

じく 28 事務組合の構成団体数は 192 (25 市 144 町 23 村)、合計 443 (1 県 46 市 320 町 76 村) である。

これを道府県別にみると、財政広域化の組織状況にかなりの違いがあることが明らかになる。

表-2 に示したように、介護保険の財政運営を広域的に行う広域連合又は一部事務組合が設置されているのは 24 道府県で、そのうち、広域連合のみの道府県 10、一部事務組合のみの県 7、広域連合および一部事務組合の両方が広域的運営を行っている県 7 となっている。

表-2 介護保険の財政運営を含む広域連合及び一部事務組合数(道府県別)

道府県名	広域連合	事務組合	計
北海道	1		1
岩手県	1	2	3
秋田県		2	2
新潟県		1	1
富山県		5	5
石川県	1		1
福井県	1		1
長野県	1	1	2
岐阜県	7	1	8
静岡県		1	1
愛知県	1		1
三重県	5	1	6
滋賀県	1		1
大阪府	1		1
和歌山県		1	1
鳥取県	1		1
島根県	2	5	7
岡山県		1	1
広島県	1		1
福岡県	1		1
徳島県		1	1

佐賀県	1	3	4
長崎県	2	3	5
鹿児島県	2		2
計	30	28	58

(注)前表に同じ。

これを表-3のように整理してみると、介護保険財政の広域的運営をしている地域（広域連合または一部事務組合）の数が1~2の少数にとどまっている道府県が比較的多く、県内の5以上の地域で広域化が行われているのは富山県、岐阜県、三重県、長崎県の4県のみである。

この4県の中でも、岐阜県、三重県では広域連合によって広域的運営がなされている地域が多いのに対して、富山県、長崎県では広域連合よりも一部事務組合が広域化の担い手となっている。

さらに、広域連合だけを取り上げてみても、表-4に示したように、その組織状況と事業の範囲には道府県別に差があることが分かる。

72の市町村によって構成される福岡県介護保険広域連合を持つ福岡県は例外として、一般的に言えば広域連合の設置数が多い府県ほど介護保険事業の広域化に積極的であるとみることができよう。

表-3 道府県別にみた財政運営広域化の組織状況

		一部事務組合数					
		なし	1	2	3	5	計
広域連合数	なし		5	1		1	7
	1	9	1	1	1		12
	2	1			1	1	3
	5		1				1
	7		1				1
	計	10	8	2	2	2	24

(注)前表に同じ。

平成12年9月27現在、広域連合の設置数をもっとも多いのは長野県と三重県で、それぞれ県内に10の広域連合が設置されている。長野県ではそのすべてが介護保険事業を行っているが、財政運営を広域的に行っている広域連合はなく、介護認定の事業を共同で行う段階にとどまっている。これに対し三重県では、介護保険事業を行っている8広域連合のうち、5広域連合が財政運営を広域的に行っている。

この2県に次いで広域連合の設置数が多い岐阜県では、7広域連合のすべてが財政運営を広域的に行っている。

他の諸県で複数の広域連合が財政運営を広域的に行っているのは、島根県、長崎県、

表-4 介護保険事業を行う広域連合数

道府県名	広域連合設置数	介護保険事業を行う広域連合数	財政運営を行う広域連合数
北海道	4	1	1
青森県	2	2	
岩手県	3	3	1
埼玉県	1		
富山・岐阜県	1		
石川県	1	1	1
福井県	1	1	1
山梨県	1	1	
長野県	10	10	1
岐阜県	7	7	7
愛知県	1	1	1
三重県	10	8	5
滋賀県	1	1	1
大阪府	1	1	1
奈良県	2	2	
鳥取県	2	2	1
島根県	2	2	2
岡山県	1	1	
広島県	1	1	1
徳島県	1	1	
高知県	1	1	
福岡県	1	1	1
佐賀県	1	1	1
長崎県	2	2	2
熊本県	4	4	
大分県	4	4	
鹿児島県	2	2	2
合計	68	61	30

(注)前表に同じ。広域連合数は、自治省「広域連合の設置状況」(平成12年9月27日現在)による。

鹿児島県の3県のみである(いずれも2広域連合)。

このように、都道府県の間で、介護保険事業の広域化に大きな開きが生じている要因は単純ではないが、少なくとも行政の広域化にかかわる市町村の関心や姿勢の違いとともに、広域化の推進にかかわる都道府県の基本姿勢が影響を与えていることは確かであろう。

そこで、次節以下では、広域化の推進に積極的な姿勢を見せている岐阜県と三重県を取り上げ、介護保険事業の広域化の状況と課題を検討することにした。

## 第2節 岐阜県における介護保険事業と広域化

岐阜県は、5つの老人保健福祉圏域(岐阜、西濃、中濃、東濃、飛騨)を設定している。これに対して、広域市町村圏は9、県事務所の管轄地域は12に区分されている。

圏域ごとの介護保険事業広域化の状況を整理したのが表-5である。

介護保険事業を単独で実施しているのは4市(岐阜市、各務原市、大垣市、多治見市)のみであり、全市町村の96%にあたる95市町村が介護保険事業を広域で実施している。

県内7つの広域連合は、合わせて46

表-5 岐阜県における介護保険事業広域化の状況

圏域の区分			域内の市町村数			
老人保健福祉圏域	広域市町村圏	県事務所	市	町	村	計
岐阜圏域	岐阜地域	伊奈波	3	4		7
		本巣		7		7
		山県		3		3
西濃圏域	大垣地域	西南濃	1	11		12
	揖斐地域	揖斐		3	5	8
中濃圏域	中濃地域	武儀	2	2	3	7
	郡上地域	郡上		3	4	7
	可茂地域	可茂	2	8	1	11
東濃圏域	東濃西部地域	土岐	3	1		4
	中津川・恵那地域	恵那	2	7	4	13
飛騨圏域	益田地域	益田		4	1	5
	飛騨地域	飛騨	1	4	10	15
	計		14	57	28	99

介護保険事業の実施状況				
広域市町村圏	単独実施	広域連合	一部事務組合	共同設置
岐阜地域	岐阜市、各務原市 (2市)			1(1市4町)
		もとす介護保険広域連合 (7町村)		
			山県郡保健福祉事務組合 (3町村)[事務全般]	
大垣地域	大垣市(1市)	安八郡広域連合(4町)	海津郡老人保健施設事務 組合(3町)	2(2町、2町)
揖斐地域		揖斐広域連合(8町村)		
中濃地域			中濃地域広域行政事務組 合(7市町村)	
郡上地域		郡上広域連合(7町村)		
可茂地域			可茂広域行政事務組合(11 市町村)	
東濃西部地域	多治見市(1市)		東濃西部広域行政事務組 合(3市町)	
中津川・恵那地 域			中津川・恵那広域行政事務 組合(13市町村)	
益田地域		益田広域連合(5町村)		
飛騨地域		高山・大野広域連合 (9市町村)		
		吉城広域連合(6町村)		
計	4市	46市町村	40市町村	9市町

市町村で構成されている。

一部事務組合で介護保険事業を行うものは6組合(40市町村)で、そのうち山県郡保健福祉事務組合(3町村)のみが事務全般を行っているほかは、要支援・要介護認定

を共同で行っている。

このほかに、認定審査会の共同設置が3地域で行われており、合わせて9市町が参加している。

7つの広域連合を設置時期別にみると、安八郡広域連合の設置がもっとも早く、平成11年5月11日に設置されている。揖斐広域連合、もとす介護保険広域連合がこれに続き、同年6月1日に設置された。

吉城広域連合、益田広域連合は同年9月1日、高山・大野広域連合は同年9月17日に設置された。

郡上広域連合は当初一部事務組合として介護保険事業を開始したが、平成12年4月1日に広域連合に移行している。

岐阜県の広域連合は、いずれも介護保険事業の事務全般を行っている。しかし、介護保険事業の準備の過程で、当初から広域連合の設置を目指したのは、このうち設置時期の比較的早かった安八郡広域連合、揖斐広域連合、もとす介護保険広域連合などで、吉城広域連合、益田広域連合などは、当初は一部事務組合として取組む予定であったものが、平成11年度に入ってから広域連合の準備が急に進んだと言われている。

その背景に当該市町村間での合意形成の努力があったことはいままでのないが、県が財政的、人的な面で広域連合設置を積極的に推進する姿勢を示したことが大きな誘因となったと考えられる。

その一つのあらわれとして、岐阜県は、県単費事業による広域連合支援交付金制度を設けている。

平成11年3月21日に制定された「岐阜県広域連合支援交付金実施要綱」によれば、交付金の対象となるのは、「平成11年度から13年度の3カ年の間に設置された広域連合」で、次の要件を満たしたものに限定されている。

① 広域市町村圏を構成するすべての市町村（又はすべての市町村を含んでこれを上まわる数の市町村）を構成員とすること。

（ただし、すべての市町村を構成員としない場合でも、設立時の人口が知事の定める規模〔4万人〕以上であるか、合併に関する協議を行う協議会が設置されている場合には対象となる。）

② 介護保険に関する事務を含む複数の事務を処理すること。ただし、介護保険事務全般を処理すること。

③ 広域連合の区域内に一部事務組合がある場合は、その共同処理事務を一定期間内に広域連合の事務とすること。

このように、この交付金制度では、原則として広域市町村圏を構成するすべての市町村を構成員とし、介護保険事務全般を処理することを交付の要件としており、介護保険を契機として行政の広域化を推進しようとする県の基本姿勢が示されているといえよう。

平成 12 年度現在、この制度によって実際に交付金を受けているのは益田広域連合のみであるが、平成 13 年度に向けて揖斐広域連合も交付申請の準備を進めている。

平成 12 年度に発足した介護保険事業はまだ緒についたばかりであり、広域的運営の成否を具体的な実施状況を踏まえて論じるにはなお時期尚早の感がある。ここでは、発足後約半年を経過した時点での岐阜県における実施状況を概観しておくことにしたい。

表-6 には、圏域別に人口、高齢化率を示した。

表-6 岐阜県における圏域別人口と高齢化率

	総人口	65 歳以上人口	高齢化率
県 計	2,119,316	377,707	17.8
岐阜圏域	801,237	126,809	15.8
西濃圏域	397,231	69,287	17.4
中濃圏域	388,682	73,068	18.8
東濃圏域	362,590	69,576	19.2
飛騨圏域	169,576	38,967	23.0

(注)平成 12 年 4 月 1 日現在。

岐阜圏域は人口がもっとも多く、高齢化率は県平均の 17.6%を下まわり、15.8%となっている。対照的に人口のもっとも少ない飛騨圏域の高齢化率のもっとも高く、22.5%となっている。

表-7 要介護認定の結果(平成 12 年 11 月現在)

		県 計	岐阜圏域	西濃圏域	中濃圏域	東濃圏域	飛騨圏域	
実 数	要支援	4,433	1,490	759	903	806	475	
	要 介 護	要介護1	9,395	3,089	1,478	1,946	1,758	1,124
		要介護2	7,717	2,704	1,395	1,475	1,304	839
		要介護3	5,796	2,041	1,027	1,102	1,012	614
		要介護4	5,839	2,117	1,057	1,044	1,007	614
		要介護5	5,429	1,798	1,029	897	991	714
	小 計	34,176	11,749	5,986	6,464	6,072	3,905	
	合 計	38,609	13,239	6,745	7,367	6,878	4,380	

構成比	要支援	11.5	11.3	11.3	12.3	11.7	10.8	
	要介護	要介護1	24.3	23.3	21.9	26.4	25.6	25.7
		要介護2	20.0	20.4	20.7	20.0	19.0	19.2
		要介護3	15.0	15.4	15.2	15.0	14.7	14.0
		要介護4	15.1	16.0	15.7	14.2	14.6	14.0
		要介護5	14.1	13.6	15.3	12.2	14.4	16.3
		小計	88.5	88.7	88.7	87.7	88.3	89.2
	合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	

要介護認定の結果は、表-7に示すとおりである。圏域による大きな差異はみられないが、中濃圏域でやや要支援、要介護1の比率が高く、要介護5の比率が低いのに対して、飛騨圏域では要介護1と要介護5という両極の比率が他圏域よりやや高くなっている。

表-8 圏域別にみた要介護率

	65歳以上人口	要介護者数	要介護率
県計	377,707	34,176	9.0
岐阜圏域	126,809	11,749	9.3
西濃圏域	69,287	5,986	8.6
中濃圏域	73,068	6,464	8.8
東濃圏域	69,576	6,072	8.7
飛騨圏域	38,967	3,905	10.0

65歳以上人口に対する要介護者数の比率を「要介護率」としてみると、相対的にみて山間地域を多く含む飛騨圏域が10.0%で、県平均を1ポイント上まわっている。

### 第3節 三重県における介護保険事業と広域化

三重県は県内を4つの高齢者保健福祉圏域に分けているが、生活創造圏としては9つの圏域が設定されている。

圏域ごとの介護保険事業広域化の状況を整理したのが表-9である。



介護保険事業を単独で実施しているのは3市(久居市、名張市、伊勢市)のみであり、

表-9 三重県における介護保険事業広域化の状況

高齢者保健 福祉圏域	生活創造圏	圏内市町村数			
		市	町	村	計
北 勢	桑名・員弁	1	8		9
	四日市	1	4		5
	鈴鹿・亀山	2	1		3
中勢伊賀	津・久居	2	8	2	12
	伊賀	2	3	2	7
南勢志摩	松阪・紀勢	1	5	2	8
	伊勢志摩	2	13	2	17
東 紀 州	尾鷲	1	2		3
	熊野	1	3	1	5
計		13	47	9	69

介護保険の実施状況			
単独実施	広域連合	一部事務組合	共同設置
			桑名市・桑名郡(1市3町) 員弁郡(5町)
			四日市・三重郡(1市4町)
	鈴鹿・亀山地区広域連合(2市 1町)[全部事務]		
久居市(1市)	一志地区広域連合(5町1村) [全部事務]		津市・安芸郡(1市3町1村)
名張市(1市)	伊賀介護保険広域連合(1市 3町2村)[全部事務]		
	松阪地方介護保険広域連合 (1市5町2村)		
伊勢市(1市)	度会広域連合(5町1村) 鳥羽・志勢広域連合(1市5 町)	度会 I 部介護保険事務組合 (3町1村)[全部事務]	
	紀北広域連合(1市2町)[全 部事務]		
	紀南介護保険広域連合(1市 3町1村)[全部事務]		
3市	7市29町7村	3町1村	3市15町1村

全市町村の96%にあたる66市町村が介護保険事業を広域で実施している。

合わせて44市町村で構成される8つの広域連合が介護保険事業を行っているが、このうちほぼすべての事務を行っているのは5広域連合で、鈴鹿・亀山地区広域連合は保険料賦課の事務については構成市町に委託している。松阪地方介護保険広域連合、度会広域連合、鳥羽・志勢広域連合は介護認定等の事務のみを行っている。

また、介護保険事業のすべての事務を行う一部事務組合として度会 I 部介護保険事務

組合がある。

他に4つの地域（合計19市町村）が認定審査会を共同設置している。

岐阜県と同様に、三重県においても、県は介護保険の導入を契機として行政の広域化を推進する姿勢を示し、広域連合の設置については、財政的支援と合わせて準備段階から県職員を派遣し、設置を促進してきた。

県単費による広域行政体制整備事業は、行政体制整備に関する調査研究事業のほか、広域連合設立支援事業、一部事務組合の広域連合への統合、広域連合による広域計画推進、広域連合が行う介護保険事業の財政基盤の安定化などの事業を対象として補助金を交付する制度であり、このうち、広域連合設立支援については、平成12年度までに設立された広域連合を対象に、上限5000万円までの補助金が支出された。

各広域連合への県職員の派遣は、介護保険事業が発足した平成12年4月の段階で基本的に終了し、広域連合の事務は構成市町村からの派遣職員によって担われている。

広域連合別に配置職員数をみると、表-10に示すように、構成市町村数と対比してみても必ずしも一定ではない。

表-10 広域連合別職員配置数

名 称	構成市町村数	配置職員数	うち介護保険 事務を直接担 当する職員数
鈴鹿・亀山地区広域連合	2市1町	24	15
一志地区広域連合	6町村	13	5
伊賀介護保険広域連合	1市5町村	27	20
紀北広域連合	1市2町	9	5+臨1
紀南介護保険広域連合	1市4町村	10	8
度会Ⅰ部介護保険事務組合	4町村	7	6+臨1
松阪地方介護広域連合	1市7町村	13	8
度会広域連合	6町村	7	6+臨1
鳥羽・志勢広域連合	1市5町村	4.5	3

(注)「介護保険事務を直接担当する職員数」については、平成11年度版「三重県広域連合職員名簿」および前掲「介護保険の財政運営を含む広域連合又は一部事務組合名簿」により、管理・総務部局等の職員を除いた数を示した。

圏域の人口規模による面もあるが、例えば、伊賀介護保険広域連合の場合には、認定

調査をすべて市町村保健婦が直接担当することとしたことによって職員配置数が増えている。各広域連合の事務運営のあり方によって配置数に差があることが分かる。

表-11 三重県における圏域別人口と高齢化率

	総人口	65歳以上人口	高齢化率
県計	1,881,576	328,156	17.4
北勢圏域	808,006	117,745	14.6
中勢伊賀圏域	508,472	91,002	17.9
南勢志摩圏域	470,195	95,124	20.2
東紀州圏域	94,902	24,285	25.6

(注)平成10年10月1日現在。

25.6%と、県平均の17.4%を大きく上まわっている。

要介護認定の結果をみると、表-12に示すように、圏域による若干の差異がみられ、南勢志摩圏域では、要支援の比率が低く、要介護4、5の比率が高いが、東紀州圏域では要支援の比率が高く、要介護5の比率は平均を下まわっている。

ここで、三重県についても、発足後約半年を経過した時点での実施状況を概観しておく。

表-11には、圏域別に人口、高齢化率を示した。

圏域によって人口規模、高齢化率にはかなりの開きがあり、名古屋圏に近い北勢圏域の人口がもっとも多く、また高齢化率が低いのに対して、東紀州圏域は人口が全県の7.4%で、高齢化率は

表-12 要介護認定の結果

		県計	北勢	中勢伊賀	南勢志摩	東紀州	
実 数	要支援	4,916	1,918	1,352	977	669	
	要 介 護	要介護1	9,227	3,417	2,783	2,238	789
		要介護2	6,933	2,556	2,044	1,836	497
		要介護3	5,621	1,859	1,608	1,660	494
		要介護4	5,782	1,804	1,730	1,696	552
		要介護5	4,683	1,585	1,340	1,404	354
		小計	32,246	11,221	9,505	8,834	2,686
	合計	37,162	13,139	10,857	9,811	3,355	

構 成 比	要支援	13.2	14.6	12.5	10.0	19.9	
	要 介 護	要介護1	24.8	26.0	25.6	22.8	23.5
		要介護2	18.7	19.5	18.8	18.7	14.8
		要介護3	15.1	14.1	14.8	16.9	14.7
		要介護4	15.6	13.7	15.9	17.3	16.5
		要介護5	12.6	12.1	12.3	14.3	10.6
		小計	86.8	85.4	87.5	90.0	80.1
	合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	

(注)平成12年11月現在。

65歳以上人口に対する要介護者数の比率を「要介護率」としてみると、表-13に示すように、ここでも東紀州圏域が相対的に高く、県平均を1.3ポイント上まわっている。

表-13 圏域別にみた要介護率

	65歳以上人口	要介護者数	要介護率
県計	328,156	32,246	9.8
北勢圏域	117,745	11,221	9.5
中勢伊賀圏域	91,002	9,505	10.4
南勢志摩圏域	95,124	8,834	9.3
東紀州圏域	24,285	2,686	11.1

表-14には、平成12年11月現在の介護サービスの受給状況を居宅サービス、施設サービスに区分して示した。

表-14 介護サービスの受給状況

	認定者数	サービス受給者数		認定者に対する比率	
		居宅	施設	居宅	施設
県計	37,162	19,037	9,657	51.2	26.0
北勢圏域	13,139	6,713	3,570	51.1	27.2
中勢伊賀圏域	10,857	5,376	2,881	49.5	26.5
南勢志摩圏域	9,811	5,298	2,408	54.0	24.5
東紀州圏域	3,355	1,650	798	49.2	23.8

(注)平成12年11月現在。

居宅サービス受給者数と施設サービス受給者数はほぼ2対1の割合となっており、認定者に対する比率は、県平均で居宅サービス51.2%、施設サービス26.0%である。したがって、認定者のうち、4分の1弱が居宅、施設のいずれのサービスも受給していないことになる。

#### 第4節 広域方式による介護保険事業評価の視点

ここで、これまでの調査研究を通じて明らかになった評価の視点について若干の整理を行うことで結びとしたい。

介護保険事業を広域方式によって行うことの利点とされ、また、実際に一定の効果を生み出しているとみられる点として、第一に、スケールメリットによる財政、人員配置、事務運営の効率化、第二に、認定審査会を構成する専門委員の不足への対応、認定調査の効率化、判定の平等性の確保など、認定の共同化による効果を上げることができる。

しかし、これらの財政、事務運営面での効果に比べて、サービス供給の面では、ハード、ソフト両面での地域内平準化や水準引き上げなど、広域方式に期待された効果は必ずしも十分に発揮されていないのが現状である。

施設整備についてみても、例えば、施設の新設場所についての構成市町村間における調整が広域化によって容易になったとはいえない面があり、サービス供給の地域内平準化についても、地域間のサービスの内容、水準の格差是正の面で目に見える成果を上げている地域が多いとはいえない。

保険財政の広域的運営を行う場合には、保険料の統一による地域間の格差是正について一定の効果を上げていると考えられるが、保険料が統一されたことによって、これまで構成市町村ごとに行われてきたサービス充実への主体的な努力を弱め、かえってサービス水準の固定化につながる面もあることが指摘されている。

また、人員配置の面での効率化は一定の成果を上げているが、広域連合の職員が構成市町村からの派遣職員で構成されているところがほとんどであるところから、専門性を高める上では配転などによる制約があり、広域連合専任職員の養成、配置が今後の課題の一つとなるであろう。

いずれにしても、広域方式を評価する上では、広域化に至るそれぞれの経緯、ことに介護保険事業の広域化に進む以前の地域における広域行政の経験の有無などについて、個別の広域連合あるいはI部事務組合の実情をより具体的に分析する必要がある。

介護保険発足後まだ日が浅い今日の時点では、広域方式による介護保険事業を介護給付の実績を踏まえて具体的に評価するためのデータの蓄積は十分ではない。引き続き資料の収集、分析に努め、次年度の継続課題としたい。

## 第4部 自治体政策評価のための基礎作業とその成果

### ・・・「単独方式」を中心に

#### 第1章 介護保険導入前の「介護予防」と「介護負担感」をめぐる状況

##### (1) 目的

介護保険政策の事前評価として「単独方式」の2自治体の担当者と協議の上、3種類の調査①一般高齢者調査、②要介護者調査、③介護者調査を実施した。これらは、自治体が政策介入すべき対象の性質を知り、有効な介護予防政策や介護の社会化へむけて政策を立案、施行、評価するための基礎資料となる。

本節の目的は、①一般高齢者調査、③介護者調査の結果に基づき、「単独方式」の2自治体における介護保険導入前の一般高齢者の「介護予防」と介護者の「介護負担感」をめぐる状況を明らかにすることである。

##### (2) 調査の対象および方法

自治体A市、B町は、人口規模が約4万人、高齢人口比率が12-14%、要支援・要介護者約500人と類似した単独自治体である。

###### ① 一般高齢者調査

対象は、65歳以上の全高齢者A市5548人、B町4494人である。方法は、自治体の実施する調査であることを示す手紙をつけ、郵送質問紙法で実施した。回収率は、A市62.5%、B町72.0%であった(表4-1)。調査内容は、基本属性、健康状態、生活習慣因子、ADLなど機能に関する因子、心理・情緒的因子(主観的幸福感、抑うつ状態など)、社会的因子(ソーシャル・サポート、ソーシャル・ネットワークなど)、環境因子(住環境、改造の有無など)である。

###### ② 介護者調査

介護者調査の対象は2000年4月1日までに介護保険の申請をしたA市352人、B町313人の介護者である。介護保険の申請した人への訪問調査時に、介護者への調査用紙を留め置き、分析は研究者が行うことを明示し、大学宛てに郵送で回収する方法をとった。回収率は、A市69.0%、B町58.8%であった(表4-1)。調査内容は、基本属性、健康状態、要介護度、心理・情緒的因子(介護負担感、主観的幸福感、抑うつ状態)、社会的因子(ソーシャル・サポート、ソーシャル・ネットワークなど)、サービス利用状況および満足度などである。

表4-1 高齢者一般調査と介護者調査の回収率

	発送数	回収数	回収率		訪問調査数	回収数	回収率
A市一般	5538	3461	62.5%	A市介護者	352	243	69.0%
B町一般	4994	3596	72.0%	B町介護者	313	184	58.8%

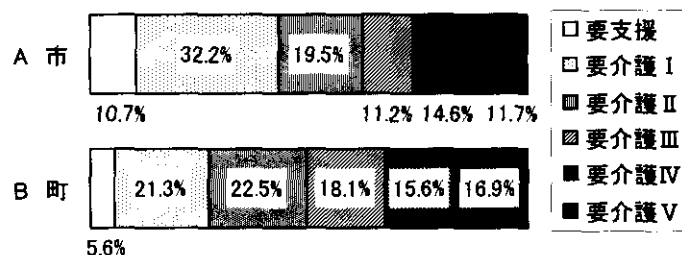
(3) 結果

① 一般高齢者と介護者の心理社会的因子の比較

一般高齢者の平均年齢±標準偏差は、A市 (n=3461) で 73.49±6.39、B町 (n=3596) で 73.06±6.79 であった。介護者の平均年齢±標準偏差は、A市 (n=243) で 60.54±11.22、B町 (n=184) で 61.34±11.22 であった。

また、介護者が介護している要介護者の2次判定の結果は、A市では、要支援 10.7%、要介護Ⅰ 32.2%、Ⅱ 19.5%、Ⅲ 11.2%、Ⅳ 14.6%、Ⅴ 11.7%であった。B町では、要支援 5.6%、要介護Ⅰ 21.3%、Ⅱ 22.5%、Ⅲ 18.1%、Ⅳ 15.6%、Ⅴ 16.9%であった。B町の方が重度の介護状況にある人が多い傾向が見られた。

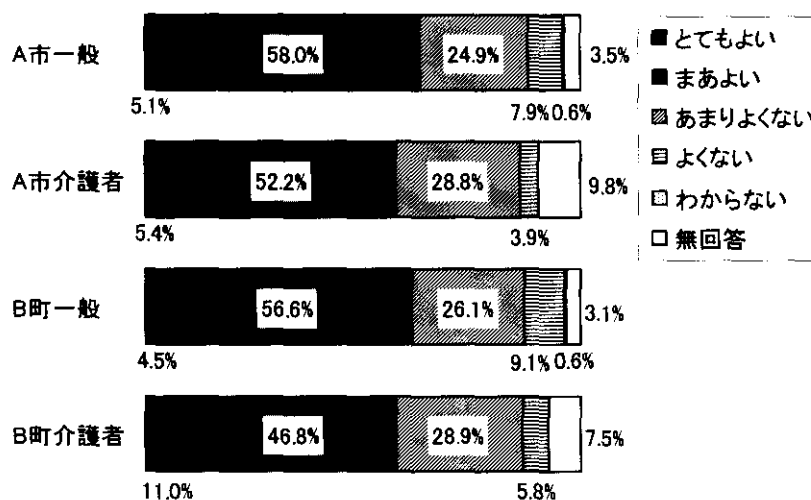
図4-1 要介護者の2次判定結果



a. 主観的健康感について

主観的健康感は、主観的な健康度を測定するもので4点満点である。得点が高いほど健康である。主観的健康感の分布割合は、B町の介護者で「とてもよい」11.0%とやや多い傾向が見られたが、一般高齢者と介護者ではほぼ同じ傾向が見られた。

図4-2 主観的健康感の比較





b. PGCモラール（主観的幸福感）とGDS（高齢者うつ評価スケール）について  
 PGC モラール短縮版は、11 点満点で、得点が高いほど主観的幸福感が高いことを示す。  
 （以下PGCと略す）。目安としては、9 点以上の方は「主観的幸福感が高い」、4 点以下  
 の方は「主観的幸福感が低い」と言われている。一方、GDSは、高齢者うつ評価スケール  
 である（以下GDSと略す）。15 点満点で、得点が高いほどうつ傾向が高いことを示す。  
 開発者（Yesabage ら）によれば5 点以上はうつ状態を示すとされている。さらに、5～9  
 点はうつ傾向、10 点以上はうつ状態であると評価される。

PGCとGDSの平均および標準偏差を比較した結果が表4-2である。また、それぞれの  
 得点の分布割合を図4-3、図4-4に示した。

表4-2 PGCとGDSの平均値±標準偏差の比較

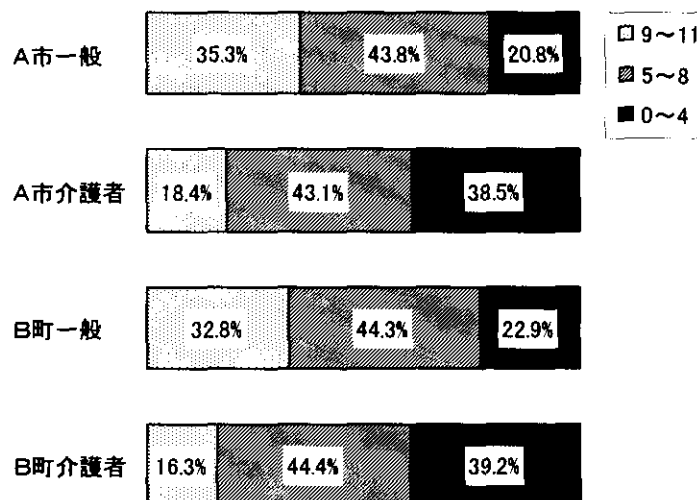
( ) は母数

	A市一般	A市介護者	B町一般	B町介護者
PGC11項目	6.95±2.85(2,801)	5.46±3.12(155)	6.77±2.87(3,015)	5.85±4.11(136)
GDS15項目	4.59±3.03(2,645)	5.47±3.91(146)	3.83±3.38(2,824)	5.31±3.12(153)

PGCの平均±標準偏差を比較した。一般高齢者では、A市 6.95±2.58、B町 6.77±2.87、  
 介護者では、A市 6.95±2.58、B町 6.77±2.87 で、一般高齢者の方が、介護者よりモラール  
 得点が高い。

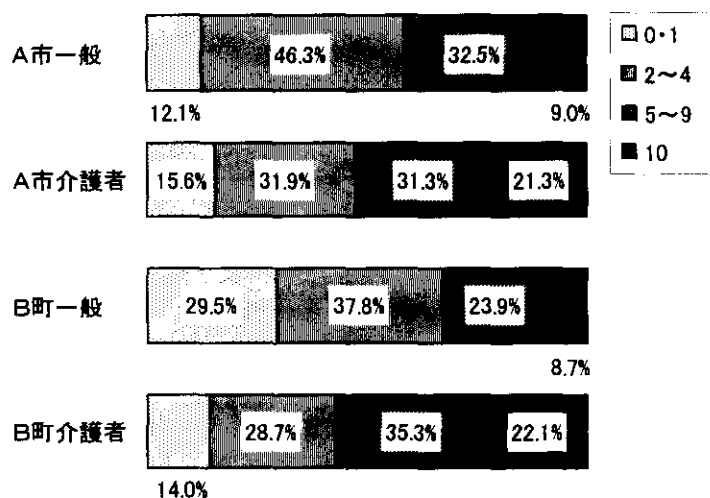
PGCモラール得点が4点以下の人の割合は、一般高齢者で20%強、介護者では40%弱  
 であった。

図4-3 PGCの比較



GDSの平均±標準偏差を比較した。一般高齢者では、A市 4.59±3.03、B町 3.83±3.38、  
 介護者では、A市 5.47±3.91、B町 5.31±3.12 であった。介護者では高く、平均値はA市  
 B町共に、5 点以上でうつ傾向を示していた。また、10 点以上の介護者の割合は、A市で  
 21.3%、B町で22.1%であった。

図4-4 GDSの比較



c. ソーシャル・ネットワークについて (図4-5、図4-6)

一般高齢者では、「別居の家族や親族」および「近所の人に会う機会」や、「老人クラブ等に出席する機会」はほぼ同じ割合であった。

介護者では、「別居の家族や親族にほとんど会う機会がない人」は、A市で27.6%、B町で40.0%であった。また「近所の人に会う機会」は、B町の介護者では、ほとんどない人が35.0%と多い傾向が見られた。また友人や知人との交流について「あり」と答えた人は、A市で65.8%、B町55.7%であった。

図4-5 別居の家族や親族に会う機会

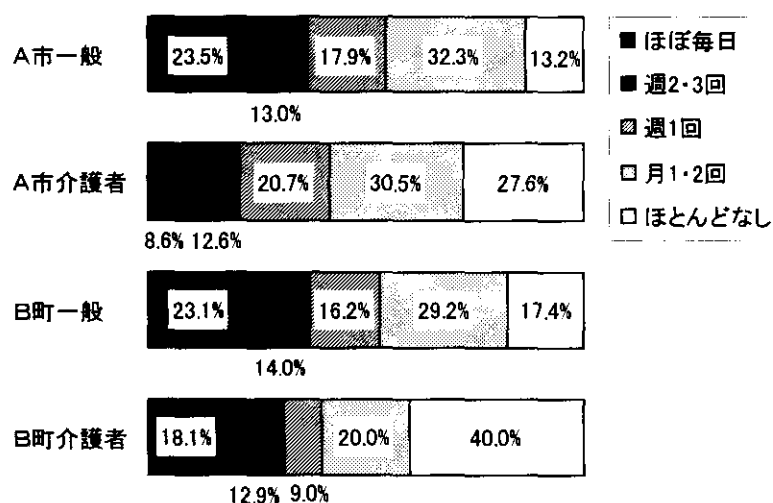
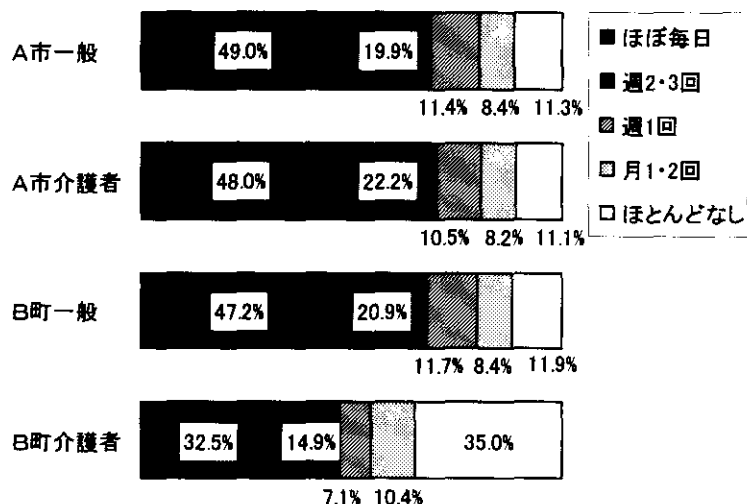


図4-6 近所の人に会う機会



d. ソーシャル・サポートについて (表4-3)

同居家族からの情緒的および手段的サポートは、一般高齢者と介護者ではほぼ同じ傾向が見られた。ネガティブサポートは、B町の介護者でやや多い傾向が見られた。別居の子供や親戚からの情緒的および手段的サポートは、B町がやや多い傾向が見られた。

表4-3 ソーシャル・サポートの平均値±標準偏差の比較

		A市一般	A市介護者	B町一般	B町介護者
情緒的サポート(各4点)	同居家族	2.21±1.71	2.16±1.67	2.19±1.73	2.17±1.66
	別居の子・親戚	1.22±1.55	1.33±1.56	1.26±1.57	1.79±1.64
	友人・近隣の人	0.68±1.19	1.25±1.50	0.66±1.19	1.36±1.56
手段的サポート(各4点)	同居家族	2.29±1.67	1.97±1.60	2.24±1.66	1.87±1.58
	別居の子・親戚	0.88±1.31	0.98±1.23	0.95±1.35	1.18±1.43
	友人・近隣の人	0.13±0.47	0.13±0.46	0.13±0.48	0.15±0.48
ネガティブサポート(各4点)	同居家族	0.92±1.20	0.93±1.23	0.97±1.24	1.23±1.30
	別居の子・親戚	0.22±0.61	0.45±0.89	0.26±0.69	0.49±0.94
	友人・近隣の人	0.06±0.32	0.06±0.36	0.08±0.35	0.02±0.24

情緒的サポート：悩み事の相談や元気づけてくれる人の存在などの感情や情緒に関する内容のサポート

手段的サポート：留守番や実際の介護などの世話を手伝ってくれる人の存在に関する内容のサポート

ネガティブサポート：小言を言ったり、世話をやしすぎるなどの重荷や迷惑等望ましくない側面をもつサポート

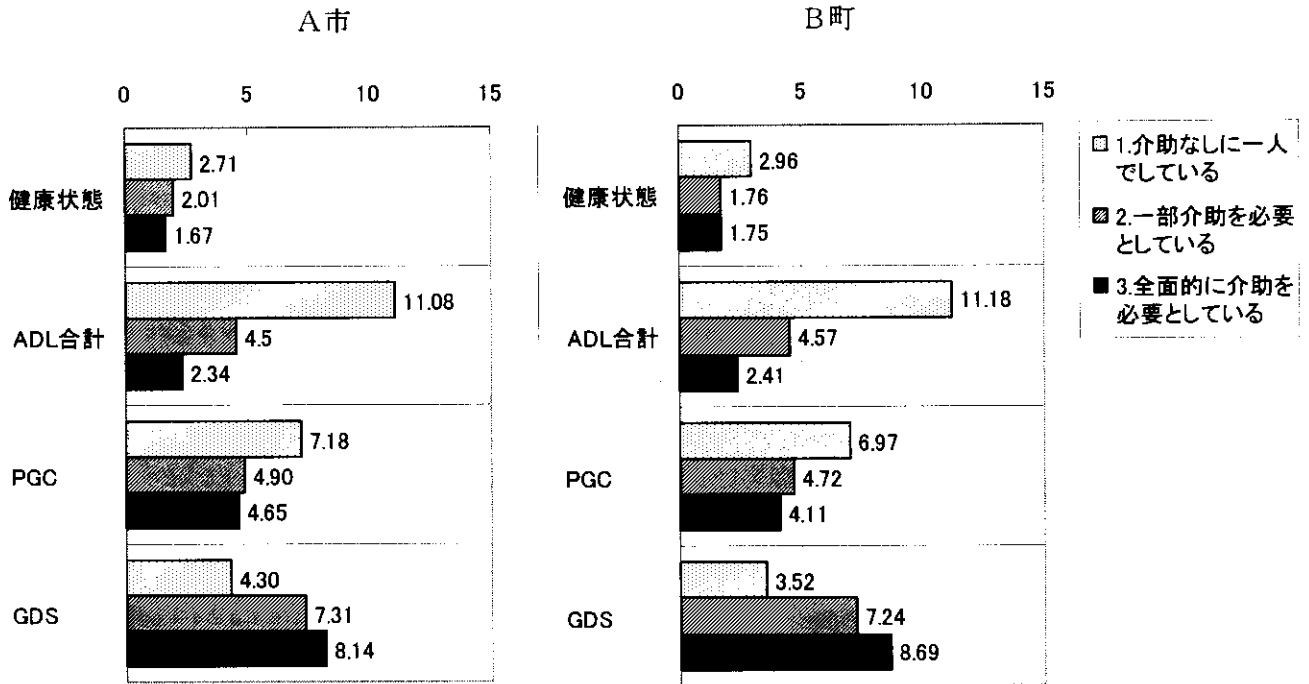
② 一般高齢者調査からみた介護保険導入前の「介護予防」をめぐる状況

a. 一般高齢者の生活習慣と主観的健康感、ADL得点、PGC、GDSの比較

ア. 歩行状態について

図3-1のように歩行が自立している人は健康状態が良く、活動能力や主観的幸福感が高く、抑うつ傾向が低いことが読み取れる。つまり、歩行の自立の程度によって健康状態やADL得点だけでなく、主観的幸福感や抑うつの程度も異なるといえる。

図4-7 歩行状態別平均値の比較



イ. 歯について

図4-8のように自分の歯が少ない人ほど、健康状態が悪く、活動能力・主観的幸福感が低くなり、抑うつ傾向が高くなっていることがわかる。

図4-8 歯の状態別平均値の比較

