

介護認定率に影響を与える要因を探る

—都市近郊農村の認定率に大きな差のある地区間の比較から—

町田 弘江¹⁾ 八巻 幸子¹⁾ 佐藤 裕美²⁾
草野 つぎ³⁾ 加藤 清司⁴⁾

A Study on the Factors Associated with the Qualified Rate of the Long-Term Care Insurance :
Comparison between Districts with Large Difference of the Rates in a Near Urban Rural Village

Hiroe MACHIDA¹⁾ Sachiko YAMAKI¹⁾ Hiromi SATO²⁾
Tsugi KUSANO³⁾ Kiyoshi KATOH⁴⁾

I. はじめに

高齢化の進展に伴い、介護問題は国民の老後生活最大の不安要因となってきた。しかしながら従前の高齢者介護制度は医療と福祉の縦割りの制度となっており、サービスが自由に選択できない、負担に不公平が生じている、介護を理由とする長期入院（いわゆる社会的入院）等医療サービスが不適切に利用されている等の問題があった。こうした不安や問題の解消を図り、急速な増加が見込まれる介護費用を国民全体で公平に賄う仕組みとして介護保険制度が創設された¹⁾。介護保険制度は平成12年4月より実施されたが、市町村を対象とした実態調査²⁾によると、高齢者に対する介護は質・量ともに増加したと肯定的に評価されている。しかしながら、介護保険制度の利用に関しては、自己負担があることから十分な介護が受けられない高齢者がいること^{3), 4)}に加え、認定者であっても介護サービスを全く利用しない高齢者がおり、その理由として「家族介護で十分」、「何とか自分でやれる」とする者が多いこと⁵⁾など、高齢者に必要な公的介護サービスが提供されているとはいえないことが指摘されている。「家族介護で十分」、「何とか自分でやれる」については、自助自立意識が高い、家族の介護力が高い、といった肯定的な側面ばかりではなく、他者に介護してもらいたくない、などの消極的な

側面の存在も推測される。

著者（町田、八巻）の勤務する〇村は福島県中通り地方に位置する、人口約8,600人の兼業農家が多い都市近郊農村である。介護保険制度開始時の平成12年4月の認定率は6.8%であったが、平成15年には9.0%と増加した。同年2月に〇村介護保険要介護・要支援認定者調査を実施したところ、村内16行政区毎の認定率が大きく異なり、認定率が最も低い地区では1%、最も高い地区では18%であった。自然環境や生活様式など比較的均一と考えられる村内での認定率の大きな相違は興味のあるところである。この行政区間の認定率の相違には高齢者の健康状態に加え、高齢者の自助自立意識および家族や地域の介護力が関連しているものと思われる。今回、〇村において高齢者の健康状態そのものに関連する要因、および自助自立意識や介護力に関連する要因を探る目的で調査検討を行ったので報告する。

II. 研究方法

1. 調査地域の概要

調査対象地域である〇村は、福島県内主要都市である福島市、郡山市のほぼ中央に位置し、国道4号沿いを中心に工場や商業施設が立地し、都市化が進んでいる。東西13.2km、南北13.9km、面積は79.46km²で、面積の約20%を田畑、65.7%を山林が占めている。降雪量は山間部で

1) 福島県大玉村役場
2) 県北保健福祉事務所
3) 相双保健福祉事務所
4) 福島医大看護学部

Key words : qualified rate of the long-term care insurance, comparison between districts, activities of senior citizens club, private support, positive self appraisal for aging
キーワード : 介護認定率、地区比較、老人クラブ活動、私的支援、老いへの肯定

受付日 : 2006. 10. 19 受理日 : 2006. 12. 28

約30cmあるものの、平坦部においては少なく、年間平均気温は約12℃と県内では比較的温暖な地である。

平成15年3月31日現在人口8,600人、世帯数2,083世帯で緩やかな増加の傾向にある。平成15年度の高齢化率は22.9%で、村内の16行政区毎にみると、高齢化率が高いところは29.5%、低いところは16.6%と倍近い差が見られる。産業別就業人口は、第1次産業16.5%、第2次産業41.2%、第3次産業42.3%（平成12年国勢調査結果）で、1次産業と比べると2次産業、3次産業が多いが、兼業農家が多く見られる。

2. 調査方法

1) 既存資料の分析

平成15年度の村内16行政区毎の介護保険認定率、および認定率に影響すると思われる各種指標のうち、行政区毎の統計が利用可能な指標との関連を検討した。人口学的指標として高齢化率、健康指標として70才以上医療費、総合検診受診率、総合検診結果異常なしの割合、総合検診未受診者の割合、施設入所者数、社会参加・活動指標として老人クラブ加入率、老人クラブ活動率が行政区毎に利用可能であった。

2) フォーカスグループインタビュー

平成14年度の介護認定率が最大（18%）であった地区（高認定率地区）と最小（1%）であった地区（低認定率地区）の2地区について、地区の地誌的特性および住民気質等の特性と介護認定率の関連を検討するためにフォーカスグループインタビューを行った。なお、村内でも高認定率地区は国道沿いの平坦地であり、商業施設も多いのに対し、低認定率地区は阿武隈山脈の麓の起伏の多い山林と農地の多い地域である。

対象者は高認定率地区および低認定率地区の健康高齢者（ゲートボール参加者）および〇村役場職員とした。健康高齢者に対するインタビューでは、低認定率地区は平成16年6月23日、高認定率地区は同年11月19日に、それぞれの地区のゲートボール場にインタビュアー（町田、八巻）が出向き、ゲートボールの練習終了後に参加者に対し集団でインタビューを行った。それぞれの地区が村内で最も介護認定率が高い（低い）ことについて説明した後、どのような地区の特性が認定率の高さ（低さ）に関係していると思うか、について自由に話してもらった。インタビューにあたっては参加者の氏名・年齢などの個人情報収集せず、発言内容をその場でノートに記入した。両地区あわせて23名がインタビューに参加した。

役場職員に対するインタビューでは、高認定率地区および低認定率地区のそれぞれの特性を把握していると思われる職員6名を選び、平成16年11月19日にグ

ループインタビューを行った。健康高齢者に対するインタビュー同様、調査の趣旨を説明した後に両地区の特徴について自由に話してもらった。

3) 質問紙調査

高認定率地区および低認定率地区の40才～64才および65才以上の全住民を対象に、自記式の留め置き法で、現在の疾病の有無・身体状況・望む介護者・生活状況・心の健康度・主観的健康観などに関する「生活習慣病・介護予防のためのアンケート」（40才～64才対象）及び「介護予防事業のためのアンケート」（65才以上対象）を実施した。平成15年11月下旬に保健協力員が各家庭を訪問し、調査票を対象者に配布した。個人を特定できないように調査票は無記名とし、回答者自身が無記名の回収用封筒に密閉したものを12月10日までに保健協力員に回収してもらった。回答内容から個人が特定されることを避けるために、村職員は調査票の取扱には直接関与せず、データの入力には県北保健福祉事務所職員が行った。集計にはマイクロソフトエクセルおよびSPSSを用いた。

Ⅲ. 結 果

1. 既存資料の分析

平成15年度の行政区別介護保険認定率と各種指標との相関係数を表1に示した。介護認定率と70歳以上医療費では弱い正の相関、総合健診異常なし率とは弱い負の相関を示したが有意ではなかった。一方、介護認定率と老人クラブ加入率には相関は見られないものの、活動率との間には負の相関関係が認められた。なお、平成14年度のデータを用いても介護認定率と有意の相関を認めたものは老人クラブ活動率のみであった。

2. フォーカスインタビュー

フォーカスインタビューで出された意見を表2にまとめた。地勢的には低認定率地区は山がちで坂道が多いという特徴があるため、足腰が鍛えられている、という意見があった。家族の形態として低認定率地区は多世代家族が多く、念仏講など近隣と密接な関係を保っているとの指摘があった。ほとんどの高齢者は通院しているものの、村で行っている通所福祉サービスを利用する者はいないとのことであった。老人クラブの活動状況については、低認定率地区は活動が活発でありリーダーが積極的であるが、高認定率地区では活動は不活発であり、仲間づくりも地区のわくとは別に行われている、とのことであった。

表1 行政区別介護保険認定率と各種指標との相関係数（平成15年度）
（行政区数：16）

項 目	範 囲	村 全 体	相 関 係 数
介護保険認定率 (%)	4.0-14.2	9.3	—
高齢化率 (%)	25.3-44.9	33.2	-0.289
総合健診異常なし率 (%)	16.6-27.2	22.0	-0.303
総合健診未受診率 (%)	5.3-19.8	13.0	0.289
70歳以上医療費 (千円/人)	328-694	531	0.366
老人クラブ加入率 (%)	45.9-69.7	54.9	-0.047
老人クラブ活動率 (%)	1.21-7.21	—	-0.586*

*：p<0.05

表2 フォーカスインタビューのまとめ

	低 認 定 率 地 区	高 認 定 率 地 区
地勢	・坂道が多い	・平坦
近隣のつながり	<ul style="list-style-type: none"> ・お嫁さんがきたら世代交代となり、葬式手伝い等は、若い世代の人たちがでるようになる ・隣組とのつながりが強い ・昔からの伝統（念仏講中、屋敷の集まり、山の神）をかたくなに守っている 	<ul style="list-style-type: none"> ・若い人たちは部落の集まりには出ない ・若い人たちは、若い人たちだけで新年会などを開催している ・若い人たちは勤めているので、付き合い自体が簡素化している
家族のつながり	<ul style="list-style-type: none"> ・三世代家族、大家族が多く家族仲がよい ・一人暮らしの老人はいない 	<ul style="list-style-type: none"> ・「若い人は若い人」という世帯がでてきている ・一人暮らしがめだつ
健康関連	<ul style="list-style-type: none"> ・村の生きがいデイサービス、老人デイサービスに通っている人はいない ・施設に入所している人はいる ・ほとんどの年寄りとは通院している 	<ul style="list-style-type: none"> ・痴呆、寝たきりが多い感じである ・特に男子に多い ・1～2年で4、5人亡くなった
老人クラブ	<ul style="list-style-type: none"> ・老人クラブの活動が活発、活気がある ・老人クラブの男性リーダーが中心となって積極的に引っ張っている ・老人クラブの活動率が高い ・老人クラブ自体が区全体で活動している感じがする ・老人クラブに個性があり、一つの組織という感じ 	<ul style="list-style-type: none"> ・老人クラブの男性リーダーがいらない ・この地域の老人クラブは単独では活動できない ・役員や中心となる人が固定化している ・老人クラブの加入率が高いが、活動率が低い ・老人クラブより小さな単位で集まっている ・個人的にサークルに入って活動していたり、自分の趣味をしている人が多い
性格	・個性的な人が多い	・おとなしい感じがする

3. アンケート調査結果

アンケートの回収状況を表3に示した。低認定率地区、高認定率地区とも40～64才での有効回答率は7割程度と低めだったものの、65才以上では9割前後の対象者から有効回答が得られた。

1) 回答者の属性

回答者の平均年齢を表4に示した。40～64歳については男女とも両地域間に差はなかったが、65歳以上男子では低認定率地区に比べ高認定率地区で有意に平均年齢が低く、また高認定率地区では男女比が低くなっていた。40～64歳での職業構成に両地区で差は認められなかった(表5)。

2) 現在の健康状態および治療中の病気の有無

現在の健康状態および治療中の病気の有無を表6に示した。40～64歳では、男女とも、自分自身の健康状態に対する評価や治療中の病気がある割合に両地区間で差はなかった。一方、65歳以上では健康状態が「大変よい」とする者の割合は、男女計でみると、高認定率地区の21%に対し低認定率地区では37%と有意に高かった。

3) 40～64歳の生活習慣等

40～64歳の生活習慣等を表7に示した。飲酒、運動、喫煙、ストレスおよびその解消、睡眠に関する項目全てについて、男女とも、低認定率地区および高認定率地区の間に差はみられなかった。

4) 65歳以上での生活状況等

65歳以上での生活状況等を表8に示した。食事や入浴時に手助けが必要な女子は低認定率地区の1人に対し、高認定率地区では7人(14%)と有意に多かった。配偶の状況では高認定率地区で女子の死別の割合が45%と低認定率地区の18%に比べ有意に高くなっていた。世帯の状況についてみると、高認定率地区では低認定率地区に比べ多世帯同居が多く、低認定率地区では隣居(隠居)が高認定率地区に比べ多くなっていた。外出する機会は低認定率地区に比べ高認定率地区で多く、女子および男女計で有意であった。家族や友人との交流に満足している者の割合は、低認定率地区の女子で高認定率地区に比べ高い傾向を示したが有意差は認めなかった。友人知人と話す頻度は高認定率地区の方が低認定率地区に比べ高い傾向($p = 0.071$)がみられた。現在の生活での満足度は両地区でほとんど差はなかった。

表3 アンケート対象者数および有効回収率

	低認定率地区	高認定率地区
40～64歳	90/129 (70.0%)	93/134 (69.4%)
65歳以上	91/ 97 (93.8%)	79/ 88 (89.8%)

表4 回答者の平均年齢 (平均±標準偏差)

	40～64歳		65歳以上	
	低認定率地区	高認定率地区	低認定率地区	高認定率地区
男子	52.7±6.2 (n = 45)	52.7±6.1 (46)	76.1±5.9 (39)	71.9±5.0** (29)
女子	51.8±6.0 (45)	52.0±6.0 (47)	74.6±6.4 (42)	75.5±7.0 (50)

** : $p < 0.01$, Student's t-test

表5 回答者の職業（40～64歳のみ）

	男 子		女 子	
	低認定率地区	高認定率地区	低認定率地区	高認定率地区
	(n = 46)	(47)	(46)	(48)
会社員・公務員	27 (59%)	28 (60%)	24 (53%)	24 (51%)
自営業・農業	14 (30)	14 (30)	11 (24)	11 (23)
専業主婦	—	—	8 (18)	10 (21)
その他・NA	5 (11)	5 (11)	3 (4)	3 (4)

表6 現在の健康状態および治療中の病気の有無

40～64歳	男 子		女 子		計	
	低認定率地区	高認定率地区	低認定率地区	高認定率地区	低認定率地区	高認定率地区
	(n = 46)	(47)	(46)	(48)	(92)	(95)
非常に健康	6 (13%)	6 (13%)	6 (13%)	6 (13%)	12 (13%)	12 (13%)
健康なほう	31 (67)	32 (68)	28 (61)	29 (60)	59 (64)	61 (64)
あまり健康でない	8 (17)	8 (17)	9 (20)	9 (19)	17 (18)	17 (18)
健康でない	1 (2)	1 (2)	3 (7)	4 (8)	4 (4)	5 (5)
治療中の病気あり	28 (65)	28 (64)	21 (51)	21 (49)	49 (58)	49 (56)
65歳以上	男 子		女 子		計	
	低認定率地区	高認定率地区	低認定率地区	高認定率地区	低認定率地区	高認定率地区
	(n = 39)	(29)	(44)	(51)	(83)	(80)
大変よい	16 (43%)	6 (26%)	14 (32%)	9 (18%)	30 (37%)	16 (21%)*
ふつう	16 (43)	13 (48)	19 (43)	33 (65)	35 (43)	46 (59)
病気がち	6 (16)	7 (25)	9 (20)	7 (14)	15 (19)	14 (18)
長く寝ている	0	0	2 (5)	2 (4)	2 (2)	2 (3)
治療中の病気あり	21 (58)	21 (72)	25 (66)	38 (76)	46 (62)	59 (75)

*: $p < 0.05$, χ^2 -test

表7 40～64歳の生活習慣

	男 子		女 子		計	
	低認定率地区	高認定率地区	低認定率地区	高認定率地区	低認定率地区	高認定率地区
	(n = 46)	(47)	(46)	(48)	(92)	(95)
酒を飲む	34 (74%)	35 (74%)	18 (39%)	19 (40%)	52 (57%)	54 (57%)
運動不足と思う	29 (63)	30 (64)	29 (63)	31 (65)	58 (63)	61 (64)
運動する	13 (28)	14 (30)	9 (20)	9 (19)	22 (24)	23 (24)
喫煙する	22 (48)	23 (49)	2 (4)	2 (4)	24 (26)	25 (26)
ストレスあり	25 (54)	26 (55)	29 (63)	31 (65)	54 (59)	57 (60)
ストレス解消できた	15 (33)	15 (32)	11 (24)	11 (23)	26 (28)	26 (27)
睡眠とれている	39 (85)	40 (85)	30 (65)	32 (67)	69 (75)	72 (76)

5) 老いについてのおもい (65歳以上)

65歳以上での老いに関するおもいを表9に示した。「年をとることはよいこと」か、の質問に対し「そう思う」と答えた者の割合は低認定率地区男子26%に対し、高認定率地区男子では17%、女子では34%に対し22%と低認定率地区で高い傾向にあったが有意ではなかった。一方、「年にとって前より役に立たなくなった」と思う者の割合は男女計でみると低認定率地区が高認定率地区に比べ有意に高くなっていた。なお、女子では低認定率地区で、「若いときに比べ今がしあわせ」とする者の割合が、高認定率地区にくらべ有意に高くなっていた。

6) 将来介護が必要になった場合に望む介護者

自分自身将来介護が必要になった場合にだれに介護して欲しいかを、表10に示した。40～64歳では低認定率地区、高認定率地区とも男子の約3分の2、女子の過半数が配偶者と答えており、次いで男子では息子、女子では娘の順で、両地区間に差は認められなかった。65歳以上では男子では50%前後の者が配偶者を選び地区間の差はそれほど認められなかったものの、女子では低認定率地区で36%が配偶者としたのに対し、高認定率地区では8%と有意に低くなっていた。また、有意差は認めないものの高認定率地区女子ではこの設問に答ええない者の割合が35%と高くなっていた。

的小規模にもかかわらず、行政区毎の介護認定率に大きな相違があった。介護認定率に影響をあたえる要因としては、高齢者の健康状態に加え、高齢者本人の自助自立意欲、家族や周囲の介護力などが考えられる。そこで、行政区間の認定率の相違の原因として健康状態そのものの、高齢者の自助自立意欲、地区および家族の介護力に焦点を合わせ、既存資料の検討、グループインタビューによる質的研究および質問紙調査による量的研究を組み合わせ検討した。

介護認定率の地域差を検討する際、認定機関により認定基準に差が生じる可能性を排除できない⁶⁾が、本調査では村内のすべての行政区の認定機関は同一であり、認定基準の機関の差による影響はない。認定率の地域差に関するこれまでの調査結果をみると、都道府県単位での検討では⁷⁾大都市部で非利用者率が高い傾向が認められ、利用者率の高い群でも、東北地方では居宅サービス受給者率が高く、北陸地方では施設サービス受給者率が高いといった違いがみられた。一方、認定申請者の確実な増加や提供されるサービスの増加の点では都市部・農村部で共通している⁸⁾ことから、今回の調査で農村的要素の強い地区で必要があるにもかかわらずサービスが利用されないという可能性は低く、認定率の差は需要の差そのものであると考えられる。

1. 既存の統計資料

既存統計資料の検討結果、介護認定率と有意の相関を認めたものは老人クラブ活動率（負の相関）のみであった。70歳以上医療費とは弱い正の相関、総合健診異常無

IV. 考 察

今回の調査対象〇村は人口規模、面積の上からも比較

表8 65歳以上の生活状況等

	男 子		女 子		計	
	低認定率地区	高認定率地区	低認定率地区	高認定率地区	低認定率地区	高認定率地区
	(n = 39)	(29)	(44)	(51)	(83)	(80)
日常の手助けの必要						
食事・入浴時	3 (8%)	2 (7%)	1 (2%)	7 (14%)* ^F	4 (5%)	9 (11%)
外出時のみ	1 (3)	1 (3)	4 (9)	6 (12)	5 (6)	7 (9)
配偶の状況						
配偶者あり	20 (51)	24 (83)	19 (43)	18 (35)	39 (47)	42 (53)
死別	5 (13)	2 (7)	8 (18)	23 (45)**	13 (16)	25 (31)
世帯状況						
多世代同居	22 (56)	23 (79)	28 (64)	38 (75)	50 (60)	61 (76)*
隣居（隠居）	7 (18)	1 (3) ^{1F}	5 (11)	3 (6)	12 (14)	4 (5)*
高齢者のみ	6 (15)	4 (14)	5 (11)	4 (8)	11 (13)	8 (10)
日中過ごす人						
ひとり	4 (10)	3 (10)	10 (23)	10 (20)	14 (17)	13 (16)
配偶者のみ	17 (44)	12 (41)	19 (43)	13 (25)	36 (43)	25 (31)
家族といっしょ	13 (33)	12 (41)	8 (18)	20 (39)	21 (25)	32 (40)
外出する機会						
ほぼ毎日	7 (18)	11 (38)	3 (7)	11 (20)* ^M	10 (12)	22 (28)* ^M
週2～3日	16 (41)	8 (28)	10 (23)	18 (35)	20 (24)	26 (33)
週1回以下	13 (33)	10 (34)	28 (64)	18 (35)	41 (49)	28 (35)
家族・友人との交流						
満足	27 (69)	22 (76)	33 (75)	26 (51)	60 (72)	48 (60)
友人知人と話す頻度						
ほぼ毎日	10 (26)	13 (45)	11 (25)	22 (43)	21 (25)	35 (44) ^{2M}
週2～3日	15 (38)	8 (28)	20 (45)	13 (25)	35 (42)	21 (26)
週1回以下	8 (21)	4 (14)	9 (20)	12 (24)	17 (20)	16 (20)
今の生活での満足度						
満足	29 (74)	22 (76)	36 (82)	38 (75)	65 (78)	60 (75)

* ; p < 0.05, ** ; p < 0.01, χ^2 -test: *^F ; p < 0.05, Fisher's exact test: *^M ; p < 0.05, Mann-Whitney U test^{1F} ; p = 0.069, Fisher's exact test: ^{2M} ; p = 0.071, Mann-Whitney U test

表9 老いについてのおもい (65歳以上)

	男 子		女 子		計	
	低認定率地区	高認定率地区	低認定率地区	高認定率地区	低認定率地区	高認定率地区
	(n = 39)	(29)	(44)	(51)	(83)	(80)
年をとることはよいこと						
そう思う	10 (26%)	5 (17%)	15 (34%)	11 (22%)	26 (31%)	16 (20%)
少しそう思う	10 (26%)	9 (31%)	9 (20%)	13 (25%)	19 (23%)	22 (28%)
思わない	14 (36%)	11 (38%)	14 (32%)	18 (35%)	28 (34%)	29 (36%)
年をとって前より役に立たなくなった						
そう思う	16 (41%)	11 (38%)	20 (45%)	16 (31%)	36 (43%)	26 (33%)*
少しそう思う	13 (33)	9 (31)	15 (34)	12 (24)	28 (34)	21 (26)
思わない	5 (13)	8 (28)	7 (16)	17 (33)	12 (14)	25 (31)
若いときに比べ今がしあわせ						
そう思う	13 (33%)	11 (38%)	29 (66%)	18 (35%)*	42 (51%)	29 (36%)
少しそう思う	7 (18)	8 (28)	7 (16)	14 (27)	14 (17)	22 (28)
思わない	14 (36)	8 (28)	6 (14)	10 (20)	20 (24)	18 (23)

* ; $p < 0.05$, Mann-Whitney U test

し率とは弱い負の相関を示したが有意ではなかった。このことから、介護認定率と健康状態の関連が示唆されるとともに、老人クラブ活動率に示される高齢者の活動性が介護認定率に大きく影響を与えていることが示された。

金らは⁹⁾ 埼玉県内のある町での農村的要素を残した地区と都市的要素をもつニュータウンの住民の比較から、ニュータウンの高齢者の社会活動性は極めて低く、地域共生意識が高い人ほど「個人活動」「社会奉仕活動」「学習活動」が活発であったとしている。今回の調査対象地区でも、高認定率地区は村内でも国道沿いにあり比較的都市化が進んでいる一方、低認定率地区は山沿いの旧来の農村的要素の強い地区であることから、金らの観察とほぼ同様な結果といえる。金らは⁹⁾ また「社会活動」や「老人クラブ以外のグループ活動」の実施状況の低い者は「老人クラブ出席状況」も悪いことを報告している。尾崎らの愛知県都市部での調査¹⁰⁾ でも同様に、社会活動や老人クラブ以外のグループ活動の実施状況が低い者は、老人クラブ出席状況も悪いことを報告している。これらの観察から老人クラブ活動率は社会活動参加

を代表する指標と考えられる。在宅高齢者では適度な運動に加え社会活動への参加が主観的健康感の向上や保持¹¹⁾、生命予後の延長^{12, 13)}と関連していることから、老人クラブ活動率の高い地区ほど介護認定率が低いことは納得できる。

2. フォーカスグループインタビュー

低認定率地区では「山がちで坂が多い」という地勢的特徴が健康へ良い影響を与えていることが示唆された。「近隣関係の強固さ、伝統的生活が地域に根付いている」ことが伺われたが、また印象として「大家族が多く、一人暮らしはいない」ことは、アンケート調査の結果とは異なる。近隣関係の強固さや伝統的家族役割といったきずなの強さが「大家族が多い」という思いこみにつながっているのかもしれない。「低認定率地区でもほとんどの年寄りを通院している」、という発言から医療へのアクセスには問題なく、村の行うデイサービスへのアクセスも同様と考えられることから、これらのサービスをほとんど受けていないことは、需要そのものがない、すなわち日々の生活の中で充足されているためと考えられ

表10 望む介護者

40～64歳	男 子		女 子		計	
	低認定率地区	高認定率地区	低認定率地区	高認定率地区	低認定率地区	高認定率地区
	(n = 46)	(47)	(46)	(48)	(92)	(95)
配偶者	30 (65%)	31 (66%)	25 (54%)	27 (56%)	55 (60%)	58 (61%)
息子	5 (11)	5 (11)	7 (15)	7 (15)	12 (13)	12 (13)
娘	3 (7)	3 (6)	9 (20)	9 (19)	12 (13)	12 (13)
子の配偶者	1 (2)	1 (2)	4 (9)	4 (8)	5 (5)	5 (5)
その他	8 (17)	8 (17)	7 (15)	7 (15)	15 (16)	15 (27)
NA	3 (7)	3 (6)	4 (9)	2 (4)	7 (8)	5 (5)
60歳以上	男 子		女 子		計	
	低認定率地区	高認定率地区	低認定率地区	高認定率地区	低認定率地区	高認定率地区
	(n = 39)	(29)	(44)	(51)	(83)	(80)
配偶者	20 (51%)	13 (45%)	16 (36%)	4 (8%)**	36 (43%)	17 (21%)**
息子	4 (10)	5 (17)	8 (18)	12 (24)	12 (14)	17 (21)
娘	4 (10)	1 (3)	7 (16)	11 (22)	11 (13)	12 (15)
子の配偶者	1 (3)	2 (5)	4 (9)	6 (12)	5 (6)	8 (10)
その他	3 (8)	0	0	0	3 (4)	0
NA	7 (18)	8 (21)	9 (20)	18 (35)	16 (19)	26 (33)

** : $p < 0.01$, χ^2 -test

る。同じような農村地帯である宮城県M町での介護保険制度導入直後の調査¹⁴⁾によれば、サービス受給者は要介護度に応じたサービスを受けていた。一方、介護保険制度施行前後における在宅難病患者および介護者の生活実態¹⁵⁾によると、療養者の病状が軽い場合、症状が変化しない場合は、介護保険制度を利用せずに家族による介護で対応しようとする傾向があった。東京都内の一区内での調査¹⁶⁾では、介護サービスの選択には階層的補完モデルが当てはまり、最初に私的支援が活用され、介護ニーズが私的支援の限界を超えて増加したときに初めて介護サービスが活用される可能性が指摘されている。今回の調査した低認定率地区でも、近隣関係の強固さや伝統的家族役割により、私的支援、すなわち地域や家族の介護力が相対的に高いことが認定率に影響を与えているかもしれない。

3. アンケート調査

1) 対象者の属性

回収率に地区間で差はなかった。40～64歳での有効回収率が悪いものの65歳以上では約9割の回収率が得られた。これは自記式の留め置き法で、保健協力員が回収にあたったためと考えられる。日常的に保健協力員と関係を構築していたことの効果であろう。回収率に差がなかったことから、回答者の人口構成は実状を反映していると考えられる。高認定率地区では男子高齢者の平均年齢が低く、男女比も低いことから、この地区で早世した男子が多いことをうかがわせる。統計資料の分析結果で、有意ではないものの介護認定率と70歳以上医療費と弱い正の相関、総合健診異常無し率と弱い負の相関を示したことと合わせ、現在の高齢者

の健康状態も低認定率地区に比べ悪いことを示唆している。

2) 40-65歳の特徴

アンケート調査の結果、職業、健康状態、生活習慣のいずれも、低認定率地区と高認定率地区の間に差はなかった。フォーカスインタビューの結果からは、この年代でも近隣関係や伝統的価値観等には両地区間に差があることがうかがわれていた。この年代では伝統的価値観や近隣関係が健康状態や生活習慣にまで影響を及ぼすに至っていない、または地区間の差も次第に消失しつつある段階にある、ことが考えられる。

3) 65歳以上の生活状況等

日常生活で手助けが必要な人の割合は、特に高認定率地区女子で高く、また女子で死別が多いことは、統計資料上男子で早世が多いこと、この地域で介護認定率が高いことを裏付けるものである。男女計では低認定率地区で5%、高認定率地区で11%が日常生活で入浴や食事に手助けが必要、と答えていた。低認定率地区および高認定率地区の認定率は平成14年が1%および18%、平成15年が5%および14.2%であったこととはほぼ一致する結果であった。同じ身体状況にありながら平成14年時点で申請しなかった者が平成15年度に新たに申請したものか、平成14年から15年にかけ新たに身体状況が悪化したのか詳細は不明である。しかしながら、平成15年に関しては、介護認定の必要がありながら申請を控えている者がいる可能性については配慮しなくてもよいであろう。

世帯状況ではフォーカスインタビューの結果とは異なり、高認定率地区で多世代同居が多く、一方低認定率地区では隣居（隠居）が多いという特徴があった。小野ら¹⁷⁾は介護保険制度を利用して住宅改修を行った結果、転倒しなくなった、行動範囲が広がった、一人でできないことができるようになった、などの変化がみられた、としている。本調査地区の隠居が高齢者仕様になっているか、については確認していないものの、隠居は高齢者専用の住宅であることからより老人に使いやすい仕様とすることができると、多世代同居の場合に生じる「気兼ね」がいらぬこと、など心身両面から高齢者がQOLを維持しながら生活するには適しているのかもしれない。敷地内別棟生活（隠居）は世代間の繋がりを保ちつつ、同居によるストレスを緩和できるばかりでなく、住居を高齢者の生活にあわせることができる。

4) 老いへのおもひ

年をとることはよいこととする者は、有意ではないものの低認定率地区で高く、若いときに比べしあわせとする者も低認定率地区の女子に高く、自分自身の老

いを肯定的にとらえている者の割合が高い一方、年にとって前より役に立たなくなった、と考えている者の割合も低認定率地区で高くなっていった。この一見矛盾するとも思える回答は、役割を果たし老いたことへの満足感と隠居に象徴される役割の喪失とのアンビバレンツな心象が背景にあるのかもしれない。老人クラブ活動の活性化は、この日常生活での役割の喪失感の代償でいくぶんかは説明が可能であろう。糸川ら¹⁸⁾は島根県内における65歳、75歳の市町村別平均自立期間と各種要因についての検討の結果、平均自立期間は、男女ともに山間部の町村が長い傾向が示され、男女とも生きがい何かもつことが主要な要因となっていることが示唆された、としている。今回の調査では生きがいについては調査していないものの、自分自身の老いを肯定的にとらえることもまた、生きがい同様高齢者の自立期間と関連しているものと考えられる。

5) 望む介護者

将来自分自身が介護が必要になった場合、だれに介護してもらいたいか、との問に対する回答は、40-64歳では両地区間に差はなかった。一方、65歳以上では、特に高認定率地区の女子で配偶者を挙げる者の割合が低かったが、配偶者と死別した者の割合が高く、また配偶者がいても健康状態から配偶者に期待できないためであり、介護に関する家族の役割意識に地区間で相違を示すものではなさそうである。むしろ、高認定率地区女子でこの設問への無回答が3割を超えたことは、要介護状態になったときに家族のだれを頼ればいいのかかわからない、という不安を表しているものと解釈できる。平松らの女性介護経験者232名を対象にした調査¹⁹⁾では、介護をストレスと感じていた者は60.4%である一方、190名は在宅での介護をしたいと希望しており、介護意識が高いのは嫁の立場にある者であったが、どの介護者も「他者からの恥意識」と「世間体」などを意識していた、としている。これに対し、今回の調査では子の配偶者（嫁）の介護を望むものの割合は低く、嫁の立場にある者に「他者からの恥意識」や「世間体」からの介護したい、しなければならないという意識があるにしろ、配偶者や実の子に介護してもらいたい、というのが本音であることがうかがえた。

4. 総 括

介護認定率に影響をあたえる要因として、対象高齢者の健康状態、高齢者本人の自立する意欲、家族や周囲の介護力を想定し、O村の認定率の異なる地区間の比較から、それぞれの要因がどの程度地区間の認定率の相違に貢献しているのかを検討した。低認定率地区と高認定率地区の間には高齢者の健康状態には既存資料検討、アン

ケート調査結果のいずれでも大きな差があり、健康状態の地区間の差が認定率に大きく影響していることが示された。高齢者の自立意欲については、老人クラブの活動性等から低認定率地区では高いことがうかがわれ、少々の身体能力の低下によっても自立する傾向が強く、介護申請を行わない可能性はあるが、今回の調査ではその点はあきらかにはならなかった。家族や近隣のきずなの強さも潜在的な介護力と考えられるが、自立傾向同様、そのことが具体的にどれだけ介護認定率に影響をあたえているか、は不明のままである。しかしながら、低認定率地区では老いることへの肯定的回答など、高齢者でのQOLが良好であることがうかがわれており、家族や近隣とのきずなの強さとともに認定率の低さに貢献している可能性がある。

V. 追 記

本研究は福島県保健福祉部が主催した平成15年度および平成16年度地域保健関係職員研修「調査研究研修」の一環として行った。調査に御協力いただいた関係各位に深甚なる謝意を表します。

なお、本研究の一部は平成17年の第64回日本公衆衛生学会総会および第54回東北公衆衛生学会で発表した。

文 献

- 1) 厚生労働省：介護保険制度について 介護保険制度Q & A
http://www1.mhlw.go.jp/kaigo99_4/kaigo5.html.
- 2) 白鞘康嗣, 島田直樹, 中原俊隆他：介護保険導入による市区町村の保健福祉サービスの変容, 日本公衆衛生雑誌, 50, 959-969, 2003.
- 3) 井上千津子：介護保険制度 1年を顧みて, 保健の科学, 43, 671-679, 2001.
- 4) 廣末利弥：介護保険の問題点, 保健の科学, 43, 698-685, 2001.
- 5) 厚生労働省老健局：全国介護保険担当課長会議資料（平成13年5月28日開催）, 2001.
- 6) 渡辺訓子, 久保田晃生, 鈴鹿和子他：静岡県における健康寿命と要介護疾患, 厚生指標, 52, 1-6, 2005.
- 7) 加治屋晴美, 鈴木みずえ, 金森雅夫：都道府県別社会関連統計指標を用いた介護保険サービス利用選択要因に関する研究, 公衆衛生, 68, 651-659, 2004.
- 8) 岩松珠美, 折茂賢一郎：要介護認定申請者の在宅サービス利用実態について 都市部と中山間部の比較検討（その2）, プライマリ・ケア, 26, 284-289, 2003.
- 9) 金貞任, 新聞省二, 熊谷修, 藤原佳典他：地域中高年者の社会参加の現状とその関連要因 埼玉県鳩山町の調査から, 日本公衆衛生雑誌, 51, 322-334, 2004.
- 10) 尾崎伊都子, 柳堀朗子, 白井みどり他：老人クラブへの会員の出席状況とその関連要因についての検討, 日本地域看護学会誌, 8, 13-23, 2005.
- 11) 中村好一, 金子勇, 河村優子, 他, 在宅高齢者の主観的健康観と関連する因子, 日本公衆衛生雑誌, 49, 409-416, 2002.
- 12) 本間善之, 鳴瀬優知, 鏡森定信：高齢者における身体・社会活動と活動的余命, 生命予後の関連について—高齢者ニーズ調査より—, 日本公衆衛生雑誌, 46, 380-390, 1999.
- 13) 中西範幸, 多田羅浩三, 中島和江他：地域高齢者の生命予後と障害, 健康管理, 社会生活状況との関連についての研究, 日本公衆衛生雑誌, 44, 89-101, 1997.
- 14) 増井香織, 荒井由美子, 鷺尾昌一他：介護保険制度導入直後の介護負担の変化 要介護度, サービス利用との関連, 保健婦雑誌, 59, 1060-1065, 2003.
- 15) 眞船拓子, 佐藤玲子, 山田典子：介護保険制度施行後の地域難病対策の課題, 新潟医学会雑誌, 117, 234-243, 2003.
- 16) 杉澤秀博, 深谷太郎, 杉原陽子他：介護保険制度下における在宅介護サービスの過少利用の要因, 日本公衆衛生雑誌, 49, 425-436, 2002.
- 17) 小野美奈子, 高藤ユキ, 中村千穂子他：住宅改修による利用者本人・家族の生活の変化 A町介護保険住宅改修利用者本人及び家族への面接調査から, 日本看護学会論文集（老年看護）, 35, 128-130, 2005.
- 18) 糸川浩司, 藤谷明子, 関龍太郎他：健康寿命の地域格差に影響している要因分析, 島根県保健環境科学研究所報, 44, 70-72, 2003.
- 19) 平松喜美子, 長澤順子, 寺田伊都子他：介護者のストレス認知に影響を与える介護の規範意識, 米子医学雑誌, 54, 185-191, 2003.