老人保健事業についての高齢者の認知度に関連する社会的要因

杉澤 秀博* 高梨 薫*
柴田 博^{2*} 奥山 正司^{3*}

本研究では、高齢者における老人保健事業の認知度に関連する社会的要因の解明を目的として、都市部と郡部の2地域での調査を行った。都市部として練馬区を、郡部として宮城県鹿島台町を選択し、両地域の60歳以上の住民計1,200人を対象に面接調査を実施して、856人から必要な情報をえた。社会的要因としては、自治体と高齢者との間の情報媒体の機能を有するであろう、高齢者の社会関係に着目し、その指標として、同居者の有無、別居子との交流の有無、親族との交流の有無、近隣との交流の有無、友人との交流の有無、地域組織への参加の有無を用いた。分析の結果、1) 鹿島台町の高齢者の方が練馬区より認知度が高いこと、2) 近隣との交流の有無および地域組織への参加の有無が、老人保健事業の認知度と有意に関連していること、3) 以上の関連の強さは、練馬区と鹿島台町の間では有意な差がみられないことが明らかとなった。

Key words : 老人保健事業, 認知度, 社会関係, 高齢者, 地域差

I 研究目的

市区町村では昭和58年から、老人保健法に基づき、健康手帳の交付、健康教育、健康相談などの保健事業が実施されている。その事業を利用する住民は近年、増加しつつあるものの¹⁾、その事業の対象者数からすれば、その利用率はそれほど高いとはいえない。しかし、市区町村が実施する保健事業以外に、医療機関や民間の事業所などにおいて健康診査や健康相談が実施されているため、住民の少なくない割合は市区町村による保健事業以外の健康管理の場を利用している可能性も高い²⁾。したがって、住民の老人保健事業の利用率を高めるとともに、住民の間に自治体の保健事業を十分に周知させることによって、必要な時に区市町村の保健事業を活用できるようにすることも重要な課題となっている。しかし、老人保健事業の認知度に関する研究はほとんど行われていない。

福祉事業については、その認知度に関する調査がみられる。たとえば、東京都において要援護高齢者の介護者を対象に実施された調査では、在宅

サービスの認知度はホームヘルプサービスが77%、巡回入浴サービスが75%、ショートステイが62%、日常生活用具の給付・貸与事業54%、給食サービスが54%であり、デイケア、機能回復訓練などは50%以下であった³⁾。福祉ニーズをもった人たちの間でも、それに対応するように事業化されたサービスを知らない者が多いことから、老人保健事業に関しても、住民の間ではその認知度の低いことが予想される。

我が国では、老人保健事業の認知度に関連する要因をとらえる分析枠組みは開発されていない。米国においては、保健福祉サービスの認知・知識に関連する要因として、高齢者が取り結ぶ社会関係に着目した分析枠組みが、Chapleski EE⁴⁾, Ward RA et. al⁵⁾によって示されている。そして、高齢者が取り結ぶ社会関係すべてが認知や知識の普及に役立つのではなく、社会関係の種類によってその効果に違いがみられるという仮説が示されている。友人や近隣との接触、地域組織への参加など血縁以外の人や組織との関係は、保健福祉サービスの代替として機能しないものの、公的機関と高齢者との間の情報媒体として、保健福祉サービスに関する情報を普及する機能を果たす。他方、家族や親族などの血縁関係は、それが保健福祉サービスの代替機能を果たす可能性があるため、それらが存在すれば、知識を吸収しようという動機付けが弱まり、認知や知識の普及を妨げる

* 東京都老人総合研究所保健社会学部門

^{2*} 東京都老人総合研究所地域保健部門

^{3*} 十文字学園女子大学

連絡先: 〒173 東京都板橋区栄町35-2

東京都老人総合研究所保健社会学部門 杉澤秀博

としている。そして、実際この仮説を裏付ける結果が得られている。高齢者の社会関係に着目することは、理論的関心からだけでなく、実践的にも意義がある。老人保健事業の意義や内容を高齢者の間に普及・定着させる方法として、不特定多数への広報活動が重要視されている¹⁾。しかし、それ以外にどのような有効な方法があるかについては十分な議論がなされていない。本研究では、老人保健事業に関する認知度の普及がどのように図られているか、それに有効な経路の一部が解明されるため、広報活動以外の普及策への手がかりを得ることが可能となる。

以上のような問題関心から、本研究では、高齢者が取り結ぶ社会関係と老人保健事業に対する認知との関連を解明することを目的とした。分析にあたっては、都市部と郡部との比較を視点に加えた。老人保健事業の利用率では地域差がみられ、郡部では都市部よりも利用率が高いことが示されているため⁶⁾、それに対応して認知度にも地域差が存在している可能性があること、さらに、都市部と郡部では高齢者の社会関係のあり方が異なっているため、社会関係の老人保健事業の認知度を与える効果・役割に違いがみられることも予想されたためである。

II 研究方法

1. 標本抽出の方法

調査対象地域に選んだのは、都市部として東京都練馬区、郡部として宮城県鹿島台町であった。練馬区は面積48 km²で、人口(1990年)約62万人の特別区である。85年から90年までの5年間に人口が5%増加している。老年人口割合(90年)は11%であった。産業別就業人口割合は、第3次産業が73%、第2次産業が27%であった。鹿島台町は政令指定都市仙台の東北約25 kmに位置している。面積は54 km²である。人口は90年で約14万人であった。85年から90年の5年間に人口が1%増加している。老年人口割合(90年)は約14%であった。産業別就業人口割合は、第3次産業が47%と最も多く、第2次産業が32%、第1次産業が21%と続き、第1次産業人口割合は練馬区と比べるとかなり高い。

調査対象者の抽出は92年11月2日から20日までの期間において住民基本台帳を用いて行い、それ

ぞれの地域から60歳以上の者600人ずつ計1,200人を抽出した。抽出は層化2段階抽出法で行い、第1次抽出の地点数はそれぞれの地域で50、抽出地点の単位には90年の国勢調査区を用いた。第2次抽出単位の個人は、各抽出地点より住民基本台帳から60歳以上の者を系統抽出法によって12人抽出した。

2. 調査方法および調査完了率

調査は(株)中央調査社に委託して行った。調査方法は調査票を用いた訪問面接法で行った。調査実施期間は92年12月1日～20日までであった。対象者が不在の場合には、最低3回まで訪問日時を変更し、再訪問した。各地域600人ずつ計1,200人のうち、練馬区では423人、鹿島台町では443人計866人に対して調査を完了した。調査完了率はそれぞれ70.5%、73.8%となる。調査不能理由は両地域とも「拒否」がもっとも多く(対象者対比では練馬区12.0%、鹿島台町9.0%)、以下「一時不在」(練馬区7.5%、鹿島台町4.3%)、「長期不在」(練馬区3.7%、鹿島台町3.8%)などであった。

3. 測度

1) 老人保健事業の認知度

「健康手帳の交付」、「保健学級や講演会」、「健康相談室」、「基本健康診査」、「がん検診」、「保健センター等での通所による機能訓練」、「保健婦等による訪問看護指導」という7種類の老人保健事業それぞれに関して、「知っている利用している」、「知っているが利用していない」、「知らない」という選択肢を用いて質問した。本研究では、この7種類の事業に関する認知を別々に分析するのではなく、総合して一元的なスケールとして扱った。その方法としては、「知っている利用している」および「知っているが利用していない」の回答には1点を、「知らない」の回答には0点を与え、それらを単純加算して認知度のスケールとした。一元的な尺度として扱うことが可能か否かを確認するために、「キューダー・リチャードソンの公式²⁾」によって α 信頼性係数⁷⁾を求め、さらに主成分分析も実施した。 α 信頼性係数は、.845であり、また、主成分分析の結果では、すべての項目が第1主成分に.6以上の負荷量をもっていたため、一元的なスケールとして扱っても問題はないと思われた。

2) 社会関係に関する指標

社会関係の指標としては、その量や接触頻度で評価される社会的統合の面から評価した⁸⁾。すなわち、「同居家族の有無」、「別居子との交流の有無」、「親族との交流の有無」、「近隣との交流の有無」、「友人との交流の有無」、「地域の団体や組織への参加の有無」の6種類の指標を設定し、「ある」、「ない」の2値変数として扱った。別居子や親族がいないとする者は交流が「ない」者とした。別居子と親族の場合の交流とは、訪問、電話、手紙での接触としてとらえた。近隣、友人との交流は、訪問し合ったり、一緒に外出したりする間柄の人がいるか否かでとらえた。

3) その他の変数

年齢、性、学歴、居住年数、地域、疾病罹患の有無、移動能力を独立変数として分析に投入した。年齢として暦年齢を、性は男性に1点、女性に0点を投入し、2値変数として扱った。学歴は「旧制小学校・新制中学」、「旧制中学・高等女学校・新制高校」、「専門学校・短大・高専」、「旧制高校・大学・大学院」のそれぞれに1点から4点までを配点し、連続変数として扱った。居住年数は「1年未満」、「1年以上3年未満」、「3年以上5年未満」、「5年以上10年未満」、「10年以上20年未満」、「20年以上30年未満」、「30年以上」と離散変数として把握したが、分析に投入する際には、前6つのカテゴリにそれぞれ、その中間値である0.5, 2, 4, 7.5, 15, 25を与え、最後の「30年以上」には30という数値を与え、連続変数として扱った。疾病罹患の有無については、医師から診断された「高血圧症」、「糖尿病」など16種類の疾患に罹患しているか否かを質問し、1つでも罹患している疾患のある者については1点を、ない者に0点を与えた。移動能力は「自転車、車、バスを使ってひとりで外出できる」、「家庭内や隣近所ではほぼ不自由なく動き活動をするが、ひとりで遠出しにくい」、「少しは動く」、「起きてはいるがあまり動かない」、「寝たり起きたり」、「寝たきり」という選択肢で把握したが、それぞれ6点から1点までを配点し、連続変数として扱った。

4. 分析方法

本研究では、認知度に関連する要因の解明を、都市部と郡部の対象者を一括して行った。その理由は以下の2点にある。第1に、認知度に関連す

る要因が地域によって異なるか否かを統計的に評価するためである。認知度に関連する要因を地域ごとに別々に分析した場合、その結果として関連要因が地域によって異なることが明らかとなっても、その違いが統計的に有意か否かについては判断できない。2 地域を一括して分析し、地域と各社会関係指標の交互作用が有意であるか否かを検討することによって、認知に関連する要因が都市部と郡部で有意に異なるか否かが評価できる。第2に、認知度に地域差がみられた場合、その地域差の要因を解明することかできると考えたからである。認知度と有意に関連する要因の分布が都市部と郡部で異なっていた場合、その要因を投入した後に認知度の地域差が解消すれば、その要因の地域による分布の違いが要因となって、認知度の地域差が生み出されていると推察することができる。

分析方法としては、多元配置分散共分散分析を用いた。従属変数に老人保健事業の認知度を、要因として社会関係指標および地域を、共変量として年齢、性、学歴、移動能力、疾病罹患の有無、居住年数を投入した。要因の主効果は、共変量および他の要因の影響を調整したうえで評価した。さらに、共変量、要因の主効果、他の交互作用の影響を調整したうえで、地域と社会関係指標との二元配置の交互作用を評価した。

分析対象者は、以上の分析に投入した変数すべてに欠測値がない856人である。10人が欠測値があるということで分析から除外された。本研究で投入した変数の分布を、分析対象者群と分析から除外した群とで比較した結果、年齢と移動能力で有意差がみられ、分析対象者群では除外群と比較して年齢が低く、移動能力も高かった。すなわち、分析対象者は比較的年齢が若く健康な層に偏っていることを考慮することが必要である。

Ⅲ 結 果

1. 分析対象者の特性

分析対象者全体と地域別に区分した場合の変数の分布を表1に示した。年齢、居住年数、学歴などの基本属性の分布の違いの他、親族との交流の有無および近隣との交流の有無という社会関係の指標の分布に地域差がみられた。すなわち、練馬区の高齢者では鹿島台町と比べて親族や近隣との

表 1 分析対象者の特徴

項	目	全 体	練馬区	鹿島台町	地域差 ¹⁾
年齢 (歳)	平均	68.2	69.2	67.3	$p < .01$
	標準偏差	6.53	7.36	5.46	
性別	男性 (%)	48.1	45.8	50.3	n.s.
	女性	51.9	54.2	49.7	
居住年数 (年)	平均	26.6	24.5	28.6	$p < .01$
	標準偏差	11.3	11.9	10.6	
学歴	旧制小学・新制中学 (%)	52.0	34.2	69.2	$p < .01$
	旧制中学・高等女学校・新制高校	28.2	34.4	22.1	
	専門学校・短大・高専	9.5	12.8	6.2	
	旧制高校・大学	10.4	18.5	2.5	
疾病罹患の有無	ある (%)	34.7	32.5	36.8	n.s.
	ない	65.3	67.5	63.2	
移動能力の得点	平均	5.74	5.76	5.72	n.s.
	標準偏差	0.67	0.74	0.61	
家族員数	1 人 (%)	7.9	9.7	6.2	n.s.
	2 人以上	92.1	90.3	93.8	
別居子との交流の有無	いる (%)	77.2	76.2	78.2	n.s.
	いない	22.8	23.8	21.8	
親族との交流の有無	いる (%)	92.4	90.0	94.7	$p < .01$
	いない	7.6	10.0	5.3	
近隣との交流の有無	いる (%)	62.6	43.9	80.7	$p < .01$
	いない	37.4	56.1	19.3	
友人との交流の有無	いる (%)	70.0	68.4	71.5	n.s.
	いない	30.0	31.6	28.5	
地域組織への参加の有無	している (%)	65.3	62.2	68.3	n.s.
	していない	34.7	37.8	31.7	
例 数		856	421	435	

¹⁾ 地域差の検定は連続変量の場合には t 検定で、離散変量の場合には χ^2 検定で行った。

交流のないといった者の割合が高かった。

2. 老人保健事業の認知と利用

表 2 に老人保健事業の種類別に利用率と認知率を示した。老人保健事業の利用率をみると、鹿島台町では「基本健康診査」が 78% と最も高く、「がん検診」(65%)、「健康手帳」(50%) が 5 割以上で続いていた。「保健学級・講演会」、「健康相談」、「機能訓練」、「訪問看護指導」の利用率はすべて 3 割を下回っていた。しかし、認知度 (利用者を含む) でみると、いずれの事業とも 7 割以上の者が知っていると回答しており、利用に結びつかなくても、事業の認知度の割合は高かった。他方、練馬区では、利用率が最も高い事業は「基本健康診査」であるが、その割合は 5 割を越えていない。「保健学級・講演会」、「健康相談」、

「機能訓練」、「訪問看護指導」はいずれも 1 割以下であり、いずれの事業もその利用率は鹿島台町よりも有意に低い。認知の面でも「保健学級・講演会」、「健康相談」、「機能訓練」、「訪問看護指導」の 4 事業の認知度が低く、4 割以上の者が「知らない」と回答していた。認知度のスケールでみた場合、練馬区では鹿島台町と比べて有意に認知度が低かった。

3. 認知度に関連する要因

共変量として投入した変数の影響を調整したうえで、近隣との交流の有無および地域の組織への参加の有無が、老人保健事業の認知度に有意に関連していた (表 3)。これらの変数と地域との間には有意な交互作用は存在しなかった。すなわち、近隣との交流の有無および地域組織へ

表2 各種老人保健事業の認知状況

老人保健事業	地域	認知・利用状況			地域差 ¹⁾
		利用している	知っている	知らない	
健康手帳	練馬区 (%)	35.9	39.2	24.9	$p < .01$
	鹿島台町	50.3	44.8	4.8	
	計	43.2	42.1	14.7	
保健学級・講演会	練馬区 (%)	5.7	52.0	42.3	$p < .01$
	鹿島台町	22.8	63.4	13.8	
	計	14.4	57.8	27.8	
健康相談	練馬区 (%)	3.8	55.8	40.4	$p < 0.1$
	鹿島台町	13.8	72.2	14.0	
	計	8.9	64.1	27.0	
基本健康診査	練馬区 (%)	50.1	39.4	10.5	$p < .01$
	鹿島台町	77.5	20.2	2.3	
	計	64.0	29.7	6.3	
がん検診	練馬区 (%)	19.0	67.7	13.3	$p < .01$
	鹿島台町	64.6	33.3	2.1	
	計	42.2	50.2	7.6	
機能訓練	練馬区 (%)	2.1	48.0	49.9	$p < .01$
	鹿島台町	5.3	69.9	24.8	
	計	3.7	59.1	37.1	
訪問看護指導	練馬区 (%)	1.7	56.5	41.8	$p < .01$
	鹿島台町	5.3	74.0	20.7	
	計	3.5	65.4	31.1	
認知度得点	練馬区 (平均±標準偏差)	4.78±2.24			$p < .01$
	鹿島台町	6.17±1.40			
	計	5.49±1.99			

¹⁾ 各老人保健事業の認知・利用度の地域差の検定は χ^2 検定で、認知度得点の地域差はt検定で行った。分析対象者数は、分析に投入した変数に欠測値のない856人である。

の参加の有無と、認知度との関連の強さはそれぞれ、練馬区と鹿島台町との間では統計的に有意な差がないことが明らかとなった。

4. 認知度の地域差の要因

本研究では、近隣との交流が認知度と有意に関連していること、鹿島台町では練馬区と比べて、近隣と交流をもっている者の割合が高いことを明らかにした。この2つの知見を考え合わせると、鹿島台町では練馬区の高齢者より認知度が高いのは、認知度の促進につながる近隣との交流を、鹿島台町では積極的に行っているからであるという仮説が成り立つ。表3に示したように、近隣との交流の変数が分析に投入されても、鹿島台町と練馬区との間の認知度の違いは解消されなかった。以上の仮説は支持されることが判明した。

IV 考 察

1. 認知度に関連する社会的要因

前述のように、米国では近隣・友人との接触および地域組織への帰属が、保健福祉サービスの認知と有意に関連していることが示されている^{4,5)}。他方では家族との関係はサービス認知にとって有効な媒介ではなく、逆にサービス認知にとってマイナスの影響も指摘されている。本研究においても、近隣との交流のある者また地域組織へ参加している者ではそうでない者と比べて、老人保健事業への認知が高く、米国と共通する結果がえられた。我が国においても、自治体と高齢者との間で老人保健事業に関する情報伝達の媒体として、近隣や地域組織が機能していると考えられるため、

表3 社会的統合と老人保健事業の認知度との関連

社会的統合の変数		F 値	調整後偏差	偏相関比
• 世帯人数	1 人	1.41	.02	.04
	2 人以上		-.26	
• 別居子との交流の有無	ある	0.18	.01	.01
	ない		-.05	
• 親族との交流の有無	ある	0.01	.00	.00
	ない		-.02	
• 近隣との交流の有無	ある	5.14*	.13	.08
	ない		-.21	
• 友人との交流の有無	ある	0.08	.01	.01
	ない		-.03	
• 地域組織への参加の有無	している	6.32*	.12	.08
	していない		-.22	
• 地域	練馬区	92.05**	-.71	.35
	鹿島台町		.69	
• 世帯人数×地域		1.73		
• 別居子×地域		0.94		
• 親族×地域		0.44		
• 近隣×地域		0.31		
• 友人×地域		0.00		
• 地域組織×地域		3.02		
説明された分散 (%)		17.6**		

多元配置分散分析と多重分類分析表による。主効果は、共変量として投入された年齢、性、学歴、居住年数、疾患罹患の有無、移動能力の影響、および他の要因の主効果を調整した後に評価された。交互作用は共変量、主効果、他の2元配置交互作用の影響を調整したうえで評価された。説明された分散とは、共変量、要因の主効果、2元配置交互作用すべてによって説明された分散である。**: $p < .01$, *: $p < .05$

地域社会への参加の推進を高齢者に働きかけていくことが、老人保健事業の認知度の向上にとって重要であることが示唆された。

保健福祉サービスの認知に関連する要因が地域によって異なるか否かを検討した研究はほとんどない。本研究では、地域組織への参加および近隣との交流と地域との間には、有意な交互作用はみられなかった。本研究に関する限りでは、近隣との交流および地域組織への参加が、老人保健事業の認知度の普及に与える影響は、都市部および郡部のいずれにも共通してみられることが示唆された。

2. 認知度の地域差の背景について

老人保健事業の利用率および認知率の地域差を検討した結果、練馬区では鹿島台町と比べて、事業の利用率が低だけでなく、認知率も低いことが示された。これまでに、老人保健事業の利用率の面では地域差の存在が明らかにされており、

人口5万未満の自治体では基本健康診査の受診率が平均42.3%であるのに対し、人口30万以上では25.0%であったことが明らかにされている⁶⁾。本研究では老人保健事業の認知の面でも地域差が存在しており、都市部では郡部と比べて、自治体を実施している老人保健事業を知らないために、利用の機会が奪われている高齢者が多いことが示唆された。

米国では Krout J.A.⁹⁾ および Kushman J.E., Freeman B.K.¹⁰⁾ によって、都市部と郡部とで保健福祉サービスの認知度に違いがあるか否かが検討されている。それによると、都市部の方が郡部と比較して保健福祉サービスの認知度が高く、本研究の知見と異なっている。しかし、米国における地域差の背景は実証的に解明されていない。郡部では自治体に対する不信感が強く、自助や自立性に価値を置く傾向も強いいため、保健福祉サービスの情報を得ることへの関心が希薄なのではない

かと指摘されているのみである⁹⁾。

我が国の場合、認知度に地域差がみられた背景として次のようなことが考えられる。本研究では、近隣との交流が老人保健事業への認知と有意に関連しており、さらに、鹿島台町では練馬区の高齢者と比べて、近隣との交流が高いことが明らかにされた。以上のことから、第1に、老人保健事業の周知に効果があるであろう近隣との交流が、練馬区では鹿島台町と比べて乏しいため、練馬区における高齢者の認知度が低くなっているという仮説がたてられる。しかし、結果で示したように近隣との交流の有無を変数として投入した後でも、認知度の地域差が解消されなかったため、この仮説は支持されない。第2の要因として、老人保健事業への取り組みの自治体間格差を指摘できる。これまで検診に関する周知方法が自治体によってかなりの違いがあることが指摘され、人口規模が小さい自治体では大きい自治体と比べて、対象者全員に対する個人通知による方法、地区組織の活用、有線放送を通しての通知など、周知を徹底するための活動が多彩に積極的に行われているということが示されている¹¹⁾。鹿島台町では、毎年、町内会・老人会に検診への参加協力をお願いしたり、また、「行政区長」を活用して、全戸に検診の通知を配布している。練馬区では、40歳、45歳、55歳、60歳を対象とした節目検診には対象者全員に通知を出しているが、それ以外では区報に掲載するだけにとどまっている。このような自治体の取り組みの違いが、高齢者の老人保健事業への認知度の差になってあらわれた可能性は高い。

以上の知見は、都市部、郡部それぞれ1地域を対象とし、分析した結果から得られたものであるため、その普遍化は慎重でなければならない。他の地域での再試が望まれる。

以上の研究は、長寿科学総合研究費の助成をうけて実施された長寿科学総合研究「高齢者のサポートシス

テムとしての家族—その保健福祉的機能—」(研究代表:冷水豊)の研究の一部を解析したものである。最後になりましたが、この研究の企画、実施に際してご指導・助力をいただいた社会事業大学手島陸久先生、元東京都老人総合研究所の朝倉木綿子先生に深謝申し上げます。

(受付 '96. 2. 6)
(採用 '96. 5. 24)

文 献

- 1) 厚生統計協会編. 国民衛生の動向・厚生 の指標臨時増刊 1994.
- 2) 溝上哲也, 高野由起子, 吉村健清. 都市部住民の健康診査受診行動. 日本公衛誌 1992; 39: 269-277.
- 3) 東京都職員研修所調査研究室編. 高齢者のための在宅ケアサービスと介護費用等「高齢者の生活費用等実態調査」報告書. 1995.
- 4) Chapleski EE. Determinants of knowledge of services to the elderly: are strong ties enabling or inhibiting. Gerontologist 1989; 29: 539-545.
- 5) Ward RA, Sherman SR, LaGory M. Informal networks and knowledge of services for older persons. J Gerontol 1984; 39: 216-223.
- 6) 深尾 彰, 久道 茂, 辻 一郎, 他. 老人保健法に基づく健康診査の受診率に影響を及ぼす諸要因の検討—人口, 医療に関わる指標との関連性—. 厚生 の指標 37 (3); 25-30: 1990.
- 7) 古谷野 亘, 長田久雄. 実証研究の手引き—調査と実験の進め方. 東京: ワールドプランニング, 1992; 37-38.
- 8) House J, Cohen R. Measures and concepts of social support. Cohen S, Syne LS. Social support and Health. Orlando: Academic Press 1985: 83-108.
- 9) Krout JA. Community size differences in service awareness among elderly adults. J Gerontol 1988; 43: S28-30.
- 10) Kushman JE, Freeman BK. Service consciousness and service knowledge among older Americans. Int J Aging Hum Dev 1986; 23: 217-237.
- 11) 辻 一郎, 深尾 彰, 久道 茂, 他. 老人保健法に基づく基本健康診査受診率に影響を及ぼす諸要因の検討—市町村受診奨励施策との関. 厚生 の指標 1990; 37 (10): 23-30.

SOCIAL FACTORS RELATED TO AWARENESS OF PUBLIC HEALTH CARE SERVICES AMONG ELDERLY ADULTS

Hidehiro SUGISAWA*, Kaoru TAKANASHI*, Hiroshi SHIBATA^{2*}, Shoji OKUYAMA^{3*}

Key words: Social ties, Area differences, Knowledge, Social participation, Social integration

This article presents findings on the association between social ties and the awareness in elderly of seven services. A total of 1,200 persons aged 60 and over were subjects of an interview survey of when 856 subjects provided necessary data for analysis. Subjects lived in two separate communities, Nerima-Ward (a metropolitan area) and Kashimadai-Cho (a rural area). Social ties were classified into six types: living with a person, contact with child (ren) living separately, contact with friend, contact with neighbor, and participation in a community group. The elderly metropolitan residents were significantly less likely to be aware of a greater number of services. Contacts with neighbor and participation in community group predicted service awareness. There were no regional differences in the effect of those ties on service awareness.

* Department of Health Sociology, Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

^{2*} Department of Community Health, Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

^{3*} Jumonji Gakuen Women's Collage