

## 第4章 医療福祉の連携を生み出す仕組み

### 1 地域での生活を支える人材の役割

第1章および第2章から、都市部と農村部で「自助」と「互助」に違いがあることや、地域間の認知症有病者数や高齢化率に幅があること等、草津市の中でも地域ごとに特徴があることが分かった。また、第3章で、誰もが支援者となる取り組みの先行事例を通じて、顔の見える関係づくりの重要性やその仕組み等について考察した。これらのことから、2025年まで見据えた場合、草津市でも、地域ごとに健康を保つ取り組みが必要であること、また、「自助」や「互助」の弱い地域では今の段階からそれらの力を高めるように着手していく必要があること等が導き出される。これらについては、詳細を2と3で後述する。

その他、団塊の世代がすべて75歳以上になる2025年を見越し、中長期的な視点で見た場合に、地域で生活を支える人たちがどのような役割を主に担うことになるのかということ整理したものが表4-1である。

表4-1 2025年における各人材の役割のイメージ

人材		現在の主な役割	2025年の主な役割
医療職	医師	<ul style="list-style-type: none"> <li>定期的な訪問診療</li> <li>急変時対応</li> <li>看取り</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療開始時の指導</li> <li>急変時の対応・指示</li> <li>看取り</li> </ul>
	看護職員	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療の補助(医行為)</li> <li>療養上の世話</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病状観察</li> <li>夜間を含む急変時の対応</li> <li>看取り</li> </ul>
	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリテーション実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリテーションのアセスメント・計画作成</li> <li>要介護度が高い等、困難ケースを中心にリハビリテーション実施</li> </ul>
介護職	介護福祉士	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体介護</li> <li>家事援助</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体介護</li> <li>身体介護と一体的に行う家事援助</li> <li>認知症を有する基礎的な医療的ケアの実施(服薬管理、経管栄養、吸引等)</li> <li>日常生活における生活機能の維持・向上のための支援(機能訓練等)</li> <li>他の介護職員に対する、認知症ケアのスーパーバイズ・助言</li> </ul>
	介護福祉士以外	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体介護</li> <li>家事援助</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体介護</li> <li>身体介護と一体的に行う家事援助</li> <li>認知症を有する高齢者等の生活障害に対する支援</li> </ul>
医療福祉関連の民間事業者・NPO等		<ul style="list-style-type: none"> <li>安否確認</li> <li>相談</li> <li>地域サロン</li> <li>介護予防</li> <li>配食</li> <li>日々の移動の手伝い</li> <li>レクリエーション</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>見守り</li> <li>安否確認</li> <li>相談</li> <li>地域サロン</li> <li>介護予防</li> <li>家事援助</li> <li>配食</li> <li>日々の移動の手伝い</li> <li>レクリエーション</li> </ul>

出所：地域包括ケア研究会（2010）を基に作成

## 2 地域包括相互生活支援という考え方

地域包括ケアの考え方については、制度普及の過程等により、今では高齢者を対象とした仕組みと解されることが多いが、当初の理念は全世代を対象としたものであった<sup>31</sup>。しかし、第3章で見たあいとうふくしモールの事例等から、相互支援と全世代参加を特徴とした「地域包括相互生活支援」という考え方に変えていくことは可能である。

これまでは高齢者は支援の受け手として捉えられ、一方的に支援を受ける側として意識されることが多かった。しかし、図4-1のとおり、今後は支援の受け手であった高齢者も時と場合によって支援者となり、現存能力を生かし、また、その存在を肯定的に意識してもらうことで相手の支え手となっていく必要がある。地域の中で自助のみで生活ができない人は高齢者に限らない。今後、障害者、子ども等にもその対象を広げ、さまざまな人々が相互に関わりをもち、地域で見守っていく全世代参加型、全方向連携型の地域包括相互生活支援の仕組みづくりが急がれる<sup>32</sup>。

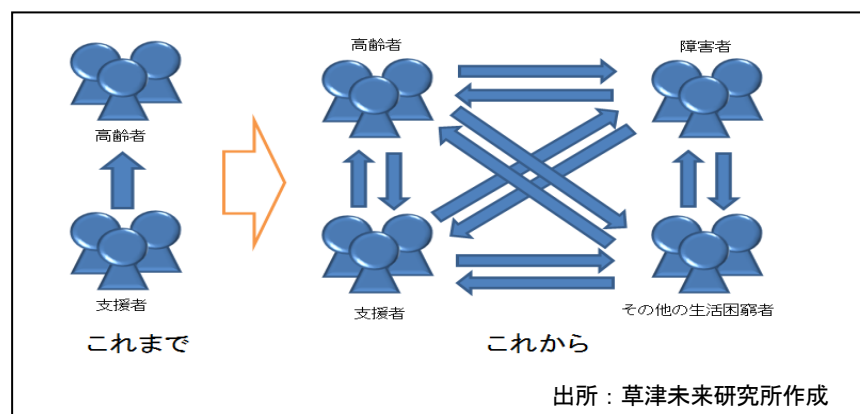


図 4-1 地域包括相互生活支援のイメージ

なお、地域で相互に支援を行う際には、経済的に困窮している人を始めとする生活困窮者等、マイノリティへの視点も忘れてはならない。金銭的な負担ができる人だけを対象とする医療福祉サービスや生活支援サービスだけでは不十分である。参考までに、全国と同様に草津市でも貧困層には高齢者が多い。市内の生活保護の受給者数を

<sup>31</sup> 草津市の医療福祉のあり方研究会（2013年8月20日）で報告された制度の設立過程より。

<sup>32</sup> 同様のことを大矢野（2013：53）は、東日本大震災を機に広がった「受援力」という言葉に着目し、「「困ったときはお互いさま」の精神に基づく、相互支援の組織化」、「相互補完による受援」と表現している。

みても、2012年度末現在で906人（保護率6.73%）のうち293人（32.3%）が高齢者であって、最も割合が高く、年々増加の傾向が続いている。

### 3 2025年に向けての方向性

これまで見てきたように、限られた資源の中で、多くの高齢者を支えていくためには、医療福祉の考え方が欠かせない。医療福祉の考え方を地域に浸透させていくためには、当事者と専門職との関係から支援の受け手の回復を捉えたこれまでの「ケア論中心の地域福祉政策」を超える「まちづくりの総合的な視点を含む政策」が欠かせない。高齢者、障害者、子ども等の対象者の分けや、農業政策、エネルギー政策等の担当領域の分けは、医療福祉政策の調査・分析の際には必要であったとしても、執行・実施段階で固執してしまえば、かえってミスリードしてしまう可能性がある。

今から取り組むことは数多くあるが、主体軸と時間軸で方向性を整理すると、次の4点が考えられる。①共通のプラットフォームづくり、②在宅生活を支える医療職と介護職の人材確保・育成、③顔の見える関係と支え合いの地域づくり、④当事者の希望と現実のギャップを縮めるための意識改革、がそれである。

上記の4点ともすべて今すぐにでも取り組む必要があるが、最終的な完成形はなく、いつまでも最善のかたちを追求し続けるという共通点がある。実施の主体は誰であってもよいのであるが、市民が主体になりやすいもの、自治体が主体になりやすいものに大きく分けることができる。また、基礎的な仕組みを数ヶ月から1年程度でつくる短期戦略と、地域でのステークホルダーが集い共通理解を築き上げながら、基礎的な仕組みを1年以上かけてつくる中長期戦略にも大きく分けることができ、図4-2のように最終的に4つに分類することができる。

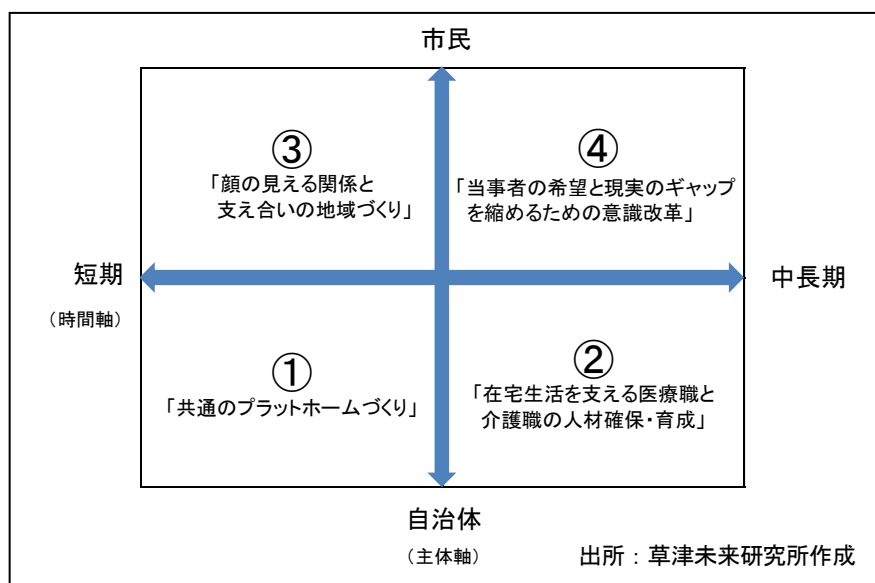


図 4-2 2025 年に向けて取り組むことのポジショニングイメージ

#### ①共通のプラットフォームづくり

第 1 章で見たように、草津市では、迫り来る超高齢社会に対する危機意識が市全体で十分に共有できているとは言い難いが、75 歳以上の高齢者の絶対数の増加と老人福祉施設等の定員から見てみると、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は明白である。そのため、市等が共通のプラットフォームを設け、多種多様な人たちと危機感を共有し、同じ課題意識がもてるように働きかけていく必要がある。そこでは、各領域でキーとなる人物が集い、地道に課題意識を共有し、徐々に広く顔の見える関係づくりが行われる。

専門職においては、医療と介護の連携や在宅看取り等、草津市の医療福祉のあり方について、日ごろから関係者間で議論ができる拠点を設けることが考えられる。具体的には、長期の入院患者を減らし、できるだけ長く住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、積極的に後押しできる組織や場所が必要である<sup>33</sup>。

また、地域においては、市民センターや集会所等を利用してさまざまな人を対象とした対話の場と機会を設けることが考えられる。具体的な取り組みの一例としては、市が地域のキーパーソンを中心に参加を呼びかけ、草津未来研究所がまとめた草津市の医療福祉のあり方に関する調査研究報告書をたたき台としながら、地域ごとにワークショップ

<sup>33</sup> イメージとしては、湖東地域の保健医療拠点である複合施設「くすのきセンター」（彦根市八坂町、2014 年 1 月に新設）のような機能をもつ拠点。

プを行い、広く他分野にわたる人々の連携が可能になるよう、共通理解を求めていくという地道な取り組みが必要である。

そして、機が熟せば、市の政策としてさらに総合的に捉え、総務省の「地域経済循環事業交付金」<sup>34</sup>を用いて、医療福祉を中心テーマとした地域ラウンドテーブルを設置し、経済循環事業の立ち上げの関係者（自治体、地域金融機関、起業家（事業者）、大学、アドバイザー等）の日常的なつながりをつくりながら、自立的な地域活性化を進めていく戦略を立てること等が例として考えられる。

## ②在宅生活を支える医療職と介護職の人材確保・育成

第2章で見たように、地域包括ケアシステムの重要な役割を担う現場である、草津市の訪問看護・介護の事業所への調査からも、すでに職員の絶対数の不足を感じていることが分かっている。具体的には、訪問診療、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーションについての人材が足りていない。

また、高齢者の在宅生活を可能にするためには、住宅改修等が必要な場合があり、介護認定を得られない高齢者の住宅をどうするか等、従来の福祉政策のみの対応では限界が生じ始めているという現実もあった。

そのため、この部分においては、新たな人材の確保やすでにいる人材の継続就労に向け、行政が総合的な政策で後押しするかたちで早急な対応が必要である。特に、地域で育てた人材が他府県に流出するような事態を最小限に抑えるためには、できるだけ広い地域での総合的な政策が必要となる。具体的には、義務教育時から医療福祉の大切さを伝えていく教育分野、専門職のモチベーションの向上やスキルアップにつながる研修や交流会の開催等のまちづくり分野、公共機能をもった施設や事業者を誘導する都市開発分野等が考えられる。医療福祉にかかる問題は全国的なものであるため、どの分野においても1つの市の領域だけで収まるような話ではないが、その政策の起点が草津市であることは十分にあり得る。

---

<sup>34</sup> 地域における経済循環を創造し、新たに持続可能な事業を起すモデルの構築を行うにあたり支援するもの。産業界、大学界、地域金融機関との連携により、各市町村等が将来に富を生み出す仕組みづくりにつなげることを目的としている。詳細は総務省(2013)を参照のこと。

### ③顔の見える関係と支え合いの地域づくり

第2章と第3章で見たように、今後、地域の中で多様な人を巻き込んでインフォーマルな互助の仕組みを構築し、広げることは非常に重要なテーマとなる。

その際には、地域において一人でも多くの支え手が必要になるため、支援の受け手も自らが可能な範囲内で、誰かの支援をすることができるような環境を用意するという視点が必要になる。高齢者の生活の質を上げていくため、すべての人に役割と出番があることを前提に、地域での支え合いの仕組みをつくっていくことが急がれる。このすべての人には若者も含まれ、全世代参加型、全方向連携型のまちづくりが求められる。

第3章の先進事例で見た、NPO法人宅老所心やあいとうふくしモールは、多様なステークホルダーが、さまざまな地域の人々に直接出会って声を掛け合い、支援をする側と支援を受ける側の顔の見えるつながりをつくり出していた。ここで重要なポイントは、支援をする側、支援を受ける側がそれぞれ常に一方的に支援をする立場、支援を受ける立場に留まるわけではないということである。希望すれば誰もが住み慣れた地域で住み続けることができるよう、草津市でも先の地域包括相互生活支援の考え方を取り入れ、誰もが24時間365日、お互いに見守り見守られている感覚をもって住めるよう、総合的な視点でまちづくりを進めていく必要がある。具体的には、住まいのあり方やコミュニティのあり方を根本から問い直し、誰もが安心して地域で暮らしていけるケア付きコミュニティをつくることが考えられる。その過程では、できるだけ多くの人の関わりの中で、マイノリティに対する配慮も忘れることなく、顔の見える関係と支え合いの地域づくりの視点が欠かせない。

### ④当事者の希望と現実のギャップを縮めるための意識改革

これまで見てきたように、約8割の人が病院で最期を迎えるという現実に対し、病院で最期を迎えたいと考えている人は約2割しかいない。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割の人がそう考えて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割にも満たない。

また、草津市においても、終末期にある高齢者が延命措置を希望せず、自宅での最期を希望しているにもかかわらず、事が起こった際には、親族が救急車を呼んで病院に搬送し、当の病院では本人の意思を尊重して延命処置を施せない事案も実際に発生

している<sup>35</sup>。

そこで、このような当事者の希望と現実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、自らの希望に沿う選択ができる環境をつくる発想が必要になる。

そのためには、終末期は病院で迎えることが当たり前であるとする発想から変えていく必要がある。しかしながら、これは本人だけでなく親族やその周りの人の十分な理解も必要であることから、現実的には、早々に成し遂げることは難しい。

そこで、まず始めの一步として、終末期に自分はどのようにありたいかを普段から周りに伝えておくことや、エンディングノート<sup>36</sup>として誰にでも分かるかたちで意思表示しておくことで徐々に周囲の意識を変えていくことから始める等の具体的な取り組みが考えられる。

また、健康寿命を延ばすための取り組みを具体的なアクションプランに落とし込み、リーディングプロジェクトとして「適切な質と量の食事を取っている人」や「運動習慣者」の増加を目指す等<sup>37</sup>、前向きな目標を設定し、目標年度を定めて「くさつチャレンジ2025（仮称）」等として健康に対する特別な意識を市全体で共有していくこと等が具体的な取り組みの例として考えられる。

---

<sup>35</sup> 2013年10月17日に草津市立まちづくりセンターで開催された在宅医療フォーラムで上映された湖南広域消防局職員へのインタビューより。

<sup>36</sup> 人生の最期のステージを、自分らしく迎えるために自分自身の人生を振り返り、自身の思いや希望、残された人生で何をしたいのか等をまとめ綴るためのもの。

<sup>37</sup> 滋賀県は、1986年から5年ごとに「滋賀の健康・栄養マップ」調査を実施しており、この調査を通して例示した項目の数値が把握できる。なお、例示した項目については、草津市の「健康くさつ21（第2次）」の数値目標（草津市（2014a：56-61））としても位置づけられている。