

## 一般介護予防事業におけるサロンの参加に対する疾病の影響

藤本 賢治<sup>1)</sup> (FUJIMOTO Kenji)

藤野 善久<sup>2)</sup> (FUJINO Yoshihisa)

村松 圭司<sup>1)</sup> (MURAMATSU Keiji)

松田 晋哉<sup>1)</sup> (MATSUDA Shinya)

1) 産業医科大学 医学部公衆衛生学

2) 産業医科大学 産業生態科学研究所環境疫学研究室

**抄録：**一般介護予防事業は、生活機能の維持・向上に向けた取り組みを行うものであり、更に高齢者の引きこもり対策としての役割もある。しかしながら、多くの自治体では、その評価は十分に行われていないことが課題となっている。そこで、本研究では自治体が実施している一般介護予防事業への参加に関連する要因として、高齢者の有する疾病の影響に着目し検討を行った。

研究に使用したデータは、自治体における 2017 年度のサロンの参加情報と医療・介護レセプトを使用した。分析は、サロンの参加をアウトカムとし、小学校区圏域をマルチレベルとしたロジスティック回帰分析を行った。説明変数は、性別、年齢階級、要介護度および生活習慣病および加齢に伴う疾病とした。

オッズ比では、身体的な疾病である下肢関節障害、脊椎障害、骨粗しょう症が高く、精神的な疾病である血管性および詳細不明の認知症、統合失調症・統合失調症型障害および妄想性障害、気分感情障害は低かった。

本研究では、一般介護予防事業の中で、引きこもり対策に関連する気分感情障害（うつ病）に罹患しているものが、事業の役割に沿わず参加割合が低いという課題が浮き彫りとなった。また、既存のデータを活用し分析を行うことで、事業へのアクセス改善に資する知見を得られる可能性も示唆された。

**Key words：**フレイル、予防、地域サロン事業、高齢者

### I. はじめに

介護保険制度における年間費用額累計は年々増加している。制度開始直後の 2001 年度は 4.4 兆円だったが 2017 年度は 9.9 兆円に増加し、16 年で約 2.3 倍となっている<sup>1)</sup>。介護保険制度はその年間費用額累計の半分を国費で賄っており、今後の高齢化の進展によってその額が増加することが懸念されている。社会保障制度の伸びの抑制のため、介護予防の促進による健康寿命の延伸は重要であると考えられる。

現在、給付以外の事業で 65 歳以上の全てのものが対象となる事業が一般介護予防事業である。介

介護予防施策の一つとして、2005年から市町村において地域支援事業が創設されている。介護予防の推進および地域における包括的・継続的なマネジメント機能強化の観点から、更に2011年から各市町村の判断で行う介護予防・日常生活支援総合事業が加わった<sup>2)</sup>。また2014年の改正により、2017年4月までにすべての市町村で実施すること、としている。一般介護予防事業は、市民による健康づくりおよび介護予防の自主化・継続化を図るとともに、より地域に根ざした健康づくり及び介護予防の実施並びに介護予防の普及・啓発を目的に実施するものである。具体的には、運動機能向上のための健康体操や低栄養予防のための料理教室といった、生活機能の維持・向上に向けた取り組みを行うものであり、更に高齢者の引きこもり対策としての役割もあり、重要な取り組みと考えられる。このような取り組みは、通称、「サロン活動」と呼ばれ、多くの自治体で取り組まれている。しかしながら、多くの自治体では、その評価は十分に行われていないことが課題となっている。

先行研究では、平井<sup>3)</sup>が開催場所の距離と使用状況の関連性について行っているが、疾病との関係については言及していない。藤井<sup>4)</sup>や成田<sup>5)</sup>の研究では、対象者本人への疾病については病態に対しての主観的な内容でのアンケートであり客観的なデータによるものではない。小野寺<sup>6)</sup>は参加者の疾病については研究しているが、対象者が4名と少なく非参加者の疾病の関連性については行われていない。

そこで、本研究では自治体（以下、U市）が実施している一般介護予防事業（以下、サロン）への参加の障壁として、高齢者の有する疾病の影響に着目し検討を行った。

## II. 研究方法

### 1. 方法

#### 1) 使用するデータ

本研究では、西日本の某自治体における2015年から2017年の65歳以上の国民健康保険ならびに後期高齢者のレセプト、および介護レセプトを用いた。また、2017年のサロンの参加状況については、サロン参加時のアンケートによって把握した。

#### 2) 分析対象の条件

高齢者でサロンに参加出来るものの条件として、年齢が65歳以上、要介護認定を受けていないもの、もしくは要介護認定をうけ、要介護度が要支援1、要支援2、要介護1、要介護2で2017年度に給付を受けているもの、2015年度から2017年度まで継続して居住しており入院歴が無いもの、とした。

対象者が保有する疾病は、2017年度の医療レセプトに記載があったものとした。疾病はICD10で分類した。医療レセプトへの疾病の記載が、複数月存在した場合は、1回の罹患とした。また疑い病名は対象外とした。対象の疾病は、生活習慣病および加齢に伴う疾病としている、悪性腫瘍、糖尿病、脂質異常症、その他内分泌栄養および代謝疾患、認知症、統合失調症、気分感情障害、その他の精神および行動の障害、アルツハイマー病、高血圧性疾患、虚血性心疾患、心房細動、その他の不整脈、その他の心疾患、脳血管疾患、脳血管疾患、肺炎、気管支炎および慢性閉塞性肺疾患、下肢関節障害、脊椎障害、骨粗しょう症、腎不全、骨折とした<sup>7)</sup>。

サロン参加者は、2017年の1年間を通じて、1回以上サロンに参加した者を、サロン参加ありと定義した。

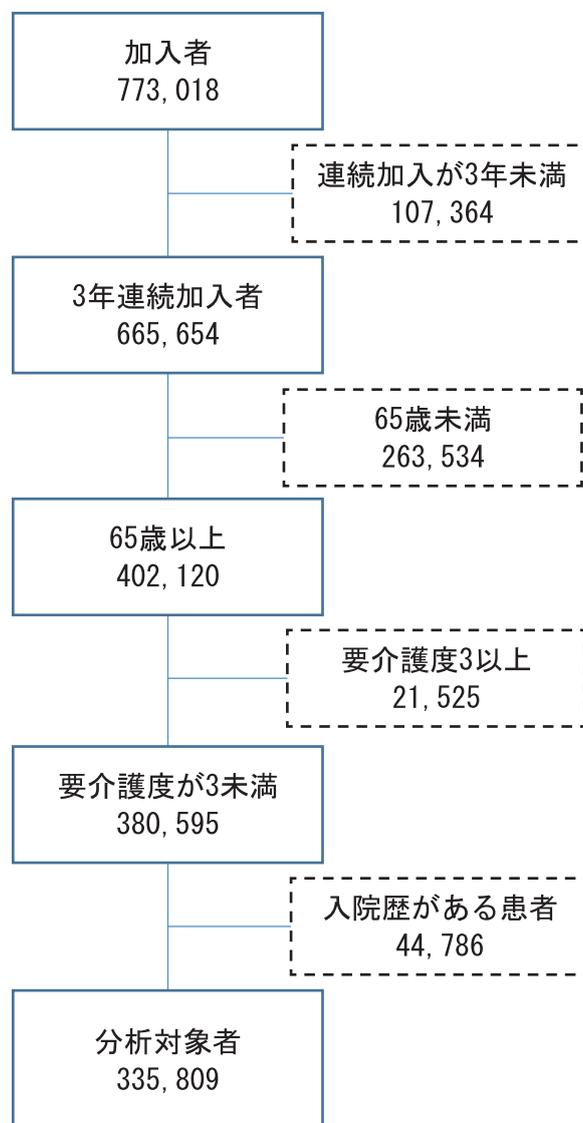
## 2. 分析方法

サロンの参加をアウトカムとし、小学校区圏域をマルチレベルとしたロジスティック回帰分析を行った。説明変数は、性別、年齢階級、要介護度、疾病とした。分析はSTATA MP Ver.15 (LightStone社)を用いて行い、統計学的有意水準は5%とした。

## Ⅲ. 研究結果

対象者は335,809名で、その内、サロン参加者は1,735名(1.0%)であった(表1)。サロン参加者の中で、性別では、女性は1,433名(82.6%)であった(表2)。年齢階級別では、65-74歳は521名(30.0%)、75-84歳は987名(56.9%)、85歳以上は227名(13.1%)であった。疾病の有病率については、参加者で一番高い疾病は高血圧症で、全ての参加者の59.6%、不参加者も一番高い疾病は高血圧症で、全ての不参加者の34.2%であり、ともに高血圧症だったが、有病率には大きな差があった

表1 分析対象者数



(表3)。次に有病率が高いのは脂質異常症であるが、これも高血圧症と同様、有病率に大きな差があった。3番目に有病率が高い疾患は、不参加者がその他の内分泌栄養及び代謝疾患に対し、参加者は、骨粗しょう症だった。

オッズ比において、性別では男性に比べ女性は有意に高かった (OR=2.81;95% CI=2.46-3.21;

表2 患者の属性1

	不参加 (n=334,074)	参加者 (n=1,735)
性別 (女性)	191,580 (57.3)	1,433 (82.6)
年齢階級		
65-74 歳	102,592 (30.7)	521 (30.0)
75-84 歳	103,533 (31.0)	987 (56.9)
85 歳以上	127,949 (38.3)	227 (13.1)
要介護度		
未受給者	314,022 (94.0)	1,639 (94.5)
要支援 1	2,235 (00.7)	27 (01.6)
要支援 2	3,319 (01.0)	20 (01.2)
要介護 1	8,002 (02.4)	34 (02.0)
要介護 2	6,496 (01.9)	15 (00.9)

表3 患者の属性2 (疾患の有無)

	不参加	参加者
悪性腫瘍	47,592 (14.3)	459 (26.5)
糖尿病	67,916 (20.3)	630 (36.3)
脂質異常症	91,207 (27.3)	991 (57.1)
その他の内分泌栄養および代謝疾患	76,135 (22.8)	644 (37.1)
血管性および詳細不明の認知症	6,399 (01.9)	17 (01.0)
統合失調症・統合失調症型障害および妄想性障害	5,983 (01.8)	15 (00.9)
気分感情障害	14,850 (04.5)	98 (05.7)
その他の精神および行動の障害	32,493 (09.7)	292 (16.8)
アルツハイマー-alzheimer 病	12,924 (03.9)	55 (03.2)
高血圧性疾患	114,317 (34.2)	1,034 (59.6)
虚血性心疾患	41,975 (12.6)	393 (22.7)
心房細動	13,823 (04.1)	74 (04.3)
その他の不整脈	28,847 (08.6)	290 (16.7)
その他の型の心疾患	43,767 (13.1)	371 (21.4)
脳血管疾患	31,403 (09.4)	244 (14.1)
肺炎	32,315 (09.7)	245 (14.1)
気管支炎及び慢性閉塞性肺疾患	39,034 (11.7)	355 (20.5)
下肢関節障害	54,488 (16.3)	706 (40.7)
脊椎障害	64,629 (19.4)	724 (41.7)
骨粗しょう症	55,736 (16.7)	813 (46.9)
糸球体疾患腎尿管間質性疾患及び腎不全	20,029 (06.0)	137 (07.9)
骨折	24,220 (07.3)	234 (13.5)

P<0.001) (表4)。年齢階級別では、65-74歳と比較して、75-84歳が有意に高く、1.76 (95% CI=1.58-1.97; P<0.001)、85歳以上は有意に低く、0.69 (95% CI=0.59-0.81; P<0.001)であった。要介護度では、要介護認定を受けていないものと比較して、要支援1で有意差はなかったが、要支援2では0.54 (95% CI=0.34-0.84; P=0.007)、要介護1では0.62 (95% CI=0.43-0.89; P=0.009)、要介護2では0.36 (95% CI=0.22-0.61; P<0.001)であった。疾病では、有意に低いのは、血管性および詳細不明の認知症 (OR=0.58; 95% CI=0.35-0.95; P=0.030)、統合失調症・統合失調症型障害および妄想性障害 (OR=0.51; 95% CI=0.30-0.86; P=0.011)、気分感情障害 (OR=0.73; 95% CI=0.59-0.91; P=0.005)、心房細動 (OR=0.73; 95% CI=0.57-0.93; P=0.012)であり、有意に高いのは、悪性腫瘍 (OR=1.23; 95% CI=1.09-1.37; P<0.001)、糖尿病 (OR=1.11; 95% CI=1.00-1.24; P=0.06)、脂質異常症 (OR=1.40; 95%

表4 ロジスティック回帰分析の結果

サロン過去含む	オッズ比	95% 信頼区間	有意確率
性別 (女性)	2.81	2.46 - 3.21	<0.001
年齢階級 (vs. 65-74歳)			
75-84歳	1.76	1.58 - 1.97	<0.001
85歳以上	0.69	0.59 - 0.81	<0.001
要介護度 (vs. 未受給者)			
要支援1	1.12	0.76 - 1.66	0.57
要支援2	0.54	0.34 - 0.84	0.007
要介護1	0.62	0.43 - 0.89	0.009
要介護2	0.36	0.22 - 0.61	<0.001
疾病の有無			
悪性腫瘍	1.23	1.09 - 1.37	<0.001
糖尿病	1.11	1.00 - 1.24	0.06
脂質異常症	1.40	1.25 - 1.57	<0.001
その他の内分泌栄養および代謝疾患	0.94	0.84 - 1.05	0.25
血管性および詳細不明の認知症	0.58	0.35 - 0.95	0.030
統合失調症・統合失調症型障害および妄想性障害	0.51	0.30 - 0.86	0.011
気分感情障害	0.73	0.59 - 0.91	0.005
その他の精神および行動の障害	0.98	0.85 - 1.12	0.78
アルツハイマー-alzheimer病	0.81	0.61 - 1.09	0.16
高血圧性疾患	1.15	1.02 - 1.29	0.020
虚血性心疾患	1.11	0.98 - 1.27	0.10
心房細動	0.73	0.57 - 0.93	0.012
その他の不整脈	1.13	0.98 - 1.30	0.08
その他の型の心疾患	1.03	0.90 - 1.18	0.68
脳血管疾患	0.92	0.83 - 1.01	0.09
肺炎	1.03	0.90 - 1.19	0.64
気管支炎及び慢性閉塞性肺疾患	1.09	0.96 - 1.23	0.20
下肢関節障害	1.37	1.22 - 1.53	<0.001
脊椎障害	1.16	1.04 - 1.30	0.009
骨粗しょう症	1.65	1.46 - 1.85	<0.001
糸球体疾患腎尿管間質性疾患及び腎不全	0.84	0.70 - 1.01	0.06
骨折	0.91	0.79 - 1.06	0.23

CI=1.25-1.57;P<0.001)、高血圧性疾患 (OR=1.15;95% CI=1.02-1.29;P=0.020)、下肢関節障害 (OR=1.37;95% CI=1.22-1.53;P<0.0001)、脊椎障害 (OR=1.16;95% CI=1.04-1.30;P=0.009)、骨粗鬆症 (OR=1.65;95% CI=1.46-1.85;P<0.001) であった。

## IV. 考察

### 1. 性差による特徴

高齢者のソーシャルネットワーク (以下、ネットワーク) は性により大きな差があると言われている。野辺<sup>8)</sup>は、男性は女性よりもネットワークの中に配偶者を含めることが多く、また、多くの職場仲間関係を組織しているが、女性はより多くの親族関係、近隣関係、友人関係を組織している、としている。本研究は、地域に限定したネットワークで対象が65歳以上であるため、男性は退職しており職場のネットワークが減少し狭くなっている可能性がある。過去の職場の仲間との関係性が切れサロンへの参加も行わない場合、新たな近隣地域のネットワークが構築できないため、社会から断絶するリスクがある。女性は、そもそも地域のネットワークを構築しているためあまり変化がないと考えられる。今回、女性のオッズ比が男性と比較して高い結果はその状況を反映していたと考えられる。

### 2. 年齢階級、要介護度による特徴

高齢化が進むと疾病が多様化していくため、予防の意識は高くなっていく。しかし、実際に罹患すると日常生活での活動は下がっていく傾向にある。75歳から84歳までは意識が高く参加が有意に高いが、85歳以上が有意に低いのは、実際の身体能力が下がっている可能性が示唆される。

### 3. 疾病による特徴

疾病とサロン参加の関連性では、身体に関連する疾病で、骨粗しょう症はオッズ比が1.65と高く、下肢関節障害や脊椎障害でも高かった。しかし、精神に関連する疾病では、統合失調症・統合失調症型障害および妄想性障害のオッズ比が0.51と低く、気分感情障害や血管性および詳細不明の認知症でも低かった。サロンに参加することで、身体的な疾病は参加者自身が改善を自覚しやすいが、精神的な疾病は改善が自覚しづらいことが、オッズ比の違いの要因の一つと考えられる。また、症状の罹患患者が気分感情障害 (うつ病) の患者は意欲の低下などにより引きこもりやすい可能性があり、こうした者のサロンへのアクセスの改善を検討することが必要と考えられた。

政府では、認知症施策推進関係閣僚会議により、認知症対策は、共生と予防を車の両輪として施策を推進していくとしており、予防では、認知症になるのを遅らせる、また認知症になっても進行を緩やかにする、としている<sup>9)</sup>。また、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が認知症発症予防、また専門職による健康相談等の活動も認知症発症遅延等に可能性がある、としている。サロンに参加することによる社会的孤立の解消や健康相談を推進することの重要性が示唆された。

精神疾患に罹患している高齢者の社会復帰は自治体において大きな課題となっている。他方、企業でも、心の健康問題により休業する労働者への対応は、多くの事業場にとって大きな課題となっており、メンタルヘルス不調により休業した労働者に対する職場復帰の促進が必要としている<sup>10)</sup>。企業では、産業医が従業員の健康管理を担っているが、地域ではかかりつけ医がその位置づけになると考えられる。日本医師会・四病院団体協議会は、かかりつけ医の機能の一つとして、「かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保

健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療を推進する」としている<sup>11)</sup>。地域における認知症予防および対策については、かかりつけ医が中心となる体制構築が重要である、と考えられる。

#### 4. 分析の限界

サロンの参加情報および疾病の罹患情報も年度単位であるため、疾病の罹患とサロン参加との前後関係については判断できなかった。実際にはサロンの後に罹患している可能性もある。また、サロンまでの距離、通所時間、経済負担などの情報がなかったため、地理的条件の参加への関連についてはその影響は評価していない。

### V. 結語

一般介護予防事業については、厚生労働省老健局が、一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会を行っており、法整備も含めて検討されている<sup>12)</sup>。介護予防の考え方について、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチが重要であり、その推進には、地域の実情をよく把握し、かつ、地域づくりの中心である市町村が主体的に取り組むことが不可欠である、としている。

今後、自治体では、データに基づいたエビデンスにより事業を推進することが必要になる。今回の結果をもとに、エビデンスに基づく政策立案に寄与していきたい。

### 引用文献

- 1) 厚生労働省：平成 29 年度介護給付時実態調査の概要：19. 2017 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/17/dl/11.pdf> (2019 年 10 月 31 日閲覧)
- 2) 厚生労働統計協会：国民の福祉と介護の動向 Vol 66 No 10 2019/2020：159. 2019
- 3) 平井寛，近藤克則．高齢者の町施設利用の関連要因分析．日本公衆衛生誌；55：37-45. 2008
- 4) 藤井啓介，北濃成樹，他．独居高齢者における地域活動への参加と抑うつとの関連性．理学療法科学；32(1)：105-110. 2017
- 5) 成田香織，田高悦子，他．農村部の地域高齢者における介護予防事業の参加者と不参加者の特徴．日本地域看護学会誌；13(2)：16-22. 2011
- 6) 小野寺紘平，齋藤美華．高齢男性の介護予防事業への参加のきっかけと自主的な地域活動への継続参加の要因に関する研究．東北大医保健学科紀要；17(2)：107-116. 2008
- 7) 厚生労働省保険局・老健局：高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について．2018 <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000350583.pdf> (2019/11/19 閲覧)
- 8) 野辺政雄．高齢者の社会的ネットワークとソーシャルサポートの性別による違いについて．社会学評論；50(3.99) 375-392. 1999
- 9) 認知症施策推進関係閣僚会議：認知症施策推進大綱．2019/6/18 <https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf> (2019/11/21 閲覧)
- 10) 厚生労働省 中央労働災害防止協会：心の健康問題により休業復帰支援の体引き．2010 <https://>

www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/anzen/dl/101004-1.pdf (2019/11/14 閲覧)

- 11) 日本医師会・四病院団体協議会：医療提供体制のあり方. 2013 [https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000015541.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000015541.pdf)  
(2019/11/19 閲覧)
- 12) 厚生労働省老健局：一般介護予防事業等について. 2019 <https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000524830.pdf> (2019/11/14 閲覧)