

# 高齢転居者に対する社会的孤立予防プログラムの実施と その評価の試み

サイトウ 斎藤      タミ 民\*      イ 李      ヒョンジョン 賢情\*      カイ 甲斐      イチロウ 一郎\*

**目的** 社会的孤立から「閉じこもり」になる可能性が指摘される高齢転居者を対象に、ネットワークづくりと地域に関する情報の活用を目的とする支援プログラムを開発・試行し、その有用性を検討した。

**方法** 1) 介入および効果評価の対象は、2002年12月から2003年8月の間に東京都A市に転入した65歳以上男女のうち、プログラムへの参加に同意した18人である。プログラムは、高齢転居者のニーズ、既存の社会的孤立予防プログラムおよび高齢転居者への支援プログラムを参考に開発され、2004年11月から12月、毎回2時間、計3回実施された。介入効果の評価項目として、(手段的)日常生活動作能力、抑うつ度、孤立感、社会的ネットワーク、グループ活動への参加、就労、日中独居頻度、サービス認知度等を測定した。

2) プログラムへの不参加理由については、参加に同意しなかった高齢転居者7人を対象に、電話による聞き取りを行った。

3) プログラムへの参加者による評価については、プログラムの最終回(第3回)に参加した12人を対象に、プログラム全体への満足度、役立ち感、実施回数に対する評価等を尋ねた。

**成績** 1) 参加同意者18人中、男性9人(50.0%)、平均年齢73.3±6.8歳であった。実際に1回以上参加した14人の参加回数別内訳は、全3回が7人(50.0%)、2回が6人(42.9%)、1回が1人(7.1%)であった。

2) 不参加理由として、体調不良、忙しさ、興味のなさ、転出が挙げられた。

3) 参加者によるプログラム全体への満足度は高かったが、実施回数について「丁度良い」と評価したのは58.3%のみであった。

4) 介入前後の比較では、日中独居頻度( $P<.05$ )、介護保険外サービス認知度( $P<.10$ )が改善し、有意ではないが、グループ活動への参加および就労割合が増加した。その他の変数には有意な改善効果はみられなかった。

**結論** 参加者数が少なく一般化可能性に限界があるが、本研究における支援プログラムは、社会的孤立予防に一定の効果があり、参加者による評価が高い可能性が示唆された。ただし、対象者への周知方法、転入後期間がどの程度の者を対象とするか、およびプログラムの実施回数に検討の余地がある。今後、これらの点を改善するとともに、対照群を設定した効果評価や費用対効果も含む中長期的評価についても実施する必要性が示唆された。

**Key words** : 社会的孤立, 高齢転居者, 介入研究

## 1 緒 言

介護予防は、老化による身体的・精神的・社会

的機能の衰えを遅らせる<sup>1)</sup>ことを通じて要介護状態の予防を図るものである。閉じこもり予防は介護予防事業における目的のひとつである。「閉じこもり症候群」とは、1984年に竹内が提唱した概念であり<sup>2)</sup>、縦断的研究において、閉じこもり高齢者では寝たきりや死亡への移行割合が有意に高いことが指摘されている<sup>3)</sup>。

\* 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻  
連絡先：〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1  
東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻  
斎藤 民

閉じこもり高齢者への支援のあり方については、閉じこもりに至った原因や状態像が多様であるため、一様な支援が適切ではない可能性が指摘される<sup>4)</sup>。しかしこれまで、閉じこもりに至る原因や状態像を限定した支援についての報告は筆者らの知る限りみられない。

そこで本研究では、社会的孤立による閉じこもりに限定し、支援プログラムの開発・実施・評価を試みることにした。社会的孤立とは、「家族やコミュニティとほとんど接触がない状態」<sup>5)</sup>である。一般高齢者を対象とした疫学研究において社会的孤立が身体機能低下や障害発生のリスク要因であることが知られる<sup>6,7)</sup>。

社会的孤立による閉じこもりから寝たきりになる可能性の高い集団として、「呼び寄せ老人」<sup>8)</sup>を含む高齢転居者が挙げられる。「呼び寄せ老人」とは、身体機能の低下が顕在化する前後に、子供に呼び寄せられる現象である<sup>8)</sup>。転入先で友人もなく、閉じこもりがちな生活から痴呆や寝たきりに移行する可能性が指摘されてきた<sup>8,9)</sup>。ところが、こうした危険は「呼び寄せ老人」に限らない。甲斐<sup>10)</sup>は、大都市近郊への高齢転居者において孤立感が高い、親族以外との接触やグループ活動への参加が少ない、高齢者向けサービスへの認知度が低いことを指摘している。こうした環境への不適応が身体機能低下とともに健康への悪影響を増すことが指摘されており<sup>11)</sup>、現在は健康な高齢転居者に対しても地域への適応を促す予防的支援は重要と考えられる。大都市近郊では特に高齢者の転入率が高く<sup>12,13)</sup>、支援ニーズが高い可能性がある。

しかし、高齢転居者に特化した支援プログラムは少ない。同郷出身者との交流の提案<sup>14,15)</sup>や老人クラブによる「転居者をあたたかく迎える運動」<sup>16)</sup>、神奈川県開成町における「ようこそ訪問」<sup>17)</sup>などがみられるが、いずれも評価されておらず、その有用性は明らかではない。

本研究ではこれらの知見を踏まえ、大都市郊外における高齢転居者を対象に社会的孤立予防のための支援プログラムを開発・試行し、有用性を検討した。

## II 研究方法

### 1. 対象地域

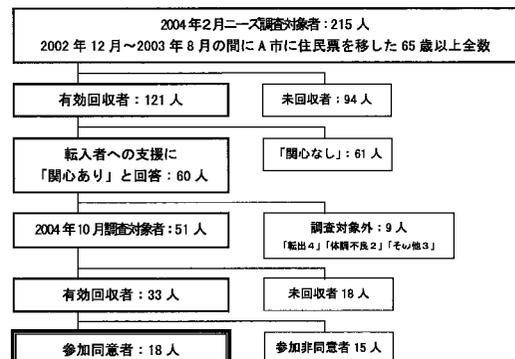
東京都下のA市である。東京都心部の北西約30 kmに位置するベッドタウン地域であり、2003年11月現在、人口143,304人、高齢化率18.5%である<sup>10)</sup>。A市は、後期高齢者が地域に多く転入している可能性が高い自治体である<sup>13)</sup>。

### 2. 対象者

#### 1) 介入および効果評価

A市に転入した65歳以上男女18人を対象とした。選定方法は図1の通りである。2004年2月、東京都A市に2002年12月から2003年8月に住民票を移した65歳以上男女全215人を対象に無記名自記式質問紙調査を実施した（有効回収者121人、有効回収率56.3%）。調査票において「地域の同世代との交流」等、いくつかの支援プログラム例を提示し、関心の有無を尋ねた。同時に、今後、支援プログラムを開発し、彼等を対象に実施する予定であること、周知のために氏名と連絡先を記入して欲しい旨を記載した。「関心あり」との回答は60人であった。そのうち地域外への転出者4人、体調不良の者2人、実際には長く地域に居住し、かつ参加しないとの意思が確認できた1人、氏名および連絡先不祥の2人を除く51人を対象に、2004年10月、プログラム参加の勧誘兼介入前調査を実施した。その際、参加条件を記した案内と、署名形式の同意書を調査票に同封した。有効回収数は33（有効回収率64.7%）であった。参加同意者は18人であった。プログラム終了後の2005年1月、同18人を対象に調査を実施した。有

図1 参加対象者の選定方法



効回収数は18（有効回収率100.0%）であった。

なお、対象者18人中4人は、参加に同意したものの、結局プログラムに参加しなかった。本研究では、彼等が参加しなかった理由を把握していない。そのため、現段階では、本プログラムの持つ負の側面である「参加しにくさ」により不参加となった可能性を否定できない。「参加しにくさ」の程度がわからない段階で、実際に参加した人のみを対象に評価すれば、プログラムの有効性を過大評価することになりかねない。そこで、本研究では、これらの4人も含めた18人による効果評価と、1回以上参加した14人による効果評価の双方を検討することとした。

#### 2) 不参加理由の把握

2004年10月の調査回答者のうち、参加に同意しなかった15人中電話連絡が取れた7人を対象に聞き取りを行った。

#### 3) 参加者によるプログラム評価

プログラム最終回（第3回）に参加した12人を対象に、自記式質問紙への記入を依頼し、12人全員から回答を得た。

### 3. 支援プログラムの開発および実施

対象者のニーズ調査および電話による聞き取り<sup>10)</sup>、既存の社会的孤立予防プログラム<sup>18,19)</sup>および高齢転居者への支援<sup>14~17)</sup>を参照し、本研究では、支援プログラムの目的を「地域におけるネットワークづくりおよび地域に関する情報の有効活用」とした。

2004年11月～12月、市の中央部にある公的スペースにおいて、2週間間隔で計3回、毎回2時間の支援プログラムを実施した。第1回は、導入と、市内の「歴史・旧跡・見所」、「高齢者福祉サービス」、「趣味や生きがい就労をするための高齢者の活動組織」について簡単な説明を実施した。情報提供後に参加者に新たに生じた疑問や知りたい情報などを自由に指摘してもらい、第3回に活かした。第2回は、「転入してからの暮らしのなかで困ったこと、将来困りそうなこと」についてのグループディスカッションを行った。第2回目の目的は転居という共通体験を持つ参加者同士の語りを通じて情緒の一体感を持つこと、各人の潜在化するニーズを掘り起こす議論を行うことにより参加者が自分のニーズに気づくことであった。グループディスカッションは気づきを得る

うえでの有効な手法として知られる<sup>20)</sup>。ディスカッションの論点をそらさず、且つ活発化させるために、グループセッションにおける司会経験の豊富な者にファシリテーター役を依頼した。なお、第2回目に顕在化した新たなニーズについても、第3回目に対応できるよう勘案した。第3回目は、情報相談会を実施した。参加者のニーズに対応するために、「保健医療福祉」、「健康長寿のまちづくり」、「郷土の歴史・旧跡」、「市内の交通・見所」、「ふれあいサロン活動（介護予防）」、「高齢者活動団体」、「シルバー人材センター」の各コーナーを会場内に設置した。それぞれに精通する者がコーナーを担当し、参加者が好きなコーナーに行き、自由に質問し、担当者から説明を受けるといった内容であった。

なお、支援プログラムはA市社会福祉協議会が後援した。また、大学と行政および地域との調整役については、同協議会内において高齢者の諸活動に関する情報提供や相談支援を行うセクションが担った。全3回にわたり、地域のボランティア組織に属する3人が実施補助として参加した。第1回目の情報提供は、社会福祉協議会職員2人および地域住民1人が、第3回目の情報提供は、市役所職員1人、保健師1人、社会福祉協議会職員2人、シルバー人材センター職員1人、地域住民2人が担当した。

### 4. 評価項目

#### 1) 効果評価

身体・生活機能については、健康度自己評価、日常生活動作能力障害の有無<sup>21)</sup>、手段的日常生活動作能力障害の有無<sup>22)</sup>、日常生活範囲<sup>23)</sup>から評価した。

精神的健康の指標として、抑うつ度を測定する尺度である Geriatric Depression Scale (GDS)<sup>24)</sup>の日本語15項目版<sup>25)</sup>を用いた。得点が高いほど抑うつ傾向が高いことを示す。

外出頻度については、目的や行き先を問わず、外出の頻度について尋ねた。

社会的孤立に関する指標として、孤立感を感じる頻度（1項目、「ほとんどない」から「そう感じる人が多い」の3選択肢）<sup>23)</sup>、別居子や親戚との接触頻度および電話での接触頻度、友人や近隣との接触頻度および電話での接触頻度、町内会や老人会、趣味のグループ、商工会など種類や場

所を問わないグループ活動への参加の有無、就労の有無、日中のほとんどの時間を一人で過ごす日中独居の頻度<sup>23)</sup>を測定した。

サービス認知度については、対象地域において高齢者向けサービスとして実施されている計9項目について「知っている」、「知らない」のいずれかを尋ねた。介護保険サービスとして「訪問介護」、「通所介護」の2項目を、介護保険外サービスとして「生活支援ホームヘルプ」、「生きがいデイサービス」、「介護予防住宅改修」、「配食」、「ふれあい給食」、「長寿を共に祝う会」、「憩いの家」の7項目を設定した。それぞれ知っている個数を単純集計した。

その他、性、年齢、家族構成、配偶者の有無、経済状況を尋ねた。

## 2) プログラムへの参加者による評価項目

満足度 (5段階)、役立ち感 (5段階)、開催場所への評価 (3段階)、実施回数への評価 (3段階)、参加者間の交流の度合いへの評価 (3段階)について尋ねた。

## 5. 分析方法

介入前後の値の比較では、間隔尺度については対応のあるt検定を、順序尺度にはWilcoxonの符号付順位検定を、名義尺度にはMcNemar検定を行った。プログラムへの参加者による評価は単純集計を行った。解析にはSPSS10.0 for Windowsを用いた。

## 6. 倫理的配慮

2004年10月の支援プログラム参加への勧誘兼調査協力への依頼時には、研究目的や方法とともに、支援プログラムおよび効果評価のための調査への参加が自由意思に基づくこと、参加中断による不利益がないこと、プライバシーが厳重に守られることを記載した。同意書を同封し、支援プログラムへの参加に同意する者には本人の署名を依頼した。なお、本研究は、東京大学医学部・大学院医学系研究科倫理委員会の承認を得て実施した。

## III 研究結果

### 1. 支援プログラム参加同意者の特性

男性が9人(50.0%)、年齢(平均±標準偏差)73.3歳±6.8歳であった。16人(88.9%)は日常生活動作能力障害がなく、9人(50.0%)が日中独居頻度について「ほぼ毎日」と回答していた。6

人(33.3%)が別居の子供や親戚との交流が「全くない(いないを含む)」と回答していた。

### 2. 参加頻度

各回の参加人数は、第1回12人、第2回10人、第3回12人であった。実際に1回以上参加した14人の参加回数別内訳は、全3回が7人(50.0%)、2回が6人(42.9%)、1回が1人(7.1%)であった。

### 3. 不参加理由(表1)

参加に同意しなかった15人のうち、電話連絡のとれた7人を対象に、不参加理由を尋ねた。不参加理由回答者の特性は、7人中男性4人、60歳代が3人、70歳代3人、80歳代1人であった。参加に同意しなかった理由として、「腰を痛めている」など体調不良、「他の仕事で忙しい」などの忙しさ、その他「興味がない」、「また引越す予定である」という理由が挙げられた。

### 4. 参加者のプログラムへの評価(表2)

プログラムの最終回(第3回)に参加した12人

表1 支援プログラムに参加しない理由

ケース	年齢	性別	理由
1	81歳	女性	腰を痛めている。動きが自由ではないので
2	76歳	男性	うつ病を患い、何もしたくない時があるため
3	74歳	女性	健康状態が良くない。特に午前中は血圧が高くなるため
4	68歳	男性	仕事をしているので平日は都合がつかなかったため
5	66歳	男性	他の仕事で忙しいため
6	67歳	男性	興味がなかったため
7	77歳	女性	また引越すをする予定が決まっていたため

表2 参加者による支援プログラムへの評価 (n=12)

		n (%)
全体への満足度	(非常に)満足	10(83.3)
役立ち感	(少し)あった	10(83.3)
開催場所	良い	11(91.7)
実施回数(3回)	丁度良い	7(58.3)
	多すぎる	3(25.0)
	少なすぎる	2(16.7)
参加者間の交流	丁度良い	9(75.0)
	多すぎる	0(0.0)
	少なすぎる	2(16.7)

表3 介入前後の比較 (n=18)

		介入前	介入後	検定 <sup>注3)</sup>		
健康度自己評価 <sup>a)</sup> 注1)注2)	非常に健康	1 ( 5.6)	1 ( 5.6)	ns		
	かなり健康	3 (16.7)	3 (16.7)			
	普通	7 (38.9)	8 (44.4)			
	あまり健康でない	6 (33.3)	5 (27.8)			
	全く健康でない	0 ( 0.0)	0 ( 0.0)			
日常生活動作能力 <sup>b)</sup>	障害なし	16 (88.9)	16 (88.9)	ns		
手段的日常生活動作能力 <sup>b)</sup>	障害なし	16 (88.9)	15 (83.3)	ns		
日常生活範囲 <sup>a)</sup>	遠方外出	14 (77.8)	14 (77.8)	ns		
	近隣外出	3 (16.7)	4 (22.2)			
	屋内	1 ( 5.6)	0 ( 0.0)			
抑うつ度(0-15) <sup>c)注1)</sup>	M ± SD	4.6 ± 3.1	4.8 ± 3.3	ns		
外出頻度 <sup>a)</sup>	ほぼ毎日	9 (50.0)	7 (38.9)	ns		
	週 4-5 日	6 (33.3)	6 (33.3)			
	週 2-3 日	3 (16.7)	4 (22.2)			
	週 1 日以下	0 ( 0.0)	1 ( 5.6)			
孤立感 <sup>a)注1)</sup>	ほとんどない	9 (60.0)	9 (60.0)	ns		
	たまにある	6 (40.0)	4 (26.7)			
	そう感じるが多い	0 ( 0.0)	2 (13.3)			
別居子や親戚との接触頻度 <sup>a)</sup>	週 2 回以上	1 ( 5.6)	0 ( 0.0)	ns		
	週 1 回	1 ( 5.6)	1 ( 5.6)			
	月 2-3 回	2 (11.1)	2 (11.1)			
	月 1 回	3 (16.7)	3 (16.7)			
	月 1 回未満	5 (27.8)	5 (27.8)			
別居子や親戚との電話頻度 <sup>a)</sup>	なし (いないを含む)	6 (33.3)	7 (38.9)	ns		
	週 2 回以上	2 (11.1)	1 ( 5.6)			
	週 1 回	2 (11.1)	3 (16.7)			
	月 2-3 回	2 (11.1)	1 ( 5.6)			
	月 1 回	4 (22.2)	4 (22.2)			
近隣や友人との接触頻度 <sup>a)</sup>	なし (いないを含む)	6 (33.3)	3 (16.7)	ns		
	週 2 回以上	0 ( 0.0)	2 (11.1)			
	週 1 回	2 (11.1)	0 ( 0.0)			
	月 2-3 回	5 (27.8)	4 (22.2)			
	月 1 回	4 (22.2)	4 (22.2)			
近隣や友人との電話頻度 <sup>a)</sup>	なし	1 ( 5.6)	3 (16.7)	ns		
	週 2 回以上	3 (16.7)	3 (16.7)			
	週 1 回	4 (22.2)	3 (16.7)			
	月 2-3 回	1 ( 5.6)	3 (16.7)			
	月 1 回	3 (16.7)	2 (11.1)			
グループ活動への帰属 <sup>b)</sup>	あり	9 (50.0)	12 (66.7)	ns		
	就労状況 <sup>b)</sup>	2 (11.1)	6 (33.3)		ns	
	日中独居頻度 <sup>a)</sup>	3 (16.7)	5 (27.8)			*
	月 1-2 日	1 ( 5.6)	1 ( 5.6)			
	週 1-2 日	3 (16.7)	3 (16.7)			
週 3-5 日	2 (11.1)	4 (22.2)				
ほぼ毎日	9 (50.0)	5 (27.8)				
サービス認知度 <sup>c)</sup>						
介護保険内(0-2)	M ± SD	1.5 ± 0.9	1.6 ± 0.8	ns		
介護保険外(0-7)	M ± SD	2.3 ± 2.7	3.5 ± 2.6	†		

注 1) 介入前後ともに回答した人のみのデータを示した

注 2) a: Wilcoxon の符号付順位検定, b: McNemar 検定, c: 対応のある t 検定

注 3) †:  $P < .10$ , \*:  $P < .05$

によるプログラムへの評価のうち、プログラム全体への満足度、役立ち感については、回答者のそれぞれ90%以上が「(非常に)満足」、「(少し)役立つ」としていた。開催場所についても、90%以上が「良い」と評価した。開催回数については、「丁度良い」と評価したのは60%弱で、多すぎる(25.0%)、少なすぎる(16.7%)との回答もみられた。参加者間の交流については、75%が「丁度良い」と評価し、16.7%が「少なすぎる」と評価した。

#### 5. 介入効果の評価(表3)

参加同意者は、介入後に日中独居頻度が有意に減少( $P < .05$ )し、介護保険外のサービス認知度が高まる傾向( $P < .10$ )がみられた。統計的に有意ではないが、グループ活動に参加する割合が50.0%から66.7%に増加し、就労割合が11.1%から33.3%へと増加した。表には示さないが、1回以上参加した14人のみを対象とした分析も行った。その結果、ほぼ同様の傾向がみられた。日中独居頻度が有意に減少( $P < .05$ )し、介護保険外のサービス認知度が有意に高くなった( $P < .05$ )。また、グループ活動への参加割合が42.9%から64.3%に増加し、就労割合が7.1%から28.6%に増加した。

### IV 考 察

#### 1. 本研究の意義

本研究では、社会的孤立から閉じこもりとなる危険が指摘される高齢転居者を対象に、支援プログラムの開発・実施・評価を試みた。社会的孤立による閉じこもりに限定した支援プログラム開発という点でも、高齢転居者を対象とする介入評価研究という点でも、筆者らの知る限り本邦初の試みであり意義は大きいと考える。しかしながら、試行段階にあるが故の限界や今後検討すべき課題も多い。本研究では、参加同意人数が18人と少なかった。その背景には実施上の問題点があると考えられる。また、効果評価の一般化可能性は高いとはいえない。

今後、本研究において開発した支援プログラムを改良し、有効かつ参加者に受容されやすいプログラムとして実施するため、以下について考察した。

#### 2. 支援プログラム内容および実施方法の検討

1) 高齢転居者のニーズおよび志向の事前把握  
本研究における支援プログラムは、既存の支援プログラムとともに、事前に高齢転居者に実施したニーズ調査と電話での聞き取りに基づき開発した。ニーズ把握は、近年、保健医療領域でも用いられるソーシャル・マーケティングの手法においても重視されている<sup>20)</sup>。しかし、不参加理由として、「興味なし」という言説が得られたように、必ずしも十分把握できていなかった可能性も否定できない。今後、彼等への聞き取り等から興味を持たなかった原因を把握し、改善策を検討する必要がある。

#### 2) 地域組織との連携

支援プログラムにおいて、転居者の多様なニーズに対応する情報提供とネットワーク形成に対応する支援を実施するには、行政機関だけではなく、地域の諸組織や住民の参加が不可欠であった。今回、当該地域の社会福祉協議会において高齢者の諸活動に関する情報提供および相談支援を行う部門が各関係者との調整役を担ったため、ニーズに対応する組織や住民の参加が可能となったと考えられる。

#### 3) 時間的・身体的・経済的負担

時間的負担については、支援プログラムへの不参加理由として「他の仕事で忙しい」等の言説が得られ、就労者にとっては負担が大きい可能性がある。一方、参加者では、3回の実施を「多すぎる」と評価したものは2割程度であり、時間的負担は大きくないと考えられる。逆に「少なすぎる」とした者も約2割いた。その理由として、彼等には、支援プログラムが社会的孤立の解消機会であったためと考えられる。彼等がプログラム終了後に次の「居場所」をみつけられたか否か、今後もフォローしたい。

身体的負担については、不参加理由として体調不良を理由とする言説が複数得られた。彼等はよりハイリスクの可能性があり、訪問による何らかの支援も検討すべきと思われる。

経済的負担については、本研究では、参加費無料で実費を全額負担した。転居者の特徴として経済的困窮感を指摘する割合が高い<sup>10)</sup>ため、経済的負担への考慮は重要と思われる。

#### 4) 実施場所

対象者の受容度が高いプログラムを実施するためには、実施場所の考慮が重要である<sup>26)</sup>。本研究では、高齢転居者が市内全域に居住すること、会場の認知度を重視し、市の中央に位置する公的施設を利用した。参加者の91.7%は会場を「良い」と評価した。しかし地域の交通機関に精通しない者や身体機能に自信のない者が、公共交通機関の利用に抵抗感があり、参加しづらかった可能性もある。参加人数次第では、地区開催等の工夫も必要だろう。

#### 5) 参加者によるプログラムへの満足度と有用性の評価

プログラムの最終回(第3回)に参加した12人によるプログラムへの満足度、有用性の評価は高かった。プログラム開発にあたり、対象者のニーズや志向を把握したこと、本研究における支援プログラムに対するニーズの高い集団が参加したことが理由と考えられる。ただし、無記名式の質問紙を用いて率直な意見を聞く配慮はしたものの、参加者が否定的評価をしづらかった「社会的望ましき<sup>27)</sup>」の可能性は否定できない。

#### 6) 効果評価

参加同意者18人による評価では、介入前と比較して介入後に日中独居頻度が有意に減少し、介護保険外のサービス認知度が高まる傾向がみられた。また、統計的に有意ではないものの、グループ活動参加割合、就労割合が増加する傾向がみられた。実際に1回以上参加した14人による評価では、同様の改善効果がより顕著にみられていた。プログラム内容自体の有効性はあると考えられる。今後は、実際に参加しなかった4人の参加同意者を対象に、不参加理由がプログラムに起因するの否かを確認し、有効性の程度について再考したい。

介護保険外のサービス認知度については、第1回のプログラムの際に概要を説明し、配布資料を提供したこと、第3回には関心のある人のみではあるが、情報相談ブースを設定してより詳細な説明をしたことにより認知度が高まったと考えられる。一方、介護保険サービスの認知度に変化がみられなかったことについては、参加同意者のほとんどが自立高齢者であり、自立高齢者向けのサービスほど関心を持たなかった可能性と、介入前時

点ですでに介護保険サービスについての認知度が多かったという天井効果が考えられる。

グループ活動や就労については、支援プログラムにおいて、高齢者活動団体やシルバー人材センターの担当者が会場に来て参加者が直接話を聞く機会を設けたことにより、参加につながった可能性がある。

日中独居頻度については、グループ活動や就労への参加を通じて減少した可能性が考えられる。

一方、孤立感、外出頻度、生活機能や身体機能については、本研究では有意な変化はみられなかった。しかしこれらの変数においても、今後、日中独居頻度やサービス認知度、就労、グループ活動参加の向上を介して改善する可能性があり、さらなる追跡による中長期的評価が重要<sup>19)</sup>と考えられる。

ただし、以上の結果の一般化可能性には限界がある。本研究の対象である参加同意者18人は、参加に同意しなかった15人と比較して、別居子や親戚との接触頻度が低く、日中独居頻度が高い特徴がみられた<sup>10)</sup>。本研究では、参加同意者の特徴を当該地域へ的高齢転居者全般との比較において検討していないため推測に留まるが、参加同意者は、グループ活動への参加や他者との交流に対し高い意欲を持ちつつも社会的孤立度が高い人々ではないかと思われる。ただし、社会参加が少ない集団には、参加志向の低い人々が少なからずいる<sup>28)</sup>と考えられる。こうした人々においても本研究のようなプログラムが有効か否かを検討することが必要と思われる。

### 3. 研究の限界および今後の課題

以下の3点が挙げられる。第1に、本研究の対象は、大都市郊外の一自治体における高齢転居者である。また、高齢転居者のうち支援プログラムに参加した者は一部に限られ、一般化可能性が高いとはいえない。今後、より閉じこもりのリスクが高い高齢転居者においても同様の効果がみられるか否かを検討することが重要である。

第2に、対象者の選定および周知方法や実施時期の問題が挙げられる。本研究における支援プログラムは試行段階であった。そのため、周知を広くは実施せず、2004年2月のニーズ調査に回答し、かつ氏名と連絡先を記載してくれた人のみ周知した。また、勧誘の案内を調査への協力依頼と

同封したため、支援プログラムに関心はあるが調査協力が負担となり、支援に参加しなかった者がいた可能性もある。支援プログラム改良後の実施においては、転居者全員を対象とし、周知方法にも十分に考慮したい。

支援時期が遅すぎた可能性もある。本研究の対象者は最短でも転入後1年2ヶ月経過している。すでに地域に適応し、支援ニーズが消失した者がいた可能性がある。一方で、参加同意者から「地域のことがわからない」という意見が聞かれており、高齢転居者の中には、居住年数が数年経過しても地域に適応しない者がいると思われる。今後は、転入後期間がより短い者を対象とするとともに、居住年数が数年経過していても同様のニーズを持つ者にも支援できるよう検討を進めたい。

第3に、本研究の効果評価の限界である。対照群を設定できなかったため、介入前後の変化が介入の効果であるのか、転居者の適応過程であるのか厳密に判別できなかった。今後、より大規模な集団において、無作為割付による対照群を設定した縦断的デザインを用いた介入評価研究が必要と考えられる。また、本研究では、介入直後の評価に限定されている。今後、費用対効果も含めた中長期的評価が必要である。高齢転居者のように、現在は必ずしも要介護予備軍ではないものの、今後ハイリスク者となる可能性の高い集団は、地域に多く存在すると予想され、効率的なプログラムのあり方を検討することは重要と考えられる。

## V 結 語

社会的孤立から閉じこもりがちになる可能性が指摘される高齢転居者を対象に、ネットワークづくりと地域に関する情報の活用を目的とする支援プログラムの開発・実施・評価を試みた。その結果、ケース数が少ないという限界はあるが、参加者の満足度や有用性の評価は高く、効果評価については、日中独居頻度と介護保険外のサービスへの認知度に改善がみられた。

ただし、対象者への周知方法、転入後期間がどの程度の者を対象とするか、およびプログラムの実施回数には検討の余地がある。今後、プログラム内容や実施方法を再考するとともに、より大規模な対象者において対照群を設定し効果をより厳密に評価すること、また費用対効果も含めた中長

期的効果の検討が重要と考えられる。

支援プログラム実施にあたり、各関係機関との連絡調整等多岐にわたるご支援を賜りました健康長寿のまちづくり推進室福本様、いきいきシニア本戸様、小島様、松島様、プログラムにご後援いただきました社会福祉協議会、講師または相談窓口としてご参加いただいた関係機関の皆様、最後に調査協力者およびプログラム参加者の皆様に篤く御礼申し上げます。本研究は、平成15-16年度厚生労働省科学研究費補助金長寿科学総合研究事業「介護予防事業の有効性の評価とガイドラインの作成」(主任研究者安村誠司)により実施された。

(受付 2005. 4.28)  
(採用 2006. 3.31)

## 文 献

- 1) 黒田研二監修. 介護予防プラン研究会編. 在宅介護支援センターによる介護予防・生活支援事例集. 東京: 中央法規, 2002; 2-12.
- 2) 竹内孝仁. 高齢者支援をめぐる課題: 孤立化, 引きこもり高齢者への対応. 社会福祉研究 2004; 89: 31-38.
- 3) 藺牟田洋美, 安村誠司, 藤田雅美, 他. 地域高齢者の「閉じこもり」の有病率ならびに身体・心理・社会的特徴と移動能力の変化. 日本公衆衛生学雑誌 1998; 45(9): 883-892.
- 4) 杉原陽子. 地域における転倒・閉じこもりのリスク要因と介入研究. 老年精神医学雑誌 2004; 15(1): 26-35.
- 5) Townsend P. The family life of old people: an inquiry in East London. London: Routledge & K. Paul, 1957; 166-168.
- 6) Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, et al. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. Social Science & Medicine 1999; 48: 445-469.
- 7) 岸 玲子, 堀川尚子. 高齢者の早期死亡ならびに身体機能に及ぼす社会的サポートネットワークの役割. 日本公衆衛生学雑誌 2004; 51(2): 79-93.
- 8) 水野敏子. 「呼び寄せ」老人の実態から探る保健婦の役割: 調査結果にみるリスクの少ない呼び寄せ方, 求められるサポート. 生活教育 1998; 42(12): 7-11.
- 9) 椎野亜紀夫. くせものキーワード: 第14回呼び寄せ老人. 訪問看護と介護 2002; 7(7): 582-587.
- 10) 甲斐一郎. 高齢転居者への社会的孤立防止プログラム実施とその評価の試み. 厚生労働省科学研究費補助金長寿科学総合研究事業 介護予防事業の有効性の評価とガイドラインの作成 平成16年度総括・

- 分担研究報告書(主任研究者安村誠司), 2005; 98-105.
- 11) Lawton MP. *Environment and Aging*. 2<sup>nd</sup> ed. Albany: The Center for the Study of Aging, 1986; 1-20.
  - 12) 東川 薫. 都市部における高齢者の居住移動: 「呼び寄せ」高齢者と都市指標. *自治時報* 1995; 48(2): 16-28.
  - 13) 甲斐一郎. 高齢転居者の社会的孤立と介護予防. 厚生労働省科学研究費補助金長寿科学総合研究事業介護予防事業の有効性の評価とガイドラインの作成平成15年度総括・分担研究報告書(主任研究者安村誠司), 2004; 27-37.
  - 14) 室生 勝. 呼び寄せ老人の特性と保健活動への期待. *生活教育* 1998; 42(12): 28-32.
  - 15) 三好春樹. わたきりゼロ Q & A: 介護現場からの73の質問. 東京: 雲母書房, 1996: 102-103.
  - 16) 金子 勇. 高齢社会とあなた: 福祉資源をどうつくるか. 東京: 日本放送出版協会, 1998; 95-97.
  - 17) 栗原知女. 連携のある高齢者ケアを~自治体の挑戦: 第5回高齢転入者の引きこもりを防ぎ, 地域につなぐ「ようこそ訪問」. *コミュニティケア* 2003; 5(13): 50-53.
  - 18) Harris T, Brown G, and Robinson R. Befriending as an intervention for chronic depression among women in an inner city: Randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 1999; 174(3): 219-224.
  - 19) Stewart M, Craig D, MacPherson K, et al. Promoting positive affect and diminishing loneliness of widowed seniors through a support intervention. *Public Health Nursing* 2001; 18(1): 54-63.
  - 20) 金井寿宏. ピア・ディスカッションを通じての「気づき」の共有. *組織科学* 1989; 23(2): 80-90.
  - 21) 東京都老人総合研究所社会福祉部門編. 高齢者の家族介護と介護サービスニーズ. 東京: 光生館, 1996; 109-122.
  - 22) 古谷野亘, 柴田 博, 中里克治, 他. 地域老人における活動能力の測定: 老研式活動能力指標の開発. *日本公衆衛生学雑誌* 1987; 34(3): 109-114.
  - 23) 東京都老人総合研究所保健社会学部門編. 高齢者保健福祉ニーズ調査報告書: 閉じこもり・転倒の推計とリスク要因. 東京: 世田谷区在宅サービス部在宅サービス課, 2001; 199-229.
  - 24) MacDowell I and Newell C. *Measuring Health: A guide to rating scales and questionnaire*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Oxford University Press Inc., 1996; 259-263.
  - 25) 矢富直美. 日本老人における老人用うつスケール(GDS)短縮版の因子構造と項目特性の検討. *老年社会科学* 1994; 29-36.
  - 26) 松本千明. 保健スタッフのためのソーシャル・マーケティングの基礎. 東京: 医歯薬出版株式会社, 2004; 20-26.
  - 27) 古谷野亘, 長田久雄. 実証研究の手引き. 東京: ワールドプランニング, 1992; 66.
  - 28) 井戸正代, 川上憲人, 清水弘之, 他. 地域高齢者の活動志向性に影響を及ぼす要因および実際の社会活動との関連. *日本公衆衛生学雑誌* 1997; 44(12): 894-900.
-