

真のエイジング・イン・プレイス実現に向けた包括的実証研究

研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学 医学医療系 ヘルスサービスリサーチ分野
筑波大学 ヘルスサービス開発研究センター

研究要旨

(目的) 要介護高齢者が長く在宅で過ごすことは地域包括ケアを推進するにあたり中核となるものであるが、それを実現するには、適切な医療介護サービス、家族、地域の三者のバランスが重要である。要介護高齢者に対して在宅生活だけを強いるのではなく、本人、家族そして地域の選択を尊重した、真のエイジングインプレイスを目指すことが重要である。本研究では、在宅生活の限界点を引き上げるための具体的政策課題を市町村と連携して明らかにすることを目的とする。

(方法) 今年度は以下の分析を実施した。(1) 全国介護レセプトを用いて、個人を単位として地域要因を含めたマルチレベル分析、(2) 全国介護レセプトを用いて、市区町村を単位とした分析 (以下、エコロジカル・スタディ)、(3) 家族介護者に着目し、国民生活基礎調査を用いた個人単位の分析、(4) モデル地域における介護レセプトと医療レセプトを統合したデータセットを用いた個人単位の分析、(5) つくば市のアンケート調査を用いた、緊急ショートステイサービスの整備による介護費用抑制の試算、(6) つくば市のアンケート調査を用いた、高齢者における通院中の医療機関数と多剤併用の関連の分析、(7) チリにおける全国調査を二次利用した分析、(8) 多職種による在宅生活支援として、つくば市事例検討会を用いた分析

(結果) (1) では、各種介護保険サービスの利用が在宅生活継続に関連する可能性が示唆された。(2) では、公民館および往診を実施する診療所が多いことが在宅生活継続に関連したことから、住民の交流の場を整備する政策や、一般診療所に対して往診の実施を促すような政策が、重度の介護を要する高齢者の在宅生活継続に有効である可能性が考えられた。(3) では、訪問診療を利用することは、重度要介護高齢者の在宅生活継続を促進する可能性があることが明らかになった。(4) では、主介護者が身体清拭や排泄の介護を行っている場合、主介護者の介護時間や介護負担を考慮した対応が求められると考えられた。(5) では、緊急ショートステイの利用により抑制される介護費用は、下限推定ではつくば市の1年間の介護費用の4.0%、上限推定では12.9%に相当した。(6) では、2つ以上の病院に通院中の者は、1つの病院に通院中の者に比べて多剤併用のリスクが有意に高く、3つ以上の病院に通院中の者は、2つ以下の病院に通院中の者に比べて多剤併用のリスクが有意に高かった。(7) では、家族介護者が高い社会的支援を受けている場合、抑うつ症状である可能性が低いことが明らかになった。(8) では、地域ケア個別会議における困難事例の問題点の類型化と実施について、個別事例の問題点をキーワード化し蓄積することにより、地域課題が明らかになることが期待された。

(考察) 本研究における種々の結果は、地域包括ケアシステムの中核とも言える在宅生活継続のための政策立案に貢献しうると考えられた。また政策への反映として、(5) の結果を受け、つくば市のモデル事業としてショートステイの空床を知らせるシステムを展開している。

研究分担者氏名・所属研究機関名及び所属研究機関における職名

高橋秀人 国立保健医療科学院 保健・医療
・福祉サービス研究分野 統括
研究官

野口晴子 早稲田大学 政治経済学術院 公
共経営研究科 教授

柏木聖代 東京医科歯科大学 大学院 保健
衛生学研究科 教授

松田智行 茨城県立医療大学 保健医療学部
理学療法学科 准教授

植嶋大晃 筑波大学 ヘルスサービス開発研
究センター 研究員

I. 背景及び目的

要介護高齢者が長く在宅で過ごすことは地域包括ケアを推進するにあたり中核となるものであるが、それを実現するには、適切な医療介護サービス、家族、地域の三者のバランスが重要である。要介護高齢者に対して在宅生活だけを強いるのではなく、本人、家族そして地域の選択を尊重した、真のエイジングインプレイスを目指すことが重要である。

要介護高齢者の在宅継続に関連する先行研究は、一度の入院または入所までの期間を算出したものが多く、一定期間において対象者が在宅で生活した全ての期間（在宅期間）を明らかにした研究は行われていない。我々はこれまでの研究により、全国介護レセプトを用いた独自の指標として在宅期間を算出し、在宅日数は地域間に違いがあることを明らかにしたが、その要因までは明らかになっていない。そこで本研究では、在宅日数を用いて、地域差に焦点を当てて在宅期間の促進要因や阻害要因を同定することを目的とする。

また地域の介護力・介護負担については、国民生活基礎調査等を用いて、全国における実態およ

び関連要因を明らかにする。さらに、モデル地域のレセプトを用いた分析や、茨城県つくば市と共に実施する調査を用いた分析、つくば市において行われている多職種での事例検討会の記録の集計結果を用いた分析も実施する。これらの結果も含めて、在宅生活の限界点を引き上げるための具体的政策課題を市町村と連携して明らかにする。研究計画全体の概念図を示した。

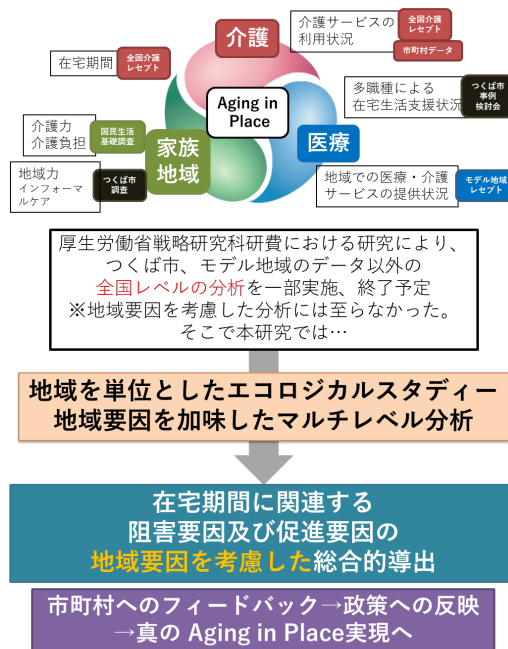


図1 研究計画全体の概念図

II. 研究方法および経過

今年度は以下の分析を実施した。(1) 全国介護レセプトを用いて、個人を単位として地域要因を含めたマルチレベル分析、(2) 全国介護レセプトを用いて、市区町村を単位とした分析（以下、エコロジカル・スタディ）、(3) 家族介護者に着目し、国民生活基礎調査を用いた個人単位の分析、(4) モデル地域における介護レセプトと医療レセプトを統合したデータセットを用いた個人単位の分析、(5) つくば市のアンケート調査を用いた、緊急ショートステイサービスの整備による介護費用抑制の試算、(6) つくば市のアンケート調査を用いた、高齢者における通院中の医療機関数と多剤併用の関連の分析、(7) チリにおける全国調査

を二次利用した分析、(8) 多職種による在宅生活支援として、つくば市事例検討会を用いた分析

Ⅲ. 今年度の成果

(1) 全国介護レセプトを用いて、個人を単位として地域要因を含めたマルチレベル分析では、各種介護保険サービスの利用が在宅生活継続と有意な関連を認めた。本研究の結果から、各種介護保険サービスの利用が在宅生活継続に関連する可能性が示唆された。

(2) 全国介護レセプトを用いて、市区町村を単位としたエコロジカル・スタディでは、公民館数、往診を実施する一般診療所数をはじめとする種々の市区町村の特性が従属変数と関連した。本研究から、住民の交流の場を整備し、住民の交流を促すような政策や、往診を行っていない一般診療所に対して往診の実施を促すような政策を実施することが、重度の介護を要する高齢者の在宅生活継続に有効である可能性が考えられた。また、人口が小さく、かつ公民館がない市区町村において、地域住民が交流する場を提供することが、重度要介護高齢者の在宅生活継続に特に効果的である可能性が考えられた。

(3) 家族介護者に着目し、国民生活基礎調査を用いた個人単位の分析では、身体清拭および排泄の介護は、それらの介護を主介護者と事業者の双方が行っていた場合も、主介護者の1日の介護時間がほとんど終日である可能性が高かった。排泄の介護については男性において関連が強かった。本研究から、主介護者が身体清拭や排泄の介護を行っている場合、介護の負担を軽減するための対応が求められると考えられた。また、男性の被介護者が排泄介助を必要としている場合には、レスパイトケア等を目的としたサービス等による支援も必要である可能性が考えられた。

(4) モデル地域における介護レセプトと医療レセプトを統合したデータセットを用いた個人単位の分析では、対象者の要介護度や併存疾患を考慮

しても、訪問診療を利用することは、重度要介護高齢者の在宅生活継続を促進する可能性があることが明らかになった。今後は、往診サービスを利用した者に対して、医学的なニーズに応じて適切な管理が行われているかどうかを検証する必要があると考えられた。

(5) つくば市のアンケート調査を用いた、緊急ショートステイサービスの整備による介護費用抑制の試算の結果、抑制される介護費用は、下限推定ではつくば市の1年間の介護費用の4.0%、上限推定では12.9%に相当した。本研究から、介護費用の適正化や、在宅生活を望む高齢者の希望を実現するためにも、緊急時に提供できるサービスの整備が求められると考えられた。

(6) つくば市のアンケート調査を用いた、高齢者における通院中の医療機関数と多剤併用の関連の分析では、2つ以上の病院に通院中の者は、1つの病院に通院中の者に比べて多剤併用のリスクが有意に高かった。また、3つ以上の病院に通院中の者は、2つ以下の病院に通院中の者に比べて多剤併用のリスクが有意に高かった。従って、同じ疾患数であっても、より多くの病院に通院している人は多剤併用のリスクが高い可能性が示唆された。

(7) チリの全国調査における、地域在住高齢者およびその家族介護者に関する調査データを二次利用した研究から、家族介護者が高い社会的支援を受けている場合、抑うつ症状である可能性が低いことが明らかになった。

(8) 多職種による在宅生活支援として、つくば市事例検討会を用いた分析では、事例提供者への様式の記載方法の整理を行ったが、キーワード分類などの分類が未記載の場合があることが判明した。本研究から、地域ケア個別会議における困難事例の問題点の類型化と実施について、個別事例の問題点をキーワード化し蓄積することにより、地域課題が明らかになることが期待される。今後、多くの方が利用できるような情報発

信の体制を今後整備していく。

IV. 考察および今後の方針

今年度の研究により、地域包括ケアシステムを構成する要素である、「医療」、「介護」、「住まい(本人・家族)」、「地域」といった種々の側面から、在宅生活の限界点を引き上げる政策の検討に寄与する結果が得られた。

「医療」では、(2)において市区町村に往診を実施する診療所が多いことが在宅生活継続に関連することが明らかになり、(4)においては訪問診療の利用が在宅生活継続に関連することが明らかになった。この結果から、在宅医療が必要な住民に対して適切にサービスを提供することで、在宅生活継続を支援できる可能性が考えられた。また(6)において、医療機関の集約と多剤併用との関連が示されたことから、通院する医療機関の集約を促すことが多剤併用の対策として有効である可能性が示唆された。

「介護」では、(1)において、各種介護サービスの利用と在宅生活継続との関連が示された。この結果から、介護保険サービスが必要な住民に対して適切に提供することで、在宅生活継続を支援できる可能性が考えられた。また(5)においては、緊急ショートステイを利用して在宅生活を継続することで、介護費用を抑制しうる可能性が示唆された。

「住まい(本人・家族)」では、(4)において身体の清拭および排泄の介助と介護時間との関連が示された。主介護者が身体の清拭および排泄介助を行っている場合、事業者は家族介護者の介護時間が長く、介護負担が大きい可能性を考慮してサービスを提供する必要があると考えられる。また、また(7)から、社会的支援を維持し強化するような政策が、家族介護者における抑うつ症状の改善に寄与する可能性が示唆された。

「地域」では、(2)において市区町村に公民館が多いことと在宅生活継続の関連が示された。こ

の結果から、住民の交流の場を整備し、住民の交流を促すような政策が、重度要介護高齢者の在宅生活継続に有効である可能性が考えられた。

(7)では実証的な分析は行っていないが、多職種が参画する事例検討会において、困難事例における課題の整理、および対策の検討を行った。本研究における取り組みを継続して実施し、困難事例への対応を行うことは、地域における在宅生活継続の支援にも貢献しうると考えられる。

さらに、具体的な政策への反映として、(5)における緊急ショートステイサービスの整備による介護費用抑制の試算結果を受けて、つくば市のモデル事業としてショートステイの空床を知らせるシステムを展開している。今後は、在宅生活の継続や介護負担の軽減への効果の評価を行う必要があると考えられる。

このように、本研究において得られた種々の結果は、地域包括ケアシステムの中核と言える在宅生活継続のための政策立案に貢献しうるものであると考えられた。

<各分担報告の要旨>

(1) 重度要介護高齢者における介護保険サービスの利用と在宅生活継続の関連

(目的) 地域包括ケアシステム構築において、重度の介護を要する高齢者(以下、重度要介護高齢者)の在宅生活継続は重要な課題である。しかし、在宅生活の継続にどのような介護保険サービスが関連するのかは明らかでない。本研究の目的は、全国介護保険レセプトを用いて、重度要介護者における在宅生活継続と介護保険サービスの利用との関連を明らかにすることである。

(方法) 本研究は、厚生労働省の承認を受け、2007年4月から2014年3月の7年間の全国介護保険レセプトデータを二次利用して実施した本研究は後ろ向きコホート研究である。対象は、65歳以上で要介護4または5の認定を受け、要介護4または5の認定を受けた月が18ヶ月以上であ

り、かつ自宅で介護保険サービスを1日以上利用した者とした。本研究における従属変数は、要介護4または5の認定を初めて受けた月から7ヶ月目以降の期間において、全ての月で1日以上自宅で生活を送った者（以下、在宅継続群）またはそれ以外（以下、在宅非継続群）から構成される二値変数とした。独立変数は、要介護4または5の認定を受けた初月から6ヶ月目までの各種介護保険サービス利用の有無、年齢、性別、要介護度、要介護4または5の認定を受けていた期間とした。重回帰分析により従属変数と独立変数の関連を検討した。

（結果）対象者は759,410人で、在宅継続群は260,879人（34.5%）であった。多重ロジスティック回帰分析の結果、各種介護保険サービスの利用が従属変数と有意な関連を認め、従属変数との関連が比較的大きかったサービスは、福祉用具貸与（オッズ比：2.93）、訪問入浴介護（1.88）、通所介護（1.47）であった。また、従属変数と有意に関連した市区町村の特性は、人口（1.03）、単身高齢者割合（0.89）、高齢者千人あたり病院数が大きいこと（第二分位0.93、第3分位0.87）であった。

（考察）福祉用具貸与、訪問入浴介護については先行研究を支持する結果であった。通所介護は先行研究の結果は一貫していないが、重度の要介護高齢者では在宅生活継続に関連する可能性が考えられた。また、高齢単身者には更なる支援が必要であり、都市部と地方では異なる対策が求められる可能性が考えられた。今後は詳細な介護保険サービス提供状況や、医療サービスの提供状況を考慮した分析が求められる。

(2) 市区町村別の重度要介護高齢者の在宅生活指標に関連する地域特性

（目的）自宅での生活を希望する要介護高齢者がその生活を継続することは、地域包括ケアシステムの目的に相応する要素のひとつであるが、要介護

高齢者の在宅生活継続を評価する地域指標は定まっておらず、在宅生活継続に関連する地域の特性も明らかではない。本研究の目的は、重度の介護を要する高齢者の在宅生活継続に関連する市区町村の特性を明らかにすることとした。

（方法）本研究は全国の市区町村を分析単位とした生態学的研究である。まず介護給付費実態調査（以下、全国介護レセプト）から、市区町村を単位とした指標として、「在宅ゼロ者割合」と「在宅月割合」を算出し、従属変数とした。「在宅ゼロ者割合」は自宅で全く生活しなかったと考えられる者の割合を、「在宅月割合」は要介護4,5の認定を受けた期間のうち自宅で生活した期間の割合を示す。独立変数は「統計でみる市区町村のすがた」および「在宅医療にかかる地域別データ集」における市区町村の特性とし、重回帰分析により従属変数と独立変数の関連を検討した。副次的な分析として、人口と人口千人あたり公民館数の交互作用を考慮した重回帰分析と、人口と高齢者千人あたり往診を実施する一般診療所数の交互作用を考慮した重回帰分析を行った。

（結果）全国1,627市区町村が対象となった。市区町村を単位とした在宅ゼロ者割合の平均値および標準偏差は39.5±10.6%、在宅月割合では51.2±6.3%であった。重回帰分析の結果から、公民館数、往診を実施する一般診療所数をはじめとする種々の市区町村の特性が従属変数と関連した。また、人口と公民館数の交互作用項は従属変数との有意な関連が認められ、人口が小さく、公民館がない市区町村は、在宅ゼロ者割合が大きく、在宅月割合が小さかった。一方、人口と往診を実施する一般診療所数の交互作用項は、従属変数との有意な関連は認められなかった。

（考察）公民館数および往診を実施する診療所が多いことが在宅生活継続に関連したことから、住民の交流の場を整備する政策や、往診を行っていない一般診療所に往診の実施を促すような政策が、重度の介護を要する高齢者の在宅生活継続に有効

である可能性が考えられた。住民の交流の場を整備し、住民の交流を促すような政策や、往診を行っていない一般診療所に対して往診の実施を促すような政策を実施することが、重度の介護を要する高齢者の在宅生活継続に有効である可能性が考えられた。また、人口が小さく、かつ公民館がない市区町村において、地域住民が交流する場を提供することが、重度要介護高齢者の在宅生活継続に特に効果的である可能性が考えられた。本研究の結果は、在宅生活継続を希望する高齢者を支援することを目的とした政策検討および立案に貢献しうると考えられた。

(3) 家族介護者の長時間介護に関連する日常生活動作

(目的) 要介護高齢者が在宅生活を継続するためには、家族介護者の負担を軽減することが必要である。介護時間は介護負担の重要な側面のひとつであり、介護を受ける者の日常生活動作 (ADL) 能力低下との関連が報告されているが、どの ADL が長時間介護に関連するのかは明らかでない。本研究の目的は、自宅で生活する要介護高齢者の長時間介護に関連する動作を明らかにすることである。

(方法) 本研究は、国民生活基礎調査を二次利用することにより実施した。対象は、要介護 1～5 の認定を受けている 65 歳以上の者 (以下、被介護者) と同居し、主に介護を行っている者 (以下、主介護者) とした。従属変数は主介護者の 1 日の平均的な介護時間 (ほとんど終日、または終日以外) であり、独立変数は、主介護者および被介護者の基本属性と、洗顔、口腔清掃、身体の清拭、洗髪、着替、入浴介助、体位交換・起居、排泄介助、食事介助、服薬の手助けにおける、主介護者および事業者による介護の有無とした。多重ロジスティック回帰分析により、従属変数と独立変数の関連を検討した。副次的な分析として、被介護者の性別で層別化した多重ロジスティック回帰分

析を行った。

(結果) 4,213 人の主介護者が対象となった。主介護者の年齢の平均および標準偏差は 65.3 ± 11.5 歳で、被介護者では 83.7 ± 7.7 歳であった。多重ロジスティック回帰分析の結果から、主介護者が身体清拭および排泄の介護を行っていた場合、それらの介護を主介護者と事業者の双方が行っていた場合も、主介護者の 1 日の介護時間がほとんど終日である可能性が高かった。また、被介護者が男性の分析において、排泄介助と入浴介助を主介護者と事業者の双方が行った場合においても主介護者の 1 日の介護時間がほとんど終日である可能性が高かった。

(考察) 身体清拭や排泄の介護を行っている主介護者は、介護時間が長いことで、介護の負担が大きい可能性があることから、事業者はそのことに注意して対応する必要があるとあり、被介護者の性別に応じて、異なる支援が必要となる可能性がある可能性も考えられた。また、男性の被介護者が排泄介助を必要としている場合には、より主介護者の負担が大きい可能性があることから、レスパイトケア等を目的としたサービス等による支援も必要である可能性が考えられた。

(4) 重度要介護高齢者における訪問診療および往診の利用と在宅生活継続の関連

(目的) 本研究の目的は、診療報酬レセプトと介護報酬レセプトを連結したデータを用いて、重度要介護高齢者における在宅医療の提供と在宅生活継続との関連を明らかにすることである。

(方法) 本研究は千葉県 A 市における介護レセプトデータと医療レセプトデータを統合したデータセットを用いて実施した。対象は、要介護 4 または 5 の認定を 18 ヶ月以上受けていた 75 歳以上の者とした。従属変数は、要介護 4 または 5 の認定を受けて介護保険サービスを利用した初月から数えて 7 ヶ月目から 18 ヶ月目までの 12 ヶ月において、全ての月で 1 日以上自宅で生活を送った者

(以下、在宅継続群) と、それ以外の者 (以下、在宅非継続群) による二値変数とした。独立変数は、要介護 4 または 5 の認定を受けた初月から 6 ヶ月目までにおける訪問診療の利用の有無および往診の利用の有無とし、対象者の年齢、性別、Charlson Comorbidity Index (以下、CCI)、要介護度、介護保険サービス利用の有無で調整した多重ロジスティック回帰分析を行った。

(結果) 千葉県 A 市における 359 人が対象となった。対象者の年齢の平均値および標準偏差は 85.4 ± 5.99 歳、女性の人数は 251 人 (69.9%) であった。対象者の年齢、性別、CCI、要介護度、介護保険サービス利用の有無で調整した多重ロジスティック回帰分析の結果から、要介護 4 または 5 の認定を受けてから 6 ヶ月以内に訪問診療を利用した者は、そうでない者に比べて、7 ヶ月目から 18 ヶ月目において在宅継続群であることと有意な関連が認められた (オッズ比 2.30、95%信頼区間 1.08~4.90)。往診については、有意な関連は認められなかった。

(考察) 本研究においてデータを利用した千葉県 A 市において、訪問診療の利用は、重度要介護高齢者の在宅生活継続に関連する可能性があることが示唆された。往診の利用については関連を認めなかった。今後は、往診サービスを利用した者に対して、医学的なニーズに応じて適切な管理が行われているかどうかを検証する必要があると考えられた。

(5) 緊急ショートステイサービスの整備による介護費用抑制の試算

(背景) 在宅介護をしている介護者に今後の介護継続意向を問うと、何かしらの支援があれば継続できるとする層がおり、その多くが最も必要な支援として緊急ショートステイを挙げている。そこで、緊急ショートステイサービスが整備されることで、在宅介護を継続できた場合に施設入所した場合と比べてどれだけ介護費用が抑制され得るかを試算

することを目的とする。

(方法) つくば市における第 6 期介護保険事業計画策定に向けた実態調査において、緊急ショートステイが整備されれば在宅介護を継続できると回答した割合を、要介護度別につくば市全体の在宅介護者に割り当て、この群の人数を算出し (在宅介護継続可能群)、また厚生労働省により公表されている介護給付費等実態調査の 2014 年分における在宅介護に要した費用と施設介護に要した費用を用い、この群が在宅介護を継続した場合と施設移行した場合の介護費用の差を算出した。その際、在宅介護継続の条件として緊急ショートステイだけを選択した者を在宅介護継続可能群とした場合を下限推定、緊急ショートを含む複数回答をした者を在宅介護継続可能群とした場合を上限推定として 2 パターンの試算を行った。

(結果) 下限推定では、在宅介護継続可能群が市内に 267 人と推定され、緊急ショートステイを整備することで抑制される介護費用は約 3 億 9 千万円、上限推定では同群が 873 人となり約 12 億 8 千万円が抑制されると試算された。

(考察) 本研究により試算された介護費用抑制額は、つくば市の 1 年間の介護費用の、下限推定の場合は 4.0%、上限推定の場合は 12.9% に相当した。逼迫する介護費用を適正使用していくためにも、また多くの高齢者が自宅で過ごしたいと望んでいることから、いざというときのためのサービスを確実に提供し、安心した中で在宅介護が継続されるようサービスを整備していくことが望まれる。

(6) 高齢者における通院中の医療機関数と多剤併用の関連

(目的) 近年、高齢者における多剤併用が問題視されている。日本では医療機関を自由に受診できるため、複数の病院で処方を受ける結果、多剤併用のリスクが高まる可能性がある。本研究の目的は、つくば市の 65 歳以上の高齢者において、現在通

院中の病院数と多剤併用の関連を検討することである。

(方法) 平成 28 年度の「つくば市高齢者福祉計画策定のためアンケート調査」に参加した 1557 人のうち、現在治療中の疾患を持つ 993 人を対象とした。この集団を、現在通院中の病院 (クリニック・診療所含む) が 1 つの群 516 人と 2 つ以上の群 477 人に分け、各群から、年齢・性別・疾患数が同じ人を 1:1 のマッチングにより選出した。日本医師会の定義に沿って、6 種類以上の処方薬の内服を多剤併用と定義し、マッチされた人々 (各群 343 人) の間で、多剤併用の割合をカイ二乗検定で比較した。さらに、通院中の病院数 (2 病院以上 vs.1 病院) と多剤併用の関係を多変量ロジスティック回帰分析で検討した。交絡因子として、マッチに用いた因子に加え、喫煙・飲酒・経済状況・個々の疾患 (糖尿病や筋骨格系の疾患など) の有無を調整した。追加の検討として、現在通院中の病院が 2 つ以下と 3 つ以上の 2 群に分けて同様の分析を繰り返した。

(結果) 多剤併用の割合は、通院中の病院が 1 つの群 11.4% (39/343) に対し、2 つ以上の群 17.2% (59/343) であった ($P=0.029$)。2 つ以上の病院に通院中の人は、1 つの病院に通院中の人に比べて多剤併用のリスクが有意に高かった (調整後オッズ比 1.76、95%信頼区間 1.08-2.85、 $P=0.022$)。追加の検討では、多剤併用の割合は通院中の病院が 2 つ以下の群 19.4% (27/139) 対 3 つ以上の群 33.1% (73/139) であり ($P=0.010$)、調整後オッズ比 2.18 (95%信頼区間 1.21-3.90、 $P=0.009$) であった。

(結論) 高齢者において、同じ疾患数であっても、より多くの病院に通院している人は多剤併用のリスクが高い可能性が示唆された。このような人々への多剤併用対策が検討されるべきである。

(7) チリの地域在住高齢者の家族介護者における社会的支援と抑うつ症状の関連

(目的) 高齢者の介護者のうつ病は深刻な問題であるが、発展途上国においては見過ごされていることが多い。本研究の目的は、チリの地域在住高齢者の家族介護者における社会的支援と抑うつ症状の関連を明らかにすることとした。

(方法) チリ共和国の全国調査における、地域在住高齢者およびその家族介護者に関する調査データを用いた。家族介護者における社会的支援の測定には、「Duke-UNC 機能的社会的支援質問票 (FSSQ)」を用い、55 点中 32 点以上であった者を、高レベルの社会的支援を受けた者とし、独立変数とした。抑うつ症状の評価には「うつ病(抑うつ状態)自己評価尺度 (CES-D)」を用い、60 点中 16 点以上であったものを「抑うつ症状あり」とし、従属変数とした。分析には多重ロジスティック回帰分析を用いた。

(結果) 地域在住高齢者とその家族介護者の 377 組が対象となった。家族介護者の 76.9%が高い社会的支援を受けており、46.9%が「抑うつ症状あり」と評価された。多重ロジスティック回帰分析から、「抑うつ症状あり」である可能性を減少させる要因は、高い社会的支援 (オッズ比 0.311、95%信頼区間 0.167-0.579)、過去 12 ヶ月間に休日を過ごしたこと (0.513、0.270-0.975) であった。

「抑うつ症状あり」である可能性を高める要因は、介護者が女性であること (2.296、1.119-4.707)、無保険であること (4.321、1.750-10.672)、介護者が配偶者であること (OR = 3.832、95%CI : 1.546-9.493)、介護にかかる時間 (1.053、1.021-1.085) であった。

(結論) 高い社会的支援を受けていること、休日を過ごしていることが、抑うつ症状が少ないことに関連した。一方、介護者が女性であること、介護者が配偶者であること、無保険であること、介護にかかる時間が長いことが、抑うつ症状に関連した。従って、社会的支援を維持し強化するたような介入は、家族介護者における抑うつ症状の改善に寄与する可能性が示唆された。また、女性の

介護者、無保険者、被介護者の配偶者、介護にかかる時間が長い介護者に対しては、レスパイトケア等で一時的に休息を得られるような支援も、抑うつ症状の改善に寄与する可能性が考えられた。

(8) 地域課題の類型化にむけた PDCA サイクルを用いた地域ケア会議の実施方法

(目的) 地域ケア会議を活用した地域包括ケアシステムの実現へ向け、地域包括支援センターレベルの会議 (以下、地域ケア個別会議) で検討された個別事例の問題点や支援方法を類型化したデータとして蓄積し、地域毎および地域間での地域課題を検討する必要がある。そのため、地域課題を整理するための記載方法を整理し、地域ケア会議の運用に寄与することを目的とした。

(方法) 個別事例における問題点の抽出方法のためのキーワードを整理し、問題点と地域課題を整理するための評価方法について整理を行った。

(結果) 事例提供者への様式に記載方法の整理を行ったが、キーワード分類などの分類が未記載となっている場合があることが判明した。一方、検討事例について、認知症や精神機能障害といった身体機能障害以外の事例を検討することが多く、医師からの医学的背景の説明があることで、疾病や障害の理解が促進された。

(考察) 地域ケア個別会議における困難事例の問題点の類型化と実施について、個別事例の問題点をキーワード化し蓄積することにより、地域課題が明らかになることが期待される。今後、多くの方が利用できるような情報発信の体制を今後整備していく。