

2002年と2003年に宮城野区で実施した調査では、70歳以上の高齢者の20%に抑うつ症状が、4.5%に自殺念慮が見られました。また、「うつ症状」がある人はない人に比べ、自殺念慮を持つ危険性が、30～40%高まり、「困ったときの相談相手がいない人」「寝込んだときに身の回りのことをしてくれる人がいない人」（ソーシャルサポートがない人）は、ある人に比べると自殺念慮の危険性が2倍高まることがわかっています。年齢が高いこと、女性であること、配偶者と離別または死別していること、身体疾患や疼痛があること、運動機能や日常生活機能が低下していること、具合が悪いと自覚していること、物忘れがあることの全てが「うつ病」と関係し、中でもソーシャルサポートの欠如が「うつ症状」と強力に関係していることが分かっています。

3 事業概要

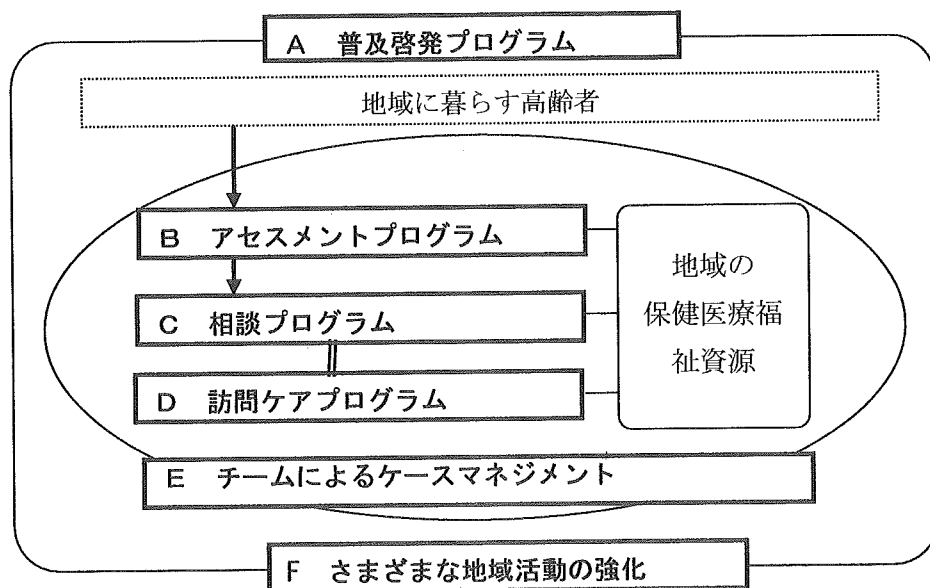
(1) 事業の目的

うつ状態にあり社会的に孤立している高齢者を早期に発見し適切な治療につなげるとともに健康問題や社会的孤立に対する支援を提供することにより、高齢者の自殺予防やうつ状態の改善、ひいては介護予防や健康寿命の延伸を図ることを目的とします。

(2) 実施内容

抑うつ高齢者等地域ケア事業は以下の事業で構成されます。

- ①「普及啓発プログラム」：うつ病の理解を広める
- ②「アセスメントプログラム」：うつ病を発見して治療とケアに結びつける
- ③「相談プログラム」：さまざまな悩みごとに応じたり、うつ病やその他の精神疾患を診断したり、必要な情報を提供したり、医療機関と連携する
- ④「訪問ケアプログラム」：うつ病に対する心理社会的ケアを継続的に提供する
- ⑤「チームによるケースマネジメント」：複雑で多様な問題を解決していくために、対策を練ったり計画を立てたり、役割分担をしてチームで関わっていく
- ⑥「さまざまな地域活動の強化」：ソーシャルサポートの資源となる住民レベルでの地域活動を支援する



(図2. 仙台市抑うつ高齢者等地域ケア事業)

(3) 対象者

抑うつ高齢者等地域ケア事業の対象は要支援者や特定高齢者だけではなく、高齢者の家族や地域住民も含まれます。要支援者や特定高齢者等は、閉じこもり、認知症、筋力低下等を合併している場合も多いと思われるので、それぞれの状態の悪化を防止するためにも「うつ」への取り組みを行う必要があります。

(4) 実施時期

本事業の実施にあたっては、アセスメントの実施方法や訪問ケアのスキル習得のための研修やスーパーバイザーとしての精神科医師への依頼等が必要であり、そのためには一定程度の準備期間が必要であることから、平成 18 年度は宮城野区と泉区において本事業を一体的に展開することとし、平成 19 年度から全市での実施とします。

4 事業（別紙 1 参照）

A 普及啓発プログラム

普及啓発プログラムは「自殺」や「うつ病」の問題について、地域の人々の意識を高め、偏見を解消し、住民主体のこころの健康問題への取り組みを促進することを目的として実施します。

(1) 地域住民を対象とする普及啓発プログラム

- ① 高齢者の自殺とうつ病の問題について地域住民の意識を高め、偏見や誤解を解消し、うつ病の早期発見と早期対応、予防とセルフケアについての知識を普及します。
- ② 地域の中でのソーシャルサポートがうつ病からの回復や予防に重要であること、そのような考え方に立脚して地域ケアプログラムが作られていることについて理解を求め、協力をお願いします。

(2) 保健・医療・福祉の専門職やボランティアのための研修会

- ① 高齢者の自殺とうつ病の問題について意識を高めるとともに、うつ病の症状、病態、診断、治療についての基礎知識の習得を目指します。
- ② うつ高齢者のための地域ケアプログラムの概要を理解できるようにします。
- ③ うつ病を発見するためのアセスメント、相談プログラムや医療との連携方法について学びます。
- ④ うつ病などのハイリスク高齢者に対する、訪問ケアとケースマネジメントの方法について、知識と技能の習得を目指します。

(例) 地域住民向け普及啓発プログラムの例

対象	研修内容	講師	教材
区内・市内の住民等	うつ病の基礎知識とその対応	医師	
老人クラブ会員 町内会等小グループ	①わかりやすいうつ講座	保健福祉専門職（行政職員、地域包括支援センター職員）	①②
民生委員や町内会役員等	①わかりやすいうつ講座 ②うつ高齢者のための地域ケアプログラム		①② ③

(例) スタッフ向け研修

対象	研修内容	講師	教材
区事業担当職員・訪問指導看護師・地域包括支援センター職員	①わかりやすいうつ講座 ②うつ高齢者のための地域ケアプログラム ③一次アセスメントの実際	医師	①② ③ ④
	④二次アセスメントの実際 ⑤訪問ケアとケースマネジメント	医師, 保健福祉専門職 (行政職員, 地域包括支援センター職員)	④ ⑤
医師・ケアマネ等支援関係者	①わかりやすいうつ講座 ②うつ高齢者のための地域ケアプログラム ③アセスメントの実際	医師	①② ③ ④

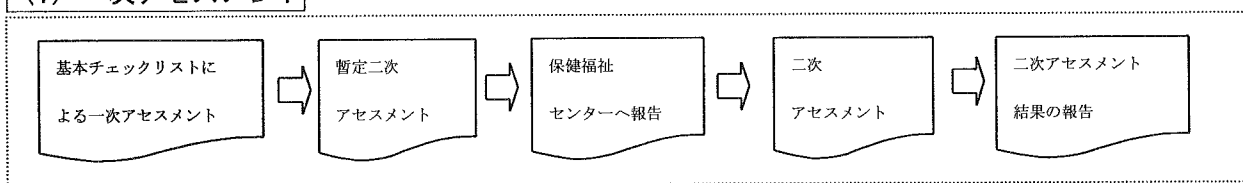
教材一覧

教材名	内容	媒体
①わが国の自殺の問題	わが国の自殺の実態, 特に高齢者の自殺について	CD テキスト
②うつ病とは何か	うつ病の症状, 病態, 診断, 治療について	CD テキスト
③うつ高齢者のための地域ケアプログラム	仙台市における実態調査の結果報告と仙台市抑うつ高齢者地域ケア事業の概要	CD テキスト
④アセスメントプログラム	うつ病の早期発見を目標とする一次アセスメント, 二次アセスメントの実際 (演習つき)	CD テキスト
⑤訪問ケアとケースマネジメント	ハイリスク高齢者 (うつ病高齢者など) に対する訪問ケアとケースマネジメントの実際	CD テキスト

B アセスメントプログラム

アセスメントプログラムは, さまざまな保健医療福祉活動の中で「うつ病」に罹患している可能性がある高齢者や「自殺リスク」のある高齢者を簡便なアセスメントツールを用いて発見し, 必要な介入に繋げていくことを目的として, 2段階のアセスメントで構成されています。一次アセスメントは特定高齢者把握事業で使用する基本チェックリストの質問項目 21~25 に該当し, 「抑うつ症状」の有無が評価されます。一次アセスメント陽性者に二次アセスメントを実施しますが, ここでは「うつ病」の可能性や「自殺の危険」などが評価されます。二次アセスメント陽性者に対しては, 相談プログラムや訪問ケアプログラムの利用を勧め, 介入につなげます。

(1) 一次アセスメント



簡便な質問紙を用いて, 「抑うつ症状」の有無についてアセスメントを行いますが, 特定高齢者把握事業で実施する基本チェックリストに「うつ」のアセスメント項目が含まれます。特定高齢者把握の流れについては, 別記「特定高齢者把握事業マニュアル」をご参照ください。基本チェックリストのチェックは, 高齢者による自己記入のほか, 区保健福祉センターや地域包括支援センター職員による聞きとりによって行います。

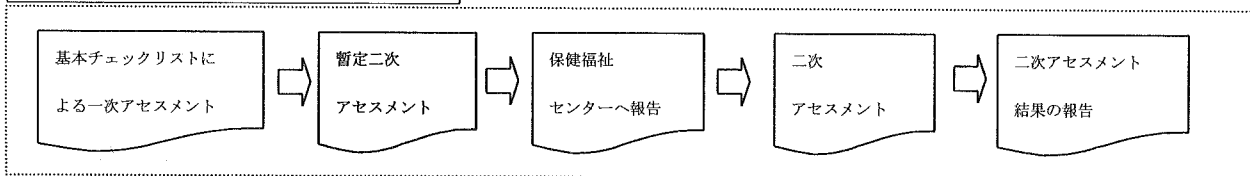
(資料1. 基本チェックリストのうち、抑うつのアセスメント項目)

21. (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない
□はい(1) □いいえ(0)
22. (ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった
□はい(1) □いいえ(0)
23. (ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる
□はい(1) □いいえ(0)
24. (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない
□はい(1) □いいえ(0)
25. (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする
□はい(1) □いいえ(0)

最近2週間の様子について聞き、得点を合計して2点以上の場合に陽性とします。



(2) 二次アセスメントの暫定実施



一次アセスメント陽性対して、二次アセスメントのうち2項目のみアセスメント実施します。これは、宮城野区において実施したモデル事業の結果として、多数の高齢者が一次アセスメントで陽性となることが予測されることから、対象者を絞り込むために行うものです。暫定の2項目チェックは、基本チェックリストにより一次アセスメントを行った機関（地域包括支援センター、区保健福祉センター）の職員の聞き取りによって実施します。 (資料2. 二次アセスメント項目のうち2項目調査)

A1 抑うつ気分 □

A1 悲しかったり、落ち込んだり、憂うつだったりする事がありますか

□はい↓ □いいえ→A2

A1a その状態は2週間以上続いていますか

□はい↓ □いいえ→A2

A1b その状態はほとんど毎日、ほとんど一日中続いていますか

□はい↓ □いいえ→A2

<項目該当>

A2 興味・喜びの喪失 □

A2 仕事や趣味、普段楽しみにしている事など、たいていのことに興味が持てないですか

□はい↓ □いいえ→A3

A2a その状態は2週間以上続いていますか

□はい↓ □いいえ→A3

A2b その状態はほとんど毎日、ほとんど一日中続いていますか

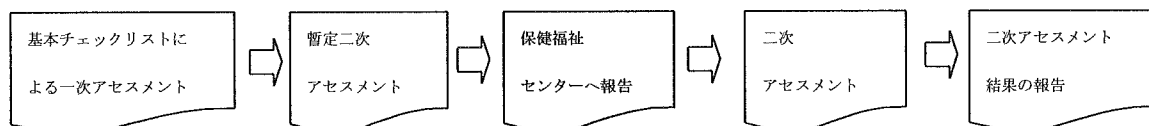
□はい↓ □いいえ→A3

<項目該当>

聞き取りの結果、1項目以上が該当すれば陽性とし、特定高齢者として支援（介護予防プラン作成）の対象者とします。



(3) 保健福祉センターへの報告（障害高齢課）

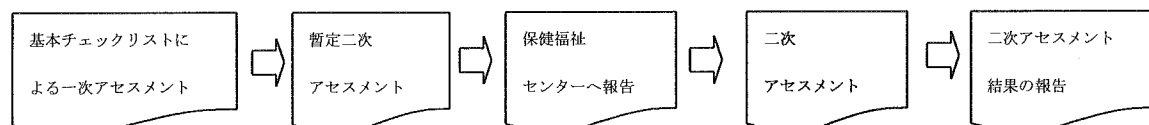


暫定の二次アセスメントの結果陽性者のうち、「うつ」のみの陽性者については、各区障害高齢課障害者支援係 うつ事業担当に報告します。他の項目もチェックされた高齢者については、高齢者支援係総合相談担当（区によっては、うつ事業担当）に報告し、支援の方向性の協議を行います。

※ 各区障害高齢課では、高齢者支援係及び障害者支援係より、1名ずつを「抑うつ高齢者地域ケア事業」担当者として位置づけることとしています。（全区）

宮城野区、泉区は二次アセスメントの実施に向けた訪問看護師との日程調整を行います。青葉区、若林区、太白区は、従来どおりの支援として受診勧奨や訪問指導、精神保健福祉相談利用などについて協議します。

(4) 二次アセスメントの実施



9項目による二次アセスメントを保健福祉専門職（訪問看護師や保健師）が、戸別訪問などによって聞き取りをすることにより実施します。（二次アセスメント票は、別紙2参照）

※ただし、平成18年度は、宮城野区及び泉区が二次アセスメントを実施し、全区での二次アセスメント実施は、平成19年度開始とします。

地域包括支援センターが一次及び暫定二次アセスメントを実施した場合、二次アセスメント実施のための戸別訪問に、当センター職員が同行するものとします。

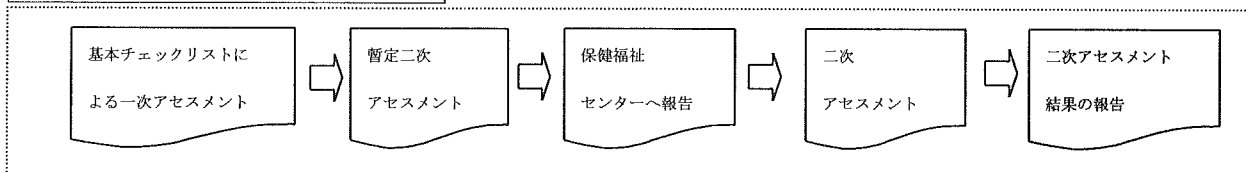
ここでは、主として、「うつ病」の可能性、「自殺リスク」の程度を評価します。自殺リスクの程度の評価には、「不安障害」「身体表現性障害」「アルコール関連障害」が併存する可能性や「受診行動」の有無なども評価されます。

①二次アセスメント陽性者（必須項目を含む5項目以上が該当すれば大うつ病を、2～4項目が該当すれば、小うつ病を疑う）に対しては、保健福祉専門職がアセスメントの結果をわかりやすく丁寧に説明し、必要な情報や心理的なサポートを提供しながら、訪問ケアプログラムや相談プログラムの利用を勧めます。

- ②緊急を要する場合には、事業を実施している課の担当者、相談プログラム担当の専門医、保健福祉センター、医療機関などと連携したり、緊急のケースカンファレンスを開催したりして、介入策を検討します。
- ③二次アセスメント陽性者で、介入が必要と思われるにも関わらず介入が拒否された場合、あるいはアセスメントは陰性でも明らかにメンタルヘルスの問題があって介入が必要と思われる場合には、ケアカンファレンスなどを利用して、今後の対応の方針を検討します（チームによるケースマネジメントを参照）。



(5) 二次アセスメント結果の報告



二次アセスメントの結果を地域包括支援センター等、一次アセスメント及び暫定二次アセスメント実施機関に報告し、今後の方針を協議します。

- ①陰性者：他の介護予防の必要性により支援の方向性を協議しますが、他に支援すべき事項がない場合は、特定高齢者としての支援は終了とします。
- ②陽性者：高齢者本人や家族へ十分な説明を行い、同意を得た上で必要な支援を提供します。

C 相談プログラム

相談プログラムは、保健福祉センターに相談窓口を開設し、メンタルヘルスの専門的な相談に対応するものです。通常は、「総合相談窓口」や「電話相談窓口」の中で、担当スタッフ（精神保健福祉相談員・保健師・看護師など）が相談に応需し、必要に応じて、精神科医などによる専門相談（「こころの健康相談」など）の利用に繋がります。専門相談では、連携を円滑にし、効果的な対応を実施していくために、以下のような手順を踏みます。

- (1) 事業担当スタッフは、専門相談の利用予約や日程調整、相談室の設営などを行いません。
- (2) ケースに直接関わる担当スタッフは、あらかじめ本人・家族らと面接して情報を収集し、こころの健康相談票（別紙 3 参照）に氏名、生年月日、年齢、性別、生活史、現病歴、相談したいことの欄に必要事項を記載しておきます。
- (3) 相談医は、担当スタッフより相談票などによって事前に情報を得て状況を把握し、その上で本人または家族と面接し、①暫定的な精神医学的診断、②本人・家族への情報提供や心理的サポート、③医療機関との連携（別紙 4 参照）、④その他の保健福祉資源との連携をはかり、⑤訪問ケア等の今後の介入の方針について検討し、相談票の「診断」「所見・問題点のまとめ」「対応」の欄に必要事項を記載します。
- (1) 相談終了後、担当スタッフやその他の関係スタッフでケアカンファレンスを開き、チームで問題点を共有した上で解決策を検討し、介入プランの検討・立案・調整等を行ない、訪問プログ

ラム等の介入をスタートさせるための準備をします（チームによるケースマネジメント参照）。

D 訪問ケアプログラム

訪問ケアプログラムとは、精神保健福祉に関する専門的な技能を備えた専門職（保健師、看護師、精神保健福祉相談員など）が、介入ニーズのある高齢者の住まいを定期的に訪問し、個別的な心理社会的ケアを実践するものです。訪問ケアを行う地域のスタッフは、精神科医によるスーパーバイズや地域の専門チームによって、継続的な技術的支援を受けることができます。訪問ケアでは、段階的な心理社会的ケアを実践します。第一段階は支持的なアプローチで、これは「関係づくり」、つまりこれから訪問ケアを実施していくための基盤として「安心できる対人関係」を形成することを目標にします。第二段階は問題解決療法的なアプローチで、これは、その人が、その人なりの問題解決に向けて進んでいくことができるようにサポートする方法です。

第1段階：支持的なアプローチ

1. 計画を立てる

介入対象となる高齢者について、特に現在の症状、医学的な診断、背景にある多様な問題点についての情報を収集し整理します。そして、これからの訪問ケアの目的、方法、訪問の頻度などについて、ケースカンファレンスの中で十分に打ち合わせをしておきます。

2. 訪問日のアポイントをとる

訪問の日時については、電話などで高齢者宅に連絡し、訪問の日程と時間を調整します。訪問日には次回の訪問日程を決めていただいても構いませんが、訪問日が近づいたら改めて連絡し、都合を確認します。

3. ソーシャルサポートを提供する

訪問ケアの第一の目標は、訪問スタッフ自身が「困ったときに相談できる人」「具合が悪いときに相談できる人」になることです。そのような人と人とのつながりによって、訪問スタッフ自身が、地域で暮らす高齢者に情緒的なソーシャルサポートを提供する役割を果たしていきます。このことが、うつからの回復やその予防に役立ちます。

4. よい関係をつくり、それを維持する

このような役割を果たしていくためには、訪問スタッフと高齢者の中で、よい人間関係（信頼できる関係、リラックスできる関係、親しみのある関係）をつくるのが大切です。このような関係をつくり、それを維持していくこと自体が、抑うつ状態にある高齢者のケアに最も効果があると言われています。

5. 積極的傾聴・受容・共感

訪問スタッフがその高齢者のことをよく知っている、よく理解しているということが、このような関係づくりの基本です。そのためには、高齢者の過去の長い生活の歴史や現在抱えている心配事などに積極的に関心をもって耳を傾け（積極的傾聴）、まずはそれをあるがままに受け入れ（受容）、その高齢者の立場にたって一緒に感じ、考えていく（共感）というアプローチを心がけてください。その際、高齢者自身に自分自身のことを語れる十分な時間を確保してあげることも大切です。

6. 記録

訪問時には、その都度、高齢者自身の様子（受け入れ状況、表情）、高齢者本人との会話の内容や心配事、日常生活の状況、問題点と対応などを「訪問記録紙」（別紙5参照）に記載します。この作業は第2段階でも継続してください。

第2段階：問題解決療法的なアプローチを含むケースマネジメント

1. 基本的考え方

うつ病の心理社会的治療法の一つに「問題解決療法」というものがあります。「日常生活で直面する困難な問題を解決する」という意味で、臨床心理学では「社会的問題解決」と言われることもあります。しかし、ここで言う社会的問題解決とは「人々が生活の中で直面する問題を理解し、それに対応してゆくプロセス」のことであり、必ずしも問題の本質を解決することに限定されるものではありません。ここには、問題状況に対する本人の感情的な反応のあり方を変化させることや、問題状況を現実的に可能な形で少しでも好ましい方向に変化させてゆくことなども含まれています。うつ状態にある高齢者の問題解決では、まずは本人と一緒に問題を理解し、本人の主体性を尊重しながら、可能性のある問題解決に向かって一緒に進んでゆくという作業が大切です。そうした作業を通して、うつ状態にある高齢者の絶望感や寄る辺なさを改善し、自己効力感や生きる意欲を回復させること、それが問題解決療法の基本的な考え方です。高齢者のうつ状態の背景にはさまざまな問題がありますが、それらの問題について高齢者と一緒に考え、一緒に解決策を探していくようなアプローチを実践してください。

2. 建設的な問題志向の形成

うつ状態にある方は、否定的な感情、低い自己効力感、絶望感に圧倒されて、直面しているストレス状況に対してもはや建設的な捉え方ができず、そのために問題解決に向けた取り組みをはじめると自分が困難な状態に陥っていることがあります。このような構えは簡単には変化できないかもしれませんが、「日常生活において問題があるのはごく普通のことであり」「ゆっくりと時間をかけて、問題を整理しながら対処していけば、どんな問題であっても、それなりに状況を変化させることができるものだ」という信念（哲学）をもって、根気よく信頼関係を築いてください。このような心構えを「問題解決志向的態度」と呼びます。

3. 問題の明確化

「問題がしっかり把握されたら、その問題はもう半ば解決されたようなものである」（John Dewey, 1910）とも言われています。問題が明確に定義されず、漠然としたままだと、その問題は非常に脅威的で有害なものだと受け取ってしまいがちです。反対に、問題状況の性質を明らかにすれば、その状況がより明確に描きだされるので、問題はそれほど重大なものではなく、否定的なものでもないことがわかります。高齢者の話やご家族の話聞きながら、①情報を収集し（まずは本人が抱えていると思われる問題状況に関係しそうな情報を収集していきます）、②それらを明確でわかりやすい言葉を使って記述し（得られた情報は、曖昧さのない具体的で明確な言葉で表現するように努めます。これによって、問題の性質が明らかになり、解決目標が設定できるようになり、解決に至った場合にもそれを認識することが可能になります）、③その状況を実際に問題化させている要因を見分け（得られた情報が事実なのか仮定なのかを見分け、状況に直接関わっていると思われる要因を抽出し焦点化していきます）、④問題の本質を理解し（高齢者が抱えることの多い問題には、孤立/ソーシャルサポートの欠如/家族関係の不和/配偶者との死別/経済的な不安/病状が思わしくない/運動機能低下や認知機能低下などの機能障害/痛み/栄養不足/睡眠障害/飲酒問題/介護負担などがあり、しかもこうした問題を複数抱えている場合が少なくありません。こうした問題を焦点化し、その性質を理解します）、⑤現実的な解決目標を設定します（焦点化された問題に対して、可能な範囲内の具体的な解決目標を設定します。解決目標は必ずしも状況を本質的に変化させるものである必要はなく、全体として好ましい方向であればよいかと思います。最も重要なことは現実的で可能な目標を設定することです）。記録用紙（資料6）を用いて、以上のような作業を進めてください。

4. さまざまな解決策の案出

まずは、できるだけ多くの解決策や対処法を考え出すようにします。それは、そうすることによって、その中から問題解決法として最も有効なもの（あるいは現実的なもの）が出てくる可能性が高くなるからです。このような考え方はブレインストーミング法と呼ばれており、その背景には、「数の原理」（人がいろいろな解決法を案出すればするほど、問題解決法として最も効果性の高い最善のアイデアに至る可能性もそれだけ高くなる）と「判断延期の原理」（考えられる解決法がすべて出し尽くされるまでは、それらに対して批判的な評価は差し控える方が質のよいアイデアが考え出される）という理論があります。

5. 意志決定

ここでは、案出された解決策の中から、「うまくいきそうな方法」「実行できそうな方法」を選択して（複数の方法を選択することもある）、全体的な問題解決計画を立てます。現実的な解決策を選択するためには、ときには下位目標を設定して、それに対する解決策を選択するのがよい方法です。例：①（問題）強い不安症状が持続している→（目標）専門医の診断を受け、必要な場合には治療を導入する→（下位目標）相談プログラムの利用を勧め、医療機関との連携をはかる、②（問題）妻の介護負担が大きい→（目標）介護保険サービスをもう少し有効に利用できるようにする→（下位目標）ケアマネージャーに連絡し、ケアカンファレンスに参加してもらい、介護プランの調整をはかる、③（目標）慢性身体疾患の治療についての不安が大きい→（目標）かかりつけ医から判りやすい情報をもらえるようにする→（下位目標）相談プログラムを利用して、相談医からかかりつけ医に精神症状に関する情報を提供し連携をはかる、④（問題）独居のために、病気になったらどうしようという不安が続いている→（目標）困ったときにいつでも相談できる人を確保する→（下位目標）ケアカンファレンスの中で、地域生活支援センター、高齢者保健福祉サービス、ボランティアによる訪問事業、定期的な訪問看護などによる独居高齢者に対するネットワークの強化を検討する、⑤（問題）食事の献立を考えるのが億劫で、栄養のバランスが悪い→（目標）栄養確保→（下位目標）配食サービスの利用や、それに必要とされる経済的問題（介護保険申請など）を検討する、など。具体的な対策を講じる場合にも高齢者自身の意見を聞きながら、高齢者の主体性を尊重していくという姿勢が大切です。

6. 解決策の導入と効果の検証

解決策を導入し、その結果を評価します。問題解決をうまくやり遂げたときには、それを高齢者本人と評価することによって、自己コントロール感や自己効力感を高める作用をもたらす、新たな問題解決に向かって対処しようという態度の強化につながることを期待されます。結果が不十分な場合には、異なる目標を設定したり、他の解決策を案出する作業を進めたりします。

7. ケアカンファレンス

こうした問題可決のプロセスは、高齢者本人と訪問スタッフの間で行うこともできますが、同時にケアカンファレンスの中で、チームとして作業を進めていくことも可能です。定期的な「ケアカンファレンス」や「こころの健康相談」を利用して、問題点、解決策、今後の対応などについて話し合い、今後の方向性を確認していく作業を進めてください（チームによるケースマネジメントを参照）。

8. 訪問スタッフ自身へのサポート

このような介入活動の中では、訪問スタッフ自身にもさまざまなストレスが伴う場合があります。このようなストレスを解消していくために、「ケアカンファレンス」や「こころの健康相談」の利用は有効です。介入はチームで実施していくということを意識しながらケアを実践してください（チームによるケースマネジメントを参照）。

E チームによるケースマネジメント

このプログラムは、「こころの健康相談」実施日などを利用してケアカンファレンスを開催し、多職種からなるチームによるケースマネジメントを実施していくことを目的としています。これは、ケアマネージャーなどがしばしば単独で実施しているケースマネジメントの能力範囲をさらに拡大・強化し、ケアマネージャー自身をサポートする機能を果たします。事業担当スタッフは、関係スタッフへの事前の連絡や、ケアカンファレンスの設営・進行などを行いません。ケアカンファレンスでは、主として以下のようなことが扱われます。

- (1) 相談ケースや訪問プログラムを実施しているケースについて、関係するスタッフが集まり、チームで問題点を共有し、解決策を検討し、介入プランの検討・調整・立案、プランの導入と効果の検証を行います。こうしたケースマネジメントは訪問プログラムと一体となって実施され、訪問スタッフによる介入をサポートします。
- (2) 訪問スタッフの心理的負担を軽減することを目的に、ケースに関するさまざまな悩みについても適宜相談に応じ、チームで対策を検討し、訪問スタッフ自身をサポートします。
- (3) その他にも、このカンファレンスの中で、本事業全体の方法論を再検討したり、うつ病の予防や回復に役立つさまざまな社会資源との連携をはかったり、そのような社会資源の新たな開発について話合ったりすることができます。こうした話し合いによって、プログラム自体をより質の高いものに発展させることが可能となり、さらには地域づくりにつなげていくことができます。

F さまざまな地域活動の強化

ソーシャルサポートの資源となる住民レベルでの多様な地域活動を、技術的・財政的にサポートしてくためのプログラムです。これは、その地域の特性に合わせて考案されるプログラムであり、例えば以下のようなものが考えられます。

- (1) 地域生活支援センター活動やNPO法人などによるサポート事業、相談窓口、連絡協議会などの支援
- (2) メンタルヘルス・サポーターなどのボランティア活動の育成と支援
- (3) 自殺予防ネットワークやこころの健康づくりネットワークなど、地域レベルでのネットワークづくりの支援
- (4) その他の高齢者の健康増進や生きがいづくりに関わるさまざまな活動(生きがい活動, 運動教室, 老人クラブ, 学習教室, 趣味サークルなど)の支援

談話ボランティア活動の介護予防効果に関する介入研究

分担研究者 権藤恭之 東京都老人総合研究所・研究員

研究要旨

高齢者の中でも特に後期高齢者・超高齢者は、虚弱者の割合が増加することが知られている。我々は昨年度、超高齢者に対する談話ボランティアプログラムを提案した。本年は、2つの研究を行った。第1は、訪問型介入プログラム（「談話ボランティア」）に対する高齢者のニーズを調査した。参加態度の関連要因を探索したところ、65歳～79歳の高齢者では、心身の健康状態が優れた者の参加態度が良好であること、一方80歳以上の高齢者では、慢性疾患罹患率が多い、身体的痛み保有率が多い、日常生活に対する自己効力感の高い者において参加態度が良好であることが示された。本プログラムは、より年齢が高い高齢者を介入対象とすることにより介入効果が認められやすい可能性が示唆された。第2は、後期高齢者の社会参加（貢献）といった側面を強調した取り組みである、博物館資料としての地図作成プログラムを提案、実施した。23名の高齢者を対象に昭和初期の地図作成プログラムを2週間に1回、3ヶ月間実施し、その前後で精神的側面、認知的側面、身体的側面から評価を行った。その結果、精神的側面には大きな変化は認められなかったが、認知的側面および身体的側面に対しては、若干の改善効果が認められた。

研究1:「訪問型介入プログラム（「談話ボランティア」）に対する高齢者のニーズ調査」

A. 研究目的

訪問型介入プログラム（「談話ボランティア」）は、高齢者宅に訪問ボランティアが定期的に訪問し、昔の出来事や趣味に関する話をする過程で、高齢者の「自分史」を作成する内容である。高齢者においては、昔の出来事を他者に分かりやすく語ることによる認知機能の活性化や気分状態の安定がもたらされることをねらいとしている。超高齢者20名を対象とした訪問型介入プログラムを試験的に実施し、その介入効果について検討した結果、握力において有意な改善が、見当識能力においても改善傾向が認められた。課題として、介入手法に関するマニュアルを作成すること、介入効果の測定

指標を精練化すること、どのような属性の対象者を介入対象とするのが適切か、が見出された。

上記課題の3点目に関して、超高齢者は本プログラムの介入対象として適切なのかという疑問が生じた。すなわち、身体的虚弱傾向が強い超高齢者を対象とすべきなのか、それとも体力が維持された比較的若い高齢者を対象としたほうが介入効果が見出されやすいのか、この点について検討する必要がある。この疑問について回答するための一つの方法論として、高齢者が抱く介入プログラムに対するニーズを聴取することが考えられた。そこで本研究では、次回の介入プログラム実施に先んじて、訪問型介入プログラム（「談話ボランティア」、通称「自分史くらぶ」）に対する高齢者のニーズ調査（以下、「ニーズ調査」）を実施した。ニーズ調査の

解析では、比較的年齢が若く体力が維持されていると考えられる 65 歳～79 歳の高齢者（分析 1）と、比較的年齢が高く身体的虚弱傾向が強いと考えられる 80 歳以上の高齢者（分析 2）とを別々に行なった。

B. 研究方法

【対象者】

ニーズ調査は、東京都老人総合研究所特別プロジェクト（「中年からの老化予防総合的長期追跡研究（TMIG-LISA）心理班」）における 2005 年の追跡調査の対象コホートに対して実施した。2005 年 4 月 1 日時点で区内に居住していることが確認された者 2271 人を対象とした。

表 1 対象者基本属性

	79歳以下	80歳以上
人数(人)	936	235
性別(女性%)	60.3	63.8
学歴(初等教育以下%)	28.7	44.9
健康度自己評価(悪い%)	23.3	29.4
居住形態(独居%)	14.4	20.4
婚姻形態(配偶者無し%)	29.5	59.8
介護(現在介護必要%)	8.0	28.2
1年間の入院有無(%)	11.8	25.5
がん(%)	5.9	9.5
脳卒中(%)	6.7	9.9
心疾患(%)	9.3	13.9
糖尿病(%)	13.9	17.9
高血圧(%)	43.3	43.3
身体的痛み(有り%)	8.9	15.8
経済状態(家計苦しい%)	34.5	25.5
高次生活機能(得点±SD)	10.7±2.6	9.1±3.5
主観的幸福感(得点±SD)	12.2±3.3	11.2±3.4
社会的サポート(得点±SD)	5.8±1.1	5.4±1.3
自己効力感(得点±SD)	22.0±3.9	20.0±4.0
握力(Kg±SD)	24.4±8.7	18.8±7.5

面接聞き取り調査は、1 人につき約 1 時間程度を要した。最終的な有効回答数は 1171（男性 457 人、女性 714 人、年齢範囲：65 歳～89 歳）であった。調査時点の年齢で対象者を 2 群に分割し（65 歳～79 歳の高齢者と 80 歳以上の高齢者）、群別に分析を実施した（65 歳～79 歳の高齢者は分析 1、80 歳以上の高齢者は分析 2）。表 1 に対象者基本属性を記す。

【ニーズ調査項目】

65 歳～79 歳の高齢者：訪問型介入プログラム（「自分史くらぶ」）の活動内容が書かれたチラシ（A4 一枚）を対象者に手渡し、調査員から簡単な活動内容の説明を行なった。その後、この活動に参加したいと思うかについて、5 件法で対象者本人から回答を求めた（(1)「今すぐにも参加したい」、(2)「今すぐにはではないがもう少し年をとってから参加したい」、(3)「あまり参加したくない」、(4)「全く参加したくない」、(5)「自分史はもう作ってしまった」）。さらに、全ての対象者に対して、もし訪問ボランティアが家を訪ねてくるならば、どのくらいの頻度が適当かについて 8 件法で質問した（(1)「毎日」、(2)「週 2 回程度」、(3)「週 1 回程度」、(4)「月 2 回程度」、(5)「月 1 回程度」、(6)「それ以下」、(7)「まったく必要ない」、(8)「わからない」）。

80 歳以上の高齢者：訪問型介入プログラム（「自分史くらぶ」）の活動内容が書かれたチラシ（A4 一枚）を対象者に手渡し、調査員から簡単な活動内容の説明を行なった。その後、本活動に参加したいと思うかについて、4 件法で対象者本人から回答を求めた（(1)「ぜひ参加したい」、(2)「参加しても良い」、(3)「あまり参加したくない」、(4)「全く参加したくない」）。さらに、回答が、(1)「ぜひ参加したい」、もしくは(2)「参加しても良い」であった場合には追加質問を行ない、参加する場合にはどのくらいの頻度で訪問を受けたいか 7 件法で質問した（(1)「毎日」、(2)「週 2 回程度」、(3)「週 1 回程度」、(4)「月 2 回程度」、(5)「月 1 回程度」、(6)「それ以下」、

(7)「1回だけなら可能」)。

C. 研究結果

【分析1】

65歳～79歳の高齢者：ニーズ調査の分布について記す。(1)「今すぐにでも参加したい」、(2)「今すぐにはないが、もう少し年をとってから参加したい」がそれぞれ7.2%、19.8%、(3)「あまり参加したくない」、(4)「全く参加したくない」がそれぞれ、35.5%、36.5%、(5)「もう自分史は作ってしまった」が1.0%であった。もし訪問ボランティアが家を訪ねてくるならば、どのくらいの頻度が適当かについて8件法で質問したところ、(1)「毎日」が0.9%、(2)「週2回程度」が3.4%、(3)「週1回程度」が7.2%、(4)「月2回程度」が4.9%、(5)「月1回程度」が17.3%、(6)「それ以下」が3.3%、(7)「まったく必要ない」が50.4%、(8)「わからない」が12.7%であった。

訪問型介入プログラム（「談話ボランティア」）へ参加意思が有る者の特性を明らかにするため、「参加希望群」（ニーズ調査で(1)「今すぐにでも参加したい」、もしくは(2)「今すぐにはないが、もう少し年をとってから参加したい」と回答した者）と「非参加希望群」（ニーズ調査で(3)「あまり参加したくない」、(4)「全く参加したくない」と回答した者）の間で諸属性の比較を行った。両群間の差は、カテゴリー変数の場合には χ^2 検定を、連続変数の場合にはt検定で検討した（表2）。

分析の結果、参加希望群のほうが非参加希望群よりも、学歴が高く(p<.05)、健康度自己評価が良く(p<.01)、1年間に入院する者の割合が低く(p<.05)、経済状態に余裕があり(p<.05)、高次生活機能が高く(p<.05)、主観的幸福感が高く(p<.05)、社会的サポートが高く(p<.05)、握力が強かった(p<.05)。また、統計的に有意ではなかったが、参加希望群のほうが非参加希望群よりも、痛みが少なく(p<.1)、日常生活

に対する自己効力感が高い(p<.1)傾向にあることが認められた。

次いで、ボランティア参加態度に関連する要因の探索をロジスティック回帰分析にて行なった。目的変数を談話ボランティア参加態度、説明変数を上記分析で有意となった変数（学歴、健康度自己評価、1年間の入院有無、経済状態、高次生活機能、主観的幸福感、社会的サポート、握力）、年齢および性別を調整変数としてモデルに投入した。変数選択にはステップワイズ法を用いた（表3）。

表2 「談話ボランティア」への参加態度の関連要因（65歳～79歳の高齢者）

	参加群	不参加群	p値
性別(女性%)	58.5	62.2	ns
学歴(初等教育%)	22.9	30.7	*
健康度自己評価(悪い%)	17	25.6	**
居住形態(独居%)	13.7	14.9	ns
介護(現在介護必要%)	7.9	6.7	ns
1年間の入院有無(%)	7.1	12.3	*
生活習慣病(がん, 脳卒中, 心疾患%)	15.9	21.4	ns
身体的痛み(有り%)	6.2	9.9	†
経済状態(家計苦しい%)	27.7	36.5	**
高次生活機能得点±SD)	11.4±1.9	10.6±2.5	**
主観的幸福感(得点±SD)	12.9±3.1	11.9±3.4	**
社会的サポート(得点±SD)	5.9±0.9	5.7±1.1	**
自己効力感(得点±SD)	22.4±3.7	21.9±3.9	†
握力(Kg±SD)	26.1±8.9	23.7±8.6	**

** p<.01, *p<.05, †p<.1, ns=not significant.

表3 ロジスティック回帰分析による変数選択後のモデル

	オッズ比	95%信頼区間	p値
年齢	0.99	0.96-1.04	ns
性別	1.23	0.75-2.02	ns
高次生活機能	1.14	1.04-1.25	**
主観的幸福感	1.07	1.01-1.13	**
握力	1.04	1.01-1.07	**

注)目的変数は、ボランティア参加態度。高次生活機能、主観的幸福感は1点増分あたりのオッズ比を、握力は1kg増分あたりのオッズ比をそれぞれ算出した。

** p<.01, ns=not significant.

解析の結果、高次生活機能(オッズ比:1.14, 95%信頼区間(CI):1.04-1.25, p<.01)、主観的幸福感(オッズ比:1.07, 95%CI:1.01-1.13,

p<.01)、握力（オッズ比：1.04, 95%CI：1.01-1.07, p<.01) の3変数が最終モデルに選択された。上記より、高次生活機能が高い者ほど、主観的幸福感が高い者ほど、握力が強い者ほど、談話ボランティアへ参加する態度をとることが明らかになった。

【分析2】

80歳以上の高齢者：ニーズ調査の分布について記す。(1)「ぜひ参加したい」、(2)「参加しても良い」がそれぞれ5.7%、17.6%、(3)「あまり参加したくない」、(4)「全く参加したくない」がそれぞれ41.5%、35.2%であった。

(1)「ぜひ参加したい」もしくは(2)「参加しても良い」と回答した者に対して、訪問ボランティアによる訪問頻度の希望については、(1)「毎日」が0%、(2)「週2回程度」が13.9%、(3)「週1回程度」が25.6%、(4)「月2回程度」が9.3%、(5)「月1回程度」37.2%、(6)「それ以下」が4.7%、(7)「1回だけなら可能」が9.3%であった。

訪問型介入プログラム（「談話ボランティア」）へ参加意思が有る者の特性を明らかにするため、「参加希望群」（ニーズ調査で、(1)「ぜひ参加したい」、(2)「参加しても良い」と回答した者）と「非参加希望群」（ニーズ調査で、3:「あまり参加したくない」、4:「全く参加したくない」と回答した者）の間で諸属性の比較を行った。両群間の差は、カテゴリー変数の場合には χ^2 検定を、連続変数の場合にはt検定で検討した(表4)。

分析の結果、参加希望群は非参加希望群に比べて、生活習慣病（がん、脳卒中、心疾患のうちいずれか1つ以上該当する者）の罹患者割合が高く（p<.05）、身体的痛みが有る者の割合が高かった（p<.05）。また統計的には有意ではなかったが、参加希望群は非参加希望群に比べて、自己効力感が高い傾向（p<.1）にあることが認められた。

表4 「談話ボランティア」への参加態度の関連要因（80歳以上の高齢者）

	参加群	不参加群	p値
性別(女性%)	60.0	66.2	ns
学歴(初等教育%)	45.5	44.1	ns
健康度自己評価(悪い%)	24.4	28.4	ns
居住形態(独居%)	24.4	19.6	ns
介護(現在介護必要%)	26.7	21.7	ns
1年間の入院有無(%)	24.4	22.3	ns
生活習慣病(がん, 脳卒中, 心疾患%)	39.0	21.7	*
身体的痛み(有り%)	24.4	12.8	*
経済状態(家計苦しい%)	27.9	23.6	ns
高次生活機能(得点±SD)	9.7±2.9	9.8±2.7	ns
主観的幸福感(得点±SD)	11.4±3.5	11.2±3.3	ns
社会的サポート(得点±SD)	5.6±1.1	5.3±1.4	ns
自己効力感(得点±SD)	20.9±2.9	20.0±4.1	†
握力(Kg±SD)	19.2±8.2	18.6±7.0	ns

** p<.01, *p<.05, †p<.1, ns=not significant.

D. 考察

分析1（65歳～79歳を対象とした解析）において、参加希望群のほうが非参加希望群よりも、心身の健康状態が優れており、経済状態が良い・社会的サポートに恵まれているというように、生活環境が長寿に有利であることが明らかになった。上記傾向は、従来から報告されてきた、介入参加者のほうが非参加者よりも心身の健康状態が優れるという、「自己選択バイアス」の知見に一致した。このことから、比較的若い高齢者（本研究では65歳～79歳）を対象とした場合、対象者の自発性によって介入参加者を決定する手続きでは、より健康状態が優れる者が介入参加者となりやすく、本プログラムによる大きな介入効果は見込むことが出来ないことが考えられた。

分析2（80歳以上を対象とした解析）において、参加希望群のほうが非参加希望群よりも、慢性疾患を保有している、身体的痛みが有るというように健康状態が悪化傾向にあること、自己効力感が高い傾向にあることがわかった。この傾向は、分析1とは異なるものであった。80歳以上の高齢者で、本介入プログラムへの参加意思を示した対象者の特性として、より身体的虚弱傾向が強いことが明らかになった。この知

見は、より高齢で身体的虚弱傾向が強い者を、本プログラムの介入対象として選定することの妥当性を支持する知見であることが考えられる。

本研究結果から、80歳以上の高齢者では、身体的虚弱傾向が強い者のほうが、訪問型介入プログラム（「談話ボランティア」）に対するニーズは高いことが明らかになった。近年、日本各地で盛り上がりを見せる「介護予防事業」は、基本的に運動訓練を中心とした「招聘型」介入プログラムである。こうした手続きは、比較的若く身体的虚弱が少ない者に対しては有効であると考えられる。しかしながら、年齢が高く身体的虚弱が亢進した高齢者に対しては、従来型の「介護予防事業」は適当でない。介入プログラムへ参加するまでのハードルが高すぎるのである。これらの点を考慮すると、本介入プログラムは、従来型の「招聘型」介入プログラムでは取りこぼしてしまう可能性が高い身体的虚弱が亢進した者に対する受け皿となる可能性が考えられる。我が国では、とくに後期高齢者、超高齢者において心身機能が虚弱な高齢者が今後急増することが推測されている。それゆえ高齢者個人のニーズや状況に合わせた介護サービスの整備が今後いっそう望まれるであろう。

研究2：博物館における地図作りプログラム

A. 研究目的

高齢者社会における目標の一つであるサクセスフルエイジングという概念は、身体的健康が保たれ障害がないこと、認知的に問題がないことに加えて、社会参加（貢献）をしていることから構成される。今後、高齢社会の進展にしたがって、介護予防プログラムにおいても、高齢者の社会参加や貢献の要素はますます重要になると考えられる。介護予防プログラムに対して社会貢献の要素が付加されることは、高齢者のプログラムに対する参加を促進する要因

ともなり、参加の継続性といった観点からも注目すべきである。高齢者の社会参加の条件を満たすためには、高齢者の活動が、社会に対して何らかの還元するものであることが問われる。そこで、本研究では高齢者が自身の記憶を社会的な資源として博物館に提供する中で、心身機能の維持や改善効果が得られるプログラムを立案し、実施すると共に、その効果評価を行った。

なお、プログラムの実施拠点として江戸東京博物館を設定した。博物館には過去から現在にわたる様々な「もの」「記録」「情報」を収蔵、整理し次の世代に伝えるという役割があり、数多くの貴重な資料が蓄積されている。しかし、その使用法や実際に使われていた様子などの情報が不明なものも存在する。例えば、昨年度報告した自分史プログラムの参加者が博物館に訪問した際には、学芸員が知らなかった展示物の使用法が話題となった。この様に、物理的な存在ではない高齢者の「思い出」や「記憶」は博物館が未来に伝える重要な収蔵物だと考えられる。したがって、博物館に対して、高齢者が記憶を提供するという枠組みは、高齢者の社会参加の条件を十分に満たすと考えられたからである。

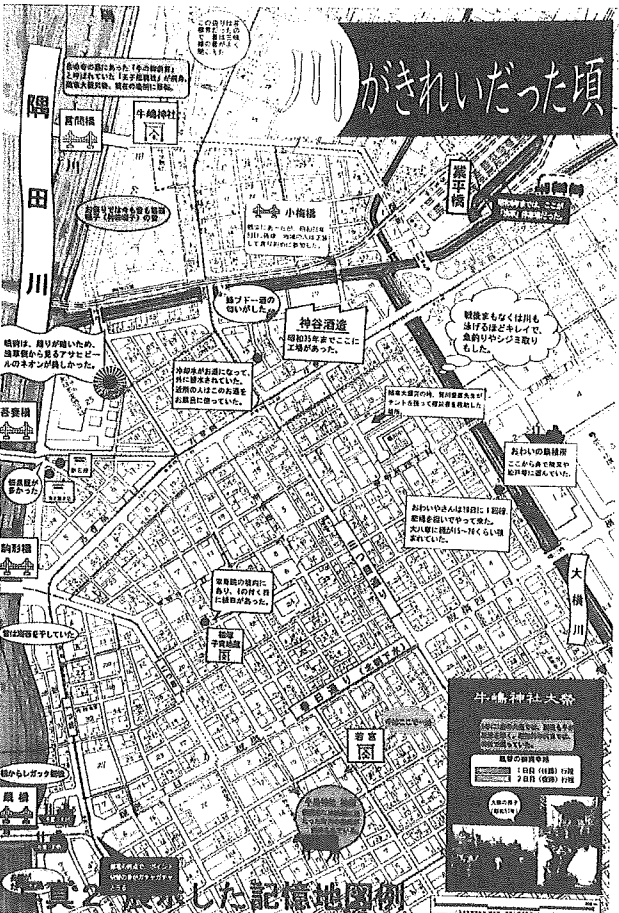
B. 研究方法

プログラムの開発

博物館で実施するプログラムであることから、博物館が所蔵する資料を用い博物館が現在所蔵していない情報を収集すること、学芸員が関わり、そのプログラムの成果物を博物館に展示することを前提条件としプログラム内容を検討した。その結果、博物館所蔵の昭和初期に作成された火災保険特殊地図を利用し、若い世代が知らない昭和初期の町の様子に関する情報を収集すると共に、それらの情報を反映した地図を展示物(写真2)として活用することをプログラムの概要とした。

プログラムは、グループ形式で行うこととし、高齢者4-5人のグループに対して学芸員3名を配置し、それぞれのセッションで語られる内容の記録を行うこととした。また、セッションの実施場所として博物館内に設けられた体験コーナー(昭和初期の民間住宅を移設した展示:写真1)を利用することにした。

これは、懐かしい環境下で思い出の回想を行うことで、より回想が促進されると考えたためである。セッションは2週間に1回行い3ヶ月



間で計6回実施することとした。なお、プログラム参加者のセッションがない期間に日常生活における活動を高めるため、セッション毎にセッション中に話題になった事柄に関して、地域で調べるように課題を課すこととした。評価を含めた今回のプログラム全体の構成を表1に示す。

表1. プログラムの全体の構成

地図プログラム	
	事前説明会 (目的・スケジュールの説明)
2週間前	事前調査 (グループ関係なく)
1回目	直前調査、自己紹介、班名提案
2~5回目	思い出想起、課題報告
6回目	地図の最終確認、直後調査
2週間後	茶話会、事後調査
	全体会 (参加者の希望により実施)

C. 研究結果

1. プログラム参加者の属性

墨田区の協力を得、広報誌およびケアマネジャーの集会で、プログラム参加者を募集した。28名から問い合わせがあったが、5名が日程的な問題や評価を伴うプログラムの内容に同意が得られなかったために、プログラム参加者は、男性12名、女性11名の計23名であった。平均年齢は男性79.1歳(SD=2.97)、女性78.4歳(SD=2.46)、男性の学歴は高等教育5名、中等3名、初等4名、女性は高等1名、中等6名、初等4名であった。全参加者中、女性2名がプログラムの直後調査には参加しなかったために分析対象は21名である。協力者全体のプログラムに対する参加率は、各回平均で86.2%であった。

プログラム参加者の全体の特性を確認するために、研究1における75歳以上の参加者508名(男性196名、女性312名;平均年齢79.6歳)と、老研式活動能力指標、GHQ 精神健康調査、PGC モラールスケール、および握力の比較を行った。群間要因に性別を要因として加えた2要因の分散分析を行った結果、老研式活動能力指標(参加者11.6点、比較群9.8点)($F(1, 528) =$

7.46, $p < .01$)、および PGC モラールスケール(参加者 13.4 点、比較群 11.6 点)

($F(1, 493) = 5.9, p < .05$)で本プログラムの参加者の方が有意に高いことが示された。

2. プログラム評価指標および方法

調査の評価は、セッション1回目および最終回の前後の2週間の間隔を開けて行う事前・事後評価、セッション初日の開始前およびセッション最終日の終了後に行う直前・直後調査を実施した。本研究では、被験者の評価を、精神的側面、認知的側面、および身体的側面から行った。以下に各指標の説明をする。

【知的側面】

認知的側面は記憶、語の流暢性、認知処理速度、空間認知能力を測定した。記憶課題として3単語および住所と名前の直後再生・遅延再生に再認を付加したものをを行った。干渉課題として、3単語では100から7の除算、住所と名前では「ふじのやま」の逆唱を行ない短期記憶の評価に用いた。記憶課題は事前・事後評価で行いそれぞれ異なる刺激セットを用いた。語の流暢性は、前頭葉機能を評価するために採用した。音韻流暢性の刺激として「あ」と「か」、意味カテゴリー流暢性の刺激として「動物」と「野菜」を用いた。評価は直前・直後調査において実施した。なお、調査参加者の半数には「あ」と「動物」を直前調査時に、「か」と「野菜」を直後調査時に実施し残りの半数にはその逆の組み合わせで実施した。方法は、課題の説明と短い練習の後、想起単語を2分間紙に記入する方法で行った。処理速度の評価には符号問題を用いた。この課題は加齢に伴って低下する様々な認知側面を説明することで知られている。本研究では WAIS-R の課題を用い、実施方法もそれに準拠した。試行時間は1分30秒であった。空間認知能力を測定する課題として、心的回転課題を実施した。この課題は本研究のために作成したもので、標準文字(表向き)か鏡映文字(裏向き)のいずれかで左右に並んだ

文字を、ターゲット文字と比較し、同じ向きの刺激を選ぶ課題である。文字は、0度、40度、80度、120度、160度いずれかの角度であり、「か」、「は」、「も」、「す」、「7」を刺激として用いた。参加者は、同じ向きの文字に○をすることが求められた。刺激は、A3の用紙に縦18行横2行に配置した。試行時間は2分であった。

【精神的側面】

精神的側面として、4件法による主観的健康観、PGC モラールスケール、WHO-5 精神的健康状態、をすべての評価において、GHQ 精神健康尺度、ソーシャルサポート、孤独感尺度を事前・事後調査で、PANAS 感情評定尺度を直前・直後調査で測定した。

【身体的側面】

身体的側面の評価は、事前・事後調査時に日常生活における自己効力感、老研式活動能力指標、握力を測定した。4回の評価時に、外出頻度を尋ねた。また、日常生活における運動量を測定するために万歩計(SUZUKEN 製 LifecorderEX)を使用した。同機器は、運動量を24時間計測し、メモリー内にその情報を蓄積することが可能であった。

参加者には、事前調査日から事後調査日の期間に万歩計を起床時から就寝時まで装着することと、装着脱着時間およびその日の歩行数を1日の活動内容と共に日誌に記録することを求めた。

3. プログラムの前後における各指標の変化

本プログラムでは、事前・事後調査、直前・直後調査と4回の評価の機会があったが、4回とも評価を行った指標は、主観的健康観、外出頻度、WHO-5 精神的健康状態調査(表1)であり、他の尺度は、事前・事後、もしくは直前・直後調査のいずれかで実施した。表2に、測定値と共に記す。

表1 測定が4時点であった変数の変化

	事前	直前	直後	事後	F値
主観的健康観	1.8 (0.7)	2.0 (0.7)	1.7 (0.6)	1.8 (0.7)	1.3 n.s.
外出頻度	1.7 (0.9)	1.8 (1.2)	1.5 (0.7)	1.9 (1.2)	1.5 n.s.
WHO-5精神的健康状態	19.0 (5.0)	19.3 (3.9)	18.5 (5.0)	19.0 (4.4)	0.2 n.s.

カッコ内は標準偏差

表2 各評価指標の変化

	前	後	t値
認知機能			
記憶			
3単語の直後再生(事)	2.9 (0.4)	3.0 (0.0)	-1.0 n.s.
3単語の遅延再生(事)	1.9 (0.9)	2.4 (0.7)	-2.5 *
100からの7の引き算(事)	3.9 (1.3)	3.9 (1.3)	0.0 n.s.
逆唱(事)	4.8 (0.6)	4.9 (0.5)	-0.6 n.s.
住所と名前の直後再生(事)	4.8 (0.4)	5.0 (0.0)	-1.8 †
住所と名前の遅延再生(事)	3.9 (1.4)	4.1 (1.5)	-0.2 n.s.
住所と名前の遅延再生(事)	4.8 (0.7)	4.9 (0.3)	-0.8 n.s.
符号問題(直)	37.9 (10.0)	42.9 (10.5)	-4.5 **
語の流暢性(直)			
カテゴリー(直)	12.7 (4.3)	13.6 (3.7)	-1.3 n.s.
音韻(直)	10.7 (3.9)	12.6 (4.3)	-2.5 *
心的回転(直)	16.0 (4.1)	14.1 (5.2)	1.6 n.s.
精神的側面			
主観的幸福感(事)	13.4 (2.1)	12.9 (2.7)	1.3 n.s.
GHQ(事)	2.9 (2.5)	3.1 (4.2)	-0.4 n.s.
ソーシャルサポート(事)	41.3 (5.8)	41.4 (5.9)	-0.1 n.s.
孤独感(事)	3.0 (2.1)	2.5 (1.7)	1.1 n.s.
PANAS尺度(直)			
良い感情	24.9 (9.3)	30.6 (8.0)	-3.0 **
悪い感情	10.5 (3.5)	12.8 (5.0)	-2.2 *
身体的側面			
握力(事)	22.4 (6.9)	24.3 (7.2)	-2.1 *
老妍式活動能力指標(事)	11.6 (1.7)	11.5 (2.1)	0.2 n.s.
自己効力感(事)	23.3 (1.6)	22.0 (4.1)	1.4 n.s.

†p<.10 *p<.05 **p<.01 カッコ内は標準偏差
(事)は事前・事後評価尺度、(直)は直前・直後の評価尺度

【認知的側面】

認知機能検査で、変化が認められた課題は、3単語の遅延再生 (t(20)=-2.5, p<.05)、住所と名前の直後再生 (t(18)=-1.8, p<.10)、符号問題(t(20)=-3, p<.01)において、有意な改善が認められた。語の流暢性に関しては、カテゴリー流暢性では有意な変化は観察されなかった

が、音韻流暢性で有意な改善が認められた (t(20)=-2.5, p<.05)。 心的回転課題では、有意な変化は認められなかった。

【精神的側面】

精神的側面に関する尺度は主観的健康観、PGC モラールスケール、GHQ 精神健康尺度、ソーシャルサポート、死の受容尺度、WHO-5精神

的健康状態、孤独感いずれもプログラム前後で変化は見られなかった。しかし、直前・直後調査で実施した PANAS では、直後調査で悪い感情 ($t(20)=-2.2, p<.05$) にも上昇が見られたが、良い感情でより大きな上昇が観察できた ($t(20)=-3.0, p<.01$)。

【身体的側面】

身体的側面に関しては、老研式活動能力指標、日常生活における自己効力感の評価を事前・事後評価間の比較を行ったが、変化は認められなかった。しかし、握力は、有意に上昇していた。 ($t(20)=-2.0, p<.05$)。

次にプログラム参加の効果を、万歩計を用いて運動量を系時的に観察した。運動量は 24 時間計測された。評価には、2 分ごとに算出された 0 から 7 段階の運動量の評価値を用いた。分析にあたって、参加者毎に、運動量の推移から、睡眠時間帯ならびに休息時間帯を特定し、それらの時間帯の運動量は分析対象外とした。また、生活のイベントや天候の影響を排除するため、東京地区の気象庁記録と各被験者が自身で記

入した活動記録を参照し、降雨のあった日の該当時間帯、および体調が悪く外出しなかった日・通院した日・旅行した日の終日の運動量を分析からのぞいた。上記のように、無効なデータを欠損として処理した後、各参加者のプログラム参加日間のターム(事前調査-セッション 1、セッション 1-セッション 2……、セッション 6-事後調査の計 7 ターム)の運動量を算出した。1 日の運動量を従属変数、タームを独立変数とした繰り返しの分散分析を行った結果、有意結果は認められなかった。しかし、ターム毎の平均値の推移をみたところ、図 1 の様にセッション 1-セッション 2 間で極端な上昇の後、低下傾向があったが、その後セッション終盤に向けて緩やかに上昇する傾向が見られた。そこで、事前調査-セッション 1 の間と他のターム間の運動量を多重比較(LSD 法)で比較したところ事前調査-セッション 1 間と比較してセッション 1-2 間とセッション 5-6 間で運動量が上昇していた ($P<.05$)。

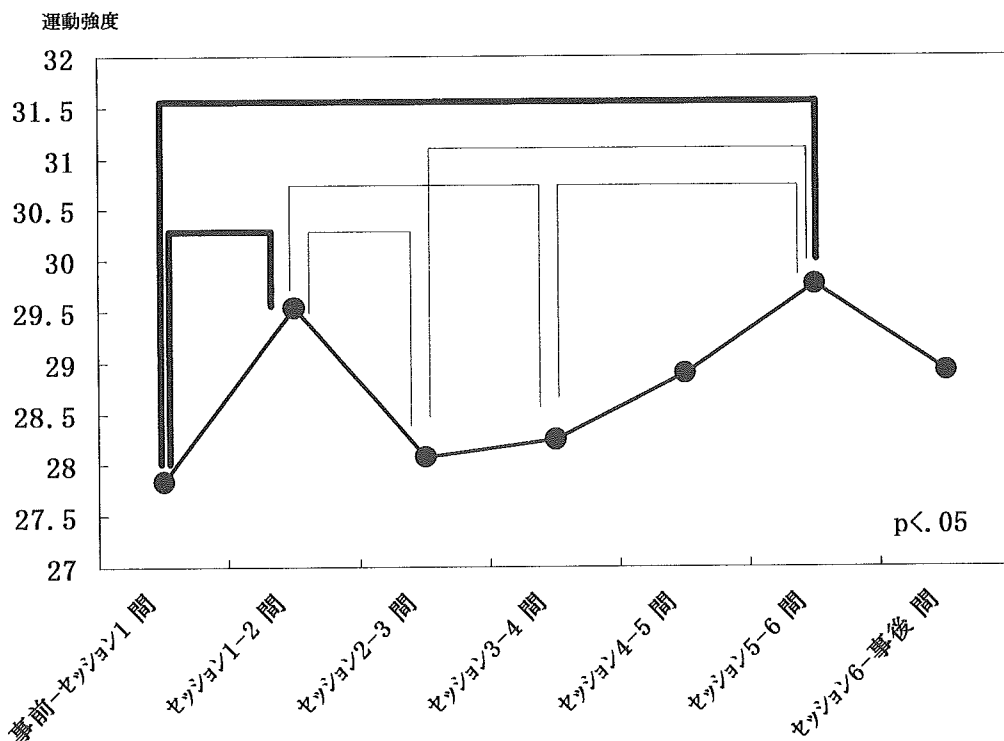


図 1. プログラムの各タームにおける運動強度の平均の推移

D. 考 察

本研究では、博物館を中心として、高齢者を社会的資源と考え、高齢者が社会貢献をしながらサクセスフルエイジングを達成するためのプログラムの開発、実施、評価を行った。プログラム参加の効果は、認知的側面および身体的側面で観察された。認知的側面では、3単語の遅延再生、記憶、符号問題、語の流暢性問題で成績の改善がみられた。今回は、コントロール群が設定されていないために、厳密な比較は出来ないが、以前に他の地域で同年代の集団の類似の課題を6ヶ月の間隔を空けて追跡したデータにおいては、成績の変化は認められなかった。したがって認知機能尺度の改善には練習効果が含まれる可能性があるが、ある程度はプログラムに参加することが認知課題の成績の上昇に寄与したと考えて良いだろう。

次に、身体的側面における効果であるが、セッション開始当初の突発的な運動量の上昇を除けば、プログラムの進行とともに参加者の運動量は増加する傾向が見られた。参加者の中には、万歩計を装着すること自体が動機づけとなり歩行の増加を心がけたと報告するものも存在した。一方、本プログラムで出される課題がきっかけとなり、自らの記憶を確認するために、もしくは資料を収集するために外出をしたとの報告もあった。コントロール群がないために、万歩計装着そのものが運動習慣に与える影響は排除できないが、プログラムに参加することが日常的な活動を高める効果がある可能性が示唆された。

精神的側面における効果は、感情面が活発になり、特に良い感情の上昇が顕著であった。これは、個人の特性が変化したというよりも、プログラム参加時の参加者の状態が改善されたと考えるのが妥当であろう。つまり、本プログラムに参加すること自体に、高齢者の良い感情を喚起する効果があると考えられる。これは、従来の回想法セッションに対する参加の効果

と同様である。一方、幸福感や精神的健康に対する効果は確認できなかった。しかし、本調査の参加者は地域在住の同年代の高齢者と比べて、元々幸福感や、精神的健康状態が良い集団であった。本調査の参加者よりも、外出頻度、日常生活における自立度が低く、幸福感や精神的健康が悪く、孤独感が高い高齢者や要支援高齢者を対象として実施した場合には、効果が見出される可能性もある。今後、プログラムをより虚弱な高齢者を対象に実施し、効果を確認することが必要であろう。また、本研究では社会参加に注目したプログラムを実施したが、参加者の社会貢献意識に関する評価は行わなかった。高齢者自身の意識の変化も評価することが必要であろう。

高齢者が地図作りプログラムに参加することで、認知的側面や身体的側面で改善が見られた。今回は6回という短い期間であり、博物館主導のプログラム構成であったが、このようなプログラムを恒常的に続けるためには、高齢者主導で行う必要があると考えられる。今後、社会貢献という側面からは、博物館が必要な情報や収集フォーマットを規定し、地域で学芸員の手によらず、同様のプログラムを実施できるようにプログラムを改良する必要があると考える。また、介護予防という観点からは、参加者の状況に応じてより柔軟なプログラムを改編する必要もあると考える。

E. 結 論

本年度は、談話ボランティアのニーズ調査および、高齢者の地図作りプログラムの実施と評価を行った。ニーズ調査からは、訪問型の談話ボランティアは、比較的若い年代の高齢者よりも高い年齢の高齢者で機能するプログラムであることが示唆された。地図作りプログラムは、平均年齢80歳ではあるが比較的健康度の高いグループに対して実施し、認知的側面、身体的側面への効果が見られた。虚弱者の割合が増加