人口高齢化と介護関連指標の地域特性の分析

今井 香織*

Area Analysis of Indicators Related to Care of the Elderly

Kaori IMAI*

As the aging of the population of Japan is estimated to accelerate in the coming three decades, problems regarding the care of the frail elderly will become serious due to, in particular, shortage of care personnel and small housing space. The aim of this study is to clarify the prefecture-based area features associated with care of the elderly and to examine the relation between these features or indicators. Analyses of 19 indicators from 47 prefectures were performed by principal component analysis and cluster analysis, and they were classified into six groups called A to F. The prefectures in southwest Japan and Hokkaido (group A) had low rate of aged living with their children, high rates of institutional beds, and many care personnel. The opposite trend was observed in those of the central and eastern Japan. Prefecture groups E and F had smaller number of institutional beds and care personnel than average; group E which included Nara, Ibaraki, Saitama prefectures in the outskirts of megalopolises was characterized by low rate of bed-ridden elderly, while group F, including such prefectures as Akita, Nigata, and Yamagata by high rate. Group C was intermediate in formal care indicators. The prefectures of megalopolises (group D) had small housing space, a small number of institutional beds and a large amount of home health aid.

Key words: care for the elderly, bed-ridden elderly, area analysis

高齢者介護, 寝たきり老人, 地域分析

I はじめに

向う四半世紀で急速に進む人口高齢化に伴って、我が国では高齢者医療・福祉、なかでも寝たきりや痴呆高齢者の介護が重要な社会的問題となることが予測される。我が国高齢者の寝たきり有症率は特別養護老人ホームで4分の1以上と高率

であり(厚生省 1994a), 全体的な寝たきり率は山口県で4.7% (岩本 1988), 滋賀県で4.9% (山川 1996)と報告されている。諸外国ではアメリカで、1977年の在宅寝たきり率が1~2% (Cohen 1986), ナーシングホーム入所者では約5%であり(入所率5%) (DHHS 1986, Shick 1994), 日本の数値が非常に高いことが指摘される。北欧では

*北里大学医療衛生学部公衆衛生学, 現在の所属: 岡山大学医学部公衆衛生学教室。

**Department of Public Health, School of Allied Health Sciences, Kitasato University*

寝たきり老人はほとんど存在せず、デンマークの1986年在宅の寝たきり率は0.1%、スウェーデンの慢性病院を含む施設全体では4%と報じられている（厚生省老人保健課 1992）。高齢者の介護問題は先進諸国共通の問題であるが、わが国における寝たきり率の高さは、介護をめぐる様々な問題の所在を示している。

従来、高齢人口の増加に伴い急増した介護負担の多くは同居家族、あるいは入院医療によって担われてきた。現在は新ゴールドプランによりホームヘルパーの増員、特養の増床等が図られ、老人訪問看護制度も平成3年から推進されている。しかし、多様な福祉メニューが市民のニーズに従って手軽に日常的に利用できる水準には達していない。地域介護システムは、その地域の人口的、地理的、社会的な特徴によって、有効な形態や人々の選好が異なってくると考えられる。例えば家族形態や就業構造、住居環境、医療へのアクセス、また介護の受け手と提供者双方の期待と意識によって影響される。家族の形態、あるいは施設医療の普及形態には大きな地域差が存在し、大都市圏、地方都市、郡部、山村等によって、その対策も異なると考えられる。ここでは、在宅介護に関連すると考えられる要因に関して、地域によって異なると考えられる特色と対策を考察するため

に、都道府県別の既存資料による地域分析を試みた。

II 研究方法

1. 分析の枠組みと資料

高齢者の介護問題は先進諸国共通の問題であるが、介護需要は社会的要因と予防医学の水準により変化すると考えられる。例えば介護マンパワーの質と量、住宅や介護施設を含む環境のインフラストラクチャー、またリハビリテーションを主体とする予防医学の水準と浸透状況、等の要因によって介護需要は変化するし、また介護需要がそれら要因に影響を与える側面も考えられる（図1）。今回はそれら介護需給の関連要因相互における関連と、地域的な特徴ないし格差を把握するために、既存統計資料を用いた47都道府県の地域分析を行った。

介護関連指標として、約80項目の健康指標、社会指標の中から、モデル（図1）に示した要因の代理指標として、以下に示す19項目を取り上げ多変量解析に使用した。変数の選択に当たっては、他の変数との相関関係を検討しながら、モデル要因に関する説明可能性を考慮して選択した。例えば最近の都道府県別数値が入手可能な介護需要の指標としては、国民生活基礎調査（厚生省 1994b）

図1 介護関連指標の模式図

による在宅の寝たきり者、要介護者、1ヵ月以上の就床者、また寝たきりを引き起こす各種疾患の有病率等が考えられる。それらの中から、介護需要指標間では相互の相関関係が低く、他の要因との間ではできるだけ高い相関関係が得られる指標を選んだ。また間接的に介護需要に影響する要因として、高齢者の社会的活動性に関すると考えられる指標—所得、就業状況、就業の動機等—、健康管理の指標—健康診断受診率等—も検討したが、モデルの項目群との関連性は弱かったので解析には組み入れなかった。

同様にして要因別の指標を検討し、その結果以下の19項目を選択した。

1) 高齢化の指標：老年化指数（総務庁 1993）、65歳平均余命（厚生省 1992a）

2) 住宅、高齢者ケア施設等のストック：高齢者の持家割合、高齢者一人当り住居面積（総務庁 1993）、人口対病院ベッド数（厚生省 1995a）

3) 介護に関するマンパワーの指標

a) インフォーマル・マンパワー：高齢者の子供との同居率、高齢者の単身世帯割合（総務庁 1993）

b) フォーマル・マンパワー（高齢者に対する比率）：医療福祉従事者（病院、保健・福祉施設、地域ケアの常勤換算合計）、理学療法士（PT）作業療法士（OT）（病院と保健・福祉施設の常勤換算）（厚生省 1994c,d, 1995a,b）、ホームヘルパー（厚生省 1994a）

4) 在宅要介護状態の指標（65歳以上高齢者）：在宅寝たきり有症率（厚生省 1994b）、高血圧症、脳卒中、慢性関節リウマチ・関節炎、骨折の通院者率（厚生省 1994b）、高血圧性疾患、脳血管疾患、骨折の入院受療率（厚生省 1992b）、脳血管疾患死亡率（厚生省 1995c）

2. 解析方法

保健福祉諸指標のピアソン相関係数を求めた。次いで表1に示す19項目に関し、相関係数行列に対する主成分分析を行った。その結果得られた固有値が1以上の主成分に対応する主成分得点を用いて、固有値による重み付けを行い、ワード法

表1 高齢者介護関連指標の相関マトリックス

(1)	老年化指数	1.00																		
(2)	65歳平均余命	0.19	1.00																	
(3)	高齢単身世帯割合	0.07	0.17	1.00																
(4)	同居率	-0.03	-0.16	0.95	1.00															
(5)	持家	0.56	0.19	-0.56	0.59	1.00														
(6)	一人当り住居面積	0.53	-0.10	-0.24	0.19	0.49	1.00													
(7)	医療福祉従事者	0.13	0.35	0.65	-0.63	-0.33	-0.06	1.00												
(8)	ホームヘルパー	-0.25	-0.04	0.30	-0.32	-0.48	-0.17	0.23	1.00											
(9)	理学療法士、作業療法士	0.12	0.36	0.40	-0.38	-0.22	0.02	0.75	0.09	1.00										
(10)	病院ベッド数	0.57	0.24	0.53	-0.50	0.03	0.17	0.80	-0.11	0.64	1.00									
(11)	在宅寝たきり率	0.01	0.25	-0.05	0.10	0.05	-0.05	-0.21	0.01	-0.06	-0.23	1.00								
(12)	通院者率/脳卒中	0.27	-0.34	-0.31	0.21	0.28	0.41	-0.42	-0.22	-0.37	-0.16	0.12	1.00							
(13)	/高血圧症	0.00	-0.34	-0.32	0.25	0.17	-0.01	-0.46	-0.21	-0.56	-0.30	0.20	0.52	1.00						
(14)	/慢性関節リウマチ・関節炎	0.28	0.04	0.25	-0.16	-0.07	0.16	0.23	-0.05	0.34	0.27	0.40	-0.01	-0.17	1.00					
(15)	/骨折	-0.29	-0.05	0.28	-0.35	-0.52	-0.09	0.12	0.34	0.14	-0.07	0.31	-0.14	-0.24	0.23	1.00				
(16)	入院受療率/脳血管疾患	0.19	0.24	0.47	-0.46	-0.17	0.07	0.84	0.01	0.61	0.79	-0.30	-0.20	-0.28	0.09	0.03	1.00			
(17)	/高血圧性疾患	0.41	0.25	0.41	-0.38	0.04	0.21	0.81	-0.09	0.70	0.89	-0.24	-0.25	-0.36	0.26	-0.06	0.80	1.00		
(18)	/骨折	0.26	0.16	0.35	-0.33	-0.10	0.22	0.66	0.04	0.62	0.71	-0.18	-0.30	-0.55	0.30	0.29	0.63	0.81	1.00	
(19)	脳血管疾患死亡率例	0.25	-0.39	-0.53	0.56	0.53	0.21	-0.61	-0.33	-0.52	-0.27	0.15	0.54	0.62	-0.06	-0.27	-0.33	-0.29	-0.35	1.00
(1)		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)

による47都道府県のクラスター分析を試みた。解析はPC-SASv6.10を使用した。

III 結 果

1. 指標間の相関係数

1) 高齢化と他の指標との関連：表1に示すように、老年化指数と持家率、住宅面積の間の相関係数は、それぞれ0.56, 0.53であった。老年化指数と病院ベッド数の間のそれは、0.57であった。

2) 医療福祉従事者と他の指標との関連：医療福祉従事者は、同居率と-0.63の負の相関、高齢単身世帯割合と0.65, 病院ベッド数と0.8の正の相関を示した。同居家族の介護が困難な地域において施設が増床され、施設の規模によって医療福祉従事者数が影響を受けている可能性が示唆された。

3) 在宅寝たきり率, 65歳平均余命と他の指標との関連：在宅寝たきり率との相関係数は、慢性関

節リウマチ・関節炎の通院者率が約0.4, 骨折通院者率が0.31, 脳血管疾患入院受療率は-0.3であった。65歳平均余命に関しては、医療福祉従事者数, PT・OT数との間に0.35の, 高血圧症通院者率, 脳血管疾患死亡率との間に-0.34~-0.39の相関が認められた。

2. 主成分分析結果

1) 各成分による変動の説明と解釈

表2に示す19変数を用いて主成分分析を行った。

第1主成分は、医療福祉従事者数, 病院ベッド数, 脳血管疾患, 骨折の入院受療率等と, 負で絶対値が大きい脳血管疾患死亡率, 同居率によって代表され, 施設を中心とした医療とマンパワーの充足の指標(施設介護施策の指標)と考えられた。

第2主成分は、老年化指数, 持家率, 住宅面積と, 負で絶対値が大きいホームヘルパー数が特徴で, 高齢化と都市化の指標と考えられた。

表2 高齢者介護関連指標を用いた47都道府県の主成分分析結果

—主成分と固有ベクトル—

指 標	第1主成分 施設中心施策 指標	第2主成分 高齢化 指標	第3主成分 在宅要介護 指標	第4主成分 平均余命 指標 a	第5主成分 平均余命 指標 b
老年化指数	0.061	0.427	0.164	-0.091	0.189
65歳平均余命	0.142	0.052	0.099	0.517	0.415
高齢単身世帯割合	0.286	-0.153	0.058	-0.267	0.337
同居率	-0.276	0.170	-0.035	0.321	-0.299
持家率	-0.150	0.423	0.004	0.262	0.054
一人当り住居面積	-0.020	0.352	0.170	-0.122	-0.376
医療福祉従事者	0.363	0.030	-0.087	-0.024	0.058
ホームヘルパー	0.087	-0.301	0.040	-0.106	-0.168
理学療法士, 作業療法士	0.310	0.061	0.060	0.153	-0.105
病院ベッド数/単位入口	0.309	0.267	-0.054	-0.129	0.113
在宅寝たきり率	-0.067	-0.062	0.621	0.163	0.235
通院者率/脳卒中	-0.189	0.199	0.140	-0.416	0.035
/高血圧症	-0.236	0.065	-0.090	-0.369	0.310
/慢性関節リウマチ・関節炎率	0.116	0.086	0.547	-0.071	0.008
/骨折	0.098	-0.271	0.393	-0.134	-0.307
入院受療率/脳血管疾患	0.303	0.144	-0.183	-0.118	0.011
/高血圧性疾患	0.311	0.259	-0.073	-0.025	-0.061
/骨折	0.295	0.149	0.067	0.005	-0.372
脳血管疾患死亡率	-0.264	0.231	0.064	-0.204	0.029
固有値	6.72	3.44	1.75	1.63	1.19
寄与率	0.354	0.181	0.092	0.086	0.063
累積寄与率	0.354	0.535	0.627	0.713	0.775

図2 高齢者の介護関連指標、都道府県の主成分スコアとクラスタリング(点線内)

第3主成分は、在宅寝たきり率、慢性関節リウマチ・関節炎と骨折の通院者率に代表され、在宅の要介護指標と解釈された。

第4主成分は、65歳平均余命と、逆符号の脳血管疾患および高血圧症の通院者率に代表される平均余命の関連指標と考えられた。第5主成分も65歳平均余命と、逆符号の骨折入院受療率、骨折通院者率が特徴の平均余命の関連指標と考えられた。

固有値は第1主成分が6.7、第2主成分が3.4、以下順に1.7、1.6、1.2で、第5主成分までの累積寄与率は78.5%を示した。

3. クラスタ分析結果

主成分分析で得られた主成分のうち、固有値が1以上の第5主成分までを用いてワード法によ

るクラスタ分析を行った結果、A～F群の6クラスターが得られた(図2)。各クラスター毎の主要な指標の平均値を表3に示した。

クラスターAは、施設中心施策の第1主成分スコアが大きい群であり、第2主成分で表される高齢化は平均するとやや進んでいると考えられた。九州の大部分(鹿児島、宮崎、熊本、長崎、佐賀、福岡)と、高知、徳島、山口よりなり、北海道もここに属した。同居率が平均49%と、大都市群(D群)と並ぶ低さを示すことが特徴と考えられた。

沖縄は単独でクラスターBを形成した。施設中心施策の指標が大きく、高齢化は最もゆるやかで、高齢者一人当たりの住宅面積が24.6m²と最も狭い値を示した。

表3 都道府県のクラスター別、指標の平均値

指 標		A群	B群	C群	D群	E群	F群
老年化指標		78.5	40.4	80.8	63.4	62.0	83.4
同居率	%	49.1	55.0	59.8	49.0	67.7	67.7
一人当り住居面積	m ²	32.9	24.6	36.1	30.0	31.8	35.5
医療福祉従事者	人/65以上千対	54.3	62.7	43.4	44.5	34.5	34.0
ホームヘルパー	/65以上十萬対	356.4	365.9	298.5	622.8	305.4	248.1
病院ベッド数	/人口十萬対	2,022	1,572	1,607	1,230	1,172	1,273
在宅寝たきり率	%	14.1	27.1	18.9	19.1	16.7	21.5
通院者率/骨折	/65以上千対	7.8	7.9	8.8	12.5	7.3	7.5

C群は施設中心施策指標が中位の地域群よりなった。C群の中でも石川、富山、青森、岩手、福井は、大分、愛媛、香川、島根、広島、岡山、和歌山に比較して、高齢化が進み、高い同居率を示した。

D群は東京、神奈川、京都、大阪、兵庫の大都市圏群であった。老年化指数は平均63.4と低く、同居率、住宅面積の値も低値を示した。大阪を除いて、ホームヘルパー数が突出して多いことが特徴であった。

E群とF群は両方で大きなクラスターを形成した。病院ベッド数、福祉ベッド数、医療福祉従事者数が少なく、同居率が高い点が特徴であった。E群には奈良、滋賀、愛知、静岡、埼玉、千葉、群馬、茨城、岐阜、栃木、宮城、福島が含まれ、大都市近郊あるいは中核都市圏と考えられた。老年人口割合と老年化指数それぞれの平均値は12と62を示した。F群は秋田、新潟、山形、長野、鳥取、山梨、三重が含まれた。F群の老年人口割合、老年化指数の平均値はそれぞれ15、83と高く、5群中で最も高齢化が進展しており、在宅寝たきり率も21.5と高い数値を示した。

第3主成分の在宅要介護指標に関しては、上位13地域はすべてA群あるいはE群に属していた。

IV 考 察

介護はサービス提供者によって、組織的なフォーマル・ケアと、家族によるインフォーマル・ケアに大別される。同居家族による介護は情緒的サポートと、24時間対応可能というきめの細かさ

が利点であるが、介護者への負担が大きく、また近親者ゆえの依存心を招く欠点をも有している。一方組織的な介護は、専門的技術を背景とした教育的・予防的対応が利点と考えられる。高齢者をめぐる家庭環境は急速に変化しているが、現状ではわが国は59.6%と高い同居率を示し、寝たきり老人の在宅介護は9割以上が同居家族によって担われている。

主成分分析の結果得られた第1主成分は、病院ベッド数の多さ、医療福祉従事者の多さ、低い同居率に代表され、家族介護と代替的な施設を中心としたフォーマル・ケアの優勢を表す指標と解釈される。この数値は総じて西日本が高く、東日本では低い。同居率は大都市と九州、四国、中国で低く、東北、北陸、中部で高い東高西低の傾向があり、医療福祉従事者あるいは福祉従事者は逆に西高東低の傾向が見られる。また、同居率の高さはマンパワー、病院ベッド数と中程度の負の相関関係を示し、同居率の高さと病院医療の充実の間の代替的な関係が示唆される。第2主成分は高齢化指標と考えられ、住居面積も関連しており、都市化の指標ともみせる。

主成分のクラスター分析により得られたA群は、平均的にはやや高齢化した「入所施設増床型」で高知、福岡等の九州四国地域と北海道が含まれる。B群は高齢化の度合いが低く、「入所施設増床型」の沖縄である。F群は「高齢化、家族介護優勢型」で山形、新潟、秋田、長野、鳥取、山梨、三重が該当する。E型は「大都市近郊、家族介護優勢型」で主に大都市近郊および中核都市により構成

される。D群は「大都市型」で東京、神奈川、大阪、兵庫、京都よりなる。C群はやや高齢化した「介護施策中間型」地域であると言える。

家族の形態に関しては清水（1986）によると、西南日本地域では人口高齢化が進展しかつ高齢核家族世帯数が進展している「鹿児島県農村的」な家族形態の特徴が多く見られ、東北日本では人口高齢化が進展しているにもかかわらず、高齢核家族世帯率が進展していない「岩手県農村的」な家族形態が観察される。東北日本農村の拡大志向型家族を支えている価値体系は、親子関係を常に優先させる体系であり、西南日本の縮小志向型家族を支えているのは夫婦関係を親子関係よりも優先させる価値体系であると指摘されている（蒲生1979）。

「入所施設増床型」のA群は、九州四国の8県に北海道と山口が加わっている。同居率は平均49%と最低で、医療福祉従事者は54人（高齢者千対）と最高を示し、この群の在宅寝たきり率は14.4と最も低い。縮小志向家族の形態が最も強いA群では高齢者核家族世帯、単身世帯率が高く、福祉施設ベッド数、病院ベッド数が多いことが特徴である。在宅寝たきり率と病院ベッド数は弱い負の関係を示すことから、病院入院による福祉機能代替の可能性が指摘される。対策として福祉施設機能の充実と、高齢者の自立をサポートする在宅介護システムの充実が求められる。

沖縄はいくつかの特徴的側面を有しているため、単独でB群を成している。高齢化の度合いは最低で、平均寿命は高く、脳血管疾患死亡率は最も低い。在宅寝たきり率は高い。病院、福祉施設とも単位高齢者当たりのベッド数は多いが、ホームヘルパー数が少ない。また、高齢者一人当たりの住宅面積は全国最低であるが、この点に関しては第二次世界大戦の影響以外に、持家が少なく借家が多いこと、伝統的な家族同居による扶養形態が強いこと等による住宅問題が指摘される。

「介護施策中間型」のC群は、ベッド数とマンパワー数が中間的数値を示しており、同居率に関しては拡大家族志向の東日本地域と、縮小家族志向

の西日本地域の2つのグループが含まれている。後者に該当する愛媛、香川、広島、岡山の寝たきり率は高値である。

D群の大都市型の特徴は、同居率と住宅面積が低値であること、大阪以外はホームヘルパー数が抜きん出て多く、福祉施設ベッド数が著しく少ないことである。また、骨折の通院治療率が高い。大都市では同居家族による介護は困難であり、住環境は狭く危険が多い。安全で快適な住居あるいは居住型施設の供給と街作りが望まれる。

同居率が高く、施設指標とフォーマル・マンパワー指標が低い地域を、「家族介護優勢型」と仮称する。この地域は高齢化が進んで在宅要介護指標の高いF群と、大都市近郊で高齢化の程度は低く、在宅要介護指標は比較的低いE群に分かれた。「大都市近郊、家族介護優勢型」のE群は近畿以東の大都市近郊地域であり、多くは低い寝たきり率を示している。施設およびマンパワーの低率さにもかかわらずE群地域の要介護指標が相対的に良好であるのは、高齢化が進展していないこと、大都市近郊で医療へのアクセスは良好である等の条件が影響している可能性が考えられる。しかしE群においても将来の高齢化は免れず、総じて貧弱である福祉施設とフォーマル・マンパワーの充実施設は必須である。

「高齢化、家族介護優勢型」のF群は、同居率に関してはE群と同値であるが、老年化指数が83.4と5群中最も高い。ホームヘルパー数と保健福祉従事者数は最低を示している。寝たきり率はE群16.7に対し、21.5と高率である。高齢化の進展は、介護対象者と介護提供者双方の高齢化につながる。高齢化が進行し、かつ施設数とマンパワー率が低値の場合、在宅要介護指標の悪化を招くことが示唆される。高齢化の進展によって介護者の高齢化も進み、同一世帯内に複数の虚弱者や要介護者が存在する世帯が増加し、同居家族へのサポートが緊急性を増す。高齢化進行地域における同居家族ケアへの偏向は、介護提供者、要介護者双方の健康を阻害する要因となり得る。

都道府県別にみた老人保健・福祉事業の分類は

佐藤(1995)によっても試みられている。クラスター分析を用いた高齢化率,医療費,保健福祉サービスの利用状況による分析結果は,「在宅保健福祉充実型」,「施設充実典型型」と「機能訓練突出型」の3群からなるI群クラスターと,「施設後進典型型」,「在宅保健福祉後進型」,「ショートステイ偏重型」のII群クラスターとして分類されている。II群はI群に比べ,医療費,特別養護老人ホームの定員率,ホームヘルパー,デイサービスの年間利用日数において低値を示している。本稿との比較では,I群クラスターには愛媛を除く本稿のA,B,C群が相当し,II群には秋田と三重を除くE,F群都府県が該当している,ただ,「在宅保健福祉充実型」,「施設充実典型型」といっても国内での相対的位置に過ぎず,実態は「充実」と言えるものではない。例えばホームヘルプサービスの担い手であるホームヘルパー数は全国9万2千人で,新ゴールドプラン目標値は17万人であるが,ホームヘルプを受けている高齢者の割合は,デンマーク,スウェーデンが17%,イギリス,フランスが7~8%に対して,日本は1%以下にとどまっている(OECD 1994)。また,アメリカの地域において,縁者のみで介護している割合は約3割であり,縁者と組織的なヘルプ両者に依っている割合は約3割にのぼっている(Stone 1987)。また施設に関しては,福祉の不足を病院病床により代替する現状が見られ,ベッド当たりスタッフ数は国際的に比較して少ない。施設における高い寝たきり有症率自体が,介護需給のミスマッチにより引き起こされた問題と考えられる。

日本全域で進行している高齢化と,鹿児島を中心とする西南日本地域で特に進んでいる高齢者の核家族化は,世帯内部での介護の調達を困難にする。また近年進んでいる女性の労働力化に関して,就労女性の意識調査(東京都立労働研究所 1991)によると,女性の稼働所得が増えるにつれ介護の機会費用が上昇し,フォーマル・ケアへの選好と需要が高まることが示唆される。介護の外部化は必須であり,それぞれの地域特性に根ざしたケア・システム構築が重要性を増すと考えられる。

V ま と め

高齢化と在宅介護の関連指標に基づき都道府県を分類した。A群はやや高齢化した「入所施設増床型」で,九州四国地域が中心で北海道が加わっている。同居率が最も低く,入所型施設への需要が大きいと考えられる。在宅寝たきり率は最も低い。B群は「入所施設増床型」の沖縄で,住宅に問題がある。寝たきり率は高い。C群はやや高齢化した「介護施策中間型」地域である。D群は「大都市型」で,福祉施設対策は遅れているが,ホームヘルパー数の多さが突出している。E群は「大都市近郊,家族介護優勢型」で,高齢化は緩やかで同居率が高い。病院ベッド数と医療福祉従事者数は少ないが,寝たきり率は比較的低い。F群は「高齢化,家族介護優勢型」で同居率が高く,寝たきり率が高率である。

謝辞:研究の遂行に関しご助言いただきました門脇武博教授,福富和夫先生,ならびに地域分析の必要性に関して示唆をいただき,人口学的見地からご指導をいただきました中央大学経済学研究科教授の大淵 寛先生に深謝申し上げます。

文 献

- 蒲生正夫(1979): 日本のイエとムラ,大林太良 監,世界の民族,東アジア,13巻,22-43,平凡社
- Cohen, M.A., Tell, E.J. & Wallack, S.S. (1986): Client-related risk factors of nursing home entry among elderly adults, J. Gerontol, 41(6), 785-792
- 岩本 晋,青木龍哉,恵上法男,芳原達也(1988): 高齢者の入院実態,病院機能と在院期間の関係について,公衆衛生,35(3),151-158
- 厚生省大臣官房老人保健福祉部老人保健課(1992): 寝たきりゼロをめざして,寝たきり老人の現状分析並びに諸外国との比較に関する研究,14,中央法規出版(東京)
- 厚生省大臣官房統計情報部編
- (1992a): 平成2年都道府県別生命表,厚生統計協会
- (1992b): 平成2年患者調査,厚生統計協会(東京)
- (1994a): 平成5年社会福祉行政業務報告,厚生統計協会
- (1994b): 平成4年国民生活基礎調査,厚生統計協会

- (1994c) : 平成4年老人保健施設実態調査・老人保健施設報告, 厚生統計協会
- (1994d) : 平成5年社会福祉施設調査報告, 厚生統計協会
- (1995a) : 平成5年医療施設調査, 厚生統計協会
- (1995b) : 平成6年衛生行政業務報告, 厚生統計協会
- (1995c) : 平成5年人口動態統計, 厚生統計協会
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (1994) : Caring for Frail Elderly People, 41, OECD (Paris)
- 佐藤秀紀, 中嶋和夫, 安西将也 (1995) : クラスター分析による都道府県別にみた老人保健・福祉事業の累計化, 厚生指標, 42(10), 18-24
- Shick, F.L. & Shick, R. (edited) (1994) : Statistical Handbook on Aging American 1994, 152, Orix Press (Arizona)
- 清水浩昭 (1986) : 人口と家族の社会学, 165-253, 犀書房(東京)
- 総務庁統計局 (1993) : 平成2年国勢調査解説シリーズ No. 2 都道府県の人口, 総務庁統計局
- Stone, R., Cafferaata, G.L. & Sangl, J. (1987) : Caregivers of the frail elderly. A national profile, The Gerontologist, 27(5), 616-626
- 東京都立労働研究所 (1991) : 中高年婦人の就労と介護問題に関する調査, 1-78, 東京都立労働研究所(東京)
- U.S. Department of Health and Human Services (DHHS) (1987) : Public Health Service, National Center for Health Statistics, 1987. Health Statistics on Older Persons, United States 1986, 71-72, US Government Printing Office (Washington, D.C.)
- 山川正信, 上島弘嗣, 岡山 明, 喜多義邦, 他(1994) : 訪問悉皆調査による在宅高齢者のADL(日常生活動作能力)の実態, 公衆衛生, 41(10), 987-996
(受稿 1996.4.15; 受理 1996.11.15)
-