

の認知機能に及ぼす影響を前向きコホート研究で確認する必要があるだろう。日本社会は、欧米化した面と非欧米的なアジア面を合わせ持つ社会であるといわれており、わが国における調査は日本国内だけでなく他のアジア諸国、欧米などにとっても貴重な知見となるであろう。

- 3) 研究で得られた知見をいかに有効に地域に還元できるかを考慮すべきだろう。松林らの高知県香北町での取り組みはこの点で参考にすべきことが少なくないと考えられる。また最近の秋田県など取り組まれている自殺予防対策も、地域を巻き込んでの認知障害の低下予防活動を考える際には、学ぶべきことが多いと考える。

E. 結 論

今回、ここ 10 年間の主な地域在住の高齢者を対象とした認知機能低下予防に関する研究を概観した。本邦においては、欧米においても最も多い心血管系の疾患の認知機能への影響を調査するものにとどまっていた。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。

文 献

1. Kang JH, Logroscino G, De Vivo I, Hunter D, Grodstein F. Apolipoprotein E, cardiovascular disease and cognitive function in aging women. *Neurobiol Aging*. 2005 Apr;26(4):475-84.
2. Petrovitch H, Ross GW, Steinhorn SC, Abbott RD, Markesbery W, Davis D, Nelson J, Hardman J, Masaki K, Vogt MR, Launer L, White LR. AD lesions and infarcts in demented and non-demented Japanese-American men. *Ann Neurol*. 2005 Jan;57(1):98-103.
3. 濱田富雄, 近森大志郎, 西永正典, 土居義典。地域在住高齢者の認知・神経行動機能および心機能に対する高血圧の影響：5 年間の縦断的検討。 *日本老年医学雑誌*. 2003.7 ; 40(4) : 375-380.
4. Cervilla JA, Prince M, Joels S, Lovestone S, Mann A. Long-term predictors of cognitive outcome in a cohort of older people with hypertension. *Br J Psychiatry*. 2000 Jul;177:66-71.
5. Mitchell JL, Cruickshanks KJ, Klein BE, Palta M, Nondahl DM. Postmenopausal hormone therapy and its association with cognitive impairment. *Arch Intern Med*. 2003 Nov 10;163(20):2485-90.
6. Grodstein F, Chen J, Pollen DA, Albert MS, Wilson RS, Folstein MF, Evans DA, Stampfer MJ. Postmenopausal hormone therapy and cognitive function in healthy older women. *J Am Geriatr Soc*. 2000 Jul;48(7):746-52.
7. Paleologos M, Cumming RG, Lazarus R. Cohort study of vitamin C intake and cognitive impairment. *Am J Epidemiol*. 1998 Jul 1;148(1):45-50.
8. Kalmijn S, Feskens EJ, Launer LJ, Kromhout D. Polyunsaturated fatty acids, antioxidants, and cognitive function in very old men. *Am J Epidemiol*. 1997 Jan 1;145(1):33-41.
9. Gussekloo J, van Exel E, de Craen AJ, Meinders AE, Frolich M, Westendorp RG. Thyroid status, disability and cognitive function, and survival in old age. *JAMA*. 2004 Dec 1;292(21):2591-9.
10. Verreault R, Laurin D, Lindsay J, De Serres G. Past exposure to vaccines and subsequent risk of Alzheimer's disease. *CMAJ*. 2001 Nov 27;165(11):1495-8.

11. Berr C, Balansard B, Arnaud J, Roussel AM, Alperovitch A. Cognitive decline is associated with systemic oxidative stress: the EVA study. *Etude du Vieillissement Arteriel. J Am Geriatr Soc.* 2000 Oct;48(10):1285-91.
12. Yaffe K, Browner W, Cauley J, Launer L, Harris T. Association between bone mineral density and cognitive decline in older women. *J Am Geriatr Soc.* 1999 Oct;47(10):1176-82.
13. Verghese J, Lipton RB, Katz MJ, Hall CB, Derby CA, Kuslansky G, Ambrose AF, Sliwinski M, Buschke H. Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *N Engl J Med.* 2003 Jun 19;348(25):2508-16.
14. Wang HX, Karp A, Winblad B, Fratiglioni L. Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: a longitudinal study from the Kungsholmen project. *Am J Epidemiol.* 2002 Jun 15;155(12):1081-7.
15. Lytle ME, Vander Bilt J, Pandav RS, Dodge HH, Ganguli M. Exercise level and cognitive decline: the MOVIES project. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2004 Apr-Jun;18(2):57-64.
16. Schuit AJ, Feskens EJ, Launer LJ, Kromhout D. Physical activity and cognitive decline, the role of the apolipoprotein e4 allele. *Med Sci Sports Exerc.* 2001 May;33(5):772-7.
17. Laurin D, Verreault R, Lindsay J, MacPherson K, Rockwood K. Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. *Arch Neurol.* 2001 Mar;58(3):498-504.
18. Bosma H, van Boxtel MP, Ponds RW, Houx PJ, Burdorf A, Jolles J. Mental work demands protect against cognitive impairment: MAAS prospective cohort study. *Exp Aging Res.* 2003 Jan-Mar;29(1):33-45.
19. Wilson RS, Mendes De Leon CF, Barnes LL, Schneider JA, Bienias JL, Evans DA, Bennett DA. Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. *JAMA.* 2002 Feb 13;287(6):742-8.
20. Seeman TE, Lusignolo TM, Albert M, Berkman L. Social relationships, social support, and patterns of cognitive aging in healthy, high-functioning older adults: MacArthur studies of successful aging. *Health Psychol.* 2001 Jul;20(4):243-55.
21. Fratiglioni L, Wang HX, Ericsson K, Maytan M, Winblad B. Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *Lancet.* 2000 Apr 15;355(9212):1315-9.
22. Bassuk SS, Glass TA, Berkman LF. Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. *Ann Intern Med.* 1999 Aug 3;131(3):165-73.
23. 松林公藏、奥宮清人、河本昭子、木村茂昭、和田和子、藤沢道子、土居義典、島田和幸、小澤利男。地域在住老年者の自立度に関する経年的変化。日本老年医学雑誌。1994.10；31(10)：752-758。

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

表 1-1 認知機能と臨床医学的所見の関連

主著者/国/年	研究の種類	検討項目	対象	認知機能の測定方法	結果
Kang JH アメリカ 2005	前向き コホート	アポリポ蛋白 E の遺伝子多型および心血管状態	70~80 歳の女性 4227 名 (the Nurse's Health Study)	The Telephone Interview for Cognitive Status、カテゴリーの流動性・言語記憶・ワーキングメモリーに関する電話での調査	アポリポ蛋白の遺伝子多型は認知機能低下に関連。心血管系疾患の予防は関連を限定するかもしれない。
Petrovitch H アメリカ 2004	前向き コホート	脳血管性障害	ホノルル在住の日系アメリカ人男性 333 名を追跡調査し、死亡後に剖検 (the Honolulu-Asia Aging Study)	DSM-III-R、NINCDS-ADRDA、ADDTC による臨床診断	脳血管性障害は、認知機能低下に非常に関連していた。
濱田富雄 日本 2004	前向き コホート	心エコー、血圧	地域在住の健常高齢者および高血圧患者。1992 年 25 名 (男 19 名、女 3 名) 63~79 歳 (平均 69±3 歳)、1997 年 22 名 (男 19 名、女 3 名) 68~84 歳 (75±3)。	MMSE、VCPS(Visuospatial Cognitive Performance Scale)、Up & Go Test	MMS と Up & Go Test は変化なし。VCPS は高血圧群で有意に低下。
Cervilla JA イギリス 2000	前向き コホート	個人の属性、高血圧の治療、生活習慣	高血圧の治療中の 387 名を 9-12 年追跡。	MMSE	認知症の家族歴、加齢、収縮期血圧の低下なし、低い病前の IQ、禁酒が関連。
Mitchell JL アメリカ 2003	前向き コホート	ホルモン療法	ウィスコンシン州 Beaver Dam 在住の閉経後の高齢女性 1462 名 (43-84 歳) を 10 年間追跡 (the Epidemiology of Hearing Loss Study)	MMSE、AD の診断の報告	現在の Hormone Therapy は関連はない。過去の実施も関連ない。
Grodstein F アメリカ 2000	前向き コホート	ホルモン療法	70-78 歳の 2138 名の女性 (the Nurses' Health Study)	Telephone Interview for Cognitive Status、immediate and delayed recall of the East Boston Memory Test、verbal fluency by telephone	verbal fluency では現在のホルモン使用が有意に高い。

表 1-2 認知機能と臨床医学的所見の関連

主著者/国/年	研究の種類	検討項目	対象	認知機能の測定方法	結果
Paleologos M オーストラリア 1998	前向き コホート	ビタミン C 摂取量 (a semiquantitative food frequency questionnaire)	シドニーの地域在住の退職者 117 名を 4 年間追跡 (the Western Sydney Stroke in the Elderly Study)	MMSE、the Reid brief neuropsychological screen、the Animals test of category fluency、the F,A,S test of verbal fluency	MMSE の低得点に有意に関連。言語・概念の流暢性のテストの得点とは関連はなかった。
Kalmijn S オランダ 1997	前向き コホート	食事摂取 (the cross-check dietary history method)	69-89 歳の男性 (the Zutphen Elderly Study)	MMSE	高 linoleic acid 摂取は認知障害と有意に関連。高い魚消費は認知障害、認知機能低下予防の傾向 (有意性なし)。
Gussekloo J オランダ 2004	前向き コホート	甲状腺機能	ライデン地区の 1912~1914 年生の 599 名が参加。85 歳から 89 歳まで追跡。	MMSE	血清の甲状腺ホルモン値は認知機能には関係ない。
Verreault R カナダ 2001	前向き コホート	過去のワクチン接種 (自記式質問票)	65 歳以上のカナダの地域在住の高齢者 4392 名 (非認知障害) を 5 年間追跡 (the Canadian Study of Health and Aging)	改良型 MMSE(3MS)でスクリーニング後に DSM-III-R で臨床診断	過去のジフテリア、破傷風、ポリオ、インフルエンザのワクチン接種は有意に AD の発症が低いことと関連。
Berr C フランス 2000	前向き コホート	セレンウム・カロチン・TBARS の血中濃度、赤血球中のビタミン E	1166 名 (高い認知機能の 60-70 歳) を 4 年間追跡 (the Etude du Vieillessement Arteriel study)	MMSE(3 点の低下を認知低下と定義)	最も高いレベルの TBARS は認知低下のリスクと有意に関連 (より低い抗酸化物の状態により強化)。高セレンウムは有意に認知低下のリスクと関連。
Yaffe K アメリカ 1999	前向き コホート	踵骨と股関節部の骨密度、脊椎骨折	地域在住の高齢の 8333 名の女性でエストロゲン代替療法を受けていないもの (the Study of Osteoporotic Fractures)	改良型 MMSE、Trails B、Digit Symbol	骨密度が低い女性は低下。脊椎骨折のあるものはないものよりも有意に低下。

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

表2 認知機能と活動（社会的、身体的、精神的）の関連

著者/国/年	研究の種類	検討項目	対象	認知機能の測定方法	結果
Vergheze J アメリカ 2003	前向き コホート	レジャー活動（認知的活動、身体的活動）の参加の頻度	地域在住の469名の75歳以上（非認知症）を中央値5.1年の追跡	DSM-III または DSM-III-R(1986 以後)により臨床診断	認知的活動は有意に認知症のリスク低下に関連、身体的活動は関連性がみられなかった。認知症のタイプによる違いはなかった。
Wang HX スウェーデン 2002	前向き コホート	社会的活動、精神的活動、生産的活動	ストックホルムの Kungsholmen 地区在住の75歳以上の認知症でないものを3年間追跡（the Kungsholmen Project）	DSM-III-R により臨床診断	精神的活動、社会的活動、生産的活動の頻度は認知症の発症と負の関連。
Lytle ME アメリカ 2004	前向き コホート	運動習慣（自己報告）	南ペンシルバニア在住の65歳以上の1146名（Monongahela Valley Independent Elders Survey）	MMSE	運動は認知機能低下に否定的に関与。
Schuit AJ オランダ 2001	前向き コホート	身体的活動	オランダ人の高齢者347名（平均74.6歳±4.3）を3年間追跡（the Zutphen Elderly Study）	MMSE	身体的活動の少ない群は2倍のリスク（有意差なし）。APOE4保有者ではリスクが有意に高い。
Laurin D カナダ 2001	前向き コホート	身体的活動性のレベル	認知障害のない4615名を5年間追跡（the Canadian Study of Health and Aging）	改良型 MMSE(3MS)でスクリーング後に DSM-III-R で臨床診断	身体的活動は認知障害、AD、その他のDの低いリスクと有意に関連がある。高いレベルの身体的活動は有意にリスクを減らすことと関連していた。
Bosma H オランダ 2003	前向き コホート	職業の精神的な要求度	50-80歳の男女630名（非認知障害）を3年間追跡（the Maastricht Aging Study）	the Scroop Color-word Test, the Verbal Learning Test, the Letter Digit Coding Test, the World Fluency Test	精神的な要求度高い職業の従事者では、低いものと比較して、認知障害を呈したものは有意に低かった。
Wilson RS アメリカ 2002	前向き コホート	一般的な認知活動への参加の頻度	米国の40の地域に在住する801名のカソリックの修道女、司祭、修道士（認知症ではない）を4.5年追跡（the Religious Orders Study）	NINCDS/ADRDA の診断基準	認知機能を刺激する活動への頻回の参加はADのリスクを下げる

表3 認知機能と社会的サポート・ネットワークの関連 およびその他

著者/国/年	研究の種類	検討項目	対象	認知機能の測定方法	結果
Seeman TE アメリカ 2001	前向き コホート	社会的支援、紐帯	1189名の高機能の高齢者を7.5年追跡（the MacArthur Studies of Successful Aging）	Short Portable Mental Status Questionnaire	高い情緒的サポートは高い認知機能と関連。
Fratiglioni L スウェーデン 2000	前向き コホート	社会的ネットワーク	ストックホルムの Kungsholmen 地区の在宅（認知機能の問題ない）の1203名を平均3年間追跡（the Kungsholmen Project）	DSM-III-R で診断	社会的ネットワークが認知症のリスクの減少と有意に相関。ただし乏しいネットワークとの接触でもそれに満足していればリスクを下げない。
Bassuk SS アメリカ 1999	前向き コホート	A global social disengagement scale	2812名の施設化していない65歳以上の在宅高齢者を12年間追跡（Connecticut New Haven）（the Established Population for the Elderly project）	Short Portable Mental Status Questionnaire	社会的紐帯のない人は有意に認知機能低下のリスクが高かった。
松林公蔵 日本 1994	前向き コホート	日常生活機能、社会生活状況、ライフスタイル	高知県香北町在住の65歳以上の全老年者（アンケート1488名（1991年）・1618名（1993年）、検診159名）香北町研究	MMS, HDS-R, VCPS, ボタンテスト、UP&GO テスト	MMS とボタンテストがごく軽度有意に低下。UP&GO は有意な改善。

研究報告 11 (1)

要介護認定者発生率の地域差に関する研究

分担研究者 太田 貞司 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部 教授

A. 研究目的

1. 研究の背景

介護保険制度発足後、軽度の要介護認定者を中心に要介護認定者の増加がみられ、今後ますます介護予防、自立支援が重要となった。また、健やかな老後を送ることができるように、地域特性に合わせた地域ケアの体制作りを行うことがますます重要になってきた。

同時にまた、要介護認定者の一号被保険者に対する割合（要介護認定率）の地域差、また介護保険施設の利用状況にも地域差があることが明らかになり、地域ケアの体制を推進する場合には、その地域差をどのように考えるかが重要である。もちろん、その地域差には、地域ケアのサービス基盤（地域ケアシステム）、高齢化の要因の他に、地理的・歴史的・文化的な背景、地域の産業、介護観など複雑な要因がそこには絡んでいるのは言うまでもない。

高齢者への尊厳、自立支援を基本にし、「在宅介護の重視」また「住み慣れた地域で暮らす」ことを理念とし、その地域特性に合わせた地域ケアの構築を図る場合、高齢者の長期ケアのあり方を、医療モデルではなく生活モデルで捉え、長期ケアを適切なケアバランスに転換を図ることである。すなわち、医療と介護（生活）、在宅ケアと施設ケア、またフォーマルサービスとインフォーマルサービス等の適切な組み合わせである。具体的には以下の点が課題になると考えられよう。

- ①（住み慣れた地域でのケア）同一自治体あるいは地域内（隣接自治体も含む）で、要介護者が暮らせるようになったか？（ケアを受けることができるようになったか？）
- ②（社会的入院の解消）病院（「社会的入院」）ではなく、介護サービス（医療看護＋生活支援）

で暮らせるようになったか？（ケアをうけるようになったか？）

- ③（社会的介護）家族介護者による支援だけでなく、介護サービス＋家族介護者等の「組み合わせ」（ミックス）、「介護の社会化」は進んだか？一人暮らしの場合は、介護サービスを基本にして暮らせるようになったか？家族介護者が介護を行う場合には、どのような「ミックス」かが課題であり、要介護高齢者と家族介護者の地域生活の実現が重要である。
- ④（在宅介護の重視）できるだけ自宅での生活が継続できるようになったか（「在宅介護の重視」）になったか？「重視」をどのように考えるかが課題である。
- ⑤（地域生活への参加）地域社会での生活に広がりができたか？社会的孤立ではなく、地域社会での諸活動への「参加」（社会福祉法第4条）が促進されたか？exclusionではなく、inclusionの促進が見られたか、「つながり」「社会関係」が促進が見られたか？例えば、近隣、友人、家族との交流（訪問）の頻度（誰が来るか）、要介護高齢者の外出先の拡大（いつもどこに行くか）、地域社会による要介護者・家族への理解の広がり（情報・訪問）が見られるか、家族や地域住民の介護、ケアへの参加の広がりが見られるかである。

こうした地域に根ざした地域ケアを住民と共に築くためには、地域ケアの現状や課題について、専門機関・専門職、行政だけでなく、地域住民の理解が欠かせない。地域ケアのその地域の現状を理解し、課題について誰でも理解しやすい「地域支援モデル」の開発が必要である。

2. 研究目的

本研究の目的は、要介護認定率等の地域差に着目しながら、介護（予防）担当者・自治体関係者、住民が高齢者・地域支援を行う地域ケアを築くために、地域ケアの現状と課題について共通理解が得られ、具体的な目標となる「地域支援モデル」作成に資することにある。

とくに、過疎自治体など地理的にもさまざまな困難を持つ自治体における、地域特性に根ざした地域ケアの構築、つまり在宅ケアと施設ケアの組み合わせ、あるいはフォーマルサービスとインフォーマルサービスの組み合わせを示す、誰にでも理解しやすい「地域支援モデル」（試案）を作成することを最終的な目的としている。

B. 研究方法

1. 本研究の計画

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し（平成16年度）、地域ケアの形成過程と地域差の関連を把握しながら、地域ケアの現状と課題をつかみ、地域社会の特性に合わせた地域ケアの構築のための誰にでも理解しやすい「地域支援モデル」作成に資する地域ケアの目標を明確にする（平成17年度）。

地域差を捉えるために、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の地域差を、半構造化インタビューにより、関係者から聞き取りを行う。そのインタビュー記録を、文字変換し、得られたテキストから、その地域性のとらえ方、取り組み方の構造化を試みる。

2. 調査対象

これまで調査研究を行ってきた北海道厚田群厚

田村と浜益群浜益村2村を本研究の対象とした。両自治体は日本海沿岸の自治体で隣接している。さらに、本研究では神奈川県愛甲郡清川村、津久井郡津久井町の1町1村を対象とした。両自治体は県北部に位置し隣接している。

一号被保険者に対する要介護認定率、介護保険施設の定員率及び利用率では、都道府県また市町村でも違いが見られる。都道府県では、北海道はそれらは比較的高いところに位置し、神奈川県は比較的低いところに位置する。

北海道はその市町村でも差がみられ、2001年4月、厚田村19%、浜益村9%である。それに対して神奈川県は比較的低いのであるが、その市町村でも差がみられ、清川村11%、津久井町8%である。なお、厚田村は福祉施設を比較的に早くに開設しことが、要介護認定率及び施設利用率の高率化につながり介護保険料も高額となったという見方があるが、そこには様々な地理的要因等が複雑に絡んで、地域ケアの形成過程が見られたと考えられる。

なお、神奈川県の自治体を対象としたのは、要介護認定率、介護保険施設利用率の比較的高いところに位置する北海道の自治体の地域差と、比較的低いところに位置する自治体の地域差を見ることによって、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）作成に役立つと思われたからである。勤務校が同県内に位置し、調査研究が進めやすいという事情もある。

浜益村は、日本海沿岸に位置し地理的にも様々な困難を抱える自治体であり、道内で最も高齢化が進み、高齢化率は40%を超えている。厚田村は浜益村に隣接する石狩川河口に位置し、浜益村と同様に地理的にも様々な困難を抱える自治体である。浜益村は人口2,167人（2004年3月31日）、厚田村は人口2,807人（同）でともに2000～3000人の自治体である。

また、介護保険制度発足時、浜益村は要介護認定率が低く（現在は高くなってきている）、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が高く、介護保険施設利用率も高い自治体であった。なお、介護保険制度発足当時、一時期、厚田村は全国でもっとも介護保険料が高額な自治体であった。現在（2004年4月1日）、一号被保険者に対する65歳以上の要介護高齢者等の認定率は、浜益村は16.9%、厚田村は18.63%である。また、一号被保険者に対する65歳以上の介護保険施設利用の介護保険施設利用率は、浜益村6.31%、厚田村6.99%である。介護保険の保険基準額（月額）は、浜益村3,758円、厚田村4,742円である。

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。

なお、両村と比較するために、全国でも要介護認定率が比較的低く、介護保険施設利用率も低い神奈川県津久井町、清川村についても同時に検討することにする。津久井町は同県において要介護認定率が比較的低く、清川村は比較的高い自治体である。なお、2003年の介護保険料の改正で、清川村は県内でもっとも高額な自治体となった。人口規模では津久井町が約3万人、清川村は3000人でかなり違いがあるが、両自治体は、日常的な医療圏では違いがあるが、隣接した自治体である。

（表1「対象自治体の状況」）

3. 研究組織の組織

本研究を進めるために、4町村の関係者を研究協力者とし研究組織を組織した。なお、本研究は分担研究者である笹谷春美北海道教育大学教授と共同で行い、浜益村、厚田村の関係者へのインタビュー、また厚田村の高齢者の生活実態調査を共同で行った。

4. 地域ケアの形成過程と地域差の把握

現在（2004年4月）、一号被保険者に対する65歳以上の要介護高齢者等の認定率は、津久井町は10.81%、清川村は14.09%である。また、

一号被保険者に対する65歳以上の介護保険施設利用の介護保険施設利用率は津久井町2.42%、清川村2.38%である。介護保険の保険基準額（月額）は、津久井町2,700円、清川村3,291円である。

北海道浜益村と厚田村は現在（2004年4月）要介護認定率の差は2%弱であるが、介護保険開始後の2001年4月には、浜益村が9.71%、厚田村が18.75%と大きな差があった。また、神奈川県津久井町と清川村の場合では、2001年4月には津久井町は7.87%、清川村は10.87%で、北海道の場合ほどではないが差が見られた。現在（同）は、津久井町は10.81%、清川村は14.09%と、要介護認定率が上昇しながらもさらにその差は拡大傾向にある。

こうした、要介護認定率の差をどのように考えるかについては現在様々に議論されているが、ここでは、これを地域ケアの形成過程の視点から捉えることにする。わが国における高齢者ケアの場合、ゴールドプラン等を背景に、1990年代以後に施設・在宅のサービス整備が進んだ。その整備を基盤にそれぞれの地域特性の複雑な影響を受け（あるいはそれを克服し）、その地域の地域ケアの構造が形成されたと考えられる。その構造が要介護認定率、あるいは施設利用率に何らかの作用をしていると考えられる。したがって、介護保険実施前から現在までのその自治体の地域ケアの形成過程を捉えることが重要と考える。

この地域ケアの形成過程の違いをどのように捉えるのが問題であるが、ここではその違いをどの地域でも課題になる典型的な事例として想定した「モデル事例」の具体的な支援内容の違いと捉えて考える。要介護認定率あるいは施設利用率を捉えるのに有効と思われるからである。また、その地域に根ざした地域家な構築のための「支援モデル」を想定する場合の参考になると思われるからである。

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った（平成16年12月～平成17年1月）。

（表2 要介護者数及び施設利用者数（一号被保険者比））

5. 「モデル事例」

「モデル事例」は、「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）」である。

この「モデル事例」は、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、ブラックマン等の社会学者、ソーシャルワーカーが共同研究で用いられたものを若干の修正を加えたものである（Blackman, T, Brodhurst, S, and Convery, J. (2001) 'Social Care and Social Exclusion: A Comparative Study of Older People's Care in Europe' Plgrave）。

これらのケースは、要介護高齢者の中でも、地域ケアの支援において医療看護だけでなく生活支援上の典型的な問題が現れる事例として考えられている。社会保障制度の違い、家族観の違いがあっても共通に問題になるように考えられている。それぞれが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、これらのケースを通して見る試みである。日常生活上の問題が明確にされやすいように、独居、または家族介護力を求めることができないかあまり期待できないケース設定で考えられている。今回は、日本の地域間比較で使えるものに若干の修正を加えた。例えば、事例3の場合には、Cさんの姪はドイツに住んでいることになっているが、ここでは「遠方」としてある。

なお、インタビュー時には、実際の事例としてイメージしやすいように、事例2のBさんの場合には、日本でよく見られる、「日中独居」である場合（息子55歳会社員、息子の嫁54歳パートとの同居）また、症状が不安定で医療的ケアが必

要なパーキンソン症候群がみられる場合などを補足して聞き取りを行った。なお、日本で、医療・看護上、また生活支援上の典型的な「モデル事例」として考える場合には、実際のインタビューを踏まえ、さらに検討を要するものとする。

【事例1】Aさん（女性、83歳）

<ターミナルケアが必要なガン末期、「老老介護」、「全介助」>

83歳のAさんはいくつもの慢性疾患のある高齢者である。悪性の疾患で残された人生も短い。心臓病で治療を受けていたが治療も終わり退院という方向が出て、自宅で過ごすことを望んでいる。歩行困難で「介護」が必要であり、膀胱障害がある。排泄、水分摂取、食事の援助、体位交換、床ずれの処置など、24時間のケア（いつも誰かがいる状態の終日ケア）が必要である。寝室が2階の小さな家に、夫といっしょに住んでいる。息子と娘が車で30分のところに住んでいる。夫は虚弱で、妻の「介護」は難しい。

【事例2】Bさん（男性、85歳）

<脳卒中後遺症、ひとり暮らし、歩行不安定、家事困難>

85歳のBさんは妻を亡くしている。脳卒中で入院治療後、退院した。経過は良好だが片マヒの後遺症がある。身体のバランスがとれず、自信がない。家に戻るのを不安がっていた。2階建ての家に一人で暮らしている。階段が心配で、買い物、調理、洗濯や家事は手助けがなければできないと思っている。息子は外国に住んでいる。

【事例3】Cさん（女性、73歳）

<軽い痴呆、ひとり暮らし、近隣との交わりがない>

73歳のCさんは軽い痴呆がみられるひとり暮らしの女性である。若いときに故郷を出て音楽大学で学び、かつては音楽教室で教えていた。彼女は日常のことはできるが、主治医は、彼女は彼女の気ままな生活を心配している。自転車で買い物

にいくことがあるが、それも危険であると思っている。

町のお店や主治医の診療所の診察室にいるという知らせがあることもある。彼女は自分ではなぜそこにいるのか分からない。栄養も十分ではなさそうであり、健康も良くない様子である。自宅に十分蓄えはあるが、お金がないと思って節約をしている。時には、生まれ故郷の田舎にいるように思うことがある。人との交わりを嫌がり、専門家というものに対して疑い深い。遠方に住んでいるただ一人の身内の姪が、時折連絡がある程度である。

【事例4】Dさん（女性、75歳）

<軽度、最近夫を亡くしひとり暮らし、心臓発作、退院直後、近隣との関係良好>

75歳のDさんは悪性の関節炎である。16年間「介護」してきた病弱な夫が突然亡くなり、心臓発作を起こした。入院治療後、退院となった。無理をしないようにと言われていて、杖を使って歩いている。家事や入浴は自分でできそうにない。Dさんは、息子と公営住宅に住んでいるが、息子は長距離トラックの運転者で家にあまりいない。妹が近くに住んでいて毎日訪ねてくる。近所の人も毎日訪ねてくる。しかし、外出は一人では自信がなく、身体的にも弱ってきている。

6. 厚田村調査の実施

厚田村と共同で、また分担研究者・笹谷春美北海道教育大学教授と共同で、厚田村の将来要介護状態になる可能性が高い70歳代の住民を対象に高齢者実態調査を実施した（平成16年12月）。日常生活の状況を把握すること、サポートネットワークの実態を把握することを目的とした。

C. 研究結果（中間報告）

都道府県の中で、要介護認定率が比較的高く、介護保険施設利用も比較的高い北海道の中でも、要介護認定率が比較的低く介護保険施設利用率も低かった浜益村、要介護認定率が高く、介護保険

施設利用率も高い厚田村（介護保険料は厚田村が高い）、同時に、都道府県の中でも要介護認定率が比較的低く、介護保険施設利用も比較的低い神奈川県でも、要介護認定率に差がある津久井町と清川村（介護保険施設利用率は津久井町が高く、介護保険料では清川村の方が高い）において、地域ケアの形成過程、要介護認定率などの地域差を明らかにする地域ケアの構造化を検討する資料を、関係者への「モデル事例」に関するインタビューから得ることが出来た。

それらの地域差が現れる地域ケアの形成過程、また地域ケアの構造を明らかにし、地域ケアの関係者、地域住民が地域ケアの構築の構築に向けて共通理解を図ることが重要である。これらの自治体の地域差をどのように捉えるか、地域ケアの構築に向け、どのような課題があるか、また理解しやすい地域ケアの課題の設定の仕方など「地域支援モデル」（試案）づくりのために、地域ケアの構造化をどのように行うのかが課題である。

現在、インタビュー記録の記録化をし、整理中であり、また厚田村の高齢者の生活実態調査についても現在、集計分析中であるが、これらをもとに前述の課題を進め、平成17年度に報告予定である。また、研究成果、考察、結論は平成17年度の報告とする。

以下は、「モデル事例」についてのインタビュー調査の概要である。

1. インタビュー調査結果（概要）

1) 北海道浜益村

*実施日：2005年1月11日

*実施場所：浜益村役場内

*インタビュー対象者：ケアマネジャー（保健師）、元浜益村役場介護保険担当者、福祉施設の施設長

【事例1】Aさん（女性、83歳）

<ターミナルケアが必要なガン末期、「老老介護」、「全介助」>

①（地域でのケア）

(90年代後半)

- * 昭和55年前後は、各地区に一人くらいは在宅要介護高齢者がいたが、その後その方々が亡くなってからはほとんど在宅にはいなくなった。
- * 浜益村では、当時は、医療機関が離れていて家で看するというよりも、病院でというのが当たり前で、病人は病院にいるという考え方で、介護という考え方はあまりなかった。

②（介護保険後）

- * 「老老介護」で介護3程度の場合はみられるが、こうしたケースが自宅でターミナルケアというのは殆ど見られない。病院で亡くなるのが一般的である。
- * 村では働き手が少ないので、皆働いて家族介護となると負担も大きくなる。「皆、働いています。酸素をつけて帰ってくるとか、レンタルベットの使用の人とか、全介助の人の場合であると、介護の手がない」。24時間の在宅ケアの体制ではない、デイスサービスも土日はないので、家族の介護負担が大きくなる。「この辺の人は働くね。魚がきたら網外しとか、サクランボとかね。働く人がいないから、勤労者の奥さんは皆働くね。そこへ年寄りの介護までは手が回らないと思います。」
- * 訪問介護は、民間の進出がなく公設で行っている。「大手の事業所が来ましたが、撤退しました」。「まず、経営が成り立たないでしょう」。村では往診、救急車の体制づくりに力を入れているが、訪問看護事業所はない。厚田村の場合は隣接自治体の事業所から訪問してくるが、浜益村の場合は遠方であり、地理的にも難しく訪問してこない。「介護保険が始まった時、北海道訪問看護ステーションに加入した」。「ただ3年くらい利用者が誰もなかったの、今は退会した」。「介護保険開始以前に、1人、当別町の事業所を利用していましたが、大変だった。冬は来れなくなって、一週間の予定を決めていたが、無理なんです」。
- * こうしたケースに対してターミナルケアを行いたいという「気持ちはあるけど体制はできな

い」。地域で特養の入所確保が可能であれば、家族ももう少しやってみようと、在宅介護も可能かもしれないが、「現在のところ、地元の特養は満床なので、病院も札幌とか滝川しかないから、もしもなにかあったら、行っていた方が良いとすることになります」。

【事例2】Bさん（男性、85歳）

<脳卒中後遺症、ひとり暮らし、歩行不安定、家事困難>

①（90年代後半）

- * 今は普通だが、以前は「“当たって”帰ってくる人」はあまりいなかった。
- * 農業、漁業で1人暮らしをしている高齢者だったら家族の方は心配で、「すぐに札幌にいるようにといて、入院させます」。家族のいる方は、昼間はほとんど仕事をしていた。

②（介護保険後）

- * こういふケースでは介護保険を使って、デイスサービスを利用してお風呂を、そしてホームヘルプサービスを使って家事を支援してもらうことになる。
- * もう少し重度になると在宅は難しくなる。二つあるセンター（シルバーホーム、高齢者生活福祉センター）で、はじめは元気な人でも介護度が進むと難しい。ヘルパーの派遣もあるし、何かの時にはディの車で対応できるのだが、介護度が4くらいになると夜間の対応も必要になりなかなか難しくなる。
- * 家族が心配をして札幌に呼ぶことが多い。「家族がやっぱり一人で心配でということになります」。そこには、家族の気持ち、本人の気もちよう、あるいは近所づきあいがいろいろと関係してきます。「札幌はつまんないって言いますね。浜益は土をいじったりできるし、心配でおいでというのと大丈夫だからというのとの引き合いです」。
- * デイスサービスが1998年に開設されて、サービス利用に対する抵抗感も薄らいで、利用者が増えてきた。

【事例3】Cさん（女性、73歳）

＜軽い痴呆、ひとり暮らし、近隣との交わりがない＞

①（90年代後半）

* 浜益村の場合このように交わりがないケースというのはほとんどない。徘徊が問題になったと聞いたことがない。村の人達は「本人は徘徊らしいけど、入った家ではよく来たな！」と受け止めていた。

* 1人暮らしの高齢者を「見守る」という理解や実際の活動は地域の中でみられる。しかし、火の不始末が心配ということになると、そこが難しいところであった。在宅困難にもつながる。

②介護保険実施後

* こうした難しさは現在も見られる。本人がサービス利用を拒んだり、家族がサービス利用の理解を示さないこともあって、在宅生活が難しい場合も見られる。「必要性を認めなかったり、軽い痴呆でその迷惑を遠方の家族に言っても信じず認めず、近隣の人と家族に溝ができたとか、近隣の人が駄目だ、駄目だと言って家族に引き取ってもらうことになる」。地域福祉権利擁護が始まって3年目であるがまだ利用者がいない。

* グループホームが平成15年にできて、住民の痴呆性高齢者に対する認識も深まってきた。「その前までは、結構希望が多かった。病院の受け入れはないし、どうしようもないという人がいたが、グループホームができて凄く喜ばれた。介護保険の狭間にあったような気がします。介護保険制度では痴呆は、要介護度が低く見られているから、グループホームが出来てはじめて利用できるようになった」。

【事例4】Dさん（女性、75歳）

＜軽度、最近夫を亡くしひとり暮らし、心臓発作、退院直後、近隣との関係良好＞

①（90年代後半）

* こうしたケースはとくに支援が必要な対象とはなっていなかった。「問題にならなかった」。

* しかし、関節炎で通院が必要で、札幌や江別に行くときには、バスか近所の人車で通院していた。タクシーを利用していた場合もあるが。タクシーなら薬代も含めて、「一日1万円」かかっていた人もいた。

* 入浴が困難であれば、「ほとんど家族」が介助していた。お風呂に入れたりする身体介護をヘルパーが行ったのは、10年前の平成6年か7年のころからであるが例が少なかった。月一、二回の町の浜益温泉にいくひとも見られた。脳卒中後遺症のひとつでも、「動ける場合は、帰って来れる。好きな人は、バスを利用してでも温泉に行きます」。

* こうした人が、病気になると入院となることもあった。「冬の“雪なげ”（除雪）とか、寒いとかで冬になると入院」というのがみられた。

②（介護保険後）

* 緊急通報システムや村が依頼したハートコール（電話で時間を決めて、「どうですか？」とN.T.Tが毎日安否確認するサービス）がある。本人負担はないが、利用者が少ない。独居を対象に、本人申請に基づいて設置している制度だが、「宣伝が余り行き届いていないせいもありますが、どちらかという浜益の人は余り世話になることをきらう性格かもしれません」。

* 通院が必要になった場合は、「最近では札幌でも江別でも見ってもらって病名が決まったら、処方箋をもらって、次からは村の診療所から薬を出してもらおう」というようになった。そこには、老人医療費の自己負担の増加、バス代の負担もあるようだ。「バス代かけるとかなり負担でした。いまは月に1回の検査とかは受けて、後は診療所でとなりますかね」。

* 介護保険実施後、退院時には、病院の「ソーシャルワーカーとかがいろいろと説明してくれ」、「地域に戻った時に、デイを使いなさいとか直接連絡をくれる病院」が見られるようになった。介護保険のサービスを利用するようになり、家族は在宅介護支援センターに相談したり村会議員に相談したりするようになった。

2) 厚田村

* 実施日：2005年1月11日

* 実施場所：厚田村在宅介護支援センター内

* インタビュー対象者：ケアマネジャー（保健師）、厚田村役場介護保険担当者、福祉施設の施設長及び生活相談員

【事例1】Aさん（女性、83歳）

<ターミナルケアが必要なガン末期、「老老介護」、
「全介助」>

①（地域でのケア）

（90年代後半）

* こうしたケースのように「老老介護」の場合でも、子供と同居の場合でも、「終末まで在宅という人」は当時あまりなかったと思う。札幌の病院に入院する例が多かった。終末期になると医療が不可欠だ。村の国保診療所は平成7年ごろまでは入院が可能であったが、医師が代わり、土日、休日の体制がとれなくなり、入院が難しくなった。村の国保診療所では外来中心の診療で、往診は行っていなかった時期で、在宅では末期を迎えられない状況と思う。在宅で「いれなかった」と思う。家族も「病気は病院」という気持ちがかかなりあったと思います。

* 訪問看護の体制もなかったが、介護保険一年前くらいに民間の病院の訪問看護が村にくるようになった。

②（介護保険後）

* 現在は、こうしたケースは実際にはないが、実際にあれば「以前よりは地域で過ごせる」ようになったと思う。医療体制（以前の国保診療所）が変わり、今は民間のクリニックになり、「先生が往診してくれますし、介護保険がありますし、介護以外でも使えます」。訪問看護師もきてくれるようになった。

* しかし、こうしたケースの場合は、ホームヘルパーの生活援助も身体介護も必要になり、介護保険の限度額では足りなくなる。家族が家事部分を担うというのであれば可能かもしれない。

* 訪問看護師が訪問するようになったが、こうしたケースの場合には難しさもある。

「冬季の問題とか、看護婦さんがどの程度入るのか」である。隣の石狩市は、一日おきに入っているようだが、それはできるかどうか。「うまく先生の往診を週1で使って、看護婦さんを1回くらい使えば昔ほど難しくない」と思う。

* 住民の意識も以前と大きな変化は見られないように思う。「病気になったら病院で」と。

【事例2】Bさん（男性、85歳）

<脳卒中後遺症、ひとり暮らし、歩行不安定、家事困難>

①（90年代後半）

* こうしたケースは地域で普通で、例えば、ホームヘルパーが「週一回、食事の支度とお掃除、洗濯、買い物とか」の家事援助の支援を行っていた。

* 近隣の援助もあり、「おかずの差し入れとか、ちょっと元気かどうか様子を見る」ということがよく見られた。民生委員も近隣の人と関わっていた。しかし、地域的には、家が離れている地区では一人暮らしが難しいところもあった。

* 当時はディサービスが週一回利用できたが、その利用には地域でまだ、抵抗感、偏見のようなものもあったと思う。

②（介護保険実施後）

* こうしたケースの場合、ホームヘルプサービス利用が、週1～2回から毎日利用というぐらゐに変化してきた。例えば、「生活援助と身体介護」、「生活援助は家事全般と掃除」ということが出来るようになった。そして、ケアマネジャーとして一番考えるのは、「家の中で転ばないように安全性」で「室内の整理整頓」、「あとは食事がちゃんと出来ているか」というところだと思ふ。他に、「ディサービスと訪問看護」も考えられます。

* また、「病気があると、例えば糖尿があると配食サービスを月～金曜の夕食」というように考えられる(村では配食は平成14年度開始)。「希望すれば保健がやっている機能訓練事業とかに誘ったり」というように考えられる。

* 地域の住民の地域活動は以前からあったが、その輪が広がってきたように思う。「除雪、買物、見回りのボランティアの携わりは、介護保険前からありました。介護保険が始まってから更に輪が広がりました」。その活動に内容も多様になってきた。除雪ボランティアが中心だが、それが「見守りとか買物の手伝いとか電話での安否確認、最近では病院の送迎とか一部分だけが始まっている」。社協でも車を購入し、送迎ボランティアに使ってもらえるようになった。

【事例3】Cさん（女性、73歳）

＜軽い痴呆、ひとり暮らし、近隣との交わりがない＞

①（90年代後半）

* このようなケースで、保健師が調整しながら地域の人達と支援した例も、一部ではあるがあった。

* こうしたケースの場合の在宅の限界は、冬季間の暖房の問題だ。お金がないからと（実際にはあるが）、「灯油を入れられない」と3日間もストーブをつけないでいた例もあった。こうした人に対して、地域の人達の受け止め方は、火災の危険もあり複雑である。「もっと重症な痴呆になると周りの人も問題行動がいっぱい起こすので、火でも出されたら困って地域でもほっとけないから、こっちにも伝わってくる」。

②（介護保険後）

* こうしたケースへの支援は、訪問も頻度が多くなり大変だが、当たり前になってきた。介護保険の報道で、介護サービスが受けられるということが住民に理解されるようになり、地域でも何かあると役場に「相談してみたら」というようになった。

【事例4】Dさん（女性、75歳）

＜軽度、最近夫を亡くしひとり暮らし、心臓発作、退院直後、近隣との関係良好＞

①（90年代後半）

* こうしたケースはたくさんあった。「ご主人を

亡くしたりすると最初は落ち込みますが、一年も経てば元気になるという感じで、地域の老人クラブに参加したり、ゲートボールをしたり、自分の体にあわせてあまり負担にならないように」過ごし、近くの人との関係もよかったら、近所との関係を楽しみながら過ごしていたと思う。

* 特別養護老人ホームのデイサービスは当時、買い物行事を取り入れ、こうした人達が参加してきてとても喜ばれた。「息子さんとは同居していても、買物をしたいと思って忙しくしているので息子さんに遠慮して、デイサービスに来て行事の買物を楽しみにしていました」。行事の買い物のサービスを取り入れたのは、買物の希望が多かったからで、「行事的に何回かやろうと」、取り入れた。バスに乗って郊外に出かけるという取り組みであった。

②（介護保険後）

* こうしたケースは、介護保険前も後も変わりはないが、隣近所の協力を得て緊急通報システムの利用が進んできた。

3) 神奈川県津久井町

* 実施日：2004年12月3日

2005年1月4日

* 実施場所：津久井町役場内、津久井町社会福祉協議会内

* インタビュー対象者：保健師、津久井町役場介護保険担当者、社会福祉協議会職員、介護支援専門員

【事例1】Aさん（女性、83歳）

＜ターミナルケアが必要なガン末期、「老老介護」、「全介助」＞

①（地域でのケア）

（90年代後半）

* 町のがんターミナルケース等への対応は、病院、診療所の往診があり、行われていた。90年代前半には、看護職による訪問が行われるようになり、在宅療養が可能になっていったが、

介護できる家族介護者の場合に限られがちで、「老老介護」の場合は難しかった。

* ホームヘルパーが訪問するようになっていた。

町でホームヘルパーが最初に身体介護のケースを支援したのは1994年ごろであった。1996年頃は、家事援助から身体介護にホームヘルパーの支援内容が変わっていき、利用世帯数が増加し、社協のホームヘルパーの人員も増えていったころであった。しかし、24時間在宅ケアという考え方はまだなく、訪問時間は9時から5時の間であった。保健師や看護職の支援を受けながら訪問をしていた。

* 町の保健師が中心となり保健医療福祉関係者の連携ができ、医療職とホームヘルパーの調整を行っていた。保健師と社協のホームヘルパーの打ち合わせも増加していった時期であった（H9：4回、H10：10回、H11：12回）。また、保健師が中心となり、町内の看護職の技術講習等を目的に学習会がもたれていた。

* ケアケース検討部会には、医師（町内医師輪番で対応）・看護師・社協職員・町職員（担当課長・保健師・社会福祉担当）が出席、ケースへの訪問看護師派遣決定の場として機能する他に、地域医療の体制整備にむけて課題を話し合う場であった（現在これに代わる機能をもった会議はない）。

②（介護保険後）

* 訪問看護の定着で、訪問看護師の訪問は地域を問わず可能になってきている。こうしたことが背景となって、ホームヘルパーも、医師と訪問看護師とのチームが組めるようになり、安心して訪問できるようになった。こうしたケースの相談があってもホームヘルパーは「どうしよう」と戸惑うこともなくなった。

* しかし、「老老介護」の場合は、訪問介護の介護報酬の枠内では、身体介護と生活援助の両方を利用すると限度額を超える。生活援助のところを家族が担うと可能であるが、家族が行えないときは難しくなる。

* 基幹型在宅介護支援センターが社協に設置さ

れ、訪問看護師やケアマネジャーの役割が町の中で定着してきた。

【事例2】Bさん（男性、85歳）

<脳卒中後遺症、ひとり暮らし、歩行不安定、家事困難>

①（90年代後半）

* 地域では、リハ病院から戻って自宅にいたこうしたケースは多かった。

* 在宅で支援していたが、この当時はまだ、ホームヘルパーが入浴援助することがあまりなく、保健師などから学びながら援助するようになってきていた。支援内容は買い物と炊事、そして掃除であった。それに入浴というプランであった。

* しかし、こうしたケースも痴呆症状が出てくると、在宅は難しくなり、入院となった老人病院の「たらい回し」もみられ、都内にまで入院する例もあった。

②（介護保険後）

* こうしたケースは金銭管理ができなければ、権利擁護を利用するようになってきている。

* ケアマネジャーとしてはまず、「自立した生活を安全に暮らす」が大事と思うので、環境面を重視し、転倒防止などのための住宅改善等を考え、その上で何が一番困っているか、何ができるかを、本人と相談しながら支援を広げることになることが多い。サービスを使うことに慣れてもらうことが大事だ。

* 10年前は閉じこもっている人もいたが、現在は地域にでるようになった。デイサービスに行くようになり、「絶対にどこもいかない」と言っていた人が「じゃ俺も行こうかな」というようになった。「あの人嫌いだ、この人嫌いだ」というのが「誰でもやってくれるのならお願いだ」というようになった。また、「何もしない」と言う人が「じゃ俺はこれやろうかな。ここまで出来る」というようになった。

* 近隣の人たちのこのようなケースへの見方も変わってきた。

【事例3】Cさん（女性、73歳）

＜軽い痴呆、ひとり暮らし、近隣との交わりがない＞

①（90年代後半）

- * サービスを拒否する場合には支援が難しかった。拒否しなければサービスを入れることができた、ホームヘルプサービスを週数回の訪問で来たと思う。
- * 周囲の人たちの見方も、なにか問題となると「なんとかする」というような状況であったように思える。在宅の限界は、とくに火の問題が大きかった。それをきっかけに病院・施設へと移っていったこともあった。こうした場合は重度特養の利用となることがあるが、その利用施設は、県内の広範囲にわたった。

②（介護保険後）

- * こうしたケースは、地域福祉権利擁護事業につながりようになった。つながるまでが難しい。信頼される関係を築きながら支援することが重要と思う（最初は2ケースであったのが最近では22ケースになった）。また、地域での生活が難しくなり、入院が必要なとき、介護保険制度後とくに問題になってきたのは、施設利用や入院の際の保証人の問題である。
- * 近隣には、痴呆性高齢者を受け入れる施設が少ない。遠方の施設を利用することになることがある。グループホームは、隣接市にはあるが、町内にはない。

【事例4】Dさん（女性、75歳）

＜軽度、最近夫を亡くしひとり暮らし、心臓発作、退院直後、近隣との関係良好＞

①（90年代後半）

- * こうしたケースの場合、とくに山麓部では、地域のつながりが強く、退院するとすぐに民生委員さんがきて、近所の人たちもなにかと「世話を焼いてくれる」ということが見られた。また、一人暮らしの会もあったのでつながりも強かった。
- * 社協が行っていた移送サービスはこうした人

達の外出に大きな役割を果たしていた。

②（介護保険後）

- * 外出が出来ないのであれば、サービス利用を勧めるようになった。また、近隣や妹の状況を見て支援内容が決まってくると思う。サービスは下肢の筋力低下ならディケアかディサービスがよいかを考え、入浴負担があるかどうかも考えられる。歩行が困難であればシルバーカー等の福祉用具の利用が考えられる。また、妹さんがどのくらい訪問し、どのくらいの役割を担えるかも考えることになる。

4）神奈川県清川村

*実施日：2004年12月21日

*実施場所：清川村役場内

*インタビュー対象者：清川村保健師、清川村
社会福祉協議会職員

【事例1】Aさん（女性、83歳）

＜ターミナルケアが必要なガン末期、「老老介護」、「全介助」＞

①（90年代後半）

- * 当時は、まだ自宅でターミナルという考え方は少なく、「癌だったら病院で」というのが住民の一般の受け止め方であった。

②（介護保険後）

- * 子供夫婦と同居の場合であれば、診療所の医師の往診と看護師訪問、さらにホームヘルプサービスの利用という例が見られ、10年前と比べると、自宅での在宅ケアも可能になってきた。しかし、一人暮らし、「老老介護」の場合はまだなかなか難しい。

【事例2】Bさん（男性、85歳）

＜脳卒中後遺症、ひとり暮らし、歩行不安定、家事困難＞

①（90年代後半）

- * とても一人では在宅は無理というケースでない限り、一人で生活している人は多かったと思う。痴呆があっても地域の人は「普通と考えて

いた」。体が動かなくなると、排泄が難しくなる
と在宅生活は難しくなり、当時のホームヘルパー
の業務は「家事援助に限られて」いたので、
排泄困難であれば、自宅生活はなかなか難しい
ということになった。「そうなれば結局、入院」
と考えられがちであった。

- * 当時、リハビリ教室へ行くということは、「あ
そこ行くともうお終りだ」と言われることもあり、
脳卒中になって、「リハビリへ行くようじゃ
お終いだ」というように考えられがちであった。

②（介護保険後）

- * 介護保険以降、デイサービスに行くことにか
ぎらないが、外に出るといように住民の考え
方が変わってきた。サービスを利用するという
考え方が家族の中にできてきた。
- * デイサービス等、こうしたケースが利用でき
る場ができてきた。「入院してもまたリハビリ教
室に行く」といった「一生懸命戻って回復する
ような姿勢が出てきた」。家族の側にもそうした
意識が出てきて、リハビリの「意味が分かって」
きたように思う。
- * 介護保険制度開始後、家族も「自分自身の時
間が持てる」というようになり、「本人もとても
楽しそうに通うということが目に見えて変わっ
てきている」。意識が変わってきたことがわかる。
日中独居の場合では、「家族の方がデイサービス
に出すという形」が増えているように思う。
- * 嫁が介護している場合でも、サービス利用を
前向きに考える人が「ぼつぼつと増えてきてい
る印象」を受ける。
- * こうしたケースでは「老老介護」でも痴呆が
あまりなければ、在宅で「問題なく大丈夫」と
思う。

【事例3】Cさん（女性、73歳）

<軽い痴呆、ひとり暮らし、近隣との交わりがな
い>

①（90年代後半）

- * 一部に新興の住宅街があり、今後の問題だが、
ほとんど地元の人で、つながりがある人たちで

ある。

②（介護保険後）

- * 地域福祉権利擁護事業を利用する事例は増え
ている（現在4ケース）。「独居で軽い痴呆の場
合はまず権利擁護」と、金銭管理が出来なくな
ると難しく、トラブルのもとになり、地域福祉
権利擁護で「出来るだけ早めにサービスに繋が
りて…」というようになってきた。
- * しかし、痴呆が重い状態になると在宅はなか
なか難しく、村にはグループホームはない。

【事例4】Dさん（女性、75歳）

<軽度、最近夫を亡くしひとり暮らし、心臓発作、
退院直後、近隣との関係良好>

①（90年代後半）

- * こうしたケースならば当時から、「家で普通に
過ごして」いた。近隣の結びつきも強く、「1人
にしない」で、「退院したから様子見に来たよ」
と顔を出していた。
- * リハビリ教室も月1回だったが、「こちらから
迎えに行き、様子を把握するという」ように
していた。訪問リハで、PTさんと一緒に訪問
し、「簡単なリハビリ指導をしたり」、オムツの
支給などのサービスにつなげたり、民生委員さ
んに繋げるといった支援をしていた。

②（介護保険後）

- * 村内の地域によってもすこし違いがある。
- * M地区は例外的で、この地区ではデイサービ
ス施設から遠く、「サービスが遠い」。サービス
を受け入れないところも感じられる。地区の様
子をみていると、地域でお互いに見ているとこ
ろが残っている。高齢化が進んだ地区だが、介
護サービスを利用しなくとも、暮らしが「成り
立っていつてる状況」ではないかという感じだ
がある。「70、80代の方もお茶飲みに行ったり、
様子を見に行ったり」している。

文 献

- ・ Blackman.T, Brodhurst.S, and Convery.
J.[2001] *Social Care and Social Exclusion:A*

*Comparative Study of Older People's Care
in Europe* Plgrave.

- Boldy, D. (ed)[1981]Operational Research Applied to Health Services, St Martin's Press, New York)
- OECD,(1996) Caring for Frail Elderly People Policies in Evolution.
- 『厚田村高齢者保健福祉計画・介護保健事業計画』2000年3月。
- 『厚田村高齢者保健福祉計画・介護保健事業計画』2003年3月。
- 太田貞司『地域ケアシステム』有斐閣、2003年。
- 『清川村高齢者保健福祉計画・介護保健事業計画』2000年3月。
- 『清川村高齢者保健福祉計画・介護保健事業計画』2003年3月。
- 『津久井町高齢者保健福祉計画・介護保健事業計画』2000年3月。
- 『津久井町高齢者保健福祉計画・介護保健事業計画』2003年3月。
- 『浜益村高齢者保健福祉計画・介護保健事業計画』2000年3月。
- 『浜益村高齢者保健福祉計画・介護保健事業計画』2003年3月。
- 老人保健福祉法制研究会編『高齢者の尊厳を支える介護』法研、2003年。

D. 健康危険情報

該当なし

E. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

表1 対象自治体の状況

	人口 H16.3.31 住基 (A)	一号被保険 者 H16.4.1 (B)	B/A (%)	要介護等 高齢者数 H16.4.1 (C)	C/B (%)	介護保険 施設利用者数 H16.4.1	施設率： 一号被保険者比 H16.4.1	15-17年度の 条例上の保険料 基準額 (月額相当)
北海道浜益村	2187	935	42.75	158	16.9	59	6.31	3,758
北海道厚田村	2807	773	27.54	144	18.63	54	6.99	4,742
神奈川県津久井町	29769	4875	16.38	527	10.81	118	2.42	2,700
神奈川県清川村	3226	589	18.26	83	14.09	14	2.38	3,291

表2 要介護者数及び施設利用者数（一号被保険者比）

*人口：住民基本台帳（3月末日）

*%：1号被保険者に対する65歳以上の要介護者の割合

①北海道浜益村

年(4月1日)	人口	1号被保険者	要介護認定者数	要支援	要介護Ⅰ	要介護Ⅱ	要介護Ⅲ	要介護Ⅳ	要介護Ⅴ	施設利用者	特養	老健	療養型
2001	2,310	947	92 9.71%	9	21	14	18	10	20	47 4.96%	24	6	17
2002	2,293	949	107 11.28%	15	23	18	20	14	19	48 5.06%	23	7	18
2003	2,231	919	136 14.80%	26	36	20	16	16	22	48 5.22%	21	9	18
2004	2,187	935	158 16.90%	39	43	17	22	20	17	59 6.31%	38	12	9

②北海道厚田村

年(4月)	人口	1号被保険者	要介護認定者数	要支援	要介護Ⅰ	要介護Ⅱ	要介護Ⅲ	要介護Ⅳ	要介護Ⅴ	施設利用者	特養	老健	療養型
2001	2,992	784	147 18.75%	26	56	21	19	12	13	57 7.27%	43	4	10
2002	2,949	761	149 19.58%	20	61	23	17	14	14	67 8.80%	52	7	8
2003	2,888	766	162 21.15%	32	68	17	13	16	16	57 7.44%	45	6	6
2004	2,807	773	144 18.63%	28	50	19	17	16	14	54 6.99%	42	7	5

③神奈川県津久井町

年(4月)	人口	1号被保険者	要介護認定者数	要支援	要介護Ⅰ	要介護Ⅱ	要介護Ⅲ	要介護Ⅳ	要介護Ⅴ	施設利用者	特養	老健	療養型
2001	30,724	4,357	343 7.87%	40	70	60	56	69	48	109 2.50%	74	21	14
2002	30,424	4,495	403 8.97%	45	107	73	58	66	54	114 2.54%	76	22	16
2003	30,104	4,710	453 9.62%	70	115	84	61	53	70	117 2.48%	74	26	17
2004	20,979	4,875	527 10.81%	71	161	82	81	68	64	118 2.42%	76	27	15

④神奈川県清川村

年(4月)	人口	1号被保険者	要介護認定者数	要支援	要介護Ⅰ	要介護Ⅱ	要介護Ⅲ	要介護Ⅳ	要介護Ⅴ	施設利用者	特養	老健	療養型
2001	3,261	528	57 10.80%	4	16	6	5	15	11	16 3.03%	12	3	1
2002	3,231	544	63 11.58%	6	18	10	7	7	15	13 2.39%	11	2	0
2003	3,252	579	71 12.26%	6	18	15	11	5	16	17 2.94%	12	4	1
2004	3,226	589	83 14.09%	5	33	12	9	9	15	14 2.38%	11	3	0

研究報告 1 1 (2)

要介護認定者発生率の地域差に関する研究

分担研究者 太田 貞司 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部 教授

研究要旨

本研究の目的は、地域差に着目し、「地域包括支援センター」の職員・自治体関係者が「地域包括ケアシステム」の構築を図る場合の「地域支援モデル」を作成し、地域ケアの促進することである。とくに「包括的・継続的ケアマネジメントの体制整備」業務に資することにある。

研究協力者

笹谷 春美

（北海道教育大学札幌校教授）

村本 慶幸、池垣 和子、畑中 正彦

前田 佳子、向井 邦雄、辻 カヨ子

三浦 信悦、大矢 正、菅原 直美

堀切美穂子、山口 康、井上 誠二

黄木 正彦、久保田 篤、清田 京子

市川 玲子、両角 美雄、野呂 一美

川端 好代、田中 潤、熊野 二見

佐田 康子、須佐 光一、清田 敏子

大沼 美子、小鍛冶佳子

地域ケアのサービス基盤（地域包括ケアシステム）、高齢化の要因の他に、地理的・歴史的・文化的な背景、地域の産業、介護観など複雑な要因がそこには絡んでいると言える。

高齢者への尊厳、自立支援を基本にし、「在宅介護の重視」また「住み慣れた地域で暮らす」ことを理念とし、その地域特性に合わせた地域ケアの構築を図る場合、高齢者の長期ケアのあり方を、医療モデルではなく生活モデルで捉え、長期ケアのシステムを地域社会に構築していくことが適切なケアバランスに転換を図ることである。こうした地域に根ざした、健康の指標、自立度の指標だけでなく、要介護者の「日常生活を営む」ことに視点を当てた生活の指標をもとに、地域ケアを住民と共に築くためには、地域ケアの現状や課題について、専門機関・専門職、行政だけでなく、地域住民の理解が欠かせない。包括的・継続的ケアシステムの体制整備には地域ケアのその地域の現状を理解し、課題について誰でも理解しやすい「地域支援モデル」の開発が必要である。

A. 研究目的

1) 研究の背景

1. 地域包括ケアの構築と地域支援モデルの必要性

介護保険制度発足後、要介護認定者の増加が見られ、今後ますます介護予防、自立支援が重要となり、2005年に介護保険制度が見直され、健やかな老後を送ることができるように地域特性に合わせた地域ケアの体制作り、できるだけ住み慣れた地域で暮らす地域包括ケアシステム構築が重要な課題になった。

要介護認定者の一号被保険者に対する割合（要介護認定率）の地域差、また介護保険施設の利用状況にも地域差があることが明らかになり、地域ケアの体制を推進する場合には、その地域差の捉え方を重要であり、もちろん、その地域差には、

2. 研究目的

本研究の目的は、要介護認定率の地域差等地域特性に着目し、介護（予防）担当者・自治体関係者が「地域包括ケアシステム」の構築を図る場合に参考になる「地域支援モデル」を作成し、地域ケアの促進に資することにある。とくに2005年の介護保険改正で示された「地域包括支援センタ

一」業務の「包括的・継続的ケアマネジメントの体制整備」の業務における「地域包括ケア」の基盤整備の現状を構造的に捉えることに資することにある。

過疎自治体など地理的にもさまざまな困難を持つ自治体における、地域特性に根ざした地域ケアの構築、つまり在宅ケアと施設ケアの組み合わせ、あるいはフォーマルサービスとインフォーマルサービスの組み合わせを示す「地域支援モデル」（試案）を作成することを最終的な目的としている。

B. 研究方法

1. 本研究の計画

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過疎地域、農村部の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し（平成16年度）、地域ケアの形成過程と地域差の関連を把握しながら、地域ケアの現状と課題をつかみ、地域社会の特性に合わせた地域ケアの構築のための誰にでも理解しやすい「地域支援モデル」作成に資する地域ケアの目標を明確にし、同時にそれらの自治体と比較するために都市部での調査を行った（平成17年度）。

要介護認定者率、介護保険施設利用者率の動向を把握し、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の地域差を、半構造化インタビューにより、関係者から聞き取りを行う。そのインタビュー記録を、文字変換し、得られたテキストから、その自治体また日常生活圏域における「地域包括ケア」の基盤整備の地域性のとらえ方、取り組み方の構造化を試みて、地域差を踏まえ、地域包括ケアシステムの地域間比較を行い、地域特性と地域課題を明確にするために活用できる「地域支援モデル」の作成を図る。

2. 調査対象

平成16年度では、これまで調査研究を進めてきた北海道厚田群厚田村と浜益群浜益村2村を本研究の対象とした。両自治体は日本海沿岸の自治体で隣接している。さらに、本研究では神奈川県愛甲郡清川村、津久井郡津久井町の1町1村を対象とした。両自治体は県北部に位置し隣接している。なお、町村合併により北海道・厚田村と浜益村は、平成17年に石狩市と合併し、神奈川県・津久井町は平成18年に相模原市等と合併することになっている。

一号被保険者に対する要介護認定率、介護保険施設の定員率及び利用率では、都道府県また市町村でも違いが見られる。都道府県で見れば、北海道はそれらが比較的高いところに位置し、神奈川県は比較的低いところに位置する。北海道はその市町村でも差がみられ、2001年4月、厚田村19%、浜益村9%である。それに対して神奈川県は比較的低いのであるが、その市町村でも差がみられ、清川村11%、津久井町8%である。なお、厚田村は福祉施設を比較的早くに開設したことが要介護認定率及び施設利用率の高率化につながり介護保険料も高額となったという見方があるが、そこには様々な地理的要因等が複雑に絡んで、地域ケアの形成過程が見られたと考えられる。北海道と神奈川県としたのは、前者は前任校、後者は現在の勤務校という調査の都合上の理由もある。

浜益村は、日本海沿岸に位置し地理的にも様々な困難を抱える自治体であり、道内で最も高齢化が進み、高齢化率は40%を超えている。厚田村は浜益村に隣接する石狩川河口に位置し、浜益村と同様に地理的にも様々な困難を抱える自治体である。浜益村は人口2,167人（2004年3月31日）、厚田村は人口2,807人（同）でともに2000～3000人の自治体である。

また、介護保険制度発足時、浜益村は要介護認定率が低く（注：現在は高い）、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が高く、介護保険施設利用率も高い自治体であった。なお、介護保険制度発足当時、