

草津市の医療福祉のあり方に関する調査研究報告書

－質の高い生活を支える医療と介護との連携のあり方を探る－

2014年3月

草津市 草津未来研究所

要旨

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 割にも満たない。

この理想と現実のギャップの原因と背景を探り、そのギャップをなくすために草津市が取るべき政策の方向性を、実現可能性のある施策例を交えながら検討したのが本稿である。

2013 年 10 月現在、全国の高齢化率は 25.1%であるが、草津市の高齢化率は 19.2%である。草津市は、若者が多くて発展しているというイメージが強く、迫りく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。しかし、草津市内の 75 歳以上の高齢者数の増加傾向と老人福祉施設等の入所状況等から、草津市も全国と同等かそれ以上のスピードをもって今の段階から準備を始めていく必要があることは明白である。

このような状況下で、滋賀県は、誰もが地域で安心した生活ができるように医療と福祉が一体として生活を支える「医療福祉」というキーワードを用い、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ための取り組みを行っている。そこで、草津市もこの考え方をいち早く地域に浸透させ、さらには全世代参加型、全方向連携型の「地域包括相互生活支援」という市独自のキーワードも加えて、健康福祉部局のみに留まらない総合的な政策として捉えていくことが重要となる。

そのためには、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、あらゆる分野や職種の人を巻き込んだ「まちづくりの総合的な視点を含む政策」が欠かせない。今から取り組むべき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、というのがそれである。

医療福祉については、家族や親族の理解、在宅生活を支える専門職の雇用環境の改善等、現実にはまだ多くの課題が残されている。しかし、今後策定時期を迎える①草津市高齢者福祉計画・草津市介護保険事業計画「草津あんしんいきいきプラン」の第 6 期計画、②草津市地域福祉計画の第 3 期計画、③草津市総合計画の第 3 期基本計画の 3 つの計画の企画・立案の段階から、医療福祉を最重要政策の 1 つとして位置づけ、少なくとも団塊の世代がすべて 75 歳以上となる 2025 年まで見据えた中長期的な医療福祉の考え方を取り入れていく必要がある。

目次

はじめに.....	1
第1章 草津市の高齢者を取り巻く環境の変化.....	2
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.....	2
2 生産年齢人口の減少と高齢者人口の増加.....	4
3 平均寿命と健康寿命の間の暮らし.....	7
4 草津市財政に見る医療と介護の費用.....	10
5 2025年に向けての自助・互助・共助・公助.....	11
第2章 地域包括ケアシステムと現場のニーズ.....	13
1 地域包括ケアシステムと日常生活圏域.....	13
2 医療・介護事業者からみた現状と課題.....	17
3 地域活動からみた現状と課題.....	19
第3章 誰もが支援者となる取り組みの先行事例.....	22
1 NPO 法人宅老所心(草津市).....	22
2 あいとうふくしモール(東近江市).....	24
3 ナガヤタワー(鹿児島市).....	25
第4章 医療福祉の連携を生み出す仕組み.....	27
1 地域での生活を支える人材の役割.....	27
2 地域包括相互生活支援という考え方.....	28
3 2025年に向けての方向性.....	29
おわりに.....	34
関係者一覧.....	35

参考文献..... 36

参考資料..... 39

はじめに

人口減少社会を迎え、個人のライフスタイルの変化と相まって、孤独死、引きこもり等、地域社会においては、従来の制度や取り組みでは対応が難しい新しい課題が次々と出てきている。

一方、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割にも満たない。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。

ここで、滋賀県が提唱する保健・医療・介護・福祉の有機的な結びつきと連続性の確保によって地域で生活を支えるという「医療福祉」の考え方が参考になる。

本稿は、中長期的な視点で将来の草津市を予測し、高齢者が質の高い生活を維持していくために、どのような医療福祉のあり方が求められているのかを明らかにすることを目的としている。中長期の目安は、団塊の世代がすべて75歳以上となる2025年である。

第1章では、高齢者を取り巻く環境の変化について俯瞰し、第2章では、「地域包括ケアシステム」というキーワードを通じて、現在、地域で何が起きていてどのような課題が出てきているのかということについてSWOT分析等を用いて整理した。そして、第3章では、双方向的に誰もが支援者となる取り組みをすでに行っている事例について考察し、第4章では、2025年に向けて具体的にどのような方向性が考えられるのかを提示した。

本調査研究の手法としては、「草津市の医療福祉のあり方研究会」での計7回の議論を主としつつ、他に文献調査、インタビュー調査、先行事例視察を行った。当該研究会では、医師、看護師、介護福祉士、介護支援専門員等の医療や介護の専門家を交え、情報や課題を共有し、将来の方向性について考察した。

本稿は、今後、これまでに保健・医療・介護・福祉とは関わりの薄かった人も含めて多分野にわたる人々の連携が可能になるよう、共通理解の土台となるデータを提示し、論点の整理をしている。

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。

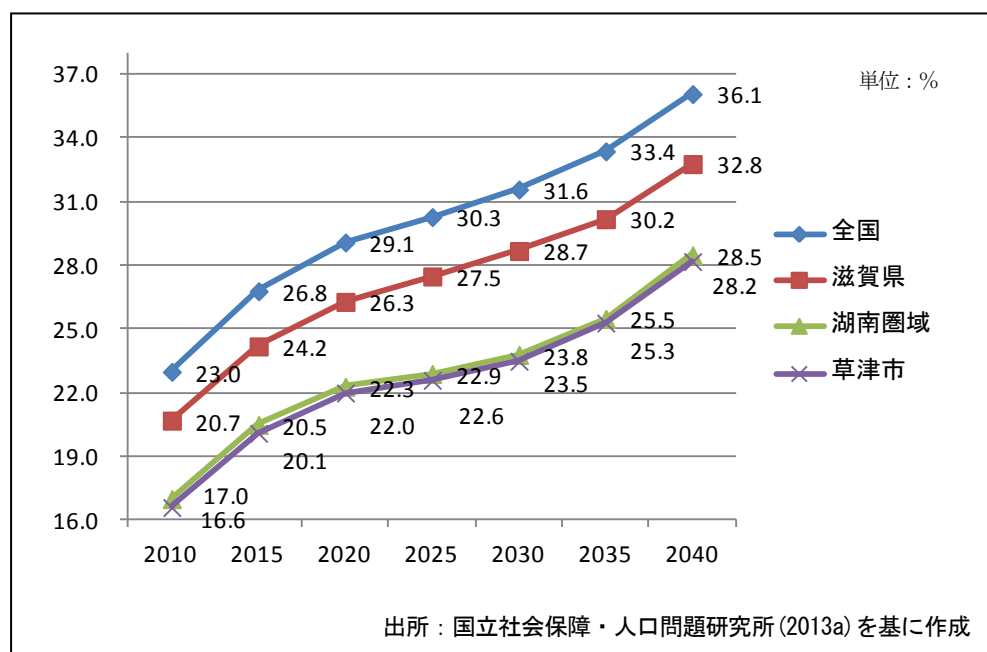


図1-1 全国・滋賀県・湖南圏域・草津市の高齢化率の予測

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。

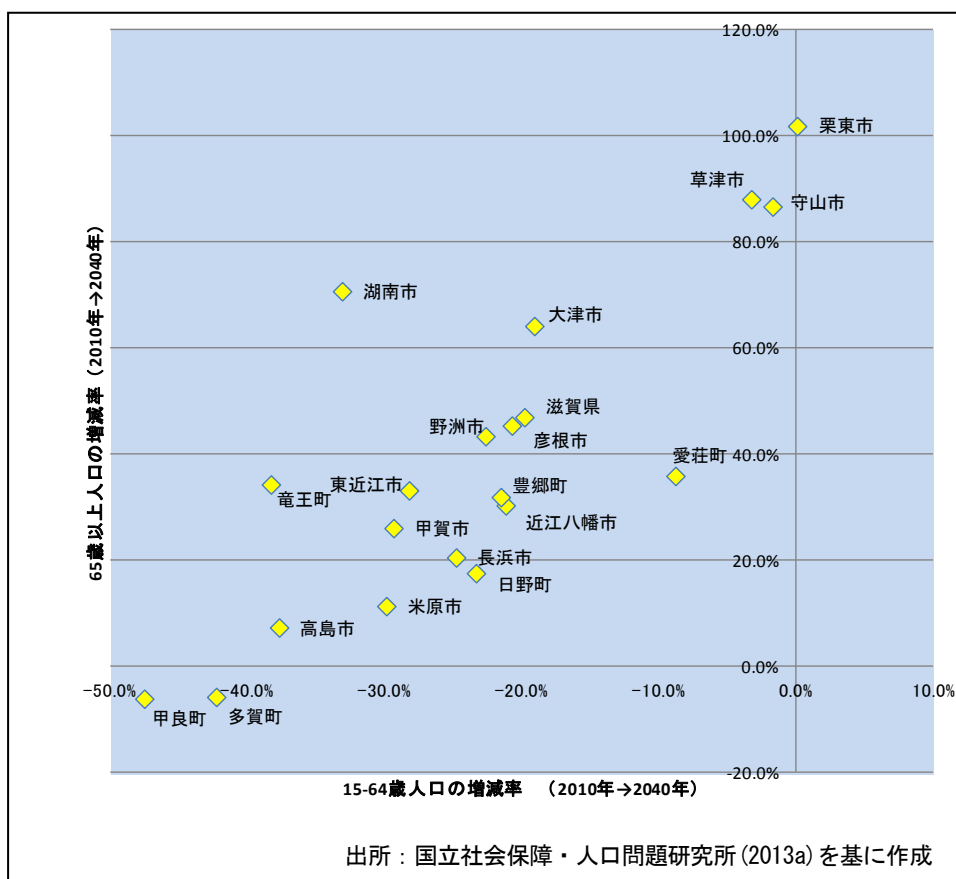


図 1-2 滋賀県内の自治体の生産年齢人口と高齢者人口の増減率（推計値）

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。

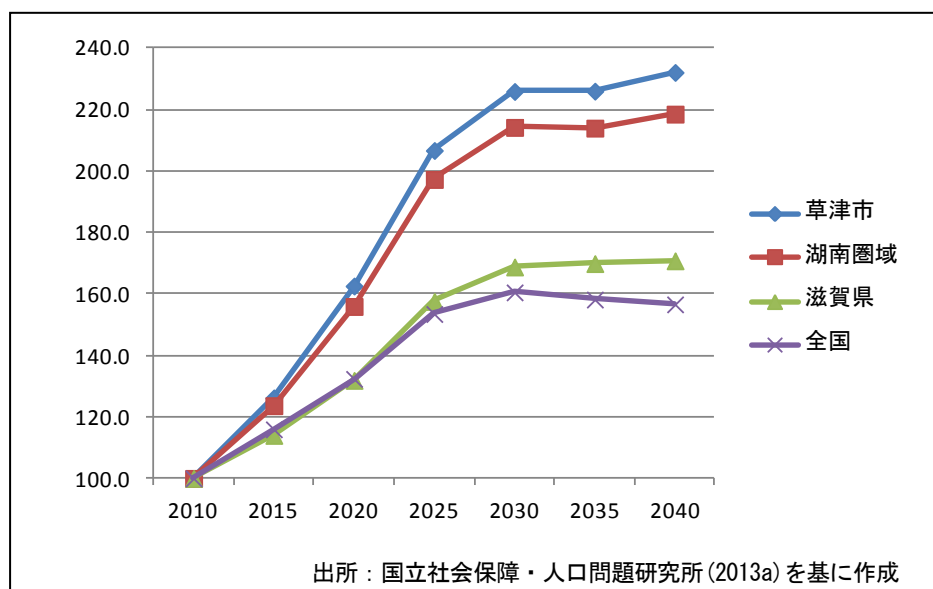


図1-3 75歳以上の人口の将来推計(2010年を100としたときの指数)

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。

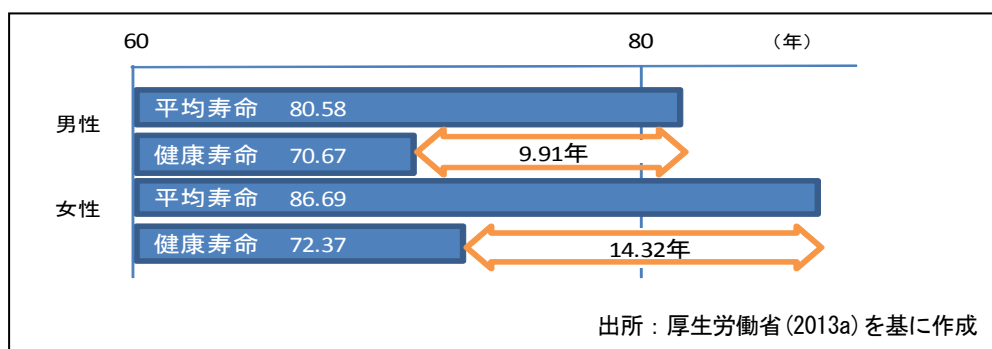


図1-4 滋賀県における平均寿命と健康寿命の差（男女別）

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。

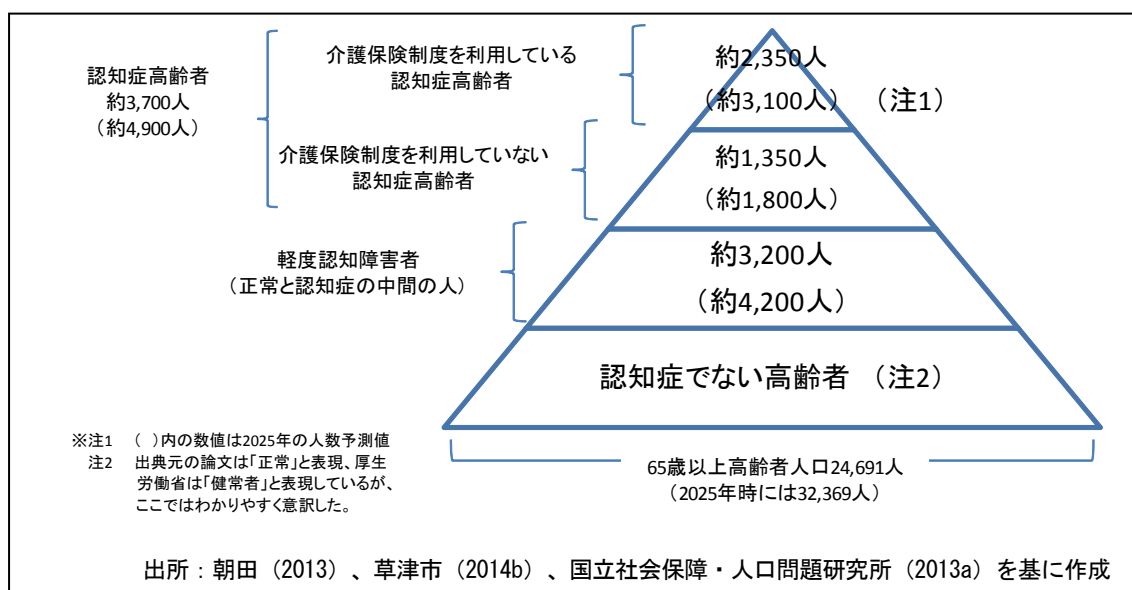


図1-5 草津市における認知症高齢者の現状（推計値）

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。

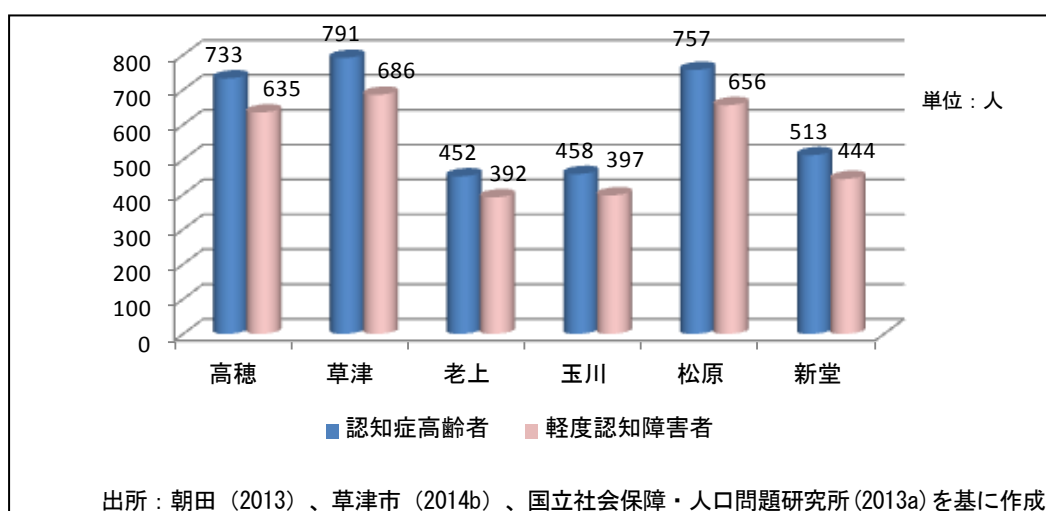


図1-6 草津市の日常生活圏域における認知症高齢者と軽度認知障害者数推計

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。

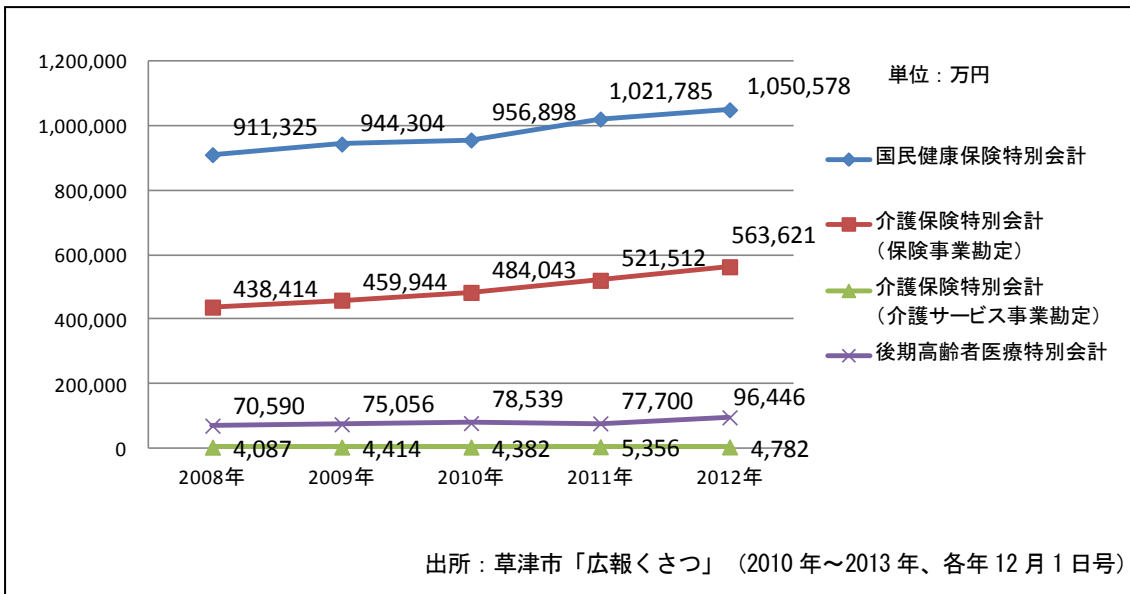


図 1-7 草津市の医療と介護にかかる特別会計決算額の推移

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）。

第2章 地域包括ケアシステムと現場のニーズ

1 地域包括ケアシステムと日常生活圏域

地域で質の高い生活を支える仕組みづくりの一つとして、地域包括ケアシステムの構築が重要な意味をもつ。地域包括ケアシステムを簡易にイメージ化したものが図2-1である。地域マネジメントに基づく「ケア付きコミュニティ」¹⁸を枠組みとすれば、「本人・家族の選択と心構え」が土台の皿であり、その上に「すまいとすまい方」という器がある。そして、「生活支援・福祉サービス」が土壌であり、「医療・看護」、「介護・リハビリテーション」、「保健・予防」が土から伸びる葉であり並列に並ぶ。そこに、「地域包括支援センター」が「地域ケア会議」で水を注ぎ、葉を活性化するというイメージである。そして、この図でいえば、「ケアマネジャー」は、「ケアプラン」を通じて個々人に応じた「ケアマネジメント」を行う役割を担うこととなる。



図2-1 地域包括ケアシステムの概念図

地域包括ケアシステムの考え方については、厚生労働省の地域ケア研究会の「地域ケア会議運営マニュアル」の中で「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とし

¹⁸ 「どこに住んでいても・・・戸建ての家でも集合型住宅でも施設(＝ケアが組み合わせられた特別な住宅)でも・・・同じ条件で医療・介護サービスを利用できる生活圏域」(地域包括ケア研究会(2013: 31))

た上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めたさまざまな生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義されている。具体的には、標準化されたモデルはなく、それぞれの地域の特性に応じて独自に構築していくべきものとされている。

2009年、厚生労働省の地域包括ケア研究会によって報告書がまとめられ、高齢者が「おおむね30分以内」に必要な医療・介護・生活支援サービスを適切に受けられるのが日常生活圏域であると基本的な考え方が示された。そのときに提示された地域ケアシステムの姿が図2-2である。地域の中の住まいを基本単位としながら、日常時は生活支援や介護予防を通じて健康を維持し、医療や介護のサービスが必要となれば、おおむね30分以内にその提供を受けることができるエリアが日常生活圏域のモデルとされている。

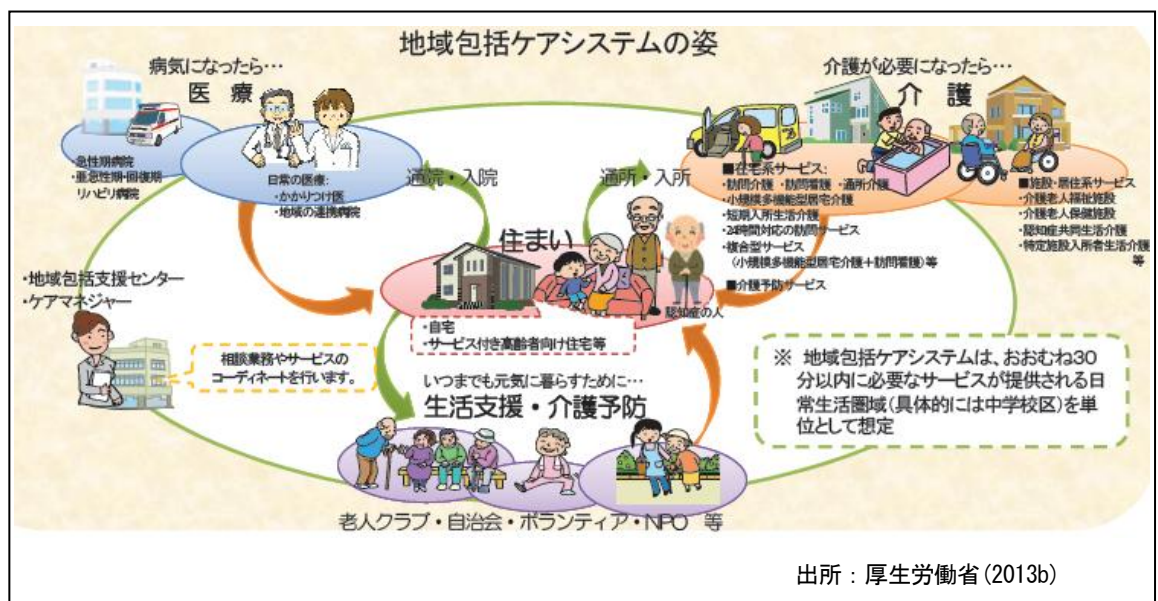


図 2-2 地域包括ケアシステムの姿

日常生活圏域の設定の根拠は、法的には2006年に改正された介護保険法117条第2項第1号の「住民が日常生活を営んでいる地域として、地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況その他の条件を総合的に勘案して定める区域」の条文に求められる。

日常生活圏域は、それぞれの市町村において、小学校区、中学校区、旧行政区、住

民の生活形態、地域づくりの単位など、面積や人口だけでなく、地域の特性などを踏まえて設定することとされている。地域包括ケア研究会が、中学校区程度で人口2万人程度を一つの目安として提示したことを受け、草津市でも、人口規模と面積等から、中学校区を日常生活圏域として設定している。

草津市においては、2006年度に初めて地域包括支援センターを部署として設置し、市の直営で1カ所に職員を集中させることにより業務を開始した。具体的には、市職員の保健師、法人から出向してきた社会福祉士、業務委託の主任ケアマネージャーとでチームを組んでのものであり、すべての職員が中央である草津市役所を拠点に活動を行っていた¹⁹。そして、設置から7年が経過した2013年7月からは、よりきめ細やかな地域でのネットワークづくりを進めることを目的に、表2-1のとおり地域包括支援センターを日常生活圏域ごとに設置し、運営を市内の社会福祉法人等に委託をすることとなった。また、各委託先をバックアップするために市にも引き続き、中央機能として地域包括支援センターを残し、体制の強化と機能の充実を図っている。

日常生活圏域ごとに地域包括支援センターを設置したことで、市民が気軽に相談できるようになった反面、各センターのスタッフは個別ケースへの対応に追われ、地域での新たなネットワークの形成にはなかなか手が出せない等、新たな課題も見え始め、その解決策が模索されている。

表 2-1 草津市内の地域包括支援センターとその委託先

圏域地域包括支援センター名	委託先法人名	所在施設名
草津市高穂地域包括支援センター	社会福祉法人 聖優会	菖蒲の郷
草津市草津地域包括支援センター	社会医療法人 誠光会	草津ケアセンター
草津市老上地域包括支援センター	社会福祉法人 しあわせ会	老上デイサービスセンターきはん
草津市玉川地域包括支援センター	社会福祉法人 あさひ保育園	南笠デイサービスセンターあさひ
草津市松原地域包括支援センター	社会福祉法人 みのり	上笠デイサービスセンター湯楽里
草津市新堂地域包括支援センター	社会福祉法人 寿会	北部デイサービスセンター常輝の里
草津市中央地域包括支援センター		草津市役所

出所：草津市地域包括支援センター提供資料

¹⁹ 草津市の地域包括支援センター創設期の事情や事業分析については、佐藤(2008：202-211)を参照のこと。

なお、日常生活圏域ごとに見た高齢化率や介護認定率等の現状については図 2-3 のとおりである。また、高齢化率については、一番高い松原中学校区で 26.5%、一番低い玉川中学校区で 15.9%となっている。高齢化率だけ見ても幅が 10.6 ポイントあり、地域においてそれぞれの特性がある。市内一律ではなく、農村型と都市型等、地域ごとに応じた対応と仕組みづくりが求められる。

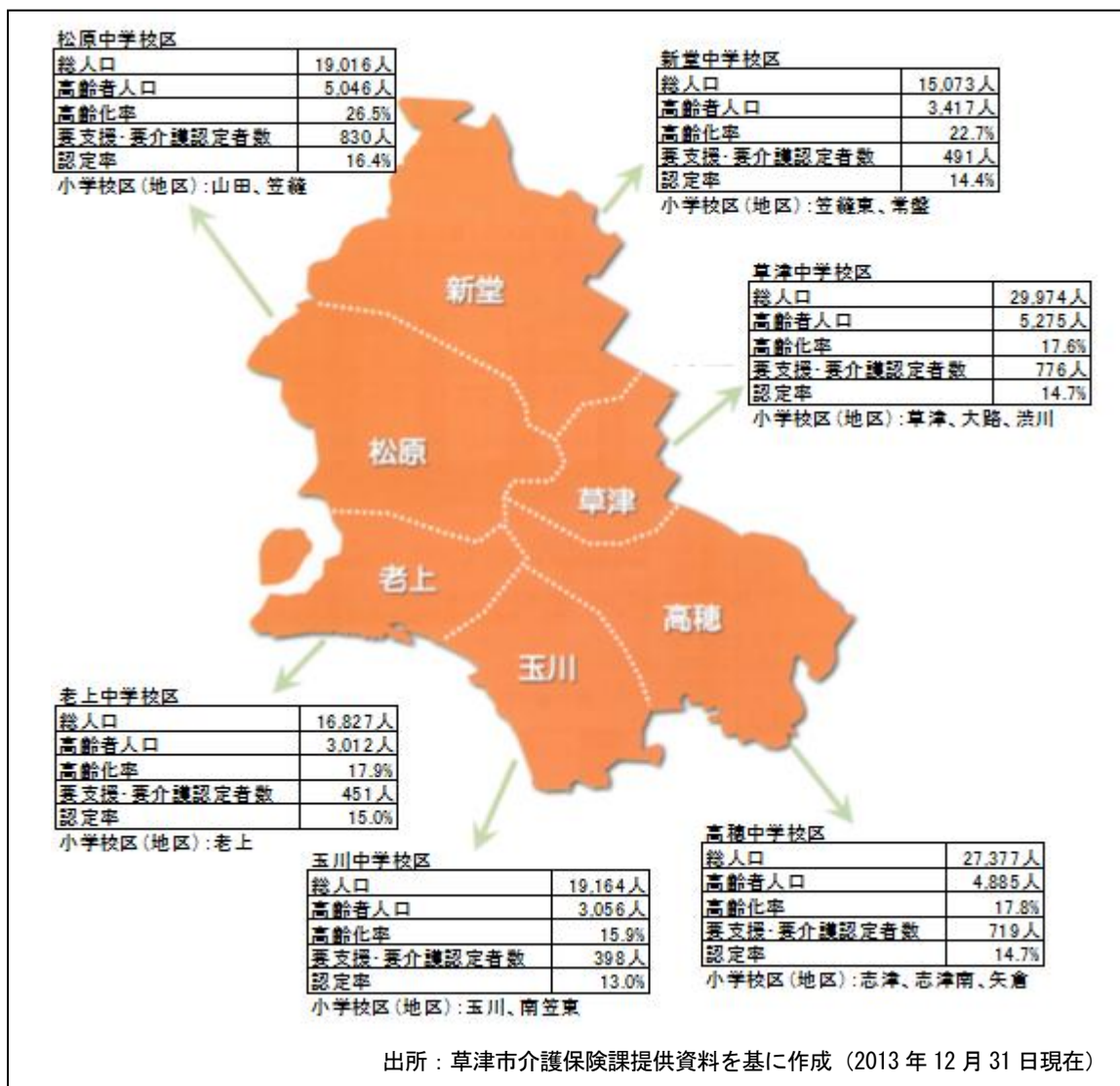


図 2-3 草津市内の日常生活圏域の概要

2 医療・介護事業者からみた現状と課題

草津市の医療福祉の現状と課題等を調査し、市の医療福祉政策をより地域の特性にあったものとするため、市内で活動をしている法人・事業者6カ所について調査を行った。調査先には、あらかじめ調査票を郵送した後に訪問し、その調査票に基づき、事業所や法人等の代表者にインタビュー調査を行った²⁰。

調査の中で、各圏域の地域包括支援センターの現場では、相談窓口が近くにできたこと等の理由で高齢者虐待の通報が増え、その相談と確認調査で多大な時間が割かれていることや、専門職は、多様な機関との連携が必要と考えているが、具体的なケースを通じてしかその場がなく、顔の見える関係が構築しづらいこと等が分かった²¹。

また、調査の中で、「草津市の「地域包括ケアシステム」の整備にあたり、欠けているもの、強化すべきもの」について選択式で聞いたところ、表2-2のような結果となった。最も多かったのが、「保健・予防」という項目であり、広く住民の健康に対する関心を高めるため、フィットネスクラブや市民活動団体等の民間事業者の参入を求める意見や、介護保険制度の仕組みや重要性を義務教育の段階から求める意見があった。その他、身体レベルに応じた介護予防運動の普及や大型商業施設を利用した健康相談の実施等、民間事業者と行政が連携して具体的な取り組みを求める意見等があった。

表2-2 草津市の地域包括ケアシステムで強化すべきもの

順位	項目
1位	保健・予防
2位	生活支援・福祉サービス
3位	すまいとすまい方

出所：草津未来研究所によるインタビュー調査

その他、調査の結果をまとめ、草津市の地域包括ケアシステムの現状についてSWOT分析を行い、外部要因としての「機会」と「脅威」、内部要因としての「強み」と「弱み」というかたちで精査した結果が表2-3である。

²⁰ 詳細は(参考資料6)を参照のこと。

²¹ 前述したとおり、草津市が各圏域を単位として地域包括支援センターを委託したのは2013年7月であり、調査時期が同年9月の準備期であったことを考慮に入れる必要がある。調査後、顔の見える地域づくりを目指し、各圏域でケアマネ勉強会や民生委員研修交流会等を通じて、専門職と多様な機関が連携を模索する取り組みが始まりつつある。

表 2-3 草津市の医療福祉のあり方の SWOT 分析（法人・事業所調査編）

外 部 要 因	機会 (Opportunity)	脅威 (Threat)
	<ul style="list-style-type: none"> ・二次医療圏である湖南医療圏として、すでに近隣3市との連携の仕組みがある。 ・びわこ文化公園都市内に大規模な医療・福祉施設が集積している。 ・湖南圏域の人口増加が続いている。 ・立命館大学 BKC に生命科学部やスポーツ健康科学部等、医療や保健にかかる学部がある。 ・滋賀医科大学と附属病院があり、高度医療等の医療資源が比較的充実している。 ・びわこ文化公園都市内の大学の学生の数が多く、大学内にボランティアサークルもある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域で育てた優秀な人材がヘッドハンティングによって大都市圏へ流出する。 ・他府県から十分な支援体制をもたないサービス付き高齢者向け住宅業者が流入する。 ・県内の看護学校で育てた人材が他府県へ流出する。 ・独居高齢者が増加傾向にある。 ・認知症高齢者が増加傾向にある。 ・訪問看護・訪問介護の分野で職員の人材が不足している。
内 部 要 因	強み (Strength)	弱み (Weakness)
	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活圏域ごとに地域包括支援センターがある。 ・市内に大規模な社会医療法人や社会福祉法人の拠点がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療ができる総合医が少ない。 ・在宅医療に理解を示す医師が少ない。 ・給与面の課題等から、介護分野で夜勤を担う職員が不足している。 ・医療分野で市が果たすべき役割が大きくなっているが、それを推進する体制がまだ十分でない。 ・湖南医療圏の大規模病院が県立・市立・私立とさまざまな形態をもつため、医療政策面で合意が得られにくい。

出所：草津未来研究所作成

3 地域活動からみた現状と課題

前述2と同様の趣旨のもと、同様の方法で、まちづくり協議会4カ所に対してもインタビュー調査を行った²²。この4カ所の地域は、それぞれ介護予防、地域福祉等で特色があり、まちづくり協議会を通じて地域住民間のつながりを強めている地域である。その調査結果をまとめて上記表2-3と同様にSWOT分析を行ったものが表2-4である。

表2-4 草津市の医療福祉のあり方のSWOT分析（まちづくり協議会調査編）

外部要因	機会 (Opportunity)	脅威 (Threat)
	<ul style="list-style-type: none"> ・防災訓練等の実践を通じて地域の中で医療職や介護職との連携の重要性を認識してもらえる可能性がある。 ・玉川まちづくり協議会を中心にNPO法人立命フィットネス研究会の「健康バンド」の取り組みが広がる可能性がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・個人情報保護法によって必要な情報が得にくい。 ・認知症高齢者が地域の中で増加している。 ・補助金の金額によって活動内容が左右されやすい。 ・成人の引きこもり等、制度が届かない要支援者がどこに住んでいるのかという情報が得られない。
内部要因	強み (Strength)	弱み (Weakness)
	<ul style="list-style-type: none"> ・志津南地区まちづくり協議会や玉川まちづくり協議会等で行われているコミュニティ形成や見守りの先行事例がある。 ・現段階で比較的高齢化率が低い。 ・定年退職者の中で地域での活動を求めている人が多くいる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・路線バスがなく、病院やスーパーへの移動が困難な地域がある。 ・同じ学区内でも地域で高齢化率の幅があり、課題意識を共有しにくい。 ・学区社協が組織的に活動していない地域は、見守り等の福祉活動の基盤が弱い。 ・役員のなり手がなく、老人クラブの数が減少傾向にある。 ・オフィスワーカーの医師が多く、診療時間外に診てもらえるかかりつけ医が少ない。

出所：草津未来研究所作成

今回の調査を通じて分かったことは、各まちづくり協議会にとって、医療や介護の専門職と連携を強める意識はそれほど高くはなく、地域の住民同士がいかにつながるかという意識に力点があるということである。しかし、中には、災害訓練時や危機管理の会合時に医療や介護の専門職の参加があれば、地域の要支援者への具体的な対応が検討できる等の積極的な連携を求める意見もあった。

草津市内では、単身高齢者等を孤立させないために、まちづくり協議会や町内会単位でさまざまな見守り活動が行われている。野路町内会が2009年から行っている救急医療情報キット「命のバトン」を使った取り組みはその一例である²³。「命のバトン」と

²² 詳細は(参考資料6)を参照のこと。

²³ 2010年、(財)消防科学総合センターが主催する(現在は総務省消防局が主催)「防災まちづくり大賞」のなかで、野路自主防災会の取り組みが優良事例として全国に紹介され、その後、全国各地にも広がった。

名付けた筒に、自分の病歴や緊急連絡先等の個人情報を入れておき、自宅の冷蔵庫に保管し、自宅の玄関に「命のバトン」の存在を示すシールを貼っておく。こうすることで、災害時や緊急時に地域の方がより適切な対応を取ることができるようになる（図 2-4、図 2-5）。1995 年の阪神・淡路大震災時に淡路島の北淡町（現：淡路市）でその効力を発揮したことから、全国各地に広まり、市内でも野路町内会から他の地域に広がりつつある取り組みである²⁴。



出所：草津未来研究所撮影 2013. 12. 5

図 2-4 救急医療情報キット「命のバトン」

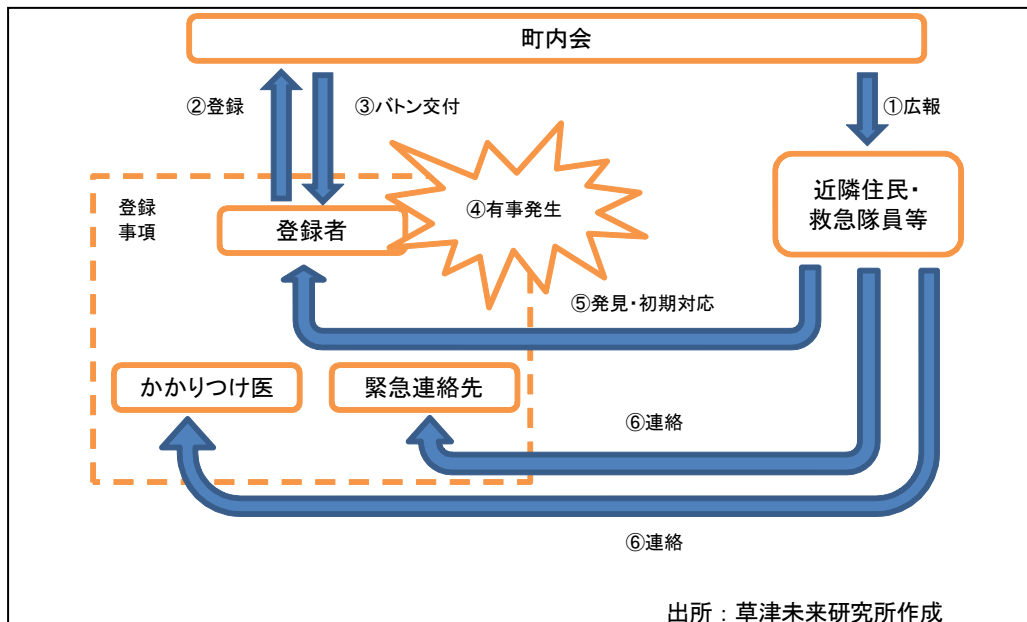


図 2-5 救急医療情報キット「命のバトン」の仕組み

²⁴ 様式は(参考資料 7)を参照のこと。

そのほか、野路町内会が属する玉川学区まちづくり協議会では、コミュニティ形成の一環として、災害たすけあいネットワークの構築（2007年～）、向こう三軒両隣推進運動（2011年～）、玉川ハートプロジェクト（2012年～）等の具体的な取り組みを行い、それらを通じて見守り活動やネットワークづくりを行っている。

また、志津南地区まちづくり協議会では、2011年から地域に住民交流のためのコミュニティスペースとして「ふれあいハウス絆」を設け、一人暮らしの高齢者や子どもたちが気軽に立ち寄れる工夫をして、できるだけ自然なかたちで見守り活動が行えるようにしている。

ここで、見守りの重要性については、いくつかの地域でも盛んに指摘されているところであるが、この用語は非常にあいまいな部分があるため、見守りが何を意味するのかということを一一定理しておく。見守りは、「何を見ているか」という見守りの視点として大きく3つの視点、①観察、②アセスメント、③評価があると考えられる。また、「何をしたのか」という見守りの結果としては、大きく5つの分類、①早期発見、②早期対応、③危機管理、④情報提供、⑤不安解消があると考えられる。これをモデル化し、図で説明したものが図2-6である²⁵。

地域で見守り活動をする際には、ただ何となく見守るのではなく、具体的に前述の5つの分類をおさえておく必要がある。

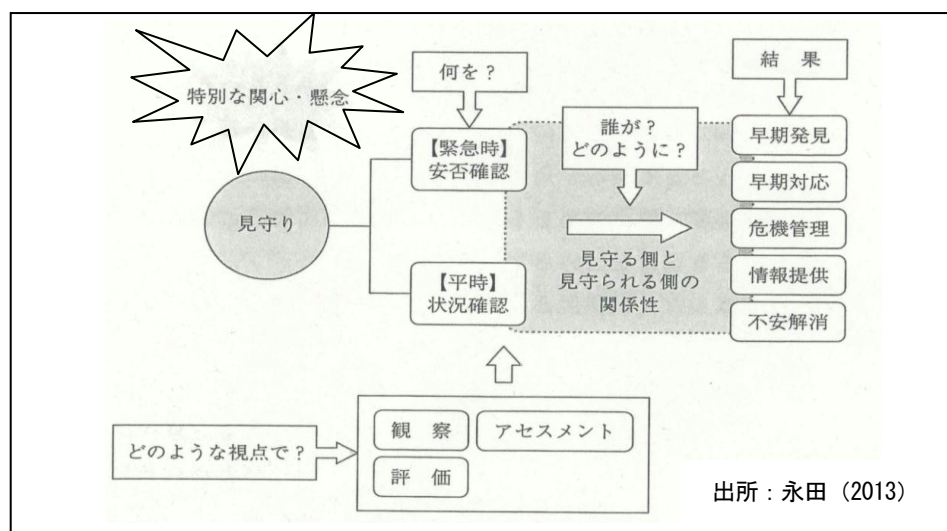


図2-6 見守りのモデル

²⁵ 永田（2013：135）

第3章 誰もが支援者となる取り組みの先行事例

1 NPO法人宅老所心（草津市）

第1章で見たように、高齢者の絶対数の増加に対して、医療も介護も専門職や専門施設だけに頼ることはできない状況であり、地域の中でどのように多様な人を巻き込んで互助の仕組みをつくり出すのかが問われている。また、第2章で見たように、現場においては、支援者がすでに医療職や介護職の個別の努力だけでは限界を感じつつあり、すみやかに個々の効率性が上がるような連携の仕組みを構築していくことが求められている。

そのような中、始めから「共助」や「公助」に頼るのではなく、「自助」や「互助」の力を最大限引き出そうとしている先行事例がある。支援の受け手がときに支える側の立場にもなり、高齢者だけでなく障害者や地域の人々がお互いに支え合う仕組みを構築している、草津市のNPO法人宅老所の心（こころ）である。

2003年に設立されたNPO法人宅老所心は、地域の人が地域の中で、最後までその人らしく暮らすことができるように支援を行っている。「高齢になっても障がいがあっても、家庭的な雰囲気の中で自分らしさを失わずに身近な仲間と過ごせるようにしたいという願い」²⁶を持って集まった地域住民たちによって立ち上げられたNPOである。2010年からは小規模多機能型居宅介護事業所を開所し、「通い」を中心に「泊まり」や「訪問」のサービスを同じ事業所が提供する地域密着型の在宅支援の取り組みを拡充させている。



出所：草津未来研究所撮影 2014. 1. 22

図3-1 小規模多機能型居宅介護事業所心（草津市）

²⁶ NPO法人宅老所心が作成した紹介パンフレット（2010年）から引用した。

また、宅老所心では、独自の取り組みとして、2011年からごみ出しや買い物等、毎日の生活の中で困っていることを有志で支援する「お助け隊」を組織している。図3-2のような仕組みで、小さな困りごとを通じて、地域で顔の見える関係を作り出し、みんなが安心して暮らせる地域づくりを行っている。利用者の心理的な負担の軽減と、事業の継続性の意味合いから、表3-1のとおり若干の利用料金を徴収する仕組みとなっているが、その利用のしやすさが受け、利用者からのリピート率は高い。しかし、病院までの送迎等、事故のリスクがあるものや、物理的に時間が拘束されやすいものについては、支援者のなり手が少なく、需要に供給が追いつかないという課題が生まれはじめています。

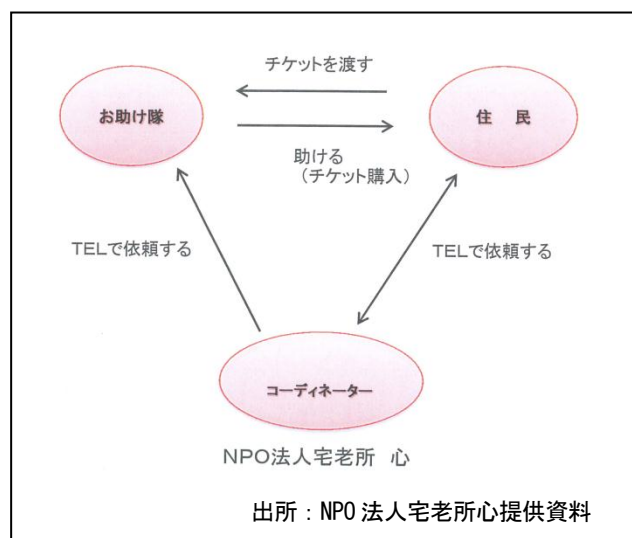


図3-2 お助け隊の仕組み

表3-1 お助け隊の内容と利用料金

お助け内容	30分利用料金(チケット制)
ごみ出し 散歩付添い 花の水やり 話し相手	150円
カラオケ 手紙代筆 レクリエーション(オセロ・トランプ)	200円
買い物	300円
掃除 洗濯 炊事(料理等) 大工仕事 庭木剪定 草刈 畑仕事 針仕事 パソコン 囲碁 将棋 通院送迎 薬受け取り	350円
1回1時間内で出来る内容 (元気高齢者 要支援1～要介護1の方対象)	30分 350円 1時間 700円

出所：NPO 法人宅老所心提供資料

2 あいとうふくしモール（東近江市）

支援の受け手が一方的に支援を受ける立場に留まるのではなく、支える側にも立つことができ、地域で支え合いが行われている先行事例として滋賀県東近江市の「あいとうふくしモール」がある（図 3-3）。

2009年、あいとうふくしモールは、障害があっても、認知症があっても、どのような症状になっても安心して暮らせる拠点づくりに取り組むプロジェクトとしてスタートした。「モール」とはさまざまな機能を有する福祉サービス事業所が、ショッピングモールのように軒を並べるイメージで、地域の広範なケアのニーズに24時間対応していこうとすることから名付けられている。

特定非営利活動法人 NPO 結の家、特定非営利活動法人 あいとう和楽、東近江ハンドシェーク協議会（現㈱あいとうふるさと工房）の3事業所が参加をして厚生労働省の「地域介護・福祉空間整備推進交付金」²⁷を活用して、2013年4月に複合施設としてオープンした。

地域住民から山の間伐材の提供を受けることや、立命館大学の学生のボランティアの助けを受けることによって、モール内の施設で薪をつくって、モール内外に販売する等、ケアだけでなく、食料やエネルギーの領域も含め、地域での支え合いと経済の循環のビジネスモデルをつくっていることが特徴的である。また、モールの各施設をつなぐウッドデッキで地域の人が集ってバーベキューをする機会や、「もったいない市」と名付けた地域住民のコミュニティビジネスの機会が設けられるなど、この場所自体が住民と専門職とサービス利用者が集って語り合う憩いの空間にもなっている。

なお、あいとうふくしモールの設立に至るまでの過程には、保健や医療、介護の関係者だけに留まらない行政職員や市民等、多種多様な人々の10年以上にわたる議論の下地があり、地域の課題解決に当事者だけが智恵を出し合う時代でないことを象徴している。中でも、任意の寄り合いである「^{みちぶしん}魅知普請の創寄り（東近江市内のキーパーソンが集う会）」が、多様な主体の参加と連携による持続的発展が可能な共生の仕組みづくりの一環として作成した「^{みちぶしんまんだら}東近江魅知普請曼荼羅」は独創的な取り組みである。これは、地域のキーパーソンを紙面上に落とし込み可視化したものであるが、地域で

²⁷ 地域における介護サービス基盤の実効的な整備を図るために必要な設備やシステムに要する経費等に対する支援を行うもの。

顔の見える関係をつくっていくための具体的な事例として示唆的である²⁸。

このように、あいとうふくしモールでは、一朝一夕にして地域で多様な職種の連携ができあがったのではなく、その仕組みを企画・立案していく過程において、十分な時間をかけて顔の見える関係を構築し、実践的な連携の土台がつくられている。また、仕組みをつくる過程の中で、当事者以外の行政職員や市民等が大きく関わることは、仕組みを下支えするインフォーマルサポートの担い手の育成や、まちづくりのビジョンの共有化にもつながり、その後も仕組みを持続させていくことにつながっている。



出所：草津未来研究所撮影 2013. 10. 17

図 3-3 あいとうふくしモール（東近江市）

3 ナガヤタワー（鹿児島市）

都市部における高齢者と住民の支え合いをデザインした住まいの先行事例として、鹿児島県鹿児島市の住民参加型集合住宅「NAGAYA TOWER」（ナガヤタワー）がある（図 3-4）。ナガヤタワーは、「住まいとケア」をセットで考え、江戸時代の長屋のように多様な住民が支え合う暮らしを目指して、2013 年、個人診療所を経営する医師が自分の敷地内に建てた共同住宅である。広い敷地が確保しにくい市街化区域で、立体的に空間を生かしてコミュニティが促進されるようにデザインされていることが特徴的である。児童発達支援施設や児童養護施設を併設しているほか、共同住宅の 1 階部分には、お洒落なカフェや美容室、コンビニエンスストアをテナントして入れることであまり動くことのできない入居者でも利用しやすくして生活の質を高めるための工夫がなされている。さらに、前述の診療所が隣接していることで、住民や利用者が 24 時間

²⁸ 詳細は(参考資料 8)を参照のこと。

365 日医師に見守られている感覚をもつことができる住まいとなっている。

一般的に、施設に入れば一方的に支援される側となり、管理的な暮らしになりがちである。しかし、ナガヤタワーは、豊富な共用空間を生かし、多様な世代、多様な背景を持つ人たちがお互いの能力を持ち寄り、足りないところを補完し合って暮らすことが可能になっている。

住宅内で共用空間が多いことは、運営側や利用者に対して不利に働く場合もある。行政の制度が縦割りであることが多いため、障害者用や子ども用等、空間に明確な区切りがなければ各補助金の額を確定できず、共用空間に対してそれぞれの補助金が得られにくくなるからである。補助金を得られなかった費用分については、結局、運営側または利用者の負担となる。しかし、このナガヤタワーは、その整備の際、制度横断的な特色を持つ補助金である国土交通省の「高齢者等居住安定化推進事業」²⁹に採択され、共同住宅の整備費と児童デイサービスの整備費の 10 分の 1 は補助金を得ることができたため、その後の利用者の家賃の負担軽減につながっている³⁰。



出所：草津未来研究所撮影 2013. 7. 1

図 3-4 NAGAYA TOWER（鹿児島市）

²⁹ 現在は「高齢者・障害者・子育て世帯等居住安定化推進事業」と名称を変えているが、高齢者、障害者及び子育て世帯が安心して生活することができる住まい・住環境の整備により、その居住の安定確保を推進するとともに、地域の活性化等を図ることを目的とした補助金制度である。

³⁰ 落合（2013：45）

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"> 定期的な訪問診療 急変時対応 看取り 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療開始時の指導 急変時の対応・指示 看取り
	看護職員	<ul style="list-style-type: none"> 診療の補助(医行為) 療養上の世話 	<ul style="list-style-type: none"> 病状観察 夜間を含む急変時の対応 看取り
	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	<ul style="list-style-type: none"> リハビリテーション実施 	<ul style="list-style-type: none"> リハビリテーションのアセスメント・計画作成 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
介護職	介護福祉士	<ul style="list-style-type: none"> 身体介護 家事援助 	<ul style="list-style-type: none"> 身体介護 身体介護と一体的に行う家事援助 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) 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) 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
	介護福祉士以外	<ul style="list-style-type: none"> 身体介護 家事援助 	<ul style="list-style-type: none"> 身体介護 身体介護と一体的に行う家事援助 認知症を有する高齢者等の生活障害に対する支援
医療福祉関連の民間事業者・NPO等		<ul style="list-style-type: none"> 安否確認 相談 地域サロン 介護予防 配食 日々の移動の手伝い レクリエーション 	<ul style="list-style-type: none"> 見守り 安否確認 相談 地域サロン 介護予防 家事援助 配食 日々の移動の手伝い レクリエーション

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³¹。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³²。

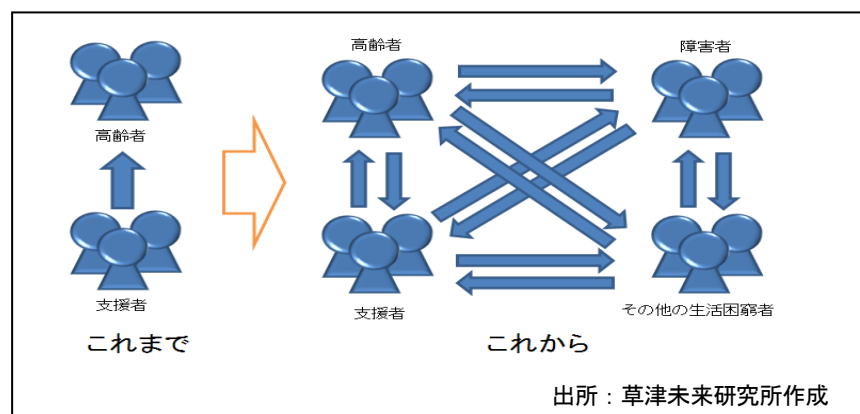


図 4-1 地域包括相互生活支援のイメージ

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

³¹ 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。

³² 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。

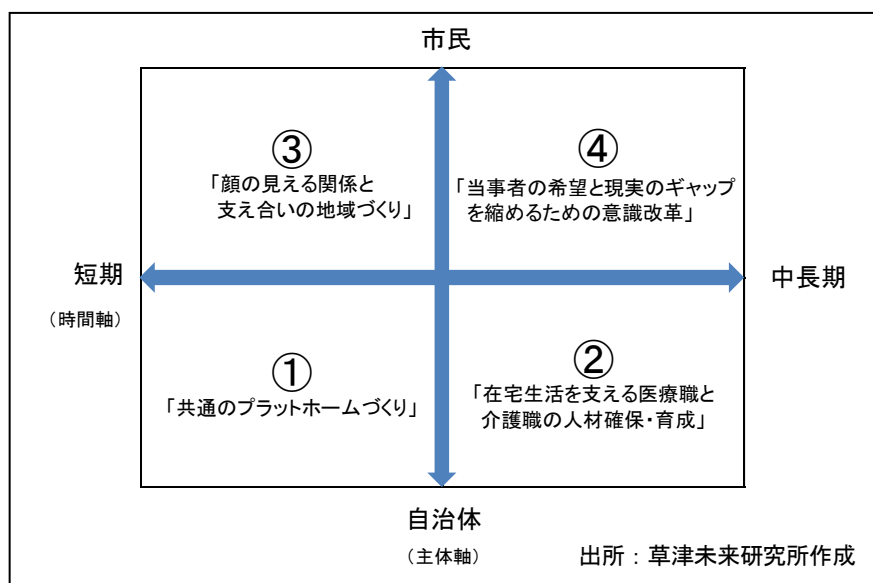


図 4-2 2025 年に向けて取り組むことのポジショニングイメージ

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³³。

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

³³ 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」³⁴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。

³⁴ 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高めていくため、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³⁵。

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³⁶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³⁷、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。

³⁵ 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。

³⁶ 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。

³⁷ 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。

おわりに

草津市では、2014年度から、草津市高齢者福祉計画・草津市介護保険事業計画「草津あんしんいきいきプラン」の第6期計画（2015年度～2017年度）の策定に向けて、具体的な動きが始まる予定である。すでに国の指針で、各自治体において計画を策定する場合は、長期的な見通しをもって、2025年まで見据えていく必要性について言及されており、草津市においても、2025年度まで見据えて第6期計画を策定する予定である。

また、当計画を含む市の保健・福祉の各種計画を横断的に捉えた草津市地域福祉計画の第3期計画（2016年度～2020年度）でも策定時には同様の長期的な見通しが必要となる。

さらに、医療福祉については、現行の草津市総合計画の第2期基本計画（2013年度～2016年度）の中では、「長寿・生きがい」、「障害福祉」、「地域福祉」、「健康・保険」の分野で一部の内容を取り上げているものの、現時点で最重要とされる3つのリーディング・プロジェクト（重点方針）には位置づけていない。次期の第3期基本計画（2017年度～2020年度）においては、中長期的な視点でもって、医療福祉にかかるテーマを重点分野として位置づけることを検討する必要がある。

◎関係者一覧

○アドバイザー

立命館大学 経営学部 教授 肥塚 浩（草津未来研究所 顧問）

○草津未来研究所

副 所 長 田邊 好彦

主任研究員 林沼 敏弘

研 究 員 中村 真

研 究 員 坂居 雅史（主担当）

参考文献

- 秋山美紀(2013)『コミュニティヘルスのある社会へ「つながり」が生み出す「いのち」の輪』岩波書店
- 朝田隆(2013)「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応 平成23年度～平成24年度総合研究報告書」厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業
- 池田省三(2011)『介護保険論—福祉の解体と再生』中央法規出版
- 大矢野修(2013)「「現代社会におけるもうひとつの先端・考」ノート—現代的貧困・限界集落・リスク管理・社会的主体形成—」『市政研究』大阪市政調査会、No180、pp. 40-55
- 岡崎祐司(2011)「2025年「地域包括ケアシステム」の争点と課題」『月刊保険診療』
- 落合明美(2013)「NAGAYA TOWER PROJECT～目に見える形としての希望と、支えあう絆づくりを薩摩から～」『いい住まい いいシニアライフ』一般財団法人高齢者住宅財団、Vol. 114、pp. 41-51
- 兼子芳文、逢坂悟郎(2011)「兵庫県における脳卒中の地域連携支援の取り組み—コーディネーターとしての関わりから(特集 作業療法における「連携」を考える)」『作業療法ジャーナル』三輪書店、45(2)、pp. 114-120
- 草津市(2011a)「全国的な人口減少社会の到来において持続的に発展する草津市のあり方に関する調査研究報告書」『平成22年度調査研究報告書—地方政府としての草津を指して—』
- 草津市(2011b)『第2期草津市地域福祉計画』
- 草津市(2012)『草津市高齢者福祉計画・草津市介護保険事業計画「草津あんしんいきいきプラン」第5期計画』
- 草津市(2013)『急激に進む高齢化の影響とその対策に関する調査研究—活力ある高齢社会の構築に向けた調査研究—』
- 草津市(2014a)『健康くさつ21(第2次)』
- 草津市(2014b)「住民基本台帳(平成25年12月31日現在)」
- 厚生労働省(2013a)「平成22年都道府県別生命表の概況」
<<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/tdfk10/>> (2013. 12. 12 閲覧)

厚生労働省(2013b)「地域包括ケアシステム」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_kourei_sha/chiiki-houkatsu/> (2013.12.12 閲覧)

厚生労働省(2014)「人口動態統計 上巻 死亡 第5.6表 死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率」

<<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001108739>>
(2014.3.6 閲覧)

肥塚浩(2013)「姫路都市圏における医療の現状調査委託報告書」学校法人立命館

国勢調査(2010)「平成22年国勢調査 人口等基本集計(男女・年齢・配偶関係,世帯の構成,住居の状態など) 都道府県結果 25 滋賀県」

<<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?bid=000001035013&cycode=0>>
(2013.12.24 閲覧)

国立社会保障・人口問題研究所編(2013)『地域包括ケアシステム ―「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして』慶応義塾大学出版会

国立社会保障・人口問題研究所(2013a)「男女・年齢(5歳)階級別データー『日本の地域別将来推計人口』(平成25年3月推計)」

<<http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson13/3kekka/Municipalities.asp>>
(2014.2.17 閲覧)

国立社会保障・人口問題研究所(2013b)「報告書『日本の地域別将来推計人口ー平成22(2010)～52(2040)年ー(平成25年3月推計)』」

<<http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson13/6houkoku/houkoku.asp>>
(2014.2.17 閲覧)

京都府保険医協会編(2011)『国がすすめる「地域包括ケア」を考える』かもがわ出版

財団法人東京市政調査会(2011)『「都市問題」公開講座ブックレット 21 岐路に立つ地域医療』

佐藤卓利(2008)『介護サービス市場の管理と調整』ミネルヴァ書房

滋賀県(2011)『「滋賀の健康・栄養マップ」調査報告書』

滋賀県(2012)『滋賀の医療福祉に関する県民意識調査報告書』

滋賀県(2013a)『滋賀県保健医療計画』

滋賀県(2013b)「老人福祉施設等一覧(県把握分)」

<<http://www.pref.shiga.lg.jp/e/lakadia/index.html>> (2013.12.26 閲覧)

総務省(2013)「地域の元気創造本部」

<http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/jichi_gyousei/c-gyousei/chiiki_genki.html> (2013.12.12 閲覧)

高崎市(2013)『高崎市第2次健康増進計画』

高橋紘士編(2012)『地域包括ケアシステム』オーム社

田中滋(2013)「2025年に向けた新しい地域づくりー地域包括ケアシステムの構築を目指してー」『地域包括ケア研究会シンポジウム資料集』

地域包括ケア研究会(2010)「地域包括ケア研究会 報告書」三菱UFJリサーチ&コンサルティング

地域包括ケア研究会(2013a)「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」『持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書』

地域包括ケア研究会(2013b)『2025年に向けた新しい地域づくりー地域包括ケアシステムの構築を目指してー』三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

永田祐(2013)『住民と創る地域包括ケアシステム 名張式自治とケアをつなぐ総合相談の展開』ミネルヴァ書房

西村周三(2013)『地域包括ケアシステム「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして』慶応義塾出版

広井良典(2011)『創造的福祉社会ー「成長」後の社会構想と人間・地域・価値』ちくま新書

広井良典(2013)「人口減少社会という希望ー新しい「豊かさ」へのビジョンへー」『市政研究』大阪市政調査会、No180、pp.6-27

東近江市(2012)「地域に生まれ地域とともに暮らし地域のなかで看取る」『広報ひがしおうみ』2012年9月号、pp.2-5

松岡陽子(2012)「日本の高齢者住宅：エイジング・イン・プレイス(地域居住)と住宅政策の視点から(特集 超高齢社会の介護)」『都市問題』後藤・安田記念東京都市研究所、vol.103(6)、pp.73-81

森臨太郎(2013)『持続可能な医療を創るーグローバルな視点からの提言ー』岩波書店

参考資料

参考資料 1	草津市の医療福祉のあり方研究会について.....	41
参考資料 2	「滋賀の医療福祉に関する県民意識調査報告書」一部抜粋.....	43
参考資料 3	滋賀県内の自治体の生産年齢人口と高齢者人口の変化.....	44
参考資料 4	全国の平均寿命と健康寿命の差ランキング(都道府県別・男女別・差の昇順)...	45
参考資料 5	医師の偏在と滋賀県内の医師数.....	46
参考資料 6	市内法人・事業所・まちづくり協議会へのインタビュー調査.....	47
参考資料 7	「命のバトン」と「災害たすけあいネットワーク」にかかる様式.....	52
参考資料 8	東近江魅知 ^{みち} 普 ^ふ 請 ^{しん} 曼 ^{まん} 荼 ^だ 羅.....	55
参考資料 9	高齢者住宅・施設等の種類.....	56
参考資料10	市内の各日常生活圏域における医療福祉資源マップ.....	57

参考資料1

草津市の医療福祉のあり方研究会について

(1) 目的

中長期的な視点で将来の草津市を予測し、高齢者が質の高い生活を維持していくために、どのような医療福祉のあり方が求められているのかを考える。

(2) 開催日程と内容

次頁のとおり

(3) メンバー

	分野	氏名	所属・役職
1	学識経験者	肥塚 浩 (座長)	立命館大学経営学部教授・医療経営センター長 (草津未来研究所 顧問)
2	医療	小山 茂樹	草津栗東医師会 理事 【医師】
3	医療	寺尾 敦史	草津保健所 所長 【医師】
4	福祉	北川 憲司	特定非営利活動法人 地域ケア政策ネットワーク 調査・研究部長
5	福祉	谷口 智恵己	医療法人社団よつば会 よつば訪問看護ステーション 所長 【看護師】
6	福祉	村田 美穂子	NPO法人 宅老所 心 理事長 【介護福祉士】
7	福祉	森本 清美	社会医療法人誠光会 居宅介護支援事業所きらら 所長 【介護支援専門員】
8	行政	米岡 良晃	草津市健康福祉部 理事(健康増進担当)
9	行政	明石 芳夫	草津市健康福祉部 副部長(高齢者担当)
10	行政	小川 薫子	草津市健康福祉部 副部長(地域包括支援センター担当) 兼 地域包括支援センター所長
11	行政	岡本 寿幸	草津市健康福祉部 長寿福祉課 課長
12	行政	中出 高明	草津市健康福祉部 介護保険課 課長
13	行政	西 典子	草津市健康福祉部 健康増進課 課長

事務局

1		田邊 好彦	草津市総合政策部 草津未来研究所 副所長 (総合政策部 副部長)
2		林沼 敏弘	草津市総合政策部 草津未来研究所 主任研究員 (総合政策部 副部長)
3		中村 真	草津市総合政策部 草津未来研究所 専門員
4		坂居 雅史	草津市総合政策部 草津未来研究所 主査

(4) 草津市の医療福祉のあり方に関する研究会 開催実績

開催目的：中長期的な視点で将来の草津市を予測し、高齢者の質が高い生活を維持していくために
どのような医療福祉のあり方が求められているか明らかにする。

開催方法：各回、一人につき話題提供 40 分（外部から招く場合は 60 分）＋意見交換

開催時間は、話題提供者が一人の場合は 2 時間、二人の場合は 2 時間 30 分

その他：メンバー外の関係者についてもオブザーバーとして出席を認める（参加実績のべ 41 名）

第 1 回 6 月 19 日（水）15 時から 17 時 （2 階特大会議室エレベーター側）

話題提供者：立命館大学経営学部教授 肥塚浩様

テーマ：医療・介護政策と介護サービス

第 2 回 7 月 20 日（木）15 時 30 分から 17 時 30 分 （8 階大会議室）

話題提供者：草津栗東医師会 小山茂樹様（社会医療法人誠光会草津総合病院）【医師】

第 3 回 8 月 20 日（火）15 時から 17 時 30 分 （2 階特大会議室エレベーター側）

話題提供者：NPO 法人 地域ケア政策ネットワーク 調査・研究部長 北川憲司様

NPO 法人 宅老所 心 理事長 村田美穂子様【介護福祉士】

第 4 回 9 月 12 日（木）15 時 30 分から 17 時 30 分 （2 階特大会議室エレベーター側）

話題提供者：国際医療福祉大学大学院教授 高橋紘士様

第 5 回 10 月 10 日（木）15 時から 17 時 30 分 （8 階大会議室）

話題提供者：社会医療法人 誠光会 居宅介護支援事業所きらら 所長 森本清美様【介護支援専門員】

医療法人社団 よつば会 よつば訪問看護ステーション 谷口智恵己様【看護師】

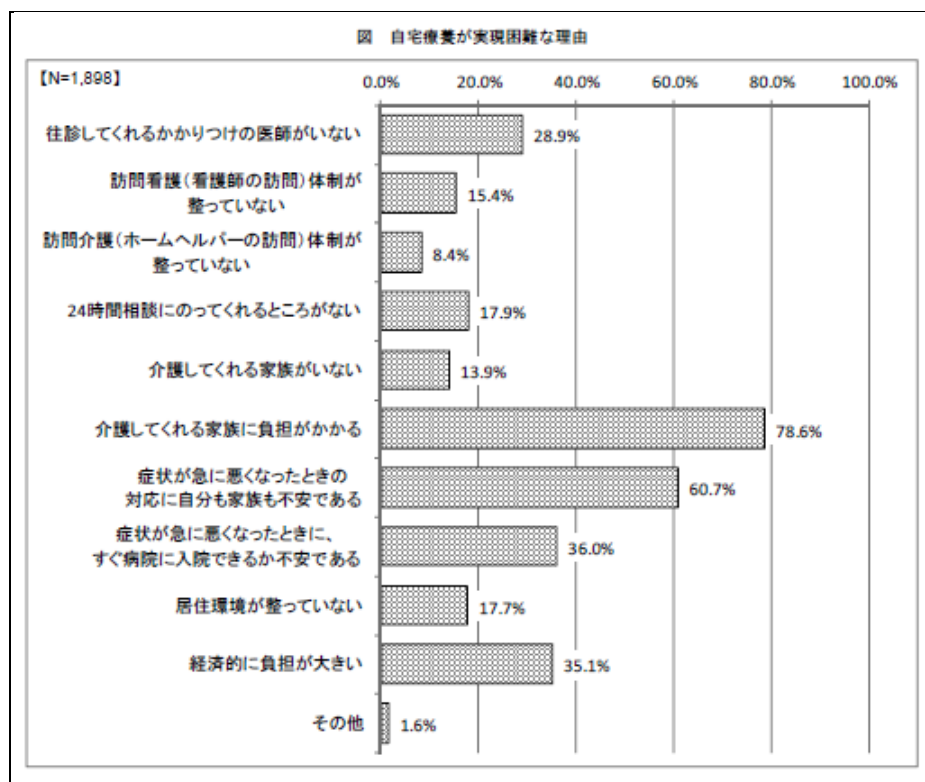
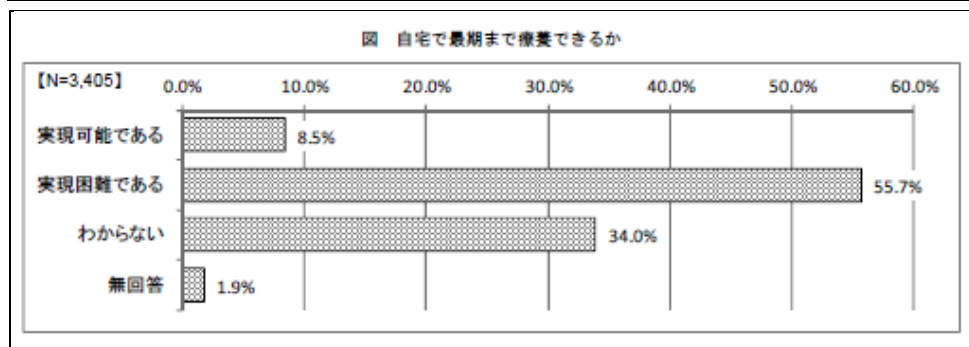
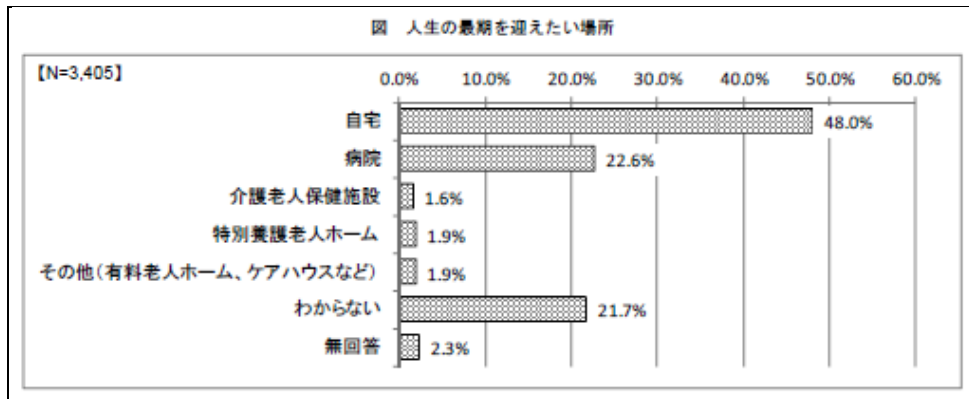
第 6 回 11 月 28 日（木）15 時 30 分から 17 時 30 分 （8 階大会議室）

話題提供者：医療法人敬英会理事長（立命館大学医療経営研究センター客員研究員）

光山誠様【特養施設・老健施設関係者】

第 7 回 12 月 19 日（木）15 時 30 分から 17 時 30 分 （8 階大会議室）

研究会のまとめ、調査研究報告書案の確認

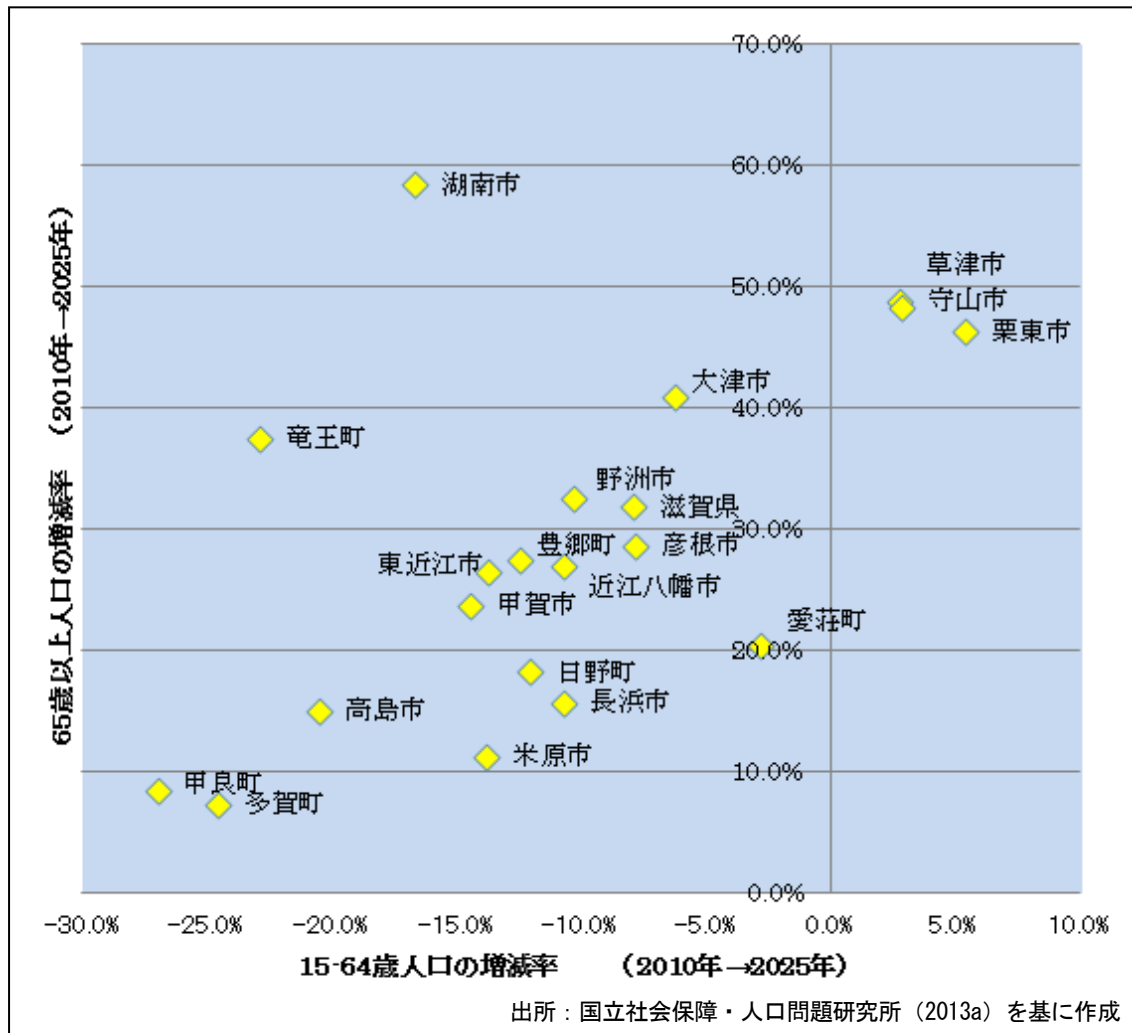


出所：滋賀県(2012)

参考資料 3

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

都市名	生産年齢人口 増減率(15-64歳)								高齢者人口 増減率(65歳以上)							
	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年		
1 大津市	0.0%	-3.2%	-4.9%	-6.2%	-8.7%	-12.8%	-19.1%	0.0%	22.4%	34.3%	40.9%	47.4%	54.1%	64.2%		
2 彦根市	0.0%	-3.5%	-5.9%	-7.9%	-10.5%	-14.5%	-20.8%	0.0%	15.1%	24.0%	28.7%	32.8%	37.0%	45.4%		
3 長浜市	0.0%	-4.6%	-7.8%	-10.7%	-13.9%	-18.4%	-24.8%	0.0%	10.1%	14.8%	15.7%	15.8%	16.4%	20.5%		
4 近江八幡市	0.0%	-5.6%	-9.2%	-10.7%	-12.7%	-16.0%	-21.2%	0.0%	16.7%	25.7%	27.0%	26.5%	26.7%	30.4%		
5 草津市	0.0%	-0.1%	0.7%	2.8%	3.6%	1.6%	-3.3%	0.0%	26.6%	42.1%	48.7%	56.8%	69.3%	88.1%		
6 守山市	0.0%	-0.7%	0.4%	2.9%	4.2%	3.0%	-1.7%	0.0%	25.7%	40.6%	48.3%	56.4%	67.2%	86.7%		
7 栗東市	0.0%	-0.3%	2.0%	5.4%	7.2%	5.5%	0.1%	0.0%	26.4%	40.4%	46.3%	55.8%	73.3%	101.9%		
8 甲賀市	0.0%	-6.0%	-10.3%	-14.4%	-18.6%	-23.0%	-29.4%	0.0%	13.2%	20.5%	23.7%	24.9%	23.5%	26.1%		
9 野洲市	0.0%	-6.1%	-9.0%	-10.3%	-12.3%	-16.1%	-22.7%	0.0%	21.0%	30.9%	32.5%	33.2%	35.2%	43.4%		
10 湖南市	0.0%	-7.1%	-12.2%	-16.7%	-21.0%	-26.2%	-33.1%	0.0%	29.0%	48.3%	58.4%	63.2%	65.5%	70.7%		
11 高島市	0.0%	-7.8%	-14.7%	-20.5%	-26.1%	-31.5%	-37.7%	0.0%	9.8%	14.6%	15.0%	13.5%	10.0%	7.3%		
12 東近江市	0.0%	-5.9%	-10.3%	-13.7%	-17.4%	-22.1%	-28.3%	0.0%	14.2%	23.1%	26.5%	28.4%	29.7%	33.2%		
13 米原市	0.0%	-5.0%	-9.2%	-13.8%	-18.7%	-24.0%	-29.9%	0.0%	6.9%	10.2%	11.2%	11.6%	11.4%	11.4%		
14 日野町	0.0%	-5.1%	-9.0%	-12.0%	-15.1%	-18.3%	-23.4%	0.0%	10.7%	16.3%	18.2%	18.3%	16.6%	17.6%		
15 竜王町	0.0%	-10.3%	-17.7%	-22.9%	-28.1%	-32.6%	-38.3%	0.0%	18.6%	31.7%	37.5%	40.2%	36.4%	34.3%		
16 愛荘町	0.0%	-2.7%	-3.3%	-2.8%	-2.7%	-4.7%	-8.8%	0.0%	11.9%	18.2%	20.4%	22.1%	26.6%	35.9%		
17 豊郷町	0.0%	-7.0%	-10.5%	-12.4%	-13.4%	-16.2%	-21.6%	0.0%	15.7%	23.9%	27.5%	26.5%	27.1%	31.9%		
18 甲良町	0.0%	-11.5%	-19.3%	-27.0%	-33.5%	-39.8%	-47.6%	0.0%	7.4%	10.5%	8.4%	3.2%	-3.3%	-6.1%		
19 多賀町	0.0%	-10.7%	-18.7%	-24.6%	-29.5%	-35.5%	-42.3%	0.0%	7.2%	10.0%	7.3%	1.8%	-2.4%	-5.8%		
20 滋賀県	0.0%	-4.0%	-6.3%	-7.9%	-10.1%	-13.9%	-19.8%	0.0%	17.8%	27.6%	31.8%	35.3%	39.1%	47.0%		



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）

参考資料4 全国の平均寿命と健康寿命の差ランキング(都道府県別・男女別・差の昇順)

順位	都道府県	男性		
		平均寿命	健康寿命	差
1	秋田	78.22	70.46	7.76
2	茨城	79.09	71.32	7.77
3	愛知	79.71	71.74	7.97
4	鹿児島	79.21	71.14	8.07
5	千葉	79.88	71.62	8.26
6	静岡	79.95	71.68	8.27
7	栃木	79.06	70.73	8.33
8	青森	77.28	68.95	8.33
9	群馬	79.40	71.07	8.33
10	山梨	79.54	71.20	8.34
11	山口	79.03	70.47	8.56
12	沖縄	79.40	70.81	8.59
13	石川	79.71	71.10	8.61
14	宮崎	79.70	71.06	8.64
15	和歌山	79.07	70.41	8.66
16	福島	78.84	69.97	8.87
17	佐賀	79.28	70.34	8.94
18	三重	79.68	70.73	8.95
19	埼玉	79.62	70.67	8.95
20	鳥取	79.01	70.04	8.97
21	岐阜	79.92	70.89	9.03
22	島根	79.51	70.45	9.06
23	富山	79.71	70.63	9.08
24	岩手	78.53	69.43	9.10
25	北海道	79.17	70.03	9.14
26	山形	79.97	70.78	9.19
27	宮城	79.65	70.40	9.25
28	神奈川	80.25	70.90	9.35
29	福井	80.47	71.11	9.36
30	愛媛	79.13	69.63	9.50
31	徳島	79.44	69.90	9.54
32	新潟	79.47	69.91	9.56
33	大阪	78.99	69.39	9.60
34	福岡	79.30	69.67	9.63
35	兵庫	79.59	69.95	9.64
36	広島	79.91	70.22	9.69
37	長野	80.88	71.17	9.71
38	熊本	80.29	70.58	9.71
39	長崎	78.88	69.14	9.74
40	奈良	80.14	70.38	9.76
41	高知	78.91	69.12	9.79
42	京都	80.21	70.40	9.81
43	東京	79.82	69.99	9.83
44	香川	79.73	69.86	9.87
45	滋賀	80.58	70.67	9.91
46	岡山	79.77	69.66	10.11
47	大分	80.06	69.85	10.21
	全国	79.59	70.42	9.17

順位	都道府県	女性		
		平均寿命	健康寿命	差
1	群馬	85.91	75.27	10.64
2	栃木	85.66	74.86	10.80
3	静岡	86.22	75.32	10.90
4	茨城	85.83	74.62	11.21
5	愛知	86.22	74.93	11.29
6	鹿児島	86.28	74.51	11.77
7	秋田	85.93	73.99	11.94
8	福島	86.05	74.09	11.96
9	宮崎	86.61	74.62	11.99
10	青森	85.34	73.34	12.00
11	岐阜	86.26	74.15	12.11
12	沖縄	87.02	74.86	12.16
13	山梨	86.65	74.47	12.18
14	石川	86.75	74.54	12.21
15	神奈川	86.63	74.36	12.27
16	和歌山	85.69	73.41	12.28
17	山口	86.07	73.71	12.36
18	富山	86.75	74.36	12.39
19	島根	87.07	74.64	12.43
20	福井	86.94	74.49	12.45
21	宮城	86.39	73.78	12.61
22	岩手	85.86	73.25	12.61
23	三重	86.25	73.63	12.62
24	愛媛	86.54	73.89	12.65
25	千葉	86.20	73.53	12.67
26	埼玉	85.88	73.07	12.81
27	鳥取	86.08	73.24	12.84
28	佐賀	86.58	73.64	12.94
29	兵庫	86.14	73.09	13.05
30	山形	86.97	73.87	13.10
31	北海道	86.30	73.19	13.11
32	熊本	86.98	73.84	13.14
33	京都	86.65	73.50	13.15
34	長野	87.18	74.00	13.18
35	新潟	86.96	73.77	13.19
36	長崎	86.30	73.05	13.25
37	高知	86.47	73.11	13.36
38	大阪	85.93	72.55	13.38
39	岡山	86.93	73.48	13.45
40	徳島	86.21	72.73	13.48
41	東京	86.39	72.88	13.51
42	香川	86.34	72.76	13.58
43	奈良	86.60	72.93	13.67
44	大分	86.91	73.19	13.72
45	福岡	86.48	72.72	13.76
46	滋賀	86.69	72.37	14.32
47	広島	86.94	72.49	14.45
	全国	86.35	73.62	12.73

※両寿命とも国勢調査がベースとなっているため、最新のデータである2010年時点のもので比較した。

出所：厚生労働省科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」

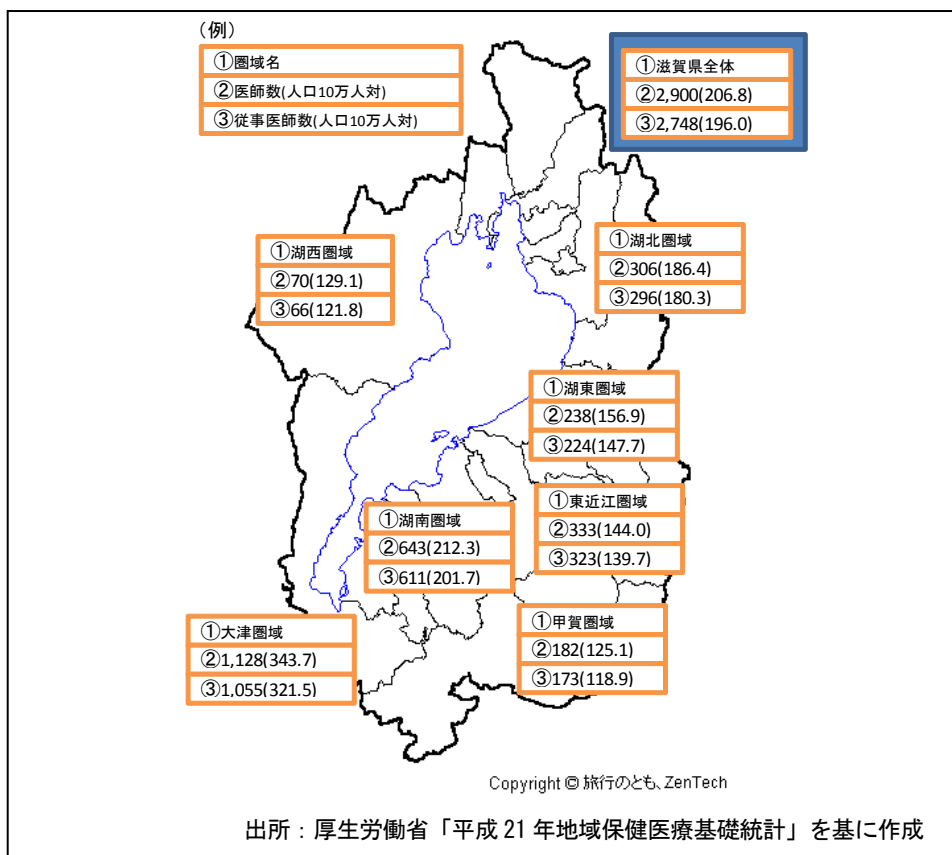
と厚生労働省ホームページを基に作成

参考資料 5

医師の偏在と滋賀県内の医師数

今、大都市の一部地域を除き、全国各地で医者が不足する事態が相次いでいる。その主な要因となっているのが、2007年まで20年以上続いた大学医学部の定員削減と2004年から始まった新医師臨床研修制度である。前者により医師の絶対数が少なくなったのに加え、後者により研修医が2年間の研修先を選択できるようになると、それまで研修医を多く抱えて僻地の医療機関等へ医師の派遣を行ってきた各大学医局でも人材が不足し、派遣先の医療機関から医師の引き上げを行うようになった。また、複数の診療科を経験した研修医が研修期間中に厳しいと感じた診療科を専門分野として選択しなくなったことが現在の診療科の医師の偏在にもつながっている。

わが国の対10万人の医師数を見てみると、OECD諸国の平均が324人であるのに対し、224.5人で34カ国中29位となっており、これが医師の数が少ないことを示す一つの根拠となっている。また、滋賀県内の対10万人の医師数は206.8人であり、うち湖南圏域の4市（野洲市、守山市、栗東市、草津市）では212.3人、草津市は200.0人となっていることから、県内平均を上回るものの、やはり身近なところでも医師が不足している様子が伺える。



二次医療圏で見る滋賀県内の医師数

【調査の概要】

調査期間：2013年9月～12月

調査方法：インタビュー調査（半構造化インタビュー）

あらかじめ調査票を送付し、訪問時に各項目について聞き取りを行った。

調査先：草津市内の介護・医療に関する法人・事業所 6箇所

草津市内のまちづくり協議会 4箇所

調査員：草津未来研究所職員2名

調査票：別添のとおり

【調査の結果】

1. 法人・事業所編

調査先：特別養護老人ホームA、老人保健施設B、居宅介護支援事業所C・D、

小規模多機能型居宅介護事業所E、医療福祉法人F

調査結果：別添のとおり

2. まちづくり協議会編

調査先：まちづくり協議会A・・・介護予防の先行地域

まちづくり協議会B・・・地域福祉の先行地域

まちづくり協議会C・・・地域協働の先行地域

まちづくり協議会D・・・まちづくり協議会の先行地域

調査結果：別添のとおり

医療福祉のあり方に関するインタビュー調査票（法人・事業所編）

2013年9月

草津市総合政策部草津未来研究所

【趣旨】

草津市内の医療・介護・保健・福祉サービスの提供における現状と課題等を調査することで、医療福祉政策をより地域の特性にあったものとするため、市内事業者にインタビューを実施するものです。

※ 医療福祉・・・医療・介護・保健・福祉の有機的な結びつきと連続性の確保によって地域で生活を支える考え方のこと。

1. 経営理念について

貴法人・貴事業所では、どのような理念をもって高齢者に向き合っていますか。

2. 高齢者の生活状況について

①今後、高齢者が増加し、入所希望者がすべて施設に入所できない状況が予測されますが、草津市の高齢者の生活の状況について、今後どのように変化していくと思われますか。

②上記の変化に対応して、貴法人・貴事業所として高齢者からどのようなことを期待されていると思われますか。

3. 地域包括ケアシステムについて

①草津市の「地域包括ケアシステム」の整備にあたり、次のうち欠けているもの、強化すべきものは何だと思われるですか。（次の項目から重視するものから3つまで順位を付けてお答えください。）

1位		2位		3位	
----	--	----	--	----	--

- | | |
|-----------------|----------------|
| 1. 医療・看護 | 4. 生活支援・福祉サービス |
| 2. 介護・リハビリテーション | 5. すまいとすまい方 |
| 3. 保健・予防 | 6. その他（ ） |

②上記（3-①）を選択した理由は何ですか。

4. 関係者への期待

①高齢者の増加に対し今後各主体の連携が必要になると思われますが、医療・介護・保健・福祉の**連携**に関し、他者（事業者・草津市等）に期待することは何ですか。

②医療・介護・保健・福祉の**連携**に関し、貴法人・貴事業所では何ができると思われますか。

5. 自由意見

草津市の医療・介護・保健・福祉の**連携**に関し、ご意見があれば教えてください。

医療福祉のあり方に関するインタビュー調査票（まちづくり協議会編）

2013年9月

草津市総合政策部草津未来研究所

【趣旨】

草津市内の医療・介護・保健・福祉サービスの提供における現状・課題等を調査することで、医療福祉政策をより地域の特性にあったものとするため、市内のまちづくり協議会にインタビューを実施するものです。

※ 医療福祉・・・医療・介護・保健・福祉の有機的な結びつきと連続性の確保によって地域で生活を支える考え方のこと。

1. 課題認識について

貴協議会では、貴地域の高齢者に対し、今後取り組まなければならない課題がありますか。

2. 運営方針と組織について

貴協議会では、上記の課題に対し、対応する運営方針や組織はありますか。

3. 資源ニーズについて

現在、貴地域の高齢者に対し、どのような資源が不足していますか。

4. 専門機関との連携について

貴協議会から見て、医療・介護・保健・福祉の専門機関とどのような**連携**が必要と思われますか。

5. 自由意見

草津市の医療・介護・保健・福祉の**連携**に関し、ご意見があればお答えください。

調査結果 (法人・事業所編)

	小規模多機能型居宅介護事業所A	特別養護老人ホームB	介護老人保健施設C	居宅介護支援事業所D	居宅介護支援事業所E	医療法人社社福祉法人F
経営理念について	<p>・なじみの地域で、ほっとできる場所を提供</p> <p>・地域の中で、最後までその人らしく暮らすことができるように支援</p> <p>・その人の思いや行動にさりげなく気づき、専門的な知識や技術で支援</p>	<p>・高齢者の自主性と尊厳を守り、介護される人も、介護する人も、お互いに信頼できる関係で接し合うこと。</p>	<p>・高齢者の主体性と個性を尊重し、残存機能を使って生きがいのある生活ができるように支援</p> <p>・専門の4職種(医師、看護師、介護支援専門員、社会福祉士)での総合的な対応</p>	<p>・お客様の立場になって考え、会社に属しながら高齢者を自立へ導く。</p>	<p>・法人の理念である「誠心誠意の介護」「一隅を照らす光の如く、人々に幸せをもたらす介護」を基本とし、高齢者の「尊厳の保持」に基づいた「自立支援」を柱とし、利用者の背景や環境に応じた、心身の状態が改善できるように、その有する能力に応じた生活の継続や改善を図り、包括的・継続的なケアマネジメントの中で、利用者の選択に資する明確なサービスの情報提供により、適切な地域支援や医療・介護・福祉サービスが提供されるよう支援を行なうものとする。</p>	<p>一人でも多くの困っている人を助ける。そのために何が出来るか考え、それをやりこなせる職員をつくる。</p>
高齢者の生活状況について	<p>・要支援から要介護の狭間に該当する人が多くなる。</p> <p>・現在、サービス付き高齢者専用住宅市内でも増加傾向にあるが、入居に12～19万円程度必要であり、低所得の高齢者の住み場所が不足している。</p> <p>・施設の入所基準が厳しくなり、要介護以上の人が新設の施設に入らず、それ以外の人の行き場がなくなる。</p>	<p>・入所施設だけを増やしても解決につながらない。介護専門職の人材不足は深刻であり、介護関係の職員になりたいと思えるような環境づくりが必要である。</p> <p>・民生委員や近隣住民からの通報が増えたこともあり、高齢者への虐待の相談が増えている。虐待には多様な虐待作業が必要であり、仕事量が増える原因となる。施設では職員の力量にかかっている場合が多く、システム化しないと職員が多く、職員が疲れてしまう。</p> <p>・高齢者が在宅で介護を受けることを主流にしている必要がある。</p>	<p>・独居世帯が増え、介護が必要な人に必要なサービスを受けることがなくなる。</p> <p>・若老介護が増えている。</p> <p>・今までは地域のつながりがあって、地域の力を借りながら在宅で暮らすことができた高齢者も、今後は地域のつながりが薄れてそれがなくなる。</p>	<p>・今は介護サービスが選べる時代で充実しているが、今後は人的・経済的資源の減少から介護サービスを受けるほど使えないようになり不便になる。</p> <p>・ボランティアの活用や介護予防が今よりも注目される。</p>	<p>・マンションや団地の大型開発時に入居した世代の人たちが同様に高齢者となり、互助と共助の限界が訪れる。</p> <p>・介護付きマンションに移り住んでいく。</p> <p>・同一グループによる高齢者の閉じこもりが起り、高齢者の実態が見えなくなる。</p> <p>・団居の高齢者や認知症の高齢者が増える。</p> <p>・在宅支援を受ける要件も厳しくなってくる。</p> <p>・本来急性期に対応するはずの病院でも慢性疾患の高齢者の需要を見ざるを得なくなってくる。</p> <p>・草津市という狭いエリアで考えるのではなく、湖国圏で問題を考える必要がある。</p> <p>・行政のトップが強いリーダーシップ方向性を示せば、実務方面では民間病院のトップが考えたらと対応できる。行政が市立病院を持つとしても絶対になくはない。</p>	<p>・高齢者の増加に今まででの医療や介護では対応できなくなってくる。</p> <p>・いかなる不慮にはならない。メタボ系から徐々に喪失感を感じるようになっていく。</p> <p>・将来の予測が住民にしっかりと説明ができていれば大丈夫である。そのために市として地域に啓発していくことが必要である。</p> <p>・高齢者にモをよめる発想で行ってはいけない。</p> <p>・成長段階からセルフマネジメントの発想を持つことが必要であり、自分のことは自分で守っていく形をつくらなければならない。</p> <p>・みなで取り組む問題という意識を多くの人が持てれば、そんなに急ぎすぎる必要がなくなる。</p> <p>・草津市という狭いエリアで考えるのではなく、湖国圏で問題を考える必要がある。</p> <p>・行政のトップが強いリーダーシップ方向性を示せば、実務方面では民間病院のトップが考えたらと対応できる。行政が市立病院を持つとしても絶対になくはない。</p>
2-1						
2-2	<p>・地域の人暮らしの高齢者を支える機能と居場所</p> <p>・地域で助け合いができるような人材育成</p> <p>・生きがいや中心としての場所の提供</p> <p>・自分たちも活躍できる役割の提供</p>	<p>・施設の入所枠の拡大</p> <p>・安心して受けられる介護サービス</p> <p>・精神的な支援</p> <p>・思ったときにすぐに力になってもらえるところ</p> <p>・(居宅がある人の入所に)は契約が必要であり、その際の診断書の提出など、現状では職員の力量にかかっている場合が多く、システム化しないと職員が多く、職員が疲れてしまう。</p> <p>・高齢者が在宅で介護を受けることを主流にしている必要がある。</p>	<p>・介護が必要なときにすぐに使える施設(現在は入所まで約2ヶ月待ち状態)への入居後、できる限り早期に退院後のケアを決めておくこと(病院で4ヶ月も入院すると家族も楽な生活に慣れてしまいがちで在宅に慣れるのが難しいことある。)</p>	<p>・病院やお店への送迎等、地域と連携して高齢者の生活を支援していくこと。</p> <p>・気軽に相談に来られる窓口(相談は高齢者より家族が来るほうが多い)。</p>	<p>・高齢者に関する情報の集約と発信</p> <p>・家族形態の多様化に合わせたサービスの提供</p> <p>・成年後見制度の活用も必要、一人暮らしの高齢者や家族になるケアマネジメントの提案</p> <p>・地域や行政への政策提案</p>	<p>・グループ全体で一人でも多くの高齢者を支援していくこと。</p> <p>・重要な要介護高齢者を受け入れること。</p>
3-1	1-3-4	4-3-8	5-3-4	6-4-3	6-3-4	6-6-5
地域包括ケアシステムについて	<p>11について</p> <p>在宅医が少ないため、老年医療(総合医)が少ないため。</p> <p>31について</p> <p>介護関係の事業所は多くあるが、人材不足、金銭的な負担が大きいため、質が低下しているため。</p> <p>41について</p> <p>要介護支援に該当する軽度の高齢者が使えるサービスが充実していないため。</p>	<p>41について</p> <p>施設は民間でも対応できるはずであるが、町内会活動など高齢者の生きがいの場として活用していく必要がある。</p> <p>31について</p> <p>要介護の高齢者が増やさないために、市や地域包括ケアセンターが頑張らなければならぬ。保健や予防には、お金では解決できない要素がある。</p> <p>61について</p> <p>つなぐ人のシステム化。市が関わる地域包括ケアセンターを中心に、国や県の資源も活用しながら、困った人たちを解決につなげることができる仕組みが必要である。</p>	<p>51について</p> <p>地域のコミュニティが少なくなった。もう少し地域でかわり合っているように生活の環境を整える必要がある。</p> <p>41について</p> <p>利用者や支援者は、権利だけでなく義務も果たさなくてはならない。</p>	<p>61について</p> <p>意識改革。市民一人ひとりが高齢者について考え直す機会として啓発や教育が必要である。</p> <p>41について</p> <p>障害者の福祉移動サービス等、介護保険制度で使えないもしくは使にくいサービスがある。今後とも生活支援に関する介護サービスは、いかに早く方向性を見出すことので、家のかまけ等、近所でもできるようなサービスを広げようとする。そういった取組がそれぞれの地域で展開されるのが望ましい。</p> <p>31について</p> <p>生活習慣病を減らすための世代や中年に対する啓発を行う必要がある。</p> <p>41について</p> <p>現状では利用できる社会資源が少ない。高齢者が自分自身で考えようとする考え方を促す必要がある。</p>	<p>61について</p> <p>一般市民への現状の周知が必要である。高齢者の現状、今後の介護保険制度の情報提供、町内会単位で、みんなでどうすればいいかを考える必要がある。</p> <p>31について</p> <p>生活習慣病を減らすための世代や中年に対する啓発を行う必要がある。</p> <p>51について</p> <p>要介護の予防など、健康寿命を延ばすことができる。</p> <p>41について</p> <p>現状では利用できる社会資源が少ない。高齢者が自分自身で考えようとする考え方を促す必要がある。</p>	<p>81について</p> <p>・バーンセンターの考え方が、国が描く地域包括ケアシステムの図には「利用者」が入っていない。真ん中に「利用者」を置いていく必要がある。</p> <p>61について</p> <p>意識改革。サービス利用者のセルフマネジメントの考え方の構築が必要である。</p> <p>71について</p> <p>・QOLを上げるための介入に医療者が、生活習慣病を減らす必要がある。</p> <p>・サービス付き高齢者専用住宅について</p> <p>・施設が相次いでいる。</p> <p>・高齢者が在宅にいても介護を必要とする。訪問看護を配置しているで、不必要に呼ばない等、利用者の協力が欠かせない。</p>
4-1	<p>・分野・業種を超えてネットワークが広がってほしい。</p> <p>・社会福祉協議会がもつネットワークの要として機能してほしい。</p> <p>・若手や高齢者がもつネットワークの要として機能してほしい。</p> <p>・(例)生きがいやサービスでの地域連携(ポイント)制度等の取り組み</p>	<p>・24時間対応巡回訪問、現状の訪問利用時等で不便が生じる。</p> <p>・サービスへの情報の迅速性、現行では、水曜日を休むなどの生活時間に対応してないこともある。</p> <p>・院内の連携など小規模の施設と連携を取り、滑り油として機能することを期待</p> <p>・ケアマネジャーと地域包括支援センターとの連携</p>	<p>・地域のコミュニティを活性化して異なったサービスを提供できるようにする</p> <p>・介護事業者の考え方がそれぞれ異なるため、一定の方向性の共有が必要</p> <p>・利用者が介護サービスの質を見極める環境下にはないため、見える化が必要</p> <p>・(利用者の家に行くまでに片道30分を要することもあるため、小規模多機能型介護支援事業所は利用者の担当エリアを明確に区切りたい)。</p> <p>・精神障害や痴呆症高齢者等の困難ケースの受け入れ</p>	<p>・地域包括支援センターはまだ充実していない。家族が精神障害者である場合や、精神的に生活に困難を感ずる場合や、権利確保が必要とする場合、困難ケースが多、3名の専門職では対応が厳しい。</p> <p>・他とつながるパイプが必要だが、地域包括支援センター等で社会福祉士的なサービスを増やす必要がある。現状では、ケアマネジャーも自分たちの仕事の範囲なのかなという思いがある。</p> <p>・中央地域包括支援センターが市内の地域全体を担って、人員が足りないこと、人員の追加配取を確保するようにしてほしい。</p> <p>・在宅での生活に際し、医療面で指示を出せる必要がある。</p>	<p>・市・一人暮らしができてまちづくり(例えば、在宅サービスを受ける際の駐車場スペースの確保)</p> <p>・市・高齢者の残存能力を活用して自立につながる支援(例えば、福祉サービスなど)。</p> <p>・(例えば、民間企業に経リや地域まで来てもらい、そのほかの買物や福祉サービスの配達業務)</p> <p>・学校、子どもの頃から教育の中で、福祉や介護、社会福祉制度を教えること。</p> <p>・医師、職種ごとの役割を尊重し、連携をなくしてチームづくりの意識を取ること。利用者にも目を向けること。</p> <p>・医療・介護専門職、情報が伝わりきっていない現状から、情報のネットワーク化と一元化。</p>	<p>・各事業所が自分たちの事業所のことだけを考えてはいけいない。質の高い研修を企画し、職員全体のレベルを上げていく必要がある。</p> <p>・高齢者が在宅にいても介護を必要としないようなセルフマネジメントを推進する必要がある。</p> <p>・セルフマネジメントでは、フォーマル時に限らず、非フォーマルでも質の高い研修を実施する必要がある。その中で専門職とも一緒に研修を行う必要がある。一貫してチームで働くことが必要である。</p> <p>・困窮ケースの高齢者を積極的に受け入れる。</p>
4-2	<p>・現状や課題を含めて現場の情報を提供できる。</p> <p>・ネットワークの拠点として場所を提供することは可能である。小規模多機能型事業所やグループホームのつながりがあるが、分野を超えてそれ以外のネットワークの広がりが必要である。同じことを高齢者や家族に説明するときに、医者がいると受け入れられやすくなる場合がある。</p>	<p>・介護予防に貢献</p> <p>・制度の整備が整えば、緊急の受け入れとしての役割</p> <p>・夜間10時くらいまでの訪問看護、およびデイサービスの提供</p>	<p>・専門職での情報共有を前提としたうえで、の遠隔指導やサービスを通じての利用者一人ひとりのケア</p> <p>・精神障害や痴呆症高齢者等の困難ケースの受け入れ</p>	<p>・利用者の生活の背景を理解したうえで、地域包括支援センター等との連携の見える化</p> <p>・地域の住民向けに高齢者の初めの相談窓口としてのアピール。</p> <p>・認知症キャラバン隊への参加</p>	<p>・ケアマネジャーを通じての高齢者の交通手段を確保すること</p> <p>・一人ひとりの利用者をチームとして支える</p> <p>・病院からの情報提供を含め、専門職間の連携をなくしていくこと。</p>	<p>・現場感覚を大事にしながらリーダーの考え方をグループに浸透させていく。</p> <p>・自分の責任、責任のあり方を明確にする</p> <p>・ケアマネジャーのチームに説明する</p> <p>・グループ全体で利用者のバックアップモデルをつくる</p> <p>・困難ケースの高齢者を積極的に受け入れる</p>
自由意見	<p>・虐待を受けた高齢者が緊急避難的に入所できる施設が市内にない。</p>	<p>・生きがい支援は、高齢者に孤独感を感じさせず介護予防につながる。</p> <p>・地域活動を充実すれば、高齢者による生活の場ができ、元気な高齢者が地域で増える。</p> <p>・介護職員の社会的地位を向上し、職業としての魅力を高めて人材を集める必要がある。</p> <p>・施設介護職員と病院の看護士との連携が重要である。介護施設で夜勤をしないという職員が少ない。</p> <p>・制度が変わり、ヘルパーから介護福祉士になるために実習期間などの研修が必要となったため、向上心があっても必要と断念せざるを得ない職員もいる。</p>	<p>・サービスの平等性に問題がある(介護保険制度を知らない高齢者がサービスを受けられない)。</p> <p>・サービスを過剰利用に使う利用者もいる</p> <p>・(国の)制度で指導できない現状がある</p> <p>・訪問系のサービスのメンバーが不足している</p> <p>・(利用者の家に行くまでに片道30分を要することもあるため、小規模多機能型介護支援事業所は利用者の担当エリアを明確に区切りたい)。</p> <p>・認知症の症状の出始めた高齢者に早期に対応するため、市民への認知症に対する教育が必要である</p> <p>・直接的なサービス以外の指導援助にかかると介護報酬の点数アップが必要である(ケアマネジャーだけでなく、サービスにかかると45分の対応が必要であり、現行制度ではその労力が十分に報われない)。</p>	<p>・市内だけでなく地域ごとで違いがある1つの方向性で進めるのは難しい。そのため、地域包括支援センターを活用して柔軟に地域の方の方向性を考える必要がある。</p> <p>・住民のコミュニティが乏しく人が少なかったため、地域で上手に支えていくことも可能になった。</p> <p>・認知症であるという医師の診断結果をもうたがうのが難しい現状があり、専門職をしっかりと増やしてほしい。</p> <p>・サービス付き高齢者専用住宅のあり方を検討して進めたい。利用者の体調が悪くなった時のルールなどとなっているのか、聞いてみれば自分たちの資源のなかに隠れてしまっているのではないかと。</p>	<p>・医療と介護の連携は、本来双方向であるべきであるが、一方通行になりがちである。</p> <p>・医療や介護の専門職と行政だけでは情報が足りず、協働を進めたい。</p> <p>・医療・介護専門職、情報が伝わりきっていない現状から、情報のネットワーク化と一元化。</p> <p>・民間と行政がタイアップして、例えば、オンラインの中で相談窓口や健康体操を一緒に実施することができれば、要介護1、2の人がデイサービスに不安なく、健康な人も入居するのではないかと。</p>	<p>・草津市としてだけでなく、いかに草津市と連携する必要がある。</p> <p>・市の考えを地域に浸透させるように啓発が必要である。</p> <p>・医師の間では在宅医療はまだマイナーであるが、地道にわかる医師を増やしていく必要がある。</p> <p>・在宅医療は、始める前の医師が自分の時間を制限されているのではないかと感じていられるが、実際はほとんど電話での問い合わせでも、現場に行くことがあっても、訪問看護師のほうで判断の方が決まってしまう。そのため、負担は少ない。</p> <p>・在宅医療を大事にしながらリーダーの考え方をグループに浸透させていく。</p> <p>・至善の業である。</p> <p>・行政がリスクの一部を担い、現場の課題を一緒に解決している体制がほしい。</p> <p>・グループの垣根を超えて連携できれば理想的だが、診療報酬の割り方や一生懸命取り組む人とうでない人がいることで連携が難しい。結局、主治医制度がペナリとして行われる。</p> <p>・成功事例を積み重ねて、専門職の意識を改革し、患者の教育にも努めていく必要がある。</p>

調査結果 (まちづくり協議会編)

	①	②	③	④
1	<ul style="list-style-type: none"> ・地域で仲間と安心して暮らせる環境づくりが必要である。→2年前から「ふれあいいハウス絆」で具体的な取り組みをはじめている。 ・具体的には、買い物時や通院時の送迎、いざというときの緊急連絡先の把握が課題となっている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ふれあいいサロンを7つ設けているが、高齢者が家で閉じこもったままにならないようにする取り組みが必要である。しかし、個人情報(人権)の問題が常に引っかかる。 ・現在、25町内のうち8町内に老人クラブがあるが、役員になった人の負担が大きく組織の減少・事業の縮小傾向にある。まち協が、老人クラブの活性化のために何ができるのかが課題となっている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・災害時に高齢者が孤立しないようにすること。 ・高齢者に健康で長生きしてもらうこと。 	<ul style="list-style-type: none"> ・学区内でも地域ごとに高齢化率の幅があり、考え方を共有していくのが難しく、課題となっている。(高齢化率の例:よし池37.8%、湖州平30.1%、ベルヴィ草津1桁台) ・高齢化率が高いところでは、お出かけ先への送り迎えをどうするかという課題がある。(3年ぐらい前までは、よし池地域にある任意グループが高齢者の送り迎えをしていたが、事故のリスクのことを考えて解散した経緯がある。) ・自治会組織がない地域もあり、どのようにその地域の情報を把握していくのかが課題である。 ・区域の分け方が各種団体と自治会で異なる地域もあり、住民の一体感が生まれにくいところもある。
2	<ul style="list-style-type: none"> ・志津南地区福祉活動計画に基づき運営している。 ・組織上、まちづくり協議会の中の志津南地区社会福祉協議会に対応している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・学区社協では、約5年前から「手間隙かけて近所力」というスローガンを立て、住民同士が声を掛け合い、地域福祉の広がり目指している。 ・町内会単位で福祉委員を決めており、全部で地域に68名いる。1つの町内に2、3人の福祉委員があり、一人あたり約50世帯を担当している。 ・災害時要支援計画をつくるのがきっかけとなり、生活弱者を地域全体で一人も見逃さないという取組をしている。具体的には、民生委員だけに頼ることなく、子ども会、老人クラブ、障害児支援サークルを通じて、本来、市の災害時要支援者名簿に記載されていない人までも発見し、名簿に登録してもらうよう市に働きかけている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・「華麗社会の実現」というキャッチフレーズを掲げ、110歳まで生きられるように取組を行っている。 ・まちづくり協議会内の各部会にて対応している。また、野路町では野路町自主防災会実行委員会等の自主組織でも対応している。 ・具体的な取組としては、災害たすけあいネットワークの構築(平成19年度～)、救急医療情報キット「命のバトン」(平成21年度～)、向こう三軒両隣推進運動(平成23年度～)、玉川ハートプロジェクト(平成24年度～)等がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・まちづくり協議会のなかに福祉部会を設けているが、その部会の業務を学区社協がすべて引き受けるかたちで対応している。そのため、まちづくり協議会の会則のうち福祉部会にかかる部分を学区社協に読み替える規定をつくっている。
3	<ul style="list-style-type: none"> ・人、モノ、金、情報のうち、人と情報は足りているが、モノと金が不足している。 ・他人の下の世話をすることを含め、専門的な知識のない住民が地域で介護を担えるはずがない。医療も介護も基本的には専門家が担うべきである。 	<ul style="list-style-type: none"> ・75歳以上の敬老会の名簿だけが地域に下りてくる情報であり、圧倒的に個人情報不足している。 ・すべての人のニーズを受入れることはできないので、寺の活用も含め、住民が手間隙かけて関係性を作っていくことが重要である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・平常時の見守り。一人暮らしの家等、要援護者の家になかなか行けず、年々回復度となっている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・要支援者が地域内のどこに住んでいるのかという情報 ・かかりつけ医(個人診療所が減少の傾向にあるため)

「救急医療情報」

氏名			
生年月日		血液型	
かかりつけの医	----- -----		
持病			
常用薬			
診察券番号			
保険証番号			
緊急連絡先			



↑ 「命のバトン」様式

← 「命のバトン」シール

「災害時たすけあいネットワーク」登録申請書

私は、「災害時たすけあいネットワーク」の趣旨に賛同し、同制度への登録を申請します。
 私が届け出た下記の個人情報について、湖南消防本部、学区社協、民児協に提供し、災害時
 要援護者対策のために活用されることに同意します。

平成 年 月 日

野路町会長 殿

署名 _____ (印)

1 名簿登録者

氏名	フリガナ	男・女	町・班名
	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)		担当民生委員
住所	〒		緊急時連絡先 (同居以外の家族)
			氏名 続柄
電話番号	自宅 — —		住所
	携帯		
世帯主		続柄	電話 — —
世帯主との続柄	氏名	年齢	備考
家			
族			
氏			
名			

2 住居または身体状況 該当事項の口の中にチェック 又は記入してください

高齢者	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 要介護			
障害者	<input type="checkbox"/> 身体	体幹・上下肢	<input type="checkbox"/> 療育	<input type="checkbox"/> その他
		視覚・聴覚		
その他	災害時自力で避難するのが困難な状況			
特記事項	援護を受ける時配慮してほしいこと			

3 避難協力者 災害発生時協力をしていただける方を近所の中から了承を得た上で出来るだけ多く記入して下さい

	氏名	近隣者	その他の関係、住所	電話番号
1		隣・前・裏・近所		
2		隣・前・裏・近所		
3		隣・前・裏・近所		

↑ 「災害たすけあいネットワーク」野路町内会長提出様式

災害福祉ネットサービス登録申出書

申出年月日 年 月 日

湖南広域行政組合消防本部 消防長 様

私は、災害時に援護が必要となるため、災害福祉ネットサービスの登録を申し上げます。

●名簿登録者●

ふりがな		性別
氏名	Ⓜ	男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生	
住所	<マンション名 号室> 電話番号 (- -)	
自治会名		
災害情報案内の希望	<p>災害情報案内の希望について、いずれか一つに○をして下さい。</p> <p>① 希望する ② 希望しない(登録のみ)</p> <p>「希望する」にチェックした方は、情報案内の方法をいずれか一つを○で囲んで下さい。</p> <p>① 電話・携帯電話 ② ファクシミリ ③ 電子メール</p> <p>※案内方法の中から ①を選ばれた方は、電話(携帯)番号 ②を選ばれた方は、ファクシミリ番号 ③を選ばれた方は、メールアドレス を記入して下さい。</p>	
災害弱者区分	<p>該当する番号に○で囲んで下さい。(複数記入も可能です)</p> <p>1. 65歳以上の高齢者世帯 2. 寝たきり高齢者・認知症 3. 身体障害者手帳の交付を受けている 4. 療育手帳の交付を受けている 5. 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている 6. 介護保険の要介護認定を受けている 7. 難病疾病者 8. 聴覚・視覚障害者 9. その他、火災(災害)時に自力で避難することが困難である</p>	

●緊急連絡先● ■親族等に連絡を希望される場合は、記入して下さい。

ふりがな				登録者との関係
氏名				
連絡先番号	電話・携帯	- -	ファクシミリ	- -
住所				

↑「災害たすけあいネットワーク」湖南広域行政組合消防本部提出様式

表 9・4 高齢者住宅・施設等の種類

分類	種類	概要	入居年齢	入居時の身体状況(目安)	提供主体	月額費用(自己負担)
高齢者住宅	① シルバーハウジング	高齢者向けのバリアフリー化された公共賃貸住宅。生活援助員が派遣され、安否確認や生活相談に応ずる。	60 歳以上	自立または虚弱程度	公営、UR、公社	約 1~13 万円(家賃のみ)
	② サービス付き高齢者向け住宅	民間またはUR、公社が提供するバリアフリーの賃貸住宅で、所定の事項について登録されたもの。	60 歳以上	自立から要介護まで(事業者の設定によって異なる)	民間家主、UR、公社等	約 5~18 万円(家賃のみ)別途、サービス料が必要
居住系ホーム	③ 有料老人ホーム	民間が提供する食事等のサービスが付帯した居住施設。要介護時には退居する契約の「健康型」、外部サービスを利用して居住継続する「住宅型」、介護を受けることを前提とした「介護付」があり、これが最も多い。	概ね 60 もしくは 65 歳以上	契約の種類によって異なる	営利、非営利の民間	任意介護付きの場合、約 15~30 万円(食費込)。別途、入居金が必要
	④ ケアハウス	所得制限なしに入居できる居住施設。原則個室で、食事や入浴サービスを利用できる。介護専用型のものもある。	60 歳以上 介護専用型は原則 65 歳以上	自立または虚弱(介護専用型は要介護認定者)	社会福祉法人、認可された民間団体	約 7~18 万円(食費込)
	⑤ 認知症高齢者グループホーム	認知症の高齢者が 9 人以下で一つの生活単位として居住する。家庭的な雰囲気の共同生活を営み、食事や介護が提供される。	原則 65 歳以上	要介護認定者で認知症対応型共同生活介護対象者	民間	約 12~18 万円(食費込)
介護保険施設	⑥ 特別養護老人ホーム	常時介護が必要で、自宅での介護が困難な人を対象にした介護居住施設。居室には相部屋、個室、ユニット型の 3 種類がある。	原則 65 歳以上	要介護認定者(より重度者を優先)	社会福祉法人、公共団体	約 5~15 万円(食費込)
	⑦ 老人保健施設	本来は入居施設ではなく、自宅と病院または施設の間にあつて、在宅復帰のためのリハビリや生活訓練を行うことを目指した中間施設。現状では施設入所の待機的な利用が多い。	原則 65 歳以上	要介護認定者	社会福祉法人、医療法人	約 6~16 万円(食費込)
	⑧ 介護療養型医療施設	長期の療養が必要な場合に入院する施設。医療と介護の両方を受けることができる。将来的には廃止の方向。	原則 65 歳以上	要介護認定者	医療法人	約 7~17 万円(食費込)

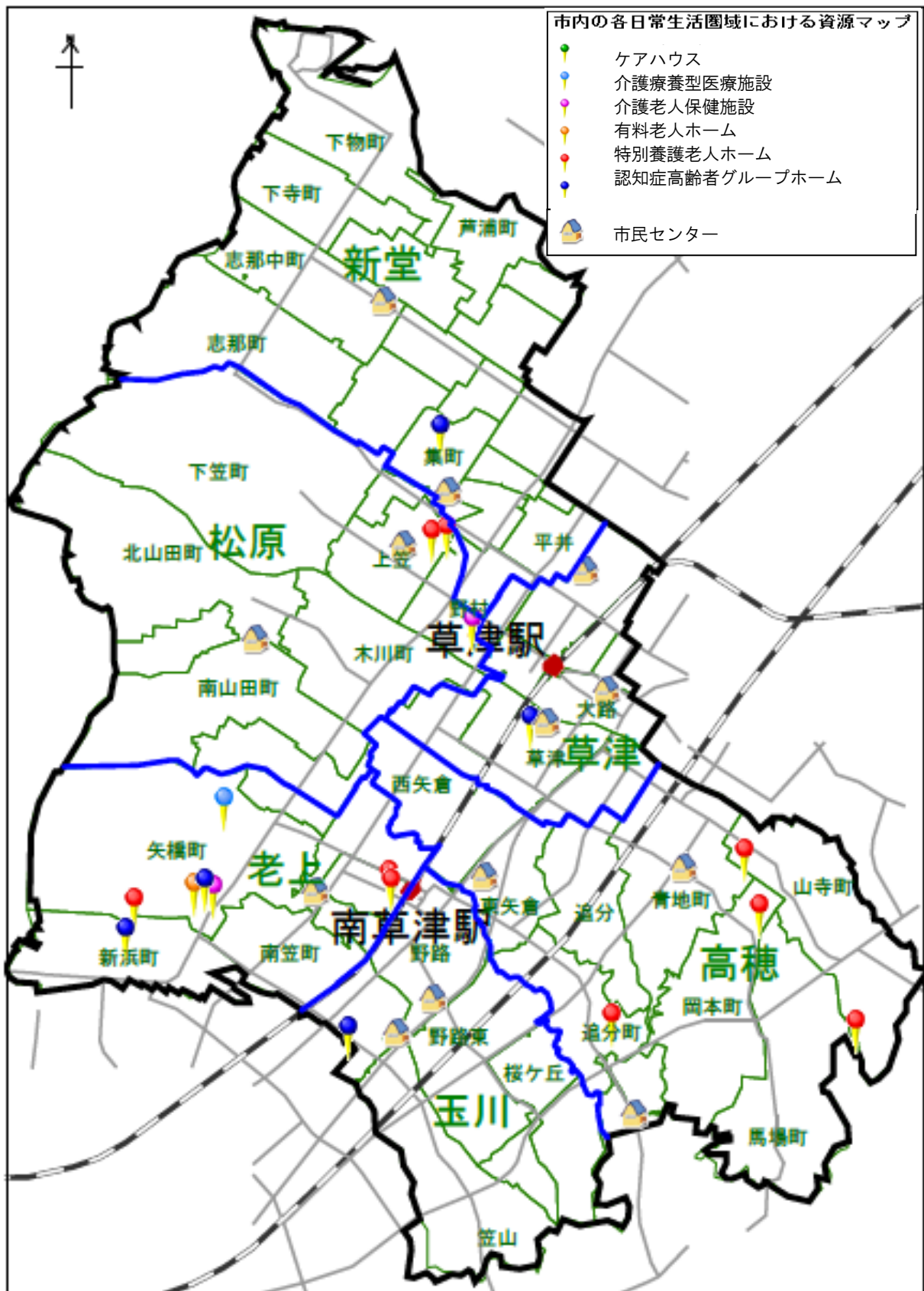
出所：高橋(2012)

地域で把握すべき介護・医療等の拠点

	利用方法	拠点の種類	介護保険等によるサービスメニュー
1	—	居宅介護支援事業所	ケアマネジャー
2	訪問・通所	ヘルプーステーション	居宅サービス (地域密着型・介護予防を含む)
3		訪問看護ステーション	
4		デイケアセンター	
5	居住	サービス付き高齢者向け住宅	
6		ケアハウス	
7		有料老人ホーム	
8		グループホーム	認知症対応型共同生活介護
9	訪問・通所	小規模多機能拠点	地域密着型サービス
10	施設入所	老人保健施設	施設サービス
11		特別養護老人ホーム	
12		療養型医療施設	
13	訪問・通院	医院・診療所等	医療保険

注：GIS等を用いて、上記の13種類の施設について、レイヤーを分けて、地域の地図上のどこに立地しているかをプロットしてみることで、地域内での立地の集積やバラツキを把握できる

出所：高橋(2012)



草津市の医療福祉のあり方に関する調査研究報告書

－質の高い生活を支える医療と介護との連携のあり方を探る－

2014年3月 発行

草津市 草津未来研究所

〒525-8588 滋賀県草津市草津三丁目13番30号

TEL 077-561-6009 FAX 077-561-2489

E-Mail [kusatumirai@city.kusatsu.lg.jp](mailto:kusatsumirai@city.kusatsu.lg.jp)