

3-8 要介護度別の「訪問介護」利用形態

要介護度別に訪問介護の3種類の利用形態の比率を示す。

| | | 身体介護型 | 家事援助型 | 複合型 | 合計 |
|------|---|-------|-------|------|-------|
| 全体 | 人 | 107 | 55 | 10 | 172 |
| | % | 62.2 | 32.0 | 5.8 | 100.0 |
| 要支援 | 人 | 11 | 14 | 3 | 28 |
| | % | 39.3 | 50.0 | 10.7 | 100.0 |
| 要介護1 | 人 | 39 | 26 | 4 | 69 |
| | % | 56.5 | 37.7 | 5.8 | 100.0 |
| 要介護2 | 人 | 19 | 12 | 2 | 33 |
| | % | 57.6 | 36.4 | 6.1 | 100.0 |
| 要介護3 | 人 | 5 | 2 | 0 | 7 |
| | % | 71.4 | 28.6 | 0.0 | 100.0 |
| 要介護4 | 人 | 18 | 0 | 1 | 19 |
| | % | 94.7 | 0.0 | 5.3 | 100.0 |
| 要介護5 | 人 | 15 | 1 | 0 | 16 |
| | % | 93.8 | 6.3 | 0.0 | 100.0 |

- 1) 要介護度が重くなるに連れて、「身体介護型」の割合が上昇する。
- 2) 要介護度4-5で、90%を超える「身体介護型」の割合となっている。
- 3) 平均で見れば、62%となる。

第5章 要介護高齢者の所得分析

－なぜ要介護高齢者は低所得者層に多いのか－

「応能原則」が重視された措置制度に比べ、介護保険では「応益原則」が強化されたため、低所得者層においては経済的負担が増えた。例えば、国民健康保険制度などには見られる保険料の法定免除制度はなく、措置制度の時より利用者負担額が増えた例が相当数のぼり、いずれ年金月額15,000円以上ならば保険料が年金から天引きされる。低所得者層に負担を強いる制度であるが故に、四月導入直前になり、様々な低所得者対策が打たれたともいえよう。

一方、所得や社会階層は有病率・死亡率に影響し、低所得者ほどこれらが高く寿命が短いことが知られている(1-13)。低所得者層で有病率が高いので、要介護状態になりやすいが、低所得層が短命であることにより要介護状態の期間は短くなり、ある時点で見たときに要介護者の割合については、むしろ低所得層で低くなる可能性も考えられる。欧米での実証研究では、要介護状態の割合も低所得層で高いとされる(1)(4)(7)一方で、アジア(香港)においてはそのような傾向が認められなかったという報告もあり、決着を見ていない(14)。また、筆者が検索し得た範囲では、我が国で個人の所得と要介護状態との関連を検討した報告はされておらず、所得水準が要介護高齢者の割合に与える影響の大きさ(オッズ比)を有意であるとしたものは海外を含めて見られない。

もし、低所得が要介護者出現の危険因子であれば、低所得者に新たな経済的負担を強いる介護保険制度は、掲げている「介護予防重視」の理念に反し、低所得者層からの要介護者発生を助長する可能性があり、福祉・介護政策の制度設計上の自己矛盾を抱えていることになる。

そこで、個人の所得階層間で要介護高齢者の割合、およびその大きさ(オッズ比)を比較検討した。その結果、年齢・性別の影響を補正しても、所得階層間で要介護高齢者割合に有意な関連があり、低所得層で要介護が多いことが明らかとなった。本論では、その結果を紹介すると共に、所得が要介護高齢者割合に影響する過程を文献学的に考察する。そして、そこから引き出せる介護(予防)政策への三つの示唆について述べる。

対象と方法

A市(人口約4万人)の65歳以上の全高齢者5124人を対象に、介護保険事業計画策定に向けた高齢者一般調査を、自治体職員による個別面接悉皆法で調査した。回収率は九六・三%である。その結果、要介護状態であると疑われた者、および市の福祉サービスを利用している要援護者(施設入所者六八人含む)を合わせた603人を対象に、平成10年度介護保険モデル事業として訪問調査をおこなった。平成10年度モデル事業の要介護認定で、要支援+要介護(再調査含む)とされた者581人を要介護高齢者と見なした。

所得データに関しては、個人を特定できない形で、住民税の課税対象額である「給与控除後の総所得データ」の提供をうけた。この所得データでは、夫婦二人の場合、年額約175万円までの公的年金は課税対象から控除されるので、所得は0円となる。この所得データを、0円、1~100万円未満、100~200万円未満、200万円以上の四群に分

けた。

この所得階層と年齢、性別の三因子について、要介護高齢者の割合(以下「割合」%)との関連を分析した。

結果

◎所得別要介護高齢者割合

65歳以上の5124人全体では、要介護高齢者割合は11.3%であった。所得階層(四段階)別に見ると、割合は〇円群では17.2%に上り、所得が増えるにつれ8.4%、5.4%と低下し、最高所得階層の200万円以上群では3.7%にまで低下した。つまり、最低所得層は最高所得層に比し五倍も要介護高齢者が多いことになる。四群間の差は統計学的に有意なものであった。

◎年齢群別・性別要介護高齢者割合

5歳毎に区切った年齢群別に割合見ると、65～69歳の4.2%から加齢とともに上昇し、85歳以上では34.7%に上り、年齢群間には有意差を認めた。

性別割合では、男性8.5%に対し、女性では13.3%とやはり有意に多く見られた。

◎所得・年齢・性別要介護高齢者割合

以上の三要因の間には、高齢になるほど所得は減少し、女性で男性より所得が少ないなどの密接な関連がある。そこで、どの要因が直接作用しているのかを見るために、まず男女で分け、所得別年齢群別に割合分析した。その結果でも、やはり最低所得群で割合が高い傾向が、男性でも女性でも、しかも全年齢階層で見られた。このことは性別や年齢の影響とは独立して、所得が割合に強く影響していることを示している。

◎ロジスティック回帰分析によるオッズ比

所得・年齢・性別の三因子の影響力の大きさを見るために、ロジスティック回帰分析を用いてそれぞれのオッズ比を求めた。この分析手法により、他の要因は一定で変化しないと仮定して、一つの要因が一定量変化した時の影響力を分析できる。オッズ比は、確率の大きさを示す一つの指標で、その因子が一単位増えることで相対危険率がどれくらい高くなるかを示す。その結果では、要介護となる危険は、年齢が5才あがる毎に1.80倍(95%信頼区間: 1.68-1.92)、所得が上述の四段階で一段階(約100万円)下がる毎に1.69倍(1.49-1.92)、女性は男性より1.44倍(1.14-1.82)高くなることが判明した。

考察

1 因果関係かそれとも単なる関連か

ウーら⁽¹⁴⁾は、香港の中国人を対象に所得の影響を単変量で分析した場合には、低所得層に要介護状態が多いものの、年齢・性別を加味した多変量解析ではその影響は消失したと報告している。これに対し、自治体の協力を得て施設入所者も捕捉し、所得データの中では最も信頼性が高いと思われる税務データを用いた今回の結果で、低所得は、(年齢・性別

の影響を除いて分析しても) 要介護高齢者割合と有意に関連する因子であった。年間所得がおよそ100万円下がる毎に要介護状態であるオッズ比は1.7倍であり、最低所得群は、最高所得群の五倍もの割合であった。言い換えれば、100万円所得が少ないことは、おおむね5歳分の老化に相当するとも言える。

ただし、今回の研究は一時点の横断的分析であるため、所得水準と要介護高齢者割合の間に関連があったとしても、それが直ちに両者の因果関係を示すものではない。要介護状態となったために所得が減少した可能性があるからである。しかし、今回の調査で同時に尋ねた収入の内訳などから、この可能性は低いと考える三つの理由がある。

その第一は、就労による収入がある者は65歳以上全体で10.6%、75歳以上では3.6%と少なく、仮に要介護状態になったために就労できなくなった人がいたとしても、その平均所得額に与える影響はごく小さいと思われる。また、就労中止が理由であるのならば、就労者割合が減少する後期高齢者では、所得の影響がなくなるはずであるが、低所得者で要介護高齢者割合が高い傾向は、全年齢層で見られている。

第二に、所得の80.1%を占める年金の給付額は、年金受給開始後に要介護状態になっても減少しないこと、および受給開始前に要介護状態になった者の中には、障害年金を受給できるためにむしろ所得が増えた者もいることがあげられる。第三に、次項で述べるように、このような因果関係をもたらす過程を示す相当数の研究があることから、低所得は要介護高齢者出現の危険因子と見なせると考える。

2 なぜ、要介護高齢者は低所得者層で多いのか？

介護予防政策の基礎となる「要介護状態を招く危険因子」に関する研究や、今回示したような健康や疾患と社会的因子との関係の研究については、欧米ではすでに相当の蓄積があり、総説論文(9、15)や書籍(7、8、10)も数多く出ている。例えば、スタックら(15)は、このテーマに関する一二三論文から研究方法が一定の基準を満たしている七八論文を選び、その中で得られている証拠の確からしさも含め報告している。そこでは、①認知障害、②抑鬱、③罹病疾患が多いこと、④過体重と過小体重、⑤下肢機能の障害、⑥社会的接触が少ないこと、⑦身体活動量が少ないこと、⑧アルコール中等量摂取に比した無摂取、⑨主観的健康度が低いこと、⑩喫煙、⑪視力障害の一一因子については、他の因子と独立した危険因子として、ほぼ確実に判断できる根拠があると述べている。そして、以下で紹介するように、これらの「要介護状態を招く危険因子」と所得に代表される社会階層(16)との関係を示す相当数の研究がすでに報告されているのである。所得は、社会階層を測る指標として、職業・就業状況、教育歴などと共に検討されていることも多く、これらの間には相互に独立した特徴もあるが、全体としては重なりあう関係が示されている(6)。ここでは便宜上、WHOも提唱する生物・心理・社会(bio-psycho-social)モデルに沿い(17)、生物学的因子と心理・社会的因子に分けて、要介護状態の危険因子と社会階層との関連を検討した研究の一端を紹介する。

◎生物学的因子と社会階層

貧困と疾病が深く結びついていることは、結核を代表に古くから(18)最近に至る(10)まで指摘されてきた。社会階層が低い群には、罹病疾患が多いこと(3)(11)(12)、死亡率

が高いこと (2) (4-7) (9) (10) (13)、過体重 (6) (11) (19) (20)と過小体重 (6)、身体活動量が少ないこと (6) (11) (19) (20) (21)、喫煙 (6) (11) (19) (20)、アルコール摂取なし (6) (20) などが、より多く見られることが報告されている。

◎心理・社会的因子と社会階層

社会階層が心理・社会的な因子にも影響を及ぼすことも示されている。日常的な精神障害 (22)、抑鬱 (20) (23)、主観的健康度が低いこと (3) (9) (12)、社会的接触が少ないことやその質が劣っていること (10、24-27) (28)、良い教育や住宅・医療へのアクセスが制限されていること (10) (8)などが、やはり低い社会階層に多く見られている。また、これらの因子は重層的にかつ循環して作用する。例えば、狭く環境の悪い住宅は精神的障害の原因となり、そのような群では喫煙率は上がりかねない (10)。さらに閉じこもりになりやすく、社会的接触の減少は、認知機能の低下を招く (27)。

3 介護政策への三つの示唆

以上述べてきた「要介護状態の発生には、所得など社会的因子が、明らかに作用しており、その作用経路は実に多面的であること」から介護（予防）政策に対する三つの示唆を引き出せる。

◎介護予防政策に所得再分配の視点を一「現代の貧困」である介護問題一

第一は、介護予防政策を、所得の再分配など社会(保障)政策の一環として位置づける重要性である。要介護状態は誰が見ても生活の質(QOL)が低い状態であり、主介護者を含めた家族の QOL をも貧しいものにし、死亡率まで高めてしまう (29)。要介護高齢者の出現頻度が、最低所得層と最高所得層との間で五倍もの差が見られたことは、「豊かさの中の不平等」 (16)あるいは「現代の貧困」が現在の日本においても存在していることを示している。

「21世紀福祉ビジョン」 (30)以降、勤労世帯と高齢者世帯の平均所得が同水準であることを根拠にした高齢者世帯の豊かさや、生活保護率が0.7%と他の国々より低いことを理由に我が国の豊かさの面が強調されがちである。しかし、今回の対象の「給与控除後の総所得」の分布を見ても、0万円の（高齢者夫婦の場合「控除前」の約175万円までの年金は含まれていないが）最低所得層が2404/5124人（46.9%）を占め最も多い。国民生活基礎調査における高齢者世帯の所得分布(図5)をみても、平均値は320万円でも、最頻値は100～150万円であり、150万円以下で生活している世帯が三割を占めている。さらに最近の貧困問題の研究によれば、貧困世帯は、高齢者世帯に多く、しかも生活保護水準以下の者のうち実際に生活保護を受けている割合はわずか一割に満たないことが示されている (31)。平均値は上昇していても、格差はむしろ拡大傾向にあり (32、33)、今後も高齢者世帯の一割以上が貧困ライン以下にとどまるとする推計も出されている (34)。現在においても、貧困問題はなくなっていないのである。

介護保険は、法定の五年後を待たずに低所得者の自己負担軽減などの対策が経過措置としてとられた。しかし、保険料の徴収の先送りや軽減措置はとられたものの、無保険者問題 (35)は国レベルでは解消しておらず、所得再分配機能を強化する低所得者対策の強化と

恒常化が望まれる。

◎政策科学的な実証研究の重要性

第二に、政策科学的な実証研究の重要性が明らかに示されたことである。従来、行政が持つ情報を、研究で活用することには多くの制限があり、今回もこれ以上のデータの提供は受けられなかった。しかし、今回示したように行政の持つデータを用いた分析結果が蓄積されれば、政策判断に科学的な根拠を提示できることが期待できる。例えば、低所得層に新たな経済的負担を強いる現在の介護保険により、「介護予防」の理念に逆行して低所得層での要介護高齢者の出現頻度をむしろ高めないのかなどを、実証的に検討することは行政の持つ情報を活用できれば可能となる。

実際、合衆国などでは、行政データを活用した大規模な実証研究により、所得の不平等度が小さい地域に住む住民の方が格差の大きい地域の住民よりも健康状態が良いことなども示されつつある。それは一九九〇年代に入り米英で提唱されている相対的所得（分布）仮説(relative income [distribution] hypothesis)である。これは所得が健康に与える絶対的な影響（先に紹介したような低所得層に多く見られる様々な危険因子が減少することによる直接的効果）以外に、国や州・地域内の所得の不平等(income inequality)の大きさが死亡率や主観的健康度などの健康指標に影響を与えているというものである。すでにかかりの追試が各国で行われ、この仮説を支持する研究は多い (3) (5) (8) (9) (11) (12) (26)。もし、この仮説が正しいとすれば、道義的・政治的理由でなく、国民全体の死亡率を低下させ、寿命を延ばし、生命の質を高めるために、不平等が小さい社会をめざした方が効果的であることを意味する。

我が国でも、厚生科学研究費補助金による政策科学推進が図られるようになってきた。根拠に基づく政策選択のために、行政の持つ情報が個人情報保護に十分留意した上で提供され、コホート研究などにより科学的検証されることが望まれる。

◎生物・心理・社会モデルにもとづく介護予防策の研究・教育・実践を

三番目の示唆は、保健(生物科学)の視点からのみでなく、心理・社会的側面にも着目した生物・心理・社会モデルに基づく介護(予防)策の研究・教育・実践の重要性である。成人病が主な対象であった時代の疾病予防は、研究においては医学・生物科学を基礎科学とし、医学（保健）教育でもこの面ばかりが強調され、実践面では保健婦が中心を担う形でそれなりの成果を上げてきた。予防活動の主な対象が、心理・社会的因子よりも生物学的因子の影響がより大きい健康な人々だったからである。

しかし、これからは加齢に伴い機能が低下するのを防ぐことをめざす「健康転換第三相」の時代である。そこでは健康行動上の問題に対する保健活動のみでは不十分であり、それらを生み出している心理的問題やその背景にある社会的環境的因子にも目を向けた取り組みの重要性が大きくなる (25) (36) (37)。閉じこもり防止を例に考えても、介護保険では自立と判定されるが虚弱な高齢者に「閉じこもりはダメです」と保健婦が教育してみてもそれだけでは予防につながらない。家を離れてもらうための「動機づけ」が必要であるし、段差の多い玄関などでの転倒防止のため、改造や見守る人が必要である。ごく近い徒歩圏内に宅老所などの行き先が確保される必要があり、徒歩圏外であれば送迎サービスも必要

となる。また、出かけた先で座っているだけで終わらせないよう「目」と「手」をかけられる人員が必要となる。(人数が増えれば作業療法士も担当しうるが、)アメリカやオーストラリアなどに先例のあるレクリエーション療法士のようなレクリエーションを担当する専門職も必要であろう。さらに、介護に疲れ果て命を縮めている介護者(29)への負担軽減策も不可欠である。

このような心理・社会的因子を含む問題に対しては、従来の狭義の医学の方法論—自然科学を基礎とし、対象を社会から切り離し分析するアプローチだけでは研究・教育・実践面で問題の解決はできなくなる。筆者らも現在取り組んでいる学際的なチームによる生物・心理・社会モデルにもとづく研究・実践の蓄積と医師・保健婦・福祉職教育内容の見直しが期待される。

まとめ

所得水準が要介護高齢者割合と強く関連していることを実証データで示し、低所得が要介護状態の危険因子であることを述べた。その作用経路として、従来からあげられてきた危険因子の多くに、社会階層が強く影響していることを文献学的に示した。そこから得られる介護(予防)政策への示唆として、①「現代の貧困」である介護問題に対する介護(予防)政策は社会(保障)政策の一環としてとらえることが重要であること、②個人情報保護への配慮をした上で、行政の持つデータを用いた政策科学的な実証研究が重要であること、③介護予防の研究・教育・実践においては狭義の医学モデルから生物・心理・社会モデルへの展開が必要であることを強調したい。

文献

- (1) Hayward MD et al: Occupational Influences on retirement, disability, and death. *Demography* 26: 393-409. (1989)
- (2) Moore DE et al: Occupational careers and mortality of elderly men. *Demography* 27: 31-53. (1990)
- (3) Wilkinson RG: Income distribution and life expectancy. *Br Med J* 304: 165-168. (1992)
- (4) Mendes de Leon CF et al: Black-white differences in risk of becoming disability in old age: a longitudinal analysis of two EPESE populations. *Am J Epidemiol* 145: 488-497. (1997)
- (5) Fiscella K et al: Poverty or income inequality as a predictor of mortality: longitudinal cohort study. *Br Med J* 314: 1724-1728. (1997)
- (6) Lantz PM et al: Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality. *JAMA* 279: 1703-1708. (1998)
- (7) Pampel FC: Class Differences before and during old age. *Aging, social inequality, and public policy*. Pine Forge Press, p50-73. (1998)
- (8) Kawachi I et al. *The society and population health reader*. Vol. I, Kawachi I et al. Income inequality and health. The New Press (1999)
- (9) Kawachi I et al: Income inequality and health: Pathways and mechanisms. *Health Serv Res* 34: 215-227. (1999)
- (10) Shaw M et al. Poverty, social exclusion, and minorities. Marmot M et al. In *Social determinants of health*. Oxford University Press, p211-239. (1999)
- (11) Diez-Roux AV et al: A multilevel analysis of income inequality and cardiovascular disease risk factors. *Soc Sci Med* 50: 673-387. (2000)

- (12) Humphries KH et al: Income-related health inequality in Canada. *Soc Sci Med* 50: 663-671. (2000)
- (13) Chandola T: Social class differences in mortality using the new UK National Statistics Socio-Economic Classification. *Soc Sci Med* 50: 641-649. (2000)
- (14) Woo J et al: The influence of income on morbidity, mortality and dependency in elderly Hong Kong Chinese. *Arch Gerontol Geriatr* 30: 55-61. (2000)
- (15) Stuck AE et al: Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Social Science & Medicine* 48: 445-469. (1999)
- (16) 原純輔 他: 社会階層 豊かさの中の不平等. 東京大学出版会 (1999)
- (17) WHO: ICIDH-2. International Classification of Impairments, Activities, and Participation. A Manual of Dimensions of Disablement and Functioning. Beta-1 Draft for field trials. 日本語訳は <http://www.dinf.ne.jp/> に紹介されている. . (1997)
- (18) 川上武: 現代日本病人史. 勁草書房 (1982)
- (19) Winkleby MA et al: Ethnic and socioeconomic differences in cardiovascular disease risk factors: Findings for women from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *JAMA* 280: 356-362. (1998)
- (20) Taira DA et al: The relationship between patient income and physician discussion of health risk behaviors. *JAMA* 278: 1412-1417. (1997)
- (21) Crespo CJ et al: Prevalence of physical inactivity and its relation to social class in U. S. adult: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Med Sci Sports Exerc* 31: 1821-1827. (1999)
- (22) Patel V et al: Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med* 49: 1461-1471. (1999)
- (23) Taylor SE et al: What is an unhealthy environment and how does it get under the skin? *Annu Rev Psychol* 48: 411-447. (1997)
- (24) House JS et al: Social relationships and health. *Science* 214: 540-545. (1999)
- (25) Berkman LF: The role of social relations in health promotion. *Psychosom Med* 57: 245-254. (1995)
- (26) Kawachi I et al: A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease incidence in men in the United States. *J Epidemiol Community Health* 50: 245-251. (1996)
- (27) Bassuk SS et al: Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. *Ann Intern Med* 131: 165-173. (1999)
- (28) Veenstra G: Social capital, SES and health: an individual-level analysis. *Soc Sci Med* 50: 619-629. (2000)
- (29) Schulz R et al: Caregiving as a risk factor for mortality. The caregiver health effects study. *JAMA* 282: 2215-2219. (1999)
- (30) 高齢社会福祉ビジョン懇談会: ニー世紀福祉ビジョン・少子・高齢化社会に向けて. 第一法規 (1994)
- (31) 杉村宏: 我が国における低所得・貧困問題. 庄司洋子 他編. 「貧困・不平等と社会福祉」. 有斐閣, p67-83. (1997)
- (32) 杉村宏: 先進国における不平等の拡大. 庄司洋子 他編. 「貧困・不平等と社会福祉」. 有斐閣, p39-50. (1997)
- (33) 橋本俊詔: 日本の経済格差—所得と資産から考える. 岩波新書 (1998)
- (34) 富士総合研究所: 高齢世帯の家計状況と将来展望—年金改革の影響. (1998)
- (35) 近藤克則: 加齢が障害に与える影響—介護保険の要介護認定の問題点. 障害者問題研究 26: 33-42. (1998)
- (36) Schulz R et al. Interventions research with older adults. *Annu. Rev. Gerontol. Geriatr.* 18. Springer Publishing Company (1998)
- (37) Saxon SV et al: (老年者の QOL プログラム—心理社会的治療法). 医歯薬出版 (1990)