

## 居宅サービス利用水準の地域差と在宅化推進に関する一考察

ナガクラ マスミ  
長倉 真寿美\*

**目的** 在宅化推進には、まず介護保険制度の居宅サービスが十分に利用できる状況にあるか否かが重要だと考えられる。ここでは要介護認定者1人当たりの居宅サービス利用水準の地域差を保険者別に把握すること、また水準を高くすることに寄与している要因を明らかにすることを目的とした。

**方法** 「介護保険事業状況報告（厚生労働省）」のデータを使い、2002（平成14）年度と2005（平成17）年度の訪問介護、訪問看護、通所介護と通所リハビリテーションを足したものを、短期入所のそれぞれについて保険者（市町村と広域連合）ごとに要介護認定者1人当たりの利用件数を偏差値化し、それを平均化したもの（以下、居宅4サービス利用指数）についてランキングを行った。これをもとに両年度の傾向と推移、上位の保険者の特徴等を明らかにした。さらに両年度ともランキング上位の保険者について三角測量的手法を用いたケース・スタディを行い、居宅サービス利用水準を高くすることに寄与している要因を分析した。

**結果** 2002（平成14）年度と2005（平成17）年度の居宅4サービス利用指数の分布を保険者の区別にみると、両年度とも町・村は広く分布しておりグループ内の差が大きい。また、指数上位の保険者に長野県、長野県南信州広域連合に属している町村の占める割合が高いことがわかった。また、居宅サービスの利用水準が高い地域の特徴として「在宅化推進への早期取り組み」「ネットワークの構築」「ネットワーク、サービス技術を活用したケアマネジメント」「看取りへの対応」が導き出された。

**結論** 居宅サービスの利用水準が高い地域の地域ケアシステムは、様々なサービスの単なる寄せ集めではなく、利用可能な社会資源を有効に連携させ、包括的サービスが提供できる体制になっていることがわかった。今後はこの結果を踏まえ、居宅サービスの利用水準が低い地域のケース・スタディを加味し、より条件が厳しい市町村にとっての在宅化推進策を探っていきたい。

**キーワード** 介護保険制度、居宅サービス、サービス利用水準、地域差、地域ケアシステム

### はじめに

老人福祉施策の基本的方向は、高齢者が可能な限り住み慣れた自宅や地域で安心して暮らし続けることができるよう福祉サービスの充実を図ることである。介護保険制度は創設時、在宅に関する給付について、できる限り住み慣れた家庭や地域で生活を送ることができるようサービス内容の充実を図り、24時間対応が行えるよ

うな水準を目指すとしていた。一方で、厚生労働省は、介護保険制度におけるサービス提供の地域差について「地域ニーズを適切に反映してその選択の結果として生じるものについては、原則的に本来あるべき地域差<sup>1)</sup>としており、現実に居宅サービスの利用水準は保険者間で大きな差がある。少子高齢化と人口減少という構造的な変化、それに伴う市町村の財政力の差、地方財政の三位一体改革による財源不足等の外部環境の変化、また福祉行政の基本的なノウハウ不足といった市町村自身が抱える問題から、

\* 大正大学人間学部人間福祉学科社会福祉学専攻准教授

地域ニーズを適切に反映できているところばかりではないという問題がある。

介護が必要な高齢者の自宅や地域での生活を支えているのは、介護保険制度で提供される居宅サービスだけではなく、家族介護やボランティア等によるサービスもある<sup>2)3)</sup>。しかしここでは、国の制度として最も身近な自治体である市町村で提供される介護保険制度の居宅サービスが十分に利用できる状況にあるか否かが在宅化推進には重要であるという視点に立ち、居宅サービス利用水準の地域差を保険者別に把握した上で、これを高くすることに寄与している要因を明らかにした。

## 方 法

保険者ごとに、第1号被保険者分について2002（平成14）年度と2005（平成17）年度の「介護保険事業状況報告」<sup>4)5)</sup>データを使い、要介護認定者数、訪問介護利用件数、訪問看護利用件数、通所介護と通所リハビリテーション利用件数、短期入所利用件数、これら4サービスについて要介護認定者1人当たりの利用件数を偏差値化し、それを平均化したものをそれぞれの年度ごとにデータベース化し、ランキングを行った。保険者ごとの居宅サービスの利用件数を偏差値化して指標としたのは、単純な利用件数や費用額の比較ではわからない全体でどれくらいの位置にいるのかという水準が把握でき、異なった時点での比較が可能だからである。

ケース・スタディ（事例研究）は、居宅4サービス利用指数が高い保険者である市町村を対象に行い、地域特性や高齢者福祉施策、サービス提供体制などを踏まえ、在宅化を推進する地域ケアシステムの仕組みと特徴を明らかにすることを目的とした。対象抽出に当たっては、両年度ともに上位50位に入っている市町村のうち、出来るだけ上位にあるということを前提にした。その上で地域特性の影響をみるため異なった人口規模・人口密度・高齢化率の市町村が入っていること、上位50位の市町村が多い南信州広域連合、長野県のエリア内の特徴をみる

ため、それぞれのエリアに属する市町村が複数入っていることという条件から、長野県大鹿村、泰阜村、豊丘村、佐久市、愛知県半田市を対象とした。また上位50位には人口数十万から数百万人といった規模の大きい市・区は入っていないため、政令指定都市・特別区の中で両年とも5位以内に入っている人口約358万人の横浜市を対象とした。

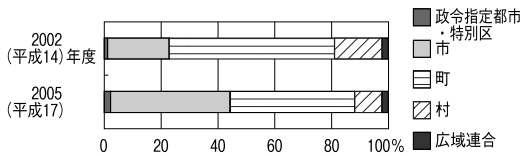
具体的手法としては、居宅4サービス利用指数の分析結果、公文書の精査・解釈、対象市町村の役所、社会福祉協議会等、高齢者ケアに関わる機関等を訪問し、関係者へのヒアリングから得られた回答等を証拠として利用する三角測量的手法を使った。また、エリア内に上位50位の市町村が多い南信州広域連合、長野県については、ケース・スタディの対象となった市町村の訪問調査に加え、南信州広域連合事務局介護保険担当者・厚生担当者、長野県庁長寿福祉課の介護保険担当者、長野県社会福祉協議会のボランティア地域活動センター所長にヒアリングを行い、それぞれのエリア内で在宅サービスの利用水準を高くすることに影響を与えている要因についても分析を行った。なお、分析対象としたのは2005（平成17）年度までの状況である。

## 結 果

### （1）全保険者の傾向

保険者数は、2002（平成14）年度2,863、2005（平成17）年度1,681と「平成の大合併」と呼ばれる市町村合併により、3年間で41.3%減と急激にその数が減っている。保険者の区別に構成割合をみると、2002（平成14）年度は町の割合が58.1%で最も高く、それに次ぐ市の割合21.7%を大きく引き離していたが、2005（平成17）年度には市の割合が42.1%になり、町の43.8%とほぼ同割合になっている。また、村の割合は16.8%から9.6%に減少している。広域連合の数は、元々広域連合を組んでいた市町村が合併で一緒になったこと等により63から39に減少しているが構成割合はほぼ同じであった（図1）。

図1 保険者区分別自治体割合



居宅4サービスの利用指数の分布を保険者の区分別にみると、2002（平成14）年度は政令指定都市・特別区は指数46～55に約9割が集中しており、そのうち51～55の自治体の占める割合が65.7%と非常に高くなっている。市も指数46～55に約8割が集中しているが、指数が56～60と高い自治体が12.2%，45以下の低い自治体が3.7%と、全体的には指数が高い方に分布している。町も指数46～55に約8割が集中しているが、指数が56以上と高い自治体が12.8%，45以下の低い自治体が19.3%と広く分布しており、グループ内の差が大きい。村は指数46～55に約6割が集中しており、指数が56以上と高い自治体が14.3%，45以下の低い自治体が29.2%と広く分布しており、グループ内の差が大きい。町・村は似たような分布をしているが、村のほうがやや指数の低い方に分布している。広域連合は指数46～55に約9割が集中しており、そのうち指数46～50と51～55がそれぞれ42.9%ずつと二分されている（図2）。

2005（平成17）年度は、政令指定都市・特別区は指数46～55にほぼすべての自治体が集中しており、そのうち51～55の自治体の占める割合が56.8%と最も高くなっている。市も指数46～55に約8割が集中しているが、指数が56以上と高い自治体が11.8%，45以下の低い自治体が6.5%と、全体的には指数が高い方に分布しているものの、2002（平成14）年度と比較するとやや低い方にシフトしている。町も指数46～55に約7割が集中しているが、指数が56以上と高い自治体が11.1%，45以下の低い自治体が23.4%と広く分布しておりグループ内の差が大きい。2002（平成14）年度と比較するとやや低い方にシフトしている。村は指数46～55に約6割が集中しており、指数が56以上と高い自治体が17.4

図2 保険者区分別居宅4サービス利用指数の分布

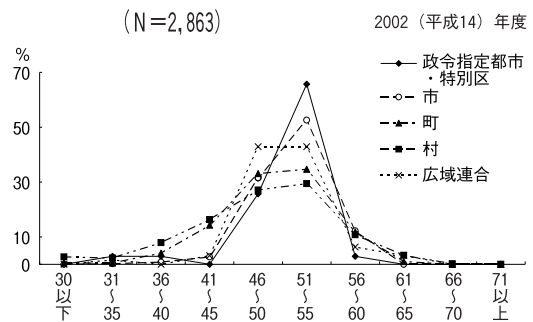
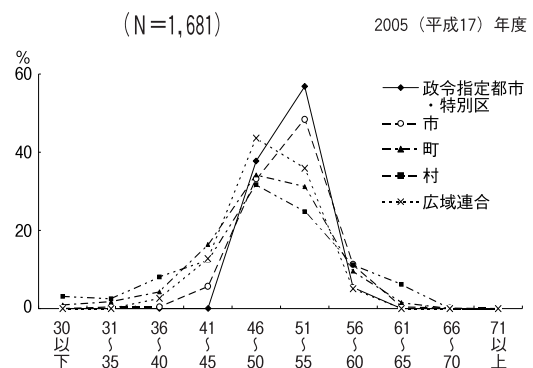


図3 保険者区分別居宅4サービス利用指数の分布



%, 45以下の低い自治体が26.1%と広く分布しグループ内の差が大きく、2002（平成14）年度と比較するとやや高い方にシフトしている。町・村は似たような分布をしているが、村のほうがやや広範囲に分布している。広域連合は指数46～55に約8割が集中しており、そのうち指数46～50が43.6%で最も高くなっている。2002（平成14）年度と比較すると低い方にシフトしている（図3）。

保険者を居宅4サービス利用指数順にランキングしたところ、上位グループに長野県の保険者が占める割合が高いことがわかった。2002（平成14）年度でみると、長野県全112保険者（市町村110，広域連合1，一部事務組合1）中100位以内（指数65.85～58.65）に27保険者（占有率27.0%），50位以内（指数65.85～59.88）に15保険者（占有率30.0%）が入っていた。2005（平成17）年度でみると、67保険者（市町村64，広域連合3）中100位以内（69.78～59.12）に29保険者（占有率29.0%），50位以

内（指数69.78～57.22）に17保険者（占有率34.0%）が入っていた。また両年度ともに50位に入っている保険者は全国で16保険者あるが、そのうち9保険者を長野県の市町村が占めており安定的に高い水準を保っているといえる。

また長野県の南信州広域連合の構成市町村は上位グループに入っている割合が高いことがわ

かった。2002（平成14）年度でみると、全18保険者（1市3町14村）中100位以内に8保険者、50位以内に5保険者が入っていた。つまり広域連合内全保険者の約4割が100位以内、約3割が50位以内に入っていた。2005（平成17）年度でみると、全16保険者（1市3町12村）中100位以内に9保険者、50位以内に8保険者が入っ

表1 居宅4サービス利用指数上位100（2002（平成14）年度、2005（平成17）年度）

2002（平成14）年度

順位	都道府県	保険者	居宅4サービス利用指数	順位	都道府県	保険者	居宅4サービス利用指数
1	長野県	山形村	65.85	51	京都府	大江町	59.85
2	長野県	大鹿村	65.41	52	滋賀県	余呉町	59.82
3	長野県	壳木村	64.04	53	福島県	伊達町	59.78
4	長野県	北御牧村	63.65	54	滋賀県	愛東町	59.74
5	長野県	泰阜村	63.53	55	滋賀県	信楽町	59.74
6	岐阜県	川辺町	63.43	56	長野県	白鷹町	59.71
7	新潟県	広神村	62.94	57	山梨県	山中湖村	59.69
8	滋賀県	近江町	62.77	58	宮城県	七ヶ浜町	59.68
9	岐阜県	東白川村	62.44	59	滋賀県	浅井町	59.62
10	滋賀県	石部町	62.43	60	長野県	四賀村	59.62
11	岐阜県	高山・大野広域連合	62.13	61	長野県	坂井村	59.55
12	岐阜県	山岡町	62.09	62	新潟県	中之島町	59.51
13	京都府	和束町	61.84	63	滋賀県	びわ町	59.51
14	岐阜県	上矢作町	61.81	64	滋賀県	栗東町	59.50
15	滋賀県	西浅井町	61.78	65	長野県	大桑村	59.48
16	和歌山県	古座町	61.71	66	岐阜県	福岡町	59.44
17	長野県	浅科村	61.53	67	長野県	木祖村	59.40
18	滋賀県	吉城川町	61.31	68	和歌山県	古座川町	59.37
19	岐阜県	吉城広域連合	61.30	69	福島県	霊山町	59.37
20	長野県	白田町	61.28	70	長野県	松川町	59.33
21	愛知県	富山村	61.23	71	福島県	会津坂下町	59.32
22	京都府	伊根町	61.13	72	長野県	真田町	59.29
23	長野県	豊丘村	61.12	73	長野県	双葉町	59.23
24	北海道	猿払村	61.05	74	奈良県	月ヶ瀬村	59.19
25	岡山県	上高原村	60.98	75	長野県	生坂村	59.19
26	大阪府	千早赤阪村	60.97	76	滋賀県	甲西町	59.19
27	長野県	喬木村	60.94	77	長野県	富士見町	59.19
28	北海道	赤井川村	60.91	78	長野県	阿智村	59.17
29	長野県	八千穂村	60.87	79	新潟県	聖籠町	59.11
30	長野県	箕輪町	60.76	80	滋賀県	秦荘町	59.10
31	兵庫県	香住町	60.73	81	宮城県	多賀城市	59.06
32	新潟県	大和町	60.68	82	長野県	中川村	59.05
33	新潟県	板倉町	60.66	83	新潟県	小須戸町	59.05
34	広島県	西城町	60.60	84	新潟県	燕市	58.93
35	長野県	三岳村	60.56	85	静岡県	岡部町	58.90
36	新潟県	六日町	60.53	86	福島県	飯野町	58.89
37	三重県	木曾岬町	60.50	87	新潟県	加茂市	58.86
38	新潟県	粟島浦村	60.47	88	栃木県	石橋町	58.86
39	和歌山県	串本町	60.45	89	長野県	波田町	58.86
40	新潟県	新井市	60.35	90	福島県	鮫川村	58.80
41	新潟県	栃尾市	60.34	91	岐阜県	蛭川村	58.79
42	大分県	姫島村	60.30	92	岐阜県	大屋町	58.78
43	長野県	南牧村	60.22	93	兵庫県	豊岡市	58.77
44	長野県	小海町	60.18	94	滋賀県	守山市	58.76
45	長野県	佐久市	60.11	95	長野県	根羽村	58.76
46	京都府	笠置町	60.10	96	長野県	山県郡保	
47	茨城県	守谷市	60.02		岐阜県	健福社事	58.74
48	岡山県	川上町	59.98		京都府	務組合	
49	福島県	大越町	59.89	97	奈良県	三宅町	58.68
50	愛知県	半田市	59.88	98	静岡県	清水町	58.68
				99	茨城県	小川町	58.66
				100	京都府	精華町	58.65

2005（平成17）年度

順位	都道府県	保険者	居宅4サービス利用指数	順位	都道府県	保険者	居宅4サービス利用指数
1	和歌山県	田辺市	69.78	51	長野県	佐久穂町	59.10
2	長野県	泰阜村	65.11	52	岐阜県	高山市	59.10
3	長野県	山形村	64.54	53	京都府	加茂町	59.10
4	長野県	小海町	64.32	54	新潟県	阿賀町	59.08
5	和歌山県	古座川町	64.32	55	神奈川県	大磯町	59.05
6	長野県	箕輪町	63.90	56	神奈川県	飯島町	59.01
7	大分県	姫島村	63.73	57	宮城県	七ヶ浜町	59.01
8	和歌山県	北山村	63.33	58	大阪府	太子町	59.00
9	長野県	高森町	63.10	59	神奈川県	山北町	58.92
10	長野県	大鹿村	63.01	60	神奈川県	開成町	58.87
11	奈良県	三宅町	62.63	61	奈良県	橿原市	58.80
12	京都府	笠置町	62.62	62	宮城県	多賀城市	58.70
13	三重県	木曾岬町	62.47	63	長野県	波田町	58.66
14	滋賀県	野洲市	62.29	64	北海道	猿払村	58.65
15	長野県	麻績村	62.13	65	茨城県	守谷市	58.62
16	長野県	喬木村	61.70	66	長野県	御代田町	58.44
17	長野県	佐久市	61.59	67	長野県	阿南町	58.39
18	新潟県	関川村	61.23	68	熊本県	津奈木町	58.33
19	京都府	木津町	61.20	69	山形県	白鷹町	58.23
20	長野県	豊丘村	61.14	70	静岡県	岡部町	58.12
21	長野県	中川村	60.83	71	福島県	鮫川村	58.05
22	京都府	和束町	60.81	72	山梨県	富士吉田市	58.03
23	静岡県	由比町	60.60	73	千葉県	鴨川市	58.02
24	滋賀県	守山市	60.60	74	滋賀県	西浅井町	58.02
25	山梨県	西桂町	60.51	75	長野県	信州新町	58.00
26	長野県	北相木村	60.44	76	神奈川県	松田町	58.00
27	長野県	阿智村	60.30	77	長野県	朝日村	57.98
28	茨城県	かすみが うら市	60.10	78	新潟県	三条市	57.96
29	長野県	南牧村	60.07	79	岐阜県	美濃加茂市	57.88
30	福島県	飯野町	59.98	80	静岡県	伊豆市	57.85
31	大阪府	千早赤阪村	59.95	81	鹿児島県	徳之島町	57.82
32	愛知県	半田市	59.91	82	静岡県	清水町	57.79
33	滋賀県	愛荘町	59.87	83	宮城県	東松島市	57.79
34	和歌山県	串本町	59.80	84	京都府	精華町	57.77
35	新潟県	見附市	59.73	85	福島県	新地町	57.76
36	長崎県	江迎町	59.70	86	長野県	南箕輪村	57.75
37	愛知県	阿久比町	59.68	87	神奈川県	茅ヶ崎市	57.71
38	滋賀県	高月町	59.68	88	山梨県	昭和町	57.66
39	山梨県	都留市	59.56	89	新潟県	聖籠町	57.64
40	神奈川県	中井町	59.54	90	長野県	山ノ内町	57.55
41	京都府	伊根町	59.48	91	福島県	浅川町	57.54
42	山形県	上市市	59.36	92	神奈川県	秦野市	57.38
43	新潟県	南魚沼市	59.34	93	茨城県	利根町	57.35
44	長野県	筑北村	59.33	94	滋賀県	栗東市	57.32
45	長野県	松川町	59.25	95	長野県	おおい町	57.32
46	岐阜県	東白川村	59.24	96	神奈川県	横須賀市	57.31
47	長野県	平谷村	59.20	97	長野県	諏訪広域連合	57.28
48	新潟県	魚沼市	59.20	98	新潟県	田上町	57.26
49	千葉県	鋸南町	59.13	99	長野県	生坂村	57.25
50	滋賀県	近江八幡市	59.12	100	長野県	飯山市	57.22

注 1) 網掛けは長野県の保険者  
2) 印は南信州広域連合の保険者

ていた。つまり広域連合内全保険者の約6割が100位以内、5割が50位以内に入っている。なお、南信州広域連合が共同で行っているのは、「介護認定審査会の設置および運営」「介護老人福祉施設の設置、管理および運営」「介護老人福祉施設の入所判定委員会の設置、運営および入所調整」であり、事業状況報告については市町村ごとに行っている。

さらに居宅4サービス利用指数の上位100位に入っている市は、2002（平成14）年度は全体の10%であったが、2005（平成17）年度には26%まで増えている（表1）。

（2）経年で上位の市町村の特徴

2002（平成14）年度、2005（平成17）年度ともに居宅4サービス利用指数が高く、両年度とも上位50位に入っている市町村は全部で16あった（表2）。その特徴は9自治体は長野県の市町村で、そのうち4自治体が南信州広域連合の市町村であり3自治体が佐久広域連合の市町村であった。地域特性は概して、人口が少なく、人口密度が低く、高齢化率が高く、財政力指数が低いといえる<sup>6)-8)</sup>。

（3）ケース・スタディからみた特徴

ケース・スタディでは対象市町村の概要、介

護保険事業状況概況、居宅4サービス利用状況を整理・分析し、さらにここでは紙面の都合で割愛するが、各市町村で要支援・要介護高齢者が具体的にどのような施設・機関から在宅サービスを受けているのかを「地域ケアシステム概念図」として詳細にまとめた。その結果から、居宅サービスの利用水準を高くする地域ケアシステムの特徴のうち、地域特性の違いに関係なくみられるのが「在宅化推進への早期取り組み」「ネットワークの構築」「ネットワーク、サービス技術を活用したケアマネジメント」「看取りへの対応」である。また地域特性別にみられる特徴として介護サービス市場が成立する場合は、介護保険制度の導入で居宅サービスの民間事業者が参入しサービスの提供基盤が出来上がり、高齢者がサービスを十分に使える、もしくは選択できる状況が生まれている。介護サービス市場が成立しない場合は、役場、社会福祉協議会、国民健康保険診療施設である診療所が一体となってサービスを提供する仕組みを持った地域ケアシステムの効果が高いという結果が得られた。

考 察

（1）地域特性に関係なくみられる特徴

1) 在宅化推進への早期取り組み

ケース・スタディを行っていたいずれの市町村も、在宅化を進めるための取り組みを早期に行っている。これは大きく2つのパターンに分かれるが、1つは市町村が介護保険制度の居宅サービスに近いサービスを提供してきたというパターンで、もう1つは保健・医療活動により介護が必要な高齢者の在宅生活を支えてきたパターンである。前者は大鹿村、泰阜村、半田市、横浜

表2 2002（平成14）年・2005（平成17）年ともに50位以内の市町村

市町村	都道府県	平成14(2002)年度順位(指数)	平成17(2005)年度順位(指数)	人口(人)	人口密度(人/㎢)	高齢化率(%)	財政力指数	備考(広域連合)
山形村	長野県	1 (65.85)	3 (64.54)	8 195	338.8	20.7	0.40	松本
大鹿村	長野県	2 (65.41)	10 (63.01)	1 356	5.5	48.5	0.22	南信州
泰阜村	長野県	5 (63.53)	2 (65.11)	2 062	31.7	37.1	0.16	南信州
東白川村	岐阜県	9 (62.44)	46 (59.24)	2 854	34.8	35.8	0.17	
和束町	京都府	13 (61.84)	22 (60.81)	4 998	82.5	29.2	0.26	
伊根町	京都府	22 (61.13)	41 (59.48)	2 718	47.8	41.0	0.13	
豊丘村	長野県	23 (61.12)	20 (61.14)	7 068	94.3	28.9	0.30	南信州
千早赤阪村	大阪府	26 (60.97)	31 (59.95)	6 538	181.0	24.3	0.43	
喬木村	長野県	27 (60.94)	16 (61.70)	6 912	106.8	28.6	0.24	南信州
箕輪町	長野県	30 (60.76)	6 (63.90)	26 276	287.4	20.4	0.59	上伊那
串本町	和歌山県	39 (60.45)	34 (59.80)	19 931	153.4	33.7	0.32	
南牧村	長野県	43 (60.22)	29 (60.07)	3 494	25.8	26.5	0.20	佐久
小海町	長野県	44 (60.18)	4 (64.32)	5 663	51.0	33.2	0.26	佐久
佐久市	長野県	45 (60.11)	17 (61.59)	100 462	235.9	24.3	0.50	佐久
笠置町	京都府	46 (60.10)	12 (62.62)	1 876	84.3	32.4	0.26	
半田市	愛知県	50 (59.88)	32 (59.91)	115 845	2 420.3	17.0	1.00	

注 人口、人口密度、高齢化率、財政力指数は2005（平成17）年度の数値。

市が、後者は佐久市と豊丘村が該当する。

前者の泰阜村、大鹿村は、20～30年前にすでに現在と同程度まで高齢化が進んでいた。そのため在宅で生活している高齢者の必要に迫られてサービスを提供し、早い時期から時間をかけて在宅サービス提供の基盤づくりをしてきたという経緯がある。また半田市も高齢化率は全国平均よりも低い、ホームヘルプサービスセンターを自前で持ってサービスを提供し、市民と協働でヘルパー養成を行ってきた。横浜市も同じく高齢化率は全国平均よりも低い、市民と協働で「財団法人横浜市ホームヘルプ協会」（現横浜市福祉サービス協会）を立ち上げる等の在宅化の基盤づくりを行っていた。後者の佐久市は従来から地域医療に熱心な病院が多く、地域との連携を密にするための部署を持ち、退院後高齢者を地域に戻すことや診療所との連携が積極的に行われている。また豊丘村は1日でも長く在宅で生活することを目的にした老人保健サービス活動が徹底して行われている。

## 2) ネットワークの構築

地域ケアシステムの中で行政やサービス提供機関等のネットワークが構築されている。これは大きく2つのパターンに分かれるが、1つは役所とサービス提供機関が連携するネットワークが組み込まれているパターンで、大鹿村、泰阜村、豊丘村、半田市、横浜市が該当する。もう1つは医療機関を中心としたネットワークが組み込まれているパターンで、これは佐久市が該当する。

前者の大鹿村、泰阜村は、役場・社会福祉協議会・診療所が連絡・調整を行いながら一体となって在宅サービスを提供するネットワークが組み込まれている。豊丘村は、役場の福祉係を中心に、保健衛生係、居宅介護支援事業者で、かつ居宅サービス事業者でもある社会福祉協議会が連絡・調整をしながら在宅の高齢者やその家族を支援するネットワークが組み込まれている。半田市は「高齢者福祉制度ガイドブック」を居宅介護支援事業者に配り、申請書の用紙を事業者が代理申請しやすく工夫するなど、市と事業者が協力して在宅の高齢者を支援するネットワークを構築している。横浜市は、地域ケアプラザが

総合相談・支援、居宅介護支援・通所介護の介護保険事業、近隣の支え合い活動の支援をしていることで、様々なサービスの組み合わせが可能なネットワークが構築されている。

後者の佐久市は、5つの日常生活圏域ごとにある基幹病院がそれぞれ、居宅サービス事業所、入所施設を付帯し、このうちいくつかは在宅介護支援センターも開設しており自前でサービスを提供するネットワークが出来ている。

## 3) ネットワーク・サービス技術を活用したケアマネジメント

サービス提供のネットワークを活用したケアマネジメントがそれぞれ行われている。

まず大鹿村では、村の保健福祉課の課長補佐であり村直営の在宅介護支援センター（指定居宅介護支援事業者）の介護支援専門員でもある保健師が、ネットワークと看取りまで対応できるサービス技術を有効に活用し、サービスが必要な人は必ず使えるように村全体の資源配分も考慮したケアマネジメントを行っている。泰阜村では、診療所の医師・看護師と社会福祉協議会の看護師・ヘルパー・ケアマネジャーは、毎朝、合同ミーティングでサービス提供方針や方法の確認等を行い、日々ケアマネジメントを行っている。豊丘村では、居宅介護支援事業者でもある社会福祉協議会には4人のケアマネジャーがおり、村の福祉係と情報共有・連携をしながら利用者の費用負担の問題も含めて包括的なケアマネジメントを行っている。佐久市、半田市では、医療機関を中心としたネットワークと看取りまで対応できるサービス技術を活用した包括的ケアマネジメントが行われている。横浜市では、地域ケアプラザを中心に様々なサービスの組み合わせが可能なネットワークが組み込まれており、その中で包括的ケアマネジメントが実施されている。

## 4) 看取りへの対応

地域ケアシステムの中で最期まで看取る体制がとられている。これは大きく2つのパターンに分かれるが、1つは医療機関が中心となっているパターンで、これは佐久市、半田市が該当する。もう1つは、診療所医師の往診と通所介

護の重度者への受け入れで、大鹿村、泰阜村、豊丘村がこれに該当する。

前者の佐久市は、中小の病院・診療所でも往診を行う医師が多く、経管栄養の状態になっても最期まで在宅で過ごすことが可能になっている。半田市は、診療所等の医療機関が設立した介護保険指定事業者が多いことから、医療機関を中心としたサービス提供が行われ、その中で往診・訪問看護といった看取りへの対応が行われている。後者の大鹿村、泰阜村、豊丘村は、診療所医師が必要な人には週1～2回の往診を行い、社会福祉協議会運営の通所介護では要介護度4・5の高齢者も多く受け入れている等、サービス提供者側に在宅での看取りを支援する技術が伴っている。

## (2) 地域特性別にみられる特徴

### 1) 介護サービス市場が成立する市町村

一定以上の人口規模がある市町村は、介護保険制度導入により居宅サービスの民間事業者が参入し、サービスの提供基盤が出来上がってきたことで高齢者がサービスを十分に使える、もしくは選択できる状況が生まれている。これは豊丘村、佐久市、半田市、横浜市の例が該当する。

豊丘村の場合は人口約7,000人と小規模ではあるが、村内の移動や近隣の市町村とのアクセスの良さから社会福祉協議会を含む民間事業者、個人医院による居宅サービスの提供基盤が出来ており4サービスがほぼ満遍なく利用できる状態にある。この事例からは、市場が成立する可否かは、ある一定以上の人口規模があればむしろアクセスの問題の方が大きく影響すると考えられる。

### 2) 介護サービス市場が成立しない市町村

介護サービス市場が成立しないのは、過疎地で地理的にも市町村内や近隣市町村との移動が困難な場合で、泰阜村・大鹿村の例がこれに該当する。

このような条件の場合、役場・社会福祉協議会・国民健康保険診療施設である診療所が一体となり、役場と人的・経済的にも深いつながり

のある社会福祉協議会が指定事業者としてサービスを提供する方式が居宅サービスの安定供給と利用水準を上げることに寄与していることがヒアリング調査から明らかになった。仮に委託費を払って事業者を誘致しても、サービスの安定供給には不安が残る。「福祉は地場産業になる(泰阜村村長)」であり、お互いのことをよく知る小規模自治体では、むしろこの一体型の地域ケアシステムのメリットが大きいといえる。

## おわりに

居宅サービスの利用水準が高い地域の地域ケアシステムは、様々なサービスの単なる寄せ集めではなく、利用可能な社会資源を有効に連携させ、包括的サービスが提供できる体制になっているといえる。つまり地域の現状を把握した上で、限られた資源の中で最も効果が上がる方法が選択され、老人保健福祉計画・介護保険事業計画に組み込まれていると同時に、在宅サービスの提供に関わる機関・施設がネットワークを組み、サービス提供のマネジメントが的確に行われている。さらに看取りの技術がサービス提供者側に備わっていることで、高齢者を一人の人間として捉え、その人の生活課題を迅速かつ的確に把握し、適切なサービスの組み合わせが総合的かつ継続的に提供される仕組みが構築されている。

ここでは居宅サービスの利用水準の分析を起点に、それが高い市町村のケース・スタディから水準を高くする地域ケアシステムの特徴について明らかにした。今後はこの結果を踏まえ、居宅サービスの利用水準が低い地域のケース・スタディを加味し、より条件が厳しい、もしくは条件は悪くないけれども地域ケアシステムがうまく機能していない市町村にとっての在宅化推進策を探っていきたい。

## 文 献

- 1) 厚生労働省監修・厚生労働白書(平成17年版)地域とともに支えるこれからの社会保障. 2005: 213.
- 2) 介護関係総費用統計に関する統計の整備及び国民

- 医療費との関係性に関する分析報告書。(財)厚生統計協会。1998。
- 3) 住友生命総合研究所。介護・保育サテライト勘定の整備研究報告書。住友生命総合研究所。2000。
- 4) 厚生労働省。平成14年度介護保険事業状況報告。厚生労働省ホームページ ([http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/indexkk\\_7\\_3.html](http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/indexkk_7_3.html))。
- 5) 厚生労働省。平成17年度介護保険事業状況報告。厚生労働省ホームページ ([http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/indexkk\\_7\\_6.html](http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/indexkk_7_6.html))。
- 6) 総務省。平成17年度国勢調査 総務省統計局・生活統計官(統計基準担当)・統計研究所ホームページ (<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2000/kako/danjo/index.htm>)。
- 7) 朝日新聞社編。2006 民力。朝日新聞社。
- 8) 総務省。平成14年度市町村別決算状況調。総務省ホームページ ([http://www.soumu.go.jp/iken/zaisei/050411\\_2.html](http://www.soumu.go.jp/iken/zaisei/050411_2.html))。

## 医師・歯科医師・薬剤師の皆様へ届出のお願い

我が国に居住する医師・歯科医師・薬剤師は、2年に1度12月31日現在における住所地、従業地、従事している業務の種別等、医師法、歯科医師法、薬剤師法で規定されている事項について、届け出ることが義務付けられています。

本年はその届出年に当たりますので、所定の届出票に記入の上、平成21年1月15日までに、原則として住所地の保健所まで提出してください。複数の従事先がある場合には主な従事先について記入した届出票1枚を提出願います。

この届出は、今後の厚生労働行政の大切な基礎資料となりますので、医師・歯科医師・薬剤師の皆様、12月31日現在就労していない場合であっても、届出票の提出漏れのないようをお願いいたします。

なお、届出票の用紙につきましては最寄りの保健所までお問い合わせいただくか、厚生労働省のホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/>) からダウンロードしてください。

また、届出を行わない医師、歯科医師の方は「医師等資格確認検索システム」(<http://licenseif.mhlw.go.jp/search/>) に氏名等が掲載されません。

【参考】薬剤師の方は「薬剤師資格確認検索システム」(<http://yakuzaisi.mhlw.go.jp/search/>) で閲覧できます。

厚生労働省