

[Practical Report]

For the Construction of the Community Care System of the Depopulated Area

— process until inhabitants-based at-home support map making —

Nobuko Sekinaga*, Mari Kusaka**, Miyoko Ii***

*AinoUniversity, Faculty of Nursing and Rehabilitation, Department of Nursing

**Kyushu University of Nursing and Social Welfare, Department of Nursing

***Public Health Nurse

Abstract

Activities by local residents, is one of the activities of the insurance sector residents, Training by the government in many municipalities, have been supporting.

This study aims to cooperate with these public health nurses work with you to solve any health issues lifestyle and familiar with local government activities residents of these involved in the process to 'create a map home support, to support the work of the principal inhabitants I was set.

This study has been involved in the planning from the basic research stage elderly welfare fourth fiscal year 2009, as elderly welfare plan, the activities of 23 items was presented to the fiscal year 2010 based on basic research.

Is organized as an activity of the principal inhabitants of these specifically, from fiscal year 2011 these map home support is positioned in the activities of the principal inhabitants. I was able to report that the transformation of behavior obtained by local residents is the main activity is selling will help community health activities.

Key Words : Sparsely populated areas, Community care system, Health and welfare plan elderly, Population activities

過疎地域の地域包括ケアシステムの構築をめざして

—— 住民主体の在宅支援マップ作成までのプロセス ——

関 永 信 子^{*}，久佐賀 眞 理^{**}，井 美代子^{***}

【要 旨】 地域住民による活動は保健分野の住民活動の一つであり，多くの自治体で行政によって養成，支援されている。本研究はこうした住民活動を自治体で身近な生活や健康課題を解決するために働く保健師らと協働し，地域包括ケアシステムの前段階としての『在宅支援マップ作成』までのプロセスに関わり，住民主体の活動を支援することを目的とした。A村へは平成21年，第4期高齢福祉計画における基礎調査から継続しており，平成22年基礎調査結果は高齢福祉計画に反映され，23項目の取り組むべき課題が明らかとなった。本研究はそのうち，在宅支援体制づくりへの取り組みである。平成23年から，具体的な村民主体の活動が組織化され在宅支援マップ作成に着手した。計画からマップの完成までを支援するなかで得られた，A村にとって必要なサービスと地域ケアシステムの課題について報告する。

キーワード：過疎地，地域包括ケアシステム，高齢者保健福祉計画，住民活動

I. はじめに

山村・離島などの過疎地域は，一般に高齢社会で医療需要や介護需要が増加しているにもかかわらず，人材や資源不足から保健医療福祉サービスなどのシステムが整備されない現状にある¹⁾。また集落が散在していることも多く，集落によっては地理的特徴や利用できる交通手段が少ない傾向にある。熊本県A村は九州のほぼ中央部にあたり，阿蘇山や九重火山群及び祖母山に囲まれている。標高が500mから1,045mの高原地帯に属し，阿蘇外輪山と九重山麓が交わる波状高原と，その浸食された急斜部分から構成された高原型純農山村である。同村の人口は平成22年現在1,606人，高齢化率36.3%である。また財政力指数は0.13

と低い。村内には診療所が2か所，地域密着型施設1か所，医師2名，看護師3名である。平成21年，村と看護大学教員らで住民の基礎調査を実地した。

結果，生活への満足度は66.7%と高いが医療や健康に58.1%，介護や老後に52.8%の不安要因が明確となった（平成21年基礎調査参照）。集落住民が安心出来る暮らしの実現に向けて，基礎調査を土台に村と看護大学教員らで住民活動の支援体制を整備し，A村の地域住民による地域包括ケアシステムの構築を目的に活動を計画した。地域包括ケアシステム作りは，平成23年度の高齢者保健福祉・介護保険事業計画（表1），在宅福祉のシステムづくりの構想（表2）・在宅支援部会提案とスケジュール（表3）を基に取り組みその成果がみられたので報告する。

^{*} 藍野大学医療保健学部看護学科

^{**} 九州看護福祉大学看護福祉学部看護学科

^{***} 保健師

関永他：過疎地域における住民活動の支援

表1 高齢者保健福祉・第4期介護保険事業計画理念

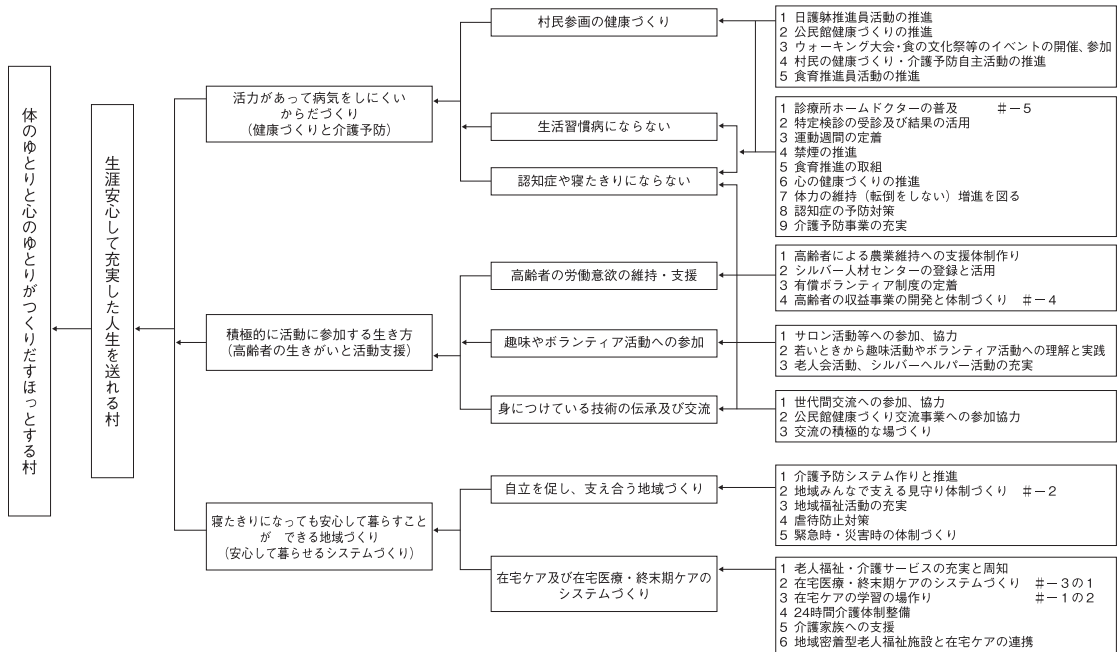


表2 在宅福祉のシステムづくり構想図及び取組

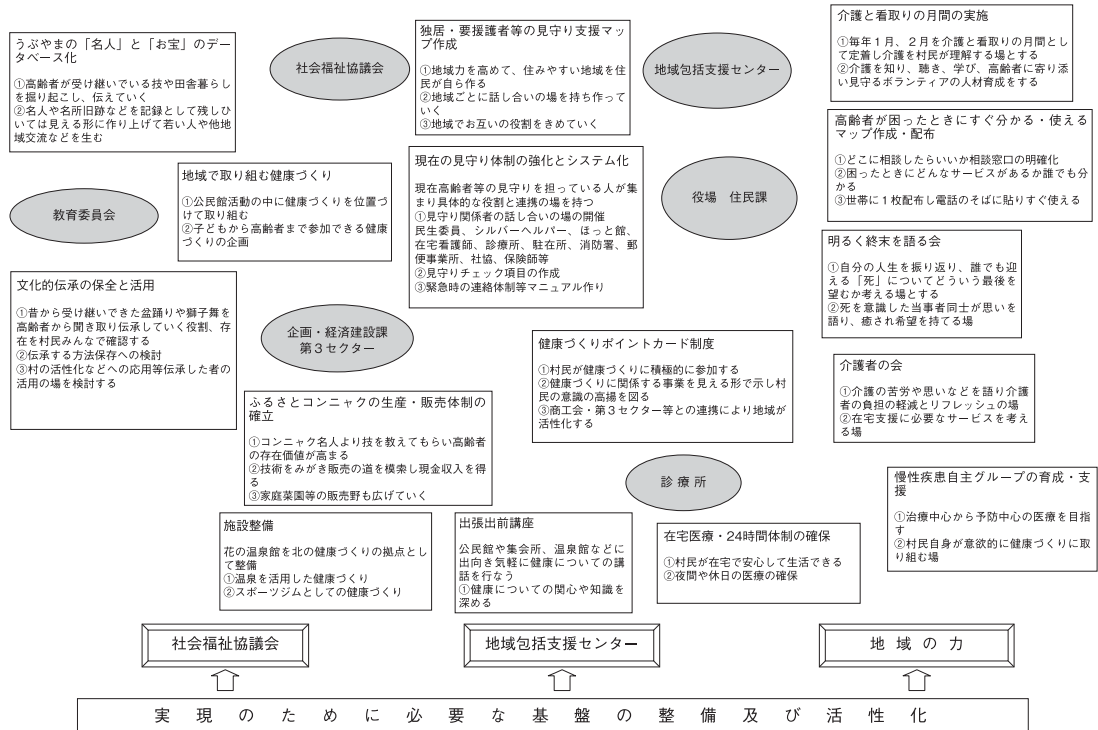


表3 在宅支援部会提案スケジュール

第3分科会 みんなで支える安心在宅支援部会提案とスケジュール

	内 容	平成22年中			平成23年度			平成24年度、25年度	
		1月	2月	3月	前	中	後	前	後
1	高齢者等が困ったときにすぐ分かる使えるマップ作り	平成22年度中作成・配布						平成24年度 (新) サービスマップ	
	【ねらい】 ①どこに相談したらいいか相談窓口の明確化 ②困ったときにどんなサービスがあるか誰でもわかる ③世帯に1枚配布し電話のそばに貼っておけるもの	【検討事項】 ○配布 ・日護牀推員による配布 ・高齢者にはサロン等の機会を捉えてきめ細かに説明						・新たに出来たサービスを入れて作成、配布(より充実進化したマップ)	
2	介護と看取りの月間の実施	1月、2月に4回実施 4回コース			毎年実施			毎年実施	
	【ねらい】 ①毎年1月、2月を介護と看取りの月間として定着していく介護を村民が理解する ②介護を知り、聴き、学習し高齢者に寄り添い、見守るボランティア等の人材を育成する	【検討事項】 ・対象、介護している人、介護の経験がある人、関心がある人 ・内容 介護について理解できることを主にする。			内容 ボランティア等人材育成を目指した内容を織り込む				
3	現在の見守り体制の強化とシステム化	平成23年度1月から検討			平成23年度4月からの開始			→	
	【ねらい】 現在高齢者等の見守りを担っている人たちを集めて具体的な役割と連携づくり ①見守り関係者の話し合いの場の開催 民生委員、シルバーヘルパー、ほっと館、在宅看護師駐在所、診療所、消防署、郵便事業、社協、保健師等 ②緊急時のマニュアルと連携 ③光ネット(端末)を利用した見守り体制作り	【検討事項】 ・関係者による独居、高齢者世帯の見守りスケジュールの作成と役割分担づくり 対象に応じた頻度と誰が等 ・見守り時の統一様式の作成検討 ・おやっと思ったときの連絡先やコーディネーター担当者の明確化 →住民課、包括 ・光ネットを利用した見守りプログラム作成と拠点及びネットワークづくり→住民課長			①見守り隊の発足、実働 ②光ネットによる見守りの可動				
4	明るく終末を語る会				平成23年4月から			→	
	【ねらい】 自分の人生を振り返り、誰でも迎える「死」についてどういう最後を望むか考える場とする ①高齢者対象の場 ②死を意識した当事者どうしが思いを語り、癒され、希望を持って生きる	【検討事項】			・がんサロンの開催 ・地域づくりサロンの場を利用 共催 地域包括				
5	介護者の会設置				平成23年4月から			→	
	【ねらい】 介護者が介護の苦労や悩みなどの思いを出し、介護が負担となることを防止するとともにリフレッシュの場とする				【検討事項】 ・運営の責任者と内容の検討 ・対象の把握は				
6	独居、高齢者世帯等要援護者の見守り、支援マップ作成				平成23年度中の配布				
	【ねらい】 地域力を高めて住みやすい地域を住民が自ら作る ・地域ごとに話し合いの場を持ちつづけていく ・地域で役割を決めていく				【検討事項】 *地域ごとに話し合いをつくっていく ・責任者と検討の場をどう設定するか ・様式をどうする(どういう形にするか)				
7	介護を受けている高齢者、介護者の思いと聞き取り				平成23年度				
	【ねらい】 介護にかかる当事者から思いを聞き必要なサービスの構築や助け合いをつくる	*平成23年度 各事業推進の基盤として 安心と暮らしの推進会議 を置き取り組んでいく			【検討事項】 ・聞き取る内容や記録の仕方など ・チームづくり ・不足しているサービスを明らかにする→新たなサービスの検討			*平成24年度 新たなサービスの立ち上げ ↑	
8	緊急時の受け入れ場所と運営				平成23年度				
	【ねらい】 体調が悪い、認知証かもしれない、虐待など緊急時に非難したり、ちょっと外泊して不安を取り除く ・介護認定、入院、家族との調整などが出来るまでの短期間過ぎす場所	*拠点の充実強化 1 社会福祉協議会 人材と場所の整備 2 地域包括新センターの強化			平成23年度検討 【検討課題】 ・設置に係る検討会の開催			平成25年度開始 【検討課題】 ・運営にかかること	

II. 方法

1. **用語の定義**：本研究における「過疎地」とは、人口が長期間にわたり減少した地域をさし、過疎地域自立促進特別措置法に該当する地域とした。
2. **対象者**：A村に在住する地域住民と地域推進委員、診療所看護師、民生委員、介護保険事業所介護支援専門員、村会議員、などの20数名とした。参加に関しては村内の広報誌などの募集に応募したもので構成した。
3. **活動の方法**：村の保健師2名、看護大学教員1名、新聞社編集員1名が『在宅支援マップ』作成から完成までをアドバイザーとして毎回参加した。
4. **分析方法**：住民への参与観察で得られた情報、在宅支援部会の進捗状況とその内容について分析した。
 - 1) **情報の分類**：住民が既存するサービスや、今後あったらよいと感じたサービス内容はサービスの目的や内容、サービスの提供の種類別に検討し分類した。
 - 2) **サービス内容やシステムなどの課題の特定**：支援マップの完成までのプロセスを基に地域ケシシステムの発展過程と住民の生活状況やニーズに応じているかを特定した。判断は研究者らで分析における判断の妥当性を確保した。
5. **目標**：高齢者保健福祉計画の実現に向けて、住民主体の在宅支援村内学習会を定例化し、課題に向けて取り組むことを目標とした。スローガンは『一人暮らしでも障害と共に自宅で暮らせる。みんなで支える安心在宅支援』を具体化することを共通理解として特定した。
6. **計画**：計画の位置づけは、上述のように、平成23年の高齢者保健福祉・介護保険計画と在宅福祉のシステムづくりの構想を基本に、平成22年7月～11月までに、計5回の在宅支援村内学習会を実施した(表4)。学習会は住民が参加しやすい午後7時から9時までの2時間、場所は集落センターの会議室と

した。誰にでも分かり、使える介護サービスマップづくりのため、①平成23年度目標と取り組みの確認、②既存サービスがどの程度機能しているか、③あったらよいサービスについて考える、④介護保険サービスと介護予防サービスについて理解を深める、⑤近隣の支え合いについて考える、以上の5点を在宅支援マップ作成に活用することが挙げられた。特に近隣の支え合いでは介護や看取りの体験話を聴き、在宅支援マップに活かすことが了承された。

7. 実施・結果

【第1回】平成23年度の高齢者保健福祉計画目標と取組の確認と同時に、活動を開始するにあたり①在宅介護をしてみようという気になる仕組み、②相談や対応が迅速にできる仕組み、③施設と在宅を自由に行き来できる仕組み、④家族や本人が気楽に思いや考え、希望を現せるような仕組み、⑤見守りの体制づくり、の5点が共通理解として特定された。

更に行政だけでなく住民ボランティアの必要性、在宅サービスの理解、介護保険サービスの仕組みの理解などが、新たに追加された。既存サービスでは介護保険サービス内容と活用方法が住民に周知しておらず、参加メンバー間でも相談窓口の理解がまちまちであった。また生活支援の内容と範囲については、特に過疎地ならではの問題として交通手段がないことから、外出、買い物、村外への受診に不便さを感じていることが明らかになった。反面、村外への受診送迎のためのサービス利用が十分に活用されていないことが報告された。限りある資源の利用のために、村民は何を公的サービスで賄い、何を住民同士で共助し何を自助努力すべきか、在宅支援マップ作成の核となる部分をメンバー同士で確認し合った。

【第2回】A村にある既存の福祉サービス、中でも清掃や一人暮らしの老人の訪問については、高齢化や一人暮らし世帯の増加から村民が互いに協力して行っている実感が報告された。反面交流の希薄さから村民間の関係性には配慮を要する事例の報告もなされた。

表4 具体的な進め方と在宅支援部会計画

具体的な進め方	在宅支援部会	検討内容
目的の明確化 現状の把握 ↓ 情報の収集 検討内容 ↓ 課題と実践 ↓ マップ完成・評価	第1回	・平成22年度目標と取り組みの確認 ・既存サービスがどの程度機能しているか ・あったらよいサービスについて考える
	第2回	・介護保険サービスと介護予防サービスについて ・近隣の支え合い
	第3回	・誰にでもわかるマップづくり1回目
	第4回	・誰にでもわかるマップづくり2回目 ・発表、意見交換

又別居の子や孫との関係性が把握できず緊急時の連絡先に苦慮した事例や、買い物や病院受診への送迎サービスが活用されていない実態と介護保険サービスの活用方法の周知が図られていないことの実態の報告がなされた。特に介護保険利用は気兼ねや別居家族への気遣いなど、家族の関係性や地域社会の課題が浮彫となった。一人暮らしや障害・疾病を抱えた暮らしを支えるため、①元気な高齢者をより元気に支えるサービスと、②疾病や障害を抱えた対象者を支えるサービスについて、まずは分かり易く提示し考え方の視点を提示した。特に実際に介護者からの報告では、在宅介護と施設介護を繰り返し活用した事例や終末期の一時を自宅で過ごした事例など、在宅介護へ期待する報告もあった。

いずれも安心して暮らすためには、在宅医療の充実が求められた。村内には、診療所が2か所、地域密着型施設1か所、医師2名、看護師3名で村民の健康管理がなされている。

在宅医療を充実させるためには、在宅医療をサポートする訪問看護を早急に開始することと同時に、診療所と高齢者福祉施設との連携の強化が必須である。また限られた資源の中でA村独自の在宅サービスを模索することとなった。

【第3回・4回目】対象者を1グループ4～5名を限度に、4つにグルーピングした。グループワークはそれぞれの意見が反映されやすいKJ法を用いた。第1回目と2回目の話し合いの内容を踏まえ、既存の介護保険サービスと今後必要なサービスについて、思いつくりのアイデアを出し合った(写真1)。生活への援助をサービスと捉え何に援助を必要とするかは「一人暮らしや」「援助を必要とする状態を」を何処までイ

メージできるかである。そのため身近な要介護状態の対象者の話を参考に進めた。グループの中でも目的と異なる内容の2つのグループを除き、他の2つのグループから支援やサービス内容について提案がなされた。1つ目のグループは要介護状態となった時を想定し、本人と家族を対象に「日常生活、家事」「受診」「自宅周辺の清掃草取り」「外出や遊び」「相談や話し相手」「金銭管理」「役割や地域参加」「自宅の修繕」など、「その他」の9の中項目に22の小項目のサービスが抽出された。2つ目のグループは在宅生活と施設生活を中心に、「送迎(受診)」「配食」「買い物」「外出」「緊急時」「火の始末」「調理」「その他」の8中項目に、11の小項目が抽出された。この二つのグループから得られた内容を類似した項目別に整理した結果、「日常生活」「緊急時の対応・往診」「相談相手」「金銭管理」「役割・地域の行事への参加」「外出支援」「自宅の修繕」「活動支援」「その他」の9項目のサービス種目別に整理された(表5)。「日常生活」では疾病や障害により非活動や一人暮らしの場合



写真1 村民の話し合いの様子

表5 村民が必要と感じたサービス内容とサービス項目

サービス項目	中項目	小項目
介護保険サービス	日常生活援助	身体 ・入浴 ・爪切り ・着替え ・洗髪 ・散髪 家事 ・買い物 ・調理 ・掃除 ・ゴミだし ・配食
	医療保健サービス	緊急時の対応・往診 ・夜間に体調を悪くした場合
地域福祉サービス	相談相手	・話し相手がいない ・不安な事を相談したい時
	金銭管理	・公共料金の支払い ・お金の引き出しや引き落とし
	自宅周辺の困り事	・自宅周辺の清掃草取り ・簡易な修繕
	役割・地域の行事への参加	・地域行事への参加 ・村、地域の清掃
高齢福祉サービス	外出支援	・外出 ・遠くへ出かけたい時 ・村外への受診が必要な時
	活動支援	・サロンへの参加に行きたい時
	日常生活や住まいなど	・火の始末が心配 ・動けなくなった時、通院ができなくなった時 ・ボランティアが必要

を想定し、身体介護と家事援助項目に10項目が挙げられた。「緊急時の対応や・往診」では夜間の体調不良や村外への受診が挙げられた。A村では、診療所の医師が必要時に限り往診を行っているが在宅医療の推進を図るためのシステム化は行っていない。「役割や・地域行事への参加」では地域行事への参加や地域の清掃などに支援を必要としていた。「外出支援」外出や遠くに出かけ時に支援を必要としており、いずれも通院や外出や送迎といった交通手段の不便さに必要性を感じていた。「自宅の修繕」が支援内容に上がっているのは台風や災害時の被害に対する対処など、一人暮らしでは不可能な内容を互いに支え合うことの必要性【共助】として支援項目に上げられた。村民が必要と感じたサービスは表5にまとめられた。必要なサービスの抽出過程で、①認知症の場合の対処、②サロン活動や公共に場の清掃など高齢により参加が徐々にできなくなっていることへの不安、③動けなくなった時の受診、④買い物や食事作りが大変など、疾病や障害などにより健康を損ない非活動状態となった時や認知障害による生活不安が明確となった。これらは対象者が地域の生活者として捉えた事実であり、「介護者」・「一人暮らし」・「近所付き合い」・「老化」などに起因していた。在宅支援マップ作成が主な目的であったが、更に対策として「近所の声掛けや見守り」「相談者となる」「互いに支え合える近所の付き合い

い方」や「介護の知識が必要」など限られた資源の中で、新たな関係性と暮らし方を提案する意見が出された。

安心して暮らすための在宅支援マップは調査内容を踏まえ、複数の窓口と地域包括支援センターが中心となり1)医療保健サービス、2)介護保険サービス、3)高齢福祉サービス、4)地域福祉サービスに集約された。(図1)

8. 考察

結果から過疎地域の地域ケアシステムを構築するために「在宅支援マップ作成」から保健活動を示唆する5点が考えられた。

1) 外出支援の見直しと、支援に優先度を設けることが必要

村民が必要と感じたサービス内容で最も特徴があったのが「外出支援」「活動支援」など移動を支援するサービスであった。過疎地であるA村は集落が点在しており主要な交通手段は自家用車である。移動手段を持たない障害者や高齢者は、買い物や村外への受診に困難さを感じている。外出支援は移動の手段としての側面と共に、介護者にとっては介護慰安やリフレッシュの機会ともなる。また仲間と共に外出することで精神活動の活性化をもたらす機会ともなる。更に外出支援は引きこもりや非活動の是正する手段ともなりうる。

図1 村民の活動を基に作成したA村の在宅支援マップ

村民が外出や受診送迎といった移動に支援を必要としているのも必然的とも言える。A村では独自に村外受診を対象に、送迎サービスを開始しているが利用率は低い。理由として住民全体に周知されていないことと、使い勝手の悪さが要因として考えられた。移動サービスは過疎地では優先度が最も高い。村民の身近な支援としての移動のための支援は、村民のニーズに沿う形に更に検討されるべきと思われる。

2) 公的サービス中心としたシステムから関係機関や地域住民の組織化へシフトすることが必要

次いで特徴的サービスニーズは「自宅の修繕」・「活動支援」・「地域への役割や自宅周辺への草取り」などが必要な支援内容に上がっている。一人暮らしや要援助者にとっては、必要な支援と言える²⁾。しかしどこまでを公助とし、何を共助するか何が自助でなすべきか公的支援の範囲と互いに支え合う地域住民の組織化の必要性がある。地域ケアシステムの発展過程から考えると、第一段階の公的サービスを中心とした地域ケアシステムから第二段階の関係機関や地域住民の組織化への移行といえる³⁾。地域の限られた資源を統合し包括的に提供することが望まれる。住民が主体的に取り組める組織化や要介護高齢者や認知症高齢者、障害者の家族など当事者の組織化や支援ネットワーク化が必要である⁴⁾。

3) 在宅医療支援体制のシステム化に先駆け訪問看護を開始することが望ましい

次いで「緊急時の対応・往診」のサービスの必要性がある。村内に医療機関が2カ所あるが、在宅医療を支えるためのサービスはない。基礎調査でも医療の不安や緊急時に不安を抱えている割合は高い、「緊急時の対応・往診」への必要性は、こうした村民のニーズを反映している。また村民が疾病や障害を抱えながら在宅で過ごすためには、医療と介護の充実と共にシステム化が不可欠でありA村にふさわしいあり方が望まれる。提案として、在宅医療のシステム化に先駆けて、在宅医療を補完する訪問看護を開始することが望ましい。なぜなら、医療機関からの訪問看護は、1回の訪問看護のコストが訪問看護ステーションに比べ低いが、看護師が一人でも始められる手軽さがある。また診療所との兼務も可能である。看護師が診療所の医師と共に、福祉や介護の関係機関と連携や調整する担い手となることを提案したい。診療所を中心とした医療との一体化は、訪問看護を開始することでシステム化のてがかりとなることが予測される。

4) サービスの開発が必要

日常生活は、「入浴」「洗髪」などの身体介護を主とした項目と、「買い物」「調理」「掃除」などの家事援助を主とする項目に10つに援助の必要性を感じていた。疾病や障害により要援助者となった場合、セルフケアをどう確保するかが必要となる。生活を援助するサービスの中には「買い物」「ゴミだし」「掃除」など状況によっては互いに支え合うことで補える支援も含まれる。更に必要とする援助の中には、「自宅周辺の清掃や草取り」や「自宅の簡易な修繕」など高齢者や障害者にとっては必要な援助の一つに含まれる。日常生活のニーズは多様で、「散髪」や「配食」は公的サービスでは補えないものもある。以上から公的サービスでは補えないサービスは、互いが支え合う共助とすることが必要。また、互いが気兼ねなく利用しやすくするためには、有償ボランティアの存在も視野に入れた支援サービスの開発が必要である⁵⁾。

5) 見守り体制のシステム化と地域包括支援センターの強化

高齢者や一人暮らしの生活支援のための見守りは、現在地区の民生委員や、シルバーヘルパー、介護施設訪問介護員、保健師、社会福祉協議会職員などで行われてきたがシステム化はしていない。そのため村内のなかで見守り関係者となりうる人材の選定を行った。

これまでの人材に加え、郵便公社職員、消防署職員、ヤクルト販売員などが挙げられた。今後は、関係者らと協議し、役割分担共にスケジュールや連絡体制の整備が急がれる。これまで地域の高齢者や障害者を一同に統括する地域包括支援センターは、保健師が兼務しており十分に機能しているとは言えない状況であった。そのため情報が集約されず、サービスの提供の側面から課題を残していた。今後は入退所などの情報は地域包括支援センターが集約し役割を強化することが望ましい。

9. 本研究の今後の課題

本研究は1地域のための調査であり一般化に際し限界がある。またサービスの受け手である当事者の意見は一部含まれているもの、今後は当事者を対象に検討していくことが課題である。

謝 辞

本研究にご協力いただきました熊本県A村の村民の皆様、関係機関の皆様に深く感謝いたします。

文 献

- 1) 藤澤まこと他. 過疎地域看護職と看護大学教員とで現地における事例検討とその意義. 岐阜県立大学紀要 2005 ; 5(1) : 117-23.
- 2) 塚本友栄他. へき地医療拠点病院看護職の現状とへき地診療所看護職支援との関連. 日本ルーラルナース学会誌 2011 ; 6 : 17-33.
- 3) 中山貴美子. 保健専門職による住民組織のコミュニティ・エンパワメント過程の質的評価指標の開発. 日本地域看護学会誌 2007 ; 10(1) : 49-59.
- 4) 藤本末美他. 住民と共につくる保健計画. 東京 : 日本看護協会 ; 1997. p. 34-9.
- 5) 木下由美子編. 地域看護学. 東京 : 医歯薬出版 ; 2004. p. 269-93.