

第1章 草津市の高齢者を取り巻く環境の変化

1 終末期の理想と現実のギャップと近年の医療福祉施策の動向

2012年の厚生労働省の人口動態統計によれば、現在、わが国では、約8割(76.3%)の人が病院で最期を迎え、約1割(12.8%)の人が自宅で最期を迎えている¹。これは、滋賀県を単位としても同様の結果(病院76.7%、自宅15.4%)である。

一方、滋賀県が2010年に実施してまとめた「滋賀の医療福祉に関する県民意識調査報告書」によれば、病院で最期を迎えたいと考えている人は約2割(22.6%)しかいない。また、人生の最期を迎えたい場所として最も希望が多いのが自宅で、約5割(48.0%)の人がそう望んでいるにもかかわらず、それが実現可能だと考えている人は1割(8.5%)にも満たない。自宅療養が困難な理由としては、「介護してくれる家族に負担がかかる」(78.6%)、「症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族も不安である」(60.7%)ということが挙げられている²。

終末期における希望と現実のギャップは大きい。そこで、そのギャップを解消するために、当事者にとっての幸せとは何かということに一旦立ち返り、多様なライフスタイルの選択肢の中から、自らの希望に沿うような選択ができる環境をつくる発想が必要になる。

このような状況にあって、滋賀県では、誰もが住み慣れた地域で安心して生活ができるよう、医療と福祉が一体として生活を支える「医療福祉」という新たな概念を用い、保健・医療・介護・福祉の専門職や地域住民との連携を進めるよう取り組みを行っている。

滋賀県による医療福祉の定義は、「保健、医療、福祉といった縦割りの各分野のサービスが単に連携するだけにとどまらず、地域における生活を支えるという統一的な理念の下で、各分野が一体的かつ有機的にネットワークを形成していくことが重要であり、この考え方を表す言葉」³とされている。なお、この定義の中には「介護」という文言は直接入っていないが、その言葉の発信源となった「滋賀県保健医療計画」の全体的な内容から、保健と福祉の中にその意味が含まれるものと解することができる。

さらに、近年における医療福祉にかかる政策と施策の動向を年表としてまとめたものが表1-1である。2000年に地方分権一括法と介護保険法が施行され、地域のことは地域で解

¹ 残りの1割(10.9%)については、診療所、介護老人保健施設等である。詳細は厚生労働省(2014)を参照のこと。

² 詳細は(参考資料2)を参照のこと。

³ 滋賀県(2013年:203)

決していくことが国の方針が法制度上でも示された。また、2009年には滋賀県で「地域・住民が守り育てる医療福祉を～滋賀の医療福祉を考える懇話会最終報告～」が策定され、その中で初めて「医療福祉」という概念が提示され、「医療福祉」がその後の県内の各種政策に反映されるようになった。草津市においては、2010年の「草津市の医療福祉を考える懇話会」で初めて医療福祉の概念を取り入れ、小児救急医療の話を中心にして議論している。

表 1-1 近年における国・滋賀県・草津市の医療福祉にかかる政策・施策の動向

年	月	市の動き	県の動き	国の動き
2000	3	「くさつゴールドプラン21第1期計画」策定 (2000年度～2004年度)		
	4	介護保険事業開始	介護保険事業開始	地方分権一括法施行 介護保険法施行 成年後見制度開始 「健康日本21」策定
2001	3		「健康いきいき21ー健康しが推進プランー」策定	第4次医療法改正
2002	4			診療報酬マイナス改定(史上初)
2003	3	「くさつゴールドプラン21第2期計画」策定 (2003年度～2007年度)		
2004	4			新医師臨床研修制度開始
	3	「健康くさつ21 はつらつ ほっこり 健康くさつ」策定 (2005年度～2010年度)	「滋賀県保健医療計画」改訂	
2005	4			医療制度改革大綱策定
	10	「草津市地域福祉計画」策定 (2005年度～2010年度)		
2006	3	「くさつゴールドプラン21第3期計画」策定 (2006年度～2008年度)		
	4	市役所内に地域包括支援センターを設置 草津市小児救急医療センター開設		改正介護保険法施行 高齢者虐待防止法施行
	6			第5次医療法改正
2007	4			がん対策基本法施行
2008	1	「草津市地域福祉活動計画」策定(草津市社協) (2007年度～2011年度)		
	3		「滋賀県保健医療計画」改訂 「滋賀県がん対策推進計画」策定 「滋賀県医療費適正化計画」策定 「健康いきいき21ー健康しが推進プランー」改訂	
	4			後期高齢者医療制度施行
2009	3	「草津あんしんいきいきプラン第4期計画」策定 (2009年度～2011年度)		
	12		「地域・住民が守り育てる医療福祉を～滋賀の医療福祉を考える懇話会最終報告～」策定	
2010	12	「草津市の医療福祉を考える懇話会」が市に提言		
2011	3	「第2期草津市地域福祉計画」策定 (2011年度～2015年度)		
	4			改正高齢者住まい法成立
	11	高齢者日常生活実態調査を実施		
2012	3	「草津あんしんいきいきプラン第5期計画」策定 (2012年度～2014年度) 「第2次草津市地域福祉活動計画」策定(草津市社協) (2012年度～2014年度)	「南部地域医療福祉ビジョン」策定	
	7		「滋賀の医療福祉に関する県民意識調査」実施	
2013	3		「滋賀県保健医療計画」改訂 「滋賀県がん対策推進計画」改訂	
	7	地域包括支援センターを各中学校区で民間委託		「健康日本21(第2次)」策定
2014	2	「健康くさつ21(第2次)」策定 (2013年度～2022年度)		

出所：各機関のホームページを基に作成

2 生産年齢人口の減少と高齢者人口の増加

現在、全国の高齢化率は25.1%（2013年10月1日現在、総務省統計局人口推計）であり、65歳以上の高齢者の人口は3,190万人である。

2013年3月に公表された国立社会保障・人口問題研究所の調査によれば、現在、全国的に人口が減少している中、65歳以上の高齢者の数は右肩上がり急速に伸びており、2042年に高齢者の数は3,878万人となってピークを迎えると予測されている。

一方、草津市においては、近年のJR駅前の再開発事業や土地区画整理事業、その他、市内各地での宅地開発事業等によって市外から多くの子育て世代や学生等が流入し続けている影響があり、高齢化率は2010年10月1日現在で16.6%⁴となっている。これは、同時点の全国の23.0%⁵と比較して低位である。しかし、図1-1を見れば、今後、高齢化率は短期間に急激に高まり、2040年に全国が36.1%（13.1ポイント上昇）に対し、草津市は28.2%（11.6ポイント上昇）となるなど、草津市も全国と同等のスピードで高齢化率が高まることが予測されている。なお、2040年までの高齢化率については、滋賀県も湖南圏域も、草津市と同様の傾向が予測されている。

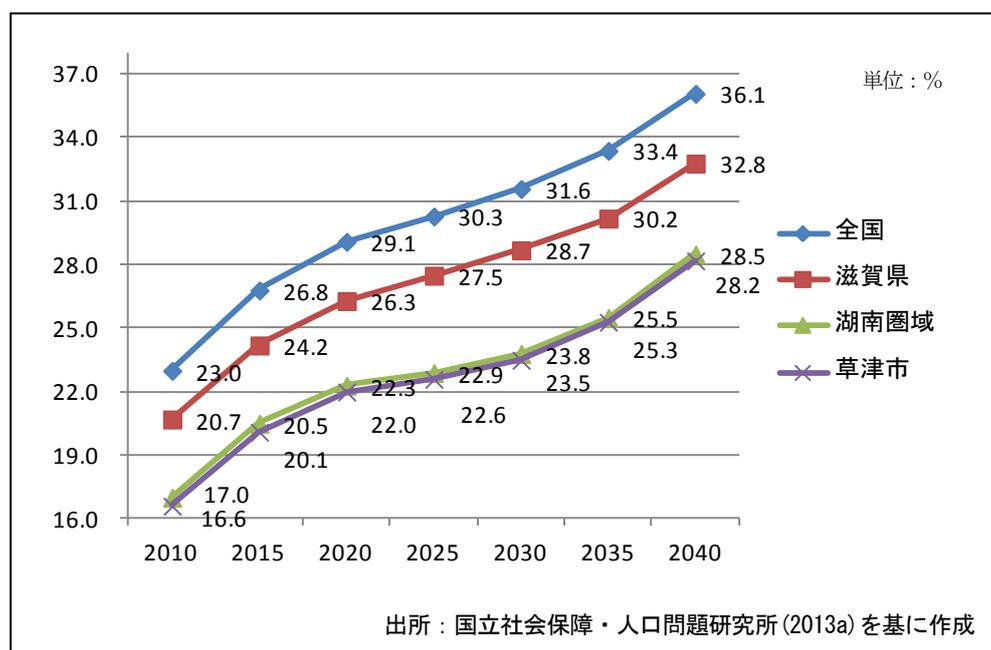


図1-1 全国・滋賀県・湖南圏域・草津市の高齢化率の予測

⁴ 全国と比較するため、直近の国勢調査の値を用いた。

⁵ 総務省統計局人口推計（概算値）

ここで注意すべきは、高齢化率の急激な上昇と人口構成の変化もさることながら、生産年齢人口と高齢者人口の絶対数についてである。中長期の人口予測や年齢別構成比を見込んで政策を立案する際に、ケアをする側の人材の確保の問題や、要支援者の住居の確保の問題に直接影響するためである。

図 1-2 は、2010 年を基準としたときに 30 年後の 2040 年に人口の絶対数がどのように変化するかを示す図である⁶。2040 年には、滋賀県全体では、15 歳から 64 歳までの生産年齢人口が 19.8%減少し、65 歳以上の高齢者人口が 47.0%増加することが推測できる。同様に、草津市は、生産年齢人口が 3.3%減少し、88.1%増加することが推測できる⁷。生産年齢人口の減少と高齢者人口の増加については、全国的な傾向であるが、草津市は、生産年齢人口が微減するにもかかわらず、高齢者人口は約 1.9 倍に増加する都市であることが分かる。

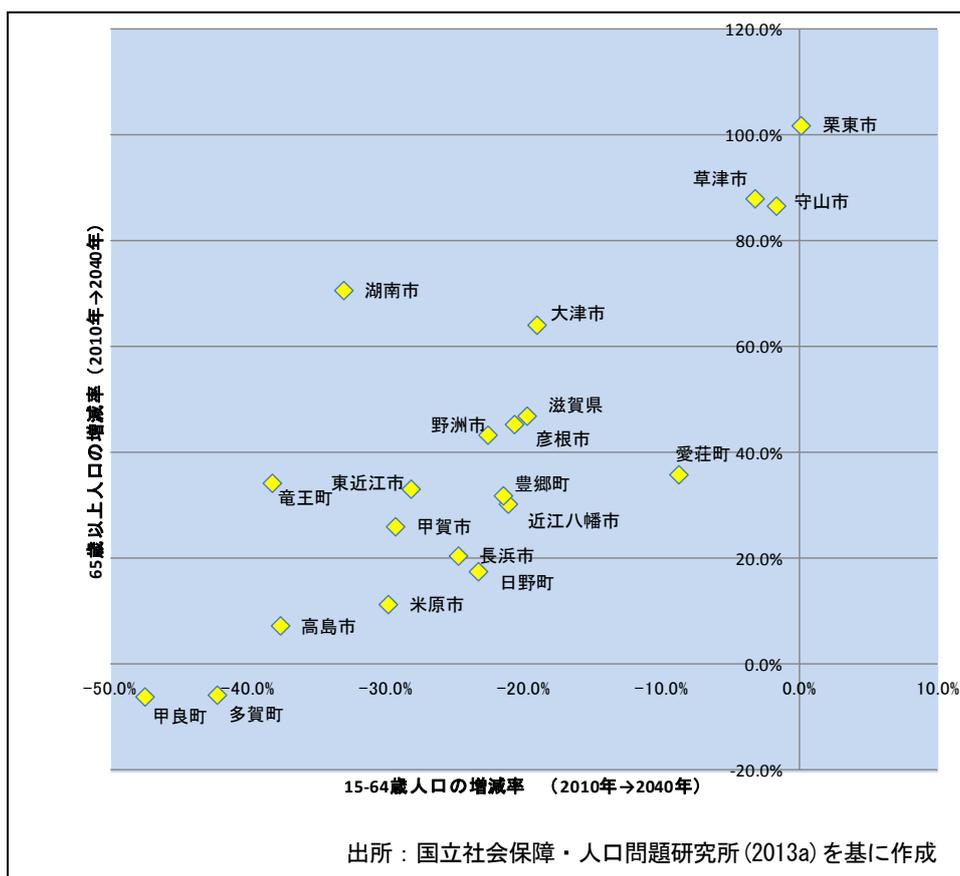


図 1-2 滋賀県内の自治体の生産年齢人口と高齢者人口の増減率（推計値）

⁶ 2014 年 3 月 9 日に淡海ネットワークセンターが滋賀県庁で開催した「今、求められる地域人材を考えるフォーラム」での藻谷浩介氏（日本総合研究所調査部主席調査員）の基調講演の内容を参考にした。

⁷ 詳細は(参考資料 3)を参照のこと。

一般に75歳以上になると病気や介護のリスクが高まるとされているが、2025年には団塊の世代⁸がすべて75歳以上に達し、その年までに75歳以上の高齢者数の急激な増加が続くことから、医療や介護の分野で2025年に備え、あらかじめどのような準備をしておくのかという議論が全国で盛んに行われている。

国立人口問題・社会保障研究所は、図1-3のとおり、指数を用いて75歳以上の高齢者の増加割合を経年で比較している。それによれば、2010年を基準(100)とした場合、全国では2025年に1.54倍(154)にまで人口が増えることが予測されており、滋賀県では1.58倍(158)、二次医療圏域である湖南圏域は1.97倍(197)、草津市では2.07倍(207)⁹にまで人口が増えることが予測されている。なお、草津市の指数207という数値については、全都道府県で最も高い埼玉県の指数199より高く、全国1,683市区町村の中でも指数が200以上の169自治体(10.0%)の中に位置している¹⁰。つまり、草津市は、現在、2025年に向けて早急に高齢者対策が必要とされている埼玉県よりも高齢化が急速に進む数少ない自治体の1つであるといえる。

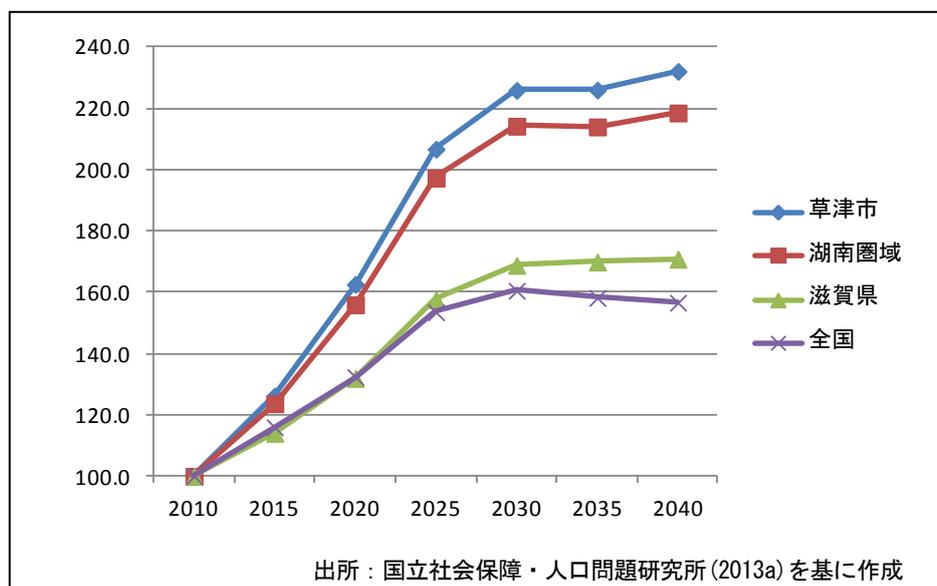


図1-3 75歳以上の人口の将来推計(2010年を100としたときの指数)

また、草津市内の老人福祉施設等の設置状況は表1-2のようになっている。

⁸ 1947年から1949年生まれの世代のこと。

⁹ 草津市では、2010年に9,117人であったものが2025年には18,845人になると予測されている。

¹⁰ 詳細は国立社会保障・人口問題研究所(2013b: 57-58、66-67)を参照のこと。

2013年12月現在において、特別養護老人ホームは9件あり、定員は492人である。また、介護老人保健施設は2件で定員170人、介護療養型医療施設は1件で定員100人、認知症高齢者グループホームは8件で定員128人、ケアハウスは1件で定員26人、有料老人ホームは1件で定員62人である。草津市介護保険課によれば、これらほとんどすべての施設において空きが出にくい状況であり、入所待ちが慢性化しているということである。

表 1-2 草津市における老人福祉施設等の設置状況

施設の種類	施設数(件)	定員(人)	施設名
特別養護老人ホーム	9	492	やわらぎ苑、やまでら、のじのさと、菖蒲の郷、第二菖蒲の郷、ぼぶら、なみき、風和里、帆の里
介護老人保健施設	2	170	草津ケアセンター、ケアタウン南草津
介護療養型医療施設	1	100	草津総合病院
認知症高齢者グループホーム	8	128	高齢者グループホーム介の羽、グループホームはるか、ケアタウン南草津グループホーム、グループホームなぎさ、グループホームオアフ、グループホームマハナ、グループホーム常盤の里、グループホームクローバー
ケアハウス	1	26	ケアハウスぼぶら
有料老人ホーム	1	62	すまいる I 号館

出所：滋賀県(2013b)を基に作成

その他、この状況に加え、少子化と高齢化が進むわが国の年齢別人口の構成比から生産年齢人口の絶対数が少なく、就労環境や子育て環境等、将来の社会の支え手となる若者への支援をいかにして行っていくのかという視点もある¹¹。

以上のように、草津市でも全国と同等またはそれ以上のスピードをもって2025年に向けて準備を始めていく必要があることが分かる。

3 平均寿命と健康寿命の間の暮らし

健康という言葉に対するイメージは人によってそれぞれ異なり定義もさまざまあるが、WHO（世界保健機関）は、1946年にWHO憲章にて「健康とは、病気ではないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあること」（日本WHO協会訳）と定義している。

¹¹ 草津市(2011: 66-69)

このように、健康にはいくつかの要素があるが、客観的に顕在化しやすい肉体的なものに着目して、近年、健康寿命という考え方が保健の分野でよく用いられている。健康寿命とは、2000年にWHOが提唱した新たな寿命の指標であり、厚生労働省は、同年に策定した健康日本21の中で、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」と定義している。

つまり、健康寿命とは日常的に生活支援を必要としない期間であると言え、逆にいえば、平均寿命と健康寿命の差が介護を始めとした何らかの支援が必要とされるであろう期間という見方ができる¹²。この差が大きければ大きいほど、その期間が長い¹³ことを示す。滋賀県の現状は図1-4のとおりである。男女ともに平均寿命と健康寿命の差が大きく、男性で9.91年（全国45位）、女性で14.32年（全国46位）の差がある。また、滋賀県は、男女とも全国平均と比べて平均寿命が長く、女性は全国平均と比べて健康寿命が短いという特徴がある¹⁴。健康寿命を延ばして、この差を縮めていく取り組みが求められている。今後、この期間の高齢者をどのように支えていくかが地域での大きな課題となる。

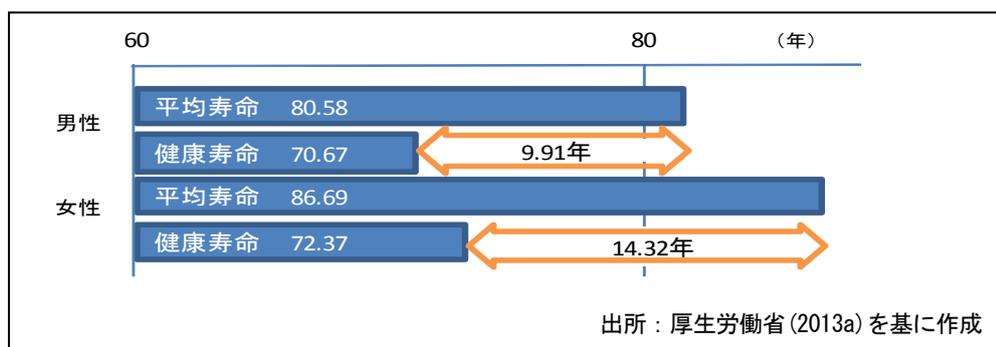


図1-4 滋賀県における平均寿命と健康寿命の差（男女別）

また、介護を必要とする高齢者の中には、介護保険制度で要介護と認定された人以外に、潜在的な認知症の人がいることを忘れてはならない。認知症に対しては、現在でも対応する制度や施設が限られ、地域によっては家族の中で事実が隠されるようなこともあり、地域では特に顕在化しにくい。しかし、誰がどのような状態であったとしても、その存在を

¹² 健康寿命には、さまざまな指標があるが、ここでは既に公表されているもので全国の自治体と比較するため、国民生活基礎調査に基づく調査項目を活用した「日常生活に制限のない期間の平均」の指標を用いている。なお、「健康くさつ21（第2次）」では、市町村単位で算定できる介護保険の要介護認定者数を活用した「日常生活動作が自立している期間の平均（別名：平均自立期間）」を用いている。

¹³ 現在入手可能な最新の数値である2010年時点で比較した。

¹⁴ 詳細は(参考資料4)を参照のこと。

認め合い、お互いの支え合いによって地域で暮らせる社会にしていくことが、広く将来への安心を生むことにつながることになる。これは医療福祉が目指す考えとも一致する。

なお、先行研究では、地域に潜在的にいる認知症高齢者の数を明らかにしており、それによれば、65歳以上の高齢者の認知症有病率は15%、軽度認知障害（正常でもない、認知症でもない状態）有病率は13%という調査結果を出している¹⁵。現在、全国に認知症高齢者が約439万人、軽度認知障害者が約380万人いると推計されている。これを草津市に当てはめてみると、図1-5のようになる。草津市の住民基本台帳をベースとして考えた場合、2013年12月31日現在で、市内にすでに認知症高齢者は約3,700人、軽度認知障害者は約3,200人存在することになる。さらには、今後も認知症高齢者の数は増加傾向にあり、前述の先行研究の数値を草津市に当てはめて考えてみると、2025年には認知症高齢者が約4,900人（2013年比1,200人増）、軽度認知障害者が約4,200人（2013年比1,000人増）まで増加すると予測される¹⁶。

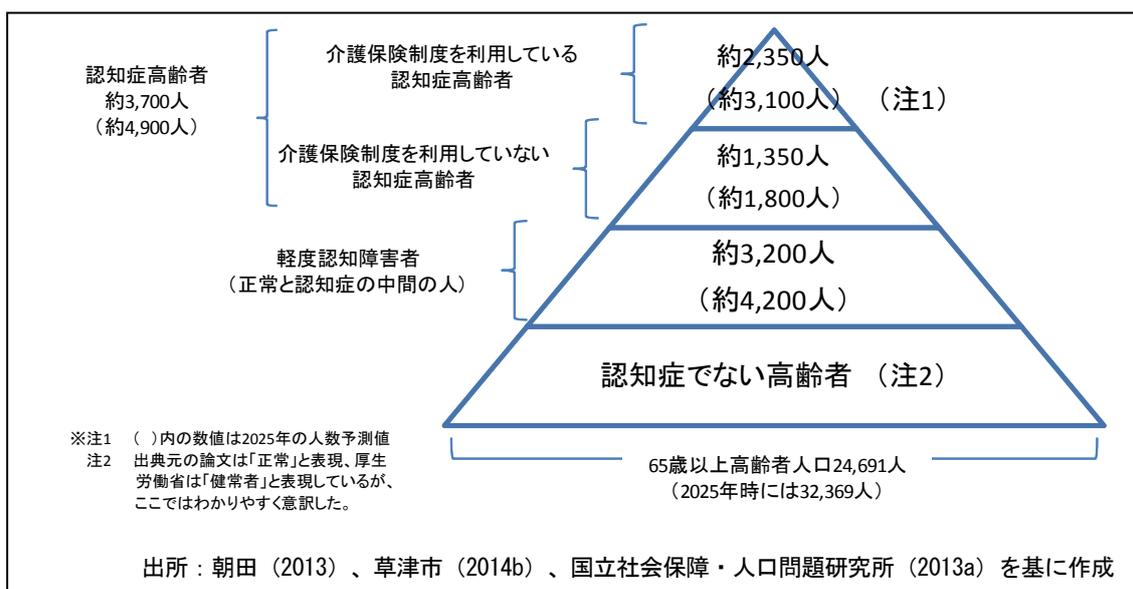


図1-5 草津市における認知症高齢者の現状（推計値）

¹⁵ 朝田（2013）。厚生労働省科学研究費補助金の認知症対策総合研究事業によるもので、テレビや新聞等では、厚生労働省研究班の調査として紹介されることもある。

¹⁶ 朝田（2013）に基づき、「介護保険制度を利用している認知症高齢者」の数については「（65歳以上の高齢者数）×0.15×7÷11」、「介護保険制度を利用していない認知症高齢者」の数については「（65歳以上の高齢者数）×0.15×4÷11」で算出した。

さらに、市内6つの日常生活圏域ごとに認知症高齢者の数と軽度認知障害者の数を推計したものが図1-6である。このように全国的な数値も日常生活圏域ごとに具体的な数値に落とし込むと、もうすでに各圏域には多くの認知症高齢者やその予備群が存在することが分かり、できるだけ早く地域ごとに支え合いの仕組みを整えていく必要があることが分かる。

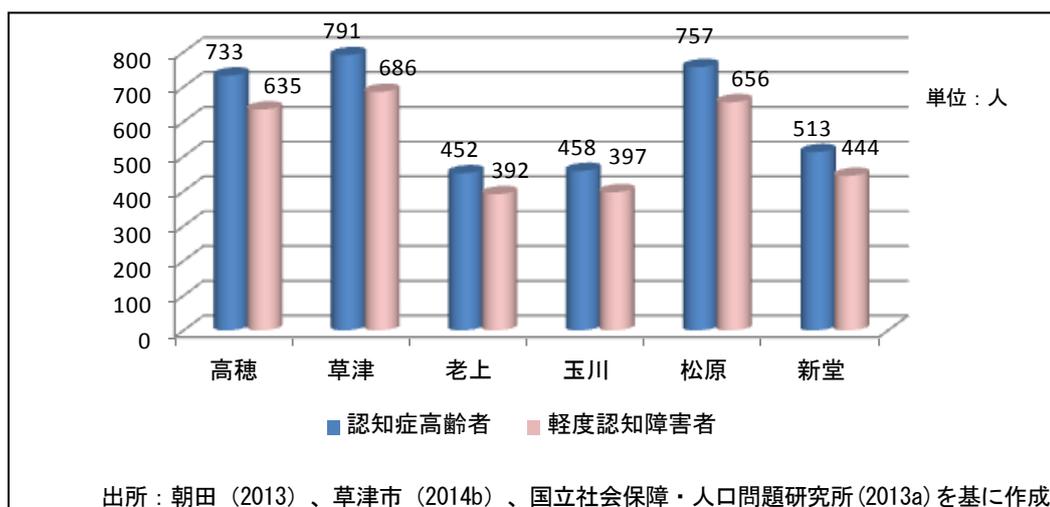


図1-6 草津市の日常生活圏域における認知症高齢者と軽度認知障害者数推計

4 草津市財政に見る医療と介護の費用

草津市における医療と介護にかかる財政規模について概観したものが図1-7である。直近5年間で、国民健康保険特別会計の決算額の推移を見てみると、2008年に91億1,325万円であったものが、2012年には105億578万円となり、13億9,253万円増加している。同様に、介護保険事業特別会計の保険事業勘定分については、2008年に43億8,414万円であったものが、2012年には56億3,621万円となり、5年間で12億5,207円増加している。また、介護保険事業特別会計の介護サービス事業勘定分については、2008年に4,087万円であったものが、2012年には4,782万円となり、5年間で695万円増加している。また、2008年から始まった後期高齢者医療については、2008年に7億590万円であったものが、2012年には9億6,446万円となり、5年間で2億5,856万円増加している。

以上、ここに挙げたものすべてが、近年ゆるやかな右肩上がり傾向で推移していることが分かる。前述したように、高齢者の絶対数の増加から、これらの額は今後も右肩上がりに上昇していくと推測できる。

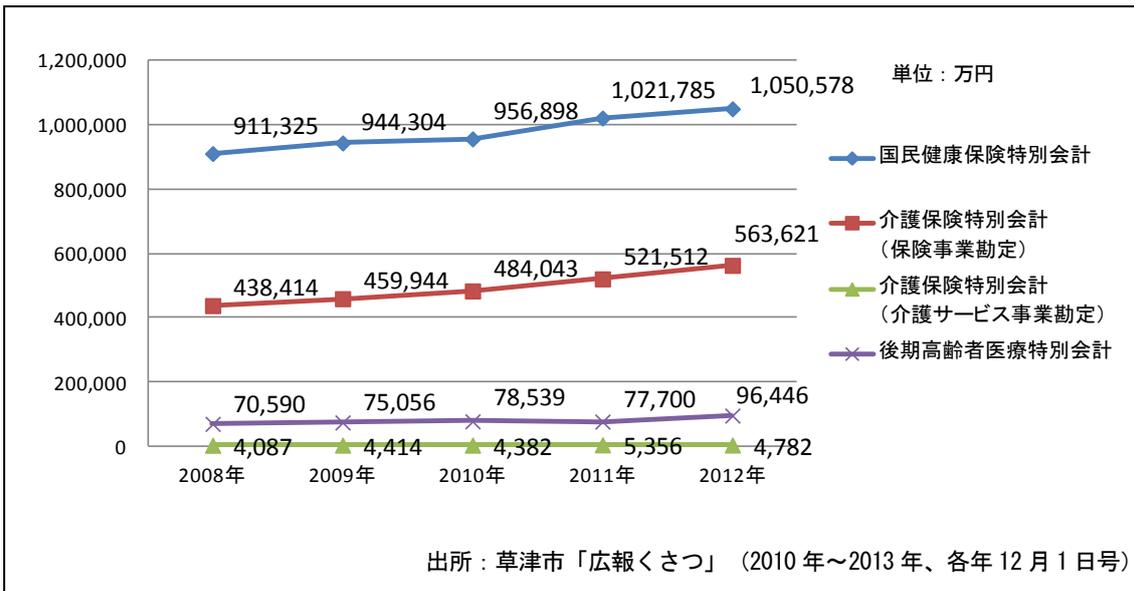


図 1-7 草津市の医療と介護にかかる特別会計決算額の推移

5 2025 年に向けての自助・互助・共助・公助

2000年4月から始まった介護保険制度は、地方分権一括法の施行と時を同じくし、地方分権の進展下において各自治体が来るべき超高齢社会にどのように独自性を発揮して備えるかという、ある意味で自治体の自治が試されるものであった。

「自助」、「互助」、「共助」、「公助」の考え方を介護保険と関連させて議論したのが、池田省三の論考である。池田（2011）は、その中で、介護保険の制度的な性格を補完性の原理によって説明している。具体的には、課題解決時にはまず「自助」が求められ、次に家族隣人からのインフォーマルな支援である「互助」が求められる。そして、「自助」、「互助」でカバーしきれないときにシステム化された自治組織が、行政と区別された「共助」というかたちで支援する。

そして、それでも包括されない者、または、なおも解決し得ない場合のみに、行政の保護、すなわち「公助」が発動するとされている。この「自助」、「互助」、「共助」、「公助」の関係を、マクロ、メゾ、ミクロの視点から整理したものが表 1-3 である。「自助」、「互助」、「共助」、「公助」は時代や地域とともに変化する。混同しがちな「互助」と「共助」については、「互助」は親密性や慣行に基づくインフォーマルなもの、「共助」はシステム化されたフォーマルなものとの区別できる。「互助」は期待されるものであるが、必ず存在するものではない。

「困ったときはお互いさま」という言葉に代表されるように、これまでのわが国の社

会では「互助」は、日常生活の中で当然の支え合いの概念として意識されてきた。その後、高度経済成長期を経て各地で都市化が進み、人口の流動が起こっていく中で「共助」と「公助」が肥大化してきた。一方、特に都市部において地域での顔の見える関係は軽薄化し、「自助」は弱まり、「互助」は置き去りになった。

そのような歴史的な経緯を踏まえれば、今後、個人が地域で生活を続けていくことを考える際には、「互助」の再発見や「自助」、「互助」、「共助」、「公助」の再組織化についての議論も必要であり、原点に立ち返りながら、希望が持てる未来に向けた議論を深める段階になっている¹⁷。

表 1-3 自助、互助、共助、公助の関係

		自助	互助	共助	公助
マクロ	制度	市場システム	親密性・慣行による相互扶助	システム化された互助社会保険等	社会福祉等
メゾ (支援の場)	従来型施設・長期療養施設	×	×	○	○
	居住型施設	○	?	○	?
	小規模多機能ケア拠点	○	○	○	?
	在宅	○	?	○	?
ミクロ	個別支援	自己資源の活用	インフォーマルサポート	保険給付の活用	福祉給付

出所：国立社会保障・人口問題研究所編(2013)

¹⁷ 医療の側面からも、医師の偏在等の背景から、当事者が住み慣れた場所で生活をしていくためにこれと同じような議論がある（参考資料5）。