

200500273 B

厚生労働科学研究費補助金
長寿科学総合研究事業

要介護状態の予防ならびに
介護の質を改善するための方策に関する研究

平成16年度～17年度 総合研究報告書

主任研究者

北海道大学大学院医学研究科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校社会学研究室
神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部
札幌山の上病院
財団法人北海道高齢者問題研究協会
市立札幌病院附属静療院

笹谷 春美
太田 貞司
中川 仁
佐藤 直樹
安田 素次

平成18 (2006) 年 3 月

目 次

I	はじめに	1
II	総括研究報告書 岸 玲子 要介護状態の予防ならびに介護の質を改善するための方策に関する研究	2
III	分担研究報告書	
1.	社会的サポートネットワークが介護状態の予防に果たす役割	
	研究報告1：岸 玲子 ほか 農村高齢者の要介護状態に影響を及ぼす社会的サポートネットワーク（平成16年度）	20
	研究報告2：岸 玲子 ほか 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 ——旧産炭過疎地および都市における縦断研究（平成16年度）	35
	研究報告3：岸 玲子 ほか 前期および後期高齢者の抑うつ状態に及ぼす 社会的サポート・ネットワークの役割（平成17年度）	56
	研究報告4：岸 玲子 ほか 社会的ネットワーク、サポートおよび活動性が、 農業地域在住高齢者の早期死亡に与える影響に関する研究（平成17年度）	66
	研究報告5：岸 玲子、三觜 雄 ほか ソーシャルサポート・ネットワークと在宅高齢者の検診受診行動の関連性 — 社会的背景の異なる三地域の比較 —（平成17年度）	89
	研究報告6：岸 玲子 ほか 農村地域高齢者の医療費と社会的サポート・ネットワークの関連（平成16年度）	103
2.	介護の質を改善するための方策に関する研究	
	研究報告7：安田 素次 ほか (1) 認知症高齢者の行動心理学的症状を軽減する 心理社会的要因の解明に関する研究（平成16年度）	122
	(2) 在宅認知症高齢者の行動心理学的症状と家族介護者の 主観的負担感との関連調査（平成17年度）	127
	研究報告8：中川 仁 ほか (1)、(2) 脳卒中患者の自宅復帰を阻害させる要因の 解明に関する研究（平成16年度、平成17年度）	137

3. 認知機能に焦点をあてた介護予防と疫学研究

研究報告 9：岸 玲子 ほか

認知機能低下の予防に関する前向き研究

—社会的ネットワークと介護予防活動参加の意義—（平成 17 年度）…………… 159

研究報告 10：岸 玲子 ほか

地域在住の高齢者の認知機能に影響を与える要因——文献的考察（平成 16 年度）…………… 175

4. 高齢者介護およびその予防活動に関する地域社会学的研究

研究報告 11：太田 貞司 ほか

(1)、(2) 要介護認定者発生率の地域差に関する研究（平成 16 年度、平成 17 年度）…………… 182

研究報告 12：笹谷 春美 ほか

(1) 介護予防の新しい戦略としての「予防型家庭訪問」

—スウェーデンとフィンランドの事例から—（平成 16 年度）…………… 216

(2) 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—（平成 17 年度）…………… 244

IV 研究成果の刊行に関する一覧表…………… 260

I はじめに

本研究は我が国の高齢者の要介護状態の予防ならびに介護の質を改善するための方策に係る研究として新しい視点で計画されました。

平成16年度、17年度の2年間にわたり、(1) 高齢者の要介護状態に影響を及ぼす社会的サポートネットワーク、(2) 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—旧産炭過疎地、都市および農村における縦断研究—、(3) 農村地域高齢者の社会的サポートネットワークとその後の医療費、(4) 社会的サポートネットワークと検診受診行動、(5) 地域在住高齢者の認知機能に影響を与える要因—文献的考察、(6) 介護予防の新しい戦略としての「予防型家庭訪問」、(7) 要介護認定者発生率の地域差に関する研究、(8) 脳卒中患者の自宅復帰を阻害させる要因の解明、(9) 認知症高齢者の行動心理学的症状を軽減する心理社会的要因の解明、についての研究を実施しました。

これらの研究は、在宅高齢者の介護予防および要介護度の改善の方策を探る研究、病院ベースでリハビリ患者、痴呆高齢者の自宅復帰支援策を探る研究、介護（予防）担当者・自治体関係者のための高齢者・地域支援モデル作成の3つの側面からなり、高齢者の自立度（要介護度）のレベルごとに、心身機能を悪化させるリスク要因や適切な社会的サポートネットワークのあり方を明らかにするとともに、高齢者や地域社会の特性を把握する指標を開発し、介護労働者や自治体関係者の資質向上に役立てることを目的としています。

本研究がこれからの日本における高齢者の健康とQOL向上に役立てば幸いです。

平成18年3月末日

主任研究者 岸 玲子

要介護状態の予防ならびに介護の質を改善するための方策に関する研究

主任研究者 岸 玲子 北海道大学大学院医学研究科予防医学講座公衆衛生学分野 教授

研究要旨

本研究は、厚生科学研究補助金（長寿科学研究事業）として平成16年度～平成17年度にわたる2年計画で実施した。本稿は、最終年度のまとめとして研究全体の概要と成果をまとめたものである。研究は、I. 社会的サポート・ネットワークが介護状態の予防に果たす役割、II. 介護の質を改善するための方策に関する研究、III. 認知機能に焦点をあてた介護予防と疫学研究、IV. 高齢者介護およびその予防活動に関する地域社会学的研究、の4側面から、高齢者の自立度（要介護度）のレベルごとに、心身機能を悪化させるリスク要因や適切な社会的サポートのあり方を明らかにするとともに、高齢者や地域社会の特性を把握する指標を開発し、介護労働者や自治体関係者の資質向上に役立てることを目的とし、総体として、高齢者の要介護状態の予防および介護の質を改善するための方策の提示を目指した。具体的には2年間で、（1）農村高齢者の要介護状態に影響を及ぼす社会的サポートネットワーク（平成16年度）、（2）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—旧産炭過疎地および都市における縦断研究（平成16年度）、（3）前期および後期高齢者の抑うつ状態に及ぼす社会的サポート・ネットワークの役割（平成17年度）、（4）社会的ネットワーク、サポートおよび活動性が、農業地域在住高齢者の早期死亡に与える影響に関する研究（平成17年度）、（5）ソーシャルサポート・ネットワークと在宅高齢者の検診受診行動の関連性—社会的背景の異なる三地域の比較—（平成17年度）、（6）農村地域高齢者の社会的サポートネットワークとその後の医療費の関連（平成16年度）（7）①認知症高齢者の行動心理学的症状を軽減する心理社会的要因の解明に関する研究（平成16年度）、②在宅認知症高齢者の行動心理学的症状と家族介護者の主観的負担感との関連調査（平成17年度）、（8）①脳卒中患者の自宅復帰を阻害させる要因の解明に関する研究（平成16年度）、②脳卒中患者の自宅復帰を阻害させる要因の解明に関する研究（平成17年度）、（9）介護予防活動の効果に関する前向き疫学研究（平成17年度）、（10）地域在住の高齢者の認知機能に影響を与える要因—文献的考察（平成16年度）、（11）要介護認定者発生率の地域差に関する研究①と②、（平成16年度）（平成17年度）、（12）①介護予防の新しい戦略としての「予防型家庭訪問」—スウェーデンとフィンランドの事例から（平成16年度）、②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—（平成17年度）、を実施した。

- （1）1991年から北海道の大都市、旧産炭過疎地、農村の3地域1887人の高齢者を対象に、在宅高齢者が自立して高いQOLを保ち、人生の最後まで住み慣れた土地で生活するために必要な社会的サポートネットワークのあり方について、地域ベースの長期的な疫学研究を比較継続してきた。本年度はその13年後の追跡研究として対象者の要介護度や死亡状態の調査を実施し、日常生活習慣やサポートネットワークがその後の要介護・死亡状態に及ぼす影響を解明した。農村A町の高齢者を追跡し、2004年の健康状態を「要支援・要介護認定の有無」、「早期死亡」、および要介護度3以上と早期死亡を合わせた「Active Life Loss」の3つの指標で評価し、社会的サポート・ネットワークがその後の健康状態に及ぼす影響を、ベースラインの年齢と健康状態

を調整して解析した。社会的サポートネットワークの健康状態への影響は、男性よりも女性において顕著にみられ、女性では手段的・情緒的なサポート提供経験がないこと、近所つきあいが疎遠であること、親しい友人がいないこと、団体参加していないことがその後の要介護状態や Active Life Loss になるリスクを高めていた。男性では、仕事を持っていないことが早期死亡や要介護状態になるリスクを高める関連がみられた（研究報告1）。

- (2) 高齢者の精神的健康において、抑うつは最も重要な問題の一つである。既存研究において、急性のストレスフルライフイベントがうつ病の誘引因子となること、ソーシャルサポートやネットワークがうつ病の予防因子となり得ることが指摘されているが、疫学的な研究は数少ない。そこで、抑うつとストレスフルライフイベント、サポートネットワークの関連を、大都市と旧産炭過疎地の前向き疫学研究により比較検討した。高齢者の抑うつ状態は、3年前の状況よりも現時点の状況により強く影響を受けていることが示された。過去1年間のライフイベントの経験数は高齢者の抑うつ状態に影響を与えるが、女性の方がその影響は強く、男女差が存在する可能性が示唆された。男性では、ネットワークやサポートの有無よりも、仕事や趣味・生きがいを持ち、身体的な健康状態が良好であることが、抑うつ得点を低める関連がみられた（研究報告2）。
- (3) 高齢者の精神的健康における重要な問題の一つが抑うつである。サポート・ネットワークにはうつ病を予防できる可能性があることが指摘されている。しかし、わが国では抑うつとサポート・ネットワークについて検討された研究は少ない。また、高齢者を対象とした研究は数多いが、ほとんどが前期高齢者であり、後期高齢者を対象とした研究は少ない。本研究は、社会的サポート・ネットワークが前期および後期高齢者の抑うつ状態に及ぼす影響について検討した。北海道の農村に在住する高齢者を対象に、1992年にベースライン調査、1995年に追跡調査を実施した。調査は自記式調査票および Zung 自己評価式抑うつ尺度（SDS）を用いて行った。社会的サポート・ネットワークと抑うつ状態との関連を検討した結果、前期高齢者では、「親しい友人の有無」「団体活動への参加」、後期高齢者では、「近隣との交流」「親しい友人の有無」との間に有意な関連が認められた。さらに、「近所づきあいが親密である」ことは SDS を有意に低下させた。本研究の成果を踏まえ、地域に既存のサポート・ネットワークを抑うつ予防活動の資源と位置づけ、抑うつ予防や閉じこもり予防活動の実践に活かすことが重要である（研究報告3）。
- (4) 社会関係が死亡リスクを低めるとの報告は多数なされているが、長期観察における効果の変化を検証した研究はこれまでに報告されていない。本研究は、北海道の農業地域在住高齢者の12年間の生存状況を追跡調査した。社会関係要因と死亡との関連を、追跡前半・後半・全期間の3期に分けて解析した。男性では、家族構成の影響は後半に出現した。また、親しい友人、団体活動への参加、趣味・生きがいの影響は前半では見られたが、後半には消失した。女性では、配偶者と現職を有することが後半でのみ死亡リスクを低めていた。本研究は、社会関係の死亡リスクへの影響が時間経過により項目ごとに異なって変化することを見出した初の報告であり、高齢者に対する対策を短期・長期・各々について検討する際に重要な示唆を与えるものである（研究報告4）。
- (5) 高齢期はさまざまな生活習慣病が顕性化しやすい時期であり、いかに健康に過ごすかを考えた場合、検診受診の果たす役割は大きい。しかし、検診受診行動とソーシャルサポート・ネットワークとの関連性に言及した報告はほとんどない。本研究は、在宅高齢者の検診受診行動とソーシャルサポート・ネットワークとの関連性を調査した。北海道の社会的背景の異なる三地域を対象

とし、社会的活動性およびソーシャルサポート授受状況について自記式で回答を得た。地域で層別化し、男女別に「受診群」と「非受診群」を比較した。男女ともに、「受診群」は「非受診群」に比べ、各種団体へ加入し、活発に活動している者、所属団体での役職経験が有り、行政の広報誌をよく読み、政治への関心が有る者の比率が高く、検診受診行動と有意な関連が認められた。また、親友を有する者の比率が高かった。さらに、男性では、「受診群」で親密な親戚を有する者および近隣と親密な関係を有する者の比率が高く、また、サポートを自ら提供している者の比率が高く、検診受診行動と有意な関連が認められた。以上より、在宅高齢者の検診受診行動はソーシャルサポート・ネットワークと関連することが明らかとなった（研究報告5）。

- (6) 高齢化率や要介護高齢者率の上昇に伴い、増加する老人医療費の適正化は緊急の課題である。高齢者の医療費に関連する要因として、疾患の他に社会的サポートネットワークの欠如による社会的入院や孤独感からくる頻回な外来受診などの影響も考えられる。本研究では、個人別の診療報酬明細書（レセプト）から得られる医療費データを使用し、高齢者の年間医療費を総医療費、外来医療費に分けて分析し、個人の社会的サポートネットワークが6年後の医療費（1998年）にどのように影響を及ぼすかを検証した（研究報告6）。
- (7) 認知症高齢者の介護において介護者の負担が最も大きいのは、徘徊、暴力、妄想などの行動心理学的症状：BPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）への対処であるが、介護負担に影響しやすいBPSDがどれであるかという報告はほとんどない。本研究は、どのBPSDが介護負担に関連しているかを調査した。認知症専門外来通院中の在宅生活をしている認知症患者および彼らの主介護者を対象とし、自記式調査票、カルテなどにより、被介護者の基本的属性・認知機能・ADL・BPSD、介護者の基本的属性・介護負担などの情報を入手した。対象を介護負担感により高負担群・低負担群の2群に分け、被介護者要因、介護者要因、各BPSDに関する単変量解析を行った結果、被介護者のADL、介護者の最終学歴、BPSDの9項目で高負担と有意な関連が認められた。BPSD9項目の多変量解析の結果、「物を隠す」「歪んだ解釈」という2項目で高負担と有意な関連が認められた（研究報告7.1）（研究報告7.2）。
- (8) 健康で自立した高齢者の介護予防だけではなく、脳卒中などの病後の回復期リハビリを円滑に進め、患者の自宅復帰を促進する支援が必要である。そこで、回復期リハビリ施行・退院後の脳卒中患者の転帰先の調査を実施した。114例の患者の転帰先と要介護度の関連を調査した結果、自立度J・Aランクは自宅退院またはグループホーム入居が多かった（83%）。自立度B2・Cランクは長期療養目的の転院が多かった（82%）。自立度B1ランクが、ADL状況・痴呆度・家族介護力により転帰先が異なっていた。今後、このB1ランクの患者に対する在宅支援のサービスの充実化や、グループホーム等での受け入れ整備などが求められる。また、B1ランク患者のサービス支援の充実によって、介護度・介護量の悪化を防ぐ方策の検討が必要であることがわかった。また、本研究は、1)回復期リハビリ病棟から在宅生活復帰後の生活維持状況の把握、2)脳卒中患者の自宅復帰を阻害する要因の解明、3)オーストラリアのHunter Stroke Serviceの調査を実施した。1)では、大多数は在宅生活が維持できており、そのためにはデイケアや住宅改修などのサービスが重要であった。2)では、転帰が自宅か施設かの違いには、家族状況と認知機能が影響していた。3)では、日本への課題・提言は、①地域においてシステムティックな体制を作る、②患者・家族・医療従事者すべてに再発予防教育を行う、③現状の在宅サービスを質・量ともに維持することと考えられた（研究報告8.1）（研究報告8.2）。

- (9) 介護保険法施行に伴い予防事業が市町村で実施されているが、どの活動が有効かについては未解明の部分が多い。また、認知機能低下予防も緊急の課題であるが、関連する危険因子や防御因子などについてはほとんど把握できていない。我々は、介護予防活動の中でも特に後期高齢者の認知機能低下予防に効果的な活動を解明することを主目的とし、北海道の3町で5年間の前向き疫学研究を開始した。対象は、75歳以上の健診受診者である。調査項目は、自記式質問調査票、神経心理学的検査、健診データである。本調査の過程で、各町とも健診にも介護予防活動にも参加しない「閉じこもり」への対応を課題としており、予防策を講じる必要が確認された。本調査の継続により、後期高齢者の介護予防・認知機能低下予防に有効な活動が明らかになる。また、軽度認知障害のスクリーニング検査の妥当性を検証できる。さらに、閉じこもりへの対応も併せた、介護予防プログラムの開発や見直しに役立てる（研究報告9）。
- (10) 要介護高齢者の増加に伴い、痴呆（認知症）や認知機能低下の予防およびケアは急務の課題である。平成17年度に予定している地域高齢者の認知機能低下予防に関する研究に向けて、今年度は国内外の前向きコホート研究のレビューを行った。認知機能低下の関連因子は1)臨床医学に関するもの、2)活動（社会的、身体的、精神的）に関するもの、3)社会的サポートネットワークに関するものに分類できた。臨床医学に関する報告が最も多く、中でも心血管系疾患に関する報告が多かった。主要な結果としては、心血管系疾患は認知機能低下の危険因子の一つであること、精神的活動や社会的サポートネットワークが認知機能低下のリスクを下げることなどであった。我が国の報告は心血管系疾患に関する報告のみであった。今後、我が国の地域在住の高齢者を対象とした認知機能に影響を及ぼす要因の検討をおこない、さらにそこから得られた知見を介護予防事業とリンクさせて有効に地域に還元していく試みが重要と考えられた（研究報告10）。
- (11) 平成18年度からの改正介護保険法下では予防重視型システムへの転換が図られようとしている。そのため、今後は住み慣れた地域で暮らすための地域特性に合わせたケア体制作りが重要課題となってくる。このような「地域ケアシステム」を構築するには、高齢者の長期ケアのあり方を生活モデルで捉えて地域住民とともに築く姿勢が要求される。その際、地域ケアの現状や課題についての理解を助ける「地域支援モデル」が必要となる。本研究は、地域包括支援センターの職員ら関係者が「地域包括ケアシステム」を構築する際に参考となる「地域支援モデル」を作成し、地域ケアの促進に資することを目的としている。
- 平成16年度は、地理的に隣接していながら要介護認定者、介護保険施設利用者の割合に差が大きい北海道および神奈川県4自治体を対象に、地域ケアの形成過程と要介護者、家族介護者等への支援状況を調査した。（研究報告11.1）平成17年度は、平成16年度の調査対象（地理的に隣接していながら要介護認定者、介護保険施設利用者の割合に差が大きい北海道および神奈川県4自治体）と比較するため、都市部での調査を行った。（研究報告11.2）
- (12) 今日、介護保険の見直しの中で議論されている介護予防政策は、身体的機能の低下の防止にシフトしており、高齢者の身体的、精神的、社会的活動全体を考慮に入れる視点が弱い。また、まだ介護保険サービスを利用していない高齢者の潜在的ニーズを明らかにし、介護予防に必要な情報を提供し、高齢者の自立的な生活をサポートする総合的なシステムまで繋げる発想が不十分である。本研究ではスウェーデンとフィンランドの「予防型家庭訪問」（Preventive Home Visits）の事例調査を実施し、その意義を分析した。現在北欧で奨励されている予防型家庭訪問

は、①既に問題を抱えている人々へのサポートに特化したものではなく、一定年齢以上の全ての在宅高齢者を対象とし、地域の高齢者サービスの需要予測のための基礎データ収集を目的としていること、②単にサービスニーズを発見するだけでなく、高齢者自身が介護予防の知識を身につけられるようサポートし、必要に応じて具体的な指導介入が行われる、という点で既存の家庭訪問事業とは異なる新しい介護予防活動として成果をあげている。日本においても、身体的介護予防に限定されない包括的な予防事業を実践していくために、これらの事例は参考になる点が多い。（研究報告 12.1）

「介護予防」は改正介護保険制度の要であり、また国際的にも高齢者福祉の新戦略として提起されている。本研究は、介護予防サービスに必要な前提を明らかにすることを目的に、北海道の過疎地の在宅高齢者を対象とし、健康状態および社会関係を把握するためのアンケート調査を実施した。その結果、①健康状態を介護予防的な観点から「健康」「虚弱」「リスク」「要介護」の4グループ（G）に分類したところ、介護予防のターゲットである「虚弱G」と「リスクG」が4割強存在した。②ウェンガーのネットワークアセスメント票を基に、社会関係についてA～Eの5つのネットワーク類型化を試みたところ、親族内に限定されたA型（地域内親族限定型）とC型（地域内資源消極的参与型）が最も多かった。「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、低所得層などの弱者が多く、ネットワーク類型ではA・C型に加えE型（孤立型）が多かった。本研究により、介護予防のターゲットが絞り込まれるとともに、個々人のネットワーク資源に応じたフォーマルサポートの組み立てが、適正な介護予防サービスの前提であることが明らかとなった。（研究報告 12.2）

分担研究者

笹谷 春美

（北海道教育大学札幌校社会学研究室教授）

太田 貞司

（神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部教授）

中川 仁

（札幌山の上病院リハビリテーションセンター
脳卒中部門部長）

佐藤 直樹

（財団法人北海道高齢者問題研究協会事務局次長）

安田 素次

（市立札幌病院附属静療院院長）

研究協力者

杉村 巖

（総合病院旭川厚生病院名誉院長）

西條 泰明

（北海道大学大学院医学研究科予防医学講座
公衆衛生学分野）

汐月 博之

（北海道大学大学院医学研究科予防医学講座
公衆衛生学分野）

吉岡 英治

（北海道大学大学院医学研究科予防医学講座
公衆衛生学分野）

佐藤 徹郎

（北海道大学大学院医学研究科予防医学講座
公衆衛生学分野）

福井 知範

（北海道大学大学院医学研究科予防医学講座
公衆衛生学分野）

浦田 泰成

（北海道大学大学院医学研究科予防医学講座
公衆衛生学分野）

池野多美子

（北海道大学大学院医学研究科予防医学講座
公衆衛生学分野）

久野 紀子

（北海道大学大学院医学研究科予防医学講座
公衆衛生学分野）

堀川 尚子

（北海道大学大学院医学研究科予防医学講座
公衆衛生学分野）

坂倉恵美子

（北海道大学医学部保健学科）

片倉 洋子

（札幌医科大学保健医療学部看護学科
基礎臨床医学講座）

林 美枝子

（札幌国際大学国際文化学科）

山本 晋

（市立札幌病院静療院）

高橋 義人

（市立札幌病院静療院）

A. 研究目的

著者らは1991年以降、大都市、農村、および旧産炭過疎地において高齢者サポート・ネットワークと健康に関する疫学研究を比較・継続し、高齢者のサポート・ネットワークや主体的な社会参加に配慮した地域ケアシステムの必要性を提示してきた。介護保険施行以後、高齢者の私的サポートと公的サポートの役割を調整し世代内・世代間の相互扶助システムを確立していくことはますます重要な検討課題となっている。しかし、社会的サポートの多寡やネットワーク規模が要支援・要介護状態に及ぼす影響を及ぼしているか、我が国で介護保険データを用いて検討した報告はこれまでほとんどない。

また、介護度の改善率が低い、要支援、要介護1という軽度の介護認定者が急増しており、介護予防活動の実施が急務であり、要支援・要介護からの自立復帰、要介護のこれ以上の悪化防止も重要である。

本研究は、高齢者が自ら介護予防に取り組み、高齢者相互の助け合いの仕組みを充実させていくための基盤研究として、(1)自立高齢者、(2)要介護高齢者、(3)脳卒中後に在宅復帰を目指す要介護者、(4)痴呆高齢者を対象に、介護状態に至るリス

ク要因や予防因子の解明と、社会的サポートネットワークの役割を明らかにする。あわせて、公的サポート源である自治体関係者や介護労働者を対象に高齢者や地域の特質を把握し適切な支援を提供するために役立つ「高齢者ネットワーク類型モデル」や「地域社会支援モデル」を作成し提供する。

本研究では、北海道内の農村高齢者を対象として、社会的サポートおよびネットワークの状況がその後の死亡や要介護状態に及ぼす影響を縦断的に検討する（研究報告1）。

また、死亡や要介護状態のリスク要因の一つである抑うつ状態について、日常の社会的サポートネットワークおよびストレスフル・ライフイベントの影響を検討する（研究報告2）。

わが国では、疫学研究で検討された研究は少ない、前期および後期高齢者の抑うつ状態に及ぼす社会的サポート・ネットワークの役割を明らかにする（研究報告3）。

高齢者の社会関係に関わる要因として社会的ネットワーク、社会的サポート、活動性の3つの側面の死亡に対する影響が、12年間の追跡期間を通してどのように変化するかということ、北海道の農業地域を対象に取り上げて明らかにする（研究報告4）。

在宅高齢者の検診受診行動とソーシャルサポート・ネットワークとの関連性について、社会的背景の異なる三地域で男女別・地域別に検討する（研究報告5）。

増加する老人医療費の変動要因を、社会的サポート・ネットワークや生活要因の影響を含めて多面的に明らかにするため、個人別の診療報酬明細書（レセプト）を用いた縦断研究を実施する。個人の社会的サポート・ネットワークが6年後の総額医療費および外来医療費に与える影響を検討した（研究報告6）。

認知症高齢者の在宅介護において介護者の負担が最も大きいのは、徘徊、大声、暴力、妄想、幻覚、抑うつなどの周辺症状（BPSD; Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）

への対応である。これまでの BPSD に関する報告は薬物療法の効果に関するものがほとんどであり、心理社会的な要因に関する報告は少ない。しかし、環境因、特に主介護者の対応などにより、BPSD の経過に違いがみられることが指摘されている。本研究では心理社会的要因のうち、特に介護者側の要因をターゲットとして、これらの BPSD の経過への影響を解明するための調査を実施する（研究報告 7.1、7.2）。

脳卒中などの回復期リハビリの自立支援効果を高めるための方策を検討する。脳卒中等の回復期リハビリ病棟入院患者を対象に、自宅復帰可能な心身状態でありながら自宅外施設入所が選択される健康上・社会環境上の要因を検討し、現在の回復期リハビリや在宅での維持期リハビリにどのようなサービスの重点化が必要かを明らかにする（研究報告 8.1、8.2）。

平成 16 年度より調査の準備を進めてきた、北海道 K 町、M 町、T 町で、介護予防活動の中でも特に後期高齢者の認知機能低下予防に効果的な活動内容や基本健康診査の項目を明らかにし、介護予防プログラムの開発や見直しに役立てる（研究報告 9）。

介護予防への関心の高まりに伴い、筋肉トレーニングや生活習慣病対策などに関する報告は我が国でも少なからずみられている。しかし現在までのところ、我が国においては認知機能低下予防に関する研究の数は少なく、危険因子や防御因子などを十分把握できていない状況である。地域高齢者の認知機能に影響を与える要因に関する国内外の文献的考察を行い、平成 17 年度に実施する地域高齢者の認知機能低下予防に関する研究の足がかりとする（研究報告 10）。

自治体関係者の介護予防施策立案に役立つ支援モデル作成のために、地理的に隣接していながら要介護認定者、介護保険施設利用者の割合に差が大きい北海道および神奈川県 の 4 自治体（介護保険保険者）を選び、地域ケアの形成過程と要介護者、家族介護者等への支援を調査する。地域間比較するために作成した標準的な要介護高齢者支援

の「モデル事例」をもとに、介護保険実施前と実施後の支援の変化、施設ケアと在宅ケアの組み合わせの変化、インフォーマルサービスとフォーマルサービスの組み合わせの変化等について地域の類型化を図る（研究報告 11.1）。

平成 18 年度からの改正介護保険法下では予防重視型システムへの転換が図られる。よって、地域で暮らすための地域特性に合わせたケア体制作りが課題となってくる。このような「地域包括ケアシステム」を構築するには、高齢者ケアのあり方を生活モデルで捉えて地域住民とともに築く姿勢が要求される。その際、地域ケアの現状や課題についての理解を助ける「地域支援モデル」が必要となる。本研究は、地域包括支援センターの職員や自治体関係者が「地域包括ケアシステム」を構築する際に参考となる「地域支援モデル」を作成し、地域ケアの促進に資することを目的とする（研究報告 11.2）。

介護予防は、単に介護保険制度の枠の中での議論に留まらず、個々の高齢者の生活維持（ウェルビーイング）と福祉国家のシステムの維持・発展にも関わる共通の課題であり、いわばグローバルな 이슈として考えて行かねばならない問題である。本研究では、このような視点から、高齢化先進国である北欧の国々における介護予防政策ではどのようなことが議論され、具体的にはどのような事業が行われているかを調査し、日本の今後の施策の参考とすることを目的とした。特に、コミュニティ・ベースで行われる介護予防の新しい試みとしての「予防型家庭訪問 Preventive home visits」をとりあげ、その意義を分析した（研究報告 12.1）。

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々人および地域ベースにおいて考察することが目的である。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。（研究報告12.2）

B. 研究方法

1. 農村高齢者の要介護状態に影響を及ぼす社会的サポートネットワーク（平成16年度）

第1回目のベースライン調査は1992年に、当時69-82歳のA町高齢者全数769名に対して自記式調査票を郵送し、役場や老人会の協力を得て回収した。第1回目の有効回収数は652名（有効回収率84.8%）であった。1995年に、1992年から95年までの死亡98名を除く671名に対し、同様の方法で第2回目のベースライン調査を実施した。第2回目の有効回収数は562名であった。ベースライン調査項目は、基本的属性、社会的サポート・ネットワーク、身体的・精神的健康状況、生活習慣からなる。

2004年に追跡調査を行い、対象者の生存、死亡、転出状況や要介護度等を把握した。1995年の回答者562名中、2004年3月時点の生存364名（転出者22名を含む）、死亡184名（転出先で死亡4名を含む）、不明14名であった。2004年時点の(1)要介護状態、(2)Active Life Loss、(3)早期死亡をそれぞれ目的変数とするロジスティック回帰分析を行った。

2. 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（平成16年度）

調査の対象は、北海道Y市に住む大正11年生まれ276名と同10年生まれ237名の全数513名（男性223名、女性290名）、およびS市の住民台帳より、無作為に抽出した大正11年生まれと同10年生まれ573名（男性241名、女性232名）である。初回のベースライン調査は1992年

に、また2回目の調査は1995年にほぼ同じ内容の質問票を用いて実施した。Y市の初回の回収率は84.8%、2回目の回収率は87.5%、S市の初回の回収率は78.5%、2回目の回収率は72.7%であった。解析対象は、これら2回の調査に回答し、両年の調査の抑うつスケール（SDS）に18項目以上回答したY市339名（男性147名、女性192名）、S市359名（男性155名、女性204名）である。1992年、95年の健康状態や生活習慣、社会的サポートネットワークを主な説明変数として、95年の抑うつ（SDS得点）に影響を与える要因を検討した。

3. 前期および後期高齢者の抑うつ状態に及ぼす社会的サポート・ネットワークの役割（平成17年度）

北海道の農村A町に在住する69-82歳の高齢者全数に対して1992年にベースライン調査を実施し、652名の回答を得た。1995年に同様の方法で追跡調査を実施し、562名の回答を得た。1995年時のSDSを目的変数とする重回帰分析を行った。説明変数は1995年時の基本的属性、社会的サポート・ネットワーク、身体的健康状態および社会的活動性である。説明変数が質的変数の場合は χ^2 検定、量的変数の場合は一要因分散分析で抑うつ状態との関連を検討し、単変量解析で有意な関連がみられたものについて、年齢や諸属性、健康指標の影響を調整して重回帰分析を行った。

4. 社会的ネットワーク、サポートおよび活動性が、農業地域在住高齢者の早期死亡に与える影響に関する研究（平成17年度）

北海道のほぼ中央に位置する、人口約7000人、高齢化率18%の稲作を中心とする農業地域において1992年にベースライン調査を実施し、68-82歳の高齢者全員769名に対して自記式調査票を郵送し、652名から回答を得た（有効回収率84.8%）。

郵便による本人および家族への問い合わせおよび住民票請求に基づいて、2004年3月末までの

生存状況を調査した。1年以内の死亡者15名を除外し、残る637名について、生存判明者376名（59.0%）、死亡判明者233名（36.6%）、転出して生死不明の者28名（4.4%）を確認し、これを解析の対象とした。

ベースラインの調査項目は、基本属性（性、年齢、教育歴、家計収入）、社会的ネットワーク（配偶者の有無、家族構成、子どもの有無、別居子との交流、同町内の親しい親戚の有無、親しい友人の有無、近所つき合い、団体活動への参加の8項目）、社会的サポート（受領と提供、その中身を手段的と情緒的に分けた）、活動性（現職の有無、趣味や生きがいの有無、余暇活動への参加、社会への関心の有無、外出頻度の5項目）、身体機能（日常生活行動、手段的日常生活行動、聴力、視力、尿失禁、動作困難、歯の状態の7項目）、慢性疾患（高血圧、心臓病、脳血管疾患、糖尿病の診断の有無と慢性病の数の5項目）、精神的健康状態（自覚健康度、抑うつ、不安感、孤独感、認知症の兆候の5項目：抑うつはZungのうつスケール（Self-rated Depression Scale: SDS）、生活習慣（喫煙、飲酒、食事、運動およびこれらの合計スコアによる統合生活習慣の5項目）によって構成した。

全ての変数についてカテゴリ一別の度数分布を計算し、男女の比較を行った。年齢はt検定、その他の変数は χ^2 検定を行った。

次に社会的ネットワーク、社会的サポート、活動性を説明要因とし、基本属性、身体機能、慢性疾患、精神・心理的健康、生活習慣を交絡の可能性のある要因として、すべての死因による死亡との関係を、コックスの比例ハザードモデルにより解析した。目的変数は観察開始時点からの生存日数を用いた。説明変数の中には相互に関連性のあるものもあり、また、説明変数の数も多いため、説明変数ごとに調整因子を加えて解析を行った。

すべての解析は男性、女性に分けて行った。更に本研究では、12年の追跡期間を、ベースラインから1998年6月30日までの前半と1998年7月1日から2004年3月31日までの後半に分

け、12年を通じた期間と併せて、3つの期間区分によって解析した。前半と12年を通じた期間の対象者は同じ637名であり、後半の対象者は前半の死亡者（109名）及び転居による生死不明者（17名）を除いた511名である。各期間の死亡者数は前半109名、後半124名、通期233名であった。

最初に観察期間を通じてコックスの比例ハザード性が維持されているかどうかを検証した。次に年齢のみを調整因子として投入し、各期間のハザード比を計算した。更に、交絡の可能性のある要因のうち、年齢で調整して解析した結果、12年通期で有意に死亡と関係のあったものを年齢と共に多変量の交絡要因として投入し、各々の説明変数についてハザード比を計算した。統計的な検定は、p値0.05未満を有意と判定した。

5. ソーシャルサポート・ネットワークと在宅高齢者の検診受診行動の関連性－社会的背景の異なる三地域の比較－（平成17年度）

北海道内の大都市（札幌市）・旧産炭過疎地（夕張市）・都市近郊農村（鷹栖町）の三地域を調査対象地域として、ソーシャルサポート・ネットワークが高齢者の検診受診行動に及ぼす影響について着目した。調査対象者は、三地域の人口規模が異なるため、夕張市・鷹栖町は全数を、札幌市は特定の地域から無作為抽出した。札幌市は、大正11年生まれの、調査時点において70歳の男性241名・女性332名を住民基本台帳から無作為抽出した。夕張市は、調査時点において70歳・69歳の全数にあたる各々237名・276名、（男性223名・女性290名）を、鷹栖町は、調査時点において69歳から80歳までの前期及び後期高齢者の全数を調査対象者とした。そのうち、調査時点において69歳以上75歳未満の前期高齢者、男性171名・女性204名のみを他の二地域と比較するため分析対象者とした。

調査対象者からは、三地域ともに自記式にて回答を得た。調査票が未回収の者に対しては面接あるいは電話で接触し回収されなかった原因を確認した。

調査項目は、(1) 基本的属性、(2) ライフスタイル、(3) 主観的健康状態・医療受療状況、(4) 聴力・視力・ADL、(5) 社会的活動性、及び近親者・近隣者のソーシャルネットワークの状況(6) ソーシャルサポートの授受の状況、を調査項目とした。

「検診受診群」は、調査票の中で「この1年間に、がん検診・成人病検診・人間ドック・結核検診等のサービスを受けた」と回答した者とし、「検診非受診群」とは、「それらを受けていない」と回答した者とした。

調査データの集計は、男女別・三地域別に、「受診群」・「非受診群」に分け、上記調査諸項目についてクロス集計を行った。統計学的検定は、男女別・三地域各々に対して χ^2 検定を用いた。順位性を考慮すべき項目については、Kruskal-Wallisの順位検定を行った。次に、Mantel-Haenszelの検定を用いて、三地域を層別化し、検診受診行動との関連性を検討した。

6. 農村地域高齢者の医療費と社会的サポート・ネットワークの関連（平成16年度）

1992年に調査対象A町に在住する高齢者69歳から82歳の全数769人を対象に調査を実施し、回答者は652人(84.8%)であった。その後1998年に、652人から6年間の死亡110人、転居22人、生活保護4人、データの確認ができなかった者4人の合計140人を除去した512人(66.5%)を対象に、診療報酬明細書により外来・入院医療費のデータを収集した。1992年の基本属性、社会的サポートネットワーク、健康状態、生活習慣を主な説明変数とし、外来医療費および総額医療費に影響を及ぼす要因を多変量解析によって検討した。

7. (1) 認知症高齢者の行動心理学的症状を軽減する心理社会的要因の解明に関する研究（平成16年度）、(2) 認知症高齢者の行動心理学的症状を軽減する心理社会的要因の解明に関する研究（平成17年度） 市立札幌病院静療院の老人痴呆性疾患専門外来

に通院中であり、在宅生活をしている65歳以上の認知症患者および彼らの主介護者を対象とする。認知症の診断は、静療院老人痴呆性疾患専門外来担当医がDSM-IVによって行った。

調査は平成17年4月から12月に実施し、解析対象は103名であった。自記式調査票、カルテの閲覧などにより、被介護者の基本的属性・認知機能・ADL・BPSDなど、介護者の基本的属性・介護負担などの情報を入手した。介護負担により対象を高負担群、低負担群と2群に分け、被介護者要因、介護者要因、各BPSDに関し単変量解析を実施した。

8. (1) (2) 脳卒中患者の自宅復帰を阻害させる要因の解明に関する研究（平成16年度）（平成17年度）

豊生会東苗穂病院（札幌市東区）回復期リハビリ病棟にてリハビリを施行した脳卒中および大腿骨頸部骨折術後の患者で、平成15年1月1日～平成16年12月31日の期間に東苗穂病院を退院した患者を研究対象群とする。退院先を自宅、自宅外在宅（グループホーム等）、施設入所の3群に分類し、退院先ごとにADL（バーセル・インデックス）や認知・痴呆の評価（HDS-R）、要介護度、家族状況の違いを検討した。

9. 介護予防活動の効果に関する前向き疫学研究（平成17年度）

北海道3町の75歳以上の後期高齢者のうち、町の老人保健事業基本健康診査受診者でインフォームドコンセントの同意が得られた者を対象とした。自記式調査表の項目は、基本的属性、社会的サポートネットワーク、身体的・精神的健康状態、日常的な生活習慣、フォーマル・インフォーマルな介護予防活動の実施状況からなっている。また、認知機能を測定するためにMini-Mental State Examination (MMSE)およびTrail Making Test (TMT)を行った。医学的データとの関連をみるために、対象者から同意のうえ、調査参加者の健診データを入手した。

10. 地域在住の高齢者の認知機能に影響を与える
要因——文献的考察（平成 16 年度）

Pub med を利用し ‘cognitive’ ‘prevention’ ‘aged’ ‘cohort’ を key word として検索したところ、1995 年から 2005 年までの 10 年間で 73 件の文献が hit した。その中から、“地域在住の高齢者を対象とした認知機能低下の予防に関する前向きコホート研究” という条件に合致するものを選別したところ、17 編であった。その他、Pub med では検索されなかったが重要と思われるもの 6 編を加え、合計 23 編により高齢者の認知機能に関連する要因の検討・整理を行った。

11. (1) (2) 要介護認定者発生率の地域差に関する研究（平成 16 年度）（平成 17 年度）

地理的に近接していながら要介護認定率や施設利用率に差がみられる自治体として、北海道の厚田村と浜益村、神奈川県清川村と津久井町を対象とする。近接する自治体間の比較とともに、要介護認定率や施設利用率が高い北海道と、比較的低い神奈川県の自治体を比較することにより、地域ケアの形成過程についての多くの知見が得られ「地域支援モデル」（試案）作成に役立つ。介護保険制度発足時、浜益村は要介護認定率が低く、介護保険施設利用率も低い自治体であった。それに対して厚田村は要介護認定率、介護保険施設利用率ともに高い自治体である。両村における高齢者支援の取り組み、地域ケアシステムの形成過程を検討し、地域特性に根ざした過疎地域における地域ケアシステムのあり方を検討する。

平成 16 年度の調査対象と比較するため、平成 17 年度は都市部の 2 自治体を対象に加えた。標準的な要介護高齢者支援の「モデル事例」をもとに、介護保険実施前と実施後の支援の変化、施設ケアと在宅ケアの組み合わせの変化、インフォーマルサービスとフォーマルサービスの組み合わせの変化等について、自治体関係者に対して半構造化インタビューを行った。「モデル事例」とは、ブラックマン等（2001）が、ヨーロッパ 6 カ国の

要介護者の事例研究や長期ケアの比較研究のために用いたものである。「ガン末期（重度）」、「脳卒中後遺症（中度）」、「痴呆性高齢者」、「虚弱高齢者（軽度）」の 4 事例があり、要介護者の中でも、地域ケアの支援において医療だけでなく生活上の典型的な問題が現れる事例と考えられている。これらの事例を通して、どのようにケアされているのか、どのような課題を抱えているのか、社会的排除をどのように克服しようとしているのかを見ることを試みるものである。

12. (1) 介護予防の新しい戦略としての「予防型家庭訪問」——スウェーデンとフィンランドの事例から（平成 16 年度）

北欧の先進事例を学ぶため、スウェーデン、ノルウェー（2004 年 10～11 月）とフィンランド（2005 年 2 月）で preventive home visits に関するデータ収集および関係者へのインタビューを行った。スウェーデンでは National Board of Health and Welfare で介護予防施策やソーシャルネットワークの状況を調査し、デイ・ケア・ユニットや予防型家庭訪問の実施状況について視察を行った。フィンランドでは、年金者組織や教会、親族介護協会、地域介護予防プロジェクトなど、多様な主体による介護予防活動の状況を調査した。

12. (2) 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——（平成 17 年度）

道内の中でも高い介護保険料が設定された大都市近郊の過疎の村、A 村の在宅で暮らす 70～80 歳の高齢者調査（アンケート調査）を行い、介護（予防）資源足りうる客観的なネットワークと主観的サポートネットワーク（もしも介護が必要になった場合に頼れる人）を分析し、個々人のネットワーク類型を明らかにするとともに、A 村における高齢者の介護資源の地域的特性を明らかにすることを試みた。

総合的・包括的な介護予防事業という観点から、デンマーク、スウェーデン、フィンランドの介護

予防政策を分析し、とりわけ、公的なサービス供給にいたっていない地域の虚弱高齢者を発見する方法・手段としての「予防的家庭訪問」調査の内容および高齢者のネットワークの活用あるいはネットワーク構築への介入方法を分析した。

（倫理面への配慮）

本研究の疫学調査は、北海道大学大学院医学研究科医の倫理委員会に従って実施し、「疫学研究に関する倫理指針」およびヘルシンキ宣言に基づいてインフォームドコンセントを得て行う。

対象者または家族が研究への参加を自発的に中止しても不利益を被らないように配慮する。対象者の個人情報保護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する。本研究で得られた個人識別情報は、解析等の際に記号・数字により匿名化を行い、研究者においても個人を特定できないようにする。データの適切な管理保管場所を確保し、個人データをいかなる形でも本研究の研究者以外の外部の者に触れられないように厳重に保管するものとする。

C. 研究結果・考察

1. 農村高齢者の要介護状態に影響を及ぼす社会的サポートネットワーク（平成 16 年度）

社会的サポートネットワークが高齢者の健康に及ぼす影響は、男性よりも女性で顕著にみられた。女性において、他者に対して手段的、情緒的なサポートの提供経験があることは、年齢や健康状態の影響を調整しても、その後の要介護リスクを低める関連がみられた。本研究における「手段的サポートの提供」は、「食事の支度や家事の手伝い」と「病人の看護や手伝い」という主に女性が担ってきた役割を測定しており、若い頃からの社会的役割を維持していることが、女性において心身機能の維持に関連していることが示唆された。家事や看病で実際に労力を提供するだけでなく、他者からの相談にのる情緒的サポート提供も、高齢女性の自己効力感や社会的ネットワーク維持に作用

し結果として要介護リスクを低めることが推測される。

社会的サポートネットワーク要因以外で、注目すべき関連要因としては、男女ともに「仕事をしている」ことがその後の早期死亡や要介護状態のリスクを低めていた。「仕事をしていること」は身体的な健康度を示すだけでなく、規則的な生活時間や、外に出て物理的・社会的な刺激を受けること、家庭以外の社会的役割を持つことなど、身体機能や認知機能の低下を予防するといわれる要因を複数含んでおり、それらが総体的に早期死亡や要介護状態のリスクを下げるはたらきをしていたと考えられる。

2. 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（平成 16 年度）

高齢者の抑うつ状態は、3 年前の状況よりも現時点の状況により強く影響を受けていることが示唆された。女性においては、ライフイベントの経験数と抑うつ状態との関連は、多変量解析によって他の要因を調整した後も有意であった。調査以前に経験したライフイベントの数が多いほど、抑うつ得点が高まるという先行研究 1) を支持していると考えられる。さらに、本結果から、過去 1 年間のライフイベントの経験数は高齢者の抑うつ状態に影響を与えるが、女性の方がその影響は強く、男女差が存在する可能性が示唆された。

横断研究の結果から、ネットワークの存在は、特に女性において有意に抑うつ傾向と関連していた。特に別居子との交流頻度が多いほど、抑うつ得点が低くなる。男性では、ネットワークやサポートの有無よりも、仕事や趣味・生きがいを持ち、身体的な健康状態が良好であることが、抑うつ得点を低めることが示唆された。Y 市と S 市では、ネットワークおよびサポートの抑うつへの役割が異なっていた。これは、サンプルサイズが小さく十分な検出力を持っていないことが原因と考えられるが、この両地域に在住する高齢者のネットワークやサポートの様相が異なることが指摘されて

おり、本結果はその影響を反映しているかもしれない。今後、農村に在住する高齢者を含めて、再度、調整と解析を行う必要がある。

3. 前期および後期高齢者の抑うつ状態に及ぼす社会的サポート・ネットワークの役割（平成 17 年度）

社会的サポート・ネットワークと抑うつ状態との関連を検討した結果、前期高齢者では、「親しい友人の有無」、「団体活動への参加」と抑うつ状態との間に有意な関連が認められ、後期高齢者では、「近隣との交流」、「親しい友人の有無」との間に有意な関連が認められた。さらに、ベースライン時の SDS および他の変数を調整後も、「近所づきあいが親密である」ことは SDS を有意に低下させた。

4. 社会的ネットワーク、サポートおよび活動性が、農業地域在住高齢者の早期死亡に与える影響に関する研究（平成 17 年度）

健康関連要因を調整したハザード比の計算結果では、男性の家族構成の影響は、後半になってから出現した。男性の親しい友人、団体活動への参加、趣味・生きがいの影響は前半でみられ、後半見られなくなった。女性では配偶者のいることと現職のあることが後半でのみ死亡リスクを低めていた。

5. ソーシャルサポート・ネットワークと在宅高齢者の検診受診行動の関連性－社会的背景の異なる三地域の比較－（平成 17 年度）

男性・女性ともに、「受診群」は、町内会・老人クラブ等の各種団体へ加入し、活発に活動している者、所属する団体での役職経験が有り、行政の広報誌をよく読み、政治への関心を有する者の比率が高く、検診受診行動と有意な関連が認められた。男性のみでは、選挙への関心が有る者、趣味や生きがいの有る者の比率が高かった。女性の「行った活動状況」についてのみ地域差を認め、鷹栖町では「受診群」において、行った活動が有りの

者の比率が高かった。

また、男性・女性に共通して「受診群」は、親友を有する者の比率が高かった。男性のみでは、さらに「受診群」で親密な親戚を有する者ならびに近隣とより親密な関係を有する者の比率が高く、検診受診行動との有意な関連が認められた。

男性においてのみ「受診群」は、手感的・情緒的サポートを多く受領しているだけでなく、さらにサポートの提供を自らしている者の比率が高く、検診受診行動と有意な関連を認められた。女性ではいずれの項目も有意な関連を認めなかった。

6. 農村地域高齢者の医療費と社会的サポート・ネットワークの関連（平成 16 年度）

高齢者の総額医療費が高額になる関連要因として、主に身体的・精神的健康状態と生活習慣の影響が明らかになった。高血圧、糖尿病、関節炎・リウマチの疾患を有すること、健康度自己評価が虚弱であること、かかりつけ医で継続的に慢性疾患の診療を受けていることが高額医療費の関連要因であった。

情緒的サポート数が少ない者、孤独感が強い者においてその後の総額医療費が有意に高かった。情緒的サポート、孤独感が相まって総医療費を高めている可能性がある。外来医療費と社会的サポートネットワークの関連を検討した結果、性差によって異なった要因が明らかになった。男性では、学歴、世帯月収、高血圧、心臓病といった社会的・経済的要因と健康状態が、女性では高血圧、糖尿病、関節炎・リウマチなどの健康状態が外来医療費を高めるリスク要因であり、社会的サポートネットワークと外来医療費の間には有意な関連がなかった。

7. 認知症高齢者の行動心理学的症状を軽減する心理社会的要因の解明に関する研究（平成 16 年度）（平成 17 年度）

外来通院患者の主介護者を対象とした自記式調査票を作成した。平成 17 年 4 月より調査を開始し、BPSD の経過、介護者の（精神的、身体的）

健康状態、(主観的、客観的)介護負担、(現在および過去の)患者と介護者の関係、(公的、私的な)介護者への支援などの情報をカルテの閲覧、自記式調査票などにより入手する。その後、BPSDの経過に、介護者の健康状態、介護負担、患者と介護者の関係、介護者へのサポートがそれぞれどのような影響を与えるかを解析する。

(1) (平成 16 年度)

サンプル数の確認のために、市立札幌病院静療院外来における高齢者の傾向を調査した。平成 15 年 12 月から平成 16 年 11 月の期間で痴呆在宅指導管理料の加算がついており、年齢が 65 歳以上、在宅生活、通院間隔が 3 ヶ月以内、といった条件を満たす外来患者数は 123 名(男性 41 名、女性 82 名)であった。

(2) (平成 17 年度)

被介護者の ADL、介護者の最終学歴、BPSD の 9 項目で介護の高負担と有意な関連がみられた。BPSD9 項目の多変量解析の結果、「物を隠す」「歪んだ解釈」という 2 項目で介護の高負担と有意な関連がみられた。

8. (1) (2) 脳卒中患者の自宅復帰を阻害させる要因の解明に関する研究(平成 16 年度)(平成 17 年度)

豊生会東苗穂病院を平成 15 年 1 月 1 日～16 年 12 月 31 日退院までに退院し、研究の Criteria を満たした患者は、トータル 114 例であった。この 114 例について、Outcome の転帰先の 3 群に分け、退院直前の最終のリハビリテーション総合実施計画書に記載された自立度(J・A・B・C)ごとの人数分布を検討した。在宅(または準在宅)復帰率は 64%(73 名)であった。この 114 例中、退院時に介護度の判明しているケースについては、転帰先ごとに介護度と自立度の相関を調べた。自宅退院とそれ以外への転帰の分岐点となるのは B1 ランクと B2 ランクの間であることが示唆され、B1 ランクの患者にどのような介護サービス

を提供すれば自宅退院・在宅介護が継続的に可能かについて今後さらに研究が必要であることが明らかになった。

9. 介護予防活動の効果に関する前向き疫学研究(平成 17 年度)

本年度のベースラインでは、K町 144 名(男性 75 名、女性 69 名)、M町 32 名(男性 18 名、女性 14 名)、T町 14 名(男性 8 名、女性 6 名)の本調査参加への同意が得られた。

現在、対象者の自記式質問調査表データ、神経心理学的検査データ、基本健康診査データの集約を行っている。後期高齢者への TMT PART-B の適用については、これまでに確かなエビデンスが無く、新たな知見を確認するための解析を行う。

10. 地域在住の高齢者の認知機能に影響を与える要因——文献的考察(平成 16 年度)

研究報告を検討した要因の種類により、(1)臨床医学に関するもの(13 編)、(2)社会的活動、身体的活動、精神的活動に関するもの(7 編)、(3)社会的サポート・ネットワークに関するもの(3 編)に分類した。(1)臨床医学に関する要因では、心血管系疾患に関する検討が最も多く、心血管系疾患が認知機能低下の危険因子の一つであることが指摘されている。(2)では精神的な活動の効果が多く指摘されている。身体的な活動の多くは認知機能低下のリスクを低下させるが、一部では認知機能低下との関連が見られないという報告もある。(3)社会的サポート・ネットワークに関しては、認知機能低下には予防的に作用していると報告されている。

これまでの研究報告を概観した上で、今後は 1) 心血管系疾患以外の臨床医学的所見の認知機能への影響の検証、2) 日本の高齢者を対象とした、社会的、身体的、精神的活動や社会的サポートネットワークが認知機能に及ぼす影響に関する前向きコホート研究の実施、3) 研究成果の地域への還元留意した研究の促進が必要である。

11. (1) (2) 要介護認定者発生率の地域差に関する研究（平成 16 年度）（平成 17 年度）

Blackman ら (2001) が六カ国（ノルウェー、デンマーク、イギリス、アイルランド、イタリア、ギリシャ）の要介護者の事例研究、長期ケアの比較研究のために作成したモデルに若干の修正を加え、「ガン末期ケース（重度ケース）」、「脳卒中後遺症ケース（中度ケース）」、「痴呆性高齢者ケース」、「虚弱高齢者ケース（軽度ケース）」からなるモデル事例を構成した。この「モデル事例」に対して、介護保険実施前の時期（1996 年頃を想定）であれば「どんな支援がありえたか」、介護保険実施後の現在であれば「どんな支援がありえるか」を、4 自治体の実際の支援にかかわる関係者にインタビューを行い、地域特性による支援方法の相違をまとめた。関係者へのインタビューにより、「地域支援モデル」作成のための現状と課題を質的に把握することができた。事例 1：施設利用率は北海道が高く、神奈川は低い。厚田村では医療体制に改善が見られるが、冬期間は雪による交通の問題がある。神奈川では老夫婦の支援の難しさを挙げている。これは、介護保険制度で給付される介護サービスの限界を示している。事例 2：在宅生活が可能となり、介護保険サービスの利用が増加している。今後は地域生活へどのように広げるかを具体的に示すことが課題である。事例 3：在宅生活であり、以前は問題行動が出現すると入院となったが、現在では主にグループホームで対応している。事例 4：デイサービスの利用が増加している。

12. (1) 介護予防の新しい戦略としての「予防型家庭訪問」——スウェーデンとフィンランドの事例から（平成 16 年度）

北欧で従来、「介護予防活動」として実践されてきた内容は転倒防止、筋トレなど、日本の「介護予防・地域支えあい事業」と共通するものが多い。しかし日本では主に行政の事業として介護予防活動が実施されているのに対し、北欧ではボランティア組織、NPO など多様な主体が活動を展開し

ているという相違がみられた。スウェーデン、フィンランドで近年奨励されている「予防型家庭訪問」(Preventive Home Visits) は、対象者、目的、実施主体、実施方法において従来の家庭訪問とは異なっている。1)既に問題を抱えている人々へのサポートに特化したものではなく、一定の年齢以上の高齢者を対象とし、地域の高齢者サービスの需要予測のための基礎データ収集を目的としていること、2)単にサービスニーズを発見するだけでなく、高齢者自身が介護予防の知識を身につけられるようサポートし、必要に応じて具体的な指導介入が行われる、という点で新しい介護予防活動として成果をあげている。日本においても、身体的介護予防に限定されない包括的な予防事業を実践していくために、これらの事例は参考になる点が多いと考えられた。

12. (2) 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——（平成 17 年度）

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」の観点から解析を行った結果、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、家族を頼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、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。

D. 結 論

(1) 北海道3地域における長期縦断研究から、日常的な生活習慣や社会的サポートネットワークが高齢者の早期死亡や要介護状態、抑うつ、医療費に及ぼす影響を解明した。

年齢や健康状態の影響を調整しても、社会的サポートやネットワークの豊富さが要介護状態や抑うつ状態のリスクを低減することが明らかになった。今回得られた成果を介護予防の実践に活かし、高齢者が主体的に介護予防に取り組むためのサポートネットワークの役割や、介護予防プログラムの中で社会的交流を促進する方策についてさらに検討していく必要がある。(2) 痴呆（認知症）・認知機能低下予防を主眼とした介護予防活動の効果に関する疫学研究の実施に向けて、痴呆・認知

機能低下の関連要因について先行研究の文献的考察を行った。平成17年度は北海道2市4町で日常的介護予防活動と認知機能の関連について前向きコホート研究を開始し、痴呆予防・認知機能低下予防に効果のある介護予防的活動内容を明らかにする予定である。(3) 得られた成果を、地域の抑うつ予防や閉じこもり予防活動の実践に活かし、地域に既存のサポート・ネットワークを抑うつ予防活動の資源と位置づけ、活動に活かしていくことが重要である。また、高齢者における抑うつ予防やQOL向上の適切な対策を講じていくことが望まれる。(4) 本研究では、社会的関係の死亡リスクへの影響が時間経過により、項目ごとに異なって変化することを見出した。社会関係が死亡リスクを低めるとの研究は欧米でも多数報告されているが、長期観察における効果の変化を検証した研究はこれまで見られなかった。本研究の結果は高齢者に対する対策を短期と長期とそれぞれについて検討するに際しての重要な示唆を与えるものである。(5) 高齢者の検診受診行動は、収入、持ち家の有・無などの社会経済的な指標や家族形態などよりむしろ、社会的活動性や親友・近隣などの関わりとしてのソーシャルネットワークの多寡が影響を及ぼしていることが示唆された。(6) 痴呆高齢者の在宅介護において介護者の負担が最も大きいとされる周辺症状に影響を与える心理社会的要因を解明する。痴呆高齢者のQOL向上とともに、介護者の介護負担軽減にも役立つ知見が得られる。(7) 回復期リハビリ病棟退院・在宅復帰後のADL、自立度維持状況を追跡した。平成17年度の追跡により、在宅復帰後にADL、自立度を維持するための必要な活動・プログラムを明らかにする。(8) 調査の過程で、各町とも老人保健事業基本健康診断にも介護予防活動にも参加しない「閉じこもり高齢者」への対応を課題としており、効果的な閉じこもり予防策を明らかにする必要があることを担当者との打合せで確認した。今後の研究継続により、要介護リスクの高い人々が、どのようなサービスを利用し活動をすれば介護予防・認知機能低下予防に効果があるのかが明