

厚生労働科学研究研究費補助金

政策科学推進研究事業

地域における保健・医療・福祉の動的統合モデルに関する研究

平成15年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 矢嶋 嶺

平成16（2004）年3月

目 次

I. 総括研究報告		
地域における保健・医療・福祉の動的統合モデルに関する研究	-----	1
矢島 嶺		
II. 分担研究報告		
1. サービス統合システムの分析と長野県モデルの構造分析に関する研究	-----	8
合津文雄		
2. 地域住民活動の分析と長野県モデルの構造分析に関する研究	-----	29
依田發夫		
3. 地域特性の分析と比較研究に関する研究	-----	51
村田隆一		
4. 地域住民主体形成過程の分析と長野県モデルの構造分析に関する研究	-----	59
石原剛志		

厚生労働省科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）総括研究報告書
 地域における保健・福祉との動的総合モデルに関する研究
 継続研究第2年度分（平成15年）

主任研究者 矢嶋嶺 長野大学社会福祉学部社会福祉学科客員教授

1. 研究要旨

本研究は均衡のとれた社会的政策研究の一環として、健康長寿・低医療費を具現化している長野県の「特性」の構造分析を通して、普遍性を持った地域レベルの保険・医療・福祉の総合的アプローチの実践的・理論的モデルの策定を目的とする。特に総合的サービス提供システムと地域住民活動との関連に焦点をあて、いわば「長野モデル」の背景要因の構造関連を分析し、その解明を通して、動的な総合モデルを策定することにある。

初年度の研究により次の事項を確認した。低老人医療費の要因は、医療提供サイドの事情による。例えば、平均入院期間、病床数、受診回数、医師数が関与しており、いずれも低水準であり長野モデルの基盤をなしていた。総介護費用は47位中26位である。訪問看護ステーション利用率は全国最高位であり、社会的入院が抑制されており、在宅死は20%弱で在宅ケアが進んでいることを示す。佐久病院等公的病院、自治体立の病院・診療所等と自治体や社協などと連携がよく、地域医療、地域福祉の水準が高いことを窺わせる。平均寿命の延長。背景は複雑で、医師の地域医療指向、地域住民とのコンタクト、健康教育、県民の文化的水準が絡み合っており解明は難しく、次回以降も取り組みたい。

本年度の研究は、長野モデルの実体が先進的な保健・医療・福祉との結合的なサービスと住民との主体的且つ相互協力により取り組んできた地域ケア活動の解析と、長野モデルが自治体病院・診療所と公的病院（厚生連病院）、社協など第3セクター的法人と結合した実践活動であることの確認、長野モデルが、自治体診療所拠点型、基幹病院中心型、複合施設中心型などに類型化された包括型サービスの実態の究明を行うこと、この長野モデルは、普遍性があること。等の解析と検証を加えることである。長野県における地域医療・健康学習の活動を現代史的研究の視点からあらためて、先行研究検討することを目的として、その基礎的作業として取り組んだものである。

テーマ（1～4）分担研究者

（1）サービス提供システムの分析と長野モデルの構造分析に関する研究
 合津文雄 長野大学社会福祉学部
 社会福祉学科 助教授

（2）地域活動の分析と長野モデルの構造分析に関する研究
 依田發夫 長野大学社会福祉学部
 社会福祉学科 教授

(3) 地域特性の分析と比較に関する研究
(その2)

村田隆一 横浜市立大学国際文化
学部人間科学科 教授

(4) 健康づくり・健康学習における住民
の主体形成の研究(現代的視点から)

石原剛志 長野大学社会福祉学部
社会福祉学科 講師

活動があったはずとの仮説に基づき、長野県厚生連病院が行っている「地域保健セミナー同窓会」というユニークな地域住民活動の構造分析を行い、住民活動と住民の健康長寿との連関を探るという目的で始められたものである。医療・福祉の専門集団が、地元に入り込んで、実践活動を行うことが健康長寿のどこに関係しているか、概ね理解できたと思われる。

テーマ3 (村田)

「地域特性の分析と比較に関する研究(その2)」は、前年度の続きの研究である。ここでは、地域特性の比較研究の基礎的作業として基本概念となる「地域」概念について検討して行政区画や生活共同体としてのそれとして区分し、捉えることが重要であると認識された。こうした住民主体型の地域作りへの行政支援の重要性も認識され、従来型の行政管理型地域概念から住民支援型行政的地域概念への転換の必要性を改めて再認識した。本年度は、地域住民型地域概念の再構築に関する基礎的考察を行った。長野モデルが新しいシステムとして普遍性を捉えようとするならば、「地域」の概念を意識的に変えなければならないであろう。

テーマ4 (石原)

近年日本に於ける医療政策や公衆衛生の動向やその思想(健康観、生命観)に着目した新しい動向が見られるようになった。そしてこの研究は、戦時下の「無医村」対策、保健婦の国家による組織化などの政策や地域での活動が、対象として取り上げられ、特に、戦後の福祉と国家体制との「連続と断続」を明らかにしようとする視点から検討されはじめています。

A, 研究の目的

本研究は、普遍性を持った地域レベルの保健・医療・福祉との総合的アプローチの実践的、理論的モデルの策定、すなわち「長野モデル」の背景要因の構造連関を分析し、いかなる地域においても展開できるシステムとしての動的モデルを策定することを目的としている。

テーマ1 (合津)

「包括的医療・福祉・保健のサービスシステムの形成過程が低医療費、健康寿命」を生み出す要因になり得たかどうか研究するものである。真に量、質ともに高く、住民主体の運動で行政の専門家集団と真の協力関係にあったのかどうか分析した。医療費の軽減化には、調査した北御牧村、小川村方式はともに大いに役立っていることは判明したのだが、無政府的・市場原理的医療・福祉システムの丸子町の高医療費化と比べるとよく分かる。健康→長寿をもたらしているどうかは判断できない。このあたりの分析は至難である。

テーマ2 (依田)

「地域活動の分析と長野モデルの構造分析に関する研究」は、健康長寿、低医療費を実現している長野県の特性的背景要因の一つに保健・福祉・医療活動と、地域住民

本分担研究は、こうした先行研究の視点を継承しながら、長野県における地域医療・健康学習の活動を現代的研究の視点からあらためて検討することを目的とし、その基礎的作業として取り組んだものである。

B、研究方法

テーマ1（合津）

昨年度は長野県の地域・自治体の保健・医療・福祉の総合的「サービス提供システム」を三つのパターンに分類して「基幹病院中心型モデル」として、佐久病院を中心とした佐久圏域（浅科村、佐久市、臼田町、佐久町、八千穂村、小海町、北相木村、南相木村、川上村）、「診療所（国保直営）拠点型モデル」として泰阜村の二つの地域・自治体について実地調査した。本年度は「診療所（国保直営）拠点型モデル」として、小川村、北御牧村の現地調査とヒアリング、資料収集を行い、そのシステムを図式化して、サービス提供システムの構造把握を行った。比較するためにこのタイプの拠点型とは全く違う無政府的・市場原理的サービスシステム下にある丸子町も、現地調査を行ってみた。医療費の地域差は明らかであったが、健康長寿など住民のQOLとも呼べる質の差は、両者の間に明瞭に見出せなかった。

テーマ2（依田）

佐久病院の地域保険・医療活動の系譜、地域保険セミナーの目的、内容、セミナー同窓会活動の分析、同窓会員へのアンケート、抽出自治体の中の同窓会の役割、彼らの中からヒアリング、地域住民の健康長寿との関連などの分析を試みた。

テーマ3（村田）

住民主体型地域概念の再構築に関する基礎的考察を小諸厚生総合病院の「実践保健大学」および佐久病院「佐久地域保健セミナー」の取り組みの経過を踏まえて、関連する先行研究を基に主として文献研究を行った。

テーマ4（石原）

長野県下の地域医療・地域保健・健康学習の実践に関する文献を中心に現代史研究として文献研究を行った。

C、研究結果

テーマ1（合津）

北御牧村では、村営診療所を中心とした、「ケアポートみまき」という包括的医療・福祉・保健のセンターがあり、自治体、社協ボランティアグループの活動の拠点となっている。当村での老人医療費は徐々にではあるが減少しており、介護費用は微増の傾向にあった。「健康とは病気をしないことだけではなく、普段の生活が一定水準を満たしてこそ健康である」という信条が、住民と自治体当局にしみ渡りつつあるということが、調査の結果感じた。小川村では、平成16年度より保険福祉との連携を図るために、包括医療組織が機能しており、中核が「包括医療協議会」である。この組織に村営直営診療所のドクターが中心的役割を果たしており、保健・医療・福祉関係、社協が結集している。この組織を「参木会」と呼び毎週木曜に密接に住民サービスへの対策を検討している。更に、「高齢者・障害者サービスチーム」、「施設入所検討委員会」、「国保及び介護保険運営委員会」があり、村あげてのシステムが今日まで続いている。このシステムの成果は、

低医療費、健康長寿の具現化に非常に大きい影響を及ぼしていることは、実地調査に歴然と表されている。丸子町について研究してみると、この町は医療機関、介護施設などが3万人に満たない人口に対してひしめいている。県内でも有数の医療、介護の競合地域である。互いの連携システムも持たず、市場原理のもとで競合している。しかし、各機関は工夫をこらし、独自のサービス網を持ち、施設ケア型の医療と介護ケアを実施している。

丸子町の調査は、前期の2村のような地域医療中心型で、行政、社協を巻き込んだタイプとは異なる医療福祉環境であることに目をつけた合津が、比較のために現地調査の結果まとめた資料であって、前期の他の2村と比べて非常に興味あるデータを示した。

テーマ2 (依田)

佐久病院の地域保健・医療活動の理念と実践の中には、健康の大切さを住民が自覚し、必要な活動を起こすための啓発活動を重視してきたことが明らかとなった。セミナー開講の目的は、住民生活にとって役立つ保健・医療・福祉の学習と地域での実践方法を学び、地域の健康づくりと福祉のための活動をするとしたものである。同窓会の活動方法は大きく班活動と支部活動に分かれ、支部活動では「種まき人」となることが重視されていた。同窓会のアンケート調査では134名が回答しており、地域で保険・医療・福祉活動に積極的に参加、行政や社協などから認められる存在となっており、意欲はあるが参加をためらう生活実態もあった。二つの抽出自治体でのヒアリングでは、小海町においては女性の健康

学習と、福祉ボランティアが活発化に貢献していることと、男性高齢者がよく働くことが特筆される。これには、集落の中の血縁関係の上に立つ役割が明確な事情がある。小海町における高齢者の平均寿命は、女性が85.7歳で県内120町村のうち16位であり、男性は78.4歳で87位である。川上村では、男性が79歳で11位、女性が85歳で91位であった。

テーマ3 (村田)

小諸厚生病院主催の「実践保健大学」は、健康問題は自らの人生観や社会観に結びつく人生の課題であると考えた、院長坂本や健康管理部長の依田(当時)らによって起こされた、病院スタッフと住民の組織(農協、社協、住民有志等)の共同事業である。その基礎は農家の主婦が、地域の健康育成のための「共同運動」こそが、組織の原点にならねばならないとの信念に基づいている。この共同運動は農家の女性が、家庭と地域の民主主義と健康意識の前進を目的とするものとし、自主的に息の長い取り組みを当初から計画したものであることを特徴としている。この実践の場は役場、病院などでなく部落のあちこち小集会所における「井戸端会議的対話手法」によるとして、長い熟成期間を要する「熟成型地域づくり運動」である。これを意識的に追求したところに最大の特徴を持つと調査関係者は評価している。共同運動「場」をどう定義づけるか、この課題は住民主体の協同的地域づくりに必要なたまり場の育成に切実なものである。日本の場合イタリアなどと違って、建築的構成を持つものではなく、「庭先」、「たまり場」、「道路はし」などが、代用広場になり得るわけで、ギリシャのカテ

ゴリーとしての「広場」つまり「神一都市一広場一人間」の如き図式は日本にはない。ギリシャ的の市民は、日本には昔も今も存在したわけではなく、「井戸端会議的対話手法」が機能化して、「広場」の機能を持つと考える。この「実践保健大学」は、農家の主婦の活動形態に独自の対話の出来る広場を与えた。「井戸端会議的」「熟成型地域づくり」アプローチで、健康な地域づくりの実績を上げた住民活動であることを確認した。

テーマ4 (石原)

藤野が指摘するようにファシズム体制における国民の健康管理は、国民のためのものではなく、「皇国」のための責務であった。矢嶋によれば、集団検診は富国強兵のためのものであって、現代では高度成長経済のための社会政策である。検診の有効性に踊らされるのは、体制の思惑にのるだけのことであり、科学的な有効性検証すら満足に行われていない始末である。

さらに保健婦とともに住民の健康学習の援助実践に取り組んできた松下は、「健康学習」といわれる概念は管理方法を普及徹底させたものであり、啓蒙の意味合いをもつだけで、問題を持つ住民を受け手として客観的にとらえる発想であったと批判している。

D, 考察

テーマ1 (合津)

「診療所(国保直営)拠点モデル」の小川村、北御牧村の総合的サービスシステムは、事実上診療所の医師が中心的役割を果たし、保健・医療・福祉の「包括的センター」として、行政、社協、ボランティアの連携を

保ち、地域活動をしている。この地域医療、地域福祉活動は、老人医療費を押し下げ県内120町村中、118位、63位と県平均を下回っている。又、平均寿命は他町村と差は見ないものの、主体的な住民運動の結果、地域でのQOLは相当高水準であることを実感した。数量的証明は容易に証明できないが、現地調査で実感された。一方丸子町は、病院、保健施設、介護施設、在宅支援施設の密集地域で、各機関の連携はまずないといってよく、無政府的・市場原理的である。その影響が県内最高位の老人医療費地域で1位と6位の間を上下している。介護費用は県平均であるので、社会的医療が介護の社会化を遅らせているものと考えられた。しかし、介護についての不平は住民から出ておらず、医療的ケアがまだ中心的ケアとなっているものと想像された。

テーマ2 (依田)

佐久病院による「地域保健セミナー」は、地域における保健・福祉の働き手を輩出し、その活動が地域住民活動と相乗し地域の保健力、福祉力の高揚に有効であることが認められた。この中でとりわけ健康学習に基礎をおく住民活動が、人々の健康長寿を実現する要因の一つとして考えられた。高齢になっても農作業に従事し、地域の中での役割保持が明確に存在することにより、元気高齢者が輩出することが推測できた。

テーマ3 (村田)

住民主体型の地域概念の形成における草の根の健康づくり住民運動の意義について、小諸厚生病院の実践保健大学の取り組みの考察を通して検討した結果、井戸端会議的対話手法と熟成型地域づくりアプローチととりあえず呼んでみたが、住民主体の健康

の地域づくりの方法論として、非常に有意義な実践を展開してきていることが確認された。

そして健康の主体者として、住民の自己決定が大原則となる健康づくりないし予防接種の推進には、主体性の確立、民主主義、協同という要素が不可欠であり、なおかつ「変化の時間」「ゆっくり変化する」の要素を踏まえて行うことが肝要だということが、実践の中で明らかにされてきている。

効果測定や評価をする際に押さえておくべき事項である。さらに実践保健大学の修了生達による幅広い健康づくりの地域活動の取り組みが、日本的広場を生み出す実践になっていることが確認されたが、このことの意義は大きいと言える。それは、実践保健大学の受講生が農家ないし地域の「主婦」層が中心となっていることが持つ意味から言えることである。この担い手が主婦層であることが、佐久病院が八千穂村と共同で行ってきた全付健康管理と質的に異なる点である。

八千穂村の実践では、地域の健康づくりの住民サイドの推進者は男性が担っている点で先駆性を持っているのであるが、地域や家庭での既存の社会的秩序に即しているという点での強みを持つと同時に、既存社会的関係の枠組みないでの取り組みという制約を持つともいえるからである。物言わぬ自己主張しない主婦達が自ら活動を組織し、交流空間の機能的創出を行うことは、それまでの既存の社会的関係なり秩序の改善を意味するからである。こうした実践を、農家の主婦達が「お父ちゃんたちに「うんまいこと（上手い）いって」その気にさせて協力を取り付けながら行う意味は大きい

である。要するに、日本社会で「主婦」が「広場」を作っており、時間をかけてそれが徐々に広がりを見せているということである。健康の地域づくり活動の評価にあたっては、この点を長期的視点にたっていくことが必要である。

テーマ4（石原）

日本における健康管理活動は、結局その時節の国家目的にもとづく上からの健康管理であって、ファシズム的軍団主義のため、高度成長経済体制のため、更に高齢者対策のためであり、常に国民の健康に主体をおき、住民の参加、又は企画にもとづくものではなかった。そして健康教育は、表面的には科学性に粉飾を施されたものであったり、集団検診などは、合理性や、科学性を欠くものであった。又、現代日本の高齢者問題に対する国家的戦略は、健康寿命の延伸が目標とされ、公的医療費と介護費の削減と社会保障市場原理にもとづく、自己責任による健康管理活動の傾向を強めていることが窺える。

E、結論

テーマ1（合津）

老人一人当たり医療費の地域差の要因は、医療サイドの事情、例えば市町村における病床数、医師数が関係しているといわれ、受療者の要因は副次的なものとする説が一般である。

このことは全国の1万人比病床数129床に対して、長野県は113床、本年度調査した小川村、北御牧村は無床であり、老人医療費の高い丸子町は184床と高いことからもうかがえる。しかし、これまでの研究から、医療費の地域差は医療提供サイドの要因だけでなく、それぞれの地域、自治体に

における実践的効果的な「サービス提供の背景要因と何らかの関係を有し、小規模自治体における国保直営診療所の取り組みが大きな要因として考えられることが判明した。昨年度及び本年度の調査が県内 120 町村中 5 町村の調査を行ったのみであることから、それらの仮説を裏付け、普遍性の解明を通して動的総合モデルを策定するためには、調査対象地域、自治体、ならびに老人医療費高額地域においても、更なる調査研究および考察が必要である。

テーマ 2 (依田)

地域における保健・福祉・医療の住民活動と住民の健康長寿、低医療費との因果関係では、低医療費についての分析は出来なかった。健康長寿と住民活動との連関については、健康学習による活動の基礎作りが行われているとき、住民の活動が高い有効性を持つことが推測でき、広義の「健康」をテーマとする学習の機会を地域に広め、「健康の主体者を地域に多数送り出すことが、住民の健康長寿を実現する上で必要なことと考える。

テーマ 3 (村田)

住民が主体的に作る生活共同体としての住民主体型地域概念の構築にあたって、小諸病院の実践保健大学の 20 余年にわたる取り組みが先駆的、間接的な内容を持っていることが確認された。それは、住民主体の健康の地域づくりの方法論として、井戸端会議的対話手法と熟成型アプローチが開発されており、且つ「変化の時間」(うんとゆっくり変化する)という視点の必要性が確認されたことである。

また、この実践は協同へのこだわりを理念としてなされたものであるが、地域の農

家の「主婦」層を中心とする学習活動の積み重ねを通して、広場型とも言うべき地域活動を生みだしており、住民主体型地域概念の先駆的事例として評価できることが明らかとなった。

テーマ 4 (石原)

戦時下日本の医療・公衆衛生政策を、ファシズムによる政策の一環ととらえるか、あるいはこれを否定し、福祉国家の原型として評価するかという問題は、住民・国民の主体形成過程の視点からも見直すことが必要であると思われる。ファシズムの体制化における医療・公衆衛生政策と、今日における健康管理とを共に視野に収めながらあらためて、住民主体の内実を問う作業が求められていると言えよう。

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

分担研究報告書

サービス提供システムの分析と長野県モデルの構造分析に関する研究

分担研究者 合津文雄 長野大学社会福祉学部社会福祉学科 助教授

研究要旨

長野県が健康長寿、低医療費を実現している背景要因として、各地域・自治体において個別独自に構築されてきた「サービス提供システム」がこれに寄与しているという仮説のもと、そのシステムと老人医療費との連関に関する研究を行った。

研究2年目となる本年度は、昨年度に引き続き本研究を推進するために提携を結んだ6か所の医療機関および先進自治体のうち、「診療所（国保直営）拠点型モデル」としての上水内郡小川村、および北佐久郡北御牧村において実地調査とヒアリング、資料収集等を実施し、それぞれのサービス提供システムを図式化した。これと並行して一人当たりの老人医療費水準の高い小県郡丸子町において同じく実地調査とヒアリング、資料収集等を行い、丸子町のサービス提供システムがどのように構築されているかについて調査・把握し、調査対象とした小川村、北御牧村の二つの地域と対比分析を行い、同時に老人医療費との相関関係について研究を深めた。

その結果、一人当たりの老人医療費の地域差の要因は、医療提供サイドの要因だけではなく、それぞれの地域・自治体において構築されてきた実践的かつ効果的な「サービス提供システム」の存在が低医療費を実現している、いわゆる「長野県モデル」の背景要因と明確な相関関係を有し、小規模自治体において国保直営診療所等を中心として構築されてきた「サービス提供システム」形成の取り組みが低医療費実現に関して大きな要因として考えられることを確認した。

A. 研究の目的

2002（平成14）年度に採択を受けた本厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）研究は、健康長寿、低医療費を具現化している長野県の「特性」の構造分析を通して、普遍性を持った地域レベルの保健・医療・福祉の統合的アプローチに関する実践的・理論的モデル、すなわち動的統

合モデルを策定することを目的としてきた。2002（平成14）年度の分担研究報告書では、長野県が健康長寿、低医療費を実現している背景要因として、各地域・自治体において個別独自に構築されてきた実践的かつ効果的な「サービス提供システム」がこの「特性」に寄与しているという研究仮説に基づいて、そのシステムと老人医療費との連関に関する研究を行った。

その結果、①それぞれの地域・自治体における実践的かつ効果的な「サービス提供システム」の存在が、低医療費を実現している長野県の背景要因と何らかの相関関係を有していること。

②小規模自治体における国保直営診療所の取り組みも健康長寿、低医療費実現の要因となっていること。の2点を研究成果として導きだした。そこで、これらの研究結果を受けて、本年度は昨年度の継続研究に加えて、「サービス提供システム」が構築され、低医療費を実現している地域と、老人医療費が高水準である地域との対比分析を行い、長野県の「特性」に関してより深めた調査および研究を行った。

B. 研究方法

昨年度の分担研究報告書では、長野県の地域・自治体における保健・医療・福祉の統合的な「サービス提供システム」を三つのパターンに分類し、その中で「基幹病院中心型モデル」として位置づけられる長野県厚生連佐久総合病院を中心とした佐久圏域（浅科村、佐久市、臼田町、佐久町、八千穂村、小海町、北相木村、南相木村、南牧村、川上村）、「診療所（国保直営）拠点型モデル」としての下伊那郡泰阜村の二つの地域・自治体について、現地を訪問して実地調査とヒアリング、資料収集等を実施し、そのシステムを図式化して「サービス提供システム」の実態把握を行うとともに低水準を実現している老人医療費との連関についての研究を実施した。

本年度は、調査対象とした6市町村のうちで、昨年度調査を実施することができな

かった4市町村のなかから、いずれも「診療所（国保直営）拠点型モデル」に分類することができ、かつ低医療費を具現化している上水内郡小川村、および北佐久郡北御牧村について、現地を訪問して実地調査とヒアリング、資料収集等を実施し、そのシステムを図式化して「サービス提供システム」の内容を調査・把握した。

これと並行して、過去5年間（1998（平成10）年度～2002（平成14）年度）の長野県の市町村別一人当たり老人医療費の推移の中で、常に高水準に位置する小県郡丸子町においてヒアリング調査および資料収集等を実施し、小川村および北御牧村と対比し分析を試みることにした。

C. 研究結果

1) 丸子町

長野県小県郡丸子町は、県東信地区の南西に位置し、地形は東西の幅が広範にわたっており、2市3町4村（北に小県郡青木村・上田市、東に北佐久郡北御牧村・立科町、南に小県郡長門町・武石村、西に松本市・東筑摩郡四賀村）と接している。町の南西部には西内国有林が広がり、その山麓に鹿教湯・大塩・靈泉寺という三つの温泉郷（丸子温泉郷）が点在している。2003（平成15）年8月1日現在の町の人口は25,172人、世帯数8,882世帯、人口高齢化率は24.5%という中規模の町である。

また1998（平成10）年度から2002（平成14）年度の長野県内市町村別一人当たり老人医療費は、それぞれ1998（平成10）年度と1999（平成11）年度が1位、2000（平成12）年度では4位、2001（平成13）年度は

6位、2002（平成14）年度は10位と県内でも老人医療費が高水準の地域である。

丸子町内には、総合病院を含めた一般病院が4か所、精神科の病院が1か所、さらに一般診療所が12か所点在している（一般診療所の総病床数は19床）。病床数はそれぞれ、鹿教湯三才山病院では246床、鹿教湯病院は一般100床・療養型341床で計441床、丸子中央総合病院は一般151床・療養型179床（医療型59床・介護型120床）で計330床、岸医院は一般16床・療養型3床（医療型2床・介護型1床）で計19床、滝沢病院は127床となっている。上記の医療機関が丸子町内に分散して位置しているため在宅サービス利用者や、介護保険制度の要介護認定を受けていない高齢者でも、医療機関に通院しやすい条件となっている。

丸子町の介護サービスとしては、総合病院や個人医院といったいくつかの医療機関が開業しており、それぞれが介護保険サービス事業を行っている。丸子中央総合病院では、居宅介護支援・通所リハビリテーション（介護老人保健施設ケアまるこ）・訪問看護（そよ風）・短期入所療養介護・介護療養型医療施設を行っており、それぞれのサービスが病院に隣接している。鹿教湯病院では、居宅介護・通所リハビリテーション・訪問看護（やまなみ）・短期入所療養介護・介護療養型医療施設を、鹿教湯三才山病院では、居宅介護・通所リハビリテーション・訪問看護（みさやま）・短期入所療養介護・介護療養型医療施設を行っている。個人医院である中山医院では、居宅介護・訪問介護・訪問看護、岸医院では居宅介護・訪問看護・短期入所療養介護・介

護療養型医療施設、石川医院では、訪問看護のサービスをそれぞれ提供している。

老人福祉施設では、にしうち敬老園が居宅介護・通所介護・短期入所生活介護・グループホーム・特別養護老人ホームをそれぞれ提供・運営している。しおがわ敬老園では、居宅介護・訪問介護・通所介護・短期入所生活介護・特別養護老人ホームを提供・運営し、徳寿荘では、短期入所生活介護・特別養護老人ホームといったサービスを提供・運営している。丸子町社会福祉協議会では、居宅介護・訪問介護・訪問入浴を、（株）ミヤマ（つばさ）では、居宅介護・訪問介護を提供している。丸子町における福祉関連サービス事業所と実施サービスの一覧は資料1の通りである。

丸子町においては、これまで紹介してきたように数多くの在宅サービスを含めた保健・医療・福祉のサービスが存在している。一方それらのサービスはそれぞれが独自に提供されており、町内の高齢者の情報や現状が1か所に集約されたり、各サービス提供主体同士が情報交換を行い良い意味でのサービスの調整等が行われているようなケアシステムの存在は確認することができなかった。しかし、丸子町が行った「高齢者実態調査」¹¹によると、介護支援専門員の対応に関しては、約9割の人が、「非常に満足」あるいは、「概ね満足」と答えている。またサービスの質についても、約8割強の人が「非常に満足」あるいは、「概ね満足」と答えており、サービスに対する満足度は高いことがうかがえた。町の行政サイドでも、サービスの整備状況および利用状況等の分析を行っており、「在宅サー

ビスの整備状況はほぼ充足しつつあることは、事業者数および利用状況からもうかがえる。近隣市町村のサービスを使わざるを得ない、またサービス不足によりケアプランが利用者意向に添えずたてられないという状況は少ない。」²⁾と分析している。

次に丸子町における在宅要介護認定者と、そのうち在宅介護サービスを受給して

いる利用者の要介護度別内訳を概観してみることとしたい。

まず、在宅の要介護度別認定者数についてであるが、下に示した図1をみると明らかなおり、要支援、要介護1、要介護2といった比較的介護度の低い範囲に約7割の高齢者が集中していることがわかる。

図1 丸子町要介護度別認定者数³⁾

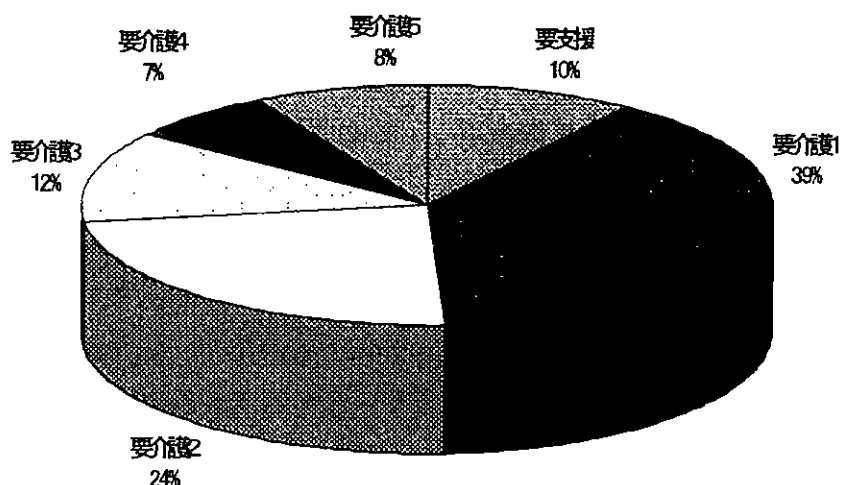


表1 要介護認定者数

要介護度	人数
要支援	81
要介護1	284
要介護2	174
要介護3	115
要介護4	117
要介護5	136
合計	907

表2 在宅サービス利用者数

要介護度	人数
要支援	47
要介護1	191
要介護2	115
要介護3	59
要介護4	34
要介護5	39
合計	485

さらに、要介護認定者のうち在宅サービスを受けている高齢者の数について、表2を用いて検証してみることとしたい。この

表によると、要介護認定者総数907名に対して、約半数の485名(53.5%)が在宅サービスを利用していることがわかる。しか

し、第1号被保険者6,052名のうち要介護認定を受けている者が907名(約15%)と低いことから、必ずしも在宅サービスの利用者が多いとはいえないと考えられる。

2) 北御牧村

長野県北佐久郡北御牧村は、県東信地区の中央部に位置しており、東は小諸市、南は望月町、蓼科町、浅科村に、また西は丸子町、北は東部町と1市4町2村に隣接しており、浅間山、蓼科山をはじめ、八ヶ岳など信州を代表する山々を望むことができる。村の中央を南から北に向かって鹿曲川が流れ、東の御牧原台地、西の八重原台地に二分して千曲川が注いでいる。村の面積は、東西8km、南北10km、総面積25.75km²で、標高は北部の510mから、御牧原台地まで最高810mにおよび、年間降水量は、800~900mmと全国でも最も少ない地域でもある(2004(平成16)年4月1日に小県郡東部町と合併し、現在は人口約32,000人の東御市の一部となっている)。

北御牧村の人口は、2003(平成15)年4月1日現在で5,726人、世帯数は1,741世帯である。うち高齢者人口は1,452人、人口高齢化率は、25.36%となっている。

北御牧村の保健・医療・福祉は、1970(昭和45)年頃より、医療費、国民健康保険税が高くなり、北佐久郡下でもトップになったという背景がある。その対策として、村ぐるみの健康管理という方針をもとにさまざまな取り組みを行ってきた。

具体的には、佐久病院の協力を得ることで、「ヘルススクリーニング」という、長野県厚生連で開発された当時画期的かつ総

合的な健康診断を導入した。また、食生活改善のための勉強会や、他の市町村への視察等も積極的に行われた。

この「北御牧村の集団ヘルススクリーニング」の様子について坂本和夫はこう述べている⁴⁾。「昭和四十八年十一月¹⁷日、春から夏の間ずっと使われなかった公民館のフutonはじめじめしていました。そこへまだ燃え切っていない囲炉裏のオキをいれたのだからたまりません。なんとも言いようのない臭いと、目にしみる煙に、集まった農家の人たちは目をしょぼしょぼさせています。でもみんな、来年から始まるヘルススクリーニング健診の説明に熱心に聞き入っています。ここは北佐久郡北御牧村、畔田公民館。これから新たに始まることへの期待と好奇心が一種の熱気となって会場を包んでいます。ヘルススクリーニングを取り入れた北御牧村の健康を守る村ぐるみの運動は、その夜始まったこの部落懇談会を発火点に、大きなのろしとなって広がっていったのでした。」また坂本は、当時の村民の病気に対する意識について、「医療機関には決して恵まれているとはいえず、村民の病気に対する不安はずっと存在」⁵⁾していたと述べている。このような背景から北御牧村では、1973(昭和48)年に北御牧農協が中心となってヘルススクリーニング健診が開始されることになった。

しかし、この健診の開始は従来から村が行っていた簡単な住民健診とあわせて二つの健診を誕生させる結果となった。「この二つに分かれた健診は村民(ほとんどが農業協同組合組合員)にとってみれば有難迷惑、村民はどちらかを自分で選んで受診す

るだけの専門知識など当時もっていませんでした。しかし、村の保健婦という専門家からみれば、ヘルスクリーニングの内容がより充実していることは明らかでした。そこで“村民のために”を中心に考え、役場保健婦、農協生活指導員、病院健康管理部スタッフが、村の中でどうしたらお互いに協力し合うことができるか、事務レベルでの話し合いが始まりました。結論は一つ、健診の一本化です。病院としても、村が一つになって村民の健康管理事業を始めるなら、全面的に協力しようと決めていました。昭和四十九年から急激にあがりだした北御牧村の国保医療費は、理事者や村議会、国保運営協議会など関係者の頭を悩ませていました。対策を考えるため、佐久病院と協力して“村ぐるみ健康管理事業”をすすめていた南佐久郡の八千穂村の視察もしました。それが契機となって“村ぐるみ健康管理”の方針が煮つまっていったのです。五十一年、村条例で北御牧村健康管理推進協議会がつくられ、村内の組織を一本化し、事業推進の保健指導員制度が誕生しました。」⁶⁾ という。

こうした歴史的背景を辿って、北御牧村の保健事業は、現在も役場保健福祉課が中心となって保健・医療・福祉の統合的サービスの調整・提供に取り組んでいるところである。1995（平成7）年には、住民のた望であった老人福祉施設を含めた保健・医療・福祉の総合施設として「ケアポートみまき」が設立された。この施設の設立・整備によって、北御牧村における保健・医療・福祉サービス提供システムは資料2に示す通りとなったのである。

北御牧村における保健・医療・福祉サービスは、この診療所を中心とした総合施設である「ケアポートみまき」を中心に提供されている。診療所では、医師の無駄な医療は行わないという方針のもとに、一般外来に加え、往診医療（週に10人程度）を行っている。特徴としては、村営である診療所の医師は村の職員となるが、看護師、在宅医療のサポート役となる訪問看護ステーションスタッフは、みまき福祉会という法人の職員であるということである。在宅での生活を支援するために、医師と訪問看護ステーションが密に連携し取り組んでいる。また、併設される介護老人福祉施設へも定期的な往診を実施している。

保健福祉課においては、母子保健、精神保健、感染予防、老人医療等に関する事業に加え、保健事業を行政主体で、みまき福祉会、社会福祉協議会が一体となって実施している。また、併設される身体教育医学研究所の協力を得て、健康づくり、介護予防に力を入れ、毎年健康づくり事業報告書を作成している。

在宅介護支援センターは、高齢者の介護に関する総合相談窓口として機能しており、生活支援事業（配食サービス、外出支援、生活援助、福祉用具貸与など）に加えて、介護保険事業も行っている。

社会福祉協議会では、生きがいデイサービス、ボランティア育成などを行っているが、現在力を入れていることは住民の互助活動である。孤独で寂しい高齢者を地域で支えていくことが必要だと考え、サポートネットワークづくりに取り組んでいる。

介護老人福祉施設は、長期入所50床、短

期入所生活介護10床の計60床があり、ユニットケア方式を導入し、三つのユニットに分かれてサービスを提供している。以前では、施設で死を迎えることも少なく、職員のターミナルケアに対する意識も低かったが、最近では診療所の医師の働きかけによって、施設職員、家族の考え方にも変化があらわれ、施設で最期を看取るというケースが多くなってきている。

このほかに、居宅介護支援事業所・デイサービスセンター・ホームヘルパーステーション・グループホームといった各種介護サービスを多角的に提供している。

このように「ケアポートみまき」の中にはさまざまなサービス事業所が設置されている。とりわけ北御牧村は健康に対する取り組みが古くから実践され、その流れは現在まで引き継がれ、保健事業への取り組みは顕著なものとなっている。

まず、老人保健事業においては、老人保健サービスの原点に立ち返り、高齢者が要介護状態に陥る危険要因について総合的に分析し、積極的な訪問指導、機能訓練、健康に対する教育、相談、診査を実践してい

こうとしている。

健康診査事業では、1976（昭和51）年より、一般住民を対象とした生活習慣病健診を実施し、「早期発見、早期治療」に村が一体となって取り組んできた。しかし、今まで行った健康診査における膨大なデータを介護予防事業展開の基礎資料として十分に活用してきたとはいえず、今後はこうしたデータを生かして「健康診査—事後指導—生活習慣病改善・介入指導」という有機的なサイクルを構築していく必要があると考えられる。

表3 一人当たりの老人医療費および一人当たりの介護費用⁷⁾

	平成12年	平成13年	平成14年
老人医療費	563,686円	573,083円	549,003円
介護費用	174,343円	191,948円	196,880円

次に、北御牧村における一人当たりの老人医療費および一人当たりの介護費用の推移について表3によって検討することとしたい。この表によると、北御牧村の一人当たりの老人医療費は、年々わずかではある

が減少傾向にある。それに対して介護費用は微増の傾向にあることがうかがえる。

在宅介護支援センターの職員であるM氏によると、「老人医療費が減少しているのは、すなわち医療施設を利用する人が減っ

ていることが要因だとされ、介護費用があがっているのは、介護保険による介護・福祉サービスを利用している人が増えているからだ⁸⁾という。実際に、介護・福祉サービスの利用率は、2000（平成12）年度の85.2%から2002（平成14）年度の90.3%へと約5%増加している。

北御牧村では1976（昭和51）年に村ぐるみでの健康づくり事業がスタートして以来、現在までにがん健診などのさまざまな健診を実施してきた。それらの健診は、がんなどの難病の早期発見・早期治療を行うことができるというねらいがあり、病気がわかってから治療するのではなく、早いうちに発見し治療や予防することで、病気の発生を抑えることができ、医療費の膨張を防ぐことができる。この点が、老人医療費の減少の要因になっていると考えられている。また、健康づくり事業の基本である「村民が一生健やかに（健康）、生き生きと（いきがい）、安心して（安心）、住み慣れた地域で自己決定に基づいて、限りなく自立して（自立）、幸せに暮らせる村」⁹⁾という理念にあるように、健康は病気をしないことだけが健康ではなく、普段の生活が一定水準を満たしてこそその健康という考え方により、介護・福祉サービスにも力を入れている。こうした状況から、介護費用の増加という結果になっていると考えることができる。

3) 小川村

長野県上水内郡小川村は、県の北信地方長野市の西25kmに位置しており、村内各所から北アルプス連峰を臨むことができる中

山間地域である。その位置は、東経137° 58' 40"、北緯36° 36' 51"、海拔510m、面積58.05 k m²であり、かつては養蚕の盛んな村であったが、現在は小規模な自給的な農業が中心となり、長野市等に通勤する人も多い。気候は冬が長く、春夏が一時に訪れる内陸性の気候である。

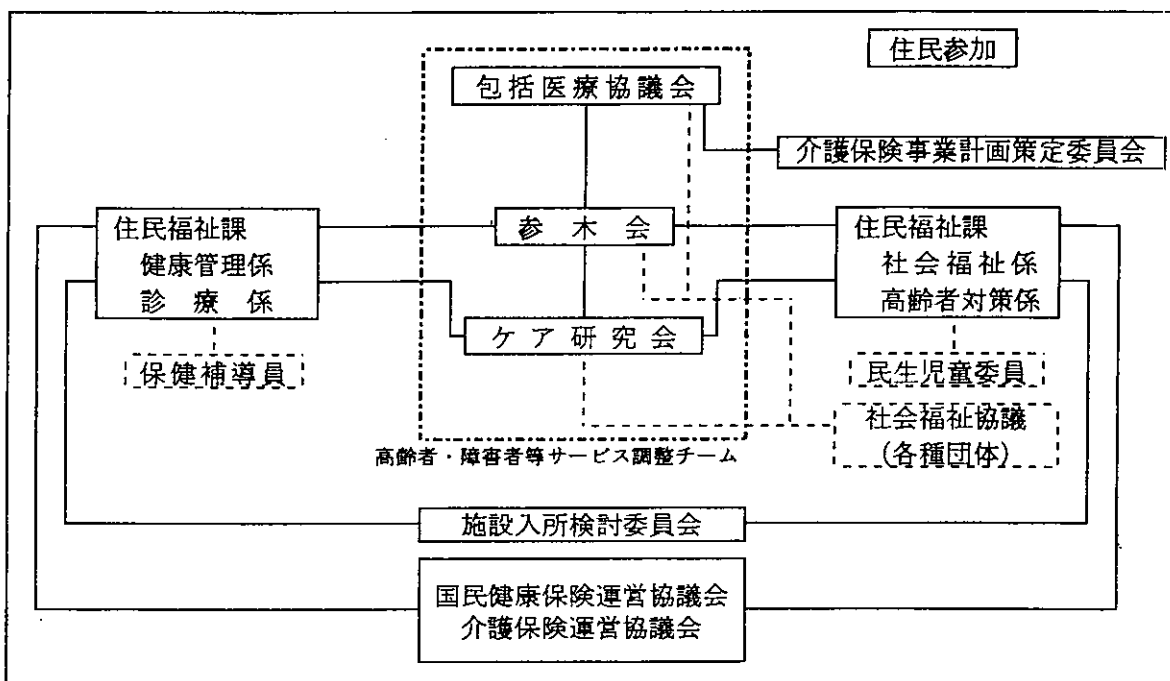
村の住民基本台帳で調査した結果によると、2002（平成14）年4月1日現在の総人口は3,527名、うち高齢者数1,364名、高齢化率は実に39.5%にも達している。一人暮らしの高齢者は204名であり、在宅の寝たきり老人は27名となっている。

長野県上水内郡小川村は、「在宅」を基本姿勢として、高齢者が生きがいを持って生活できるとともに、健やかな暮らしと明るい生活環境の確保を目標とした福祉施策を実施してきている。1994（平成6）年には、包括医療センターを設置し、そこを中心として保健・医療・福祉の連携体制を構築し、高齢者福祉事業を展開している。

小川村では、1994（平成6）年度より保健・医療・福祉の連携を図るために包括医療組織が機能している。この組織を「包括医療センター」と称呼しており、次の三つの組織から構成されている（図1参照）。

具体的な内容としては、①「包括医療協議会」（以前は健康福祉づくり協議会と称呼されていた）を最高協議機関として、その下に主として事務担当の保健・医療・福祉関係職員（社会福祉協議会を含む）を中心とする「参木会」、「ケア研究会」の三つの組織からなる「高齢者・障害者サービス調整チーム」、さらに②「施設入所検討委員会」、そして③「国民健康保険および介

図1 小川村保健・医療・福祉サービスシステム（「包括医療センター」）図¹⁰⁾



護保険運営委員会」が設置されている。

「包括医療協議会」は、町長や村議会議長等を含めた各種団体長を中心に構成され、年に1～2回開催されており、主として保健・医療・福祉全般にわたる予算上の配慮、および村内の保健・医療・福祉の課題の提案と協議を行っているが、その中には母子保健計画・介護保険事業計画・障害者計画の各策定委員会が設置され、各計画に関する審議も行われている。各計画検討策定においては、住民の参画も得て行われる。この組織は支援の公平性・客観性・公平性を念頭に置き、特に介護保険においては、支援サービスの公的な責任の保守にも有用となっている。

「参木会」は月に一度第3木曜日に開催されることからこの名前がついた。出席者は主に、町役場の福祉担当者、診療所の医師・保健師・看護師・主任保健師・主任看

護師を交え、ケア研究会からあがってきた問題事例等を研究するという形式の検討会である。「参木会」には事務レベルの職員が参加していることから、政策的レベルの協議も行われる。ここで協議したものについては「包括医療協議会」に上程し、了承を得るという形をとっている。

「ケア研究会」は週に一度現場レベルのケアマネージャー、ヘルパー等が参加して開催されており、保健・医療・福祉各サービス利用者の調整などが行われている。さまざまな話し合いの中で、行き違いをなくすようなケアを実現していこうと継続的に取り組まれてきている。

また「包括医療センター」は、保健・医療・福祉の統合的なサービス提供の中核を担っているだけでなく、村民に対する情報提供、および苦情相談の総合的な窓口としての機能も併せ持っている。そのシステム

は、住民から寄せられた苦情は、役場福祉係を通じてそのすべてが、「高齢者・障害者等サービス調整チーム」に集約されていることがわかる。その後、住民からの苦情等に関しては、包括医療センター内で協議され、処理されることになる。この「包括医療センター」のセンター長は診療所の医師が務めており、位置づけとしては村役場における課長級の待遇となっている。

そのほか、住民の介護に関する意識について、2001（平成13）年10月に小川村役場が実施した『要介護認定者実態調査』¹¹⁾によると、施設への入所希望については「在宅で介護を受けたい」と回答した人が9割弱（87.8%）、「施設を希望」と回答した人が1割（10.2%）と、在宅で介護を受けたいと希望する人がほとんどであった。

小川村における保健・医療・福祉サービスの連携体制の理念について、村診療所の医師であるI氏は、「福祉は医療費に使われている関係がよくある。障害が残ったけど、私たちはいろいろやりましたけどといえるのは終わりだね。病気をしている時からその人は生活しているわけで、その生活のレベルを保ち続けるために福祉は頑張らないといけない。生活を支えるための福祉という視点で医療はあるべきであり、医療も生活を支える医療であるべき」¹²⁾であると語っている。

これらの考えを含めて、「住民それぞれが基本的人権の尊重のもとに、価値観を認められながら自己決定の基に、自分の住みたいところで最後まで生活できるようにしていく社会を構築する」ことが、小川村の保健・医療・福祉に共通の理念とされてお

り、これら考えのもと、「包括医療センター」は運営されていることがわかる。

「包括医療センター」が小川村におけるソフト面の中心組織と考えるならば、ハード面、すなわちサービス提供拠点施設としては、医療の中心として「小川村国保直営診療所」の存在があげられる。2001（平成13）年度の診療所利用者総数は、実数値で1,523名であり、うち村内の利用者は、1,426名（全利用者の約94%）にまでなっている。2001（平成13）年4月1日現在の人口は3,621名であるから、村民の約40%以上の住民が診療所を利用したことになる¹³⁾。

また、福祉の拠点施設としては、1994（平成6）年に竣工され、現在は小川村社会福祉協議会に運営委託されている、在宅福祉支援センター「サンリング」をあげることができる。ここでは、デイサービス・ホームヘルプ・ショートステイ・介護相談を中心とした在宅介護支援等の事業を行っている。このほかに、配食サービスや安心コール、高齢者福祉センター（住宅）の運営など一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯向けの福祉事業、さらには老人クラブ等の各種団体にかかわる事務をはじめボランティア事業、障害者の生き甲斐の場となる障害者等共同作業所の運営等幅広い事業が実施され、小川村の福祉サービスの重要拠点の一つとなっている。また、人的つながりとしては、村長が社会福祉協議会の会長を務めているほか、現場レベルのトップである事務局長兼在宅介護支援センター長は役場から出向者（課長級）が務めている。

このように、小川村においては、「包括医療センター」¹⁴⁾を中心として、社会福祉

協議会および村役場行政との調整が緊密に行われており、村内の高齢者の情報集約と保健・医療・福祉のサービス提供がなされていることが実証できた。

D. 考察

本年度の分担研究においては、Bの研究結果で示してきたように、長野県における保健・医療・福祉の連携による統合的「サービス提供システム」のうち、「診療所（国保直営）拠点モデル」に分類することのできる、上水内郡小川村および北佐久郡北御牧村における「サービス提供システム」を調査し、それぞれのシステムを図式化して分析すると同時に、長野県内において過去5年間平均して高水準の老人医療費順位を続けている、小県郡丸子町について調査および分析を実施してきた。その結果、上水内郡小川村においては、事実上診療所（医師）が中心となったシステムの存在を確認することができた。小川村のシステムに関しては、「行政主導タイプ」と分類する研究¹⁶⁾もあるが、今回の調査・分析の結果からは、「包括医療センター長」が、行政組織の一員であることは事実であるとしても、それは形式的なものであり、むしろ診療所の医師としての側面が強いことが確認できた。また、北佐久郡北御牧村においても、同様に診療所を中心とするシステムと昨年度の分担研究の成果に基づく佐久総合病院型の取り組みとを併せ持ったシステムが存在することが明らかとなった。

一方、一人当たりの老人医療費が常に高水準を続けている小県郡丸子町では、各種の医療・福祉関連サービスは充実している

ものの、町内の高齢者の情報集約および各サービス提供機関双方向の情報交換をとまなう形での「サービス提供システム」の存在は確認することができなかった。

さらに、1998（平成10）年度から2002（平成14）年度までの一人当たり老人医療費の推移（資料3）¹⁶⁾によると、小川村は、1998（平成10）年度470,783円で、県内順位は120市町村中112位であったが、2002（平成14）年度は542,823円で県内順位90位へと推移しており、2002（平成14）年度に若干の順位の上昇はあったものの、長野県平均を大きく下回り、継続的に低水準を維持し続けている。また、北御牧村は、1998（平成10）年度は607,893円で、県内順位32位であったが、2001（平成13）年度に若干の上昇傾向を示してはいるものの2002（平成14）年度には、549,003円、県内82位へと下降を続けており、5年間を通じて小川村と同じく長野県平均を下回っている。一方丸子町は、1998（平成10）年度は760,481円、1999（平成11）年度778,874円まで上昇を続けて、1997（平成9）年度から3年連続県内第1位であった¹⁷⁾

2000（平成12）年度以降は、介護保険制度の施行が影響したため、若干下降している。しかし、2002（平成14）年度の一人当たり老人医療費は、641,554円で、県内10位といずれの年度も全国平均は下回っているが、県平均を超える高い老人医療費水準であった。これらの結果は、地域・自治体における保健・医療・福祉が連結した統合的な「サービス提供システム」の存在が低医療費の実現に明らかにの影響を与えていることを十分推測させるものであった。