

## D. 考察

本研究は、高齢化の進展が急となる都市部に着目し、コミュニティ・アズパートナーモデルに基づく実証的な地域看護診断を通して、今後の介護予防に向けた地域づくりのための実践活動の示唆を得ることを目的にしたものである。

横浜市 T 区 t 地区 (中学校区) 4 ブロック (A 地区・B 地区・C 地区・D 地区) を対象に、①既存資料の活用・分析、②既存の社会調査の 2 次分析、③地区踏査、④関係専門職種からのヒヤリングによって得た情報を整理し、各地区の特徴から今後の課題を検討した。

結果、A 地区では後期高齢者割合の進展により予想される閉じこもりや認知症、寝たきりの予防ならびに家族介護者の健康づくりについて、B 地区では地区組織化の促進や社会資源の開発、ならびに壮年期からの健康づくりについて、C 地区ではその家屋の特徴から高齢者に起こりやすい不慮の事故や災害時のサポート体制の整備について、D 地区では予測される独居高齢者の増加に伴う閉じこもりの予防について、各々提言された。

すなわち、人口統計学的特性に加えて、自治会や生活圏、地理的状况など高齢者を取り巻く環境や地区特性は様々であり、各地区における介護予防に向けた地域づくりの課題や方略については必ずしも同一とは限らないこと、すなわち地区特性を勘案した地域づくりが必要であることが示唆された。

なお、本研究の限界は、今回調査を実施した地域に限られた一中学校区であるという点が挙げられる。また、地区視診について、あくまでも一時点での一部を観察している点にもある。よって今後は、対象地域を拡大し、縦断的に診断していくことが必要である。

## 引用文献

- 1) 厚生統計協会：国民衛生の動向。厚生統計協会，p.39, 2008
- 2) 厚生労働省：平成 20 年度版厚生労働白書 生涯を通じた自立と支え合い—暮らしの基盤と社会保障を考える—。ぎょうせい，p.46, 2008

- 3) 厚生省：平成 12 年版厚生白書 新しい高齢者像を求めて—21 世紀の高齢社会を迎えるにあたって—。ぎょうせい，p.13, 2000
- 4) 小泉昭夫：高齢化社会における医学。日医雑誌 113 (7)：989-993, 1995
- 5) 渡辺裕一：高齢者福祉活動の必要性に関する地域住民の意識。厚生指標 54(1)：1-8, 2007
- 6) Elizabeth T. Anderson, Judith McFarlane：Community as Partner—Theory and Practice in Nursing—, 4th ed. Philadelphia：Lippincott. p.169-174, 2004
- 7) 金川克子・早川和生監訳：コミュニティ・アズパートナー—地域看護学の理論と実際—。医学書院。p.148-151, 2007
- 8) 狭川庸子・都築千影・斎藤恵美子・金川克子：地域看護診断における地区視診のためのガイドライン作成の試み。日本地域看護学会誌 1 (1)：36-37, 1999
- 9) 金川克子：地域看護診断 技法と実際。東京大学出版会。p.21-120, 2007
- 10) 平尾恭子・畑下博世・弓庭喜美子・岡本五百合：Community as Partner モデルを用いた地域看護活動—第一報 地域アセスメント—。和歌山県立医科大学看護短期大学部紀要 3：21-31, 2000

都市的地域における認知機能に着目した介護予防ポピュレーションアプローチの評価

その 2：認知症予防にむけた地区組織活動の支援における課題の検討

要旨

目的は、認知症予防に向けた地区組織活動を先駆的に行っている都市部在住の地域住民、ならびにそれらの地区組織活動を支援する保健医療福祉専門職を対象とした半構成的面接により、認知症予防に向けた地区組織活動に関連する要素を明らかにし、認知症予防に向けた地区組織活動の育成や支援のあり方を検討することである。研究の結果、認知症予防に向けた地区組織活動に関連する要素は、個人、グループ、地域のレベルで、それぞれ推進的、阻害的意味合いをもつ要素が明らかになった。まず、個人のレベルの推進要素については、「個人に内在する地区組織活動についての動機付けや信念」が示唆された。他方、個人のレベルの阻害要素については、「地域とのつながりや組織的な活動に価値を見出さない考え方」が示唆された。次に、グループのレベルの推進要素については、「キーパーソンの存在・育成」「グループの担い手ならびにグループを支援する専門職種存在」が示唆された。他方、阻害する要素については、「グループリーダーの過度の負担」や「グループメンバーの固定化」がみられた。最後に、地域のレベルの推進要素については、「地域の住民間の信頼関係」が示唆された。他方、阻害要素については、「近隣地域に認知症を知られたくないという世間体や風土」の存在が示唆された。

A. はじめに

近年の厚生労働省研究班の推計によれば、わが国における 65 歳以上人口における認知症高齢者人口の割合は 2010 年時点で約 226 万人、さらに、2035 年には、その 2 倍にあたる 445 万人になることが報告されている。このような中で、認知症予防に向けた地域高齢者の関心を高め、主体的な健康づくり活動を支援すること、すなわち認知症予防を意図した介護予防ポピュレーションアプローチを確立することは、今日の最重要課題の一つである。

地域高齢者の主体的な健康づくりを実現するための一方法には、地区組織活動がある。地区組織活動とは、個別の健康課題や、同じ条件をもつ集団や地域の共通課題に対し、その課題を解決するために組織的に取り組む活動である。

一般に、高齢者は居住地域が主な生活圏となるため、生活圏で行われる地区組織活動ならびに同活動における健康づくりは最も参加し易い。また、日常身近な問題意識を持ち、地域の仲間との共同の努力によって行われる健康づくりは、それ自体意義が大きい<sup>1)</sup>。

これまで地域高齢者における地区組織活動については、健康づくりを趣旨とする活動に参加する高齢者の動機や意識などについて検討した先行研究<sup>2)</sup>は存在する。しかしながら、今日の課題となっている認知症予防を趣旨とする地区組織活動に参加する高齢者の動機や意識、プロセスについてはまだほとんど知られておらず、今後の地域における認知症予防に向けた地区組織活動への支援のあり方については整理されていない。また、特に急速に高齢化が進展することが予測されている都

市部において検討されたものは見当たらない。

そこで、本研究では、認知症予防に向けた地区組織活動に関連する要素を明らかにするとともに今後の都市部における介護予防ポピュレーションアプローチのあり方を検討する際の基礎資料とすることを目的とした。

## B. 研究方法

### 1. 地域の概況

Y市A区a地区は政令指定都市に位置する住宅地である。臨海部は工業地帯、中心部は商業・住宅地域が主体となっている。平成17年10月1日現在、a地区は人口72,600人、年少人口割合は、14.2%、生産年齢人口割合は69.8%、老年人口割合は15.3%である<sup>3)</sup>。

### 2. 研究対象

横浜市市A区a地区の地区組織活動を支援するキーインフォーマント（専門職からなる情報提供者）6名とプライマリーインフォーマント（地域住民からなる情報提供者）5名の計11名を対象者とした。対象者の職種は、保健師1名、看護師1名、介護支援専門員1名、社会福祉士2名、ケアプラザ管理職1名、民生委員2名、自治会長1名、組織活動のリーダー2名であった。

### 3. 研究方法

#### 1) データ収集

データ収集については、リサーチクエスション‘認知症予防に向けた地区組織活動に関連する要素とは何か’に基づくインタビューガイドを用いた半構成的面接にて行った。同ガイドは、当該地域における特徴的な住民の考え方や気質、文化、歴史などの全般的な事項から、認知症予防にむけた地区組織活動が発展するために必要だと思われ

ること、もしくは阻まれることについて、認知症予防に向けた地区組織活動についての住民の捉え方や考え方について等からなる。特に自主グループとして参加しているリーダー等には、グループ活動への参加の動機、活動へ参加してからの意識や行動の変容のほか、今後の課題等についても含めた。インタビューは、1名につき1回、60～90分以内とし、対象者の好都合日に行った。なお、対象者の属性については、質問紙調査(無記名自記式)で行った。

#### 2) データ分析

半構成的面接で得られたすべての情報について逐語録に起こし、精読した上で、研究目的に照らし合わせて意味が読み取れる最小単位の言葉や文章を「コード」とした。また、共通の意味内容を持つコードを集約し、「サブカテゴリー」を形成した。さらにサブカテゴリー間の意味内容や関係を考慮しながら、面接全体での文脈の意味を考え検討し、最終的に抽象度を高めて「カテゴリー」とした<sup>4)</sup>。研究期間は、2008年10月1日～11月30日である。

#### 4. 倫理的配慮

対象者は、研究者より研究参加の依頼を受け、研究目的および方法、研究への参加は任意であり拒否しても何ら不利益が生じないこと等について文書により研究者より説明を受け、説明内容を了解した上で、自由意思により参加した。また、半構成的面接では、同意を得た上で録音するとともに個人情報取り扱いに留意した。

なお、本研究は、横浜市立大学医学部倫理審査委員会の承認を得て実施した。

### C. 結果

認知症予防に向けた地区組織活動に関連する要素については、表1に示すように、「個人のレベル」「グループのレベル」「地域のレベル」

に分けることができた。また、各々のレベルにおいて、地区組織活動をより促進する方向を示唆する要素ならびに阻害する方向を示唆する要素に整理された。

表1 認知症予防にむけた地区組織活動に関連する要素

注: カテゴリー(太字)、サブカテゴリー(細字)

	個人	グループ	地域
活動の 促進	活動の動機付けや信念がある	キーパーソンが存在する	地域住民の間に信頼関係がある
	地域交流が必要である	男性の存在が大きい	信頼できる町会がある
	きっかけや動機付けがある	リーダー的存在がいる	支援者との協力体制がある
	知識を得ることに関心がある	専門職から必要な支援がある	共同で問題を解決したことがある
	つながりの必要性を信じる	専門職が担い手を支援する	住民と地区組織活動の協同がある
	認知症予防への関心がある	専門職から情報の紹介がある	地域に対する住民の関心が高い
	認知症予防に関心がある	連帯感を持ち活動を行う	
	認知症予防を意識している	活動を活発にする工夫がある	
	認知症についての関心がある	メンバーに共通した目的、認識がある	
	充実した時間を求めている	メンバーによる声掛けや広報活動がある	
	組織活動が楽しく過ごせる	グループの担い手がいる	
	交流が充実していて楽しい	メンバー間の相互作用がある	
	組織活動にやりがいがある	メンバーの協力体制がある	
		やる気にさせられる	
活動の 阻害	地域とのつながりを必要としない	メンバーが固定化している	地域環境に制限がある
	組織活動を必要としない	新規メンバーが入ってこない	起伏が多い地域である
	人との交流が面倒	メンバーが高齢化している	住民が集える場所が少ない(社会資源が乏しい)
	認知症への誤解がある	リーダーに過度の負担がある	特徴的な地域の世間体や風土がある
	認知症予防の関心がない	リーダーになりたがらない	認知症を知られたくない
	認知症は予防できないと思う	リーダーの負担が少くない	世間体を気にする
	活動への実行力の不足がある		地域との関係性が薄い
	組織活動を知らない		地域の課題が見えにくい
	健康理由により参加できない		住民の移動が多い地域である

#### IV. 考察

介護予防の基盤となる理念の一つは、ヘルスプロモーション（以下、HP）である。HPの詳細については成書に譲るとするが、端的に言えば、本理論は、高齢者個人や高齢者集団が各々のQOLの維持向上に向けた自律的な調整（コントロール）力（スキル）を持つ戦略と、そのような対象者の力量を支持する環境や組織、制度を整備する戦略からなる。

本研究は、HPにおける高齢者の力量を支持する環境づくりの一環として、認知症予防に向けた地区組織活動に関連する要素を明らかにしたものであり、また、それにより今後の都市部における介護予防ポピュレーションアプローチのあり方を検討する際の基礎資料とすることを目的としたものである。

研究の結果、認知症予防に向けた地区組織活動の育成支援の実践に活用しうる個人、グループ、地域のレベルにおける、推進的、阻害的要素が抽出された。地域の住民間の個々人の関係やグループ、ひいては地域との関係のバランスを考慮することは、その地域に密着した看護実践上、重要である<sup>5) 6)</sup>。とりわけ都市部における地域の住民間の関係性は、過疎農村のそれとは異なるものがあると一般には考えられ、その意味においては、都市的地域における地区組織活動については、独自のモデルを開発する必要があるかもしれない。今後は、これら地域の住民間の関係性と個人の気質を理解しつつ、地域全体を視野に入れた地域づくりや地域支援を行うことが重要である。

本研究の限界は、対象者の人数が必ずしも十分とはいえない点にあり、結果の一般化には留

意を要することにある。しかしながら、本研究は、先駆的に認知症予防に向けた地区組織活動を行っている都市部在住の地区組織活動を支援するキーインフォーマント（専門職からなる情報提供者）とプライマリーインフォーマント（地域住民からなる情報提供者）から、認知症予防にむけた地区組織活動に関連する要素を抽出したものであり、一定の意義を有すると考える。今後は、明らかになった、関連する要素に対して、具体的な地区組織活動の育成や支援のあり方の検討が必要と考える。

#### 引用文献

- 1) 平山朝子 宮地文子（編），第3版公衆衛生看護学系・第1巻 公衆衛生看護学総論1. 日本看護協会出版会，東京 [54 - 68]，2002.
- 2) 奥田博子：保健所保健婦による地区組織活動の組織発展プロセスにおける役割－地区組織活動の実践現状をふまえて－，日本看護学会論文集 地域看護. 32号：85 - 87，2001.
- 3) 鶴見区役所総務課統計選挙係，平成19年度版つるみ区白書. 神奈川，2008.
- 4) 河野あゆみ，金川克子：在宅障害老人における閉じこもりの現象の構造に関する質的研究，日本看護科学会誌. 19(1)：23 - 30，1999.
- 5) 斉藤恵美子：地域把握のためのエスノグラフィック，保健の科学. 43(3)：200 - 203，2001.
- 6) Robin D, Katrina W: New communities, new relations: the impact of community organization on health outcomes. *Social Science & Medicine*. 65(9):1928-41, 2007.

厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業

平成 20 年度分担研究報告書

農山村的地域における認知機能に着目した介護予防ハイリスクアプローチの評価

その 1：特定高齢者における介護予防事業の参加者と不参加者の比較(スタディ 3)

その 2：特定高齢者における介護予防事業の効果の検証 (スタディ 3)

その 3：特定高齢者における介護予防事業参加者における長期的評価 (スタディ 4)

主任研究者

田高 悦子 (横浜市立大学医学部看護学科教授)

分担研究者

天津 栄子 (石川県立看護大学看護学部教授)

研究助言者

金川 克子 (石川県立看護大学看護学部教授)

研究協力者

松平 裕佳 (石川県立看護大学看護学部)

前田 充代 (石川県立看護大学看護学部)

成田 香織 (横浜市立大学医学部看護学科)

研究協力機関

石川県羽咋市社会福祉協議会・

石川県輪島市門前総合支所健康福祉課(門前保健センター)

研究要旨

スタディ 3(その 1・その 2)の目的は、軽度の認知機能低下のある高齢者における、初年度に開発した認知機能に着目した介護予防ハイリスクアプローチプログラムについてその有効性(再現性)の検証を行うことである。また、スタディ 4(その 3)の目的は、初年度からの対象集団におけるハイリスクアプローチの継続群、中断群の背景を検討することにより、今後の効果的なハイリスクアプローチのあり方について検討することを目的としたものである。研究の結果、スタディ 3では、まず、認知機能(FAB)では、介入群では改善したのに対し、対照群では不変であり、両群に有意差を認めた。また、精神健康(GDS-5)では、介入群では改善がみられたのに対し、対照群では不変であり、両群に有意差を認めた。さらに、介入群における物忘れに対する不安は、有意な改善を認めた。これらより本プログラムは、高齢者の認知機能および精神機能の改善並びに物忘れの不安の軽減に一定の効果を有することが実証(再現)された。また、スタディ 4では、プログラム継続者では、毎回のプログラムを楽しみにしており、他の参加者の誘いがあり、参加するために洋服を選ぶ等の習慣が見られた。また、認知症予防に関するスキルの日常生活への取り入れも見られた。他方、プログラム中断者では、参加者間の世代の違いがあること、知り合いが不参加であること、プログラム内容への苦手意識があることなどが見られた。これより農山村的地域における介護予防ハイリスクアプローチについては、地域住民の結びつきや地域の人材を有効に活用することなどをおした特性に応じた独自のシステム構築を図ることが必要である。

## スタディ 3

### 農山村的地域における認知機能に着目した介護予防ハイリスクアプローチの評価

#### その 1：特定高齢者における介護予防事業の参加者と不参加者の比較

目的は、農村部における介護予防事業への参加者と不参加者の背景を把握するとともに、不参加者における適切な支援のあり方を考えることである。研究対象は、北陸地方に位置する A 県 a 市（総人口 24,875 人、老年人口割合 26.3%；平成 20 年 11 月 1 日）の地域在住の高齢者で、介護予防事業の対象者（特定高齢者候補者）であり、2008 年 10 月から実施された研究事業（第 2 報）の参加者 22 名と不参加者 22 名である。両群間におけるベースラインの特性を比較した。分析の結果、参加群に比べ不参加群では、高次の活動能力が低く、特に知的能動性が低いこと、手段的サポートが得られていない傾向があること、読書と老人会への参加の習慣がないこと、すなわち生活習慣における不活発性がうかがえた。以上より、介護予防事業の参加率を向上させるためには、対象者の特性やニーズに合わせた周知方法を取り入れ、地域の社会資源を最大限に活用し、また参加への意欲を高められるような事業内容を提示する必要性が示唆された。

#### I. はじめに

高齢者を対象とした健診や保健事業への不参加者を報告した研究<sup>1) - 3)</sup>によれば、不参加者の特徴は、年齢が高い、疾病がある、健康問題が多い、主観的な健康感が低い、認知機能が低い、喫煙習慣がある、町内会、老人クラブへの参加が低い、趣味・生きがいを持つ割合が低いことなどが示されている。このように健診や保健事業の不参加の要因として、主に心身機能の低さや社会的要因が示されていることをふまえると、本来介護予防の対象となりうる者のうち一定の要因を有する不参加者が存在することが考えられる。また、地域のハイリスク高齢者を適切に把握して介護予防事業につなげることが重要なのは明らかであるが、実践的には介護予防事業が必要な高齢者を系統的に把握し、事業に結びつけることの困難さも指摘されている。この困難さの理由として、介護予防を必要とする高齢者は健診や健康教育等に参加していない

など、基本的に保健福祉サービスと接点がないため接触が難しいことや、介護予防の必要性があっても問題が表面化しないため、本人からの訴えがないことなどが指摘されている<sup>4)</sup>。

すなわち、地域高齢者に対する保健活動において、不参加者を把握するとともにその背景を検討し、それに対する対応を含めた地域全体への介護予防策を講ずることが急務である。とりわけ、超高齢化が進展する農村部において、効果的かつ効率的な介護予防の展開は極めて重要な課題である。

そこで、本研究では、一人でも多くの対象者が事業に参加し、心身機能の低下の早期発見・対応を通してより生きがいのある自立した生活を送れるよう、農村部における介護予防事業への参加者と不参加者の背景を把握するとともに、不参加者における適切な支援のあり方を考えることを目的とした。

## II. 研究方法

### 1. 研究対象

研究対象者は、A県 a 市（総人口 24,875 人、老年人口割合 26.3%；平成 20 年 11 月 1 日）の地域在住の高齢者で、介護予防事業の対象者（特定高齢者）であり、2008 年 10 月から実施された介護予防事業（「脳いきいき教室」）に参加した者 22 名、ならびに参加者に性、年齢をマッチングさせて抽出された不参加者 22 名である。研究対象の割付後に不参加者 22 名からアンケート調査を拒否した 1 名を除く計 43 名を研究対象とした。以下、参加した者を「参加群」、参加しなかった者を「不参加群」とする。なお、本研究の対象地域となった市は、能登半島の西の付根に位置する自然豊かな地域である。

### 2. 研究方法

#### 1) 手順

調査方法は、無記名自記式質問紙調査である。調査票は、事業に参加した者に対しては事業実施時に、参加しなかった者に対しては、訪問により個別に依頼する方法にて回収した。調査期間は、2008 年 10 月 22 日～11 月 19 日である。

#### 2) 倫理的配慮

研究対象者に対し、調査依頼状にて、研究の目的と内容のほか、調査回答に拒否しても何ら不利益がないこと等を説明したうえで、自由意志により調査に回答した者を同意者とみなした。また、対象者の個人情報の保護のため、調査票は無記名方式とした。なお、本研究は、石川県立看護大学及び横浜市立大学医学部倫理審査会の承認を受けた。

#### 3) 調査項目

#### (1) 基本属性

基本属性として、対象者の年齢、性別、現在の喫煙・飲酒習慣、居住形態、職業経験、経済状況、高次の活動能力を測定した。高次の活動能力には老研式活動能力指標<sup>5)</sup>を用いた。本尺度は、日本の高齢者の生活実態に即して、地域での独立した生活を営むうえで必要とされる活動能力を測定する尺度で、3 領域（手段的自立、知的能動性、社会的役割）13 項目からなる。得点範囲は 0～13 点であり、得点が高いほど活動能力が高いことを意味する。

#### (2) 身体的特性

身体的特性として、現在治療中の疾病の有無（高血圧、脳卒中、心臓病、糖尿病、高脂血症、その他）、過去 1 年間の転倒経験の有無、認知機能および前頭葉機能を測定した。認知機能には、Mini Mental State Examination<sup>6)</sup>の日本語版<sup>7)</sup>（MMSE）を用いた。本尺度は、国内外で使用されている認知機能や記憶力を簡便に測定する尺度で、11 項目からなる。得点範囲は 0～30 点であり、得点が高いほど認知機能が高いことを意味する。本研究では、妥当性が高いと考えられている 19/20 点をカットオフポイントとした。前頭葉機能では、Frontal Assessment Battery<sup>8)9)</sup>（FAB）を用いた。本尺度は、言語による概念化、知的柔軟性、行動の抑制機能などの前頭葉機能を面接形式により測定する尺度で 6 項目からなる。得点範囲は 0～18 点で得点が高いほど前頭葉機能が高いことを意味する。本研究では、9/10 点をカットオフポイントとした。

#### (3) 精神的特性

精神的特性として、健康度自己評価、抑うつを測定した。抑うつは、多くの研究で使用されている Geriatric Depression Scale（GDS）目



本語版の短縮5項目版<sup>10)</sup>(GDS-5)を用いた。本尺度は、Blink<sup>11)</sup>らが高齢者の抑うつの評価手段として開発した30項目からなるスケールを短縮した自己評価式尺度で5項目からなる。得点範囲は0~5点であり、得点が高いほど抑うつが高いことを示す。2点以上ではうつ傾向を疑うとされており、本研究では1/2点をカットオフポイントとした。

#### (4)社会的特性

社会的特性として、外出頻度、ソーシャルサポート、生活時間を測定した。外出頻度は「①週2回以上」、「②月1回以上」、「③月1回未満」の3件法で測定した。これは、2006年度の介護保険法の改正に伴い、介護予防に向けた新たな認定審査項目として追加された閉じこもりを測定する尺度として使用されているものだが、本研究では、閉じこもりであるかの別ではなく、外出頻度を測定する尺度として使用した。ソーシャルサポートは、野口のソーシャルサポート<sup>12)</sup>を用いた。本尺度は、サポートの入手可能性を配偶者以外の同居家族、別居の子供と親族、友人・知人・近隣の3主体別にその提供者の有無によって測定するもので、3種類(情緒的サポート、手段的サポート、ネガティブサポート)のサポートを区別し12項目からなる。この尺度の妥当性は証明されている。得点範囲は0~36点であり、得点が高いほどより多くサポートを得られていることを示す。生活時間は、家事、昼寝、テレビ、読書、趣味、散歩、収入になる仕事、家族との団らん、知人・友人との交流、老人会などの社会的活動、その他の計11のカテゴリーについて、その活動時間を有しているかいないかの2件法で把握した。

#### 4) 解析方法

参加群と不参加群の2群における特性の比較は、連続量についてはt検定、離散量については $\chi^2$ 検定(Fisherの直接法)を用いた。解析にはSPSS16.0J for Windowsを用い、有意水準は5%未満とし、10%未満を傾向ありとした。

### III. 結果

表1に対象者の基本属性を示した。年齢(SD)では、参加群が79.5(6.8)歳、不参加群が83.0(7.2)歳であり、性別(%)では、女性が参加群が19(86.4)名、不参加群が19(90.5)名でこれらに有意差は見られなかった。また、飲酒習慣、喫煙習慣、居住形態、職業経験、経済状況についても、有意差は見られなかった。しかしながら参加群に比べ不参加群では老研式活動能力指標の総合得点が有意に低く( $p < 0.01$ )、カテゴリー別では、手段的自立( $p < 0.08$ )、知的能動性( $p < 0.01$ )、社会的役割( $p < 0.07$ )のすべてにおいて不参加群の得点が有意に低かった。

身体的特性の比較では(表2)、現在治療中の疾病が「あり」の者は、参加群19人(86.4%)、不参加群16人(80.0%)、FAB平均得点(SD)は参加群11.2(3.6)点、不参加群10.0(3.4)点となっており、これらに有意な差は見られなかった。精神的特性の比較(表3)では、GDS-5の得点が参加者に比べ不参加群が有意に低かった( $p < 0.05$ )。

社会的特性では(表4)、ソーシャルサポートのうち手段的サポートにおいて参加群に比べ不参加群の得点が低く( $p < 0.09$ )、得られているサポートが乏しい傾向があった。生活時間では、読書をする者の割合が参加群に比べ不参加群は有意に少なかった( $p < 0.002$ )。また、老人会へ参加する者の割合も有意に少なかった( $p < 0.093$ )。

#### IV. 考察

本研究では、介護予防事業の参加者と不参加者を対象に、不参加の関連要因について検討した。その結果、不参加群では参加群に比べて高次の活動能力が低く、特に知的能動性が低いこと、手段的サポートが得られていない傾向があること、また読書と老人会への参加の習慣がないこと、すなわち生活習慣における不活発性が伺えた。特定高齢者とは、本来介護予防の見地から、事業参加の必要性ならびに意義のある対象者であり、また介護予防事業は高齢者の心身機能の維持・向上に有効であることは証明されている<sup>13)</sup>。一人でも多くの対象者が事業に参加し、QOLの維持・向上を実現するためには不参加との関連要因に着目した有効な支援のあり方と、参加率向上のための具体的な方法を取り入れることが重要である。具体的には、第一に本研究の結果から対象者の知的能動性が相対的に低いことが示されたことから、事業参加への案内などを単に文書で通知するだけでなく、返答がない場合は電話や自宅訪問、および家族を介した通知を行うなど複数の具体的な媒体やアプローチを取り入れる必要がある。また、高齢者が多く集まる場所に事業の案内の掲示をしたり、知人・友人に情報伝達を依頼するなど、地域に存在するフォーマル、インフォーマルな社会資源を最大限に活用し周知方法を工夫することが重要である。事業内容についても、対象者のニーズに合わせた内容を提示し、まず事業への関心を高め参加の意欲を引き出すことが本質的に重要であると言えよう。

本研究の限界について述べる。まず、本研究の対象は、1 地方農村部の自治体における地域高齢者であり、そのサンプルサイズは必ずしも

十分とはいえない点にある。また、介護予防とは、本来「高齢期において要介護状態になることをできるかぎり防ぐ(発生を予防する)こと、そして要介護状態になっても状態がそれ以上悪化しないようにする(維持・改善をはかる)こと」であり、すべての対象に当てはまるものであるが、本研究の対象は特定高齢者に限っているため、一般化には注意を要する。また、本研究では対象者に事業不参加の理由について聴取を行っていない。先行研究によると不参加の理由には、行く手段がない・健康だからという報告もあり<sup>14)</sup>、心身機能の低下のみではないことが示されている。よって不参加の理由を質的に把握することは重要であり、この点については、今後さらに詳細な調査が必要である。

#### 引用文献

- 1) 吉田祐子・岩佐 一・権 珍嬉・他. 都市部在住高齢者における老年症候群介入プログラムの不参加者の特性：介護予防事業推進のための基礎資料（「お達者健診」）より. 日本老年医学会雑誌 44 (2) :231 - 237, 2007
- 2) 吉田祐子・岩佐 一・権 珍嬉・他. 都市部在住高齢者における介護予防健診の不参加者の特徴 介護予防事業推進のための基礎資料（「お達者健診」）より. 日本公衆衛生雑誌 55(4) :221 - 226, 2008
- 3) 河野あゆみ・金川克子・伴真由美, 他. 地域高齢者における介護予防を目指した機能訓練事業の評価の試み. 日本公衆衛生誌 49(9) :983 - 991, 2002

- 4) 鳩野洋・岩本里織. 介護予防の必要性が高い対象者の把握に向けて. 保健師ジャーナル 61 (3) : 244 - 248, 2005
- 5) 古谷野亘, 柴田 博, 中里克治 : 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. 日公衆衛生雑誌 34 (3) : 109 - 114, 1987
- 6) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: "Mini-Mental State". A practical Method for grading the cognitive state of patients for the Clinician J Psychiatr Res 1975;12:189-198
- 7) 森 悦朗・三谷洋子・山鳥 重 : 神経疾患患者における日本語版 Mini-Mental State テストの有 用性. 精神心理学 1 (2) : 1985, 82 - 90
- 8) TDunois B, et al : The FAB : A Frontal assessment Battery at bedside. Neurology, 55:1621-1626, 2000
- 9) 小野 剛. 簡単な前頭葉機能テスト. 脳の科学 23(6) : 487-493
- 10) 町田綾子・鳥羽研二・平田文・他. 簡易鬱スケール GDS5 の本邦における信頼性, 妥当性の検討 日本老年医学会雑誌 39 : 140, 2002
- 11) Brink TL, Yesavage JA, Lum O, et al: Screening Test for geriatric depression. Clin Gerontol : 37-44, 1982
- 12) 野口裕二. 高齢者のソーシャルサポート : その概念と測定. 社会老年学 48 : 37-48, 1991
- 13) 田高悦子・金川克子・立浦紀代子・和田正美・中山真紀子. 地域虚弱高齢者に対する介護予防 - 試行的研究 -. 日本地域看護学会誌 1(4):61 - 68, 2002
- 14) 山川正信・上島弘嗣・嘉村里美. 健診受診群と非受診群の日常生活活動能力, 受療状況, 血圧値の比較-某山村における在宅高齢者の場合. 日本公衆衛生雑誌 9 (42):769 - 776, 1995

表1 対象者の特性

		全体 (n=43)	参加群 (n=22)	不参加群 (n=21)	p 値		
年齢	平均 (SD)	81.1 (7.1)	79.5 (6.8)	83.0 (7.2)	0.13		
性別	女性	人 (%)	38 (88.4)	19 (86.4)	19 (90.5)	0.67	
喫煙習慣	あり	人 (%)	1 (2.4)	1 (4.8)	0 (0)	0.31	
飲酒習慣	あり	人 (%)	5 (11.6)	4 (18.2)	1 (11.6)	0.17	
居住形態	独居	人 (%)	11 (25.6)	6 (27.3)	5 (23.8)	0.79	
職業経験	あり	人 (%)	41 (97.6)	20 (95.2)	21 (100)	0.31	
	農業・林業	人 (%)	21 (51.2)	10 (50.0)	10 (47.6)	0.88	
	建築業・製造業	人 (%)	8 (19.5)	4 (20.0)	4 (19.0)	0.94	
	サービス業	人 (%)	4 (9.8)	2 (10.0)	2 (9.5)	0.96	
	その他	人 (%)	20 (48.8)	9 (45.0)	11 (52.4)	0.64	
経済状況	十分暮らせる	人 (%)	26 (61.9)	16 (76.2)	10 (47.6)	0.16	
老研式活動能力指標	手段的自立	0-5 点	平均 (SD)	3.7 (1.6)	4.1 (1.2)	3.3 (1.9)	0.08 <sup>†</sup>
	知的能動性	0-4 点	平均 (SD)	3.0 (1.2)	3.5 (0.7)	2.5 (1.4)	0.01**
	社会的役割	0-4 点	平均 (SD)	2.8 (1.2)	3.1 (0.9)	2.4 (1.4)	0.07 <sup>†</sup>
	合計点	0-13 点	平均 (SD)	9.4 (3.1)	10.7 (1.8)	8.0 (3.7)	0.01**

<sup>†</sup> p < 0.1, \* p < 0.05, \*\* p < 0.01

$\chi^2$ -test

or t-test

表2 身体的特性における参加者と不参加者の特徴の比較

		全体 (n=43)	参加群 (n=22)	不参加群 (n=21)	p 値	
受療状況	あり	人 (%)	35 (83.3)	19 (86.4)	16 (80.0)	0.58
	高血圧	人 (%)	19 (54.3)	11 (57.9)	8 (50.0)	0.64
	脳卒中	人 (%)	2 (5.7)	2 (10.5)	0 (0)	0.18
	心臓病	人 (%)	8 (22.9)	6 (31.6)	2 (12.5)	0.18
	糖尿病	人 (%)	7 (20.0)	3 (15.8)	4 (25.0)	0.50
	高脂血症	人 (%)	3 (8.6)	0 (0)	3 (18.8)	0.48
	その他	人 (%)	18 (51.4)	10 (52.6)	8 (50.0)	0.88
転倒歴	あり (1年以内)	人 (%)	16 (38.1)	7 (31.8)	9 (45.0)	0.38
MMSE	0-19 点	人 (%)	6 (14.6)	3 (14.3)	3 (15.0)	0.95
	0-30 点	平均 (SD)	24.4 (5.3)	24.4 (6.1)	24.4 (4.5)	0.97
FAB	0-9 点	人 (%)	13 (31.7)	7 (31.8)	6 (31.6)	0.99
	0-18 点	平均 (SD)	10.7 (3.5)	11.2 (3.6)	10.0 (3.4)	0.27

<sup>†</sup> p < 0.1, \* p < 0.05, \*\* p < 0.01

$\chi^2$ -test or t-test

表3 精神的特性における参加者と不参加者の特性の比較

			全体 (n=43)	参加群 (n=22)	不参加群 (n=21)	p 値
主観的健康感	非常に健康	人 (%)	1 (2.4)	0 (0)	1 (4.8)	0.72
	健康	人 (%)	23 (54.8)	12 (57.1)	11 (52.4)	
	あまり健康でない	人 (%)	15 (35.7)	8 (38.1)	7 (33.3)	
い	健康でない	人 (%)	3 (7.1)	1 (4.8)	2 (9.5)	0.19
	GDS 短縮5項目 2-5点	人 (%)	26 (65.0)	15 (75.0)	11 (55.0)	

† p < 0.1, \* p < 0.05, \*\* p < 0.01

χ<sup>2</sup>-test

or t-test

表4 社会的特性における参加者と不参加者の特徴の比較

			全体 (n=43)	参加群 (n=22)	不参加群 (n=21)	p 値
外出頻度						
	週1回以上	人 (%)	36 (87.8)	17 (85.0)	19 (90.5)	0.35
	月1回以上	人 (%)	4 (9.8)	3 (15.0)	1 (4.8)	
	月1回未満	人 (%)	1 (2.4)	0 (0)	1 (4.8)	
ソーシャルサポート						
情緒的	0-12点	平均 (SD)	4.7(2.2)	5.0 (2.1)	4.5 (2.3)	0.51
手段的	0-12点	平均 (SD)	3.1(1.4)	3.5 (1.3)	2.8 (1.5)	0.09†
ネガティブ	0-2点	平均 (SD)	0.7(1.0)	0.7 (0.9)	0.7 (1.1)	0.92
合計点	0-36点	平均 (SD)	8.6(3.4)	9.1 (2.7)	8.0 (3.9)	0.31
生活時間						
家事	あり	人 (%)	34 (79.1)	17 (77.3)	17 (81.4)	0.76
	なし	人 (%)	9 (20.9)	5 (22.7)	4 (19.0)	
昼寝	あり	人 (%)	19 (44.2)	8 (36.4)	11 (52.4)	0.29
	なし	人 (%)	24 (55.8)	14 (63.6)	10 (47.6)	
テレビ	あり	人 (%)	39 (95.1)	20 (100)	19 (90.5)	0.16
	なし	人 (%)	2 (4.9)	0 (0)	2 (9.5)	
読書	あり	人 (%)	20 (51.3)	15 (75.0)	5 (26.3)	0.00**
	なし	人 (%)	19 (48.7)	5 (25.0)	14 (73.7)	
趣味	あり	人 (%)	21 (48.8)	11 (50.0)	10 (47.6)	0.88
	なし	人 (%)	22 (51.2)	11 (50.0)	11 (52.4)	
散歩	あり	人 (%)	31 (72.1)	17 (77.3)	14 (66.7)	0.44
	なし	人 (%)	12 (27.9)	5 (22.7)	7 (33.3)	
家族	あり	人 (%)	30 (69.8)	17 (77.3)	13 (61.9)	0.27
	なし	人 (%)	13 (30.2)	5 (22.7)	8 (38.1)	
友人	あり	人 (%)	33 (76.7)	17 (77.3)	16 (76.2)	0.93
	なし	人 (%)	10 (23.3)	5 (22.7)	5 (23.8)	
老人会	あり	人 (%)	22 (59.5)	12 (75.0)	10 (47.6)	0.09†
	なし	人 (%)	15 (40.5)	4 (25.0)	11 (52.4)	

† p < 0.1, \* p < 0.05, \*\* p < 0.01

χ<sup>2</sup>-test, Fisher's Exact test or t-test

## スタディ 3

### 農山村的地域における認知機能に着目した介護予防ハイリスクアプローチの評価

#### その2：特定高齢者における介護予防事業の効果の検証

目的は、軽度の認知機能低下のある高齢者（そのおそれのある者を含む）における、初年度に開発した認知機能に着目した介護予防ハイリスクアプローチプログラムについてその有効性（再現性）の検証を行うこと。研究対象者は、A 県 a 市在住の高齢者で、介護予防事業の対象者（特定高齢者候補者）である。同市の特定高齢者候補者のうち、認知症予防ニーズの高いハイリスク者、すなわち軽度の認知機能低下のある高齢者（そのおそれのある者を含む）であって、H市が案内した、本研究事業、認知機能に着目した介護予防ハイリスクアプローチプログラム（「H市脳いきいき健康教室」）に参加を希望した者 22 名（全数）（以下介入群）、ならびに参加者に性、年齢をマッチングさせて抽出された不参加者 22 名（以下対照群）を研究対象とした。研究の結果、認知機能（FAB）では、介入群では改善したのに対し、対照群では不変であり、両群に有意差を認めた。また、精神健康では、介入群では改善がみられたのに対し、対照群では不変であり、両群に有意差を認めた。さらに、介入群における物忘れに対する不安では、有意な改善を認めた。これらより本プログラムは、高齢者の認知機能および精神機能の改善ならびに物忘れの不安の軽減に一定の効果を有することの再現性が実証された。

#### I.はじめに

本研究の目的は、初年度の介護予防ハイリスクアプローチプログラムを地域特性に応じて適用し、その有効性（再現性）について検証することであり、また、今後の効果的なアプローチのあり方について示唆を得ることである。

具体的には、軽度の認知機能低下のある高齢者（そのおそれのある者を含む）における、初年度に開発した認知機能に着目した介護予防ハイリスクアプローチプログラムについてその有効性（再現性）の検証を行うこととした。

#### II.研究方法

##### 1.研究対象

研究対象者は、北陸地方に位置する A 県 a 市（総人口 24,875 人、老年人口割合 26.3%；平成 20 年 11 月 1 日）の地域在住の高齢者で、

介護予防事業の対象者（特定高齢者候補者）である。同市は、日本海に突出する石川県能登半島の基部西側に位置する。ほぼ中央に広がる邑知潟低地の平野部を囲み、海手山手に集散する地域である。市庁舎のある市街地と市の郊外に広がる農山村的地域の双方の特性を有する。

同市の特定高齢者候補者のうち、認知症予防ニーズの高いハイリスク者、すなわち軽度の認知機能低下のある高齢者（そのおそれのある者を含む）であって、H市が案内した、本研究事業、認知機能に着目した介護予防ハイリスクアプローチプログラム（「H市脳いきいき健康教室」）に参加を希望した者 22 名（全数）（以下介入群）、ならびに参加者に性、年齢をマッチングさせて抽出された不参加者 22 名（以下対照群）を研究対象とした。

## 2. 研究方法

### 1) 研究デザイン

研究デザインは、「脳生き生き健康教室プログラム」を用いた介入研究である。

介入プログラムの骨子は、認知機能（記憶）と生活習慣についての健康講座、振り返り日記法による生活習慣のセルフリフレクション支援、ならびにグループアクティビティによる対人交流からなり、これらにより高齢者自身が自らの生活習慣における認知活動、身体活動ならびに対人交流を振り返り、かつ、それらの活性化のために必要なスキルや動機付けが得られることを意図している。介入はH市老人福祉センターにおいて介入群に対し、週1回、連続3カ月間実施された。また、対照群に対しては、プログラムを実施せず、両群の経過について比較した。

### 2) データ収集・分析

評価指標については、基本属性（年齢、性別、現在の喫煙・飲酒習慣、居住形態、職業経験、経済状況、高次の活動能力）、認知機能および前頭葉機能（Mini Mental State Examination 日本語版（MMSE）Frontal Assessment Battery (FAB)、身体的特性（現在治療中の疾病の有無、過去1年間の転倒経験の有無等）、精神的特性（健康度自己評価、抑うつ等）

（Geriatric Depression Scale 日本語5項目版（GDS-5）、社会的特性（外出頻度、ソーシャルサポート、生活時間等）である（詳細については第1報に整理した）。これらについて、介入群と対照群におけるベースライン時の特性の比較を行った後、次いで、介入群と対照群におけるベースラインから介入後のフォローアップにおける各特性の変化の平均値の差について

検討した。

### 3) 倫理的配慮

本研究は、横浜市立大学医学部倫理審査会ならびに石川県立看護大学倫理審査会の承認を受けて実施された。なお、研究対象者に対しは、調査依頼状にて、研究の目的と内容のほか、調査回答に拒否しても何ら不利益がないこと等を説明したうえで、自由意志により調査に回答した者を同意者とした。また、対象者の個人情報保護に特に留意した。研究期間は、2008年10月22日～12月17日である。

## III. 結果

### 1. 基本属性

対象の基本属性は表1に示すように、平均年齢(SD)は、介入群 79.5(6.8)歳、対照群 83.0(7.2)歳であり、性別(女性)(%)は、介入群が 19(86.4)名、対照群が 19(90.5)名などとなっていた。また、介入群において事業を知った経緯(表2-1)については、専門職からの支援や声かけ、他の事業参加による情報入手、信頼のおける地域の知人、隣人からの誘いなどとなっていた。また、参加動機(表2-2)については、地域の人々との交流や認知症への気がかり、関心、もしくは不安、健康増進などとなっていた。

### 2. 介入効果

介入群と対照群におけるベースラインからフォローアップまでの各評価指標の変化の平均値について表3をみると、まず、認知機能(FAB)では、介入群では 10.6(3.5)点から 12.4(3.4)点に 1.8ポイント改善したのに対し、対照群では 10.2(3.4)点から 10.2(2.4)点と不変であり、両群に有意差を認められた ( $p=0.040$ )。また、精神健康(GDS-5)では、介入群では

2.6(1.2)点から 1.6(1.4)点に改善がみられたのに対し、対照群では 1.8(1.4)点より 2.2(1.1)点に推移し、両群に有意差を認めた ( $p=0.040$ )。さらに、介入群における物忘れに対する不安では、表 4 に示すように、1.9(0.6)点から 2.5(0.8)点と有意な改善を認めた ( $p=0.050$ )。なお、表 5 に介入群における事業終了後の評価について整理した。事業全体に対する評価や満足度は概ね高く、また事業終了後の継続意向については、95.6%に確認された。

#### IV. 考察

本研究の目的は、初年度の介護予防ハイリスクアプローチプログラムを地域特性に応じて適用し、その有効性（再現性）について検証することであり、また、今後の効果的なアプローチのあり方について示唆を得ることである。具体的には、軽度の認知機能低下のある高齢者（そのおそれのある者を含む）における、初年度に開発した認知機能に着目した介護予防ハイリスクアプローチプログラムについてその有効性（再現性）の検証を行った。研究の結果、本プログラムは、高齢者の認知機能および精神機能の改善ならびに物忘れの不安の軽減に一定の効果を有することの再現性が実証された。

わが国の介護予防施策において、取り組むべき最重要課題の一つは、言うまでもなく後期高齢者人口の増大に伴う認知症予防である。認知症予防とは、認知症の発生を予防することであり、また、認知症になっても維持、改善を図ることである。着目すべきは認知機能を中心とした生活機能であるが、認知機能低下のリスクは、高齢者全体に少なからず分布していると考えられるため、どのような状態の高齢者にも認知機能の維持・向上にかかる予防的取組みは必要

であり、その際、考えるべき事業は、本研究事業で提示したような軽度の機能低下が疑われる高齢者（Mild Cognitive Impairment: MCI）に向けたハイリスクアプローチと機能低下のない健康な高齢者（Normal）も含めたポピュレーションアプローチ（H19 年度）の双方である。またその基盤としての地域づくりである。

最後に、今後の介護予防の課題について述べる。まず、一点目は、認知機能に着目した予防ニーズの高い対象者（MCI）を地域で効果的効率的に把握するための有効な方法の検討が必要である。その際、MCI は普段の日常生活や社会生活と密接に関連していることから、各区市町村が地域の実情に応じて、日頃の保健活動等から対象者を把握・決定できるような仕組みが加味される必要がある。

二点目は、事業終了後の参加者の活動の自主化のための支援の検討である。MCI の特性を勘案すれば、プログラム終了後も好ましい生活習慣や対人交流を日常に定着させるためには、保健師等専門職の一定のフォローが必要である。

三点目は、事業不参加者への対応の検討である。本研究では、ベースラインの介入群と対照群における背景要因の相違については第 1 報ですでに述べたとおりであるが、今後これらの者に対する事業参加への働きかけや動機付けのあり方についても課題である。

最後に、四点目は、当該介護予防事業が地域全体にどのような成果をもたらしたのかについて評価できる方法の開発が必要である。事業の対象となった高齢者への評価のみでなく、不参加者についての対応も含め、地域づくりの観点からも、地域全体におけるその評価の必要性があると考えられる。



表1 対象者の基本属性

	介入群 (n=22)	対照群 (n=21)	p値
年齢 平均(SD) 歳	79.5(6.8)	83.0(7.2)	0.13
性別 女性 人(%)	19(86.4)	19(90.5)	0.67
世帯類型 独居 人(%)	6(27.3)	5(23.8)	0.79
経済状況 十分暮らせる 人(%)	16(76.2)	10(47.6)	0.16
受療状況 あり 人(%)	19(86.4)	16(80.0)	0.58
高血圧	11(57.9)	8(50.0)	0.64
脳卒中	2(10.5)	0(0)	0.18
心臓病	6(31.6)	2(12.5)	0.18
糖尿病	3(15.8)	4(25.0)	0.50
高脂血症	0(0)	3(18.8)	0.48
その他	10(52.6)	8(50.0)	0.88

χ<sup>2</sup>test or Fisher's Exact test, t-test

†p<0.1, \*\*p<0.01

表2-1 介入群における事業を知った経緯「事業をどのようにして知りましたか。」 n=22

ID	自由回答
(1002)	センターの入り口で職員さんにすすめられた。
(1007)	市と社協より案内された。
(1008)	老人センターから聞いた。
(1014)	保健師さんのお誘いにより。
(1016)	福祉事務所から。
(1017)	社協の**さんから。
(1018)	教室の担当の**さんから。
(1022)	羽咋市から。
(1003)	他の教室(体操教室)に参加して聞いた。
(1004)	体操教室に来ていて知りました。
(1019)	パンフレットを見て。
(1020)	市の体操教室に参加している。
(1001)	**さんに誘われて。
(1009)	人に誘われた。
(1010)	**さんに教えてもらった。
(1011)	お友達より教えてもらった。チラシでも知った。
(1012)	友達から知った。
(1013)	**さんのお姉さんから。
(1021)	友達より誘われて
(1005)	わからん。誰かに聞いた。
(1006)	記憶なし
(1015)	こんながあると誰かから聞いた。

表2-2 介入群における事業の参加動機「参加しようと思ったのはどのような理由からですか。」 n=22

ID	自由回答
(1003)	皆さんと一緒に楽しくできたらいいかと思。
(1013)	半日でもみんなと一緒にいると気分が違うので。
(1014)	皆さんとの交流を願って。
(1020)	皆と話したり、運動したりしたいと思って。
(1010)	**さんに教えてもらい、行ってみようかと。
(1011)	お友達と一緒にだから。
(1004)	病気もしたし物忘れもするし、少しそれを防ごうと。
(1007)	健診の結果認知症の疑いがあるとされたので。
(1009)	ぼけないように。
(1012)	認知症にならないため。
(1018)	物忘れが急に増えたような感じがしたから。
(1002)	血圧も高めで少しでも元気でおられたらよいと。
(1016)	年代に会った知識を学びたかったから。
(1021)	教室の名前に興味を持って学んでみよう。
(1019)	パンフレットを見て”これはいい”と思ったから。
(1001)	家にいてもつまらないから。
(1005)	家にいたら不安になるから。体操はできんから。
(1008)	家にいても運動できないので。
(1015)	来いといわれたし、家におっても一人だから。
(1017)	送迎してくださるから。
(1022)	送迎があったので。
(1006)	記憶なし

表3 介入群と対照群における各指標の変化

	介入前		p 値	介入後		2群の
	介入群	対照群		介入群	対照群	変化の平均値
	n=22	n=21		n=22	n=18	の差
						p 値
老研式活動能力 点						
a.手段的自立	4.0(1.3)	3.5(1.6)	0.08	4.1(1.2)	3.6(1.6)	0.62
b.知的能動性	3.4(0.7)	2.5(1.3)	0.01**	3.4(0.9)	2.8(1.0)	0.06
c.社会的役割	3.0(0.9)	2.5(1.4)	0.08	3.1(1.0)	2.5(1.5)	0.63
a.~c 合計	10.3(1.8)	8.4(3.7)	0.05**	10.7(1.9)	8.8(3.3)	0.88
MMSE 平均(SD) 点	24.4(5.9)	24.6(4.7)	0.74	25.1(5.7)	24.6(3.6)	0.76
FAB 平均(SD) 点	10.6(3.5)	10.2(3.4)	0.24	12.4(3.4)	10.2(2.4)	0.02**
GDS-5 平均(SD) 点	2.6(1.2)	1.8(1.4)	0.19	1.6(1.4)	2.2(1.1)	0.04**

2群の変化の平均値の差:介入前値を共変量とした ANCOVA

\*\*p<0.01

表4 介入群における物忘れや脳の働きについての不安 n=22 人(%)

	介入前	介入後	p 値
	人 (%)	人 (%)	
1.大いにある(1点)	5 (22.7)	2 ( 8.8)	0.05
2.ややある(2点)	13 (59.1)	10 (43.5)	
3.あまりない(3点)	4 (18.2)	7 (30.4)	
4.ほとんどない(4点)	0	3 (13.0)	
1~4 平均(SD) 点	1.9 (0.6)	2.5 (0.8)	0.05

Fisher's Exact test, t-test

表5 介入群における事業終了後の評価 (n=22)

評価項目	選択肢	人	(%)
講話について	1.大いに満足	15	(68.2)
	2.やや満足	7	(31.8)
	3.あまり満足でない	0	
	4.ほとんど満足でない	0	
	平均(SD) 点	1.3(0.4)	
日記を用いた健康相談について	1.大いに満足	6	(28.6)
	2.やや満足	9	(42.8)
	3.あまり満足でない	5	(23.1)
	4.ほとんど満足でない	1	(4.7)
	平均(SD) 点	20(0.8)	
グループでの活動について	1.大いに満足	15	(68.2)
	2.やや満足	7	(31.8)
	3.あまり満足でない	0	
	4.ほとんど満足でない	0	
	平均(SD) 点	1.3(0.5)	
事業全般の印象について	1.大いに満足	14	(63.6)
	2.やや満足	8	(36.4)
	3.あまり満足でない	0	
	4.ほとんど満足でない	0	
	平均(SD) 点	1.4(0.5)	
今後の事業の継続意向について	はい	21	(95.6)
	いいえ	0	
	無回答	1	(4.4)