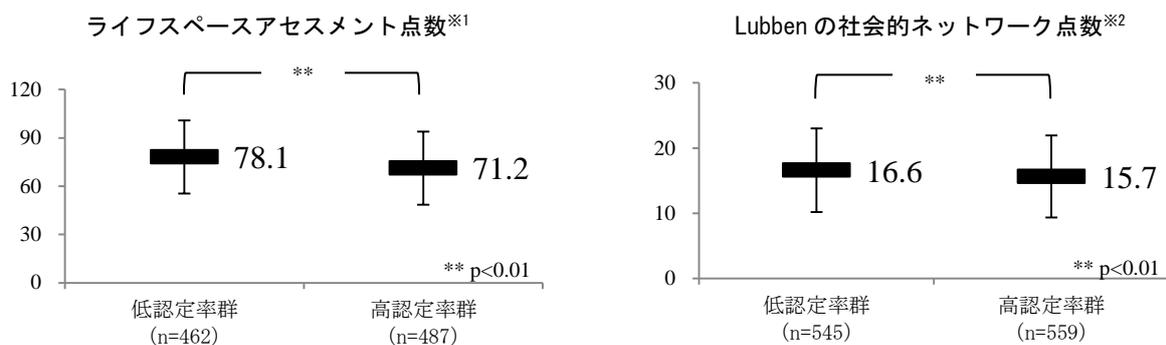


## 介護予防や地域包括ケアの推進に対する国民の意識調査研究事業

日本理学療法士協会は、平成 26 年度老人保健健康増進等事業において、「介護予防」や「地域包括ケア」に関して国民の意識・知識・習慣について把握することを目的に調査を行いました。

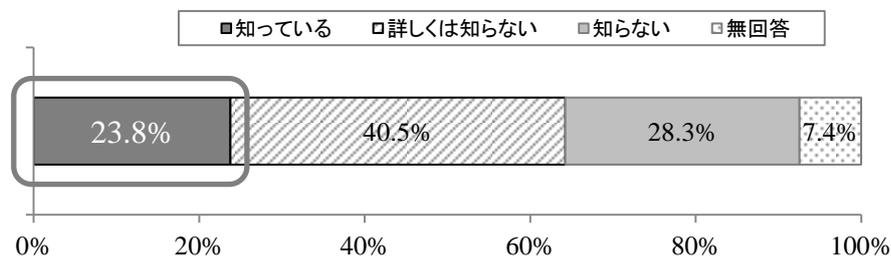
### 「要介護認定率」と「社会とのつながり」には、関連があった。

要介護認定率の低い都市に住む高齢者は、生活の広がり(活動範囲)<sup>※1</sup> や社会的なつながり<sup>※2</sup> が大きかった。



### 「地域包括ケアシステム」を知っている国民は少なかった。

「地域包括ケアシステム」の認知度 (n=1,169)



- ・ 社会とのつながりを促すことは、要介護認定率を抑制する可能性がある。
- ・ 活動や参加ができる交流の場をつくり、社会とのつながりを促すことで、「地域包括ケア」に資する地域づくりが可能となる。

### 交流の場を支える立場として、理学療法士の活用が望まれる。

例) 安全に活動を行える環境の支援。地域住民の中から、介護予防に資する人材の育成。

#### 〔調査対象〕

対象都市：要介護認定率の低い 10 都市・高い 10 都市  
 対象者：20 都市の 65 歳～84 歳から、各 185 名(計 3,700 名)  
 (抽出方法：住民基本台帳からランダムサンプリング)  
 都市選定条件：①高齢化率：18%～28%、②人口：5 万～7 万人  
 ③高齢者中の 75 歳以上の割合：45%～55%

#### 〔調査方法〕

調査方法：郵送によるアンケート調査  
 調査期間：平成 26 年 12 月 1 日から 12 月 26 日  
 調査項目：健康状況・外出状況・社会とのつながり・  
 運動習慣・社会参加の状況 等  
 分析対象：1,169 名(要介護認定を受けていない方)

※1 ライフスペースアセスメント：生活空間の側面から生活の広がりをみる指標で、得点が高いほど生活の広がりが大きいと判断される。

※2 Lubben の社会的ネットワーク：親戚や友人とのつながりをもとに表す指標で、得点が高いほど社会的なつながりが大きいと判断される。

## 介護予防や地域包括ケアの推進に対する国民の意識調査研究事業 —サマリー—

### ■事業背景

社会保障制度改革国民会議報告書によると、今後の社会保障制度の在り方として「自助を基本とし、互助の取組みを積極的に進めるべき」とされており、国民が自助や互助について自発的に行動するよう意識改革をしていくことが鍵となる。一方で、自助・互助を担う住民が介護予防の考えや地域包括ケアの意図について十分な理解ができていないかは明確になっておらず、どのような意識を持っており、実際に担う役割を自らのものとして捉えられているのかは定かではない。

### ■目的

介護予防や地域包括ケアに関して国民の意識・知識・習慣について調査を行い、介護予防や地域包括ケアを推進していくために、地域在住高齢者の身体状況・運動習慣・社会参加の現状や、地域包括ケアシステム・理学療法士などに関する認知の現状を把握すること、とした。

### ■対象・方法

対象は、人口5万～7万人の都市から、市町村ごとの要介護認定率のデータで低い市10都市（低認定率群、平均要介護認定率14.1%）・高い市10都市（高認定率群、平均要介護認定率19.3%）の合計20都市を抽出し、抽出された都市の住民基本台帳から65歳～84歳のうち、各185名（計3,700名）をランダムサンプリングした。尚、方法は郵送によるアンケート調査とした。

調査期間は、平成26年12月1日から12月26日とし、平成27年1月5日到着分までを有効回答とした。尚、調査対象者には、本調査の趣旨・目的、およびデータの活用方法を書面にて説明し、本調査に対する回答を持って同意したとみなした。

### ■調査項目

主な調査項目は、健康状況・外出状況・社会とのつながり・運動習慣・社会参加の状況等とした。

### ■結果

#### 【基本情報】

全体で1,318名から回答を得た（回収率：35.6%）。そのうち、要介護認定を受けていないと回答した1,169名（低認定率群578名、高認定率群591名）を分析対象とした。回答者の年齢は65歳～74歳が2/3を占め、性別は男女が半数ずつであった（表1）。年齢・性別ともに、低認定率群と高認定率群との間に有意な差を認めなかった。

生活の広がりを見るライフスペースアセスメント（以下、LSA）を自助の1つと定義し解析した結果、低認定率が78.1±22.7点、高認定率群が71.2±22.8点と、低認定率群が有意に高い値を示した。LSAには明確なカットオフ値が存在しないため、今回の対象者の第1四分位（上位75%、LSA=58）を基準値と定め、この値以下を生活範囲狭小と定義した。生活範囲狭小を従属変数に、高認定率群・低認定率群の因子を独立変数に投入したロジスティック回帰分析を実施した。その結果、高認定率群と比較して低認定率群ではオッズ比が0.507となり、この関係性は年齢・性別で調整した分析でも維持されていた（調整済みオッズ比=0.523）（表2）。

表1 対象者の特性

|                 | 低認定率群<br>(n=578) | 高認定率群<br>(n=591) |
|-----------------|------------------|------------------|
| 65歳～74歳：75歳～84歳 | 68.5%：31.5%      | 64.8%：35.2%      |
| 男：女             | 50.3%：49.7%      | 49.9%：50.1%      |

表2 認定率の高低と生活範囲狭小による比較

| LSA≤58 |        | 単変量解析 |       |         |       | 多変量解析 |       |         |       |
|--------|--------|-------|-------|---------|-------|-------|-------|---------|-------|
|        |        | オッズ比  |       | 95%信頼区間 |       | オッズ比  |       | 95%信頼区間 |       |
| 地区     | 高認定率地区 | 1     |       | 参照      |       | 1     |       | 参照      |       |
|        | 低認定率地区 | .507  | .379  | —       | .677  | .523  | .389  | —       | .703  |
| 後期高齢者  | 前期高齢者  | 1     |       | 参照      |       | 1     |       | 参照      |       |
|        | 後期高齢者  | 2.229 | 1.664 | —       | 2.986 | 2.229 | 1.664 | —       | 2.986 |
| 性別     | 男性     | 1     |       | 参照      |       | 1     |       | 参照      |       |
|        | 女性     | 1.589 | 1.187 | —       | 2.128 | 1.589 | 1.187 | —       | 2.128 |

社会的つながりの大きさを、親戚や友人とのつながりをもとに数値化して表す Lubben の社会的ネットワーク (30 点満点) を互助の1つと定義し解析した結果、低認定率群 16.6±6.4 点、高認定率群 15.7±6.3 点と、低認定率群が有意に高い値を示した。先行研究に従い Lubben の社会的ネットワークの総合得点が 11 点以下を社会的ネットワークが不十分と定義し、社会的ネットワークが十分であるか不十分であるかを従属変数に投入したロジスティック回帰分析を実施した。居住都市の違いが社会的ネットワークに関係しているかを検討するため、まずは単変量解析にて低認定率群・高認定率群の違いと社会的ネットワークの関連性を検証したところ、低認定率群は高認定率群に比べてオッズ比が 0.765 となった。また、年齢と性別で調整した多変量解析を実施したところ、調整済みオッズ比でも 0.760 となった(表 3)。

表 3 認定率の高低と社会的ネットワークの十分・不十分による比較

| Lubben≤11 |        | 単変量解析 |      |         |      | 多変量解析 |      |         |       |
|-----------|--------|-------|------|---------|------|-------|------|---------|-------|
|           |        | オッズ比  |      | 95%信頼区間 |      | オッズ比  |      | 95%信頼区間 |       |
| 地区        | 高認定率地区 | 1     |      | 参照      |      | 1     |      | 参照      |       |
|           | 低認定率地区 | .765  | .589 | —       | .994 | .760  | .585 | —       | .988  |
| 後期高齢者     | 前期高齢者  |       |      |         |      | 1     |      | 参照      |       |
|           | 後期高齢者  |       |      |         |      | 1.031 | .784 | —       | 1.356 |
| 性別        | 男性     |       |      |         |      | 1     |      | 参照      |       |
|           | 女性     |       |      |         |      | .717  | .551 | —       | .932  |

【運動習慣】

週 1 回以上の運動習慣について、全体で 6 割以上の方が実施しており、低認定率群と高認定率群との間に有意差を認めなかった。一方で、1 回当たりの運動時間は、低認定率群と高認定率群との間に有意差を認め、低認定率群の方が 1 回当たりの運動時間が長かった。

週 1 回以上の運動を継続的に行っている群と行っていない群を比較すると、腰痛や膝痛の有無については有意差を認め、運動を継続的に行っている群において腰痛や膝痛がない方が多かった(図 1)。また、過去 1 年間の転倒経験の有無についても有意差を認め、運動を継続的に行っている群において転倒しなかった方が多かった(図 2)。

図1 運動習慣と腰痛や膝痛の有無

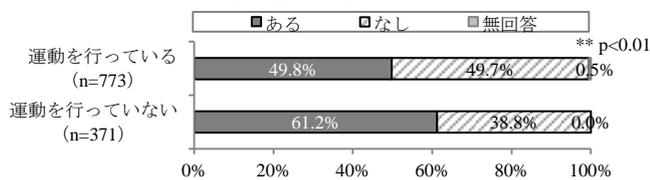
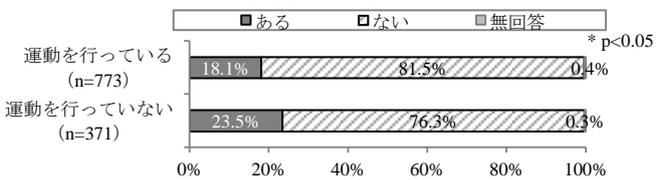
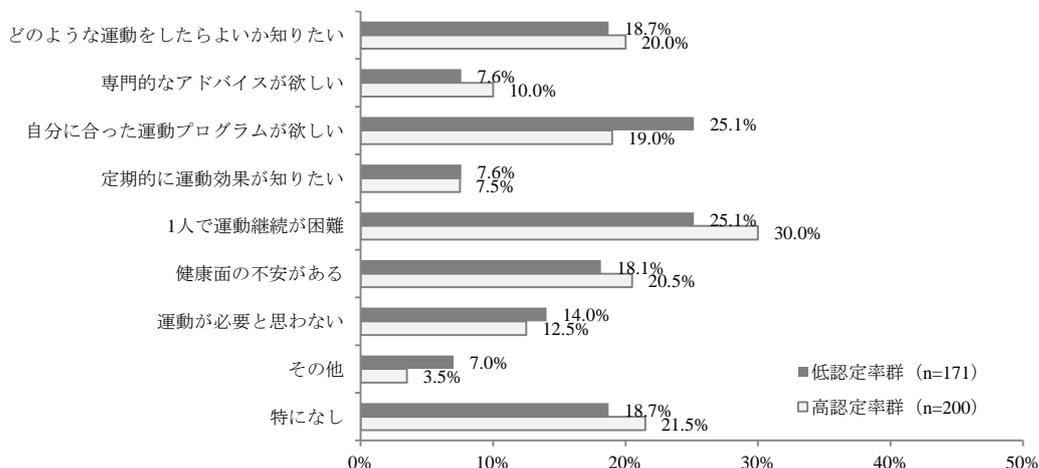


図2 運動習慣と過去 1 年間の転倒有無



運動を習慣的に行っていない方が運動継続に必要なこと・困っていることは、「1人で運動継続が困難」「自分に合った運動プログラムが欲しい」「どのような運動をしたらよいか知りたい」「健康面の不安がある」の順に多かった(図 3)。

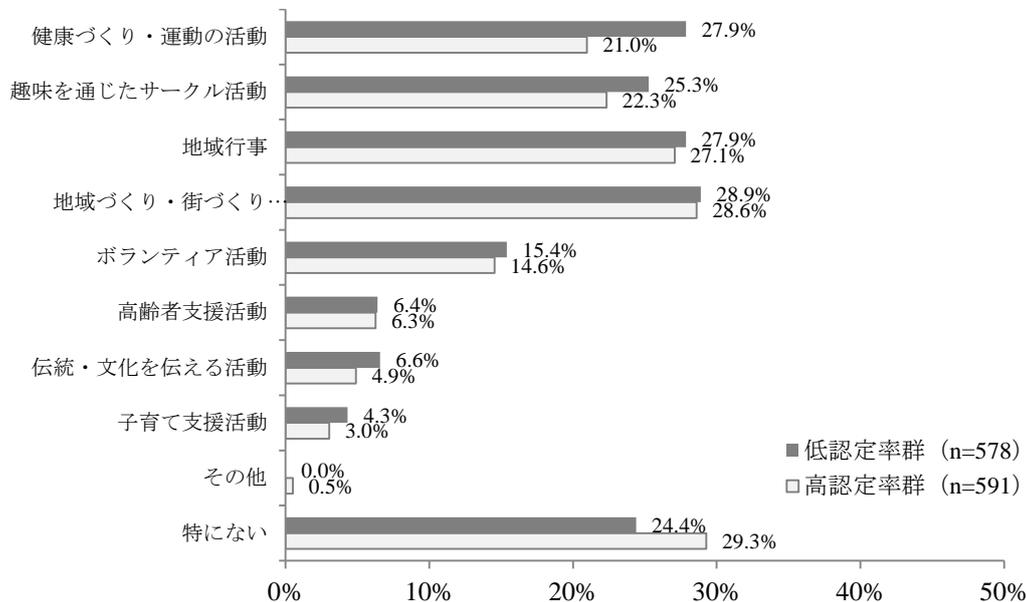
図3 運動継続に必要なこと・困っていること (運動を習慣的に行っていない方)



## 【社会参加】

現在参加している活動および今後参加したい活動について、低認定率群・高認定率群ともに「健康づくり・運動の活動」「趣味を通じたサークル活動」「地域行事」「地域づくり・街づくり（町内会や老人会など）」の4項目が多かった（図4）。現在参加している活動を男女別で比較すると、男性は「地域行事」「地域づくり・街づくり（町内会や老人会など）」が多く、女性は「趣味を通じたサークル活動」が多かった。

図4 現在、参加している活動



地域にある気軽に集い、おしゃべりなどをするような交流の場について、参加したことがある割合は全体で47.2%であり、低認定率群と高認定率群との間に有意差は認められなかった。それぞれの認定率群において65歳～74歳群と75歳～84歳群とを比較したところ、有意差を認め（ $p < 0.01$ ）、低認定率群および高認定率群ともに75歳～84歳群において、参加している割合が高かった（図5）。

交流の場における活動内容は、低認定率群ではおしゃべりや会食などの会話中心が少なく、体操や運動などの屋内活動や屋外活動が多い傾向がみられた。男女別にみると、女性は会話中心の割合が多かった。また、活動内容別に転倒状況を見ると、屋外活動を行っていた群では、転倒が少ない傾向がみられた（図6）。

交流の場を仕切る中心人物は、約7割の場所に存在した。また、交流の場までの移動時間は、15分未満が5割以上であり、移動手段は徒歩や自家用車が多かった。

図5 交流の場への参加状況（年齢別）

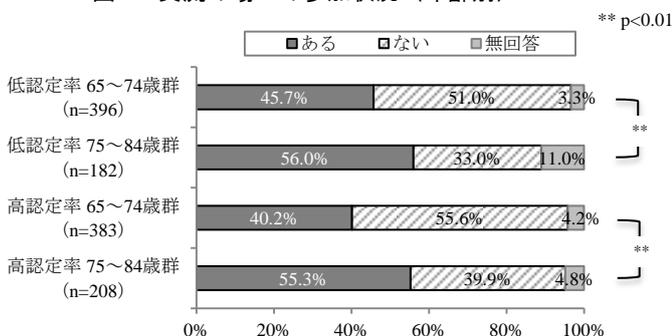
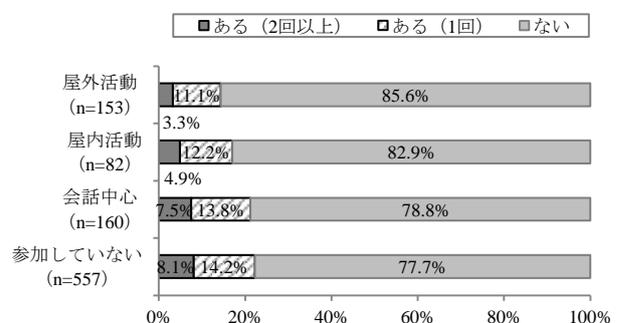


図6 活動内容別 過去1年間の転倒状況



## 【地域包括ケアシステム等の認知度】

「地域包括ケアシステム」を知っている割合は、全体で23.8%であり、低認定率群と高認定率群との間に有意差は認められなかった。居住する市町村で行っている「介護予防事業」を知っている割合は、低認定率群（36.7%）と高認定率群（28.6%）との間に有意差を認めた（ $p < 0.01$ ）。また、「理学療法士」を知っている割合は、全体で30.5%であった。

## ■考察

今回の調査では、居住地域の要介護認定率の違いと自助・互助には関連があり、低認定率群において自助・互助ともに優れていることが明らかとなった。また、地域包括ケアシステムや介護予防事業などについては、あまり認知されていない現状が明らかとなり、どのように地域住民へ地域包括ケアシステムや介護予防事業の理解を浸透させていくか、ということについても検討する必要があると考えられた。

運動習慣や生活の広がりなどの自助には、疼痛や転倒経験といった個人因子が関連していた。今回の調査では因果関係については明らかになっていないが、個々の身体状況を考慮し疼痛や転倒を予防することで、運動や外出を維持できる可能性がある。また、すでに疼痛を有する高齢者の痛みをコントロールしながら自助としての運動や外出を継続していただくか、といった観点からの対策が重要であり、評価に基づき安全かつ適切な運動プログラムを提供できる理学療法士などの専門職の活用が有用である。また、運動を継続するために必要なこと・困っていることでは、「1人で運動継続が困難」が最も多かった。基本は自助であり自助を促す体制を基盤とすることは前提としながらも、住民同士のつながりをもとに地域で主体的に集う場において体操などの運動を実施することで、自助を促進しうるとも考えられる。

交流の場における活動内容別に転倒経験を比較すると、参加していない群やおしゃべり・会食などの会話中心の活動を行っていた群に比べて、体操や運動などの屋内活動や屋外活動を行っていた群では転倒が少ない傾向であった。これらより、交流の場へ参加するだけでは身体機能を維持することは困難であると考えられ、身体機能を維持するためには体操や運動などを行うことが推奨される。座位でできる運動の普及や、リスク管理として個々の状態像に合わせた安全かつ適切な運動プログラムの提供といった専門職による環境支援が必要であると考えられる。また、約7割の交流の場において、場を仕切る中心人物の存在があり、交流の場を継続していくためには、何らかの運営体制（組織化）が重要であることが示唆された。組織化をしていくためには、介護予防に資する人材として専門職の知識・技術の一部を提供し、地域住民を育成することが望ましいと考える。男性においては「地域行事」や「地域づくり・街づくり（町内会や老人会など）」へ多く参加しており、「目標のある活動」や「組織的な活動」を好む傾向があると考えられ、交流の場において役割を与えられることで、参加の意欲が高まると考えられる。

自助を促進していくためには、介護予防や転倒予防の観点から集団・個人を評価し、様々なリスクを伴う高齢者に対して運動プログラムを提供するためには、運動の専門家である理学療法士が適している。また、互助を促進していくためには、介護予防に資する人材として地域住民を育成するためにも、専門職の知識・技術の提供が欠かせない。日本理学療法士協会や各都道府県理学療法士会といった組織・団体が、これらの支援として積極的役割を果たしていく必要があるのではないかと考えられた。厚生労働省も、体操教室立ち上げの際の世話役の育成に理学療法士が関与したモデル事例を示しており、特に高齢者に社会参加を促進するための健康づくり活動、地域活動などを支える立場として理学療法士が寄与できると考えられる。このように自助・互助の醸成においても、専門職の関与は必要不可欠なものである。理学療法士はそれに適した職種であると考えられるが、認知度は高くないことが明らかとなった。日本理学療法士協会では地域包括ケア対策本部を設置し教育制度が構築されており、理学療法士の知識・技術を活用し地域住民や住民主体の活動を支えられるような、介護予防に資する人材の育成を加速度的に推進している。今後は地域での理学療法士の活躍の幅をさらに広げて、認知度を上げていく必要があるのではないかと考えられた。

## ■結論

- 地域在住高齢者の、地域包括ケアシステムや介護予防事業に関する認知度は低かった。
- 要介護認定率が高い都市と低い都市とでは自助や互助に差があり、認定率が低い都市の方が自助・互助に優れていた。
- 自助・互助を促進する方法として住民主体の交流の場をつくり、それを支える立場として、理学療法士などの専門職の活用が望まれる。

例) 交流の場において、安全に運動を行える環境の支援。  
地域住民の中から、介護予防に資する人材の育成。