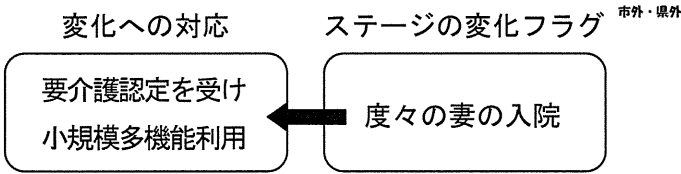
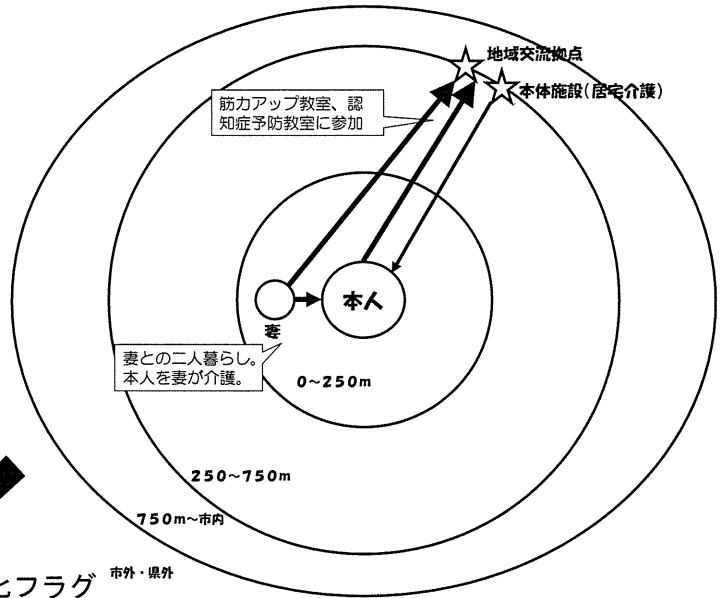


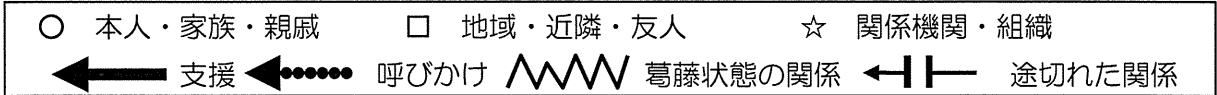
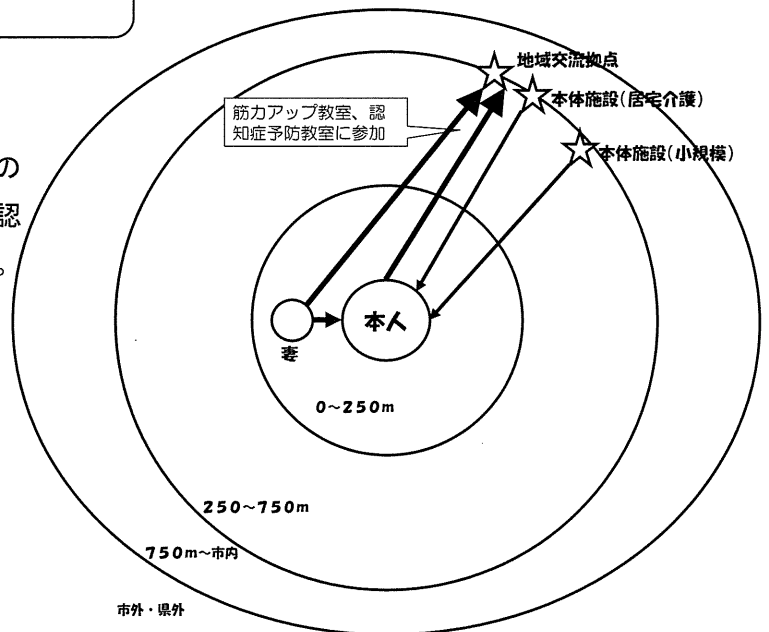
**ステージ 1**

二次予防対象者として把握。筋力アップの介護予防教室に妻と参加。その後、認知症予防教室に参加する



**ステージ 2**

小規模多機能型居宅介護のサービスを受けながら、認知症予防教室に妻と参加。状態は安定している。



# サンフレンズ（事例12） 「筋力アップ教室」からの把握事例

## 事例把握ルート

夫と一緒に大牟田市主催の「筋力アップ教室」に参加していた経緯から支援開始。

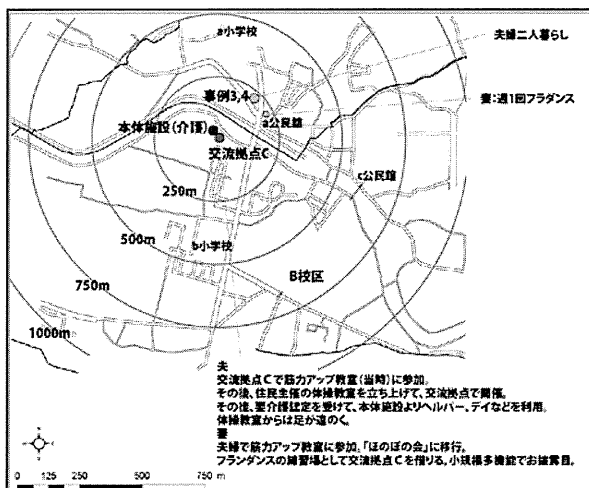
年齢・性別	82歳・女性（要支援1）
家族・世帯	事例3の夫と同居 子どもは遠方に住んでいる
経済状況	一般世帯
ADL	自立歩行・著しい低下なし
IADL	ほぼ自立、車運転も可能
認知機能	特に問題なし
医療	脳梗塞で入院したが問題なし

## ■支援方針

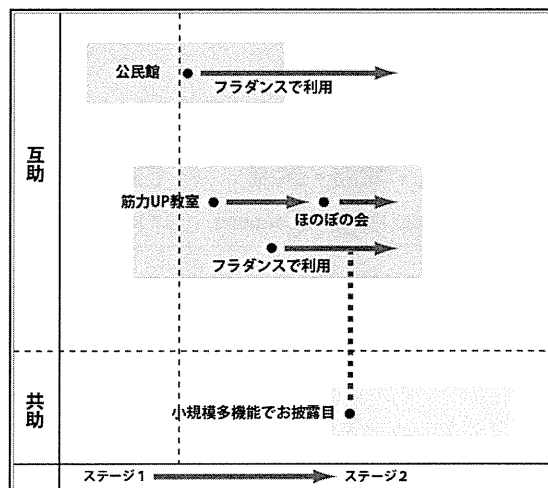
- ・夫と同じプログラムに参加。
- ・公民館でのフラダンスを継続。
- ・夫の介護も行えるように支援。

## ■ケアプランにおける互助の記載

- ・ケアプランに記載なし。
- ・地域交流拠点での活動は記載あり。



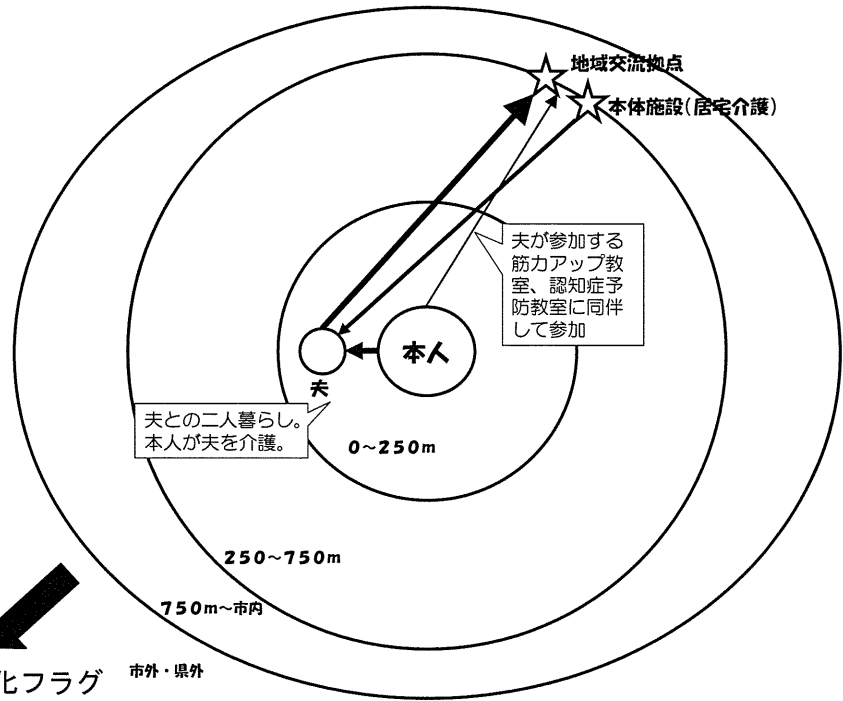
■地図からみる本人の生活状況



■交流施設の位置づけ

**ステージ  
1**

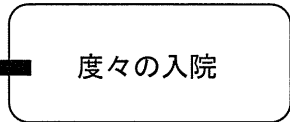
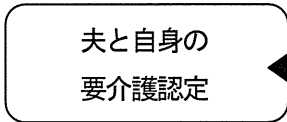
夫が参加するプログラムと一緒に参加をしながら、夫の介護を行っていた。



変化への対応

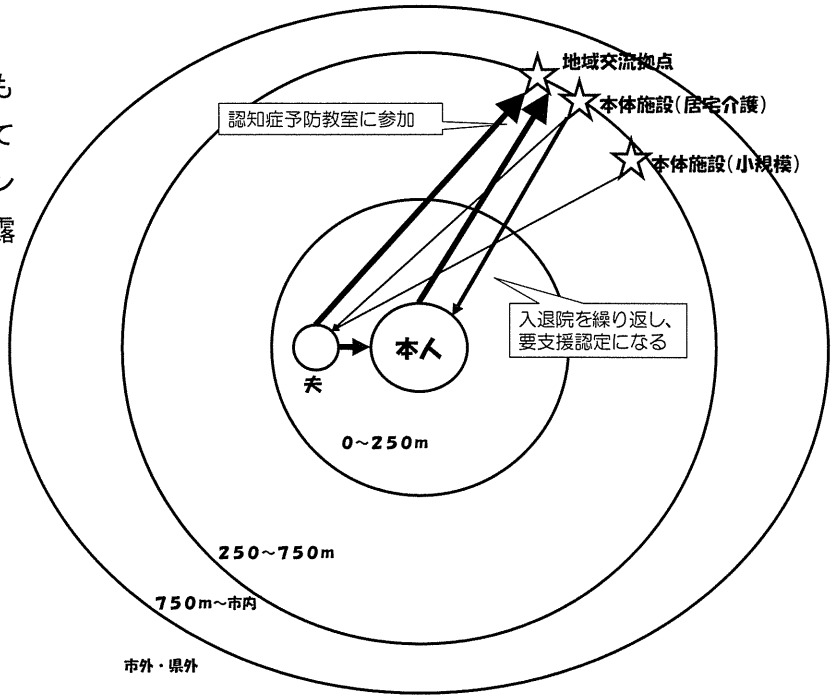
ステージの変化フラグ

市外・県外



**ステージ  
2**

入院後の影響なく、現在も夫とプログラムに参加している。公民館でのフラダンスを地域交流拠点でも披露している。



## VI. 大牟田市地域交流拠点の考え方と運営特性に関する研究

主任研究者：井上由起子

(国立保健医療科学院医療・福祉サービス部上席主任研究官)

研究協力者：本間里見

(熊本大学大学教育機能開発総合研究所)

山口健太郎

(近畿大学工学部建築学科 講師)

## 第1章 地域包括ケアとソーシャル・キャピタル

### 1. 地域包括ケアにおける自助・互助・共助・公助

地域包括ケアシステムとは、高齢者の尊厳と個別性の尊重を保障しうるものとして検討されたシステムであり、日常生活圏域（おおむね30分で駆けつけられる圏域、中学校区を想定）において、医療や介護のみならず、予防・健康、生活支援、福祉などの各種サービスが一体的かつ適切に相談・利用できる体制を指す。その実現にあたっては、ニーズに応じた住まいが保障されていることが前提条件となる。

この基礎にある考え方が、自助・互助・共助・公助の役割分担と協働である。それぞれは以下のように定義されている。

自助	自ら働いて、または自らの年金収入等により、自らの生活を支え、自らの健康を自ら維持すること
互助	インフォーマルな相互扶助。たとえば、近隣の助け合いやボランティア
共助	社会保険のような制度化された相互扶助
公助	自助・互助・共助では対応できない困窮等の状況に対して、所得や生活水準・家庭状況等を受給条件に定めようえで必要な生活補助を行う社会福祉等

図表1 自助・互助・共助・公助

自助は介護保険では本人のみを指すが、福祉の領域においては同居や隣居・近居の家族や親族を含めたものを指すことがある。

互助には地域を共にする人々による互助と関心を共にする人々による互助とがあり、前者の典型として住民による助け合いが、後者の典型としてネットコミュニティがある。地域包括ケアシステムの互助は、地域を共にするものに主軸を置いている。また、家族や親族による支援は厳密には互助になる。

共助と公助は、その区別が明確ではない時期があったが、現在では両者は明確に区別されている。日本の医療保険や介護保険は民間事業者をサービスの主たる担い手としつつも、行政コントロールを導入させることでミッションの共有と質の担保を確保し、準市場を形成する仕組みであるため、アメリカや北欧など行政関与の保険サービスを導入していない諸外国には分かりにくいとの指摘もある。

これら自助・互助・共助・公助は断片化された状態にあり、役割分担を踏まえた連携と協働の方策は著についたばかりである。連携と協働において特に重要と考えられるのが、①共助に該当する医療と介護の連携、②互助の醸成ならびに互助と共助・公助の連

携である。

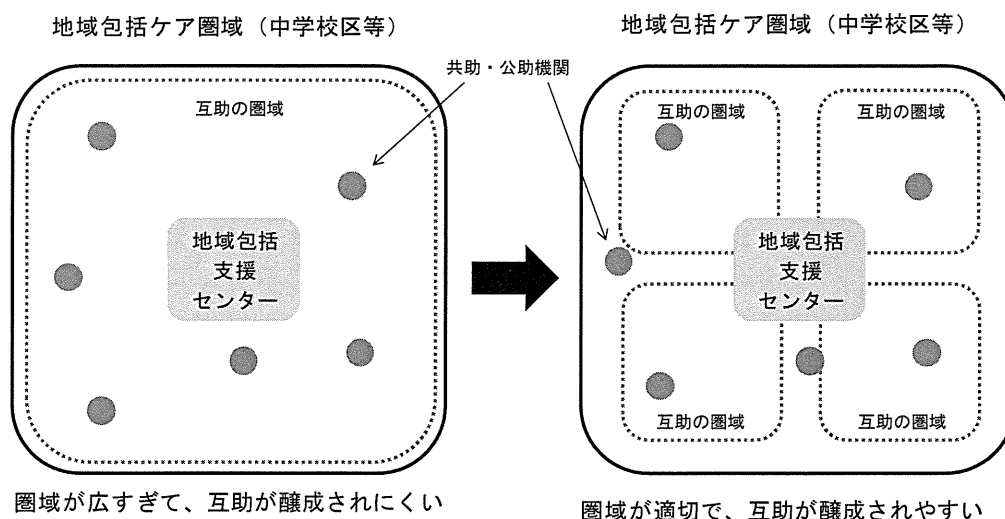
何らかの生活上の課題を抱えた場合、自助での解決が目指されるべきであり、次いで互助、共助となる。公助は最後のセーフティネットである。介護保険で手当されていない生活支援に関わるサポートは、自助で対応が困難になった時は、互助（コミュニティの構成員による活動：市場とは異なる対価の発生を含む、社会福祉協議会による地域づくり活動、組織化されていない近隣の助け合い等）で担うことが望まれている。互助で担うことが困難であれば、有償で自助が担うこととなり、有償が困難な場合には公助で対応するという流れになろう。共助や公助は「ある」ことが自明なものであるが、互助は地域によってある場合とない場合があり、それ故に、その醸成は継続性を伴ったかたちで目指されてよく、行政にも、その実現に向けた具体的な方策を検討すること（しかも、その方策が地域の人的資源の特殊性に著しく左右されないこと）が望まれている。

## 2. ソーシャル・キャピタルと自助・互助・共助・公助

ソーシャル・キャピタルは地域の社会関係資本を指すものであり、「社会的信頼」「ネットワーク」「互酬性の規範」といった結びつきを指し、互助と深い関わりを持つ。また、ソーシャル・キャピタルには、異質なものの同士を結びつける橋渡し型と、同質的なもの同士を結びつける結束型とがある。

地域社会がかつてのように同心円的な生活構造をしていない今日、人々は住む地域を同じとするだけでは結びつかない。一定の物理的範囲のなかで関心を共にしてこそ結びつく。介護を含めたケアには人々を結びつける力があるのではないか。すなわち、ケアは結束型ソーシャル・キャピタルの核として機能するのではないかとの仮説が成り立つ。

共助や公助を互助に活かす方策も検討されてよいだろう。具体的には介護保険が備える準市場性を活かし、介護保険事業者の実利と結びつくことによって、互助と共助が結



図表2 自助・互助・共助・公助の圏域設定

びつく可能性がある。すなわち、ケアを媒介とした結束型ソーシャル・キャピタルのなかで、自助・互助と共助・公助を結びつける橋渡し型ソーシャル・キャピタルが目指されてよい。

すなわち、ソーシャル・キャピタルは狭義に捉えれば互助の代替的意味合いを指すのであろうが、広義に捉えれば、自助・互助・共助・公助の連携が適切にできるシステムそのものを指すと言えよう。

これらを踏まえたうえで地域包括ケアシステムを検討すると、ケアの圏域を改めて考える必要があることが理解できる（図表2）。互助は単に「存在する」ものではなく、住民間の連帯や信頼や助け合いを深めることによってよりよく「育まれる」ことや「醸成される」ことが期待される。地域住民の視点からみれば、日々の生活のなかで何らかの関わりがある社会（物理的空間としても、人間関係としても）においてこそ、住民による助け合いや見守りが過度な負担なく自発性を伴って継続的に実施可能ということになる。

加齢とともに社会的にも肉体的にも行動半径が狭まること、日常的な徒歩圏が片道800mであることなどを鑑みると、地域包括ケアの圏域のなかに、中学校区をより細分化した互助圏域が設定されることが必要ではないか、との考え方が析出される。

### 3. 地域包括支援センターの機能と役割分担

前述したように、地域包括ケアにおいては各種サービスが一体的かつ適切に利用できる体制が目指されている。そのためには、利用者からの問い合わせを受け、必要な支援を見極め、サービスが利用できるよう調整する機関が必要となる。この担い手が地域包括支援センターである。

地域包括支援センターは平成18年度に設置されたもので、責任主体は市町村（保険者）である。平成21年4月1日現在で、全国に4,065ヶ所が設置されている。各センターには専門職（保健師、社会福祉士、主任ケアマネ）が配置され、高齢者の暮らしを支える総合的な窓口となって相談調整を担い、関係機関への橋渡しを行う。地域包括支援センターは、これら包括的支援事業（総合相談支援、包括的継続的ケアマネジメント支援、権利擁護）に加えて、介護予防支援事業（介護予防事業、指定介護予防支援）を実施している。

地域包括支援センターの課題としてしばしば指摘されていることには以下がある。

課題1	介護予防支援事業に時間が割かれ、包括的支援事業に十分な時間を費やせない。
課題2	職員一人あたりの業務量が多すぎるため、利用者の総合相談支援に丁寧な対応ができない。

図表3 地域包括支援センターの課題

以上のような状況を鑑み、介護予防支援事業の位置づけの見直し、包括的支援事業の役割分担などが必要との指摘がある。地域包括支援センターには、ケアマネージャーにつなぐことで事足りるような容易な相談、虐待や成年後見や措置など公助を必要とする相談、子育て・障害・高齢など複数の分野に及ぶ相談など、相談内容は多岐にわたる。救急医療と同様に、一次から三次まであらゆる相談内容が地域包括支援センターにアクセスしている。

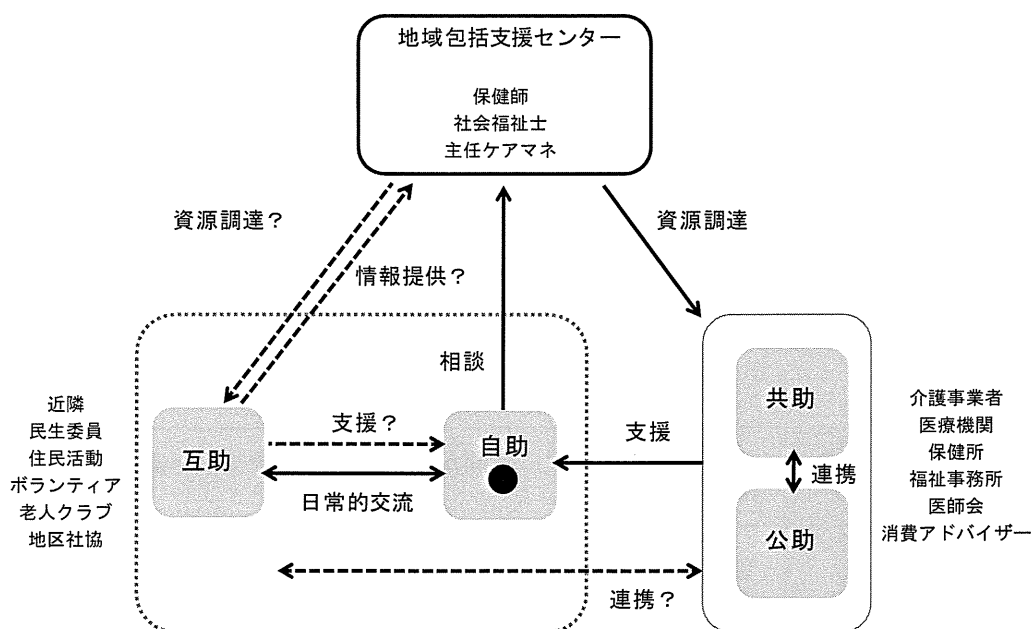
自助・互助・共助・公助といった観点からみた場合、互助に関わる情報が地域包括支援センターに届いているかという課題もあろう。地域包括支援センターは専門性が高い機関であるが故に、生活に困難を抱えない限り訪れない場となっており、心理的にもハードルが高く、住民の日常の場とはなっていない。結果として互助に関する情報が集積しにくいのではなかろうか。

もちろん、地域支援包括センターの役割分担と連携強化を図るためには、地域包括支援センターから分離する業務を担う体制や機関が別途必要であるし、しかもそのコストが継続性を担保できる程度のものであることが必要であろう。

#### 4. ケア情報の一元化のための新たな場の必要性

人々の暮らしに関わる情報のうち、保健・医療・介護・福祉にかかわるものをケア情報と呼ぶ。ケア情報を自助・互助・共助・公助の視点でみると、自助と互助は住民側が把握している情報であり、共助と公助は供給側が把握している情報となる。これらの情報を把握している職種や立場には、本人、近隣、自治組織、住民活動、民生委員、介護保険事業者、医療者、地域包括支援センター、行政などがある。

何らかの困難を抱えた人がいた場合、その事実は地域包括支援センターに届く（こと



図表4 ケアに関わる情報の一元化の課題



になっている)。そこには共助と公助に関する情報が集積されており、支援をする本人の状態すなわち自助を把握しながら、サービス調整を行っていく。これらケア情報の流れと課題をまとめたものが図表4となる。互助と共助・公助が分断されていること、地域包括支援センターが互助と結びついていないことがうかがえる。以上から、ケア情報における互助の課題として、以下の検討が必要とされている。

◆ニーズキャッチ：支援の必要性を自ら判断できない場合、判断できてもどこに相談しているのか分からない場合、その事実が伝わらず、必要な支援が受けられない。時間を逸してからの事後的対応とならざるを得ず、予防的な対応ができない。周囲の人々が支援の必要性を把握し、伝えることができる体制が必要となる。このニーズキャッチにおいて互助が重要な役割を果たす。

◆情報の集積：現在のところ互助に関わる情報が地域包括支援センターに集積しているとは言い難い。互助が集積しやすい仕組み、しかも集積された互助に関わる情報を地域包括支援センターで入手しやすい体制が必要となる。

◆支援の提供：介護保険で手当されていないような生活支援に関わるサポートは、互助で担うことが望まれている。前述のニーズキャッチと情報の集積に加えて、地域住民がケアの受け手のみならず担い手として行動しうる状況や体制が醸成されてはじめて、互助をサービスにくみこむとができる。

このようにして適切な介入ができた場合、そこには自助・互助・共助・公助の役割分担と連携が構築されている。利用者本人のソーシャルネットワークが適切に構築されていると言ってもよい。ソーシャル・キャピタルが地域包括ケアに活かされているとは、利用者それぞれのソーシャルネットワークにおいて自助・互助・共助・公助が適切に役割分担を果たしているということを目指す。よって、個別のケアプランを分析し、共助や公助のみならず互助がどのように組み込まれているかを精査すること、そのことがソーシャル・キャピタルの視点からみて重要と思われる。

繰り返しになるが、ソーシャル・キャピタルとは互助の代替的意味合いというような狭義の意味で用いるのではなく、自助・互助・共助・公助の連携が適切にできるシステムそのものを指すものと捉えることが望ましいと言えるのではないかと。

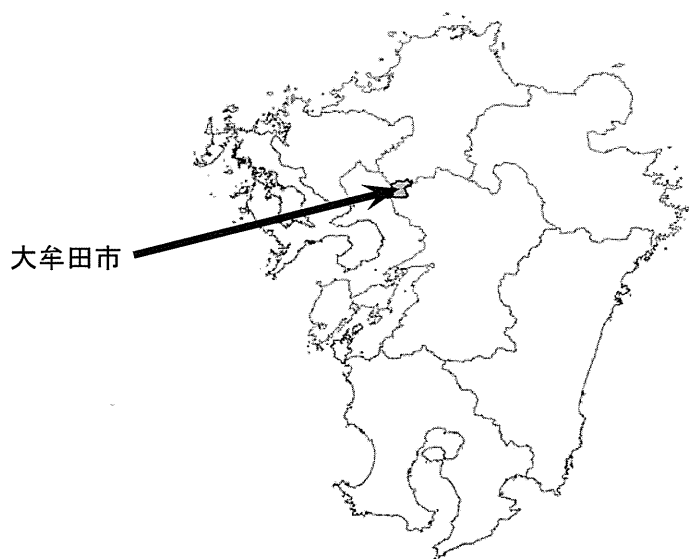
## 第2章 大牟田市地域交流施設の概要

### 1. 大牟田市の概要

#### 1) 歴史と市勢

大牟田市は福岡県の最南端に位置し、熊本県と境を接する。市西部には干拓地と埋立地が広がり、市東部や市北部には丘陵地が連なる。総面積は81.55 km<sup>2</sup>である。

石炭産業を中心とした鉱工業都市として発展し、大正6年に大牟田市となった。三井三池炭鉱の石炭資源を背景に活況を呈し、昭和4年には最大人口20.8万人を誇る。その後、石炭の需要減などにより衰退し、人口が減少した。平成22年4月には過疎地域に指定された。



図表5 大牟田市の位置

#### 2) 高齢化の進展

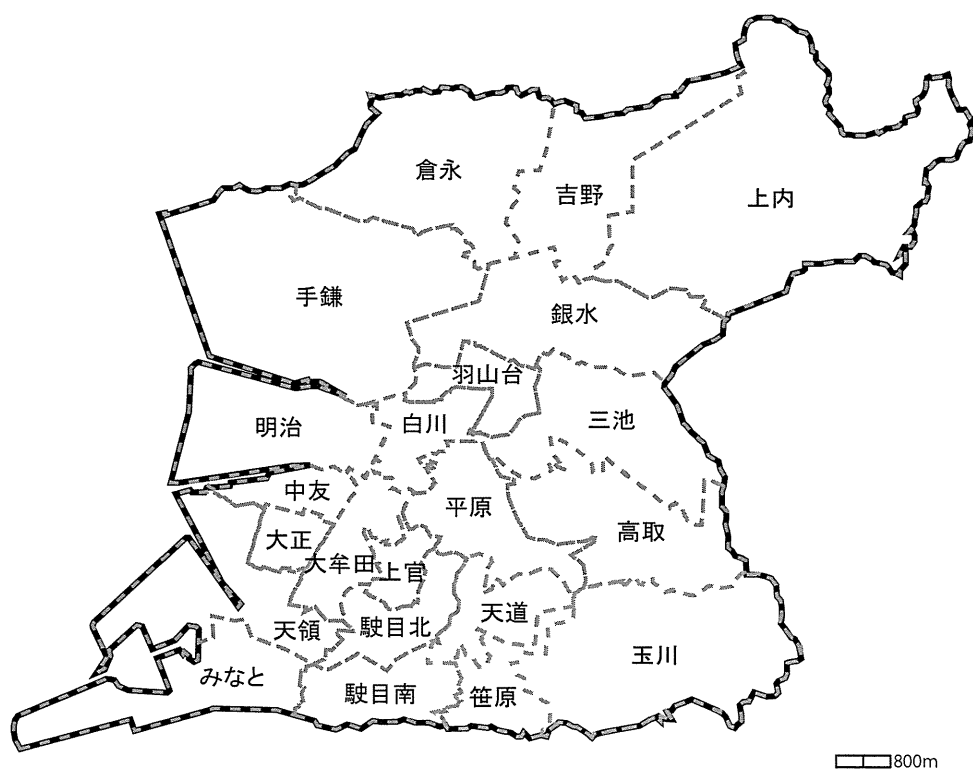
平成22年の人口は125,937人、世帯数は57,063世帯である。人口は減少傾向にあるが、世帯数は増加傾向にあり、核家族化や単身化が進行している。

中心市街地は、交通アクセスが良く、医療福祉施設や商業施設、交流施設も整っているが、県境の山間部では現在も土地の整備が行き届いていない状況にある。土地の整備がされていないために十分な医療福祉施設や商業施設も立地していない。

市内は22の小学校区にわかれ、最も人口が多い銀水校区で10,653人、最も人口が少ない上内校区で1,634人である（図表6）。

65歳以上人口は37,418人、高齢化率は29.7%である。我が国の高齢化率23.1%（平成22年国勢調査）を大きく上回り、全国平均の約10年先を行っていると言われている。

市内の一人暮らし高齢者数は11,000人（平成21年4月）を超え、家族や親族を含めた自助だけでは支援が行き届かない状況になっている。そのため、災害時等援護リストの作成、安心安全まちづくり推進協議会の設立、地域住民の助け合いネットワークづくりが進められている。



校区	人口	校区	人口
倉永	5815	明治	5194
吉野	8201	中友	4336
上内	1634	大正	6437
手鎌	9673	天領	5250
羽山台	6378	みなと	7659
銀水	10653	駒目北	4627
三池	8931	駒目南	4201
平原	5042	笹原	4128
上官	2590	天道	1624
大牟田	6885	玉川	3267
白川	7203	高取	6209

図表 6 大牟田市内の 22 小学校区

## 2. 大牟田市地域交流施設の考え方と概要

### 1) 地域交流施設の理念

大牟田市では、小学校区を圏域として介護予防拠点・地域交流施設（以下、地域交流施設）の整備を進めている。

市の長寿社会推進課が発行した報告書（地域交流施設によるまちづくり事例集）では、この新しい取り組みを以下のように説明している。

「大牟田市では、小学校区を日常生活圏域として、地域に関わる住民や諸団体の相互の力をもって、衣食住に加えて、生きがい（生涯学習）や支え合い（支援）、安心安全（見守り）、サービス等のまちづくりを進めている。このような地域社会の実現に向けて、それぞれの地域の特性（地域資源）やニーズを活かして地域住民が主体的にこれら諸課題に向き合うことで、制度の谷間にあるような多様なニーズや生活課題に対応した地域住民の自己実現の場として介護予防拠点・地域交流施設の整備を積極的に進めてきた。」

地域交流施設の具体的な役割として、以下が掲げられ

- ◆地域の様々なつながりを広げていく場
- ◆閉じこもりがちな高齢者に出かける機会と場所を提供し、介護予防（健康づくり）をすすめる場
- ◆高齢者だけではなく、子育て世代、幼児から青少年を含め、多世代の交流を図る場
- ◆地域活動や寄り合い、地域ボランティアの活動拠点
- ◆運営推進会議や利用者家族による会の交流場所

補足として

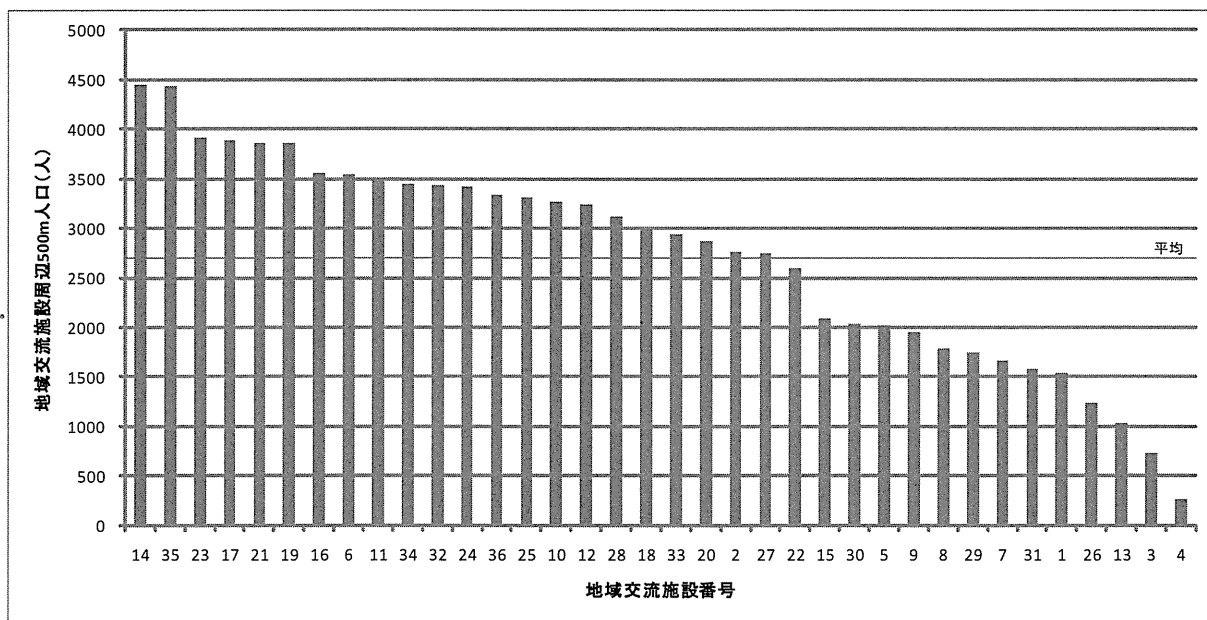
- ◆地域に住む住民がその地域で暮らし続けるための多機能なサービス拠点として整備
- ◆地域の社会資源として利用しやすくするため福祉施設の敷居を低くする
- ◆場（活動拠点）の提供だけでは地域づくりはできない。人と人を結ぶコーディネーターが必要であるため、認知症コーディネーターを配置し、地域づくりを推進する。

と記載されている。また、住民向けのガイドブックには、地域高齢者施設とは

- ◆地域の高齢者を中心として、誰でも利用できる地域の「集まりの場・茶飲み場」です
- ◆週一回、「介護予防事業」が行われています
- ◆一般の方のサークル活動や会議にもご利用できます

と記載されている。





交流施設番号	14	35	23	17	21	19	16	6	11	34	32	24	36	25	10	12	28	18	33
半径500m内の人口(人)	4449	4437	3918	3893	3861	3857	3560	3549	3497	3447	3434	3419	3335	3308	3265	3236	3123	2996	2936
交流施設番号	20	2	27	22	15	30	5	9	8	29	7	31	1	26	13	3	4	平均	
半径500m内の人口(人)	2868	2756	2754	2598	2087	2029	2017	1959	1787	1750	1661	1588	1538	1237	1028	725	262	2727	

図表 8 地域交流施設周辺 500m の人口

### 3) 制度設計の観点からみた地域交流施設

根拠法、整備コスト、人件費、地域包括支援センターとの関係性、これまでの互助活動との違い等についてまとめる。

#### ◆大牟田市介護予防拠点・地域交流施設の整備、運営等に関する基準

地域交流施設は平成 17 年度に制度化された。大牟田市介護予防拠点・地域交流施設の整備、運営等に関する基準が通知によれば、事業主体には制約はなく、事業要件として、①介護予防事業の実施、②週 5 日以上の開設、③開設日で介護予防事業を実施しない日は地域の集まり場として開放、が義務付けられている。建物については、①まちなか立地、②バリアフリー化、③キッチン・流し・多目的トイレの設置、④ 10 名程度で介護予防事業（体操など）ができる広さ、となっている。

平成 18 年度には、⑤新築の場合は小規模多機能型居宅介護（もしくは認知症デイ）の併設を要件に加えた。これ以降に整備された地域交流施設は何らかの介護保険サービスを併設したものが大半を占める。一方、平成 19 年度には認知症高齢者グループホームや小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービスを整備する場合に地域交流施設の併設が義務付けられた。これらを通して、互助と公助の連携を可能とする体制がハード面から保障された。

#### ◆整備費用（イニシャルコスト）と整備状況

国の地域介護福祉空間整備交付金の一部を活用している。整備費用 1000 万円を上限に、3/4 が交付金で手当てされる。

平成 18 年度に 11 ヶ所が整備された。平成 22 年 4 月現在の整備数は 37 ヶ所である。

#### ◆運営費用（ランニングコスト）

認知症コーディネーターを配置（兼務可）することが義務付けられているが、この費用は行政から手当てされていない。各地域交流施設は、以下の方法で人件費の一部を賄っているのが現状である。

①特定高齢者向けの介護予防事業（週 1 実施 10 名以上）の委託費。23 ヶ所が市から委託を受けている。委託費は 1 回 9 千円。委託を受けない場合は、独自に介護予防事業を行わなければならない。

②交流施設の活性化を目的に、平成 20 年度から地域交流促進事業を実施している。年間 100 万ないし 200 万円の補助が出る。20 年度は 4 ヶ所、21 年度は 6 ヶ所、22 年度は 9 ヶ所が採択されている。

③併設の介護サービス事業所等の職員で認知症コーディネーターを取得している者を管理者に選定し兼務をする。これによって、人件費を介護保険事業から捻出する。

④地域交流施設が収益事業を行い人件費を手当てする（現時点では地域交流施設が収益事業を行うことは認められていない）。

#### ◆機能

機能は以下の 4 つに集約される。

- ・介護予防機能
- ・生きがづくり機能
- ・相談窓口機能
- ・コミュニティづくり機能

相談窓口機能を担うためには、自助・互助・共助・公助にかかわる情報が地域交流施設に集約され、適切なネットワークを構築していることが重要である。ネットワークを使いこなす人材として管理者（認知症コーディネーター）の設置が義務付けられるとともに、介護保険事業を併設させ、活動拠点とケア拠点の双方の機能を担う。

#### ◆地域包括支援センターとの関わり

介護が必要になった場合、住民の多くは市役所の中央地域包括支援センターを訪ねる。その結果、中央地域包括支援センターでは簡単なケアプランで済むケースから困難ケースまでを引き受けざるを得ない。前者のようなケースは、地域交流施設が窓口となることが期待されている。一次救急～三次救急の機能分担と考え方は同じである。

このほか、多くの自治体で地域包括支援センターが実施している介護予防事業を、地

域交流施設で受託している。地域包括支援センターと市役所の担当部局は、上記のように地域包括支援センターの負担を減らす取り組みをしつつも、一方では地域交流施設の運営をサポートするという新たな役割を担う。

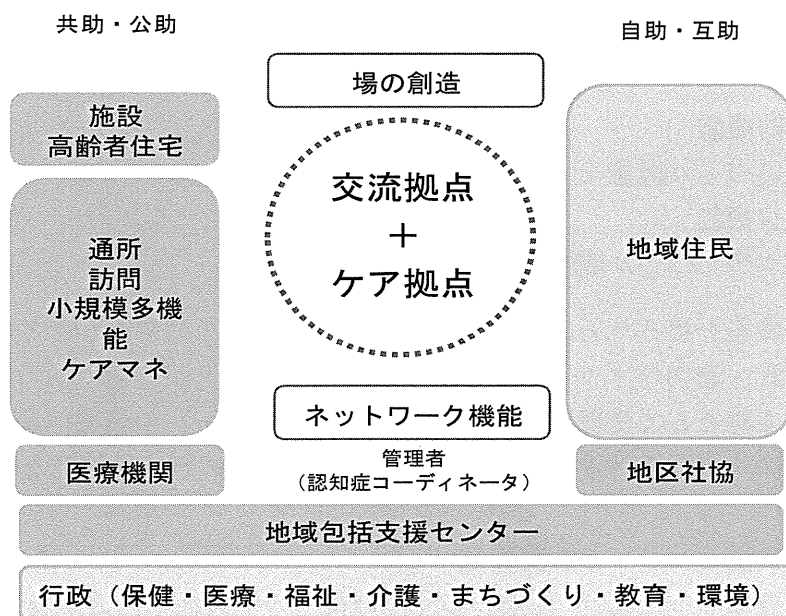
以上を通じて、地域包括支援センターの機能の役割分担が図られている。

◆これまでの地域の互助活動との違い

地域の互助活動としてよく知られたものに社会福祉協議会がある。多くの社会福祉協議会は介護保険事業を行っていないが、地域交流施設は介護保険事業を併設し、その収益で人件費の一部を賄う。あわせて、地域交流施設で育まれた互助をケアプランに活かす、将来の利用者を確保するなど、地域交流施設の活性化が介護保険事業に寄与する仕組みが構築されている。介護保険事業に取り組む社協も散見されるが、それらは社協のミッションである地域づくり（コミュニティワーク）のための手段としてなされており、目的と手段の関係性がやや違う。

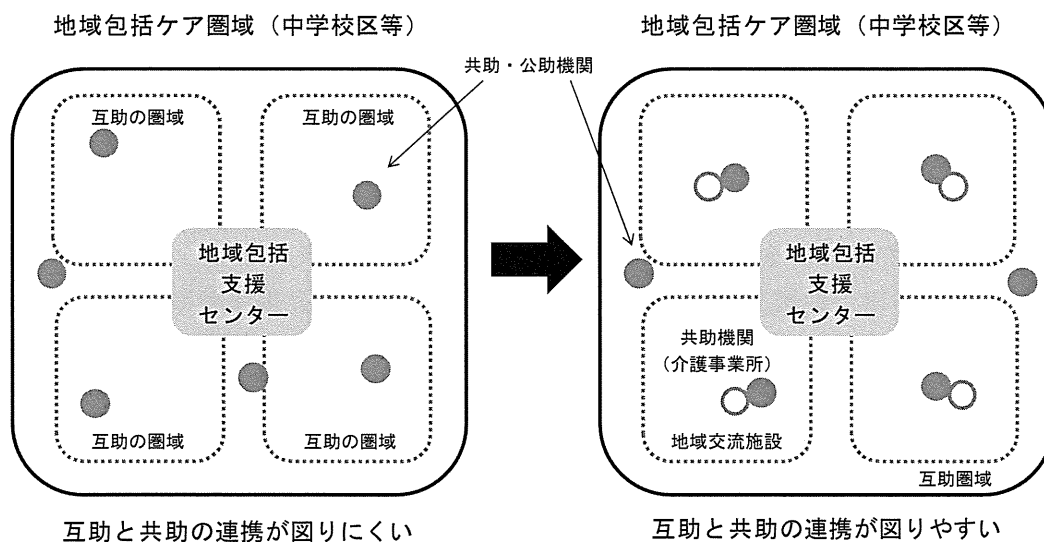
それぞれの地域でなされている住民主導の互助活動とは、行政主導であること、それ故に活動体としての継続性が保たれやすい点が異なる。

以上を踏まえ、地域交流施設の考えをまとめたものが図表9～図表11である。

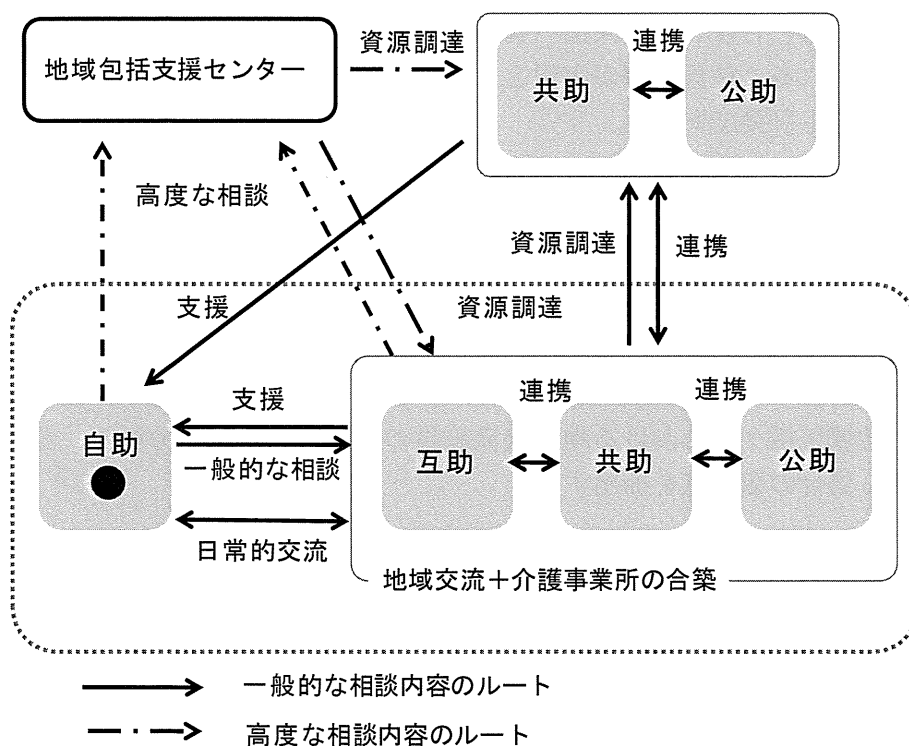


図表9 地域交流施設の位置づけ





図表 10 地域交流施設における互助・共助の連携



図表 11 地域交流施設におけるケア情報の流れ

## 第3章 研究目的と研究方法

### 1. 研究の目的

一般的には、Aという地域でなされている互助活動はその活動を支えるキーパーソンや地域特性に依るところが大きく、他の地域へは応用が難しいと指摘されている。経済的基盤が脆弱であることもあり、活動の継続性が難しいとも指摘されている。これらの指摘は住民主導による互助活動を念頭においたものと考えてよい。

一方、大牟田市地域交流施設は市の基本方針に基づき、介護保険事業者が開設者となって運営されている。事業者の視点に立てば、地域交流施設の開設により様々な福祉情報が集約され互助をケアプランに活かすなどサービスの質が向上したり、将来の利用者確保につながることを期待されている。あるべき論だけではなく本業への実利があること、本業の収益で人件費の一部を手当てすることが可能であること、これらは活動の継続性において極めて重要である。ただし、運営に関わる費用（主として人件費）は、その多くが事業者負担となっており、負担と実利を適正な範囲に保つことが欠かせない。

地域交流施設での各種活動は介護保険事業者が主体となって開始されるが、本来、互助活動は地域住民が主体となって行うものである。大牟田市地域交流施設で住民の主体性は確認できるのか、その際、住民が主体となりうる地域、継続的に事業者が主体とならざるをえない地域、それらの違いをソーシャルキャピタル指標を用いて明らかにすることができれば、行政による支援（費用負担を含めた人的資源の提供）を集中化すべき地域が抽出される。住民主導が実現されるような地域交流施設の運営体制の特徴を明らかにすることも肝要であろう。

以上の課題認識を踏まえ、大牟田市地域交流施設の全体像を把握した後、地域交流施設の活性化において地域指標（人口、世帯、住宅、アクセス、公民館加入率等）ならびに地域交流施設指標（立地、ハード、活動実績、運営体制等）がどのような影響を与えているか、すなわち、ソーシャル・キャピタルや地域交流施設の体制が互助の醸成にどのような影響をもたらすのかを明らかにすることを目的に研究を実施した。これらを通じて、地域包括ケアにおける地域交流施設の可能性と課題を分析し、全国の自治体に適応させる場合の留意点を抽出する。

### 2. 研究方法

#### 1) 調査の概要

研究目的に沿って、大牟田市保健福祉部長寿推進課の協力を得て以下の5つの調査を実施した。

#### 調査1：地域交流施設アンケート調査

市内の全地域交流施設（平成22年4月現在 37カ所）に対して、郵送によるアンケート調査を実施した。調査項目は、活動実績、建物、運営体制、住民連携など24項目に

わたる。平成 22 年 8 月に実施し、運営中断中の 1 ヲ所を除く 36 ヲ所の全てから回答を得た。あわせて、平面図の提供を受けた。

#### 調査 2：地域交流施設実測調査

36 ヲ所の地域交流施設を訪れ、立地条件、建物配置計画などを測定した。

#### 調査 3：地域交流施設ヒアリング調査

活動内容に特徴のある 8 施設に対してヒアリング調査を行った。地域交流施設の管理者ならびに地域住民の方々に出席頂き、一施設あたり 2 時間程度の半構造的なインタビューを行った。ヒアリング項目は、地域特性、地域交流施設の運営特性、住民の関わり方などである。調査実施日は平成 22 年 7 月 26～28 日、9 月 3～4 日、9 月 29～30 日、11 月 1～2 日である。この結果は第 3 章で取り扱う。

#### 調査 4：大牟田市役所職員（保健医療福祉部局）アンケート調査

大牟田市役所職員（保健福祉部長寿推進課、地域包括支援センター、介護予防・相談センターに在籍する市役所職員）に対して、アンケート調査を実施した。調査項目は、本人属性、地域交流施設の把握状況と評価、調査実施日は平成 22 年 10 月である。80 の調査表を配布し、回答数は 59、回答率は 73.8%である。

#### 調査 5：地域データ収集

市内の地域データとして、人口、世帯、住宅、アクセス条件、公民館加入率、高齢者施設、公民館施設などを校区単位もしくは地域交流施設から半径 500m 圏内で収集した。一部のデータ収集においては GIS データを活用した。

### 2) 分析方法

各調査ごとに調査結果をまとめるとともに、調査 4 の結果をもとに地域交流施設を評価の高い施設と低い施設に類型化し、地域指標（調査 5 に相当）、地域交流施設指標（調査 1 と調査 2 に相当）との関連性を分析した。

### 3) 倫理的配慮

国立保健医療科学院研究倫理審査にて承認を受けた（承認番号 NIPH-IBRA#0056）。

## 第4章 地域交流施設の配置計画特性

### 1. 前提条件

一般的に図書館、学校、公民館、保健所、公立病院などの公的サービスは人口動態や他の都市施設との関連性を見ながら計画的な整備を進めることが可能である。これに対し、介護施設や医療施設は介護保険事業計画や地域医療計画に基づいて行政のコントロールを効かせながら整備をしてはいるものの、運営主体は民間事業者であり、それゆえ土地の手当ては彼らに委ねられ、立地場所をことこまかく規制することはできない。この点は、介護や医療を行政が直接供給している国々（北欧など）とは大きく異なる。一定の規制のなかで準市場を形成しているのが日本の高齢者ケアの特徴である。

大牟田市の地域交流施設の配置計画を検討する際にもこの点への留意が必要である。互助の育成や活用という視点にたてば、優先的に整備すべきエリア（例えば、高齢化が著しく進んでいる地域、低所得者が多くすむ公的住宅団地など）があると推察されるが、事業者は、小規模多機能など併設の介護保険事業の立地として適切であるかを重要視せざるを得ない事情があるということである。

また、地域包括ケアシステムの圏域は中学校区を想定しているが、地域交流施設の圏域は住民の支え合いを考慮して小学校区を想定している。送迎サービスの存在を前提としていないこともあり、利用圏域は徒歩圏が前提条件となる。