

タイトル	栗山町の保健福祉サービス
著者	伊藤，淑子
引用	北海学園大学学園論集，128：29-45
発行日	2006-06-25

栗山町の保健福祉サービス

伊 藤 淑 子

はじめに

栗山町は、道央圏夕張郡に位置する人口約 15,000 人、高齢者比率 28%の町である。現在の栗山町が最も注目される理由は、1999 年から開始された地域通貨「クリン」の流通にある。

1980 年代に、欧米の各地で始められた地域通貨は、1990 年代の日本にも導入され、2006 年 3 月 4 日現在、日本各地で 594 件の使用が報告されているという*¹。これらの中でも栗山町地域通貨「クリン」は、慎重な導入の経過、流通する地域の広がり、登録者数、運営する組織整備などにおいて、抜群の充実度を示している。

一方で栗山町は、1980 年代の半ばから、独自のまちづくりを行ってきた町でもある。基幹産業である農業にとどまらず*²、商業、工業においても、様々な事業が試みられたが、とりわけ保健・福祉に関連する諸事業の展開にも、重点がおかれてきた。

高齢化が進展する日本の市町村において、保健・福祉施策は、産業経済施策と並行して、重要な存在になっている。栗山町は、その重要性を早期に認識し、高齢者比率が比較的低い時点から、諸施策を展開してきた。その具体的な経過は後述するが、これらの事業の先駆性が評価された結果、同町は、1994 年に「在宅福祉事業推進功労厚生大臣賞」を、翌 1995 年には、メロウ・ソサエティ・フォーラム主催の「メロウ・グランプリ・ユニーク賞」などを受賞している。

これらの施策を展開する過程で、栗山町は、町としてのいわば基礎体力を培っていった。地域通貨についても、周到的な流通実験を繰り返しながら、町職員と町民の共同作業として、導入を果たすことが可能とした背景に、この基礎体力の存在があったということが指摘されよう。その意味で地域通貨は、栗山町のまちづくりの努力が蓄積されたうえの結果であり、原因ではなかったと理解する。

今回の研究をはじめにあたり、当初の問題意識は、地域通貨の流通以前から行われてきた栗山町の高齢者を対象とした保健・福祉施策の形成過程にあてられた。施策の立案、意志決定、財源確保、さらに実施に移された過程を検討し、そこに見られる原則を抽出することが、高齢化の進展を迎えている日本の他市町村の施策形成に資することが期待されたからである。

調査の方法として、まず栗山町の保健・福祉サービスの現状を把握し、その特徴を理解した上

で、次にこれらの特徴が形成されてきた過程を明らかにすることにした。このために、各部局の町職員に対する3回のインタビュー調査を実施した。しかし意外なことに、現在の栗山町の保健・福祉サービスの概要を改めて検討してみたところ、必ずしも肯定的な評価は下されなかったのである。そこで関心は、栗山町が形成していた諸政策の積み重ねが、なぜ肯定的な結果をもたらしてこなかったのかという要因の検討に移行した。

問題意識はこのように変遷したのではあるが、本論文においては、時系列に従い、まず第1章において、栗山町の保健・福祉施策の形成過程をたどり、第2章において、現状の評価を行うという構成をとった。さらに、第3章において、課題を明確にすると共に、これらの課題を達成するために、現在の栗山町が具備している条件を検討した。栗山町の状況を理解する手がかりは、主に3回のインタビューによってもたらされている。加えて、筆者がゼミナールの学生と共に2004年、2005年に行った地域研修時に町の職員から受けた講義およびその時点での配付資料からも、多くの情報を受けている。

1 「福祉のまちづくり」の過程

栗山町が、福祉施策の充実を主要課題としたのは、1980年代の後半であった。1988年につくられた「栗山町新発展計画」においては、基本課題の第1に、「住民福祉」「高齢者福祉」「保健医療」などの福祉関連項目が、第2に「都市計画」「住宅宅地」「文化景観」などの、環境関連項目があげられている。当時の日本はバブル経済全盛期であり、周辺の町村は、ゴルフ場建設に象徴されるような観光開発に、発展の可能性を見いだしていた。栗山町は、これらの町村と明らかに異なる「人と自然にやさしい町」を志向した。

最初に行われたのが1988年、前年の法制定により設置が定められた介護福祉学校の設立であった。この学校の設立により、福祉に関心を持つ若者が多数、常に町内に存在するという状況がもたらされた。この頃に、「私たち町民の暮らしにといった何が大事か、わがまち栗山町とはどういう町なのか」と真剣に考え触発し合う雰囲気、行政にも町民の間にも生まれつつあったという^{*3}。

特に活動が高まったのは、1992年に、機構改革により、町に福祉課が独立した課として設置された以降であった。この頃から現在に至る経過は、町社会福祉協議会が発行した「やさしさ事典——くりやまプレス総集編」に年表として整理されている(表1)。

1) 高齢者福祉事業

栗山町の保健・福祉施策を特徴づけているのは、数多い独自事業である。これらの事業は、いくつかのグループに分けることができる。第1は、予防も含めて、高齢者の生活の活性化をはかるための一連の「いきいき」事業である。中でも注目されるのは、1992年に開始された「いきいき検診」であろう。これは、認知症の検診事業であるが、内科検診に加えて、ゲームなどをまじ

栗山町の保健福祉サービス（伊藤淑子）

表1 栗山町の保健・福祉施策の流れ

年	高齢者福祉事業	施設整備の流れ
1995 平成 7	・住宅リフォーム奨励金マニュアル作成交付事業 ・新築住宅奨励金交付事業 ・敬老祝品の見直し（70 歳古希・77 歳喜寿祝品廃止） ・人にやさしい家づくりマニュアル作成 ・心の健康相談（介護者）	・公営住宅整備（バリアフリー） ・在宅介護支援センター開設 ・ハンディキャップカー購入 ・人にやさしいファープルの道づくり（1995～2001 年）
1996 平成 8	・ミドルステイ事業スタート ・食事サービス週 5 回に ・テレビ電話によるいきいきコール開始 ・福祉ビデオ「あなたの笑顔をください」制作 ・訪問リハビリ開始	・公営住宅整備（バリアフリー） ・総合福祉センター建設 ・人にやさしい商店近代化事業
1997 平成 9	・保健、福祉の統合 ・車椅子で行く海外研修（1997～1998） ・保健、福祉、医療情報ネットワーク整備	・公営住宅整備（バリアフリー）
1998 平成 10	・STS バス試験運行 ・高齢者記念品見直し（米寿 88 歳祝品廃止） ・高齢者バス券の廃止 ・町営バス 7 路線運行（70 歳以上無料） ・日本産業映画ビデオコンクール受賞「あなたの笑顔をください」 ・町内自助活動推進事業開始（訪問サービス、集会所レクリエーション）	・特養「くりのさと」20 床増床（100 床）
1999 平成 11	・いきがいデイサービス事業開始 ・ホームヘルパー 2 級養成研修実施（以降隔年実施） ・ノンステップバス運行開始 ・バスロケシステム実験 ・敬老年金の見直し ・いきいき生活情報空間システムモデル事業 ・遠隔医療モデル事業 ・地域ケア体制モデル事業 ・障がい者介護支援サービス事業 ・エコマネー研究会発足	・訪問看護ステーション開所（栗山日赤病院）
2000 平成 12	・いきがいデイサービス（2 ヵ所増、計 3 ヵ所） ・栗山町ケア会議発足（月 1 回） ・栗山町サービス調整連絡会議発足（週 1 回） ・南空知広域介護ネットワークの整備 ・在宅介護サービス利用奨励手当の創設（要介護 3～5、月額 5000 円） ・訪問介護利用者負担額助成（新・旧利用者 7 %減免） ・町デイサービス低所得利用者負担額軽減（15 %）	・民間企業による訪問介護事業所 2 ヵ所開設

栗山町社会福祉協議会『やさしさ事典～くりやまプレス総集編』2005

えながら認知症について学ぶという、予防、早期発見のみならず啓蒙も兼ね備えたものであった。さらに、1992年に高齢者向けの生涯教育プログラムである「いきいきスクール」、1994年には1人暮らしの高齢者が子どものいる家庭に1泊する「いきいきホームステイ」、また1人暮らしの高齢者の安否確認とコミュニケーションの拡大をはかるためにテレビ電話を利用した「いきいきコール」などの事業が、次々と開始されている。同じ頃に、食事サービス、訪問リハビリなどの在宅サービスも充実していった。

第2には、高齢者の住環境に関連する事業である。1994年に開始した「リフォームヘルパー(住宅改良相談員)」制度は、町内の建築設計士、作業療法士などが無料で住宅改良の相談にあたるものであった。翌95年には、さらにバリアフリーに配慮した住宅については、新築時には10～30万円、改築時には100万円を限度とし、その半額を補助する「人にやさしい家づくり奨励事業」が、開始された。さらに、公営住宅に手すりをつけたり、共同浴場を改良するなど、町の施設のバリアフリー化に、早期から着手している。

第3に、町民が自然に相互に助けあう仕組みづくりに関する事業がある。1994年に高校生を対象にして開始された「夏・冬休み体験ボランティア事業」は、翌年には中学生に範囲を広げた。

こうした動きは、広報事業により、町の内外に伝えられた。1993年には町民を対象とした「くりやまプレス」が発行されている。「くりやまプレス」は2003年までに12号発行されたが、町の福祉施策を説明するのみではなく、町に住む様々な障がい者や難病患者を主人公としてとりあげ、周辺の町民と共に生活する姿を伝える、血の通った広報誌である。また1996年には福祉ビデオ「あなたの笑顔をください——まちという名の家族」が、作成され、「くりやまプレス」と共に、高い評価を受けた。

2) 施設整備

こうした数々の事業の開始に並行して、施設整備がなされていった。1980年当時の栗山町には、養護老人ホーム「泉徳園」がおかれ、社会福祉協議会にはホームヘルパーが数名配置されていた。要介護高齢者の増加により、1987年には特別養護老人ホーム「くりのさと」が、1993年には老人保健施設「ガーデンハウスくりやま」が開設されている。1995年には、在宅介護支援センターがスタートし、この頃から在宅サービスが充実していった。翌1996年には「総合福祉センター」が開設された。その後1999年に訪問看護ステーションが開設、さらに介護保険制度が施行された2000年には、2ヵ所の訪問介護事業者が介護事業を開始するなど、需要の増加に見合った供給量の増加もはかられた。

3) 組織の整備

徐々に施設が整備され、それぞれの施設で職員が業務を行うようになると、その連携が重要となってくる。栗山町においては、連携を可能にする組織の整備も、同時にすすめられた。1992年

には、従来からもたれていた「高齢者サービス調整チーム」の機能強化をはかるための再編がなされた。この会議には、保健・福祉の関係者のみではなく、町の土木課や商工課の職員も参加している。

さらに、「高齢者サービス調整チーム」の専門部会として、直接援助にあたる職員らによる「ケアマネジメント会議」が、1993年よりスタートしている。この会議は、町の福祉課、保健課の職員、社会福祉協議会の事務職員、ホームヘルパー、老人ホーム、デイサービスセンターの指導員、民生委員、道立保健所保健師らにより構成されている。いずれの職員であっても、町民からの相談を受けた場合は、迅速にこの会議に持ち帰り、検討に付すことが求められた。町民に関わる様々な組織と職種が、情報と援助方針を共有するという姿勢が、ここで形成されたのである。この姿勢は「総合福祉センター」開設においても維持され、センターには、行政、民間、保健、福祉系の職員が、同じ職場で業務にあたるという環境がつけられた。

4) 発展期に見られた特徴

これまで述べてきた栗山町の保健・福祉施策にみられる特徴をここで整理する。

1点目に指摘しうるのは、施策が常に総合的に推進されてきた点である。総合性は、様々な面で発揮されている。施策の実施にあたり、諸事業の展開、施設整備、連携を可能にする組織編成を並行しながら行った点にも、総合性がみられる。また、施策の内容についても、介護を必要になってから、サービスを提供するのではなく、啓発、予防という観点が、取り入れられている。また、この時点では切り離されて扱われることが多かった保健と福祉を統合したのみならず、さらに住環境の整備を共に行うという発想も、斬新であった。

2点目に、1点目とも関連するが、住民参加と情報開示が重視されてきた点があげられる。施策の推進にあたっては、高齢者を切り離して、サービスを提供するのではなく、常に地域住民との関わりが重視された。一般にサービスの受け手である住民にとって、サービス内容や申請方法は複雑で理解しにくいものになりがちだが、栗山町では、新たな施策は「くりやまプレス」などにより、詳しく紹介された。

3点目に、コスト意識の存在が、指摘される。この当時は現在のように財政が逼迫していなかったものの、栗山町の施策の推進にあたっては、常に明らかなコスト意識が存在していた。前述したような新規事業を展開する一方で、必ずしも効果が認めにくい従来の事業は、廃止した。一例をあげると、毎年9月15日に、多数の高齢者を集めて行われていた「敬老会」のような事業は廃止されている。新規事業の企画にあたっては、二次的、三次的に町の経済活性化につながる点が重視された。介護福祉学校の設立は、町外の若者が一定期間、町内に居住するという効果をもたらす。また、住宅改良資金の給付は、町内の建築業者に還元していくために、町の地域経済に貢献することが期待された。

新事業の多くは、国あるいは道からの補助金を受けながら、実施されている。栗山町が新規の

事業を開始した当時、こうした補助金はより規模の大きい市レベルの自治体に向けられる傾向があった。しかし町の施策が注目されるようになると共に、多くの事業が補助金の対象となっていた。

このように、高齢者に対する施策をすすめてきた栗山町にとって、最も困難な課題は、地域医療の充実であった。第二次世界大戦後の混乱期が終了した時点で、日本の多くの市町村は、住民の健康を守るための病院の設置を優先的な課題としたが、栗山町も例外ではなかった。1950年には栗山町に総合病院建設の特別調査委員会が設置され、1952年には町の負担により、100床以上の病床をそなえた病院が設立された。病院の運営は当初から日本赤十字社に委託された。委託期間は2年間であり、期間終了後には病院の所有権および経営の一切を日本赤十字社に移管するという契約が、この時に交わされている^{*4}。以来、栗山町民の健康は、栗山赤十字病院に委ねられるようになった。1980年には老朽化した建物が改築されて現在に至っている。

しかし残念ながら、前述した行政と民間、保健と福祉のネットワーキングがはかられる過程で、病院からの積極的な参加は実現しなかった。栗山赤十字病院は、1999年に訪問看護ステーションをおいたが、それまで特に病院として地域医療の充実に積極的にとりくんだ形跡は乏しい。

5) 転換期

その後、栗山町の保健・福祉施策は発展期を終えて、転換期をむかえる。その主要な要因となったのは、地方財政の逼迫と、介護保険制度の開始であった。栗山町が新たな施策を展開していた1980年代は、各省庁が補助事業で政策誘導を行っていた時期であり、多くの自治体が地方債を発行しながら、税収を上回る事業を行っていた。バブル崩壊の直後においても、公共事業による経済活性化を期して、地方債を発行し続けながら、公共事業を行う状況がみられた。それらの負の遺産をかかえながら、1990年代後半以降、深刻な財政危機に直面している市町村は少なくない。

前述したように栗山町は、当初からコスト意識に基づく財政運営を行ってきた。しかし収入の低下と財政力指数の悪化はさけがたく、2000年前後から、意識的に財政規模を縮小する努力を行っている。そのために保健・福祉関連の事業についても、廃止あるいは職員の削減を、余儀なくされている。

このような背景のもと、2000年4月から介護保険制度が開始されたことも、町の施策に変化をもたらした。町の独自事業として行われてきた住宅関連の各種事業は、介護保険の同様の事業に吸収され、町の独自性はある意味で希薄になった。

2 栗山町の高齢者の現状

第1章では、1990年代から現在に至る栗山町の保健・福祉サービスの経過をたどってきた。その結果、現在の栗山町の施策はどのような特徴を示しているのだろうか。この点について検討する際に、念頭におくべき2点が存在する。

1 点は、高齢者施策について検討する際には、保健・福祉に限定することなく、医療も視野に入れて論ずる必要があるという点である。もとより、高齢者が介護を必要とするに至る理由の多くは健康障害であり、介護を必要とする高齢者は同時に医療も必要としている。さらに日本においては、これらの高齢者が福祉施設の慢性的な不足により、長期入院を余儀なくされるといういわゆる「社会的入院」が一般化し、ケアが不十分になっているばかりでなく、コストもひきあげているという事実が問題視されてきている。

2 点目に注目すべきなのは、日本の中でも北海道はとりわけこの傾向が強く、老人医療費が全国で最も高い水準を示していることが、すでに指摘され続けているという点である。厚生労働省の保険局が毎年刊行している「老人医療事業年報」によると、北海道の1人当たり老人医療費は、2000（平成12）年度、2001（平成13）年度と、全国で最も高額であった。2002（平成14）年度以降は、第1位を福岡県に譲っているが、依然として第2位の地位を保ち続けている。2004（平成16）年の数値を見ると、1位の福岡県が96万5千円、2位の北海道が95万6千円であるのに比して、最下位の長野県は63万5千円であり、福岡県の65.8%、北海道の66.4%にとどまっていた。

従って、第2章では、老人医療費の高い北海道に位置する栗山町の先駆的な保健・福祉施策の展開が、北海道の市町村が共通して直面している問題を克服する手がかりとなってきたのかを、検討していく必要があるだろう。ここではまず、栗山町の老人医療費を全国、北海道と比較しながら、特徴を明らかにする。次に、介護費用についても、同じく検討する。

1）栗山町の医療費と医療サービスの動向

表2は、老人医療費制度利用者の多くが加入している国民健康保険の「受診率」、「1件当たり診療費」、「1人当たり診療費」について、全国、北海道、空知支庁平均、栗山町の比較を行ったものである。被保険者は「一般国保」「退職者」「老人保健医療」の各制度加入者に分類されている

表2 国保データ比較

		栗山町		空知平均		道平均		国平均	
		実数	指数	実数	指数	実数	指数	実数	指数
一般国保	受診率	742.4	104	777.0	109	720.0	101	712.8	100
	1件当たり診療費	26766	117	27847	122	27929	122	22908	100
	1人当たり診療費	198716	122	216359	133	201098	123	163282	100
退職者	受診率	1215.2	92	1246.4	98	1270.6	97	1314.1	100
	1件当たり診療費	24770	109	27629	102	27200	120	22648	100
	1人当たり診療費	300993	101	344372	100	345610	116	297618	100
老人保健医療	受診率	1565.8	87	1684.2	93	1803.2	100	1809.3	100
	1件当たり診療費	49534	144	45285	132	41821	122	34289	100
	1人当たり診療費	775580	125	762697	123	754109	122	620406	100

ので、ここでは「老人保健医療」制度の加入者に焦点をあてる。

「受診率」は、被保険者100人当たりの年間受診件数を意味している。国の数値を100とした指数でみると、北海道は100、空知平均93は、栗山町は87と、いずれも全国平均、道平均を下回っている。しかし、「1件あたり診療費」は逆に、国を100とすると、北海道で122、空知平均が132、栗山町は144と、受診率とは逆の傾向を示している。つまり、北海道の高齢者の受診率は、国と比較すると低いにもかかわらず、一度受診すると最も高い医療費を支払う傾向が指摘される。この傾向は、空知支庁、栗山町において、さらに顕著である。

しかし、この表では、入院と外来の両方が区別せずに扱われているために、現状は把握されても、その要因をさぐることは困難である。しかし、日本の医療費が、診療報酬制度によってほぼ標準化されていることを勘案すると、1件あたりあるいは1人当たりの医療費の上昇は、外来医療費と比較してはるかに高額な入院医療費により、もたらされていると推察することは可能である。

この点をより明らかにするために、「入院」と「入院外」の受診率をについて、疾病分類という別の視点から、全国、北海道、栗山町の比較を行った。全国、北海道、栗山町の3者を同時に比較するデータはえられなかったために、まず、厚生労働省の患者調査を用いて国と北海道の受診率を比較し(表3)、さらに北海道国民健康保険連合会の統計表をもとにして、北海道と栗山町の

表3 疾病分類別受診率比較 (全国・北海道)

		全 国			北 海 道					
		入院	入院外	合計	入 院		入院外		合 計	
					実数	指数	実数	指数	実数	指数
1	感染症及び寄生虫症	25	172	197	28	112	165	96	193	98
2	新生物	131	141	272	181	138	136	96	317	117
3	血液及び造血系の疾患・免疫機構の障害	5	21	26	7	140	19	90	26	100
4	内分泌、栄養および代謝疾患	33	282	315	57	173	332	118	389	123
5	精神及び行動障害	258	157	415	346	134	248	158	594	143
6	神経系の疾患	66	94	160	106	161	134	143	240	150
7	眼及び付属器の疾患	12	240	252	13	108	246	103	259	103
8	耳及び乳様突起の疾患	3	80	83	3	100	32	40	35	42
9	循環器系の疾患	246	704	950	453	184	786	112	1239	130
10	呼吸器系の疾患	57	563	620	72	126	535	95	607	98
11	消化器系の疾患	59	951	1010	79	134	1048	110	1127	112
12	皮膚及び皮下組織の疾患	7	173	180	8	114	171	99	179	99
13	筋骨格系及び結合組織の疾患	55	693	748	92	167	724	104	816	109
14	尿路性器系の疾患	37	175	212	55	149	152	87	207	98
15	妊娠、分娩及び産じょく	19	14	33	18	95	16	114	34	103
16	周産期に発生した病態	5	2	7	7	140	2	100	9	129
17	先天性奇形、変形及び染色体異常	5	8	13	7	—	8	100	15	115
18	症状、徴候、所見で他に分類されないもの	17	52	69	21	124	39	75	60	87
19	損傷、中毒及びその他の外因の影響	93	221	314	127	137	220	100	347	111
	合計	1139	5083	6222	1686	148	5372	106	7058	113

受診率の比較を行った（表４）*５。

患者調査は、特定月に全国の医療機関を対象として行われる調査であり、ここで受療率とは、人口 10 万対の受療率を意味している。表 3 は、疾病分類に応じた受療率の全国と北海道の比較であるが、ここでも全国を 100 とした場合の北海道の指数をとった。「入院」と「入院外」の「合計」をみると、19 疾患中北海道の指数が 100 を下回っているのは、6 疾患にすぎないことが理解される。全体に、北海道は全国平均と比較して、受療率が高く、全疾患の「合計」の指数は 113 となっている。

北海道の受療率が高い要因は、「入院」と「入院外」を比較すると明らかになる。「入院外」の指数は、「精神及び行動傷害」「神経系の疾患」がそれぞれ 158, 143 と明らかに高いが、ついで「内分泌・栄養及び代謝疾患」の 118, 「妊娠・分娩」の 114, 「循環器系の疾患」112 と低くなる。「合計」の指数は、106 であり、やや高いものの、非常に大きな差ではない。

他方、「入院」の疾患別指数をみると、「循環器系の疾患」184, 「内分泌・栄養及び代謝疾患」173, 「骨格系及び結合組織の疾患」167, 「神経系疾患」161 といずれも、きわめて高い数値を示している。指数が 100 未満なのは「妊娠・分娩」の 95 のみである。「合計」の指数をみると、148 であり、「入院外」と明らかな対照を示している。このことから、北海道の高い受療率は「入院」の高さによっていることがわかる。

表 4 疾病分類別受診率比較（北海道・栗山町）

		道			栗 山 町					
		入院	入院外	合計	入 院		入 院 外		合 計	
					実数	指数	実数	指数	実数	指数
1	感染症及び寄生虫症	0.08	2.07	2.15	0.06	75	1.84	89	1.90	88
2	新生物	0.50	3.07	3.56	0.46	92	2.02	66	2.47	69
3	血液及び造血器の疾患・免疫機構の障害	0.02	0.24	0.26	0.01	50	0.31	129	0.32	123
4	内分泌、栄養および代謝疾患	0.20	7.28	7.48	0.12	60	8.28	114	8.40	112
5	精神及び行動傷害	0.58	2.90	3.48	0.47	81	3.22	111	3.69	106
6	神経系の疾患	0.18	1.33	1.51	0.22	122	1.43	108	1.65	109
7	眼及び付属器の疾患	0.08	7.25	7.33	0.04	50	5.30	73	5.34	73
8	耳及び乳様突起の疾患	0.01	1.08	1.09	0.00	0	0.71	66	0.71	65
9	循環器系の疾患	0.99	21.28	22.27	1.24	125	23.39	110	24.63	111
10	呼吸器系の疾患	0.23	7.14	7.37	0.35	152	5.87	82	6.22	84
11	消化器系の疾患	0.24	14.87	15.11	0.25	104	14.89	100	15.14	100
12	皮膚及び皮下組織の疾患	0.02	3.52	3.53	0.03	150	2.34	66	2.37	67
13	筋骨格系及び結合組織の疾患	0.25	8.42	8.67	0.19	76	8.71	103	8.90	103
14	泌尿器系の疾患	0.18	3.36	3.54	0.21	117	2.24	67	2.44	69
15	妊娠、分娩及び産じょく	0.03	0.11	0.14	0.00	0	0.12	109	0.12	86
16	周産期に発生した病態	0.02	0.02	0.03	0.00	0	0.00	0	0.00	0
17	先天性奇形、変形及び染色体異常	0.00	0.02	0.02	0.00	—	0.01	50	0.01	50
18	症状、徴候、所見で他に分類されないもの	0.05	1.13	1.18	0.06	120	0.84	74	0.90	76
19	損傷、中毒及びその他の外因の影響	0.20	1.71	1.91	0.18	90	1.62	95	1.79	94
	合計	3.84	86.80	90.64	3.88	101	83.12	96	87.01	96

こうした北海道の高い受療率に対して、栗山町がどのような傾向を示しているかをみたのが表3である。ここでは北海道を100とした場合の栗山町の指数を示している。表3と同様にまず「入院」と「入院外」の「合計」をみると、96であり、受療率自体は、北海道よりやや低いことがわかる。疾病別に指数をみると「血液及び造血器の疾患・免疫機構の障害」の指数が123である他は、特に受診率が高い疾患はない。この傾向は「入院外」でも同様であり、「血液及び造血器の疾患・免疫機構の障害」のみの受診率がやや高い以外、特に目立った特徴はない。

しかしここで、「入院」についてみると、「入院外」とは明らかに異なる傾向が認められる。「呼吸器系の疾患」「皮膚科系の疾患」の2疾患に続いて、「循環器系の疾患」「神経系の疾患」が高い受診率を示している。それに対して、他の疾患の受診率はさして高くないために、「合計」の指数は、101と、北海道平均と差は見せていない。

やや性格が異なる「皮膚科系の疾患」を除き3疾病分類についてさらに詳細にみてみよう。「呼吸器系の疾患」とはいわゆるかぜ、上気道感染症、肺炎などである。「循環器系の疾患」には高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳内出血、脳梗塞などが含まれる。「神経系の疾患」には、パーキンソン病、アルツハイマー病などが含まれる。これらはいずれも、高齢者に多い慢性疾患であり、しかも罹患することにより要介護状態に至ることが多い疾患あるいはその合併症である点に留意する必要がある。

表3、表4を総合すると、表2でみられた北海道、空知支庁、栗山町の高齢者医療にみられる「受診率は、低いにもかかわらず、一度受診すると最も高い医療費を支払う傾向がある」という現象の要因を推定することが可能になる。医療費を引き上げているのは、入院受診率の高さである。とりわけ栗山町において北海道以上に顕著に多い入院受診率の疾患名をみると、明らかに要介護状態を呈する疾患に偏っている。

仮に何らかの理由で、栗山町の住民が全国あるいは北海道の住民よりも「呼吸器系の疾患」「皮膚科系の疾患」「循環器系の疾患」「神経系の疾患」に罹患する率が高いことが原因であれば、「入院」と「入院外」のいずれにおいても、数値は高まるであろうことが、推測される。しかし実際に「入院外」についてはその傾向が見られないことから、医療費をひきあげている要因は、他府県であるいは他の市町村であれば在宅しているであろう高齢者が、高齢者にごく一般的にみられる診断名のもとに入院を継続する、いわゆる「社会的入院」にあると結論せざるをえないのである。

2) 栗山町の介護費用と介護サービスの動向

医療費について、栗山町の介護サービスの動向の検討を試みた。介護費用と介護サービスの全体像を把握するために、日本福祉大学地域ケア研究推進センターが基本指標として特定した8種類の指標を用いた。

表5は、同センターが把握した全国の平均値(N=657)および標準偏差値と、栗山町の数値を

比較したものである。ここでは、以下のような点が明らかになっている。1点目に、「認定率」と「受給率」は全国平均とごく近似している。しかし「人数施設率」は、全国平均が28.1%であるのに比して栗山町は35.5%とかなり高い。施設入所について、重度群と軽度群に分けてみると、両群について入所率は高いことが認められる。この結果、介護費用全体に占める在宅費用の割合である「費用在宅率」および、「1人当たり在宅費用額」も、全国平均よりも低くなっている。

しかし、在宅と入所を含めた「1人当たり総費用額」は、高くなっていない。同センターによると「施設在宅率」と「1人当たり総費用額」の間には相関があり、「施設在宅率」が上昇すると、1人当たり総費用額も上昇するという説明であるが、栗山町に関しては、この傾向はみられない。

施設入所の割合が高いにも拘わらず、1人当たり総費用が高くない理由は、どこに求められるであろうか。この後は厚生労働省が公表している「介護給付費実態調査」の数値を利用して、全国、北海道、栗山町の比較をしていく。ここでの全国平均は、地域ケア研究推進センターの全国平均とは、やや異なっている。

施設入所の内訳をみたのが、表6である。栗山町の施設サービス利用者の中で、介護老人福祉施設の利用者は全体の54.3%であり、全国46.8%の、北海道の43.6%と比較しても、明らかに高い。一方で、療養型医療施設の入所者の割合は全体の15.2%と、国の17.7%、道の26.6%よりも、低い数値を示している。この時点の1日当たり介護報酬は、要介護度5を例にとると、介護老人福祉施設で959単位、介護老人保健施設で1028単位、介護療養型医療施設で1360単位という格

表5 介護保険基本指標比較

基 本 指 標	栗山町	日本福祉大データ	
		平 均	標準偏差
認定率（要介護者数/高齢者数）	16.4	15.6	2.7
受給率（介護保険サービス利用者/要介護認定者）	78.0	79.9	6.7
人数施設率（施設サービス利用者/介護保険サービス利用者）	35.5	28.1	7.7
重度施設率（重度の施設サービス利用者/重度者全体）	68.8	51.7	10.6
軽度施設率（軽度の施設サービス利用者/軽度者全体）	15.9	10.4	6.9
費用在宅率（在宅費用/在宅費用＋施設費用）	36.5	44.6	9.5
一人当たり在宅費用額（在宅サービス利用者/在宅費用）	91280	101546	19863
一人当たり総費用額（総サービス利用者/総費用）	165703	166202	25523

表6 施設サービス利用者区分比較 (%)

	栗山町	北海道	全 国
介護福祉施設	54.3	38.4	43.1
介護保険施設	30.4	28.1	34.5
介護療養施設	15.2	33.5	22.4

差が存在しており、これが栗山町の1人当たり総費用を高めない一要因と考えられる。

いま1つの要因として、入所者の要介護度に注目する必要もあろう。介護報酬は、要介護度ごとに設定されるので、要介護度が低ければ、介護費用も低くなる。施設入所者の要介護度をやはり全国、北海道と比較したのが表7である。軽度群を合計すると、全国20.3%、北海道の23.0%と比較して、栗山町は28.3%であり、全入所者中でも、比較的要介護度の低い入所者の割合が高いことがわかる。このことも、1人当たりの総費用額を高めない要因の1つと考えられよう。

以上を総合してみると、多くの社会的入院を出している栗山町において、介護保険利用の高齢者についても、また多くの施設入所者を出していることが指摘される。介護保険の1人当たり総費用は、施設入所率が高いわりには、上がっていないが、少なくとも社会的入院による高額な医療費によって代替されるという傾向は認められず、医療費用、介護費用のいずれも、町民にとって大きな負担となっている現状は、否定できない。

3) 医療費の都道府県格差に関する先行研究

同じ日本において、医療費に大きな都道府県格差が存在する理由は何であろうか。これは研究者の関心を引くテーマであり、いくつかの先行研究が行われている。

小椋・鈴木は24ヶ月間にわたる老人健保の医療費マイクロデータを使用して分析した結果、①医療費は予想以上に特定の老人に集中している(上位5%の患者が医療費総額の30%を費やしている)、②入院医療が集中の原因である、③入院医療費集中は入院の継続期間が長いためであることを明らかにした。さらに長期入院(90日以上)に焦点をあてたところ、①老人医療費の1/3が長期入院者に費やされている、②長期入院の発生率は地域差が大きいという点が明らかになった。また地域差を明確にするために、「病床密度」「病床集中度」「特養密度」の3項目を説明要因として推計したところ、「人口当たり病床数が多い地域ほど長期入院が発生しやすい」ことが明らかになった*6。

山下は、医療費を「受診率」「1件当たり件数」「1日当たり医療費」の3要素に分け、678市(東京都23区を含む)を対象とし、調査を行った。ここでは医療の供給量、疾病の構造、家族類型、老人保健事業、社会経済などの27指標を使用して分析した。その結果、①入院医療費の地域格差

表7 要介護度別施設入所者比較

(単位千人)

		合 計	要支援	1 度	2 度	軽度計	3 度	4 度	5 度	重度計
全 国	No.	781.0	0.3	63.6	94.4	158.3	151.1	193.3	244.3	588.7
	%	100.0	0.0	8.1	12.1	20.3	19.3	24.8	31.3	75.4
北海道	No.	41.7	0.0	4.3	5.3	9.6	7.3	10.9	13.9	32.1
	%	100.0	0.0	10.3	12.7	23.0	26.1	33.3	33.3	77.0
栗山町	No.	0.184	0.000	0.020	0.032	0.052	0.036	0.048	0.048	0.132
	%	100.0	0.0	10.9	17.4	28.3	19.6	26.1	26.1	71.7

の最大要因は入院率（総請求件数に対する入院件数の割合）である，②入院医療費，入院率を決定する要因は，医療の供給量と脳血管障害標準化死亡比である，③入院1日あたり医療費，外来1日あたり医療費を決定する要因は，医療の供給量であり，医療のニードの影響は少ない，などの結論を報告している*7。

飛田は，都道府県を対象にして，「受診率」と「入院外医療費」を同時に推計した。「受診率」の説明変数として，「在宅介護定員数」「就業率」「診療日数」「1人当たりの実質県内総生産」，入院外医療費の説明変数として「受診率」「医師数」を使用し，分析を行った。その結果「医師による需要の誘発」「診療日数の長さ」「就業率の低さ」が，老人医療費と関連していると結論づけている*8。

以上のような，定量的な研究に加えて，定性研究を並行させた研究が，国民健康保険中央会によって行われた。この研究は，1人当たり老人医療費が最も低い長野県に焦点をあてて行われたのものであるが，各指標との関連を明らかにすると同時に，長野県内の12市町村，老人医療費が最も高い北海道，第16位の富山県，第39位の高知県において，ヒアリングを行った。定量研究においては50の説明変数を用いて重回帰分析を行った結果，「医療機関数・医師数」「平均在院日数」「高齢単独世帯の割合」については正の，老人医療費との「自宅での死亡割合」「基本健康診査受診率」「持ち家比率」「高齢者の就業者率」については，負の相関が認められた*9。

しかし，実際に長野県の医療費は，定量研究により認められた相関により説明できる以上に，低く抑えられていた。また，長野県において，いくつかの特徴がみられた要因は，定量研究からは明らかにならなかったために，重ねてヒアリングによる質的研究がなされ，質的データが蓄積された。その結果，長野県の特徴およびその要因として，以下のことが明らかにされた。

第1点に観察されたのは，地域医療の充実，とりわけ「かかりつけ医」の存在であった。このことにより，医師－患者関係が安定しており，医師は空き病床を埋めることよりも，患者の要求に応じた在宅ケアの実施に取り組む姿勢がみられた。一方患者側には，安易に医療に依存しない特徴が認められた。また，地域医療の充実により，医療・保健・福祉の連携も実現していた。ヒアリングにおいては，特に医師がリードして連携の中心になっていることが多いこと，また市町村長も関心が高く，連携を積極的にすすめる姿勢があること，などの状況が示された。

第2点に，「平均在院日数」が低い要因としては，「持ち家比率」の高さと，「高齢者単独世帯の割合」および「離婚率」の低さが考えられた。

第3点として「自宅での死亡割合」の高さが，医療費を引き下げている要因として，とりわけ終末期医療における不要な延命医療がなされていないことが，影響しているであろうことがヒアリングにより明らかになった。

「自宅での死亡割合」は，1点目の「かかりつけ医」の存在とも大きく関わる論点である。終末期の患者は，外来通院が不可能である。自宅で家族が看取するためには，必要に応じて24時間体制で在宅医療あるいは看護が保障される必要がある。そのような条件が整わない中で，自宅で高齢

者を看取ることを選択する家族は、非常に少ないといつてよいであろう。一方で、このような在宅医療・看護の体制下で自宅での看取りが可能になることにより、不要な延命治療を防ぐことが可能になる。在宅医療を行わず、社会的入院により対応することは、ともすると不要な延命治療を長期に継続するという結果を招きやすい。

第4点目に、長野県の老人医療費を引き下げていると考えられるのは、伝統的になされてきた保健活動である。長野県の保健活動は、保健師の積極的な保健指導に加え、「保健指導員」「食生活改善推進員」などの住民ボランティア活動に支えられている。

これらの先行研究を概観すると、定量的な研究の多くが、「医療の供給過剰」と「高齢者の就業率の低さ」と、老人医療費の関連を認めているという点で、共通している。「就業率」については、異なる論点であるので、ここではふれないが、「医療の供給過剰」が、医療費を引き上げているという指摘は、重要である。しかし一連の定量研究においては、医療の供給過剰が生じた背景に、言及していない。その意味では、定性研究を並行した国民健康保険中央会の報告は、背景にまで関心を拡大していて、より奥行きがあるものとなっている。この研究において示されている、地域医療の充実と連携、かかりつけ医の存在、活発な保健活動と医療費の関連は、栗山町に対しても、示唆を投げかけているように思える。それらの課題とは、具体的にどのようなものなのか、次章においてさらに検討を加える。

3 課題と解決の可能性

第2章で示された現状は、今後の栗山町の施策にどのような課題を投げかけているだろうか。2章で検討した国保連の報告をもとに、ここではまず、地域医療の充実に関する全国の状況を概説する。さらに全国の状況に照らして栗山町の地域医療と保健活動に焦点をあてながら、検討する。

1) 課題

(1) 地域医療の充実

日本では、明治時代以降、医療サービス提供を、私的な医療機関に依存してきた。そのために、医療の公益性という側面は軽視されがちであり、それに伴って地域医療への貢献も立ち後れがちであるだけでなく、情報開示も長期に実現されないまま経過してきた。

こうした状況にある変化が見えだしたのは、1980年代の後半である。変化の契機となったのは、1955年に設立された日本医療機能評価機構である。これにより、1997年より日本で初の第三者による病院機能評価が、開始された。この時点まで、医療機関が外部から評価されるという発想を持たなかった日本の医療は、ここで転機を迎えた。

インフォームド・コンセントという言葉と共に、クリティカルパスが各医療機関に導入されるようになったのも、この頃からである。それまでの医療においては、口頭で簡略に説明されることが多かった治療方針が、達成目標、必要な期間、行う治療の詳細、患者側の準備、安静の必要

性などとともに、文書により提供されるようになった。このことが、従来の医師と患者の関係を大きく変えるようになっている。

1997年の第三次医療法改正を受けて、1998年には「地域医療支援病院」が制度化されている。これは、地域医療の充実、地域の医療従事者の研修協力、医療機器や病床の共同使用などにつとめる病院（原則として200床以上）を「地域医療支援病院」として認定し、診療報酬上の加算を認めるというものである。その後、「中小病院の生き残りの課題は『地域連携』『在宅医療』『工夫』」という意識のもとに、中小の私立病院に地域医療連携室などを設置する動きが各地に拡大し、積極的な地域医療への取り組みが、一部の先進地域だけでなく、全国各地でみられるようになった^{*10}。

ついで、2000年に厚生労働省（当時は厚生省）が、全国の国立病院、療養所に向けた「リスクマネジメントマニュアル作成指針」を作成したのを契機に、国立病院のみでなく、各地の総合病院において、医療ミスを自己点検するシステムが整備された。このために、とかく相互批判を欠きがちであった日本の医療風土に、変化が見られるようになっている。

2004年に研修医制度が改正されたことも、従来の医療提供体制に今後大きな影響を及ぼすことが予想される。従来の医師研修は、大学病院を中心に行われてきたが、新たな制度のもとでは、一定の受け入れ条件を備えた病院の募集に応じて、研修医の側が研修機関を選択できるようになった。このことにより研修医は、当初から地域医療に関わる場での研修機会をえることが可能になった。

このように、日本の医療提供体制をとりまく状況は、1990年代の後半から大きな変化をみせている。いずれも、医療のあり方に多大な影響をもたらすものであるが、これらの変化は、今後とも速度を早めながら進むことが予想される。

（2）栗山町の地域医療

こうした変化は、栗山町の地域医療にどのような影響を与えてきただろうか。第1章で述べたように、栗山町においては、保健と福祉の連携はすすんでいるが、医療との連携はすすめられてこなかった。介護保険を機に、従来は、保健と福祉系の職種のみで構成されていたケアマネジメント会議に、病院の訪問看護師、ソーシャルワーカー、ケアマネージャーらの参加がみられるようになった点が、小さな変化であると認められる。

さらに、1994年度には、「退院後の生活支援促進事業」が実施された。この事業は、栗山赤十字病院に入院中の高齢者の中から、援助により自宅退院が可能になると思われる対象を選択し、病院と町の保健・福祉の援助者が連携をはかりながら、退院に向けての援助を行うというものであった。結果として5名の高齢者が、自宅退院を可能とし、その経過は報告書としてまとめられた^{*11}。しかし、ここで形成されたサポート体制は、地域医療連携室などを設置している病院においては、すでに恒常的に行われている。

報告書には、事業の対象となって自宅退院を可能とした高齢者の家族の率直な発言が、「事業実施における家族の反響」として書かれている。Aさんの家族は、「何でも話が出来た医師がいればよいが、患者、家族としても非常に心細いものがあり、(今回の事業では)窓口が1箇所ということで安心感があった。」と述べている。Bさんの家族は、「以前入院した時は医師、看護師、(病院側)等から一方的に指示があり戸惑うことがあった。」「訪問医療で医師と気がねなく話出来るようになった。医師と話すことなんて出来ない。」と発言している。Cさんの家族は「顎が外れ入退院を繰り返しているが対処の仕方を知らなかったのも、何ヶ所もの病院を回ることになってしまった。聞く人によって色々な病院を教えてくれ家族としては慌てていたし不安もあったので言われた病院を受診してしまった。)が最終的には日赤病院に落ち着いた。」と、それまでの状況について発言している。Cさんはパーキンソン病を主疾患として持ち、転倒、嚥下、発熱などで入退院を繰り返しているという、要介護高齢者の中である典型例ともいえる人である。しかしこの事業の対象になるまで、主疾患も含めて多様に出現する健康障害に対して対応する「かかりつけ医」は確保されていなかったことがわかる。これらの人々に関する限り、事業の成果は明らかにみられているが、このサポート体制は事業の終了と共に終了し、恒常的な体制の構築には至っていない。

栗山町における地域医療の現状は、保健・福祉領域ですすんできた各種事業の歩みと比較して、あまりにもギャップが大きい。前述したように、日本の他の地域においては、医療提供体制の改革が進む中で、従来の医師・患者関係や、医療機関の患者サービスは大きく変化している。その中で、まずは「退院後の生活支援促進事業」により改革の第1歩が踏み出されたという評価は可能であるが、今後の道のりは、非常に長いと言わざるをえない。栗山日赤病院が「地域連携」「在宅医療」「工夫」を自らの課題として認識する状況は、現在のところ、生じていない。

(3) 保健活動の充実

栗山町の保健活動は、熱意ある保健師により取り組まれてはいるが、町として保健師を支える事業の展開あるいは組織整備はあまり充実している様子はみられない。また、長野県においてみられたような住民参加も、決して十分であるとはいえない状況にある。

2) 可能性

ここまでみたように、栗山町は1980年代以降精力的に独自のまちづくりを行ってきた。しかし、医療費と介護費用という点からみる限り、その努力は十分に報われてきたとはいえない。栗山町にとって、今後の課題は多く存在するが、医療を中心にすえた連携システムの再構築も、重要な課題の1つとして位置づけられよう。そしてその課題は、町民の健康をどのような組織にゆだねるのかという根源的なレベルまで含めて、再検討される必要があるのではないかと。

この課題は困難なものではあるが、それを解決するに至るだけの基礎体力を栗山町は培ってい

ることもまた事実である。この栗山町が持っている可能性について、最後に考察を加えたい。

（1）組織整備

第1章で述べたように、1980代後半の栗山町では、各種事業を展開しながら、施設整備と組織整備を並行してきた。施設整備については、介護保険の開始以降、いずれの市町村においても一定の量的整備をとげている。しかしそれと同時に、多くの市町村において、行政あるいは従来からサービス提供を行っていた諸機関と、新たに参入した諸機関の間の連携が十分にはとれないという状況が生じている。幸い栗山町においては、行政と民間、保健と福祉間の連携は保たれている。

（2）コスト意識を基本にした行政技術の成熟

栗山町の高齢者施策は、町の財政が豊かな時点においても、コスト意識を基本としている点に特徴がある。コスト意識を基本に様々な新たな行政手法を開発してきた行政の基本的な姿勢は、1980年代以降変化していないばかりか、より一層強化されている現状がある。また、このような行政運営の中で、とりわけ若い職員を含めて有意な人材が育っていることも栗山町の今後の可能性を高めていることも事実である。この条件は、道内のみでなく道外の市町村と比較しても遜色ない誇るべきものである。先に述べたように、栗山町の課題は小さくないが、こうした条件をすでに持ちながらの出発は、条件が整わない市町村がゼロから出発する場合と、全く異なっていることは、間違いない。その上で栗山町が20年、30年先を見通した次の改革を行った場合に、他の道内の市町村に大きな影響と示唆を与える存在になる可能性は、少なくないのである。

- * 1 ホームページ「地域通貨全リスト」<http://www.cc-pr.net/list/>
- * 2 北倉公彦「市町村における農業関係事務所の合同化に関する研究第2報——栗山町農業振興公社の事例」『開発論集』第77号、2006
- * 3 栗山町社会福祉協議会『やさしさ事典〜くりやまプレス総集編』2005、P5
- * 4 栗山町史編さん委員会編「栗山町史第二巻」1991、PP 342-345
- * 5 「患者調査」では人口10万人対の「受療率」、国民健康保険連合会の報告では、被保険者100人あたりの診療件数を「受診率」として、用いている。
- * 6 小椋正立・鈴木玲子「日本の老人医療費の分配上の諸問題について」『日本経済研究』No.36、1998
- * 7 山下真宏「老人医療費の3要素に影響を及ぼす要因に関する研究」『日本公衆衛生雑誌』Vol.45(3)、1998
- * 8 飛田英子「老人医療費の削減に向けて」『Japan Research Review』1998
- * 9 市町村における医療費の背景要因に関する研究会『市町村における医療費の背景要因に関する報告書』国民健康保険中央会、1997
- * 10 医療マネジメント学会監修『地域医療支援病院と医療連携のあり方』じほう、2004
- * 11 「退院後の生活支援促進事業平成16年度事業まとめ」栗山町生活福祉部介護福祉課介護保健係、2005