介護サービスと移動

—介護レセプト分析からの実態把握—

Nursing Care Service and Accessibility

佐藤 栄治*

Eiji SATOH

1 はじめに

周知の通り、我が国の人口減少や超高齢社会化といった居住人口構成比の激変は、都市中心部、農村部といった地域の特性に沿った地域課題に関連深い。本論考のテーマである「モビリティ」に関して、農村部での課題が山積している現状は容易に想像ができる。本稿では、介護サービスの観点から、①介護政策の方向性、②介護サービスを利用した際の保険点数請求等に用いられる介護レセプトを分析した結果から受給の現状を把握しつつ、③「モビリティ」に関連する種々の課題を概観したい。

2 近年の介護政策と農村

厚生労働省では、2015年4月の介護保険制度改正において、“2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制の構築を推進”といった、「地域包括ケアシステム」の構築を推進している。地域包括ケアシステムでは、「日常生活圏域」を計画単位とし、“市町村介護保険事業計画において、当該市町村が、その住民が日常生活を営んでいる地域として、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況その他の条件を総合的に勘案して日常生活圏域を定める”とされている。具体的には、“おおむね30分以内に必要なサービスが提供される圏域（中学校区）を単位として想定”されている。

既知の事実だが、「日常生活圏域」は人口（サービス利用想定者）密度や道路ネットワークなど、地域ごとに状況が異なる。このため一意にサービスの提供体制を定めることは困難であり、圏域ごとに誘導すべきサービスや必要な仕組みは異なる。特に人的資源の確保・有効活

用や経営的観点から、農村部で地域包括ケアシステムを成立・維持させるには、地域の実情を踏まえずに設けられた既存の枠組みの踏襲のみでは困難を極める。

3 農村部での介護サービス受給の現状

本章では、X市の2015年10月から2016年9月までの1年間の介護レセプト分析によるサービス提供実態について、移動距離（事業所－利用者宅間の道路距離）^{注1)}を指標として示した結果を例にとり、居住地と利用サービスの関係を概観する（文1より再構成）。対象地域は、北関東の地方都市であり、市域の約70%が特定農山村地域（以下「中山間地域」とする）に設定され、高齢化率（平成22年国勢調査）が30%を超える小地域が点在する。高齢化率の高い年齢構成と地理的要因からみて介護サービス受給が困難な地域といえる。介護サービスは、入所系サービスと居宅系サービスに大別される。入所系サービスは、居住地による影響が比較的小さいため（希望すれば全国でサービスを利用可）、本稿では移動の制約を受ける居宅系サービスの分析結果を示す。

対象地域にある事業所数を表1に示す。また図1は、サービス種別ごとの事業所を中心とした距離帯別利用者分布で、図の横軸は移動距離、ヒストグラムは距離帯別利用者数（左軸）、折れ線グラフは利用者累積率（右軸）を示す。図1から居宅系サービスの利用実態を見ると、X市では7割程度と比較的多くの利用者が利用者宅から15km圏内、移動時間に換算して30分圏内でサービスを利用している状況が把握できる。

図2には、1年間の居宅系介護サービス全利用者について、利用者宅から最近隣の事業所を利用した場合の移動距離と実際の利用事業所までの移動距離の距離差を散布図で示す。横軸は移動距離、縦軸は利用者宅－最近隣事業所間の距離を示している。

サービス種別によってその傾向は異なり、訪問入浴を

* 宇都宮大学地域デザイン科学部 School of Regional Design, Utsunomiya University

キーワード：1) アクセシビリティ、2) 介護サービス、3) 介護レセプト、4) サービス提供限界

除くサービスにおいては、一意に居住地に近いサービス
を利用しているとは言えない。これはサービス提供圏と

しての前提条件である「日常生活圏域」を単位とした介
護計画と実際のサービス利用が異なることも示してい

表1 対象地域で利用されている介護サービス分類

運営形態	総数	サービス種別											地域分類		
		訪問介護	訪問入浴	訪問看護	訪問リハ	通所介護*	通所リハ	短期生活	短期療養	認知通所	小規模	地域通所*	中山間	市街地	
社協	6	3	0	0	0	6	0	0	0	0	0	4	6	0	
民間	市内	72	12	1	5	3	34	4	10	5	1	4	20	21	52
	市外	147	42	2	13	2	67	8	20	1	1	0	14	0	146
	小計	219	54	3	18	5	101	12	30	6	2	4	34	21	198
合計	225	57	3	18	5	107	12	30	6	2	4	38	27	198

図1 利用者宅から介護保険事業所までの距離分布

図2 サービスごとの最近隣事業所と利用事業所の距離

る。しかし図中の①に示すように最近隣距離が10kmを超えるサービスに対しては、最近隣事業所でサービスを利用している実態もある。①部分を詳細に分析すると居住地が山間部に位置する農村集落であり、複数の事業所からサービスの選択ができない場合であった。

これらの実態分析からは、利用者の居住地とサービス提供事業所の位置が、同じ計画圏域には必ずしも必要ない（実態として計画圏域外でしか成立していない）ことを示している。特に訪問介護、通所介護にはその傾向が強い。また山間部の農村集落では、「おおむね30分以内に必要なサービスが提供される圏域」からは外れることが確認できる。

4 日常生活圏域の実態

図3には、X市で設定されている「日常生活圏域」とに、介護サービス量状況の圏域内での完結性を示した（サービス提供を「日常生活圏域」内、市内、市外、の3段階で集計）。なおX市内での「日常生活圏域」A～Mの特徴として、A、B：農村集落が多い、C、F：市街地、その他は観光地を含む特定中山間地域である。

「日常生活圏域」内でのサービス種別ごとの利用状況では、短期療養の60.7%が最大であり、ついで通所介護：53.7%、訪問リハビリ：49.0%であった。基本的な生活を支える訪問介護では39.1%と半数を下回る。「日常生活圏域」別にサービス種別ごとの利用状況を観察すると、B、Eでの通所リハビリや短期療養の圏域内完結性が高く、またHでの訪問介護、通所介護の完結性が高い。

これらはおおそ圏域内でのサービスの事業所立地との関連が深い、先に述べた選択先の多様性も反映されている。圏域内や圏域近隣の選択肢が多数存在する場合

は、圏域内での完結性は低い。また他市に隣接する圏域では近接市からのサービス提供も複数存在しているが、他市に非隣接の圏域でも他市からのサービス提供がある。

A、Bといった農村集落を特徴とする地域、または特定中山間地域では、サービス提供事業所立地が強く圏域内でのサービス完結性に寄与し、圏域内に事業所がなければその圏域の居住者は圏域外の近隣のサービスを利用する。またその場合には、通所系サービスでの利用者の送迎や、訪問系サービスでの事業所から居住地への介護者の移動の負荷はより高い。

5 「モビリティ」の観点から

上記までの介護サービスの実情から、「モビリティ」と関連した課題の整理を行う。

(1) 計画単位

そもそも介護政策の事業計画は、3年ごとに策定が義務付けられている市町村単位の「介護事業計画」にある。市町村単位ではより詳細な「日常生活圏域」によって地域の実情を踏まえることとなっているが、現状では介護サービスの受給実態とその整合性は取れていない。「中学校区」といった設定は、少子化のなかで小中学校の統廃合が進む地域では、そうでない地域に比べて広範な地域を対象とすることを示唆している。また「おおむね30分以内に必要なサービスが提供される圏域」といっても、中山間の集落や広大な田畑を有する集落への介護サービス提供はままならない。さらには地形や季節性が移動の負荷に影響することを考慮しても、計画単位の設定の困難さが伺える。「地域包括ケアシステム」では「地域」における要介護者の人口と密度、サービス提供者人

図3 圏域別の介護サービスの完結性

口が前提であるものの、それが担保されているわけではない。

(2) サービス受給の現状と展開

こうした、小人口・低密度地域ではどのようにサービス提供が実現されているのか。介護レセプトの分析からは、「日常生活圏域」でサービス提供は完結しないが、その外からのサービス提供によって要介護者が地域に居住し続けていることが観測されている。しかし、介護者の移動の負荷が大きく、人口と密度の観点から事業の経営規模と効率性が確保できない地域では民間事業は成立・継続しえない。

こういった地域では、社会福祉協議会が事業主体としてサービス提供を担っている。実際のサービス利用状況を分析した既報^{2), 3)}では、中山間地域、農村地域等の介護サービス提供が困難な地域では、市街地とは異なり社会福祉協議会だけが介護サービス事業を提供していることが確認されている。つまり民間参入が困難な地域では公的資金を投入しつつ、効率性や採算性を度外視してより重い移動の負荷を担っている仕組みである。ただし公的な組織運営による介護サービス提供は、現在、撤退・縮小の方向に向かっている。公的組織から介護サービスを受給していた高齢者は、代替サービスへの転換がレセプト分析により観測されており、公的組織による介護サービス提供も限界が見えている。また、中山間地域の市町村へのヒアリング調査結果からは、利用者が自身の身体状況が悪化した際に在宅介護をあきらめ、介護施設や医療施設等の入所施設に移行していることも確認した。

これらのことから総合的に判断すると、「地域包括ケアシステム」が前提とする「地域」の枠組みからはずれない地域では、移動の負荷に着目した、異なる介護サービス提供体制の構築が必要であるといえる。

(3) 移動から時間へ

移動の負荷に着目して、特に小人口・低密度地域で成立・維持可能な介護サービスを検討すると、第一に移動距離ではなく時間距離を前提とすることが挙げられる。道路ネットワーク等により単位時間当たりの移動距離は異なるが、単純に人的資源のうち最もネックとなるのが拘束時間であるためである。第二に、その時間距離を低減するため、介護者の移動を極力減らすことが必要であり、ICTの活用による常時生体情報取得での見守りやオンラインコミュニケーション、効率的な訪問順・経路選択、携帯端末を活用するオンライン介護記録シェア、事業所を介さない直行直帰の勤務態勢、介護資材運搬を人貨混載運搬システムに組み込むこと、定期的な通所系サービスの送迎は介護者ではなくとも可能なためオンデマ

ンド交通などと抱き合わせの運用とすること^{注2)}、などがその方策に挙げられる。

(4) 医療・福祉の統合的計画へ

それでも介護だけでは小人口・低密度地域での経営的安定性は担保できない。「共生型ケア」では、保育・障害者支援・介護を同一の事業所で行う通所系サービスによって、相互に良い刺激を得つつ、介護資源（時間・空間・支援者）を有効活用することが期待されている。

しかし結論として、予算（介護保険＋公的資金投入で運用できる介護事業所の経営安定性）と介護資源の活用には限界があり、実態として“日本のどこに住んでいても30分圏内にあらゆる事業所を利用可能なように配置”することは不可能である。現実的な選択肢としては、時間距離が多くなる地域での継続居住を前提とした介護サービス提供は保証し得ないものとして、代わりに市街地・市街地近くでの福祉住宅の提供や家賃補助などの居住福祉による居住誘導を行うことが挙げられる。他には、例えば40分・50分といったサービス提供時間距離の圏域ごとに本人負担による加算を設けてサービスを提供する、など受益者負担によって、居住地による移動負荷を受益者と負担し合うなどの方法が挙げられる。いずれにせよ、これまで前提とされてきた「平等」からの撤退はやむなく、「選択肢」を提供するなかで全体として移動の負荷の軽減につなげていかざるをえない。

注釈

注1)「移動距離」とは、サービスを提供するためにスタッフが移動する必要のある距離を指し、ここでは単純に居住地－事業所間の道路距離を軸にとっている。実際の移動の負荷としては、訪問系サービス（往路移動－ケア－復路移動）は移動距離の2倍、通所系サービス（迎え移動－ケア－送り移動）は移動距離の4倍となる。ただし、複数の利用者の居宅を回るなどの運用が一般的であるため、ここでは単純な利用圏域比較手法として片道の「移動距離」を用いる。

注2) 近い将来に自動運転システムが実用化されても、介護輸送についてはより時間がかかるだろう。

参考文献

- 1) 野原康弘、佐藤栄治、三橋伸夫 (2017), 地方都市における在宅介護のサービス提供圏に関する研究—中山間地域を抱えるN市を事例として—, 日本建築学会大会, 学術講演梗概集, F-93-94
- 2) 野原康弘、佐藤栄治、三橋伸夫 (2016), 訪問介護事業所の運営実態とサービス提供圏に関する研究, 日本建築学会学術講演梗概集 (関東), F-35-36
- 3) 高瀬敏、山田あすか、野原康弘、佐藤栄治 (2016), 地方都市における訪問介護の効率的配置と運用に関する研究, 日本都市計画学会都市計画論文集 51 (3), pp.901-908

Keywords: 1) Accessibility, 2) Nursing Care Service, 3) Care Receipt, 4) Service Supply Limit