

平成11年度 厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

高齢期における活動的生活維持のためのサポートネットワークの役割に関する研究

研 究 報 告 書

主任研究者

北海道大学医学部予防医学講座公衆衛生学分野 岸 玲子

分担研究者

北海道教育大学札幌公社会学研究室 笹谷 春美

北海道大学医学部総合診療部 前沢 政次

北海道大学医学部神経内科学講座 森若 文雄

北海道大学医学部予防医学講座公衆衛生学分野 佐田 文宏

目 次

総括研究報告書

高齢期における活動的生活維持のための

サポートネットワークの役割に関する研究

1- 23

分担研究報告書

高齢者の抑うつに及ぼすストレスフル・ライフイベントの影響と

ソーシャルサポートネットワークの役割

24- 38

高齢者の抑うつとソーシャルサポートネットワークに関する文献的考察

39- 62

高齢者のネットワークモデルとソーシャルサポートに関する研究

63- 79

身体化患者に対する家族地域のサポート分析（第1報）

身体化患者症例に対する質的研究手法の試み

80- 89

高齢者における活動的生活持続のための

サポートネットワークの役割に関する研究

90- 92

コーホート研究における医療費レセプトリンケージ

法的、制度的、技術的側面から

93-131

厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
総括研究報告書

高齢期における活動的生活維持のためのサポートネットワークの役割に関する研究

主任研究者 岸 玲子 北海道大学医学部
予防医学講座公衆衛生学分野 教授

研究要旨

高齢者の抑うつ状態は、自殺や身体的健康の悪化と深く関連していると考えられており、高齢者の精神保健における重要な問題であるといえる。近年、欧米を中心にソーシャルサポートネットワークが高齢者における抑うつの有症率を下げる効果をもつことが明らかになっているが、わが国ではこれに関する知見が少なく、十分とは言えない状況である。

本研究では、高齢者の抑うつに及ぼすストレスフル・ライフイベントの影響とサポートネットワークの役割について調べた。北海道のT町において、1992年および1995年に69歳～81歳（1992年時）の高齢者全数769名を対象とし、質問票による調査を実施した。解析対象としたのは、2回の調査に回答した496名（男性219名、女性277名）であった。質問票では、基本属性、過去一年間におけるストレスフル・ライフイベントの経験、ソーシャルネットワーク（別居子、友人・親戚、近隣との交流）およびサポート（介護、情緒的、提供）、主観的健康状態、病気の数、ADLについて尋ねた。従属変数はZungのうつスケール（SDS）の得点であった。1995年時のSDS得点に対する共分散分析では以下の結果が示された。ライフイベントの経験数は男女とも有意であり、多く経験されるほどSDS得点は高かった。そのほか、男性では配偶者が病気または死別していること、自身の健康状態が良くないことによりSDS得点が高い傾向が有意であった。男性ではネットワークおよびサポートに関する要因は有意ではなかった。一方、女性では親しい友人・親戚がいない、サポートを提供していない、身体的健康状態が良くない、IADLが低下していることによりSDS得点が高い傾向が有意であった。（研究報告(1)）

今後、わが国の高齢者の精神的健康を維持し、促進していくためには、高齢者の精神的健康状態を適切に把握し、抑うつとの関連要因を明らかにする研究がもっと必要である。本年度はでは、高齢者の抑うつに関する国内外の文献40数編を概観し、これまでに明らかにされた知見をまとめたうえで、今後の研究の方向性についても考察した。（研究報告(2)）

現代日本において高齢者の有する社会的ネットワークの特色を類型化し、大都市と過疎地の地域的比較および同一サンプルの継続調査による時間的変化の把握を試みた。継続して類型化が可能であった178ケースにおいて両地域とも、家族・友人・近隣のいずれとも交流を持ち地域集団への参加もある「統合型」が6割をしめ、第1

時調査に比べ「家族依存型」や「近隣中心型」の割合は減少した。「統合型」ではその豊かなネットワーク資源を生かしてサポートネットワークも質量的に最も多様であった。健康面も悪化した割合は少ないがとりわけ「統合型」は社会的活動も活発で健康度が高い。以上の点から、ネットワークの質の豊かさが高齢者のウェルビーイングと密接に関連していることが証明された。(研究報告(3))

大学病院総合診療部外来で対応した、身体疾患に対する診断治療のみのアプローチでは、問題解決が図れない症例を取り上げ検討した。症例が地域社会との関わりの中で病的状況に陥っていく過程を記述した。これらの症例に共通した生活の場がある自治体、社会福祉協議会を訪ね、インタビューを実施した。複雑な社会的問題を抱えた患者が問題解決し、通常的生活を回復するためには、生活史や心理的状況に対する理解が欠かせないことを明らかにした。さらに、地域でのサポートネットワーク構築には、医療機関自体も福祉活動に対し情報提供したり、現場からの意見を述べる機会をつくることも求められていることを示した。(研究報告(4))

本邦での高齢社会を迎えるに当たり、高齢者が自立して生きるために必要なサポートやネットワークを確立するため、神経変性疾患の中で高齢者に多いパーキンソン病(PD)患者をモデルとしたQOLに関する研究・調査を進める。北海道岩見沢市に居住する40歳以上の住民を対象にアンケート調査を行った。郵送総数28,329件、回収件数14,696件、回収率51.9%、有効回答率49.1%で、振戦608件、動作緩慢1,261件、歩行障害733件、PDの診断は161例、重複例を除外すると152件、その平均年齢は69.0±4.7歳、男性52名(73.0±5.3歳)、女性100名(66.0±6.2歳)であった。1994年の調査に比較して、PD粗有病率が増加しており、今後、高齢社会でさらに相対的増加し、障害も持った高齢者のQOLに関する調査対象のモデル集団になりうるということが明らかとなった。(研究報告(5))

医療費データであるレセプトと、健診カルテやアンケート調査票をリンケージして分析を行ううえで克服すべき法的、制度的かつ倫理的な条件を、個人情報保護の見地ならびに過去のリンケージ研究における手続き上の経験から検討した。個人情報の法的制約は、それが収集されたものか集積されたものか、によって異なり、その利用は機関と目的によって決まる。保険者に集積されるレセプトは、利用、委託の面で規制はゆるやかであり、保健事業や重複受診者への指導にむしろその活用が推奨されてきた。そこで健診受診者については事後フォローの一環としてレセプト点検調査を受託する、というかたちで法的条件をクリアした。しかし、個人情報保護条例を制定している市町村にあっては、国からの行政通達のみならず、当該市町村の条例にも適合しなければならない。法や条例は個人情報の研究利用を一律に禁じているのではなく、むしろ適正な利用のための審議会と手続きが条例で定められることによって、長期的かつ大規模なコーホート研究を、適法かつ住民の理解の下に進めることが可能である、と結論した。(研究報告(6))

分担研究者

笹谷 春美

(北海道教育大学社会学研究室 教授)

前沢 政次

(北海道大学医学部総合診療部 教授)

森若 文雄

(北海道大学医学部神経内科学講座助教授)

佐田 文宏 (北海道大学医学部予防医学

講座公衆衛生学分野講師)

研究協力者

岡本 悦治

(近畿大学医学部公衆衛生学講座講師)

増地 あゆみ

(北海道大学文学部心理システム助手)

築島 恵理 (北海道大学医学部予防医学

講座公衆衛生学分野)

近藤 恭子 (北海道大学医学部予防医学

講座公衆衛生学分野)

太田 薫里 (北海道大学医学部予防医学

講座公衆衛生学分野)

A. 研究目的

現在、わが国では高齢化が急速に進んでいる。しかし、世界的にみても最高水準の平均寿命に達する一方で、寝たきりになる高齢者も多く、全ての高齢者が豊かで健康な老後を過ごしているとは言えないのが現状である。今後は、単なる延命ではなく、高齢者が身体面と精神面での健康を維持しながら自立し、活動的で生産的な老後を過ごせること、いわゆるサクセフル・エイジング (successful aging) を目指していくことが医療やその関連領域の課題となる。高齢者の精神的健康において、もっとも重要な問題のひとつとされているのが抑うつ (depression) である。さまざまな原因により、高齢者層には抑うつ状態が出現しやすいことが知られている。高齢者の抑うつ状

態はさまざまな面で大きな問題を引き起こすと考えられる。わが国における高齢者の自殺率は世界的にみても高いが、しばしばその前段階には抑うつ状態があるとされる。また、抑うつ状態が身体的健康と相互作用の関係にある可能性も指摘されており、抑うつによる健康状態悪化が高い死亡率につながる可能性もある。抑うつ状態は生活満足感や幸福感の低下と深く関連しており、それ自体が高齢者のサクセフル・エイジングの大きな妨げとなる。

人生において経験される様々なストレスフル・ライフイベント (配偶者や友人の死、失業など) が身体的・精神的健康に悪影響を及ぼすことがこれまでに報告されている。一方で、ソーシャルサポートネットワークの多寡も同様に身体的・精神的健康に影響することが知られている。本研究では、これまであまり検討されていない高齢者の抑うつに及ぼすストレスフル・ライフイベントの影響とサポートネットワークの役割について調べることを目標とした。

(研究報告(1)ならびに(2))

従来、日本の高齢者のネットワークは家族・親族が中心であった。地域の共同体が機能している地域ではこれに近隣が組み込まれていたが、都市化の進んだ地域では地域の共同体は崩壊し、より小さな家族単位にネットワークは縮小化傾向にあることが指摘されてきた。また、高齢化に伴い人々のネットワークは家族中心に絞られ近隣や友人のネットワーク数も減少することが推測されてきた。本研究は、現代日本における家族構造の急激な変化、平均寿命の伸び、人口の高齢化に伴う要介護高齢者の増加、従来家族内で高齢者のケアやサポートを担ってきた女性の意識や行動の変化等などの中で、高齢者のネットワークはどのような実態なのか、変化しているのかどうかを明らかにすることを目的とした。

特に高齢者のソーシャルネットワークの類型析出を試み、類型毎の活動的な生活や

サポートネットワークの違いおよび特色を明らかにしようとした。(研究報告(3))

総合診療の臨床の場面では、最近精神的疾患を有する患者の割合が増加している。うつ状態、不安障害、心気症、自律神経障害などである。これらの疾患を有する患者の多くは、身体症状が前面に出ているが、検査を施行しても異常が見つからない場合が多い。彼らはまた一般の病院において、「気のせいですよ」とか「安定剤でも飲んでみてください」と言われ、納得できずに医療機関を転々として「ドクターショッピング」という状況に陥ってしまうことが少なくない。これらの患者に対応する手段も、確立されたものはない。今回はこれらの病気になる誘因を質的研究で明らかにし、日常診療に役立てようと試みた。

特に高齢者においては、一人暮らしや老夫婦のみの生活の中で、家族以外のソーシャルサポートがないと病弱になりがちで、施設に依存する状況も起こり得る。一方、ソーシャルサポートの有無によって、病気の回復を促進できるかどうかが決まる。ソーシャルサポートはきわめて重要であるが、その多くは福祉活動として行われており、医療との連携が綿密にできているとは言いがたい状況にある。その解決方法も本研究を通して明らかにしようとした。(研究報告(4))

高齢社会を迎えるにあたり、本邦の高齢者の Quality of life (QOL) での課題が多い。高齢者の QOL を考え、高齢者が住み慣れた地域で社会的に自立して生きるために必要なサポートやネットワークのあり方に探る研究が重要である。地域社会におけるパーキンソン病患者など障害を呈する高齢者の実態を明らかにし、QOL を高める課題を明らかにすることを目的とする。

本邦では高齢社会を迎えるに当たり、高齢者に「寝たきり」や「社会的入院」が多く、高齢者の Quality of Life (QOL) には課題が多いといえる。高齢者に多い神経

変性疾患としてパーキンソン病 (Parkinson's disease、PD) があげられ、ドパミン障害による無動(動作緩慢)、振戦、筋固縮、姿勢反射障害を四大徴候とする疾患である。今回、PD 患者集団をモデルとした QOL に関する研究・調査を進めるために、北海道岩見沢市での住民アンケート調査を行った。(研究報告(5))

21世紀には高齢者の健康問題、特に高齢者が地域で活動的な社会生活を持続するためには、どのような社会環境等の整備が必要かの研究が大きな課題である。2000年の介護保険制度導入を前にして、多大な介助を必要とする痴呆や寝たきりなど要介護状態を予防しなければ、保険制度そのものが財政的にたたないというのに、介護の施設やマンパワーの慢性的な不足状態が続かかねないからである。本研究では高齢者の医療費をレセプトより調べ、高額医療費者群と低額医療費群にわけ、ICD10により医療費に占める割合が最大の疾患の分類がマッチしていた者を比較、同様に各市町レベルで介護福祉給付の実態調査を行って医療費および福祉給付を目的変数、サポートやネットワークを、個人の収入や、健康状態、住宅などともに被説明変数として多変量解析を行うことを企画した。しかし実際このような研究を進めるには個人情報保護条例の制定やインフォームドコンセントの問題など医療費の解析にあたってはクリアしなければならない点も多い本年はまず、法的、制度的ならびに倫理的問題について国内外の状況を調査報告することを目的とした。(研究報告(6))

B. 研究方法

研究報告(1)

1) 調査の対象と時期

対象は、北海道のT町に住む69歳～81歳(1992年時)の高齢者全数769名(男性

344名、女性425名)であった。初回のベースライン調査は1992年に、2回目の調査は1995年にそれぞれ同じ内容の質問票を用いて実施した。初回の回収率は84.8%、2回目の回収率は73.1%であった。解析の対象としたのは、これら2回の調査に回答した496名(男性219名、女性277名)分のデータである。平成11年度にはさらに加えてY市の住民に対し3回目の追跡調査を実施したが、解析中である

2) 質問票の構成

質問票には、以下の質問項目が含まれている。

基本的属性：性別、年齢、居住形態、婚姻状態(配偶者)、仕事、収入を尋ねた。居住形態については、一人暮らし、夫婦のみ、未婚の子どもと同居、子どもの家族と同居、その他に分類した。婚姻状態(配偶者)については、同居しており元気である、同居しており病気がちである、同居しており寝たきりである、施設や病院にいる、離婚した、死別した、一度も結婚していない、不明であるに分類した。仕事の有無については、週5日以上、週4日以下、していないの3分類とした。収入については、月収が0～5万円未満、5～12万円未満、12～30万円未満、30万円以上の4分類とした。

ストレスフル・ライフイベントの経験：さまざまなストレスフル・ライフイベントについて、過去1年間に経験したかどうかを尋ねた。本研究では、望まない住居の変化、本人の健康状態悪化、配偶者・家族の病気、配偶者との死別、配偶者との別れ、家族との死別、親しい友人との死別、経済状態の悪化、失業、社会的役割の喪失、借金の増加、家族とのトラブル増加、近隣・友人とのトラブル増加、職場での負担増加、裁判、その他(自由記述)の16項目を用いた。

ソーシャルネットワーク：別居子との交流頻度、近隣との交流、親しい友人・親戚の数、団体加入の有無を尋ねた。別居子との交流頻度については、週に一度以上、週に

一度未満、ほとんど会わない、回答なしの4分類とした。近隣との交流については、相談・世話しあう、みやげやりとりがある、世間話程度、挨拶を交わす程度の4段階で尋ねた。親しい友人と親しい親戚については、親しい友人と親戚がそれぞれいるかどうか、いる場合はその人数を尋ねた。

ソーシャルサポート：介護サポートの数とその満足度、情緒的サポートの数とその満足度、サポートの提供について尋ねた。介護サポートについては、病気のときの介護者として頼める人を全て挙げてもらい、その数を合計した。情緒的サポートについては、困ったときの相談相手として期待できる人を全て挙げてもらい、その数を合計した。サポートの提供については、食事・家事の手伝い、孫の世話、病人の看護、悩みの相談にのった、子や孫にお金・物を与えた、地域のボランティア活動をそれぞれしているかどうかを尋ねた。

抑うつ状態：Zungのうつスケール(SDS)を用いて測定した。SDS(Self-rating Depression Scale)は「気分が沈んでゆううつだ」、「今の生活に満足している」などの20項目から成り、各項目に対して4段階(いつも、たいてい、ときに、いいえ)で自己評価する抑うつ尺度である。この総得点が高いほど抑うつの程度が高いことを示すとされ、得点範囲は20点から80点である。48点をカットオフポイントとして抑うつ状態の判定に用いられることが多い。

身体的健康状態：主観的健康状態、病気の数、入院経験の有無、身体の痛み、視力・聴力、失禁経験の有無、歯の具合を尋ねた。主観的健康状態については、非常に健康、普通、弱い、病気の4段階での自己評価であった。入院については、過去1年間に入院したか、した場合はその日数を尋ねた。病気の数については、現在かかっている病気を尋ね、この数を合計して病気の数とした。身体の痛みについてはその有無を尋ねた。また、視力はどの程度であるか、聴力

ほどの程度であるか、失禁の経験がどの程度あるか、歯の具合はどうかを尋ねた。

活動性：ADL、IADLのスケールを用いた。ADLは、歩く、寝たり起きたりする、服を着替える、風呂にはいる、髪をとかしたり歯磨きをする、食べるの日常動作6項目で、それぞれ人の手助けを必要とするかどうかを尋ねた。IADLについては、食事の用意、買い物、掃除、お金の管理、遠出がそれぞれ自分ひとりでできるかどうかを尋ねた。

研究報告(2)

文献総括：本稿では、高齢者の抑うつとソーシャルサポートネットワークの関係について、これまでの国内外での研究成果を概観したうえで、今後の課題と研究の方向性について考える。はじめに、わが国で行われた高齢者の抑うつに関する調査結果を概観する。次いで、欧米で高齢者の抑うつ状態について調べた報告を概括し、これまでに明らかになっている知見を整理する。そして最後に、今後、わが国でどのような研究が必要であるか、どのような方向で研究を進めていくべきかについて考察する。

研究報告(3)

主任研究者および分担研究者はすでに過疎地Y市および大都市S市における大正10年生まれ・11年生まれの男女を対象とした比較調査を、2度にわたり行なってきた。Y市は1991年と94年、S市は92年と95年のいずれも3年後に継続調査を行なった。第1回の調査と第2回目の調査の基本的データの比較分析および1回目の調査のネットワーク類型の析出とその分析についてはすでに報告した。本報告は第2回目の継続調査の回収データ(夕張市男196 女253 合計409名/札幌市男182 女258 合計440)を対象とし、ネットワーク類型の析出と各類型の生活の活動性とサポートネットワークの比較研究を行なうと同時に、第1回目のネッ

トワーク類型の変化を追うことを中心課題とする。

ネットワークの類型化は以下の指標をクロスさせて行なった。(1) 家族との関係：息子や娘との行き来の頻度、(2) その他の親族との付き合いの有無、(3) 近隣との付き合いの密度、(3) 親しく行き来する友人の数、(5) 社会集団への参加：参加集団の内容と数。そうして以下の5つの類型を析出した。A型：家族・親族中心型、B型：家族・親族・近隣・友人・集団参加の全てに関与しネットワーク数と種類が最も多い型、C型：近隣中心型、D型：友人中心型、地縁・血縁に縛られない集団参加が多い、E型：いずれの関係も弱く少ない型。

研究報告(4)

質的研究法は、さまざまな社会科学の分野で長い間広く使われているにもかかわらず、日本では医療研究者の間ではあまり知られていない。アメリカでプライマリ・ケアに携わる医師や看護婦は、臨床の現場で直面する困難な問題を研究するとき、意識調査(アンケート)のような数量的方法で容易に解決できない場合には、質的研究法が有用であることに注目し始めている。今回の研究は質的研究法(症例対照研究)を用いることにした。

質的研究は個性的なケースを重視するので、特定の人たち、特定の問題、あるいは特定の状況を非常に深く理解することが可能になる。社会的側面に対する配慮がないと問題解決ははかれない広義の身体化障害患者患者の生活歴を、民族誌的に記述することをはじめとして、質的研究手法で記述した。また同じ地域で生活するアルコール中毒と思われる子を持つ患者、アルコール性肝障害患者についても記述した。同時に、症例が生活していた地域の状況を多角的に情報収集し、考察を加えた。

研究報告(5)

北海道岩見沢市は札幌市から北へ 40Km に位置する農村、また、近年は住宅化が加速し、札幌のベッドタウン化している。1990 年から 1995 年までの間は人口変動が比較的少なく、人口構成も一定していた。しかしながら、1996 年以降、年 1,000 人の人口増加があり、65 歳以上の高齢人口が 18.06%と、1994 年度の 12.8%に比較して急速に高齢人口が増加している。今回、岩見沢市に居住する 40 歳以上の住民を対象に、アンケート用紙を郵送にて送付し、PD の調査を行った。アンケート調査の内訳は、基本情報として年齢、性別、世帯人数、また症状についてはアンケートを簡素化するために質問事項を 4 項目に限定し、振戦、動作緩慢、すくみ足の有無、パーキンソン病の診断されているかに関して、返信用はがきで回答を得た。

研究報告(6)

コーホート研究では、その研究によって直接得られた情報だけでなく、観察対象となっている個人について全く別の情報とを突合（リンケージ）することによってデータをより完全なものとしたり、全く新しい知見を得ることができる。しかしながらリンケージは、異なった目的、性質のデータの集合から個人を特定して、突合してゆかなければならないという技術的困難に加えて、法的、制度的そして倫理的な課題が派生することになる。たとえば健康診査や医療機関のカルテ（診療録）と、レセプト（診療報酬明細書）は個人情報と医療情報を含んでいる点では共通しているが、その情報としての性質と目的は異なっている。糖尿病の患者が同じ医療機関の内科と眼科を受診しており、内科の医師が目の状態や治療状況を把握するために眼科の診療録を閲覧することは許容されることであり、いちいち患者の承諾をとる必要があるとは考えられない。また保険者がレセプトの請求内容を

を審査するうえで、医療機関からのレセプトと調剤薬局のレセプトを突合して審査することも同様であり、現に行なわれている。

しかし異なった情報をリンクし、それぞれの単独の情報だけでは得られない新しい知見を得ようとすることは、無条件で許容されるわけではなく、その目的だけでなく、法的、制度的な条件を十分に検討する余地がある。本論では、目下制定準備が進められている個人情報保護基本法の趣旨もふまえて、異なった情報、とくに健診カルテのような医療記録およびアンケート調査のような疫学調査記録と、レセプトとのリンケージを行う上での、法的制度的側面について検討を加えることを目的とした。

倫理面への配慮

(1) 疫学調査にあたっては対象者のプライバシーの保持には細心の注意を払い、対象者が研究に参加することによって不利益を被ることがないように配慮した。(研究(1)

(3) (5))

(2) 今回の研究の倫理面では、症例のプライバシーに配慮し、本人を特定できないような記述にした。また、これらの症例の出身地もできるだけ固有名詞を省略するように努めた。(研究(4))

(3) 倫理面そのものも含めて検討した(研究(2) (6))

C. 研究結果

研究報告(1)

1) SDS 得点の平均と男女差

1995 年時の SDS 得点の平均は 35.46 であった。SDS 得点には性差がみられ、女性の平均得点 36.12 は男性の平均得点 34.58 よりも有意に高かった。また、男女とも 1992 年時(男 36.96, 女 38.57)に比べて 1995 年時の SDS 得点は低くなっていた。1992 年時と 1995 年時の SDS 得点間の相関係数は 0.36 ($p < .001$)であった。

2) SDS 得点と各変数との関連

i) 基本属性：SDS 得点と有意な関連を示したのは、居住形態、婚姻状態（配偶者の状態）、仕事の有無、収入であった。婚姻状態については、男性において配偶者が健在である群（全体の 66 %）では SDS 得点が低かった。女性では婚姻状態による差は有意ではなかった。仕事の有無については、男性では 45 %、女性では 68 %が仕事をしておらず、SDS 得点が有意に高かった。収入については、男性では有意な関連はみられなかったが、女性では収入がもっとも低い、月 5 万円未満の群（全体の 31 %）で SDS 得点が他の群より有意に高かった。

ii) ライフイベント：経験されたライフイベント数の平均は男性で 0.74 個、女性で 0.64 個であった。全く経験のない人が男性で女性でも大半を占めている。あまり性差はみられない。ストレスフル・ライフイベントと SDS 得点との関連については、イベントの数と SDS 得点は男女どちらにおいても有意に関連していた。過去 1 年間に全くライフイベントの経験がない群でもっとも SDS 得点が低く、ライフイベントの経験数が増えるほど、SDS 得点は高い傾向が示され、個別のイベントの有意であった項目は性別によって若干異なり、男性では本人の健康状態悪化、配偶者との死別、配偶者・家族の病気をそれぞれ経験した群で、経験しなかった群より SDS 得点が高かった。女性では、望まない住居の変化、本人の健康状態悪化、経済状態悪化、借金の増加をそれぞれ経験した群で SDS 得点が有意に高かった。

iii) ネットワークとサポート：別居子との交流頻度を除く全ての項目が SDS 得点と有意な関連を示した。近隣とのつきあいについては、男性では 9 %、女性では 10 %が「挨拶

をする程度」と回答し、他の群に比べて SDS 得点が高かった。親しい友人の有無についても、男性では 16 %、女性では 14 %が親しい友人はいないと答え、いると答えた群より SDS 得点が高かった。親しい親戚の有無についても同様で、男性では 17 %、女性では 22 %が親しい親戚はいないと答え、この群で SDS 得点が高かった。また、団体加入の有無との関連については、男性では 11 %、女性では 19 %が団体に加入しておらず、この群で SDS 得点が高かった。ソーシャルサポートについては、援助者や相談者がいないと答えた人は男女ともごくわずかで、援助者の有無および相談者の有無と SDS 得点との関連は有意ではなかった。介護サポートや情緒的サポートへの満足感は SDS 得点と有意に関連しており、満足しているほど SDS 得点は低い。サポートの提供については、男女ともに、ほとんどの項目でサポートを提供している群でしていない群より SDS 得点が低い傾向が示されている。この差が有意であった項目は、男性では、子や孫にお金を与えることがある、地域のボランティア活動をしている、女性では、食事・家事の手伝いをした、子や孫にお金・物を与えることがある場合であった。

iv) 身体的健康と活動性：全て、男女どちらにおいても、SDS 得点と有意に関連を示した。主観的健康状態については、非常に健康でもっとも SDS 得点が低く、普通、弱い、病気の順に高くなり、これらの差は全て有意であった。入院の有無については、入院経験のない群よりも SDS 得点が有意に高かった。身体の痛みについても、ない群に比べて SDS 得点が高かった。視力・聴力についても、問題のある群では SDS 得点が高い。失禁についても、よくあると答えた群では SDS 得点が高かった。歯の具合についても、入れ歯の具合が悪い群で SDS 得点が高かった。また、病気の数が多いほど SDS

得点が高く、とくに3個以上ある群でそれ以下の群よりも SDS 得点が高かった。

ADL については、ひとつでも手助けが必要な群で全く問題のない群に比べて有意に SDS 得点が高かった。IADL については、男女ともに、ほとんどの項目が SDS 得点と有意に関連している。食事の用意ができない、買い物ができない、掃除ができない、お金の管理ができない、ひとりで遠出ができないとそれぞれ答えた群では SDS 得点がありに高かった。

3) 多変量解析の結果

1995 年時の SDS 得点に関連する項目について、それぞれがどの程度 SDS 得点と独立に関連しているかを検討するため、男女別に 1995 年時の SDS 得点を従属変数とした共分散分析を行った。

共変量とした 1992 年時の SDS 得点は非常に高い説明率を示し、女性においてはもっとも説明率の高い変数であった。また、男女どちらにおいても、過去 1 年間に経験されたライフイベントの数は高い説明率を示しており、ライフイベントを多く経験することで SDS 得点が高まる傾向は他の要因を調整しても有意であった。この傾向は特に女性において顕著であった。

男性では配偶者の状態と主観的健康状態が有意で、配偶者が病気または死別していること、自分自身の健康状態が良くないことが SDS 得点を高める要因となっていた。ソーシャルネットワークおよびサポートに関する要因は有意ではなかった。一方、女性では親しい友人・親戚の有無、サポートの提供、主観的健康状態、病気の数、IADL がそれぞれ有意で、親しい友人・親戚がいないこと、サポートを提供していないこと、身体的健康状態が良くないこと、IADL が低下していることが高い SDS 得点につながっていた。

研究報告(2)

1) わが国での研究動向

わが国では、サポートネットワークと抑うつとの関連を調べた調査は数少ない。最近行われた3つの調査と、まだ調査の数は少ないが、高齢者にとって望ましいソーシャルサポートの十分さは高齢者の抑うつ状態と関連していることが報告されている。その他、わが国で高齢者の抑うつ状態とその関連要因について検討した調査で抑うつと関連が示されたのは、おもに次の5要因である。

①居住形態：一人暮らしでは配偶者や家族と同居より抑うつが高い。入院している者は、在宅高齢者に比べて抑うつが高い。

②身体的要因：主観的健康状態が良くない者、握力や咀嚼力が低い者、視力や聴力が低い者、ADL が低い・移動能力が低いなど活動性が低い者などで抑うつの傾向が高い。また、何らかの疾患があると抑うつが高い傾向がある。

③ストレスフル・ライフイベントの経験：配偶者の死、友人や親戚の死、健康状態の悪化などの望ましくない出来事を経験した場合、抑うつが高まる傾向がある。

④年齢：年齢と抑うつの関連については、認められない場合が多い。

⑤性別：女性は男性に比べて抑うつが高い傾向が示される場合と、性別は抑うつと関連しない場合とがある。

現在までのところ、わが国で行われた調査は、ほとんどが横断的であったり、多変量解析を行っていなかったり、特定の関連要因のみを取りあげていたりするため、高齢者の抑うつと社会的・身体的要因との関連を総合的に把握することが難しい場合が多い。

2) 欧米での研究動向

高齢者の抑うつに関連する要因について、ソーシャルサポートネットワークを含め、欧米では日本に比べて多くの調査が実施されている。ここでは、高齢者の抑うつ状態

について身体的、社会的側面から多面的、総合的に調査し、他の要因を考慮に入れたうえでサポートネットワークと抑うつとの関連を検討した研究を中心に概観する。

i) サポートネットワークと抑うつの関連
居住形態：配偶者や家族と同居している場合に比べて、一人暮らしの場合により抑うつ状態にあることが多い。ベースライン調査時に一人暮らしであった群では同居者がいた群に比べ、3年後と6年後のCES-D得点が高く、この効果は重回帰分析で他の要因を調整しても有意と報告されている。

婚姻状態：配偶者の状態により結果は異なっている。配偶者と死別している場合は、抑うつ状態にあることが多い。一度も結婚していない場合の抑うつ状態については、調査によってさまざまである。

ネットワークサイズ：ネットワークサイズと抑うつとの関連については、多くの調査で、親戚、友人、子ども、孫、信頼できる人の総数などを指標とするネットワークサイズが大きいほど、抑うつが低くなる傾向がみられている。

また、ソーシャルネットワークを全く持たない場合の抑うつ状態については、ベースライン調査時に話せる仲間がいないと答えた群では3年後、6年後のCES-D得点が有意に高くなったと報告している。では社会的孤立（信頼できる人がいない、親しい親戚や接触のある友人がいない状態）の度合いが高いと抑うつと診断される割合が高くなる傾向が示された（OR: 3.0）。

ネットワークメンバーとの接触頻度：メンバーとの接触頻度と抑うつとの関連については、結果はさまざまである。親戚や友人との接触頻度と抑うつとの関連については、白人でも黒人でも親戚、友人との接触頻度が多いほどCES-D得点が低くなる傾向がみられた。

子どもとの接触頻度と抑うつとの関連について、ベースライン調査時に子どもの訪問頻度が多いほど、3年後のCES-D得点は低

いこと、3年後の調査までの間に訪問頻度が減少した場合、CES-D得点は有意に上がることを示した。友人、近隣、子ども、孫との接触頻度（社会的接触）と抑うつとの間に有意な関連はみられなかった。ただ社会的接触が多いほど生活満足度が高い傾向は重回帰分析で有意であった。

サポートの全体量：サポートの全体量と抑うつとの関連については、自分がソーシャルサポートをどの程度得られているか、どの程度期待できるかを主観的に評定したサポートの得点が高いほど、抑うつは低くなる傾向が示された。特定の相手からのサポート量と抑うつとの関連についての結果はさまざまである。

情緒的サポート：情緒サポートと抑うつとの関連については、配偶者、子ども（孫）、親戚、友人からの情緒的サポートとそれに対する満足度は抑うつと関連するケースが多い。ベースライン調査時に情緒的サポートが十分だと感じ、またそれに対する満足度が高いほど、3年後のCES-D得点が低いことが示されている。

手段的サポート：手段的サポートと抑うつとの関連については、複雑である。配偶者、子ども（孫）、親戚、友人からの手段的サポートが多く、それに満足しているほど抑うつは低くなる傾向がみられる場合と、逆に手段的サポートが多いほど抑うつが高まる傾向がみられる場合がある。

このように、手段的サポートが多いほど抑うつが高まる傾向は、とくに身体機能が低下している場合に強く示されている。手段的サポートを受けなければならないという状況が自尊心や自己認識の低下などを引き起こし、このことが抑うつ状態につながっている可能性がある。ただし、このような場合でもサポートへの満足度が高いとCES-D得点は低い傾向はみられていることから、手段的サポートの提供方法やその内容、また、受け手の心理状態を十分に考慮することで、サポートの有効性を高めるこ

とはできると考えられる。

サポートの提供：他者からサポートをどの程度受けられるかではなく、自分が他者への程度サポートを提供しているかが抑うつと関連することも示されている。サポートの提供が多いほど抑うつが低い傾向であった。他者へ informal なサポートを多く提供しているほど、結果的に抑うつ症状が少ない傾向が有意であった。

ii) その他の要因と抑うつとの関連

ベースライン調査時の抑うつ状態：7つの縦断的研究全てにおいて、ベースライン調査時の抑うつ状態は一定期間後（1ヶ月～6年）の抑うつ状態と関連しており、他の要因に比べて説明率が非常に高い。この結果は、抑うつ状態はある程度持続することを示しており、他の要因による影響を精確に検討する際に、もともとの抑うつ程度を考慮する必要性が高いことを示唆している。
ストレスフル・イベント：配偶者や友人の死、失業、経済状況の悪化など、高齢者が経験するさまざまなストレスフル・ライフイベントと抑うつとの関連が多く示されている。これまでの調査では、6ヶ月から2年以内に経験したイベント数が多いほど、抑うつが高まることが明らかになっている。

個別のイベントの経験有無と抑うつとの関連についても検討されている。配偶者と死別後、1ヶ月後と12ヶ月後の調査において、有配偶者に比べて CES-D 得点が高くなることを示した。また、ベースライン調査から3年の間に配偶者との死別、親友の喪失を経験したことが有意に CES-D 得点を高める結果が示されている。12項目のイベントのうち配偶者との死別、友人の移転、趣味の喪失などについては、経験のある場合、CES-D 得点が高い傾向が個別にみられた。

サポートネットワークのストレス緩衝効果：サポートネットワークの効果としては、サポートネットワークそのものが抑うつをおさえる直接効果と、ストレス経験による

悪影響がサポートネットワークによって緩和される緩和効果とが考えられている。直接効果については先に述べたとおりであるが、緩和効果についての調査結果はさまざまである。緩和効果がみられた報告としては、ライフイベントとサポートの交互作用の項が重回帰分析で有意であった。この交互作用について詳細に検討した結果、ライフイベントが多い群で、サポートが多いほど CES-D 得点が低く、ライフイベントが少ない群ではサポートの多寡による効果はみられなかった。

サポートの少ない群では、喪失の経験による抑うつ発症の可能性がより高まり、サポートが豊かであることが喪失の経験による抑うつ発症を押さえる効果をもつことが示されている。

身体的健康状態：慢性疾患の数、主観的健康状態などの身体的健康状態を示す指標は抑うつと大きく関連している。ベースライン調査時に主観的健康状態が良くないと、1ヶ月後、12ヶ月後の CES-D 得点が有意に高く、ベースライン調査時に罹患していた病気の数が多いほど、6ヶ月後の CES-D 得点が高くなる傾向が示されている。縦断的研究でこのような結果が示されていること、横断的研究で両者の関連を検討すると、ほとんどの場合に強い関連が示されている。重回帰分析を用いた解析では、慢性疾患の数が多いほどひどい痛みがある場合に抑うつ発症が1.2-4.0倍となった。

活動性（身体機能、ADL）：ADL (Activities of Daily Living)、IADL (Instrumental Activities of Daily Living) などの活動性や身体機能を示す指標も抑うつと大きく関連している。これまでの報告では、ADL を中心とした身体的健康状態に関する回答で、ADL が低いことが6ヶ月後の抑うつ発症を有意に判別することを示した。ベースライン調査時に普段あまり活動的ではない、あるいは寝たきりと回答した群ではそうでない群に比べて CES-D 得点が有意に高かつ

た。また、ベースライン調査時の FDI (身体機能障害)得点が高いほど3年後の CES-D 得点が高いこと、3年間で機能がさらに低下した場合に CES-D 得点が高くなる傾向が有意であった。縦断的研究でのこのような結果から、身体機能や活動性の悪化が原因となって抑うつが高まる可能性があるといえる。断面的調査でも、身体機能と抑うつとの関連は強い場合が多い。ただし、逆の因果関係、すなわち、抑うつが身体機能の不良や活動性低下を引き起こす可能性もあり、この点を検討した調査も報告されている。

性別：性別と抑うつとの関連については、一致した結果が得られていない。性差がある場合は、女性の抑うつ発症率または抑うつ尺度の平均得点が男性より高いことが多い。

年齢：高齢者における年齢と抑うつとの関連については、高齢になるほど抑うつを示す人の割合が増えると考えられる。しかし、これまでの調査では、加齢が抑うつの一因であるとは考えられない結果が示されてきた。多くの調査で、身体的健康状態や ADL などを調整した結果、加齢の効果はみられなくなったり、逆に高齢になるほど抑うつが低くなったりしている。

居住地域：居住地域と抑うつは、あまり関連が認められていない。

教育年数：教育年数と抑うつとの関連については、教育年数が多いほど、また高学歴であるほど抑うつは低くなる傾向を示す報告が多い。最終学歴が高いほど、ベースライン調査時とそれから3年後の CES-D 得点が高いことを示されている。横断的調査でも、重回帰分析で教育年数多いほど CES-D 得点が高い傾向が有意となっている。

収入：収入と抑うつとの関連については、結果は分かれている。重回帰分析において収入が多いほど CES-D 得点が高い傾向が有意という報告がある一方、収入の額と CES-D 得点には関連がなく、収入に対する満足度

が高いほど CES-D 得点が高い傾向が重回帰分析で有意と報告されている。

社会階層：社会階層と抑うつはあまり関連が認められていない。

研究報告(3)

第2回目調査のデータ分析を中心に、(1) ネットワーク類型の析出及び各類型と活動性の比較、(2) ソーシャルネットワークとサポートネットワークの関連、(3) 高齢化に伴うネットワーク類型の変化について分析を行なった。

調査データから、A型106ケース、B型260ケース、C型44ケース、D型15ケース、E型18ケースの433ケースが得られた。その分布はそれぞれ24.5%、57.7%、10.2%、3.5%、4.2%であり、B型が6割近くを占め、次ぎがA型で約4分の1、C型が1割、D型とE型はきわめて少なかった。

地域別で比較すると地域差が見られ、全体としてB型が多いが、とりわけY市においてその割合は高く(66%)、逆にS市市に置いてA型の割合が高い(33%)。C型は数が少ないがやはりS市においてY市より割合が高いことがわかる。

性別では地域別ほど差はでなかったが、B型が女性において若干割合が高く、D型とE型で若干男性の割合が高かった。

家族構成は全体として「夫婦のみ」が半数を占め、ついで「ひとり暮らし」が多く両者あわせるとS市67%、Y市74%であり、子どもとの同居は少ない。とりわけC型、D型およびE型においては子どもとの同居はゼロである。A型とB型においても高齢者のみの家族構成が主流であるが、「息子家族と同居」という典型的三世帯家族はB型に最も多く見られ、性別では女性に多い。

健康状態は、非常に健康は約2割、普通はS市63%、Y市55%である。弱いや病気はS市で15%、Y市で25%である。

概ね健康を保っているがY市で病弱の高齢者割合が高い。ネットワーク類型では差が見られ、A型とB型で健康の割合が高く、逆にC型、D型、E型で病弱の割合が両地域においても高い。子どもとの密なネットワークを有する類型の健康度が高いことを示している。

活動性を見てみると、「この1年間にしたことがあること」として高齢者自信が他からケアを受けるのではなくむしろ他の人に対するサポートの経験聞いた。S市ではB型が最も多様な活動に関わっており、A型やC型も子や孫への贈り物を中心として食事の用意や手伝い、悩み事の相談等に関わる割が多い。Y市も全体として活動の割合は少ないが、S市と同様の傾向が見られる。逆になにもしなかった、と答える割合はE型に最も多く、次ぎにA型に多い。これは家族とは親密な関係にあるが家族外との関係はあまり有していないA型と孤立的なE型とはネットワークの範囲と数が狭いことで共通していることの反映と見られる。このようなAとEの共通性は趣味や生きがいの保有の少なさ、高齢者向けの医療・福祉サービスの積極的関わりの低さにも共通に見られた。

サポートネットワークとの関係では、一つは病気や怪我のために動けなくなった時に世話を頼める人」という身体的ケアのサポートネットワーク、2つ目は「悩み事が生じた時相談できる人」という情緒的サポートネットワークのどちらについても地域や性別、ネットワーク類型を問わず9割近くが「いる」と答えている。しかし、誰がサポーターとして期待できるのか、についてはネットワーク類型によって異なってくるということが明らかにされた。

身体的ケアのサポートネットワークは、A型は配偶者、息子、娘、嫁の4者に限定され、B型はA型同様先の4者を主としながらも近隣、友人、公的サービスをも選択されている。C型も4者を主としながら

S市では保健婦やヘルパー、民生委員などの公的サービスも選択され、Y市ではこれらのサービスの代りに近隣が選択されている。Y市ではS市ほど公的サービスの利用が展開されていないためであろう。そしてやはりE型では家族については配偶者に限定され、その次ぎに民生委員が選択されている。子どもがいない、子との交流が少ないことが反映されている。またD型とE型ではネットワークの種類だけでなく量も少ないように思われる。以上の傾向は情緒的サポートネットワークにも同様に見られた。

ネットワーク類型の変化は前回に比べ、全体的にB型とA型の割合が増加し、C型が激減しているのが特徴である。地域別にみると、A型の割合がS市に多くB型の割合はY市に多いという、大都市とかつての炭鉱都市で共同長屋の暮らしが主流であったマチの特性を反映しているのは前回と同じであるが、激減したC型においてS市とY市の傾向が逆転しているのが特徴的である。C型は近隣関係が主体であるネットワークであり、Y市では前はA型よりもB型について多かった類型であった。D型とE型は数が少ないがやはりS市とY市の逆転減少が見られた。性別分析では大きな差は見られなかった。

研究報告(4)

症例1：73歳女性。大学病院眼科に白内障の手術のため入院中。胸痛を訴えて総合診療部を受診。かなり以前から痛みを感じていた。胸部X線では異常なし。家族は37歳の長男と同居。2人暮らし。長男は定職につかず、アルコールに浸りきりの毎日である。時々母である患者に暴力をふるい、患者はしばしばトイレに逃げ込んで、中から鍵をかけ耐え忍ぶことも多い。痛みのある場所は、殴られたりけられたりしたことがあるように覚えている。

症例2：55歳男性。タクシー運転手。主訴

は食欲不振と体重減少。2、3年前に銀行（運転手）を退職。その頃から、食欲なく、体重が少しずつ減少し、現在までに4kg落ちた。2ヶ月前から、食欲がさらになくなり、家でごろごろしていることが多くなった。検査所見では肝機能異常が著しく、大学近くの病院に即日入院となった。肝障害の原因は、ウイルスの可能性は低く、アルコールが強く疑われた。

症例 3：65歳女性。無職。主訴は左胸や上腹部が熱くなる、頭痛、目や口が渇く。平成10年9月28日突然、回転性のめまいが出現。吐き気も強く全身の力が抜け歩けなくなった。札幌市の病院に入院。脳のMRIでは異常所見なし。脳外科、耳鼻科で診察を受けたが特に異常は見つからなかった。9月8日頃から微熱が出現。時には37.8℃に上昇した。白血球数CRPは正常。消化管、甲状腺、いずれも正常。症状に関する原因が不明のため11月29日退院。娘や姉のところに世話になっていたが、担当医より当科受診をすすめられ、12月7日受診した。食欲あまりなく、睡眠は睡眠剤をもらってなんとか寝ている。

これらの患者では、偶然か住所が札幌近郊のある市に一致していた。そのためこの市および社会福祉協議会を訪問し、インタビューによる地域福祉活動の状況調査を行った。

この市の歴史は明治23年最初の炭鉱が開発されてから次々に炭鉱が開鉱。昭和15年64,998人、昭和18年73,953人と人口が増加し、市となった。昭和35年4月には116,908人となり、本市最多の人口となる。その後、昭和34年国の石炭鉱業合理化政策「新合理化長期計画」が策定されてから、炭鉱の閉山、合理化が続き、市内の炭鉱が相次いで閉山した。平成2年3月、本市にあった最後の炭鉱が閉山し、本市から石炭産業は完全に消滅した。その後から地域振興策として企業誘致を進めてきた。

昭和30年前後より本市の自然条件、環境に即応した農業振興目標が模索された。この中で、メロン、アスパラガス、長芋、いちご、きゅうり、など特産野菜として選定し、農業関係者等一体となって特産野菜作りがスタートした。中でもメロンは、最大の農業生産額を誇っている。

商業に関しては多様化した消費者ニーズに対応するため、商店街の再開発を進め、魅力ある商店街育成を促進しているが、経営者の高齢化や後継者がいないなどの問題をかかえている。

観光開発事業としては、「石炭博物館」を建設し、昭和63年にはスキー場を核としたリゾート開発を展開。その他、宿泊施設や、歴史的建造物、広場等の施設整備をすすめる他、多くのイベントを行っている。

2) 地域社会の状況

社会福祉協議会による地域福祉活動は、昭和43年に、会員会費制を創設。昭和48年から、社協の実践体である地区協議会(略称「地区協」)の組織化に取り組み、51年に完了し、昭和49年には、老人福祉月間を設定し、「豊かな老後を考える集い」と「全市おとしより運動会」を開始。昭和49年から51年にかけて、おとしよりによる「愛の訪問活動」を展開し、昭和50年から55年にかけては「ひとり暮らし老人の安否確認と健康増進」を目的に、愛情銀行から乳酸飲料の配布を、昭和55年、乳酸飲料の配布を中止するにあたり、杜協の役職員が75歳以上のひとり暮らし老人を対象に、年4回(平成元年からは年6回)の福祉訪問を開始。昭和54年には、愛情銀行に登録している団体の協力と市の補助により、除排雪サービスを開始。昭和59年には、「ボランティアセンター」を設立、自主運営に移行、各地区とも在宅福祉サービス推進委員会を設置。昭和59年に、老人健康増進事業を開始。昭和61年に、市在宅福祉サービス推進協議会を設置。昭和63年には、ひとり暮らし老人実態調査を実施。平成3

年に、「高齢者の自立とサポートネットワークに関する研究」のための調査に参加協力。平成3年に、福祉教育「かけ橋事業」を企画し、子どもたちへ体験の場を提供、その後「学童生徒のボランティア活動普及事業指定校」へと発展。また、手話の会が誕生し、ボランティア活動の発展に期待がふくらんだ。平成4年に、第2期(平成5年度～平成11年度)地域福祉実践計画を策定。小学校の児童と地域交流を開始。平成5年に、配食サービス(月2回)を開始。平成6年には、「高齢者の自立とサポートネットワークに関する研究」のための追跡調査に参加協力。平成6年に、福祉機器貸出事業を開始。また、移送サービス事業を開始。

その後も在宅福祉サービスを拡充に努め、活動内容としては、友達になる、見守りをする(安否確認)、話し相手になる(電話サービスも)、励ましをする、連れ出しをするボランティアグループを組織化する、町内会に少人数によるグループも組織化・募集する、個人ボランティア(除排雪サービス、布団乾燥サービス)を募集するなど多彩なプログラムを展開している。

研究報告(5)

調査票の集計結果では、郵送総数 28,329 件、回収件数 14,696 件(この中に同一世帯と思われる回答 1,196 件が含まれ、回収率 51.9%)であった。無効回答の内訳は死亡 7 件、転居 2 件、拒否 456 件で、有効回答率 49.1%であった。推定世帯数 27210 世帯、有効回答(重複)で、振戦 608 件(この中で振戦のみと回答した件数は 131 件、21.5%)であった。動作緩慢 1,261 件で動作緩慢のみの回答は 509 件(40.4%)、歩行障害(すくみ足)があると回答したのは 733 件、歩行障害のみの回答は 78 件(10.6%)であった。パーキンソン病の診断を受けているとの回答は 161 例であり、そのなかで有効重複例を除

外すると 152 件であった。152 件中で振戦、動作緩慢、歩行障害を認めない件数が 15 件(9.9%)みられた。振戦、動作緩慢、歩行障害の 3 項目のすべてがみられると回答したものは 256 件(16%)、3 項目中 2 項目があると回答した件数は 444 件(全体の 28%)であった。今回、パーキンソン病と診断されていると回答した件数 152 件の平均年齢は 69.0 ± 4.7 歳、男性 52 名(平均年齢 73.0 ± 5.3 歳)、女性 100 名(平均年齢 66.0 ± 6.2 歳)であった。

研究報告(6)

個人情報を集めることを一般に「収集」と総称されるが、「収集」と「集積」とは区別すべきと考える。すなわち、直接対象者に義務が無いにもかかわらず依頼により報告や提出を求め、対象者の協力により情報を集めることを「収集」と呼び、当方は何ら依頼したわけではないが、対象者の自発的な報告や提出により情報が集まってくることを「集積」と呼ぶことにする。

1) 収集・集積されたデータの扱い

統計法は、特に重要な統計調査については強制力を伴う調査権を付与し、これを指定統計調査としている。指定統計調査には人口動態統計、患者調査、国民生活基礎調査、医療施設統計などがある。

統計法では、指定統計調査も届出統計調査も、調査票の「目的外使用」を原則として禁じているが、例外として認められるときの手続きは指定統計調査と届出統計調査とで異なっている。

指定統計調査においては、調査票を目的外に使用する上では総務庁長官の承認を得て、官報告示が必要になる。そして「使用目的」および「使用者の範囲」が具体的に告示される。それに対して、届出統計においては、総務庁長官の承認は必要でなく、官報告示も必要とされない。そして「実施者が、被調査者又は報告を求められた者を識別することができない方法で調査票又は

統計報告を使用し、又は使用させることを妨げるものではない（同第 15 条の 2）」とよりゆるやかな制限にとどまっている。

一方、対象者に義務の無い協力を強くない「集積」は、そもそも統計法の適用は無く、その利用の制限も無い。そしてこうした個人情報をめぐる法の空白こそ個人情報保護基本法が求められる。

医療関係法でも、特定の疾病については患者の同意を得ずに届出を医師に義務づけているものがある。少なくとも法の世界において、プライバシーは絶対不可侵のものではなく、どこまで保護するかは公益とのバランスの上で決められるべきものである点は重要である。

2) 収集・集積された情報の利用

集積情報については、集積される機関内において、その情報の意図された目的にそって利用する上では、制限は無い。次は、機関とはどの範囲を指すか、意図された目的とは何か。まず機関とは、法人であれば、その法人組織の内部でその情報を利用する権限を付与された部門、と解釈できる。国や自治体の場合、部や課ごとの権限が法律や条例で明確に規定されているのが通常だが、民間法人の場合は、内規等で大まかな職務分担は定められていても、特に小規模な組織では明確でないことも多い。その場合は組織全体で共有しても問題はないといえる。

国や自治体の場合、情報を共有できる部門の単位をどこまで広げるかは重要である。小規模な村などでは、国民健康保険担当者と保健事業を担当する保健婦が同じ課に属し、同じ建物、同じ部屋で仕事をしていることが多い。しかし、大規模な市においては、保健事業を担当する保健所と、保険事業を担当する課とが分かれており、それぞれの権限が条例で定められていることがふつうである。なお部門の壁を考える上では、あくまで「権限」で判断すべきであって、地理的な距離はあまり問題ではない。

たとえばある市が複数の保健所や市立病院を有していたとして、その市の保健所間あるいは市立病院間の情報ネットワークを構築することは、実質的には同一部門内での情報利用と変わらず、セキュリティが確保される限り、個人情報保護のための特別な手続きは不要と考えてよいだろう。異なった情報をどこまでリンクさせることが許されるかは、その情報の目的や性質に照らして柔軟に判断すべきと思われる。

3) 目的の範囲

レセプトに関しては、わが国の健康保険法は保険者に、診療報酬を支払う上でレセプトを審査しなければならない旨（健康保険法第 43 条の 9 第 4 項）と定めてはいるが、それ以外の利用（たとえば保健指導など）については全く触れていない。これをもって、レセプトは診療報酬の審査目的以外に利用してはならない、と理解する向きもあるようだが、それは正しくない。

法に明確な禁止規定や限定列举が無いから、レセプトの利用は、所有者である保険者の裁量に委ねられていると解釈するのが妥当である。すなわちレセプトを診療報酬の妥当性の審査以外に用いたからといって即それが健康保険法違反になるわけではない。その利用目的が著しく合理性を欠いたり、裁量範囲の逸脱があった場合にのみ違法となると考えるべきであろう。

4) レセプトの活用

わが国においては、1978 年の「国民健康保険の保健施設について」通知では「診療報酬明細書による病類別疾病統計等の関係諸統計、地区別世帯別受診状況等の関係諸資料及び関係諸情報を整備、収集、分析して、保健施設事業の必要度を把握し、これを実施計画の策定、事業の実施に活用すると」とされ、1980 年の「診療報酬明細書の点検調査等事務処理要領」でも「レセプトの点検、調査の結果得られた資料については、法による保健事業の効果的な運営等に活用するよう努める」とある。

1996年には国民健康保険の「在宅医療推進事業」がスタートした。全国の国民健康保険団体連合会が、長期入院者など在宅ケアの対象になりうる患者をレセプト情報からピックアップし、市町村に情報提供するというもので、1998年8月からは、重複・頻回受診者に対する患者指導事業も開始されている。

国民健康保険団体連合会からレセプト個人情報を出し、市町村に提供し、保健婦による患者指導を行うことについて厚生省は1992年「国民健康保険事業は、健康づくりを推進する市町村と同一の行政主体である市町村が医療の給付と合わせて保健施設事業を行うものであり、両者が総合的視点に立って、密接な連携の下に行うべきものである」との見解を示している。

5) 健診カルテとレセプトとのリンケージ

大阪府下のH市では、基本健康診査の受診者の3分の2が市町村国保加入者であることより、健診受診者のうち国保加入者について受診後のレセプトとをリンクし、受療状況と判定結果の妥当性の評価を試みた。ここではその結果についてではなく、リンクのための制度的手続きについて述べる。

H市では、保健所は保健衛生部、国民健康保険室は市民生活部に属する機構になっており、庁舎も離れている。そのため両部局の間で情報の共有はなく、保健所職員はレセプトを見ることはなく、国民健康保険室の職員は保健事業と全くかかわっていない。そのためリンケージには制度上の手続きが必要であった。市の国民健康保険室より、被保険者の受療状況を把握する目的で、我々が他の点検業者と同様に、レセプトの点検調査を受託契約を結び業務を行った。具体的には、保健所において健診カルテをチェックし、受診者氏名、住所、生年月日を転記し、国民健康保険室に送付。国民健康保険室は被保険者台帳からまず、被保険者かどうかを調べ、被保険者については受

診月から3か月間のレセプトを検索する。受託した者は、国民健康保険室においてレセプトを点検し、健診での判定との適合度を評価した。

法的制度的整合性は国民健康保険サイドについては何ら問題はなかった。レセプト点検調査を外部の業者に委託することは従来よりさかんに行なわれており、90年1月には点検委託のガイドラインも示されていたので、このガイドラインにそって委託契約書を結び、作業を行った。レセプト点検を委託する上で、被保険者の承諾は必要とされていないし、事実ほとんど全ての点検は承諾を得ずに行なわれている。ただ、保健所サイドについては問題がなかったとはいきれない面もある。健診受診者について国保加入者についてレセプトとリンクすることは説明や承諾は得なかったからである。なお東大阪市は99年7月1日より個人情報保護条例を施行し、本調査が行なわれたのはそれ以前であった。しかし、もし現在同様の調査を実施しようとするならば、同条例に基づく適正な手続きを踏むことが要求される。

6) 個人情報保護条例の下での手続き

レセプトとカルテのリンクは、現時点ではレセプトやカルテの通常取扱事務として十分な認知されたとはいいがたく、ひかえめにみても「取扱事務の目的を越えて」といわざるをえない。したがってリンクを行おうとすれば第7条の除外規定が適用される必要がある。

そのなかにはすなわち「(1) 法令等に定めがあるとき」や「(2) 本人の同意があるとき」が列挙されているが「(5) 当該実施機関内及び実施機関相互間で利用する場合であって、当該個人情報を使用することに相当な理由があり、かつ、本人の権利利益を不当に侵害するおそれがないと認められるとき」も認められる、とある。

市の機関内部での利用は事後報告でよいが、利用の状況については審議会にオーブ

ンせよ、という趣旨である。なお市の外部への提供については事前承認が求められている。

D. 考察

本研究の結果、高齢者の抑うつ状態とその関連要因について、以下の6点が明らかになった。(1)抑うつ得点には性差がみられ、女性の平均得点は男性よりも有意に高かった。(2)抑うつ得点は3年前の抑うつ得点と強く相関しており、抑うつ状態を予測する変数として以前の抑うつ状態を考慮する必要があることが示された。(3)ストレスフル・ライフイベントを数多く経験するほど、抑うつ状態が高まる傾向が示された。この傾向は、多変量解析によって他の関連要因を調整した後も有意であった。(4)ソーシャルネットワークの存在はとくに女性において抑うつと関連していた。(5)ソーシャルサポートの有無は抑うつと関連がなかった。この点については、どのくらいのサポートが得られるか、サポートの相手は誰かなどの側面を考慮した上で、より詳細に検討する必要がある。(6)身体的健康状態および活動性は抑うつと強く関連しており、身体的健康や活動性が不良であると抑うつ状態も高いといえる。ただし、これらの因果関係については本研究では特定できていない。(研究報告(1))

ソーシャルサポートに関する文献考察では、用いる指標によって結果は多少異なるが、十分なソーシャルサポートネットワークが高齢者の抑うつ状態を防ぐという関係に関しては、おおむねポジティブな結果が示された。この関係は、断面的な調査だけではなく、縦断的な調査においても示されていることから、十分なサポートネットワークが抑うつを防ぐという因果関係が存在する可能性は高い。しかし一方で、抑うつ状態にあるために、結果として社会的接触が少なくなるという因果関係も存在しうる。

今後、このような双方向性も考慮に入れ、両者の相互作用的な関係についても検討する必要がある。また、身体的健康や活動性は精神的健康と強く関連することがほぼ一貫して示された。両者には相互作用が存在すると考える方が妥当で、両者が互いに作用しているのであれば、抑うつ状態の予防を進めることは身体的健康の維持することになり、逆に、疾病や身体機能低下の予防を進めることは、同時に精神的健康の維持につながることになる。因果関係の特定よりも、両者の予防策を検討する研究を進める方が有益であろう。(研究報告(2))

ネットワーク類型では、最もネットワークの種類と数が多い類型であるB型が圧倒的に多かった。これは、対象者の年代(72歳-73歳)では、多くの高齢者がまだ健康状態も良好で家族や家族外の近隣、友人とも親密な関係を保持し、活動的な生活を維持していることを示している。同時にA型が増加しC型D型が減少するという傾向は、家族外のネットワークを主とする生活から家族内の関係にクローズ化する生活に変化するという従来の定説を示すものとも考えられる。しかし、家族構成の変化を見ると、子どもたちとの同居の割合は増加しているわけでもなく、夫婦のみや一人暮らしの割合の方が増えている。

そこで考えられる点は、子どもとの関係(距離や交流頻度)と参加集団(関与度、積極的参加か消極的参加か等)の項目で前回の調査票と異なるものや欠落した部分が若干あり、類型化において若干の誤差があった点である。そのためか前回では578ケースがいずれかの類型に組み込まれたが、今回は433ケースにとどまった。また、前回と今回でいずれかの類型に組み込まれ、同一ケースの変化を追えるのは178ケースのみであった。つまり、現在の高齢者の有するネットワークの種類と量はもっと多様で表1の類型化の指標では把握しきれないケースが多数でてくるのが明らかとなっ