

ーク) ができるコミュニケーションが可能な範囲である。言い換えるなら、この圏域は地理的な範囲や社会資源といった目に見えるハードなものを基盤としながらも、そこで展開されるコミュニケーションと活動といった見えにくいソフトなものでもある。この両者のある日常生活圏域の中で、人々は課題や目的を共有した交流し合いコミュニケーションすることにより、小グループを形成し、またそれが拡大されたり分割されるなどして、多様なグループを形づくりながら活動を展開していくこととなる。

### 3. 公共性の視点から捉えた日常生活圏域の成立要件

公共性の視点から日常生活圏域の成立条件を捉えると、以下のような要件をあげることができよう。

- 1) 他人の生活への関心
- 2) 互いに係わり合いながらそれぞれが自分らしくあろうとする意志

#### 参考文献

- 1 山川雄巳「公共性の概念について」日本公共政策学会年報「公共政策」第2号 1999
- 2 末永カツ子・平野かよ子・上埜高志「公共性理論についての論考」東北大学院教育学研究科「研究年報」第53集第2号 2005年3月 p281-299
- 3 ユルゲン・ハーバーマス「公共性の構造転換—市民社会の一カテゴリーについての探求」細谷貞雄・山田正行訳、第2版、未来社 1994
- 4 ハンナ・アレント「人間の条件」志水速雄訳、筑摩書房 1994
- 5 末永カツ子・上埜高志「地域保健活動における公共性と公的責任について」東北大学大学院教育学研究科「研究年報」第52号 2004年3月 p363-376

- 3) 主体的なコミュニケーション
- 4) 生活上の問題
- 5) 共通課題の認識
- 6) オープンなコミュニケーション空間
- 7) 交流
- 8) 支援
- 9) 人とひととのネットワーク
- 10) グループ活動
- 11) 協働
- 12) 人権、権利、特性、責任
- 13) 自己決定
- 14) エンパワメント

#### おわりに

これらの要件は地域で日常的に生活する人々が、コミュニケーションを図りかわり合いを持ち共通する問題を解決しようとする共同活動が生まれる条件であり、住民の自発的な活動や住民参加の要件と考えられる。

厚生労働科学研究費補助金

政策科学推進研究事業

**市町村合併に伴う住民参加型の日常生活圏域の設定と  
保健福祉サービスの提供体制のあり方に関する研究**

平成 17 年度 総括研究報告書

主任研究者 平野 かよ子

平成 18 (2006) 年 3 月

## 目 次

### 総括研究報告

平成 17 年度市町村合併に伴う住民参加型の日常生活圏域の設定と 保健福祉サービスの提供体制のあり方に関する研究	47
A. 研究目的	48
B. 研究方法	48
I 保健福祉従事者への全国調査	
1.対象 2.調査期間 3.方法 4.調査内容 5.調査項目 6.分析方法 7.倫理的配慮	
II 住民への調査(聞き取り)	49
1. 対象 2.調査期間 3.方法 4.調査内容 5.調査項目 6.分析方法 7.倫理的配慮	
C. 研究結果	50
I 保健福祉従事者への全国調査	
1. 日常生活圏域の外的規定要因として設定した対象市町村の属性	
2. 高齢者の日常生活圏域の把握状況	
3. 市町村合併に伴う変化(合併済み市町村)	
4. 高齢者の保健福祉サービスの利用状況と日常生活圏域との関係	
5. 住民の自主活動への参加	
6. 住民の保健福祉サービス等への参画	
7. 介護保険事業計画と日常生活圏域との関連	
II 住民調査結果	58
1. 対象市町村の属性	
2. 回答者の属性	
3. 健康状態および就労状況	
4. 家族構成および居住年数	
5. 外出状況	
6. 地区特性毎にみた日常生活圏域	
7. 市町村合併に伴う変化	
8. 住民の自主活動	
9. 保健福祉の職員との関わりの有無	
10. 保健福祉サービスやまちづくりへの参画	
D. 考察	61
1. 高齢者の日常生活圏域	
2. 高齢者の日常生活圏域に影響する要因	
3. 市町村合併に起因する高齢者の日常生活圏	
4. 保健福祉サービスにおける高齢者の日常生活圏域の優先状況	
5. 高齢者の日常生活圏域と住民の自主活動およびサービスのあり方 への参画への関連要因	
6. 高齢者の日常生活圏域と住民参加を促進する保健福祉サービスの あり方の規定要因について(まとめ)	

E. 結論	64
F. 研究発表	65
G. 知的財産権の出願・登録状況	65
<b>図表</b>	67

1. 全国調査(図表)
2. 住民調査(図表)
3. 考察のイメージ図

厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)  
総括研究報告書

市町村合併に伴う住民参加型の日常生活圏域の設定と  
保健福祉サービスの提供体制のあり方に関する研究

(主任)研究者 平野 かよ子 国立保健医療科学院公衆衛生看護部長

研究要旨

市町村合併により広域的な基礎自治体を創設する動きがある中で、広域化した市町村において、移動に制限を受ける恐れのある高齢者層に焦点を当て、①日常生活圏域の外的規定要因 ②高齢者が捉える日常生活圏域 ③サービスの利便性を向上させる要因 ④住民の主体的活動と活動促進要因 ⑤サービスの提供拠点とサービス圏域の設定要因等について合併した市町村と合併予定の市町村および合併しない市町村について全国調査を行い、該当高齢者への住民調査を行った。

調査の結果、1)高齢者の日常生活圏域を規定する要因として、【健康度】【地区組織の圏域】【永住志向性】【居住年数や地域への愛着】などであった。2)外的に高齢者の日常生活圏域に影響する要因としては【人口規模】【高齢化率】【交通手段】であった。3)市町村合併の影響は、合併からの日が浅く、行政職員は影響の認識が薄く、住民は住民の声が届かないことや職員との距離を挙げる程度であった。今後とも合併した市町村について調査を進め、合併による日常生活圏域への影響を明らかにしていくことが必要と考える。

4)高齢者の自主活動とサービスの提供体制との関連は、いずれの市町村の職員も日常生活圏域を考慮していると認識しているが、住民のサービス利用の意識とのズレはあった。特に虚弱な高齢者に対しては、行政の関わりや住民との繋がりの中でサービスの利用が進展するようなサービス提供体制の構築が重要であると考えられた。

また、住民の自主的な活動への参加の仕方によっては、地域に提供される保健福祉サービスのあり方に参画する要因となりうると考えられた。

分担研究

井下 理	慶應義塾大学総合政策学部教授
渡戸 一郎	明星大学人文学部教授
守山 正樹	福岡大学医学部教授
末永 カツ子	仙台市発達相談支援センター所長
山田 和子	和歌山県立医科大学保健看護学部教授
島田 美喜	東京慈恵会医科大学医学部看護学科助教授
鳩野 洋子	国立保健医療科学院公衆衛生看護部ケアシステム開発室長
福島 富士子	同 支援技術室長
奥田 博子	同 主任研究官
中板 育美	同 研究員
米澤 洋美	同 研究員

研究協力者

久佐賀 真理	九州看護福祉大学看護福祉学部看護学科助教授
前馬 理恵	和歌山県立医科大学保健看護学部講師
山名れい子	静岡県浜松市細江町保健センター
波多野園子	埼玉県さいたま市岩槻区保健センター
弓庭喜美子	かつらぎ町役場花園支所花園地域振興課

## A. 研究目的

基礎自治体である市町村のあり方が見直され平成の大合併と呼ばれる大規模な合併が進められている。

我が国の市町村数は、明治 20 年代の大合併、昭和 30 年代の大合併により、再編が進んできた。さらに平成の大合併により、平成 11 年 3 月末で 3232 市町村が、平成 18 年 4 月 1 日には 1820 に激減して来ている。

そこで、本研究では市町村合併により広域的な基礎自治体を創設する動きがある中で、広域化した市町村において、移動に制限を受ける恐れのある高齢者層および障害者層、乳幼児を抱えた母子等の日常生活圏域と保健福祉サービスとの関連に着目した。

今年度は、高齢者に焦点を当て、①日常生活圏域の外的規定要因 ②高齢者が捉える日常生活圏域 ③サービスの利便性を向上させる要因 ④住民の主体的活動と活動促進要因 ⑤サービスの提供拠点とサービス圏域の設定要因について合併した市町村と合併予定の市町村および合併しない市町村について全国調査を行い、合併の日常生活圏域への影響と、市町村において高齢者の日常生活圏域が考慮され、かつ保健福祉サービスのあり方や地域づくりに住民が参画しやすくなる要件を明らかにする。

これらの要件が合併により広域化した市町村において、今後介護予防のサービス拠点として予定されている地域包括支援センター(仮称)等を設置していく際にも活用されるように、平成 18 年度は、高齢者の日常生活圏域を勘案した保健福祉サービスの提供体制整備のガイドラインの策定を予定している。

## 1. 研究方法

研究方法は、保健福祉従事者への全国調査(郵送法)と住民への調査(聞き取り)を行った。

### I 保健福祉従事者への全国調査

#### 1. 対象

対象は、全国市町村の福祉保健従事者とした。市町村の選定には、2002 年 4 月 1 日から 2004 年 11 月 1 日までに合併を実施した 101 市町村(以下、合併済み市町村と略記する)と 2005 年 10 月 1 日から 11 月 7 日の間に合併を予定している 236 市町村(以下、合併予定市町村と略記する)である。

また、対照市町村として、上記期間中合併を実施もしくは予定していない自治体(以下、合併なし市町村と略記する)を人口規模別に 3 分の 1 抽出を行った(433 市町村)。

#### 2. 調査期間

平成 17 年 8 月 13 日～9 月 30 日

#### 3. 方法

自記式質問紙調査で、該当市町村保健福祉担当者宛に郵送、回答後返送してもらった。

#### 4. 調査内容

調査内容は、以下の 5 領域である 1)～5)。

1)日常生活圏域の外的規定要因として、市町村の概要(人口、高齢化率、面積、地理的特性、現市町村が形成された経緯、産業構造)のほか、回答者が捉えている地域の概要(住民の永住志向、高齢者の主な交通手段、現在機能している地縁的組織、ボランティアや NPO 活動の有無と活性の程度)などである。

2)市町村合併に伴う住民の変化として、合併形態および合併の規模、合併に伴う住民の日常生活(広がりや付き合いなど)の変化

3)高齢者の保健福祉サービスの利用状況と日常生活圏域との関係として、機能訓練教室 B 型、

転倒骨折予防教室、サロンの利用状況と事業開催にあたっての日常生活圏域の配慮の有無などである。加えて、合併済み市町村では、合併の前後の上記の変化を比較した。

4)住民の自主活動への参加状況と保健福祉サービスとの関連として、実施状況、閉じこもり予防を目的とした活動の概要(拠点、活動範囲)、活動と保健福祉職員とのかかわりの状況、日常生活圏域との関連などである。

5)介護保険事業計画と日常生活圏域との関連として、介護保険における日常生活圏域設定状況と設定にあたり考慮した事柄および住民の参画の有無などである。

なお、本調査でいう「高齢者」とは、介護保険を申請したら、非該当ではあるが、要支援の状態に陥る恐れのある高齢者および、要支援の状態にある高齢者とした。

## 5. 分析方法

合併の有無について「合併あり市町村」「合併予定市町村」「合併なし市町村」の3群に分けて比較した。

統計解析には統計パッケージSPSS 11.0J for Windowsを使用した。

## 6. 倫理的配慮

倫理的配慮として、市町村担当者には、質問紙の配布時に依頼文にて本研究の意義や目的、方法について説明するとともに、調査結果の公表により市町村および個人を特定されることはないことについて説明した上で、調査協力を依頼した。

## II 住民への調査(聞き取り)

### 1. 対象

対象は、60～90歳代の高齢者である。健康の度合いは、①介護保険を申請したならば、非該当(自立)に認定されるであろう高齢者もしくは

は、さらに元気な高齢者(以下、一般高齢者と略記する。)と②介護保険を申請したならば、要支援～要介護1程度であろう高齢者である(以下、虚弱高齢者と略記する)。

地域の選定には、市町村の規模の異なる全国8箇所の市町村に依頼した。地域特性別に「都市部」「地方都市」「地方市」「山村」に分け、合併のある地域とない地域を選定した。(表Ⅱ—1)

協力者数は合計120名であった。

### 2. 調査期間

平成18年2月6日～3月25日

### 3. 方法

調査員による高齢者への聞き取り調査である。

### 4. 調査内容

調査項目は、聞き取り調査では①対象者の健康レベル②地域住民の日常生活に影響を及ぼす地理的要因、交通手段、永住志向性等③住民の自主活動への参加状況と保健福祉サービスとの関連④保健・福祉サービスのあり方についての行政職員とのかかわり等である。

さらに、市町村合併を行った自治体の高齢者には合併に関する以下2点の項目を追加した。

- ・ 合併に伴う住民の日常生活(広がりやつきあいなど)の変化
- ・ 合併前後での保健・福祉サービスの利用状況と日常生活圏域との関係

調査票は資料として末尾に添付した。

### 5. 分析方法

聞き取り調査情報は、SPSS 11.0J for Windowsを用いて集計し、市町村合併の有無および地域特性毎に比較した。行動半径は地図上に記載した活動範囲の平均的な範囲(自宅からの距離)を割出し求めた。

### 6. 倫理的配慮

依頼にあたり、対象者には、配布時に本研究

の意義や目的、方法、参加は対象者の自由意志によって決定され調査結果の公表により個人を特定されることはないことについて、それぞれ文書を用いて調査者が直接説明した。説明に対する同意を得た上で、本研究の対象者とした。

## C 研究結果

### I 保健福祉従事者への全国調査

回収率は、全体で 428 市町村(55.6%)であった(表 I-1)。合併の状況別にみると、合併済み市町村は、67 市町村(66.3%)、合併予定 134 市町村(56.7%)、合併なし 227 市町村(52.4%)であった。回答者の属性は、保健師が 212 人(49.5%)ともっとも多く、次いで事務職が 194 人(45.3%)、その他の技術職は 2 人(0.6%)であった(表 I-2)。

人口規模別では、人口規模 3 万人以上の群で事務職が保健師を上回り、人口規模が大きくなるほど、事務職による回答が多くなった。(図 I-1)

#### 1. 日常の外的規定要因として設定した対象市町村の属性

##### 1) 人口規模

人口規模は、人口 1 万人未満が 141 市町村(32.9%)と最も多かった。1 万以上 3 万人未満が 115 市町村(26.9%)、3 万以上 10 万人未満が 121 市町村(28.3%)であった。人口 10 万人以上は 48 市町村(11.2%)と少数であった(表 I-3)。

合併形態別に見ると(図 I-2)、合併済み市町村では、人口 3 万以上 10 万人未満が 38 市町村(56.7%)ともっとも多く、合併予定市町村では 1 万人未満が 68 市町村(50.7%)と半数を占めた。一方、合併なし市町村では 1 万人未満が 70

市町村(30.8%)と多いものの、人口 1 万~3 万人未満 58 市町村(25.6%)、3 万~10 万人未満 61 市町村(26.9%)とばらつきが見られた。

##### 2) 面積

面積は、合併済み市町村は、平均  $354.7 \pm 262.4 \text{ km}^2$  ともっとも広く、合併予定市町村  $119.6 \pm 124.5 \text{ km}^2$ 、合併なし市町村  $195.8 \pm 802.3$  であった。(表 I-4)。

##### 3) 人口密度

人口密度(人/ $\text{km}^2$ )は、合併済み市町村が、100 以上 200 未満が 18 市町村(26.9%)、合併予定市町村が 50 以上 100 未満が 25 市町村(18.7%)、合併なし市町村が 1000 以上が 66 市町村(29.1%)と高かった。合併予定の市町村は人口密度が低い地域が多かった(表 I-5)。

##### 4) 高齢化率

高齢化率は、全体の平均は  $24.9 \pm 7.0\%$  で全国平均  $20.0\%$ (平成 17 年 8 月 1 日現在)より高かった(表 I-6)。いずれの合併形態でも全国平均より高かった。なかでも合併予定市町村が平均  $27.4\%$  ともっとも高く、高齢化率  $30 \sim 40\%$  が 36 市町村(26.9%)であった。

高齢化率を「20%未満」「20~30%未満」「30~40%未満」「40%以上」の 4 群にわけて人口規模別に比較した(図 I-3)。人口 1 万人未満の群で、平均  $30.4\%$  と最も高く、「20~30%未満」、「30~40%未満」に 8 割以上を占めた。一方、人口 10 万人以上では、「20%未満」が約 7 割を占め、平均も  $18.5\%$  と全国平均を下回った。

##### 5) 地理的特性(図 I-4)

地理的特性では、全体では農山漁村が 212 市町村(49.5%)と約半数を占めていた。中でも合併予定市町村が農山漁村が 93 市町村(69.4%)と 7 割近くあり、合併済み市町村では農山漁村が 27 市町村(40.3%)、地方小都市が 25 市町村(37.3%)とほぼ 2 分していた。合併な



し市町村は、農山村が 92 市町村(40.5%)、地方小都市 70 市町村(30.8%)、次いで大都市郊外部 25 市町村(11.0%)であった。

人口規模別にみると、人口 1 万人未満では、約 8 割が「農山村」と答え、次いで「離島」が 17 市町村(12.1%)であった。人口 1 万～3 万人未満になると、「農山村」が 75 市町村(65.2%)と多く、次いで「地方小都市」が約 2 割を占めた。人口 3 万～10 万人未満になると「地方の小都市」が約 6 割、10 万人以上では、「大都市郊外部」「地方小都市」が同率で合わせて約 6 割にのぼった(図 I-5)。

#### 6) 産業構造

主な産業構造は、人口規模が大きくなるに従い、第 1 次産業(農業、林業、魚業)中心から第 3 次産業中心(運輸・通信、卸売・小売、飲食店、金融・保険業、不動産業、サービス業等)に変化していた(表 I-7)。

#### 7) 市町村の発生経緯

現市町村の発生経緯は、自然発生的が 345 市町村(80.6%)と圧倒的であった。合併形態別にみても同様の結果で自然発生的とする回答が多く、計画的開発型は合併済み市町村および合併なし市町村に 2 割弱程度であった(図 I-6)。

#### 8) 永住志向性(図 I-7)

住民の永住志向性は、「どちらかといえば強いほうだ」が、245 市町村(57.2%)と最も高く、「強いほうだ」をあわせると 365 市町村(85.2%)に上った。合併形態別にみても同様の傾向があり、「強いほうだ」と「どちらかといえば強いほうだ」をあわせると、いずれも 8 割を越えていた。

人口規模別に見ると、人口 1 万人未満では、「強いほうだ」が 49 市町村(34.8%)と他の群よりも高かった(図 I-8)。

#### 9) 地縁組織(表 I-8)

現在機能している地縁組織(複数回答)は、全体では、老人会が 384 市町村(89.7%)と最も高く、次いで字会、町会、自治会 374 市町村(87.4%)、防災協会・消防団 312 市町村(72.9%)の順であった。合併形態別に見ると、いずれの群でも、老人会、字会、町会、自治会が高く、防災協会・消防団は、合併なし市町村では 153 市町村(67.4%)と他の群より低い傾向にあった。

人口規模別にみると(複数回答)(表 I-9)、人口規模 1 万～3 万人未満の群でもっとも回答が多かった。また、地縁組織の内容では、人口 1 万人未満と人口 1 万～3 万人未満では、老人会、次いで字会・町会・自治会を掲げるものが多かった。人口 3 万～10 万人未満と人口 10 万人以上では、字会・町会・自治会、次いで老人会の順に多かった。特に人口 1 万～3 万人未満では、上位 8 位までが 7 割以上で「機能している」と回答していた。

次いで、ボランティア活動や NPO 活動などの、地縁組織以外の活動の状況について比較した(図 I-9)。人口 3 万人未満では、「あまり活発でない」が半数以上を占めているが、3 万人以上になると「まあ活発だ」が、5 割以上を占めて逆転していた。特に人口 10 万人以上になると「非常に活発だ」と「まあ活発だ」を合わせると 7 割以上にのぼっていた。

#### 10) 主な交通手段(図 I-10)

高齢者の主な交通手段は、自家用車が 217 市町村(50.7%)と多く、次いで公共交通機関(電車・バス)が 68 市町村(15.9%)であった。合併形態別に見ると自家用車がどの形態でも高く、合併済み市町村の場合、41 市町村(61.2%)と他よりも高かった。一方合併なし市町村の場合、公共交通機関(電車・バス)が 42 市町村(18.5%)と他よりも高かった。

人口規模別では、人口 10 万人未満までは、自家用車を一番に挙げる者が多く、特に人口 1 万～3 万人未満の群では、72 市町村(62.6%)が自家用車を主な交通手段に挙げていた。一方、10 万人以上では、公共交通機関が 3 割、自家用車が 2 割あまりと、バス・電車などの公共交通機関を利用する割合が高かった。また、人口 1 万人未満では、自家用車、公共交通機関に次いで徒歩が 20 市町村(14.2%)と、他の群より徒歩を挙げるものが多かった(図 I-11)。

## 2. 高齢者の日常生活圏域の把握状況

保健福祉部門の職員が高齢者の日常生活圏域をどのくらいの範囲と捉えているかについて尋ねたところ、殆どの回答者は把握できていると回答し、もっとも多いのが「町会・自治会内」で、次に「地区内」、「徒歩で行ける範囲」、「市町村全域」、「中学校区」の順であった。

### 1) 合併の有無(表 I-10)

合併済みの市町村では、高齢者の日常生活圏域を、「町内・自治会内」もしくは「小学校区」をあげたところがどちらも 13 市町村(19.4%)と最も多かった。次いで、「地区内」もしくは「中学校区」が 11 市町村(16.4%)であった。

合併予定市町村では、「地区内」が 30 市町村(22.4%)「町内・自治会内」が 29 市町村(21.6%)と高く次いで「徒歩で行ける範囲」が 19 市町村(14.2%)の順で合併済み市町村より日常生活圏域は狭く捉えられていた。

### 2) 人口規模

高齢者の日常生活圏域を人口規模別に見た。人口 1 万人未満では、徒歩で行ける範囲と、地区内がほぼ同率で、次いで市町村全体が多かった。人口 1 万～3 万人未満では、地区内、町内・自治会内、市町村全域がほぼ同率で高かった。人口 3 万～10 万人未満では、中学校区、町

内・自治会内がほぼ同率で高かった。10 万人以上でも中学校区、町内・自治会内が同率で高かった。中学校区は人口規模が高くなるとその占める割合が大きくなった。

### 3) 高齢化率(表 I-11)

高齢化率の 20%未満の市町村では、高齢者の日常生活圏域は、町内・自治会内が 25 市町村(20.4%)と最も多く、次いで中学校区が 22 市町村(17.9%)であった。

高齢化率 20～30%未満の市町村では、高齢者の日常生活圏域は、町内・自治会内が 38 市町村(18.1%)、市町村全域が 37 市町村(17.6%)と多かった。

高齢化率 30～40%未満の市町村では地区内が 21 市町村(25.9%)と最も多かった。

### 4) 地理的特性(図 I-13)

地理的特性として農山漁村をあげた 212 市町村の内、44 市町村(20.8%)は地区内を日常生活圏域としていた。次いで 42 市町村(19.8%)が徒歩で行ける範囲をあげていた。

地方小都市をあげた 119 市町村では、30 市町村(25.2%)が町内・自治会内、22 市町村(18.5%)が中学校区としていた。

### 5) 永住志向性 (図 I-14)

永住志向が「高い」「どちらかといえば高い」と答えた市町村では、町内・自治会内が 74 市町村(40.8%)を占めた。次いで地区内 64 市町村(35.4%)であった。

### 6) 地縁組織

現在機能している地縁組織としてもっとも多かった字会・町内・自治会の 374 市町村では、高齢者の日常生活圏域は町内・自治会内が 76 市町村(20.3%)で、地区組織が機能していない 51 市町村では、市町村全域が 13 市町村、地区内が 12 市町村、徒歩で行ける範囲が 12 市町村であった。

## 7) 主な交通手段

高齢者がもっとも利用する交通機関として自家用車をあげた 217 市町村の内、町内・自治会内が 44 市町村(20.3%)、地区内が 41 市町村(18.9%)であった。

一方、公共交通機関(バス・電車)を一番にあげた 68 市町村では町内・自治会内が 13 市町村(19.1%)と一番多かったが、地区内が 12 市町村、中学校区が 11 市町村、徒歩で行ける範囲が 10 市町村とあまり差はなかった。

## 3. 市町村合併に伴う変化

### 1) 合併から、現在までの期間(月数)

合併から平成 17 年 9 月現在までの期間について、全体での平均は 15.7±8.5 ヶ月であった。次に「12 ヶ月未満」「12 ヶ月以上 24 ヶ月未満」「24 ヶ月以上」に分けて比較した。(表 I-12, 図 I-15)

人口 1 万人未満の群が 3 市町村のみであるため人口 1 万~3 万人の群と合わせて比較した(表 I-13)。3 万人未満の群では 12 ヶ月未満が 11 市町村(55.0%)ともっとも多く、3 万~10 万人未満の群でも 12 ヶ月未満と 12 ヶ月 24 ヶ月未満を合わせると 8 割を越えた。

### 2) 合併の規模

合併時の市町村数を比較した(表 I-14)。

合併した市町村を足した数は、全体では平均 3.8±1.6 市町村で、いずれの群でも 2 市町村の合併が多かった。

人口規模 3 万~10 万人未満の群で、8 市町村の合併が 1 自治体でみられ、大規模な合併がうかがわれた(図 I-16)。

### 3) 合併形態

合併の形態を新設合併か編入合併かに分けて比較した(表 I-15)。新設合併が 53 市町村(79.1%)と多く、編入合併は 9 市町村(13.4%)

だった。自由記載欄に、新設合併でも実質は編入合併であるなどの記載もみられた。

### 4) 合併後に生じたと思われる業務上の変化

合併後に生じたと思われる変化について保健福祉部門の職員に質問した。

#### (1) 保健福祉事業

利用できるサービスやメニューが「増えた」が 45 市町村(67.2%)で、「減った」や「変わらない」より多かった(表 I-16)。また、人口規模 3 万~10 万人では、「増えた」21 市町村(55.3%)に次いで「変わらない」15 市町村(39.5%)であった(図 I-17)。

#### (2) 保健福祉事業の運営(表 I-17, 図 I-18)

遠い住民のために事業開始時間を変更した市町村は 3 市町村(4.5%)のみで、いずれの人口規模でも「変わらない」が圧倒的に多かった。

健康教育の実施場所については、「変わらない」が 45 市町村(67.2%)と多く、次いで「地区で行うよりも保健福祉センターでの開催が増えた」が 14 市町村(20.9%)で、「出張型が増えた」は 8 市町村(11.9%)だけであった(表 I-18)。

#### (3) 保健福祉事業の内容

全体の業務の中で、家庭訪問の占める割合は、「変わらない」が 36 市町村(53.7%)、「減った」が 25 市町村(37.3%)、「増えた」6 市町村は(9.0%)であった(表 I-19)。人口規模別にみると、人口 3 万人未満と 3 万~10 万人の群では、「変わらない」と「減った」が半数近くあった(図 I-19)。

#### (4) 住民との距離

行政職員と住民の距離感は、「変わらない」が 40 市町村(59.7%)、「遠くなった」が 27 市町村(40.3%)あった。近くなったと答えた市町村は無かった(表 I-20)。一方、人口規模 3 万~10 万人では、「変わらない」と「遠くなった」が同率

だった(図 I - 20)。

#### (5) 永住志向の程度との関連

永住志向の程度との関連をみた。その結果、住民の永住志向が「どちらかといえば弱い」と考えた職員は、地域愛着が薄まった(43.0%)と考える傾向があった。また、全体のサービスメニューが減ったと考える傾向が永住志向が「強い」と考える場合より強かった(57.0%)。日常用を足す範囲でみると、住民の永住志向が「どちらかといえば弱い」と考える職員は用を足す範囲が「拡大した」と答えたのは 14.0%であったが、永住志向が「強い」と感じている場合は 50.0%が拡大したと答えていた。また、永住志向と自主活動との関連では差はなく、全体的に「あまり活発ではない」が半数を占めた。合併後に生じたと思われる変化として住民と行政の距離としては、全体では、6 割が「変わらない」と考えているが、永住志向が「どちらかといえば弱い」と感じている職員は「遠くなった」と答える割合が若干高かった(遠くなったが7人中4人)。合併しているところは小規模の人口の地域が多く、住民の自主活動はあまり活発ではなかった。地縁組織が現在も「機能している」と答えた割合が高く、あらためて自主活動というより、日常の延長上の付き合いで充足していると思われた。

#### 5) 合併後に生じたと思われる住民側の変化

##### (1) 高齢者の日常生活圏域

日常的に用を足す範囲(買い物・レクリエーション、地域交流など)等の日常生活圏域について尋ねたところ、「拡大した」が 19 市町村(28.4%)、「縮小した」は 1 市町村(1.5%)だけだった(表 I - 21)。

特に人口 10 万人以上の群では、拡大したが 4 割と多かった。一方、3 万人未満では、縮小したが 1 自治体で見られた。

##### (2) 地域への愛着や連帯感

地域への愛着や連帯感は、「変わらない」が 38 市町村(56.7%)で、次いで、「わからない」、「減った」の順で、「深まった」は 6 市町村(9.0%)だった(表 I - 22)。

人口 3 万～10 万人未満では「薄まった」が、6 市町村(35.3%)と他の群より多かった。

##### (3) 祭りや各種行事の開催状況

祭りや各種行事の開催状況は、「変わらない」は 37 市町村(55.2%)と多く、次いで「増えた」が 18 市町村(26.9%)であった(表 I - 23)。

人口 3 万～10 万人未満で「変わらない」がもっとも多く 25 市町村(65.8%)であった。人口 3 万人未満では、「増えた」と「変わらない」が同率だった。

##### (4) 住民同士の交流

住民同士の交流は、「増えた」が 31 市町村(46.3%)と最も多く、次いで「変わらない」、「わからない」の順であった。減ったのは 2 市町村(3.0%)のみであった(表 I - 24)。

特に人口 3 万人未満では「増えた」が、13 市町村(65.0%)と多く、「減った」はなかった。

#### 4. 高齢者の保健福祉サービスの利用状況と日常生活圏域との関係

##### 1) 高齢者向け事業の実施状況

高齢者を対象とした事業として、本調査の対象高齢者を対象とする「転倒骨折予防教室」と、「機能訓練教室(B 型地域参加型)」、福祉的意味合いの強い「生きがい活動支援通所事業(サロン)」の 3 つに絞り、その実施状況を尋ねた。

##### (1) 転倒骨折予防教室

現在では、全体の約 8 割にあたる 342 市町村で実施し、特に合併済み市町村では、63 市町村(94.0%)が実施していた。合併予定市町村、

合併なし市町村でも 7 割以上で実施していた(図 I-25)。

次に、合併済み市町村に、合併前と現在とを比較してもらったところ、合併前の実施は 59 市町村(88.1%)で合併後の実施は 63 市町村(94.0%)で、合併後の実施率は向上していた(図 I-26)。

教室運営において日常生活圏域を優先させることについて訊いたところ、全体では、242 市町村(75.2%)が「優先している」と回答し(図 23)、特に合併済み市町村では 87.1%と最も高く、合併前も同様に配慮していたと回答していた(図 I-27)。

一方、合併なし市町村に「優先していない」が 44 市町村(27.3%)と高かった。

優先していない理由としては、全体の約 7 割の 51 市町村が「優先できない」と回答し、人口 3 万~10 万人未満では 9 割が「優先できない」と回答していた(図 I-28)。

また、「優先させる必要を感じない」は 15 市町村(21.1%)で、「優先していない」理由としては、「役場や保健センターの位置」、「送迎の手段がある」、「身近なところに実施場所が無い」を理由としてあげていた。人口規模別では、人口 10 万人以上では地理的条件と「身近なところに実施場所が無い」が多く、人口 1 万人未満では、「送迎の手段がある」が多かった。また、人口 1 万~3 万人未満では、地理的条件以外が多かった(図 I-29)。

## (2) 機能訓練教室(B型地域参加型)

現在実施していない市町村が多く、全体では 240 市町村(56.1%)で実施していなかった。特に合併予定市町村の 80 市町村(59.7%)が実施していないと答えていた(図 I-30)。合併済み市町村の合併前の実施率も同様に低かった(図

I-31)。

実施している市町村に教室運営において日常生活圏域を優先させることについて訊いたところ、全体では 120 市町村(71.0%)が「優先している」と回答し、特に合併済み市町村で 96.2%と最も高かった。合併なし市町村の「優先していない」は 32 市町村(33.7%)と、優先しない割合が高かった(図 I-32)。人口規模別の状況を(図 I-33)に示した。

優先していない理由としては、全体の約 7 割弱にあたる 32 市町村が「優先できない」と回答し、また、「優先させる必要を感じない」が 13 市町村(27.7%)であった(図 I-34)。続けて、優先していない市町村のその理由をさらに訊いたところ、「送迎の手段がある」、「役場や保健センターの位置」、「対象者が少ない」、「人手が無い」をあげたものが多かった。合併なし市町村では「人手が無い」が 15 市町村(48.4%)が最も多かった(図 I-35)。

人口規模別では、1 万人未満では、「送迎の手段がある」、「対象者が少ない」であった(図 I-36)。

## (3) 生きがい活動支援通所事業(サロン)

この事業は全体で 323 市町村(75.5%)が実施し、特に合併済み市町村は 58 市町村(86.6%)が実施し、合併なし市町村よりも実施率は高かった(図 I-37)。また、人口 3 万~10 万人未満では、全ての市町村が実施していた(図 I-38)。

次に、合併済み市町村に合併前の実施状況と比較してもらったところ、合併前と合併後ではほぼ変化が無い状況であった(図 I-39)。

教室運営において日常生活圏域を優先させることについて訊いたところ、全体では、228 市町村(73.3%)が「優先している」と回答し、特に

合併済み市町村での割合が48市町村(87.3%)と高かった(図 I-40)。一方、優先していない79市町村のうち、その理由としては約6割の47市町村が「優先できない」と回答し、「優先させる必要を感じない」との回答は25市町村(31.6%)で、その理由は、「送迎の手段がある」が一番多く、次いで「身近なところに実施場所が無い」、「対象者が少ない」であった(図 I-41)。

## 5. 住民の自主活動

保健福祉サービスに関連する住民の自主活動は全体の6割にあたる267市町村があり、その9割の244市町村に閉じこもり予防を目的とした体操や食事会などの活動があり、特に合併予定市町村の95.0%が「ある」と答えていた(図 I-42,43)。

### 1) 自主活動の範囲

住民の自主活動の範囲を訊いたところ、「字会・町会・自治会」を単位として活動しているとの回答が142市町村(64.3%)と最も多く、次いで、「公民館・公会堂単位」、「地区(班)単位」、「小学校区」であった(図 I-44)。

### 2) 地域特性との関連

#### (1) 人口規模(図 I-45)

住民の自主活動の有無を人口規模別にみると、人口1万人未満の市町村では、「ある」と63市町村(44.7%)が回答し、「ない」は70市町村(49.6%)であった。ほとんど変わらないが、人口3万以上10万人未満の市町村では、「ある」との回答が91市町村(75.1%)で、「ない」は18市町村(14.8%)、10万人以上では38(79.2%)と最も高く、人口規模が大きい市町村で実施している割合が高くなっていた(図 41)。

#### (2) 人口密度

人口密度をみると、統計的には明らかではないが、人口密度が高い市町村がより実施割合

が高い傾向が見られた。

#### (3) 地理的特性(図 I-46)

地理的特性では今回の分類においてもっとも高い実施割合であったのは「大都市中心部」9市町村(85.7%)、ついで「地方中心都市部」93市町村(73.7%)であり、一方、実施割合が低かったのは「離島」4市町村(16.7%)、「地方小都市」93市町村(48.1%)の順となっていた。

#### (4) 高齢化率(図 I-47)

また、高齢化率別でみると、高齢化率が「30%以上」の市町村では自主活動の実施割合は45~50%程度であるが、高齢化率「20%未満」の市町村では「あり」79市町村(70.5%)、「20~30%」の市町村で135市町村(64.3%)と、高齢化率が低い自治体のほうが、住民の自主活動が行われている結果であった。

#### (5) 永住志向、地縁組織と合併

住民の自主活動と住民の永住志向との関連を見たところ、その関連は見られなかった。合併済みの市町村は概して人口規模が小さい地域が多く、住民の自主活動はあまり活発ではなかった。反面、永住志向は強く、地縁組織が現在も機能していると答えた割合が高かった。

#### (6) 住民の自主活動の範囲と日常生活圏域(図 I-48)

住民の自主活動においても高齢者の日常生活圏域が意識しているかどうかについて訊いたところ、合併済み市町村では「意識している」が37市町村(97.4%)と最も高く、合併予定市町村では約8割、合併なし市町村でも約7割が「意識している」と答えていた。人口規模別では人口3万人~10万人未満では85.7%が「意識している」と答えていた。

## 6. 住民の保健福祉サービス等への参画

1) 自主活動をしている団体と保健福祉部門の職員とのかかわり

住民の自主活動をしている団体と保健福祉部門の職員とのかかわりについて訊いたところ、約 9 割の 221 市町村が「ある」と答えていた(図 I-49)。

具体的なかかわり方として、「実際に活動に参加している」が 128 市町村(57.9%)と高く、他に、「計画や運営にかかわっている」、「連絡会等で顔を合わせる」、「書面上把握している」などであった。特に合併済み市町村では、「実際に活動に参加している」が 68.4%と高かった(図 I-50)。人口規模別にみた合併前の住民と職員とのかかわりを図 I-51 に示した。

## 2) 住民と保健福祉部門職員との福祉保健サービスやまちづくりについての話し合い

### (1) 話し合いの機会(図 I-52)

住民と保健福祉部門職員との福祉保健サービスやまちづくりについての話し合いの機会については、238 市町村(55.6%)が「話し合いの機会がある」と答え、特に合併済み市町村に 49 市町村(73.1%)と高かった。合併予定市町村では、「話し合う機会がない」が 51.5%で、「機会がある」をやや上回った。

### (2) 話し合いの場(図 I-53)

具体的な話し合いの場について訊いたところ、「保健福祉事業関連の会議」や「ワーキンググループでの話し合い」が 126 市町村(52.9%)と多かった。次いで、「保健福祉事業の実施中」、「地区懇談会」などであった。

### (3) 人口規模との関連(図 I-54)

住民とサービスやまちづくりについて話し合う場があると回答した自治体について人口規模別にみると、人口 1 万人未満の市町村で 65 市町村(46.1%)、1 万以上 3 万人未満 64 市町村(55.7%)、3 万以上 10 万人未満 74 市町村(61.5%)、3 万人以上 34 市町村(70.8%)と、人

口規模が大きくなるほど実施割合が高くなっていた。

### (4) 地理的特性との関連(図 I-55)

また、地理的特性別では実施割合が高い市町村は「その他」を除き、「大都市中心部」6 市町村(85.7%)、「地方小都市」72 市町村(60.5%)で、逆に低い市町村は「離島」10 市町村(41.7%)、「農産漁村」110 市町村(51.9%)となっていた。

### (5) 高齢化率との関連(図 I-56)

高齢化率でみると、高齢化率 20%の市町村では「あり」が 63 市町村(74.1%)、20 ~ 30%未満では、120 市町村(57.1%)、30 ~ 40%未満では 40 市町村(49.4%)、40%以上では 9 市町村(75.0%)であった。高齢化率が低いか、数が少ないため断定はではないものの高齢化率が非常に高い市町村において実施されている割合が高かった。

### (6) 住民の自主活動と関連(図 I-57)

高齢者の自主的な活動の実施状況との関連をみると、話し合いの場が「ある」と回答した市町村では、活動実施が「ある」が 180 市町村(75.6%)であるのに対し、「ない」が 77 市町村(44.8%)と有意差がみられた。ただし話し合いの場を有しているのは前述のとおり自治体規模が大きな自治体が多く、また自主的な活動も同様に自治体規模が大きな自治体で実施されていることから、この実態が人口規模に依存していることが考えられるため、人口規模別にこの関連の検討をした。その結果、数が検定に耐えない部分があるため統計的な有意差は明らかではないものの、どの人口規模においても話し合いの場を有している自治体のほうがそうでない自治体に比較して、高齢者のための自主的な活動を実施している割合が高くなっていた。

## 7. 介護保険事業計画と日常生活圏域との関連

#### 1) 第4次介護保険事業計画策定にあたっての日常生活圏域の設定状況

第4次介護保険事業計画策定にあたっての日常生活圏域の設定状況を尋ねたところ、全体の211市町村(49.3%)が設定に向けて作業中と回答し、合併形態別では、合併済み市町村が設定に向けて作業中と答えた割合が40市町村(59.7%)と他の群より1割程度高かった。一方、合併予定市町村では、今後取りかかる予定との回答が36市町村(26.9%)と他群より高く、合併なし市町村では、設定済みとするものが62市町村(27.3%)と他群よりも高い傾向にあった。また、これらについて人口規模別に見ると、人口規模10万人位以上では、策定済みが約3割であった(図I-50)。

#### 2) 設定にあたり考慮したこと

策定にあたり考慮した事柄をたずねたところ、人口3万人未満では、介護保険給付等対象サービスの提供施設の整備状況と地理的条件の順に高く、3~10万人未満では、地理的条件、介護保険給付等対象サービスの提供施設の整備状況の順であった10万人以上では、人口、地理的条件の順であった(図I-51)。

#### 3) 住民の意見

また、設定済みもしくは設定にむけて作業中と答えた303市町村に設定の際に住民の意見を取り入れる機会があったかについて尋ねたところ、187市町村(61.7%)が住民の意見を取り入れる機会があったと答え、合併済み市町村ではその割合が7割で他の群より高かった。また、人口規模が大きいほど、あったと答えた者が多かった(図I-52)。

#### 4) 高齢者の日常生活圏域

さらに、その設定にあたって高齢者の日常生活圏域を配慮したかどうかについて尋ねたところ、211市町村(69.6%)で配慮していると回答

していた。特に人口規模が大きくなるに従い、「配慮している」の割合が高くなった(図I-53)。

#### II 住民への調査(聞き取り)

##### 1. 対象市町村の属性(表II-1)

協力を得た市町村は、8市区町村であり、合併から調査までの期間(月数);合併から調査時点までの期間(月数)は、4ヶ月~13ヶ月であった。

##### 2. 回答者の属性

協力が得られた住民は、合計120名で、男性38名(31.7%)、女性82名(68.3%)と女性が男性の2倍以上であった。全体の平均年齢は75.0±7.3歳であり、各地区の平均年齢は表II-2に示すとおりである。

##### 3. 健康状態および就労状況

高齢者の健康状態は、一般高齢者が89名、虚弱高齢者が31名であった。一般高齢者のうち13名、虚弱高齢者のうち2名は現在就労していた。

##### 4. 家族構成および居住年数

家族構成は、独居が31人(25.8%)、高齢世帯(配偶者との二人暮らし)が42人(35.0%)、その他が47人(39.2%)で、子ども家族との同居、配偶者と未婚の子どもとの同居などであった。

居住年数は、全体の83.3%にあたる100人が20年以上で、そのうちの34名は生まれてからずっと現在の市町村に住んでいると答えた。(表II-3)

##### 5. 外出状況

1週間の外出の頻度は、一般高齢者では7日毎日外出すると答えたのが45人(51.0%)、虚弱高齢者では9人(29.0%)であった。(表II-4)

公共交通機関の利用状況は、一般高齢者74人、虚弱高齢者13人が公共交通機関を使って外出すると答えた。(表II-5)



## 6. 地区特性毎にみた日常生活圏域

買い物、通院、銀行や郵便局等への外出、友人、近隣とのつきあい、その他の外出先および頻度を尋ね、日常的に行き来する生活圏域を自宅からの半径にて算出した。(表Ⅱ-6)算出には月1回程度の希な外出は除外した。

地域特性毎にみると都市部が $2.2 \pm 3.0\text{Km}$ ともっとも短く、地方都市、地方市、山村にいくにつれてその範囲は大きくなっていった。

### (1) 都市部

この地域は、都市部の中でも下町的要素が強く近隣住民とも比較的親しい関係であった。JRや地下鉄などの交通も発達している地域である。商店街や郵便局も徒歩圏内にある者が多かった。一般高齢者の範囲は $2.4 \pm 3.1\text{km}$ で、JRや地下鉄を利用して都心のデパートや大型電気店、大学病院まで出かけている者もみられた。虚弱高齢者では、 $0.3 \pm 0.5\text{km}$ と一般高齢者よりも短く、駅前のスーパーに通う、通院と買い物を同時に済ませるなどがみられた。虚弱高齢者の中には、サラリーマンとして生活してきた地域とのつながりが薄く、妻の友人との交友関係を通してのみ地域とつながっているなどの者もみられた。

### (2) 地方都市

この地域は、都心部に比べると商店街や郵便局、銀行などは遠くなり、住宅街としての要素が強い。バスや電車等の公共交通機関が利用できれば遠方にも出かけることが比較的容易であった。一般高齢者と虚弱高齢者の範囲は $3.5\text{Km}$ と同距離であった。

### (3) 地方市

地域D、Eは、市の中心部からは公共交通機関を利用すると1時間から1.5時間程度を要する地域であった。合併の行われた市町村では旧役場が支所として機能していることが多く、旧

役場の周辺に商店や福祉サービス拠点などが集中していることが多かった。買い物や郵便局・銀行などへの外出、地区センターでの集まりなど旧自治体の単位で暮らしている様子であった。日常生活の範囲は、一般高齢者では、 $4.9 \pm 7.0\text{Km}$ であった。一般高齢者でも市の中心部の大型店や大学病院に通う場合には自家用車を利用して移動することが多かった。虚弱高齢者の場合は、 $5.3 \pm 8.0\text{km}$ であった。公共交通機関が発達していないのでタクシー券を利用している者が多かった。通院にあわせて買い物を済ませるなど特にタクシーを利用する場合などは外出をまとめて行っていた。

地域Fは、もともと小さな自治体同士の合併であり、地理的には山間部にあり、土地の起伏の激しい地形であった。また、公共交通機関も発達しているとは言えないところで、一般高齢者は概ね自分で運転するか家族に運転してもらい自家用車で、比較的商店の並ぶ通りに買い物に出かけるか、近隣の郊外型大型店まで出かけていた。一方、虚弱高齢者は介護保険によるデイサービスを利用し、会場までの送迎車で移動が主な外出の機会であった。

### (4) 山村

この地域は、山間部の無医地区で集落と集落が離れていた。集落内は皆顔なじみで日頃からのつきあいも多い様子であった。

移動は街の中心部に向かうバスも一日数往復しかなく多くの高齢者は福祉バスを利用して隣街の医院や金融機関まで通っていた。また、大学病院や専門病院などの遠距離にはタクシーを呼ぶにも不便な地域であるため、近所の車を持っている人に乗せてもらって通っていた。緊急搬送には職員が夜間交代で待機することで対応していた。

商店も離れているため移動商店が肉や魚を

売りに来るのを利用したり、月に1回生活雑貨を倉庫を借りて販売する店を利用したり、宅急便によるトイレトペーパーの購入や、都会に住む娘や息子に医療品などは届けてもらっていた。集落毎に集会所があり自宅から数分で歩ける距離に位置していることが多く、事業も各集会所に出向いて行われていた。一般高齢者の日常生活の範囲は 24.4±13.0kmと他の自治体よりも広範囲であったが多くは隣の街の医院に通う以外は旧自治体内で移動していた。

虚弱高齢者の範囲は 8.6±10.4km で隣街の医院に福祉バスで通う者や日常的には自宅内で過ごし殆ど外に出ることはないが、専門病院に近所の車に乗せてもらって1時間以上かけて通っている者がいた。

## 7. 市町村合併に伴う変化

### 1) 合併による変化

#### (1) 日常出かける範囲の広がり(表Ⅱ-7)

いずれの地区でも「変わらない」が多かった。

#### (2) 行政職員への相談のしやすさ(表Ⅱ-8)

一般高齢者のグループで「相談がしにくくなった」と答えた人が多く、虚弱グループでは「かわらない」「わからない」が多かった。

#### (3) 住民の声の行政への届きやすさ(表Ⅱ-9)

虚弱高齢者では「わからない」7人、「そう思う」4人の順で、一般高齢者の場合は、「そう思う」20人、「変わらない」18人の順であった。

### 2) 合併による生活上の問題点

合併によって生活に問題はあったかどうかについて自由に答えてもらった。その主な内容は以下の5点であった。

- ・税金が上がった、利用料の有料化などの経済的負担に関する事柄
- ・死亡手続きや教育委員会関連などで本庁に行かなくてはならず不便、火事のサイレンが合併市町村と横並びで取りやめになったなど

の行政手続きの変更に関する事柄

- ・健診の案内が簡素化された、従来の保健サービスが合併市町村と横並びで少なくなったなどの保健福祉サービスの手厚さや量に関する事柄
- ・行政職員の異動等により親近感がなくなったなどの精神的な距離感について
- ・老人会が無くなったり住民同士のつながりが希薄になったと感じる などであった。

## 8. 住民の自主活動への参加(表Ⅱ-10)

虚弱高齢者では30人中7名(23.3%)が住民の活動に参加していた。一般高齢者では、87人中53名(58.6%)が参加していた。一般高齢者でも残りの4割は住民の活動には参加せず、個人や家族で参加する観劇や旅行、カルチャー教室、図書館などに出かけていた。

## 9. 保健福祉の職員との関わりの有無(表Ⅱ-11)

最近1年間の保健福祉サービスの中での行政職員との関わりについて一般高齢者、虚弱高齢者とも半数が関わりがあったと答えていた。具体的なかかわりの内容は、体操教室・英はビリ教室などの事業で直接関わりを持った、介護保険の相談、食生活改善推進委員としての集まりで話をした、健康相談などであった。

## 10. 保健福祉サービスやまちづくりへの参画(表Ⅱ-12)

最近1年間に行政の職員から保健福祉サービスやまちづくりのあり方について意見を求められたことがあったかどうかについて質問した。虚弱高齢者では全員がなかったと答えた。

一般高齢者では、13人(11.2%)が「あった」と答え、残りの103人(88.8%)は「なかった」と答えていた。

その具体的なかかわりの内容としては、アンケートに答えた、区のモニターをした、民生委員として意見を求められた、まちづくりに参加した

など様々であった。

## D. 考察

### 1. 高齢者の日常生活圏域

ほとんどの保健福祉部門の職員は高齢者の日常生活圏域を把握できていると回答し、もっとも多いのが「町会・自治会内」で、次に「地区内」、「徒歩で行ける範囲」、「市町村全域」、「中学校区」の順であった。

住民の実際的な日常生活圏域は、高齢者の健康度に大きく影響され、一般高齢者は日常的に高齢者の足で15分以内の範囲で外出し、近隣や知人との交流も地区内や、町内あるいは自治会館や公民館等を拠点とする範囲で、これらが一般的な高齢者日常生活圏域と考えられた。また、この一般高齢者の日常生活圏域は保健福祉の職員が把握している範囲にほぼ一致していた。

しかし、虚弱傾向にある高齢者は日常的にはほとんど出かけることがなく、行政の保健福祉サービスや通院は家族あるいはヘルパー、近隣の人に付き添われ車で利用し、その距離は数百メートルから数十キロに及んでいた。高齢者の健康度については藤田ら<sup>4)</sup>や渡辺ら<sup>5)</sup>も報告しているが、高齢者の健康度は日常生活圏域を規定する大きな要因であると考えられる。

これらの高齢者の日常的行動範囲と健康度との関連についてのイメージを図1に示した。

都市部のA市町村の例では、当初家に引きこもりがちな虚弱傾向にある高齢者が教室事業に誘われ、地域の人々の繋がりが広がり、日常的に外出し交流をもつようになっていた。虚弱な高齢者に対しては、行政の関わりや住民との繋がりの中でサービスの利用が進展するサービスのあり方が重要であると考えられる。

### 2. 高齢者の日常生活圏域に影響する要因

上記の高齢者の日常生活圏域に影響を及ぼす健康度以外の要因としては、以下のことが挙げられよう。

#### (1) 地域活動

いずれの地域でも多種多様な分野の地区割を基盤とする組織が機能し、老人会、字会、町会、自治会の地縁的組織が機能していた。これらは合併の有無や人口規模に影響されることなく機能していることが伺え、これまで行政が築いてきている最小の行政区や老人会などが開催される自治会館や公民館等の活動の拠点となる範囲が、生活圏を規定する要因となっていると考えられた。

ボランティア活動については人口規模が大きくなるにつれ、地縁組織にかわり活発になる傾向が伺われた。

いずれの市町村においても高齢者のとっては自治会館や公民館等の地域割りを単位とする公共性の高い拠点の存在が重要であり、また、これらの施設が身近で安価で気安く利用できることも重要な要素であることが住民調査から伺えた。

高齢者への保健福祉サービスの提供のあり方を考える上では、このような地縁的な組織を基盤としつつも、地域特性に応じ地縁的組織とボランティア活動およびNPO活動がバランスを保って発展し、あるいは融合できるような地域をめざすことが求められ、これらを促進するサービス提供のあり方が一つの課題になるものと考えられる。

#### (2) 人口規模と高齢化率

人口規模と高齢化率とは連動する実態が伺われた。

人口規模が小さくまた高齢化率が高い市町村あるいは山村の高齢者の日常生活圏は「地

区内」と「町内・自治会内」と比較的狭く、人口規模が大きくなるにつれ、また高齢化率が低いと「小学校区」、「中学校区」が増し、人口規模や高齢化率は日常生活圏域の広がりを規定する要因になっていた。

しかし、森岡ら<sup>2)</sup>の都市部の高齢者のネットワークに関する研究では、高齢者の職業、学歴により行動範囲や近隣・友人のネットワークが異なることを報告している。今後引き続き新興住宅や公営集合住宅、あるいはいわゆる下町と山の手等、都市部においては人口規模別だけではなく住宅形態等を考慮した高齢者の日常生活圏域の調査をより詳細に行う必要があると思われる。

### (3) 交通手段

日常的な買い物や地域の人々との交流、保健福祉サービスの利用は概して徒歩であるが、高齢者の主な交通手段は自家用車であり、特に虚弱傾向にある高齢者と地方や山村の高齢者の主な手段は公共交通機関ではなく自家用車等の車であった。そこで特に地方や山村等の一般高齢者と虚弱傾向にある高齢者のとっては交通手段が日常生活圏域を規定する要因であった。

### (4) 永住志向性と居住年数や地域への愛着

住民の永住志向性について、合併の有無による有意な差は認められず、いずれの市町村でも永住志向は概ね高かった。

住民の居住年数は20年以上が8割以上占め、それなりに地域への愛着があり、自由回答からも地域の人々との付き合いや交流を大事にしていることが伺え、永住志向性と地域への愛着は高齢者が日常的に自ら生活圏域を築く上での基盤的な要因であると考えられた。

これらの人口規模や高齢化率、交通手段、永住志向性以外に外的な影響要因として面積、

地域が形成された経緯、産業構造について生活圏域との関連を分析したが、これらの諸要因は影響要因にはなり得ていないと考えられた。

### 3. 市町村合併に起因する高齢者の日常生活圏

保健福祉部門の職員が合併後生じたと思われる業務上の変化については、「利用できるサービスやメニューは増えた」がいくらか見られ、「合併による広域化を考慮して事業開始時刻や会場設定について変更する」などの変化はほとんどみられなかった。合併による住民の変化は、住民同士の交流が増えた以外の変化は特に認識されていなかった。

一方住民自身も合併による変化は「変わらない」が大半で、「住民の声が行政に届かなくなった」と「行政職員へ相談しにくくなった」があった程度である。これは、合併済み市町村であっても、ほぼ半数の市町村が合併後1年未満と日が浅いことが影響していると思われる。

総務省は平成11年8月に「合併後の人口規模等に着目した市町村合併の類型<sup>1)</sup>」を示し、それでは保健福祉、学校教育といった基幹的な行政サービスを適切・効率的に提供するためには少なくとも人口1~2万人程度が期待されるとしている。合併新法の2010年(平成22年)3月31日までの時限法の影響もあり、行財政運営の効率化の点から人口1万人未満の小規模の自治体は合併により減少していく傾向にあると思われる。本調査の実施後の平成17年11月7日以降平成18年3月31日までにさらに327の市町村数が合併予定である。次年度には、この間に新たに合併した市町村についても調査を行い、今後とも合併による日常生活圏域への影響を明らかにしていくことが必要と考える。