.0	13.4	14.2	10.5	10.0	2.9	20.5	2.5
0～49%	100.0	3.0	2.5	21.9	16.7	10.2	13.3	9.3	3.1	20.0	0.5
無回答	100.0	3.0	3.6	18.8	16.0	10.5	13.8	10.7	2.6	20.9	8.5

第14表 改善者の割合別（基本チェックリスト）にみた開催回数（階級）

	サンプル 件数	1 ～ 4 回	5 ～ 9 回	10 ～ 14 回	15 ～ 19 回	20 回以上	無 回 答	(再 掲) 1 回
総 数	100.0	8.0	20.8	33.2	5.3	30.8	2.0	0.8
75%以上	100.0	5.5	24.8	36.7	11.9	20.2	0.9	-
50～74%	100.0	6.7	22.5	36.4	5.1	26.9	2.4	-
25～49%	100.0	5.4	19.3	32.7	3.6	37.7	1.3	-
24%以下	100.0	9.6	14.8	27.8	4.3	40.9	2.6	-
無回答	100.0	11.8	21.4	31.4	4.4	28.8	2.2	3.0

第15表 改善者の割合別（基本チェックリスト）にみた開催期間（階級）

	サンプル 件数	1 ヶ 月 以 内	2 ヶ 月 以 内	4 ヶ 月 以 内	7 ヶ 月 以 上	無 回 答
総 数	100.0	0.9	52.0	25.8	19.9	1.3
75%以上	100.0	-	56.9	27.5	15.6	-
50～74%	100.0	0.4	57.3	26.5	15.0	0.8
25～49%	100.0	0.4	54.7	23.3	21.1	0.4
24%以下	100.0	0.9	43.5	20.0	34.8	0.9
無回答	100.0	2.2	46.5	29.2	18.8	3.3

第16表 改善者の割合別（基本チェックリスト）にみた参加費用（階級）

	サンプル 件数	0 円 （無 料）	1 〜 4 9 9 円	5 0 〜 9 9 9 円	1 0 0 〜 4 9 9 円	5 0 0 0 円 以 上	無 回 答
総 数	100.0	67.3	11.6	6.3	9.6	2.8	2.5
75%以上	100.0	65.1	2.8	8.3	15.6	6.4	1.8
50～74%	100.0	73.1	7.5	5.5	7.1	3.6	3.2
25～49%	100.0	72.6	8.1	5.8	9.4	2.7	1.3
24%以下	100.0	56.5	15.7	7.8	13.9	2.6	3.5
無回答	100.0	62.7	20.3	5.9	7.7	0.7	2.6

第17表 改善者の割合別（基本チェックリスト）にみた参加者数（階級）

	サンプル 件数	1 人	1 人	2 人	3 人	4 人	5 人	1 0 人 以 上	無 回 答
総数	100.0	23.7	35.2	16.7	5.3	3.5	6.6	5.6	3.5
75%以上	100.0	33.9	34.9	15.6	6.4	-	6.4	-	2.8
50～74%	100.0	24.9	39.9	16.2	3.6	2.0	6.3	5.9	1.2
25～49%	100.0	17.9	34.1	18.4	5.4	7.6	6.3	5.8	4.5
24%以下	100.0	26.1	37.4	13.9	7.8	2.6	6.1	4.3	1.7
無回答	100.0	22.1	31.0	17.3	5.2	3.3	7.4	7.7	5.9

第18表 改善者の割合別（基本チェックリスト）にみた参加者の出席率（階級）

	サンプル 件数	9 5 % 以上	9 0 % 以上	8 0 % 以上	7 0 % 以上	6 0 % 以上	5 0 % 以上	0 % 以上	無 回 答
総 数	100.0	6.5	8.3	19.5	12.9	7.7	5.0	29.8	10.3
75%以上	100.0	10.1	11.9	28.4	7.3	8.3	2.8	24.8	6.4
50～74%	100.0	5.9	8.7	23.3	14.2	8.3	5.1	25.7	8.7
25～49%	100.0	4.5	10.8	16.6	12.6	6.3	3.6	37.7	8.1
24%以下	100.0	6.1	8.7	19.1	12.2	8.7	6.1	29.6	9.6
無回答	100.0	7.4	4.4	14.8	14.4	7.7	6.6	29.2	15.5

第19表 改善者の割合別（基本チェックリスト）にみたプログラム効果の向上策等

	延べ回答数	セルフモニタリング	グループワーク	の欠席者への電話などで	仲間づくり支援	実施施設への送迎	座・日開講日や夜間の講	結果のフィードバック	個別カウンセリング	個別の改善目標や行動	フォローアップ	ル室終了後の自主グ	その他	無回答
総数	100.0	5.3	6.6	12.7	8.8	13.8	0.3	14.8	9.0	17.8	6.8	2.7	1.5	0.5
75%以上	100.0	6.2	6.4	11.9	9.2	10.8	0.5	16.1	10.6	16.3	8.1	2.1	1.8	-
50~74%	100.0	5.8	6.2	13.0	7.7	14.2	0.1	14.5	9.1	18.6	6.4	2.9	1.3	0.3
25~49%	100.0	3.8	5.8	12.4	8.4	16.2	0.2	14.7	9.6	18.7	6.5	2.5	1.3	0.1
24%以下	100.0	4.4	5.9	14.0	8.1	15.7	0.2	14.0	8.6	19.2	5.9	2.0	2.0	1.7
無回答	100.0	5.8	8.1	12.8	10.5	11.9	0.5	14.9	7.4	16.2	7.3	3.2	1.5	0.8

第20表 改善者の割合別（基本チェックリスト）にみた参加者の募集方法

	延べ回答数	載市（区町村）報への掲	郵便（ダイレクトメー	電話での個別対応	ホームページ・イン	通じて・病院・医師会を	の役所などへのポスター	民生委員などを通じて	通健ケアマネーシヤーを保	健診会場で	老人クラブや町内会を	その他	無回答
総数	100.0	11.4	18.3	16.0	2.7	1.9	2.3	3.6	23.0	7.0	6.0	7.6	0.8
75%以上	100.0	13.4	18.2	18.6	2.6	1.0	2.0	3.3	21.5	6.8	7.2	5.5	1.0
50～74%	100.0	10.6	18.4	20.2	2.5	3.1	1.5	2.4	20.6	7.2	5.9	7.7	0.4
25～49%	100.0	10.0	21.4	17.5	2.3	2.1	2.0	3.2	25.7	6.1	4.1	5.7	0.5
24%以下	100.0	12.5	19.5	11.5	2.9	1.9	2.9	3.5	25.6	7.7	4.2	8.0	1.0
無回答	100.0	12.0	15.1	11.5	3.3	1.0	3.3	5.4	22.8	7.3	8.1	10.0	1.3

第21表 改善者の割合別（基本チェックリスト）にみたプログラムに携わったスタッフ

	延べ回答数	医師	歯科医師	保健師	看護師	管理栄養士・栄養士	理学療法士・作業療法士	健康運動指導士	健康運動実践指導者	その他	無回答
総数	100.0	2.4	3.1	22.1	16.2	11.3	12.0	10.5	3.4	18.8	0.4
75%以上	100.0	2.2	3.2	20.8	16.8	12.4	14.3	8.4	2.4	19.5	0.5
50～74%	100.0	2.5	3.1	22.8	16.1	11.3	10.2	11.4	3.5	19.1	0.2
25～49%	100.0	2.1	2.9	21.8	16.5	12.1	11.1	11.0	3.4	19.1	0.5
24%以下	100.0	1.9	3.4	22.0	18.0	10.8	12.4	10.1	3.2	18.3	0.3
無回答	100.0	3.0	3.2	22.4	15.2	10.5	13.5	10.3	3.7	18.4	0.3

第22表 参加者数別にみた開催回数（階級）

	サンプル件数	1 ～ 4 回	5 ～ 9 回	10 ～ 14 回	15 ～ 19 回	20 回以上	無 回 答	(再掲) 1 回
総数	100.0	8.7	19.9	31.2	5.4	30.8	4.0	1.3
1～9人	100.0	13.8	31.7	32.1	4.1	16.2	2.1	1.4
10～19人	100.0	9.5	22.2	39.9	5.1	21.7	1.7	1.1
20～29人	100.0	7.8	16.0	32.9	7.4	34.6	1.3	2.2
30～39人	100.0	4.6	13.8	25.3	5.7	49.4	1.1	1.1
40～49人	100.0	7.3	14.5	25.5	9.1	40.0	3.6	1.8
50～99人	100.0	4.8	10.6	23.1	4.8	55.8	1.0	1.0
100人以上	100.0	4.4	10.6	12.4	2.7	63.7	6.2	-
無回答	100.0	5.9	12.9	21.8	6.9	22.8	29.7	2.0

第23表 参加者数別にみた開催期間（階級）

	サンプル 件数	1 ヶ 月 以 内	2 ヶ 月 以 内	4 ヶ 月 以 内	7 ヶ 月 以 上	無 回 答
総 数	100.0	1.9	45.8	25.2	23.0	4.2
1～9人	100.0	0.7	63.4	25.9	8.6	1.4
10～19人	100.0	2.3	54.4	30.8	10.5	1.9
20～29人	100.0	2.6	46.3	22.9	25.5	2.6
30～39人	100.0	-	31.0	28.7	37.9	2.3
40～49人	100.0	-	38.2	32.7	27.3	1.8
50～99人	100.0	3.8	28.8	18.3	49.0	-
100人以上	100.0	-	13.3	15.0	64.6	7.1
無回答	100.0	5.0	23.8	12.9	27.7	30.7

第24表 参加者数別にみた参加費用（階級）

	サンプル件数	0円（無料）	1～499円	500～999円	1000～4999円	5000円以上	無回答
総数	100.0	63.8	11.2	5.6	10.0	2.3	6.9
1～9人	100.0	62.4	9.3	7.2	12.8	3.4	4.8
10～19人	100.0	64.6	12.4	5.5	10.3	2.5	4.6
20～29人	100.0	68.8	8.7	5.2	10.8	2.6	3.9
30～39人	100.0	62.1	12.6	9.2	12.6	3.4	-
40～49人	100.0	76.4	3.6	1.8	9.1	1.8	7.3
50～99人	100.0	61.5	13.5	9.6	10.6	1.0	3.8
100人以上	100.0	61.1	19.5	1.8	6.2	0.9	10.6
無回答	100.0	53.5	7.9	2.0	1.0	-	35.6

第25表 参加者数別にみたプログラム効果の向上策等

	延べ回答数	セルフモニタリング	グループワーク	の欠席者へのサポート電話などで	仲間づくり支援	実施施設への送迎	座士・日曜日の夜間の講	結果のフィードバック	個別カウンセリング	個別の改善目標や行動	フォローアップ	数室終了後の自主グ	その他	無回答
総数	100.0	5.4	7.0	12.3	10.1	12.5	0.5	15.0	8.6	16.1	6.9	3.5	2.1	3.0
1～9人	100.0	5.6	6.7	11.9	7.2	11.5	0.4	16.1	10.1	18.7	7.5	2.8	1.6	1.3
10～19人	100.0	5.5	7.1	12.7	10.4	12.1	0.4	14.9	8.4	16.4	7.0	3.5	1.7	1.7
20～29人	100.0	5.6	7.6	12.8	9.9	13.6	0.3	13.7	8.2	15.4	7.5	3.8	1.5	1.2
30～39人	100.0	3.9	4.7	14.7	11.6	14.0	0.4	15.9	7.4	11.6	7.4	4.7	3.9	2.3
40～49人	100.0	3.7	8.6	9.8	11.7	14.1	0.6	17.2	9.2	15.3	3.7	3.7	2.5	4.3
50～99人	100.0	5.4	5.7	12.3	10.8	13.5	0.3	15.3	8.7	16.8	5.1	1.8	4.2	2.1
100人以上	100.0	5.9	7.8	9.1	14.4	12.5	0.6	12.5	8.1	13.1	6.9	4.7	4.4	5.6
無回答	100.0	3.2	9.0	12.2	14.1	13.5	2.6	17.3	5.1	10.9	5.8	3.8	2.6	36.5

第26表 参加者数別にみた参加者の募集方法

	延べ回答数	載市 (区町村)報への掲	郵便 を含む)	電話での個別対応	ホームページ・イン	通じて 医師・病院・医師会を	役所 掲示などへのポスター	民生委員などを通じて	通じて 健康ケアマネジャーや 戸別訪問や	健診会場で	通じて 老人クラブや町内会を	その他	無 回答
総数	100.0	14.6	14.4	13.8	3.8	1.8	3.9	4.5	20.2	6.6	8.1	8.3	2.3
1～9人	100.0	10.8	17.5	17.5	4.5	3.4	3.1	2.4	19.8	8.7	4.6	7.7	1.5
10～19人	100.0	12.1	15.6	15.1	3.2	1.8	4.3	4.4	20.7	6.7	6.9	8.9	2.1
20～29人	100.0	14.7	15.2	14.7	2.7	1.0	3.4	4.1	22.7	6.6	8.8	6.1	1.0
30～39人	100.0	17.1	9.3	13.0	5.3	-	6.1	5.3	20.3	6.1	9.3	8.1	-
40～49人	100.0	21.2	15.4	12.2	3.8	1.3	4.5	4.5	17.9	5.1	8.3	5.8	1.9
50～99人	100.0	18.8	14.8	9.2	3.0	1.5	4.8	3.0	19.6	5.9	9.2	10.3	0.4
100人以上	100.0	20.8	8.6	8.0	6.1	2.6	2.2	8.3	16.3	2.6	14.7	9.9	1.3
無回答	100.0	20.0	7.2	6.7	3.6	1.0	4.6	8.2	19.0	7.2	12.3	10.3	18.5

第27表 参加者数別にみたプログラムに携わったスタッフ

	延べ回答数	医師	歯科医師	保健師	看護師	管理栄養士・栄養士	理学療法士・作業療法士	健康運動指導士	健康運動実践指導者	その他	無回答
総数	100.0	2.4	3.1	21.9	15.7	11.5	11.6	10.3	3.4	20.0	1.7
1～9人	100.0	1.5	3.6	22.1	15.1	13.4	9.6	8.7	3.4	22.6	0.7
10～19人	100.0	2.5	3.2	22.5	16.0	11.4	11.3	10.7	3.5	18.9	1.4
20～29人	100.0	2.2	2.1	23.3	16.7	11.1	12.9	10.4	3.3	18.1	0.4
30～39人	100.0	3.1	2.8	23.1	13.6	10.8	11.9	9.8	4.5	20.3	-
40～49人	100.0	4.0	1.2	20.8	15.0	13.9	14.5	5.8	1.2	23.7	1.7
50～99人	100.0	2.1	3.5	19.2	16.5	10.6	13.3	10.0	4.1	20.6	0.3
100人以上	100.0	3.6	3.1	19.2	17.5	8.4	10.3	14.2	3.1	20.6	0.8
無回答	100.0	2.9	5.3	18.8	12.1	13.0	14.0	12.1	1.9	19.8	18.4

# 高齢者の QOL を支える介護予防事業実態調査

## 調 査 票 I

### I 基本的事項

1 自治体名・担当部(課)

--	--

2 ご回答記入者の連絡先

氏名・電話番号： TEL  
 担当部(課)の e-メールアドレス：

3 自治体の人口等

人口	人	(その内の 65 歳以上人口)		人
「要介護支援1」の者	男性	人	女性	人
「要介護支援2」の者	男性	人	女性	人
「要 介 護 1」の者	男性	人	女性	人
「要 介 護 2」の者	男性	人	女性	人
「要 介 護 3」の者	男性	人	女性	人
「要 介 護 4」の者	男性	人	女性	人
「要 介 護 5」の者	男性	人	女性	人

4 担当部(課)の

雇用職員数・内訳

正規職員数	人	非正規職員数	人
-------	---	--------	---

医 師	人	保 健 師	人	理学・作業療法士	人
歯科医師	人	看 護 師	人	健康運動指導士	人
薬 剤 師	人	管理栄養士・栄養士	人	健康運動実践指導者	人
事務職等その他		人			

5 本調査の集計結果を分析し、より正しいデータとするため、とても良いプログラムにつきましては、ぜひ、詳細をヒヤリングさせていただきたいのですが、受け入れていただけますでしょうか。(1に「○」をつけていただいた場合でも、エリアやプログラム内容によって必ずお願いさせていただくというわけではありません。)

1 受け入れてもよい      2 日程によって相談      3 できない

## 高齢者のQOLを支える介護予防事業実態調査

### 調 査 票 Ⅱ

自治体名	
------	--

この調査票Ⅱは、「1プログラム」ごとにご記入いただき、調査票Ⅰと一緒にお願いします。

もし、調査票Ⅱが足りない場合は、お手をかけますが、調査主体の健康・体力づくり事業財団（03-6430-9114〈担当：柳川〉）まで、ご連絡ください。追加をお送りいたします。ご連絡もご面倒な場合は、コピーを取っていただいても構いません。

## II 事業に関する事項（1プログラムごと）

以下は、具体的に実施しているプログラムについてご回答ください。

プログラムが複数ある場合は、1プログラムごとに調査票を換えて、記入してください。一つのプログラムについて5ページに渡ります。お手数ですが、なにとぞよろしくお願いいたします。

- 各問で、回答するものが複数ある場合は、あてはまる回答肢のすべてを「○」で囲んでください。
- 問2、3で、「参加者」、「出席者数」とあるのは、「参加者」は、このプログラムへの参加者（のべ人数ではありません）をいい、「出席者数」は、1回ごとに出席した者の数を指します。
- 問4の「改善者の割合」の回答肢で、「～74%」は75%未満、「～49%」は50%未満、「24%以下」は25%未満のことです。

### 1 プログラムの概要について、ご記入ください。

プログラム名				
プログラムの事業予算 (※常勤職員の人件費を除く)				千円
開催回数	回	開催期間	ヶ月	
参加費用(参加者の負担)				円

### 2 このプログラムへの参加者数について、ご記入ください。

	前期高齢者(65～74歳)				
	参加者計	自立	特定	要支援	要介護
男性	人	人	人	人	人
女性	人	人	人	人	人

	後期高齢者(75歳以上)				
	参加者計	自立	特定	要支援	要介護
男性	人	人	人	人	人
女性	人	人	人	人	人

\* 自立、特定、要支援、要介護の別に記入することが困難な場合は、「参加者計」のみで結構です。

3 プログラムの各回の「内容」「形態」について、あてはまる数字を「○」で囲んでください。

〔「内容」に関しては、複数に「○」をつけても構いません。また、「開催日」と「出席者数」については、可能な限り、各回ごとに実数で記入してください。〕

回	内 容			形 態	開 催 日	出席者数
1 回	① 運動 ④ 認知症 ⑥ うつ	② 栄養 ⑤ 閉じこもり ⑦ その他	③ 口腔	① 講 義 ② 実 技 ③ 両 方	年 月 日	人
2 回	① 運動 ④ 認知症 ⑥ うつ	② 栄養 ⑤ 閉じこもり ⑦ その他	③ 口腔	① 講 義 ② 実 技 ③ 両 方	年 月 日	人
3 回	① 運動 ④ 認知症 ⑥ うつ	② 栄養 ⑤ 閉じこもり ⑦ その他	③ 口腔	① 講 義 ② 実 技 ③ 両 方	年 月 日	人
4 回	① 運動 ④ 認知症 ⑥ うつ	② 栄養 ⑤ 閉じこもり ⑦ その他	③ 口腔	① 講 義 ② 実 技 ③ 両 方	年 月 日	人
5 回	① 運動 ④ 認知症 ⑥ うつ	② 栄養 ⑤ 閉じこもり ⑦ その他	③ 口腔	① 講 義 ② 実 技 ③ 両 方	年 月 日	人
6 回	① 運動 ④ 認知症 ⑥ うつ	② 栄養 ⑤ 閉じこもり ⑦ その他	③ 口腔	① 講 義 ② 実 技 ③ 両 方	年 月 日	人
7 回	① 運動 ④ 認知症 ⑥ うつ	② 栄養 ⑤ 閉じこもり ⑦ その他	③ 口腔	① 講 義 ② 実 技 ③ 両 方	年 月 日	人
8 回	① 運動 ④ 認知症 ⑥ うつ	② 栄養 ⑤ 閉じこもり ⑦ その他	③ 口腔	① 講 義 ② 実 技 ③ 両 方	年 月 日	人
9 回	① 運動 ④ 認知症 ⑥ うつ	② 栄養 ⑤ 閉じこもり ⑦ その他	③ 口腔	① 講 義 ② 実 技 ③ 両 方	年 月 日	人
10 回	① 運動 ④ 認知症 ⑥ うつ	② 栄養 ⑤ 閉じこもり ⑦ その他	③ 口腔	① 講 義 ② 実 技 ③ 両 方	年 月 日	人
11 回	① 運動 ④ 認知症 ⑥ うつ	② 栄養 ⑤ 閉じこもり ⑦ その他	③ 口腔	① 講 義 ② 実 技 ③ 両 方	年 月 日	人
12 回	① 運動 ④ 認知症 ⑥ うつ	② 栄養 ⑤ 閉じこもり ⑦ その他	③ 口腔	① 講 義 ② 実 技 ③ 両 方	年 月 日	人

回	内 容			形 態	開 催 日	出席者数
13 回	① 運動 ④ 認知症 ⑥ うつ	② 栄養 ⑤ 閉じこもり ⑦ その他	③ 口腔	① 講 義 ② 実 技 ③ 両 方	年 月 日	人
14 回	① 運動 ④ 認知症 ⑥ うつ	② 栄養 ⑤ 閉じこもり ⑦ その他	③ 口腔	① 講 義 ② 実 技 ③ 両 方	年 月 日	人
15 回	① 運動 ④ 認知症 ⑥ うつ	② 栄養 ⑤ 閉じこもり ⑦ その他	③ 口腔	① 講 義 ② 実 技 ③ 両 方	年 月 日	人
16 回	① 運動 ④ 認知症 ⑥ うつ	② 栄養 ⑤ 閉じこもり ⑦ その他	③ 口腔	① 講 義 ② 実 技 ③ 両 方	年 月 日	人
17 回	① 運動 ④ 認知症 ⑥ うつ	② 栄養 ⑤ 閉じこもり ⑦ その他	③ 口腔	① 講 義 ② 実 技 ③ 両 方	年 月 日	人
18 回	① 運動 ④ 認知症 ⑥ うつ	② 栄養 ⑤ 閉じこもり ⑦ その他	③ 口腔	① 講 義 ② 実 技 ③ 両 方	年 月 日	人
19 回	① 運動 ④ 認知症 ⑥ うつ	② 栄養 ⑤ 閉じこもり ⑦ その他	③ 口腔	① 講 義 ② 実 技 ③ 両 方	年 月 日	人
20 回	① 運動 ④ 認知症 ⑥ うつ	② 栄養 ⑤ 閉じこもり ⑦ その他	③ 口腔	① 講 義 ② 実 技 ③ 両 方	年 月 日	人
21 回	① 運動 ④ 認知症 ⑥ うつ	② 栄養 ⑤ 閉じこもり ⑦ その他	③ 口腔	① 講 義 ② 実 技 ③ 両 方	年 月 日	人
22 回	① 運動 ④ 認知症 ⑥ うつ	② 栄養 ⑤ 閉じこもり ⑦ その他	③ 口腔	① 講 義 ② 実 技 ③ 両 方	年 月 日	人
23 回	① 運動 ④ 認知症 ⑥ うつ	② 栄養 ⑤ 閉じこもり ⑦ その他	③ 口腔	① 講 義 ② 実 技 ③ 両 方	年 月 日	人
24 回	① 運動 ④ 認知症 ⑥ うつ	② 栄養 ⑤ 閉じこもり ⑦ その他	③ 口腔	① 講 義 ② 実 技 ③ 両 方	年 月 日	人

4 プログラムの評価について、1から6の項目につき、

◇ 評価を実施した場合は、「実施の有無」欄で「○」をつけ

◇ 「評価実施時」及び「改善者の割合」の欄でそれぞれあてはまる数字を「○」で囲んでください。

評価指標の内容	実施の有無	評価実施時	改善者の割合
1. 基本チェックリスト	有 無	① プログラム前のみ ② プログラム前中後 ③ プログラム前と後 ④ プログラム中または後のみ	① 75%以上 ② 50%～74% ③ 25%～49% ④ 24%以下
2. 生活機能 (チェックリスト以外)	有 無	① プログラム前のみ ② プログラム前中後 ③ プログラム前と後 ④ プログラム中または後のみ	① 75%以上 ② 50%～74% ③ 25%～49% ④ 24%以下
3. QOL 指標	有 無	① プログラム前のみ ② プログラム前中後 ③ プログラム前と後 ④ プログラム中または後のみ	① 75%以上 ② 50%～74% ③ 25%～49% ④ 24%以下
4. 主観的健康観	有 無	① プログラム前のみ ② プログラム前中後 ③ プログラム前と後 ④ プログラム中または後のみ	① 75%以上 ② 50%～74% ③ 25%～49% ④ 24%以下
5. 体力テスト	有 無	① プログラム前のみ ② プログラム前中後 ③ プログラム前と後 ④ プログラム中または後のみ	① 75%以上 ② 50%～74% ③ 25%～49% ④ 24%以下
6. その他 ( )	有 無	① プログラム前のみ ② プログラム前中後 ③ プログラム前と後 ④ プログラム中または後のみ	① 75%以上 ② 50%～74% ③ 25%～49% ④ 24%以下

\* 「改善者の割合」は、プログラム終了時における改善者の割合です。

5 参加者の継続を促したり、プログラム効果を高めたりするために工夫したことについて、行っていれば、あてはまる数字すべてを「○」で囲んでください。(特になければ「○」はなし。)

① セルフモニタリング	⑦ 結果のフィードバック
② グループワーク	⑧ 個別カウンセリング
③ 欠席者への電話などでのサポート	⑨ 個別の改善目標や行動目標の設定
④ 仲間づくり支援	⑩ フォローアップ
⑤ 実施施設への送迎	⑪ 教室終了後の自主グループの形成
⑥ 土・日曜日や夜間の講座の開講	⑫ その他 ( )

6 参加者の募集方法について、行っていれば、あてはまる数字すべてを「○」で囲んでください。  
(特になければ「○」はなし。)

- |                   |                               |
|-------------------|-------------------------------|
| ① 市(区・町・村)報への掲載   | ⑦ 民生委員などを通じて                  |
| ② 郵便(ダイレクトメールを含む) | ⑧ ケアマネージャーや保健師による<br>戸別訪問を通じて |
| ③ 電話での個別対応        | ⑨ 健診会場で                       |
| ④ ホームページ・インターネット  | ⑩ 老人クラブや町内会を通じて               |
| ⑤ 医師・病院・医師会を通じて   | ⑪ その他 (内容 )                   |
| ⑥ 役所などへのポスターの掲示   |                               |

7 このプログラムに携わったスタッフについて、あてはまる数字すべてを「○」で囲んでください。

- |        |               |             |
|--------|---------------|-------------|
| ① 医師   | ④ 看護師         | ⑦ 健康運動指導士   |
| ② 歯科医師 | ⑤ 管理栄養士・栄養士   | ⑧ 健康運動実践指導者 |
| ③ 保健師  | ⑥ 理学療法士・作業療法士 | ⑨ その他       |

以上で、このプログラムに関しては終了です。ご協力いただき、ありがとうございました。

なお、実施しているプログラムが複数ある場合は、お手数をおかけしますが、同封しました未使用の調査票  
[ II 事業に関する事項 ]に、プログラムごとにご回答いただけますようお願い申し上げます。

「高齢者のQOLを支える運動開始・継続を促す健康づくり・環境実態調査」委員

(50音順・敬称略／委員長○)

石澤 伸弘 北翔大学生涯スポーツ学部スポーツ教育学科准教授

○宮地 元彦 (独) 国立健康・栄養研究所

健康増進プログラム運動ガイドラインプロジェクトリーダー

安永 明智 文化女子大学現代文化学部健康心理学科専任講師

増田 和茂 (財) 健康・体力づくり事業財団常務理事

飯塚 裕三 (財) 健康・体力づくり事業財団調査情報部長

柳川 尚子 (財) 健康・体力づくり事業財団調査情報部調査役

平成 21 年度老人保健事業推進費等補助金  
(老人保健健康増進等事業)

**高齢者のQOLを支える運動開始・継続を促す  
健康づくり・環境実態調査事業**

平成 22 年 3 月 31 日

財団法人 健康・体力づくり事業財団  
東京都港区東新橋 2-6-10 大東京ビル  
〒105-0021 TEL03-6430-9111  
URL <http://www.health-net.or.jp>