

2011年度 SCAN 発表論文

# 介護システムにおける 農村コミュニティの再生

---

札幌学院大学

加藤ゼミ

西谷 晃成

金村 真

北野 慎也

佐々木 修人

谷藤 雄介

2011年12月

## 論文概要

私たちの論文は第1節から第6節で構成されている。まず第1節では周知のように、日本では急速な高齢化に直面しており、今や世界的に見ても高齢化率の高い国となっている。第2節では現在日本で行われている介護保険制度の内容や介護保険サービスの利用料などについて述べている。続いて第3節では私たちの住む北海道での介護保険の利用状況を地域間比較のグラフや認定率の給付費の地域間比較の散布図を使って、北海道の介護保険の現状について検討していく。

第4節では、農村介護における問題点を奥山（2005）の先行研究を基にして農村介護は北海道だけでなく全国的な問題であることを述べており、実際に北海道の農村での介護問題を次節の長沼町の例を使って課題を検討していきたいと思う。

第5節では長沼町における地域介護に関する課題について述べている。同町内にある定員120名のある施設では、満床となっているうえに待機者が150名もいるという状況となっている。さらに、介護認定は受けるものの、介護保険制度の仕組みが難しいために、サービス利用をしない高齢者も少なくないという。この節では地域包括ケアとはどのようなものか、どういった目的で作られたのか、どういった活動を行っているのかについて説明していく。

本研究では、農村地域における介護問題に注目し、その現状や課題について検討してきた。最後の節では、これらの内容を踏まえて、政策提言を行う。1. 住民教育の強化・徹底、2. 施設に入所する際に、要介護度3というボーダーラインを設けること、3. 介護予防のための自治組織の設立を提案する。自治組織とは、地域の住民が自ら、地域の予防介護に関する取組みを企画・運営するための組織である。今までのことから、高齢者に介護予防によって長く元気にいてもらい、若年世代へ農村の地域コミュニティの重要性と地域のコミュニティの基盤となってもらう農村における地域のコミュニティの再生・活性化を行ってほしいと思う。

# 論文目次

---

## I はじめに

## II 介護保険制度の基本的な仕組み

- II-1 介護保険制度
- II-2 利用までの流れ
- II-3 介護保険の費用と負担

## III 北海道の介護保険の利用状況

- III-1 認定率の地域間比較
- III-2 給付費の地域間比較
- III-3 施設定員数の地域間比較

## IV 農村地域における介護問題

## V 長沼町における地域包括ケアの事例

- V-1 現在の介護保険制度における地域包括ケアの概要
- V-2 長沼町の場合

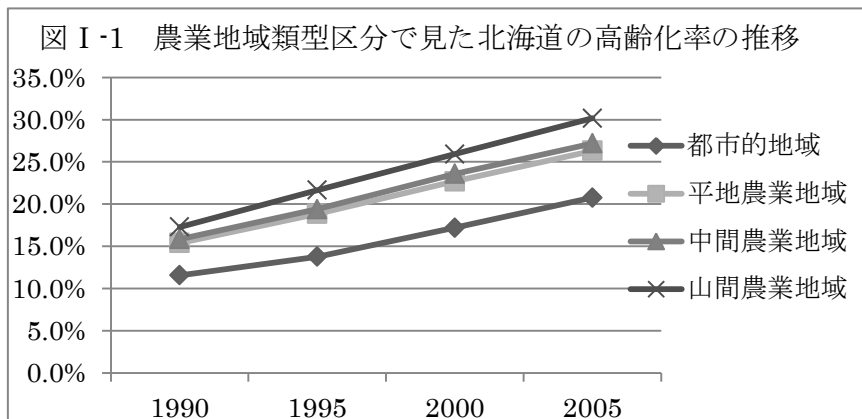
## VI 政策提言

- VI-1 今までを踏まえて
- VI-2 政策提言
- VI-3 まとめ

# I はじめに

周知のように、日本では急速な高齢化に直面しており、今や世界的に見ても最も高齢化率の高い国となっている。全国の高齢化の推移をみると、1950年には65歳以上人口数は4,155千人であったものが、1970年には7,393千人、1990年には14,895千人、2010年には29,412千人と大きく増加している。総人口に占める65歳以上人口の比率をみると、1950年には4.9%であったものが、1970年には7.1%、1990年には12.0%、2010年には23.1%となっている。特に、1990年から2010年にかけての高齢化率の上昇が大きく、11%ポイントも増加している。

しかし、このような高齢化の進行状況は、必ずしも全国一様であるわけではない。特に農村部では、若年人口の流出が大きく、全国平均よりも高齢化の状況は深刻である。道内市町村の高齢化率を図I-1でみると、例えば2005年では都市的地域の高齢化率20.8%に対し、平地農業地域では26.3%、中間農業地域では27.2%、山間農業地域では30.2%となっており、都市部とそれ以外の地域との間にかかなりの高齢化率の差が見られる。2000年から2005年にかけて急速に進行しているのがわかる。



総務省統計局 国勢調査より作成

このように、日本の中でも農村地域において高齢化は特に深刻である。農村地域では、年々大きくなっていく介護ニーズに対して、介護の担い手や介護施設の不足、介護保険の負担増加など様々な問題が生じている。さらに、人口流出による農家の後継ぎの不足や、女性への介護負担の増加、老老介護などの問題を起こしている。

そこで本研究では、農村における介護問題に注目し、以下の内容を検討する。まず、第2節で介護保険制度の基本的な仕組み、第3節で北海道の介護保険の利用状況について確認する。第4節では先行研究から農村地域が抱える介護問題を抽出する。第5節では、近年、介護保険制度において重視されつつある地域包括ケアに注目し、長沼町の事例を紹介する。最後に第6節では、以上の議論を踏まえて、政策提言を行いたいと思う。

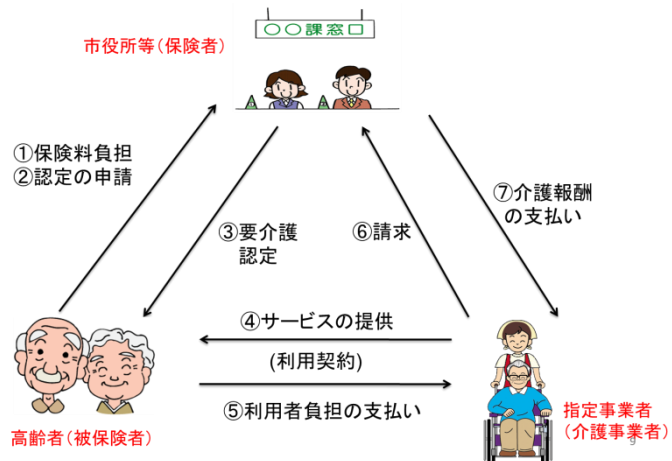
## Ⅱ 介護保険制度の基本的な 仕組み

### Ⅱ-1 介護保険制度

まず、介護保険制度とは、高齢者を社会全体で支えるための公的社会保険の一つであり、2000年4月から施行された制度である。40歳以上の国民は強制加入であり、65歳以上は第1号被保険者、40歳から64歳は第2号被保険者となる。2006年4月には介護区分の認定や細分化という面で要支援2を新設するなどして改正された。

### Ⅱ-2 利用までの流れ

介護サービス利用の流れとしては、第1に、被保険者（高齢者）が市町村の窓口にて認定の要請を行い、要請を受けた保険者（市役所等）は医師、介護職員、福祉関係者により要介護の認定をする。第2に、被保険者は、指定事業者（介護事業者）からケアプラン（介護サービスの利用計画）に基づいたサービスの提供を受け、料金の1



割を利用者負担として支払う。第3に、指定事業者は介護報酬の審査及び支払いの請求を保険者に対して行い、保険者はその請求が適正かどうかを審査した後で、指定事業者に料金の9割を支払う<sup>1</sup>。

要介護度の区分として、要支援1～2、要介護1～5までがあり、要支援1（身の回りの世話に一部介助が必要）が軽度、要介護5（重度の介護を要する状態）が重度と、軽度から重度まで7つで区分されている。

介護給付の対象になるサービスは、予防給付に含まれる居宅サービス、地域密着型サービス、その他のサービスとこれらに加えた施設サービスの4種類である。要支援1～2に該当するものは予防給付を受けられるが、介護給付は受けられない。要介護1～5に該当するものは予防給付の対象ではないが、介護給付に該当するすべてのサービスを受けることができる。

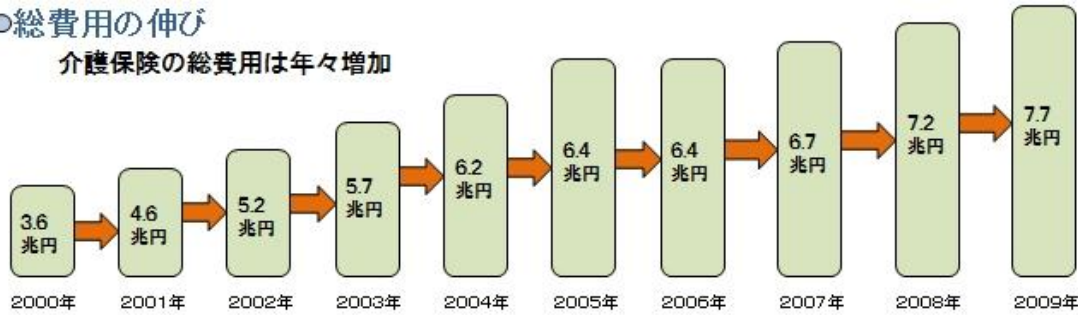
<sup>1</sup>正確には、指定事業者（介護事業者）と保険者（市役所等）の間には審査・支払機関があり、審査結果の通知、支払いの代行などを行っている。

## II-3 介護保険の費用と負担

介護保険の総費用は年々増加しており、2000年3.6兆円、2009年7.7兆円と2倍以上に膨れ上がっている。1号保険料の加重平均も第1期(2000～2002)2,911円、第4期(2009～2011)4,160円と約40%も増加している。

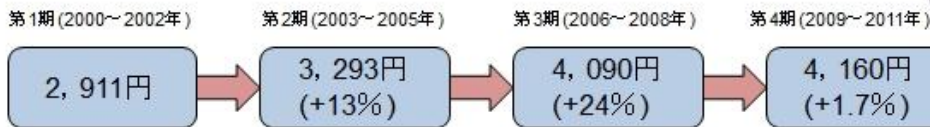
### ○総費用の伸び

介護保険の総費用は年々増加

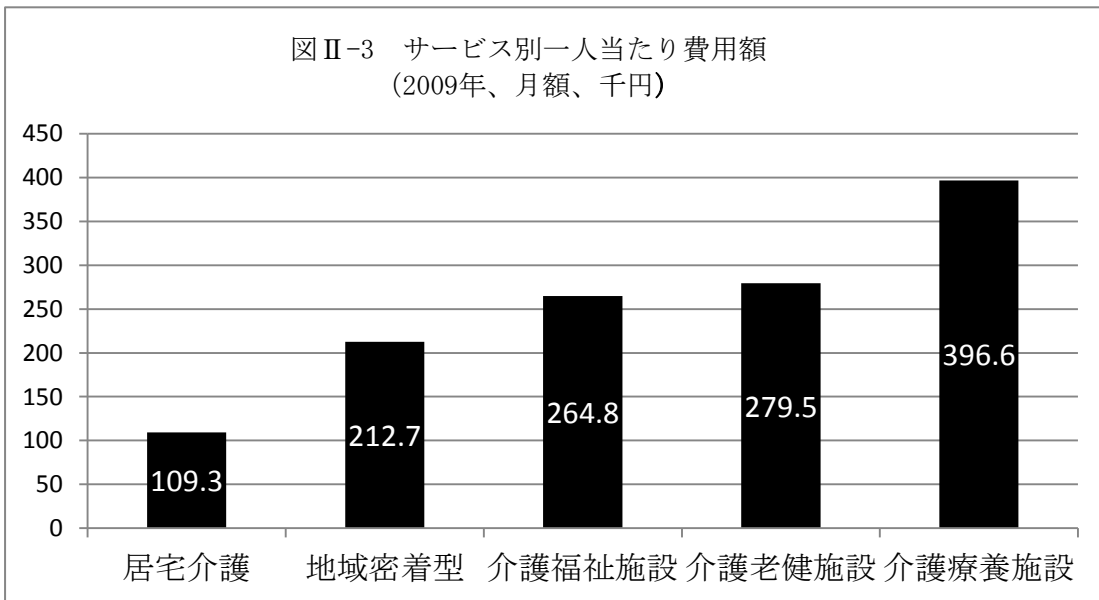


### ○1号保険料(加重平均)

1号保険料は第1期(2000～2002)から第4期(2009～2011)で約40%増



図II-3 サービス別一人当たり費用額  
(2009年、月額、千円)



厚生労働省大臣官房統計情報部 平成21年度介護給付費実態調査 平成21年4月審査分

図II-3のサービス別一人当たり費用額を2009年の月額で見ると、軽度の居宅介護は約10万円、重度の介護療養施設では約40万円と差が4倍にまでなっている。やはり重度の介護になればなるほど、金銭的に負担が大きくなってしまふことが分かる。

## Ⅲ 北海道の介護保険の 利用状況

### Ⅲ-1 認定率の地域間比較

本節では北海道の介護保険の利用状況について、都市部と農業地域との傾向の違いを検討する。

まず表Ⅲ-1は、道内市町村における介護認定率の地域間比較を示したものである。認定者全体で見ると地域間で認定率の差異は殆ど見られない。しかし、要支援・要介護別で見ると、要支援については都市的地域では認定率が4.7%であり、その他の農業地域よりも0.6~7%ポイント高い<sup>2</sup>。それに対し要介護については都市的地域や平地農業地域では、認定率にあまり差はないが、中間・山間農業地域ではこれらよりも若干高いことが分かる。すなわち、農業地域においては、要支援の認定率が低い一方で、要介護の認定率が高いという傾向がある。このような傾向からは、農業地域では、症状が重度化しなければ介護認定を申請しないという可能性も考えられる。

表Ⅲ-1 認定率の道内市町村地域間比較 (パーセント 2008年度)

	要支援計/第一号被保険者数計	要介護計/第一号被保険者数計	認定者合計/第一号被保険者数計
都市的地域	4.7%	11.2%	16.0%
平地農業地域	4.1%	11.6%	15.8%
中間農業地域	4.0%	12.0%	16.0%
山間農業地域	4.0%	12.2%	16.2%

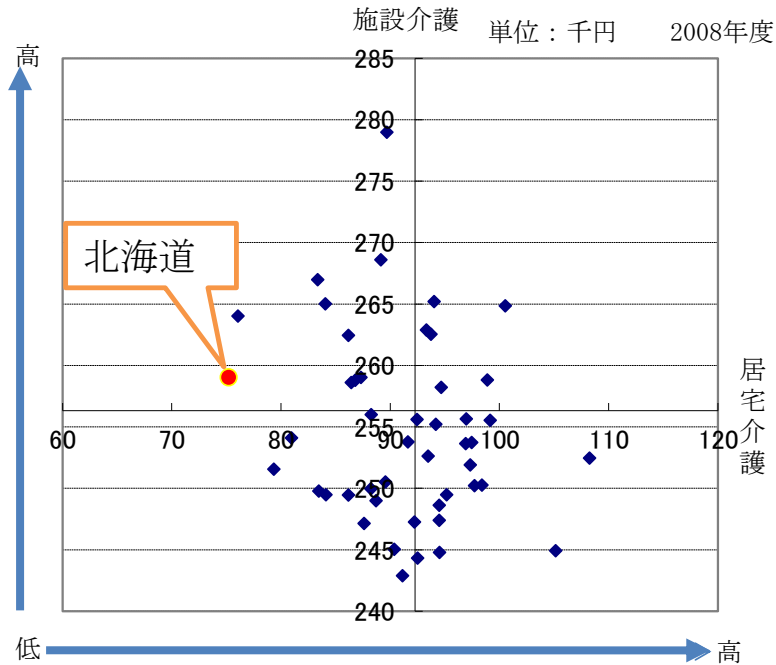
厚生労働省 『平成20年度介護保険事業状況報告(年報)』 保険者別第1号被保険者数より作成

※北斗市は市町村合併の影響により、異なる分類の市町村が合併したため分析から省いた。一部市町村は介護保険データが広域連合単位でしか得られず(空知広域連合、日高中部広域連合、大雪地区広域連合)、農業地域類型区分別に分析が出来なかったため、分析対象から外した。

<sup>2</sup> 各地域ごとの平均値の違いをt検定にて検定したところ、都市的地域と他の地域に有意に差が見られた。(5%水準で有意)

### Ⅲ-2 付費の地域間比較

図Ⅲ-2 都道府県別受給者一人当たりの給付費の散布図



厚生労働省 『平成20年度介護保険事業状況報告(年報)』都道府県別居宅介護(介護予防)サービス受給者数

厚生労働省 『平成20年度介護保険事業状況報告(年報)』都道府県別保険給付 介護給付・予防給付 総数 - (給付費) - より作成

図Ⅲ-2は都道府県別で見た受給者1人当たり給付費を示したものである。縦軸が施設介護に関する受給者一人当たり給付額、横軸が居宅介護に関する受給者一人当たり給付額である。縦軸と横軸の交点(原点)は全国平均を表している。

北海道の特徴としては、第一に居宅介護の給付費は全国の都道府県の中で最低水準にある。一方、施設介護については全国平均よりも高く、全体で見ても上位11番目となっている。つまり北海道全体の特徴としては、施設介護の受給者1人当たり給付費が高く、居宅介護の受給者1人当たり給付費が少ないことが言える。



表Ⅲ-2 受給者一人当たり給付費の道内市町村地域間比較(単位：千円 2008年度)

	居宅	施設	地域密着
都市的地域	74.8	260.4	213.6
平野農業地域	71.2	245.7	262.4
中間農業地域	72.4	250.7	203.4
山間農業地域	70.5	243.9	206.2

備考：表 3-1 と同じ。

厚生労働省 『平成 20 年度介護保険事業状況報告(年報)』 保険者別第 1 号被保険者数より作成

表Ⅲ-2 は道内市町村における受給者 1 人当たりの居宅サービス、施設サービス、地域密着サービスの給付費を比較したものである。この表からは、都市的地域については、居宅介護サービス、施設介護サービスともに高い傾向がある。逆に山間農業地域などでは、居宅サービス、施設サービス、地域密着サービスのいずれにおいても給付費が低い傾向にある。すなわち、都市部に比べて農業地域では介護保険サービスの利用率自体が低いことがうかがえる。

### Ⅲ-3 施設定員数の地域間比較

表Ⅲ-3 第1号被保険者1000人当たりの施設定員数の道内市町村地域間比較(2008年度)

	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設
都市的地域	11.5	11.7	6.1
平野農業地域	34.1	10.7	1.7
中間農業地域	29.3	16.1	5.7
山間農業地域	33.9	8.4	2.6

備考：表 3-1, 3-2 と同じ

厚生労働省 『介護サービス施設・事業所調査』 介護保険施設数-定員(病床数)-常勤換算従事者数, 市区町村、施設の種別

厚生労働省 『平成 20 年度介護保険事業状況報告(年報)』 保険者別第 1 号被保険者数より作成

表Ⅲ-3 は第 1 号被保険者 1000 人当たりの施設定員を道内市町村について地域間比較したものである。ここでは症状が重い人が利用する介護老人福祉施設と、比較的軽い人が利用する介護療養型医療施設に注目してみる。

まず、地域ごとに介護老人福祉施設と介護療養型医療施設の定員数を比較すると、都市的地域では介護老人福祉施設の定員が 11.5 人、介護療養型医療施設の定員が 6.1 人となっている。それに比べ農業地域では介護老人福祉施設の定員は 32.4 人、介護療養型医療施設の定員は 3.3 人と、かなり差が開きがあることが分かる。

次に、施設ごとに地域間の差異を確認してみると、介護老人福祉施設に関しては、都市的地域よりもその他の地域の方が約 3 倍近く、人口 1000 人当たりでみた定員数が多い。それに対し、介護療養型医療施設については、都市的地域が最も高く、続いて中間農業地域で高い傾向がある。一方、山間農業地域と平野農業地域では、定員数がかなり低くなっている。

## IV 農村介護における 介護問題

---

農村地域における介護の現状や課題には具体的にどのようなものがあるのだろうか。この節では奥山(2005)の山形県最上町の先行研究から、より具体的に知るために農村介護の現状をみてみよう。

家族の中に要介護高齢者などが発生すると、多かれ少なかれ農業生産に影響が及ぶ。農家が在宅介護と農業生産を両立できるか否かは世帯構成(世代構成・同居人数)、農外労働条件、農業規模や生産している作物などによって状況が異なってくる。

世帯構成から見ていこう。1世代、2世代、3世代によって農業と介護が両立できるかどうかに関わってくる。3世代以上家族とは親世代である高齢者とその子世代と孫世代で成立している。この家族構成では子世代が農業と介護を担う傾向がある。その際、男性が農業を担うため主介護者にならない、その妻が介護を担う形になる。したがって親世代の介護が発生したとしても生産への影響が小さい。次に、2世代家族とは親世代である高齢者とその子世代で成立している。ただし、専業農家と兼業農家で農業生産に対する影響が異なる。兼業農家では、親世代の一方が介護状態になった場合、その配偶者が介護と農業を担い、子世代は農業以外の職業を担う傾向がある。対して専業農家では、親世代の一方が介護状態になった場合、その配偶者が農業を担い介護は子世代の嫁が介護を担い、夫が農業を担う傾向がある。1世代家族とは、高齢者のみの世帯である。この形態の家族においては要介護者が発生した場合には基本的に老老介護となる。

季節によっても農家の介護サービスへの需要が異なる傾向がある。農繁期になると、介護負担者も農作業に携わるためショートステイが増加し、デイサービスの利用が減る。具体的には奥山(2005)によると「最上町では田植え、稲刈りなど、農繁期が5月後半、9月後半であり、時には主たる介護者も人としてかり出されることが多く」「その間、在宅で介護するのが困難となるため、ショートステイのサービス利用が高まるという傾向」が指摘されている。季節性に関連しての補足となるが、冬期間は降雪地域においては交通機能がマヒしやすいためショートステイの利用が増加傾向にある。

在宅訪問サービスに対するニーズが低く、対照的に通所型の施設利用サービスのニーズが高い傾向がある。ホームヘルプサービスは、ヘルパーが家に訪問している間は却って気を使うことが多く、介護者に休息を与えてくれるデイサービスやショートステイサービスの方にニーズが集中するという傾向が見られた。

その他の傾向としては、被介護者は1割負担だが、実質1割以上の負担感となっていることが指摘されている。つまり、高齢者は受給している年金額の範囲内に収まる額で利用

料を支払い、それに見合ったサービス量を考えている。これらのことがサービス利用を抑制する要因となっている。

以上をまとめると、農家においては3世代以上の家族では、農業の担い手が介護を行わないため農業経営に影響しにくい、2世代家族の兼業農家では、稼ぎの少ない農業を高齢世代が担うので農業経営に影響がある。2世代、3世代両方で言えることは女性に家事・介護全般の負担が集中しやすい。

## V 長沼町における地域包括ケアの事例

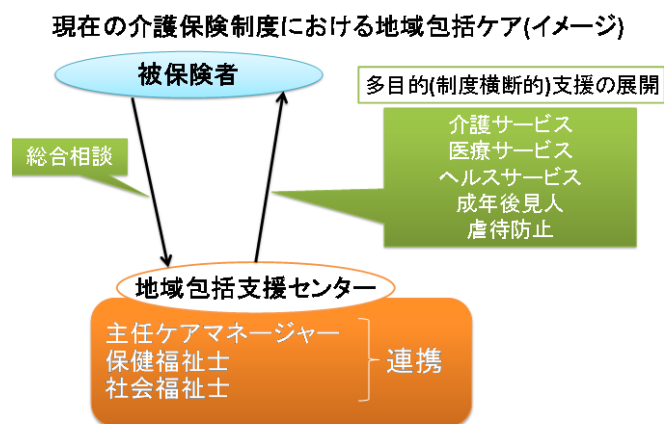
### V-1 現在の介護保険制度における地域包括ケアの概要

地域包括ケアとは、「医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが、日常生活の場（日常生活圏域）で用意」され、「同時に、サービスがバラバラに提供されるのではなく、包括的・継続的に提供できるような地域での体制」のことである<sup>3</sup>。つまり、できる限り住み慣れた地域で必要に応じたサービスが受けられることを目指す仕組みであり、2006年の介護保険制度の改正により、新たに導入された。

地域包括ケアが導入された理由は、第1に、要医療・要介護の状態になっても、可能であれば住み慣れた地域や自宅で必要なサービスを利用しながら生活し続けられるようにすることであり、第2に、個人

の自立と生活の質(QOL)の維持と向上のために、予防重視型のサービス(介護予防)の提供体系を実現するためである。介護予防とは、要介護状態の発生をできる限り防ぐことと定義される。そのために心身機能の改善や環境調整を行い、QOLを向上させるものである。

このような地域包括ケアに関する中心的な役割を担っているのが、地域毎に設置されている地域包括支援センターである。地域包括支援センターの活動内容は、被保険者や家族から施設利用や認知症などの総合的な相談を受け、制度横断的な支援を展開する。具体的



30

<sup>3</sup> 社会保障国民会議 中間報告

[http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/chukan/siryou\\_1.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukokuminkaigi/chukan/siryou_1.pdf)

には、主任ケアマネージャー、保健福祉士、社会福祉士が、地域病院やその他施設と連携をしながら介護サービス、医療サービス、ヘルスサービスや虐待防止などに取り組む。

マネージャー、保健福祉士、社会福祉士が地域病院やその他施設と連携をしながら介護サービス、医療サービス、ヘルスサービスや虐待防止などを行う。

## V-2 長沼町の場合

このような地域包括ケアの取り組みについて、ここでは、北海道の長沼町のケースを取り上げて、その具体的な内容を検討してみる。

長沼町は、2010年度時点で人口は約12,000人の町であり、その約16%が農業就業者である。主要農作物は米、小麦、大豆などである。人口は減少傾向にあると同時に、65歳以上人口の比率も上昇している。具体的には、長沼町の高齢化率は、1990年度には15.4%であったが2005年度には26.1%になっている。

長沼町における地域包括ケアの取り組みについて知るために、同町の地域包括支援を担っている総合保健福祉センターにヒアリング調査を行った<sup>4</sup>。

まず、長沼町では、地域包括ケアの取り組みとして、介護予防ケアマネジメント、総合相談・支援事業、虐待防止及び権利擁護事業、介護支援専門員への支援の4つを柱とした活動を行っている<sup>5</sup>。介護予防マネジメントでは、介護予防ケアプランの作成・口腔機能向上など介護予防事業の実施を行っている。総合相談・支援事業では、高齢者が安心して暮らせるように必要なサービスを把握し、適切なサービスや関係機関・制度の利用につなげるための支援を行っている。虐待防止及び権利擁護事業では、高齢者の人権や財産を守る権利擁護事業や高齢者の虐待防止、成年後見制度を行っている。そして、介護支援専門員への支援では、様々な資源を活用して途切れることなく支援を行い、高齢者が安心して生活できる体制づくりを行うことと、介護支援専門員への個別支援・調整を行っている。

これらの他にも、長沼町では単独事業として、福祉用具の購入費・在宅改修の費用の受領委任支払い制度、寝たきり老人等介護手当の支給、介護者家族の集いであるマオイ家族のつどいなどを行っている。

長沼町における地域介護に関する課題としては、以下のものがある。

まず、利用者側からみた課題として、第1に、介護が必要な高齢者やその家族は、施設サービスを利用する場合には、家族が様子を見に行くことのできる近場の施設を好むが、実際には近隣の町の施設を利用せざるを得ないことがある。たとえば、同町内にある定員120名のある施設では、満床となっているうえに、待機者が150名もいるという状況となっている。このような待機者達は、待機期間中はショートステイ等を利用して順番を待つ

---

<sup>4</sup> 長沼町保健福祉課の奥塚美智代課長補佐と長沼町地域包括支援センター高齢者支援係の白川摩紀係長にお話を伺った。貴重なコメントを数多く頂いたことについて、この場を借りて深く御礼申し上げたい。

<sup>5</sup> 長沼町資料より

ているとのことである。第2に、介護認定は受けるものの、介護保険制度の仕組みが難しいために、サービス利用をしない高齢者も少なくないという。

次に、事業者側からみた課題としては、第1に、居宅サービスの介護福祉士が町内で不足しているため、町外からの介護福祉士に依存している状況にある。その一方で、地元ではヘルパーの働き場所が少ないため、近郊の町へ流出しているという状況もある。第2に、若いヘルパーが定着しにくい傾向と中年層を好んで採用する事業者側の意向が伴って現職ヘルパーの高齢化の問題もある。

## VI 政策提言

---

### VI-1 今までを踏まえて

本研究では、農村地域における介護問題に注目し、その現状や課題について検討してきた。具体的には、農村地域が抱える介護問題としては、第4節でみたように、家族の介護への負担の増加や介護サービス利用を年金支給額内に抑える。

そして、第5節の長沼町でのヒアリングの結果から、制度内容が難しく理解しにくいために介護サービスをなかなか利用できない。また、重度化してから要介護申請を行う可能性があるため、特別養護老人ホームでは待機者が多数いるという結果が出た。

### VI-2 政策提言

これらの内容を踏まえて、われわれは、以下の政策提言を行う。

第1点目は、住民教育の強化・徹底である。具体的には、長沼町の例で挙げたように、現状として、介護保険制度の内容が難しく、高齢者が利用しにくいという課題があった。そこで、介護を必要とする人々が適切なサービスを利用できるようにするために、住民への説明を徹底することがある。その際には、わかりやすい説明を工夫することに加えて、高齢者だけではなく、若いうちから介護問題や介護保険制度への理解を深めるような仕組みを構築することが重要である。

第2点目は、施設に入所する際に、要介護度3というボーダーラインを設けることである。このような取り組みが必要な理由としては、現在、施設サービスについては利用希望者に対して施設定員が不足しており、待機者が出ていることがある。このような状況を解消するには、施設数を増やすという方向性もあろう。しかし、施設介護はグループ介護や在宅介護等に比べてコストがかなり大きく、今後、さらに高齢者が増加する状況の中で、その財政負担を賄うことは非常に困難であるといえる。そこで、施設ケアについては、本当にそれを必要とする人に対象を限定し、基準以下の人については、在宅介護や予防介護を強化することによってサポートするということが必要といえる。視点を変えれば、中度・軽度の認定者については、症状の悪化を防ぐことに力点を置くことによって、住み慣れた

自宅や地域で長く元気でいてもらうことを目指すことができる。

このような予防介護を促進するために、第3点目の政策提言として、介護予防のための自治組織の設立を提案する。

まず介護予防の具体的な例として、現在、運動器機能向上プログラム・口腔機能向上事業・栄養改善事業などが行われている。私たちは、これらの介護予防を促進する際に、自治組織の設立を重要と考える。ここでいう自治組織とは、地域の住民が自ら、地域の予防介護に関する取組みを企画・運営するための組織である。

その具体的な活動として、例えば、農村地域であれば介護予防の一環として農業体験プログラムを組み込むこと。また、定期的な家族同士の交流会や報告会（介護者の進行度等について）、そのほかに利用者に住民自らが運営する介護予防組織の評価をしてもらい今後の課題として生かしていく。そして、自治組織と地域包括ケアの連携を現在よりさらに強化する。

あるいは、既存の施設を改築して、介護予防施設を造ることによりコストを抑え少しでも介護サービスに力を入れるなどの活動を行うなどが挙げられる。

### VI-3 まとめ

今までのことからさらに、増加する高齢者に伴い農村地域コミュニティーが衰退してゆくのを防ぐためにも、組織を住民自ら運営し予防介護を行うことによって高齢者に元気でいてもらいたい。その上で若年世代に農村における地域コミュニティーの重要性を伝えていき、そして、衰退してゆく地域コミュニティーを再生・活性化してほしいと考える。

## 参考文献・資料

### 【web】

- ・長沼町まおいネット―福祉支援 (2011/11/17)

<http://www.maoi-net.jp/kurashi/fukushi.htm>

- ・長沼町まおいネット―高齢 (2011/11/17)

<http://www.maoi-net.jp/kurashi/kourei.htm>

- ・長沼町まおいネット―介護 (2011/11/17)

<http://www.maoi-net.jp/kurashi/kaigo.htm>

- ・保険者たる自治体からみた介護保険制度の現状と課題 (12/11/11)

[http://www.lec-jp.com/h-bunka/item/v247/pdf/200501\\_16.pdf](http://www.lec-jp.com/h-bunka/item/v247/pdf/200501_16.pdf)

- ・三菱UFJ 介護保険・地域包括ケア(11/11/28)

[http://www.murc.jp/politics\\_c1/care/index.html](http://www.murc.jp/politics_c1/care/index.html)

- ・北大 大友康博 社会保障制度改革下の農協高齢者福祉活動に関する実証的研究 (11/11/28)

[http://eprints.lib.hokudai.ac.jp/dspace/bitstream/2115/12199/1/24\(1\)\\_p67-112.pdf](http://eprints.lib.hokudai.ac.jp/dspace/bitstream/2115/12199/1/24(1)_p67-112.pdf)

- ・農村高齢者福祉施設・サービスの分布とJAの取り組み(11/11/29)

[http://www.affrc.go.jp/ja/research/seika/data\\_nriai/h11/nriai99008](http://www.affrc.go.jp/ja/research/seika/data_nriai/h11/nriai99008)

- ・佐久病院における地域ケア活動の実践(11/11/25)

[http://www.sakuhp.or.jp/ja/dbps\\_data/material/\\_localhost/clinic/33\\_tiikicare/01\\_h22-jissen.pdf](http://www.sakuhp.or.jp/ja/dbps_data/material/_localhost/clinic/33_tiikicare/01_h22-jissen.pdf)

- ・鋸南町 地域法化支援センター(11/11/27)

[http://www.town.kyonan.chiba.jp/kyonan/pages/gp/idx.jsp?page\\_id=128](http://www.town.kyonan.chiba.jp/kyonan/pages/gp/idx.jsp?page_id=128)

- ・東京財団 介護現場に声を聴く(11/11/28)

<http://www.tkfd.or.jp/research/project/news.php?id=839>

- ・社会保障国民会議 中間報告(11/12/26)

[http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyokokuminkaigi/chukan/siryou\\_1.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyokokuminkaigi/chukan/siryou_1.pdf)

【書籍・資料】

- ・奥山正司（2005）「介護保険制度下における農村の高齢者介護―主に東北農村の事例を通じて」『現代法学』第9号、pp. 55-90。
- ・渋谷博史・櫻井潤・塚谷文武(2009)『福祉国家と地域と高齢化』、学文社
- ・渋谷博史・立岩寿一・樋口均 地域経済と福祉(2006) 学文社 178 ページ
- ・田近栄治・油井雄二(2004)「介護保険：4年間の経験で何がわかったか」、『フィナンシャル・レビュー』、巻号、pp. 78-104。
- ・地域包括研究会（2000）『平成21年度老人保健健康増進当事業による研究報告書』  
[http://www.murc.jp/politics\\_c1/care/report\\_1\\_55.pdf](http://www.murc.jp/politics_c1/care/report_1_55.pdf)
- ・内閣府(2010)『高齢社会白書平成22年版』
- ・北海道保険福祉部福祉局高齢者保健福祉課（2009）北海道高齢者保健福祉企画・介護保険事業支援計画 北海道 160 ページ