

かに自宅に帰さないといけない時に、地域の中に在宅サービスがもっと欲しいと思います。・・・福祉タクシーなどあれば、移動手段に合わせた踏み込んだリハビリを提供することができるんですが。」、
「PTは中心部に集まりがちで、・・・必要な方たちは地方にも一杯いらっしゃるの、・・・同じサービスを受けたいと思っても、中心部と地域では全く違うというのを本当に痛感しています。」、
「通所リハでは全然転倒とかそういう可能性とかなくても、在宅ではやっぱり危険がとても多くて、在宅での転倒とか、リスクが多い方に対してのアプローチしていくのが全然できていない状態です。デイケアも私のところ一つだけというかなり厳しい状態です。訪問リハが本当に必要な方は、他の市町村からリハの専門職の方に来ていただくという状態です。」、
「訪問ってすごく単価が高くて魅力ではあるんですが、それ以上に数をこなさないといけないというのがあります。それにはセラピストの数が足りない。」

③人口減による経営への影響

平成19年以降人口減に転じる地域では、利用者数の減少による経営の悪化、それに伴うサービスの質の維持が困難であることへの懸念があげられた。需要はあっても採算に合うだけの需要ではないことから、リハビリ専門職の増員によるサービスの充実を図ることは困難な状況であることが述べられた。

具体的には、「来年からはもう人口自体が減っていくっていう、高齢者数がですね、役場の統計の方で出てまして、今、・・・通所リハビリの収入っていうのが、今運営としてぎりぎりの状態で、・・・4か町でリハビリを提供しているのがここだけな

んですけれども、これから利用者がどんどん減っていったときに、今まで通りのサービスを維持していけるかどうかという問題がこれから出てくるんじゃないかと。」、
「今の問題点は利用者が去年に比べて少しづつ少なくなっている、市自体が要介護認定者が、増加傾向ではなくて、横ばい状態っていうのがあります。なかなか新規が増えないっていうのが1つあります。その中で、どうやってうちのレベルを上げて、利用者を獲得していくか、というのが課題です。リハのスタッフを増やしたところで、そのコストがあつて、見合うかどうかっていうのも1つの問題点であつて。」、
「訪問看護とか、他の事業者の方も訪問とか、居宅とかありましたが、やっぱり、採算がとれないということで、ほとんど閉鎖になっていますし。」

④地域特性に応じた介護報酬への改正

過疎地域では、訪問は長距離となるため、訪問リハビリは半日で2件が限度というような状況があり、効率が悪く採算が合わない現状が述べられた。距離と利用件数の限度を考慮した報酬制度への改正の必要性が訴えられた。また、サービス単価が低く、労力に見合わない、という意見もあつた。

具体的には、「訪問リハビリについては距離の問題があります。医師の往診には移動距離が報酬に入っていると思いますが、移動距離、移動時間が介護保険には全然入っていないというの、・・・病院もボランティアではないので、遠いところより近いところ何人かの方が良いわけです。国もその辺を考えてもらわないとサービス面ではどうかと思います。」、
「労力の割に報酬が少ないというのものもあるの

で、現場サイドから吸い上げて欲しいです。」「距離とリハの件数というのを見合った形で過疎地では汲んでいただければ。例えば、ある所 1 時間行って帰ってきました。また次のところ 1 時間、だと現実的に半日に 2 件というのがやっとなら、近場であれば、3、4 件可能だと思っていますので、そうすると 2 倍の差が、2 件と 4 件とで、出るのかなと思います。」

(2) 他職種によるリハビリテーション代行

① 他職種によるリハビリ代行の現状

離島や過疎地域では、訪問リハビリの多くは訪問看護や訪問介護によるものが多いという現状が述べられた。

具体的には、「現状として、訪問リハビリを自宅で多くしているのは訪問看護や訪問介護のヘルパーが多いです。特に島などでは多いと思います。」「リハが必要で入院中リハをうけていて、帰ってからリハを受けたいと希望しても PT などが来れない地域であるが、リハを受けたいということで、訪問看護でリハを、ということで、担当の PT と連携してわざわざ PT に自宅を見に来ていただいて、自宅での状況など全部把握してもらい、その上で指導をしていただいて、私たちが継続してリハをしているという状況。」

② リハビリ専門職による他職種への指導実績

離島での、看護職や介護職へのリハビリ専門職によるリハビリの実地指導の経験が述べられた。

具体的には、「島への訪問リハの経験があります。そのときは看護師と一緒に訪問に行き、実際にどんなことをしているのか見てもらい、その場でどのようにしたらいいかその場でアドバイスをしました。また、ある地域の介護職にサービ

スとして同席してもらいケアの方法を伝えるということをしました。」

(3) リハビリテーション支援に携わる専門職・機関の課題

① リハビリ支援に携わる専門職の質

a) リハビリの直接支援に関わる専門職

利用者の状態像の把握不足や業務優先などから自立につながるようなケアができていないことや、利用者の参加意欲を高めるリハビリプログラム作成、在宅で支援する家族、周囲の人々への情報提供、在宅生活状況の情報収集の必要性があげられた。

また、専門家による在宅生活の評価や利用者本人・家族への指導の不足など、リハビリの直接支援に携わるリハビリ専門職や看護・介護職の質の問題があげられた。

具体的には、「業務、仕事に追われるので、本来患者さんが持っている能力があっても時間の関係で、余計なところで援助してしまうという困った現象がある。」「通所リハビリの中で利用者の出来ること出来ないことっていうのを、まずは全部の職員が把握できてないっていうのが 1 つにあって、・・・できることまでやってしまう、ということ、業務優先になってしまっていて、流れ作業的なところで、なかなかその自立支援のケアが出来ていないっていうのが。訓練するんだけど、・・・改善に繋がってはない。」「施設ではプログラム上でプランしたものの評価をしていきますが、実質的に家庭ではどうなっているのか疑問です。実際お家では、炊事、洗濯、動作行動に対してどういうふうに変化したかなという評価はされていないんじゃないかな。」「その人がお家で、元気でその人らしく生活でき

るような生きがい作りみたいなところに終始しないと、いくらリハビリをやって本人が苦痛であったら意味がないわけで、楽しく来て貰って、その最後にリハビリがあって、サービスがあって、楽しく来てくれるというシステム化というかです。

b) ケアマネージャー

ケアマネージャーの利用者の状態把握不足（理解不足）やリハビリへの知識、理解不足から不適切なケアプランの作成がされていることがある。そのため、効果的な自立支援に向けたサービスの提供ができていない。しかし、他の専門職の専門家としての立場からの助言や利用者や家族の希望がケアプランに反映されないという、ケアマネージャーの元の職種の影響や経験など、質に関連した問題が述べられた。

具体的には、「リハ＝デイケアとケアマネがすぐ結びつけてしまって、果たしてそのデイケアで自宅で生活するのに有効なリハが行われているかっていえば行われていないのが現状なんです。なかなか、プランを組むケアマネと現場で働く私たちの意見と家族、利用者の意見とがなかなか融合しなくて、ケアマネのリハ＝施設という考えが優先してしまう。」「ケアマネさんの力量というか経験とかそういうものが職種によってやっぱりちがってくるのかなあ、っていうのを強く感じています。」「どういうサービスが自分が立てたケアプランの、実際行われているか、ケアマネは実際に現場に行くことはあまりないですから、もっと入ってもいいんですけどね。」「担当者会議で自分が入れない部分の情報を得て、自分が上だという考えをなくしてみんな平等に。情報収

集をまめにさせていただいて、その人にとって何が不足しているか、というのをそこから見出させていただいてプランしていただきたいな、と思いますね。」

②各機関・職種間連携の不足

回復期以後のリハビリ目標の不明瞭さが患者のリハビリ意欲に影響しているのではないかと述べられた。リハビリに関わる専門職や家族、居宅介護支援センターや地域包括支援センターとの連携不足による支援方法のずれやニーズのずれが生じていることがあげられた。病院から在宅リハビリに関わるすべての機関においてのスムーズな連携と、関連職種による連携を可能にするための十分なプランニング期間のシステムづくりが必要であることがあげられた。

具体的には、「急性期から回復期で退院の後が定かではないというのがあって・・・その辺を明瞭にして道筋をこちらでしっかり与えて、それが目標になって患者のリハへのモチベーションにつながっていくのかなと思います。」「リハ職員、ケアマネ、介護士、医者、家族等チームとしての連携不足というか。」「自分の施設の居宅の人とはこう進めていったらいいですよ、というような会話もあるんですが、そうでないところの居宅とか在宅、包括支援センターとかの場合は、全く情報交換がなくプランだけがきて、自分たちの見方とプランでの見方とずれがあったり、本人さんと家族のニーズとがずれがあるなど・・・、もう少し情報交換を出来る場がもてたら、統一的にみんなで支援できたらいいんじゃないかと思います。」「病院、老健、いろいろな居宅サービス、流れがやっぱりインターフェースのところスムーズじゃないなど

感じるのです。だから一貫してリハ的なサービスを提供できないところがあるのかな、そこを立て直さないといけない。」「退院時の、最初のプランニングをもう少し充実してケアマネージャー、リハビリの担当で充実した形で取り組める期間というのを、・・・病院から橋渡しのところでしっかりと、もんでいただける期間とか、そういうスタイルがあると介護保険への引渡しがいまいくのかな。医療から介護への橋渡しを充実して、プランニングできるような組織とか欲しいですね。」

③利用者のリハビリへの理解不足

通所・訪問リハビリの双方において、施設内や訪問の時だけでの受身的なリハビリになっており、在宅での継続に結びついていない現状が述べられた。在宅でのリハビリ継続には家族や周辺の人々との連携が必要であること、独居の利用者への在宅リハビリプログラムの工夫などがあげられた。

具体的には、「家族に指導するっていう部分っていうのはすごく大きいと思う。24時間の内のたった1時間、1週間にいっぺんとかの関わりだと何もできないですよ。その分いつも周りにいる家族、一緒に住んでなくても親戚、家族、周りにいる人に働きかけていうのも重要なことなのかな。」「『何で1人で歌を歌いながら体操をしないといけないの、近所の人から聞いたら馬鹿がいると思われ。』・・・1人でも出来るリハビリ、体操とかそういうのをどなたかいいのがありましたら教えていただきたいです。」「通所でも訪問でも、リハビリをする時間だけを受身にリハビリをされている方が多くて、・・・リハビリっていうのはこうやってしても

らうものだ、という意識が結構強くて、例えば家で自分でトイレに行ってズボンを下ろしてとする動作はリハビリじゃない、それは別だ、というような区切った考えが結構多くて、家の生活動作に関しては妻がしてくれればそれに甘えるにこしたことはない、とか。ケアプランにも自宅で出来るリハビリをという項目がよく出てくるんですけど、自宅でこうしてくださいと指導をしてもなかなか難しい部分があるんですね。」「生活を安定させるためのリハビリではなくて、ただ機能自体を上げるリハビリっていうのが根強く、リハビリの本来の意味っていうのが広まりきってないのかな、と思います。」

④類似サービスの差別化

施設リハビリサービスにおける、デイサービスと通所リハビリの2つのサービスが類似している問題があげられ、今後、差別化を図る必要があることが述べられた。

具体的には、「通所リハビリに関しては、介護予防事業、デイサービス、通所リハビリの3つのサービスが今はあまりにも同じであって、今後どういう風に差別化を図っていくのが重要な課題で、そうしていく必要があると思います。」

「デイサービス、デイケア、って名前は違うんですけど内容的にはあまり差はないかな、っていうのを自分的には感じてるんですね。猫も杓子もデイケアに行ったらリハビリを受けるんじゃないかって、デイケアは単に他との交流の場とかに限定してしまっただけで、リハビリは在宅に帰すと、いう方がいいんじゃないかな、と思います。」

Ⅲ. 通所・訪問リハビリテーション利用者への実態調査

1. 実態調査

1-1. 目的

鹿児島県の通所・訪問リハビリ利用者の現状とニーズ把握を目的とした。

1-2. 方法

1) 対象者

鹿児島県の都市部、中間地、過疎地の各地域で、通所・訪問リハビリサービスを利用している利用者本人計 12 名であった。

インタビューの内容と目的を各施設のリハビリ担当者に説明した上で、各施設が選択した利用者にインタビューを行った。

2) 手続きと調査方法

通所リハビリ利用者は各施設内にて、訪問リハビリ利用者は利用者の自宅に OT や PT と同行訪問し、リハビリ終了後に実施した。

また、質問は、意図する質問内容に対しある程度自由で幅広い発言が得られることを期待し、半構造的に設定した。

3) インタビューの内容

属性、家族構成、居住環境、疾患名、障害部位・程度、介護度、入院から在宅への移行について、通所・訪問リハビリサービスについて、今後への要望などであった。

4) 調査期間

平成 18 年 7 月 25 日～10 月 20 日であった。

2. インタビュー結果

1) 対象者の特性

利用者は、男性 3 名、女性 9 名、計 12 名であった。平均年齢 81.2 歳（範囲 71～99 歳）、利用しているリハビリサービスは通所リハビリ 6 名、訪問リハビリ 6 名であ

った。世帯構成は、夫婦二人暮らし 5 世帯、2 世代同居 6 世帯、独居 1 世帯であった。居住地域は、都市部 3 名、中間地 6 名、過疎地 3 名であった。

障害要因としては、骨・関節疾患 5 名、下肢筋力低下 3 名、脳血管障害 1 名、パーキンソン病 1 名、脊髄損傷 1 名、HTLV-1 関連脊髄症 1 名であった。介護度は、要支援 4 名、要介護 1 が 3 名、要介護 2 が 3 名、要介護 3 が 1 名、1 名のみ医療保険（介護認定なし）で、ほとんどが軽中度者であった。

2) 入院から在宅への移行について

退院直後に通所・訪問リハビリを開始したケースは 3 名のみであった。9 名は、入院経験がないか、入院後数ヶ月～数年を経て通所・訪問リハビリ開始を開始していた。

①在宅へスムーズに移行できたか

「在宅への移行に問題を感じた」という回答はなかった。具体的には、「まあまあ、こんなもんかな」2 名、妻の受け入れが大変良く、「安心して自宅に帰れた」1 名などの回答であった。

②退院時の不安について

不安がなかったと回答したのは、1 名（男性）であった。この利用者は、要介護度 2 で松葉杖歩行は可能であるが、排泄や入浴への一部介助を必要とする状態であった。

不安があったと回答したのは 2 名（2 名とも女性）であった。1 名は介護認定なしで ADL は自立していた。もう 1 名は、要介護度 2 で杖歩行可であった。不安の内容は、身体状況や家事に対する不安であった。具体的には、「痛みもあって体調が悪かった」「娘と同居しているが、娘は昼間仕事で不在なため、家事のことが心配だった」、「足が思うように動かなくてあまり歩けないこと」、「家事を夫には頼みにくいから、台所

仕事がね」などであった。

③病院の専門職の支援で不足していると感じた点について

「特に不足している点はない」と全員が回答していた。

3) 通所・訪問リハビリテーションについて

①リハビリサービスを開始したきっかけについて(複数回答)

「自分で希望して」4名、「医師の勧め」3名、「ケアマネージャーの勧め」3名、「家族・親戚の勧め」2名、「役場の勧め」1名であった。自分から希望して開始した対象者のなかには、自分の求める内容のリハビリサービスを行っている施設の情報を得ることが難しく、新聞広告等で搜したという回答もあった。

②現在受けているリハビリサービスに対する満足度

全員が「満足している」と回答していた。

③リハビリサービスを受けて良かったこと

通所リハビリ利用者は、「会話が楽しみ」3名、「身体機能が改善された」2名、であった。具体的には、「家に独りだから会話ができて楽しい」、「会話が楽しみ」、「身体が楽になる」、「少しずつ良くなるのが楽しみ」であった。

訪問リハビリ利用者は、「通う大変さがないこと」2名、「個別指導をしてもらえる」2名、「行動範囲が拡大されたこと」1名、「安心する」1名であった。具体的には、「通うより、来てもらう方が楽」、「浴室などもみて、妻が介助する時の方法手順のアドバイスをくれるし、一生懸命しれくれるから、こっちは頑張ろうって気持ちになる」、「通所ではみんな同じことするけど、今は自分に合ったリハビリをしてくれる」、「1人で買い物に行けるようになった」、「来てくれ

るのが心強かった」などであった。

④今後への要望

今後の改善点などを含めた要望に対しては、11名が「特にない」と回答した。しかし、「訪問リハビリの時間が15～20分で短時間だったからもう少し長時間して欲しい」1名、「現状では特に要望はないが、今後症状が進んだら出てくるかも」1名、という回答があった。

4) その他

①「入院中に地方や離島の患者が、『退院後、訪問リハビリを受けたくてもサービスがないから困る』と言っていた」という情報があった。都市部に居住する利用者のインタビューの中での情報であった。

②「看護師によるリハビリに不満はなかったが、PTによるリハビリの方が、より手ごたえを感じた。」という意見があった。

退院後、訪問看護による褥創の処置とリハビリ看護を利用していたが、本人の希望でPTによるリハビリが導入されたケースであった。入院中のリハビリ経験があった。

③「今来てくれる人はすごくいい。トイレでの移動とかいろいろ教えてくれるし。だけど、前の人は全然だめだった。」という意見があった。

現在サービスを提供している療法士の支援には満足しているが、以前の療法士の支援には不満があったという意見があった。

IV. 訪問看護におけるリハビリテーション看護事例調査

1. 事例調査

1-1. 目的

専門職の不足している地域における、OT、PTなどのリハビリ専門職以外の他職種によるリハビリ代行の可能性についての把握・分析を目的とした。

1-2. 方法

1) 対象者

リハビリ専門職による訪問リハビリがない過疎地域に居住し、訪問看護師による訪問リハビリサービスが行われている1事例。

2) 手続きと調査方法

同行訪問による観察、看護記録からの情報収集、看護師へのインタビュー

3) 調査の内容

属性、家族構成、居住環境、疾患名、障害部位・程度、介護度、リハビリ看護の内容・展開、リハビリ看護実施による変化(効果)など。

4) 倫理的配慮

3つの調査すべてにおいて、インタビュー実施前に対象となる施設に目的と主旨の説明を行い了承を得た。施設側にインタビュー対象者の選定、対象者への協力要請を依頼し、了承を得られた対象者に対してインタビューを実施した。

また、対象者に対しては、インタビュー前に依頼書による文書と口頭による説明を行い、インタビュー内容については厳密に保管すること、研究のためだけに使用すること、個人名が特定されないよう配慮することなどについて理解を得た。さらに、フォーカスグループインタビュー調査においては、当日のインタビュー前に、プライバシー保護を厳密に行うことを説明し、映像記録、音声記録を撮ることに対する理解と了解を参加者全員から得た後実施した。

2. 調査結果

事例のフェースを以下の表2に記載する。

表2 事例のフェース

障害構造	障害分類	身体障害、言語障害
	機能障害	完全右上下肢麻痺
	障害程度	要介護2
原因となった傷病名	a)機能障害の直接的な原因となった傷病	a)脳出血(左)
	b)合併症/障害に影響する病態	b)高血圧、肥満
訪問看護・リハの導入	訪問看護・リハビリの目標	1.病状悪化防止ができ、安定した生活が送れる 2.ADL拡大・維持
	現在の利用サービス	1.通所リハビリ:2回/週(月・木)、隣接市の老人保健施設まで通っている
		2.訪問看護(リハビリ看護):1回/週、1時間 リハビリメイン
		3.寝台のレンタル
4.インフォーマル支援として家族(夫、息子夫婦)		
対象背景	性別	女性
	年齢	66歳
	世帯構成	夫、息子夫婦、孫と同居
	居住環境	過疎地

2-1. 経過概要

利用者は、過疎地域のA町に在住。平成10年、脳出血にてB市の病院に5ヶ月間入院加療。その後、リハビリ目的でC市の病院に転院し、約1年半入院した。平成12年に退院。退院後は、隣接するD町の病院の通所リハビリを利用して。しかし、集団リハビリが多くリハビリ内容に不満があったため、隣接するE市の老人保健施設の通所リハビリに変更した。利用者は、リハビリに意欲的であったため、老人保健施設の通所リハビリとOTによる訪問リハビリを併用しながら自宅療養を続けていた。しかし、老人保健施設のリハビリ専門職が不足する状況となったことから、他の町の利用者に訪問リハビリを提供する余裕がなくなったため、OTによる訪問リハビリが中止となった。

平成17年10月より、F訪問看護ステーションの訪問看護師による現状維持を目的としたリハビリが開始された。

2-2. 事例の地域における通所・訪問リハビリテーションサービス提供機関の現状

A町は、人口約1万4000人の過疎地域で、町内に通所リハビリ施設はあるが、訪問リハビリを提供している施設はない。訪問リハビリが必要な場合は、近隣の市町村の病院・施設から訪問リハビリに来てもらっている。しかし、遠距離の利用者1人に対して訪問リハビリサービスを提供するのは採算が合わない。また、近隣の市町村も過疎地や中間地であるため、病院や施設のリハビリ専門職の人員が十分に満たされているとは言い難い。このような状況の中、A町の訪問リハビリを必要としている利用者に対し、他地域のリハビリ専門職が訪問リハビリサービスを提供することは困難な

状況である。

2-3. 訪問看護師によるリハビリテーションの展開

訪問看護師によるリハビリを開始するにあたり、訪問看護師は、利用者に訪問リハビリを提供していたE市の老人保健施設のOTから、実際に対象者の自宅で対象者に対するリハビリ実施指導を受けた。そのうえで、OTが作成した図解入りのリハビリプログラム表を用いながら、リハビリを施行するという過程を経ている。

実際の訪問看護・リハビリは、表3に記載した流れで実施されている。利用者の看護問題として、①高血圧に起因する症状悪化の恐れ、②右片麻痺や左半身の筋力低下に伴い、日常生活に支障がある、③構音障害により言いたいことが伝わりにくい、の3点があげられた。特に、利用者は肥満体型であったことから、リハビリと並行して看護問題①に関連した体重コントロールを指導した。自宅での体重測定は困難なため、通所リハビリ施設と連携をとり、毎月1回施設での測定を依頼している。本人も体重の増加を気にして体重測定を拒否することがあったが、その都度必要性を説明し、体重測定を継続した。

看護問題②に関しては、リハビリプログラム表を用いて、リハビリを中心とした支援を行なった。また、看護問題③に関しては、C市の病院を退院する際渡された、ST作成による言語訓練用パンフレットを用いながら訓練を行なった。

利用者は、週1回の訪問リハビリ以外に、週2回の通所リハビリを利用してため、身体状態の変化時など、必要に応じて通所リハビリの担当OTと連携を取りながら、訪問リハビリを継続した。

2-4. 訪問看護・リハビリテーションの効果

利用者は、ほぼ完全な右上下肢麻痺であった。ADLに関しては、更衣、入浴は一部介助が必要であった。車椅子移乗はベッドから車椅子への移動は自立していたが、車椅子からベッドへの移動は不安定であるため一部介助が必要であった。排泄は、手すりを利用し自立していた。食事はセッティングが必要であるが自立していた。利用者本人は、リハビリに対して積極的であった。また、家族も協力的で、利用者の退院に合わせて自宅のバリアフリーを介護保険導入前から全て自費で行い、浴室、トイレの手すりや歩行訓練用のバーも室内に設置してあった。

利用者は、自宅での通所・訪問リハビリを利用した療養生活が約6年間続いた。身体機能的には安定し維持状態を保っている中で、今後もADLの低下防止・生活の安定・維持を目的とした訪問看護師によるリハビリを実施した。

訪問看護師によるリハビリ導入時、患側の拘縮はなかったが、他動運動のみで感覚も全くない状態であった。しかし、平成18年の4月頃から若干ではあるが感覚が回復傾向をみせていた。4月頃より現在（平成18年11月現在）の方がさらに感覚を強く感じるようになってきていた。また、自動運動に関しても若干ではあるが出現してきた。

構音障害に関しては、訪問看護導入前は通所・訪問リハビリのどちらにおいても支援は行なわれていなかった。利用者が1人、自宅で歌を歌うなどの自己訓練を行っていたのみであった。訪問看護導入後は、看護師によって言語訓練用パンフレットを用いた訓練が開始された。その結果、訪問看

護導入時より、現在の方が明らかに明瞭な発語となった。

肥満に関しては、食事指導を利用者本人と夫に対して行なった結果、80kg台あった体重が72kgまで一時減量できた。体重は毎月増減があり、現在76.8kg（平成18年11月4日）であった。看護師からの声かけが減少すると体重が増加する、というような体重の増減はあるものの、本人・家族への体重コントロールの必要性への意識づけができた。また、体重減少に伴う、リハビリの際の屈伸運動のスムーズ化や左膝関節の疼痛減少などの変化があった。

V. 考察

本研究では、通所・訪問リハビリに携わっている専門職、利用者へのインタビュー調査を実施し、鹿児島県における通所・訪問リハビリの現状と課題、利用者の現状とニーズの調査を行なった。さらに、PT・OT不在地域でリハビリ代行を行っている訪問看護事例調査を実施した。その結果、明らかになったことを以下に考察する。

① 地域特性に応じた介護報酬への見直し

過疎地域においては、通所・訪問リハビリへの需要はあるが、人材不足によるサービス量・種類の不足がある。しかし、採算にあった需要ではないため、サービス量・種類の充足を図るのは困難な状況である。

今後、人口減少に伴う収益減から、現在のサービス量・種類の維持が困難となることが予測され、サービスの質の低下への恐れが現実に迫ってきていることが明らかになった。

訪問リハビリにおいては、訪問の移動距離が長いこと訪問件数が制限され採算が合わない。採算の問題が訪問リハビリの開設

を困難としており、結果としてサービス種類の不足を招いている現状がある。

移動距離に応じた報酬のあり方や遠距離送迎への報酬など、過疎地域でもニーズに見合ったサービスの提供が可能となるような地域特性に応じた報酬制度の見直しが必要である。

② 法整備も勘案した人材の確保

人材不足は、報酬の低さや専門職の病院志向、都市集中など様々な要因から生じている。人材不足に起因した訪問回数の増加が困難、訪問リハビリサービスの開設が困難といった現状が明らかになった。人材不足は、効果的な介護予防への支援を困難とするサービス量・種類の不足、質の低下のすべての要因となっている。したがって、早急な人材確保の充実が望まれるが、個人や個々の事業所の努力だけでは解決し難い問題でもある。

過疎地域にもリハビリ専門職の配置を可能とするような人材の確保に対しては、法整備も勘案した強力な働きかけが必要である。

③ リハビリ専門職不在地域における他職種の活用

本研究では、PT、OTによるリハビリ指導や他職種・機関との効果的な連携により、維持期の利用者への看護職によるリハビリ代行の効果が明らかになった。

しかし、2006年度のリハビリ医療の算定日数制限の設定は、維持期だけでなく、回復期の患者がリハビリが不十分な状態でPT、OT不在の地域に帰らざるを得ない状況を生み出す可能性がある。他職種によるリハビリ代行が漫然と実施されているだけでは、リハビリ効果を得るのは困難である。看護師や介護職へのリハビリ教育・研修の強化による可能な限りの知識と技術の向上

を行った上で、リハビリ専門職との十分な連携のもとリハビリ代行が実施されることが重要である。

④ 効果的な連携体制づくり

本研究により、職種間連携の不足・困難があることが明らかになった。また、利用者の退院時の明確な長期的視点の欠如も明らかにされた。その要因として関係者や利用者のリハビリの役割に対する理解不足や、退院時の情報量の不足などがある。本研究の事例調査結果からも連携の重要性は明らかである。

効果的な介護予防支援には、回復期病棟から在宅リハビリサービス機関への情報提供といった連携はもちろんのこと、在宅サービスに関わる各機関・職種間の効果的な連携体制作りが不可欠である。

⑤ リハビリ専門職や他職種へのリハビリ研修・教育の充実

本研究より、過剰介護の問題やリハビリ専門職のサービスの質に個人差があることが明らかになった。また、ケアマネジャーのリハビリへの理解不足により必要な人に必要なリハビリが提供されないなどの不適切なケアプラン作成があることも明らかになった。利用者の心身の状態に合わせたサービスの選択や的確な支援が不十分であるため、リハビリの効果が得難い現状がある。

リハビリ専門職や他職種へのリハビリ研修・教育の充実・強化し、リハビリ支援に携わる関係者の質向上を図ることが早急に求められる。

⑥ 利用者・家族へのリハビリの啓発

本研究から、利用者、家族のリハビリへの理解不足が明らかになった。利用者・家族には、「リハビリは訓練の時のみ」という考えがある。このような考えが利用者やリ

ハビリに対して受動的にし、また、家族による過剰介護が生じる要因となる。リハビリへの理解不足が、生活リハビリや在宅でのリハビリ継続を困難としている現状がある。利用者や家族に対してリハビリの啓発を行なうことで、利用者・家族もリハビリチームの一員であるという自覚を持つことができ、自発的なリハビリへの参加が可能となるような支援を行なうことが重要である。

VI. 結語

2006年度は、毎年増加している要介護者や給付費の抑制を目的とした新予防給付の創設や、医療費の抑制を目的とした診療報酬改定によるハビリ算定日数制限も設定された。

リハビリをめぐる様々な情勢が変化している中、通所・訪問リハビリに求められる役割・機能も急激に増大している。その増大する役割・機能を十分に果たし、効果的な介護予防を行うために必要なこととして、地域特性に応じた報酬制度や人材確保利用者・家族へのリハビリの啓発、訪問看護師によるリハビリ代行のあり方が示された。

引用文献

- 1) 安梅勅江『ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法 科学的根拠に基づく質的研究法の展開』医歯薬出版株式会社、2001、66頁

参考文献

- 1) 綾美由紀・壬生拓也「訪問リハに対する利用者のニーズとその現状」業療法、5：553頁、2001
- 2) 大田仁史・浜村明徳・下斗米貴子他「地域リハビリテーション論」三輪書店、2004

- 3) 加田美津子・青木はる奈・榎並彩子他「訪問リハビリに対する在宅療養者のニーズについて」理学療法学、4：35頁、2001
- 4) 厚生労働省高齢者リハビリテーション研究会「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」厚生労働省関係審議会議事録等、平成16年1月
- 5) 澤村誠志監修「これからのリハビリテーションのあり方」青海社、2004
- 6) 澤村誠志著「実践地域リハビリテーション私論—ユニバーサル社会への道標—」三輪書店、2006
- 7) 高山忠雄・安梅勅江著「グループインタビュー法の理論と実際」川島書店、1998
- 8) 高山忠雄・黒澤貞夫編著「リハビリテーション論」川島書店、1996 第2刷
- 9) 陶山幸子「当事業所における個別リハビリテーションの現状」『理学療法学』2004：4、483頁
- 10) 西口宏美「介護サービスに対する利用者の満足度に関する研究—通所リハビリテーションの利用者を対象として—」東北公益文科大学総合研究論集、12：163-179頁、2004
- 11) 松田明子・九里美和子「訪問看護師によるリハビリテーション利用者と理学療法士による利用者との身体的状態の比較」日本公衆衛生雑誌、4：186-194頁、2004
- 12) 松葉誠治・片田江祐子・穴吹薫他：「『訪問リハビリテーション』に対するケアマネージャーの現状と認識に関する調査」作業療法、4：583頁、2002
- 13) 三浦初音・田代文子・木原伸一他「在宅訪問対象者および介助者のPTに対するニーズとその関連因子について」理学療法学、3：291頁、1992
- 14) 森恵子・安藤竜也・張本浩平他：「在

宅リハビリテーションの今後の展望—訪問リハと通所リハのかかわりを考える—
理学療法学、4：386頁、2002

15) 山本和儀編「福祉領域のリハビリテーション論」医歯薬出版株式会社、2003

Ⅶ. 健康危険情報

総括研究報告書に記載

Ⅷ. 研究発表

1. 論文発表

高山忠雄、田原美香、地域リハビリテーションにおける通所・訪問リハビリテーションの課題と有効性に関する研究—訪問看護からみた通所・訪問リハビリテーションの現状と課題に関する一考察—、九州社会福祉学、第3号、2007

2. 学会発表

高山忠雄、田原美香、地域リハビリテーションにおける通所・訪問リハビリテーションの課題と有効性に関する研究—訪問看護からみた通所・訪問リハビリテーションの現状と課題に関する一考察—、日本社会福祉学会九州部会第47回大会（鹿児島）

Ⅸ. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

表3. 訪問看護・リハビリの内容

訪問看護の実際		
時間	看護行為・処置・リハビリの内容	利用者の反応
10:15	利用者宅へ出発	
20	利用者宅に到着	ベッド上に臥床している。
10:25	バイタルチェック、状態観察、記録	本人より体・頭が重いとの訴えあるが、バイタル上は著変なく、いつも続いている症状であるとのこと。 構音障害により呂律回らないが、元気な声で返事、会話行う。会話の内容は8割程度聞き取れる。
10:35	リハプログラムに沿ってリハ開始 (通所リハ施設のOTによってリハのプログラム表が作成されている。) 利用者の表情や反応、身体の状態など総合した状態観察をしながら、疲労の度合いをみて、「休憩が必要か」などの声かけを適宜行う。 また、普段や前回との比較も交えてリハの評価を本人にも伝え、意欲へつながるような声かけを行っている。	リハ中も時折会話をを行うが、笑いも混じりながらとなり、全体的に和やかな雰囲気経過した。 一部介助にて車椅子移乗 自分で車椅子操作し、パーのある部屋へ移動(2m程の距離)
11:15	車椅子セッティングし、下肢に装具装着。一部介助にて車椅子移乗。 パーにて起立訓練 リハ終了	リハの後は体がほぐれて軽くなったが、また、元に戻ると苦笑
11:20	コタツに移動し水分補給促す。 連絡帳にバイタルや本日の状況を記載(NS,DR や他の家族との連絡帳にしている)	右肩～上腕(健側)にかけての痛みの訴えあり。 本人は、痛みの原因は左腕(患側)をもったりすることであると話す。
11:30	両手の爪きり この後誰が来るのか確認	夫はこの日ゴルフに出かけているが、昼食は隣に住む嫁が世話をしに来るとのこと。
11:35	退去	

介護予防型自立支援プログラム活用の追跡評価

分担研究者 安梅勅江 筑波大学大学院人間総合科学研究科教授
篠原亮次 国立看護大学校研究課程
杉澤悠圭 国立看護大学校研究課程
伊藤澄雄 浜松医科大学大学院

本研究は、温暖地域と寒冷地域の中間的な特徴を有する地域において、これまで経年的に実施してきた介護予防事業を対象特性別に評価する。初年度は自立支援プログラムを提供された介護予防事業への参加者の社会生活機能、社会参加状況、健康状態、日常生活動作、ストレス、ウエルビーイング、自己効力状況を経年的な変動を加味しながら評価し、効果性の高い対象特性を明らかにした。

A. 研究目的

介護保険法の改正にみる介護予防の重視は、高齢期の積極的な活動性の維持が心身機能の低下予防に有効とした多くの研究成果に基づいている¹⁻³⁾。特に社会とのかかわり状況がその後の機能低下⁴⁻⁶⁾や死亡率^{7,8)}と関連することは数多く報告されており、社会との関わりの量と質を捉える評価法は、介護予防実践の評価において有効である。

一方、Successful Aging⁹⁾という考え方が提案され、活動性とウエルビーイングとの関連に関する研究成果が数多く報告されている。活動レベルはウエルビーイングの向上に関連する¹⁰⁻¹²⁾、身体や認知機能の維持向上に効果がある¹³⁻¹⁵⁾等の成果がある。日本では、人々が取り結

ぶ人間関係の有無や数などの量的側面を示す社会的統合と生命予後¹⁶⁾、仕事や余暇での身体活動性の低下と生命予後¹⁷⁾、家族との会話と生命予後¹⁸⁾との関連が報告されている。

著者らは、「地域社会の中での人間関係の有無、環境とのかかわりの頻度などにより測定される人間と環境との関わりの量的側面」を社会関連性として、「社会関連性指標」を開発した¹⁹⁾。これまでに、社会関連性指標と経年的な身体機能や死亡率との関連が示されている²⁰⁻²¹⁾。社会関連性指標により、対象と対象を取り巻く環境との関わりを捉え、その特性を明らかにすることは、介護予防マネジメント等の際に有効であると考えられる。

本研究は、地域に居住する高齢者の社会関連

性を社会関連性指標により捉え、社会関連性と7年後の死亡率との関連を明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

対象は、中部地方大都市に隣接する全人口4,599名の農村（第1次産業従事者14.7%）に居住する65歳以上者の全数である。

1998年調査の対象者は801名、有効回答707名（有効回答率88.3%）のうち、転出者8名、介護の必要性に関する項目の非回答者22名、事故・不明による死亡者8名を除外し、2005年までの追跡可能な者は669名であった。方法は配票留置の質問紙を用いた。配票は各地区の保健活動推進員20名に依頼して各戸に訪問し、2週間後に封印して回収した。原則として本人による記入としたが、本人が記入できない場合は、聞き取りによる家族記入を依頼した。また本人が回答できない場合は欠損とした。

死亡に関するデータは、保健センターの死亡台帳より全数把握し、1998年から2005年まで集計した。7年間の死亡者は139名であった。

倫理的配慮として、対象者にあらかじめ調査の目的、内容を書面にて説明し、同意を得た者のみについて実施した。またデータはすべてID処理し匿名化して分析した。

1998年の調査内容は、年齢、性別、罹患、介護、移動機能、感覚機能、身辺処理機能、社会関連性指標であった。社会関連性指標は、5領域18項目、1)生活の主体性領域：「生活の工夫」「積極性」「健康への配慮」「規則的な生活」、2)社会への関心領域：「本・雑誌の購読」「ビデオ等の利用」「新聞の購読」「社会貢献への意識」

「趣味」、3)他者との関わり領域：「家族との会話」「家族以外との会話」「訪問の機会」、4)生活の安心感領域：「相談者」「緊急時の援助者」、5)身近な社会参加領域：「役割の遂行」「活動参加」「テレビの視聴」「近所付き合い」から構成され、各々の項目で乏しい者をリスクとする指標である²¹⁾。また移動機能は歩行、感覚機能は視覚と聴覚、身辺処理機能は食事・入浴・排泄すべてについて、自立しているか否かで各々2群に分類した。

分析は、まず社会関連性指標の項目別に、生命予後との関連をカイ二乗検定により検討した。次いで社会関連性指標の各項目と調整変数（基準年の年齢、性別、罹患、介護、移動機能、感覚機能、身辺管理機能）の死亡に対するオッズ比を、多重ロジスティック回帰分析により算出した。

年齢は連続変数のまま投入し、その他の変数については、社会関連性項目は非リスク群、性別は女性、介護は不要、罹患は無し、移動機能・感覚機能・身辺処理機能は自立を基準カテゴリーとした。

C. 結果

(1) 対象特性と生命予後

対象特性別の生命予後を表1に示す。死亡は、75歳未満では10.3%、75歳以上では38.4%、要介護者では58.9%、自立者では17.3%と、いずれも0.1%水準で有意な差がみられた。

移動機能については、死亡は要介助で41.0%、自立で11.4%、感覚機能については各々27.7%、12.5%、身辺処理機能については各々39.2%、15.3%と、いずれも0.1%水準で有

意差が見られた。

また性別、疾患については、有意な死亡率の差は見られなかった。

(2) 社会関連性と生命予後

社会関連性指標の各項目と生命予後との関連は表2のとおりである。死亡は、「家族以外との会話」が無い場合 28.3%、有る場合 18.8% (以下同様)、「訪問機会」は 26.0%、18.9%、「活動参加」は 26.4%、13.2%、「テレビの視聴」は 30.7%、18.7%、「新聞の購読」は 28.4%、17.8%、「本・雑誌の購読」は 23.8%、16.2%、「役割の遂行」は 34.1%、12.3%、「近所付き合い」は 28.6%、18.3%、「趣味」は 31.2%、14.2%、「ビデオ等の利用」は 25.3%、12.0%、「健康への配慮」は 30.8%、18.3%、「生活の工夫」は 30.1%、17.7%、「積極性」は 34.0%、15.4%、「社会貢献への意識」は 30.7%、13.8%であった。

(3) 社会関連性指標の各項目の死亡に対するオッズ比

社会関連性指標の各項目について、年齢、性別、罹患、介護、移動機能、感覚機能、身辺処理機能を調整変数とした死亡に対するオッズ比を表3に示す。すべての調整変数を投入した後も有意であったのは、「活動参加」がオッズ比 1.87、「趣味」が 1.81、「役割の遂行」が 1.97、「積極性」が 1.82、「ビデオ等の利用」が 1.71であり、いずれも乏しい場合に、生命予後が不良になっていた。

調整変数については、加齢にともない、また男性は女性に比較して死亡に対するオッズ比

が高くなっていた。要介護者や移動機能の低下者は、いずれも生命予後は不良であった。

D. 考察

本研究においては、社会とのかかわり状況を「社会関連性指標」を用いて評価し、生命予後との関連を明らかにした。

年齢、性別、罹患、介護、移動機能、感覚機能、身辺処理機能を調整変数として検討した結果、これらの調整変数に関わらず社会関連性指標の各項目と死亡率との関連が示された。著者ら²¹⁾はすでに1992年から1997年まで5年間の追跡で、社会とのかかわり全体を社会関連性指標で捉え死亡率との関連を明らかにしている。今回は1998年から2005年の7年間の直近の情報から、介護保険法の改正で重視された介護予防につながる具体的な行動項目と予後との関連を検討することを意図し、社会関連性の個々の項目を用いて検討した。その結果、「活動参加」「趣味」「役割の遂行」「積極性」「ビデオ等の利用」の関連性が示された。これらは、社会とのかかわり状況が年齢、性別を加味した状況で生存に影響するとした Glass ら²²⁾、Steinbach²³⁾をはじめとする既存研究成果とも一致するものである。

活動性の中には、社会的な活動に参加するもの、ひとりで行う趣味等の活動等、さまざまな種類がある。既存研究においても、社会的な活動^{22,24)}、ひとりで行う活動^{24,25)}両者の効果が報告されている。一方、ひとりで行う活動は生命予後に関連しないとした成果もある^{26,27)}。本研究においては、老人クラブ、公民館活動、ボランティアなど地域の「活動参加」という社会的な活動と、「趣味がある」というひとりで行

う活動がともに他の要因を統制しても有意に生命予後への関連が見られた。

また自らの存在価値を持つ²⁸⁾、あるいは役割を持つ²⁹⁾ことの生命予後へのポジティブな影響が報告されているが、本研究においても地域や家庭で何らかの役割を持つ「役割の遂行」が有意に生命予後に関連していた。

一方、「積極性」や「ビデオ等の活用」は、自分自身を統御し、新しいものに挑戦する活動である。これらと生命予後との関連は、mastery 感覚や control 感覚として³⁰⁾、満足やウェルビーイングにつながるとした成果がある³¹⁻³³⁾。

生涯発達の視点で捉えると、加齢ともなう身体機能の低下に適応することが一つの課題であり^{34,35)}、それぞれの年齢に応じた活動の重要性が報告されている^{36,37)}。今回は年齢を調整変数として分析したが、すべての項目において有意な関連があり、年齢に適応した活動への配慮の必要性が示唆された。

また今後は、コミュニティを巻き込んだ介護予防が期待されているが、ソーシャルネットワークの活用^{38,39)}による機能低下予防への取り組みの推進が求められよう。

なお、社会関連性指標と生命予後の双方に影響を及ぼす要因には、年齢、性、罹患、身体機能、社会経済的地位（最長職、収入等）、家族構成（配偶者や同居子の有無、同居家族数等）等がある。本研究においては、年齢、性別、罹患、身体機能を調整変数として投入するモデルを用い、社会経済的地位の最長職及び収入、家族構成は調整変数から除外して分析した。これは、収入については、調査実施上、把握が困難であったためである。また最長職及び家族構成の除

外については、本調査対象が農村在住者であり、最長職については、ほぼ全数が農業に何らかの形（専業、兼業含）でかかわっており、既婚子同居で村内居住親族を持つことから、交絡要因としての影響は少ないと考えたためである。さらに配偶者の有無の除外については、藤田らの研究により、高齢者においては影響が小さいとされているためである¹⁷⁾。

本研究の限界として、一自治体の成果であり、必ずしも全国的代表性があるとは明言できない点があげられる。しかし本自治体を選択したのは、大都市に近接する農村であるため若年人口と高齢人口の分布の偏りが少なく人口構成が日本全国に類似している点、人口の移動が少なく内的妥当性を確保しやすい点で、一般化への足がかりを得る可能性が高い対象と考えたためである。なお、今回は介護予防に関連する具体的な行動項目の抽出を意図したため、社会関連性指標の相互の関連性を考慮せず解析した。

今後さらに追跡調査を継続し、生命予後に加え、介護予防効果等、個別機能の変動パターンに焦点をあてた分析を蓄積する必要がある。

E. 結 語

地域で生活する高齢者の生命予後と社会関連性との関連を7年間の死亡率を用い検討した。

具体的な行動と活動状況を評価基準とする社会関連性指標の活用により、地域在住高齢者の日常生活における社会とのかかわり状況を把握し、介護予防マネジメント等の有益な情報取得への一助となることが示された。

参考文献

- 1) Tsuji I, Takahashi K, Nishino Y, Ohkubo T, Kuriyama S, Watanabe Y, Anzai Y, Tsubono Y, Hisamichi S. Impact of waking upon medical care expenditure in Japan: the Ohsaki Cohort Study. *Int J Epidemiol*, 2003; 32: 809-814.
- 2) Roos, N. P., & Havens, B. Predictors of successful aging: A twelve year study of Manitoba elderly. *Am J Public Health* 1991; 81: 63-68.
- 3) Wolinsky, F. D., & Johnson, R. J. Perceived health status and mortality among older men and women. *J Gerontology: Social Sciences* 1992; 47: S304-S312.
- 4) Chipperfield, J. G., Havens, B., & Doig, W. Methods and description of the Aging in Manitoba Project: A 20-year longitudinal study. *Can J Aging* 1997; 16: 606-625.
- 5) Menec, V. H., & Chipperfield, J. G. The interactive effects of perceived control and functional status on health and mortality among the young-old and old-old. *J Gerontology: Psychological Sciences* 1997; 52B: P118-P126.
- 6) Morgan, K., Dallosso, H., Bassey, E. J., Ebrahim, S., Fentem, P. H., & Arie, T. H. D. Customary physical activity, psychological wellbeing, and successful aging. *Ageing and Society* 1991; 11: 399-415.
- 7) Idler, E. L., & Kasl, S. V. Health perceptions and survival: Do global evaluations of health status really predict mortality? *J Gerontology: Social Sciences* 1991; 46: S55-S65.
- 8) Lee, D. J., & Markides, K. S. Activity and mortality among aged persons over an eight-year period. *J Gerontology: Social Sciences* 1990; 45: S39-S42.
- 9) Rowe, J. W., & Kahn, R. L. Successful aging. *Gerontologist*, 1997; 37: 433-440.
- 10) Herzog, A. R., Franks, M. M., Markus, H. R., & Holmberg, D. Activities and well-being in older age: Effects of self-concept and educational attainment. *Psychol Aging*, 1998; 13: 179-185.
- 11) Lawton, M. P., Winter, L., Kleban, M. H., & Ruckdeschel, K. Affect and quality of life: Objective and subjective. *J Aging and Health*, 1999; 11: 169-198.
- 12) Menec, V. H., & Chipperfield, J. G. Remaining active in later life: The role of locus of control in older adults' leisure activity participation, health, and life satisfaction. *J Aging and Health*, 1997; 9: 105-125.
- 13) Garfein, A. J., & Herzog, A. R. Robust aging among the young-old, old-old, and oldest-old. *J Gerontology: Social Sciences*, 1995; 50B: S77-S87.
- 14) Scarmeas, N., Levy, G., Tank, M. X., Manly, J., & Stern, Y. Influence of leisure activity on the incidence of Alzheimer's disease. *Neurology*, 2001; 57: 2236-2242.
- 15) Wilson, R. S., Mendes de Leon, C. F., Barnes, L. L., Schneider, J. A., Bienias, J. L., & Evans, D. A., et al. Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. *J Am Med Association*, 2002; 287: 742-748.
- 16) 杉澤秀博. 高齢者における社会的統合と生命予後との関係. *日本公衛誌* 1994; 41: 131-139.
- 17) 藤田利治, 篠野脩一. 地域老人の生命予後関連要因についての3地域追跡研究. *日本公衛誌* 1990; 37: 1-8
- 18) 橋本修二他. 地域高齢者の生命予後に影響する日常生活上の諸因子についての検討. *日本公衛誌* 1986; 33: 741-748.
- 19) 安梅勅江, 高山忠雄. 社会関連性評価に関する保健福祉学的研究—地域に居住する高齢

- 者の社会関連性指標の開発及びその妥当性一, 社会福祉学 1995; 36: 59-73.
- 20) Anme T. Retaining and Expanding Empowerment in the Transition to a Community-Oriented Support System: Japan in the 21st Century. In Leonard F. Heumann., Empowering Frail Elderly People: Opportunities and Impediments in Housing, Health and Support Services Delivery. London: Greenwood publication, 2001; 65-80.
- 21) 安梅勅江、島田千穂. 高齢者の社会関連性評価と生命予後—社会関連性指標と5年後の死亡率の関係—. 日本公衛誌 2000 ; 47 : 127 - 133.
- 22) Glass, T. A., De Leon, C. M., Marottoli, R. A., & Berkman, L. F. Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. Br Med Association Journal, 1999;319: 478-482.
- 23) Steinbach U.Social Networks, Institutionalization, and Mortality Among Elderly People in the United States. J Gerontology 1992; 47(4): S183-190.
- 24) Lennartsson, C., & Silverslein, J.. Does engagement with life enhance survival of elderly people in Sweden? The role of social and leisure activities. J Gerontology: Social Sciences 2001; 56B: S335-S342.
- 25) Everard, K. M., Lach, H. Wa Fisher, E. B., & Baum, M. C. Relationship of activity and social support to the functional health of older adults. J Gerontology: Social Sciences 2000; 55B: S208-S212.
- 26) Litwin, H. Activity, social network, and well-being: An empirical examination. Can J Aging 2000; 19: 343-362.
- 27) Zimmer, S., Hickey, T., & Searle, M. S. Activity participation and well-being among older people with arthritis. Gerontologist 1995; 35: 463-471.
- 28) Herzog, A. R., & House, J. S. Productive activities and aging well. Generations 1991; 15: 49-54.
- 29) Hibbard JH, Pope CR. The Quality Of Social Roles As Predictors of Morbidity and Mortality. Social Science and Medicine 1993; 36(3): 217-225.
- 30) Glass, T. A., Seeman, T. E., Herzog, A. R., Kahn, R., & Berkman, L. F. Change in productive activity in late adulthood: MacArthur Studies of Successful Aging. J Gerontology: Social Sciences 1995; 50B: S65-S76.
- 31) Chipperfield, J. G. Perceived barriers in coping with health problems: A twelve-year longitudinal study of survival among elderly individuals. J Aging and Health 1993; 5: 123-139.
- 32) Kaplan, G. A., Strawbridge, W. J., Cohen, R. D., & Hungerford, L. R. Natural history of leisure-time physical activity and its correlates: Associations with mortality from all causes and cardiovascular disease over 28 years. Am J Epidemiol 1996; 144: 793-797.
- 33) Kujala, U. M., Kaprio, J., Sama, S., & Koskenvuo, M. Relationship of leisure-time physical activity and mortality: The Finnish twin cohort. J Am Med Association 1998; 279: 440-444.
- 34) Baltes, P. B. On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. Am Psychol 1997; 52: 366-380.
- 35) Strain, L. A., Grabusic, C. C., Searle, M. S., & Dunn, N. J. Continuing and ceasing leisure

activities in later life: A longitudinal study. *Gerontologist* 2002; 42: 217-223.

36) Baltes, P. B., & Baltes, M. M. *Successful aging: Perspective's from the behavioral sciences*. Cambridge, England: Cambridge University Press. 1990: 18-36.

37) Reich, J. W., Zautra, A. J., & Hill, J. Activity, event transactions, and quality of life in older adults. *Psychol Aging* 1987; 2: 116-124.

38) 岸玲子、堀川尚子. 高齢者の早期死亡ならびに身体機能に及ぼす社会的サポートネットワークの役割 海外の研究動向と今後の課題. *日本公衛誌*. 2004;51(2): 79-93

39) 増地あゆみ、岸玲子. 高齢者の抑うつとその関連要因についての文献的考察—ソーシャルサポート・ネットワークとの関連を中心に—, *日本公衛誌*. 2001;48:435-448

F. 健康危険情報

総括研究報告書に記載

G. 研究発表

1. 論文発表

- ① 安梅勅江, 篠原亮次, 杉澤悠圭, 伊藤澄雄. 高齢者の社会関連性と生命予後—社会関連性指標と7年間の死亡率の関係. *日本公衆衛生学会誌*. 53(9): 681-687, 2006
 - ② 杉澤悠圭, 篠原亮次, 安梅勅江. 住民参加型の保健福祉活動の推進に向けたコミュニティ・エンパワメントのニーズに関する研究. *厚生*の指標. 53(6). 2006
 - ③ 安梅勅江, 鈴木英子. 家族の介護意識と要介護者の自己決定阻害の関係に関する研究—高齢者虐待の予防に向けて—. *厚生*の指標. 53(8): 25-33, 2006
 - ④ 安梅勅江, 福祉用具ケアマネジメント、福祉用具活用の実務、第一法規、2007年
- ### 2. 学会発表
- ① Tokie Anme, Ryozi Shinohara, Yuka Sugisawa, Yukiko Ishii. Social affiliation and healthy longevity: evidence from eleven-year longitudinal study. 59th Annual Meeting of Gerontological Society of America(Dallas) 2006
 - ② Tokie Anme. Community Care and Empowerment: International Perspective Swedish Japanese Research Network on Ageing Issues 7. 2006
 - ③ 杉澤悠圭, 篠原亮次, 伊藤澄雄, 安梅勅江. 高齢者の医療費に関連する要因-社会とのかかわり状況と生活習慣に焦点をあてて—. 第65回日本公衆衛生学会(富山) 2006
 - ④ 篠原亮次, 杉澤悠圭, 伊藤澄雄, 安梅勅江. 地域在住高齢者の3年後の機能低下の関連要因に関する研究 第65回日本公衆衛生学会(富山) 2006
 - ⑤ 篠原亮次, 杉澤悠圭, 伊藤澄雄, 安梅勅江. 地域住民の健康維持増進に向けた保健福祉支援に関する研究—3年間の追跡研究結果から— 第19回日本保健福祉学会(東京) 2006
 - ⑥ 杉澤悠圭, 篠原亮次, 伊藤澄雄, 安梅勅江. 医療費からみた包括的な保健福祉支援の意義 第19回日本保健福祉学会(東京)2006

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし