

【資 料】

A町の住宅団地と農村地域に在住する 一般高齢者の介護予防に関する検討

林 真 二*

【要 旨】

目的：A町の住宅団地と農村地域に在住する一般高齢者の健康と外出及び社会活動状況を把握し、地域特性に合わせた介護予防を検討する。

方法：地区サロン等に参加した高齢者に質問紙調査を実施した。各調査項目と地域別の関連をみるため、 χ^2 検定と多重ロジスティック回帰分析をした。

結果：272名に配布し、205名から有効な回答を得た（有効回答率75.4%）。

住宅団地は、心配事の相談者がいる人は95.8%、地域活動をする人は77.8%と高く、週1回以上の外出をする人は76.4%、主観的健康感健康でない・あまり健康でない人が36.1%いた。一方農村地域は、週1回以上の外出が88%と高く、健康でない・あまり健康でない人は21.8%であるが、健康診断の受診者は農村地域と比べて28.6%と低かった。

結語：住宅団地の高齢者は、地域活動の参加や団地内の地区組織にも働きかけ、介護予防の取り組みを支援するとともに、農村地域は、外出や個人的活動の継続を支援する必要がある。

【キーワード】 地域特性、主観的健康感、介護予防

I. はじめに

介護保険制度の創設以降、要支援・要介護認定者、特に軽度者（要支援・要介護1）が大幅に増加している。こうした背景より、平成18年からできる限り要支援・要介護状態になることを予防できるよう介護保険法の制度改正により地域支援事業を創設し、介護予防の「水際作戦」を展開している。主な事業は、要支援・要介護になる恐れの高い方（二次予防事業対象者という。）を早期に把握し、生活機能の改善を図るための介護予防を実施することである。

厚生労働省は平成17年度に「総合的介護予防システムのあり方に関する研究班」により、対象者のスクリーニングに関するパイロット調査を実施しているが、この結果より二次予防事業参加者を高齢者人口の概ね5%に掲げ、市町村業務として事業実施を課している。制度創設より参加人数は少なく、2年目で0.4%（109,356人）であったため、平成20年度は判定基準の緩和を行い、二次予防事業対象者を増やすことで参加人数も0.5%（128,253人）となった。しかし、平成21年度の参加率も0.5%と推移したた

め、平成22年8月6日の地域支援事業実施要綱改正では、生活機能評価に生活機能検査及び医師の総合判定を課さず、自記式の生活機能調査の結果のみで判定できるようにしたため、全国的に郵送法による全数把握が行われた。大幅な基準緩和により平成23年度は、要支援・要介護認定者を除く高齢者人口の67.4%に配布され、ハイリスクアプローチの対象者も前年度2.3倍の全国で280万に達したが、事業参加人数は225,667人（高齢者人口の0.8%）に留まり、依然参加率は低い状況である（厚生労働省老健局老人保健課、2013）。

生活機能低下となった方に、判定結果や介護予防事業の勧奨をしても、実際に介護予防事業への参加に至る方は少ない。個人の保健行動は、価値観や自覚、信念といった心理的要因に限らず、人間関係を伴う社会的要因が関連したり、地域住民との主体的な健康づくり行動や保健事業への参画も影響している。特に高齢者の心身機能を高める活動は、近所との交流や外出、社会活動、生きがい活動など、日常生活の中でも、ごく自然に継続的に取り組まれている。

* 日本赤十字広島看護大学

る予防活動（橋本他，1997；岡本，岡田，白沢，2006）もあるため，個人の活動も介護予防の両輪として捉え，生活機能の維持向上を図らなければならない。そのため，本研究においては地域の一般高齢者を対象として，健康状況と日常における個々の介護予防を，外出及び社会活動状況として調査し，その関連性を把握する。また外出や社会活動は，性別等の基本属性や地域特性の影響を受けやすいため，それらの比較が必要である。調査地域のA町は，農村地域に急激な団地造成が行われてきたという背景があり，住民の地域活動や関係づくりにも両地域の相違が予測されるため，実態を比較することで，地域特性に合わせた今後の介護予防の取り組みについて示唆できるものと考えている。

II. 研究方法

1. 調査対象地域の概要

調査の対象地域であるA町は，2012年3月31日現在の総人口が25,020人，高齢化率は28.1%で，県の24.3%に比べて高齢化率が高い地域である。A町の特徴としては，2011年3月31日現在の介護保険における第1号被保険者の要支援・要介護認定率は13.1%で，県内平均の19.5%や2番目に低い市の16.6%に比べ極めて認定率が低い町である（広島県健康福祉局介護保険課，2013）。その理由として，A町人口の年齢構成は高齢者数に占める前期高齢者の割合が60.9%（男性65.3%，女性56.6%）と県内で最も高いことが一要因と考えられる。

本研究における住宅団地と農村地域は，宅地造成に伴い新たに区画整理された地域を住宅団地とし，それ以外の団地開発がない古くからの地区を農村地域とし，質問紙に列記した14地区の行政区（住宅団地4地区，農村地域10地区）を選択させた。2012年3月末現在住宅団地の人口は3,967人（男性46.9%，女性53.1%），農村地域は21,053人（男性48.9%，女性51.1%）である。

A町は隣接する2都市を結ぶ道路網の中継地点で通勤条件に恵まれ，昭和40年代に丘陵地や農地に大規模住宅団地が造成された。周辺都市部のベッドタウンとして人口が急増してきたことより，現在前期高齢者が多い。農村地域は，土地面積の7割が林野面積，1割が耕地面積であり，耕地面積の9割以上は田が占めているため，農閑期は工芸品製作に人口の1割が従事している。しかしながら2000年以降は少子高齢化が進み，人口も減少傾向である。

2. 対象及び調査方法

本研究における調査対象は，調査時点において，

A町在住の65歳以上の要支援・要介護認定者を除く方（以下，一般高齢者という。）である。

調査方法はA町の地区サロンや市主催事業に参加した高齢者へ，無記名の自記式質問紙を配布し集合調査を実施した。A町地域包括支援センター保健師の協力により，地区サロン等の日時に合わせ，平成24年12月～平成25年2月まで計4回にわたり各会場で調査した。住宅団地と農村地域にある会場で，各2回に分けて272名に配布した。回答数223名（回答率81.9%）のうち，記入漏れがなく解析可能な205名（有効回答率91.9%）を解析対象者とした。

3. 調査内容

対象者の基本属性，健康状況，外出及び社会活動状況について調査した。

1) 基本属性

年齢，性別，家族構成（独居，夫婦二人，子・孫と同居（配偶者含む），その他），居住地区，要支援・要介護認定の有無，ソーシャルサポートの状況（健康や生活等心配事の相談者の有無）について尋ねた。

2) 健康状況

治療中の疾患（複数回答），治療状況，通院頻度（月2回以上，月2回未満），年1回以上の健康診断の受診状況，主観的健康感，生活機能，精神面の状況について尋ねた。主観的健康感，自覚的健康度として国の介護予防事業報告や星他（2001）の調査と合わせ「非常に健康」，「まあ健康」，「あまり健康でない」，「健康でない」の4段階の回答肢とした。生活機能の評価は，老研式活動能力指標（古谷野，柴田，中里，芳賀，須山，1987）により手段的ADL，知的ADL，社会的ADLを，精神面の評価は，高齢者抑うつ尺度5項目短縮版（GDS5）（鳥羽，2003）を使用し，いずれも「はい」「いいえ」の選択肢で尋ねた。

3) 外出及び社会活動状況

外出頻度（週1回以上，月1回以上，めったにしない），町外の外出頻度（月1回以上の有無），社会活動状況（地域活動状況，個人的活動，有償労働の有無），外出意向，介護予防事業への参加意向について質問した。社会活動状況の中の地域活動は，自治会，女性会，老人会，地域行事，ボランティア活動を選択肢（複数選択）として尋ねた。個人的活動は，高齢者の余暇活動の中で個別に取り組まれる介護予防として，上位に挙げられるものを選んだ。特に男女共通に多い旅行や男性の上位にある運動，女性の上位にある手芸・工芸といった創作活動等（原田，加藤，小田，内田，大野，2011）の項目を事前に提示し複数選択で回答できるようにした。選択時

にない項目は、自由記載で追記してもらった。個人的活動は内容によって、頻度を定めにくい項目があるため、対象者の主観となるが、よくしている項目の有無をそれぞれ選択するものとした。外出意向は「今よりも外出を増やしたいと思う」かについて、介護予防事業への参加意向は「介護予防の講座や実習があれば参加したい」かについて、それぞれ「はい」「いいえ」の選択肢で尋ねた。

4. 解析方法

対象者の健康状況、外出及び社会活動状況等の各項目は記述統計により集計した。各調査項目は χ^2 検定を行い、地域別に有意差をみた。期待値が5未満の場合は、Fisherの直接確率検定を行った。有意水準5%で有意差があった変数を農村地域と比較して住宅団地に関連する因子探索の説明変数として投入し、住宅団地を目的変数に性別でのステップワイズ法による多重ロジスティック回帰分析を行った。尤度比による変数増加法により、住宅団地に独立した関連要因を抽出した。なお、解析にはIBM SPSS Statistics Ver.21を使用した。

5. 倫理的配慮

調査に関して、A町の地域包括支援センターより地区サロンや主催者の代表者へ協力依頼をし、調査が可能な団体について紹介を受けた。質問紙と合わせて、依頼書により、調査の趣旨、目的、意義、無記名調査のため、回答者個人が特定されないこと、調査への協力は自由意志であること、回答をもって同意が得られたものとする、得られた情報は外部に漏洩しないこと、得られたデータは筆者が責任を持って保管し、研究終了後速やかに処分すること、本研究の結果を学会等で公表することを明記し、口

頭でも説明を行った。なお、日本赤十字広島看護大学研究倫理審査委員会の承認（承認番号1215）を得た。

Ⅲ. 結 果

1. 基本属性（表1）

対象者の基本属性を表1に示す。年齢は65～74歳の前期高齢者が62.4%と多く、75歳以上の後期高齢者は37.6%、平均年齢 73.4 ± 5.4 SD歳（65～93歳）で男性70人（34.1%）、女性は135人（65.9%）と多かった。家族構成は、夫婦のみの世帯が114人（55.6%）と最も多く、子・孫らとの同居55人（26.8%）、独居高齢者は36人（17.6%）であった。健康や生活等心配事の相談者がいる人は181人（88.3%）であった。対象者は住宅団地72人（35.1%）、農村地域は133人（64.9%）と多かった。年齢は住宅団地の前期高齢者42人（58.3%）、農村地域86人（64.7%）と多かったが有意差はなかった。性別も男性でみると住宅団地36.1%、農村地域33.1%であり有意差はなかった。家族構成は、住宅団地で独居が26.4%と多く、農村地域では子や孫らとの3世代以上の家族が30.8%と多く有意差があった（ $p < 0.05$ ）。健康や生活等心配事の相談者がいる人は、農村地域と比べて住宅団地でいると答えた方が95.8%と多く有意差があった（ $p < 0.05$ ）。

2. 健康状況（表2）、治療中の疾患（表3）

対象者の健康状況は表2のとおりである。治療状況は161人（78.6%）が何らかの疾患をもって治療しており、月2回以上の通院する人は45人（22.0%）であった。しかし、健康診断を年1回以上受ける方は約半数の99人であった。主観的健康は、「非常に

表1 基本的属性

		全体 (n=205) 人数(%)	住宅団地 (n=72) 人数(%)	農村地域 (n=133) 人数(%)	p値 ^a
1. 年齢区分	前期高齢者	128 (62.4%)	42 (58.3%)	86 (64.7%)	0.372
	後期高齢者	77 (37.6%)	30 (41.7%)	47 (35.3%)	
2. 性別	男性	70 (34.1%)	26 (36.1%)	44 (33.1%)	0.662
	女性	135 (65.9%)	46 (63.9%)	89 (66.9%)	
3. 家族構成	独居	36 (17.6%)	19 (26.4%)	17 (12.8%)	0.027
	夫婦のみ	114 (55.6%)	39 (54.2%)	75 (56.4%)	
	子・孫らと同居	55 (26.8%)	14 (19.4%)	41 (30.8%)	
4. 健康や生活等の心配事の相談者の有無	有	181 (88.3%)	69 (95.8%)	112 (84.2%)	0.013
	無	24 (11.7%)	3 (4.2%)	21 (15.8%)	

a: χ^2 検定

健康」と「まあ健康」を合わせると150人（73.2%）の方がいた。生活機能は、手段的ADLがどの項目も、ほぼ9割以上の方ができると回答され、知的ADLは「本や雑誌を読んでいる」が76.6%であったが、その他の項目は90%以上であった。社会的ADLは項目の「すべてできる」と答えた方は61.8%と手段的ADLや知的ADLに比べ低かった。抑うつ尺度のGDS5は、該当数2個以上をうつ傾向とするが、約3人に1人がその傾向となった。

地域別で治療状況と通院頻度に有意差はなかったが、主観的健康感において、「あまり健康でない」、「健康でない」と回答した割合は、住宅団地が農村地域より高く36.1%であった（ $p<0.05$ ）。年1回以上健康診断の受診率は住宅団地で84.7%と非常に高かったが、農村地域は28.6%であった（ $p<0.05$ ）。

生活機能として手段的ADL、知的ADL、社会的ADLの3つの機能面から各項目「すべてできる」群と「できないこともある」群に分け、地域差を比較した。有意差はなかった。高齢者のうつ尺度であるGDS5では、該当数2個以上のうつ傾向の方に地域差はなかった。しかし、項目内の質問で「毎日の生活に満足している」は農村地域で27.1%と高く（ $p<0.01$ ）、「外出したり何か新しいことをするよりも家にいたい」は農村地域が33.3%で有意に高かった（ $p<0.05$ ）。

治療中の疾患は表3のとおりである。最も多い疾患は高血圧で約4割の方が治療しており、次に腰痛・膝関節痛（16.1%）、糖尿病（14.1%）であった。地域別では、男性で糖尿病の割合が住宅団地で34.6%と高かった（ $p<0.05$ ）。

表2 健康状況

		全体 (n=205) 人数(%)	住宅団地 (n=72) 人数(%)	農村地域 (n=133) 人数(%)	p値
1. 治療状況	複数疾患	60 (29.3%)	25 (34.7%)	35 (26.3%)	0.210 a
	1疾患	101 (49.3%)	36 (50.0%)	65 (48.9%)	
	無し	44 (21.4%)	11 (15.3%)	33 (24.8%)	
2. 通院頻度	月2回以上	45 (22.0%)	11 (15.3%)	34 (25.6%)	0.089 a
	月2回未満	160 (78.0%)	61 (84.7%)	99 (74.4%)	
3. 年1回以上の健康診断の受診状況	受けている	99 (48.3%)	61 (84.7%)	38 (28.6%)	0.033 a
4. 主観的健康感	非常に健康/まあ健康	150 (73.2%)	46 (63.9%)	104 (78.2%)	0.027 a
	あまり健康でない/健康でない	55 (26.8%)	26 (36.1%)	29 (21.8%)	
5. 生活機能(手段的ADL)	すべてできる	171 (83.4%)	60 (83.3%)	111 (83.5%)	0.982 a
	できないことがある	34 (16.6%)	12 (16.7%)	22 (16.5%)	
・バスや電車を使って一人で外出できますか	はい	195 (95.1%)	69 (95.8%)	126 (94.7%)	1.000 b
・日用品の買い物ができますか	はい	203 (99.0%)	71 (98.6%)	132 (99.2%)	0.811 b
・自分で食事の用意ができますか	はい	184 (89.8%)	64 (88.9%)	120 (90.2%)	0.763 a
・請求書の支払いができますか	はい	198 (96.6%)	68 (94.4%)	130 (97.7%)	0.244 b
・銀行預金・郵便貯金の出し入れが自分でできますか	はい	199 (97.1%)	71 (98.6%)	128 (96.2%)	0.677 b
6. 生活機能(知的ADL)	すべてできる	144 (70.2%)	49 (68.1%)	95 (71.4%)	0.614 a
	できないことがある	61 (29.8%)	23 (31.9%)	38 (28.6%)	
・年金や保険などの書類が書けますか	はい	187 (91.2%)	64 (88.9%)	123 (92.5%)	0.386 a
・新聞などを読んでいますか	はい	193 (94.1%)	67 (93.1%)	126 (94.7%)	0.757 b
・本や雑誌を読んでいますか	はい	157 (76.6%)	55 (76.4%)	102 (76.7%)	0.961 a
・健康についての記事や番組に関心がありますか	はい	191 (93.2%)	69 (95.8%)	122 (91.7%)	0.387 b
7. 生活機能(社会的ADL)	すべてできる	125 (61.0%)	47 (65.3%)	78 (58.6%)	0.353 a
	できないことがある	80 (39.0%)	25 (34.7%)	55 (41.4%)	
・友達の家を訪ねることができますか	はい	161 (78.5%)	56 (77.8%)	105 (78.9%)	0.846 a
・家族や友だちの相談にのることができますか	はい	156 (76.1%)	57 (79.2%)	99 (74.4%)	0.448 a
・病人を見舞うことができますか	はい	196 (95.6%)	69 (95.8%)	127 (95.5%)	1.000 b
・若い人に自分から話しかけることができますか	はい	172 (83.9%)	60 (83.3%)	112 (84.2%)	0.870 a
8. 精神面の状況(GDS5)	2点以上	70 (34.1%)	23 (31.9%)	47 (35.3%)	0.647 a
	鬱傾向なし	135 (65.9%)	49 (68.1%)	86 (64.7%)	
・毎日の生活に満足していますか	いいえ	43 (21.0%)	7 (9.7%)	36 (27.1%)	0.004 a
・毎日が退屈だと思うことが多いですか	はい	40 (19.5%)	11 (15.3%)	29 (21.8%)	0.260 a
・外出したり何か新しいことをするよりも家にいたいと思いますか	はい	51 (24.9%)	24 (33.3%)	27 (20.3%)	0.039 a
・生きていても仕方がないと思う気持ちになることがありますか	はい	28 (13.7%)	11 (15.3%)	17 (12.8%)	0.619 a
・自分が無力だと思うことが多いですか。	はい	69 (33.7%)	24 (33.3%)	45 (33.8%)	0.942 a

a: χ^2 検定, b: Fisherの直接確率検定

表3 治療中の疾患

疾患	男性(n=70)				女性(n=135)		
	全体	住宅団地	農村地域	P値	住宅団地	農村地域	p値
	(n=205) 人数(%)	(n=26) 人数(%)	(n=44) 人数(%)		(n=46) 人数(%)	(n=89) 人数(%)	
高血圧	80 (39.0%)	11 (42.3%)	13 (29.5%)	0.277 a	19 (41.3%)	37 (41.6%)	0.976 a
糖尿病	29 (14.1%)	9 (34.6%)	6 (13.6%)	0.039 a	4 (8.7%)	10 (11.2%)	0.771 b
脂質異常症	16 (7.8%)	1 (3.8%)	2 (4.5%)	1.000 b	6 (13.0%)	7 (7.9%)	0.365 b
脳卒中	7 (3.4%)	3 (11.5%)	3 (6.8%)	0.664 b	0 (0.0%)	1 (1.1%)	1.000 b
心疾患	16 (7.8%)	4 (15.4%)	5 (11.4%)	0.718 b	2 (4.3%)	5 (5.6%)	1.000 b
腰痛・膝関節痛	33 (16.1%)	5 (19.2%)	3 (6.8%)	0.137 b	11 (23.9%)	14 (15.7%)	0.246 a
うつ病	4 (2.0%)	0 (0.0%)	2 (4.5%)	0.526 b	1 (2.2%)	1 (1.1%)	0.253 b
認知症	3 (1.5%)	0 (0.0%)	1 (2.3%)	1.000 b	1 (2.2%)	1 (1.1%)	1.000 b
耳の病気	6 (2.9%)	1 (3.8%)	2 (4.5%)	1.000 b	1 (2.2%)	2 (2.2%)	1.000 b
目の病気	24 (11.7%)	4 (15.4%)	4 (9.1%)	0.458 b	7 (15.2%)	9 (10.1%)	0.384 a
その他	35 (17.1%)	6 (23.1%)	13 (29.5%)	0.557 a	4 (8.7%)	12 (13.5%)	0.415 a

a: χ^2 検定, b: Fisherの直接確率検定

表4 外出状況及び社会活動状況

		全体	住宅団地	農村地域	p値
		(n=205) 人数(%)	(n=72) 人数(%)	(n=133) 人数(%)	
1. 外出頻度	週1回以上の外出	172 (83.9%)	55 (76.4%)	117 (88.0%)	0.031 a
	週1回未満の外出	33 (16.1%)	17 (23.6%)	16 (12.0%)	
2. 町外への外出	月1回以上	169 (82.4%)	58 (80.6%)	111 (83.5%)	0.602
3. 定期的に参加している地域活動(自治会・女性会・老人会・地域行事・ボランティア活動)	ある	139 (67.8%)	56 (77.8%)	83 (62.4%)	0.025 a
4. よくしている個人的活動(複数回答)	運動	95 (46.3%)	35 (48.6%)	60 (45.1%)	0.632 a
	農作業	58 (28.3%)	13 (18.1%)	45 (33.8%)	0.017 a
	園芸	44 (21.5%)	18 (25.0%)	26 (19.5%)	0.364 a
	伝統工芸	5 (2.4%)	0 (0.0%)	5 (3.8%)	0.164 b
	踊り	7 (3.4%)	2 (2.8%)	5 (3.8%)	1.000 b
	旅行	68 (33.2%)	25 (34.7%)	43 (32.3%)	0.728 a
	手芸	41 (20.0%)	23 (31.9%)	18 (13.5%)	0.002 a
	生け花	10 (4.9%)	5 (6.9%)	5 (3.8%)	0.326 b
	囲碁・将棋	5 (2.4%)	4 (5.6%)	1 (0.8%)	0.053 b
	カラオケ	49 (23.9%)	21 (29.2%)	28 (21.1%)	0.193 a
5. 有償労働	している	43 (21.0%)	8 (11.1%)	35 (26.3%)	0.120 a
6. 今より外出を増やしたいと思いますか	はい	98 (47.8%)	32 (44.4%)	66 (49.6%)	0.479 a
7. 介護予防の講座や教室に参加してみたいですか	はい	127 (62.0%)	45 (62.5%)	82 (61.7%)	0.905 a

a: χ^2 検定, b: Fisherの直接確率検定

3. 外出状況及び社会活動状況(表4)

外出頻度は、172人(83.9%)の方が週1回以上外出していたが、33人(16.1%)は週1回も外出していなかった。町外への外出は、月1回以上の頻度を尋ねたが、169人(82.4%)の方が外出していた。地域活動は139人(67.8%)の方が定期的に地域活動をしていた。個人的活動として、よくしている活動を複数選択した結果では、運動46.3%、旅行33.2%と高く、農作業(28.3%)、カラオケ(23.9%)、園芸(21.5%)、手芸(20.0%)の順に高く20%以上であった。「今より外出を増やしたい」と回答した方は約半数の98人(47.8%)、「介護予防の講座や教室に参加してみたい」と回答した方は127人(62.0%)であった。

4. 農村地域と比較した住宅団地の関連項目(表5)

A町の農村地域を基準として、住宅団地に独立して関連する項目を男女別に多重ロジスティック回帰分析で解析した。農村地域に比べて住宅団地の男性に有意差があった項目は、家族構成で、子・孫らとの同居のOdds比0.02、夫婦のみの世帯のOdds比0.10と負の関連を示した。年1回以上の健康診断受診は、住宅団地の男性はOdds比6.58、定期的に参加している地域活動もOdds比4.88と正の関連を認めた。一方、住宅団地の女性で、健康や生活の心配事の相談者がいることはOdds比14.56で正の関連、主観的健康感のOdds比0.28で負の関連、「外出したり何か新しいことをするよりも家にいたい」はOdds比4.01で正の関連、外出頻度は週1回以上の外出はOdds

表5 農村地域と比較した住宅団地の関連項目（ステップワイズ法による多重ロジスティック回帰分析）

採択された説明変数	比較カテゴリ/ 基準カテゴリ	全体		男性		女性	
		Odds比(95%CI)	p値	Odds比(95%CI)	p値	Odds比(95%CI)	p値
家族構成	子・孫らと同居/独居			0.02(0.01-0.27)	0.003		
	夫婦/独居			0.10(0.01-0.84)	0.034		
健康や生活等の心配事の相談者の有無	有/無	7.48(1.72-32.51)	0.007			14.56(1.59-133.45)	0.018
年一回以上の健康診断	受けている/受けていない 非常に健康・まあ健康/ あまり健康でない・健康でない	3.05(1.23-7.60)	0.016	6.58(1.22-35.48)	0.028		
主観的健康感		0.22(0.09-0.51)	0.000			0.28(0.10-0.80)	0.018
毎日の生活に満足していますか	はい/いいえ	3.81(1.28-11.33)	0.016				
外出したり何か新しいことをするよりも家にいたいと思いますか	はい/いいえ	4.16(1.64-10.57)	0.003			4.01(1.48-11.25)	0.006
外出頻度	週1回以上の外出/ 週1回未満の外出	0.35(0.14-0.88)	0.025			0.26(0.08-0.81)	0.020
定期的に参加している地域活動	有/無	3.10(1.30-7.39)	0.011	4.88(1.06-22.42)	0.042		
農作業	よくしている/ していない	0.33(0.15-0.76)	0.009			0.28(0.09-0.88)	0.029
手芸	よくしている/ していない	2.85(1.27-6.38)	0.011			6.55(2.51-17.14)	0.000

比0.26で負の関連、農作業はOdds比0.28で負の関連、手芸はOdds比6.55で正の関連があった。

IV. 考 察

対象者の健康と外出及び社会活動状況の調査結果をもとに、A町の地域特性とされる住宅団地と農村地域に区分して考察した。

1. 対象者の基本的属性

地域別では農村地域より住宅団地で相談者がいる人は95.8%と高かったが、農村と旧住宅地の特性をもつ地域在住の高年者が他の新興住宅地域よりもソーシャルネットワークが豊かである（石川、冷水、山口、2009）との結果もあり、本研究と異なる結果となった。この研究では、家族・親戚、友人・知人、隣人などのインフォーマルな対人関係をソーシャルネットワークとしており、特に限定せず、家族・親戚関係から広く隣人・知人までを本研究のソーシャルサポートとしたことと調査項目は類似している。異なる結果となった要因として、本研究の住宅団地の対象者は家族構成において独居高齢者が多かったことで、見守り支援としての地域住民の関わりが影響していると推測される。表4で住宅団地の方が地域活動に定期的に参加している割合が高いという結果も地域ネットワークの豊かさを支持していると考えられる。

2. 対象者の生活機能

一般高齢者を対象として、より高次の生活機能評価のため老研式活動能力指標を使用し、生活機能に関する項目をできる能力として回答してもらったが、手段的ADL、知的ADL、社会的ADLのいずれも地域差がなかった。両地域ともすべての項目で

70%以上の方ができると回答しており、会場に來れる比較的生活機能に問題のない健康な高齢者のため、有意差はなかったと考えられる。

3. 健康診断の受診状況

保健行動を知る上で、年1回以上の健康診断の受診状況を尋ねたが、農村地域は住宅団地に比べて、受診率が28.6%と非常に低かった。農村部は都市部と比較すると、受診行動と地域交流との関連が強く、農村部は特に地区組織活動を活用した受診奨励が有効であると考えられている（安武、山本、畠、吉永、1993）。このことから農村地域において、住宅団地より地域活動の割合が15%以上低かったことや健康や生活等の相談者のいる割合が10%以上少ないことが、先行研究と同様に受診状況に影響したのではないかと考えられる。また、農村地域は農繁期が多忙で受診できないなども考えられ、実施方法（時期、場所、周知方法等）も踏まえて検討する必要がある。

4. 主観的健康感

主観的健康感が高齢者の生きがいと強い関連を示すことがすでに報告されているが、生きがいは農村地域で家族構成に強い関連を認め、特に農村地域の女性にとっては子どもの存在自体が「生きがい」の対象となっている（長谷川、藤原、星、新開、2002）ことから、本研究においても同居世帯の多かった農村地域で、主観的健康感が高かったのではないかと考えられる。

主観的健康感に直接影響すると考えられる治療状況や通院状況は（五十嵐、飯島、2006）、表2の単変量解析より地域別に有意な差はみられなかったが、表5より住宅団地と関連する項目をみたところ、通院に必要とされる外出頻度は、農村地域と比べて

Odds 比0.26と負の関連があった。また住宅団地の女性は、手芸等自宅で行う活動の割合が高いことも外出頻度の低さに関連していると考えられる。通院状況や治療状況で地域差は直接なかったが、外出頻度が低いことは、心身の状況から虚弱高齢者に関連していることもあり（中村，山田，2009），健康の自覚が得られず主観的健康感が低かったのではないかと考えられる。

5. 外出頻度と介護予防の必要性

外出頻度は自宅周囲の物理的環境や交通事情という観点からも検討が必要であるが、閉じこもりとの関連も考えなければならない。高齢者の閉じこもりは、1984年に竹内が提唱した概念（竹内，1996）であるが、その後実証研究（藺牟田，安村，藤田，新井，深尾，1998）や閉じこもり予防の重要性を示す研究が蓄積されている（新開他，2005；渡辺他2007）。2006年に改正された介護保険制度では、ようやく閉じこもり予防が介護予防事業の一つに盛り込まれた。厚生労働省の定めるスクリーニングは、閉じこもり基準に外出頻度を用いており、「週1回未満」の者を閉じこもりと定義する研究（安村，2006）が主流となっている。本研究でも外出頻度を用い、週1回未満の外出状況の方はハイリスクアプローチの対象として把握した。住宅団地の女性は、外出頻度において週1回未満の方が多かったうえに、外出したり新しいことに挑戦するより家にいたいなどの精神上的課題もみられた。外出に対するおっくうさが女性の方が若い年齢から急増すること（吉本，川田，1998）や後期高齢の女性の方が、遠方への外出が困難になりやすいこと（山川，上島，岡山，喜多，辻橋，1994）も指摘されているため、今後閉じこもりが進行することも懸念される。

6. 地域別の介護予防

住宅団地の対象者は、農村地域に比べて、相談者のいる割合が高かったことや地域活動への参加割合が高いことより、介護予防はソーシャルネットワークを強化して継続支援に繋げる必要がある。逆に農村地域は、外出頻度が住宅団地より高く、農作業や運動といった個人的活動や有償労働の割合も高かったことより、活動自体を継続することで生活機能を維持できる。生活機能の維持は、健康の自覚も得られやすいため、結果的に主観的健康感の高さにも影響する。地域活動は、農村地域において住宅団地より参加率が低いため、介護予防は地区組織の活性や連携強化も視野に入れ事業展開を考える必要がある。

7. 本研究の限界と課題

本研究では、A町の住宅団地と農村地域という2つの地域特性で分析したが、同様の地域特性をもつ他地域との比較検討が必要である。

次に対象者は、調査地域の全数または無作為抽出でないため、様々なバイアスがあったことが考えられる。地域別、性別、年齢構成別に分けると決してバランスも良いとは言えないので、調査結果の一般化には限界がある。

高齢者が増加する中、活動的な高齢者数を増やすため、介護予防事業の推進や個人・集団の主体的な介護予防の支援が必要である。それゆえ地域住民の外出状況や社会活動状況を地域特性との関連とも照らし合わせて事業実施することが必要であり、本研究における今後の課題といえる。

V. 結 語

本研究の住宅団地の高齢者は、地域活動への参加、相談者がいること、健診の受診率が高いことが特徴であり、今後介護予防事業も団地内の地区組織に働きかけ、取り組みや運営を支援することが効果的ではないかと考える。住宅団地の女性は、主観的健康感が低く家にいたいと思う方が多いため、地域とのつながりの中で、外出支援や生きがい活動への支援をしていく必要がある。

一方農村地域は、外出や個人的活動、有償労働に伴う活動が、生活機能の維持と主観的健康感に影響していると考えられる。今後も個人の介護予防が継続できるよう知識・技術の普及啓発など一次予防の支援を行うとともに、地域住民の介護予防の意識の醸成が図れるよう組織づくりが必要である。

謝 辞

本研究を行うにあたり、快くご協力をいただきましたA町住民の皆様、A町福祉課長、A町地域包括支援センター保健師の皆様には深く御礼申し上げます。

本研究は、平成24年度日本赤十字広島看護大学奨励研究助成金を受けて実施いたしました。

文 献

- 原田隆，加藤恵子，小田良子，内田初代，大野知子（2011）．高齢者の生活習慣に関する調査（2）－余暇活動と生きがい感について－．名古屋文理大学紀要，11，27-33.
- 長谷川明弘，藤原佳典，星旦二，新開省二（2003）．高齢者における「生きがい」の地域差－家族構成、

- 身体状況ならびに生活機能との関連－. 日本老年医学会誌, 40(4), 390-396.
- 橋本修二, 青木利恵, 玉腰暁子, 柴崎智美, 永井正規, 川上憲人, 五十里明, 尾島俊之, 大野良之 (1997). 高齢者における社会活動状況の指標の開発. 日本公衆衛生雑誌, 44, 760-768.
- 広島県健康福祉局介護保険課 (2013). 介護保険制度の実施状況. 2013年10月30日, <http://www.pref.hiroshima.lg.jp/site/toukeityousa/1295331763689.html>
- 星旦二, 福永一郎, 徳留修身, 細川えみ子, 中村安秀, 山崎秀夫, 田沢光正, 揚松龍治 (2001). 保健所が支援する地域の全高齢者を対象とした指標型目標設定による包括的保健予防活動効果に関する対照群を含む長期介入追跡研究. 平成12年度厚生科学総合研究事業 総括研究報告書.
- 古谷野亘, 柴田博, 中里克治, 芳賀博, 須山康夫 (1987). 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－. 日本公衆衛生雑誌, 34, 109-114.
- 五十嵐久人, 飯島純夫 (2006). 主観的健康感に影響を及ぼす生活習慣と健康関連要因. Yamanashi Nursing Journal, 4(2), 19-24.
- 藺牟田洋美, 安村誠二, 藤田雅美, 新井宏朋, 深尾彰 (1998). 地域高齢者における「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. 日本公衆衛生雑誌, 45(9), 883-892.
- 石川久展, 冷水豊, 山口麻衣 (2009). 高齢者のソーシャルネットワークの特徴と生活満足度との関連に関する研究－4つの地域特性別分析の試み－. 人間福祉学研究, 2(1), 49-60.
- 厚生労働省老健局老人保健課 (2013). 平成23年度介護予防事業（地域支援事業）の実施状況に関する調査結果. 2013年10月30日, http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/tyousa/h23.html
- 中村恵子, 山田紀代美 (2009). 虚弱高齢者の外出頻度とその関連要因. 日本看護研究学会雑誌, 32(5), 29-38.
- 岡本秀明, 岡田進一, 白沢 政和 (2006). 大都市居住高齢者の社会活動に関連する要因 身体, 心理, 社会・環境の要因から. 日本公衆衛生雑誌, 53, 504-515.
- 新開省二, 藤田幸司, 藤原佳典, 熊谷修, 天野秀紀, 吉田裕人, 寶貴旺, 渡辺 修一郎 (2005). 地域高齢者における“タイプ別”閉じこもりの出現頻度とその特徴. 日本公衆衛生雑誌, 52(6), 443-455.
- 竹内孝仁 (1996). 通所ケア学. (pp.15-37). 東京, 医歯薬出版株式会社.
- 鳥羽研二 (2003). 高齢者総合的機能評価ガイドライン. 厚生科学研究所, 108-114.
- 渡辺美鈴, 渡辺丈眞, 松浦尊磨, 樋口由美, 渋谷孝裕, 臼田寛, 河野公一 (2007). 生活機能の自立した高齢者における閉じこもり発生の予測因子. 日本老年医学会雑誌, 44(2), 238-246.
- 山川正信, 上島弘嗣, 岡山明, 喜多義邦, 辻橋幹恵 (1994). 訪問悉皆調査による在宅高齢者のADL（日常生活動作能力）の実態. 日本公衆衛生雑誌, 41(10), 987-996.
- 安村誠二 (2006). 地域ですすめる閉じこもり予防・支援 効果的な介護予防の展開に向けて. (pp. 8-45). 東京, 中央法規.
- 安武繁, 山本光昭, 畠秀治, 吉永文隆 (1993). 広島県における住民の健康づくり行動並びに保健事業への参加に関連する要因の検討. Bull.Inst. Public Health, 42(4), 549-562.
- 吉本照子, 川田智恵子 (1998). 在宅高齢者の保健行動, 日常生活活動, 交通環境に対する認識の性・年齢差: 公共交通が不便な地域における調査研究. 日本老年医学会雑誌, 35(8), 619-625.

A study on the preventive long-term care of the general elderly population living in the rural area and residential estate of Town A

Shinji Hayashi *

Abstract:

Objective: to understand the health and outside-home social activities of general elderly people in a residential complex area and a remote area each in Town A, and consider town-specific preventive care measures.

Methods: Questionnaire surveys were carried out on the elderly population who participated in activities such as district salons. The χ^2 -test and multiple logistic regression analysis were then conducted to investigate the relation between each survey item and region.

Results: the survey covered 272 elderly people, of whom 205, or 75.4 percent, provided valid replies. In the residential complex area, 95.8 percent said that they have at least one person to talk with about their worry; a high proportion, 77.8 percent, said that they participate in community activities; 76.4 percent said that they go out at least once a week; and 36.1 percent said that they subjectively feel that they are not healthy or not so much healthy. In the remote area, on the other hands, a higher proportion, 88 percent, said that they go out at least once a week; 21.8 percent said that they subjectively feel that they are not healthy or not so much healthy; but only 28.6 percent said they receive a health checkup, a figure lower than that reported by those in the residential complex area.

Conclusion: preventive elderly care should be given to elderly people in the residential complex area by encouraging them to join community activities or through the engagement of community organizations, while support should continue to be provided to elderly people in the remote area for personal activities such as going out.

Keywords:

region-specific, subjective health, preventive care

* Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing