

居宅4サービス利用指数の保険者間格差と居宅4サービス利用指数「高」及び3施設+居住系サービス利用指数「低」の保険者の地域ケアシステムの特徴

The differential of the insurer of four home-based care use index, and the feature of community care system of the insurer which four home-based care use index is high and three institutional cares plus residential care service use index is low

長倉 真寿美

NAGAKURA Masumi

要約

高齢者が要支援・要介護状態になっても、安心・安全・健康を確保しながら最期まで住み慣れた地域や家庭で生活するためには、居宅の主要な4サービス（①訪問介護、②訪問看護、③通所介護と通所リハビリテーションを足したもの、④短期入所）が十分に使えることが重要である。しかし、居宅4サービスは、利用水準の保険者間格差が大きい。さらに、居宅4サービスの利用水準が経年で高く、3施設+居住系サービスの利用水準が低い、つまり居宅サービスを中心に要支援・要介護高齢者の地域生活を支えている保険者のケース・スタディの結果、在宅での看取りは必ずしも可能になっていなかったが、在宅高齢者を支援するために、保健・医療・福祉の関係組織間の情報共有と連携が行われていることが明らかになった。

キーワード：介護保険制度、サービス利用水準、保険者間格差、地域ケアシステムの特徴

Abstract

It is important for elderly people to be able to use the four main home-based care services effectively to ensure relief, safety, and health while living in their own homes, even if they eventually move on to nursing care. However, the use of the four main home-based care services, as measured by insurance indexes, varies across this population. It is not always possible to undertake deathwatch care, however health, medical, and welfare related organizations share information between insurers that four home-based care use index is high and three institutional cares plus residential care service use index is low.

Key words: Long-term care insurance for the elderly, Service use level, The differential of the

居宅4サービス利用指数の保険者間格差と居宅4サービス利用指数「高」及び
3施設+居住系サービス利用指数「低」の保険者の地域ケアシステムの特徴

insurer, The feature of community care system

I. はじめに

高齢者が要支援・要介護状態になっても、安心・安全・健康を確保しながら最期まで住み慣れた地域や家庭で生活するためには、医療・介護・保健・様々な生活支援サービスが日常生活の場で適切に提供できる体制として「地域包括ケアシステム」を構築する必要がある。しかし、介護保険サービスの利用水準には保険者間で格差があり、厚生労働省が一律に示している地域包括ケアシステムの要素だけで各保険者がそれを構築するのは厳しい面がある。

本研究では、高齢者の地域での生活には、居宅サービスが十分に使えることが重要だという立場から、居宅の主要な4サービス（後述）の、要支援・要介護認定者1人当たりのサービス利用件数を偏差値化し、保険別推移をみる。さらに、経年（2002（H14）～2010（H22）年度を示す：以下同じ）で居宅4サービスの利用指数が「高」で、かつ3施設（後述）+居住系サービス（後述）の利用指数が「低」のグループに入っている保険者のケース・スタディから、居宅4サービスの利用水準が安定的に高く、3施設+居住系サービスの利用水準が継続して低い保険者の地域ケアシステムの特徴を明らかにすることを目的とする。

II. 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（H14）～2010（H22）年度の保険者の居宅4サービス利用指数（①訪問介護、②訪問看護、③通所介護と通所リハビリテーション（以下通所リハビリ）を足したもの、④短期入所それぞれについて、要支援・要介護認定者1人当たりの利用件数を偏差値化し、それらを平均したもの）のランキングを行い、年度別の推移をみた。サービスの利用件数を偏差値化して指標（利用指数）としたのは、単純な利用件数や費用額の比較では分からない、全体でどれぐ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も可能だからである。算出方法を以下に示す。

訪問介護、訪問看護、通所介護+通所リハビリ、短期入所それぞれについて、保険者ごとに要支援・要介護認定者一人当たりの利用件数を N_1 、 N_2 、 N_3 、 N_4 とする。

$$X_1 = \log(N_1) \quad (N_1 = 10X_1) \dots\dots\dots ①$$

(X_2 、 X_3 、 X_4 についても同様)

$$Y_1 = \{X_1 - X_1 \text{の平均値} / X_1 \text{の標準偏差}\} \times 10 + 50 \dots\dots\dots ②$$

(Y_2 、 Y_3 、 Y_4 についても同様)

$$Z = (Y_1 + Y_2 + Y_3 + Y_4) / 4 \dots\dots\dots ③$$

① 各サービスの値を10を底とし、対数化する。ただし、値が0.0005を下回る場合には0.001を代入。

② ①で求めた値の標準化（偏差値化）を行う。

③ ①②で求めた4つのサービスの値を合計し、4で割り戻す。

さらに、経年で居宅4サービスの利用指数が「高」のグループで、かつ3施設（①介護老人福祉施設、②介護老人保健施設、③介護療養型医療施設）+居住系（特定施設入居者生活介護）サービスの利用指数が「低」のグループに入っている保険者のうち、筆者が2013（H25）年度に実施したアンケート調査に回答があった保険者の中から3か所を抽出し、ケース・スタディを実施した。アンケート調査は、サービス利用状況の違いにより保険者を次の3グループに分類し、介護保険事業の運営状況、地域包括ケアの実施状況と課題が明らかになるように設計した。なお、居住系施設の利用指数の算出は、居宅4サービスと同様の方法をとっているが、3施設については、要支援者は利用できないため（当時）、要介護認定者1人当たりの利用件数を使用している。

（グループ1：対象数52）経年でみて、居宅4サービスの利用指数が高く、施設・居住系サービスの利用指数が低い保険者

（グループ2：対象数56）経年でみて居宅4サービスの利用指数が低く、施設・居住系サービスの利用指数が高い保険者

（グループ3：対象数236）2006（H18）年度（地域密着型サービス開始時点）以降、居宅4・地域密着型サービスの利用指数ともに高い保険者

ケース・スタディの対象は、グループ1の各保険者の、居宅4サービス利用指数から3施設+居住系サービスの利用指数を減算し、その差が大きい順に3保険者を抽出した。理由は、居宅サービスを中心に要支援・要介護高齢者の地域生活を支えている保険者の地域ケアシステムの特徴がより際立つと考えたためである。

分析手法としては、居宅4サービス及び3施設+居住系サービス利用指数の分析結果、アンケート調査結果、公文書の精査・解釈、対象保険者の役所、社会福祉協議会（以下：社協）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。

なお、施設の利用を3施設だけでなく、居住系サービスを入れて検討したのは、外部サービス型でしか指定を受けることができない養護老人ホーム以外は外部サービス利用の指定実績はごくわずかであり、2006（H18）～2012（H24）の年度別にみても0～2%の間を推移している。さらに、2012（H24）年度のデータでみると、平均要介護度も、現在介護老人福祉施設の利用条件となる要介護度3以上の入居者割合が46%を占めている〔厚生労働省社会保障審議会介護保険分科会（2014）、p.11〕。このことから、居住系サービスを入れなければ、実態としての施設利用の状況が把握できないと考えたためである。

III. 倫理的配慮

ヒアリング調査については、要介護認定率や在宅生活を継続するための保健・医療・福祉の連携の実態、高齢者の見守り・声掛けの事業、地域助け合い事業実施の有無等について聴取し、個人の特定にかかる情報は聞いておらず、倫理的配慮が必要とされる場合に該当しない。

IV. 結果

1. 居宅4サービス利用指数の推移と保険者間格差

居宅4サービス利用指数の分布を年次ごとに保険者区分別にみると、正規分布に近似している（図1～図9）。そこで、異常値の処理については、最大値及び最小値より2%ずつを外れ値として除外した。その結果、居宅4サービス利用指数の最上位と最下位の値を経年でみると、その差は20.2～22.1の間でほぼ同程度であった（表）。

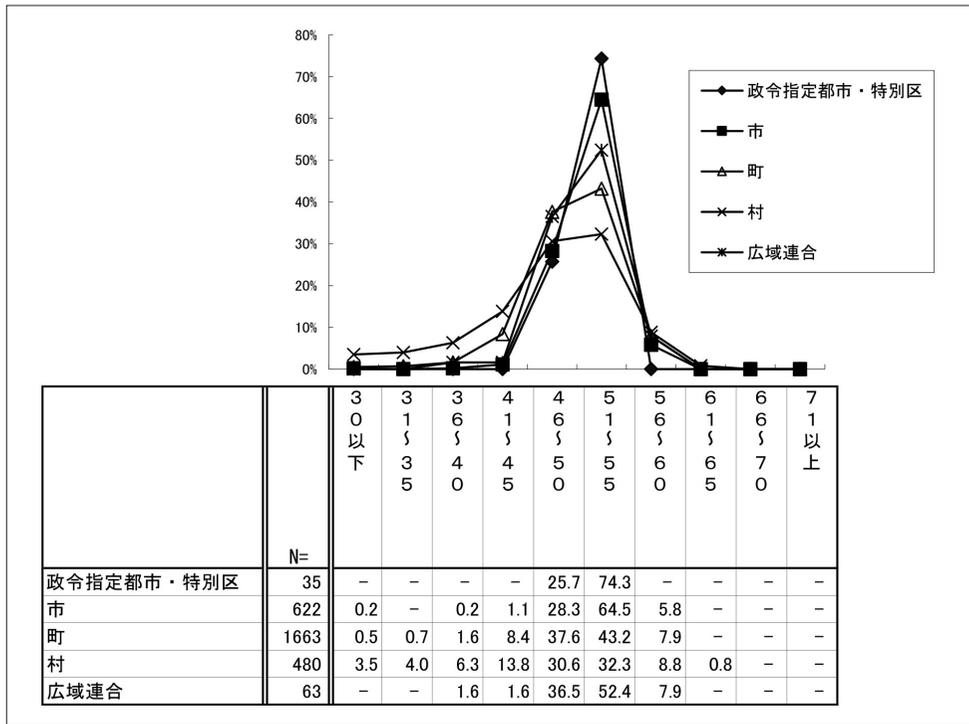


図1 居宅4サービス利用指数の保険者区分別分布 (2014 (H14) 年度)

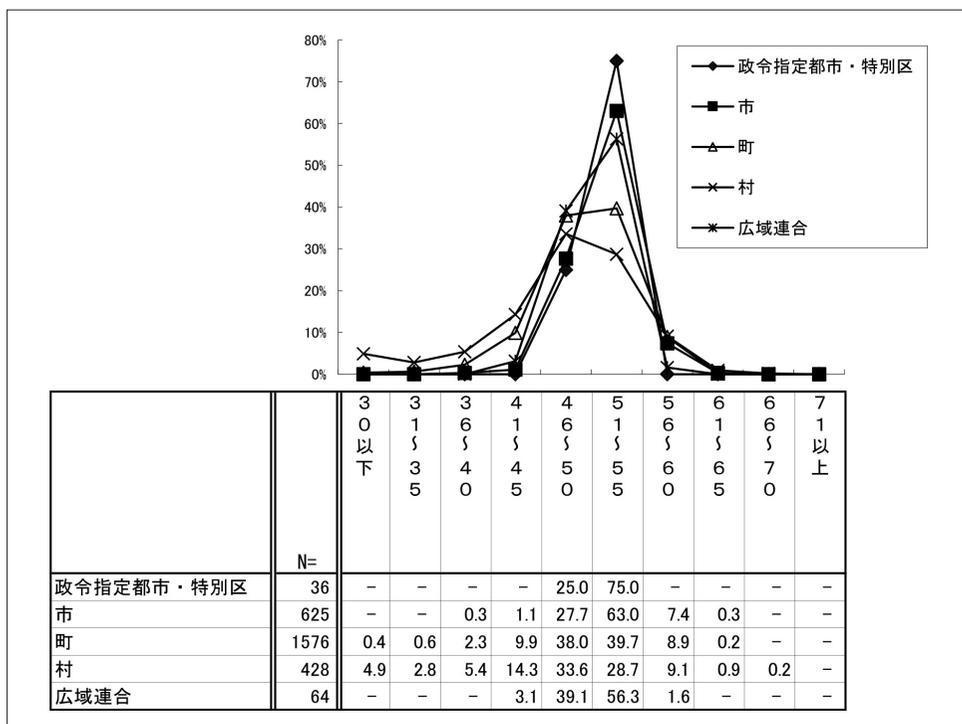


図2 居宅4サービス利用指数の保険者区分別分布 (2003 (H15) 年度)

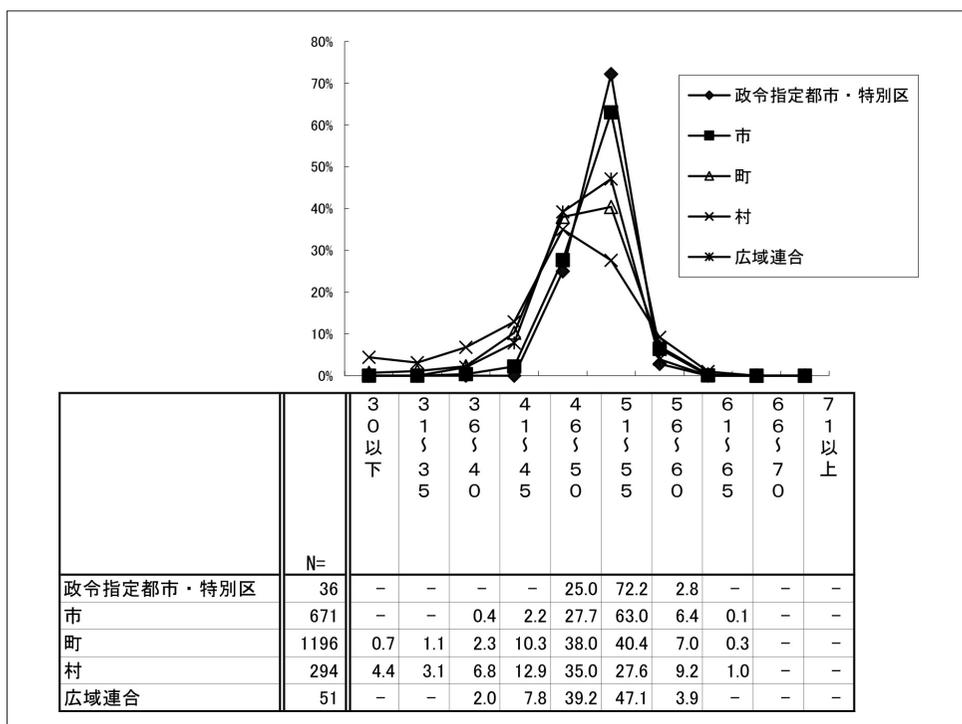


図3 居宅4サービス利用指数の保険者区分別分布 (2004 (H16) 年度)

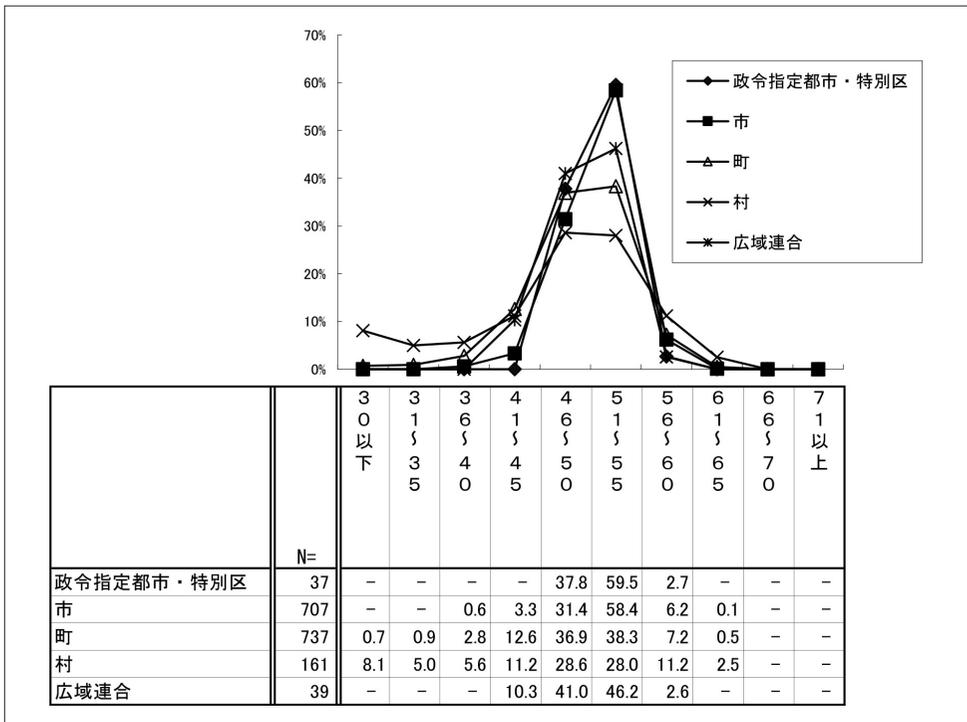


図4 居宅4サービス利用指数の保険者区分別分布 (2005 (H17) 年度)

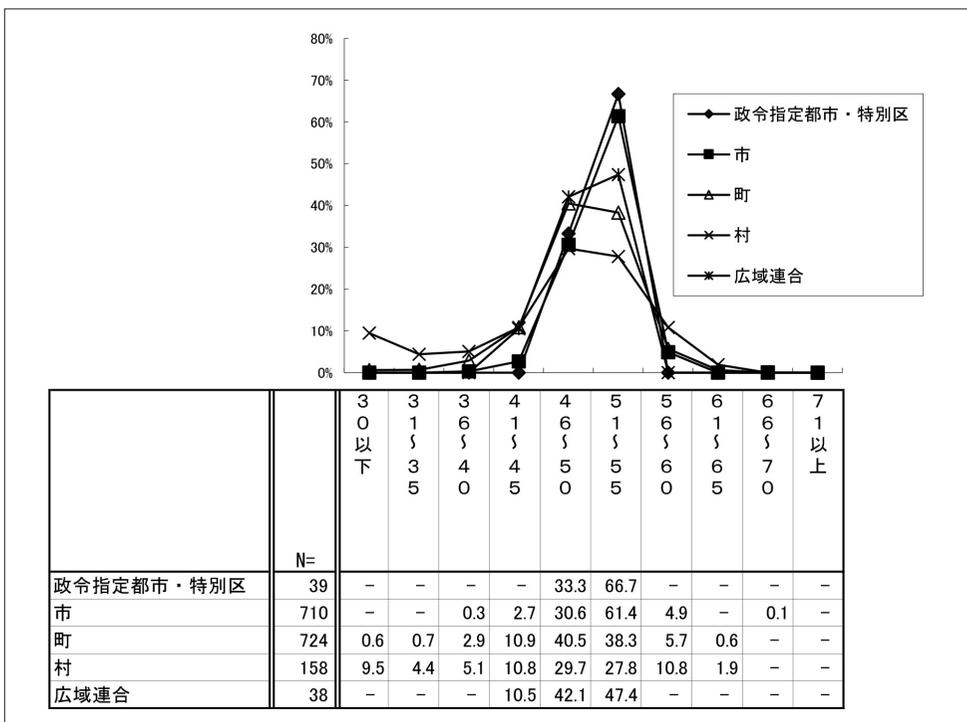


図5 居宅4サービス利用指数の保険者区分別分布 (2006 (H18) 年度)

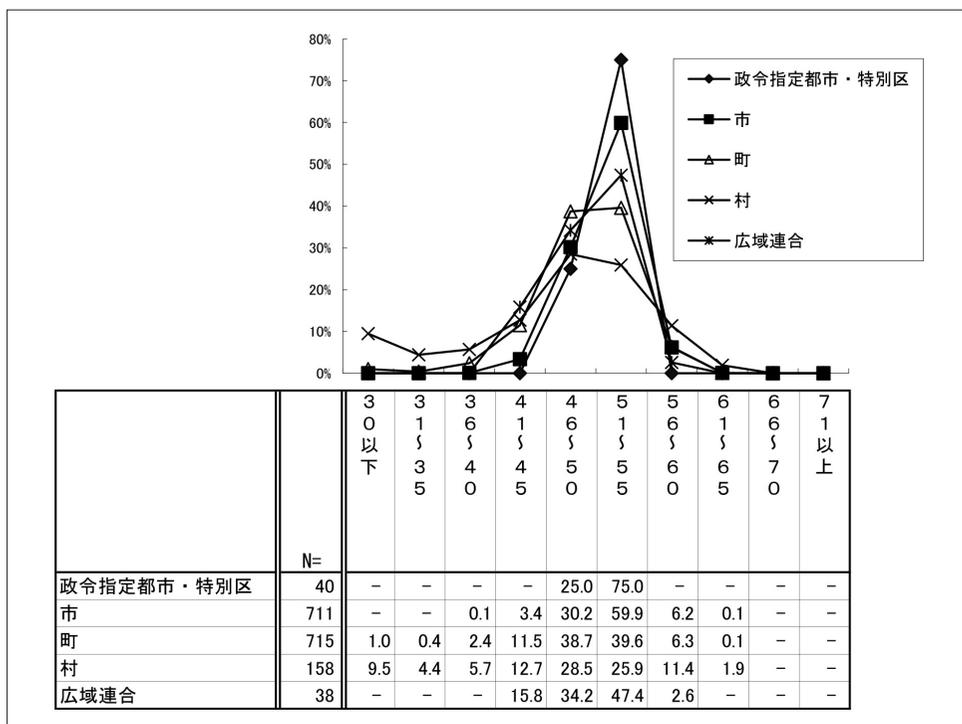


図6 居宅4サービス利用指数の保険者区分別分布 (2007 (H19) 年度)

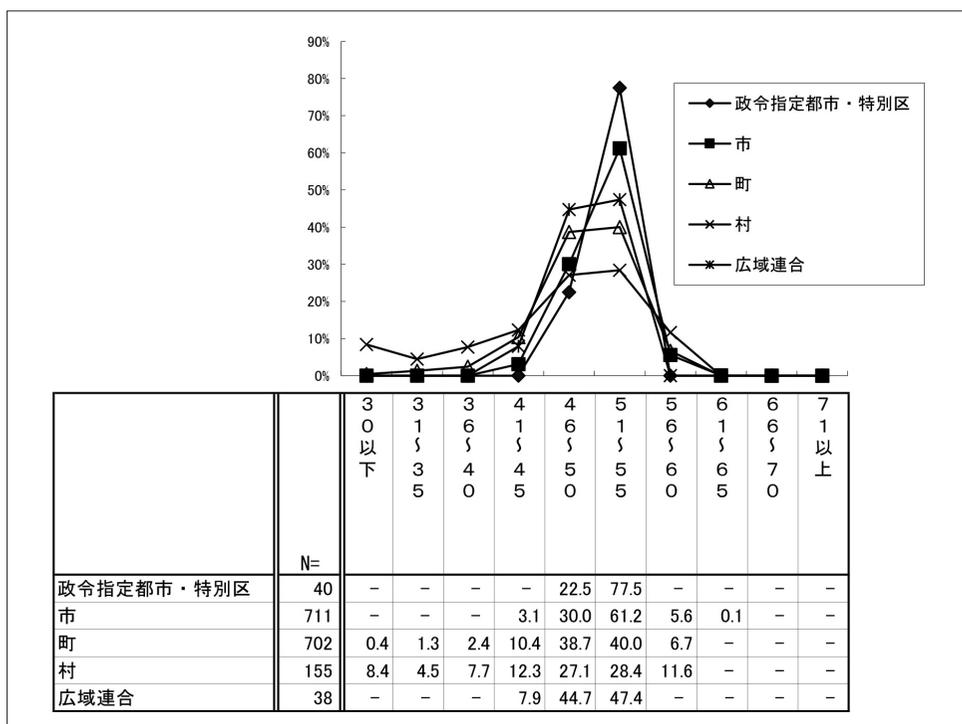


図7 居宅4サービス利用指数の保険者区分別分布 (2008 (H20) 年度)

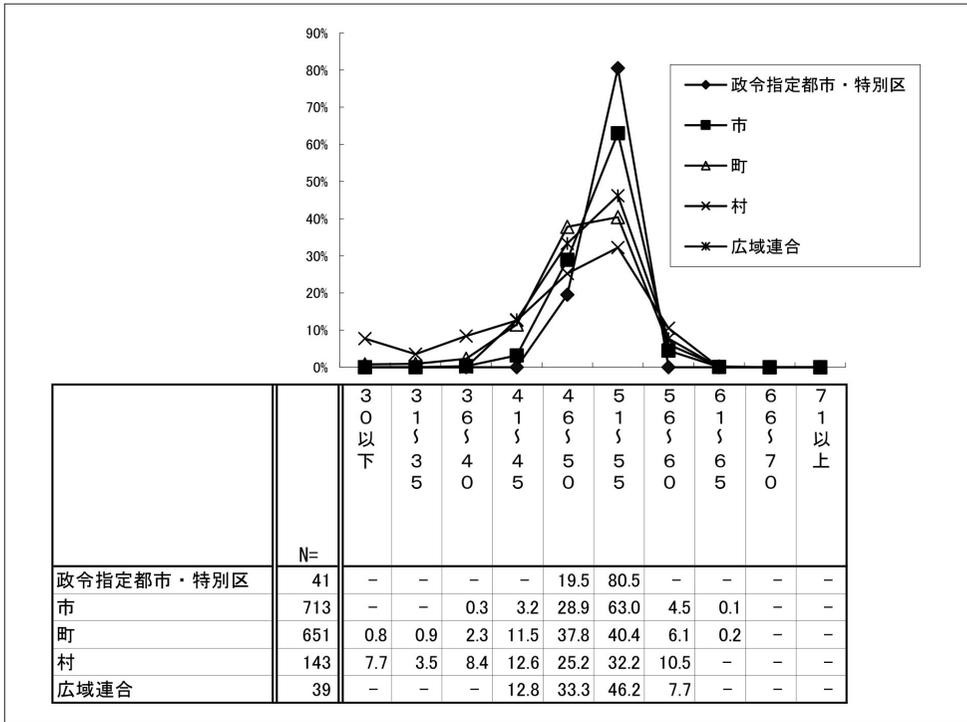


図8 居宅4サービス利用指数の保険者区分別分布 (2009 (H21) 年度)

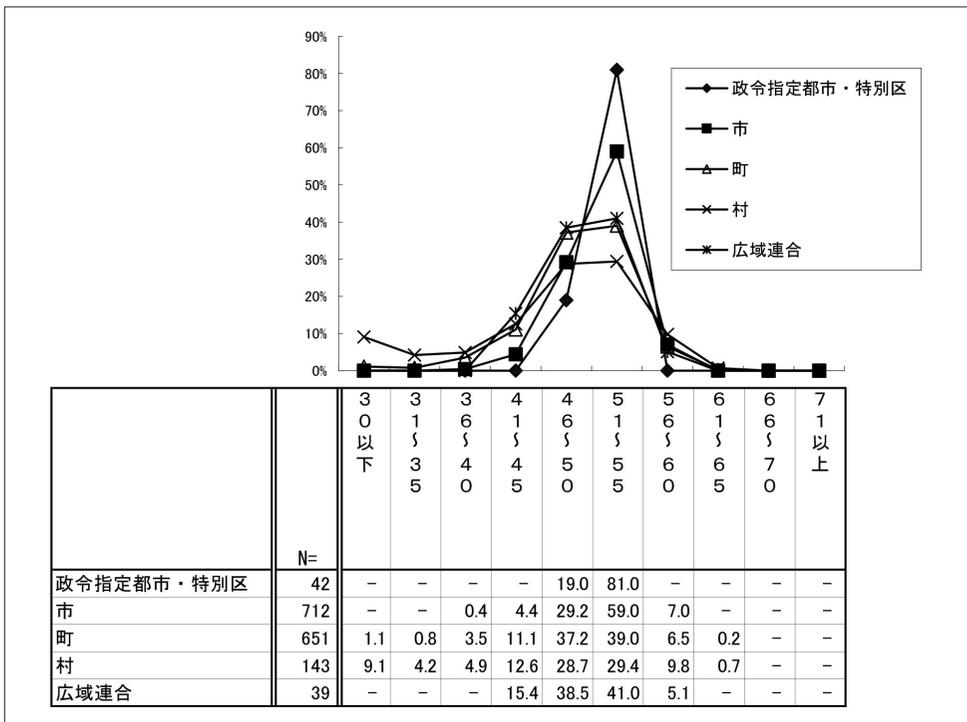


図9 居宅4サービス利用指数の保険者区分別分布 (2010 (H22) 年度)

表 居宅4サービス利用指数の推移と保険者間格差（2002（H14）～2010（H22）年度）

年度	居宅4サービス利用指数			
	最大値	最小値	57.5	35.5
2002（H14）	指数の差		22.0	
	最大値	最小値	57.8	36.1
2003（H15）	指数の差		21.7	
	最大値	最小値	57.7	35.9
2004（H16）	指数の差		21.8	
	最大値	最小値	58.0	35.9
2005（H17）	指数の差		22.1	
	最大値	最小値	57.5	37.3
2006（H18）	指数の差		20.2	
	最大値	最小値	57.5	36.0
2007（H19）	指数の差		21.5	
	最大値	最小値	56.9	36.1
2008（H20）	指数の差		20.8	
	最大値	最小値	57.0	36.7
2009（H21）	指数の差		20.3	
	最大値	最小値	57.3	35.7
2010（H22）	指数の差		21.6	

保険者間の格差を更に詳細に、2010（平成22）年度データでみると、指数が最大の57.3である長野県小諸市は、人口43,819人、要介護認定者1,736人で、1人当たりの利用件数は、訪問介護が2,999件（利用指数56.8：以下同じ）、訪問看護が1,384件（60.2）、通所介護+通所リハビリが5,896件（57.4）、短期入所が1,168件（55.0）である。一方利用指数が最小の35.7である東京都利島村は、人口297人、要介護認定者7人で、1人当たりの利用件数は、訪問介護が1,429件（39.7）、訪問看護が0,268件（46.5）、通所介護+通所リハビリが1,714件（20.1）、短期入所が0,429件（36.7）である。

しかし、この結果は必ずしも利島村の人口、要介護認定者数が少ないことに起因するものではない。居宅4サービス利用指数が下位の保険者は、離島、山間地が多いが、地の利の悪さから介護サービス市場が成立しない場合であっても、役場・社協・国民健康保険診療施設が一体となってサービスを提供する仕組みを持っている保険者では、居宅サービスの利用水準を高くすることが可能であるということが分かっている [長倉（2008），p.16]。

つまり、居宅4サービスは、全国的にみれば最も提供基盤が整備されており、サービスが万遍なく、高い頻度で利用できているところと、一部のサービスが少ない頻度で利用されているところまで幅広く存在しているため、利用指数の差が平均21.3と開いている。

2. ケース・スタディ

対象は、前述グループ1（経年で居宅4サービスの利用指数が「高」のグループで、かつ3施設+居住系サービスの利用指数が「低」のグループに入っている保険者）のうち、筆者が2013

(H25) 年度に実施したアンケート調査に回答のあった、全19の保険者の中から、居宅4サービス利用指数から居住系サービス利用指数を減算した差が大きい順に、1位の長野県川上村、2位の和歌山県古座川町、3位の山形県小国町を抽出し、ケース・スタディを実施した。

1) 長野県川上村

川上村は、長野県の東南端に位置する千曲川の源流に位置し、四方に山々が連なり、秩父多摩甲斐国立公園の一角を占めている。人口4,315人、高齢化率27.2%、面積は209.1km²である。年間平均気温が7.5℃、冬の最低気温が-25℃、降雪の無い月が7・8月と作物の生育条件は過酷だが、村の基幹産業は農業で、農業就業人口割合は38.2%である。戦前の川上村は島崎藤村の『千曲川スケッチ』に信州で最も不便な、貧しい、荒れた山奥の一つと記述されたほどであったが、それを逆手にとった冷涼な気候を利用したレタスの栽培を始め、出荷量は全国1位である。農業人口が多いことで、高齢者の就業率も50.3%と高い。

保健・医療・福祉サービスについては、医療は、佐久総合病院まで75分、村内の医療機関は、整形外科を専門とする個人医院と、国保川上村診療所の2か所であり、居宅サービスは、村が「川上村訪問看護ステーション」(24時間365日)を実施しており、他は村唯一の事業所、社協が、「居宅介護支援」「通所介護」「訪問介護」を実施しているだけである。施設サービスは、1999(H11)年に隣村の南牧村につくられた介護老人福祉施設「のべやま」(80床)の利用をしており、施設サービスの利用指数もヒアリング調査をした中では63.86と高いものの、居住系サービスがないため、施設+居住系サービス利用指数は15.27と低くなっている。

そこで川上村は、「村は屋根のない病院」と捉え、保健・医療・福祉の一体化・一元化を目指し、1998(H10)年にそれまで点在していた診療所、訪問看護、訪問介護、保健福祉課を1本の廊下でつなぐ「ヘルシーパークかわかみ」を造り、まずはハード面での、地域包括ケアシステム構築に向けた拠点づくりを行った。一方ソフト面では、1999(H11)年以降、村の3人の看護職員が訪問看護を開始し、介護保険制度開始時の2000(H12)年前半から24時間365日の体制をとった。その後3人での対応に無理が生じたため、同年後半からは、毎夕診療所と情報交換し、診療所看護師3人を加えた6人体制で夜間・休日当番制をとるようになった。

さらに、看護職員が同拠点内の他職種にも呼びかけ、診療所(医師、看護師)、訪問看護ステーション、デイサービスセンター、地域包括支援センター、社協の居宅介護支援事業所の多職種間で毎日夕方に20~30分、サービス利用者の情報交換を開始する体制がつくられ、現在でも1日も欠かさず行われている。内容としては、毎日の利用者の報告、在宅支援の方針の検討、終末期の統一したサービス方針の確認等を行っている。その効果として、全職種がリアルタイムで利用者の情報を共有できることから、必要な医療・福祉サービスに即座につなげるようになった。このような体制のもと、在宅での看取り率も高く、1999(H11)~2012(H24)年度の全国平均が13%前後で推移しているなか、川上村では、2008(H20)年からは60%前後で維持され〔由井・福井(2015), p.591〕、2013(H25)年度に亡くなった方28人のうち、家族と訪問看護師で看取った方

が18人（64.3％）であった。

このように、川上村の地域ケアシステムは、保健・医療・福祉の組織が物理的に近く、情報共有の会議等を毎日実施して多職種連携が図られ、24時間365日の訪問看護の実施により看取りの体制がとられているという特徴がある。

2) 和歌山県古座川町

古座川町は、紀伊半島南方の山間部に位置し、町の最北にそびえる大塔山に源を発する古座川が中心を流れ、森林が町の面積の96％を占めている。人口3,298人、高齢化率46.3％、面積は294.5km²である。年間平均気温は15℃前後、年間降水量は3,500mm前後と全国の平均降水量の約2倍と雨が多いのが特徴である。かつて主な産業は林業であったが、その衰退により、第3次産業従事者が約7割を占めている。

保健・医療・福祉サービスについては、医療は、個人と社会福祉法人の医院が1か所ずつ、国保診療所が2か所あり（へき地診療所が他に3か所あり、国保診療所の2人の医師が巡回診療を行っている）、居宅サービスは、居宅介護支援事業所が1か所、訪問介護サービス事業所が2か所、訪問入浴介護事業所が1か所、通所介護事業所が1か所、短期入所生活介護事業所が2か所ある。施設サービスは、介護老人福祉施設「古座川園」（50床）、介護老人保健施設「あじさい苑」（80床）がある。いずれも社会福祉法人高瀬会が運営している。健康福祉課によると、行政のほうでは介護保険制度導入前に各地区で説明会をしたが、在宅化を促す仕掛けは特にしなかったという。しかし、高瀬会が、施設の運営だけでなく、介護保険制度開始前の1996（H8）年に在宅複合施設「グリーンヴィレッジ古座川」（短期入所事業所、ホームヘルプステーション、在宅介護支援センター {町の委託}、デイサービスセンター {B・E型}、給食サービス事業所）を開設し、古座川町の高齢者の在宅での生活を支えてきたということの影響が大きかったという。高瀬会では、介護保険法施行に伴い、訪問看護ステーションと居宅介護支援事業所も開設している。また町が地域包括支援センターを委託していた時期もあり（現在直営）、役場の保健師が週何回か通っていたこともあった。

古座川町では、社協がもともと役場の一角に机を置いていたり、その後役場の駐車場に事務所を建てたりと物理的に近い状態だったこともあり、協力して仕事をしてきた。保健・医療・福祉の連携については、2014（H26）年4月から、串本圏域（串本町、古座川町）において病院から介護支援専門員への着実な引継ぎをする「退院支援ルール」の策定を目的として、介護支援専門員、地域包括支援センター、役場、和歌山県が協議を重ね、串本圏域独自の「退院支援ルール」を策定した。これについては、その後も運用しながら見直しを継続している。また、国保診療所単位で月に1回、診療所（医師・看護師・事務局）、役場職員（保健師）、社協、介護支援専門員、薬剤師等で、診療所の患者や気になる住民の情報交換を行っている。さらに、2015（H27）年4月には役場の保健福祉部門、社協、診療所、地域包括支援センターが「古座川保健福祉センター」に集約され、コミュニケーションがさらにとりやすくなり、これまで以上に連携が強化さ

れた。看取りについては、診療所が24時間体制になっておらず、仕組みになっているわけではないが、ケースによっては医師が夜間訪問診療を行うこともある。

このように、古座川町の地域ケアシステムは、役場と社会福祉法人、役場と社協、病院と居宅介護支援事業所間の連携に加え、保健・医療・福祉の連携として、診療所、役場職員（保健師）、社協、介護支援専門員、薬剤師が情報交換を実施しているとともに、役場の保健福祉部門、社協、診療所、地域包括支援センターが物理的にも近くなり、情報共有、連携がしやすいという特徴がある。

3) 山形県小国町

小国町は山形県の最南端にあり、新潟県との県境に位置し、両県の県庁所在地である山形市と新潟市のほぼ中間地点にある。磐梯朝日国立公園に属する朝日連峰、飯豊（いいで）連峰に囲まれている。典型的な日本海側気候で夏は雨が多く、冬の降雪は町中心部でも2メートルを下らず、山間集落では5メートルにも及ぶ豪雪地帯である。年間平均気温は10.8℃、年間降水量は2,973mmである。人口9,135人、高齢化率33.3%、面積は737.6km²である。面積が非常に広いことと、約90の集落が複数の川沿いに点在していること、町の90%が山であるため、訪問介護等の移動効率が悪いという。

産業としては、戦前から金属製品の製造業などの大きな工場があり、それなりの収入があった人が多かったという。現在でも、産業別人口割合は、第1次産業が7.0%、第2次産業が43.1%、第3次産業が49.8%と、第2次産業の割合が全国平均の約2倍と高いのが特徴である。

保健・医療・福祉サービスについては、医療は、個人医院が2か所、町立病院が1か所あり、居宅サービスは、居宅介護支援事業所が5か所、訪問介護サービス事業所が1か所、訪問看護サービス事業所が1か所、通所介護事業所と通所リハビリ事業所が計3か所、短期入所事業所が2か所ある。施設サービスは、介護老人福祉施設「さいわい荘」(100床)、介護老人保健施設「温身の郷」(50床)がある。居住系サービスは、住宅型有料老人ホームが1か所ある。

町では、1994（H6）年に「小国町老人保健福祉計画」を策定し、保健・医療・福祉の一元化を目指し、1999（H11）年に町立病院を建て替える時に、健康管理センターと介護老人保健施設を廊下でつないで一体的に建て、介護老人保健施設が2000（平成12）年6月に開設した時点で、包括ケアタウン「癒しの園」が完成した。健康管理センターには、町の健康管理、保健指導、介護サービス調整業務、子育て支援業務を行う部署、在宅介護支援センターが入っている。保健・医療・福祉サービスの提供組織が物理的に近くなったことで、情報交換や連携がしやすくなったというメリットがある。具体的な事例としては、病院に入院中の患者が介護認定を受けたいとか、退院時に住宅改修をしたい等、病院から自宅に戻るケースでの相談にすぐに対応できるということが挙げられる。看取りについては、家族の希望により自宅で看取るということであれば、訪問看護ステーションが24時間365日連絡・対応できるので、可能になっている。しかし、共働きが多いことや、冬場の夜間に救急での対応が必要になった場合、除雪しないと医師も看護師も患者の家に辿り着けないという雪国特有の問題もあり、実際の看取りの数は徐々に減っており、

2010 (H22) 年時点での、自宅での看取りが1人に対し、病院での看取りは34人となっている。

このように、小国町の地域ケアシステムは、保健・医療・福祉サービスの提供組織が物理的に近くなったことによる、情報共有、連携のしやすさという特徴がある。看取りについては、体制的には可能になっているが、ケース数は少ない。

V. 考察

高齢者の地域での生活には、居宅4サービスが十分に使えることが重要だと考えられるが、本研究でケース・スタディを行った保険者は、居宅4サービスが経年で高い水準で使えており、3施設+居住系サービスの利用水準が低い。

居宅4サービスは全国的にみれば、施設、居住系、地域密着型サービスと比べて提供基盤が整備されているため、サービスが万遍なく、高い頻度で利用できているところと、一部のサービスが少ない頻度で利用されているところまで幅広く存在しており、利用水準の保険者間格差が大きい。さらに、居宅4サービスの利用水準が経年で高く、3施設+居住系サービスの利用水準が低い保険者のケース・スタディの結果、在宅での看取りは必ずしも可能になっていなかったが、保健・医療・福祉の組織が物理的に近い、情報共有の会議を実施していること等が把握できた。つまり、居宅4サービスが安定的に高い水準で使え、3施設+居住系サービスの利用水準が高くない状態で高齢者の地域での生活を支えている保険者の場合、保健・医療・福祉の関係組織間の情報共有と連携が行われていることが分かった。

残された課題は、居宅4サービス利用指数と3施設+居住系サービス利用指数の差が小さい保険者のケース・スタディを行い、ここに挙げた、利用指数の差が大きい保険者のケース・スタディとの比較を行い、地域ケアシステムの特徴に差があるのかどうかを明らかにしたい。

謝辞

本研究の調査にご協力頂きました皆様に厚く御礼申し上げます。なお、本研究は、文部科学省科学研究費補助金（平成25～28年度『保険者類型別地域包括ケアシステムの構築方法に関する研究』（代表者：長倉真寿美））の研究成果の一部です。また、本論文の一部は、日本地域福祉学会第30回全国大会（2016年度）において、発表しました。

参考文献

厚生労働省社会保障審議会介護保険分科会（2014）「平成27年度介護報酬改定に向けて（特定施設入居者生活介護等について）」。

長倉真寿美（2008）「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」『厚生指針』55(13), pp.10-17。

由井千富美・福井小紀子（2015）「在宅看取りを可能にする地域包括ケア体制を構築 川上村の取組み」71(7), pp.588-593。