

## 厚生労働科学研究（長寿科学総合研究事業）

### 調査票 1：自宅退院された患者様用

【回答上の注意事項】患者様のご家族がご記入ください。

- ・設問には、かっこ内に答えを記入していただくものと、選択肢から最も当てはまるものを選んでいただくものの2種類があります。
- ・全ての質問に回答するよう、お願いいたします。

ふりがな
氏名： _____ 性別： 男 ・ 女
生年月日： 大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生
住所： _____
電話番号： _____

まず初めに患者様についてお答え下さい。

問1. 患者様のお名前を教えてください。 ( )

問2. 患者様の現在の介護度を教えてください

自立・要支援・介護度1・介護度2・介護度3・介護度4・介護度5

問3-A. 回復期リハビリ病棟を退院後、何らかの病気の治療のために入院をしましたか？

(ア) はい

(イ) いいえ

問3-B. 問3-Aの設問で(ア)はい、と答えられた方にお尋ねいたします。

病名・入院時期(期間)・病院名 について御記載下さい

病名 ( )

入院時期(期間) ( )

病院名 ( )

問4. 患者様は現時点でも在宅生活を継続されていますか？

(ア) はい (自宅、ショートステイ中も含む)

(イ) いいえ (病院入院中、施設入所中である)

問4で“(ア)はい”とお答えになった方は“問5-(1)-A・B”を、

問4で“(イ)いいえ”とお答えになった方は“問5-(2)”を回答して下さい。

問5-(1)-A. 問4で(ア)はい(現在、在宅生活中)、と答えた方にお尋ねします。患者様は、回復期リハビリ病棟退院から現在までに、病院に入院あるいは施設入所(ショートステイも含む)していたことがありますか？(ア)(イ)(ウ)(エ)のいずれかひとつに○をつけて下さい。

(ア) 病院に入院していたことがある。

- (イ) 老人保健施設などのショートステイをしていたことがある
- (ウ) その他の施設（グループホーム等）に入所していたことがある
- (エ) いいえ（ずっと在宅継続している）

問5-(1)-B. 現在、患者様は老人保健施設の（ショートステイ以外の）入所やグループホームの申し込みをされていますか？

- (ア) いいえ、今後とも在宅継続を予定している。
- (イ) 老人保健施設または特別養護老人ホームに入所予定（または申し込む予定）である
- (ウ) グループホームや介護住宅（ケアハウス等）入居予定（または申し込む予定）である

問5-(2). 問4で(イ) いいえ（入院、施設）、と答えた方にお尋ねします。患者様は現在自宅以外のどのような病院・施設におられますか？

- (ア) 病院(病状悪化で入院中)      (イ) 病院（長期療養目的の入院）
- (ウ) 老人保健施設に入所      (エ) グループホームなどの施設にて生活中

問6. 以下に記された介護サービスにおいて、利用されているもの全てに○をつけて 下さい

- (ア) デイケア・デイサービス（週 回）      (イ) 訪問看護
- (ウ) ホールヘルパー      (週 回)      (エ) ショートステイ
- (オ) 家での入浴サービス      (週 回)
- 内訳（訪問入浴介護 週 回、ホームヘルパーによる入浴介助 週 回)
- (カ) 訪問リハビリ      (キ) 住宅改修
- (ク) 日常生活福祉用具の貸与・給与      (ケ) 配食・給食サービス
- (コ) 居宅療養管理指導（ケアマネージャーの利用）

問7. 日常生活用具・福祉用具のレンタルあるいは購入をされましたか？当てはまるもの全てに○をつけて下さい

〈何もレンタル・購入されていない方は(コ)に○をつけて下さい〉

- (ア) 入浴用いす      (イ) 浴槽内いす      (ウ) 浴槽用手すり
- (エ) 車椅子      (オ) ポータブルトイレ
- (カ) 特殊寝台（介護用ベット）      (キ) 移動用リフト
- (ク) 杖
- (ケ) その他（具体的に：      )
- (コ) 福祉用具のレンタル・購入は行っていない

問8. 住宅の改修をされましたか？当てはまるもの全てに○をつけて下さい  
（特に住宅の改修を行っていない方は（4）に○をつけて下さい）

- (1) トイレ排泄に関する住宅の改修
- (ア) 洋式便器への変更
  - (イ) トイレ内手すりの取り付け
  - (ウ) トイレ入り口（ドア等）の改修
  - (エ) その他（具体的に： \_\_\_\_\_）
- (2) 自宅入浴のための改修
- (ア) 浴室内や浴室入り口の手すりの取り付け
  - (イ) 浴室内の段差解消（床のかさ上げ、スロープ、等）
  - (ウ) その他（具体的に： \_\_\_\_\_）
- (3) 自宅玄関等の出入りのための改修
- (ア) 玄関の段差解消（床のかさ上げ、スロープ、等）
  - (イ) その他（具体的に： \_\_\_\_\_）
- (4) 特に住宅の改修は行っていない

問9. 現在の患者様の生活の状態についてお聞きいたします。質問（1）～（10）のそれぞれに対して、各設問ごとの選択肢のうち最も当てはまるものいずれかひとつに○をつけて下さい。  
（以下の内容は入院中に行ったりハビリテーション・カンファレンスの際にお渡ししたりハビリテーション実施総合計画書の「している ADL(日常生活動作)」の項目が、現在ご自宅等でどの程度出来ているか、お尋ねするものです。）

\* 全く介助の必要なく、すべて自立して行える方は(1)～(10)いずれの質問も回答は（ア）に○をつけてください。介助を多少とも必要とする項目のある方は最も当てはまると思われる項目に○をつけてください。

- (1) 食事について
- (ア) 介助なしに自分でほとんど食べることができる。（自助具など使用してもかまいません）。標準的な時間内に食事を食べ終わることができる。
  - (イ) 多少の介助（たとえば、きざみにしたり、少し手伝ってもらったり）が必要である。あるいは、非常に時間がかかる。
  - (ウ) 食事にはほとんど介助が必要な状態である。
- (2) 車椅子からベットへの移動について
- (ア) 自立しており、ブレーキ・フットレストなどの操作も自分で行える。
  - (イ) 一部介助を要する。または、監視が必要である。
  - (ウ) 座位可能だが、移行には多くの介助が必要である。
  - (エ) 自分ではまったく出来ず、すべて介助が必要な状態である。

- (3) 整容について
- (ア) 洗面、歯磨き、洗髪、(髭剃り)などの整容が自分でほとんど出来る
  - (イ) このような整容動作は自分ではあまり出来ず、介助を必要としている
- (4) トイレ動作について
- (ア) 自分でトイレ動作の行為全て(衣服の動作、後始末など)が出来ている。
  - (イ) 体を支えたり、衣服動作の介助や、後始末などの介助・手伝いが必要である。
  - (ウ) 全てに介助が必要である。あるいは、全く出来ない。
- (5) 入浴について
- (ア) ほぼ完全に自立しており、介助や手伝いは不要である。
  - (イ) 必ず介助や手伝いが必要である。
- (6) 歩行状態について
- (ア) 45m以上の歩行が可能である。(杖・装具使用してもかまいません)
  - (イ) 介助や歩行器を使用すれば45m以上の歩行が可能である。
  - (ウ) 介助でも45m以上の歩行は不可能であるが、車椅子なら自分で45m以上の移動が可能である。
  - (エ) いずれでもない。(介助歩行でも車椅子自操でも45m以上の移動は不可能である)
- (7) 階段の上り下りについて
- (ア) 自分で階段の上り下り可能である。(手すりや杖等使用してもかまいません)
  - (イ) 階段の上り下りには介助があれば可能である。または、自分で可能ではあるが、監視が必要な状態である。
  - (ウ) 階段の上り下りは不可能である
- (8) 着替えについて
- (ア) 靴、衣服のファスナー・ボタン、装具の着脱がほとんど自分で可能である。
  - (イ) 介助がある程度必要ではあるが、半分以上は自分で行える。  
少し手伝えば、標準的な時間内で着替えが可能である。
  - (ウ) 半分以上介助を要する。または、非常に時間がかかる。
- (9) 排便のコントロールについて
- (ア) 失禁は全くない
  - (イ) 時に失禁あり。(浣腸などの介助が必要な方も含みます)
  - (ウ) 上記以外。(例えば：失禁頻回、浣腸対応多い、おむつ、など)
- (10) 排尿のコントロールについて
- (ア) 失禁は全くない
  - (イ) 時に失禁あり。(尿器介助が必要な方も含みます)
  - (ウ) 上記以外。(例えば：失禁頻回、介助多い、おむつ、など)

問 10. 日常生活がどの程度自立されているかお聞きいたします。下記の選択肢（ア）～（キ）7 つのうちの最も当てはまると思われる選択肢ひとつだけに○をつけて下さい。

- （ア） 日常生活のほとんどを自分で行うことができる。さらに、交通機関(バス・地下鉄など)をひとりで利用して外出可能できる。
- （イ） 日常生活はほとんどを自分で行える。家の近所へならばひとりで歩いて外出可能であるが、一般の交通機関を利用しての外出はひとりでは難しい。
- （ウ） 自宅内（屋内）での生活には、介助はあまり必要なく、日中ほとんど床（ベッド）から離れて生活している。しかし、外出の際にはいくらか他の人の介助が必要である。
- （エ） 自宅内（屋内）での生活においては、介助はあまり必要ないが、日中、寝たり起きたりの生活をすることもある。
- （オ） 日常生活において、移動、排泄、食事などに何らかの介助を要する。しかし、排泄はおむつを使用することは少なくトイレで行うことが多い。食事はベットではなく食卓（テーブル）について食べることが多い。
- （カ） 日常生活において、移動、排泄、食事などに何らかの介助を要する。おむつを使用することが多い。しかし、介助により車いすに移り、車いすで日中過ごすこともある。
- （キ） 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えなどほぼ全部介助が必要である。（ほとんど寝たきりの状態である）

問 11. 物忘れ、認知、意思疎通などにどの程度の困難さがあるかお聞きいたします。下記の選択肢（0）～（3）のうちの最も当てはまる選択肢ひとつだけに○をつけて下さい。

全く問題のない方は（0）に○をして下さい。

- （0） 問題あるような物忘れはほとんどなく、身の回りの判断にもほとんど問題はないと思われる。
- （1） 物忘れは多少あるものの、日常生活において見守りがなくてもほぼ問題はなく自立している。
- （2） 誰かの見守りがあれば、日常生活においては特に大きな問題は生じない。
- （3） 日常生活には、見守りを絶対に必要とする。見守りや周りの人の判断なしには日常生活を安全に過ごすのは困難である。

## 調査票 2：自宅退院患者様用

調査票 1 と同様に、患者様のご家族の方がご記入ください。

次に患者様の主たる介護者である方（このアンケートに記入している方）についておききします

- 問 1. あなたは患者様と同居されていますか？ (ア) はい (イ) いいえ
- 問 2. 患者様と同居されている場合、それはいつからですか？  
昭和・平成（ ）年頃から
- 問 3. 今回の疾患(回復期リハビリ病棟入院となった脳卒中)により、新たに同居をされましたか？  
(ア) はい（今回を期に同居した）  
(イ) いいえ（以前から同居していた）  
(ウ) いいえ（以前も、現在も別居している）
- 問 4. 在のあなたの同居家族は何人ですか（あなたも人数に含めて下さい）？  
（ ）人
- 問 5. 同居されているのは、以下の次の中の誰ですか？当てはまる方全員に○をつけて下さい。  
(ア) 配偶者 (イ) 兄弟姉妹 (ウ) 娘 (エ) 息子  
(オ) 義娘（嫁） (カ) 孫 (キ) その他の親戚 (ク) その他の人
- 問 6. あなたの 1 日における平均の介護に必要な時間を教えてください。  
約（ ）時間
- 問 7. 家族はどれぐらい介護の手伝いをしてくれますか？  
(ア) いつも手伝ってくれる (イ) ときどき手伝ってくれる  
(ウ) ほとんど手伝いはない
- 問 8. 以下の人の中で、介護を手伝ってくれるのは誰ですか？  
当てはまる方全てに○をつけて下さい。  
(ア) 配偶者 (イ) 兄弟姉妹 (ウ) 娘  
(エ) 息子 (オ) 義娘（嫁） (カ) その他の親戚  
(キ) ホームヘルパー (ク) 家政婦 (ケ) 友人  
(コ) 近所の人 (サ) その他の人 (シ) 全くいない

問 9. ふだん、あなた御自身のおからだの具合はいかがですか？

(ア) 健康である。

(イ) 病気がちである。

問 10. 介護を必要とする以前の、患者様とあなたの関係はいかがでしたか？

(ア) 良好 (イ) まあまあ良好 (ウ) 普通

(エ) あまり良くない (オ) 良くない

問 11. 介護のために、あなたのしている仕事に支障が生じていますか？

(ア) 仕事をしており、介護のための時間の調整が困難である。

(イ) 仕事をしているが、介護のための時間の調整が容易である。

(ウ) 仕事はしていない

(エ) その他 ( )

厚生労働科学研究補助金（長寿科学総合研究事業）  
分担研究報告書

表 1. 自宅退院

患者番号	性	年	バーセル・インデックス					自立度				痴呆度				介護度			
			入院時	退院時	1回目	2回目	3回目	退院時	1回目	2回目	3回目	退院時	1回目	2回目	3回目	退院時	1回目	2回目	3回目
1	女	84	35	60	—	x	x	B2	—	x	x	I	—	x	x	介1	介1	x	x
2	女	71	55	70	60	75	75	B1	A2	A2	A2	I	0	I	I	介1	介1	介1	介1
3	男	76	55	65	70	x	x	B2	B2	x	x	IIb	II	x	x	介2	介2	介2	x
4	女	76	90	90	—	x	x	A1	—	x	x	IIa	II	x	x	介1	要支	x	x
5	女	70	65	80	70	75	x	B1	A2	A2	x	0	0	0	0	介2	介1	介1	x
6	男	77	65	65	60	70	60	A1	B2	B2	B1	IIa	0	0	0	介1	介3	介3	介3
7	女	67	70	85	80	x	x	A2	A2	x	x	0	0	x	x	介2(*)	—	x	x
8	男	65	95	100	100	100	x	A1	J	A1	x	I	0	0	0	介1	介1	要支	x
9	男	65	100	100	100	100	90	J1	A1	A1	A1	0	0	0	0	介1	介1	介1	自立
10	女	79	45	75	—	x	x	B2	—	x	x	IIb	—	x	x	介2	介2	x	x
11	女	85	45	45	65	x	85	B2	B1	x	A2	IIb	II	x	—	介1	介1	x	介3
12	男	53	50	50	75	65	65	A2	B2	B1	x	IIIa	III	II	II	介4	介4	介3	介3
13	女	70	25	45	30	x	x	B2	B2	x	x	IIb	0	x	x	介3	介3	x	x
14	女	75	35	40	0	x	x	B1	C2	x	x	IIIa	III	x	x	介3	介4	x	x
15	女	76	0	0	0	0	0	C2	C1	C1	C2	IV	III	III	III	介5	介5	介5	介5
16	女	85	45	65	90	80	90	A1	A2	A2	A1	I	I	I	I	介3	介2	介2	介2
17	女	83	15	25	20	55	35	B2	B2	B2	C1	IIb	0	0	0	介3(*)	介4	介4	介3
18	女	86	65	70	55	55	60	B1	B1	B1	B1	I	I	II	II	介3(*)	介1	介2	介2
19	女	79	85	90	95	x	80	A1	J	—	A1	0	I	—	—	介1	自立	介1	自立
20	女	87	75	80	—	死亡	—	A2	—	死亡	—	IIa	—	死亡	—	介3(*)	—	死亡	x
21	男	74	25	35	5	20	25	A2	B2	C1	C1	IIIb	III	III	III	介3	介3	介3	介3
22	男	61	100	100	死亡	—	—	J2	死亡	—	—	0	死亡	—	—	なし	死亡	—	—
23	女	70	95	95	100	x	x	J	J	x	x	I	0	x	x	自立	自立	x	x
24	男	70	100	100	100	x	x	J2	J	x	x	I	I	x	x	要支	要支	x	x
25	女	84	40	55	60	60	35	A1	B2	B2	B2	IIb	III	II	II	介3	介3	介3	介3
26	女	68	75	75	—	80	—	B1	—	A2	—	I	—	0	0	介2	介2	介2	
27	男	69	95	100	90	70	75	A1	B1	A2	B1	I	II	II	II	介2	介2	介3	介2
28	男	72	20	25	40	60	60	B2	C1	B2	C1	IIa	0	0	0	介4	介4	介2	介4
29	男	65	30	40	75	—	75	B1	A2	—	C1	IV	II	—	—	介3	介3	介2	介3
30	女	81	55	75	—	x	x	A2	—	x	x	II	—	x	x	介2	—	x	x
31	男	47	40	55	—	x	x	A2	—	x	x	IIa	—	x	x	介3	—	x	x
32	男	59	75	85	95	90	85	B1	A1	A1	A2	0	0	0	0	介3	介2	介2	介2
33	男	67	55	65	80	x	死亡	B1	—	x	死亡	0	—	x	死亡	介2	介2	x	死亡
34	女	87	40	55	10	20	15	B1	—	C1	C1	IIIa	—	III	III	未申請	介3	介3	介4
35	男	41	75	80	75	85	80	A1	—	B1	B1	0	—	0	0	未申請	未申請	自立	自立
36	男	69	75	80	60	x	x	A1	—	x	x	0	—	x	x	介1	—	x	x
37	女	86	85	95	—	75	—	A1	—	A2	—	IIa	—	II	II	未申請	介1	介1	—
38	男	77	25	30	*	0	—	A2	—	C2	—	IIb	—	II	II	介3	介3	介3	—
39	女	81	75	85	x	x	—	A1	A2	x	—	I	I	—	II	未申請	介1	介1	—
40	女	80	0	10	35	40	15	B2	—	C1	C1	IIa	—	II	II	介5	介5	介5	介5
41	女	94	70	75	x	60	80	B1	x	B1	B1	IIIa	x	III	III	介3	介2	介2	介2
42	女	76	90	90	x	—	100	A1	x	—	A1	IIa	x	II	II	未申請	自立	自立	自立
43	女	63	30	55	x	x	100	B1	x	x	J	0	x	x	—	未申請	未申請	x	未申請

43名 31名 25名 26名

x : 返信なし  
— : 記入なし

\* : 入院前に取得した介護度



厚生労働科学研究補助金（長寿科学総合研究事業）  
分担研究報告書

表2. 施設等

番号	性	年	パーセル・インデックス					自立度				痴呆度				介護度			
			入院時	退院時	1回目	2回目	3回目	退院時	1回目	2回目	3回目	退院時	1回目	2回目	3回目	退院時	1回目	2回目	3回目
グループホーム																			
1	男	89	80	80	30	20	x	B1	C1	C1	x	0	II	II	x	介1	介3	介3	x
2	女		75	85	100	x	x	A1	A2	x	x	IIb	I	x	x	介2	介2	x	x
3	男	85	70	75	20	—	—	A2	C2	—	—	IIb	I	I	II	介2	介3	介3	介3
4	男	77	45	60	80	70	55	A1	A2	A2	B2	IIa	0	0	I	介1	要支	要支	要支
5	男	72	55	70	60	—	x	*	C1	—	x	*	II	III	x	介3	介3	介3	x
施設・長期療養病院																			
6	女	79	40	65	65	65	50	A2	B2	B2	B2	IIa	I	II	II	介1	介1	介2	介2
7	男	77	5	5	0	0	x	*	C1	C2	x	*	II	II	x	介4	介4	介5	x
8	男	77	25	25	0	5	15	B1	C1	C1	C2	IIb	III	III	III	介4	介4	介4	介4
9	女	79	15	55	100	x	x	B2	B1	x	x	IIb	II	x	x	介2	介2	x	x
10	女	#	50	50	30	50	45	B2	B2	B2	B2	IIb	II	II	II	介4	介4	介4	介4
11	男	84	0	0	0	x	x	C2	C2	x	x	IIIa	III	x	x	介5	介5	x	x

## 研究報告 8

### 介護予防サービスの適切な提供と高齢者の「ネットワーク類型」 — 大都市札幌近郊 A 村における事例研究 —

分担研究者 笹谷 春美 北海道教育大学 札幌校 教授

#### 研究要旨

高齢化先進国において国際的にも新しい戦略として「介護予防」政策が着目されている。日本においても改正介護保険制度の主要なポイントの一つは介護予防である。本調査研究は、北欧を中心に試みられている「予防型介護訪問」を参考にしながら、地域の高齢者のある年齢層全体の健康状態や日常生活の状況を分析し、又、高齢者の保有するネットワーク資源を活用しながら、適正な予防サービスを考察することを目指すための試行的事例研究である。

本調査の主要な視角は、一つは、健康調査も介護予防的な観点から政策ターゲットを明確にするよう分類すること、2つには、介護予防を狭義の肉体的・精神的な側面のみではなく、社会関係の孤立や精神的な不安や孤独の予防を含めて広義に位置付けること、3つめには、フォーマルなサービスを上から押し付けるのではなく高齢者の持つ資源を活用して高齢者の生活を活性化することの必要性のためにネットワーク型を析出することである。

大都市近郊の過疎村 A 村の 70—80 歳の在宅で暮らす男女 155 名（うち介護保険認定者 7 名）の調査から、介護予防事業のターゲットとしての「虚弱 G」と「リスク G」をあわせると対象者の 4 割強が析出された。又、対象者の保有するネットワーク類型では、配偶者や子どもとの絆を核とし、その他の親族との関係を加味した、親族内に限定されがちな C 型と A 型がもっとも多く析出された。それは主観的サポートネットワークにも反映している。

社会参加や外出回数が少ない高齢者も多く、厚生労働省が示した基準によれば「閉じこもり」予備軍が全体の半数強であった。

「虚弱 G」と「リスク G」には女性、夫婦のみ世帯、一人暮らし、後期高齢者、低所得層などの性・家族・年齢・階層などにおける弱者層が関連し、ネットワーク類型でも A 型や C 型に加えて孤立型 E の割合も高く見られた。

70—80 代の年齢階層は前期と後期の高齢者にまたがっており、半数が健康で趣味や社会参加が活発で生活不安が少ない高齢者であるが、半数は健康に大きな不安を抱えており、閉じこもりがちであり、ネットワークも家族中心に限定された狭いものである。本調査分析によって、地域の介護予防活動のための主要なターゲットが絞り込まれ、地域全体の解決課題（閉じこもりの予防など）が明らかにされると共に、個々人の特徴に即したフォーマルサポートの組み立てが可能になることがあきらかとなった。

## A. 研究目的

欧米の高齢化が進んだ国々において、介護予防の議論が活発化している。日本においても、少子高齢化は行政の推測値を超えて進行しており、認知症や寝たきりの出現率の高まりに伴う介護・医療サービスの需要と保険財源のギャップの深まりも予想されている。介護予防の議論は、まさにこのようなギャップの解消に関する1つの方策に位置付けられている。日本における2005年の介護保険の改正の主要目的の1つも、介護予防給付を新設し、従来の介護認定者の軽度な人々に対する家事サービスや身体介護サービスを抑制する一方、筋力トレーニングや口腔ケアサービスや栄養指導により、身体的・生活上の自立的機能を回復・維持させることによって、増加しつつある介護保険サービスを抑制し財源の効率化を図ろうとするものである。実際に財源の抑制になるかどうかは疑問視もされているが、一人一人が施設やケアサービスに頼らずなるべく長く自立的に住みなれた家や地域で生きることを支援する、という政策強化そのものは支持されよう。多くの高齢者もまた望んでいるところである。各自治体はそのことを支援する方策の創出と実行を試されている。

介護予防の概念は狭義と広義がある。前者は身体的機能のリハビリ中心の概念であり、新予防給付がその具体例である。広義の介護予防は身体的側面に留まらず、精神的、社会関係の側面もカバーする概念である。人々の日常生活や将来への展望において、この3つの側面は密接に絡んでいると考えるからである。このような介護予防の概念にたった施策を展開しているのが北欧諸国であり、その基盤に据えられているのが、介護予防型訪問というプログラムである（笹谷 2004）。

デンマークやフィンランドでは介護予防型訪

問を一定の年齢以上の全国民に実施することが法律上に定められた。この介護予防型訪問の積極面であり、今後日本が参考に出来る点は次のような点である。

1. 日本における高齢者の検診のように、検診に参加する・できる住民の身体的健康の把握のみではなく、住民の家庭を訪問し、そのトータルな生活状況を把握することである。
2. 訓練された専門的な訪問者は、個々人の身体的、精神的、社会関係的ニーズを把握し、必要なサービスやサポートへと導くことである。
3. しかしそれは専門家による指導とそれに従うという関係で葉なく、いわゆる参加型手法という高齢者自身の問題解決能力をエンパワーメントする考え方に基づく（日本の介護保険の本来の目的もここにあるのだが）。
4. その際重要なのは、個々の高齢者のソーシャルネットワークである。ソーシャルネットワークはこの場合人々の生活を支える資源の一つと考えられる。高齢者が孤立化しないよう、ソーシャルネットワークを活性化することが必要と捉えられる。
5. そのためには、個々人のソーシャルネットワークがどのような内容なのかを把握することが必要であり、訪問時にチェックされるが、これらの国々においても、ネットワークの把握は十分に体系化されているとは言えない。

本研究の目的は、以上のように、介護予防施策あるいは介護予防サービスの適正な供給を考えるための有効な資源としてのソーシャルネットワークに注目し、（1）個々人のネットワーク

の把握の方法を提示し、(2) 多様なネットワークの類型化を試み、(3) 類型に応じた対策を個人および地域ベースにおいて考察することである。

北海道の自治体の多くは「過疎化・高齢化」が進行している。このような地域において、心身の自立を持続させ地元に住み続けることを可能にするための資源としての高齢者が保有するネットワークの機能を把握することは、介護予防のための適切なサービスの量や内容を予測する上でも重要性を増している。

#### 個人の診断

ネットワークタイプの布置は地域の診断にも繋がる。

### B. 研究方法

#### (1) 調査対象

「過疎化・高齢化」が進行している札幌近郊の人口3000人弱のA村を対象地として取り上げた。A村は、6年前に札幌市から独立した石狩市に隣接する半農・半漁業の地域で最盛期はにしん漁で栄えた。更に北には同様にかつてにしん漁で栄えたH村とオホーツクの海沿いに連なっている。介護保険導入時、このA村とH村は介護保険料に関して大きな較差があることで注目された。A村は札幌市や石狩市のベッドタウン的な団地が造成されたためそれほど高齢化率は高くなかったが、隣の全道一高齢化率が高いH村に比べ介護保険料がかなり高く設定された。

介護保険システムにおいて保険料の徴収額は自治体にとっても住民にとっても大きな関心事である。その違いを生み出す理由はいくつか明確なものもある。例えば、A村にはベッド数50の特別養護老人ホームがあり、H村にはない（その後H村にも作られた）ことは大きな原因であった。また、H村では、高齢者のニーズを

早めに汲み取り、自治体独自のサービスでカバーし結果的に介護保険の対象になることを遅らせる、という自治体の保健福祉行政の特色もからんでいると思われた。しかし、介護保険制度の枠に留まらず、村の高齢者の自立的な生活支援と介護・医療サービスのバランスを考えるためには、村の高齢者の現実の生活とニーズを把握する必要性が不可欠である。そこで、筆者は2002年にまずH村の調査をおこなった(笹谷、2002)。

今回の調査はその継続として位置付けられる。しかし、A村調査は最初の目的以上の意味を有することになった。その理由は、調査を実施したのは2004年12月から1月であったが、この間、2005年10月に、石狩市とA村およびH村は市町村合併を行ったのである。当然、保健医療計画や介護保険サービスの供給などこれまで村が行ってきた体制は再調整されることになる。しかも、2006年4月からは改正介護保険が実施を控え、石狩市にいわゆる吸収合併された両村は、大きな変化の渦中に巻き込まれることになった。従って、本調査は、合併前および介護保険改正前の高齢者の状態をあらわす貴重なデータとなる。

#### (2) 調査方法

2004年現在で70歳から80歳の在宅で暮らす男女全数（施設入所者、病院等入院者は除く）に郵送によるアンケート調査を実施した。この年齢設定は、在宅でなるべく長くくらすために個人が客観的に持っている条件やニーズを、まだ若い年齢層の段階から押さえていることが必要と考えるからである。なお、比較調査という観点からこれはH村と同様の対象設定である。

対象は大正13年12月から昭和9年11月30日生まれの住民354名中、特養入所者、長期入

院者 29 名を除く 325 名。

有効回答：155 名（男 75 名、女 80 名）、回収率 47.7%

調査期間：2004 年 12 月下旬から 2005 年 1 月

### （3）研究デザイン

本調査は、在宅高齢者の基本的な生活状態と健康状態を把握するため様々な角度から質問項目を設定したが（調査票別添）、保健・医療的な観点からの質問項目よりも、高齢者個人が保有する家族や地域におけるリソースをはあくすることに主眼がおかれているのが特徴である。しかし、保健医療的な側面の把握を重要視していないわけでもない。個人の詳細な ADL や疾病内容を聞いてはいないが、簡単な生活機能能力をチェックする項目や治療中の疾病、通院状態を質問し健康状態を把握した。しかしながら調査の重点は、在宅など社会的側面の把握に置かれた。又、心配や不安、孤立感など精神的な側面の把握、介護や世話が必要になった場合のサポートネットワークや行政へのニーズ等の把握に置かれた。

更に、高齢者の保有するネットワークが介護予防のリソースとして大きな意味を果たすのではないか、という観点から、個々の高齢者のネットワークの類型化を試みた。更に、A 村全体の累計分布を明らかにすることによって、個々の高齢者の個人的なニーズに対するサポートのあり方を把握すると同時に、地域全体のサービスの供給のあり方を検討する方法を提起することを目的とした。

## C. 結果と考察

### （1）対象者の基本的属性（性、年齢、家族構成、階層、健康）

分析の対象者は 155 名で、男性 75 名、女性

80 名でほぼ半々であった。

その基本的属性は（図表 1）に示される。

年齢構成を日本で主に使用されている分類による前期高齢者（65 歳から 74 歳まで）と後期高齢者（75 歳以上）に分けると、前期 55 名、後期 96 名、不明 4 名である。

これに性別をクロスすると、前期（男性 30 名、女性 25）、後期（男性 44、女性 52）で、絶対数でもっとも多いのが、後期高齢者の女性である。

対象者の 47% が地元生まれであり、中途流入は 31% である。中途流入者の多くは、隣接する石狩市の近くに造成された団地への流入者で、この地域は他の地域とは異なったコミュニティ環境に有る。しかし無記入が 21% あった。

71.6% が持ち家で暮らし、13.5% が子どもの持ち家で暮らしている。村営住宅が 10 人で 6.5%、民間借家が 3 名で 1.9% である。

家族構成は夫婦のみが 47.7% で最も多く、次いで、息子家族との同居、一人暮らしが共に 20% 弱である。

しかし、男性で夫婦家族が 6 割弱、息子と同居が 15%、ひとり暮らしが 12% であるのに対し、女性では夫婦が 4 割、一人暮らしが 25%、息子と同居が約 24% とジェンダー差が明確である。

現在、仕事をしているのは 31.6%、無職 59.4% である。仕事をしているという高齢者が多いのは、漁業者もいるが殆どが自営農の人である。自営の場合は定年も決まっていないので、健康の許す限り現役である、という強みがある。

現在の収入は、国民年金が 7 割、厚生年金が 2 割、自営収入が 2 割弱、共済年金が 1 割強である。そのため、一月の手取り収入（家計費）は、「10—15 万」がもっとも多く 19.4%、ついで「5—10 万」18.7%、「15—20 万」15.5% であ

る。このように20万までの収入の人は53.6%、20万円以上の収入階層は約3割である。不明も16%会った。

以上のように、対象者の基本的属性は、夫婦や一人暮らしなどの高齢者世帯が多いが、息子家族との3世代同居も少なからぬ割合であり、この年代の一般的諸相を現している。そのジェンダー差も既存調査と同様である。大都市近郊とはいえ、過疎化の進む農漁村の特色としては、自営業が多かったため受給額が低額である国民年金受給者が多いが、持ち家率は高く経済的には自立している。まだ現役で農業・漁業を営んでいる人々も3割いることである。

## （2）社会関係と「ネットワーク類型」

### ＜対象者の社会関係＞

先ず、対象者全体の社会関係の保有状況を、子どもとの距離、会う頻度、子ども以外のきょうだいその他の親族との行き来、近隣との付き合いの強弱、茶のみ友達の有無について見てみよう。

対象者の85%が子どもを持ち、同居が25.7%、別居が32.8%である。別居している子どもが最低1人は同じ村内にいたのが18.8%、村内にはいないが札幌にいたのが43.1%、札幌より距離が近い周辺市町村にいたのが0.7%である。これらの週1程度の行き来が可能な範囲には子どもがいなく、それより遠い道内や道外にいたのは11.8%である。このように、別居していても、その88.3%が週1程度の行き来が可能な範囲、つまり、いざという時に車で1-2時間以内にかかけつけてくることが可能な範囲に最低1人以上の子どもを有している。

これらの子どもと会う頻度は、もっとも頻度が高い子とは「ほぼ毎日会う子がいる（含む同居）」27.2%、「週1回程度」11%、「月1, 2回」

22.6%、「年数回・盆暮れのみ」28.3%、「ほとんど会わない」2.6%である。又、電話でのコミュニケーションは「子どもから頻繁に電話してくる」21.9%、「時々」57.4%、「殆どしてこない」9.7%である。自分からの電話も「頻繁に電話する」16%、「時々」63%、「殆どしない」5.8%であり、双方とも適度な距離を置いている。

子が居住する地域・距離範囲に比べ「会ったり電話をもらう頻度」はそれほど高くない。自立度がまだ高いからと思われるが、健康については後述する。

きょうだいやその他の親族（以下 親族）についてであるが、「親しく行き来する」親族が「いる」は83.9%である。又、近所付き合いに就いては、「よく行き来する家がある」は54.2%、「ちょっとした頼みごとができる家がある」は30.3%、「挨拶程度でほとんど行き来しない」は12.9%出会った。更に、友人関係では、時々会って話す茶飲み友達が「いる」と答えた人は83.5%で、「いない」は9.7%に過ぎなかった。

このように対象者全体としては、子どもたちや親族や友人、隣近所の人々との関係はそれなりに有しているデータが得られた。しかし、個々の高齢者が、これらの種類の異なる関係をどのように「ネットワーク」として重層的に保有しているのかを明らかにすることが必要である。そしてそのネットワークが、何らかの手助けが必要な時どのように役立つか、サポートネットワークへの移行が問題とされる。

### ＜ネットワーク類型の析出＞

高齢者のネットワーク類型の析出に対し、C. ウェンガーのネットワークアセスメント票をA. 村用にアレンジして把握を試みた（附表1, 2）。

ウェンガーのネットワーク類型は1979年から1999年にかけてのウェールズ地方のバンゴ

ール（Bangor）における長期的な老化研究の中で開発されたものであり、類型を把握するためのアセスメント票は高齢者ケアに関わる実践家・専門家によって活用されることをめざしたものである。

ウェンガーは、サービス供給におけるネットワーク類型の重要性を以下のように述べている（Wenger 年）。第1に、高齢者のウェル・ビーイングはネットワーク類型に影響を受けている。第2に、そのためネットワーク類型の定義は、保健・社会ケアの供給者にとっての診断の有効な手段である。第3に、全住民のネットワーク類型の分布は、インフォーマルサポートの可能性とフォーマルサポートの利用に重要な意義を持つ。更に、ウェンガーは、具体的な実践に際しての留意点として以下のように述べる。

1. 異なるネットワーク類型は異なる問題のパターンを示す。
2. あるネットワーク類型への介入方法は他のネットワーク類型には効果がないこともある。
3. インフォーマルケアラーの経験は様々な型のネットワーク類型により異なる。
4. 幾つかのネットワーク類型では長期的ケアへの突入が他の類型より早く起こる。

このように、個々人のネットワーク類型の把握とコミュニティ全体におけるそれらの型の分布は、個々人およびインフォーマルケアラーへの個別的な有効なサービス提供に役立つとともに、コミュニティのサポートニーズを予測する手段として役立つとされる。

それでは、ネットワークアセスメントはどのようにしておこなわれるのか。ウェンガーは、サポートネットワークは1つは婚姻や出産という家族の形成、それに伴う配偶者や子どもたちとの関係（距離や関係の密度）、

2つ目は、緊密な関係にある親族の有無、3として移動と地域との関わり更に4として個人の

気質とパーソナリティにより影響を受けるとする。そのような観点から人々のネットワークを洗い出すことによって5つの類型を析出した。それが附表1のアセスメント票の横軸に書かれている類型である。アセスメント票は、横軸に類型を置き、縦軸には対象者個々人の上記の要因を把握するための8項目が置かれている。

一定の手続きを経て選択されたコードの数が5つの類型の最後に加算されるが、その数が最も多い類型が本人のネットワーク類型となる。

本調査においても、ウェンガーの知見や日本におけるレビューに基づき、5つのネットワーク類型の析出を試みた（図表2）。

そのうえで、附表2のA村用のアセスメント表を作成し、直接インタビューではないという限界があるが、アンケート調査の回答を丁寧に追いつけてゆくことにより、155 ケースについて5つのネットワーク類型を析出した。それぞれの類型の基本的属性との関連は以下の通りである。

地域内親族限定型A：ネットワークが配偶者、

子どもとその配偶者、きょうだい中心。夫婦のみ、子との同居（特に娘家族）に多い。女性未亡人、収入少ない、虚弱が多い。家族・親族以外の社会的接触が少ない。

地域内資源積極的参与型B：ネットワークが多様な種類にまたがっている。健康な高齢者、社会参加も活発。

地域内資源消極的参与型C：積極的参与型に比べ、社会参加がない。

非親族資源参与型D：子どもや親族との関係は疎遠だが近隣・友人とのネットワークを持ち、社会参加も活発である。子どもが近くにいない、健康な、夫

婦のみ世帯に多い。その場合は配偶者がサポート者として選択される。

孤立型E：子ども・親族、友人・近所付き合いも疎遠である。社会参加や趣味も少ない。ひとり暮らし、夫婦のみに多い。虚弱老人に多い。子どもがいないか、いても近くにいないか疎遠である。

多様な種類の社会関係を満遍なく所有し、社会参加も活発なのがB型、社会関係においてはB型とどうようであるが、近隣や友人関係の密度が希薄で社会参加がほとんど無いのがC型、親族との親密な関係のみを保有し、近隣・友人関係は殆ど無く社会参加も無いのがA型、逆に子どもとの関係は希薄であるが、隣人・友人との関係は緊密で社会参加も活発なのがD型、いずれの関係も希薄あるいは無しで社会参加も無いのが孤立型のE型である。

本調査の結果は図表5である。全体として最も多いのがC類型で36.1%、続いてAが27.1%、Bが20.0、Dが11.0、Eは少なく5.8である。男女差は、男性にC型の割合が4割と高く、女性にA型の割合が30.8と男性に比べ多い。A、C型が多いことは、家族・親族にサポート源が集中しフォーマルサポート源の利用ニーズがそれほど高くない場合、インフォーマルサポーターの負担が高くなりがちである。また、近隣や友人関係が少なく社会参加が不活発なため外出が少なく閉じこもりがち、というリスクが予想される。介護予防的な観点から見た場合、孤立型Eに次いでリスクが高い層が多いと言える。

### （3）健康状態と介護予防サービスのターゲットの析出

本報告は、対象者の健康状態とネットワーク類型を軸にして現在抱えている問題や不安を把握し、介護予防に関わるニーズを探ろうというものであるため、健康状態を類型化し、介護予防サービスのターゲットを析出した。

#### <健康状態と医療・ケア>

まず、対象者全体の健康に関する解答結果は以下のとおりである。

主観的健康状態は、「大変健康」4.5%、「たいした病気や障害も無く、日常生活は普通に行っている」47.1%、「何らかの病気や障害はあるが、日常生活はほぼ自分でおこなうことが出来、外出もひとりで出来る」38.7%、「何らかの病気や障害はあって、家の中の生活はおおむね自分で行っているが、外出には誰かの付き添いが必要」5.2%、「何らかの病気や障害はあって、排泄・食事・着替えなどの中で何らかの手助けが必要」1.9%、「何らかの病気や障害はあって、排泄・食事・着替えなどほとんど全てに手助けが必要」0.0%、無記入2.6%であった。在宅の高齢者の現在の健康状態の把握は、今後の介護予防事業にとって重要な意味を持っている。健康状態別のニーズ把握や有効な対策検討にも必要である。

以上のように、主観的には「健康」な対象者が半数であるが、治療中の病気の有無を聞くと、76.8%が「有り」と答え、「無し」は18.7%にすぎない。通院先は「札幌の病院」43.2%、「村の診療所」29.9、「石狩市の病院」が24.5%と、村外の病院に7割弱が通院している。その頻度は、「月1、2回」が57.9%、「週1、2回」11%、「その他」9.7%、「毎日」は0%であった。村の診療所以外は車やバスでの通院が必要であるが、



男性は自分で、夫のいる女性は夫の車で通うことが多く、配偶者のいない女性はバスや子どもの車で通院することが多く見られる。所要時間は最低片道 1 時間以上かかる。一人暮らしの女性に村の診療所への通院が多く見られる。ここなら徒歩か、バスでも数分で通院可能である。札幌に通院する対象者の中には、札幌在住の子どもの家の近くの病院を選び、泊りがけで行く場合も見られる。

このように、治療による健康維持も、ネットワークの数や内容によって差がみられることがわかる。

対象者は現在の所、自宅で介護を必要な家族員を有しているのは一人だけであった（病気の娘を介護）。

介護認定を受けている人は 7 名で、その内訳は「要支援」4 名、「要介護 1」1 名、「同 2」1 名、「同 4」1 名である。サービスの利用内訳はデイサービス利用 4 名、ホームヘルプサービス利用は 5 名、ショートステイ利用は無し、通所リハ利用 1 名、福祉用具貸与利用ゼロ、であり、サービス利用度はあまり高くない。

介護認定を受けない理由は「まだ介護が必要な状態ではない」70 名（45.2%）、「手続きが面倒」6 名（3.9）、「家族が介護してくれる」5 名（3.2）、「申請方法がわからない」3 名（1.9）であった。しかし半数の 74 名が回答不明であった。

A 村では、介護保険に基づくサービス提供以外に村独自の生活支援サービスを提供している（旧「介護予防・地域支援事業」プラス独自）。それらのサービスの利用者は 26 名（16.8%）で、その内容は次の通りである。除雪サービス 7 人、緊急通報システム 4 人、いきいきりハピリ 5 人、配食サービス 10 人、寝具洗濯・乾燥 6 人である（MA）。

以上のように、対象者の多くはまだ介護保険

サービスの対象者ではなく、高血圧や腰痛など成人病的な薬の投与と治療を受けてはいるが、日常生活は十分可能で介護の必要など全く感じない「元気な高齢者」が多いことがわかる。しかし、日常生活は何とか自分でマネージでき介護の必要は感じないが、持病を持ち病院通いをし、「元気でもない高齢者」もまた半数近くいることもわかった。これら的高齢者は要介護サービスを受けている人と共に、改正介護保険後の介護予防事業の対象者となるリスクをかかえている

#### <健康状態別グループの析出と分析ターゲット>

対象者 155 名の健康状態を、「主観的健康感」「身体障害の有無」「介護保険認定度」をクロスした場合、図表 5 のように「大変健康」から「要介護認定者」まで 6 つのグループとなる。これを介護予防的な観点からグルーピングすると、「健康グループ」（現在の所取り立てて健康上の問題を持っていない層）83 名、「虚弱グループ」（日常生活は何とかできるが、病気や障害を持ち、あまり元気とは言えない層）58 名、「リスクグループ」（在宅生活は可能であるが、障害や病気の程度は高い方で外出や家事・掃除などで何らかの手助けが必要で一部は介護保険サービスを利用している層）11 名、「要介護層」3 名の 4 つのグループに分類された。対象者全体では「健康 G」が 5 割強であり、介護予防事業のターゲットにはまだならない人々が多い。また、介護保険の新予防給付の対象範囲である「リスク G」は 7.1% とまだ少ない。しかし、介護保険給付や施設入所にいたる時期をなるべく遅くするための地域の介護予防事業のターゲットである「虚弱 G」は 4 割弱もいる。これらの人々は、地域の今後の保健医療・ケア政策のあり方を左右する重要なターゲット層である。

### <介護予防ターゲットの考察>

以下、地域の介護予防事業のターゲットである「虚弱G」を中心に、これらのグループの保有するネットワークや日常生活上の問題を考察する。

各健康Gはその基本的属性とネットワーク類型において際立った特色がる(図表6, 7, 8)。

「健康グループ」では男性が多く、夫婦家族がもっとも多いが息子家族との同居が多い。ネットワーク類型ではB型が他グループに比べ圧倒的に多いが、その他の類型にも分散している。

「虚弱G」は夫婦家族がもっとも多いが一人暮らしが他より多いのが特徴である。それを反映してか収入階層も2分している。ネットワーク類型はCが多いがEの孤立型も多い。一人暮らしの低階層の女性のグループの存在が見られる。

「リスクG」は女性が圧倒的に多く、その多くが夫婦二人暮らしであるゆえ、収入階層も10-15万円という国民年金2人分が最も多い。ネットワーク類型でA型が最も多く、つまりは配偶者である夫が頼りの狭いネットワークの人が多くことが推測される。

社会参加や生きがいを見ると、何らかの団体活動に参加しているのは「健康グループ」「虚弱G」では半数強であるが「リスクG」は3割台に落ちる。趣味や楽しみはどのグループも6割以上が持っており、リスクGが最も多い。しかしその内容がかなり異なっていることに注目しなければならない。男性が多い「健康G」では、山登りやカラオケなど活動的で他人と行動を共にするものが多いが、「リスクG」や「虚弱G」の女性では、編み物や手芸といった家の中でひとりでするものが多い。この年代のジェンダー差の反映であるが、介護予防観点からの「閉じこもり」予防という点では注意が必要であろう。

この「閉じこもり」については、東京都老人

総合研究所地域保健研究グループの研究調査（新開省二代表）が用いた定義「1週間に1回以上の外出をしない」によれば、今回の対象者の5割が「閉じこもり」という結果となる(図表9)。特に、ネットワーク類型ではE型(88.9%)とA型(57.1%)に多く、健康Gでは「リスクG」では9割がこの基準に入る。健康状態がすぐれなくなるにつれて外出が少なくなること、調査時期が冬季間であったことにもよるとおもわれるが、健康Gでも47%が閉じこもりの範疇に入るとは、介護予防の観点からは注目せねばならない。

「日々の生活に対する不安」では、半数以上が不安感が「よくある・時々ある」と応えている。特にリスクGの9割、虚弱Gの7割強が高い不安感をもっている。「健康G」の4割弱が「殆どない・まったくない」と答えているのと対照的である。その内容は圧倒的に、自分の健康であり、とくに「リスクG」では配偶者の健康、どちらかが倒れた時も多い。このグループは夫婦暮らしが多いことを反映している。そして、今後ケアが必要になった時のサポートとしての介護保険制度であるが、大体がその制度を知っているとはいえ、虚弱Gの13.8%は「知らない」と答えている。今後申請の予定も「まだわからない」という答えが最も多く、「リスクG」でさえも36.4%未定である。この項目に対する答えに半数近くが無回答であったのは、介護保険への関心の低さをしめすものなのだろうか。

何かのサポートが必要になったときのネットワークを見てみよう(図表10)。

「悩みごとの相談相手」「ちょっとした病気や怪我の手助け」「介護が必要になった時の手助け」について、親族、近隣、友人、自治体や地域の役員、保健医療・ケアの専門スタッフの誰でも当てはまる人を選択するようにした。とに

かく、「一人でも助けを求める人がいる」のは、「悩みごとの相談相手」では8割以上、「ちょっとした病気や怪我の手助け」では8-9割、「介護が必要になった時の手助け」では、さすがに落ちて7割台であるが、「リスクG」だけは9割であった。「リスクG」は重くは無いが何らかの手助けをすでに受けている層であるからである。従って村役場（福祉）、訪問看護師、主治医等の助けもすでに借りている。

一般的に、どのサポート項目においても、健康状態に関わらず、主たるサポーターは第1に配偶者であり、それに続き息子・娘が続き、嫁はその他の親族や近所・友人と同じ位の割り合いで選択されることがわかる。婿の選択は少ない。A村のような過疎地であっても自治体や町内の世話人や保健・医療・ケアスタッフへの依拠はまだ少ない。これはまだ、だいたい1義的には家族、とくに配偶者と子どもへの依拠が当たり前と考えられ、他のサポートネットワークはその代替とかがえられているからであろう。

しかし、健康状態のグループ毎に違いがあることも注意深くみていかねばならない。それは家族構成や同居者、ネットワーク類型にも基底されている。すでに何らかのケアを必要としている「リスクG」と異なり、他の2つのGは想定であり、現実にはどうなるかわからない。とくに「虚弱G」は自らの健康に大きな不安を考えている。一見、配偶者や子ども等親族との強い絆がありそうであるが、それでは不安が解消しきれないことを反映している。病があってもケアが必要になっても地域で安心して暮らせるという確信が十分に持てない高齢者が多いことを示している。行政やフォーマルサポートがこれらの不安やニーズにどのように応えてゆくか、あるいは、ネットワークを活性化させ、閉じこもり状態におかないような新しい戦略を開発で

きるかが、改正介護保険の実施とあわせて考察されることが期待される。

## D. 結 論

大都市近郊の過疎の村、A村の在宅で暮らす70-80歳の高齢男女の健康と生活に関するアンケート郵送調査を行った。有効回答率は50%弱であり、これらの年齢層のすべての像を明らかにしたとは言えないが、

新たに改正された介護保険制度の主要ポイントであり、また国際的にも高齢者福祉の新しい戦略として提起されている「介護予防」という観点から分析を行った結果、興味深い知見が得られた。

1つは、改正介護保険の枠組みにおける新・予防給付サービスのターゲットと予想される「リスクG」と、地域介護予防事業のターゲットとなる「虚弱G」を析出したことである。対象者のうち48.5%がそれにあたった。

第2に、介護予防とは単に身体的・肉体的な側面のみではなく、社会的、精神的な側面と連携している、という視点から、そのような状況を把握する設問を多くし、対象者の社会関係の内容や量と頻度を重層的に捉えるネットワーク類型を析出した。これらは、個々の高齢者が自立的に生活を営む資源としての機能を持つと推測されるからである。AからEの5つの類型が析出されたが、もっとも多かったのがC類型であり約4割、次いでA類型が約3割、B類型が2割であった。A、Cとも配偶者と子ども等、家族に対して強いつながりを持つ一方、近隣や友人等の付き合いは少ない。安定はしているが限られたネットワークであり、ケアが必要になった時家族員の負担が大きいの、という弱さも抱えている。地域のフォーマルサポートがどのようにそれを支援するかが課題である。

第3に、介護予防事業のターゲット層としての「虚弱G」と「リスクG」に於いては、女性、夫婦のみ世帯、一人暮らし、後期高齢者、低所得層などの性・家族・年齢・階層などにおける弱者層が関連し、ネットワーク類型でもA型やC型に加えて孤立型Eの割合も高く見られた。それは、主観的サポートネットワークにも反映されている。又、これらの層は自らと家族の健康問題に高い不安感を持っており、家族を便りにしているとはいえ、安心して暮らせる状況にはないことを示している。

第4に従って、地域の介護予防サービスを適正に組み立ててゆくためには、本調査のようなある年齢の住民層の個別調査を行い、地域の介護予防に関する課題（閉じこもり予防、ネットワークの活性化など）を明らかにすると共に、調査で明らかにされた個々人のニーズに即したフォーマルサポートの組み立てが、適正なサービス供給の前提であることが明らかである。

最後に、このような住民調査を誰がどのように行うか、保健医療とケアの専門家の協力をどのように考えるか、人々のニーズを適正に受け止めるサービスメニューをどのように開発するか、など残された課題である。

#### 参考文献

笹谷春美他『介護予防資源および手段としての高齢者のサポートネットワークの機能と実効性に関する国際比較研究』長寿科学総合研究推進事業（国際共同研究）（研究代表者 笹谷春美）平成16年度 研究報告書

C,Wenger, 1994 Support Networks of Older People: A Guide for Practioners