

2015 年社会構築論系
地域・都市論ゼミ
ゼミ論文

都心地域における地域包括ケアシステムの在り方
—都心地域が抱える課題の解決と地域の繋がり創出を目指して—

主査 浦野正樹教授

早稲田大学文化構想学部
社会構築論系 4 年
浦野ゼミナール所属
1T120884-4 平山真帆

[テキストを入力]

[テキストを入力]

目次

序章

1.問題意識	2
2.目的・調査方法	3
3.論文構成	3

1 章地域包括ケアシステムと介護保険制度について

1-1.介護保険制度の変遷	4
1-2.地域包括ケアシステムの概要	5
1-3.地域包括ケアシステム誕生の背景	6
1-4.地域包括ケアシステム構築に向けての課題	9

2 章都心地域の高齢者を巡る状況と施策

2-1.都心地域の高齢者の現状	16
2-2.都心地域の高齢者をめぐる課題	17
2-3.課題に対する施策(中野区 - 見守り名簿の取り組み)	21

3 章都心地域における地域包括ケアシステムの事例

3-1.事例選定地とその理由	25
3-2.新宿区の事例	25
3-3.品川区の事例	29
3-4.杉並区の事例	34

4 章地域包括ケアシステムから見る都心地域の課題解決と地域の繋がりについて

4-1.事例の比較から見る見守りネットワークが抱える意義、課題	40
4-2.地域包括ケアシステム構築において市区町村が抱える課題と展望	43
4-3.都心地域が抱える課題解決からみた地域包括ケアシステムの在り方	45
4-4.地域包括ケアシステムから見る地域のつながりの創出の課題と展望	47

終章

1.論文全体の流れ	52
2.論文の意義	54
3.謝辞	55
4.参考文献	56

序章

0 - 1.問題意識

2025年、団塊世代と呼ばれる人々が後期高齢者(75歳以上)になり、介護・医療費などの社会保障をまかなうことが難しくなっていく - これは「2025年問題」と呼ばれており、この問題を解決するために様々な施策が打ち出されている。その中でも、地域包括ケアシステムと呼ばれる、厚生労働省が推進している福祉サービス提供体制は、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援を行うという、制度体制だけでなく地域の新しいコミュニティの形を提供するものである(厚生労働省老建局総務課, 2014a)。

私は、高校時代、祖父母の介護で苦勞する両親や親戚の姿を見てきた。この時に、「介護を受けている高齢者の意思はもちろんのこと、家族の意思も守られるような介護の制度はないのか」「一人暮らしの高齢者が一人で過ごす時間をもっと減らすことが出来れば、介護の段階が進行することを抑えることができるのではないか」と様々な思いを持った。

現在の介護制度の選択肢は、主に特別養護老人ホームに入居する、その他の介護施設に入居する、家族による在宅介護である。このどれかを自ら望んで最期を過ごす人もいれば、自分の思いを殺してどれかを選ばざるを得ない人もいるはずである。もう一つの選択肢として、在宅介護を自分の意志で選ぶことができたなら、身体と心の負担が軽くなる高齢者とその家族はどれくらいいるだろうか。私は地域包括ケアシステムを初めて聞いた時に、「この制度が実際に運用できるほど実現したら、家族と高齢者が何かを犠牲にした介護を受ける/する関係にはならず、一人暮らしの高齢者も孤独を感じながら最期を過ごすことにもならないのではないか」と思ったが、その一方で隣に住んでいる人も知らない、興味もないという人が多いと言われる現在に、地域の人々が支え合い、持ちつ持たれながら、見ず知らずと言っても過言ではないお互いの生活を助けることができるのかと疑問に思った。

しかし、この制度の構築に真剣に向き合い、実際に運用できるようになれば、高齢者だけでなく、様々な世代を巻き込んだ新しい形のコミュニティができるのではないだろうかとも感じている。

この論文では、都心地域に絞って、地域包括ケアシステムの在り方について論じていきたい。都心地域に絞る理由は主に二つある。一つ目は、地域包括ケアシステム的前提として、ボランティアを中心とした地域住民の協力体制は不可欠であり、地域の繋がりが薄いと思われる都心地域での制度構築の道の手を見たいと思ったためである。二つ目は、都心地域の特徴として単身高齢者が多い点があるからである。

先述した通り、地域包括ケアシステムは地域で包括して介護状態を支えるネットワークであり、そのネットワークの網を細かくしていき、そこから漏れる人をどうなくしていくかという大きな課題がある。このネットワークから漏れる可能性が最も高いのが、単身高齢者である。このような都心地域ならではの課題を解決でき、且つ、地域の繋がりを生み出すことができるために、地域包括ケアシステムはどうあるべきかを論じていきたい。

0 - 2.調査方法

文献調査とヒアリングを中心に調査を行った。1章から2章は地域包括ケアシステムについて、また、この制度の誕生の背景ともいえる介護保険制度の変遷を文献によって調査している。3章ではヒアリングを中心とした調査結果について述べている。新宿区役所、品川区役所、杉並区役所、品川区社会福祉協議会の方々にご協力いただいた。

0 - 3.論文構成

序章では問題意識などについて執筆した。1章では地域包括ケアシステムの概要や介護保険制度などについて論じる。2章では都心地域で起きている問題や、それらを解決するために現在行政がどのようなことに取り組んでいるのか先行研究を用いて紹介する。3章ではそれぞれの市町村が地域の特性に合わせた地域包括ケアシステムを展開していることを浮きだたせるために、新宿区・品川区・杉並区の3つの地区を調査し、その調査結果を述べている。また、それぞれが地域の特性を反映した施策を展開しているかを比較しやすくするため、どの行政でも行っている見守りサービスとそれぞれ独自の施策の二つの事例を紹介している。4章では3章で挙げた見守りサービスをそれぞれの地区の背景を考慮しながら、比較・検討する。また、その他の事例を比較しながら、都心地域の課題を解決するために、そして、地域の繋がりを創出するために、地域包括ケアシステムはどうあるべきかについて述べている。5章では論文のまとめとして、全体の流れ、まとめと論文の振り返り、意義について述べている。

1章.地域包括ケアシステムと介護保険制度について

1-1.介護保険制度の変遷

この章では、本論文の中心題材である「地域包括ケアシステム」に切り込む前に、介護保険制度の誕生から変遷をみていくことで、地域包括ケアシステムが時代の流れによって誕生し、変わってきた介護ニーズに応える施策であることを明らかにしたい。

介護保険制度は1996年に厚生労働省が国会に「介護保険法」及び「介護保険執行法」を提出し、誕生した。実際にスタートしたのは2000年であるが、当時の高齢者を巡る環境なども含んだ議論が巻き起こったのは1996年のことである。それまでは年金制度や保険制度等の保険制度などが整備されていた。

介護保険制度が導入されるまでの問題点は、主に4つあった。

それは「①市町村がサービスの種類、提供機関を決めるため、利用者がサービスの選択をすることができないこと、②所得調査が必要なため、利用者がサービスの選択をすることができないこと、市町村が直接あるいは委託により提供するサービスが基本であるため、競争原理が働かず、サービス内容が画一的になりがち、④本人と扶養義務者の収入に応じた利用者負担となるため、中高所得層にとって負担が重いという点である」(厚生労働省老建局総務課, 2013)。

2000年に策定された介護保険制度は、「地域包括ケアシステム」の土台となる制度が主に2点、策定された。

一点目は、申請された要介護者へのサービスが、地方自治体の責任で作る認定委員会に委ねられた点であった。これにより、福祉分野における地方分権が進んだが、その当時は財源の確保が難しい自治体が多かったため、必要なサービスを提供できないという問題も起きていた。

二点目は、要介護者側がサービス供給機関を選ぶ選択肢権を与えられた点であった。それまでは、行政が供給側を指定していたが、いわゆる「措置から契約へ」(注3)移ったことで、社会福祉法人の他に民間企業・NGOなど多機関からサービスを選べるように変化した。

これにより、様々なアクターが提供するサービスを組み合わせることができるようになり、高齢者一人ひとりにあった介護サービスを提供できるような環境が整えられた。

その後、介護保険制度は5年ごとに介護保険法の改正、3年ごとに介護報酬と介護認定の見直しが行われている。つまり、2000年から大きく変わっている年は2006年、2011年、そして2015年である。

2006年の改正では「明るく活力のある超高齢社会の構築」「制度の持続可能性」「社会保障の総合化」が基本的視点と明示されており、主に5つの分野の改正が行われている(注1)。

ここで注目したいのは、新たなサービス体系の確立として、①地域密着サービスの創設②地域包括ケア体制の整備が行われたことである。つまり、実質2006年から「地域包括ケアシステム」構築に向けての取り組みは始まっていたこととなる。②の地域包括ケア体制の整備では「地域包括支援センター」設置の推進が掲載されている。ここでは「地域包括

ケアセンター」は「公平・中立な立場から、①総合相談支援、②虐待の早期発見・防止などの権利擁護、③包括的・継続的ケアマネジメント支援、④介護予防ケアマネジメントという4つの機能を担う、地域の中核機関」と定義されており、「地域包括ケアシステム」が注目される以前から、地域の高齢者を守る役目を果たしてきたことがわかる。

また、「地域包括ケアシステム」が「地域」として定義した日常生活圏域についてもここで定義されている。「日常生活圏域は、地理的条件、人口、交通事情その他社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設整備の状況等を総合的に勘案し、利用者の最も身近な圏域を設定します」となっている(介護保険制度改革の概要 - 介護保険法改正と介護報酬改定—厚生労働省 2006)。

2012年度の改正では、主に6つのことが改正された^{〔注 2〕}。「地域包括ケアシステム」に関する項目をみると、地域包括ケアの推進という項目で、地域密着サービスの充実、「介護予防・日常生活支援総合事業」が追加されている。また、市区町村の権限がより強くなり、「地域包括ケアシステム」の土台が徐々に構築されていった改正といえる。

それでは、2015年の改正で介護保険制度はどうなっているのだろうか。

2015年度の法改正の趣旨は以下の通りである。

「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備などを行う」

主な改正として四つの項目があり^{〔注 3〕}、その中でも、市町村の権限と責任、負担が大きく増えたことにより、市区町村にとってみると、それぞれの地域がそれぞれの地域に合わせた「地域包括ケアシステム」を提供しなければならなくなった。

「地域包括ケアシステム」という面から介護保険制度の改正の流れを見ていくと、徐々に市区町村が介護福祉の作り手の中心となっていくと共に、地域というミクロな単位で高齢者一人ひとりと向き合う新しい作り手と受け手の関係が構築されつつある。その一方、市区町村が負担する制度・サービスが増加してきたことにより、財政面や人材面において市区町村が課題を抱え込むことになってしまっているのではないだろうか。

1 - 2. 地域包括ケアシステムの概要

前章では、介護保険制度の変遷を「地域包括ケアシステム」に焦点を充ててみてきたことで、「地域包括ケアシステム」を構築するパーツを大まかにみてきた。この章では、地域包括ケアシステムの概要をみていくことで、「地域包括ケアシステム」を構成している要素、鍵となるものを明らかにしていく。

地域包括ケアシステムは、前述した通り、厚生労働省が推進している2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう企図された、地域の包括的な支

援・サービス提供体制である。この制度の介護体制として基本になるのは「在宅介護」と「自助・互助・共助・公助」の関係を構築して、「地域で高齢者を守る」ことである。

また、前期高齢者は、地域の担い手としてボランティアなどの地域活動に精力し、一人で出来ないことが増えてきたとしても、出来る限り自分が住んでいる自宅で最期を過ごすことを前提としている。

そして、この制度は、「保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作りあげていくことが必要」(厚生労働省老建局総務課, 2014)でもある。

地域包括ケアシステムの核となる取り組みは、①医療・介護連携^{〔注 4〕}、②認知症施策^{〔注 5〕}、③地域ケア会議の実施^{〔注 6〕}、④生活支援^{〔注 7〕}、⑤介護予防^{〔注 8〕}の 5 つである。この 5 つを連携させて、在宅の高齢者に適切に提供することが必要となるが、その連携において、市区町村の中心となるのが、地域包括ケアセンターである^{〔注 9〕}。これらの 5 つの取り組みと地域包括ケアセンターが中核となり、高齢者が自分らしく尊厳を持って暮らすことができる環境を作っていくということである。

地域包括ケアシステムをまとめると、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で最期を過ごすために様々な分野で、地域全体で高齢者を見守ることができるように地域のネットワークを構築していくシステムであり、その土台となるものが「在宅介護」と「地域で支える」である。

1-2. 地域包括ケアシステム誕生の背景

この章では、「地域包括ケアシステム」誕生の背景をみていきたい。「地域包括ケアシステム」誕生の背景には、消極的背景と積極的背景の 2 つがある。

前述した通り、地域包括ケアシステムのキーワードは「在宅介護」と「地域で支える」である。

これまでの概要をみてきて、「在宅介護」を行うためには、多くのアクターが連携を取り、医療・介護などが包括的に組み合わせなければならないことがわかる。何も分析しなくても、なんとなく大変そうだなとは誰もが思うだろう。このような大きな枠組みを作るくらいなら、高齢者自身の気持ちはひとまず置いておいて、特別養護老人ホームなど介護施設や病院の充実に力を入れる方がよっぽど効率的に高齢化社会に対応できるのではないかという疑問は頭に思い浮かぶはずだ。

また、「地域で支える」ために、「地域のつながり」が望まれている。しかし、「地域のつながり」は時代の流れの中で、生活様式の変化などにより、人々が「必要ない」「煩わしい」と思い、自然と無くなってきたものである。巷で「コミュニティ再生」などが言われ始めてはいるが、わざわざ時代の流れに逆境して「地域のつながり」を作り出す必要はあるのかという疑問も生まれるだろう。

しかし、現在日本にはどうにもならない課題を抱えており、それはどう頑張っても解決できないものなのだ。それをカバーできるものが、「地域包括ケアシステム」なのである。そ

の問題とは、高齢者人口が増え続けることによって起こる財源確保の問題である。

俗に言う「2025年問題」とは、団塊世代が一斉に75歳以上になることから生産人口に多くの負担がかかるとともに、介護・医療にかかる費用が莫大に増加するとともに、現在の医療介護制度が破綻するのではないかという問題である。高齢者と生産人口を比較してみると、2050年には、65歳以上1人に対して20～64歳以上は1.2人となり、「肩車社会」と呼ばれている。短絡的に述べると、高齢者1人の年金や医療費や介護費その他もろもろ、生きていくために必要な金銭的な支援を20～65歳の約1人が支えるような社会になってしまうということである。この人口の推移と共に迎える「肩車社会」が私たちを待っているという未来を変えることはできない。

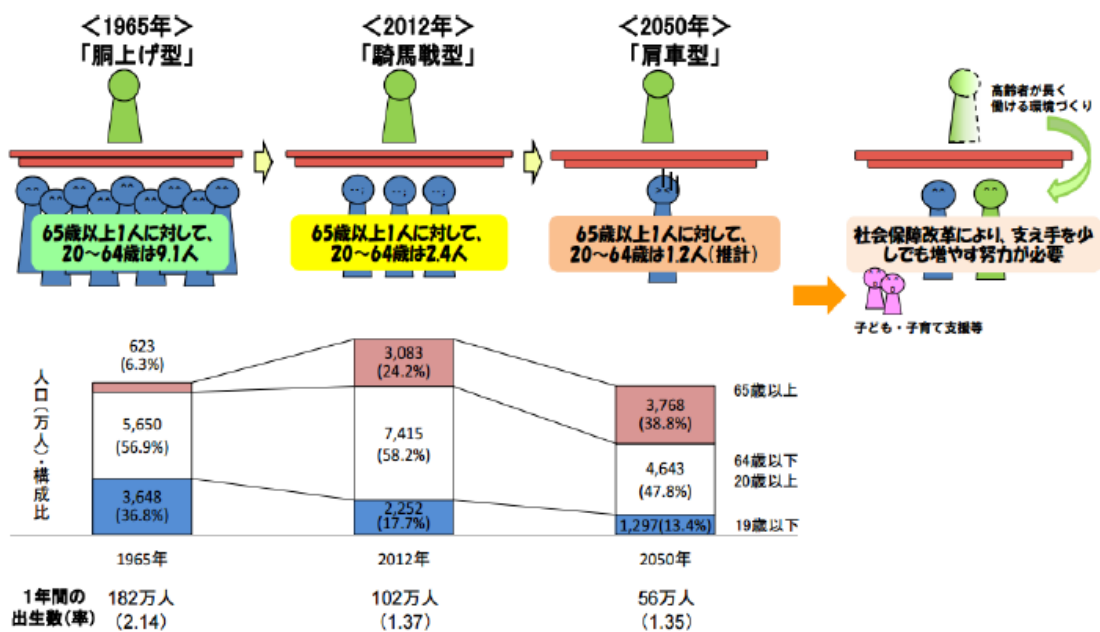


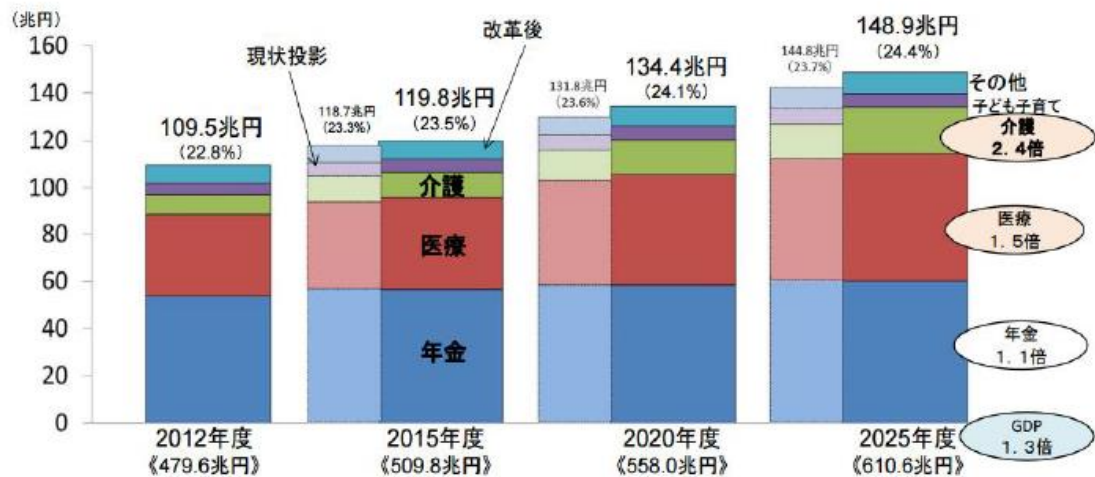
図:1-1.人口の推移と2050年の「肩車社会」について

(出典：今後の高齢者人口の見通しについて厚生労働省 2012

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-ho-ukatsu/dl/link1-1.pdf)

「肩車社会」は2050年であるが、社会保障費は2012年度から2025年度までに介護・医療・年金の給付費はどれも増加傾向にある。この傾向は人口の推移と共に変化するものであり避けることはできない。これに伴う消費税増税など、実際に私たちの生活に影響が出ているのである。

○給付費は、2012年度の109.5兆円(GDP比22.8%)から2025年度の148.9兆円(GDP比24.4%)へ増加
 ○2025年度にかけて、医療・介護の給付費が急激に増加



※ 平成24年3月に厚生労働省において作成したもの

図:1-2.介護・医療・年金の給付額の推移

(出典：社会保障制度改革の全体像厚生労働省 2013)

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/dl/260328_01.pdf#search='%E7%A4%BE%E4%BC%9A%E4%BF%9D%E9%9A%9C%E5%88%B6%E5%BA%A6%E6%94%B9%E9%9D%A9%E3%81%AE%E5%85%A8%E4%BD%93%E5%83%8F+%E5%8E%9A%E7%94%9F%E5%8A%B4%E5%83%8D%E7%9C%81')

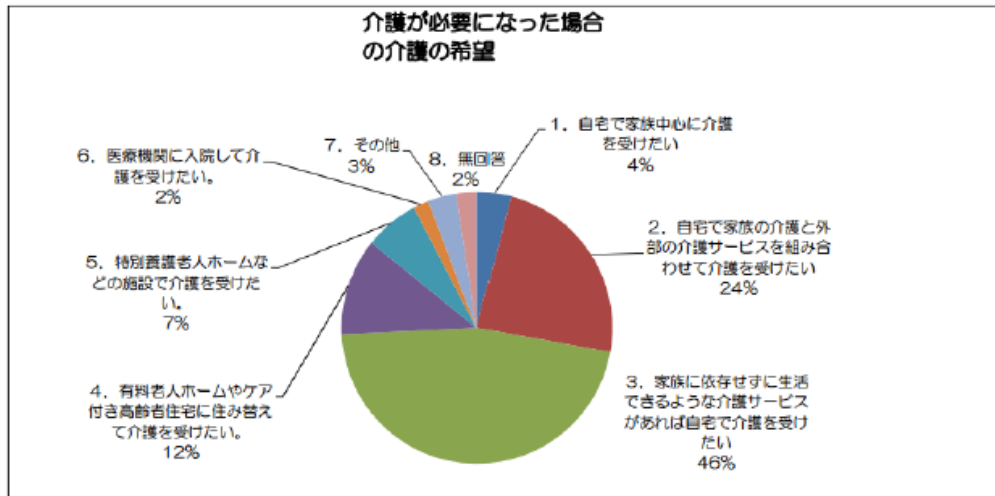
高齢者人口増加によって引き起こされる課題を「地域包括ケアシステム」で解決することはできないが、それをカバーすることはできる。

「在宅介護」は、高齢者が元々住んでいる住宅を個人個人の医療介護の拠点とするため、施設の維持費などを考えると、財政面的にプラスである。「地域で支える」も、地域住民などによるボランティアは基本無償である。この「地域で支える」という意識が浸透し、ボランティアの担い手が広がれば、国が一部を負担して、行政が提供する有償サービスよりも、ボランティアの無償サービスを利用する高齢者が増加するだろう。

これが、「地域包括ケアシステム」誕生の消極的背景である。

一方、積極的背景とはなにか。それは、「高齢者の潜在的な思い」に応えることができるということである。

これまでの介護体制では、多くの高齢者が施設で最期を迎えていた。しかし、実際には、住み慣れた家で最期を迎えたいと思っている高齢者は多かったはずだ。ただ、「在宅介護」を気軽に選択できる環境が整っていないのである。



資料出所:「介護保険制度に関する国民の皆さまからのご意見募集(結果概要について)」厚生労働省老健局

図:1-3.介護が必要となった場合、どういう最期を望むか

(出典: 今後の高齢者人口の見通しについて厚生労働省 2012

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-1.pdf)

これによると、最も多いのは 46%の「家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい」という意見である。第二に多いのは「自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせさせて介護を受けたい」という 24%の意見である。

これから日本の人口の大半が高齢者になっていく中で、多くの高齢者が望む「在宅」での最期を選択肢の一つとしても考慮に入れることのできない、現行の介護体制を改善していくことは、日本国民の幸せを守らなければならない国の使命である。

このように、高齢者の想いに応える積極的な背景と、財政確保の課題をカバーするという消極的な背景があり、「在宅介護」と「地域の繋がり」をキーワードとする地域包括ケアシステムが誕生したのである。

1-4.地域包括ケアシステム構築に向けての課題

ここまでは地域包括ケアシステムの概要と共に、誕生をみてきた。そこから、少子高齢化が進む日本において人口の大半を占めるであろう高齢者が自分の望む最期を過ごすために、また、その望みを叶え、財政などの課題をクリアする制度を構築するために、「地域包括ケアシステム」の必要性が読み取れる。

では、この「地域包括ケアシステム」を構築するためにはどのような課題を解決する必要があるのか。「地域包括ケアシステム」のキーワードであり、土台である「在宅介護」と「地域で支える」の二点から、それぞれの課題をみていくことで、実際に市区町村が中心となって構築していくために、どのような課題が生まれているのかをみていく。

1 つめの土台は、在宅介護である。誰もが在宅介護を受ける環境というレベルまで整える必要はない。しかし、誰もが望む最期を過ごすことのできる「地域包括ケアシステム」では、本当は在宅介護を受けたいのにも関わらず、「在宅介護では家族に迷惑をかけてしまいそう」「在宅介護では何かあった場合不安である」という消極的理由で、在宅介護が選ばれないことは、あってはならないことである。

まずは、在宅介護の現状について述べていく。

厚生労働省の「人口動態統計」で自宅で死亡する割合は、1970年...56.6%1980年...38.0%1990年...21.7%2000年...13.9%2011年...12.5%となっている。2011年の病院で死亡する割合は76.2%で、在宅介護の割合の少なさがみてとれる。2010年の厚生労働省「国民生活基礎調査」によると、同居している者が主な介護者になっている割合は64.1%となっており、その内訳は配偶者25.7%、子どもが20.9%、子どもの配偶者が15.2%となっている。男女比でみると、男性30.6%、女性69.4%で女性の負担が男性の2倍になっている。また、要介護者と同居している場合の主な介護者の年齢構成をみると、男性は64.9%、女性は61.0%となっており、「老々介護」が多くの世帯に当てはまることがわかる。

「同居している主な介護者の介護時間(要介護者等の要介護度別)」をみると、要介護度4では「ほとんど終日」が48.4%、「半日程度」が15.8%、要介護5では「ほとんど終日」が51.6%、「半日程度」が20.5%となっている。要介護度があがると、家族の拘束時間も増加していく(島崎謙治 2013年 pp.129-pp.131)。

また、厚生労働省の「週末期医療に関する調査」2008年において、「あなたが高齢となり、脳血管障害や認知症等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない状態になった場合、どこで最期まで療養したいですか」との問いに対しての答えをみると、病院が44.3%、老人ホームが15.2%、自宅が22.4%という結果だった。この結果をみると、自宅を望む人よりも病院を望む人が多い。「病院など自宅以外の場所で最期まで療養したいと思っている者に対してその理由はなにか」との質問に対する回答(複数回答可)をみると、「家族の介護などの負担が大きい」が85.5%、「緊急時に迷惑をかけるかもしれないから」が53.5%となっている(島崎謙治 2013年 pp.132)。

つまり、在宅介護＝家族に迷惑をかけるものと考えている人が多く、多くの人が消極的な理由で在宅介護を避け、病院や施設を希望していることが推測できる。

では、在宅介護に対し、高齢者が何の抵抗もなく希望できるようになるためには何が必要なのだろうか。

在宅介護は医療と違い、各人の生活の固有性と多様性がそのまま現出し、日常生活の一部に医療が溶け込むこととなる。「治す」ことだけでなく、「生活を支える」という点も重要視しながら医療を行っていく必要がある。当たり前のことだが、医療だけでなく隣接する保健・介護・福祉・住宅も共に考えていかなければならない。つまり、これから在宅医療を考えることは地域包括ケアシステムを考えることと一緒なのだ。在宅介護には365日24時間「生活を支える」サービス体制が必要となってくる。この体制が中々整備できない

のには大きく分けて3つの理由がある。

1つ目は「インターフェース・ロス」の発生である。これは、組織・職種が異なるために情報がうまく伝達できないことを意味する用語である。具体的に述べると、医者・保健師・ケアマネージャーが一人の患者を診た時に、それぞれの視点の違いに違和感や不信感を抱き、情報の共有がうまくいかないということである。

2つ目は、組織体間の連携が不十分なことにある。意思の統一や迅速な決定が難しいことはもちろんのこと、特に医療と介護においては所管の管理が連携の障害になっている。「地域包括ケアシステム」でいうと、「在宅医療も医療の一形態だから都道府県の所管、地域包括ケアは介護を中心とするケアの問題だから市町村の所管である」といった消極的な権限争いが行われている。

3つ目は訪問診療の体制が弱い点である。現在、訪問診療は単独診療が中心であるが、夜間緊急時の適切な対応は不可能と言っても過言ではない。在宅医療を進めるためには、複数医師あるいは複数診療所による「グループ・プラクティス」が必要となってくる。地区医師会などが指揮を執り、地域の大病院から中小病院まで横の連携を構築していくことが必須条件である(島崎謙治 2013pp.140-pp.143)。

在宅介護が中々浸透していかないのは、高齢者や家族の「在宅介護＝家族が全ての責任を負う」という意識が根底にあるからである。この考えからはどう頑張っても、在宅介護をしたいという積極的な気持ちにはならないだろう。この意識を変え、在宅介護を積極的に選択できるようになるためには、前述した、医療や介護などの異職種の関係機関の連携とともに、365日24時間対応できるよう、同職種も連携をし、複数体制を構築する必要がある。

「地域包括ケアシステム」のもう1つの土台は、「地域で支える」である。この「地域で支える」を実現するためには、「自助・互助・共助・公助」の関係をどう構築していくかが課題となってくる。「自助・互助・共助・公助」は介護だけでなく、防災やコミュニティなど現代社会が抱える様々な問題において解決策の一つとして述べられることが多い。

介護における「自助・互助・共助・公助」とはどういったものなのだろうか。池田省三の論考によると「なにか問題が発生して、解決を迫られたとき、まず求められるのが、自助努力であることはいままでもない。(中略)これに家族隣人が手を差し伸べる、これがインフォーマルな支援でこれが互助。自助、互助でカバーしきれないとき、システム化された自治組織が支援する。かつては、教会、村落共同体などでこれらが衰退すると、職域の自治組織によるセーフティネットが登場し、これが多くの国では社会保険に収斂していく。これは、行政と区別された、共助システムであり、これに包括されないもの、なお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。(中略)介護保険は従来の措置の延長にある制度ではない。(中略)補完性原理を踏まえ、高齢者介護の世界で空白となっている部分に、共助システムを新しく導入するものである」(池田省三 2000pp.44-pp.53)

まとめると、自助や互助でまずは問題解決を図り、それでもできない場合は共助の手を

借りる。その共助の手を借りることのできない抜け落ちた者、また共助でも問題解決ができなかった者が公助を利用するという流れである。ここで書かれている「インフォーマルな支援＝互助」は家族隣人となっているが、隣人の助けというのは特に現在の都心地域においては無いに等しい。

しかし、行政や社会福祉協議会、NPO 団体などが斡旋した地域のボランティアは存在するため、互助は家族またはボランティアと定義できるのではないだろうか。家族はいるが、すぐに会える場所に居住しておらず、地域との関わりも絶っている高齢者のように互助が消滅しているケースが多く存在する可能性は大いにある。共助は介護保険制度に基づいたサービスのことを指しているが、この共助を受けるためには「要介護認定」などの壁がある。「自助→互助→共助→公助」という流れは、現在は「自助→(互助)→要介護認定という壁→共助→公助」となっているのではないだろうか。

杉並区役所福祉課の方にヒアリングをした際、「介護サービスがそのサービスを必要な状態の一步前の人たちに使われてしまっていて、本当に必要な人に届かない状況になってきている」といったお話をお聞きした。介護制度の改正によって、高齢者が介護サービスを選択できるようになった。この権利は至極当たり前の権利であり、無くしてはならないものである。しかし、その一方で、自分でできることなのにヘルパーさんに頼んでしまうなど、自助を怠り、自分の状態を自分で悪くしてしまっている高齢者もいる。

自助・互助を飛ばして共助を受けるなど「自助・互助・共助・公助」が正しく機能しないために、選択できない者、選択肢があることを知らない者などの元に必要な介護サービスが届かないという環境を作りあげてしまっているのかもしれない。

今一度、「自助・互助・共助・公助」それぞれが担う役割を確認し、それぞれの高齢者が本人の状況にあった適切なサービスを受け取られるようにする必要がある。また、「自助・互助・共助・公助」を正しく機能させるためには、互助を担う家族に対するケアを怠ってはいけない。「長期にわたる過酷な介護を特定の人間に強要することを、互助と呼んではならない。互助は、援助する者のゆとりと自発性、献身性によって初めて成立するものである」(池田省三 2000pp.49)とあるように、家族が、このような言い方は適切ではないかもしれないが、介護者の「奴隷」になってはならないのである。そして、介護者の「足かせ」にもなってはならない。

ヒアリングによると、適切な「互助」や「共助」、「自助」を受けていない高齢者の中には、その家族が障害となってサービスを受けていない高齢者もいるのである。地域の方からの通報で、「近所に住む男性が道端でうずくまっている」という情報を得た。その男性を病院へ連れていき、検査を受けると健康状態は良好であり、入院する必要はないと判断された。男性は体重が 39 kg しかなかったが、それは毎日をカップラーメン 1 個で過ごすなど食の確保が不十分だからであった。しかし、その男性は 1 人暮らしではなく、奥さんと一緒に住んでいた。その奥さんと職員が会話を交わしていくうちに、認知症の疑いが出てきた。本人の自覚もほとんどないため、奥さんの家族である弟さんに連絡をし、現状を説明

して認知症の検査を勧めると、弟さんは「姉はしっかりしているので」の一点張りで検査をすることに首を縦に振らなかった。本人にも自覚症状がなく、弟さんに検査を無理強いすることで更に拒絶することとなったら、今後のサービス提供にも影響が出てしまうため、時々お宅を訪問することしかできず、結局奥さんが検査をするまで何か月も経ってしまった。

このように、介護サービスを受けるために家族の了承は必要であり、自分の家族は大丈夫だからと、家族が認めないケースも多い。高齢者とその家族も含め、見守っていないといざ介護サービスを受けようと思った時に、どう行政や周りに頼ればいいのか分からずに、高齢者もその家族も精神的に孤立してしまい、追い込まれてしまう。本人や家族に拒絶された場合は、その場で無理やり説得するのではなく、適度な距離を持って関わっていくことで SOS が発信された時に、そのタイミングで救いの手を差し伸べることができることが大切なのである。「自助・互助・共助・公助」はサービスを受ける高齢者だけでなく、その家族のためにも存在しているものだ。

「地域包括ケアシステム」の土台となる「自助・互助・共助・公助」を構築していくためには、それぞれの役割分担を明確にするとともに、サービスを受ける高齢者が適切なサービスを選択できるような環境を整えることが第一条件となる。先述した、「互助」に含まれる家族のケアの課題はもちろんのこと、「互助」のボランティアの担い手不足を含め、地域で高齢者を見守るという意識を共通認識にすること、サービスの充実さ、「共助」を受ける前の要介護認定の査定への壁をなくすことなどの課題を解決していく必要がある。

〔注 1〕：予防重視型システムの確立(新予防給付の創設(介護予防マネジメントは「地域包括ケアセンター」、地域支援事業の創設)、施設給付の見直し(居住費・食費の見直し、介護保険 3 施設の居住費・食費などが保険給付の対象外)、新たなサービス体系の確立(地域密着型サービスの創設、居住型サービスの充実、地域包括ケア体制の整備、医療と介護の連携・機能分担)、サービスの質の確保・向上(介護サービス情報の公表サービスの専門性、事業者規制の見直し、ケアマネジメントの見直し)が取り組まれた。

〔注 2〕：地域包括ケアの推進(市区町村が保険者として指導監督を行う「地域密着型サービス」・「定期巡回・随時対応サービス(24 時間地域巡回型訪問サービス)」・「複合サービス」の創設・増加、「介護予防・日常生活支援総合事業」の創設)、介護人材の確保と介護サービスの質の向上、認知症対策の推進(市町村の市民後見人の育成・活用の推進)、保険料の上昇の緩和が取り組まれた。

〔注 3〕：地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保、地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化、一定以上の所得のある利用者の自己負担を 2 割へ引き上げ、低所得者の保険料軽減の拡充が取り組まれた。

(厚生労働省老建局総務課、2014)

〔注 4〕：医療と介護の連携においては、厚生労働省は平成 23 年度では 10 カ所、平成 24 年度では 15 カ所において在宅医療連携拠点事業に取り組んでいる。平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業では、(a) 多職種連携の課題に対する解決策の抽出、(b)在宅医療従業者の負担軽減の支援、(c)効率的な医療提供のための多

職種連携、(d)在宅医療に関する地域住民への普及啓発、(e)在宅医療に従事する人材育成、に取り組んだ。具体的には地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、地図又はリスト化し、関係者に配布及びネット上に公表する、関係者で会議を行い、地域の課題の把握及び解決策を検討する。24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築のため、緊急入院受け入れ窓口の設置や主治医と副主治医の二人体制のコーディネーターをする。地域の医療・介護関係者の連絡様式を統一するため、ICTやメールリングリストを使用し、タイムリーな情報共有を目指すなどである。実際に事業を行った長野県須坂市では、三市町村長、三師会長、保健福祉事務所長、3病院長、介護保険施設の代表で地域医療福祉推進協議会をつくり、3施設の病院、18の診療所、6つの訪問介護事業所、3市町村を巻き込み、ネットワークを構築していった。

(厚生労働省老建局総務課，2014)

〔注5〕認知症施策の推進においては、基本目標として「認知症ケアパス」を構築することを挙げている。これは認知症の「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置くということであり、認知症地域支援推進員・認知症初期集中支援チームを地域包括支援センターに設置していく。認知症地域支援推進員は、認知症の人が出来る限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて医療機関・介護サービス事業所や地域の支援機関を繋ぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う。認知症初期集中支援チームは、複数の専門職が認知症を疑われる人、認知症の人とその家族を訪問し、認知症の専門医による鑑別診断等を踏まえて、観察・評価を行い、本人や家族支援等の初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う機関である。この2つのアクターが連携することで、認知症に特化した地域ネットワークを構築することができる。

(厚生労働省老建局総務課，2014)

〔注6〕地域ケア会議は高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを進めていく、地域包括ケアシステムを進めていく手法である。具体的には(a)地域支援ネットワークの支援、(b)高齢者の自立支援に関するケアマネジメント支援、(c)地域課題の把握などである。最初は個別事例ごとに開催し、日常生活圏域ごと、市町村・地域全体で開催していくことで、市町村の中でも地域に合わせた細やかな提案をすることができる。法改正の2012年以前も地域ケア会議は開催されていたが、2012年の改正により制度的に位置づけられた。

(厚生労働省老建局総務課，2014)

〔注7〕生活サービスの充実は、高齢者の社会参加の推進と共に進められている。この生活支援では、ボランティア・NPO・民間企業・協同組合等の多様な主体が生活支援サービスを提供することが必要となってくる。このボランティアと高齢者を結び、地域ネットワークを構築をしていくために、「生活支援サービスコーディネーター(仮称)」が地域に設置され、それぞれのニーズに合わせたマッチングをバックアップしていく。また、自治会単位の圏域での声掛け、交流サロン、中学校区単位の圏域の家事援助、外出支援、市町村単位の圏域での安否確認などそれぞれの圏域でそれぞれのアクターが多様な生活支援を提供し、高齢者が選択できる環境を整えていく必要がある。

(厚生労働省老建局総務課，2014)

〔注8〕介護予防は、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、一人一人のQOLの向上を目指すものとして推進され

ている。これまでの問題点として、心身機能を改善することを目的として機能回復訓練に偏りがちになり、そこから付随して多様な通いの場の創出などその先の「社会活動への参加」などに結びつかなかった。そのため、これからは機能回復訓練など高齢者本人へのアプローチだけでなく、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所や出番づくり、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチを重要視していく。また、高齢者を生活支援サービスの担い手であると捉えることにより、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指すのである。現在の介護予防事業は一次予防事業と二次予防事業と分かれており、二次予防事業で通所型介護予防事業や訪問型介護予防事業など、私たちがデイサービスと言われた時に思い浮かぶようなサービスが含まれている。今後は、一般介護予防事業と介護予防・生活支援サービス事業と分かれ、新たに地域リハビリテーション活動支援事業を加え、自立支援に関する取り組みを推進していく。

(厚生労働省老建局総務課，2014)

〔注9〕市町村の地域を中心として地域包括ケアセンターが設置されている。ここでは、地域の高齢者の総合相談、権利擁護や地域の支援体制づくり、介護予防の必要な援助などを行い、高齢者の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とし、地域包括ケア実現に向けた中核的な機関として位置している。

(厚生労働省老建局総務課，2014)

2章.都心地域の高齢者を巡る状況と施策

2-1.都心地域の高齢者を巡る現状

これまでも述べてきたように、日本全国で少子高齢化が進んでおり、2025年には後期高齢者が約2200万人となる。日本は都心部に人口が集中する傾向にあるが、都心地域の高齢化はどうなっていくのだろうか。

2010年から2025年までの15年間で、75歳以上の高齢者の増加数が上位の県は、東京都・神奈川県・大阪府・埼玉県・千葉県・愛知県であり、どこも都心地域である。特に東京都は2015年には397万人が2025年には533万人へと、175万人の増加が見込まれているが、これは全国増加数の三分の一を占めている。

都市部の地域特性について、『都市部の高齢化対策に関する検討会報告書』で都心部の地域特性がまとめられている。それによると、特性として5つの要素が挙げられている。

1つめは「集住」である。上記した東京都から愛知県の6都府県は、65歳以上高齢者の約4割が住んでおり、その中でも東京都には65歳以上高齢者の約1割が居住している。65歳以上人口の人口密度をみると、全国は77人/km²に対し、東京都の特別区は2850人/km²であり、全国の約37倍になっている。

2つめは充実した生活インフラである。狭い範囲に集住しているため、交通・物流等は発達し、多くの生活インフラが整い、地価が高くなっている。しかし、都市部の持家率は地方と比べて低く、低所得者・生活困窮者を中心に、住まいの確保が課題となっている。また、都市部の中では、特にニュータウンなど、居住地と商業・業務地が分離され、居住地から行政拠点、医療福祉施設、商業施設等の日常生活に欠くことのできない各種施設へのアクセスが自家用自動車交通に依存した都市構造になっており、徒歩圏での生活圏域を作ることが難しい環境も存在している。

3つめは団地等で起きる一斉の高齢化である。現在都市部には数多くの集合住宅や宅地が存在しているが、同一世代が一斉に入居する形態であるため、局地的に一斉かつ急速に高齢化が進んでいる状況である。こうした地域では、高齢者の死亡などにより、残された高齢者配偶者が単身で住む単身世帯や空き家が急速に増加している。

4つめは在宅サービスの更なるサービス向上である。都市部においては、地価が高く、特に東京都特別区では施設整備が行いにくい面があり、施設整備率は低い状況にある。このため、在宅要介護者の割合は高くなっている。また、サービスを提供する人材の確保も大きな課題となっている。介護関係職種の有効求人倍率については、愛知県・東京都は全国平均を大きく上回っている状況である。医療介護関係人財の必要数の政府による将来推計によると、2025年において医療・介護職員等の合計で704万人～739万人が必要だと見込まれている。

5つめは、強い職場のつながりはあるが、地域とのつながりは弱いという点である。家族・生活関連について、三世代同居の割合は低く、世帯人員が小さく、住民同士の支え合いも希薄で、職場とのつながりだけの人が多い。地域との繋がり弱い都市部では、家族介護

者も身体的・精神的に追い込まれ、地域から孤立しがちな状況である。
(「都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築」都市部の高齢化に関する検討会
2013)

2-2.都心地域が抱える課題

前章では、都心地域の高齢者の現状について述べてきたが、その中から課題をピックアップしていきたい。また、前述した「地域包括ケアシステム」における課題と、どのような関係があるかもみていきたい。

都心地域が抱える様々な課題の中から、私は3つの課題に注目した。それは①施設不足②
独居の高齢者が多い③地縁のなきの三点である。

①の施設不足について詳細をみていきたい。

この課題は、1章で前述した「在宅介護」の課題と密接に関連している。「在宅介護」の課題では、高齢者が本当は在宅で最期を望んでいるが、大半は施設や病院で最期を迎えているという点を述べた。これを解決するために「在宅介護」を選択できる環境を整えるべきだという論の展開であった。

一方で、特に都心部は、この「施設不足」という課題があるため、高齢者が増加していく中で、高齢者それぞれの住宅で介護を受けることの出来る環境を整えなければ、「在宅介護」の選択うんぬんの前に、高齢者を受け入れる病院や施設が不足してしまうことになるのである。

ここで、「施設不足」の課題の詳細をみていきたい。

前章でみた通り、都心部は地価が高く、また広い土地を確保することも難しいため、その地域のニーズにあった施設を増設することが厳しい現実になっている。施設の用地費と建設費を合わせたものを整備費というが、東京都の介護施設定員一人あたりの整備費は、2160万円と他県と比べても群を抜いて高額である。

また、介護給付費の単価が高く、東京特別区部は20%を上乗せしており、現状でも東京圏だけで年間約800億~900億円の介護費用が割高になっている。人口の将来推移をベースに、都道府県別単位の年齢別医療介護需要の発生率を基に算出した医療・介護需要の将来見通しによると、入院需要は2025年までに全国平均で14パーセント増加し、東京都は増加率が20パーセントにもなる。それと同時に介護需要も全国平均で32パーセントの増加が見込まれる。東京都は38%の増加が見込まれており、東京と市町村が43パーセント増に対し、都区部は35パーセント増であり、東京都の特別区よりも東京都の郊外の方が介護需要は高まると見込まれている。

また、千葉県・埼玉県・神奈川県・東京都の医療介護サービスの利用状況をみると、病状の急性期に対応する一般病床において東京都区部の医療機関に周辺3県や東京都市町村部の一定割合が入院していることがわかる。一方、高齢者などの慢性期患者をみると、東京都区部に住む患者のうち、東京都区部の医療機関に入院している割合は63%であ

り、それ以外の患者は、東京都市町村部の医療機関に 14%、埼玉県の医療機関に 10%、千葉県の医療機関に 5%、神奈川県に 4パーセントが入院している。また、精神病床などのその他の病床の割合をみると、東京都区部の住民は地元の医療機関に入院している割合は 39%で、東京都市町村部が 26%、埼玉県が 15%となっている。

介護サービスにおいても、東京都をみると、有料老人ホームやサービス付高齢者住宅などの施設については、東京都に居住している人の中で東京都内の施設に入居している割合は 68%であり、神奈川県に 10%、埼玉県の施設に 10%、千葉県の施設に 4%が入居している。老人保健施設においても、東京都内の施設に入居している東京都民の割合は 82%であり、15%が埼玉県、千葉県、神奈川県などの施設を利用している。

(東京圏高齢化危機回避戦略一都三県連携し、高齢化問題に対応せよ日本創成会議首都圏問題検討分科会 2015)

東京都区部においては、高齢者が長期的な入院や介護施設への入居等を行う場合、利用される病床は東京都区部以外である場合も多く存在し、この結果から東京都区部の病床数が足りない、または、十分なサービスを受けられない等の理由から、自分が居住している場所以外の病床を選ぶ人も多くいるということがわかる。

このような状況では、「在宅介護を希望するが、家族のこともあるし、そもそも在宅介護を受けることの出来る環境ではない」→「それならば、自宅や家族の近くの病院や施設に入居しよう」→「どこにも飽きがないが、在宅は無理だ」→「近くの県の施設に入ることになったが、家族が来るのに 2~3 時間かかる」といったような人も少なからずいるだろう。高齢者の地方移住^{〔注 1〕}が話題になり、「現在の島流しだ」などと言われていた。しかし、高齢者にとっては自宅や家族の近くではない近くの県の施設に入居する現在の状況は、地方に移住することと大差はないのではないだろうか。

金銭的な面、土地確保の面から都心地域で施設をどんどん増やすということが難しく、現在でも自宅や家族に近い施設に入居できていない高齢者もいる。このような「施設不足」というハード面からしても、特に都心地域では「在宅介護」のできる環境を整えることは急務なのである。

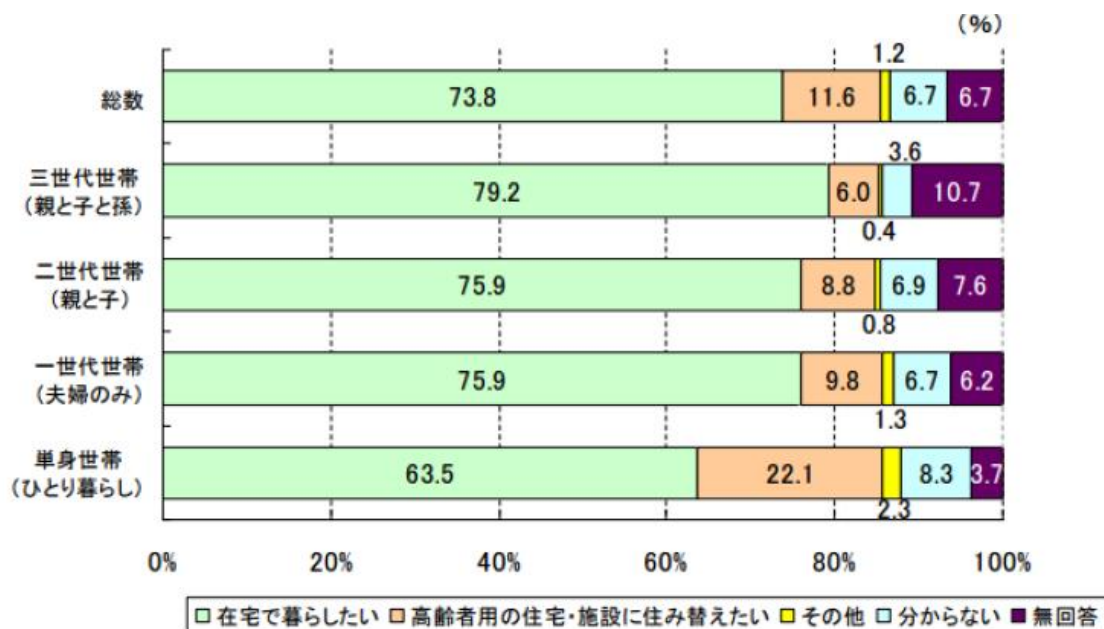
次に、②の独居の高齢者が多いという問題の詳細をみていきたい。

「地域包括ケアシステム」の土台の 1 つに、「地域で支える」ことがある。これは、つまり、「自助・互助・共助・公助」の関係を構築することであり、特に「互助」の関係、いわゆる近所付き合いなどの、自分の近くに住む人との関係性は「地域で支える」ことの鍵を握るものである。その中で、一人暮らしの高齢者、つまり単身高齢者にとって、「互助」の関係となる人々は、自分の異変や SOS を一番近くで一番早く察知してくれる可能性が高い人々となる。「在宅介護」においてその対象者の異変の察知のスピードにより、対象者の生死は左右されることが多く、単身高齢者にとって隣人と「互助」の関係を築くことは、必要不可欠なのである。

しかし、後述するが、昨今の日本の特に都心地域に、いわゆる「ご近所付き合い」など

の地域の近い繋がりはないに等しい。実際のところは、単身高齢者は地域で孤立しがちになり、引きこもりや孤独死など、高齢者が自尊心を持った生活を送ることとは程遠い問題が起きてしまっているのだ。このような問題を避けるためにも、単身高齢者が多ければ多いほど、「互助」の関係を構築し、近くの高齢者の SOS に気付けるような環境が必要と becoming くるのである。

当本人の高齢者はどう思っているのだろうか。都内の高齢者を対象に、最期に希望する住まいの形は何かを聞いたアンケートがある。そこでは、単身高齢者の多くが、現在の住まいで暮らしていきたいと答えている。一人で暮らすことによる不安やデメリットよりも、やはり、住み慣れた家・地域で暮らしていきたいという思いが強いことがわかる。このことから、単身高齢者がそのままの住宅で生活できる環境を整えることで、高齢者の思いに応えることができるはずだ。



資料：東京都福祉保健局「2010（平成 22）年度東京都社会福祉基礎調査『高齢者の生活実態』」

図:2-1.高齢者を対象とした、最期をどこで暮らしていきたいかのアンケート

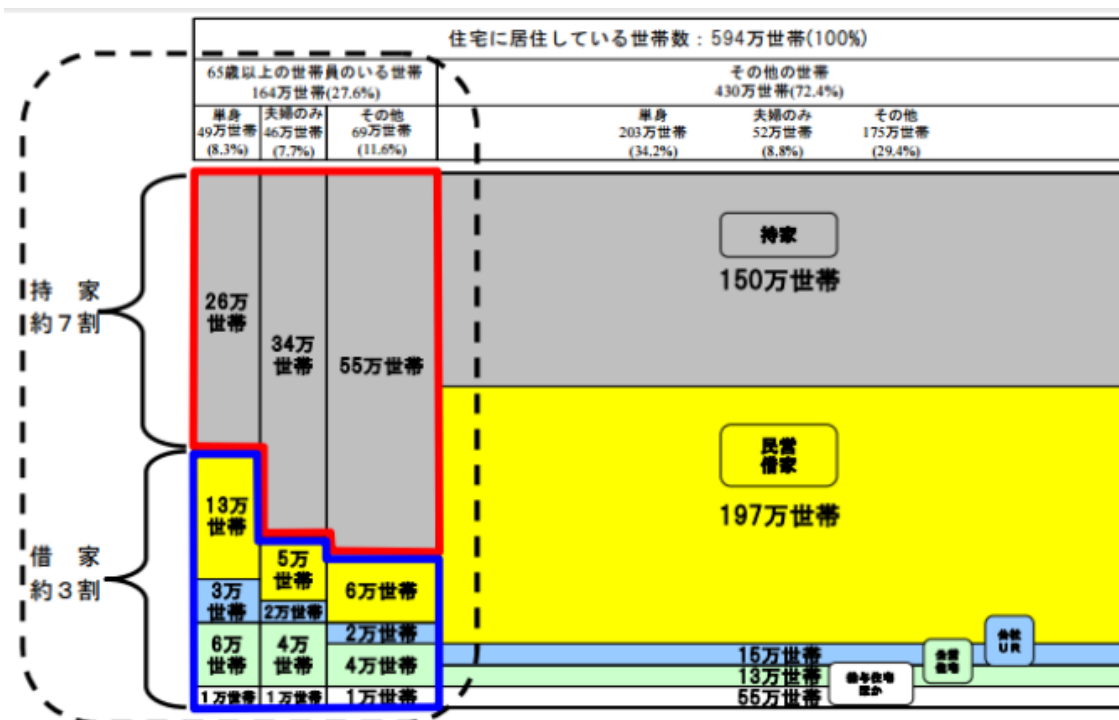
(出典：'東京都高齢者保健福祉計画平成 27 年度～平成 29 年度～世界の福祉先進都市・東京の実現に向けて～東京都福祉保健局 pp.142012 年

<http://www.metro.tokyo.jp/INET/BOSHU/2012/07/DATA/22m7q303.pdf>

65 歳以上の単身高齢者・夫婦のみ世帯が増加することで実際に起きる問題としては、前述した通り、孤独死の問題などである。孤独死の問題に関することとして、高齢者の住居が持家か借家かは重要な鍵を握るはずだ。なぜなら、借家であれば家賃や団地やアパートの管理費などの滞納が続くことで、周囲におかしいと気付いてもらえることが多いはずだ

(それでも死後から発見まで二か月以上経過していた...などの事件は存在するが)。

持家の場合は、昔から住んでいる場合は周囲の住民と顔なじみであるため、異変にすぐ気付いてもらうことができる可能性がある一方、周辺との関わりが薄かったりすると、中々異変に気づいてもらえない可能性の方が高い。ここで、東京都の高齢者のすまいの現状をみてみたい。



資料：総務省「住宅・土地統計調査」2008（平成20）年

2-2.高齢者の世帯・その他の世帯での持家・借り家の割合

(出典：'東京都高齢者保健福祉計画平成27年度～平成29年度～世界一の福祉先進都市・東京の実現に向けて～東京都福祉保健局 pp.92012

<http://www.metro.tokyo.jp/INET/BOSHU/2012/07/DATA/22m7q303.pdf>

都内において住宅に居住している世帯約594万世帯のうち、65歳以上の世帯員のいる世帯についてみると、持家は約7割、借家は約3割となっている。その中でも単身高齢者は持家が26万世帯、借家は23万世帯であり、持家と借家の割合はほぼ半々になっている。夫婦のみの世帯は持家は34万世帯であり、借家は12万世帯であり、ここでは持家の世帯がかなり多くなっている。全体的にみると持家世帯の方が多く、周囲からの孤立の問題が起きていないのか気になるところである。

単身高齢者、または、高齢者のみの世帯の大半が持家であることは、都心地域ではないが、東京都の特徴であると言える。

「自助・互助・共助・公助」の関係が構築されていない中で、単身高齢者の増加により、地域からの孤立や、孤独死などの問題が発生している。高齢者本人はそのようなリスクが

あることも知りながら、住み慣れた場所で最期を望んでいるのが現状である。都心地域は単身高齢者の増加による課題を解決するための取り組みを行っていく必要がある。

最後に、③の地縁のなさの問題についてみていきたい。今、日本は「無縁社会」と言われ、地域の繋がり、地縁が消滅していると言われている。この「無縁社会」になる以前は、日本は地縁、地縁、社縁で結びついている「共同体主義」が特徴であった。共同体主義というのは、共通の特性を有する人々の間で助け合いを尊重する思想のことである。そもそも地縁とは、同じ地域に住む近隣の家をまとめた最小単位の社会組織のことを指す。

現在、都心地域は高層マンションやアパートが立ち並び、環境的にもご近所付き合いができるような環境ではない。マンションなどの町内会には入っている人と入っていない人でわかれ、他人と関わりたくないからという理由で都心に引っ越してくる人もいるくらいなのだ。

地域包括ケアシステムにおいて、「地域で支える」は重要事項であり、地縁がないということは一から関係を構築していかないといけない。互助の関係が薄れている中、地域のつながりを構築していくために様々な取り組みを行っていく必要がある。

2-3.課題に対する施策《中野区「見守り名簿」の取り組み》

ここで前節で述べた課題を解決するための施策において、事例を一つ紹介したい。この事例は先ほどの3つの課題を解消する事例だと私自身考えている。それは中野区で取り組んでいる「見回り名簿サービス」である。

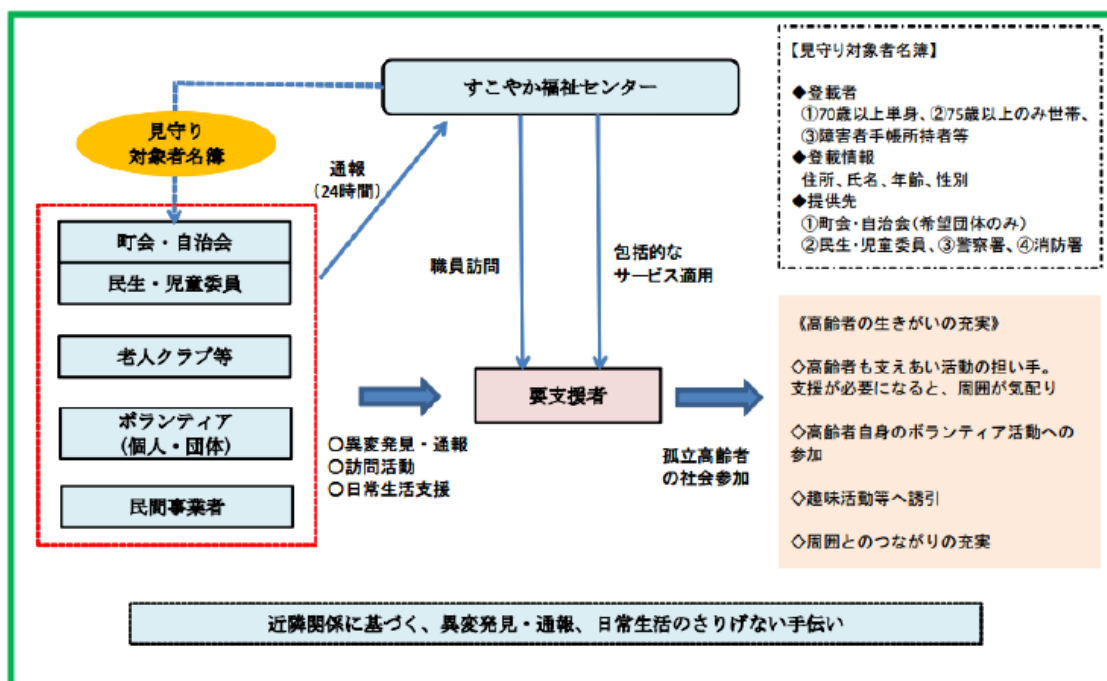


図:2-3.中野区見守り名簿概要

(出典：中野区見守り対象者名簿の提供～地域支えあいネットワークの推進のために～中野

区 2013

<http://www.kaigokensaku.jp/chiiki-houkatsu/files/131148nakanoku.pdf>

中野区の概要を先に簡単に説明する。人口は 313167 人で、高齢者率は 20.4%である。内訳は前期高齢者が 9.84%、後期高齢者が 10.53%である。この施策は支援を必要とする人に対する見守り・支え合い活動を推進するため、町会・自治会、民生・児童委員等に対し、行政保有情報に基づく個人情報名簿の提供を行うものである。平成 23 年 4 月に「地域支え合い活動の推進に関する条例」が施行され、平成 23 年度 11 月から名簿を配布し始めた。条例では、支え合い活動をこう定義している。(中野区見守り対象者名簿の提供～地域支えあいネットワークの推進のために～中野区 2013)

「(1)地域において日常的に生活の状況を見守る活動(2)前号の活動に付随して行われる日常生活を支援するための活動(3)区等が実施する保健医療サービス、福祉サービスその他の支援を必要とする者が必要とするサービスを円滑かつ適切に利用することができるようにするための活動(4)支援を必要とする者の生命、身体又は財産に危険が生じ、又は生ずるおそれがある場合に、当該支援を必要とする者の生命、身体又は財産を円滑かつ迅速に保護することができるようにするための活動」(中野区条例第 19 号中野区地域支えあい活動の推進に関する条例第 2 条)

氏名・住所・年齢・性別・本人が名簿登載を希望するかどうか支え合い事項として登載されている。登載対象者は①70 歳以上単身者②75 歳以上のみの世帯の世帯員③障害者手帳所持者④名簿登載を希望する者の 4 つに分類されており、町会・自治会会員以外も含まれている。提供先は提供を希望する町会・自治会、民生・児童委員、消防署、警察署となっている。現在は 16 町会が名簿を使用している。名簿登載者は平成 24 年度末で後期高齢者が 6960 人で、中野区在住の約 20%が利用している。(中野区見守り対象者名簿の提供～地域支えあいネットワークの推進のために～中野区 2013)

また、(1)70 歳以上の単身の世帯に属する者(2)75 歳以上の者のみで構成される世帯に属する者がどう名簿に載るのかは以下の第 8 条で定められている。

「第 8 条区長は、前条第 1 項の規定により団体等に対し同項第 1 号又は第 2 号に掲げる者に係る情報を提供しようとするときは、当該者からの同意を得ることなく、これを行うことができる。ただし、規則で定めるところにより、当該者から不同意の申出があった場合は、地縁団体に対しては、当該者に係る情報の提供は行わない。」(中野区条例第 19 号中野区地域支えあい活動の推進に関する条例第 8 条)

昨今の個人情報保護を守る傾向から名簿登載者の規定にあたる人々に関してどこまで情報を伝えるのか、緊急事態はどうするのかは重要な課題になると考えられるが、この施策では第 14 条でこう定められている。

「第 14 条区長は、第 7 条から第 10 条までの規定にかかわらず、支援を必要とする者の生命、身体又は財産に急迫した危険があると判断したときは、団体等又は区長が適当と認める者に対し、当該支援を必要とする者に係る情報(その者の氏名、住所、年齢、性別

その他区長が必要と認める情報をいう。)を提供し、支えあい活動に係る協力を依頼することができる。」(中野区条例第19号中野区地域支えあい活動の推進に関する条例第14条)

つまり、高齢者の情報は本人の同意がなければ基本的に名簿に不掲載であるが、情報は把握しており、何か緊急の出来事等が起きた場合は本人の同意なく、情報を第三者に提供できるということになっている。

この事例には、高齢者の名簿登載率が低いなどの課題があるが、都心地域が抱える問題の解決策の一つとして、先行事例として取り上げた。前章で都心地域が抱える課題として①地縁のなさ②一人暮らしが多い③施設不足の三点を挙げた。この③の課題を解決するためには広い土地を確保することも難しく、土地代も高い都心では在宅介護を増やすことが解決策の一つになる。②一人暮らしが多いため、在宅介護を推進するために①地縁のなさという課題を乗り越え、地域の繋がりを生み出していかなければならない。この「見守り名簿」は、地域の繋がりを生み出すという点において、「見守り」というサービスで「名簿」というシステムを使うことで、どういった高齢者がどこに住んでいるのかということを経率的に把握することが出来る点がこの施策の最も優れている点だと考えられる。従来、どこの市町村も在宅介護を推進するため、また、孤独死を防ぐために、自分の地域にどのような高齢者がどこに住んでいるのかを把握することが最重要課題になっている。しかし、課題の①地縁のなさ②一人暮らしが多いことなどから、その把握は困難を極めている。

中野区の施策では、登載の対象者である70歳以上単身、75歳以上のみの世帯に登載希望の有無を聞き、登載拒否を示した対象者だけを非登載にしている。この登載の有無を聞く過程で、対象の高齢者をざっくりと①希望すると回答する高齢者②何も回答しない高齢者③希望拒否と回答する高齢者の3つに分類することができる。

①の高齢者は、地域にも心を開き自分の今後に不安を抱きつつも、行政などのサービスに対してポジティブに考えている人々である。②の高齢者は、希望の有無は非掲載を希望する人以外は全員掲載のため、無回答の人の中には全く連絡を見ていない人と、別に断るまでもないが、そこまで積極的に関わりたいと思っていない人の2つに分かれているはずだ。つまり、地域や行政のサービスに対して全く無関心か、積極的ではないが少し関わりを持ちたいと考えている人々と言える。③の高齢者は、地域の関わりを持ちたくないと思うと共に、自分はまだまだ役所のお世話になるような存在ではないと考えている人々である。

このように一括の調査により、おおざっぱに高齢者が行政サービスや地域との関わりについてどのような考えを持っているのかを知り、これからの関わり方を変えて取り組むことができる。「見守りサービス」を希望する①の高齢者に対してはいくつかのアクターにより重層的な関わりを持つことができる。②の高齢者に対しては、無関心の人もあまり積極的でない人も「見守り」で何度も顔を合わせることで地域やサービスに対して考えを変えることができるかもしれない。③の高齢者はまた細かく分かることができる。ただ単に人付き合いが面倒だと思っていたり、自分の個人情報他者の目に触れるのが嫌だと思っ

いたりする人々と、自分の状況を客観視できているかはひとまず置いておいて、自分はまだ元気で「見守り」などという行政のサービスや地域の人々に関わる必要がないと考えている人々である。前者の人々は、日常の中でたまに顔を合わせて話をしたりなど、遠くから見守りながら信頼関係を築くことが大切になってくるはずである。後者は、元気に身の回りのことを出来ている人ならまだしも、認知症が進行しているなど日常生活に何らかの支障が起きているのにも関わらず、周りとの関係を拒絶している人との関わり方はかなり気を付けなければならない。遠くから見守る姿勢と、定期的に接点を持てるような取り組みを行う必要がある。

このように大ざっぱに分けることができても、その中に個々人の思いの違いなどがあるため、臨機応変な対応が必要であるが、1人1人を把握しようとなると1年半から2年の時期を要する。効率的に高齢者を把握し、ざっくりとした対応から徐々に細やかな対応に切り替えていくことでスピードを持って高齢者を中心とした地域の繋がりなどを作っていく施策だと言える。

また、名簿化したことで個人情報保護の課題はあるとは思うが、地域包括ケアシステムは多くのアクターが関わるものである。この名簿を元に正しい管理体制でアクターが得た情報を共有できる情報網を作成することができれば、地域包括ケアシステム成立に向けても前進できるのではないだろうか。

中野区の「見守り名簿」の事例のように、どの市町村も地域包括ケアシステム成立に向けての施策に取り組んでいる。次章ではいくつかの市町村を挙げ、もう少し踏み込んだ事例の紹介を行い、地域包括ケアシステム成立のために何が不足しており、何が必要なのかを見ていきたい。

3章.各地域の事例紹介

3-1.事例選定地と理由

紹介する事例として①新宿区②品川区③杉並区を挙げたい。①新宿区は一人暮らしの高齢者が多く、東京都内で見ても最も割合が高い。急激な高齢化が問題視されている戸山ハイツなどの集団高齢化も含め、孤独死などの課題にどう対応しているかをみていきたいと考え、選定した。②の品川区は地域ごとに特徴が強く、再開発が活発に行われている地域もあれば、昔ながらの地縁の強い地域もあり、それぞれの違いに考慮しながらどのような対応をしているのかを考察したいと考え、選定した。③の杉並区は特別養護老人ホームを伊豆市と連携して取り組むなど新たな施策に挑戦しており、在宅介護が基本路線の地域包括ケアシステムが今後裾野を広げるべきなのかなどの視点から杉並区の取り組みをみていきたいと考え、選定した。

また、それぞれの地域包括ケアシステムは地域の特徴に合わせた施策を行政が行っていくということが前提となっている。それぞれの地域がどのような施策を行っているのかを比較しやすくするために、一つはどの地域でも行っている「見守り」を挙げ、もう一つそれぞれの地域が力を入れている、または特徴に呼応した施策について挙げていきたい。

3-2.新宿区における地域包括ケアシステムの取り組み

新宿区の概要を説明する。



図:3-1.新宿区地図

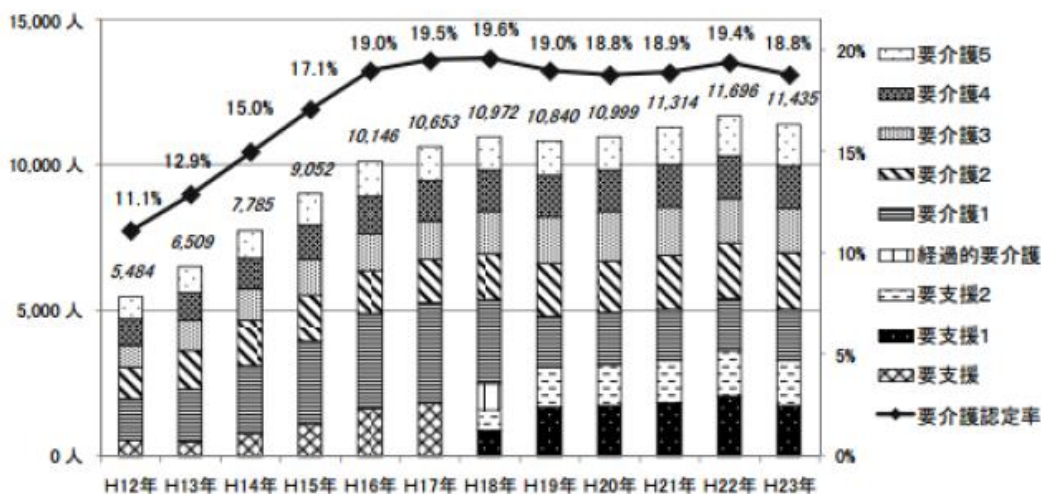
(出典：新宿区社会福祉協議会第三次経営計画 2014～2018pp.40)

新宿区は人口 334248 人(平成 27 年 11 月現在)、そのうち高齢者は 66458 人で 19.9%を占める。

地域包括ケアシステム構築の面から、今後在宅介護の必要性がどの程度差し迫っているかをみていきたい。

新宿区の要支援・要介護状態区分別認定者数の推移をみると、2011 年には 75 歳以上の高齢者が占める割合は 85%を超えた。

〔要支援・要介護状態区分別認定者数の推移〕



※各年 10 月 1 日現在の実績値 (年度中央値)

※要介護認定率=第 1 号及び第 2 号被保険者の要支援・要介護認定者の合計÷第 1 号被保険者
(第 1 号被保険者は 65 歳以上、第 2 号被保険者は 40 歳から 64 歳までの医療保険加入者)

※平成 18 年介護保険法の改正により、要介護度は、要支援から要介護 5 までの 6 区分から、要支援 1 から要介護 5 までの 7 区分に変更

※経過的要介護とは、平成 18 年 3 月末現在に要支援の認定を受けていた人で、その要支援の有効期限が切れるまでの区分

図:3-2.要支援・要介護状態の区分別認定者数の推移

(出典：新宿区高齢者保健福祉計画・第 5 期介護保険事業計画新宿区 2012 年

[http://www.city.shinjuku.lg.jp/content/000109453.pdf#search='%E6%96%B0%E5%AE%BF%E5%8C%BA+%E5%8D%98%E8%BA%AB%E9%AB%98%E9%BD%A2%E8%80%85+%E8%A8%AA%E5%95%8F%E5%AE%9F%E6%85%8B%E8%AA%BF%E6%9F%BB'\)](http://www.city.shinjuku.lg.jp/content/000109453.pdf#search='%E6%96%B0%E5%AE%BF%E5%8C%BA+%E5%8D%98%E8%BA%AB%E9%AB%98%E9%BD%A2%E8%80%85+%E8%A8%AA%E5%95%8F%E5%AE%9F%E6%85%8B%E8%AA%BF%E6%9F%BB'))

これより、75 歳以上の高齢者が今後増加していくという見込みに対応するためには要介護者の増加の受け皿を作る必要性が分かる。

また、「今後住み替える予定はあるか」「介護が必要となった場合、住み替えたいと考えているか」の質問には大半の人が現在の自宅で過ごすことを望む高齢者が大半を占める。

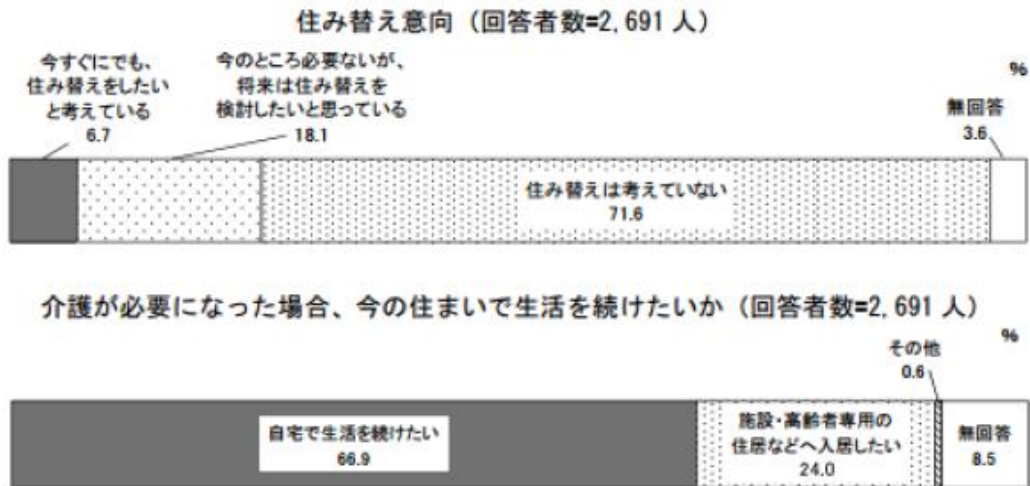
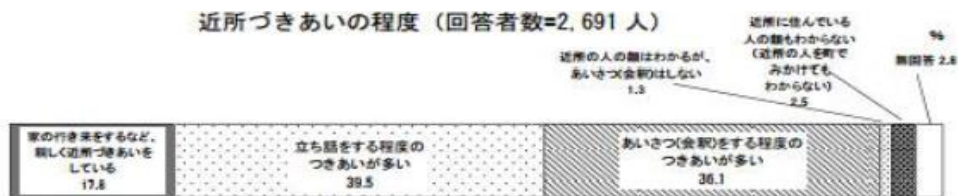


図:3 - 3.高齢者に対して住み替えをしたいか、また、要介護状態になった時どのような生活を送りたいか

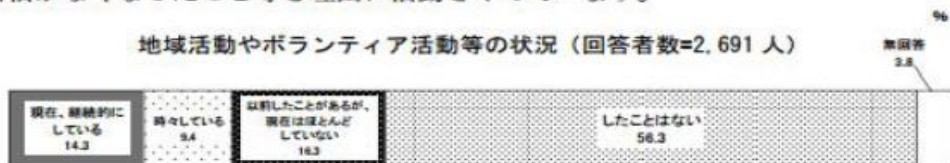
(出典：新宿区高齢者保健福祉計画・第5期介護保険事業計画新宿区 2012年

[http://www.city.shinjuku.lg.jp/content/000109453.pdf#search='%E6%96%B0%E5%AE%BF%E5%8C%BA+%E5%8D%98%E8%BA%AB%E9%AB%98%E9%BD%A2%E8%80%85+%E8%A8%AA%E5%95%8F%E5%AE%9F%E6%85%8B%E8%AA%BF%E6%9F%BB'\)](http://www.city.shinjuku.lg.jp/content/000109453.pdf#search='%E6%96%B0%E5%AE%BF%E5%8C%BA+%E5%8D%98%E8%BA%AB%E9%AB%98%E9%BD%A2%E8%80%85+%E8%A8%AA%E5%95%8F%E5%AE%9F%E6%85%8B%E8%AA%BF%E6%9F%BB'))

また、地域の繋がりという面で新宿区在住の高齢者の声は以下の通りである。



また、地域活動(町会・自治会、子供会等)やボランティア活動等について「現在、継続的にしている」「時々している」と回答した方は23.7%であり、16.3%の方は健康・体力に自信がなくなったこと等を理由に活動をやめています。



しかし、地域のつながりの必要性については89.8%の方が「とても必要だと思う」「どちらかといえば必要だと思う」と回答しています。

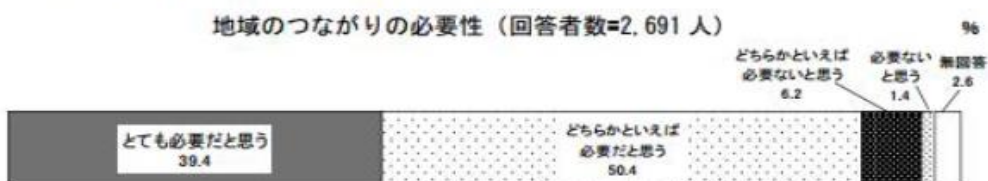


図:3 - 4.近所付き合いや地域の繋がりについてどう考えているのか

(出典：新宿区高齢者保健福祉計画・第5期介護保険事業計画新宿区 2012

[http://www.city.shinjuku.lg.jp/content/000109453.pdf#search='%E6%96%B0%E5%AE%BF%E5%8C%BA+%E5%8D%98%E8%BA%AB%E9%AB%98%E9%BD%A2%E8%80%85+%E8%A8%AA%E5%95%8F%E5%AE%9F%E6%85%8B%E8%AA%BF%E6%9F%BB\)](http://www.city.shinjuku.lg.jp/content/000109453.pdf#search='%E6%96%B0%E5%AE%BF%E5%8C%BA+%E5%8D%98%E8%BA%AB%E9%AB%98%E9%BD%A2%E8%80%85+%E8%A8%AA%E5%95%8F%E5%AE%9F%E6%85%8B%E8%AA%BF%E6%9F%BB))

この資料から、挨拶や立ち話などの緩やかな繋がりを持っている人が多いが、ボランティア等の深い繋がりをもてるような機会を利用する人は少ないということがわかる。「地域のつながりが必要だと思うか」という質問に対しては8割を超える人が「とても必要だと思う」または「どちらかといえば必要だと思う」と考えている。

新宿区の高齢者は在宅で最期を過ごしたい、地域の繋がりを持つことができるなら持ちたいと考える高齢者が多いことが分かった。

それでは、新宿区の高齢者を巡る環境の特徴をみていこう。

新宿区最大の特徴は、高齢者の一人暮らしが多い点である。東京都内でみても新宿区はトップである。高齢者がいる世帯のうち、単身世帯は24.7%となっている。また、65歳以上の夫婦のみの世帯は27.3%となっており、全体の57.7%が高齢者のみの世帯であり、半数以上となっている。

もう一つ特徴を挙げるとすると、新宿区の高齢者はかかりつけ病院を持っていない人が多いという点である。新宿区は東京医科大学病院、慶応義塾大学病院など大きな病院が数多く存在しており、高齢者は自宅付近の病院に行くより、大学病院などを選択する。そのため、地域包括ケアシステムの基盤となる、かかりつけ医の存在がない。地元の小さな病院で高齢者同士が顔見知りになり、小さなコミュニティが作られることがよくあるらしいのだが、そのような機会が失われてしまっていることが特徴として挙げられる。この「かかりつけ医の不在」という問題から派生してもう一つ問題が起きている。それが、服薬管理の複雑化である。大きな病院へ通うことを好む人は、症状に合わせて病院を変える人もいる。また、同じ大病院に通っていても病状によって担当の先生は変わるため、莫大な薬を抱えることになってしまうのだ。これにより、日常生活を手助けするボランティアの人が、どの薬がどの病状に対応しており、いつ服薬するのかということが把握できずに苦戦することが多いらしいと、ヒアリングでお聞きした。これは「地域包括ケアシステム」の医療・介護の連携において、病院での医療と自宅での介護の連携がうまく取れないという課題の一つになるだろう。

まとめると、新宿区の特徴は一人暮らしの高齢者が多いこと、かかりつけの病院がない人が多いことから高齢者のコミュニティが自然に生まれる機会が少ないことが新宿区に居住する高齢者の特徴である。

この特徴を考慮にいれながら、これから2つの事例をみていきたい。一つは見守り事業、もう一つはコミュニティ形成事業である。

新宿区の見守り事業のキーワードは「一回を濃く強く」である。社会福祉協議会が区から委託されて取り組んでいる「ふれあい訪問・地域見守り協力員事業」の概要は以下の通

りである。

「ふれあい訪問事業は、地域社会との関係づくりが困難な高齢者を職員が訪問して日常生活に関する話し相手となり、必要に応じて関係機関へとつなげる役割を担うものです。地域見守り協力員事業は、地域見守り協力員が対象となる高齢者宅を定期的に訪問し安否の確認、見守りを行い、孤独感の解消及び事故の未然防止を図ります。両事業とも新宿区内に住所を有する、75歳以上の一人暮らしまたは75歳以上の方を含む65歳以上の高齢者のみの世帯等を対象とします。」(pp.65 新宿区社会福祉協議会第三次経営計画 2014～2018)

新宿区は民生委員により、75歳以上の単身高齢者世帯に対する訪問実態調査が年2回行われている。

この調査を基に、区内の関係機関、町会や民生・児童委員、サロン、地域でのボランティア活動者等が担い手となり、見守り活動を行っている。この見守り活動の目的の一つとして、新宿区が発行している「ぬくもりだより」を訪問する高齢者に渡すということがある。この「ぬくもりだより」は月2回発行しており、この発行に合わせ、対象の高齢者を訪問している。新宿区役所のヒアリングでは、この「ぬくもりだより」を直接手渡しすることにこだわっているとおっしゃっていた。直接手渡しすることで、中々会話の糸口がお互い掴めないとしても、「ぬくもりだより」の内容などについて話しながら、「今度このイベントにいつてみたらいかがですか？」などと高齢者を外へ、地域の中へ連れ出すことができるのだという。

2つめの取り組みは「コミュニティネットワーク支援事業」である。事業概要は以下の通りである。

「区内には都営戸山ハイツおよび都営百人町アパート(旧戸山団地)の2つの大規模集合住宅があります。これらの集合住宅特有の課題については、住民の支え合いのしくみによって解決していくためのネットワークづくりを支援します。住民による主体的なネットワークが形成されるよう、住民や関係機関との課題解決に関する継続的な協議の場を支援するとともに、住民間または周辺の社会資源との関係づくりを促すコミュニティ活動をサポートします」(pp.57 新宿区社会福祉協議会第三次経営計画 2014～2018)

百人町アパートは独居老人に加え外国籍入居者や低所得者世帯が増加しており、独居老人の孤独死の問題だけでなく、育児の問題を抱えた世帯が多く存在している。百人町アパートのある戸山2丁目は自治会活動が活発で小学校等の生活施設も周辺に揃っているため、小学校PTA活動などを通して、地域との関係を築いてきた人は必要な支援につながりやすい。しかし、積極的に自治会活動を担ってきた住民の多くが高齢になっているため、自治会に関するコミュニティが弱まってきていることが課題となっている。

3-3.品川区における地域包括ケアシステムの取り組み

品川区の概要を説明する。品川区は人口372234人(平成27年2月現在)、そのうち高齢者は78466人で21.2%を占める。(pp.5 第六期品川区介護保険事業計画のあらまし)

品川区の高齢者の要介護認定状況を見てみると、年々増加しており 15%の人が要介護認定を受けているということがわかる。



図3 - 5.介護の認定者数と認定率の推移

(出典：平成 23 年度品川区介護保険制度の運営状況品川区 2011

http://www.city.shinagawa.tokyo.jp/ct/other000034800/h23kaigohokennunneijoukyou.pdf#search='%E5%93%81%E5%B7%9D%E5%8C%BA+%E9%AB%98%E9%BD%A2%E8%80%85+%E7%8A%B6%E6%B3%81')

品川区最大の特徴として、地域ごとに特徴が大きく違うことが挙げられる。

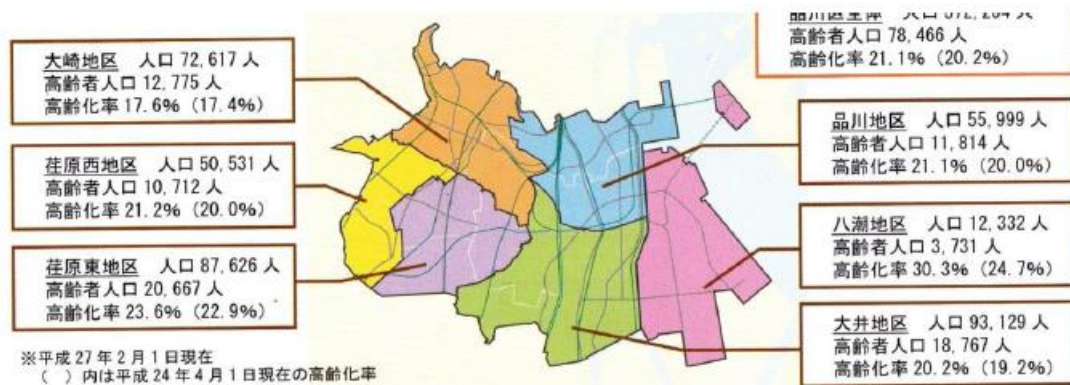


図 3 - 6.品川区の地区説明と高齢化率

(出典：「第六期品川区介護保険事業計画のあらまし」品川区福祉部高齢者福祉課 2015pp.6)

高齢化率でみてみると、八潮地区は品川八潮パークタウンという団地があり、その団地の住民が一斉に高齢化したため、高齢化率が飛びぬけて高くなっている。また、大崎地区は再開発が行われており、オフィスビルや高層マンションが多いため、高齢化率が他の地区と比べると低い。土地柄でみてみると、品川神社、貴船神社、下神明天祖神社、上神明天祖神社など神社が多く存在しており、大小様々なお祭りが行われていることが多い。そのため、昔からの住民や町内会などの繋がりは強く、神社を中心に地縁のある地域は多いといえる。地域包括ケアシステムにおいて、地域とは生活圏域＝中学校区と定義されている。そのため、実際に行政が地域の単位として設定しているものは 13 地区である。また、

品川区は中学校学区が存在はしているが、中学校選択制度により学区以外の中学校に通う生徒が多い。それにより、生活圏域で繋がりを作るきっかけがなかなか掴めないという問題もある。

まとめると、品川区の特徴として2つのことがいえる。一つは地域それぞれの特徴が様々である点と、地域包括ケアシステムを構築する上で定義されている地区での繋がりを作るのが難しいという点である。このような特徴を考慮しながら品川区はどのような取り組みを行っているのか。

これから2つの施策を挙げて品川区の取り組みをみていく。1つは見守りネットワーク事業で、もう1つは地域センター事業の取り組みである。

1つ目の見守りネットワークで品川区のキーワードは「重層的な見守り」である。見守りの担い手として数多くのアクターが携わっている。町内会、商会、自治会、民生委員、ボランティア、企業など。この様々なアクターの中で、特徴的だと言えるのは自発的に始まった町内会や自治会の見守りと企業の見守りである。

町内会や自治会の自発的な見守りのきっかけは2011年の東日本大震災だったとする町内会や自治会が多いそうだ。一度、町内会などで、もしも今後震災が起きた時に、町内会の範囲の中で自力で逃げることが出来ない人はどれくらいいて、どこに住んでいるのか、そして誰が助けにいくのかということ調査する機会があり、それを契機に、なんとなく一人で生活を送ってはいるが、時に不自由なことがある高齢者の方などを気にかけているというのが今の現状らしい。また、見守りについては高齢者のみをターゲットに見守りを始めようと始まったものはほぼなく、防災の観点から何度か防災訓練やワークショップを行っていく中で、防災から普段の生活へ視点移っていき、見守りに繋がっていくというケースがほとんどだという。平成21年度からは見守り活動を行っている町内会などに対して、助成金を交付している。助成金の額は、初年度から3年目までは10万円、4年目から5年目は5万円、6年目以降は2万円となっている。

一方、企業の見守りについては現在、12の団体と協定を結んでおり、協定を結んでいるのは、さわやか信用金庫・明治安田生命保険相互会社品川支社、生活協同組合パルシステム東京・東京海上アシスタンス株式会社、品川区新聞販売同業組合、セブンイレブンなど、お弁当配達企業などだ。

特にセブンイレブン等の小売と配送の2つの事業を行っている企業と協定を結ぶと、そこだけで二重の見守りを行うことができるとヒアリングで伺った。配送では、新聞受けに新聞が溜まっていないか、昼間から電気がついていないかなど外部要因から高齢者を見守り、小売では毎日同じ商品を買っていないか、朝買った物と同じ物を昼間にも買いに来ているかなどと本人の行動から異変に気付くことができる。これらの見守りに協力してもらっているアクターには、見守りマニュアルを配布し、同一の基準で高齢者を見守ってもらうことで異変に対する見落としがないようにしている。また、アルソックなどの防犯等を扱っている企業とも連携し、機械による見守りにも取り組んでいる。

どのような取り組みかという、冷蔵庫のドアが12時間開かないと、警報が担当者に届くという仕組みの機械を1500円で冷蔵庫に取り付ける取り組みである。この機械を導入している高齢者は約2万人いるらしい。この取り組みについてヒアリングしたところ、当初は誤報が鳴りやまなかったそうだ。それはなぜなら、高齢者の方特有の生活リズムがあるからである。夕食を18時から取るとすると、冷蔵庫を開けるのは18時前である。夕食を食べた後、のどが渴いたとしても高齢者の方は冷たい飲み物を嫌う方が多く、常温の水や温かいお茶を飲む。そして翌日の朝ごはんを7時に食べるとする。そうすると何の変哲もない生活を送っているのにも関わらず、12時間冷蔵庫を開かないということが多々あるのである。これを受け、担当した方は設定時間を12時間から18時間に変更し、誤作動をなくしたのである。

これらの様々なアクターの見守りの取り組みの他に、社会福祉協議会の職員が3年に1回、75歳以上の高齢者を住民票ある無しに関係なく、一人ひとり尋ねるアウトリーチ訪問を行っている。職員1人当たりの担当は約900人程度。その中で8割弱は家族と共に住んでいる方、一人暮らしでも元気な方である。残りの2割は「自分は大丈夫だから」と思っていて、行政や社協と関わることに消極的な方か、訪問されること自体に不快感を表す方かのどちらかである。後者の方には訪問理由を説明するとともに、付近を通った時にお便りや名刺をドアに挟むことで、心を開いてもらえるように継続していく。前者、後者をあわせ、残りの2割の方の中で50人ほどは何らかのサービスが必要な方がいる。その中できちんと説明してもサービスを受けてくれる方は10人程度である。40人の方は拒否をするため、前述した見守りの担い手の方と情報共有を行い、その方に最も近い存在である地域のボランティアに外から見守ってもらい、昨日とここが違うなど本当に些細な異変に気づく体制を作っておく。本人が気付いていないSOSをこちら側が発見することはもちろんのこと、もしも向こうからSOSが発信された場合は、その人に必要な適切な救いの手をスムーズに提供できるよう、縦割りになりがちな区役所、社会福祉協議会を横の繋がりにし、情報提供をスムーズに行うことも「見守りサービス」のその先を見据えると、大切になってくる。

2つめの事業は「地域センター事業」についてみていく。

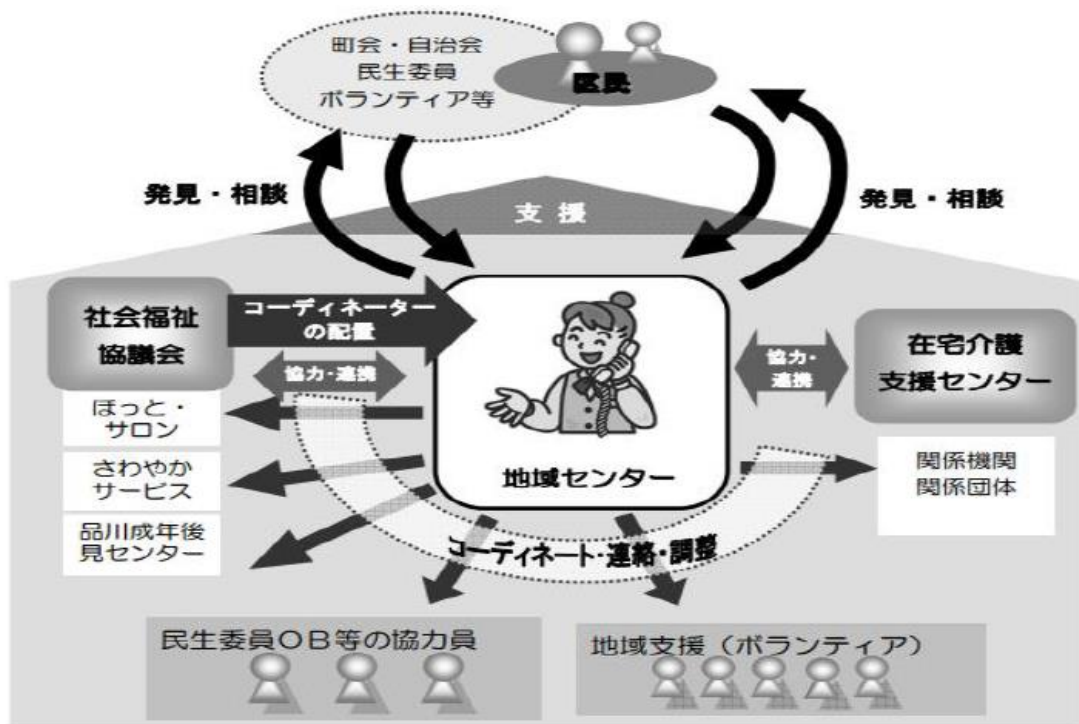


図:3 - 7.地域センター事業イメージ図

(出典：第二期品川区地域福祉計画 2011年 pp.14)

この事業は、生活圏域でわけた13地区のうち4地区をモデル地区として取り組み、6地区、8地区...と徐々に広げていっている現在進行形の事業である。この事業では以下の5つの項目を重点に充実を目指している。

- ①相談...地域の身近な相談窓口となる
- ②発見...専門的な対応を必要とする問題を抱えた人を早期に発見する
- ③調整...自ら解決できない問題(困難ケース)については適切な専門機関や区の担当部署につなぐ
- ④連携...問題解決に関係するさまざまな専門機関や事業者、ボランティア等との連携を図り、総合的且つ包括的に支援する
- ⑤ネットワーク形成...住民の地域福祉活動で発見された生活課題の共有化、社会資源の調整や新たな活動の開発、地域福祉活動に関わる団体・個人のネットワーク形成を図るなど、地域福祉活動を促進する

(第二期品川区地域福祉計画 2011pp.13)

元々、在宅介護支援センターが設置されていたが、それに追加され設置されている。この地域センターには行政の窓口、社会福祉協議会の窓口となる職員(コーディネーター)が配置されており、どのような相談においても地域センターの中で解決策を提案できるようになっている。介護サービスを利用する高齢者は、行政と社会福祉協議会がそれぞれ違ったサービスを提供していることを知らず、無償のボランティアで対応できたものを有償のサ

ービスを利用してしまったというケースが少なくなかった。地域で相談を把握でき、その地域在住のボランティアを相談のニーズに合わせてマッチングできるという内容が、最大の強みである。モデル地域以外の住民からは「自分の地域でもやってほしい」という声を聴くことができたそうである。

今後は地域センターが中心となり、保険・医療、生活福祉、防災・防犯、住宅、まちづくりなど多様な分野に関わる組織が、対象となるケースや課題に応じて横断的に連携、対応することを目指していく。地域の人にとって「何かあったら地域センターに」が合言葉になるように「地域のなんでも相談窓口」になるのが理想の形である。

3 - 4.③杉並区

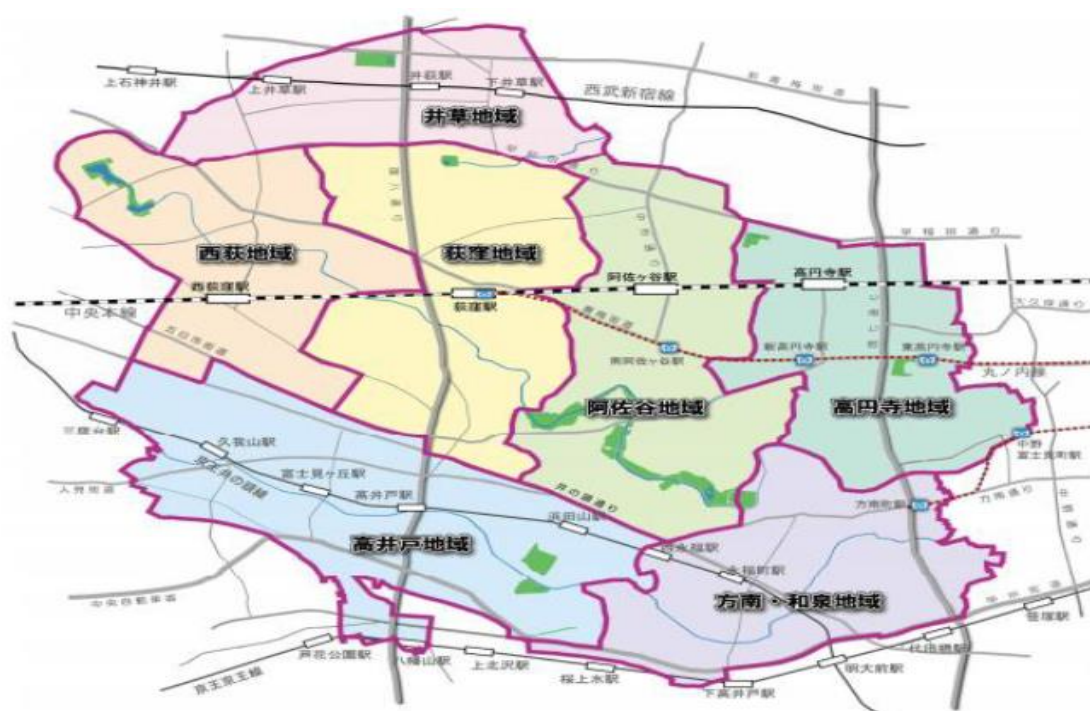


図:3 - 8.杉並区の概要地図

(出典：第5期杉並区介護保険事業計画(平成24年～平成26年)杉並区保健福祉部高齢者施策課 2012

http://www2.city.suginami.tokyo.jp/library/file/kg_planH24-26.pdf#search='%E6%9D%89%E4%B8%A6%E5%8C%BA+%E9%AB%98%E9%BD%A2%E8%80%85+%E7%8F%BE%E7%8A%B6'))

杉並区の概要を説明する。人口 553189 人、そのうち高齢者は 112863 人で 20.7%を占める。(平成 27 年 11 月時点)

高齢者の前期高齢者・後期高齢者の割合をみってみる。

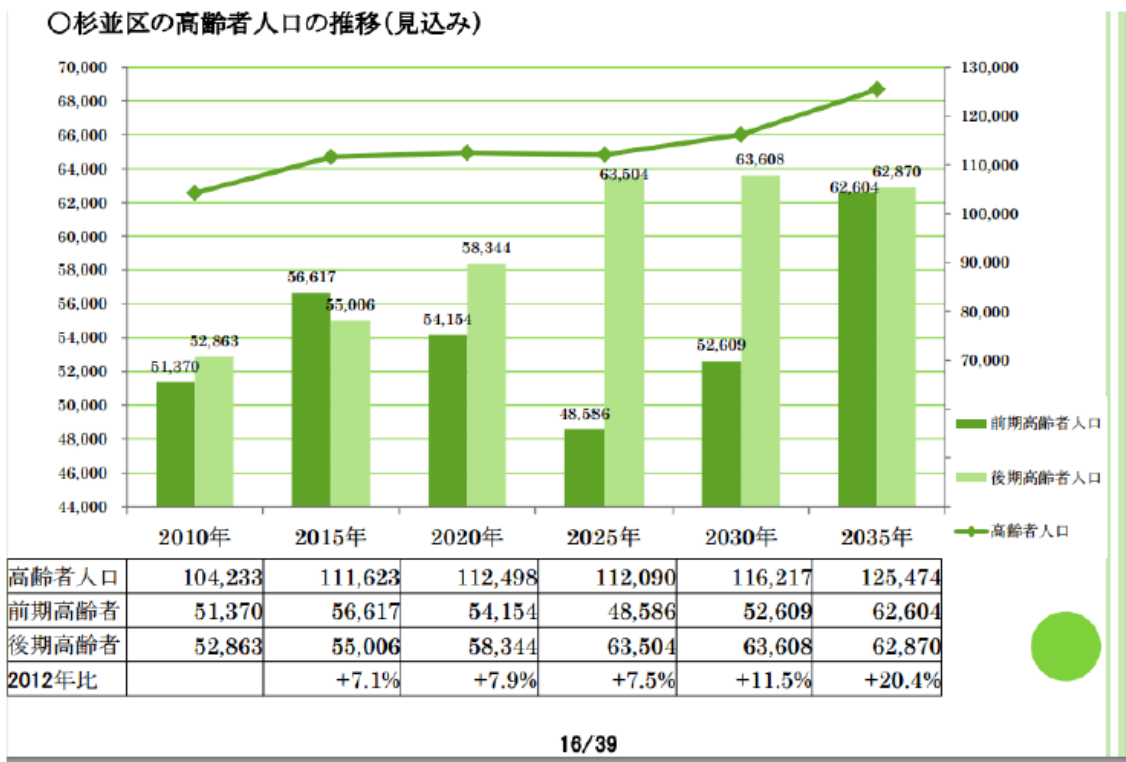


図:3 - 9.杉並区の高齢者人口の推移

(出典：杉並区の高齢者施策について杉並区 2013

[http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=146239&name=2r98520000034a1q_1.pdf#search='%E6%9D%89%E4%B8%A6%E5%8C%BA+%E9%AB%98%E9%BD%A2%E8%80%85+%E7%8A%B6%E6%B3%81'\)](http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=146239&name=2r98520000034a1q_1.pdf#search='%E6%9D%89%E4%B8%A6%E5%8C%BA+%E9%AB%98%E9%BD%A2%E8%80%85+%E7%8A%B6%E6%B3%81'))

これを見ると、2010年の段階で後期高齢者は前期高齢者の人口数より多く、2015年には後期高齢者が前期高齢者を下回る見込みになっているが、それからも後期高齢者の人数の方が多い見込みである。

平成19年度に行った杉並区高齢者実態調査報告書によると、杉並区の65歳以上の単身高齢者の割合は21.4%、65歳以上夫婦のみの世帯は35.5%と合わせて半数以上になる。

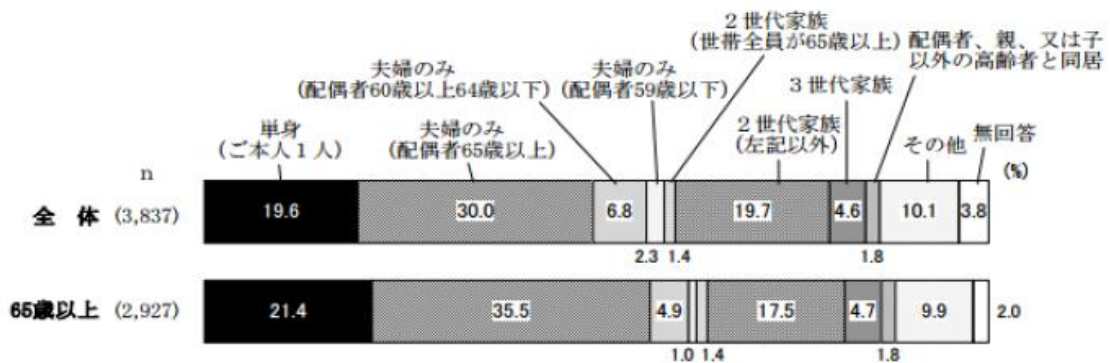


図:3 - 10.65歳以上の単身高齢者、夫婦のみ世帯の割合

(出典：第5期杉並区介護保険事業計画(平成24年～平成26年)杉並区保健福祉部高齢者施

策課 2012

[http://www2.city.suginami.tokyo.jp/library/file/korei-jitai19.pdf#search='%E6%9D%89%E4%B8%A6%E5%8C%BA+%E9%AB%98%E9%BD%A2%E8%80%85+%E7%8A%B6%E6%B3%81'\)](http://www2.city.suginami.tokyo.jp/library/file/korei-jitai19.pdf#search='%E6%9D%89%E4%B8%A6%E5%8C%BA+%E9%AB%98%E9%BD%A2%E8%80%85+%E7%8A%B6%E6%B3%81'))

「最も近い子や孫はどこに住んでいるのか」についてと「親族の方との会話や連絡の頻度」についてのデータである。

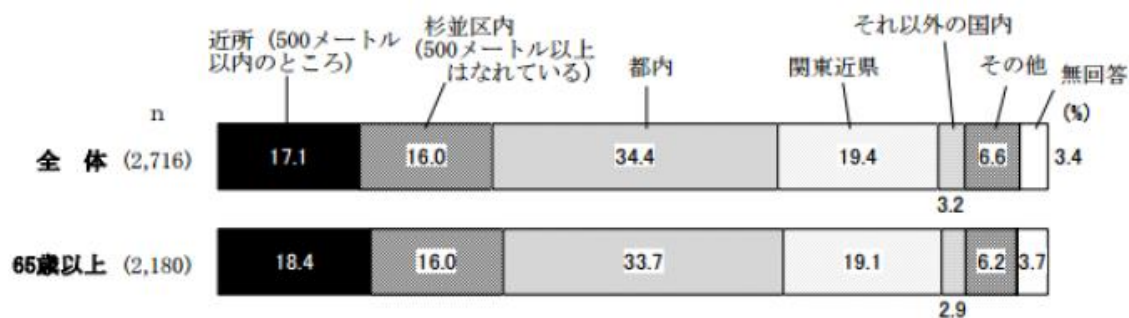


図:3 - 11. 高齢者に対して、家族がどこに住んでいるか

(出典：第 5 期杉並区介護保険事業計画(平成 24 年～平成 26 年)杉並区保健福祉部高齢者施策課 2012

[http://www2.city.suginami.tokyo.jp/library/file/korei-jitai19.pdf#search='%E6%9D%89%E4%B8%A6%E5%8C%BA+%E9%AB%98%E9%BD%A2%E8%80%85+%E7%8A%B6%E6%B3%81'\)](http://www2.city.suginami.tokyo.jp/library/file/korei-jitai19.pdf#search='%E6%9D%89%E4%B8%A6%E5%8C%BA+%E9%AB%98%E9%BD%A2%E8%80%85+%E7%8A%B6%E6%B3%81'))

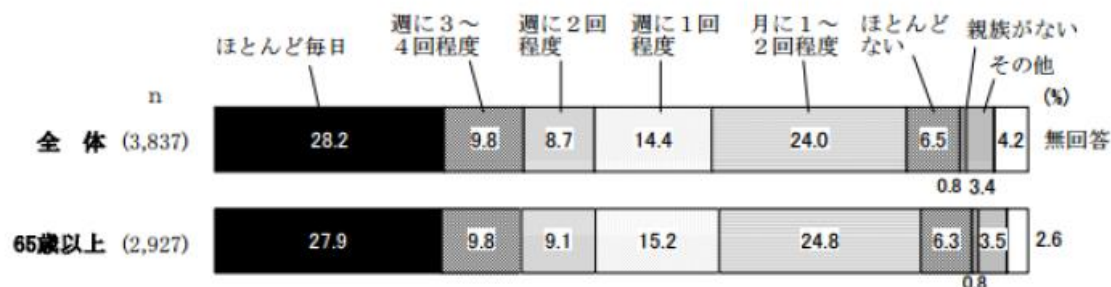


図:3 - 12. 高齢者に対して、連絡の頻度はどれくらいか

(出典：第 5 期杉並区介護保険事業計画(平成 24 年～平成 26 年)杉並区保健福祉部高齢者施策課 2012

[http://www2.city.suginami.tokyo.jp/library/file/korei-jitai19.pdf#search='%E6%9D%89%E4%B8%A6%E5%8C%BA+%E9%AB%98%E9%BD%A2%E8%80%85+%E7%8A%B6%E6%B3%81'\)](http://www2.city.suginami.tokyo.jp/library/file/korei-jitai19.pdf#search='%E6%9D%89%E4%B8%A6%E5%8C%BA+%E9%AB%98%E9%BD%A2%E8%80%85+%E7%8A%B6%E6%B3%81'))

この 2 つをみても、近所や都内など比較的近いところに親族や住んでいる人が 7 割弱であり、週に 1 回以上親族と会話をする人も 6 割ほどいる。杉並区に在住の高齢者の多くは家族がそばにいて、家族との密な繋がりを持っているということを確認することができる。

また、持ち家である高齢者は7割と、高い割合の高齢者が持ち家であることがわかる。

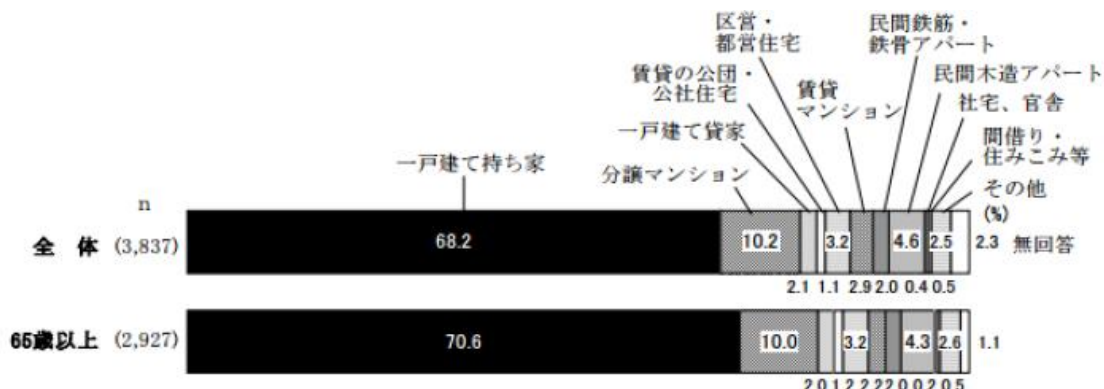


図:3 - 13.65 歳以上は持家なのか、借り家なのか

(出典：第 5 期杉並区介護保険事業計画(平成 24 年～平成 26 年)杉並区保健福祉部高齢者施策課 2012

<http://www2.city.suginami.tokyo.jp/library/file/korei-jitai19.pdf#search=%E6%9D%89%E4%B8%A6%E5%8C%BA+%E9%AB%98%E9%BD%A2%E8%80%85+%E7%8A%B6%E6%B3%81>)

しかし、これだけ持家の人が多いにも関わらず、介護が必要となった場合に希望する生活場所という問いかけには、できれば今の家に住み続けたいという回答は 6 割にとどまり、持家の人の中でも、親族のところや施設に入りたいと考えている人もいるらしいことがわかった。

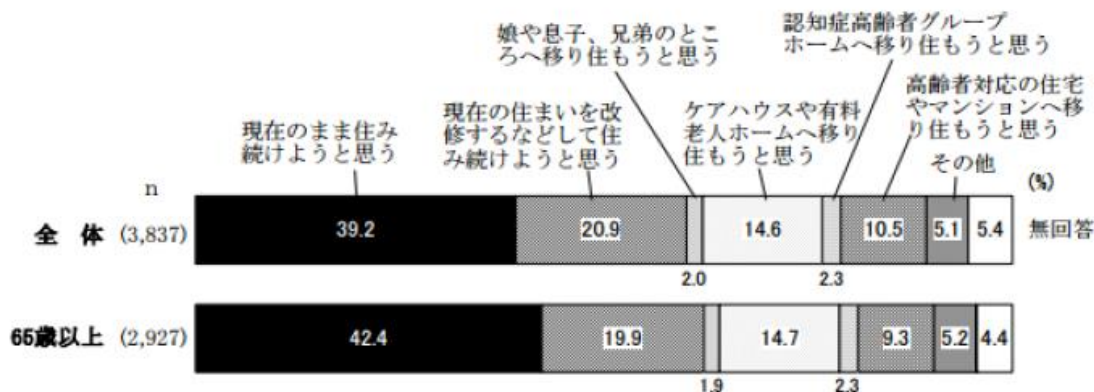


図:3 - 14. 介護が必要となった場合に希望する生活場所

(出典：第 5 期杉並区介護保険事業計画(平成 24 年～平成 26 年)杉並区保健福祉部高齢者施策課 2012

<http://www2.city.suginami.tokyo.jp/library/file/korei-jitai19.pdf#search=%E6%9D%89%E4%B8%A6%E5%8C%BA+%E9%AB%98%E9%BD%A2%E8%80%85+%E7%8A%B6%E6%B3%81>)

これから杉並区の特徴として、生活圏域内に親族が居住している高齢者が多い点があげられる。

では、杉並区の取り組みとして、見守りサービスと南伊豆市と連携した保養地型特別養護老人ホームの取り組みについてみていきたい。

杉並区の見守りサービスは、見守りと支援を組み合わせた「地域目・地域の手事業」を行っている。「地域目」である見守りサービスは、対象は 65 歳以上の高齢者のみの世帯で、原則として介護保険サービスを利用している方は除く。「地域の手」である支援事業は、災害時に自力では避難行動や避難生活が困難な方に対し、地域の方々による支援を行っていく事業である。どちらも登録制であり、対象者は直接窓口に行くか、ホームページで申請しなければならない。

2010 年 7 月、杉並区在住の 113 歳の女性が住所地に不在であることが発覚した出来事があった。これを契機に、翌 2011 年から 75 歳以上で介護保険などのサービスを受けていない高齢者約 12000 人を対象に、民生委員・地域包括支援センター職員及び区職員による戸別訪問を実施した。それにより、5 名の所在不明者が判明した。一方で 875 人の対象者を必要な介護サービスに繋げることができた。福祉課の方によると、この調査を基に、「地域目・地域の手事業」のサービスを拡散していきたいとのことである。

2 つめの取り組みとして「南伊豆市と連携した保養地型特別養護老人ホーム」の取り組みをみていきたい。これは在宅サービスを前提としている「地域包括ケアシステム」とは全く関係のない取り組みと思われるかもしれない。在宅サービスが前提というのは高齢者の尊厳の保持として、高齢者が望むのであれば何の気兼ねなく、在宅サービスを選択できる環境を整えようということである。地方への特別養護老人ホームへの移住も一つの選択肢としてあることは何も問題はない。この施策を進めていくことで、都心地域は介護施設に入居したくてもできない高齢者の問題を解消でき、地方は人材確保の問題などはあるが、介護ビジネスによって少なからず活性化が見込まれる。

つまり、都心地域が抱える問題の①施設不足を解消するとともに、新たな場所で新たなコミュニティを作ることができるというメリットが存在するのだ。ただ、その立ち位置をどうすべきかが問題である。立ち位置を間違えれば、心の中では住み慣れた地域で最期を...と思っけていても、「家族に迷惑をかけたくないから...」などといった消極的な気持ちで地方の特養を選択するケースが増えていってしまうだろう。これでは高齢者の潜在的なニーズをくみ取ることができず、高齢者の尊厳を保持したとは言えない。

今後、杉並区と南伊豆市だけでなく、増えていくであろう都心部から地方への施設移住に向けて、それをどのような立場に置くのかという点を念頭に置きながら、杉並区と南伊豆市が取り組んでいる施策をみていく。

まず、杉並区と南伊豆市は古くから交流のある都市同士である。昭和 49 年に杉並区内の虚弱児童等の転地療養のための区立全寮制養護学校である「南伊豆健康学園」を創設した。昭和 55 年には、区立小学校の移動教室用の教育施設が開設された。2012 年には災害時相

互援助協定を締結し、災害時の援助体制を構築していった。前述した「南伊豆健康学園」は 2011 年度末に老朽化などにより建物は解体された。その跡地を活用し、「保養地型特別養護老人ホーム」を開設しようという流れになっている。

「保養型特別養護老人ホーム」の概要としては、定員は 60～80 名程度で杉並区民と地元の入居待機者を優先的に入居させる予定。家族は、入居した両親に会いに行くとともに南伊豆で保養することができる。この保養で南伊豆にはお金が落ちる。杉並区の立場としては、用地を整備運営を行う法人に貸し付けるということとなる。制度側の課題として挙げられているものが、いくつかある。それは、入居者が 75 歳に達した場合、施設所在地の広域連合が入居者の保険者となり、単身世帯で保護を受けていない入居者から保護の申請があった場合、こちらも実施責任を施設所在地の広域連合が担うこととなることだ。簡単にまとめると杉並区の住民として移住した高齢者がこれらの事態になると、施設所在地の行政が面倒をみることになる。これでは、杉並区が負担していた保険料などその高齢者への支給源を全て施設所在地の南伊豆市が負担することになってしまうのだ。

(杉並区の高齢者施策について杉並区 2013')

この取り組みの課題を整理する。一つ目は、高齢者が選択肢の一つとして保養型特別養護老人ホームを提示された時に、消極的な理由以外で選択できるかどうかである。この特養を選択しても、家族に迷惑がかからないなどの潜在意識を持つての選択となると、「地域包括ケアシステム」の理念にある「高齢者本人の尊厳を持つて」という点に反することとなる。また、杉並区と南伊豆市は日帰りできる距離である。だからこそ、決断しやすさというのはあるはずだ。この取り組みをモデルケースにして拡大すると、地方の活性化という点では都心地域から日帰りできる距離以外との協定というケースも出てくるだろう。そうすると、本人や家族も選択肢の一つとして考えられるかは甚だ疑問である。二つ目は、前述した保険料を移住した高齢者が元々居住していた市区町村が払うか、移住先が払うことになるのかという制度的な課題である。

4 章.地域包括ケアシステムから見る都心地域の課題解決と地域の繋がりについて

4-1.事例の比較から見る見守りネットワークが抱える意義、課題

3 章では、新宿区・品川区・杉並区の 3 つの対象地の事例をそれぞれみてきた。この章では、それらの施策を地域の特性に合わせ、比較・検討することでそれぞれの地域がそれぞれの地域に合った地域包括ケアシステムを構築するために何が必要なのかをみていきたい。先行研究で扱った中野区も比較の対象に入れて比較していく。

どの対象地でも、見守り事業について扱った。まずは、その見守りサービスを①見守りの対象者②対象者はどう選定するのか③見守りの担い手④内容⑤重視している点⑥対象者の反応などその他特記すべき事項に分けて比較していく。

	(先行事例)中野区	新宿区	品川区	杉並区
①特徴	(先行事例のため不明)	・高齢者の一人暮らしが多い ・かかりつけ病院を持っていない人が多い ・一病院コミュニティがない	・地区ごとに特徴が大きく違う ・生活圏域で繋がりを作るきっかけがなかなか掴めない	・後期高齢者が多い ・近くに家族や親族が居住している人が多い
②対象者	・70歳以上単身者 ・75歳以上のみの世帯の世帯員	・75歳以上の一人暮らし ・75歳以上の方を含む65歳以上の高齢者のみの世帯	・3年に1度の戸別調査によって見守りが必要と感じた者 ・各アクターによって選定	・65歳以上の高齢者のみの世帯(原則として介護保険サービスを利用している方は除く)
③どう対象者を決めるか	・対象者に名簿への登録の有無を聞き、非登録と回答した以外を見守りの対象に	・民生委員による訪問実態調査(年2回)に基づき、必要だと判断した場合	同上	・登録制 ※事件をきっかけに民生委員による75歳以上被保険者の訪問を実施→見守りが必要と感じた人をピックアップ
④担い手	・町会 ・自治会 ・民生・児童委員 ・消防署 ・警察署	・区内の関係機関 ・町会 ・民生・児童委員 ・サロン ・地域でのボランティア	・町内会 ・商会 ・自治会 ・民生委員 ・ボランティア ・企業(12の一般企業と協定)	・ボランティア ・安心協力機関(企業、消防署、警察署など)
⑤内容	・担い手のアクターによる自主的なもの	・月に2回 ・ぬくもりだよりを手渡し	・月に〇回などの決まりはない ・それぞれのアクターによって見守りのレベルも違う(声をかける、ポストのチェックなど)	・月に〇回などの決まりはない ・地域の手事業と連携(防災)
⑥重視していること	(先行事例のため不明)	・ぬくもりだよりを手渡しし、「興味のあるイベントはないですか?」などと会話を交わすこと	・1人に対して何アクターものアプローチ	(ヒアリング不足のため不明)
⑦その他	・緊急時、対象者の意志を関係なく、名簿の情報を共有することが可能	・ボランティアは高齢の方が多い(高齢者クラブの方など)	・見守りマニュアルを配布 →異変に対する気付きは共通認識に	(ヒアリング不足のため不明)

図:4-1.見守り施策の比較

②の対象者をみると、品川区だけ明確な基準がなく、戸別調査により選定している。ヒアリングでは戸別調査を行っている方にお話を聞くことができたが、地区それぞれを分担して行っているのだが、1人で900人を担当するらしい。3年に1度ではあるが、担当分を全て調査し終わるためには一年半かかるらしい。これだけ時間がかかってしまうのであれば、1年半の間に介護状態が進行してしまうなど手遅れになってしまう対象者がいるのではないかという疑問も浮かぶ。しかし、自治会・町内会などが自主的に見回りを行っているからこそ、時間のかかる戸別調査を行うことができる環境が存在すると推測する。声をかける“一歩踏み込んだ”見守りではなくても、外から異常がないか見守る“一歩引いた”

見守りをどこかのアクターが行ってくれている点が、1人1人を訪問する戸別調査を支えてくれているのではないだろうか。品川区の社会福祉協議会のヒアリングによると、家族が同居している場合も、高齢者の状態を客観的に見ることが出来ずに介護サービスを受けることが遅れてしまうことも多いらしい。効率化を図るならば、見守り対象の一定基準を作らなければならないが、基準以外の世帯に目を向けないというのは危険なことである。また、杉並区は家族や親族が近隣に居住している人が多いため、見守りサービスなどが登録制なのだろうかと推測する。地域の目事業である、日々の見守りは登録制でまだいいのかもしれないが(家族・親族が近隣に居住していない世帯に対するフォローは必要だが)、災害時に対応している地域の手事業について登録制はどうか。災害時は迅速な対応が必要不可欠であり、一人で避難できない高齢者に対しては対応者は近隣であればあるほどいいに決まっている。地域の手事業に関しては登録制でなく、訪問事業や日々の見守りからピックアップした情報を活用するなど事業主からのアプローチが必要なのではないだろうか。

④の担い手においては、どの事例でも多くのアクターが関わっている。杉並区、品川区とともに企業の参加数が多い。今後は品川区が協定したセブンイレブンのように、小売と配送を行っている会社や、杉並区と協定しているヤマト運輸のように日々何回も同じ地域を訪れる事業を行っている会社との協定が増えていくことを願うばかりである。⑤をみると、それぞれの見守りを行っているアクターの自主性に任せている事例が多い中、新宿区は「ぬくもりだより」を手渡すことを見守りを行う際の条件にしている。これは新宿区の特徴である単身世帯の高齢者が多い現状にもマッチングした取り組みだと感じた。単純に考えて、単身高齢者が最も地域から孤立している存在である。それを防ぐためには、外部からの“一歩引いた”見守りではなく、一言でも二言でも言葉を交わす“一歩踏み込んだ”見守りが必要なのではないだろうか。

最後に、それぞれの地域の特徴と照らし合わせて比較してみる。

新宿区の見守りサービスの特徴は、ボランティアが担当制である点と、ボランティアと対象の高齢者の距離は徒歩5分～10分程度で、担当を決めている点である。これにより、対象の高齢者は毎回近所の同じ人と顔を合わせることができるので信頼関係が生まれる点である。単身高齢者が多いこと、同世代のコミュニティが作りにくい環境があることから、他区よりも地域からの孤立を感じている高齢者は多いのではないだろうか。上記した工夫により、対象者が地域の1人とでも繋がりを作ることができている。見回り以外でも、道で会ったり、スーパーで会ったりと、たびたび顔を合わせる機会があるらしい。また、ボランティアの担い手に高齢者が多いという点も多様な担い手の育成という点では課題だが、同世代が仲良くなれるという点においては、地域の特徴から推測できるニーズとマッチしているのではないだろうか。

課題としては、第一にボランティアの担い手不足である。地域によってボランティアの人数が違うため、1人の方が8人を担当することもある。これは、広報や地道な声掛けによ

ってボランティアの担い手を増やす努力が必要である。

第二に、行政によっても把握できない層や、コミュニティの存在である。新宿区は、退職した人が住み替えで新宿区のマンションに引っ越してくるというケースが多い。また、外国人が多いことも新宿区の特徴である。外国人コミュニティは地域というよりは、繋がりが宗教であったり...と特殊なパターンが多いため、把握が難しい。新しく越してきた高齢者層、外国人層のコミュニティそれぞれの把握が課題になっている。

品川区の特徴は、地域ごとの特徴の差が大きいこと、生活圏内でのコミュニティ形成のきっかけが中々つかめないことである。品川区の見守りは各アクターの自主性に任せている印象を受けたが、同時にそのアクターたちの積極的な姿勢を感じた。その自主性により、それぞれの地域に合った取り組みが出来ているのではないかと感じた。また、数多くのアクターが携わっているため、どのアクターが見回りをした時も同じ基準を持てるように、マニュアルや講習へのこだわりを感じた。持ち歩きのできるマニュアルをそれぞれに配り、共通認識を持てるような工夫を行っている。

今後、見守りのネットワークをさらに充実した施策にしていくためには、情報共有や情報の一元化などの個人情報の取り扱い方が鍵を握っている。在宅介護の展開では、対象者に対していくつかの医療・介護機関が必ず関わるはずなので、見守りなどの地域ネットワーク事業とともに、個人情報を今後どう扱っていくのかを考える必要があるはずだ。地域包括ケアシステムに関する個人情報の取り扱いについて、地域それぞれが条例で対応していくのか、法律を整備するのかなど議論すべきだと感じた。

また、町内会や企業の見守りはどちらかというところ、挨拶や外から見守る“ゆるやかな”見守りだと推測されるため、何かあった時に介護サービスに繋がるパイプが作りにくいのではないだろうか。新宿区のように月に1回でも2回でも言葉を交わすような見守り体制があった方がいいはずである。

杉並区の特徴は、後期高齢者が多いこと、家族や親族が近くに住んでいる高齢者が多いことの二点である。近くに頼ることが出来る人が多いという点からみると、見守りサービスが登録制なのは効率的である。しかし、75歳以上の高齢者が多いという点からみると登録制であっても誰か登録する人はいるのだろうかという疑問が残る。

共通した課題を挙げるとすると、制度の浸透度と担い手不足である。見守りサービスを受けている対象者も担い手、特にボランティアも数が少ないのである。「見守り事業」を地域のボランティアが担うことは、すなわち、地域の繋がりが生まれることだと考えていた。しかし、実際に地域のボランティアの担い手は高齢者が多く、そこで繋がりが生まれることに意義はあるが、高齢者だけで一貫した地域になってしまうのである。最初の一步はこれでいいのかもしれないが、多世代に拡大していかなければ地域全体で高齢者を見守る「地域包括ケアシステム」は成立しない。ボランティアから地域の輪を広げていくという考えには限界がある。ボランティアの担い手を増やすという面では多世代に地道にアプローチをしていくしかないが、地域の輪を広げるという面では地域住民のボランティア参加以外

のアプローチが重要になってくる。

今後の見守りサービスの展望を述べると、見守りサービスから抜け落ちる人を無くし、ネットワークの網目を細かくしていくためには、アクター同士の繋がりと情報の一元化が必要である。筆者の予想以上に見守りサービスに参加するアクターは多かった。例えば、それぞれのアクターが10日に1回、ある高齢者を”ゆるやかな”でも”がつりした”でも見守りを行っていたとする。それぞれが10日に1回でも、10個のアクターが集まれば毎日見守りが出来ていることになる(実際には、そんな単純な問題ではないが)。高齢者の状態は日々変わっていくものであり、その変化をどれだけ早く気付くことができるかでその後の状況が全く変わってくるのだ。個人情報保護の問題は重々承知しているが、高齢者一人ひとりに対する見守りの情報を一元化することができれば、スピード感を持って対応していくことができるはずである。

4-2.地域包括ケアシステム構築において市区町村が抱える課題と展望

今回は、それぞれの市区町村の取り組みや環境を「地域包括ケアシステム」構築という視点でみていきたい。前章で述べた、「地域包括ケアシステム」の土台となる「在宅介護」と「地域で支える」ことの実現性においてどの段階にあるのか、また、実現するために何が課題になっているのかをみていきたい。

実現の度合いは、「4・3・2・1」で表し、詳細をみていきたい。基準は以下の通りである。

- 4...ある程度形になっており、このまま続けられれば実現できる
- 3...実現の可能性は高いが、行政などの努力では届かないところに課題がある
- 2...現在行っている施策とともに、他の課題の解決の取り組みが必要である
- 1...地域の特性に応えるような施策の実現度合いは高くない

		新宿区	品川区	杉並区
	評価	1	2	3
在宅介護の実現性	現状	<ul style="list-style-type: none"> ・何かあったら大病院に行くなど、高齢者が生活圏域での生活をあまり送っていないため、在宅介護の環境を整えられない ・単身高齢者が多いため、互助が欠落した中でサービスを提供する必要がある →早急に介護医療の連携を構築する必要がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅介護センターと地域センターの二施設体制で、それぞれの地区に対応していく仕組みはある ・病院や町場のクリニックなど連携を強めていく必要性 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族と住んでいる、近くに住んでいる高齢者が多く、家族の負担を軽減する取り組みにも重点を置いていけば、実現可能性は他区と比べて高い ・地方移住という別の選択肢も用意したことで、切に在宅介護を希望する高齢者に充実したサービスを提供できる
	課題	<ul style="list-style-type: none"> ・医療介護の連携の強化 ・地区社協の取り組みの推進 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療や介護の連携、家族に対するフォローの強化 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅介護が可能になる環境の整備とともに、「在宅介護=家族がするもの」という意識の改革が必要
地域で支えるの実現性	評価	2	3	2
	現状	<ul style="list-style-type: none"> ・外国人独自のコミュニティ、高齢化が進む団地の存在、高齢者のマンションの住み替えが多いなど、地域から孤立する要素を多く抱えている →団地や地区に分かれたコミュニティ形成事業などに取り組んではいるが、先行きは不透明 ・見守りサービスは登録制のため、住民への浸透度が低い 	<ul style="list-style-type: none"> ・自主的に見守りを行う地域のコミュニティが存在している点、様々な種類との企業が見守りに参加している点、一歩踏み込んだ見守りと一歩引いた見守りの2つを行うアクターがバランスよく存在している点から、地域の繋がりを生みだせるような環境が整っている ・地域のつながりが生み出されていない環境でも、地域マネージャーを中心に地区それぞれのボランティアで対応しようと取り組んでいる 	<ul style="list-style-type: none"> ・見守りサービスは登録制のため、住民への浸透度が低い ・地区の地域包括ケアセンターはそれぞれ企業などに委託しているため、情報共有が難しい
	課題	<ul style="list-style-type: none"> ・見守りサービスの改善、地域住民へのサービス浸透の取り組み ・外国人や住み替えで引っ越してくる高齢者の把握、孤立させない取り組みの必要性 	<ul style="list-style-type: none"> ・たくさんのアクターが関わる中で、情報の一元化が必要となってくるが、個人情報を扱う問題のため、中々取り組むことができていない 	<ul style="list-style-type: none"> ・情報共有の問題解決 ・住民が積極的に福祉サービス、ボランティアを利用できるような環境に

図:4-2.対象地域の地域包括ケアシステム構築の段階

新宿区は、区の特徴などから実現にむけての道のりは長い。壁となっているのは、一定数把握しづらい層が存在していることと、在宅介護のハード面の整備である。「地域で支える」という面で見ると、住み替えにより、マンションの一室に入ってしまうとそこからの関係作りというのはかなり難しくなってくる。

また、外国人もそれぞれコミュニティがあり、完全なる孤立の状態にはないが、所属コミュニティが地域から孤立しているなど、外国人独特のコミュニティとどう地域を繋げていくかというのは難しい課題である。どちらの層に関しても、「防災」や「空き巣」など、日常生活の上で起きたら困ることなどを糸口に、繋がりやのきっかけを辛抱強く待つことが一番の近道かもしれない。

「在宅介護」の面から見ると、単身高齢者が多いため、在宅希望者も多いが、互助が欠落している状態である。また、施設不足という点からも在宅介護と並行して地方移住の選択肢などを増やす必要はあるが、単身高齢者が多い新宿区ではあまり需要がないのでは...と考えている。近くに家族などがいれば、まだ諸々のことを任せて移住できるが、一人であれば移住の準備の何から何まで一人で行うというのは難易度が高い。在宅介護であっても、サービスの中にデイサービスを組み込むなど、外に出て誰かに会うという機会を作ることが、地域からの孤独を感じがちな単身高齢者が多い新宿区のニーズにあった施策ではないだろうか。広大な土地を確保し、デイケアの施設を増やすなどは土地柄で出来ないことであるため、少人数を対象にした施設を細めに展開していくのが、実現可能性が高いはずだ。

品川区は、ある程度形になっており、次の段階に行くためには、医療・介護機関の連携強化と、高齢者の個人情報はどう扱っていくのかという問題を解決する必要がある。個人情報の把握については、2015年から扱われ始めた、マイナンバーを利用することで高齢者の個人情報を一括で管理できるのではないかと考えている。

この問題は、どちらも、区だけで解決できる問題でもないもので、それまでにどうアクター同士の連携を強めるのか考える必要がある。

品川区のアクターは地域住民や地域団体の他に多くの地元密着企業も見守り事業に参加している。見守り対象者と事業参加者を繋ぐだけでなく、事業参加者同士も繋ぐことで土台となる地域の新たなコミュニティを作る一歩になるはずだ。そのためには、見守り事業者同士が情報交換をする機会を作る、街中で見守り事業に参加しているとわかるように目立つワッペンをつけるなど、「そういえば、この人も見守りに参加している人なのかな」といったような「なんとなく顔見知り」という関係性を作っていくことが足がかりになるのではないだろうか。見守りという行為自体は、散歩中でも配送中でもその人のタイミングで行うべきだが、「私は今、見守りをしています」ということが一目で分かる工夫をすることで、見守り事業参加者同士も「関わり」を持つことができると筆者は考える。

杉並区は「地域で支える」という面からすると、あまりネットワーク事業が浸透している印象はなく、住民全体へのアプローチが必要となってくる。「在宅介護」の面では、家族

や親族が近くに住んでいる人が多いことから、「在宅介護」自体も進めやすい。選択肢として地方移住にも取り組んでおり、ハード面の土台は出来上がってきている。ただ、「施設入居、在宅介護、地方移住」という選択肢をみた時に、高齢者が本心で選ぶことができ、家族もその選択に納得できるようなソフト面での支援が今後必要となってくる。高齢者本人が認知症が進行してしまっている中で選択をしなければいけないというケースも出てくるはずなので、その選択が本当に自分の望む気持ちなのかという見極めは重要となってくる。巷で噂の「終活」とまでは言わないが、家族も高齢者も元気な時に、どういう選択肢と可能性が広がっているのか考える講習会など開くのもいいかもしれない。

3つの地区を、どの段階にいて、課題は何かをみてきたが、どの地区でもあがっていた医療や介護施設の連携などは、行政や地域住民だけでどうにかできる課題ではない。また、新宿区の土地柄の課題も、どうにもできない面もある。一方、品川区が抱えている個人情報問題は区から東京都や国にアプローチすることで、新たな動きを生み出すことができるのではないだろうか。

そもそもの問題ではあるが、「地域包括ケアシステム」を実現するためには、最も現場をみている行政や社会福祉協議会からの声を国にあげていく、ボトムアップの状態であることが大前提である。ヒアリングなどで国と一地域の行政の関係性をみることができなかつたのは残念であるが、現場の声が上まで届いていることを願うばかりである。

4-3. 都心地域が抱える課題解決からみた地域包括ケアシステムの在り方

都心地域が抱える課題解決から、「地域包括ケアシステム」がこうあるべきだということを書いたが、「地域包括ケアシステム」自体が始めの一步、二歩を踏み出したところであるため、課題解決のために乗り越えなければならないことは何かという視点でそれぞれを整理していきたい。

①の施設不足については、在宅介護を推し進めている以上、在宅介護ができる環境を整えていくしかないとしか応えようがない。在宅介護以外の解決策としては、杉並区と南伊豆市で取り組んでいる保養型の特別養護老人ホームの取り組みが挙げられる。この取り組みの最大の課題は、高齢者が消極的な理由で選択することを回避することができるかどうかである。

②の単身高齢者が多いという点については、見守りの取り組みやコミュニティ形成事業などの取り組みを行っているが、現在の時点では地域の輪に取り込むことは難しい(そもそも地域の輪というのが存在しているかどうかの議論になる)。だが、地域の高齢者との繋がりとするのは作ることができるはずである。また、現段階では孤独死を防ぐという段階までは到達していないが、孤独死を早期発見するという段階にはいる。品川区の社会福祉協議会のヒアリングで、孤独死について伺った。お仕事をしている娘さんと暮らしていた女性は区のサロン活動に参加していた。地域ボランティアの女性は、サロン活動に参加する日にその女性を迎えにいき、一緒にサロン活動に参加するというボランティアを行っている

た。ある日、迎えにいくと女性が「具合がとても悪いので、今日はサロン活動を休みたい」と申し出た。娘さんに連絡をすると、「昨日から具合が悪かったので、そのまま寝かせておいてください」と申し出があった。ボランティアの女性は、その女性を寝かしつけ帰ろうとしたが、とても苦しそうだったのでお昼過ぎまで傍にいた。その時も苦しそうだったので、もう一度娘さんに連絡したところ「午後は休みにして帰ります」と返事があったので、ボランティアの女性は帰宅した。娘さんが2時過ぎに帰宅すると、その女性はボランティアの女性が帰宅して、娘さんが帰宅するまでの間で亡くなっていた。結果、亡くなってしまったというのはとても残念であるが、ボランティアの女性が朝そのまま帰宅していたら...、娘さんにもう一度連絡をしていなかったら...、娘さんが帰宅する夜までその女性は一人だった。このように孤独死に対する発見の時間を少しでも短くしていくことを繰り返すことで、孤独死を防げるようなセーフティネットを作っていくことが一番の近道だと感じた。

次の③の課題とも関連するが、単身高齢者を高齢者や行政機関との繋がりだけでなく、地域と繋げるということが一番の課題である。

③の地縁のなさについては、現在の取り組みだけでは高齢者や町内会などの限られた地域住民との限られた繋がりで行われてしまっている。ヒアリングをした際、どこの方も全員口を揃えて、「地域の中で最も強固なコミュニティはPTAだから」とおっしゃっていた。ならば、PTAを基盤に地域のコミュニティを作ればいいんだ！といったような短絡的な考えが通用するような簡単な問題ではないと思うが、小学校発の何か取り組みを行うことで「地域包括ケアシステム」においての、いわば高齢者だけで完結したコミュニティを打破できるかもしれない。また、「防災」というキーワードは全世代が興味を持つキーワードである。ヒアリングでも「防災」のイベントを行うと、町内会の方はもちろんのこと、若い世代も参加率が高いので、そこに高齢者の方が多く参加するように広報には力を入れているとおっしゃっていた。

今回の論文では「地域包括ケアシステム」の高齢者の部分に重点を置いて執筆しているが、本来の「地域包括ケアシステム」は地域の全住民が住み慣れた地域で生きがいを持って最期まで暮らしていける体制を作るという概念である。その概念からみると、「防災」は地域住民が安心して暮らしていくためにはかなり重要な項目になってくる。「防災」から地域のコミュニティを構築するという視点は多世代の住民が受け入れやすいアプローチ方法である可能性を秘めている。

4-4.地域包括ケアシステムから見る地域のつながりの創出の課題と展望

「地域包括ケアシステム」の基盤は、地域のつながりである。この繋がりには、高齢者だけでなく全世代を巻き込んだ繋がりで行わなければならない。地域全体で高齢者を見守る在宅介護など夢のまた夢になってしまう。この繋がりを作る上で当初「見守り」はかなり重要なキーワードになると考えていたが、見守りに対する地域住民の関わり方は、ボランティアという

その人自身の自主性が重んじられる関わり方であるため、限られた繋がりになってしまうという大きな課題を見落としていた。ここで、これまでの議論の流れを整理し、「高齢者を見守ることのできる地域の繋がり」へのキーワードを見つけていきたい。

箇条書きで並べると以下の通りである。

- ・ 自助・互助・共助・公助
- ・ 地域ケア会議
- ・ 地域ケアセンター
- ・ 高齢者本人の気持ち
- ・ 家族のケア
- ・ 多方面からのアプローチ(企業、町内会、自治会など)
- ・ 事業に関わるアクター同士のつながり
- ・ 若い世代も含めたボランティア
- ・ 情報の一元化
- ・ 戸別調査
- ・ 高齢者だけのつながり
- ・ 広報
- ・ PTA
- ・ 防災
- ・ “一歩踏み込んだ”アプローチ
- ・ “一歩引いた”アプローチ 48
- ・ 他地域との連携

現状のキーワードと、理想のキーワードを合わせてあげていたので図解して整理する。

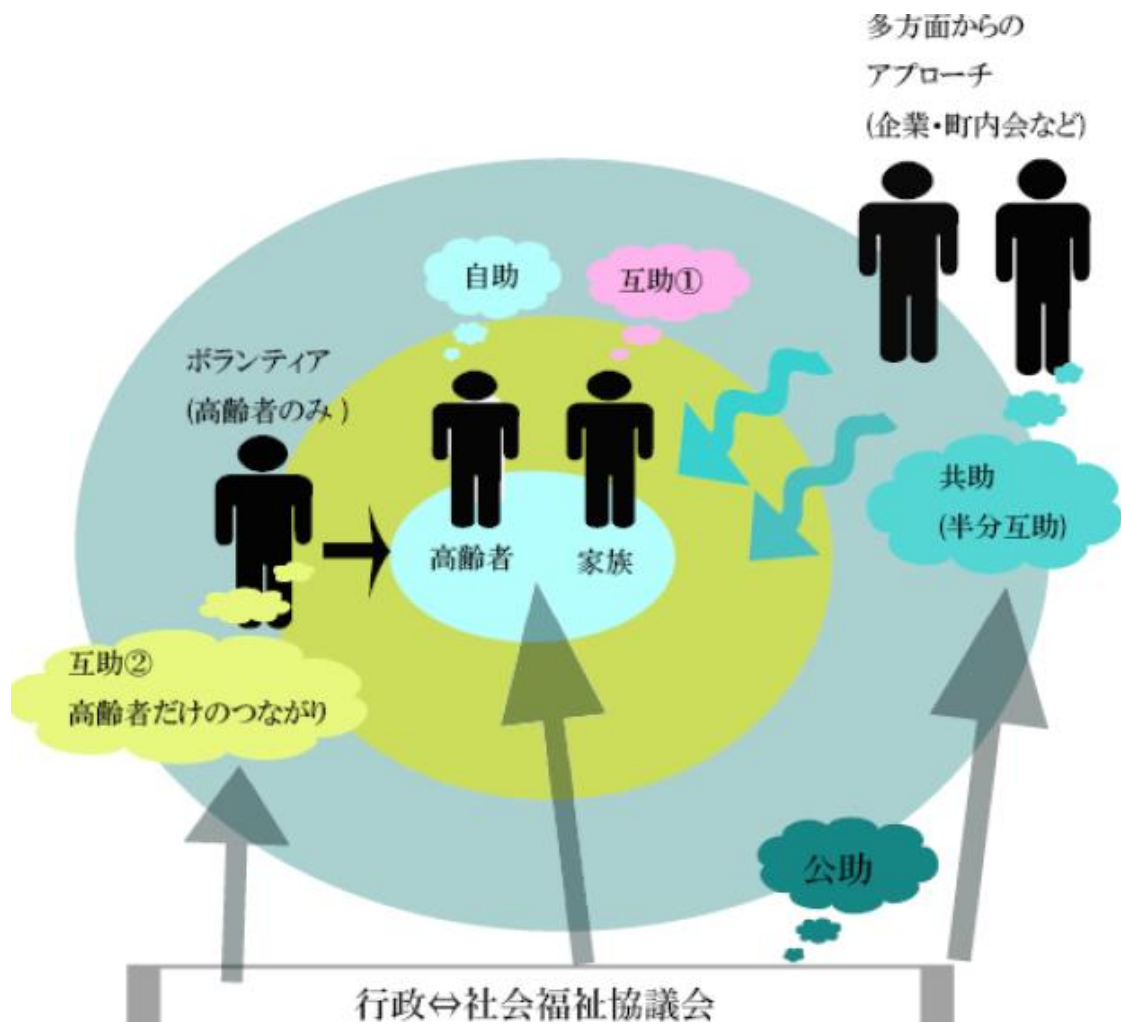


図:4-3.地域のつながり・現状まとめ

現状の「地域包括ケアシステム」が作り上げている“地域”は、高齢者とその家族がいて高齢者は自助の役割、家族は互助①の役割を担っている。そこに、行政や社会福祉協議会からのアプローチで高齢者のボランティアが関わってくる。これが互助②であり、地域の中での高齢者だけのつながりの誕生である。もう一つ、多方面からのアプローチとして企業や町内会が見守りを通して関わってくる。これは町内会などは互助であるかもしれないが、行政から補助金を貰って行っている事業となるので、共助①と示す。現在は主にこれらのアクターが高齢者との繋がりをもっているのである。

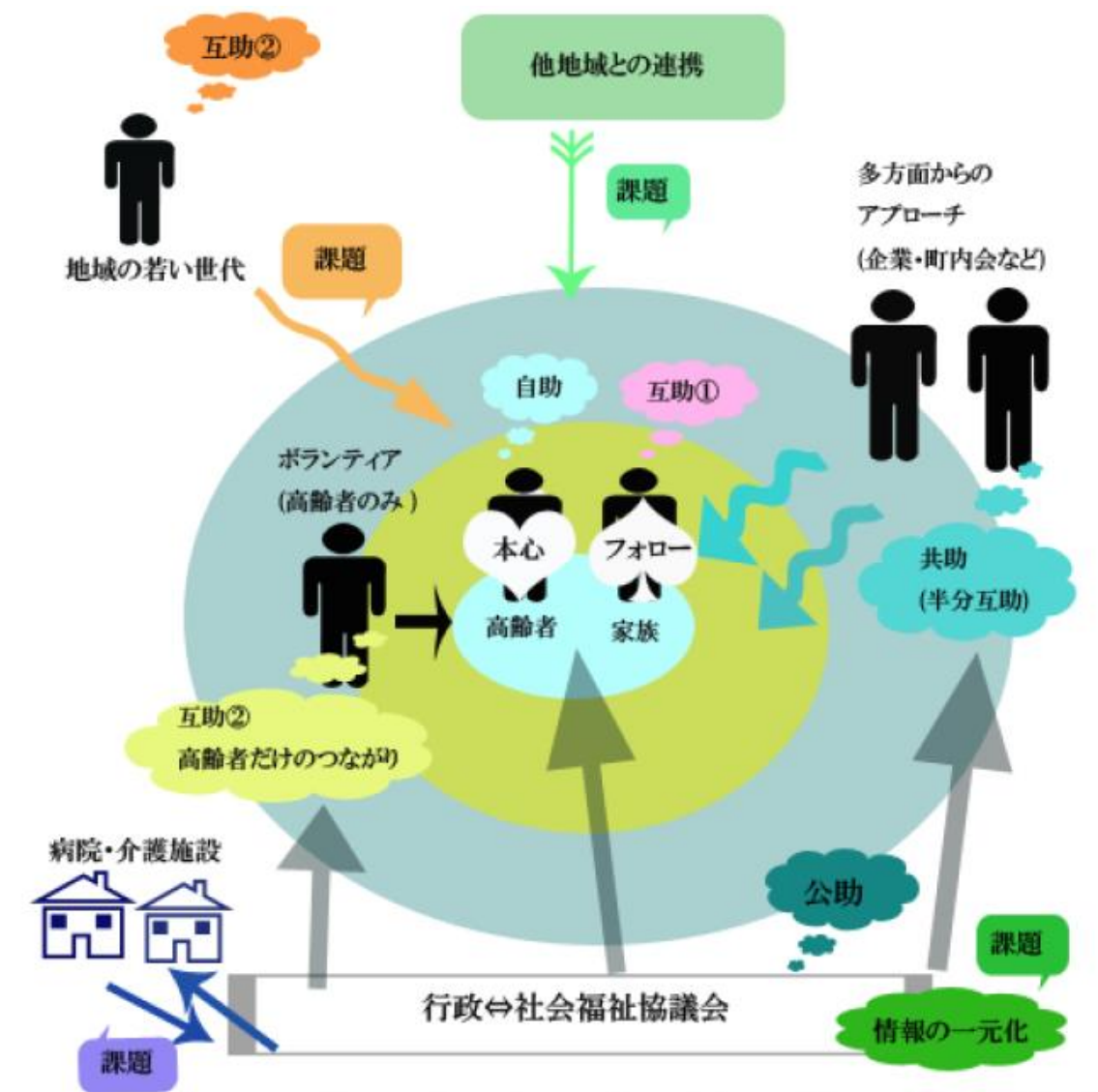


図:4-4.理想の地域の繋がり

この図が、理想の“地域のつながり”である。互助③として若い世代がボランティアでも、顔なじみでもどのような関わり方でもいいので加わる。この世代が加わるための工夫が重要である。一つが「防災」である。定期的に町内会で防災訓練や防災のワークショップを行うことで高齢者と若い世代が繋がる。もう一つの工夫として「PTA」コミュニティの有効活用である。地域で最も強固なコミュニティを使わない手はない。「PTA」コミュニティを活用するとなると、小学校のイベントに高齢者を招く、学校行事のお手伝いの担い手として高齢者に役割を果たしてもらおう...などのイベントに関する取り組みが最も思い浮かべやすいものだろう。そうなる、多くの人数が参加するなどから、防災での関わり方と比べるとさらっとした関わり方になるはずだ。当人同士がこれまでの関係性が 0 だったというケースもあるはずなので、お互いが“一歩引いたアプローチ”から始まり、“一歩踏み込んだ”アプローチになるまで時間をかけ、ゆっくりと関係性を築きあげていった方が信頼度は

変わってくるだろう。

このように多くの人と繋がりを持てるようになれば、情報の一元化を導入し、可能な限り情報を共有することで高齢者それぞれ一人一人にあったアプローチができる。地域ケア会議には医療、介護に関わっている人だけでなく近隣のボランティアの担い手も参加するなど、行政と地域住民が近い存在同士になることも地域という現場の声を通して、システムを改良していくことに繋がる。今回、若い世代を巻き込むということでPTAと防災についてあげたが、これだけではない。これらの他にも若者を巻き込むことのできる装置をどれだけ小さくても重ねていくことで地道に“地域のつながり”を広げていく必要がある。

このように、地域の繋がり創出をみた時、課題となるのはまず、高齢者以外の他世代の巻き込みである。それに加え、見守られる側の高齢者が地域と繋がることをどう受け止めているのかを一人ひとり見極めて対処していくことも課題である。地域活動やサービスに対して積極的ではない方に対してのアプローチは行政や社会福祉協議会が取り組むべき課題である。そして、高齢者と、高齢者に関わるアクターの関係だけでなく、アクター同士も繋げていくことで、高齢者だけでない地域の繋がりを生み出すことへ近づかずだ。

1章で「自助→(互助)→要介護認定という壁→共助→公助」と述べたが、「自助→互助①(家族)→互助②(高齢者中心のボランティア)→共助①(町内会や企業など)→共助②(他世代の関わり...)」といったように、互助や共助の輪を全世代が関わるような何かをきっかけにして一歩ずつ広げていくことで、地域包括ケアシステムの土台となる「地域で支える」ことを実現することができるのではないだろうか。

また、もう一つの土台である「在宅介護」はまず、医療機関、介護機関の連携である。そして、そこでの「在宅介護」の対象となる高齢者の情報の一元化である。介護において何度も述べている通り、些細な変化を見落とすことは命取りに繋がることも多い。日々の変化や状況を共有していけるような仕組みがなければ、「在宅介護」を希望する高齢者も安心して選択することはできないはずだ。

論文で扱った都心地域は、施設不足という課題も抱えているため、地方移住も含めた介護事業における地方との連携も視野に入れて、地域包括ケアシステム構築の計画を立てていくのが、現実的なのではないかと感じた。

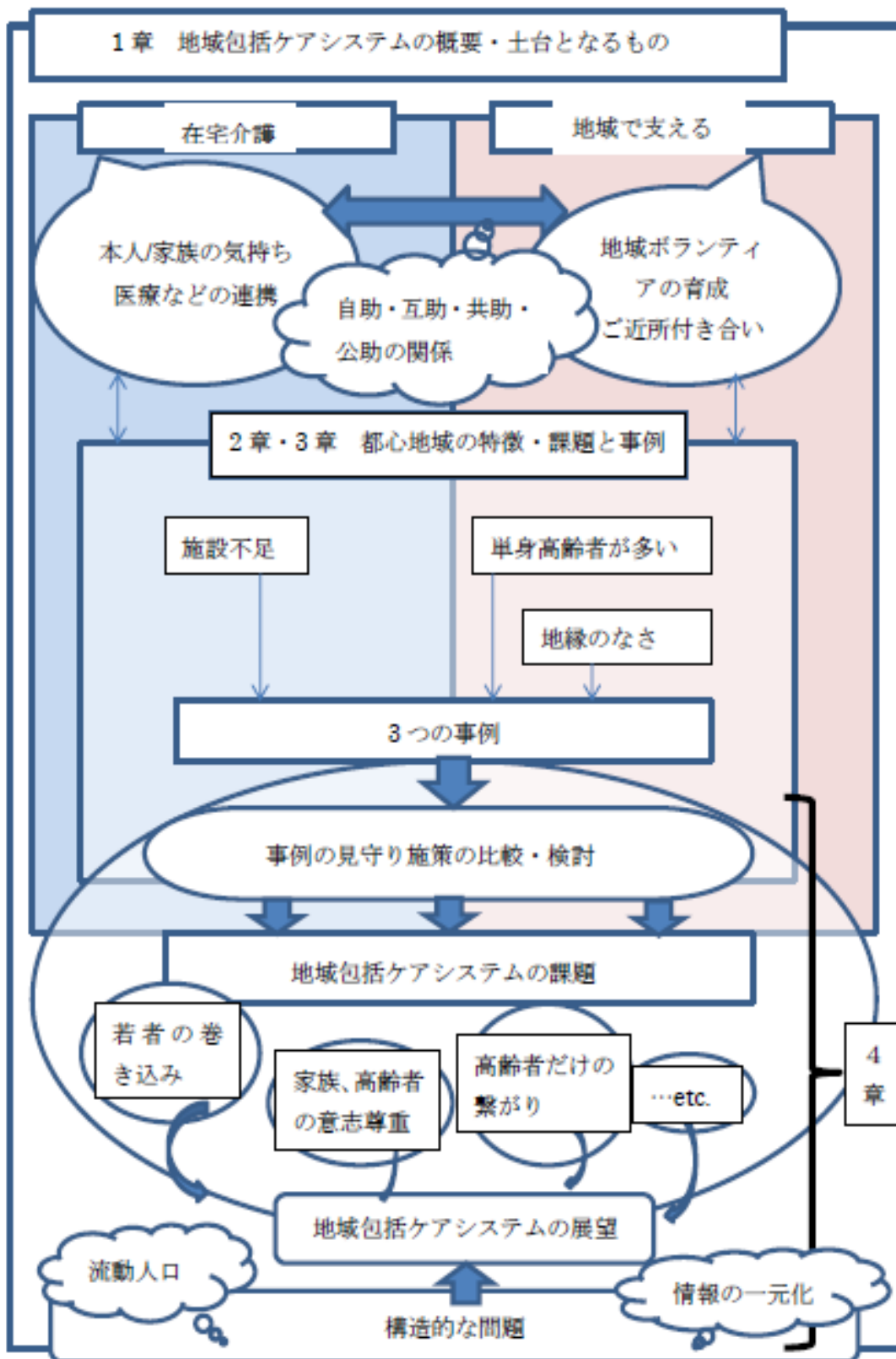
現状、都内の高齢者は他県の施設に入居している高齢者も少なくないため、高齢者の気持ちを尊重することは大前提だが、高齢者人口が急激に増加する将来、地方移住も一つの選択肢として提供することは必要となってくるだろう。

地域包括ケアシステムは、構築できるといいなという理想で語られるようなものではない。遅くとも生産人口の割合が、高齢者1人につき、1.2人になる2050年までに構築できていなければ、介護サービスを受ける立場の高齢者だけでなく、生産人口として日本を支える若い世代も苦しい思いをしなければならなくなる。本論文では、「在宅介護」を成り立たせるためにという点と「地域で支える」ための地域の在り方について述べてきた。医療施設や介護施設の連携など、地域住民がどう頑張っても行政や国の立場でないと解決でき

ない問題は数多く存在している。しかし、その一方で、地域住民である私たちが「一歩引いた見守り」として、まずは自分の住む周りにどんな人が住んでいるのかなど、少し視野を広げるだけでも地域の繋がりを生み出すことができる。「在宅介護」の環境を整えることも必要であるが、高齢者本人は自助の気持ちを持ち、私たち地域住民は互助の立場として地域に関わっていくんだという意識を持つことが、地域住民からみた地域包括ケアシステム構築の第一歩となるはずである。

5章まとめ

5-1.論文全体の流れ



地域に限り、地域包括ケアシステムを構築するために、課題を明らかにし、地域の繋がりをもちながら在宅介護を成立させる展望を模索することを目的に進めてきた。

1章では、この論文の核となる地域包括ケアシステムについて、まず介護保険制度の歴史を振りかえり、その後、概要・課題などをみていった。この章で重要となるのは、地域包括ケアシステムに二面性がある点と、システム構築における土台となる「在宅介護」と「地域で支える」の二点に絞ったことである。地域包括ケアシステムは、高齢者や家族の気持ちに寄り添うものでありながら、財政確保などの問題により、高齢者の生活を守るためにも構築しなければならないものである。その前提は、在宅介護であるが、高齢者本人・家族にも負担をかけないためには、地域も負担を被る必要がある。このような関係性を現したものが「自助・互助・共助・公助」であり、この関係が「在宅介護」と「地域で支える」ことを繋いでいる。

2章では、都心地域の現状と課題を述べている。課題として、施設不足・単身高齢者が多い・地縁のなさを挙げた。都内は、土地の確保や地価の面から、高齢者が今後増加する割合と同様に、必要な分の施設を増設していくのは難しく、今の時点で都内の高齢者が近隣の県の施設に入居するなど、施設不足は現在進行形の課題となっている。この点からも、在宅介護の推進が急がれる。在宅介護の面からみると、単身高齢者が多い点も、家族による互助が欠落した上で、介護を成立させなければならず、医療・介護機関の連携の強化が必要不可欠になる。単身高齢者が多いからこそ、在宅介護を進めていくために地域の繋がりが必要であり、そこで地縁のなさの問題が関連してくる。また、「地域で支える」という面からも、単身高齢者が多い点と地縁のないところから、繋がりを作ると言う点で、大きな課題になっている。このように、都心地域が抱える3つの課題は、地域包括ケアシステムの土台構築にも密接に関連しており、どの課題を優先的に解決するかということではなく、並行して課題解決に取り組まなければならない。

そして、この3つの課題に応える施策として中野区の「見守り名簿」の取り組みを紹介した。見守りを名簿というシステム化することで、情報共有の新たな方法を開き、地域の高齢者をざっくりと分類わけできたことで、「地域で支える」という点で細やかなネットワークを構築するきっかけを提供できている。

3章は、都心地域での地域包括ケアシステムの事例をその地域の特性と合わせて、3つ(新宿区・品川区・杉並区)をそれぞれみていった。その事例の比較を4章で行った。見守りサービスについて、地域包括ケアシステム構築という点からどの段階なのか、そこでの課題と展望についてである。そして、これらをまとめて、地域包括ケアシステムからみる地域の繋がりの在り方を最後に述べた。

「地域包括ケアシステム」構築においては、地域の特性によって引き起こされる課題と、構造的な問題によって存在している課題がある。それらの制約の中で課題を一つ一つみていき、今後の展望などを明記した。

現状では、ボランティアの担い手も高齢者が多く、地域の繋がりとといっても、高齢者中

心の、高齢者だけの繋がりで終わってしまっている。地域と関わりのない、または関わりたいと思っていない高齢者や、若い世代とも繋がりを持つために、「一歩引いた見守り」と「一歩踏み込んだ見守り」を使い分けることや、「防災」をキーワードに繋がりを作っていくなどの提案を行った。また、見守り事業など地域包括ケアシステムに関する事業に携わっている地域のアクター(町内会や企業など)同士も「一歩引いた関係性」で繋がることについても言及した。

何か完璧な施策があって、それを行えば全員を巻き込むことができるというのは不可能である。数を打てば当たるではないが、小さくても様々な取り組みを地域に提供していくことで、一歩ずつ輪を広げていくことが必要であると感じている。その輪が高齢者を見守ることに繋がること、そして、都心地域で地域の繋がりが生まれる取り組みが一つでも多く行われていることを願う。

5-2.本論文の意義

本論文は「地域包括ケアシステム」が実際に現場でどう構築されているのかという点を明らかにしていきたいと考え、執筆を進めていった。

この論文の意義の一つとして、現場が抱える課題を明らかにしたことがある。まず、現場が抱える課題として、地域の特性を活かした施策でカバーできる課題と、構造的なことにより、立ち向かうことはできるが、カバーや解決することのできない課題とがあるということである。「地域包括ケアシステム」は市区町村に権限と責任が与えられ、進められているものだが、それは構造的な問題の制約の中にあり、ボトムアップで解決していかなければならない課題が存在しているのである。

もう一つの意義として、地域の繋がりと「自助・互助・共助・公助」の関係性を提示した点である。「地域包括ケアシステム」というキーワードで地域の輪を広げることは難しく、多世代を巻き込む方法としてのボランティアも限界を迎えている。地域のつながりの初期段階として「なんらかの形で繋がるだけでいい」という前提の下、「一歩引いた見守り」ということで、少し気に掛けるなどの取り組みが地域の繋がりに繋がるのである。それが「自助(高齢者本人)→互助①(家族)→互助②(地域の高齢者のボランティア)→共助(企業など)→公助」である。ここに「互助③」として若い世代が「一歩引いた見守り」であったり、PTAのコミュニティを利用してであったりなど、薄くても細くても関わりを持てる環境を目指していく。

地域包括ケアシステムは実現してほしい制度であるとともに、実現しなければならない制度である。ヒアリングで行政の方などにお話を聞くと、たくさんの人からアイデアが欲しいとおっしゃっている方が多かった。今後、地域包括ケアシステムがもっと注目され、多くの人が高齢者を地域で支えるとはなにか「地域で見守るって何をすればいいんだろう」と考え、地域でアイデアを出し合えるようになっていくことを願っている。

3.謝辞

今回、この論文を執筆するにあたって、貴重なお時間を割いていただき、お話を拝聴させていただいた

品川区役所、品川区社会福祉協議会、新宿区役所、新宿区社旗福祉協議会の関係者の皆様に大変感謝致します。

また、多くのアドバイスをくださった浦野先生、私の下手な発表をきちんと理解してコメントしてくれた浦野ゼミの同期、後輩の皆様にもとても感謝しています。

素敵な仲間に囲まれて論文を執筆できてとても楽しかったです。

本当にありがとうございました。

4.参考文献

介護保険制度の改正について（地域包括ケアシステムの構築関連） 厚生労働省老健局総務課 2014年

(http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000052458_1.pdf)

(2015年12月10日閲覧)

介護保険制度改革の概要 - 介護保険法改正と介護報酬改定— 厚生労働省 2006年

(<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/topics/0603/dl/data.pdf#search='%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E4%BF%9D%E9%99%BA%E5%88%B6%E5%BA%A6%E6%94%B9%E9%9D%A9%E3%81%AE%E6%A6%82%E8%A6%81%E2%80%90%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E4%BF%9D%E9%99%BA%E6%B3%95%E6%94%B9%E6%AD%A3%E3%81%A8%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E5%A0%B1%E9%85%AC%E6%94%B9%E5%AE%9A%E2%80%95+%E5%8E%9A%E7%94%9F%E5%8A%B4%E5%83%8D%E7%9C%81+2006%E5%B9%B4'>)

介護保険論 - 福祉の解体と再生 池田省三 2011年

公的介護保険制度の現状と今後の役割 厚生労働省 老健局総務課 2013年

(http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/dl/hoken.pdf)

(2015年12月10日閲覧)

高齢者の現代史 - 21世紀・新しい姿 - 河島修 2001年

在宅医療の現状・理念・課題 島崎謙治 2008年

社会保障制度改革の全体像 厚生労働省 2014年

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/dl/260328_01.pdf#search='%E7%A4%BE%E4%BC%9A%E4%BF%9D%E9%9A%9C%E5%88%B6%E5%BA%A6%E6%94%B9%E9%9D%A9%E3%81%AE%E5%85%A8%E4%BD%93%E5%83%8F+%E5%8E%9A%E7%94%9F%E5%8A%B4%E5%83%8D%E7%9C%81

(2015年12月10日閲覧)

新宿区高齢者保健福祉計画・第5期介護保険事業計画 新宿区 2012年

<http://www.city.shinjuku.lg.jp/content/000109453.pdf#search='%E6%96%B0%E5%AE%BF%E5%8C%BA+%E5%8D%98%E8%BA%AB%E9%AB%98%E9%BD%A2%E8%80%85+%E8%A8%AA%E5%95%8F%E5%AE%9F%E6%85%8B%E8%AA%BF%E6%9F%BB'>

(2015年12月10日閲覧)

新宿区社会福祉協議会第三次経営計画 2014～2018 社会福祉法人新宿区社会福祉協議会
2014年

杉並区の高齢者施策について 杉並区 2013年

http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=146239&name=2r98520000034a1q_1.pdf#search='%E6%9D%89%E4%B8%A6%E5%8C%BA+%E9%AB%98%E9%BD%A2%E8%80%85+%E7%8A%B6%E6%B3%81'

(2015年12月10日閲覧)

第5期杉並区介護保険事業計画(平成24年～平成26年) 杉並区保健福祉部高齢者施策課
2012年

(http://www2.city.suginami.tokyo.jp/library/file/kg_planH24-26.pdf#search='%E6%9D%89%E4%B8%A6%E5%8C%BA+%E9%AB%98%E9%BD%A2%E8%80%85+%E7%8F%BE%E7%8A%B6')

(2015年12月10日閲覧)

第二期品川区地域福祉計画 品川区健康福祉事業部 2011年

第六期品川区介護保険事業計画のあらまし 品川区福祉部高齢者福祉課 2015年

地域包括ケアの前提となる住宅確保にかかわる政策的課題 高橋広治 2008年

東京圏高齢化危機回避戦略一都三県連携し、高齢化問題に対応せよ 日本創成会議首都圏
問題検討分科会 2015年

(<http://www.policycouncil.jp/pdf/prop04/prop04.pdf>)

(2015年12月10日閲覧)

'東京都高齢者保健福祉計画平成27年度～平成29年度～世界一の福祉先進都市・東京の実
現に向けて～ 東京都福祉保健局 2012年

<http://www.metro.tokyo.jp/INET/BOSHU/2012/07/DATA/22m7q303.pdf>

(2015年12月10日閲覧)

都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築（都市部の高齢化対策に関する検討会報告書）都市部の高齢化対策に関する検討会 2013 年

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000024323.pdf>

(2015 年 12 月 10 日閲覧)

中野区見守り対象者名簿の提供～地域支えあいネットワークの推進のために～

<http://www.kaigokensaku.jp/chiiki-houkatsu/files/131148nakanoku.pdf>

(2015 年 12 月 10 日閲覧)

平成 23 年度品川区介護保険制度の運営状況 品川区 2011 年

<http://www.city.shinagawa.tokyo.jp/ct/other000034800/h23kaigohokennunnejoukyou.pdf#search='%E5%93%81%E5%B7%9D%E5%8C%BA+%E9%AB%98%E9%BD%A2%E8%80%85+%E7%8A%B6%E6%B3%81'>

(2016 年 1 月 12 日閲覧)