

図・本館

在宅訪問サービス拠点の地域配置に関する研究
—高齢者を支える地域的なサポート環境の構築にむけて—
(THE STUDY ON THE REGIONAL LOCATION OF HOME HELP / HOME VISIT NURSING OFFICE
An approach to establish a supportive environment for aged people in the local community)

生田 京子

(IKUTA, Kyoko)

名古屋大学大学院環境学研究科 博士 (工学)

2005年

名古屋大学図書



11542286

Chapter 0

目次

目次

Chapter 1 研究の概要

- 1.1 社会的背景 1
 - 1.1.1 高齢化の状況 1
 - 1.1.2 高齢者と家族 2
 - 1.1.3 高齢期の住まい 3
 - 1.1.4 在宅生活と「ケア」 4
 - 1.1.5 世帯構造と利用される公的サービス 4
 - 1.1.6 在宅サービスと介護保険制度の課題 6
 - 1.1.7 訪問サービスの課題 6
 - 1.1.8 まとめ 8
- 1.2 高齢者福祉の施策 9
 - 1.2.1 施設中心から地域・在宅福祉への転換 9
 - 1.2.2 在宅サービスの量的な整備 12
 - 1.2.3 圏域的な整備 13
 - 1.2.4 まとめ 14
- 1.3 高齢期に関する研究 16
 - 1.3.1 被援助者としての高齢者像を克服する視点 16
 - 1.3.2 建築計画学における齢期の研究 20
 - 1.3.3 「建物－サービス」一体モデルの解体 21
 - 1.3.4 現象の中の「建物－サービス」分離モデル 23
 - 1.3.5 まとめ 24
- 1.4 研究目的・方法 26
 - 1.4.1 研究の視点 26
 - 1.4.2 既往研究と本論文の位置づけ 27
 - 1.4.3 研究方法 28
- 1.5 本研究に関わるその他の背景 30
 - 1.5.1 在宅高齢者のための福祉サービス 30
 - 1.5.2 圏域研究 33

Chapter 2 全国の訪問介護・看護拠点のサービス提供圏サイズに関する考察

- 2.1 本章の概要 45
 - 2.1.1 背景と目的 45
 - 2.1.2 調査対象 45
 - 2.1.3 調査方法 45
 - 2.1.4 分析方法 45
- 2.2 サービス提供圏サイズに関する分析結果 47
 - 2.2.1 回収状況 47
 - 2.2.2 サービス提供圏の大きさ 47
 - 2.2.3 人口密度とサービス提供圏の相関 49
 - 2.2.4 利用者数、職員数 50
- 2.3 まとめ 52

Chapter 3 訪問介護・看護拠点のサービス提供圏とサービス内容の関係性

- 3.1 本章の概要 55
 - 3.1.1 背景と目的 55
 - 3.1.2 調査方法 55
 - 3.1.3 調査対象 57
- 3.2 デンマークの福祉制度と在宅サービスの特質 59
- 3.3 デンマーク コペンハーゲン市の拠点の実態 60
 - 3.3.1 コペンハーゲン市の社会福祉地区 60
 - 3.3.2 IN 地区訪問介護・看護拠点 60
- 3.4 日本 中部地方の拠点の実態 66
 - 3.4.1 訪問介護拠点 66
 - 3.4.2 訪問看護拠点 68
 - 3.4.3 同居形態と家族介護量 69
 - 3.4.4 訪問介護 FS、訪問看護 NK/NT/NY/KR 拠点の全国に対する位置 70
- 3.5 サービス提供圏とサービス内容の関係性に関する比較考察 71
 - 3.5.1 運営組織 71
 - 3.5.2 サービス 72
 - 3.5.3 違いが生まれる要因 73
- 3.6 まとめ 75

Chapter 4 現状の訪問介護・看護拠点の地域配置とその問題点

- 4.1 本章の概要 77
 - 4.1.1 背景と目的 77
 - 4.1.2 分析対象 77
 - 4.1.3 分析方法 77
- 4.2 シミュレーション分析 81
 - 4.2.1 想定サービス提供圏に基づく、高齢者人口、高齢者居住地面積のカバー状況 81
 - 4.2.2 カバー拠点数が少ない地域と人口密度 92
 - 4.2.3 カバー拠点数が少ない地域をサポートする拠点の経営主体 93
- 4.3 拠点の地域配置に関する考察 94
 - 4.3.1 一定距離内におけるサービス拠点数の地域格差 94
 - 4.3.2 拠点の地域配置概況 94
 - 4.3.3 拠点数が少ない地域における公の役割 95
 - 4.3.4 本稿シミュレーション結果の適用可能性 95
 - 4.3.5 訪問看護拠点の分析 95
- 4.4 まとめ 96

Chapter 5 拠点過疎地域における訪問介護拠点のサービスに関する実態

- 5.1 本章の概要 99
 - 5.1.1 背景と目的 99
 - 5.1.2 調査対象 100
 - 5.1.3 調査方法 102
 - 5.1.4 分析方法 103
- 5.2 高齢者の生活に関する分析 104
 - 5.2.1 生活について 104
 - 5.2.2 家について 109
 - 5.2.3 同居家族形態 110
 - 5.2.4 地域の人々の助け合い 112
 - 5.2.5 転居に至る状況 112
 - 5.2.6 生活支援ハウスへの転居 115
 - 5.2.7 訪問介護サービス利用に至るまでの心理的な壁 116
- 5.3 訪問介護拠点の設立経緯、事業内容、運営状況の分析 118
 - 5.3.1 設立経緯と併設事業 118
 - 5.3.2 NPOの成立状況 119
 - 5.3.3 利用者数と要介護度 122
 - 5.3.4 職員数、勤務体制、ヘルパー確保 122
 - 5.3.5 移動時間 125
 - 5.3.6 対応時間 127
 - 5.3.7 収支、訪問介護件数の変化 127

5.4 訪問介護拠点のサービス提供圏とエリア区分に関する分析	130
5.4.1 サービス提供圏	130
5.4.2 サービス提供圏内のエリア区分	132
5.4.3 サテライト	135
5.5 訪問介護拠点のサービス内容に関する分析	137
5.5.1 サービス種別ごとの傾向	137
5.5.2 最も訪問回数が多い、あるいは訪問時間が長い人	138
5.6 地域での他のサービスに関する分析	141
5.6.1 介護保険・医療保険に関するサービス	141
5.6.2 訪問介護とデイサービス	146
5.6.3 市町村サービス	148
5.6.4 ボランティア	150
5.6.5 地域で求められるサポート	152
5.7 まとめ	154
5.7.1 拠点過疎地域の抱える問題	154
5.7.2 地域と結びついた高齢者の姿	156
5.7.3 サービス提供側の工夫	158
5.7.4 高齢者の転居原因と対処	159
Chapter 6 研究の総括と今後の課題	
6.1 総括	161
6.1.1 全国の訪問介護・看護拠点のサービス提供圏の現状の大きさ	161
6.1.2 サービス提供圏の大きさがサービスの質に及ぼす影響	161
6.1.3 全国の訪問介護・訪問看護の地域配置の現状とその問題点	162
6.1.4 拠点過疎地域の実態	163
6.2 おわりに：今後の在宅訪問サービスの地域配置に関する試論	168
6.2.1 移動時間を短縮する場合の方法と課題	168
6.2.2 サービス拠点の競合と無拠点地域への課題	168
6.2.3 サービス提供圏の設定に対する課題	171
6.2.4 在宅と施設のバランスの課題	171
6.2.5 地理的困難さの課題と「中間的な住形態」	171
6.2.6 通所サービスの位置づけ	172
6.2.7 介護と看護の位置づけ	173
参考文献・研究業績	175

[資料編]

Appendix I Chapter 2 における全国調査のアンケート用紙	1
Appendix II Chapter 3 におけるシミュレーション分析結果地図	4
Appendix III Chapter 5 における拠点調査のアンケート用紙	64
Appendix IV Chapter 5 における同行調査記録	67
Appendix V Chapter 5 における拠点のサービス提供圏地図	78

語について

拠点：

本論文では、オフィス・事業所・ステーションなどの様々な呼称の混乱を避けるため、一括してこれらを「拠点」と記す。

在宅サービスと居宅サービス：

在宅サービスと居宅サービスはほぼ同義であるが、居宅サービスは、介護保険制度上での在宅生活者を対象としたサービスに用いられるのに対し、在宅サービスという語は介護保険制度上だけでなく、広く一般的な在宅を対象としたサービスの総称として用いられる傾向である。

本論文では、両者を使う混乱を避けて、在宅サービスとして統一した。

Chapter 1

研究の概要

本章では、在宅訪問サービスの研究に関する背景と研究の意義について、以下の3つの側面から論じて行く。

- a) 社会的背景 (1.1 項)
- b) 高齢者福祉の施策 (1.2 項)
- c) 高齢期に関する研究 (1.3 項)

そして、a)b)c) の視点ごとに抽出された問題意識を総括して、1.4 項では「研究の目的・方法」について示すこととする。

尚、1.5 項では、研究のテーマに関係する事項で、整理しておくことが必要と思われるものについてとりあげることにする。

1.1 社会的背景

1.1.1 高齢化の状況

2004 年 8 月時点、日本の高齢化率は 19.4% であり、75 歳以上の高齢者人口率は 8.7% となっている。1994 年に高齢社会に突入した日本は、その後も急速に高齢化が進み 2050 年には高齢化率が 35% を超えることが予測されている。特に注目されるのは、2005 年から 2020 年までの今後 15 年間は、高齢者人口数そのものが増えることであり、その期間は求められる施設や介護サービス量が増え続けることを意味している。「増やしても増やしてもまだ足りない」状況が続くことが予測されるのである。さらに高齢者人口割合の内訳を見ると、2020 年を超える頃より、65～74 歳人口割合の増加が止まる一方、75 歳以上人口割合の増加は止まらず、後期高齢者が多い時代が来ることが予想されている。

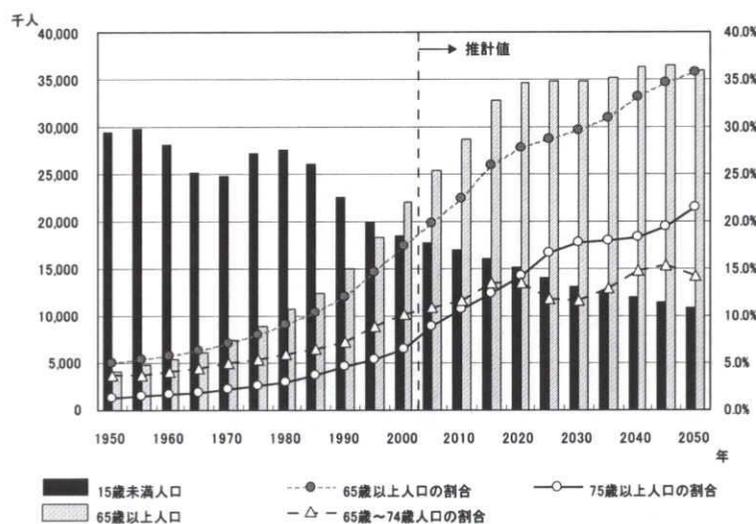


図 1-1 高齢者人口および若年人口の推移および将来推計

資料：2000 年までは文 1-1)、2005 年以降は文 1-58) (中位推計) をもとに筆者作成

1.1.2 高齢者と家族

高齢者のいる世帯について家族構成を見てみると、2000年時点で、既に子同居世帯数(38.2%)よりも高齢単世代世帯数(単独世帯と高齢夫婦世帯)(61.8%)のほうが多い。そして、今後ますます単独世帯と高齢夫婦世帯が増加することが予測されている(図1-3)。中でも単独世帯数の増加は著しく、2000年の3032千世帯から、2025年には2倍以上の6801千世帯へと増加する。

高齢者と家族の関係についての意識にも変化が見られる。子どもや孫とのつきあいについて高齢者に訪ねたところ、「いつも一緒に生活できるのがよい」から「ときどき会って食事や会話をするのがよい」関係に徐々に移行してきている(図1-2)。つまり、子と同居をするライフスタイルから転じて、子とは別に生活環境を組みたてて行こうとする高齢者の意識傾向が見られる。

なぜ、このような傾向がみられるのか。今村^{文1-98)}をはじめ多くの社会学者は、近代化によって家族の縮小が進行したと指摘する。広井^{文1-4)}がそれを段階的に説明している図1-4を参照すると、産業化にともなって、共同体や家族内の相互扶助機能が失われ、家族は核家族化し、まず老人の経済的扶養が外部化された。さらに女性の社会進出に伴い、子育てや老人の身体的扶養も外部化され、個人が単位の社会になっていく方向性が示されている。

今後、子同居家族が減り、たとえ同居をしても「身体的扶養」が外部化されていく傾向の中、同居家族介護に期待する施策では立ちゆかないのは明白である。

現状、単独世帯・高齢夫婦世帯において、要介護状態となった高齢者のうちどれだけの人が在宅生活を継続できているであろう

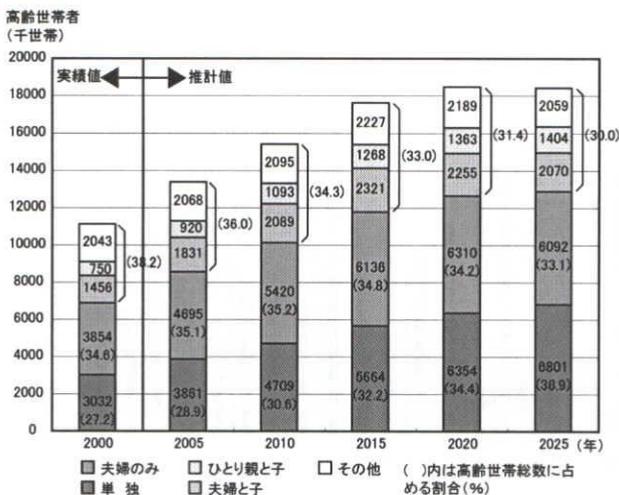


図1-3 世帯構造別にみた65歳以上の者のいる一般世帯数の推移
資料: 文1-3) * 一般世帯とは、住居と生計を共にする者の集まり、または一戸を構える単身者のこと。寮、病院、施設入所者は施設等世帯とされる。

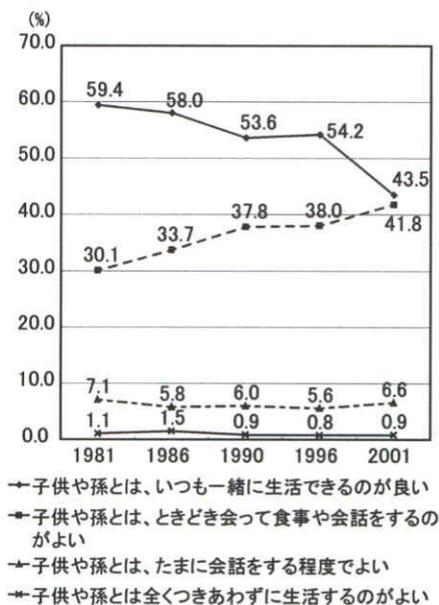


図1-2 子どもや孫とのつきあい方
資料: 文1-2)

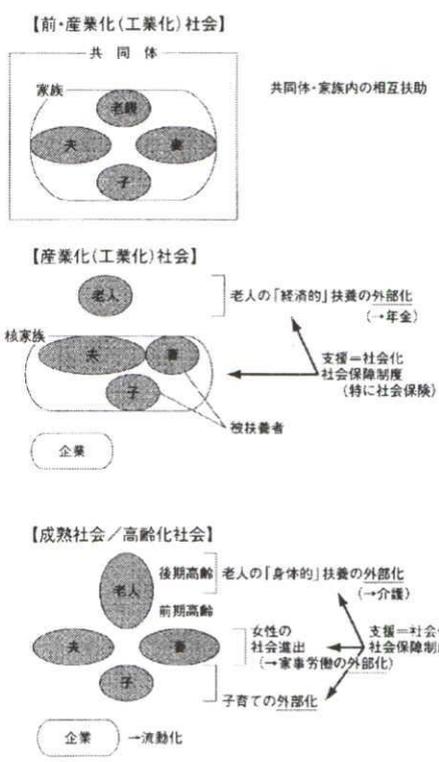


図1-4 家族・共同体の外部化とケア/社会保障
出典: 文1-4) p.25

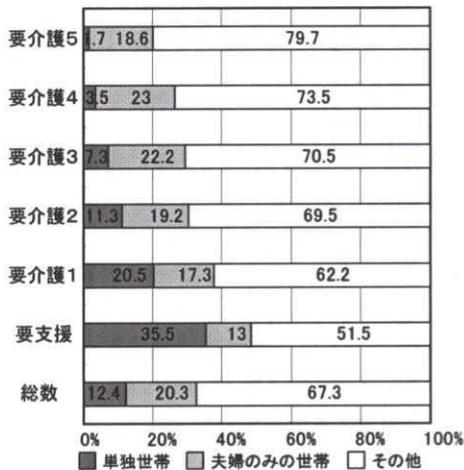


図 1-5 手助けや見守りを要する者の世帯構造 資料：文 1-8)

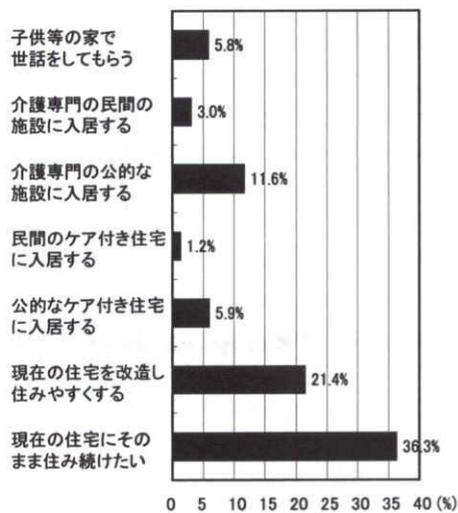


図 1-6 虚弱化したとき望む居住形態 資料：文 1-5)

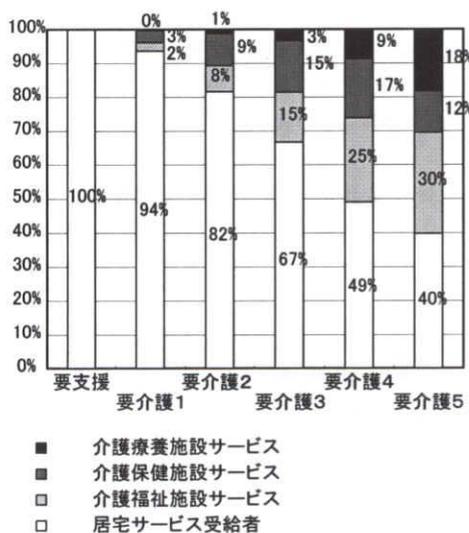


図 1-7 要介護度別施設サービス利用の割合 資料：文 1-6)

か。結果は図 1-5 のとおり、要介護 2 以降になると在宅継続を行っている単独世帯はかなり少いことがわかる。

1.1.3 高齢期の住まい

虚弱化した時に高齢者はどこに住みたいと考えているのだろうか。内閣府の調査では、現在の住宅にそのまま、あるいは改造をして住みたいと答えた人が 57.7% にのぼり、在宅継続希望者が多いことが分かった (図 1-6)。

しかし希望とはうらはらに、要介護度があがるにつれ施設入居の割合が高くなり、要介護 3 では 3 割に達する人が施設入居であるなど、在宅継続が依然として難しい現実が伺われる (図 1-7)。

同時に施設の待機者問題も報告されている (図 1-8)。健保連の調査^{文 1-38)}では、特養入所申込者の 7 割は「施設スタッフがまだ在宅介護が可能であると判断するケース」であるにもかかわらず申込みを行っており、2 割は家族が入所を希望するケースで、3 割は予約的に入所申込をするケースであった。同報告ではこのような施設入所志向^{註 1-1)}が強まる要因として、「在宅サービスによって在宅継続を行うのは困難」という家族の先行き不安と、現実問題としての在宅サービス不足、早めに申込をしなければ必要な時に間に合わないという予約心理をあげている。

これらの状況をまとめると、在宅継続を希望する高齢者が多いにもかかわらず、また「施設から在宅へ」という政策的スローガンにもかかわらず、実際には在宅サービスが十分でないため施設偏重が続いていることを示している。

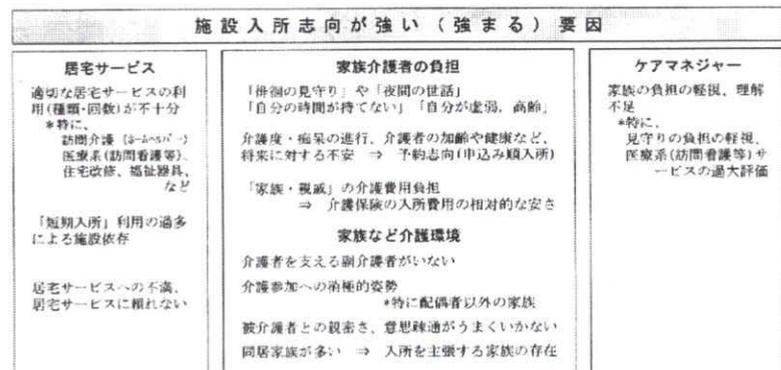


図 1-8 施設入所志向が強まる要因 出典：文 1-38) p.3

1.1.4 在宅生活と「ケア」

木下^{文1-76)}は、一般的な生活のためのニードとして、基本的ニードと社会的ニードをあげている。基本的ニードとは、「生活の下部構造である生存を補償するために満たされなければならない諸欲求のことであり、例えば、食物、睡眠、排泄、温度、衛生、保護的環境」としており、一方で社会的ニードの主な構成要素は「社会的刺激、日常的現実認識の共有、秩序、象徴、人間の関係性、そして自己の統合性と継続性など」としている。高齢者が在宅生活を継続していくにあたって、上記のような基本的ニードと社会的ニードの双方が満たされることが大切であることは言うまでもない。

「ケア」という言葉に託された深い意味については数多くの言及がなされており^{註1-2)}、日々考えられ、実践の中でも深められようとしている。在宅生活を支える「ケア」には「様々なかたちの関わり」があり、例えばケアを行う主体について分類してみても「公助、共助、自助」^{註1-3)}があるなど、単一の側面からは語り得ない。そのことを念頭に置いておく必要がある。しかしまたその全てについて語るのは不可能であるから、ここでは公的な在宅サービスに限定して見ていくことにする。

1.1.5 世帯構造と利用される公的サービス

表1-1は世帯構造別にみた在宅サービスの利用状況であるが、ここには単独世帯と、子同居世帯で利用するサービス種が異なることがはっきりと現れている。単独世帯では、訪問サービスの利用率が最も高く71%にのぼる。一方で通所サービスの利用は30%にとどまっている。すなわち単独世帯は、訪問サービスに依存するところが大きい。他方、三世代世帯では通所サービスの利用率が最も高く55%であり、訪問サービスの利用は30%にとどまっている。このような傾向になる理由を図1-9と見比べながら考えてみる。図1-9は要介護度別の必要な介護内容であり、要介護度が低い時期は、調理、買物、掃除、洗濯といった家事の介護が必要であるが、要介護3あたりから、排泄や身の回りの動作全般にわたって、介護が必要となってくる状況を示している。推察すれば、要介護度の低い時期から助けが必要となる調理、買物、掃除、洗濯について子同居世帯では、家族がまとめて行うことが多いが、単独世帯では在宅生活を継続するにあたり早期からそれらを訪問サービスで補完していく必要があるのだろう。さらに、要介護度が高くなるにつれ身体介護の必要が出てくるが、子同居世

註1-1) 施設志向が強まる理由として、介護保険制度が「施設利用誘導型の制度設計となっている」と指摘する旨もある^{文1-9)}など。施設入所のほうが在宅よりも経済的に安くであるとして、例えば、要介護5の在宅者と特養入居者を比較すると、要介護5の人が支給限度額までサービスを利用して、1割の自己負担は3.58万円である。それでも到底介護量は足りておらず家族介護が欠かせず、なおかつここには住宅費は含まれていない。一方特養入居者は、1割の自己負担額2.92万円で、24時間介護に加え居住費も賄うことができる。総合すれば、要介護度が高くなっても在宅に暮らしつづけている人は、家族介護があつてなおかつ経済的にも恵まれている人であり、その他多くの人々は施設に居住せざるを得ない制度設計が問題視される。

註1-2) ここにケアに関する言及をいくつかあげる。「ケアとは心身面への援助が目的であるのだが、敢えて言えばそれは目的の半分なのであり、その行為を媒介にして若年世代が先行世代の生きてきた時代を引き継ぐというもう半分の目的が残っている」文1-84)p.36

「ケア」ということは「時間」ということと深く関係しているように思われる。(中略)「ケア」とは、その人に「時間をあげる」ことである、といっていよいよ性格をもっている。あるいはその人と「ともに時間を過ごすこと」事態がひとつのケアである、と考えてもよいように思われる。」文1-4)p.4

「ケアは、看護とか介護といった職務(=役割)においてではなく、職務を超えてだれかあるひとりの人間として現れることなしには職務そのものが遂行できないという矛盾を抱え込んだいとなみなのである。」文1-99)p.208

「看護や介護が他者の(セルフ)ケアのケアとして「仲介的」であるのと同じように、ケアするひととその自己理解を部分的にも「仲介」するいとなみである(後略)」文1-99)p.255

註1-3) 広井は、自助、共助、公助を以下のように分類し、従来「共助」によるケアについての議論が抜け落ちていたことと、共助の重要性を指摘している。

- A) 自助：個人／自己責任／市場
- B) 共助：相互扶助／連帯／共同体
- C) 公助：公共性／政府

註1-4) 宅老所に見られる取り組みの中では、日中を通所介護とし、夜間は自主事業の「泊まり」として結果的に24時間を見守る形のサービスも行われている。これらは、実際上高齢者が24時間を宅老所で過ごすため、「自宅居住」とは呼べないが「地域居住」の1つの形と考えられる。このような通所介護の姿はここでの議論とは別に捉える必要がある。

帯はこれらについてもなんらかの介護をしている一方、単独世帯ではそれら全てが訪問サービスという形で必要になる。通所サービスは基本的には24時間の身体的介護（例えばオムツ交換）をカバーするサービスではない^{註1-4)}。単独世帯の訪問サービスのニーズはかように大きいものである。一方、子同居世帯において通所利用が多くなるのは、介護者のレスパイトのニーズが大きいためと考えられる。

1.1.2項で述べたように、今後増加率をもっとも高いのは単独世帯であることをかんがみると、仮に在宅生活を望む高齢者の期待に添うように対応するならば、以後ますます訪問サービスのニーズが大きくなることになる。

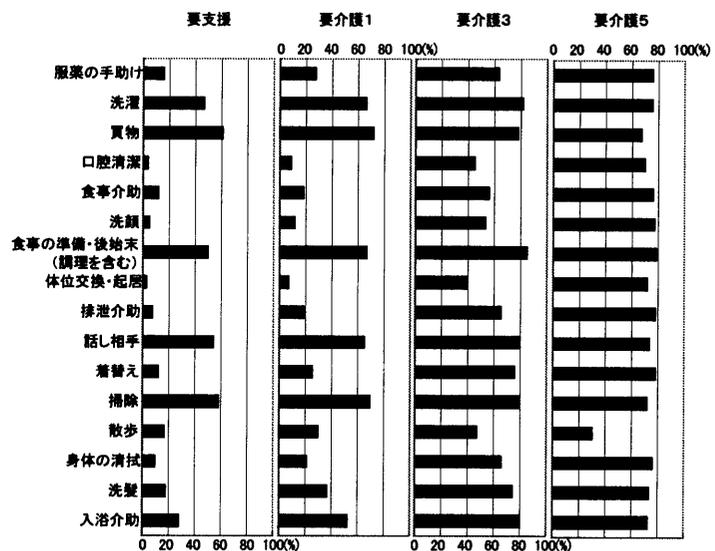


図 1-9 要介護認定状況別にみた介護内容（家族介護なども含む）

資料：文 1-8)

表 1-1 世帯構造別にみた在宅サービスの利用状況（重複計上）

利用の有無 居宅サービスの種類	総数	単独世帯	核家族世帯	平成 13 年			
				(再掲) 夫婦のみの 世帯	三世代世帯	その他の 世帯	(再掲) 高齢者世帯
利用した	75.6	86.8	69.2	70.6	75.2	77.4	78.2
訪問サービス	41.8	71.0	45.0	45.5	30.3	34.5	54.7
通所サービス	44.0	30.4	34.2	32.6	55.4	50.1	33
短期入所サービス	12.1	4.3	7.5	8.3	15.5	18.7	8.9
配食サービス	5.2	16.4	6.4	7.5	0.9	2.3	10.8
外出支援サービス	3.1	5.9	4.4	4.9	1.9	1.2	4.6
利用しなかった	24.4	13.2	30.8	29.4	24.8	22.6	21.8

註：1) 「訪問サービス」には訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、「通所サービス」には通所介護、通所リハビリテーション、「短期入所サービス」には短期入所生活介護、短期入所療養介護を含む。

2) 居宅サービスの種類の「利用した」の総数には、上記サービスの他、認知症対応型共同生活介護、寝具類等洗濯乾燥消毒サービス、情報提供・相談サービス、保健事業による機能訓練、保健事業による訪問指導を含む。

資料：文 1-10)

1.1.6 在宅サービスと介護保険制度の課題

ここで、まず在宅継続の難しさの実態を理解するにあたり同居家族の介護量を見る(図1-10)。要介護3では、「ほとんど終日」という回答が約4割をしめ、要介護5では6割に達する。要介護3～5の時期に必要なとされる介護量がいかに、家族に大きな負担としてのしかかっているかが理解される。そこで、介護保険の在宅サービス区分の支給基準限度額を見ると、要介護5で35830単位でそれを全て訪問介護に換算しても1日1時間×3回弱にしか相当しない。しかし要介護5とは自身で寝返りを打つことのできない状況、食事から全介助が必要な状況が殆どであり、訪問看護も必要であることを考えればこの限度額内のサービスのみでは到底生活が成り立たないと言えよう。ここに根本的に保険給付の限度額設定を問題視する指摘^{文1-9)}が世に多くある。その他にも、1割の自己負担制によって、限度額一杯までサービスを楽しむことができる人とできない人の階層化が生じているという指摘^{文1-8)}、税方式の検討をすべきという指摘^{文1-4)}など、介護保険制度の経済的なシステムについての課題は山積している。

1.1.7 訪問サービスの課題

在宅生活の継続の可能性を広げていくために、訪問サービスを実際にどのような形で充実させていくことが必要であろうか。より多くの訪問サービス時間が必要であるといった前項の課題、トータル時間＝介護保険の限度額について議論する視点とは別に、次のような課題もある。

図1-11は、1994年時点のホームヘルプの実態をあらわすもので、ケア提供開始時刻と終了時刻が回答別に時間軸上にバーとして表されている^{註1-5)}。ここから、当時のホームヘルプの殆どが、9:00～10:00、13:00～14:00に開始され、2時間程度ずつ提供されるかたちであったことが明らかである。それは2時間という限定された時間の中に、必要なケアを一括して行って帰って来るというような「詰め込み型」のホームヘルプであったと想像される。同報告書^{文1-7)}では「ケアの充実を図るためには、(中略)必要な時に必要なサービスが提供できるシステムを構築することが最も緊急の課題である」との指摘がなされている。利用者が普通に生活していくためには、自分が受けたい介護の形を、時間帯、内容、量を含むあらゆる面において自分で主体的に選択しうるバリエーションが用意されている必要がある。生かされつつ生きていかざるをえないといった、客体的な高齢者像から脱却すること

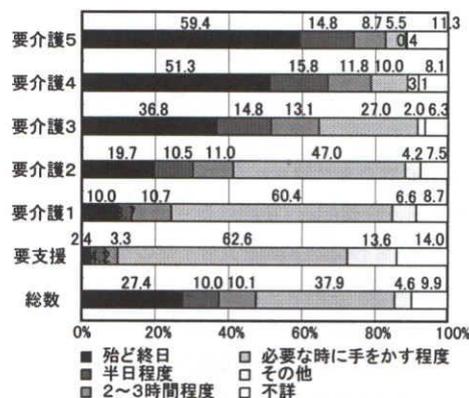


図1-10 同居している主な介護者の介護時間(要介護者等の要介護度別)

資料：文1-7)

註1-5) 1994年という些か古い資料ではあるが、より広汎な事業所像を示す調査結果として採用した。54のホームヘルプ事業所からえた450以上の回答結果が示されており、利用者の身体状況も偏りはない。本表は、介護保険の制度化にあたり、必要な介護量の算出根拠の一部として用いられた報告書^{文1-7)}より引用した。

を目指す上で、これらは最低必要条件と言える。

自分が受けたい介護の形を主体的に選択しうる状況について、木下による生活ニーズの分類^{註1-6)}に添って考えてみよう。

まず、第1に「基本的ニーズ」について考えてみる。例えば「オムツ交換、車椅子移乗、食事介助、朝の起床と整容介助、夜の就寝と着脱衣」などの介助は、適切な時間帯、タイミング、回数がある。例えばオムツ交換を1日1回の訪問の中に詰め込んで完了することはできないし、食事介助・車椅子移乗にしても、1日1回で満たされるというものではない。これらの介護を、1日1回の訪問サービスで済ましていた状況は非人間的といえる。あるいは家族介護が不可欠であったと言える。1日に何回も見に来て欲しいというニーズがあるにも関わらず、何回も訪問できないといったサービス状況では、在宅生活継続はたちまち困難となる。

次に第2のニーズ「社会的ニーズ」について考えてみる。訪問サービスが、何らかの「安心」面から利用者をサポートするサービスであると考えて次のような例えを比較してみよう。

Aさんは、週に1回2.5時間ヘルパーの訪問を受けている。訪問時間中、調理などの作業時間の他にヘルパーとじっくり話す時間の余裕があり、困ったことについてもゆっくりと相談できる。

註1-6) 1.1.4 項参照のこと

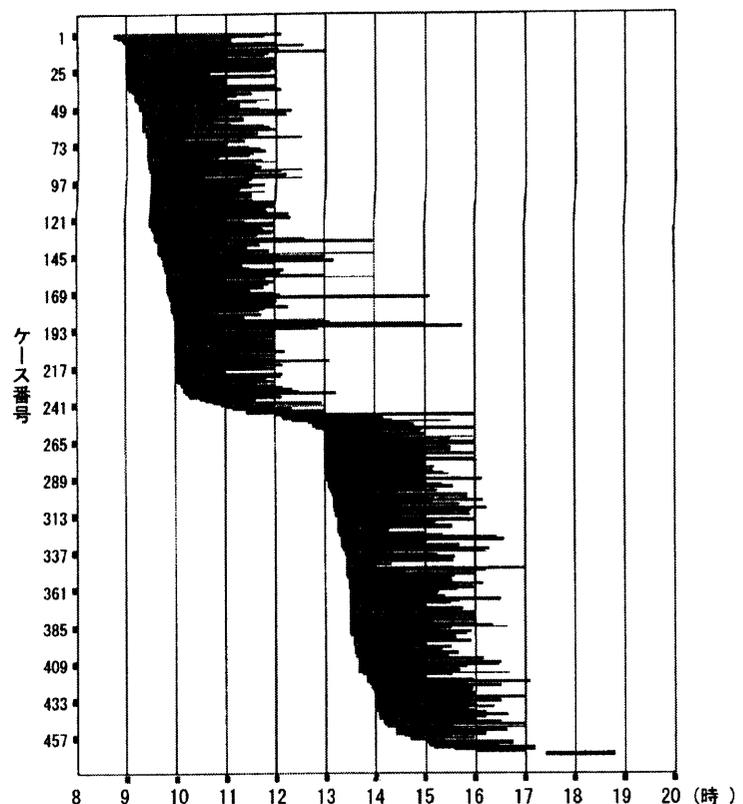


図 1-11 ケア提供開始時刻と終了時刻

出典：文 1-77) p.62

Bさんは、毎日、20分のヘルパーの訪問を受けている。ヘルパーは主に就寝介助に来ていて、短い時間とは言えども毎日定時にやってくるため、その日ごとに困ったことについてその場で相談し、ある程度解決もできる。

Cさんは、毎日、2時間のヘルパーの訪問を受けている。ヘルパーは毎日、オムツ交換と全身清拭を行い、ゆっくり会話もする。

これら3つの中から、利用者はどれを好んで選び、どのようなサービスなら最も「安心」と感じるであろうか。それに画一的な「答え」はない。重要なのは、AもBもCも選べることである。訪問サービスがAのようなサービスだけでなく、Bにも対応できる柔軟さや機敏さを持つ必要がある。選択の自由度があり、その中から利用者がより好ましいサービスを選ぶことができる状況を生み出すことが肝心と思われる。

介護保険制度に移行し、図1-11のような状況は改善されたであろうか。柔軟で選択性の高い訪問サービスが提供されるに至ったであろうか。このような訪問サービスの課題について検討を加える必要がある。

1.1.8 まとめ

本項では、社会的背景を通して、在宅訪問サービスについて研究を行う意義と視点を明らかにしてきた。以下に要約する。

- ・高齢者のいる世帯は、単身・高齢夫婦世帯の増加が著しく、高齢者自身が子と同居をするライフスタイルから転じて、子と別に生活を組み立てる意識傾向が目立ってきている。
- ・高齢期の住まいとして、多くの高齢者が在宅を望んでいる。
- ・単身・高齢夫婦世帯の在宅生活を支える中心的なサービスは訪問サービスであり、今後訪問サービスの重要性は高まると考えられる。
- ・しかし、これまでの訪問サービスは、高齢者が自身の生活にあわせて様々なサービスの形を選ぶには、まだまだ選択性に欠ける面があった。
- ・今後、高齢者が安心して在宅生活を続けていく上で、訪問サービスは、より柔軟で対応力のあるものになる必要がある。

従って次項では、なぜこのような状況に留まっているのかを施策的背景から考えることとする。

1.2 高齢者福祉の施策

本項では、高齢者福祉施策の歴史をふりかえりつつ、現状浮かびあがってきている施策的課題について明らかにする。

1.2.1 施設中心から地域・在宅福祉への転換

はじめに戦後から2000年介護保険制度施行までの高齢者福祉施策の変遷をいくつかの時代に分節しながら、どのような過程を経て地域・在宅福祉へと施策が転換してきたのかをふりかえる。

a) 高度経済成長と社会構造の変化(1950年～1960年)

戦後の混乱が収束に向かいつつあった50年代、福祉の再重要課題は生活困窮者対策であった。日本は、GHQの指導を受けつつ、1946年に生活保護法(旧)、1950年に生活保護法(新)を制定したが、その主内容は第1に憲法の生存権の理念に基づく生活保護の保障、第2に国民は一定の要件をみたせば差別なく保護を受けられること、第3に保護の水準を健康で文化的な最低限の生活維持に足るものとしたことであった。その時期は、高齢者のための施策も救貧的な対応であり、養老院が貧困な高齢者を保護するために存在していた。

50年代後半となると、高度経済成長期を迎え、国民の生活水準は向上し、生活困窮者は減少したが、同時に社会構造も大きく変化しつつあった。多くの労働者が都市に集中し、都市の過密化が起こる一方、農村は過疎化する。家族形態は変化し、今まで子や老人を扶養してきた家族の機能が低下すると同時に、地域共同体も崩壊して行った。したがって、社会福祉もそれまでのように貧困だけに対応しているわけにはいなくなってきた。

b) 選別的・救貧的福祉から普遍的福祉へ(1961年～1969年)

この時期社会福祉は救貧的なものから普遍的なものへと拡大された。低所得層の医療保険の未加入と健康悪化などの問題から、まず医療保健制度の確立が望まれ1961年に国民皆保険が実施となった。又、同時に高齢者の増大と老後の生活に対する不安から皆年金が実現された。ここに高齢者の「経済的な扶養」が保障されたのである。続いて1963年には、老人福祉法が制定された。高度成長に伴い、核家族化による扶養機能の低下などから高齢者のニーズが多様化し、老人福祉施策は生活保護法から独立した領域として確立する必要性がでてきたのである。高齢単独世帯や高齢夫婦世帯の増加は、もはや家族内での介護が限界に達している

表 1-2 高齢者福祉施策の歴史 参考: 文 1-39) 文 1-40)

	年	高齢者福祉主要施策	居住系施策	在宅系施策
戦後の混乱期が収束に向かい、国民生活の水準が回復。 高度成長期 1. 生活構造の都市化 2. 都市の過密化と農村の過疎化 3. 核家族化の進行と扶養機能の低下 4. 地域共同体の崩壊	1950	生活保護法(新)		
	1951	社会福祉事業法		
	1961	国民皆保険・国民皆年金体制へ		
選別的・救済的福祉から普遍的福祉へ 高齢者問題の顕在化。生活保護法だけでは対応不可能に。	1962	老人福祉法	特別養護老人ホーム/養護老人ホーム/軽費老人ホーム/有料老人ホーム	ホームヘルパー(要保護層) 老人クラブ
	1963	すべての老人の福祉ニーズを対象に。国および地方公共団体の措置義務の明確化		
	1965			老人福祉センター 老人憩いの家・老人休養ホーム 日常生活用具給付事業
	1969			
施設の量的整備による福祉 高齢化社会の仲間入り 女性の社会進出 オイルショック 高度経済成長の終焉	1970	社会福祉施設緊急整備5ヵ年計画		
	1973	老人福祉法一部改正 老人医療費無料化を制度化		
	1978			ショートステイ デイサービス 訪問サービス ホームヘルパー(所得制限廃止) デイケア
	1981			
	1982	老人保健法 医療費一部自己負担の導入、予防医学		
	1985	国民年金法、厚生年金法改革 全国民共通の基礎年金制度		
地域福祉・在宅福祉の時代へ	1986	事務事業整理合理化法 特養の入所権重権が国の権限から都道府県・市町村へ	シルバーハウジング	
	1988		老人保健施設 ケアハウス/高齢者生活福祉センター シニア住宅	
	1989	ゴールドプラン 福祉八法改正		在宅介護支援センター/単独ショートステイ/単独デイサービス
	1990	①在宅福祉サービスの法制化②市町村への福祉施設入所権限の移譲③老人保健福祉計画の策定義務化など、市町村を基盤とする福祉行政の実施体制の整備		
	1991			老人訪問看護
	1994	新ゴールドプラン		
	1997		集居性高齢者グループホーム/グループリビングモデル事業 生活支援ハウス/高齢者向け優良賃貸住宅	
	1998	特定非営利活動促進法の制定 ゴールドプラン2)		
措置から自己選択の福祉へ	2000	介護保険制度 福祉と医療のサービス一体化 社会保険へ 権利としての福祉サービス利用 民間活力の活用	介護療養型医療施設	
	2002		小規模生活単位型特別養護老人ホーム 高齢者向け優良賃貸住宅の特定施設認定 PFI型ケアハウス	

ことを示し、老人福祉法では特養、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームが制度化され、すべての高齢者を対象に「施設による福祉」が展開されることとなった。

c) 施設の量的整備による福祉 (1970年～1977年)

1970年、日本は高齢化社会の仲間入りをし、進行する高齢化に対応すべく、社会福祉施設緊急整備5ヵ年計画にて急速な施設の整備が進められた。また高齢者が金銭的な理由から十分な医療を受けていないという指摘から、1973年には老人医療費が無料化される。このように70年代前半は、好景気をバックに社会福祉の充実が様々な形で実現した時代であった。

d) 「福祉見直し論」(1978年～1985年)

しかし1970年代後半になるとオイルショックと財政危機に伴い、福祉予算の見直しを迫られることとなり「福祉見直し論」が

台頭してくる。それは、それまでに打ち立てられた公的責任の原則に基づいた公的機関主体の福祉サービス供給システムを見直すもので、家族や民間企業の役割を積極的に見直し、サービス供給主体の多元化をはかろうとするものであった。これは「家族介護力への期待論」につながる事となる。一方同時期に施設収容主義の見直しや施設の社会化が叫ばれ、家族介護論と呼応する形で1978年にショートステイ、1979年にデイサービスといった在宅介護の礎となるサービスが制度化された。

d) 地域福祉・在宅福祉の時代へ (1986年～1999年)

1986年、特養の入所措置権が国から都道府県・市・福祉事務所のある町村に委譲されたのを皮切りとして、この時期は福祉の地方分権化が進められた。1990年の福祉8法改正では、さらに地方小自治体へ措置権が委譲され、老人保健福祉計画策定の義務化が示され、住民により近い市町村が保健福祉サービスをとりまとめ、計画・実施をしていく方向性が打ち出された。ここに地域福祉の礎が作られたといえる。

一方1989年にはゴールドプランが策定され、1999年までの10年間の在宅福祉と施設福祉の具体的な整備目標が数値で示された。そこでは特に、訪問介護・短期入所生活介護・通所介護を在宅3本柱として重点的に拡充していくことが示され、在宅福祉の重要性がクローズアップされた^{註1-7)}。加えて1991年には老人訪問看護も新たに制度化され、在宅4本柱として一翼をになうようになった。この時期、社会福祉が在宅福祉・地域福祉推進をめざす時代へと転換したことが明らかである。

1994年の新ゴールドプランは、ゴールドプランの数値目標の全面的な見直し案として策定された。そこでは、①利用者本位、自立支援②普遍主義③総合的サービス④地域主義という基本理念が掲げられ、ますます在宅福祉、地域主義が強調された。さらに1999年のゴールドプラン21では、介護保険の導入という新たな状況をふまえ、具体的施策として、①介護サービス基盤の整備②痴呆性高齢者支援対策の推進③元気高齢者づくり対策の推進④地域生活支援体制の整備⑤利用者保護と信頼できる介護サービスの育成⑥高齢者の保健福祉を支える社会的基礎の確立、を目指した。

ゴールドプラン、新ゴールドプラン、ゴールドプラン21は在宅福祉、地域主義、自立支援といった通底理念のもとに介護保険につながるものとして展開されたのである。

e) 措置から自己選択の福祉へ (2000年～)

2000年には介護保険制度が施行となった。その趣旨は、以下

註1-7)

<ゴールドプランの概要>

I. 市町村における在宅福祉対策の緊急整備—在宅福祉推進十カ年事業

II. 「寝たきり老人ゼロ作成」の展開

III. 在宅福祉等充実のための「長寿社会福祉基金」の設置

IV. 施設の緊急整備—施設対策推進十カ年事業

<新ゴールドプランの概要>

I. 緊急に行うべき高齢者介護サービス基盤の整備目標の引き上げ

II. 今後取り組むべき高齢者介護サービス基盤の整備に関する施策の基本理念

①利用者本位、自立支援

②普遍主義

③総合的サービス

④地域主義

<ゴールドプラン21の概要>

基本目標：

I. 活力ある高齢者像の構築

II. 高齢者の尊厳の確保と自立支援

III. 支え合う地域社会の形成

IV. 利用者から信頼される介護サービスの確立

取り組むべき具体的施策：

①介護サービス基盤の整備

②痴呆性高齢者支援対策の推進

③元気高齢者づくり対策の推進

④地域生活支援体制の整備

⑤利用者保護と信頼できる介護サービスの育成

⑥高齢者の保健福祉を支える社会的基礎の確立

のようなものである。

高齢者介護は従来、老人福祉と老人保健の2つの異なる制度のもとで行われ、総合的サービス利用という面で課題があった、又、①老人福祉では、行政がサービスの種類、提供機関を決めるため利用者がサービスの選択を自由に行えない②老人保健では、いわゆる社会的入院の問題、とそれぞれの課題もかかっていた。そこで、老人福祉と老人保健の両者を再編成し、社会保険方式の仕組みを創設し、利用者の選択により保健・医療・福祉にまたがる介護サービスが総合的に利用できるようにしたのが介護保険制度である。最も大きな変化は、福祉が措置であり費用が税金によっていた形から、保険負担者の権利としてサービスを自己選択することとなった点である。加えてNPOなどの民間活力が大きく取り入れられたことも大きな変化と言える。

以上、2000年介護保険までの高齢者福祉施策の流れを俯瞰してきた。大きな流れは以下のようなものである。

- ①家族・共同体の崩壊と扶養の外部化
- ②高齢者福祉が救貧的なものから、普遍的なものに変わる時代の必然
- ③施設中心の福祉施策
- ④施設の社会化論の高まり
- ⑤財源抑制の必要性→サービス供給主体の多元化
- ⑤高齢者の在宅・地域における自立支援への施策転換
- ⑥介護を受ける権利としての自己選択

変遷を通じて、施設中心主義による福祉から在宅・地域福祉へと施策転換が行われ、さらに高齢者の自立支援・自己選択に重きが置かれてきた状況が分かった。しかし一方では、前項で指摘したとおり依然として施設偏重傾向が続いており、在宅へ移行しきれない現実がある。そこで、上記変遷の中で特に在宅サービスに関する施策に注目し、その理由を考えていく。

1.2.2 在宅サービスの量的な整備

在宅サービスは、1990年頃までにホームヘルプ、デイサービス、ショートステイ、訪問看護といったサービス種類が徐々に制度化されてきたが、その整備・普及が本格的に進んだのは、ゴールドプラン以降であり、新ゴールドプラン、ゴールドプラン21を通じて数値目標が牽引力として掲げられた。図1-12に見取り図を示したが、ゴールドプランまでの段階は、サービス種の創設と量的整備段階だったと考えられる。そこで、昨今、量的整備が

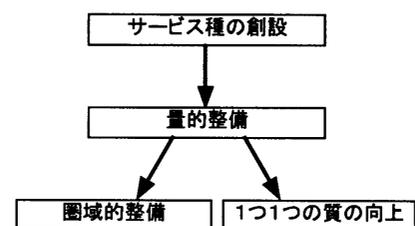


図 1-12 福祉サービスの整備段階

表 1-3 ゴールドプランとサービスの量的整備状況

	ゴールドプラン * 1	新ゴールドプラン * 1	ゴールドプラン 21 * 1	(2001 年実績) * 1	(2003 年実績) * 2	2003 年実績 / ゴールドプラン 21 (%)
目標年度	1999	1999	2004			
在宅系サービス						
訪問介護	—	—	22500 万時間	—	—	—
(ホームヘルパー)	100000 人	170000 人	350000 人	—	151499 人	43%
訪問看護	—	—	4400 万時間	—	—	—
(訪問看護ステーション)	—	5000 力所	9900 力所	4825 力所	5091 力所	51%
通所介護 / 通所リハビリ	—	—	10500 万回	—	10566 万回	101%
	10000 力所	17000 力所	26000 力所	14579 力所	18230 力所	70%
短期入所生活介護 / 短期入所療養介護	—	—	4785000 週	—	—	—
(専用床)	50000 人分	60000 人分	96000 人分	—	—	—
生活支援系サービス						
認知症対応型共同生活介護	—	—	3200 力所	1273 力所	3 665 力所	115%
介護利用型軽費老人ホーム	100000 人分	100000 人分	105000 人分	53665 人分	63037 人分	60%
生活支援ハウス	400 力所	400 力所	1800 力所	—	—	—

* 1 資料：文 1-83)

* 2 資料：平成 15 年介護サービス施設・事業所調査結果の概況、介護給付費実態調査結果の概要（平成 15 年 5 月審査分～平成 16 年 4 月審査分）

いかに進んでいるかを確認するため、表 1-3 にて各プランの掲げている整備目標と 2003 年実績を比較する。ゴールドプラン 21 は 2004 年度時点の整備目標であり、それに対する 2003 年の達成率を見ると、在宅系サービスでは訪問介護・訪問看護で 51% 以下の達成率であった。2004 年までに目標が高水準で達成されたとは考えられず、順調に数値目標量が供給されたとは言い難い。一方、通所サービスについては、回数では既に 101% まで達成がされた。

ここで指摘すべきは、介護保険前までは整備が公費、予算という形で国や自治体によって計画的に行われていたものが、介護保険後は市場性を導入したことで事業者・民間・市場任せの整備の仕組みとなり、国も自治体も整備の計画をすることも予算を組むこともなくなったという点である。目標をたてるものの達成については未知となってしまっている現状がある。

1.2.3 圏域的な整備

上述のように、介護保険制度の市場性も相まって、国全体で量的整備目標を示して達成を待つ方法は行きづまりつつある。そのような状況をふまえ、ここで 5 年を迎えた介護保険制度の見直し改正について、些か時期尚早ながら取り上げておきたい。厚生労働省の社会保障審議会にてとりまとめられた介護保険制度改革案であるが、その骨子は大きく 2 つある。1 つは財源抑制であり、2 つ目は「市町村・生活圏域をもとにした支援」である。ここでは、特にこの 2 つ目について考えたい。介護保険制度では、民間

をサービス提供者に参入させ利用者の自己選択としたことで、良くも悪くも従来市町村単位で措置として圏域で計画・コントロールされてきたサービスがボーダレスになり、市町村の境がサービス境界と一致せず、拠点の地域配置のコントロールが困難になった。今回の改正の流れの中では、既に地域介護・福祉空間整備交付金（厚生労働省）^{註1-8)}と地域住宅交付金（仮称）（国土交通省）^{註1-9)}の制度が国会提出されており、「市町村整備計画」にて市町村が日常生活圏域の設定をし、必要とした整備計画に対する包括的な交付金が設定される予定である。又、地域包括支援センターと地域密着型サービス（いわゆる小規模多機能拠点）^{註1-10)}の創設などが提案されている。これらは、総じて介護保険制度で弱まった市町村の計画力を再強化する方向性といえる。地域包括支援センターは、民間に預けたケアマネジメント機能を、中立的・包括的立場から管理・監督し、行政・保健所・医療機関とネットワークさせていこうとするセンターで、市町村ごとに設置するとされている。又、新設される「地域密着型サービス」は市町村が拠点の指定や、指導監督権限を有し、原則として当該市町村の被保険者のみがサービス利用可能であり、市町村ごとに必要整備計画を定め、これを超える場合には市町村が指定を拒否できるとされている。その特徴は小規模自治体（生活圏域）内にて整備計画を行い、サービス利用を限定する点にあり、介護保険当初にコントロール困難に陥っていたサービス圏域を市町村がコントロールしやすくすることである。例えばこの5年間でグループホームが不適切な立地に急増したことが指摘されるが、それは都道府県という大規模自治体レベルで量的整備目標に基づき地域を限定せずに拠点指定を行ったことに原因があるとされ、今後市町村指定に移ることにより、より適切な地域に適切な数が整備されると期待されている。

ここに、福祉計画がゴールドプランのような量的目標と整備から、小規模自治体による圏域的な整備・コントロールに向かう時代の転換が伺われるのである。

1.2.4 まとめ

以上、施策的背景について概観し、以下の状況を明らかにした。

- ・施策的に地域・在宅福祉の充実が中心課題となって久しい。
- ・しかし、現実には施設偏重傾向が続き在宅に移行しきれていない。今日まで在宅福祉に移行しきれなかった理由は何か。
- ・在宅サービスの拡充は、今日「サービス種の創設→量的整備」の段階まで進められてきた。

註1-8)「地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律」に規定

註1-9)「地域における多様な需要に応じた公的賃貸住宅等の整備等に関する特別措置法案（仮称）」

註1-10) 地域密着型サービスの種類

- ①小規模多機能型居住介護
- ②認知症高齢者グループホーム
- ③認知症高齢者専用デイサービス
- ④夜間対応型訪問介護
- ⑤小規模介護老人福祉施設
- ⑥小規模介護専用型特定施設

- ・しかし、介護保険制度による市場性も相まって、昨今量的整備計画が不能化してきている。
- ・特に地域との関係性を重視する意味からも、今後は量的整備の方法から更に地域に踏み込んで圏域的整備（地域配置）の方法を検討することが求められている。

そこで、次項ではこのような状況に対し、研究者達が今まで何をサポートしてきたのかを顧みることとする。

1.3 高齢期に関する研究

本項では、高齢期に関する研究がどのような課題に取り組んできたかを考え、主に建築計画学において今後の課題としてどのようなことが新たに浮かびあがってきているかについて本研究の視点を論じる。

それにあたり、まず老年学の研究を俯瞰することとする。なぜなら、そこにおける問題設定の視点は少なからず建築計画学の研究に影響を与えているからである。

1.3.1 被援助者としての高齢者像を克服する視点

「老年学とは、エイジングの機制や過程、ならびに高齢者に関する諸現象・諸問題を研究対象とする比較的新しい学際分野である。そのため、社会学、心理学、教育学、福祉学、人類学、政策科学など様々なアプローチから研究が試みられていると同時に、生化学、生理学、生物学などの自然科学からの研究も独自性を発揮している。特に前者の立場を強調する場合には、社会老年学という表現を用いることが多い。一方、医学・医療領域においては老年医学が既に独自の研究領域を形成しており、いまや医学・医療の中でも中心的な研究領域となりつつある。」^{文1-82)}

上記のように、老年学は高齢者に関する研究分野をすべて包括する学問として位置づけられる。それぞれの研究分野は各々に、しかし相互に影響を受けつつ展開されてきており、建築計画学研究もその中にある。ここでは、その同時代意識に焦点をあてていく。

a) エイジズム批判とプロセスとしての老い

1970年代以降、老年学の共通の問題意識は、老いを「連続的な過程」として把握することにあった。それまで老いは本来は連続的に理解されるべきものであるにもかかわらず、元気な段階と介護などを必要とする段階に分裂して社会的に語られていた^{註1-11)}。1968年バトラー^{文1-85)}は高齢者に対する偏見を表す「エイジズム」(年齢差別)という語をつくったが、その頃より分極的なとらえ方の克服が叫ばれ始めた。実社会でも、長寿化のため高齢期が広汎な期間となり、様々なライフスタイルの高齢者、様々な心身機能の高齢者が存在する中で、旧来の「介護を必要とする高齢者」といったステレオタイプに括ることの無意味さが意識されるに至っていた。一方で、医学分野では慢性疾患、身体障害、終末期という治癒不能な問題に直面し、「疾病の治療」といった近代の「医療モデル」では対応できない状況が認識され、「予防

註1-11) 参照 文1-84) p.20

木下は、「元気に動ける段階では趣味や学習などで社会参加することが推奨され、日常生活上の援助が必要になった段階に対しては福祉や医療の論理が発動され援助の対象として理解されている。」と指摘している。

／環境モデル」、「生活モデル」への転換時期にさしかかっていた。このような同時代意識を背景に老いを連続的にとらえようとする研究が主流になっていった。

老年期						統合と絶望 英知
成年期						生殖性と自己没入 世話
成年前期						親密性と孤独 愛
思春期					アイデンティティと混乱 忠誠	
学童期					勤労性と劣等感 才能	
遊戯期					自発性と罪悪感 決意	
児童初期					自立と恥と疑惑 意志	
幼児期	基本的信頼と基本的不信 希望					

図 1-13 エリクソンの心理社会的人生段階
資料：文 1-100) p.35

b) 生涯発達論とライフサイクル研究

老いを連続的過程としてとらえようとする問題意識は、まず老いをライフサイクルの一部とする試みを通して実践された。20世紀の間に発達研究は乳幼児期、子供期、思春期、青年期へと段階的に拡大され、1970年代には成人期、老年期にまでひろがりをみせたが、先行してエリクソン (Erikson) は「発達」概念を生涯全般に拡張していた。エリクソンの「人間発達理論」^{文 1-100)} は人生を8段階に分類し、各段階毎の発達課題と危機をまとめつつ、段階を経ながら発達していく人生像が描写されており、その最後にあたる老年期については「絶望と統合 (integrity)」の時期として、老いや衰えなどに伴う数々の絶望を経験しながらも言わば集大成として人生を統合する時期と位置づけていた。このエリクソンの研究は生涯発達研究に大きな影響を与え、1970年代は成人期や老人期の実証的研究も盛んになった。心理学ではレビンソン (Levinson, D. J.) の4段階説^{文 1-90)}、家族社会学ではヒル (Hill, R.) の九段階説などがある。特にレビンソンの4段階説には、次の段階への移行に伴う「過渡期」がそれぞれ4～5年ずつ示されており、その「過渡期」への注目が後の発達心理学の研究に引き継がれている。

一方、追ってライフサイクル研究そのものに対して主に社会学分野より別の新たなアプローチが提起された。ライフサイクル研究は、成長・成熟・老衰といった人間の生理学的な加齢過程か、あるいは結婚・出産・子の自立といった家族のライフサイクルに規定され、個人や家族の内側の変化に集中して外部で起きた変化の影響を無視する傾向があった。ゆえに多彩な生き方や、社会変動・歴史的影響を理論に組み込むのが難しく、そこにライフサイクル理論の枠組みの限度が指摘されるようになったのである。

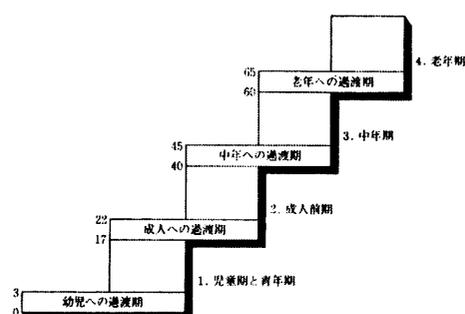


図 1-14 レビンソンの4段階説
資料：文 1-90) 出典：文 1-91) p.8

c) ライフコース研究

対して注目されるようになったのは、ライフコース研究である。ライフコースは、エルダーによって「個人が年齢別の役割や出来事を経つつ迎える人生行路 (pathway) をさす」^{文 1-86)} と定義され「個人的な変化の過程であり、乳児期から老年期・死にわたり、自分史的出来事 (biographical events) と社会的出来事 (societal events) との相互作用の結果もたらされる」^{文 1-87)} とされる。即ちライフコースは社会的出来事によって一方的に形成されるもの

でも、個人が完全に自由に作り出せるものでもない。

ライフコース研究は当初コーホートによって切り開かれた。コーホートは元来、人口学の出生・結婚などの同時発生集団をさし、それを用いることで、分析にどのような生涯・歴史を経験しているかといった社会変動の影響を反映することができた。ただし、コーホートは個人的な人生に社会的な共通性を見いださんとするあまり、個の差異を埋没させがちであるため、次第と個々のライフスタイルを分析することが強調されるようになった。

d) 社会学における「物語の視点」

プラスは人が文化的標準を手がかりとして人生をすすむ際に身近な「他者」註1-12) たちによって導かれることを指摘し、そのような身近な他者を、彼と並んで人生を走り共に老いる人々として「道づれ」(convoy) と呼んだ文1-89) 註1-13)。人生をともに旅していく人々との持続的なかわりや、そのかわりの中で生じる関係の累積を含意し、人間関係の歴史に注意を促し、ライフコース研究の新たな展開を示したといえる註1-14)。近年の社会学分野では、高齢期を個に準拠点を置きつつも、「他者」とくに重要な他者(道連れ)との関係性の視点から把握していき、方法論的には高齢者の語る「物語」を通して説明しようとする試みがみられる。同じ視点でケアを見つめれば、それもまた本質的に人(高齢者)と重要な他者(介護者)との相互交換の「物語」の中に置かれており、一方的/受け身的なものとして理解されるべきでないことが社会学の言説にあらわされてきた。

e) 発達心理学における「危機的人間-環境移行」

先に述べたように、エリクソンはライフサイクル8段階別に「発達課題と危機」を提示し、レビンソンはライフサイクルにおいて次の段階への移行期を「過渡期」として提示したが、それは発達心理学分野では、人生の中の主たる移行や危機に個人がいかに対処するかという「人生移行 life transition」「危機的移行 Critical transition」に関する研究へと発展した。ワプナー(Wapner) 文1-91) は危機的移行を「人間-環境システムの急激な崩壊」と定義している。その理論は、次のようなものである。

- ・人間と環境は相互に影響し合いながら分ちがたい1つのシステムを形成している (transactionalism)
- ・安定していた人間-環境システムが発達の要因や環境の変化によって均衡が破れ、新しい人間-環境システムを形成しなければならないような移行を危機的移行という
- ・人は生まれてから死ぬまでに様々な変化(人生移行)を体験す

註1-12) 社会学の自己と他者に関する重要な概念提示をいくつか挙げれば、ジェームズ (James) による「社会的自己」、クーリー (Cooley) の「鏡映的自己」、又、ミード (Mead) の社会行動主義の提唱などがあげられる。ジェームズ、クーリーの概念は「自己という個人にとって中核となる心理さえも他者の影響のもとに規定されている」ことを指摘し、ミードの概念は「人間の反応や行動は内面の心理に大きく規定されている、さらにその内面の心理はまったく私的なものではなく、他者との関わり合いを通じて他者と同一の反応を自分の中に取り込むことによって、いわば社会を内面化することによって形成されている」とするものである。

註1-13) ここでの convoy はソーシャル・サポート研究におけるコンボイモデル (Kahn & Antonucci, 1980) と近い概念を共有しているものの、違うものである。

註1-14) 参考：文1-88) p.13

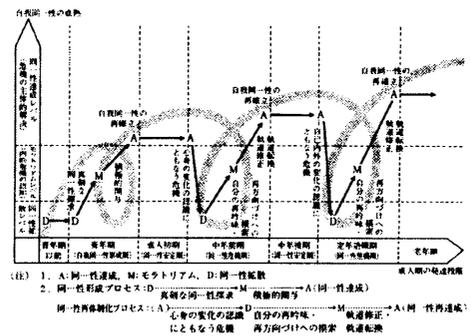


図1-15 岡本の自我同一性のラセン式発達モデル

出典：文1-91) p.301

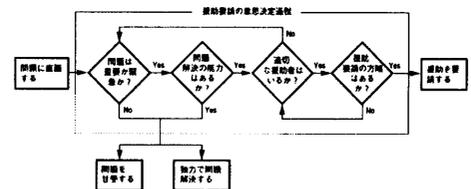


図1-16 相川の援助要請の生起過程モデル

出典：文1-94) p.119

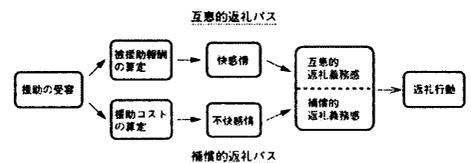


図1-17 西川の被援助者の反応過程モデル

出典：文1-94) p.130

ここで着目されたのは「愛着」の概念である。愛着の研究は、母子関係の発達の研究から始まるが、その後、生涯にわたる発達をとらえる必要性から、カーンとアトヌッチのコンボイモデル（図1-20）などが示されるなど「愛着」の概念が高齢期まで連続したものとして探求されようとしている。ソーシャル・サポート研究には、その他ボランティア、セルフヘルプグループに関するものなどがみられ、「助けることは助けられること」といった互恵的な関係の研究が様々な実践的な場面で考察されつつあり、少なからず高齢期にまつわる「ケア」の考え方に示唆を与えている。

1.3.2 建築計画学における高齢期の研究

建築計画学研究は、心理学、社会学などの流れと並行して進められてきた。前項では老年学が1970年代以降、「分極的な高齢者像の克服」から「プロセスとして老いを捉える」ことを課題としてきた様子を示したが、建築計画学分野でも、1980年代半ば、同じ問題意識を背景として研究の姿勢が大きく転換した。

当時、心身の障害度に対応して施設機能を固定的に設定していく分類収容的な施策が批判され、大原によって、それを追従する研究姿勢も一体主義として批判された^{註1-17)}。つまり、高齢者の心身の障害レベルに対処する形で施設種類を増やしていく施策によって、高齢者が心身状況の変化のたびに相対する施設へ転居せねばならないような状況、そこでは高齢者自身の人生の望むべき連続性は無視され、本人の意志とかけ離れたところで居住の場が決定されていってしまうということが批判されたのである。それ以後、人生・高齢期を一体のものとして捕らえ、より連続的に「暮らし-住まい」のあり方を提案していくことが建築計画研究の根本姿勢となっていった。

人生・高齢期を連続的にとらえようとする時、近年の建築計画学研究に多大な影響を与えてきた概念が前出（1.3.1 e)）の発達心理学における「危機的人間-環境移行」の理論である。高齢期の施設への転居は「人間-環境」システムの均衡がくずれ危機的移行とされているが、建築学研究者はその理論をてこに問題解決に向かった。その際、ロートン（Lawton）の高齢者の能力と環境圧力のモデル^{文1-101)}も参照され、身体能力の低下など様々なことから対処能力が低下する高齢期に「転居」が高齢者の対処能力を超えた危機的移行となってしまうことが問題視されてきた。

高齢期の転居が危機的移行であり、しばしば高齢者の生活の連続性に多大な影響を与えることが認識されると、それに対し建築計画学では様々な形でその危機的移行のインパクトを和らげるた

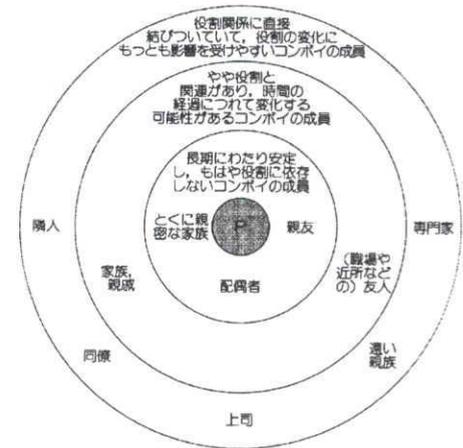


図 1-20 カーンとアトヌッチのコンボイの仮説的例示

資料：文1-97) 出典：文1-95) p.111

註1-17) 分類収容的な施策について松原^{文1-75)}は「施設の種類の多様化と分類処遇／分類収容の進行」と批判し、大原^{文1-11)}は「既存の枠組みや機能分化を前提としてさらに分析的に機能を捉えようとする研究態度」として研究もその分類収容的な姿勢を追従していると批判した。

めの提案が行われた。提案の方向性を、大別すれば以下のようになろう。

- a) 転居（危機的移行）に伴う、環境変化の落差を小さくする。
 - a-1) 生活の連続性を考えて、転居前の「住まい」との落差が少ない施設内環境を提案する。
 - a-2) 施設の立地する地域を転居前の「住まい」と同じ地域内とすることで、居住地域における環境（物理的環境、人的環境など）との関わりの分断を防ぐ
- b) 転居（危機的移行）そのものを少なくする

過去の研究蓄積をみていくと、a-1)の研究^{文 1-15 ~ 1-20, 1-22)}などが多い。a-1)の研究は転居前後で「人間-環境」システムがどのように変化するか/移行後にどのように「人間-環境」システムが再構成されていくかを分析することで、どのような環境であれば「人間-環境」システムの再構成がスムーズに行くかを建築的に提案するものである。これらの研究の蓄積によって、小規模生活単位型特養が制度化されるなど、施設に転居をする高齢者にとって、従前の住まいと施設の間にある環境の落差は以前より小さくなってきていると言えよう。次に、a-2)に関する研究としては、施設居住者と地域の関わりについての研究^{文 1-15, 1-69, 1-96)}がいくつかあり、一方で在宅高齢者と地域の中の「人間-環境」システムを解明することを通して「いかに居住地域における環境との関わりの分断を防ぐことができるか」を逆照射しようとする研究もみられる。例としては高齢者の地域生活/人的交流について分析するもの^{x 1-12, 1-13)}、まちづくり活動の可能性の検証^{文 1-14)}などが挙げられる。

ところが、「b) 転居そのものを少なくする」ことを取り扱う研究は数少ない。結果として、転居をハードルにたとえれば、全体として一つ一つのハードルは低くなりつつあるが、飛び越えなければならぬハードルの数は減っていない。25年前の大原らの指摘にもかかわらず、依然として施設種類は増え続けている。そして個人差はあるものの「在宅→グループホーム→特養」などといった高齢期の転居ルートが、今も存在している^{註 1-18)}。

転居そのものを少なくするためには、あるいは高齢期の一体性を獲得するためには既存の施設種別を横断するヴィジョンが求められよう。

1.3.3「建物-サービス」一体モデルの解体

そもそも高齢期に人はなぜ転居をしなければならないのか。そこには様々な理由があろう。住環境や人間関係を求めて転

註 1-18) 表 1-4 からは、グループホームに入居した高齢者の約 7 割がグループホームで亡くなるのではなく施設か病院にさらに転居していることがわかる。

表 1-4 東京のグループホームの入退居状況 資料：文 1-21)

		入居前	入居	退居先
自宅	家族同居	43.8	グループ ホーム	14.4
	独居	19.5		1.1
施設		22.9		32.2
病院		12.2		38.9
死亡				13.3
その他		0.9		0

居する場合もあるが、問題視されるのは「ケアサービスを原因とする転居」である。この問題に対して建築計画研究はどのような独自提案を行い得るであろうか。

ケアサービスを原因とする転居から解放され、高齢者が人生を自己選択のもとにより連続的に過ごして行くためには、在宅、施設といった枠組みを超えて、様々な高齢者のニーズに横断的に対応していく包括性を備えたサービスが提供されていくことが重要と考えられる。ここにおいて、「建物サービス」一体モデルはサービスの柔軟性を妨げる障壁といえる。即ちA施設に住まわなければAのサービスは受けられないというセット構造が転居を招くのだが、それは徐々に解体されて行き、A施設にしようが、B施設にしようが、C住宅にしようが、ABCのサービスが受けられる、というような建物とは分離したサービスのあり方が求められよう。

現在、日本のケアサービスのシステムでは、特養・老健・介護療養型・グループホーム・特定施設が、施設固有のサービス（「建物サービス」一体）を提供している（図1-21、表1-5）。参考としてデンマークの例を見てみると（図1-22）、現在全ての建物で共通の在宅サービス基準に添ってサービスが行われている。（ただしプライエボリについては実質職員が常駐する形。）同様に、日本においても施設・在宅で同じ規定のもとにサービスが提供され、全ての建物において高齢者が生活継続をしていくに見合ったサービスが一貫して提供される形が望ましいと筆者は考えるが（図1-21の提案図）、それには何よりも在宅サービスの充実が不可欠と言える。

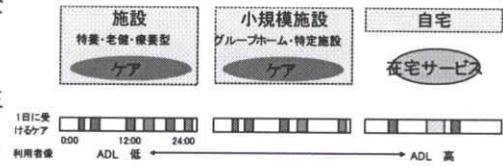
通常、一般の人は自分の住みたい町、家の大きさ、職場からの距離など様々な要素をもとに自分の「住まい」を選択し、転居をする。ところが、高齢期に身体状況が低下すると、今までどおりの「住まいの選択」の方法に、突如として「ケアサービス」というものが大きなファクターとして影響を与えるのである。生活をしていくために「ケアサービス」が必要不可欠になると、大きな家に住みたい、山の見

表 1-5 建物種別と対応する介護保険のサービス 参考：文1-23)

	介護保険におけるサービス種別	サービス名称	建物種別
在宅と同等の扱い	居宅介護サービス	訪問サービス、通所サービス、短期入所など	高齢者向優良賃貸住宅、シルバーハウジング、有料老人ホーム（住宅型、健康型）、ケアハウス（非特定施設）、軽費老人ホーム、生活支援ハウス
特定施設	居宅介護サービス*	特定施設入所者生活介護	特定施設として指定を受けた、ケアハウス、有料老人ホーム
認知症高齢者グループホーム	居宅介護サービス*	認知症対応型共同生活介護	認知症高齢者グループホーム
施設	施設介護サービス	介護療養施設サービス／介護保健施設サービス／介護福祉施設サービス	介護療養型医療施設／老人保健施設／特別養護老人ホーム

* 認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護を受ける人は、居宅療養管理指導以外の在宅サービスは保険給付されない。

現在



提案図

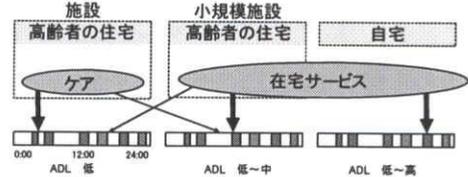


図 1-21 施設とケアの関係（日本）

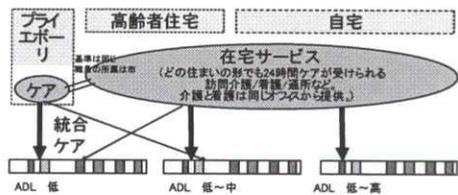


図 1-22 施設とケアの関係（デンマーク）

えるあの町に住みたい、などといった人として普通の住まいに抱く希望をあきらめてでも「ケアサービス」が提供される場所を選択せざるを得なくなる。「ケアサービス」というファクターが出てくると途端に「住まい」の選択幅が狭くなってしまふ、これが今までの状況である。しかし、どこに住もうが十分な「ケアサービス」が受けられるようになれば、住まいの選択幅は「ケアサービス」によって制限されなくなり、個々に自由に「終の棲家」を構想することができるようになるであろう。

このような状況から、建築計画研究も「建物ーサービス」一体モデルの研究から、「建物ーサービス」分離モデル、あるいはサービス単体モデルからハードを見直す研究に展開して行くことが求められる。そしてその根底として在宅サービスの充実に目を向けた研究が欠かせないと筆者は考えるのである。

1.3.4 現象の中の「建物ーサービス」分離モデル

前項では「建物ーサービス」分離モデルの必要性について述べてきたが、実は「建物ーサービス」の分離は、先駆的ケアの現場にて徐々に試行されつつある。ここではそのような現象に触れることとする。

a) 宅老所・逆デイから小規模多機能

現在話題になっている宅老所・逆デイから小規模多機能への動きであるが、天田^{文1-81)}の解説を参考にそれらを見つめれば、その流れは利用者のニーズに応える中で、「建物ーサービス」一体モデルを回避・逸脱しようとする動きに他ならない。

「宅老所」は介護保険前から地域の高齢者や介護者の声を直接反映する中で生まれてきたもので、高齢者の幅広いニーズに応えるべく「通えて、泊まれて、家にきてくれて、いざとなったら住むこともできる」ことを小さな建物で自主的に行っていた。介護保険後は「通えて」と「家に来てくれて」の部分については介護保険の在宅サービスの指定を受け、「泊まり、住む」部分を自主事業とすることで、この「通い、泊まり、家に来て、住む」の形を維持しているところが殆どである。もし「泊まり、住む」の部分を介護保険の施設規定にのせようとした途端に施設扱いとなり在宅サービスが利用できなくなる、そもそもは「通えて、家に来てくれて」の在宅生活のサポートが基本である、といったことから宅老所は施設化を避けて自主事業として「泊まり、住む=家」を提供することを選択したのである。つまり、「建物ーサービス」一体モデルの回避である。

他方「逆デイ」は施設入居者が地域の在宅サービス、特に家庭

的な通所サービスを利用できないといった閉塞感、「建物サービス」一体モデルの弊害を打破すべく、施設が通所サービスに似たものを地域の中で自主的にはじめた動きである。

以上のとおり、宅老所、逆デイはいずれも利用者のニーズに寄り添う中で「建物サービス」一体モデルを逸脱しようとする試みであり、特に通所サービスを基軸として展開されている。

b) 在宅サービスをもちいた共同居住

「建物サービス」分離モデルを占う動きとして、いま一つ共用リビングをもつ共同居住型の集合住宅にて、在宅サービスを利用しつつ、常駐スタッフも有する事例について言及しておく。一つは「ぼちぼち長屋」^{註1-19)}であり、居住者は在宅サービスを利用して生活をしているが、全員の訪問サービスの時間をつなぎ合わせるかたちで、職員が1人は常駐する姿を実現している。今ひとつは「グループハウス尼崎」^{註1-19)}での試みがあり、ここでも基本的には入居者は在宅サービスを利用して生活をしているが、加えて一人の職員が24時間常駐している。その常駐費用は自治体の介護予防特別事業費と住民の負担(1人8000円程度)で賄われている。これらの取り組みの特徴は、いずれも介護保険の在宅訪問サービスをうまく利用することで、介護三施設に似た常駐職員による見守り・安心感を実現しようとすることであり、建物種別を超えた在宅サービスの一形態の今後を占うものとして注目される。

註1-19)「ぼちぼち長屋」については文1-24)、「グループハウス尼崎」については文1-25)に詳しい。

「a) 宅老所・逆デイ」「b) 在宅サービスをもちいた共同居住」の動きには現象として、施設固有のケアと在宅サービスが融合・相互交換していく萌芽と見てとられ、いずれもケア現場から既存の施設種別を横断するヴィジョンが突きつけられているのである。

1.3.5 まとめ

本項では、老年学、建築計画学の変遷を見つつ、筆者の考える今後の課題を示した。以下に要点をまとめる。

- ・老年学のこの50年の歩みは「老いをプロセスとして捉える」試みであり、その中で生涯発達論が重要な役割を果たしてきた。
- ・建築計画学でも、老年学の影響を受けて分類的な施設収容が批判され、より連続的に高齢期の住まいを考える視点から転居問題が提起された。
- ・上記の問題提起に対して、従前の建築計画学では、施設ごとに転居に伴う環境変化の落差を小さくする研究に力が注がれ

る一方で、転居そのものを減らす研究は少なかった。今後は施設種別を横断するヴィジョンから転居を減らす提案も必要である。

- ・問題視される転居原因は「ケアサービスの欠落」である。これを克服するには、どこに住もうが十分なケアサービスが受けられるようになることが必要であり、現状の「建物－サービス」一体の固定的なサービス形態が障壁になっている。
- ・ケア現場でも「建物－サービス」分離の先駆的实践が出てきており、今後は「建物－サービス」分離モデル、サービス単体モデルからハードを見直す研究が求められる。
- ・「施設－サービス」分離モデルを根底で支えるのは在宅サービスの充実であり、通所サービスの問い直しが進む中、訪問サービスについてもより一層の充実が必要である。

1.4 研究目的・方法

1.4.1 研究の視点

前項までに記してきた様々な背景と筆者の考えを要約すると以下の3点となる。

- a) 今後、日本の高齢者の家族世帯構造は、子同居世帯から単独世帯・高齢夫婦世帯中心に変化する。そのような流れの中で、在宅生活を望む高齢者の期待に添おうとするならば、在宅訪問サービスのニーズはさらに高まるであろう。そして訪問サービスが在宅生活を十分に支え得るものになるためには、サービスが柔軟かつ対応力のあるものに成長する必要がある。(1.1項)
- b) 上記のような状況に対して、今までの高齢者福祉施策がどのように展開されてきたかを見れば、その施策方針は施設中心の施策から地域・在宅中心の施策へ、更に自立支援・自己選択へと転換してきている。しかし一方で、実情としては依然として施設偏重傾向が続き、在宅福祉に移行しきれていない。その理由を探るべく在宅サービスの整備状況を見てみると、現在はサービス種の創設と量的整備の段階まで進められたところであり、今後は量的整備の考え方から転じて、圏域的な整備の方法を模索すべき段階に至っている。(1.2項)
- c) 一方、高齢期に関する研究分野では今までどのような提案がなされてきたか。この4半世紀、老年学全般を通して「分極的な高齢者像を克服する」ことを課題とし、「人生と一体の連続した高齢期」について問われてきた。建築計画学でも、施設転居が高齢期の一体性を損ない得る危機的移行であるとして転居問題と相対してきたが、そもそも問題となるケアサービスを原因とする転居が「建物ーサービス」の一体化によって引き起こされていると考えれば、今後は「建物ーサービス」が分離したモデルでの、建物種別に捕らわれない、普遍的なサービスの提供が望まれる。そしてその根底をなすのは在宅サービスであると筆者は考える。(1.3項)

これらの背景・問題意識より、本研究は、在宅サービスの充実のために示唆を得ることを目標とする。在宅サービスとして大きく分けて訪問サービスと通所サービスがあげられるが、通所サー

註 1-20) 公的在宅サービスを扱う研究には、通所施設に関するもの^{×1-26,1-30 ~ 1-33)}、介護保険制度施行以前に訪問サービス整備目標を示すもの^{×1-27 ~ 1-29)} などが見られる。

ビスに関する研究が既にいくつか見られる一方で、訪問サービスに関する建築計画学からの提案は少ない^{註1-20)}。ケア実践の場においても通所サービスの見直しが進んでいる一方、訪問サービスについてはさほどメスが入っていない。そのような事情から、ここでは特に訪問サービスに着目することとする。

訪問サービスについて建築分野から提案を行う場合、その中心的な視点は地域配置（圏域）問題となるであろう。訪問サービスを充実させることを考えるときに、一つ一つの介護の所作について論じることは我々の得意とするところではない。又、訪問サービス事務所の建築形態も直接高齢者とは殆ど関わりがないことから主題とは言えない。1人1人のヘルパーの介護の所作を超えた次元で、高齢者へ届けられるサービスに影響を与える要素は、サービス拠点と高齢者宅がどのような地理的關係にあるのか、あるいはサービス拠点がどのような地域を対象としてサービスを展開しているのかといった要素であろうと考え、特に地域配置問題を研究の対象とする。

1.4.2 既往研究と本論文の位置づけ

訪問サービス拠点の地域配置に関する既往研究は数少ない。まずその蓄積の少なさが問題であるが、ここでは各々についてレビューしつつ残されている課題について考える。

既往研究中、郭ら^{文1-34)}は、訪問介護5拠点について、職務時間のサービス構成要素毎の所要時間割合を調査しており、その平均値は全職務時間中、サービス本体時間が36%に対し移動時間が25%という結果を示した。いかに移動時間が大きいかが理解される。又、黄ら^{文1-35, 1-36)}は経営分析として、移動コストと人件費の関係性について論じている。泉ら^{文1-37)}は、訪問サービスの経営評価モデルを用い移動コストも考慮に入れ、仮想地域と宮城県内6自治体についてシミュレーションを行い事業採算性の検討を行っている。人口密度が低い地域では利用者間距離が広く、移動コストがかかるために採算がとりづらい地域が出てくる実態がシミュレーションから求められている。事業採算を取るためには1拠点の担当する利用者数が約50人に達するか達しないかが赤字か黒字かの境となっていると結論づけられている。しかし、ここでは現時点の訪問サービス利用実態の平均値がシミュレーションの基本値として用いられており、今後の訪問サービスの質向上のための提案には言及されていない。一方、柿沼ら^{文1-36)}は某拠点が地域サテライト経営^{註1-21)}を行う前と行った後で移動時間が削減された実態を報告している。以上が当該テーマを直接的に扱

註1-21) サテライト経営とは、拠点の支所のような場を設けること。支所には職員の休憩所や事務作業のスペースなどが設けられる。

う研究の殆どであるが、経営上の分析が多く、サービス拠点の地域配置と、高齢者が利用するサービスの関係性についての解明が十分であるとは言い難い。既に論じてきたとおり、訪問サービスの拡充は他のサービス、ひいては高齢者居住建物の計画にも大きく関係する事項であろうことを考慮すると、より詳細な研究の蓄積が求められていると考える。現状の訪問サービス拠点の地域配置によって、高齢者がどのようなサービスを利用できているのか、その実態と問題点を把握し、そこから拠点の地域配置計画のあるべき姿について論じていくことを本研究の目的としたい。

1.4.3 研究方法

本研究は、以下の4段階の方法をとる。

- a) 訪問介護・看護拠点のサービス提供圏の実態について全国的な傾向を把握する。(Chapter 2)

ここでは、全国の訪問介護・看護拠点のうち、無作為抽出した拠点宛に郵送自記式アンケート調査を行い、その結果から、サービス提供圏サイズについて、拠点所在地の人口密度、あるいは利用者数などとの関係性を軸に分析する。

- b) 訪問介護・看護拠点のサービス提供圏とサービス内容の関係性について考察する。(Chapter 3)

いくつかの拠点事例において、訪問介護・看護拠点のサービス提供圏とサービス内容について詳細な実態を見ていく。日本の数事例(対象事例は上記の全国的な傾向から大きくはずれないものを選択)を取り上げると同時に、在宅福祉先進国とされ、特に小さな地域における福祉サービスに特徴のある、デンマークの訪問介護看護拠点における実態を分析し、両者の比較を通して、サービス提供圏のありかたについて考察する。

- c) 全国の訪問介護・看護拠点の地域配置の現況について分析し、その問題点を明らかにする(Chapter 4)

全国の拠点の現所在をGISで地図上にプロットし、想定サービス提供圏を与えて地域毎の高齢者居住人口との関係性と共にシミュレーションを行うことで拠点配置の地域特性を分析する。

- d) 訪問介護拠点数が少ない地域でのサービスの実態把握を行う(Chapter 5)

c)の研究から、特に訪問介護拠点数が少ない地域が明らかになるが、それらの地域は現状利用者にとってサービス利用が不利であるのみならず、今後整備を行う上でも困難

を伴うことが想像される。そこで、それらの地域で具体的にどのような問題が生じており、どのような取り組みがなされているのか、解決の糸口を探るべくヒアリングを行う。

以上の研究を通して、現状の訪問介護・訪問看護拠点の地域配置状況を様々な角度から把握し、今後の日本の訪問介護・看護拠点の地域配置に関する整備の方向性について示唆を得る。

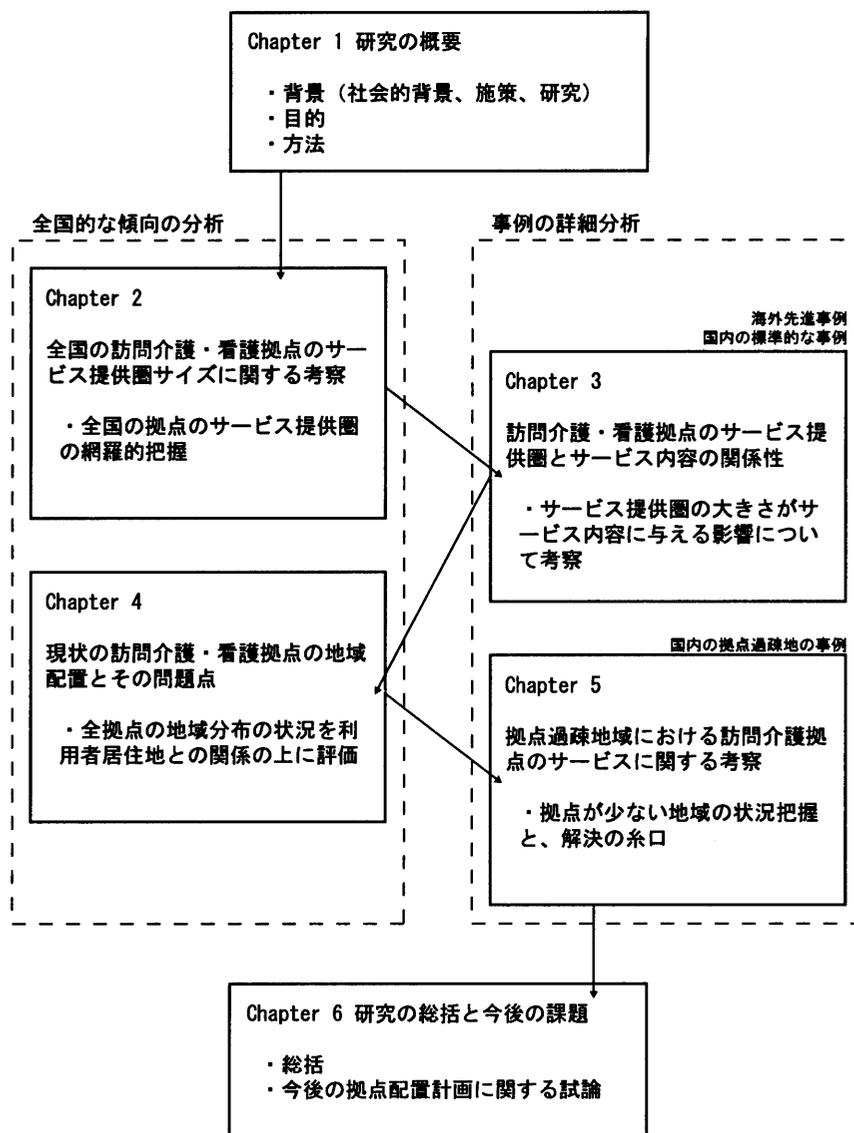


図 1-23 論文の構成

1.5 本研究に関わるその他の背景

1.5.1 在宅高齢者のための福祉サービス

本論において在宅高齢者の生活や、在宅サービスについて論じて行くにあたり、ここに在宅高齢者が利用することのできるサービスをまとめる。公的なサービスとしては、大きく以下4つがあげられる。

- ・介護保険制度によるサービス
- ・介護予防・地域支え合い事業
- ・その他の高齢者福祉サービス
- ・老人保健事業：40才以上を対象に健康診断、健康相談、健康教育、機能訓練、訪問指導など。

加えて、NPOなどによるボランティアサービス等の、民間の有償・無償サービスも在宅高齢者が利用するサービスとしてその役割を果たしている。

a) 介護保険制度によるサービス

介護保険制度によるサービスは、介護認定審査会を経て要介護・要支援と認定された人が利用することができる。サービスには、在宅の高齢者に対するサービスと、施設入居者に対する施設介護サービス（介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス、介護

表 1-6 介護保険制度による居宅介護サービス 参考：文 1-23)

サービスの種類	サービス内容の定義	
居宅サービス	訪問介護	居宅で介護福祉士等からうける、入浴・排せつ・食事等の介護その他の日常生活上の世話
	訪問入浴介護	居宅で、浴槽を提供されてうける入浴の介護
	訪問看護	居宅要介護者等が、居宅で看護師等からうける、療養上の世話と診療の補助
	訪問リハビリテーション	居宅要介護者等が、居宅でうける、心身の機能の維持回復を図り日常生活の自立を助けるための理学療法・作業療法等のリハビリテーション
	居宅療養管理指導	病院・診療所・薬局の医師・歯科医師・薬剤師等からうける療養上の管理と指導
	通所介護	老人デイサービスセンター等の施設に通ってうける入浴・食事の提供、その他の日常生活上の世話と機能訓練
	通所リハビリテーション	居宅要介護者等が介護老人保健施設、病院・診療所でうける、心身の機能の維持回復を図り日常生活の自立を助けるための理学療法・作業療法等のリハビリテーション
	短期入所生活介護	特別養護老人ホーム等の施設や老人短期入所施設への短期入所でうける、入浴・排せつ・食事等の介護その他の日常生活上の世話と機能訓練
	短期入所療養介護	居宅要介護者等が介護老人保健施設・介護療養型医療施設等への短期入所でうける、看護・医学的管理下の介護と機能訓練等の必要な医療と日常生活上の世話
	認知症対応型共同生活介護	比較的安定した状態にある認知症の要介護者が、共同生活を営む住居でうける、入浴・排せつ・食事などの介護その他の日常生活上の世話と機能訓練
	特定施設入所者生活介護	有料老人ホーム等に入所する要介護者などが、サービス内容・担当者等を定めた計画により施設でうける、入浴・排せつ・食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話
	福祉用具貸与	日常生活上の便宜を図る用具や機能訓練のための用具で、日常生活の自立を助けるものの貸与
	居宅介護福祉用具購入費等	福祉用具のうち、貸与になじまない入浴や排せつのための用具の購入費の支給
居宅介護住宅改修費等	手すりの取付け等の、小規模の一定種類の住宅改修費用の支給	
居宅介護支援 居宅介護サービス計画費/ 居宅支援サービス計画費	在宅サービスを適切に利用できるように、心身の状況・環境・本人や家族の希望等をうけ利用するサービスの種類・内容等の計画を作成し、サービス提供確保のため拠点等と連絡調整等を行うとともに、介護保険施設入所が必要な場合は施設への紹介等を行う	

療養施設サービス)があるが、表 1-6 に在宅高齢者に対するサービスをまとめた。

b) 介護予防・地域支え合い事業

介護保険が、要介護・要支援の認定を受けた高齢者を対象とするのに比べ、介護予防・地域支え合い事業はそれ以外の高齢者も対象とする。在宅の高齢者に対する生きがいや健康づくり活動、予防知識の普及などを行うことを目的としており、配食サービスなど高齢者の在宅生活継続の上で大きな役割を果たす事業も含まれている。市町村が事業の実施主体として、その責任の下にサービスを提供し、地域の実情にあわせて利用者・サービス内容・利用料も決定する。なお都道府県は、市町村事業を人材育成などの面から支えるなどの事業に取り組むこととなっている。

c) その他の公的な高齢者福祉サービス

その他の公的な高齢者福祉サービスとして表 1-8 のようなものがあげられる。

d) 民間の有償・無償サービス

介護保険、市町村の介護予防・地域支え合い事業の他に、在宅高齢者が利用できるサービスとして、民間の様々な有償、無償サービスが増えてきている。その種類も量も年々増加しているが、表 1-9 に主なものをあげる。提供主体としては介護系 NPO 団体が大きな役割を果たしている。NPO 団体には介護保険外のこれらのサービスだけを行う団体から、介護保険とこれらの外サービスの双方を提供し、利用者の複雑なニーズに応えようとする団体まで様々である。

表 1-7 介護予防・地域たすけあい市町村事業 参考：文 1-23)

高齢者等の生活支援	1	外出支援サービス事業
	2	寝具類等洗濯乾燥消毒サービス事業
	3	軽度生活援助事業
	4	住宅改修支援事業
	5	訪問理美容サービス事業
	6	高齢者共同生活支援事業
	7	その他の事業
介護予防・生きがい活動支援	1	介護予防事業 転倒骨折予防教室／アクテビティ・認知症介護教室／IADL 訓練事業／地域住民グループ支援事業／足指・爪のケアに関する事業／その他事業
	2	高齢者筋力向上トレーニング事業 専門スタッフによるアセスメント／個別運動プログラムの作成／トレーニング効果等のフォローアップ
	3	高齢者食生活改善事業
	4	運動指導事業
	5	生きがい活動支援通所事業
	6	生活管理指導事業 生活管理指導員派遣事業／生活管理指導短期宿泊事業
	7	「食」の自立支援事業
	8	食関連サービスの利用調整／配食サービス
家族介護支援	1	家族介護教室
	2	介護用品の支給 紙おむつ／尿取りパッド／使い捨て手袋／清拭剤／ドライシャンプー等
	3	家族介護者交流事業
	4	家族介護者ヘルパー受講支援事業
	5	徘徊高齢者家族支援サービス事業
	6	家族介護慰労事業
	7	認知症高齢者家族やすらぎ支援事業
在宅介護支援	1	高齢者実態把握事業
	2	介護予防プラン作成事業
高齢者の生きがいと健康づくり推進	1	高齢者の社会活動についての広報活動等
	2	文化伝承活動、三世交代交流活動等の地域活動振興
	3	スポーツ・娯楽活動、健康促進活動の推進、同好会等の育成および関係団体等との連絡・調整
	4	木工・陶芸・手芸・園芸等の生産・創造活動の振興、市町村高齢者教養講座および中高年者健康生きがい講座等の開催
	5	高齢指導者の活用事業
	6	その他
成年後見制度利用支援		
緊急通報体制等整備		一人暮らしの高齢者の急病・災害等の緊急時に適切な対応をはかるための、住民などへの普及啓発活動や協力員の確保
高齢者住宅等安心確保		安否確認・生活相談等を実施するための計画づくり、連絡協議会の設置、高齢者世話付住宅等への生活援助員派遣により、高齢者の安心を確保する体制づくりを図る
寝たきり予防対策		
健やかで活力あるまちづくり基本計画策定・普及啓発推進		
高齢者地域支援体制整備・評価		

表 1-8 介護保険・介護予防・地域支え合い事業以外の公的な高齢者福祉サービス

在宅介護支援センター	在宅介護等についての相談・助言／介護予防・生活支援サービスの調整・実施／地域ケア体制の拠点
老人日常生活用具給付	電磁調理器・火災警報器・自動消火器の給付、老人用電話の貸与
やむをえない事由による措置	やむをえない事由により介護保険サービスを利用することが著しく困難な人の、訪問介護・通所介護・短期入所生活介護・認知症対応型共同生活介護・福祉用具の提供、特別養護老人ホームへの入所措置

表 1-9 民間の有償・無償サービスの例

サービス種類	内容
ホームヘルプサービス	介護保険制度では規定上行えないような家事の援助をおこなったり、介護保険の限度額を超えた人に対して安価でホームヘルプサービスを提供するなど。又介護保険の認定対象とならない人への家事援助など。
デイサービス	様々な人を対象として、制限を設けずに、デイサービスを行う。託児と託老が同じ空間で行われる例もある。
移送サービス	病院や、自宅など様々な場所へ、車で送り迎えを行い、乗降に際して介助を行う。
配食・会食	食事を個人宅へ届けたり、集会所で会食を行ったりする。
宅老所（宿泊）	宿泊、見守りのサービス
話相手・見送り	
緊急通報・安否確認	

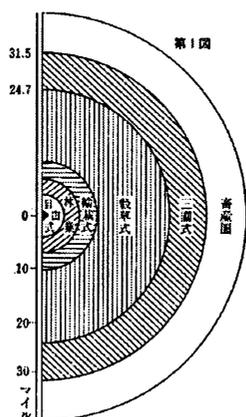


図 1-24 チューネン圏 出典：文 1-42) p.293

外部からの影響を受けない完全均一な地において都市を中心としたときの農業用地の同心円的な展開。

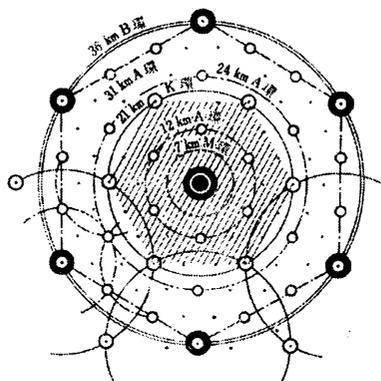


図 1-25 クリスタラー「中心地理論」

出典：文 1-43) p.79

中心地の数、規模、分布に関する理論。南ドイツの都市、集落の配置から発想された。中心地からの距離に対応する圏域の段階性を供給、交通、行政原理から説明。

1.5.2 圏域研究

ここでは、従来の圏域研究の理論をふりかえり、当該研究対象の特殊性を確認する。

a) 地域空間のモデル

地域空間がどのようにモデル化されてきたか。まず、古典的な都市論にて圏域がどのように描写されているかを見る(表 1-10)。吉阪らの分類によると、都市論には単一圏域と複合圏域について描写するものに大別され、さらに複合圏域については、階層的な構成に注目する圏域論と、分極性に注目するものが見られる。単一圏域モデルの代表的なものとしては、チューネン圏、バージェスの都市の地帯区分などがあげられ、それぞれ都市の内部構造の理論化が行われている。一方、複合圏域モデルにて、階層的な構成を示すものの代表例は、クリスタラーの中心地理論、

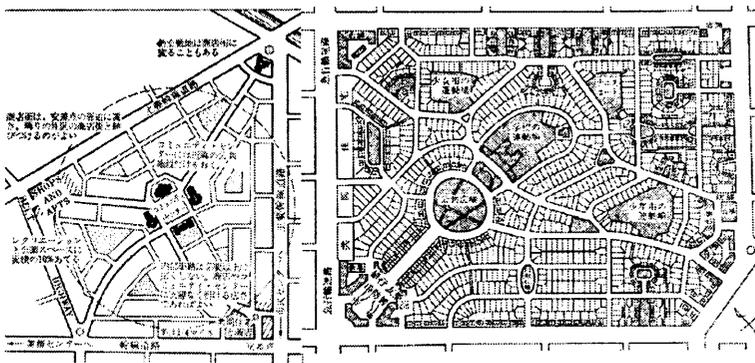


図 1-26 ペリー「近隣住区理論」 出典：文 1-44) p.112, p.29

近隣住区単位を積み上げることによって、都市全体を構成していく考えで以下の特徴があげられる。①日常生活圏の単位として小学校区に着目②人と車の動線計画③オープンスペースと近隣公園の面積比率の提示④計画のすべての決定基準が歩行距離によっている

表 1-10 都市論における圏域の類別 資料：文 1-41)

圏域の種類	形態的特性	事例	
単一圏域	同心同質	中心、周辺、境界によって構成される同心円状の結節形態	グラビティ・モデル中心と周辺の関与度合を示す場合に一般的に使われる
	同心異質1 (同心円状)	中心から同心円状に広がるが、それに応じて異なる面的環状地域を形成	「チューネン圏」、バージェス「同心円理論」、ディキンソン「三世帯構造論」
	同心異質2 (放射扇状)	中心から同心円状に広がるが、それに応じて異なる面的環状地域を形成異なる面的圏域が扇状に広がる。地域の交通網など物理構造に影響を受ける。	ホイット「扇状理論」
	多核同質	互いに異なる中心が同質の面的圏域を共有しつつ、分散、立地する均一形態	ハリス・ウルマン「多核心理論」
複合圏域	多核階層	同質、あるいは異なる中心相互が階層的關係にあり、一方の圏域に他方が組み込まれる。	クリスタラー「中心地理論」、コルプ「中心地階層とその勢力圏」生活圏の段階構成
	分極同質	同質の圏域が各々に分離	ギャルピン「都共同社会圏」、ペリー「近隣住区論」
	分極異質	異なる圏域が各々に分離。	行政コミュニティの設定
	重層同質	同質の圏域が各々に分離互いに重なり合う。	地域圏域の動態を分析
重層異質	異なる圏域が各々に分離。互いに重なり合う。		

コルプの「中心地階層とその勢力圏」があげられる。ここでは中心地の階層性と、補完地域の累層的な圏域の存在が示されている。又、分極性に着目するものとしては、ギャルピンの都心共同社会圏とペリーの近隣住区論があげられる。特に近隣住区論は、歩行を中心とした小学校区程度の日常生活圏を計画単位に設定するもので、実践的な計画理論に大きな影響を与えた。尚、重層性に注目する都市論として、アレクザンダーは、伝統的・自然発生的な都市の分析から、ツリーではない、都市の重なり合う構造を見だし、セミ・ラティス構造を提示した。

b) 行政による圏域設定と施設配置パターン

日本でも戦後、西欧での圏域論に影響を受けながら圏域研究が盛んになった。代表的なものに、石川栄耀、渡辺良雄、日笠端らのものなどがある。もっとも、それらの多くは地域実態の分析が主で計画はむしろ行政計画主導で展開されてきた傾向がある。特に広域市町村圏（自治省）と、地方生活圈（建設省）において、施設配置に関わる圏域構成が示された。

行政に示された広域論によって、徒歩圏から自動車圏に生活圏の構成が拡大されたという反省点があげられる。

表 1-11 広域市町村圏の標準的な圏域構成 出典：文1-41) p.209 参考：文1-55)

コミュニティの名称	集 落	基礎集落圏	1 次 生 活 圏	2 次 生 活 圏	3 次 生 活 圏	
圏域の限界	半径 indefinite (自然集落)	max 半径 1 km opt 半径 500 m	max 半径 4 km opt 半径 2~3 km	max 半径 6 km opt 半径 4 km	特に限界を設けないが、ほぼ15~30km圏。	
時間距離の限界		幼児の通園(徒歩)の限界 徒歩15~30分	小学生の通学(徒歩)限界1時間 バス(経済限界) 自転車によらない低学年についてはやや限界をこす。	徒歩1時間 自転車20分 バス、鉄道利用では経済限界が問題となる。10km程度が限度	バス60分	
人口戸数		100~300戸 500~1,500人	800~1,000戸 4,000~5,000人	2,000~3,000戸 10,000人以上	100,000人程度 都市圏のまとまり、配置状況により異なる。	
地域施設系の衛生配	社会福祉	保 育 所 児童遊び場				
	学校教育	幼稚園 ←→ 小学校 ←→ 中学校 ←→ 小・中学校理科教育センター 高等学校	場合によって小学校 低学年校を置く	中学校通学限界をこえる場合は1次生活圈におろす		
	社会教育	地区公民館 (集会 老人雑談)		中央公民館 集 団 皆 集 運動広場	市民会館又は県民会館 図書館	
	医 療		健康センター 保健婦、看護婦常駐、その身分は中心都市の病院又は保育所に帰属する。	診療所 (医師常駐)	総合病院 老人病センター 老人専用 day-hospital 伝染病隔離病舎	
	衛 生	コミュニティプラント (自動制御) ゴミコンテナ			し尿処理場 (戦略拠点) 下水道終末処理場 (戦略拠点) ゴミ焼却施設 火葬場	
	レクリエーション		簡易水道	上水道	運動広場 都市公園 総合体育施設	
	保 安	小型動力ポンプ ←→ 小型消防自動車 ←→	警察官派出所 (常駐)	常備消防 (戦略拠点)	消防所 (常備消防力の中継) 警察署	
	その他	ポ ス ト 切手販売機 公衆電話		農倉庫 (生産ストック施設)	役 場 (閉地官庁地区) 郵便局 (特定局) 農協センター (ショッピングに重点)	市役所 保健所 福祉事務所 郵便局 (普通局)

注：←は、各施設の段階のないネットワーク的配置関係を示す。
資料：『地域社会の変動に対応する市町村行政のあり方に関する調査研究』1968, 国土計画協会。

表 1-12 地方生活圏の標準的な圏域構成 出典: 文 1-54) p.2

	地方生活圏	2次生活圏	1次生活圏	基礎集落圏
圏域範囲	半径20~30km	半径6~10km	半径4~6km	半径1~2km
時間距離	中心都市までバス1~1.5時間	バス1時間以内	自転車バス 30分 15分	老人・幼児の徒歩限界15~30分
人口	15万人以上	1万人以上	5,000人以上	1,000人以上
中心部の施設	総合病院, 各種学校, 中央市場等の広域利用施設	高度の買物ができる商店街, 専門医をもつ病院, 高等学校等の地方生活圏, 中心都市の広域利用施設に準じた施設	役場, 診療所, 集会場, 小中学校等基礎的な公共公益的施設	児童保育, 老人福祉等の福祉施設

d) 歩行尺と行動圏

古来、人の移動は主に歩行によって展開されてきた。そのことから集落一村一町といった地域のまとまりも歩行尺にのっとって長年の間に形成されてきた。戸沼は、それら歩行尺に基づいた地域の分節状況を調べている(図 1-27)。この1世紀の間に電車・自動車といった交通手段が発達したことによって、歩行尺によって形成されてきた地域分節は崩れてきた。人の流動が容易になったことで大都市への集中と過疎化が進行した。歩行によって完結することができていた買物などの日常生活圏は、自動車を使わなければ完結することができない状態となり、電車・自動車が利用できない高齢者には厳しい状況がある。

現代日本における一般的な行動圏のひろがりについて、時間距離と交通手段の選択で分析したモデルが岡田によって示されている(図 1-28、1-29)。高齢者の行動圏については、昨今自動車などの交通手段利用の有無も含め分析が進められつつあり、登張文1-56)、大野文1-57)などの研究が見られる。

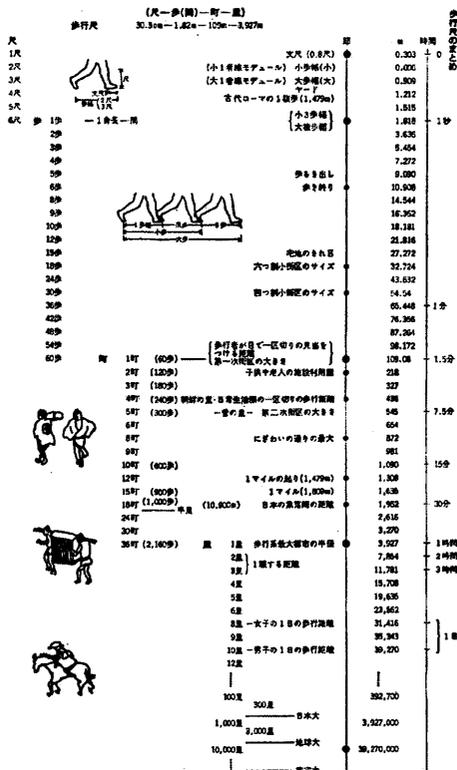


図 1-27 歩行尺 出典: 文 1-46) p.162

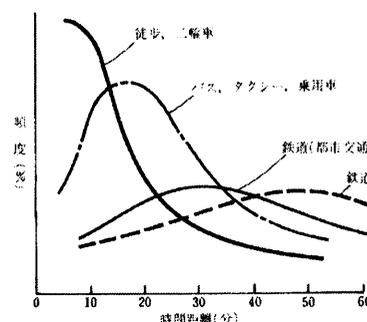


図 1-28 距離による交通手段の選択 (パーソントリップによるモデル) 出典: 文 1-45) p.111

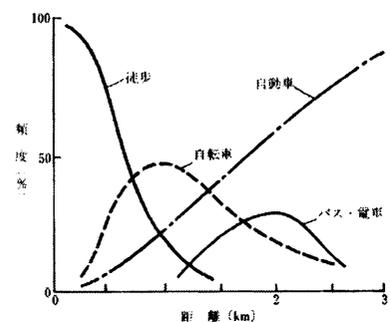


図 1-29 距離による交通手段の選択 (地域施設の利用調査によるモデル) 出典: 文 1-45) p.111

e) 利用圏（サービス提供圏）

人が、様々な施設や場を利用する際、それを施設側から見て、施設を利用する人の分散の様子を利用圏と呼ぶ。利用圏は、建築施設種によって次の二タイプに分類される^{文1-45)}。

・テリトリー指定型

利用圏の固定されるタイプ。義務教育の学校や市役所出張所、警察など受け持ち区域が決まっているもの。

・自由選択型

利用圏が固定されない。商業施設や医療施設などがこれにあたり、利用圏が相互にオーバーラップする。

f) 利用圏に関する様々なモデル

同種の施設が複数ある場合、自由選択型の施設において利用者がどの施設を利用するか、施設側から見ればどのような範囲からどれだけの人が利用するか、に関する様々なモデルの研究をここでとりあげる。

・ボロノイ領域モデル

利用者は、もっとも近い施設を選ぶとしたモデルである。直線距離での最短施設とその領域区分は、隣接2施設の施設間の垂直2等分線で分割していくことで作成される。それをボロノイ領域という。

・指数分布モデル（図1-30）

横田らがプールの利用圏の調査に基づき示したモデル。距離が遠くなるにつれて、ほぼ指数分布型に利用者数が低減するとしている。

・正規分布曲線モデル（図1-31）

吉武が提案したモデルで、距離による利用者数の減少を正規分布の片側の曲線に当てはめたもの。

・矩形分布モデル（図1-32）

曾根らが、2つ以上の近隣センターや商店街が競合するところの調査によって示したモデル。利用圏の境界付近にて個人差による選択のばらつきが大きいことから、固定圏と混合圏をとる矩形のモデルである。

・ライリー・コンバースの小売引力モデル^{文1-50, 1-51)}

距離と魅力度の関係を用いた商圈設定モデルで、「都市は、その人口規模に比例し、かつその都市からの距離の2乗に反比例して周辺地域の町からの小売販売量を吸引する」とする。魅力度として都市の人口を代理変数としている。

・ハブの確率商圈モデル^{文1-52) 註1-10)}

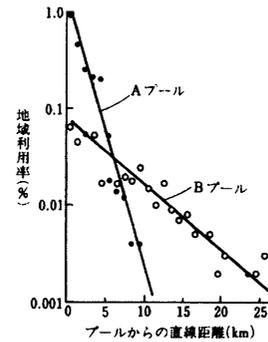
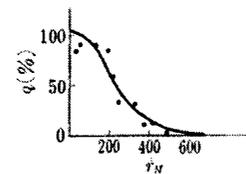
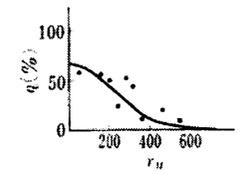


図1-30 指数分布モデル

出典:文1-45) p.114 参考:文1-47)



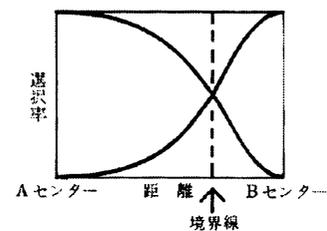
魚屋-3



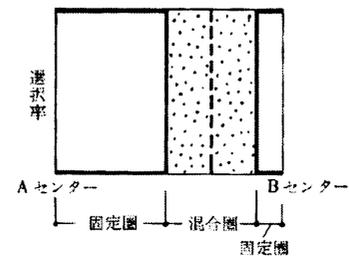
薬局-2

図1-31 正規分布曲線モデル

出典:文1-49) p.82



(a) 選択率が連続的に変化する場合のモデル。



(b) 矩形分布モデル

図1-32 矩形分布モデル

出典:文1-45) p.115 参考:文1-48)

註 1-)

● ハフモデル^{文 1-32)}

$$Q_{ij} = \frac{F_j / D_{ij}^\alpha}{\sum_j (F_j / D_{ij}^\alpha)}$$

● エントロピーモデル

$$Q_{ij} = \frac{F_j \cdot \text{EXP}(-\beta \cdot D_{ij})}{\sum_j (F_j \cdot \text{EXP}(-\beta \cdot D_{ij}))}$$

i: 居住地

j: 商業地

Q_{ij} : i 地点から j 施設を選択する確率

F_j : j 施設の魅力度で、一般に施設 j の規模が用いられる

D_{ij} : 居住地 i と、施設 j の間の距離

α, β : パラメータ

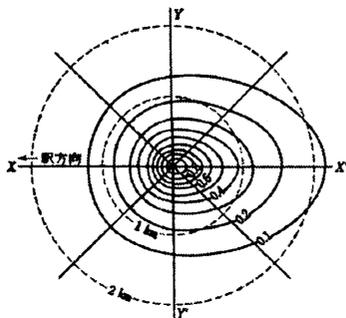


図 1-33 卵形の利用圏モデル

出典: 文 1-102) p.31

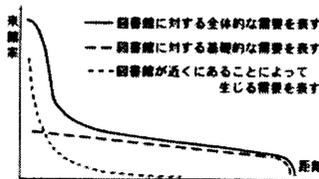


図 1-34 利用圏域の二重構造

出典: 文 1-103) p.153

ライリーの商圈モデル (引力モデル) などを発展させたもので、商業集積の魅力度として、売場面積を用いる。

・ エントロピーモデル^{註 1-11)}

指数モデルを発展させたモデルであり、更に考察が加えられ様々に応用されている。

・ 卵形モデル (図 1-33)

栗原が、図書館の利用者分布の分析結果より、図書館の利用圏域が同心円ではなく、住民の日常生活における通勤・買物等の動線を主軸とした卵形となることを示したモデル。

・ 利用圏域の二重構造 (図 1-34)

中井が、図書館の利用圏域について、モータリゼーションの進展にともない、引力モデルで示される近隣の利用者の来館率と、施設の魅力によって近さに関係なく利用する利用者の来館率からなる二重構造となっていることを示したものの。

g) GIS を利用したシミュレーション

昨今は、より個別的な事態についてシミュレーションを行うことで、状況を分析したり解決の方向性を見出す研究が多く、GIS はその分析に広く用いられている。交通手段の変化に加え、情報化社会の到来による社会環境の複雑化から、総合的なモデルが必ずしも実態と適合しない一方で、地理情報と計算処理能力の発展で、パラメーターを設定することで個別テーマ毎に従来の手計算では不可能であった膨大な分析をすることが可能になったことによるであろう。

GIS における、距離や位置関係に関わる主な機能は、以下のとおりである (文 1-53) より引用)。

・ ユークリッド距離の算出

・ ネットワーク経路探索と総延長算出 (最短経路の探索と、その距離の算出)

・ ボロノイ分割 (商圈、駅勢圏を画定。点と点との隣接関係を知る)

・ バッファリング (等距離圏の描画)

これらを様々に組み合わせることで新しい視点から地域状況进行分析する研究が可能になり、都市解析、気候学、環境変化予測、都市地理学、商業地理学、人口地理学、災害研究など様々な分野で用いられている。

h) 当該研究対象の特殊性

以上、古典的な圏域モデルから、昨今の圏域研究までを概観してきた。その流れと比較しつつ、当該研究対象である訪問サービ

スの圏域問題の関係、特殊性を以下にまとめる。

・均質性と階層性

訪問サービスは、本来的には均質モデルにて展開されるものであろう。すなわち、医療施設にて、診療所・総合病院といったように、医療行為の内容によって段階性を形成するのとは異なり、1拠点でできるだけよろずのことに万事対応できるような、段階性のない圏域構成が望まれていると考えられる。

しかし他方で、地域の福祉は様々な福祉サービス種による圏域相互の競合によって成り立っている。同じ地域に訪問サービス、通所サービス、施設系サービスが展開され、その地域によってどのサービス種が充実しているかは様々であるが、相互に補完あるいは競合しておりその圏域構成にも階層が発生している。

すなわち、まず訪問サービスの均質モデルの実態を見て、その先に他サービスとの階層性の整理を見るといった、2種の圏域構成の上にとっている。

・行動圏とのかかわり

施設利用の圏域を考えると、環境の急激な変化を少なくするために、高齢者の行動圏内に転居先である施設が立地することが好ましいとされる。つまり、施設配置の圏域が高齢者の行動圏サイズと同じぐらいであることが理想と言われている。一方訪問サービスの提供圏と高齢者の行動圏の大きさが揃って来る必要があるか、それとも全く別個の問題としてかけ離れた大きさを形成されるので問題がないかは、議論のあるところである。議論の根は、訪問サービスが単に「与える→受け取る」という関係性の範囲に留まるものなのかということにあるのではないか。訪問サービスが支えようとするものは、高齢者の能動的な地域生活である。身体能力にあわせて行動半径が狭まってくる高齢期、長年に渡って形成されてきた地域との複雑な関係性を、いかに保ち育てていくことができるか。そのためには施設だけでなく、職能的な訪問サービスが地域に密着して展開される必要性、ボランティアや街づくり活動などとの連携が考えられるべき時期にあるように筆者は考えている。

・利用圏の構成

訪問サービス拠点の場合、拠点を利用する人の分散は利用圏であり、同時に各戸を訪問することからサービス提供圏と言えるが、テリトリー指定型か自由選択型かという岡田の分類に基づけば、現在はb)自由選択型となっている。

ただし、自由選択型となったのは、介護保険制度以降であり、それ以前は、ほぼテリトリー指定型に近い形で整備されてきた経緯がある。即ち介護保険以前は、利用者が自由に提供者を選択するのではなく、市町村が利用者と提供者の関係を調整してきた。各市町村は市町村の中の高齢者のニーズに対応すべく各市町村毎の社会福祉協議会にホームヘルプ部門を設けてきたなどの経緯がある。よって、現時点での提供圏の競合関係は、基本的には自由選択型でありながら、部分的に以前のテリトリー指定型のなごりが残る地域がある。

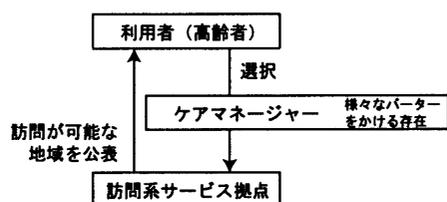


図 1-35 訪問系サービス利用者が拠点を選擇する状況

加えて在宅サービス全般に、自由選択型でありながら、病院や図書館を利用者が選ぶほどに自由ではない構図がある。在宅サービス利用者の殆どはケアマネージャーを通して、ケアプランをたててもらい、サービス拠点と利用者間の調整を行ってもらうことで、サービス利用が可能となる。よって利用者の選択にケアマネージャーの考えが多分に影響していることは否めない。

・施設利用圏モデルと、サービス提供圏モデルの相違

既往研究における施設利用圏モデルについて見てきたが、それらが利用者がでかけていく、つまり利用者の移動の距離抵抗に関するモデルであるのに比べ、訪問サービスの場合、利用者は、サービス拠点を選擇しているが、利用者自身はでかけていくのではなく訪問を受ける立場にあり移動の距離抵抗を受けていない。移動の距離抵抗を受けているのは提供側であり、既出の施設利用モデルとは異なる事象を扱う特殊性がある。

参考文献

- 1-1) 総務省統計局：国勢調査、2000
- 1-2) 内閣府：高齢者の生活と意識に関する国際比較調査、2001
- 1-3) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の世帯数の将来推計、2003
- 1-4) 広井良典：ケア学-越境するケアへ-、医学書院、2000
- 1-5) 内閣府：高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査結果の概要、2001
- 1-6) 厚生労働省：介護給付費実態月報（平成16年8月分）、2004
- 1-7) 厚生労働省：国民生活基礎調査、2001
- 1-8) 厚生労働省：介護サービス世帯調査、2002
- 1-9) 伊藤周平：介護保険を問いなおす、筑摩書房、2001
- 1-10) 厚生労働省：国民生活基礎調査、2002
- 1-11) 大原一興：高齢者の生活拠点移動に関する建築計画的な研究、東京大学大学院博士論文、1989
- 1-12) 登張絵夢ほか2名：都市部における要介護高齢者の生活と地域との関係に関する事例的研究、日本建築学会計画系論文集 NO. 564、pp. 141-148、2003. 2
- 1-13) 寺川優美、田中紀之、三浦研ほか：豪雪・過疎地域における在宅高齢者の人的交流に関する研究、日本建築学会計画系論文集 NO. 571、pp. 69-76、2003. 9
- 1-14) 井上由起子、大原一興、小滝一正：まちづくり活動への参加と高齢期の地域生活に関する考察、日本建築学会計画系論文集 NO. 565、pp. 121-128、2003. 3
- 1-15) 外山義：自宅でない在宅一高齢者の生活空間論一、医学書院、2003
- 1-16) 橘弘志：高齢者居住施設における環境適応プロセスに関する研究、東京大学大学院博士論文、1997
- 1-17) 石井敏：生活行動に影響を与える環境構成要素に関する研究ーグループホームにおける痴呆性高齢者の分析一、東京大学大学院博士論文、2001
- 1-18) 巖爽：「なじみ」の過程における痴呆性高齢者の構築環境に関する研究、東京大学大学院博士論文、2001
- 1-19) 井上由起子：ライフコースからみた高齢期における居住の場に関する研究、横浜国立大学大学院博士論文、2001
- 1-20) Tadashi Toyama：'Identity and Milieu'、1988
- 1-21) 東京都社会福祉協議会：東京グループホーム白書ー東京都内グループホーム実態調査報告と提言一、2003
- 1-22) 外山義：クリッパンの老人たちースウェーデンの高齢者ケア一、ドメス出版、1990
- 1-23) 社会保険研究所：介護保険制度の解説（平成15年度版）、2003
- 1-24) 毛利志保：住まい化への整備過程からみた高齢者居住施設のありように関する研究、名古屋大学大学院博士論文、2004
- 1-25) 富田啓介：高齢者のグループリビングにおけるケアシステムに関する研究ー尼崎グループハウスを対象として一、京都大学大学院修士論文、2005
- 1-26) 登張絵夢、上野淳ほか3名：利用者の活動からみた通所型高齢者施設の空間構成に関する考察、日本建築学会計画系論文集 NO. 556、pp. 161-168、2002. 6
- 1-27) 小山泰代、谷村秀彦：世帯を単位とする高齢者福祉サービス量の推計モデル、日本建築学会計画系論文集 NO. 470、pp. 111-120、1995. 4

- 1-28) 菅野實、本間敏行、小野田 泰明：痴呆性高齢者の在宅・施設サービス整備目標量に関する研究、日本建築学会計画系論文集 NO. 474、pp. 91-98、1995. 8
- 1-29) 山下剛、友清貴和：遺伝的アルゴリズムを用いた高齢者在宅福祉サービス供給の最適化手法試案、日本建築学会計画系論文集 NO. 509、pp. 105-112、1998. 7
- 1-30) 菅原麻衣子、藍澤 宏、相羽康宏：高齢者の主体的活動の展開からみた通所施設の空間整備、日本建築学会計画系論文集 NO. 585、pp. 39-46、2004. 11
- 1-31) 西野達也、長澤 泰：小規模高齢者通所施設の利用実態と空間の使われ方の特性について、日本建築学会計画系論文集 NO. 581、pp. 41-48、2004. 7
- 1-32) 西野達也、長澤 泰：民家型高齢者通所施設の環境行動的意義に関する事例考察に基づく試論、日本建築学会計画系論文集 NO. 586、pp. 37-42、2004. 12
- 1-33) 野坂正史、吉川 徹：通所型高齢者施設の配置計画に関する研究—多摩ニュータウンの将来推計人口に基づくケーススタディ、日本建築学会計画系論文集 NO. 525、pp. 201-208、1999. 11
- 1-34) 郭文玲、加藤由美、三浦輝美、他：介護保険訪問系サービスの業務時間分析、病院管理、38(Suppl.)、p. 177、2001
- 1-35) 黄京蘭、加藤由美、日下輝美、他：訪問系介護サービス事業所の人件費と動線コストの関連分析、病院管理、40(Suppl.)、p. 214、2003
- 1-36) 柿沼利弘、関田康慶、伊藤敦：地域密着・小規模多機能型施設及び地域サテライトの設計に関する研究、病院管理、40(Suppl.)、p. 216、2003
- 1-37) 泉恵太、石坂公一、近江隆：地域における在宅介護サービス供給に関する基礎的研究、日本建築学会計画系論文集 NO. 585、pp. 95-101、2004. 11
- 1-38) 健康保険組合連合会：介護円滑導入のための在宅サービス普及阻害要因に関する研究事業、2001
- 1-39) 一番ヶ瀬康子監修、鈴木従子著：社会福祉のあゆみ—日本編—、一橋出版、2004
- 1-40) 大原一興、井上由起子、佐藤哲、中達夫：住まいに向かう高齢者施設—日本の高齢者施設の計画に関する研究報告書—、社団法人 日本医療福祉建築協会、2004
- 1-41) 吉阪隆正・ブランド研究所・地域社会計画センター編集：圏域的計画論、農林統計協会、1981
- 1-42) チューネン著、近藤康男、熊代幸雄訳：孤立国、日本経済評論社、1989
- 1-43) ウォルター・クリスタラー著、江沢譲爾訳：クリスタラー都市の立地と発展、大明堂、1969
- 1-44) クラレンス・A. ペリー著、倉田和四生訳：近隣住区論—新しいコミュニティ計画のために—、鹿島出版会、1975. 11
- 1-45) 岡田光正：建築人間工学—空間デザインの原点—、理工学社、1993
- 1-46) 戸沼幸市：人間尺度論、彰国社、1978
- 1-47) 横田隆司、岡田光正、柏原士郎、吉村英祐、前田浩明：レジャープールの利用圏の実態とそのモデル化について—地域施設の選択的行動に関する研究・3—日本建築学会近畿支部研究報告、1987
- 1-48) 曾根陽子ほか：近隣性商店街の商圈の競合に関する計画的な研究、日本建築学会近畿支部研究報告、1971. 5
- 1-49) 吉武泰水：建築計画概論（上）—地域施設計画原論—、コロナ社、1967
- 1-50) Reilly, W. J. : *The Law of Retail Gravitation*, Pilsbury, New York, 1931
- 1-51) Converse, P. D. : 'New Laws of Retail Gravitation', *Journal of Marketing*, Vol. 14, p. 379-384, 1949

- 1-52) Huff, D.L. : Defining and Estimation a Trading Area, *Journal of Marketing*, Vol.28, pp.34-38, 1964
- 1-53) 高阪宏行、村山祐司編：GIS－地理学への貢献、古今書院、2001
- 1-54) 石川栄耀著、国土計畫：生活圏の設計、河出書房、1942
- 1-55) 古居傳治：広域市町村圏の現状と課題（広域生活圏計畫＜特集＞）、都市計畫（日本都市計畫学会）NO. 82、pp. 13-17、1975. 3
- 1-56) 登張絵夢：高齢者の地域生活における「地縁」の構造と変容、東京都立大学大学院博士論文、2000
- 1-57) 大野拓也：高齢者の利用実態および評価意識からみた郊外住宅地における地域施設の整備に関する研究、大阪大学大学院博士論文、2004
- 1-58) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口、2002
- 1-59) 社会保険研究所：訪問看護業務の手引き一平成15年4月版一、2003
- 1-60) 田中尚輝、浅川澄一、安立清史：介護系NPOの最前線一全国トップ16の実像、ミネルヴァ書房、2003
- 1-61) 小規模多機能ホーム研究会編者：小規模多機能ホームとは何か、筒井書房、2003
- 1-62) 吉武泰水：建築計畫の研究一建物の使われ方に関する建築計畫的研究一、鹿島研究所出版会、1964
- 1-63) 菅野 實、南潤 哲、小野田泰明、坂口大洋：小規模自治体における高齢者保健・医療・福祉施設の地域的整備類型に関する研究、日本建築学会計畫系論文集NO. 584、pp. 7-12、2004. 10
- 1-64) 井上由起子、小滝一正、大原一興：在宅サービスを活用する高齢者のすまいに関する考察、日本建築学会計畫系論文集NO. 556、pp. 137-143、2002. 6
- 1-65) 王青、笈淳夫、長澤泰：在宅療養高齢者の生活領域に関する考察、日本建築学会計畫系論文集NO. 546、pp. 91-96、2001. 8
- 1-66) 橘 弘志、高橋鷹志：一人暮らし高齢者の生活における住戸内外の関わりに関する考察、日本建築学会計畫系論文集NO. 515、pp. 113-120、1999. 1
- 1-67) 森 一彦、井上昌子、奥田夏子：2つの異なる地域環境における高齢者の散歩行動の比較分析一既成市街地と新興住宅地におけるケーススタディ、日本建築学会計畫系論文集NO. 583、pp. 53-60、2004. 9
- 1-68) 登張絵夢、上野淳、竹宮健司：農山村地域における高齢者の地域生活の構造と変容に関する事例的研究一高齢者の生活における「地縁」に関する試論、日本建築学会計畫系論文集NO. 579、pp. 15-22、2004. 5
- 1-69) 齋藤芳徳、外山義、鈴木浩：居住地域における高齢者の外出行動と人的交流に関する考察一在宅高齢者と施設居住者の比較研究、日本建築学会計畫系論文集NO. 532、pp. 125-132、2000. 6
- 1-70) 橘 弘志、高橋鷹志：地域に展開される高齢者の行動環境に関する研究一大規模団地と既成市街地におけるケーススタディ、日本建築学会計畫系論文集NO. 496、pp. 89-96、1997. 6
- 1-71) 絹川麻里、高田光雄、三浦 研：要介護高齢者の施設入居前の生活実態からみた在宅生活の意義と限界、日本建築学会計畫系論文集NO. 582、pp. 9-16、2004. 8
- 1-72) 古川恵子、友清貴和：高齢・過疎地域における高齢者の生活を支えるつきあいの広がりに関する研究、日本建築学会計畫系論文集NO. 568、pp. 77-84、2003. 6
- 1-73) 山下哲郎：在宅患者の生活様態にみる療養環境の素形 その1、日本建築学会計畫系論文集NO. 545、pp. 167-172、2001. 7
- 1-74) 加藤由美、三浦輝美、郭文玲、他：介護保険における訪問系サービス動線コストに関する分析、病院管理、38(Suppl.)、p. 186、2001
- 1-75) 松原一郎：社会福祉施設体系の変革にむけて、老人問題研究、vol. 6、pp. 7-13、1986

- 1-76) 木下康仁：老人ケアの社会学、医学書院、1989
- 1-77) 全国社会福祉協議会：在宅福祉サービスの効果に関する基礎的調査研究、1994
- 1-78) 全国社会福祉協議会：保健医療福祉サービス供給指標調査研究事業報告、1996
- 1-79) 全国社会福祉協議会：特別養護老人ホームのサービスの質向上に関する調査研究報告書、1994
- 1-80) 全国社会福祉協議会：サービス供給指標調査研究事業報告書、1995
- 1-81) 天田城介：老い衰えゆく自己の／と自由、ハーベスト社、2004
- 1-82) 天田城介：＜老い衰えゆくこと＞の社会学、多賀出版、2003
- 1-83) 厚生統計協会：国民の福祉の動向、2003
- 1-84) 木下康仁：ケアと老いの祝福、勁草書房、1997
- 1-85) Batler, R. N. : 'Inter pretation of reminiscence in the aged', *Middle age and aging*, B. L. Neugrter(Ed.), University of Chicago Press., 1968
- 1-86) Elder, Glen H., Jr. : 'Family History and the Life Course', *Journal of Family History*, 2(4), pp. 279-304, 1977
- 1-87) Jary, D., Jary, J. : *Dictionary of Sociology*, Collins, 1991
- 1-88) 井上俊他 編集：ライフコースの社会学、岩波書店、1996
- 1-89) プラス、デイビッド・W著、井上俊、杉野目康子訳：日本人の生き方・現代における成熟のドラマ、岩波書店、1985
- 1-90) Levinson, D. J. : *The seasons of a man's life.*, Knopf, 1978
- 1-91) 山本多喜司、S・ワップナー編著：人生移行の発達心理学、北大路書房、1992
- 1-92) 岡本祐子：自己実現をめぐる、臨床心理学大系第3巻＜ライフサイクル＞、金子書房、1989
- 1-93) 浦光博：支えあう人と人—ソーシャルサポートの社会心理学—、サイエンス社、1992
- 1-94) 松井豊、浦光博編：人を支える心の科学、誠信書房、1998
- 1-95) 高木修編、西川正之編著：援助とサポートの社会心理学、北大路書房、2000
- 1-96) 三浦研：グループハウスという住まい方、建築雑誌 VOL. 118, pp. 32-33, 2003. 10
- 1-97) Kahn, R. L., Antonucci, T. C. : 'Convoys of social support:A life-course approach', *Aging:social change*, S. B. Kiesler(Ed.), Academic Press, 1981
- 1-98) 今村仁司著、多田富雄・今村仁司編：『家族の社会化と老いの行方』、老いの様式：その現代的省察、誠信書房、1987
- 1-99) 鷲田清一：「聴く」ことゝの力、阪急コミュニケーションズ、1999
- 1-100) E. H. エリクソン、J. M. エリクソン、H. Q. キヴニック著、朝長正徳、朝長梨枝子訳：老年期、みすず書房、1990
- 1-101) Lawton, M. P., Nahemow, L. : Psychology and the aging process, *Psychology of Adult Development and Aging*, Washington American Psychological Association, 1973
- 1-102) 栗原嘉一郎先生退官記念出版会編：栗原嘉一郎と建築、栗原嘉一郎先生退官記念出版会、1996
- 1-103) 中井孝幸：利用圏域の二重構造に基づく疎住地の図書館計画に関する研究、三重大学大学院博士論文、2000

Chapter 2

全国の訪問介護・看護拠点のサービス提供圏サイズに関する考察

2.1 本章の概要

2.1.1 背景と目的

本論文は訪問介護・看護拠点のサービス提供圏について特にその圏域の大きさについて論ずるものであるが、既往研究に、これらの地理的な大きさを示す資料はない。よって、まず本章では全国の訪問介護・看護拠点のサービス提供圏サイズの現状把握を行う。

2.1.2 調査対象

註 2-1) 独立行政法人福祉医療機構の運営するイントラネット。その指定事業者情報提供システムで提供されるのは「基本情報（事業所名等や介護報酬算定上の届出事項）は都道府県の事業所管理台帳に連動した情報^{※2-1) p.128}」である

註 2-2) 県別請求事業所数は文献 2-2) 中、表 20 による。

註 2-3) 調査票を資料編 p. 1-3 に添付した。

註 2-4) 「最も遠い利用者宅」とは 2004 年 3 月時点での利用者宅を質問したもので、訪問可能圏を訪ねたものではない。

註 2-5) 全国請求事業所数は文献 2-3) 中、表 19 による

WAM-NET^{註2-1)} に登録された全国の訪問介護、訪問看護拠点（2004 年 4 月時点）から、各県毎に介護保険請求事業所数^{註2-2)} の 5% にあたる件数を無作為抽出した（表 2-1）。ただし、訪問看護については、「指定があったとみなされる」事業者が含まれ、実際にはサービス提供を全く行っていない拠点も多数含まれるため、そのような拠点を避けるよう訪問看護ステーションに限定した上で、同様に無作為抽出を行った。

2.1.3 調査方法

上記対象に対して、2004 年 5 - 7 月に郵送による自記式調査を行った^{註2-3)}。調査票には利用者数（介護保険、医療保険別）／最も遠い利用者宅^{註2-4)} までの拠点からの距離（km）、移動時間（分）／職員数など全 6 項目の質問を含めた。尚、回答データ内容は 2004 年 3 月のものと限定した。

2.1.4 分析方法

各質問項目について平均値を求めると共に、質問項目中、最も遠い利用者宅までの拠点からの距離、移動時間について記述統計を行った。又、距離、移動時間と利用者数、拠点所在市町村の人口密度、高齢者人口密度について Pearson の相関係数を求め関係性を調べた。

表 2-1 アンケート調査対象数と有効回答数

	母集団 = 請求事業所数 (A) (資料: 文 2-2)		アンケート郵送数 (A) の 5% =		有効回答数	
	訪問介護	訪問看護	訪問介護	訪問看護	訪問介護	訪問看護
全国	16 761	8 821	841	441	217	231
北海道	698	381	35	19	14	7
青森県	206	137	10	7	2	4
岩手県	149	97	7	5	1	4
宮城県	261	135	13	7	5	4
秋田県	168	76	8	4	4	3
山形県	151	69	8	3	2	2
福島県	272	165	14	8	3	5
茨城県	310	156	16	8	2	4
栃木県	233	94	12	5	2	4
群馬県	270	120	14	6	3	4
埼玉県	640	290	32	15	8	8
千葉県	614	256	31	13	5	6
東京都	1 741	652	87	33	17	11
神奈川県	948	381	47	19	6	9
新潟県	253	143	13	7	3	5
富山県	117	67	6	3	1	3
石川県	127	107	6	5	2	2
福井県	95	95	5	5	1	5
山梨県	125	56	6	3	3	3
長野県	261	225	13	11	5	9
岐阜県	247	187	12	9	6	5
静岡県	406	207	20	10	4	6
愛知県	657	374	33	19	7	11
三重県	274	118	14	6	4	5
滋賀県	171	91	9	5	4	3
京都府	298	248	15	12	4	2
大阪府	1 424	617	71	31	16	20
兵庫県	704	416	35	21	11	11
奈良県	272	103	14	5	4	3
和歌山県	247	128	12	6	3	4
鳥取県	95	67	5	3	2	3
島根県	140	98	7	5	3	5
岡山県	345	235	17	12	6	8
広島県	446	247	22	12	10	3
山口県	231	130	12	7	3	5
徳島県	174	102	9	5	4	4
香川県	197	90	10	5	1	3
愛媛県	255	158	13	8	5	4
高知県	136	82	7	4	2	3
福岡県	812	359	41	18	5	6
佐賀県	122	98	6	5	0	2
長崎県	239	144	12	7	4	4
熊本県	328	211	16	11	4	2
大分県	232	109	12	5	5	2
宮崎県	161	147	8	7	3	2
鹿児島県	312	269	16	13	4	2
沖縄県	197	84	10	4	4	1

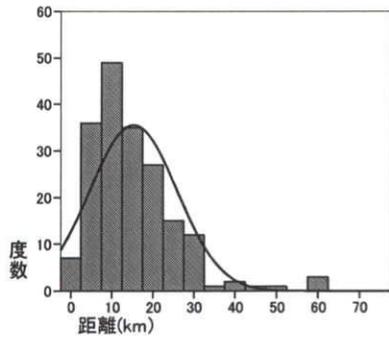


図 2-1 訪問介護 最も遠い利用者宅までの拠点からの距離 ヒストグラム・正規曲線

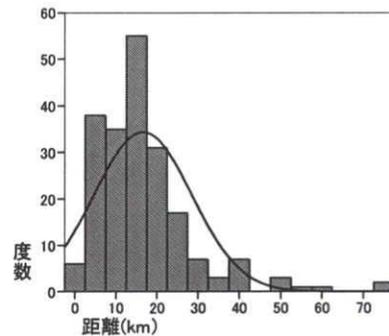


図 2-2 訪問看護ステーション 最も遠い利用者宅までの拠点からの距離 ヒストグラム・正規曲線

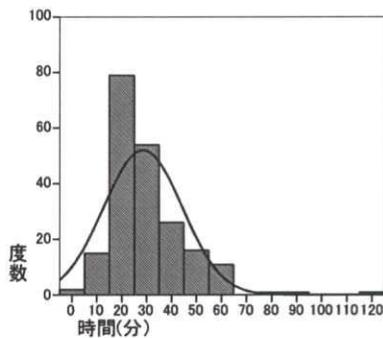


図 2-3 訪問介護 最も遠い利用者宅までの拠点からの時間 ヒストグラム・正規曲線

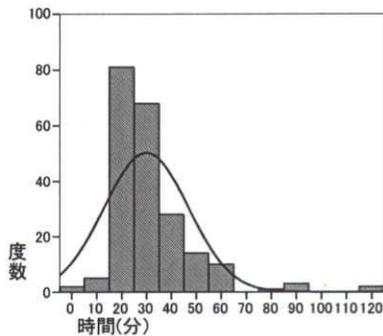


図 2-4 訪問看護ステーション 最も遠い利用者宅までの拠点からの時間 ヒストグラム・正規曲線

2.2 サービス提供圏サイズに関する分析結果

2.2.1 回収状況

有効回答数は、訪問介護拠点 217（全国の介護保険請求事業所^{註 2-5} 1.1%）、訪問看護拠点 231（全国の介護保険請求事業所の 2.6%）であった。訪問介護については佐賀を除く全県、訪問看護ステーションについては全県より回答が得られ、特に問題となる偏りはないと判断した（表 2-1）。

2.2.2 サービス提供圏の大きさ

サービス提供圏の大きさを示す「最も遠い利用者宅までの拠点からの距離」は、全国平均で、訪問介護 15.2km、訪問看護ステーション 16.5km、最頻値は訪問介護 10km、訪問看護ステーション 15km であり、訪問介護のほうが小さなサービス提供圏を形成していることが分かった（表 2-2）。図 2-1、2-2 にヒストグラムによって分布の様子を示した。4 分位範囲（25%～75%）は、双方とも 8～20km、80%カバー範囲（10%～90%）は、訪問介護が 5～30km、訪問看護が 4.5～30km で、30km までに回答の 90%が含まれるが、一方で 60km 以上の提供圏を持つ拠点の存在も確認された。

「最も遠い利用者宅までの拠点からの時間」は時間距離を示すが、平均値は訪問介護 28.4 分、訪問看護ステーション 29.8 分であり、最頻値は双方ともに 20 分であった。4 分位範囲は、訪問介護が 20～40 分、訪問看護は 20～35 分で、80%カバー範囲は、双方とも 15～50 分であった。図 2-3、2-4 のヒストグラムによって分布の様子を確認したところ、区間中心 20 分未満の回答が少ないことから、多くの事業所が移動時間として 20 分程度までは比較的抵抗感なくサービス提供圏を広げている様子が分かった。最大では 120 分という回答も見られた。

表 2-2 最も遠い利用者宅までの拠点からの距離・時間の度数分布状況

	訪問介護		訪問看護ステーション	
	距離 (km)	時間 (分)	距離 (km)	時間 (分)
度数	189	206	206	214
平均値	15.2	28.4	16.5	29.8
中央値	13.0	25.0	15.0	25.0
最頻値	10.0	20.0	15.0	20.0
標準偏差	10.595	15.779	11.950	16.956
分散	112.248	248.989	142.800	287.515
最小値	0.2	3.0	0.2	3.0
最大値	60.0	120.0	76.0	120.0
パーセントイル	10	5.0	15.0	4.5
	20	7.0	15.0	7.0
	25	8.0	20.0	8.0
	30	10.0	20.0	10.0
	40	10.0	20.0	13.0
	50	13.0	25.0	15.0
	60	15.0	30.0	15.2
	70	20.0	30.0	20.0
	75	20.0	40.0	20.0
	80	21.7	40.0	22.6
90	30.0	50.0	30.0	

表 2-3 相関係数（距離、時間、人口密度、利用者数

■ 訪問介護の場合

		最も遠い利用者宅までの	
		距離	時間
利用者数	r	0.199	0.249
	p	0.007	0.000
	n	182	199
高齢者人口密度 (人 /ha)	r	-0.188	0.089
	p	0.009	0.204
	n	189	206
人口密度 (人 /ha)	r	-0.200	0.110
	p	0.006	0.116
	n	189	206

■ 訪問看護ステーションの場合

		最も遠い利用者宅までの	
		距離	時間
利用者数	r	0.044	0.143
	p	0.534	0.037
	n	205	213
高齢者人口密度 (人 /ha)	r	-0.367	-0.111
	p	0.000	0.107
	n	206	214
人口密度 (人 /ha)	r	-0.397	-0.114
	p	0.000	0.095
	n	206	214

r : Pearson の相関係数

p : 有意確率 (両側)

2.2.3 人口密度とサービス提供圏の相関

ここでは各拠点のサービス提供圏の大きさが、どのような要因に左右されているのかを分析する。

サービス提供圏が大きくなる場合として、次の2つの仮説が想像される。

- a) 拠点所在地の高齢者人口密度が低いほど、より広範囲にわたり利用者を獲得しようとしてサービス提供圏が大きくなる
- b) 利用者数が多いほど、サービス提供圏は大きくなる

そこで、サービス提供圏の大きさを表す「最も遠い利用者宅までの拠点からの距離・時間」と、利用者総数（医療保険適用の利用者数も含む）、拠点所在地の人口密度、高齢者人口密度（国勢調査 H12 年を市町村レベルで対応）の関係について Pearson の相関係数を調べた。その結果（表 2-3）、訪問介護、訪問看護ステーション双方で「人口密度 - 最も遠い利用者宅までの距離」、「高齢者人口密度 - 最も遠い利用者宅までの距離」の間に $p < 0.01$ 水準の負の相関が見られた。つまり a) の仮説はある程度実態に即していると言える。しかし、高齢者人口密度と人口密度について比較したところ、わずかながら人口密度との相関の方が高齢者人口密度との相関よりも強かった。

一方で、利用者数との関係性を示す相関を見たところ、訪問介護にて「最も遠い利用者宅までの時間 - 利用者数」の間に $r = 0.249$ 、 $p < 0.01$ の相関係数が見られたものの総じて相関は強くなかった。よって、利用者数の多さは、ある程度サービス提供圏の大きさに影響を与えているが、サービス提供圏の大きさを決める決定的な要因ではないと言えよう。

そこで、相関係数の絶対値が最も大きかった、「人口密度 - 最も遠い利用者宅までの距離」の関係を図 2-5 で見てみた。ここから人口密度が高いほど、サービス提供圏が小さいという全体的な傾向が分かった。また、人口密度が 10 人/ha 以下の地域で提供圏が極端に広がっていることが確認された。同様に図 2-6 にて拠点所在地の「高齢者人口密度 - 最も遠い利用者宅までの距離」を比較すると、次のような傾向が読み取れる。すなわち高齢者人口密度が 5 人/ha 以上の地域では距離は 15km 以内になるケースが多く 85% を占めるが、5 人/ha 以下の地域では 15km 以内は 55% で距離は 75km まで広がっている。つまり高齢者人口密度 5 人/ha 以下の地域では、提供圏のコントロールが難しいことが分かった。

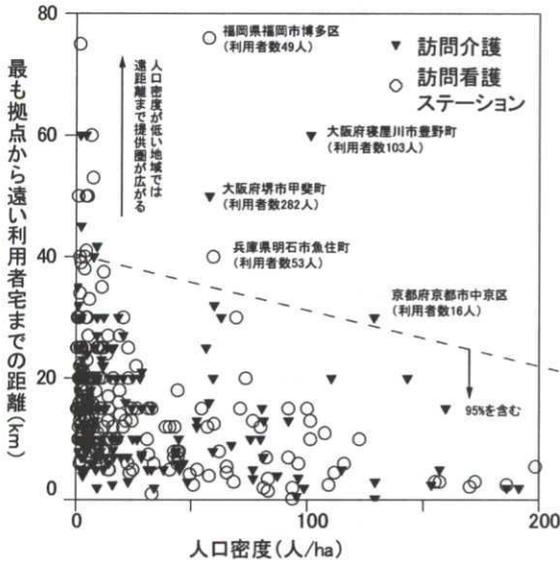


図 2-5 サービス提供圏と人口密度

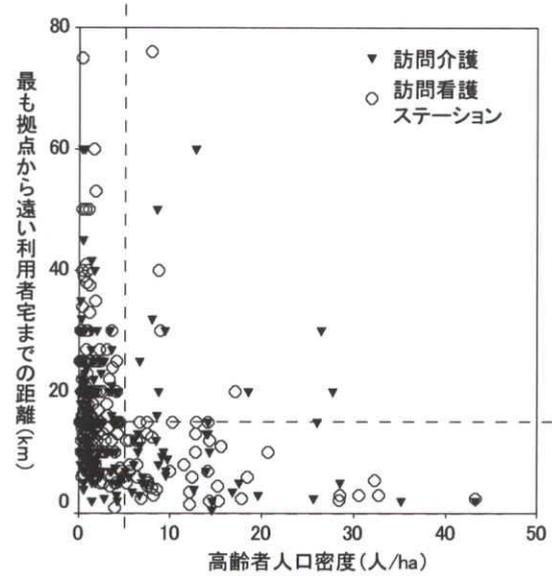


図 2-6 サービス提供圏と高齢者人口密度

2.2.4 利用者数、職員数

サービス提供圏について考える際に、拠点の利用者数や職員数などの規模を示す情報は重要である。ここでは全国的に見て、どの程度の規模の拠点が平均的であるのかを知るために、利用者数や職員数の平均値を求めた（表 2-5）。

まず利用者数について見る。訪問介護拠点において、介護保険制度とその他（支援費、市町村委託事業）の利用者をあわせた利用者総数は全国平均 65 人であった。また、訪問看護ステーションでは、介護保険と医療保険の利用者をあわせた利用者総数の全国平均が 59 人であった。訪問看護のほうが個々の事業規模が若干小さめであることが分かる。また、利用者数の度数分布を見たところ（図 2-7、2-8）、訪問介護・訪問看護ともに最も度数が多

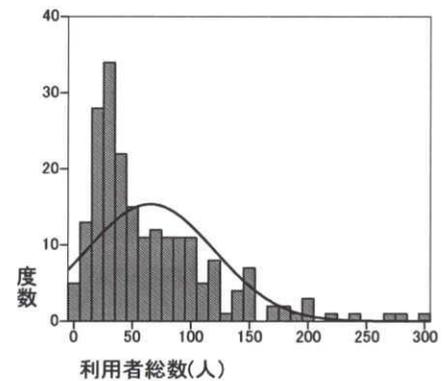
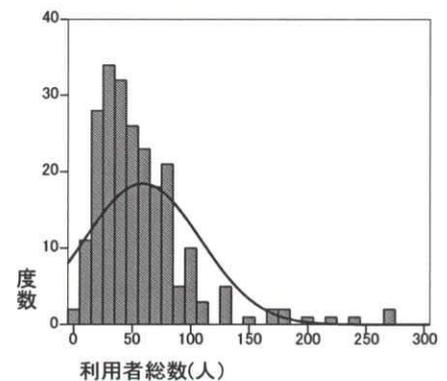


図 2-7 訪問介護 利用者総数 ヒストグラム・正規曲線



* 300 人以上の回答に 1 拠点だけ 438 人というものがあった

図 2-8 訪問看護ステーション 利用者総数 ヒストグラム・正規曲線

表 2-5 利用者、職員数の平均値

	訪問介護		訪問看護ステーション	
	有効回答数	全国平均値	有効回答数	全国平均値
介護保険利用者数 (人)	211	60.78	229	47.38
医療保険利用者数 (人)			229	11.31
利用者総数 (人)	211	65.1	229	58.7
専従常勤 (人)	217	4.05	231	2.66
専従非常勤 (人)	217	14.04	231	2.28
専従総数 (人)	217	18.09	231	4.94
兼務常勤 (人)	217	1.20	231	1.11
兼務非常勤 (人)	217	2.14	231	0.43
兼務総数 (人)	217	3.34	231	1.54
職員総数 (人)	217	21.43	231	6.48

表 2-6 利用者総数・職員総数・非常勤率の度数分布状況

	利用者総数		職員総数		非常勤率	
	訪問介護	訪問看護ステーション	訪問介護	訪問看護ステーション	訪問介護	訪問看護ステーション
度数	211	229	217	231	217	231
平均値 (再掲)	65.1	58.7	21.43	6.48	62	36
中央値	47.0	47.0	14.00	5.00	75.00	36.36
最頻値	25	43	9	4	0.00	0.00
標準偏差	54.734	49.547	21.803	3.384	28.304	26.937
分散	2,995.782	2,454.917	475.384	11.451	801.133	725.621
最小値	1	1	2	2	0	0
最大値	298	438	118	22	100	100
パーセンタイル	10	16.0	18.0	4.8	15.3	0.0
	20	21.4	25.0	7.0	4.0	33.3
	25	25.0	30.0	8.0	4.0	44.4
	30	28.0	32.0	8.4	4.0	51.0
	40	36.8	41.0	10.0	5.0	65.3
	50	47.0	47.0	14.0	5.0	75.0
	60	61.6	59.0	18.0	6.0	77.8
	70	81.2	67.0	23.6	7.0	82.8
	75	93.0	72.0	26.5	8.0	84.2
	80	102.0	79.0	31.0	9.0	85.7
90	142.8	98.0	52.0	11.0	88.9	

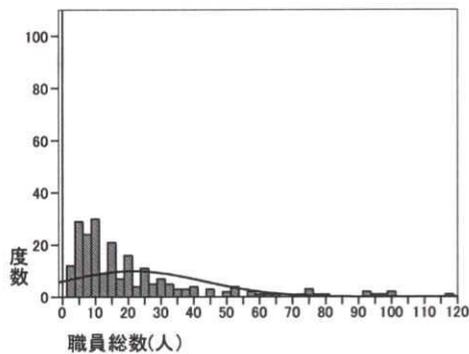


図 2-9 訪問介護 職員総数 ヒストグラム・正規曲線

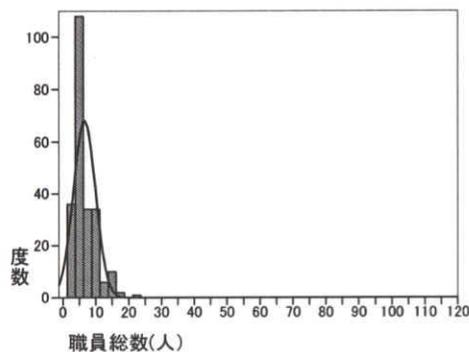


図 2-10 訪問看護ステーション 職員総数 ヒストグラム・正規曲線

かったのは 30 人 (区間中心) の回答であった。4 分位範囲 (25% ~ 75%) は、訪問介護 25 ~ 93 人、訪問看護ステーション 30 ~ 72 人、80%カバー範囲 (10% ~ 90%) は、訪問介護が 16 ~ 143 人、訪問看護が 18 ~ 98 人であった (表 2-6)。拠点ごとに利用者数にはかなりばらつきがある。

次に職員数について見てみると (表 2-6)、職員総数は訪問介護で全国平均 21 人、訪問看護ステーションで 6 人、4 分位範囲 (25% ~ 75%) は、訪問介護 8 ~ 26.5 人、訪問看護ステーション 4 ~ 8 人、80%カバー範囲 (10% ~ 90%) は、訪問介護が 4.8 ~ 52.0 人、訪問看護が 3.0 ~ 11.0 人であった。又、そのうちの非常勤率のヒストグラムを見ていくと (図 2-11、2-12)、訪問介護は 75% ~ 95% 付近が多い一方、訪問看護は 0 ~ 5% が多い。すなわち、訪問介護は職員総数も多く、非常勤率が高い傾向である一方、訪問看護ステーションでは、職員総数が少ない一方非常勤率が低く、常勤が多い傾向が明らかになった。

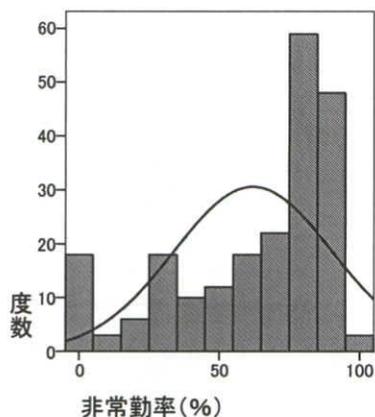


図 2-11 訪問介護 非常勤率 ヒストグラム・正規曲線

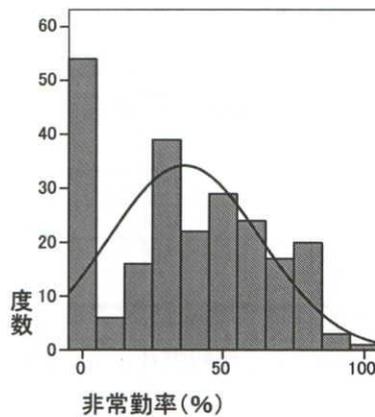


図 2-12 訪問看護ステーション 非常勤率 ヒストグラム・正規曲線

2.3 まとめ

本章では、全国の訪問介護・看護拠点のサービス提供圏の大きさについて、各拠点への自記式アンケート調査で網羅的に把握した。

「最も遠い利用者宅までの拠点からの距離」の4分位範囲(25%～75%)は、双方とも8～20km、80%カバー範囲(10%～90%)は、訪問介護が5～30km、訪問看護が4.5～30kmであった。又、「最も遠い利用者宅までの拠点からの時間」の最頻値は、訪問介護・訪問看護ともに20分であり、下側4分位点も20分とそれ以下の回答は少ないことから、時間距離にして20分まではサービス提供圏を広げる拠点多く、抵抗感が少ないことが明らかになった。

サービス提供圏の大きさと相関の強い要因は、拠点所在地の人口密度と高齢者人口密度であり、特に人口密度と相関が強かった。人口密度が低くなるにつれて、サービス提供圏が広がる傾向が明らかであった。それに比較して利用者数との相関は小さかった。人口密度の低い地域では、利用者を獲得するためにサービス提供圏を広げるため、必ずしも利用者数が少ないからサービス提供圏が小さくなるとは言えないということである。

ここで示されたサービス提供圏サイズ、利用者数、職員数などの全国的な傾向は、本章以降で個々の事例を取り扱うにあたり、その位置づけを確かめる上で有効である。

参考文献

- 2-1) 社会保険研究所（東京）：介護保険制度の解説（平成 15 年度版）、2003
- 2-2) 厚生労働省：介護給付費実態調査報告（平成 14 年 5 月審査分～平成 15 年 4 月審査分）、2004
- 2-3) 厚生労働省：介護給付費実態調査月報（平成 16 年 3 月審査分）、2004

Chapter 3

訪問介護・看護拠点のサービス提供圏とサービス内容の関係性

3.1 本章の概要

3.1.1 背景と目的

かねてより福祉施設は、小さな地区を対象として計画されることが高齢者の地域生活継続上好ましいと指摘されてきた。同様に訪問系サービスについてもケアパーソンと高齢者が同じ地域で同じ情報を共有しながら密な関係を構築できるように小さな地区を対象としたサービスが良いと考えられている。このような背景から、その概念を検証あるいは具現化していくために、ここでは特に訪問介護、訪問看護拠点のサービス提供圏と運営組織の現状を把握し、そこから高齢者に届けられるサービス、ひいてはその生活にどのように影響し得るかにについて明らかにすることを目的とする。尚、本章は在宅ケア先進国^{註 3-1)}とされるデンマークの訪問介護・看護と、日本のそれを比較しつつ考察を進めていく。

註 3-1) その先進性を示すデータとして、65 才以上人口 100 人に対するコミュニティサービス従事者数 (District Nursing/Social work/Home help/Cleaning service/Meals on wheels) を比較すると、デンマーク 10.8 人、スウェーデン 7.2 人、フィンランド 4.09 人、オランダ 2.7 人、ドイツ 0.92 人である (文 3-1)、P.98 より引用

3.1.2 調査方法

本章は、「訪問介護、看護のサービス提供圏の構造が高齢者に届けられるサポートの質に何らかの影響を与えている」という仮説のもとに、幾つかの拠点の事例において、サービス提供圏の実態と運営方法や組織について職員のスケジュールに至るまで把握し、一方で、同拠点から高齢者 1 人 1 人に届けられるサポートの実態を数量と内容の両面から把握し、それらを分析し比較考察を行う。

調査は、デンマークのコペンハーゲン市インナーノアプロ (以下 IN) 地区の訪問看護介護拠点 1 箇所、日本の中部地方 A 自治体 (表 3-4 中の略号参照) にある訪問介護拠点 1 箇所、BCD 自治体にある訪問看護拠点 4 箇所を主な対象として^{註 3-2)} 詳細に検討する。加えて Chapter 2 に示された全国の訪問介護・看護拠点の全般的な概要と比較し、対象の位置を把握した。表 3-1 に実施調査内容を記す。

註 3-2) 調査内容は各協力拠点の書わばノウハウを含む部分も多く、拠点名が特定された場合、その不利益に繋がりがかねないため具体的な地域名の記述を避ける。

a) 運営方法や組織の実態

日本及びデンマークにおいて、各拠点にて、サービスを統括するリーダーに対してヒアリングを行い、職員のスケジュールを把握した。またサービスを提供している職員に同行し活動状況を収録した。

b) サービス提供圏

同様に両国で、利用者の居住地情報を入手し（ただし、個人の特定を避けて町丁目まで）、居住地情報と職員のスケジュール表を照らし合わせることで、職員1人1人の地域内での動きを把握した。

c) 高齢者一人一人に届けられるサポート

まず、対象拠点がどのようなサービスを提供しているかを知るべく、両国それぞれで訪問回数、訪問時間といった数量的データをヒアリングやスケジュール表から把握すると共に、職員同行調査にて実際のサービス内容を収録した。更に高齢者が1日を通して受ける公的サポートの全体像を知るため、日本については対象拠点の所在する自治体内において介護保険のサービス提供票を入手し（ただし個人を特定する情報は含まれない）、デンマークについては、1つの訪問看護介護拠点が担当地区居住者に対して全ての訪問系サービスを一括して提供しているため、職員スケジュール表から逆算する形で高齢者一人一人の受けるサービスの時間、作業内容を把握した。

d) 調査対象拠点の位置

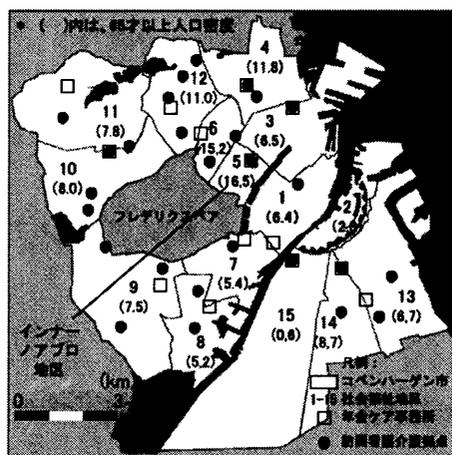
日本については、サービス提供圏サイズ・利用者数・職員数などについて Chapter 2 の結果と照らし合わせることで、調査対象拠点の位置を確認した。デンマークでは同様の調査を行えなかったが、統計値にて代替している。

表 3-1 実施調査表

調査内容	no.	実施日	国	調査対象と、入手データの詳細
ケアを統括するリーダーに対するヒアリング	1	2002.12	DK	コペンハーゲン保健福祉局リーダー
	2	2003.2-6	DK	コペンハーゲン、インナーノアプロ地区訪問看護介護拠点リーダー
	3	2004.2	JP	中部地方 A 地方自治体に所在する訪問介護 FS 拠点、リーダー
	4	2004.2	JP	中部地方 B 地方自治体に所在する訪問看護 NK/NT/NY/KR、4 拠点統括リーダー
	5	2004.4	JP	同、訪問看護 NK 拠点担当リーダー
職員のスケジュール入手	1	2003.5.14分	DK	コペンハーゲン、インナーノアプロ地区訪問看護介護拠点リーダー - 日中介護 B チーム全員、日中介護 C チーム全員、 - 日中看護チーム全員、準夜チーム全員について 1 日分
	2	2004.3.1-3.14分	JP	中部地方 A 地方自治体に所在する訪問介護 FS 拠点 - 全員について 2 週間分
	3	2003.12.1-12.14分	JP	中部地方 B 地方自治体に所在する訪問看護 NK/NT/NY/KR 拠点 - 全員について 2 週間分
職員への同行調査	1	2003.3	DK	コペンハーゲン、インナーノアプロ地区訪問看護介護拠点 - 日中介護 2 日間（平日）、準夜 1 日間（平日）
	2	2004.2	JP	中部地方 A 地方自治体に所在する訪問介護 FS 拠点 - 3 日間（平日 2 日、休日 1 日）
	3	2004.4	JP	中部地方 B 地方自治体に所在する訪問看護 NK 拠点 - 2 日間（平日）
介護保険提供表の入手	1	2004.3分	JP	中部地方 A 地方自治体 - A にて介護保険を利用する高齢者（373 人）
	2	2003.12分	JP	中部地方 B 地方自治体 - B に所在する居宅介護事業者 CK、CN の担当する高齢者（400 人）

3.1.3 調査対象

サービス提供圏について考察するにあたり、山間部や離島部は提供圏が地理的要因に左右されやすいと考え、対象拠点は標高差の小さい平野部、より均一に住宅が存在する地域という主旨で都心近郊から選んだ。各拠点から得る情報の性格は、拠点との信頼関係がなければ入手し得ないものであるため、所在地域の高齢者人口密度などの条件を完全に一致させることはできなかったが、表 3-2～3-4 に、その特性を示し分析の際に配慮する。



1 インナービィ 2 クリスタンハウン 3 インナーウスタボ 4 イダーウスタボ 5 インナーノアプロ 6 イダーノアプロ 7 ヴェスタボ 8 コンゲンスエンヘーブ 9 ヴァルビュ 10 ヴァンルース 11 ブロンホイフセム 12 ヴェスベピヤグ 13 サンドビィノード 14 サンドビィシド 15 ヴェストアマー (2と15は人口密度が低いいため合わせて1地区として扱われる)

図 3-1 コペンハーゲン市の社会福祉地区と訪問看護介護拠点の所在 (2003 年)

註 3-3) 街の形成過程や、高齢者の住宅状況などについて文 3-3～3-4) がある。

註 3-4) 文 3-2) P.46, 文 3-7) P.58, P.177 の統計値、文 3-6) を元に筆者が作成した。

註 3-5) 図 3-2. 3-3 は文 3-2) P.111, 文 3-7) の統計値を元に筆者が作成した。

註 3-6) 文 3-7) P.78,79 に基づく

註 3-7) コペンハーゲン市では訪問介護拠点は地域内の一般住宅と高齢者住宅 (Eldrebolig) の住民のみを担当し、介護付住宅 (Plejehjem, Plejebolig) 保護住宅 (Beskyttede bolig) には常駐職員が別に配置されるため、それら入居者 (= 比較的介護度の高い高齢者) の介護看護は統計値に含まれない。それに比べ、全国数値の中には介護付住宅の住民もサービス対象とする訪問介護拠点も含まれる。

a) コペンハーゲン IN 地区訪問看護介護拠点

<所在地>コペンハーゲン市はデンマークの首都で人口 50 万人、人口密度 56 人 /ha で、日本の大阪府堺市 58 人 /ha 等に近似する。標高差の少ない平坦な土地柄である。同市内は 1851 年まで要塞都市であった経緯から、城壁内にあたるインナービィ地区 (図 3-1) を核として周囲に広がるようにして街が発展した^{註 3-3)}。市内の地区別高齢者人口密度を見ると、北の 4 地区に特に高齢者人口が密集しており、調査対象拠点のある IN 地区もその 1 つである。このエリアは、市内でも 1900 年初頭からの古い街並が良く残る地域であり、生まれた時からここに住み続けている高齢者も多い。IN 地区では、住宅の 60% が 1920 年より前に建設されたものであり、98% が層状集合住宅 (Etage-bebyggelser) である^{註 3-6)}。同地区は高齢者人口密度が 16.5% であり全国的に見て高い値を示す (表 3-2)。ただし、介護付住宅が 703 戸あり、それが特に高齢者人口密度が高くなる要因となっている。介護付住宅入居者はコペンハーゲンでは在宅訪問サービスの対象とはなっていないため、訪問介護看護サービスの提供圏とは直接関係を持たない。

<サービスの全国との比較>コペンハーゲン市の訪問介護サービスの特性を全国と比較する (図 3-2)。訪問介護を利用する高齢者 (統計上 67 才以上) の率は、コペンハーゲン市が全国に比べて大きい。中でも 2 時間未満 / 週の利用者率が高く、一方で 12 時間以上 / 週の利用者率は低い。図 3-3 にてその提供内容を見ると、生活援助的作業のみを利用する人の比率が全国に比べ高いことから、身体介護を必要としない比較的 ADL の高い人へのサービスが手厚い傾向が伺われる^{註 3-7)}。

表 3-2 地域特性 (デンマーク) (2003 年) 註 3-4)

地域名称	人口総数(人)	65歳以上人口(人)	面積(km ²)	人口密度(人/ha)	65歳以上人口密度(人/ha)	訪問介護・看護拠点数	介護付住宅(Pleje-og daghjem)住人	保護住宅(Beskyttede boliger)住人
デンマーク全体(グリーンランドとフェロー諸島は除く)	5383507	798351	43098.3	1.2	0.2	-	23931	3658
コペンハーゲン市	501285	60871	89.79	55.8	6.8	22	3682	1242
インナーノアプロ地区	31190	2842	1.72	181.3	16.5	1	703	0

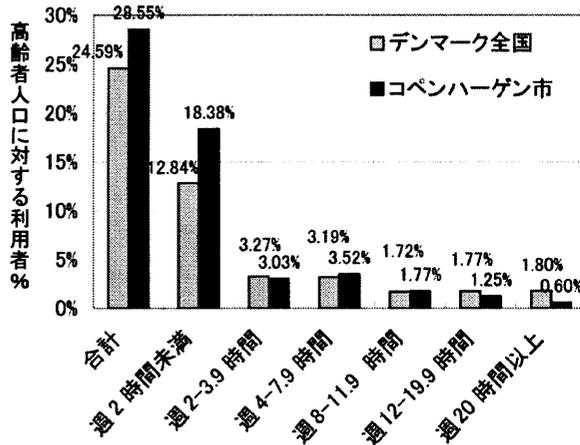


図 3-2 ホームヘルプサービスの提供時間別利用者数比較 (2003 年) 註 3-5)

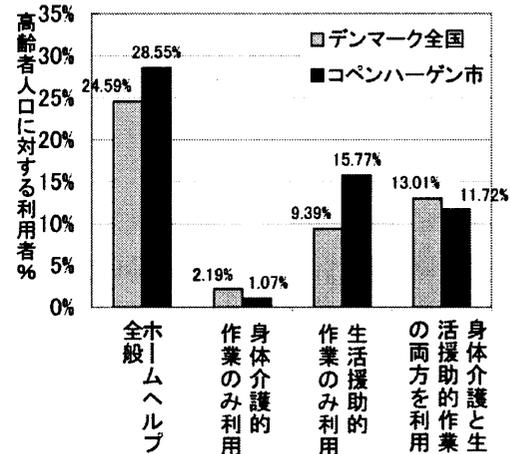


図 3-3 ホームヘルプサービス提供種別利用者数比較 (2003 年) 註 3-5)

b) 日本、訪問介護 FS、訪問看護 NK/NT/NY/KR 拠点

<所在地>各拠点は濃尾平野にあり、FS は郡部、NK/NT/NY/KR は市部に属するが、互いの距離が 20km 以下で殆ど類似した文化・自然環境の中にある。各拠点が所在する地方自治体 ABCD は総面積の 100%が可住地で山林部は殆ど無く標高差も小さい。調査対象 A-D 地区の高齢者人口密度を表 3-3 に、各拠点がサービスを提供する地域の平均高齢者人口密度を表 3-4 に示す。ABCD とともに第 3 次産業人口 60%以上であるが、BCD が商業地・住宅地が中心であるのに対し A は約 30%の農用地がある田園地帯である。いずれも公共交通手段は鉄道とバスとなっている。

表 3-3 地域特性 (日本) (2004 年)

自治体名称	A	B	C	D
人口総数(人)	33819	214124	152398	132367
高齢者人口(人)	4814	36697	24905	29878
面積(km ²)	9.98	32.01	45.67	16.32
人口密度(人/ha)	33.89	66.89	33.37	81.11
高齢者人口密度(人/ha)	4.8	11.5	5.5	18.3

表 3-4 対象拠点のサービス提供地域特性とその利用者数 (日本)

拠点名	FS	NK	NY	NT	KR
拠点を所在する自治体	A	B	C	D	B
利用者(人)	178	79	48	48	51
提供対象の市区町村を合算平均した高齢者人口密度(人/ha)(2004)	6.0	9.1	6.6	14.1	9.5

3.2 デンマークの福祉制度と在宅サービスの特徴

デンマークを比較対象とするにあたってその意義を確認する。デンマークと日本の福祉制度・家族環境は多くの点で異なる(表3-5)。まず注目されるのは高齢者の同居家族形態で、デンマークにおける子同居は僅かに2%、一方独居は44%と、デンマークでは約半数の高齢者が同居家族の介助無しで在宅生活を続けるシステムが存在することが示される。一方、福祉制度を概観すれば、日本が介護保険において市場性を導入したのに比較し、デンマークは公的措置の色合いが濃い。又、地方分権が進んでおり福祉は市(kommune)毎に運営されるのが特徴である。この制度的な差が訪問サービス拠点のサービス提供圏にどのような特色を与えているかを概念的に示すと図3-4のようになろう。デンマークでは公が地区分けを行い隅々まで責任を持って一元的にサービスを提供するため、サービス組織と提供圏との対応関係は極めてプリミティブである。比して日本は複雑かつ多様性に富むが、反面地域差が多くなることが予測される。その良否は別として、デンマークのシステムは提供圏とサービス実態の関係性を考察するにあたり日本に比べ把握しやすく明快な構造と言える。日本の介護保険制度は恣意的な要因に影響されやすい市場性を導入しており、事象の分析にあたり複雑な要素が絡むため相互の比較が難しいことが予測されるが、ここでは、サービス提供圏とサービスの関係性を見るにあたり一元的なシステムのデンマークを参照することで、むしろ事象の読解が容易になると考えた。

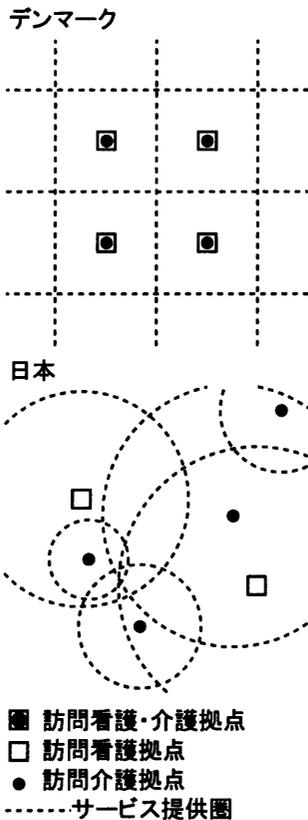


図3-4 在宅訪問サービス提供圏概念図

表3-5 デンマーク、日本の福祉制度と社会環境

		デンマーク	日本
福祉制度の対比	在宅サービスの財源	自治体(Kommune)の予算	介護保険
	サービス提供事業者	公主体だが、徐々に民間参入	民間
	利用者負担	無料	1割負担(軽減、減免有り)
	利用内容選択	措置	要介護度に基づく限度額内で利用者が選択
	認定者	自治体に所属する認定員(公)	ケアマネージャー(民間)
	サービス提供基準	各自治体が独自のクオリティスタンダードを作成	全国一律
サービスの提供事業者の選択特徴	サービス提供事業者の選択	2004年より利用者選択制に移行したが、実態としては選択幅は小さい	利用者が選択
	特徴	運営方法は自治体の裁量に任される部分が多く、サービス提供者としての役割も自治体が多くを担う	運営方法は国による規定が大きい。サービス提供者は多様
その他	高齢化率(2002)	14.80%	18.50%
	平均寿命(1997)	男性73.0歳 女性78.2歳	男性76.7歳 女性83.2歳
	高齢者同居状況(2002)	独居 44% 老カプル* 49% 子同居 2% その他 5%	独居 14.2% 老夫婦* 35.1% 子同居 47% その他 3.7%

*DKでは入籍せずに長年夫婦同然に同居をする男女も多いため、統計は夫婦ではなくカプルとなっている。

3.3 デンマーク コペンハーゲン市の拠点の実態

3.3.1 コペンハーゲン市の社会福祉地区

コペンハーゲン市は福祉行政を行うにあたり、市内を14の福祉地区^{註3-8)}(図3-1)に分割し、地区毎に高齢者のための総合的な窓口として年金ケア事務所(Locale Pensions-og Omsorgskontorer)を設置している。年金ケア事務所では、保健福祉/年金関連の対応に加えて、在宅サービス利用の認定(Visitation)^{註3-9)}が行われており、利用者は認定後居住地区の訪問看護介護拠点からサービスを受けることとなる。利用者と拠点の関係は現状1対1の対応関係となっている。市内全体に訪問看護介護拠点は27箇所あるので平均提供圏は3.3k㎡になる。

註3-8) この地区分けは、福祉行政の他、学校など様々な行政上の計画区画として利用される。地区毎の行政計画について文3-5)に詳しい。

註3-9) 市職員が在宅訪問をし、認定作業(Visitation)を通してサービス計画を作成する。

3.3.2 IN 地区訪問介護・看護拠点

ヒアリングと職員スケジュール表のデータを元に、利用者数/訪問時間/職員数等を表3-6に、職員の勤務体制と1日のスケジュール概要を表3-7に纏めた。

a) 時間帯毎のチーム編成とサービス提供圏

一般的に訪問看護と訪問介護が統合拠点から一体で提供される。IN地区でその連携と運営を見ると(図3-5)、24時間を3つの時間帯(日中、準夜、深夜)に分け、各時間帯毎に提供圏サイズと看護-介護の連携の形を変えてサービスを提供していることがわかる。日中はIN地区を介護4エリア看護2エリアに分割し、準夜はIN地区全体を看護介護混合チームで1エリアとして扱い、深夜はIN地区に加えインナーウスタポ(Indre-østerbro)の2福祉地区をIN拠点が担当していることが明らかになった。

b) 各チームの職員構成

日中介護チームは概ね1チームが150人の利用者を担当し、各チーム毎に1人のリーダーと約25人のヘルパーと1人の社会福祉保健アシスタント(Social-og sundhedsassistent^{註3-10)}:以下アシスタントと略)が所属している。(ただしリーダーは自らサービス提供を行うことはなく、チーム職員のスケジュール管理を行っている)アシスタントとは看護師とヘルパーの中間的職域で、インシュリン注射、血糖値測定といった看護的作業と、調理等のヘルパー業務の双方を担う。一方、日中看護チームは1チーム約3人、合計6人の看護師で250人/週の利用者を担当してい

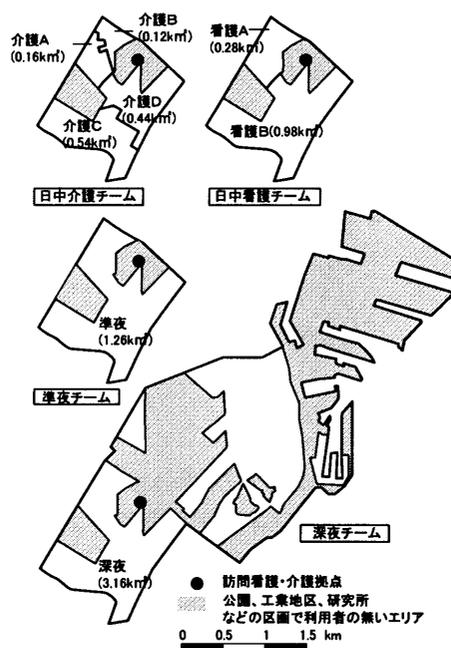


図3-5 インナーアプロ訪問看護介護拠点の時間帯別チーム構成と担当サービス提供圏

註3-10) アシスタントは、看護師とヘルパーの中間に位置づけられる職種。教育年限がヘルパーより長い。IN拠点のリーダーの説明では「看護師とアシスタントの看護行為は、アシスタントは看護師の指示の元に基本的には全く同じ作業ができる。病状が変化しやすく、その都度判断が求められる利用者については看護師が担当し、病状が安定して作業内容が一定の場合はアシスタントが担当する。」とのこと。文3-9)に詳しい。

る。つまり 200 人 / 週を 25 人で担当する日本とは全く違う状況であることが分かるが、その一因には介護チームのアシスタント職が看護的作業を一部肩代わりしていることが考えられよう。又、準夜のチームは看護師、アシスタント、ヘルパーで構成されていて、準夜チームにおけるアシスタントの役割は大きい。準夜は訪問時間が短く作業も少ないため、アシスタントが行けばヘルパーと看護師が二重に訪問するのを防げるためである。更に深夜チームは予定された訪問に加え、緊急コールにも対応していることも分かった。

c) サービス内容

註 3-11) 1 訪問あたりの平均滞在時間 = チームの総訪問時間 / チームの総訪問回数

日中、準夜、深夜チーム別の 1 訪問あたりの平均滞在時間^{註 3-11)}を比較すると、日中介護:40.1 分、日中看護:22.4 分、準夜:13.8 分、深夜:17.9 分で、準夜が大変短いことが明らかになった(表 3-6)。また、各チームの作業項目傾向をスケジュール表をもとに分析すると、日中介護の作業項目は、調理、掃除などの家事援助や、飲食介助、シャワーなどの身体介助全般など多岐に渡り、日中看護は傷の処置、薬介助、検査をはじめ介護者との接触、ストレス訪問等も行われており、看護的な作業の他に利用者や介護者の相談相手としての役割が大きい。他方、平均滞在時間の短

表 3-6 1 週間のサービス提供量と職員構成

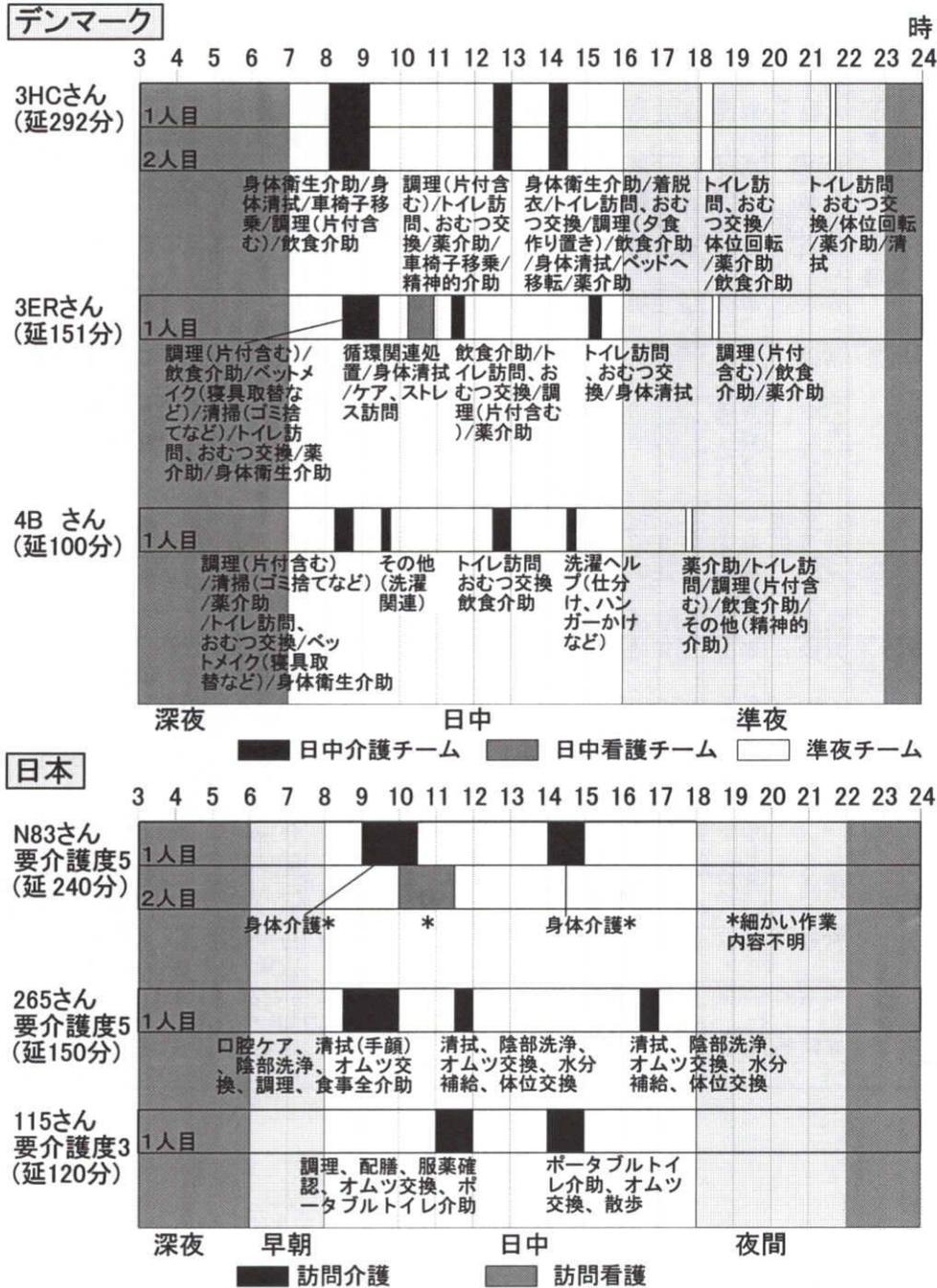
デンマーク	訪問看護介護 IN	利用者数 p	週間計画		1 訪問あたり 平均滞在時間 t/Ax60(分)	1 利用者あたり 平均週間訪問時間合計 t/p(時間)	1 利用者あたり 平均週間訪問回数 A/p(回)	職員平日出勤者数平均(人/日)						合計	
			訪問回数 A	訪問時間 t(時間)				リリーダ	看護師		ヘルパー				
									常勤	非常勤	常勤	非常勤			
日中	介護 A	119	811	518.3	38.3	4.4	6.8	-	-	-	-	-	-	-	
7:00-16:00	介護 B	143	874	551.8	37.9	3.9	6.1	1.0	0.0	0.0	0.8	0.0	13.8	2.8	18.4
	介護 C	165	682	499.3	43.9	3.0	4.1	1.0	0.0	0.0	1.2	0.0	11.4	2.0	15.6
	介護 D	172	870	596.0	41.1	3.5	5.1	-	-	-	-	-	-	-	
	小計	599	3237	2165.4	40.1	3.6	5.4	-	-	-	-	-	-	-	
	看護 A	119	177	69.5	23.6	0.6	1.5	0.0	1.8	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	2.4
	看護 B	130	204	72.7	21.4	0.6	1.6	0.0	2.4	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	2.4
	小計	249	381	142.2	22.4	0.6	1.5	0.0	4.2	1.2	0.0	0.0	0.0	0.0	4.2
準夜	16:00-23:00	135	1361	312.3	13.8	2.3	10.1	1.0	0.8	0.0	1.0	0.0	4.2	1.0	8.0
深夜	23:00-7:00	20	275	81.9	17.9	4.1	13.8	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	2.0

日本	訪問看護/訪問介護	利用者数		週間計画		1 訪問あたり 平均滞在時間 t/Ax60(分)	1 利用者あたり 平均週間訪問時間合計 t/p(時間)	1 利用者あたり 平均週間訪問回数 A/p(回)	職員平日出勤者数平均(人/日)						合計		
		介護 p	医療 保険	介護 A	医療 保険				合計** t(時間)	リリーダ	看護師		ヘルパー				
											常勤	非常勤	常勤	非常勤			
看護 NK	8:00-18:00	35	34	66	55	78.5	71.4	2.2	1.9	1	1.8	5.4	0	0	0	0	8.2
看護 NY	8:00-18:00	32	10	47	23	50	63.8	1.6	1.5	1	1	2.4	0	0	0	0	4.4
看護 NT	8:00-18:00	25	18	58	45	61.5	63.6	2.5	2.3	1	1.8	3.4	0	0	0	0	6.2
看護 KR	8:00-18:00	31	12	60	28	64.5	64.5	2.1	1.9	1	1.8	3	0	0	0	0	5.8
	計	123	74	231	151	254.5	66.1	2.1	1.9	4	6.4	14.2	0	0	0	0	24.6
介護 FS	6:00-8:00	2	-	14	-	10.5	45.0	5.3	7.0	0	0	0	0	0	0	2	2
	8:00-18:00	93	-	458	-	475.5	62.3	5.1	4.9	1	0	0	0	0	0.8	20.4	22.2
	18:00-22:00	7	-	33	-	24.5	44.5	3.5	4.7	0	0	0	0	0	0.2	4.4	4.6
	22:00-6:00	0	-	0	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0	0	0	0	0	0	0

*表は、各拠点へのヒアリング時に把握したスケジュール、週間計画表に基づき作成。入手データは、デンマーク訪問看護介護拠点 IN は 2003.5.12-18、日本の訪問看護拠点は 2003.12.1-7、訪問介護拠点は 2004.3.1-7 のものである。** は介護保険のみのデータで、医療保険分は含まない。

い準夜チームには掃除、買物などの長時間作業は見られず、オムツ交換、食事介助、薬介助、着脱衣と就寝介助など夕方～夜に必要な内容に限られる。加えてバイタルチェック、インシュリン注射等の看護行為も同じチームから提供されることが分かった。

又、利用者が受けたサービス例を1日の流れの中で見ると(図3-6)、多い人では5回/日の訪問を受ける利用者の存在に気づく。これら頻度の高い訪問を受けている人は、オムツ交換や食事など生活の基本動作に介助を必要とし、朝、起床し身なりを整え朝食を食べるところから、夜、再び着替えて寝るまで、頻繁に様々な介助が提供されることで生活が成立していることが分かる。同行調査では(表3-8)、例えば4B0さんを、日中ヘルパーが9:00-13:20の4時間半の間に3回に分けて訪問していた。朝コーヒーを入れて朝食を取るところから、本人と共に郵便物の内容を確認したり、洗濯物を片付けるところまで、生活がヘルパーの見守りや助けの元に構成されている。一方、準夜のヘルパーに同行してみると、身体介護が必要な人へのオムツ交換、食事介助などの訪問のみならず、夕方～夜にも関わらず生活自立者(寝たきり度J)を多数訪問している様子が確認されたが、これらの利用者の大半は独居で、薬介助等を目的とした訪問であり、例えば目薬をさし、またソファベットをベット形状に直す程度の内容であった。準夜帯に、全ての人が長時間の介助を必要としている訳ではなく、むしろ独居高齢者宅へ寝る前にヘルパーが「薬は飲みましたか?今日も一日特に問題はありませんでしたか?」と様子を見に訪ねて来る、といった安心面からのサポートがこれらのサービスの主旨のようである。平均13.8分という準夜の訪問時間の短さがここから説明されるのではなかろうか。



* デンマークについてはIN拠点職員スケジュール表より逆集計することで得られたデータ、日本についてはサービス提供表から得られたデータに基づく。(抜粋)

図 3-6 利用者の受ける1日のサービス事例

表 3-7 職員の勤務体制と1日のスケジュール概要

国	オフィス名称	時間帯	勤務体制	給与体系	資格	直行直帰	職員の提供圏	主な役割と、1日のスケジュール概要	
デンマーク	訪問看護 IN	日中 介護	常勤	専従	固定給	看護師	×	オフィス基点	職員のスケジュール管理、利用者の状況把握、看護/準夜チームとの情報交換 朝礼→利用者宅訪問→オフィスにて昼食→利用者宅訪問→オフィスにて報告書提出 朝礼→利用者宅訪問→オフィスにて報告書提出 朝礼→利用者宅訪問→オフィスにて報告書提出 職員スケジュール管理、利用者の状況把握、日中看護/介護チームとの情報交換 オフィスにて会合→利用者宅訪問→オフィスにて夕食→利用者宅訪問→オフィスにて報告書提出 -
			常勤	専従	固定給	SSアシスタント	×	オフィス基点	
			非常勤	専従	固定給	ヘルパー	×	オフィス基点	
		日中 看護	常勤	専従	固定給	看護師	×	オフィス基点	
			非常勤	専従	固定給	看護師	×	オフィス基点	
		準夜	常勤	専従	固定給	看護師	×	オフィス基点	
			常勤	専従	固定給	看護師	×	オフィス基点	
			常勤	専従	固定給	SSアシスタント	×	オフィス基点	
			常勤	専従	固定給	ヘルパー	×	オフィス基点	
			非常勤	専従	固定給	看護師	×	オフィス基点	
			非常勤	専従	固定給	SSアシスタント	×	オフィス基点	
			非常勤	専従	固定給	ヘルパー	×	オフィス基点	
		深夜	常勤	専従	固定給	看護師	×	オフィス基点	
			常勤	専従	固定給	ヘルパー	×	オフィス基点	
日本	訪問看護 NK/NY/NT/KR	常勤	専従	固定給	看護師	×	オフィス基点	チーム職員のスケジュール管理、利用者の状況把握、利用者へのサービス提供も他職員と同様に行う 朝礼→利用者宅訪問→オフィスにて昼食(例外あり)→利用者宅訪問→オフィスにて報告書提出	
		常勤	専従	固定給	看護師	×	オフィス基点		
		非常勤	専従	出来高制	看護師	×	オフィス基点		
	訪問介護FS	常勤	専従	固定給	看護師	×	オフィス基点	チーム職員のスケジュール管理、利用者の状況把握。利用者へのサービスは突発的なスケジュール変更に対応する程度 オフィス出勤(直行の日も)→利用者宅訪問→オフィスにてリーダーの補助的作業 日中は訪問入浴を担当し、夜間早朝に残業として訪問介護を行う オフィス出勤(直行の日も)→利用者宅訪問→オフィスにてリーダーの補助的作業 自宅→利用者宅訪問→自宅(オフィスには適宜連絡のために立ち寄る程度)	
		常勤	専従	固定給	ヘルパー	○	オフィス基点が主		
		常勤	兼務	固定給	ヘルパー	○	オフィス基点が主		
		非常勤	専従	時間枠固定給	ヘルパー	○	オフィス基点が主		
		非常勤	専従	出来高制	ヘルパー	○	自宅基点		
		非常勤	専従	出来高制	ヘルパー	○	自宅基点		

表 3-8 同行調査
デンマーク

同行	クライアント	時間	性別	年齢	障害	身体状況	寝たきり度	認知度	作業内容			
白中介護(ヘルパー)	1	4MG	8:21-9:00	39	女	96	なし	リウマチ、自力での車椅子移動不可、外出せず	B2	なし	2人のヘルパーが訪問:身体清拭、クリーム塗布/オムツ交換/着衣介助/2人のヘルパーでリフトにて車椅子移動/洗面所にて洗顔、整容、歯磨き/朝食準備/シーツ交換、寝床整理/厨房食器片付け	
	2	4BO	9:03-9:51	48	女	79	なし	難聴、難聴傾向にて服薬、低栄養、歩行可、歩くたびに胃で息をする様子、外出せず	A2	I	コーヒーを入れる/朝食・薬準備/換気/洗顔等見守、爪切り/パンツ交換と陰部洗浄を促し見守/着衣見守/シーツ交換、寝床整理/厨房食器片付け/タバコを手渡し(要管理)、いっしょにコーヒーを飲みながら配食サービスのメニュー選択表記入、金銭/支払等の郵便物を本人の了承の上開封し内容説明/金銭管理/洗濯物を持ち帰りランドリーへ	
	3	4JJ	10:05-10:06	1	男	-	妻	-	-	-	-	洗濯物受取
	4	4GM	10:15-11:05	50	男	80	なし	大腸癌、ストーマ、視力低下、アルコール依存症、歩行可、以前はビールを買いに出かけていたが視力低下により近隣への外出回数減少	J2	なし	食卓整理、食器片付け/買物のための1000円を本人に渡す(金銭管理)/ストーマ交換/本人がシャワーを拒否のため身体清拭/服薬確認/爪切り/フットカバー予約の電話/郵便物を本人の了承の上開封し内容説明	
	オフィスにて昼食											
	5	4BO	12:40-13:06	26	女	79	なし	難聴、難聴傾向にて服薬、低栄養、歩行可、歩くたびに胃で息をする様子、外出せず	A2	I	昼食準備(配食のため)/夕食の作り置き/食事見守/厨房食器片付け	
	6	4BO	13:12-13:18	6	女	79	なし	難聴、難聴傾向にて服薬、低栄養、歩行可、歩くたびに胃で息をする様子、外出せず	A2	I	ランドリーからの洗濯物を届け収納	
	7	4JJ	13:22-25	3	男	-	妻	-	-	-	-	ランドリーからの洗濯物を届ける
8	4MG	13:50-14:02	12	女	96	なし	リウマチ、自力車椅子移動不可、外出せず	B2	なし	2人のヘルパーでリフトにて車椅子からベッドへ/介護者(姉)と会話		
深夜(アシスタント)	1	JAG	16:06-16:20	14	女	80	夫	右半身不随、室内車椅子、外出せず	B2	なし	2人のヘルパーが訪問:2人のヘルパーでリフトにて車椅子移動/食卓へ誘導、薬準備	
	2	BG4	16:28-16:50	22	男	72	なし	両足切断、室内外電動車椅子、糖尿病、外出は郵便局に行く程度、共用廊下で毎日隣人と会話	B2	なし	2人のヘルパーが訪問:2人のヘルパーでリフトにて車椅子からベッドへ、オムツ交換、陰部清拭/車椅子移動/インシュリン注射	
	3	KL3	16:51-17:00	9	男	84	なし	糖尿病、室内ローター歩行	J2	なし	バイタルチェック/インシュリン注射/簡単な会話	
	4	1KI	17:08-17:18	10	女	90	夫	糖尿病、視力低下、室内ローター歩行、外出せず	J2	なし	バイタルチェック、血糖値測定/薬準備	
	5	2AM	17:20-17:30	10	男	-	なし	難聴、殆どの時間ベッドで過ごす(本、テレビ)、食事自立、夜遅く自	C1	なし	夕食準備(配食のため)/薬準備/しびれ清掃	
	6	0OG	17:30-17:40	10	男	78	なし	両足壊死、切断する必要があるが本人拒絶	C1	なし	夕食準備(食事と水分を枕元に置く)/会話	
	7	GH1	17:40-17:47	7	男	-	なし	アルコール依存症、低栄養	J2	I	夕食準備(作り置きを食卓に並べる)	
	8	STG	17:50-18:02	12	女	-	なし	糖尿病	J1	なし	バイタルチェック、血糖値測定/インシュリン注射/簡単な会話	
	9	3ED	18:04-18:15	11	女	89	なし	心臓病	J1	なし	むくみ防止ストッキングを脱ぐ介助(循環関連処置)	
	10	3MA	18:18-18:40	22	女	85	なし	両手麻痺にて感覚なし、痴呆症	A1	II	夕食準備(作り置きを食卓に並べる)/服薬確認/会話	
	11	4RA	18:40-18:43	3	女	-	夫	視力低下	J2	なし	目薬介助	
	12	3OG	18:45-18:50	5	女	91	なし	緑内障	J2	なし	目薬介助/ソファベッドをベッド形状にして整える	
	13	EG4	18:55-19:08	13	男	-	なし	糖尿病	J2	なし	薬介助/バイタルチェック、血糖値測定	
オフィスにて夕食、その後再び23:00まで勤務												

日本

訪問介護(ヘルパー非常勤)	1	54さん	8:24-9:03	39	男	81	子孫	心臓病、血圧高い、腰痛、左足拘縮、寝返り可。ヘルパーに向かって「帰らないで欲しい」と涙ぐむ。ほぼ寝たまま1日を過ごす。	C1	なし	暖房調節/検温/顔清拭/オムツ交換/陰部清拭/みかん、お茶の飲食介助
	2	10さん	9:25-10:16	51	男	84	妻子	ヘルパーが入り始めて2週目で心理的な受け入れができていない。	B2	なし	話を聞く/オムツ交換/陰部清拭
	オフィスにて15分 記録作業										
同上	3	54さん	10:57-13:20	143	男	81	子孫	心臓病、高血圧、腰痛、左足拘縮、寝返り可。ヘルパーが「また来ますよ。」というところから「逃げちゃあかんよ。」と答える。	C1	なし	検温/お茶の水分補給/顔清拭/全身清拭/食卓へ抱えて一歩一歩移動してもらおう/足浴/食事見守り(なかなか食が進まない。時々ぼーっとする。)/薬介助/ベッドへ再び戻る介助
	x	Aさん	13:35-14:46	71	女	-	子	歩行はシルバーカー利用。転倒が重なっている。トイレへは娘が同行。	J2	なし	事前訪問
	1	58さん	9:02-9:33	31	女	80	子	脳梗塞、半身麻痺。4点杖で歩行可能。車椅子を動かすこともできる。リハビリに熱心。	B1	なし	ポータブルトイレにて大便/陰部清拭/オムツ交換/室内での歩行、リハビリの見守り/車椅子移動介助/顔、手清拭/髪を驚える/ベットメイク/ポータブルトイレ片付け
訪問看護(看護師非常勤)	2	26さん	9:45-10:13	28	男	90	子	数ヶ月前に入院。ペースメーカー、尿力テール	C2	IIb	顔清拭/オムツ交換/陰部清拭/全身清拭
	3	30さん	10:25-12:13	108	女	63	なし	嚥下入院経歴有り、薬服用。足に麻痺。	J2	なし	買物注文聞き取り、ヨーグルトなどのメーカーや店など指定/買物/ゴミ捨て/買物品冷蔵庫に収納。場所指示有り。/掃除(掃除機、モップかけ)/お話し
	1	NK9さん	9:38-11:13	95	男	83	妻	H10に脚立から転落。外傷性毛膜下出血後意識障害に。現在意識障害継続で応答なし。視力障害有。気管支切開(自発呼吸)、鼻から経管栄養。全面的な介助が必要。	C2	M	バイタルチェック、酸素飽和度チェック/痰吸引/顔清拭、腔制り/鼻管まわりの清拭/首清拭、気管切開部消毒、ガーゼ交換/痰吸引/身体清拭(むくみやぶれもチェック)/排便、陰部清拭/オムツ交換/痰吸引/短期入所のための鼻管などの用意を手渡し
2	NK69さん	11:20-12:30	70	女	38	夫	多発性硬化症。尿バルン、体を動かす時に痛みが伴い、食事、着替え、入浴、整容、排泄に全介助が必要。構音障害はあるが良くお話しする。夫は介護放棄の気があり、食事がままならず低栄養。痩せている。	J2	III	バイタルチェック/更衣介助、顔清拭/全身清拭/排便、陰部洗浄/オムツ交換/衣服交換/シーツ直し/食事(缶栄養) (医療保険)	
オフィスにて昼食											
3	NK5さん	13:30-14:40	70	男	4	両親	染色体異常症、鎖肛根治後急性腸炎結腸腫孔、汎発性腹膜炎、敗血症、長期の臥床による四肢関節拘縮、鼻管、気管支切開、ストーマ	C2	なし	バイタルチェック/更衣、入浴/ストーマ処置/着衣/気管支切開部の消毒、ガーゼ交換 (医療保険)	
4	NK2さん	15:30-16:59	89	女	89	子	脳梗塞後遺症。体部白癩、H5より寝たきり、会話不能。呼びかけには反応弱、四肢拘縮。尿バルン。3ヶ月ごとに老健と在宅を繰り返す	C2	M	バイタルチェック/全身清拭/排便、陰部洗浄/臀部清拭後、軟膏塗布/オムツ交換/着衣/シーツなおし/手清拭、爪切り/クリーム塗布(拘縮が強く手を開くのが困難)/痰出し/バイタルチェック/水分補給/介護者と会話	

* 同行調査結果抜粋。寝たきり度、認知度は厚生労働省の基準に基づく。日本の訪問看護利用者は医師の診断に拠り、その他は筆者が判断した。

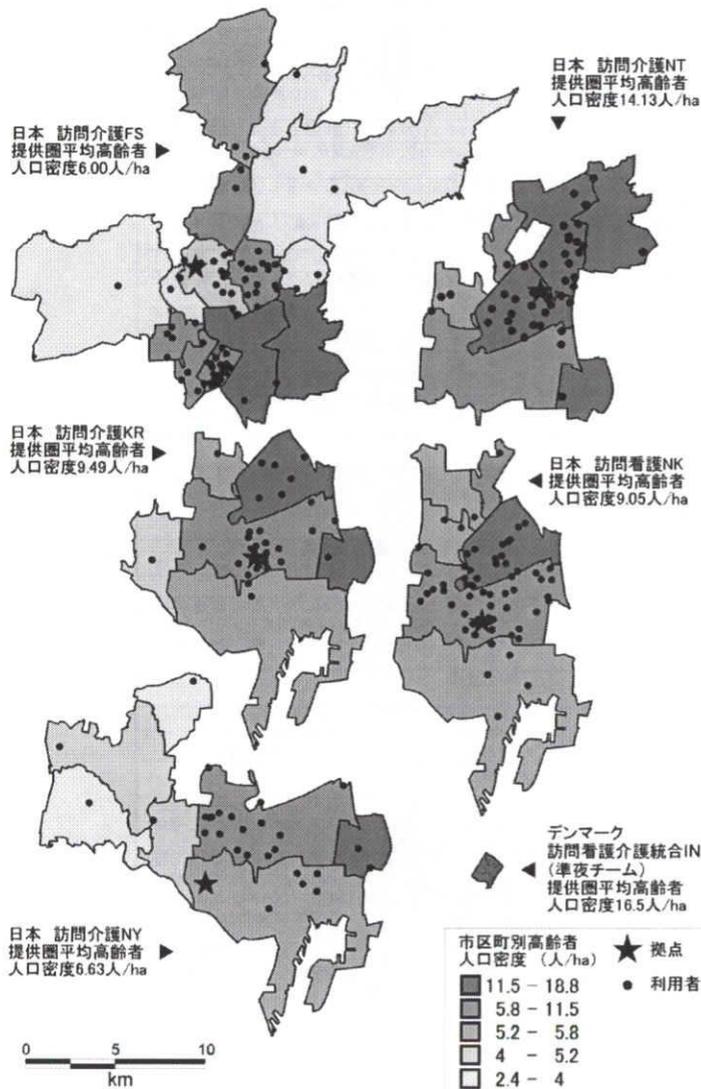
3.4 日本 中部地方の拠点の実態

3.4.1 訪問介護拠点

a) サービス提供圏

訪問介護 FS 拠点（営利法人）は 14 の市区町を横断する形で 11.8km 圏内に利用者を有する（図 3-7）。サービス提供圏となる各市区町の高齢者人口密度は 18.8～2.4 人/ha と幅があるが、合算平均すると 6.0 人/ha となる。利用者の散らばりを見ると、地形的には標高差が殆ど無く、道路網状況にも大差が無いにも関わらず利用者数の差が市区町界ごとに顕著であった^{註 3-12)}。

註 3-12) 一般にケアマネージャーと拠点の関係が提供圏形成に影響を及ぼす事が指摘される。



* 利用者の所在は、各拠点へのヒアリング時に把握した町丁目までの住所を元にプロットした。訪問介護は 2004.3.1-7、訪問看護は 2003.12.1-7 の間の利用者。尚、デンマークの利用者分布は図面上省略されているが、サービス提供圏全域に散らばっている
図 3-7 デンマーク、日本の訪問介護・看護拠点の提供圏と利用者分布 (1週間分)

b) 職員構成

時間帯毎のチーム編成は特にない。早朝夜間のサービス量は少なく（表 3-6）、日中勤務者が時間外労働で早朝夜間に対応していることが分かった。職員の勤務体制は常勤職員、非常勤だが時間を固定して給料が支払われる固定制非常勤職員、出来高制の非常勤職員、同拠点の他事業（訪問入浴）と兼務している職員の4種であった（表 3-7）。リーダーが39人のヘルパーのスケジュール管理と、利用者一人一人の状況把握を担当している。出来高制非常勤職員は、利用者宅への直行直帰が認められているため、その提供圏は拠点との移動と関係なく、自宅を基点として構成される可能性がある。一方常勤、固定制非常勤職員は、一律の給料が保障されているため、移動距離の長短に関わらず拠点出勤となっていた（図 3-8）。又、利用者がサービスを利用し始める初期、すなわちサービスに馴染むまでの段階を常勤職員に担当させ、利用者との関係やサービス内容が安定したところで非常勤職員に徐々に担当を移行する形をとる場合もある。兼務者は、日中は訪問入浴に専念し、早朝夜間などのサービスを単発的にカバーしていた。

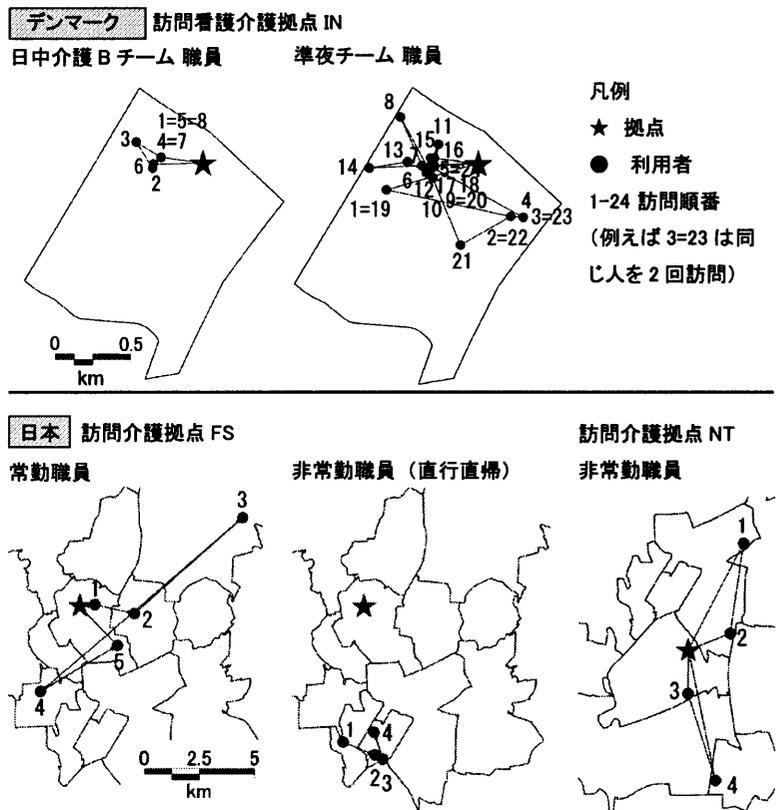


図 3-8 職員の動き事例

c) サービス内容

サービスは8:00-22:00の間に提供される。早朝、日中、夜間別に1訪問あたりの平均滞在時間^{註3-11)}を比較すると(表3-6)、早朝:45分、日中:62.3分、夜間:44.5分であり、日中よりも早朝夜間の訪問時間は短い。作業項目は多岐に渡り、デンマークの日中介護チームとほぼ同じであるが、中でも調理、掃除に次いでオムツ交換・陰部洗浄のための訪問が多い。図3-6に、利用者が1日に受けた訪問サービス例を示す。

3.4.2 訪問看護拠点

a) サービス提供圏

調査対象の4つの訪問看護拠点は同じ医療法人・運営組織に属してお互い連携関係にある。拠点は、NT - NK - NY間約5kmで点在し、NKとKRはほぼ隣接している。利用者は拠点を中心に比較的均等に散らばり(図3-7)、サービス提供圏サイズは6.1km - 11.1kmであった(表3-10)。

b) 職員構成(表3-7)

職員は全員看護師であり、専従常勤職員と専従非常勤職員(非常勤PT含む)の2種がある。リーダーも他の職員と同様にサービス提供を行う。常勤、非常勤に関わらず社用車で移動しており、自宅からの直行直帰はなく、職員の移動は全て拠点が基点となっていることが把握された。

c) サービス内容

サービス提供時間は8:00 - 18:00に限られている。ただし電話による24時間対応を行っている。1訪問あたりの平均滞在時間は4拠点平均で66.1分とデンマークに比べ長いことが分かった(表3-6)。同行調査(表3-8)や看護師に聞く範囲では、バイタルチェック、カテーテル/ストーマの処置、摘便といった内容が主であった。全般に利用者の要介護度は重く^{註3-13)}同居家族の医療的な相談に応じる役割も大きい。加えて看護師の見守りがなければ入浴できない利用者のための入浴介助なども行っていた(血中酸素濃度の急激な変化に対応するなどの理由)。

註3-13) 訪問看護拠点の利用者の要介護度比は4拠点平均で、要介護度1が11%、2が17%、3が19%、4が20%、5が33%であった。

3.4.3 同居形態と家族介護量

同行先でヒアリングした結果から、同居形態と家族介護量、訪問サービスの内容についてそれらの関わりを見ておく（表 3-9）。「昼間独居」の KA さんのように、昼間は子が仕事で不在のために訪問サービスが多く利用されているが、夜間は帰宅した子がオムツ交換などの介護を行い訪問介護サービスを利用しない例がある。又、K さんのように同居家族が終日介護に専念している場合も早朝夜間帯に訪問サービスを利用することは少ない。一方、NW さんのように独居の場合は要介護度が上がるにつれ、日中のみならず早朝夜間の訪問が必要となる例もある。又、TK さんのような老夫婦世帯では、配偶者の体力に限界がある場合は早朝夜間に渡り 1 日中サービスが求められることもある。

表 3-9 日本における同居家族と家族介護事例

家族介護 種類		利用者名	要介護度	性別	年齢	同居家族	主介護者	居宅サービス利用	頻度	家族介護の内容
昼	夜									
		OG さん	1	男	86	なし	子	訪問介護 10:00-12:00 訪問介護 10:30-15:00 訪問看護 14:00-14:30	毎日 2/月 2/月	息子が時々様子を見に来る程度。
		NW さん	5	男	89	なし	子	訪問介護 9:00-10:00 訪問介護 13:00-14:00 訪問介護 16:30-18:00	毎日 5/週 毎日	息子が時々様子を見に来る程度。
		TK さん	5	女	68	夫	夫	訪問介護 8:30-9:00 訪問介護 13:30-14:00 訪問介護 13:30-14:30 訪問介護 16:30-17:00 訪問介護 20:30-21:00	毎日 4/週 2/週 毎日 毎日	毎日：朝、昼、夜の食事介助
		体力的に十分な家族介護が難しい								
		KA さん	4	男	81	子	子	訪問介護 8:30-9:00 訪問介護 11:00-13:00 訪問介護 16:30-17:00	3/週 3/週 3/週	毎日：夜間のオムツ交換 水木土日：オムツ交換、食事介助
		夜、休日だけ家族介護あり								
		K さん	5	男	子	子	訪問介護 9:30-11:30 訪問介護 10:00-11:00 訪問看護 10:30-11:00 訪問入浴 ショートステイ	2/週 1/週 3/週 1/週 1週/月	2:00 痰吸引/体位交換/オムツ交換/確認 4:30 痰吸引 6:00 痰吸引/体位交換/オムツ交換/確認 6:30-8:00 食事(経管栄養) 8:00-9:00 痰吸引/体位交換/オムツ交換/確認 9:30-11:00 訪問看護に対応 12:00-13:30 食事(経管栄養) 14:30 痰吸引/体位交換/オムツ交換/確認 15:30-16:00 マッサージの先生来訪に対応 16:30 痰吸引/体位交換/オムツ交換/確認 18:30-20:00 食事(経管栄養) 20:00-20:30 痰吸引/体位交換/オムツ交換/確認 23:00 痰吸引/体位交換/オムツ交換/確認	介護者は片時も家をあげられない

* 表は、訪問介護 FS、訪問看護 NK 同行調査時に職員や、家族にヒアリングした内容に基づき作成(抜粋)

3.4.4 訪問介護 FS、訪問看護 NK/NT/NY/KR 拠点の全国に対する位置

全国の訪問介護・訪問看護拠点に対して行ったアンケート調査 (Chapter2) の結果から、調査対象拠点の全国に対する位置を確認する。

a) 全国平均との比較

表 3-10 にてアンケート調査結果の平均値をと各拠点の値と比較し、その特徴を調べた。総じて5拠点とも、サービス提供圏は全国に比べ小さく、利用者数はFS/NKで平均以上、NT/NY/KRで平均以下であることが分かった。

b) 高齢者人口密度とサービス提供圏の関係

「拠点所在地の人口密度と最も遠い利用者宅までの距離」の関係性を示した図の中で拠点の位置を確認した (図 3-9)。抽出した5拠点とも特に、全国的な傾向から大きくはずれる事例でないことが確認された。又、いずれも高齢者人口密度が5人/haより高い地域に所在するため、どちらかと言えば提供圏のコントロールが比較的容易な地域でサービスを行っていると言えよう。

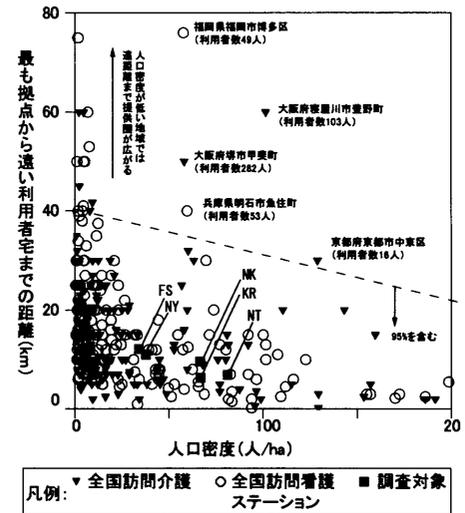


図 3-9 サービス提供圏距離と人口密度

* 全国アンケート結果について図 2-5 の内容を再掲

表 3-10 全国アンケート調査の結果と、ヒアリング対象拠点の比較

		訪問介護		訪問看護				
		全国平均値 **	拠点 FS	全国平均値 **	拠点 NK	拠点 NT	拠点 NY	拠点 KR
介護保険利用者数	人	60.78	125	47.38	44	29	38	37
医療保険利用者数	人			11.31	35	19	10	14
利用者総数	人	65.13	178	58.69	79	48	48	51
最も遠い利用者宅までの	距離	15.2	11.8	16.5	9.3	6.8	11.1	6.1
	時間	28.4	30	29.8	20	15	30	15
身体介護	単位	*89271	348896					
生活援助	単位	*79678	161097					
身体生活複合	単位	*94289	176434					
通院等乗降介助	単位	*2211	5550					
合計	単位	*266721	691977	*109382	263114	220005	188716	411460
専従常勤	人	4.05	2	2.66	3	3	2	3
専従非常勤	人	14.04	36	2.28	7	4	3	4
専従総数	人	18.09	38	4.94	10	7	5	7
兼務常勤	人	1.20	2	1.11	0	0	0	0
兼務非常勤	人	2.14	0	0.43	0	0	0	0
兼務総数	人	3.34	2	1.54	0	0	0	0
職員総数	人	21.43	40	6.48	10	7	5	7

*の数値は文 3-8) より算出 ** 全国平均値は表 2-2 より再掲

3.5 サービス提供圏とサービス内容の関係性に関する比較考察

3.5.1 運営組織

a) サービス提供圏の構成

コペンハーゲンの訪問看護介護拠点の配置は準夜チーム1つのサービス提供圏に対応していることを把握したが、利用者の側に立てば、夜間と日中のサービスを同じ拠点が担当することが望ましく、提供側も日中と夜間サービスの拠点が同一であれば情報伝達が容易で利用者を総合的にサポートしやすい。これらを考慮してデンマークでは1つの拠点の提供圏サイズを日中よりも準夜チームに合致した形で計画しているが、その一方で、サービスニーズを比較すれば、同地域に昼間は準夜の4.4倍の利用者があり、一つのチーム構成で対応するのは不可能のため、4つのチームに分けて担当するといったように、時間帯にあわせて提供エリアの組み替えが起きているとも理解できる(図3-5)。日本でこのようなことが顕在化していない理由として、早朝夜間(デンマーク準夜に対応)のサービス利用が極めて少ない事が上げられよう(表3-6)。デンマークと日本の訪問介護を比較すると、デンマークのIN拠点では、同じ地区に対する準夜サービス利用者は昼間サービス利用者数の22%であるのに対し、日本のそれは約10%で、早朝夜間利用者は週間で僅かに9人と専用チームを作るような量ではない。その結果、常勤職員の時間外勤務、兼務職員の時間外勤務といった形で、運営が行われていると考えられる。

b) 勤務体制

デンマークが常勤主体であるのに対して、日本は非常勤率が高く、多様な勤務体系がある(表3-7)。例えば利用者宅に近居する非常勤職員を採用することで、拠点からの移動距離と関係なくサービスの質と効率を高めていたり、兼務といった他事業との混合勤務体制で早朝夜間のニーズに応えようとしている姿が明らかになった。デンマークでは、訪問看護と介護の統合拠点や、アシスタントといった職種の採用でサービスの質と効率を高めているが、日本では拠点FSのような訪問介護と訪問入浴の兼務をはじめとして、通所との兼務、ボランティア活動との兼務といったケースも存在していることを考えると、現状はこのように多様な協働の可能性を模索している段階にあると理解できよう。

3.5.2 サービス

3ERさんと265さんを比較した時（図3-6）、同じ延べ150分のサービスでも、3ERさんの方が看護一介護（日中、準夜）がより細かなレベルで取り合わされて一体となったサポートを受けていることが理解できる。これには訪問看護介護が同一拠点にあることに拠るところが大きいと考えられるが、日本では看護中心のサービスを受ける人、介護中心のサービスを受ける人といった片側依存傾向が見られる。又、全体にデンマークではより「小刻みかつ頻繁」なサービスが提供されていることが見てとれる。これを統計的に確認するため、図3-10にて比較したところ、同じ延べ時間のサービスを提供している場合でも、デンマークでは日本に比較して多い訪問回数で行っていることが分かった。例として延べ150分間のサービスを比較すると、日本では1-4回、デンマークでは3-6回の訪問回数になっている。また、高齢者が1日に受けるサービスが1日の中のどれだけの時間をカバーしているか（以下「カバー時間」）、つまり朝何時から夜何時まで訪問を受けているかを図3-11で見ると、延べサービス時間量が同じ場合でも、デンマークの方が日本よりも朝早くから夜遅くまで長時間をカバーしている傾向が見られた。すなわち同じ延べ120分間のサービスであっても、日本は最高で1日600分を、デンマークは800分をカバーしていることになるのである。

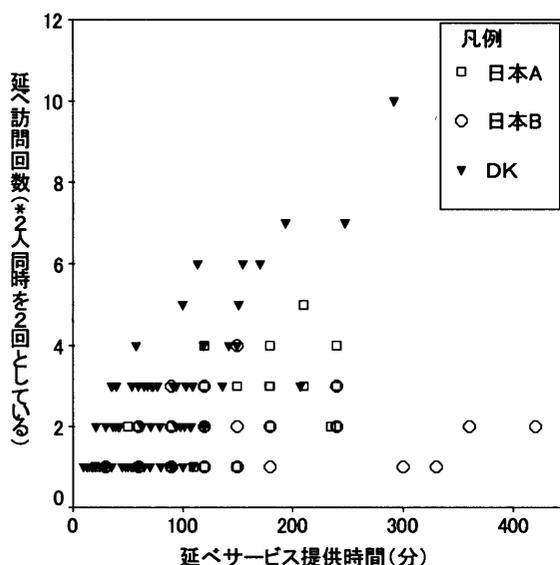


図3-10 利用者に1日に提供された訪問系サービスの延べ時間と延べ訪問回数の関係

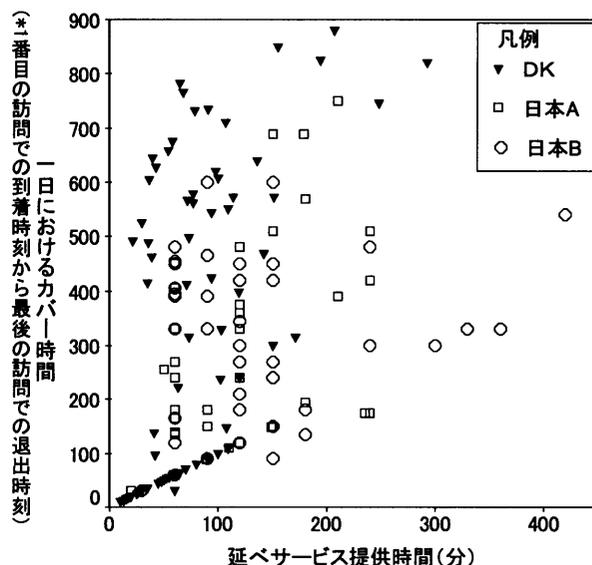


図3-11 利用者に1日に提供された訪問系サービスの延べ時間とカバー時間の関係

* 図3-10、3-11は、デンマークについてはIN拠点職員スケジュール表より逆集計することで得られたデータ、日本についてはサービス提供表から得られたデータに基づく。データ数 1) デンマーク：2003.5.14のスケジュール表逆集計が有効であった全ケース86 2) 日本、A地方自治体の2004.3.1/3.11の全利用者データ99 3) 日本、B地方自治体の居宅介護事業者CK/CNの2004.3.1/3.2の全利用者データ173

3.5.3 違いが生まれる要因

前述のような違いが生まれる背景には複雑な事柄が絡み合っていると考えられるが、中でも制度、家族同居環境（＝家族による介護環境）、サービス提供圏の大きさ、の違いが大きな要因と考えられる。

a) 制度的な違い

「小刻みかつ頻繁」なサービスが日本で提供されない理由として、日本の訪問介護、訪問看護の報酬が30分単位でしか評価されない^{註3-14)}点が考えられる。つまり利用者の費用負担は1回の訪問が18分であろうが30分であろうが同じであり、その結果当然ながら30分を希望することとなるのではないか。つまりデンマークでは例えば1日延べ120分を20分×6回の訪問にすることもできるが、日本ではそれは30分×4回にしか成りえない。

註3-14) H12.2.10 厚生省告示第19号及びその一部改正告示に基づく

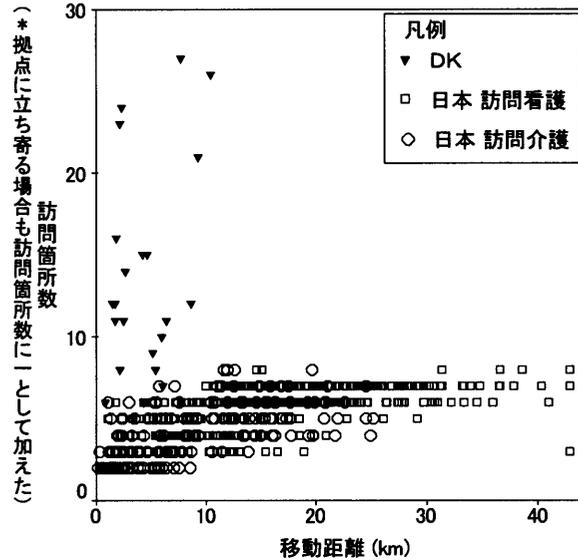
b) 家族同居環境の違い

「カバー時間」が長いということは、早朝夜間のサービスが充実していることを示すが、表3-9より、早朝夜間のサービスを特に必要とするのは、単独世帯と高齢夫婦世帯であることが明らかになった。つまりデンマークは前述のとおり独居高齢者率が高く、98%が独居・高齢夫婦世帯で、サービスも自ずとそれに対応する形で提供されるが、日本では要介護期の独居率は低く、その結果早朝夜間のサービスを同居家族が行っていると考えられる。日本のサービスを、デンマークと全く同じ状況にするべきとは考えないが、日本においても高齢者の単独世帯が増加すれば、それに伴い早朝夜間も含めた「カバー時間」の長いサービスのニーズが大きくなるではなかろうか。

c) サービス提供圏の大きさの違い

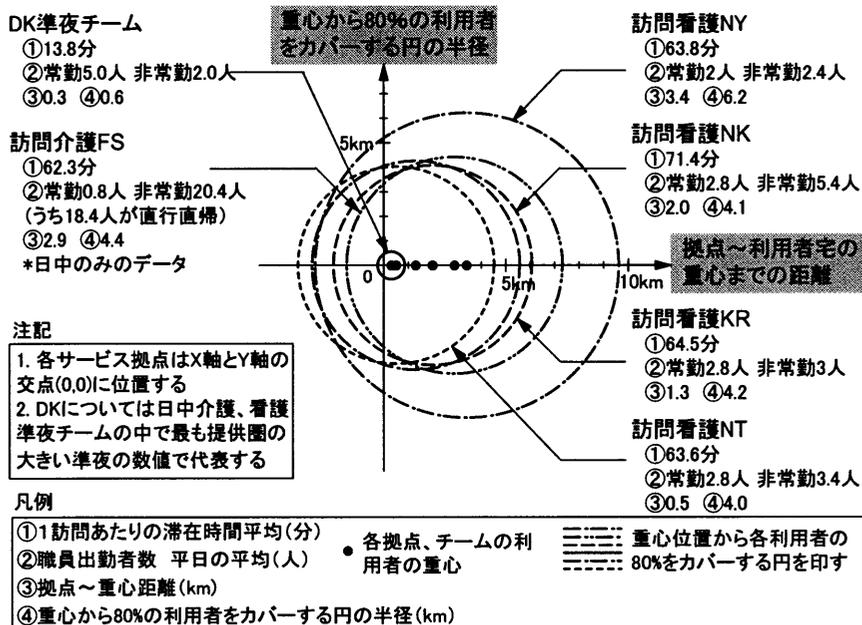
差異が生まれる背景には、サービス提供圏サイズの差が関係していると考えられる。そこで、デンマークと日本の提供圏がどのように違うかを確認した。図3-13において、 $(X, Y) = (0, 0)$ に拠点があるとした時、利用者宅の重心^{註3-15)}までの距離をX軸正方向に示し、重心から母集団の80%の利用者が含まれる圏内を円で示したが（円の大きさは利用者宅のばらつきを示す）、これをデンマークの準夜と日本とで比較すると、日本はデンマークの約6～10倍であった。更に、各職員の1日の訪問箇所数とそれに伴う総移動距離の関係を比較する（図3-12）。デンマークでは訪問箇所数が増えても、その総移動距離数は10kmを超えること

註3-15) 重心は緯度経度方向にxy軸を取り、利用者宅の座標を平均して求めた。



* 図は職員スケジュール表と利用者居住地から移動距離を算出して作成した。 データ数 1) デンマーク: 24 件 (2003.5.14) 2) 日本 訪問看護 NK/NT/NY/KR 合計 265 件 (2003.12.1-14) 3) 日本 訪問介護 FS 183 件 (2003.3.1-14)

図 3-12 職員の 1 日のスケジュールにおける 訪問箇所数と移動距離



* データ数 1) デンマーク: 95 件 (2003.5.14) 2) 日本 訪問看護 NK: 69 件 /NT: 43 件 /NY: 42 件 /KR: 43 件 (2003.12.1-7) 3) 日本 訪問介護 FS: 93 件 (2003.3.1-7) 日本については週間全利用者が把握されているが、デンマークについては 1 日分の利用者住所しか把握できなかった。

図 3-13 拠点から見た利用者分布

がなく、日本に比較して非常に短い。つまり一般に訪問箇所数が増えるに従い移動距離は長くなるのであるが、上記のとおり日本の方がサービス提供圏がはるかに大きいため、訪問回数を重ねるほど移動損失が大きくなり効率が落ちることになる。従って、日本においては1回の訪問にてまとめて作業を行い、何回にも分けて訪問を行わないような方向でサービスが展開されがちになると考えるのである。サービス提供圏が小さいため移動損失が大きくなるデンマークでは、比較的容易に、小刻みにサービスを分けて行うことができ、訪問回数を増やすことができるとも理解できる。その結果、目薬を挿すだけの5分の訪問も可能となっているのではなかろうか。

3.6 まとめ

デンマークと日本の事例を比較した結果、訪問頻度や訪問サービスによる1日のカバー時間に差が生じる背景には、制度/家族介護量/サービス提供圏サイズの違いなど様々な要因が挙げられることが分かった。しかし、その中でも特に、日本ではサービス提供圏が大きく移動損失から訪問回数がデンマークほどに重ねられにくいことが考えられる。今後、高齢者が地域で生活を続けるための安心面/精神面でのサポートや早朝夜間サービスの充実を目指すあたり、訪問サービス提供圏を狭め、小さな地区を対象としたサービス運営をすることで、サービスの柔軟性が獲得され、「より小刻みかつ頻繁で、起床から就寝まで一日のカバー時間が長いサービス」も可能となるのではなかろうか。

高齢者が住み慣れた地域に暮らし続けていくことの真の実現は容易ではない。生活を支える基礎的な介護に加え様々な精神的サポートも求められる中で、地域/近隣の果たす役割の見直しと共に、公的サービスも更に発展していかねばならない。日本の公的サービスは市場性の導入にて複雑なシステムの中にある。デンマークの方法を直接反映するような安易な解決はあり得ないが、小まめなサポート、ケアパーソンとの親密な関係構築が少なからず高齢者の精神面でのサポートにも寄与すると考える。

参考文献

- 3-1) Jozef Pacolet. et al. : *Social Protection for Dependency in Old Age*, Ashgate, England, 2000
- 3-2) *Københavns Statistiske Årbog*, Københavns Kommune Statistiske Kontor, 2003
- 3-3) 西英子 : コペンハーゲン大都市圏の計画理念と都市成長戦略に関する研究、日本建築学会計画系論文
集 NO. 575、pp. 109-116、2004. 1
- 3-4) 小川正光、小川裕子 : コペンハーゲン市域における地区別高齢者の住宅事情、日本建築学会計画系論
文集 NO. 568、pp. 117-123、2003. 6
- 3-5) *Kommuneplan 2001*, Københavns Kommune, Økonomiforvaltningen, 2001
- 3-6) *Bolig Katalog - Københavns Kommunes Nøligtilbud til Ældre*, Københavns Kommune,
Sunhedsforvaltningen, 2002
- 3-7) *Statistisk Årbog 2003*, Danmark Statistik, 2003 (<http://www.statistikbanken.dk>)
- 3-8) 厚生労働省 : 介護給付費実態調査月報 (H16.3 審査分)、2004
- 3-9) 大阪外国語大学デンマーク・スウェーデン語教室編 : スウェーデン・デンマーク福祉用語小事典、早稲
田大学出版部

Chapter 4

現状の訪問介護・看護拠点の地域配置とその問題点

4.1 本章の概要

4.1.1 背景と目的

註 4-1) これらの議論の一例として、「一連のサービスは、安心をいつも身近に感じられ、また、即時対応が可能となるよう、利用者の生活圏域（例えば中学校区あるいは小学区ごと）の中で完結する形で提供されることが必要である。^{*4-1)}」とある。

ここでは、サービス拠点の地理的な計画を考える上での第一歩として、現状の拠点の地域配置を把握することを目標とする。

拠点の配置については、利用者宅から拠点までの距離を、利用者の生活圏域とするのが好ましいとする議論がある^{註 4-1)}。この議論の論点の1つは、ケアパーソンの提供圏が小地区に限定されることで、地域コミュニティの中で利用者との親密なサポート関係が構築されるとするものである。いま1つは、Chapter 3 で述べたとおり、サービス提供圏が大きい場合は移動時間が足かせになりサービスの質低下につながる、例えば移動時間を避けて訪問回数を減らそうとする力がはたらき、利用者の頻繁な訪問ニーズに応えづらいということである。在宅生活を支える良好な訪問サービスを可能にするには、適切なサービス提供圏の整備が必要であろう。

既往研究には、訪問サービス提供時の移動時間に着目し、その実態を経済的に分析した郭、加藤、黄らの研究^{文 1-34、文 1-35)、文 1-36) 文 1-74)}、などがある。これらは上記の視点から、サービス提供圏の大きさについて考える有用な資料と言えるが、個々の事例を扱うものであり、全国的な把握とは異なる。

これらの背景から本章では、現状の日本における訪問サービス拠点の地域配置がどのようになっているかを全国的に把握し、今後の適切な訪問サービス拠点配置のあり方を考える上での示唆を得ることを目的とする。

4.1.2 分析対象

WAM-NET に登録された訪問介護、訪問看護ステーション全体を対象とした。ただし、休止廃止が示されている事業所は除いた。訪問介護 22,044 件（2004 年 7 月）、訪問看護ステーション 5,082 件（2004 年 8 月）。

4.1.3 分析方法

研究は、GIS(Geographical Information System) によるシミュレーション分析を行った。全国の拠点を地図上にプロットし、いくつかの想定サービス圏を設定しながらサービス利用に不利な地域を探っていった。

a) 「想定サービス提供圏に基づく、高齢者人口、居住地区面積のカバー状況」

シミュレーションの目的は、現状の拠点配置にて、どのような地域をカバーし得るかを全国規模で概況把握することであり、GISを用い、以下のシミュレーション・分析を行った。

- ・地図上に訪問介護、訪問看護ステーション各々について全拠点をプロットし^{註4-2)}、それらに仮に半径5km/10km/20kmのサービス提供圏を想定する。図4-1に本シミュレーションのプロセスを示す^{註4-3)}。

- ・3次メッシュ(≒1km×1km)毎に、いくつの拠点のサービス提供圏内に含まれているか^{註4-4)}を勘定する(以下、これをメッシュ毎の「カバー拠点数」と呼ぶ)。図4-2に本シミュレーションのプロセスを示す。

- ・カバー拠点数ごとに、全国県別にメッシュ内高齢者人口^{註4-5)}、メッシュ面積を合算し、統計値化する。

尚、仮の提供圏とした5km/10km/20kmはそれぞれ、2.2.2項に示されたアンケート調査による現状の提供圏の度数分布上の、10%/30%/70%にあたる。

b) 「カバー拠点数が少ない地域と人口密度」

分析a)において、想定サービス提供圏10kmとした場合に、カバー拠点数が1以下の地域、すなわち利用者にとって選択の余地がない、あるいは利用可能な拠点数がない状況がどのような地域にどれだけ発生し得るかを、人口密度と該当高齢者人口、該当面積の累積の関係でグラフに示す。

c) 「カバー拠点数が少ない地域をサポートする拠点の経営主体」

ここでは、カバー拠点数が少ない地域へのサポートを、どのような経営主体(営利法人、社会福祉法人など)が担っているのかを考える。図4-3の例のように、拠点の経営主体別を地図上にプロットした後、分析a)の訪問介護—想定サービス提供圏10kmの場合において、カバー拠点数1のメッシュが、どのような経営主体の拠点によってカバーされていたかを分類し、メッシュ毎の高齢者人口と面積を経営主体別に合算した。訪問看護については、みなし事業所の登録で実働のある拠点の把握が困難であったため、この分析は割愛した。

註4-2) WAM-NETに記される各拠点の住所を、下記「CSVアドレスマッチングサービス」を利用し、緯度経度情報に変換し、マッチレベルが町丁目まで至っていないものについては、別途web-GISにて個別に緯度経度を調べた。これら緯度経度情報を用い、GIS(MapInfo Professional 7.5 SCP)上にプロットを行った。(CSVアドレスマッチングサービス:<http://fujieda.csis.u-tokyo.ac.jp/cgi-bin/geocode.cgi>, Web-GIS: <http://www.mapion.co.jp/>を利用。)以上の操作を経てなお、地番までの正確な位置が特定できないケース(約11800件)は町丁目の重心にプロットした。サンプリングにより誤差を住宅地図上で確認し(平均約450m)、シミュレーション半径5kmの1/10以下のため問題ないと判断した。

註4-3) 図4-1、4-2、4-3は分析のプロセスの単なる一例を示すもので、愛知県を特に分析するものではない。紙面の都合上、全国についてのプロセスは割愛した。

註4-4) ここでは、サービス提供圏の円に、メッシュの重心が含まれる状況を「含まれる」とした。

註4-5) 3次メッシュ毎の高齢者人口のデータは、現時点で最新にあたる平成12年の国勢調査のものを用いた。

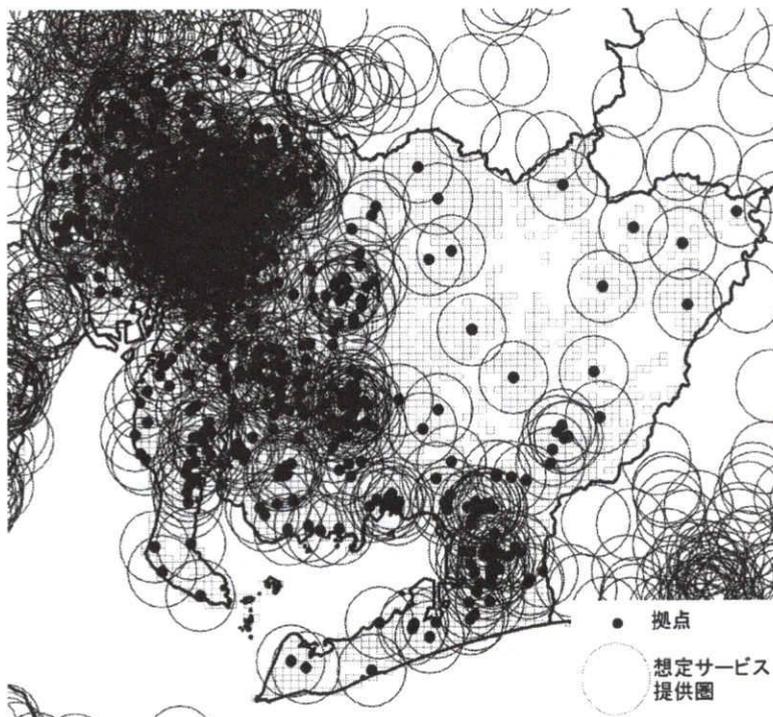


図 4-1 シミュレーションプロセス：拠点と想定サービス提供圏のプロット図
(訪問介護、愛知県の場合、想定提供圏半径 5km)

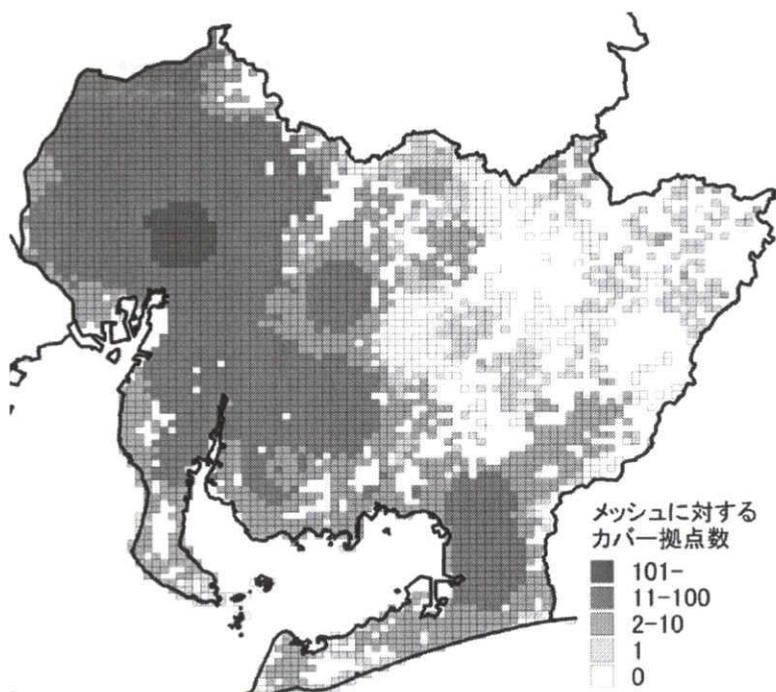


図 4-2 シミュレーションプロセス：メッシュに対するカバー拠点数の分布図
(訪問介護、愛知県の場合、想定提供圏半径 5km)

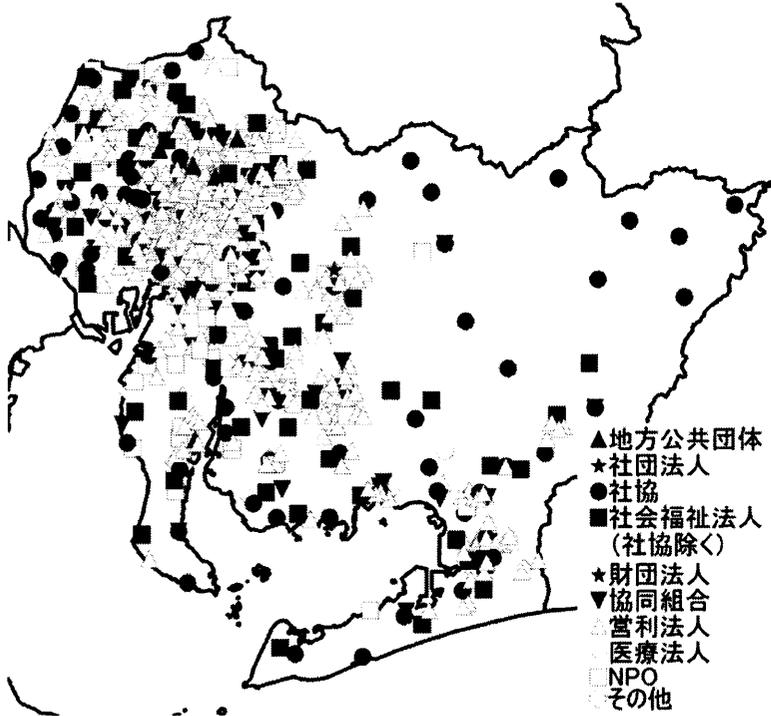


図 4-3 シミュレーションプロセス：拠点の経営主体図（訪問介護、愛知県
の例）

4.2 シミュレーション分析

4.2.1 想定サービス提供圏に基づく、高齢者人口、高齢者居住面積のカバー状況

a) カバー状況の地図上での確認

註 4-6) メッシュそのものが無い地域は高齢者居住の無い地域である。

図 4-4 は、訪問介護拠点のサービス提供圏半径 10km を想定した場合のシミュレーション図の一例であり、図中ではカバー拠点数 0 の地域、101 以上の地域等が確認される^{註 4-6)}。同様の分析を全国に関して行った結果を、「資料編の Appendix II p. 4 ~ p. 63」に示す。これにより地図上で、どの地域がサービス利用上不利であるか、あるいはどの地域に拠点が集中しているのかが分かる。参考例として図 4-4 をあげたが、半径 10km 以内に訪問介護拠点数がない (= カバー拠点数 0) 地域は黄色で示されており、岐阜県中部、紀伊半島の中部にそのようなサービス利用に不利な地域が分布していることが分かる。その他の地域の結果についても同様の地図が資料編中 p. 4 ~ p. 63 に掲載されているので、そちらを確認されたい。

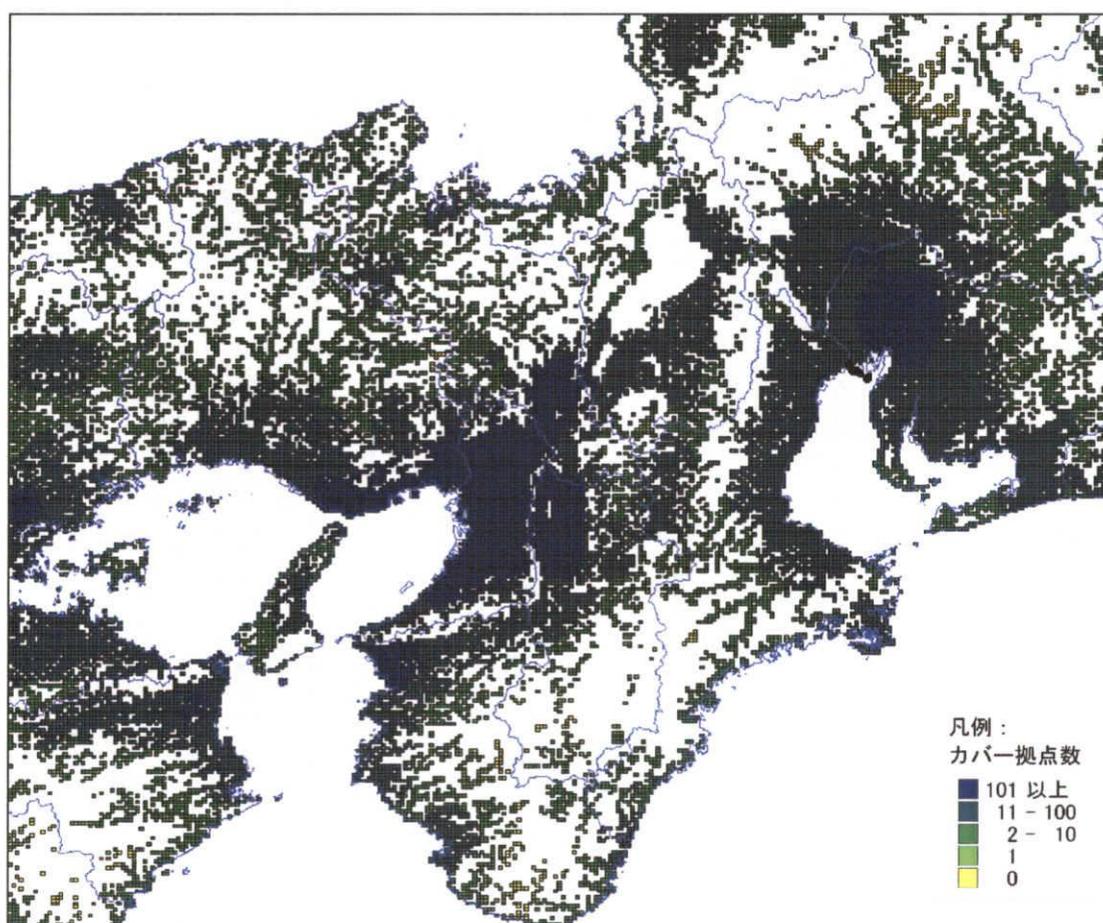


図 4-4 メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問介護、想定提供圏半径 10km の場合） - E（資料編より例として再掲）

表 4-1 訪問介護 想定サービス提供圏とカバー拠点数×高齢者人口

設定圏域	高齢者人口 (単位: 千人)														
	半径 5km					10km					20km				
	0	1	2-10	11-100	101-	0	1	2-10	11-100	101-	0	1	2-10	11-100	101-
カバー拠点数															
全国 (%)	3.9%	6.1%	27.7%	46.5%	15.7%	0.4%	1.4%	15.4%	46.7%	36.1%	0.0%	0.2%	3.4%	38.7%	57.8%
全 国	864	1345	6103	10235	3459	95	318	3384	10270	7939	6	39	740	8511	12709
北海道	104.7	150.4	269.6	474.8	32.1	32.0	102.3	258.8	406.4	232.1	2.6	28.2	227.6	471.1	302.1
青森県	23.3	32.4	126.4	104.8	0.0	3.8	9.0	72.8	201.3	0.0	0.0	0.2	31.9	254.7	0.0
岩手県	59.4	60.9	118.5	65.4	0.0	9.1	25.9	143.6	125.5	0.0	0.2	0.2	69.6	234.2	0.0
宮城県	30.0	46.9	151.9	180.4	0.0	0.6	6.0	114.0	169.7	119.0	0.0	0.2	6.8	215.0	187.2
秋田県	30.7	55.3	137.7	56.0	0.0	4.2	16.0	146.7	112.9	0.0	0.0	0.5	26.6	252.7	0.0
山形県	25.6	35.5	135.8	88.7	0.0	2.2	10.3	88.6	184.5	0.0	0.2	0.1	8.1	277.3	0.0
福島県	30.3	62.5	186.7	152.6	0.0	2.6	13.9	125.4	290.3	0.0	0.0	0.0	16.7	415.4	0.0
茨城県	13.7	22.2	321.7	137.7	0.0	0.3	0.5	66.7	427.9	0.0	0.0	0.0	1.1	318.8	175.6
栃木県	15.4	12.8	176.6	140.1	0.0	1.7	2.2	37.4	303.5	0.0	0.0	0.0	2.8	103.9	238.1
群馬県	8.7	13.5	126.0	218.3	0.0	0.7	2.5	33.2	328.2	2.0	0.0	0.0	4.5	72.4	289.7
埼玉県	3.0	3.9	120.2	649.8	113.9	0.0	0.6	4.0	343.5	542.8	0.0	0.0	0.1	27.3	863.4
千葉県	9.8	26.8	194.0	586.2	21.1	0.0	0.2	53.5	353.6	430.6	0.0	0.0	0.0	224.3	613.6
東京都	2.6	9.1	7.8	365.2	1522.1	0.1	4.4	5.9	38.0	1858.5	0.0	0.7	6.0	3.0	1897.0
神奈川県	0.8	1.8	30.8	797.9	338.7	0.0	0.0	2.0	160.4	1007.6	0.0	0.0	0.0	10.1	1160.0
新潟県	39.4	53.8	300.4	132.5	0.0	3.8	12.8	179.9	329.6	0.0	0.3	0.8	26.2	492.6	6.3
富山県	6.5	8.2	137.3	80.8	0.0	0.6	0.9	55.0	176.3	0.0	0.0	0.0	1.1	227.9	3.7
石川県	17.1	23.6	100.8	78.0	0.0	0.8	8.3	68.8	141.8	0.0	0.0	0.0	25.1	194.4	0.0
福井県	12.0	24.4	78.8	54.4	0.0	0.7	3.0	64.5	101.3	0.0	0.0	0.0	3.9	165.7	0.0
山梨県	6.8	6.8	84.0	75.9	0.0	0.1	0.8	26.1	146.5	0.0	0.0	0.0	0.1	173.5	0.0
長野県	23.2	51.4	260.9	139.5	0.0	0.7	4.3	120.0	350.0	0.0	0.0	0.0	8.2	466.8	0.0
岐阜県	31.6	33.2	148.4	169.7	0.0	6.9	5.1	80.6	275.5	14.7	0.0	0.0	18.4	133.6	230.8
静岡県	12.7	31.1	243.0	379.4	0.0	0.5	2.4	80.6	582.8	0.0	0.0	0.0	6.6	354.7	305.1
愛知県	8.5	17.5	139.1	728.9	126.7	0.0	1.4	37.1	480.9	501.3	0.0	0.0	2.0	133.2	885.4
三重県	10.6	21.3	129.0	189.6	0.0	0.2	2.2	52.3	295.7	0.0	0.0	0.0	1.5	153.1	195.8
滋賀県	3.9	9.5	103.5	98.6	0.0	0.0	1.7	26.3	174.6	12.8	0.0	0.0	0.0	117.2	98.2
京都府	11.5	25.8	87.6	334.6	0.0	0.1	2.5	65.1	86.6	305.1	0.0	0.0	3.4	95.4	360.6
大阪府	0.2	0.3	12.3	376.3	926.7	0.0	0.0	0.4	38.2	1277.2	0.0	0.0	0.0	0.2	1315.6
兵庫県	21.5	47.0	202.6	419.5	249.7	0.9	5.4	147.4	288.2	498.4	0.0	0.0	9.4	214.3	716.6
奈良県	3.5	6.9	26.3	201.8	0.0	0.3	1.4	10.3	42.2	184.4	0.0	0.0	2.6	10.9	225.0
和歌山県	9.7	15.1	54.0	131.0	16.8	2.0	3.2	28.4	113.9	79.1	0.0	0.0	9.6	75.1	141.9
鳥取県	9.4	13.7	62.5	48.2	0.0	0.6	3.7	37.3	92.1	0.0	0.0	0.0	3.2	130.5	0.0
島根県	20.1	42.3	88.3	39.6	0.0	0.7	6.4	96.6	86.5	0.0	0.0	0.0	20.3	170.0	0.0
岡山県	20.5	28.5	141.9	202.9	0.0	1.1	1.6	81.0	240.2	69.9	0.0	0.0	2.2	125.4	266.2
広島県	32.5	36.7	165.5	247.7	48.9	1.1	5.4	83.3	303.9	137.5	0.0	0.0	3.9	178.5	348.8
山口県	28.3	38.0	132.4	141.1	0.0	1.3	4.7	87.3	236.5	10.1	0.4	0.1	32.3	258.5	48.6
徳島県	7.5	12.9	52.7	107.5	0.0	0.1	1.9	32.2	116.0	30.4	0.0	0.0	5.1	63.0	112.6
香川県	5.1	7.7	64.7	136.8	0.0	0.6	0.4	14.5	195.5	3.2	0.0	0.0	3.8	66.9	143.5
愛媛県	22.4	29.7	95.9	172.2	0.0	2.5	3.1	73.6	211.4	29.5	0.1	0.1	5.0	213.4	101.6
高知県	21.7	27.0	79.2	63.9	0.0	2.0	9.6	79.3	100.8	0.0	0.0	0.2	30.9	160.7	0.0
福岡県	7.2	10.5	128.5	662.5	62.0	0.7	0.3	8.1	387.9	473.8	0.0	0.0	0.0	41.7	828.9
佐賀県	5.1	11.1	105.7	56.9	0.0	0.1	0.0	31.9	146.8	0.0	0.0	0.0	0.1	118.5	60.2
長崎県	12.1	34.4	136.1	133.3	0.0	2.6	6.5	80.9	226.0	0.0	1.0	0.9	29.5	177.3	107.2
熊本県	15.5	32.2	159.3	188.5	0.0	0.4	1.4	89.4	206.8	97.6	0.0	0.0	8.9	163.1	223.7
大分県	17.9	25.1	101.4	121.7	0.0	0.6	1.5	75.0	189.0	0.0	0.0	0.0	2.1	174.5	89.5
宮崎県	21.4	24.7	110.5	85.6	0.0	0.9	5.2	100.8	135.1	0.0	0.0	0.1	24.0	218.0	0.0
鹿児島県	32.8	51.4	218.3	100.3	0.0	2.0	11.0	196.9	192.9	0.0	0.4	3.6	37.1	315.8	46.0
沖縄県	7.6	9.0	48.1	117.8	0.0	2.5	5.6	20.5	132.8	21.3	1.0	3.3	11.1	46.7	120.4

表 4-2 訪問介護 想定サービス提供圏とカバー拠点数×高齢者居住地面積

設定圏域	高齢者居住地面積 (k m ²)														
	半径 5km					10km					20km				
	0	1	2-10	11-100	101-	0	1	2-10	11-100	101-	0	1	2-10	11-100	101-
全国 (%)	20.1%	19.1%	42.0%	17.6%	1.3%	2.9%	6.5%	41.1%	43.3%	6.3%	0.2%	0.7%	12.3%	63.4%	23.4%
全 国	30882	29356	64582	27031	1998	4514	9986	63184	66546	9618	259	1108	18971	97570	35940
北海道	6193	3761	2982	876	27	1951	3374	6144	2080	290	123	858	7295	4775	788
青森県	507	520	1258	266	0	82	205	1061	1202	0	0	5	481	2064	0
岩手県	2563	1524	1541	235	0	483	1009	3151	1220	0	26	16	1927	3894	0
宮城県	752	770	1596	460	0	24	156	1735	1449	213	0	5	137	2677	758
秋田県	901	856	1339	144	0	147	427	1884	781	0	1	19	570	2650	0
山形県	663	593	1190	279	0	98	256	1151	1220	0	3	6	197	2519	0
福島県	1263	1405	2282	538	0	146	506	2705	2130	0	4	2	419	5062	0
茨城県	359	527	3381	653	0	18	18	1310	3575	0	0	0	39	3497	1384
栃木県	598	275	2474	573	0	84	68	889	2878	0	0	0	87	2155	1678
群馬県	291	306	1217	800	0	28	79	684	1810	13	0	0	122	1075	1417
埼玉県	100	80	985	1680	86	0	21	127	1855	928	0	0	6	346	2579
千葉県	225	469	2167	1567	18	0	2	831	2966	647	0	0	0	2430	2016
東京都	56	122	67	533	703	2	71	91	164	1153	1	17	86	46	1331
神奈川県	26	39	240	1268	219	0	1	45	623	1124	0	0	0	79	1714
新潟県	841	807	2429	314	0	110	209	2223	1849	0	7	10	367	3970	37
富山県	214	180	1055	226	0	28	25	651	971	0	10	1	31	1605	28
石川県	474	440	851	163	0	20	160	1092	656	0	1	0	464	1460	3
福井県	259	383	736	173	0	15	64	819	654	0	0	0	43	1509	0
山梨県	204	139	795	248	0	7	22	490	867	0	0	0	4	1382	0
長野県	580	1042	2337	425	0	25	151	2022	2187	0	0	0	246	4137	0
岐阜県	938	842	1374	538	0	259	224	1628	1535	47	0	0	501	2137	1055
静岡県	438	506	1901	881	0	24	116	1025	2561	0	0	0	178	2583	965
愛知県	255	446	1191	1766	76	1	35	850	2136	713	0	0	47	1304	2384
三重県	288	360	1382	823	0	11	33	877	1933	0	0	0	24	1767	1062
滋賀県	122	192	978	389	0	3	26	436	1184	32	0	0	0	1184	497
京都府	354	462	840	439	0	5	66	1116	553	355	0	0	62	1306	728
大阪府	5	7	183	699	606	0	1	15	247	1238	0	0	0	8	1492
兵庫県	495	686	2005	865	174	18	80	1913	1656	559	0	0	139	2480	1606
奈良県	149	256	464	585	0	17	63	347	562	467	0	0	125	354	976
和歌山県	447	390	684	544	12	88	137	664	1000	187	0	0	255	1124	698
鳥取県	328	265	674	155	0	25	137	659	600	0	0	0	121	1301	0
島根県	1066	1387	1237	157	0	43	277	2738	790	0	0	0	628	3220	0
岡山県	737	931	1938	771	0	41	62	2173	1959	142	0	0	69	2791	1518
広島県	1185	1111	1911	723	33	55	170	2489	2020	228	0	0	240	3318	1404
山口県	1005	1001	1580	397	0	27	158	2153	1622	24	3	2	576	3277	125
徳島県	275	389	707	463	0	12	78	740	934	70	0	0	145	1086	604
香川県	127	146	695	512	0	17	8	229	1217	9	0	0	38	582	860
愛媛県	638	542	1170	471	0	127	102	1312	1242	39	2	1	150	2260	408
高知県	889	760	901	165	0	85	412	1674	544	0	0	8	770	1938	0
福岡県	170	212	1184	1846	45	15	12	177	2319	933	1	0	0	524	2931
佐賀県	127	237	1081	228	0	4	0	518	1151	0	0	0	4	1305	364
長崎県	338	581	1528	334	0	67	154	1228	1332	0	18	20	567	1781	394
熊本県	592	701	1889	620	0	25	72	1729	1815	161	0	0	164	2380	1257
大分県	766	825	1672	406	0	12	79	2029	1550	0	0	0	39	3277	353
宮崎県	896	662	1311	265	0	93	302	1892	849	0	0	11	674	2450	0
鹿児島県	975	1061	2786	228	0	69	250	3234	1498	0	20	61	766	4037	167
沖縄県	207	162	392	337	0	104	107	236	603	47	39	67	167	464	360

表 4-3 訪問看護ステーション 想定サービス提供圏とカバー拠点数×高齢者人口

設定圏域	高齢者人口(単位:千人)														
	半径 5km					10km					20km				
	0	1	2-10	11-100	101-	0	1	2-10	11-100	101-	0	1	2-10	11-100	101-
全国(%)	14.6%	12.5%	40.9%	32.0%	0.0%	5.0%	6.3%	33.6%	44.7%	10.5%	1.0%	1.6%	17.6%	51.3%	28.5%
全国	3205	2757	9009	7034	0	1094	1375	7395	9834	2306	224	347	3878	11290	6265
北海道	225.2	157.4	399.1	249.8	0.0	140.2	125.4	384.2	381.8	0.0	58.4	98.8	424.3	450.0	0.0
青森県	76.1	41.5	146.9	22.5	0.0	32.3	29.5	142.5	82.6	0.0	11.5	6.4	92.6	176.4	0.0
岩手県	122.1	91.7	90.4	0.0	0.0	46.8	82.7	174.7	0.0	0.0	2.9	31.6	148.7	121.0	0.0
宮城県	91.9	77.0	163.4	77.0	0.0	14.3	55.1	177.6	162.2	0.0	0.2	3.2	104.4	301.5	0.0
秋田県	122.9	53.9	103.0	0.0	0.0	56.1	48.6	128.4	46.7	0.0	6.0	12.3	191.1	70.5	0.0
山形県	86.3	56.4	143.0	0.0	0.0	27.9	29.0	195.2	33.5	0.0	3.8	3.9	168.6	109.4	0.0
福島県	103.2	82.5	197.9	48.6	0.0	27.8	44.8	244.6	114.9	0.0	2.3	10.2	107.3	312.4	0.0
茨城県	113.0	132.9	249.5	0.0	0.0	13.1	29.1	361.0	92.2	0.0	0.0	0.0	62.8	432.6	0.0
栃木県	74.5	65.2	205.1	0.0	0.0	14.5	28.2	205.0	97.1	0.0	2.0	0.3	73.4	269.1	0.0
群馬県	47.7	40.3	244.1	34.5	0.0	15.9	18.1	145.9	186.7	0.0	0.7	4.3	44.1	317.5	0.0
埼玉県	26.3	66.6	432.4	365.5	0.0	0.8	2.8	165.3	662.9	59.0	0.0	0.1	21.3	308.0	561.5
千葉県	87.8	109.9	328.8	311.4	0.0	2.6	21.0	314.1	492.3	7.9	0.0	0.0	86.4	424.3	327.2
東京都	12.7	5.7	114.1	1774.2	0.0	7.2	2.3	4.5	540.8	1352.0	6.6	0.0	1.2	38.7	1860.2
神奈川県	5.6	14.2	373.2	777.1	0.0	0.4	0.7	53.5	1033.6	81.9	0.0	0.0	0.1	250.5	919.4
新潟県	138.9	104.3	246.0	36.9	0.0	46.9	52.6	324.2	102.4	0.0	4.5	3.9	201.2	316.5	0.0
富山県	33.9	77.2	121.7	0.0	0.0	3.1	14.7	172.0	42.9	0.0	0.1	0.1	58.2	174.4	0.0
石川県	47.6	39.8	113.4	18.8	0.0	21.3	25.8	87.5	85.1	0.0	0.4	3.5	68.7	147.0	0.0
福井県	32.7	33.2	103.7	0.0	0.0	6.2	17.3	105.8	40.3	0.0	0.0	0.0	59.0	110.5	0.0
山梨県	26.4	42.1	99.5	5.6	0.0	3.3	28.1	62.4	79.8	0.0	0.0	0.1	49.7	123.8	0.0
長野県	55.9	87.8	328.8	2.6	0.0	12.0	29.2	253.6	180.2	0.0	0.1	5.1	64.2	405.6	0.0
岐阜県	81.5	50.2	203.2	48.0	0.0	30.2	23.9	182.9	145.8	0.0	1.4	17.3	78.7	285.4	0.0
静岡県	88.5	123.1	389.3	65.5	0.0	26.4	46.0	275.6	318.3	0.0	3.6	7.2	62.1	593.4	0.0
愛知県	51.0	40.7	573.9	355.1	0.0	21.8	19.4	125.9	853.6	0.0	0.0	6.9	20.9	391.5	601.3
三重県	80.9	68.0	201.5	0.0	0.0	22.1	36.0	267.3	25.0	0.0	1.9	9.7	78.2	260.6	0.0
滋賀県	21.7	44.2	148.6	1.0	0.0	1.4	11.7	136.4	66.0	0.0	0.0	0.0	19.3	180.6	15.5
京都府	34.2	36.6	105.5	283.2	0.0	4.8	13.8	92.4	348.4	0.0	0.0	0.2	69.4	114.6	275.2
大阪府	5.0	4.6	134.5	1171.7	0.0	0.0	0.1	19.3	566.0	730.4	0.0	0.0	0.0	73.0	1242.8
兵庫県	76.2	107.4	292.3	464.4	0.0	10.6	37.6	216.4	600.9	74.9	0.0	0.9	130.7	472.6	336.1
奈良県	20.1	15.0	124.1	79.3	0.0	8.1	4.5	29.8	196.1	0.0	2.1	1.2	6.0	103.6	125.7
和歌山県	30.6	29.4	113.4	53.2	0.0	12.5	12.5	96.8	104.7	0.0	1.7	1.9	51.4	171.6	0.0
鳥取県	26.4	28.3	69.8	9.3	0.0	7.4	15.9	79.8	30.6	0.0	0.0	0.2	83.4	50.2	0.0
島根県	59.6	43.6	87.1	0.0	0.0	17.4	28.6	139.4	4.9	0.0	2.7	0.5	91.2	95.8	0.0
岡山県	77.6	46.3	212.0	57.9	0.0	22.2	29.1	157.1	185.4	0.0	0.0	0.1	61.9	331.8	0.0
広島県	77.5	86.1	262.1	105.7	0.0	24.4	29.6	206.2	271.1	0.0	0.0	0.7	77.9	452.7	0.0
山口県	74.1	64.5	201.3	0.0	0.0	23.3	37.5	206.4	72.8	0.0	0.5	6.0	120.5	212.8	0.0
徳島県	33.7	29.3	83.5	34.2	0.0	12.0	10.1	76.4	82.2	0.0	4.1	2.8	28.7	145.0	0.0
香川県	27.6	56.6	130.0	0.0	0.0	2.2	17.7	138.1	56.3	0.0	0.0	0.0	19.7	194.5	0.0
愛媛県	66.6	44.9	149.5	59.2	0.0	28.1	25.1	159.6	107.3	0.0	4.1	2.2	124.6	189.3	0.0
高知県	62.9	26.5	56.9	45.5	0.0	37.8	19.6	58.4	76.0	0.0	10.6	16.6	59.3	105.3	0.0
福岡県	53.4	58.5	454.7	304.0	0.0	6.7	10.9	166.8	686.3	0.0	0.0	0.1	15.5	855.1	0.0
佐賀県	31.1	43.9	103.9	0.0	0.0	5.4	8.8	111.6	53.0	0.0	0.1	0.0	29.7	149.0	0.0
長崎県	104.1	54.0	131.9	26.0	0.0	40.5	39.3	153.6	82.6	0.0	14.9	15.5	84.1	201.5	0.0
熊本県	97.0	70.6	150.8	77.2	0.0	25.9	48.5	170.5	150.8	0.0	0.5	9.1	119.4	266.6	0.0
大分県	67.4	60.1	134.4	4.2	0.0	20.6	44.3	124.3	76.8	0.0	0.1	3.2	107.4	155.3	0.0
宮崎県	51.7	61.2	105.9	23.3	0.0	15.5	26.9	119.9	79.8	0.0	2.5	4.3	114.5	120.7	0.0
鹿児島県	243.4	66.4	93.1	0.0	0.0	158.5	88.5	121.1	34.7	0.0	66.4	56.1	160.0	120.4	0.0
沖縄県	31.0	17.5	91.7	42.4	0.0	15.5	4.8	61.0	101.2	0.0	7.3	0.5	36.7	138.1	0.0

表 4-4 訪問看護ステーション 想定サービス提供圏とカバー拠点数×高齢者居住地面積

設定圏域	高齢者居住地面積 (k m ²)														
	半径 5km					10km					20km				
	0	1	2-10	11-100	101-	0	1	2-10	11-100	101-	0	1	2-10	11-100	101-
全国 (%)	48.2%	20.7%	26.8%	4.3%	0.0%	16.2%	13.7%	36.6%	32.9%	0.6%	3.9%	5.6%	39.6%	46.3%	4.6%
全 国	74118	31833	41305	6593	0	31062	26276	70370	63285	1175	6009	8625	60867	71253	7095
北海道	9698	2246	1614	282	0	6238	3118	3593	6281	0	2359	3073	6009	2398	0
青森県	1314	483	708	45	0	567	442	1162	1767	0	167	110	977	1297	0
岩手県	4024	1303	535	0	0	1793	1869	2200	4236	0	128	1001	3438	1295	0
宮城県	1688	867	945	78	0	360	795	1982	851	0	4	61	1542	1971	0
秋田県	2206	536	498	0	0	1170	684	1281	2051	0	137	265	2471	366	0
山形県	1578	548	599	0	0	641	458	1521	2042	0	83	109	1926	607	0
福島県	2895	1126	1385	81	0	1133	1004	2699	1647	0	60	222	2408	2796	0
茨城県	1834	1420	1666	0	0	353	466	3661	1105	0	0	0	1091	3829	0
栃木県	1899	831	1189	0	0	496	628	2376	642	0	45	22	1493	2359	0
群馬県	976	448	1123	67	0	400	354	1076	971	0	23	97	719	1775	0
埼玉県	384	545	1544	457	0	36	95	1120	250	57	0	5	239	1740	948
千葉県	1242	1224	1626	353	0	44	329	3093	850	8	0	0	861	3068	517
東京都	193	38	258	992	0	123	28	63	27	591	99	1	27	197	1157
神奈川県	114	104	841	733	0	13	22	311	0	59	0	0	2	794	997
新潟県	2272	916	1157	47	0	920	721	2466	2542	0	85	76	2329	1901	0
富山県	586	582	507	0	0	115	210	1229	71	0	13	8	563	1090	0
石川県	965	449	492	23	0	413	454	828	1072	0	16	75	1079	758	0
福井県	638	428	486	0	0	134	240	1039	411	0	0	0	736	815	0
山梨県	536	390	454	6	0	109	352	635	465	0	0	4	643	739	0
長野県	1444	1137	1796	7	0	396	613	2551	2662	0	7	145	1089	3143	0
岐阜県	1980	595	1051	67	0	1024	473	1651	1785	0	78	437	1514	1665	0
静岡県	1419	889	1340	78	0	563	500	1838	466	0	86	138	728	2773	0
愛知県	1026	452	1911	346	0	478	404	885	478	0	3	190	459	1998	1084
三重県	1247	679	927	0	0	413	433	1859	1213	0	26	130	950	1748	0
滋賀県	415	464	794	7	0	68	184	1183	371	0	0	0	309	1334	37
京都府	761	484	575	275	0	154	284	1101	1133	0	0	8	929	733	425
大阪府	67	100	414	921	0	0	6	146	10	413	0	0	0	293	1208
兵庫県	1315	1141	1327	441	0	184	570	2294	822	47	0	19	1693	2094	419
奈良県	629	208	457	160	0	316	126	439	311	0	109	39	207	795	304
和歌山県	983	310	704	80	0	443	211	1038	1217	0	62	89	748	1178	0
鳥取県	642	399	370	10	0	207	336	758	1180	0	0	8	1021	393	0
島根県	2345	893	610	0	0	738	1124	1939	2478	0	49	25	2660	1113	0
岡山県	2208	734	1333	103	0	734	833	2030	2442	0	0	2	1699	2676	0
広島県	2338	1223	1270	131	0	848	925	2340	3086	0	0	30	2266	2666	0
山口県	2119	973	891	0	0	710	962	2063	1874	0	10	114	1974	1886	0
徳島県	830	426	515	63	0	319	274	896	970	0	93	79	640	1021	0
香川県	440	451	589	0	0	49	203	1009	93	0	0	0	187	1293	0
愛媛県	1527	524	678	93	0	719	480	1307	1185	0	116	74	1537	1094	0
高知県	1890	343	405	77	0	1207	466	753	1904	0	305	425	1298	687	0
福岡県	795	535	1773	354	0	167	153	1318	175	0	1	4	248	3203	0
佐賀県	537	513	623	0	0	83	141	1221	12	0	4	0	310	1359	0
長崎県	1632	589	535	26	0	753	552	1263	945	0	305	216	1167	1094	0
熊本県	1960	876	872	94	0	752	819	1730	1688	0	15	172	1979	1636	0
大分県	2160	810	691	8	0	767	947	1697	2672	0	5	110	2232	1322	0
宮崎県	1716	756	626	36	0	798	629	1353	1885	0	175	217	1721	1021	0
鹿児島県	4141	672	237	0	0	2791	1289	930	2543	0	1153	804	2322	772	0
沖縄県	512	172	363	51	0	322	68	444	407	0	186	19	424	469	0

b) 高齢者人口、高齢者居住地面積に対するカバー状況の県別集計結果

更に、カバー拠点数毎に、高齢者人口、高齢者居住地面積を合算して算出される数値結果を表 4-1～表 4-4 に示した。例えば北海道にて自宅より 5km 以内に訪問介護カバー拠点数 0 の高齢者が約 10 万人というように、県別の算出結果が示されている。

訪問介護では、各拠点に対し半径 20km 円のサービス提供圏を想定した場合、カバー拠点数 0 の高齢者が全国で 6,000 人と算出された。つまり居住地から 20km 以内に拠点数がない高齢者が約 6,000 人であることが分かった。又、同様にカバー拠点数 1 の場合の算出結果より、20km 以内に拠点数が 1 つしかない高齢者が約 39,000 人いることが分かった。一方で半径 5km 円の分析について、カバー拠点数 101 以上の高齢者が約 3,459,000 人と算出された。これは居住地から半径 5km 以内に 101 以上の拠点数がある状況である。

訪問看護ステーションの分析については、半径 20km 円を想定した場合にカバー拠点数 0 の高齢者が約 224,000 人と算出され、これら的高齢者への訪問看護は、病院・診療所等か、あるいは 20km 以上離れた訪看ステーションから行われていることが分かった。

拠点のサービス提供圏として、半径 20km 円 / 10km 円 / 5km 円を想定した場合、高齢者居住地域面積に対し、訪問介護でカバー拠点数 0 の地区は 0.2% / 2.9% / 20.1%、カバー拠点数 1 の地区は 0.7% / 6.5% / 19.1% であり、合計してカバー拠点数 1 以下、つまり利用者へ選択の余地がない地区の面積を求めると、順に 0.9% / 9.4% / 39.2% であった。同様に、訪問看護ステーションにおけるカバー拠点数 1 以下の地区は 9.5% / 29.9% / 68.9% であった。

c) 高齢者人口、高齢者居住地面積に対するカバー状況のグループ別の傾向

次に、全国 47 県を人口密度が低いほうから 10 県ずつとっていく形で 5 グループにわけ、表 4-1～4-4 に示された数値に基づき、各グループごとに拠点数の配置状況の傾向を見ていくこととした。

グループ分けは以下のとおりである。

A: 北海道、岩手県、秋田県、島根県、高知県、山形県、宮崎県、青森県、福島県、長野県

= 人口密度 (0.72 ～ 1.63 人 / ha)

B: 島根県、大分県、鹿児島県、新潟県、福井県、山梨県、岐阜県、徳島県、和歌山県、山口県

= 人口密度 (1.75 ~ 2.50 人/ha)

C: 熊本県、愛媛県、富山県、岡山県、石川県、栃木県、群馬県、三重県、宮城県、滋賀県

= 人口密度 (2.51 ~ 3.34 人/ha)

D: 広島県、佐賀県、長崎県、奈良県、静岡県、茨城県、香川県、京都府、沖縄県、兵庫県

= 人口密度 (3.40 ~ 6.61 人/ha)

E: 福岡県、千葉県、愛知県、埼玉県、神奈川県、大阪府、東京都

= 人口密度 (10.09 ~ 55.17 人/ha)

註 4-7) 計算方法としては、各県ごとに高齢者人口カバー率、高齢者居住地面積カバー率を出して、グループ内でその平均値を算出している。

図 4-5 ~ 4-10 は、各グループと全国の訪問介護拠点について、高齢者人口のカバー率^{註 4-7)}を、拠点数、想定サービス提供圏 (5km/10km/20km) 毎に示している。図 4-6 を見ると、グループ A にて半径 5km のサービス提供圏を想定した場合、10%がカバー拠点数 0 (=5km 以内に拠点数がない) で、15%がカバー拠点数 1 である。半径 10km 想定の場合は、1%がカバー拠点数 0 で、4%がカバー拠点数 1 と、かなりカバー率が高くなっている。更に半径 20km のサービス提供圏を想定した場合はカバー拠点数 1 以下がほぼ 0%となっている。即ち、人口密度が一番低いグループ A にても、殆どの高齢者が 20km 以内に 2 以上の拠点があるということが分かる。同じように他のグループについても見ていくと、A ~ D までは、殆ど同じような傾向が見られる。グループ C (図 4-8) では、半径 10km 想定で、カバー拠点数 0 が 0.3%となっている。つまりグループ C では殆どの場合高齢者宅から 10km 以内に拠点があることになる。特徴的なのはグループ E (図 4-10) で、半径 5km 想定で、カバー拠点数 0 が 0.5%であり、殆どの高齢者宅から 5km 以内に拠点がある。そして、カバー拠点数 101 以上が 31%となっている。

図 4-11 ~ 4-16 は、同様に、訪問介護拠点について、高齢者居住地面積のカバー率^{註 4-7)}を示している。高齢者人口と高齢者居住地面積を比較すると、例えばグループ A、図 4-5 と図 4-12 を見ると、高齢者居住地面積のカバー率の方が悪い。半径 5km 想定でカバー拠点数 0 であるのが、高齢者人口にして 10%であるが、高齢者居住地面積 (=高齢者が住んでいる土地の面積) では 20%である。つまり、対高齢者人口で見れば 10%だとしても、実際に整備しようと考えたら面積的には 20%とかなり広大である。

図 4-17 ~ 4-22 は、同様に訪問看護ステーションについて、高齢者人口のカバー率^{註 4-7)}を示している。図 4-18 でグループ A を見ると、半径 20km 想定の場合でも、カバー拠点数 0 が 2%と、

<グループ>

- A: 北海道、岩手県、秋田県、島根県、高知県、山形県、宮崎県、青森県、福島県、長野県
- B: 島根県、大分県、鹿児島県、新潟県、福井県、山梨県、岐阜県、徳島県、和歌山県、山口県
- C: 熊本県、愛媛県、富山県、岡山県、石川県、栃木県、群馬県、三重県、宮城県、滋賀県
- D: 広島県、佐賀県、長崎県、奈良県、静岡県、茨城県、香川県、京都府、沖縄県、兵庫県
- E: 福岡県、千葉県、愛知県、埼玉県、神奈川県、大阪府、東京都

図 4-4 ~ 4-9 の凡例 カバー拠点数: —●— 0 - - - 1 - - - 2-10 - - - 11-100 —●— 101-

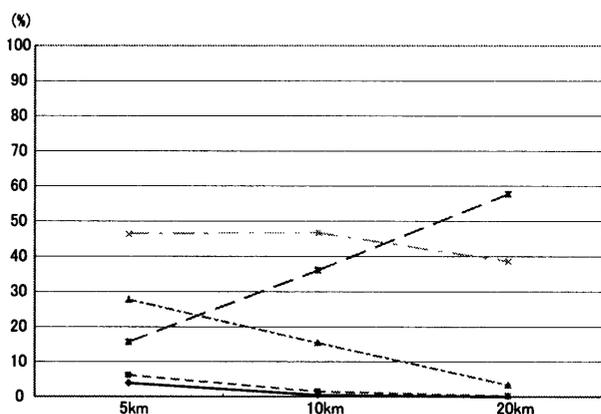


図 4-5 訪問介護 カバー拠点数と高齢者人口 全国

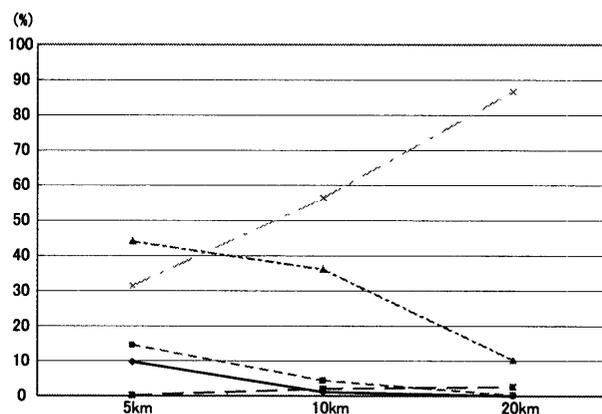


図 4-6 訪問介護 カバー拠点数と高齢者人口 グループ A

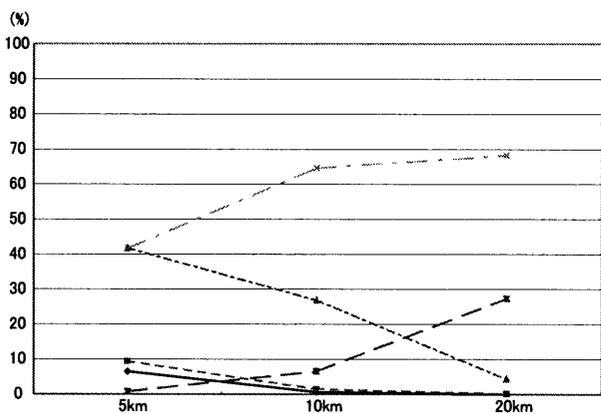


図 4-7 訪問介護 カバー拠点数と高齢者人口 グループ B

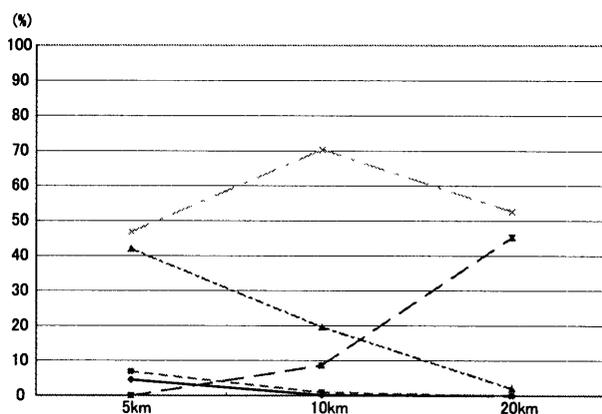


図 4-8 訪問介護 カバー拠点数と高齢者人口 グループ C

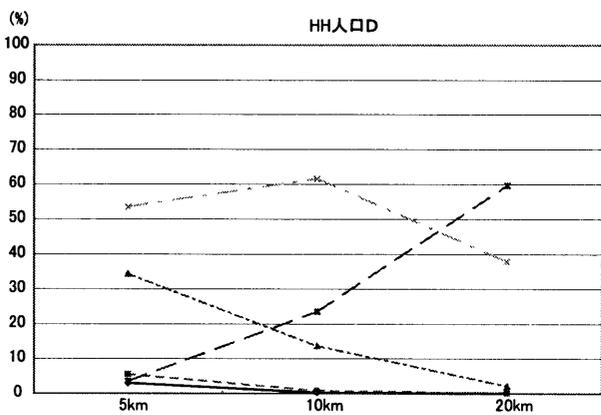


図 4-9 訪問介護 カバー拠点数と高齢者人口 グループ D

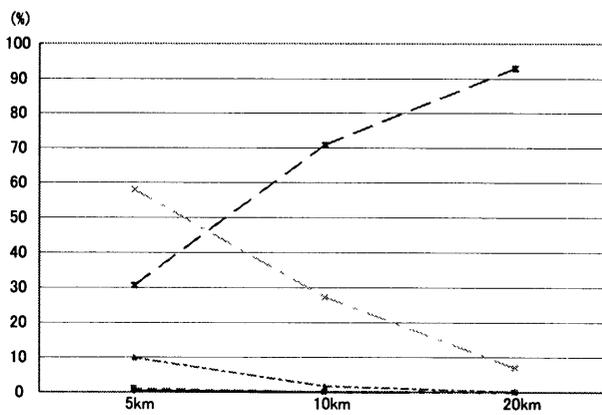


図 4-10 訪問介護 カバー拠点数と高齢者人口 グループ E

<グループ>

- A: 北海道、岩手県、秋田県、島根県、高知県、山形県、宮崎県、青森県、福島県、長野県
- B: 島根県、大分県、鹿児島県、新潟県、福井県、山梨県、岐阜県、徳島県、和歌山県、山口県
- C: 熊本県、愛媛県、富山県、岡山県、石川県、栃木県、群馬県、三重県、宮城県、滋賀県
- D: 広島県、佐賀県、長崎県、奈良県、静岡県、茨城県、香川県、京都府、沖縄県、兵庫県
- E: 福岡県、千葉県、愛知県、埼玉県、神奈川県、大阪府、東京都

図 4-4 ~ 4-9 の凡例 カバー拠点数: ● 0 ○ 1 △ 2-10 × 11-100 ■ 101-

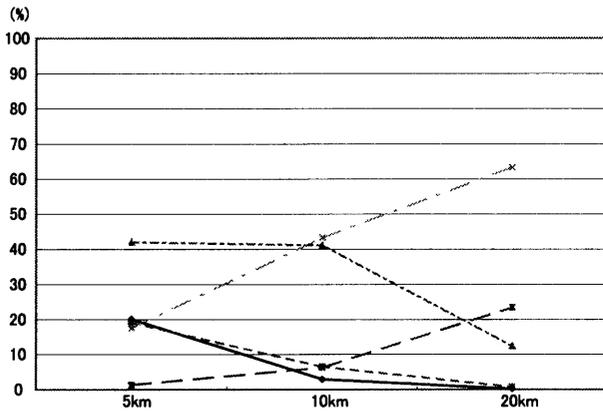


図 4-11 訪問介護 カバー拠点数と高齢者居住地面積 全国

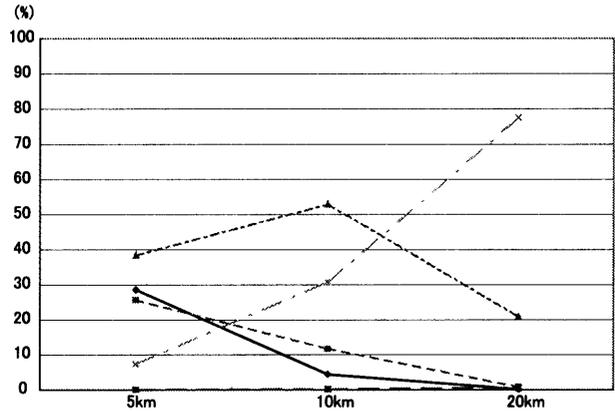


図 4-12 訪問介護 カバー拠点数と高齢者居住地面積 グループ A

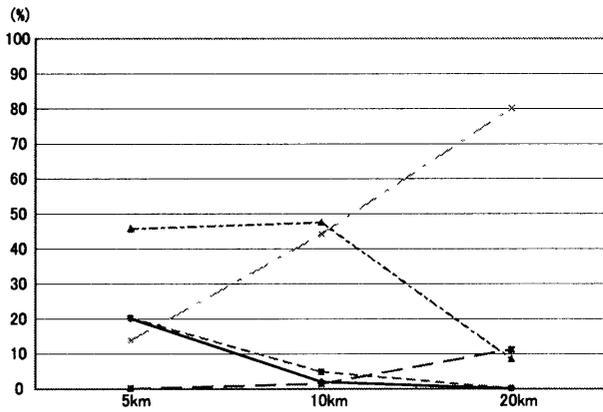


図 4-13 訪問介護 カバー拠点数と高齢者居住地面積 グループ B

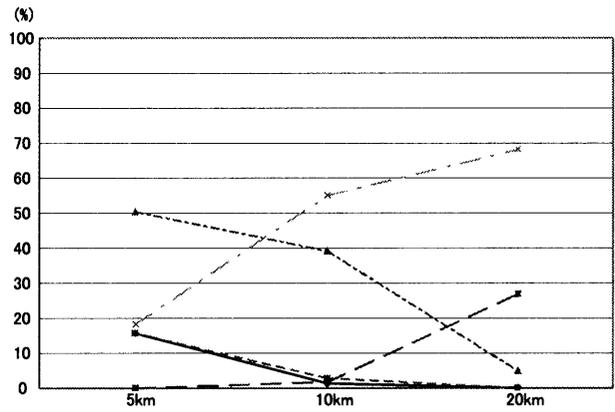


図 4-14 訪問介護 カバー拠点数と高齢者居住地面積 グループ C

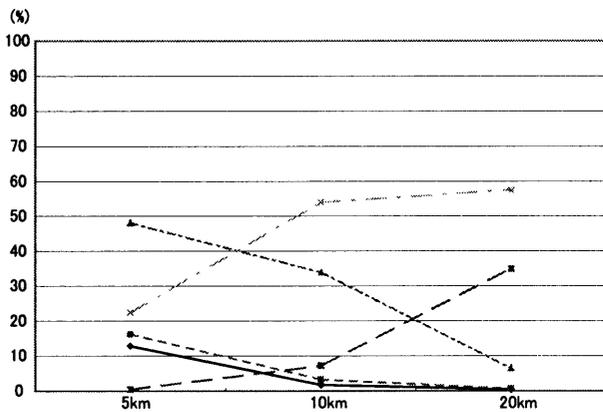


図 4-15 訪問介護 カバー拠点数と高齢者居住地面積 グループ D

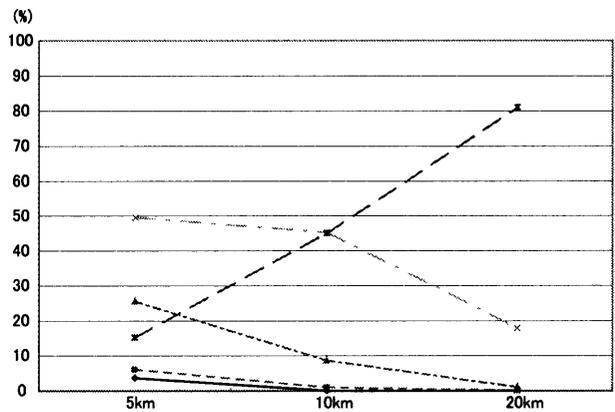


図 4-16 訪問介護 カバー拠点数と高齢者居住地面積 グループ E

<グループ>

- A: 北海道、岩手県、秋田県、島根県、高知県、山形県、宮崎県、青森県、福島県、長野県
- B: 島根県、大分県、鹿児島県、新潟県、福井県、山梨県、岐阜県、徳島県、和歌山県、山口県
- C: 熊本県、愛媛県、富山県、岡山県、石川県、栃木県、群馬県、三重県、宮城県、滋賀県
- D: 広島県、佐賀県、長崎県、奈良県、静岡県、茨城県、香川県、京都府、沖縄県、兵庫県
- E: 福岡県、千葉県、愛知県、埼玉県、神奈川県、大阪府、東京都

図 4-4 ~ 4-9 の凡例 カバー拠点数: 0 1 2-10 11-100 101-

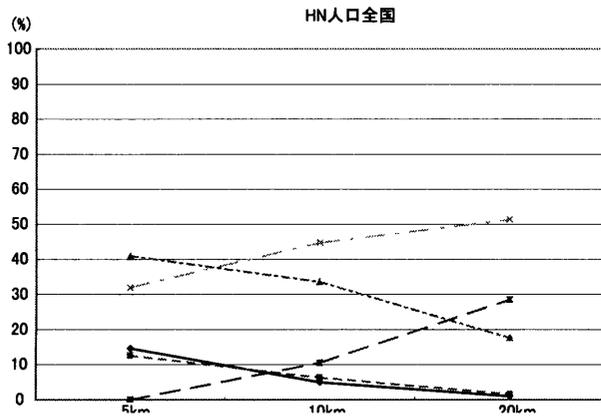


図 4-17 訪問看護ステーション

カバー拠点数と高齢者人口 全国

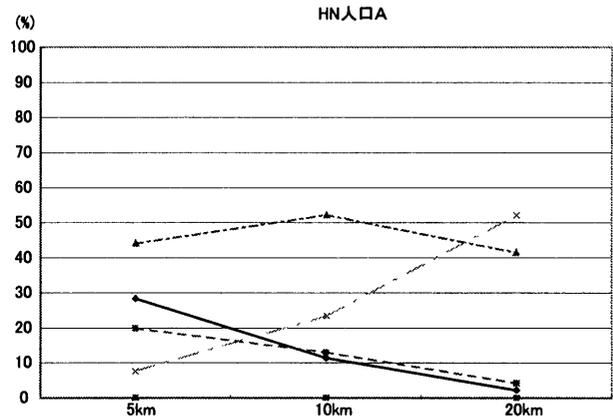


図 4-18 訪問看護ステーション

カバー拠点数と高齢者人口 グループ A

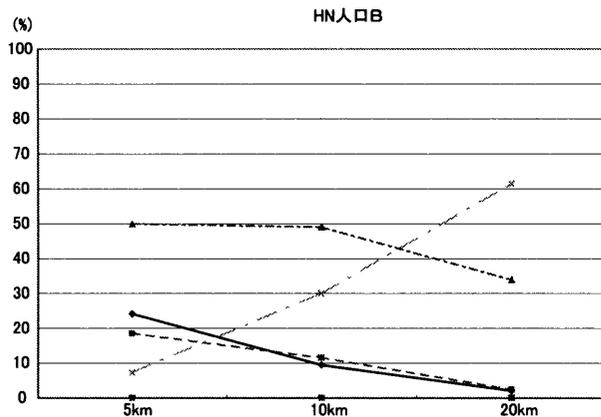


図 4-19 訪問看護ステーション

カバー拠点数と高齢者人口 グループ B

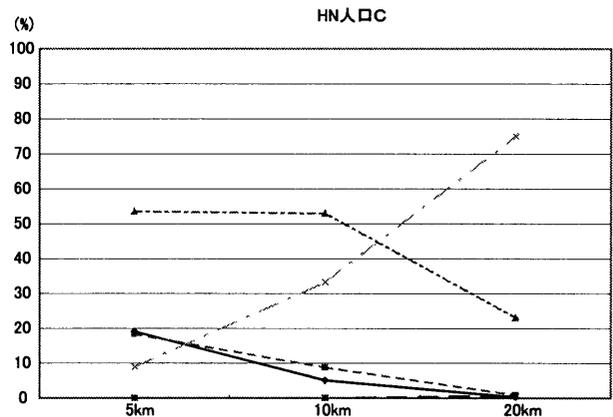


図 4-20 訪問看護ステーション

カバー拠点数と高齢者人口 グループ C

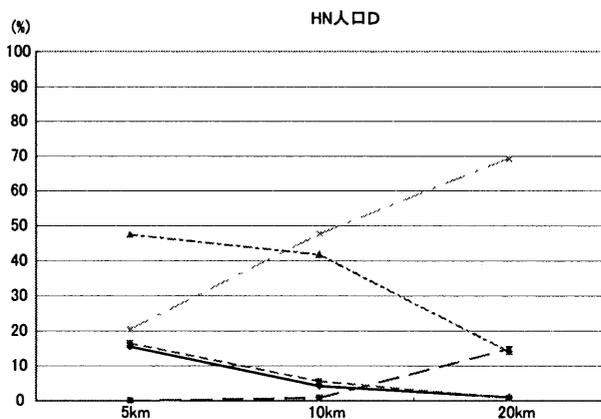


図 4-21 訪問看護ステーション

カバー拠点数と高齢者人口 グループ D

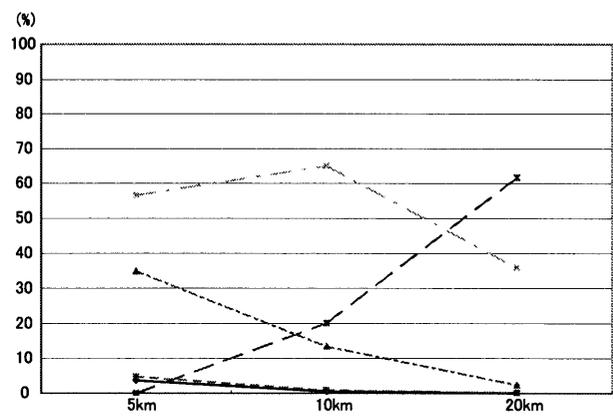


図 4-22 訪問看護ステーション

カバー拠点数と高齢者人口 グループ E

<グループ>

- A: 北海道、岩手県、秋田県、島根県、高知県、山形県、宮崎県、青森県、福島県、長野県
- B: 島根県、大分県、鹿児島県、新潟県、福井県、山梨県、岐阜県、徳島県、和歌山県、山口県
- C: 熊本県、愛媛県、富山県、岡山県、石川県、栃木県、群馬県、三重県、宮城県、滋賀県
- D: 広島県、佐賀県、長崎県、奈良県、静岡県、茨城県、香川県、京都府、沖縄県、兵庫県
- E: 福岡県、千葉県、愛知県、埼玉県、神奈川県、大阪府、東京都

図 4-4 ~ 4-9 の凡例 カバー拠点数: —●— 0 - - - 1 - · - · - 2-10 - × - 11-100 - ◀ - 101-

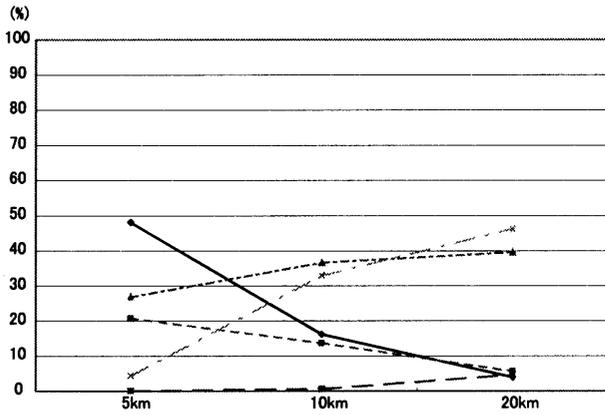


図 4-23 訪問看護ステーション
カバー拠点数と高齢者居住地面積 全国

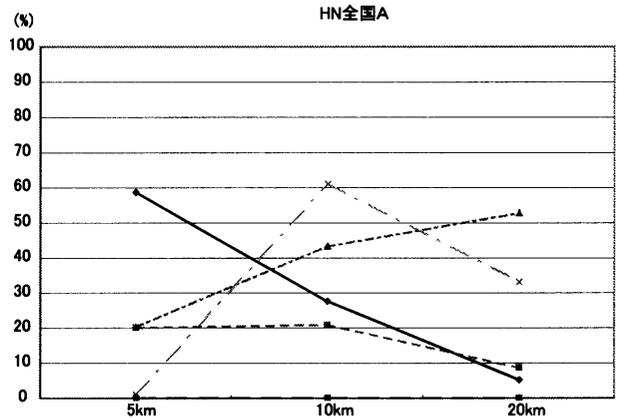


図 4-24 訪問看護ステーション
カバー拠点数と高齢者居住地面積 グループ A

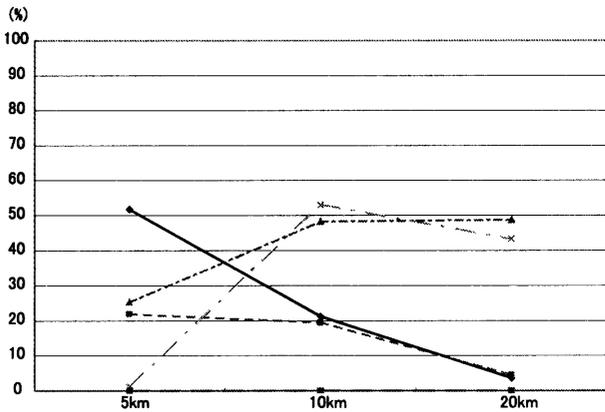


図 4-25 訪問看護ステーション
カバー拠点数と高齢者居住地面積 グループ B

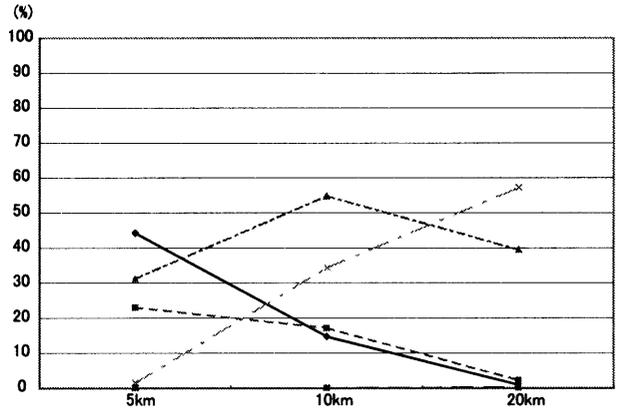


図 4-26 訪問看護ステーション
カバー拠点数と高齢者居住地面積 グループ C

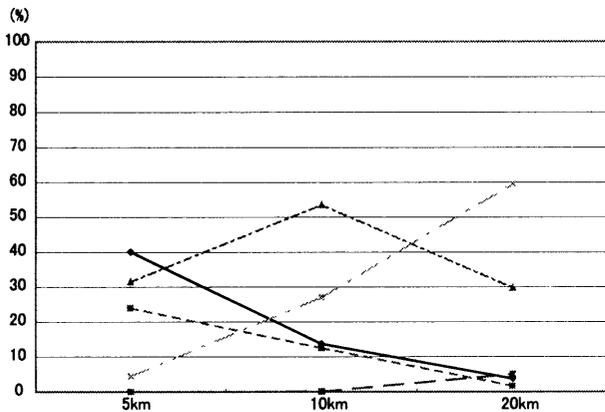


図 4-27 訪問看護ステーション
カバー拠点数と高齢者居住地面積 グループ D

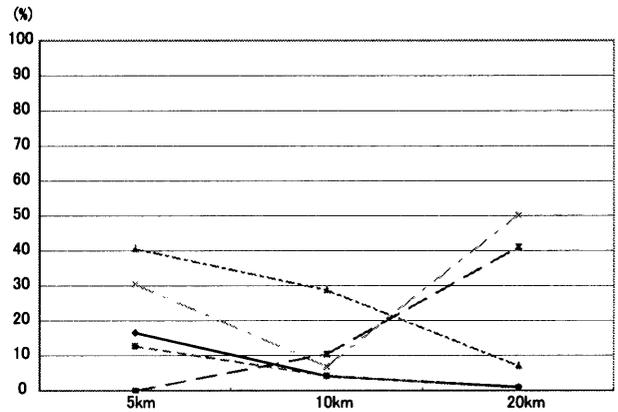


図 4-28 訪問看護ステーション
カバー拠点数と高齢者居住地面積 グループ E

2%の人が訪問看護ステーションから 20km 以上離れたところに住んでいることが分かる。グループ C (図 4-20) になると、それが 0.3%と改善される。しかし、半径 10km 想定で見えていくと、グループ D まではカバーできていない地域が多く残っている。唯一グループ E (図 4-22) においては半径 10km 想定でもカバー拠点数 0 が 0.5%であり、殆どの高齢者宅から 10km 以内に訪問看護ステーションがあることが分かる。

図 4-23 ~ 4-28 は、同様に訪問看護ステーションについて、高齢者居住地面積のカバー率^{註4-7)}を示している。ここでも、やはり訪問介護同様、高齢者人口よりも高齢者居住地面積のカバー率の方が悪い。グループ A (図 4-24) にて半径 20km 想定の場合でも、カバー拠点数 0 の面積が 5%残る。半径 10km の場合では 28%であり、訪問看護ステーションを高齢者宅から 10km 以内に整備するとすれば全体にかなりの拠点の増設数となろう。

4.2.2 カバー拠点数が少ない地域と人口密度

図 4-29、4-30 には、半径 10km 円を想定した時に、カバー拠点数が 1 以下の高齢者人口と居住地区面積の累積を人口密度毎に示した。訪問介護では人口密度 12 人 /ha にて高齢者人口が累積 90%となるため、人口密度 12 人 /ha 以下の地域に最寄拠点から 10km 以上離れている高齢者が多く居ることが示された。又、面積の累積は訪問介護では 2 人 /ha、訪問看護ステーションでは 3.4 人 /ha で累積 90%となる。つまり、地域的には 3.4 人 /ha 以下に半径 10km 円でカバーできない地区が多く残されることが分かった。

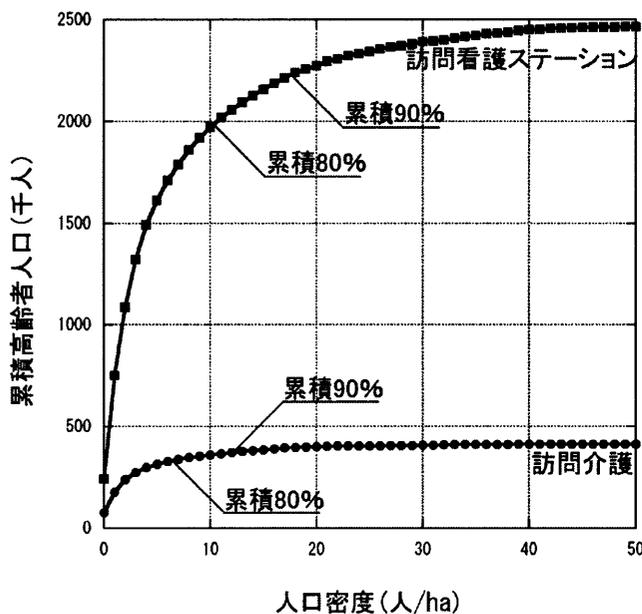


図 4-29 半径 10km 想定、カバー拠点数 1 以下の地域の高齢者人口

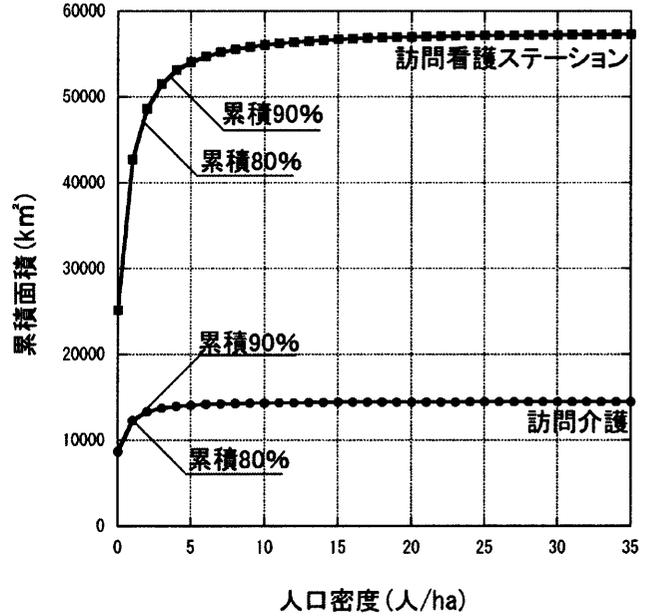


図 4-30 半径 10km 想定、カバー拠点数 1 以下の地域の面積

4.2.3 カバー拠点数が少ない地域をサポートする拠点の経営主体

図 4-3 は、訪問介護拠点を経営主体別にプロットした図の一例であり、カバー拠点数が少ない地域の殆どを社会福祉協議会がカバーしている様子が伺われる。同様に全国に対して分析 c) を行った結果、想定半径 10km の場合、カバー拠点数 1 のメッシュをカバーする拠点の経営主体は図 4-31 のようであった。当該高齢者人口の 60%、面積の 57%をカバーしていたのは社会福祉協議会であり、次いで社協以外の社会福祉法人、地方公共団体（市町村など）が続いた。一方で営利法人によってカバーされた高齢者人口は 7%に留まった。

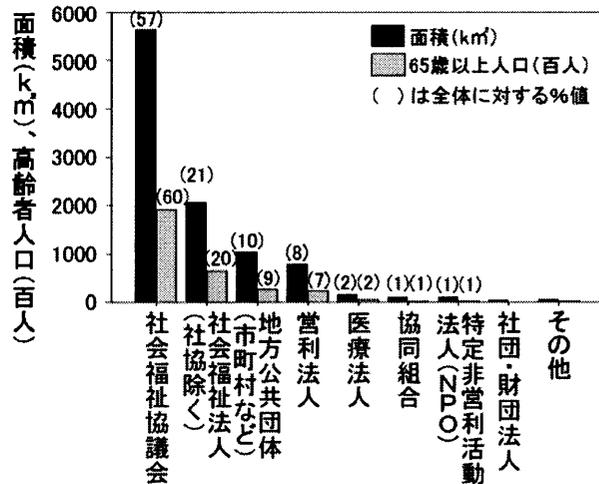


図 4-31 カバー拠点数 1 の地域を担う拠点の経営主体（訪問介護、想定提供圏半径 10km）

4.3 拠点の地域配置に関する考察

4.3.1 一定距離内におけるサービス拠点数の地域格差

表 4-1 ～表 4-4 にて、地域に対するカバー拠点数を算出した結果、訪問介護では居住地より 20km 以内に拠点が 1 つ以下しかない高齢者が約 4.5 万人居る一方で、5km 以内に 101 以上の拠点を持つ人が約 346 万人居ることが分かった。利用者の立場から見て、地域によって一定距離内にある拠点数に大きな格差があることが分かった。同様の地域格差が訪問看護ステーションについても確認された。

4.3.2 拠点の地域配置概況

4.2.1 項にて、利用者に選択の余地がない地区（＝カバー拠点数 1 以下）の面積が示された。これらを見ると、訪問介護では半径 20km 円想定の場合にカバー拠点数 1 以下の地区は 0.9% であり、半径 20km 円でのカバー環境はほぼ整備されつつあると考えられる。しかし、シミュレーションでの半径 20km は直接距離であり、腰塚らの論文^{文 4-2)}に基づき道路距離に換算すると 25km となる。平均時速 20 ～ 40km の車で訪問する場合、片道 75 ～ 37 分かかる距離であり、1 日に複数回の拠点－利用者宅間の往復は困難と思われる。ただし、拠点によっては、直行直帰の非常勤職員の採用などで組織的にそれを補っている可能性もあろう。

一方で、半径 5km 円想定ではカバー拠点数 0 の地域が 20.1% であり、カバー拠点数が 1 の地域が更に 19.1% であった。又、Chapter 2 の全国アンケート調査でも、5km 以下という回答は全体の 10% に留まった。高齢者や幼児の徒歩限界は半径 2 - 4km^{文 1-45)} とされる中で、訪問サービス提供圏を利用者の生活圏域の大きさに近づけていくために、事業所数の増加を目指すには道程が遠いことが明らかになった。ただしこの分析結果は単純な距離に基づくものであるから、実際にはそれぞれの地域の特性を考慮した対応等が考えられるべきであろう。筆者の知るケースでは、例えば個々の事業所のサテライト展開を促進させる方法や、縮退地域で近隣住民をヘルパーとして育成する方法など^{註 4-8)}があり、その設置状況や運営実態を分析検討して行く必要がある。

訪問看護ステーションについて同様に見て行くと、半径 20km 円でカバー拠点数 1 以下の地区が 9.5% ある。サービス薄の地域で病院・診療所等による訪問看護がどれだけ有効に提供されているかが鍵と言えよう。

註 4-8) 例として、次のような実践が見られる。
サテライト拠点を地域に分散配置してサービス提供を行う。(新潟県「こぶし園」、宮城県「せんだんの社」、長野県「アザレアさなだ」)
村民にヘルパー資格を取得してもらい、村の社会福祉協議会のヘルパーとして雇用し高齢者への訪問介護を実施する。(長野県「栄村、下駄履きヘルパー事業」)

さらに、4.2.2項にて、想定半径10kmの時にカバー拠点数が1以下の高齢者居住地区を面積でみたところ、その90%は人口密度が訪問介護の場合2人/ha以下、訪問看護の場合3.4人/ha以下の地域であったことから、人口密度2人/ha以下の地域で特に半径10km円でのカバー環境が整備されていないことが指摘された。

4.3.3 拠点数が少ない地域における公の役割

図4-31において、訪問介護のサービス拠点数が少ない地域をサポートしているのは、主に社協であり、社会福祉法人であり、地方公共団体であることが分かった。これは拠点全体に対する経営主体別構成割合^{註4-9)}と全く異なる。即ち、サービス拠点数が増加しない地域のサポートは、依然として公共性の高い主体が行っており、営利法人やNPOなどが経営を成り立たせることが難しい状況が伺われた。

註4-9) 文献4-3)表1によると、訪問介護経営主体別事業所数は、営利法人44.8%、社会福祉法人33.0%、地方公共団体1.5%

4.3.4 本稿シミュレーション結果の適用可能性

シミュレーション結果として導き出される図4-4、資料編Appendix IIの図II-1～II-6のような分析結果は、現状の拠点配置において、どの地区がサービス利用に不利であるかを俯瞰する上で有用である。又、導き出された表4-1～表4-4の数値も、各県の概況を知る上で有用である。例えば北海道にて自宅より5km以内に訪問介護拠点数が無い高齢者が約10万人居ることなどが分かる。しかし、それを様々な概算に利用するにあたっては、加えてより詳細な検討が求められる。仮に「全国の高齢者全員にとって、自宅から5km以内に訪問介護拠点数が1つ以上ある」状況を目指す場合、カバー拠点数0の地区は20.1%、その面積は30,882k㎡であることから、これを半径5km円の面積 $25\pi k^2$ ㎡で割れば、 $30882/25\pi = 393.2$ 最低で400拠点を整備しなければならないと概算されるが、何拠点整備すれば充足するかは、先に述べたように当該地域の分散状況を考慮し、交通道路状況なども加味した上で、より詳細に求めていく必要がある。

4.3.5 訪問看護拠点の分析

訪問看護拠点には、「指定があったとみなされる」事業者で登録があっても実働がない拠点も多く含まれる。訪問看護ステーションの活動のみならず、病院・診療所などの活動も含めた実情を

把握するには、今後の分析において地域毎などに介護保険請求事業所のリストを用いていく必要がある。

4.4 まとめ

本章では、訪問介護・訪問看護拠点の全国的な地域配置の状況を、地図上（資料編 p. 4～p. 63）と数値（表 4-1～表 4-4、図 4-5～4-28）の形で示しながら、その傾向を分析した。そこから明らかになったことは、以下のとおりである。

- ・全国的に拠点配置が密である地域と疎であるところの地域格差が非常に大きく、「利用者の立場からみて一定の距離内にある拠点の数」すなわち選択自由度が地域によって異なること。
- ・拠点数が少ない地域においては、NPOや民間営利法人などが経営を成立させることが難しく、依然として公共性の高い主体がサービスを行っていること。
- ・訪問介護の場合、半径 20km 圏はほぼ整備されつつあるが、10km 圏は人口密度 2 人/ha 以下の地域で不整備なところが多いこと。

本章の調査及び、シミュレーション結果は、訪問サービス提供圏の現状を俯瞰するもので、今後それを小さくして行こうとする検討の突端にあたる。小さな地区で地域密着型のケア環境を整備していくには更なる検討が重要であり、例えば将来的に地域状況がどのように変容していくのか（高齢者人口、若年層人口の変動など）も考慮すべき項目と言えよう。又、介護保険における市場性というシステムは、先進的な取組みの誕生を即す一方で、ともすれば地域格差が生まれやすく、サポート体制が脆弱な地域に目が向きにくい。それらの地域も含め、全国的に良好な地域ケア環境が整備されるためには様々な角度から現状を認識することが必要である。

参考文献

- 4-1) 高齢者介護研究会（厚生労働省老健局長私的研究会）：2015年の高齢者介護、2003
- 4-2) 腰塚武志、小林純一：道路距離と直線距離、第18回日本都市計画学会学術研究発表会論文集、pp. 43-48、1983
- 4-3) 厚生労働省：介護サービス施設・事業所調査結果速報、2003

Chapter 5

拠点過疎地域における訪問介護拠点のサービスに関する実態

5.1 本章の概要

5.1.1 背景と目的

Chapter 4では、拠点の地域配置状況を分析し、「利用者の立場から見て一定距離内にある拠点数」の地域格差が大きいことが明らかになった。

拠点数が密な地域では、比較的容易にサービス提供圏を小さく絞っていくことが可能と考えられる。つまり競争を避けて小さな提供圏としても様々な地域をカバーするに十分なだけの拠点数がある。しかし、拠点数が少ない地域（本論文中、以後、このような地域を拠点過疎地域と呼ぶ）については拠点数が極端に少なく、現状の拠点数のままサービス提供圏を小さくすれば空白地域が増えてしまうであろう。拠点過疎地域でどのようにして拠点の地域配置を行っていくべきか、という問題は一足飛には行かない。そのことを考える解決の糸口を得るために、本章では以下のことを見ていくこととする。

- a) 拠点過疎地域での高齢者の生活はどのようなものか、又どのような問題を抱えているのか。
- b) 拠点過疎地域で訪問サービス拠点はどのような運営を行って、どのようなサービスを提供しているか。どのような工夫が見られるか。
- c) 拠点過疎地域において、訪問サービスのみならず、施設サービス、あるいは市町村サービスを含めて様々な経営主体の拠点がどのようなサービスを提供しているか。

5.1.2 調査対象

調査対象拠点は、4.2.1項によって示された「カバー拠点数1(想定半径10km)のメッシュ」をカバーする訪問介護拠点の中から選んだ。抽出拠点数は13で、その設立主体は、社会福祉協議会6、社会福祉法人(社協以外)3、NPO3となっている。

筆者が地理感のある愛知県にて「カバー拠点数1(想定半径10km)のメッシュをカバーする訪問介護拠点」に該当する拠点を全て含めた結果、愛知県の該当拠点はすべて社会福祉協議会であった。社会福祉法人としては隣接の静岡県から2拠点選んだ。又、「カバー拠点数1(想定半径10km)のメッシュ」をカバーする訪問介護拠点に該当するNPOの拠点は、全国でわずか14拠点でありそのうちから地理的に離れた3拠点を任意に選択した。

対象拠点の所在する市町村の高齢化率を見ると、16～40%となっており、全体に高齢化率が高い地域が多い(表5-1)。又、人口密度0.24人/ha～6.18人/haで、過疎化が進行している地域といえる。地域特性を示す指標として、表5-2に林野面積と耕地面積を示した。K拠点のある設楽町などは、林野面積が町の91%で山間部であることが分かる。同じく、E・F・I・J・M拠点のある市町村も林野面積率が高い。一方、B・G・H・L拠点のある市町村は海辺であり、漁業を行う世帯がある。尚、今回の対象地域はいずれも豪雪地域ではなかった。

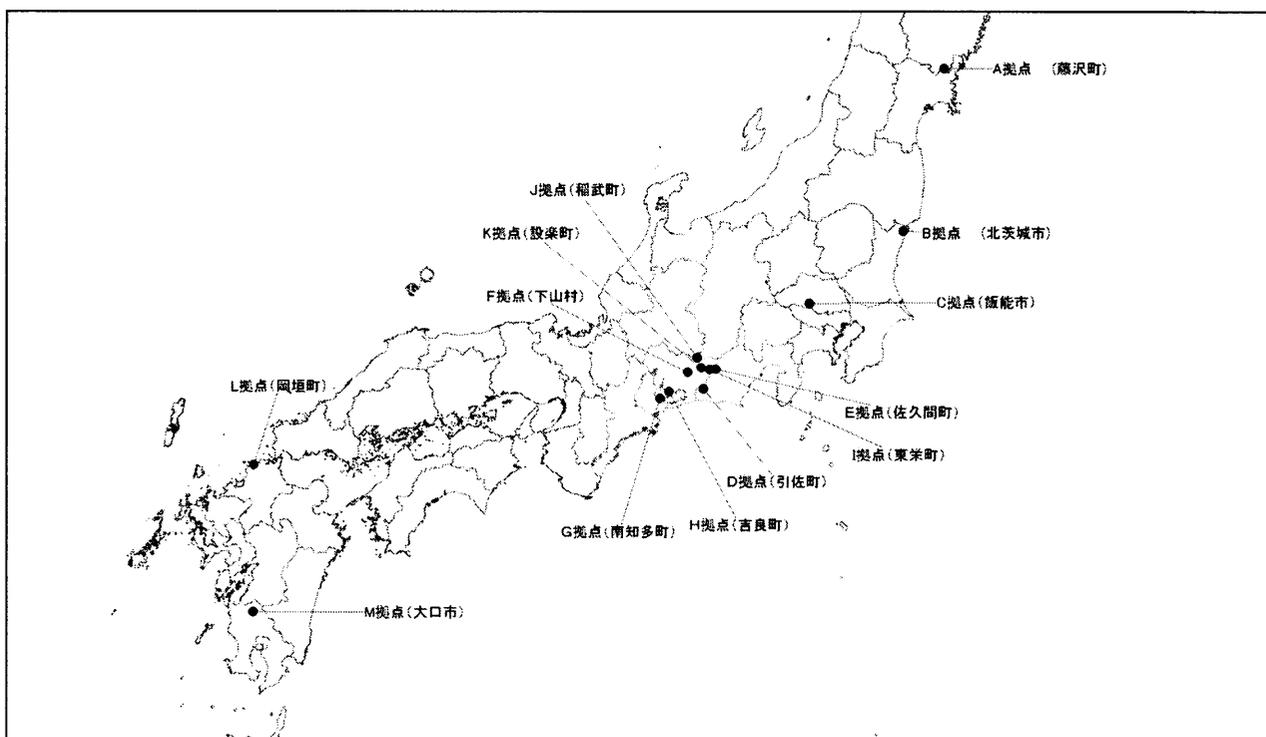


図5-1 調査対象拠点位置

表 5-1 調査対象拠点所在地の基本情報

調査対象	設立主体	住所	所在市町村名 (:X)	X市町村の人口*	X市町村の高齢者人口*	X市町村の高齢化率*	X市町村の人口密度* (人/ha)	統計日
A 拠点	NPO	岩手県東磐井郡藤沢町 藤沢字町裏	藤沢町	10452 (10144)	3149 (3237)	30.13 (31.91)	0.85	() 内: 住民基本台帳調 2005.2
B 拠点	NPO	北茨城市磯原町上相田	北茨城市	51593	10329	20.02	2.77	
C 拠点	NPO	埼玉県飯能市落合	飯能市	83210	13074	15.71	6.18	
D 拠点	社会福祉法人 (社協以外)	静岡県引佐郡引佐町東 黒田	引佐町	15103	3525	23.34	1.25	
E 拠点	社会福祉法人 (社協以外)	静岡県磐田郡佐久間町 中部	佐久間町	6008 (5660)	2367 (2502)	39.40 (44.2)	0.36	() 内: 住民基本台帳調 2004.11
F 拠点	社協	愛知県東加茂郡下山村 神殿字中切	下山村	5349 (5584)	1145 (1251)	21.41 (22.4)	0.47	() 内: 住民基本台帳調 2005.1
G 拠点	社協	愛知県南知多郡南知多 町豊浜字須佐が丘	南知多町	23250	5339	18.91 (25.3)	6.08	() 内: 住民基本台帳調 2004.4
H 拠点	社協	愛知県幡豆郡吉良町吉 田字大切間	吉良町	21656 (22433)	4096 (4569)	18.91 (20.4)	6.02	() 内: 住民基本台帳調 2004.11
I 拠点	社協	愛知県北設楽郡東栄町 本郷字南万場	東栄町	4717 (4576)	1902	40.32 (42.57)	0.38	() 内: 住民基本台帳調 2004.10
J 拠点	社協	愛知県東加茂郡稲武町 大字桑原字中村	稲武町	3111	1022	32.85	0.32	
K 拠点	社協	愛知県北設楽郡設楽町 田口字向木屋	設楽町	5305 (5096)	1929	36.36 (39.2)	0.24	() 内: 住民基本台帳調 2005.1
L 拠点	NPO	福岡県遠賀郡岡垣町内 浦字和田	岡垣町	30417	1929	22.18	6.27	
M 拠点	社会福祉法人 (社協以外)	鹿児島県大口市宮人	大口市	23594	7312	30.99	0.81	

*は2000年国勢調査による。住民基本台帳調べによって、最近の数値が公表されている市町村については()内に併記した。

表 5-2 調査対象拠点所在地の土地利用と、世帯別職種

	対応 拠点	総土地 面積		可住地面積と 全体割合		耕地面積と 全体割合		林野面積と 全体割合		総世帯 数		農家数と 全体割合		林家数と 全体割合		漁業世帯数と 全体割合	
		ha	ha	ha	%	ha	%	ha	%	世帯	世帯	%	世帯	%	世帯	%	
藤沢町	A	12,315	5,093	41.4	2,340	19.0	7,222	58.6	2,771	1,734	62.6	923	33.3	-	-	-	-
北茨城市	B	18,649	5,823	31.2	1,490	8.0	12,826	68.8	16,672	1,868	11.2	481	2.9	266	1.6	-	-
飯能市	C	13,460	4,227	31.4	610	4.5	9,233	68.6	27,757	787	2.8	575	2.1	-	-	-	-
引佐町	D	12,132	3,532	29.1	1,250	10.3	8,600	70.9	4,134	1,342	32.5	550	13.3	-	-	-	-
佐久間町	E	16,853	1,437	8.5	195	1.2	15,416	91.5	2,351	437	18.6	400	17.0	-	-	-	-
下山村	F	11,418	1,624	14.2	533	4.7	9,794	85.8	1,506	564	37.5	499	33.1	-	-	-	-
南知多町	G	3,824	2,742	71.7	1,300	34.0	1,082	28.3	7,120	669	9.4	77	1.1	1,327	18.6	-	-
吉良町	H	3,598	2,794	77.7	1,290	35.9	804	22.3	5,927	1,333	22.5	97	1.6	106	1.8	-	-
東栄町	I	12,340	1,145	9.3	370	3.0	11,195	90.7	1,690	432	25.6	372	22.0	-	-	-	-
稲武町	J	9,863	1,405	14.2	280	2.8	8,458	85.8	1,025	371	36.2	547	53.4	-	-	-	-
設楽町	K	22,083	1,987	9.0	730	3.3	20,096	91.0	1,847	582	31.5	562	30.4	-	-	-	-
岡垣町	L	4,851	2,189	45.1	720	14.8	2,662	54.9	10,120	449	4.4	264	2.6	66	0.7	-	-
大口市	M	29,215	8,167	28.0	3,460	11.8	21,048	72.0	9,730	2,385	24.5	1,055	10.8	-	-	-	-
名古屋市	参考	32,845	31,433	96.3	1,850	5.7	1,212	3.7	897,932	4,331	0.5	2,887	0.3	3	0.0	-	-

資料：農林水産省ホームページ「わがマチ・わがムラ-市町村の姿-」(<http://www.toukei.maff.go.jp/shityoson/>) (2000年)

表 5-3 高齢世帯数 資料：[A]～[D]の数値は文1-1による

	対応 拠点	世帯数総数 [A]	65歳以上親 族のいる一 般世帯数 [B]	高齢単身 世帯数 [C]	高齢夫婦世 帯数 [D]	[B] / [A] (%)	[C] / [A] (%)	[D] / [A] (%)	[C] / [B] (%)	[D] / [B] (%)
藤沢町	A	2,771	1,998	203	244	72.1	7.3	8.8	10.2	12.2
北茨城市	B	16,672	7,082	1,077	1,568	42.5	6.5	9.4	15.2	22.1
飯能市	C	27,757	8,421	1,139	1,840	30.3	4.1	6.6	13.5	21.9
引佐町	D	4,134	2,225	187	302	53.8	4.5	7.3	8.4	13.6
佐久間町	E	2,351	1,547	290	512	65.8	12.3	21.8	18.7	33.1
下山村	F	1,506	748	83	160	49.7	5.5	10.6	11.1	21.4
南知多町	G	7,120	3,608	481	740	50.7	6.8	10.4	13.3	20.5
吉良町	H	5,927	2,832	260	343	47.8	4.4	5.8	9.2	12.1
東栄町	I	1,690	1,189	228	398	70.4	13.5	23.6	19.2	33.5
稲武町	J	1,025	661	80	184	64.5	7.8	18.0	12.1	27.8
設楽町	K	1,847	1,184	222	380	64.1	12.0	20.6	18.8	32.1
岡垣町	L	10,120	4,311	781	1,371	42.6	7.7	13.5	18.1	31.8
大口市	M	9,730	4,753	1,535	1,687	48.8	15.8	17.3	32.3	35.5
(名古屋市)	参考	897,932	240,017	59,890	65,832	26.7	6.7	7.3	25.0	27.4

5.1.3 調査方法

調査は以下を行った。表 5-4 に調査実施状況を示す。

a) 拠点のリーダーに対するヒアリング

ヒアリング調査は限定的な話題にかぎるのではなく、むしろリーダーが強く主張するところを中心に話を展開した。(その関係上、必ずしも全項目に対して全拠点が回答していない。)

b) サービス提供圏の地図上での確認

拠点のサービス提供圏の広がりを知るため、拠点リーダーに、各方向に対して最も遠い利用者宅(複数)の所在を指し示してもらう。

c) 拠点のリーダーに対するアンケート^{註5-1)}

アンケート内容は、職員数、利用者数、交通手段、移動距離、介護内容など、基本的な運営情報とした。

d) 拠点の職員に対するアンケート^{註5-2)}

アンケート内容は、勤務状態、担当者数、交通手段、担当する利用者の居住地(大字小字レベル)など。

e) 同行調査と高齢者へのヒアリング

訪問介護に同行し、状況に応じて高齢者にヒアリングを行った。

註 5-1) アンケート用紙を資料編 p64 に添付した。

註 5-2) アンケート用紙を資料編 p65, 66 に添付した。

表 5-4 調査実施状況

調査対象	リーダーヒアリング調査日	リーダー/職員アンケート調査	同行調査日
A 拠点	2005.2	回収	—
B 拠点	2005.2	回収	—
C 拠点	2005.2	回収	—
D 拠点	2005.1	回収	2005.1
E 拠点	2005.1	回収	2005.1
F 拠点	2005.1	回収	—
G 拠点	2005.1	非回収	2005.2
H 拠点	2005.1	回収	—
I 拠点	2005.1	回収	2005.1
J 拠点	2005.1	回収	2005.3
K 拠点	2005.1	回収	2005.3
L 拠点	2005.2	回収	—
M 拠点	2005.2	回収	—

5.1.4 分析方法

分析は以下の各項目ごとに行った。

a) 高齢者の生活に関する分析 (5. 2)

拠点リーダーのヒアリングと、同行訪問による高齢者へのヒアリングから、高齢者の生活像を探った。

b) 訪問介護拠点の設立経緯、事業内容、運営状況の分析 (5. 3)

拠点の利用者数などの基本的な事業内容や、運営、併設事業、設立経緯について、拠点リーダーへのヒアリング・アンケート調査に基づき把握した。

c) 訪問介護拠点のサービス提供圏とエリア区分に関する分析 (5. 4)

拠点のサービス提供圏について、リーダーヒアリングにて、提供圏内をエリア区分し、チーム運営を行っている状況などについて把握した。

又、リーダーが地図上で指し示した利用者宅と、職員アンケート内で回答された担当利用者宅の分布を、地図上で確認した。

d) 訪問介護拠点のサービスの内容に関する分析 (5. 5)

拠点リーダーに対するヒアリングとアンケート調査により、各拠点のサービスの内容について、特に最も多く訪問する利用者像などについて詳しく把握した。

e) 地域での他のサービスに関する分析 (5. 6)

地域における介護保険サービス拠点の整備状況、ボランティアサービス、市町村独自の高齢福祉サービス事業などについて、各自治体行政資料やリーダーヒアリングから把握した。

また同時に、現在地域になくて欲しいサポート、不足しているサポートについてもリーダーの所見を把握した。

ここでは、こうした様々な角度から拠点過疎地域ごとのサービス提供の実態をとらえることで、人口減少などに伴う拠点過疎地域が今後広がっていく場合の問題点や教訓を導きだそうとするものである。

そこで、上記の分析毎に要点を抽出し、「まとめ」部分において、これらの因果関係などを整理することを通して考察を行う。

5.2 高齢者の生活に関する分析

ここでは、リーダーへのヒアリング^{註5-3)}と、利用者宅への同行訪問をもとに分析を行うが、同行調査の結果は「資料編 p. 67～p. 77」に示す。

5.2.1 生活について

高齢者の生活について見る前に、多くはないがヒアリング中に聞かれた一般の人の生活像(表5-5)からまず見ていこう。さまざまな地域で聞かれたのは、「職が町の中にない。^{表5-5-a)}」という言葉である。町に仕事がないために若者は町から隣町に働きに通ったり、町を離れていってしまったりする。農業、林業、漁業^{註5-4)}を継ぐ人は少なく、町での雇用は例えば学校の先生、公務員などしかないといった過疎化の現実が聞こえて来た。

又、店の少なさも聞かれた。E拠点のある佐久間町では、買物について「町内には肉や魚を売る店が1軒しかなく、若い人は車があるので他の町のスーパーまで2週間分の買い出しに行く^{表5-5-b)}」という。加えて「タクシーがなく^{表5-5-c)}」高齢者に限らず様々な場面で困っているという。このような状況の中で車を運転できない人にとって暮らしを成立させるのが難しいのではないかと感じられる。

しかし、実際には不便ながらも、それを補う声も多々聞かれた。確かに山の上、島では物はすぐ手に入らないが、高齢者へのヒアリング(資料編 p. 68)からは野菜類は自給自足で自宅の裏にある小さな畑からまかない、肉魚類を週一回の配達販売業者から購入する。大きな冷蔵庫に入れておく。あるいは子から物を送ってくる。醤油や味噌は郵便局の支店内で買える。との発言が聞かれた。一方で、ヘルパーによれば、現在高齢の人達は戦争も経験し豊かでない時代も苦労して生きぬいてきたため、とても忍耐強く「ごはん味噌さえあれば何とか生きていける^{表5-6-a)}」というような不自由を不自由としない逞しさがあるという。「本人達はまわりが思うほどは大変なことだと思っていない。まわりが騒いでも本人は普通に過ごしているつもりということが多い。^{表5-7-a)}」とのことである。

高齢者のかつての仕事は地域ごとに異なるが(表5-7)、山間部では男性は農業・林業、女性は専業主婦をしながら農業を手伝うといったことが一般に聞かれ、現在でも家の前に小さな畑を持って自分の食べる分を作る人が多い。平野部では、畜産、温室栽培や、米作りと言った回答が聞かれた。M拠点付近ではいまでも

註5-3) ヒアリング結果は表にまとめ、特に文中にとりあげた発言については、表中では下線をつけてa)b)c)・・・という番号を付した。それに対して文章中では「〇〇〇^{表5-x-a)}」とし、表5-x中のa)から引用したことを表すこととする。

註5-4) 表5-2に農家、林家、漁業世帯数を示した。

「結」の結びつきが残ると言う。海岸近くでは男性は漁業、女性は民宿などの賄い、手伝い作業をしてきたという。いずれも土地との結びつきの強い職業で、住と職が近接していたことが分かる。

どの地域の人もその土地に対して誇りと深い愛着を持っている言葉が聞かれる。「住めば都です」「子供の家に同居したこともあるが都会は息苦しかった」「ここが良いのです」（資料編 p. 69）という高齢者の言葉などである。

今ひとつ、同行調査にて知られるのは、高齢世帯だけになった集落、あるいは集落の最後の1人になった高齢者の姿である。I Aさん（資料編 p. 71）、J Dさん（資料編 p. 73）、E Aさん（資料編 p. 69）などで、山間部において、高齢者だけになった集落の中で、互いを気づかい気配を感じながら生活をしている様子や、集落に自分1人になってもその場所に住み続けようとしてきた様子が分かった。

以上を整理すると、次のことが言えよう。

- ・ 高齢者は職と住の結びつきが深い生活を送ってきた。
 - ・ 土地に対する愛着と誇りが強いいため、高齢者だけの集落あるいは集落に1人になってもその場に居続けようとする意志が強い。多少の不自由はあたりまえといった強靱さも見られる。
 - ・ 地域自体が、過疎の問題を抱えている。
 - ・ 過疎地において、一般の人の生活が車に依存して成り立っているため、車が利用できない高齢者は買物・通院など生活の上で様々な困難がある。
- 上記の困難さを克服するため、畑で自給自足、子や近隣の助けを借りるなど、以前より培われてきた工夫も見られる。

表 5-5 拠点リーダーへのヒアリング結果（一般の人の生活）

一般の人の生活について	
A 拠点 (藤沢町)	
B 拠点 (北茨城市)	冬暖かく、夏涼しく、山菜結みなどをしたりして、四季がはっきりとした、自分達としては自慢に思える土地である。
C 拠点 (飯能市)	吾野は 299 沿いにコンビニやバイコーがあるので、そこを利用する人が多い。配達販売も行われているが場所は限られている。
D 拠点 (引佐町)	
E 拠点 (佐久間町)	町内には、肉や魚などの食料品を買うことができる店は 1 軒しかない。b) その店の主人も 50 代なので、あと 10 年後にその店があるか怪しい。若い人は車で天竜などの町の大型スーパーへでかけて 2 週間分を買い出す。b) 町内にはタクシーがない。隣の町からタクシーを呼び寄せるのも遠すぎて難しい。c)
F 拠点 (下山村)	村の南の人は、通勤で豊田市に通う人もいる。花沢や花輪台は、一時期トヨタの工場が来るということで団地がたてられた。岡崎に行く人も。色々な職業の人が住んでいる。
G 拠点 (南知多町)	職が町の中に無い a) ため、若い人が町から出て行く。鉄道がないので、鉄道があるところまで出て行く。宅地は少なく、ひしめきあっている。世帯数はふえるけれど、人口は減少している。つまり核家族化が進んでいる。学校の面で街へでる人もいて、高校へ行くために家族で引っ越ししたり、寮へ入れたりする。若い人は漁師を継がない。将来性もない。小売店はどんどんなくなり、配達する業者もない。昔は電話をすれば届けてくれるというようなこともあったが、今はそういう店がつぶれている。洗剤などの腐らない物を扱う日用品店はあるが、食料品を扱う店は特に先につぶれていく。 (島) ものが高いから本土から買い出しをする。車でもバイクでも行けないところがある。
H 拠点 (吉良町)	
I 拠点 (東栄町)	
J 拠点 (稲武町)	1 人 1 台以上車を持っている。車がないと生活できない。又、冬場はスタッドレスタイヤが欠かせない。
K 拠点 (殷栄町)	近年、どんどん町の活気がなくなってくるのが感じられる。店がどんどん潰れてきている。一応町中にスーパーはある。
L 拠点 (岡垣町)	ゆっくりとした土地柄である。がつがつとしていなくて、人と出会ったらゆっくり立ち話をするような雰囲気である。
M 拠点 (大口市)	すんでいる人の仕事先は大口市内である。農業は大規模農家なら専業だが、あとはみな他の仕事との兼業農家である。

表 5-6 拠点リーダーへのヒアリング結果（高齢者の生活）

	高齢者の生活に関して
A 拠点 (蕨沢町)	持家の人が多く ^{b)} 、施設のほうがお金がかかる。 買物は不自由だが、行商の人が1回/週程度まわっている様子。隣近所の人を買ってきてくれる。 かつては救急車が入るか入らないかのところがあったが最近は何もない。
B 拠点 (北茨城市)	
C 拠点 (飯能市)	介護度の高い人が独居は困難
D 拠点 (弓佐町)	高齢者の方は戦中の苦難を乗り越えてきたため「ごはんと味噌さえあれば何とか生きていける ^{a)} 」というような忍耐強く質素を旨として暮らされるかたが多い。最近は、独居で在宅で頑張られる高齢者がだいぶ減った。介護も身体介護が減ってきている。地域的に入居施設が多いので、みんなどんどん施設に流れる傾向。しかし、D拠点も待機者が多くいる。まず食事を支えるのが基本、それが安定していないと不安、危機を感じる。精神的なサポートはその後。認知症DSが良い息抜きの人も、行きたくない人もある。 買物:訪問配達をする店があり、噂を聞いて利用する人が多い。DSのお買物の日を使う人も。住宅:古い家で、シロアリがいる、段差もある。 ^{c)}
E 拠点 (佐久間町)	買物が容易でない。食事がままならない。病院まで行きたくても、福祉バスまで距離があり、自力では行けない。町中でも6:30には店が全部閉まる地域。山の上では、物がすぐ手に入らない。配達販売が週一回来る地域もある。
F 拠点 (下山村)	独居で認知症という人はあまり居ない。
G 拠点 (南知多町)	(島)買物は配達してくれるし、店も近くにあるからさほど困らない。ただし、オムツなど高くて倍値。品揃えも悪いから希望のものがなかったり、取り寄せたり。特に、食料品は月曜日はない。(=仕入れ前)自分で買物に行きたい人が多い。冬は神経痛の人は行けない。坂道、細い道が多い。車が入っていけないし、道路から玄関の間が急な階段になっている家が多い。自分で歩ければよいが、歩けなくなると車椅子で外出は困難。 ^{e)}
H 拠点 (吉良町)	
I 拠点 (東栄町)	とにかく、頑張る。病院には行きたくない。
J 拠点 (稲武町)	オムツの人が独居はいない
K 拠点 (飯来町)	独居者は、話し相手が居ないので、話し相手を求めている。隣の家まで遠いので、一日中誰とも話さずに過ごす人も多い。 ^{d)}
L 拠点 (岡部町)	
M 拠点 (大口市)	どうにかこうにか暮らしている。大口市の配食サービスなども利用して。買物は小さな店が集落にあり、小さな店に行く。ストアからの配達がある地域も。家族が買ってきたりもする。目に見えて障害のある人は、対処法がはっきりしているが、認知症の人は何が必要かを判断するのが難しい。今までやってきたことはできる。できないのではなくさせていない恐れも。一緒に〇〇をしましょうというアプローチ必要。思い出してもらうように。

表 5-7 拠点リーダーへのヒアリング結果（昔の仕事、冬季、金銭面）

	昔の仕事は	冬季は	金銭面
A 拠点 (藤沢町)		生活支援ハウスがあっても利用されない。冬期にDSIに出て行けないような場所に住んでいる老夫婦がいて、端から見ると大変だと心配して、生活支援ハウスの利用をすすめるが、 <u>本人達はまわりが思うほどは大変なことだと思っていない。まわりが騒いでも本人は普通に過ごしているつもりということが多い。</u> a) シグナルはいつも周りから来る。	生活保護対象者が増えている。
B 拠点 (北茨城市)			
C 拠点 (飯館市)		寒いとのことで、病院に入る人も。b)	
D 拠点 (引佐町)		冬期は、寒いが火を使うのはあぶないので、電気暖房をすすめる。しかし、それでは暖まらない。 <u>冬だけグループホームに入る人も。</u> b)	
E 拠点 (佐久間町)	男は、林業、日雇い。女は専業主婦で農業。	短期的に入院をしたり、b) 子供の家に行ったりする。a)	国民年金による生活者が多い
F 拠点 (下山村)	色々な職業。		
G 拠点 (南知多町)	漁師、プラスチック工場、島では、男性は漁師、女性は民宿の血洗いなど。		金銭的に介護保険の利用を控えるという例はあまりきかない。お金が本当に無い人は生活保護になり、ある程度つかえる。緊急の場合に、1-2 か月限度額を超えて利用するひと。
H 拠点 (吉良町)	畜産、温室栽培、農業		
I 拠点 (東栄町)	農業 女性は今も食べる分を作る人が多い		在宅サービスを利用する上で、金銭的に控える人が多い。年金生活の中で、できることは自分で極力やる。また使ってみて安さを知る人も。
J 拠点 (稲武町)	男は、地元で様々な職業。農業が多い。林業は今はずっかりなくなった。女は専業主婦で農業。	短期的に入院をしたり、b) 子供の家に行ったりする。a)	金銭面の理由で、介護保健利用を控えるという人は表立っては居ない。
K 拠点 (設楽町)	農林業	子のところに行く、a) 施設に行くのはさほどない。	
L 拠点 (岡田町)	半農半漁、女性はびわの袋包みや、草取りなどをして働く人が多い。		
M 拠点 (大口市)	農業、田んぼ中心。昔ながらの「結び」の結びつきが今も残る。		年金生活で、無理にサービスはいれられない。中には家族が負担する家庭もある。

表 5-8 持ち家率

	対応 拠点	住宅に 住む 一般世 帯数 (A)	持ち家 世帯数 (B)	(B)/[A] (%)
藤沢町	A	2,746	2,500	91.0
北茨城市	B	16,512	12,685	76.8
飯館市	C	27,428	20,071	73.2
引佐町	D	4,019	3,600	89.6
佐久間町	E	2,255	1,922	85.2
下山村	F	1,449	1,395	96.3
南知多町	G	6,963	6,006	86.3
吉良町	H	5,889	5,041	88.6
東栄町	I	1,663	1,459	87.7
額武町	J	984	878	89.2
設楽町	K	1,759	1,514	86.1
岡垣町	L	10,011	8,505	85.0
大口市	M	9,512	7,324	77.0
(名古屋市)	参考	852,680	393,418	46.1

5.2.2 家について

住環境に関する発言では、「持家の人が多い表 5-6-b)」「古い家で段差もある表 5-6-c)」と言った声が聞かれた。実際に、各市町村の持ち家率は高い(表 5-8)。又、同行調査で訪れた高齢者宅は、K O さん(資料編 p. 76) (8 畳×5 室+4 畳×2 室+キッチン)のように一戸建てで大きな住宅が殆どであった。

立地として、J T さん(資料編 p. 72)のように、家が集落から少しはずれて単独でぼつんと建っている例がある。健康な時には単独で建っていても歩いて5分程度で坂を下りたり上ったりで隣家まで行けるために近隣との繋がりを持って生活してきたのが、高齢になり体力が低下してくると隣家まで行けなくなり孤立してしまう状況が見られた。ヘルパーからも「隣の家まで遠いので、一日中誰とも話さずに過ごす人も多い表 5-6-d)」という発言が聞かれた。

又、E A さん(資料編 p. 69)のように道路から家の玄関までが山道で、高齢者が歩行困難になると、家から外に出たいと考えても車椅子もつかえず、山道から道路まで連れ出すためにはヘルパー女性2人では難しく、日常的にデイサービスを利用することを諦めざるを得ない状況が見られた。このような場合は訪問系サービスが唯一のサポートとなる。

一方離島の例では、細い坂道に連なって家が建ち並び、近隣の距離がさほど離れていないのだが、やはり「家の玄関と舗装された道路までの間に急な階段がある。自分で歩ければよいが、歩けなくなると車椅子で外出は困難表 5-6-e)」「細い道が多い。車が入っていけない表 5-6-e)」という指摘が見られた。

地理的な要因で、時間や季節によってはヘルパーが寄りつけないところにある家もある。本調査対象はいずれも豪雪地帯は含んでいないが、それでも J D さん(資料編 p. 73) 宅のように、冬期は道路が凍結し、車で行くことが危険なため、ヘルパーやデイサービス車が定期的に朝夕と通うことができない。そのような場所に住む高齢者は生活支援ハウスや子の家表 5-7-a)、あるいは病院に冬期だけ入る表 5-7-b) とのことである。

又、E A さん(資料編 p. 69) のような立地では、細い崖道を30分近く運転して家につくため、夜間全く電気がないそれらの道を女性のヘルパー1人で行かせるのは危険なため、夜間の訪問のニーズには応えられないと言う。このように立地によって訪問の限界が聞かれた。

以上総合して、次のことが指摘される。

- ・ 拠点過疎地域では、持ち家率が高く、家も大きい。＝住資産の充実
- ・ 道路から家の玄関までの間が山道、階段などとなっており、車椅子が利用できず外出困難である。デイサービスさえも利用できない。
 - 訪問サービスの充実、また道路から玄関までの空間整備に対する補助の充実が求められる。
- ・ 地理的に季節によってヘルパーが寄りつけないところに立つ家がある。夜間にヘルパーが訪問できないところもある。
 - 生活支援ハウス、病院や子宅への季節的な避難という対応策が取られている

5.5.3 同居家族形態

同居家族については（表 5-9）、各拠点のリーダーから、高齢夫婦世帯や単独世帯が多い（表 5-9-a）という感想が聞かれた。実数を見てみると（表 5-3）まず 65 才以上親族のいる世帯の率が高い。また、高齢夫婦世帯数率も高い。一方、単独世帯率は必ずしも高くなく地域差があった。

また、子同居世帯では昼間独居が多い（表 5-9-b）と言う。日中は若い世代が出かけてしまうため集落で 1 人になってしまい、緊急の場合に助けを呼びに行けない人もいる（表 5-9-e）とのことである。

別の町に出て行った子らの関わりは様々で、週に 1 度訪ねてきて、食料品などの買物を届けたり（DW さん（資料編 p. 67）など）、病院に行くときは車で迎えに来る（KN さん（資料編 p. 75））など、何らかの手助けをすることが多いようだが、「ほったらかしにする（表 5-9-c）」人もいるという。また、「高齢者本人は子供には元気ぶる。自分は元気でまだ在宅で暮らせるとアピールし、社協やヘルパーにだけ弱みを見せて子供にはいわんでくれと言う人がいる（表 5-9-d）」といった状況も聞かれた。もし生活に困っている状況を知ると施設転居をすすめられるのを恐れていることという。

ここまでの内容から、次のことが指摘される。

- ・ 家族・地理的・社会的な環境から、様々な形で集落にて孤立する高齢者がおり、集落間が離れているため緊急時や困った時に助けを呼べない状況が問題視される（図 5-2）。
 - a) 過疎化で集落の最後の 1 人となり孤立
 - b) 過疎化で集落の住民が全員高齢者になる

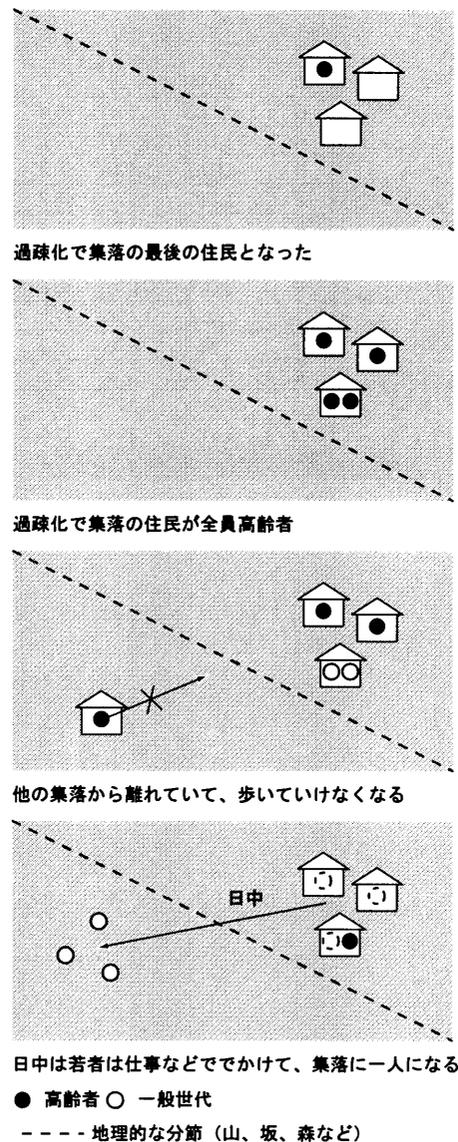


図 5-2 集落で孤立する高齢者のパターン

- c) 他の集落から家が離れて立地しているため、歩行能力低下とともに歩いて行けず孤立
- d) 日中は若者は仕事などでかけて、集落で孤立

表 5-9 拠点リーダーへのヒアリング結果（同居家族）

同居家族に関して	
A 拠点 (藤沢町)	高齢夫婦世帯・単独世帯も多いし、a) 昼間独居も多い。b) 高齢夫婦世帯のみの集落は見かけないが。
B 拠点 (北茨城市)	
C 拠点 (飯能市)	高齢夫婦世帯・単独世帯のほうが多いと感じる。a) 今は通院や生活支援で生活していても一足飛びに施設に行く事も。
D 拠点 (引佐町)	
E 拠点 (佐久間町)	日中は、仕事に出ていて、1軒だけの地域だと、地域に全く一人になってしまい、呼びに行けない。非常電話はつけることになっているが、認知されているか疑問。民生委員が把握することにはなっているが。子供：別の市などに出て行ってしまふ。あるいは町の企業で働く人、公務員も。訪問介護利用の単身者率は約 50%。
F 拠点 (下山村)	夕食、掃除、買物は家族が行う。
G 拠点 (雨知多町)	利用者の中で独居は 20-30 人ぐらい。昼間独居はそれ以上に多い。b) (島) 高齢夫婦世帯はこれからが多い。a) 子供には「島から街へ出て行け」と言う。子は一旦出て行ってしまふと気があってもなかなか来れない。働く場がない。小学校までなくなったりするとますます拍車がかかる。学校が合併すると職場がまた減る。同居家族率は今は町より高い。宅地がなくて、賃貸アパートがないので、同居している。
H 拠点 (吉良町)	独居や老夫婦も多い。a) 行く例では昼間独居が多い。b)
I 拠点 (東栄町)	
J 拠点 (稲武町)	高齢夫婦世帯多いと思う。a) 子供は別の市などに出て行ってしまふか、あるいは、別棟を建てて住むことも。家族同居世帯では、老夫婦-子夫婦-孫夫婦という 3 世帯も。(介護者は配偶者と子夫婦で協力) ただし、子夫婦が老夫婦よりも先に施設入居などをした場合、孫夫婦が老夫婦のめんどうを見るとはかぎらない。昼間独居はさほど多くない。
K 拠点 (殷楽町)	老老介護が多い。a) 子供は町外へ出ると、ほったらかしにする人も。c) 「そっちでええようにやっておいてください。」等と言う人も。高齢者本人は、子供には元気ふる。「自分は元気でまだ在宅で暮らせる」とアピールしたい様子。施設や子のところに転居するのを恐れている。社協や HH だけに弱みを見せて、「子にはいわんでくれ」という人が結構居る。d)
L 拠点 (岡垣町)	
M 拠点 (大口市)	若い人が町にいない。近所の人でも高齢。子らはよそに住んでおり、他から帰ってきてまで親の面倒をみることはない。独居でも、家族をどれだけ巻き込むか連携が重要。医者とも。相談する家族がいる人はまだ良いが誰もいない人は気の毒である。

5.2.4 地域の人々の助け合い

近隣の人との助け合いについては、多々聞かれた（表 5-10）。例えば、特別なものを作った日には隣人に持って行く^{表 5-10-a)}といった行為は今でも頻繁にある様子である。又、「近所の人が通院の手助けをしている^{表 5-10-b)}」「知り合い同士、兄弟も近くに住んでいるので、誰かに乗せていってもらおう^{表 5-10-c)}」というように、買物や病院に行く際に車に高齢者を乗せていくということもあちこちから聞かれる。助け合いのネットワークが強いのは、昔ながらの「結」の結びつきといった職をとおして築かれてきたネットワークがあることや、同じ町の中に親戚が沢山居る^{表 5-10-g)}ことによるようである。隣人もたどっていけば親戚だったり、ということが多々あるという。隣人を訪問することも頻繁に聞く。

「よくも悪くも隣人の家の間取りは隅々まで知っているし、何かあれば上がり込んでいく^{表 5-10-d)}」というように、近隣としてお互いを気づかい、何かと関わってくる「つきあい」の姿が地域にまだ残されている。民生委員も活発^{表 5-10-h)}とのことである。

だが一方で、そのような地域の中での助け合うきづなが弱まりつつあるという発言もあった。

以上をまとめると

- ・ 地域の人々の助け合いは多々あり、買物や病院に行く時に車に乗せてもらうなど、生活上有効なサポートとなっている。

5.2.5 転居に至る状況

これらの地域でどのような状況になると転居をすることになるのかをヒアリングした結果は表 5-11 のとおりである。

具体的に火の始末や排泄が自分できちんとできなくなると独居の高齢者は転居しなければならなくなる^{表 5-11-a)}との発言が多い。また、高齢夫婦世帯で片方が病院などに入院すると、それまで2人でなんとかやってきたのが一気にもう1人も施設や子の家へ転居することとなる^{表 5-11-b)}という。

表 5-31 に在宅志向についての発言をまとめたが、一様に高齢者本人は在宅志向が強く、家に対する執着が強い^{表 5-31-a)}。一時的に呼び寄せられて別の町に住む子世帯の家へ同居をしても、つまらない、息苦しいとして帰ってくる高齢者が多い^{表 5-31-b)}。そのような中で、施設転居を決めるのは本人ではなく、「地域の人や子の意向で施設転居をすることが多い^{表 5-11-c)}」とのことである。また子同居・高齢夫婦世帯の場合、家族の負担感が大きくなると施

表 5-10 拠点リーダーへのヒアリング結果（地域の人々の助け合い）

	地域の人々の助け合い
A拠点 (藤沢町)	地域の人が気に掛けて手助けをする一方で、干渉もする。表 5-26 参照。
B拠点 (北茨城市)	
C拠点 (飯館市)	近所の人が通院の手助けをする ^{b)} という話も良く聞く。
D拠点 (弓佐町)	
E拠点 (佐久間町)	お互いに何らかの手助けは、結構している様子。今でも、玄関の鍵は開けっ放しで生活している人が殆ど。 <u>よくも悪くも「隣人の家の間取りは隅々まで知っているし、何かあれば上がり込んでいく。」といった関係がまだある。</u> ^{d)} <u>町に親類がたくさん住んでいる。</u> ^{e)}
F拠点 (下山村)	
G拠点 (南知多町)	(町) <u>知り合い同士、兄弟も近くに住んでいるので、誰かに乗せていってもらうことで、移送手段のなさをカバーしている。</u> ^{c)} (島) 同級生のつながりは大変強い。幼稚園から中学校まで同じ1クラスで過ごして来たという仲。助け合って、暮らして行く気持ち強く、隣の人がみてくれるから、ヘルパー不要。80歳でも同級で旅行をするグループもある。同級生は「あんき」である。子も同級だったりして家族中知っている。島外からの嫁の人は「私達は入って行けない雰囲気、当初は遠慮する」
H拠点 (百良町)	<u>食事を作ってもっていく、持って来る。</u> ^{a)} とかはちらほら聞く。
I拠点 (東栄町)	
J拠点 (稲武町)	
K拠点 (般東町)	<u>食事を作ってもっていく、持って来る。</u> ^{a)} 病院買物に車に乗せて行く。(これが一番ありがたがられる) まだまだ、助け合うきづなが強い。以前は、隣の家に客人が来たら、煮物やなにかおかずを持って飛んでいったり、醤油や米を貸し借りしたりする。客人も隣の人の家に宿泊して、集落の他の人の家遊びに行くといった感じだった。今はそういう関係はなくなり、個々の生活になりつつある。(ヘルパーが)それを寂しく思う気持ちもあるが、やはり楽になったという感も強い。男の人は孤独。あまりお互いを訪問しないし、話さない。かといって女の人の家に行くと、集落で噂になる。
L拠点 (岡埜町)	人は孤独が地獄である。高齢になり、存在を無視されるような生活は辛い。L拠点併設のDSに来て、 <u>利用者同士、お互いに気をかける関係ができると、生き生きとした前向き力が出てくる。</u> ^{e)} 「共に生きていく」。DSの利用者の様子は、 <u>徐々によく見えてくるようになる。</u> 独居の人で、風邪をひいたとか、精神的に落ち込んでいる、体調が悪い、家族関係がうまく行っていないなど、様々な状況によって、 <u>利用日以外にも頻りに電話をかけて様子を確かめる。</u> <u>安心できる人と人との関係をつくるのが大切。</u> ^{f)} 利用者から電話がかかってきて、「ちょっと話相手が欲しかったの」ということもよくある。利用者同士でも、誰かが風邪を引いたり調子が悪いと、近所の利用者が様子を見に行ったりと、サポート関係性が生まれてくる。
M拠点 (大口市)	近隣の人は煮物を作ったから。などと何かとかかわってくる。 ^{a)} 民生委員も活発で生活状況が悪くなると連絡してくる。 ^{h)} 変人じゃないかぎり隣人を気にする。

表 5-11 拠点リーダーへのヒアリング結果（転居するケース）

転居するケース	
A 拠点 (藤沢町)	<p>独居で過ごしているが、年とともに火の元、戸締まりがやや弱くなってきて安全に過ごせなくなってくる。a) 独居であるがゆえに、周りの人が心配する。e) ひとたび転倒をしたりして体に支障が出て入院になると、そのまま施設へ行くことになる。g)</p> <p>地域の人が気に掛けて手助けをする一方で、干渉もする。e) 「こんな状態の人をひとりで家に置いておくのか」と子に連絡する。f) 本人の意向よりも地域の人や子の意向で施設転居することが多い。c) 近所の人が、鍋が焦げているのを知っていたりする。</p> <p>例 1) 老夫婦の妻が入院。夫は歩行器で暮らしていたが 1 人たりのこされて、調理ができない。b) 朝夜は地域の人が食事の配膳を手伝って昼と夜に HH が入って過ごしていたが、ある日見回りに来た近所の人が倒れているのを発見し子に連絡。以後入所。a)</p>
B 拠点 (北茨城市)	<p>転居するケースは、殆どは家族の負担感によって転居となる。肉体的よりも精神的に追いつめられることのほうが大きい。家族が逃避したいという気持ちが強くなると、施設転居になる。d) レスパイトの役割分担が重要。持ちつ持たれつで地域に負担を転嫁していく必要がある。嫁いびりと似ている。出口が調えられないと耐えられなくなる。</p> <p>高齢者介護において、あらゆる病気の中で最後まで直せないのが認知症である。家庭や社会との関わりが希薄になることによって認知症になる。例えば、在宅から病院に 3 ヶ月入院すると、帰ってきたときにはおかしくなっていて、施設へ行くことになり、さらに認知症が進むという悪循環。社会と隔絶されることが問題である。施設には四季がない。</p>
C 拠点 (飯館市)	<p>病院に入院生活が長いと、在宅に戻っても精神的に不安ですぐ病院にもどる。g)</p> <p>認知症の方、ゴミの山、火事がおきそう。a) 人との関わりも難しくなっている。御本人はしっかりしているつもり。オムツ交換を拒否 a)、訪問入浴も当初はうけつけず。少しずつ環境を整えて行った。成年後見制度で甥が施設へ入所させた。</p>
D 拠点 (引佐町)	<p>夜間に一人で居られなくなると、施設入居となる。身体的、認知症の両面で。緊急通報システムを何回も押すようになると、在宅はむずかしい。</p>
E 拠点 (佐久間町)	<p>病気などで、病院に入院すると、その後、療養型、特養、磐田や三ヶ日のグループホーム（子の住居の近くに）に転居する</p>
F 拠点 (下山村)	
G 拠点 (南知多町)	<p>家事ができなくなり、食事、排泄の管理ができなくなる。自分で排泄ができなくなる。きちんとできなくなり便が廊下に、など。a)</p> <p>本人はオムツの中で行うのは苦痛。歩けなくなると独居は厳しい。</p>
H 拠点 (吉良町)	
I 拠点 (東栄町)	<p>老夫婦で HH を利用して生活しているが、どちらかが病気で入院をすると、家族がひきとったり特養や老人ホームの待機をショートステイでつなく。b)</p>
J 拠点 (稲武町)	<p>例 1) 独居で、毎日訪問介護に行き、週に 1 度は DS も利用するが、空白時間が長くて認知症が進行早い。火の始末ができなくなり、食事を忘れる。食の管理が行えなくなる。a) →生活支援ハウスで待機（配給食、DS の食事、朝/タヘルパーが入り食事の確認）次のことを考える→家族の近くへ行く、あるいは施設に入居。</p> <p>例 2) 独居で認知症、土日は息子が入浴を行って在宅に居た→転倒して血を流したため心配になり、生活支援ハウスに転居。（生活支援ハウスなら見に行ける）→食事が混乱、排泄も混乱（オムツをとってしまう）a) →長期療養病棟へ</p> <p>例 3) 山間部の人は買物などが困難ということから、生活支援ハウスに転居する人が居る。h) 例) 月ヶ平、御所貝津。</p>
K 拠点 (殷栗町)	<p>認知症でトイレやオムツで少しこぼしても自分でできるうちは良い。火の始末ができなくなってヘルパーが調理に行っても、本人は今まで使っていたのでつい使いたがる、近所で恐がられる。a)</p>
L 拠点 (岡垣町)	<p>例 1) 独居、86 才、くさったものが冷蔵庫にいっぱいになる状態。子はおし。頑固な性格で妹が泣く。ものを取られたという錯覚が多く、どろぼうが家に入ったとか、警察を呼んだりといった状況。DSI に居る間は穏やかなのだが。。。例 2) 徘徊、迎えに行くと家に居ない。お風呂や廊下で排泄 例 3) 言語不明、おちつかない。息子夫婦と同居していたが、嫁が介護疲れでグループホームへ転居した。例 4) 要介護 5 で認知症病棟へ。</p>
M 拠点 (大口市)	<p>病気がメイン。介護をしていた人が病気になり両方とも入院入所 b) など。食べれて、一人でトイレに行けるうちは家で。認知症の人は、まわりの人がうわさをする。噂だけで認知症と決めつけるのはかわいそう。民生委員から見に行ってくれないかと言われるケースも。何かを食べていることが肝心。</p>

設転居ということになる「肉体的よりも精神的に追いつめられることのほうが大きい。家族が逃避したいという気持ちが強くなると、施設転居になる。レスパイトの役割分担が重要^{表 5-11-d)}」とのことである。一方、独居の高齢者が転居する場合は、子が遠くに離れていると、「地域の人が気にかけて手助けをする一方で、干渉もする。^{表 5-11-e)}」近所の人や鍋焦がしをしたことなどを知っていて「こんな状態の人をひとりで家に置いておくのか。と子に連絡をする。^{表 5-11-f)}」その時に子、あるいはヘルパーが地域の人を説得できなければ転居先を考えざるを得なくなるということであった。

又、病気などで一度入院をすると、子は1人で山間部に住む高齢者の状況を、また同じようなことが起きるかもしれないと不安に思い、在宅に帰すことなく施設へ転居させる^{表 5-11-g)}とのことであった。

以上から次が指摘される。

- ・ 高齢者は、地域の人や子の意向で施設転居をすることが多い。
「シグナルはいつもまわりから来る」
- ・ 独居高齢者：火の始末や排泄が自分でできなくなると転居するケースが多い。また一度入院すると、子が再発を不安に思い施設転居をすすめる。
- ・ 高齢夫婦世帯：片方が病院などに入院すると、2人でやってきたバランスが崩れもう1人も施設に行く。
- ・ 子同居世帯：介護疲れで、家族が逃避したいという気持ちが強くなると転居
→レスパイトによる役割分担が重要

5.5.6 生活支援ハウスへの転居

前項に見られた転居の他に、「山間部の人は買物などが困難ということから、生活支援ハウスに転居する人が居る^{表 5-11-h)}。」という例を見る。同行調査で生活支援ハウスに転居した高齢者にヒアリングをした結果は以下のとおりであった。92才のJ Eさん(資料編 p. 74)は、要支援の対象にもならない元気な方であるが「前の集落にはもうだれも残っていない。懐かしいが、もう戻りたくない。戻っても生活していけない。」とのこと。又、要介護2のJ Fさん(資料編 p. 74)は、4点杖を利用するため、家の段差が多く生活が困難になり生活支援ハウスに転居したが、町の友人との交流を続け、買物にも自分ででかけるとのことで、訪問介護拠点が隣接することから、ヘルパーも朝夕と様子を見にきてく

れるので安心という。JGさん（資料編 p.74）夫妻も妻の入院退院を契機に生活支援ハウスへ転居したが、「もとの集落の人が遊びに来る」「買物にも行けるし、便利。ずっとここに住み続けられたらよい。ヘルパーが近くにいるから、安心」とのことであり、それぞれに地域の不自由さの中で困難になりつつあった生活が、生活支援ハウスへの転居によって新たな形で取り戻されている様子がうかがえた。

- ・生活支援ハウスのような中間的な住形態は、地理的な困難さから在宅継続が難しくなった高齢者が、見知った地区の中で生活を再編するのに有効につかわれている

5.5.7 訪問介護サービス利用に至るまでの心理的な壁

ヒアリングを行った地域の中には、「土地柄から、家族介護をする傾向で、訪問介護利用は他人の目が気になる表 5-12-a)」といったところがある。「ガードが高い表 5-12-b)」という。高齢者本人は「めいっぱいになってから、どうしようもなくなって相談してくる人表 5-12-c)」「せっぱつまって初めて介護保険を使おうかという気になる表 5-12-d)」「遠慮や恥ずかしさがある。最初は掃除という名目で訪問をすると、食事が満足にとれていない状況だったりする。表 5-12-e)」との証言のように、ぎりぎりまで我慢している様子が伺われる。一方で「集落に一件利用者があると、閉ざされていたのが開かれるという面はある。表 5-12-f)」とのことである。

以上をまとめると次のとおりである。

- ・利用に際し、他人の目を気にする土地柄がある。それ故、ぎりぎりまで我慢している高齢者がいる。一方で、一件集落内に利用者が現れると閉ざされていたのが開かれる。

ここまで拠点過疎地域での高齢者の生活像を様々な角度からまとめてきた。次に、これらの高齢者を支えるために訪問介護拠点がどのようなサービスを提供しているか、どのように運営されてきたかをその問題点や工夫から見ていくこととする。

表 5-12 拠点リーダーへのヒアリング結果（訪問介護サービス利用に至るまでの心理的な壁）

	訪問介護サービス利用に至るまでの心理的な壁はあるか
A 拠点 (藤沢町)	特に感じないが、利用者のないエリアはヘルパー利用への抵抗感があるのかもしれない。 集落に一件利用者があると、閉ざされていたのが開かれるという面はある。f) 今は、「申し訳ない、ありがたい」という言葉は聞かれなくなってきて、極端な遠慮は薄れている気がする。 在宅のときの方がむしろ、自己主張をできる様子。HH に対しては、その家の味付けや大根の切り方、洗濯方法まで自分流を教え込んでいた人が、施設に入所すると“立派”な人になって、何も言わない人になってしまうのを見る。上千代ヶ原の利用者は、地元の人は使いたくない、知っている人に見られたくないという理由で藤沢町の HH を利用している。
B 拠点 (北茨城市)	
C 拠点 (飯館市)	吾野は土地柄から、家族が介護をする傾向。HH 利用は他人の目が気になる。a) 認知症で、ショーステイをする人はいる。家族、娘が頻繁に行く。吾野でまるまる 1 人で自分の意志で独居という人は居ない。家族が外出するために HH を呼ぶ人はいるが、本人の散歩にまでは至らない。
D 拠点 (百保町)	
E 拠点 (佐久間町)	恐ろしいと思うぐらいの状況まで我慢して頑張っていて、介護保険を利用しない。d) もっと利用してもらいたい。介護保険について、大金がかかると思っている人も多い。はずかしいと考える人も多い。例) 夫人が DS を週一回利用している宅で、夫がどんどん痩せて行くため事情を聞いたら、夫人が調理ができないため、夫はパンしか食べていなかった。他人が家に入るのをはずかしいと感じ、嫌う。例) 訪問介護の日に、家をそうじしてきれいにして待っていた。
F 拠点 (下山村)	
G 拠点 (雨知多町)	自分で頑張る人が多い。老老介護で頑張って、めいっぱいになってから、どうしようもなくなって相談してくる人も。c) (島) 今の嫁世代、あるいは老夫婦は他人を入れない。ガードが高い。b) 一度入りはじめると良いが。実は困っていいような人が沢山いるが、入れない。島外からのお嫁さんになるとヘルパーを入れる。
H 拠点 (吉良町)	例 1) 大正生まれで、お金があっても施設や DS に行くこともなく、一步も外に出ない。サービスの情報は伝えるが行かれる心配がない。例 2) 二世帯住宅に住んでいる。孫が助けている様子。老夫婦で過ごし、夫が寝たきりで、妻は食事がつくれなく物忘れがひどくなってきて後かたづけもままならないが、ヘルパー利用を勧めても利用しない。本人はできると思っている。例 3) 老夫婦で息子は春日井に居住。妻が入院し、夫が 1 人家に残った際に、HH が調理を教えた。妻（認知症）退院後も夫が家事を続けるので妻の認知症がひどくなる傾向。妻は DS の支度がままならないにもかかわらず、HH を入れたがらない。自分でできると思っている。
I 拠点 (東栄町)	遠慮やはずかしさがある。最初は掃除という名目で同うと、食事が満足にとれていない状況だったりする。e) そこまで我慢をしてみよう。認知症の方は食べ物がないと外へ出て来たり、冷凍の鳥を食べたりする。まずは食事を満たすことが肝心。
J 拠点 (稲武町)	他人が家に入るのをはずかしいと感じ、嫌う傾向あり。e) 介護保険以前は表立って DS などを使うのは控える人が多く、むしろ家にこっそりヘルパーが入るといった傾向だったが、介護保険後は DS を使う抵抗感が減り、DS の利用が多くなっている。昼間独居のケースでも、居ない時に人が入るのはいや。気を利かして作業を行ったつもりが、台所に入られて嫌だったとクレームに。限られた空間だけで作業をし、手を出し過ぎない。
K 拠点 (殿塚町)	毎日の訪問をうとうといと思う人が居る。本人は認知症で「毎日来なくても自分でできる」と思われているが、子供は毎日訪問してほしいと思っている。
L 拠点 (岡垣町)	
M 拠点 (大口市)	元気なときにはつかわない。せっぱつまって初めて、介護保険を使おうかという気になる。まだ私が見れるうちは私がやる。便利に使うのではなく、本当に困らないと使わない。d) 独居の人が退院後、介護保険を使うなど。利用にあたり、家族の理解が必要。利用後、おっとりした人は入っていきやすいが、昔バリアリで自信のある人は受け入れが悪く、DS も初めて利用するまでが大変。

5.3 訪問介護拠点の設立経緯、事業内容、運営状況の分析

5.3.1 設立経緯と併設事業

はじめに各拠点の設立経緯と併設事業を見ていくと（表 5-14、5-15）、様々ではあるが、総じて以下の4タイプに分けられた（表 5-4）。

a) 介護保険以前の公的ヘルパー由来

介護保険前から公的なホームヘルパー派遣事業を行ってきて、介護保険施行と同時に訪問介護に移行した拠点。

b) 施設併設

特養などの施設に併設して開始された拠点。

c) 介護ボランティア由来

当初ボランティアで訪問サービスを行っていたが後から介護保険事業も開始した拠点。

d) 宅老所系

宅老所の職員が訪問介護も行う形で運営する拠点。

設立主体別で社協・社会福祉法人は a) b) タイプ、NPOは c) d) タイプに分類される傾向である。ただしA拠点はNPOだが a) の経緯をもつ。

a) 介護保険以前の公的ヘルパー由来

F～K拠点は、社会福祉協議会として、それぞれ介護保険前から地域の福祉を担ってきており、措置時代のホームヘルパー派遣事業から連続して事業を行っている。市町村独自の福祉サービスを委託事業として行い、I・K以外は併設事業としてデイサービスを持っている。

A拠点は、NPO団体であるが、やや特殊なケースで元来は社協内でホームヘルプを行っていた部門がNPOとして独立した例である。立ち上げは町が中心になって行い、町民全員がNPOの一般協力会員として会費を納めている。そのため町の公的なサービスとしての色合いが濃い。そのため拠点の併設事業は訪問入浴

表 5-13 設立経緯の分類

タイプ	設立主体	おもな併設事業	拠点例	
a	介護保険以前の公的ホームヘルパー由来	社協	DS ^{註5-5)} ・訪問入浴 市町村委託のサービス事業	F G H I J K
b	施設併設	社会福祉法人(社協外)	特養(障害者施設)	D E M
c	介護ボランティア由来	NPO	DS・GH・ボランティア(訪問・移送・通所)	B C
d	宅老所系	NPO	DS	L

註 5-5) Chapter 5 の表中では以下のように語を略記する。

訪問介護：HH、訪問看護：HN、通所介護：DS、通所リハビリ：DC、グループホーム：GH

とボランティア活動のみであるが、隣接して町営の病院、特養等医療福祉施設があり、それらとの連携が強い。

b) 施設併設

D・E拠点は、社会福祉法人による特養に併設する形で運営されている訪問介護拠点であり、拠点内にデイサービス、グループホーム、在宅介護支援センターも併設している。

M拠点は、障害者施設を運営する社会福祉法人で、介護保険前から市の委託事業としてホームヘルプ派遣事業を行い、介護保険指定事業に移行し現在にいたる。

c) 介護ボランティア由来

B・C拠点は民間のNPO団体で、いずれも開設当初は、介護保険事業を行うことなく有償ボランティアとして地域の介護・訪問・移送サービスのニーズに応える中で地域で認知されてきた。その後介護保険での訪問介護も行うようになって今に至る。現在もそれらの有償ボランティア活動を併設事業として行い、介護保険と組み合わせながら利用者をサポートしている。又、C拠点は全国の介護系NPOの中では特に巨大な団体^{註5-6)}で、訪問系サービスの他に、デイサービス、グループホームも併設している。

註5-6) C拠点は、文1-60)中にて2001年度の全国の介護系NPO収入の比較にて第5位となっており、非常に大きな組織である。

d) 宅老所系

L拠点は宅老所をならって、小規模なデイサービスを開設したNPOであり、デイサービスを中心として、その利用者のうちニーズのある人に訪問介護も行う形をとっている。

5.3.2 NPOの成立状況

註5-7) 本論文は、訪問介護拠点を運営しているNPOに絞って分析しているが、介護保険制度上のサービス外で高齢者在宅福祉を担うNPOは全国に多々あり、拠点過疎地域でそのようなNPOが成立していく形態は多岐に渡っていると考えられる。1つの例として天竜市の「夢未来くま」のように、町住民全員が参加し、地場産品の育成など町おこし全般に渡る活動の中の一部として配食サービスなどの福祉を行うNPOなどがあげられる。そのようなNPOが職能的な訪問介護を行うNPOに成長する可能性も考えられ、これらについては別途検討分析していく必要がある。

拠点過疎地域においてNPOが成立するために、どのような経緯があったかを振り返ると、A拠点は立ち上げが町であり、町民全員が協力会員になるなど、町を挙げてバックアップしていることによって成立していた。また、BC拠点は、「c) 介護ボランティア由来」で訪問サービスを主体に発展してきているが、その事業が全国の介護系ボランティアの中で上位10位に入るほどに、事業を広範囲に展開することで成立していた。一方L拠点は、「d) 宅老所系」と分類したとおり、通所を主な事業とし、副として訪問サービスを行っており、通所で採算を取って成立していた。

拠点過疎地域において訪問介護を行うNPOの成立状況は、今回見た中では以下の3タイプが見られた^{註5-7)}。

- ・ 訪問系サービスに力を入れるNPOでは、広範囲の事業展開を行うことで成立している
- ・ 通所系サービスに力を入れるNPOは、通所サービスで採算を取り、訪問介護を従として行うことで成立している
- ・ 町のバックアップをうけながら成立している

表 5-14 拠点リーダーへのヒアリング結果（設立経緯）

	設立経緯
A 拠点 (藤沢町)	藤沢町はかつては4つの地域であったものがS30年、市町村合併で藤沢町になった。現在でも4地区(黄海、八沢、藤沢、大津保)を基本に行政業務を行っている。過疎地指定を受けている。自治会組織でまちづくりを行っていきこうといったときに、福祉医療のニーズが高まった。ふるさと創生基金1億円が配分された際に、福祉公社を立ち上げ任意団体としての活動を始めた。ホームヘルプ派遣事業の他に有償ボランティアとして協力会員による活動を行った。当初は利息運営していたがすぐにそれではまかなえなくなり、今は町民全世帯が一般協力会員として年間1000円を支払っているもので運営されている。介護保険と共にNPOとなった。町営病院、老健、特養、DS、HN、在宅介護支援センターが全て町営で、HHのみがNPOである。
B 拠点 (北茨城市)	H11.9 北茨城市にてヘルパー2級講座と、地域リーダー養成講座が開かれた。そこで20人のグループが結成される。介護保険だけではお年寄り生きていけない。残存能力を生かすコミュニケーションや、交流が満たされていくようにするべきとの考えでH12.3.17 ふれあいサービスを始める。1年ぐらいは会員制のふれあいサービスだけで展開。ふれあいサービスでは、無味乾燥なサービスではなく、会員から「心がいやされる」と言われるようなサービスをめざした。H13.2.1 介護保険サービス開始。H13.6 ころは、介護保険サービス利用は2名だが、ふれあいサービスは150名利用。介護保険サービスを利用しなくても済むように、できるだけ元気という気持ちでサービスを行っている。現在は、260名の会員で、76人の介護保険利用者。
C 拠点 (飯能市)	20年ほど前に女性問題研究会としてスタート、男女平等、機会均等法、高齢社会福祉をテーマに学習してきたが、1994年に市民互助型の助け合いの会「ぬくもりサービスたんぼぼ」を設立し、家事、介護、移送、保育サービスを開始。介護保険前から、地域で有償介護サービスを行う団体として広く知られていた。1999年NPOを設立し、2000年に介護保険指定事業所として介護保険事業と、従来の有償サービス事業の2本立てで事業を開始する。
D 拠点 (引佐町)	静岡県で数拠点をもつ社会福祉法人S会の拠点の1つ。特養(1997年開設)の併設事業として行われている。
E 拠点 (佐久間町)	社会福祉法人による特養(1997年開設)の併設事業として行われている。
F 拠点 (下山村)	(社会福祉協議会)
G 拠点 (南知多町)	(社会福祉協議会)
H 拠点 (吉良町)	(社会福祉協議会)
I 拠点 (東栄町)	(社会福祉協議会)
J 拠点 (稲武町)	(社会福祉協議会)
K 拠点 (設楽町)	(社会福祉協議会)
L 拠点 (岡窪町)	2000.3 ホームヘルパー研修会にて2級取得。「桜の会」を立ちあげる。2000.12 NPO おおがき設立。2001.4 L拠点開所。偶然に参加したヘルパー研修会で、福岡のY宅老所のことを知り、面白いと思い始めた。それまで全くの素人であった。
M 拠点 (大口市)	H3 社会福祉法人N会スタート。H4 知的障害者の施設を開設。H7 大口市の委託事業で、訪問介護とDS、生きがい支援サービスをはじめる。H12 介護保険へ移行。H13.8 グループホーム、3ユニット×9人開設。 理事長が医療法人M会も経営しているので、Mクリニックとは連携関係。そこに通所リハ、HN、療養型病床群(6床)がある

表 5-15 拠点リーダーへのヒアリング結果（併設事業）

	併設事業（介護保険）	併設事業（介護保険外）（支援費関連除く）
A拠点 (藤沢町)	訪問入浴（*事業所名は異なるが、同敷地内に、病院、保健センター、介護予防センター、在宅介護支援センター、特養、DS、GH、老健、訪問看護を備えた福祉医療センターを設置）	福祉送迎サービス、軽度生活援助事業、宅老所、食事介護職員派遣、生きがい活動支援通所、福祉機器貸出（町委託）
B拠点 (北茨城市)	居宅介護支援	宅老所、ふれあいサービス（家事援助、介護／介助、保育、移送） 介護支援サービス（介護保険の限度額超え部分）お電話、こえかけサービス
C拠点 (飯能市)	居宅介護支援、DS、GH	会員制助け合いサービス（家事援助、介護／介助、保育、移送、配食 月～土） 配食サービス（市委託）
D拠点 (引佐町)	居宅介護支援、DS（一般、認知症型）、特養＋ショート、GH、在宅介護支援センター	配食サービス（毎日昼、夜 日曜祭日だけ休み）
E拠点 (佐久間町)	居宅介護支援、訪問入浴、DS（一般、認知症型、特養＋ショート、GH、在宅介護支援センター	高齢者福祉センター
F拠点 (下山村)	居宅介護支援、DS、在宅介護支援センター	保健センター 生きがい活動支援通所、配食サービス、ふれあい会食、介護予防教室、生活管理指導員派遣（町委託）
G拠点 (南知多町)	居宅介護支援、DS、在宅介護支援センター	1人暮らし給食サービス、日常生活支援、生きがい活動支援通所（町委託）
H拠点 (吉良町)	居宅介護支援、DS	
I拠点 (東栄町)	居宅介護支援	総合保健福祉センター 生活管理指導員派遣（町委託）
J拠点 (稲武町)	居宅介護支援、訪問入浴（利用者は足助、旭にも）、DS、利用者は町外からも。	生活支援ハウス、生活管理指導員派遣、生きがい活動支援、介護予防、生活管理指導短期宿泊、（町委託）ふれあい給食1／月：独居の高齢者（ボランティア）
K拠点 (殿津町)	居宅介護支援、在宅介護支援センター	家庭奉仕員派遣派遣（町委託） 配食ボランティアを週1回、年三回給食会
L拠点 (岡埴町)	DS：入浴なし。	
M拠点 (大口市)	居宅介護支援、DS、GH、在宅介護支援センター	

5.3.3 利用者数と要介護度

各拠点の利用者数は、ACGを除いて全国平均の60.8人より少なく、40人前後の拠点多かった(表5-16)。サービス提供圏の広さ(後述)のわりに利用者数は少なく、利用者獲得の難しさが伺われる。又、収支と比較すると介護保険利用者数48人以下の拠点で赤字との回答が見られた。

又、図5-3では、利用者の要介護度を見たが、要支援～要介護2までの要介護度の低いグループと、要介護3～5の高いグループに分けた際に、F拠点にて要介護度の高い利用者が目立つ以外は、全国の要介護度の低：高=3：1という傾向と類似していた。

図5-4には総訪問時間・回数(月間)を示した。全体に、月間訪問回数500回、訪問時間500時間付近の回答が多かった。全国平均は訪問回数691回^{註5-8)}であり、それを下回る拠点が殆どであった。

以上から次の状況が指摘される。

- ・ 拠点過疎地域では広域をカバーしている割に、利用者数も訪問回数も全国に比べ少ない。
- ・ 利用者数の少ない拠点は赤字になる傾向。
- ・ 利用者の要介護度の分布は全国的な傾向と大きく違わない。

表5-16 利用者数

拠点	回答月	利用者数(実数)(人)					介護保険の収支
		介護保険	支援費	精神	有償ボランティア	全利用者数	
A	2005.1	98	2	0	2	102	黒字
B	2005.1	59	0	0	非回答	非回答	黒字
C	2005.1	212	6	0	*20	約250	黒字
D	2004.11	17	0	0	0	17	赤字
E	2004.11	46	1	0	0	47	赤字
F	2004.11	14	3	0	0	17	赤字
G	非回答						黒字
H	2004.11	55	4	0	0	59	黒字
I	2004.11	41	1	1	0	43	
J	2004.11	33	2	1	0	35	赤字
K	2004.11	48	2	0	0	54	赤字
L	2005.1	6	0	0	0	6	
M	2005.1	46	3	0	0	49	黒字
全国平均**	2004.11	60.8	—	—	—	65.1	

*ボランティアだけ利用の人 **Chapter 2 表2-2より

註5-8) 文3-8)より筆者算出

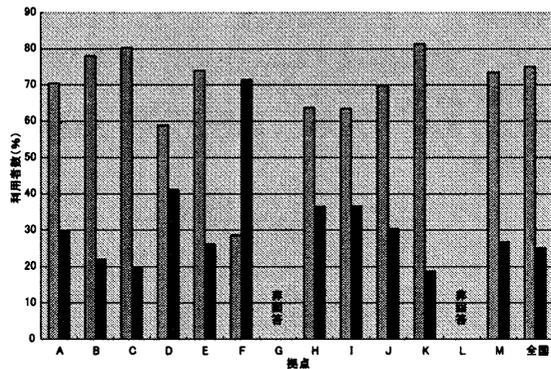


図5-3 利用者の要介護度

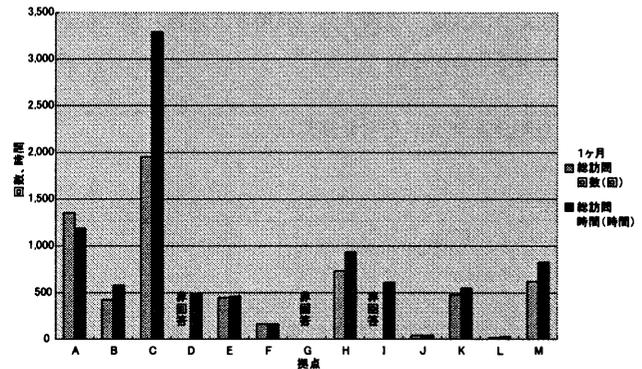


図5-4 総訪問時間、総訪問回数(月間)

5.3.4 職員数、勤務体制、ヘルパー確保

a) 職員数

図5-5にて職員数を見ると、常勤専従職員の数はほぼ一定で、1～3人である。その他は、大多数を非常勤職員が占めていることが分かった。これには「専従の削減しか赤字削減の方法がない(表5-20-a)」といった厳しい運営状況がうかがわれる。例外として利

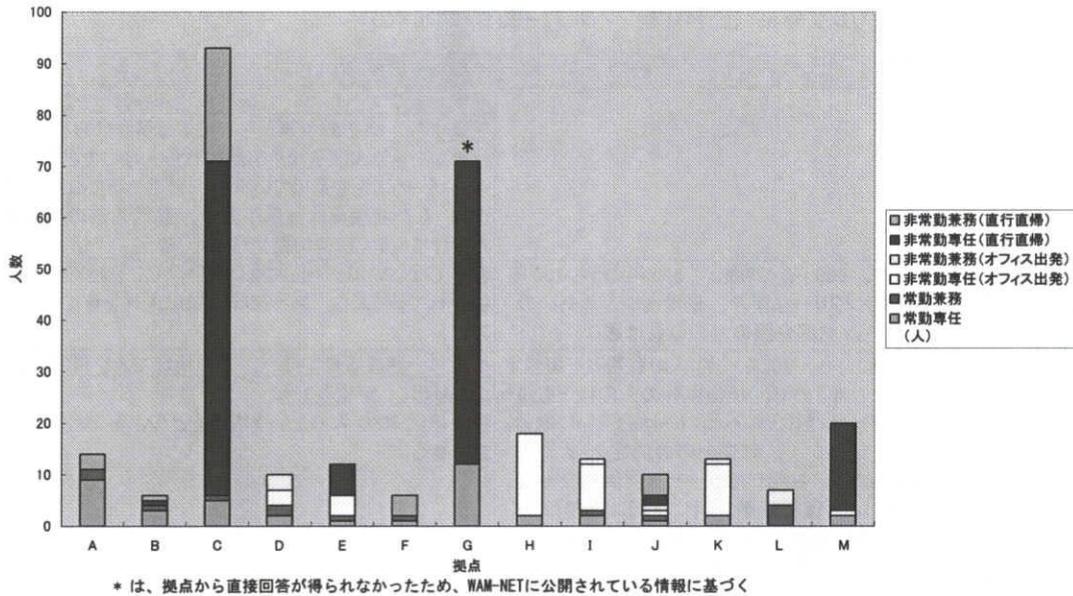


図 5-5 職員数

用者数の比較的多いAとG拠点があげられる。A拠点は、殆どを常勤専従職員でまかない、残りを通所介護との兼務職員としている。G拠点は非常勤(直行直帰)職員も多く、グループにわけて、常勤専従職員が管理しているため、常勤専従職員も多い。

b) 勤務体制

職員が、利用者宅に出向く出向き方は、以下の2タイプに分けられた(表 5-17)。

・全員拠点出発

常勤、非常勤ともに、行き帰りに拠点に立ち寄り、拠点所有の車を利用して訪問を行う方法をとるグループ。

・常勤拠点出発、非常勤直行直帰

常勤職員は拠点出発で、非常勤職員のスケジュール管理・連絡などを行う、非常勤職員は、直行直帰で自宅から利用者宅を訪問し、月に1、2度拠点に連絡のために拠点に立ち寄り、といった方法をとるグループ。

「全員拠点出発」タイプについては、山間部で、特に冬期など道路凍結で移動に危険が伴う地域では、職員の安全確認のためにも毎日拠点帰着のほうが安心である^{表 5-17-d)}といった回答が見られた。「常勤拠点出発、非常勤直行直帰」タイプについては、サービス提供圏が広く利用者数が多い拠点にて直行直帰体制を取るところが多いようである。

表 5-17 拠点リーダーへのヒアリング結果（勤務体制・ヘルパー確保について）

	勤務体制について	ヘルパー確保について
A 拠点 (藤沢町)		ボランティアでヘルパー二級養成講座を行っており 30 - 40 人が受講する。b) その名簿から不足する場合は声をかける。土日も仕事ができる人は子から手が離れた人なのでどうしても中高年のヘルパーばかりを雇っているが、若手も育てなければという気はしている。看護婦は確保が困難。訪問入浴の看護婦は、人をみつけてもすぐに他の所に移ってしまう。
B 拠点 (北茨城市)	ボランティアへの給料は、600 円/時間。800 円のうち 200 円は会の経費となる。ボランティアな精神、助け合いふれあいの精神がなければできない。訪問介護のみの職員は居ない。	容易ではないが、困ってもいない。ここを経て他のところへ引き抜かれて行く人も。ある意味地域に人材を育てているという考え方。
C 拠点 (飯能市)	常勤 6 人。リーダー的な人で、20 人～40 人の利用者を担当する。リーダーが休むこともあるので、担当以外の人の状況も知っているようにする。地域分けは難しい。ヘルパーはお互いに融通。非常勤 100 人。(ヘルパー 80 人、移送対応の男性 20 人) 時間固定の非常勤はいない。お給料はサービス提供時間+交通費。時間不固定の人は、直行直帰。月に 2 回は事務所に行く事になっている。その他、電話、FAX で。時には寄ってもらう。ボランティア時間と介護保険時間で給料違う。	ヘルパー養成研修を行い、その地域で人を育てる。マンパワーの掘り起こしが重要。b) 名栗地区 3000 人みたいな場所をどのようにサポートするのか課題である。
D 拠点 (引佐町)		
E 拠点 (佐久間町)		
F 拠点 (下山村)		
G 拠点 (南知多町)	非常勤の人は、時間固定の人はいない。1 時間/週の人もある。待遇面では土日割増、昇級、退職金制度もある。土日やれる人には仕事が集中するが、103 万を超えたくないということがあるらしい。	ヘルパー数は多いが、朝同じ時間帯に入る件数が多いことなどを考えると、これだけの人数が必要だった。a) 町では、離島や山間にヘルパー養成講座がでむき、この 4 年間順調にヘルパー有資格者が増えた c) が、4 年間で出尽くした感もあり、今は養成講座の受講者が定員に満たない。有資格者でも必ずしも訪問介護で働くとは限らない。身分不安定であることから、ヘルパー確保は容易であるとは言えない。離島の人は、講座が島に来たのありがたかったという。本土まで行かないとれないとなると大変。離島で有資格者でも、夜間や土日に働ける人は本土の地区を担当する人もいる。
H 拠点 (吉良町)	時間固定の非常勤はいない。時間不固定の人は、直行直帰ではない。行き帰り、かならず事務所に立ち寄る。事務所の車(2 台)かバイク(9 台)を使う。(ただし、冬期自家用車を使う人は多い)タイムカードでデスクワークも含めて支払い。1 訪問について、往 15 分復 15 分記録 10 分が時給に合算される。時給は低いが、往復も支払われるのでとんとんか。	容易。町に登録している人がいる。
I 拠点 (東栄町)	一日一回はステーションによる。車は自分の車。雪道だと、危ない。同じ方面へ組むが、ヘルパーのお休みなどがあるからそううまくは行かない。みんながいつでも対応できるように、色々な人がケアに入るようにしている。	
J 拠点 (稲垣町)		今は、特に問題はない。どちらかと言えばだぶついていて、ヘルパー資格を持つ人が足助まで仕事にでかけたりする。DS のヘルパーとかねていてお互い融通を聞かせている部分もある。
K 拠点 (殷楽町)	非常勤：時間固定の人 3 人。時間不固定の人も、直行直帰ではない。行き帰り、かならず事務所に立ち寄る。事務所の車(四輪駆動を揃えた)を使う。タイムカードでデスクワークも含めて支払い。毎日会うので情報交換ができる。又、この地区では移動中の事故が最も心配なので、本人の動向を把握する上でも、事務所立ち寄りが安心。d) ヘルパーも町中に住んでいる人が多いので、さほど直行直帰のメリットもあるかどうか。ただし、夜間のスポットなどは、近いヘルパーが直行直帰。	今後 HH 利用が増えるとヘルパー確保が難しい。
L 拠点 (岡垣町)	ヘルパーは、必ずステーションから出てステーションに戻る	
M 拠点 (大口市)	直行直帰。グループ別に 1/週ミーティング。車、事務費として月 2500 円、時間給。1 件ごとに交通費(ガソリン代)支給。	募集をしても応募がない。10 年来のヘルパーばかりなので、そろそろ若い世代を育てたい。資格をとる人は多いが、実際には HH として働かない。親の介護のためであったり、他の職につく。

c) ヘルパー確保

ヘルパーの確保については、70人以上のヘルパーを擁するG拠点のリーダー曰く、「朝同じ時間帯に入る件数が多いことなどを考えると、これだけの人数が必要だった^{表5-17-a)}」とのことで、同時帯のニーズに対応するために、ヘルパーの人数確保が必要であることが分かる。特に直行直帰型の運営を行っている拠点では「ヘルパー養成研修を行い、その地域で人を育てる。マンパワーの掘り起こしが重要^{表5-17-b)}」「離島や山間にヘルパー養成講座がでむく^{表5-17-c)}」というように、地域・集落内にヘルパーを養成する取り組みに重きが置かれていた。

以上から次のことが明らかになった。

- ・勤務体制は、「全員拠点出発」と「常勤拠点出発、非常勤直行直帰」の2種に分けられた。
- ・同時帯のニーズに対応するために多くの職員数が必要。
- ・直行直帰のヘルパーを育てるために、地域・集落内でヘルパー養成講座を開催することが有効である。

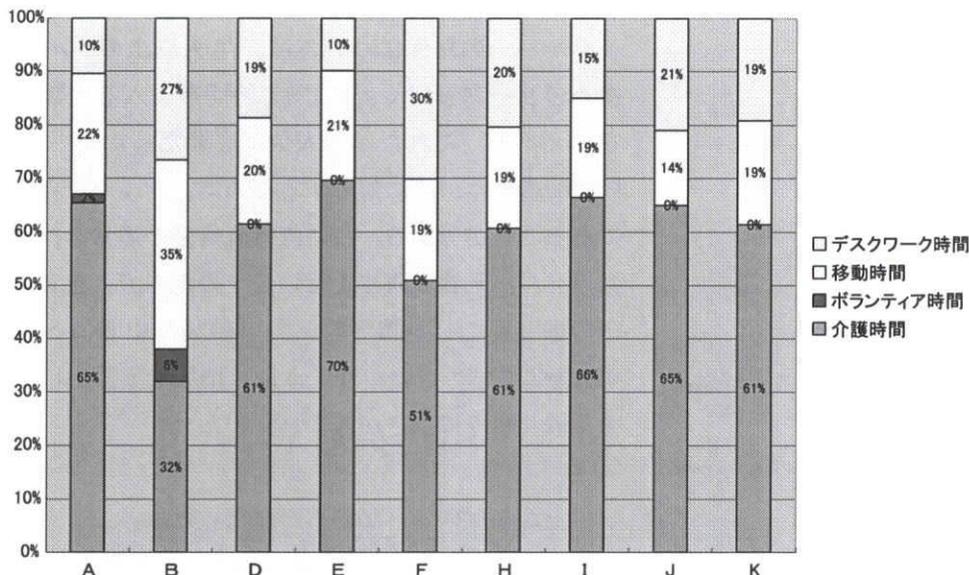
5.3.5 移動時間

図5-6は、1日における職員の作業時間とその作業内容の関係を示している。作業時間を介護時間、ボランティア時間、移動時間、デスクワーク時間に分類したとき、殆どの拠点において、移動時間はおおむね20%をしめていた。移動交通手段としては(表5-18)、自動車を利用する拠点が殆どであるが、H拠点のようにバイクを利用しているところもあった。

「拠点から最も遠い利用者宅までの移動時間」は多くの拠点において20分との回答で、全国の最頻値と大きな差はなかった。ただし最長移動時間(1回あたり)は、拠点～利用者宅間の移動時間より長い。当然のことながら利用者宅から利用者宅へ移動する際に、更に長い時間がかかる場合もあるということが分かる。最も遠い利用者宅までの距離は全体に15km程度にとどまっていた。これは5.3にて後述するとおり、市町村境界ごとに提供圏範囲を限定していることにゆえんすると考えられる。

以上から特に次の点が明らかになった。

- ・職員の作業時間に占める移動の割合は総じて20%であった。
- ・拠点～最も遠い利用者宅の時間は20分程度に限定されていた。



職員に対するアンケート調査結果に基づき、ある特定の1日について出勤者全員の作業時間と内容を集計したもの。

図 5-6 1日における職員の作業内容と時間

表 5-18 1日における職員の作業内容と時間

拠点	回答月	移動交通手段（リーダーがおおよその傾向を%で回答したもの）						拠点から最も遠い利用者宅までの距離 (km)	拠点から最も遠い利用者宅までの移動時間 (分)	最長移動時間 (分) * (A地点～B地点まで。A,B:利用者宅/拠点/ヘルパー宅)	1人のヘルパーが1日に訪問する箇所の	
		自動車	バイク	自転車	電車	バス	徒歩のみ				最大値 (箇所)	標準値 (箇所)
A	2005.1	100	0	0	0	0	0	15	20	70	9	6
B	2005.1	100	0	0	0	0	0	15	20	30	6	4
C	2005.1	90	2	6	1	1	0	22	40	45	5	2
D	2004.11	100	0	0	0	0	0	—	20	20	5	非回答
E	2004.11	100	0	0	0	0	0	—	30	40	7	非回答
F	2004.11	100	0	0	0	0	0	—	20	20	6	4
G	非回答	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
H	2004.11	45	55	0	0	0	0	6	20	30	4	3
I	2004.11	100	0	0	0	0	0	15	20	30		
J	2004.11	95	0	0	0	0	5	—	20	40	6	4
K	2004.11	99	0	0	0	0	1	20	35	45	6	4
L	2005.1	100	0	0	0	0	0	15	20		4	—
M	2005.1	100	0	0	0	0	0	15	20	30	4	2
全国	2004.11	—	—	—	—	—	—	最頻値 10 平均値 15.20	最頻値 20 平均値 28.40	—	—	—

* 最長移動時間は、各拠点毎のヘルパーに対するアンケートの回答より記載した。

その他の項目はリーダーに対するアンケート調査結果である。

** 全国のデータは Chapter 2 図 2-1、図 2-3 より再掲

5.3.6 対応時間

対応時間は24時間のところもあれば、17:15までというところもあった。夜間の訪問について、拠点からは「夜間のヘルパーは探せない^{表 5-19-a)}」「実際は行けるヘルパーが少ない^{表 5-19-b)}」との声も聞かれ、「夜間のニーズはあまりない^{表 5-19-c)}」というようにも説明された。一方で、「深夜訪問が欲しいような人は大抵は重度で限度額まで使い切るような人。深夜は加算^{註 5-9)}があるので、限度額を超えないように考えると、本人の希望とは裏腹に20:00ぐらいまでということになる。^{表 5-19-d)}」ということであった。

註 5-9) 早期・夜間加算は0.25、深夜加算は0.5、つまり日中に比べ1.5倍の金額がかかる。

早期：6:00-8:00

夜間：18:00-22:00

深夜：22:00-6:00

夜間対応について聞かれたことは以下のとおりであった。

- ・夜間対応の人材確保が難しい
- ・深夜訪問は深夜加算のため利用が控えられる。

5.3.7 収支、訪問介護件数の変化

a) 収支 (表 5-20)

各拠点は、黒字の拠点と赤字の拠点が半々であった。赤字の拠点は自治体からの委託事業の収支も合わせて切り盛りをしている^{表 5-20-a)}のが実態である。一方、数少ないNPO拠点の例はすべて、介護保険事業は黒字で、有償ボランティアは赤字運営との結果で、介護保険の収益(黒字)をボランティア事業(赤字)運営にまわっていた^{表 5-20-b)}。又、今回調査対象のNPOで介護保険事業で黒字が出ている一因としては、調査NPO3拠点はいずれも人口密度2.5人/ha以上の地域に存しており、一方赤字拠点のある地域はいずれも人口密度1.5人/ha以下であったことから、どちらかと言えば人口密度が高くサービス提供に有利といえる地域に所在していることも一因のように思われる。

b) 訪問介護件数の変化 (表 5-20)

件数については、介護保険以降大きな変化は無いと回答する拠点が4カ所ある一方で、減っていると回答する拠点が2カ所あった。それらでは、施設整備の状況が在宅高齢者数の増減に直接的に影響を及ぼしていた「一つの施設が建設されると、訪問介護のニーズがぐっと減る感じ。特養ができると入居希望者を発掘している状況^{表 5-20-c)}」と語られたように各地域で如実に感じ取られている現象である。

その理由として、町村内に中間的なサービスが欠落していて施設の影響力が大きいことにあるのではないか施設と在宅の間にサ

サービスが無いため在宅から施設へといった直接的なルートができ
てしまうのであろう。町村外に大規模な施設を増やすよりも、む
しろ町村内に小規模な中間的な居住形態を整備し、高齢者がそこ
で訪問サービスを用いつつ地域生活継続を行う機会を増やしてい
くほうが良いように感じられる。そのようにして地域居住・在宅
継続力を総合的に高めて行く方法があるのではないかと。

以上から特に以下の点が明らかになった。

- ・ 拠点の収支は黒字と赤字が半々で、赤字の拠点は市町村委託
事業も合わせて切り盛りしている。
- ・ 拠点過疎地域ではNPOの有償ボランティアは赤字になりがちで、
ボランティアは介護保険の黒字で埋め合わせることが多い。
- ・ 施設整備の状況が在宅高齢者数の増減に直接的に影響を及ぼ
している。施設が建設されると、訪問介護のニーズ＝在宅高齢
者がぐっと減る。

表 5-19 拠点リーダーへのヒアリング結果（対応時間・夜間訪問について）

	対応時間	夜間の訪問について
A 拠点 (藤沢町)	24 時間対応	実際は 20:00 21:00 ぐらいが最後になる。深夜訪問が欲しいような人は大抵は重 度で限度額まで使い切るような人。深夜は割増があるので、限度額を超えない ようこと考えると、本人の希望とは裏腹に 20:00 ぐらいまでということになる。d)
B 拠点 (北茨城市)	8:00-20:00	夜間のニーズはあまりない。c) そのような人は、体位変換や褥瘡処理の伴う人 で入院入所をしているケース。19:00 にはニーズがある。24 時間介護は地域的 に異質な感じがする
C 拠点 (飯能市)	7:00-20:00 365 日	
D 拠点 (引佐町)	24 時間対応 月～日 (但し年末年始及び祭日は 除く)	
E 拠点 (佐久間町)	7:30-20:30 365 日	
F 拠点 (下山村)	8:30-17:15 月～金	夜間のヘルパーは探せない。a) 家族持ちが多い。
G 拠点 (南知多町)	7:00-22:00 365 日	以前は深夜の 1:00、3:00 の利用者がいて、ヘルパー 4 人で対応していたが、 毎日でヘルパーが対応できなくなった。普通は 8:00-19:00 の間の利用者が多い が、介護人が入院したりすると、単発で 20:00 などに一週間毎日入るケースな どが出て来る。
H 拠点 (吉良町)	8:30-17:15 月～日	祭日やっていない。 休日は他事業所が入っている様子。
I 拠点 (東栄町)	平日 06:00 ~ 22:00、土曜 08:30 ~ 17:15、日曜・ 祝日 08:30 ~ 17:15 365 日 (年末年始休)	
J 拠点 (稲武町)	8:30 ~ 17:15 365 日 (年末年始休)	一応形としては受けることになっているが、実際は行けるヘルパーが少ない。b) 家族がオムツ交換は自分でやる。夜間は、17:30 までの見守り (= 家族が帰るまで) というのが一番遅い程度。
K 拠点 (殷栗町)	6:00-22:00 365 日 (年末年始休)	
L 拠点 (岡垣町)	8:00-18:00 365 日 (年末年始休)	
M 拠点 (大口市)	8:00-23:00 (21:00 からは巡回) 365 日 (年末年 始休)	現在は 18:00 利用が最も遅い

表 5-20 拠点リーダーへのヒアリング結果（訪問介護件数の変化、収支、他との連携）

	訪問介護件数の変化	収支	他との連携
A 拠点 (藤沢町)		黒字	看護婦との連携が強い。毎日夕方、三分間ミーティングが行われる。町営病院の外来看護婦、訪問看護職員、在宅介護支援センター職員、HH 職員がそれぞれ代表を一人出して、情報交換を行う。在宅介護支援センターにしかケアマネが居ないため、単一科目に偏らないプランとなっているはず。訪問看護で洗腸をかけたあと、訪問介護が夜にオムツを見に行くというような段取りもスムーズ。
B 拠点 (北茨城市)		介護保険は黒字。有償ボランティアは赤字 b)	
C 拠点 (飯能市)		介護保険は黒字。有償ボランティアは赤字。介護保険の黒字をまわしている。 b)	訪看、市の保健所との連携、運動リハに駿河台大学の人、PT が在宅の人に同行。送迎時に授産施設などとの連携。当事者の会とも連絡。加治小、中の福祉教育でDS交流。市民協。
D 拠点 (弓佐町)		赤字	
E 拠点 (佐久間町)	訪問介護の件数は減っている。地域の介護力が落ちているのではないかと。施設志向。一度病気があると、家族が施設入所させたがる。療養型ができて、特養ができると入居希望者を発掘している状況。 c)	HHとDSは経営上で苦戦＝赤字。「重度でない人は比較のお元気なのか??」	
F 拠点 (下山村)		赤字	
G 拠点 (南知多町)	当初から町へのHHを行って来た経緯から、町民の90%以上のシェアである。ヘルパーを増やして、できるだけ断ることの無いように対応してきた結果と考えている。(島)利用者数増えない。→ヘルパーも増えない。	黒字	
H 拠点 (吉良町)	4年間では大きな変化はない。	黒字	
I 拠点 (東栄町)			
J 拠点 (稲沢町)	訪問介護の件数は減っている(ひとりの6割程度)。一つの施設が建設されると、重度の人がぐっと減りその人たちは大抵訪問回数も多かったから、ニーズがぐっと減る感じ。 c) 町の他のかたがたはまだ自立。	赤字か黒字かぎりぎりの所。最盛期の6割の仕事量に減っている。介護保険だけでは赤。その他町委託事業と併せなんとか黒。 a)	
K 拠点 (設楽町)	介護保険以前と比べると、利用者数増えた。4年間では大きな変化はない。いつも40-50の間をいったりきたり。	赤字 指定を取るために、専従職員2人が必要。専従の削減しか赤字減少の方法がない。町からの委託(生活指導、精神、母子家庭の生活援助)でなんとかトントンにしている。 a)	
L 拠点 (岡垣町)		DSと併せて、採算をとっている	DSとHHの同拠点運営、小規模多機能的。DSを2日とHH2日、DSを2日とHH1日といったふうに組み合わせている。
M 拠点 (大口市)	増えも減りもしない。	黒字	

5.4 訪問介護拠点のサービス提供圏とエリア区分に関する分析

5.4.1 サービス提供圏

サービス提供圏について、各拠点にヒアリングしたところ（表5-21）、多くの拠点で町村境界を境に提供圏を制限していた。特に、A、F～K拠点については、町村に唯一の訪問介護拠点ということもあり、利用者宅までの距離が遠かろうが、町村内であれば訪問をし、境界から一步出れば他町村の拠点に任せるといった姿勢がはっきりしていた（表5-21-a）。図5-8は愛知県東部と静岡県西部付近の拠点のヘルパーへのアンケートで回答のあった利用者のプロットと、ヒアリングにてリーダーが指し示したサービス提供圏の境界であるが、ここからも町村境界ごとに提供圏が決まっている様子が明らかである。ただし1拠点あたり1箇所程度はイレギュラーで他市町村にも訪問する例は見られるようだ。このような地域での利用者と拠点の選択関係は市場的というよりは措置的と言える。

要約すると、拠点過疎地域では以下の傾向が見られる。

- ・市町村境界を境に提供圏を制限する拠点多い。つまり、各拠点同士のサービス提供圏のなわばりがはっきりしており、境界から一步出れば他町村の拠点に任せるといった姿勢が見られる（図5-7）。利用者と拠点の選択関係は市場的というよりは措置的である。

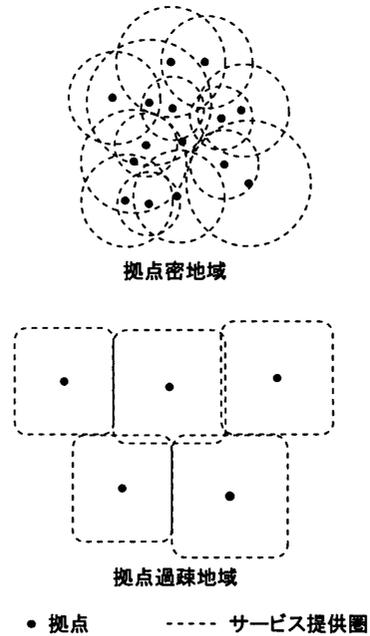


図5-7 拠点過疎地域のサービス提供圏模式図

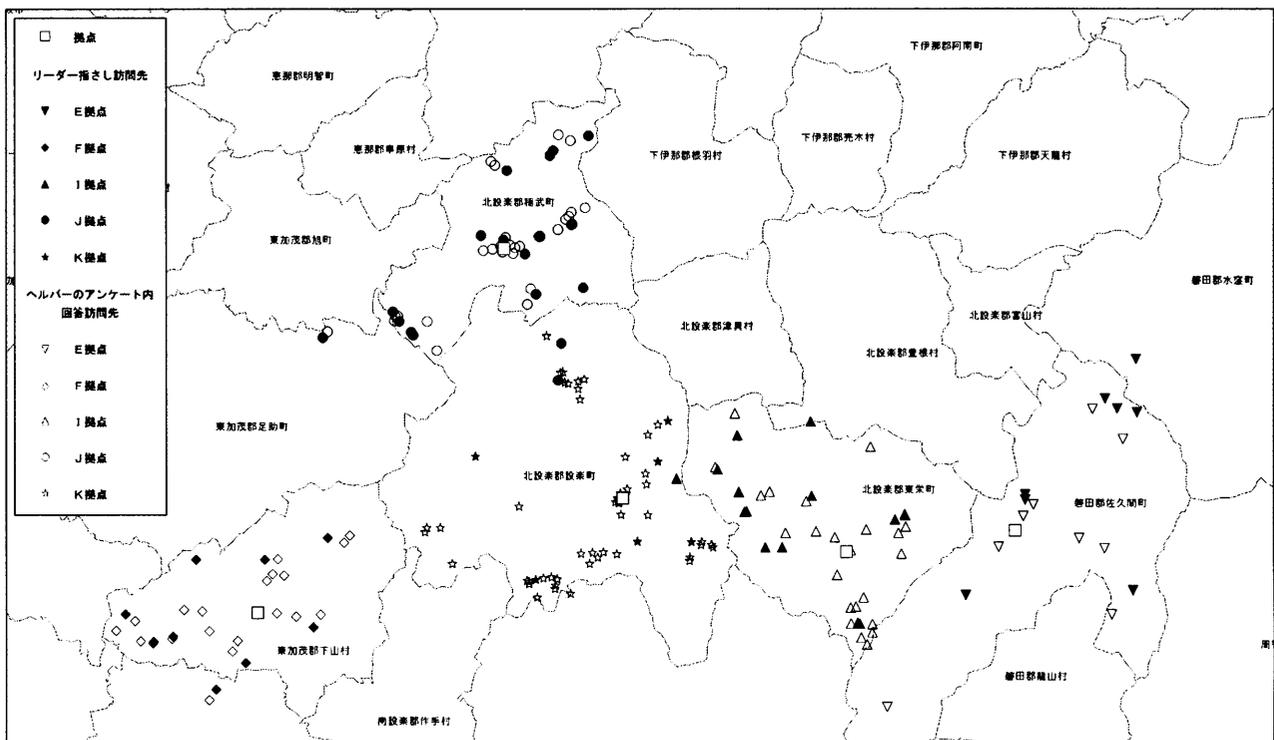


図5-8 愛知県東部と静岡県西部付近の拠点利用者分布

表 5-21 拠点リーダーへのヒアリング結果（提供市町村・提供地域について）

	提供市町村	提供地域
A 拠点 (藤沢町)	藤沢町、室根村	奈良原、千厩、下曲田など、 <u>殆ど藤沢町内はぎりぎりまで</u> 。a)1人だけ町外（上千代ヶ原）に。冬場に行けないというような所はない。DS 送迎車が冬場は行かないようなところも、ヘルパーは行く。ツルツルにはなるが雪は積もらない。
B 拠点 (北茨城市)	北茨城市、高萩市	北茨城市、高萩市で、国道 10 号の東側にあたる範囲。山側にはあまり行かない。できれば提供圏を狭めたいと思っている。
C 拠点 (飯能市)	飯能市、日高市、入間市	正丸トンネルのすぐ手前、原市場、上名栗付近など。 特別な事情で浦山も。かつては吾野まで事務所付近から行った。片道 1 時間のため半日仕事。 今は、吾野にヘルパーが何人か居る。又、県道 299 号にのって武蔵台住宅地から行ってもらう場合も。吾野方面の利用者が多い。年に 2-3 回雪が降ると、その前後は雪が解けない。
D 拠点 (引佐町)	引佐町	<u>静岡県（現実的には引佐町）に限る</u> 。a) 遠隔地：渋川、都田川ダム、引佐町、東黒田 いずれも車で 20 分。いなさD拠点以外にも町内に訪問介護ステーションが 2 か所ある。引佐は地域加算で 0.15 がかかるので、南の地区はそれ以外の町のステーションが対応してくれればそちらに頼む人も多い。D拠点では主に引佐町北部が中心。南部の人でも、あまりにも近いところからサービスを受けるのは事情が知れ過ぎていやだという人は、D拠点に頼む。
E 拠点 (佐久間町)	佐久間町	<u>佐久間町に限る</u> 。a) 遠隔地：城西地域の野田、龍山村との境界付近の下平山（ここは崖である）、吉沢 いずれも車で片道 30 分。山の中なので、夜間、冬期は行けない地域も沢山ある。夜間の介護ができないことが、在宅継続の限界となっている。下平山では、単身 90 歳のかたと、夫婦が住んでいる。
F 拠点 (下山村)	下山村	<u>下山村に限っている</u> 。a) 以前は市町村周辺もやっていたが、今は断る方向性。下山だけのほうがやりやすい。以前は、額田町の三巴付近の山中にも行ったが今は額田町にある拠点にお任せした。最も遠い人が 15 ~ 20 分かかる。1 日二回の訪問も対応。村の端から端まで 40 分。雪は年 1、2 回で道はさほど困らない。大きくなると、やりにくい。
G 拠点 (南知多町)	南知多町	<u>南知多町のほぼ全域</u> 。篠島、日間賀島も。a) 行きづらい地域は内海の駅の向こう側。片道 15 分。師崎付近。
H 拠点 (吉良町)	吉良町	<u>吉良町に限る</u> 。a) 岡山、瀬戸、宮場山、まだら馬、津平、白浜宮崎。宮場山は 20 分かかる。
I 拠点 (東栄町)	東栄町	<u>東栄町に限る</u> 。a) 小林梨沢、小林新畑、御殿山、柿平、月、西園目、三輪など 20-30 分かかる
J 拠点 (稲武町)	稲武町、足助町	<u>周辺の町村も受け入れ態勢はあるが、現状では殆ど稲武町に限る</u> 。a) 一名だけ、支援費で足助町明川に利用者あり。遠隔地：上野、大野瀬、押山、小田木付近、中当、野入。（月ヶ平方面については、人家がないので行っていない。） いずれも車で片道 20 分。以前は、設楽町の名倉、足助町の新森にも利用者があったが亡くなられた。
K 拠点 (設楽町)	設楽町	<u>設楽町内全域に限る</u> 。a) 名倉（アグリステーション名倉の先）、八橋、長江、神田、塩津温泉、三都橋（町境ぎりぎりまで）、豊邦、裏谷。裏谷まで 1 時間弱かかる。オキノ平は今も行っていないがかつては稲武をまわって、小田木から入った。
L 拠点 (岡垣町)	岡垣町、遠賀町、水巻町、芦屋町、中間町	DS 利用者は、岡垣町、遠賀町、水巻町、八幡、鞍手まで広がる。HH 利用者は、1 人をのぞいて、すべて DS 利用の人、岡垣町の波津、西山田、東高陽など
M 拠点 (大口市)	大口市、菱刈町	大口市と菱刈町。荒平、下牛尾、木の氏、高塚、田代などまで。荒平は 25 分かかる。介護保険前は、大口市の 3 事業所で中学校区割でそれぞれ担当していたので、その経緯から事業所が町からはずれたところにある。当時 M 拠点は羽月地区（南中校区）を担当していたため、今もその地域の利用者が多いが、今は市全体に行く。ケアマネによる掘り起こしが肝心。他事業所のケアマネから頼まれることもある。市にはじめに相談に行った人はそこで要介護認定を受けた後、地域的に近い事業所しか紹介しない傾向。車が込むことはないので距離の割には時間がかからない

5.4.2 サービス提供圏内のエリア区分

エリア区分についてヒアリングしたところ（表 5-23、表 5-24）全 13 拠点中、5 拠点がエリア区分を行っている」と答えた。「エリア区分」と「直行直帰（5.3.4）」はいずれも移動距離を縮めるための手段であり、どの拠点がそれらの手段を用いているか用いていないかをまとめたのが表 5-13 であり I～IV型に分けられる。図 5-9 に概念図を示した。

a) I型 エリア区分：無、直行直帰：無

どちらの手段も用いていなかったのは、D・L拠点で、いずれも利用者が 17 人、6 人と少ない拠点であった。

b) II型 エリア区分：無、直行直帰：有

エリア区分をしない拠点では、直行直帰のヘルパーで遠方へのサービスのニーズに応じていた。表 5-22 から分かるように、最も一般的な方法である。C拠点では、拠点から遠い吾野地区のニーズには吾野在住のヘルパーを中心に予定を組んでいる。ただし時間帯によっては、昼食時など同じ時間に訪問ニーズが集中するので、他地域からもヘルパーが入るとのことである（図 5-10 の II型）。拠点からの距離が遠いこれらの地域で、ヘルパーの養成講座がヘルパー人材発掘の大きな助けとなっていることは（5.3.4）で見たとおりである。E拠点でも、城西地区については拠点からは 1 時間近くかかるのとこと、城西居住の非常勤直行直帰のヘルパーがサービスを行っている。ヘルパーとリーダーが顔を合わせるのは月 1 回程度とのことである。

c) III型 エリア区分：有、直行直帰：無

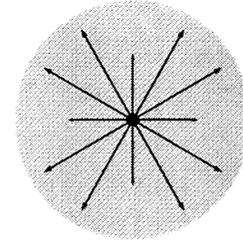
A拠点では提供圏内を 4 つのエリアに区分している、1 エリアを担当するのはリーダー+ 2 - 3 人という少人数で全員が拠点出発であった。担当するエリアの大きさは長辺で 6km 程度であった。K拠点でも、2 つのエリアに区分し、それぞれのチームにリーダーが 1 人おりチームを運営していた。

d) IV型 エリア区分：有、直行直帰：有

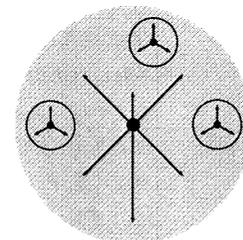
離島が 2 つ含まれる G拠点ではエリアを 5 つ（島 2 チームと、本土 3 チーム）に分けていた。それぞれにリーダーが居て、各リーダーを中心にチームが運営されているとのことであった。例えば篠島の利用者のサービスについて見ると、篠島は単独で 1 エリアとなっており、そのリーダーは本土の拠点に居て、連絡やスケ

表 5-22 エリア区分と直行直帰

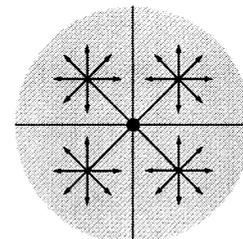
		エリア区分	
		しない	している
直行直帰	無	I 型：DL	III 型：AHK
	有	II 型：BCEFIJ	IV 型：GM



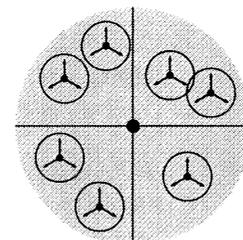
I エリア区分：無、直行直帰：無



II エリア区分：無、直行直帰：有
(拠点より遠い地域は直行直帰の職員が訪問する)



III エリア区分：有、直行直帰：無
(エリア区分ごとに担当の職員が拠点より訪問する)



IV エリア区分：有、直行直帰：有
(エリア区分を行い、なおかつ直行直帰の職員が訪問する)

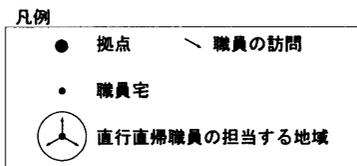
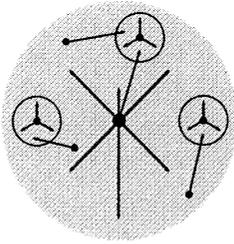
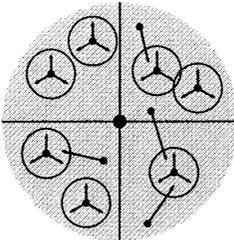


図 5-9 サービス提供圏内の職員の担当地区区分の方法

朝食時、昼食時など：
 同時にニーズが集中。
 他地域から非常勤職員が入る。
 職員数が必要な時間帯。



II エリア区分：無、直行直帰：有



IV エリア区分：有、直行直帰：有

図 5-10 同時にニーズが重なる時刻の対応

ジュール管理を行うが、利用者宅を訪問している職員は篠島の住民で、現地から直行直帰でサービスを行う。リーダーと職員のコンタクトは月 1 回の全体会議、月 1 回島内でのサービス会議のほか、職員と不定期に拠点で会ったり電話を通して連絡を行っているとのことであった。

ただし、どの拠点でも夜間のニーズや、緊急に頻繁な訪問が必要な利用者に関してはエリア区分にとらわれず対応している。

e) エリア区分の是非

さて、エリア区分を行う拠点がある一方で、エリア区分を行わない拠点にその理由を聞いたところ、エリア区分によって利用者と担当職員の関係が固定的になること^{表 5-24-a)}を問題としてあげる声が多かった。すなわち、エリア区分をするとヘルパーと利用者の組み合わせがより限定的になる。利用者対ヘルパーが 1 対 1 で訪問するような形になってくると、そのヘルパーが急に体調を崩してサービスが行えない時に他の人が肩代わりできない^{表 5-24-b)}。また利用者とヘルパーが親密になりすぎると「内緒で何かをしてあげる、してもらおうと思う^{表 5-24-c)}」とのことで公平性が保てないほか、中には「ヘルパーの家に直接に来て欲しいと電話する利用者もある^{表 5-24-d)}」といった抜き差しならぬ関係になってしまうことも起こると指摘する拠点多かった。これを防ぐために 2 エリア制で期間を決めてローテーションを行う K 拠点^{表 5-23-a)}や、ローテーションが上手くできないためにエリア区分がうまく行っていないとする H 拠点^{表 5-23-b)}が見られた。

尚、エリア区分の有・無とサービス提供圏の大きさ、あるいは利用者数の間にはこの 13 拠点事例からは明解な関係性は導き出せなかった。利用者数が多い拠点がエリア区分を行う場合もあれば、利用者数が多くともエリア区分を行わない拠点もあるといった具合である。

以上から次のような状況が抽出された。

- ・ 移動時間を短くするために、殆どの拠点が、「サービス提供圏内のエリア区分」「直行直帰型のヘルパーの採用」の方策をとっている。
- ・ 上記「エリア区分」「直行直帰」の組み合わせで、図 5-8 の I ~ IV までの運営方法が見られた。
- ・ ただし、時間帯によっては、朝食・昼食時など同時に訪問ニーズが集中するため、必ずしもエリア区分や直行直帰で対応しきれずに他地域からもヘルパーが入ることもある

又、以下のような問題点が指摘された。

- ・直行直帰の場合は、ヘルパーとリーダーの連絡・連携が密ではなくなる（月1回顔を合わせる程度のところも）。
 - ・エリア区分を行う場合はある程度の利用者数がないと利用者とヘルパーの関係が固定的・閉塞的になりがちである。
- そこで、利用者とヘルパーが閉塞的になるのを避けるために、2エリアでローテーションをすることがある。逆にローテーションが上手くできないためにエリア区分を行わないところもある。

表 5-23 拠点リーダーへのヒアリング結果（エリア区分について）

	エリア区分	エリア区分の方法
A拠点 (藤沢町)	有	4つのエリアに区分し、それぞれにリーダー+2-3人の職員というチームで対応している。夜間は地区をまたくことになるが、日中はほぼそのチームで動いている。細かい情報は地区ごとにケアマネと連絡を取りながらやる。
B拠点 (北茨城市)	無	
C拠点 (飯能市)	無	していないが、直行直帰のヘルパーで対応。
D拠点 (引佐町)	無	
E拠点 (佐久間町)	無	していないが、直行直帰のヘルパーで対応。
F拠点 (下山村)	無	区分なし。拠点は、下山村のどの地域にも行きやすいようにという趣旨で、町の中心におかれた。
G拠点 (南知多町)	有	担当エリアが5つに別れている。大字で、内海+山海、豊浜+豊丘、師崎、篠島、日間賀島の5地区。各地区にリーダーがいるが、リーダーは社協の事務所に勤務でスケジュール管理。サテライトはなし。
H拠点 (吉良町)	有	2チーム制でローテーションを試行して半年たつが、件数が均等にならないので結局混ぜている。b)
I拠点 (東栄町)	無	2チーム制を試したが、うまくいかなかった。
J拠点 (稲武町)	無	していないが、直行直帰のヘルパーで対応。
K拠点 (設楽町)	有	2チーム制。二か月で半分の人を入れ替え。リーダー2人（リーダーは交換しない）全部の地域にいずれは回るシステム。a)Aグループ：三都橋、田口、田峯、田内、清崎、豊邦 B：その他の地域
L拠点 (岡垣町)	無	
M拠点 (大口市)	有	2グループに分けている。羽月小付近を境に南北に。ただし、頻度の高い人は特別で両チームから行く。ローテーションなし。

表 5-24 拠点リーダーへのヒアリング結果（ヘルパーと地域の関係について）

ヘルパーと地域の関係	
A 拠点 (藤沢町)	問題点は利用者との関係が固定的になること。a)
B 拠点 (北茨城市)	利用者ヘルパーの関係が、近すぎるのはまずい。マンツーマンではなく3人ぐらいで担当するほうが良い。1人だけの担当の関係だと、気に入らないことも言えなくなってくる。a) 利用者の居住地域のヘルパーが良いかどうかは、利用者が決めることである。利用者の性格によって異なる。3人のヘルパーが入るとしたら、1人ぐらいは近所の人を組んでみる。利用者が喜んでいて、できれば変えて欲しいと言うか様子を見る。言葉の端に現れるものである。ヘルパーには、「入り込みすぎないで、しょいこみすぎないで」と言っている。中には貯金通帳のありかまで教える利用者や、ヘルパーの家に直接に「来て欲しい」と電話する人もある。d)ヘルパーも情がわいて、無償でいいから見に行ったりと出入りする人もいるが、3ヶ月～1年の長期にわたってくると、精神的に疲れてきて、やりきれなくなってしまう。そのときに、他のヘルパーが手助けできない状況になっていたりする。b)
C 拠点 (飯能市)	吾野、正丸に7-8人のヘルパーが居る。うち3-4人はフルでできるが、その他は週2回程度。日高から30分かけて行ってもらうことも。難点は交替ができないこと。b) 県道221号から名栗へ70からも、5-6人行ける人がある。名栗から吾野へという場合も。
D 拠点 (弓佐町)	固定のヘルパーだけで、非常勤（直行直帰）の人は色々と問題があるので雇用していない。ニーズの変動が大きいので、人が足りないときは、併設DSの職員に頼む。逆に余ったときはDSを手伝う。
E 拠点 (佐久間町)	固定のヘルパーはローテーションでどこへでも行けるように、色々まわしている。城西には非常勤（直行直帰）ヘルパーが居て、城西付近の介護を担当。非常勤（直行直帰）ヘルパーは、一か月に一度、主任に会う程度。そこまで一時間かかる。
F 拠点 (下山村)	
G 拠点 (雨知多町)	上記5地区に一応別れて、各地区内を担当。2つの地区にまたがる人も居る。島のヘルパーは、直行直帰で月に一回2時間のミーティングで意見交換。町のヘルパーは、作業があった日は、報告書を書きに社協事務所まで毎回来てもらい、そこで意見交換。月1回、全ヘルパーの集まる会合がある。
H 拠点 (吉良町)	
I 拠点 (東栄町)	
J 拠点 (稲沢町)	
K 拠点 (設楽町)	地域密着になりすぎて、なあなあは困る。例えば、内緒で何かをしてあげる、してもらおうと思う。田舎の人は情が入りやすいから、仲良くなると特に仲良くなる。他の人が同じ対応ができないし、サービスとして不公平になってくる。c) 遠いところは、1人だけで半日かかる。工夫のしようもない。
L 拠点 (岡垣町)	
M 拠点 (大口市)	居住地域の近い人に担当してもらおう傾向だが、足りないときは町中のヘルパーが行く。

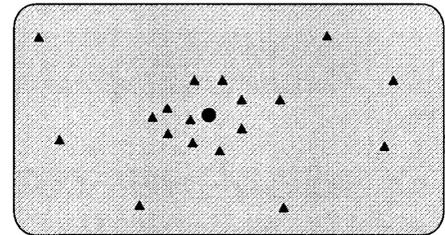
5.4.3 サテライト

サテライト（支拠点）について、行う予定や希望があるかを尋ねたところ（表5-25）、移動距離を考えればサテライトがあると便利で「サテライトを模索中^{表5-25-c)}、サテライトをおきたいという風に考えている^{表5-25-d)}」という回答があるものの、実際には「利用者の大きな固まりがどこかにあるわけではなく、利用者は点在しているので、採算が難しい^{表5-25-a)}」というように、利用者が点在しているために第2の拠点として効果的に配置できるような集

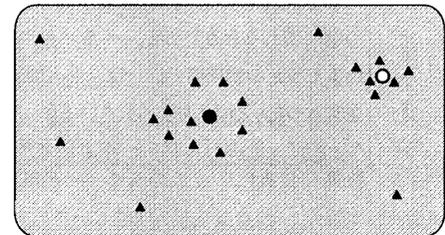
落が見つけれずにいる状況が聞かれた。また、「要望時間にあわせられる職員を地域内でまかなうのが難しい。他地域からの応援が必要となり、結局はサテライトがあっても人の動きは変わらないのではないか^{表 5-25-b)}。サテライトにも1人専任の人が必要になるから、その人は町から行かざるを得ないとすれば同じようなものではないか^{表 5-25-c)}。」サテライトを置いて職員が地域から集められなければ意味が無いといった声がかかれた。新たにサテライトを展開するには、ある程度の利用者あるいは住民(=職員の母体)の集積が無いと難しいという問題が浮かび上がった。

以上よ、次のことが明らかになった。

- ・ 拠点過疎地域では利用者が点在しているために、サテライトを第2の拠点として効果的に配置できる集落が見つげづらい傾向であり、拠点の分散は困難である。



I サテライトが展開しづらい状況
: 利用者が点在



II サテライトが展開できる状況
: 利用者が集落に集中

● 拠点 ○ サテライト ▲ 利用者宅

図 5-11 サテライトが展開しづらい状況

表 5-25 拠点リーダーへのヒアリング結果 (サテライトについて)

	サテライトについて
A 拠点 (藤沢町)	現在町内だけに利用者が固まっているので考えないが、一時期津谷川地区に何人か利用者が居た時は、そこにサテライトをおかなければという気になった。町外利用者は大抵は町営の施設利用者が在宅に戻った例である。上手いけば在宅生活に戻れるはずだったが、結局一ヶ月ぐらいで施設に戻ってしまった。
B 拠点 (北茨城市)	高萩市でのニーズが多ければサテライトという考えもあるが、高萩には事業所も多いので敢えて積極的にという感じではない。他地(北茨城市)は同じ思いや同じ仲間となるような事業所が担当してくればネットワークでつながっていける。NPOはスタッフ規模として50人ぐらいが手頃。町内会や学校のクラスを考えても50人以上の団体はお互いの意志疎通が難しいからフラットな組織から人数が多いほどピラミッド型組織になってしまう。地域の中で完遂するサポートを作り上げたい。
C 拠点 (飯能市)	吾野にサテライトを模索中 ^{c)} だが、 <u>要望時間にあわせられる人手を地域内でまかなうのが難しい。時間帯はわりと重なる。他地域からの応援が必要になる。サテライトがあっても人の動きはかわらないのではないか。</u> ^{b)}
D 拠点 (引佐町)	
E 拠点 (佐久間町)	城西にサテライトをおきたいという風にも考えている ^{d)} が、事務所として貸してくれるところが無いし、5台ぐらいの車を置かせてくれるところもない。サテライトにも1人専任の人が必要になるから、その人は町から行かざるを得ないとすれば同じようなものではないか。訪問介護だけでなく通所と一緒に考えたい。下平山にも非常勤(直行直帰)ヘルパーがいればよいのだが、なかなかそういう人材はいない。
F 拠点 (下山村)	
G 拠点 (南知多町)	サテライトを置くほど件数がないのではないかと。a) 殆どの利用者が豊丘地区。ヘルパーにとってはあったほうが良いのだろうが、採算の問題。
H 拠点 (吉良町)	
I 拠点 (東栄町)	
J 拠点 (稲武町)	現時点では特に必要性を感じない。移動にも大抵は15分程度で行けるから。
K 拠点 (設楽町)	合併が10月なので、それ以後考えたいが、 <u>大きな固まりがどこかにあるわけではなく、利用者は点在しているので、採算が難しい。</u> ^{a)}
L 拠点 (岡田町)	L 拠点のDS運営だけで精一杯
M 拠点 (大口市)	特に今のところ考えていない

5.5 訪問介護拠点のサービス内容に関する分析

5.5.1 サービス種別ごとの傾向

サービス内容(身体介助、生活支援、身体介助+生活支援の混合)を全国平均と比較すると(図5-12、図5-13)、殆どの拠点において、全国より生活支援の割合が高く身体介助の割合が低いことが明らかになった。拠点数が少ない地域のサービスの内容が、生活支援中心になっていることが分かる。

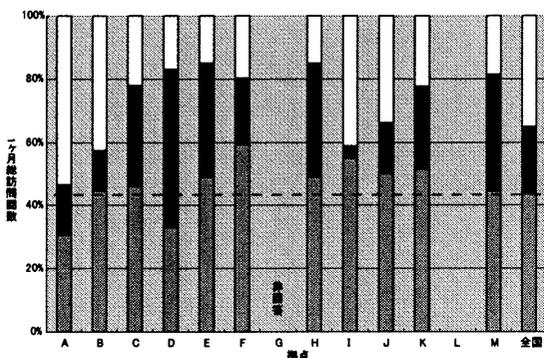
ここで明らかになった事象は、以下のとおりである。

- ・拠点過疎地域のサービス内容は全国に比較して、生活支援の割合が高く、身体介助の割合が低い

その理由を推測すると、以下の3つの可能性があげられる。

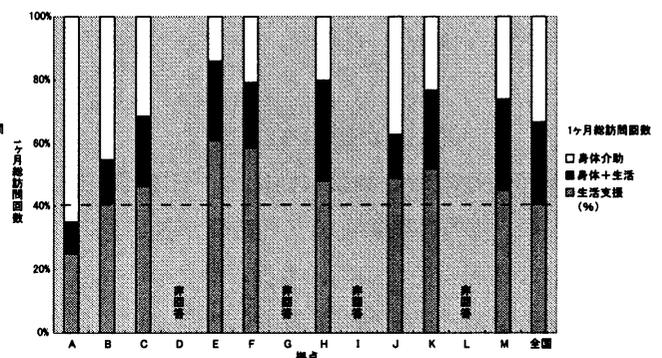
- ・これらの地域にて身体介護、すなわちオムツ交換や身体清拭などどちらかと言えばより重度な方が必要とするサービスの提供が少ないのは、それらを必要とする人が在宅継続困難のために早めに施設転居しているからである。
- ・これらの地域では、過疎化に伴い独居率、高齢夫婦世帯率が上がっているために、子同居世帯では子が行うことも多い生活支援、すなわち調理、買物などのニーズが他地域より多くなっている。
- ・これらの地域では、日常生活施設が都市部より不整備のため、在宅継続のためには、生活支援、すなわち家事などのサービスが一般の地域よりもより多く必要である。

いずれも推論であり、可能性として指摘するにとどめる。



* 拠点リーダーアンケートに基づく

図 5-12 サービス種別と訪問時間数 (月間)



* 拠点リーダーアンケートに基づく

図 5-13 サービス種別と訪問回数 (月間)

5.5.2 最も訪問回数が多い、あるいは訪問時間が長い人

各拠点に、「最も訪問回数が多い、あるいは訪問時間が長い人」に対してどのようなサービスを行っているのか、そのような人がどのような生活をしているのかを質問した結果を見ていく（表 5-26～5-27）。

まず、各拠点の1人の人への最多訪問回数を比較する（表 5-26）。結果は、最も多い人に1日4回の訪問をしているという回答をしたのが1拠点、3回が4拠点、2回が8拠点であり、2回という回答が最も多かった。（参考までに Chapter 3 の日本の訪問介護拠点 FS の例では、1日4回が最多であった。）1日2回の訪問の場合、独居高齢者はその他の空白時間が長く、ある程度自立している人でなければ在宅生活は困難である。しかも2回と回答した拠点のうち4拠点は、所在市町村に対して唯一の訪問介護拠点であり、他拠点がフォローに入っているわけではない。そういった状況のなかで、これらの地域での在宅生活継続の難しさが伺われる。

リーダーの語った、1つ1つの事例は様々であるが、あえてまとめると、まず子同居世帯においては、昼間独居の高齢者に対して、日中に2回訪問し、夕方家族が帰ってきて介護を引き継ぐ形が目立つ^{表 5-27-a}。又、単独世帯においては、要支援・要介護1などで身体能力は低くないが認知症である高齢者を生活支援や安否確認の意味も含めて1日2回訪問する^{表 5-27-b}といった例も多く見られた。独居の場合はヘルパーと子・近隣の人との連携に関する発言も聞かれた^{表 5-27-c}。又、高齢夫婦世帯で、2人とも要介護の場合は、生活支援のため頻繁に訪問をしており^{表 5-27-d}、一方1人が比較的元気な場合は老老介護の状況で、配偶者が食事やオムツ交換はできるが、入浴はできないという世帯にたいする入浴介助の訪問^{表 5-27-e}が見られた。同じく高齢夫婦世帯で1人の要介護度4、5といった場合にはオムツ交換のために1日2、3回訪問する^{表 5-27-f}という例も見られた。

以上から以下の問題点が指摘された。

- ・拠点過疎地域では頻繁な訪問で1日2回を最高に留まる拠点多く、独居の高齢者の空白時間が長い。

又、頻繁な訪問を受ける高齢者像は特に以下のケースが目立つ。

- ・子同居世帯：昼間独居で要介護度が高い。日中ヘルパーが頻繁に訪問し、夕方以降を家族介護に引き継ぐ。
- ・単独世帯：要介護度は低い認知症。生活支援、見守りの主旨で頻繁に訪問。

表 5-26 拠点リーダーへのヒアリング結果（最も訪問回数が多い、あるいは訪問時間が長い人の事例）

	最高訪問回数	最も訪問回数が多い、あるいは訪問時間が長い人の事例 例 1)	例 2)
A 拠点 (藤沢町)	3回/日	要介護 5、屋間独居、生活はヘルパーが見ていて、食材やオムツの購入などを家族が行う。夜に緊急事態が発生すれば家族が対応する程度。起床介助、オムツ、車椅子移乗、トイレ誘導などで就寝まで HH3 回/日訪問。夜間割増のせいで夜間に訪問をすると限度額を超える。本人との意志とは裏腹に、訪問時間は 20:00 までで、翌朝も 8:00 から。睡眠時間が長くなってしまふ。その間は、吸収力大のオムツで対処。	要介護 5 下曲田居住、子同居、屋間独居、2 回/日 a)
B 拠点 (北茨城市)	4 回/日	要介護 5、母屋に住み、子にはなれに居る。(要介護 4、5 になって、独居や高齢夫婦世帯はありえない。) 朝昼 15:00 夜の 4 回。食事、排泄など。土日は家族がみる。家族が買物や米とぎは行う。	
C 拠点 (飯能市)	3 回/日	屋間独居、要介護 5、パーキンソン、経管栄養、バルーン。毎日 9-17 時まで(助け合いも利用) 週 3 回は 19 時まで。以前は、8-21 時まで入っていた。土日、平日夕食は家族ができる。HN 2 回/日。	高山不動に住む。90 才、要介護 5、子同居。拘縮が進んでいる。HN2 / 週、HH1 / 週、訪問入浴 1 / 週
D 拠点 (引佐町)	2 回/日	男性、独居、認知症、要 3、HH2 回/日 朝昼 調理、掃除、洗濯、週 2 回入浴介助、若干の物取られ妄想がある。ガスはヘルパー訪問時だけ開栓。b)	
E 拠点 (佐久間町)	2 回/日		
F 拠点 (下山村)	2 回/日		
G 拠点 (南知多町)	3 回/日	認知症、屋間独居。毎日 3 回生活援助で入る。食事がらみが多い。a)	老夫婦、片方だけ要介護であれば、毎日 3 回。オムツ交換+食事づくり。OR オムツ交換だけ。f)
H 拠点 (吉良町)	2 回/日	娘夫婦同居、男、リュウマチ。要 3、なんとか歩行器を利用して歩行可だが、日中寝ている。手足の指がくっついている。HH2 / 週 入浴介助。脱着全介助、浴槽またぎ全介助。娘も入浴介助をするので週 3 回お風呂に入っているはず。DSなし。夕方に痛みが激しくなる。落ち込んだ時も。	男、要介護 4、老夫婦、パーキンソン病、妻が介護疲れ。ショート 3 + 4 + 4 = 11 日/月。HH2 回/週、DC 2 回/週
I 拠点 (東栄町)	2 回/日		
J 拠点 (稲武町)	2 回/日	老夫婦 夫ベッド生活 要 3: 朝、夕にオムツ交換、トイレ誘導 30 x 2f)	屋間独居: 朝夕 足浴 お話 服薬介助 a)
K 拠点 (殷栗町)	2 回/日	毎日 1 時間 x 2 回、要介護 2、認知症、屋間独居: トイレ、オムツ、食事 am11-12, pm16-17a)	毎日 1 時間、認知症、独居: 食事、掃除、買物、布団干し b)
L 拠点 (岡垣町)	2 回/日	独居、朝夕訪問、要 1、精神的な浮き沈みがあるため安否確認。(その他個人的に電話をかけることも。) b)	
M 拠点 (大口市)	3 回/日	独居、要介護 4、リュウマチ、HH2 回/日 朝: 朝昼食準備、掃除、洗濯 夕: 16:00-17:30 昼食の片付け、配食サービスを配膳する。就寝。Pトイレでなんとか。オムツなし。歩行は難しい。お弁当は自分で食べる。	老夫婦の夫、要介護 4、身体 2 時間 x 2 回/週 入浴と散歩 e)

- ・ 高齢夫婦世帯: 2 人とも要介護。生活支援、オムツ交換などで頻繁に訪問。

以上、ここでは各訪問介護拠点の運営状況、サービス提供圏の状況、サービスの内容についてまとめてきた。地域の状況をより総合的に考えるために、次項では訪問介護以外のサービスについて見ていくこととする。

表 5-27 拠点リーダーへのヒアリング結果（最も訪問回数が多い、あるいは訪問時間が長い人の事例）

	最も訪問回数が多い、あるいは訪問時間が長い人の事例			
	例3)	例4)	例5)	例6)
A 拠点 (藤沢町)	要介護5 10日在宅、10日老健ショートを交互に繰り返す。在宅期間はDC2回/週利用。その他はHHで。	要介護4 上曲田居住、子同居、昼間独居、2回/日 お昼に家族が作った食事を出す。オムツ交換、家族が帰宅する二時間前に入り、オムツ交換、トイレ誘導と水分補給を行う。a)	老夫婦二人とも要介護1と2、 <u>昼間夫婦のみ。朝調理と服薬、昼は朝作ったものをあたためて出す。</u> a) 夜は息子がお弁当を買ってくる。	現状が一番多くて3回であるが、退院、退所したと、家族が介護に慣れるまで2週間~1ヶ月は5回/日入り、オムツ交換を行うこともある。
B (北茨城市)				
C 拠点 (飯能市)	吾野に住む。老夫婦、妻要介護1、夫要介護2(末期ガンだが、自分で排泄可)入院と在宅を繰り返す。HH2/日×365日。昼夕食事作り。d) 近所が手助けしているが、息子は飯能に住んでいて時々来る。c)	1日3回、毎日 娘は仕事で別居	1日2回で独居b)	
D 拠点 (引佐町)				
E (佐久間町)				
F 拠点 (下山村)				
G 拠点 (南知多町)	老夫婦、両方要介護で、毎日3回。オムツ+食事、家事。d)			
H 拠点 (吉良町)	女、90歳、昼間独居(子夫婦)。要5、意思疎通できたりできなかったり。歌をうたったり。DS2/週、HH2日×2回/週 13:00-14:30 オムツ、水分補給、配膳片づけ 16:30-17:00 オムツ交換 土日は家族。a)	独居、女、姪が面倒を見る。要4、右麻痺、意思疎通は可、一人では歩けない。言語障害あり、食事自分で食べられる。オムツと調理は介護必要。DS1/週+HH3/週。2時間。車椅子散歩介助、オムツ交換、簡単な調理、掃除、PTイレ処理、配膳。	独居で転倒し、自分で排泄ができなくなる。病院から退院後も痛みが取れず、横になって寝ることができない。座った姿勢でずっと居る。夜に困る。息子が仕事を辞めて家に入った。食事は息子が行っている。訪問入浴2回/週、HH1/週、HN1/週	要介護4、寝たきり。長期入院(帯状疱疹と、膠原病) 息子同居、昼間独居。HH朝・夜で365日。HN1/週、訪問入浴1/週。9:00朝食、オムツ、洗濯など。16:00-17:30 夕食、オムツ。食事は1日2回で、昼は間食ですませている。a)
I 拠点 (東栄町)				
J 拠点 (稲武町)	独居(生活支援ハウス): 毎日1回、1時間食事、掃除(土曜も) 週1回は車いすで散歩と買物同行			
K 拠点 (設楽町)	要介護4、5 老老介護で、食事オムツはなんとかできるが入浴ができない。入浴、清拭のニーズがオムツよりも高い。e)			
L 拠点 (岡垣町)				
M 拠点 (大口市)	老夫婦+近くに息子夫婦、要介護5 HH入浴2回/週、HNも 家族介護力が大きい。e)	昼間独居、娘仕事、3回/日 朝昼夕、オムツ交換、排泄水分補給 a)	独居、要支援、アルツハイマー病、おっとりした人で、家族がHHを頼んだ。知的障害の人のためのティーチプログラムも取り入れて、スイッチに①②③と番号を貼ったり、収納場所にシールをはったりする。火木土日に一緒に家事を行っている。おととしは毎日入っていたが状況が一時改善し回数が減った。b) 現在食べたことがわからなくなり、周りの人があわてている。	

註5-10) 殆どの拠点が市町村境界をサービス提供圏境としていることから、ここでは簡易的に市町村ごとに地域におけるサービスの有無をヒアリングした。

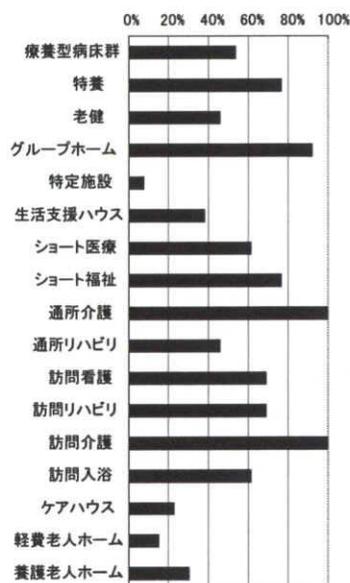


図 5-14 調査拠点所在市町村における各サービスの整備率^{註5-9)}

5.6 地域での他のサービスに関する分析

5.6.1 介護保険・医療保険に関するサービス

表 5-28～5-31 に、各拠点所在の市町村毎^{註5-10)} に介護保険・医療保険上のサービスの有無とリーダーのヒアリング結果を示した。ただし、離島部分だけは別記した。状況は地域毎にさまざまであり、図 5-15 にその組み合わせをまとめた。入所三施設・通所施設・訪問サービス拠点などの殆どがそろっている地域 (LMA) がある一方で、通所介護と訪問介護しかない地域 (F) もあった。

入所三施設 (療養型病床群、特養、老健) を全く持たない地域として、下山村 (F)、南知多町離島 (G)、吉良町 (H)、稲武町 (J) があげられる。これらの地域では、施設転居の場合、町から離れざるを得ないということである。逆側から以下のような発言も聞かれる。設楽町 (J) にある特養について「町内の入居者は 100 人定員のうち 2 割。50 人待機している。他地域からどんどん入って来る^{表 5-31-c)}。」とのことで、特養のある所では他地域から来る状況が見られる。

訪問看護、訪問入浴、訪問リハビリ、通所リハビリの拠点が市町村内にないという地域は多数あり、「(町に) リハビリのサービスが欲しい^{表 5-35-d)e)}。」というように看護系のサービスを求める声が聞かれた。また訪問介護の拠点がヒアリングをした拠点以外には無いという地域も 5 市町村あった。

ケアハウス、特定施設、生活支援ハウスは全体に整備されている市町村が少ない。これらの状況から、訪問介護・デイサービスによる在宅継続が困難になると、中間的な施設もなく一気に市町村外の施設へ転居する実態が生じていると考えられるのではなかうか。

尚、グループホームは殆どの市町村にある (図 5-14)。グループホームの整備状況が良い理由として、その規模が市町村におけるニーズ数に適合しているため整備しやすいという理由、もう 1 つには認知症対策の必要性が高いため優先的に整備されたなどの理由といったものが想像される。

深刻であったのは、離島部であった。離島内にはデイサービスも無い。ショートステイを利用する際も本土まで渡る手配がなかなかとれないため (重度の人をフェリーに乗せるには人手が必要)^{表 5-29-a)}、一週間単位での利用は事実上困難とのことで「同じ介護保険料を払っているのに使えるサービスに差があって不公平だ。

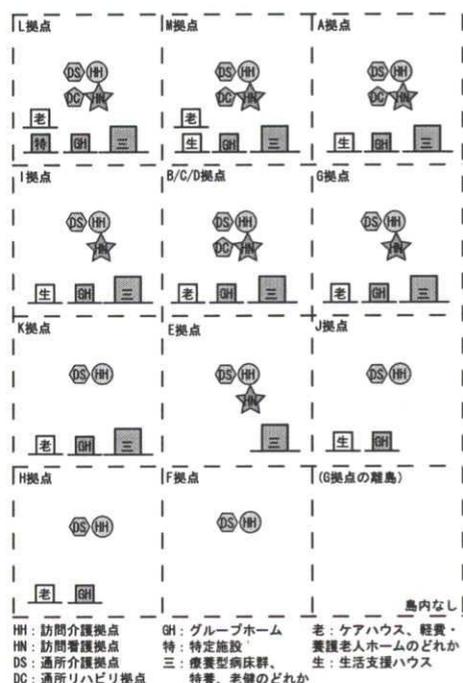


図 5-15 拠点所在市町村における各サービスの整備状況の組み合わせ^{註5-9)}

表 5-30-a)』という意見も聞かれた。本土から訪問介護、訪問看護、訪問入浴が来るのみで、それを軸に生活を組み立てるしかないのである。

以上の特徴をまとめると、次が言える。

- ・地域によっては訪問介護と通所介護だけを整備し、その他は他市町村に依存しているところがある＝訪問介護と通所介護が地域における基礎的なサービスとなっている
- ・グループホームの整備率は比較的高い
- ・離島部の場合は通所介護さえなく、本土からの訪問系サービス

表 5-28 拠点リーダーへのヒアリング結果（拠点所在市町村内のサービス整備状況について）

	病院	療養型病床群	特養	老健
A 拠点 (藤沢町)	○ * 町民病院（隣接・連携）	○ 町民病院（隣接・連携）	○ 町営（隣接・連携）待機者多いが町民は殆ど町営施設に入る	○ 町営（隣接・連携）
B 拠点 (北茨城市)	○	○	○	○
C 拠点 (飯能市)	○ 市立病院	○ 市立病院	○	○ 施設は山ほどある。青梅まで、こちら辺で入所するひとが多い。待機者は多い。
D 拠点 (引佐町)	○	×	○ (併設)	○
E 拠点 (佐久間町)	○ 佐久間病院	○ 佐久間病院 18 床	○ (併設) 50 床 (4 月に追加 30 床オープン) 待機者 100 人近く	×
F 拠点 (下山村)	○ 村内では高橋医院、大沼の下山クリニック（病院遠い）足助病院	×	×	×
G 拠点 (南知多町本土)	○ 厚生病院（病院が送迎バスを出している。）を利用	×	○ 町内のはかなり待機している、武豊町	×
G 拠点 (南知多町離島)	○ 診療所（篠島は夜間不在、日間賀島は 24 時間滞在。）通院介助で厚生病院へのバスに乗る利用者。	×	×	×
H 拠点 (吉良町)	○	×	×	×
I 拠点 (東栄町)	○ 東栄病院	○ 東栄病院	○ 町内だけで待機者が 60 人居る。	×
J 拠点 (稲武町)	○ 足助病院、上矢作病院（岐阜県）に行く人多い	×	×	×
K 拠点 (設楽町)	○ 伊藤内科（町内）、せいがんどう（鳳来町）、名倉の人は足助病院に行く	×	○ 北設楽から南設楽までを対象に探す。	×
L 拠点 (岡垣町)	○	○	○	○
M 拠点 (大口市)	○	○	○	○

* サービスの有無は WAM-NET にて筆者が調べたもの。下段のコメントは拠点のリーダーヒアリングによる

表 5-29 拠点リーダーへのヒアリング結果（拠点所在市町村内のサービス整備状況について）

	グループホーム	特定施設	生活支援ハウス	ケアハウス	軽費老人ホーム	養護老人ホーム	ショートステイ（以下ショートと略）医療	ショート福祉
A拠点 （瀬沢町）	○	×	○	×	×	×	○	○
	町営（隣接・連携）		あるが利用されず。				町営（隣接・連携）	町営（隣接・連携）
B拠点 （北茨城市）	○	×	×	○	×	×	○	○
C拠点 （飯能市）	○	×	×	×	×	○（一般）	○	○
D拠点 （引佐町）	○	×	×	×	×	○（一般）	○	○ （併設）
E拠点 （佐久間町）	○ （併設）	×	○ （併設） 利用率 8割	×	×	×	○	○ （併設）
F拠点 （下山村）	×	×	×	×	×	×	×	×
G拠点 （南知多町本土）	○	×	×	○	×	×	×	○
G拠点 （南知多町離島）	×	×	×	×	×	×	×	×
	島内なし（本土の利用）	島内なし	島内なし	島内なし	島内なし	島内なし	島内なし（本土の利用。ただし、送迎は師崎までなので、重度の人をフェリーにのせるのは大変で、短期利用は事実上難しい）	島内なし（本土の利用。ただし、送迎は師崎までなので、重度の人をフェリーにのせるのは大変で、短期利用は事実上難しい） a)
H拠点 （百良町）	○	×	×	×	○（A型）	×	×	×
							西尾市の老健利用	
I拠点 （東栄町）	○	×	○	×	×	×	○	○
	2棟（18戸）豊根村にも		緑風園 10部屋				東栄病院	やまゆり
J拠点 （箱武町）	○	×	○	×	×	×	×	×
	足助町に行く人も		（併設）					
K拠点 （設楽町）	○	×	×	×	×	○（一般）	×	○
	町内1か所							入所待ちのロングショートの人が殆ど。家族の緊急対応はなかなか取れない。北設楽から南設楽までを対象に探す。要介護度低い人は養護老人ホームのショートにも。
L拠点 （岡垣町）	○	○	×	×	○（A型）	×	○	○
M拠点 （大口市）	○	×	○	○	×	○（一般）	○	○

表 5-30 拠点リーダーへのヒアリング結果（拠点所在市町村内のサービス整備状況について）

	通所介護 (以下DSと 略)	通所リハビ リ(以下D Cと略)	訪問看護	訪問リハビ リ	訪問介護 (他拠点に ついて)	訪問入浴	その他
A 拠点 (藤沢 町)	○ 町営(隣接・ 連携)	○ 町営(隣 接・連携)	○ 町民病院 内(隣接・ 連携)	○ 町民病院 内(隣接・ 連携)	× 町内他に なし	○ 併設: 訪問入浴を30人/月利用。 HHでの入浴は10人。DSで入浴 する人も多い。	町営病院、老健、特養、訪 問看護、訪問介護、在宅介 護支援が強い連携を持って いる。ケアマネは町の在宅介護 支援センターにしか居ない。
B(北茨 城市)	○	○	○	○	○	○	
C 拠点 (飯形市)	○	○	○ 市立病院	○	○	○	
D 拠点 (引佐町)	○ (併設)	○	○	○	○	○	
E 拠点 (佐久間 町)	○ (併設)	×	○ 佐久間病 院	○ 佐久間病 院	○ さくまの里 のほかに農 協が担当。社 協は、訪問 介護は行わ ない。	○ (併設)	
F 拠点 (下山村)	○ (併設)	×	× 足助町、 岡崎市、 豊田市から	× 足助町、 岡崎市、 豊田市から	× 村内他に なし	× HHの入浴介助は少ない。でき るだけDSで入浴(ケアマネの主義)。	
G 拠点 (南知多 町本土)	○ (併設)	×	○	○	○	○ (併設) 訪問入浴は、社協もちは 26人。もともと東海市の業者が行 っていてそこから来ているし、美 浜内海からも来る。	
G 拠点 (南知多 町離島)	× 島内なし(本 土への送迎 もない)	×	× 島内なし (本土から 訪問)	× 島内なし (本土から 訪問)	× 他になし	× 島内なし(本土から訪問)フェリー 車で行く。場所によっては行け ないところも。	同じ介護保険料を払っている のに使えるサービスに差があ って不公平だ。a) 生きがい 活動通所支援: HHのヘルパ ー2人+島で看護資格を持つ 人1人) 10人利用
H 拠点 (吉良町)	○ (併設)	×	× 一色町、 西尾町	× 一色町、 西尾町	○	×	
I 拠点 (東栄町)	○ メイホウ緑 風園	×	○	○	× 町内他に なし	○	救急車が活躍
J 拠点 (稲武町)	○ (併設)	×	× 足助町より	× 足助町より	× 町内他に なし	○ (併設) 入浴車が入っていて訪問 介護が入らないというケースもある	
K 拠点 (殺楽町)	○	×	× 東栄町から	× 東栄町から	× 町内他に なし	×	ドクターヘリが小学校に降り る。車では病院はどこも40 分ぐらいかかるから。
L 拠点 (岡垣町)	○ 併設のDS の他に、岡 垣町に約30 拠点ある。	○	○	○	○	×	
M 拠点 (大口市)	○ (併設)	○	○	○	○	× すずらんの里で以前訪問入浴事業 を行っていたが、利用料が高いた め好まれなかった。今は事業休止 中。HHの入浴でたいいはOK。	NPOは町に2つあり、移送と 住宅改修を行っているが、ま だまだ使いづらい様子。

表 5-31 拠点リーダーへのヒアリング結果（施設入居先、在宅志向について）

	施設入居先について	在宅志向か施設志向か
A 拠点 (藤沢町)	町の特養、老健の他に、大東町の養護老人ホームに入る人もある。子の所へ行く人も。	
B 拠点 (北茨城市)		
C 拠点 (飯能市)		家族介護が中心。在宅志向が多い。a)
D 拠点 (引佐町)		家に対する執着は大きい。a) 在宅であればこそ、素材やつくりの面で、慣れていて色々なことが自分でできるが、全く違う世界(=特養)に行くと、急に状態が悪くなる。
E 拠点 (佐久間町)		やはり、在宅で長く暮らしてもらいたい。施設に入居すると、とたんにボケてしまったり、弱くなったりする。在宅では、四季や風景が感じられる。しっかりして、暮らしておられる。近隣、兄弟の理解がなければ「なぜ施設に入れるのか」ということで、入居に至らない。施設入居に関する知識が乏しい。老夫婦などは、施設はいざとなったらすぐ入れようと思っている。又、「特養に行くとかボケちゃう」といったように、本人は施設に入りたがらない。a)
F 拠点 (下山村)		本人は行きたくないa)が、家族は心配で入所を希望する。c) 独居の人は、家族の協力が必要。
G 拠点 (所知多町)		本人は、在宅志向。a) 家族も最初は在宅志向だが、みきれなくなってショートを1度利用すると「楽だよ」ということになり、そのまま施設へ。c) (島) 今の高齢者は在宅志向 a) が強いが、若い世代は将来的に施設を求めらるだろう。
H 拠点 (吉良町)		在宅志向の人が多い。a)
I 拠点 (東栄町)		在宅志向は強い。a) 老夫婦は1度子夫婦の家に行くと、相手にされずつまらないと帰ってくる。b) 家の限界よりサービスの限界、お金の限界が大きい。
J 拠点 (稲武町)	足助に特養、設楽にも。町内のGH、足助のGH。設楽に特養ができて、重度の人がぐっと減った。4町村で各町村の割り当てがある。	本人は施設に入りたがらない。独居で暮らしている人たちは、在宅志向が強い。a)
K 拠点 (設楽町)	設楽町にあるが、地元の入居者は100人定員で2割。他地域からどんどん入ってくる。c)50人待機している。「こんな田舎まで皆くるんだから、他はもっとすごいでしょうね。」とのこと待機者はどこの特養も多い。施設に入りたい人も多い。	山の中でHHオフィスから遠いところに独居/老夫婦で暮らす人は、家族も心配して買物をしたり電話をしたりするが、悪くなると連れて行く。独居の人は在宅で暮らしたいが、施設か子のところに行くことになる。a) (ヘルパー自身は) 子はあてにしている。丈夫な体づくりをして地域に住み続けたい。友人と助け合って誰かの家で共同して住もうかとも思う。うちの広さよりも助けてくれる人がそばにいることの方が大切。
L 拠点 (岡田町)		
M 拠点 (大口市)	大口市の施設に殆ど入居できる。10人以上待機者がいるという所はない。	本人は在宅志向が強い。a) 家族が呼んでも、知らない人のところに行きたくない。近所の人を知っている所がよい。b) 施設入所は人生の終わりのような感じ。

5.6.2 訪問介護とデイサービス

ここで訪問介護とデイサービスの関係に関する発言を見ておく。調査対象の殆どの拠点がデイサービスを併設していた。

その中で、F・J・L拠点では訪問介護ではなくデイサービスを在宅サービスの中心としたケアプランを組んでいるという声が聞かれた^{表 5-32-a)}。例えばJ拠点では「寝たきりでも病状が安定していれば利用できる^{表 5-32-a)}」とし、かなり重度の高齢者がデイサービスに来ているとのことである。「1人平均3～2回/週、中には5回/週^{表 5-32-b)}」という頻度の高さで、「家族はデイサービスで一日あずかってもらうほうが、1、2時間ヘルプに入ってももらうよりありがたい。^{表 5-32-c)}」「入浴がデイサービスで賄われる。家族が解放される^{表 5-32-d)}」というように、家族のレスパイトの要素が強いようである。一方で、本人の意向がどの程度反映されているかは疑問視される。又、認知症の高齢者の場合も見守り上、デイサービスが安心^{表 5-32-e)} という面ものぞかれる。

その中で、L拠点の状況は他とは些か異なる。L拠点のデイサービス利用者は要介護度の低い人が中心で、入浴サービスを行っていないが、利用者達へのヒアリングからは「L拠点に来るのは生きがい。ストレス発散になる。週1回だが気持ちが若返り、体調も良くなった気がする。外の風景を見ながらのんびりと過ごせる。友達もいっぱい居る。みんなが色々と物作りを教えてくれる。(資料編 p.77)」と言ったようにデイサービスに来ることを心から楽しみにしている発言が多々聞かれた。デイサービスの場で「利用者同士、お互いに気をかける関係ができると、生き生きとした前向きの力が出てくる。^{表 5-32-e)}」「デイサービスの利用者の様子は、徐々によく見えてくるようになる。独居の人で、風邪をひいたとか、精神的に落ち込んでいる、体調が悪い、家族関係がうまく行っていないなど、様々な状況によって、利用日以外にも頻繁に電話をかけて様子確かめる。安心できる人と人との関係をつくることが大切。^{表 5-26-f)}」といったように、週1、2回のデイサービスの場で利用者の状況を把握し、訪問介護で在宅生活をフォローするという連携で高齢者を支えている様子が伺われる。

上記から以下のことが言える

- ・ 拠点過疎地域の訪問介護拠点の殆どがデイサービスを併設。
- ・ デイサービスを家族のレスパイトのためのものとして積極的に取り入れる拠点が見受けられる
(ただし本人意向が反映されているかは疑問である)

- ・ 週 1、2 回のデイサービスの場で利用者の状況を把握し、訪問介護で在宅生活をフォローするといった連携が見られる
- ・ 高齢者はデイサービスの利用者同志で関係性ができると前向きな力になる

表 5-32 拠点リーダーへのヒアリング結果（併設、隣接のデイサービスについて）

	併設、隣接のデイサービスの利用について
A 拠点 (藤沢町)	併設している。多い人で2回/週ぐらい。全く利用しない人もまれにいる。1度行ったが嫌いになって。
B(北茨城市)	併設していない。
C 拠点 (飯能市)	併設している。特にDS偏重傾向はない。DSだけと言う人は少ない。生活支援が組み合わされていることが多い。DSの前後に入る人も多い。家族状況によっては毎日DSを使う人もいるが。
D 拠点 (弓佐町)	併設している。
E 拠点 (佐久間町)	併設している(定員30人)。併設認知症高齢者専用DS:定員8人で当初は利用1.8人/日でスタートしたが今は3.8人/日。Am お風呂 Pm 遊び。妄想、徘徊の人があり、一般の人との混合より落ち着く。ただし怖いと言って施設内を歩きまわる人も居る。
F 拠点 (下山村)	併設している。 <u>ケアマネが積極的にDSをプランに取り入れる。家から出られる人はDSを優先して、次にHHが入る。</u> a) 要介護度が低い人はDS中心で、HHは1/週というケースが多い。 <u>入浴がDSで随われる。家族が解放される。</u> d) 併設DSはかなり重度でも利用が可能。座位が保てることが基本。畳コーナーが大きくて、お昼寝をする人も多い。定員35人。利用30人/日。毎日来る人も。
G(南知多町)	併設している。南知多に3軒あるほか、武豊/美浜へ行く人も。全体的にDS不足ぎみなので、多い人でも3回程度に制限しているところが多い。
H 拠点 (吉良町)	併設している。特にDS偏重傾向はない。併設のDSは常に満員で利用回数を極端には増やせない。
I 拠点 (東栄町)	併設していない。
J 拠点 (稲武町)	併設している。 <u>ケアマネが併設DSを積極的にプランに取り入れることから、DSの利用が多くなっている。寝たきりでも病状が安定していれば利用できる。現在は皆さんなんとか座位が取れる人ばかりだが、かつてはストレッチャーで来ている人もいた。</u> a) 週5日来る人も。平均3~2回/週、中には5回/週の人も。b) 家族はDSで一日あずかってもらうほうが、1、2時間ヘルプに入ってもらいよりありがたい。c) 1、2時間ヘルプに入ってもらっても家にいてお茶でもださなきゃという雰囲気。週に何回かDSを利用すると、気休めになり「あとは自分でやれる」という介護者が多い。家族介護部分が大いし、できることを訪問介護に任せるのはためられる。 <u>認知症の人は昼間独居だと、知らないうちに家から出て行ってしまふ。出て行くのをふせぐために、話をしに来てほしいというニーズもあるが、一時間の話では刺激が少なすぎて認知症の進行が早い</u> ため、DSが多くなってくる。e) 昼間独居のケースでも、居ない時に人が入るのはいや。気を利かして作業を行ったつもりが、台所に入られて嫌だったとクレームに。限られた空間だけで作業をし、手を出し過ぎない。介護を担っているのは、訪問介護というよりも、家族介護+DSという印象を受ける。身体介護で入る率が低く、殆どが生活援助である。
K 拠点 (設楽町)	併設している。1週間に5日の人は1人。DSとHH利用はどちらも。
L 拠点 (岡埜町)	併設している。 <u>拠点としては併設のDSの運営が中心。DS利用者に対してフォローする形で訪問介護も行っている。</u> a) 絵手紙、さげものづくりなどに熱中するお年寄り達。展覧会を開くのは、目標を掲げることが大切と思うから。Mさん(所長)自身が自分がして欲しいなあと思うことをするように心がけている。共感のもとにDSを行っている。Mさん自身も「よい仕事にめぐりあった」と生きがいに感じている。月、火、水は90歳代なので、しゃべったり、ドライブしたりが中心。木は物作り中心。金は、近くの物産館に買い出し。一人暮らしの人が1週間分の食料を買う。自然の原風景を取り入れる努力を心がけて、芋ほり、タケノコほり、よもぎ、セリつみ。四季折々の文化を再体験できる機会をつくることを心がける。地域のお祭りや文化を取り入れる。海、花見など外へ連れ出すことも積極的に行う。家に居るときは、だれも外に連れて行ってくれないからここに来たときにはそれを実現してあげたい。心から楽しめるように想像力が必要。
M 拠点 (大口市)	併設している。2日に1度のDS利用。 <u>認知症で介護度が重い人は毎日の人も。</u> e) 特に偏重傾向はない。

5.6.3 市町村サービス

市町村サービスは基本的には介護予防・地域たすけあい事業の内容を取り入れて行っている地域が多かった（表 5-33）。主なものは、配食サービス、生きがい活動支援通所事業（ミニデイサービス）、生活管理指導員派遣事業（ホームヘルパー派遣）などである。配食サービスについて「要支援の人は、配食と訪問介護で暮らして行く。食事ができることが生きていく基本。^{表 5-33-a)}」、また生きがい活動支援通所について「介護保険前の人利用が前提であるが、島にはデイサービス拠点がないため要介護 2 までは対応している。入浴、食事。島の人にとってはかけがえのないサービス^{表 5-33-b)}」といった回答から、これらの市町村サービスが要介護度の低い人、独居高齢者を支える大きな役割を果たしている様子が伺われた。

以上より、次のことが言える。

- ・市町村サービスとしては、生きがい活動支援通所、ホームヘルパー派遣、配食サービスなどが見られる。
- ・介護保険サービスが不揃いで、生活便利施設も身近にないこれらの地域において、市町村サービスの果たしている役割は大きい。

表 5-33 拠点リーダーへのヒアリング結果（市町村独自のサービス）

市町村独自のサービスについて	
A 拠点 (藤沢町)	社協が、配食ボランティアサービスを行っている。利用者負担は食材 400 円のみ。協力者へは足代のみの支給。
B 拠点 (北沢城市)	(緊急通報体制等整備、日常生活用具給付、ひとり暮らし老人、老人福祉電話貸与、配食サービス、外出支援サービス、自宅 とりハビリ教室会場間のタクシーによる送迎、高齢者住宅整備資金貸与、生活管理指導員派遣、生きがい活動支援通所、軽度 生活援助、家族介護慰労金の支給、介護支援用具給付、介護用品給付、訪問理美容費助成、徘徊高齢者等家族支援サービス)
C 拠点 (飯形市)	(老人ホームヘルプサービス、老人デイサービス、生活支援短期入所、家族介護用品支給、家族介護慰労金支給、配食サービ ス、緊急時通報システム、ねたきり老人手当)
D 拠点 (引佐町)	(生活管理指導員派遣、高齢者生きがいデイサービス、生活管理指導短期宿泊、食事サービス(月～土)、緊急通報システム、 バス・タクシー移動支援、家族介護者への介護手当、通院用タクシー利用助成、介護用品支給、老人生活用具給付)
E 拠点 (佐久間町)	(生活管理指導員派遣、生活管理指導短期宿泊、生きがい活動支援通所、高齢者福祉センター運営、在宅介護支援センター運営、 転倒・骨折予防教室アクティビティ・認知症介護教室、緊急通報体制等整備、日常生活用具給付、在宅介護手当で支給、針灸 マッサージ費助成、寝たきり老人等紙オムツ購入費助成、配食サービス(1食 300 円/火金))
F 拠点 (下山村)	生きがい活動支援通所：まどいの丘で。65 歳以上の人がカラオケなど。利用者にとっては 1/週、地域を分けて送迎バスで迎 えに行く。センターとしては 3/週。配食サービス：1/週、曜日ごとに地区が変わる。ふれあい会食 2/年 独居 70 歳以上、 老夫婦二人とも 80 歳以上。介護予防教室、緊急通報システム、寝具洗濯乾燥消毒、生活管理指導員派遣、生活管理指導短 期宿泊
G 拠点 (雨知多町)	一人暮らし給食サービス、日常生活支援事業、緊急通報装置、寝具洗濯乾燥、紙おむつ購入費補助、在宅ねたきり老人等防 問歯科診療、生きがい活動支援通所事業(島では)利用者にとっては 1/週。篠島は木曜日、日間賀島は火、金曜。介 護保険前の人の利用が前提であるが、島には DS がいないため要介護 2 までは対応している。入浴、食事。島の人にとってはか けがえのないサービス。b) 合併となると無くなる恐れも。日常生活支援事業：1 回、1 時間/週
H 拠点 (吉良町)	配食サービス、独居者対象、水/土(老人憩の家ミニデイサービス、出張理容サービス、介護用品の支給、寝具類等洗濯、 食の自立支援(給食サービス)、緊急通報装置設置、友愛訪問、軽度生活援助(ホームヘルパー派遣)、在宅老人短期介護(シ ョートステイ)、介護支援センター、ねたきり老人等福祉手当、車椅子貸与、日常生活用具給付)
I 拠点 (東栄町)	(電話にて役場に問い合わせたが回答得られず)
J 拠点 (稲武町)	生活管理指導員派遣：要介護にあたらぬ人に対する生活支援。ヘルパーが 1/週。配食サービス火、木、金 ケア担当者会 議で必要性が認められた人だけ。一日 2-3 人+生活支援ハウスに 2 人利用。豊田市合併後、外出や洗濯の事業はなくなる予定。 赤字がつづく事業はほとんどやれなくなる。・生きがい活動、介護予防活動として、かくしゃく、おたっしや(65 歳以上、80 歳以上) 地区ごとに分けて、食事、趣味、転倒予防教室(85 回/年)・軽費生活援助事業：草刈り雪下ろし、家のまわりの面倒など(シ ルバー人材センターに委託)
K 拠点 (設楽町)	移送サービス、家庭奉仕員派遣、ショートステイ、介護用品支給、生きがい活動通所支援、やまびこ福祉電話設置
L 拠点 (岡地町)	(生活管理指導員派遣、生活管理指導短期宿泊、生きがい活動支援通所、老人日常生活用具給付、緊急通報装置給付、介 護用品給付サービス、高齢者など住宅改造助成、在宅高齢者等軽度生活援助、寝具洗濯乾燥消毒、配食サービス(週 3 回)、 入浴サービス、送迎サービス、福祉機器貸与、訪問理容・美容サービス、はいかい高齢者など SOS ネットワークシステム)
M 拠点 (大口市)	市のサービスが高齢者の生活継続の上で大きな役割を果たしている。インフォーマルなサービスは突然にはつくれぬ。大口市は 合併がなくなったので、今後の財源が心配である。あるサービスをベースに増やしていくことはできる。何事も一からは難しい。散 髪なども市から少しでも補助があつてきっかけがあれば、利用する人もボランティアをする人もでてくる。お互いに使いやすくなる。 生きがい活動支援通所、日常生活支援(ケア会議)。介護者に 3000 円/月。配食サービス 独居か老夫婦なら 400 円/回。 土日祭日がないので土日もあるれば良い。要支援の人は、配食と HH で暮らして行く。食事ができることが生きていく基本。a)

5.6.4 ボランティア

ボランティアについては有償ボランティアを行っている拠点と、行っていないところがあり、行っている拠点にはその詳しい内容を、行っていない拠点には地域でのボランティアの活躍についての私感を述べてもらった（表 5-34）。NPOによるボランティアは、移送サービスや、介護支援サービス、配食サービスが中心になっている。特にB・C拠点は、ボランティアサービスからスタートした拠点であるため、その利用者も多いようである。内容は、「買物のつきそい、役所への同行、銀行同行、通院^{表 5-34-a)}」「お花見やねたきりの人が子の家に行きたいなどにも使える^{表 5-34-b)}」といった移送サービスや、「介護保険の限度額をオーバーした人、家事のかわり^{表 5-34-c)}」という意味あいからの介護支援サービスなどが多いようである。

加えて、電話をかけるボランティア、声かけサービス「状態の悪そうな人の情報が入ってきたら、ヘルパーがその近隣に行くついでに様子を見に行き、声をかける^{表 5-34-d)}」という無償のサービスも見られた。

上記がいわば職員によるボランティアである一方、L拠点ではL拠点のデイサービスに無償で物作りを教えに来る高齢者、御飯づくりに来る高齢者^{表 5-34-e)}といった、元気な高齢者が個人で行っているボランティア活動が聞かれた。このように、元気な高齢者がボランティアという名目でデイサービスの場に足繁く通うことは、「ボランティアの人も来るのを楽しみにしている^{表 5-34-f)}」といったようにつながりを形成していく上で、ボランティア本人にも、利用者にも良い効果を生み出していると思われた。

上記のとおり、ボランティアサービスとして次のようなものが見られた。

・職員によるボランティア

介護保険等の公的サービスに類似するが、より融通性の高いもの（有償）：移送サービス、介護支援サービス、配食サービス

見守り的なサービス（無償）：電話サービス、声かけサービス

・元気高齢者による個人的なボランティア（無償）

デイサービスでの物作り指導、御飯炊き

表 5-34 拠点リーダーへのヒアリング結果（ボランティア）

	ボランティアについて（*ABC拠点はNPO団体で自らの行っている有償ボランティア活動について語っている。その他の拠点は地域にあるボランティア活動について知っている範囲内で回答している。）
A 拠点 （藤沢町）	<p>・福祉送迎サービス：協力会員による。軽自動車1台、中型2代 殆どは通院に利用されているa)が、お花見やねたきりの人が子の家に行きたいなどにも使える。b)1回1時間以内で片道300円、町外の方は400円。送迎に家族か協力会員かHHが付きそう形。</p> <p>・軽度生活援助事業：協力会員による食事づくり、掃除など。今は町の委託事業のみ。</p> <p>・宅老所事業：お茶のみを2回/月。地区ごとに増えて、今は19カ所で同様な活動が自治会館などで行われている。高齢者の様々なふれあいの場となっている。</p> <p>・居宅介護支援事業 ・食事介護職員派遣：老健と病院に、朝昼夜の食事の介助（つきそっている）のボランティア</p> <p>・生きがい事業：身障、独居高齢者、一般の人をそれぞれ対象として旅行 ・福祉機器貸出</p> <p>協力会員の確保が難しい。ヘルパーは協力会員と兼ねない。利用会員の希望の時間に協力会員を確保するのが難しい。コーディネートが困難。利用会員ばかりが増える。</p> <p>協力会員には、利用会員の負担金300円+ボランティア活動費400円=700円を支払っているが、ボランティア活動費の財源も難しい。追々ノ関市と合併すると町独自のサービスができなくなり細かいサービスに手がとどかなくなってくるだろう。</p> <p>又、400円の利用会員負担も、福祉年金世帯は支払いが困難であり利用できないケースも。</p>
B 拠点 （北茨城市）	<p>ふれあいチケット：30分400円、60分800円（買物のつきそい、役所への同行、銀行同行、通院などa)）</p> <p>介護支援サービス（介護保険と同等で限度額を超えた人用）：30分1000円。当初はふれあいチケットと同等で行っていたが、月によって利用限度を超える日が違って、予測できずヘルパーが先に行くか後に行くかで同じ作業でも給料が違うというのは上手いかなかったため、ヘルパーには同じ給料にして支払っている。</p> <p>お電話：ボランティアの人に、週3日ぐらい事務所の電話を使って、好きな時間帯に電話を次々とかけてもらう。</p> <p>こえかけサービス：状態の悪そうな人の情報が入ってきたら、ヘルパーがその近隣に行くついでに様子を見に行き声をかける。d)</p>
C 拠点 （飯能市）	<p>助け合いサービスの介護(800円/時間)の利用者は、介護保険の限度額をオーバーした人、かつて家事をやっていた(主婦だった)ため、そのかわりをやってもらうといった利用。c)</p> <p>配食サービス 40食/日</p> <p>移送サービス：今は、介護保険の通院(身体介助)+距離毎ガス代(30円/km)で、移動時間の請求はしていない。ヘルパーには、時間給で支払う。ボランティア時間と介護保険時間で給料違う。又、乗降介助だけの場合は1000円/回。</p> <p>買物は、移送+同行。荷物がもてない場合が殆どで、同行するのが好ましい。</p> <p>吾野で地域通貨の立ち上げをしている人がいる</p>
D 引 佐町）	あまり詳しく知らない
E 拠点 （佐久間町）	<p>社協：「さわやかランチ」配食サービス(300円 週2回)ただし、山間部まで届けているか疑問。地区ごとに月一度「お食事サロン」を開催。 JA:ふれあいサロン(食事会、お話し、レク)</p> <p>その他：運転ボランティア、お元気コールボランティア などがある。</p>
F 下 山村)	あまり詳しく知らない
G 拠点 （南知多町）	殆どない気がする。
H 拠点 （吉良町）	町が主体で盛ん。
I 拠点 （東栄町）	ボランティアによる配食サービス 1/週 奥まで届けるのが大変。あるらしい。
J 拠点 （福武町）	ふれあい給食1/月：独居高齢者にお弁当をとどける。その食事づくりもボランティア。
K 拠点 （設楽町）	立ち後れていると感じている。配食ボランティアを週1回。民生委員の申告に基づいて判断。本人200円+町200円+社協200円で、作る人と配る人はボランティア。約20人が利用。食生活改善グループ。独居+老夫婦75歳以上、200世帯年三回配食。年三回給食会。老人クラブの友愛訪問は断ち切れている。民生委員は一人でカバーするエリアが大きい。
L 拠点 （岡垣町）	<p>L拠点では、独居の人の食事会、さけものを作りたい人のために1回/月は一般開放している。お正月はおせちボランティア。春には花祭りを行い、地域の人と交流する。町の人ハワイアンダンスを披露に来てくれたりする。地域の人「牡丹を見に来て下さい」などと声をかけてくれる。絵手紙とさげものの展示会を行い、趣味のつながりもある。町の福祉ネットワークづくりの上で、拠点としての役割を意識している。 又、DSに、無償ボランティアでご飯を炊きに来てくれたり、ものづくりを教えに来てくれたり、紙芝居や歌を歌いに来る。e)80才代のボランティアが多い。ボランティアの人もあるのを楽しみにしてきている。</p>
M 拠点 （大口市）	社協を中心にボランティア団体はある。登録者は多いが60歳以上で高齢のため、実際にはどのような活動ができるか。ボランティア意識が浸透していない。ボランティアは集まっても指示待ちで、自らは何をしたら良いのかわからない。ボランティア講座にもたくさんくる。ボランティアは団体でやるものと誤解している。もっと身近なところから1人でもできることが分かっていない様子だ。

5.6.5 地域で求められるサポート

地域に欲しいサポートとして最も多くあげられたのは移送サービス(表 5-35-a) と福祉バス(表 5-35-b) という移動のサポートであった。「通院がどんどん増えている。山間でバス亭まで行けず、タクシーを呼んでも乗るところ、坂をつきそうというところまでは助けてもらえない。(表 5-35-m)」「交通機関がない。買物が困る。小売店はどんどんなくなり、配達する業者もない。昔は電話をすれば届けてくれるというようなこともあったが、今はそういう店がつぶれている。洗剤などの腐らない物を扱う日用品店はあっても、食料品を扱う店は特に先につぶれていく。「自立」の人でも、高齢者にとっては歩いて行けないところに店がある。(表 5-35-n)」など、通院や買物などに交通機関がなくて困っている地域の高齢者の姿を反映している。

その他には、地域ごとに、介護保険サービスで市町村内に用意されていないものを求める声も多い。すなわち 24 時間の訪問介護(表 5-35-c) や訪問リハビリ(表 5-35-d)、デイケア(表 5-35-e)、デイサービス(表 5-35-f)、施設(表 5-35-g)、ショート(表 5-35-h) などである。特に離島部ではその声が強かった。

更に、生活施設の利用が不便な土地柄である故に、「地理的に床屋に連れて行けない人がいる(表 5-35-i)」ので整髪などのサービスも必要である、「庭や道に出るところまでは転倒防止のために雪払いも必要(表 5-35-j)」、「生活水の確保、除草、休耕地の管理(表 5-35-k)」も高齢者の困っている問題であり、対処が必要という発言が見られた。

これらの地域の声は「全国一律で在宅サービスの基準を設けても地域的にあてはまらない。地域色を考慮して欲しい。地域でサービスを考えたい。使えるお金がない。(表 5-35-l)」という言葉に集約されるようだ。

表 5-35 拠点リーダーへのヒアリング結果（地域に現在なくて欲しいサポート）

	地域に現在なくて欲しいサポート、不足しているサポート、地域特有のニーズ
A 拠点 (藤沢町)	介護保険の要支援にもならない高齢夫婦世帯をどう支えるかも課題である。 生活空間、日常生活に支障をきたしているもの、 <u>水道の普及などの生活水確保、除草、休耕地の管理</u> k)、買物、官公庁への届け出（民生委員がある程度対応）など。
B 拠点 (北茨城市)	町内会や消防団はあるが、地域からなくなったサポートが多いのではないかと。文化的なもの、やさしさ、足りないのは「もの」ではなく、様々な繋がりが無くなったのではないかと。
C 拠点 (飯能市)	24時間のHH。 c) 移送サービスのニーズは高まる傾向。 a) 通院がどんどん増えている。山間でバス亭まで行けず、タクシーを呼んでも乗るところ、坂をつきそうというところまでは助けてもらえない。 m)
D 拠点 (引佐町)	
E 拠点 (佐久間町)	
F 拠点 (下山村)	
G 拠点 (南知多町)	(町) 移送サービスが必要ではないか。 a) 交通機関がない。買物が困る。小売店はどんどんなくなり、配達する業者もない。昔は電話をすれば届けてくれるというようなこともあったが、今はそういう店がつぶれている。洗剤などの腐らない物を扱う日用品店はあるが、食料品を扱う店は特に先につぶれていく。「自立」の人でも、高齢者にとっては歩いて行けないところに店がある。 n) 巡回バスはない。例) Aさん：山海地区には食料品店がなく、内海まで自転車で出かけて行くが、83歳ともなってくると危ない。近所の人が「あんな危ない人に、自転車で買物行かせとる」自動車をはねても自動車側が気の毒という風潮。しかし、本人は物を自分の目でみて買いたい。内海にも1、2軒しか食料品店はない。 (島) DSがない。 f) 合併後は生きがいDSもなくなるかもしれない。島で集まる場所がない。2-3日のかんたんなショートが欲しい。本土のショートが使えというが、師崎まで行くのが大変である。島の中までショート車が来てくれれば良い。DSもショートも家の前まで迎えに来てくれない。「旅館で空いているところはたくさんあるから、みなさんで開いたらどうですか?」「勇気がない」車やバイクで行けないところ、家まで階段というところが多く、車いすでも連れ出してあげたいけれど、おんぶしておろす人がいないと連れ出せない。歩けなくなると生きがいDSにも来られない。救急車も霊柩車も師崎まで。診療所は夜間は医師が不在。
H 拠点 (吉良町)	夜間の訪問介護は必要だろう。 c) ショートが自分の町にあると良いだろう。 h)
I 拠点 (真栄町)	家族にしてみれば、やれることは家族がやるという雰囲気、在宅で支えるのがしんどい。やはり入所施設が欲しい。 g) 入所は安いところほど助かる。
J 拠点 (稲武町)	雪かきは、シルバー人材派遣センターが行っているが地域に必要なサポートである。一般家庭用と、高齢者のための町の委託の両方があるが、町の委託による雪かきは限られた人しか使えない。買物が遠い人が多い。遠いから電話で注文を聞いて、料金をたてかえて買って行く（わざわざお金を預かりに行くが大変。）
K 拠点 (設楽町)	リハビリのサービスが欲しい。訪問リハ、 d) DCが近所にない。 e) そのぶんDSに振り替えている。 移送サービス a)：町のサービスがあるが、誰でも使えるわけではない。もう少し色々な人が使えないか。 地域地区ごとに人材を組織化、システム化できないか。 老老介護で入浴介助困難につき入浴介助のニーズが高い。買物は訪問前に電話をして買って行く。買物利用多い。病院の薬をもらってきてというのもある。地域に店が無い。通院介助はあまりない。地域的に、床屋に連れて行けない人がいるので、散髪は行うことがはずせない。 i) 爪切りも老老介護だとやおえない。雪下ろしまでには至らないが、庭や道に出るところまで転倒防止のために雪払いをすることもある。 j) 雪下ろしをシルバーに頼むとお金がかかる。 (関連意見) 全国一律で在宅サービスの基準を設けても地域的にあてはまらない。地域色を考慮して欲しい。地域でサービスを考えたい。 l) 自前サービスやサロンなども考えたいし、空屋はいっぱいあるが、使えるお金がない。
L 拠点 (岡垣町)	福祉バスなどの交通手段が必要ではないか。 b) お店は近くにないし、タクシーは高い。
M 拠点 (大口市)	通院移送サービスが欲しい。 a) タクシーは高い。

5.7 まとめ

本章では、拠点リーダーや高齢者へのヒアリング結果を中心に拠点過疎地域の様子を明らかにしてきた。それぞれの地域に個々の背景があり、抱える問題は様々であったが、その実態と課題を抽出し、各地域で見られた解決の糸口について総括していく。

5.7.1 拠点過疎地域の抱える問題

本分析では、地理的条件や過疎化といった拠点過疎地域の独特の状況によって、高齢者が抱えるいくつかの問題点を抽出した(図 5-16) 註 5-11。

様々な過疎化現象の中で、特に高齢者の生活に大きな影響を与えている要因は次のようなことであった。

- ・生活が車に依存して成立している
- ・若い人が町から出て行く
- ・家が点在している
- ・集落間が離れている

又、地理的条件としては次の項目が大きく影響していた。

- ・集落間が山や森、坂で分断されている
- ・道路から家の玄関までが山道・坂道
- ・季節によって道が凍結
- ・夜間は、崖地など車の交通が危険

一般の人は、これらの生活の困難さを、車利用や、身体能力で補うことができるが、高齢者は「車が運転できない」「歩行能力が低下し、山道を歩けない」といった身体能力の変化とともに、補いようもなくなり、次のような問題が生じてくる。

- a) 買物・整髪など生活上の困難
- b) 集落での孤立
- c) 家から外に出られない＝デイサービスが利用できない
- d) 季節・時間によってヘルパーが寄りつけない

また、サービス提供側は、運営上次のような問題を抱えざるをえない。

- e) 利用者が離れているため移動時間が大きい
- f) 利用者が集まらない
- g) サテライト展開が難しい

ただし、これらの諸問題に対して、全くなすすべが無いというのではなく、地域の中において様々な解決努力・緩和努力が行われている。完全な解決とは言えないまでも、一定の効果がある方法もあり、次にそれを見ていくこととする。

註 5-11 豪雪地域では、ここで取り上げる問題に加えて、気象条件に因る問題も大きいと考えられるが、調査対象はいづれも豪雪地域ではなく、それについてはここでは分析されていない。

まずこれらの地域において、「a) 買物・整髪など生活上の困難」を、どのように解決しようとしていたであろうか。解決策として重要性が訴えられたのは、地域独自の市町村サービスの充実や、移送サービス・福祉バスなどの移動サービスの充実であった。又、地域の人々の助け合いでこれを解決しようとする様子も伺われた。これについては5.7.2にて改めて考察する。

また「b) 集落での孤立」については、緊急通報装置の設置やヘルパーの頻繁な訪問、ボランティアによる声かけ、安心電話といった見守り、地域の人々の訪問などが有効であり、地理条件によっては実行に移されていた。しかし、ヘルパーの頻繁な訪問や、ボランティアにも限度もあり、転居の余儀がない場合には、生活支援ハウスのような町村内の中間的な住形態も、見知った地区の

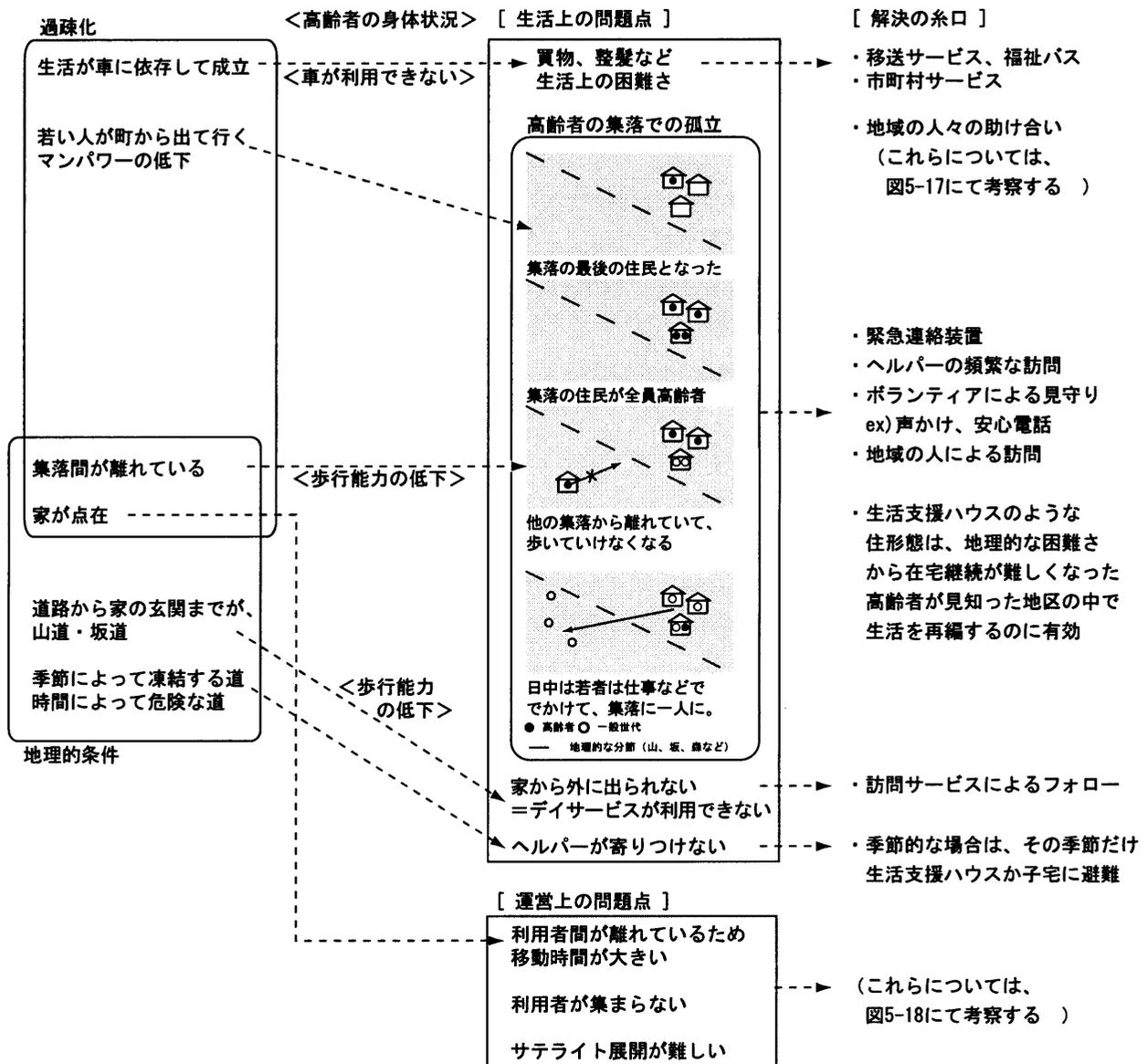


図 5-16 地域の状況とそれによって生じる問題点

中で生活を再編していくにあたり、有効に活用されていた。「d) 季節的にヘルパーが寄りつけない」場合も、生活支援ハウスへの一時的な避難は有効であった。

「c) 家から外に出られない」という問題はどうか。抜本的には、家から道路までの空間整備などが好ましいのであろうが、補完的に訪問サービスでフォローするより他はない未解決の状況であった。

さて、サービス提供側が運営上抱える e) ～ g) などの問題については、各拠点毎に様々に工夫がなされており、それについては 5.7.3 にて考察を行うこととする。

5.7.2 地域と結びついた高齢者の姿

ここでは、5.7.1 でまとめた問題解決の糸口として、地域での結びつきや、習慣、知恵が何らかの役割を果たしていることについて考察する。

発言の中から、拠点過疎地域において共通に、良くも悪くも”土地ならではの文化”とでも言えるような独特な環境があることが抽出された。概略化すれば、以下のようなものである。

- ・職と住が近接していた→土地に対する愛着と誇りを持っている
- ・多少の不自由さはあたりまえという忍耐強さがある
- ・ぎりぎりまで我慢する
- ・介護サービス利用に他人の目を気にする
- ・近隣に親戚が多い
- ・お互いの家の中までも良く知っているような近隣関係

これらによって、かねてから地域の人々は様々に「生活を成立させる知恵」を蓄積しているようである。そのいくつかをあげると、以下のようなものであった。

- ・食べ物、畑で自給自足（職住近接の継続）
- ・配達販売も利用
- ・地域の人々の助け合い
 - －子や近隣が買物をしてくれる
 - －買物や病院に行く時に車に乗せてもらう
 - －困ったときはすぐに訪問
 - －食事のおすそわけ

地域の人々の助け合う関係は、例えば「結」など職を通してお互いに助け合ってきた精神の延長に継続されている関係性である。

かように高齢者世代は地域の人と深く結びついて生活してい

る。そのことは力になると同時に、時には逆にも働く。あるヘルパーはそれを「シグナルはいつも（本人よりもむしろ）まわりの人から来る」と表したが、その様子を以下にまとめる。

- ・ 地域の人が高齢者を気にかけている。(ex. 雨戸が閉まったままかをチェック、毎朝見に行く、訪問する)
- ・ 民生委員が活発
- ・ 地域の人々の意向で施設転居をすることも多い
(例. 地域の人々が、山中で独居で火の始末もままならないのを見過ごさない)

ここでは拠点過疎地域において、かねてから蓄積されてきた生活の知恵や、地域の人々の結びつきは依然強く、それらが大きな力になっていることが分かった。しかし状況によってはそれが保守的な習慣としてマイナスの力にも働いている。

拠点過疎地域での問題解決には、これらの地域の知恵を保ち、良い方向に活用していくことが有効と言えよう。

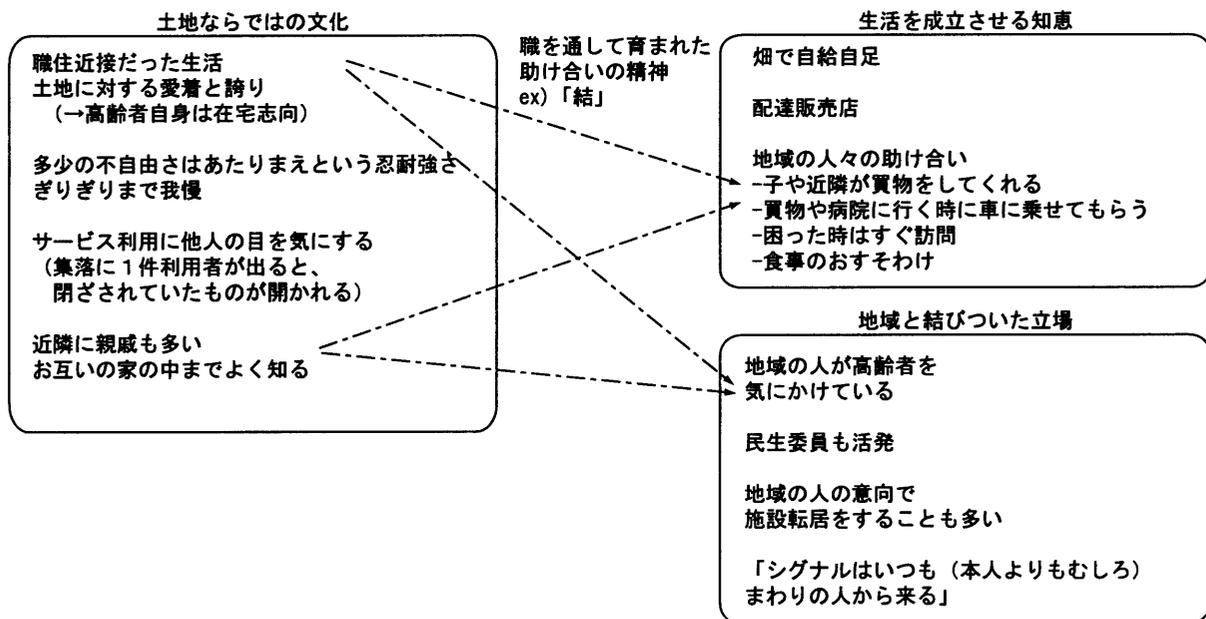


図 5-17 地域と結びついた高齢者

5.7.3 サービス提供側の工夫

前項では、地域の人々の工夫の様子を見たが、ここではサービス提供側がどのような工夫を行っているかを、まとめる。

当該地域のサービス提供者が抱える困難は、移動コストと、利用者の離散の問題であり、5.7.1にて指摘したとおりである。これを解決するために、サービス提供圏の運営上、各拠点は様々な工夫を行っていた。それをまとめると、以下のとおりである。

- a) 提供圏を制限、各拠点間の縄張りをはっきりさせている
→無制限に提供圏を広げない。
- b) 直行直帰の職員採用やエリア区分によって移動コストを押しさえている。
- c) 集落内、島内といった小地区の中でヘルパー養成講座によってヘルパーを育てている。

特に、b)の直行直帰とエリア区分による移動コストの削減は地域性に合わせて、大きく4つのバリエーションがあった（詳しくは5.3.2項にて述べた）。エリア区分は利用者とヘルパーの関係

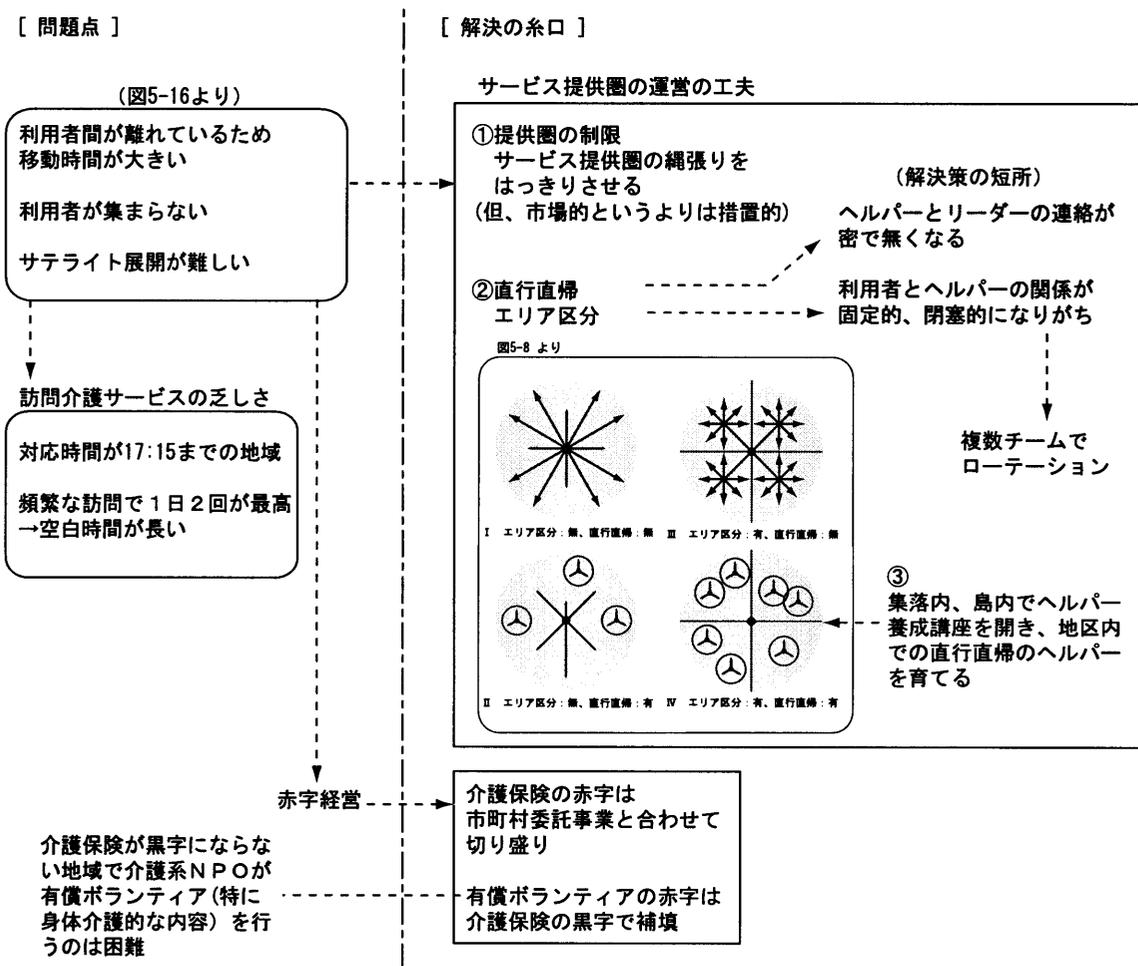


図 5-18 運営上の問題点と解決の糸口

が固定的・閉塞的になるという短所があるため、複数チームでローテーションをするなどの工夫も行われていた。

このように、様々な形で移動コストを押さえる工夫の方法を見ることができた。

ただし、これらの運営の工夫を行ってなお、以下の状況が課題として残っている。

- ・拠点の半数近くが赤字経営
- ・訪問介護サービスの質が、訪問時間・訪問回数の面で高齢者の在宅生活を支える上で十分とは言えないレベルに留まっている拠点も多い

さらなる解決方法が求められる。

5.7.4 高齢者の転居原因と対処

最後に、拠点過疎地域で、高齢者がどのような原因で転居に至っているのか、そしてそれに対してどのような取り組みが行われていたのかをまとめる。

高齢者の転居要因を概括すると以下のものであった。

a) 子同居世帯の高齢者：子の介護疲れによって施設へ

b) 単独世帯の高齢者：

主に認知症により火の始末や排泄が自分でできちんとできなくなった時に転居を迫られる

一度入院すると、再発不安から地域での在宅生活に戻れなくなり施設へ

c) 高齢夫婦世帯の高齢者：

片方が病院へ行くと2人でやってきたバランスが崩れ、もう1人も施設へ

この中で、子の介護疲れによって施設へ行く a) の場合は、いかにレスパイトが行われるかで施設転居を防ぐ可能性が指摘され

[高齢者の転居の原因]

子同居：子が介護疲れ

独居：
火の始末や排泄が自分でできなくなるとできなくなる（認知度低下）

一度入院すると子が不安に思い施設転居をすすめる

高齢夫婦：
片方が病院へ行くと2人でやってきたバランスが崩れ、もう1人も施設へ

本人のADLが十分に残存しているにもかかわらず、社会的因子から施設転居を余儀なくされる（しかもその立地は往々にして市町村外である）

[解決の糸口]

通所介護との連携

入退院後、再発を恐れて在宅に戻れない、あるいは配偶者の入院に伴って在宅継続ができなくなる場合、生活支援ハウスのような中間的な住居形態を選択肢として提示

- ・ 町村の中心にある。→買物など生活施設が近くにある。町の友人が訪問しやすい
- ・ 訪問介護拠点が隣接→ヘルパーが朝夕の声かけ。いざと言うときに山間部より安心。

図 5-19 転居原因と解決の糸口

る。これは、拠点過疎地域に限った問題ではないが、特に土地柄から介護者もぎりぎりまで頑張る、家族介護があたりまえといった風潮もあり、通所介護との兼ね合いを上手くとることでレスパイトケアを行う必要性がある。

一方、単独世帯や高齢夫婦世帯では、地域的条件の困難さから、多少のバランスが崩れることでも転居に至るケースがみられた。問題なのは、本人のADLが十分に残存しているにもかかわらず、市町村内に入所施設も含め様々なサービスが欠落していることから、ひと飛びに「転居＝市町村外へ行き、今までの地域的なつながりから断絶される」という状況であろう。都心以上に遠方に転居せざるを得なくなるのは言うまでもない。そういった状況の中で生活支援ハウスを持つ町の例では、そこに転居した高齢者が同じ町内で生活を再編している姿が見られた。その利点は、町の中心にあるため日常生活が容易で過去との連続性もある、訪問介護拠点が近接しているためいざというときに安心であるといったことである。このような中間的な住形態の見直しを行っていくことは対策に値すると考えられる。

高齢者の転居を防ぐ、あるいは地理的条件によるやむをえない転居に対処する方策として、訪問サービスの充実もさることながら、通所介護との連携、中間的な住形態の見直しも重要である。

Chapter 6

研究の総括と今後の課題

本論文では、在宅サービスの中でも訪問介護と訪問看護に注目し、その地域配置計画上の知見を得ることを目的として、研究を進めてきた。特に、当該の課題については既往研究が少なく、全国を網羅するものが無かったため、第1にその全体的な傾向を把握し問題点を抽出すること、第2にサービス提供圏の大きさと高齢者へ届けられるサービスの質との関係性を明らかにし、望ましい方向性を導き出すことを行った。

本章では、6.1にて得られた結論を総括し、6.2にて今後の地域における拠点配置計画の方向性について試論を述べることとする。

6.1 総括

6.1.1 全国の訪問介護・看護拠点のサービス提供圏の現状の大きさ

Chapter 2において、全国の訪問介護・看護拠点のサービス提供圏の現状が把握された。特に以下の点が明らかになった。

- a) 「最も遠い利用者宅までの拠点からの距離」(サービス提供圏)の4分位範囲(25%~75%)は、訪問介護・訪問看護とも8~20km、80%カバー範囲(10%~90%)は、訪問介護が5~30km、訪問看護が4.5~30kmであった。
- b) 「最も遠い利用者宅までの拠点からの時間」の最頻値は、訪問介護・訪問看護ともに20分であり、下側4分位点も20分とそれ以下の回答は少ないことから、時間距離にして20分を目処にサービス提供圏を拡大する拠点多い。
- c) サービス提供圏の大きさは、拠点所在地の人口密度の影響を受けている。

6.1.2 サービス提供圏の大きさがサービスの質に及ぼす影響

Chapter 3において、日本での平均的な事例と、デンマークでの事例を比較するなかで、以下のことが明らかになった。

- a) デンマーク事例が計画的に1km以下の圏域ごとにチーム分けを行ってサービスを展開しているのに比べ、日本のサービス提供圏は前述の通り、4分位範囲(25%~75%)8~20kmと遙かに大きい。
- b) サービス提供圏が大きな場合、移動時間が足かせになり訪問回数が重ねられない。反対にサービス提供圏が小さいデンマークの場合、「より小刻みで頻繁」な訪問が可能となっていた。加え

て1日の訪問時間合計が同じであっても、朝から夜までのカバー（見守り）時間を長く取ることができていた。

c) 利用者によって、望まれるサービスの形が異なるが、大別すれば以下のことが指摘される。

- ・ 独居高齢者の場合は、見守り、安心感のため、あるいは基本的な生活（朝昼晩の食・衛生・排泄など）を確保するためも重度になればなるほど、小刻みで頻繁な訪問が朝から夜まで、できるだけ長いカバー時間で行われることが必要となる。
- ・ 同居家族が日中も介護を行っている場合は、家族が見守りを行うため、訪問時間は必ずしも小刻みである必要はない。（ただし、介護者が高齢で、かつ利用者が重度の場合は、オムツ交換などのため頻繁な訪問も必要である。）
- ・ 昼間独居の高齢者は、夜間以外の時間について独居高齢者と同じ傾向がある。

d) 以上から、今後世帯推計予測のとおり単独世帯・高齢夫婦世帯が急増すると、「小刻みかつ頻繁でカバー時間が長い」サービスのニーズがますます高まると予測され、それらに対応できるサービスの柔軟性、機動力が求められよう。

e) 日本において、小刻みな訪問が実現されないもう1つの理由として介護保険の報酬が30分毎で評価されるなどの制度的要因もあげられる。

f) その他デンマークの特徴として、訪問介護と訪問看護の統合、時間帯毎の圏域サイズの変化など、があげられる。訪問介護と訪問看護が統合していることで、両者の連携が良くなり片側依存を防げる。利用者にとってより一体性のあるサービスが展開できると共に、訪問看護が効果的に利用できるといった利点がある。

今後の高齢単世代世帯化を考えると、高齢者が地域で生活を続けていくためには、基本的な生活確保のための早朝夜間サービスの充実の必要性や、安心面／精神面でのサポートといった意味でも、小刻みかつ頻繁でカバー時間が長いサービスにも対応可能な柔軟性、機動力がサービス拠点に求められる。そのためには、移動時間を小さくすることが必要であり、サービス提供圏の大きさを適切にコントロールする必要があるのではないかと。

6.1.3 全国の訪問介護・訪問看護の地域配置の現状とその問題点

Chapter 4では、地図上に訪問介護・訪問看護拠点をプロットしていくことで、以下の点が指摘された。

a) 一定距離内におけるサービス拠点数の地域格差

訪問介護では居住地より 20km 以内に拠点が 1 つ以下しかない高齢者が約 4.5 万人居る一方で、5km 以内に 101 以上の拠点を持つ人が約 346 万人居ることが分かった。利用者の立場から見て、かように地域によって一定距離内にある拠点数に大きな格差があることが分かった。同様の地域格差が訪問看護ステーションについても確認された。

b) 拠点の地域配置概況

Chapter 4 において、地域別の拠点整備が地図上（資料編 図 II -1 ~ II -6）と県別整備状況表（表 4-1 ~ 4-4）、グループ別整備状況のグラフ（図 4-5 ~ 4-28）にて明らかにされた。地図は現状の拠点配置において、どの地区がサービス利用に不利であるかを俯瞰する上で有用である。又、導き出された表中の数値も、各県の概況を知る上で有用である。

全体的には、訪問介護にて、半径 20km 円を拠点のサービス提供圏と想定したとき、利用者へ選択の余地がない地区（=カバー拠点数 1 以下）の面積は 0.9% であり、半径 20km 円でのカバー環境はほぼ整備されつつあると考えられる。

一方で、半径 5km 円想定ではカバー拠点数 1 以下の地域が 39.2% であった。高齢者や幼児の徒歩限界は半径 2 - 4km とされる中で、訪問サービス提供圏を利用者の生活圏域の大きさに近づけていくには道程が遠いことが明らかになった。

訪問看護ステーションについて同様に見て行くと、半径 20km 円想定でカバー拠点数 1 以下の地区が 9.5% がある。それらの地域では病院・診療所等による訪問看護がどれだけ有効に提供されているかが鍵と言える。

c) 拠点数が少ない地域における公の役割

訪問介護のサービス拠点数が少ない地域をサポートしているのは、主に社協であり、社会福祉法人であり、地方公共団体であることが分かった。これは拠点全体に対する経営主体別構成割合と全く異なる。即ち、サービス拠点数が増加しない地域のサポートは、依然として公共性の高い主体が行っており、営利法人や NPO などが経営を成り立たせることが難しい状況が伺われた。

6.1.4 拠点過疎地域の実態

Chapter 4 では拠点配置状況の地域格差の大きさが明らかになったが、サービス提供圏サイズを小さくしていくことを考える時、拠点数が疎な地域の整備は容易には行かないことが想像される。そこで Chapter 5 ではそれら拠点過疎地域を対象に、拠点リーダーや高齢者へのヒアリングから、それらの地域の実態と課題を抽

出していった。図 6-1 と以下に整理する。

a) 拠点過疎地域の状況

拠点過疎地域には高齢者を取りまく独特の状況が見られた。その中でも、高齢者の生活に大きな影響を与えている状況は、以下のようなものであった。

- ・過疎化の問題が進行している。すなわち、
 - 一般の人の生活が車に依存して成立している
 - 若い人が町から出て行く
 - 集落間が離れている
 - 家が点在している
- ・地理的な条件が厳しい
 - 車道から家の玄関までが、山道・坂道
 - 季節によって凍結する道、夜間危険な道
- ・土地ならではの文化・習慣が残されている
- ・高齢者は地域と結びついた立場である

b) 生活上の問題点

上記のような環境の中で、高齢者が「車に乗れなくなる」「山道が歩けなくなる」といった身体状況の変化も重なり、生活上様々な問題が発生していた。その主なものは以下のとおりであった。

- ・車に乗れなくなると買物や整髪など日常生活上の用が足せなくなり、生活困難に陥る
- ・集落で孤立する
- ・家から外に出られなくなる（デイサービスにさえ行けない）
- ・ヘルパーの訪問が受けられない

c) 運営上の問題点

一方、サービスを提供する側も、拠点過疎地域特有の環境から運営上困難な問題を抱えていた。それは、以下のとおりである。

- ・利用者が集まらない
- ・利用者間が離れているため、移動時間が大きい
- ・利用者が離れて点在するため、新たなサテライト展開が難しい
- ・赤字経営を迫られる

d) 在宅生活継続を目指した解決の糸口

そこで、地域ではこれらの問題を解決するべく様々な取り組みが成されていた。

例えば、生活上の困難さをカバーするにあたっては、かねてから職を通して育まれてきた「地域の人々の助け合い」の関係などが、現在も残っており、活用されていた。

又、地域別に差はあるものの、市町村サービスやボランティア

〔拠点過疎地域の環境〕

“土地ならではの”文化・習慣が残る
地域と結びついた高齢者の立場

過疎化

生活が車に依存して成立

若い人が町から出て行くマンパワーの低下

集落間が離れている
家が点在

道路から家の玄関までが、
山道・坂道

季節によって凍結する道
時間によって危険な道

地理的条件

- 高齢者の身体状況
- 車が利用できない
- 歩行能力の低下
- 歩行能力の低下

〔生活上の問題点〕

買物、登壇など生活上の困難さ

高齢者の集落での孤立

- ・集落の最後の住民となった
- ・集落の住民が全員高齢者
- ・他の集落から離れていて、歩いていけない
- ・日中は若者は仕事などでかけて、集落に一人に。

家から外に出られない
=デイサービスが利用できない
<限界①>

ヘルパーが寄りつけない
<限界②>

〔運営上の問題点〕

利用者が集まらない

訪問系サービスにおいて
利用者間が離れているため
移動時間が大きい

サテライト展開が難しい

赤字経営

〔在宅生活継続を目指した、解決の糸口〕

通所介護との連携

レスパイトの重要性

生活を成立させる知恵
・地域の人々の助け合い

移送サービス、福祉バス
・市町村サービス

地域の人による訪問
・緊急連絡装置
・ボランティアによる見守り
ex) 声かけ、安心電話
・ヘルパーの頻繁な訪問

訪問サービスによるフォロー

サービス提供圏の運営の工夫

①提供圏の制限
サービス提供圏の綱張りをはっきりさせる
(但、市場的というよりは措置的)

②直行直帰 (図5-8 参照)
エリア区分
複数チームでローテーション

③集落内、島内でヘルパー養成講座を開き、
地区内での直行直帰のヘルパーを育てる

介護保険の赤字は
市町村委託事業と合わせて切り盛り=町のバックアップ

有償ボランティアの赤字は
介護保険の黒字で補填

〔高齢者の転居の原因〕

子同居：
子が介護疲れ

独居：
火の始末や排泄が自分でできなくなるとできなくなる(認知度低下)

一度入院すると子が不安に思い施設転居をすすめる

高齢夫婦：
片方が病院へ行くと2人でやってきたバランスが崩れ、もう1人も施設へ

本人のADLが十分に残存しているにもかかわらず社会的因子から施設転居を余儀なくされる

(しかもその立地は往々にして市町村外である)

〔残された課題〕

地域から若者が消える中で、これらに期待できる限度がある。 <限界③>

地域内のサービス資源の乏しさ

市町村内に入所施設等が整備されていない。

中間的な住形態の欠落。

訪問介護と通所介護しかない地域もある。

訪問介護サービスの乏しさ <限界④>

左のような工夫を行っているにもかかわらず頻繁な訪問で1日2回が最高→空白時間が長い

<限界⑤>
介護保険が黒字にならない地域で介護系NPOが有償ボランティアを行うのは困難

〔中間的な住形態の利用による解決の糸口〕

入退院後、再発を恐れて在宅に戻れない、あるいは配偶者の入院に伴って在宅継続ができなくなる場合

集落で孤立して在宅継続が難しくなった場合

生活支援ハウスのような中間的な住形態の利用は有効

- ・町村の中心にある。
- ・一見知った土地で、かつてから買物などに来ていた地域生活施設が近くにある。
- ・町の友人が訪問しやすい
- ・訪問介護拠点が隣接→ヘルパーが朝夕の声かけ。いざと言うときに山間部より安心。

季節的な場合は、その季節だけ避難

図 Chapter5 まとめ

の活動も大きな役割を果たしていた。

また、訪問サービス拠点では移動コストを押さえるために以下のような工夫が行われており、一定の効果を上げているように見えた。

- ・提供圏の制限。サービス提供圏のなわばりをはっきりさせる
- ・直行直帰職員の採用
- ・エリア区分（図 5-8 参照）
- ・集落内、島内でのヘルパー養成

又、経営上では、介護保険の赤字を市町村委託事業と合わせて切り盛りしたり、有償ボランティアの赤字については介護保険の黒字から補填するなどを行うことで、拠点を成立させていた。

そして、家族のレスパイトのために、あるいは独居高齢者の孤立時間を短くし、安心感を確保するためには、通所介護との連携・バランスが取られていた。

e) 残された課題

ただし、これらの解決の工夫が成される一方で、依然として課題が残されていた。それを挙げると次のようなことであった。

- ・市町村外に依存しているサービス種が多い。
例えば、入所施設・通所リハビリなどが不整備の市町村が多々ある。
- ・訪問介護拠点では、上記の通り様々な提供圏運営の工夫を行っているにもかかわらず、そのサービス内容が十分なものとはなっていない。例えば、最も頻繁に訪問する利用者でも1日2回が上限で、利用者にとって空白時間が長いなど。
- ・介護保険が黒字にならない地域で、自治体の後ろ盾なくしてNPOが有償ボランティアを行っていくのが難しい。
- ・地域から若者が消えていく過疎化現象の中で、地域の人々の助け合いに期待できる限度がある。

f) 限界点

在宅生活継続を目指して解決を図ろうとするにあたって、拠点過疎地域ではある種の限界点があることも否めない。例えば

- ・家から外に出られなくなるような立地（車道から家の玄関までが、山道・坂道であるなど）
- ・ヘルパーが寄りつけないような立地（道の凍結、山道により）

といった地理的な限界点がまずあげられる。

加えて、上記 e) で残された課題として示した項目も、更なる財源の投入がなければ、訪問介護の訪問頻度を上げるにも各拠点毎にできる努力には限りがあると言わざるを得ない。

g) 高齢者の転居要因と転居の問題点

そのような状況の中における拠点過疎地域での高齢者の転居要

因を探った結果は、大きくまとめれば以下のようなものであった。

- ・子同居世帯の場合：子の介護疲れで施設へ転居をする
- ・単独世帯の場合：認知度低下に伴い、火の始末や排泄が自分でできちんとできなくなる／一度入院をして退院をする際に、再発不安から子に施設転居をすすめられる
- ・高齢夫婦世帯の場合：片方が病院へ行くと2人でやってきたバランスが崩れ、もう1人も施設へ行かざるをえなくなる

これらの転居要因の中には、都市部以上に不便・困難な生活環境が影響している部分が多い。そして、本人のADLが十分に残存しているにもかかわらず、施設転居を余儀なくされ、しかもその施設が往々にして市町村外に立地しているといった問題点があげられる。

h) 中間的な住形態の利用による解決の糸口

上記のような転居に対して、比較的柔軟に利用されていたのが生活支援ハウスであった。即ち、冬期ヘルパーの入れない地域の人が入居したり、山間部で日常生活上、買物などで支障があって在宅継続ができない人が入居したり、集落で孤立した人が入居したりと、安心感や頻繁な見守りがあれば、まだまだ自身で生活を再編して行ける人に利用されていた。その長所は、以下のような点である。

- ・立地が町村の中心である。それによって
 - 生活施設が近くにあり便利であること
 - 町の友人が訪問しやすいこと
 - それが高齢者にとって見知った土地で、かつてから買物などに出てきていた地域であること。
- ・訪問介護拠点が隣接している。それによって、
 - ヘルパーが容易に朝夕に声かけを行えること
 - いざというときに、山間部に居るよりも安心であること

ただし、生活支援ハウスそのものは、制度上は重度の人までが住み続ける場ではない。よって上記の利点を備えたような中間的な住形態を検討することが解決の一つの方法となると考えられた。

6.2 おわりに：今後の在宅訪問サービスの地域配置に関する試論

6.1 項では本研究で得られた成果をまとめ、在宅訪問サービス拠点の地域配置を考えていくために、様々な角度からその状況を明らかにしてきた。しかし、当該テーマは非常に複雑な社会的背景の上に立っている。よって直接的な計画提言を導き出すためには、更なる詳細かつ個別的な検討が求めらよう。

その一方で、本研究を通していくつかの発見もあったため、いささか論に飛躍があるとの誹りを受けるところではあるが、ここでは今後の在宅訪問サービスの地域配置に関する試論・課題を提示して、まとめにかえることとする。

6.2.1 移動時間を短縮する場合の方法と課題

本論文では、今後高齢者が主体的に在宅生活を組み立てて行く上で、訪問サービスにおいて「より小刻みで頻繁な訪問、カバー時間の長い訪問」を可能にする柔軟性・機動力の確保が求められており、それには訪問に伴う移動時間を短縮していくことが必要であるという点について論じてきた。

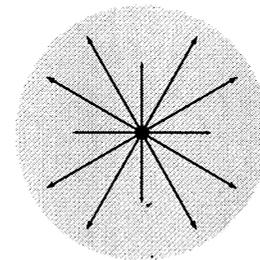
具体的に移動時間を短縮するには、以下の方法があげられる。

- ・第1に、各拠点の担当するサービス提供圏を小さくすること。
- ・第2に、サービス提供圏内の運営方法を工夫すること。

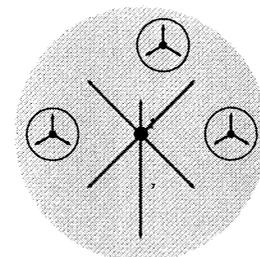
このうち第1については次項で考えることとする。第2については、実践の場から様々な方法を知ることができた。すなわち Chapter 5 の実例の中では「エリア区分」「直行直帰」といった移動時間短縮の工夫が見られ (図 6-2)、Chapter 3 のデンマークの事例では「時間帯ごとのエリア区分」の工夫も見られた。このような様々な工夫は、地域によっては適用しやすい所としづらい所があると思われるため、その実効力がどの程度であり、どのような利用者分布のところに適用できるのかといった、より詳細な検討・シミュレーションを行っていくことで、地域の状況を改善する糸口が見えてくると思われる。本研究ではそこまで至っていないが今後の課題としたい。

6.2.2 サービス拠点の競合と無拠点地域への課題

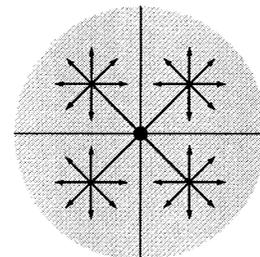
次に、「各拠点の担当するサービス提供圏を小さくする」方法について考えていく。本論においては、現状の拠点配置状況は地域格差が大きいことが明らかになった。そこで便宜的に、拠点配置の「密」「中」「疎」な地域に分けて^{註6-1)}以下考察を進めていく。



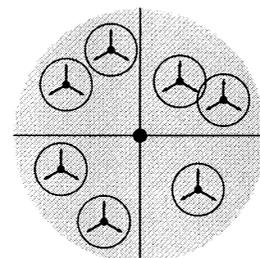
I エリア区分：無、直行直帰：無



II エリア区分：無、直行直帰：有
(拠点より遠い地域は直行直帰の職員が訪問する)



III エリア区分：有、直行直帰：無
(エリア区分ごとに担当の職員が拠点より訪問する)



IV エリア区分：有、直行直帰：有
(エリア区分を行い、なおかつ直行直帰の職員が訪問する)

凡例

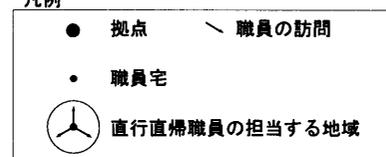


図 6-2 サービス提供圏内の職員の担当地域区分の方法 (再掲)

註 6-1) ここでの密・中・疎という区分はあくまでも系統的に論を展開していくための便宜的な区分であり、数値での分類指標は提示しない。

a) 拠点配置の「密」な地域

Chapter 4 では、「居住地から 5km 以内に訪問介護拠点数が 101 以上ある人」が約 350 万人と導きだされた。そのような拠点配置の「密」な地域においては、デンマーク事例と同じように小刻みで柔軟なサービスが提供できるのではないだろうか。図 6-1 は、試しに現拠点配置でポロノイ分割を行いその面積を階級毎に分けたものである。この図中、白い地域はポロノイ区画の面積が 1k m²未満であり、Chapter 3 のコペンハーゲンにおける事例の夜間提供圏 (1.26k m²) より小さい。つまり、コペンハーゲンよりも拠点数が密にある地域である。厳密には移動時間は、利用者密度や道路状況にもよるのでサービス提供圏サイズだけでは語れないが、拠点配置数、高齢者人口密度ともにコペンハーゲンを上回る地域があり、そのような地域では同じようなサービスを行い得る可能性があると言える。今後、

- ・ 同地域に対する過剰な競合を調整し、ある程度サービス提供圏を小さく取るように誘導すること
- ・ 30 分毎のサービス報酬体系を、より細切れな訪問にも対応するものに変えること

などについて検討することで、「より小刻みで頻繁な訪問、カバー時間の長い訪問」、より柔軟なサービスを可能にしていけるのではないかと筆者は考える。ただし過剰な競合を調整する中で、利用者の拠点選択の自由度をどのように確保できるかなどは、課題

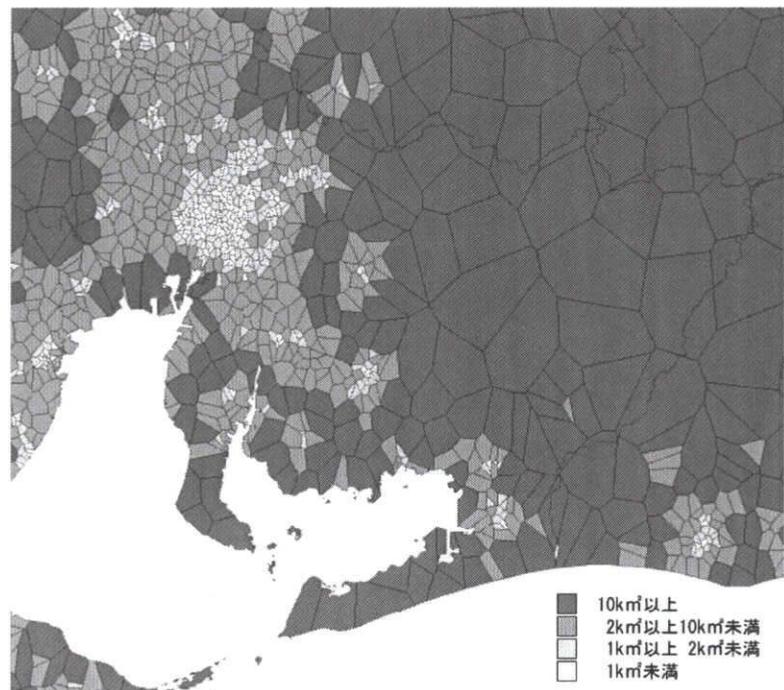


図 6-1 ポロノイ分割図 (訪問介護)

である。

b) 拠点配置の「中」な地域

拠点配置の「中」の地域でも上記の方法は考慮に値する選択肢である。例えば、Chapter 3 の F S 拠点は、ポロノイ区画面積が 3k m^2 以下の拠点密度の地域に立地している。つまりおおよそ拠点から半径 1km 円の範囲を担当すればその他のエリアには他拠点が存在することになるが、実際には 11.8km といったところまでサービス提供圏を広げていた。いかに各拠点のサービス提供圏のオーバーラップが激しいかが伺われる。議論を恐れず言えば、このオーバーラップ関係を多少なりとも整理することは拠点毎のサービス提供圏を狭めていくにはかなり有効であろう。

c) 拠点配置の「疎」な地域

一方、地域によっては、やはり拠点数そのものが少ない地域がある。最も簡単な解は、拠点数を増やすという方法である。訪問サービス拠点の場合、拠点建物は建設することによって確保するというよりも賃貸することで確保される場合が多いので、訪問サービス拠点数を増やすには、初期投資はさほど必要なく、ランニングコストの見通しが問題になる。地域毎にどの程度まで拠点数を整備することが可能なのか、いわば経営が成立する範囲でどれだけ拠点配置の密度をあげることができるのかを確認しておく必要性がある。

d) 拠点数を増やせない地域

上記のように整備の可能性について確認すると、現状の制度体系では拠点数を増やすことができない地域が出てくるはずである。「増やせない地域」と「増やしていない地域」は違う。

実際、Chapter 5 で見た拠点過疎地域の状況は極めて困難であった。現状で、各拠点のサービス提供圏の重複は殆どない^{註 6-2)}。重複がない状態のなかで、「エリア区分」「直行直帰」などの試行錯誤を行い、なお収支が赤字であった。又、サテライトが展開できるだけの利用者数の集積もなかった。

これらの地域では、訪問サービスの頻度が1日2回を上限に留まっていた。それゆえ高齢者の在宅継続は困難であり、拠点数が「密」な地域より早い段階で施設転居を迫られていた。このような状況を改善するための検討事項としては、以下の2つが考えられる。

- ・市町村境界が必ずしも地理的に適当なサービス提供圏を構成しているとは限らないため、その見直しを行う。
- ・広域連合で経営母体を集約し安定化させる、あるいは多角経営で安定化させることで、全体としてサービス提供が困難な地域のサポートの質も確保する方法を検討する。

註 6-2) 5.4.1 項で示したとおり、市町村境界毎にサービス提供圏を制限している拠点数が多く、提供圏の重複が殆どない。

6.2.3 サービス提供圏の設定に対する課題

上記のように、Chapter 5 では拠点過疎地域において、全国一律の基準の中では工夫にも限度があるといった状況も見られた。又、Chapter 4 では全国における拠点配置の地域格差がいかに大きいかを確認された。それらを鑑みるに、そもそも拠点配置が「密」となる地域と「疎」になってしまう地域に対するサポートが、全国的に同じ枠組みで展開されることに限界があるとも考えられる。拠点配置が「密」な地域と「疎」な地域の間で、サービスの不均等さや選択可能性の地域格差がある、その一方で高齢者はどこに住もうが殆ど同じ介護保険料を支払っている、という不平等感はできるだけ解消すべきと思われるが、議論が待たれるところである。

6.2.4 在宅と施設のバランスの課題

6.2.2 項で、拠点を増やすことについて言及したが、在宅サービス拠点を増やすべきか増やさざるべきかの是非は、単一サービス内に留まる議論ではない。もし、在宅サービスが不整備ゆえに在宅高齢者の居住継続が困難であれば、高齢者の施設志向は止まらない。つまり在宅サービス整備と施設整備は天秤の関係にある。高齢者にとってより良いサービスをと考えればまず在宅サービス整備を十分に行いながら、施設整備も適宜行うというのが望ましいと筆者は考える。しかし、もし限りある財源の問題を問われるなら、初期投資は大きくとも施設建設を進めて高齢者を集約するのが有効なのか、建設費のかからない訪問サービスの整備で施設建設数を抑えるほうが有効であるのか。それを地域毎の実情にあわせて見極めていくことが肝心である。少なくともデンマークにおいては、施設整備に投資をするよりも訪問系を強化する方が財源抑制につながるという判断を下したわけであるが、日本においても各地域においてそのことを突き詰めて検討する必要があるかもしれない。

いずれにせよ、今まで市場性によって比較的無秩序に、地域での視点に欠けたままサービス拠点整備・施設整備がなされてきたことに対する再考が必要と言えよう。

6.2.5 地理的困難さの課題と「中間的な住形態」

Chapter 5 で見た拠点過疎地域の中には地理的な条件から、家

から出ることもできず通所サービスが利用できなかったり、訪問サービスのヘルパーが季節、時刻によって寄りつけない地域があったのも事実である。これらの地域については、最終的には転居を考えざるを得ないであろう。そこで問題なのは、ひとたび転居となると市町村内に施設はなく市町村外の大規模施設まで一足飛びに行かなければならない現実である。拠点過疎地域では往々にして訪問介護・通所介護以外の介護サービスについて市町村外依存度が高く、在宅と施設の間大きな隔たりを埋める中間的なサービスが欠乏していることがその要因である。そこで、考えられるのが、生活支援ハウス・高齢者住宅のような中間的な住形態の町村内整備である。季節的に在宅継続が困難、地理的に在宅継続が困難、集落内で孤立して在宅継続が困難、といった場合でも、町の中心で生活施設が近く、訪問介護拠点に近接して安心感、見守りを得ながらなら、まだまだ生活を展開していける高齢者が居よう。市町村外に大規模な施設を建設するより、むしろ町村内に小規模で中間的な住形態を持つことで、高齢者の地域内居住を継続可能にする方法が好ましいのではないか。ここで、中間的な住形態の主要件は、

- ・見知った地域内での町中立地
 - ・訪問サービス拠点の近接
- などであるが、更なる可能性として、
- ・逆デイサービスのよう、日中は自宅へ帰ることのできる移送サービスがある（拠点過疎地域において、持ち家率が高いことを前提として）

というFrom Toが双方向のサービスが加えられれば、より地域との関わりを保ちながら過ごすことができるのではないか。すなわち、高齢者は、地理的条件や集落での孤立によって在宅継続は難しいが、自宅や土地に深い愛着を持っている。とすれば中間的な住形態で安心感を得ながら生活を展開する一方で、思い立った時に自宅で日中だけでも過ごしに行くことができる移送のサービスがあれば良いと思われるのである。自宅との関係を突然に断絶しないことである。尚、これらの概念は部分的に、先進的な小規模多機能拠点にて見られるサポートに似通ったところがあるので、それらでの実践のレビューも大いに生かされると思われる。

6.2.6 通所サービスの位置づけ

ここでは、通所系サービスの位置づけについて触れる。
まず、現在政策の場で検討されている「小規模多機能サービス」

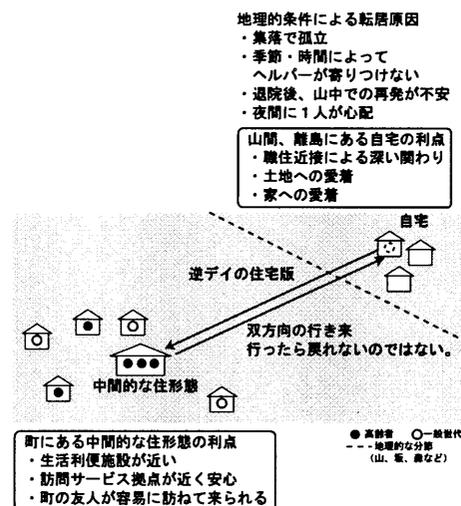


図 中間的な住形態の提案図

が2006年度に入り本格的に実施に移されると、通所系サービスの体系は従来のものとは全く違う方向に変わるであろう。「小規模多機能サービス」とは通所サービスを中心に、臨機応変に訪問や宿泊のサービスを組み合わせて、高齢者の生活を丸ごとサポートするサービスで、生活圏域²⁴⁻¹⁾ごとに利用者を限定しながら整備されていく予定とされている。

Chapter 5でとりあげたL拠点事例などは、「通所のサポートを中心に訪問も組み合わせて全体的にサポートしている」という意味でこの小規模多機能サービスに近い運営形態になっており、その他の拠点でも通所を軸にして生活を組み立てる方法が見られ、特に家族のレスパイトを考えたとき、通所を軸にすることは有効のようである。在宅生活を支える上で、通所サービスと訪問サービスの連携は欠かせない。ただし現時点は、小規模多機能サービスの法的な報酬、運営上の体系も決定されていない段階であり、サービスが実際にどの程度普及するのか、課題が山積している拠点過疎地域などにてどの程度効果をもたらすものであるのか、既存の訪問系サービスとどのような並列利用が可能なのか不可能なのかなどは実施後にならないと見えてこない。無視できない状況であるが、現時点でカウントできるほどに実態は明らかではないため、本論文は敢えてそれとは離れたところで議論を展開してきた。今後継続して本論文の課題を考えるとすれば、これらの動向を見定めていく必要がある。

6.2.7 介護と看護の位置づけ

疎密に関係なく、全国において検討に値することは、訪問介護と訪問看護拠点の統合であろう。別々に存する以上、別々に運営を行わなければならない(=収支を取らなければならない)、介護ばかりで何とかしようとする、看護ばかりでなんとかしようとする、連携がうまくいかない、といった片側依存の問題は抜本的には解消しないであろう。特に、拠点過疎地域では訪問看護の整備状況が悪い中で、訪問介護と一体に運営することで、整備状況が改善されること、また利用者にとってより一貫性のある細やかなサービスにつながることは想像にやすい。ここで意味する所は、従来の訪問看護ステーションと、訪問介護拠点が同じ敷地内にあるという統合に留まるものではなく、看護師とヘルパーが同じ拠点の中で連携して行く姿である。もちろんChapter 5のA拠点のように同一敷地内にあるだけでも別々の場合より連携が良い様子は伺われたが、訪問看護ステーションの人員設置基準、訪問介護の人員設置基準が別々で評価されるなら拠点過疎地域の問題はさほど

解決されない。拠点過疎地域で現状訪問看護が市町村内に無いような地域から見れば、現存する訪問介護拠点に、看護師が1人、2人といった単位で同席し、ヘルパーと連携し指示を出しつつ必要に応じて訪問看護も提供できるというような枠組みは考えられないものであろうか。

参考文献

- ・健康保険組合連合会：介護円滑導入のための在宅サービス普及阻害要因に関する研究事業、2001
- ・厚生統計協会：国民の福祉の動向、2003
- ・厚生労働省、平成 15 年度版 厚生労働白書、2004
- ・厚生労働省：介護サービス施設・事業所調査結果速報、2003
- ・厚生労働省：介護サービス世帯調査、2002
- ・厚生労働省：介護給付費実態調査月報（平成 16 年 3 月審査分）、2004
- ・厚生労働省：介護給付費実態調査報告（平成 14 年 5 月審査分～平成 15 年 4 月審査分）、2004
- ・厚生労働省：国民生活基礎調査、2001
- ・厚生労働省：国民生活基礎調査、2002
- ・高齢者介護研究会：2015 年の高齢者介護、2003
- ・国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口、2002
- ・国立社会保障・人口問題研究所：日本の世帯数の将来推計、2003
- ・社会保険研究所：介護保険制度の解説（平成 15 年度版）、2003
- ・社会保険研究所：訪問看護業務の手引きー平成 15 年 4 月版一、2003
- ・全国社会福祉協議会：サービス供給指標調査研究事業報告書、1995
- ・全国社会福祉協議会：在宅福祉サービスの効果に関する基礎的調査研究、1994
- ・全国社会福祉協議会：特別養護老人ホームのサービスの質向上に関する調査研究報告書、1994
- ・全国社会福祉協議会：保健医療福祉サービス供給指標調査研究事業報告、1996
- ・総務省統計局：国勢調査、2000
- ・東京都社会福祉協議会：東京グループホーム白書ー東京都内グループホーム実態調査報告と提言一、2003
- ・内閣府：高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査結果の概要、2001
- ・内閣府：高齢者の生活と意識に関する国際比較調査、2001
- ・天田城介：＜老い衰えゆくこと＞の社会学、多賀出版、2003
- ・天田城介：老い衰えゆく自己の／と自由、ハーベスト社、2004
- ・石川栄耀著、国土計畫：生活圏の設計、河出書房、1942
- ・一番ヶ瀬康子監修、鈴木従子著：社会福祉のあゆみー日本編一、一橋出版、2004
- ・伊藤周平：介護保険を問いなおす、筑摩書房、2001
- ・井上俊他 編集：ライフコースの社会学、岩波書店、1996
- ・今村仁司著、多田富雄・今村仁司編：家族の社会化と老いの行方、老いの様式:その現代的省察、誠信書房、1987
- ・ウ゛ァルター・クリスタラー著、江沢譲爾訳：クリスタラー都市の立地と発展、大明堂、1969
- ・浦光博：支えあう人と人ーソーシャルサポートの社会心理学一、サイエンス社、1992
- ・E. H. エリクソン、J. M. エリクソン、H. Q. キヴニック著、朝長正徳、朝長梨枝子訳：老年期、みすず書房、1990
- ・大熊由紀子：「寝たきり老人」のいる国いない国ー真の豊かさへの挑戦一、ぶどう社、1990
- ・大阪外国語大学デンマーク語・スウェーデン語研究室編：スウェーデン・デンマーク福祉用語小辞典、早稲田大学出版部、2001

- ・大原一興、井上由起子、佐藤哲、中達夫：住まいに向かう高齢者施設－日本の高齢者施設の計画に関する研究報告書－、社団法人 日本医療福祉建築協会、2004
- ・岡田光正：建築人間工学－空間デザインの原点－、理工学社、1993
- ・岡本祐子：自己実現をめぐる、臨床心理学大系第3巻<ライフサイクル>、金子書房、1989
- ・木下康仁：ケアと老いの祝福、勁草書房、1997
- ・木下康仁：老人ケアの社会学、医学書院、1989
- ・クラレンス・A. ペリー著、倉田和四生訳：近隣住区論－新しいコミュニティ計画のために－、鹿島出版会、1975
- ・栗原嘉一郎先生退官記念出版会編：栗原嘉一郎と建築、栗原嘉一郎先生退官記念出版会、1996
- ・高阪宏行、村山祐司編：GIS－地理学への貢献、古今書院、2001
- ・小島ブンゴード孝子：モア－あるデンマーク高齢者の生き方－、ワールドプランニング、2002
- ・小規模多機能ホーム研究会編：小規模多機能ホームとは何か、筒井書房、2003
- ・高木修編、西川正之編著：援助とサポートの社会心理学、北大路書房、2000
- ・田中尚輝、浅川澄一、安立清史：介護系NPOの最前線－全国トップ16の実像、ミネルヴァ書房、2003
- ・チューネン著、近藤康男、熊代幸雄訳：孤立国、日本経済評論社、1989
- ・戸沼幸市：人間尺度論、彰国社、1978
- ・外山義：クリッパンの老人たち－スウェーデンの高齢者ケア－、ドメス出版、1990
- ・外山義：自宅でない在宅－高齢者の生活空間論－、医学書院、2003
- ・広井良典：ケア学越境するケアへー、医学書院、2000
- ・プラス、デイビッド・W著、井上俊、杉野目康子訳：日本人の生き方・現代における成熟のドラマ、岩波書店、1985
- ・松井豊、浦光博編：人を支える心の科学、誠信書房、1998
- ・松岡洋子：「老人ホーム」を超えて－21世紀◆デンマーク高齢者福祉レポート－、クリエイツかもがわ、2001
- ・松原一郎：社会福祉施設体系の変革にむけて、老人問題研究、vol.6、pp.7-13、1986
- ・三浦研：グループハウスという住まい方、建築雑誌 VOL.118、pp.32-33、2003.10
- ・三好春樹：元気がでる介護術、岩波書店、2002
- ・ヤン・ポールソン著、今井一夫監訳、石黒暢訳：新しい高齢者住宅と環境－スウェーデンの歴史と事例に学ぶ－、鹿島出版会、2000
- ・山本多喜司、S・ワップナー編著：人生移行の発達心理学、北大路書房、1992
- ・吉阪隆正・ブランド研究所・地域社会計画センター編集：圏域的計画論、農林統計協会、1981
- ・吉武泰水：建築計画の研究－建物の使われ方に関する建築計画的な研究－、鹿島研究所出版会、1964
- ・吉武泰水：建築計画概論（上）－地域施設計画原論－、コロナ社、1967
- ・鷺田清一：「聴く」ことの力、阪急コミュニケーションズ、1999
- ・石井敏：生活行動に影響を与える環境構成要素に関する研究－グループホームにおける痴呆性高齢者の分析－、東京大学大学院博士論文、2001
- ・井上由起子、ライフコースからみた高齢期における居住の場に関する研究、横浜国立大学大学院博士論文、2001
- ・大野拓也：高齢者の利用実態および評価意識からみた郊外住宅地における地域施設の整備に関する研究、大阪大学大学院博士論文、2004

- ・大原一興：高齢者の生活拠点移動に関する建築計画的な研究、東京大学大学院博士論文、1989
- ・橋弘志：高齢者居住施設における環境適応プロセスに関する研究、東京大学大学院博士論文、1997
- ・登張絵夢：高齢者の地域生活における「地縁」の構造と変容、東京都立大学大学院博士論文、2000
- ・富田啓介：高齢者のグループリビングにおけるケアシステムに関する研究－尼崎グループハウスを対象として－、京都大学大学院修士論文、2005
- ・中井孝幸：利用圏域の二重構造に基づく疎住地の図書館計画に関する研究、三重大学大学院博士論文、2000
- ・毛利志保：住まい化への整備過程からみた高齢者居住施設のありように関する研究、名古屋大学大学院博士論文、2004
- ・巖爽：「なじみ」の過程における痴呆性高齢者の構築環境に関する研究、東京大学大学院博士論文、2001
- ・柿沼利弘、関田康慶、伊藤敦：地域密着・小規模多機能型施設及び地域サテライトの設計に関する研究、病院管理、40(Suppl.)、p. 216、2003
- ・郭文玲、加藤由美、三浦輝美、他：介護保険訪問系サービスの業務時間分析、病院管理、38(Suppl.)、177、2001
- ・加藤由美、三浦輝美、郭文玲、他：介護保険における訪問系サービス動線コストに関する分析、病院管理、38(Suppl.)、p. 186、2001
- ・黄京蘭、加藤由美、日下輝美、他：訪問系介護サービス事業所の人件費と動線コストの関連分析、病院管理、40(Suppl.)、p. 214、2003
- ・藍澤 宏、鈴木直子、林 宏規：市町村における地域生涯学習活動支援の整備水準とその誘導要件に関する研究、日本建築学会計画系論文集 NO. 498、pp. 139-146、1997. 8
- ・浅沼由紀、谷口汎邦、天野克也：高層住宅居住高齢者の高層住宅に対する認識の経年変化－高層住宅における高齢者の継続的居住に関する研究 その1、日本建築学会計画系論文集 NO. 549、pp. 123-128、2001. 11
- ・浅沼由紀、谷口汎邦、天野克也：都市居住高齢者のかかりつけ医療施設の利用特性について－都市居住高齢者の地域施設利用構造に関する研究 その1、日本建築学会計画系論文集 NO. 488、pp. 121-130、1996. 10
- ・浅沼由紀、天野克也、谷口汎邦：都市居住高齢者の生活特性と余暇関連施設の利用特性について－都市居住高齢者の地域施設利用構造に関する研究 その2、日本建築学会計画系論文集 NO. 492、pp. 119-126、1997. 2
- ・泉恵太、石坂公一、近江隆：地域における在宅介護サービス供給に関する基礎的研究、日本建築学会計画系論文集 NO. 585、pp. 95-101、2004. 11
- ・井上由起子、小滝一正、大原一興：在宅サービスを活用する高齢者のすまいに関する考察、日本建築学会計画系論文集 NO. 556、pp. 137-143、2002. 6
- ・井上由起子、大原一興、小滝一正：まちづくり活動への参加と高齢期の地域生活に関する考察、日本建築学会計画系論文集 NO. 565、pp. 121-128、2003. 3
- ・井原徹：地域高齢者の日常生活における生活要求と情報要求の特性、日本建築学会計画系論文集 NO. 558、pp. 167-174、2002. 8
- ・鳥飼香代子、住田昌二：相続高齢者同居住宅における親世帯と子世帯居住分離傾向（隣居の場合）－地方における高齢者同居世帯の住様式論的研究 その3－、日本建築学会計画系論文集 NO. 513、pp. 93-100、1998. 11

- ・王青、笥淳夫、長澤泰：在宅療養高齢者の生活領域に関する考察、日本建築学会計画系論文集 NO. 546、pp. 91-96、2001. 8
- ・大野拓也、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、阪田弘一、木多彩子：土地区画整理による住宅地の整備状況に対する評価意識の世代間比較について—高齢社会に対応した地域施設の整備手法に関する研究、日本建築学会計画系論文集 NO. 536、pp. 149-156、2000. 10
- ・小川裕子：デイサービスセンターの地域整備に関する研究—静岡県の事例から、日本建築学会計画系論文集 NO. 478、pp. 89-98、1995. 12
- ・小川正光、小川裕子：コペンハーゲン市域における地区別高齢者の住宅事情、日本建築学会計画系論文集 NO. 568、pp. 117-123、2003. 6
- ・小澤純一、桜井康宏：高齢者の生活機能・障害と居住環境の関連性に関する調査研究—住生活に着目した居住環境評価尺度の開発—、日本建築学会計画系論文集 NO. 586、pp. 25-30、2004. 12
- ・菅野 實、南 潤 哲、小野田泰明、坂口大洋：小規模自治体における高齢者保健・医療・福祉施設の地域的整備類型に関する研究、日本建築学会計画系論文集 NO. 584、pp. 7-12、2004. 10
- ・菅野實、本間敏行、小野田 泰明：痴呆性高齢者の在宅・施設サービス整備目標量に関する研究、日本建築学会計画系論文集 NO. 474、pp. 91-98、1995. 8
- ・菅原麻衣子、藍澤 宏、相羽康宏：高齢者の主体的活動の展開からみた通所施設の空間整備、日本建築学会計画系論文集 NO. 585、pp. 39-46、2004. 11
- ・絹川麻里、高田光雄、三浦 研：要介護高齢者の施設入居前の生活実態からみた在宅生活の意義と限界、日本建築学会計画系論文集 NO. 582、pp. 9-16、2004. 8
- ・古賀紀江、高橋鷹志：一人暮らしの高齢者の常座をめぐる考察、日本建築学会計画系論文集 NO. 494、pp. 97-104、1997. 4
- ・小山泰代、谷村秀彦：世帯を単位とする高齢者福祉サービス量の推計モデル、日本建築学会計画系論文集 NO. 470、pp. 111-120、1995. 4
- ・齋藤芳徳、外山義、鈴木浩：居住地域における高齢者の外出行動と人的交流に関する考察—在宅高齢者と施設居住者の比較研究、日本建築学会計画系論文集 NO. 532、pp. 125-132、2000. 6
- ・齋藤芳徳、外山 義：高齢者の生活環境と住環境の評価に関する考察、日本建築学会計画系論文集 NO. 533、pp. 59-66、2000. 7
- ・澤岡詩野：シニア住宅と軽費老人ホームにおける自立高齢者の欲求と入居後の適応状況に関する研究、日本建築学会計画系論文集 NO. 564、pp. 251-256、2003. 2
- ・橋 弘志、高橋鷹志：一人暮らし高齢者の生活における住戸内外の関わりに関する考察、日本建築学会計画系論文集 NO. 515、pp. 113-120、1999. 1
- ・橋 弘志、高橋鷹志：地域に展開される高齢者の行動環境に関する研究—大規模団地と既成市街地におけるケーススタディ、日本建築学会計画系論文集 NO. 496、pp. 89-96、1997. 6
- ・田中裕基、登張絵夢、上野 淳、竹宮健司：自立高齢者の地域生活支援施設のあり方に関する研究—多摩市コミュニティセンター内の高齢者スペースにおけるケーススタディ、日本建築学会計画系論文集 NO. 562、pp. 165-172、2002. 12
- ・張海燕、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡、大野拓也：千里ニュータウンのコミュニティセンターに対する高齢者の利用意識—ニュータウンにおけるコミュニティ施設の体系的整備に関する研究、日本建築学会計画系論文集 NO. 583、pp. 23-30、2004. 9

- ・ 寺川優美、田中紀之、三浦研ほか：豪雪・過疎地域における在宅高齢者の人的交流に関する研究、日本建築学会計画系論文集 NO. 571、pp. 69-76、2003. 9
- ・ 樋野公宏：買物不便が高齢者の食生活に与える影響とその対策—板橋地域における高齢者買物行動調査の結果分析、日本建築学会計画系論文集 NO. 556、pp. 235-240、2002. 6
- ・ 登張絵夢、上野淳、竹宮健司：農山村地域における高齢者の地域生活の構造と変容に関する事例的研究—高齢者の生活における「地縁」に関する試論、日本建築学会計画系論文集 NO. 579、pp. 15-22、2004. 5
- ・ 登張絵夢、上野淳、竹宮健司：都市部における要介護高齢者の生活と地域との関係に関する事例的研究、日本建築学会計画系論文集 NO. 564、pp. 141-148、2003. 2
- ・ 登張絵夢、上野淳ほか3名：利用者の活動からみた通所型高齢者施設の空間構成に関する考察、日本建築学会計画系論文集 NO. 556、pp. 161-168、2002. 6
- ・ 西英子：コペンハーゲン大都市圏の計画理念と都市成長戦略に関する研究、日本建築学会計画系論文集 NO. 575、pp. 109-116、2004. 1
- ・ 西野達也、長澤 泰：小規模高齢者通所施設の利用実態と空間の使われ方の特性について、日本建築学会計画系論文集 NO. 581、pp. 41-48、2004. 7
- ・ 西野達也、長澤 泰：民家型高齢者通所施設の環境行動的意義に関する事例考察に基づく試論、日本建築学会計画系論文集 NO. 586、pp. 37-42、2004. 12
- ・ 野坂正史、吉川 徹：通所型高齢者施設の配置計画に関する研究—多摩ニュータウンの将来推計人口に基づくケーススタディ、日本建築学会計画系論文集 NO. 525、pp. 201-208、1999. 11
- ・ 浜崎裕子、延藤安弘：高齢者施設の脱施設化計画への住民参画プロセスの研究、日本建築学会計画系論文集 NO. 547、pp. 111-118、2001. 9
- ・ 古川恵子、友清貴和：高齢・過疎地域における高齢者の生活を支えるつきあいの広がりに関する研究、日本建築学会計画系論文集 NO. 568、pp. 77-84、2003. 6
- ・ 増永理彦、米原慶子、富樫 穎：公団賃貸住宅における単身高齢者の住戸内生活行為に関する研究、日本建築学会計画系論文集 NO. 551、pp. 259-266、2002. 1
- ・ 村田順子、田中智子、安藤元夫、広原盛明：高齢者の住宅改善の実態と評価—在宅要介護高齢者の生活と住要求に関する研究 その1、日本建築学会計画系論文集 NO. 573、pp. 1-8、2003. 11
- ・ 室永芳久、両角光男：高齢者の生活環境と外出行動の促進・抑制要因に関する研究—熊本市6事例の比較分析による考察、日本建築学会計画系論文集 NO. 584、pp. 67-74、2004. 10
- ・ 森 一彦、井上昌子、奥田夏子：2つの異なる地域環境における高齢者の散歩行動の比較分析—既成市街地と新興住宅地におけるケーススタディ、日本建築学会計画系論文集 NO. 583、pp. 53-60、2004. 9
- ・ 山下哲郎：在宅患者の生活様態にみる療養環境の素形 その1、日本建築学会計画系論文集 NO. 545、pp. 167-172、2001. 7
- ・ 山下剛、友清貴和：遺伝的アルゴリズムを用いた高齢者在宅福祉サービス供給の最適化手法試案、日本建築学会計画系論文集 NO. 509、pp. 105-112、1998. 7
- ・ 李 東 熙、片岡正喜、鈴木義弘：高齢者生活福祉センターへの生活拠点移動の要因とプロセス、日本建築学会計画系論文集 NO. 511、pp. 115-122、1998. 9
- ・ 李 東 熙、片岡正喜、鈴木義弘：高齢者生活福祉センターへの生活拠点移動後の住生活と問題、日本建築学会計画系論文集 NO. 517、pp. 157-164、1999. 3
- ・ 古居儔治：広域市町村圏の現状と課題（広域生活圏計画〈特集〉）、都市計画（日本都市計画学会）NO. 82、pp. 13～17、1975. 3

- ・腰塚武志、小林純一：道路距離と直線距離、第18回日本都市計画学会学術研究発表会論文集、pp. 43-48、1983
- ・横田隆司、岡田光正、柏原士郎、吉村英祐、前田浩明：レジヤープールの利用圏の実態とそのモデル化について－地域施設の選択的行動に関する研究・3－日本建築学会近畿支部研究報告、1987
- ・曾根陽子ほか：近隣性商店街の商圈の競合に関する計画的な研究、日本建築学会近畿支部研究報告、1971.5
- ・*Københavns Statistiske Årbog*, Københavns Kommune Statistiske Kontor, 2003
- ・*Kommuneplan 2001*, Københavns Kommune, Økonomiforvaltningen, 2001
- ・*Bolig Katalog - Københavns Kommunes Nøligtilbud til Ældre*, Københavns Kommune Sunhedsforvaltningen, 2002
- ・*Statistisk Årbog 2003*, Danmark Statistik, 2003 (<http://www.statistikbanken.dk>)
- ・Jozef Pacolet. et al. : *Social Protection for Dependency in Old Age*, Ashgate, England, 2000
- ・Jary, D., Jary, J. : *Dictionary of Sociology*, Collins, 1991
- ・Levinson, D. J. : *The seasons of a man's life.*, Knopf, 1978
- ・Batler, R. N. : 'Interpretation of reminiscence in the aged', *Middle age and aging*, B. L. Neugarter (Ed.), University of Chicago Press., 1968
- ・Elder, Glen H., Jr. : 'Family History and the Life Course', *Journal of Family History*, 2(4), pp. 279-304, 1977
- ・Kahn, R. L., Antonucci, T. C. : 'Convoys of social support: A life-course approach', *Aging: social change*, S. B. Kiesler (Ed.), Academic Press, 1981
- ・Converse, P. D. : 'New Laws of Retail Gravitation', *Journal of Marketing*, Vol. 14, pp. 379-384, 1949
- ・Huff, D. L. : 'Defining and Estimation a Trading Area', *Journal of Marketing*, Vol. 28, pp. 34-38, 1964
- ・Lawton, M. P., Nahemow, L. : Psychology and the aging process, *Psychology of Adult Development and Aging*, Washington American Psychological Association, 1973
- ・Reilly, W. J. : *The Law of Retail Gravitation*, Pilsbury, New York, 1931
- ・Tadashi Toyama : 'Identity and Milieu', 1988

研究業績

学術論文（すべて筆頭執筆者）

	題目	共著者	掲載誌	巻号頁	年月
1	訪問介護・訪問看護の拠点配置とサービス提供圏に関する研究	山下哲郎	日本病院管理学会 病院管理	第 42 巻 2 号 pp.59-70	2005.4
2	訪問介護・看護拠点のサービス提供圏とサービス内容の考察 ーデンマーク、コペンハーゲンとの比較を通してー	山下哲郎	日本建築学会 計画系論文集	第 588 号 pp.55-62	2005.2

国際学会発表（すべて筆頭執筆者）

	題目	共著者	掲載誌	巻号頁	年月
1	The Study on the Regional Size of Community Care Environment: Comparison between Japanese and Danish Service Providing Regions of Home Visit Nursing/Home Help Office	Tetsuro Yamashita	EDRA (Environmental Design Research Association) Proc. of the 36th Annual Conference of Environmental Design Research Association	p.203	2005.4
2	Underlying Motive of Space Usage and Territory Behavior in City Lives of Elderly People	Sakiko Yamamura, Tetsuro Yamashita	EBRA (Environment-Behavior Research Association) Proc. of the 6th International Symposium for Environment-Behavior Studies	pp.339 -347	2004.10
3	The Study of Community Care Environment for Elderly People who Live in Their Own Houses	Tetsuro Yamashita	EBRA Proc. of the 5th International Symposium for Environment-Behavior Studies	pp.678 -686	2003.10

国内学会発表（すべて筆頭執筆者）

	題目	共著者	掲載誌	巻号頁	年月
1	コペンハーゲンにおける訪問看護介護オフィスの組織とサービス提供圏	山下哲郎	日本建築学会大会学術講演梗概集	E-1 分冊 pp.335 -336	2004.8
2	高齢者の行動 / 交流とそれを支えるサポートデンマーク フレデリクスベア市のケース		日本建築学会大会学術講演梗概集	E-1 分冊 pp.1083 -1084	2003.8

著書

	題目	共著者	掲載誌／出版社	巻号頁	年月
1	デンマークのユーザー・デモクラシー 福祉・環境・まちづくりからみる地方分権社会 (分担執筆)	(第3章の み共著) 原田亜紀子 福島容子	新評論	第2章 pp.77-122 第3章 pp.123 -174	2005.3
2	BOLIG OG BYFORSKNING METHODER OG PROCESSER (分担執筆) (住宅と都市の研究 手法とプロセス)		デンマーク王立アカデミー出版 部	pp.29-36	2004.4
3	海外における高齢者住宅 / 居住施設	石井敏	雑誌「病院建築」 / 日本医療 福祉建築協会	137号 p.8-11	2002.10

研究報告・研究論文

	題目	共著者	備考	巻号頁	年月
1	高齢者施設における木質系材料の使い方	高橋公雄 井上由起子 石井敏 菅野正広 前川佳史	日本医療福祉建築協会		2003.1

あとがき

「高齢の方々が住み慣れた地域にて生活を継続していくこと」私達はその真の実現にむけてスタートラインに立ったばかりでしょう。博士課程に入り、漠然とながら高齢者と地域のことを研究テーマとして掲げた自分も、論文を書き終えた今、終わったというよりは、とりもあえず1歩を踏み出したという小さな感触があるにすぎません。これから長い時間をかけて考え続けて行きたいテーマだと思っています。

このような大きなテーマに対して、今回は特に在宅訪問サービスに着目してみようと強く意識したきっかけは、留学先のデンマークで高齢者の「住まい」に対する自由な発想に触れたことにあります。老後の住まいについて「愛着のある自宅最後まで」と願う人ばかりでなく、「気の合う仲間とコハウジングで」「大好きな別荘で」と様々に語ってくださった方々、そのような奔放な発想が、「どこに住もうがサポートがある」という信頼・安心感から生まれてきていることを発言の端々に感じたことが理由でした。もちろんデンマークの状況がパーフェクトだと主張するつもりはありません。いつの日にか、日本において高齢になろうとする方々が、サポートの心配に明け暮れずに安心をして、自分の選んだ地域で終の棲家を構想できるようにならないかと思っています。

本論文をまとめるにあたり、これまで沢山の方に御指導・御助言を頂いて来ました。

調査先では、多くの高齢者の方々が、見ず知らず（時には外国人）の私に対して、自らの生活の姿を話して聞かせてくださいました。その一言一言が、研究を進めていく上でも人生を考える上でも大きな助言となっています。又、行政や現場のスタッフの方々にも多くのことを教えていただきました。日々の体験から紡ぎ出される言葉にハッとさせられることの連続でした。お忙しい中、快く調査に御協力くださった皆様に、心より感謝いたし御礼申し上げる次第です。

指導教官である山下哲郎先生は、後期課程から飛び込んできた手のかかる学生を、本当に親身に御指導下さいました。私が研究内容で迷う度に、鮮やかに方向性を示すクールさと、居酒屋で学生と語るの好きな人情味で、苦勞あり喜びありの研究生活を暖かく導いてくださいました。また、学外の研究者と出会う機会や、研究室のメンバーと行うプロジェクトなど幅広い活動の機会を与えて下さいました。先生の前で学ぶことができたことを嬉しく思い、感謝をしてもしきれぬものではありませんが心より御礼申し上げます。

副査の谷口元先生には、名古屋大学入学当初から共通講座の活動を通して様々な場面でアドバイスを頂いて参り、本論文に対しても丁寧な御指導を頂きました。同じく副査の清水裕之先生にも、やはり入学当初から折に触れて暖かいお言葉を頂いて参り、本論文についても多角的な視点から御指導頂きました。両先生からの御指導によって、客観的に自分の論文を見つめ直すことができ、現段階にたどりつくことができました。御礼申し上げます。

共通講座の恒川和久先生には、勤務先を辞めて博士課程に入学をするところから今日に至るまで、研究生生活全般に渡って御助言を頂きました。小松尚先生、木方十根先生からも、多くの刺激と励ましの言葉を頂きました。身近な先輩であった毛利志保さん、李ハヤンさんには、研究上の悩み事など色々と相談に乗って頂きました。そして山下研究室の威ゼンロンさん、竹内友里さん、西澤志信さんには本当に色々と助けて頂きました。共通講座の皆様のおかげで、楽しく研究生生活を続けて来ることができました。本当にありがとうございました。

王立アカデミー建築学校のHelen Welling先生、Peder Duelund Mortensen先生、Kirsten Utoft Christensen先生には、デンマークにて大変お世話になりました。Helen先生は常に私の言葉に耳を傾け、

適切な御助言に加えて惜しみない御助力をくださりました。Peder 先生、Kirsten 先生にも、デンマークの研究者達がどのように考え取り組んできたのかなど刺激的な御意見を頂きました。又、Takako & Carsten Bundgaard 夫妻は、折りに触れてデンマーク社会について理解を深める手助けをして下さいました。先生方が見守って下さったおかげで、本当に思い出深く有意義な留学生活を送ることができました。

その他にも、多くの学外の先生から御指導や刺激を受ける機会がありました。これら多くの方々に支えられて論文を完成することができ、大変感謝いたしております。

そして最後に、この4年半の間、学生生活に理解を示し支え続けてくれた家族に、ありがとうと言いたいと思います。

2005年8月

生田京子

在宅訪問サービス拠点の地域配置に関する研究
—高齢者を支える地域的なサポート環境の構築にむけて—
(THE STUDY ON THE REGIONAL LOCATION OF HOME HELP / HOME VISIT NURSING OFFICE
An approach to establish a supportive environment for aged people in the local community)

[資料編]

(Appendixes)

Appendix I

Chapter 2 における全国調査のアンケート用紙

殿

拝啓

突然にお手紙を差し上げる無礼をお許し下さい。

私は、名古屋大学の博士課程の生田京子と申し、高齢者福祉に関する研究を行っております。研究内容は下記の通りです。

「高齢者が住み慣れた地域に暮らし続けて行く」ために、今、高齢者福祉施策の中心は施設から地域福祉・在宅へと移りつつあります。在宅高齢者へ切れ目のない在宅サービスを提供するべく現在全国で様々な取組み、実践が積み重ねられています。研究では特に訪問系の在宅サービスに着目し、全国的な傾向を把握した後、より良い在宅生活環境のために、どのようにしてサポートが提供されていくべきかを地域計画の視点から考察することを目指しています。「要介護度が高い高齢者や独居の高齢者も在宅で暮らし続けて行く」という将来像を叶えるためには、どの程度のケア・サービスが必要で、どのような組織によれば十分なサービスを提供でき得るのかを考えていこうとしています。全国の在宅サービスの現状を調査させていただき、それらのデータを分析しつつ、将来の在宅ケア拠点の地域配置について考察を行います。

つきましては、添付させていただきましたアンケートに御協力を頂きたく、何卒宜しくお願い申し上げます次第です。

当アンケートの配布先はWAM NETから選択いたしました。WAM NETホームページ上ではアンケートの質問を部分的に補完するデータも掲載されておりましたが、データの日時を統一するためご面倒ですが再度の御記入をお願い申し上げます。記入後、返信封筒にてお送りいただければ幸いです。

生田 京子

名古屋大学 環境学研究科 都市環境学専攻 山下研究室 博士課程

大学：名古屋市千種区不老町 工学部4号館439

Tel 052-789-3747

E-mail: s010219d@inbox.nagoya-u.ac.jp

◎研究：現在、下記のテーマで博士論文を執筆中です。

「在宅高齢者を支える地域的福祉ネットワークの構築に向けて」

調査票

(アンダーラインの部分に2004.3月の実績をご記入ください。もし不明があれば空欄のままです。)

1. サービス利用者総数

介護保険 _____人
 (うち、緊急時訪問看護加算利用 _____人 特別管理加算利用 _____人)
 医療保険 _____人
 (うち、24時間連絡体制加算利用 _____人 重症者加算利用 _____人)

2. サービス提供エリア

事務所から最も遠い利用者の家までの距離 _____ km
 事務所から最も遠い利用者の家までの時間 _____ 分

3. 介護保険サービス提供量総数

● 訪問看護 _____ 単位
 (うち、夜間早期加算 _____ 単位、 深夜加算 _____ 単位)

4. 営業時間

平日： _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分
 土曜： _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分
 日、祝日： _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分

5. 職員数

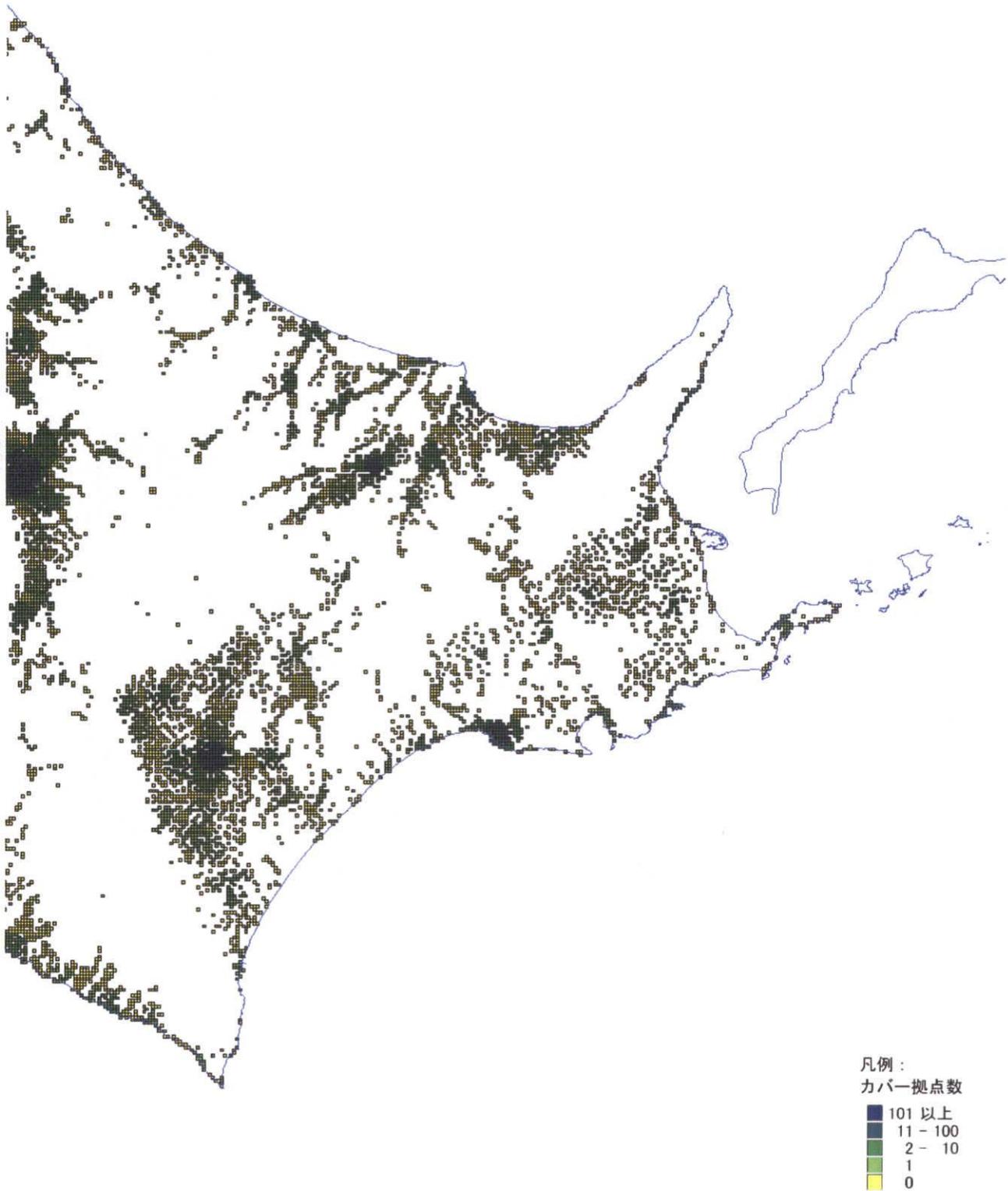
専従(常勤) _____人 専従(非常勤) _____人
 兼務(常勤) _____人 兼務(非常勤) _____人

6. その他、何かございましたら御記入、御指摘ください。

図 I -3 Chapter2 の全国調査アンケート用紙 訪問看護用

Appendix II

Chapter 3 におけるシミュレーション分析結果地図



図Ⅱ -1a メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問介護、想定提供圏半径 5km の場合） -A

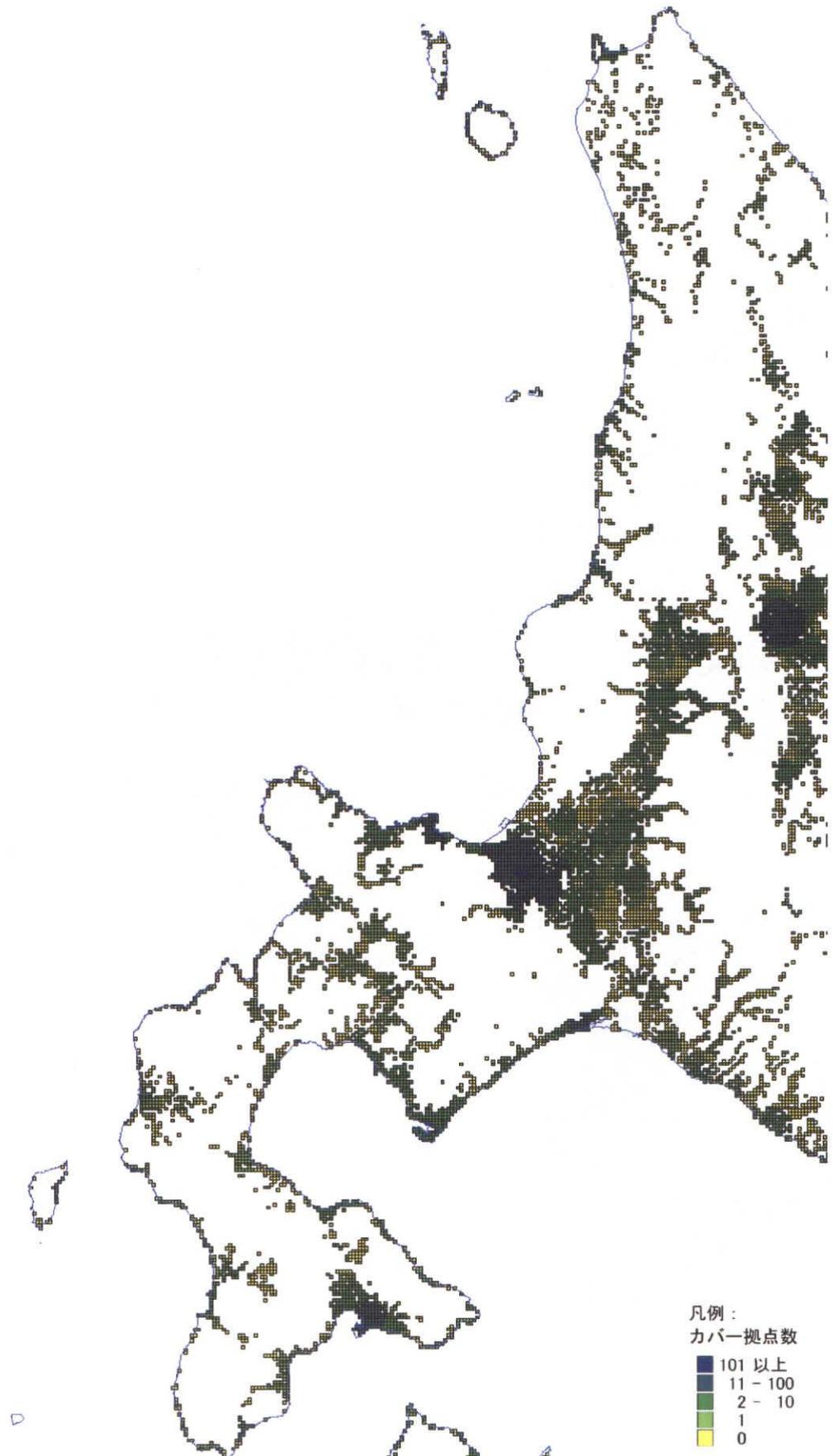
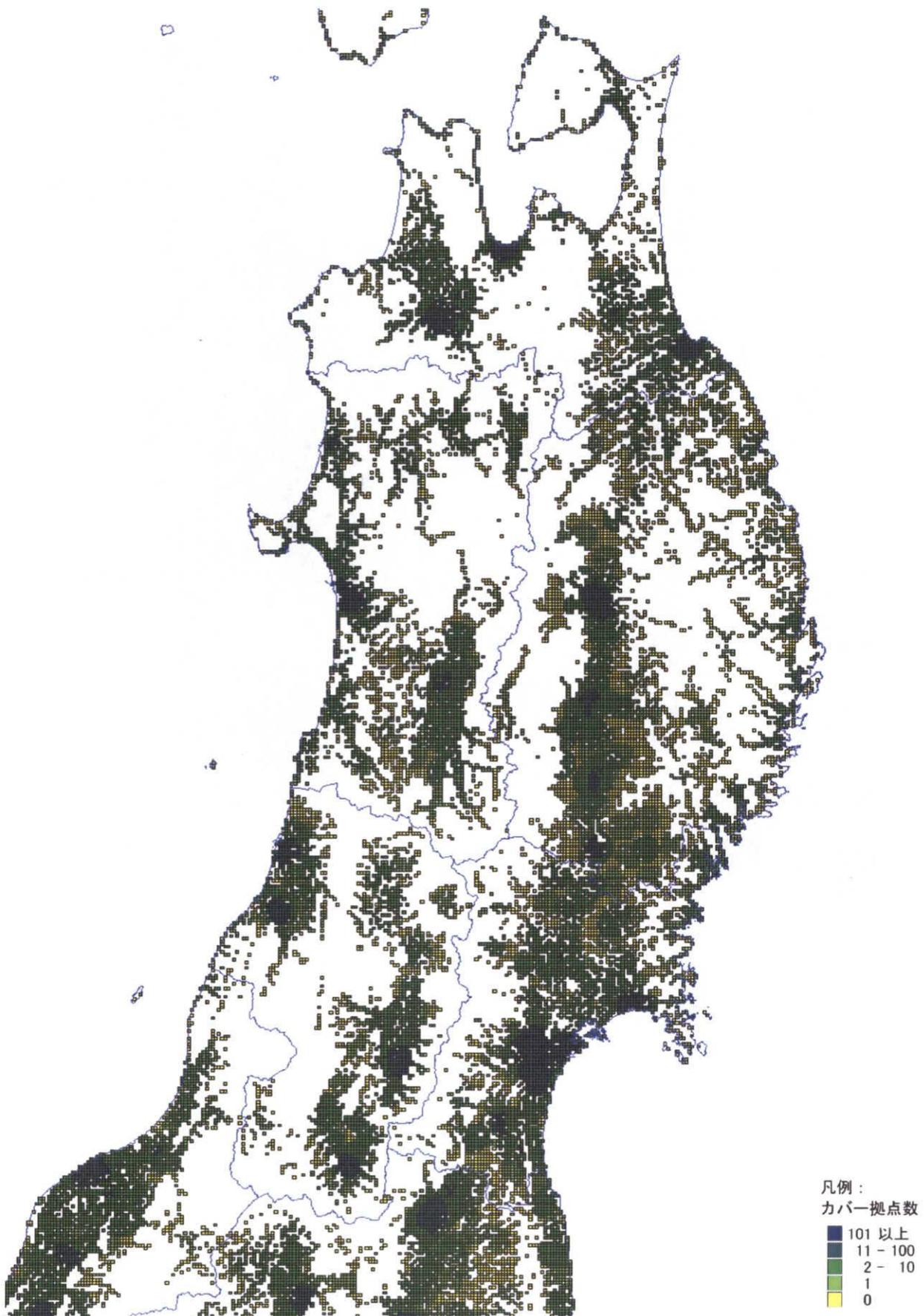
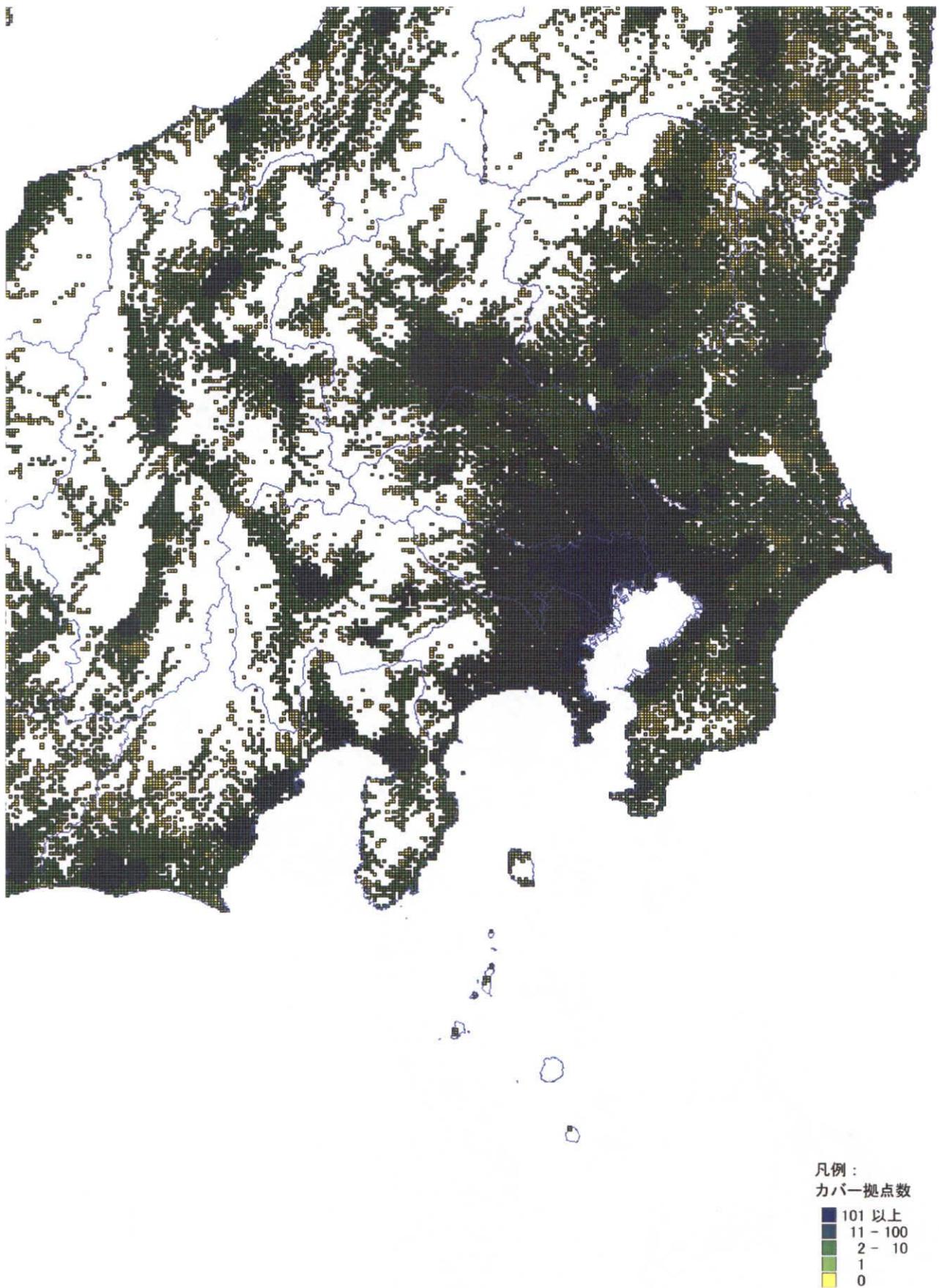


図 II -1b メッシュに対するカバ-拠点数の分布図（訪問介護、想定提供圏半径 5km の場合） -B



図Ⅱ -1c メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問介護、想定提供圏半径 5km の場合） -C



図II -1d メッシュに対するカバ-拠点数の分布図（訪問介護、想定提供圏半径 5km の場合） -D

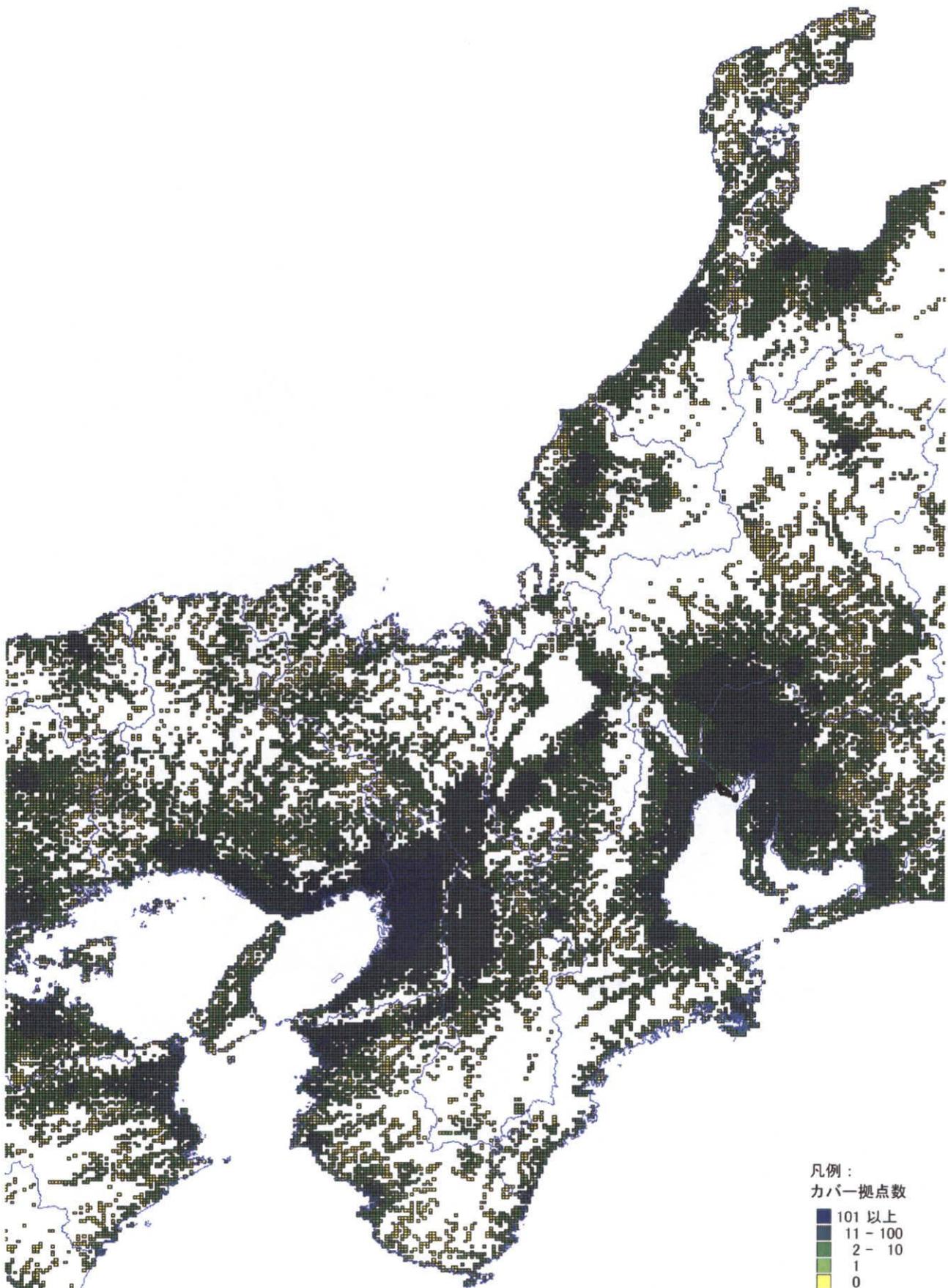


図 II -1e メッシュに対するカバ-拠点数の分布図（訪問介護、想定提供圏半径 5km の場合） -E



図 II -1f メッシュに対するカバ-拠点数の分布図（訪問介護、想定提供圏半径 5km の場合） -F

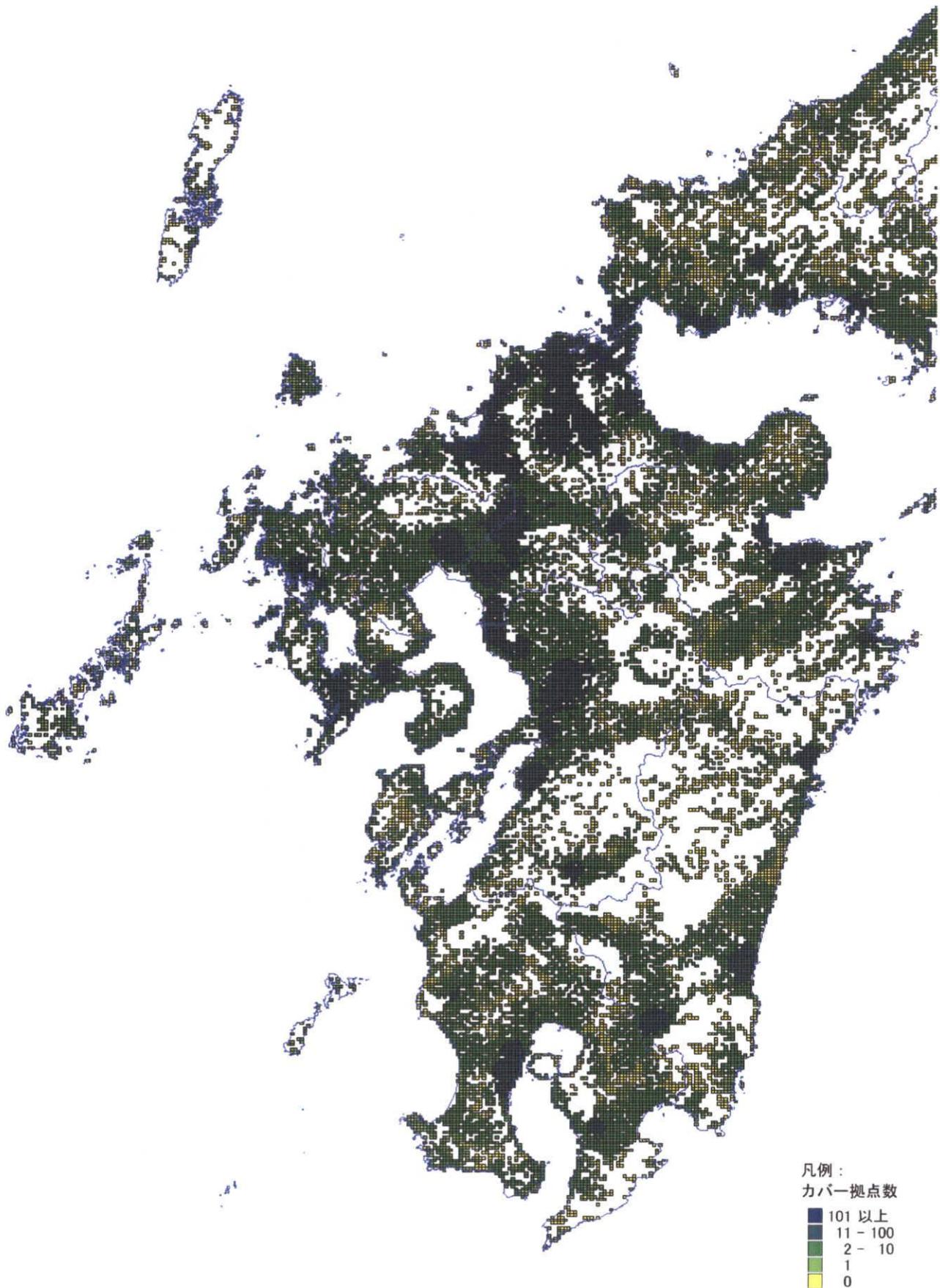


図 II -1g メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問介護、想定提供圏半径 5km の場合） -G



図Ⅱ -1h メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問介護、想定提供圏半径 5km の場合） -H



図 II -1i メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問介護、想定提供圏半径 5km の場合） -I

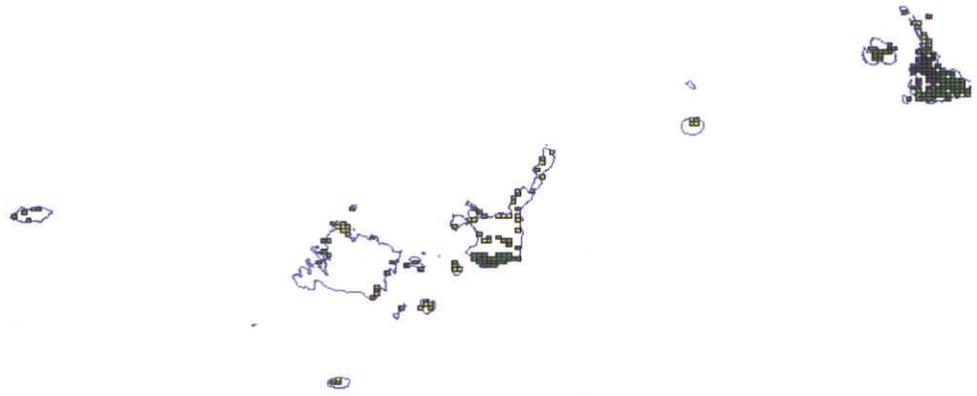


図 II -1j メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問介護、想定提供圏半径 5km の場合） -J

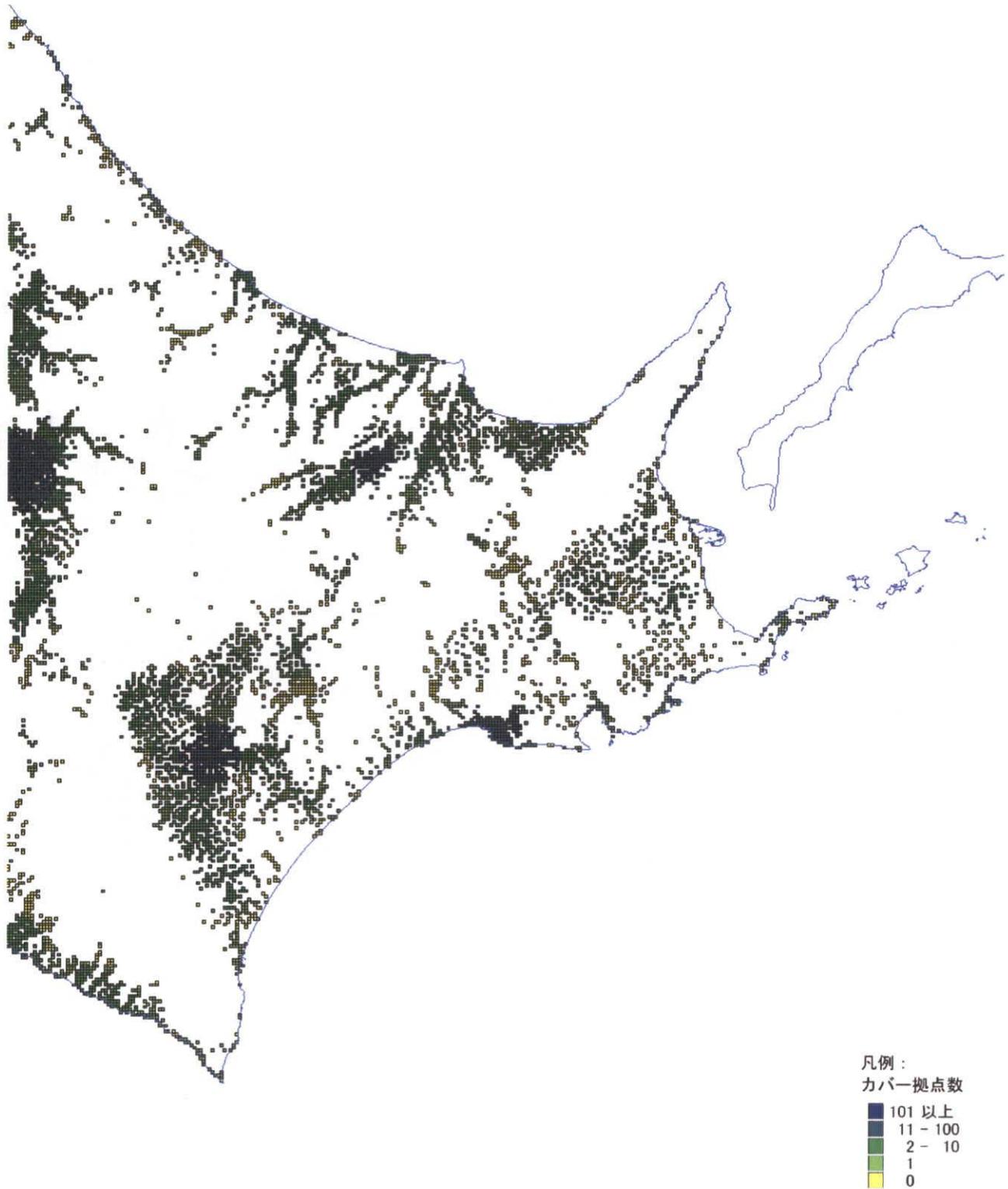


図 II -2a メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問介護、想定提供圏半径 10km の場合） - A

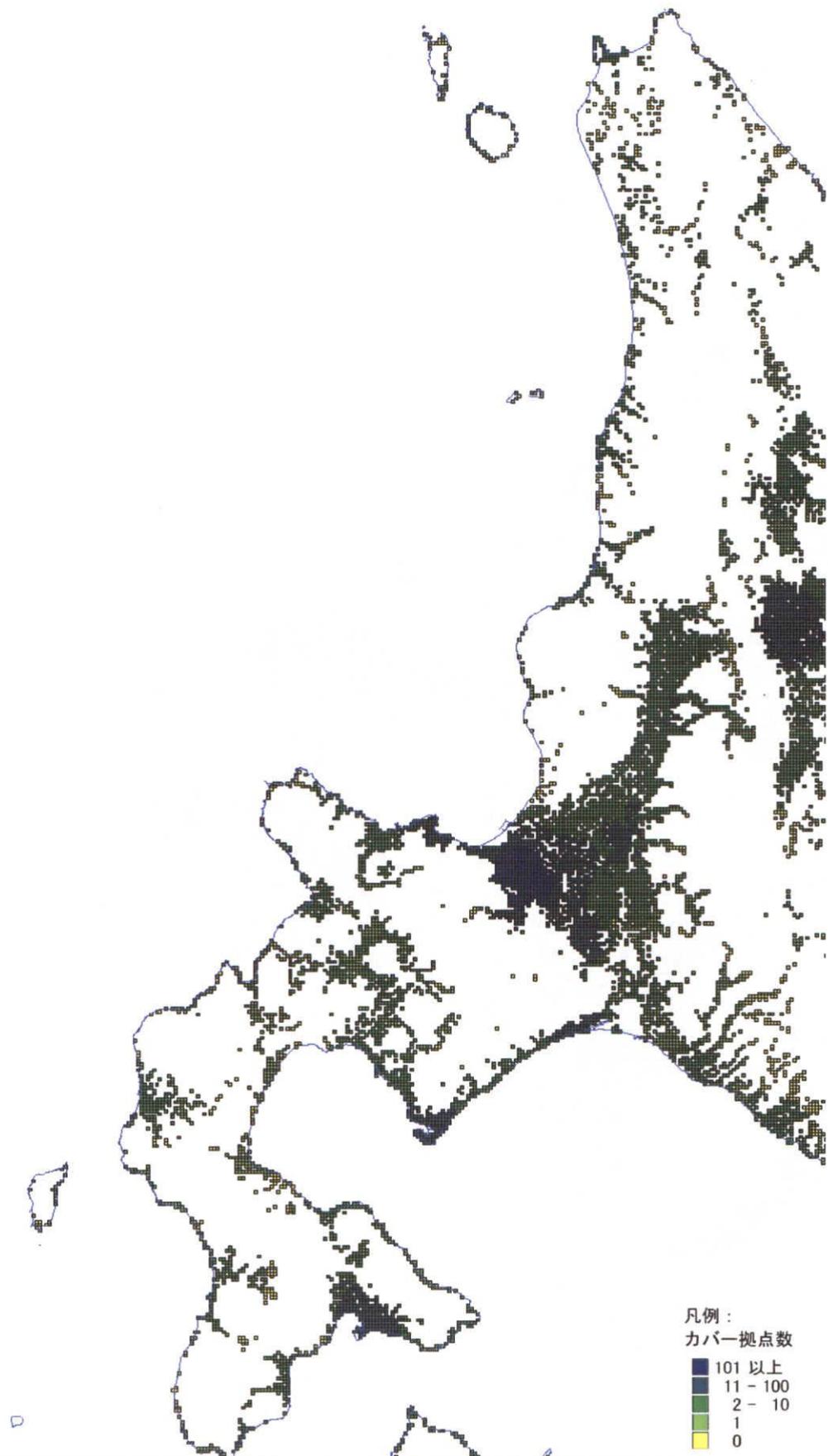
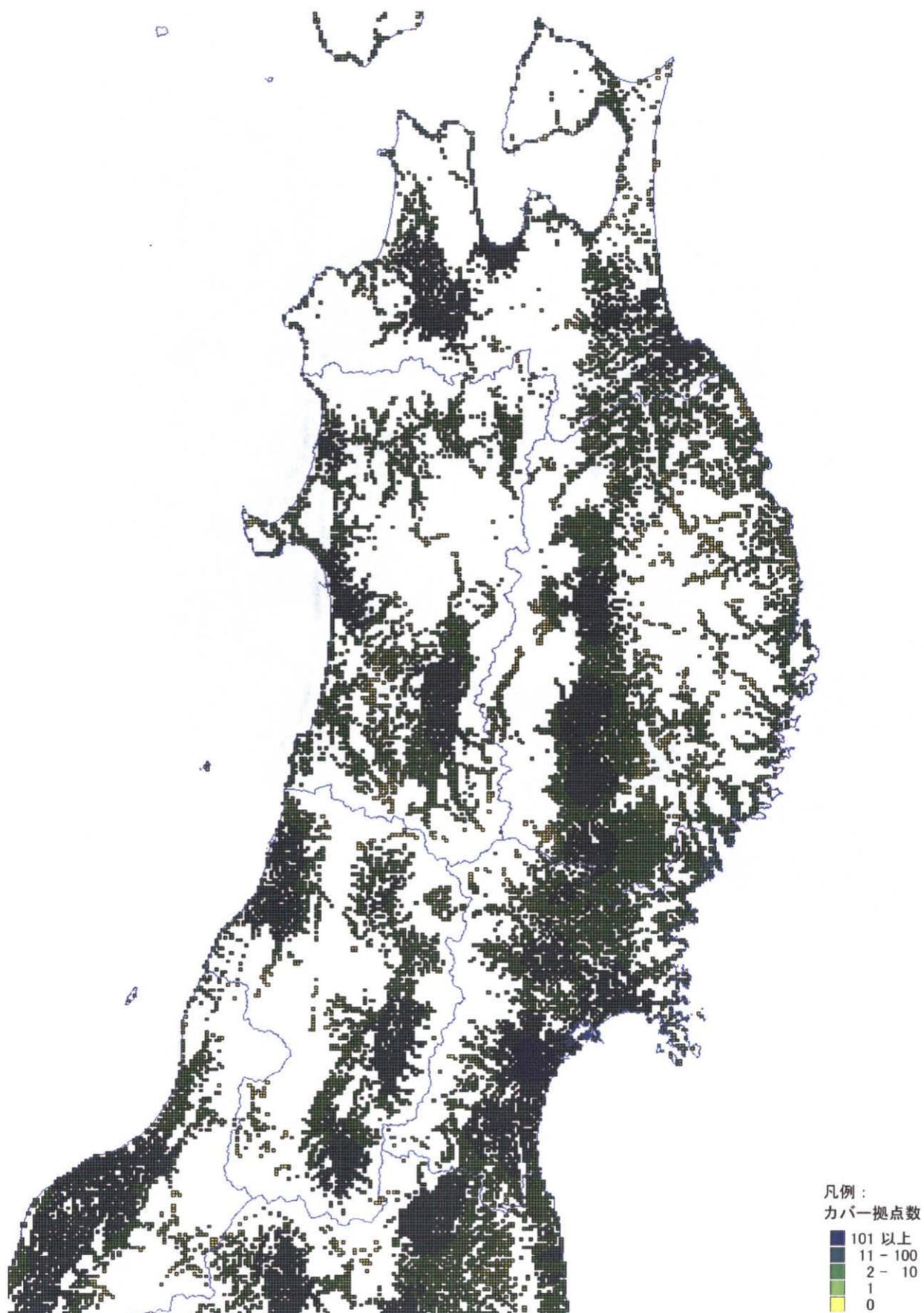


図 II -2b メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問介護、想定提供圏半径 10km の場合） - B



図Ⅱ -2c メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問介護、想定提供圏半径 10km の場合） - C

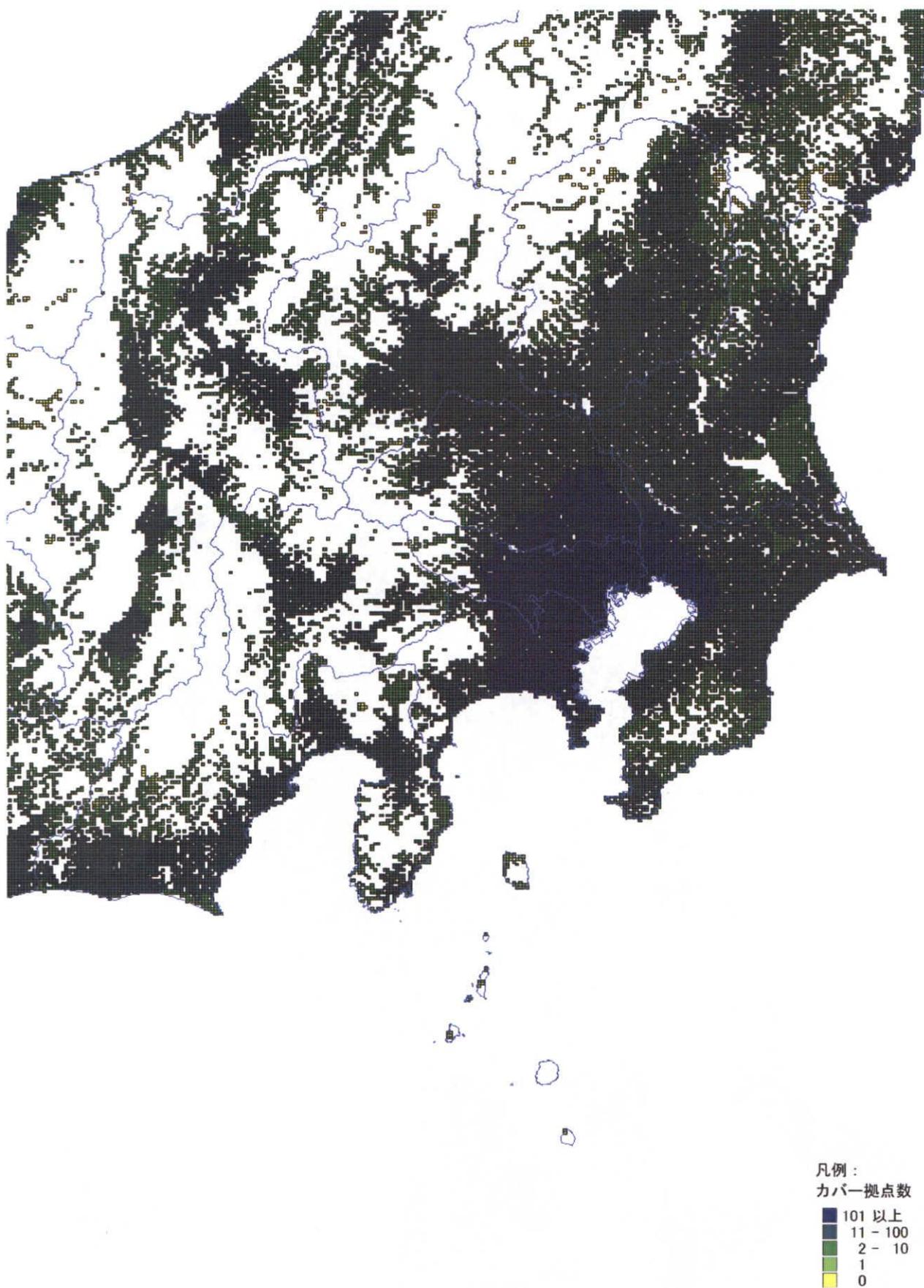


図 II -2d メッシュに対するカバ-拠点数の分布図（訪問介護、想定提供圏半径 10km の場合） - D



図 II -2f メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問介護、想定提供圏半径 10km の場合） - F

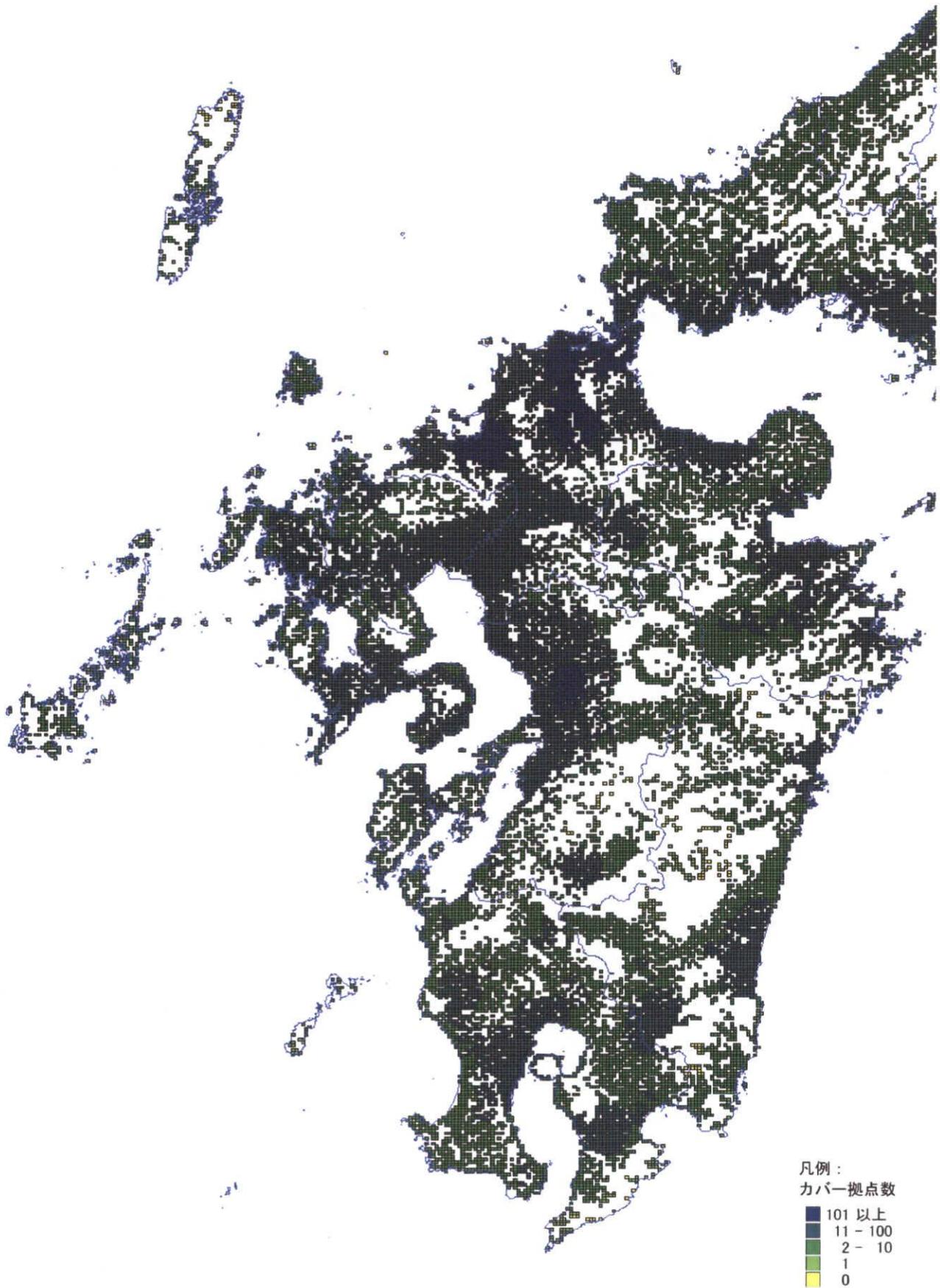


図 II -2g メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問介護、想定提供圏半径 10km の場合） - G



図 II -2h メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問介護、想定提供圏半径 10km の場合） - H



図Ⅱ -2i メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問介護、想定提供圏半径 10km の場合） - I

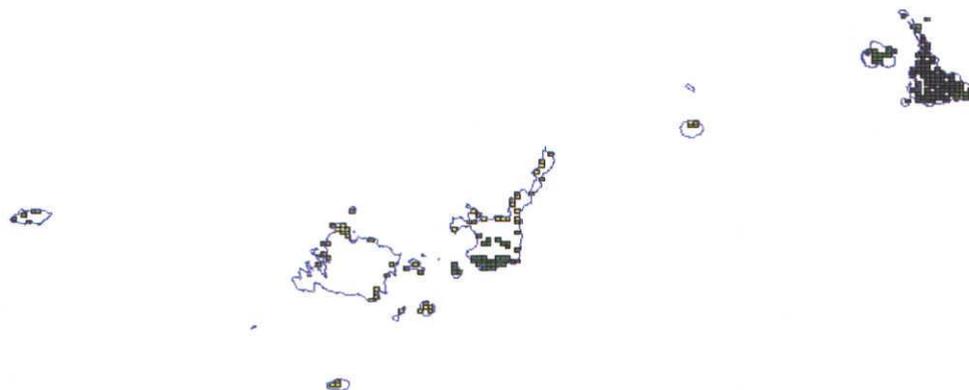


図 II -2j メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問介護、想定提供圏半径 10km の場合） - J

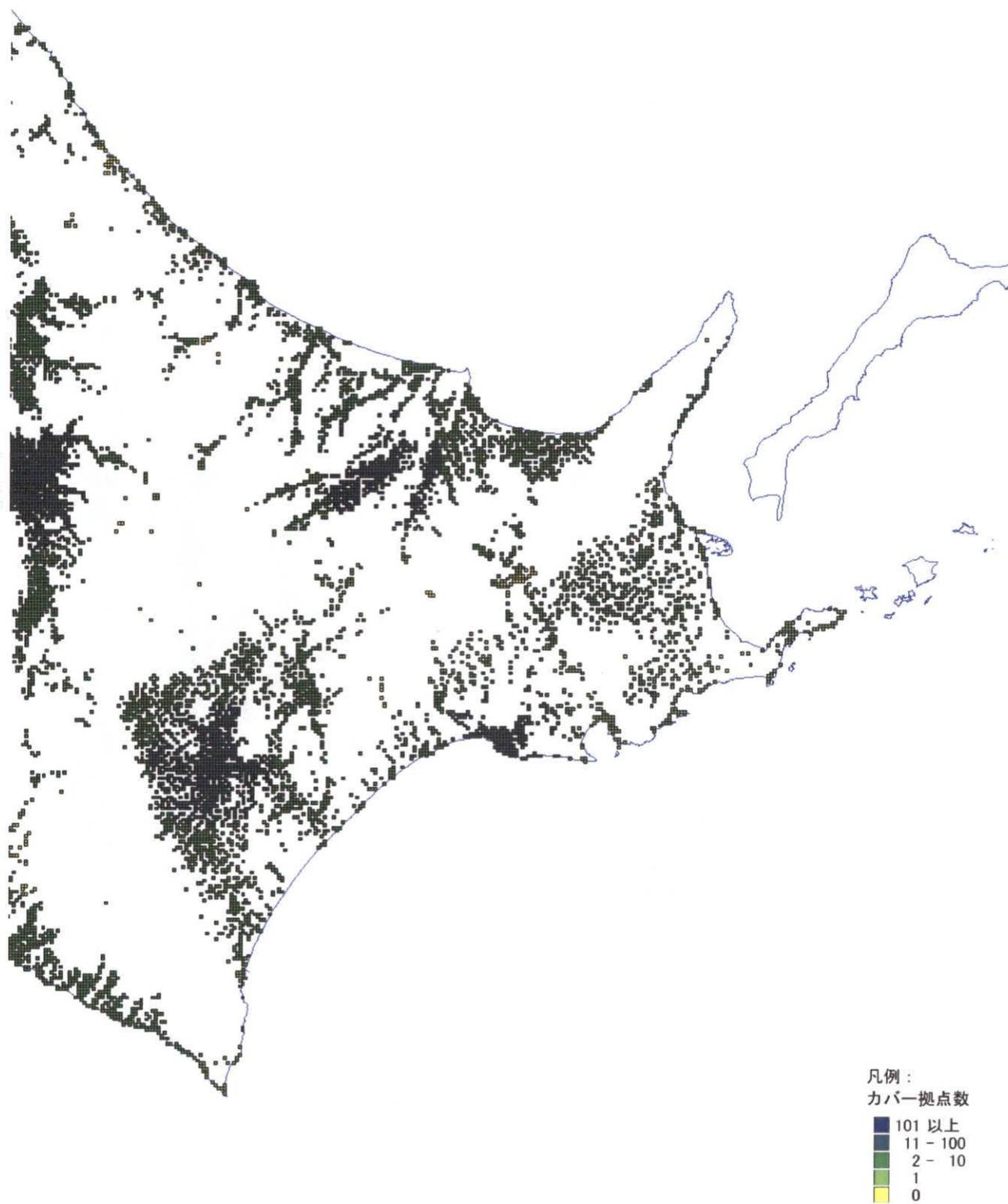


図 II -3a メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問介護、想定提供圏半径 20km の場合） - A

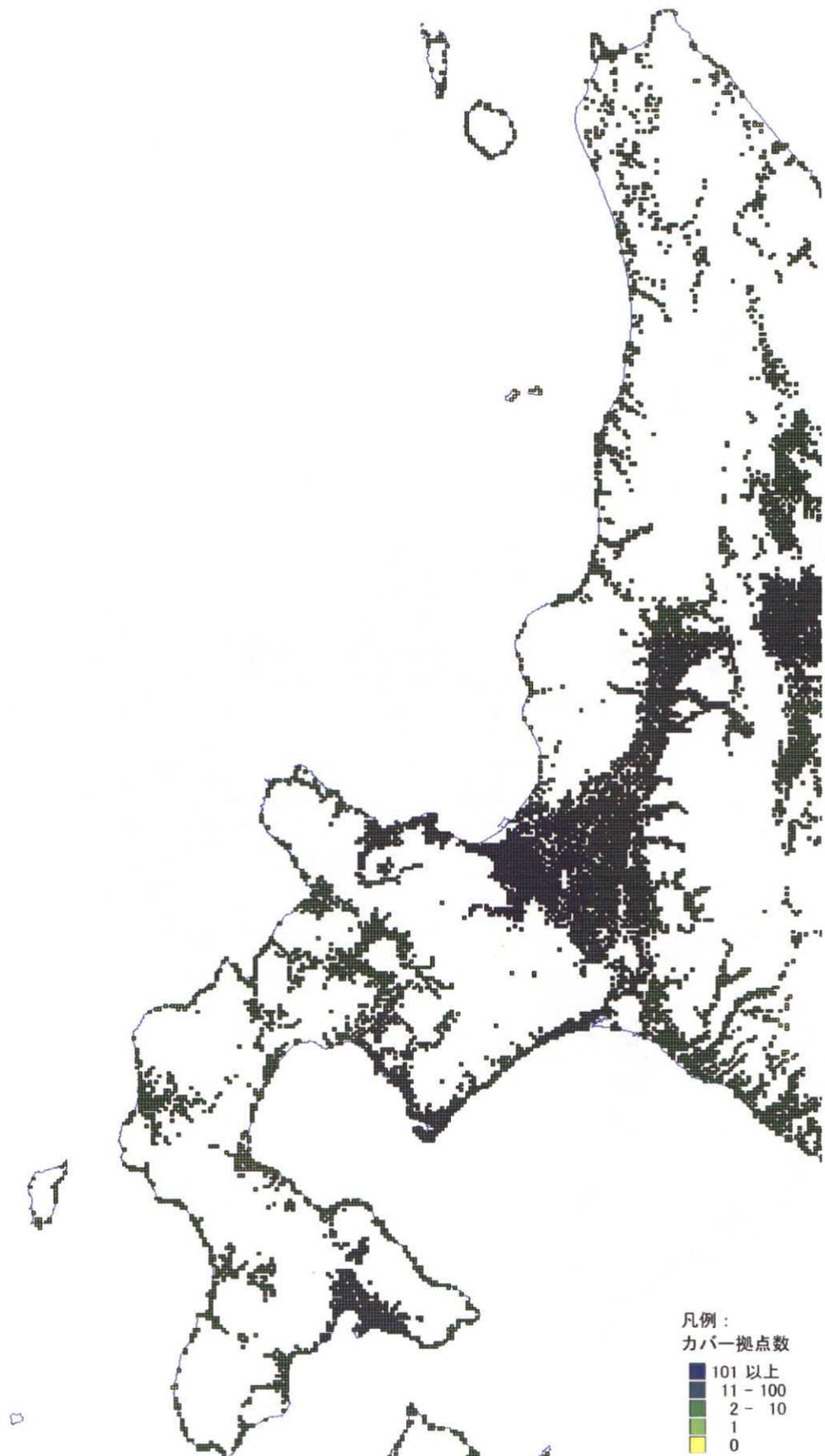


図 II -3b メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問介護、想定提供圏半径 20km の場合） - B



図 II -3c メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問介護、想定提供圏半径 20km の場合） - C



図Ⅱ -3d メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問介護、想定提供圏半径 20km の場合） - D



図 II -3f メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問介護、想定提供圏半径 20km の場合） - F

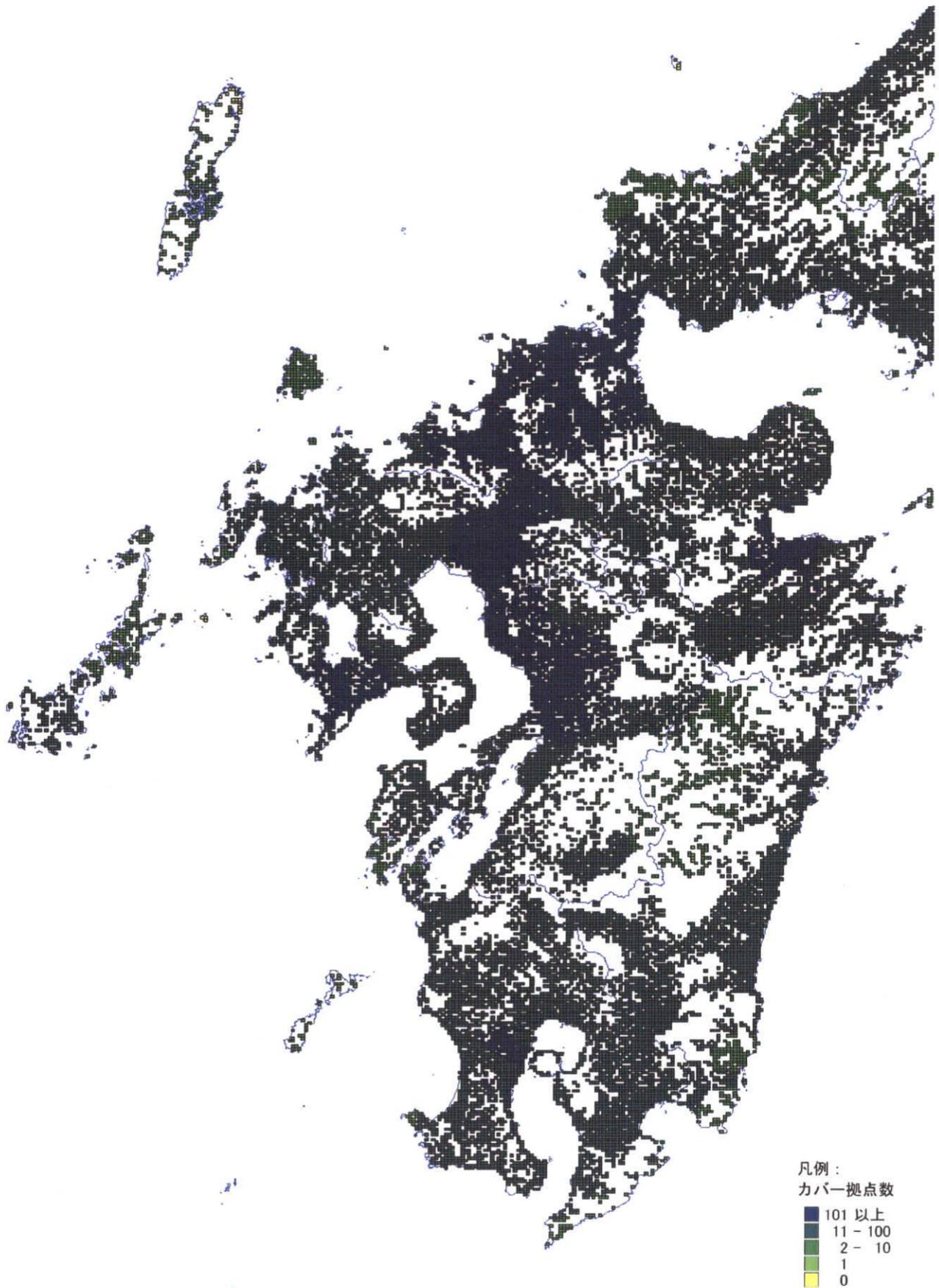


図 II -3g メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問介護、想定提供圏半径 20km の場合） - G



図 II -3h メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問介護、想定提供圏半径 20km の場合） - H



図 II -3i メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問介護、想定提供圏半径 20km の場合） - I

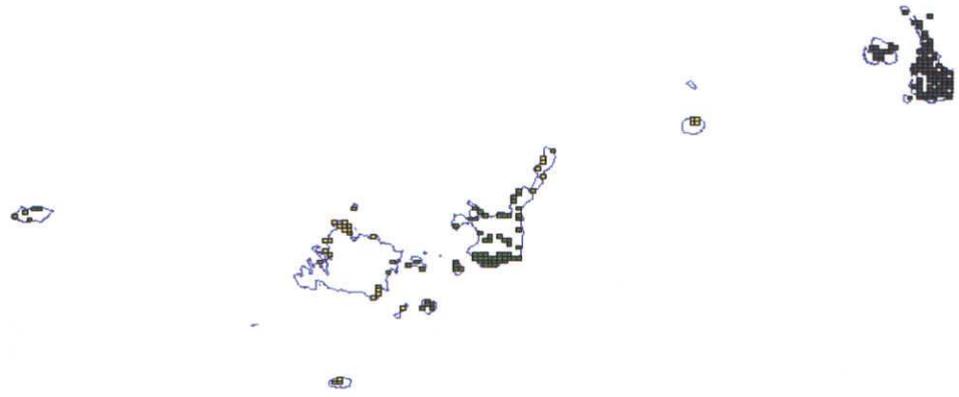


図 II -3j メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問介護、想定提供圏半径 20km の場合） - J

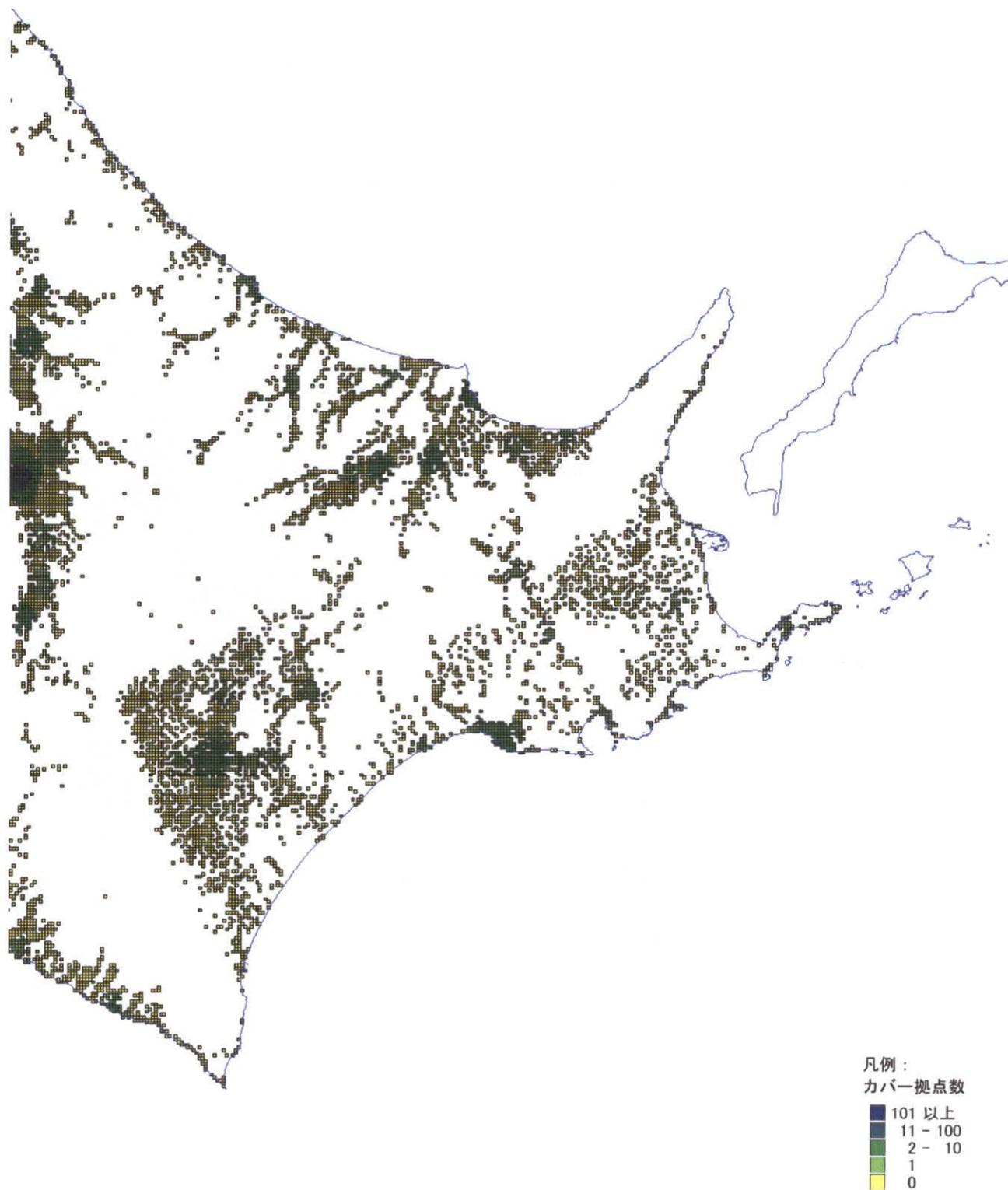


図 II -4a メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問看護ステーション、想定提供圏半径 5km の場合） - A



図II -4b メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問看護ステーション、想定提供圏半径 5km の場合） - B

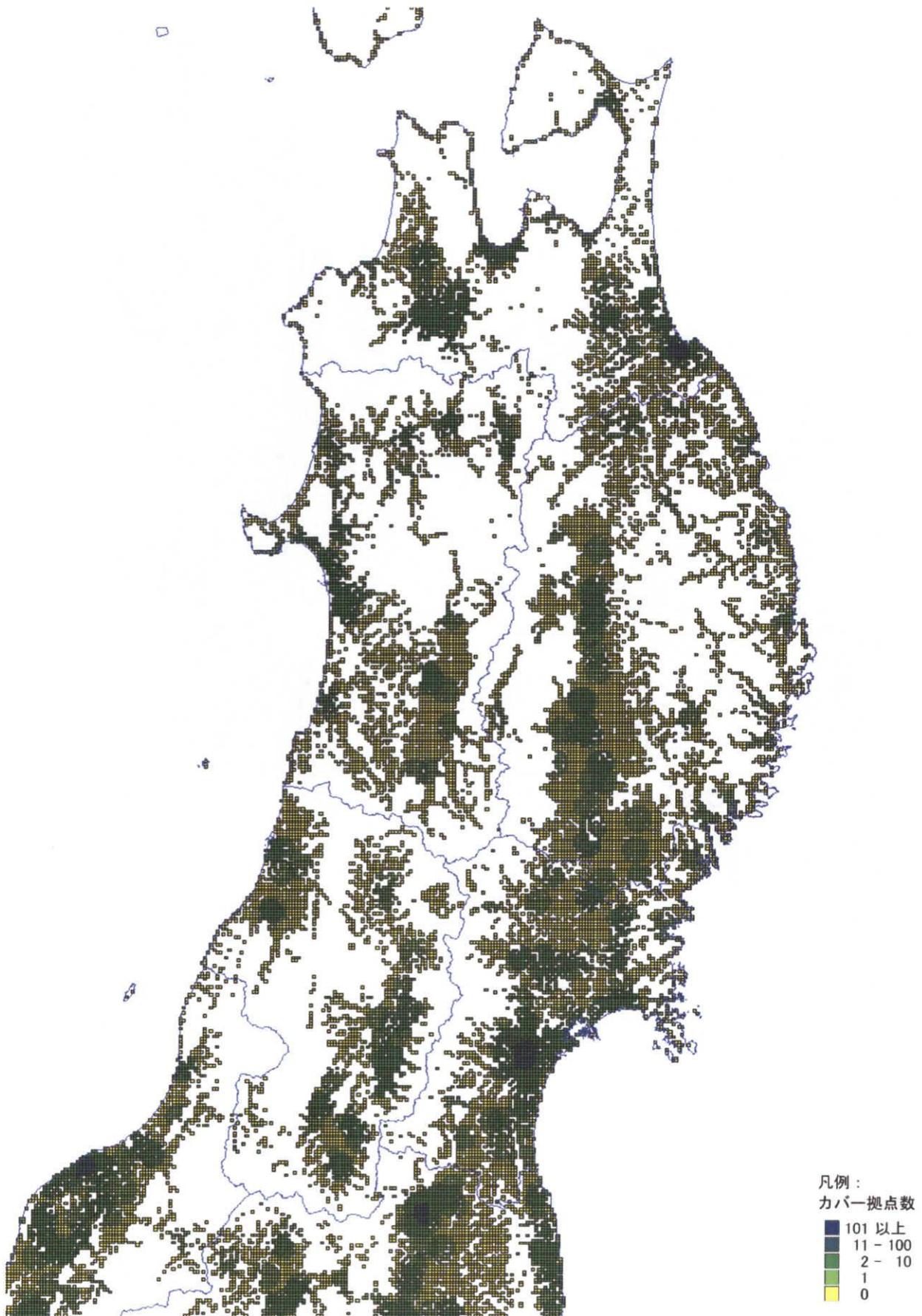


図 II -4c メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問看護ステーション、想定提供圏半径 5km の場合） - C

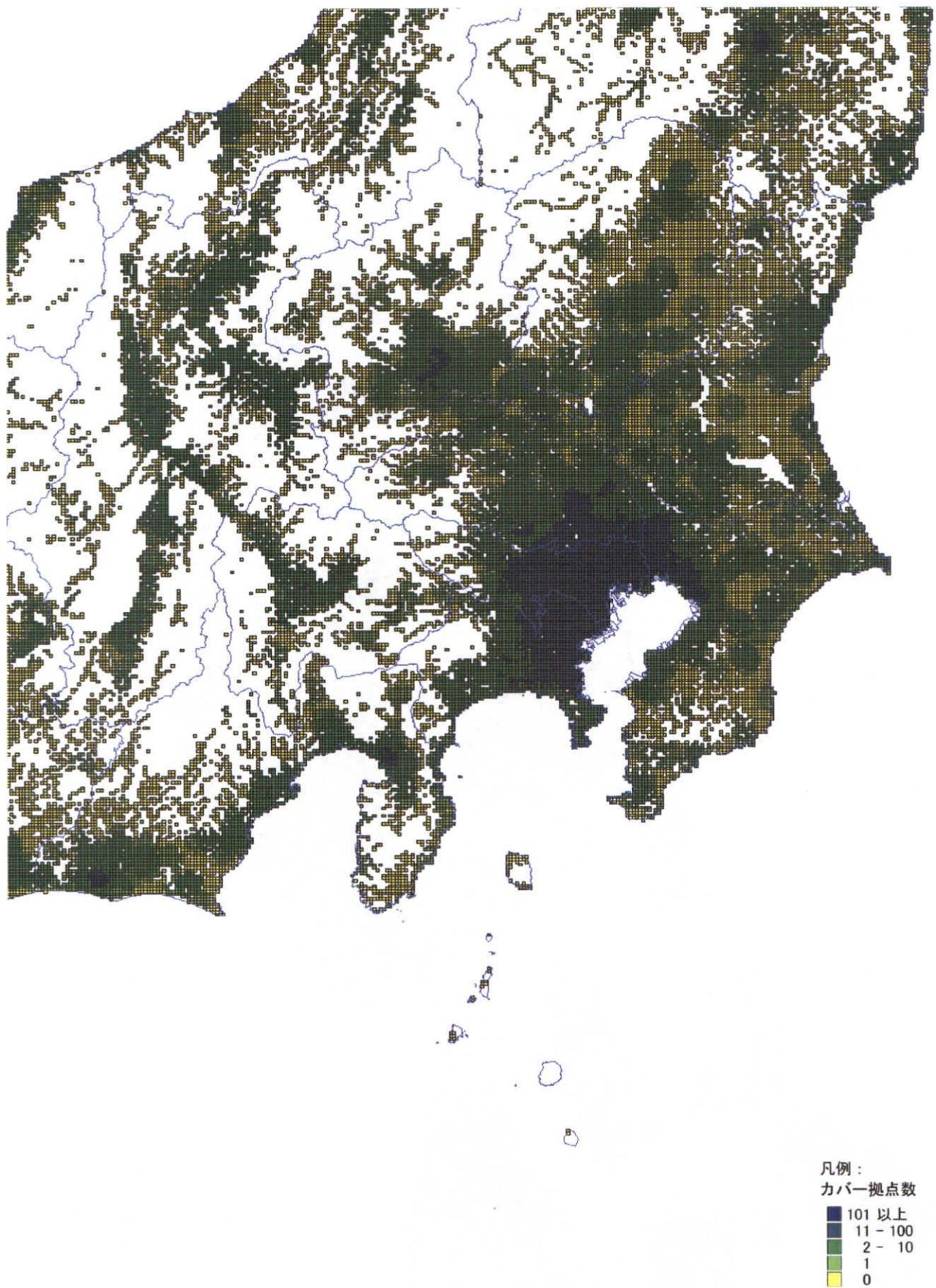


図 II -4d メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問看護ステーション、想定提供圏半径 5km の場合） - D

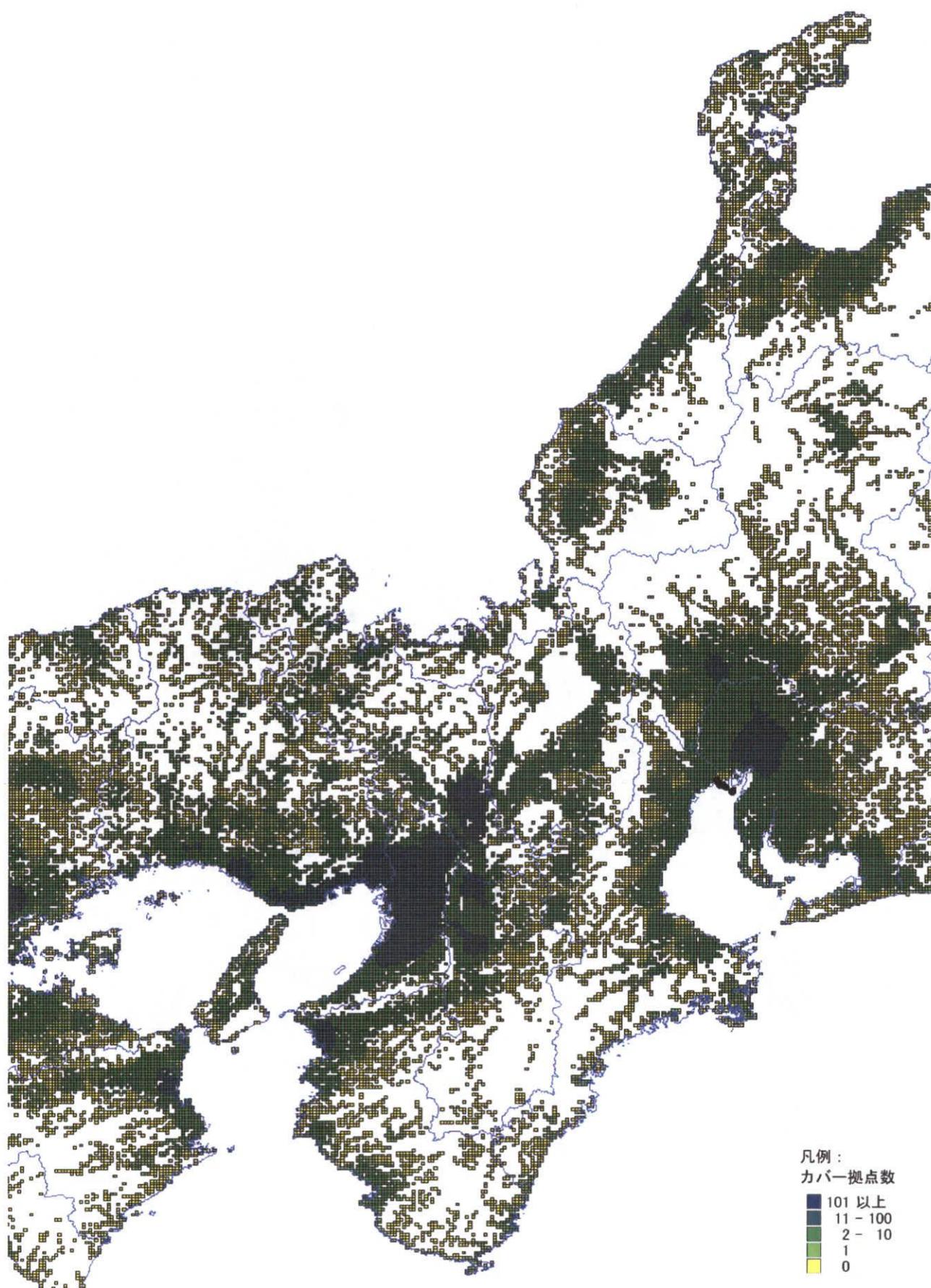


図 II -4e メッシュに対するカバート拠点数の分布図（訪問看護ステーション、想定提供圏半径 5km の場合） - E



図 II -4f メッシュに対するカバ-拠点数の分布図（訪問看護ステーション、想定提供圏半径 5km の場合） - F

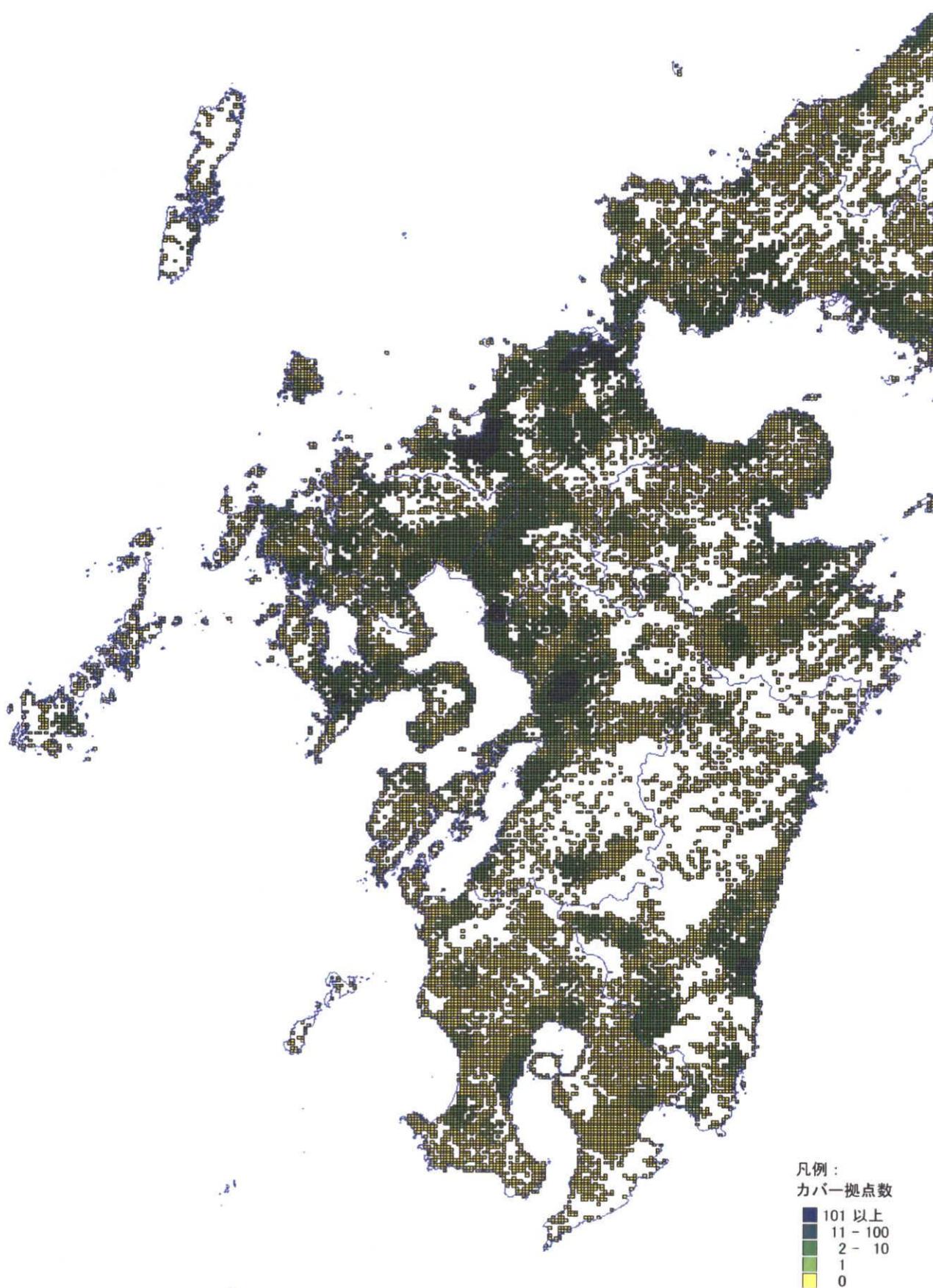


図 II -4g メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問看護ステーション、想定提供圏半径 5km の場合） - G



図 II -4h メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問看護ステーション、想定提供圏半径 5km の場合） - H



図 II -4i メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問看護ステーション、想定提供圏半径 5km の場合） - I

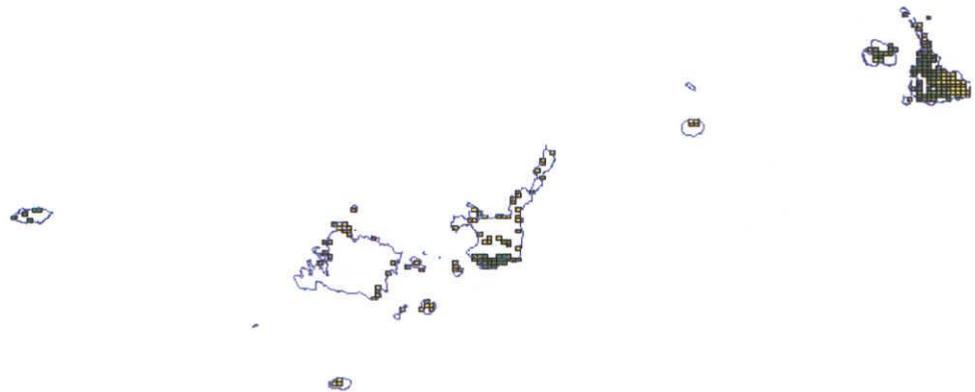


図 II -4j メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問看護ステーション、想定提供圏半径 5km の場合） - J

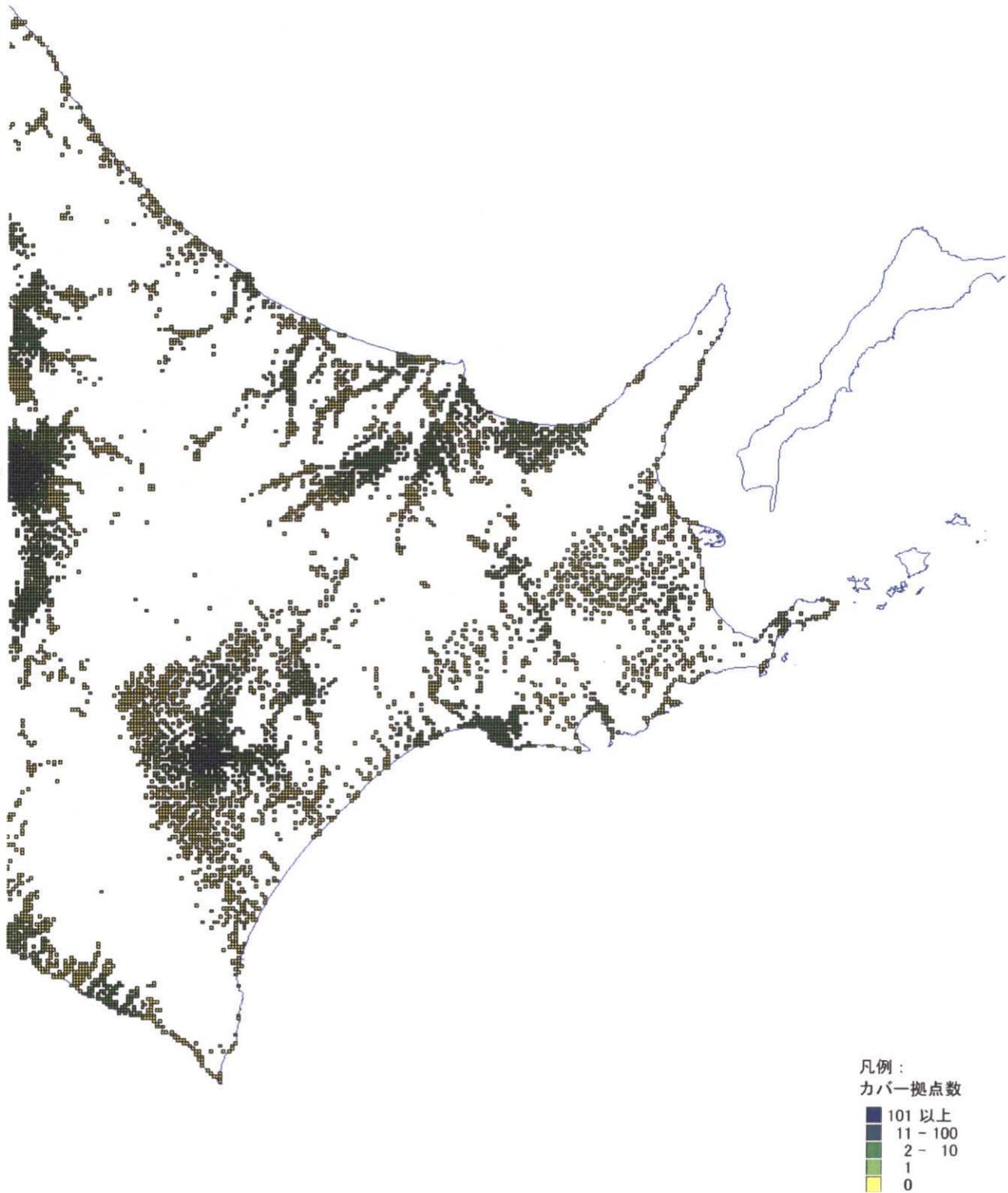


図 II -5a メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問看護ステーション、想定提供圏半径 10km の場合） - A



図II -5b メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問看護ステーション、想定提供圏半径 10km の場合） - B

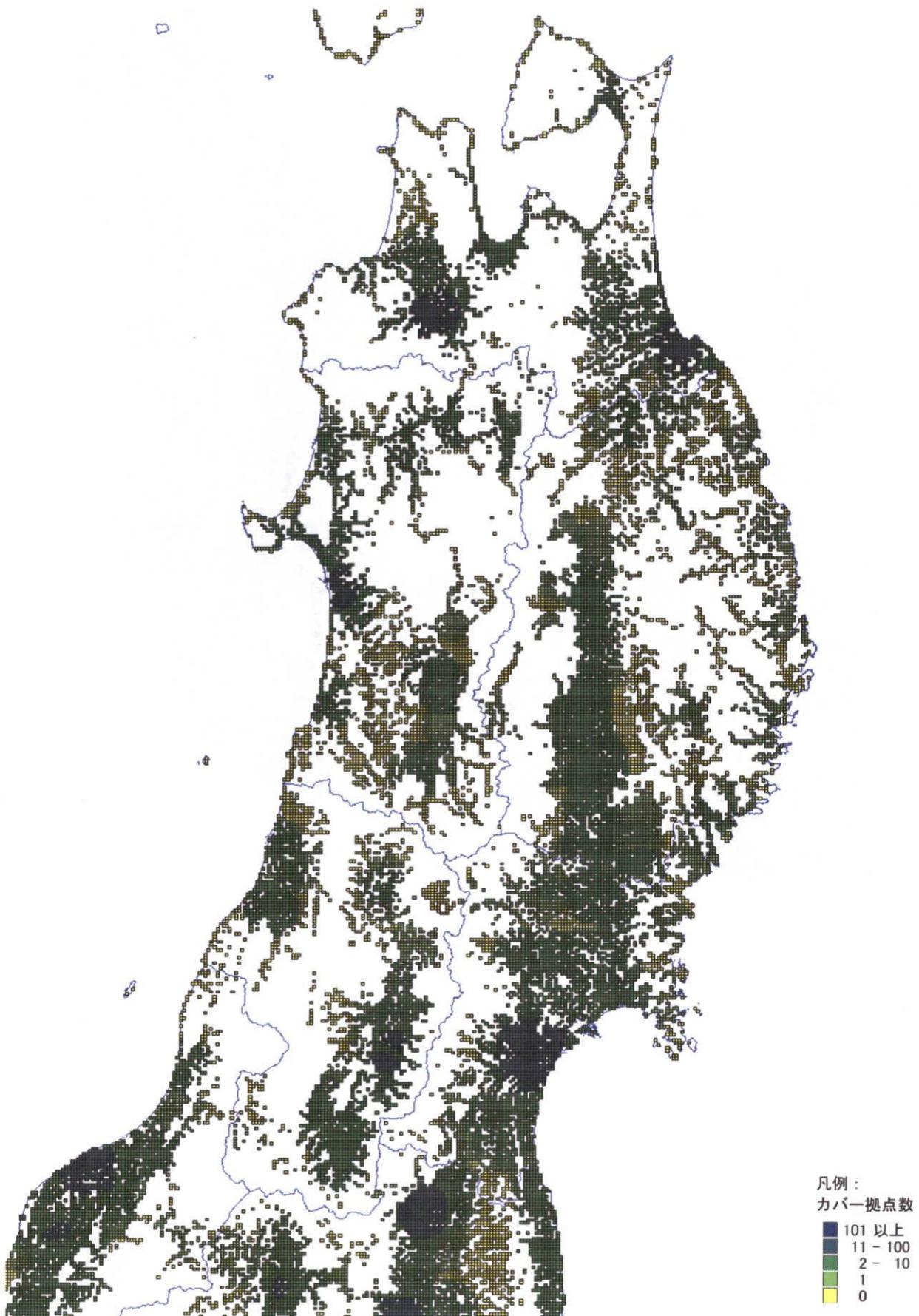


図 II -5c メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問看護ステーション、想定提供圏半径 10km の場合） - C

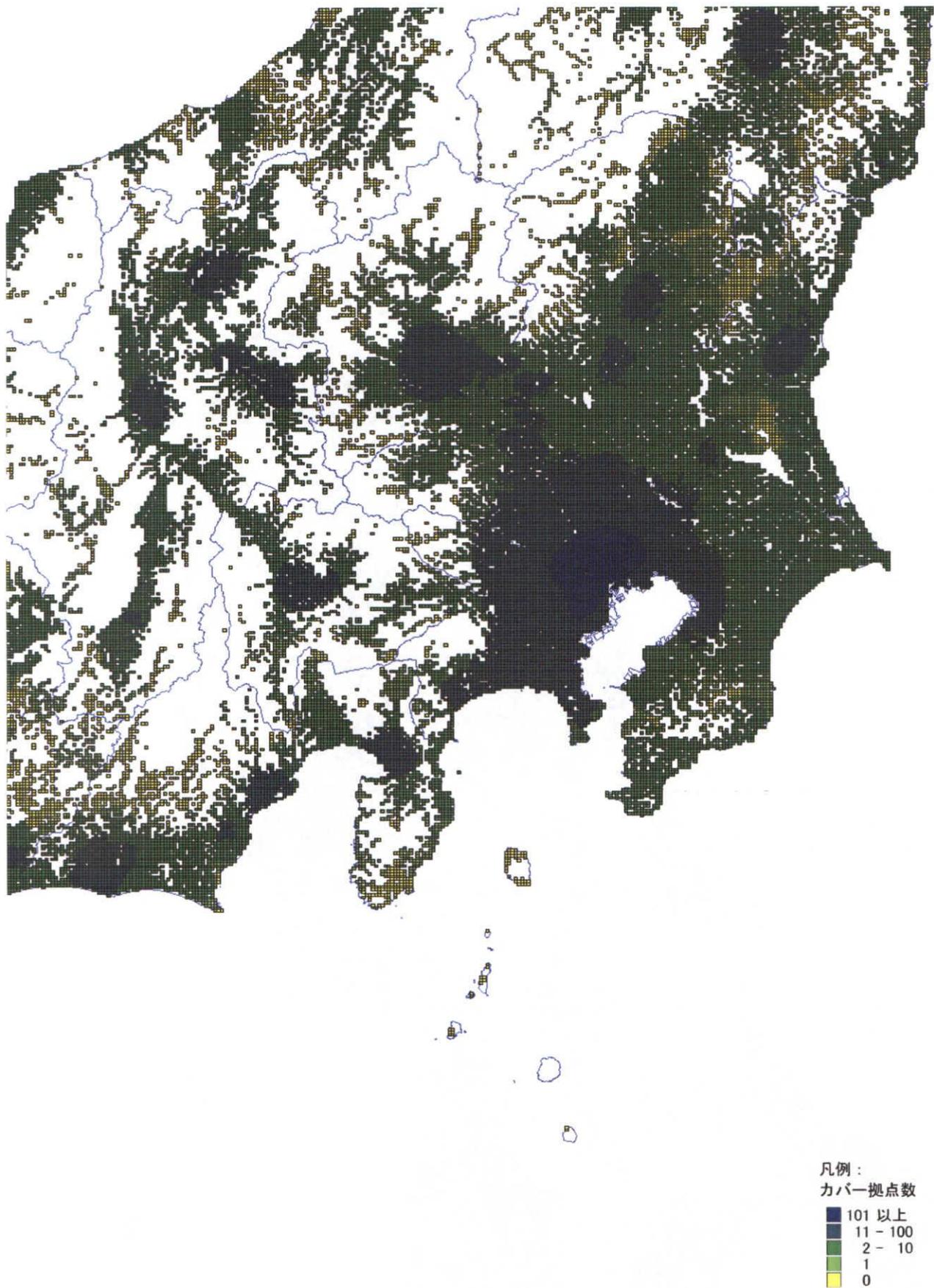


図 II -5d メッシュに対するカバート拠点数の分布図（訪問看護ステーション、想定提供圏半径 10km の場合） - D

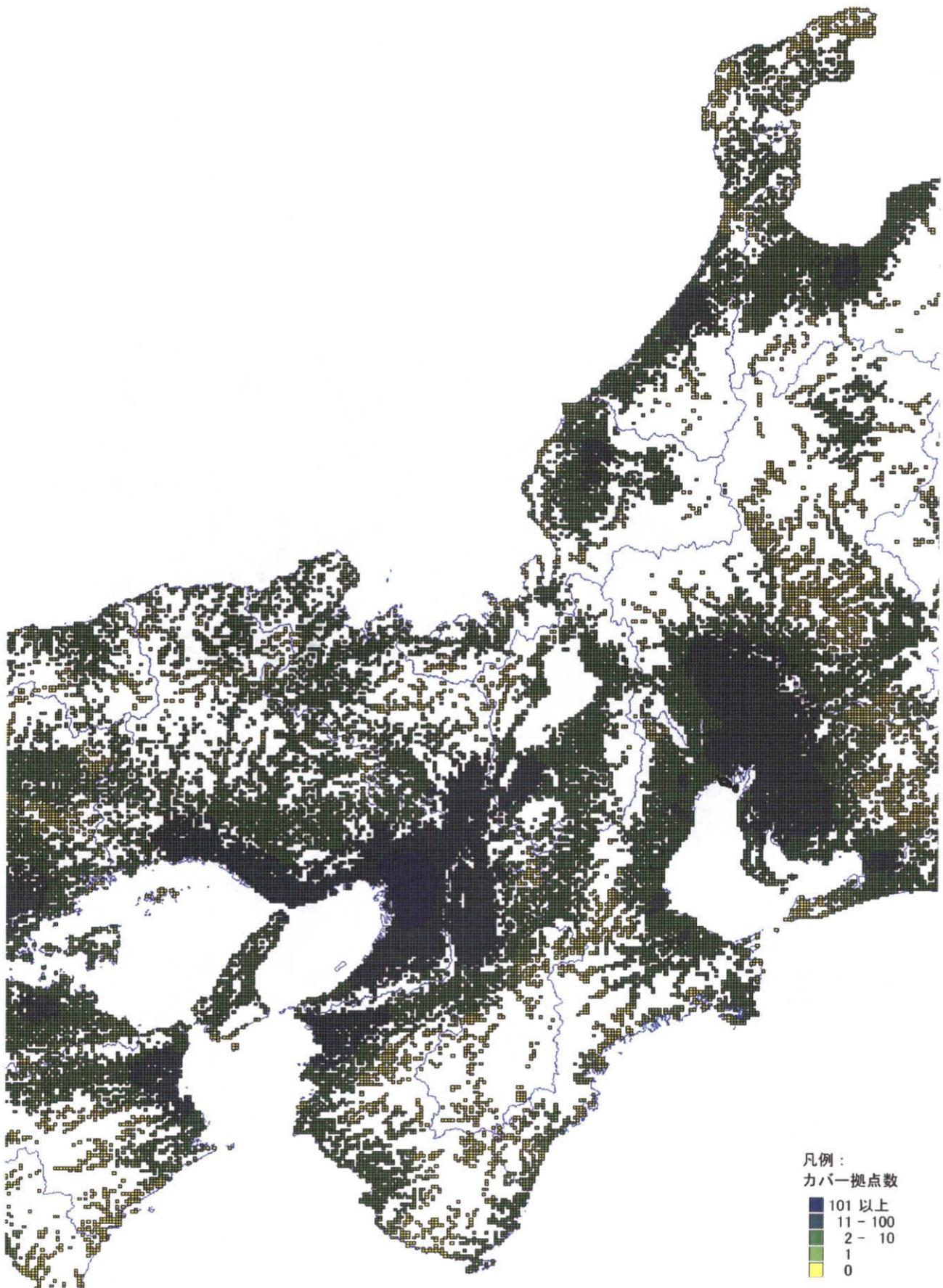


図 II -5e メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問看護ステーション、想定提供圏半径 10km の場合） - E



図 II -5f メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問看護ステーション、想定提供圏半径 10km の場合） - F



図 II -5g メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問看護ステーション、想定提供圏半径 10km の場合） - G



図 II -5h メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問看護ステーション、想定提供圏半径 10km の場合） - H



図 II -5i メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問看護ステーション、想定提供圏半径 10km の場合） - I

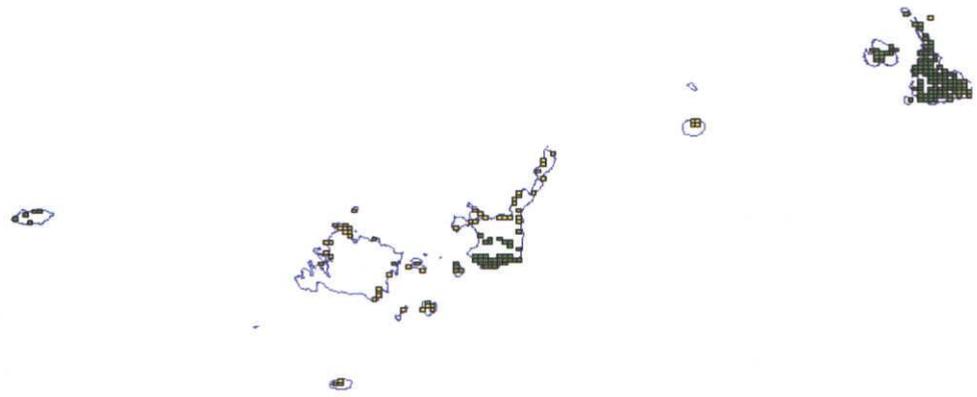


図 II -5j メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問看護ステーション、想定提供圏半径 10km の場合） - J

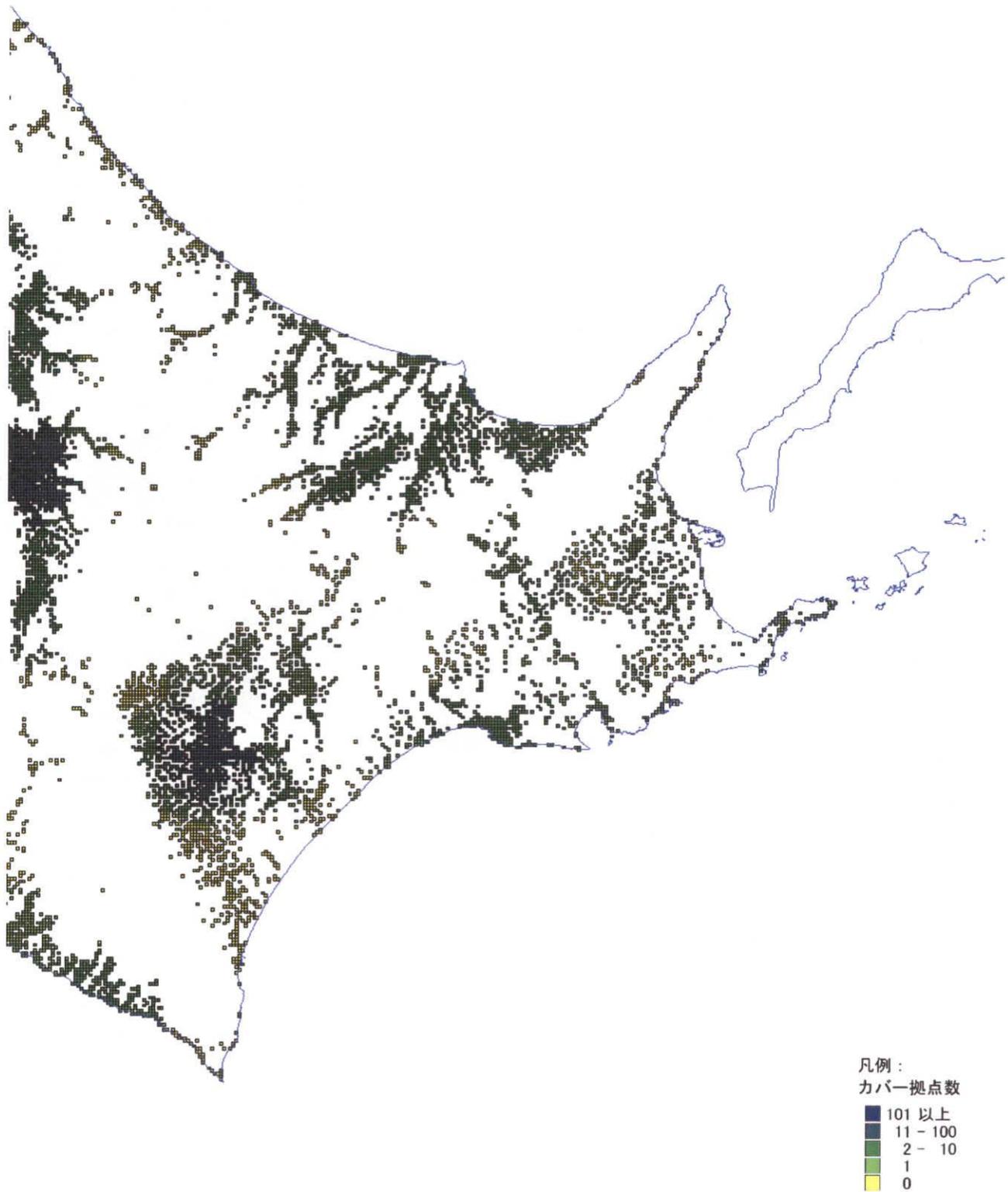


図 II -6a メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問看護ステーション、想定提供圏半径 20km の場合） - A



図 II -6b メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問看護ステーション、想定提供圏半径 20km の場合） - B



図 II -6c メッシュに対するカバ-拠点数の分布図（訪問看護ステーション、想定提供圏半径 20km の場合） - C

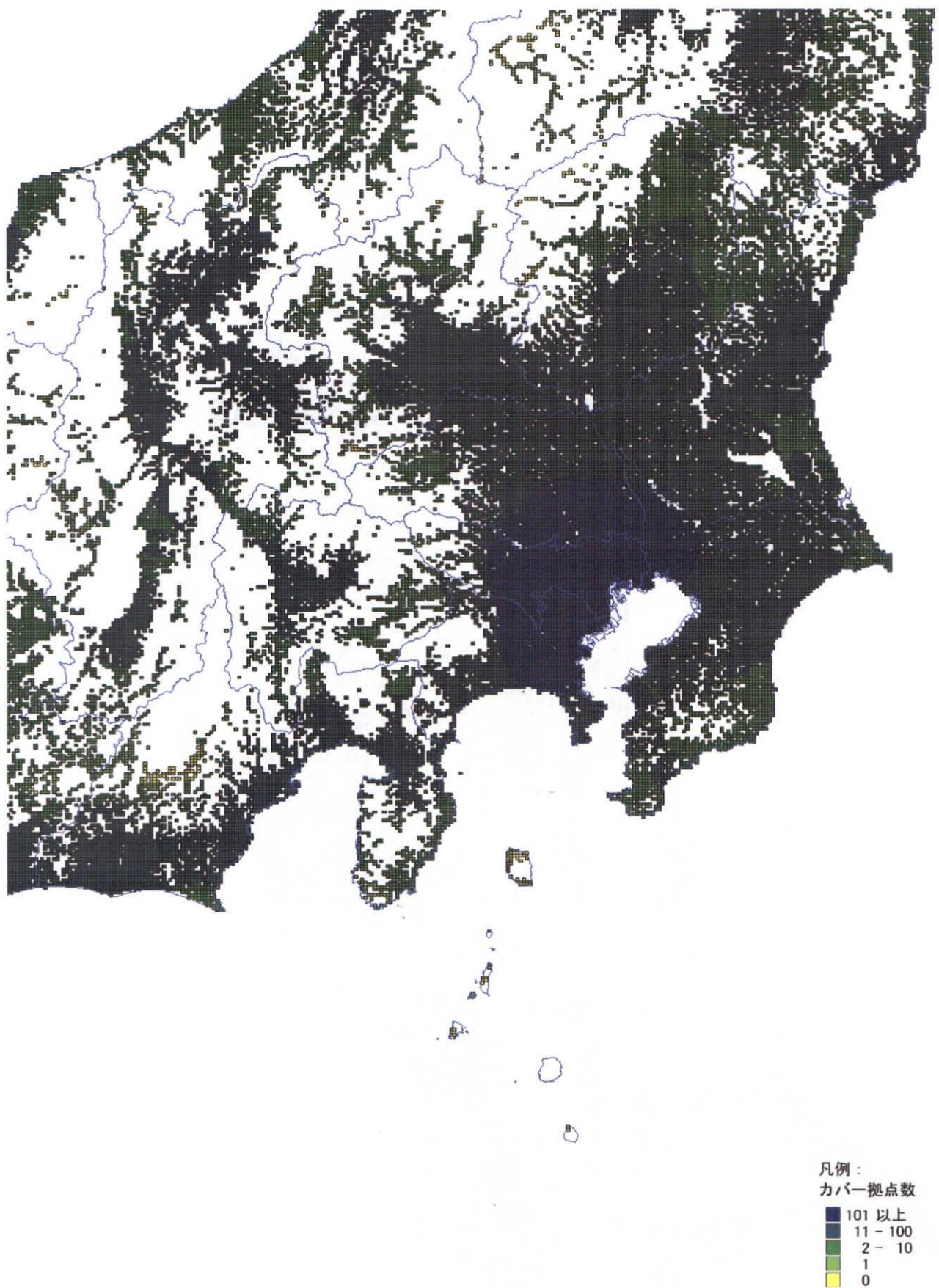


図 II -6d メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問看護ステーション、想定提供圏半径 20km の場合） - D

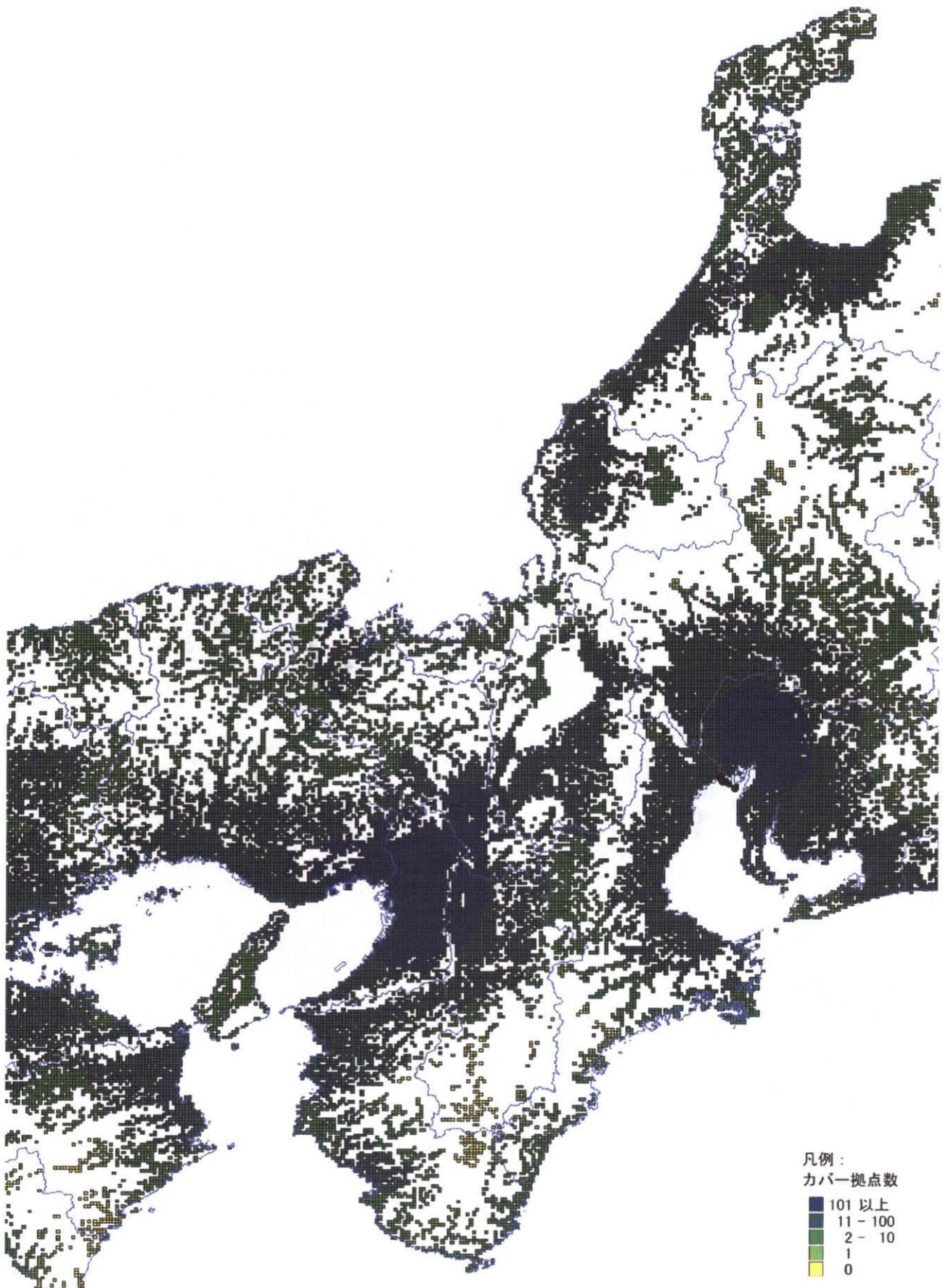


図 II -6e メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問看護ステーション、想定提供圏半径 20km の場合） - E



図 II -6f メッシュに対するカバ-拠点数の分布図（訪問看護ステーション、想定提供圏半径 20km の場合） - F

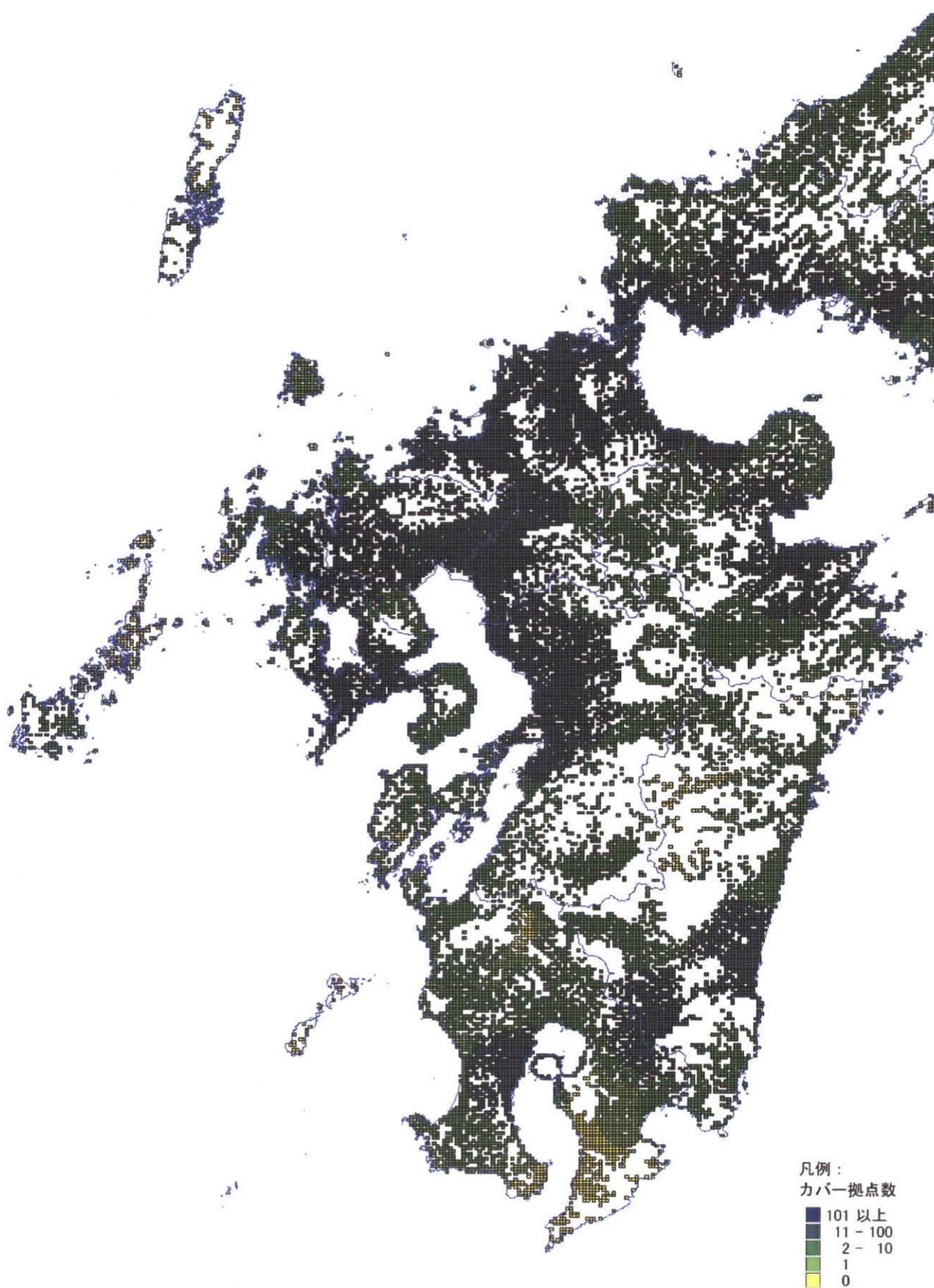


図 II -6g メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問看護ステーション、想定提供圏半径 20km の場合） - G



図 II -6h メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問看護ステーション、想定提供圏半径 20km の場合） - H



図 II -6i メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問看護ステーション、想定提供圏半径 20km の場合） - I

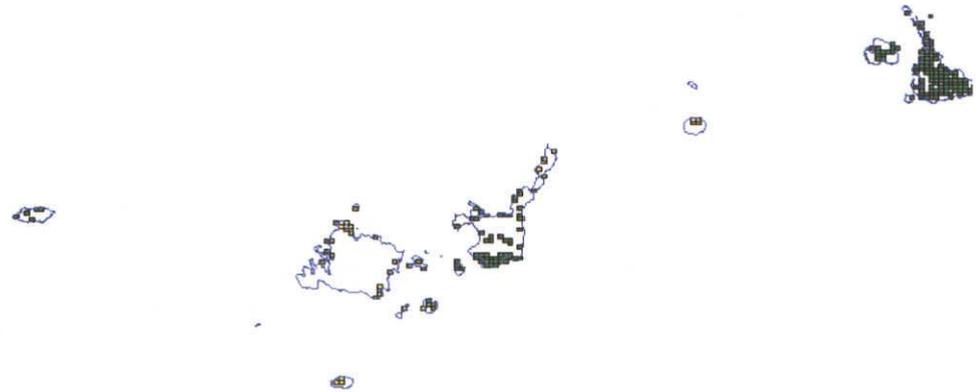


図 II -6j メッシュに対するカバー拠点数の分布図（訪問看護ステーション、想定提供圏半径 20km の場合） - J

Appendix III

Chapter 5 における拠点調査のアンケート用紙

基本情報

1. 利用者について (1月について)

a) 全利用者数 合計 _____ 人

b) 介護保険 合計 _____ 人

 要支援 _____ 人

 要介護1 _____ 人

 要介護2 _____ 人

c) 支援費 _____ 人

 要介護3 _____ 人

 要介護4 _____ 人

 要介護5 _____ 人

2. 職員配置について

 専従常勤 _____ 人

 専従非常勤 _____ 人

 兼務常勤 _____ 人

 兼務非常勤 _____ 人

 非常勤者は、直行直帰ですか？ はい/いいえ
 ／一日一回はステーションによることになっている

3. 交通手段

 自動車 約 _____ %

 バイク 約 _____ %

 自転車 約 _____ %

 電車 約 _____ %

 バス 約 _____ %

 徒歩のみ 約 _____ %

4. 移動距離

 最も遠い人の家までの距離 _____ km

 最も遠い人の家までの移動時間 _____ 分

5. 職員の訪問力所数(同じ人を2回の場合は2カ所とかぞえる)

 最高 _____ 力所/日

 標準 _____ 力所/日

 最低 _____ 力所/日

6. 介護内容(介護保険について) 時間 回数

 家事援助 約 _____ % 約 _____ %

 身体介護 約 _____ % 約 _____ %

 身体+家事 約 _____ % 約 _____ %

7. 介護保険総訪問回数(月) _____ 回

8. 介護保険総訪問時間(月) _____ 時間

9. 地域別利用者数(実人数/1月)

 吉良町

岡山	萩原	下横須賀	宮迫	栗庭	寺嶋	酒井
人	人	人	人	人	人	人
小牧	上横須賀	瀬戸	中野	津平	八幡川田	富田
人	人	人	人	人	人	人
木田	友国	駿馬				
人	人	人				

 その他

町村名						
地区名						
	人	人	人	人	人	人

図Ⅲ -1 Chapter5 の拠点リーダーに対するアンケート用紙 (例：H拠点)

職員の皆様

私は、高齢者福祉について地域計画の視点から勉強をしている学生です。訪問介護に注目し、特にステーション数が少ない地域、人口の少ない地域に対するサービスの実情について研究致したいと願っております。差し支えない範囲で、アンケートに御協力頂ければ幸いです。

生田 京子
名古屋大学 環境学研究科 都市環境学専攻 山下研究室 博士課程
大学住所：〒464-8603 名古屋市千種区不老町 Tel 052-789-3747

記入日 月 日

1 あなたの勤務状態は？	常勤／非常勤				専任／兼務		
2 2/7～2/13 の あなたの勤務時間は？	7(月)	8(火)	9(水)	10(木)	11(金)	12(土)	13(日)
	:	:	:	:	:	:	:
	~	~	~	~	~	~	~
	:	:	:	:	:	:	:
3 担当している利用者数(介護保険＋その他)は？(2/7～2/13 の1週間について)							人/週
4 交通手段は？	自動車、バイク、自転車、徒歩のみ、電車、バス						
5 2/8についてお答え下さい。							
1日で何カ所を訪問しましたか(訪問しますか)？ (ただし、同じ人を2回訪問する場合は2カ所としてください)						カ所/日	
1日の訪問サービス時間の合計は？						時間	分/日
1日の移動時間の合計は？						時間	分/日
1日のデスクワーク(記録作業など)は？						時間	分/日
1日の中で、最も長かった移動時間は？						分	
6 2/7～2/13 の中で最も多くの所を訪問した日についてお答え下さい。							
1日で何カ所を訪問しましたか(訪問しますか)？ (ただし、同じ人を2回訪問する場合は2カ所としてください)						カ所/日	
1日の中で、最も長かった移動時間は？						分	

図Ⅲ -2 Chapter5 の拠点職員に対するアンケート用紙-1 (例：B拠点)

7 担当する利用者全員の居住地に ○（複数回答） 2/11に介護に行った場所全部に ◎
 「1/31-2/8の中で最も多くの所を訪問した日」の行った場所全部に ×
 あなたの住む地域に △ をつけてください。

北茨城市

磯原町 磯原 内野 大塚 上相田 木皿 豊田 本町

大津町 字五浦 北町

関南町 神岡上 神岡下 里根川 関本下 仁井田

関本町 小川 才丸 関本上 関本中 八反 福田 富士ヶ丘

中郷町 足洗 粟野 石岡 小野矢指 上桜井 汐見ヶ丘下桜井 日棚

華川町 小豆畑 臼場 上小津日草 下小津田 下相田 中妻 花園

平潟町

高萩市

赤浜 秋山 安良川 有明町 石滝 大能

春日町 上君田 上手綱 島名 下君田 下手綱

高戸 高萩 高浜町 中戸川

東本町 肥前町 福平 本町 望海

大和町 横川 若栗

その他

町大字	字	町大字	字
町大字	字	町大字	字
町大字	字	町大字	字
町大字	字	町大字	字
町大字	字	町大字	字
町大字	字	町大字	字

図Ⅲ -3 Chapter5 の拠点職員に対するアンケート用紙-2（例：B拠点）

Appendix IV

Chapter 5 における同行調査記録



図IV-1 DWさん宅



図IV-2 DWさん宅周辺、駐在所

5.8 同行調査記録

D 拠点	訪問日：2005.1.19	住所：渋川
DWさん 男 94才 要介護3		独居

拠点から引佐町の北にある集落、渋川まで車で20分。愛知県境にかなり近い。渋川は何戸かが集まる大きめの集落。その中心にDWさん宅がある。

認知症、立位保持可、オムツはトレーニングパンツでポータブルトイレ使用。

17年前に夫人が死亡。以来独居。

浜松に義理の息子が住んでいて、2-3/週訪問し、必需品の買物を届ける。隣家の義弟が、ほぼ毎日話をしに来る。時には御馳走を持ってくることもある。家の前には駐在所があり、雨戸が閉まっていると連絡してくるなど、地域の人が何となく見守っている。

訪問介護 月一金 2/日 10:00-11:00, 15:00-16:30 (調理、掃除、足ガーゼ交換、相談、洗濯) 土日 1/日 14:00-15:30
ただし水はデイサービスと訪問介護 15:00-16:30

配食サービスを毎日昼利用

昔は、木材業者をやっていて、多くの雇用人が同じ家に同居していたとのこと。Wさんが若い時は、学校が近くになくて「毎日8kmの山道を歩いて通ったんだ。みんなそのころの人は大したもんだ。」とのこと。

認知症がかなり進行している様子。5分前のことは忘れて同じことを繰り返しお話しする。

ヘルパーによると、朝の整容が1人では継続できない。お酒が好き。不安感が強くなると手がつけれないほどにあばれる日もあるとのこと。特に医者嫌い。火の管理が難しいので、ガスは止めてあり、ヘルパーが調理をする時だけ開栓するとのこと。本人は調理はもともとしない。

ヘルパーをヘルパーと認識している時と、近所の人が助けに来てくれているのだと勘違いをしている時がある様子で、「おかげさまで、なんやかやと村の人が訪ねて来てくれて、食べ物でもなんでも面倒見てくれるでなんとか、わしもここで1人で生きておる。ありがたいことだ。ばあさんが死んでから、ずっと1人暮らしだ。わしも大したもんだなあ。」とおっしゃる。

家から物をとられるのではないかという、被害妄想が大きく、ヘルパーが自分の見えない所(例えば台所)などに姿を消すと、「何をやってるか、物をとってるか」と見に来てカバンの中をあけて



図IV-3 EOさん宅までの道程



図IV-4 EOさん宅周辺、道路から100mほど山道を下ったところに家がある。



図IV-5 EOさん宅 右側は崖で、茶畑となっている。荷物運び機とレールがある。



図IV-6 EOさん宅の茶畑からの眺め

見せるまでは落ち着かれない。

また、「この家は、沢山部屋があって、下には2間とこの店と、この階段を上がっていけばさらに2間だれもつかってない部屋がある。沢山の人が貸してくれて頼みにくるけれど、かせない。一度貸したら、そのままとられてしまうから絶対にかせないだ。ここは渋川の中では、駐在さんも目の前だしバスも目の前に止まるしなんと言っても土地がいいからみんな借りたいとしつこいが、こうやってあげとくだ。」というお話を訪問時間中20回ぐらい繰り返された。家に対する執着が強く感じられた。

E拠点	訪問日：2005.1.20	住所：下平山
EOさん 男 76才 要介護3		高齢夫婦
EPさん 女		

左上半身麻痺、着替え、トイレに介助が必要。

訪問介護 2/週、入浴を介助。往診1/月。訪問リハビリ1/週。その他の介助や家事は妻が行っている。

龍山村との境界付近の下平山（ここは崖である）は車で片道30分。

3年前に半年間入院をし、家を車椅子対応に改築することで在宅へ戻った。家から車道まで100mほどの山道なので、車椅子は使えず、退院以来外出をしたことがない。現在その山道に車椅子を上げるリフトを設置できるか検討はしているが、行政から何の補助もないので、何もしないままである。医者は佐久間町中心に行かないとない。

妻は、1・2時間の間なら外出ができる。月・金曜日は福祉バスが近くまで来る。2ヶ月に1回ぐらいは福祉バスで町に外出する。買物は、野菜は畑からとってきて殆どそろえる。魚肉、米は配達販売で購入する。家のまわりで、お茶や畑作り等をしてすごすと気が晴れる。「正直、お父さんが夜寝てからがほっとして、自分の時間という気持ちになる。」もし自分に万一何かがあったらと考えると不安であるが、考えないようにしてできるだけ健康維持を心がけるしかない。国民年金での生活であるが、そんなに買いたいものがたくさんあるわけではないので、何とかなっている。天竜に息子がいて、たまに家族でやってくる。冬季は近隣の人とも会うことはあまりない。電話で話をする。下平山の集落は12件で、以前は学校の用件などで人に会った。知っているという意味では天竜川を挟んで反対側の龍山村の集落の人も知っている。親類などが嫁いでいたりする。

「こんなに不便なところに住んで大変だと思うでしょう。でも、

私は一度浜松の子のところに同居したが都会は息苦しくて生きたこちがしなかった。ここでなら、気ままな生活が楽しめるのよ。住み慣れたここがいい。」

(ヘルパーによれば「山の中なので、夜間、冬期は行けない地域も沢山ある。夜間の介護ができないことが、在宅継続の限界となっている。ここまで来るために2人のヘルパーが半日を費やすことになるから、毎日来ることさえも大変である。」とのこと。E0さん宅に到着するまで、ヘルパーが空家となって放置された家をいくつか差ししめた。)

E拠点	訪問日：2005.1.20	住所：下平山
EAさん 女 93才 要介護1		独居
		(隣の家息子)

やや難聴、膝・腰が痛く、4点杖歩行。

訪問介護 2/週、入浴の介助、調理など。

(隣に息子が住んでいるが、独身でいついるかわからないかもハッキリしていない。時々買物をしてきてくれる程度のかかわり。)

浜松に娘がいて、風邪をひいたりした時は医者連れて行ってくれる。(ヘルパー曰く、「遠くに住んでいる子とは言え、少しでも手助けをしようとするのと無いのでは大違いである。子が完全に『ヘルパーにすべてお任せします。そちらで何とかしてください。』という風になったらまずい。」とのこと)

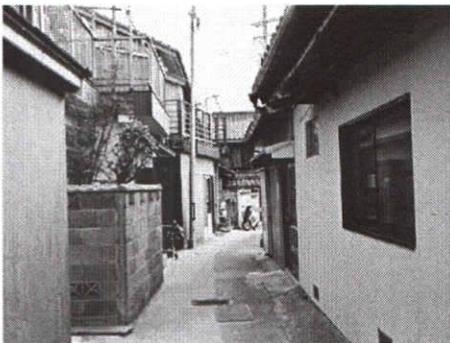
殆ど1日家の中ですごす。「あまりにも寒くて、食べたくないけれど食べにゃあかんと思って、まあ食べることをします。」とおっしゃるが、どこにも食事をしたような気配がなくヘルパーが心配をして「今日は何か食べましたか？」と聞いても曖昧な答えが返ってくる。けして認知症というわけではないが、食に対する意欲が減退しているのが感じられる。当日ヘルパーは入浴介助のために訪問をしたが、「寒いので申し訳ないけれど入浴したくありません。」ということで、「代わりに足浴をしますか」という問いかけにも「まあ、結構です。」という。コタツの中にじっとして寒くて動けない。「ここに住むのが良いですか？」という質問には「ここがええです。」とのこと、その理由は説明されなかったが、何度も「ここがええです。」と繰り返された。(不自由は我慢することが当前というような雰囲気、ここ以外に住むことなどは考えたこともないという様子を感じられた。「この年代の人は、医者にかかるのもよっぽど具合が悪くならないとかかる必要が無いと嫌がられる。」とヘルパーの弁。)



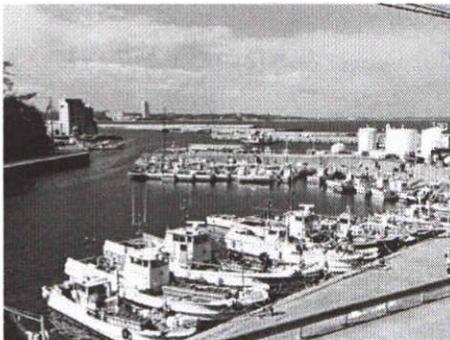
図IV-7 GSさん宅



図IV-8 GSさん宅周辺



図IV-9 島内集落地の道幅



図IV-10 海辺

G拠点	訪問日：2005.2.21	住所：日間賀島
GSさん 女 81才 要介護1		子夫婦同居
		昼間独居

気温差による手のしびれや背中痛み。寒いところに出るのが怖い。冬は外出が全くできない。娘がヘルパー。

訪問介護 3/日 8:30-9:30 11:00-12:00 16:00-17:00 (生活援助) うち入浴介助が1/週

昨年5月に夫が亡くなる。その後、家事に疲れて半ば放棄ぎみのこと。

暖かいときには金曜に生きがい支援通所に行っていた。

若いときは旅館づつとめで、60才にやめた後、スナックで14年遊んでた。歌が上手で有名。2年前まではバイクにのっていた。孫を幼稚園まで送り迎えもしていた。

カラオケ仲間が時々(週に何回か)訪ねてくる。友人と電話もする。友人の家まで遊びに行きたいが行けない。

買物は息子がし、献立をGSさんが考え、料理はヘルパーが行う。さみしいので、下ごしらえをしておいてできるだけ料理の手間が省けるようにして、お話の時間を作るようにしている。

ヘルパーは日間賀島の人で、前々から知っている。

島の中では、親戚家族が多く、うわさはあつという間に広がる。東西も関係ない。

I拠点	訪問日：2005.1.18	住所：西園目
IAさん 男 79才 要介護4		高齢夫婦世帯
IBさん 女 79才 要介護1		



図IV-11 IAさん宅



図IV-12 隣人宅

IAさん：左麻痺（脳梗塞）ペースメーカー、トレパン、ポータブルに移ることができる。

林の中の坂道をのぼって見晴しの良いところに6軒の集落があるうちの1軒。近隣の家はどの世帯も高齢世帯とのこと。子らは市部に出て行き、戻ることはない。車で拠点から片道25分。

2人ともデイサービスを1/週利用。隣人の女性も一緒に行く。

IAさんは2/週 訪問介護で入浴、往診2/月。

夫人は自分で病院へいける。

買物は、デイサービスの後に送迎バスがスーパーへよってくるのでその際夫人が購入。又、タクシー（往復4500円）で町（本郷）まで4回/月行く。夫人の気晴らしになっている。

「隣人とは1年に1度会うだけだよ（IAさん）」とのことで、IAさんは殆ど外出をしていない様子。

夫人も殆ど家の中で過ごす、家の外を手入れしたり（畑作業も）。ヘルパーとは病院に入院した集落の友人や、他の地域の人々の状況などについて噂話をしていた。（「〇〇さんとこの〇〇ちゃんは結婚したんだよー。」というような話）

（職住が近く土地柄で生きている様子。住、在宅へのこだわりを強く語られる。）

帰り際に家から外へ出ると、隣の独居女性が、声をかけて来た。「伊藤さんか、松浦さんかと思った。」という言葉から、隣家への来客を察知して声をかけに出て来たことが分かった。



図IV-13 JKさん宅



図IV-14 JKさん宅の向かい側

J拠点	訪問日：2005.3.9	住所：黒田
JKさん 男 要介護1		子同居世帯
		昼間独居

拠点から20分ぐらいの集落。

3/週 朝昼 30分（足浴、薬塗布）、2/週 デイサービス利用。

デイサービスの後に送迎車が町内の病院に寄ってくれる。足の治療は足助町の病院を利用。朝1回薬をのめば良いものになっている。非常勤（直行直帰）のヘルパーが田口から訪問。入浴は自分で昼間に入る。毎日朝か夜に犬の散歩をしている。家族は18時ごろ帰宅。昔は町までカブで買物に行った。また、お酒が好きで、近くの酒屋でワンカップもかっていたが、今は酒屋がつぶれた。隣近所にしゃべる人が居ない。男性の友達が近所に住んでいない。日中は居間で過ごし、夜は自分の部屋で過ごす。夕食は家族は居間で。自分は食堂で食べる。「犬がいるから気が紛れるよ」とのこと。

J拠点	訪問日：2005.3.9	住所：桑原
JTさん 女 87才 要介護1		独居

認知症。訪問介護1/週（今後2回に増やしたい）話し相手。町の中心から少し山地へ上ったところ。1軒だけポツンと建っている。坂がきびしくて、隣屋＝隣の集落まで老身ではいけない。自分1人ですべてやってきた。親戚付き合いはあまりない。娘が1/週訪ねてくる。昔、まかないの仕事をやっていたので、食事は自分でつくれるが、食べる気力が起きない様子であり食べていない。デイサービスは一度行ったが、「私はまだこんなところに来る必要はない」とのことでやめている。外出は、家のまわりを歩く程度。畑は二年前にやめた。御主人が亡くなって7-8年。足の運動で、途中まで坂を下りていったが、座り込んでしまっ以来、歩いて町へ降りていくことはあきらめた。昔は色々な人が遊びに来たが、今は1人だけ。踊りの友達と電話で話したりする。店へ行きたいが、足がえらい。お金は自分の年金でやっている。以前は、保健センターの地区の集まりに行っていた。坂の下でバスが待っていたが支度ができず、時間も正確にあわせられなくなり、断念。買物はヘルパーと娘に頼んでいる。一日は食事作り、茶碗片づけ、風呂などで過ぎていくが、1人で家に座っていると暗い気持ちになる。



図IV-15 JAさん宅



図IV-16 JAさん宅周辺



図IV-17 JDさん宅



図IV-18 JDさん宅周辺

J拠点	訪問日：2005.3.9	住所：上郷
JAさん 女 82才 要介護4		子同居世帯
		昼間は老夫婦のみ

病気になって20年。脳梗塞、骨折などで入院を繰り返す。胃ロウ。アルツハイマー。10年前までは畑にも出ていたが今は寝たきりである。

訪問介護1/週 清拭(2人×30分)、訪問入浴1/週、訪問看護2/月。足助病院の往診1/月。

夫が全部介護を行っている。夜間は添い寝。食事づくりだけ子がやっている。洗濯なども夫。

1日の流れと夫の行っている介護：6:00 胃ロウに食事注入2時間
9:00 起きて、椅子に移乗させる(JAさんはそのまま午前中を過ごす。) 11:30 胃ロウ2時間 1:30 休む。14:00-16:00 椅子へ移乗。17:00 夕食。20:00, 1:00 にオムツ交換。吸引は夜間3-4回。夫は、12:00-14:00 は毎日下の学校へ車で行き、ゲートボールをする。あちこちの集落から10人ぐらい参加。その他買物にも午前中に行くことがある。車も運転している。老人クラブの旅行にはちょっと行けない。近所の人とは1/週話すぐらい。集落には7軒の家がある。

J拠点	訪問日：2005.3.9	住所：
JDさん 女 要介護1 (御本人不在)		独居

山のなか、車で拠点のある町中心からかなりの距離。40分ぐらいか。3戸だけの集落で、2戸は空家になり、Dさんはずっと1人で暮らしていた。ヘルパーによれば、認知症も入ってきていたが、明るくのんびりした性格とのこと。生まれ育った地であるここでの生活がとても気に入っていた。通常期は訪問介護が毎日訪問していたが、冬は道路の凍結でヘルパーが訪問をすることもできない場所のため、子の家に行っていた。春になり、Dさんはこれから生活支援ハウスで生活を始める。今も生活の気配が残る。



図IV-19 JEさん宅

J拠点	訪問日：2005.3.9	住所：生活支援ハウス
JEさん 女 92才 要介護度なし		独居

ここに暮らして9年。全て自分でやるが、朝夕にヘルパーが見に来る。(訪問介護ではなく、ハウス担当のヘルパーの見回り。)前の集落にはもうだれも残っていない。懐かしいが、もう戻りたくない。戻っても生活していけない。買物などが不便だった。室内に町内放送の機械があり、夕方7時には町であったことが放送される。山火事などもこれで伝えられる。

年金生活はかなり厳しい。「ミニデイ(生きがい活動支援通所)に行きたいが行政からお誘いが無くなった。」と不満気であった。



図IV-20 JEさん

J拠点	訪問日：2005.3.9	住所：生活支援ハウス
JFさん 女 要介護2		独居

訪問介護1/週(掃除)、デイサービス3/週。

足が悪く、4点杖歩行。町の中にすんでいたが、家は段差が多く、生活が困難になり、ここへ越してきた。買物など自分ででかける。食事は配食サービスをメインに自分でする。ハウス担当のヘルパーが毎朝毎夕様子を見に来る。また、町の友達が遊びにくることもよくある。同じ地区から4人がここに入居していて心強い。



図IV-21 JGさん宅

J拠点	訪問日：2005.3.9	住所：生活支援ハウス
JGさん 男 要介護2		老夫婦
JHさん 女 要介護度なし		

妻が心臓病、夫が糖尿病。妻が入院した時に、家をひきはらって生活支援ハウスに移った。夫は3/週デイサービスに行く。妻はそれを迎えに行きついでにデイサービスのレクリエーションをするのが楽しみ。生活支援ハウスでもボランティアが教えに来る手芸の活動があり、それが楽しい。もとの集落の人が、生活支援ハウスに遊びに来ることもあり、そのときは自分でもてなす。「家族がまわりに居ないところのほうが、みんなのびのびと言いたいことが言えるみたい。」とのこと。生活ハウスの住民は、風呂はデイのあとの時間にデイサービス併設の大風呂を使うが、その前で、マッサージ機に座りながらみんな1時間ぐらい井戸端会議する。

きれいに飾り付けた壁と植物。ここは暖かいし、買物にも行けるし、便利。ずっとここに住み続けられたら良いのに。とのこと。ヘルパーが近くにいるから、安心とのことである。



図IV-22 JGさん夫妻



図IV-23 KNさん宅



図IV-24 KNさん宅周辺

K拠点	訪問日：2005.3.4	住所：名倉
KNさん 女 83才 要支援		独居

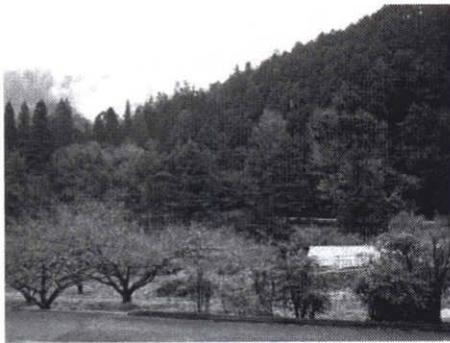
拠点から20分ぐらいのところ。平地で、小さいがかつては商店が何軒か連なっていた所。KNさんも以前は店をやっていた。水頭症で認知症のようになり混乱がひどかったが、手術をしたら改善され落ち着いてるとのこと。糖尿病。

訪問介護3/週（掃除、買物、調理、洗濯） 往診1/月前の家に親戚（兄の子の嫁）が住んでいるので、困ったときには助けてくれる。たまに見に来る。息子は名古屋に居て、休みの時は泊まりに来る（2/月）。医者に行くときも泊まりで来てくれる。

- ・ 食事は人からもらったり、つくってあるものや買って来たものを食べる。
- ・ 短歌の会に1/月行く
- ・ 医院に1/月、眼科に1/月（町の移送サービスで行く）
- ・ 配食200円 1/2月 「美味しい物をつくってきてくれてありがたい。」
- ・ みんなで集まって食べる 2-3回/年
- ・ デイサービスはまだ行きたくない。
- ・ 「自分の城です」とのこと。
- ・ 歩道がないから、農道を散歩します。
- ・ 冬は短歌を家でするだけで、あまり外出しない。
- ・ 姉が池下にいた。息子が2人名古屋、養子が蒲郡。ひまごが2人居てかわいい。
- ・ 夫は10年前に亡くなった。秋はからっ風が強くて寂しさを感じる。



図IV-25 KOさん宅



図IV-26 KOさん宅周辺

K拠点	訪問日：2005.3.4	住所：神田
KOさん 男 81才 要介護1		高齢夫婦世帯
KPさん 女 84才 要支援		

KOさん、脳梗塞。 KPさん、脊髄損傷、腰痛、膝、しびれ。訪問介護 2/週 生活援助（掃除、洗濯、買物）基本的には夫人が調理。

- ・ 大きな家に2人で暮らしている（8畳×5室+4畳×2室+キッチン）。
- ・ 買物は、浜松のスーパーが田口、東栄とともに設楽まで1/週、木曜日に販売に来る。そこでお肉や魚を買う。集落では2件だけが利用。子供が町にいて、もってきたり、送ってくれたり。医者に行くついでに車で。近くの簡易郵便局にみそ、卵、石けんなどはある。
- ・ 近隣の人との関係性：昔は家族のような感じだった。ごはんやめずらしいものを作ったら届ける。私は、裏の家の人が1人になってずっと面倒を見ていたが、電気コンロの上に炊飯器をのせて、コンロのスイッチを押すといった事件があって、その人は施設へ行った。集落の2人の人と仲良くしてたけど2人とも移っていった。今は若い世代（65-70）の人になり、関係が昔ほど親しくない。「時代が変わった」。
- ・ 人情が大切。人によくしてきたら、かならず自分にも何らかの形でかえってきているはずだ。
- ・ ヘルパーには、嫁にものを頼むように頼みたい。まずお茶でも飲んでもらって、世間話をして「あそこお願いね」と頼めたらよい。お茶も飲まずに仕事だけやって帰るのは規則とはいえ、いただけない。
- ・ 携帯を娘に言われてもちはじめた。外出していて緊急の時のため。
- ・ 嫁がよくきてよくしてくれる。
- ・ 毎日畑をやっている。猿やイノシシが出るから、昔のハウスの骨に網をはってやっている。
- ・ 老人クラブで豊橋健康ランドにみんなは行くが、私は主人がいるから行けない。
- ・ コミュニティセンターで行われる芋煮会は楽しみである。
- ・ 家の中でおし車で歩け歩けで運動している。



図IV-27 L拠点



図IV-28 L拠点



図IV-29 L拠点内部



図IV-30 L拠点キッチン

L拠点	訪問日：2005.2.17	住所：拠点にてヒアリング
LTさん 女 81才 要支援		独居

デイサービス7日/月、訪問介護2回/月（掃除）利用。子供が毎日電話してくる。買物は娘が買ってきてくれたり、金曜日の人に頼んだり。お向かいのお嫁さんが良い人で、おかずの交換をしたり、毎日どこにでかけているかをその人に伝えている。週1回は足の訓練のために花や草を取りに行く。集落の掃除、お寺参り2/週で忙しい。歯医者にも行く。町の講演会が好きだったが、すわっているのがつらくて最近は行けない。年間パスを利用している。血圧高い。長男がいつか岡垣町に帰ってくるはずである。

L拠点	訪問日：2005.2.17	住所：拠点にてヒアリング
LBさん 女 81才 要支援		老夫婦

動脈硬化、心筋梗塞、腰から足にかけてしびれる。

訪問介護1/週（そうじ買物）、デイサービス1/週

M拠点のデイサービスに通うようになって2年。夫は身体障害で足が悪い。前立腺ガンで5年もつかと言われたが、存命。2人で家にいるとTVばかりを見て鬱々としてくる。M拠点のデイサービスに来るのは生きがい。ストレス発散になる。週1回だが気持ち若返り、体調も良くなった気がする。外の風景を見ながらのんびりと過ごせる。友達もいっぱい居る。みんなが色々と物作りを教えてくれる。週1回以上利用したいが、夫が家に1人いると思うと何回も来れない。博愛教会にも行っているのでもう留守にはできない。日々はTVや畑、庭いじり、玉葱、大根などを作って過ごしている。

L拠点	訪問日：2005.2.17	住所：拠点にてヒアリング
LIさん 女 86才 要支援		独居

デイサービス2/週、訪問介護2/週。通うようになって3年。夫、息子、嫁がたてつづけに亡くなり、今は孫と2世帯住宅であるが、孫とはあまり上手くいっていない。失意の時にデイサービスに通うようになる。Iさんは、孫に家を出て行けと言われてショックで、千葉の親戚の家へ行こうかと思ったが、他の利用者が、「誰も知っている人のいない千葉へ行ってどうするのか、みんなが居るここに居たほうが良い」と、引き留めた。今は千葉に行かずに良かったと言っている。自殺をしようかとまで思い詰めることがあり、リーダーは頻繁に電話をかけるようにしている。

Appendix V

Chapter 5 における拠点のサービス提供圏地図

これらの地図にプロットされているのは、

①拠点リーダーが指さした利用者宅の所在

②ヘルパーへのアンケート調査内で、「担当する全利用者宅」として回答した住所（大字小字レベル）のプロットである。

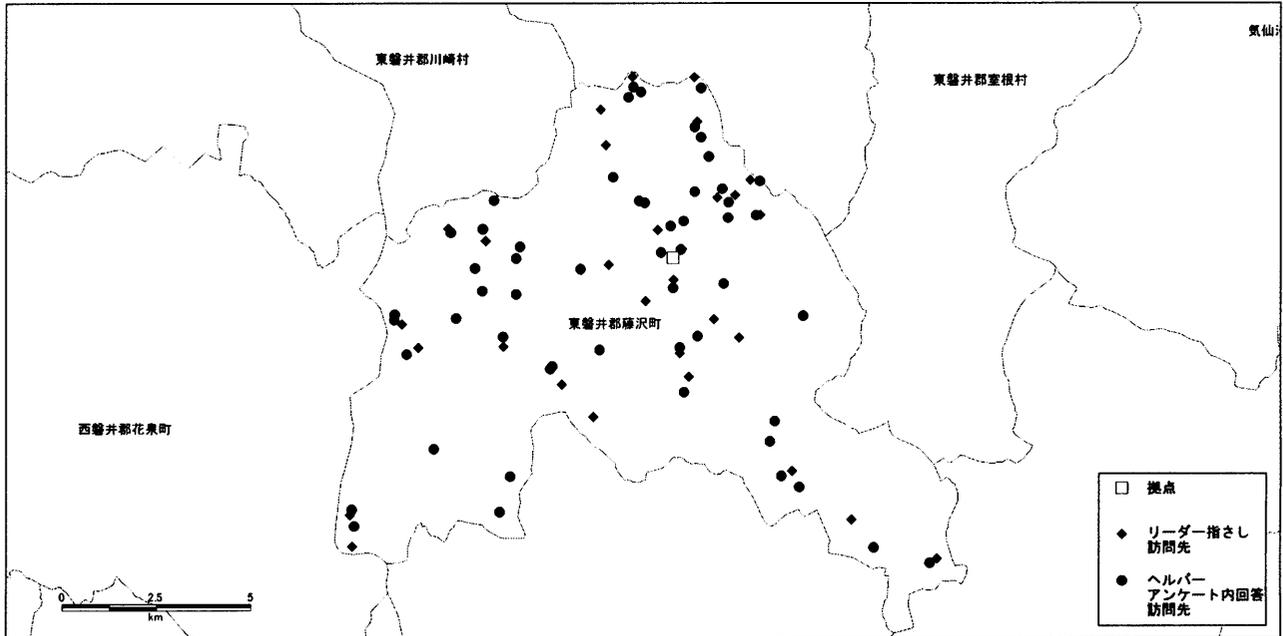


図 V -1 Chapter5 の A 拠点のサービス提供圏

* ヘルパーへのアンケート回収率：64%

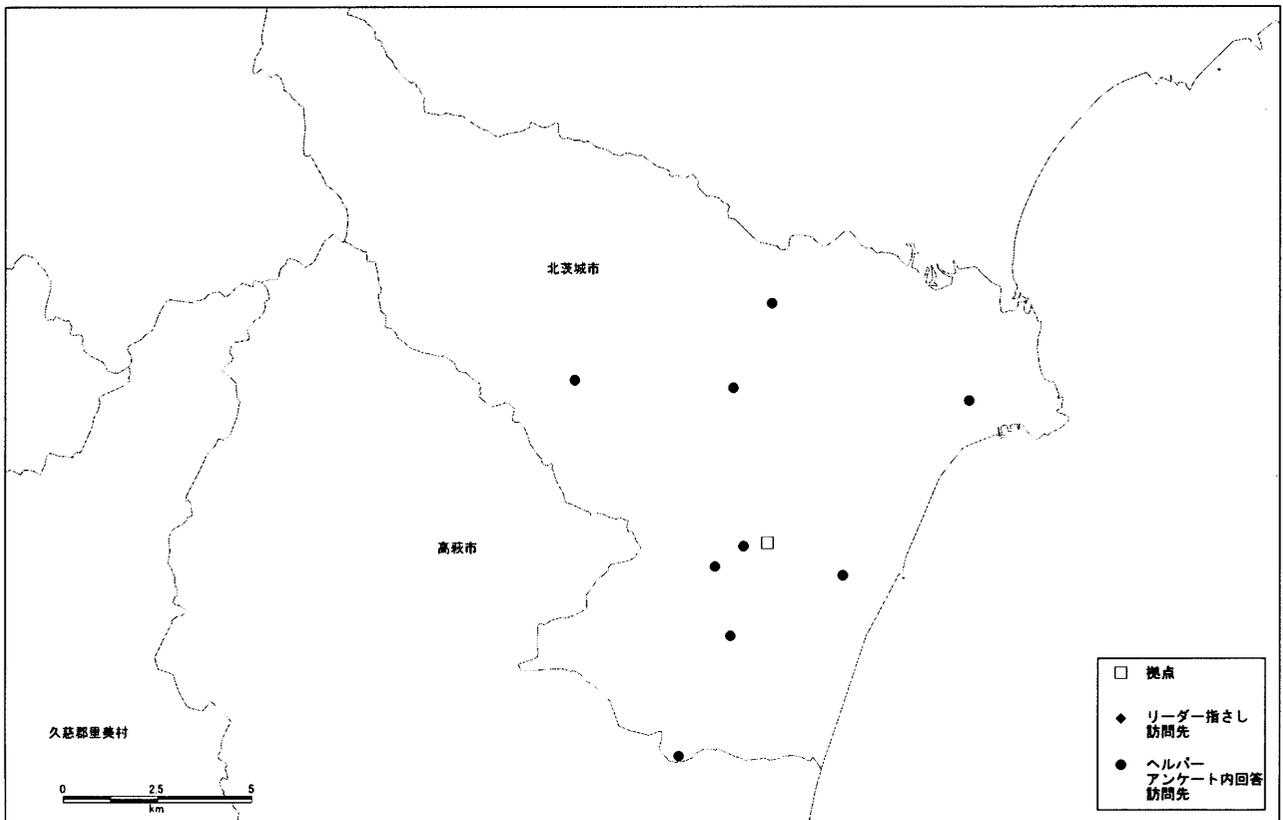


図 V -2 Chapter5 の B 拠点のサービス提供圏

* ヘルパーへのアンケート回収率：100%

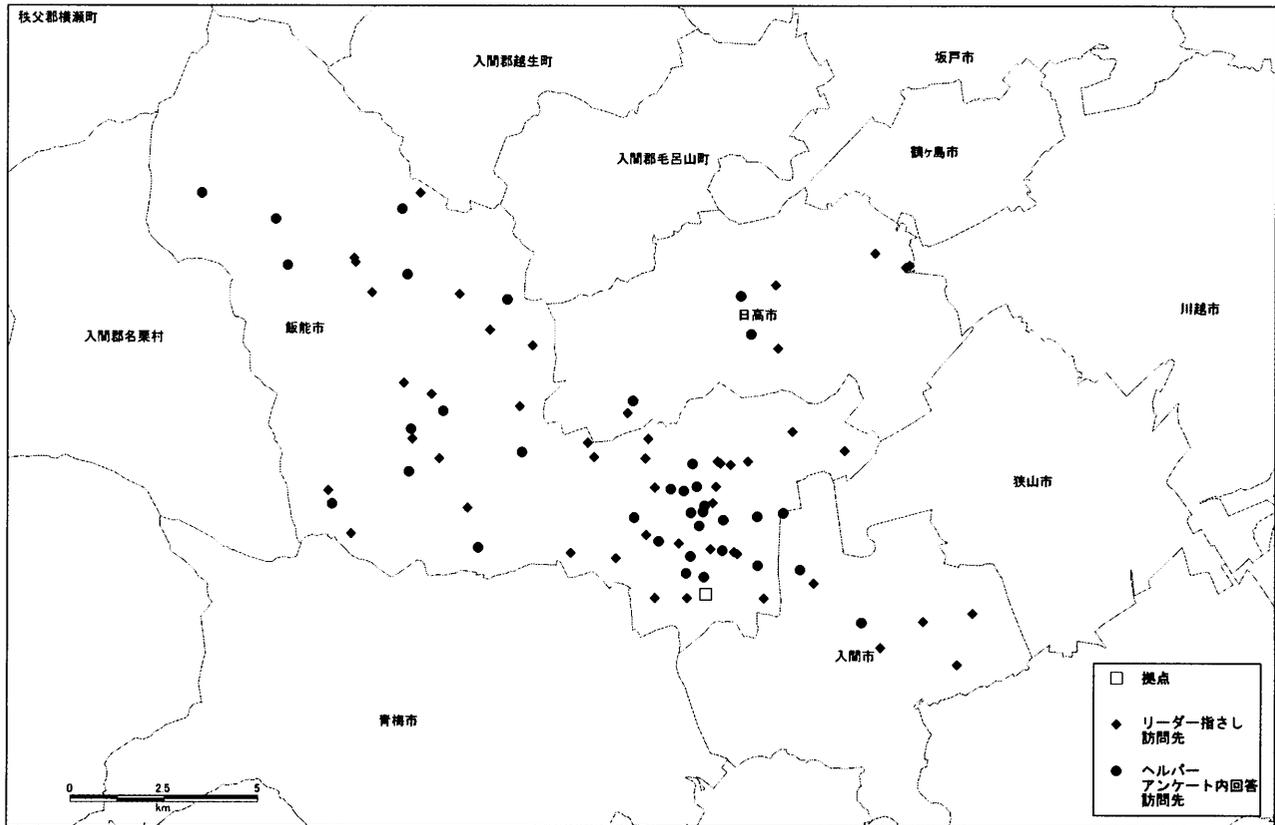


図 V -3 Chapter5 の C 拠点のサービス提供圏

* ヘルパーへのアンケート回収率：16%

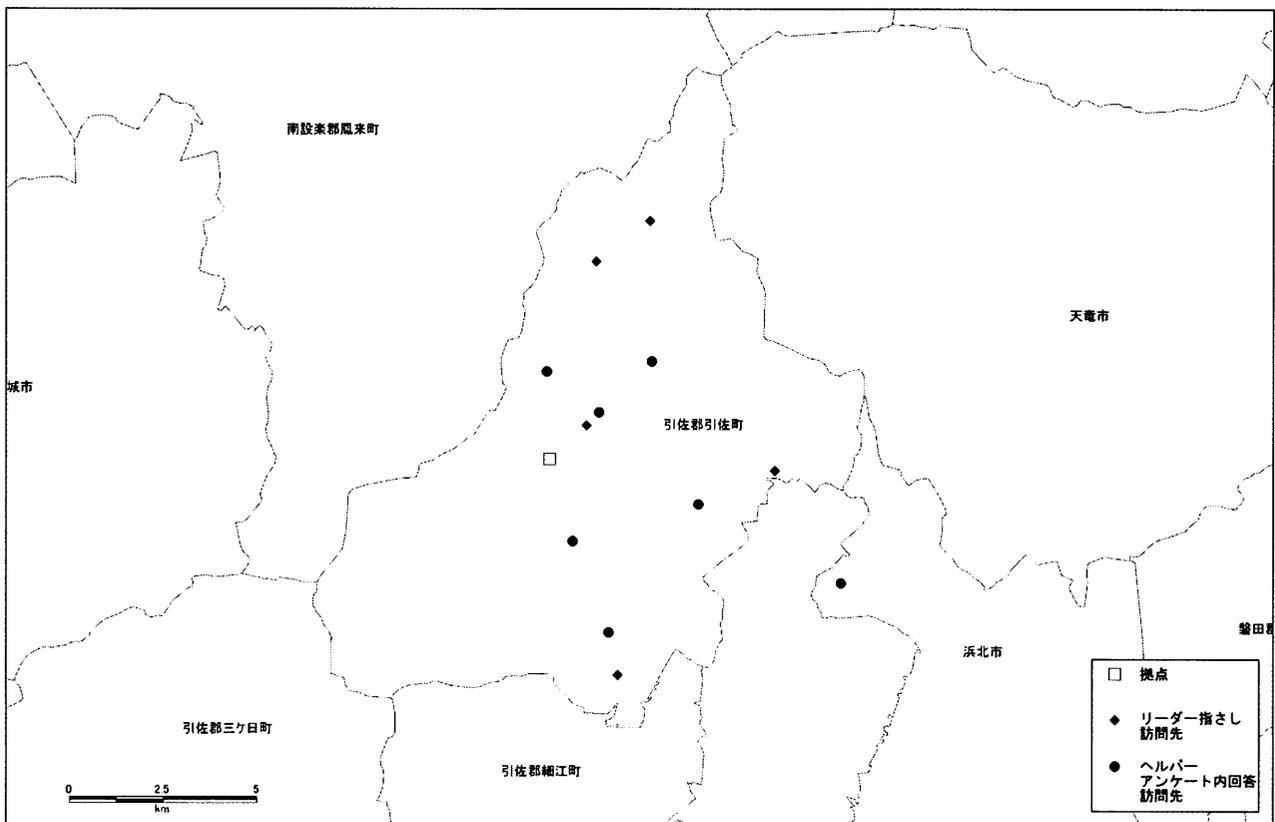


図 V -4 Chapter5 の D 拠点のサービス提供圏

* ヘルパーへのアンケート回収率：50%

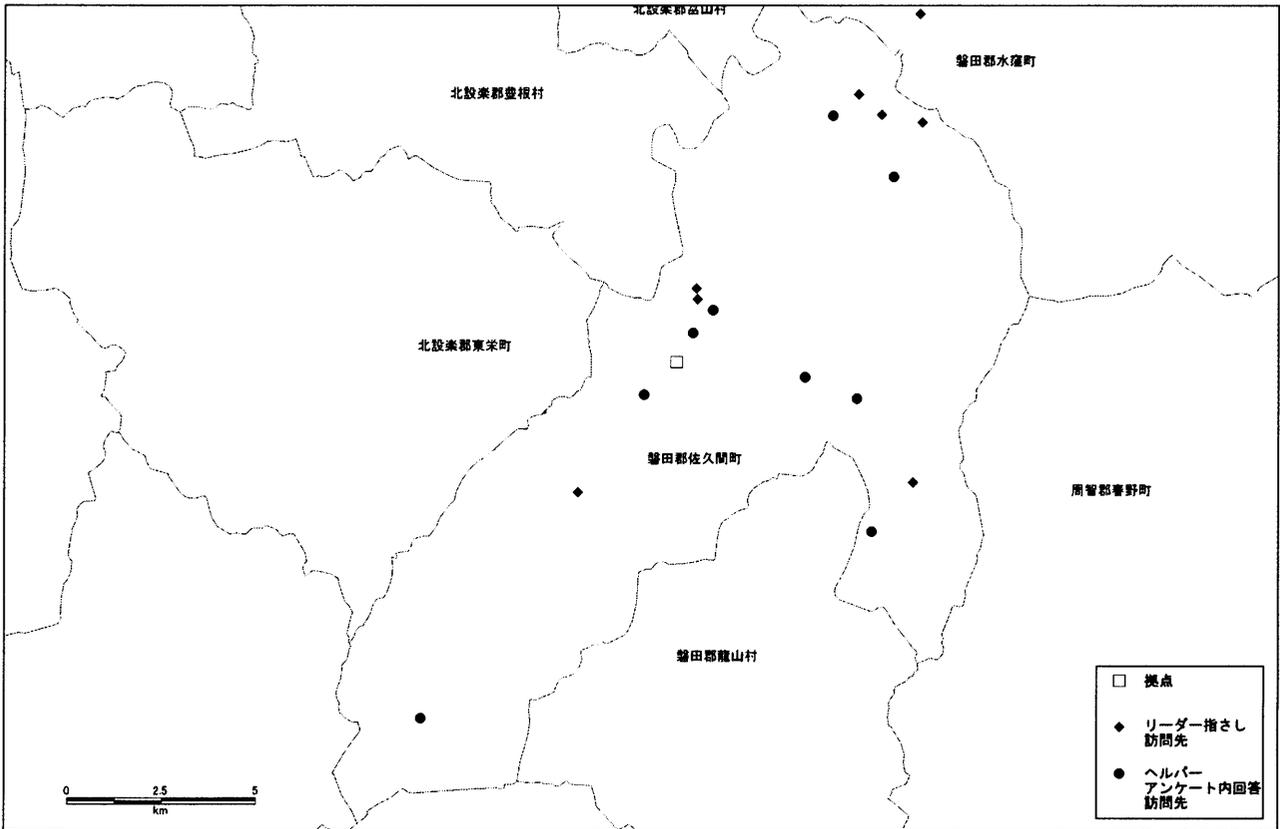


図 V -5 Chapter5 の E 拠点のサービス提供圏

* ヘルパーへのアンケート回収率 : 75%

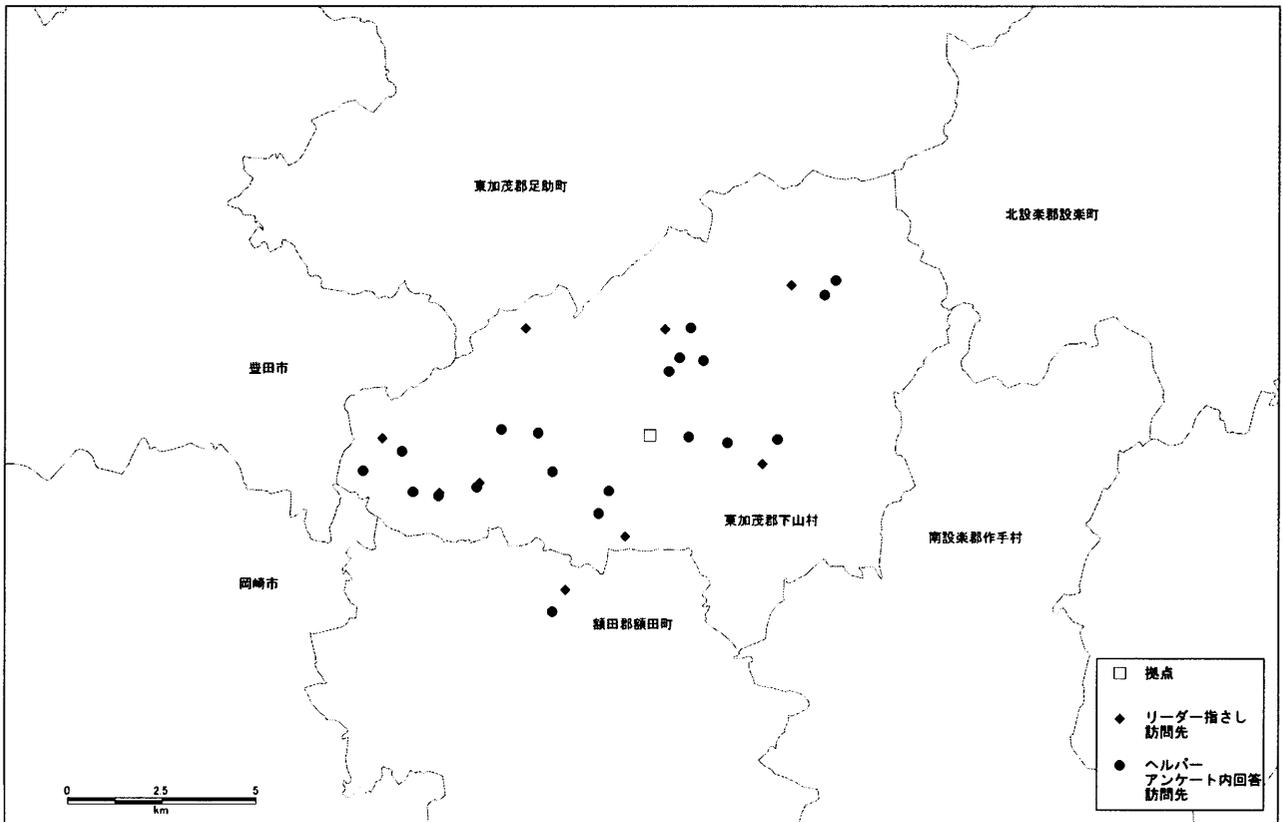


図 V -6 Chapter5 の F 拠点のサービス提供圏

* ヘルパーへのアンケート回収率 : 100%

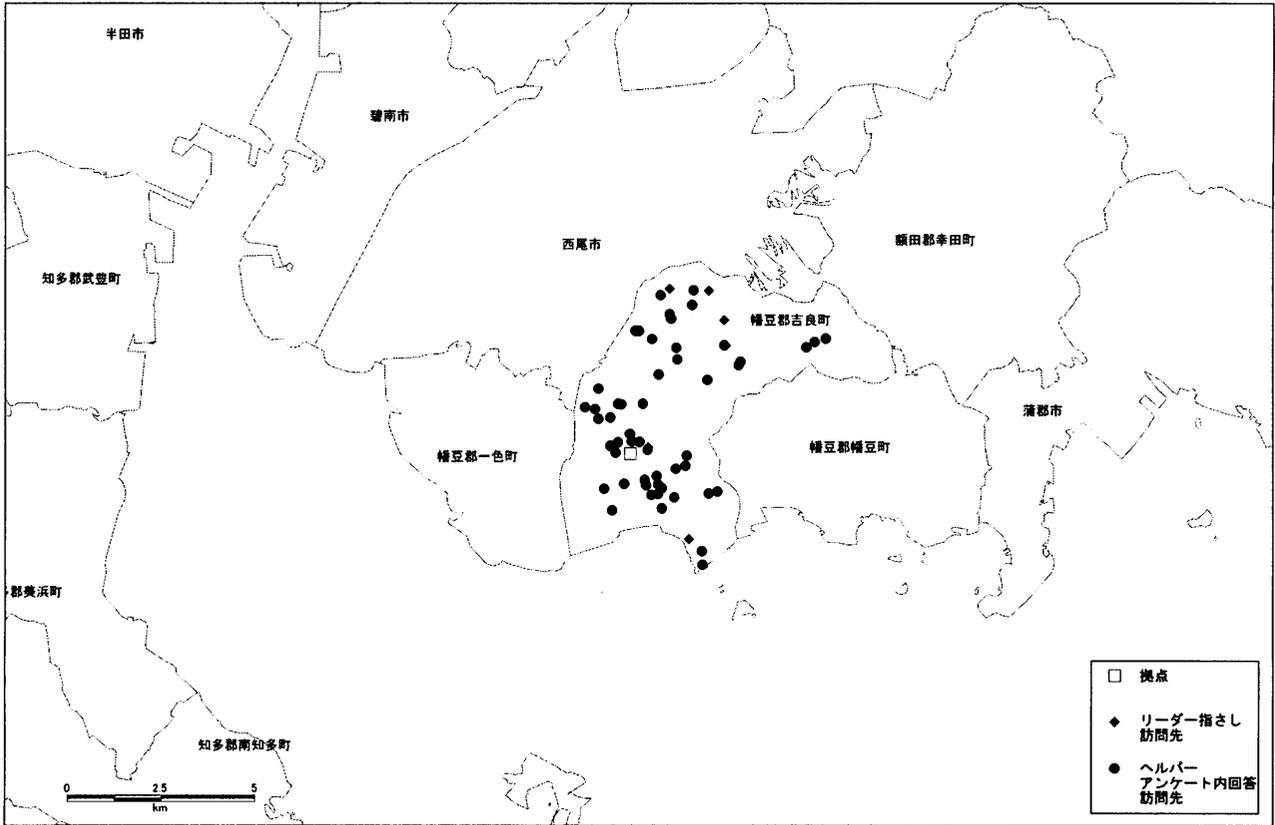


図 V -7 Chapter5 の H 拠点のサービス提供圏

* ヘルパーへのアンケート回収率 : 100%

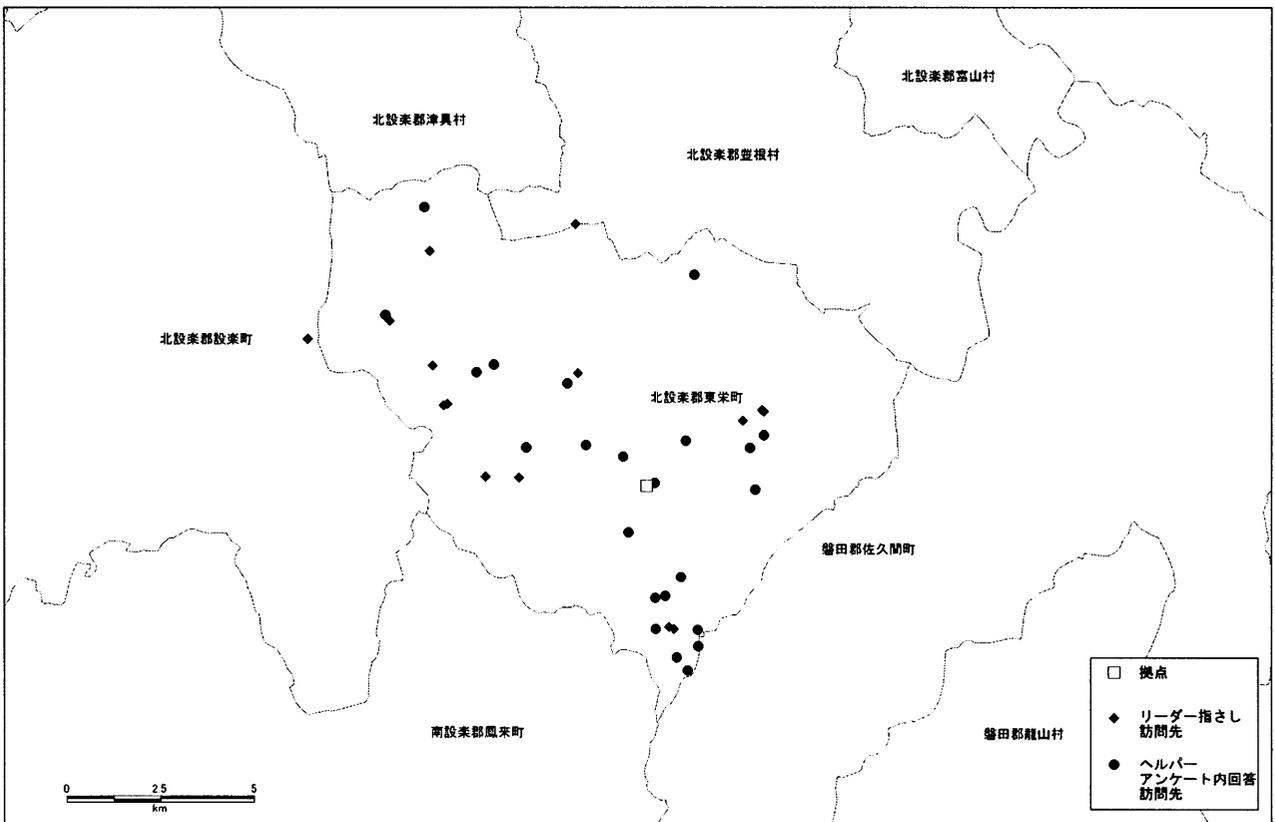


図 V -8 Chapter5 の I 拠点のサービス提供圏

* ヘルパーへのアンケート回収率 : 100%

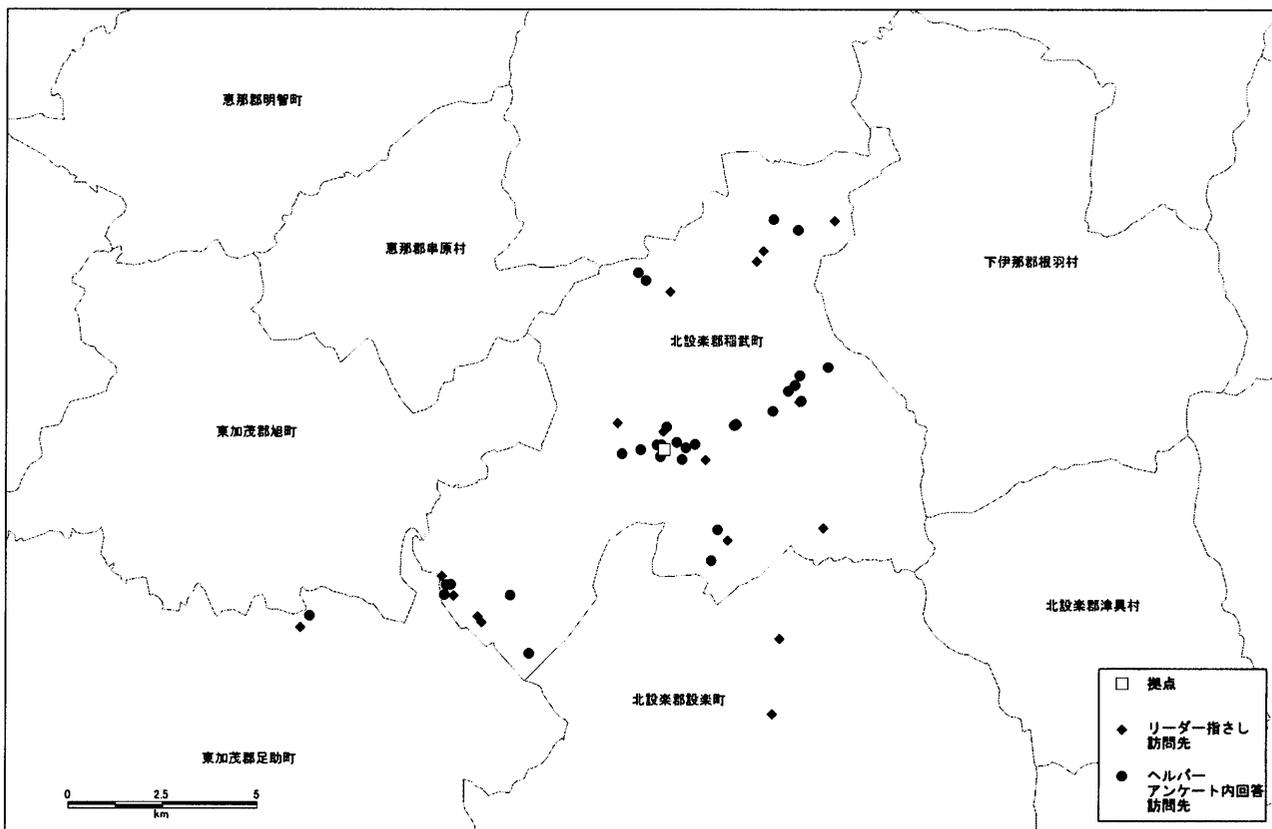


図 V -9 Chapter5 の J 拠点のサービス提供圏

* ヘルパーへのアンケート回収率 : 100%

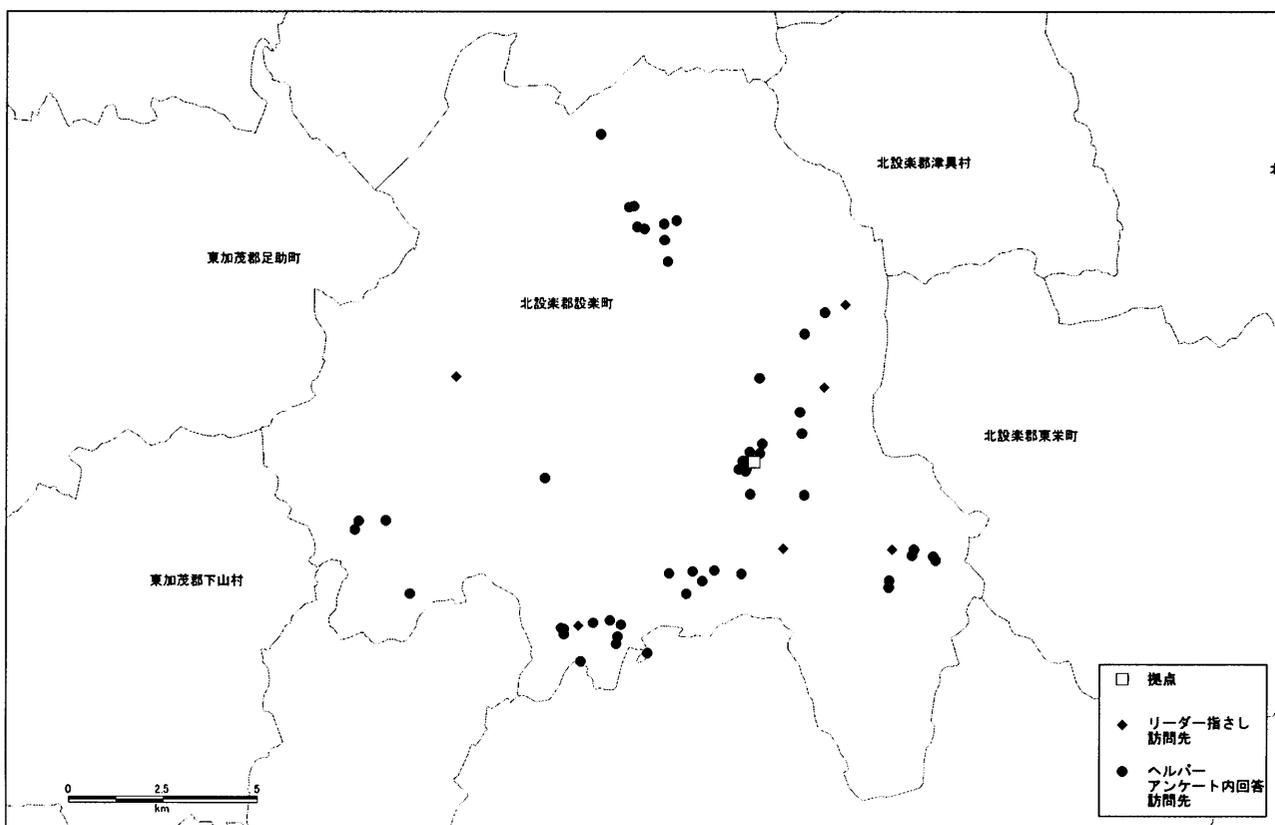


図 V -10 Chapter5 の K 拠点のサービス提供圏

* ヘルパーへのアンケート回収率 : 100%

