

2. 研究目的

本研究の目的は、要介護認定率の地域差等地域特性に着目し、介護（予防）担当者・自治体関係者が「地域包括ケアシステム」の構築を図る場合に参考になる「地域支援モデル」を作成し、地域ケアの促進に資することにある。とくに2005年の介護保険改正で示された「地域包括支援センター」業務の「包括的・継続的ケアマネジメントの体制整備」の業務における「地域包括ケア」の基盤整備の現状を構造的に捉えることに資することにある。

過疎自治体など地理的にもさまざまな困難を持つ自治体における、地域特性に根ざした地域ケアの構築、つまり在宅ケアと施設ケアの組み合わせ、あるいはフォーマルサービスとインフォーマルサービスの組み合わせを示す「地域支援モデル」（試案）を作成することを最終的な目的としている。

B. 研究方法

1. 本研究の計画

地理的に隣接していながら要介護認定者、介護保険施設利用者の割合に差が大きい過疎地域、農村部の北海道および神奈川県4自治体（介護保険保険者）を選び、地域ケアの形成過程と要介護者、家族介護者等への支援を調査し（平成16年度）、地域ケアの形成過程と地域差の関連を把握しながら、地域ケアの現状と課題をつかみ、地域社会の特性に合わせた地域ケアの構築のための誰にでも理解しやすい「地域支援モデル」作成に資する地域ケアの目標を明確にし、同時にそれらの自治体と比較するために都市部での調査を行った（平成17年度）。

要介護認定者率、介護保険施設利用者率の動向を把握し、標準的な要介護高齢者支援の「モデル事例」をもとに、介護保険実施前と実施後の支援の変化、施設ケアと在宅ケアの組み合わ

せの変化、インフォーマルサービスとフォーマルサービスの組み合わせの変化等についての地域差を、半構造化インタビューにより、関係者から聞き取りを行う。そのインタビュー記録を、文字変換し、得られたテキストから、その自治体また日常生活圏域における「地域包括ケア」の基盤整備の地域性のとらえ方、取り組み方の構造化を試みて、地域差を踏まえ、地域包括ケアシステムの地域間比較を行い、地域特性と地域課題を明確にするために活用できる「地域支援モデル」の作成を図る。

2. 調査対象

平成16年度では、これまで調査研究を進めてきた北海道厚田群厚田村と浜益群浜益村2村を本研究の対象とした。両自治体は日本海沿岸の自治体で隣接している。さらに、本研究では神奈川県愛甲郡清川村、津久井郡津久井町の1町1村を対象とした。両自治体は県北部に位置し隣接している。なお、町村合併により北海道・厚田村と浜益村は、平成17年に石狩市と合併し、神奈川県・津久井町は平成18年に相模原市等と合併することになっている。

一号被保険者に対する要介護認定率、介護保険施設の定員率及び利用率では、都道府県また市町村でも違いが見られる。都道府県で見れば、北海道はそれらが比較的高いところに位置し、神奈川県は比較的低いところに位置する。北海道はその市町村でも差がみられ、2001年4月、厚田村19%、浜益村9%である。それに対して神奈川県は比較的低いのであるが、その市町村でも差がみられ、清川村11%、津久井町8%である。なお、厚田村は福祉施設を比較の早くに開設たしことが要介護認定率及び施設利用率の高率化につながり介護保険料も高額となったという見方があるが、そこには様々な地理的要因等が複雑に絡んで、地域ケアの形成過程が見ら

れたと考えられる。北海道と神奈川県としたのは、前者は前任校、後者は現在の勤務校という調査の都合上の理由もある。

浜益村は、日本海沿岸に位置し地理的にも様々な困難を抱える自治体であり、道内で最も高齢化が進み、高齢化率は40%を超えている。厚田村は浜益村に隣接する石狩川河口に位置し、浜益村と同様に地理的にも様々な困難を抱える自治体である。浜益村は人口2,167人（2004年3月31日）、厚田村は人口2,807人（同）とともに2000～3000人の自治体である。

また、介護保険制度発足時、浜益村は要介護認定率が低く（注：現在は高い）、介護保険施設利用率も低い自治体であった。それに対して厚田村は要介護認定率が高く、介護保険施設利用率も高い自治体であった。なお、介護保険制度発足当時、一時期、厚田村は全国でもっとも介護保険料が高額な自治体であった。現在（2004年4月1日）、一号被保険者に対する65歳以上の要介護高齢者等の認定率は、浜益村は16.9%、厚田村は18.63%である。また、一号被保険者に対する65歳以上の介護保険施設利用の介護保険施設利用率は、浜益村6.31%、厚田村6.99%である。介護保険の保険基準額（月額）は、浜益村3,758円、厚田村4,742円である。

両村における高齢者支援の取り組み、地域包括ケアシステムの形成過程を検討し、地域特性に根ざした過疎地域における地域包括ケアシステムのあり方を検討する。

なお、両村と比較するために、全国でも要介護認定率が比較的低く、介護保険施設利用率も低い神奈川県津久井町、清川村についても同時に検討することにする。津久井町は同県において要介護認定率が比較的低く、清川村は比較的高い自治体である。なお、2003年の介護保険料の改正で、清川村は県内でもっとも高額な自治体となった。人口規模では津久井町が約3万人、

清川村は3000人でかなり違いがあるが、両自治体は、日常的な医療圏では違いがあるが、隣接した自治体でもある。

平成17年度では、さらに、これらと比較するために大都市部で地域包括ケアの基盤整備が異なる東京都東久留米市、神奈川県鎌倉市も調査に加えた。なお、鎌倉市はインタビュー実施時期が遅れたため、本報告書では東久留米市のインタビュー結果のみを参考とした。

東久留米市は、人口約11万人で、要介護認定率は平成17年4月約12%と低く、また要介護認定率の伸び率が都内でも低い自治体として知られ、東京都多摩地域26市中最も低いレベルである。さらに、鎌倉市は、神奈川県内では高齢化が進んでいる自治体であり、人口約17万人で要介護認定率は16%程度と、全国の平均に近い。どちらも、地域でNPOの活動が活発であることなど、介護保険制度におけるサービス組織の発展が見られる地域である。

とりわけ東久留米市は、要介護認定率が低く、介護サービスの充実が見られる地域であり、浜益村、厚田村とは対照的な地域である。また清川村、津久井町とは、サービスの充実が見られる地域という点で対照的な地域であり、都市型の地域包括ケアシステムの特徴を持っているといえる。

3. 研究組織の組織

本研究を進めるために、4町村の関係者を研究協力者とし研究組織を組織した。なお、本研究は分担研究者である笹谷春美北海道教育大学教授と共同で行い、浜益村、厚田村の関係者へのインタビュー、また厚田村の高齢者の生活実態調査を共同で行った。

平成17年度には、東久留米市及び鎌倉市関係者へのインタビューを行ない、研究協力者として組織した。

4. 「モデル事例」

わが国における高齢者ケアの場合、ゴールドプラン等を背景に、1990年代以後に施設・在宅のサービス整備が進んだ。その整備を基盤にそれぞれの地域特性の複雑な影響を受け（あるいはそれを克服し）、その地域の地域ケアの構造が形成されたと考えられる。その構造が要介護認定率、あるいは施設利用率に何らかの作用をしていると考えられる。したがって、介護保険実施前から現在までのその自治体の地域ケアの形成過程を捉えることが重要と考える。

この地域ケアの形成過程の違いをどのように捉えるのかが問題であるが、ここではその違いをどの地域でも課題になる典型的な事例として想定した「モデル事例」の具体的な支援内容の違いと捉えることができると思われる。またさらに、要介護認定率あるいは施設利用率を捉えるのに、量的な把握にとどまらないで、こうした手法は質的な把握に有効と思われ、その地域に根ざした地域ケアの構築のための「支援モデル」を想定する場合、関係者の実践的な目標設定に有効と思われる。

この「モデル事例」に対して、介護保険実施前の時期（1996年頃を想定）であれば「どんな支援がありえたか」、介護保険実施後の現在であれば「どんな支援がありえるか」を、4自治体の実際の支援にかかわる関係者にインタビューを行った（平成16年12月～平成17年1月）。

「モデル事例」は、「ガン末期ケース（重度ケース）」、「脳卒中後遺症ケース（中度ケース）」、「痴呆性高齢者ケース」、「虚弱高齢者ケース（軽度ケース）」である。

この「モデル事例」は、六カ国（ノルウェー、デンマーク、イギリス、アイルランド、イタリア、ギリシャ）の要介護者の事例研究、長期ケアの比較研究のために、ブラックマン等の社会学者、ソーシャルワーカーが共同研究で用いら

れたものを若干の修正を加えたものである（Blackman.T,Brodhurst.S,and Convery. J, (2001)' Social Care and Social Exclusion:A Comparative Study of Older People's Care in Europe' Plgrave.）。

これらのケースは、要介護高齢者の中でも、地域ケアの支援において医療看護だけでなく生活支援（social care）上の典型的な問題が現れる事例として考えられている。社会保障制度の違い、家族観の違いがあっても共通に問題になるように考えられている。それぞれがどのようにケアされているのか、どのような課題を抱えているのか、社会的排除をどのように克服しようとしているのかを、これらのケースを通して見る試みである。日常生活上の問題が明確にされやすいように、独居、または家族介護力を求めることができないかあまり期待できないケース設定で考えられている。今回は、日本の地域間比較で使えるものに若干の修正を加えた。例えば、事例3の場合には、Cさんの姪はドイツに住んでいることになっているが、ここでは「遠方」としてある。

なお、インタビュー時には、実際の事例としてイメージしやすいように、事例2のBさんの場合には、日本でよく見られる、「日中独居」である場合（息子55歳会社員、息子の嫁54歳パートとの同居）また、症状が不安定で医療的ケアが必要なパーキンソン症候群がみられる場合などを補足して聞き取りを行った。なお、日本で、医療・看護上、また生活支援上の典型的な「モデル事例」として考える場合には、実際のインタビューを踏まえ、さらに検討を要するものとする。

【事例1】Aさん（女性、83歳）

＜ターミナルケアが必要なガン末期、「老老介護」、「全介助」＞

83歳のAさんはいくつもの慢性疾患のある高齢者である。悪性の疾患で残された人生も短い。心臓病で治療を受けていたが治療も終わり退院という方向が出て、自宅で過ごすことを望んでいる。歩行困難で「介護」が必要であり、膀胱障害がある。排泄、水分摂取、食事の援助、体位交換、床ずれの処置など、24時間のケア（いつも誰かがいる状態の終日ケア）が必要である。寝室が2階の小さな家に、夫といっしょに住んでいる。息子と娘が車で30分のところに住んでいる。夫は虚弱で、妻の「介護」は難しい。

【事例2】Bさん（男性、85歳）

＜脳卒中後遺症、ひとり暮らし、歩行不安定、家事困難＞

85歳のBさんは妻を亡くしている。脳卒中で入院治療後、退院した。経過は良好だが片マヒの後遺症がある。身体のバランスがとれず、自信がない。家に戻るのを不安がっていた。2階建ての家に一人で暮らしている。階段が心配で、買い物、調理、洗濯や家事は手助けがなければできないと思っている。息子は外国に住んでいる。

【事例3】Cさん（女性、73歳）

＜軽い痴呆、ひとり暮らし、近隣との交わりがない＞

73歳のCさんは軽い痴呆がみられるひとり暮らしの女性である。若いときに故郷を出て音楽大学で学び、かつては音楽教室で教えていた。彼女は日常のことはできるが、主治医は、彼女は彼女の気ままな生活を心配している。自転車で買い物に行くことがあるが、それも危険であると思っている。

町のお店や主治医の診療所の診察室にいるという知らせがあることもある。彼女は自分ではなぜそこにいるのか分からない。栄養も十分に

はなさそうであり、健康も良くない様子である。自宅に十分蓄えはあるが、お金がないと思って節約をしている。時には、生まれ故郷の田舎にいるように思うことがある。人との交わりを嫌がり、専門家というものに対して疑い深い。遠方に住んでいるただ一人の身内の姪が、時折連絡がある程度である。

【事例4】Dさん（女性、75歳）

＜軽度、最近夫を亡くしひとり暮らし、心臓発作、退院直後、近隣との関係良好＞

75歳のDさんは悪性の関節炎である。16年間「介護」してきた病弱な夫が突然亡くなり、心臓発作を起こした。入院治療後、退院となった。無理をしないようにと言われていて、杖を使って歩いている。家事や入浴は自分でできそうにない。Dさんは、息子と公営住宅に住んでいるが、息子は長距離トラックの運転者で家にあまりいない。妹が近くに住んでいて毎日訪ねてくる。近所の人も毎日訪ねてくる。しかし、外出は一人では自信がなく、身体的にも弱ってきている。

6. 厚田村調査の実施

厚田村と共同で、また分担研究者・笹谷春美北海道教育大学教授と共同で、厚田村の将来要介護状態になる可能性が高い70歳代の住民を対象に高齢者実態調査を実施した（平成16年12月）。日常生活の状況を把握すること、サポートネットワークの実態を把握することを目的とした。

C. 研究結果と考察

1. 「包括的・継続的ケアマネジメントの体制整備」と「予防重視型システムへの転換」

高齢者の長期ケアは、高齢化が進む70年代以後OECD諸国で課題となった。地域ケア形成は、病院の役割機能の変化による長期ケアのシ

ステム化、地域ケアの形成である。地域ケアは health service と social care が核になる。また、地域ケアのシステム化は、その国の制度とくに医療政策の動向により、地域ケアは費用抑制と「生活の質」の2つの流れが拮抗する。今回の介護保険改正では、「費用抑制」（「制度の持続可能性」）vs. 「地域包括ケアセンター」創設など「地域介護」の強化に現れているとみることができる。

日本の高齢者ケアの流れを概観すると、1960年代の老人福祉法制定(特別養護老人ホーム創設(1963)、1970年代の社会問題化と「社会的入院」が見られる一方で、「日本型福祉論」が強調され、1980年代には、「高齢社会」対策、「医療改革」が進み、1990年代には、①病院機能の区分の始まり(1992:療養型)、②長期ケア施設(介護施設)整備、③在宅ケアの整備が同時に進行する。2000年に介護保険制度発足、2003年に病院機能の区分(医療法)、2005年には「制度の持続的可能性」を基本にみなされ、「予防重視型システム」への転換が図られた。

OECD 諸国は、80~90年代初頭に ageing in place (住み慣れた地域で暮らす) 政策を採用(日本:1992年表明)。しかし、高齢者比5~6%の長期ケア施設整備のもとで、地域ケアの推進が常識と受けとめられ、日本は90年代の「3つの同時進行」のもと、介護保険施設(=長期ケア施設)整備を抑え(「社会的入院」があるが、一方で3%台の「在宅重視」)地域ケアの推進であり、しかも市場原理を強め施設と在宅の統合を図る方向に進むことになり、施設が「不足」している大都市と施設が「過剰」な過疎地域では、地域ケアのシステム化においてどのような選択が可能であるのかが課題である。

地域社会で「日常生活を営む」こと=生活権の合意形成(連帯)、自立からターミナルまで高齢者と家族介護者が安心して暮らせる地域ケア

のシステム構築、地域特性を考慮した「施設と在宅(自宅でない在宅を含め)」、「インフォーマルとフォーマル」のケアバランスを、「自助」「共助」「公助」の協働を地域で作りに出すことであるが、課題は、低い施設の整備率で地域ケアの推進がどのように図れるかである。「介護予防」だけで地域ケアの推進が図れるか。それに対する、公的責任、協働のあり方、医療の役割、介護福祉の内容も含めて生活支援(social care)の議論がいかに深まるかが重要でもある。

今回の改正では、以下の点が課題になる。

第一に、OECD 諸国の ageing in place 政策は、虚弱高齢者支援政策。「低施設整備での地域ケアへの転換」は新たな挑戦でもあるが(グループホームなどの地域密着)、長期ケア施設整備が低い日本では「自立の強制」となる可能性。あらたな「社会的入院」、有料老人ホームの急増の可能性も孕むことである。(システム全体の視点)

第二に、どの程度施設、在宅サービスが必要か、地域ケアに何が必要かが大事。財政面の議論が先行し、地域ケアのシステム全体の議論が少ない。狭義の「介護予防」が強調されて。地域での日常生活の営みの視点が弱い。要介護状態にならない、できるだけ長く在宅生活が可能であることである(地域ケアとまちづくりの視点)。

第三には、「介護予防」の議論の前に、地域での「日常生活を営む」の議論が重要である個々のサービスと地域の生活の質が問われる(生活についての視点)。

第四には、「家族介護者負担」ではなく「家族介護者支援」であり、高齢者の「生活権」と同時に家族介護者の「生活権」が必要であることである(介護者支援の視点)。

第五には、「選択」から「連帯」の議論、生存(安全、安心な生活)から地域生活を担う生活

支援（地域社会の連帯の理由）の公共性についての議論が必要であることである（公共性の視点）。

このような点から地域包括支援センターは、公的責任、「自助」「共助」「公助」の協働の試金石ともいえ、行き過ぎた市場化を是正し連帯を進め地域ケアをつくり出す場となる可能性をもつといえよう。また、「介護予防」にとどまらず、「地域ケアとまちづくり」の推進をどのように進めるのかという点が課題であり、大都市では第一に、地域ケア全体の構築の難しさ、第二に、多様な事業所、複雑なネットワーク形成、第三に、地域社会の「連帯」「日常生活」の合意と理解の難しさと、「新しさ」の課題があり、農村部の取り組みの教訓を、大都市にはそのまま当てはめることはできないものの、地域ケアを全体として捉えることが比較的容易である。

2. 地域包括支援センターの役割と課題

2-1 長期ケアのシステム化

今回の介護保険制度改正では「制度の持続可能性」「予防重視型システムへの転換」と同時に「地域包括ケア」が強調された。その推進のために地域包括支援センターが創設されたことが今回の大きな特徴といえるが、「市場化」した高齢者ケアに対し、「自助」「共助」「公助」の協働を自治体のイニシアティブで再構築は可能か、高齢者・障害者、また家族介護者の地域生活の「生活の質」の向上が見られるかが問われよう。それに対する自治体の役割をどう考えるかが重要だ。

今回の改正では、用語「地域包括ケア」「地域包括ケアシステム」が用いられているが、高齢者の長期ケアや地域ケアに関連し、これまで「地域ケアシステム」（横浜市 1986）、「地域における総合ケアシステム」（旧厚生省 1993）、「地域包括医療システム」（旧御調町）、「在宅ケアシ

テム」、「トータルケアシステム」、「地域福祉システム」等の用語が用いられてきた。また、介護保険制度創設の出発点となった報告書「21世紀福祉ビジョン～少子・高齢社会に向けて～」(1994)では、保健医療福祉(介護)の新たなシステム構築、①「自助・共助・公助の重層的な地域福祉システムの構築」（「地域福祉システム」）、②「国民誰もが、身近に、必要な介護サービスがスムーズに手に入れられるシステム」（「介護システム」）、③「医療需要の変化に対応した効率的な医療体制の確保」（「包括ケアシステム」）の3システムが提言され、その後そのどこに力点を置くのかでニュアンスも違う。急性期医療の位置づけ、地域福祉の理念重視、インフォーマルサービスの強調にそれぞれ工夫があって用語として一長一短がある。今回の「地域包括ケア」等には、「制度の持続可能性」、「医療改革」に狙いを定めた高齢者の長期ケアをより身近な地域で展開するという意味が強くこめられ、それを地域包括支援センターが担うとされた位置づけられているといえる。

2-2 地域包括支援センターの業務

「総合相談支援・権利擁護」「包括的・継続的マネジメント支援」「介護予防マネジメント」機能を担う「センター」は、「地域包括ケア」の中核機関であることが求められている。現時点では、「地域包括ケア」のシステム化が業務の主な内容と強調されている。

「地域包括支援センター業務マニュアル」（厚生労働省老健局、2005.12.19）では、「地域包括ケア」に「高齢者が住み慣れた地域で、尊厳あるその人らしい生活を継続することができるようすることを目指すもので、その実現のためには、できる限り要介護にならないよう「介護予防サービス」を適切に確保するとともに、要介護状態になっても高齢者のニーズや状態の変

化に応じて必要なサービスが切れ目なく提供される「包括かつ継続的なサービス体制」を確立する」（「前書き」）と説明を加えている。具体的には「要介護高齢者の生活を住み慣れた地域でできる限り継続して支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療サービスをはじめとする多様な支援を継続的活包括的に提供する仕組みが必要」で、「こうした仕組みを、利用者の立場に立って円滑に機能させる調整役として、介護保険制度においては、介護支援専門員制度が導入され」たが、適切にケアマネジメントを実施するには、インフォーマルサービスとのネットワーク、民生委員・保健師など他分野の専門家との協力が不可欠であり、また退院援助が重要で、地域での支援には「近隣との調整」、退院・退所過程での連続性・一貫性、ボランティア等の地域の社会資源のネットワーク化の必要性がある。「センター」は「ワンストップサービス」であり、「地域における問題解決システム」（傍点引用者）の要として位置づけられ、盛りだくさんであるが3職種の職員がそれらを「チーム」で行うとされている。

2-3 地域ケアの流れと地域包括支援センター

地域包括支援センター創設には以下が重要と思われる。第一は、生活支援の総合相談の役割を担う可能性をもつことである。これまで、高齢者の分野では児童相談所のような総合相談機関はなく、90年代に生まれた「在宅介護支援センター」は「介護支援」で、その役割は限定的であった。高齢者の自立からターミナルまでの高齢者全体を支援する機関の設置としたことは、市場化が進む高齢者分野で、これをどう位置づけるかむしろ今後の争点である。この意味で自治体が事業者任せ、地域任せにするのではなく、自治体の役割の再考が求められている。つまり、

自治体は一方で財政難に直面しながら、施設内での支援とは異なったレベルでの高齢者、障害者の地域生活支援の意味、「自助」「共助」「公助」の協働の推進、「擬似市場」での運営力、コントロールが問われている。

第二に、「退院援助」機能を強化に現れているように、慢性期医療（長期ケア）の受け皿、急性期医療と長期ケアの結節点の役割が求められてきていることである。

第三に、それに関連し、OECDでは長期ケアの核となるサービスは医療 health service と social care と捉え(OECD1996)、医療とは区分された social care を身体介護、家事援助、社会参加と広く捉えて議論している (Blackman2001)。日本で言えば、生活支援の理念、介護・介護福祉、ケアの考え方であり、生活権が問われているのである。問題を矮小化することなく、高齢者、障害者の生活権として、家族介護者支援として、「地域ケアとまちづくり」の視点が重要となってきたことである。

第四に、「地域密着型サービス」等に市町村の権限が強化されたことにより、施設ケアと在宅ケア、フォーマルとインフォーマルサービスのケアバランスを地域で考える「場」となる可能性があることである。日本の施設中心から地域ケアへの転換過程の特徴は、一方でいわゆる「社会的入院」が、もう一方で施設「不足」であることだった。施設整備は「遅れた」国であったことが、いわゆる「社会的入院」と家族介護負担を生んだ。OECD諸国は、80～90年代初頭に ageing in place 政策を採用したが (OECD1994)、90年代は高齢者比5～6%の施設整備のもとで、地域ケアの推進が常識と受けとめられていた (OECD1996)。他方、日本は90年代の「在宅重視」で、施設整備を抑えた地域ケアの推進、つまり「社会的入院」の受け皿となっている療養型の医療機関への対応を睨み

ながらも、「参酌標準」で示した3%台の先進国の中でも低い施設整備目標を堅持する政策、およびグループホーム等の新タイプのケアの場の創出、しかも市場原理を強めながら施設と在宅の統合を図ろうとしてきた。こうした地域ケアの基盤で「地域ケアシステム」形成が地域社会の実情に合わせそれが可能なかが、自治体や地域包括支援センターに問われようとしている。

2-4 大都市と農村

これらの点、とくに第四が鋭く問われるのが、大都市（とくに首都圏）と農村（とくに、過疎、離島、寒冷積雪地の小規模自治体）問題である。日本の大都市は施設集中型と「不足」型がみられる。とくに「不足」なのが首都圏である。北海道や沖縄等の過疎地域では施設「過剰」の地域も見られる。両者は対照的な「地域性」で地域ケアシステム形成上の様々な「矛盾」を抱える地域となってきた。ただし、「不足」「過剰」をどう見るかは別に議論が必要である。

寒冷過疎で気候の厳しい北海道厚田村は介護保険制度創設当時は全国最高保険料の自治体のひとつで、施設利用率も7%程度で「過剰」とされ、同村関係者等の取り組みで若干下がってはいるが、現在も5%を超えている。また、離島B村（人口800人）など沖縄は地域ケアのさまざまな困難を抱えている。一方、東京都の場合、都の2005年4月分「介護保険施設」利用者（但し件数で実人数ではない）によれば第1号保険者比約2.5%で、グループホーム利用者約0.17%(同)も合わせても3%を大きく下回っている。日本は、新タイプのケアの場の取り組みが進んできているのが特徴的で、たしかに地域密着型サービス等の実践は貴重だ。自立、軽度、重度の高齢者を地域で支える仕組みづくりとして（「問題解決」）、施設を拠点として位置づけ、「地域包括ケア」を「地域ケアとまちづくり」

の視点で実践的にも、理論的にも深めることが課題だ。また、大都市部の場合、農村部の取り組みと課題の違いがある。大都市では、第一は、医療も介護サービス事業者が広域に活動し全体を捉えることに難しさがあり、近隣自治体も含め身近な地域で地域ケアシステムを形成できるのか、第二は、多様な生活様式でしかも高齢者の日常生活圏も広く、「共同体」としての意識が持ちにくく、第三はそのことが、地域生活での日常生活の営みに必要な社会的ニーズの合意形成の難しさともつながり、「安全」「安心」な「地域生活」の意味が自明のことではないことである。この意味では、市町村合併の中で小規模人口地域の農村部が直面する地域包括支援センターの課題とは異なった困難さがある。

このような基盤整備で地域ケアシステム形成が可能か、つまり、問題は、低施設整備、新タイプ居住の場創出で可能か、高齢者、家族介護者の社会的排除のない地域生活は可能かという点である。またこうしたシステム転換には、効率的な自立生活の維持と介護予防が必要だがそれはいかに可能か、また東アジア的とも言える地域社会、近隣、家族介護者を依拠した地域ケアがいかに可能かである。「施設」と在宅ケア、インフォーマルとフォーマルサービスの的確な分担など日本のケアバランスが今後ますます問われよう。

しかも、「介護療養型」を廃止する動きも一方であり、地域によっては「施設不足」が加速される可能性もある。それは、有料老人ホームなど民間「施設」の急増の可能性も十分考えられる。こうした困難で新たな課題を実際に取り組んでいる大都市の自治体から学び、自治体の新たな役割を探求し、制度的限界を明らかにし、新たな生活支援の拠点として機能させるかという課題を実践的にも理論的にも深めることが重要である。

3. 地域包括支援センターと地域支援モデル

2005年の介護保険制度の見直しでは、「予防重視型システムへの転換」と同時に「地域包括ケア」の構築が強調された。その推進のために「地域包括支援センター」が創設された。「地域包括支援センター」は市町村が日常生活圏域に設置することになっているが、今後予想される「高齢者医療」の見直しなどによる高齢者の長期ケアのあり方、つまり、地域社会における医療と福祉の統合を推進する役割と期待される「地域包括ケア」の中核的な機関と位置付けられている。

「地域包括支援センター」の機能は「総合相談支援・権利擁護」「包括的・継続的ケアマネジメント」「介護予防マネジメント」であり、これらを社会福祉士、保健師等、主任ケアマネジャーがチームで担うことになっている。

「地域包括支援センター業務マニュアル」（厚生労働省老健局、2005.12.19）では、「地域包括ケア」について、「高齢者が住み慣れた地域で、尊厳あるその人らしい生活を継続することができるようすることを目指すもので、その実現のためには、できる限り要介護にならないよう「介護予防サービス」を適切に確保するとともに、要介護状態になっても高齢者のニーズや状態の変化に応じて必要なサービスが切れ目なく提供される「包括かつ継続的なサービス体制」を確立する」（「前書き」）と説明を加えている。

具体的には「要介護高齢者の生活を住み慣れた地域でできる限り継続して支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療サービスをはじめとする多様な支援を継続的活包括的に提供する仕組みが必要」で、「こうした仕組みを、利用者の立場に立って円滑に機能させる調整役として、介護保険制度においては、介護支援専門員制度が導入され」たが、適切にケアマネジメントを实

施するには、インフォーマルサービスとのネットワーク、民生委員・保健師など他分野の専門家との協力が不可欠であり、また退院援助が重要で、地域での支援には「近隣との調整」、退院・退所過程での連続性・一貫性、ボランティア等の地域の社会資源のネットワーク化の必要性がある。「センター」は「ワンストップサービス」であり、「地域における問題解決システム」（傍点引用者）の要として位置づけられ、盛りだくさんであるが3職種の職員がそれらを「チーム」で行うとされている。

この「地域包括支援センター」の機能である「総合相談支援・権利擁護」「包括的・継続的ケアマネジメント」「介護予防マネジメント」は、地域包括ケアシステムにおいて相互に関連し合い、それぞれの機能が全体のシステムの中で補完し合う関係である。したがって、「介護予防ケアマネジメント」は「総合相談支援・権利擁護」「包括的・継続的ケアマネジメント」と切り離せなく、とくに主任ケアマネジャーが主に担うとされる「包括的・継続的ケアマネジメント」は相互に関連しあう。

この「包括的・継続的ケアマネジメント」業務では、二つのことを行うことになっている。第一には、「包括的・継続的ケアマネジメントの体制整備」（関係機関と連携体制づくり、医療機関との連携体制づくり、地域のインフォーマルサービスとの連携体制づくり、サービス担当者会議開催支援、入院（所）・退院（所）時の連携）であり、第二には、「介護支援専門員に対する個別支援」（窓口相談、支援困難事例を抱える介護支援専門員への対応、個別事例に対するサービス担当者会議開催支援、質の向上のための研修、ケアプラン作成指導等を通じた介護支援専門員のケアマネジメントの指導、介護支援専門員同士のネットワーク構築、介護支援専門員に対する情報支援、ケアプランの趣旨に基づくサービ

スが提供されるよう、居宅サービス事業所等への研修等の働きかけ）である。

第一の「包括的・継続的ケアマネジメントの体制整備」では、主任ケアマネジャーが、社会福祉士、保健師等と連携しながら、以下の業務を行うことになっている。

- ① 担当地域及び介護支援専門員の状況を把握すること
- ② 何から取り組むか優先順位をつけて計画的に行うこと
- ③ 計画を実行すること
- ④ 取り組みの評価と今後の取り組みの見直し

こうした業務では、個別支援のケースの見方と同時に、その日常生活圏域および市町村等の地域包括ケアシステム、あるいは医療計画に基づく第三次医療圏等の医療圏等の現状の把握の手法が重要であり、今後の日常生活圏域における地域包括ケアの方向を見通しが必要で、地域包括ケアの基盤整備を「地区診断」する手法、優先順位をつけて地域に働きかける手法が重要になる。その場合、地域包括ケアシステムをどのように構築するのかという実践的な指針となるその地域特性、実情に合わせた「地域支援モデル」が求められる。

4. 「包括的・継続的ケアマネジメントの体制整備」の視点

地域ケアの質、あるいは地域包括ケアの質は、どのように捉えるべきなのか。高齢者一人ひとりのケアの質ではなく、地域ケアの質としての地域包括ケアシステムの質は、どのように捉えるべきなのか、つまり、個体としてのケアの質としてではなく、地域ケアの質が課題である。

長期ケアは、health service と social care とに区分されるが、地域ケアの質とは、この前者のその地域社会における保健医療サービスの質と同時に、後者の介護あるいは生活支援を含

む支援にかかわるものである。介護あるいは生活支援という場合、他者と切り離された、あるいは地域社会から切り離されたものではないことは、いうまでもない。社会的関係、また社会的な役割とその活動が、健康や医療と同時に重視されよう。

「地区診断」「地域支援モデル」の内容は、こうした地域ケアの質にかかわる課題であり、「地域差」は、地域ケアの質をどのように考えるかということでもある。

ageing in place が高齢者ケアの理念であるが、虚弱な高齢者が地域社会で暮らし続けられるようにするだけでなく、重度の要介護者もできるだけ身近な地域で暮らすようにすることが重要であると捉えられてきている。

1992年のパリで開催の社会保障担当大臣会合において、日本政府は高齢者ケアの理念をageing in place であると表明している。この会合についての記録は公表されていないが、当時の作業グループの記録はOECD (1994) Social Policy Studies No.12 :New Orientations for Social Policy, にまとめられている。この中で、ageing in place について次のように捉えている。「ケアと援助を必要とする人を含め、高齢者が自宅で住み続けることができるようにし、それができないときは、社会的にも、地理的にも、地域社会に結びつき、守られ、支援のある環境ですむことができるようにすることである」(37頁)。

「住み慣れた地域で暮らす」ことを目指す地域包括ケアシステムは、自立、要支援の高齢者だけでなく、要介護高齢者もできるだけ地域社会で住み続けることを目指すものであると捉えることができよう。

同時にまた、地域社会で住み続けるということ、要介護状態になっても、地域社会の一員として、地域社会で日常生活を営み、地域社会

の様々な活動の参加できることを目標にするようになってきた。

この地域社会で日常生活を営むということの理解であるが、2005年改正介護保険法では第1条に「・・尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う」とあり、介護保険の目的は、日常生活を営めるようにすることであると考えてよい。

また、2000年改正社会福祉法では、福祉サービスの規定が盛り込まれ、福祉サービスとは「日常生活」を営むことができるようにすることとされた（第3条）。また、第4条の地域福祉の理念が新たに設けられ、そこでは、日常生活を支援・援助することは、地域社会の諸活動に参加できるようにすることであるとされている。しかも、「地域社会を構成する一員」として日常生活を営めるようにするとされた。「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。」（第4条）。したがって、施設を利用して、在宅ケアのサービスを利用して、地域社会において日常生活を営み、諸活動に参加できるようにすることが地域福祉の理念とされ、こうした地域社会を基盤にした日常生活上の支援を地域包括ケアシステムで形成することを目標としている。

これまで「モデル事例」を通して、調査対象地域の地域ケアの質を捉えようとしてきたが、その何を捉えるのかが重要である。上述の点から、以下の点を捉えることにする。

①（住み慣れた地域でのケア）同一自治体ある

いは地域内（隣接自治体も含む）で、要介護者が暮らせるようになったか（ケアを受けることができるようになったか）

②（社会的入院の解消）病院（「社会的入院」ではなく、介護サービス（医療看護＋生活支援）で暮らせるようになったか（ケアを受けるようになったか）

③（社会的介護）家族介護者による支援だけでなく、介護サービス＋家族介護者等の「組み合わせ」（ケアバランス）、「介護の社会」は進んだか。一人暮らしの場合は、介護サービスを基本にして暮らせるようになったか。家族介護者が介護を行う場合にどのようなケアバランスかが課題であり、要介護高齢者と家族介護者の地域生活の実現が重要である。

④（在宅介護の重視）できるだけ自宅での生活が継続できるようになったか（「在宅介護の重視」）になったか。「重視」をどのように考えるかが課題である。

⑤（地域生活への参加）地域社会での生活に広がりが見えたか。社会的孤立ではなく、地域社会での諸活動への「参加」が促進されたのか。exclusionではなく、inclusionの促進が見られたか、「つながり」「社会関係」の促進が見られたか？例えば、近隣、友人、家族との交流（訪問）の頻度（誰が来るか）、要介護高齢者の外出先の拡大（いつもどこに行くか）、地域社会による要介護者・家族への理解の広がり（情報・訪問）が見られるか、家族や地域住民の介護、ケアへの参加の広がりが見られるかである。

5. インタビューの対象自治体の要介護認定率と施設利用率

対象自治体の状況は表1「対象自治体の状況」に示した。それぞれの自治体の一号被保険者の

要介護者数及び一号被保険者に対する要介護者等の割合を示した要介護認定率、また一号被保険者の介護保険施設利用者数及び一号被保険者に対する介護保険施設利用者の割合を示した施設利用率は次のとおりである。

北海道浜益村（現石狩市）は、一号被保険者の要介護等認定者数は、介護保険実施1年後の2001年4月には92人であったのが、2004年4月には158人になった。要介護認定率は、9.71%から16.90%に上昇した。また、介護保険施設利用者は47人から59人に増加し、施設利用率は4.96%から6.31%へと上昇した。

北海道厚田村（現石狩市）は、一号被保険者の要介護等認定者数は、2001年4月には147人であったのが、2004年4月には144人とほぼ同数で、要介護認定率は、18.75%から18.63%へと若干の低下が見られた。また、介護保険施設利用者は57人から54人とやや減少し、施設利用率は7.27%から6.95%へと低下した。

神奈川県津久井町は、一号被保険者の要介護等認定者数は、2001年4月には343人であったのが、2004年4月には527人になった。要介護認定率は、7.87%から10.81%に上昇している。また、介護保険施設利用者は109人から118人に増加し、施設利用率は2.50%から2.47%へとやや低下している。

神奈川県清川村は、一号被保険者の要介護等認定者数は、2001年4月には57人であったのが、2004年4月には83人になった。要介護認定率は、10.80%から14.09%に上昇した。また、介護保険施設利用者は16人から14人に減少し、施設利用率は3.03%から2.38%へと低下した。

（表1、2参照）

6. インタビューの実施

1) 北海道浜益村

*インタビュー時期

2005年1月11日

*実施場所：浜益村役場内

*インタビューを行った関係者(3名)

- ① 村の保健師。在宅介護支援センター職員でありケアマネジャー。
- ② 村の国保診療所事務局長。前浜益村役場介護保険担当課長であり、介護保険制度創設時の担当課長である。
- ③ 福祉施設の施設長。本村の職員であり、退職前は福祉課長。

いずれも、介護保険前から介護保険後まで何らかの形で関わり、90年代後半から介護保険実施後までの村内の状況は把握している関係者である。

2) 北海道厚田村(4名)

*インタビュー時期

2005年1月11日

*実施場所

厚田村在宅介護支援センター内

*インタビューを行った関係者(4名)

- ① 村の保健師。ケアマネジャーである。
- ② 厚田村役場介護保険担当課長。介護保険創設時より担当。
- ③ 村の福祉施設の施設長
- ④ 村の福祉施設の生活相談員

福祉施設の生活相談員を除き、いずれも介護保険前から介護保険後まで何らかの形で関わり、90年代後半から介護保険実施後までの村内の状況は把握している関係者である。

3) 神奈川県津久井町

*インタビュー時期

2004年12月3日、2005年1月11日

***実施場所**

津久井町役場内、津久井町社会福祉協議会内
***インタビューを行った関係者(7名)**

- ① 保健師 2名
- ② 津久井町役場介護保険担当者 2名
- ④ 社会福祉協議会事務局長および職員 2名
- ⑤ 社会福祉協議会の在宅介護支援センター職員（介護支援専門員）

いずれも介護保険前から介護保険後まで何らかの形で関わり、90年代後半から介護保険実施後までの町内の状況は把握している関係者であるが、介護保険制度創設前に在宅介護支援センター（基幹型）ができ、社会福祉協議会に委託された。保健師は90年代の地域ケアの中核であったが、在宅介護支援センターができ、2000年に介護保険制度が始まり、要介護高齢者に対する支援は在宅介護支援センターのケアマネジャーにその役割が移っていった。そのために、2000年以後は、保健師は直接的な支援をすることがなくなる。そのために、インタビューは二箇所で行った。

7. インタビュー内容の要約

以上の点から見れば、昨年度の報告書で記載した4つの自治体でのインタビュー内容を、次のように要約できよう。

①北海道浜益村（現石狩市）

【事例1】

以前は病院（札幌、滝川の遠方の病院）でというのが普通であった。現在も、訪問看護サービスがないこと、休日夜間の「訪問介護」がないので、現状は変っていない。

【事例2】

以前は、脳卒中で病院(事例1と同じ)に入院すると戻ってこなかった。現在では、こうした事例の場合には、自宅に戻ってきている。

【事例3】

以前は自宅にいて、徘徊などの問題行動はとくに問題となることはなかった。ただし、火の不始末などの問題が生じると、入院となった。現在が、2003年にグループホームができて対応できるようになった。

【事例4】

以前はこうした事例は自宅で過ごしていた。現在は、自宅での生活であるが、ディサービス、ホームヘルパーを利用するようになった。

②北海道厚田村（現石狩市）

【事例1】

以前は病院（札幌などの病院）という形であった。現在も、同様に病院であるが、家族との同居の場合については、地域の往診体制が充実し、休日夜間の対応が可能になり、一部は自宅でも可能となってきた。ただし、冬期間、吹雪で交通が遮断される場合があり、訪問できなくなることが問題である。

【事例2】

以前は自宅で、ホームヘルプサービスを週1～2回利用というのが一般的であった。現在は、自宅でホームヘルプサービスを毎日利用するようになった。また、地域にボランティア団体も育ち、ボランティアの関わりも見られるようになった。

【事例3】

以前は自宅で近隣の人たちが見ていた。火の不始末など自宅で困難になると、病院に入院となった。現在も余り変化がない。病院あるいはグループホームということになる。

【事例4】

以前は自宅で生活し、村内の特別養護老人ホームのディサービスを利用する。現在も変わらないが、近隣のかかわりで緊急通報システムの利用も進んできた。

③神奈川県津久井町

【事例 1】

以前は、自宅でターミナルを迎えることもあった。日赤病院を中心に在宅医療が取り組まれていたので、病院周辺はチームで取り組まれていた。現在は、町全体でも取り組まれるようになった。ただし、「老夫婦」の場合は条件次第である。介護保険のサービスだけでは難しく、生活援助は、近くの家族が行うか、自費でホームヘルプサービスを負担することになる。

【事例 2】

以前は、自宅で生活していたが、家に閉じこもりがちな場合が多く、外出するところも少なかった。現在は、ディサービスのほかにも外出先が広がり、町の人たちの理解も広がった。

【事例 3】

以前は自宅で生活していたが、自宅で入院困難となった場合には、遠方の病院（都内も含む）に入院となった。現在は、県内の認知症専門の施設、グループホームである。町内にはグループホーム、認知症対象の施設はない。

【事例 4】

以前は、自宅で近隣の人たちが援助していた。現在も変わらないが、自宅でディサービスを利用するようになってきた。

④清川村

【事例 1】

以前は、家族と同居の場合には自宅でターミナルを迎えていた。診療所の医師が往診をしていた。しかし、老夫婦の場合には入院ということが多かった。現在も、老夫婦の場合には条件次第である。

【事例 2】

以前は、自宅で閉じこもりがちであった。現在は、サービス利用の意識も変わり、ホームヘルプサービスやディサービスを積極的に利用する

ように変化してきた。

【事例 3】

以前は、自宅で生活し、火の不始末など在宅生活が困難となれば、入院という形であった。現在は、隣の市あるいは遠方の施設、グループホームということになる。現在、村内にはグループホームはない。

【事例 4】

以前は自宅での生活であった。現在は、自宅で、ディサービスを利用するようになっている。2005年4月にディサービスセンターが新築されるまでは、社会福祉協議会の部屋を利用した風呂の設備がないディサービスで、しかもエレベーターがなかった。そのために、隣の市までディサービスを利用しに行くことがあった。

7. 東久留米市のインタビュー

また、これらの過疎地域、農村部の自治体における地域ケアの特徴をインタビュー内容から考える上で、地域ケアの異なる課題を持つ都市部の現状を把握することが必要と思われ、東京都東久留米市でインタビューを行った。東久留米市は、人口11万5千人の東京郊外ベッドタウンの自治体であるが、地域包括ケアの基盤整備が進んでいる自治体といえる。特別養護老人ホーム4箇所、ディサービス9箇所である（老人保健施設を平成19年度開設予定）。在宅介護支援センターは3箇所である。基幹型在宅介護支援センターは設置していなかったが、市の介護福祉課がその機能を担ってきた。市単独で自立支援を取り組んできており、地域ケアのシステム化が進んでいる地域であるといえる。こうした背景があると見ることができ、都内でも、要介護認定率の伸びが低い自治体である。

7-1 東久留米市の要介護認定者率・施設利用率

また、これらの自治体と比較するために大都

市部の例として参考にした東久留米市は、一号被保険者の要介護等認定者数は、介護保険実施1年後の2001年4月には1,681人であったのが、2005年4月には2,554人になった。要介護認定率は、9.66%から11.91%になった。また、介護保険施設利用者は392人から471人に増加し、施設利用率は2.25%から2.20%へと低下している。

7-2 インタビューの実施

*インタビュー時期

2005年1月4日

*実施場所

東久留米市役所内

*インタビューを行った関係者(3名)

- ① A在宅介護支援センター相談員(社会福祉士)、ケアマネジャー
- ② B在宅介護支援センター相談員(看護師)、ケアマネジャー
- ③ C在宅介護支援センター相談員(介護福祉士)、ケアマネジャー

いずれも介護保険前から介護保険後まで何らかの形で関わってきたが、相談員あるいはコーディネーター等の経験には差があり、90年代から継続して市内の全体あるいはその一部を対象にコーディネートしてきておらず、90年代の状況は掴むことができなかった。

①はディサービスの相談員を経て、介護保険制度開始前の1998年に在宅介護支援センター相談員となる。②は1995年前まで社会福祉協議会のさわやかサービス(住民参加型福祉サービス団体)のコーディネートを行い、1995年からディサービスの看護師となった。またそのディサービスに在宅介護支援センターが設置され、相談員となり、介護保険制度ではケアマネジャーとなった。③は、1990年に市内の特別養護老人ホームのケアワーカーとなり、相談員を経て

在宅介護支援センターの相談員となり、介護保険制度ではケアマネジャーとなった。

7-3 インタビューの要約

【事例1】

90年代中ごろから開業医が24時間対応、緊急時対応を行い、在宅医療が進んできた。現在もその体制は広がっているが、「老夫婦」の場合は条件次第である。

【事例2】

90年代中ごろにサービス利用も進んでいた。現在は、自宅で、ホームヘルプ、デイサービスを利用するようになる。また、団地などで住民の活動が進んでいる。

【事例3】

以前の状況は分からないが、現在は自宅が困難であれば、市内のグループホームで対応が可能になっている。

【事例4】

以前の状況は分からないが、自宅でディサービスを利用することになる。また、自立と判定されれば、自立支援会議で対応を検討し支援することになる。

D. 考 察

浜益村と厚田村は、介護保険制度開始直後では、要介護認定率と施設利用率において違いがあったが、浜益村は低いもののその差は少なくなってきた。厚田村の場合、第1期の介護保険事業計画では要介護認定率、施設利用率が全国の中でも高いとされた。それに対し浜益村の低く対照的であったが、その後、前述のように、浜益村も上昇した。それについては、その要因の検討が必要である。また、厚田村の場合も、要介護認定率、施設利用率もほぼ維持、あるいは低下を示していることについても、今後の地域包括ケアシステムの形成、また包括的・

継続的ケアマネジメントの体制整備について考えると、その要因について検討が求められよう。浜益村の伸びは、住民の意識の変化、また2003年に開設した特別養護老人ホームによる施設利用者の影響なども考えられるが、こうした動向はほぼ全国的な傾向を示すものでもあると見ることができるといえる。

また、津久井町と清川村も、施設利用率は低下の傾向を示しているが、要介護認定率はともに上昇している。とくに、清川村の施設利用率は、この間、0.6ポイント以上の低下を示している。両者は人口規模の違いが大きいのであるが、この点も同様に検討が求められる課題でもあるといえよう。

さらにまた、北海道のこれらの自治体と神奈川県これらの自治体の要介護認定率、施設利用率の違いも、同様に検討が求められる課題であるといえよう。

しかし、インタビュー結果では、事例1の場合には、施設利用率の高い北海道と施設利用率の低い神奈川では大きな違いがあることが分かる。とくに、北海道では地理的にも困難を抱える浜益村では自宅での支援が難しく、また医療体制に改善が見られる厚田村では支援が課題となってきたが、同様に地理的にも困難な課題を抱えている。それに対して、神奈川では2自治体ともに支援が現実的課題となっているとケアマネジャーは考えている。在宅死を含むターミナルケアを包括的・継続的ケアマネジメントの体制整備を課題にする場合、その地域性からなにが具体的な課題なのかを示している。

ただし、北海道でも、神奈川でも、老夫婦の支援の難しさを挙げている。これは、地域の地域包括ケアシステムの課題というよりも、むしろ介護保険制度で給付される介護サービスそのものの限界ともいえよう。身体介護以外の支援は、要介護5でもっとも高額の限度額の場合で

さえ難しく、老夫婦で生活援助等が必要な場合には、自己負担でホームヘルプサービスを利用することになり、支払能力がある場合、あるいは近隣に家族がいて常時支援する場合でなければ、老夫婦のターミナルケアを実現できないことを示している。地域包括ケアシステムの構築と制度との両者の課題をどのように捉えるのかを示すものといえる。

また、事例2の場合には、どの自治体においても、在宅での生活が可能になり、介護保険制度創設による介護サービスの増加を示している。今後どのように、地域生活の広がりを持てるかを具体的に示すことが必要であることを意味しているといえよう。事例3は、認知症の支援の難しさを示しているが、浜益村の場合には在宅困難なときにはグループホームで可能とされ、グループホームで対応できるとケアマネジャーが判断する地域も生まれていることを示しているといえよう。後述する5箇所のグループホームがある東久留米市でも、ケアマネジャーは同様に答えている。認知症の場合には資源問題が大きな課題であることを伺わせる。

事例4では、デイサービスの利用が増加していると答えている。同時にまた、サービスを利用しながら地域社会との関わりを強めることに課題があることを伺わせるものでもあった。

地域包括ケアシステムの構築を考える場合、要介護高齢者の施設利用率等をどのように捉えるのかということの重要性を今回の地域ケアの関係者のインタビューから掴むことができ、地域包括ケアのシステムの課題を質的に把握し、取り組むべき課題、およびその優先順位の明確化するために参考になることが伺えた。

E. 結 論

地域包括ケアシステムの構築を行う上で、その地域ケアの課題を明確にする手法の開発は今

後の課題であり、地域包括支援センターの役割およびその業務から、今後ますます重要になると思われる。しかし、その手法の開発についての研究は必ずしも進んではいない。本研究は、四つの「モデル事例」を用いて地域ケアを構造的に捉え、「地域支援モデル」作成のための地域包括ケアシステム構築の課題を明確にすることを試みであるが、この四つの「モデル事例」によって、統計的に量的な把握と同時に、地域ケアの支援を構造的に質的に捉えることができるものであると思われる。

事例の具体的な課題を捉えることによって、その地域の現状、その地域の地域ケアの形成過程を捉えながら、地域包括ケアの実践的・具体的な目標を明らかにすることができると思われる。

しかし検討すべき課題もあり、関係者から「モデル事例」の対応を把握し、課題を明確にするためには、少数の長期間従事している関係者にインタビュー形式で把握することにも一定の限界が見られる。第一には、継続して同じ地域で従事するケアマネジャー等をインタビュー対象者として確保することの難しさがあること、第二には、今回の調査で対象にしたのは小規模自治体であり、一人ないし数名で地域全体の把握が可能な地域であった。大都市に対象を広げる場合はこの点は困難と思われる。東久留米市は、調査協力者の協力を得て、対象者を見つけることができたが、しかし、四つの自治体のように90年代から介護保険実施後までを把握する対象者を得ることは難しかった。また、東久留米市の場合には11万強の人口規模であり、3つの地域包括支援センターの設置が予定されている自治体で、都市圏の中でも全体を掴みやすい地域である。

今後、「モデル事例」を用いて地域ケアの課題を把握する方法はより検討を要する。現状では、

要介護認定者数、施設利用者数を、地域包括支援センターの日常生活圏域で把握している自治体はほとんどないのが実態であり、これらの把握の方法も検討課題である。

地域包括支援センターの職員が地域包括ケアシステムの構築の具体的な目標を設定し、関係者や住民、また行政の理解を得て、協働でそれを構築するためには、さらにまた、要介護認定者率、施設利用率と「モデル事例」での支援のあり方の関係の検討も今後の課題である。さらに、個別の調査が求められ、「日常生活」を基点として生活支援の実際を、施設と在宅のケアバランス、インフォーマルとフォーマルのケアバランスを工夫された質的な調査でより詳細に明らかにする必要性もある。とりわけ大都市での方法論的な検討が課題に思われる。

さらに、こうした「モデル事例」を用いた職員研修のあり方についての検討が課題である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- ・「高齢者の長期ケアにおける地域ケアへの転換過程に関する研究」（北九州市立大学提出学位論文）2005年3月
- ・「介護保険制度のゆくえ」『社会福祉研究』2005年10月

2. 学会発表

第64回日本公衆衛生学会総会シンポジウム
「高齢者保健医療福祉の新しい展開」「高齢者のための地域づくりと地域介護の視点」2005年9月

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

計画』2003年3月。

- ・『浜益村高齢者保健福祉計画・介護保健事業計画』2000年3月。
- ・『浜益村高齢者保健福祉計画・介護保健事業計画』2003年3月。
- ・老人保健福祉法制研究会編『高齢者の尊厳を支える介護』法研、2003年。
- ・田中潤「介護予防とは何か」鏡論編『介護予防のそこが知りたい』ぎょうせい、]2005

参考資料

- ・ Blackman.T,Brodhurst.S,and Convery. J,[2001]Social Care and Social Exclusion:A Comparative Study of Older People's Care in Europe' Plgrave.
- ・ Boldy, D. (ed)[1981]Operational Research Applied to Health Services, St Martin' s Press
- ・ OECD,(1996) Caring for Frail Elderly People Policies in Evolution.
- ・ OECD(2005) Long-term Care for older people
- ・ OECD (1994) Social Policy Studies No.12 :New Orientations for Social Policy,
- ・『厚田村高齢者保健福祉計画・介護保健事業計画』2000年3月。
- ・『厚田村高齢者保健福祉計画・介護保健事業計画』2003年3月。
- ・『清川村高齢者保健福祉計画・介護保健事業計画』2000年3月。
- ・『清川村高齢者保健福祉計画・介護保健事業計画』2003年3月。
- ・『津久井町高齢者保健福祉計画・介護保健事業計画』2000年3月。
- ・『津久井町高齢者保健福祉計画・介護保健事業

厚生労働科学研究補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

表 1 - 1 対象自治体の状況(H16年度)

	人口 H16.3.3 住基(A)	一号被保険者 H16.4.1 (B)	B/A (%)	要介護等 高齢者数 H16.4.1 (C)	C/B (%)	介護保険 施設利用者数 H16.4.1	施設率： 一号被保険者 比 H16.4.1	15-17 年度の 条例上の保険 料基準額 (月額相当)
北海道浜益村	2,187	935	42.75	158	16.9	59	6.31	3,758
北海道厚田村	2,807	773	27.54	144	18.63	54	6.99	4,742
神奈川県津久井町	29,769	4,875	16.38	527	10.81	118	2.42	2,700
神奈川県清川村	3,226	589	18.26	83	14.09	14	2.38	3,291
東京都東久留米市*	114,091	21,439	18.79	2,554	11.91	471	2.2	3,096
神奈川県鎌倉市*	173,467	41,309	23.81	6,639	16.07	1,003	2.43	2,960

注：ただし*は H17 年度

表 1 - 2 対象自治体の状況(H17年度)

	人口 H17.3.31 住基(A)	一号被保険者 H17.4.1 (B)	B/A (%)	要介護等 高齢者数 H17.4.1 (C)	C/B (%)	介護保険 施設利用者数 H17.4.1	施設率： 一号被保険者 比 H17.4.1	15-17 年度の 条例上の保険 料基準額 (月額相当)
東京都東久留米市	114,091	21,439	18.79	2,554	11.91	471	2.2	3,096
神奈川県鎌倉市	173,467	41,309	23.81	6,639	16.07	1,003	2.43	

厚生労働科学研究補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

表2-1 要介護者数及び施設利用者数（一号被保険者比）（H16年度）

*人口：住民基本台帳（3月末日）

*%：1号被保険者に対する65歳以上の要介護者の割合

①北海道浜益村

年 (4月1日)	人口	1号 被保険者	要介護 認定者数	要支援	要介護Ⅰ	要介護Ⅱ	要介護Ⅲ	要介護Ⅳ	要介護Ⅴ	施設利用者	特養	老健	療養型
2001	2,310	947	92 9.71%	9	21	14	18	10	20	47 4.96%	24	6	17
2002	2,293	949	107 11.28%	15	23	18	20	14	19	48 5.06%	23	7	18
2003	2,231	919	136 14.80%	26	36	20	16	16	22	48 5.22%	21	9	18
2004	2,187	935	158 16.90%	39	43	17	22	20	17	59 6.31%	38	12	9

②北海道厚田村

年 (4月)	人口	1号 被保険者	要介護 認定者数	要支援	要介護Ⅰ	要介護Ⅱ	要介護Ⅲ	要介護Ⅳ	要介護Ⅴ	施設利用者	特養	老健	療養型
2001	2,992	784	147 18.75%	26	56	21	19	12	13	57 7.27%	43	4	10
2002	2,949	761	149 19.58%	20	61	23	17	14	14	67 8.80%	52	7	8
2003	2,888	766	162 21.15%	32	68	17	13	16	16	57 7.44%	45	6	6
2004	2,807	773	144 18.63%	28	50	19	17	16	14	54 6.99%	42	7	5

③神奈川県津久井町

年 (4月)	人口	1号 被保険者	要介護 認定者数	要支援	要介護Ⅰ	要介護Ⅱ	要介護Ⅲ	要介護Ⅳ	要介護Ⅴ	施設利用者	特養	老健	療養型
2001	30,724	4,357	343 7.87%	40	70	60	56	69	48	109 2.50%	74	21	14
2002	30,424	4,495	403 8.97%	45	107	73	58	66	54	114 2.54%	76	22	16
2003	30,104	4,710	453 9.62%	70	115	84	61	53	70	117 2.48%	74	26	17
2004	20,979	4,875	527 10.81%	71	161	82	81	68	64	118 2.42%	76	27	15

④神奈川県清川村

年 (4月)	人口	1号 被保険者	要介護 認定者数	要支援	要介護Ⅰ	要介護Ⅱ	要介護Ⅲ	要介護Ⅳ	要介護Ⅴ	施設利用者	特養	老健	療養型
2001	3,261	528	57 10.80%	4	16	6	5	15	11	16 3.03%	12	3	1
2002	3,231	544	63 11.58%	6	18	10	7	7	15	13 2.39%	11	2	0
2003	3,252	579	71 12.26%	6	18	15	11	5	16	17 2.94%	12	4	1
2004	3,226	589	83 14.09%	5	33	12	9	9	15	14 2.38%	11	3	0