

12点と維持していた。

⑤プログラムでの役割が確立し継続できた事例：E氏・82歳・女性・同居（図2-5）

E氏は、「人の名前、物を置いた場所などを忘れて、思い出すことが難しくなりました。」ということから参加された。また、「もの忘れは大変不自由なことになると思いますので、是非教えていただきたい。」と希望された。E氏は、本プログラムにおいて、連絡係、調理実習時の調整役といったように役割をもっており、欠席された方の様子を気にして家庭訪問したり、また気になる高齢者を新たに発掘し、連れ出してくるなどなどの行動がみられた。I期のアンケートでも「楽しみでした」と答えた。保健師は、徐々に、E氏に会の役割を任せたと述べた。

E氏の評価指標をみると、MMSEでは、ベースライン28点であり、I期後30点、II期後27点、III期前28点、III期中間・III期後は共に30点と横ばいであった。FABでは、ベースライン15点、I期後、II期後ともに15点と維持し、III期前14点、III期中間16点、III期後15点と横ばいであった。健康関連QOL（SF-12）では、身体的健康度関連QOLについて、ベースラインとIII期後は48点と変化なく、精神的健康度関連QOLについては、ベースライン64点からIII期後62点と、やや低下がみられた。TMIGの総得点では、ベースラインからIII期後まで13点を維持することができていた。

D. 考察

本研究の結果、集団全体では介入群と対照群における各指標の平均値に有意差は認められなかったが、介入群においては得点が上昇し、対照群においては得点が減少する傾向がみられた。このことはハイリスクであっても継続し

た関わりを行うことで、認知機能、生活機能、QOLの維持に効果が得られることを示唆している。

3期に分けて実施したプログラムでは、まず、I期では、構造的なプログラムによる介入を行い、認知機能（記憶）と生活習慣についての健康学習、日記法による生活習慣のセルフフレクション、回想法や身体運動を取り入れたグループアクティビティによる対人交流を取り入れた。II期では、自主化を意識したプログラムの介入を行い、I期での内容をもとに、参加者の意見を取り入れながら、グループアクティビティによる精神活動（回想法）と身体活動（ダンス等）、調理実習も取り入れた。III期では、自主化を意識し、継続して支援したプログラムの介入を行い、II期と同様の内容として、グループアクティビティによる身体活動（ダンスや運動会等）や季節や文化を感じられるような調理実習、とくに、本プログラムと同じように他の地区で行われている教室参加者との交流を取り入れた。

II期以降の内容の特徴は、自主化をキーワードとする活動であり、参加者がやりたいと思うことをプログラム内容に取り入れ、連絡網での参加者間による連絡や会場設営、後片付けなどについても負担のかからない範囲で自主的に行ってもらうよう意図した。開催頻度は、I期では毎週1回、II期およびIII期では隔週1回、1回における時間・進行順は、3期においてすべて同様に行った。アクセス方法についても、3期ともに同じ方法をとっており、すべて保健センターを利用した。

小谷らは、身近な地域内資源を採用する自主化を促す教室運営は、指導中心の通常みられる様式の運動体験教室と比べて、途中で参加しなくなる脱落者が少なく、運動習慣の獲得や体力

づくりへの寄与も大きいことと述べている。自分たちが行いたいことをプログラム内容に取り入れることが、ひいては参加者が楽しめる内容となり、継続につながるのではないかと考えられる。

また、参加者が負担にならないよう、できる範囲で会場設営や後片付けに関わることは、自分の役割をもち、自信にもつながるのではないかと考える。プログラムに継続参加できている5事例からも、継続できている高齢者には様々な要件がみられた。具体的には、プログラムの参加が習慣となることであり、またプログラムの中で役割をもつこと、家族の働きかけがあること、自分の居場所が感じられること等である。

本研究の対象者は、特定高齢者候補者であつて、かつ、軽度の認知機能低下がある者、もしくはそのおそれのある者（「基本チェックリスト」18~20のいずれかの項目に該当する者、もしくはそのおそれがある者である。そこで、プログラム運営の上で、プログラム開催日が記憶できるよう、日付（曜日）や場所を定着させる工夫や配慮も必要と考えられた。

一方、Ⅰ期、Ⅱ期、Ⅲ期の経過の中で、途中で辞退、脱落した高齢者は15名であり、その理由は、参加者の仕事の状況や他の地域サロン開催日であるなどであったことからこれらにおける地域での調整が今後は必要であると思われた。

文献

Dunoi B, et al.: The FAB : A Frontal assessment battery at bedside. *Neurology*, 55:1621-1626, 2000.

Hughes CP, et al.: A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatry*, 140:566-572, 1982.

Folstein MF, et al.: 'Mini-Mental Stage' : A practical method for grading the cognitive stage of patients for the clinician. *J of Psychiatric Research*, 12:189-198, 1975.

Flicker C, et al.: Mild cognitive impairment in the elderly: predictors of dementia. *Neurology* 41:1006-1009, 1991.

Laurin D. Verreault R. Lindsay J. MacPherson K. Rockwood K. : Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. *Archives of neurology*. 58(3) 498-504, 2001.

小谷和彦、森井まゆみ、松井浩：実践へのアドバイス 転倒予防教室終了後に自立・継続を促すための地域内資源活用の試み、看護実践の科学(0385-4280)30巻12号、p98-100,2005.

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－. *日本公衛誌* 34(3):109-114, 1987.

杉澤悠圭、篠原亮次、安梅勅江：住民参加型の保健福祉活動の推進に向けたコミュニティ・エンパワメントのニーズに関する研究、厚生指標(0452-6104)53巻5号、p28-36、2006.

宮本謙三、竹林秀晃 他：介護予防を目的とした運動教室の展開－小規模自治体からの実践報告－、理学療法学(0289-3770)32巻6号、p384-388、2005.

表1 「脳いきいき健康教室プログラム」スケジュール

期		回	プログラム内容
I 期	保健師主導の構造化プログラム (1回/W, 4hrs/回 ; 開始~3ヶ月) 期間: 2006年10月 ~ 2006年12月	1	ベースライン調査
		2	健康学習①「認知症ってなあに」 2日遅れの日記のデモンストレーション
		3	2日遅れの日記による生活習慣のセルフリフレクション
		4	レクレーションダンス・回想法「大市」
		5	フリフリグッパ・ボール遊び・回想法「子供の頃の遊び」
		6	中国体操・ヨガ・回想法「むかしの食べ物」
		7	太極拳・回想法「正月の思い出」
		8	2日遅れの日記による生活習慣のセルフリフレクション
		9	健康学習②「認知症を予防する生活」 プログラムのまとめ
		10	認知機能測定 (I 期後)
II 期	保健師と参加者の希望を調整した半構造化プログラム (1回/2W, 4hrs/回 ; 3ヶ月~6ヶ月) 期間: 2006年12月 ~2007年3月	1	今後の計画・会の運営について・蓬莱づくり
		2	昔なつかしい調理実習・忘年会
		3	リラクゼーション・回想法「正月の遊び」・レクレーションダンス
		4	頭を使った体操(計算ドリル・書字訓練)
		5	リラクゼーション・回想法「冬場の生活」・レクレーションダンス
		6	家族への手紙・昔の歌
		7	お餅づくり
		8	認知機能測定 (II 期後)
2007年3月		地震の発生	
III 期	参加者の希望を取り入れた半構造化プログラム (1回/2W, 4hrs/回 ; 6ヶ月~1年半) 期間: 2007年5月 ~2008年3月	1	今後の計画・休止期間の振り返り
		2	体力測定
		3	あじさいづくり・再開時の認知機能測定 (III 期前)
		4	B地区の脳いきいき健康教室のグループの開催場所での交流
		5	絵手紙(暑中見舞い)づくり
		6	鳴子体操・高齢者の事故防止の講習会
		7	リラクゼーション・回想法「なつかしい食べ物」・すいとんづくり
		8	ミニ運動会
		9	なつかしい歌
		10	「脳いきいき健康教室」1年の振り返り学習・ぶどう狩り
		11	切り絵づくり
		12	B地区の脳いきいき健康教室のグループとの交流
		13	認知機能測定 (III 期中間)
		14	調理実習
		15	和紙のめがねケース作り
		16	正月遊び
		17	お餅つき
		18	レクレーションダンス
		19	調理実習
		20	認知機能測定 (III 期後)・体力測定
		21	来年度計画

表2 介入群と対照群におけるベースラインの特性の比較

	介入群 (n=24)	対照群 (n=25)	全体 (n=48)
年齢 <i>mean</i> ± <i>SD</i> (歳)	79.8 ± 4.6	81.6 ± 5.7	80.8 ± 5.2
性別			
女性	20 (83.3)	22 (88.0)	42 (85.7)
男性	4 (16.7)	3 (12.0)	7 (14.3)
把握経路			
関係機関	12 (50.0)	16 (64.0)	28 (58.3)
民生委員	6 (25.0)	6 (24.0)	12 (24.5)
保健師活動	6 (25.0)	3 (12.0)	9 (18.4)
基本チェックリスト			
運動 †	22 (91.7)	17 (68.0)	39 (79.6)
栄養	4 (16.7)	5 (20.0)	9 (18.4)
口腔	13 (54.2)	14 (56.0)	27 (55.1)
閉じこもり	14 (58.3)	11 (44.0)	25 (51.0)
うつ	14 (58.3)	19 (76.0)	33 (67.3)

注) 基本チェックリストは、当該項目に該当している者の割合を示す。† $P=0.034$, χ^2 検定

表3 介入群と対照群における各指標の変化

単位: 点

	ベースライン		フォロアアップ (I期後)		変化の平均値 (I期後)		フォロアアップ (III期後)		変化の平均値 (III期後)		変化の平均値の差 p-value	
	介入群 (n=9)	対照群 (n=9)	介入群 (n=9)	対照群 (n=9)	介入群 (n=9)	対照群 (n=9)	介入群 (n=9)	対照群 (n=9)	介入群 (n=9)	対照群 (n=9)	I期後	III期後
MMSE	25.4 (3.1)	23.1 (4.6)	25.9 (3.6)	22.6 (4.9)	0.4 (2.2)	-0.4 (3.1)	23.8 (4.3)	21.6 (4.8)	-1.7 (3.5)	-1.6 (2.4)	0.495	0.938
FAB	11.6 (2.8)	10.6 (2.6)	11.8 (2.7)	10.8 (3.6)	0.2 (2.2)	0.2 (3.2)	11.6 (3.1)	11.1 (3.0)	0 (1.9)	0.6 (1.7)	1.000	0.531
SF-12 身体的健康度関連	46.7 (9.6)	43.6 (13.8)	50.1 (9.9)	41.7 (13.2)	3.4 (5.6)	-1.9 (5.4)	50.6 (7.5)	48.0 (15.1)	3.9 (9.2)	4.4 (8.4)	0.056	0.907
SF-12 精神的健康度関連	52.3 (11.1)	50.5 (13.2)	55.6 (7.1)	47.7 (14.1)	3.3 (11.8)	-2.9 (6.4)	51.5 (16.1)	46.2 (9.4)	-0.8 (13.7)	-4.4 (8.7)	0.191	0.518
TMIG 総合点	10.4 (2.2)	8.9 (1.6)	11.2 (1.9)	8.7 (3.3)	0.8 (1.0)	-0.2 (2.9)	11.4 (1.9)	8.8 (3.4)	1.0 (1.6)	-0.1 (2.4)	0.336	0.266

mean(SD), t検定

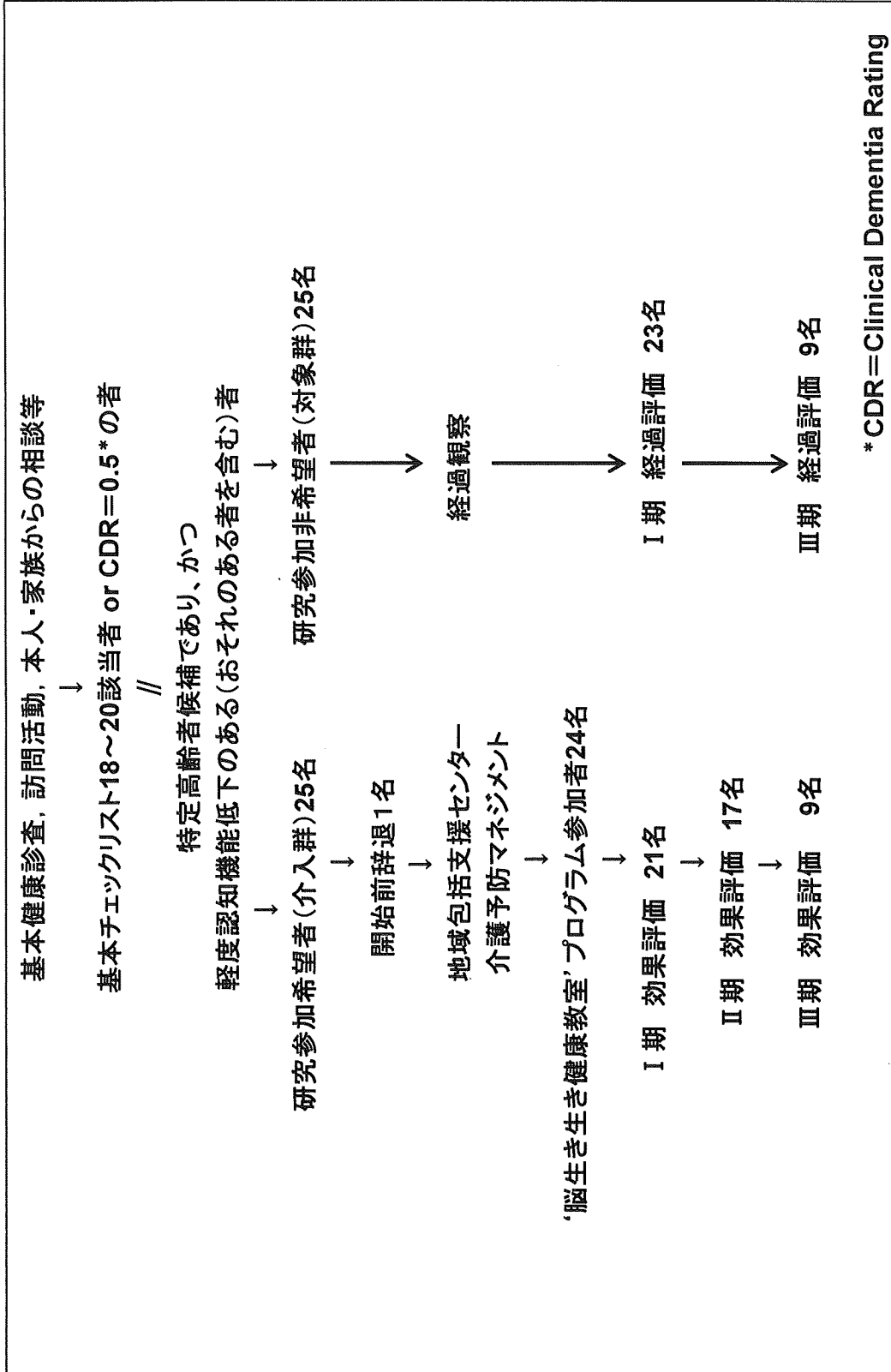


図1 研究対象者の流れ

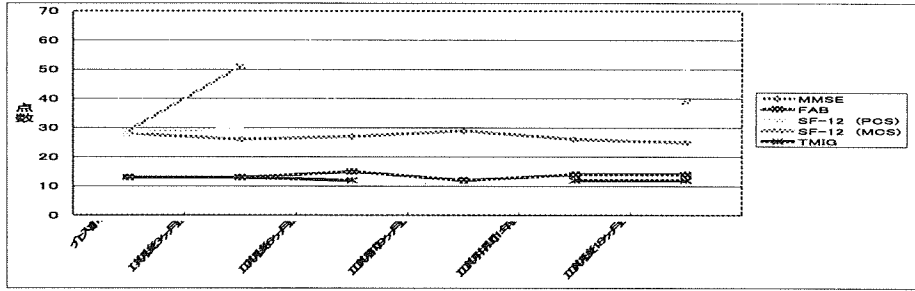


図 2-1 プログラムが外出の機会となっているA氏・84歳・女性・独居

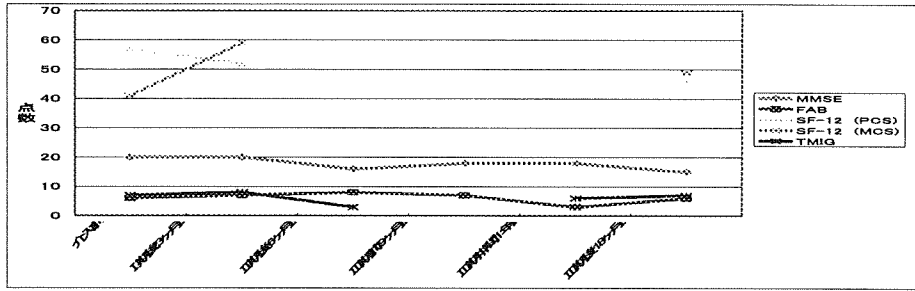


図 2-2 認知機能は低下しているが、継続できているB氏・69歳・女性・高齢者夫婦世帯

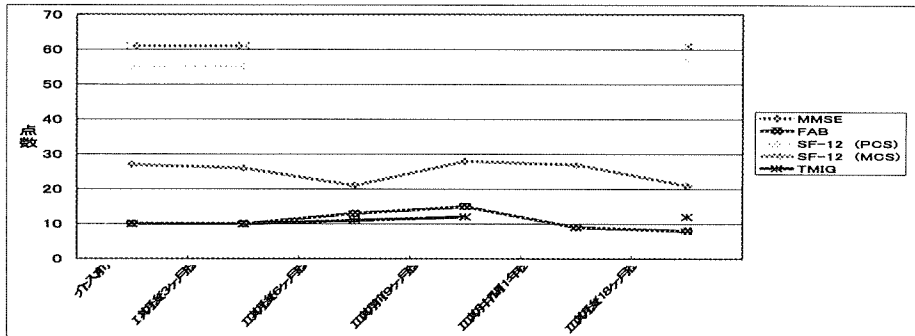


図 2-3 ADL低下しているが継続できているC氏・78歳・女性・同居

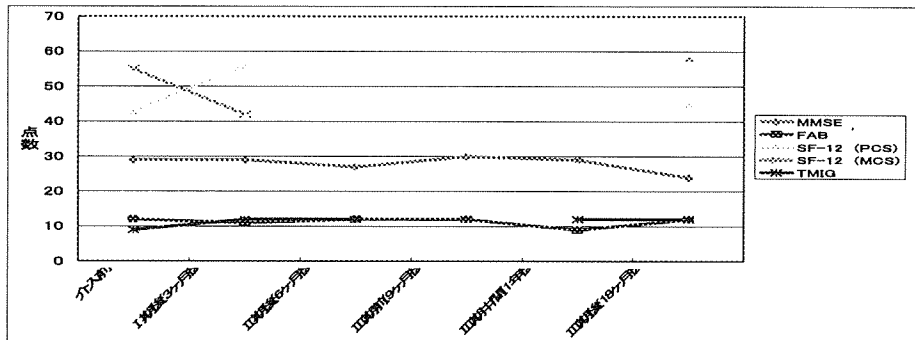


図 2-4 プログラムの参加者にコミットすることで継続につながっているD氏・66歳・女性・独居

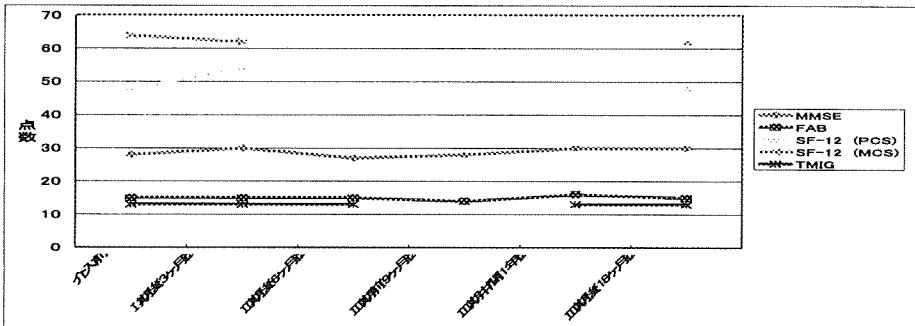


図 2-5 プログラムでの役割が確立し継続できているE氏・82歳・女性・同居

平成 20 年度

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 1：高齢者をコミュニティコアとした地域づくりの課題の検討

要旨

目的は、コミュニティー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（認知症予防）に向けた地域づくりのための実践の示唆を得ることである。対象地域は、横浜市 T 区 t 地区（中学校区）4 ブロック（A・B・C・D 地区）であり、方法は、既存資料の分析、社会調査（2 次分析）、地区踏査ならびに専門職のヒヤリングである。研究の結果、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。以上より、人口統計学的特性に加えて、自治会や生活圏、地理的状況や社会資源の整備状況など、高齢者を取り巻く環境については、地域（地区）により特性も課題も異なり、介護予防（認知症予防）に向けた地域づくりのあり方は必ずしも同一とは言えないこと、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。

A.はじめに

我が国は、世界に例をみないスピードで高齢社会を迎え、今後さらに高齢化が進行する¹⁾²⁾と予測されている。特に都市部では、そのスピードは他地域に比較して急速であることが指摘されている³⁾。そのような中で、都市部における高齢者の介護予防の実現は、焦眉の課題と言える。高齢化の進行は、全人口に占める高齢者の割合の増加という側面とともに、高齢者が地域住民として地域で過ごす期間が長期にわたるといふ側面も有している。これからの時代は、単に長命であるというだけでなく、高齢化の中身が問われる時代となる。すなわち、長命であるだけでなく QOL および生活機能が良好な、健やかな高齢期ならびにその基盤づくりが求められている⁴⁾。

ところで、われわれの生活の基盤である地域

社会は、人口構成や成り立ち、地理的な条件、住民間の結びつきの様子など多様であり⁵⁾、また、それ故に、それぞれの地域で長らく住まう高齢者の生活のあり様も多様であると考えられる。この地域で住まう高齢者に対し、質の高い健やかな生活を出来るだけ長く維持するような、生涯を通じた介護予防の視点から支援していくときには、高齢者個人に対する支援はもとより、高齢者個人の介護予防を容易にする、それぞれの地域特性に応じた地域づくりが鍵を握ると考えられる。

そこで、本研究では地域特性の 1 つとして今後高齢化の進展が急となる都市部に着目し、コミュニティーアズパートナーモデル⁶⁻¹⁰⁾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とした。

B.研究方法

1.対象

研究対象は、横浜市 T 区 t 地区（中学校区）である。T 区（総人口 264,548 人、老年人口割合 15.8%；2005 年 10 月 1 日）は、横浜市の北東に位置し、北西部の丘陵地、河川流域の低地、臨海部の埋め立て地から形成され、そのほとんどは市街地となっている。

臨海部は、工業地帯、中心部は商業・住宅地域が主体となり、丘陵部は区内では数少ない自然が残された住宅地である。戦後の高度経済成長とともに工業地帯の中核として大きく発展するとともに、商工業の集積と人口増加が急速に進んだ。

地域看護診断の直接対象とした t 地区（総人口 72,600 人、老年人口割合 15.3%；2005 年 10 月 1 日）は、T 区全域を連合町内会の境界によって分けられた 18 の全地域のうち、2 地域にあたる 1 中学校区である。

t 地区は、T 区の中では北西部に位置し、豊かな自然を擁する丘陵地に所在する、住宅地が広がる地域である。老年人口は、戦後一貫して上昇を続けており、高齢化の進展は、ほかの都市的地区と同様に緩やかに今後も続く見通しである。

本研究では、さらにこの t 地区について、自治会単位、住民の生活圏、地理状況などを踏まえ、かつ、今後の介護予防活動の実践の拠点としての視点も勘案して、同地区を 4 ブロック（A 地区・B 地区・C 地区・D 地区）の対象地区に分割（セグメンテーション）した。

2.方法

既存資料の分析、社会調査（2 次分析）、地区踏査ならびに専門職のヒヤリングを用いた。

1) 既存資料（行政資料）の活用・分析

当該地域における地理的な側面、人口動態、

健康問題の推移等について経年的に情報を把握、整理した。

2) 社会調査（2 次分析）

当該地域における本研究事業 2 年目の研究事業で作成したデータベース（調査対象者：65 歳以上の t 地区地域住民全数 8,873 名、調査事業名：認知症予防月間キャンペーン事業、調査項目：事業啓発の有無、認知症予防にかかる生活習慣（脳を守る 10 カ条）の周知度・実践度、地域の社会資源の周知度・利用度等）を用い、目的的に 2 次分析した。

3) 地区踏査

地区視診のガイドラインを参考に街並み、広場や空き地、集う人やその場所、交通事情、店や商店街の様子、医療施設の様子、街を歩く人の年齢層や時間等についてフィールドワークにて情報を収集、整理した。

4) 地域専門職種に対するヒヤリング調査

当該地域の担当保健師ならびに関係する専門職種 5 名において、担当地域の歴史や文化に関する全般的な印象や意見、住民（主に高齢者）の暮らしぶりの印象や意見について聴取した。

以上 1) から 4) にて得られた知見について、コミュニティーアズパートナーモデルに基づき集約し、対象地区における今後の介護予防に向けた地域づくりのための実践活動について整理した。

本研究期間は、2008 年 10 月 1 日～11 月 30 日である。

3.倫理的配慮

本研究は、横浜市立大学医学部倫理審査委員会による承認を得て実施するとともに、特に専門職のヒヤリング等においては、対象となる個人情報保護等に留意して実施した。

C.結果

1. 地区ブロック別口統計学的特性

表 1 をみると、65 歳以上人口割合ならびに 75 歳以上人口割合については、ともに A 地区で最も高く、B 地区で最も低くなっていた。また「経済状況（十分暮らせる者）」については、B 地区で最も低く、D 地区で最も高くなっていた。

2. 地区ブロック別サービス等周知度・利用度

表 2 をみると、「介護予防プログラムの周知度」、「地域包括支援センターの利用度」「認知症予防月間の周知度」「脳を守る（認知症予防）10 カ条の周知度」の 4 項目については、B 地区で最も低く、D 地区で最も高くなっていた。

表 1 t 地区 4 ブロック別にみた人口統計学的特性

	t 地区 n=2145	A 地区 n=490	B 地区 n=546	C 地区 n=673	D 地区 n=436	検 定
性別 女性 (%)	55.4	54.8	52.9	56.3	56.8	
65 歳以上人口割合 (%)	15.3	17.7	14.0	14.6	16.9	
うち、75 歳以上 (%)	6.5	7.8	5.3	6.6	7.5	
高齢者単身世帯 (%)	6.4	6.6	5.1	7.4	7.3	
3 世代世帯 (%)	4.3	5.7	4.7	2.9	4.3	
要介護認定を受けている (%)	15.4	16.9	13.6	14.7	16.0	
経済状況（十分暮らせる者） (%)	48.1	51.0	43.0	46.2	56.2	***

χ^2 -test *** : p<0.001

表 2 t 地区 4 ブロック別にみたサービス等周知度・利用度

	t 地区 n=2145	A 地区 n=490	B 地区 n=546	C 地区 n=673	D 地区 n=436	検 定
T 区内サービス	2.7	2.9	2.6	2.7	2.9	
平均周知度（個数）(±SD)	(1.7)	(1.7)	(1.7)	(1.7)	(1.7)	
介護予防プログラム 周知度 (%)	26.9	28.4	24.3	31.2	33.2	*
介護保険制度 周知度 (%)	89.6	92.3	90.5	88.7	92.6	
地域包括支援センター 周知度 (%)	39.0	44.2	39.2	40.7	41.3	
権利擁護事業 周知度 (%)	29.0	34.0	28.5	29.2	31.7	
あんしん電話 周知度 (%)	23.1	23.3	21.8	22.2	23.5	
基本健康診査 周知度 (%)	61.4	64.8	57.9	62.3	65.9	†
T 区内サービス	0.6	0.6	0.6	0.6	0.7	
平均利用度（個数）(±SD)	(0.8)	(0.8)	(0.8)	(0.8)	(0.8)	
介護予防プログラム 利用度 (%)	5.0	5.6	4.8	6.2	5.0	
介護保険制度 利用度 (%)	12.0	10.9	11.1	12.7	12.5	
地域包括支援センター 利用度 (%)	7.7	3.8	6.6	8.4	14.3	***
権利擁護事業 利用度 (%)	0.9	1.1	0.8	1.9	0.3	
あんしん電話 利用度 (%)	1.1	0.8	1.3	1.0	0.3	
基本健康診査 利用度 (%)	36.6	38.1	33.2	35.1	38.5	
認知症予防月間 周知度 (%)	18.4	20.9	14.7	22.5	26.6	***
脳を守る 10 カ条 周知度 (%)	13.8	13.7	11.0	14.3	21.5	***

χ^2 -test † : p<0.10 * : p<0.05 *** : p<0.001

3.地区ブロック別 地区踏査結果

表3に、t地区4ブロック別地区踏査の結果を示した。地区視診のガイドラインの項目に沿って整理した。家屋の街並みや住民の集う広場や空き地の様子などについて各地区に相違がみられた。

4.地区ブロック別にみた特徴と課題（表4）

表4に表1～3及びインタビューより得られた知見を基に整理したt地区4ブロック別の特徴と今後の課題を示した。介護予防にむけた地域づくりのための課題は、各地区の特性に応じて異なる内容が示された。

表3 t地区4ブロック別 地区踏査結果

項目	A地区	B地区	C地区	D地区
1. 家屋の街並み (集落・家々の状況)	<ul style="list-style-type: none"> 一戸建てが多く、その区画は大きめであり、時々マンションもみられる。 比較的平坦な道が続く。 	<ul style="list-style-type: none"> 密集した一戸建てと、新しいマンションがある。 大通りから一筋入ると、坂が多く、細く曲がりくねった道が多い。 田舎風の景色や畑、閑散とした空き地もある。 	<ul style="list-style-type: none"> 国道沿いには古そうな家屋や集合住宅がみられる。 バス通りから一筋入ると坂が現れる。また、区画の大きな一戸建ての住宅地が続く。 	<ul style="list-style-type: none"> 住宅地内に坂道が多くある。 坂の途中は一戸建てが多く、古くからの住宅と新しく建ったものが混在している様子である。
2. 広場や空き地の様子 (公園・田畑も含む)	<ul style="list-style-type: none"> 公園と地区センターがつながっており、子どもとその親が多い。 その他小規模な公園も多数ある。 	<ul style="list-style-type: none"> 公園は多くあるが、規模は小さく活用されているのかわからない。 	<ul style="list-style-type: none"> 名前のある公園はない S寺周辺は豊かな木々が印象的。 	<ul style="list-style-type: none"> S公園：住宅街の中にある公園で、広く、整備されている。 その他、小規模の公園があるが寂しげな印象。
3. 境界 (自然的・地理的・感覚的境界)	<ul style="list-style-type: none"> 整備された和風庭園や歴史的建造物付近は、住宅街や商店の街並みとは違った雰囲気を感じた。 	<ul style="list-style-type: none"> 大きな道路を境に隣接する区と接する。 北側と南側では家屋の街並みなどの相違から感覚的な境界を感じた。 	<ul style="list-style-type: none"> 国道沿いと、バス通りから一筋入った住宅街とでは雰囲気は異なるような印象を受けた。 	<ul style="list-style-type: none"> すぐ目の前に見えるC地区とは、切り通しに架かる橋で区切られ、近いようで遠い。
4. 集う人々と場所 (場所・時間・集団の種類と印象)	<ul style="list-style-type: none"> 地区センターの敷地内ではお年寄りがゲートボールを楽しんでいた。 	<ul style="list-style-type: none"> 見かけなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 何人かがバス停でバスを待っていた。 	<ul style="list-style-type: none"> 何人かがバス停でバスを待っていた。
5. 交通事情と公共交通機関 (車・道路・バス・鉄道の状況)	<ul style="list-style-type: none"> 住宅街の道路は広め。 バス通りでは、多くのバスとすれ違った。交通量はそれほど多くない。 	<ul style="list-style-type: none"> 大通りでは、車やバスと多くすれ違った。 バスは隣接区内の駅行きのもも目立った。 	<ul style="list-style-type: none"> 山坂が多く、道幅が狭く、入り組んでいる。 バスとよくすれ違った。 	<ul style="list-style-type: none"> バスとよくすれ違った。
6. 社会サービス機関 (種類・目的・利用状況・利用者)	<ul style="list-style-type: none"> 地区センターや老人福祉センターがある。 	<ul style="list-style-type: none"> 隣接区の主要駅付近には、その区の地区センターや図書館がある。 	<ul style="list-style-type: none"> 保健福祉センターへの最寄りの地区である。 	<ul style="list-style-type: none"> 中学校、地域ケアプラザ、地域活動ホーム（障害者地域福祉拠点施設）など。
7. 医療施設 (種類・診療科・規模・立地場所)	<ul style="list-style-type: none"> 主に個人開業医院がみられ、大きな病院はない。 	<ul style="list-style-type: none"> 特別養護老人ホーム 	<ul style="list-style-type: none"> 大きめの病院が1つあり、個人開業医もある。 	<ul style="list-style-type: none"> K整形外科病院やN病院の周辺は急な坂道。
8. 店・露店 (種類・場所・利用状況・利用者)	<ul style="list-style-type: none"> スーパーマーケットが3店舗ほどある。 コンビニエンスストアもある。 	<ul style="list-style-type: none"> 商店は見られなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 駅周辺は賑わっているが、住宅街周辺には商店やコンビニエンスストアなどは見かけない。 	<ul style="list-style-type: none"> 大型スーパーが1つある以外に、主だった商店は見当たらない。
9. 街を歩く人々と動物 (外見や人々から受ける印象)	<ul style="list-style-type: none"> 町を歩くのは母親とその子供や、学生が多かった。 	<ul style="list-style-type: none"> 街を歩く人は多くなかったが、自転車や徒歩の人とすれ違った。 	<ul style="list-style-type: none"> 駅に近づくにしたがって、人が多くなるが、それ以外はまばら。 	<ul style="list-style-type: none"> スーパー付近や大通りでは、自転車で行きかう人や歩く人も多かった。
10. 地区の活気と住民自治 (自治会・掲示板・チラシ・ゴミ)	<ul style="list-style-type: none"> 自治会館は周辺に案内板があり、きれい。 自治活動が活発（自主学习グループにて勉強会） 	<ul style="list-style-type: none"> 掲示板を多く見かけた。掲示板内のチラシもきれいに管理されている。 	<ul style="list-style-type: none"> 掲示板はあまり見かけなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> 掲示板はきちんと管理されている様子である。 道路にケース式ゴミ置き場が設置されている。
11. 地域性と郷土色 (産業・特産物・観光名所・祭り)	<ul style="list-style-type: none"> K公園（和風の庭園）やA公園（市の歴史的建造物）がある。 	<ul style="list-style-type: none"> Y公園（市の指定文化財）の周辺は農村的な景観。年中行事も行われる。 	<ul style="list-style-type: none"> S寺は広大な敷地で豊かな緑が広がる。散策に訪れる人も多い。 	<ul style="list-style-type: none"> M公園（県立公園）が近く、桜、新緑、紅葉など、四季折々に楽しめる。
12. 信仰と宗教 (寺社・墓地・宗教関連施設)	<ul style="list-style-type: none"> 寺社は見かけなかった 	<ul style="list-style-type: none"> E寺 	<ul style="list-style-type: none"> S寺周辺にお墓がある。 	<ul style="list-style-type: none"> K神社

表4 t地区4ブロック別にみた特徴と今後の課題

地区名	特徴	今後の課題
A地区	<p>人口統計学的特性の特徴として、75歳以上人口割合ならびに3世代世帯割合が共に4ブロック内で最も高く、元来このA地区に住む人々の高齢化、そして後期高齢者の増加が進展している。</p> <p>サービス等周知度・利用度について、地域包括支援センターの利用度は低いものの、自主学习グループにて教養から介護予防に関してまで幅広い話題で勉強会を開催するなど、活発な自治活動が見られる地区である。</p> <p>街並みについては、区画が大きめの一戸建てが多く、また、スーパーなどの商店は他地区に比べて多く見られた。また、地区センターや老人福祉センターなどの社会サービス機関を擁し、比較的整備された公園も点在しており、資源は多くある地区といえる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 後期高齢者の増加が進展しており、閉じこもりや認知症、さらには寝たきりを予防していくため、基盤や活用可能な資源を活かしながら、今後も住民組織活動の継続および促進を支援していく必要があると考えられる。 3世代世帯割合が高いことから、家族内に介護者がいる世帯も多いと予測できる。また、老老介護の可能性も考慮しながら、家族介護者の健康づくりやその支援のあり方を検討していく必要があると考えられる。
B地区	<p>人口統計学的特性より、65歳以上人口割合は最も低く、4ブロック内では若い地区であるといえる。</p> <p>サービス等周知度・利用度についてみると、B地区では周知度・利用度について共に、他地区より低い傾向を示していることがわかる。</p> <p>街並みについては、一戸建てが密集した住宅街や新しいマンションが広がる一方、畑や空き地の点在する田舎風の一面も併せ持つ。また、t地区の中心部に最も遠く、隣接区へのアクセスの方が良く、他地区と比較して生活圏がやや異なる地区でもある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 密集した住宅街と閑散とした田舎風な街並みの二面性を持ち、凝集性にやや欠ける印象があることから、地域参加を呼びかけ、地区組織化の促進ならびに地区の社会資源の開発を図っていく必要があると考えられる。 比較的若い年代の地区ではあるが、今後予測される高齢化の進展に備え、壮年期からの介護予防や、健康づくりについての意識付け、知識の普及啓発などが重要であると考えられる。
C地区	<p>人口統計学的特性より、4ブロック内において65歳以上人口割合は比較的低いものの、高齢者単身世帯の割合が最も高いことがわかる。また、3世代世帯割合は最も低い地区である。</p> <p>サービス等周知度・利用度についてみると、t区平均と比較して利用度はやや高めであるといえる。</p> <p>街並みについては、区画の大きな一戸建てが続ぎ、住宅地内には坂が多く存在する。一部には道幅が狭く、入り組んでいる部分もある。t地区の中心部であり、駅周辺は賑わっているものの、住宅街はひっそりとしており、社会サービス機関や公園など、気軽に集える場所は見当たらない。また、国道沿いに目を向けると古めの集合住宅も見られる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 独居高齢者が多いことに加え、住宅は独立した大きな区画の一戸建てや、バリアフリー化されていない古い集合住宅であることから、高齢者に起こりやすい転倒・転落などの不慮の事故や、災害時などに備えたサポート体制を整備する必要があると考えられる。 独居高齢者が多いうえ3世代世帯割合が低く、また、公園など気軽に集える場所がないことから、外出する機会や目的がなく、閉じこもりの傾向になる可能性があるため、予防していく必要があると考えられる。
D地区	<p>人口統計学的特性の特徴から、65歳以上人口割合ならびに75歳以上人口割合がA地区に次いで高く、加えて高齢者単身世帯割合がC地区と同等に高いことがわかる。</p> <p>サービス等周知度・利用度についてみると、D地区では他地区の周知度・利用度に比べ、高い傾向にあるといえる。</p> <p>街並みについては、坂の多い住宅街であり、新旧の一戸建てが混在している。社会サービス機関として、地域ケアプラザなどの公共施設や中学校などを擁する地区である。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者割合および高齢者単身世帯割合が共に高いことから、今後、独居高齢者の増加がさらに進展するだろうと予測できる。独居では外出の機会や周囲との交流が希薄になり、閉じこもりになる可能性も考えられることから、その予防が必要であると考えられる。

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、自治会や生活圈、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は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 の 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

平成 20 年度

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が存在」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¹⁾。

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²⁾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³⁾。

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⁴⁾。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。

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	
活動の 阻害	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	
	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なくない	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	

D. 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^{5) 6)}。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版公衆衛生看護大学系・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.

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

要旨

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、読書や老人会への参加習慣がないこと、すなわち生活習慣における不活発性が示唆された。

A. 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^{1)~3)}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⁴⁾。

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。

B. 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⁵⁾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 Examination⁶⁾の日本語版⁷⁾(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 Battery⁸⁾⁹⁾(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)日本語版の短縮5項目版¹⁰⁾(GDS-5)を用いた。本尺度は、Blink¹¹⁾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¹²⁾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 χ^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。

C. 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 ($p < 0.093$)。