



高齢者の地域生活に関するマルチ・ディシプリナ
リー調査と介護予防事業：
大都市近郊過疎農村における事例研究

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2008-05-21 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 笹谷, 春美 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.32150/00005582

高齢者の地域生活に関するマルチ・ディシプリナリー調査と介護予防事業
— 大都市近郊過疎農村における事例研究 —

笹谷 春美

北海道教育大学札幌校社会学研究室

Multidisciplinary survey and the business of care prevention in a relation
to local life of the elderly

— A case study of investigation of a Depopulated Farm Village in the Suburbs —

SASATANI Harumi

Department of Sociology, Sapporo Campus, Hokkaido University of Education

Abstract

A main purpose of this study is to state problems both the elderly themselves have and local itself has, which were revealed by analysis of a questionnaire survey about the elderly health and lifestyle in a depopulated farm village which is located in the suburbs of a big city from the viewpoint of care prevention. Both for a review of Japanese care insurance system and in developed countries that face aging society, "Care Prevention" is now paid attention to as a new strategy in order to maintain sustainable aging society. It is a new problem for each municipality that among the elderly, who should and how they could get involved care prevention. Thus, it is a premise that each knows current state of the elderly, their ability to take part in society and their needs for QOL.

Therefore, as the second purpose, this study clarifies what kind of positive role sociological / medical, multidisciplinary and local investigation carries out in development of informal or formal activities and business for the care prevention of the elderly in a depopulated area.

1. 研究目的

高齢化が進んだ国々において、介護予防の議論が活発化している。日本においても、少子高齢化は行政の推測値を超えて進行しており、認知症や寝たきりの出現率の高まりに伴う介護・医療サービスの需要と保険財源のギャップの深まりに対する危機感も高まっている。介護予防の議論は、まさにこのようなギャップの

解消を図る主要な方策の1つとして、いわば「持続可能な介護保険制度」を実現する切り札の一つとして展開されてきた。

2005年の介護保険の改正の主要目的の1つも、介護予防給付を新設し、従来の介護認定の軽度な人々に対する家事サービスや身体介護サービスを抑制する一方、筋力トレーニングや口腔ケアや栄養指導などの新しいサービスを給付することにより、身体的・生活上の自立的機能を回復・維持させることによって、増加しつつある介護保険サービスを抑制し財源の効率化を図ろうとするものである。これらのサービスが実際に介護予防に効果をもたらす財源の抑制になるかどうかは疑問視もされているが（二木，2005）、高齢者一人一人が施設やケアサービスに頼らずなるべく長く自立的に住みなれた家や地域で生きることを支援する、という政策の方向性の強化そのものは支持されよう。多くの高齢者もまた望んでいるところである。

上記のような介護予防の政策強化は、介護保険制度の見直しという保険制度の枠内での問題解決には留まらず、まだ介護保険サービスを利用していない在宅の高齢者の健康と生活のQOLをいかに維持してゆくか、という地域課題をあらたに提起することとなる。

2006年4月から開設予定である地域包括支援センターがその任にあたることになっている（厚生労働省保健局「地域包括支援センター業務マニュアル」2005）。そこには、保健師、介護福祉士、社会福祉士など異なる専門家の最低2人の配置が義務付けられ、いわばマルチ・ディシプリナリーな観点からの運営が行われることになっている。彼等は、介護保険制度における予防給付のケアプランのみではなく、地域支援事業のもとでの介護予防事業にも責任を負うこととなる。

ここで問題となるのは、介護認定を受けていない地域の高齢者の中からどのように介護予防事業の対象者を的確に把握しうるか、ということである。そのために「高齢者調査」の実施が求められているが、誰が（どのような専門家が）、どのような高齢者に対し、どのような内容の調査を行うのが、課題となる。

従来、総合的な地域住民の生活調査といえば社会学の専門分野である。一方、住民の健康調査については医学・公衆衛生学の専門であった。また、地域住民の福祉ニーズは社会福祉領域の専門であった。社会学の総合的な地域調査でも福祉ニーズが取り上げられることはあっても、それが実際の地域ケアの実践に寄与することは少なかったと言える。

しかし、今日、地域の高齢者の中から介護予防事業の対象者を把握するという上記の課題に応えるためにはこれら3つの専門領域を統合した調査こそが必要と考える。

本調査研究は、介護予防政策の強化という今日的課題に対応する基礎的な高齢者調査の方法としてこのようなマルチ・ディシプリナリーな観点からの調査の方法を提起し、その成果を明らかにすることによって、地域ケアの実践的な担い手に何らかのサポートを提供することにある。

2. 概念定義

本研究で用いられるキーワードの概念定義をしておこう。

(1) 介護予防

介護予防の概念は狭義と広義がある。前者は身体的機能のリハビリ中心の概念であり、筋力トレーニングを中心とした改正介護保険の新予防給付サービスの考え方がその1例と言われている。それに対して、広義の介護予防は身体的側面に留まらず、精神的、社会関係の側面もカバーする概念である。人々の日常生活の主眼的取り組みや将来への展望において、この3つの側面は密接に絡んでいると考えるからである。身体的機能が衰え、外出や社会参加が制限されれば、人々との関りが少なくなり孤独になりがちである。このような状態は人々との接触や外部社会との関りを少なくし「閉じこもり」状態を引き起こし、更なる身体的機能

の低下、ひいては認知症や寝たきりのリスクを高くする、と予測されている。

従って、高齢者のウェル・ビーイングのための介護予防とは、このような広義の予防概念として把握されることが重要である。つまり、高齢者個人が、どのような身体状態にあり、どのような人々との関わり（ソーシャル・ネットワーク）を持ち、生活への主体性や満足感をもっているかを総体として捉える必要がある（笹谷，2005，原田，2004，増地他，2002）。このような観点から、従来の介護予防事業のサービスメニューや改正介護保険の新予防給付や地域支援事業の新しいサービスの内容や方法も検討されねばならないがこの点は別稿に譲る。

(2) ネットワーク類型

人間は家族をはじめとして日常生活において何らかの人々との関係の中で生きている。ある個人を核とした人々の繋がりをソーシャル・ネットワークと呼ぶことが出来る。しかし、どのような人々との関係なのか、その関係の強さはどのようなものなのか、その関係の内容はどのようなものなのか、例えば、何か困った時に助けを求める関係なのかそれとも仕事上などの義務的關係なのか、など、ソーシャル・ネットワークの種類、量、紐帯の密度、内容の組み合わせは人々によって異なる。

介護予防という今日的課題において、ソーシャル・ネットワークは新たな注目を浴びている。

1つには、先述した「閉じこもり」や「孤独」の予防に繋がるからである。2つには、ネットワークの中核にあるサポートネットワークの存在とその活性化は、地域のフォーマルなケアサービスを補うものとして、逆に言えば、フォーマルな専門的サービスでは補えない部分をカバーする機能を有しているからである。3つ目には、それゆえ、高齢者が保有するネットワークの量や質を把握することは、自治体にとって介護予防のための適切なサービスの量や内容を予測する上でも重要だからである。

ソーシャル・ネットワークのタイポロジー・類型化は従来様々に試みられてきた（笹谷，2004）。しかし、多くはネットワークの種類や内容など一つの指標を用いた類型化が多い。種類、量、紐帯の密度、内容等の組み合わせによる類型把握はそう簡単ではないからである。

本研究では、C. ウェンガーのネットワーク類型を参考にし、大都市近郊の過疎地域のネットワーク類型の把握を試みた。ウェンガーの実証研究は、1979年から1989年にかけてのウェールズ地方のバンゴール（Bangor）やリバプールにおける長期的な老化研究の中で開発されたものであり、類型を把握するためのアセスメント票は高齢者ケアに関する実践家・専門家によって活用されることをめざしたものである。

ウェンガーは、サービス供給におけるネットワーク類型の重要性を以下のように述べている（Wenger, 1994年）。第1に、高齢者のウェル・ビーイングはネットワーク類型に影響を受けている。第2に、そのためネットワーク類型の定義は、保健・社会ケアの供給者にとっての診断の有効な手段である。第3に、全住民のネットワーク類型の分布は、インフォーマルサポートの可能性とフォーマルサポートの利用に重要な意義を持つ。更に、ウェンガーは、具体的な実践に際しての留意点として以下のように述べる。1. 異なるネットワーク類型は異なる問題のパターンを示す。2. あるネットワーク類型への介入方法は他のネットワーク類型には効果がないこともある。3. インフォーマルケアラーの経験は様々な型のネットワーク類型により異なる。4. 幾つかのネットワーク類型では長期的ケアへの突入が他の類型より早く起こる。

このように、個人個人のネットワーク類型の把握とコミュニティ全体におけるそれらの型の分布は、個人個人およびインフォーマルケアラーへの個別的な有効なサービス提供に役立つとともに、コミュニティのサポートニーズを予測する手段として役立つとされる。

(3) 閉じこもり

身体機能の低下や認知症のリスクを孕むいわゆる「閉じこもり」状態が介護予防のメルクマールとして注目されている。東京都老人総合研究所地域保健研究グループ（新開省二代表）は「閉じこもり」を「普段の外出頻度が週1回程度以下」と定義し、2000年に行なった農村部と都市部二地域の高齢者調査の追跡を2002年に行なった。その結果、「閉じこもり状態」そのものが「要介護」状態のリスク要因であり、介護予防に閉じこもり状態の改善に焦点を当ててゆく必要性を提起している（平成15年度厚生労働科学研究長寿科学総合研究成果発表）。同じく厚生労働科学研究長寿科学総合研究班も4市町村で調査を行い（2000-2002年）、高齢者の1-2割が健康に問題がないのにほとんど外出せず、外出は通院のみ、という結果を公表した（毎日新聞、2006.1.13）。これらの研究では、「閉じこもり」状態は高齢者の外出頻度をもって計られる。週1回程度以下の外出と「要介護」リスクの因果関係がある程度認められたものであるが、農村と都市部の比較のみではなく、積雪地帯とそうではない地域との比較も必要であろう。なぜなら北海道の積雪が多い所では冬季間の外出頻度と夏場の外出頻度はかなり異なるからである。

3. 調査方法

(1) 調査対象と調査地域

調査対象は札幌近郊の過疎地域の旧厚田村（現石狩市厚田区）に居住する大正13年12月から昭和9年11月30日生まれ（70歳から80歳）の男女住民354名中、特養入所者、長期入院者29名を除く325名である。この年齢階層は、いわゆる前期高齢者（65-74歳）と後期高齢者（75歳以上）の両方の年齢階層を含み、介護予防事業の対象者になりやすい年齢階層である。高齢者の調査においては、一律に65歳以上を設定するのではなく、その目的に応じて有効な対象年齢が設定されるべきである。

調査地の旧厚田村は、1996年に町から市となった石狩市に隣接する半農・半漁業の地域で、最盛期はにしん漁で栄え人口は7千人を擁していた。しかし、にしん漁の不振により人口流出が続き2005年現在では1237世帯、2784人まで減少し、今後もこの傾向が続くものと推測されている。オホーツク海の沿岸に石狩市、厚田村、浜益村が北へ向かって連なっているが、厚田、同様に栄えた隣村の浜益村と厚田村は介護保険導入時、介護保険料の格差で注目された。厚田村は札幌市や石狩市のベッドタウン的な団地が造成されたため高齢化率はそれ程高くなかった（26.1%、H12.10.1現在）が、隣の全道一高齢化率が高い浜益村（39.9%）に比べ介護保険料がかなり高く設定され、要介護認定者も多かった。

その背景には、1955年設立のベッド数80の特別養護老人ホームの存在が大きい。子どもたちの主な流出先は札幌市であり行き来はそれなりに盛んであるが、「住み慣れた地域にいたい」だから「介護が必要になったら地元の特養に入所したい」という意識が厚田村の高齢者には多く、2000年の介護保険制度はそれを後押ししたと考えられる。その後、隣村の浜益村にも特養が出来、同様な傾向が「子どもには依存できない」という複雑な状況が、現代の高齢夫婦家族の一般的価値観として、あるいは過疎地の特殊状況として存在することは否定できない。

このような人口動向、ケアのニーズに対し、地域行政にとってこの度の介護保険の改正はどのような影響をもたらすだろうか。

高齢化のいっそうの進行（2005年 30.7%）によって特養にも入りづらくなり、何よりも政策的に在宅ケアへの移行が求められている。しかし、家族の介護基盤の弱体化は明らかであり、言葉の真の意味での地域における在宅ケアシステムの構築が求められている。

現在、旧厚田村の高齢者は合併による影響と改正介護保険による影響の2つの変化の渦中にある。

本調査は2004年12月から2005年1月に行なわれた。期せずして、2つの変化を受ける前夜の高齢者の姿を捉える貴重なものとなった。また、調査が冬季間に行われたゆえ、北海道特有の冬場の生活実態も反映されることとなった。

本調査の詳しい分析結果は、笹谷春美他『ニシンの村は今2－北海道厚田村の高齢者の健康と生活調査－』（北海道教育大学札幌校社会学研究室発行、2006）を参照されたい。

(2) 調査方法

2004年現在で70歳から80歳の在宅で暮らす男女全数(大正13年12月から昭和9年11月30日生まれの住民354名中、特養入所者、長期入院者29名を除く325名)に対し、郵送によるアンケート調査を行った。有効回答は155名(男75名、女80名)、回収率47.7%である。調査期間は2004年12月下旬から2005年1月である。

(3) 調査デザイン

本調査は、社会学的な生活調査と公衆衛生学的な健康・疾病・ADL調査、社会福祉学的な福祉・ケア政策調査とのマルチ・ディシプリナリーな設計となっている。保健・医療的な観点からの質問項目とともに、高齢者個人が保有する家族や地域におけるリソースを把握する社会的・社会福祉学的な質問項目にも主眼がおかれている。

具体的には、保健・医療的な側面から主観的健康観、客観的な疾病や通院状況、機能障害を把握し、介護予防事業のターゲットとなる健康状態グループの析出を試みる一方、閉じこもりなど要介護リスクにも関連する社会的側面の把握としてネットワーク類型とサポートネットワークの析出を試みた。また、心配や不安、孤立感など精神的な側面の把握も試み、これらの3つの側面をクロスし、自治体のフォーマルなサービスの介入対象を明らかにすることを試みた。

しかし、回収率が5割以下という郵送アンケート調査の限界も指摘される。今後、介護予防事業の対象者として析出されたグループには、個別インタビューで具体的な状況と適切なニーズの把握が求められる。

4. 結果と考察

(1) 対象者の基本的属性(性、年齢、家族構成、階層)

分析の対象者は155名で、男性75名、女性80名ではほぼ半々であった。年齢構成では前期高齢者55名、後期高齢者96名、不明4名である。これに性別をクロスすると、前期(男性30名、女性25)、後期(男性44、女性52)で、絶対数でもっとも多いのが、後期高齢者の女性である。家族構成は夫婦のみが47.7%で最も多く、次いで、息子家族との同居、一人暮らしが共に20%弱である。最も多いグループが夫婦家族の男性であり、次に夫婦家族の女性、息子家族と暮らす女性、一人暮らしの女性と続く(図表1)。

対象者の47%が地元生まれであり、中途流入は31%である。中途流入者の多くは、隣接する石狩市の近くに造成された団地への流入者で、この地域は他の地域とは異なったコミュニティ環境に有る。

71.6%が持ち家で暮らし、13.5%が子どもの持ち家で暮らしている。村営住宅が10人で6.5%、民間借家が3名で1.9%である。

現在、仕事をしているのは31.6%、無職59.4%である。仕事をしているは、殆どが自営農で漁業者も少しいる。自営の場合は健康の許す限り現役である。現在の収入は、国民年金が7割、厚生年金が2割、自営収入が2割弱、共済年金が1割強である。そのため、一月の手取り収入(家計費)は、「10-15万」がもっとも多く19.4%、ついで「5-10万」18.7%、「15-20万」15.5%である。このように20万までの収入の人は53.6%、

(図表1) 基本的属性

	男 (n=75)	女 (n=80)	全 体
前期高齢者	54.5	45.5	49.0
後期高齢者	45.8	54.2	51.0
合 計	100.0	100.0	100.0
一人暮らし	12.0	25.0	18.7
夫婦のみ	56.0	40.0	47.7
未婚の子の同居	5.3	2.5	3.9
息子の家族と同居	14.7	23.8	19.4
娘の家族と同居	2.7	5.0	3.9
その他	9.3	3.8	6.5
合 計	100.0	100.0	100.0

20万円以上の収入階層は約3割である。不明も16%であった。

以上のように、大都市近郊とはいえ、過疎化の進む農漁村の特色としては、後述のように、子どもの多くが札幌に流出しているため、夫婦や一人暮らしなどの高齢者世帯が多いが、息子家族との3世代同居も少なからぬ割合である。自営業が多かったため受給額が低い国民年金受給者が多いが、持ち家率は高く経済的には自立している。まだ現役で農業・漁業を営んでいる人々も3割いることである。基本的属性のジェンダー差は既存調査と同様である。

(2) 健康状態と介護予防サービスの対象者の析出

〈健康状態と医療・ケア〉

主観的健康状態は、「大変健康」4.5%、「たいした病気や障害も無く、日常生活は普通に行っている」47.1%、「何らかの病気や障害はあるが、日常生活はほぼ自分でおこなうことが出来、外出もひとりで出来る」38.7%、「何らかの病気や障害はあって、家の中の生活はおおむね自分で行っているが、外出には誰かの付き添いが必要」5.2%、「何らかの病気や障害はあって、排泄・食事・着替えなどの中で何らかの手助けが必要」1.9%、「何らかの病気や障害はあって、排泄・食事・着替えなどほとんど全てに手助けが必要」0.0%、無記入2.6%であった。

しかし、治療中の病気の有無を聞くと、76.8%が「有り」と答え、「無し」は18.7%にすぎない。主観的に「健康」といっても通院治療と投薬で維持されていることがわかる。介護保険のサービス対象者として公的には浮かび上がってこないこのような在宅高齢者の健康状態の把握は、今後の介護予防事業にとって重要な意味を持っている。

通院先は「札幌の病院」43.2%、「村の診療所」29.9%、「石狩市の病院」が24.5%と、村外の病院に7割弱が通院している。その頻度は、「月1、2回」が57.9%、「週1、2回」11%、「その他」9.7%である。村の診療所以外は車やバスでの通院が必要であるが、男性は自分で、夫のいる女性は夫の車で通院することが多く、配偶者のいない女性はバスや子どもの車で通院することが多く見られる。所要時間は最低片道1時間以上かかる。一人暮らしの女性に村の診療所への通院が多く見られる。札幌に通院する対象者の中には、札幌在住の子どもの家の近くの病院を選び、泊りがけで行く場合も見られる。

このように、治療による健康維持も、ネットワークの数や内容によって差がみられることがわかる。

介護認定を受けている人は7名（「要支援」4名、「要介護1」1名、「同2」1名、「同4」1名）である。

サービスの利用内訳はデイサービス利用4名、ホームヘルプサービス利用は5名、ショートステイ利用は無し、通所リハ利用1名、福祉用具貸与利用ゼロ、であり、利用度はあまり高くない。

介護認定を受けない理由は「まだ介護が必要な状態ではない」70名(45.2%)、「手続きが面倒」6名(3.9%)、「家族が介護してくれる」5名(3.2%)、「申請方法がわからない」3名(1.9%)であった。しかし半数の74名が回答不明であった。

厚田村独自の生活支援サービス(旧「介護予防・地域支援事業」プラス独自)の利用者は26名(16.8%)で、その内容は、除雪サービス7人、緊急通報システム4人、いきいきリハビリ5人、配食サービス10人、寝具洗濯・乾燥6人である(MA)。

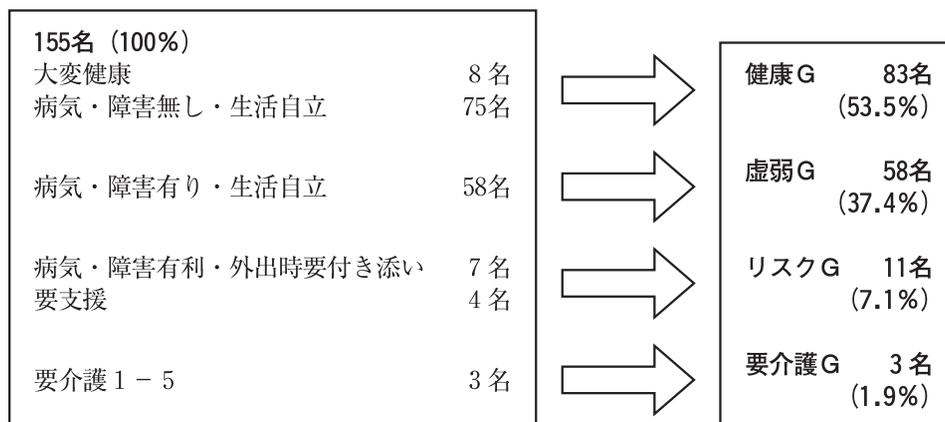
以上のように、回答者の95%は、まだ介護保険サービスの対象者ではない。高血圧や腰痛など成人病的な薬の投与と治療を受けてはいるが、日常生活は十分可能で介護の必要など感じない「元気な高齢者」が多いが、しかし、日常生活は何とか自分でマネージでき介護の必要は感じないが、持病を持ち病院通いをし、「元気でない高齢者」もまた半数近くいることもわかった。これらの高齢者こそ、現行介護保険制度のもとで「要支援」の認定を受けている高齢者と共に、新たな介護予防事業の対象者となるリスクをかかえている。

〈健康状態別グループと介護予防対象グループの析出〉

回答者155名の健康状態を、「主観的健康感」「身体障害の有無」「介護保険認定度」をクロスした場合、図表2のように「大変健康」から「要介護認定者」まで6つのグループとなる。これを介護予防的な観点からグルーピングすると、「健康グループ」(現在の所取り立てて健康上の問題を持っていない層)83名、「虚弱グループ」(日常生活は何とかできるが、病気や障害を持ち、あまり元気とは言えない層)58名、「リスクグループ」(在宅生活は可能であるが、障害や病気の程度は高い方で外出や家事・掃除などで何らかの手助けが必要で一部は介護保険サービスを利用している層)11名、「要介護層」3名の4つのグループに分類された。

全体では「健康G」が5割強であり、介護予防事業のターゲットにはまだならない。また、介護保険の新予防給付の対象範囲である「リスクG」は7.1%とまだ少ない。しかし、介護保険給付や施設入所にいたる時期をなるべく遅くするための地域の介護予防事業のターゲットと予想される「虚弱G」は4割弱が析出された。

(図表2) 健康状態別グループ及び分析ターゲット



(3) 社会関係と「ネットワーク類型」

〈回答者のインフォーマルな社会関係〉

介護予防のもう一つの側面である人々との交流や精神的充足と関りのあるソーシャルネットワークについて

て、子どもとの距離、会う頻度、子ども以外のきょうだいその他の親族との行き来、近隣との付き合いの強弱、茶のみ友達の有無について見てみよう。

回答者の85%が子どもを持ち、同居が25.7%、別居が32.8%である。別居している子どもが最低1人は同じ村内に居るのが18.8%、村内にはいないが札幌に居るのが43.1%、札幌より距離が近い周辺市町村に居るのが0.7%である。これらの週1程度の行き来が可能な範囲には子どもがいなく、それより遠い道内や道外に居るのは11.8%である。このように、別居していても、その88.3%が週1程度の行き来が可能な範囲、つまり、いざという時に車で1-2時間以内にかけてくることが可能な範囲に最低1人以上の子どもを有している。これが、人口吸収地大都市札幌の近郊にある厚田村の高齢者の子どもとの距離の特色である。

これらの子どもと会う頻度は、もっとも頻度が高い子とは「ほぼ毎日会う子がいる（含む同居）」27.2%、「週1回程度」11%、「月1、2回」22.6%、「年数回・盆暮れのみ」28.3%、「ほとんど会わない」2.6%である。又、電話でのコミュニケーションは「子どもから頻繁に電話してくる」21.9%、「時々」57.4%、「殆どしてこない」9.7%である。自分からの電話も「頻繁に電話する」16%、「時々」63%、「殆どしない」5.8%であり、双方とも適度な距離を置いている。

きょうだいやその他の親族（以下 親族）については、「親しく行き来する」親族が「いる」は83.9%である。又、近所付き合いに就いては、「よく行き来する家がある」は54.2%、「ちょっとした頼みごとができる家がある」は30.3%、「挨拶程度でほとんど行き来しない」は12.9%出会った。更に、友人関係では、時々会って話す茶飲み友達が「いる」と答えた人は83.5%で、「いない」は9.7%に過ぎなかった。

このように回答者全体としては、インフォーマルなネットワークはそれなりに有していることがわかった。次に、個々の高齢者に視点を移し、上記の種類異なる関係にどのような比重を置き「ネットワーク」として依拠しているのかを見る必要がある。日常的なネットワークのあり方は、何らかの援助の授受が必要な時のサポートネットワークと関連しているからである。

〈ネットワーク類型の析出〉

先述したC. ウェンガーのネットワークアセスメント票を厚田村用にアレンジしてネットワーク類型の把握を試みた。

ウェンガーは、サポートネットワークを特徴付ける主要な要因として以下の4点を挙げる。(1)婚姻や出産という家族の形成、それに伴う配偶者や子どもたちとの関係（距離や関係の密度）、(2)緊密な関係にある親族の有無、(3)移動と地域との関わり（近隣関係やコミュニティへの帰属度）、(4)個人の気質とパーソナリティである。このような観点から人々のネットワークを洗い出すことによって5つの類型を析出した。

本調査においても、ウェンガーの知見や日本におけるレビューに基づき、人々の日常的なインフォーマルな社会関係のあり方として、AからEの5つのネットワーク類型を析出した（図表3）。

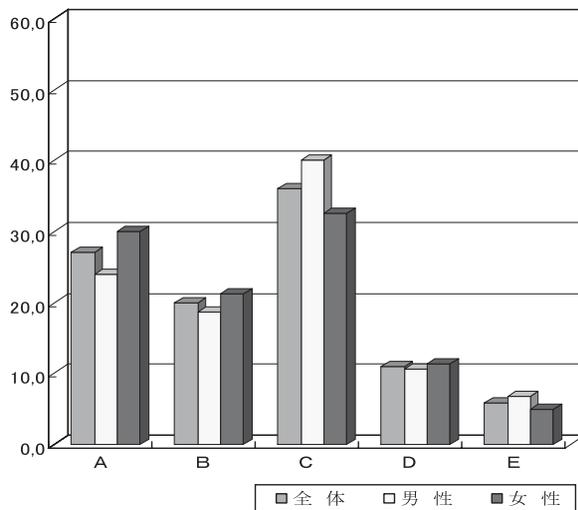
（図表3）ネットワーク類型

A：地域内親族限定関与・非社会参加型（配偶者・子ども・きょうだい等の親密な親族ネットに限定され社会参加無し）
B：地域内全資源関与・社会参加型（親密な親族ネット、友人・近隣ネット等全資源ネット有り、社会参加有り）
C：地域内資源関与・非社会参加型（Bと同様だが近隣ネットも弱く社会参加無し）
D：非親族資源関与・社会参加型（子とのネットが無しあるいは弱い。友人・近隣ネット強く社会参加有り）
E：孤立型（親族ネット及び友人・近隣ネット無しか弱い。社会参加も無し）

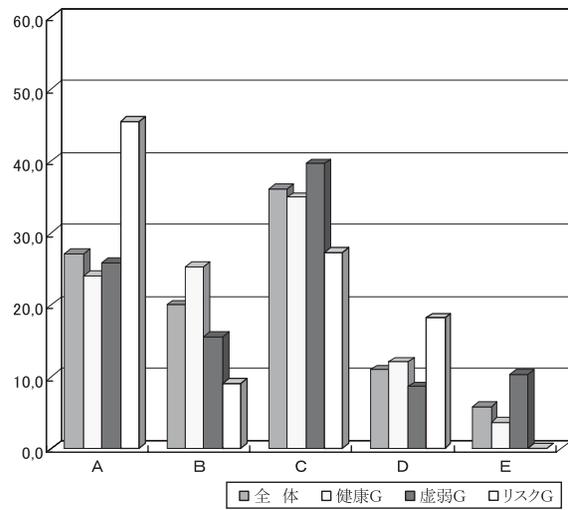
そのうえで、附表1の厚田村用のアセスメント表を作成し、直接インタビューではないという限界があるが、アンケート調査の回答を丁寧に追いつけてゆくことにより、155ケースがどの類型に当てはまるのかを試みた。その結果は図表4、5である。全体として最も多いのがC類型で36.1%、続いてA型が27.1%、B型が20.0%、D型が11.0%、E型は少なく5.8%である。

多様な種類の社会関係を満遍なく所有し、社会参加も活発なのがB型であるが、回答者に最も多いC型はネットワークの形はB型と同じでも近隣や友人関係の密度が希薄で社会参加がほとんど無いのが特徴である。次に多いA型は、親族との親密な関係のみを保有し、近隣・友人関係は殆ど無く社会参加も無いのが特色である。

男女別では、男性にC型の割合が4割と高く、女性にA型の割合が30.8と男性に比べ多いという差が見られる。前期高齢者に比べ後期高齢者になると、A型とC型が増加し、B型とD型が減少する。加齢により、多様な関係や地域社会への関りが減少し、家族や親族、ごく限られた近隣関係との交流が多くなることは予想できる。同様の傾向が健康グループ別でも見られ、健康GはB型とC型の割合が高いが、リスクGでは圧倒的にA型の割合が高く、虚弱GではC型、A型、D型の割合が高い。健康度が低くなるに連れて、加齢と同様にネットワークが身近な家族・親族に限られてくることわかる。



(図表4) ネットワーク類型の分布図 [性別]



(図表5) ネットワーク類型の分布図 [健康G別]

(4) 介護予防対象グループの考察

以上のように、介護予防と関りのある「健康グループ」と「ネットワーク類型」の析出を行った。

以下、改正介護保険における介護予防事業のターゲットと見なされる身体的健康状態をメルクマールとする「健康グループ」のうちの「虚弱G」を中心に、これらのグループの保有するネットワークや日常生活上の問題を考察する(図表6)。

「健康グループ」では男性が多く、夫婦家族および息子家族との同居が多い。ネットワーク類型ではB型が他グループに比べ圧倒的に多いが、その他の類型にも分散している。これに対し「虚弱G」は夫婦家族がもっとも多いが一人暮らしも他より多いのが特徴である。それを反映してか収入階層も2分している。ネットワーク類型はCが多いがEの孤立型も多い。一人暮らしの低階層の女性グループの存在が見られる。「リスクG」は女性が圧倒的に多く、その多くが夫婦二人暮らしであるゆえ、収入階層も10-15万円という国民年金2人分が最も多い。ネットワーク類型ではA型が最も多く、つまりは配偶者である夫が頼りの狭いネットワークの人が多くことが推測される。

社会参加や生きがいを見ると、何らかの団体活動に参加しているのは「健康グループ」「虚弱G」では半数強であるが「リスクG」は3割台に落ちる。趣味や楽しみはどのグループも6割以上が持っており、リスクGが最も多い。しかしその内容がかなり異なり、男性が多い「健康G」では、山登りやカラオケなど活動的で他人と行動を共にするものが多いが、「リスクG」や「虚弱G」の女性では、編み物や手芸といった家の中でひとりで行うものが多い。

先述した医学・公衆衛生的な外出頻度をメルクマールとした「閉じこもり」概念によれば、回答者の5割が「閉じこもり」という結果となる。特に、ネットワーク類型ではE型(88.9%)とA型(57.1%)に多く「リスクG」では9割がこの基準に入る。

しかしながら、健康Gでも47%が閉じこもりの範疇に入るとは、調査時期が冬季間であったことにもよるとおもわれるが介護予防の観点からは注目せねばならない。

「日々の生活に対する不安」では、特に「リスクG」の9割、虚弱Gの7割強が高い不安感をもっている。その内容は圧倒的に、自分の健康であり、とくに「リスクG」では配偶者の健康も高い。このグループは夫婦暮らしが多いことを反映している。

(図表6) 健康グループ別属性と意識

		健康G	虚弱G	リスクG			健康G	虚弱G	リスクG
回答者		83	58	11	回答者		83	58	11
性別	男性	51.8	48.3	27.3	外出頻度	毎日・週2.3回	44.6	48.2	9.1
	女性	48.2	51.7	72.7		週1程度以下	47.0	51.7	90.9
家族構成	ひとり暮らし	18.1	20.7	9.1	生活不安感	よくある・時々ある	51.8	74.1	90.9
	夫婦のみ	49.4	44.8	63.6		時々ある	0.0	0.0	0.0
	夫婦の子と同居	0.0	10.3	0.0		ほとんどない・全くない	38.6	22.4	9.1
	息子の家族と同居	21.7	17.2	18.2	不安の内容	全くない	0.0	0.0	0.0
	娘の家族と同居	3.6	0.0	9.1		無回答	9.6	3.4	0.0
	その他	7.2	6.9	0.0		自分の健康	60.5	81.4	90.0
一ヶ月の収入	5万円未満	8.4	12.1	9.1	家族の健康	32.6	30.2	50.0	
	5~10万円未満	20.5	15.5	18.2	自分または配偶者が倒れた時	46.5	53.5	70.0	
	10~15万円未満	19.3	17.2	27.3	生活費の不安	32.6	25.6	20.0	
	15~20万円未満	21.7	8.6	9.1	住宅問題	4.7	2.3	0.0	
	20~25万円未満	7.2	5.2	0.0	人間関係	4.7	4.7	10.0	
	25~30万円未満	2.4	13.8	9.1	その他	2.3	2.3	0.0	
	30万円以上	3.6	1.7	9.1	介護認定制度	よく知っている	26.5	19.0	18.2
	わからない	2.4	8.6	0.0		だいたい知っている	54.2	65.5	81.8
	無回答	14.5	17.2	18.2		知らない	9.6	13.8	0.0
ネットワーク類型	A	24.1	25.9	45.5	今後の申請予定	無回答	9.6	1.7	0.0
	B	25.3	15.5	9.1		はい	0.0	13.8	9.1
	C	34.9	39.7	27.3		いいえ	21.7	13.8	9.1
	D	12.0	8.6	18.2		わからない	33.7	44.8	36.4
	E	3.6	10.3	0.0		無回答	44.6	27.6	45.5
団体活動	参加	50.6	58.6	36.4	サービスの利用	利用している	15.7	13.8	27.3

何かのサポートが必要になったときのネットワークを見てみよう(図表7)。

「悩みごとの相談相手」「ちょっとした病気や怪我の手助け」「介護が必要になった時の手助け」について、親族、近隣、友人、自治体や地域の役員、保健医療・ケアの専門スタッフの誰でも当てはまる人を選択するようにした。とにかく、「一人でも助けを求める人がいる」のは、「悩みごとの相談相手」では8割以上、「ちょっとした病気や怪我の手助け」では8-9割、「介護が必要になった時の手助け」では、さすがに落ちて7割台であるが、「リスクG」だけは9割であった。「リスクG」は何らかの手助けをすでに受けており、村役場

(福祉), 訪問看護師, 主治医等のフォーマルな援助も受けている。

「リスクG」と異なり, 他の2つのグループは「助けが必要となった場合」という想定であり, 現実にはどうなるかわからない。とくに自らの健康に大きな不安を抱えている「虚弱G」は, 一見, 配偶者や子ども等親族との強い絆があるが, それでも不安が解消しきれないことを反映している。病があってもケアが必要になっても地域で安心して暮らせるという確信が十分に持てない高齢者が多いことを示している。

(図表7) 健康グループ別サポートネットワーク

	悩み事の相談相手			病気怪我時の助け			介護時の助け		
	健康G	虚弱G	リスクG	健康G	虚弱G	リスクG	健康G	虚弱G	リスクG
回答者	83	58	11	83	58	11	83	58	11
いる	88.0	84.5	81.8	88.0	91.4	81.8	78.3	77.6	90.9
配偶者	54.8	73.5	100.0	58.9	67.9	88.9	58.5	71.1	90.0
息子	58.9	65.3	66.7	53.4	49.1	77.8	63.1	57.8	70.0
娘	49.3	59.2	22.2	42.5	58.5	33.3	53.8	55.6	20.0
嫁	15.1	24.5	22.2	23.3	24.5	33.3	27.7	31.1	50.0
婿	6.8	2.0	0.0	11.0	7.5	0.0	15.4	13.3	0.0
兄弟	21.9	16.3	0.0	20.5	13.2	0.0	13.8	13.3	0.0
姉妹	19.2	20.4	33.3	8.2	17.0	22.2	3.1	15.6	20.0
兄弟以外の親戚	13.7	18.4	22.2	9.6	9.4	11.1	6.2	2.2	10.0
近所の人	15.1	32.7	11.1	27.4	37.7	0.0	7.7	11.1	10.0
友人	20.5	24.5	11.1	15.1	13.2	11.1	7.7	6.7	0.0
民生委員	1.4	0.0	0.0	2.7	0.0	0.0	3.1	0.0	0.0
村役場の人	2.7	4.1	33.3	0.0	3.8	22.2	1.5	2.2	20.0
自治会役員	0.0	2.0	0.0	0.0	1.9	0.0	1.5	0.0	0.0
保健師・訪問看護師	1.4	6.1	22.2	1.4	1.9	22.2	6.2	2.2	20.0
ホームヘルパー	0.0	0.0	0.0	0.0	1.9	0.0	4.6	6.7	0.0
ケアマネージャー	0.0	0.0	0.0	1.4	0.0	0.0	3.1	4.4	0.0
福祉施設職員	1.4	0.0	11.1	0.0	0.0	11.1	1.5	6.7	10.0
主治医	2.7	16.3	22.2	0.0	3.8	11.1	1.5	2.2	10.0
その他	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

一般的に, どのサポート項目においても, 主たるサポーターは第1に配偶者であり, 息子・娘がそれに続き, 嫁はその他の親族や近所・友人と同じ位の割合いで選択される。婿の選択は少ない。厚田村のような過疎地であっても自治体や町内の世話人や保健・医療・ケアスタッフへの依拠はまだ少ない。これはまだ, 家族, とくに配偶者と子どもへの依拠が第1義的であり, それがダメなら病院か施設という2者択一の選択観が根強く潜在しているためと思われる。介護保険制度については, 大体がその制度を知っているとはいえ, 今後申請の予定も「まだわからない」という答えが最も多く, 「リスクG」でさえも36.4%未定である。この項目についての回答も半数近くが無回答であった。介護保険制度の本来の目的である在宅ケア・介護予防であり, 必要ならサービスを受ける権利があるということが, 制度施行後5年たっても, 人々に十分に理解されるまで行き届いていないことがわかる。

5. 結論

大都市近郊の過疎の村, 厚田村の在宅で暮らす70-80歳の高齢男女の健康と生活に関するアンケート郵送

調査を行った。その調査デザインは、社会学、公衆衛生学、社会福祉学的な質問項目を組み合わせたマルチ・ディシプリナリーなものである。有効回答率は50%弱という限界はあるが、新たに改正された介護保険制度の主要ポイントであり、また国際的にも高齢者福祉の新しい戦略として提起されている「介護予防」という観点から分析を行った結果、興味深い知見が得られた。

1つは、改正介護保険の枠組みにおける新・予防給付サービスのターゲットと予想される「リスクG」と、地域介護予防事業のターゲットとなる「虚弱G」を析出したことである。対象者のうち48.5%がそれにあたった。

第2に、介護予防とは単に身体的・肉体的な側面のみではなく、社会的、精神的な側面と連携している、という視点から、回答者の社会関係の内容や量と密度を重層的に捉えるネットワーク類型を析出した。AからEの5つの類型が析出されたが、もっとも多かったのがC類型であり約4割、次いでA類型が約3割、B類型が2割であった。A、Cとも配偶者と子ども等、家族に対して強いつながりを持つ一方、近隣や友人等の付き合いは少ない。安定はしているが限られたネットワークであり、ケアが必要になった時家族員の負担が大きい、という弱さも抱えている。地域のフォーマルサポートがどのようにそれを支援するかが課題である。

第3に、介護予防事業のターゲット層としての「虚弱G」と「リスクG」に於いては女性、夫婦のみ世帯、一人暮らし、後期高齢者、低所得層などの性・家族・年齢・階層的な弱者が多く、ネットワーク類型でもA型やC型に加えて孤立型Eの割合も高く見られた。それは、主観的サポートネットワークにも反映されている。又、これらの層は自らと家族の健康問題に高い不安感を持っており、家族を便りにしているとはいえ、安心して暮らせる状況にはないことを示している。

第4に、以上から、在宅の高齢者の中から介護予防事業の政策対象者を的確に把握し、地域の介護予防に関する課題（閉じこもり予防、ネットワークの活性化など）を明らかにし、介護予防サービスを適正に組み立ててゆくためには、マルチ・ディシプリナリーな角度からの実態把握が有効であることが明らかとなった。ネットワーク類型の把握によって、個々人のインフォーマルなネットワークを活性化し社会関係を促がすような新しい介護予防のフォーマルサービスのあり方の必要性も浮かび上がってきた。

最後に、このような住民調査を誰がどのようにして行うか、保健医療とケアの専門家の協力をどのように考えるか、人々のニーズを適正に受け止めるサービスメニューをどのように開発するか、などが残された課題である。

なお、本調査研究は、厚生労働科学研究費補助金・長寿科学総合研究事業「要介護状態の予防ならびに介護の質を改善するための方策に関する研究」（2004-2005研究代表者 岸玲子・北海道大学医学研究科）の分担研究として笹谷春美と太田貞司で実施したものである。郵送アンケート実施には、神奈川県立保健福祉大学の太田貞司氏および厚田村役場の関係者の方々にご協力頂いた。また、データ作成には北海道工業大学の椎野亜紀夫氏に協力頂いた。アンケート調査に回答を頂いた高齢者の方々と同様、感謝の意を述べたい。

参考文献

- ・原田謙他、2005「大都市における後期高齢者の社会的ネットワークと精神的健康」『社会学評論』 Vol.55, No. 4 434-447
- ・厚生労働省「全国介護保険・老人保健事業担当課長会議資料」（2005年12月）
- ・厚生労働省保健局「地域包括支援センター業務マニュアル」（2005年12月）
- ・厚生労働省社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」（2004年7月）

- ・高齢者介護研究会報告書『2015年の高齢者介護』（2003年6月）法研
- ・増地あゆみ・岸 玲子, 2001, 「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・ネットワークの関連を中心に—」『日本公衆衛生雑誌』48(6) 453-48
- ・二木 立, 2005, 「新予防給付の科学的な効果は証明されているか? (その1) (その2)」『文化連情報』No.328, 329
- ・笹谷春美・太田貞司・椎野亜紀夫 2006 『ニシンの村は今2—北海道厚田村の高齢者の健康と生活調査—』（北海道教育大学札幌校社会学研究室発行）
- ・笹谷春美他, 2005, 『介護予防資源および手段としての高齢者のサポートネットワークの機能と実効性に関する国際比較研究』長寿科学総合研究推進事業（国際共同研究）（研究代表者 笹谷春美）平成16年度研究報告書
- ・笹谷春美, 2003, 「日本の高齢者のソーシャル・ネットワークとサポート・ネットワーク—文献的考察—」『北海道教育大学紀要』（人文科学・社会科学編）第54巻第1号 61-76
- ・Clare Wenger, 1994 *Support Networks of Older People: A Guide for Practitioners*, Centre for Social Policy Research & Development University of Wales, Bangor
- ・Clare Wenger and F. Leger, 1992, "Community Structure and Support Network Variation", *Aging and Society*, 12, 2, 213-236

(附表1) ネットワークアセスメント指標 (C.Wenger のバリエーション)

(厚田村 2004年調査)

質 問	回 答	番号	地域内 親族限定型 A	地域内 資源積極的 参与型B	地域内 資源消極的 参与型C	非親族 資源参与型 D	孤立型 E
最も近くに住 んでいる子ども	同居	1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	厚田村	2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	札幌	3		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	近郊町村	4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	道内	5			<input type="radio"/>		
	道外他	6				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	子ども無し	7			<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
最も近くにす んでいる「き ょうだい」	同居	1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	厚田村	2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	札幌	3		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	近郊町村	4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	道内	5			<input type="radio"/>		
	道外他	6				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	きょうだい無し	7				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
最も会って いる子どもとの 会う頻度	毎日	1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	週1回	2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	月1・2回	3			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	年に数回・盆暮れ	4				<input type="radio"/>	
	会わない	5				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
近所付き合い	よく行き来する	1		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
	ちょっとした頼み事	2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	挨拶程度	3	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	近所にいない	4	<input type="radio"/>				<input type="radio"/>
度々会う友人	いる	1		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	いない	2	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
社会参加	参加団体あり	1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	ない	2	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
ネットワーク 類型	選択した○の合計数						

(注) 選択した○の数の合計が最も多いのが個人のネットワーク類型となる。

(札幌校教授)