

博士学位論文

地域包括ケアシステムの構築に向けた島嶼地域の取り組みに関する研究

鹿児島国際大学大学院

福祉社会学研究科 社会福祉学専攻

岩崎 房子

2015年3月

目 次

凡例 (viii)

図表一覧 (viii～ix)

はじめに	1
第1章 問題の所在と研究課題と方法および構成	6
1. 問題の所在	6
1-1 島嶼地域の特徴とコミュニティ	6
1-1-1 島嶼地域の特徴	6
1-1-2 島嶼地域のコミュニティ	7
1-2 わが国の地域コミュニティ	8
1-2-1 地域コミュニティとは	8
1-2-2 地域コミュニティの現状	10
1-2-3 地域における各種主体の現状	10
1-2-4 コミュニティ・ツールの増加	12
1-2-5 人との関わりや地域活動に関する意識の変化	13
1-2-6 市町村合併の進展が地域コミュニティに与える影響	14
1-2-7 地域コミュニティの衰退により想定される問題	14
2. 研究課題と方法	16
3. 本論文の構成	20
第2章 地域包括ケアシステムのあり方とその構築に関連する制度	22
1. 目指すべき地域包括ケアシステムのあり方	22
1-1 地域包括ケアシステムの構築の必要性	22
1-2 介護保険法における「地域包括ケア」に係る理念規定の創設	23
1-3 地域包括ケアシステムの概要	23
1-3-1 地域包括ケアシステムの姿	23
1-3-2 地域包括ケアシステムの構成要素	24
1-3-3 自助・互助・共助・公助からみた地域包括ケアシステム	24
1-4 市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス	25

1-4-1	地域課題の情報収集	25
1-4-2	地域課題の明確化	26
1-4-3	社会資源の発掘	26
1-4-4	地域の関係者による対応策の検討	26
1-4-5	対応策の決定と実行	26
1-5	地域包括支援センターの位置づけ	28
1-5-1	地域包括支援センターの業務	28
1-5-2	介護支援専門員の役割	29
1-6	地域ケア会議の活用	29
2.	地域包括ケアシステム構築に関する介護保険関連制度	30
2-1	生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加	30
2-1-1	予防給付の見直し	30
2-1-2	介護予防の見直し	31
2-2	地域支援事業	32
2-2-1	生活支援の充実	32
2-2-2	多様なニーズに対応する予防給付	33
2-2-3	地域支援事業の充実	34
2-2-4	新しい地域支援事業の全体像	35
2-3	新しい介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）	36
2-3-1	包括的支援事業	37
2-3-2	任意事業	37
2-4	新しい地域支援事業導入による介護予防事業の期待される効果	38
2-4-1	機能改善と参加を促す地域づくり	38
2-4-2	生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加	39
3.	地域における医療と介護の総合的な確保	40
3-1	社会保障制度改革国民会議報告書を踏まえた医療・介護分野の方向性	40
3-2	地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（医療介護総合確保推進法）	40
3-3	医療・介護サービス提供体制の一体的な確保	41
3-4	医療・介護サービス保障の強化	42

4. 地域包括ケアシステム構築に向けた在宅医療・介護	43
4-1 これまでの急性期医療から超高齢時代の在宅医療への転換	43
4-2 医療と介護の連携強化	46
4-3 在宅医療の量と質	48
4-4 在宅医療・在宅介護を支えるマンパワーの確保	49
4-5 病院での看取りから在宅での看取りへ	50

第3章 島嶼地域に居住する人々の社会関連性指標と生きがい感 52

1. 島嶼地域に居住する「高齢者」の主観的健康感と健康への意識行動	
および社会関連性指標との関連	52
1-1 研究の背景および目的	52
1-2 研究方法	53
1-2-1 調査対象地の選定	53
1-2-2 調査方法	53
1-2-3 倫理的配慮	54
1-3 調査対象島嶼地域の概要	54
1-3-1 奄美諸島	54
1-3-2 八重山諸島	55
1-4 結果	56
1-4-1 調査対象者の属性	56
1-4-2 主観的健康感と健康への意識行動	57
1-4-3 社会関連性指標	59
1-5 考察	61
1-5-1 調査対象地と属性との関連	61
1-5-2 調査対象地と主観的健康状態および健康への意識行動との関連	61
1-5-3 対象地（県・対象地）と社会関連性指標との関連	62
1-6 結論	63
2. 島嶼地域「中高年者」の社会関連性指標との関連からみた生きがい感に	
関連する要因	64
2-1 研究の背景および目的	64

2-2	調査対象と方法	67
2-3	結果	68
2-3-1	調査対象者の属性	68
2-3-2	生きがい感	69
2-3-3	健康状態	70
2-3-4	社会関連性指標	70
2-3-5	生きがい感との関連性	71
2-4	考察	72
2-4-1	生きがい感	72
2-4-2	生きがい感に関連する要因	73
2-5	結論	74
3.	島嶼地域の人々の社会とのかかわり状況と生きがい感	74
3-1	島嶼地域高齢者の社会とのかかわり状況	74
3-2	島嶼地域中高年者の生きがい感	75

第4章 島嶼地域における住民の主体性を活用した地域づくり 実践

1.	H村の「住民自ら考える互助の地域づくり」取り組みの事例	78
1-1	研究の目的	78
1-2	研究方法	78
1-2-1	調査対象地の選定	78
1-2-2	調査方法	78
1-2-3	倫理的配慮	79
1-3	H村の概要	79
1-4	結果	79
1-4-1	計画策定の目的とその担い手	79
1-4-2	計画の位置づけ	80
1-4-3	計画の策定体制	81
1-4-4	施策の体系図	82
1-5	住民の生活状況と地域づくりの視点	84

1-6	H村の地域づくりの実際	86
1-6-1	基本的な考え方	86
1-6-2	地域づくりの進捗	86
1-7	支え合いマップづくり	87
1-7-1	マップづくりに至った経緯	87
1-7-2	マップづくりの手法	88
1-7-3	マップづくりからの気づき	89
1-8	気づきから“住民主体”への展開へ	90
1-9	集落と住民の変容	92
1-9-1	“集落”に焦点を当てた取り組み	92
1-9-2	“個人”に焦点を当てた取り組み	97
1-10	住民活動における行政の役割	98
1-11	取り組みの評価およびフィードバック	98
1-12	行政側の課題	99
2.	H村の「住民自ら考える互助の地域づくり」活動の成果	100
2-1	ケアマネジャーの思い	100
2-2	家族の思い	101
2-3	行政の思い	103
2-4	地域支え合い活動者の思い	104
3.	島嶼地域における「互助」の地域づくり	106
第5章	地域医療および在宅での看取りの現状	110
1.	島嶼地域と医療の現状	110
1-1	研究の目的	110
1-2	研究方法	110
1-2-1	調査対象地の選定	110
1-2-2	調査方法	110
1-2-3	倫理的配慮	110
1-3	調査対象地の概要	111
1-4	結果	112

1-4-1	F島の医療の現状	112
1-4-2	G島の医療の現状	114
2.	島嶼地域以外の実践例	118
2-1	ターミナルケアと地域包括的支援	118
2-1-1	「ホームホスピス宮崎」発足までの経緯	118
2-1-2	活動目的	119
2-1-3	活動内容	119
2-1-4	かあさんの家をつくった背景	120
2-1-5	「ホームホスピスカあさんの家」とは	121
2-1-6	かあさんの家のケア目標	122
2-1-7	医療と介護のチームケアの実際	122
3.	島嶼地域における看取り	129
第6章	総合考察	132
1.	全体の総括	132
1-1	島嶼地域の人々の社会とのかかわり状況と生きがい感	134
1-2	島嶼地域における「互助」の力を活用した地域づくりの必要性	135
1-3	島嶼地域における看取りの困難性	136
1-4	島嶼地域におけるICT活用への示唆	138
1-5	島嶼地域における地域包括ケアシステムの構築	138
2.	仮説と結果	141
3.	本研究の意義と限界	145
4.	今後の研究課題および展望	145
補論	地域包括ケアシステムを見据えたICTを活用した独居高齢者等の安心・安全ネットワークシステム開発への取り組み	147
1.	ICT見守りシステムの導入に関する意向とシステム構築への課題調査	149
1-1	高齢者調査および一般成人調査	149
1-1-1	調査方法	149
1-1-2	分析方法	151

1-1-3 倫理的配慮	151
1-2 医療機関職員調査	151
1-2-1 調査方法	151
1-2-2 分析方法	153
1-2-3 倫理的配慮	153
1-3 結果	153
1-3-1 高齢者調査結果	153
1-3-2 一般成人調査結果	155
1-3-3 医療機関職員調査結果	157
2. 独居高齢者等の安心・安全ネットワークシステムの実証実験研究	159
2-1 研究の背景と目的	159
2-2 研究開発内容および成果	160
2-2-1 研究内容	160
2-2-2 研究方法	160
2-2-3 研究結果	161
2-3 開発した ICT 見守りシステムの概要	161
2-3-1 ICT 見守りシステムの概略	161
2-3-2 ICT 見守りシステム実証実験の実際	163
2-4 研究開発成果と今後の展開	165
3. 島嶼地域における ICT 活用への示唆	167
謝辞	168
文献	169
資料	1～51

凡 例

本論文における資料の引用は以下によるものとし、脚注を同頁下に主要参考文献を巻末に示した。

1. 本論文においては、和書・洋書を問わず、本文の中で（著編者名；出版年：頁）の順で示した。
2. 雑誌掲載文献についても、和書・洋書を問わず、（著者名；出版年：頁）の順で示した。
3. インターネットの参考に関しては、URL、当該情報のタイトル、アクセス年月日を示した。
4. 引用文献中の省略は……で示した。

図表一覧

図 1-1	論文の全体像	20
図 2-1	2025 年を見据えた現在の介護保険事業計画の位置づけ	27
図 2-2	地域包括支援センターの業務	29
図 2-3	予防給付の見直しと地域支援事業の充実	35
図 2-4	新しい地域支援事業の全体像	36
図 2-5	新しい介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）	37
図 2-6	新しい介護予防事業	38
図 2-7	生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加	39
図 2-8	機能的健康度の変化パターン（男性）	45
図 2-9	機能的健康度の変化パターン（女性）	45
図 4-1	H 村地域福祉活動計画との関係	81
図 4-2	H 村地域福祉計画の策定体制	82
図 4-3	H 村の施策の体系図	82
図 4-4	c 集落（建築中）	91
図 4-5	d 集落	91
図 4-6	g 集落	91
図 4-7	i 集落	91
図 4-8	ティダの会喫茶の内部①	92

図 4-9	ティダの会喫茶の内部②	92
図 4-10	f 商店	95
図 4-11	離島における「不利性」の克服から「有利性」の伸展への転換	107
図 5-1	かあさんの家の仕組み	123
図 6-1	コミュニティ・エンパワメントのシステム構成	140
図 7-1	見守りシステム説明イメージ図（高齢者・一般成人調査用）	150
図 7-2	見守りシステム説明イメージ図①（医療機関職員用）	152
図 7-3	見守りシステム説明イメージ図②（医療機関職員用）	152
図 7-4	見守りシステムにおける見守りの流れとシステムの構築①	162
図 7-5	見守りシステムにおける見守りの流れとシステムの構築②	162
図 7-6	独居高齢者 S さん宅の各種センサーの設置状況	163
図 7-7	室温センサーの蓄積データ	164
図 7-8	相対室温の蓄積データ	164
図 7-9	人感センサーによる居間における移動確認とトイレの利用回数	165
図 7-10	見守りシステムを活用した地域包括ケアシステムのイメージ図	166
表 3-1	調査対象者の属性	57
表 3-2	主観的健康感と健康への意識行動	58
表 3-3	県および対象地域と社会関連性指標における分散分析の結果	60
表 3-4	対象者の属性	69
表 3-5	性別による各得点の平均値（標準偏差）と t 検定の結果	70
表 3-6	生きがい感との単相関と生きがい感を目的変数とした重回帰分析の結果 （ステップワイズ法）	72
表 4-1	進捗管理表	83
表 4-2	H 村の人口・世帯数（H25 年 11 月 13 日現在）および各集落の地域支え合い 活動内容	90
表 4-3	離島の類型化と課題（沖縄県）	108
表 4-4	奄美諸島の類型化と課題	109

はじめに

地域包括ケアという概念をはじめて提起したのは、広島県御調町の公立みつぎ病院（現在：尾道市、公立みつぎ総合病院）の山口昇医師（現在：公立みつぎ総合病院名誉院長・特別顧問）であり、1970年代以来、御調町^{みつぎ}で展開した医療と福祉にまたがるケアの実践に与えた名称である（高橋；2012：3）。また、山口医師は「寝たきりゼロ作戦」を提唱した医師としても知られる。

山口医師によると¹、勤務する病院に高度な医療体制が整備され、救命率が向上してきた頃から、寝たきりの方々が増え出した。徹夜で緊急手術をして救命した患者が1～2年後に寝たきりになって再入院するケースが相次くようになった。大きな褥瘡をつくり、また、失禁や認知症が進んだ状態になっていることも多かった。このように、再入院して来られる方の姿を見た時に、1～2年前に徹夜で手術をして命を助けてよかったと喜んだことや、退院の時には「先生ありがとう」と杖をついて歩いて帰られた患者さんが、どうしてこんな無残な姿で再入院して来られるのだろうか、という何とも形容しがたい思いを機に、山口医師の医療の転換が始まったのである。

退院後の生活が三世代同居と言っても、日中は、孫は学校へ、若夫婦は仕事へ、家に残るのは障害を持った患者さんや高齢者だけである。そうすると看る人がいない、外来を受診しようにも移動の術がない。さらに、日本家屋は段差が多く、廊下で歩く練習をするように言われてもつかまるところがなく、障害を持った患者さんや高齢者が療養できる環境にない。このように、寝たきりの原因は、家族介護力の低下、おむつでの失禁を余儀なくされる不適切な介護、自宅の療養環境上の問題、さらに、日中の家族不在により家に閉じこもりがちにならざるを得ないために起こる認知能力の低下がみられることなど、複合的な要因によるものであったと分析された。急性期医療、つまり、救命し病気を治療することは病院の本来の任務であるが、それだけではない。退院後の寝たきりを何とか防止できないか。このような思いから立ち上がった取り組みが山口医師が35年程前に始めた「寝たきりゼロ作戦」であり、介護保険でいう「介護予防」である。寝たきりは、完全にゼロにすることはできないが、初期の段階であれば何とか防止することができる。そのためには、

¹ 青森県保健・医療・福祉包括ケア推進大会（2008）特別講演「地方分権時代の地域包括ケアについて～尾道市（旧みつぎ町）における取り組みから～」および、障害保健福祉研究情報システム（2009）基調講演「第31回総合リハビリテーション研究大会～手と手を…ひろしまからの発信～」における山口医師の講演内容を要約した。

医療、介護、福祉の連携が必要だということに山口医師らは気づかされたのである。

当時、福祉は措置の時代であったため、山口医師らは行政と連携することから始めた。これが現在の保健福祉センターにあたる。町役場の厚生課の保健と住民課の福祉を病院の医療と一緒にするという改革を実行した。1970年代には、医療を自宅に届ける出前医療、訪問看護²、保健師の訪問、訪問リハビリテーション、さらに、地域住民による地域活動の充実などの活動を導入するとともに、1980年代には、病院に健康管理センターを増設、社会福祉協議会も移設し、ここに町役場の福祉と保健行政を集中させ、保健医療介護の一体的な推進体制を構築した。まさに、保健、医療、福祉の連携・統合という制度を実現したのである。山口医師らは、このシステムを「地域包括ケアシステム」と呼んだ。山口医師が20余年前に提唱した地域包括医療（ケア）の定義は、①地域に包括医療を、社会的要因を配慮しつつ継続して実践し、住民のQOLの向上をめざすもの。②包括医療（ケア）とは、治療（キュア）のみならず保健サービス（健康づくり）、在宅ケア、リハビリテーション、福祉・介護サービスのすべてを包括するもので、施設ケアと在宅ケアとの連携及び住民参加のもとに、地域ぐるみの生活・ノーマライゼーションを視野に入れた全人的医療（ケア）。③地域とは単なるAreaではなくCommunityを指す、としている。包括ケアというのは治療だけではなく、健康づくりから在宅ケア、リハビリテーション、介護サービスすべてを包含する。そして、施設ケアと在宅ケアの連携と住民も参加する体制で、地域ぐるみの生活という視点が大切であるとしている。

40余年前に実践されてきたこの取り組みは、「病気や介護が必要な状態になっても適切なサービスを利用して個人の自立と生活の質の追求が可能になるよう、医療や介護を通じた個々人の心身状態にふさわしいサービスが切れ目なく提供されるようなサービス体制の提供を目指す」という今日の地域包括ケアシステムの理念を実践した先進的取り組みである。ここで重要なことは、患者を医療の対象者として捉えるのではなく、患者を‘生活体’として、その人の‘生活の質’という観点で捉えているということである。そうすることで、地域社会の変化が寝たきりの障害者や高齢者を発生させているという事実気づくことができるのである。これまでのような医療だけの力では、家族介護力の低下や療養環境の問題、孤立の問題などへの対処や問題解決は不可能である。療養を送っている人々の生活の

² 現在は、訪問看護や訪問リハビリテーションという言葉が普通に使われているが、山口医師が始めた1974（昭和49）年には、言葉そのものが無く、診療報酬の点数も無かった。診療報酬で訪問看護が点数化されたのは、その14年後からであり、14年間は無料で医療の出前（訪問看護・訪問リハビリテーション）を続けられた。

質の向上をはかるためには、多職種との連携、新しいサービスなどの整備、地域住民参加によって問題を解決して行く手法を開発し、スムーズな解決を実現するために、組織改革を行うなどの取り組みが不可欠なのである。

前述のように、「地域包括ケアシステム」という言葉自体は古くから存在するが、それから20余年後の2000（平成12）年の社会福祉法改正のなかに地域福祉の推進（法第4条）が盛り込まれ、住民参画による「地域ケアシステムづくり」として取り上げられて以後、盛んに使われるようになる。2000（平成12）年には介護保険制度が施行され、様々な介護サービスが導入されたが、一方では、介護保険によるサービスだけでは地域の介護課題の解決は困難であることも明らかになった。高齢者介護研究会報告書『2015年の高齢者介護』（2003）では、「介護以外の問題にも対処しながら介護サービスを提供するには、介護保険のサービスを中核としつつ、保健・福祉・医療の専門職相互の連携、さらにはボランティア等の住民活動も含めた連携によって、地域の様々な資源を統合した包括的なケアが必要である」と示され、2006（平成18）年の介護保険制度の見直しに大きく影響を与えた。この報告書を受けて「地域ケア、地域ケアシステム」の考え方が示され、医療制度改革においても「地域ケア体制」という考え方が示された。こうして、2006（平成18）年の介護保険制度の見直しでは、2015（平成27）年の本格的な超高齢社会への「入り口」³（高齢者人口の増加、認知症高齢者の増加、高齢独居世帯の増加）を見据え、10年後に向けて3つのサービスモデルへの転換⁴と認知症ケアの基本的な考え方の見直し⁵が図られた。こうして、保険者や市町村がその運営に直接的に責任を持つ地域密着型サービスが登場し、地域支援として包括的・継続的マネジメント等を担う地域包括支援センターが設置された。そして市町村は、「地域包括ケアシステム」構築が課題となった。

³ 2006（平成18）年当時の推計では、2015（平成27）年には「第1次ベビーブーム世代」が前期高齢者（65～74歳）に到達し、その10年後（2025（平成37）年）には高齢者人口がピーク（約3,500万人）を迎える。また、認知症高齢者も今後急増し、2015（平成27）年には250万人、高齢者世帯は1,700万世帯に増加し、そのうち独居高齢者は約570万世帯（約33%）に達するとされていた。

⁴ 3つのサービスモデルへの転換：①介護予防の推進（「介護モデル」⇒「介護＋予防モデル」へ）、②認知症ケアの推進（「身体ケアモデル」⇒「身体ケア＋認知症ケアモデル」へ）、③地域ケア体制の整備（「家族同居モデル」⇒「家族同居＋独居モデル」へ）。

⁵ 認知症ケアにおいて「尊厳の保持」を基本に、①「身体のケア」から「心のケア」へ、②なじみの人間関係、なじみの居住空間などの「関係性」の重視、③状態変化に対応した専門的ケア（医療との適時、適切な連携）を踏まえた「継続性」と「専門性」の重要性、④認知症高齢者本人の意思の代弁としての「権利擁護」の必要性への見直しがなされた。

さらに、社会保障国民会議「第二分科会（サービス保障（医療・介護・福祉）中間とりまとめ」（2008：7）の報告によると、「国民の医療・介護・福祉サービスに対する需要について、社会全体としてどのように応えていくかという点については、まず、個人の生活を成り立たせていく基本的責任はその人自身にあるという意味での「自立・自助」を基本に置き、次に、個人の選択・自由意思を尊重しながら個人の抱える様々なリスクを社会的な相互扶助（＝共助）の仕組みでカバーしていく。さらに、それでもカバーできない場合には直接的な公による扶助（＝公助）で支える、という、「自立と共生」の考え方に立って制度を構築していくことが必要である。」とし、さらに、「同時に、「社会的な相互扶助（＝共助）の仕組み」として、社会保険のような「制度化された仕組み」のみならず、地域社会の中での支え合いやNPO・住民参加型相互扶助組織のような「自律的・インフォーマルな相互扶助（共助）の仕組み」を活用し、制度化されたサービスの受け手として、そのみに依存して生きるのではなく、国民一人一人が相互扶助の仕組みに参加し、共に支え合っ
て生きていくことを実感できるような地域社会づくりが重要である。」とした。そして、2009（平成21）年に提出された地域包括ケア研究会報告書においては、「互助」⁶を加え、「共助」⁷との役割が明確化されている。

このように、わが国は保健医療福祉サービスが十分に提供可能であるという前提で、地域包括ケアの課題を取り上げているが、このような保健医療福祉サービスが十分に存在しない地域も存在する。特に島嶼地域においては、地域ケアシステムや地域包括ケアを議論する以前に、地域ケアやそのシステム化に乏しく、まずは地域ケアをつくることが必須である。島嶼地域においては、「共助」や「公助」の機能が極めて乏しい。さらに、高齢化率の高さから独居高齢者や高齢夫婦のみ世帯の割合が多く、年々「自助」機能の維持も困難になってきている。しかし、個々人の生活の営みの状況や地域全体の捉えやすさ、情報の把握、活動の実施および評価等が容易であり、何よりも、人と人とのつながりが密であるという特徴から「互助」の機能が低いという有用な資源がある。「共助」や「公助」への取り組みの可能性を視野に入れながらも、「互助」のあり方を重視した取り組みが求められる。

⁶ 地域包括ケア研究会報告書（2013（平成25）年3月）では、「互助」は相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なものとしている。

⁷ 「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間（被保険者）の負担であるとしている（地域包括ケア研究会報告書（2013（平成25）年3月）。

こうした「互助」の機能の原動力である“地域力”を引き出すためには、住民の生活課題を解決し、真のニーズを実現するためには多様な主体が協働することが重要であり、そのためには、この課題とその方向性を明確にすることである。このことがひいては、「自助」「共助」「公助」機能を引き上げていく可能性も期待でき得る取り組みに発展していく可能性も大いに含んでいる。

本研究では、主に島嶼地域における地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みに着目し、島嶼地域における「互助」機能を重視しつつ、「住み慣れた地域で安心して暮らし続けたい」という思いを達成するための可能性を探ろうとするものである。周知のように、島嶼地域は海によって外部から遮断され、本土や他の島との交通に時間と費用を要する。このような地理的な特性は、多くの島嶼地域に共通することであり、それぞれの島嶼の実情によって、そこでの地域ケアの在り方は大きく異なる。そのため、複数の地域実情に即した分析を進める必要がある。ここでは、琉球弧として知られる鹿児島県の奄美大島と沖縄県の八重山の島々を対象に、これまでの調査研究を踏まえながら考察し、併せて、「自助」「公助」機能を補完すべく ICT 活用の有用性についても検討していくこととしたい。

第1章 問題の所在と研究課題と方法および構成

1. 問題の所在

1-1 島嶼地域の特徴とコミュニティ

1-1-1 島嶼地域の特徴

島嶼は、大小さまざまな島々という意味で使われる。本土からの距離によって程度は異なるものの、島々の特徴はそれぞれの地理的環境や文化・社会背景により、島嶼ということばで一括りに表現することが困難であるほど実に多様である。そのため、島々の特徴や歴史的・文化的背景を十分に考慮した情報の蓄積と分析が必要である。地理的環境や交通の不便さにより、固有の自然や文化が保全されてきた島も多い。一方では、資源の種類や量に乏しく、感染症などに対して、極めて脆弱な側面を保有している。また、島外に依存してきた歴史もあるが、島嶼は自然・文化・社会・経済など、様々な要素が密接に関係し影響し合い独自の社会を形成し、地域完結型のシステムを有している。

藤田（2014：358）は、大陸や本土との比較における島嶼の劣位性として、「遠隔性」「環海性」「狭小性」「脆弱性」をあげて、次のようにまとめている。

「遠隔性」は、大きな市場としての本土からの距離を隔てていることによる輸送費用の増大や情報の不均衡等、市場経済を営む上で圧倒的な劣位性につながる特徴である。輸送費用の課題は依然存在するものの、情報の不均衡に関しては、近年は情報通信技術（以下、ICT：Information and Communication Technology）の発展により、急速に解消されつつあり、情報格差は縮小し始めており、島嶼からの情報発信も容易にしている。また、本土から遠隔の地にあるからこそ培われてきた独自の文化や習慣が、今日の島嶼地域の魅力として、島嶼地域における貴重な観光資源や学術的関心を集める対象となっている。

「環海性」については、陸地と比較して人やモノの移動を困難にする海に隔てられているという環境は、島嶼地域における経済の発展を阻害してきた。一方では、海は他の地域との関係を隔てるものではなく、広い外界との間を接続するものでもあると捉えることもできる。さらに、海によって他の地域と隔絶されてきたために、固有の文化が発祥し、特徴的な自然が維持されてきたという側面もあり、これが今日の学術的価値や観光地としての魅力につながっていると捉えれば、環海性という特徴は島嶼に賦与された恩恵でもある。広大な海が与えてくれる豊富な資源を水産業や観光業に活用することができるのも、島嶼地域の持つ優位性の一つである。

「狭小性」は、大規模な産業誘致に適さないことや、小規模な人口など、島嶼地域におけ

様々な経済活動の規模の拡大を阻害する最も大きな要因である。例えば、島内の需要が小さいためコストが割高になったり、廃棄物の処理についても高いコストを負担し、島外への依存度が高いということも多く島の地域に共通する不利性の一つとなっている。さらに、島の劣位性として指摘される「脆弱性」には、気候変動や災害等、自然環境の変化に対する適応能力の弱さに加え、政治的・経済的基盤の弱さも含まれる。近年では、地球温暖化に伴う海面上昇や台風の強大化による被害の深刻化が報告されている。

このように島は、狭小であるために、これらの問題や施策の影響が顕著に現れる地域でもあるが、それゆえに、地域内での地域共同体（互助）の力にも着目できる。小さなコミュニティで生活し、厳しい自然環境に直面する島においては、人々の信頼関係と協力が必要不可欠である。小さな社会を営む島の脆弱性が地域の連携関係を強化させ、地域の営みに活かされているのである。

1-1-2 島の地域のコミュニティ

島の地域は、本土に大きく影響を受ける存在である。なかでも資源を持たない島の地域では、財政的支援を受けざるを得ない。このことは、島社会の主体性の低下から従属意識を助長し、「自律」への活力の喪失につながる。

一方では、島の遠隔性や環海性が島の個性を生み出し、自然や文化の多様性を育み、それらと調和した島社会のコミュニティが成立している。島の地域の資源等の利用法には、その地域の伝統的習慣や慣行、自然環境の特性を上手く活用した方法や知恵が数多く存在する。永年の人々の生活の積み重ねのなかで、地形や気候などの自然環境に対して調和している。これらは、同様に島社会を維持・存続するためのシステムが極めて多様であり、地域性を色濃く反映していることを示している。また、各島独自の方言（シマグチ）をもち、踊りや島唄も異なる。そこには異なる数だけ文化が存在し、独自の地域システムが存在しているということになる。

このような特性をもつ島の地域においては、現在でも集落内の住民間の結束は極めて強く、住民は地縁や血縁によって重層的に結び付けられている。そこで着目すべきものが、「互助」の力である。島集落には、区長または公民館長を中心として、婦人会・青年会・消防団などが組織され、集落住民の日常生活の安心・安全に寄与している。さらに、琉球弧文化圏（特に、奄美諸島、沖縄諸島、八重山諸島）においてコミュニティを支えている特

徴の一つに郷友会⁸という相互扶助の組織の存在がある。郷友会は、琉球弧島嶼の特定地域の出身者が移住先で特定地域に集中して居住したりして、同じ集落（シマ）の出身者同士が受け継がれてきた“結い”の精神を基に、遠く故郷を離れた人々の“絆”の証として、同時に出身集落を支援する目的で組織されている。県人会組織のような親睦だけに留まらず、出身集落に暮らす人々の生活における様々な面で一定の役割を担っており、大都市で結成されているものと、群島・諸島内の中心都市で結成されているものがある。郷友会の財源は、寄付金制と会費制であり、集落の諸行事の運営には欠かせない貴重な財源となっている。また、島唄や踊りを継承するための活動、運動会や豊年祭等の参加・支援を行っている。郷友会結成には、集落の孤立性に基づいた独自性と強い地縁・血縁による強い連帯感が背景にある。このように郷友会の組織は、集落コミュニティや文化維持にとって重要な機能をも果たしているのである。しかしながら、昨今は、郷友会会員の高齢化や資金や物資面で郷友会を支援する事業者などの減少などにより、消滅したり、活動が縮小したりしてきている。

島嶼地域においては、地域主体型あるいは地域住民参加型と呼ばれる取り組みが効果的である。コミュニティの絆や高齢者の経験値の高さなどを最大限に活かしたボトムアップ型の意思決定システムを構築することによって、地域の実情にあった施策を打ち出すことが期待でき、その効果と問題点を把握することができる。財政基盤が弱く、産業の規模が小さい島嶼地域では、こうした地道な互助力が地域社会を支える基盤となる。

1-2 わが国の地域コミュニティ

1-2-1 地域コミュニティとは

「コミュニティ」と「地域社会」という言葉は、『広辞苑』では、どちらも「一定の地域的範囲の上に、人々が住む環境基盤、地域の暮らし、地域の自治の仕組みを含んで成立している共同生活体。」と同義語として記載されている。さらに「コミュニティ」には、「アメリカの社会学者マッキーヴァー⁹（Robert M. Malvern 1882-1970）の設定した社会集団の類型。個人を全面的に吸収する社会集団。家族・村落など。」が付加されている。

⁸ 郷友会とは、主に琉球弧の島嶼集落の古くから存在する“結い”の精神に基づく組織である。琉球弧島嶼集落以外には、天草郷友会（熊本県）、村上市郷友会（新潟県）がある。

⁹ R.M.マッキーヴァー（R. M. Maclver）は、スコットランドで生まれイギリス、のちにアメリカで活躍した政治学者、社会学者である。コロンビア大学名誉教授。国家を共同社会から区別された目的社会としてとらえ、社会学的に多元的国家論を支持した（1882-1970）。

コミュニティに必要な条件について、西村（2007：6）は、「R.M.マッキーヴァーは、『地域性』と『地域社会感情』を、G.A.ヒラリー¹⁰は、『地域性』、『社会的相互作用』、『共通の絆』を、松原（1978）は、『領域性（地域性）』、『相互作用性』、『共同性』、『社会資源』、『生活環境施設の体系』、『態度的規定』などをあげており、これらの3人に共通するコミュニティの条件として、『地域性』、『地域社会感情・共通の絆・態度的規定』があげられ、さらに、G.A.ヒラリーと松原に共通していた『相互作用（社会資源も含める）』を含め、3つの条件に集約される」と述べている。

「地域性」には、社会構造の地域的な差異、例えば、それぞれの土地の自然・気候・生産・文化風習などが含まれる。また、「地域社会感情・共通の絆・態度的規定」は、地域社会の問題について、地域住民をはじめとした地域を構成する人々が、自らその問題の所在を認識し、自律的にその他の関係主体との協働¹¹を図りながら、地域問題の解決や地域としての価値を創造していくことなどが含まれ、この力のことを「地域力」といい、「地域力」が醸成していく過程がエンパワメントである。そして、「相互作用（地域資源）」には、日常生活の中にある自然環境・文化・風習・生産活動や地域の様々な人材、学習のための場・空間などが含まれる。

近年のわが国のコミュニティ変遷について、志田（2014：50）は、「地域性」についてみると範囲が拡大してきているとし、「地域の絆」や「相互作用」については、存在はするがその質が変化してきていると指摘している。地域コミュニティの担い手は、地縁団体（例えば、自治会、町内会、青年団、子ども会など）が主であったが、昨今は近代化の中で、地域で特定の明確な目的を持つ集団が形成されたり、特定の目的のための機能が地縁団体から独立したりすることによって、様々な特定の機能団体が既存の地縁団体と併存するよ

¹⁰ G.A.ヒラリー（Hillary.G.A）は、94のコミュニティの定義を整理して、概念を分析し3つ特徴を見出している。その1つが、それを構成する多くの個人の間で「社会的相互作用（social interaction）」が交わされているということ、2つ目が、「地域的空間の限定性（領域：aria）」、そして3つ目が、「共通の絆（common ties）」である。また、94の定義のうちの74.5%は、「地域的空間の限定性（領域）」と「社会的相互作用」で占められており、コミュニティを考えるうえで両者は極めて重要であり、考慮すべきであると主張している。

¹¹ ここでは、「きょうどう」の意味について次のように区別する。共同：複数の人や団体がただ単に一緒に仕事をするものをいい、人海戦術で業務をこなせるため、一斉に行うことに意味がある。特に難しい意見調整はほとんどない。協同：複数の人や団体が互いが役割を分担して行うもので、必ず一緒に行動（作業）するものではない。協働：複数の人や団体が共通の目標に向かって、互いのできることで、得意分野の仕事を割り振り、戦略的に活動することで、効率的に成果を得る働き方である。目標を共有しながら力を合わせて仕事を行うことであり、意見調整に困難性が増す（千葉県ホームページ「共同から協働へ」）。

うになり多様化してきている。

ところで、地域コミュニティの機能は、冠婚葬祭、福祉、教育、防災等の生活に関する相互扶助であり、個人や家庭が直面する突発的な出来事や課題に地域コミュニティ全体で対応する。また、伝統文化等の維持・継承、地域の特色・文化・環境等を地域コミュニティの活動を通じて維持する。さらに、地域住民が協力しなければ実施または解決できないような取り組みや利害に対して調整の必要がある課題の意見調整を地域コミュニティの活動を通じて行う。特に町内会などの地縁団体は、行政との連絡・回覧、町内の清掃、廃品回収を行うなど、行政の補完機能も担ってきた。また、世代間交流の場としても、重要な機能を果たしてきたのである。

1-2-2 地域コミュニティの現状

地縁団体としてのコミュニティは、今後は衰退していくであろう。このため、地域コミュニティの機能も失われていくことが懸念される。都市部、地方小都市、農村・島嶼などの過疎地域ごとに、地域コミュニティが抱える課題は異なるため、それぞれの地域の現状に即した基本認識のもと、対応を検討していくことが必要である。

三大都市圏、地方中核都市などの都市部においては、人口移動が激しく、単身者が多いため、地域活動への参加意識が高まりにくい。さらに昼間人口と夜間人口の二極化、自営業者が少なく会社員の増加、共働きの増加により、勤労世代は昼間は職場にいるため生活圏に不在となり、地域コミュニティが機能しにくい。加えて、大型マンションの増加などにより急激な人口増加が起こると、既存の地域コミュニティと新規住民との間で軋轢が生じる可能性がある。

一方、地方小都市や島嶼・過疎地域では、慢性的に人口減少が進行しているため、経済活動の維持・活性化が一層困難になっている。特に近年は、企業の撤退・倒産などにより、生産年齢人口が急激に減少し高齢化が加速している。その結果、地域コミュニティの活力低下を招き、既存の地域コミュニティの維持が困難になってきている。地方小都市などにおいては、地縁的なつながりは比較的強いが、都市化の進行により、地縁的なつながりは徐々に希薄化し、その一部の地域は、経済活動の低下に伴い過疎化が進行してきている。

農村・島嶼などの過疎地域においては、農林漁業が多く、地縁的なつながりは強いが、地域経済の縮小、人口減少・高齢化によりコミュニティの維持そのものが困難である。

1-2-3 地域における各種主体の現状

近年、子どもが被害者になる事件等が増加してきている。その影響から、学校は閉鎖的

となり、かつてのコミュニティの中核としての機能を十分に果たせていない現状もある。学校という教育施設や運動場などの地域資源については制度上の制約¹²があり、地域コミュニティが活用しにくい。このことから文部科学省においても、地域に信頼される学校づくりの一環として「コミュニティ・スクール（学校運営協議会制度）¹³事業」を全国で展開しているが、事件・事故が起こった時の責任問題など学校側にも制約があり、十分に機能しているとは言い難い。このような状況のなか、中央教育審議会答申「今後の学校におけるキャリア教育・職業教育の在り方について¹⁴」において、地域（家庭、地域・社会、企業、経済団体、職能団体、NPO等）と連携し、一体となった取り組みが重要であるとの方向性が示され、教育の中において「地域」が強調されている。鹿児島県ではこの答申を受け、教育振興基本計画や議会等において「地域との積極的な連携・協働」「専門高校の更なる活性化」などが示され、「地域が抱える課題の解決等に協働して取り組む」ことが重要であるとし、「地域協働による専門高校活性化プラン事業」を新設している。産業教育に関わる高等学校では、高校生による地域活性化や地域づくり活動への取り組みがなされ、教育の場において「地域」が再認識されてきている。

一方、わが国においては、町内会、自治会などの地縁団体の数や加入率は大変高い数値であり、これは世界的に稀であると言われている。内閣府が実施した国民生活調査（2007）によると、その加入率に関しては、1970（昭和45）年に実施された調査では、20歳以上の人々に町内会・自治会への加入の有無を尋ねた結果、90.2%が加入していた。また、2003（平成15）年の調査では、対象となる地縁団体の範囲が違うなどの差があり、直接的には

¹² 学校教育法第137条に「学校教育上支障のない限り…（中略）…学校の施設を社会教育その他公共のために、利用させることができる」と規定されているが、規定を考慮しながらも設置目的にかなった利用・管理を行わなければならないので、目的外使用には制約がかからざるを得ない。

¹³ コミュニティ・スクールは、学校と保護者や地域住民がともに知恵を出し合い、学校運営に意見を反映させることで、一緒に協働しながら子どもたちの豊かな成長を支え「地域とともにある学校づくり」を進める仕組みのことである（文部科学省）。

¹⁴ 本審議会答申「今後の学校におけるキャリア教育・職業教育の在り方について」の序章において、その経緯を「中学校の進路指導が、将来の職業生活等を考えた上で、一人一人の将来を十分に見据えたものに必ずしもなっていないのではないかとの指摘がある。また、高等学校、特に普通科の進路指導においては、将来の職業選択はさておき、高等教育機関、特に選抜制の強い大学への進学を第一としたものに偏りがちであるという指摘もある。進学を志向した指導が展開されることは、教育の一つの役割として重要であるが、現在の若者を取り巻く経済・社会の状況等を踏まえれば、社会的・職業的自立、学校から社会・職業への円滑な移行に必要な力を育成することが求められていることを強く意識する必要がある。」としている。

比較することはできないとしながらも、地縁団体への加入率は高水準であるとの点では、30年前から2003（平成15）年時点まで、それほど大きな変化はないと考えてよいとしている。しかしながら、これらの地縁団体に加入していても、実際に活動に参加している人は減少している。1968（昭和43）年の調査では、「だいたい参加する」が町村部で70.2%、市部で49.1%と半数以上ないし半数近くの人が、活動がある度に参加していたという結果が得られているが、2007（平成19）年における町内会・自治会の参加の程度は、月1日ある程度、あるいはそれ以上の頻度で参加していると回答した人の割合は12.7%となっている。特に都市部において、その空洞化が指摘されているところである。また、地域の防災機関である消防団員の数についても、1970（昭和45）年には121万839人であったが、2014（平成26）年には86万8,872人と減少している（総務省消防庁：2014）が、よりゆるやかな活動主体である自主防災組織¹⁵の数および組織率は、1995（平成7）年に発生した阪神・淡路大震災を機に増加傾向にある。自主防災組織は、主に町内会・自治会が母体となって地域住民が自主的に連帯して防災活動を行う任意団体であるが、具体的には町内会・自治会防犯部といった組織や、地域の婦人防火クラブ、防災関連のNPOなどがその例である。その他、農村部によっては、農家数の減少等により農業用水路の共同管理などを通じた結びつきが弱まっており、こうした地縁的な結びつきを基礎とする農業集落数は年々減少傾向にある。

1-2-4 コミュニティ・ツールの増加

近年、地域情報を発信するケーブルテレビ（以下、CATV；community antenna television）やコミュニティFMが各地で増加し、その活動も広範囲のものとなっている。また、タウン誌も拡充してきており、これらのコミュニティ・ツールは、地域住民の生涯教育や企業団体への研究情報の提供など、地域社会への貢献および地域課題解決の一つとして期待されている。

活用例については、防災（Skype¹⁶を活用した災害対策本部や避難所間などのテレビ会議やテレビ電話による状況連絡、地域SNS¹⁷による情報提供や地図機能の活用など）、子育て

¹⁵ 日本において災害対策基本法第5条2に規定されている地域住民による任意の防災組織のことである。

¹⁶ Skype：Sky peer-to-peerの略で、マイクロソフト社が提供する、多数の端末間で通信を行う際の構造の一つで、対等の者（peer：ピア）同士が通信することを特徴とする通信方式（P2P）技術を利用したインターネット電話サービスのことである。

¹⁷ SNS：Social networking serviceの略で、インターネット上の交流を通して社会的ネットワーク（ソーシャルネットワーク）を構築するサービスのことである。

(地域 SNS による子育て世代同士の情報交換, Web カメラによる託児所等のライブカメラ, Skype を活用した子どもと離れて住む祖父母とのテレビ電話など), 介護 (Skype による安否確認や傾聴サービス, 地域 SNS による介護情報, 医療・福祉情報の交換など), 教育 (Skype による遠隔教育への活用など), 環境 (Live E!¹⁸による都市の気象データなどのモニタリングとデータベース化など), まちづくり (地域 SNS による地域の魅力の発見, 情報共有など) など地域コミュニティの活性化の上では, このような地域メディアの存在は大きい。さらに, 地域のまとまりを促すような様々な参加型電子地図システムの活用なども進んでおり, コミュニティ・ツールの発展にも期待が伺える。

このように様々な団体があり, 新しいコミュニティの担い手も生まれてきているが, これらはバラバラな活動主体であることが多く, これらを相互に繋げ, コーディネートしていく役割を担う主体が不足している実情がある。

津久井 (2012) が行った住民調査では, 地域づくりの担い手となる地域住民は, 仕事から引退した者と比較的時間の自由が利く状態の女性が期待される存在であると指摘されており, これらの人々が地域づくりのリーダーとして, 現役世代を巻き込んでいくことが期待されている。特に, 団塊世代の退職者においては, ICT への知識・経験があるという利点があり, その活用の成否が地域コミュニティ活性化の鍵にもなる。

1-2-5 人との関わりや地域活動に関する意識の変化

農村・島嶼などの過疎地域等の一部の地域を除き, 現在の地域のつながりは希薄であるといっても過言ではない。しかしながら, 地域のつながりは, 昔から希薄であったわけではなく, 生産や教育, 福祉などの生活全般において, 地域住民と共同で行ってきた。ところが, このような地域住民のつながりは, 経済・社会環境の変化とともに希薄になって行った。

その背景にはいくつかの要因がある。その一つに, 価値観の多様化, プライバシー意識の高まり, 地域への愛着・帰属意識の低下などにより, 隣近所とのつきあいを好まない人が増加していることが指摘できよう。また, 地域コミュニティ活動を維持していくまとめ役や世話役を引き受ける人の減少, 地域活動に無関心な人や地域コミュニティのルールを

18 個人や組織により設置運営される「デジタル百葉箱」等が自律的に生成・取得する, 気象情報や都市活動に関する情報など, 広義の地球 (Earth) に関する生きた (Live) 環境 (Environment) 情報が自由に流通し共有される電子 (Electronics) 情報基盤を形成発展させ, 自律的で自由な環境情報の利用法, 安心安全で効率性の高い活動空間 (= 環境) の創造を目指している。

順守しない人の増加などにより、地域活動が衰退してきている。都市部であっても地域コミュニティ活動が活発な地域もみられるが、居住地域によって繋がっている集団よりは、スポーツや趣味、特定の関心事などのような目的のはっきりした活動のための集団を志向する人の増加が顕著である。

このような、経済・社会環境を牽引してきた団塊の世代が定年に達し、地域に戻る時期を迎えている。この世代の人々は、従来仕事中心の生活を送り、地域との関わりが比較的薄い。

1-2-6 市町村合併の進展が地域コミュニティに与える影響

市町村合併により地方行政の対象圏域が広がったことから、住民との距離が遠くなったとの懸念が大きい。地域コミュニティ活動の活性化と合併後の市町村と地域コミュニティの関係を深めることが必要である。

これまで行政は、地域コミュニティの要である町内会や婦人会などの地縁団体への支援を継続してきた。これらの団体の行政機能への補完的役割を期待し、住民への情報提供、保険料徴収なども委ねてきた。また、町内会や婦人会は様々な場面で住民組織を代表する役割も担ってきたが、一般住民の参加意識が低下しており、新たな課題となってきた。これまでの国における地域コミュニティ施策は、コミュニティ活動の拠点として、コミュニティセンターを各地に整備し、活動の内容は各地域の裁量に任せてきた。その結果、全国各地に市民が集える施設が存在するようになったが、活動の内容は様々であり、地域活力の格差がそのまま反映されて現在に至っている。一方で、このような機能団体に対して、行政は組織的な関係を有している行政は少ない。地域コミュニティ発展のために、自律的に活動しているこのような団体と行政の関係をいかに構築していくか、これからの課題でもある。

1-2-7 地域コミュニティの衰退により想定される問題

地域コミュニティの衰退により、引き起こされてくることが想定される問題について以下に整理する。

①個人や家庭の単位では解決困難な問題（例えば、虐待、非行、引きこもり、病気、障害、孤立、失業、貧困など）の悪化を緩和する機能や、災害等の危機的状況に対応する機能が失われる。

このような、本来、家庭や個人による問題解決と公的機関による問題解決などの間に存在した地域コミュニティという中間的な問題解決機能が失われることによって、地域

社会に問題が発生したときに住民の安全・安心が脅かされる。

②地域の特色・文化・観光資源の喪失。

例えば、祭事や地域の行事、町の景観や観光資源などは地域コミュニティが維持し支えてきた。担い手の高齢化や若者の人口流出などにより、祭事の維持・継承や地域の行事の運営に困難が生じてくる。

③水資源、自然環境、食料生産能力の維持機能が弱まり、農村部の自然環境の破壊が進み、結果として都市部の環境基盤の脆弱化。

そのことは、経済活動面においても、それらの地域だけに留まらないマイナスの影響が広く及ぶということである。地域コミュニティ崩壊による外部不経済¹⁹の発生も懸念される。

④犯罪の発生などの治安面や防災面の悪化。

治安は地域コミュニティの衰退に関係がある。人口減少等に伴う空き家の増加は治安や防災の面からも対応が必要であるとされている。地域コミュニティが機能しているところは、ゴミの散乱や落書きもなく、その結果、それが犯罪の抑止につながっているが、その機能が低下すると様々な問題の発生が懸念される。

以上のように、わが国の地域コミュニティは衰退傾向のなかにあって、多くの問題が生じてくることが予測されるが、その背景として、地域の経済活動の不振が大きい。若者や優れた人材が都市部に流出し、地域社会に残り地域社会を支える選択が困難になっている。経済基盤が脆弱な過疎・島嶼地域は、結果として地域コミュニティの衰退に繋がり、さらに、地域コミュニティの衰退が、その地域における経済活動の不振を招くという悪循環に陥っているのである。島嶼地域は、本土を主体としてみると多くの不利性・不便性を抱えているが、これらの不利性・不便性も、島嶼を主体としてみた場合には優位性と捉えることもできる。そして、財政的にも厳しい島嶼地域において、これらの諸問題を改善することができれば、島嶼以外の地域の問題解決にも大いにその応用が期待できるのである。

昨今、「社会保障と税の一体改革」に端を発し、地域包括ケアシステム構築に関連するいくつかの法制度が成立している。さらに、記憶に新しいが 2014（平成 26）年 11 月 21 日

¹⁹ ある経済主体の行動が、その費用の支払いや補償を行うことなく、他の経済主体に対して不利益や損失を及ぼすこと。例えば、公害など（『大辞林第三版』三省堂）。

に内閣の重要課題の 1 つである「地方創生」の基本理念を盛り込んだ「まち・ひと・しごと創生法」が可決され、成立した。「まち・ひと・しごと創生法」は、魅力ある就業機会の創出や、結婚や出産、育児に希望が持てる環境の整備など 7 項目²⁰を地方創生の基本理念として掲げたうえで、総理大臣を本部長とする「まち・ひと・しごと創生本部」が、具体的な目標や施策の方向性などを定める「総合戦略」を策定し、施策の実施状況の検証も行うとしている。また、「改正地域再生法」は、地域の活性化に意欲的な地方自治体が、財政支援を受けやすくすることなどが盛り込まれている。このように、政策課題として“地域”がキーワードとなってきている。

2. 研究課題と方法

地域コミュニティが衰退傾向にあるなかで、地域包括ケアシステムの構築は、超少子高齢化・人口減少社会に向かうこれからのわが国にとっての重要な課題であり、5 つの構成要素「住まい」「医療」「介護」「介護予防」「生活支援介護」に対する複合的で効率的なシステムの構築が望まれている。子どもから高齢者等までの誰もが、安心して住み慣れた地域で暮らしていけるための地域づくりであり、セーフティネットの機能を併せ持つシステムでもある。今後は、その運営主体は国から、都道府県・市町村に移譲され、団塊の世代が 75 歳以上の後期高齢者になる 2025（平成 37）年までに、それぞれの地域の実情や特徴に応じた施策を講じていくことが求められている。

誰もが安心して住み慣れた地域で暮らしていくためには、その前提として、地域で医療と介護が安心して受けられる必要がある。内閣府（2012）が行った世論調査によると、「可能な限り自宅で介護を受けたい」（介護を受けたい場所の質問全体の 44.7%）と答えた者にその理由を聞いたところ、「住みなれた自宅で生活を続けたいから」と答えた者の割合が 85.6%と最も高く、以下、「施設で他人の世話になるのはいやだから」（21.8%）、「他人との共同生活はしたくないから」（21.7%）、「施設に入るだけの金銭的余裕がないから」（21.6%）

²⁰ 法の目的（第 1 条）を「少子高齢化の進展に的確に対応し、人口の減少に歯止めをかけるとともに、東京圏への人口の過度の集中を是正し、それぞれの地域で住みよい環境を確保して、将来にわたって活力ある日本社会を維持していくために、まち・ひと・しごと創生（※）に関する施策を総合的かつ計画的に実施する」としている。（※）まち・ひと・しごと創生：以下を一体的に推進すること。まち…国民一人一人が夢や希望を持ち、潤いのある豊かな生活を安心して営める地域社会の形成。ひと…地域社会を担う個性豊かで多様な人材の確保。しごと…地域における魅力ある多様な就業の機会の創出（内閣官房「まち・ひと・しごと創生法案の概要」より）。

「施設では自由な生活ができないから」(21.3%)などの順(複数回答, 上位5項目)となっている。国民の半数近くの人が, 自宅で最期を迎えたいという希望を持っているものの叶わず, 国民の約8割が病院で最期を迎えている。この背景には, 医学の進歩はもとより, 経済成長による産業構造の変化に伴う家族機能の低下や人々の価値観の変化など様々な要因があるが, 社会保障制度の充実による影響も大きい。医療や介護にかかる財源の逼迫がそのことを象徴しているともいえる。わが国は, 1961(昭和36)年に世界に誇るべき, 国民皆保険制度を実現させた。加えて, 2000(平成12)年には, 介護の社会化を謳った介護保険制度が創設され今日に至っている。

地域包括ケアシステムは, 地域づくりでもある。すでに, いくつかの自治体では, 行政, 住民, 関係団体等が連携・協働した取り組みが始まっている。しかしながら, 地域の課題や地域資源は様々で複雑多岐にわたることや地域づくりの成果が得られるまでに時間を要するため, システム構築を検証するまでには至っていない。まずは, 様々の取り組み事例の手法や効果等のデータの蓄積が重要である。

私は, 2011~2013(平成23~25)年に日本学術振興会科学研究費補助金基盤研究(B)「琉球弧における地域文化の再考と地域再生プランおよび実践モデル化に関する研究」(研究代表者: 田畑洋一, 課題番号23330190)において, 分担研究者として奄美諸島および八重山諸島の島嶼地域において調査研究の機会を得た。島嶼集落調査の中で特に印象に深く残っている集落は, 2013(平成25)年に駐在看護師からの聞き取り調査を行った奄美大島にある2つの島であった。両島は離島の離島である。医療保険制度, 介護保険制度という環境下でありながら, この島々では, “保険あって, サービスなし”, 医療や介護が必要な状態になると, 島外に住む子どもたちを頼って住み慣れた集落(島)を離れなければならない人々が多数存在した。もはや, 元気老人しか住めない島であると同時に, 墓じまいの跡も見受けられるなど, その地域の存続すら危ぶまれていた。このような地域が存在し, 格差の是正が指摘されながらもその対応は一向に進んでいない状況である。このような地域では, 地域包括ケアシステムの導入といわれても, 果たして, 住み慣れた地域で安心して最期まで暮らしていくことのできるシステムの構築が可能であるのか, 疑問が生じるどころである。

島嶼地域は, 高度経済成長を機に一貫して人口の流出が続いてきた。人口減少にともない, 産業や財政基盤, 生活基盤が崩壊, 若しくは崩壊の危機に直面している地域が数多く

存在する。しかしながら、島嶼という遠隔性や環海性および狭小性は不利性ともとれるが、一方では優位と捉え直すこともできる。この優位性が、島々の特性や自然・文化の多様性を育み、それらを土台として独自の島嶼社会が成立している。そこで注目すべき点は、地域共同体の力（互助力）である。島嶼地域における地域資源開発や健康管理には、そこで生活を営む住民や地域を主体とした取り組みが効果的である。コミュニティの絆や経験値の高い高齢者の力などを最大限に活用したボトムアップ型のシステムを構築することによって、地域の実情に合った施策を打ち出すことが可能となることが期待されるのである。

これらの互助力や伝統的な仕組みや知恵、近代的な技術や科学的知見を統合して、これからの島嶼社会に適応した社会システムに発展させることが期待できる。また、新たな技術や社会システムの効果を島嶼地域において実験的に導入し、有効性が認められる結果が得られれば、これを島嶼以外の本土の僻地や中山間部などの不利性を抱える地域に還元することも可能となることが期待される。

さらに私は、2012～2013（平成24～25）年に総務省戦略的情報通信研究開発推進制度地域ICT振興型研究開発「スマートテレビを活用した独居高齢者等の安心・安全ネットワークシステムの志布志モデルの実証実験研究」（研究代表者：藤田晋輔，課題番号122310010）において、産学連携プロジェクトの分担研究者として、鹿児島県の地方小都市を対象としたICTによる見守りネットワークの実証実験研究に関わる機会を得た。

両研究プロジェクトに携わるなかで、これからの島嶼過疎地域における地域包括ケアシステムの構築に向けて、以下の仮説を研究課題とした。

<仮説1> “結い”の精神の残る琉球弧島嶼集落に暮らす人々の生活状況と福祉ニーズを把握し、自助および互助の状況、生活課題、社会関連性指標や生きがい感等について分析することで、地域の特性（多様性）や住民の特徴を把握できるのではないか。

<仮説2> 同じ文化圏の島嶼地域の中で、先進的に地域包括ケアシステム構築に取り組んでいる自治体（鹿児島県大島郡）の地域づくり実践事例から、島嶼地域づくりに必要な要素の構造把握ができるのではないか。

<仮説3> 生活の安心の要である医療・介護における島嶼集落の実態把握と、先進的に在宅医療・在宅介護（看取りも含む）に取り組んでいる事例等から、島嶼地域に

おける在宅医療・在宅介護への示唆を得ることができるのではないか。

<仮説 4> 社会資源や人的資源に乏しく自助力・互助力の低下した地域においては、IT 資源を活用した島嶼地域の独居高齢者等の見守りシステムが有効な資源となり得るのではないか。

これらの4つの仮説に対する検証方法として、第一に、琉球弧島嶼地域（鹿児島奄美諸島2地域・沖縄八重山諸島2地域）に居住する高齢者（65歳以上）および一般成人（20歳以上65歳未満）に対し、量的調査（質問紙調査）を行った。対象地域の選定に関しては、行政機関および民生委員児童委員協議会、地域の区長等への趣旨説明および調整、説明会等をそれぞれ4地域で行った。調査データの集計は、IBM SPSS Statistics 19を用い、カイ二乗検定および分散分析、重回帰分析等により分析した。また、質的調査として、高齢者・一般成人、および、奄美大島の無医村の駐在看護師から聞き取り調査を行った。

第二に、調査対象地の地域包括支援センター保健師に本プロジェクトが企画する研究会へ参加してもらい、村における地域づくりの概要について報告していただき、その後、改めて保健師への聞き取り調査および「まほろば福祉まつり」における住民の報告会の聴講、集落の方々の地域づくり活動即売会の視察等を行い、その概要と地域づくりの成果を整理した。

第三に、鹿児島県にある地方小都市で実施したICT見守りネットワークシステムの調査結果およびICT見守りシステムの実証実験研究の成果をもとに、島嶼過疎地域への有用性への展望について検討した。

本論文では、島嶼地域の多様性と独自性を踏まえた実情を把握する目的、および、島嶼地域以外の地域での在宅医療・在宅介護における先行事例の取り組みからの示唆を得る目的のため複数調査を行った。なお、島嶼とは、大小さまざまな島々という意味で使用され、本土からの距離によって程度は異なるが、島々の特徴はその立地環境や文化、社会背景により多様であり、島嶼ということばで一括りに表現するには困難さがある。したがって、本論文では、“島嶼”を概ね「琉球弧に位置する“結い”の精神を共有する島嶼地域、具体的には奄美諸島、八重山諸島を指す」と定義し、論じることとする。

3. 本論文の構成

本論文の全体像は、図 1-1 のとおりである。

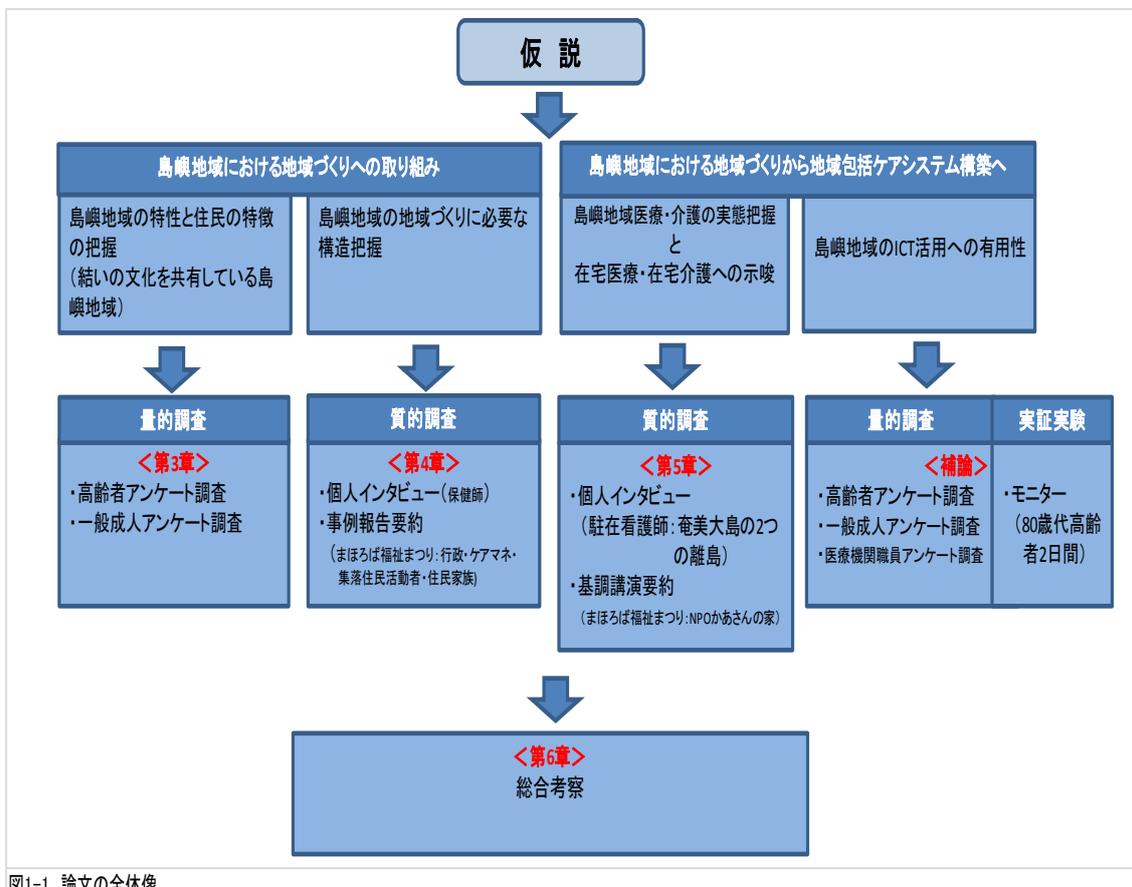


図1-1 論文の全体像

本論文は 6 章構成になっている。

第 1 章では「問題の所在，研究課題と方法および構成」について述べた。

第 2 章「地域包括ケアシステムのあり方とその構築に関連する制度」では，第 1 節で，目指すべき地域包括ケアシステムのあり方として，地域包括ケアシステムの構築の必要性，介護保険法における「地域包括ケア」に係る理念規定の創設，そして，地域包括ケアシステムの概要および構築のプロセスについて概観し，第 2 節では，生活支援サービスの充実と高齢者の参加について，生活支援サービスの見直しの視点と，新しい地域支援事業および新しい介護予防・日常生活支援総合事業を中心にその内容について概観し，第 3 節では，地域における医療と介護の総合的な確保として，社会保障制度改革国民会議報告書を踏まえた医療・介護分野の方向性，さらに，地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律の概要について概観した。第 4 節では，地域包括ケアシステム構築に向けた在宅医療・介護について述べた。

第3章「島嶼地域に居住する人々の社会関連性指標と生きがい感」では、第1節では、島嶼地域に居住する「高齢者」の主観的健康感と健康への意識行動および社会関連性指標との関連について分析を行った。さらに、第2節では、島嶼地域「中高年者」の社会関連性指標との関連からみた生きがい感に関連する要因について分析を行った。第3節では、島嶼地域の人々の社会とのかかわり状況と生きがい感について述べた。

第4章「島嶼地域における住民の主体性を活用した地域づくり実践」では、第1節では、鹿児島県大島郡にある村の住民自ら考える互助の地域づくり取り組みの事例についてまとめ、第2節では、村の地域づくり活動の成果について紹介した。第3節では、島嶼地域における「互助」の地域づくりについて述べた。

第5章「地域医療および在宅での看取りの現状」について、第1節では、島嶼地域と医療の現状として、奄美大島にある無医集落の2つの島に駐在する看護師からの聞き取り調査の結果をまとめた。第2節では、島嶼地域以外の実践例として、ターミナルケアと地域包括支援として、「ホームホスピス」（宮崎県）における実践活動について紹介し、第3節で、島嶼地域における看取りについて述べた。

第6章は「総合考察」として、第1節では全体の総括、第2節では仮説と結果、第3節では、本研究の意義と限界、第4節では、今後の研究課題および展望を述べた。

さらに補論として、「地域包括ケアシステムを見据えたICTを活用した独居高齢者等の安心・安全ネットワークシステム開発への取り組み」について取り上げた。第1節では、ICT見守りシステムの導入に関する意向とシステム構築への課題調査について、質問紙調査データ分析の結果をまとめた。第2節では、独居高齢者等の安心・安全ネットワークシステムの実証実験研究を行った経過および開発したICT見守りシステムについて解説し、第3節では、島嶼地域におけるICT活用への示唆を加え島嶼地域のICT活用の有用性を述べた。

第2章 地域包括ケアシステムのあり方とその構築に関連する制度

わが国のこれからの地域づくりには、少子高齢社会が進展していくなかで、子どもから高齢者までの誰もが住み慣れた地域で、心豊かに安心して暮らしていける仕組みを構築し、持続させていくことが求められている。そのためには、様々な生活課題について、住民一人ひとりの努力（自助）、家族・近隣の助け合い（互助）、介護保険・医療保険制度による給付（共助）、公的な制度（公助）の連携によって解決していこうとする仕組みづくりが重要となる。

この章では、「共助」「公助」の部分を担当する国や自治体が地域包括ケアシステムを構築するために策定した計画や法制度のうち、医療・介護に関連する内容を中心にみていきたい。

1. 目指すべき地域包括ケアシステムのあり方

1-1 地域包括ケアシステムの構築の必要性

わが国が諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行していることは周知のとおりである。現在、高齢者は3,000万人を超え、国民の約4人に1人の割合である。2042（平成54）年には約3,900万人とピークを迎え、その後は、後期高齢者の人口割合が増加し続けることが予想されている（内閣府：2013）。また、単身者や夫婦のみの高齢者世帯、さらには認知症高齢者が近年急増しており、今後も増加が見込まれている。このような状況の中、約800万人存在すると言われている団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年以降は、医療や介護需要がさらに増加することが予測されている。それに伴って、認知症高齢者も確実に増加する。このような認知症高齢者の生活を地域で支えていくためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要になってくる。

なお、地域包括ケアシステムは、「地域住民の生活を包括的（総合的）にケア（支援）していく仕組み」であり、「地域みんなのお互いの支え合いの仕組み」である。その必要性として、以下の3点があげられる。

- ① 2025（平成37）年には、団塊の世代がすべて75歳以上の後期高齢者となり、要介護認定率の高い後期高齢者が急増する。そのため、医療・介護サービスが不足して、安心して生活が続けられなくなる危険性がある。
- ② 10年後の2025（平成37）年に間に合うように、医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される仕組み（地域包括ケアシステム）を整え、たとえ要介護状態となっても、誰もが住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最後まで続けられるようにしなければならない。

ない。

- ③ 後期高齢者の急増に伴い、今後、認知症高齢者の増加も見込まれる。そのための仕組みづくりが必要である。
- ④ 後期高齢者の増加は、大都市部で急増することが見込まれており、それぞれの地域の特性に応じて、地域の自主性や独自性に基づく取り組みが求められる。

1-2 介護保険法における「地域包括ケア」に係る理念規定の創設

介護保険法の理念を実現するために、「国および地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防または要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を医療および居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ、包括的に推進するよう努めなければならない。」と規定されている（介護保険法第5条3項）。

1-3 地域包括ケアシステムの概要

1-3-1 地域包括ケアシステムの姿

地域包括ケア研究会（2008）は、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」であるとしている。利用者のニーズに応じて包括的かつ継続的に、住まい・医療・介護・介護予防・生活支援などのサービスが、概ね30分でかけつけられる圏域で提供されるとしている。つまり、地域社会全体として、24時間サービスを提供できる仕組みであると言える。このシステムの実現のために、2012（平成24）年度の介護保険制度改正では、24時間の定期巡回・随時対応型の訪問看護等のサービスやサービス付き高齢者向け住宅等の整備が行われた。そして、近隣住民やボランティアなどの参加を得ながら、要介護・要支援者のニーズに応じて包括的にサービスが提供され、かつ、状態や生活環境の変化に応じた継続的なサービスの提供が必要であるとされている。また、地域包括ケアシステムは、「自助・互助・共助・公助」それぞれの地域の関係者の参加によって、初めて形成されるとしている。

ひとくちに地域と言っても、人口の増減は横ばいながらも後期高齢者の急増が見込まれる大都市部、後期高齢者の増加は緩やかではあるが人口が減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じている。その他、地域の年齢構成、地域資源等に地域差があるなかで、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じたケアを構築していくことが重要であり、まさに地域力が問われていると言える。このようなことから、社会保障制度改革国民会議報告書においても、地域包括ケアシステムの構築は「21世紀型のコミュニティの再生」と位置づけている。

1-3-2 地域包括ケアシステムの構成要素

地域包括ケアシステムを構成する要素は、「住まい」「医療」「介護」「介護予防」「生活支援介護」の5つがあげられている。これらを詳しく表現すると、「住まいと住まい方」「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・介護予防」「生活支援・福祉サービス」となる。これらの構成要素は、各々に提供されるのではなく、それぞれの役割に基づいて互いに連携しながら在宅での生活を支える。つまり、できる限り住み慣れた自宅や地域で暮らし続けながら、必要に応じて医療や介護等のサービスを使い、最後を迎えられるような体制である。「本人・家族の選択と心構え」を地域での生活の基盤とし、それぞれの「住まいと住まい方」で生活を構築するための、しっかりとした「生活支援・福祉サービス」が整っていてこそ、専門職の提供する「医療・看護」や「介護・リハビリテーション」や「保健・介護予防」は十分に力を発揮できる。

このように、地域包括ケアシステムは、「医療」「介護」「介護予防」という専門的なサービスの前提として、「住まい」と「生活支援・福祉サービス」の整備があるとしている（地域包括ケア研究会：2013）。

1-3-3 自助・互助・共助・公助からみた地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムは介護保険制度だけでは完結しない。地域に暮らす一人ひとりの暮らし方に関する選択と心構えを前提に、多様な関係主体がネットワーク化を図ることが必要不可欠である。その際、地域によって人口動態や医療・介護需要等が大きく異なり、医療や介護資源の地域差も大きい実態があるため、目指すべき地域包括ケアシステムの姿は地域によって異なる。住み慣れた地域で生活を送る高齢者の多様な生活ニーズに応えられる仕組みをつくるためには、「公助」「共助」だけではなく、「自助」を基本としつつ、多様な主体と自治体が協働しながら地域全体を支えあう「互助」の体制をつくっていくことが重要となる（地域包括ケア研究会：2013）。

なお、地域包括ケア研究会は「自助」・「互助」・「共助」・「公助」について、以下のように示している。

「自助」：①介護保険・医療保険の自己負担部分

②市場サービスの購入

③自身や家族による対応

「互助」：①費用負担が制度的に保障されていないボランティアなどの支援，地域住民の取り組み

「共助」：①介護保険・医療保険制度による給付

「公助」：①介護保険・医療保険の公費（税金）部分

②自治体等が提供するサービス

1-4 市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス

市町村は、介護保険制度の保険者の役割を担っている。また、地域支援事業を活用して地域の状況を踏まえた地域包括ケアシステムの構築および運用が求められている。このような役割は、地域の課題の把握と社会資源の発掘，地域の関係者による対応策の検討，対応策の決定・実行，評価について PDCA サイクル²¹によって展開され，介護保険事業計画へと反映される。

なお、地域包括ケアシステム構築のプロセスの詳細は、以下のとおりである。

1-4-1 地域課題の情報収集

- ① 地域課題の把握のためには、日常生活圏域ニーズ調査，地域ケア会議の実施，医療・介護情報の「見える化」が必要である。
- ② 日常生活圏域のニーズ調査には，調査票の配布による量的調査のみならず，地域のような様々な当事者・専門職・住民への面接ヒアリング調査，懇談会の開催などの多様な手法により，質的な調査も含めてニーズを把握する。

²¹ 業務プロセスの管理手法の一つで，計画（plan）→実行（do）→評価（check）→改善（act）という4段階の活動を繰り返し行うことで，継続的にプロセスを改善していく手法。PDCA サイクルは4つのステップから成る。“Plan”では，目標を設定してそれを達成するための行動計画を作成する。“Do”では，策定した計画に沿って行動する。“Check”では，行動した結果と当初の目標を比較し，問題点の洗い出しや成功・失敗の要因を分析する。“Act”では，分析結果を受けてプロセスや計画の改善，実施体制の見直しなどの処置を行う。“Act”が終わると再び“Plan”に戻り，次のサイクルを実施する。これを繰り返すことにより次第にプロセスが改善されることが期待されている（IT用語辞典より）。

- ③ 地域ケア会議では、地域包括支援センター等の個別事例の検討を通じて地域のニーズや社会資源の現状を把握する。
- ④ 医療・介護情報の「見える化」を通じて、それぞれの地域や自治体の現状を他の市町村と比較することで客観的に分析することも大切である。

1-4-2 地域課題の明確化

情報を量的・質的に収集し分析することで、高齢者のニーズを明らかにするとともに、住民・地域の課題、社会資源の課題（特に、地域包括ケアシステムの5つの構成要素である医療・介護・予防・住まい・生活支援の課題）、支援者の課題（地域の専門職の分野ごとの数、資源、その連携・ネットワークの現状と課題）を明確にする。

1-4-3 社会資源の発掘

こうした課題の明確化と同時に、地域にある社会資源の発掘、地域住民リーダーの発掘、住民相互の助け合い・支え合いの仕組みも発掘する。

1-4-4 地域の関係者による対応策の検討

- ① 現状とニーズの分析に基づく課題の明確化、社会資源の把握を基礎に、それらの解決の仕組みづくりに向けて対応策を事業し、施策化する。そのための地域の関係者による検討が必要である。
- ② 都道府県との調整（特に医療計画との調整）や他の関連計画との調整はもちろん、次期計画がまちづくり計画であることを意識し、地域福祉的な視点をもって、障害、児童・子育て、難病、生活困窮などの生活課題に对应していくことが必要である。そのための地域住民との議論や勉強会、意見募集（パブリックコメント）も欠かせない。
- ③ 次期計画の作成にあたっては、地域ケア会議等を通じて、保健・医療・福祉の関係者の協働を創り出し、個別支援を充実させるとともに、地域課題への普遍化を通じてまちづくりを前進させる取り組みも必要である。

1-4-5 対応策の決定と実行

対応策の枠組みは、以下のとおりである。

①介護サービス

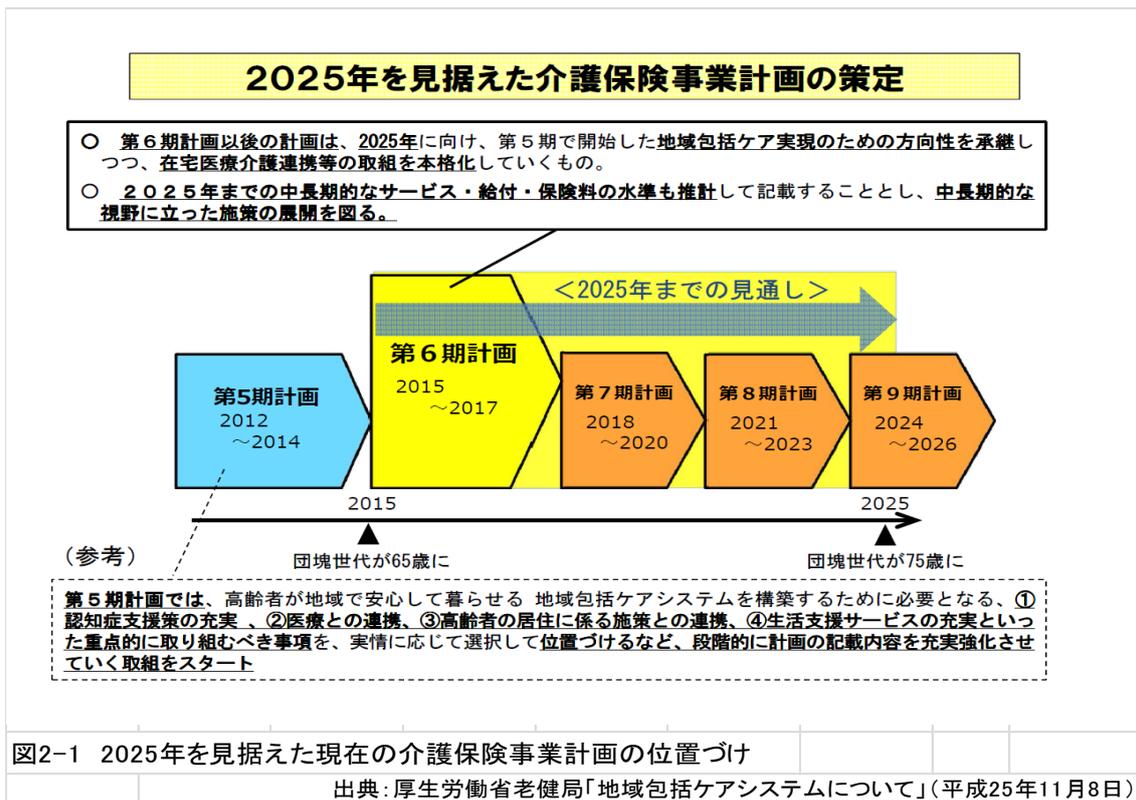
- a.地域ニーズに応じた在宅サービスや施設のバランスの取れた基盤整備
- b.将来の高齢化や利用者数の見通しに基づく必要量

②医療・介護連携

- a.地域包括支援センターの体制整備（在宅医療・介護の連携）

- b.医療関係団体との連携
- ③住まい
 - a.サービス付き高齢者向け住宅等の整備
 - b.住宅施策と連携した居住確保
- ④生活支援と介護予防
 - a.自助（民間活力）、互助（地域社会での支え合い）等を活かせる仕組みづくり
 - b.社会参加の促進による介護予防
 - c.地域の実情に応じた事業実施
- ⑤人材育成
 - a.専門職の資質向上
 - b.介護職の処遇改善

なお、市町村では、2025（平成37）年に向けて3年ごとの介護保険事業計画の策定・実施を通じて、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じた地域包括ケアシステムを構築していくことになっている。介護保険事業計画の位置づけ、および第6期介護保険事業計画に向けた今後のスケジュールは、以下の通りである（図2-1）。



1-5 地域包括支援センターの位置づけ

地域包括支援センターは、「地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設」である（介護保険法第 115 条の 46）。地域包括支援センターは、地域の高齢者の総合相談、権利擁護や地域の支援体制づくり、介護予防の必要な援助などを行い、高齢者の保健医療の向上および福祉の増進を包括的に支援しており、地域包括ケア実現に向けた中核的な機関として市町村が設置している。なお、地域包括支援センターの設置責任者は市町村であるが、社会福祉法人などへ委託することも認められており、現在、全国で約 4,484 か所が設置され、サブセンター²²・ブランチ²³を併せると 7,196 か所となっている（厚生労働省：平成 25 年 4 月末現在）。

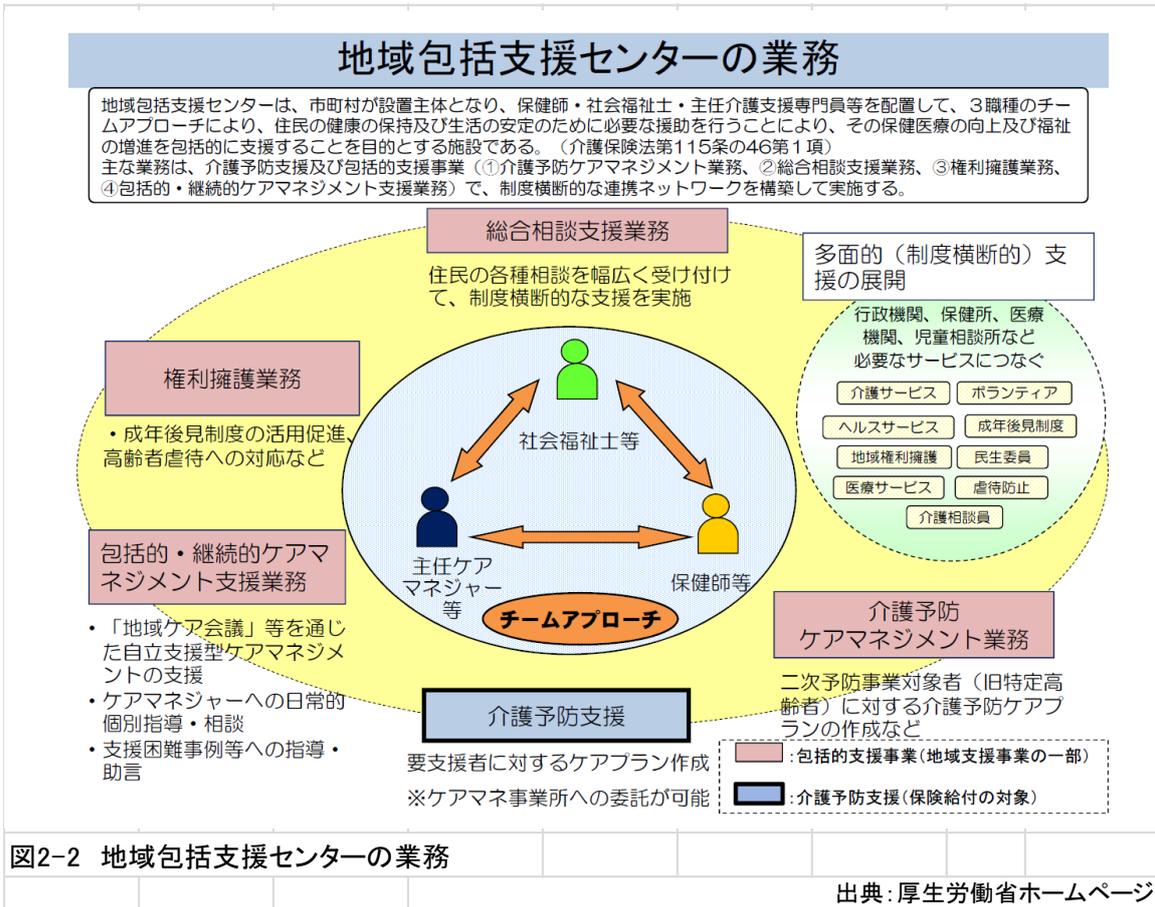
1-5-1 地域包括支援センターの業務

地域包括支援センターの業務内容は、地域支援事業（介護保険法第 115 条の 45）と指定介護予防支援事業（介護保険法第 115 条の 22）に大別され、地域支援事業については、さらに包括的支援事業と多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築（介護保険法第 115 条の 46 第 5 項）に分けられる。そのうち、包括的支援事業の業務には、①介護予防ケアマネジメント業務（介護保険法第 115 条の 45 第 1 項第 2 号）、②総合相談支援業務（介護保険法第 115 条の 45 第 1 項第 3 号：総合相談地域包括支援ネットワーク構築、実態把握など）、③権利擁護業務（介護保険法第 115 条の 45 第 1 項第 4 号：高齢者虐待の防止および対応、消費者被害の防止および対応、判断能力を欠く状況にある人への支援など）、④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務（介護保険法第 115 条の 45 第 1 項第 5 号：包括的・継続的ケアマネジメント環境整備、個々の介護支援専門員へのサポートなど）が含まれる。

地域包括支援センターには、保健師等、社会福祉士等、主任介護支援専門員等が配置され、チームアプローチによって介護予防ケアマネジメント業務、総合相談支援業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務などを行う。各業務はそれぞれの独自性を有しながらも相互に関係し合いながら行われている。居宅介護支援事業所や施設の介護支援専門員も地域包括支援センターと連携し、地域包括ケアの推進を目指している（図 2-2）。

²² サブセンターとは、包括的支援事業の総合相談支援業務棟を行う十分な実績のある在宅介護支援センター等のことである。

²³ ブランチとは、住民の利便性を考慮し、地域の住民から相談を受け付け、集約した上で、地域包括支援センターにつなぐための窓口のことである。



1-5-2 介護支援専門員の役割

介護支援専門員は、要支援および要介護高齢者に対して、自立支援をめざし包括的・継続的ケアマネジメントによる支援を行うことによって、地域包括ケアを提供する役割を担っている。つまり、要支援・要介護高齢者が地域包括ケアを活用して、住み慣れた地域で安心して尊厳のある生活を継続できるかどうかは、介護支援専門員にかかっていると言っても過言ではない。市町村や地域包括支援センターの役割を認識した上で、それぞれの機能を効果的に活用する必要がある。

また、地域包括ケアシステムにおいては、在宅から施設、施設から在宅へというように要介護・要支援者の生活の場が変更されることになる。医療との連携はもちろんのことではあるが、在宅介護支援事業所と施設の介護支援専門員の連携は極めて重要になる。

1-6 地域ケア会議の活用

地域ケア会議には 5 つの機能がある。①個別課題解決機能⇒ ②ネットワーク構築機能⇒ ③地域課題発見機能⇒ ④地域づくり・資源開発機能⇒ ⑤政策形成機能である。こ

これらの 5 つの機能は、すべてを一つの会議で遂行しようとするものではなく、既存の会議でいずれかの機能を果たしている場合は、その会議を活用し充実していくとしている。

地域ケア会議はその目的に応じて行政職員、地域包括支援センター職員、介護サービス事業者、医療関係者、民生委員、そして介護支援専門員などが参加して、市町村や地域包括支援センターが主催して開催される。

地域包括ケアシステムを構築するためには、高齢者個人に対する支援とともに、それを支える社会基盤の整備が必要になる。地域ケア会議は、個別ケースの支援内容の検討をとおして、①介護支援専門員による自立支援に資するケアマネジメントの支援、②地域包括支援ネットワークの構築、③地域課題の把握を目的としている。さらに、地域の実情に応じて、地域課題に応じた地域づくりや資源の開発などを行うことを目的としている。地域に存在している自助・互助・共助・公助を組み合わせた地域のケア体制を整備し、「地域住民の安心・安全と QOL 向上」を目指していくための手腕が問われてくる。

2. 地域包括ケアシステム構築に関する介護保険関連制度

2-1 生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加

2-1-1 予防給付の見直し

現行の地域支援事業における「介護予防事業」は、要支援 1・2 における介護予防サービス（新予防給付）とは異なる。同じ「介護予防」ではあるが、「保険給付」と「地域支援事業」の 2 つのシステムが存在していることになっている。しかし、介護保険制度発足時は、老人福祉制度の中で「介護予防・生活支援事業」として介護予防事業が実施されていた。介護保険制度の円滑な実施と制度対象外となる高齢者を見据えて、「生活支援」「健康管理」「介護予防」などが目的とされていた。そして、2002（平成 14）年度には高齢者の状態悪化を防ぐために「配食サービス」が追加された。また、認知症高齢者を介護する家族支援の充実が図られ、近隣者、ボランティアなどが訪問して見守りや話し相手を行うことで、家族の外出などを支援する事業を盛り込んだシステムが開始された。その後、これらの事業の予算であった国庫負担金が「三位一体改革²⁴」で廃止された。そのため、介護保険制度において保険給付外に「地域支援事業」という仕組みを設けて、廃止された老人福祉サー

²⁴ 「三位一体の改革」とは、「地方にできることは地方に」という理念の下、国の関与を縮小し、地方の権限・責任を拡大して、地方分権を一層推進することを目指し、国庫補助負担金改革、税源移譲、地方交付税の見直しの 3 つを一体として行う改革である。

ビスなどの代替とされた。この「地域支援事業」が「介護予防」「在宅介護支援センター運営費（後に地域包括支援センターに移行）」「家族者介護支援事業」などといった受け皿事業となった。つまり、老人福祉事業であった「介護予防」と、保険給付（予防給付）と位置づけられている要支援1・2を対象とした介護予防サービスが、結果的に2つ混在しているのである。

このような状況下において、2014（平成26）年に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」が成立し、2017（平成29）年度末までの間に、予防給付のうち訪問介護および通所介護は、介護保険制度の地域支援事業に移行されることとなった。このことは、これまでの介護予防の問題点の改善の必要性から、介護予防の見直しがなされたことによる。

2-1-2 介護予防の見直し

これまでの介護予防は、①介護予防の手法が、心身機能を改善することを目的とした機能訓練に偏りがちであった。②介護予防終了後の活動的な状態を維持するための多様な通いの場を創出することが必ずしも十分でなかった。③介護予防の利用者の多くは、機能回復を中心とした訓練の継続こそが有効だと理解し、また、介護予防の提供者も「活動」や「参加」に焦点をあててこなかったのではないかと。以上の問題点を改善する必要があるという反省に立ち、これからの介護予防の考え方として、①機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチが重要であり、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取り組みを推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指す。②高齢者を生活支援サービスの担い手であると捉えることにより、支援を必要とする高齢者の多様な生活支援ニーズに応えるとともに、担い手にとっても地域の中で新たな社会的役割を有することにより、結果として介護予防にもつながるといふ相乗効果をもたらす。③住民自身が運営する体操の集いなどの活動を地域に展開し、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。④このような介護予防を推進するためには、地域の実情をよく把握し、かつ、地域づくりの中心である市町村が主体的に取り組むことが不可欠である。以上の新たな考え方を示している。

このようなことから介護予防の理念を、高齢者が要介護状態等となることの予防または

要介護状態等の軽減，もしくは悪化の防止を目的として行うものであるとし，生活機能²⁵の低下した高齢者に対しては，リハビリテーションの理念を踏まえて，「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり，単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく，日常生活の活動を高め，家庭や社会への参加を促進し，それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを支援して，QOLの向上を目指すものである，としている。

2-2 地域支援事業

地域支援事業とは，できる限り住み慣れた地域で，できる限り自分の力で活動的な生涯を送りたいという願いを実現するために，要介護・要支援状態になる前から，一人ひとりの状況に応じた予防対策を図るとともに，要介護状態になった場合においても，地域で自立した日常生活を送れることを目的として実施される．地域支援事業を充実させることによって，地域の多様な主体を活用し，地域特性に合った取り組みを推進することが期待されている．今後，市町村には，団塊の世代が75歳以上の後期高齢者に達する2025（平成37）年までに，①生活支援の充実，②多様なニーズに対する予防給付，③地域支援事業の充実，を満たす仕組みを構築する必要がある．今後，地域支援事業の取り組みとその強化が求められる．

2-2-1 生活支援の充実

高齢化の進展は世帯の構成にも大きな影響を与えている．2010（平成22）年の世帯主が65歳以上の高齢世帯数は1,620万世帯（全世帯に占める割合：31.2%），2035（平成47）年には2,021万世帯（全世帯に占める割合：40.8%）へと増加が予測されている．また，世帯主が75歳以上の世帯数は，2010（平成22）年の731万世帯から，2035（平成47）年には1,174万世帯へと急増し，高齢世帯の半数以上が世帯主75歳以上の世帯となることが予測されている（国立社会保障・人口問題研究所：2013）．その他，「ひとり親と子」世帯が，今後大きく増加することが見込まれている．介護の必要な老親と同居する子どもの多くは，仕事をもちながら介護を担う可能性が高い．独居高齢者や高齢夫婦世帯に加え，「ひとり親

²⁵ 生活機能は，ICF（International Classification of Functioning, disability and Health：国際生活機能分類）では，人が生きていくための機能全体を「生活機能」として捉え，①体の動きや精神の働きである「心身機能」，②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」，③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」の3つの要素から構成される（文部科学省）。

と子」世帯への支援も今後の見逃すことのできない課題でもある。さらに、日常生活自立度Ⅱ²⁶以上の認知症高齢者も増加し、2010（平成22）年の280万人（65歳以上人口に対する比率9.5%）から2025（平成37）年には470万人（65歳以上人口に対する比率12.8%）に達すると推計されている（厚生労働省：2012）。

このようなことから、更に今後は生活支援の充実が求められてくる。独居高齢者が生活の中で不便に感じていることは、家の中の修理や電球の交換や部屋の模様替え（41.7%）、自治会活動（34.0%）、掃除（19.7%）、買い物（16.7%）、散歩・外出（15.0%）、食事の準備・調理・後始末（14.7%）、通院（14.2%）、ごみだし（12.0%）、薬をのむ・はる・ぬる（10.9%）等で、これらの中には介護保険制度では賄えないものが多数存在する（みずほ情報総研：2012）。このような状況の中、支援を必要とする高齢者が地域で安心しながら生活を継続していくためには、公的介護サービス以外の生活支援サービスも含め、地域特性に合った多様な生活支援サービスや見守り等サービスの提供が必要になってきている。

2-2-2 多様なニーズに対応する予防給付

2006（平成18）年度から、日常生活に支援が必要な要支援者に対する予防給付が制度化されている。現行の予防給付は、訪問介護・通所介護をはじめ、サービスの種類・内容・運用基準・単価については、全国一律で定められている。しかしながら、要支援者の場合は生活支援のニーズが高く、生活援助が93%、身体介護が7%であり、生活援助の内訳は、掃除（64%）、買い物・薬の受け取り（16%）、一般的な調理・配下膳（11%）等、身体介護の内訳は、清拭・入浴・身体整容（50%）、体位変換・移動・移乗介助・外出介助（22%）等となっており、多様なサービスが求められる（社会保障審議会：2013）。これらの生活ニーズに応えるためには、介護サービス事業者だけでなく、NPOや民間企業、ボランティアなど、多様な事業主体等の参加による重層的なサービスが必要となる。また、少子高齢化が進行していく状況下では、高齢者が積極的に社会参加し、元気高齢者が生活支援の担い手となって、支援の必要な高齢者を支える体制も重要である。生活支援の担い手として社会参加することは生きがいや介護予防につながり、健康寿命の延伸につながる。こうしたことから、高齢者が中心となった地域の支え合いの仕組みの構築が求められている。市町村が中心となって、地域での多様な生活支援の基盤整備を進めるとともに、効果的なサービス提供を工夫することが必要になってきている。

²⁶ 日常生活自立度Ⅱとは、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意すれば自立できる状態。

2-2-3 地域支援事業の充実

2006（平成 18）年度から地域支援事業が創設され、要支援認定を受けていない 65 歳以上の高齢者を対象とした介護予防事業等が、市町村の判断で介護保険の財源を利用して実施できるようになった。

地域支援事業は、2010（平成 22）年 8 月には実施要綱が一部改正されている（厚生労働省：2010）。改正内容は、①「一般高齢者施策」と「特定高齢者施策」の名称を「一次予防事業」、「二次予防事業」と名称変更を行った。また、二次予防事業の対象者は、市町村で自由に呼称を定めることができる。②二次予防事業の対象者を把握するためには、従来は医師の診察等を含む生活機能評価を実施することとなっていたが、改正後は、生活機能評価を行うかどうかは市町村の任意となり、日常生活の状況に関する 25 項目からなる「基本チェックリスト」のみで二次予防事業の対象者を把握する可能となった。③通所介護予防事業のプログラムについて、従来の運動器の向上、栄養改善、口腔機能向上などの他、膝痛・腰痛対策、閉じこもり予防・支援、または認知症予防・支援、うつ予防・支援に関するプログラム等の実施。④包括的支援事業の介護予防ケアマネジメント業務において、ケアプランについては、必要と認められた場合に作成できるようになった。

さらに、2012（平成 24）年度からは、介護予防の取り組みの更なる充実のために、「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」（平成 23 年法律第 72 号）により、地域支援事業の中に「介護予防・日常生活支援総合事業」が創設された。この介護予防・日常生活支援総合事業は、市町村の主体性を重視し、地域支援事業において、多様なマンパワーや社会資源を図りながら、要支援者・二次予防事業対象者に対して、介護予防や、配食・見守り等の生活支援サービス等を市町村の判断・創意工夫により、総合的に提供することができる。なお、サービスの主な内容については、要支援者および二次予防事業対象者に対して、「予防サービス」「生活支援サービス」「ケアマネジメント」のすべてにおいて総合的に実施する事業である（みずほ情報総研：2014）。

このように地域支援事業は、事業強化を行いながら拡大してきている。地域支援事業には、生活支援や介護予防の取り組みをさらに充実させることが求められていることに加え、在宅医療・介護連携推進、認知症施策等の実施が求められてきている（図 2-3）。

- 予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の实情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業へ移行（H29年度末まで）。財源構成は給付と同じ（国、都道府県、市町村、1号保険料、2号保険料）。
- 既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援（高齢者の状態像等に応じたケアマネジメント）。高齢者は支え手側に回ることも。
- 総合事業の事業費の上限は、事業への移行分を賅えるように見直し。
- 国は、指針（ガイドライン）を策定し、市町村による事業の円滑な実施を支援。

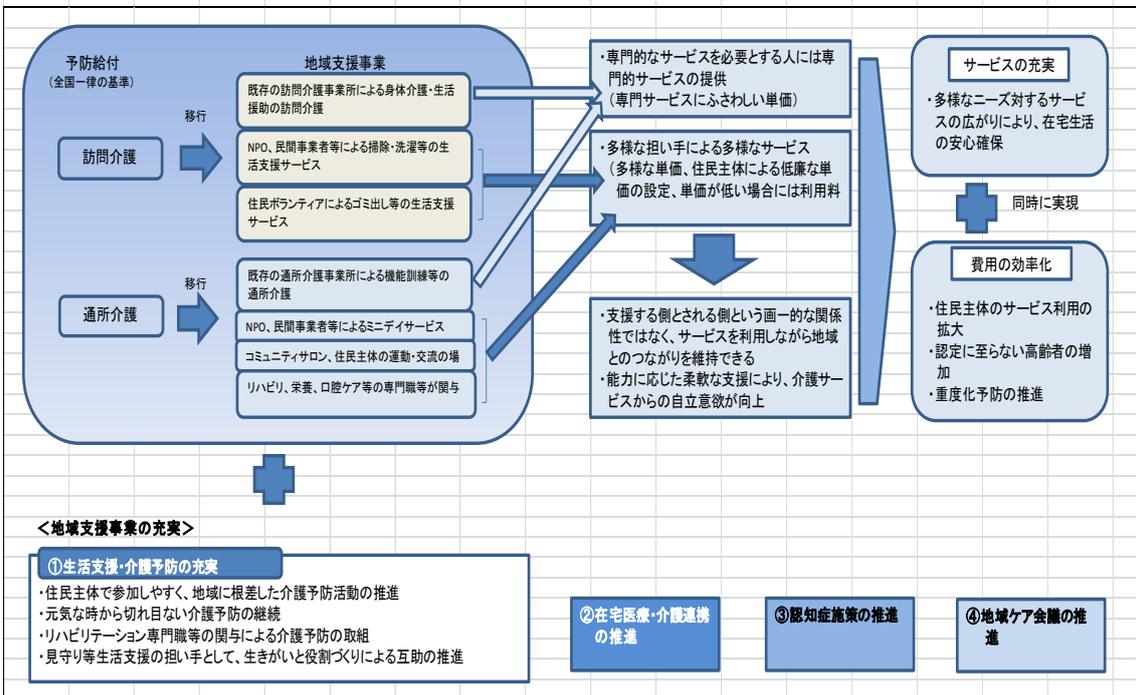


図2-3 予防給付の見直しと地域支援事業の充実

出典：厚生労働省老健局介護保険計画課「介護保険最新情報」（2014年2月13日）

2-2-4 新しい地域支援事業の全体像

新しい地域支援事業は、介護サービスや介護予防サービスと並び、介護保険制度の三本柱の一つである。事業内容には、①介護予防事業：一次予防事業および二次予防事業、②包括的支援事業：介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援事業、③任意事業：介護給付費適正化事業、家族介護支援事業などである（図2-4）。



図2-4 新しい地域支援事業の全体像

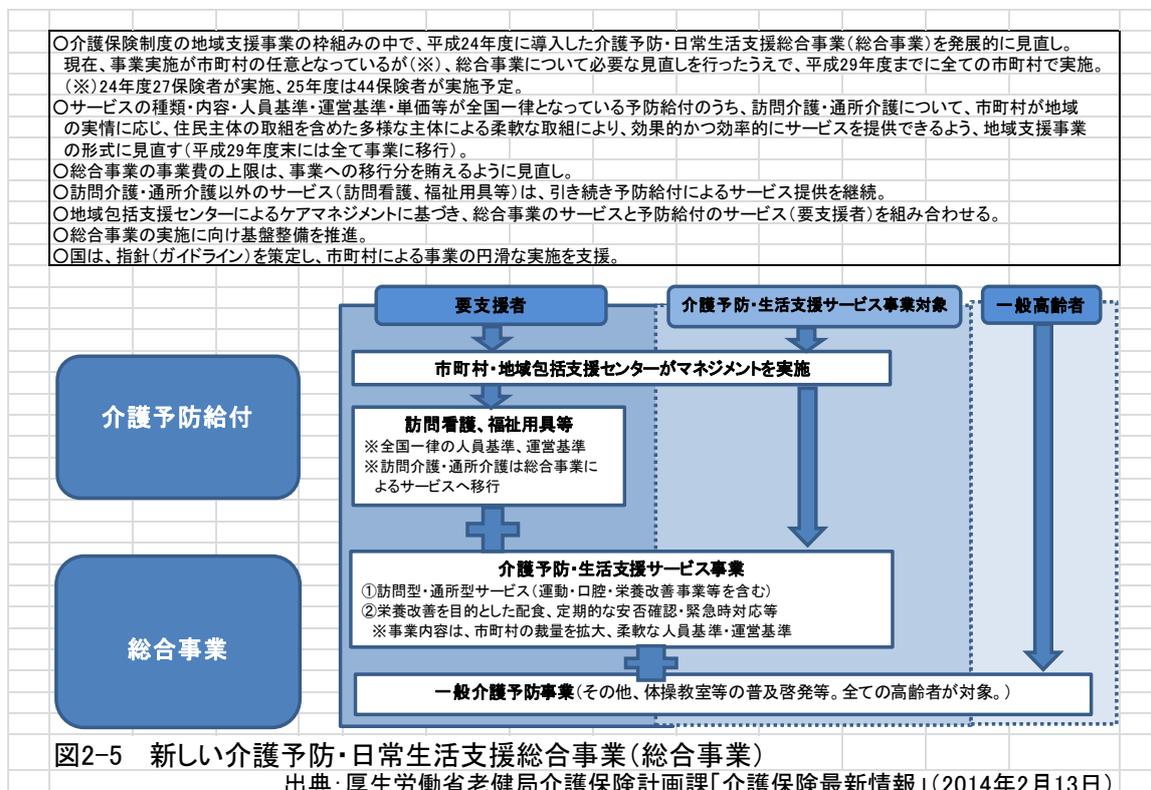
出典：厚生労働省老健局介護保険計画課「介護保険最新情報」(2014年2月13日)

2-3 新しい介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）

現在、ほとんどの市町村が実施している「地域支援事業」は、要支援認定を受けていない65歳以上の高齢者（第1号被保険者）を対象とした「介護予防事業」である。この事業では、要支援・要介護状態になるリスクの高い高齢者を対象に、運動器の機能向上，栄養改善，口腔機能の向上のためのプログラムを実施する「二次予防事業」と，活動的な状態の高齢者を対象に，できるだけ長く生きがいを持ち，地域で自立した生活を送ることを支援する「一次予防事業」が実施されている。「介護予防・日常生活支援総合事業」を選択している市町村では，要支援者と二次予防事業対象者に対し，通所型を基本とした予防サービス，配食や安否確認などの生活支援サービス，ケアマネジメント等を総合的に実施している。

また，現在の要支援者に対する訪問介護・通所介護は，「介護予防給付」となっている。2015（平成27）年4月からは，市町村が地域の実情に応じ，住民主体の取り組みを含めた多様な主体による柔軟な取り組みにより，効果的・効率的にサービスを提供できるよう「介

「介護予防・生活支援サービス事業」に移行して行き、2017（平成 29）年度までにすべて移行することとされた。移行時に介護予防給付の訪問介護・通所介護を受給している人は、次の要支援認定（更新）までの間は、そのまま介護予防給付として受給できる。一方、要支援者に対するサービスのうち、訪問看護や福祉用具等のように多様な形態でサービスを提供する余地のないものは、従来どおり「介護予防給付」としてサービス提供される（図 2-5）。



2-3-1 包括的支援事業

現在は、地域包括支援センターを運営し、介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援を行っている。2015（平成 27）年度からは、個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげる場である「地域ケア会議」を法律で規定し、実効性あるものとして定着・普及させることとされた。また、これまでの事業に加え、在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、生活支援サービス体制整備も実施することになる。

2-3-2 任意事業

現在は、介護給付費適正化事業、家族介護支援事業などを行っている。この部分は、2015（平成 27）年度以降も変更はない。

2-4 新しい地域支援事業導入による介護予防事業の期待される効果

2-4-1 機能改善と参加を促す地域づくり

介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防や、要介護状態等の軽減・悪化の防止を目的として行われている。生活機能の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえ、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素をバランスよく働きかけることが重要である。そして、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促すことによって、一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを支援し、QOLの向上を目指す。これまでは、活動的な高齢者に対する「一次予防事業」と、高リスク高齢者に対する「二次予防事業」というように、対象者を分けて事業を行ってきた。特に高リスク高齢者に対しては、心身機能の改善を目指した機能回復訓練が中心になっていた。一方、高齢者が活動的な状態を維持するための多様な通いの場づくりは、十分に行われてこなかった。

新しい地域支援事業における介護予防事業では、高齢者本人へのアプローチである「機能回復訓練」だけでなく、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチである「地域づくり」を推進することとされている（図 2-6）。また、活動的な高齢者と高リスク高齢者を区別することなく、住民自身が運営する体操の集いなどの活動を地域で展開し、人と人のつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくことを目指すとされている。

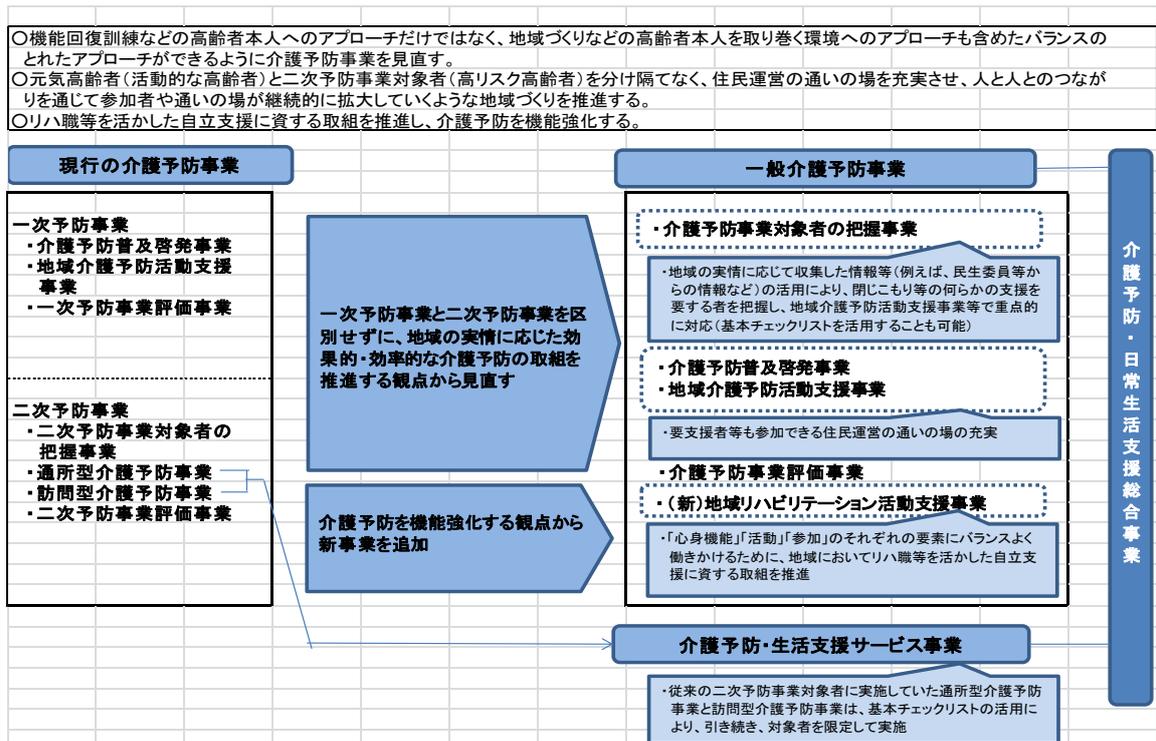


図2-6 新しい介護予防事業

出典：社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」（2013年12月20日）参考資料

2-4-2 生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加

単身者世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援サービスの必要性が大きくなっている。生活支援サービスを充実させるためには、ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の地域の多様な主体がサービスを提供していく必要がある。

一方、高齢者の介護予防が求められているが、高齢者自身がボランティア等に参加して生活支援サービスの担い手になると、地域の中での新たな社会的役割や生きがいを持つことになる。その結果、介護予防につながるというように、相乗効果をもたらす。

新しい地域支援事業では、地域の実情に応じた多様で柔軟な生活支援サービスを充実させ、高齢者を重層的に支えるとともに、高齢者が担い手として社会参加できる地域づくりを目指すこととされている（図 2-7）。ボランティア等の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援サービスコーディネーター」配置も、地域支援事業に位置づけられた。

地域のつながりが希薄になったとされる今こそ、新しい地域支援事業を介して地域を活性化させる取り組みが求められている。

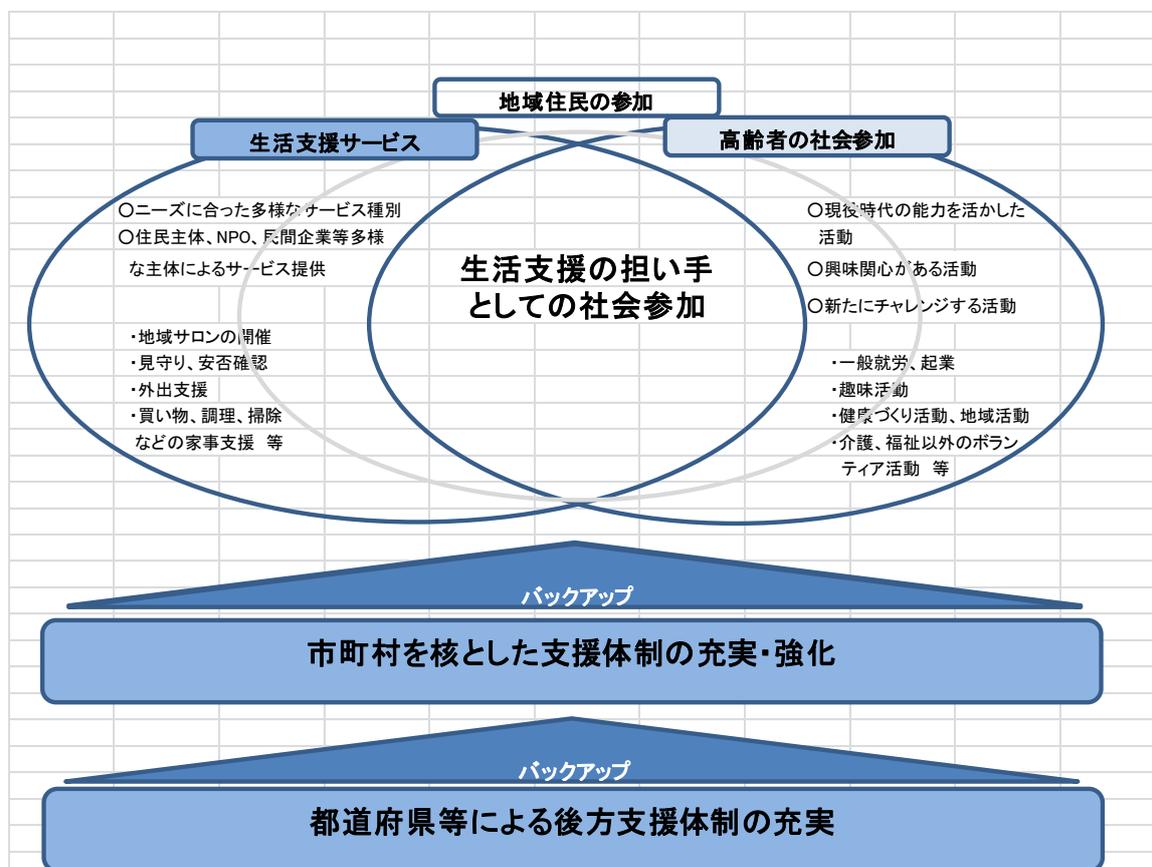


図2-7 生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加

出典：厚生労働省老健局介護保険計画課「介護保険最新情報」（2014年2月13日）

3. 地域における医療と介護の総合的な確保

3-1 社会保障制度改革国民会議報告書を踏まえた医療・介護分野の方向性

医療・介護分野の改革の方向性は、①急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、医療の機能分化を進める。②医療機能分化と同時に、在宅医療・在宅介護を大幅に充実させ、地域での包括的なケアシステムを構築する。③受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させる。④病床の機能分化政策の展開は、退院患者の受入れ体制の整備政策と同時に行う。⑤入院から退院（在宅）までの提供者間のネットワーク化の強化など改革の方向性は上記のように要約できる（社会保障制度改革国民会議報告書：2013（平成 25）年 8 月 6 日）。

3-2 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（医療介護総合確保推進法）

この法律は、医療法、介護保険法などの 19 の法律を一括して改正する法律として、2014（平成 26）年 6 月 18 日に成立した。今後は、この法律を具現化していくことになるが、その趣旨は、効率的で質の高い医療提供体制の構築と、地域包括ケアシステムの構築によって、地域における医療と介護を総合的に確保することである。

この法律は、地域における医療および介護の総合的な確保を推進するために、医療法、介護保険法等の関係法律についての整備を行うということの趣旨も含んでいる。法整備のうち、主要なものについて以下に整理する。

1. 地域介護施設整備促進法等関係：新たな基金の創設と医療・介護の連携強化
 - ①消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置
 - ②医療と介護の連携を強化
2. 医療法関係：地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保
 - ①病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、地域医療構想（ビジョン）を医療計画において策定
 - ②医師確保支援
3. 介護保険法関係：地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化
 - ①地域支援事業の充実とあわせ、予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化
 - ②特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える

機能に重点化

- ③低所得者の保険料軽減を拡充
- ④一定以上の所得のある利用者の自己負担を 2 割へ引き上げ
- ⑤「補足給付」の要件に資産などを追加

4. その他

- ①診療の補助のうちの特定行為²⁷を明確化（看護師の研修制度を新設）
- ②医療事故に係る調査の仕組みの位置づけ

この法律の施行期日は、交付日とし、ただし、医療法関係は 2014（平成 26）年 10 月以降、介護保険法関係は、2015（平成 27）年 4 月以降など、順次施行される。

3-3 医療・介護サービス提供体制の一体的な確保

2025（平成 37）年に向けて、高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービス提供体制の一体的で総合的な確保を行うために、①都道府県が策定する医療計画と介護保険事業支援計画の一体的で、強い整合性を持った策定 ②消費税相当分を活用した新たな財政支援制度を法定化し、都道府県に基金を設置する。

なお、在宅医療の充実と在宅医療・介護連携の推進のために行われた制度改正については以下のとおりである。

介護保険法における地域支援事業の見直しとしては、在宅医療・介護の連携推進については、①これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（2011（平成 23）年度・2012（平成 24）年度）、在宅医療推進事業（2013（平成 25）年度～）により一定の成果が得られた。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化し、全国的に取り組む。②具体的には、介護保険

²⁷ 現在、その仕組みの前提となる特定行為の内容、研修のあり方等についても、「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」において検討が続けられ、制度創設に当たっての基本的な考え方の整理がなされ研修制度（案）がまとめられた。この研修制度（案）では、特定行為とは、①行為そのものに「技術的な難易度又は判断の難易度」があることに加えて、②予め対象となる病態の変化に応じた行為の内容が明確に示された、特定行為に係るプロトコールに基づき、看護師が患者の病態の確認を行った上で実施することがある行為、としている。特定行為の区分（案）を見ると、気道確保に係る行為、人工呼吸療法に係る行為、動脈血液ガス分析関連、循環器関連、ドレーン管理関連、創傷管理関連、循環動態に係る薬剤投与関連、血糖コントロールに係る薬剤投与関連、栄養・水分管理に係る薬剤投与関連、栄養に係るカテーテル管理関連、精神・神経症状に係る薬剤投与関連、感染に係る薬剤投与関連、皮膚損傷に係る薬剤投与関連、ろう孔管理関連、以上 14 の区分がなされ、さらに細部に行為名が明記されている（日本看護協会）。

法の地域支援事業に位置づけ、市町村が主体となり、地区医師会等と連携しつつ、取り組む。③消費税増収分等を財源として活用し、介護保険料と合わせて、市町村の在宅医療・介護連携の取り組みを支援するなどの3点である。

一方、医療法における医療計画の見直しは、①地域における医療および介護を総合的に確保するための基本的な方針に即して、国が定める医療計画の基本方針と介護保険事業支援計画の基本方針を整合的なものとして策定。②医療計画と介護保険事業支援計画の計画期間が揃うよう、2018（平成30）年度以降、医療計画の計画期間を6年に改め、在宅医療など介護保険と関係する部分については、中間年（3年）で必要な見直しを行う。③地域医療構想（ビジョン）の中で将来の在宅医療の必要量を示すとともに、在宅医療を担う医療機関や訪問看護等の提供体制に係る目標や役割分担、在宅療養患者の病状の変化に応じた病床の確保のあり方等を医療計画に盛り込むなどの3点である。

3-4 医療・介護サービス保障の強化

社会保障制度改革国民会議報告書において、疾病構造を踏まえた「病院完結型医療」から、地域全体で患者を支える「地域完結型医療」への改革がなされていく中で、在宅医療・在宅介護の一体的なサービス提供体制の見直しが求められている。昨今は平均寿命の延伸よりも、健康の質を重視する健康寿命の延伸へと社会の関心は変化してきている。生産年齢人口の多い時代の疾病構造や医療とは異なり、高齢社会の疾病は、慢性疾患による受療が多い。複数の疾患を抱える高齢患者が多い時代の医療は、病気と共存しながらQOLの維持・改善を目指す医療のあり方にシフトしなければならないのである。そのためには、病床機能に応じた医療資源の投入による入院医療強化、在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築などにより、何処に住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会を構築していかなければならない。

このように、在宅医療・介護の連携が強調される必要がある。在宅医療・介護の連携推進の方向性は以下の2点である。

- ① 疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるためには、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要である。在宅療養を支える関係機関には、地域の医療機関は、定期的な訪問診療の実施、在宅療養支援病院・有床診療所は、急変時に一時的に入院の受け入れの実施、訪問看護事業所は、医療機関と連携し、服薬管

理や点滴、褥瘡の予防、浣腸等の看護ケアの実施、介護サービス事業所は、入浴、排せつ、食事等の介護の実施、というように各関係機関の連携体制の構築が重要となる。

- ② このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、市町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を図る。

4. 地域包括ケアシステム構築に向けた在宅医療・介護

4-1 これまでの急性期医療から超高齢時代の在宅医療への転換

わが国の少子高齢化の進展は今後さらに急速に加速し、疾病構造もこれまでの急性期疾患を中心とした構造から、生活習慣に基づく慢性疾患への比重が高まっている。複数の疾患を有し、疾患と共にその人の状況に合わせた日常生活を送らざるを得ない高齢者が急激に増加していく。

このような状況にあっては、安心できる社会の基盤となる医療のあり方も変化せざるを得ないのは言うまでもない。従来急性期医療を担っている病院中心の医療のあり方から、患者が日常生活を送っている地域での在宅医療に大きく転換させざるを得ないのである。私たちが直面している超高齢社会は「多死社会」でもあると言える。看取りにどのように対応していくかという点もまた、これからの大きな課題である。

わが国は国民皆保険制度を実現してはいるものの、在宅医療は浸透していないという実情がある。高齢者が増えることによって医療ニーズも増えていくのは当然のことであるが、その医療ニーズに対応するために、わが国のこれからの医療提供体制をどのように構築していくかという問いに対しては、人口当たりのベッド数が極めて多いため、高齢者が増え医療ニーズが増えるからといって増床はしない方針である。そして、それぞれのベッドの機能を明確化させ、それに適した医療資源を投入していく方針である。この方針下では、患者の状態と病床の機能がある程度対応してくることになる。しかし、高齢者の増加は加速するため、それに対応し得る受け皿となるものを検討しなければならない。それが、在宅医療・介護である。つまり、在宅医療・介護は、医療提供体制の改革の今後の要であると言える。

在宅医療という言葉は、介護保険制度が施行され始めた2000（平成12）年頃から、人々

に浸透するようになった。2006（平成 18）年に診療報酬において在宅療養支援診療所²⁸の制度が創設されるなど、政策的に誘導されてきた部分大きい。在宅医療は、“自宅”で行う医療ではなく、“生活の場”に提供される医療である。病状が悪化し、一昔前であれば亡くなっていたが、医療の進歩により救命率は飛躍的に伸びた。しかし、退院後は虚弱化し ADL 機能の低下により、自立した在宅での生活が困難な高齢者に対して、どのような医療が適切であるのかということが、病院中心の医療によって、虚弱高齢者の健康課題を解決できない状況になっているように思われる。秋山（2010）は、1987（昭和 62）年より、全国から無作為に抽出された約 6,000 人の高齢者の生活を 20 数年間にわたって追跡調査を行っている。調査結果によると、2 割の男性は 70 歳になる前に健康を損ね死亡するか、重度の介助が必要になっている。80 歳、90 歳まで自立を維持する人が 1 割、大多数の 7 割は 75 歳頃までは元気であるが、その頃から徐々に自立度が落ちていった（図 2-8）。一方、女性では、9 割の人たちが 70 歳代半ばから緩やかに衰えていった（図 2-9）。男性は疾病によって急速に動けなくなり死亡する人が多いが、女性では骨や筋肉の衰えによる運動機能の低下により自立度が徐々に落ちていく。男女合わせると、約 8 割の人たちが後期高齢期に入る 70 歳代半ばから徐々に衰え始め、何らかの介助が必要になることを明らかにしている。また、一方では後期高齢者には、介護を受ける側というイメージがあるが、大多数の人たちは、多少の介助があれば日常生活を続けることができることも明らかにしている。

²⁸ 在宅療養支援診療所とは、在宅医療を推進するため、2006（平成 18）年の医療保険制度改正によって、診療報酬上の制度として新設された 24 時間 365 日体制で往診や訪問看護を行う診療所のことである。以下の項目を満たすことが要件となっている。①保険医療機関たる診療所であること、②当該診療所において、24 時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置し、その連絡先を文書で患家に提供していること、③当該診療所において、又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として、患家の求めに応じて、24 時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること、④当該診療所において、又は他の保険医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24 時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当看護職員の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること、⑤当該診療所において、又は他の保険医療機関との連携により他の保険医療機関内において、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること、⑥医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員（ケアマネジャー）等と連携していること、⑦当該診療所における在宅看取り数を報告すること、また、以上の内容を満たした在宅療養支援診療所に対し更に以下の要件を満たしている診療所は機能強化型（単独・連携）として届出ることができる。a.3 名以上の常勤医師の在籍、b.過去 1 年間の緊急の往診実績 5 件以上、c.過去 1 年間の看取り実績 2 件以上。

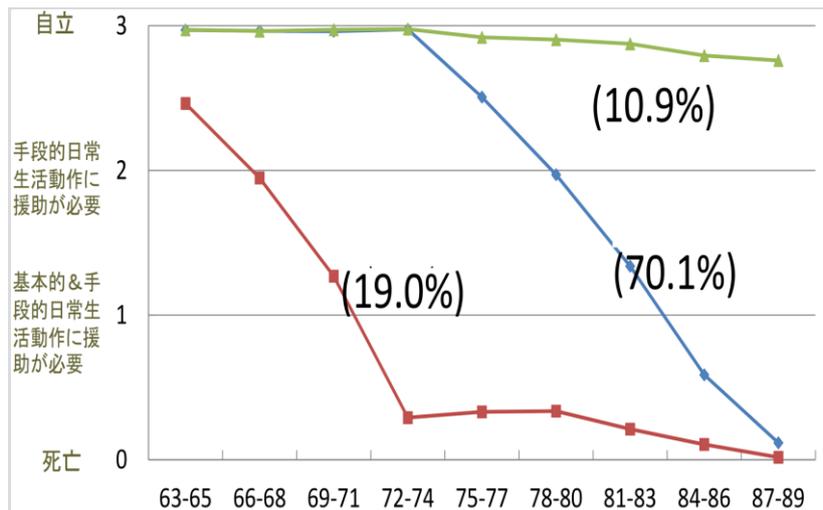


図2-8 機能的健康度の変化パターン(男性)

出典) 秋山弘子(2010)『長寿時代の科学と社会の構想「科学」』岩波書店

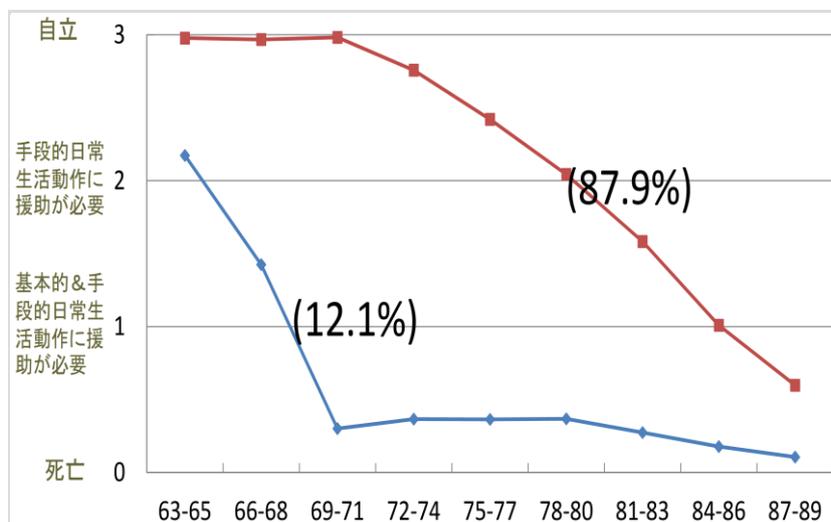


図2-9 機能的健康度の変化パターン(女性)

出典) 秋山弘子(2010)『長寿時代の科学と社会の構想「科学」』岩波書店

このような虚弱な期間を現在のヘルスケアシステムでは支えることはできない。例えば、認知症のある人が入院すると認知症が悪化する。入院した途端に、徘徊や夜間せん妄²⁹などのBPDS³⁰が出現する。このことから言えるように、地域での生活を支えるうえで非常に

²⁹ せん妄は、急性の脳機能障害で、意識障害の一つである。高齢者ではしばしばみられ、器質性脳疾患、身体疾患、薬物などが原因となる。短期間のうちに現れる軽度から中等度の意識障害に、特徴的な幻覚、錯覚、不安、精神運動興奮、失見当識などを伴う。発症は急激で日内変動が目立ち、夜間に悪化することが多い(夜間せん妄)。認知症とは異なるが、症状は似ており、認知症にしばしば合併する。

重要となるのが在宅医療システムである。厚生労働省の退院患者の平均在院日数調査のデータによると、わが国の退院患者の平均在院日数は、28.3日（2012（平成24）年9月現在）である。一方、主要先進国での入院期間は5日から10日前後であり、急性期の期間は治療に専念し、その後は地域での在宅医療が支える。在宅医療は、病院の受け皿ではなく、生活や生きざまを支える役割として機能する、看取りも含む非常に包括的で全人的な医療であるといえる。

4-2 医療と介護の連携強化

1980年代に厚生労働省が政策的誘導として、寝たきり高齢者対策が社会的な課題として取り上げられるようになった。医療法、老人保健法³¹、健康保健法などの法改正を経て、診療報酬のあり方も大きく変化してきた。特に、1986（昭和61）年の診療報酬改定で「訪問診療」という言葉が登場し、「訪問診療」と「在宅医療指導管理料」が新設された。その意味で、この年は在宅医療元年と言われている。一方、「訪問看護」については、「訪問医療」より若干早い1982（昭和57）年より、診療報酬で初めて高齢者を対象とする訪問看護が「退院患者継続看護・指導料」として認められた。このことを契機に、1992（平成4）年に訪問看護ステーションが創設されていった。

これまでの在宅医療は、どちらかといえば病院内で行われている医療を在宅でもできるようにしたといったものが多かった。患者側が在宅に移行できるように一定の環境を整えることができ、在宅に移れるという要素が大きかった。介護においても、介護保険導入以前は、介護と言えば養護老人ホームであった。1989（平成元）年に10年間を見すえ高齢者対策強化の目的で策定された施策計画がゴールドプラン（高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略）では、市町村における在宅福祉対策の緊急実施、施設の緊急整備が図られ、特別養護老人ホーム・デイサービス・ショートステイなどの施設の緊急整備、ホームヘルパーの養成などによる在宅福祉の推進が柱として掲げられた。しかし、施設が中心で在宅介護は発達しなかった。そして、2000（平成12）年に介護保険制度がスタートし、在宅で使えるサ

³⁰ BPSD（行動・心理症状：Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）とは、認知症に伴う徘徊や妄想・攻撃的行動・不潔行為・異食などの症状のことで、「周辺症状」とも呼ばれ、記憶の障害・見当識障害・判断力の障害・実行機能の障害などの「中核症状」とは区別される。BPSDの特徴としては、軽症から中等症に進行するに従い頻繁に出現するようになり、急速にQOLの低下を招き、介護負担が増大していく。

³¹ 現在は、高齢者のための医療確保法。

サービスの量が増えた。しかしながら、介護というものは独立して存在するものではなく、要介護の人は医療ニーズも高いため、在宅ケアを支えていくためには医療的なバックアップがなくてはならない。一方で、1992（平成4）年の老人保健法改正により老人訪問看護制度³²が創設され、訪問介護も含め、様々な在宅支援サービスができてきたが、その場面でも、やはり医療と介護の連携が重要になる。介護者側からみれば、基盤として医療抜きの在宅介護というものは存在し得ない。そのようなところから在宅医療が要求されている。また、これらの在宅介護サービスが量・質ともに増加したことなどが、在宅医療を大きくサポートしている。

医療提供体制の構造改革を行うにあたっては、基本的には、川上に位置する病院医療の構造改革を行う場合には、同時に川下に位置する在宅医療の整備が必要であると言われている。昨今、社会保障制度改革国民会議では、QOD（Quality of Death：死の質）という言葉も議論になっている。その人のQOL（Quality of Life：生活の質、生命の質）、あるいはQODのためにも、その人の生活感のある場所で、できるだけ長く過ごせるようにする。それが医療の目指すところでもあり、その方法として地域包括ケアシステムを構築していくことが当面の課題であるといえる。

地域包括支援システムを構築していくためには、在宅介護との連携がなければ在宅医療は絶対に成り立たない。そこに人がいて、生活があって、はじめて医療は成り立つ。医療は生活に対するオプションに過ぎないということを医療者は確認することが大切である。在宅医療を考える上では、財源の問題も大事ではあるが、人々の生活・生き方、QOLあるいはQODの視点からは、在宅がよいという視点を持つことが大切である。さらに、看護職は、医療とケアをつなぐ役割を担わなければならない。特に看護と介護の場合、この二つの職種は業務の範囲に重なりがある。2012（平成24）年度から介護保険で始まった定期巡回・随時対応サービス³³（定期巡回・随時対応型訪問介護看護費）、複合型サービス³⁴（複合

³² 訪問看護制度は、在宅のねたきり老人等に対して、新たに地域に設置される老人訪問看護ステーションから、看護師、保健師等を派遣し、清拭、褥創の処置、リハビリテーション等を行う事業で、老人保健制度から訪問看護療養費の支払いが行われる。

³³ 定期巡回・随時対応サービスとは、重度者をはじめとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行う。このサービスは、次の二つの類型を定義している。①一つの事業所で訪問介護と訪問看護のサービスを一体的に提供する「一体型事業所」②事業所が地域の訪問看護事業所と連携をしてサービスを提供する「連携型事業所」⇒ 訪問看護（居宅での療養上の世話・診療の補助）は連携先の訪問看護事業所が提供。いずれにおいても、医師の指示に基づく看護サービスを必要としない利用者が含まれる。

型サービス費)のように、看護と介護を包括した形でサービスを提供するというやり方は、これからの動きとして必要である。

その他、医療については、都道府県が地域に応じたきめ細かな医療計画を策定が義務付けられている。一方、介護保険は地町村が運営主体となっているため、医療と介護を一体的に行うには、市町村による介護保険事業計画と都道府県が作成する二次医療圏の医療計画の整合性の取れた計画立案も必要となる。

4-3 在宅医療の量と質

在宅医療の提供は進んではきているが、今後はさらに加速させる必要がある。今後は量的な拡大がますます必要になってくる。そこで、医師、看護師が在宅医療に関与するモチベーションとインセンティブをどのように関連づけていくかという問題がある。

前述のとおり、在宅療養支援診療所は、2006（平成 18）年度の診療報酬改定でできた制度で、その後、要件を改定していく度にその施設数は増えていったが、まだその数は十分ではない（2010（平成 22）年現在 12,487 か所）。しかし、1施設当たりの患者数は増えており、今後、量的な拡大が急務である。また、在宅療養支援診療所においても訪問看護が重要になってくる。しかしながら、訪問看護ステーションは微増であり、訪問看護の量的拡大にも力を入れていく必要がある（2013（平成 25）年現在 6,801 か所）。いずれにしても、今後は、医師、看護師の医療機関と在宅との間での配分をどのようにしていくかという問題もある。特に、量的には地域格差の問題もある。これをどのように埋めていくかという問題も、量の拡大とともに考えていかなければならない問題でもある。

一方、質の確保という面にも課題がある。在宅医療の格差を無くすためのガイドラインの整備も必要ではないだろうか。これまで在宅医療は、診療報酬によって量の拡大をしてきた。2012（平成 24）年度診療報酬改定で、在宅療養診療所については、別途、機能強化型がつけられ、高い診療報酬がつけられた。在宅医療の質を見る指標としては、「対象患者のうちの何人を在宅で看取ったか」がある。信頼関係がないと看取りはできない。患者または家族の意に反し、病院に救急搬送されるような望まれない形での在宅医療の中断が多

³⁴ 複合型サービスは、利用者が可能な限り自立した日常生活を送ることができるよう、利用者の選択に応じて、施設への「通い」を中心として、短期間の「宿泊」や利用者の自宅への「訪問（介護）」に加えて、看護師などによる「訪問（看護）」も組み合わせることで、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、介護と看護の一体的なサービスの提供を受けることができる。

い医療機関は質が悪いと評価されても過言ではないのではないかと。しっかりとケアができていれば、このような中断は起こらない。また、診療報酬レセプトから質を評価する指標として、「夜間の緊急往診の回数」がある。このように、現在、診療報酬上で「緊急往診」と「看取り」は評価するというようになってきている。

4-4 在宅医療・在宅介護を支えるマンパワーの確保

国の方針は病床は増やさないが、マンパワーについては、現時点では大まかには医師数はわずかに増やし、看護師はもう少し増やし、介護職は増やすという計画である。しかし、介護職員を増やせるのかという問題がある。介護職員は、不景気になっても人材が十分に確保できない。介護保険の財政上の制約のため、人手不足であっても給与を容易に引き上げることができないためである。しかも、景気が良くなると、介護報酬の財政は豊かになるが、他の職種の賃金がより上昇するため、介護職員や若者たちは他の職業に流れて行ってしまう。今後、介護職員の確保の問題は、在宅医療の推進にとって大きな障害になる可能性があるため、十分な議論が必要である。また、医療ニーズの高い人たちを訪問看護で診ることができる仕組みをつくることも必要になると思われる。訪問看護ステーションは、ここ数年間で増え始めている。以前は医療法人による訪問看護ステーションが一番多かったが、介護保険制度開始後は営利法人も訪問看護ステーションを開設できるようになったため、今では訪問看護ステーションの23%が営利法人による事業所となっている（全国訪問看護事業協会：2011）。また、その営利法人も大手の企業ではなく、半分は看護師たちが会社を立ち上げて開設したものである。看護師が訪問看護だけでなく、介護、居宅介護支援、デイサービスも行っている。さらには、行き場のない終末期の人たちのための施設も作り始めている。このように、看護師自身が主体的に動き始めたのが、ここ1～2年の大きな特徴である。これからは、「人生をみる」「生活支援をする」といったことができるかどうか、そこに大きな違いがある。日本の看護教育は医療モデルによるものが圧倒的であるため、生活モデルを支えていく看護師がなかなか育っていないという面がある。その状況の中でこのような訪問看護師たちが、自分たちで医療モデルとは違う事業を始めようと、訪問看護ステーションや複合型サービスを起業するなどの動きが全国で起きている。訪問看護師の養成に関しては、2012（平成24）年度現在、日本では153万7,813人の看護師が就業しているが、そのうち訪問看護師は3万3,649人（2.2%）ほどしかいない（日本看護協会：2013）。このようなことを勘案し、日本看護協会は訪問看護師を増員するための方策と

して、新卒、潜在看護師、医療機関等に勤務する看護師、定年退職後の看護師のいずれの経験でも訪問看護師を志す看護師が受講できるカリキュラムを作成し、「訪問看護師養成研修会」を実施している。

4-5 病院での看取りから在宅での看取りへ

在宅医療が必要な方々（認知症、がんの末期、人工呼吸器を装着している人）などは、人生の中で非常に厳しい状態にある。そのような状態になっても、のびのびと、自分らしく生きていられるように、支えていくのが医療である。後に紹介する「ホームホスピスかあさんの家」の取り組みのように、医師や看護師が他職種の人々と連携していくことがこれからの医療・介護にとって大切であるということはいうまでもない。

精神科に入院している認知症患者を調査した厚生労働省患者調査（2011）では、入院で「血管性及び詳細不明の認知症」が 12.1%、「アルツハイマー病」12.7%と、入院全体の 4 分の 1（24.8%）が認知症患者である。デンマークでは、介護職員や訪問看護師と協力しながら、地域のプライマリケア医がすべて責任を持ち、必要時のみ病院へ行くなどの指示を出す。このように、住民の医療問題には、プライマリケア医がまず接することになっている。プライマリケアが発達して、様々なことを相談できる医師を持てるようにする。それが理想の医療の姿ではないだろうか。

わが国では、在宅死と病院死の割合が逆転したのは、1975（昭和 50）年～1979（昭和 54）年であり、在宅で最期を迎えたいという高齢者の望みとは矛盾した状況となった。特に、医療資源や人的資源に恵まれない離島においては、そのほとんどの高齢者の望みは叶わない。看取りは文化であり、かつては高齢者を送るという文化は家族の手の中にあった。それがいつの間にか医療者側の役割になってしまった。そして、医療者のいない地域においても、地域での看取りが消えてしまった。

在宅での看取りとなると、核家族化で看取った経験のない人たちにとって、死は怖いと感じるものである。また、家族の負担が増えて仕事を休まなければならない、あるいは仕事を辞めなければならないのではないかとといった不安が生じてくる。内閣府による「介護保険制度に関する世論調査」（2010（平成 22）年 9 月調査）でも、自分自身が介護を受けたい場所については、「家族に迷惑をかけたくないから」として、介護職施設等を利用したいとする回答が多い。しかし、看取った経験のある人は死を恐れないことや、在宅医療は必ずしも家族に負担や迷惑をかけるものではないということも伝えなければいけない。そ

のためには、地域文化や地域の実情に合わせた看取りをも包括したケアシステムの構築が必要不可欠である。

時代の必然として、医療はより包括的に、より地域的になっていく。このような時代に、医師の役割は、命を救う医療というよりも、看取ることも含めて人生丸ごと面倒をみるような医療を提供していくことが必要である。

第3章 島嶼地域に居住する人々の社会関連性指標と生きがい感

この章では、今後、地域包括ケアシステム構築を目指すことになるが、保健医療福祉サービス等の公的社会資源が十分に整備されておらず、健康状態が悪化すると、住み慣れた地域での生活の継続が困難な状態に陥る、いわゆる“保険あってサービスなし”という環境にある琉球弧の島嶼地域に住む人々の社会関連性指標と生きがい感に着目することとした。島嶼地域においては、政策目標の達成に資するべき社会資源の整備に関する地域間格差の是正が重要な課題となっている。一方では、琉球弧島嶼地域には、“結い”の精神、相互扶助の伝統等の地域文化が残っているという共通点を持つ地域である。

1. 島嶼地域に居住する「高齢者」の主観的健康感と健康への意識行動および社会関連性指標との関連

1-1 研究の背景および目的

社会福祉法は、法第四条において「地域住民、社会福祉を目的とする事業を経営する者及び社会福祉に関する活動を行う者は、相互に協力し、福祉サービスを必要とする地域住民が地域社会を構成する一員として日常生活を営み、社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が与えられるように、地域福祉の推進に努めなければならない。」と定めている。このように、地域福祉を推進することの重要性を法に明記し、これからの社会福祉の方向性を示している。また、福祉社会とは、人々が健やかで文化的な生活を保障された社会であり、その充実・増進を積極的に追求する社会をいい、超高齢社会に突入したわが国においては、高齢者福祉は高齢者自らが選択可能な福祉サービスの仕組みへと変化してきている。地域住民の生活拠点である各地方公共団体では、市町村地域福祉計画および都道府県地域福祉計画の一環として健康の維持・増進に向けた具体的な取り組みがおこなわれている。しかし、このような取り組みは、主に地域における社会資源の活用促進による政策目標の達成が意図されており、保健医療福祉サービスといった公的社会資源が十分に整備されていない島嶼地域においては、政策目標の達成に資するべき社会資源の整備に関する地域間格差の是正が重要な課題となっている。一方、島嶼地域では、その地理的環境によって、財政力・経済力に乏しく、健康状態の悪化が島内での生活継続を困難な状態に陥れる大きな要因の一つとなっており、社会資源によらない健康の維持・増進方法を模索することが喫緊の課題と考えられる（山下ら、2007：240）。鹿児島県の場合、特に島嶼集落は過疎高齢化が進行し、集落機能の低下を余儀なくされている。沖縄県においては、鹿児島県ほどの過疎高齢化は進んでいない状況ではあるが、島嶼地域のもつ生活

上の課題を共有している。いずれも、相互扶助の伝統等の地域文化、あるいはその精神が残っているという共通点を持つ地域である。

本研究は、相互扶助の伝統等の地域文化、あるいは、その精神が残っている地域である琉球弧の北に位置する鹿児島県の奄美諸島と南に位置する沖縄県の八重山諸島における島嶼地域の高齢者の生活の現状と福祉ニーズを把握することである。

本調査においては、対象地の生活の状況、健康と医療ニーズ・福祉ニーズ、社会関連性指標および地域の課題についてアンケート調査を行った。このうち本稿では、主観的健康感と健康への意識行動および社会関連性指標についての結果を分析・検討し報告する。

1-2 研究方法

1-2-1 調査対象地の選定

調査対象地は、鹿児島県の奄美諸島の中心地である A 市（島嶼都市部）、および B 町 E 島、F 島、G 島（島嶼集落部）、沖縄県の八重山諸島の中心地である C 市（島嶼都市部）、および D 町 H 島西部および I 島（島嶼集落部）の 4 つの地域（および集落）を調査対象とした。A 市と C 市では、住宅街を調査対象地として選定し、B 町では E 島から 2 集落を選び、F 島の 2 集落、G 島の 1 集落を調査対象地とした。D 町では H 島西部から 5 集落、I 島の 1 集落を調査対象地とした。

1-2-2 調査方法

調査方法は、留置き法により民生委員から配布と回収の協力を得た。調査対象者は、4 つの地域に居住する高齢者で、4 地域から約 200 人ずつ約 800 人を対象とした。A 市と C 市の場合、調査対象となる地区を選定し、地区担当の民生委員に均等になるように割当人数を決め、必要人数を対象者として選んでもらった。B 町と D 町の場合、集落担当の民生委員に調査実施に協力して頂いた。なお、D 町 H 島西部の 1 集落の対象者が多かったため、町全域担当の民生委員にも協力を得た。

調査実施においては、「調査協力を断られた場合や、調査不能の場合は調査しない。いわゆる補充調査はしない。調査に協力する意向があるが、自分で回答できない場合は、聞き取り形式で調査する。」という条件で実施してもらった。

調査は 767 人を対象とし、732 人からの回答を得た（回収率 95.4%）。調査時期は、2012 年 10 月中旬～11 月中旬であった。調査結果の集計は、IBM SPSS Statistics 19 を用いた。なお、以下の集計結果においては、質問項目への無回答が含まれるため、回答者数は質問

項目ごとに異なる。

1-2-3 倫理的配慮

調査票に調査の趣旨とともに、回答は自由意志であり、拒否しても不利益を被ることがないこと、調査は無記名で、個人が特定できないよう統計処理することを説明した文書を添付した。また、本研究の研究対象者に対する倫理的配慮について、鹿児島国際大学教育研究倫理委員会の承認を得た上で実施した。

1-3 調査対象島嶼地域の概要

1-3-1 奄美諸島

奄美諸島は、九州南方海上にある主要な島で面積が 712.39 km²であり、本州など 4 島を除くと沖縄本島、佐渡島に次ぎ面積 3 位の島である。また、奄美諸島は、気候は亜熱帯・海洋性に属し、年間平均気温は 22℃前後、降水量は約 2,400 mm と四季を通じて温暖多雨であり、かつ、台風の常襲地帯となっている。台風による災害に加え、2010（平成 22）年 10 月に記録的な豪雨（奄美豪雨）により災害が発生、翌年 9 月と 11 月にも 2 度の豪雨に見舞われた。産業は、サトウキビを基幹作物とする農業や大島紬ならびに黒糖焼酎など、他の地域にはみられない特色があるが、サトウキビは増産傾向にあったものの、2009（平成 21）年度には減産となり、加えて黒糖焼酎は焼酎ブームが沈静化したことにより、2004（平成 16）年度以降減産傾向にある。また、大島紬は、生活様式の変化に伴う需要の伸び悩みや担い手の不足などから、ピーク時の 4%の生産量に留まるなど、低迷を続けている。

(1)A 市

A 市の人口は 45,739 人（平成 25 年 6 月現在）で、高齢化率は 25.8%である。鹿児島から南へおよそ 380 km に位置している。なお、A 市は合併により奄美大島全体の約 4 割を占め、中核都市としての機能をもつ名瀬地区（旧名瀬市）、および住用地区（旧住用村）、笠利地区（旧笠利町）で構成されている。なお、A 市の総面積は 308.2 km²であり、そのうち耕地面積は 1,350ha（耕地率 4.4%）、林野面積は 24,587ha（林野率 79.8%）であり、平地に乏しい。伝統文化には、古くから伝承された五穀豊穰を祈り祝う島唄や八月踊などがある。鹿児島からはフェリー（1 日 1 便）、航空機（1 日 8 便）が運行している。

(2)B 町

B 町の人口は 9,874 人（平成 25 年 5 月現在）、高齢化率は 34%である。総面積は 240.0 km²で、鹿児島から南へ約 380 km の洋上に浮かぶ奄美大島本島の南部に位置し、奄美大島本

島と陸続きの B 町（本土側）および海峡をはさんで有人 3 島を含む広大な行政区域を有している。面積の 86.5%が山林で占められ、いずれも 300~400m 程度の山岳地が連なり、三方を山で囲まれ、山肌は急傾斜となって海岸に迫っており平地に乏しい。産業は農業が中心で、ニンニクやソテツの栽培、養豚、肉牛生産などがおこなわれていたが現在は衰退し、過疎高齢化が進行している。有人 3 島への交通は、B 町（本土側）からフェリーかけろま（1日 4 往復）、町営定期船せとなみ（1日 1 往復：曜日により異なる）が運行している。医療機関は、病院が 2 ヲ所、診療所 5 ヲ所、特別養護老人ホーム 2 ヲ所あるが、有人 3 島には、病院はなく診療所が各島に 1 ヲ所ずつ、特別養護老人ホームが 1 ヲ所ある。なお、B 町役場は、海峡を挟んだ B 町（本土側）にある。

1-3-2 八重山諸島

八重山諸島は、ハワイのホノルルとほぼ同じ緯度にあり、年平均気温が 23.8℃という亜熱帯の島々である。石垣島、竹富島、小浜島、黒島、新城島、西表島、由布島、鳩間島、波照間島の島々と、これらから西に離れた与那国島の合計 10 の有人島、および、周辺の無人島からなる南西諸島西部の島嶼群で先島諸島の一部を成している。圏域の総面積は 591.97 km²で、沖縄県全面積の約 4 分の 1 に相当し、西表島は沖縄本島に次いで 2 番目に大きく、石垣島は 3 番目に大きな島である。風土病であったマラリアは 1962（昭和 37）年に撲滅された。石垣島と西表島は、標高 500m 程度の山を有し、河川もよく発達しているが、それ以外の島は隆起珊瑚礁の島で、標高は 100m に達しない。産業は、サトウキビと畜産（仔牛の生産）の他、石垣島や西表島、小浜島では温暖な気候を利用して、現在でも一部の農家では、米の三期作が行われている。年間降雨量の平年値は 2,061 ミリ（石垣島）と多く、特に梅雨期と台風時に集中し、その時期に降雨が少ないと干ばつになりやすい。また、八重山群島は台風常襲地帯として知られ、毎年大きな被害を受けている。行政区分では、沖縄県石垣市、八重山郡竹富町および与那国町の 1 市 2 町からなり、有人島では、石垣島が石垣市、与那国島が与那国町にそれぞれ属し、他の 8 島はすべて竹富町に属する。八重山圏域の総人口は、1965（昭和 40）年の 52,012 人をピークに減少を続け、1975（昭和 50）年には 40,280 人まで減少したものの、それ以降は増加に転じ今日に至っている。

(1)C 市

C 市は、沖縄本島（那覇市）から 411km、台湾（台北）までの距離は 277km である。面積は 229 km²で、八重山圏域の全面積の約 39%、沖縄県全面積（2,271.3 km²）の 10%に相当する。石垣島の南部は平地が多く、北部は山が連なっている。古くはマラリアの蔓延する

地域であったため集落そのものが少ない。琉球王朝時代に強制移民が行われた歴史もある。人口は C 市に集中し、48,639 人（平成 25 年 5 月現在）で高齢化率は 16.7%である。徐々に人口は減少がみられていたが、沖縄振興開発計画に基づく公共投資の増大や観光収入の著しい伸びに支えられ、労働力人口の流出が抑えられ、近年は次第に増加の傾向を示している。産業は、農業、畜産業、水産業、観光業を中心に経済活動が営まれている。年間 60 万人以上の観光客が訪れ、空港、港湾を中心に八重山圏域の行政、文化、経済等の中枢機能を有しており、日本列島の最南端にある拠点都市である。漁港は、沿岸漁業の基地として整備が進められ、空港においては、昨年、新石垣空港が開港された。伝統行事として海神祭(ハーリー)や祖先の霊を供養するアンガマなどがある。なお、D 町役場は、市内にある。

(2)D 町

D 町は、総面積 334.01 km²で、人口は 4,084 人（平成 25 年 5 月現在）、高齢化率は 21%の沖縄県八重山郡の町である。近年は、離島ブーム、ダイビングなどを目的に島外からの移住者が増え、人口が増加する現象がみられている。八重山列島の西表島、波照間島、竹富島、黒島、小浜島、鳩間島などの島からなる。西表島はマラリア病地のため開拓が遅れたが、他島から出作耕作が行われ、開発が進みサトウキビ、米、パイナップル栽培などがおこなわれている。特産物としては、波照間島のかつお節、小浜島のスイカ、鳩間島のイカなどがある。1914（大正 3）年八重山村より分村して竹富島に村役場が置かれたが、1928（昭和 3）年に石垣島に役場が移された。これは、町内の各島への航路は基本的に石垣島を起点としており、C 市から各島へ船便があるものの、各島間を相互に連絡する航路がほとんどなかったためである。役場がその町村の区域外に位置する町村は、D 町以外には鹿児島県の十島村・三島村の 2 村しかない。現在の各島々への交通は、石垣港離島ターミナルを中心に定期運航されている。調査対象地である西表島地区には、人頭税時代や廃藩置県までの古い集落や開拓移民でできた集落がある。なお、西表島には病院はなく、診療所が 2 ヶ所、特別養護老人ホームが 1 ヶ所ある。

1-4 結果

1-4-1 調査対象者の属性

調査票配布は全体で 767 人を対象とし、732 人から回答を得た（回収率 95.4%）。回答者数は、島嶼地域の島嶼都市部と島嶼集落部、および県別においてもほぼ均等であった。調査対象者の属性を表 3-1 のように対象地別に分けて整理し、カイ二乗検定を行った。

属性	区分	N	鹿児島県		沖縄県	
			A市	B町	C市	D町
性別	男性	287 (39.9%)	67 (35.1%)	66 (38.6%)	78 (40.6%)	76 (46.1%)
	女性	432 (60.1%)	124 (64.9%)	105 (61.4%)	114 (59.4%)	89 (53.9%)
	N	719	191	171	192	165
年齢	前期高齢者	261 (36.4%)	79 (41.6%)	43 (25.3%)	65 (33.9%)	74 (44.6%)
	後期高齢者	457 (63.6%)	111 (58.4%)	127 (74.7%)	127 (66.1%)	92 (55.4%)
	N	718	190	170	192	166
世帯状況	一人暮らし	184 (26.1%)	48 (25.8%)	56 (33.1%)	27 (14.4%)	53 (32.5%)
	夫婦のみ	264 (37.4%)	78 (41.9%)	76 (45.0%)	61 (32.6%)	49 (30.1%)
	二世帯同居	169 (24.0%)	42 (22.6%)	24 (14.2%)	63 (33.7%)	40 (24.5%)
	三世帯同居	50 (7.1%)	13 (7.0%)	3 (1.8%)	26 (13.9%)	8 (4.9%)
	その他の親族と同居	12 (1.7%)	1 (0.5%)	2 (1.2%)	5 (2.7%)	4 (2.5%)
	その他	26 (3.7%)	4 (2.2%)	8 (4.7%)	5 (2.7%)	9 (5.5%)
	N	705	186	169	187	163

性別においては、全体では男女比 4 : 6 の割合であり、「対象地」との間に統計的に有意な差はみられなかった。

年齢構成については、全体の平均年齢は 77.8 歳であった。その内訳は、A 市が 76.8 歳、B 町が 79.5 歳、C 市が 78.2 歳、D 町が 76.5 歳であった。「対象地」を「年齢 2 区分（前期高齢者・後期高齢者）」で見ると有意な差がみられた ($\chi^2=16.601$, $df=3$, $p<.01$)。D 町で前期高齢者の割合が 44.6%と最も高く、後期高齢者は 55.4%と最も低かった。一方、B 町では、前期高齢者の割合が 25.3%と最も低く、後期高齢者は 74.7%と最も高かった。島嶼集落部では「年齢 2 区分」で地域差があるといえる。

世帯状況については、全体では「夫婦のみ」の世帯が 37.4%、「一人暮らし」の世帯が 26.1%、「二世帯同居（子どもと同居）」世帯が 24.0%、「三世帯同居（子どもと孫と同居）」世帯が 7.1%であった。カイ二乗検定をする際、期待度数が 5 未満のセルを解消するために「その他の親族と同居」と「その他」を合計した。その結果、「対象地」と「世帯状況」の間に有意な差がみられた ($\chi^2=61.586$, $df=12$, $p<.01$)。A 市では「夫婦のみ」世帯の割合が高く、B 町では「夫婦のみ」世帯と「一人暮らし」世帯、C 市では「二世帯同居」世帯と「三世帯同居」世帯などの子どもとの同居世帯が高く、「一人暮らし」世帯が低かった。また、D 町では「一人暮らし」世帯が高かった。このように島嶼集落部では、「一人暮らし」世帯の割合が高といえる。なお、B 町では、「一人暮らし」世帯と「夫婦のみ」世帯を合計すると 78.1%と高値を示した。

1-4-2 主観的健康感と健康への意識行動

主観的健康感および ADL 自立状況、健康診断受診状況、健康教育参加状況についての調査結果を表 3-2 に示す。なお、カイ二乗検定にて対象地と主観的健康感と健康への意識行動

について分析を行った。

区分	N	鹿児島県		沖縄県		
		A市	B町	C市	D町	
主観的健康感	健康である	223(31.6%)	63(33.2%)	44(26.8%)	57(30.3%)	59(36.0%)
	あまり健康であるとはいえないが病気ではない	398(56.4%)	102(53.7%)	103(62.8%)	110(58.5%)	83(50.6%)
	病気がちで寝込むことがある	71(10.1%)	19(10.0%)	16(9.8%)	16(8.5%)	20(12.2%)
	病気で一日中寝込んでいる	14(2.0%)	6(3.2%)	1(0.6%)	5(2.7%)	2(1.2%)
N	706	190	164	188	164	
ADL自立状況	まったく不自由なく過ごせる	353(51.5%)	103(56.6%)	64(38.8%)	99(55.0%)	87(55.1%)
	少し不自由だが何とか自分のできる	255(37.2%)	53(29.1%)	87(52.7%)	60(33.3%)	55(34.8%)
	不自由で一部介助を受けている	58(8.5%)	19(10.4%)	11(6.7%)	15(8.3%)	13(5.2%)
	不自由で全面介助を受けている	19(2.8%)	7(3.8%)	3(1.8%)	6(3.3%)	3(1.9%)
N	685	182	165	180	158	
健康診断受診状況	定期的を受診	573(82.1%)	152(82.6%)	144(87.8%)	143(76.1%)	134(82.7%)
	ときどき受診	63(9.0%)	12(6.5%)	12(7.3%)	23(12.2%)	16(9.9%)
	まったく行ったことがない	52(7.4%)	15(8.2%)	8(4.9%)	20(10.6%)	9(5.6%)
	その他	10(1.4%)	5(2.7%)	0(0%)	2(1.1%)	3(1.9%)
N	698	184	164	188	162	
健康教室参加状況	参加している	238(35.1%)	60(32.4%)	80(50.6%)	42(23.0%)	56(36.8%)
	参加したことがある	149(22.0%)	48(25.9%)	26(16.5%)	48(26.2%)	27(17.8%)
	参加したことがない	277(40.9%)	75(40.5%)	49(31.0%)	91(49.7%)	62(40.8%)
	その他	14(2.1%)	2(1.1%)	3(1.9%)	2(1.1%)	7(4.6%)
N	678	185	158	183	152	

主観的健康感について、全体では「健康である」が31.6%、「あまり健康であるとはいえないが病気ではない」が56.4%、「病気がちで寝込むことがある」が10.1%、「病気で一日中寝込んでいる」が2.0%であった。カイ二乗検定をする際、期待度数が5未満のセルを解消するために「病気がちで寝込むことがある」と「病気で一日中寝込んでいる」を合計した。その結果、「対象地」と「主観的健康感」の間に有意な差はみられず、関連性がないことがわかった。

ADL自立状況については、全体では「まったく不自由なく過ごせる」が51.5%、「少し不自由だが何とか自分のできる」37.2%、「不自由で一部他の人の世話や介護を受けている」8.5%、「不自由で全面的に他の人の世話や介護を受けている」2.8%であり、9割近くの人が自立可能で、1割強の人が介護を必要とする状態であった。カイ二乗検定をする際、期待度数が5未満のセルを解消するために「不自由で一部他の人の世話や介護を受けている」と「不自由で全面的に他の人の世話や介護を受けている」を合計した。その結果、「対象地」と「ADL自立状況」の間に有意な差がみられた($\chi^2=24.570$, $df=6$, $p<.001$)。A市、C市、D町では「まったく不自由なく過ごせる」割合が高く、B町では、他の地域とは異なり「少し不自由だが何とか自分のできる」割合が高いといえる。

健康診断受診状況について、全体では「定期的を受診」が82.1%と最も高く、次いで「ときどき受診」が9.0%、「まったく行ったことがない」7.4%、「その他」1.4%であった。カイ

二乗検定をする際、期待度数が 5 未満のセルを解消するために「全く行ったことがない」と「その他」を合計した。その結果、「対象地」と「健康診断受診状況」の間に有意な差はみられなかった。対象地の傾向をみると、なかでも B 町（特に離島の離島である F 島、G 島）は「定期的に受診」している割合が高い傾向がみられた。

健康教室参加状況については、全体では、地域で開催される健康教室に「参加したことがない」が 40.9%、「参加している」35.1%、「参加したことがある」22.0%、「その他」2.1%であった。カイ二乗検定をする際、期待度数が 5 未満のセルを解消するために「参加したことがない」と「その他」を合計した。その結果、「対象地」と「健康教室参加状況」の間に有意な差がみられた ($\chi^2=11.439$, $df=6$, $p<.001$)。A 市は「参加したことがある」、B 町は「参加している」、C 市は「参加したことがない」、D 町においては「参加したことがない」と「参加している」の割合が高く、地域により特徴があるといえる。

1-4-3 社会関連性指標

地域社会の中での人間関係の有無、環境とのかかわりの頻度などにより、人間と環境とのかかわりの質的・量的側面を測定する方法に社会関連性指標という指標がある（安梅：2000）。これは、5つの領域で得られたデータを点数化し社会関連性指標を客観的に示したものである。①<生活の主体性>領域（生活の工夫、積極性、健康への配慮、規則的な生活、の4つの項目）、②<社会への関心>領域（本・雑誌の購読、便利な道具の利用、新聞の購読、社会貢献への意識、趣味生活の工夫、の5つの項目）、③<他者とのかかわり>領域（家族との会話、家族以外の者との会話、訪問の機会、の3つの項目）、④<生活の安心感>領域（相談者、緊急時の援助、の2つの項目）、⑤<身近な社会参加>領域（役割遂行、活動参加、テレビの視聴、近所付き合い、の4つの項目）、以上5つの社会関連性領域（計18項目）に関して、4件法で答えてもらうものである。安梅の採点法は、選択肢1から3までを1点、選択肢4を0点として得点化するもので、本研究においても、この方法で採点し、得点を領域別に合計し領域別得点とした。

社会関連性各5領域の得点と、それらを合計した社会関連性全体の得点の平均値と標準偏差、および社会関連性の領域ごとに「県」と「対象地」の2つの要因を分散分析した結果を表3-3に示す。

表 3-3 県および対象地域と社会関連性指標における分散分析の結果

県	地域	生活の主体性			社会への関心			他者との関わり			生活の安心感			身近な社会参加			社会関連性得点		
		M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N
鹿児島県	A市	3.84	.540	185	3.92	1.30	177	2.85	.440	169	1.85	.461	177	3.20	.909	145	15.84	2.648	126
	B町	3.71	.738	153	3.35	1.66	142	2.91	.300	155	1.85	.478	160	3.10	.813	114	14.89	3.065	99
沖縄県	C市	3.81	.536	178	3.61	1.51	168	2.81	.563	171	1.91	.374	181	2.98	.885	126	15.23	2.872	115
	D町	3.76	.721	154	3.40	1.46	146	2.76	.601	143	1.78	.485	150	3.01	.796	127	14.61	2.918	108
平方和		1.603			32.115			1.795			1.404			3.843			99.499		
df		3			3			3			3			3			3		
平均平方		.534			10.795			.598			.468			1.281			33.166		
F値		1.332			4.857**			2.497			2.377			1.750			4.037**		
県		.893			.279			.014*			.943			.045*			.099		
地域		.070			.001**			.852			.044*			.678			.004**		
県*地域		.408			.144			.191			.078			.406			.554		

注) ***: p<0.001, **: p<0.01, *: p<0.05

社会関連性全体における分散分析の結果では、「対象地」との間に有意な差がみられた。A市 (M=15.84) が最も高く、次いでC市 (M=15.23), B町 (M=14.89), D町 (M=14.61) の順であり、島嶼都市部の方が島嶼集落部より社会とのかかわりが高い生活を送っているといえる (対象地: p<.01)。<生活の主体性>領域については、「県」および「対象地」との有意な差はみられなかった。傾向としては、A市 (M=3.84), C市 (M=3.81), D町 (M=3.76), B町 (M=3.71) の順となり、島嶼都市部の方が島嶼集落部より高い傾向がみられた。<社会への関心>領域については、「対象地」間に有意な差がみられた (p<.01)。A市 (M=3.92) が最も高く、次いでC市 (M=3.61), D町 (M=3.40), B町 (M=3.35) の順で、島嶼都市部の方が、島嶼集落部よりも社会への関心度が高い生活を送っているといえる。<他者とのかかわり>領域については、「県」との間に有意な差がみられ、鹿児島県の方が沖縄県より他者とのかかわりが高い生活を送っているといえる (p<.05)。B町 (M=2.91) が最も高く、次いでA市 (M=2.85), C市 (M=2.81), D町 (M=2.76) の順であった。離島集落部では、B町の方がD町よりも他者とのかかわりが密であるといえる。また<生活の安心感>領域について、「対象地」との間に有意な差がみられた (p<.05)。C市 (M=1.91) が最も高く、次いでA市とB町 (それぞれM=1.85), D町 (M=1.78) の順であった。八重山諸島においてはC市の方がD町よりも安心感が高い生活を送っているといえる。<身近な社会参加>領域については、「県」との間に有意な差がみられた (p<.05)。A市 (M=3.20) が最も高く、次いでB町 (M=3.10), D町 (M=3.01), C市 (M=2.98) の順であった。鹿児島県の方が沖縄県よりも身近な社会参加の頻度が多いといえる。

1-5 考察

1-5-1 調査対象地と属性との関連

調査対象地と年齢構成では、島嶼集落部である B 町と D 町において有意な関連性がみられた。B 町では、4 人に 1 人が前期高齢者、4 人に 3 人が後期高齢者であった。一方、D 町では、前期高齢者と後期高齢者はほぼ半数の割合であった。B 町においては、地理的環境による財政力・経済力に恵まれない生活状況があげられる。地域内は産業に乏しく、生計を支えるために親は出稼ぎに行き、子どもたちは高校進学や就職のため島を離れることを余儀なくされる。結果として、後期高齢者の多い、一人暮らしや夫婦のみの世帯構成にならざるを得ない地域の実情がある。D 町においては、B 町と同様の背景要素はあるものの、特に調査対象地とした H 島西部においては、60 余年前に沖縄本島や他の島嶼からの開拓移民によって、いくつかの集落が形成されたという歴史的な要因がある。現在は当時の開拓移民の二世の方々が地域の主力となっている。また、I ターン者も増加傾向にある。このような背景から前期高齢者が多いことが推測される。

なお、島嶼集落部では、「一人暮らし」世帯の割合が高といえることがわかったが、後期高齢者が 4 分の 3 を占める B 町では、「一人暮らし」世帯と今後一人暮らしになり得る「夫婦のみ」世帯を合計するとその割合は 78.1%と高く、D 町のように人口の増加が期待できない状況から、今後ますます「一人暮らし」世帯の増加が加速し、集落の存続そのものが危惧される状況にあることが推測される。

1-5-2 調査対象地と主観的健康状態および健康への意識行動との関連

一般的に島嶼地域では、地理的環境によって医療・福祉サービスを利用する場および量が少なく、入院医療をはじめ、継続的な医療サポートや福祉サービスの利用が困難である。継続的に医療・福祉サービスが必要になった場合には、住み慣れた島嶼地域を離れ、社会資源やサポートを求め、近郊地域や子どもの居住地に移住せざるを得なくなる。島嶼地域においては、現在の生活を長期的に持続していくために、自らの健康管理を含む日常生活習慣に配慮するセルフケア能力の維持活用は、健康を保持し住み慣れた島嶼地域に住み続けるためには極めて重要な課題である。

本調査結果からは、調査対象地と主観的健康感との間に有意な関連性はみられなかった。全国を対象とした主観的健康感の調査に内閣府が公表した『平成 24 年度版 高齢社会白書』「60 歳以上の男女に対する健康についての意識調査（平成 22 年度）」がある。この意識調

査では、「健康である」65.4%、「あまり健康であるとはいえないが病気ではない」28.7%、「病気がちで寝込むことがある」5.1%、「病気で一日中寝込んでいる」0.4%となっている。本調査結果では、65歳以上の高齢者を対象としているが、「健康である」と答えた人より「あまり健康であるとはいえないが病気ではない」と答えた人の割合が高かったが、これは後期高齢者が6割以上を占めていたためであると考えられる。平成18年（約7年前）に小窪・田畑が、B町を対象にして行った調査「奄美南部の加計呂麻島と古仁屋の高齢者調査」において、離島には「元気高齢者」しか住めないと指摘しているが、歳月の経過にともない、現在では「やや元気高齢者」が多く住む地域へと変容しているといえる。

また、本調査結果からは、対象地とADL自立状況との間に有意な関連性はみられなかった。同じく、内閣府が公表した『平成24年度版 高齢社会白書』によると、60歳以上の男女に対して行った「高齢者の生活と意識に関する調査（平成22年度）」では、「まったく不自由なく過ごせる」89.8%、「少し不自由だが何とか自分でできる」7.4%、「不自由で一部他の人の世話や介護を受けている」2.2%、「不自由で全面的に他の人の世話や介護を受けている」0.7%であった。この意識調査と比較し、本調査結果は「まったく不自由なく過ごせる」が51.5%と低く、「少し不自由だが何とか自分でできる」が37.2%と圧倒的に高値であった。A市、C市、D町では「まったく不自由なく過ごせる」割合が高いが、B町においては、他の地域とは異なり「少し不自由だが何とか自分でできる」割合が52.7%と高く、「不自由で一部他の人の世話や介護を受けている」6.7%への割合の落差が極端にみられている。特にF島、G島においては、リハビリを行う場もサービスもない。この地域では、一部介助が必要な状態になること＝地域（集落）での生活の限界であることを意味していると推測される。また、健康診断の受診状況からは、対象地との間に有意な差はみられなかったが、健康教室の参加状況との間には有意な差がみられている。B町では「参加している」割合が50.6%を占め最も高く、次いで、D町が36.8%、A市が32.4%、C市が23.0%であった。前述の理由から、医療機関が少なく、緊急時の対応もままならない環境下で生活する島嶼集落部の高齢者の健康へのセルフケア意識の高さが、また、そうせざるを得ない環境であることが伺える結果が得られた。

1-5-3 対象地（県・対象地）と社会関連性指標との関連

ふだんの生活における社会的かかわり状況を把握するための指標である社会関連性指標全体では、島嶼都市部に高い傾向がみられた。

社会関連性の個別領域において、＜生活の主体性＞の領域や＜社会への関心＞の領域で

は、島嶼都市部に高い傾向がみられた。このことは、日々の生活の変化や刺激、情報入手の機会の多寡に関連があるためと考えられる。また、相談者や緊急の援助者の有無を指標とする〈生活の安心感〉の領域では C 市が高いが、これは二世帯・三世帯世帯が多いという世帯状況による影響が大きく関連しているものと考えられる。さらに〈他者との関わり〉の領域や〈身近な社会参加〉の領域では鹿児島県、特に B 町が高かった。B 町の場合、子どもに頼ることのできない一人暮らし・夫婦のみ世帯が多いため、自助に加え、永年かけて構築された地域住民による互助のシステムが機能していると思われる。

安梅（2000：137）によると、「領域別にみても、〈生活の主体性〉、〈社会への関心〉、〈他者とのかかわり〉、〈身近な社会参加〉領域のいずれについても、かかわりが多いと将来の活動能力が維持されていた。これは、社会関連性の低下が、日常生活動作の低下を招く場合も現実に存在することを意味し、今後のケア実践における課題として重要である。」と述べている。4 対象地ごとの社会関連性の特徴からみると、A 市は全領域とも現状の維持、B 町は〈生活の主体性〉〈社会への関心〉の領域、C 市は〈他者とのかかわり〉〈身近な社会参加〉の領域、D 町はすべての領域の向上を意図した取り組みがそれぞれの対象地の課題であることがわかった。このように、社会関連性の個別領域においては、それぞれの対象地の持つ特性要因が社会関連性と関連していることが示唆された。

1-6 結論

本調査では、調査対象者の属性、主観的健康感と健康への意識行動および社会関連性指標についての結果を分析・検討した。島嶼地域の持つ生活において共有する点が多いが、地域の歴史・文化等、それぞれの地域の特性をふまえた分析・検討が必要である。

人間と環境とのかかわりの指標である社会関連性指標からは、島嶼都市部に高い傾向がみられた。また、他者との関わりや身近な社会参加の領域では鹿児島県が高かった。調査対象地の中でも、特に B 町は高齢化が進み、社会的資源が少ない。「保険あってサービスなし」という環境にある離島の離島である F 島・G 島に住む高齢者は、ADL が一部介助になることが地域（集落）を離れる時期であること、そのため、一日でも長く住みなれた地域（集落）で暮らしたいという思いが、自助としての健康へのセルフケア意識の向上につながっていること、また、一人暮らし・夫婦世帯という環境が、他者との関わりや身近な社会参加を促し、地域住民の互助・共助のシステムとして機能していることが推測された。B 町は他の対象地と比較すると、十数年先の島嶼地域の状況といえる。一方、同じ島嶼

集落部である D 町は、平均年齢が最も低いにもかかわらず、社会関連性指標全般の得点が低かった。D 町の結果に対する背景要因分析は今後の研究課題としたい。本稿では主に社会関連性指標に着目し、社会とのかかわり状況についてみてきた。社会関連性指標は、健康状態、将来の機能状態、死亡率に関連するといわれている（安梅；2000：78-82）。今回の調査は、調査実施における制約上、当該地域の無作為抽出が行えず有意抽出となった。当該地域全体の傾向を把握するためには無作為抽出調査を行い、その結果を検討する必要があるが、今回の社会関連性指標の分析をとおして、調査対象地の高齢者の特性および地域の課題がみえてきた。島嶼地域に住む高齢者の社会関連性領域ごとの背景要因について、今後、更に調査・分析が必要である。

2. 島嶼地域「中高年者」の社会関連性指標との関連からみた生きがい感に関連する要因

2-1 研究の背景および目的

わが国の平均寿命は、戦後 60 余年の間に飛躍的に伸びた。それは同時に、老年期を第三の人生として印象づけた。しかし一方では、寝たきりの人や退職後の生活を無為に送っている人も少なくない。このような状況から、「いかに意味ある老年期を送るか」ということが、この第三の人生における主要な課題として浮上してきた。人々の意識は、生活の量から質に重点がおかれ、もの志向から感情や心を大切にすること志向へと移行してきた。そして、その変化は社会の構造やあり方にも影響を与えてきている。

大友（1992：1）によれば、「高齢者には不安の 3K というものがある。健康、経済生活、こころ（生きがい）である。この 3 つは、今までの調査で不動の地位を保ち、これからも永久に変わることはないだろう。そのなかで、近年最も大きな問題として注目を浴びてきたのが“生きがい”である。」と述べている。21 世紀の高齢者政策においては、これらの 3K、とくに生きがい対策がこれからの超高齢社会には欠かせない要素であるといえる。

このような意識の変化にともない、昨今、わが国ではサクセスフル・エイジング（豊かな年のとり方、幸福な老い：Successful Aging）の実現が重要視されてきている。秋山（2008：150）によると、「サクセスフル・エイジングには 3 つの要件がある。①病気や障害がないということ、②なるべく高い身体能力や認知機能を維持するという、③人生の積極的な関与、すなわち社会貢献も含め、“生きがい”を持って社会に積極的に参加する、ということである。」とし、さらに「ここで重要なことは、サクセスフル・エイジングは遺伝より、

むしろライフスタイルによって実現可能であるということである。例えば、食べ物に気をつける、運動をする、そして知的な刺激を常に受けるといったことである。読書や講演会への参加など常に知的な刺激を得る努力をし、できるだけ社会に出て行き、社会に役立つことをするというライフスタイルのことである。」(秋山；2008：150)と述べている。

この理念を視野に入れた取り組みは、保健福祉政策において浸透してきている。市町村の健康福祉部などには、「生きがい福祉課」、「健康いきがい課」、「長寿生きがい課」、「高齢者生きがい課」など、“いきがい(生きがい)”を名称として用いている部署も増えてきた。その他にも、「いきがい福祉センター」、「生きがい福祉事業団」なども創設されてきている。このように、わが国の高齢者政策の中では、生きがい政策が重要な位置を占め、健康づくりや生きがいづくりを強化した施策を進めていくことが求められている。

このような潮流の中で、2025年には団塊の世代が75歳以上の後期高齢者になる。いわゆる2025年問題を目前に、地域包括ケアシステムの構築が急がれている。地域ケアシステムについて太田(2009：108)は、「地域の施設や在宅サービスなどの保健・医療・福祉、また住環境などの関係者が、特に長期ケアの対象となる障害・疾病を持つ人々を主体に、家族や地域住民の力を引き出しながら、できるだけ社会生活を維持できるように支援・援助するケアシステム」と定義している。つまり、「地域ケアは普遍的なケアシステムを目指すのではなく、それぞれの地域に暮らす人々を主体として、その人々の思いや生き方を尊重する中で形成されるものである(朝倉；2010：3)」。住み慣れた地域で安心して暮らすことを実現するための地域づくりを実現していくためには、その地域の自主性や主体性が求められる。そして、地域の実情に応じて地域の資源や課題を明らかにする必要がある。地域ケア推進の原動力はまさに地域力であり、地域に生活する人々が貴重な社会資源であることは間違いない。よって、地域に生活する人々の活力源である“生きがい感”について可視化し、把握することは重要なことといえる。

これまでの生きがい感についての実証的研究をみると、次のような研究がなされている。生きがい感の単一項目を用いた研究では、大都市に居住する高齢者の場合、生きがい感に関連する要因として、「家族形態」「主観的健康感」「暮らし向き」「家族・親戚との会話」「友人・知人との会話」「社会的活動」「学習活動」「運動・散歩」「活動情報の認知度」「人が集まる場の希望」を挙げている(岡本；2008：111-125)。また、地方の町に居住する高齢者の場合、男性の生きがい感に関連する要因として、「職業」「主観的健康感」「運動の実施」「保健行動」「同居家族外の情動的サポート」「生活満足度」「健康ボランティアへの参加意欲」

を、女性では、「年齢」「主観的健康感」「うつ傾向」「睡眠」「運動の実施」「同居家族内情緒的支持」「生活満足度」を挙げている（藤本ら；2004：24-32）。

生きがい感を定義して、それと関連する複数項目を用いた研究では、大都市に居住する高齢者の場合、「社会参加」「世代間の交流」「サポートの影響」などの人々とのかかわりを持つ機会のある人の生きがい感が高いことを指摘している（蘇ら；2004：2-6）。

生きがい感スケールを用いた研究では、大都市に居住する高齢者の場合、年齢が上がるにつれ、生きがい感が低下すること、女性のほうが男性よりも生きがい感が高いことを指摘し、さらに、生きがい感に関連する要因として、たとえば60歳代の男性では、「健康感」「生きがい対象数」「友人の有無」「信心」「配偶者の有無」を、女性では、「配偶者の有無」「信心」「居住歴」「外向性」「経済的満足感」を挙げている（近藤ら；2004：1281-1290）。また、小窪ら（2008）は、島嶼地域に居住する高齢者の場合、性差はみられないが、年齢が上がるにつれ生きがい感が低下することを指摘し、さらに、生きがい感に関連する要因として、女性では、「主観的健康感」「社会参加」「近所付き合い」を、男性では、「日常生活の不自由さ」「社会参加」を挙げている。同じく、小窪ら（2014）は、琉球弧に居住する島嶼高齢者を対象にした生きがい感に関連する要因の調査において、島嶼高齢者の生きがい感に性差がないことを報告している。性差に関して大都市高齢者と島嶼高齢者では違いがあることが指摘されている。生きがい感向上を図る方策を考える上で、生きがい感と関連する要因をさらに検討していくことが求められよう。

ところで、地域社会の中での人間関係の有無、環境とのかかわりの頻度などにより測定される指標に社会関連性指標（安梅；2000）がある。社会関連性指標は、「生活の主体性」「社会への関心」「他者とのかかわり」「生活の安心感」「身近な社会参加」の5つの領域で構成されている。社会関連性指標を用いた研究では、社会とのかかわりをもった生活スタイルが寿命や身体機能維持などの身体的健康と関連することを明らかにしている（中野ら；2011：3-11）（坂田ら；2002：14-18）。また、社会関連性は、認知症発症といった精神的健康と関連することも報告されている（矢内；2012：21-28）。

なお、生きがい感と関連する社会関連性の領域として、小窪ら（2014）は島嶼高齢者の男性の場合、「生活の主体性」「社会への関心」を、女性の場合は、「生活の主体性」「社会への関心」に加え、「身近な社会参加」「生活の安心感」を挙げている。

本研究では、現在、社会や親を支える側の世代であり、これから老年期を迎える島嶼地域に居住する中高年者を対象にして生きがい感と社会関連性との関連を調べた。中高年者

に至っては、退職後の生きがい喪失、自殺などの問題も看過できない。これから老年期を迎える中高年者の人々や社会とのかかわり要因に注目し、それらを網羅的に測定する社会関連性指標を用いて、生きがい感が社会関連性指標のどの領域と関連し、どの領域にはたらきかけることが生きがい感の向上につながるかについて検討する。加えて、当該島嶼地域の地域ケアシステム構築のための一助とすることを目的とする。

2-2 調査対象と方法

調査対象者は、琉球弧の北と南に位置する 2 ヶ所の島嶼地域に住む 20 歳以上の 65 歳未満の一般成人であった。琉球弧の北に位置する島嶼地域では、主島 A の市街地から 1 地区と隣接離島 B・C・D から計 6 集落を調査対象地として選定し、琉球弧の南に位置する島嶼地域では、主島 E の市街地から 1 地区と隣接離島 F・G から計 5 集落を選定した。主島市街地では、A 島が 4 人、F 島が 5 人の地区担当の民生委員、隣接離島の集落部では、B 島が 3 人、C 島が 2 人、D 島が 1 人、F 島が 4 人、G 島が 1 人の集落担当民生委員に調査票配布の協力をいただき、記入後の調査票は、調査対象者各自に郵便で返送していただいた（配布＋郵送法）。2 ヶ所の主島市街地から 200 人ずつ、2 ヶ所の主島隣接離島（B+C+D、F+G）から 200 人ずつを目途に調査対象者とした。集落部の人数にばらつきがみられたため、実際の調査対象者数は 734 人となり、調査に協力していただいた民生委員 1 人当たりの調査依頼対象者は 30～60 人であった。まず、民生委員の自宅から近い順に指定された人数だけ調査対象者を選んでいただき、選ばれた対象者に調査協力をお願いし、調査票を配布していただいた。調査依頼の過程で、調査対象者とした人を 2 回訪問しても会えず、会うことが困難であると判断した場合は、その人への調査依頼を中止し、その場合は、荒田に別の人を調査対象者として追加しないようにしていただいた。その結果、調査対象者 734 人のうち 485 人から回答を得た（回収率 65%）。なお、回答者の調査地域ごとの内訳は、琉球弧北部の主島 A が 143 人、その隣接離島 B・C・D が 121 人、そして、琉球弧南部の主島 E が 99 人、その隣接離島 F・G が 122 人であった。調査時期は、1012 年 10～11 月であった。

このようにして得られたデータのうち、55 歳以上 65 歳未満の中高年者で、生きがい感スケールと社会関連性指標のすべての項目に回答した 105 人（男性 52 人、女性 53 人）を本研究の分析対象者とした。なお、分析対象者の調査地域ごとの内訳は、琉球弧北部の主島 A が 22 人、その隣接離島 B・C・D が 32 人、琉球弧南部の主島 E が 27 人、その隣接離島 F・

Gが24人であった。

分析で用いた変数は、性別、年齢、健康状態（1項目、4件法）、社会関連性指標（18項目、4件法）、生きがい感（16項目、3件法）であった。集計分析には、SPSS Statistics19を用いた。なお、以下の集計においては、質問項目への無回答（欠損）が含まれるため、回答者数は質問項目ごとに異なる。

倫理的配慮については、調査票に調査の主旨とともに、調査は無記名で個人が特定できないよう統計処理されること、回答は自由意志であり調査に協力しない場合は調査票を返送する必要はないこと、調査を拒否しても不利益を被ることはないこと、を記した文書を添付した。また、本調査は、鹿児島国際大学教育研究倫理審査委員会の承認を得た上で実施した。

2-3 結果

2-3-1 調査対象者の属性

対象者の年齢は、55歳以上65歳未満の中高年者で、平均年齢は男性60.2歳(SD=2.681)、女性60.2歳(SD=2.686)であった。性別の人数は男性52人(49.5%)、女性53人(50.5%)であった(表3-4)。

世帯状況は、「一人暮らし世帯」が12人(11.4%)、「夫婦のみの世帯」が43人(41.0%)、夫婦と子どもの「二世帯世帯」が13人(12.4%)、「その他世帯」が37人(35.2%)であった。現在の仕事の形態については、「常雇」が24人(24.0%)、「パート」が15人(15%)、「自営業(農業・漁業を含む)」が29人(29.0%)、「無職」が32人(32.0%)であった。また、集落・地域への愛着については、「ぜひいつまでも住みたい」が56人(56.0%)、「なるべく住んでいたい」が30人(30.0%)、「できれば移りたい」が13人(13.0%)、「ぜひ早く移りたい」が1人(1.0%)いた(表3-4)。

表3-4 対象者の属性

		人数 (%)	平均年齢 (SD)
性別	男性	52 (49.5)	60.2 (2.681)
	女性	53 (50.5)	60.2 (2.686)
平均年齢	合計	105	
世帯状況	一人暮らし世帯	12 (11.4)	
	夫婦のみの世帯	43 (41.0)	
	二世帯世帯	13 (12.4)	
	その他世帯	37 (35.2)	
	合計	105	
現在の仕事の形態	常雇	24 (24.0)	
	パートタイム	15 (15.0)	
	自営業 (農業・漁業を含む)	29 (29.0)	
	無職	32 (32.0)	
	合計	100	
集落・地域への愛着	ぜひいつまでも住みたい	56 (56.0)	
	なるべく住んでいたい	30 (30.0)	
	できれば移りたい	13 (13.0)	
	ぜひ早く移りたい	1 (1.0)	
	合計	100	

2-3-2 生きがい感

生きがい感尺度は16項目で、3件法で答えてもらった。近藤(2007)の手法に基づいて、「はい」を2点、「どちらでもない」を1点、「いいえ」を0点として得点化し、その合計を生きがい感得点とした。生きがい感の得点は、0点から32点の範囲に分布することになる。生きがい感の平均値は25.3点(SD=6.356)、最小値2点、最大値32点であった。近藤の判定によると、この平均値は「高いほう」になる。年齢を「55歳～59歳」「60歳～64歳」の2群に分けて、生きがい感得点について、性×年齢の分散分析を行った。その結果、女性(M=27.57)のほうが男性(M=22.96)よりも生きがい感が高いという性差のみが有意であり(F(1,101)=15.645,P<.001)、年齢の主効果および交互作用は有意でなかった。ちなみに、近藤の判定では、女性は「高いほう」、男性は「ふつう」に分類される。表3-5に性差についてのt検定の結果を示す。

表3-5 性別による各得点の平均値(標準偏差)とt検定の結果

	男性 N=52	女性 N=53	t 値
年齢	60.2 (2.971)	60.2 (2.686)	-.062
生きがい感	22.98 (7.036)	27.57 (4.651)	-3.946** 男性<女性
健康状態	1.56 (.574)	1.55 (.539)	.097
(1)生活の主体性	3.73 (.843)	3.94 (.305)	-1.713+ (男性<女性)
(2)社会への関心	4.25 (.947)	4.34 (.960)	-.434
(3)他者とのかかわり	2.85 (.415)	2.87 (.394)	-.276
(4)社会参加	3.15 (.668)	3.28 (.632)	-1.018
(5)生活の安心感	1.73 (.598)	1.94 (.305)	-2.289* 男性<女性
社会関連性得点	15.71 (1.934)	16.38 (1.584)	-1.932+ (男性<女性)

注1) **: p<0.01, * : p<0.05, + : p<0.1
 注2) 説明変数の(1)~(5)は社会関連性指標の領域を示す。

2-3-3 健康状態

健康状態は1項目で、4件法で答えてもらった。「健康である」を1点、「あまり健康であるとは言えないが、病気ではない」を2点、「病気がちで、寝込むことがある」を3点、「病気で、1日中寝込んでいる」を4点として得点化した。健康状態に性差がみられるかどうか調べるためにt検定を実施した。その結果、表3-5に示すように、男性(M=1.56)と女性(M=1.55)で差はなかった。

2-3-4 社会関連性指標

社会関連性指標は、地域社会の中での人間関係の有無、環境とのかかわりの頻度などにより測定される、人間と環境とのかかわりの質的、量的側面を測定する指標である。この指標は、5つの領域別に社会とのかかわりの特徴を評価することができるという特徴を持ち、日常生活の延長線上で、容易に情報把握ができる。この指標の構成は、(1)生活の主体性領域：生活の工夫、積極性、健康への配慮、規則的な生活、以上4項目、(2)社会への関心領域：本・雑誌の講読、便利な道具の利用、新聞の購読、社会貢献への意欲、趣味、以上5項目、(3)他者とのかかわり領域：家族との会話、家族以外の者との会話、訪問の機会、以上3項目、(4)生活の安心感領域：相談者、緊急時の援助者、以上2項目、(5)身近な社会参加領域：役割の遂行、活動参加、テレビの視聴、近所付き合い、以上4項目について、安梅の得点基準に基づき、項目ごとに「あり」または「実施」を1点、「な

し」または「非実施」を 0 点として得点化し、＜生活の主体性＞＜社会への関心＞＜他者とのかかわり＞＜身近な社会参加＞＜生活の安心感＞の 5 つの領域ごとに合計得点を求め、領域得点とした。さらに、これら 18 項目の得点を合計して社会関連性得点とした。

各領域の得点の平均値は、＜生活の主体性＞が 3.84 (SD=0.637), ＜社会への関心＞が 4.30 (SD=0.950), ＜他者とのかかわり＞が 2.86 (SD=0.403), ＜身近な社会参加＞が 3.22 (SD=0.650), ＜生活の安心感＞が 1.84 (SD=0.483) であった。社会関連性得点の平均値は 16.05 (SD=1.789) であった。

性別の表 3-5 に示す。＜生活の安心感＞において、女性 (M=1.94) のほうが男性 (M=1.73) よりも得点が高かった ($t=-2.289, df=75.506, p<0.05$)。そのほか有意差はみられなかったが、＜生活の主体性＞において、女性 (M=3.94) のほうが男性 (M=3.73) よりも得点が高い傾向がみられた ($p<0.10$)。同様に、社会関連性得点において、女性 (M=16.38) のほうが男性 (M=15.71) よりも高い傾向がみられた ($p<0.10$)。

2-3-5 生きがい感との関連性

＜年齢＞＜健康状態＞＜社会関連性 5 領域＞と生きがい感の関連をみるために、男女別に単純相関を求めた。表 3-6 に示すように、男性では、生きがい感と＜健康状態＞＜生活の主体性＞＜社会への関心＞＜身近な社会参加＞＜生活の安心感＞の間に 0.327~0.412 の相関がみられた (いずれも $p<0.01$)。また、生きがい感と「年齢」の間に相関の傾向がみられた ($r=-0.188, p<0.01$)。また、生きがい感と＜他者とのかかわり＞の間には相関はなかった。

女性では、生きがい感と＜生活の主体性＞との間に中程度の相関がみられ ($r=0.471, p<0.01$)、＜社会への関心＞＜生活の安心感＞との間に弱い相関がみられた ($p<0.10$)。生きがい感と＜年齢＞＜健康状態＞＜他者とのかかわり＞との間に相関はなかった。

生きがい感に対する＜年齢＞＜健康状態＞＜社会関連性 5 領域＞の関連性を調べるために、これらの変数を説明変数とし生きがい感を目的変数とする重回帰分析 (ステップワイズ法) を実施した。男性では、＜生活の主体性＞＜社会への関心＞＜身近な社会参加＞＜健康状態＞が生きがい感と関連していた。女性では、＜生活の主体性＞＜社会への関心＞＜生活の安心感＞が生きがい感と関連していた。

表3-6 生きがい感との単相関と生きがい感を目的変数とした重回帰分析の結果(ステップワイズ法)

	男性 N=52		女性 N=53	
	単相関係数 (r)	標準編回帰係数 (β)	単相関係数 (r)	標準編回帰係数 (β)
年齢	-.188 ⁺		-.038	
健康状態	-.327**	-.232*	-.087	
(1)生活の主体性	.412**	.376**	.471**	.449**
(2)社会への関心	.401**	.324**	.298*	.283*
(3)他者とのかかわり	.133		.146	
(4)身近な社会参加	.389**	.254*	.180 ⁺	
(5)生活の安心感	.330**		.267*	.236*
調整済みのR ²		.414		.318
F 値		9.995**		9.073**

注1) **: p<0.01, * : p<0.05, + : p<0.1
 注2) 説明変数の(1)~(5)は社会関連性指標の領域を示す。

2-4 考察

2-4-1 生きがい感

本研究は、島嶼地域に居住し、これから老年期を迎える 55 歳～64 歳の中老年者の生きがい感を、近藤の作成した生きがい感スケールで測定した。まず、生きがい感の得点は全体では 25.3 点であり、これは「高いほう」と判定される水準であった。次に、生きがい感に年齢による差はみられなかった。従来の研究では、高齢になるほど生きがい感が低下することが報告されているが、年齢差がみられなかった理由の一つは、本調査対象者の年齢幅が 10 年と短いことによると思われる。もう一つの理由は、高齢者を対象とした研究では、後期高齢者の生きがい感の低下が指摘されていることから、中老年者では、生きがい感はある程度維持されており、そのため年齢差はみられないと考えることができる。また、性別でみると、生きがい感は女性のほうが男性よりも高かった。大都市高齢者でも、同様の性差が報告されている(近藤ら; 2004: 1281-1290)が、島嶼地域の高齢者では、性差は報告されていない(小窪ら; 2014)。とくに、小窪らが調査を行った琉球弧の島嶼地域に居住する高齢者の場合、男女を問わず、集落行事や祭事を中心に高齢者の役割が確保され、また、高齢者を敬うこの地域特有の文化が根付いていることも、生きがい感に性差がみられない理由として指摘できよう。また、女性の社会関連性得点が男性よりも高い傾向にあることから、積極的に社会との関わりを持ちながら生活することは、生きがい感を高めることにつながると思われる。その点、中老年者の生活において社会的かかわりが重要であることを示唆しているといえよう。また男性の場合、大都市や島嶼地域に関わらず、

生きがいを感じている人が多い。そして中高年者の多くは、この時期に退職を迎え、あるいは、すでに退職を経験している。これまでの社会的かかわりの中心は職場である。一方、女性の場合は、以前から地域に強固な社会的かかわりができている。中高年の男性の場合、とくに退職後を見据えたソーシャルネットワークの再構築が、生きがい感の維持・向上のためには重要な課題となる。

2-4-2 生きがい感に関連する要因

重回帰分析で見出された生きがい感と関連する社会関連性要因のうち、男女に共通していたのは<生活の主体性>と<社会への関心>であった。<生活の主体性>は、生活の工夫、物事に積極的に取り組む、規則的な生活、期待役割の遂行の項目を含み、生活を積極的・主体的にコントロールする生き方になる。また、<社会への関心>は、本・雑誌の講読、ビデオ等の利用、興味対象、新聞の購読、社会貢献の可能性の項目を含み、社会への知的関心を持ち社会貢献にも関心を持つ生活になる。このことは、受動的な生活ではなく、能動的に積極的・主体的な生き方をして社会の出来事に関心を持った生活をするのが、中高年者の生きがい感にとって重要であることを示している。

性別でみると、男性の場合、活動参加機会、近所付き合い、テレビの視聴、役割の遂行など<身近な社会参加>と<健康状態>が生きがい感に関連していた。これは男性の中高年者の生きがい感を高めるためには、<生活の主体性>と<社会への関心>に加えて、地域社会とのかかわりづくりが重要であり、そのためにも健康であることが求められていることを示している。女性の場合、相談者、緊急時援助者などの<生活の安心感>が生きがい感に関連していた。これは女性にとっては、<生活の主体性>と<社会への関心>に加えて、安心できる緊密な人間関係が生きがい感を高めるのに重要であることを示している。

ところで、小窪ら（2014）が行った島嶼高齢者の分析結果では、生きがい感に関連する要因で男女ともに共通していたのは<生活の主体性>であった。このことは、生活を積極的に主体的にコントロールする生き方が高齢者および中高年者の生きがい感の維持・向上に影響することを示している。一方、本研究の中高年者では男女とも<生活の主体性>に加えて<社会への関心>領域も生きがい感と関連する要因としてあがっていた。さらに関連する要因に性差も見られた。

今後、年齢・性別などの個人属性に加えて島嶼以外の地域特性を考慮に入れて生きがい感に及ぼす社会関連性の影響を検討する必要があるだろう。

2-5 結論

島嶼地域中高年者の生きがい感には、男女ともに＜生活の主体性＞＜社会への関心＞に関連があり、社会とのかかわりを持った生活が重要であることが見出された。積極的な生き方をして、社会の出来事に関心を持った生活をするのが男女とも中高年者の生きがい感にとって重要であることを示している。さらに、男性にとっては、中高年期からの地域社会とのかかわりづくりが重要であり、そのためにも健康であることが求められる。女性にとっては、緊密な人間関係が重要であるといえよう。

地域ケアシステムづくりにおいては、主体形成として「住民・当事者」を基軸に捉えられるか否かが問われてくる。その点において、今回の調査結果は、調査対象地（琉球弧に位置する島嶼地域）の地域ケアシステムを構築していく上での前提指標となるといえる。今回は身体的に健康が保たれている島嶼地域に居住する中高年者を対象としたが、今後の政策の方向性は、障害や疾患などにより身体能力や認知能力が低下した要介護者の場が、医療の場から生活の場への大きく転換していく。さらに、独居高年者や独居高齢者も急増していく。これまでの“地域や在宅（生活）”とは次元の異なる地域ケアシステムづくりが課題となってくる。地域が、病院機能や介護保険制度の見直しのための、単なる受け皿でないとするならば、身体能力や認知能力が低下している人々を生活の主体者、生活者と捉える視点が必要不可欠である。これらの人々の生きがい感について検討し、地域ケアシステムに反映させていくことも、住み慣れた地域で安心して暮らすことを実現するための地域づくりを推進していくためには意義がある。

なお、今後の課題として、本研究では有意抽出法による調査を行っているので、無作為抽出法に基づいた調査を実施して、本研究同様の結果を得られるかどうか検討する必要があるだろう。

3. 島嶼地域の人々の社会とのかかわり状況と生きがい感

3-1 島嶼地域高齢者の社会とのかかわり状況

特に島嶼地域は、地理的環境、財政力や経済力、歴史・文化など、様々な要因が関連して地域の特徴を形成している。そのため、島嶼地域に住む高齢者の普段の生活における社会とのかかわり状況についても、それぞれの地域によって違いが現れている。

社会的かかわり状況を把握するための指標である社会関連性指標全体では、島嶼都市部に高い傾向がみられた。つまり、島嶼都市部のほうが島嶼集落部よりも社会とのかかわり

が活発であることがわかった。さらに、社会関連性の個別領域については、以下の結果が得られた。

①<生活の主体性>の領域・<社会への関心>の領域：島嶼都市部に高い傾向がみられた。

このことは、日々の生活の変化や刺激、情報入手の機会の多寡に関連があるためと考えられる。

②相談者や緊急の援助者の有無を指標とする<生活の安心感>の領域：C市が高い。

これは二世帯・三世帯世帯が多いという世帯状況による影響が大きく関連しているものと考えられる。

③<他者との関わり>の領域・<身近な社会参加>の領域：鹿児島県、特にB町が高い。

B町の場合、子どもに頼ることのできない一人暮らし・夫婦のみ世帯が多いため、自助に加え、永年かけて構築された地域住民による互助システムが機能していると思われる。

安梅（2000：137）によると、<生活の主体性>、<社会への関心>、<他者とのかかわり>、<身近な社会参加>領域のいずれについても、かかわりが多いと将来の活動能力が維持されているとする報告のなかで、「社会関連性の低下は、日常生活動作の低下を招く」と指摘している。つまり、これらの領域の維持・向上を図ることは、ADLの維持・向上に繋がるということである。これを4対象地ごとの社会関連性の特徴からみると、①A市は全領域とも現状の維持、②B町は<生活の主体性><社会への関心>の領域の向上、③C市は<他者とのかかわり><身近な社会参加>の領域の向上、④D町はすべての領域の向上を意図した取り組みがそれぞれの対象地の課題であることがわかった。社会関連性の個別領域においては、それぞれの対象地の持つ特性要因が社会関連性と関連していることが示唆された。

3-2 島嶼地域中高年者の生きがい感

島嶼地域に居住し、これから老年期を迎える55歳～64歳の中高年者の生きがい感の得点は全体では25.3点と「高いほう」と判定される水準であった。従来の研究では、高齢になるほど生きがい感が低下することが報告されている。性別でみると、生きがい感は女性のほうが男性よりも高かった。また、女性の社会関連性得点も男性よりも高い傾向にあることから、積極的に社会との関わりを持ちながら生活することは、生きがい感を高めることにつながると思われる。その点は、中高年者の生活において、社会的かかわりが重要であ

ることを示唆しているといえよう。特に男性の場合、大都市や島嶼地域に関わらず、生きがいを感じている人が多い。そして、中高年者の多くは、この時期に退職を迎え、あるいは、すでに退職を経験している。これまでの社会的かかわりの中心は職場である。一方、女性の場合は、以前から地域に強固な社会的かかわりができている。中高年の男性の場合、とくに退職後を見据えた生きがい感の向上につながるネットワークの再構築が、生きがい感の維持・向上のためには重要な課題となる。

次に、生きがい感と関連する社会関連性要因についてみると、男女に共通していたのは<生活の主体性>と<社会への関心>であった。<生活の主体性>は、生活の工夫、物事に積極的に取り組む、規則的な生活、期待役割の遂行の項目を含み、生活を積極的・主体的にコントロールする生き方になる。また、<社会への関心>は、本・雑誌の講読、ビデオ等の利用、興味対象、新聞の購読、社会貢献の可能性の項目を含み、社会への知的関心を持ち社会貢献にも関心を持つ生活になる。このことは、受動的な生活ではなく、能動的に積極的・主体的な生き方をして社会の出来事に関心を持った生活をするのが、中高年者の生きがい感にとって重要であることを示している。

性別でみると、男性の場合、活動参加機会、近所付き合い、テレビの視聴、役割の遂行など<身近な社会参加>と<健康状態>が生きがい感に関連していた。これは男性の中高年者の生きがい感を高めるためには、<生活の主体性>と<社会への関心>に加えて、地域社会とのかかわりづくりが重要であり、そのためにも健康であることが求められていることを示している。女性の場合、相談者、緊急時援助者などの<生活の安心感>が生きがい感に関連していた。これは女性にとっては、<生活の主体性>と<社会への関心>に加えて、安心できる緊密な人間関係が生きがい感を高めるのに重要であることを示していた。

生きがい感に関連する要因で男女ともに共通していたのは、<生活の主体性>であった。このことは、生活を積極的に主体的にコントロールする生き方が高齢者および中高年者の生きがい感の維持・向上に影響することを示している。

このように、4つの島嶼地域での調査結果からは、琉球弧島嶼地域という“結い”の精神、相互扶助の伝統等の文化が残っているという共通点を持つ地域であるが、それぞれの島嶼地域の特性および地域住民の社会とのかかわりには、それぞれに違いがみられた。社会関連性指標領域の向上を図ることが生きがい感や将来の活動能力の維持に大きく関わる。それぞれの地域における地域づくりの取り組みの一つの指標として、社会関連性指標領域で

低い領域を引き上げることや、性差を考慮した地域づくりシステムを構築していくことが、社会関連性の向上と生きがい感の向上に繋がり、自助力・互助力を向上させる。さらに、向上した自助力・互助力が、社会関連性と生きがい感の向上に繋がるという、好循環をもたらすものとする。なお、生きがい感と関連する社会関連性要因のうち、男女に共通していた<生活の主体性>は、生活の工夫、物事に積極的に取り組む、規則的な生活、期待役割の遂行の項目を含み、生活を積極的・主体的にコントロールする生き方である。高齢者の場合、生きがい感に関しては、必ずしも屋外に出て他者と関わる仕組みをつくり参加を促すことのみが効果的であるとは言い難く、その人の状況によっては、自宅の中での生活の工夫・規則的な生活の遂行や生活に積極性が見られ、生活のコントロールができていればよいということでもあり、重要な視点であるといえる。

第4章 島嶼地域における住民の主体性を活用した地域づくり実践

この章では、島嶼集落にあり、社会資源や医療・福祉資源に乏しい超少子・超高齢地域という環境にありながら、2011（平成23）年度より「互助」に焦点を当てた住民主体の地域づくり取り組んでいる鹿児島県大島郡H村の活動に注目していくこととする。

1. H村の「住民自ら考える互助の地域づくり」取り組みの事例

1-1 研究の目的

琉球弧に位置する“結い”の精神を共有する島嶼地域の中で、先進的に地域包括ケアシステム構築を見据えた地域づくりに取り組んでいる事例から、地域づくりに必要な要素および構造を把握することを目的とした。

1-2 研究方法

1-2-1 調査対象地の選定

全国的な地域支え合いマップづくりに先駆けて、地域包括支援センター保健師が中心となって導入を試み、地域包括ケアシステム構築を見据えた地域づくりに着手している奄美大島にあるH村を対象とした。

1-2-2 調査方法

①調査方法は、2011（平成23）年9月8日に奄美大島で開催した、テーマ『教育、保健福祉、地域づくり』研究会におけるH村役場保健福祉課（兼）地域包括支援センターJ保健師による報告内容。

②H村の地域支え合いマップづくり実施から2年半が経過した2014（平成26）年2月4日にH村を訪問し、その後の地域特性を活かした住民主体の地域づくりの進め方、および経過についてJ保健師への聞き取り調査を行った。

聞き取り調査内容は、①地域支え合い活動取り組みの背景ときっかけについて。②取り組みの導入期における住民への働きかけと行政のかかわりについて。③地域支え合いマップづくりについて。④地域の世話役さんについて。⑤行政の支援について。⑥担い手の育成・発掘について。⑦あらためてH村の地域特性および「島の文化」について。⑧その他、であった。

③H村の公開イベント「まほろば福祉まつり」における地域づくりの活動成果発表の内容、および、H村の提供資料（地域福祉計画・地域福祉活動計画、広報誌）を参考に要約した。

1-2-3 倫理的配慮

研究会報告内容、および、聞き取り調査内容に関しては、J保健師に対し趣旨の説明と書面による承諾を得ている。なお、聞き取り調査の内容については、鹿児島国際大学教育研究倫理委員会の承認を得た上で実施した。

1-3 H村の概要

H村は鹿児島県に属し、鹿児島本土と沖縄県のほぼ中間に位置する離島にある。奄美大島の中央部に位置し、東シナ海を臨み急峻な山々に面する村である。サトウキビ発祥の地であり、自然条件や地形条件を活かして、すもも・たんかんを主体とした農作物の生産および加工品等の商品化に向けた取り組みを進めている。面積は88.15 km²、人口は1,638人（2015（平成27）年1月現在）³⁵であり、11の集落から構成されている（図4-1、図4-2、表4-1）。なお、高齢化率は36.6%（2012（平成24）年度）であり、奄美群島の中で最も高い。高齢化率では、H村はすでに鹿児島県の20年後、全国の40年後という状況で高齢化が進んでいる³⁶。

なお、医療機関は、村内に国民健康保険診療所、およびへき地診療所があり、医師1名が診療所に駐在し、H村の一次医療（一般内科・小児科、外来および往診）を担っている。へき地診療所へは週2回（午後のみ）出向し外来診療、また、H村立特別養護老人ホーム（定員50人）への回診を週1回（午後）行っている。

1-4 結果

1-4-1 計画策定の目的とその担い手³⁷

「地域福祉計画」は、人が様々な問題を抱えながらも、家族や地域の中で「その人らしく、安心して生活が送れる」地域社会の充実を目指している。また、地域住民はもちろん、様々な組織が連携し合い、共通した目的・方針を持って地域福祉を実践していくための道しるべとなる計画である。

³⁵ H村の「面積」「人口」は、日本大百科全書「H村の要覧」より。

³⁶ 鹿児島県の高齢化率推計は、内閣府『2013（平成25）年度版高齢社会白書』「2 地域別にみた高齢化」を参照。全国の高齢化率推計は、内閣府『2013（平成25）年度版高齢社会白書』「(2)将来推計人口でみる50年後の日本」より。

³⁷ H村保健福祉課・地域包括支援センター（平成25年3月発行）『H村地域福祉計画・H村地域保健福祉計画』を一部抜粋した。

社会環境や福祉政策が急激に変化するなか、地域社会や市民生活における課題や必要とされる福祉の需要は多様化、複雑化してきており、個人や家族、公的な福祉サービスだけでは難しいことから、地域のみinnで助けあい、支えあうことが必要である。また、住み慣れた地域で誰もが自分らしく暮らしていくためには、高齢者福祉、障害者福祉、児童福祉といった分野の垣根を取り払い、「地域」という視点でとらえることが重要になる。

地域福祉の担い手は、その地域に住んでいる人、働いている人等の地域住民、集落、会社、学校、診療所、福祉施設、ボランティア、社会福祉協議会等、地域社会を構成する全ての村民であり、地域福祉の受け手もまた全ての村民なのであるとしている。

1-4-2 計画の位置づけ

(1)他の計画との関係

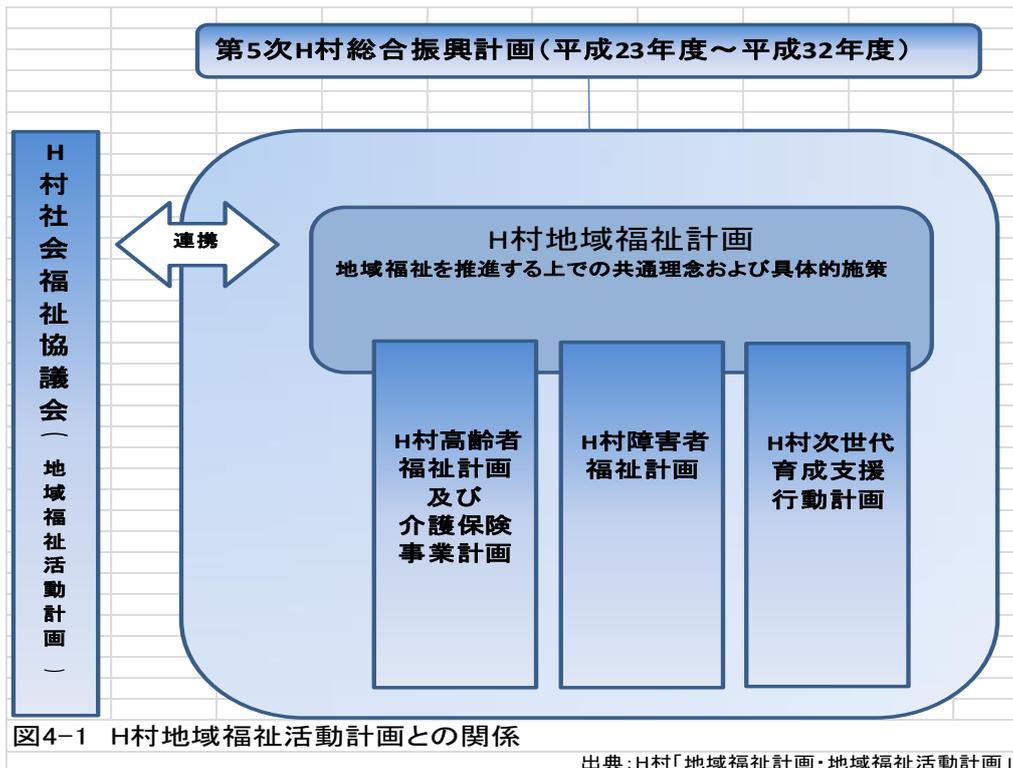
H村地域福祉計画は、H村民憲章³⁸の理念のもと、村全体の指針となる「総合振興計画」を上位の計画とし、各分野の計画である「次世代育成支援行動計画」、「高齢者福祉計画」および「障害者福祉計画」という“縦糸”と、地域における住民自らによる福祉活動という“横糸”でつむぎ、“大島紬”を織り上げるとく、H村の地域福祉を推進していくための計画であるとしている。

(2)地域福祉計画との関係

社会福祉協議会における地域福祉活動計画は、村全体としての地域福祉を推進するにあたり、その中心的な役割を担っていく社会福祉協議会の事業運営に関して、社会福祉協議会独自の行動計画として定めるものである。

行動計画の推進を効果的にするため、村と社会福祉協議会が車の両輪のような関係にあることから、両計画を一体的に策定している（図 4-1）。

³⁸ H村民憲章は、1972（昭和 47）年に制定され、その趣旨を「私達は由緒ある H村の名を誇りとして、その名のとおり、大きく和する H村の村民です。ふるさとをこよなく愛し、先人の英知をたたえ、文化遺産を守り、創意工夫に努め、限りない繁栄をめざして、ここに H村民憲章を定め、その実践に励みます。」としている。



1-4-3 計画の策定体制

この計画は、「H村地域福祉計画策定委員会」の協議のほか、住民による支え合いマップづくりを通じた住民参画を出発点として策定している(図4-2)。

<地域福祉計画策定委員会>

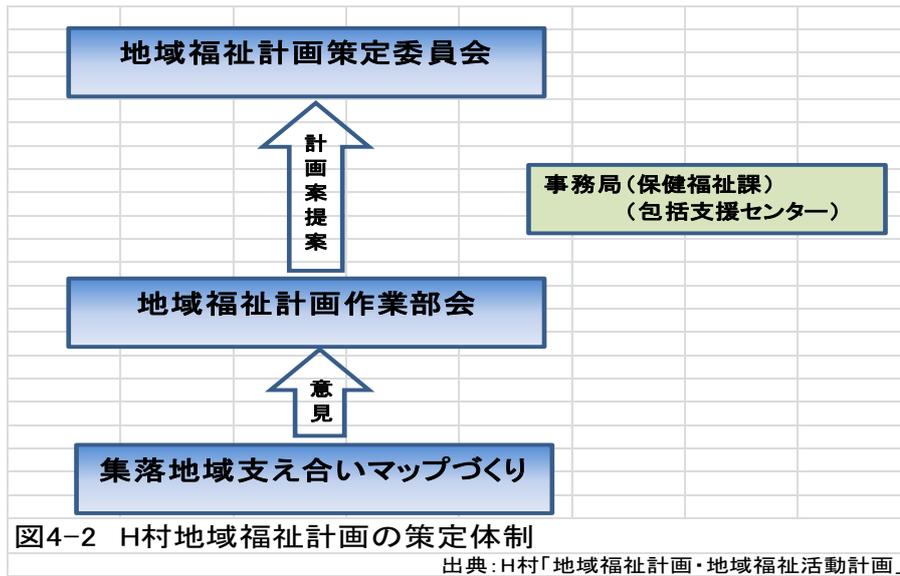
計画案の協議，最終決定を行う。

<地域福祉計画作業部会>

計画原案の作成，計画案の修正を行う。

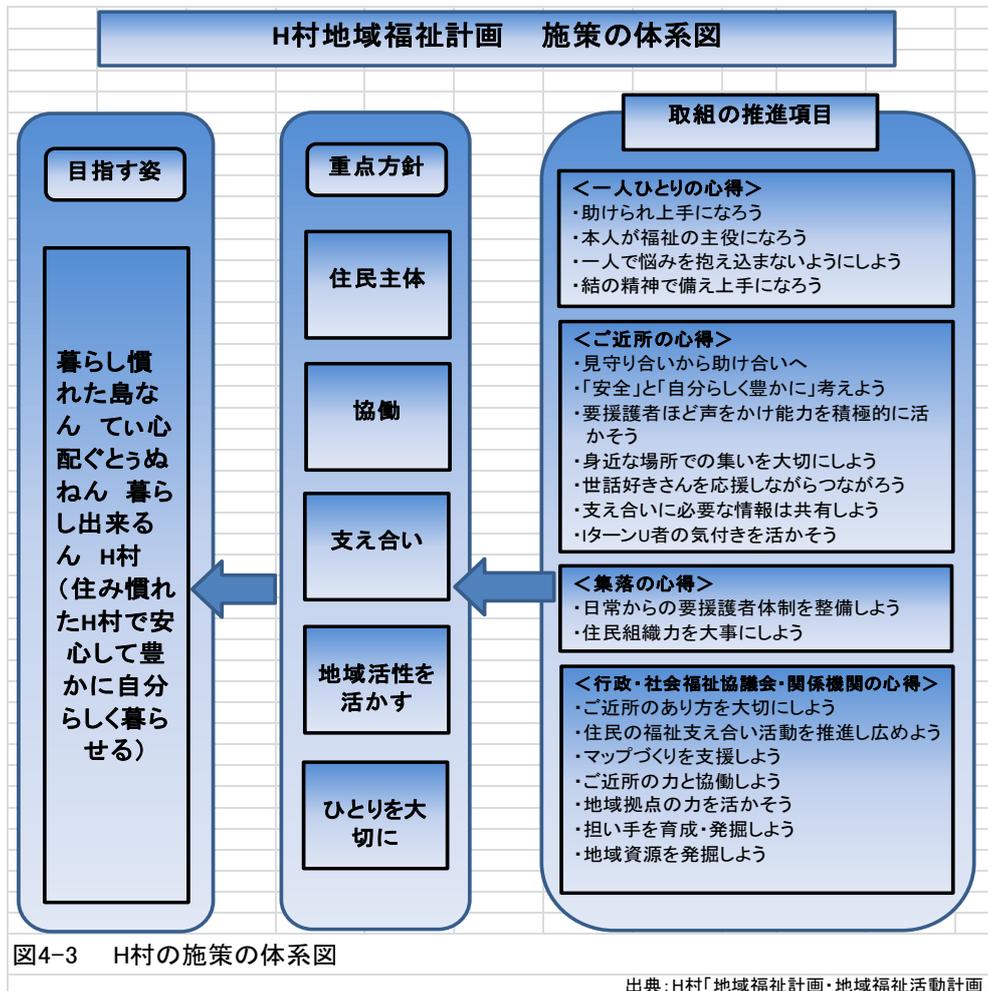
<地域支え合いマップづくり>

計画づくりの基礎の一つとするため，2011(平成23)年6月～2013(平成25)年3月までの間に，全集落を対象としたマップづくり，および，その検証を行った。



1-4-4 施策の体系図

以下は、H村の施策体系図である(図4-3)。



取り組みの推進項目に対しては、①現状、②考察、③目標、④行動のヒントとして、住民が心得ておくことに対して、住民目線で記載されている。一方、「行政・社会福祉協議会・関係機関の心得」についても、「ご近所のあり方を大切にしよう」「住民の福祉支え合い活動を推進し広めよう」「マップづくりを支援しよう」「ご近所の力と協働しよう」「地域拠点の力を活かそう」「担い手を育成・発掘しよう」「地域資源を発掘しよう」「福祉発信の全部門連携」8つの推進項目を掲げて、現状、考察、目標、行動のヒントが整理され記載されている。なお、推進項目、および、その行動目標・指標が記入された進捗管理表は、以下のとおりである（表4-1）。

推進項目		行動目標・指標
一人ひとりの心得	助けられ上手になろう	職場や地域で普段から誰かとつながりあおう 困り事があつたらかくさず話してみよう ほんの些細な事でも話せるご近所さんを探そう 好かれる人になろう
	本人が福祉の主役になろう	自分の今後の生活についてどうしたいかを考え伝えておこう
	一人で悩みを抱え込まないようにしよう	先のことではなく今から準備をしよう 頼りになる人、話せる人を身近に探しておこう
	結の精神で備え上手になろう	若いうちから趣味や畑仲間、つながりをたくさんつくっておこう プライバシーを守るより助け合うことを優先しよう 自分の特技や趣味を一つは持とう 一日1回は外出しよう
ご近所の心得	見守り合いから助け合いへ	困っている人がいたら自分から声をかけよう。直接声をかけられない時は誰かにつなごう
	「安全」と「自分らしく豊かに」を考えよう	皆がよりよく豊かにいけるための、ご近所としてできる環境づくりについて考えてみよう 安全に閉じ込めるのではなく、安全に動ける環境を考えよう
	要援護者ほど声をかけ能力を積極的に活かそう	ご近所さんに一日1回は自分から声をかけよう 「好きこそもの上手なれ」。好きなことや得意情報は遠慮せずに伝えよう
	身近な場所での集いを大切にしよう	見つけた能力は集落行事や機会をみつけてどんどん発揮してもらおう 集いに偏見をもたないようにしよう 集落の中にどんな集いがあるか知ろう 集いには遠慮しないで参加しよう、受け入れよう
	世話好きさんを応援しながらつながろう	世話好きさんに声をかけよう、ねぎらおう 世話好きさんが活躍できる環境をつくろう(集落の総会で周知する等)
	支え合いに必要な情報は共有しよう	マップづくりを活用しよう
	Uターン、Uターン者の気づきを活かそう	Uターン、Uターン者には自分から声をかけ、集い等にも誘おう Uターン、Uターン者の意見を受け止め、ふり返ってみよう
集落の心得	日常からの要援護者支援体制を整備しよう	要援護者のリスト整備 100% 救急医療カードの配備率 全世帯 自主防災組織が年に1回は見直し点検をしよう(体制・設備・要援護者等)
	住民組織力を大事にしよう	会員数・参加数が平成24年度より増える 各種住民組織活動状況の中から「無」が一つでも減る 会の愛称が平成24年度より増える 各組織が組織の在り方を考えてみる 退職後の世代こそ特技を活かして活躍してもらおう 集落にいる何らかの特技を持っている人を見つけ活かそう
行政・社会福祉協議会・関係機関の心得	ご近所のあり方を大切にしよう	住民流を尊重しよう
	住民の福祉支え合い活動を推進し広めよう	広報やまと、社協だより、ホームページ等に、地域の宝(人・モノ)等を積極的に掲載しよう 住民と一緒に活動を考え、支援しよう
	マップづくりを支援しよう	マップづくり参加者や関係機関が前年より増える
	ご近所の力と協働しよう	年に1回は集落異動者を確認しよう 2年に1回はマップを再検討しよう 区長、民生委員はもちろん、世話好きさん5人程度とつながろう
	地域拠点の力を活かそう	積極的に地区や地域拠点へ出向こう 関係者も一人の住民という立場でそれぞれ何ができるか考えよう できることは何かを考えて何か一つでも実行してみよう
	担い手を育成・発掘しよう	子どものうちからの種が大事。各学校や子供会への福祉授業を増やし、乘法を積極的に流そう 担い手、担い手候補者を発掘し、リストアップしていこう 子は親の背中を見て育ちます。教育を大事にしよう
	地域資源を発掘しよう	他の地域と見比べてたりして地域に当たり前にあるものの良さを再発見しよう UターンやUターンの集いの場を設け気づきを活かせるようにしよう
	福祉発信の全部門連携	連絡会議等を開催し課をこえて横断的に協働できる体制を整えていこう 事例等を通じた社会資源の開発や支援策をまとめ、実施に向けて整備していこう

出典：H村「地域福祉計画・地域福祉活動計画」

1-5 住民の生活状況と地域づくりの視点

H 村役場保健福祉課（兼）地域包括支援センターで保健師として地域づくりに関わっておられる J 保健師の「2011（平成 23）年度第 2 回研究会：テーマ『教育，保健福祉，地域づくり』」における報告「H 村における住民主体を目指した地域づくり」の内容を以下に紹介する³⁹。

H 村は、小さい地域であるため、集落の住民同士はほとんど顔見知りで、近所の状況もよく知っている。訪問先が不在の時は、隣近所に尋ねると「畑に行っているので昼には戻るよ」とか、「鹿児島市の子どもの所に行っているから、あさって帰ってくるよ」とか、ほとんどのことは教えてくれるので情報収集には事欠かない。つまり、自然と見守り体制もできているということだ。緊急時にもその情報網は活かされ、昨年（平成 22 年）11 月の奄美豪雨災害⁴⁰の際の安否確認にも大いに役立った。

そんなふうに「互いのことをよく知っているから、当然住民同士の支え合いもすでにできている。福祉は充実しているはず」と思うかも知れない。しかし、先日住民との話し合いの中で、「近所もみんな知っているはずなのに、困った時には知らないふりをして去って行く」「結いはあるというが、本当の結いとは何なのか？」という発言があり、考えさせられた。狭い地域で対人関係を円滑にしていくために、「知っているが知らないふりをする」「助けてと言われればできるけど、自分から言うのはおせっかいみたいだし」という配慮は確かに存在する。さらに本人や家族も、近所に知られまいと包み隠す傾向も多くみられる。しかし、福祉の観点からみるとそれらは決して望ましいとは限らない。「もっと早く相談してくれれば」「あの時もっと踏み込んでいれば」という後悔が実に多いからである。このように、見守りができているから困り事にも対応できているとは限らず、むしろ漠然とした安心感から福祉への取組が手薄になる場合もある。フォーマルが充実するとインフォーマルが衰退すると言われているが、例えば、「〇〇さんの家には、

³⁹ 本内容は、2011（平成 23）年度～2013（平成 25）年度日本学術振興会科学研究費補助金基盤研究（B）「琉球弧における地域文化の再考と地域再生プランおよび実践モデル化に関する研究」の一環として 2011（平成 23）年 9 月 8 日に開催した「2011（平成 23）年度第 2 回研究会：テーマ『教育，保健福祉，地域づくり』」における鹿児島県 H 村役場保健福祉課（兼）地域包括支援センター保健師 J 氏の報告「H 村における住民主体を目指した地域づくり」を掲載した。

⁴⁰ 奄美豪雨は、2010（平成 22）年 10 月、2011（平成 23）年 9 月および 11 月に発生した奄美地方における集中豪雨災害。奄美大島は 2 年連続で 3 度の集中豪雨に見舞われ、奄美市と龍郷町で合わせて 3 名（いずれも高齢者）の尊い命が失われた。島の至る場所で土砂崩れなどが発生し、道路やライフラインが寸断され、島内各地で人家や店舗、農地などに甚大な被害が生じた。

以前しょっちゅうお茶飲みに行っていたけど、今はヘルパーさんが入っているから大丈夫だろう。もう見守りしてないよ」というように、制度や公的サービスの広がり住民の主体性を衰退させるという事実、プライバシーという名に翻弄された支え合いの弱体化、その構図がここ H 村でも顕著にみられるようになってきている。

豊かな福祉を目指す時、主体性抜きにそれは到底実現できない。そういう意味でも、H 村では本当の住民主体とは何かをいつも考えた取り組みを目指している。例えば、障害者に作業場を提供するだけでは、通勤や作業には慣れたとしてもその先へは進めない。本当に目指すのはそこから生み出される喜びや生きがい、そして成功体験の積み重ねによる主体性である。与えられ、守られ、考える機会さえも奪われる福祉ではなく、本人が自ら考え能力を活かしていく福祉。だから、時間はかかっても、当事者と共に何度も話し合いを重ねながら、自分たちにとって何が必要なか、それをつくるにはどうすればいいのかをゼロから考えていく過程、そして大いに失敗も体験しながら共に進んで行くという過程を大切にしている。また、先日、防災についてある集落と話し合いを行った。H 村は全集落で自主防災組織をつくっている。しかし、昨年の豪雨災害時、この集落ではその組織図が役にたたなかった。それはなぜか。組織図に記名のある住民は、昼間仕事に行っているため集落にいなかったのである。きれいな組織表をつくるだけではだめだと感じた住民は、災害時にその集落にいる人ですぐに分担できるよう、必要な係名とその仕事内容をきめるという結論を出した。住民が主体的に考えた末の本当に役立つ自主防災機能の一つが出来上がったのである。

「住み慣れたシマ⁴¹で最後まで暮らしたい」という願いは本人の究極の主体性である。しかし、それが実現できる人は H 村ではわずか 2 割程度という現状である。「本当はシマがいいよ。でも子供にも迷惑をかけたくないから、どこか施設でお世話になるしかないよ。」住民の多くはこう語る。介護は本当に迷惑なことなのだろうか？ 本人が犠牲になる福祉でなく、本人も家族も助かる福祉にできないものだろうか？

地域づくりはまちづくり、そして、人づくりであるが、その目指すところは安心して豊かに暮らせる生活である。そのために、本人・家族・周囲のみんなを支えるシステムづくりもまだまだ必要だ。私たち国民は制度に基づき生活している。しかし、制度だけに依存していると、いつも制度にふりまわされてしまう生活がうまれる。人々が求める福祉の根本はいつの時代も変わらないのに。だからこそ、諸制度が、本

⁴¹ 世界大百科事典によると、「シマ」は地方統治制度の強化のため、北は奄美諸島から南は先島諸島までの各島を（間切）に編成し、その下にシマと称する行政単位を置き、役人を配した、とある。また、沖縄の方言で「シマ」とは、島嶼という意味の他に、集落をも意味している。つまり、沖縄県や奄美群島における地域社会（＝シマ社会）を表す言葉であり、本土におけるムラ社会に相当する。地域共同体を形成し、地域の祭祀を通して同じ「シマ」の住人としての帰属意識を持ち、価値観や経験を共有しており、明治以降も基本的な枠組みは維持され、現代に至っている。

当に人間らしい暮らしを支えてくれるものになるように、そして、きちんと住民に届いてくれるものになるように、住民自身が自分の住む地域について真剣に考え行動していくこと。そして、その住民の営みを支え、その営みを活かした地域をつくっていくことへの努力が必要ではないだろうか。離島だから、小規模だから、資源がないからできないというのではなく、その条件だからこそできることを探し、最大限に活かしていくということを大切にしたい。そういう意味でここ H 村は宝の宝庫である。

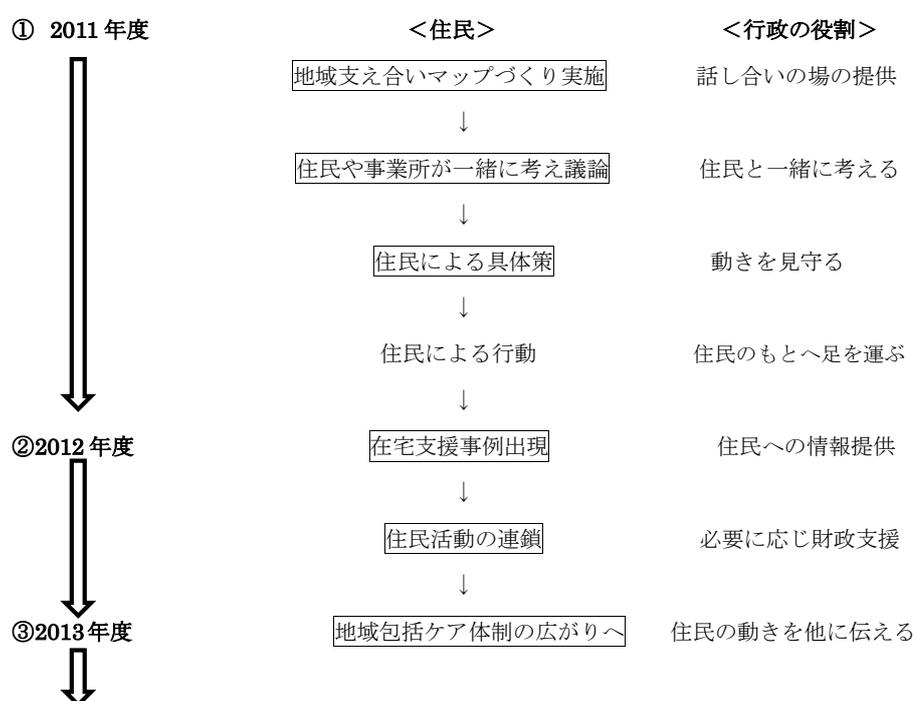
私たちの地域づくりは、個人も、そして、全体もみながら、地域を適切に診断しリンクさせていく。そして、ここから先に必要なのは指示ではなく支援である。なぜなら主役はいつも住民なのだから。

1-6 H 村の地域づくりの実際

1-6-1 基本的な考え方

そこに住む住民自らが動かなければ暮らしたい地域はつくられない。住民が主体となった活動の展開にこそ、生きがい、役割、出番、楽しみが生まれる。そこに言葉をあてはめれば、地域版のデイサービス、サロン、介護予防、健康づくり、世代間交流、自殺対策、閉じこもり予防…が網羅されていくことを、地域住民が教えてくれている。行政が形をつくるのではなく、ご近所を中心とした地域住民の営みからヒントを見つけ出す地域づくりである。

1-6-2 地域づくりの進捗



1-7 支え合いマップづくり

1-7-1 マップづくりに至った経緯⁴²

J保健師は、「高齢化が問題なのではなく、本当に愛するこのH村で暮らしていきたいけれどそれが叶わない」という村民の願いと現実とのギャップを常々問題視していた。

H村が行った実態調査では、村民の8割が“最後までH村で暮らしていきたい”と希望しており、その願いが叶う人はわずか2割である。入院や介護が必要な状況になると、施設や島外の子どもを頼って、“仕方なく”と諦めてシマを去るのである。このような諦め感を持つのは、関係職員も同様で、「人材も資源もないから何をやっても仕方がない」という言葉が聞かれていた。どうにかできないか…。そんな矢先に、何気なく手に取った冊子の『住民流福祉による支え合いマップ』という活字が目にとまった。調べていくうちに「この手法は、福祉の方向性を考える上での原点かも知れない。住民が自分の住む地域について真剣に考え、行動しなければ、本当に自分が住みたい地域にはなり得ない。最後まで住み続けたい地域づくりのために、みんなで考えるきっかけになれば」と思うようになった。

このようなことから、「どうなるかわからないけど、やってみようね」ということになり企画書を書いた。部署内での説明が難しかった。県社協がマップづくりの推進に取り組み始める少し前だったので、「マップって何?」「本当に効果があるのか」という意見もあり、理解が難しかった。繰り返し説明して、最後は「よくわからないけどやってみたら」という感じでスタートし、やっていくうちにだんだん周りの理解が得られるようになっていった。

マップづくりは2011（平成23）年に、その手法を提唱している木原孝久先生⁴³（住民流福祉総合研究所所長）にH村にお越しいただき実施することになった。木原先生には、冊子やインターネットなどで調べて連絡先があったので自分で連絡をした（早川；2014：538-539）。

⁴² 本内容は、2014（平成26）年2月4日に地域特性を活かした住民主体の地域づくりの進め方の方針を探る目的にて行ったJ保健師へのインタビュー内容、および、早川理恵（2014）「地域支え合いマップづくりをきっかけとした住民主体による地域づくり－H村の取り組み」『地域リハビリテーション』三輪書店、Vol.9, No.7, 538-539. を参考に要約した。

⁴³ 木原氏は、30年以上にわたり“住民流福祉のあり方”を追究し、誰もが住み慣れた家や地域でその人らしく安心して生きていくには地域住民同士の助け合いが不可欠であると、住民流福祉を再構築し、「住民主体の支え合いのまちづくり」を提唱・支援している。住民流福祉総合研究所を創設し、月刊誌「住民流福祉」（「元気予報」改題）や福祉関連マニュアルを発行のほか、研究会やセミナーを開催。また、自治体や住民福祉機関の事業（「地域福祉計画・活動計画」の策定等）を支援している。

1-7-2 マップづくりの手法⁴⁴

H村の集落は11集落あるが、1集落は7人しか住民がいないので、隣の集落と合わせて、10集落を公民館で行った。木原先生と一緒に回って聴取をしていただいた。木原先生からは「“お世話焼きさん”と思われの方に声をかけてください」と言われたので、民生委員を經由して参加していただいた。こちらも“お世話焼きさん”という方は把握していたが、あえてこちらからは声をかけず民生委員の役割として声をかけてもらった。民生委員も活動の中に入って来られるので、一つの役割ということをお願いした。来られた方々は、こちらが思っていた方々であった。たまた、集落の役員の方を呼ばれる民生委員もおられたが、役に関係なく“お世話焼きさん”，“お世話好きさん”に参加してもらった。中には男性の区長さんが入られたが、木原先生から「女性にしてください。“世話焼きさん”は、女性の性質ですよ」というご意見のため、女性が多かった。ちなみに、H村の民生委員は各集落1名の計10名である。

最初は、木原先生に聴取をしていただいた。木原先生に同行しながら先生の手法を見て学んでいった。マップづくりの構成メンバーの中で最も重要な人は、地域の“お世話焼きさん”である。その他、社会福祉協議会、役場保健福祉課、地域包括支援センターが同席し、一緒に考えて行った。

まず、①近所住民同士の関わり合いをマップ上で確認し、②その中から地域の福祉課題を確認し、③それに対する取り組みをみんなで考え、さらに行動していくという一連のプロセスを実施した。

マップづくりのキーワードは“お世話焼きさん”と“ご近所福祉”である。マップづくりは、あくまでも手段であり、これをどのように活かすかは、それぞれに委ねられている。H村の場合、「住民同士が自分の住む地域に向かい合い、考え、行動する」というきっかけとして、マップづくりを位置づけた。マップづくりには、1時間半くらいが限度であろうとのことであった。それ以上だと、ダラダラとして疲れるだろうし、それ以下だと足りなくなる。

木原先生のマップづくりの指導と行政の立場と視点の違いがあった。例えば、「高齢者の一人暮らしは何処なの？」と聞いたりされる。そして、「この人と関わっている人はこの人で、この人が時々やっているから、まあ、見守り的にやっているんだね」というようにして線がつながれていく。線がつながらない人もたまにいらっしやる。逆に線がたくさんある人が出てくる。福祉の立場・行政の立場としては、とても気になっていて、認知症もあるし心配している対象ではあるが線はたくさん結ばれていて、この人の家に、この人もこの人もと集まって話をしている。それならば、「この人の家をサロンにすればいいんじゃないの」となっていく。このように、ターゲットとなる人の捉え方も少し違うような気がするし、もちろん近所だ

⁴⁴ ここは、2014（平成26）年2月4日に行ったJ保健師へのインタビュー内容の一部を含んでいる。

からと言って知っていそうで実は知らない線というのがたくさん出てくることに気付くというところがある。やり取りの営みや、そのような中から、1本でも線があって、この人がしっかり支えていれば複数でなくてもいいじゃないか、という線もある。このようにして見ていくと、この人は絶対にいないだろうなと思われる人が逆にすごく線が引かれていたりする。また、1本だけではあるが、毎日あるという発見があったりする。絶対線が引けないという人はいないのかも知れない。このように、一人ひとりの本当に支援が必要な場所はどこなのか、というのが見えてきたりする。

木原先生には、その後も何回か来ていただき、10か所でマップづくりをしていただいた。多忙な先生なので、期間が空いたり、ある時はスケジュールを詰めて組んで来ていただくということもあった。予算は、村の予算ではなく、財団等が実施している補助金事業を見つけたので、委託契約の設計書を作成し、見積もりを立て申請した。

1-7-3 マップづくりからの気づき⁴⁵

そこにいる人の資源であったり、環境の資源であったり、それに気づくというのが一番大きい。福祉から見れば要援護者、つまり、助けの必要な人に違いないという目線になるが、実はこの人にこういう力があったり、特技があったりして、これを活かすことで、その人が支援者になるというような図式が出来上がってくるというパターンが結構ある。それが、一番大きい気づきである。

その他には、村がどういう現状なのかということがよくわかってきて、例えば、「この集落はこんなに施設に行く人がいるけど、何故なんだろう」ということをみんなで考える場にしてみた。みんな施設に行くから私も行くつもりだけど「本当は嫌なのよ」と言うことばが聞かれた。この「本当は嫌なのよ」ということばは、アンケート出てこない。希望はするけど、本当は…、というのがわかる。そこをしっかりと確認できる、そういう意味で現状が分かるということはあった。

さらに、地域の特徴として、お互いのことはよく知っているから、住民同士の支え合いもできているはずなので、わざわざ見守りや支え合いを考える必要はないのではないかという思いもあったが、マップづくりを進めて行く中で、「困り事を知っていても、噂をするだけで手は出さない。これでいいのか？」などといった議論がみられた。狭い地域だからこそ、対人関係を円滑にしていくために、一方では「知っているが知らないふりをする」「助けて欲しいと言われれば動くが、自分から言うのはおせっかいではないか」という考えや、近所で話が大きくならないよう困り事を包み隠す傾向も存在する。このように、見守りがあるから困り事にも対応できているとは限らず、むしろ漠然とした安心感から福祉への取り組みが手薄に

⁴⁵ 早川理恵（2014）「地域支え合いマップづくりをきっかけとした住民主体による地域づくり—H村の取り組み」および、2014（平成26）年2月4日に行ったJ保健師へのインタビュー内容を含んでいる。

なる場合もある。公的サービスなどが充実すると地域の助け合いなどが衰退すると言われているが、H村でも、前述のように「一人暮らしの〇〇さんの家には、以前は毎日のようにお茶飲みに行っていたけど、今はヘルパーさんが入っているから大丈夫だろう。めったに行かなくなった」ということばも聞く。このように制度や公的サービスの広がり住民の主体性を衰退させたり、個人情報やプライバシーに翻弄された支え合いの弱体化の様相が、H村でもみられるようになってきていることに気づかされた。

1-8 気づきから“住民主体”への展開へ

マップづくりの意義は、①住民の支え合い活動がはっきりと見える。②その結果、住民課題が明らかになる。③その課題に対し、どういう対策（方向性）を講じればよいかが見えてくる、以上3点である。概ね、マップづくりに取り組むとここまでは実感できる。H村の場合、ここまでの過程の上に、マップづくりでの気づきを基に「こういうことが必要だと思っていた」「一つでもやってみよう、やらなきゃ何も始まらない」という声が集落住民から聞かれ、主体的な行動として現れてきた。これを機に、2011（平成23）年度は4グループであったが、約2年間の間に9つのグループによるご近所支え合い推進のための動きが起こっている（表4-2）。

表4-2 H村の人口・世帯数(H25年11月13日現在)および各集落の地域支え合い活動内容

集落名	世帯数	男性	女性	人口	活動グループ名	主な活動内容
a	59	65	60	125	莢の会	本読み、小物や裾上げ等、野菜出荷、拠点の花植、集落トイレの清掃
b	50	51	49	100	ハッピースマイル	野菜集荷・販売
c	81	70	88	158	元気つなぐ会	体操・手芸等、カラオケ
d	66	67	71	138	おがみ会	お茶会、神社の清掃
e	131	133	144	277		
f	156	137	152	289	結の会	お茶会・体操、惣菜作り
g	53	50	47	97	あいのご会	カラオケなど、集落のトイレ掃除
h	107	51	78	129	てぶらの会	お茶会、グランドゴルフ
i	109	109	97	206	ティダの会	お茶会、野菜や花の栽培・集荷・販売
j	7	7	5	12	和の会	畑でお茶会、グランドゴルフ
k	59	58	61	119		
計	878	798	852	1650		

出典：H村提供資料

集落によって活動の形、内容は様々である。集落には「ちょっと集まる場所がここにはないよね」といったことがある。海岸に夕方になれば定期的にポツポツと人が集まると、「ちょっと集まってお茶を飲んだりするような場所が欲しいよね。うちにはないよね。公民館では堅苦しいし、緊張するし、誰を集めればいいかな？」ということを各々で考えていく。集落によっては、何人かで話し合いを進めるところもある。集落全体に意見を図ろうと集落委員会にかけるところもある。それぞれの集落独自の集落に合った形でよい。

また、ご近所ならでのトラブルが見え隠れするなど、課題面も見受けられる。しかし、大切なことは、

住民自身の「安心して心豊かに暮らしたい」という願いに少しでも近づいていこうとする住民の姿があるということである。

いくつかの集落の中には，“集いの家”を新築（図 4-4、図 4-5、図 4-6），若しくは民家の倉庫を再生（図 4-7）して集落の活動の拠点としている。活動拠点を自分たちで作るという方法は，H村の特徴でもある。なお，初年度のみ活動費用を村が支援しており，2年目以降の活動費用は，各集落で賄うことになっている。



図4-4 c集落(建築中)



図4-5 d集落



図4-6 g集落



図4-7 i集落

c集落の“集いの家”は，役場にも近く，県道79号線に面しており便利な場所ではあるが，位置としては集落のはずれになる。県道を挟んで向かい側に墓地があり，集まりやすいとのことである。集いの家は，集落の“元気つなぐ会”の方々が協力しながら作ってい

る最中とのことであった（2014（平成 26）年 2 月現在）。

d 集落の“集いの家”は集落の小さな商店の前に建っていた。この集いの家は、集落の大工の方が一人で建てたとのことであった。

g 集落の“集いの家”には「よらわん場^ば」の看板が掲げてあった。県道 79 号線沿いの海辺に建てられており、この集いの家は集落の大工の方を中心に住民が協力して建てたとのことであった（写真中の人物は、集いの家とは関係のない、歩道の工事の方）。

i 集落は、個人の所有する倉庫を「ティダの会」が借り上げて改修・改装して“集いの家”「ティダの会喫茶 のん笑談所」を開店している。ティダとは、奄美・沖縄の方言で「太陽」を意味する。ここで、お茶を飲んだり、会話したり、歌ったり、時には近くに床屋がないので散髪をしたりするとのことであった（図 4-8, 図 4-9）。



図4-8 ティダの会喫茶の内部①



図4-9 ティダの会喫茶の内部②

1-9 集落と住民の変容

マップづくりからの住民主体の動きの継続した支援を行うために、H 村保健福祉課では、鹿児島県地域支え合い体制づくり事業を活用し、2011（平成 23）年度から地域単位での支え合い活動を行う団体の立ち上げ支援を行っている。2012（平成 24）年度事業への各集落からの応募は、a 集落「^{きぶ}茨の会」、b 集落「ハッピースマイル」、f 集落「^{むすび}結の会」、i 集落「ティダの会」の 4 団体が応募し、それぞれの特性を生かした事業を展開している。以下、H 村広報誌で報告された、これら 4 団体の活動を紹介する。

1-9-1 “集落”に焦点を当てた取り組み

(1) 「菘の会」の活動

a 集落の特徴は、観光客や交流人口の多い集落である。人口構成は、子どもから高齢者世代まで偏在しており、高齢化率は20%と村で最も低い。しかしながら、老人クラブの加入率が低下し、高齢者の趣味や余暇活動は活発とは言えず、憩いの機会・場所が十分ではなかった。そのため、集落の女性3名（民生委員、区長、主婦）が中心となって「菘の会」を設立した。菘の会は、まず、旧ガソリンスタンドの空店舗を誰もが気軽に立ち寄ることのできる憩いの館に改修した。そして、①声かけ健康づくり、②手芸品製作販売、③農産物生産販売、の3つの部門の活動を開始した。①のリーダーは民生委員の方で、日頃、高齢者宅を巡回し声かけをしてきた経験を生かし、住民の身体や生活情報を記載した集落マップを作成し、情報の共有化を図った。②のリーダーは主婦の方で、裁縫やパッチワークが得意で、手芸品の作製指導を行っている。菘の会の商品は“あかとんぼ”のブランド名で販売している。アミノクロウサギ⁴⁶『くーちゃん』（ストラップ）は大口注文を受ける程、ヒットしている。③のリーダーは区長で、島ラッキョウとジマメ（落花生）の苗を各農家に配布して栽培をお願いするとともに、集落内にある休耕地を耕し共同農地を整備した。島ラッキョウとジマメを選択した理由は、古くから国直で栽培され、食べ親しんだ郷土の食材であり、高齢者が懐かしい味を思い出し、きっと栽培意欲が沸くに違いないと考えたからである。

その結果、それまで農作業に興味を持たず、家に閉じこもりがちであった高齢者が、ご近所の方と楽しそうに農作業をしていた。農作業で適度な運動を行い、仲間との交流は心身ともにリフレッシュする。何より毎日顔を合わせることで見守り効果が生まれた。菘の会では、1年目の成功をもとに、2年目は「塩ラッキョウの漬け物」や「砂煎りジマメ」の加工品を集落ブランドとして生産・販売するとして活動を展開する予定である。

(2) 「ハッピースマイル」の活動

b 集落の特徴は、農業が盛んである。多くの高齢者が毎日元気にハテワク（農作業）に出かけている。作物は、H村特産のスモモをはじめ、トツブ（島南瓜）、シマウリ（島胡瓜）といった島野菜から、ズッキーニ、モロヘイヤといった洋野菜までの多品種の生産に取り組んでいる。これらの農産物は「なかよしグループ無人販売所」で販売されている。新鮮な食材が100円で買えるため好評であるが、残念なことに無人販売所では、料金が支払われていなかったり、商品や料金の盗難が発生した。そこで、同集落で農業を営むKさん（男性）が、毎週土曜日に農家から野菜を収集し、A市の商店街で露店「土曜日」を開き、農産物の収集と販売の代行を始めた。「土曜日」は、安価な新鮮野菜が評判を呼び、毎週継続することによって多くの顧客を獲得するようになった。

⁴⁶ アミノクロウサギは、国の特別天然記念物に指定されている。生きている化石とも言われ、絶滅が危ぶまれている動物である。

Kさんのこの活動は、2011（平成23）年以前から取り組まれていた。Kさんは、この活動を広く継続的な活動にするために、集落民、特に若い世代を取り込んだ組織づくりを目指し、2011（平成23）年に「ハッピースマイル」を設立した。

その後も、「土曜日」には12戸の農家から30品種以上の農産品が出品され、盛況である。また、A市内で「土曜日」を開いているということもあり、車を持たない高齢者達から生活用品の買い物を頼まれているとのことで、スタッフは販売の合間に近くのスーパーに行く買い物代行サービスも行っている。一方では、最近の傾向として、農業を諦める方も出てきた。理由は、「農業は好きだけど、畝上げなどの重労働が一人ではできないので仕方なく止めてしまった」とのことである。このような営農意欲はあるが、続けることができない高齢者の方々の手助けをしようと対策を検討している矢先にタイミング良く、村の支え合い事業の補助金を活用することができ、畝上げ機を購入することができた。機械を使って青壮年団が農作業の代行サービスを行っている。このように、高齢者は労働の対価として収入を得ることによって生きがいを感じ、また、活動を通じ若者と高齢者世代の共通の目的と交流が深まっている。

(3) 「結の会」の活動

f集落の特徴は、村内で最も人口の多い集落である。集落行事（敬老会や豊年祭⁴⁷、八月踊り⁴⁸など）が活発な集落で結束が強い集落でもある。f集落には、1961（昭和36）年に集落住民が出資して作った（株）f商店⁴⁹がある（図4-10）。f商店は、食料品から酒類、たばこ、日用品、農耕資材、燃料など、生活必需品

⁴⁷ 豊年祭は、五穀豊穡を願う大きな祭りが各集落で開催される。H村では、旧暦8月15日と9月9日の前の日曜日に行われている。旧暦8月15日に行われる豊年祭は「十五夜」と言われている。

⁴⁸ 奄美大島では、毎年旧暦8月に考祖祭という祭りが催され、新米で赤飯を炊き、神前に供え、五穀豊穡を祈り、感謝の気持ちを捧げる。この祭りは8月に3回行なわれ、第1回は新節（あらせつ）といって第1の丙の日に行なわれ、第2回は柴挿（しばさし）といって第1回から9日目の甲の日に行なわれ、第3回は嫩芽（どんが）といって8月の後の甲子の日に行なわれる。これは「島の八月三節（ミハチガツ）と呼ばれ、コーソガナシ（ご先祖様）をお迎えし、一年の節目を祝う祭り。八月踊りで豊穡への感謝と豊作を願う。以前はアラセツスカリ（旧暦8月初丙の前日）から3日間とシバサシの3日間、計6日間踊り続けたが、現在は1、2日程度に短縮して開催している。八月踊りは、チジン（太鼓）に合わせ踊り、男女が交互に唄を掛け合う。余暇のない時代に奄美の人々（シマンチュ）の娯楽として栄えた八月踊りである。近年は踊り手の高齢化や方言文化の衰退などから伝承が危ぶまれている。f集落では、八月踊りの伝承に危機感を感じた若者達を中心に八月踊り保存会を結成し、集落の高齢者に教えを請い定期的に稽古を重ねて唄や踊りを継承している。八月踊りの継承については、思勝集落においても人口の減少や生活スタイルの変化により、一時期八月踊りの存続が危ぶまれた。そこで、青年団を中心に地元の伝統文化を継承しようと、日夜練習を重ね「キトバレ踊り」（キトバレ＝祈祷祓い）と名付けて八月踊りを復活させた（H村ホームページ）。

⁴⁹ f商店は、f集落から名瀬へ薪を搬出していた頃、船に食料や生活必需品を積み込み、集落で販売したのが始まりとされている。1914（大正3）年にf購買組合として設立し、1961

が何でも揃う。災害時には、何度となく備蓄基地としての役割を果たしてきている。また、住民のコミュニケーションと情報交換の場としての重要な場でもある。ここでの会話のやり取りが、地域の弱者の見守りの機能にもなっている。

このような機能を果たし、心のよりどころである f 商店を拠点として地域支え合い活動を行おうと、2011（平成 23）年に「結の会」が発足した。f 商店をユライ所（憩いの場）にして人と情報を滞留させようと売り場にテーブルセットを設置し、住民の声を聴くとともに、困りごと対応チームを結成した。さらに、「結の会」では、買い物代行サービスの際に、高齢者からお惣菜の注文が多いことに着目し、独自で惣菜を調理し販売できないか検討した。地元で収穫される作物の中には破棄される物があり、野菜の有効利用も見込まれた。さらに、加工施設『まほろば館⁵⁰』が整備され、効率的な調理が可能になったことも、活動の後押しになった。

「結の会」は、2011（平成 23）年 12 月から毎週月曜日と木曜日の週 2 回、少量・多品種のお惣菜を販売している。栄養バランスに配慮し地元の食材を使用したお惣菜が 100 円均一で購入できるため、集落内外からお客が来るほどの売れ行きである。

今後は、宅配や移動販売も視野に入れた活動を展開する予定である。「結の会」の影響や経営努力により、f 商店の経営は数年ぶりの黒字となり、株主には配当として生活雑貨が支給された。



図4-10 (株)f商店

（昭和 36）年には集落民が出資し、株式会社となった。

⁵⁰ まほろば館では、スモモやタンカンの加工品のほか、特産品の販売や地元で採れた野菜・くだもの販売を行っている。館内には設備の整った食品加工場もある。

(4)「ティダの会」の活動

i 集落の特徴は、豊かな森と海に囲まれ、農林水産業が盛んな集落である。この集落も少子高齢化が進んでおり、集落の老人クラブ「むつみ会」の余暇活動が盛んな集落でもある。

また、集落の自主防災組織と 60～70 歳代の集落の女性でつくる「ともしび会」が、2004（平成 16）年から「黄色い旗見守り運動」により地域支え合い活動を行ってきた。高齢者が起床時に自宅の軒先に黄色い小旗を掲げ、就寝前に小旗を取り込むという運動である。3 年前には、旗が出ていないことを心配して住民が訪ねて行ったところ、段差につまずき台所に倒れている 80 歳代の女性を発見したこともあった。旗を掲げている高齢者世帯は 7 世帯程であるが、独居になった高齢者もいるため、見直す予定である。この運動によって、地域全体の安心感を生み、また高齢者も周囲に見守られることを意識することによって、集落の住民の連帯感も深まったとのことである。

このような、地域に根差した支え合いの心を形にしようと、2011（平成 23）年に集落の有志達が「ティダの会」を設立した。会のモットーは「出来る人が、出来る時に、出来る事をする」であり、誰もが自発的に行動しボランティアを行っている。「ティダの会」の特徴は、“お得意さん”が役割を分担し活動に取り組んでいる。例えば、コーヒーを煎れるのが得意な人は喫茶店のマスターとして、理容師の経験を持つ人は訪問散髪を行い、農家の人は草刈り機で高齢者宅の庭の手入れを行い、現役ヘルパーの人は体の不自由な人の入浴介助を行うなど、これらの“お得意さん”が負担にならない程度の活動で持続可能なサービスを提供している。

「ティダの会」のサービスの中で、最も喜ばれているのが、毎週土曜日にオープンする喫茶店「笑談所」である。「笑談所」は、倉庫を借り、住民の手で改修・改装し、家具や電化製品、食器などは皆で持ち寄った。喫茶店のマスターは I ターンの L さんである（L さんの詳細については後述する）。おいしいコーヒーを振る舞うと好評で、「ティダの会」から「ぜひ喫茶店のマスターに」とお願いして引き受けていただいた。また、この喫茶店の“ママ”こと、元役場職員の M さんが用意するお茶請けも好評で、さらに来店者からの差し入れもあり賑わっている。笑談所の常連さんの顔が見えず気になる時には、M さんがその方のお宅に訪問し、コーヒーとお菓子のデリバリーをすることもある。店内では、音楽に合わせて歌ったり、手踊りをする風景も見られる。

(5)「まほろば福祉まつり」のイベント：支え合い商店街オープン（全集落）

このような各集落の取り組みの成果は、H 村が毎年行っている「まほろば福祉まつり⁵¹」

⁵¹ 「まほろば福祉まつり」は、地域で行われている見守りや介護について行政・事業所・地域・家族のそれぞれの思いや実例の紹介や民主体で行われている支え合い活動団体の活動内容発表と地域の再生・発展についての大会で毎年開催されている。主催は、H 村・H

の中にも見ることができる。プログラムの冒頭には“支え合い商店街オープン”と記載しており、新鮮な農水産物、集落で採れた材料で作った郷土のおやつやお菓子、手芸品、加工品、化粧品（集落の花木を素材にして化粧品会社と提携）などの品々が一堂に並び、即売会は活気に満ちていた。

1-9-2 “個人”に焦点を当てた取り組み

J 保健師は、集落の活動事例として、「L さんのご近所喫茶店」を紹介している（早川；2014：24-29）。

<事例>

L さん。80 歳代、男性。最近奥様に先立たれ一人暮らし。L さん自身も重い病気がある。70 歳を過ぎてから I ターンしたため、方言が分からず会話もかみ合わないことから、だんだん閉じこもりがちになり、1 日中テレビを見て過ごす日々である。ただ、訪問客に対しては喜び、豆から挽いたこだわりのおいしいコーヒーをご馳走してくれる。

<L さんの事例の展開>

L さんのようなケースは、地域においては確実に“気になる”ケースである。行政として、デイサービスを勧めたり、訪問したりしていたが結局何もできないままであった。そんななか、マップづくりの話合いの場で、木原先生から「L さんに、本格コーヒー喫茶のマスターをやってもらったら？」とヒントがあった。

その後、集落の住民は、この案の実現に取りかかった。古い倉庫を近所のみんなで改修・改装し、喫茶店を作った。L さんは「皆さんのお役にたてるならやってみましょう」と言って、引き受けてくれた。その後、半年程のマスター生活を経て、L さんは天国へ旅立った。その間の L さんは、ご近所が驚くほど生き生きとした表情を取戻し、ご近所との輪を広げながら過ごしていた。もし、このような機会がなければ、L さんは「孤独でかわいそうな人」として最後を迎えていたかもしれない。しかし、亡くなった時、ご近所住民は「最後、皆に愛されていきいきと過ごせて本人もきっと喜んでいる。L さんのおかげで皆が喜ぶ居場所ができた。ありがとう」と述べた。

村地域包括支援センター。共催として、H 村社会福祉協議会。後援者は、a 茨の会・b ハッピースマイル・c 元気つなぐ会・d おがみの会・f 結の会・g あいのこ会・h てぶらの会・i ティダの会・j 和の会・やまとすももの会・むっちも〜れフェスタ実行委員会・まほろば館・奄美大和太陽いっぱい・まほろば大和生活研究グループ・H 村食生活改善推進委員会・株式会社シェルウムが後援している。

<Lさんの事例展開からの学び>

この事例を通して、J保健師は、「人は人との関わりの中で生き、生かされている。サービスを与えられ、考える機会さえも奪われる福祉ではなく、お互い様という関係の中で“役割・生きがい・楽しみ・喜び”が生まれる過程、そして、それに関わる周囲の人同士にも新たな気づきや関係性が生まれ、支え合いの輪が広がってくるという構図が地域という場所に見られている。

このLさんの他にも、専門家だけではどうにもならない困難ケースが出始めている。そして、このような事例を通じ、“いつかは自分たちも同じだ。だから、地域で見守りたい、自分の近所から孤立死は出さない”というように、ご近所自体の力を強めることにもつながっている。先日一年忌を迎えた故Lさんに対し、ご近所住民はLさんのこだわりホットコーヒーを仏壇に供え、Lさんを偲んでいる。」と結んでいる。

1-10 住民活動における行政の役割

J保健師は、行政の役割の流れについて、①マップづくりという手法によって住民が考える場を提供、②地域に出向くなどしながら住民の動きを見守り、必要に応じて介入、③必要な活動費用を立ち上げ時に限って支援、④目的の共有化、⑤住民活動の普及、⑥効果のフィードバック、⑦活動者同士の交流会開催支援、であると述べている。さらに、これらの一連の過程のなかで、行政の立場として重視してきたことは、「行政が示した計画や目的を住民に実施してもらうのではなく、住民と一緒に考えるという関係、そして、住民力をとことん応援するという姿勢である。」と述べている（早川；2014：26）。つまり、“住民主体”“住民力支援”である。そして、そのためには、a. トップダウンとボトムアップのバランス、b. 資源はもともと地域に存在するという事に気づくこと、c. 共通の目的を明らかにし、d. それに向かって住民と行政、関係機関が互いに地域を診断し、気づきをつないでいくこと、そうすることで、住民主体の動きが展開されるとしている。J保健師は“地域づくりの答えは、地域の中に存在する”ということを強調している。

1-11 取り組みの評価およびフィードバック⁵²

2011（平成23）年度から進めてきた取り組みの評価について、J保健師は、「どうでしょうね。今からどうなっていくのか。今のところは住民の皆さんは、自分たちのために必要と思って楽しみつつやっていただければいいのかと思う。結果がどうなっていくのかというのも、状況を見てみないと何とも言えない。生き生きしている方や、例えば、どんな

⁵² 2014（平成26）年2月4日に行ったJ保健師へのインタビュー内容より。

サービスを提供しようとしても動かずに閉じこもっていらした方が地域の方の活動や声かけで、すごく元気になったという方もある。それも一つの評価でしょうし、1~2例なのかもしれないがよいよりは良い。積み重ねである。なかなか気づかないと思うが、気づいていくという目線があるというのは、福祉の力が強まってくるので、積み重ねが大切だと思う。」として、地域づくりは小さな手ごたえの積み重ねであり、評価に至るまでには時間を要するとしている。

現在、H村の取り組みは厚生労働省のホームページ上で「地域包括ケアシステム構築へ向けた取組事例」に紹介されており、外部からの視察や取材を受けたりする機会がある。このことに関して、J保健師は、「励みになると思う。“そういう方々が来ましたよ”ということを書いてみたり、テレビなどで放送があった時には一緒に見てみるとか、やはり、励みになると思う。活動をやると思ってやっているのではないので、ご本人たちは「当たり前のことを行っている」とおっしゃっているが、やっぱり、やっていることを見てもらうということは、その人に光が当たることなので、次の意欲につながるのではないだろうか。大変なところもあるかも知れないし、煩わしいと思っている方もいらっしゃるかも知れないが、励みになればいいと思う。」と話している。

このように、住民が主体的に取り組んだ活動について、厚生労働省をはじめ、他の自治体やメディアが注目し取り上げてくれることは、各集落にとっての励みとなり、“住民力の向上”に大いにつながる。行政には、住民と共に走りながら、悩みながら、成果を一緒に喜びフィードバックしていくその姿勢が大きく問われていると思われる。

1-12 行政側の課題

J保健師⁵³によると、「課題は、やりながらでしょうね。こういう活動をしながら、また、活動自身も展開があったり、広がりがあったり、逆にちょっとやり過ぎて疲れた、という部分も出てきたりするのです、見守りつつだと思う。住民主体の活動なので、こちらの枠組みでは決してないので、様子を見ながらしかないかも知れない。でも、やりにくいとか、辛いとか、やっている中でトラブルがあったりする場合は、ずっと関わっていく。」「今後、どのように進んで行くのかなと思いつつではあるが、最終的に、このような方たちの力や、公的サービスの必要なところはもちろん大事であるし、そういうものがしっかり組み合わせさせて、「H村に住んでいてよかった」とか、「ひとり暮らしであっても安心して暮ら

⁵³ 2014（平成26）年2月4日に行ったJ保健師へのインタビュー内容より。

していける」とか、そのようなところにつながって行ったときに初めて、結果がでるのではないか。それが、住民主体ということかなと思っている。長い目で見ていきたいと思う。」と話している。

2. H村の「住民自ら考える互助の地域づくり」活動の成果⁵⁴

2-1 ケアマネジャーの想い（H村社会福祉協議会）

Nさんは、高齢で女性、障害があり、夫の介護を受けながら二人暮らしで生活をしていましたが、その夫が急死され一人暮らしとなった。子どもさんはおられるが、遠方に住んでいるため、同居することができない。そのため、子どもさんから一人暮らしは心配だから、施設に入所できないかと相談があった。そのため、何とかその思いを叶えたいと考え、介護保険サービスを利用した計画を作成し、その結果、着替えや食事などの生活支援部分は上手く立案することができた。しかし、それだけでは不十分で、寝る前の不安に対応することができずにいた。ここで、「サービスが無いからと諦めて施設入所」ということを考えると、このように、あと少しの支援が得られず、自宅での生活を諦めざるを得ないという事例はよくある。しかし、逆に言えば、あと少しの工夫で、何とかなるとも言える。馴染のある場所で過ごしたいという、ご本人の思いを何とか伝えられないかと考え、地域のボランティアに相談してみることにした。Nさんの集落には、サロン活動や庭の草刈りなど、困り事の対応を自主的にやっている地域支え合いのグループがある。そこに相談することにした。その際、困り事を地域に押し付けたりすることではなく、Nさんが困っていることを伝え、一緒に考えてもらい、一緒に解決策を見つけようという姿勢で話し合いを持ってはどうか、というアドバイスを受けた。そうして、Nさんの近くに住む親戚やボランティアグループ、ご近所住民、社協職員、包括支援センター職員8名で、夜の8時から話し合いを持ってもらった。集まった皆さんに主旨を話したところ、「見守り訪問に行くのはよいが、何かあったらどうすればよいか」という意見があった。確かに、その不安はあるが、しかし、よく考えてみると、それは、どこにでも、誰にでもあることである。安全だけにこだわれば、自宅であっても施設であっても、何もさせずにじっと閉じ込めておくしかない。そうすると、庭いじりをしたり、近所の友達と話をしたりという、ご本人の楽しみを奪ってしまい、本人らしい豊かな暮らしはできないのではないかと伝えてみた。また、Nさんは、栄養管理が必要ということであったが、「近所の方からパンやジュースなど、甘い物の差し入れが多く、管理できないと思う」という意見もあった。差し入れがある近所づきあいがあるということはとても有難いことで、暮らしを支え

⁵⁴ 2013（平成25）年3月16日（日）13：00～16：00、H村体育館にて行われた「2013（平成25）年度 H村まほろば福祉まつり～介護が必要になっても障害があっても認知症になっても本人も家族も周囲もハッピーに過ごせるためには～」を聴講して要約した。

る大事な資源であるが、今回は、そのことによって N さんの体調が悪化する可能性があったため、私の方から、差し入れられる方やご近所、また、お店にも事情を話して、甘い物などの差し入れは控えながら、これまでどおり、N さん宅に立ち寄っていただくようお願いすることになった。そして、N さんが夜寝る前の 8 時から 9 時頃に 9 人全員で協力し、二人ずつのローテーションを組んで、N さんの様子を確認して頂けることになった。それぞれの連絡先を電話帳のそばに掲示することで、安心感を持ってもらう事もした。こうして、一人ひとり話し合いを持ちながら、ご近所の方の大きな協力により、ご自宅で生活されているところである。その中で、また、困り事も出てくるであろうが、その時は、また、みんなで知恵を絞りながら、できる限り N さんの生活を支えていこうと思っている。

今回のように、地域の方々に気軽に相談できる体制が取れ、前向きに協力して頂けたことは、小さい地域であり、前からの顔見知りの関係があったことが、要因だったと思うし、それは、大きな力だと思う。また、ケアマネという役割を少し理解して頂く場にもなったように思う。介護は一人ではできない。サービスの力、家族の力、地域の力を合わせていくことが必要である。H 村には、事業所の数、社会資源は少ないかも知れないが、このような地域力に、絆を大切にしていきたいと思っている。

しかし、こういった事例ばかりではなく、ご本人が住み慣れた家で暮らしたいという思いに添うことができずに、残念な思いをすることもある。逆にご本人や家族から、「おかげで助かった。ありがとう」「最後まで、家でみる事ができてよかった」と言われると、役に立ててよかったと喜びを感じ、それが心の支えになっている。ケアマネというのは、ご本人の生活課題と介護保険サービスを中心に、さまざまな社会資源をつなぐことで、在宅生活を可能にする仕事である。ケアマネジャーという役割を含んで、その方らしい生活を送るためのお手伝いできれば、たいへん嬉しく思う。これからも、地域の方や関連部署の方々とも力を合わせて、頑張っていきたいと思っている。

2-2 家族の想い

私の祖母は去年の 7 月に自宅で亡くなった。祖母が産んだ私が母と子ども二人あわせて三人に見守られながら自宅で天寿を全うされた。それに至る自宅での介護、自宅で看取った経験を事例として報告する。

その前に、この場を借りて、自分の祖母に関わってくださった介護ヘルパーの方、社会福祉協議会の方々、歴代役員の方、ケアマネジャーの方々、デイケア、訪問診療をしてくださった各施設の方、各病院の施設の方、有難うございました。皆さんのフォローなくしては、祖母を自宅で看取ることはできなかったろうし、また、その前提となる介護認定の制度に伴う周囲の H 村の環境が整っていたおかげで、私たち家族は、自宅で祖母を看取ることができた。

祖母の 1 週間の主な介護の流れは、週 1 回デイケアで地域の方と交流を持って、それ以外の平日は、週

3 回介護ヘルパーの方にお世話になり、話し相手になって頂いた。土日は、家族で面倒を看るといった感じで生活をしていた。家族で看るといっても、主に介護は母が行い、土日はドライブや外食をしたり、住用の体験交流会でお風呂に入ったり、少しでも祖母の刺激になるような事をしていた。私も、このH村に帰って来てから、祖母とほぼ毎日、食事の時間を共にして、夕食後は洗面所に連れて行って、軽く身だしなみを整えたりして、ベッドに横になるまで一緒にテレビを見たりして、自分と祖母の儀式ではないが、握手をして、「おやすみなさい」「ありがとう」と会話をしながら、祖母とつながりを持った。また、妹も去年まで一緒に暮らしていたが、妹は作業療法士という事もあって、作業療法士の立場から、祖母の身体のケアであったり、孫娘にしかできないような、祖母に甘えるように、励ますように「おばあちゃん」と言って祖母に頼りしていた。その時が、祖母がいちばん笑顔になる瞬間、いちばんの刺激になっていたかと思う。このように家族がそれぞれに自然に祖母によい刺激を、よい波を与えようとしていた。

そもそも祖母は、10年ほど前に階段で転び、その後もベッドから落ちて、骨盤を痛めたりして、杖を突いて歩いていたのであるが、徐々に歩行器になり、車椅子になり、食事介助になっていた。ただ祖母は、頭はすごくしっかりしており、良くも悪くも考え過ぎるくらい、いろんなことを考えるし、いろんな人に気を遣いながら、頭をすごく回転させていた。そのようなこともあって、自宅での介護がしやすい環境ではあったのではないかと、今となっては思う。

とは言っても、亡くなる前の半年間は、壮絶なところもあり、食事介助やオムツ介助に加えて、昼夜に関係なく大声や呻き声を出したり、不満を連ねたりし、昼夜逆転になっており、母は相当の心と体の負担を強いられたのは事実である。ご飯も口にしてくれなかったり、薬も拒否したりして、心配が募った。今日の「福祉まつり」の題目は「本人も家族も周囲もハッピーに暮らせるように」ということであるが、1年前の当時には、冗談にもハッピーとは言えない状況ではあった。当時、この家で世話をしてあげたいという気持ちで介護をしていた。しかし、その時は、苦しくて苦い思い出もたくさん経験したが、悔いは全然ない。この会場におられる方々も、現在進行形で介護をされている方もたくさんおられると思うが、大変だと思う。だから、どうしてもまだ自宅介護を簡単に勧めたり、そういう気持ちはないが、むしろ複雑な気持ちは自分の中にはある。ただ、視野を広げて、身近にいるケアマネの方やヘルパーの方であったり、そのような方がH村には結構身近におられるので、何とかなる術は見つかると自分は感じている。だから、H村には地域をサポートできるような土壌というものはあるように感じている。

現在は、病院で生まれて病院で死んでいくという世の中であるが、祖母は、これから育つ家で生まれて、暮らしてきた家で亡くなった。そういう一生はうらやましいと思う。祖母は、いい始まりと終わりを迎えることができ、いい一生であったと思う。

最後に、エピソードを一つお話する。祖母は、亡くなる前の1~2ヶ月間くらいは、おそらく味覚がダ

メになっていたのであろう。水すらも不味くなっていて、水を飲ませても「この水はマズイ、H村の水はおいしいのに、H村の水を飲ませろ」とぼやいていた。もちろん、飲ませているのはH村の水であるのにぼやいていた。亡くなる前日に、反応が薄くなっている祖母に、水を口に含ませることができた。本人が飲んだか飲んでないかは分からなかったが、結局、翌日に亡くなるのであるが、祖母の遺体の中にH村の水を残すことができた。H村の土地の中で看取ることができた。

介護というのは、人の衰えを見ていくのは辛い。でも、後悔はしていない介護ができたと思う。今日の報告者の方々の報告が、これからのいい活動、いいコミュニケーション、いい死に方、いい生き方につながっていったらと思う。

2-3 行政の想い（H村保健福祉課：H村地域包括支援センター保健師）

誰もが、要介護になっても、障害があっても、認知症があっても、“安心して心豊かに過ごしたい”“住み慣れた場所で過ごしたい”と多くの方が思っている。現状としては、なかなかそうはいかないという実態がある。息子や娘を頼って、多くの方が住み慣れた地域を離れてしまわざるを得ない。つまり、願いと現実とのギャップが非常に大きい。それを少しでも叶えていきたい。そのなかで、“迷惑をかけたくない”と言う言葉が聞かれる。“本当は家にいたいけど、子どもに迷惑をかけたくない”“人に迷惑をかけたくない”と。

そもそも介護というのは、迷惑なことではないと思う。大変なことではあるが、迷惑なことではない。人は生まれてきた時には人の支えを必要として、そして大きくなっていく。いろんな方々の支えが必要になってくる。そして、命を終えていく。そういうサイクルで回っていく中で、本当は、誰しもあたり前のことである。そのなかで、生きるということ、そして、死を考えていくことという教育の場でもあると思う。しかし、今までの状況を考えると、介護というのは、やはり、迷惑と言わざるを得ない状況というのがあると思う。そして、介護というのは、一人ではできることではない。大変なことである。なので、自分でできるだけ、一人で抱えない、ということ。そして、周りの“大丈夫？”というような声かけがとても必要になる。自分も一歩、周りも一歩ということが、介護や福祉を支えるためには必要となってくると思う。介護って迷惑なことと言わせないように、社会で支えていく仕組みができたらと思っている。

H村で注目されていることは、地域での支え合いの活動である。それぞれの集落で活動をしているが、悩んだり、困ったりしながら進めている。役割とか、生きがいとか、楽しみとか、こういったものを蘇らせて取り戻すというようなことが次々とできてきている。これらの取り組みを報告すると、多くの方が村外からH村に来られるようになった。平成25年度には59名の方が島外から来られ、どういう活動をしているのか見に来られた。初めは、どういう活動？ということであるが、視察をされる中で、集落の皆

さんがどういう思いで活動をされているのか、どれだけ島を思って活動されているのか、ということをし
っかり感じて帰って行かれる。

それから、閉じこもりがちの方が、自分の方から出て来られるようになったという成果もみられている。
数字としての成果も少しみられている。例えば、要介護認定率と高齢化率である。H村は、高齢化率は非
常に高いので、要介護状態になる方も多はずであるが、この統計表を見れば、H村は下の方にある。高
齢化率は高いが、介護保険を受けている方は、低いということにもつながっている。それから介護保険料
であるが、以前は、鹿児島県でいちばん高い群の介護保険料であったが、現在は自治体のうち半分よりも
下の方になってきている。このような状況も数字として、まだ成果と言えるか分からないが、現れてきて
いるところである。

“行政の想い”というところでは、何のためのものなのか、いつも考えている。特に、ご本人だけの満
足、家族だけの満足、一人だけの満足だけの満足ということではなくて、今回の福祉まつりのテーマにも
あるように、みんなが、誰しもがハッピーになれるにはどうしたらいいのか、それをいつも目指している。
そして、H村は小さいからとか、人材がないからとか、そういうことを気にしていたら、そこで終わり
ということである。本当は、そういうことではなくて、“宝はいつもここにある”“できることは必ずここ
にある”とやってやっている。諦めないことが大事であると思っている。これから、どういう地域づくり
をしていきたいのかということに関しても、一歩ずつ、ゆっくり。時間はかかる。だけれど、一歩ずつし
か進まない。そして、何より大事なことは、そこに暮らす人の力がなければ進まないと感じている。

最期に、一歩ずつと言ったが、地域支え合い活動事業の工程では、今はまだ数段上ったところである。
目指すところはもっともっと遠いところである。そこまで行くには、まだまだ時間はかかると思うが、や
っぱり、一歩ずつ行くことが大事であると思っている。この事業のイメージ図は住民の方が書いてくださ
った。これは、自助、互助、共助を現したものである。みんなで一つになって、支え合いの種を大事にし
て、支え合う心を育てていきたいと思う。

2-4 地域支え合い活動者の想い（g集落）

支え合いマップづくりから始まったこの地域支え合い事業。2012（平成24）年10月に区長に就任した
夏に役場からこの事業の話をいただいた。

世帯は51世帯、94名。80歳以上の一人暮らしが2割、その他の一人暮らしを入れれば、集落の3割が
一人暮らしとなる。また、車椅子生活やほとんどが家の中での生活、どうすれば集落の皆さんが心豊かに
楽しく安心して過ごして行けるのか。また、子育て世代が、ここで生活したいと思える集落がつくれるの
かと考えていた。この事業参加の動機は、この活動で、集落が活気づくのではないかとこの思いからであっ

た。

賛同者 11 名でスタートしたこの事業も、みんなの思いが広がり、昔からのみんなで助け合う集落づくりを再生しようと 5 つの活動を目的とした。①集落福祉の推進につながる活動 ②花や野菜栽培による農産物の生産販売 ③伝統の追い込み漁の復活、販売 ④困り事を支える活動 ⑤ふれ合い拠点づくり活動そして、畑の土起こし、草刈りや日曜大工など、また、拠点村では、野菜、果物の販売、しし汁ややぎ汁、そして、海産物を振舞うなど、毎週日曜日の午後 1 時から 5 時まで、年配者や子どもたちが集い、夜は青壮年が集う、楽しみの場になった。少しずつではあるが、無理なく負担にならないように、本年度は活動してきた。

初年度に青壮年の協力による、半年がかりの拠点づくりと、会の拠点村“よらわん場（よらわんばー）”の状況を紹介する。掘って立て小屋のつもりでいた小屋も隣村まで行って丸太を切り、運んでは皮を剥ぎ、焼いて乾かした。子どもたちは、どんな小屋ができるのかワクワクであった。毎週日曜日を費やして、大工の棟梁を中心に青壮年がコツコツとつくり上げた。棟上式には、子どもたちも一緒に餅つきをした。婦人の協力者も増え、直径 7cm の紅白餅を全世帯に配り、喜んで頂いた。そして、餅まきでは、寒い中、老若男女大騒ぎであった。多くの人の協力で、立派な自慢の小屋になった。完成祝には、名瀬郷友会の方もみえて、島唄で盛大に、家にこもりがちの方も呼びカラオケを楽しんだ。寒い冬場は、子どもたちが集い、宿題をしたりしている。夏場には名瀬からの海水浴客も長時間盛り上がっている。農水産物の販売では、四季折々の野菜類が出せた。会の名前は、舟の名前からとった。昔、集落で、アイノコの舟がつくられていた。このアイノコに一人ずつ乗り込んでくれる人が増えてきてくれればとの思いである。拠点小屋の名前は“よらわん^ば場”である。誰にも気軽に入ってもらえる憩いの場にしたいという思いで、人々を呼び込んでいる。集落の人たちだけでなく、他の集落の皆さんも気軽に覗いて欲しい。本年中には、この敷地が公園に整備され、トイレやあずまやもでき、村外の方々も立ち寄りやすくなる。

私も参加させて頂いた宮崎の「かあさんの家」の視察では、小さい集落でも、高齢者集落でも、一人ひとりが生きがいを持って働く場があること、そして、必要とされていることを感じられる集落であることが、心豊かに、楽しく、安心して生活できる場所であるとことを教えられた。

今後、あいのこ会の目的の一つである農水産物生産販売をもう一歩進めていきたい。集落のブランド商品を作っていくつもりである。また、協力者ももっと増やし、生産直売所としてオープン日を増やしていきたいと思っている。また、区長の立場から集落内を見てきて、一人暮らしの方の食事に危惧している。また、個人的な目標であるが、会のもう一つの目的の集落福祉として、一人暮らしや食事づくりの困難な人たちが集って食卓を囲める場を作っていければと考えている。

この 2 年間で、子どもたちが 13 名も増え、集落内が明るくなってきた。ここまでの 1 年半、貴重な時間

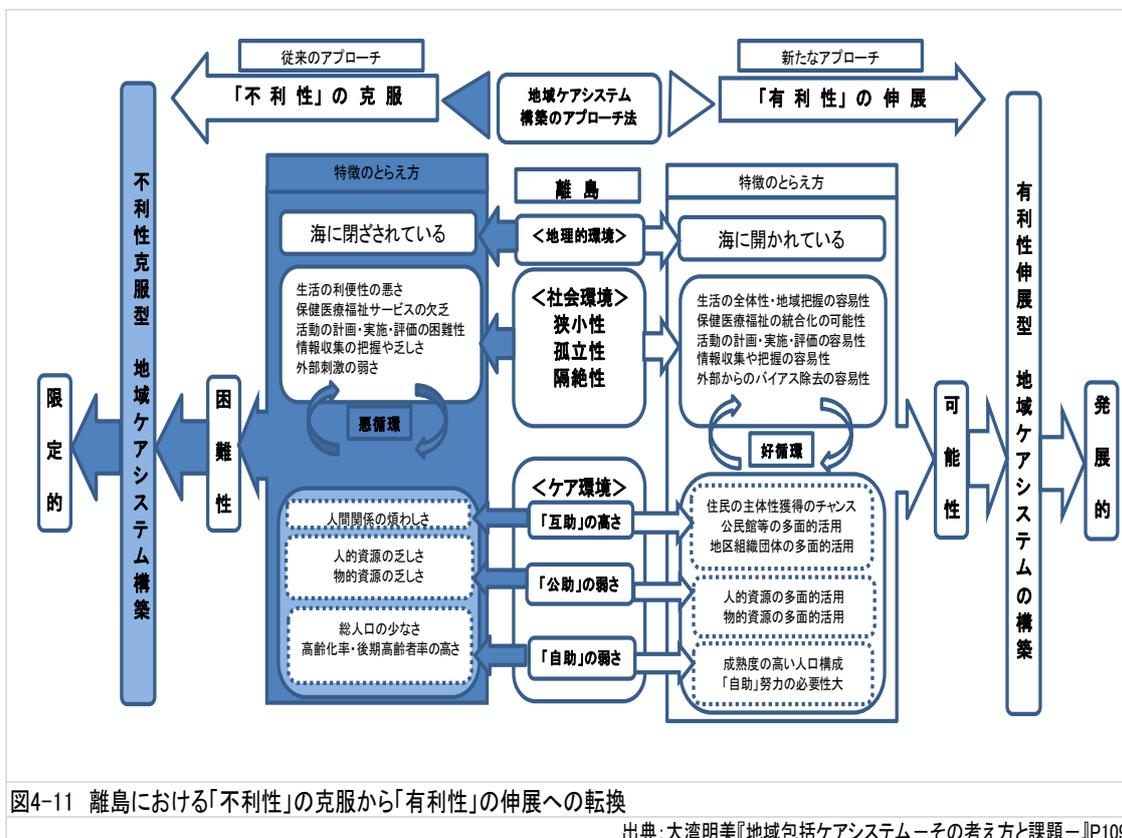
を使い、時には危惧をしての運営であったが、それでも、喜んで協力してくれる団結力のある仲間たちに感謝でいっぱいである。こらからも、一人でも多くの人が知恵を出し合い、運営する側もやってきてよかったというような、会にしていきたいと思っている。

3. 島嶼地域における「互助」の地域づくり

H 村の地域包括ケアシステム構築に向けた地域づくりへの取り組み事例をみてきた。地域づくりの中核には、地域住民主体と互助機能の向上があると言える。取り組みのキーワードには、①既存の地域資源の活用、②行政や住民および関連団体等との連携、協働、③体制づくり、④啓発活動、⑤人財育成、⑥住民組織、⑦バックアップ、⑨地域課題へのアプローチ、⑩参加・交流（世代間含む）、居場所づくり、⑪サービスの創出などがあげられる。これらは、かつては日常生活のなかに存在し、構築されていたものも多く存在する。島嶼地域には、狭小性、孤立性、隔絶性という不利性から「互助」＝“結い”の土壌を資源として活用できる。生活者の視点で見えてくる地域特性から発生する生活ニーズを「互助」である住民が中心となり専門職や行政と協働し、地域ケアをつくり評価を繰り返すことで住民の力が醸成し、新たな地域ケアシステムの構築につながる。介護サービスについてみても、「公助」の乏しい島嶼地域においては、介護サービスなどの「公助」を前提とした地域包括ケアの可能性は乏しい。島嶼地域の地域包括ケアは、介護サービス中心という従来の「公助」に「互助」の参加を期待したシステムの構築ではなく、「互助」を中核とした「公助」をつくり上げていくことである。また、地域づくりに高齢者である当事者の「自助」の主体的参加を効果的に取り組むことも重要である。

大湾（2011：108）は、沖縄の島嶼地域の地域ケアシステムについて、「超高齢社会を迎えている沖縄の離島の高齢者ケアを取り巻く状況は深刻である。離島の保健医療福祉サービスは、在宅サービス、施設サービスともに基盤整備が乏しく、「公助」（法廷サービスおよび行政機能が直接的にかかわるもの）が弱い。また、高齢化率の高さから独居高齢者や老夫婦世帯の割合が多く、「自助」（本人、家族単位の助け合い）の発揮が困難である。これは、“狭小性”，“孤立性”，“隔絶性”という離島の特徴の「不利性」から生じたものである。しかし、そのような離島の特徴は、生活の全体性および地域のとらえやすさ、保健医療福祉の統合性のとらえやすさ、情報収集の把握、活動の実施および評価等の容易性などがある。しかも人と人とのつながりが濃厚に維持され、「互助」（共助を含む関係者間の助け合い）が高く、離島の「有利性」として位置づけられる。」としている。このように、島

嶼地域は、本土との比較としてみると多くの不利性を抱えているが、これらの不利性も、島嶼を主体的存在としてみた場合は、他の地域に対する優位性と捉え直すことができ、有利性進展型の地域ケアシステムの構築への可能性が期待できるとしている（図 4-11）。H村においても、支え合いマップづくりの中で、多くの気づきが得られ、発想の転換の必要性を見出している。



また、地理的状况や経済資源、文化、歴史的背景等によって島嶼の地域特性は多様である。そのため、地域ケアシステムは、その地域の実情に応じたシステム構築が必要である。H村の事例の中にも、集落それぞれに特性がみられている。個々の集落の特性を物的資源および人的資源とマッチングさせ、住民主体の地域づくりを実践している。

さらに大湾（2011：111）は、沖縄県の離島を例に挙げて、①1島を1市町村とする島（1島1市町村型）、②2島以上を1町村とする島（多島1町村型）、③1島が2つ以上の市町村からなる島（1島多市町村型）、④主島の市町村の一部として離島である島（主島近接型）の4タイプに類型化している（表 4-3）。

類型化	島	特徴	有利性	課題
1島1市町村型 (1島を1市町村とする島)	石垣島・伊良部島・久米島・与那国島・粟国島・伊是名島・伊江島・伊平屋島・渡嘉敷島・渡名喜島・北大東島・南大東島	○診療所があり医師、看護師常駐 ○島内に役場があり保健師常駐 ○ホームヘルパーの存在	島内に役場・専門職の存在	「公助」への期待
多島1町村型 (2島以上を1町村とする島)	西表島・座間味島・阿嘉島・竹富島・鳩間島・小浜島・黒島・新城島・波照間島	○総人口少なく高齢化率高い ○保健医療福祉の基盤整備が弱い ○複数離島を有し島外に役場がある ○公民館や各種地区組織あり	公民館、各種地区組織の存在	「互助」への期待
1島多市町村型 (1島が2つ以上の市町村からなる島)	宮古島(下地町・城辺町・上野村・平良市)	○人口規模が大きい ○沖縄本島型に類似 ○保健医療福祉サービスは島内供給可能	島内でのサービス確保可能	島内での協働体制によるサービスの有機的連携への期待
主島近接型 (主島の市町村の一部として離島である島)	古宇利島・水納島・津堅島・久高島・大神島	○高齢化率、独居高齢者の割合が特に高い ○総人口が特に少なく生産年齢人口少ない ○保健医療福祉の基盤整備も特に弱い ○主島に近く交通の利便性あり	主島に近接	島外の役場の支援体制強化と島外の力量への期待

出典:大湾(2011)『地域包括ケアシステムーその考え方と課題ー』P111.

このように、それぞれの島嶼地域の実情に応じたシステムの構築が望まれる。これには、地域住民の自助力・互助力が必要であるが、同時に、それを如何に引き出し、どのように側面から支援するかが自治体（県や市町村）には大きく問われてくる。今後は、自治体の姿勢が、地域格差として顕著に現れてくる。自治体にはこれまで以上に運営能力が求められるが、そのなかでも運営体制と財政管理の知識と技術が重要になってくるといわれている。運営体制の基盤は、住民や関連団体等を含む強力な運営体制であり、自立的で非営利の協力的組織といった人々との信頼関係に基づいた協働である。そのためには、十分な意見交換と意見調整が不可欠となる。そして、戦略的な計画と意思決定がよりスムーズで、より反応の早い組織構造とならなければならない。地域住民との協働をする過程がなければならないのである。特に島嶼地域においては、限られた財源や人的資源のなかで、安心の要である医療（看取りも含む）と介護をどのように地域の特性を反映させながら、住民を主体としたサービスとしてつくり上げていくかが大きな課題となる。市町村の裁量で財源が使用できる地域支援事業を効果的に充実させることや、医療と介護の連携・地域ケア会議等においても自治体の姿勢が問われてくるといえる。

大湾（2011）の類型に当てはめればH村は、「1島多市町村型」に分類されるが、その特徴は「多島1町村型」の要素も強いように思われる。表4-4は、大湾の類型を参考に奄美大島の類型と課題についてまとめたものである。沖縄の類型とは「1島多市町村型」の特徴

がさらに2つに分類でき、H村は、「互助」期待するとともに、島内での協働体制による有機的連携への期待」が課題となる。

類型化	島	特徴	有利性	課題
1島1市町村型 (1島を1市町村とする島)	喜界島 与論島	○診療所があり医師、看護師常駐 ○島内に役場があり保健師常駐 ○ホームヘルパーの存在	島内に役場・ 専門職の存在	「公助」への期待
多島1町村型 (2島以上を1町村とする島)	瀬戸内町 (加計呂麻島 請島・ 与路島)	○総人口少なく高齢化率高い ○保健医療福祉の基盤整備が弱い ○複数離島を有し島外に役場がある ○公民館や各種地区組織あり	公民館、各種 地区組織の 存在	「互助」への期待
1島多市町村型 (1島が2つ以上の市 町村からなる島)	奄美大島 徳之島 沖永良部島	○人口規模が大きい ○本土型に類似 ○保健医療福祉サービスは島内供給可能	島内でのサ ービス確保 可能	島内での協働体制による サービスの有機的連携への 期待
	大和村 宇検村	○総人口少なく高齢化率高い ○保健医療福祉の基盤整備が弱い ○診療所があり医師、看護師常駐 ○島内に役場があり保健師常駐 ○ホームヘルパーの存在 ○公民館や各種地区組織あり	少ないが島内 に医療職など の専門職が存 在し、サービス 確保が可能。 公民館、各種 地区組織の 存在	「互助」を期待するととも に、島内での協働体制に よるサービスの有機的連 携への期待

出典：大湾(2011)『地域包括ケアシステム—その考え方と課題—』P111を基に作成。

H村の地域包括ケアに向けた地域づくりは、行政が主体的に行った「マップづくり」から始まった。住民の「互助」を最大限に期待し、住民が主体となった取り組みを目指している。住民自らが自分たちの地域の生活問題に気づき解決していく力（エンパワメント）を側面から支え、引き上げていくためには行政の力量が問われる。今後は、地域基盤の上に住民、住民組織、行政、専門職、診療所、社会福祉協議会をはじめとする各種関連団体が一体となった協働支援体制を構築し、住民が地域の有利性を活用しながら、自らの地域の生活問題に必要なサービスや住民組織をボトムアップで構築できるよう支援する姿勢が求められてくる。

第5章 地域医療および在宅での看取りの現状

昨今の社会保障制度改革の流れを受けてベッド数の減少傾向にある中、超高齢社会のわが国は「多死時代」を迎える。そのなかで、看取りの場がない「看取り難民」の増加が予想されている。私たち一人ひとりに、最期の場合や最期のあり方が問われてきていると言えよう。“住み慣れた地域で、安心して暮らしたい”。その願いを叶えるためには医療・介護が保障される必要がある。

この章では、国民皆保険制度の中にあつて、社会資源や医療資源に乏しい無医村の島嶼医療の実情を把握していく。さらに、今後求められてくる在宅医療・在宅介護の先事例を紹介し、これからの在宅医療のあり方について検討していくこととする。

1. 島嶼地域と医療の現状

1-1 研究の目的

島嶼地域の無医村における地域医療の実情を把握し、これからの地域包括ケアシステム構築の要である在宅医療・在宅介護のあり方を探ることを目的とした。

1-2 研究方法

1-2-1 調査対象地の選定

第3章で高齢者および一般成人調査を実施した鹿児島県大島郡B町にある無医村のF島およびG島である。

1-2-2 調査方法

F島およびG島の駐在看護師に対し聞き取り調査を行った。F島の駐在看護師への聞き取り日時は、2013（平成25）年8月27日（13：30～14：30）、G島の駐在看護師への聞き取り日時は、2013（平成25）年11月16日（土）（13：00～14：00）に実施した。

聞き取り調査内容については、①看護師の日常の業務について、②急患の発生状況とその対応、③離島診療所看護師としての葛藤と思い、④離島での生活を振り返って、⑤その他、であった。

1-2-3 倫理的配慮

F島およびG島の駐在看護師に対し、趣旨の説明と書面による承諾を得ている。なお、聞き取り調査の内容については、鹿児島国際大学教育研究倫理委員会の承認を得た上で実施した。

1-3 調査対象地の概要

B 町は、奄美大島の最南端に位置しており、B 町役場のある本島側と海峡を挟んで E 島、さらに水道を挟んで F 島、G 島が位置している。B 町の高齢化率は 34%、F 島・G 島の所属する E 諸島の高齢化率は 47.5%である。

F 島の人口は 132 人（2010（平成 22）年 10 月 1 日現在）、面積は奄美群島の有人島の中で 2 番目に小さな島である。ハブが生息している為、集落の塀や石垣には「用心棒」と呼ばれるハブ退治の棒が至る所に立て掛けてある。産業は、畜産やソテツ、花卉栽培が盛んである。一方、G 島の人口は 103 人（2010（平成 22）年 10 月 1 日現在）、面積は奄美群島の有人島の中で最も小さな島である。F 島と同様にハブが生息しており「用心棒」を立て掛けてある。島内は珊瑚石を積み上げた外壁が景観上の特徴となっている。琉球王朝時代の歴史的特徴⁵⁵から、奄美大島と徳之島に見られる特徴が混在している。産業は F 島と同様である。島内にはソテツ生産組合が建てた“蘇鉄の島⁵⁶”という碑が建っている。奄美・琉球の歴史、戦中・戦後間もなくの混乱期の食糧事情が伺える。両島への交通手段は、船舶が唯一の手段であり、B 町から町営定期船「せとなみ」が運航している。F 島までの便は、土曜日は 1 日 3 便（1 往復半）、土曜以外は 1 日 2 便（1 往復）運行、所要時間は 45～55 分で片道 930 円、往復 1,770 円である。G 島までの便は、月曜と土曜は 1 日 3 便（1 往復半）、火～金曜・日曜は 1 日 2 便（1 往復）運行、所要時間は 80 分で片道 1,030 円、往復 1,960 円である。定期船以外の対応には、複数者で海上タクシー（時には個人の漁船）を用いている。医療・福祉については、F 島、G 島には、それぞれ町立のへき地診療所がある。いずれも常駐医師はおらず、B 町立へき地診療所からの 2 週間に 1 回の巡回診療が行われている。福祉介護施設は島内には無い。E 島にある特別養護老人ホームに併設されている E 園居地域包括支援センターが管轄している。

⁵⁵ 琉球王朝支配下（1460 年頃）、徳之島町井之川北部「山」と G 島が一つの間切り（行政単位）であったことから徳之島とは歴史的・人的に交流があった。

⁵⁶ 「ソテツは南国奄美を代表する植物の一つ。奄美の先人たちは、災害や飢饉の時にソテツによって生き存えたといっても過言ではない。近世から昭和初期頃までソテツは救荒食物の一つで、主要食糧だった。現在は観賞用としても珍重されている。昔は集落の至る所でソテツ処理の情景が見られた。ソテツには実（ナリ）から採れる澱粉と、幹（ドウ）から採れる澱粉があるが、ソテツ澱粉には有毒成分のホルマリンとサイカシンが含まれており、処理方法には十分注意しなければならない。この毒素抜きを怠ると、中毒症状を起したり死に至る場合もある。しかし近年では、毒素抜きをしっかりと行って食材として正しく用いれば、ソテツには鉄分や銅が多く含まれ、血流を良くしたり疲労回復などに効果があるといわれている。ドウの粉もナリの粉もそのまま炊いて粥にして食べた。現在では、味噌の原料として使用されている（鹿児島県奄美パーク「奄美の郷：ソテツ」より）。

このように、両島は“保険あってサービスなし”の言葉が当てはまる離島の中の離島である。

1-4 結果

1-4-1 F島の医療の現状

(1)離島診療所看護師の日常

診療所は、月～金曜日に開所しており、土・日、祝日は休日となっている。医師は2週間に1回巡回診療に訪れ、それ以外は、看護師1人体制で、集落の医療面に対応している。午前中は、診療所内で待機し、訪れる患者さんへの対応を行う。午後からは、気にかかる患者さんの巡回を行っている。台風のときだけは外出をしないと言われていた。普段外出するときは、集落の区長に報告を入れて外出している。集落の人々は、夜間や休日などの時間外の問い合わせや訪問依頼を行う場合には、原則として診療所にある公衆電話に電話をかけることになっているが、現在は、特に時間外や休日には、看護師個人の携帯電話に連絡等が入るようになっている。土日は出かけることが多いが、携帯に電話がかかってくる件数は、そう多くはないので、苦痛ではない。集落の方は、いつでも連絡ができるから安心だと言ってくれる。集落の巡回対象は10名程度で、集落も同じく10名程度である。そのほとんどが、独居高齢者である。高血圧、糖尿病、脂質異常症の方が多い。診療所に医療機器として、酸素ボンベとサチュレーションモニター⁵⁷を希望したが、サチュレーションモニターのみが採用された。そのお陰で、心肺の状態の判断がしやすくなった。F島とG島の看護師で、時々情報交換を行っている。

(2)急患の発生状況とその対応

診療所に赴任してから、救急要請（消防救急隊への連絡）は年間20件前後である。心停止状態の搬送は、ここ10年で数えるくらいである。ほとんど、念のためにということで、独居高齢者で、発熱、嘔気等があり、自己管理できない場合に要請を行っている。救急要請すると救急艇がB町から30分でやってくる。以前、集落の河川伐採作業のときに、ハブが出てきてびっくりし、草刈機で足を切ったというケースがあった。そのときは、出血がひどかったため、偶然に港に停泊していた民間のガス会社の船で、港からE島まで向かい、同時に救急艇には、B町の港からE島まで向かってもらい、時間短縮を図って対応した

⁵⁷ サチュレーションとは、酸素飽和度のことである。血液中に溶け込んでいる酸素の量であり、%で示される。健康であれば99%近くの値になるが、呼吸器官に異常があると、体内に取り入れる酸素が減ってしまうため、サチュレーションは低下する。サチュレーションは、指先などにクリップのように挟むパルスオキシメーターで測定する。パルスオキシメーターは簡易的に動脈血酸素飽和度（SpO₂）を測定する機器で、プローブを指先や耳などに付けて、身体の侵襲なしに脈拍数と経皮的動脈血酸素飽和度をモニターすることができる。

ということがあった。船への搬送までは、集落の方々も手伝ってくださり、そのときの患者さんは、船から救急隊に受け渡す時点では、出血性ショックで意識低下がみられたが、みんなの協力の甲斐あって回復することができた。

(3)離島診療所看護師としての葛藤と思い

①患者と家族のニーズの間で

救急搬送のケースから日々考えさせられることは、船内で心肺蘇生を行いながら搬送する際に、事前に心肺蘇生の処置を積極的に行うか、あるいは、積極的な処置を行わずに看取りを行うか、という確認が進んでいないことである。前もって、家族や本人と話し合っておけばという思いがある。患者さん（高齢者）は、家で最期を迎えたいという思いが強いが、家族は、可能性があるのであれば、できることはしたい、あきらめたくないという思いが強い。患者さんと家族の気持ちとの狭間で判断に困ることがある。昨日も97歳（女性）の独居高齢者が、発熱と徐脈がみられたため、心配だったので救急要請を行った。ご本人は、どうしても家にいたい。家族は、どうしても病院に受診させたい。島に住む高齢者にとってB町は、今では船で30分の距離ではあるが、昔はものすごく時間がかかっていたから、遠いというイメージが強く、一度島を出たら容易に島には帰って来られないという思いが強いのかもしれない。“覚悟の上で島に住んでいる”という印象を受ける。

②医療的判断

日常の医療処置時に判断に困ることもある。そのような時には、B町の診療所に連絡して相談をすることもあるが、先方の看護師長や看護師も多忙であるため、できるだけ自分で判断できるように努めている。皮膚や傷口などの画像を配信して判断してもらう必要がある場合には、最近はスマートフォンで送れるのでとても便利である。

③離島の高齢者に対する気がかり

a.我慢強さ

巡回時に気になることは、高齢者の方々は、我慢して受診されないこと。大丈夫だからと遠慮して家に入れてくれない。家の中に入ると、食材が無かったり、食事を摂っていなかったり、既に熱中症や脱水になっていたり、在宅で点滴をしたこともあった。その方は、都会にいる息子さんとは連絡が取れなかったため、地域包括支援センターの職員の方にお願ひし、介護保険を申請し、ホームヘルパーに入っていた。健康面だけではなく、生活面のことも気にかけているが、近所の方々も気遣って来ていたり、そのような方々に食事を作って持って行かれたりしている。

b.食生活

生活面では特に食生活が気になる。独居の高齢者の方々は、調理は大変である。弁当などもなく、自炊

か近所の方々からの差し入れしかない。高齢者の方は、特に夏場はそうめんばかりとか、塩おにぎり 1 個が晩御飯で、栄養が偏りがちである。粗食だから長生きできるのかもしれないが、心配である。また、脳卒中などで半身麻痺などの後遺症が残ると家族がいなければ生活はできない。このような状況に対して近所の人たちは、“気になるから病院に行ってほしい”と言っている。福祉のサービスであつたらいいなと思うサービスに食事にサービスがある。体調が悪くなったときには食事を管理してくれる人が必要である。水分補給を促す人がいないと高齢者は飲水が足りない。

c.認知症

認知症の方については、家族にストレスが溜まる。しかし、家族はそのストレスを外に出さない。G 島に比べると、F 島は集落の人の理解と協力があると思う。

(4)離島での 10 年間を振り返って

①個人として

このような、島の診療所での生活が 10 年続いているのは、子どもの存在が大きい。中学入学にあたって、子どもに「中学校は島外に通ってもいいよ」と話したが、「中学はこの島で卒業したい」と言ってくれた。その代わりに、週末は B 町に習い事に通わせている。子どもと一緒に B 町に外出しているときに電話がかかると辛い。地元の出身ではあるが、10 年前にこの島に常駐するにあたっては、前日まで悩んだ。今では、集落の方々も安心できると声をかけてくださっている。特に地元出身ということで安心感があるようだ。その他、10 年間続いたことの一つに、同年代で子育て中の方が集落に 1 世帯あったことである。子育てのことを話したり、子どもを遊ばせたりした。この方の存在は自分にとって、とても大きかった。この方がいなければ、既に島を出ていたと思う。

②離島の看護師として

島の看護師の仕事は、医療面だけではなく、生活面も意識しなければならないが、あれもこれもしようと思うと精神的にきつくなるから、自分の仕事の範囲をある程度意識しておく必要があると思うし、前任の看護師もそう話していた。その距離感を掴むまでには、多少時間を要したが、この島の出身だから入りやすかった。また、集落の方々は、たいへん良くしてくださる。集落の方々が、緊急事態にならないように、早めに病院に受診してもらえるように努めている。

1-4-2 G 島の医療の現状

(1)集落の変化

13 年前と比較すると高齢の方が多くなった。その頃 70 歳代の方々が 80 歳代になってこれ、認知症の方が増えてきたことが一番大きい。また、子ども達は集団就職でほとんど関西に働きに出ており、役場

に就職している子どもは B 町や名瀬にいるが、近くに住んでいる子どもはほとんどいない。そのため、夫婦世帯よりも独居の方が圧倒的に多くなっている。特に女性の方の独居が多い。

公民館に集まる行事には、行く方もいれば、行かない方もいる。集まりには、寄付などをしなければならぬので、行かない方もいる。まったく家から出ない方もいる。歩ける方は、友達と話をしながら過ごしている。奄美は“結い”の精神があるが、助け合う人々が高齢だからどうしようもなくなってきている。集落のイベントは、舟漕ぎ大会、豊年祭・敬老祝賀会などがある。集落の住民だけでは、にぎやかにできないので、B 町や名瀬にいる子ども達は島に帰ってくるが、内地に出た子ども達はほとんど帰って来ない。

(2)集落の方々の生活で気になること

食事が一番の問題である。歳をとると食事を作りたくなる。朝食べる人も少ないかもしれない。食事については、私達からは想像もできない食事である。味噌汁をベースに、朝は味噌汁に野菜を入れて、昼も味噌汁にそうめんやうどんを入れて、夜も味噌汁に魚をいれて食べる。G 島出身の 62 歳になる方に聞いた話であるが、集団就職で都会に行って寮に入ったときに、味噌汁以外に、ごはんやおかずがあるのを見てびっくりしたという話を聞いたことがある。ヘルパーさん方も、想像がつかないような生活である。時々、内地の学者さんが離島の生活の話をなさるが、“1 年くらい住んでみなさいよ”というような、住んでみなければ分からないような生活である。島には店は、雑貨屋、食料品店が 1 軒ずつある。各家庭には食物を保存するストッカー⁵⁸がある。今の時期は野菜がない。でも、集落の人は買おうとはしない。とにかく、お金を使おうとしない。歳をとると、昔みたいに量を食べないので、栄養のあるものを食べるようにと言うと、“買わんばならんが”と言われる。昔はさとうきびを作って売ったりして生活していたから、お金の苦労をものすごくしていた。それが染み付いている。だからお金を出そうとしない。病院にはちゃんと行かれる。必要以外には絶対にお金は出したくない。子どもを大学に通わせていた人がいたが、この島では大変であったろう。みんな中学を卒業して仕事のために島を出て行っていた。大島紬も内職では、そんなにお金にはならない。

この島は、親戚同士（血族）がほとんどである。昔は食べ物の交換やおすそ分けは盛んだったが、今は、それはないかもしれない。みんな高齢になり、できなくなっているかもしれない。親戚同士ではあっても、自分のことで精一杯で、他の人のことをみることはできない。消防は、消防団が 2 人で消防車も時々動かしている。集落には一定間隔ごとに消火栓が設置してある。私が赴任してから 2 回ボヤがあった。電気は、海底ケーブルで B 町から引かれている。B 町が停電したらここも停電する。1 回停電したら 3 日くらいは復旧しない。

⁵⁸ ストッカーとは、冷蔵・冷凍装置のついた大型の食料収納庫・貯蔵庫で、島嶼地域においては各家庭に 1 台はある。

(3)離島診療所看護師の日常

赴任当初は、午前中は診療所に待機し、午後には巡回を行っていたが、今は独居の方が多いので、週に 2 回の割合で 10:30 以降に巡回をしている。夫婦世帯はあまり巡回しない。特に、ここ 2~3 年は外回りが多くなってきた。特に、引きこもりの方々が心配で対応している。認知症で物を盗られるからと言って、鍵をかけて家を締め切っている。真夏でも締め切っている方が 2~3 人いらっしゃる。熱中症になっていないか心配である。開けっ放しでも構わないのに、冷蔵庫から物を持っていかれたと話される方もいる。

集落の方々は、診療所に来るという習慣がない。そのため、農協や企業の置き薬を各家庭で常備されている。集落の方々は、それぞれに〇〇〇病院、個人診療所、へき地診療所にかかっている。へき地診療所にかかっている方は、巡回をしながら血圧などを測っている。病院や個人診療所にかかり付けのある方の場合は、姿を見かけないようにであれば見に行っている。

(4)急患の発生状況とその対応

①緊急搬送

急患のときは救急艇を呼ぶが、台風の時や波が高い時は大変である。搬送目的で救急艇を呼ぶ時はあるが、最近急患はいない。急患は赴任した当初 2 件あった。1 件は心筋梗塞で、もう 1 件はハブ咬傷。B 町から救急艇が来て、風の時でも片道最低 1 時間 30 分はかかる。なので、ハブ咬傷の場合は、船を貸し切って E 島まで行って、そこに救急艇を待たせて搬送をする体制をとっている。ハブ咬傷の場合は、それでいいと決めてもらっている。心筋梗塞の場合、診療所には酸素は置いてないため、酸素を常備している救急艇に来てもらっている。赴任して 2 年後くらいに、自宅で心筋梗塞で亡くなられた方がいた。血管バイパスの手術適応の方であったが、すでに間に合わない状況であった。へき地診療所には、酸素ボンベや救急薬品は置いていない。あるのは、点滴と町が設置した AED だけである。

②急患で判断に迷うこと

夜間帯の連絡は、今年は 2 件である。判断に迷うことはあまりない。本人達が希望したら救急艇を呼ぶようにしている。かかり付けの病院がある方々は、私を呼ばずに直接消防の救急艇に連絡をする方もいる。消防に救急搬送の依頼の連絡が入ると、当初は救急艇の出動に当たって、消防からその方の様子を見に行くよう指示されて行っていたが、“あなたは呼んでいない”と言われることが多々あり、消防に事情を話して見に行かなくても出動してもらえるようにしていただいた。集落の方は、自分のかかり付けの病院が一番であると思っている。消防が見に行くように言う理由は、内地でも同様にみられるが、タクシー代わりに救急艇を使う人がいるからということであった（B 町までは海上タクシーでは片道 15,000 円、波が荒れている場合は西回りで片道 17,000 円の交通費がかかる）。

医師は気軽に対応してくださる。急患ではないが、「気になるので入院させてもらえないか」とか「認知

症で家族の方が見られないので少しの間だけでも入院させてもらえないか」と相談することもある。

また、以前はパソコンを使用して画像配信システム使用していたが、今は KDDI が撤退してシステムは使っていない。塩害でアンテナがすぐダメになる。今は、電話のみである。

(5)離島診療所看護師としての思いや葛藤

①認知症のある独居高齢者

認知症の方に関しては、特に食事が気になる。今のところ、火の始末に関しては大丈夫である。もしかしたら、調理をしていないのかもしれない。味噌をお湯で溶かしたり、カップラーメンだけだったり、または、何日も食べていないのかもしれない。加えて、衛生状態も悪い。靴を履いてあがりたいと思う家もある。家中の鍵を閉めているが、看護師には開けてくださる。夜、寝る時も 1 箇所は鍵を開けておくようにと伝えてはいる。今後、このような方々が増えていくかと思うと複雑な心境になる。正直、社会的入院をさせたいと思う方もいる。週に 2 日ヘルパーの方が来られて調理をされる以外は食事をしていないのではないかと思う。

②患者と家族の間で

子どもさん方は、お盆だから、お正月だからと帰って来ていない。私も牛がいるから、福岡には 5 年も帰っていない。へたに患者と家族の間に入ると、こちらが悪くなる。連絡を取ることもあるが、家族が直接見なければわからないこともある。たとえば認知症の場合、電話先での会話が成り立てば家族は普通だと思う。親が 80 歳代ということは、子どもはまだ仕事を持っている。そして、孫が高校・大学であれば、子どももすぐには帰れないと思う。親の面倒をみるために U ターンをしてくる人は滅多にいない。内地での生活の基盤ができて、親どころではない。そして、時間に余裕ができた頃には、親はいなくなっている。だからとって、内地においでと言われても親は集落にいたいと言う。在宅での看取りを希望されても、看護師一人ではどうすることもできない。みなさん、その前に病院に行って、病院で亡くなっている方がほとんどである。難しいと思う。

(6)離島での 13 年間を振り返って

①個人として

後 2 年で定年を迎える。事務長は、囑託で継続をするよう言ってくれている。おそらく募集をかけるのではないかと思う。自分は後任がいなければ囑託をしてもいいかなと思っている。囑託をしない場合は、主人が 70 歳までは畜産をするといっているので手伝うと思う。今は、朝 7:00 に主人が家を出た後、子牛にミルクをあげて、帰ってきて着替えて 8:00 に出勤し、看護師の仕事を 17:15 まで行った後、帰ってきて子牛にミルクをあげて牛小屋で作業をして 20:00 に家に帰ってくる日課を送っている。私の牛舎では親牛が 23 頭と子牛が 18 頭を飼育している。集落では和牛を飼っているところは 10 軒くらいある。規模が大

きいのは私のところと U ターンして帰って来た方のところで、あとは、牛 2~3 頭の規模である。年代は 70 代の方が 2 人と、後は 50 代・60 代の方である。私は、赴任してから 2 年くらいして、ストレスで体調を崩し受診したことがあった。そのころ主人が牛を飼い始めて、牛たちに癒されて元気になった。

こちらの生活で大変なのは、定期船は 1 日 1 往復、その他は海上タクシー。食べ物はこちらの魚ややぎを潰しては食べられない。物価は高いし、交通費も高い。以前は、月に 2 回は買出しに行っていた。今は、食品や日用品は、生協を利用している。5 人グループを作って生協に注文ができるようになった。港まで届けてくれる。この島での生活は、交通が大変で、定期船に乗れる間はいいいけど、歳をとったらここには住めないねと主人と話している。

この島に来てよかったことは、こういう島があるということさえ知らなかったから、こういうところがあったんだということを知ることができたことである。戦後苦勞した世代である今の 80 歳代のお年寄りは何物も大切にしていた。ここではそれが、もう一つ違う。物がなくて困るから、ここに来たら、すぐに買うことができない。何でもすぐに手に入らない世界だから、何でも買い置きをしておかなければならない。食事だけではなく、生活習慣全般において自分の知らない世界を経験できた。

②離島の看護師として

生活のレベルが全然違う。よほど何かがないとこの島では生活できない。私の場合は、故郷にさほど執着がないので平気だが、それでも辛かった時期がずいぶんあったので、ここで看護師をしていくのは相当大変ではないかと思う。

2. 島嶼地域以外の実践例

2-1 ターミナルケアと地域包括的支援（宮崎県：地域での看取りの取り組み事例より）

0 氏（NPO ホームホスピス理事長）は、住み慣れた町で、最後まで安心して暮らせるまちづくりを目指して今から 10 年前に宮崎市に「ホームホスピスカあさんの家」を立ち上げられた。現在は、宮崎県に 4 か所のホームホスピスを運営されている。立ち上げ当初の目標は、地域住民を巻き込みながら医療・福祉・行政を包括的につなげていくことであり、その根底にあるものが全人的医療とコミュニティケアであった。この節では、0 氏が宮崎で取り組んでこられた実践事例を紐解きながら、地域包括ケアの現状と課題について示唆を得ていきたい。

2-1-1 「ホームホスピス宮崎」発足までの経緯

1997（平成 9）年当時、宮崎県内の医療機関にはホスピス（緩和ケア病棟）がなく、設置を求める署名活動が活発に行われており、医療関係者をはじめ一般市民にもホスピスへ

の関心は高かった。翌年、緩和ケア病棟をつくる場合には、在宅ホスピスのバックアップベッドの設置が必要であると要望し、市議会と市郡医師会に「緩和ケア病棟及び在宅ホスピス支援センター設置の要望書」を提出された。要望書を提出するにあたり、任意ボランティアの集まりから団体を組織する必要があるとあり、在宅ホスピスケア勉強会に集まっていた医師・看護師・薬剤師・患者体験者・遺族・弁護士など約 20 名で団体を組織しスタートし、「ホームホスピス宮崎」という名称が誕生するに至った。前述の、緩和ケア病棟に在宅ホスピスのバックアップベッドの必要性を要望した理由について O 氏は、「患者にとって、病院を変わるたびに主治医が変わり、新たに人間関係をつくらねばならないのは辛いことだ。医師会病院であれば開放型病院なので、入院してもかかりつけ医が専門医と共に関わりながら治療を受けることができるし、状態が安定すれば治療の方針を継続しながら自宅で療養できる。これが、緩和ケア病棟をつくるのなら是非医師会病院につくって欲しいという理由であった。」と述べている。さらに、「ホーム」とは単に建物を指すのではなく、家庭、暮らしを意味している。「ホスピス」とは、緩和医療を行う病棟を意味するのではなく、治療の望みのない患者や家族に対する暖かいもてなしの心である。」としている(市原;2012:152-153)。

2-1-2 活動目的

設立時に決めた活動目的の前文は以下のとおりである。これをミッションにして「宮崎にホスピスを、ではなく、宮崎をホスピスに」の合言葉と共に活動をスタートされている。

私たちは最後の瞬間まで、その時間がたとえ僅かであっても、その人なりの生活が尊重されることを願っています。生きてきた場所で、家族やなじみの人に囲まれ、家族や友人あるいは自分との和解を遂げていく。このかけがえのない時間を過ごす場所こそ、ホームが最もふさわしいと考えています。ホームとは単に家を意味するものではなく、その人が安らぎを感じる居場所を指し、自宅であったり、あるいは施設であったりするかもしれません。

患者とその家族が安心して、望む場所で望む様に生を全うできるように、様々な職種やボランティアをコーディネートしながら、地域のかかりつけ医と協力して支え、援助する「人と人」との関係を作っていきたいと願っています。

2-1-3 活動内容

(1) ホスピスケアの人材養成のための教育プログラム

「臨床における全人的ケアの教育プログラム」、「ナースのためのカウンセリング講座」を毎月 1 回開講した。県内各地の医療機関で直面している課題を持ち込んで学ぶという内

容で、5年間継続した。この時に受講した人々とのネットワークが、現在の事業のバックグラウンドになっているという。現在の教育プログラムは以下の通りである。

- ①ホスピスケア市民講演会（年1～2回）
- ②ケアする人のためのスキルアップ講座（前10講座・20時間）
- ③がん患者サポートのためのファシリテーター養成講座（宮崎県委託事業）
- ④市民のための終末期研修出前講座（宮崎市委託事業）
- ⑤聞き書きボランティア養成講座

(2) 在宅ホスピス支援センターで患者とその家族を支える

- ①大切な人を亡くした方の集い：遺族の悲嘆のケア。月に1回実施し、同じ悲しみを抱えている人同士の共感の場になっている。
- ②患者らいぶらり：闘病記や病気の知識を得るための書齋、絵本や写真集などの図書を急性期病院の病棟などにも持っていく活動。
- ③聞き書きボランティア：心に秘めた思いなどを聞いて書きとめ、冊子にして渡す。傾聴や回想療法として、ケアの現場にも広がりを見せている。
- ④緩和ケア病棟園芸ボランティア：医師会病院緩和ケア病棟の庭の手入れなどを行っている。直接患者のそばに寄り添う活動ではないが、庭の花々をみて心を和ませることができる。
- ⑤患者と家族のためのよろず相談室：病気になった時、介護が必要になった時に、誰でも不安になる。気軽に相談に来られるようにし、事務所の中に相談室を併設して、医療や介護の情報を提供し、図書の貸し出しなども行っている。
- ⑥ケアサロン恒久：昔の縁側のように、近所の人が集まって過ごす町の中のお茶の間である。一緒にお昼ご飯を食べたり、手芸や歌を歌ったり、介護保険対象外の人のサロンとなっている。

これらの活動は、2012（平成24）年現在48名の登録ボランティアによって支えられている。事業を開始するときのきっかけは、地域の中で“こんなものがあつたらいいのに”という小さな願いから、人々が動き出した結果である。そのプロセスに、NPOとして企画し、人材を養成し、仕組みをつくっていく。まさに、エンパワメントを活用した仕組みづくりであるといえる。

2-1-4 かあさんの家をつくった背景

患者と家族のためのよろず相談室の相談内容では、家族の介護力が弱いために自宅に帰

れないという人の相談が増えてきているとのことである。認知症の家族を介護していたが、それも限界であるとか、医療的ケアが必要で介護施設でも断られ自宅に帰すこともできない、がんになったが介護する妻が認知症であるなどの問題が生じている。現在の制度では、ホスピス緩和ケア病棟の利用対象となる患者は、「主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群（エイズ）の患者」となっている。制度の枠、たとえば、高齢者で癌になったり、認知症があつたりすると入れない。一方介護施設では、要介護状態になっていないと入居できない。家族も家で看たいが、医療依存度が高い、認知症があるなどの不安やさまざまな事情がある。制度の枠から漏れた人の行き場がない。終末期を安心して過ごすには、疼痛緩和などの在宅医療と訪問看護などの医療保険の支援が欠かせない。そういった患者と家族を中心にした医療と介護の連携がうまく取れずに、途方に暮れた家族からの相談が相次いだ。認知症の人の増加と同時に、がんを発症してからの生存期間が伸長しているためにケアの期間が長くなり、認知症やがん患者の介護が家族に大きな負担としてのしかかっている。「認知症の行動・心理症状（BPSD）があれば病院では看られない」、「がんを抱えていては施設では看られない」となると、いわゆる介護難民にならざるを得ないことが予測される。

こういったニーズに応えるために、病気があってもケアを受けながら普通に暮らせる「ホーム」をつくろうと2004（平成16）年に「かあさんの家」事業は開始された。ここは制度の枠を離れて、自宅ではないがもう一つの「家」としての位置づけである。言い換えれば、一人で暮らせなくなったら「ハウスシェアリング」をして、一つの家で穏やかに共同生活をし、そこにさまざまな職種と連携しながら、終の棲家として在宅ホスピスケアを提供していこうというものである。

2-1-5 「ホームホスピスカあさんの家」とは

初期投資にかかる資金の問題もあったが、より自宅に近い形で療養できる居場所には、暮らしの歴史がある民家が適しているとの考え方から空き家になっていた家を借りた。「地域に馴染んだ風景の中の家をそのまま使うということは、地域に溶け込むための重要な要素である」とO氏は述べている。民家の効用について、近所の人たちは、畑で採れた野菜を持ってきてくれたり、庭の草とりや花を届けてくれたりと、さりげない付き合いが続いている。慣れ親しんできた日本家屋の空間や畳の感触、使い込まれた家具や食器、台所から漂う匂いや音が、自宅にいたときと同じように絶え間なく流れている。このような日常生活の音や匂いは、病院や施設ではなかなか得られず、新築の近代的な施設では決して得

られない感触であり、住み慣れた日本家屋の空間がターミナル期を迎えた入居者に大きな安心感を与えている。

入居者の人数は5人であり、O氏はこの「5人プラス1人」が黄金比ではないかと考えている。なぜならば、5人というのは疑似家族になれる人数だからである。それぞれの人生を歩んできた人々が、それを受け入れて暮らすには5人という数がお互いに気遣いあって暮らすのに適切であるという。さらに、5人という人数は、気配が感じられる人数である。ナースコールは備え付けていない。些細な動きや息遣いまでも感じられないとターミナル期を支えることはできない。そして、入居者にとっても、人の気配が一番の安心感となるのである。プラス1人とは、もう残された時間がない人や、急に利用しなければならない人に対応するためである。2人部屋にして利用できるような部屋を用意している。余命がわずかなターミナル期の人に、空いていませんとお断りすることはできない。認知症で胃がんになり、病院でも介護施設でも受け入れができなかった人をリビングにベッドを持ち込んで看取ったこともあったとのことである。

2-1-6 かあさんの家のケア目標

(1) 最後まで、暮らしと命を支えること

病気の人であっても、生活者として支援することで、朝目覚め、顔を洗い、食事をして気持ちよく排せつをし、眠るという当たり前の生活を、最後の1日まで支えるということである。

(2) 見えなくなった死を、看取りを介して生活の場に取り戻すこと

家族が看取りの主体であるから、悔いのない看取りができるように支え、その時間と空間を提供し、傍らで家族を補完していくことである。

2-1-7 医療と介護のチームケアの実際

(1) 医療と介護のチームケア

かあさんの家の仕組みは、以下のとおりである。

2006（平成18）年の医療保険制度改正により、病院の機能分類化や在宅医療との連携など、病院・施設ケアから在宅ケアへ大きく変換してきた。地域がん拠点病院や急性期対応病院から新しく制度化された在宅療養支援診療所を中核とし、訪問看護ステーションや保険薬局、訪問歯科が患者宅に出向き地域で療養することを支援する仕組みである。かあさんの家では、入居者1人に1つのチームをつくって個別ケアを実践している。在宅医療のサービスと介護保険サービスを外部から利用する仕組みである（図5-1）。

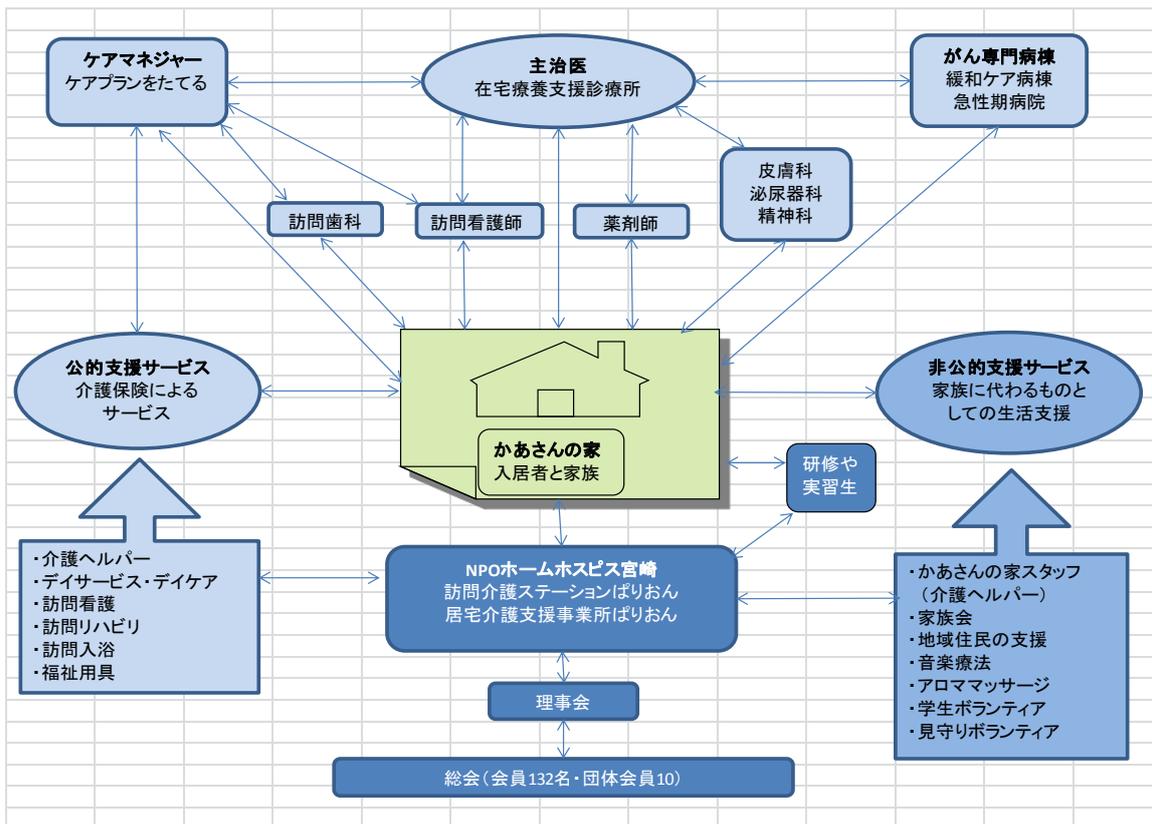


図5-1 かあさんの家の仕組み

出典：市原美穂「ターミナルケアと包括的支援～ホームホスピスの実践から～」高橋紘士編『地域包括ケアシステム』オーム社、2012年、P157.

(2) 医療と介護のチームケアの実際⁵⁹

ホームホスピスというと、ホスピス＝病院とイメージする人が多いと思うが、ホームというのは、家、家族、故郷を指す。ホスピスというのは、そもそも、もてなすという意味である。人生の幕を閉じる時、何処で、どのように、誰に看取ってもらいたいのか、3～5割の方は家で介護を受けたいと言う。このように、この答えは暮らしの中にある。亡くなるときに家族に迷惑をかけたくない。介護で家族に負担がかかる、こういうことを考えている。

安全に暮らしたいか、自分らしく暮らしたいか。これは、それぞれの価値観である。人にしても、安全を重きに置くと、骨折したら、骨折させたらいけない。危ないから車椅子から立たないでということになる。でも、自分らしく暮らしたい。家族が思っている事と、地域から見た思い、医療者から見た思い、それぞれ非常に違う。違うのであれば、私は本人の思いや本人がどうしたいかということが大切であると思う。

2006（平成18）年の数字であるが、亡くなる人の数の統計グラフを見ると、医療制度改革で、医療機関

⁵⁹ 2013（平成25）年3月16日（日）行われた公開イベント「まほろば福祉まつり」においてのO氏による基調講演より。

のベッドは増えないが、亡くなる人はどんどん増えていく。2030（平成 42）年には、亡くなる人がピークを迎える。推計では 170 万人の人が亡くなる。自宅で亡くなる人がこれから増えていくことが予想される。介護施設もそれほど増えない。グループホームや小規模多機能などを充実させていかなければ大変なことになる。現在、病院で 8 割の人が亡くなっている現状がある。

私の母が亡くなったときは、家で看取った。近所の方々が、みんな集って、家で葬儀をした。父は病院で亡くなった。集中治療室で、器械に囲まれ、面会の母は外に出されて亡くなった。母には、父が最期のときは手を握って看取ってあげられなかったという悔いが残っていた。私がこのようなことをしているのは、もしかしたら、母の悔いが尋常ではなかったもので、こんなふうに残された人が悔いを覚えるのは何なんだろうと思ったというのがきっかけでもあるかも知れない。私は母を実は“かあさんの家”で看取った。

このように、皆さんが病院で亡くなっているのは、病院でなければ死ねないのではないかと考えているのではないか。自宅で親族を見送ったことのある人が逆に増えている。病気になると救急車を呼ぶ。救急車を呼ぶということは、どうぞ、助けてくださいということである。本人は家で過ごしたい、病院には行きたくないと言っているにもかかわらず、人工呼吸器を装着されることもある。いったん装着したものを外す行為は犯罪になるため、医師も人工呼吸器を外せない。

来年度（2014（平成 26）年度）4 月から宮崎市で始めるのであるが、私の思いを叶えてくださいという、いざという時のことを本人はどう思っていたのか、というのが分からないとの意見が救急隊の方々から出てきた。搬送されてきて、その人がどのように思っていたのか分からない。そこで、「私の想いをつなぐノート⁶⁰（わたしノート）」という、保険証の大きさと同じサイズのノートを書くようにしている。かかりつけ医や家族の連絡先をここには書いてある。皆さんもご家族と、「こうしたい」と話していくことが大事であると思う。

ホスピスや緩和ケア病棟があるが、高齢者で癌になったり、認知症があったりすると入れない。介護施設では、要介護になっていないと入れない。家族も家で看たいが、医療依存度が高い、認知症があるなどの不安やさまざまな事情がある。それで、あえて民間で“かあさんの家”をつくった。

“かあさんの家”の目標の一つは、普通の暮らしを支える。普通の暮らしというのは、朝起きて、顔を洗って、ご飯を食べて、そして、気持ちよく入浴して、そして、寝る。これを普通に私たちはやっているが、病気のために一人できなくなってしまったり、または、癌であっても、認知症であっても、その生活を支えていくということである。一人で生活したいが、ご飯が作れなくなった。ご飯を食べることがで

⁶⁰ 宮崎市は終末期医療に焦点を当てた市民向けの「エンディングノート」を 2014（平成 26）年 4 月に作成した。延命治療の希望の有無や余命などの告知についてあらかじめ記入し、自分の希望を家族や医師、救急搬送する消防署員などへ伝える。宮崎市は、人生の最期をどう過ごしたいか、家族で考えるきっかけにして欲しいとしている。

きなくなった、いろんなことがあって、一人ではちょっと無理かなというときに、一緒になって暮らしていく。一緒になって暮らすのは、5人くらいがちょうどいい人数である。普通の家だから、一人ひとりのケアのことを考えると5人くらいが丁度よい。この5人くらいが擬似家族のようになっていく。距離感の問題でも、これくらいの人数の関係性というのがちょうどよいのではないかと思っている。制度には枠がある。認知症がある人も、精神疾患がある人もいらっしゃる。ここは家である。だから、枠を取り払った。自分の家であったら、どんな病気でも暮らしていける。制度にとられない自由さ。制度の枠の縛りは要らない。あまり時間が残っていない、今日か、明日か、分からない人であっても、夜心配だから泊まらせて、ご飯だけ食べさせて、という人が前の日に言って来られても、当日言って来られても受けることができる。それが、枠を外すという理由である。

一人で暮らしていけなくなったら、できるだけ環境を変えないことが一番大事だということを感じている。高齢者や認知症の方など、新しい環境を受け入れる力が低下してくる。住宅環境の連続性、そして、私たちはできるだけ家ということで、民家の空き家を借りて、できるだけ手を入れずに、家具や洗濯機なども、そのまま利用している。そのため、初期経費は家賃2か月分の12万円である。本当に家である。“かあさんの家”は、今では4軒になった。1軒5人くらい暮らしているの、20の方が暮らしている。この“かあさんの家”から、介護保険を利用している人は、デイケアにも行かれるし、病院にも行かれる。「行ってきます」「行ってらっしゃい」、「おかえり」、「ただいま」。この中で、生活をしていくことが、生活リハビリになっていく。デイケアの方が迎えに来る時と“かあさんの家”に帰ってきた時では、表情が違う。デイケアでは、よそ行きで緊張されているが、帰ってくるとホッとされる。食事の匂い、生活する音、これが五感に働きかける。人々が生活しているという気配を感じている。だから“かあさんの家”には、ナースコールはない。これが、徐々に家族のような関係になっていく。介護者というのは、これらの日常の生活を整えていくことである。

Pさんは、“かあさんの家”に来たときは、末期がんで寝たきりの状態で、余命数週間と宣告されていた。話すことも、食べることもできなくなっていた。しかし、入居から1ヶ月後には、自分でご飯を食べるまでに回復していた。こうした変化は何故起きたのか。病院と“かあさんの家”の環境の違いが大きな要因の一つと考えられている。

Pさんは、認知症があり夜中に度々目を覚ます。ここでは、夜中に何度起きても、嫌な顔をされることはなく、当直のスタッフが付き合ってくれる。“かあさんの家”で大切にしている思いである。みんな最期まで生活をするのである。生活を最期まで支えるのがとても大切で、生活をしながら最期まで穏やかに暮らせる場所、自分自身が行きたいなと思える場所であるということを目指して“かあさんの家”を始めた。

P さんには、毎晩欠かさず、安心して来てくれる人がいる。長女である。父親が入居後、みるみる元気を取り戻し、娘さん自身も救ってくれた。P さんは、中学校の理科の先生であった。ユニークな授業でいつも生徒を楽しませていた。そして、家族を思いやる優しいお父さんでもあった。毎朝、お弁当を作ってくれていた。作業服の販売店を経営する娘さんは、仕事と介護の両立ができないため、余命宣告を受けたときは、父を病院で看取ろうと考えていた。しかし、余命宣告の 20 日後、突然、退院を迫られた。医療制度改革の影響で、入院期間が長引くと、病院の収入が減るようになっていたからである。娘さんは、急遽、別の病院や介護施設を探して回ったが、受け入れてくれるところはなかった。P さんは、認知症と末期がんを抱えていたため、病院からは、認知症を理由に敬遠され、介護施設からも、癌の医療的ケアができないと拒否されたのである。そんなとき、知人の紹介で、自宅のすぐそばに“かあさんの家”があることを知った。娘さんは、ようやく看取りの場所を見つけることができた。元気を取り戻した P さんは、時折、苛立ちをみせるようになった。P さんの体力は少しずつ落ちていた。呼吸回数も増えてきた。P さんの体力は限界に近づいている。介護スタッフは医師から、そう聞いていた。P さんは、昔、勤務していた中学校に以前から行きたがっていた。介護スタッフは、その希望を叶える手伝いをしたいと考えていた。3 日後、P さんの外出。P さんの記憶を呼び覚ますものは、なかなか見つからない。しかし、介護スタッフは、諦めなかった。学校のすぐそばに住んでいる卒業生を呼んでみることにした。教師と教え子に戻った一瞬であった。出席できなかった同窓会の写真と記念品を持って来てくれた。かけがえのない一日となった。この日の夜、P さんは、長女に宛てた手紙を書いていた。“家族と一緒にいたい”P さんの気持ちは、変わらなかった。次の日、O 氏が娘さんを呼び出した。死が目の前に迫っている P さんをどう看取るか話し合うためであった。O 氏は、娘さんと一緒に P さんの望みを叶えてあげたいと考えていた。O 氏は、医師の指示のもと、最期の数日間を見計らって、家に帰すという方法を提案した。P さんの自室に、介護スタッフを派遣し、いつもの医師が往診して下さるよう頼むことを約束した。娘さんは、P さんを自宅に迎える準備を始めた。父と過ごした日々を、もう一度家族で思い出したい。みんなが集ってユニークな話題、父の書斎で見送りたいと考えた。P さんは、自宅に帰った 1 ヶ月後、孫や家族 9 人に見守られながら、穏やかに息を引き取られた。

P さんは、家に帰っても、ほとんど夜は寝なかったそうである。家族はとても大変だった。しかし、O 氏がお通夜に伺った時に、「父は精一杯、私たちに甘えてくれた」と言って、晴れ晴れとした顔で話してくださった。

高齢者で癌になるということは、めずらしいことではない。80 歳を過ぎて癌になると、痛みはほとんど伴わず、症状も比較的穏やかに進行する。病院で疼痛のコントロールをするということも必要ないので入院ができない。

Qさんは、大腸癌の手術後に階段から落ち、骨折で治療を受けている間に、癌が肝臓に転移しており、“かあさんの家”に来られたときにはIVH⁶¹から高カロリー輸液を行い、顔は肝性脳症⁶²で黄疸が出て、あと2週間という時点で入居となった。しかし、口から食べ始められた。この方は嚥下ができないということではなかったため、昼食は、管理栄養士に相談したりしてソフト食にするなどの工夫をして食べてもらうようにした。もともとレビー小体型認知症⁶³もあり、夜中に幻覚がみえて大声を出されることもあった。スタッフの方が言うには、Qさんが大声を出されるとご近所の電気がポツポツと点ったとのことであった。このような状況ではあったが、少しずつ体力が回復していった。介護福祉士の方は、いちばん身近にいるので、一人ひとりの微妙な変化に気がつく。気づいたら報告してもらい、さらに看護師や医師に報告していく。最後まで口から食べられるように、そして、排せつもできるだけトイレに連れて行く。無理なようであれば、ポータブルトイレに座っていただく。そして、なるべく睡眠剤は使わない。なぜかという、高齢者の方は代謝が低いので眠剤が日中まで残り、昼間ボーッとして覚醒していないので、できるだけ眠剤は使わない。最後まで口で食べられるよう、ちゃんと座って食べられる姿勢をつくっていく。高齢者の方が好きなお寿司も工夫して出している。

このように、高齢社会のEnd of Life⁶⁴を支えるためには、医療、介護の一体的な提供の必要性を感じている。宮崎市は、まったく介護保険の対象でない私たちの事業に「地域ホスピス支援事業」といって、補

⁶¹ IVHとは、中心静脈カテーテルのことである。経口栄養摂取が不可能な場合に鎖骨下静脈内挿入したカテーテルに高カロリー輸液を注入して用いる。

⁶² 肝臓は生体の中で最大の代謝をつかさどる臓器である。肝臓が機能不全に陥るとさまざまな代謝産物が体内に貯留することになり、神経有毒物質あるいは神経機能に必要な物質の欠乏により神経症状が現れる。神経症状は、意識障害を中心としてさまざまな精神症状と運動系の症状が現れる。昏睡を起こす前の時期では、多幸気分、異常行動、せん妄などを示し、見当識障害、言語障害も加わり、次第に昏睡になっていく。また不随意運動、ミオクローヌス（筋の一部、または全体が、突発的に速い不随意運動を繰り返す状態）、固定姿勢保持困難、羽ばたき振戦など、さまざまの特異な運動障害がみられる。

⁶³ 認知症の種類の一つで、アルツハイマー型認知症に次いで多いと言われている。アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、レビー小体型認知症(DLB)の3疾患を総称して、“三大認知症”と呼ばれている。わが国では、現在、約50万人いると推計されている。レビー小体とは、異常なたんぱく質が脳の神経細胞内に貯留したもので、主に脳幹に現れるとパーキンソン病になり、さらに大脳皮質にまで広く及ぶとレビー小体型認知症(DLB)になる。ただし、原因は十分に分かっていない。特徴的にあらわれる症状に、具体性のある幻視がみられる。それに伴って、妄想や異常な行動が現れることもある。

⁶⁴ 千葉大学大学院看護学研究科では、「診断名、健康状態、年齢に関わらず、差し迫った死、あるいはいつかは来る死について考える人が、生が終わる時まで最善の生を生きることができるよう支援すること」定義している（千葉大学大学院看護学研究科「エンド・オブ・ライフケアの考え方」）。

助成金を出してくれている。医療機関の入院にかかる経費の3分の1の経費で“かあさんの家”は済むことになる。介護施設は、その中間くらい経費がかかる。そのため、“かあさんの家”に補助金を出したとしても、市は経費の削減になるのである。病院で助かる人は、どんどん治療をしなければならないが、治療の必要のない、治療が見込めない方の場合は、その人の生活を重視していくということが大事ではないかと思う。

“かあさんの家”のもう一つの目標は、看取りの主人公は家族であるということである。エンゼルケア⁶⁵を家族、孫と一緒にやる中で、孫に死を見せることが、人は死ぬということ、そして、生きるということの学びにつながる。家族には、家族しかできないことをして欲しい。家族が来ると、私たちがどんなにいい介護をしても、月に1回しか来ない家族を見ると表情が全然変わる。1ヶ月に1回でも、2ヶ月に1回でも顔を出して欲しい。

死ぬということは敗北ではなくて、大仕事である。次の世代に生きることとは、死ぬこととは、を教えさせていく、命のバトンを渡す大きな仕事である。そして、人生の最後に“よかったね”“ありがとう”と語り交わすことができないことが、私は敗北ではないかと思う。なので、少しでも長く生きるのか、人生の質を優先するのか。

“かあさんの家”での場面をいくつか紹介する。小学生の曾孫が、曾おばあちゃんのエンゼルケアと一緒にいき、「曾おばあちゃん、まだ温かいね」と言いながら、足をきれいに拭いてくれた。こういうことが、今は無くなってしまっている。小さい子どもたちに、“人はいずれ死ぬんだな”ということを教える。そして、家族に見守られて亡くなっていく。死は、死ぬということ生きるということを教える大きな仕事である。昔はみんなこうだった。しかし、今は病院で、機械に囲まれて、モニターや血圧計の数値を見ながら、亡くなったかどうかをみていく。人が亡くなるということは自然なこと。

もう一つの場面は、大学の合宿中のため、おじいちゃんの臨終に間に合わなかった大学生の孫の話である。葬儀の喪主の挨拶に普通はその長男が挨拶に立たれるが、その大学生の孫が立ち挨拶をした。その内容を紹介する。「僕は成人式を迎えたら、じいちゃんとは、成人式の時にはお酒を一緒に飲むと前から約束

⁶⁵ エンゼルケアとは、死化粧、死後処置、エンゼルメイクとも言われる。亡くなった方を、人生の最期にふさわしい姿に整えるため、化粧を施したり、闘病の跡や傷口をカバーしたりすることである。亡くなった方の尊厳を守る処置であるとともに、残された家族のグリーフワーク（人との離別（特に死別）時に自然と始まる、立ち直りのためのプロセスを支援すること）の一つとして重視されつつある。

をしていました。でも、それはできなくなりました。じいちゃんから、魚釣りも教えてもらったし、畑にも連れて行ってもらいました。今、じいちゃんが死んで、とても僕は悲しいです。でも、この葬式が終わったら、明日は大学に帰ります。僕は、じいちゃんのように最後の一息まで一生懸命息をして、生きて行きたいです。そして、じいちゃんを一生懸命看病した親父を尊敬します。」と挨拶した。私は、すごく感動した。おじいちゃんは、失語症であった。ことばは話せなかった。でも、ちゃんと、“生きていくことはこういうことだよ”ということ、次の世代に伝えて逝かれたのである。これが、私は、死ぬという大仕事だと思う。私も含めて、みんな亡くなる時、こうやって生きていくことを、死ぬということを教え、バトンタッチしていく。このバトンというのは、お母さんが命をかけて赤ちゃんに渡しているのである。そのバトンを、次の世代にきちんと渡すということが大切である。人は必ず死ぬ。命のバトンタッチがある。私たちは、この命のバトンタッチに立ち合えて、ほんとうにすばらしい仕事だと思っている。柏の葉っぱは、新芽が出るのをみてから葉っぱが落ちる。ゆずり葉もそうである。

3. 島嶼地域における看取り

大湾（2012）が行った沖縄の「小離島における高齢者の死亡場所の現状調査」の結果によれば、5,000人未満の小離島の島別の死亡場所は、いずれの島も年々在宅死が減少していた。在宅死が毎年複数ある島とほとんど在宅死のない島も存在していた。小離島の診療所の有無と在宅死増加には関連性みられず、また、診療所医師や看護師の駐在している小離島と看護師のみが駐在している小離島との比較においても在宅死に直接の影響はなかった。さらに、行政・専門職のサポート力（公助）や本人のセルフケア力・家族介護力（自助）の脆弱な小離島では、知人・近隣などとのつながり（互助・共助）を、地域介護力として活性化するためのシステム構築が必要であったと報告している。今回、本研究対象地域として聞き取り調査を行った島嶼集落部である F 島・G 島（奄美群島）、H 島（八重山群島）も当然、例外ではないのである。これらの島嶼地域に居住する人々の多くは独居、あるいは夫婦のみ高齢者世帯となり、年々、加齢に伴い「自助」も年々低下してきている。「公助」「自助」に限界のある島嶼地域においては、住み慣れた島で最期まで暮らしたいというニーズがあっても、島内に入院施設や介護施設がないため、病気や介護が必要な状態になると、遠方に居住する子どもたちを頼って島外を離れることを否応なしに選択せざるを得ないという実情がある。さらに、急性期を脱して病状が落ち着いたとしても、機能訓練機関や介護サービスの不足などから島内に戻って来ることができない。そのような理由から、受診をぎりぎりまで我慢したり、拒んだりする高齢者が存在するという事実があることを

インタビューのなかで駐在看護師が指摘している。その結果、島内には比較的元気な高齢者しか居住することができないのである。一方、「公助」担う駐在看護師においては、島を離れたくないと訴える高齢者と、病院搬送を希望する遠隔地に居住する家族の希望の狭間でジレンマを抱えていることや、医療機器や薬剤が不十分なため対処できることが限られていること、認知症独居高齢者の生活状況、地域住民との距離感の難しさなど、慢性的なストレスを抱えながら1人で勤務をしているという島嶼地域の抱える切実な課題が伺える。

昨今、人生の終末を迎えるにあたり、延命治療や介護、葬儀、相続などについての希望をまとめ、準備を整えるなどの終末期活動を意味する“終活”という言葉があり、“エンディングノート”なども話題になっている。自分の死はどうあるべきか、自ら考えて選択できるような機運が高まっている。自分の人生の終わりの時、いろいろな選択肢があつてよい。しかしながら島嶼地域の中には、在宅での看取りの体制にしても不足している地域は少なくはない。島嶼集落に居住する高齢者のほとんどは、加齢に伴い年々体力や身体機能が低下していく。そのような人々をどのように支え、生活を支えていくか。やはり、穏やかで安らかな死を迎えることが重要である。そして、住み慣れた地域で安心して死を迎えられるように、包括的なサポートシステムを構築することが大切である。医療が必要な緊急時にのみ入院し、寛解期や慢性期および加齢による身体機能低下に対しては、基本的には住み慣れた生活の場で十分に医療ができるようにするための「選択」と「安心」が非常に重要である。特に、多くの不安が生じる高齢期には、セーフティネットがあるということを知ることができるようにし、「安心が確認できる」こと、「選択の自由度がある程度確保されている」ことは必要である。しかしながら、島嶼地域の中には、「選択」や「安心」が皆無である地域が存在しているということも認識しながら、限られた資源の制約のもとで、安心の担保と選択の自由をどのように達成するかということが重要である。

そのためには、各々の島嶼地域の特性を踏まえ「互助」機能を活用したシステムを構築する必要がある。駐在看護師に加え、地域の「互助」機能を活用し、新たな住民参加型組織づくりと、在宅での医療と介護から、看取りへの取り組みが必要である。しかしながら、看取りに関しては、地域住民による「互助」だけに頼ることは無理がある。特に医療資源に乏しい地域において、駐在看護師一人が背負うものでもない。在宅での看取りには、家族の看取りが前提でなければ機能することは困難である。看取りを行う家族を後方から支援することに関しては、地域住民による「互助」機能の活用は十分に期待できる。遠方に居住する家族や親族が看取りに参加できるための配慮、例えば、看取り休暇の制度の検

討なども視野に入れ，在宅医療および在宅での看取りを支えていく環境づくりへの検討も必要ではないだろうか.

第6章 総合考察

1. 全体の総括

社会保障・税一体改革の中で社会保障制度の将来の方向性として、地域包括ケアシステムが進められている。財政悪化や高齢化が進展する中で、社会保障制度を機能させるためには、財政需要の増加を抑え、制度の改革が不可欠であるという背景がある。医療と介護の連携の強化、病院・施設から地域・在宅へと、これまでの安心の要である医療・介護の在り方に変化が求められ、それらに対応できる「地域社会の構築」が喫緊の課題となっている。地域包括ケアシステムは、その地域の特性に応じた施設・住宅や在宅、公私の役割分担、コーディネートが強く求められてくる。さらに、要介護者や家族のQOLが低下せずに、社会生活をしながら、最期を迎えられる仕組みも必要となる。高齢者等を在宅で支える社会システムである地域包括ケアシステムが、そのような状況の受け皿としての役割を担うとすれば、それが実体化できる様々な仕掛けが必要となるのである。そこで、満たすべき条件は、①医療が必要な高齢者や重度の要介護高齢者についても、可能な限り在宅で生活できるよう支える仕組み、②独居高齢者や虚弱な高齢者を在宅で支える仕組み、③増加が見込まれる認知症高齢者を在宅で支える仕組み、④入院後の円滑な退院が可能となる仕組み、⑤在宅での看取りができる仕組み、⑥利用者および家族のQOLの確保ができる仕組み、などがあげられる。これらのシステムの構築のためには、一人ひとりの自助に加え、地域の助け合い（互助）や公的サービス（公助）、行政のコーディネートを含め、地域の特性を踏まえた仕組みを作ることが重要となる。

本研究は、島嶼地域の持つ、生活の全体性（地域完結性）や地域の捉えやすさに着目し、琉球弧に位置し、“結い”の精神（互助）を共有する島嶼地域を調査対象として複数調査を行った。

まず、高齢者および一般成人を対象とした社会関連性指標および生きがい感との関連調査の結果からは、①同じ文化を共有する島嶼地域であっても、同じ地域内の集落であっても地域の特性が異なること、②社会関連性指標の各領域の向上は生きがい感の向上につながり、これらの向上が自助力・互助力を高めることにつながることで、また、③性差によっても社会関連性指標は特性がみられるため、性差を考慮した地域づくりの視点も重要であること、などの示唆を得ることができた。

さらに、琉球弧の島嶼地域の地域づくりへの取り組み（聞き取り調査）からは、①地域の捉え方の視点を不利性から有利性へと変換すること（地域の自然・環境や人的資源の再

発見), ②住民の人的資源の活用 (高齢者のできる能力を活かす), ③住民が主体であることを行政はバックから支えること, そのために, ④実体化できる仕掛けを作ること, ⑤役割・生きがい・楽しみ・喜びの生まれる過程を引き出す, ⑥住民の成果を評価し, ⑦住民へフィードバックする, という地域づくりの一連の展開要素が抽出できた. この調査においては, “結い”の機能を期待できる背景があっても, 介護サービスが地域に入ってきたことで, これまでに存在していた互助機能が若干希薄なった事例も指摘されている. 特に, サービスの豊富な地域においては, 自助・互助と共助・公助とのバランスのあり方の検討も地域ごとに必要ではないかという示唆も得られた. そして何より, システムの展開過程には, 行政の手腕が大きく問われてくることも明らかになった.

つぎに, システム構築において安心の要である医療・介護について, 島嶼地域の場合, 医療・介護サービスに乏しい地域も数多く存在する. 無医村の島嶼集落における駐在看護師への聞き取り調査やホームホスピスの先行事例などからも, 本人の選択の余地の確保や安心感の提供は必要不可欠であることがわかる. これらの地域において在宅生活を支える仕組みをどのように構築するかという課題については, 自助・互助のみでは限界があると思われる. 自助・共助においては, 高齢化率の高さや独居高齢者や高齢夫婦のみ世帯の増加により, 年々その機能は縮小してきている. つまり, “結い”の力も着実に縮小してきているのである. このような地域の実情を踏まえると, 地域包括システムの構築以前から, 医療・介護サービスに乏しい地域に対して, サービスありきの中央寄りのシステムの導入・構築を求めるには無理がある. 共助・公助の可能性を大いに期待したい. さらに, 在宅での看取りには, 家族の看取りが前提でなければ機能することは困難である. 遠方に居住する家族や親族が看取りに参加できるための制度の検討なども視野に入れ, 国レベルで, 在宅医療および在宅での看取りを支えていく環境づくりを検討することも必要ではないだろうか.

これらのことを踏まえ, 本研究では, 補論として, 特に島嶼地域や無医村等に居住する高齢者等に対し, ICT 資源の活用の有用性について検討を行った. 島嶼地域の独居高齢者等が安心して暮らすために, 孤独感の軽減, 防災・緊急時の早期発見・早期対応, 健康面で医療従事者と繋がっているという安心, 家族や他の人々とのコミュニケーションできるという安心等を提供することができる. さらに, 健康相談サービスや買い物支援など, オプション機能の付加も可能であり, 地域の不便さをカバーするなどの多くの可能性を含有している. 特に, 島嶼地域の医療・診療システム構築には ICT を活用したシステムづく

りは欠かせないと言える。

1-1 島嶼地域の人々の社会とのかかわり状況と生きがい感

琉球弧島嶼地域は“結い”の精神、相互扶助の伝統等の文化が残っているという共通点を持つ地域であるが、島嶼の遠隔性や環海性が島々の個性を育み、自然や文化の多様性を生み出し、それらを土台として島嶼社会のコミュニティが成立している。地理的環境、財政力や経済力、歴史・文化など、様々な要因が関連して地域の特徴を形成している。そのため、島嶼地域に住む高齢者の社会とのかかわり状況についても、それぞれの地域によって違いが現れていた。

社会とのかかわり状況を把握するための指標である社会関連性指標全体では、島嶼都市部に高い傾向がみられ、島嶼集落部よりも社会とのかかわりが活発であることがわかった。社会関連性の領域の維持・向上を図ることは、ADLの維持・向上に繋がるという研究報告がなされており（安梅：2000）、今回の調査では、①A市は全領域とも現状維持、②B町は<生活の主体性><社会への関心>の領域の向上、③C市は<他者とのかかわり><身近な社会参加>の領域の向上、④D町はすべての領域の向上を意図した取り組みが必要であるという、それぞれの地域特有の結果が得られた。社会関連性の個別領域においては、それぞれの対象地の持つ特性要因が社会関連性と関連していることが示唆された。

一方、島嶼地域に居住し、これから老年期を迎える55歳～64歳の中高年者の生きがい感の得点は全体では高いと判定される水準であった。従来の研究では、高齢になるほど生きがい感が低下することが報告されている。性別でみると、生きがい感は女性のほうが男性よりも高く、さらに、女性の社会関連性得点も男性よりも高い傾向にあることから、積極的に社会との関わりを持ちながら生活することは、生きがい感を高めることにつながると考えられる。女性の場合は、以前から地域に強固な社会的かかわりができている。中高年の男性の場合、とくに退職後を見据えた生きがい感の向上につながるネットワークの再構築が、生きがい感の維持・向上のためには重要な課題となる。

さらに、生きがい感と関連する社会関連性要因についてみると、男女に共通していたのは<生活の主体性>と<社会への関心>であり、<生活の主体性>は、生活の工夫、物事に積極的に取り組む、規則的な生活、期待役割の遂行の項目を含み、生活を積極的・主体的にコントロールする生き方になる。また、<社会への関心>は、本・雑誌の講読、ビデオ等の利用、興味対象、新聞の購読、社会貢献の可能性の項目を含み、社会への知的関心

を持ち社会貢献にも関心を持つ生活になる。このことは、受動的な生活ではなく、能動的に積極的・主体的な生き方をして社会の出来事に関心を持った生活をするのが、中高年者の生きがい感にとって重要であることを示している。

性別でみると、男性の場合、活動参加機会、近所付き合い、テレビの視聴、役割の遂行など<身近な社会参加>と<健康状態>が生きがい感に関連していた。これは男性の中高年者の生きがい感を高めるためには、<生活の主体性>と<社会への関心>に加えて、地域社会とのかかわりづくりが重要であり、そのためにも健康であることが求められていることを示している。女性の場合、相談者、緊急時援助者などの<生活の安心感>が生きがい感に関連していた。これは女性にとっては、<生活の主体性>と<社会への関心>に加えて、安心できる緊密な人間関係が生きがい感を高めるのに重要であることを示していた。

生きがい感に関連する要因で男女ともに共通していたのは、<生活の主体性>であった。このことは、生活を積極的に主体的にコントロールする生き方が高齢者および中高年者の生きがい感の維持・向上に影響することを示している。

社会関連性要因の向上を図ることが生きがい感や将来の活動能力の維持に大きく関わるため、それぞれの地域における地域づくりへの取り組みの一つの指標として、社会関連性要因で低い領域を引き上げることや、性差を考慮した地域づくりシステムを構築していくことが重要である。社会関連性の向上は生きがい感の向上に繋がり、それが、自助力・互助力を向上させ、さらに、向上した自助力・互助力が、社会関連性と生きがい感の向上に繋がるという、好循環をもたらすものと考えられる。

1-2 島嶼地域における「互助」の力を活用した地域づくりの必要性

島嶼地域には、狭小性、孤立性、隔絶性という不利性から生じた「互助」の土壌が資源として活用できる。その他、独自の「互助」機能として、同じ出身集落者の組織している「互助」機能である“郷友会”の存在があり、琉球弧島嶼地域独自の「互助」の構造が存在している。生活者の視点で見えてくる地域特性から発生する生活ニーズを「互助」である住民が中心となり専門職や行政と協働し、地域ケアをつくり評価を繰り返すことで住民の力が醸成し、新たな地域ケアシステムの構築につながることを期待されている。「公助」の乏しい島嶼地域においては、「公助」を前提とした地域包括ケアの可能性は乏しい。島嶼地域の地域包括ケアは、従来の「公助」に「互助」の参加を期待したシステムの構築ではなく、「互助」を中核とした「公助」をつくり上げていくことである。また、地域づくりに

地域をよく知り経験豊富な高齢者である当事者の「自助」の主体的参加を効果的に取り組むことも重要であり、このような「互助」機能を向上させていくためには、市町村機能の強化が極めて重要である。

本論文で取り上げた H 村は、「互助」の力を期待するとともに、島内での協働体制による有機的連携へと発展させていくことが地域包括ケアシステムの構築の課題となる。H 村の地域包括ケアに向けた地域づくりは、村が主体的に行った「マップづくり」から始まった。「マップづくり」から、住民と行政、関係団体等のなかに“発想の転換”と“地域の資源の発掘・再発見”があった。住民の「互助」を最大限に期待し、住民が主体となった取り組みを目指すための前提条件として、“発想の転換”と“地域の資源の発掘・再発見”が不可欠であり、H 村流に言うところ“宝探し”である。島嶼集落は、その不利性から、他の地域よりも閉鎖的な側面も持ち合わせている。“地域資源の発見・再発見”には、外部の者（本土の人など）から見た地域に対する意見も地域の再発見に繋がる貴重な資源である。

これからは、住民自らが自分たちの地域の生活問題に気づき解決していく力を側面から支え、引き上げていくための力量（エンパワメント）が行政に問われてくる。地域基盤の上に住民、住民組織、行政、専門職、診療所、社会福祉協議会をはじめとする各種関連団体が一体となった協働支援体制を構築し、住民が島嶼地域の有利性を活用しながら、自らの地域の生活問題に必要なサービスや住民組織をボトムアップで構築できるよう支援する姿勢が求められてくる。

1-3 島嶼地域における看取りの困難性

島嶼地域の診療所の有無と在宅での看取りの増加には関連性みられず、また、診療所医師や看護師の駐在している島嶼地域と看護師のみが駐在している島嶼地域との比較においても、在宅での看取りに直接の影響はなかったという沖縄での調査結果が得られている（大湾：2011）。さらに、行政・専門職のサポート力（公助）や本人のセルフケア力・家族介護力（自助）の脆弱な島嶼地域では、知人・近隣などとのつながり（互助・共助）を、地域介護力として活性化するためのシステム構築が必要であったと報告されている（大湾：2011）。

今回、本研究対象地域として聞き取り調査を行った奄美大島の島嶼集落部である F 島・G 島（奄美大島）は、極めて医療・介護の公的資源に乏しい地域であり、当然、例外ではない。これらの島嶼地域に居住する人々の多くは独居、あるいは夫婦のみ高齢者世帯となり、

年々、加齢に伴い「自助」も年々低下してきている。「公助」「自助」に限界のある島嶼地域においては、住み慣れた島で最期まで暮らしたいというニーズがあっても、島内に入院施設や介護施設がないため、病気や介護が必要な状態になると、遠方の子どもたちを頼って島外を離れることを否応なしに選択せざるを得ないという実情がある。さらに、急性期を脱して病状が落ち着いたとしても、機能訓練機関や介護サービスの不足などから島内に戻って来ることができない。そのような理由から、島内には比較的元気な高齢者しか居住することができないのである。一方、「公助」担う駐在看護師においては、島を離れたくないと訴える高齢者と、病院搬送を希望する遠隔地に居住する家族の希望の狭間でジレンマを抱えていることや、医療機器や薬剤が不十分なためできることが限られていること、認知症独居高齢者の生活状況、地域住民との距離感の難しさなど、慢性的なストレスを抱えながら1人で勤務しているという島嶼地域の抱える切実な課題がうかがえた。

昨今、人生の終末を迎えるにあたり、延命治療や介護、葬儀、相続などについての希望をまとめ、準備を整えるなどの終末期活動を意味する“終括”という言葉があり、“エンディングノート”なども話題になっている。自分の人生の終わりの時、いろいろな選択肢があってもよい。本当に医療が必要な緊急時にのみ入院し、慢性期および加齢による身体機能低下に対しては、基本的には生活の場で十分に医療ができるようにするための「選択」と「安心」が非常に重要である。住み慣れた地域で安心して死を迎えられるように、包括的なサポートシステムを構築することが大切である。しかし、島嶼地域の中には、在宅での看取りを行う医療・介護体制や人材も不足している地域も少なくはない。特に、多くの不安が生じる高齢期には、セーフティネットがあるということを自覚できるようにし、「安心が確認できる」こと、「選択の自由度がある程度確保されている」ことは必要である。しかしながら、島嶼地域の中には、「選択」や「安心」が皆無である地域が多数存在しているということも認識しながら、限られた資源の制約のもとで、安心の担保と選択の自由をどのように達成するか、極めて難しい課題であるといえる。

一般的には、駐在看護師に加え、地域の「互助」機能を活用し、新たな住民参加型組織づくりと、在宅での医療と介護から看取りへの取り組みが必要になる。しかしながら、看取りに関しては、地域住民による「互助」だけに頼ることは無理がある。特に医療資源に乏しい地域において、駐在看護師一人が背負うものでもない。先に取り上げた「かあさんの家」の取り組みにおいても、家族の存在は大きい。在宅での看取りには、家族の看取りが前提でなければ機能することは困難である。看取りを行う家族を後方から支援するこ

とに関しては、地域住民による「互助」機能の活用は十分に期待できる。遠方に居住する家族や親族が看取りに参加できるための配慮，例えば，“看取り休暇（子どもから大人も含む）”等の制度の検討なども視野に入れ，国レベルで，在宅医療および在宅での看取りを支えていく環境づくりの検討も必要ではないだろうか。

1-4 島嶼地域における ICT 活用への示唆

ICT 見守りシステムのこのような効果については，特に島嶼地域においては，アンテナ等の塩害による設備上の問題や費用面の問題等がクリアできれば，遠隔性によって医療・介護資源の少ない島嶼地域こそ有用な資源となり得ると考える。今回の研究では，動態，ドア開閉，温湿度，照度等の各種 IC センサーを活用し，単に，高齢者等安否確認のデータとしての活用のみならず，データの蓄積により，既往歴や原疾患との関連にも着目でき，診療の補助や治療効果の推測にも大いに役立つことも期待できるシステムに仕上がった。特に公的資源に乏しい F 島・G 島においては，駐在看護師のインタビューで，夏場の熱中症事例や認知症で真夏の暑いなかでも物盗られ妄想等の BPSD のため，自宅に鍵をかけ窓を閉め切っている事例もある。高齢者は容易に脱水を引き起こすため，適正室温の管理による夏場の熱中症予防のためのモニタリングは，効果が期待できるものと考えられる。さらに，独居の認知症高齢者の行動の状況・範囲の把握にも役立つことができる。また，島嶼地域に住む人々には，制度や施策に対して漠然とした諦め感が大きい。そうした島嶼地域の独居高齢者等が安心して暮らすために，①いつも誰かと繋がっているという安心（孤独感の軽減），②防災・緊急時の早期発見・早期対応につながる安心，③健康面で医療従事者と繋がっているという安心，④家族，その他の人々とのコミュニケーションできるという安心等を提供することができる。

島嶼地域においては，地域の地理的な事情や文化等によって地域事情が極端に異なる場合も少なくない。ICT 活用は，健康相談サービスや買い物支援など，オプション機能の付加も可能であり，地域の不便さをカバーするなどの多くの可能性を含有している。特に，島嶼地域の医療・診療システム構築には ICT を活用したシステムづくりは欠かせないと言える。

1-5 島嶼地域における地域包括ケアシステムの構築

島嶼地域は，本土との比較としてみると多くの不利性を抱えているが，有利性進展型の

当事者主体の地域ケアシステムの構築への可能性が期待できる。

また、地理的状況や経済資源、文化、歴史的背景等によって島嶼の地域特性は多様である。それぞれの島嶼地域の実情に応じたシステムの構築が望まれるが、これには、地域住民の自助力・互助力が不可欠である。同時に、それを如何に引き出し、どのように側面から支援するかが行政には大きく問われてくる。力を引き出すこと、そして、共感に基づいた人間同士のネットワーク化のことをエンパワメントという（安梅；2005：5-6）。安梅は、エンパワメントの原則を以下の8点であるとして説明している。

- ①目標を当事者が選択する
- ②主導権と決定権を当事者が持つ
- ③問題点と解決策を当事者が考える
- ④新たな学びと、より力をつける機会として当事者が失敗や成功を分析する
- ⑤行動変容のために内的な強化因子を当事者と専門職の両方で発見し、それを増強する
- ⑥問題解決の過程に当事者の参加を促し、個人の責任を高める
- ⑦問題解決の過程を支えるネットワークと資源を充実させる
- ⑧当事者のウェルビーイングに対する意欲を高める

これらのエンパワメントの原則は、当事者や当事者グループが、自らのウェルビーイングについて、十分な情報のもとに意思決定できるよう、ネットワークのもとに環境を整備することである。

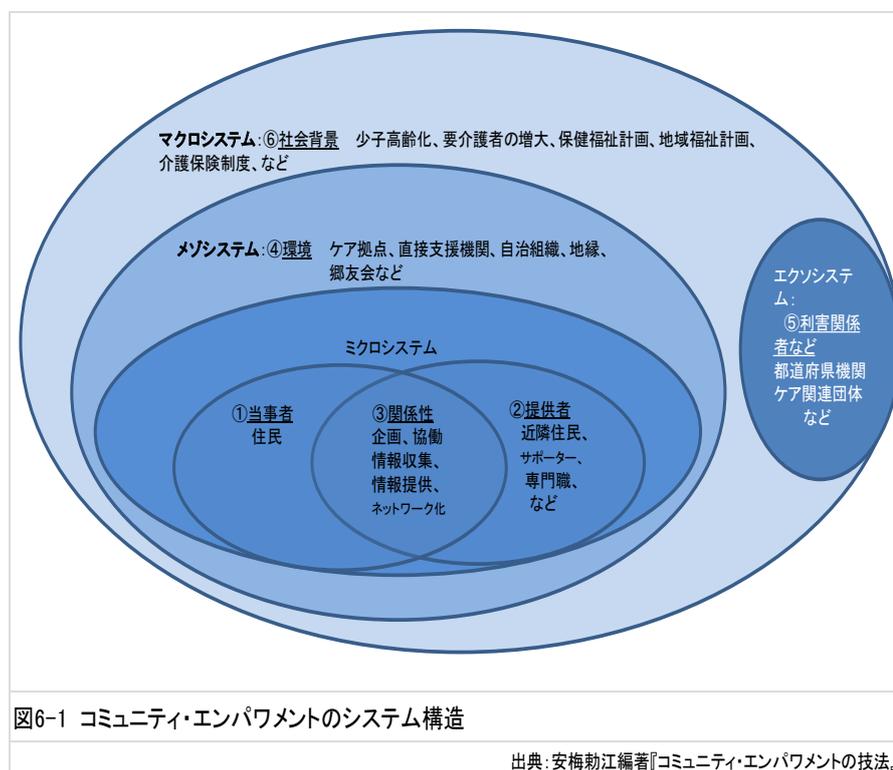
一方、コミュニティ・エンパワメントとは、個人や組織、地域などコミュニティの持っている力を引出し、発揮できる条件や環境をつくっていくことである。力には顕在力と潜在力があるが、その両者を引き出すのみでは不十分であり、力を活かす「条件」が整って初めてコミュニティ・エンパワメントといえるとしている。その結果、コミュニティによる「決定力」「コントロール力」「参加意識」を支える環境整備が基本である。つまり、コミュニティ・エンパワメントを引き起こすには、コミュニティのメンバーの「主体的なかわり」と「連帯感（組織性）」が必要であり、これをいかに実現するかがコミュニティ・エンパワメントの技術なのである（安梅；2005：6，22-23）。コミュニティ・エンパワメントの7原則は以下のとおりである。

- ①関係性を楽しむ
- ②価値に焦点をあてる
- ③つねに発展に向かう

- ④柔軟な参加様式
- ⑤親近感と刺激感
- ⑥評価の視点
- ⑦リズムをつくる

このように、共感に基づいた人間同士のネットワーク化のことをエンパワメントといい、個人や組織、地域などコミュニティの持っている力を引出し、発揮できる条件や環境をつくっていくことをコミュニティ・エンパワメントという。地域包括ケアシステムにおいては、双方の技術は重要であり、これらの活用が望まれる。

次に、コミュニティ・エンパワメントのシステム構造を以下に示す（図 6-1）。



コミュニティ・エンパワメントをシステムとして捉えると、ミクロシステム（①当事者、②提供者、③関係性）、メゾシステム（④環境）、エクソシステム（⑤利害関係者）、マクロシステム（⑥社会背景）で構成される。

このシステムに島嶼地域に当てはめて解説すると、[マクロシステム（公助）]少子高齢化や要介護者の増大など社会情勢の影響を直接受けやすく、制度の恩恵にも乏しい、さらに、

[エクソシステム（共助）]ケア関連団体等，サービス提供体制にも乏しいため，このような地域においては，[メゾシステム（互助）]自治組織や地縁団体などの力を引き出し，中核としつつ，[ミクロシステム（自助）]住民と地域住民や専門職などの間の関係性の強化により，住民と近隣住民等の協働関係を醸成させていくことで，住民の自助力やコミュニティの自助力を引き出すことが可能になり，当事者主体のシステムの構築に向かうというシステム構造が理解でき，全体性と関係性を把握しやすい。

その意味で今後は，自治体の姿勢が，地域格差として顕著に現れてくる。自治体にはこれまで以上に運営機能能力が求められるが，そのなかでも運営体制と財政管理の知識と技術が重要になってくる。運営体制の基盤は，住民や関連団体等を含む強力な運営体制であり，自立的で非営利の協力的組織といった人々との信頼関係に基づいた協働である。そのためには，十分な意見交換と意見調整が不可欠となる。そして，戦略的な計画と意思決定がよりスムーズで，より反応の早い組織構造とならなければならない。地域住民との協働をするための明確な意思疎通の過程がなければならないのである。一方，健全な財政管理を進めていくためには，特に，医療・介護サービスにおいては，まずは，現状の地域で提供されているケアが最適な状況か否か，最も資金的に効率の良い方法で提供されているかを自治体自らが検証する方法を確立していかなければならない。特に島嶼地域においては，限られた財源や人的資源のなかで，安心の要である医療（看取りも含む）と介護をどのように地域の特性を反映させながら，住民を主体としたサービスとしてつくり上げていくかが困難な課題である。市町村の裁量で財源が使用できる地域支援事業を効果的に充実させることや，医療と介護の連携・地域ケア会議等においても自治体の姿勢が問われてくるといえよう。

2. 仮説と結果

<仮説 1> “結い”の精神の残る島嶼集落に暮らす人々の生活状況と福祉ニーズを把握し，自助および互助の状況，生活課題，社会関連性指標や生きがい感等について分析することで，地域の特性や住民の特徴を把握できるのではないかと。

検証結果： “結い”の精神とは，互助を表現していることばである。島嶼都市部よりも島嶼集落部ほど高齢化や家族単位の細分化が進んでいた。超少子高齢社会である対象地域の互助機能は年々低下してきており，共助，公助による資源の少ない島嶼地域においては，自助機能の維持向上が住み慣れた島嶼地域に住み続け

るための極めて重要な自助への原動力であることが分かった。特に奄美大島 B 町にある F 島・G 島では、一部介助が必要な状態になることが、地域（集落）での生活の限界を意味し、元気高齢者しか住めない島となっていた。社会関連性指標（社会とのかかわり）では、生活の主体性や社会への関心は、島嶼都市部が高く、他者との関わりや身近な社会参加では、島嶼集落部である B 町が高かった。B 町の場合、子どもに頼ることにできない独居・夫婦のみ世帯が多いため、自助に加え、永年かけて構築された地域住民による互助のシステムが機能していることが伺えた。また、社会関連性の個別領域においては、それぞれの地域によって結果が異なり、地域の持つ特性要因が社会関連性と関連していることが示唆された。

また、住民の最大のニーズは、“最期まで住み慣れたシマで暮らしたい”という願いであり、その願いは、島嶼地域に住む人々にとって究極の自助力であり互助力であるということが分かった。

<仮説 2> 同じ文化圏の島嶼集落の中で、先進的に地域包括ケアシステム構築に取り組んでいる H 村（鹿児島県大島郡）の地域づくり実践事例から、島嶼地域づくりに必要な要素の構造把握ができるのではないか。

検証結果： 「公助」の乏しい島嶼地域においては、「公助」を前提とした地域包括ケアの可能性は乏しい。島嶼地域の地域包括ケアは、従来の「公助」に「互助」の参加を期待したシステムの構築ではなく、「互助」を中核とした「公助」をつくり上げていくことである。そして、地域づくりの視点は、“住民主体”ということを中心に置くことである。成功体験から蓄積される喜びや生きがい主体性を育み、たとえ失敗しても体験しながら共に学んでいくというプロセスの共有が地域力の向上につながる。地域づくりはまちづくりであり人づくりであって、住民一人ひとりが貴重な資源であるという認識が必要である。さらに、住民と行政、関係団体等のなかに“発想の転換”と“地域資源の発掘・再発見”が不可欠であり、集落の特徴を活かし、集落にある資源を見直すことが、島嶼地域づくりに必要な前提条件であることが分かった。また、島嶼集落は、その不利性から、閉鎖的な側面も持ち合わせている。集落外の外部の者から見た地域に対する意見も地域の再発見に繋がる貴重な資源となる。

H 村の地域づくりの構成要素を整理すると、①住民の中から“お世話焼きさん”の抽出、②住民、行政・社協の協働によるマップづくり（地域の特徴、課題の抽出）、③課題解決のための具体策の検討会、④活動（行政は見守る→適時を運ぶ・情報提供・必要に応じ財政支援）④活動の効果の把握、⑤フィードバック（情報提供、村の講演会の中での発表、広報など）であることが分かった。

前提条件と構成要素に加え、行政（関係機関）には、住民の“地域力”を引き出す手腕が問われてくる（エンパワメント）。“地域力”は、その必要性や有効性を十分に理解した上で、住民と行政が、知恵を出し合って力を合わせて支え合う仕組みをつくることであり、互助の構築を図る上ではなくてはならないものである。住民のニーズを知れば知るほど、行政だけの力では解決できないという限界を自覚することも重要で、“地域力”の重要性の認識と、それを引き出す役割を担っているということを確認、および、スキルが必要である。その意味で、コミュニティ・エンパワメントの理論と合致するところである。

<仮説 3> 生活の安心の要である医療・介護における島嶼集落の実態把握と、先進的に在宅医療・在宅介護に取り組んでいる事例等から、島嶼地域における在宅医療・在宅介護への示唆を得ることができるのではないかと。

検証結果： “安心して暮らせる生活”という願いは万人の願いでもある。在宅医療・介護で大切なことは“普通の生活”を支えるということである。急性期で治療可能な場合は積極的な医療が必要であるが、人が年をとって死ぬのは当たり前で自然なことである。若い世代の多い時代の急性期医療から、超高齢時代の在宅医療へと転換していくなかで、あらためて、“生活の営み”を意識する必要がある。加齢により体力が低下している人に必要なものは、患者とその家族が安心して、望む場所で、望むように生を全うすることである。治療し続けた結果、死を迎える医療ではなく、老いや死をしっかりと見据え、最期までどうより良く生きるかを考えていく医療でなければならない。在宅医療の成功のカギは医師をはじめとする医療従事者の意識改革であると考えられる。在宅医療は患者とその家族のニーズに応えることであり、地域医療は地域のニーズに応えることである。知識を提供し、生活習慣を変えること、これも医療である。例えば、冷蔵庫の中を開けてみる、あるいは、その人の生活の暮らしぶりを見ることで、

潜在化した患者個人の問題が見えてくるのである。医療は、原点に立ち返る、その人の生活を支え、老い方を支え、死に方を支えるものであるということを、これらの事例から示唆を得た。島嶼地域においては、少ない医療・福祉資源をいかに地域づくりの中に取り込んでいき、住み慣れた地域（集落）を離れることなく、安心して暮らし、安らかな死を迎えられるような、システムの構築が今後の課題である。しかしながら、医療資源に乏しい地域においては、地域住民による「互助」だけに頼ることに無理があり、駐在看護師一人が背負うものでもない。先行実践事例の取り組みにおいても、家族の存在は大きい。在宅での看取りには、家族の看取りが前提でなければ機能することは困難である。看取りを行う家族の後方支援は、地域住民による「互助」機能の活用は期待できる。遠方に居住する家族や親族が看取りに参加できるための法整備、例えば、看取り休暇等の看取りを支えていく環境づくりの検討も必要ではないだろうかという見解に至った。

<仮説 4> 社会資源や人的資源に乏しく地域力の低下した地域においては、IT 資源を活用した島嶼地域の独居高齢者等の見守りシステムが有効な資源となり得るのではないか。

検証結果： ICT 見守りシステムには、動態、ドア開閉、温湿度、照度等の各種 IC センサーを活用したため、緊急事態の早期発見や安否確認に加え、室温データは熱中症の発生の危険閾値の発信源にできる。また、動態センサーは高齢者の終日の動きを把握できることを明らかにした。また、認知症で物盗られ妄想により、夏でも雨戸を締め切って鍵をかけて開けてくれない高齢者も多数存在する。そのような人の安否確認や体調管理にも大いに役立つと思われる。特にこれからの在宅医療の展開にとっても大いに活用が期待されると考える。さらに、遠隔地に住む親族とのコミュニケーションツールにもなり、いつも誰かとつながっているという安心感を持って生活を送ることを可能にできる。島嶼地域の駐在看護師からのインタビューの中にも、夏場の熱中症や脱水予防のためのモニタリングは極めてその効果が期待できる。独居の認知症高齢者の行動の状況・範囲の把握にも役立つことができる。このように、医療・介護資源に乏しい地域での生活には、ICT の活用は、アンテナ等の塩害による設備上の問題や費用面の

問題がクリアできれば、特に有用な資源となり得ることが示唆された。

3. 本研究の意義と限界

本研究では、“結い”の精神の残る琉球弧島嶼集落に暮らす人々を対象に、複数調査を進めてきた。島嶼は、狭小であるために、これらの問題や施策の影響が顕著に現れる地域でもあるが、地域内での地域共同体（互助）の力にも着目できる。小さなコミュニティで生活し、厳しい自然環境に直面する島嶼においては、人々の信頼関係と協力が不可欠である。小さな社会を営む島嶼地域においては、脆弱性であるが故に地域の連携関係が自然と形成され、地域の営みに活かされている。そのため、新たな技術や社会システムの効果を全体的に把握しやすい。島嶼地域において有効性が認められる結果が得られれば、これを島嶼外の本土のへき地や中山間部などの不利性を抱える地域に還元することも可能となることが期待できる。また、補論としてではあるが、ICT 見守りシステムを構築し、島嶼地域における有用性について検討した点は、今後の地域ケアシステムに向けての一つの選択肢として一定の意義があるものと考えられる。

また、本研究の限界については、まず、本研究で行った郵送調査に関しては、島嶼地域のうち琉球弧に限定して調査を行っているが、琉球弧島嶼地域全体としての結果を示すには限界がある。また、有意抽出法による調査を行っているので、無作為抽出に基づいた調査を実施して、本研究同様の結果が得られるかどうか検討する必要がある。その他、島嶼地域への ICT システム導入に向けて、現地での住民の意向調査は未実施である。その点、抽象的考察に終始している点である。

4. 今後の研究課題および展望

本論文では、地理的環境により財政力・経済力に乏しく社会資源に乏しい島嶼地域における地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みと、在宅医療・在宅介護における先行事例および ICT 資源の島嶼地域への活用の有用性について検討した。

琉球弧島嶼地域は、永年にわたり伝えられてきた伝統文化と島民の相互扶助である“結い”の精神が残っているという共通点を持つ地域である。超高齢地域にあって「制度あってサービスなし」の環境下で、自助と互助だけの生活で日常を営んできた人々も、加齢に伴い島外の病院等で最期を迎えている現状がある。“誰もが住み慣れた地域で最期まで安心して心豊かに暮らしたい”という願いのほとんどが叶わないのである。経済の格差と同様

に、医療・福祉資源の格差をも持ち合わせているのである。国民皆保険・介護保険制度下において医療・福祉面での限界集落が存在している。

ここにきて、地域包括ケアシステムに関連する法律・法案が立て続けに可決、あるいは提出されている。地域包括ケアシステムは、セーフティネットの機能を持ち、地域の特性に応じた展開が望まれている。そのためには、それぞれの地域に住む人々の“生活の営み”が直視されなければならない。

一方では、近年、IT 分野の発展が目覚ましく、先の震災時にも大いに役立つなど、人々の生活に大きく寄与している。この IT 資源を地域包括ケアシステムに取り込み、島嶼地域のように地理的問題による生活の不便さや医療・福祉資源の格差問題を抱えている地域の人々に対して“安心した生活”を実現する取り組みは意義が深いと考える。

今回の研究は、島嶼地域における地域包括ケアシステムの構築への取り組み、また、在宅医療・介護への移行、ICT の活用に向けた取り組みについて研究を進めてきたが、まだ第一段階である。

各市町村は、2025（平成 37）年までの地域包括ケアシステムの構築を目指し、地域づくりを実践していかなければならない。そのためには、行政・住民・関係機関等が地域の課題に対しての協働が求められる。H 村の地域づくりは活動開始 4 年目を迎え、ここに来て住民による自主的活動が活発になるといった行動の変容がみられてきている。次の段階では、徐々に地域包括ケアシステムへの展開が課題となる。社会基盤としてのシステムが成立するための課題とその解決が求められてくるなかで、一番の課題として地域医療（看取りも含めた在宅医療）・介護における包括支援のあり方が問われてくる。これらのことを今後の研究課題としていきたいと考えている。さらに、離島の離島である F 島・G 島は、琉球弧島嶼地域の中でも、厳しい環境にある地域である。これらの地域における包括的ケアへの取り組みについても、H 村の事例は大いに参考になる。このことも踏まえて、島嶼集落に住む人々が、住み慣れた“シマ”で安心して暮らせるシステムの構築に向け、ICT を活用した取り組みも同時に継続していきながら、実践的研究を進めていきたいと考えている。

補論 地域包括ケアシステムを見据えた ICT を活用した独居高齢者等の安心・安全ネットワークシステム開発への取り組み

昨今、孤独死が急増し、高齢者の孤立問題が注目されている。その背景として、高齢化率の上昇に加え、高齢者単独世帯および高齢者夫婦世帯の増加等が取り上げられている。内閣府の『平成 25 年度版 高齢社会白書』「平成 24 年度 高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況」においては、「65 歳以上の高齢者のいる世帯」（2011（平成 23）年現在）は 1,942 万世帯で、全世帯（4,668 万世帯）の 41.6%を占めている。いずれ独居世帯となり得る高齢夫婦のみ世帯は 581 万 7,000 世帯（30%）と最も多く、次いで、独居世帯が 469 万 7,000 世帯（24.2%）と、あわせて全体の半数以上を占め、この割合は年々増加傾向にある。今後ますます世帯の基礎単位が細分化され、将来の家族像が今日のものとは大きく異なった姿へと変容しつつある。かつて、地域には専業主婦も多く、子どもを媒体とした地域活動が地域のつながりを維持してきた側面も大きかった。しかし、1997（平成 9）年以降は、共働き世帯が専業主婦世帯を上回り、日中に地域にいる主婦も少なくなり、あわせて少子化の影響による子どもの減少等が地域コミュニティの衰退と空洞化を進めている一つの要因でもある。現在、地域には独居高齢者はもちろんのこと、子どもと同居していても「昼間独居」高齢者が増えているのが実情である。

このような状況の中、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025（平成 37）年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指す地域包括ケアシステムという新たな視点での取り組みが求められており、全国各地域において、その取り組みが進められている。

今回、研究対象地とした R 市は、2006（平成 18）年に三町が合併した地方小都市である。市の南部は港湾に面し、国の中核国際港湾として整備され、国内外へ複数の航路が設けられており、南九州地域での重要な役割を担っている。しかしながら、R 市の総人口は年々減少傾向で推移し、2010（平成 22）年の国勢調査によると、総人口は 3 万 3,034 人で、前回の国勢調査に比べ 1,736 人（5%）減少し、減少率は県全体の 2.7%を上回っている。その内訳をみると、年少人口および生産年齢人口がともに減少しているのに対し、高齢者人口は 30.3%と増加の一途を辿っており、県全体の高齢化率を上回っている。文字どおり、過疎化と少子・高齢化が進んでいる地域である。R 市が 2012（平成 24）年 1 月に立案した「高齢者福祉計画及び介護保険事業計画（素案）」においては、第 5 期介護保険事業計画（平成

24～26年度) 策定にあたり、地域包括ケアシステムの視点を盛り込み、重点的に取り組むべき事項として、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、を掲げ、実情に応じて選択し、段階的に充実させていくとしている。これらの事項をシステムとして構築し実現していくためには、医療と介護・福祉の連携、また、インフォーマルとフォーマルの資源の組合せが課題となってくる。R市の持つ特徴的な資源としては、2010(平成22)～2011(23年)度に採択された総務省地域通信基盤整備事業により、ケーブルテレビ(以下、CATV; community antenna television)が約97%の世帯において設置可能(現時点での敷設世帯数は約43%)となっている。

本研究は、R市のIT資源に着目し取り組んでいる。地域資源を最大限に活かしCATVを活用することで、遠隔地居住家族や介護福祉施設、医療機関等が独居高齢者等の定時もしくは常時の見守りをおこない、独居高齢者等が可能な限り住み慣れた地域で生活を継続していけるネットワークシステムの構築を目指し、将来的には地域包括ケアシステムへの導入も視野に入れている。

地域包括ケアシステムを構築するためには、まず、地域の高齢者のニーズや医療・介護・生活支援の現状を把握することが必要になる。そして、目指すべき目標を示し、地域で共有するとともに目標と現状とのギャップを明らかにし、目標達成のための仕組みをつくることが重要である。そのためには、多様な関係者による介護・健康情報の共有および、多職種連携、高齢者を見守る関係者の負担軽減や救急医療の質的向上などを図るために、地域包括系システムを支援する情報の連携基盤を構築することは極めて有用であるといえる。

しかしながら、地理的環境等に恵まれず、家族の支援や医療・介護資源等が少ない島嶼地域や過疎市域においては、「互助」機能に占めるウエイトが大きく、安心して暮らしていけるシステムの構築は難しい課題である。

そこで、本章では、住み慣れた地域で暮らす高齢者の人々に質の高い包括的なサービスを提供するための情報共有基盤として、ICT資源を活用した高齢者の安心・安全ネットワークシステム開発に向けての実証実験を実施した。その結果を報告するとともに、島嶼地域を対象として地域包括ケアシステムを見据えたICT活用の有用性についても検討していきたい。

1. ICT 見守りシステムの導入に関する意向とシステム構築への課題調査

藤田（2013）は、総務省地域通信基盤整備事業（2010～2011年）により、ケーブルテレビとインターネット光回線（IT ; Internet-Optical communication line）網が約97%の世帯に敷設されている鹿児島県の地方小都市であるR市のICT資源に着目し、独居高齢者等が可能な限り住みなれた地域で安心・安全に日常生活を送ることができるよう、ICTを活用した見守りネットワークシステム（以下、見守りシステム）の実証実験を試みることにした。そして、将来的には遠隔地の親族家族、福祉・介護施設、医療機関等が、独居高齢者等の定時もしくは常時の見守りを行うネットワークシステムの構築を視野に入れた地域包括ケアシステムの導入を目指している。ICTの開発・導入にあたっては、どんなに素晴らしいシステムが開発されたとしても、それを利用する人々の意向を知りシステムに反映させていくことは重要である。

そこで、ICT見守りシステム実証実験に先駆けて、R市に居住する高齢者に対し、健康状態、日常生活の状況、将来への不安、見守りシステムに対する意向等について、質問紙調査を実施した。これらの量的データの分析を行うとともに、見守りシステム導入に対する意見等の質的データの把握を行い、R市に居住する高齢者および一般成人、さらに医療機関職員のICT見守りシステム導入に関する意向を把握し、その特徴を活かした見守りシステム構築への課題を明らかにすることを目的とした。

1-1 高齢者調査および一般成人調査

1-1-1 調査方法

調査対象者は、R市に居住する65歳以上の高齢者（307人）、および、20歳以上65歳未満の一般成人（308人）であった。調査方法は、質問紙調査（留置き法）で、民生委員の協力により配布および回収を行ってもらった。調査対象者の居住地区の偏りを解消するために、地区担当の民生委員のほぼ全員に調査実施の協力をいただき、民生委員1人につき調査対象者を4人程度に分担してもらった。対象者の選定に関しては、R市担当部局の職員の方に決定していただいた。調査の実施においては、「調査を断られた場合や、調査困難の場合は調査しない。調査に協力する意志はあるが、自分で回答できない場合は、聞き取り形式で調査を行う。」という条件の下で行っていただいた。調査期間は、2013（平成25）年1月21日～2月8日で、回収率は高齢者および一般成人ともに100%であった。

高齢者調査項目は、生活状況に関する項目として、性別、年齢、世帯状況（形態、子どもとの同居状況）、子どもの居住地域、健康状態、自立状況、社会関連性指標、生活への不

安（不安度，不安内容），要介護状態になった時の希望する介護形態，その他 16 項目．見守りシステムに関する項目として，利用の可否およびその理由，負担可能な初期経費（イニシャルコスト）の額，負担可能な必要経費（ランニングコスト）の額，以上 5 項目および自由回答で構成した．なお，項目はおおむね 4～5 件法で設定し，一部，複数回答で回答を求めた．なお，理由を問う項目に関しては記述式とした．

一般成人調査項目は，生活状況に関する項目として，性別，年齢，世帯状況および同居の家族人数の 4 項目．回答者と親に関する質問項目として，親との同居状況，親の居住地，親の健康状況，病気の種類，症状，親の将来の生活に関する不安および不安の内容，親が介護が必要になった時に望む介護形態の 8 項目．回答者自身に関する質問項目として，健康状態，病気の種類，症状，自分の将来への不安および不安の内容，自分が介護が必要になった時に望む介護形態の 6 項目．見守りシステムに関する項目として，システムを利用することでの生活の変化，システムのプライバシーの保持に関して，問題点解決の方法，システム利用の可否およびその理由，利用してみたいと思う理由，負担可能な初期経費（イニシャルコスト）の額，負担可能な必要経費（ランニングコスト）の額，利用したいと思わない理由，以上 8 項目および自由回答で構成した．なお，項目はおおむね 4～5 件法で設定し，一部，複数回答で回答を求めた．なお，理由を問う項目に関しては記述式とした．

なお，図 7-1 は，見守りシステムの説明（イメージ図）として，高齢者および一般成人アンケートに添付した．

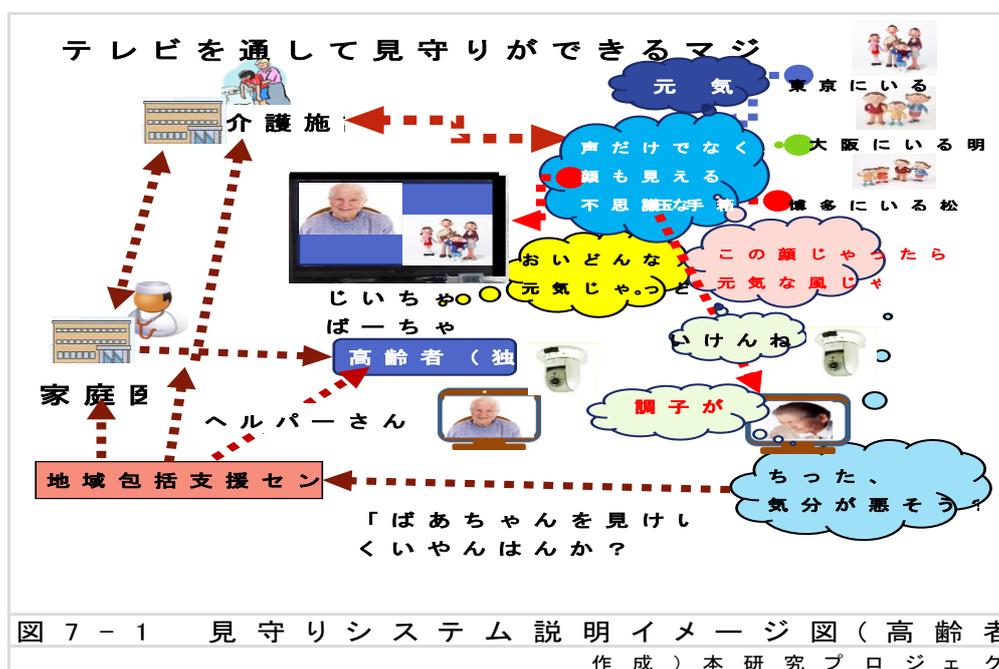


図 7-1 見守りシステム説明イメージ図（高齢者作成）本研究プロジェクト

1-1-2 分析方法

質問紙調査結果の集計および分析は、IBM SPSS Statistics19を用いた。なお、以下の集計においては、質問項目への無回答（欠損）が含まれるため、回答者数は質問項目ごとに異なる。自由回答の分析には、ベレルソンの内容分析手法を参考に、①回答データ一覧の作成し、②1つの記述内容ごとに記録単位に分割する。③記録単位を内容の共通性に従ってサブカテゴリ、カテゴリへと集約し、④カテゴリごとの記録単位数を算出した。

本章では、システムを利用することでの生活の変化、システムのプライバシーの確保に関して、問題点解決の方法、システム利用の可否およびその理由、利用してみたいと思う理由、負担可能な初期経費（イニシャルコスト）の額、可能負担な必要経費（ランニングコスト）の額、利用したいと思わない理由、および自由回答の結果に限定し、ICT導入への意向とその課題について分析した。

1-1-3 倫理的配慮

質問紙調査実施にあたり、調査票に調査の主旨とともに、回答は自由意志であり、拒否しても不利益を被ることがないこと、調査は無記名で、個人が特定できないよう統計処理を行うことを説明した文書を添付した。また、これらの質問紙調査は、鹿児島国際大学教育倫理審査委員会の承認を得たうえで実施した。

1-2 医療機関職員調査

1-2-1 調査方法

対象者はR市内の医療機関に勤務する職員50人であった。調査方法は、質問紙調査（留置き法）で、看護部長の協力により配布および回収を行ってもらった。調査対象者の選定については看護部長に一任し、医療職をはじめ、福祉介護職、事務職にも回答に協力していただくようお願いし、50票の調査票を看護部長あてに送付した。調査の実施においては、調査を断られた場合は調査しないという条件の下で行っていただいた。調査期間は、2014（平成26）年1月20日～2月15日で、45票の回答が得られた（回収率90%）。

調査項目は、対象の属性に関する項目として、職種、現在の職場における経験年数、現在の職場に勤務する前の職場、現在勤務している資格でのこれまでの経験年数。見守りシステムに関する項目として、システム利用で変わる患者様の生活について、システムが適切に利用されるための患者様の要件について、システム利用による病院側に生じる課題について、病院側の課題を解決するために考慮する点、システムが構築されると病院の業務

はどのように変化するか、システムを患者様のために導入すべきと思うか、選択枝 5~8 の中から 1 つ、または複数回答で回答を求めた。なお、最後にネットワークシステムについての自由回答を設けた。図 7-2・図 7-3 は、ネットワークシステムの説明（イメージ図）としてアンケートに添付した。

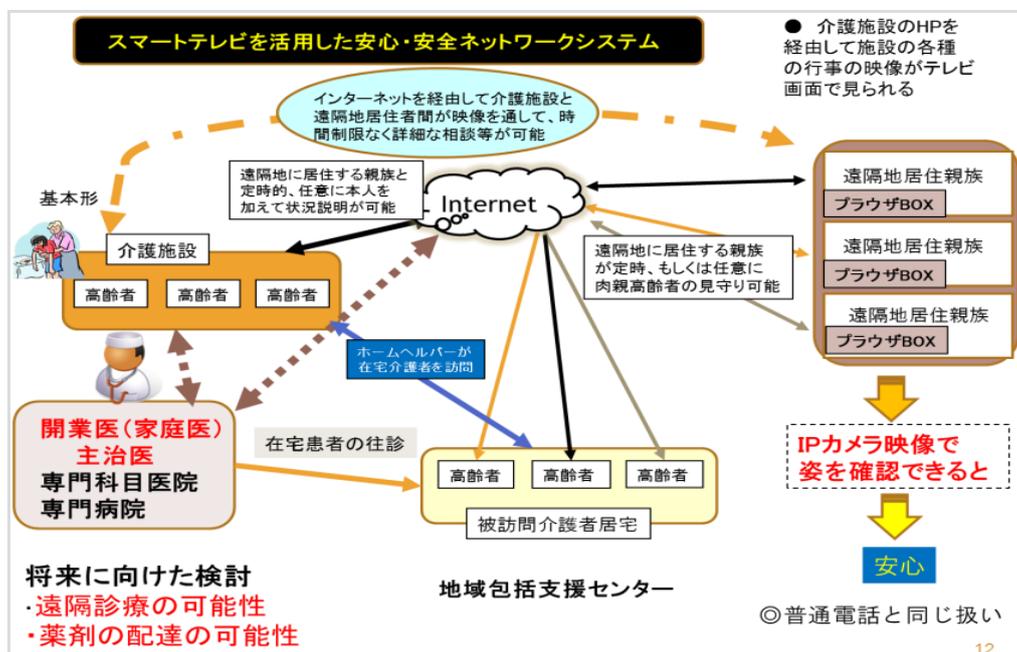


図 7-2 見守りシステム説明イメージ図①（医療作成）本研究プロジェクト

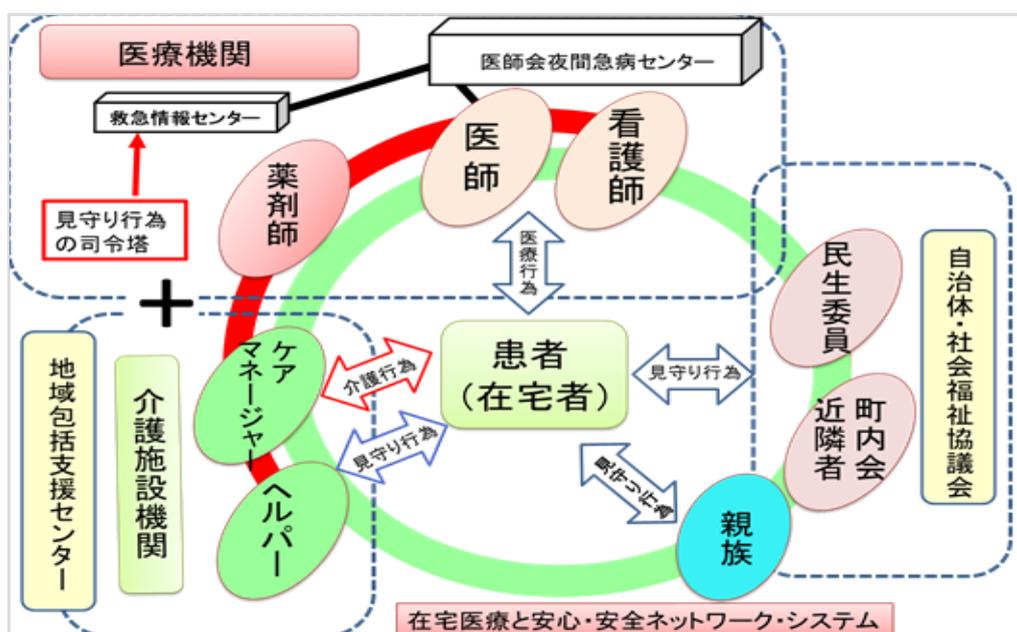


図 7-3 見守りシステム説明イメージ図②（医療作成）本研究プロジェクト

1-2-2 分析方法

質問紙調査結果の集計および分析は、IBM SPSS Statistics19を用いた。また、自由回答の分析には、ベレルソンの内容分析手法を参考に、①回答データ一覧の作成し、②1つの記述内容ごとに記録単位に分割する。③記録単位を内容の共通性に従ってサブカテゴリ、カテゴリへと集約し、④カテゴリごとの記録単位数を算出した。

本章では、システム利用で変わる患者様の生活について、システムが適切に利用されるための患者様の要件について、システム利用による病院側に生じる課題について、病院側の課題を解決するために考慮する点、システムが構築されると病院の業務はどのように変化するか、システムを患者様のために導入すべきと思うか、および自由回答の結果に限定し、ICT導入への意向とその課題について分析した。

1-2-3 倫理的配慮

質問紙調査実施にあたっては、調査票に調査の趣旨とともに、回答は自由意志であり、拒否しても不利益を被ることがないこと、調査は無記名で、個人が特定できないよう統計処理を行うことを説明した文書を添付した。また、これらの質問紙調査は、鹿児島国際大学倫理審査委員会の承認を得た上で実施した。

1-3 結果

1-3-1 高齢者調査結果

(1) ICT見守りシステムの利用意向

「利用したい」と回答した割合は60.8%、そのうち、利用に関しては、半数の人が利用料次第と回答していた。「使用したくない」が39.2%であった。そのうち、子どもと同居していない人の67.0%は、利用料次第を含め「利用したい」と答えていた。なお、見守りシステムを利用したい理由（複数回答）は、「病気などの突発的なことがあったとしても、いつでもすぐに安否確認してもらえるから」77.5%、「子どもや孫の帰省を待たなくても、いつでもテレビ電話で顔を見ることができ、寂しさを解消することができるから」29.4%であった。

(2) ICT見守りシステムの課題

まず、利用料設定についての課題があげられ、年金生活者である高齢者の切実な意見がみられた。利用料の額については、見守りシステムプランニングにかかる費用の把握にもつながり、機器選定やシステムの付加機能を検討する上で参考となる指標を得た。可能な

限り初期費用，必要経費ともに安価に抑え，希望額に近づける必要がある．機器選定，負担方法（レンタルまたはリースなど），自治体からの補填の可能性等，今後検討していく必要がある．初期経費に関する回答結果では，5,000円以下が59.8%，5,000～10,000円未満が22.6%であった．必要経費に関する回答結果では，1,000円未満が最も多く2,000円未満までの回答が8割を超えていた．

次にシステムの課題として，①プライバシーの問題があげられた．この課題は，システム導入に関して最も重要な検討課題である．見守る側が家族であったとしても監視されているという印象は付きまとう．カメラを段階的に作動させる方法（室内環境（室温・使用電力状況等）異常時→音声による声掛け→反応がない場合にカメラ作動）を検討しているが，カメラを使用しない見守りセンサーの使用または併用等，検討の必要がある．また，セキュリティ面に関しては，メール送付先の事前登録，通話可能な相手の制限，緊急時システムを利用する相手の制限等，IDとパスワードを用いた管理を検討している．

さらに，システムの課題として，②操作の問題があげられた．ICT活用による見守りシステム企画の初期段階では，独居高齢者を想定して検討を進めているが，当然，要介護状態にある人，障害のある人，認知症のある人等，身体機能や認知機能等を考慮した設定へと徐々に拡大していかなければならない．そのため，見守りシステムの操作については，操作が簡単，または操作の必要のないシステムが望ましい．センサー活用は，高齢者に操作の必要性は生じないため最も有効である．

同様にシステムの課題として，③見守り可能範囲の問題があげられた．見守り音声機能を付加していても高齢者の場合，聴力低下の問題もある．また，カメラが設置されている部屋以外での緊急時には，その場で返答することや動くことが不可能な事態も想定される．カメラに関しては，高齢者等の表情や健康状態の観察やコミュニケーションツールとしての使用に対しては効果的であるが，緊急時の対応に関しては固定された空間外での効果は薄い．センサーであれば行動の流れとして比較的広範囲をカバーできるというメリットはある．双方のメリット，デメリットを考慮した活用が求められよう．

加えて，システムの課題として，④地域の人的資源の活用があげられた．これまでの調査で，R市の高齢者は相談者や緊急時の援助者の存在があり，身近な社会参加が多く，さらに，今回の調査により，子どもは近隣の市町村に居住しており，親との会話をもちながら緊急時に備えている傾向が高いことがわかっている．加えて高齢者，とくに男性においては，社会貢献への意欲も高く，情報収集入手に関心が高いという特徴がみられている．こ

これらの特徴は、R市の有用な資源であるといえる。しかし、一方では、子どもがおらず、健康状態が思わしくないが家族の支援が得られない高齢者も少数ではあるが存在し、将来の日常生活への不安を抱えながら生活している状況もみられた。それにもかかわらず、このような高齢者の6割以上の方がICT見守りシステムを利用したいとは思わないと答えている。このことは、さらにその背景について補完調査をおこない、システムの構築に考慮していかなければならない課題でもある。そして、これらの方々をはじめ、地域住民の安心・安全な生活を保障していくためにも、また、ICT活用による見守りネットワークを効果的に機能させるためにも、地域の人的資源を近隣ネットワークとして活用していくことは極めて重要であるといえる。

1-3-2 一般成人調査結果

(1) ICT見守りシステムの利用意向

安心・安全ネットワークシステムについて、利用料しだいでは利用したいとする回答が45.6%と最も高かった。ぜひ利用したい、利用料次第では利用したいと思う理由については、病気など突発的なことがあったとしてもいつでも安否確認できるとする回答の割合が圧倒的に高く、その他、何らかの問題が起きてもいつでも相談にのれる、特にこれといったことではないがなんとなく安心・安全そうという回答が続いた。

次に、一般成人における安心・安全ネットワークシステムを利用することでの生活の変化と親との同居状況について、全体では、安否に対する心配が減るとする回答が最も多く、次いで、いつでも顔を見ることができ安心感が増える、分からないとする回答が上位を占めた。親との同居状況にかかわらず、親の安否確認に加え、顔を見ることができ安心感に関する回答が圧倒的に高かった。

(2) ICT見守りシステムの課題

まず、①利用料についての課題があげられた。見守りシステムの負担可能な初期経費（イニシャルコスト）の金額の結果は、5,000円未満が最も多く、次いで、5,000円～1万円未満と、これらの額が大半を占めた。なお、親との同居状況からもほぼ同様の結果が得られた。また、見守りシステムの料金を支払えると思われる月々の金額（ランニングコスト）は、1,000円未満が最も多かった。前述の回答者自身の将来の日常生活全般への不安の回答からも、「生活のための収入のこと」が上位にあがっていることから、システム利用に関するコストをいかに抑えるかが今後の導入の鍵を握るといえよう。機器選定、負担方法（レンタルまたはリースなど）、自治体からの補填の可能性等、今後検討していく必要があると

思われる。

次に、システムの課題として、②プライバシーの問題があげられた。この課題は、システム導入に関して最も重要な課題である。プライバシー保持に関する問題点の上位回答には、利用者のプライバシーおよび家族のプライバシーが守られない可能性があげられていた。この問題解決するためには、家族に限り、日常的にスイッチの「入り」を可能にし、連絡を取りやすくする、緊急性がないときのスイッチの「入り」が原則利用者の意志に基づくものとする、利用者の相手先（端末機器保持者）を特定者（家族・施設・病院など）に決める、緊急性が疑われるときは音声で状況を把握し、音声に対する反応がない場合は映像を映す、などの解決策があげられた。見守る側が家族であったとしても監視されているという印象は付きまとう。カメラを段階的に作動させる方法（室内環境（室温・使用電力状況等）異常時→音声による声掛け→反応がない場合にカメラ作動）を検討しているが、カメラを使用しない見守りセンサーの使用または併用等、検討の必要がある。また、セキュリティ面に関しては、メール送付先の事前登録、通話可能な相手の制限、緊急時システムを利用する相手の制限等、ID とパスワードを用いた管理を検討している。

また、自由回答の意見からあげられ課題として、システムの導入を望む理由や将来への要望、介護の現状やその対応に関する意見の内容などから、③ICT 見守りネットワークと医療機関および介護サービス（介護事業所）との連動への課題があげられよう。一般成人においては、同居状況にかかわらず、現在および将来的にも親の健康状態の低下に伴う疾患や介護の問題を避けては通れないという切実な問題がある。老親も含め、その介護を担う世代の一般成人の老後の不安の軽減・解消のためにも、いかに医療と介護を見守りシステムの中に機能させていくか、ソフトウェア構成および設計の再検討に加え、地域ケアシステム機能としてどのように連動させていくかが今後の大きな課題になるといえよう。さらに、④地域の人的資源の活用も重要な課題となる。見守りシステムの導入が、これまでに培われた R 市の家族や地域の近隣ネットワーク機能を低下させる結果となつてはならない。藤田ら（2013）の R 市高齢者調査をもとに岩崎（2014：97-109）の行った分析では、R 市の高齢者は相談者や緊急時の援助者の存在があり、身近な社会参加が多く、さらに、今回の調査により、子どもは近隣の市町村に居住しており、親との会話を持ちながら緊急時に備えている傾向が高いことがわかっている。加えて高齢者、とくに男性においては、社会貢献への意欲も高く、情報収集入手に関心が高いという特徴がみられている。これらの特徴は、R 市の有用な資源であるといえる。しかし、一方では、子どもがおらず、健康状態

が思わしくないが家族の支援が得られない高齢者も少数ではあるが存在し、将来の日常生活への不安を抱えながら生活している状況もみられた。それにもかかわらず、このような高齢者の6割以上の方がICT見守りシステムを利用したいとは思わないと答えている。このことは、さらにその背景について補完調査をおこない、システムの構築に考慮していかなければならない課題でもあるが、これらの少数の方々をはじめ、地域住民の安心・安全な生活を保障していくためにも、また、ICT活用による見守りネットワークを効果的に機能させるためにも、地域の人的資源を近隣ネットワークとして活用していくことは極めて重要であるといえる。

1-3-3 医療機関職員調査結果

(1) ICT見守りシステムの利用意向

患者のために導入すべきであるという肯定的な回答は全体の6割を占めた。職種別の回答では、事務職は3割弱、看護職は約7割、福祉職では6割に肯定的な回答がみられた。特に、日々直接的に患者と関わりのある看護職と福祉職では、導入に肯定する回答が高かった。「積極的に思う」と回答した者では、独居高齢者および老夫婦世帯が多い実態から、緊急の対応や孤独死の予防といった意見であった。「普通に思う」と回答した者では、上記の理由に加え、遠隔から見守りや診療ができ、独居の方の退院支援につながるという意見であった。一方、「どちらでもない」、「その他」と回答した者は、個々のケースや患者・家族次第であることや、操作や利用料を問題視していた。

(2) ICT見守りシステムの課題

課題については、①「利用料」の問題、次に②「簡単な操作」の問題、プライバシーやセキュリティに係る③「個人情報」の問題、多職種との連携や業務が煩雑とする④「医療・福祉現場業務との協働体制」の問題、⑤「システムの周知」、誰が監視するのかという⑥「オペレーターの所在」などの課題が抽出された。

「利用料」に関しては、高齢者調査および一般成人調査と共通しており、ICTネットワーク導入に関して最大限考慮しなければならない課題である。「医療現場・福祉現場業務との協働体制」について、それぞれの職種の業務の状況の精査と連携のあり方について、改めて、その把握と検討が必要である。なお、「オペレーターの所在」の問題に関しては、どこ（誰）に置くかによって、「利用料」や「医療現場・福祉現場業務との協働体制」との関連も生じてくると思われたため、関係団体等と意見交換および検討会等の必要もあると思われる。

(3) システム利用による患者の生活の変化および患者に求められる要件

ネットワークシステム利用に伴う患者の生活への変化について、異常の早期発見および緊急時の対応、孤独死や孤立死の予防、安心・安全な生活と介護予防などにつながるという回答が圧倒的に多くみられた。職種別の回答では、看護職と介護職は緊急時の対応が上位であるが、事務職の場合、緊急の対応が減り、利用料についての回答が高いことが特徴としてあげられた。さらに、システムが適切に利用されるために求められる患者の要件については、機器操作できる知的能力、利用料を支払うだけの経済的能力、システム利用に対する家族の理解が圧倒的に多く、職種別の回答でも、看護職や福祉職では上位に上がらない利用料を支払うだけの経済的能力について、事務職のすべての人が要件としてあげていた。事務職の場合、職業柄コスト意識も高く、患者の入院費支払等の日常業務を通して、経済的な実情を把握していることがその理由であると考えられる。

(4) システム利用による病院に生じる課題およびその解決策

ネットワークシステム利用により病院に生じる課題について、時間帯にかかわらず連絡が入り業務が煩雑になるおそれがある、異業種間の連携について、機器のモニター管理の所在、端末機器の保管場所等セキュリティの確保、常時のモニタリングは病院サイドで行うには無理がある、システムのコーディネート機関、に関する課題についてあげられた。職種別の回答では、特に直接的に患者と関わっている看護職と福祉職では、異業種間の連携に関する回答が上位であった。なお、これらの病院に生じる問題の解決策については、連携の核となる事業所の選定、主要職員に対する端末機器の使用法についての勉強会の実施、ネットワークシステムを地域包括ケアシステムに組み込む、緊急性が疑われるときは音声で把握し、反応がないときに映像を映すなどの回答が上位を占めた。職種別の回答では、三職種ともに、連携の核となる事業所の選定と端末機器の使用法についての勉強会をあげていた。

次に、システムが構築されて変わる病院の業務について、業務が大幅に増える、業務が煩雑になるという回答が多かった。職種別の回答では、事務職の場合、業務の煩雑さについての回答が多く、看護職および福祉職では、業務が大幅に増えるとの回答が多かった。

「業務が増える」とする回答を選択した理由をみると、システム管理・監視業務、システムの説明業務、トラブルのたびに連絡またはコンビニ受診の増加、時間帯にかかわらず連絡が入る、システムの対応をする部署の充実、夜間の対応のためのスタッフ配置等の問題などがあげられ、人員不足が懸念されている看護職・福祉職の切実な意見があげられた。「業

務が煩雑になる」の選択理由は、通常業務もある、いつでも連絡が来ると業務に支障をきたす、システムの管理者がいない、24時間体制で突発的なできごとに対応することで煩雑になる、職員の確保が現時点では難しい、相手の都合に合わせてたり調節が大変、在宅からの問い合わせが多くなる、業務内容が定着化するまでは緊急訪問や不慣れから煩雑になるなどの意見があげられた。

2. 独居高齢者等の安心・安全ネットワークシステムの実証実験研究

本研究は、R市のIT資源に着目し実施した。地域資源を最大限に活かしCATVを活用することで、遠隔地居住家族や介護・福祉施設、医療機関等が独居高齢者等の定時もしくは常時の見守りをおこない、独居高齢者等が可能な限り住み慣れた地域で生活を継続していけるネットワークシステムの構築を目的とした。将来的には地域包括ケアシステムへの導入も視野に入れている。現段階では、ICT見守りシステムの試作が完成し、システムの実証実験が終了している。関係主体間の連携を含む包括的なシステムの構築段階には及んでいないが、前節の質問紙調査で明らかになったICT見守りシステム導入への意向や課題を検証し、利用料、操作の簡便性、個人情報等の点の改良を加えながら、「ICTを活用した独居高齢者等見守りシステム」の構築を可能とした成果を報告する。

2-1 研究の背景と目的

これまでは、地方の過疎地域に高齢者が多く存在すると言われてきた。しかしながら、三大都市圏では、今後は高齢化がより顕著になることが予測されており、大都市圏を含めて全国的な広がりを見ることになるとしている（内閣府：2013）。

高齢化の進展は世帯構成にも大きな影響を与えている。今後は高齢者の「単独」「夫婦のみ」世帯が急増する。また、75歳以上の世帯主の世帯について、2010（平成22）～2035（平成47）年の世帯類型別動向⁶⁶では、最も大きく増加するのは「ひとり親と子」世帯（1.97倍）である。子どもと同居しているとはいえ、このような「ひとり親と子」世帯や「三世帯」世帯の子どもの大半は昼間は仕事で不在のため、老親は“昼間独居高齢者”となる。このような状況から、子どもが仕事中や遠隔地からも定時または常時の高齢者等の見守りや安否確認ができ、さらに、高齢者等の体調や緊急時の対応が可能となるシステムの開発を目指した。

⁶⁶ みずほ総合研究所(2013)「新将来推計で見る世帯の動向 - 高齢の「ひとり親と子」の世帯が大幅増加 -」より。

これまでの具体的な研究成果としては、現在までに CATV および光回線、動態デバイス等と IT-Net システムを活用した双方向通信による「独居高齢者等見守りシステム」の構築を可能とした。住居内にパン・チルト⁶⁷機能付暗視野可視可能なカメラ、各種 IC センサーを設置した。これまでの実証実験研究において、①定時または常時に高齢者等の日常行動や健康状態の把握による独居高齢者等の見守り、②各種 IC センサーのデータ等の可視ネットワークおよび各種データのビッグデータ⁶⁸の蓄積と解析による危険察知および警告のロジックの構築、③双方向通信をベースに独居高齢者等の情報を遠隔地居住親族、隣人、介護・福祉施設、医療機関等と共有できるシステムを構築した。

2-2 研究開発内容および成果

2-2-1 研究内容

対象地域である R 市は、すでに CATV と IT 光回線網が敷設されているため、IT ネット環境普及の素地はできている。この資源を最大限に生かし、遠隔地居住親族、介護・福祉施設、医療機関等が独居高齢者等を見守り（定時・常時）、独居高齢者等が可能な限り住み慣れた地域で生活を継続できる安心・安全ネットワークシステムの構築を目指すものである。

2-2-2 研究方法

ICT 見守りシステム構築の目標は以下のとおりである。

- ①CATV および IT ネットを活用し、双方向通信インフラを基盤とした CATV、PC、各種センサー、移動体デバイス、赤外線カメラ等を組み合わせる。
- ②本システムは商用電力を必要としない、電池交換および屋内配線不要のソーラー電池で稼働できる。
- ③遠隔地に居住する親族、介護施設および医療機関等に視覚だけではなく、聴覚的な連携システムを構築する。また、見守りだけではなく、遠隔地居住親族、介護・福祉施設、医療機関等相互の日常的な連絡手段としても活用できる。
- ④特定時間内の突発的な事象の危険察知・警告（動態センサー：高齢者の転倒、温感センサー：熱中症発生等）のための閾値設定を目的としたダウンサーバーへのビッグデータ蓄積。

⁶⁷ パン・チルト機能とは、パンは左右振り、チルトは上下振り機能の付いたカメラのこと。

⁶⁸ ビッグデータとは、事業に役立つ知見を導出するためのデータのこと。

- ⑤市民（高齢者・一般成人），医療機関職員等に対するアンケート調査の実施・分析.
- ⑥プライバシー，セキュリティに対する課題の解決.

2-2-3 研究結果

- ①カメラに対し監視されている感覚（拒否感）が非常に強いことから，動態，ドア開閉，温湿度，照度等の各種 IC センサーを活用した．これは高齢者等が通常の生活の中で，特別な操作を必要としない機器として開発した．
- ②遠隔地居住親族，介護・福祉施設，医療機関等相互の連携が視覚だけでなく，聴覚連携できるシステムを完成させた．
- ③本システムの活用に対する市民（高齢者・一般成人），医療機関職員等に対する意識調査（アンケート調査）を実施した．回収率は，高齢者 100%，一般成人 100%，医療機関職員 90%で，利用希望者は高齢者で 60.8%，一般成人で 51.2%，医療機関職員で 60.5%であった．医療機関事務職員は 28.6%であったのに対し，直接的に日々のケアに関わっている看護職 69.3%，介護職 60%の希望があった．
- ④利用希望者以外でも，初期経費次第と回答した人も多く，ランニング経費は 1,000 円程度が最も多かった．
- ⑤独居高齢者宅で測定した 3 種の IC センサーデータの一例を示した．なかでも，室温データは熱中症の発生の危険閾値の発信源にできる．また，動態センサーは高齢者の終日の動きを把握できることを明らかにした．
- ⑥有線光回線ケーブル敷設地域だけでなく，移動体通信デバイスも含めて連携可能とした．

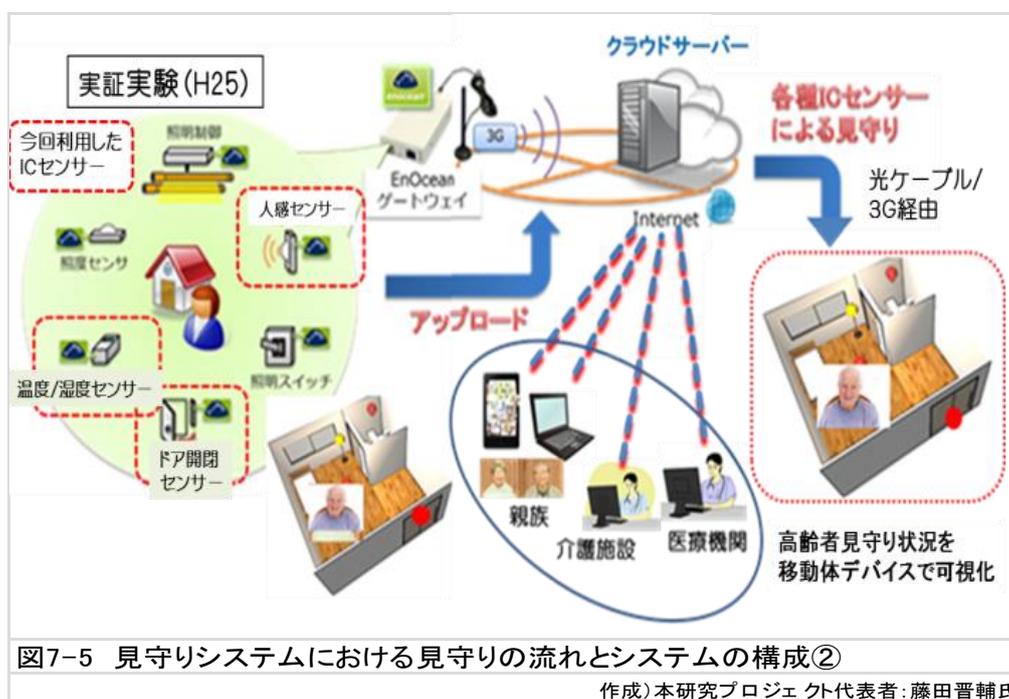
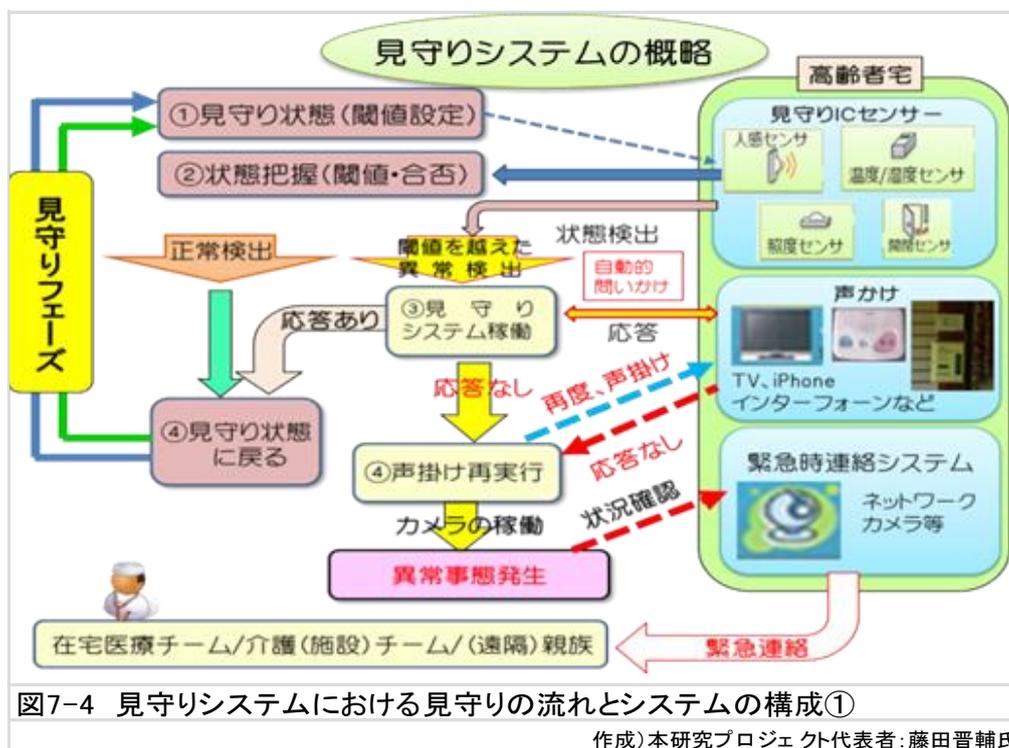
2-3 開発した ICT 見守りシステムの概要

2-3-1 ICT 見守りシステムの概略

開発した見守りシステムの概略は図 7-4 および図 7-5 のとおりである．このシステムは，在宅，介護（施設）での導入を想定している．

「見守り IC センサー」には，高齢者等の動きを感知する人感センサー機能，温度・湿度を感知する温度／湿度センサー機能，部屋の照度を感知する照度センサー機能，ドアの開閉を感知できる開閉センサー機能が設定してある．これらのデータは 24 時間蓄積されている．仮に設定してあるセンサーの閾値の範囲外の状況がみられた場合に，異常とみなし，自動的に問かけを行う．応答があれば，正常と検出し，自動的に見守り状態に戻る．応答

がなければ、緊急時連絡システムが作動し、再度声かけを行い、反応が無い場合に初めてカメラが稼働し、室内の状態を確認することができる。異常事態発生の場合、は在宅医療チーム/介護（施設）チーム/（遠隔）家族へ緊急連絡が行われるというシステムである。



2-3-2 ICT 見守りシステム実証実験の実際

見守りシステム実証実験の対象は、R市の独居高齢者Sさん（80歳代）宅とし、見守りセンサーを設置した（図7-6）。約2日間にわたる室温、動態等の計測データの結果を以下に示す（図7-7、図7-8、図7-9）。

なお、実証実験対象者の選定は、本システム開発の趣旨に賛同してくださったR市職員1名に、個人が特定されないようデータ処理・管理するという条件で、同市内で独居生活をされているその方の母親を選定し、承諾と協力を得て実施した。



(1) 室温センサーの蓄積データ（図7-7）

実験実施日は2月中旬であり、室内温度は3℃～11℃で経過している。日中の活動時は、若干の室温の上昇がみられている。室温は低めで経過しているが、Sさんは衣服の調整とコタツで保温されている。また、2月22日午後に室温センサーが作動していないが、デイサービスで外出されているためである。

このセンサーの活用としては、冬場の低体温症や夏場の熱中症の早期発見にもつながることが期待される。さらに、火災等の早期発見にも期待できるものと考えられる。

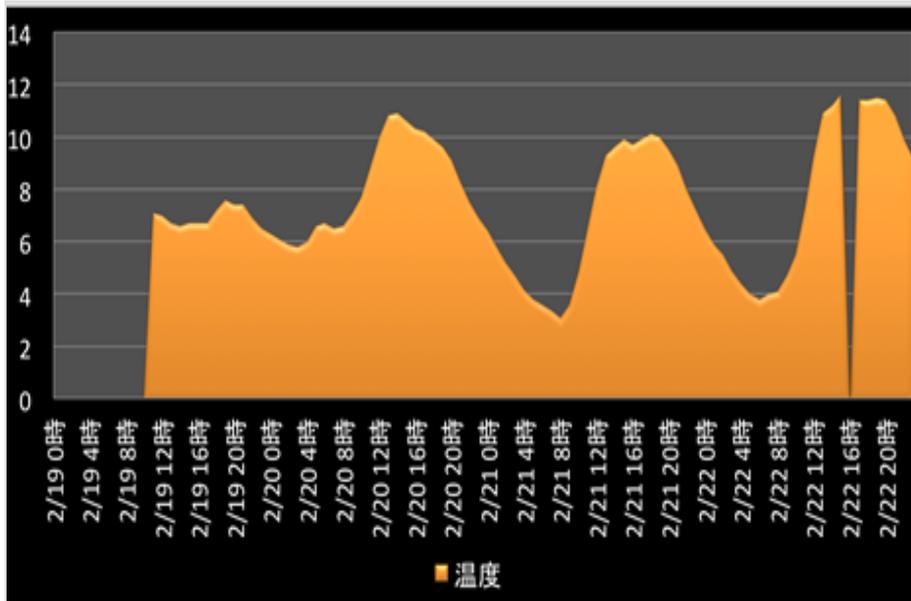


図7-7 室温センサーの蓄積データ

作成)本研究プロジェクト代表者: 藤田晋輔氏

(2) 相対湿度の蓄積データ (図 7-8)

Sさん宅は、冬場ではあるが相対湿度が高く 70~80%程度で経過している。冬場は、湿度はある程度は高めでも構わないと思われるが、50~60%程度が適切である。

湿度のデータに関しては、呼吸器疾患の管理としても役立ち、また、夏場に湿度が高いと熱中症になりやすいため、湿度を管理することで高齢者にとっては、特に感染症の予防や熱中症の予防等に期待できると考えられる。

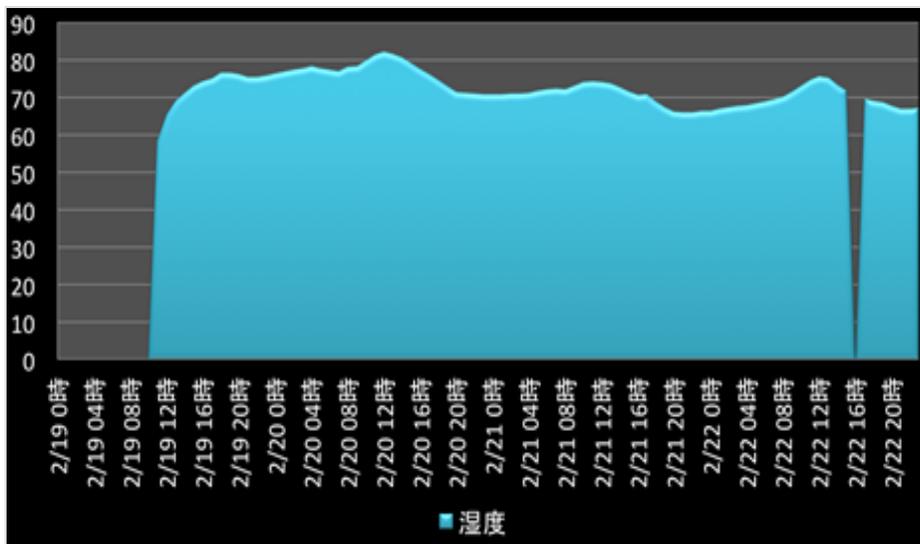


図7-8 相対湿度の蓄積データ

作成)本研究プロジェクト代表者: 藤田晋輔氏

(3) 人感センサーの蓄積データ (図 7-9)

図 7-9 は、3 か所に取り付けた人感センサーの複合データである。温度のパターンは規則的で、居間で過ごす時間帯や、起床・入眠のリズム、また、トイレの回数やトイレに行く時間帯、さらには、入眠後の排尿回数等も推測することができる。

例えば、高血圧や心機能低下などの疾患に用いられる利尿剤や不眠による睡眠導入剤等の薬物療法の効果をみる指標としての活用もある。さらに、糖尿病や腎・泌尿器疾患のある人の排尿回数の把握にとって有用であると考えられる。

その他、転倒による骨折等で動けなくなった場合、脳血管疾患や心疾患等の発作に伴う緊急時、認知症等の予測不可能な動作の解析などにも有用ではないだろうか。

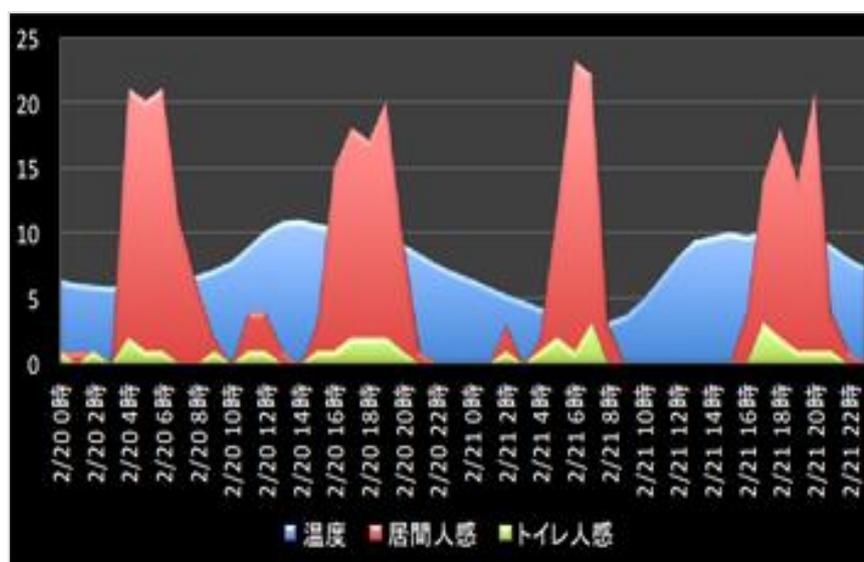


図7-9 人感センサーによる居間における移動認識とトイレの利用回数

作成)本研究プロジェクト代表者: 藤田晋輔氏

2-4 研究開発成果と今後の展開

わが国の超高齢化に伴う独居高齢者は、過疎地域だけでなく、地方小都市や大都市圏でも増加の一途をたどっている。夫婦共稼ぎの時代、三世代同居状態にあっても、昼間独居が増加しており、安心・安全を担保するためには、「見守りシステム構想」は高齢者、親族、介護施設、医療機関等と常につながる必要がある。この中で高齢者には「見守られている安心感」が生まれる。今後、関係主体相互の連携を含む包括的なシステムの構築へと進めて行くが、地域住民の自助・互助からなる「地域力」などの地域資源等をどのように、また、どのような比重で活用し、ICT を活用した見守りシステムを組み込んで包括的なシステムを構築していくかが問われてくる。

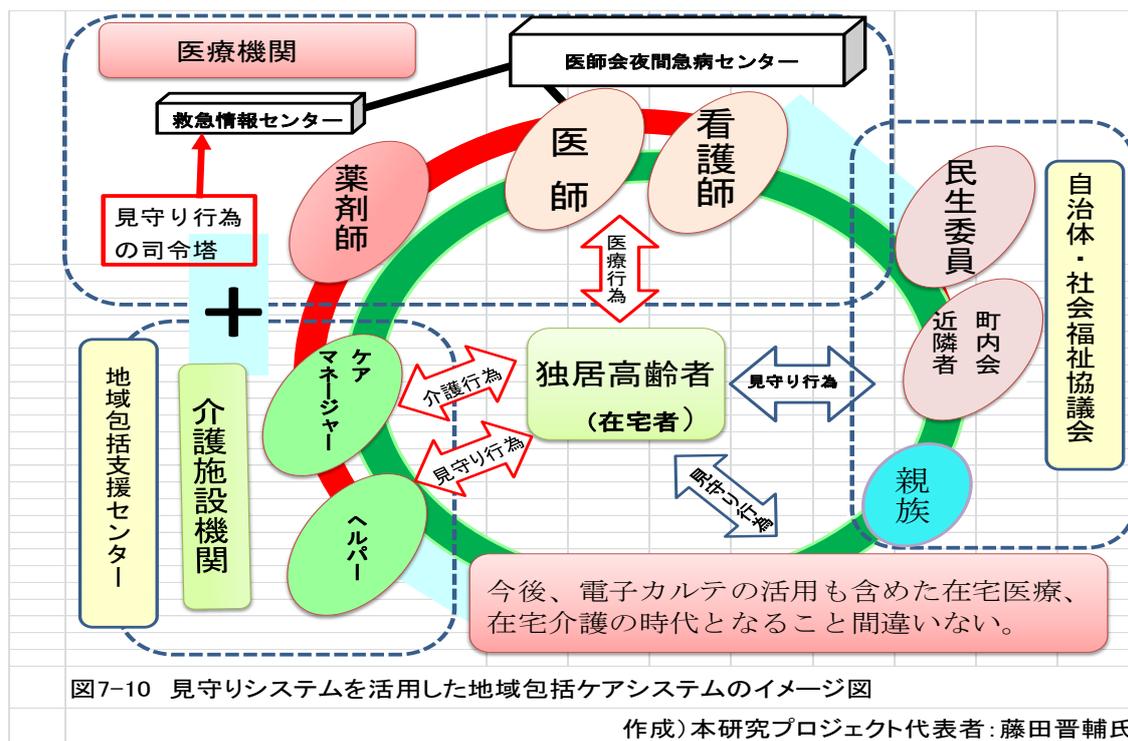
今回の研究では、独居高齢者に限らず、PC が扱えない市民も安心・安全の確保のために、

住居内に各種 IC センサー、パン・チルト機能付き暗視野可視可能なネットワークカメラ等による「定時・常時見守り、過去のデータ記録、可視可能なネットワークと各種データ解析システムによる危険察知および警告のロジックを構築し、遠隔操作による双方向通信を可能とした。

シンプルな間取りであれば、設置する各種 IC センサーは、①人感センサー、②温湿度センサー、③ドア開閉センサーで、高齢者等の見守りシステムとして十分発揮できる。すなわち、見守られる独居高齢者等の住宅に設置した各種 IC センサーから発信されるデータは、ゲートウェイからインターネットを介して高齢者等の日常の行動を認知できる。これをベースに独居高齢者の日常行動や健康状態を知り、常に遠隔地居住親族、隣人、介護および医療機関等相互に情報を共有する双方向通信ネットワークの実証実験を経て実用化を目指すプロジェクトが構成できた。

今後、本システム普及のため、次の二点の検討事項の解決が求められる。

- ①クラウドサーバーへの各種 IC データのビッグデータの収集・解析による危険察知、警告のロジックの完結。
- ②関係者による運営協議会の設立と独居高齢者等の安心・安全ネットワークシステム（見守りシステム）の理解と普及に向けた取り組みとその構築（図 7-10）。



3. 島嶼地域における ICT 活用への示唆

ICT 見守りシステムのこのような効果については、設置および費用の問題等がクリアできれば、遠隔性によって医療・介護資源の少ない島嶼地域こそ有用な資源となり得ると考える。今回は、動態、ドア開閉、温湿度、照度等の各種 IC センサーを活用している。単に、高齢者等安否確認としての活用のみならず、データの蓄積により、既往歴や原疾患との関連にも着目でき、診療の補助や治療効果の推測にも大いに役立つことも期待できる。例えば、トイレの開閉データからは、糖尿病患者や利尿剤投与中の患者の排尿回数の推測・夜間頻尿の状況、浴室の開閉データからは、身体の保清状況、室温センサーのデータからは、適正室温の管理による夏場の熱中症予防や冬場の低体温症予防、照度センサーのデータからは、睡眠時間（起床・就寝）や眠剤の効果の推測など、事例の集積データから分析可能となる。また、島嶼地域に住む人々には、制度や施策に対して漠然とした諦め感が大きい。そうした島嶼地域の独居高齢者等が安心して暮らすために、①いつも誰かと繋がっているという安心（孤独感の軽減）、②防災・緊急時の早期発見・早期対応につながる安心、③健康面で医療従事者と繋がっているという安心、④家族、その他の人々とコミュニケーションできるという安心、等を提供することができる。

島嶼地域においては、地域の地理的な事情や文化等によって地域事情が極端に異なる場合も少なくない。ICT 活用は、健康相談サービスや買い物支援など、オプション機能の付加も可能であり、地域の不便さをカバーするなどの多くの可能性を含有している。特に、島嶼地域の医療・診療システム構築には ICT を活用したシステムづくりは欠かせないと言える。この構想は、厚生労働省により掲げられた「在宅医療・介護安心 2012」の構想、計画が一致しており、「高齢者等見守りネットワークシステム」の構築は、今後の福祉行政改革の中で、在宅医療・在宅介護の導入が必至であり、地域包括ケアシステムをつくり上げるためにも必要不可欠である。

謝辞

本研究を執筆するにあたり，多くの方々から温かいご指導とご支援を頂いた．特に指導教授の田畑洋一教授，昨年度まで指導教授としてご指導を頂いた高山忠雄教授に感謝申し上げます．さらに，調査手法および分析のご指導と助言を頂きました鹿児島国際大学大学院の小窪輝吉准教授に改めてお礼を申し上げます．

また，島嶼調査研究において深いご理解とご協力を頂いた，鹿児島県奄美大島の皆様，沖縄県八重山諸島の皆様，および，ICT 実証実験研究においてご理解とご協力を頂いた皆様に深く感謝申し上げます．

さらに，ICT 見守りシステム実証実験研究において，ご指導を頂いた鹿児島 TLO 取締役の藤田晋輔先生（鹿児島大学名誉教授）をはじめ，吹留博実様（鹿児島 TLO 代表取締役），岩倉路和様（コムツァイト代表取締役），他研究開発評価委員および研究補助員の皆様に深く感謝申し上げます．

文献

IT 用語辞典

<http://e-words.jp/w/PDCAE382B5E382A4E382AFE383AB.html> (2014.9.1)

青木邦男 (2009) 「高齢者向け生きがい感スケールの因子構造とその得点の検討」『山口県立大学社会福祉学部紀要』、15 : 101-108.

秋山弘子 (2008) 「超高齢社会のサクセスフル・エイジング」将来社会を俯瞰した研究開発ビジョン研究会第 11 回講演資料、p 150.

秋山弘子 (2010) 『長寿時代の科学と社会の構想『科学』』岩波書店.

朝倉美江 (2010) 「地域ケアシステムづくりへの挑戦」太田貞司(編)『地域ケアシステムとその変革主体』光生館、p 3.

安梅勅江 (2000) 『エイジングのケア科学 - ケア実践に生かす社会関連性指標 - 』川島書店、p 137.

安梅勅江 (2005) 『コミュニティ・エンパワメントの技法 当事者主体の新しいシステムづくり』医歯薬出版.

安梅勅江 (2006) 『エンパワメントのケア科学 当事者主体チームワーク・ケアの技法』医歯薬出版.

安梅勅江 (2007) 『健康長寿エンパワメント 介護予防とヘルスプロモーション技法への活用』医歯薬出版.

一般社団法人全国訪問看護事業協会 「平成 25 年訪問看護ステーション数調査結果」

<http://www.zenhokan.or.jp/new/new/new320.html> (2014.10.14)

岩崎房子・小窪輝吉・田中安平ほか (2014) 「島嶼地域における高齢者の生活と福祉ニーズ - 奄美大島と八重山諸島における高齢者の主観的健康感と健康への意識行動および社会関連性指標との関連 - 』『九州社会福祉学』 No.10、p1-13.

岩崎房子 (2014) 「独居高齢者等の見守りと安心・安全のためのネットワークシステムに関する研究 - S 市に居住する高齢者の社会関連性指標を中心に - 』『鹿児島国際大学福祉社会学部論集』第 32 巻第 4 号、p 97-109.

岩崎房子 (2014) 「高齢者の安心・安全ネットワークシステムに関する研究 - 地方小都市居住高齢者の生活と ICT 見守りシステムに関する意向と課題 - 』『九州社会福祉学年報』第 6 号、p 11-22.

- 岩崎房子（2014）「島嶼地域中高年者の生きがい感に関連する要因－社会関連性指標との関連について－」『鹿児島国際大学大学院学術論集』第6集、p1-9.
- 太田貞司（2009）「「介護予防」と「地域ケアシステム」」笹谷春美他(編)『介護予防－日本と北欧の戦略』光生館、p108.
- 太田貞司（2011）「地域社会を支える「地域包括ケアシステム」」太田貞司・森本佳樹（編著）『地域包括ケアシステム』光生館、p28.
- 大友博子（1992）「高齢者の生きがい」p1.
http://www.net-ric.com/advocacy/datums/92_4ootomo.html（2014.5.17）
- 大湾明美「（2012）小離島における高齢者の在宅終末期ケアシステムの開発」科学研究費助成事業（科学研究費補助金）研究成果報告書.
- 岡本秀明（2008）「高齢者の生きがい感に関連する要因」『和洋女子大学紀要家政系編』48：111-125.
- 鹿児島県奄美パーク「奄美の郷：ソテツ」
<http://www.amamipark.com/amaminosato/04.html>（2014.10.10）
- 鹿児島県ホームページ「鹿児島県の高齢化率」
<http://www.pref.kagoshima.jp/ae05/kenko-fukushi/koreisya/koreika/koureikaritu.html>（2014.6.1）
- 鹿児島県ホームページ「年内市町村別高齢化率 平成22年10月1日」
<https://www.pref.kagoshima.jp/ae05/kenko-fukushi/koreisya/koreika/koureikaritu.html>（2014.9.20）
- 神谷美恵子（2004）『生きがいについて』みすず書房.
- 鬼崎信好（2014）『高齢者介護サービス論－過去・現在・未来に向けて』中央法規出版.
- 倉田康路・滝口真監修（2011）『高齢者虐待を防げ 家庭・施設・地域での取り組み』法律文化社.
- 黒岩亮子（2001）「「生きがい推進」の行政施策」高橋勇悦・和田修一郎(編)『生きがいの社会学』弘文堂、p217-241.
- 小池司朗「都道府県別高齢者人口変化の人口学的要因」人口問題研究所、70-2、P97-119.
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/19954403.pdf>（2014.6）
- 厚生労働省在宅医療・介護連携推進プロジェクトチーム「在宅医療・介護の推進について」
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/zaitaku

ryou_all.pdf#search= (2014.11.10)

厚生労働省「在宅医療の現状」

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h24_071_1_01-02.pdf#search= (2104.11.11)

厚生労働省「認知症高齢者数について (2012 (平成 24) 年 8 月)」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iau1.html> (2102.11.11)

厚生労働省「社会保障費の推移」

<http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/dl/05.pdf#search=> (2014.9.21)

厚生労働省「ディーセント・ワークについて (働きがいのある人間らしい仕事) について」

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kokusai/ilo/decent_work.html (2014.9.1)

厚生労働省「地域支援事業の充実、地域包括支援センターの機能強化等について」

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000052691.pdf#search=> (2014.11.11)

厚生労働省「社会保障制度改革の全体像」

http://www.mof.go.jp/comprehensive_reform/setsumeikaikoro.pdf (2014.10.10)

厚生労働省「地域包括ケアシステム」

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chii-ki-houkatsu/ (2-14.10.10)

厚生労働省 (2003)「2015 年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3.html> (2014.11.22)

厚生労働省「人口動態統計年報 主要統計表(最新データ 年次推移)死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii06/> (2014.11.11)

厚生労働省地域包括ケア研究会 (2009)「地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理～」

http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/dl/h0522-1_0001.pdf (2014.11.21)

厚生労働省ホームページ「地域包括ケアシステム構築へ向けた取組事例」

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-

- houkatsu/dl/model.pdf#search=' (2014.11.11)
- 厚生労働省老健局(2010)「介護保険制度に関する国民の皆さまからのご意見募集(結果概要について)」
- <http://www.mhlw.go.jp/public/kekka/2010/dl/p0517-1a.pdf#search=> (2014.11.11)
- 厚生労働省老健局 (2013)「地域包括ケアシステムについて」
- <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dai15/siryou1.pdf> (2014.11.11)
- 厚生労働省老健局 (2014)「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料」
- <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000038295.html>(2014.11.11)
- 厚生労働省老健局老人保健課「地域支援事業実施要綱の改正について」(2010(平成22)年8月6日)
- <http://jamcf.jp/institution/2010/kaigohokeninfo158.pdf#search=> (2014.10.12)
- 厚生労働省老健局介護保険計画課(2014)『介護保険最新情報(平成26年2月13日)』Vol.355、別紙1資料.
- http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/hoken/kaigo_lib/info/saishin/saishin.html (2014.10.10)
- 小窪輝吉・田畑洋一(2001)「加計呂麻島の高齢者のインフォーマル・ネットワークと社会参加」『地域文化と福祉サービス 鹿児島・沖縄からの提案』日本経済評論社、p147-170.
- 小窪輝吉・田畑洋一(2006)『離島の離島における高齢者の自立生活と地域の役割に関する研究』(平成15年度～平成17年度科学研究費補助金基盤研究(B)研究成果報告書).
- 小窪輝吉・田中安平・田畑洋一(2008)「鹿児島県の離島に居住する高齢者の生きがい感について」『鹿児島国際大学福祉社会学部論集』27:15-24.
- 小窪輝吉・岩崎房子・田中安平ほか(2014)「島嶼高齢者の生きがい感に及ぼす社会関連性の影響」『社会福祉学』55(1):13-21.
- 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2006年12月推計)一表1出生中位(死亡中位)推計の表1-8出生・脂肪および自然増加の実数ならびに率」
- <http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/suikai07/suikai.html#chapt1-1> (2014.10.10)
- 国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)2013(平成25)年1月推計」
- <http://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2013/t-page.asp> (2014.11.10)
- 小宮山宏「持続可能な『プラチナ社会』の構築に向けて」未来社会提言基調講演2101年資

料.

<http://platinum.mri.co.jp/sites/default/files/100802MST.pdf#search=> (2014.10.15)

近藤勉 (2007) 『生きがいを測る』 ナカニシヤ出版.

坂田清美・吉村典子・玉置淳子ほか (2002) 「生きがい、ストレス、頼られ感と循環器疾患、悪性新生物死亡との関連」『厚生指標』、49(10) : 14-18.

志田倫子(2014) 「社会的ネットワーク論と日本型コミュニティの方途」『静岡英和学院大学・静岡英和学院大学短期大学部紀要』第 12 号、p 49-58.

社会保障審議会介護保険部会 (第 47 回) 資料 1 「生活支援・介護予防等について」(2013 (平成 25) 年 9 月 4 日)

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshit-su_Shakaihoshoutantou/0000021717.pdf#search= (2014.10.10)

社会保障審議会介護保険部会 (第 51 回) (平成 25 年 10 月 30 日) 「予防給付の見直しと地域支援事業の充実について」

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshit-su_Shakaihoshoutantou/0000027993.pdf#search= (2014.11.11)

社会保障審議会介護保険部会 「介護保険制度の見直しに関する意見」(2013 年 12 月 20 日)

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshit-su_Shakaihoshoutantou/0000033066.pdf#search= (2014.11.11)

社会保障制度改革国民会議 (2013) 「報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」(2013 (平成 25) 年 8 月 6 日)、p 21-25.

社会保障国民会議 「第二分科会 (サービス保障 (医療・介護・福祉) 中間とりまとめ)」

http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyokuminkaigi/chukan/siryou_4.pdf
(2014.11.10)

社団法人全国訪問看護事業協会 「平成 23 年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進事業) 訪問看護の基礎強化に関する調査研究事業～訪問看護事業所の基盤強化促進に関する実態調査～」報告書、2012 年 3 月.

終末期医療のあり方に関する懇談会 (2010) 「終末期医療に関する調査」結果について (案) 第 6 回終末期懇談会資料 1 (別添)」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000vj79-att/2r9852000000vkcw.pdf#search=>
h= (2014.11.10)

首相官邸「政策会議」

<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/> (2014.9.1)

首相官邸ホームページ「社会保障制度改革国民会議～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」、2013年8月6日。

<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/> (2014.10.10)

障害保健福祉研究情報システム (2009)「第31回総合リハビリテーション研究大会～手と手を…ひろしまからの発信～」

http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/conf/080829seminar/01_02.html (2014.9.1)

『世界大百科事典』平凡社。

総務省 ICT 利活用ワーキンググループ「「災害に強い自治体」になるための ICT 利活用の在り方」

http://www.soumu.go.jp/main_content/000208839.pdf#search= (2014.5.11)

総務省「国から地方への税源移譲 (三位一体の改革)」

http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/jichi_zeisei/czaisei/czaisei_seido/zeigenijou.html
(2014.9.1)

総務省統計局「3大都市圏の人口移動」

<http://www.stat.go.jp/data/idou/topics/topi26.htm> (2014.5.10)

総務省統計局「日本の統計 第2章人口・世帯 2-1 人口の推移と将来人口」

<http://www.stat.go.jp/data/nihon/index2.htm> (2014.5.10)

総務省統計局「日本の統計 第2章人口・世帯 2-13 世帯別にみた65歳以上の者のいる世帯数」

<http://www.stat.go.jp/data/nihon/index2.htm> (2014.5.10)

『大辞林第三版』三省堂、2006。高橋紘士 (2012)『地域包括ケアシステム』オーム社。

高橋紘士 (2014)「事例を通じて、我がまちの地域包括ケアを考えよう「地域包括ケアシステム」事例集成～できること探しの素材集～」日本総合研究所。

高橋勇悦 (2000)「高齢者の生きがいに関する国際比較研究－中国・韓国・日本－」長寿社会開発センター(編)『生きがい研究』6: 18-40。

高山忠雄・安梅勅江 (1998)『グループインタビュー法の理論と実際－質的研究による情報把握の方法』川島書店。

高山忠雄 (2008)「厚生労働科学研究費補助金長寿科学研究事業 (国際共同研究事業)「介

- 「介護予防型自立支援プログラム」の国際的な妥当性と汎用性の向上に向けた介入評価に関する国際共同研究」平成 19 年度研究報告書」.
- 高山忠雄 (2009) 「厚生労働科学研究費補助金長寿科学研究事業「効果的な介護予防型訪問・通所リハビリテーションの実態把握からみた自立生活支援プログラムの開発評価に関する研究」平成 18～20 年度 総合研究報告書」.
- 田畑洋一 (2014) 「平成 23 年度～平成 25 年度日本学術振興会科学研究費補助金基盤研究 (B) 「琉球弧における地域文化の再考と地域再生プランおよび実践モデル化に関する研究」研究成果報告書」.
- 地域包括ケア研究会 (2008) 「平成 20 年度地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理」『平成 20 年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進事業) 報告書』三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社.
- 地域包括ケア研究会 (2010) 「地域包括ケア研究会報告書 (平成 22 年 3 月)」三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社.
- 千葉大学大学院看護学研究科 「エンド・オブ・ライフケアの考え方」
<http://www.n.chiba-u.jp/eolc/opinion/> (2014.10.10)
- 中央法規出版編集部編 (2014) 『改正 介護保険制度のポイント』中央法規出版.
- 筒井孝子 (2012) 「日本の地域包括ケアシステムにおけるサービス提供体制の考え方ー自助・互助・共助の役割分担と生活支援サービスー」『季刊・社会保障研究』Vol.47、No.4.
- デジタル大辞泉 <http://dictionary.goo.ne.jp/leaf/jn2/4416/m0u/> (2014.11.23)
- 内閣府 「社会保障国民会議」
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/> (2014.9.1)
- 内閣府 (2012) 「平成 24 年度版 高齢社会白書」
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/s1_2_3_02.html (2014.9.1)
- 内閣府 (2013) 「平成 24 年度高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況 第 1 章高齢化の状況」『平成 25 年度版高齢社会白書 (全体版)』
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2013/zenbun/25pdf_index.html (2014.9.1)
- 内閣府 『平成 25 年度版高齢社会白書』 「2 地域別にみた高齢化」
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2013/zenbun/s1_1_2.html (2014 年 9 月 20 日)
- 内閣府 「平成 26 年版高齢社会白書 (全体版)」 「高齢化の状況」

- http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/zenbun/pdf/1s1s_1.pdf (2014.9.21)
内閣官房「まち・ひと・しごと創生法案の概要」より
- http://www.cas.go.jp/jp/houan/140929_1/gaiyou.pdf#search= (2014.11.21)
内閣府大臣官房政府広報室「世論調査 在宅介護, 施設介護に関する意識について」
- <http://survey.gov-online.go.jp/h22/h22-kaigohoken/2-2.html> (2014.10.10)
- 中野いく子・中島辰弥・森久保俊満 (2011)「高齢者の生きがいとその関連要因」『東海大学健康科学部紀要』17: 3-11.
- 西村剛 (2007)「コミュニティ・ビジネスの定義に関する一考察」 p 6.
<http://www.nara-su.ac.jp/~miyasaka/DefinitionofCommunityBusiness.pdf#search=>
(2014.10.21)
- 日本看護協会第20回チーム医療推進会議資料3『診療の補助における特定行為(案)「特定行為に係る看護師の指定研修の基準に係る事項(案)」
<http://www.nurse.or.jp/nursing/tokutei/> (2014.10.10)
- 日本看護協会出版会編集 (2013)「平成25年看護関係統計資料集」
<http://www.nurse.or.jp/nursing/tokutei/> (2014.10.10)
- 日本大百科全書「H村の要覧」
<https://kotobank.jp/word/%E5%A4%A7%E5%92%8C%E6%9D%91%E3%81%AE%E8%A6%81%E8%A6%A7-1616764> (2014.9.20)
- 早川理恵 (2014)「支え合いマップづくりから始まった住民主体の地域福祉活動 鹿児島県大和村」『月刊自治研3月号』自治研中央推進委員会、56(654)、p 24-29.
- 早川理恵 (2014)「地域支え合いマップづくりをきっかけとした住民主体による地域づくり—大和村の取り組み」『地域リハビリテーション』三輪書店、Vol.9、No.7、539-540.
- 平岡昭利編著 (2003)『離島研究』海青社.
- 平野智子 (2014)「なじみの地域で最期まで支えるチームケア—一人ひとりがより良い選択ができるよう最期まで寄り添う—」『CARE WORK』No.245、介護労働安定センター、P8-9.
- 廣渡健司 (2010)「孤独死のリスクと向き合う」『H22年度老人保健健康増進等事業「セルフ・ネグレクトと孤立死に関する実態調査と地域支援のあり方に関する調査研究報告書』
p1.
- 深作拓郎 (2008)「市民生活と地域社会—地域とは何か—」

- <http://takurou373.web.fc2.com/chiikitoha.pdf#search> (2014.10.10)
- 藤田晋輔ほか (2013) 『スマートテレビを活用した独居高齢者等の安心・安全ネットワークシステムの志布志市実験研究成果報告書』 p1-6.
- 藤田洋子ほか編著 (2014) 『国際沖縄研究ライブラリー自然・文化・社会の融合体としての島々』九州大学出版会.
- 藤本弘一郎・岡田克俊・泉俊男 (2004) 「地域在住高齢者の生きがいを規定する要因についての研究」『厚生指標』 51(4) : 24-32.
- Berelson,B.,稲森三千男ほか訳 (1957) 『内容分析』みすず書房.
- 松原治郎 (1978) 『コミュニティの社会学』東京大学出版会、P25.
- 真鍋弘樹 (2011.1.3) 「最後に人とつながった「弧族の国」男たちー8」朝日新聞デジタル
<http://www.asahi.com/special/kozoku/TKY201101030274.html> (2014.10.10)
- みずほ情報総研『一人暮らし高齢者・高齢者世帯の生活課題とその支援方策に関する調査研究事業報告書』(2012(平成24)年3月)
- みずほ情報総研「介護予防・日常生活支援総合事業の実施効果に関する調査研究事業報告書」(2014(平成26)年3月)
- 文部科学省「ICF とは何か」
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/032/siryu/06091306/002.htm
(2014.9.22)
- 文部科学省「コミュニティ・スクール(学校運営協議会制度)」
http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/community/ (2014.11.1)
- 矢崎義雄編 (2013) 『医療白書 2013 年度版』ヘルスケア総合政策研究所.
- 矢内悠里・篠原亮次・杉澤悠圭ほか (2012) 「社会とのかかわりと認知症発症との関連性の研究」『日本保健福祉学会誌』 18(2) : 21-28.
- 山口昇 青森県保健・医療・福祉包括ケア推進大会 特別講演「地方分権時代の地域包括ケアについて～尾道市(旧みつぎ町)における取り組みから～」
<https://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/kkenkofu/files/4yamagutikoen.pdf#search>
h (2014.9.1)
- 山下匡将・村山くみ他 (2007) 「島嶼地域高齢者の楽観性に関する研究」『名古屋学院大学論集 社会科学編』第44巻第2号、p 239-250.
- 大和村広報誌『広報やまと』2012年7月、No.222、発行・編集：大和村役場企画課、「特

集ユイの心をカタチに。～大和村地域支え合い体制づくり事業～」 p 2-9.

大和村ホームページ

<http://www.vill.yamato.lg.jp/yamato02/yamato139.asp> (2014.9.21)

大和村保健福祉課・地域包括支援センター（平成 25 年 3 月発行）『大和村地域福祉計画・大和村地域保健福祉計画』 p 6-9.

資料

<島嶼調査>

1. 離島にお住いの高齢者のみなさまへのアンケート調査への協力依頼文・・・ 2
2. 高齢者の生活と福祉に関する高齢者用アンケート調査票・・・・・・・・・・ 3
3. 離島にお住いの一般成人のみなさまへのアンケート調査への協力依頼文・・・ 14
4. 高齢者の生活と福祉に関する一般成人用アンケート調査票・・・・・・・・・・ 15

<ICT 調査>

1. 高齢者の方用：システム利用前アンケート調査票・・・・・・・・・・ 28
(高齢者の生活と福祉および安心・安全ネットワークシステム活用に関する調査)
2. 一般成人の方用：システム利用前アンケート調査票・・・・・・・・・・ 39
(高齢者の生活と福祉および安心・安全ネットワークシステム活用に関する調査)
3. 医療機関職員用：システム利用前アンケート調査票・・・・・・・・・・ 47
(高齢者の生活と福祉およびスマートテレビ活用に関する調査)

平成24年10月

離島にお住まいの高齢者のみなさま

日本学術振興会科学研究費補助金基盤研究（B）
鹿児島国際大学福祉社会学研究科
研究代表 教授 田畑洋一

「高齢者の生活と福祉に関する調査」について（お願い）

皆様にはお変わりなくお過ごしのことと存じます。

私ども鹿児島国際大学・鹿児島国際大学大学院福祉社会学研究科プロジェクトチームは、日本学術振興会の科学研究助成を受け、琉球弧の島々に居住する65歳以上の高齢者の方々にアンケート調査を実施することになりました。

本調査は、鹿児島県〇〇市および〇〇町の民生委員・児童委員協議会、沖縄県〇〇市および〇〇町の民生委員・児童委員協議会の方々の協力のもと実施しています。

本調査は、離島にお住まいの方々の生活と福祉についてのご意見をお伺いし、今後の社会福祉の提言に役立てることを目的にしています。調査は無記名のアンケートですので、回答者のお名前や住所等を記入していただく必要はありません。また、お答えいただいた内容は統計的に処理しますので、回答者が特定されたりして、ご迷惑をおかけすることはありません。

つきましては、皆さまにはお忙しいところ誠に恐縮ではございますか、本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力を賜りますようお願いいたします。

なお、調査に協力していただける場合は、調査票に記入のうえ、調査員の民生委員にお返してください。もし、調査に協力いただけない場合は、そのまま調査票を調査員の民生委員にお返してください。よろしくようお願いいたします。

お問い合わせ先

〒891-0197 鹿児島市坂之上 8-34-1

鹿児島国際大学福祉社会学部

岩崎房子

電話：099-261-3211（代表）

FAX：099-261-3299

高齢者の生活と福祉に関する調査

調査協力をお願い

皆様、ますますご清栄のことと存じます。

このたび、私ども鹿児島国際大学・鹿児島国際大学福祉社会学研究科プロジェクトチームは文部科学省の科学研究助成を受け、琉球弧の島々に居住する高齢者の生活と福祉に関するアンケート調査を実施することになりました。ご協力をお願いいたします。

この調査は、琉球弧の島々にお住まいの65歳以上の方々を対象にお願いしています。みなさまの生活と福祉についてのご意見をお伺いして、今後の社会福祉の提言に役立てることを目的にしています。

ご回答いただいたことは、すべて統計数字として取りまとめますので、個人の名前が出たり、ご迷惑をおかけすることは決してありません。

お忙しいなか、大変恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願いいたします。

平成24年 10月

日本学術振興会科学研究費補助金基盤研究(B)プロジェクト
鹿児島国際大学・鹿児島国際大学大学院福祉社会学研究科

田畑 洋一

高山 忠雄

田中 安平

小窪 輝吉

岩崎 房子

鹿児島市坂之上 8-34-1

TEL 099-261-3211(代)

<ご記入上のお願い>

1. この調査票は、調査対象者ご本人のお考えでお答えください。
2. 質問文に(答えは1つだけ)(答えはいくつでも)などと、○をつけてよい数を指定していますので、注意してご記入してください。
3. 回答選択肢の中に「その他」とありますが、これに○をつけた場合はできるだけ具体的に後の()にご記入ください。

調査記録欄 (この欄には記入しないでください。次のページの問1からお答えください。)

調査員名	
結果	1. 完了 月 日
	2. 不能(理由: 月 日)

問1 あなたのお住まいは次のどれですか。該当する番号を○で囲んでください。

- | | |
|-------|-------|
| 1. ○○ | 5. ○○ |
| 2. ○○ | 6. ○○ |
| 3. ○○ | 7. ○○ |
| 4. ○○ | |

問2 あなたの性別は次のどれですか。

- | |
|------|
| 1. 男 |
| 2. 女 |

問3 お年は満何歳ですか。2012年10月1日現在でお答えください。

満 () 歳

問4 あなたのお体の具合はいかがですか。(○は1つだけ)

- | |
|------------------------|
| 1. 健康である |
| 2. あまり健康とはいえないが、病気ではない |
| 3. 病気がちで、寝込むことがある |
| 4. 病気で、一日中寝込んでいる |

問4で「3.」または「4.」と答えた方は、問5以下に答えてください。

その他の方は、問7以下に答えてください。

問5 その病気は何ですか。(○はいくつでも)

- | | | |
|-------------|-------------|----------|
| 1. 高血圧 | 2. 心臓病 | 3. 脳卒中 |
| 4. 糖尿病 | 5. 胃・十二指腸潰瘍 | 6. 肝臓の病気 |
| 7. 肺の病気 | 8. がん | 9. 目の病気 |
| 10. 骨・関節の病気 | | |
| 11. その他 () | | |

問6 その症状を教えてください。(○はいくつでも)

- | | | |
|-------------|----------|----------------|
| 1. 体がだるい | 2. 頭痛 | 3. 腰痛 |
| 4. ひざの痛み | 5. 肩こり | 6. 手足がしびれる |
| 7. 食欲がない | 8. 息切れ | 9. めまい・立ちくらみ |
| 10. 吐き気 | 11. 目の疲れ | 12. 胸の痛み・圧迫感 |
| 13. 便秘 | 14. 下痢 | 15. 尿がでにくい・もれる |
| 16. その他 () | | |

問7 あなたは、日常生活を送る上で、誰かの援助が必要ですか。(○は1つだけ)

- | |
|-----------------------------|
| 1. まったく不自由なく過ごせる |
| 2. 少し不自由だが何とか自分でできる |
| 3. 不自由で、一部他の人の世話や介護を受けている |
| 4. 不自由で、全面的に他の人の世話や介護を受けている |

問8 あなたの世帯状況は次のうちどれにあたりますか。(○は1つだけ)

- | | | |
|----|----------------|--|
| 1. | 一人暮らし | |
| 2. | 夫婦のみ(内縁関係を含む) | |
| 3. | 子供と同居(二世帯同居) | |
| 4. | 子供と孫と同居(三世帯同居) | |
| 5. | その他の親族と同居 | |
| 6. | その他() | |

問9 現在、お子さんと一緒に暮らしていますか。(○は1つだけ)

- | | | |
|----|---------------|--|
| 1. | 子供と一緒に暮らしている | |
| 2. | 子供と一緒に暮らしていない | |
| 3. | 子供はいない | |

問9で「2.」と答えた方は、問10以下に答えてください。
その他の方は、問11から答えてください。

問10 別々に暮らしているなかで、一番近くに住んでいる、お子さんとは、どれくらいの頻度で会われますか。(○は1つだけ)

- | | | |
|----|----------|--|
| 1. | ほとんど毎日 | |
| 2. | 週に数回 | |
| 3. | 月に数回 | |
| 4. | 年に数回 | |
| 5. | ほとんど会わない | |

問11 あなたは、定期的に健康診断を受けていますか。(○は1つだけ)

- | | | |
|----|--------------|--|
| 1. | はい | |
| 2. | ときどき(その理由:) | |
| 3. | 全く行ったことがない | |
| 4. | その他() | |

問12 あなたは、地域や病院、診療所などで行なわれる健康教室に参加していますか。(○は1つだけ)

- | | | |
|----|-----------|--|
| 1. | 参加している | |
| 2. | 参加したことがある | |
| 3. | 参加したことがない | |
| 4. | その他() | |

問13 あなたの日常生活についてお聞きします。それぞれの質問項目について、1～4までの選択肢の番号に○をつけてください。

1	家族・親戚と話をする機会はどのくらいありますか	1. ほぼ毎日	2. 週2度くらい	3. 週1度くらい	4. 月1度以下
2	家族・親族以外の方と話をする機会はどのくらいありますか	1. ほぼ毎日	2. 週2度くらい	3. 週1度くらい	4. 月1度以下
3	誰かが訪ねてきたり、訪ねて行ったりする機会はどのくらいありますか	1. ほぼ毎日	2. 週1度くらい	3. 月1度くらい	4. 3ヶ月に1度以下
4	地区会、センター、公民館活動に参加する機会はどのくらいありますか	1. ほぼ毎日	2. 週1度くらい	3. 月1度くらい	4. 3ヶ月に1度以下
5	テレビを見ますか	1. ほぼ毎日	2. 週2度くらい	3. 週1度くらい	4. ほとんど見ない
6	新聞を読みますか	1. ほぼ毎日	2. 週2度くらい	3. 週1度くらい	4. ほとんど読まない
7	本・雑誌を読みますか	1. ほぼ毎日	2. 週2度くらい	3. 週1度くらい	4. ほとんど読まない
8	職業や家事など何か決まった役割がありますか	1. いつもある	2. ときどき	3. たまに	4. 特にない
9	困った時に相談にのってくれる方がいますか	1. いつもいる	2. ときどき	3. たまに	4. 特にいない
10	緊急時に手助けをしてくれる方がいますか	1. いつもいる	2. ときどき	3. たまに	4. 特にいない
11	近所づきあいはどの程度しますか	1. 手助けを頼む	2. 立ち話程度	3. あいさつ程度	4. ほとんどしない
12	趣味などを楽しむ方ですか	1. とても	2. まあまあ	3. あまり	4. 特に興味はない
13	ビデオなど便利な道具を利用する方ですか	1. とても	2. まあまあ	3. あまり	4. 利用しない
14	健康には気を配る方ですか	1. とても	2. まあまあ	3. あまり	4. 配らない
15	生活は規則的ですか	1. とても	2. まあまあ	3. あまり	4. 不規則ぎみ
16	生活の仕方を自分なりに工夫していますか	1. とても	2. まあまあ	3. あまり	4. 工夫しない
17	物事に積極的に取り組む方ですか	1. とても	2. まあまあ	3. あまり	4. 取り組まない
18	自分は社会になにか役に立つことができるとおもいますか	1. とても	2. まあまあ	3. あまり	4. 役立たない

問14 あなたは、将来の自分の日常生活全般について不安を感じますか。
(○は1つだけ)

1. とても不安を感じる
2. 多少不安を感じる
3. 不安を感じない

問14で「1.」または「2.」に○をつけた方は、問15以下に答えてください。
「3.」に○をつけた方は、問16以下に答えてください。

問15 あなたが、不安を感じる点は、どのようなことですか。
(○はいくつでも)

1. 自分や配偶者の健康や病気のこと
2. 自分や配偶者が寝たきりや身体が不自由になり介護が必要な状態になること
3. 頼れる人がいなくなり一人きりの暮らしになること
4. 生活のための収入のこと
5. 人(近隣、親戚、友人、仲間など)とのつきあいのこと
6. 子どもや孫などの将来
7. 親や兄弟などの世話
8. 社会の仕組み(法律、社会保障、金融制度)が大きく変わってしまうこと
9. 言葉、生活様式、人々の考え方などが大きく変わってしまうこと
10. だまされたり、犯罪に巻き込まれて財産を失ってしまうこと
11. その他(具体的に)

問16 あなたは、焼酎やビール、ウイスキーなどを飲みますか。(○は1つだけ)

1. ほぼ毎日飲む
2. ときどき飲む
3. あまり飲まない

問16に「1.」または「2.」と答えた方は、問17以下に答えてください。
その他の方は、問18以下に答えてください。

問17 1回に飲む量についてどう思いますか。(○は1つだけ)

1. 多いと思う
2. 自分としては適量だと思う
3. 少ないと思う

問18 あなたは、主に利用している「医療サービス」について、どのような不満や問題をお感じですか。現在、医療サービスを利用されていない方は、もし利用するとすればどのような問題を感じるか教えてください。(○はいくつでも)

<ol style="list-style-type: none"> 1. 費用が高い 2. 医師が常駐していない 3. 施設が近くにない 4. 施設や設備が古い 5. 十分な治療が受けられない 6. 診察のときに待たされる 7. 医師や看護師などの職員の対応が良くない 8. プライバシーが守られていない 9. その他 具体的に <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> { </div> <p>10. 特にない</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> } </div>

問19 あなたは、要介護認定を受けていますか。「1.」または「2.」に○をつけてください。「1.」に○をされた方は、①～⑦までうちで、該当する要介護度に○をつけてください。

<p>1. 受けている →</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">①要支援1</td> <td style="width: 50%;">②要支援2</td> </tr> <tr> <td>③要介護1</td> <td>④要介護2</td> </tr> <tr> <td>⑤要介護3</td> <td>⑥要介護4</td> </tr> <tr> <td>⑦要介護5</td> <td></td> </tr> </table> <p>2. 受けていない</p>	①要支援1	②要支援2	③要介護1	④要介護2	⑤要介護3	⑥要介護4	⑦要介護5	
①要支援1	②要支援2							
③要介護1	④要介護2							
⑤要介護3	⑥要介護4							
⑦要介護5								

問20 あなたは、次の在宅福祉サービスを利用していますか。

サービス内容	利用状況
①訪問介護 (ホームヘルプサービス：訪問介護員が居宅を訪問して、入浴、食事、排泄などの日常生活の世話をを行うサービス)	1. 利用している 2. 知っているが、利用していない 3. 知らない
②訪問看護 (看護師等が居宅を訪問し、療養上の世話、必要な診療の援助を行うサービス)	1. 利用している 2. 知っているが、利用していない 3. 知らない
③通所介護 (生きがい対応型を含むデイサービス：日中、要支援高齢者等を老人デイサービスセンター等で預かり、入浴や食事などを提供するサービス)	1. 利用している 2. 知っているが、利用していない 3. 知らない
④通所リハビリテーション (デイケア：病院・老人保健施設等に通ってリハビリテーションを行うサービス)	1. 利用している 2. 知っているが、利用していない 3. 知らない

問20で①～④の在宅福祉サービスを利用している方は、問21以下に教えてください。

①～④の在宅福祉サービスを利用していない方は、問22以下に教えてください。

問21 あなたは、現在利用している「在宅福祉サービス」についてどのくらい満足していますか。(○は1つだけ)

1. 満足している
2. まあ満足している
3. やや不満である
4. 不満である

問22 あなたは、現在利用している「在宅福祉サービス」について、どのような不満や問題をお感じですか。現在、在宅福祉サービスを利用されていない方は、もし利用するとすればどのような問題を感じるか教えてください。

(○はいくつでも)

1. 費用が高い
2. 職員などの対応が良くない
3. 施設が近くにない
4. 施設や設備が古い
5. 通所サービスの移動時間が長い
6. 船や小型バスのため通所サービスの移動が苦痛である
7. サービスが台風など天候の影響で中止になりやすい
8. サービスの回数、日数などが少ない
9. サービスの質が低い
10. サービスの種類が少ない
11. プライバシーが守られていない
12. 特にない
13. その他(具体的に)

問23 仮に、あなたが老後に寝たきりや認知症になり、介護が必要となった場合に、どこで介護を受けたいと思いますか。この中であなたの考えに近いのはどれですか。(○は1つだけ)

1. 可能な限り自宅で介護を受けたい
2. 特別養護老人ホームや老人保健施設などの介護保険施設に入所したい
3. 介護付きの有料老人ホームや認知症高齢者グループホーム(認知症の高齢者が共同生活を営む住居)などに住み替えて介護を受けたい
4. 一概に言えない
5. わからない

問24 あなたは、集落または地区の行事にどの程度参加していますか。

(○は1つだけ)

- | |
|---|
| 1. よく参加している
2. ある程度参加している
3. あまり参加していない
4. ほとんど参加していない
5. その他 () |
|---|

問25 あなたは、週に何回ぐらい、近所の人たちと話をしますか。単なるあいさつは除いてください。(○は1つだけ)

- | |
|---|
| 1. ほとんど毎日
2. 週に4~5回
3. 週に2~3回
4. 週に1回
5. ほとんどない |
|---|

問26 病気や身体の不自由なときにすぐに来てくれる人はどなたですか。

(○は1つだけ)

- | |
|--|
| 1. 子供や孫が来てくれる
2. 兄弟・姉妹が来てくれる
3. 親戚が来てくれる
4. 近所の人に来てくれる
5. 友人・知人が来てくれる
6. 民生委員や福祉関係の人が来てくれる
7. その他 ()
8. 来てくれる人はいない |
|--|

問27 あなたは、経済的な意味で、日々の暮らしに困るといふことがありますか、それともありませんか。(○は1つだけ)

- | |
|---|
| 1. 困っている
2. 少し困っている
3. あまり困っていない
4. 困っていない |
|---|

問28 あなたは1日に何回食事をしますか。(○は1つだけ)

- | |
|------------------------------------|
| 1. 1回
2. 2回
3. 3回
4. 4回以上 |
|------------------------------------|

問29 あなたは、自炊(調理)の不便さがありますか。

- | |
|----------------|
| 1. ある
2. ない |
|----------------|

問30 あなたは、自炊（調理）をするうえで心配なことがありますか。
（〇はいくつでも）

1. うでの力が弱くなってきた
2. 目が見えにくくなってきた
3. 足腰が弱くなって立っていることが苦痛
4. 火の管理が難しくなってきた
5. その他 []

問31 あなたは、日頃の食事について気になることがありますか。
（〇はいくつでも）

1. 食事が不規則である
2. 食べ過ぎることが多い
3. 食べる量が少ない
4. 食べるよりビールや酒類を飲むことが多い
5. 栄養のバランスが取れていない
6. 塩辛いものが多い
7. できあいのお惣菜が多い
8. インスタント食品が多い
9. 冷凍食品が多い
10. 菓子パン、菓子類が多い
11. 外食や店屋ものが多い
12. その他 ()
13. 特に気になることはない

問32 食事に関してどのようなサービスがあればよいと思いますか。
（〇はいくつでも）

1. 食事を配達してくれる配食サービス
2. 地域での昼食会など仲間との会食会
3. 食料品の宅配サービス
4. 食料品の買い物の手助け
5. 食料品の少量ずつの販売
6. 便利な料理集の発行
7. 料理教室の開催
8. 食事づくりの会
9. その他 ()
10. 特に必要ない

問33 次の1から16の質問項目について、それぞれ「はい」「どちらでもない」「いいえ」のうち1つ選んで○をつけてください。

<質問項目への回答例>

項 目	はい	どちらでもない	いいえ
1. 日本の夏は暑い。	○		
2. 沖縄の夏の暑さは東京と同じである。			○

項 目	はい	どちらでもない	いいえ
1. 私には家庭の内または外で役割がある。			
2. 毎日なんとなく惰性で過ごしている。			
3. 私には心のよりどころ、励みとするものがある。			
4. なにもかもむなしと思うことがある。			
5. 私にはまだやりたいことがある。			
6. 自分が向上したと思えることがある。			
7. 私がいなければだめだと思うことがある。			
8. 今の生活に張り合いを感じている。			
9. 何のために生きているのか分からないと思うことがある。			
10. 私は世の中や家族のためになることをしていると思う。			
11. 世の中がどうなっていくのか、もっと見ていきたいと思う。			
12. 今日は何をして過ごそうかと困ることがある。			
13. まだ死ぬわけにはいかないと思っている。			
14. 他人から認められ評価されたと思えることがある。			
15. なにか成し遂げたと思えることがある。			
16. 私は家族や他人から期待され頼りにされている。			

問34 あなたがお住まいの地域では、どのような問題を感じていますか。

(○はいくつでも)

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 日常の買い物に不便である2. 医院や病院への通院で、足の確保が困難である3. 急病のときの医療体制が不十分である4. 福祉のサービスが不十分である5. バスや定期船など交通機関が充実していない6. 近隣道路が整備されていない7. 集会施設、商店など公共的建物が高齢者には使いにくい8. 台風など自然災害に弱い9. ハブがいるので困る10. 一人暮らし高齢者など老後生活に不安である11. 趣味や習い事などの学習機会が少ない12. 老後の時間をもてあましている13. 子育てに不便である14. 交際にお金がかかる15. 人口が減って集落や地域の維持が困難になっている16. その他 | } |
| 17. 何も問題を感じていない | |

問35 最後に、役場や福祉団体等に対するご意見や、地域でお困りのことがありましたら、何でもいいですからご自由に書いてください。

*以上で終わります。ご協力どうもありがとうございました。

平成24年10月

離島にお住まいの一般成人のみなさま

日本学術振興会科学研究費補助金基盤研究（B）
鹿児島国際大学福祉社会学研究科
研究代表 教授 田畑洋一

「高齢者の生活と福祉に関する一般成人調査」について（お願い）

皆様にはお変わりなくお過ごしのことと存じます。

私ども鹿児島国際大学・鹿児島国際大学大学院福祉社会学研究科プロジェクトチームは、日本学術振興会の科学研究助成を受け、琉球弧の島々に居住する20歳以上64歳以下の一般成人の方々にアンケート調査を実施することになりました。

本調査は、鹿児島県〇〇市および〇〇町の民生委員・児童委員協議会、沖縄県〇〇市および〇〇町の民生委員・児童委員協議会の方々の協力のもと実施しています。

本調査は、離島にお住まいの方々の生活と福祉についてのご意見をお伺いし、今後の社会福祉の提言に役立てることを目的にしています。調査は無記名のアンケートですので、回答者のお名前や住所等を記入していただく必要はありません。また、お答えいただいた内容は統計的に処理しますので、回答者が特定されたりして、ご迷惑をおかけすることはありません。

つきましては、皆さまにはお忙しいところ誠に恐縮ではございますか、本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力を賜りますようお願いいたします。

なお、調査に協力いただける場合は、回答された調査票を、**11月30日(金)までに**返信用封筒にて返送してください。返信用封筒に切手を貼る必要はありません。そのまま投函してください。もし、調査に協力いただけない場合は、返送されなくても結構です。よろしくお願いたします。

お問い合わせ先

〒891-0197 鹿児島市坂之上 8-34-1

鹿児島国際大学福祉社会学部

岩崎房子

電話：099-261-3211(代表)

FAX：099-261-3299

高齢者の生活と福祉に関する一般成人調査

調査協力をお願い

皆様、ますますご清栄のことと存じます。

このたび、私ども鹿児島国際大学・鹿児島国際大学福祉社会学研究科プロジェクトチームは文部科学省の科学研究助成を受け、琉球弧の島々に居住する一般成人の方々の生活と福祉に関するアンケート調査を実施することになりました。ご協力をお願いいたします。

この調査は、琉球弧の島々にお住まいの20歳以上、65歳未満の方々を対象にお願いしています。みなさまの生活と福祉についてのご意見をお伺いして今後の社会福祉の提言に役立てることを目的にしています。

ご回答いただいたことは、すべて統計数字として取りまとめますので、個人の名前が出たり、ご迷惑をおかけすることは決してありません。

お忙しいなか、大変恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願いいたします。

平成24年10月

日本学術振興会科学研究費補助金基盤研究（B）プロジェクト
鹿児島国際大学・鹿児島国際大学大学院福祉社会学研究科

田畑 洋一

高山 忠雄

田中 安平

小窪 輝吉

岩崎 房子

鹿児島市坂之上 8-34-1

Tel 099-261-3211(代)

<ご記入上のお願い>

1. この調査票は、調査対象者ご本人のお考えでお答えください。
2. 質問文に（答えは1つだけ）（答えはいくつでも）などと、○をつけてよい数を指定していますので、注意してご記入してください。
3. 回答選択肢の中に「その他」とありますが、これに○をつけた場合はできるだけ具体的に後の（ ）にご記入ください。

問1 あなたのお住まいは次のどれですか。該当する番号を○で囲んでください。

1. ○○	5. ○○
2. ○○	6. ○○
3. ○○	7. ○○
4. ○○	

問2 あなたの性別は次のどれですか。該当する番号を○で囲んでください。

1. 男
2. 女

問3 お年は満何歳ですか。2012年10月1日現在でお答えください。

満()歳

問4 あなたの出身地はどこですか。

1. 奄美大島内
2. 奄美群島内
3. 鹿児島県(上記1. 2. 以外)
4. ○○
5. ○○
6. ○○
7. 沖縄県(上記4. 5. 6. 以外)
5. 九州
6. 中国
7. 関西
8. 関東
9. その他()

問5 あなたの世帯状況は次のうちのどれにあたりますか。該当する番号を○で囲んでください。(○は1つだけ)

1. 一人暮らし
2. 夫婦のみ(内縁関係を含む)
3. 夫婦と子供(二世帯同居)
4. 独身で親と同居
5. 夫婦で親(自分の親・配偶者の親を問わない)と同居
6. 子供と親と同居(三世帯同居)
7. その他()

問6 親(父・母親のどちらか一方でも)は健在ですか。該当する番号を○で囲んでください。(○は1つだけ)

1. 親はいない
2. 自分の親はいる
3. 配偶者の親はいる
4. 自分の親と配偶者の親の両方の親がいる

問6で「1. 親はいない」に○をつけた方は、[Ⅱ] 問16以下に答えてください。

「2. 3. 4. の親はいる」と答えた方は、次の問7以下に答えてください。

（「2. 自分の親はいる」、「3. 配偶者の親はいる」に○をつけた方は、自分の父・母もしくは配偶者の父・母について答えてください。

「4. 自分の親と配偶者の親の両方の親がいる」に○をつけた方は、自分の父・母について答えてください。）

[Ⅰ] の質問項目は、あなたと親に関する質問です。[Ⅱ] の質問項目は、あなた自身に関する質問項目です。それぞれの質問項目に従ってお答えください。

[Ⅰ] あなたと親に関する質問

以下、問7、問8については、

父親のみ健在の場合は父の欄の該当に○を、母親のみ健在の場合は母の欄の該当に○を、父母ともに健在の場合は父・母それぞれの欄に○をつけてください。

問7 親はどちらに住んでいますか。(○はそれぞれ1つだけ)

1. 同居
2. 同じ市町村内
3. 県内
4. 県外
5. その他(病院・施設等) ()

	父	母
1		
2		
3		
4		
5		

問8 親の健康状態はいかがですか。右欄の父・母のそれぞれ該当するところに○をつけてください。(○はそれぞれ1つだけ)

1. 健康である
2. あまり健康とはいえないが、寝込むほどではない
3. 病気がちで寝込むことがある
4. 病気で、一日中寝込んでいる

	父	母
1		
2		
3		
4		

問9 将来の親の生活全般の事を考えるとき、あなたは何らかの不安を感じますか。該当する番号を○で囲んでください。(○は1つだけ)

1. とても不安を感じる
2. 多少不安を感じる
3. 不安を感じない
4. その他 ()

問9で「1.」「2.」のいずれかに○をつけた方は、次の問10以下に答えてください。

「3. 不安を感じない」「4. その他」に○をつけた方は、問11以下に答えてください。

問10 あなたを感じる親の生活に関する不安な点はどのようなことですか。該当する番号を○で囲んでください。(○はいくつでも)

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 寝たきりや身体が不自由になり介護が必要な状態になること2. いずれは同居せざるをえなくなるということ3. 独居しているために、もしもの不安4. もし、認知症になったらという不安5. 人（近隣、親戚、友人、仲間など）とのつきあいのこと6. 自分の身体状況を考えたとき、親の面倒を見ることができるかどうかという不安7. 自分の生活状況を考えたとき、親の面倒を見ることができるかどうかという不安8. 自分の兄弟間で、誰が親の面倒を見るのかということが起きること9. 介護サービスを知らない点10. 介護サービスが不足しているということ11. その他（具体的に |) |
|---|---|

問11 仮に、親が日常生活のうち、いくらかを他者の世話（要支援・要介護1～2の状態）を必要とする状態になったとき、あなたはどのような介護形態を望みますか。該当する番号を○で囲んでください。(○は1つだけ：実際に対応されている方は、現状でお選びください。)

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 対応できるうちは家族介護のみ2. 家族介護を中心に介護サービスを利用する3. 介護サービスを中心に家族介護を付け足す4. 介護施設入所（ケアハウス、有料老人ホーム等）5. その他（ |) |
|---|---|

問12 仮に、親が寝たきりや認知症になり、日常生活の大部分を他者の世話（要介護3～5の状態）を必要とする状態になったとき、あなたはどのような介護形態を望みますか。該当する番号を○で囲んでください。(○は1つだけ：実際に対応されている方は、現状でお選びください。)

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 対応できるうちは家族介護のみ2. 家族介護を中心に介護サービスを利用する3. 介護サービスを中心に家族介護を付け足す4. 介護施設入所（特別養護老人ホーム等）5. その他（ |) |
|---|---|

問13 あなたの親は、次の「在宅福祉サービス」を利用していますか。該当する番号を○で囲んでください。利用しているに○をつけた方で、利用回数の分かる方は、利用回数をお書きください。

サービス内容	利用状況
①訪問介護 (ホームヘルプサービス：訪問介護員が居宅を訪問して、入浴、食事、排泄などの日常生活の世話を行うサービス)	1. 利用している 2. 利用していない 3. 利用しているか、していないか分からない
②訪問看護 (訪問看護：看護師等が居宅を訪問し、療養上の世話、必要な診療の援助を行うサービス)	1. 利用している 2. 利用していない 3. 利用しているか、していないか分からない
③通所介護 (生きがい対応型を含むデイサービス：日中、要援護高齢者等を老人デイサービスセンター等で預かり、入浴や食事などを提供するサービス)	1. 利用している 2. 利用していない 3. 利用しているか、していないか分からない
④通所リハビリテーション (デイケア：病院・老人保健施設等に通ってリハビリテーションを行うサービス)	1. 利用している 2. 利用していない 3. 利用しているか、していないか分からない

上の問13で①～④の「在宅福祉サービス」を一つでも利用しているに○をつけた方は、問14以下にお答えください。

①～④の「在宅福祉サービス」を一つも利用していない方は、[Ⅱ]の問16以下にお答えください。

問14 あなたは、親が現在利用している「在宅福祉サービス」について全体的にどのくらい満足していますか。該当する番号を○で囲んでください。(○は1つだけ)

- | |
|--|
| 1. 満足している
2. まあ満足している
3. やや不満である
4. 不満である |
|--|

問15 あなたは、親が現在利用している「在宅福祉サービス」について、どのような不満や問題をお感じですか。該当する番号を○で囲んでください。(○はいくつでも)

- | |
|---|
| 1. 費用が高い
2. 職員などの対応が良くない
3. 施設が近くにない
4. 施設や設備が古い
5. 通所サービスの移動時間が長い
6. 船や小型バスのため通所サービスの移動が苦痛である
7. サービスが台風など天候の影響で中止になりやすい
8. サービスの回数、日数などが少ない
9. サービスの質が低い
10. サービスの種類が少ない
11. プライバシーが守られていない
12. 特にない
13. その他(具体的に) |
|---|

[Ⅱ] あなた自身に関する質問

問16 あなたは日常生活を送る上で、何らかの援助を必要としていますか。該当する番号を○で囲んでください。(○は1つだけ)

- | |
|---|
| 1. 全く不自由なく過ごしている
2. 少し不自由だが何とか自分で出来ている
3. 不自由で、一部他の人の世話や介護を必要としている
4. 不自由で、全面的に他の人の世話や介護を受けている
5. その他 () |
|---|

問17 あなたは将来の生活全般の事を考えるとき、何らかの不安を感じますか。該当する番号を○で囲んでください。(○は1つだけ)

- | |
|---|
| 1. とても不安を感じる
2. 多少不安を感じる
3. 不安を感じない
4. その他 () |
|---|

上の問17で「1.」「2.」のいずれかに○をつけた方は、問18以下に答えてください。
「3. 不安を感じない」「4. その他」に○をつけた方は、問19以下に答えてください。

問18 あなたが感じる生活に関する不安な点はどのようなことですか。該当する番号を○で囲んでください。(○はいくつでも)

- | |
|--|
| 1. 自分や配偶者の健康や病気のこと
2. 自分や配偶者が寝たきりや身体が不自由になり介護が必要な状態になること
3. 頼れる人がいなくなり一人きりの暮らしになること
4. 生活のための収入のこと
5. 人(近隣、親戚、友人、仲間など)とのつきあいのこと
6. 子供や孫などの将来
7. 親や兄弟などの世話
8. 社会の仕組み(法律、社会保障、金融制度)が大きく変わってしまうこと
9. 言葉、生活様式、人々の考え方が大きく変わってしまうこと
10. だまされたり、犯罪に巻き込まれて財産を失ってしまうこと
11. 介護サービスが不足しているということ
12. その他(具体的に) |
|--|

問19 仮に、あなたが日常生活のうち、いくらかを他者の世話(要支援・要介護1～2の状態)を必要とする状態になったとき、あなたはどのような介護形態を望みますか。該当する番号を○で囲んでください。(○は1つだけ)

- | |
|--|
| 1. 対応できるうちは家族介護のみ
2. 家族介護を中心に介護サービスを利用する
3. 介護サービスを中心に家族介護を付け足す
4. 介護施設入所(ケアハウス・有料老人ホーム等)
5. その他 () |
|--|

問20 仮に、あなたが寝たきりや認知症になり、日常生活の大部分を他者の世話（要介護3～5の状態）を必要とする状態になったとき、生活したい場所はどこですか。該当する番号を○で囲んでください。（○は1つだけ）

- | |
|------------------------|
| 1. 自分の家（今住んでいるところ） |
| 2. 娘の家 |
| 3. 息子の家 |
| 4. 介護施設入所（特養・有料老人ホーム等） |
| 5. その他（) |

問21 仮に、あなたが寝たきりや認知症になり、日常生活の大部分を他者の世話（要介護3～5の状態）を必要とする状態になったとき、あなたはどのような介護形態を望みますか。該当する番号を○で囲んでください。（○は1つだけ）

- | |
|-------------------------|
| 1. 対応できるうちは家族介護のみ |
| 2. 家族介護を中心に介護サービスを利用する |
| 3. 介護サービスを中心に家族介護を付け足す |
| 4. 介護施設入所（特養等・有料老人ホーム等） |
| 5. その他（) |

問22 あなたの日常生活についてお聞きします。それぞれの質問項目について1から4までの選択肢の番号に○をつけてください。

1	家族・親戚と話をする機会はどのくらいありますか	1. ほぼ毎日	2. 週2度くらい	3. 週1度くらい	4. 月1度以下
2	家族・親戚以外の方と話をする機会はどのくらいありますか	1. ほぼ毎日	2. 週2度くらい	3. 週1度くらい	4. 月1度以下
3	誰かが訪ねてきたり、訪ねて行ったりする機会はどのくらいありますか	1. ほぼ毎日	2. 週1度くらい	3. 月1度くらい	4. 3ヶ月に1度以下
4	地区会、センター、公民館活動に参加する機会はどのくらいありますか	1. ほぼ毎日	2. 週1度くらい	3. 月1度くらい	4. 3ヶ月に1度以下
5	テレビを見ますか	1. ほぼ毎日	2. 週2度くらい	3. 週1度くらい	4. ほとんど見ない
6	新聞を読みますか	1. ほぼ毎日	2. 週2度くらい	3. 週1度くらい	4. ほとんど読まない
7	本・雑誌を読みますか	1. ほぼ毎日	2. 週2度くらい	3. 週1度くらい	4. ほとんど読まない
8	職業や家事など何か決まった役割がありますか	1. いつもある	2. ときどき	3. たまに	4. 特にない
9	困った時に相談にのってくれる方がいますか	1. いつもいる	2. ときどき	3. たまに	4. 特にいない
10	緊急時に手助けをしてくれる方がいますか	1. いつもいる	2. ときどき	3. たまに	4. 特にいない
11	近所づきあいはどの程度しますか	1. 手助けを頼む	2. 立ち話程度	3. あいさつ程度	4. ほとんどしない
12	趣味などを楽しむ方ですか	1. とても	2. まあまあ	3. あまり	4. 特に興味はない
13	ビデオなど便利な道具を利用する方ですか	1. とても	2. まあまあ	3. あまり	4. 利用しない
14	健康には気を配る方ですか	1. とても	2. まあまあ	3. あまり	4. 配らない
15	生活は規則的ですか	1. とても	2. まあまあ	3. あまり	4. 不規則ぎみ
16	生活の仕方を自分なりに工夫していますか	1. とても	2. まあまあ	3. あまり	4. 工夫しない
17	物事に積極的に取り組む方ですか	1. とても	2. まあまあ	3. あまり	4. 取り組まない
18	自分は社会になにか役に立つことができると思えますか	1. とても	2. まあまあ	3. あまり	4. 役立たない

問23 あなたの健康状態についておたずねします。(○は1つだけ)

1. 健康である
2. あまり健康とはいえないが、病気ではない
3. 病気がちで、寝込むことがある
4. 病気で、一日中寝込んでいる

上の問23で「3.」「4.」と答えた方は、問24以下に答えてください。
その他の方は、問26以下に答えてください。

問24 その病気は何ですか。(○はいくつでも)

1. 高血圧
2. 心臓病
3. 脳卒中
4. 糖尿病
5. 胃・十二指腸潰瘍
6. 肝臓の病気
7. 肺の病気
8. がん
9. 目の病気
10. 骨・関節の病気
11. その他 ()

問25 その症状を教えてください。(○はいくつでも)

1. 体がだるい
2. 頭痛
3. 腰痛
4. ひざの痛み
5. 肩こり
6. 手足がしびれる
7. 食欲がない
8. めまい・立ちくらみ
9. 息切れ
10. 吐き気
11. 胸の痛み・圧迫感
12. 目の疲れ
13. 尿がでにくい・もれる
14. 便秘
15. 下痢
16. その他 ()

問26 あなたは1日に何回食事をしますか。(○は1つだけ)

1. 1回
2. 2回
3. 3回
4. 4回以上

問27 あなたは、日頃の食事について気になることがありますか。(○はいくつでも)

1. 食事が不規則である
2. 食べ過ぎることが多い
3. 食べる量が少ない
4. 食べるよりビールや酒類を飲むことが多い
5. 栄養のバランスが取れていない
6. 塩辛いものが多い
7. できあいのお惣菜が多い
8. インスタント食品が多い
9. 冷凍食品が多い
10. 菓子パン、菓子類が多い
11. 外食や店屋ものが多い
12. その他 ()
13. 特に気になることはない

問28 定期的に歯科受診を受けていますか。(○は1つだけ)

- | | |
|-----------------|---|
| 1. はい | |
| 2. ときどき (その理由 : |) |
| 3. 全く行ったことがない | |
| 4. その他 (|) |

問29 定期的に健康診断を受けていますか。(○は1つだけ)

- | | |
|-----------------|---|
| 1. はい | |
| 2. ときどき (その理由 : |) |
| 3. 全く行ったことがない | |
| 4. その他 (|) |

問30 地域や職場で、健康や栄養に関する催しに参加していますか。(○は1つだけ)

- | | |
|--------------|---|
| 1. 参加している | |
| 2. 参加したことがある | |
| 3. 参加したことがない | |
| 4. その他 (|) |

問31 地域や職場において、生活習慣病に関する催しに参加していますか。(○は1つだけ)

- | | |
|--------------|---|
| 1. 参加している | |
| 2. 参加したことがある | |
| 3. 参加したことがない | |
| 4. その他 (|) |

問32 あなたは、お酒を飲みますか。(○は1つだけ)

- | |
|------------|
| 1. ほぼ毎日飲む |
| 2. ときどき飲む |
| 3. あまり飲まない |

上の問32で、「ほぼ毎日飲む」「ときどき飲む」と答えた方は、問33以下に答えてください。その他の方は、問36以下に答えてください。

問33 普段、何を飲みますか。(○はいくつでも)

- | | |
|----------|---|
| 1. 焼酎 | |
| 2. 日本酒 | |
| 3. ビール | |
| 4. ウイスキー | |
| 5. ワイン | |
| 6. その他 (|) |

問34 1日にどのくらいの量を飲みますか。(複数種類の飲酒の場合は、量の横にお酒の種類を記入してください)

焼酎・日本酒：1合(180ml)、ビール：中ジョッキ(約500ml)、
ウイスキー：ダブル(60ml)、ワイン：1杯(120ml)

1. 1合(180cc)
2. 1～2合(360cc)
3. 2～3合(540cc)
4. 3～4合(720cc)
5. 4～5合(900cc)
6. 5合以上(900cc以上)

問35 1回に飲む量についてどう思いますか。(○は1つだけ)

1. 多いと思う
2. 自分としては適量だと思う
3. 少ないと思う

問36 あなたはタバコを吸いますか。(○は1つだけ)

1. はい
2. 今はやめた
3. 以前から吸わない

上の問36で、「はい」と答えた方は、問36以下に答えてください。
その他の方は、問40以下に答えてください。

問37 平均すると1日何本のタバコを吸っていますか。
平均()本

問38 タバコを吸い始めて何年になりますか。
約()年

問39 あなたの喫煙に関する考え方について、当てはまるものすべてに○をつけてください。(○はいくつでも)

1. タバコをやめたいと思っている
2. やめたいと思うがやめられない
3. タバコの本数を減らしたい
4. 禁煙プログラムがあれば参加したい
5. タバコはやめる必要はないと思う
6. 禁煙を勧められると気分を害する
7. タバコは絶対にやめない
8. その他()

問40 次のそれぞれの質問項目に対して、「はい」「どちらでもない」「いいえ」のうち、該当すると思う欄を1つ選んで○をつけてください。

＜質問項目への回答例＞

項 目	はい	どちらでもない	いいえ
1. 日本の夏は暑い。	○		
2. 沖縄の夏の暑さは東京と同じである。			○

項 目	はい	どちらでもない	いいえ
1. 私には家庭の内または外で役割がある。			
2. 毎日なんとなく惰性で過ごしている。			
3. 私には心のよりどころ、励みとするものがある。			
4. なにもかもむなしと思うことがある。			
5. 私にはまだやりたいことがある。			
6. 自分が向上したと思えることがある。			
7. 私がいなければだめだと思うことがある。			
8. 今の生活に張り合いを感じている。			
9. 何のために生きているのか分からないと思うことがある。			
10. 私は世の中や家族のためになることをしていると思う。			
11. 世の中がどうなっていくのか、もっと見ていきたいと思う。			
12. 今日はなにをして過ごそうかと困ることがある。			
13. まだ死ぬわけにはいかないと考えている。			
14. 他人から認められ評価されたと思えることがある。			
15. なにか成し遂げたと思えることがある。			
16. 私は家族や他人から期待され頼りにされている。			

問41 あなたは、集落行事にどの程度参加していますか。該当する番号を○で囲んでください。
(○は1つだけ)

1. よく参加している	
2. ある程度参加している	
3. あまり参加していない	
4. ほとんど参加していない	
5. その他 ()	

問4 2 あなたがお住まいの地域では、どのような問題を感じていますか。該当する番号を○で囲んでください。(○はいくつでも)

- 1. 日常の買い物に不便である
- 2. 医院や病院への通院で、足の確保が困難である
- 3. 急病のときの医療体制が不十分である
- 4. 福祉のサービスが不十分である
- 5. バスや定期船など交通機関が充実していない
- 6. 近隣道路が整備されていない
- 7. 集会施設、商店など公共的建物が高齢者には使いにくい
- 8. 台風など自然災害に弱い
- 9. ハブがいるので困る
- 1 0. 一人暮らし高齢者など老後生活に不安である
- 1 1. 趣味や習い事などの学習機会が少ない
- 1 2. 老後の時間をもてあましている
- 1 3. 子育てに不便である
- 1 4. 交際にお金がかかる
- 1 5. 人口が減って集落や地域の維持が困難になっている
- 1 6. 何も問題を感じていない
- 1 7. 働く場所がない・少ない
- 1 8. その他 []

問4 3 今後、増加が予想される介護を必要とする高齢者のために、国や自治体はどのような施策に重点を置くべきだと思いますか。該当する番号を○で囲んでください。(○はいくつでも)

- 1. 在宅介護のための、自宅を訪問するサービスの充実(ホームヘルプサービス、訪問看護など)
- 2. 在宅介護のための、施設に通って受けるサービスの充実(デイサービス、デイケアなど)
- 3. 特別養護老人ホームや老人保健施設などの介護施設の整備
- 4. 病院や診療所などの医療機関の充実
- 5. 認知症高齢者グループホーム(認知症の高齢者が共同生活を営む住居)の整備
- 6. 高齢者に配慮した住宅整備の推進(公共賃貸住宅の建設、民間の優良賃貸住宅の供給の促進、住宅改造の促進など)
- 7. 福祉用具の普及
- 8. 介護予防やリハビリテーションの充実
- 9. 配食サービス(一人暮らしの高齢者などに食事を配達)の充実
- 1 0. 移送サービス(病院や施設へ行くときの送り迎えなど)の充実
- 1 1. 緊急通報サービス(倒れるなどした際にボタンで緊急を知らせる)の充実
- 1 2. 高齢者の生きがいや社会参加の促進
- 1 3. 在宅で介護をする家族に対する支援の充実
- 1 4. 介護サービスの質の確保・向上に向けた取組み
- 1 5. 利用者が介護サービスを適切に選択することができる環境の整備
- 1 6. 介護問題に関する相談窓口や相談体制の整備
- 1 7. 民間の介護保険の育成・支援
- 1 8. 特にない
- 1 9. わからない
- 2 0. その他 []

問44 現在のあなたの主な支出は次のどれですか。主なもの2つに○をつけてください。1つしかない場合は1つだけに○をつけてください。

1. 食費
2. 交通費
3. 交際費
4. 医療費
5. レジャー費
6. 衣服・雑貨費
7. 家賃
8. 学費（自分のほかに子供や孫の）
9. その他（具体的に

問45 あなたは、現在、どのような収入の伴う仕事をしていますか。

1. 自営農林漁業（家族従事者も含む）
2. 自営商工サービス業（家族従事者も含む）
3. 会社または団体の役員
4. 常雇（フルタイム）の事務系・技術系勤め人
5. 常雇（フルタイム）の労務系勤め人
6. 常雇（パートタイム）
7. 臨時・日雇い・パート
8. 仕事はしていない

問46 あなたは事情が許せば、ずっと今住んでいる集落・地区に住みたいと思いますか。それとも別の場所に移りたいと思いますか。

1. ぜひいつまでも住みたい
2. なるべく住んでいたい
3. できれば移りたい
4. ぜひ早く移りたい

問47 最後に、役場や福祉団体等に対するご意見や、地域でお困りのことがありましたら、何でもいいですからご自由に書いてください。

*以上で終わりです。ご協力どうもありがとうございました。

高齢者の方用：システム利用前アンケート調査票

高齢者等の見守りと安心・安全のためのシステムに関する調査 (高齢者の生活と福祉および安心・安全ネットワークシステム活用に関する調査)

調査ご協力をお願い

市民の皆様には、日ごろから市政にご理解とご協力をいただき、心から深く感謝申し上げます。

現在、〇〇市ではケーブルテレビ網を整備し、市民の皆様の生活の向上・安全を目指しているところではありますが、既存の整備の更なる有効活用を目指して、新たな事業展開ができないかを検討しているところです。

本調査は、市民の皆様の考え方や意見をお伺いし、高齢者等のみなさまの安心・安全な生活を推進するためのネットワークシステム構築への貴重な資料とさせていただきたいと考えております。

今回の調査は、本市在住の65歳以上の方の中から300人と20歳以上64歳までの方の中から300人を選ばせていただきました。調査票は無記名で、統計的に処理します。個人のプライバシー保護には細心の配慮をしておりますので、率直なご意見をお聞かせください。

大変お忙しい中、恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いします。

平成25年1月

実施主体：〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

ご記入に当たっての注意事項

- 1 この調査票は、調査対象者ご本人のお考えでお答えください。
- 2 質問文に（答えは1つだけ）（答えはいくつでも）などと、〇をつけてよい数を指定していますので、注意して記入してください。
- 3 回答選択肢の中に「その他」とありますが、これに〇をつけた場合はできるだけ具体的に後の（ ）に記入してください。

ご不明な点は、下記までお問い合わせください。

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 TEL〇〇〇-〇〇〇〇（内線〇〇〇）FAX〇〇〇-〇〇〇〇

問5で「2.」と答えた方にお聞きします。

問6 一番近くに住んでいる子供の状況は次のうちのどれに当たりますか。(○は1つ)

1. 同じ市町村内
2. 近くの市町村
3. 県内
4. 県外

問7 現在の体の具合はいかがですか。(○は1つ)

1. 健康である
2. あまり健康とはいえないが、病気ではない
3. 病気がちで、寝込むことがある
4. 病気で、一日中寝込んでいる

問8 日常生活を送る上で、誰かの援助が必要ですか。(○は1つ)

1. まったく不自由なく暮らせる
2. 少し不自由だが何とか自分でできる
3. 不自由で、一部他の人の世話や介護を受けている
4. 不自由で、全面的に他の人の世話や介護を受けている

問9 あなたの食事の状況は次のうちのどれに当たりますか。(○は1つ)

1. 自分なりに満足のいく食事が取れている
2. まあまあ満足のいく食事が取れている
3. 満足のいく食事は取れていない
4. ほとんど取れていない
5. その他 ()

問 10 調理は誰がされていますか。(○は1つ)

1. 自分で毎回調理している
2. 自分で調理するが、時には弁当を購入(外食)している
3. たいていは弁当(外食)で済ますが、時には調理する
4. ほとんど調理をしたことはない
5. 同居者が調理している
6. その他 ()

問 11 食材購入についてお尋ねします。主に食材購入はどのようになされていますか。(○は1つ)

1. 自分で(同居者が)買いに行き、不自由はない
2. 自分で(同居者が)買いに行くが、時々家族の持参がある
3. 電話で注文し、配達してもらう
4. 移動販売が来たとき買いに行く
5. 福祉サービス(ヘルパー)をお願いする
6. その他 ()

問 12 日ごろの食事について、気になることがありますか。

(○はいくつでも)

1. 食事が不規則である
2. 食べ過ぎることが多い
3. 食べる量が少ない
4. 食べるよりビールや酒を飲むことが多い
5. 栄養のバランスが取れていない
6. 塩辛いものが多い
7. 出来合いのお惣菜が多い
8. インスタント食品が多い
9. 冷凍食品が多い
10. 菓子パン、菓子類が多い
11. 外食や店屋物が多い
12. その他 ()
13. 特に気にすることはない

問13 日常生活についてお聞きします。それぞれの質問項目について、1から4までの選択肢に○をつけてください。

1	家族・親戚と話をする機会はどのくらいありますか	1. ほぼ毎日	2. 週3~4度くらい	3. 週1度くらい	4. 月1度以下
2	家族・親族以外の方と話をする機会はどのくらいありますか	1. ほぼ毎日	2. 週3~4度くらい	3. 週1度くらい	4. 月1度以下
3	誰かが訪ねてきたりする機会はどのくらいありますか	1. ほぼ毎日	2. 週1度くらい	3. 月1度くらい	4. 3ヶ月に1度以下
4	誰かを訪ねて行ったりする機会はどのくらいありますか	1. ほぼ毎日	2. 週1度くらい	3. 月1度くらい	4. 3ヶ月に1度以下
5	地区会、公民館活動に参加する機会はどのくらいありますか	1. ほぼ毎日	2. 週1度くらい	3. 月1度くらい	4. 3ヶ月に1度以下
6	テレビを見ますか	1. ほぼ毎日	2. 週3~4度くらい	3. 週1度くらい	4. ほとんど見ない
7	新聞を読みますか	1. ほぼ毎日	2. 週3~4度くらい	3. 週1度くらい	4. ほとんど読まない
8	本・雑誌を読みますか	1. ほぼ毎日	2. 週3~4度くらい	3. 週1度くらい	4. ほとんど読まない
9	職業や家事など何か決まった役割がありますか	1. いつもある	2. ときどき	3. たまに	4. 特にない
10	困ったときに相談に乗ってくれる方がいますか	1. いつもある	2. ときどき	3. たまに	4. 特にない
11	緊急時に手助けをしてくれる方がいますか	1. いつもある	2. ときどき	3. たまに	4. 特にない
12	近所づきあいほどの程度しますか	1. 手助けを頼む	2. 立ち話程度	3. あいさつ程度	4. ほとんどしない
13	趣味などを楽しむ方ですか	1. とても	2. まあまあ	3. あまり	4. 特に趣味はない
14	ビデオなど便利な道具を利用する方ですか	1. とても	2. まあまあ	3. あまり	4. 利用しない

15	健康には気を配る方ですか	1. とても	2. まあまあ	3. あまり	4. 配らない
16	生活は規則的ですか	1. とても	2. まあまあ	3. あまり	4. 不規則 気味
17	生活の仕方を自分なりに工夫していますか	1. とても	2. まあまあ	3. あまり	4. 工夫し ない
18	物事に積極的に取り組む方ですか	1. とても	2. まあまあ	3. あまり	4. 取り組 まない
19	自分は社会になにか役に立つことができると思いますか	1. とても	2. まあまあ	3. あまり	4. 役立た ない

問 14 あなたは将来の自分の日常生活全般について不安を感じますか。(○は1つだけ)

1. とても不安を感じる
2. 多少不安を感じる
3. 不安を感じない

問 14 で「1.」「2.」に○をつけた方は、次の問 15 以下に答えてください。
「3.」に○をつけた方は、問 16 以下答えてください。

問14で「1.」「2.」と答えた方にお聞きします。

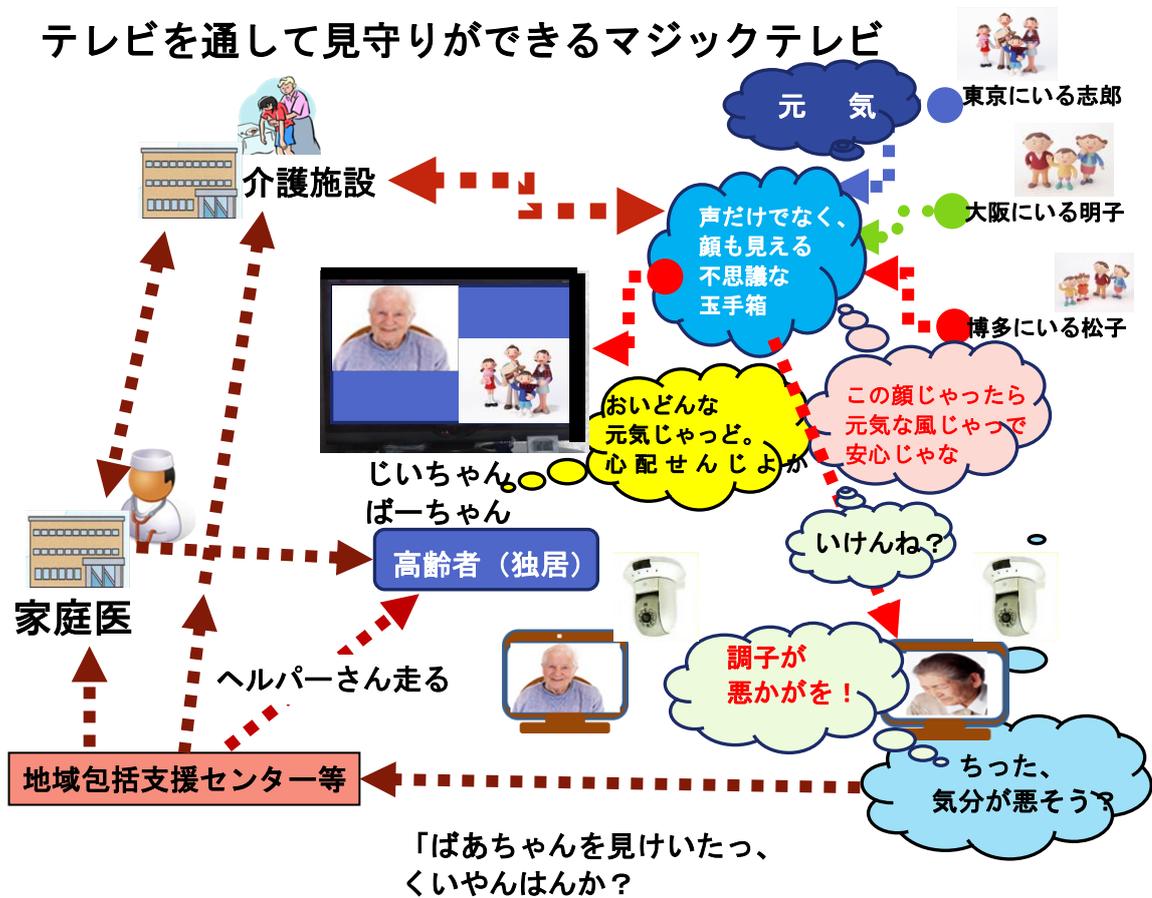
問15 あなたが、不安を感じる点はどのようなことですか。(〇はいくつでも)

1. 自分や配偶者の健康や病気のこと
2. 自分や配偶者が寝たきりや身体が不自由になり介護が必要な状態になること
3. 頼れる人がいなくなり一人きりの暮らしになること
4. 生活のための収入のこと
5. 人(近隣、親戚、友人、仲間など)とのつきあいのこと
6. 子どもや孫などの将来
7. 親や兄弟などの世話
8. 社会の仕組み(法律、社会保障、金融制度)が大きく変わってしまうこと
9. 言葉、生活様式、人々の考え方などが大きく変わってしまうこと
10. だまされたり、犯罪に巻き込まれて財産を失ってしまうこと
11. その他(具体的に)

問16 仮に、あなたが老後に寝たきりや認知症になり、介護が必要となった場合に、どこで介護を受けたいと思いますか。この中であなたの考えに近いのはどれですか。(〇は1つだけ)

1. 可能な限り自宅で介護を受けたい
2. 特別養護老人ホームや老人保健施設などの介護保険施設に入所したい
3. 介護付きの有料老人ホームや認知症高齢者グループホーム(認知症の高齢者が共同生活を営む住居)などに住み替えて介護を受けたい
4. 一概に言えない
5. わからない

高齢者が独りでも安心・安全に自宅で生活ができるように、テレビ電話（スマートテレビ）を利用して、遠くに離れた家族と連絡が取れるネットワークシステム（遠方の家族がスイッチを入れることで、自宅で生活している高齢者のテレビ電話（スマートテレビ）のスイッチが自動的に「入り」になり、いつでも家族との通話が可能になるシステム。さらには、地域包括支援センターと家族がシステムをつなぐことで、地域包括支援センターと高齢者が連絡を取り合うことも可能になる。また、提携する事業所とつなぐことで、買い物等の支援も可能になる等々。）が安価で利用できるようになります。安心・安全ネットワークシステム（下図参照）の利用についてお尋ねします。



問 17 安心・安全ネットワークシステムについて、利用したいと思いますか。
(○は1つ)

1. 利用料に関係なくぜひ利用したい
2. 利用料しだいでは利用したい
3. 利用したいとは思わない

問 17 で「1.」「2.」のいずれかに○をつけた方は、次の問 18～20 に答えてください。「3.」に○をつけた方は、問 21 に答えてください。

問 17 で「1.」「2.」と答えた方にお聞きします。

問 18 利用してみたいと思う理由に○を2つつけ、1～2の順位をつけてください。

1. 病気など突発的なことがあったとしても、いつでもすぐに安否確認してもらえるから。 順位 ()
2. 子や孫の帰省を待たなくても、いつでもテレビ電話で顔を見ることができ、寂しさを解消することができるから。 順位 ()
3. 何らかの問題が起きたとき、いつでも相談に乗ってもらえるから。 順位 ()
4. 利用料などが安価だというので。 順位 ()
5. 特にこれということではないが、なんとなく安心・安全そうだから。 順位 ()
6. その他 () 順位 ()

問 17 で「3.」と答えた方にお聞きします。

問 21 利用したいと思わない理由に○を2つつけ、1～2の順位をつけてください。

- | | |
|-----------------------------|--------|
| 1. 使い方が難しいと思うから。 | 順位 () |
| 2. プライバシー（私生活）の確保が難しいと思うから。 | 順位 () |
| 3. 上手く機能するかどうか不明だから。 | 順位 () |
| 4. 必要性を感じないから。 | 順位 () |
| 5. 利用する金がないから。 | 順位 () |
| 6. その他 () | 順位 () |

問 22 最後に全員にお聞きします。安心・安全ネットワークについて、ご意見やご要望、また、市役所や福祉団体等に対するご意見、地域でお困りのことがありましたら、何でもいいですからご自由に書いてください。

*以上で終わります。ご協力どうもありがとうございました。

一般成人の方用

高齢者等の見守りと安心・安全のためのシステムに関する調査
(高齢者の生活と福祉および安心・安全ネットワークシステム活用に関する調査)

調査ご協力のお願い

市民の皆様には、日ごろから市政にご理解とご協力をいただき、心から深く感謝申し上げます。

現在、〇〇市ではケーブルテレビ網を整備し、市民の皆様の生活の向上・安全を目指しているところではありますが、既存の整備の更なる有効活用を目指して、新たな事業展開ができないかを検討しているところです。

本調査は、市民の皆様の考え方や意見をお伺いし、高齢者等のみなさまの安心・安全な生活を推進するためのネットワークシステム構築への貴重な資料とさせていただきたいと考えております。

今回の調査は、本市在住の65歳以上の方の中から300人と20歳以上64歳までの方の中から300人を選ばせていただきました。調査票は無記名で、統計的に処理します。個人のプライバシー保護には細心の配慮をしておりますので、率直なご意見をお聞かせください。

大変お忙しい中、恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いします。

平成25年1月

実施主体：〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

ご記入に当たっての注意事項

- 1 この調査票は、調査対象者ご本人のお考えでお答えください。
- 2 質問文に（答えは1つだけ）（答えはいくつでも）などと、〇をつけてよい数を指定していますので、注意して記入してください。
- 3 回答選択肢の中に「その他」とありますが、これに〇をつけた場合はできるだけ具体的に後の（ ）に記入してください。

ご不明な点は、下記までお問い合わせください。

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 TEL〇〇〇-〇〇〇〇（内線〇〇〇）FAX〇〇〇-〇〇〇〇

問 8 その病気は何ですか。(○はいくつでも)

1. 高血圧	2. 心臓病	3. 脳卒中
4. 糖尿病	5. 胃・十二指腸潰瘍	6. 肝臓の病気
7. 肺の病気	8. がん	9. 目の病気
10. 骨・関節の病気		
11. その他 ()

問 9 その症状を教えてください。(○はいくつでも)

1. 体がだるい	2. 頭痛	3. 腰痛
4. ひざの痛み	5. 肩こり	6. 手足がしびれる
7. 食欲がない	8. 息切れ	9. めまい・立ちくらみ
10. 吐き気	11. 目の疲れ	12. 胸の痛み・圧迫感
13. 便秘	14. 下痢	15. 尿がでにくい・もれる
16. その他 ()

問 10 将来の親の日常生活全般の事を考えるとき、あなたは何らかの不安を感じますか。
(○は 1 つだけ)

1. とても不安を感じる 問 11 へ
2. 多少不安を感じる 問 11 へ
3. 不安を感じない 問 12 へ
4. その他 () 問 12 へ

問 11 あなたが、不安を感じる点は、どのようなことですか。(○はいくつでも)

1. 寝たきりや身体が不自由になり介護が必要な状態になること
2. いずれは同居せざるをえなくなるということ
3. 独居しているために、もしもの不安
4. もし、認知症になったらという不安
5. 人(近隣、親戚、友人、仲間など)とのつきあいのこと
6. 自分の身体状況を考えたとき、親の面倒を見る事ができるかどうかという不安
7. 自分の生活状況を考えたとき、親の面倒を見る事ができるかどうかという不安
8. 自分の兄弟間で、誰が親の面倒を見るのかということが起きること
9. 介護サービスを知らない点
10. 介護サービスが不足しているということ
11. その他 (具体的に

問 12 仮に、親が寝たきりや認知症(日常生活の大部分を他者の世話を必要とする状態)になり、介護が必要となった場合に、あなたはどのような介護形態を望みますか。
(○は 1 つだけ：実際に対応されている方は、現状でお選びください)

1. 対応できるうちは家族介護のみ
2. 家族介護を中心に介護サービスを利用する
3. 介護サービスを中心に家族介護を付け足す
4. 介護施設入所(有料老人ホーム、特別養護老人ホームなど)
5. わからない
6. その他 (

【Ⅱ】 あなた自身に関する質問

問 13 あなたの健康状態はいかがですか。(○は1つだけ)

1. 健康である・・・・・・・・・・・・・・・・問 16 へ
2. あまり健康とはいえないが、病気ではない・・・・問 16 へ
3. 病気がちで、寝込むことがある・・・・・・・・問 14 へ
4. 病気で、一日中寝込んでいる・・・・・・・・問 14 へ

問 14 その病気は何ですか。(○はいくつでも)

- | | | |
|-------------|-------------|----------|
| 1. 高血圧 | 2. 心臓病 | 3. 脳卒中 |
| 4. 糖尿病 | 5. 胃・十二指腸潰瘍 | 6. 肝臓の病気 |
| 7. 肺の病気 | 8. がん | 9. 目の病気 |
| 10. 骨・関節の病気 | | |
| 11. その他 (| |) |

問 15 その症状を教えてください。(○はいくつでも)

- | | | |
|-----------|----------|----------------|
| 1. 体がだるい | 2. 頭痛 | 3. 腰痛 |
| 4. ひざの痛み | 5. 肩こり | 6. 手足がしびれる |
| 7. 食欲がない | 8. 息切れ | 9. めまい・立ちくらみ |
| 10. 吐き気 | 11. 目の疲れ | 12. 胸の痛み・圧迫感 |
| 13. 便秘 | 14. 下痢 | 15. 尿がでにくい・もれる |
| 16. その他 (| |) |

問 16 あなたは、将来の自分の日常生活全般について不安を感じますか。(○は1つだけ)

1. とても不安を感じる・・・・・・・・問 17 へ
2. 多少不安を感じる・・・・問 17 へ
3. 不安を感じない・・・・問 18 へ

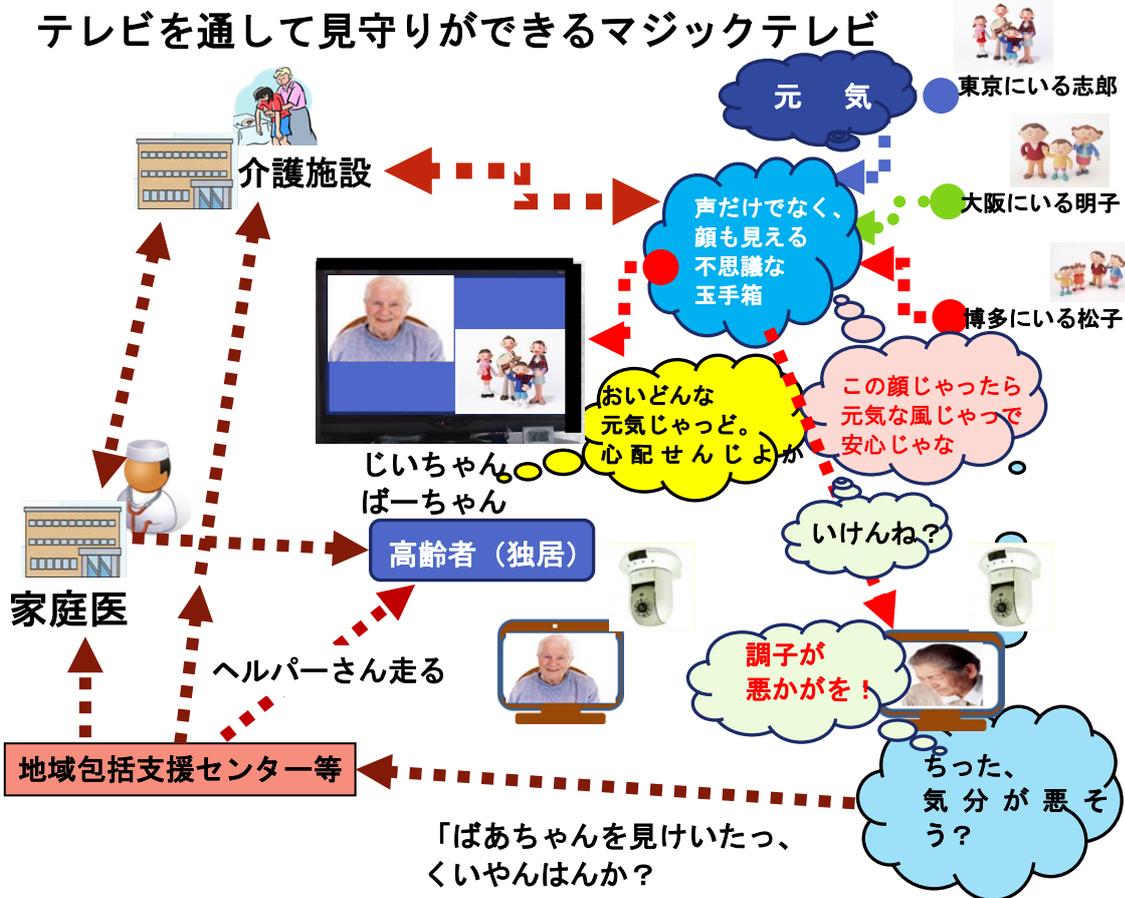
問 17 あなたが、不安を感じる点は、どのようなことですか。(○はいくつでも)

1. 自分や配偶者の健康や病気のこと
2. 自分や配偶者が寝たきりや身体が不自由になり介護が必要な状態になること
3. 頼れる人がいなくなり一人きりの暮らしになること
4. 生活のための収入のこと
5. 人(近隣、親戚、友人、仲間など)とのつきあいのこと
6. 子どもや孫などの将来
7. 親や兄弟などの世話
8. 社会の仕組み(法律、社会保障、金融制度)が大きく変わってしまうこと
9. 言葉、生活様式、人々の考え方などが大きく変わってしまうこと
10. だまされたり、犯罪に巻き込まれて財産を失ってしまうこと
11. その他 (具体的に

問 18 仮に、あなたが老後に寝たきりや認知症になり、介護が必要となった場合に、どこで介護を受けたいと思いますか。この中であなたの考えに近いのはどれですか。(○は1つだけ)

1. 可能な限り自宅で介護を受けたい
2. 特別養護老人ホームや老人保健施設などの介護保険施設に入所したい
3. 介護付きの有料老人ホームや認知症高齢者グループホーム（認知症の高齢者が共同生活を営む住居）などに住み替えて介護を受けたい
4. 一概に言えない
5. わからない

高齢者が独りでも安心・安全に自宅で生活ができるように、テレビ電話（スマートテレビ）を利用して、遠くに離れた家族と連絡が取れるネットワークシステム（遠方の家族がスイッチを入れることで、自宅で生活している高齢者のテレビ電話（スマートテレビ）のスイッチが自動的に「入り」になり、いつでも家族との通話が可能になるシステム。さらには、地域包括支援センターと家族がシステムをつなぐことで、地域包括支援センターと高齢者が連絡を取り合うことも可能になる）が安価で利用できるようになりますが、安心・安全ネットワークシステム（下図参照）の利用についてお尋ねします。



問 19 安心・安全ネットワークシステムを利用することであなたの生活はどう変化すると思いますか。(○はいくつでも)

1. 安否に対する心配が減る
2. いつでも顔を見ることができ、安心感が増える
3. 生き甲斐が増える
4. 会いに行かなければという義務感から解放される
5. 自由時間の保持が困難になる
6. 常に連絡が入り、開放感がなく、監視されているような圧迫感を感じる
7. 分からない
8. 変わらない
9. その他 ()

問 20 ネットワークシステムを利用することにより、プライバシーの保持に関してどのような問題点が生じるとお考えですか。(○はいくつでも)

1. 利用者の意思にかかわらず、いつでもスイッチの「入り」が可能になり、利用者のプライバシーが守られないおそれがある。
2. 端末機器使用者が複数の場合、どの端末機からでもスイッチの「入り」が可能になると、家族のプライバシーが守られないおそれがある。
3. 端末機器の使用者を特定しておかなければ、プライバシーが守られないおそれがある。
4. 端末機器の保管場所のセキュリティが確保されなければ、プライバシーが守られないおそれがある。
5. 特に問題は生じないと思う
6. その他 ()

問 21 問題点を解決するために、どのような点を考慮すれば良いと思いますか。

(○はいくつでも)

1. 緊急性がないときのスイッチの「入り」は原則利用者の意志に基づくものとする。
2. 家族に限り、日常的にスイッチの「入り」を可能にし、連絡取りやすくする。
3. 利用者の相手先(端末機器保有者)を特定者(家族・施設・病院など)に決める。
4. 家族を除く端末機器保管場所(施設・病院など)は、鍵のかかる部屋とする。
5. 家族を除く端末機器使用者は、職員を特定する。
6. 包括ケアシステムの中に組み込む
7. 緊急性が疑われるときは音声で状況を把握し、音声に対する反応がない場合、映像を写す。
8. その他 ()

問 22 安心・安全ネットワークシステムについて、利用したいと思いますか。それぞれについて理由をお書きください。(○は1つ)

1. ぜひ利用したい 問 23 へ
(理由)
2. 利用料しいでは利用したい 問 23 へ
(理由)
3. あまり利用したいとは思わない 問 26 へ
(理由)
4. 思わない (理由) 問 26 へ

問 23 利用してみたいと思う理由に○を2つつけ、1～2の順位をつけてください。

1. 病気など突発的なことがあったとしても、いつでもすぐに安否確認できるから。 順位 ()
2. 帰省を待たなくても、子や孫がテレビ電話で顔を見せることができ、寂しさを解消させることができるから。 順位 ()
3. 何らかの問題が起きたても、いつでも相談に乗れるから。 順位 ()
4. 利用料などが安価だから。 順位 ()
5. 特にこれということではないが、なんとなく安心・安全そうだから。 順位 ()
6. その他 () 順位 ()

問 24 ネットワークシステムを導入するときに必要な経費についてお尋ねします。ここまでの金額だったら利用できると思われる金額（初期費用）について、当てはまる番号1つに○をしてください。

1. 5,000 円以下
2. 5,000 円～1 万円
3. 1 万円～2 万円
4. 2 万円～3 万円
5. 3 万円～4 万円
6. 4 万円～5 万円
7. 5 万円～6 万円
8. 6 万円～7 万円
9. その他 ()

問 25 ネットワークシステムを利用する月々の経費として、ここまでの金額だったら払えると思われる金額（必要経費）について、当てはまる番号1つに○をしてください。

1. 1,000 円以下
2. 1,000 円～2,000 円
3. 2,000 円～4,000 円
4. 4,000 円～6,000 円
5. 6,000 円～8,000 円
6. その他 ()

問 26 利用したいと思わない理由に○を2つつけ、1～2の順位をつけてください。

1. 使い方が難しいと思うから。 順位 ()
2. プライバシーの確保が難しいと思うから。 順位 ()
3. 上手く機能するかどうか不明だから。 順位 ()
4. 必要性を感じないから。 順位 ()
5. 利用する金がないから。 順位 ()
6. その他 () 順位 ()

問 27 最後に全員にお聞きします。市役所や福祉団体等に対するご意見や、地域でお困りのことがありましたら、何でもいいですからご自由に書いてください。

*以上で終わります。ご協力どうもありがとうございました。

高齢者の生活と福祉およびスマートテレビ活用に関する調査

調査協力をお願い

皆様、ますますご清栄のことと存じます。

このたび、私ども鹿児島 TLO 取締役 藤田晋輔（鹿児島大学名誉教授）を研究代表者と致します産学連携プロジェクトチームは、総務省の戦略的情報通信研究開発推進制度（SCOPE）の研究助成を受け、志布志市の高齢者の生活と福祉およびスマートテレビ活用に関するアンケート調査（昨年度実施済）をもとに、実証試験を実施することになりました。ご協力をお願いいたします。

この調査は、病院の職員（医師・事務長・看護師・MSW）を対象にお願いしています。みなさまの生活と福祉およびスマートテレビの活用についてのご意見をお伺いして、高齢者等のみなさまの安心・安全な生活を保障するネットワークシステムの研究・開発をおこなうことを目的にしています。

ご回答いただいたことは、すべて統計数字として取りまとめますので、個人の名前が出たり、ご迷惑をおかけすることは決してありません。お忙しいなか、大変恐縮ですが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願いいたします。

平成 26 年 1 月

総務省：戦略的情報通信研究開発推進制度（SCOPE）産学連携プロジェクトチーム
＜研究代表者＞鹿児島 TLO 取締役・鹿児島大学名誉教授
藤田 晋輔
＜アンケート調査実施班＞鹿児島国際大学福祉社会学部
田中 安平
岩崎 房子
鹿児島市坂之上 8-34-1
TEL 099-261-3211(代)

＜ご記入上のお願い＞

1. この調査票は、調査対象者ご本人のお考えでお答えください。
2. 質問文に（答えは1つだけ）（答えはいくつでも）などと、○をつけてよい数を指定していますので、注意してご記入ください。
3. 回答選択肢の中に「その他」とありますが、これに○をつけた場合はできるだけ具体的に後の（ ）にご記入ください。

SCOPE

医療機関用 システム利用（前）アンケート

問1 あなたの職種を教えてください。

- | | |
|-------------|----------------|
| 1. 医師 | 2. 事務長 |
| 3. 看護師 | 4. 医療ソーシャルワーカー |
| 5. その他（具体的に |) |

問2 現在の職場での経験年数は何年ですか。（平成26年 1月 1日現在）
満（ ）年

問3 現在の職場に勤務する前の職場を教えてください。（○はいくつでも）

- | | |
|----------------|------------|
| 1. 特別養護老人ホーム | 2. 老人保健施設 |
| 3. 障害者（児）施設 | 4. 児童施設 |
| 5. 病院・医院 | 6. 行政・公務員 |
| 7. 社会福祉協議会 | 8. 教育・研究機関 |
| 9. 福祉関連以外の一般企業 | 10. シルバー産業 |
| 11. その他（具体的に |) |

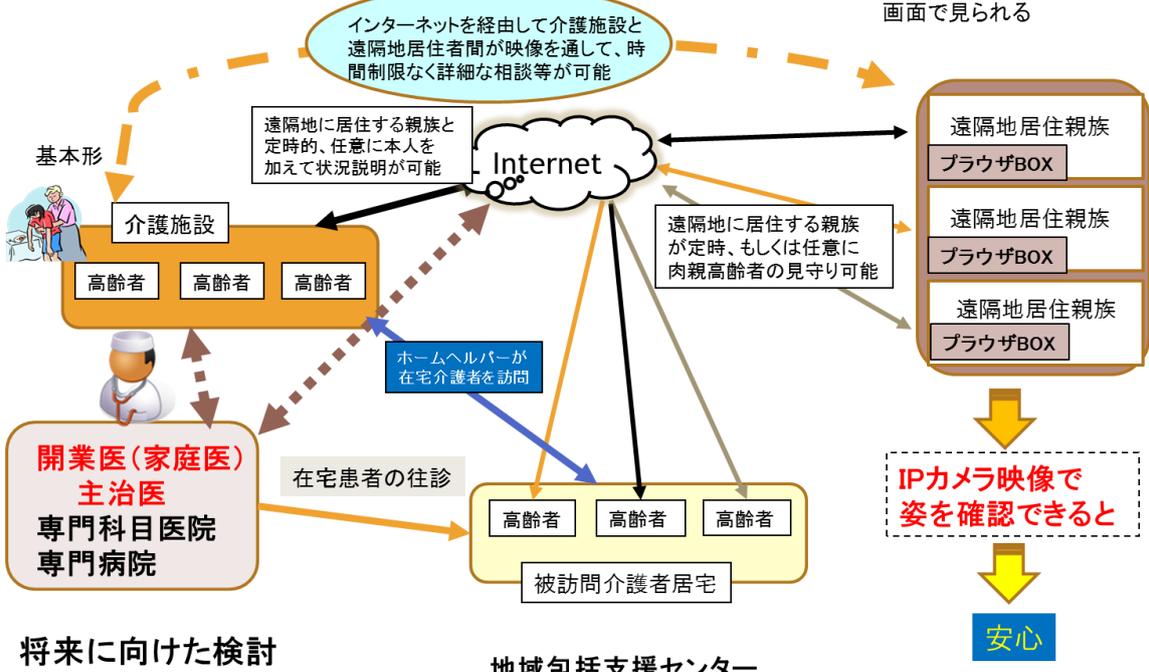
問4 あなたの現在勤務している資格でのこれまでの経験年数は通算何年ですか。
（平成26年1月1日現在）

満（ ）年

高齢者が独りでも安心・安全に自宅で生活ができるように、テレビ電話（スマートテレビ）を通して病院（家庭医・訪問看護ステーション）や介護保険サービス事業所（地域包括支援センター・福祉施設のデイサービス・ヘルパーステーション）と高齢者の双方向の通信が可能になり、安心・安全に地域で暮らすことが出来ることを目指して、安心・安全ネットワークシステムの構築に取り組んでいます。

このような安心・安全ネットワークシステム（下図参照）の利用について、お尋ねします。

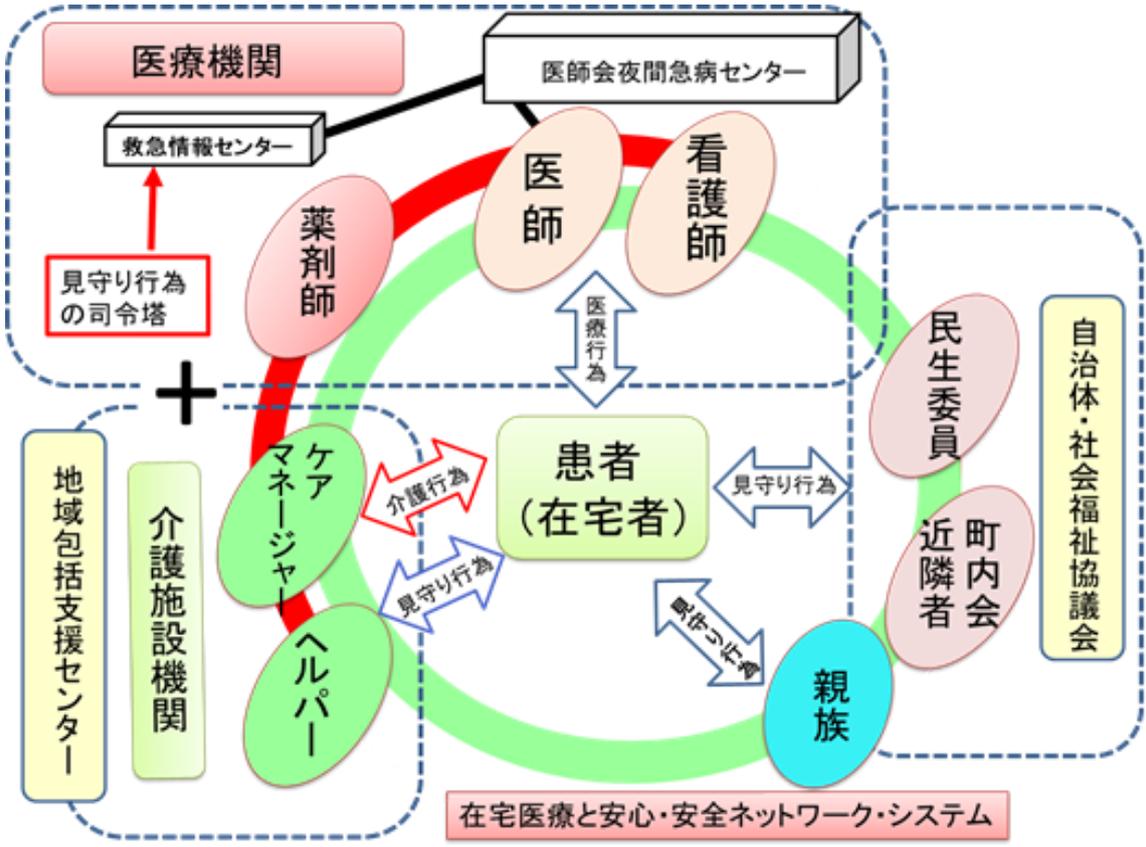
スマートテレビを活用した安心・安全ネットワークシステム



● 介護施設のHPを経由して施設の各種の行事の映像がテレビ画面で見られる

将来に向けた検討
 ・遠隔診療の可能性
 ・薬剤の配達の可能性

◎ 普通電話と同じ扱い



問 5 安心・安全ネットワークシステムを利用することで患者様の生活はどう変化すると思いますか。(〇はいくつでも)

1. 緊急対応が可能になり、安心・安全な毎日を過ごすことができるようになる
2. 異常の早期発見につながり、孤独死や孤立死を防ぐことができる
3. 山間地域の高齢者にとって受診が簡便になり、重症化を防ぐことができる
4. 定期的な連絡が来ることで孤独の解消につながり、介護予防につながる
5. 特に変わらない
6. 利用料が生活をひっ迫する
7. 分からない
8. その他（具体的に：

)

問 6 安心・安全ネットワークシステムが適切に利用できるために、患者様にどのような要件が求められると思いますか。(〇はいくつでも)

1. 機器を操作できる知的能力が求められる
2. 機器を操作できる身体的能力が求められる
3. 応答のできる言語的能力が求められる
4. 利用料を支払うだけの経済的能力が求められる
5. 安心・安全ネットワークシステムが利用に対する家族の理解が前提である
6. その他（具体的に：

)

問 7 ネットワークシステムを利用することにより、病院にとってどのような課題が生じると思いますか。(〇はいくつでも)

1. 時間帯にかかわらず連絡が入り、業務が煩雑になるおそれがある
2. 異業種（複数の職種）間の連携がうまくとれるか不安・疑問である
3. 端末機器の保管場所のセキュリティが確保されなければ、それぞれの業務の守秘義務が守られないおそれがある
4. ネットワークシステムをコーディネートする機関があるかどうか心配である
5. 機器のモニターをだれがどのようにするのか、課題がある
6. 突発的な異常を病院サイドで常にモニタリングするには無理がある
7. 特別な問題は生じないと思う
8. その他（具体的に：

)

問 8 問 7 の課題を解決するために、どのような点を考慮すれば良いと思いますか。
(〇はいくつでも)

1. 連携の核となる事業所の選定が大切である
2. 端末機器の保管場所（施設・病院など）は、鍵のかかる部屋とする
3. 端末機器の使用者は、職員を特定する
4. ネットワークシステムを地域包括ケアシステムの中に組み込む
5. 緊急性が疑われるときは音声で状況を把握し、音声に対する反応がない場合、映像を写す
6. 端末機器の使用法について、主要職員に対する勉強会の実施
7. その他（具体的に：

)

問 9 安心・安全ネットワークシステムについて、システムが構築されたら病院の業務はどのように変化すると思いますか。それぞれについて理由をお書きください。(○は1つ)

1. 業務量が大幅に増える(理由:)
2. 業務量が少し増える(理由:)
3. 業務が煩雑になる(理由:)
4. 変わらない(理由:)
5. 分からない(理由:)
6. 業務量が減る(理由:)
7. 病院の経営が安定する(理由:)
8. その他(具体的に:)

問 10 安心・安全ネットワークシステムが確立されたら、患者様のために導入すべきだと思いますか。それぞれについて理由をお書きください。(○は1つ)

1. 積極的に思う(理由:)
2. 普通に思う(理由:)
3. どちらでもない(理由:)
4. 思わない(理由:)
5. その他(具体的に:)

問 11 安心・安全ネットワークシステムが使いやすく、より良いものになるためにお気づきの点やご意見などがありましたら、何でもいいですからご自由に書いてください。

*以上で終わります。ご協力どうもありがとうございました。