

## 地域在宅高齢者における自主活動への参加状況と 心理社会的健康および生活機能との関係

ホンダ 本田	ハルヒコ 春彦*	ウエキ 植木	ショウゾウ 章三 <sup>2*</sup>	オカダ 岡田	トオル 徹 <sup>3*</sup>
エバタ 江端	シンゴ 真伍 <sup>4*</sup>	カサイ 河西	トシユキ 敏幸*	タカトウ 高戸	ジンロウ 仁郎*
イヌヅカ 犬塚	ゴウ 剛*	アラヤマ 荒山	ナオコ 直子*	ハガ 芳賀	ヒロシ 博 <sup>5*</sup>

**目的** 本研究は、集会所での自主活動への参加状況と心理社会的健康および生活機能との関連を明らかにすることを研究目的とした。

**方法** 対象は、宮城県の農村部に在住の65歳以上高齢者の中から無作為に1/3抽出で得られた413人（2007年12月31日現在）である。初回調査が2008年2月に、追跡調査が2009年2月に行われた。2回の調査ともに回答が得られた315人のうち、回答に欠損のない218人を分析に用いた。自主活動の参加が心理社会的健康および生活機能の各指標に及ぼす影響については、自主活動参加状況を独立変数、各健康指標を従属変数とするロジスティック回帰分析を用いて分析した。

**結果** 自主活動への参加状況は、1年間に6回以上参加の高頻度参加者が63人（28.9%）、6回未満参加の低頻度参加者が60人（27.5%）、1回も参加しない不参加者が95人（43.6%）であった。

自主活動の不参加者に比べ、高頻度参加者は抑うつ尺度（OR = 0.34, 95% CI: 0.13-0.89）、社会参加（OR = 0.12, 95% CI: 0.05-0.29）、老研式活動能力指標（OR = 0.26, 95% CI: 0.08-0.78）の項目において有意にその機能低下を抑えていた。

**結論** 高齢者の自主活動への参加は、不参加者に比べ精神的健康度や社会的健康度および高次の生活機能の低下を抑制することが示唆された。

**Key words** : 地域在宅高齢者, 自主活動, うつ予防

### I 緒 言

うつは、認知症とならび高齢者の主要な精神疾患のひとつであり、生涯有病率は男性では5~10%、女性では10~20%といわれている<sup>1)</sup>。WHO（世界保健機関）が行った障害調整生存年（DALY）による疾病負荷の将来予測によると、2030年には総疾病の第1位になると予測されている<sup>2)</sup>。また、高齢期の抑うつ症状は、うつ病の発症との関係が強く<sup>3)</sup>、罹患率の増加や死亡率の増加<sup>4)</sup>に関係しているといわれ、たとえば、虚血性心疾患<sup>5~7)</sup>、脳血管障害<sup>8~10)</sup>、糖尿病<sup>11~13)</sup>などに併存した場合、その経

過を悪化させることもわかっている<sup>14)</sup>。さらに、うつは、高齢者における自殺の原因のひとつとなり<sup>1,15)</sup>、地域在住高齢者の自殺念慮に関するコホート研究では、男女共にうつ症状が自殺念慮の予知因子であると報告されている<sup>15)</sup>。つまり、うつ予防の介入は、身体健康維持と密接な関係があり、要支援・要介護高齢者の発生予防、自殺予防にとっても重要である。そのため、高齢者にとってうつは深刻な問題であり、公衆衛生上の対策は極めて重要度の高い疾患である<sup>16)</sup>。

ところで、日本における高齢者へのうつ予防の施策としては、疾病としての「うつ」に移行する可能性の高い者、すなわちうつ傾向の者へのハイリスク・アプローチがあり、基本チェックリストにより選定される特定高齢者を対象とした地域支援事業の6つの柱の中にうつ予防・支援が含まれている。また、うつ予防活動は、うつ傾向の高齢者にかぎらず重要度が高く、地域全体のうつに対する知識の普及・啓発活動を中心とした一般高齢者に対する施策

\* 東北文化学園大学 医療福祉学部

<sup>2\*</sup> 東北文化学園大学大学院健康社会システム研究科

<sup>3\*</sup> 社会福祉法人仙台白百合会

<sup>4\*</sup> 社会福祉法人桜樹会

<sup>5\*</sup> 桜美林大学大学院老年学研究科

連絡先：〒981-8551 宮城県仙台市青葉区国見6-45-1

東北文化学園大学医療福祉学部 本田春彦

としてのポピュレーション・アプローチの取り組みを推進していかなければならない。ハイリスク・アプローチおよびポピュレーション・アプローチは、共に高齢者が集う場における通所型の介護予防事業が想定され、うつ対策をはじめとした健康教育の場として活用できることから注目を浴びている。

また、近年の介護予防事業は、高齢者のボランティアに対する関心の高まりとともに、高齢者が地域において他の高齢者の生活を支える様々なサービスの担い手として活躍する場面が増えてきている。高齢者ボランティアの育成を通じた住民相互の支え合いにもとづく活動<sup>17~19)</sup>は、住民が主体的に福祉を中心とした地域づくりに参加する取り組みとして広がりを見せている。こうした流れの中で、わが国ではボランティア活動が自身の健康の維持・増進に意義があることが報告<sup>18,20)</sup>されてきた。しかしながら、これらの先行研究では高齢者ボランティア自身の健康への影響に主眼が置かれており、自主的に地域活動に参加するボランティア以外の地域高齢者の健康への影響については明らかにされていない。

そこで、本研究では、地域在宅高齢者における集会所での自主活動への参加状況とうつを中心とした心理社会的健康および生活機能との関連について検討し、今後のうつ予防のための方策を探るための基礎資料を得ることを研究目的とした。

## II 研究方法

### 1. 対象者

調査の対象は、宮城県登米市津山町在住の65歳以上（2007年12月31日現在）の者のうち1/3抽出で得られた413人である。津山町は宮城県の北東部に位置し、南部は石巻市に隣接する人口4,015人の農村地域である。65歳以上人口の割合は30.9%（2007年12月31日現在）であり、宮城県平均20.7%（2007年3月31日現在）より高率の地域に位置している。

### 2. 調査方法

初回の調査は登米市健康推進課の協力を得て2008年2月に行われ、調査項目の解説と面接技法について研修会にて訓練を受けた調査員35人による面接調査法によった。なお、調査員は地域住民の健康の保持増進を図ることを目的とし、行政区長が任命し市長から委嘱を受けた登米市保健活動推進員が担った。413人の調査対象のうち385人から応答があった（応答率93.2%）。応答者のうち、拒否13人、入院・入所36人、長期不在2人、認知症1人、死亡2人、その他7人の合計61人を除く324人に対して2009年の2月に追跡調査を実施した。最終的に継続調査を受けたのは、257人（追跡率79.3%）であった。初回

調査および追跡調査に両方とも回答した257人のうち、分析項目に欠損のあった者19人および津山町にて高齢者ボランティアとして地域での活動を積極的に行っている者20人を除く218人を分析対象とした。なお、高齢者ボランティアを除外した理由としては、健康づくりの活動の担い手となるべく、健康に関する知識を得たり、体操やレクリエーション指導を受けているため、健康意識やライフスタイルが他の一般高齢者とは異なっている可能性が高く、セレクションバイアスを除くためである。

訪問調査の際、倫理的配慮として調査の主旨、自由意志による参加、個人情報保護等について文書にて説明し、調査票への回答と同意書への署名をもって協力意志を確認した。なお本研究は、東北文化学園大学の研究倫理審査委員会の承認（平成20年1月）を得て行った。

### 3. 調査内容

本研究では、分析に用いる指標として、集会所での自主活動への参加の有無、基本属性、心理社会的および生活機能の各指標を取り上げた。ここでいう集会所とは、全て自治会を単位として構成されている施設である。施設の名称は、集会所の他、憩の家、改善センター、担い手センターがあるが、行政においては集会所（集会所施設）として分類されており、住民にも広く集会所として認知されている。

自主活動は、同地区の健康づくり・介護予防活動を担う高齢者ボランティアによる活動のほか、町内会・自治会、老人クラブ、婦人会、趣味の会などの従来から存在する各種組織の活動がある。高齢者ボランティアは、2007年10月から2008年1月にかけて高齢者ボランティア研修によって育成され、既存の組織とも連携しながら介護予防のための体操やレクリエーション等の軽運動や健康関連の話題提供を行っている。そのため、本研究においては、高齢者ボランティアによる活動に限らず、従来から存在する各種組織の活動も含めて『自主活動』と定義した。

自主活動への参加有無については、追跡調査時に質問し、過去1年間の集会所での集まりへの参加の有無とその回数について回答を求め、「なし」に0点を、「低頻度参加（5回以下/年）」に1点を、「高頻度参加（6回以上/年）」に2点を与えて使用した。なお、低頻度と高頻度の分類は、50パーセント値を採用した。

基本属性に関する内容は、性別、年齢、世帯構成（0=配偶者なし、1=配偶者あり）、教育歴（教育を受けた年数）、経済状況を把握した。経済状況は、「かなりゆとりがある」、「まあゆとりのある方だと思う」、「どちらかといえば苦しい」、「苦しい」の4

件法により調査を行い、「かなりゆとりがある・ゆとりのある方」に0点を「苦しい・どちらかといえど苦しい」に1点を与えて使用した。

健康指標は、心理社会的健康に関する変数として抑うつ尺度(Geriatric Depression Scale 15項目版<sup>21)</sup>、以下GDS-15と略す)、日常生活満足度<sup>22)</sup>、健康度自己評価<sup>23)</sup>、社会参加の状況<sup>24)</sup>を、生活機能に関する変数として、老研式活動能力指標<sup>25)</sup>を取り上げた。

抑うつ尺度(GDS-15)は15項目の質問に対し、「はい」と「いいえ」より選んで回答を得て、「はい」を1点として点数化(0-15点)し、6点以上を「抑うつ傾向あり」とし1点を与え、5点以下を「抑うつ傾向なし」とし0点を与えて使用した。

日常生活満足度は、視覚アナログ尺度(visual analogue scale)を用いて、地域在宅高齢者が日常生活全体に対し、どの程度満足しているか対象者自身に定義してもらった。100 mmの直線を日常生活全体の満足度とし、上端が最も満足している状態、下端が最も満足していない状態であることを説明し、対象者自身に調査時の満足度を線上に○印で示してもらった。本研究では、記入された丸印の中心からの長さをmm単位で測定し、その値から30パーセント値によって区分し、60 mm以下を「日常生活満足度低下」とし1点を、60 mm未満を「日常生活満足度維持」とし0点を与えて使用した。

健康度自己評価は、芳賀ら<sup>23)</sup>の基準にしたがって「健康でない」、「あまり健康でない」、「まあ健康な方だと思う」、「非常に健康」の4件法により測定し、「健康でない・あまり健康でない」に0点を「非常に健康・まあ健康な方」に1点を与えて使用した。

社会参加は、橋本ら<sup>24)</sup>が開発した社会活動状況の指標の一部を改変したものを用いている。改変の内容は、「町内会や自治会活動に参加しますか」の質問項目を除外した点である。その理由として、本研究の自主活動の定義に町内会や自治会の活動を含んでおり、独立した質問項目としてあげられており、その重複を避けるためである。その1項目を除く5項目の質問に対し、それぞれ「いつもしている」、「時々している」、「していない」の3件法で回答を得た。本研究では、「いつもしている・時々している」に1点を、「していない」に0点を与え、得点化(0-5点)し、下位30パーセント値によって区分し、1点以下を「社会参加低下」とし1点を与え、2点以上を「社会参加維持」とし2点を与えて使用した。なお、改変した「社会参加」の指標において信頼性を表す $\alpha$ 係数は、初回調査で0.71であり、内的一貫性は保たれていることが確認された。

老研式活動能力指標は、歩行や食事、移動、排泄

などの日常生活活動以上の、より高次な高齢者の活動能力全般を測る尺度である。本研究では、13項目の質問に対して「はい」に1点を「いいえ」に0点を与え、その合計得点(0-13点)を算出し、10点以下を「生活機能低下」とし1点を与え、11点以上を「生活機能維持」とし0点を与えて使用した。

#### 4. 分析方法

分析は、まず、自主活動参加者、不参加者における基本属性のうち、性別、年齢区分、世帯構成、経済状況についての独立性の検定には $\chi^2$ 検定を、年齢および就学年数の平均値の比較には一元配置分散分析を用いた。また初回調査の各健康指標の比較には $\chi^2$ 検定を用いた。

次に、初回調査から追跡調査までのそれぞれの従属変数の2値による変化を求め、「低下・低下状態維持」、「向上・良好状態維持」に分類し、 $\chi^2$ 検定により変化の比較を行った。その上で、統計的に有意( $P < 0.05$ )な項目について、自主活動参加の有無を独立変数、それぞれの健康指標を従属変数とする多重ロジスティック回帰分析を行った。なお、他の健康指標の変化が影響しあっていることを考慮して、本研究では従属変数以外の全ての変数の変化の値と基本属性を制御変数として分析に用いた。

分析には統計解析ソフトとしてSPSS Statistics 17 for Mac (SPSS Japan Inc., an IBM company)を使用し、危険率5%未満を統計学的有意水準とした。

### Ⅲ 研究結果

表1は、分析対象者の基本属性を示している。自主活動への参加状況は、6回以上/年の高頻度参加者が63人(28.9%)、6回未満/年の低頻度参加者が60人(27.5%)、不参加者が95人(43.6%)であった。性別において有意差はみられなかった。年齢では、高頻度参加者の73.75歳、低頻度参加者の73.63歳に対し、不参加者は77.96歳であった。また、自主活動に参加する者の割合は65歳から74歳の前期高齢者の方が有意に高かった。家族構成および経済状況は有意差がみられなかった。就学年数については高頻度参加者の8.90年に対し、低頻度参加者は8.30年、不参加者は8.45年とやや短い傾向を示したが、統計的に有意ではなかった。

表2は、初回調査における自主活動参加状況別の各健康指標を比較した結果を示している。全ての指標において初回調査時に有意差はみられなかった。

表3は、初回調査から1年後の追跡調査時におけるそれぞれの健康指標の変化を「低下・低下状態維持」、「向上・良好状態維持」の2群に再分類し、その割合を示している。 $\chi^2$ 検定の結果は、抑うつ傾

表1 初回調査時の対象者基本属性

		不参加者 n=95 (43.6%)	低頻度参加者 n=60 (27.5%)	高頻度参加者 n=63 (28.9%)	P 値
性別	男	36(38.7)	30(32.3)	27(29.0)	0.332
	女	59(47.2)	30(24.0)	36(28.8)	
年齢構成	65-74歳	32(31.4)	34(33.3)	36(35.3)	0.003
	75歳以上	63(54.3)	26(22.4)	27(23.3)	
年齢		77.96±7.08	73.63±6.16	73.75±6.94	P<0.001
家族構成	配偶者あり	65(48.9)	33(24.8)	35(26.3)	0.143
	配偶者なし	30(35.3)	27(31.8)	28(32.9)	
経済状況	ゆとりあり	60(42.3)	44(31.0)	38(26.8)	0.275
	ゆとりなし	35(46.1)	16(21.1)	25(32.9)	
就学年数		8.45±1.64	8.30±1.36	8.90±1.82	0.094

※ 性別, 年齢構成, 家族構成, 経済状況は $\chi^2$ 検定, 年齢および学歴は一元配置分散分析により実施した  
 ※ 表中の値は n (%) もしくは平均±SD を示している

表2 初回調査時の自主活動への参加状況別にみた各健康指標の比較

		不参加者 (n=95)	低頻度参加者 (n=60)	高頻度参加者 (n=63)	P 値
抑うつ傾向の有無	抑うつ傾向あり	25(26.3)	21(35.0)	25(39.7)	0.192
	抑うつ傾向なし	70(73.7)	39(65.0)	38(60.3)	
日常生活満足度	高い(60点以上)	67(70.5)	45(75.0)	43(68.3)	0.702
	低い(60点未満)	28(29.5)	15(25.0)	20(31.7)	
健康度自己評価	健康である	65(68.4)	46(76.7)	46(73.0)	0.526
	健康でない	30(31.6)	14(23.3)	17(27.0)	
老研式活動能力指標	高い(10点以上)	69(72.6)	38(63.3)	38(60.3)	0.228
	低い(11点未満)	26(27.4)	22(36.7)	25(39.7)	
社会参加	高い(2点以上)	46(48.4)	37(61.7)	29(46.0)	0.166
	低い(2点以下)	49(51.6)	23(38.3)	34(54.0)	

※  $\chi^2$  検定により実施した

※ 表中の値は n (%) を示している

向の有無 ( $P<0.001$ ), 健康度自己評価 ( $P<0.001$ ), 老研式活動能力指標 ( $P<0.001$ ) および社会参加 ( $P<0.001$ ) については, 不参加者に比べ, 低頻度参加者や高頻度参加者において低下・低下維持の割合が有意に低かった。また, 日常生活満足度については, 同様の傾向が示されたものの, 統計的に有意ではなかった。

表4では, 表3において有意 ( $P<0.05$ ) な関係あるいは有意な傾向 ( $P<0.10$ ) の関係が確認されたそれぞれの項目について, 自主活動の参加状況と心身の健康指標の変化との関連をロジスティック回帰分析により分析した結果を示している。なおモデルIでは, それぞれの分析において基本属性を制御変数として分析に投入した。また, モデルIIでは, それぞれの分析において基本属性および従属変数以外の各健康指標の変化を示す変数を制御変数として

分析に投入した。

その結果, モデルIでは, 不参加者に比べ高頻度参加者は, 抑うつ傾向の有無 (OR = 0.23, 95% CI: 0.10-0.54), 健康度自己評価 (OR = 0.25, 95% CI: 0.11-0.58), 老研式活動能力指標 (OR = 0.10, 95% CI: 0.04-0.27), 社会参加 (OR = 0.08, 95% CI: 0.03-0.17) の項目において有意に低下が抑制されることが示された。また, 基本属性に加え従属変数以外の変化を示す変数を制御変数として投入したモデルIIでは, 不参加者に比べ高頻度参加者は, 抑うつ傾向の有無 (OR = 0.34, 95% CI: 0.13-0.89), 老研式活動能力指標 (OR = 0.26, 95% CI: 0.08-0.78), 社会参加 (OR = 0.12, 95% CI: 0.05-0.29) の項目において有意に低下が抑制されることが示された。

表3 自主活動への参加状況別にみた各健康指標の変化の比較

		不参加者	低頻度参加者	高頻度参加者	P 値
		(n=95)	(n=60)	(n=63)	
抑うつ傾向の有無	低下・低下状態維持	44(46.3)	19(31.7)	9(14.3)	P<0.001
	向上・良好状態維持	51(53.7)	43(68.3)	54(85.7)	
日常生活満足度	低下・低下状態維持	52(54.7)	29(48.3)	28(44.4)	0.080
	向上・良好状態維持	43(45.3)	31(51.7)	35(55.6)	
健康度自己評価	低下・低下状態維持	41(43.1)	15(25.0)	9(14.3)	P<0.001
	向上・良好状態維持	53(55.8)	45(75.0)	54(85.7)	
社会参加	低下・低下状態維持	70(73.7)	35(58.3)	10(15.9)	P<0.001
	向上・良好状態維持	25(26.3)	25(41.7)	53(84.1)	
老研式活動能力指標	低下・低下状態維持	54(56.8)	14(23.3)	6(9.5)	P<0.001
	向上・良好状態維持	42(43.2)	46(76.7)	57(90.5)	

※ 各群間の変化の比較を $\chi^2$ 検定により実施した

※ 表中の値はn(%)を示している

表4 各健康指標の低下に対する自主活動参加のオッズ比

従属変数	自主活動の参加状況	モデルⅠ <sup>1)</sup>			モデルⅡ <sup>2)</sup>		
		オッズ比	95% 信頼区間	P 値	オッズ比	95% 信頼区間	P 値
抑うつ傾向の有無	不参加	1.00			1.00		
	低頻度(1-5回/年)参加	0.64	0.31-1.30	0.215	0.85	0.40-1.81	0.669
	高頻度(6回以上/年)参加	0.23	0.10-0.54	0.001	0.34	0.13-0.89	0.027
健康度自己評価	不参加	1.00			1.00		
	低頻度(1-5回/年)参加	0.47	0.22-1.01	0.053	0.65	0.29-1.46	0.297
	高頻度(6回以上/年)参加	0.25	0.11-0.58	0.001	0.51	0.19-1.37	0.182
社会参加	不参加	1.00			1.00		
	低頻度(1-5回/年)参加	0.61	0.30-1.26	0.183	0.86	0.40-1.86	0.701
	高頻度(6回以上/年)参加	0.08	0.03-0.17	P<0.001	0.12	0.05-0.29	P<0.001
老研式活動能力指標	不参加	1.00			1.00		
	低頻度(1-5回/年)参加	0.35	0.16-0.77	0.009	0.45	0.19-1.06	0.068
	高頻度(6回以上/年)参加	0.10	0.04-0.27	P<0.001	0.26	0.08-0.78	0.017

1) 共変量には、基本属性(性別, 年齢, 家族構成, 経済状況, 就学年数)を投入した

2) 共変量には、基本属性および各健康指標の変化(0:維持・向上, 1:低下・低下維持)を示す変数を全て投入した

#### Ⅳ 考 察

2000年のゴールドプラン21の開始以降, 健康・生きがいづくり, 介護予防, 生活支援対策の関連で高齢者ボランティアを中心とした地域全体での介護予防事業が取り組まれるようになった。しかしながら, ボランティアを中心とした自主活動の効果についての報告は皆無に等しい。よって, 本研究は, 地域在宅高齢者における集会所での自主活動への参加状況とうつを中心とした心理社会的健康および生活機能との関連について検討し, 今後のうつ予防のための方策を探るための基礎資料を得ることを目的と

した。

集会所における自主活動への参加状況は, 高頻度参加者が63人(28.9%), 低頻度参加者が60人(27.5%), 不参加者が95人(43.6%)であった。また, 高頻度参加者の割合は男性の29.0%, 女性の28.8%にみられたが, この差は有意ではなかった。これまでの報告<sup>26,27)</sup>では男性の活動者が多いとされていたが, 集会所での活動に限れば同様の結果ではなかった。集会所における活動は, 男性と女性それぞれに開かれた活動があり, 性別を問わず参加することが可能であることが示唆された。

自主活動への参加状況を年齢階級別に比較する

と、高頻度参加者の割合は、前期高齢者の35.3%、後期高齢者の23.3%にみられ、有意に前期高齢者の方が高頻度参加者の割合が高かった。高齢になるに従い社会参加が低下する玉腰らの報告と同様であると考えられる。また、新開ら<sup>28)</sup>は地域高齢者における閉じこもり発生の因子を検討し、高齢になるほどその発生率が高くなることを報告しており、今回の後期高齢者における自主活動への参加状況は、閉じこもりの問題も内包したものであろうと解釈できる。

世帯構成別にみた自主活動への参加状況は、統計的有意差はないものの高頻度参加者の割合は、配偶者ありの26.3%に対し、配偶者なしの32.9%の方が高かった。熊坂<sup>29)</sup>らは、地域高齢者にとって同年代との交流の重要性を示唆しており、今回の結果は、同世代との交流や情報交換の場を求めて高齢者自らが身近な集会所への会合等に参加している傾向を反映しているものとも考えられる。また、対象地域においてはひとり暮らし高齢者をはじめ見守りが必要な在宅高齢者に対し、健康づくり活動を担うボランティアや配食サービスのボランティアにより多少なりとも交流の場への参加を呼びかけており、その成果ではないかと考えられる。

経済状況別の自主活動への参加状況には有意差がみられなかった。また、就学年数については、有意差はないものの高頻度群が8.90年と他の2群に比べ高い傾向を示した。安田<sup>30)</sup>は世帯収入と町内会・自治活動や教育程度とグループ活への参加において正の関連を報告しているが、本研究においては、同様の結果が得られなかった。しかし、自主活動への参加と就学年数に関しては、正の関連のある傾向がみられ、多少なりとも影響のある可能性を示した。高齢者が自主活動をはじめとする社会活動への参加には社会経済的要因が少なからず影響していることが示唆された。

表2に示したように初回調査時の各健康指標には、全ての項目において有意差はみられなかった。これまでの高齢者ボランティアと一般高齢者を比較した報告<sup>18,31)</sup>では、積極的に活動に参加する高齢者ボランティアの方が初期の健康度が高いとされていた。本研究では一般高齢者の中で自主活動への参加状況の頻度によって比較検討を試みたが、初期値の健康度に差はないことが明らかとなった。しかし、表3に示す通り、1年後の各健康指標の値は、日常生活満足度を除く全てにおいて自主活動への参加頻度が高いほど低下・低下状態維持の割合が低かった。このような結果から、表4のロジスティック回帰分析では、従属変数以外の健康指標の変化が影響していることを考慮し、基本属性のみを制御変数

としたモデルIに加え、各健康指標の変化を示す変数を制御変数としたモデルIIの2種類の分析方法を示すこととした。

抑うつ傾向については、自主活動への高頻度参加者はその低下が抑制されていることが確認された。その他の心理社会的変数では、社会参加がモデルIおよびモデルIIともに同様の結果であった。高齢者の抑うつ予防の取り組みは人と人のつながりを保つことあるいは強化し、ソーシャル・キャピタルを高めることが重要である<sup>32)</sup>といわれているが、集会所での自主活動への参加により、その機会が得られる可能性のあることが示唆された。また、全国の自治体で、こころの健康を保持・増進を目的とした様々な地域活動が展開されている中で、事業を普及し、継続させていくためには、解決しなければならない課題が多く、たとえば人的資源の確保があげられる。高齢者自身が地域活動の支援者を担う高齢者ボランティアによる相互扶助活動の推進は、それらの課題への糸口になると同時に、豊かな老い=サクセッスフル・エイジング<sup>33)</sup>を実現させる地域社会の創造につながると思われる。Strawbridgeら<sup>33)</sup>は、社会との交流の多い人および抑うつ傾向でない人ほどサクセッスフル・エイジングを実現できる可能性のあることを報告している。すなわち自主活動への参加は、抑うつ傾向をはじめとする精神的健康の低下を抑え、社会参加を保つことから、サクセッスフル・エイジングを迎えるための意義を有しているものと考えられた。

自主活動への参加は、老研式活動能力指標とも関係しており、自主活動への高頻度参加者は生活機能の低下が有意に抑制された。高次生活機能は高齢者のInstrumental Activity of Daily Living (IADL)の低下を予測する因子<sup>34)</sup>であるが、ボランティア活動をはじめとする社会参加が高次生活機能の維持・向上に寄与する<sup>18,35)</sup>ことが知られている。本研究の対象は、結果も先行研究と軌を一にするものであろう。

以上、本稿では、地域高齢者の自主活動の参加状況が心理社会および生活機能におよぼす要因について考察したが、いくつかの問題点や課題も存在する。第一は、本研究の分析対象者は、2年間の調査に応じた地域高齢者で、比較的健康意識の高い住民であると思われる。そのため、本結果を直ちに地域高齢者に一般化するには限界があるということである。とくに追跡調査時に拒否や未実施理由が不明の者が合わせて49件あったことから、集団代表性が多少なりとも低く抑えられていることが推測される。また、追跡時において入院・入所、長期不在、認知症、死亡、その他の理由により追跡不可能であった

者については、初回調査時においてすでに心身の健康度が低いものと考えられ、本結果はそれらを除外している。今後の研究においては調査の精度を高めていくことが必要と考える。

## V 結 語

本研究は、地域在宅高齢者を対象として集会所での自主活動への参加状況の頻度別に心理社会的および生活機能の変化の割合を1年間の縦断データにより比較した。その結果、高齢者の自主活動への参加は、不参加者に比べ精神的健康度および社会的健康度、そして高次の生活機能の低下を抑制することが示唆された。

(受付 2009. 9.28)  
(採用 2010. 8.16)

## 文 献

- 1) 遠藤英俊. うつの評価. 鳥羽研二, 編. 高齢者総合的機能評価ガイドライン. 東京: 厚生科学研究所, 2003; 107-114.
- 2) World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 Update. Geneva: World Health Organization, 2008; 39-49.
- 3) Beekman AT, Deeg DJ, Van Limbeek J, et al. Criterion validity of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D): results from a community-based sample of older subjects in The Netherlands. *Psychol Med* 1997; 27: 231-235.
- 4) Bruce ML, Seeman TE, Merrill SS, et al. The impact of depressive symptoms on physical disability: MacArthur Studies of Successful Aging. *Am J Public Health* 1994; 84: 1796-1799.
- 5) Ariyo AA, Haan MH, Tangen CM. Depressive symptoms and risks of coronary heart disease and mortality in elderly Americans. *Circulation* 2000; 102: 1773-1779.
- 6) Barth J, Schumacher MA, Herrmann-Lingen C. Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2004; 66: 802-813.
- 7) Surtees PG, Wainwright NW, Luben RN, et al. Depression and ischemic heart disease mortality: evidence from the EPIC-Norfolk United Kingdom prospective cohort study. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 515-523.
- 8) Bos MJ, Lindén T, Koudstaal PJ, et al. Depressive symptoms and risk of stroke: the Rotterdam Study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2008; 79: 997-1001.
- 9) Jonas BS, Mussolino ME. Symptoms of depression as a prospective risk factor for stroke. *Psychosom Med* 2000; 62: 463-471.
- 10) Pohjasvaara T, Vataja R, Leppävuori A, et al. Cognitive functions and depression as predictors of poor outcome 15 months after stroke. *Cerebrovasc Dis* 2002; 14: 228-233.
- 11) Braak H, Braak E. Neuropathological staging of Alzheimer-related changes. *Acta Neuropathol* 1991; 82: 239-259.
- 12) Braak H, Del Tredici K, Rub U, et al. Staging of brain pathology related to sporadic Parkinson's disease. *Neurobiol Aging* 2003; 24: 197-211.
- 13) Burn DJ. Depression in Parkinson's disease. *Eur J Neurol* 2002; 9 (Suppl.3): 44-54.
- 14) 久保千春. 【うつ病のすべて】心理・社会的研究 うつ病は身体疾患の発症や予後を左右する. 医学のあゆみ 2006; 219: 1125-1128.
- 15) 栗田周一. 地域在住高齢者の自殺念慮に関する1年間の前向きコホート研究. 東北医学雑誌 2005; 117: 94-96.
- 16) 近藤克則. 抑うつ: 社会と身体的健康をつなぐもの (1). 公衆衛生 2004; 68: 388-391.
- 17) 芳賀 博, 植木章三, 島貫秀樹, 他. 地域における高齢者の転倒予防プログラムの実践と評価. 厚生指標 2003; 50(4): 20-26.
- 18) 島貫秀樹, 本田春彦, 伊藤常久, 他. 地域在宅高齢者の介護予防推進ボランティア活動と社会・身体的健康およびQOLとの関係. 日本公衛誌 2007; 54: 749-759.
- 19) 伊藤常久, 芳賀 博, 植木章三, 他. 高齢者ボランティアを活用した地域介入研究における転倒・閉じこもり予防の効果. 福島医学雑誌 2008; 58: 257-266.
- 20) 藤原佳典, 西真理子, 渡辺直紀, 他. 都市部高齢者による世代間交流型ヘルスプロモーションプログラム: "REPRINTS" の1年間の歩みと短期的効果. 日本公衛誌 2006; 53: 702-714.
- 21) Yesavage JA. Geriatric Depression Scale. *Psychopharmacol Bull* 1988; 24: 709-711.
- 22) Ahlsjö B, Britton M, Murray V, et al. Disablement and quality of life after stroke. *Stroke* 1984; 15: 886-890.
- 23) 芳賀 博. 健康度の測定. 柴田 博, 編. 老人保健活動の展開. 東京: 医学書院, 1992; 74-95.
- 24) 橋本修二, 青木利恵, 玉腰暁子, 他. 高齢者における社会活動状況の指標の開発. 日本公衛誌 1997; 44: 760-768.
- 25) Koyano W, Shibata H, Nakazato K, et al. Measurement of competence: reliability and validity of the TMIG Index of Competence. *Arch Gerontol Geriatr* 1991; 13: 103-116.
- 26) 玉腰暁子, 青木利恵, 大野良之, 他. 高齢者における社会活動の実態. 日本公衛誌 1995; 42: 888-896.
- 27) 金 貞任, 新開省二, 熊谷 修, 他. 地域中高年者の社会参加の現状とその関連要因: 埼玉県鳩山町の調査から. 日本公衛誌 2004; 51: 322-334.
- 28) 新開省二, 藤田幸司, 藤原佳典, 他. 地域高齢者におけるタイプ別閉じこもり発生の予測因子: 2年間の追跡研究から. 日本公衛誌 2005; 52: 874-885.
- 29) 熊坂智美, 稲毛映子, 矢野正文, 他. 地区活動に参加している後期高齢者のソーシャルサポートの現状と将来の介護に関するニーズの特徴 前期高齢者との比

- 較から. 日本地域看護学会誌 2009; 11: 80-86.
- 30) 安田節之. 大都市近郊の団地における高齢者の人間関係量と地域参加. 老年社会科学 2007; 28: 450-463.
- 31) 島貫秀樹, 植木章三, 伊藤常久, 他. 転倒予防活動事業における高齢推進リーダーの特性に関する研究. 日本公衛誌 2005; 52: 802-808.
- 32) 金子善博, 本橋 豊, 山路真佐子. 地域のソーシャル・キャピタルは住民の抑うつ度と関連する. 日本講習衛生学会総会抄録集 2006; 53: 857.
- 33) Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, et al. Successful aging: predictors and associated activities. Am J Epidemiol 1996; 144: 135-141.
- 34) Fujiwara Y, Shinkai S, Kumagai S, et al. Longitudinal changes in higher-level functional capacity of an older population living in a Japan urban community. Arch Gerontol Geriatr 2003; 36: 141-153.
- 35) 宮原洋八, 小田利勝. 地域高齢者のライフスタイルと運動能力, 生活機能, 社会的属性間との関連. 理学療法科学 2007; 22: 397-402.
-



## Relationships between participation in community activities and psychosocial and physical health of community-dwelling elderly

Haruhiko HONDA<sup>\*</sup>, Shouzoh UEKI<sup>2\*</sup>, Toru OKADA<sup>3\*</sup>, Shingo EBATA<sup>4\*</sup>, Toshiyuki KASAI<sup>\*</sup>,  
Jinro TAKATO<sup>\*</sup>, Go INUZUKA<sup>\*</sup>, Naoko ARAYAMA<sup>\*</sup> and Hiroshi HAGA<sup>5\*</sup>

**Key words** : community-dwelling elderly, community activities, depression prevention

**Objective** The aim of this study was to clarify relationships between participation in community activities and psychosocial and physical health of community-dwelling elderly.

**Methods** The participants of the present study were 413 people selected on the basis of a random 1/3 extraction of people aged 65 or older and living in a rural community in Miyagi prefecture. The baseline survey was conducted in February 2008. One year later, we conducted a follow-up survey to clarify how participation in community activities influenced the elderly. Finally, we analyzed data for 218 people, focusing on influences on psychosocial and physical health using the logistic regression model. The state of community activity was treated as a dependent variable, and mental and physical health indicators were assessed as the independent variables.

**Results** Of the elderly sample, 63 persons were found to be frequent participants in community activities, 60 were infrequent participants, and 95 did not participate. The frequently participating individuals displayed significantly better results for declines in depression (OR = 0.34, 95% CI: 0.13–0.89), and social participation (OR = 0.12, 95% CI: 0.05–0.29), as well as the TMIG index of competence (OR = 0.26, 95% CI: 0.08–0.78) as compared with those who did not participate.

**Conclusion** These results suggest that community activities prevent deterioration of mental health, improve social health, and maintain higher-level functional capacity among community-dwelling elderly individuals.

---

\* Faculty of Medical Science and Welfare, Tohoku Bunka Gakuen University

<sup>2\*</sup> Course in Health and Social Services, Graduate School of Tohoku Bunka Gakuen University

<sup>3\*</sup> Sendai Shirayuri-kai, Social Welfare Corporation

<sup>4\*</sup> Ojyu-kai, Social Welfare Corporation

<sup>5\*</sup> Graduate School of Gerontology, J. F. Oberlin University