

# A市における介護予防事業の実態と課題

福留 麻紀

キーワード：介護予防、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

## 1. はじめに

日本における65歳以上の高齢者人口は総務省統計局によると3,588万人(2019年)と前年に比べ32万人増加し、過去最多となり、総人口に占める65歳以上の割合は28.4%と、前年に比べ0.3ポイント上昇した。2025年には、高齢化率は30%を超えると推計される。要介護認定者も658万人(2018年)と前年より16万人増加傾向にある。

平成31年「介護保険制度をめぐる状況について」(厚生労働省)では、高齢者人口の増加から、介護保険総費用も、11兆円を超え(2018年)、第1号介護保険料は全国平均5,869円と、前期より6.4ポイント上昇し、利用者数が当初の予想以上に膨らみ、多くの保険者で介護保険財政が厳しい状況になっている(松田2005)。

このような厳しい財政上の中で、介護予防に関する事業は、運用見直しはなされながらも続けられ、2014年の介護保険法改正では、地域支援事業の充実を図るため、全国一律となっている予防給付のうち訪問介護・通所介護について地域の実情に応じ、多様化を図ることとされた。また、従来の介護予防事業を個人へのアプローチだけでなく、地域全体で介護予防に取り組む地域づくりといった新たなアプローチが目指され、事業全体が再編された(厚生労働省 介護保険制度概要)。

このような要介護状態を予防、あるいは、改善していくための地域の整備の在り方は地域によって異なるが、昨今は、運動に栄養指導を取り入れた介護予防教室で食品摂取状況の改善と体力の向上を同時に行うなど、栄養と運動を組み合わせた包括的なプログラムが介護予防の効果を高めることが示唆され（深作 2011）、集団での運動に加え、参加者のニーズに合わせた個別運動を取り入れ、体力全般に効果を及ぼす（奥他 2007）といった取り組みも報告されるようになってきた。

また、65 歳以上の地域に在住する自立高齢者に 3 か月「わかやまシニアエクササイズ」を使用した運動教室に参加したのち、継続して実施していた高齢者は長時間にわたり主観的健康状態、身体症状が良好な状態に維持され、改善した筋力等は 2 年間維持していたといった準縦断的な研究成果も示され（橋本他 2009）、全国で多様な事業が展開されている。

そこで、本稿では、このような介護予防事業を居住する高齢者全員を対象として実施してきた A 市の状況を分析した。なお、この分析にあたっては、A 市の高齢者福祉計画第 8 期介護保険事業計画の策定にあたって実施された「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」として示されていたデータを用い、高齢者の基本属性、特徴（心身状態や社会参加の状況など）と介護予防事業の参加の有無との関係を検討した。

## 2. 目的

A 市の日常生活圏域別の高齢者の特徴（心身状態や社会参加の状況等）の分析を通して、一般介護予防事業の実効性を高めるための方策を検討することを目的とした。

## 3. 分析データ、方法

A 市高齢者福祉計画第 8 期介護保険事業計画の策定にあたり実施された「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」のデータの二次的分析を実施した。

これらのデータは、A 市在住の 65 歳以上の 8,600 人を無作為に選定したもので、回収数は 6,142 人（回収率は 71.4%）とされていた。調査実施日は、2020 年

1月1日～17日であった。

これらのデータから、性別・年齢・家族構成、社会参加の状況、基本チェックリストの項目による心身状況や介護予防事業の利用状況別の基本チェックリストを用いた心身状況、主観的幸福感、主観的健康観を分析した。

さらに、当該市における2020年1月～12月の期間の要介護認定データと「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」を結合し、要介護認定を調査後に受けていた者の介護予防事業の利用状況別の要介護度や属性を分析した。

## 4. 結果

### 4-1 A市における介護予防事業の実施状況と参加者の概要

A市では「健康づくりと介護予防の推進」を高齢者本人や住民相互の力を引き出すという介護予防の取り組みを、一般介護予防事業として取り組み、住民主体の通いの場の継続を実施してきた。この事業の参加率は全国では2.2%であるが、A市では3.5%と全国よりも高い割合を示していた。

また、当該地域では介護予防評価・支援委員会を設置し、運動機能向上・リハビリ推進部会により、市町村介護予防事業の実施状況の把握や課題の整理・評価・分析などを行い、市町村支援をして積極的に健康づくりの取り組みがされてきたとされる。A市は、介護予防事業に積極的に取り組んでいる市である。この市は、2000年をピークに総人口は減少傾向にあり、高齢者人口さえも2040年をピークに減少するとのトレンドが予測される典型的な地方都市といえる。要介護者認定者は、2035年から（2025年までは20～21% 2035年から22.4%～24%を推計）増加すると推計されている。A市の介護・介助が必要になった主な原因は、骨折・転倒、高齢による衰弱が45%である。

A市では、「A市スポーツ推進計画」において生涯健康で要介護状態にならない健康寿命延伸の取り組みを進め、介護予防のための通いの場の参加者は2013年からは2018年の5年で13.68倍と大幅な増加となっている。週1回の通いの場への参加率は全国では2.2%だが、A市は5.6%と高い参加率である。

また、A市の公民館は、社会教育施設、地域の拠点と位置付けられており、この運営は、住民が直接運営に参画し、運営費は住民が一部を負担している。活動は社会教育、社会福祉に関わるものだけでなく、地域防災、環境問題にも取り組まれている。このような地域活動は、「住みよい地域づくりを行うところ」（福岡2006）、すなわち公民館を中核にして実施されているとのことである。

このようなA市で実施された介護予防・日常生活圏域ニーズ調査に回答した6142人中、介護予防事業に参加していたのは、G一般介護予防95人、介護予防のための通いの場（G以外）に参加していた1090人であった。

## 4-2 A市調査対象者の基本属性

### 4-2-1 A市調査対象者の性別・年齢・家族構成

A市調査対象者全6142人のうち、男性は2641人（44.2%）、女性は3339人（55.8%）と有意に女性が多く、年齢区分は前期高齢者3258人（54.5%）、後期高齢者2722人（45.5%）と、有意に前期高齢者が多かった。家族構成は、一人暮らし999人（17.4%）、夫婦2人暮らし2492人（43.5%）、息子・娘と同居1260人（22.0%）、その他982人（17.1%）と夫婦2人暮らしが多いことがわかった。

「普段の生活で介護・介助が必要か」は、必要ない5595人（94.7%）、必要311人（5.3%）と必要ないと回答した方が多かった。要介護認定に該当では、認定なし5747人（93.6%）、認定あり395人（6.4%）と認定なしと回答した方が多かった（表1）。

表 1 : A 市調査対象者の基本属性

		度数	%	最小値	最大値	平均値	標準偏差
性別	男性	2,641	44.2	1	2	1.56	0.50
	女性	3,339	55.8				
	合計	5,980	100.0				
年齢	前期高齢者	3,258	54.5	66	100	75.87	6.88
	後期高齢者	2,722	45.5				
	合計	5,980	100.0				
家族構成	一人暮らし	999	17.4	1	4	2.39	0.96
	夫婦2人暮らし	2,492	43.5				
	息子・娘と同居	1,260	22.0				
	その他	982	17.1				
	合計	5,733	100.0				
普段の生活で介護・介助が必要か	必要ない	5,595	94.7	1	2	1.05	0.22
	必要	311	5.3				
	合計	5,906	100.0				
要介護認定_要介護認定に該当	認定なし	5,747	93.6	0	1	0.06	0.25
	認定あり	395	6.4				
	合計	6,142	100.0				

性別と年齢とのクロス集計の結果、男性は前期高齢者 746 人（58.8%）後期高齢者 523 人（41.2%）であった。女性は前期高齢者 2512 人（53.3%）後期高齢者 2199 人（46.7%）であった。調査対象は女性が多く、男女ともに前期高齢者が多かった（表 2）。

男性の要支援 1 は 21 人（25.9%）、要支援 2 は 14 人（17.3%）と続く結果となった。女性の要支援 1 は 90 人（28.0%）、要支援 2 は 89 人（27.7%）と続いていた。男性は夫婦 2 人暮らし 619 人（51.6%）が最も多く、女性も同様に夫婦 2 人暮らし 1831 人（41.2%）が最も多かった。

表 2 : 性別とのクロス集計

項目		男性	%	女性	%	p値 ( $\chi^2$ 二乗)
年齢	前期高齢者	746	58.8	2,512	53.3	0.001 **
	後期高齢者	523	41.2	2,199	46.7	
	合計	1,269	100.0	4,711	100.0	
要介護度	要支援 1	21	25.9	90	28.0	0.371
	要支援 2	14	17.3	89	27.7	
	要介護 1	21	25.9	59	18.4	
	要介護 2	9	11.1	24	7.5	
	要介護 3	7	8.6	24	7.5	
	要介護 4	4	4.9	21	6.5	
	要介護 5	4	4.9	8	2.5	
	非該当	1	1.2	6	1.9	
	合計	81	100.0	321	100.0	
家族構成	一人暮らし	145	12.1	844	19.0	0.000 **
	夫婦2人暮らし	619	51.6	1,831	41.2	
	息子・娘と同居	231	19.3	1,015	22.8	
	その他	205	17.1	753	16.9	
	合計	1,200	100.0	4,443	100.0	

P<0.05\*、P<0.01\*\*

前期高齢者の要支援 1 は 17 人 (24.5%)、要支援 2 は 19 人 (27.5%) と続いていた。後期高齢者の要支援 1 は 94 人 (28.2%)、要支援 2 は 84 人 (25.2%) と続いていた。前期高齢者は夫婦 2 人暮らし 1457 人 (47.1 人) と最も多く、次いで息子・娘と同居 596 人 (19.3%) であった。後期高齢者は夫婦 2 人暮らし 962 人 (38.6%) と最も多く、次いで、一人暮らし 524 人 (21.0%) が多くなっていた (表 3)。

「普段の生活で介護介助が必要か」、前期高齢者で必要と答えた方は 68 人 (2.1%) であったが、後期高齢者では必要と回答した方は 235 人 (9.1%) と増加していた。

表 3 : 年齢区分とのクロス集計表

項目		前期高齢者		後期高齢者		p値 ( $\chi^2$ 乗検)
要介護度	要支援 1	17	24.6	94	28.2	0.451
	要支援 2	19	27.5	84	25.2	
	要介護 1	12	17.4	68	20.4	
	要介護 2	6	8.7	27	8.1	
	要介護 3	4	5.8	27	8.1	
	要介護 4	7	10.1	18	5.4	
	要介護 5	4	5.8	8	2.4	
	非該当	0	0.0	7	2.1	
	合計	69	100.0	333	100.0	
家族構成	一人暮らし	459	14.8	524	21.0	0.000 **
	夫婦2人暮らし	1,457	47.1	962	38.6	
	息子・娘と同居	596	19.3	635	25.5	
	その他	579	18.7	369	14.8	
	合計	3,091	100.0	2,490	100.0	
普段の生活で介護介助が必要か	必要ない	3,095	97.9	2,348	90.9	0.000 **
	必要	68	2.1	235	9.1	
	合計	3,163	100.0	2,583	100.0	

P<0.05\*、P<0.01\*\*

#### 4-2-2 A市の社会参加の状況

調査対象者における社会参加の内容は、「町内会・自治会への参加」が 2544 人 (54.6%) と最も多かった。次いで「趣味関係のグループ」1785 人 (38.7%) と続き、「G 一般介護予防」は 95 人 (1, 6%) であった。また「介護予防のための通いの場 (G 以外)」には 1019 人 (22.3%) 参加していた (表 4)。

表 4 : A 市調査回答者の社会参加の状況

社会参加項目	参加	%	不参加	%	合計	%
G一般介護予防	95	1.6	6,047	98.4	6,142	100
ボランティアのグループ	1,138	25.5	3,320	74.5	4,458	100
スポーツ関係のグループやクラブ	1,499	32.9	3,062	67.1	4,561	100
趣味関係のグループ	1,785	38.7	2,830	61.3	4,615	100
学習・教養サークル	840	19.3	3,516	80.7	4,356	100
介護予防のための通いの場（G以外）	1,019	22.3	3,553	77.7	4,572	100
老人クラブ	858	19.2	3,616	80.8	4,474	100
町内会・自治会	2,544	54.6	2,115	45.4	4,659	100
収入のある仕事	1,519	33.1	3,065	66.9	4,584	100

表 5 のとおり、「介護予防のための通いの場の参加者」は男性 47 名（8.6%）、女性 498 人（91.4%）と女性が有意に多かった。前期高齢者は 209 人（38.4%）、後期高齢者は 335 人（61.6%）と後期高齢者の参加が有意に多かった（ $p < 0.001$ ）。

表 5 : 介護予防のための通いの場の基本属性

介護予防のための通いの場（G以外）

項目		参加	%	不参加	%	p値 ( $\chi^2$ 乗)
性別	男性	47	8.6	498	23.2	0.000 **
	女性	498	91.4	3,030	76.8	
	合計	545	100.0	3,528	100.0	
年齢	前期高齢者	209	38.4	2,405	61.6	0.000 **
	後期高齢者	335	61.6	1,497	38.4	
	合計	544	100.0	3,902	100.0	

$P < 0.05^*$ 、 $P < 0.01^{**}$

表 6 の通り、G 一般介護予防の男性参加者は 10 名（10.5%）であった。女性は 85 人（89.5%）と女性が有意に多かった（ $p < 0.001$ ）。また、前期高齢者 18 人



(18.9%)、後期高齢者は 77 人 (81.1%) と後期高齢者の方が有意に多かった (p<0.001)。

表 6 : G 一般介護予防の基本属性

#### G一般介護予防

		参加	%	不参加	%	p値 ( $\chi^2$ 乗 検)
性別	男性	10	10.5	1,259	21.2	0.012 **
	女性	85	89.5	4,691	78.8	
	合計	95	100.0	5,950	100.0	
年齢	前期高齢者	18	18.9	3,240	55.1	0.000 **
	後期高齢者	77	81.1	2,645	44.9	
	合計	95	100.0	5,885	100.0	

P<0.05\*、P<0.01\*\*

### 4-3 基本チェックリストと該当項目による検討

#### 4-3-1 基本チェックリストと個別項目の該当状況

図 1 のとおり、基本チェック項目 1～5 の日常動作関連項目では、「友人の家を訪ねているか」が 45.5%と最も高かった。項目 6～10 の運動機能の項目では、「転倒に対する不安の大きさ」が 50.7%と高かった。

項目 11、12 の 2 つは、低栄養状態を示しており、「6 か月間で 2～3 kg 以上の体重減少があったか」と答えた方が 10.9%であった。

項目 13～15 の口腔機能の項目では、項目 13 の「半年前に比べて固いものが食べにくくなったか」は 26.8%、項目 14 の「お茶や汁物等でむせることがあるか」は 23.7%、項目 15 の「口の渇きが気になりますか」は 23.3%と、いずれも 20%を超えていた。

項目 16、17 は閉じこもりを示す項目であり、項目 16 の「週に 1 回以上は外出

しているか」は 5.0%と低く、項目 17 の「昨年と比べて外出の回数が減っているか」は 23.0%であった。

項目 18～20 は認知症についての項目で、項目 18 の「自分で番号を調べて、電話をかけることをしているか」は 91.8%と高かったが、項目 18 の「物忘れが多いと感じるか」41.5%、項目 20 の「今日が何月何日かわからない時があるか」は 25.4%であった。

項目 21、22 はうつについての項目であり、項目 21 の「この 1 か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったか」は 39.0%であった。

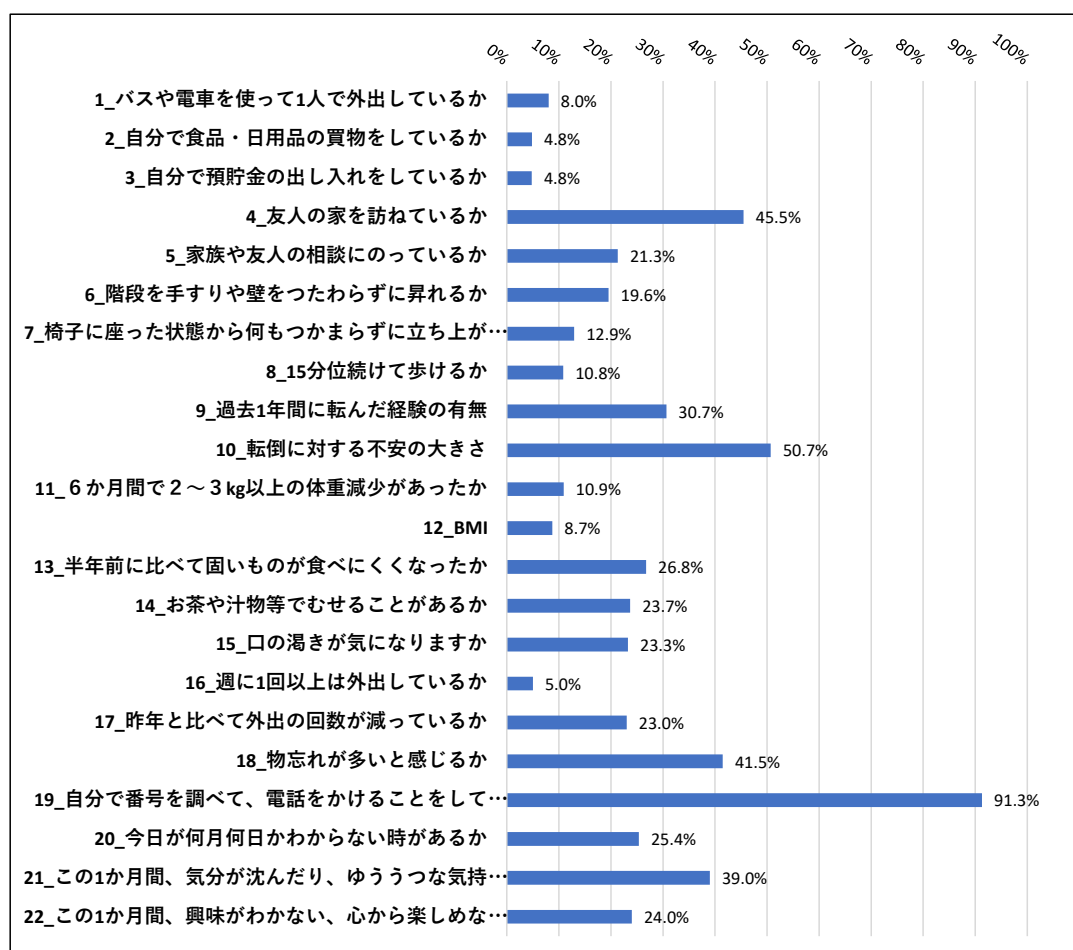


図 1：基本チェックリストの調査項目への該当状況

基本チェックリストの各リスクにひとつでも該当する対象者は 66.5%であった。また、認知機能の低下は 41.1%に示され、次いで、うつ病の可能性があるものが 40.0%、口腔機能の低下 19.3%、運動機能の低下 17.0%が示された(図 2)。

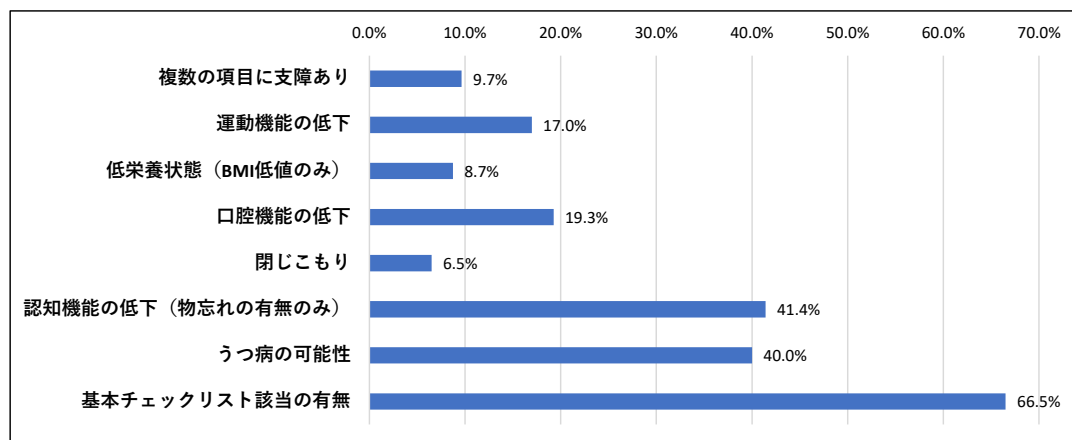


図 2 : 基本チェックリストによる各リスクへの該当状況

#### 4-3-2 要介護認定の有無と基本チェックリスト該当項目の検討

G 一般介護予防を利用していた 95 名のうち、要介護認定を受けていたのは 16 名 (16.8%) であった。利用していない者 6,047 名で認定を受けていたのは、379 名 (6.2%) で、一般介護予防事業の利用者で認定を受けた者の割合は、事業を利用していない群で認定を受けた割合よりも有意に高かった。

要介護認定の有無と基本チェックリストにより、複数の項目に支障ありとされた群で、認定ありとなっていたのは、177 人 (29.8%) で支障がない群よりも有意に高い割合を示していた (表 7)。

要介護認定を受けた者は、運動機能の低下、低栄養状態、口腔機能の低下、閉じこもり、うつ病の可能性があった者の割合が有意に高かったが、認知機能の低下には、有意差がなかった。基本チェックリスト得点の平均値は、認定あり群 9.1 得点、認定なし群 4.5 得点であり、認定あり群の得点が有意に高く、状態が悪いことが示されていた (表 8)。

表7：要介護認定の有無と基本チェックリストのクロス集計表

項目		要介護認定を受けたか				合計		P値 ( $\chi^2$ 乗検定)
		認定なし		認定あり		N	%	
		N	%	N	%			
G一般介護予防	利用なし	5,668	93.7%	379	6.3%	6,047	100.0%	0.00 **
	利用あり	79	83.2%	16	16.8%	95	100.0%	
複数の項目に支障あり	該当なし	5,331	96.1%	218	3.9%	5,549	100.0%	0.00 **
	該当あり	416	70.2%	177	29.8%	593	100.0%	
運動機能の低下	該当なし	4,943	96.9%	156	3.1%	5,099	100.0%	0.00 **
	該当あり	804	77.1%	239	22.9%	1,043	100.0%	
低栄養状態	該当なし	5,078	94.5%	298	5.5%	5,376	100.0%	0.00 **
	該当あり	454	88.2%	61	11.8%	515	100.0%	
口腔機能の低下	該当なし	4,705	94.9%	254	5.1%	4,959	100.0%	0.00 **
	該当あり	1,042	88.1%	141	11.9%	1,183	100.0%	
閉じこもり	該当なし	5,451	94.9%	292	5.1%	5,743	100.0%	0.00 **
	該当あり	296	74.2%	103	25.8%	399	100.0%	
認知機能の低下	該当なし	3,366	95.9%	144	4.1%	3,510	100.0%	0.51
	該当あり	2,239	90.2%	242	9.8%	2,481	100.0%	
うつ病の可能性	該当なし	3,511	95.3%	174	4.7%	3,685	100.0%	0.00 **
	該当あり	2,236	91.0%	221	9.0%	2,457	100.0%	
基本チェックリスト該当の有無	該当なし	2,022	98.3%	35	1.7%	2,057	100.0%	0.00 **
	該当あり	3,725	91.2%	360	8.8%	4,085	100.0%	

P<0.05\*、P<0.01\*\*

表8：要介護認定の有無と基本チェックリスト得点

	平均値	標準偏差	N	P値
全体	4.7	3.22	5,810	
認定なし	4.5	2.96	5,462	0.00 **
認定あり	9.1	3.89	348	

P<0.05\*、P<0.01\*\*

#### 4-4 基本チェックリスト得点における通いの場・G一般介護予防の利用なし、通いの場のみ利用、G一般介護予防の利用の3群比較

基本チェックリストの得点は高い方が何らかの生活上の問題があり、状態が悪いことを示している。

通いの場・G一般介護予防の利用なし群は4.7点、通いの場のみ利用あり群も4.7点で同じだったが、G一般介護予防の利用あり群6.0点で、他の2群よりも有意に得点が高かった（表9）。

表9：通いの場の利用なし、通いの場のみ利用、G一般介護予防の利用の3群別基本チェック得点の比較

項目	平均値	標準偏差	標準誤差	N	P値		
					(1)⇔(2)	(1)⇔(3)	(2)⇔(3)
(1)G一般介護予防・通いの場の利用なし	4.7	3.31	0.1	3,410	1	1.00	0.00
(2)通いの場のみ利用あり	4.7	3.11	0.1	906			
(3)G一般介護予防の利用あり	6.0	3.19	0.4	76			

P<0.05\*、P<0.01\*\*

G一般介護予防への参加者の方が、基本チェックリスト得点は高く、介護予防のための通いの場の参加・不参加者別には得点には差がなかった。だが、それ以外の社会参加はいずれも参加なし群の得点が高く、参加群の得点が低かった。

つまり、G一般介護予防利用群は、不参加群よりも生活上の問題があったが、それ以外の社会参加群は、参加なし群よりも生活上の問題は少なかった（表10）。

表 10：基本チェックリスト得点と各事業の参加・不参加状況

項目		平均値	標準偏差	N	P値 (T検定)
G一般介護予防	参加なし	4.7	3.21	5,719	0.00 **
	参加あり	5.9	3.25	91	
ボランティアのグループ	参加なし	5.1	3.43	3,178	0.00 **
	参加あり	3.6	2.35	1,105	
スポーツ関係のグループやクラブ	参加なし	5.2	3.50	2,920	0.00 **
	参加あり	3.6	2.27	1,462	
趣味関係のグループ	参加なし	5.2	3.52	2,704	0.00 **
	参加あり	3.8	2.43	1,735	
学習・教養サークル	参加なし	5.0	3.39	3,372	0.00 **
	参加あり	3.6	2.29	822	
介護予防のための通いの場(G以外)	参加なし	4.7	3.31	3,418	0.48
	参加あり	4.8	3.12	974	
老人クラブ	参加なし	4.8	3.36	3,468	0.00 **
	参加あり	4.2	2.70	829	
町内会・自治会	参加なし	5.7	3.69	2,013	0.00 **
	参加あり	3.9	2.51	2,461	
収入のある仕事	なし	5.2	3.50	2,937	0.00 **
	あり	3.5	2.12	1,467	

P<0.05\*、P<0.01\*\*

#### 4-5 主観的健康観と主観的幸福感

表 11 のとおり、主観的健康観は 4 件法で平均値 2.1、標準偏差 0.6 であった。主観的幸福感は 10 件法で平均値 7.1、標準偏差 2.0 であった。

主観的健康観は得点が低い方がより健康、主観的幸福感は得点が高い得点の方が、より幸福であると思っていることを表すが、主観的健康感の得点は、通いの場・G一般介護予防の利用なし群と利用あり群は共に 2.2 点で、通いの場のみ群が 2.1 点だった。通いの場と G一般介護予防の利用なし群と G一般介護予防の利

用あり群では有意差はなかったが、通いの場のみ利用あり群が他の2群よりも有意に低く、自ら、健康と感じていた。

主観的幸福感の得点は、通いの場・G一般介護予防の利用なし群 6.9点、通いの場のみ利用あり 7.5点、G一般介護予防の利用あり群 7.4点で、通いの場のみ利用あり群は、通いの場・G一般介護予防の利用なし群よりも有意に得点が高く、通いの場のみ利用群の幸福感が利用なし群よりも高かった。

社会参加の有無別に主観的幸福感の得点を分析した結果、G一般介護予防の参加の有無には有意な差はなかったが、それ以外の社会参加においては、すべて参加あり群の得点が有意に高かった、つまり、それ以外の社会参加群は幸福と感じている割合が高い傾向があった（表11）。

表11：主観的健康観と幸福感の通いの場の利用なし、通いの場のみ利用、G一般介護予防の利用の3群別の比較

項目		平均値	標準偏差	N	P値		
					(1)⇔(2)	(1)⇔(3)	(2)⇔(3)
主観的健康観	全体	2.1	0.61	5,846	0.02	1.00	0.30
	(1)G一般介護予防・通いの場の利用なし	2.2	0.62	3,403			
	(2)通いの場のみ利用あり	2.1	0.56	904			
	(3)G一般介護予防の利用あり	2.2	0.60	74			
主観的幸福感	全体	7.1	2.02	5,714	0.00	0.24	1.00
	(1)G一般介護予防・通いの場の利用なし	6.9	2.02	3,358			
	(2)通いの場のみ利用あり	7.5	1.88	889			
	(3)G一般介護予防の利用あり	7.4	2.01	71			

P<0.05\*、P<0.01\*\*

通いの場・G一般介護予防の利用状況別に主観的健康観の得点を分析した結果、G一般介護予防の参加の有無には有意な差はなかったが、それ以外の社会参加においては、すべて参加あり群の得点が有意に高かった。つまり、それ以外の社会参加群は健康状態が悪いと感じている傾向があった。

また、主観的幸福感の分析でも同様に、G一般介護予防の参加の有無には有意な差はなかったが、それ以外の社会参加においては、すべて参加あり群の得点が

有意に高かった。つまり、それ以外の社会参加群はより幸福と感じている傾向があった（表 12）。

表 12：主観的幸福感と社会参加の参加・不参加の状況

項目		主観的健康観				主観的幸福感			
		平均値	標準偏差	N	P値 (T検定)	平均値	標準偏差	N	P値 (T検定)
G一般介護予防	参加なし	2.1	0.61	5,757	0.28	7.1	2.02	5,631	0.74
	参加あり	2.2	0.59	89		7.2	1.98	83	
ボランティアのグループ	参加なし	2.2	0.63	3,184	0.00 **	6.9	2.03	3,135	0.00 **
	参加あり	2.0	0.50	1,093		7.6	1.81	1,087	
スポーツ関係のグループやクラブ	参加なし	2.2	0.64	2,937	0.00 **	6.8	2.06	2,886	0.00 **
	参加あり	2.0	0.50	1,432		7.5	1.81	1,424	
趣味関係のグループ	参加なし	2.2	0.63	2,710	0.00 **	6.8	2.04	2,661	0.00 **
	参加あり	2.0	0.53	1,718		7.5	1.84	1,703	
学習・教養サークル	参加なし	2.2	0.62	3,376	0.01 **	6.9	2.03	3,324	0.00 **
	参加あり	2.0	0.51	801		7.7	1.74	793	
介護予防のための通いの場(G以外)	参加なし	2.2	0.62	3,411	0.00 **	6.9	2.02	3,365	0.00 **
	参加あり	2.1	0.56	970		7.5	1.89	953	
老人クラブ	参加なし	2.2	0.62	3,468	0.00 **	7.0	2.01	3,410	0.00 **
	参加あり	2.1	0.55	818		7.4	1.90	813	
町内会・自治会	参加なし	2.3	0.65	2,020	0.00 **	6.8	2.11	1,980	0.00 **
	参加あり	2.1	0.56	2,443		7.3	1.88	2,414	
収入のある仕事	なし	2.2	0.63	2,943	0.00 **	6.9	2.06	2,892	0.00 **
	あり	2.0	0.51	1,457		7.3	1.86	1,440	

P<0.05\*、P<0.01\*\*

#### 4-6 調査後1年以内に要介護認定を受けた者の通いの場・G一般介護予防の利用状況と年齢、要介護度の比較

調査後1年以内に要介護認定を受けた者で欠損がなかった277名について、通いの場・G一般介護予防の利用状況の有無別に年齢、要介護度との関係を分析した。

年齢は、通いの場・G一般介護予防の利用状況間の有意差はなかったが、要介護度は、通いの場（G以外）参加群が、通いの場・G一般介護予防いずれも参加していない群より、要介護度が有意に低かった（表 13）。



表 13：主観的健康観と幸福感の通いの場の利用なし、通いの場のみ利用、  
G 一般介護予防の利用の 3 群別の比較

項目		平均値	標準偏差	N	P値		
					(1)⇔(2)	(1)⇔(3)	(2)⇔(3)
年齢	全体	83.2	6.83	277	0.57	0.77	1.00
	(1)G一般介護予防・通いの場の利用なし	82.8	6.73	193			
	(2)通いの場のみ利用あり	84.0	7.17	71			
	(3)G一般介護予防の利用あり	85.0	6.16	13			
要介護度	全体	1.2	1.26	277	0.03	0.61	1.00
	(1)G一般介護予防・通いの場の利用なし	1.4	1.34	193			
	(2)通いの場のみ利用あり	0.9	1.05	71			
	(3)G一般介護予防の利用あり	0.9	0.80	13			

P<0.05\*、P<0.01\*\*

## 5. 考察

介護保険制度は、2000年度の制度創設時より高齢者の尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう支援するという基本的な考えに基づいている（介護保険法第1条）。これに基づけば、介護サービスは、要介護状態にならない、あるいは、要介護状態になっても自立できるように改善する努力を支援するものであるといえよう。

介護予防事業は、2006年以降、積極的に介護保険事業計画に組み込まれ、国が推進してきた事業である（介護保険制度改革の概要 厚生労働省）。これは厳しい介護保険財政下で高齢者の自立を高め、要介護度の改善をするとされた介護予防事業が結果として介護保険財政の健全化にもつながると信じられてきたためである

このため、介護を要する状態にならないようにする、あるいは要介護状態になったとしても改善の努力をすることを目的とした介護予防事業は、一貫して、強く推奨され、その事業のメニューとなるこれまでに体操や集いに効果があるとされる先行研究が発表されてきた。

例えば、交流サロン、転倒予防教室、認知症予防教室等の介護予防を展開した

結果、(平成12年～15年)月1人当たりの平均医療費が参加群で減少し、介護費用は両群とも増加したが、増加の程度としては、参加群はわずかであった(吉田他2007)といった報告や、地域活動では「元気ステーション」(地域づくり型介護予防事業)の参加により、健康に肯定的な効果を持ち防犯・防災活動への参加を促し、人々の健康を高め、地域活動を促進し、その健康の向上により一層地域活動が促進されていくというメカニズムが示された(渡邊2019)といった成果を示した報告が多数なされてきた。

同様に、財政的な効果だけでなく、各健康指標を用いて、介護予防事業参加群の方が非参加群より健康であり、参加者の精神面での健康に寄与している(今堀他2016)といった報告も多い。

さらに、高齢者の介護予防推進ボランティアに参加した77人の1年後の調査では、ボランティア活動への参加は一般高齢者に比べ高次の生活機能(社会的役割、日常生活動作に対する自己効力感等)やソーシャルネットワークの低下を抑制することが出来た(島貫他2007)といった社会活動への参加を促進するといった報告もなされており、介護予防事業に参加した群には、多くの効果があるとされてきた。

今回、A市で実施された「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」を分析した結果からは、従来の結果とは異なり、一般介護予防事業の参加群が健康的である、あるいは精神面での健康として、主観的健康観や主観的幸福感が高いといった結果は示されなかった。ただし、通いの場にのみ参加群には、G一般介護予防事業参加群や利用なし群とは、異なる傾向が示されていた。

宮下他(2017)は高齢者が自分自身や家族、周囲の人々の生活を見渡し管理する能力には、自律や自己決定というキーワードが大きく関連しており、支援を受ける中でも自己決定権を持つことは、高齢者がこれまでに培ってきた交渉能力と経験に裏づけられた判断力を有効に使い、自律的に生活をコントロールすることに繋がるとし、高齢者にとって自らのマネジメントが出来ることは活動の意欲の向上にも繋がると考察している。

今回、調査対象とした、G一般介護予防事業の参加者は、自らの意思で参加を

希望しているのではなく、基本チェックリストの結果等で何らかの問題があり、専門家等に勧められて参加したものと推察され、この経路からでは、自律や自己決定のプロセスに対する意思の表明等が強くなされることはなかったものと推察される。

また、池田他（2020）はマーケティングの領域では、口コミが起きやすい要件として、例えば旅行など「誰とでも話題にできる」ことが条件とされている。それに比べると、G一般介護予防事業で誰かに話したくなるような話題はなかったのかもしれない。

一般介護予防事業をより魅力的な内容とし、知人や隣人等と話せる、話題になるような活動になれば、普及も進み、活動参加経路も自身の決定が主となり、参加者の心身機能に良い影響に与える活動へと変化する可能性はある。

横断調査の結果ではあるが、通いの場を利用していた群には、認定時の要介護度が有意に低いといった結果が示された。今後、これらの群の経時的な変化を分析していくことは、介護予防事業の今後を検討するうえでは重要になると考えられる。

今回、分析を行った「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」は、要介護状態になる前の高齢者のリスクや社会参加状況を把握することで、地域診断に活用し、地域の抱える問題を特定することであり、介護予防・日常生活支援総合事業の評価にも活用することが目的とされていた（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査実施の手引き）が、介護予防効果を高めるためには、心身機能の維持だけでなく、自らが参加したいと思え、社会との繋がりを持ち続けられる取り組みであると認識されなければならない。

このためには、介護事業を実施する事業者は、他の地域でやっているメニューを踏襲するのではなく、当該地域の高齢者がどのような社会参加を望んでいるかを把握し、その活動を地域の住民特性にあわせて展開する努力がなされなければならない。

## 6. 結論

本研究の結果からは、介護予防事業に自らの意思で参加しているかといった認識に関わる状況や、この活動が高齢者自身のセルフマネジメントを推進できる取り組みとなっているかが、事業の効果に影響する可能性が示唆された。

また、今回、分析したデータは、公表された資料をもとにした横断的な内容であり、対象となった個々の住民や、その予後に関わる詳細な検討はできなかった。横断調査だけではなく、縦断的な検討を行えるデータを分析し、住民個々の課題を明確にすることで、ニーズ別の介護予防事業を実施することが求められている。

そして、このような事業の効果を示すためには、経時的に対象者の状態把握が出来るような名簿を作成する必要があると考えられ、今後の課題といえる。

## 引用文献

- [ 1] 今堀まゆみ 泉田信行 白瀬由美香 野口晴子 (2016)「介護予防事業の身体的・精神的健康に対する効果に関する実証分析・網走市における高齢者サロンを事例として」『第 63 巻 日本公衛誌』第 11 号、p 675-681.
- [ 2] 池田晋平, 安齋紗保理, 佐藤美由紀, & 芳賀博. (2020)「地域在住高齢者における一般介護予防事業の認知と社会関係の関連」『日本保健福祉学会誌』 27(1)、p 1-10.
- [ 3] 岡崎昌枝 (2017)「高齢者の社会活動と社会交流が健康寿命の延伸に及ぼす影響-地方都市における高齢者の社会活動からの検討-」『第 I 部 特集 調査研究』29 巻、p66-71.
- [ 4] 奥壽郎 与那嶺司 榎本康子 小川憲治 小幡かつ子 吉田瞳 内野滋雄 (2007) 品川区委託介護予防事業：理学療法士による「身近でリハビリ」の介護予防効果『理学療法化学』22 (4)、p 439 - 443.
- [ 5] 日下隆一 原田和宏 金谷さとみ 浅川康吉 島田裕之 萩原章由 二瓶健司 佐藤留美 吉井智晴 加藤めぐ美 長野聖 藤本哲也 (2008) 「介護予防における総合的評価の研究-運動機能、活動能力、生活空間の相互関係から-」『理学療法学』35 巻 1 号、p1-7.
- [ 6] 厚生労働省老健局介護保険計画課、振興課、老人保健課、総務課認知症施策推進室(2019)介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の手引き
- [ 7] 厚生労働省『介護保険制度改革の概要-介護保険法改正と介護報酬改定-』
- [ 8] 厚生労働省老健局老人保健課 (2020)「一般介護予防事業等について」  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000512177.pdf> (2021/6/1 アクセス)
- [ 9] 厚生労働省老健局 (2019)「介護予防・健康づくりと保険者機能の強化」  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000490338.pdf> (2021/6/1 アクセス)
- [10]厚生労働省老健局振興課「介護予防・日常生活支援総合事業の基本的な考え方」<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000->

Roukenkyoku/0000192996.pdf (2021/6/1 アクセス)

- [11] 斎藤民 近藤克則 村田千代栄 鄭スンウォン 鈴木佳代 近藤尚己  
(2015)「高齢者の外出行動と社会的・余暇的活動における性差と地域差」  
『第 62 巻日本公衛誌』第 10 号、p596-608.
- [12] 島貫秀樹 本田春彦 伊藤常久 河西敏幸 高戸仁郎 坂本讓 犬塚剛  
伊藤弓月 荒山直子 植木章三 芳賀博 (2007)「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」『第 54  
巻 日本公衛誌』第 11 号、p 749 - 759.
- [13] 橋本貴大 大曾彰子 本山貢 米山龍介 松田忠之 (2009) 自立高齢者を  
対象にした介護予防運動プログラムの長期トレーニング効果について『和  
歌山教育大学教育学部紀要 教育学科』第 59 集、p 87 - 92.
- [14] 深作貴子 奥野純子 戸村成男 清野諭 金美芝 藪下典子 大藏倫博  
田中喜代次 柳久子 (2011) 特定高齢者に対する運動及び栄養指導の包括  
的支援による介護予防効果の検証『第 58 巻 日本公衛誌』第 6 号、p 420 -  
432.
- [15] 福間敬明 (2006)「公民館活動と地区社協活動にみる住民主体の形成」『A  
市の社会福祉計画：住民の主体形成とコミュニティーソーシャルワーク  
の展開』ミネルヴァ書房
- [16] A 市高齢者福祉計画・介護保険事業計画 (第 7 期)
- [17] 松田晋哉 (2005)『介護予防入門』社会保険研究所
- [18] 宮下智葉 田高悦子 伊藤絵梨子 有本梓 大河内彩子 白谷佳恵  
(2017)「地域在住要支援高齢者における社会活動の実態と関連する要因  
の検討」『日本地域看護学会誌』Vol20 No2、p 12-19.
- [19] 吉田裕人、藤原佳典、天野秀紀、熊谷修、渡辺直紀、季相侖、森節子、  
新開省二 (2007) 介護予防事業の経済的側面からの評価/介護予防事業参  
加群と非参加群の医療・介護費用の推移分析  
『第 54 巻 日本公衛誌』第 3 号、p 156 - 167.
- [20] 吉本照子 川田智恵子 (1996)「交通の不便な地域に居住する高齢者の外

出実態と交通環境に対する意識」『日本老年医学会雑誌』33 巻 6 号 p430-439.

- [21] 渡邊大輔 (2019) 地域づくり型介護予防事業は健康や地域意識を高めるのか？横浜市元気づくりステーション事業の 4 年間のパネル調査をもちいた効果検証『成蹊大学文学部記要』第 54 号、p 11-27.

## 参考文献・ホームページ

- [ 1] 石岩 谷村厚子 品川俊一郎 繁田雅弘 (2013) 「在宅高齢者の主観的健康感に関連する要因の文献的研究」『日保学誌』Vol16 No.2、p 82 - 89.
- [ 2] 株式会社 三菱総合研究所 (2019) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の見直しとデータの活用方法に関する調査研究事業 報告書  
[https://www.mri.co.jp/knowledge/pjt\\_related/roujinhoken/dia6ou00000204mw-att/H30\\_096\\_2\\_report.pdf](https://www.mri.co.jp/knowledge/pjt_related/roujinhoken/dia6ou00000204mw-att/H30_096_2_report.pdf) (2021/6/1 アクセス)
- [ 3] 河野あゆみ 田高悦子 岡本双美子 国井由生子 山本則子 (2009) 「大都市に住む一人暮らし男性高齢者のセルフケアを確立するための課題 高層住宅地域と近郊農村地域間の質的分析」『第 56 巻日本公衛誌』第 9 号、p662-673.
- [ 4] 厚生労働省老健局介護保険計画課、振興課、老人保健課、総務課認知症推進室 (2019) 「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査実施の手引き」  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12301000/000560423.pdf> (2021/6/1 アクセス)
- [ 5] 斎藤弥生 (2019) 「公民館活動という名の地域福祉ガバナンス」『島根大学社会福祉論集』第 7 号、p1-24.
- [ 6] 鈴木隆雄 岩佐一 吉田英世 金憲経 新名正弥 胡秀英 新開省二 熊谷修 藤原佳典 吉田祐子 古名丈人 杉浦美穂 西澤哲 渡辺修一郎 湯川晴美 (2003) 「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.受信者と非受診者の特性について」『第 50 巻日本公衛誌』第 1 号、p39-48.

- [ 7] 鈴木隆雄 島田裕之 大淵修一 (2015)「完全版 介護予防マニュアル」  
株式会社法研
- [ 8] 第 5 次 A 市地域福祉計画・地域福祉活動計画
- [ 9] 広沢俊宗 長谷憲明 高見彰 (2007)「介護予防事業に関する研究 ( I )  
一般高齢者の健康に対する意識と行動」『関西国際大学 地域研究所 研究叢書』 p17-30.
- [10] 平井寛 近藤克則 (2010)「住民ボランティア運営型地域サロンによる介護予防事業のプロジェクト評価」『季刊社会保障研究』 p249-263.
- [11] 藤田幸司 藤原佳典 熊谷修 渡辺修一郎 吉田祐子 本橋豊 新開省二 (2004)「地域在宅高齢者の外出頻度別にみた身体・心理・社会的特徴」『第 51 卷日本公衛誌』第 3 号、p168-180.
- [12] 堀田力 服部真治 (2016)「私たちが描く新地域支援事業の姿 地域で助け合いを広める鍵と方策」中央法規出版株式会社
- [13] A 市高齢者福祉計画・介護保険事業計画 (第 8 期)
- [14] 宮崎耕輔 徳永幸之 菊池武弘 小枝昭 谷本圭志 喜多秀行 (2005)  
「公共交通のサービスレベル低下による生活行動の格差分析」『土木計画学研究・論文集 Vol122』 No3、p583-591.