

10. 7 毎日の生活に支障をきたす障害はありますか？

はい。何？ _____

いいえ。

10. 8 恒常的に薬を使っていますか？

はい。

いいえ。

10. 9 薬の使用について十分な情報を得ていますか？

はい。

いいえ。どんな情報を必要としますか？ _____

10. 10 この前歯医者に行ったのはいつですか？

2年以内

2～5年以内

5年以上前

10. 11 歯の治療や、口腔の治療について十分な情報を得ていますか？

はい。

いいえ。どんな情報を必要としますか？ _____

10. 12 運動していますか？：散歩、自転車、体操又はそれに類する運動。例えば、階段の昇り降り？

(運動は、介助器具を使って、介助器具なしで)

毎日

毎週（1～3回/週）

たまに

まったくやらない

10. 13 どのような運動をしていますか？（複数を選択してもかまいません）

散歩

ノルディックウォーキング

自転車

ジョキング

水泳

体操

スキー

- ダンス
- 球技
- ベリー摘み
- ハイキング
- 庭園作業（畑づくり）
- その他。何？_____

10. 14 将来、何か新しい運動を始めたいと思っていますか？

- はい。何？_____
- いいえ。

11. 社会的活動能力

11. 1 あなたが得る収入や補助を併せると、生活するのに十分な額を得られると思いますか？

- 十分
- まあまあ
- 不十分

11. 2 次のような補助や手当を受けていますか？

- 年金生活者用ケアー手当
- 親族介護手当
- 年金生活者用住居手当
- 搬送サービス
- その他。何？_____

11. 3 社会保障に関して、更に情報を欲しいと思いますか？

- はい。どのような？_____
- いいえ。

11. 4 次のようなサービスがあるのを知っていますか？

ソーシャルサービス

- ホームサービス
- ディサービス
- 給食サービス
- 緊急通報サービス
- 搬送サービス
- ソーシャルオンブズマン
- ソーシャルワーク
- 障害者サービス
- アルコール、麻薬中毒サービス
- サービス指導

保健医療サービス

- ヘルスセンター
- 担当医
- 看護器具
- 在宅看護
- 糖尿病相談
- 知覚障害相談
- 精神医療事務所
- 患者オンブズマン
- 運動セラピー
- 物療

危機サービス

食事療法

どのサービスに関して詳しい情報を希望しますか？ _____

11. 5 あなたにはおられますか？

- 子供は？
- 孫は？
- 近縁者は？
- 友人／知人は？

11. 6 あなたの身近な人／友人はおられますか？

- 同じ住宅地区に住んでいる
- 同じ市町村に住んでいる
- 他の市町村に住んでいる
- 外国に住んでいる

11. 7 身近な人と合う頻度は？

- 毎日
- 毎週
- 毎月
- めったに会わない
- 全く会わない

11. 8 電話やメールで、友人や知人や身近な人とのやりとりをしていますか？

- 毎日
- 毎週
- 毎月
- めったに会わない
- 全く会わない

11. 9 次のような通信手段を使っていますか？

	定期的に	時々	全くない
回線電話	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
モバイル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
インターネット	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eメール	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. 10 自分は孤独だと感じますか？

- 全く感じない
- めったに感じない
- よく感じる

何故？ _____

11. 11 異なった年齢の人達との交流は？

	若い人	自分より若い人	同世代	目上の人
たくさん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
いくぶん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
少しだけ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
全くない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. 12 異なった年齢の人達との交流をどのようにして増やしたいと思いますか？

11. 13 どんな趣味を持っていますか？

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 読書 | <input type="checkbox"/> 映画観賞 | <input type="checkbox"/> 旅行 |
| <input type="checkbox"/> TV鑑賞 | <input type="checkbox"/> 展覧会 | <input type="checkbox"/> 手芸 |
| <input type="checkbox"/> ラジオを聴く | <input type="checkbox"/> 外国語の勉強 | <input type="checkbox"/> 物を書く |
| <input type="checkbox"/> 音楽鑑賞 | <input type="checkbox"/> シニア大学 | <input type="checkbox"/> クロスワード |
| <input type="checkbox"/> 音楽演奏 | <input type="checkbox"/> サマーハウス暮らし | <input type="checkbox"/> ルーツ調査 |
| <input type="checkbox"/> 歌唱 | <input type="checkbox"/> 木工/工作 | <input type="checkbox"/> 観劇 |
| <input type="checkbox"/> 絵画 | <input type="checkbox"/> 狩猟 | <input type="checkbox"/> コンサート |
| <input type="checkbox"/> グラフィック | <input type="checkbox"/> 魚釣り | |
| <input type="checkbox"/> 運動 | <input type="checkbox"/> 庭いじり | |
| <input type="checkbox"/> インターネットサーフィン | <input type="checkbox"/> ベリー摘み | |

その他。何？ _____

11. 14 将来、新しい趣味を始めたいと思いますか？

- はい。何？ _____
- いいえ。

11. 15 次のような活動に参加していますか？（複数を選択してかまいません）

- 住棟、住区単位の住民活動
- 年金生活者活動
- 組織/協会活動
- 政治的活動
- 意見投書（例）活動
- 教会、教区活動
- シニア大学活動
- 市民講座（労働者講座）
- 市民講座（国民講座）
- その他。何？ _____

12. 精神的活動能力

12. 1 現在、あなたの人生で大切なことは？

12. 2 かつて、あなたの人生で大切だったことは？

12. 3 今度、あなたの人生で大切になると思われることは？

12. 4 どんなことがあなたに喜びを感じさせますか？

12. 5 どんなことがあなたに心配は精神の不安を感じさせますか？

13. どんな希望を市当局に対して持っていますか？

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

14. どのような事柄やサービスがあれば、毎日の生活や人生がよりよくなると思いますか？
（複数を選択してもかまいません。現在、将来ともに）

	現在欲しい	将来欲しい
住宅リフォーム		
住宅の交換		
庭作業		
介助器具		
緊急通報サービス		
掃除サービス		
衣服保守		
搬送サービス		
用事代行		
給食サービス		
ホームサービス		
在宅看護		
オープン、施設リハビリ		
清拭、サウナ介助		
ディセーター		
既存サービス広報		
散歩、外出介助		
話し相手		
釣り仲間		
ジョギング仲間		
観劇／演奏会仲間		
その他。何？		

14. 1 これらのサービスを提供する主体はどれが良いですか？

- 市
 団体、財団
 私企業
 誰か気にしない
 わからない
 その他。誰？ _____

被面接者による意見／面接についてどう感じましたか？

サービス指導員の気がついたこと。

住まい、家庭

周辺環境

健康と活動能力

社会的余力

運動と趣味

その他、気がついたこと

15. 約束されたサービス予約（統計へ）

（筆者注 同じものが、面接者（サービス指導員）と被面接者（参加高齢者）に残される）

被面接者名 _____

家庭訪問日付 _____

家庭訪問時にコンタクトを約束されたことから

	被面接者によるコンタクト	面接者によるコンタクト
担当医	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在宅看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ホームサービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介助器具判定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
住宅リフォーム判定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
デイセンターへ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
年金生活者組織へ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ソーシャルワークへ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
教会、教区へ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ボランティア活動センターへ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
私立サービス提供者へ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

どこへ？ _____

その他、どこへ？ _____

サービス予約なし。

加えて、サービス指導員は以下のことを約束。

電話する 被面接者へ _____ ～ヶ月後に

電話しない

サービス指導員の名前

日付

約束されたサービス予約（この部分は面接者に残す）

被面接者名 _____

家庭訪問日付 _____

家庭訪問時にコンタクトを約束されたことから

	被面接者によるコンタクト	面接者によるコンタクト
担当医	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
在宅看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ホームサービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介助器具判定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
住宅リフォーム判定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
デイセンターへ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
年金生活者組織へ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ソーシャルワークへ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
教会、教区へ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ボランティア活動センターへ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
私立サービス提供者へ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

どこへ? _____

その他。どこへ? _____

サービス予約なし。

加えて、サービス指導員は以下のことを約束。

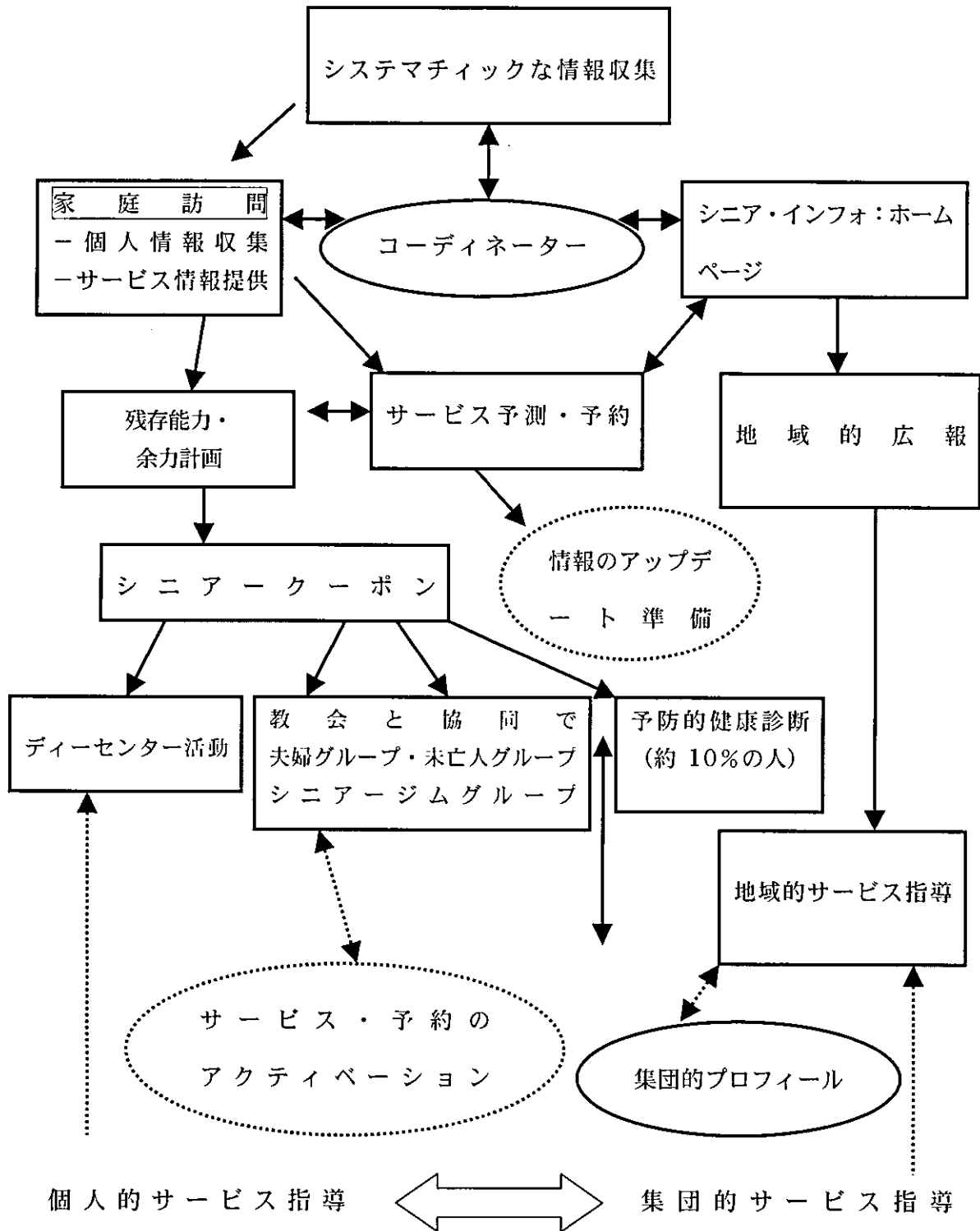
電話する 被面接者へ _____ ～ヶ月後に

電話しない

サービス指導員の名前

日付け

(参考4)
イヴァスキュラ市



研究報告 5

要介護認定者発生率の地域差に関する研究

分担研究者 太田 貞司 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部 教授

A. 研究目的

1. 研究の背景

介護保険制度発足後、軽度の要介護認定者を中心に要介護認定者の増加がみられ、今後ますます介護予防、自立支援が重要となった。また、健やかな老後を送ることができるように、地域特性に合わせた地域ケアの体制作りを行うことがますます重要になってきた。

同時にまた、要介護認定者の一号被保険者に対する割合（要介護認定率）の地域差、また介護保険施設の利用状況にも地域差があることが明らかになり、地域ケアの体制を推進する場合には、その地域差をどのように考えるかが重要である。もちろん、その地域差には、地域ケアのサービス基盤（地域ケアシステム）、高齢化の要因の他に、地理的・歴史的・文化的な背景、地域の産業、介護観など複雑な要因がそこには絡んでいるのは言うまでもない。

高齢者への尊厳、自立支援を基本にし、「在宅介護の重視」また「住み慣れた地域で暮らす」ことを理念とし、その地域特性に合わせた地域ケアの構築を図る場合、高齢者の長期ケアのあり方を、医療モデルではなく生活モデルで捉え、長期ケアを適切なケアバランスに転換を図ることである。すなわち、医療と介護（生活）、在宅ケアと施設ケア、またフォーマルサービスとインフォーマルサービス等の適切な組み合わせである。具体的には以下の点が課題になると考えられよう。

- ①（住み慣れた地域でのケア）同一自治体あるいは地域内（隣接自治体も含む）で、要介護者が暮らせるようになったか？（ケアを受けることができるようになったか？）
- ②（社会的入院の解消）病院（「社会的入院」）で

はなく、介護サービス（医療看護＋生活支援）で暮らせるようになったか？（ケアを受けるようになったか？）

- ③（社会的介護）家族介護者による支援だけでなく、介護サービス＋家族介護者等の「組み合わせ」（ミックス）、「介護の社会化」は進んだか？一人暮らしの場合は、介護サービスを基本にして暮らせるようになったか？家族介護者が介護を行う場合には、どのような「ミックス」かが課題であり、要介護高齢者と家族介護者の地域生活の実現が重要である。
- ④（在宅介護の重視）できるだけ自宅での生活が継続できるようになったか（「在宅介護の重視」）になったか？「重視」をどのように考えるかが課題である。
- ⑤（地域生活への参加）地域社会での生活に広がりが見られたか？社会的孤立ではなく、地域社会での諸活動への「参加」（社会福祉法第4条）が促進されたか？exclusionではなく、inclusionの促進が見られたか、「つながり」「社会関係」が促進が見られたか？例えば、近隣、友人、家族との交流（訪問）の頻度（誰が来るか）、要介護高齢者の外出先の拡大（いつもどこに行くか）、地域社会による要介護者・家族への理解の広がり（情報・訪問）が見られるか、家族や地域住民の介護、ケアへの参加の広がりが見られるかである。

こうした地域に根ざした地域ケアを住民と共に築くためには、地域ケアの現状や課題について、専門機関・専門職、行政だけでなく、地域住民の理解が欠かせない。地域ケアのその地域の現状を理解し、課題について誰でも理解しやすい「地域支援モデル」の開発が必要である。

2. 研究目的

本研究の目的は、要介護認定率等の地域差に着目しながら、介護（予防）担当者・自治体関係者、住民が高齢者・地域支援を行う地域ケアを築くために、地域ケアの現状と課題について共通理解が得られ、具体的な目標となる「地域支援モデル」作成に資することにある。

とくに、過疎自治体など地理的にもさまざまな困難を持つ自治体における、地域特性に根ざした地域ケアの構築、つまり在宅ケアと施設ケアの組み合わせ、あるいはフォーマルサービスとインフォーマルサービスの組み合わせを示す、誰にでも理解しやすい「地域支援モデル」（試案）を作成することを最終的な目的としている。

B. 研究方法

1. 本研究の計画

地理的に隣接していながら要介護認定者、介護保険施設利用者の割合に差が大きい北海道および神奈川県の4自治体（介護保険保険者）を選び、地域ケアの形成過程と要介護者、家族介護者等への支援を調査し（平成16年度）、地域ケアの形成過程と地域差の関連を把握しながら、地域ケアの現状と課題をつかみ、地域社会の特性に合わせた地域ケアの構築のための誰にでも理解しやすい「地域支援モデル」作成に資する地域ケアの目標を明確にする（平成17年度）。

地域差を捉えるために、地域間比較するために作成した標準的な要介護高齢者支援の「モデル事例」をもとに、介護保険実施前と実施後の支援の変化、施設ケアと在宅ケアの組み合わせの変化、インフォーマルサービスとフォーマルサービスの組み合わせの変化等についての地域差を、半構造化インタビューにより、関係者から聞き取りを行う。そのインタビュー記録を、文字変換し、得られたテキストから、その地域性のとらえ方、取り組み方の構造化を試みる。

2. 調査対象

これまで調査研究を行ってきた北海道厚田群厚

田村と浜益群浜益村2村を本研究の対象とした。

両自治体は日本海沿岸の自治体で隣接している。さらに、本研究では神奈川県愛甲郡清川村、津久井郡津久井町の1町1村を対象とした。両自治体は県北部に位置し隣接している。

一号被保険者に対する要介護認定率、介護保険施設の定員率及び利用率では、都道府県また市町村でも違いが見られる。都道府県では、北海道はそれらは比較的高いところに位置し、神奈川県は比較的低いところに位置する。

北海道はその市町村でも差がみられ、2001年4月、厚田村19%、浜益村9%である。それに対して神奈川県は比較的低いのであるが、その市町村でも差がみられ、清川村11%、津久井町8%である。なお、厚田村は福祉施設を比較的早くに開設しことが、要介護認定率及び施設利用率の高率化につながり介護保険料も高額となったという見方があるが、そこには様々な地理的要因等が複雑に絡んで、地域ケアの形成過程が見られたと考えられる。

なお、神奈川県の自治体を対象としたのは、要介護認定率、介護保険施設利用率の比較的高いところに位置する北海道の自治体の地域差と、比較的低いところに位置する自治体の地域差を見ることによって、地域ケアの形成過程についての多くの知見が得られ「地域支援モデル」（試案）作成に役立つと思われたからである。勤務校が同県内に位置し、調査研究が進めやすいという事情もある。

浜益村は、日本海沿岸に位置し地理的にも様々な困難を抱える自治体であり、道内で最も高齢化が進み、高齢化率は40%を超えている。厚田村は浜益村に隣接する石狩川河口に位置し、浜益村と同様に地理的にも様々な困難を抱える自治体である。浜益村は人口2,167人（2004年3月31日）、厚田村は人口2,807人（同）でともに2000~3000人の自治体である。

また、介護保険制度発足時、浜益村は要介護認定率が低く（現在は高くなってきている）、介護保険施設利用率も低い自治体であった。それに対

して厚田村は要介護認定率が高く、介護保険施設利用率も高い自治体であった。なお、介護保険制度発足当時、一時期、厚田村は全国でもっとも介護保険料が高額な自治体であった。現在（2004年4月1日）、一号被保険者に対する65歳以上の要介護高齢者等の認定率は、浜益村は16.9%、厚田村は18.63%である。また、一号被保険者に対する65歳以上の介護保険施設利用の介護保険施設利用率は、浜益村6.31%、厚田村6.99%である。介護保険の保険基準額（月額）は、浜益村3,758円、厚田村4,742円である。

両村における高齢者支援の取り組み、地域ケアシステムの形成過程を検討し、地域特性に根ざした過疎地域における地域ケアシステムのあり方を検討する。

なお、両村と比較するために、全国でも要介護認定率が比較的低く、介護保険施設利用率も低い神奈川県津久井町、清川村についても同時に検討することにする。津久井町は同県において要介護認定率が比較的低く、清川村は比較的高い自治体である。なお、2003年の介護保険料の改正で、清川村は県内でもっとも高額な自治体となった。人口規模では津久井町が約3万人、清川村は3000人でかなり違いがあるが、両自治体は、日常的な医療圏では違いがあるが、隣接した自治体である。

（表1「対象自治体の状況」）

3. 研究組織の組織

本研究を進めるために、4町村の関係者を研究協力者とし研究組織を組織した。なお、本研究は分担研究者である笹谷春美北海道教育大学教授と共同で行い、浜益村、厚田村の関係者へのインタビュー、また厚田村の高齢者の生活実態調査を共同で行った。

4. 地域ケアの形成過程と地域差の把握

現在（2004年4月）、一号被保険者に対する65歳以上の要介護高齢者等の認定率は、津久井町は10.81%、清川村は14.09%である。また、

一号被保険者に対する65歳以上の介護保険施設利用の介護保険施設利用率は津久井町2.42%、清川村2.38%である。介護保険の保険基準額（月額）は、津久井町2,700円、清川村3,291円である。

北海道浜益村と厚田村は現在（2004年4月）要介護認定率の差は2%弱であるが、介護保険開始後の2001年4月には、浜益村が9.71%、厚田村が18.75%と大きな差があった。また、神奈川県津久井町と清川村の場合では、2001年4月には津久井町は7.87%、清川村は10.87%で、北海道の場合ほどではないが差が見られた。現在（同）は、津久井町は10.81%、清川村は14.09%と、要介護認定率が上昇しながらもさらにその差は拡大傾向にある。

こうした、要介護認定率の差をどのように考えるかについては現在様々に議論されているが、ここでは、これを地域ケアの形成過程の視点から捉えることにする。わが国における高齢者ケアの場合、ゴールドプラン等を背景に、1990年代以後に施設・在宅のサービス整備が進んだ。その整備を基盤にそれぞれの地域特性の複雑な影響を受け（あるいはそれを克服し）、その地域の地域ケアの構造が形成されたと考えられる。その構造が要介護認定率、あるいは施設利用率に何らかの作用をしていると考えられる。したがって、介護保険実施前から現在までのその自治体の地域ケアの形成過程を捉えることが重要と考える。

この地域ケアの形成過程の違いをどのように捉えるのかが問題であるが、ここではその違いをどの地域でも課題になる典型的な事例として想定した「モデル事例」の具体的な支援内容の違いと捉えて考える。要介護認定率あるいは施設利用率を捉えるのに有効と思われるからである。また、その地域に根ざした地域家なお構築のための「支援モデル」を想定する場合の参考になるとと思われるからである。

この「モデル事例」に対して、介護保険実施前の時期（1996年頃を想定）であれば「どんな支援がありえたか」、介護保険実施後の現在であれば「どんな支援がありえるか」を、4自治体の実際

の支援にかかわる関係者にインタビューを行った（平成16年12月～平成17年1月）。

（表2 要介護者数及び施設利用者数（一号被保険者比））

5. 「モデル事例」

「モデル事例」は、「ガン末期ケース（重度ケース）」、「脳卒中後遺症ケース（中度ケース）」、「痴呆性高齢者ケース」、「虚弱高齢者ケース（軽度ケース）」である。

この「モデル事例」は、六カ国（ノルウェー、デンマーク、イギリス、アイルランド、イタリア、ギリシャ）の要介護者の事例研究、長期ケアの比較研究のために、ブラックマン等の社会学者、ソーシャルワーカーが共同研究で用いられたものを若干の修正を加えたものである（Blackman,T,Brodhurst,S, and Convery,J,(2001)'Social Care and Social Exclusion:A Comparative Study of Older People's Care in Europe' Plgrave）。

これらのケースは、要介護高齢者の中でも、地域ケアの支援において医療看護だけでなく生活支援上の典型的な問題が現れる事例として考えられている。社会保障制度の違い、家族観の違いがあっても共通に問題になるように考えられている。それぞれがどのようにケアされているのか、どのような課題を抱えているのか、社会的排除をどのように克服しようとしているのかを、これらのケースを通して見る試みである。日常生活上の問題が明確にされやすいように、独居、または家族介護力を求めることができないかあまり期待できないケース設定で考えられている。今回は、日本の地域間比較で使えるものに若干の修正を加えた。例えば、事例3の場合には、Cさんの姪はドイツに住んでいることになっているが、ここでは「遠方」としてある。

なお、インタビュー時には、実際の事例としてイメージしやすいように、事例2のBさんの場合には、日本でよく見られる、「日中独居」である場合（息子55歳会社員、息子の嫁54歳パートとの同居）また、症状が不安定で医療的ケアが必

要なパーキンソン症候群がみられる場合などを補足して聞き取りを行った。なお、日本で、医療・看護上、また生活支援上の典型的な「モデル事例」として考える場合には、実際のインタビューを踏まえ、さらに検討を要するものとする。

【事例1】Aさん（女性、83歳）

<ターミナルケアが必要なガン末期、「老老介護」、「全介助」>

83歳のAさんはいくつもの慢性疾患のある高齢者である。悪性の疾患で残された人生も短い。心臓病で治療を受けていたが治療も終わり退院という方向が出て、自宅で過ごすことを望んでいる。歩行困難で「介護」が必要であり、膀胱障害がある。排泄、水分摂取、食事の援助、体位交換、床ずれの処置など、24時間のケア（いつも誰かがいる状態の終日ケア）が必要である。寝室が2階の小さな家に、夫と一っしょに住んでいる。息子と娘が車で30分のところに住んでいる。夫は虚弱で、妻の「介護」は難しい。

【事例2】Bさん（男性、85歳）

<脳卒中後遺症、ひとり暮らし、歩行不安定、家事困難>

85歳のBさんは妻を亡くしている。脳卒中で入院治療後、退院した。経過は良好だが片マヒの後遺症がある。身体のバランスがとれず、自信がない。家に戻るのを不安がっていた。2階建ての家に一人で暮らしている。階段が心配で、買い物、調理、洗濯や家事は手助けがなければできないと思っている。息子は外国に住んでいる。

【事例3】Cさん（女性、73歳）

<軽い痴呆、ひとり暮らし、近隣との交わりがない>

73歳のCさんは軽い痴呆がみられるひとり暮らしの女性である。若いときに故郷を出て音楽大学で学び、かつては音楽教室で教えていた。彼女は日常のことはできるが、主治医は、彼女は彼女の気ままな生活を心配している。自転車で買い物に行くことがあるが、それも危険であると思っている。

町のお店や主治医の診療所の診察室にいるとい

う知らせがあることもある。彼女は自分ではなぜそこにいるのか分からない。栄養も十分ではなさそうであり、健康も良くない様子である。自宅に十分蓄えはあるが、お金がないと思って儉約をしている。時には、生まれ故郷の田舎にいるように思うことがある。人との交わりを嫌がり、専門家というものに対して疑い深い。遠方に住んでいるただ一人の身内の姪が、時折連絡がある程度である。

【事例4】Dさん（女性、75歳）

<軽度、最近夫を亡くしひとり暮らし、心臓発作、退院直後、近隣との関係良好>

75歳のDさんは悪性の関節炎である。16年間「介護」してきた病弱な夫が突然亡くなり、心臓発作を起こした。入院治療後、退院となった。無理をしないようにと言われていて、杖を使って歩いている。家事や入浴は自分でできそうにない。Dさんは、息子と公営住宅に住んでいるが、息子は長距離トラックの運転者で家にあまりいない。妹が近くに住んでいて毎日訪ねてくる。近所の人でも毎日訪ねてくる。しかし、外出は一人では自信がなく、身体的にも弱ってきている。

6. 厚田村調査の実施

厚田村と共同で、また分担研究者・笹谷春美北海道教育大学教授と共同で、厚田村の将来要介護状態になる可能性が高い70歳代の住民を対象に高齢者実態調査を実施した（平成16年12月）。日常生活の状況を把握すること、サポートネットワークの実態を把握することを目的とした。

C. 研究結果（中間報告）

都道府県の中で、要介護認定率が比較的高く、介護保険施設利用も比較的高い北海道の中でも、要介護認定率が比較的低く介護保険施設利用率も低かった浜益村、要介護認定率が高く、介護保険施設利用率も高い厚田村（介護保険料は厚田村が高い）、同時に、都道府県の中でも要介護認定率が比較的低く、介護保険施設利用も比較的低い神奈川県でも、要介護認定率に差がある津久井町と清

川村（介護保険施設利用率は津久井町が高く、介護保険料では清川村の方が高い）において、地域ケアの形成過程、要介護認定率などの地域差を明らかにする地域ケアの構造化を検討する資料を、関係者への「モデル事例」に関するインタビューから得ることが出来た。

それらの地域差が現れる地域ケアの形成過程、また地域ケアの構造を明らかにし、地域ケアの関係者、地域住民が地域ケアの構築の構築に向けて共通理解を図ることが重要である。これらの自治体の地域差をどのように捉えるか、地域ケアの構築に向け、どのような課題があるか、また理解しやすい地域ケアの課題の設定の仕方など「地域支援モデル」（試案）づくりのために、地域ケアの構造化をどのように行うのが課題である。

現在、インタビュー記録の記録化をし、整理中であり、また厚田村の高齢者の生活実態調査についても現在、集計分析中であるが、これらをもとに前述の課題を進め、平成17年度に報告予定である。また、研究成果、考察、結論は平成17年度の報告とする。

以下は、「モデル事例」についてのインタビュー調査の概要である。

1. インタビュー調査結果（概要）

1) 北海道浜益村

*実施日：2005年1月11日

*実施場所：浜益村役場内

*インタビュー対象者：ケアマネジャー（保健師）、元浜益村役場介護保険担当者、福祉施設の施設長

【事例1】Aさん（女性、83歳）

<ターミナルケアが必要なガン末期、「老老介護」、「全介助」>

①（地域でのケア）

（90年代後半）

- * 昭和55年前後は、各地区に一人くらいは在宅要介護高齢者がいたが、その後その方々が亡くなってからはほとんど在宅にはいなくなった。
- * 浜益村では、当時は、医療機関が離れていて

家で看るといよりも、病院でというのが当たり前で、病人は病院にいるという考え方で、介護という考え方はあまりなかった。

②（介護保険後）

- * 「老老介護」で介護3程度の場合はみられるが、こうしたケースが自宅でターミナルケアというのは殆ど見られない。病院で亡くなるのが一般的である。
- * 村では働き手が少ないので、皆働いて家族介護となると負担も大きくなる。「皆、働いています。酸素をつけて帰ってくるか、レンタルベットの使用の人とか、全介助の人の場合であると、介護の手がない」。24時間の在宅ケアの体制ではない。、デイサービスも土日はないので、家族の介護負担が大きくなる。「この辺の人は働くね。魚がきたら網外しとか、サクランボとかね。働く人がいないから、勤労者の奥さんは皆働くね。そこへ年寄りの介護までは手が回らないと思います。」
- * 訪問介護は、民間の進出がなく公設で行っている。「大手の事業所が来ましたが、撤退しました」。「まず、経営が成り立たないでしょう」。村では往診、救急車の体制づくりに力を入れているが、訪問看護事業所はない。厚田村の場合は隣接自治体の事業所から訪問してくるが、浜益村の場合は遠方であり、地理的にも難しくして訪問してこない。「介護保険が始まった時、北海道訪問看護ステーションに加入した」。「ただ3年くらい利用者が誰もなかったの、今は退会した」。「介護保険開始以前に、1人、当別町の事業所を利用していた例がありましたが、大変だった。冬は来れなくなって、一週間の予定を決めていたが、無理なんです」。
- * こうしたケースに対してターミナルケアを行いたいという「気持ちはあるけど体制はできない」。地域で特養の入所確保が可能であれば、家族ももう少しやってみようと、在宅介護も可能かもしれないが、「現在のところ、地元の特養は満床なので、病院も札幌とか滝川しかないから、もしもなにかあったら、行っていた方が良くいと

言うことになります」。

【事例2】Bさん（男性、85歳）

＜脳卒中後遺症、ひとり暮らし、歩行不安定、家事困難＞

①（90年代後半）

- * 今は普通だが、以前は「“当たって”帰ってくる人」はあまりいなかった。
- * 農業、漁業で1人暮らしをしている高齢者だったら家族の方は心配で、「すぐに札幌にいるようにといて、入院させます」。家族のいる方は、昼間はほとんど仕事をしていた。

②（介護保険後）

- * こういふケースでは介護保険を使って、デイサービスを利用してお風呂を、そしてホームヘルプサービスを使って家事を支援してもらうことになる。
- * もう少し重度になると在宅は難しくなる。二つあるセンター（シルバーホーム、高齢者生活福祉センター）で、はじめは元気な人でも介護度が進むと難しい。ヘルパーの派遣もあるし、何かの時にはディの車で対応できるのだが、介護度が4くらいになると夜間の対応も必要になりなかなか難しくなる。
- * 家族が心配をして札幌に呼ぶことが多い。「家族がやっぱり一人で心配でということところです。心配なら札幌でということになります」。そこには、家族の気持ち、本人の気の持ちよう、あるいは近所づきあいがいろいろと関係してきます。「札幌はつまんないって言いますね。浜益は土をいじったりできるし、心配でおいでというのと大丈夫だからというとの引き合いです」。
- * デイサービスが1998年に開設されて、サービス利用に対する抵抗感も薄らいで、利用者が増えてきた。

【事例3】Cさん（女性、73歳）

＜軽い痴呆、ひとり暮らし、近隣との交わりがない＞

①（90年代後半）

- * 浜益村の場合このように交わりがないケースというのはほとんどない。徘徊が問題になった

と聞いたことがない。村の人達は「本人は徘徊らしいけど、入った家ではよく来たな！」と受け止めていた。

- * 1人暮らしの高齢者を「見守る」という理解や実際の活動は地域の中でみられる。しかし、火の不始末が心配ということになると、そこが難しいところであった。在宅困難にもつながる。

②介護保険実施後

- * こうした難しさは現在も見られる。本人がサービス利用を拒んだり、家族がサービス利用の理解を示さないこともあって、在宅生活が難しい場合も見られる。「必要性を認めなかったり、軽い痴呆でその迷惑を遠方の家族に言っても信じず認めず、近隣の人と家族に溝ができたとか、近隣の人が駄目だ、駄目だと言って家族に引き取ってもらうことになる」。地域福祉権利擁護が始まって3年目であるがまだ利用者がいない。

- * グループホームが平成15年にできて、住民の痴呆性高齢者に対する認識も深まってきた。「その前までは、結構希望が多かった。病院の受け入れはないし、どうしようもないという人がいたが、グループホームができて凄く喜ばれた。介護保険の狭間にあったような気がします。介護保険制度では痴呆は、要介護度が低く見られているから、グループホームが出来てはじめて利用できるようになった」。

【事例4】Dさん（女性、75歳）

<軽度、最近夫を亡くしひとり暮らし、心臓発作、退院直後、近隣との関係良好>

①（90年代後半）

- * こうしたケースはとくに支援が必要な対象とはなっていなかった。「問題にならなかった」。
- * しかし、関節炎で通院が必要で、札幌や江別に行くときには、バスか近所の人の車で通院していた。タクシーを利用していた場合もあるが、タクシーなら薬代も含めて、「一日1万円」かかっていた人もいた。
- * 入浴が困難であれば、「ほとんど家族」が介助していた。お風呂に入れたりする身体介護をへ

ルパーが行ったのは、10年前の平成6年か7年のころからであるが例が少なかった。月一、二回の町の浜益温泉にいくひとも見られた。脳卒中後遺症のひとつでも、「動ける場合は、帰って来れる。好きな人は、バスを利用してでも温泉に行きます」。

- * こうした人が、病気になると入院となることもあった。「冬の“雪なげ”（除雪）とか、寒いとかで冬になると入院」というのがみられた。

②（介護保険後）

- * 緊急通報システムや村が依頼したハートコール（電話で時間を決めて、「どうですか？」とN T Tが毎日安否確認するサービス）がある。本人負担はないが、利用者が少ない。独居を対象に、本人申請に基づいて設置している制度だが、「宣伝が余り行き届いていないせいもありますが、どちらかという浜益の人は余り世話になることをきらう性格かもしれません」。
- * 通院が必要になった場合は、「最近では札幌でも江別でも見てもらって病名が決まったら、処方箋をもらって、次からは村の診療所から薬を出してもらう」というようになった。そこには、老人医療費の自己負担の増加、バス代の負担もあるようだ。「バス代かけるとかなり負担でした。いまは月に1回の検査とかは受けて、後は診療所ですとりますかね」。
- * 介護保険実施後、退院時には、病院の「ソーシャルワーカーとかがいろいろと説明してくれ」、「地域に戻った時に、デイを使いなさいとか直接連絡をくれる病院」が見られるようになった。介護保険のサービスを利用するようになり、家族は在宅介護支援センターに相談したり村会議員に相談したりするようになった。

2) 厚田村

*実施日：2005年1月11日

*実施場所：厚田村在宅介護支援センター内

*インタビュー対象者：ケアマネジャー（保健師）、厚田村役場介護保険担当者、福祉施設の施設長及び生活相談員

【事例1】Aさん（女性、83歳）

＜ターミナルケアが必要なガン末期、「老老介護」、
「全介助」＞

①（地域でのケア）

（90年代後半）

* こうしたケースのように「老老介護」の場合でも、子供と同居の場合でも、「終末まで在宅でという人」は当時あまりなかったと思う。札幌の病院に入院する例が多かった。終末期になると医療が不可欠だ。村の国保診療所は平成7年ごろまでは入院が可能であったが、医師が代わり、土日、休日の体制がとれなくなり、入院が難しくなった。村の国保診療所では外来中心の診療で、往診は行っていなかった時期で、在宅では末期を迎えられない状況と思う。在宅で「いれなかった」と思う。家族も「病気は病院」という気持ちがかかなりあったと思います。

* 訪問看護の体制もなかったが、介護保険一年前くらいに民間の病院の訪問看護が村にくるようになった。

②（介護保険後）

* 現在は、こうしたケースは実際にはないが、実際にあれば「以前よりは地域で過ごせる」ようになったと思う。医療体制（以前の国保診療所）が変わり、今は民間のクリニックになり、「先生が往診してくれますし、介護保険がありますし、介護以外でも使えます」。訪問看護師もきてくれるようになった。

* しかし、こうしたケースの場合は、ホームヘルパーの生活援助も身体介護も必要になり、介護保険の限度額では足りなくなる。家族が家事部分を担うというのであれば可能かもしれない。

* 訪問看護師が訪問するようになったが、こうしたケースの場合には難しさもある。

「冬季の問題とか、看護婦さんがどの程度入るのか」である。隣の石狩市は、一日おきに入っているようだが、それはできるかどうか。「うまく先生の往診を週1で使って、看護婦さんを1回くらい使えば昔ほど難しくない」と思う。

* 住民の意識も以前と大きな変化は見られない

ように思う。「病気になったら病院で」と。

【事例2】Bさん（男性、85歳）

＜脳卒中後遺症、ひとり暮らし、歩行不安定、家事困難＞

①（90年代後半）

* こうしたケースは地域で普通で、例えば、ホームヘルパーが「週一回、食事の支度とお掃除、洗濯、買い物とか」の家事援助の支援を行っていた。

* 近隣の援助もあり、「おかずの差し入れとか、ちょっと元気かどうか様子を見る」ということがよく見られた。民生委員も近隣の人と関わっていた。しかし、地域的には、家が離れている地区では一人暮らしが難しいところもあった。

* 当時はサービスが週一回利用できたが、その利用には地域でまだ、抵抗感、偏見のようなものもあったと思う。

②（介護保険実施後）

* こうしたケースの場合、ホームヘルプサービス利用が、週1～2回から毎日利用というぐらいいに変化してきた。例えば、「生活援助と身体介護」、「生活援助は家事全般と掃除」ということが出来るようになった。そして、ケアマネージャーとして一番考えるのは、「家の中で転ばないように安全性」で「室内の整理整頓」、「あとは食事がちゃんと出来ているか」というところだと思う。他に、「サービスと訪問看護」も考えられます。

* また、「病気があると、例えば糖尿があると配食サービスを月～金曜の夕食」というように考えられる（村では配食は平成14年度開始）。「希望すれば保健がやっている機能訓練事業とかに誘ったり」というように考えられる。

* 地域の住民の地域活動は以前からあったが、その輪が広がってきたように思う。「除雪、買い物、見回りのボランティアの携わりは、介護保険前からありました。介護保険が始まってから更に輪が広がりました」。その活動に内容も多様になってきた。除雪ボランティアが中心だが、それ

が「見守りとか買物の手伝いとか電話での安否確認、最近は病院の送迎とか一部分だが始まっている」。社協でも車を購入し、送迎ボランティアに使ってもらうようになった。

【事例3】Cさん（女性、73歳）

＜軽い痴呆、ひとり暮らし、近隣との交わりがない＞

①（90年代後半）

* このようなケースで、保健師が調整しながら地域の人達と支援した例も、一部ではあるがあった。

* こうしたケースの場合の在宅の限界は、冬季間の暖房の問題だ。お金がないからと（実際にはあるが）、「灯油を入れられない」と3日間もストーブをつけないでいた例もあった。こうした人に対して、地域の人達の受け止め方は、火災の危険もあり複雑である。「もっと重症な痴呆になると周りの人も問題行動がいっぱい起こすので、火でも出されたら困るって地域でもほっとけないから、こっちにも伝わってくる」。

②（介護保険後）

* こうしたケースへの支援は、訪問も頻度が多くなり大変だが、当たり前になってきた。介護保険の報道で、介護サービスが受けられるということが住民に理解されるようになり、地域でも何かあると役場に「相談してみたら」というようになった。

【事例4】Dさん（女性、75歳）

＜軽度、最近夫を亡くしひとり暮らし、心臓発作、退院直後、近隣との関係良好＞

①（90年代後半）

* こうしたケースはたくさんあった。「ご主人を亡くしたりすると最初は落ち込みますが、一年も経てば元気になるという感じで、地域の老人クラブに参加したり、ゲートボールをしたり、自分の体にあわせてあまり負担にならないように」過ごし、近くの人との関係もよかったら、近所との関係を楽しみながら過ごしていたと思

う。

* 特別養護老人ホームのデイサービスは当時、買い物行事を取り入れ、こうした人達が参加してきてとても喜ばれた。「息子さんとは同居していても、買物をしたいと思って忙しくしているので息子さんに遠慮して、デイサービスに来て行事の買物を楽しみにしていました」。行事の買い物のサービスを取り入れたのは、買物の希望が多かったからで、「行事的に何回かやろうと」、取り入れた。バスに乗って郊外に出かけるという取り組みであった。

②（介護保険後）

* こうしたケースは、介護保険前も後も変わりはないが、隣近所の協力を得て緊急通報システムの利用が進んできた。

3) 神奈川県津久井町

*実施日：2004年12月3日

2005年1月4日

*実施場所：津久井町役場内、津久井町社会福祉協議会内

*インタビュー対象者：保健師、津久井町役場介護保険担当者、社会福祉協議会職員、介護支援専門員

【事例1】Aさん（女性、83歳）

＜ターミナルケアが必要なガン末期、「老老介護」、「全介助」＞

①（地域でのケア）

（90年代後半）

* 町のがんターミナルケース等への対応は、病院、診療所の往診があり、行われていた。90年代前半には、看護職による訪問が行われるようになり、在宅療養が可能になっていったが、介護できる家族介護者の場合に限られがちで、「老老介護」の場合は難しかった。

* ホームヘルパーが訪問するようになっていた。町でホームヘルパーが最初に身体介護のケースを支援したのは1994年ごろであった。1996年頃は、家事援助から身体介護にホームヘルパーの支援内容が変わっていき、利用世帯数が増

加し、社協のホームヘルパーの人員も増えていったころであった。しかし、24 時間在宅ケアという考え方はまだなく、訪問時間は 9 時から 5 時の間であった。保健師や看護職の支援を受けながら訪問をしていた。

* 町の保健師が中心となり保健医療福祉関係者の連携ができ、医療職とホームヘルパーの調整を行っていた。保健師と社協のホームヘルパーの打ち合わせも増加していった時期であった（H9：4 回、H10：10 回、H11：12 回）。また、保健師が中心となり、町内の看護職の技術講習等を目的に学習会がもたれていた。

* ケアケース検討部会には、医師（町内医師輪番で対応）・看護師・社協職員・町職員（担当課長・保健師・社会福祉担当）が出席、ケースへの訪問看護師派遣決定の場として機能する他に、地域医療の体制整備にむけて課題を話し合う場であった（現在これに代わる機能をもった会議はない）。

②（介護保険後）

* 訪問看護の定着で、訪問看護師の訪問は地域を問わず可能になってきている。こうしたことが背景となって、ホームヘルパーも、医師と訪問看護師とのチームが組めるようになり、安心して訪問できるようになった。こうしたケースの相談があってもホームヘルパーは「どうしよう」と戸惑うこともなくなった。

* しかし、「老老介護」の場合は、訪問介護の介護報酬の枠内では、身体介護と生活援助の両方を利用すると限度額を超える。生活援助のところを家族が担うと可能であるが、家族が行えないときは難しくなる。

* 基幹型在宅介護支援センターが社協に設置され、訪問看護師やケアマネジャーの役割が町の中で定着してきた。

【事例 2】B さん（男性、85 歳）

<脳卒中後遺症、ひとり暮らし、歩行不安定、家事困難>

①（90 年代後半）

* 地域では、リハ病院から戻って自宅にいたケースが多かった。

* 在宅で支援していたが、この当時はまだ、ホームヘルパーが入浴援助することがあまりなく、保健師などから学びながら援助するようになってきていた。支援内容は買い物と炊事、そして掃除であった。それに入浴というプランであった。

* しかし、こうしたケースも痴呆症状が出てくると、在宅は難しくなり、入院となった老人病院の「たらい回し」もみられ、都内にまで入院する例もあった。

②（介護保険後）

* こうしたケースは金銭管理ができなければ、権利擁護を利用するようになってきている。

* ケアマネジャーとしてはまず、「自立した生活を安全に暮らす」が大事と思うので、環境面を重視し、転倒防止などのための住宅改善等を考え、その上で何が一番困っているか、何ができるかを、本人と相談しながら支援を広げることになることが多い。サービスを使うことに慣れてもらうことが大事だ。

* 10 年前は閉じこもっている人もいたが、現在は地域にできるようになった。ディサービスに行くようになり、「絶対にどこもいかない」と言っていた人が「じゃ俺も行くかな」というようになった。「あの人嫌いだ、この人嫌いだ」というのが「誰でもやってくれるのならお願いだ」というようになった。また、「何もしない」と言う人が「じゃ俺はこれやろうかな。ここまで出来る」というようになった。

* 近隣の人たちのこのようなケースへの見方も変わってきた。

【事例 3】C さん（女性、73 歳）

<軽い痴呆、ひとり暮らし、近隣との交わりがない>

①（90 年代後半）

* サービスを拒否する場合には支援が難しかった。拒否しなければサービスを入れることがで