

原 著

住民主体での活動を目指した介護予防事業終了後の介護予防活動への参加に関連する要因の検討

ニシダ カズマサ カワイ ヒサシ イトウク ミヨ エジリ マナミ
西田 和正* 河合 恒* 伊藤久美子* 江尻 愛美*
オオブリ シュウイチ
大淵 修一*

目的 2015年度に介護予防・日常生活支援総合事業が導入され、住民主体の介護予防活動は、より重要性が増している。自治体の介護予防事業においても、終了後に参加者を住民主体の介護予防活動へ効果的に繋げることが必要である。本研究では住民主体の介護予防活動への参加を促進する取り組みを行った介護予防事業終了者の、その後の住民主体の介護予防活動への参加要因を明らかにすることを目的とした。

方法 東京都A区の一般介護予防事業の2教室を対象とした。この教室では、心身機能改善とともに事業終了後の参加者の自主グループ化を支援するための学習やグループワークを導入している。本研究では、2016・2017年度に同事業参加者に対して実施した、事業開始3か月後（以下、T1）と事業終了6か月後（以下、T2）の自記式アンケートを分析した。有効回答数は216人（男性：51人、女性：165人、年齢：65-95歳）であった。T1では参加教室、健康度自己評価、基本チェックリスト、ソーシャル・キャピタルの「近隣住民との交流」、「グループや団体への参加の有無」、「近隣住民への信頼」、「近隣住民が他の人の役に立とうと思うか」を調査した。T2では住民主体の介護予防活動として、介護予防自主グループへの参加の有無を調査した。住民主体の介護予防活動への参加の有無と調査項目との関連をロジスティック回帰分析で検討した。

結果 参加群は113人（52.3%）、不参加群は103人（47.7%）であった。住民主体の介護予防活動への参加の有無を従属変数、各調査項目を独立変数として個別に投入した単変量のモデルでは、「参加教室」（オッズ比：0.31, 95%信頼区間：0.15-0.63, $P=0.001$ ）、「近隣住民への信頼」（オッズ比：5.30, 95%信頼区間：1.46-19.16, $P=0.011$ ）が介護予防活動への参加と有意に関連していた。すべてを独立変数として投入した多変量のモデルでは、「参加教室」（オッズ比：0.29, 95%信頼区間：0.14-0.62, $P=0.001$ ）が有意な関連要因であった。

結論 事業における積極的な取り組みを通して約5割が住民主体の介護予防活動へ繋がっていた。住民主体の介護予防活動参加の関連要因は、「参加教室」であり、教室の開催頻度などプログラムの内容が事業終了後の住民主体の介護予防活動参加に影響すると考えられた。

Key words : 住民主体の介護予防活動, 参加要因, ソーシャル・キャピタル

日本公衆衛生雑誌 2022; 69(1): 17-25. doi:10.11236/jph.20-092

I 緒 言

我が国における社会保障費は1970年には3.5兆円であったが、2017年には120.2兆円と急増している¹⁾。65歳以上の高齢者数は2025年までに3,657万人へと

増加し続け、要介護認定者数も増大することが見込まれている²⁾。このような状況から、2015年度に介護予防・日常生活支援総合事業が導入され、サービスの確保と高齢者の社会参加の観点から、住民自身が主体となって体操やサロン活動などを実践する住民主体の介護予防活動が推進されるようになった。

こうした住民主体の介護予防活動のひとつとして、週に1回以上、体操等の活動を行う住民運営の通いの場が施策として推進されている³⁾。しかし、

* 東京都健康長寿医療センター研究所
責任著者連絡先：〒105-0003 東京都港区西新橋 1-5-11 11東洋海事ビル 2F
医療経済研究機構研究部 西田和正

2017年時点での65歳以上の高齢者における通いの場の参加率は4.9%で⁴⁾、住民主体の介護予防活動を実践できる場は十分ではない。一方、スポーツ関係や趣味活動、ボランティア活動などの他者との相互関係を伴う社会活動も住民主体の介護予防活動として期待できる。社会活動への参加によって、心身機能低下リスクが抑制されることや⁵⁾、週1~2回の体操を中心とした自己管理型グループへ参加することで、要介護認定が抑制されることが報告されている⁶⁾。このような介護予防に資する社会活動への参加促進も、住民主体の介護予防活動の推進において重要である。

このようなことから、自治体における介護予防事業においても、心身・生活機能改善のための介入だけでなく、事業終了後に参加者を住民主体の介護予防活動へ効果的に繋げることが重要で、実際にそのような活動へ繋げるための取り組みが行われている。このような事業終了者における住民主体の介護予防活動への参加要因を明らかにすることは、事業をきっかけとして参加者を効果的に介護予防活動に繋げていく上で重要である。しかし、これまでに介護予防健診の受診要因^{7,8)}や介入プログラム⁹⁾、社会参加活動への参加要因^{10~12)}について調査した研究

はあるものの、自治体が行う介護予防事業をきっかけとした住民主体の介護予防活動への参加要因について調査した研究は皆無である。社会参加活動の参加要因として友人との交流頻度¹³⁾や近隣住民への信頼¹¹⁾といったソーシャル・キャピタルが関連することから、住民主体の介護予防活動への参加要因として身体機能や心理的側面に加えて、ソーシャル・キャピタルが住民主体の介護予防活動への参加に対して良好な影響を与える可能性がある。

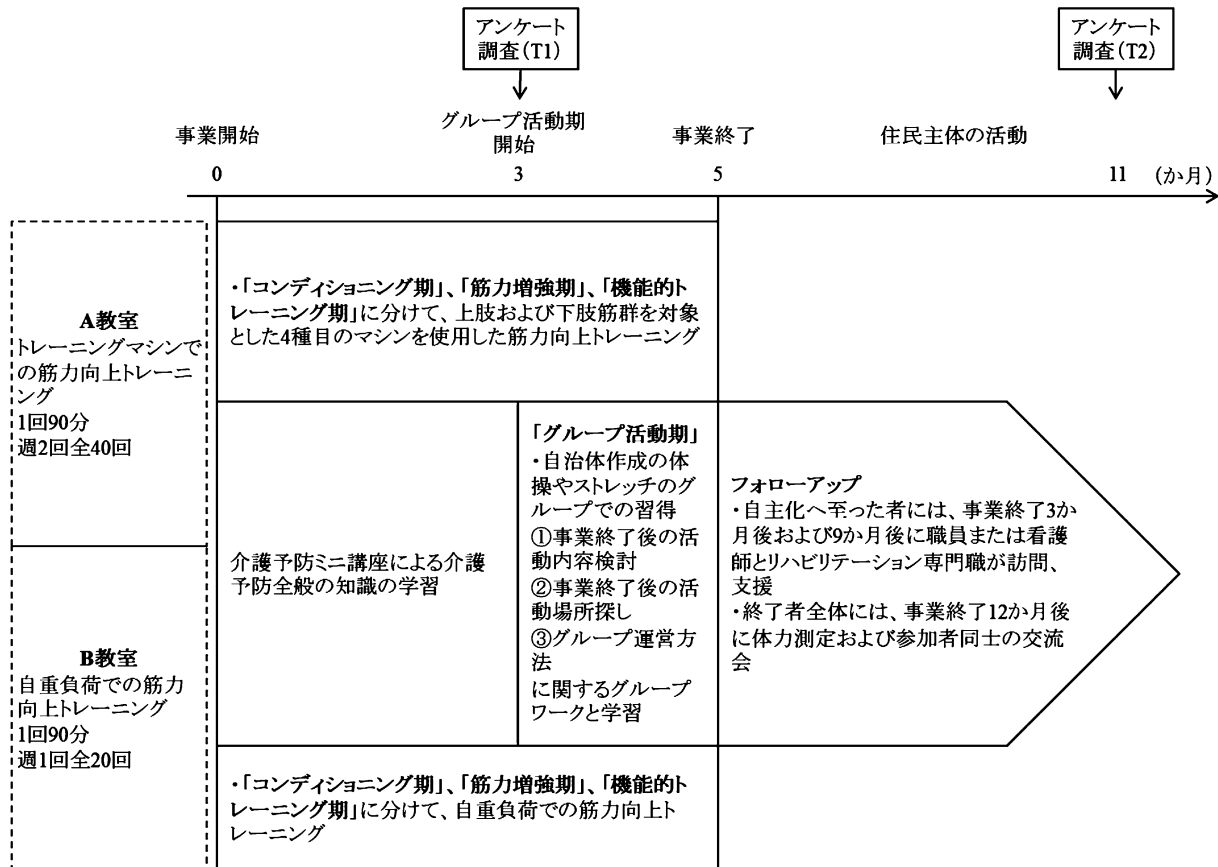
本研究では、住民主体の介護予防活動への参加を促進する取り組みを行った介護予防事業終了者の、その後の住民主体の介護予防活動への参加要因を明らかにすることを目的とした。

II 研究方法

1. 対象事業 (図1)

東京都A区が一般介護予防事業として実施している通所型介護予防事業を対象とした。当該事業は、65歳以上の者を対象としている。一方、過去の当該事業参加者、当該事業終了後に結成された住民主体の介護予防活動参加者、介護保険サービス利用者は当該事業の対象ではない。募集時に、当該事業では、心身機能の向上を目指すこと、事業終了後は住

図1 対象事業の実施内容と評価時



民主体の介護予防活動として自主的に活動を継続することを目的としていることを周知している。参加者は、区報や無料体験会からの応募や、地域包括支援センターからの紹介で参加する。無料体験会のみ会場で基本チェックリストを実施し、生活機能低下が認められた者を優先して案内している。

当該事業には、トレーニングマシンでの筋力向上トレーニングを中心としたA教室、自重での筋力向上トレーニングを中心としたB教室の2種類の教室がある。A教室は、1回あたり90分、5か月間週2回全40回で構成され、上肢および下肢筋群を対象とした4種目のマシンを使用して筋力向上トレーニングを実施している。B教室は、1回あたり90分、5か月間週1回全20回で構成され、自重負荷での筋力向上トレーニングを実施している。両教室ともに、トレーニング動作の習得とトレーニングに耐え得る身体機能の獲得を目指した「コンディショニング期」、適切な負荷を身体にかけ筋力強化を目指した「筋力増強期」、獲得した筋力を日常生活動作に繋げることを目指した「機能的トレーニング期」、グループで簡単な運動を実施でき事業終了後の自主化を目指した「グループ活動期」の4期に分けて取り組んでいる。また、両教室ともに第1回の教室では、オリエンテーションとして、自主的に活動を続けることの意義や教室参加の目標を各自で設定し共有することで、動機づけを狙っている。さらに、両教室ともに毎回介護予防全般の知識を学ぶミニ講座を設け、自分自身で健康管理を行うことや運動を継続することの重要性、仲間と介護予防活動を実践することが健康増進に繋がることなどを説明している。

事業開始3か月以降にあたる「グループ活動期」には、事業終了後の参加者の住民主体の介護予防活動を促進する取り組みとして、毎回参加者自身が健康確認や体操を実施し、自治体独自の体操などをグループで習得できるよう支援している。また、事業終了後の活動内容を考えることや活動場所を探すこと、グループ活動の運営方法（名簿作成、世話人決め、保険の加入など）を決めること、といったテーマを段階的に設定し、グループワークによる課題解決を通して、参加者間の連帯を促し住民主体の介護予防活動へ向けた準備を行っている。このような取り組みを経て、住民主体による介護予防活動グループ立ち上げに至る者や、既存のグループへ参加することで住民主体の介護予防活動へ繋がる者もいる。

住民主体による介護予防活動グループ立ち上げに至った者への事業後のフォローとして、事業終了3か月後および9か月後に職員または看護師とリハビリテーション専門職の2人で訪問し、介護予防活動

の支援を行っている。事業終了者全体に対しては、事業終了12か月後に体力測定および参加者同士の交流会を開催している。

このように、当該事業では、心身機能や生活機能向上を図るだけでなく、事業終了後に参加者が住民主体の介護予防活動を立ち上げられるように積極的な取り組みを行っている。

2. 対象者

本研究は、対象事業において自治体が実施したアンケートの二次分析である。グループ活動期直前にあたる事業開始3か月後（以下、T1）の自記式アンケート調査をベースライン調査とし、事業終了6か月後（以下、T2）の郵送調査と検討した（図1）。

対象者は、2016年度および2017年度の上半期の対象事業に参加した362人（T1アンケート回収率：83.1%、T2アンケート回収率：80.1%）のうち、いずれかのアンケート未回答者109人、自治体の介護予防事業におけるアンケート利用に同意がなかった者18人、アンケート利用への同意はあったが回答に欠損があった者19人を除いた有効回答数216人（男性：51人、女性：165人、年齢：65-95歳。A教室参加者46人、B教室参加者170人）であった。なお、自治体の介護予防事業におけるアンケート利用については、文書で同意を得た。

3. 調査項目

T1では、性、年齢、参加教室、先行研究で社会活動の参加要因として報告されている健康度自己評価^{7,8,12}や基本チェックリスト、社会関係の指標¹¹としてソーシャル・キャピタルの指標¹⁴のうち構造的ソーシャル・キャピタルとして「近隣住民との交流」、「グループや団体への参加の有無」、認知的ソーシャル・キャピタルとして「近隣住民への信頼」、「近隣住民が他の人の役に立とうと思うか」を調査した。

健康度自己評価は、「1. よい」、「2. まあよい」、「3. ふつう」、「4. あまりよくない」、「5. よくない」の5件法で尋ね、よいからふつうを「健康である」、あまりよくないとよくないを「健康でない」とした。

基本チェックリストは、25項目全ての該当数から合計点を求めた。

構造的ソーシャル・キャピタルのうち「近隣住民との交流」は、「あなたは、ご近所の方とどの程度のお付き合いをされていますか？」の質問について「1. お互いに訪問しあう付き合い」、「2. 立ち話をする程度の付き合い」、「3. あいさつする程度の付き合い」、「4. 付き合いはない」の4件法で尋ね、お互いに訪問しあう付き合いと立ち話をする程度の付き合いを「付き合いがある」、あいさつする程度の

付き合いと付き合いはないを「付き合いがない」とした。「グループや団体への参加の有無」は、「町内会・自治会」、「シニアクラブ」、「趣味・教養のグループ」、「スポーツのグループ・クラブ」、「ボランティアグループ」、「その他のグループや団体」について当てはまるものを複数回答で選択させ、いずれかに入っている者を「団体参加あり」、何も入っていない者を「団体参加なし」とした。なお、住民主体の介護予防活動は、「グループや団体への参加」には含まれていない。認知的ソーシャル・キャピタルのうち「近隣住民への信頼」は、「ご近所の方を信頼できますか？」の質問について「1. 信頼できる」、「2. どちらかという信頼できる」、「3. どちらかという信頼できない」、「4. 信頼できない」の4件法で尋ね、信頼できるとどちらかという信頼できるを「信頼できる」、どちらかという信頼できないと信頼できないを「信頼できない」とした。「近隣住民が他の人の役に立とうと思うか」は、「ご近所の方々は、多くの場合、他の人の役に立とうと思いませんか？」の質問について「1. そう思う」、「2. どちらかというと思う」、「3. どちらかというと思わない」、「4. そう思わない」の4件法で尋ね、そう思うとどちらかというと思うを「役に立とうと思う」、どちらかというと思わないとそう思わないを「役に立とうと思わない」とした。

T2では、介護予防事業終了後に教室ごとに新たに設立した、もしくは過去に設立された既存の住民主体の介護予防活動への参加状況として、「介護予防自主グループへの参加の有無」と「参加頻度」を調査した。住民主体の介護予防活動への参加ありを「参加群」、参加なしを「不参加群」とした。参加頻度は、「1. ほぼ毎週」、「2. 月1~2回」、「3. 時々参加」、「4. 参加していたが退会または休会」、「5. その他」で尋ね、住民主体の介護予防活動へ参加していると回答した場合でも、参加頻度で「4. 参加していたが退会または休会」または「5. その他」と回答した者は「不参加群」とした。

4. 分析方法

T2の住民主体の介護予防活動への参加の有無とT1の参加教室、健康度自己評価、基本チェックリスト、「近隣住民との交流」、「グループや団体への参加の有無」、「近隣住民への信頼」、「近隣住民が他の人の役に立とうと思うか」との関連を、それぞれt検定、カイ二乗検定で検討した。次に、従属変数を住民主体の介護予防活動への参加の有無としたロジスティック回帰分析を、T1での調査項目を独立変数として個別に投入した単変量のModel

1, Model 1に加え性・年齢で調整したModel 2, Model 2に加え全ての独立変数を投入した多変量のModel 3で検討した。解析にはIBM SPSS Statistics ver.25を用い、有意水準は5%とした。

5. 倫理的配慮

当該事業のアンケート調査データの二次利用にあたって、自治体に説明文書を送付し、文書にて承認を得た。なお、本研究は、東京都健康長寿医療センター研究所の倫理委員会の承認（承認番号：令和元年度16、承認年月日：2020年7月9日）を得て実施した。

Ⅲ 研究結果

住民主体の介護予防活動参加群は113人（52.3%）で、不参加群は103人（47.7%）であった。T1では、参加群は不参加群と比べA教室参加者の割合が有意に高く（ $P < 0.001$ ）、年齢が有意に低く（ $P < 0.001$ ）、「近隣住民への信頼」の「信頼できる」の割合が有意に高かった（ $P = 0.005$ ）（表1）。性、健康度自己評価、基本チェックリスト、「近隣住民と

表1 住民主体の介護予防活動参加群と不参加群の比較

	参加群 (n=113)		不参加群 (n=103)		有意確率
	n	%	n	%	
性別					0.827
男性	26	23.0	25	24.3	
女性	87	77.0	78	75.7	
年齢					<0.001*
Mean (SD)	75.7	(5.86)	78.6	(6.26)	
参加教室					0.001*
A教室	34	30.1	12	11.7	
B教室	79	69.9	91	88.3	
健康度自己評価					0.384
健康でない	67	59.3	67	65.0	
健康である	46	40.7	36	35.0	
基本チェックリスト (点)					0.109
Mean (SD)	4.4	(3.13)	5.1	(3.20)	
近隣住民との交流					0.238
付き合いがない	24	21.2	29	28.2	
付き合いがある	89	78.8	74	71.8	
グループや団体への参加の有無					0.464
団体参加なし	6	5.3	8	7.8	
団体参加あり	107	94.7	95	92.2	
近隣住民への信頼					0.005*
信頼できない	3	2.7	13	12.6	
信頼できる	110	97.3	90	87.4	
近隣住民が他の人の役に立とうと思うか					0.376
役に立とうと思わない	11	9.7	14	13.6	
役に立とうと思う	102	90.3	89	86.4	

*: $P < 0.05$

Mean: 平均値, SD: 標準偏差

表2 住民主体の介護予防活動参加への関連要因

	Model 1			Model 2			Model 3		
	オッズ比	95%信頼区間	有意確率	オッズ比	95%信頼区間	有意確率	オッズ比	95%信頼区間	有意確率
参加教室									
A 教室	1.00			1.00			1.00		
B 教室	0.31	(0.15-0.63)	0.001	0.29	(0.14-0.60)	0.001	0.29	(0.14-0.62)	0.001
主観的健康感									
健康でない	1.00			1.00			1.00		
健康である	1.28	(0.74-2.22)	0.384	1.22	(0.69-2.16)	0.488	1.26	(0.67-2.34)	0.473
基本チェックリスト合計点	0.93	(0.86-1.02)	0.110	0.97	(0.89-1.07)	0.550	0.99	(0.89-1.10)	0.816
友人・近所との交流頻度									
付き合いがない	1.00			1.00			1.00		
付き合いがある	1.45	(0.78-2.71)	0.239	1.51	(0.79-2.91)	0.215	1.31	(0.63-3.38)	0.461
近隣住民への信頼の強さ									
信頼できない	1.00			1.00			1.00		
信頼できる	5.30	(1.46-19.16)	0.011	4.51	(1.21-16.78)	0.024	3.31	(0.85-12.98)	0.085
近隣住民への相互信頼									
役に立とうと思わない	1.00			1.00			1.00		
役に立とうと思う	1.46	(0.63-3.38)	0.378	1.56	(0.66-3.71)	0.311	1.30	(0.51-3.34)	0.583
グループ活動への参加有無									
団体参加なし	1.00			1.00			1.00		
団体参加あり	1.50	(0.50-4.48)	0.466	1.38	(0.44-4.29)	0.578	1.11	(0.34-3.62)	0.867

Model 1：単変量

Model 2：性・年齢で調整

Model 3：Model 2に加え、参加教室、健康度自己評価、基本チェックリスト、「近隣住民との交流」、「グループや団体への参加の有無」、「近隣住民への信頼」、「近隣住民が他の人の役に立とうと思うか」を投入

の交流」、「グループや団体への参加の有無」、「近隣住民が他の人の役に立とうと思うか」については両群で有意な差を認めなかった。

ロジスティック回帰分析の結果、単変量の Model 1 における「参加教室」のオッズ比は、「A 教室」に対して「B 教室」が0.31 (95%信頼区間：0.15-0.63, $P=0.001$)、「近隣住民への信頼」は、「信頼できない」に対して「信頼できる」が5.30 (95%信頼区間：1.46-19.16, $P=0.011$)であった (表2)。性・年齢で調整した Model 2では、「参加教室」のオッズ比は0.29 (95%信頼区間：0.14-0.60, $P=0.001$)、「近隣住民への信頼」のオッズ比は4.51 (95%信頼区間：1.21-16.78, $P=0.024$)、全ての項目を独立変数として投入した Model 3においては、「参加教室」のオッズ比は0.29 (95%信頼区間：0.14-0.62, $P=0.001$)と、「参加教室」が住民主体の介護予防活動参加の有意な関連要因であった (表2)。

IV 考 察

本研究では、住民主体の介護予防活動への参加を促進する取り組みを行った介護予防事業終了者の、その後の住民主体の介護予防活動への参加要因を明らかにすることを目的とした。その結果、事業終了

後の住民主体の介護予防活動への参加率は52.3%と、半数以上が住民主体の介護予防活動へ繋がっており、その関連要因は、「参加教室」であることが明らかとなった。

関連要因として認められた「参加教室」は、性、年齢や健康度、他のソーシャル・キャピタルを調整しても有意な関連があり、B 教室と比べて A 教室に参加した者ほど住民主体の介護予防活動へ参加しやすいことが示された。A 教室、B 教室ともに自主グループ化に向けた体操の習得や活動内容の検討などのグループワークなどプログラムは同様の内容を実施していたが、B 教室と比べて A 教室の方がプログラムの実施回数が多かった。本研究の結果から、参加者間の連携を促し、住民主体の介護予防活動への参加につなげるためには、一定数以上の開催頻度で時間をかけてプログラムを実施した方が有効かもしれない。ただし、A 教室への参加を選択した参加者は実施回数の多いプログラムに参加し続ける自信があり、介護予防に対する意欲が B 教室参加者よりも高く、事業終了後も住民主体で介護予防活動を継続する必要性を認識しやすい可能性があった。

また、当該事業においては、中盤以降のグループ活動期に住民主体の介護予防活動のために体操習得の支援やグループ活動の運営方法の検討などグルー

ブワークによって課題解決を図るといった特異的な介入を行っており、これによって住民主体の介護予防活動参加が促進した可能性があった。介護予防リーダー養成講座修了者の自主グループ設立要因を質的に検討した研究では¹⁵⁾、設立の要因として、講座における「介護予防や自主グループ活動の重要性の認識」、講座後の「活動意欲・ノウハウの向上」、継続的な「自治体や専門家からのサポート」を報告している。また、住民主体の介護予防活動への参加要因を調査した他の研究^{16~18)}においては、「仲間の存在」、「気楽な仲間との関係性」や「継続できる運動内容」が挙げられている。当該事業のグループ活動期では、まさにこれらの要因に関係する、介護予防や住民主体での活動の重要性の学習、仲間づくりや活動のノウハウについての学習、自治体や専門職による支援体制の構築などが行われており、ソーシャル・キャピタルが高い参加者に対してこのような介入をすることで住民主体の介護予防活動への参加を促進できる可能性がある。

一方、構造的ソーシャル・キャピタルである「近隣住民との交流」と「グループや団体への参加の有無」は、先行研究においては、自主グループや社会活動への参加要因として、「親しい友人や仲間の数¹¹⁾」や、「友人との交流頻度¹³⁾」、「地域の人からの誘いや交流^{17,19)}」が報告されているのに対して、本研究では住民主体の介護予防活動への参加の関連要因ではなかった。この点についても、介護予防事業の参加者内でのグループ化を推進したことが本研究へ影響したと考えられる。また、認知的ソーシャル・キャピタルである、「近隣住民への信頼」と「近隣住民が他の人の役に立とうと思うか」も、住民主体の介護予防活動への参加要因ではなかった。参加群と不参加群ともに「信頼できる」、「役に立とうと思う」と回答した者が9割以上と高く、「近隣住民との交流」が7割以上を占めており、一般高齢者の結果と比べても高い割合を示していた¹⁴⁾。つまり、介護予防事業参加前から地域との繋がりがある者が介護予防事業へ参加しており、元々ソーシャル・キャピタルが高い者が参加していたため、関連要因として認められなかったと考えられた。

社会参加への参加要因や介護予防健診への受診要因として報告されている健康度自己評価は^{7,8,12)}、本研究において関連要因に認められなかった。本研究の対象者は介護予防事業参加者であったためか、健康でないと回答した者が約6割と、健康度自己評価を介護予防健診への受診要因として報告した研究の20~30%^{7,8)}と比べて高く、本研究ではより虚弱

な高齢者を多く含んだことが影響したと考えられた。

本研究では、住民主体の介護予防活動への参加率は52.3%であった。住民主体の介護予防活動への参加要因についての従来の研究は、すべて自主グループ活動参加に至った者へのインタビューやアンケート調査の結果に基づき行われており^{15)~18)}、参加率については過去に報告がない。本研究における参加率は、2013年に内閣府が全国の60歳以上を対象に実施した調査における「健康・スポーツ」に関する活動への参加率33.7%²⁰⁾や、地域在住高齢者を対象とした調査におけるスポーツグループへの参加率18.3%²¹⁾、地域コホートにおける自己管理型グループ参加率10.2%⁶⁾と比較して高かった。その要因として、本研究の対象者は、ソーシャル・キャピタルが高い集団であったため、住民主体の介護予防活動へ働きかけることによって自発的な協力関係が生み出され協調行動が生まれやすかったと考えられた²²⁾。このことが事業後の介護予防活動への高い参加率に影響した可能性があった。

以上の結果を踏まえて、介護予防事業から効果的に住民主体の介護予防活動へ繋げるための提言を整理すると、以下の通りである。1)介護予防事業参加者は、一般の高齢者と比較して、介護予防活動への一定の意欲を有していると考えられ、事業の中で住民主体の介護予防活動へ繋げる介入を積極的に行うことで、事業終了後に高い参加率が期待できる。2)住民主体の介護予防活動へ繋げる介入として、介護予防や住民主体での活動の重要性の学習、仲間づくりや活動のノウハウについての学習、自治体や専門職による支援体制の構築が重要であり^{15,23)}、教室の開催頻度を週1回よりも多くしたほうが住民主体の自主活動への参加を促進することができる可能性がある。3)認知的ソーシャル・キャピタルの「近隣住民への信頼」と「近隣の人が他の人の役に立とうと思う気持ち」は、本研究では住民主体の介護予防活動の参加要因ではなかったが、これは介護予防事業参加前から地域と繋がっている参加者が多かったためと考えられる。ただし、一般的な地域住民における「近隣住民への信頼」や「近隣の人が他の人の役に立とうと思う気持ち」は本研究の参加者よりも低い¹⁴⁾、例えば、地域診断に基づいて地域課題の解決に向けた行動を考えるような、参加者に対して地域における役割期待の認識を促すような介入²⁴⁾も住民主体の介護予防活動を促進するうえで有効かもしれない。

本研究の限界として、まず、本研究の対象者が区報経由で自主的に応募したか、無料体験会で基本チェックリストに該当し介護予防事業へ参加推奨が

あったかどうかは不明であるため、介護予防事業開始前の参加者の特性を考慮できなかった点がある。続いて、自治体が収集したデータの二次分析であったため、住民主体の介護予防活動参加に関連する可能性がある、学歴、職業や収入といった社会経済状態^{12,21)}や社会活動の経験や情報の認知²⁵⁾、会場へのアクセスや交通の利便性といった地域環境^{21,26)}などの交絡因子を考慮できなかった点がある。ただし、本研究では介入により可変な健康度自己評価や社会関係について参加要因を検討することで、自治体が行う介護予防事業においてどのような介入を行うことが効果的であるかを整理することができた。最後に、本研究は一自治体における結果であるため、今後は他の自治体における事業でも検討が必要である。

V 結 語

本研究では、住民主体での活動を目指した介護予防事業終了後の住民主体の介護予防活動への参加に関連する要因を検討した。その結果、介護予防事業を通して約5割が住民主体の介護予防活動へ繋がっており、事業で住民主体の活動へ繋げる取り組みを積極的に行うことで高い参加率が期待できることが示された。住民主体の介護予防活動参加の関連要因は「参加教室」であり、実施回数などプログラム内容を考慮する必要があると考えられた。

本研究はA区介護予防事業評価委託事業により実施した。なお、本研究において開示すべきCOIはない。

受付	2020. 8.11
採用	2021. 8.10
J-STAGE早期公開	2021.10.29

文 献

- 国立社会保障・人口問題研究所. 平成29年度社会保障費用統計. 2019. <http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/fsss-h29/H29.pdf> (2020年8月4日アクセス可能).
- 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の将来推計人口—平成28(2016)~77(2065). 2017. http://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp29_ReportALL.pdf (2020年8月4日アクセス可能).
- 平成27年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業. 「地域づくりによる介護予防の取組を推進するための調査事業」地域づくりによる介護予防を推進するための手引き【地域展開編】. 2016. <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000122064.pdf> (2020年8月4日アクセス可能).
- 厚生労働省. 介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況(平成29年度実施分)に関する調査結果(概要). <https://www.mhlw.go.jp/content/> 12300000/000485188.pdf (2020年8月4日アクセス可能).
- Kanamori S, Kai Y, Aida J, et al. Social participation and the prevention of functional disability in older Japanese: the JAGES cohort study. *PLoS One* 2014; 9: e99638.
- Yamada M, Arai H. Self-management group exercise extends healthy life expectancy in frail community-dwelling older adults. *Int J Environ Res Public Health* 2017; 14: 531.
- 鈴木隆雄, 岩佐 一, 吉田英世, 他. 地域高齢者を対象とした要介護予防のための包括的健診(「お達者健診」)についての研究 1. 受診者と非受診者の特性について. *日本公衆衛生雑誌* 2003; 50: 39-48.
- 菅 万理, 吉田裕人, 藤原佳典, 他. 縦断的データから見た介護予防健診受診・非受診の要因. *日本公衆衛生雑誌* 2006; 53: 688-701.
- 吉田祐子, 権 珍嬉, 岩佐 一, 他. 都市部在住高齢者における老年症候群改善介入プログラムへの不参加者の特性: 一介護予防事業推進のための基礎資料(「お達者健診」)より一. *日本老年医学会雑誌* 2007; 44: 231-237.
- 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— . *日本公衆衛生雑誌* 2004; 51: 322-334.
- 岡本秀和, 岡田進一, 白澤政和. 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・環境的要素から. *日本公衆衛生雑誌* 2006; 53: 504-515.
- Nemoto Y, Nonaka K, Hasebe M, et al. Factors that promote new or continuous participation in social group activity among Japanese community-dwelling older adults: A 2-year longitudinal study. *Geriatr Gerontol Int* 2018; 18: 1259-1266.
- Ohama E, Fukui S, Fujita J, et al. Factors related to preference for participation and degree of commitment in community activities among older adults in Japanese depopulated areas. *Health Soc Care Community* 2020; 28: 42-50.
- 内閣府. 平成14年度 ソーシャル・キャピタル: 豊かな人間関係と市民活動の好循環を求めて II ソーシャル・キャピタルという新しい概念. 2003. https://www.npo-homepage.go.jp/uploads/report_h14_sc_2.pdf (2020年8月4日アクセス可能).
- 福嶋 篤, 河合 恒, 光武誠吾, 他. 地域在住高齢者による自主グループ設立過程と関連要因. *日本公衆衛生雑誌* 2014; 61: 30-40.
- 後藤亮吉, 佐々木ゆき, 花井望佐子, 他. 介護予防を目的とした住民主体の自主グループの発足要因と自主グループへの参加及び継続に関連する要因. *日本農村医学会雑誌* 2016; 65: 836-42.
- 安孫子尚子, 原田小夜. 高齢者が自主グループ活動の参加に至った過程. *聖泉看護学研究* 2016; 5: 25-34.
- 植村直子, 畑下博世, 金城八津子, 他. 高齢者が運動自主グループを立ち上げた背景と継続参加する要因

- 一地域における自主グループ活動の意義一. 滋賀医科大学看護学ジャーナル 2010; 8: 22-5.
- 19) 桂 理江子, 佐藤直由 地域在住高齢者における社会活動の関連要因—仙台市を事例として—. 保健福祉学研究 2017; 15: 1-10.
- 20) 内閣府. 「高齢者の地域地域社会への意識調査」結果 (概要). 2013. <https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h25/sougou/gaiyo/pdf/kekka1.pdf> (2020年8月4日アクセス可能).
- 21) Yamakita M, Kanamori S, Kondo N et al. Correlates of regular participation in sports groups among Japanese older adults: JAGES cross-sectional study. *PLoS One* 2015; 10: e0141638.
- 22) Putnam R. *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. New Jersey: Princeton University Press. 1993; 167.
- 23) 河合 恒, 光武誠吾, 福嶋 篤, 他. 地域住民の主体的な介護予防活動推進のための取組「介護予防リーダー養成講座」の評価. 日本公衆衛生雑誌 2013; 60: 195-203.
- 24) 西田和正, 河合 恒, 解良武士, 他. 「コミュニティアズパートナー」モデルを用いた住民主体のフレイル予防活動支援プログラムの実践と評価. 日本公衆衛生雑誌 2020; 67: 518-527.
- 25) 坂上ゆかり, 河原田まり子. 地域在住の日常生活動作が自立した後期高齢者の社会活動の実施に関連する要因. 日本地域看護学会誌 2017; 20: 38-45.
- 26) Hand CL, Howrey BT. Associations among neighborhood characteristics, mobility limitation, and social participation in late life. *J Gerontol B* 2019; 74: 546-555.
-

Factors associated with participation in community activities after receiving long-term care preventive services

Kazumasa NISHIDA*, Hisashi KAWAI*, Kumiko ITO*, Manami EJIRI* and Shuichi OBUCHI*

Key words : community activity, factors associated with participation, social capital

Objectives Since amending the long-term care insurance system to cover community-based services in 2015, community activities led by older residents have become increasingly important in Japan. It is necessary for local governments to effectively promote participation in community activities during long-term care prevention services. This study aimed to identify the factors associated with participation in community activities and the contents of intervention after long-term care prevention services in which interventions were conducted to promote older residents' participation in community activities.

Methods A secondary analysis of data collected in two classes of long-term care preventive services of a local government in Tokyo was conducted. This service provided not only interventions to improve physical function but also initiatives to promote participation in community activities after the service, such as learning and group-work activities. We analyzed participants' responses to self-administered questionnaires in 2016 and 2017; three months after the service started (T1) and six months after the service ended (T2). A total of 216 people (51 men and 165 women; age range: 65–95 years) responded to the questionnaires. Types of intervention, self-rated health, responses to the Kihon Checklist, and social capital, which was measured through items such as “Interaction with neighbors (SC1),” “Participation in groups other than preventive activity (SC2),” “Strength of trust for neighbors (SC3),” and “Mutual trust with neighbors (SC4),” were assessed at T1. Engaging in community activities was assessed to determine whether they participated in the self-motivating group for preventive activity at T2. Logistic regression analyses were conducted to examine the factors associated with participation in community activities by adjusting for each variable.

Results Totally, 113 respondents participated in community activities (participation rate = 52.3%), and 103 did not participate (47.7%). Univariate logistic regression analyses revealed that types of intervention was significantly associated with participation in community activities (OR: 0.31, 95% CI: 0.15–0.63, $P=0.001$). Multivariate logistic regression models adjusted for all independent variables also indicated that types of intervention was significantly associated with participation in community activities (OR: 0.29, 95% CI: 0.14–0.62, $P=0.001$).

Conclusion The results showed that approximately 50% of the participants were involved in community activities because participation in such activities was promoted in long-term care preventive services. Types of intervention was a significant factor associated with participation in community activities. These findings highlight the importance of program contents in community activities during preventive services.

* Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology