

(2) 自動車の所有

全世帯に対して自動車を所有している世帯は、19/35 で半分程度しかない。また運転できるのは男性がほとんどである。そのため、自動車を持たない、あるいは運転できない住人から送迎を頼まれて乗せることがあるという世帯は5件(上 2,5 / 東 1 / 下 3,6) あった。集落には女性の人数のほうが多く、また夫に先立たれるケースが多いことから、今後女性の移動面が特に懸念される。また、体力的にそもそも出歩くのがつらい高齢者も見られる。(上 1b,12)

(3) 通院・介護

通院に関しては、村内の診療所の利用する世帯は11件(上 5,6,10,11,12 / 下 1,2 / 神 1,3 / 北 1,2)、村外の医療機関を利用する世帯は17件(上 3,7,8,9,13,14 / 下 1,2,4,5,6 / (神 4) / 北 2 / 田 1,2,3,4,5) で村外へ出向く世帯の方が多かった。通院の頻度としては月1程度に薬をもらいに通う人が多い。

また、集落別と世帯型別で通う医療機関を分類してみた(表 2-1)。集落別に見てみると、村外、特に新宮に通う世帯は集落に関係なく一定の割合で見られたが、村内の医療機関に通う世帯は村の中心部から遠くなるにつれて少なくなる。一方、世帯型別で見ると、どの世帯型でも村外へ通うケースが多く、世帯型による違いは見られなかった。以上より村内の医療機関の利用する割合が低いのは地理的要因が大きいといえる。

表 2-1 集落別・世帯型別 利用する医療機関

	村内						村外					
	小原診療所			中川医院			新宮 (和歌山)			その他		
	夫婦	片親 +子	単身	夫婦	片親 +子	単身	夫婦	片親 +子	単身	夫婦	片親 +子	単身
上葛川	1	2	0	1	0	1	3	0	0	2	2	1
東中	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
下葛川	1	-	2	0	-	0	2	-	3	0	-	0
神山	-	0	0	-	0	0	-	0	2	-	0	0
北又	1	-	1	0	-	0	0	-	0	0	-	0
田戸	0	-	0	0	-	0	2	-	2	1	-	1
計	3	2	3	1	0	1	7	0	7	3	2	2

それぞれの機関へ通う手段は、自動車を持つ世帯は自身で自動車にて通っている。一方、自動車を持たない世帯は主に別居の子や集落内の人による送迎という世帯が9件(上 3,4,11,12,13 / 下 1,2 / 神 1,2) と、バスで通うという世帯が5件(上 4,9 / 下 1,2,5) 見られた。自動車を持たない世帯にとって、村内を走るバスは本数が少なく移動手段として十分とはいえない可能性がある。

デイサービスの利用者は全体で5人(上 3,9 / 東 3a / 下 2 / 田 4 / 他に今回直接話を伺えなかったが他の住民から利用状況を教えてもらった人を含む)であった。中には以前は通っていたが面倒になったためやめたという人も見られる。(下 1 / 神 3) いずれは高森の郷の利用を考えている、あるいは、興味はあるという人は2人いた。

施設が少ない、医者が必要になったら新宮へ行くという人も見られ、現状の福祉住環境に不満や不安があるのは事実のようだ。

(4) 買い物

ほぼ全世帯が移動販売を利用しており、欲しいものがあればもともと売ってない物も頼めば仕入れて売ってくれるため利用者が多い。ただし、野菜は自給自足できているため買っていない。子や親戚に頼んで買ってもらうケースは、全体としてはわずかだが、移動販売が来ない神山と北又では多くみられた。用事で村の中心部や村外へ出たついでに済ませる人もいるが、これは自動車の所有者がほとんどであり、バスでわざわざ買いに出ていくケースは見られない。

2-3 人・建物のキャピタル

本節では調査にて把握した各集落における人的ソーシャルネットワークを図化する。ここでいうソーシャルネットワークとは社会学でいう「関係資本力」のことで、その人 をとりまく、家族、親族、近隣との関係、集落のリーダーである総代等との関係を示す。

また、各集落の共有財産であり公共性が強い公会堂と各住宅の位置関係（距離・高低差）を図化する。これはいわば建物間のソーシャルネットワークを示すものであり、建物資源の関係力を示そうという意図である。

東区内の各集落の人的ソーシャルネットワークを示したものが、図 2-3 である。

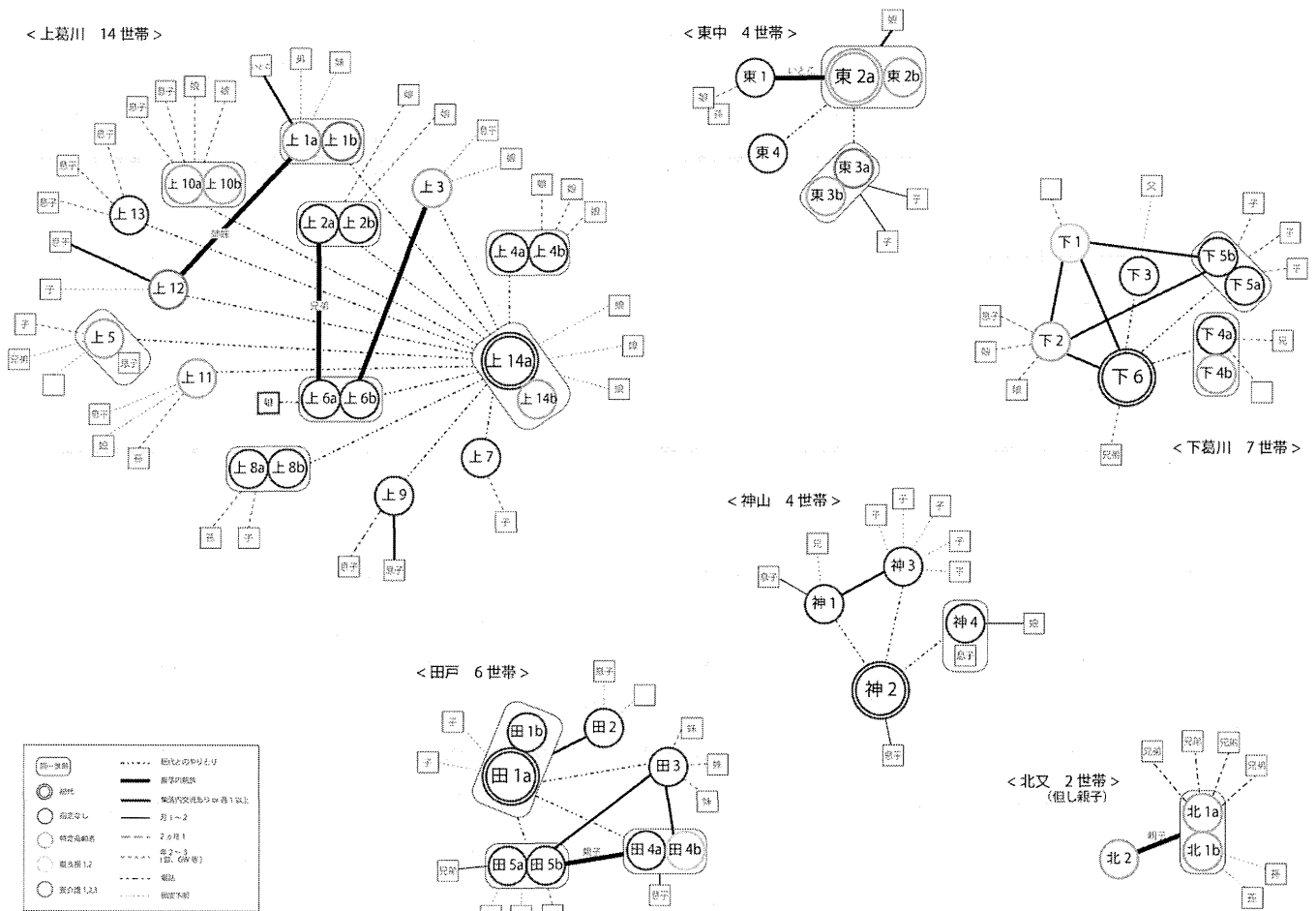


図 2-3 東区内の集落別の「高齢者のソーシャルネットワーク」

建物資源の関係力について、東区東中集落を例にとると、図 2-4 のように図化した。地図中の黒色は空き家、赤線住戸は高齢者のいる世帯である。また、円図は、円の中心に集落の中心となる公会堂（集会所）を置き、そこからの各住宅までの距離を示す。その下のメッシュ図は、公会堂の位置と各住宅の位置の高さ関係を示したものである。十津川村内は、ほぼ山林地で勾配が急で平らな土地が極めて少ない。建物間の距離関係だけでなく、建物の高さ関係が相互のアクセスのしやすさにおいて重要であるので、このように可視化できる図を作成した。

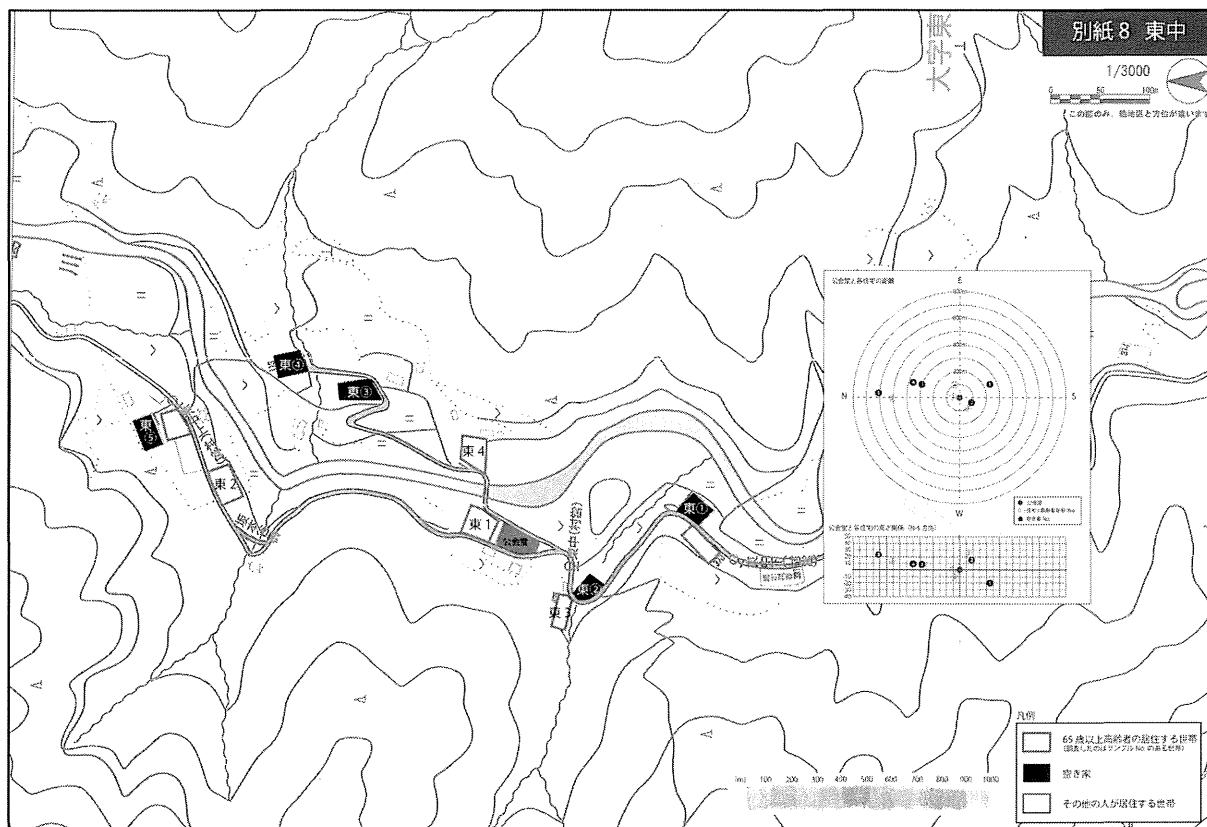


図 2-4 東区東中集落の建物のソーシャルキャピタル図

## 2-4 集落別の人的ネットワークと建物資本の分析結果—東中集落の場合

### (1) 人のソーシャルネットワーク（図 2-5）

東中は全 7 世帯中、高齢者がいる世帯が 5 世帯とかなり高齢化が進行している。個人に注目してみると、東 1 は吉野郡の老人クラブの会長をしていたり、十津川村長と旧知の仲であったり、東中公会堂を老人サロンに利用しようとすでに働きかけている等、かなりの行動派であり、キーマンであるといえる。この集落は、人口規模は小さいが、総代である東 2a と東 1 がいとこであり、キーマン同士がつながっているのが強みといえる。

### (2) 建物資源の位置的關係図（図 2-6）

東中は南北方向に各住宅があり、東 2 以外ほどの住宅も公会堂とあまり距離はなく、高齢者にとっても十分に徒歩圏内である。公会堂と各住戸間のアクセスは今回対象にした 6 集落の中で最もいい集落である。居住者がいる住宅のあたりは高低差も少ない。空き家③④までは距離の割に坂が急なため高齢者が歩くのは辛い。このような空き家は高齢者向けに活用するには適さな

いかかもしれないが、拠点で働く職員向けの活用方法を考えるとよいと思われる。

< 東中 4世帯 >

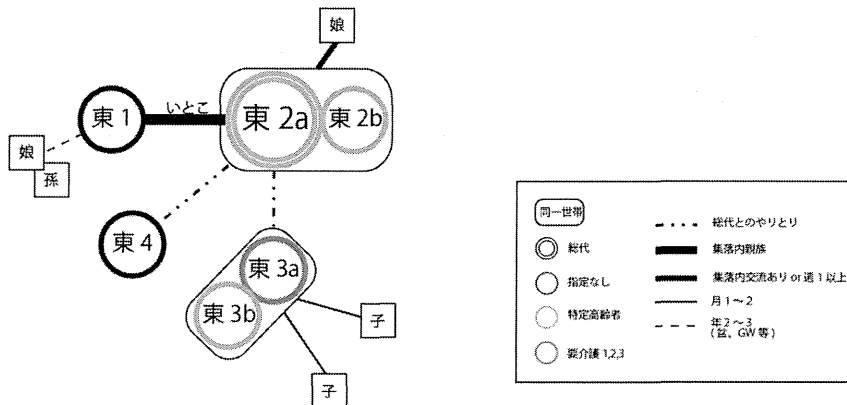
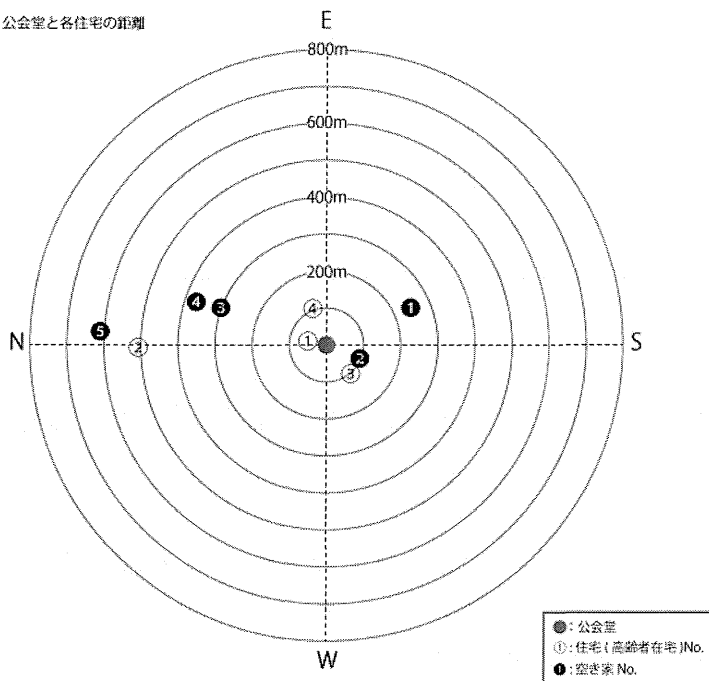


図 2-5 東中の人的ネットワーク図

東中

公会堂と各住宅の距離



公会堂と各住宅の高さ関係 (N-S 方向)

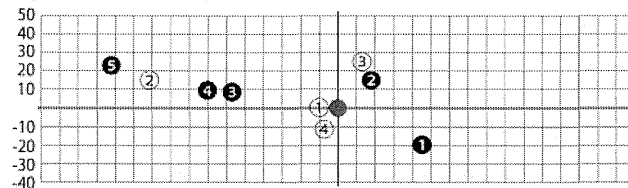


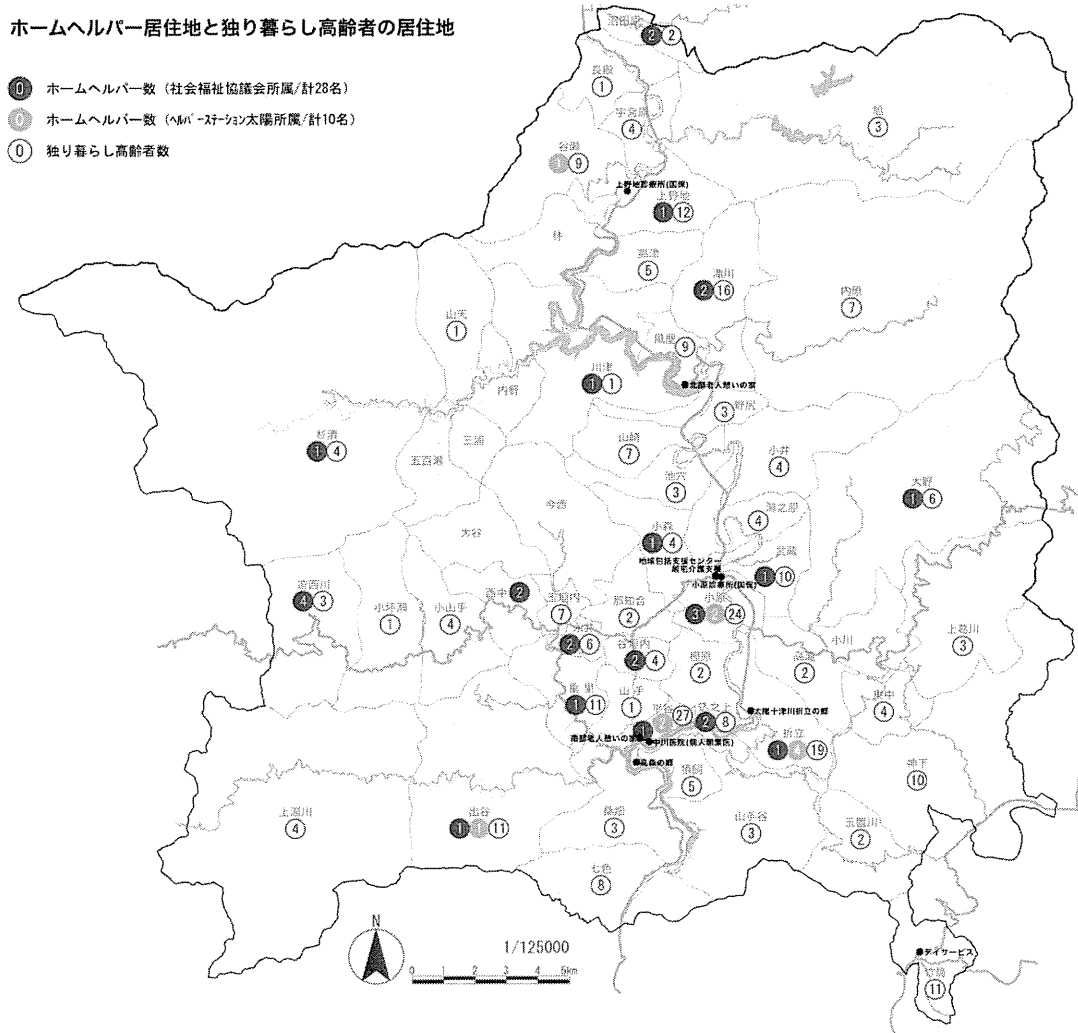
図 2-6 東中の建物資源の位置的關係図

### 3 村内の高齢者向け介護サービスの現況

#### 3-1 要介護認定者の状況

十津川村に在住する要介護認定を受けている高齢者の、居住地、要介護度とその人数を示す。また、集落別の65歳以上単身世帯数とヘルパー数を示す。(図3-1)

村の中心部から離れた集落ほどヘルパーが住んでいないことが分かる。



資料提供：株式会社環境設計研究所

図3-1 ホームヘルパー居住地と単身高齢者の居住地とその人数

#### 3-2 村内の福祉拠点

現在十津川村内にある高齢者福祉あるいは障害者福祉に関する拠点(図3-2)と各拠点の提供しているサービス内容(表3-1)を示す。

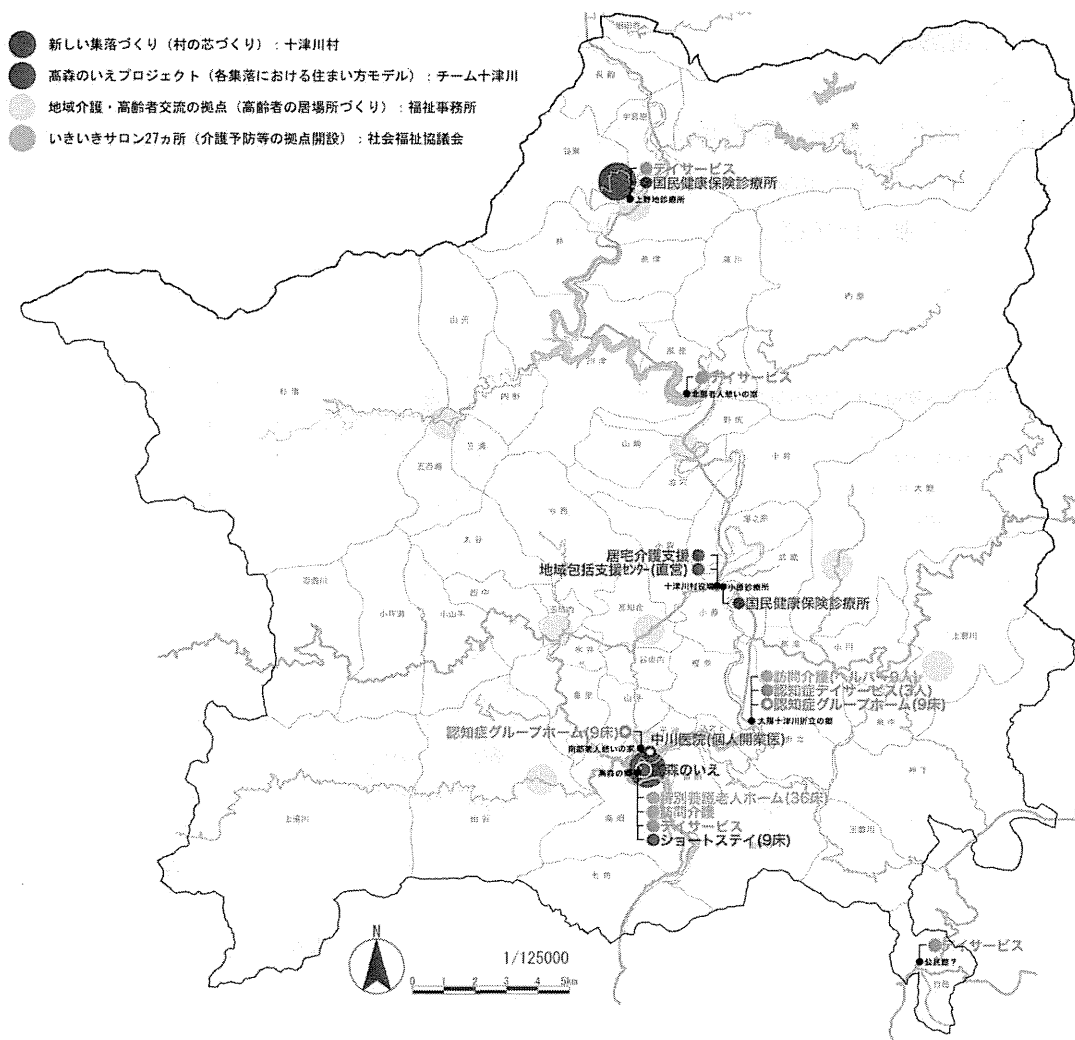


図 3-2 介護保険関連事業所

資料提供：株式会社環境設計研究所

表 3-1 村内の福祉サービス一覧

	高齢の郷 (社会福祉協議会)	グループホーム 平谷 あきの里	グループホーム 太閤十津川折立の里	ヘルパーステーション 太閤十津川	こだまの里
事業開始年	2001.6	2013.4		2004.9	1995.5
訪問介護	○			○	
通所介護	○				
短期入所生活介護	○				
介護予防訪問介護	○				
介護予防通所介護	○				
介護予防短期入所 生活介護	○				
認知症対応型通所介護			○		
認知症対応型共同生活介護		○	○		
介護予防 認知症対応型通所介護			○		
介護予防 認知症対応型共同生活介護		○	○		
居宅介護				身 知 精	児
重度訪問介護				身	身
短期入所					身 知 児
生活介護					身 肢 視 聴 知
行動支援					知 児 精
施設入所支援					身 肢 視 聴 知

参考資料：

・WAM NET の介護サービス検索、障害者福祉サービス検索 (表は自作)

<<http://www.wam.go.jp/content/wamn-et/pcpub/kaigo/service/>>

<http://www.wam.go.jp/shofukupub/>

【凡例】

身 身体障害者      知 知的障害者  
 肢 肢体不自由者      精 精神障害者  
 視 視覚障害者      児 障害児  
 聴 聴覚障害者

### 3-3 ホームヘルパーの活動状況

社会福祉協議会所属の各ヘルパー（11人・12日分）において、一日の高齢者訪問状況を把握する。一日の移動時間と移動距離を Google Map の経路検索を元に算出する。その際、同集落内で2人以上訪問する場合はその間の移動時間は含まない。

なお Google Map が移動時間を算出する際おおよそ国道で 27~39 km/h、県道で 13~24 km/h、町村道では 7~10km/h という速度で計算がされている。（図 3-3）

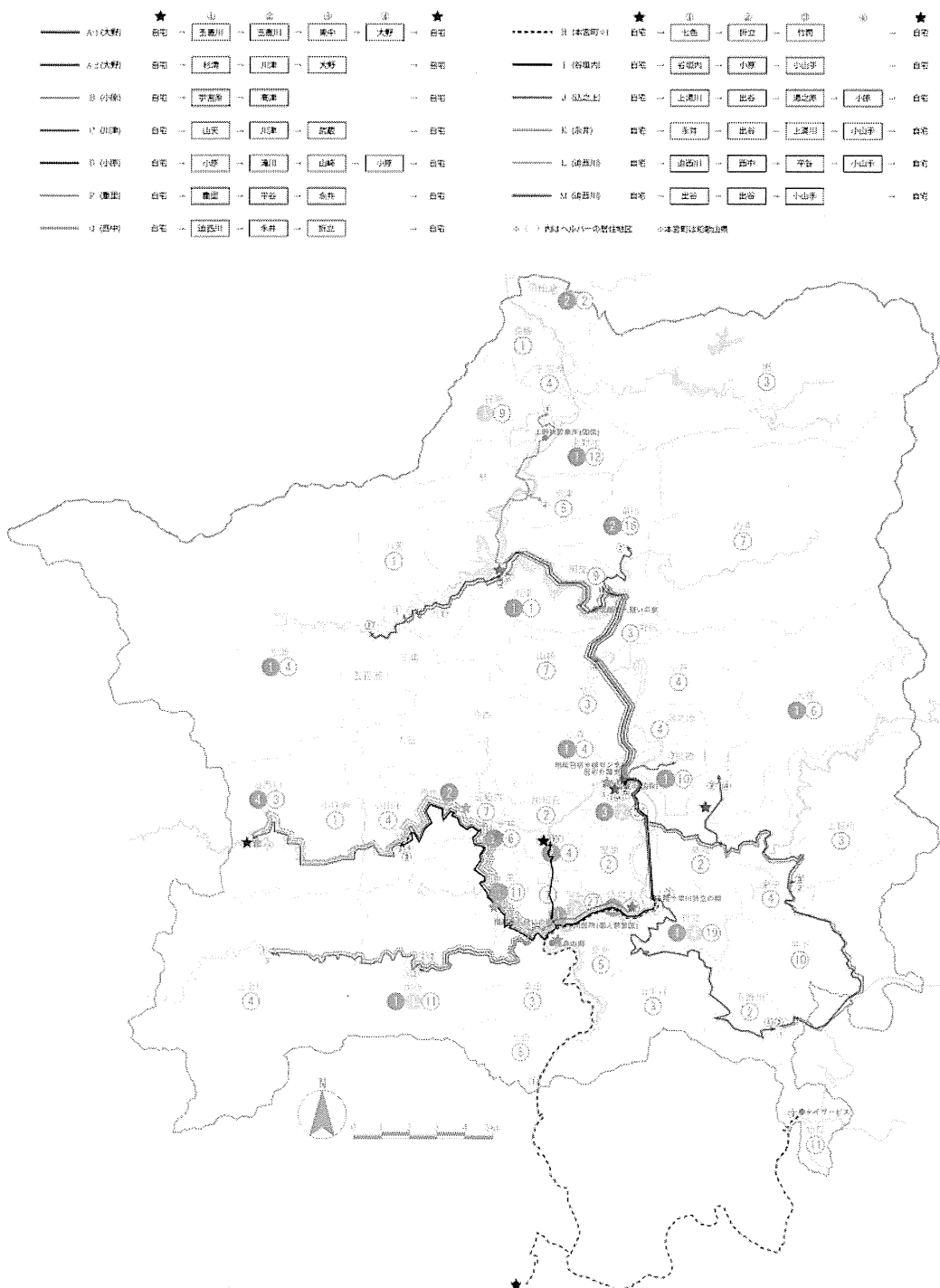


図 3-3 ヘルパー別の訪問経路

(1) 訪問する高齢者一人当たりの移動時間 (図 3-4)

各ヘルパーを、訪問する高齢者一人当たりの移動時間が「15分以内」「35分以内」「50分以内」「50分以上」の4つに分類できる。

- ① 15分以内 : D, E
- ② 35分以内 : C, K
- ③ 50分以内 : A', F, G, H, I, J
- ④ 50分以上 : A, B, L

①②は比較的効率よく回れて負担が小さく、③④は訪問数の割に移動時間が長く効率が悪い傾向にあるといえる。この2つの差異は大きく、特定のヘルパーに負担が偏っているといえる。

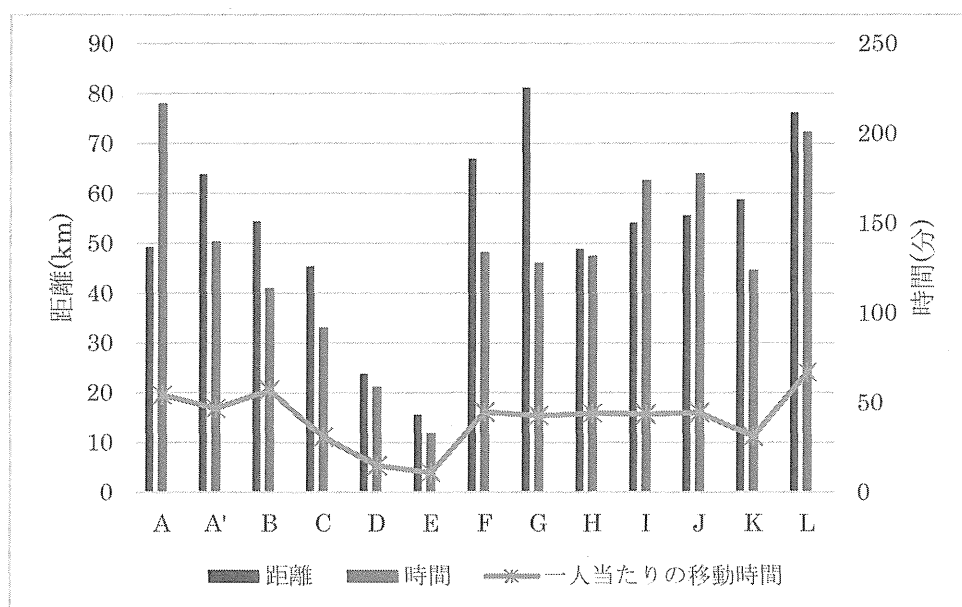


図 34 ヘルパー別の一日の移動距離と移動時間

(2) 移動時間と移動距離の相関 (図 3-5)

各ヘルパーの移動時間と移動距離の相関をしてみる。各ヘルパーを「ブロック型」(回るエリアが狭く移動は1.5時間以内)、「沿線型」(国・県道沿いを回り移動は1.5~2.5時間)、「広域型」(エリアが広く移動は2.5時間以上)の3つに分類することができた。

- ① ブロック型 : D, E
- ② 沿線型 : B, C, H, K
- ③ 広域型 : A, A', F, G, I, J, L

自身の居住地と近い範囲を回る「ブロック型」のヘルパーは人数が最も少なく、村内を広域に回る「広域型」のヘルパーの数が最も多い。また広域型のヘルパーは細い山道である村道を多く通るため、移動時間が長くなり負担が大きいためといえる。特定のヘルパーが、広い村内を広域的に移動して訪問介護を提供している状況が明らかになり、ヘルパーの人材配置(居住地)と訪問経路を再構成することで、今よりも効率的な訪問看護体制を整えられる可能性がある。



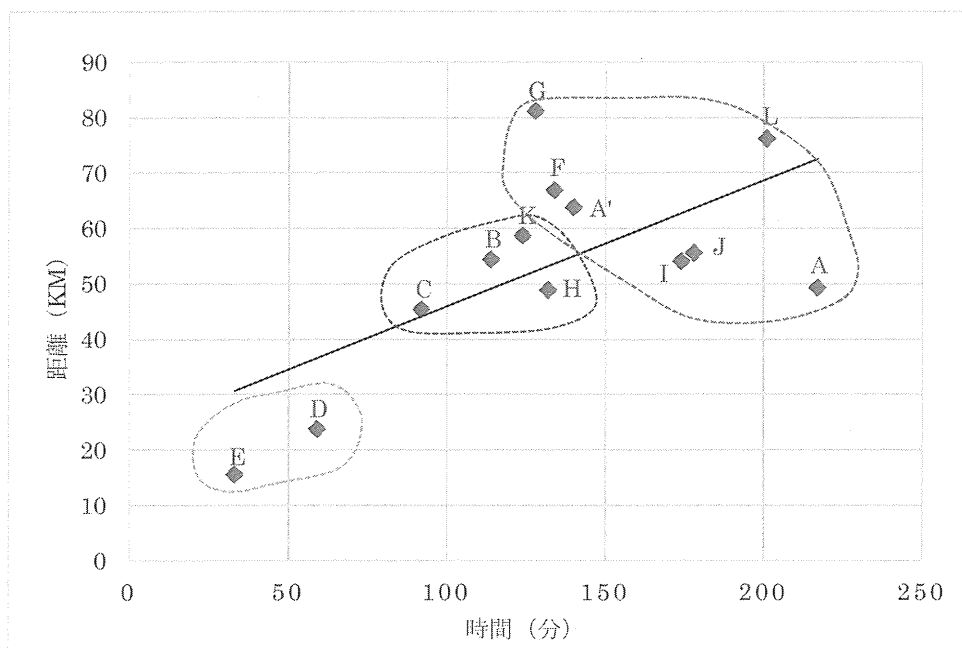


図 3-5 各ヘルパーの移動時間と距離の相関

### 3-4 デイサービスの提供状況

十津川村では、高森の郷とサテライト 3 ヶ所（上野地、風屋、竹筒）にてデイサービスを提供している。本節では、ヘルパーと同様に Google Map より各送迎バスの移動時間の算出を行い、利用者毎の乗車時間を求めた。（図 3-6）

月曜日と木曜日には他の送迎バスより 2 倍以上移動時間が長い送迎バスがあることがわかり、そのいずれもが、東区の集落（葛川、玉置川方面）を回る送迎バスであった。

東区には竹筒サテライトがあるが、葛川や東中は高森からも竹筒からも遠い集落となり、どうしても移動時間が長くなってしまふ。竹筒サテライトは月 2 回のみの実施で頻度が少ないことも考えても、東区の中心部にも拠点が設けられて移動に対する負担が軽減されれば利用したい人はもつ という可能性があるのではないかと考えられる。

### 3-5 まとめ

ヘルパーによって移動時間・距離に大きな差があり、負担が偏在していることがわかった。複数のヘルパーが広域に回るのではなく、地区単位で割り振る等、ネットワークを工夫して負担を均していく必要があるといえる。

デイサービスに関しても、僻地集落へ向かう送迎バスは移動時間が長くなっており、それだけ乗車している高齢者にも負担が掛かってしまふ。ヘルパー、デイサービスどちらにも共通しているのは、東区への移動は時間が掛かるということである。ヘルパーのネットワークを組み直さなければ、住民側にもう少し村の中心部へ移ってもらうほかないのかもしれないし、反対に、東区の中心部に新たに拠点を設けることができれば、高齢者はより慣れ親しんだ地域での居住継続を図れる可能性がある。

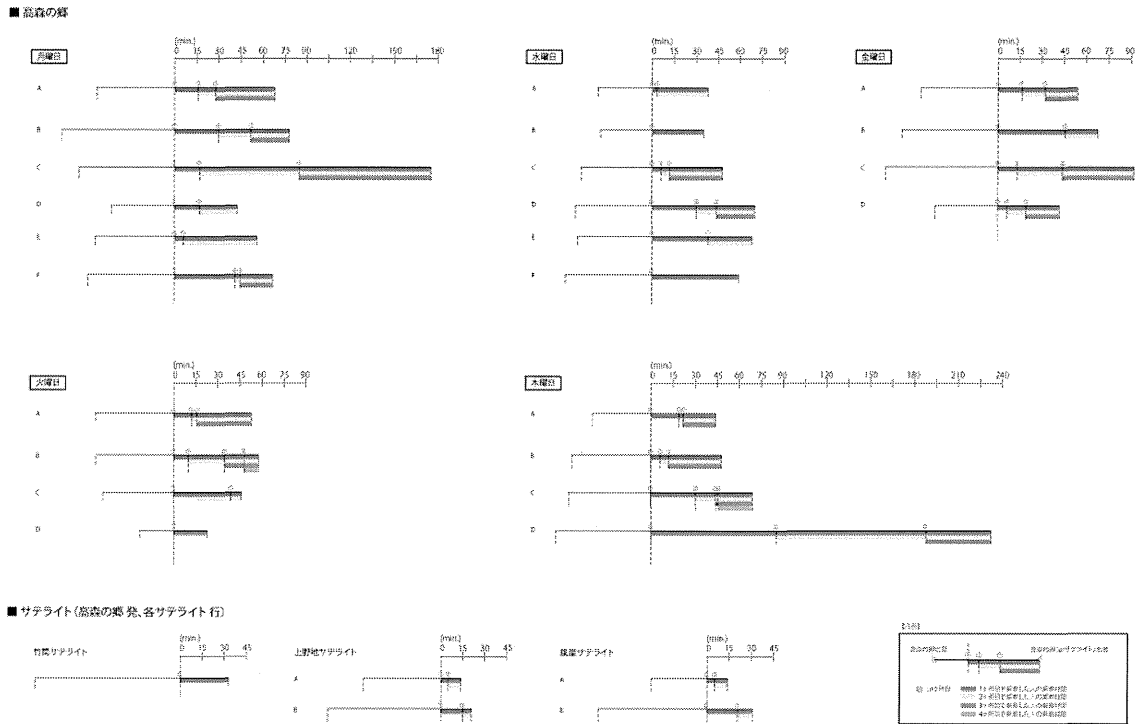


図 3-6 デイサービスの送迎バス（A～F）の曜日別の送迎時間距離

## 4 地域の高齢者の居住・生活支援等の拠点整備の可能性

### 4-1 拠点整備の可能性

今回対象にした 6 集落すべて、このまま何も対処しなければ、近い将来確実に消失してしまうだろう。では、どのような対処が可能なのであろうか。

集落単位で拠点を設けるといのは、もはや集落人口減と高い高齢化率から見て現実的ではなく、効果的ではない。東区の中でも基幹となる集落を見極め、そこへ拠点を設ける方向で考えるのが妥当であると思われる。

東中は、東 1 がすでに公会堂（図 4-1）を高齢者向けサロンに活用しようと働きかけている、つまりリーダーシップを発揮できる人材がいる点、公会堂の管理状態がよい点等から、基幹集落として拠点整備の可能性はあると考えられる。その際、必ず検討すべきは、拠点までの足である。バスの本数も少ない上に、自動車の所有者・運転可能者は限られているため、拠点まで行く手段を考えなければサービス内容がよくても利用者は見込めない。また、この東区に住むヘルパーを養成する必要性が挙げられる。3 項でも述べたとおり、東区は他地区からではどうしても移動に時間が掛かり、ヘルパーの仕事効率が非常に悪い。東区に拠点を設けても、ここで中心となって働くことのできる人材がいなければうまく機能していかないだろう。

## 4-2 提案

これまで把握したことを踏まえて、ケーススタディとして東中公会堂を拠点として活用する案を考える。(図 4-2)

### ①村民のニーズ (東区集落調査より)

- ・ 公会堂を高齢者向けのサロンに活用してほしい
- ・ 広域に分散して住んでいては何をするにも効率が悪い
- ・ 高森のデイサービスは、高齢で一人暮らしだと出かけるのも大変で、家のいるほうが楽だ
- ・ 見守りはしてほしい
- ・ 急病の時に不安だ

### ②基本コンセプト案

- ・ 高齢化の進行が顕著であり、村の中心部へのアクセスの悪い東区において、高齢者たちが日常的に互いに助け合い、見守り合える拠点を形成する。
- ・ デイサービスだけでなく、ひとりが不安になりやすい夜にこの拠点へ集まって食事・宿泊をする。そして翌朝帰宅する、というようなナイトサービスも提供する。
- ・ 新築するのではなく、集落内の公会堂や空き家等のストックを活用する。高齢者に集まってもらうには立地面で適さない空き家は、職員用の住宅として改修することも積極的に考える。
- ・ 職住の両面を保証することで、U,I,J ターン者を介護 福祉関連職員として採用する環境も整える。

### ③事業計画案

- ・ 介護保険事業として定員 25 名程の小規模多機能拠点あるいは、任意事業としてデイサービス+ナイトサービスを展開する。
- ・ U,I,J ターン者の介護福祉関連職員を雇用する。



図 4-1 東中公会堂

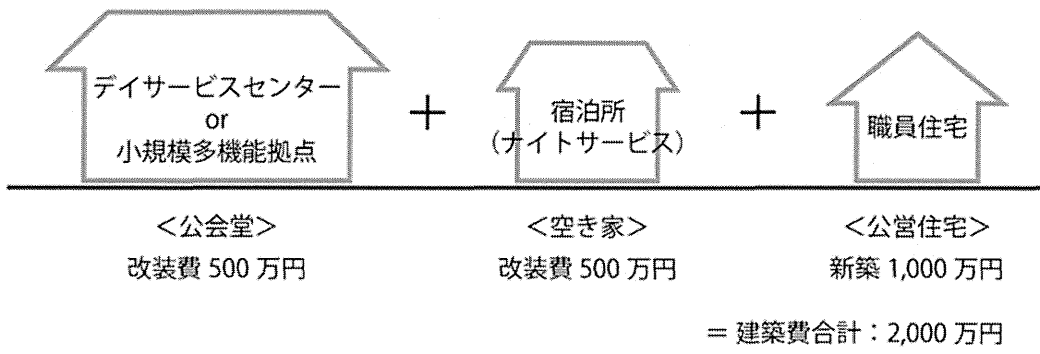


図 4-2 建物整備案

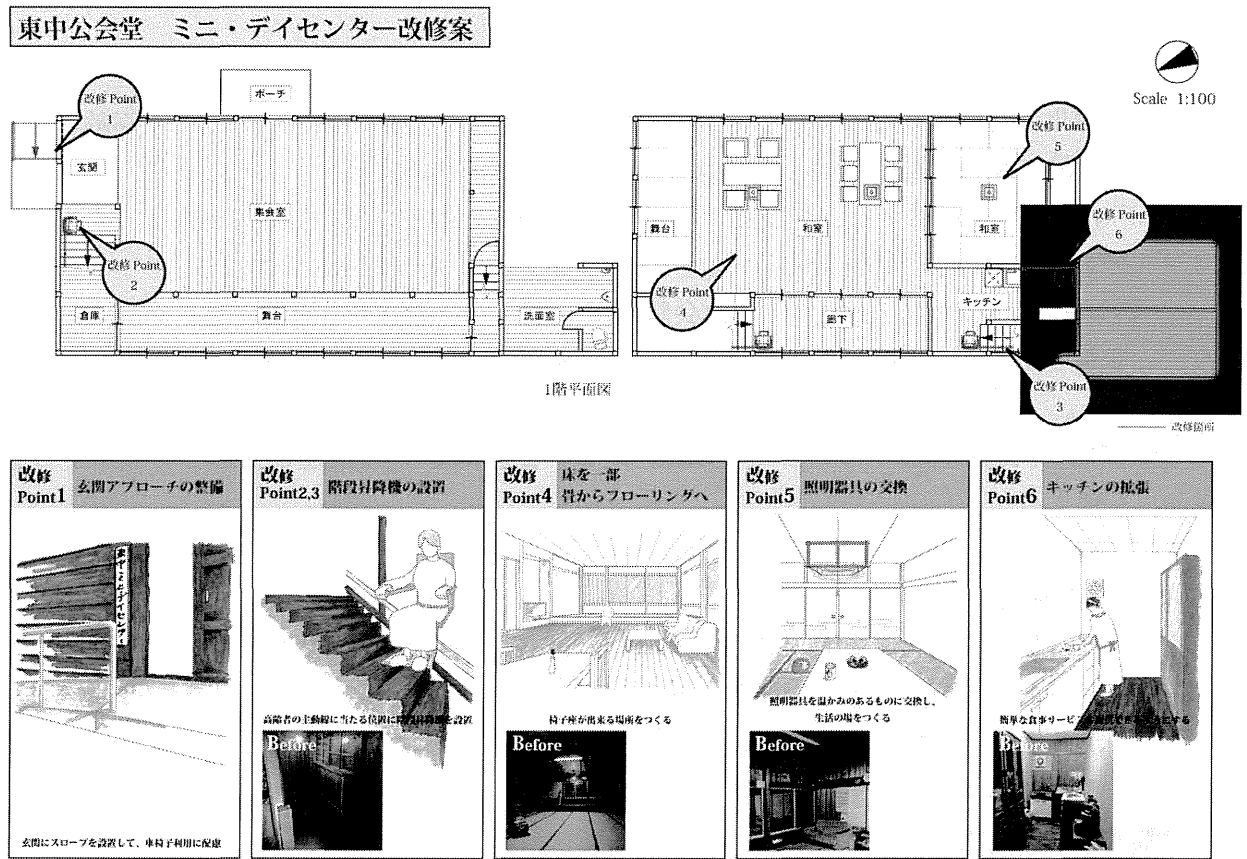


図 4-3 東中公会堂の改修計画

## E. 結論

### ● 過疎化・高齢化問題に取り組む先進地区の特徴

本研究では、著しい過疎化と高齢化が進む中で、町や村、地区の生き残りをかけて先進的な取り組みを行い、高齢者が最後まで安心して居住できる環境を整えたり、若年子育て世帯を増やしたり、産業基盤の再生を図る事例を文献調査および訪問調査によって解析した。その結果、ほぼ共通する取り組みの切り口は、以下の4点であった。

- ①地域の財産・資源を活用
- ②地域の実情に合った政策
- ③高齢者に出番と役割
- ④空き家や空き建物の利活用

### ● 最も過疎化・高齢化が進む地区の人・建物キャピタルの実態把握の方法論

過疎地においては、居住する人や建物が少数であり、統計調査・解析とは正反対の個別調査を行い、問題発見とそれに即したソリューション（解法）を提出することができる。つまり、「個別性」に着目することが、過疎地こそその“強み”になる。

本研究においても、十津川村東区内の6集落の高齢者について、ほぼ全数に近い個別訪問調査を実施することができ、その結果から、高齢者個々人のソーシャルネットワークと、公会堂、住宅、空き家等の建物資源の距離・高さ等の関係を、可視的に把握するために図化（インフォグラフィックス）する方法を考案した。そうした実証データに基づき、居住拠点整備の「場所の整備」や「運営方法」を具体的に提案することが可能となった。

### ● 高齢者の訪問介護、デイサービス等のネットワークの問題点の把握と解決方法

村内の介護ヘルパーの訪問経路や移動距離・時間距離を可視化・分析し、かつ、デイサービスの送迎経路についてもその移動経路と時間距離を可視化・分析した。それにより、ヘルパーの配置と巡回経路、デイサービスの送迎経路ともに長時間・長距離移動が多く、非効率で、介護サービスについて、ほとんどネットワーク的な視点に基づいた合理的な方策がとられていないことが明らかになった。反対に、合理的なネットワークの編成を行うことができれば、僻地集落での高齢者の居住継続を図ることができるだろう。

### ● 高齢者の居住・生活支援等の拠点整備の可能性

僻地地区であっても、地区内の適切なネットワーク拠点に、既存建物等を活用した地域拠点の形成と空き家等を活用した自宅とは別の居住拠点整備を複合的に行うことによって、高齢者の地区内での居住継続を図ることが可能になる。また、それには人的なサポート体制を整えることが不可欠であり、雇用創出等によって、地区内に新たな人材を招き入れ、そうした人たちの居住も増やすことで、地区の持続と再生が図れる可能性がある。

## 【参考文献】

- ・大塚馨（2015）「過疎の進む村における実証的データを用いた高齢住民の生活拠点整備の可能性に関する研究－奈良県十津川村をケーススタディとして－」、明治大学大学院理工学研究科建築学専攻 修士論文
- ・笠松和市、佐藤由美（2008）「持続可能なまちは、小さく、美しい」学芸出版社

- ・熊原保（2014）「ソフトケアの勧めあなたが輝けば私も輝く「介護輝礎」 過疎を逆手に、福祉による地域づくり」
- ・熊原保（2014）「おはよう 21」2014年12月号， p28-29， 中央法規出版
- ・藻谷浩介、NHK 広島取材班（2013）「山資本主義—日本経済は「安心の原理」で動く」角川書店

<資料提供・調査協力等> ・奈良県十津川村福祉事務所 ・株式会社環境設計研究所

#### **F.健康危険情報**

なし

#### **G.研究発表**

なし

#### **H.知的所有権の出願・登録状況**

なし

# 第3章. 医療・介護・生活支援サービス に関する研究

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）  
「都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究」  
平成 25-27 年度総合研究報告書

要介護度別にみた訪問診療受給率及び患者特性に関する実態調査  
－在宅医療提供体制の検討に向けた地域診断の一環として－

研究分担者 川越雅弘（国立社会保障・人口問題研究所 部長）

概 要：

第 6 期介護保険事業計画においては、2025 年を視野に入れた上での、日常生活圏域をベースとした在宅医療提供体制の検討が求められている。本稿では、「医師による訪問診療」に焦点を当て、①訪問診療を受給している要介護者はどれくらいいるのか、②訪問診療受給者の特性（性別、年齢、要介護度、主傷病）はどうなっているのか、③訪問診療の受給率はどの程度かなどの実態把握を、近畿地区の A 県の居宅介護支援事業所及び小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員を対象としたアンケートにより試みた。その結果、

- 1) 訪問診療受給者の受け持ち人数をみると、「1～2 人」が 34.6%と最も多く、次いで「3～4 人」22.8%、「いない」22.2%の順で、平均は 2.8 人（標準偏差 3.0 人）、最大は 27 人であった。
- 2) 訪問診療受給者のうち、女性が 62.1%を占めていた。
- 3) 年齢階級では「85-94 歳」が 42.9%と最も多く、次いで「75-84 歳」30.7%の順であった。
- 4) 主傷病をみると、総数では「脳血管疾患」が 24.1%と最も多く、次いで「認知症」12.4%、「心疾患」9.8%、「神経難病」7.2%の順であった（その他は除く）。これを性別にみると、男性では「脳血管疾患」「神経難病」「心疾患」の順、女性では「脳血管疾患」「認知症」「心疾患」の順であった（その他は除く）。
- 5) 主傷病を要介護度別にみると、要支援では「高血圧症」、要介護 1 では「認知症」、要介護 2 以上では「脳血管疾患」が最も多かった。
- 6) 訪問診療受給率をみると、「要支援」2.8%、「要介護 1」4.0%、「要介護 2」6.3%、「要介護 3」12.2%、「要介護 4」23.8%、「要介護 5」45.0%と、要介護 3 以降で訪問診療受給率が急増していた。

などがわかった。

本論文は、介護支援専門員が担当している要支援・要介護者を対象とした調査であり、①認定を受けていないが、訪問診療を受けている者、②地域包括支援センターが担当している要支援者で、訪問診療を受けている者などは把握できていない。

ただし、訪問診療は、ADL 等が低下した通院困難者に対して行われる医療サービスであるため、本調査の結果は、訪問診療受給者のほとんどを網羅した調査であると考えられる。

市町村は、第 6 期以降の地域包括ケア計画策定の中で、在宅医療提供体制の検討が要求されているが、その具体的な方法論は厚生労働省から提示されていない。本アンケートは、介護支援専門員にとってもそれほど負荷のかかる調査ではない。本調査の方法や内容が、市町村の参考になれば幸いである。



## A. 研究目的

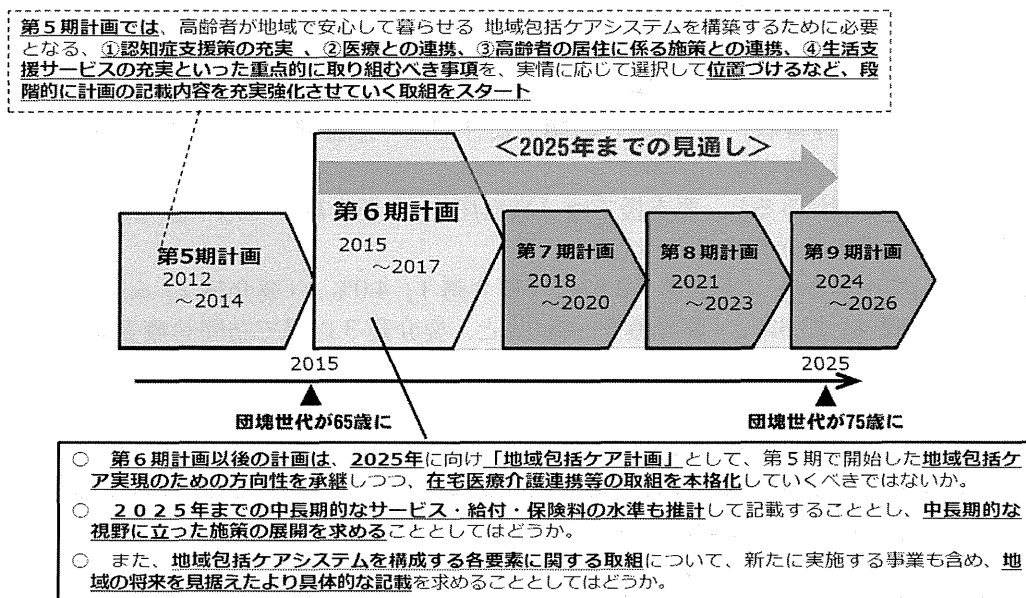
第1期（2000～2002年）から第4期（2009～2012年）までの介護保険事業計画は、介護サービス提供体制の構築、ならびにそれに見合う保険料算定が中心課題であったが、第5期（2012～2014年）からは、その位置づけが、「地域包括ケアシステム構築のための計画」に見直された。さらに、第6期では、第5期の方向性を承継しつつ、2025年までの中長期的な視点にたった施策の展開が求められている（図1）。

地域包括ケアシステムは、①住宅、②医療（特に、在宅医療、退院支援）、③介護、④生活支援、⑤予防で構成されるため、市町村には、これら多領域にわたる課題を把握した上で、課題解決に向けた対策を検討するといった地域マネジメント力がこれから求められることになるが、特に、重要となる課題が、①認知症支援策の充実、②医療との連携、③高齢者の居住に係る施策との連携、④生活支援サービスの充実である。

さて、本稿では、これら諸課題のうち、「医師による訪問医療の提供体制のあり方」に焦点を当てるが、この検討を行うためには、まず、要介護度別にみた訪問診療受給率や患者特性などの実態を把握する必要がある。

そこで、本稿では、近畿地区のA県の居宅介護支援事業所及び小規模多機能型居宅介護事業所の介護支援専門員を対象としたアンケート調査を実施し、①要介護度別にみた訪問診療受給率、②訪問診療受給者の患者特性などを分析した。

図1. 2025年を見据えた第6期介護保険事業計画の位置づけ



## B. 方法

### 1) 対象

2013年9月1日現在、滋賀県内で事業を行っている居宅介護支援事業所415カ所、小規模多機能型居宅介護事業所56カ所の計471事業所と、そこで勤務する介護支援専門員を調査対象とした。

### 2) 方法

対象事業所の所属長宛に、調査依頼文書、2種類の調査票（事業所調査票（調査票1）、訪問診療受給者調査票（調査票2））を郵送した。調査依頼文書には、研究目的、研究成果の公表方法、回答のプライバシーの厳守、非参加でも不利益がないことを配布用紙に明記し、回答をもって調査への同意とみなした。

調査票 1 は管理者に記入を依頼した。無記名自記式質問紙である調査票 2 は、管理者経由で、8 月にケアプランを作成した全介護支援専門員への配布と記入依頼を行った。調査票は事業所毎にまとめた上で郵送回収した。調査期間は 2013 年 9 月初旬～月末である。

### 3) 回収状況／分析対象

回収事業所数は、居宅介護支援事業所 288 カ所、小規模多機能型居宅介護事業所 33 カ所、合計 321 事業所（回収率：68.2%）であった。うち 2 事業所はケアプラン作成がなかったため、残りの 319 事業所のデータを分析対象とした。

## C. 結果

### 1) 回答者（介護支援専門員）のプロフィール（n=868）

#### (1) 基礎資格

319 事業所で、8 月にケアプランを作成していた介護支援専門員は 868 人であった。回答者の基礎資格をみると、「介護福祉士」が 55.1%と最も多く、次いで「看護師」15.9%、「社会福祉士」13.9%、「その他医療系」6.1%の順であった。

表 1. 回答者の基礎資格

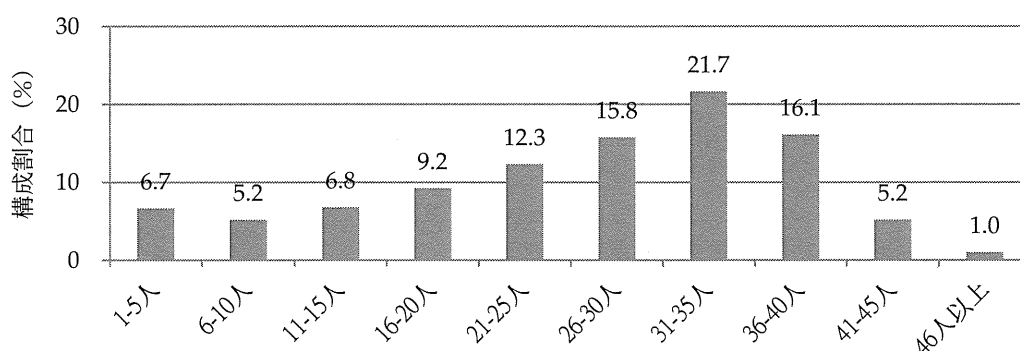
	合計	看護師	その他 医療系	社会 福祉士	介護 福祉士	訪問 介護員	その他	未記入
人数 (人)	868	138	53	121	478	22	40	16
割合 (%)	100.0	15.9	6.1	13.9	55.1	2.5	4.6	1.8

注.その他医療系とは、リハ職、歯科衛生士、薬剤師、栄養士のことである。

#### (2) 担当している利用者（以下、担当利用者）の人数

担当利用者の人数をみると、「31～35 人」が 21.7%と最も多く、次いで「26～30 人」15.8%、「36～40 人」16.1%の順で、平均は 26.4 件（標準偏差 11.3 人）であった。

図 1. 担当利用者数の度数分布



#### (3) 担当利用者の要介護度分布

担当利用者（総数 22,936 人）の要介護度をみると、「要介護 1」が 27.9%と最も多く、次いで「要介護 2」26.0%、「要介護 3」16.0%の順であった。

表 2. 担当利用者の要介護度分布

	総数	要支援	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
人数 (人)	22,936	3,078	6,391	5,956	3,676	2,390	1,445
割合 (%)	100.0	13.4	27.9	26.0	16.0	10.4	6.3

注.要支援は、要支援 1 と要支援 2 の合計。

#### (4) 訪問診療受給者の受け持ち人数

訪問診療受給者の受け持ち人数をみると、「1～2人」が34.6%と最も多く、次いで「3～4人」22.8%、「いない」22.2%の順で、平均は2.8人（標準偏差3.0人）、最大は27人であった。

表3. 訪問診療受給者の受け持ち人数

	総数	なし	1-2人	3-4人	5-6人	7-8人	9-10人	11人以上
人数(人)	868	193	300	198	101	45	14	17
割合(%)	100.0	22.2	34.6	22.8	11.6	5.2	1.6	2.0

## 2) 訪問診療受給者の特性 (n=2,388)

### (1) 性別／年齢階級

訪問診療受給者2,388人を性別にみると、「男性」905人(37.9%)、「女性」1,483人(62.1%)であった。

年齢階級をみると、総数では「85-94歳」が42.9%と最も多く、次いで「75-84歳」30.7%の順であった。これを性別にみると、男性では「75-84歳」が40.3%、女性では「85-94歳」が48.8%と最も多かった。女性の場合、95歳以上が16.5%を占めていた。

表4. 性別年齢階級別にみた訪問診療受給者数の構成割合

	総数 (n=2,388)	65歳未満 (n=78)	65-74歳 (n=261)	75-84歳 (n=732)	85-94歳 (n=1,025)	95歳以上 (n=289)	不明 (n=3)
総数 (n=2,388)	100.0	3.3	10.9	30.7	42.9	12.1	0.1
男性 (n=905)	100.0	4.2	17.1	40.3	33.3	5.0	0.1
女性 (n=1,483)	100.0	2.7	7.1	24.7	48.8	16.5	0.1

### (2) 要介護度

要介護度をみると、総数では「要介護5」が27.2%と最も多く、次いで「要介護4」23.8%、「要介護3」18.8%の順で、要介護4～5が約6割を占めていた。これを性別にみたが、男女とも要介護5が最も多かった。

表5. 要介護度別にみた訪問診療受給者数の構成割合

	総数 (n=2,388)	要支援 (n=85)	要介護1 (n=258)	要介護2 (n=374)	要介護3 (n=450)	要介護4 (n=568)	要介護5 (n=650)	無回答 (n=3)
総数 (n=2,388)	100.0	3.6	10.8	15.7	18.8	23.8	27.2	0.1
男性 (n=905)	100.0	3.1	8.5	14.6	20.4	25.6	27.7	0.0
女性 (n=1,483)	100.0	3.8	12.2	16.3	17.9	22.7	26.9	0.2

### (3) 主傷病

主傷病をみると、総数では「脳血管疾患」が24.1%と最も多く、次いで「認知症」12.4%、「心疾患」9.8%、「神経難病」7.2%の順であった（その他は除く）。

これを性別にみると、男性では、第1位「脳血管疾患」32.3%、第2位「神経難病」8.5%、第3位「心疾患」8.0%、第4位「呼吸器疾患」7.6%、第5位「認知症」7.5%の順、女性では、第1位「脳血管疾患」19.2%、第2位「認知症」15.3%、第3位「心疾患」10.9%、第4位「高血圧症」8.0%、第5位「老衰」6.6%の順であった（その他は除く）。

次に、要介護度別にみると、要支援では、第1位「高血圧症」18.8%、第2位「心疾患」16.5%、第3位「脳血管疾患」11.8%の順、要介護1では、第1位「認知症」16.7%、第2位「心疾患」14.7%、第3位「高血圧症」「関節症」12.0%の順、要介護2では、第1位「脳血管疾患」15.2%、第2位「心疾患」13.1%、第3位「認知症」12.3%の順、要介護3では、第1位「脳血管疾患」20.0%、第2位「心疾患」「認知症」12.2%の順、要介護4では、第1位「脳血管疾患」28.2%、第2位「認知症」11.4%、第3位「心疾患」8.3%の順、要介護5では、第1位「脳血管疾患」36.8%、第2位「神経難病」14.0%、第3位「認知症」12.6%の順であった（その他は除く）。

図2. 性別にみた主傷病の状況

