

原著

岐阜県における要介護（要支援）認定者率の格差検討

三 徳 和 子^{*1}

要 約

目的：岐阜県の介護保険制度における要介護（要支援）認定者率の地域格差と健康指標としての意義を明らかにすることである。

対象と方法：2000年6月の岐阜県市町村における第1号保険者の要介護（要支援）認定者数（介護区分1-5）を対象とした。地域比較のために市町村要介護（要支援）認定者比は2000年4月の人口統計を県レベルの比として用いた。要介護（要支援）認定者を年齢調整するためには、県の水準を基準とする間接方法を用いた。

結果：主な結果は次のようである。

- 1) 標準化要介護（要支援）認定者率のばらつきは0.71-3.55を大きかった。一般的にばらつきは軽度のレベル（要支援と要介護1）で大きく、重度のレベルで小さかった。
- 2) 市町村の人口規模別要介護（要支援）認定者比は65歳以上人口が1000人未満のところが高く、特に65-74歳で5.30と高かった。
- 3) 20箇所の介護認定団体別では0.71-1.09であった。
- 4) 県の中央に位置する圏域の比は1.70と高かった。
- 5) 3つの大きな市の比は、周囲の市町村よりも高かった。
- 6) 要介護（要支援）認定者比の背景要因には、実際の要介護必要者、申請率と認定率がある。
- 7) 介護保険における要介護（要支援）認定者数は医療的な観点ばかりでなく、サービス供給能力を含む社会と文化的な面、家庭介護力と介護の考え方を反映している総合健康指標である。

はじめに

我が国の平均余命は急速に伸び続け、高齢者割合はすべての都道府県で上昇しており、それに伴って実際の要介護（要支援）者は増加しつつある³⁻⁵⁾。介護を必要とする高齢者割合は新ゴールドプラン、介護保険計画、保健医療計画、健康づくり計画などのさまざまな施策策定や評価の基礎資料として重要な指標の1つと考えられ、介護保険サービスの受け手と供給者にとって、有用な情報であるばかりでなく、要介護状態を予防するための施策立案や実施、評価の基礎となる健康指標の1つといえる⁶⁾。

しかし、これまで把握されていた実際の要介護（要支援）者数は市町村や研究者毎に任意で把握されており、全国的に統一された基準で把握されてはいなかった。介護保険法が施行されるに当たり平成11年10月より全国統一基準のもとでの要介護認定が開始され、保険者である市町村毎に要介護（要支援）認定者数が把握

されるようになった。この間当時の厚生省は基準の設定と認定審査会の平準化のために、全国的にモデル事業を繰り返し、要介護（要支援）認定が全国同一基準で行えるように準備してきた経過がある。また保険者である市町村は介護認定が住民の申請に基づくものであるため、申請に漏れないように住民への周知を繰り返してきた。もし全国一律に同じ基準で、同じ認定方法で認定が実施されていたならば、高齢者数当たりの要介護（要支援）認定者数は市町村毎にさほど大きな格差はないかもしれない。が、しかし、格差があるとすれば、どの部分にその差があり、その差はどのくらいなのかについて検討しておくことが今後の対応策の入り口となる。

そこで今回、同じ方法のもとに認定された要介護（要支援）認定者数について、標準化要介護（要支援）認定者比を算出し、地域比較を行うとともに、要介護（要支援）認定者数が健康指標として使用できるか否かを考察した。なお、ここでは第1号被保険者

*1 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 保健看護学科
(連絡先)三徳和子 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学

(65歳以上)を対象とし、第2号被保険者(40-64歳)は要介護(要支援)認定者の対象が15疾患と限定されていること、要介護(要支援)認定者数が第1号被保険者より少ないことにより今回の検討より省いた。

資料と方法

1) 資料と要介護(要支援)者の定義

資料は平成13年3月の岐阜地域広域福祉協議会会議に出された資料をもとに算出した。要介護(要支援)認定者数は平成12年7月末の第1号被保険者の要介護(要支援)認定者数を基礎資料⁷⁾とし、介護保険法の要介護状態区分に基づいて分類した。県別人口は平成12年4月末現在の人口を用いた⁸⁾。

2) 算出方法

本報で用いる認定者割合、期待認定者数、認定者比および標準化認定者比の定義は次のとおりである。なお、標準化認定者比とは、認定者比を間接法で年齢調整したものである。

$$\text{認定者割合} = \frac{\text{認定者数}}{\text{分母となる人口}}$$

$$\text{期待認定者数} = \text{基準認定者割合(県)}$$

$$\times \text{当該地区人口}$$

$$\text{認定者比} = \frac{\text{実認定者数}}{\text{期待認定者数}}$$

標準化認定者数

$$= \frac{65-74\text{歳実認定者数} + 75\text{歳以上実認定者数}}{65-74\text{歳期待認定者数} + 75\text{歳以上期待認定者数}}$$

結 果

1) 要介護(要支援)認定者数状況

岐阜県内の市町村毎65歳以上人口別年齢階級別要支援・要介護状態区分別認定者数を表1に示す。要介護(要支援)認定者数は合計36,306人(65-74歳

6,854人、75歳以上29,452人)であった。年齢階級別の人口千対要介護(要支援)認定者率は65-74歳で30.77であり、75歳以上は195.56と65-74歳の者の6倍以上であった。

2) 市町村別標準化要介護(要支援)認定者比

各要介護状態区分の99市町村標準化要介護(要支援)認定者比のばらつきをみると、要支援要介護状態区分では0.21-3.55までばらついていた。標準化要介護(要支援)認定者比は人口が小さく、要介護(要支援)認定者数の少ない市町村では、そのためだけで標準化要介護(要支援)認定者比のばらつきが大きくなるため、図1のように要介護(要支援)認定者数が同じ規模の市町村間でばらつきを比較すると、要支援と要介護1で大きく、要介護2-4で小さくなるのが読み取れた。

65歳以上人口250人の高根村では52人の要介護(要支援)認定者があり、標準化要介護(要支援)認定者比は2.11と突出していた。要介護(要支援)認定者数が多い地域は1.0に近かった。

3) 人口規模別標準化要介護(要支援)認定者比

県内99市町村の高齢者人口数を表2のように5つのグループに分けて要介護(要支援)認定者比と率で比較した。比では人口1,000人未満グループで高かった。

4) 介護認定団体別要介護(要支援)認定者比

介護認定団体は県内20か所である。表3により標準化要介護(要支援)認定者比をみると、各団体の人口規模は7,141人-116,631人であり、全体の比は0.71-1.09である。IとLの2団体が計で1.0を上回っており、要介護状態区分のほとんどで基準を上回っていた。全圏域とも要支援と要介護1でのばらつきが大きかった。

5) 保健医療福祉圏域別要介護(要支援)認定者比

(1) 県内5つの保健医療福祉圏域の要介護(要支援)認定者比を表4でみた。一番高いのが中濃圏域は1.70で、その他の4圏域では0.87-0.94と県より低かった。この圏域では要介護状態要介護状態区分全てに高く、最も高いのは要支援が1.93、要介護1が1.85と要介護状態区分が重度になるに従って低

表1 年齢階級別要介護(要支援)区分別認定者数

年 齢	第1号被保険者数	要介護(要支援)認定者数						
		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
65-74歳	244,366	694	1,639	1,447	1,067	1,019	988	6,854
75歳以上	133,338	3,673	7,057	5,650	4,529	4,605	3,938	29,452
合 計	377,704	4,367	8,696	7,097	5,596	5,624	4,926	36,306

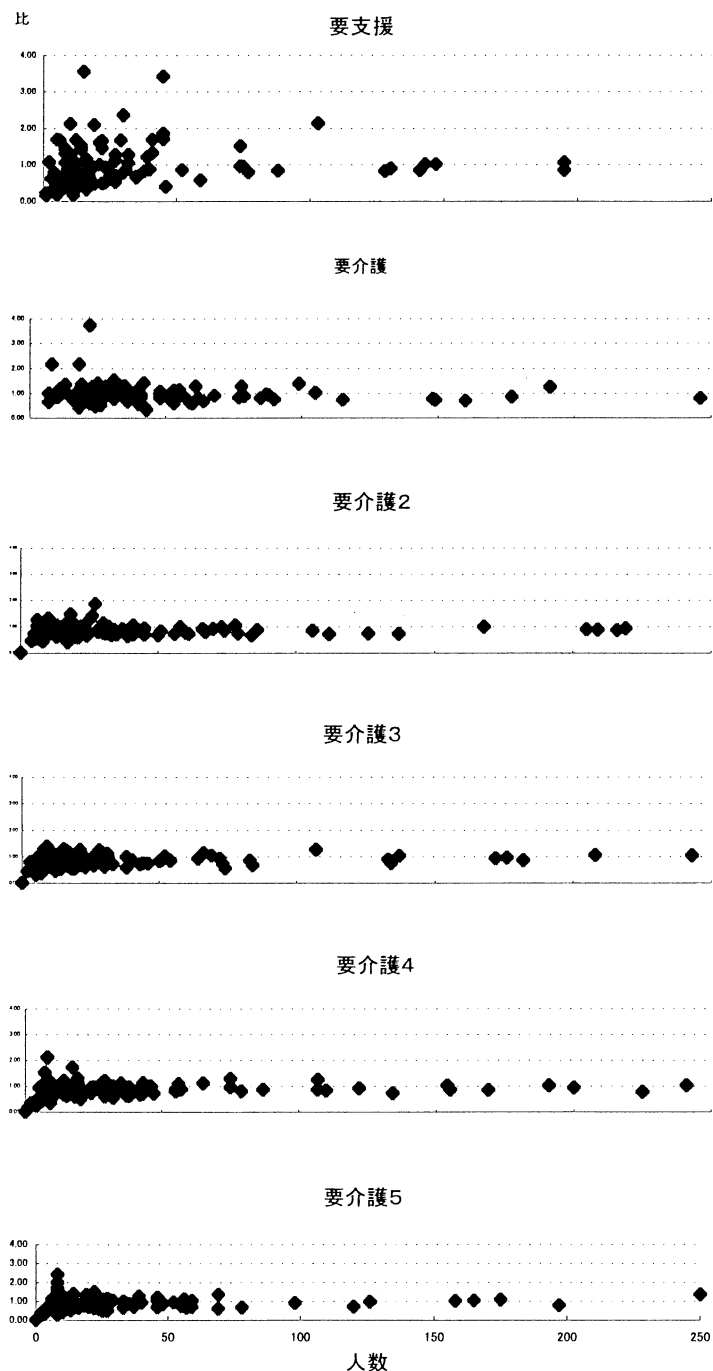


図1 市町村別要介護（要支援）認定者数と要介護区分比

くなる傾向にあった。これを、65-74歳と75歳以上に分けてみると65-74歳では0.66と低いが、75歳以上が2.46で特に高く、加えて要介護状態区分の各段階とも高く、他圏域の2倍以上であった。中濃圏域以外の圏域では65-74歳で1.0よりも高いが、75歳以上では1.0以下であった。

(2) 保健医療福祉圏域毎の標準化要介護（要支援）認定者比をみると、岐阜圏域の中心となる岐阜市、西濃圏域の大垣市、東濃圏域の多治見市とそれぞれの圏域で中核となる市はいずれも1.0より高い。

岐阜圏域は岐阜市を含む17市町村で、うち14市町村は1.0よりも低値である。西濃圏域は大垣市を含む20市町村で、うち17町村は1.0よりも低値であり、東濃圏域は多治見市を含む20市町村で、うち12町村が1.0よりも低値である。

一方飛騨圏域は高山市を含む1市19町村からなるが、市を含めて8市町村の比が1.0よりも高かった。

表2 65歳以上人口規模別標準化要介護(要支援)認定者比・第1号

	被保険者数			65歳以上全年齢							75歳以上							
	65-74歳	75歳以上	合計	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計	
県合計	244366	13338	377704	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
65歳以上人口	-999	3434	2573	9441	1.22	1.04	1.02	0.91	0.92	1.07	1.02	1.30	1.04	1.03	0.88	0.92	0.95	1.01
1000-1999	10700	8174	29574	1.27	1.11	0.90	0.84	0.82	0.86	0.97	1.28	1.08	0.88	0.81	0.81	0.85	0.95	
2000-3999	27552	19848	74952	0.92	0.84	0.80	0.77	0.83	0.79	0.82	0.91	0.79	0.78	0.74	0.82	0.75	0.79	
4000-6999	35407	24828	95642	0.74	0.79	0.83	0.86	0.83	0.88	0.82	0.73	0.76	0.78	0.84	0.80	0.84	0.79	
7000-		94639	384313	0.91	0.94	0.97	0.97	0.97	0.96	0.96	0.87	0.91	0.93	0.94	0.93	0.92	0.92	

表3 介護認定団体別標準化要介護(要支援)認定者比・第1号

	被保険者数			65歳以上全年齢							75歳以上							
	65-74歳	75歳以上	合計	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計	
県合計	244366	13338	377704	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
認定団体	A	4171	2970	7141	0.47	0.53	0.72	0.86	0.89	0.97	0.73	0.40	0.48	0.64	0.81	0.82	0.89	0.66
	B	4179	2970	7149	0.60	0.49	0.73	1.12	1.16	0.60	0.77	0.55	0.49	0.70	1.06	1.12	0.57	0.73
	C	4560	3377	7937	0.93	0.67	0.59	0.68	0.82	0.65	0.71	0.88	0.59	0.57	0.61	0.77	0.60	0.65
	D	4655	3345	8000	0.56	0.72	0.99	1.02	0.90	0.59	0.81	0.54	0.74	1.02	0.96	0.88	0.59	0.80
	E	4920	3356	8276	0.83	0.84	0.74	0.55	0.81	0.66	0.74	0.87	0.83	0.74	0.60	0.78	0.64	0.75
	F	3994	2957	10945	1.20	1.07	1.01	0.70	0.92	1.06	0.99	1.23	1.02	0.94	0.65	0.96	1.01	0.96
	G	9016	5632	14648	0.80	0.80	0.85	1.01	0.84	0.70	0.84	0.71	0.72	0.80	1.04	0.81	0.69	0.79
	H	5443	3933	14819	0.86	1.12	0.82	0.78	0.78	0.77	0.88	0.87	1.08	0.78	0.72	0.75	0.70	0.84
	I	9063	5769	14832	1.06	1.05	1.01	1.03	1.02	1.30	1.07	1.02	0.97	0.94	1.01	0.92	1.24	1.01
	J	6101	4581	16783	0.69	0.89	0.89	0.91	0.84	1.11	0.89	0.69	0.85	0.81	0.91	0.83	1.08	0.86
	K	6189	4564	16942	0.94	1.00	0.72	0.74	0.69	0.60	0.80	0.94	0.98	0.74	0.66	0.70	0.62	0.79
	L	11279	7230	18509	1.09	0.98	1.10	1.16	1.13	1.11	1.09	1.31	1.04	1.26	1.21	1.18	1.22	1.19
	M	12583	9253	21836	0.99	1.21	0.90	0.91	0.74	0.85	0.96	0.99	1.20	0.88	0.84	0.75	0.80	0.93
	N	9337	6496	25170	0.59	0.55	0.67	0.88	0.99	0.74	0.72	0.55	0.49	0.64	0.82	0.94	0.70	0.67
	O	15124	10722	25846	1.28	0.96	0.83	0.71	1.72	0.78	0.87	1.26	0.97	0.81	0.72	0.71	0.75	0.87
	P	10664	7393	28721	0.89	0.72	0.83	0.92	0.96	0.96	0.86	0.88	0.69	0.80	0.88	0.94	0.89	0.83
	Q	18399	13421	31820	0.89	0.93	0.83	0.81	0.85	0.92	0.87	0.87	0.90	0.80	0.76	0.84	0.92	0.85
	R	16412	11161	43985	0.75	0.77	0.87	0.95	0.88	0.72	0.83	0.70	0.75	0.84	0.92	0.85	0.74	0.80
	S	42603	27201	69804	0.91	1.05	1.04	0.96	0.82	0.82	0.95	0.75	1.10	1.12	1.18	0.79	1.18	1.05
T	43599	29433	116631	0.88	1.04	0.94	0.89	0.93	1.07	0.97	0.84	1.00	0.91	0.86	0.88	1.05	0.93	

表4 保険医療福祉圏域別要介護(要支援)認定者比・第1号

	被保険者数			65歳以上全年齢							75歳以上							
	65-74歳	75歳以上	合計	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計	
県合計	244366	13338	377704	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
圏域	岐阜	77138	49671	126809	0.90	0.90	0.95	0.97	0.97	0.94	0.94	0.87	0.87	0.91	0.94	0.94	0.89	0.90
	西濃	4115	28172	69287	0.84	0.77	0.87	0.94	0.95	0.87	0.87	0.81	0.71	0.83	0.88	0.90	0.82	0.82
	中濃	62245	10820	73065	1.93	1.85	1.66	1.66	1.55	1.50	1.70	2.66	2.73	2.50	2.37	2.17	2.15	2.46
	東濃	41398	28178	69576	0.90	0.20	86.00	0.86	0.88	0.92	0.89	0.87	0.87	0.82	0.85	0.84	0.91	0.86
	飛騨	22470	16497	38967	0.88	1.03	0.94	0.80	0.86	1.05	0.94	0.86	0.96	0.90	0.76	0.86	1.04	0.90

考 察

1) 今回の検討の限界

要介護(要支援)認定者数は全国同一方式で集められる既存の業務資料ではあるが、地域の健康水準をみるため、また要支援・要介護予防対策を講じるための指標としては貴重な情報である。今回の解析は、年齢階級が65歳-74歳、75歳以上の2階級であったことに加えて①要介護(要支援)認定者数が既に集められていた数字を使用したため男女別でなかったこと ②平成12年6月という時点のみの横断的な数のみを使用していること ③介護認定が始まって1年弱の情報であることでの限界がある。

2) 要介護(要支援)認定者数の見方

健康者から客観的に判断して実際の要介護(支援)状態への移行を図2に示す。

(1) 要介護(要支援)認定者数

要介護(要支援)の流れは傷病と比較すると、申請行為が認定までに入る。ここが傷病の流れと違う点である。

要介護(要支援)認定者数が実際の要介護(要支援)者数を表しているなら、実際の要介護(要支援)者数=要介護(要支援)認定者数となり、申請率=認定率=1となる。

しかし、実際に介護を必要とする要介護(要支援)者は、図3(a)に示すとおりである。内訳は「要介護(要支援)認定者」、「介護が必要であるが、何らかの理由で申請を我慢する人」、「要介護(要支援)者であるが介護保険による介護を欲しない人」及び「無自覚者(制度を知らないことによる無自覚も含む)」である。

(2) 要介護(要支援)認定者数とは

介護保険下における要介護(要支援)認定者数は、

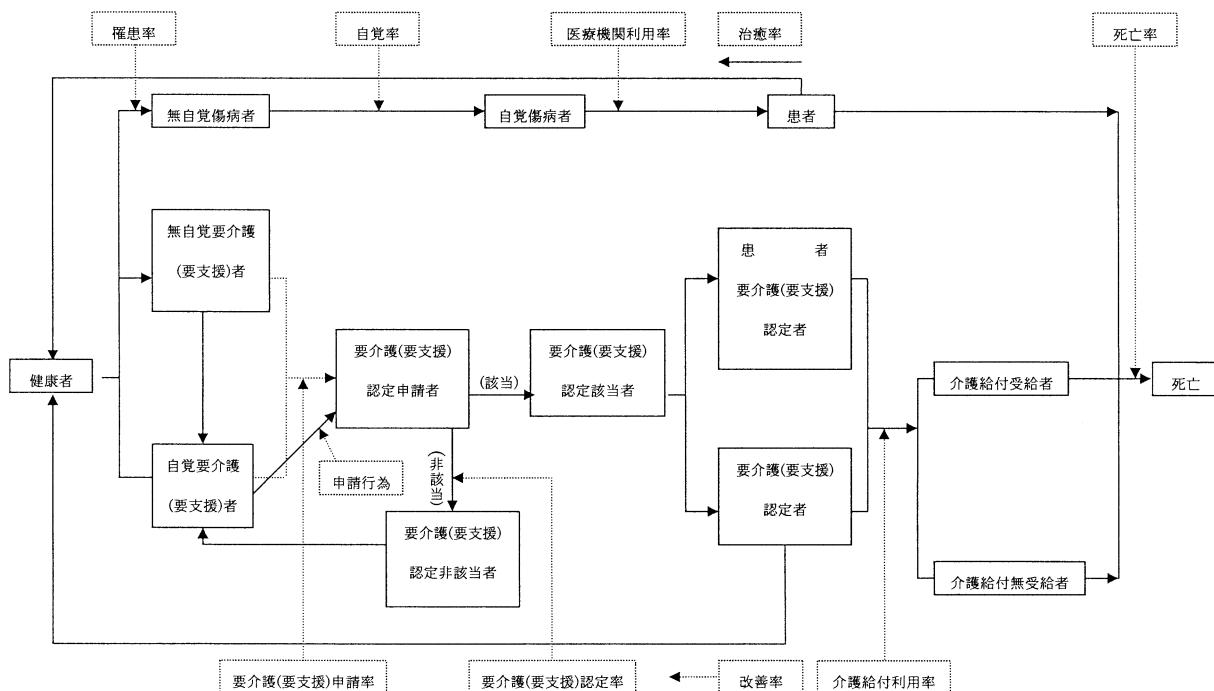


図2 要介護（要支援）認定者の流れ

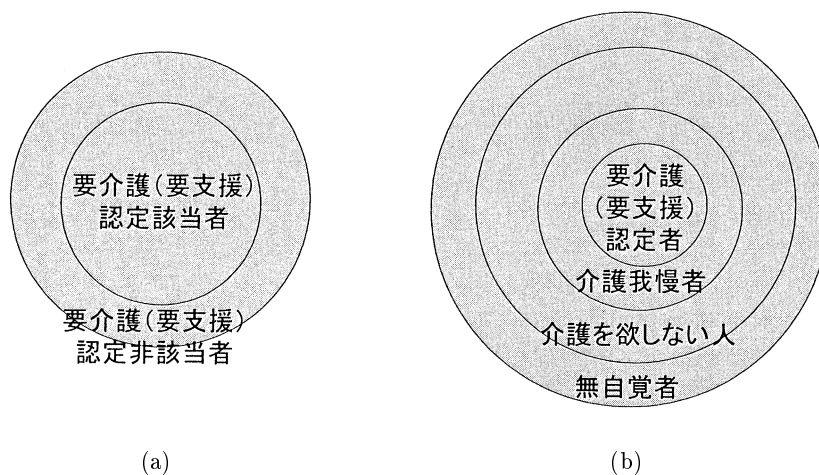


図3 要介護（要支援）認定者

現実には図3 (b) に示すように、自覚要介護（要支援）者が介護給付を要求する数である申請者数から要介護（要支援）認定非該当者を引いたものである。

$$\text{要介護（要支援）認定者数} = \text{申請者数} - \text{要介護（要支援）認定非該当者数}$$

この背景には①実際の要介護（要支援）者数 ②申請率 = 要介護（要支援）認定申請者数/実際の要介護（要支援）者 ③認定率 = 要介護（要支援）認定者数/要介護（要支援）認定申請者数 の3つの要因が考えられる。

$$\text{要介護（要支援）認定者数} = \text{①要介護（要支援）者数} \times \text{②申請率} \times \text{③認定率}$$

①申請率
申請率 = 1 とは次の状態である。

$$\text{申請率} = \text{要介護（要支援）者数} / \text{要介護（要支援）申請者数} = 1$$

図4 (a) のように、申請は要介護（要支援）ニーズのうち、「実際に介護を必要とする人・要介護（要支援）認定者」、「介護が必要で欲しいのに、何らかの理由で申請を我慢する人」、「要介護（要支援）者であるが介護保険による介護を欲しない人」及び「無

自覚者(制度を知らないことによる無自覚も含む)を除いて行われる。そこで最も困難な点は潜在的な要介護(要支援)者数は全数調査をしない限り分からないことになる。

予測としては、申請率 >1 は、要介護(要支援)状態の基準に達しない者までが申請している。また、率 <1 は、申請しない者がまだいる状態であると考えられる。

② 認定率

認定率に関わる要因は介護認定団体(介護認定審査会)である。

③ 要介護(要支援)認定の3要素

要介護(要支援)認定者数には前述のように3つの要素が絡み合っており、これらの3要素は分離できない。この点是对象集団を大きくしても要介護(要支援)者数の本質に迫ることはできず、不明であり、したがって真の申請率は解からず、算定できるのは認定率のみとなる。

3) 要介護(要支援)認定者の地域格差

今回岐阜県を基準として、県内格差をみたが、格差は存在した。今回得られた地域格差について前述の認定の仕組みを考慮しながら述べる。

(1) 市町村格差

要介護(要支援)認定者数が少ない所、特に要支援・要介護1では50人以下の所ではばらつきが多く、例えば65歳以上人口250人の高根村では52人の要介護(要支援)認定者があり、標準化要介護(要支援)認定者比は2.11と突出していたが、要介護(要支援)認定者数が多い市町村で1.0に近かった。このような突出は、人口の少ないことによる偶然変動をこえた比と考えられ、その理由の検証のために有意差検定を行ったところ5%水準で有意であった。要介護認定者数が1桁では数字が小さいため、なかなか有意にならないので傾向をみるのが困難であるが、2桁以上あると比が大きい場合には有意となり、傾向を観察するのが容易になると考えられる。

要介護(要支援)認定者数をより明確にとらえていくためには、現在の市町村では人口によるばらつきが大きすぎるので、要介護認定団体や保健医療福祉圏域での比較と、市町村単位の比較で見ていくことが有用であろう。Wennberg¹⁰⁾らは医療費研究で、地域差は大きな地域を単位に見ていくと平均化されてその差はうち消されてしまうので、小さな地域単位で見なければならぬとしていることもあるが、あまりに小さい村では格差を見にくい。周辺の市町村との合体で見ることや、今回はできなかったが、累積数で見ていくことも1つの解決方法であろう。また、要支援のばらつきが大きかったことが

ら、実際の要介護(要支援)者を比較するときには要支援を除いて検討をするのがよいのかもしれない。

(2) 介護認定団体別格差

これに影響する要因は、地域の保健・福祉サービスの状況、施策の方向性、などが考えられる。特に要支援・要介護1は影響されやすいかもしれない。

(3) 保健医療福祉圏域別格差

①岐阜県は農山村県で、県面積は全国7位と広い。そこで圏域別比較を行った。圏域では中濃圏域が高く、特に75歳以上が高く、今後の検討が必要である。②圏域別を見ると、西濃圏域の藤橋村は標準化要介護(要支援)認定者比0.64である。65歳以上人口が150人で、要介護(要支援)認定者は10人であり、要支援4人、要介護1が6人で重度の介護必要者はいなかった。これは健康な老人が多いのかもしれない。反面、重度になれば施設や在宅サービスが少ないこと、介護する同居家族がいなかったり高年齢であることなどにより、生活が続かなくなり、都会の子どもに引き取られる、都会の施設に入所するなどのことがあるだろう。

都市部は小規模町村よりは民間サービスもあり、施設や在宅のサービスメニューを備えており、介護施設が充実している所への周辺の要介護(要支援)認定者の流動がおこることは考えられる。収容施設の収容力の差が地域間のばらつきを生み出していることもあるだろう¹¹⁾。

③岐阜・西濃・東濃圏域では傾向として中核となる岐阜市、大垣市、多治見市の比が高く、それを取り囲む市町村の比は低い傾向がみられた。これは前述の藤橋村の例のように、要介護(要支援)認定者の都市集中化傾向であることも考えられる。今後、都市部では永年在住している住民の比が高いのか、または長く住んでいる住民以外の住民の比が高いのか、を見極めることで、地域保健活動の方向も違ってくるであろう。大都市周辺地域住民が終の棲家を求めて移住してくる高さであれば、周辺地域との関連による、保健活動の展開も必要である。

4) 要介護(要支援)認定者数の把握

今回の要支援・介護認定者数を先行研究¹²⁻¹⁴⁾で見ると、全国における寝たきり老人数は65歳以上老人人口の6-11%と報告されており、岐阜県に置き換えると2-4万人である。実際の要介護状態の定義が先行研究と同様ではないので、比較は難しいが、要支援の4,367人を除いても31,939人であり、妥当な数であると言えるだろう。

5) 要介護（要支援）認定者数を総合健康指標に活用

(1) 総合健康指標として活用

要介護（要支援）認定者数は地域のサービス量，家庭介護力，介護の考え方など，医療以外の社会状況，文化など，生活全体を反映している保健医療福祉の総合的な健康指標である。

長命社会から長寿社会に向けて，他人の世話にならずにどれだけ生きられるか，自立してどのくらい生れるかを算出する健康平均寿命（余命）の基礎資料に入れることができる。

(2) 利用方法

要介護（要支援）認定者数の背景には申請率で見られるような要因が考えられる。そこで要介護（要支援）者数を健康指標として使用する場合，この点に留意して，従来の死亡数，出生数のような見方とは異なった見方をしていく必要がある。

現実には，要介護（要支援）認定者数＝実際の要介護（要支援）者数とみなして，要介護（要支援）者に関連する要因を調べることになる。例をあげると，人口の年齢構成，地域性，疾病指標との関係などがある。

(3) 要介護区分の格差

介護区分では要支援・要介護1にばらつきが大きく，要介護2-5区分で少なかった。要介護（要支援）認定者数を使用するときは，この段階で2段階に分けて使うなどの工夫が必要であろう。

① 要支援・要介護1区分について

ばらつきが大きい理由は，①申請者が申請していない②認定審査会の裁量等が考えられる。①の申請者が申請しない理由は，住民のデマンドである介護保険制度の入り口での検討が重要である。申請は，住民の周知度，介護者の有無，経済状態，「家族が見るのが当たり前」という地域の考え方，サービス量の有無，サービスを欲しない，などが関与していると考えられる。②の介護認定については，市町村の保健福祉施策の方向や，認定審査会の考え方が影響しているのかもしれない。要支援・要介護1の詳細な検討が必要である。

② 要介護2-5区分について

要介護2-5区分はほとんど1に近く，平準化されているといえる。申請，介護認定審査会の認定段階で差がほとんどないと言える。この区分での要介護（要支援）認定者数は健康指標として利用価値のある数字である。

(4) 今後期待される研究

事故や突然死でないかぎり，人生の終末は要介護認定過程を経て迎えることとなる。そこでできるだけ重度である要介護度3-5の期間を短くし，健康寿命の延伸を図り，その人らしい生活を維持できる期間を維持

していくことが今後の課題である。そのため，要介護（要支援）認定者数からの予防施策研究が望まれる。今後要介護（要支援）認定者が，障害別にどのようなサービスを受けて，どのような進行過程をたどるのにかに関する検討が，本人・家族のQOLにとって，また，サービスの有効活用にとって必要である。

ま と め

障害の観察を2000年から始まった介護保険法による要介護（要支援）認定者数の観察から，その分布の格差の関係を見た。

今回の検討限界は，①年齢階級が65歳-74歳，75歳以上の2階級であったこと ②男女別でなかったこと ③平成12年6月の横断的な数のみを使用していることによる統計上の限界があった。

研究方法は，要介護（要支援）認定者数は平成12年7月末の第1号被保険者の要介護（要支援）認定者数を基礎資料とし，間接法による年齢調整を取り入れ標準化する指標を採用した。

結果：主な結果は次のようである。

- 1) 標準化要介護（要支援）認定者率のばらつきは0.71-3.55を大きかった。一般的にばらつきは軽度のレベル（要支援と要介護1）で大きく，重度のレベルで小さかった。
- 2) 市町村の人口規模別要介護（要支援）認定者比は65歳以上人口が1000人未満のところが高く，特に65-74歳で5.30と高かった。
- 3) 20箇所介護認定団体別では0.71-1.09であった。
- 4) 県の中央に位置する圏域の比は1.70と高かった。
- 5) 3つの大きな市の比は，周囲の市町村よりも高かった。
- 6) 要介護（要支援）認定者比の背景要因には，実際の要介護必要者，申請率と認定率がある。
- 7) 介護保険における要介護（要支援）認定者数は医療的な観点ばかりでなく，サービス供給能力を含む社会と文化的な面，家庭介護力と介護の考え方を反映している総合健康指標である。

謝辞

この研究を推進するにあたり，基礎資料のご提供をいただいた，岐阜県教育委員会教育長高橋新蔵様，岐阜地域福祉事務所福祉課長宇野美奈子様，統計的処理にご指導いただきました元国立公衆衛生院保健統計部長福富和夫様，日本福祉大学教授平野隆之様に心よりお礼を申し上げます。

文 献

- 1) 阿部三史：新衛生公衆衛生学第15版，1，1981。
- 2) 日本疫学会編集：疫学 基礎から学ぶために。南江堂，2，1998。
- 3) (財)厚生統計協会編：国民衛生の動向・厚生指標，臨時増刊，49(9)，34-35，2002。
- 4) 厚生省編：厚生白書，ぎょうせい，2-3，1998。
- 5) 橋本修二，尾島俊之：高齢者における要介護(要支援)者割合と平均自立期間-既存資料にもとづく都道府県別推計・厚生指標，46(5)，25-29，1998。
- 6) 永見宏行，金田真理子，天野タエ子：東京23特別区の高齢者の標準化要支援・要介護(要支援)者比 介護予防を軸とした公衆衛生活動の評価指標の開発。日本公衆衛生雑誌，49，205-210，2002。
- 7) 岐阜地域福祉事務所：岐阜地域広域福祉協議会資料，2001。
- 8) 岐阜県知事公室統計調査課：平成12年4月1日現在市町村別年齢(各歳)・男女別推計人口。統苑別冊，No6，2000。
- 9) 福富和夫，橋本修二：保健統計・疫学第2版，南山堂，138統苑，2000。
- 10) Wennberg JE et al: Changes in Tonsillectomy Rates Associated with Feedback and Review. Pediatrics, Vol. 59, 821-826, 1977。
- 11) 郡司篤晃，太鼓地武，青木研：医療費の地域差。東洋経済新報社，44-45，2001。
- 12) 本間善之，成瀬優知，鏡森定信：高齢者の日常生活自立度と生命予後 高齢者のニーズ調査より。日本公衛誌 45，1018-1029，1988。
- 13) 藤田利治，旗野脩一：地域老人の日常生活動作の障害とその関連要因。日本公衛誌，36，76-87，1989。
- 14) 宮下光令，橋本修二，尾島俊之：高齢者における要介護(要支援)者割合と平均自立期間-既存資料にもとづく都道府県別推計・厚生指標，46，25-29，1999。

(平成15年10月31日受理)

Geographical Differences in the Number of Pensioners in the Long-Term Care Insurance System and Their Significance as Health Indices in Gifu Prefecture

Kazuko MITOKU

(Accepted Oct. 31, 2003)

Key words : LONG-TERM CARE INSURANCE SYSTEM, PENSIONER PREVALENCE RATIO,
GEOGRAPHICAL DIFFERENCES, COMPREHENSIVE HEALTH INDEX, GIFU PREFECTURE

Abstract

Purpose: To elucidate and discuss geographical differences in the number of pensioners in the Long-Term Care Insurance System and their significance as health indices in Gifu Prefecture.

Materials and methods: An analysis was done on the number of certified pensioners in each level of municipality category 1 insured persons for each Gifu Prefecture.

Results: Major findings were as follows.

- 1) A large variation was found in the pensioner prevalence ratio in terms of the amount of support required (0.21–3.55). In general, the variation was smaller at low level care (support required and care level 1) and greater at higher level care.
- 2) The pensioner prevalence ratio was higher in the municipalities with smaller populations, and reached 5.30 for those aged 65–74 municipalities with populations less than 1000.
- 3) The ratio was higher in the geographically central municipalities of Gifu prefecture. The meaning of this finding is unclear.
- 4) The ratios of major cities in three districts were higher (>1) than those of surrounding municipalities.
- 7) The prevalence of Long-Term Care Insurance System pensioners is thought to be a reflection of ability to provide not only medical but also social and cultural aspects including the thinking about service availability of home care and ways of thinking about Care giving.

Correspondence to : Kazuko Mitoku

Department of Nursing, Faculty of Medical Welfare
Kawasaki University of Medical Welfare
Kurashiki, 701-0193, Japan
(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.13, No.2, 2003 307–315)