



令和元年度政策課題研究報告書

新たなコミュニティケアの展開

～超高齢社会の地域包括ケアシステムの構築～

令和2（2020）年3月 川崎市

目次

はじめに	1
第1章 地域包括ケアシステムを取り巻く現状と課題.....	3
1-1 日本の高齢者福祉と地域包括ケアシステム.....	4
1-2 諸外国の高齢化等の状況と日本の位置付け.....	13
1-3 本市の現状.....	19
1-4 本市における地域包括ケアシステムの構築.....	21
1-5 本市におけるコミュニティ施策.....	28
第2章 文献・ヒアリング・視察調査結果.....	33
2-1 他都市の取組.....	35
2-2 特定非営利活動法人 CR ファクトリー 副理事長 五井 潤 利明 氏.....	39
2-3 慶應義塾大学大学院 システムデザイン・マネジメント研究科 教授 前野 隆司 氏.....	41
2-4 シルバーハウジング.....	42
2-5 小規模多機能型居宅介護 ひつじ雲.....	44
2-6 宮城県東松島市.....	46
2-7 衣食住と学びの多世代交流複合施設 アンダンチ.....	49
2-8 はじまりの美術館.....	53
◇ヒアリング調査・国内視察のまとめ.....	56
2-9 海外視察.....	57
◇海外視察のまとめ.....	72
第3章 政策提言	73
3-1 提言 市民の生活を支えるための情報共有・連携.....	74
3-2 提言 交流が生まれる仕組み・場づくり.....	76
3-3 提言 地域で活躍できる職員の育成.....	78
◇提言のまとめ	81
資料編	82
I. 地域包括ケアシステムの構成要素.....	82
II. 地域包括ケアシステムを支える4つの考え方.....	83
III. 地域包括ケアシステムを担う主体が取り組むこと.....	84
IV. 各国の保険・医療体制.....	86
V. 地域包括ケアシステム類似取組.....	90
参考文献	92
謝辞	94
おわりに	95

はじめに

わが国では、平成 20 年（2008）年頃を境に人口が減少に転じ、さらなる人口減少が見込まれると同時に、世界でも類を見ないほどのスピードで高齢化が進んでいる。本市においても、現時点では人口が増加しているが、2030 年頃から全国と同様に人口減少に転じ、併せて高齢化率のさらなる上昇が見込まれている。

高齢化が進行する中で、人口減少や高齢化に起因する福祉サービスの需要の増加、それに伴う社会保障費の増加といった財政的な負担や、人材不足の深刻化等、社会構造の急激な変化によって生じる様々な課題に対して、持続可能な環境の整備が求められている。

本研究のテーマにある「コミュニティケア」という概念は、高齢者・障害者等を施設に「収容」することで、社会との関係を分断してしまっていたという反省から生まれたとされている。さらに、「コミュニティ」、「ケア」ともに多様な意味を持っており、政治・経済の影響も受けながら時代とともに変化してきた。

近年では、わが国においても国レベルで「地域包括ケア」や「地域共生社会」等の考え方が打ち出され、各地で取組が進められてきた。本市においても、平成 27 年（2015）年に「地域包括ケアシステム推進ビジョン」を策定し、「誰もが住み慣れた地域や自らが望む場で安心して暮らし続けることができる地域の実現」を基本理念として掲げ、各区の実情に合わせた取組を進めている。特に、本市の地域包括ケアシステムの特徴として、高齢者をはじめ、障害者や子ども、子育て中の親などに加え、現時点で何らかのケアを必要としない方々を含めた「全ての地域住民」を対象としている点が挙げられている。

また、地域包括ケアシステム推進ビジョンの取組をコミュニティ施策の視点から支え、相互補完的に充実させるという位置付けで、平成 31（2019）年に「これからのコミュニティ施策の基本的考え方」を策定し、市民一人ひとりが多様なつながりをつくり、自分らしく幸せに暮らせる地域社会を目指して、「市民創発」という新しい考え方や、地域の居場所「まちのひろば」の創出などを打ち出している。

本年度の政策課題研究は、他都市や海外の視察などを通じて「新たなコミュニティケアの展開」について研究したものである。

研究の目的

本研究においては、「コミュニティケア」を「全ての地域住民が、できるだけ地域の中で地域とのつながりを保ちながら生活をしていくという考え方や取組」と定義することとした。コミュニティケアの展開・充実に向けては、地域でのつながりづくりや、やりがいを生み出す仕組みが必要である。そこで本研究では、「最幸のまちかわさきで自分らしく暮らそう」を目指す方向性として位置付けた。これを実現するため、地域でのつながりや、やりがいの持てる居場所を生み出すにはどのようにしたら良いか、実現のために何が必要かということについて、国内視察や海外視察、これまでの研究で得られた成果から考察し、本市における施策の提言へつなげていくこととした。

報告書の構成について

本報告書の構成は、次のとおり大きく3つの章立てとした。

第1章は、地域包括ケアシステムの背景にある、人口動態や社会保障費等の社会情勢と、本市における地域包括ケアシステム推進の取組や現状について、他国と比較しながら整理する。

第2章では、先進的な事例について、地域でのつながりづくりの取組や、関連する多様な視点での取組について、有識者へのヒアリングや自治体・民間企業等の取組を紹介していく。国内の事例として、本市の高齢者住宅や仙台市の多世代交流複合施設等について紹介する。海外の事例として、デンマーク王国（以下、「デンマーク」という）における高齢者福祉の取組について紹介する。

第3章では、課題の整理と先進事例の調査を踏まえ、本市の取り組むべき取組について提言を行う。

第1章

地域包括ケアシステムを取り巻く現状と課題

本章では、日本における地域包括ケアシステムの構築までの背景、経緯、国レベルでの地域包括ケアシステムの取組や諸外国における高齢者福祉政策について述べた後、本市における地域包括ケアシステム構築の取組について論ずる。

1-1 日本の高齢者福祉と地域包括ケアシステム

高齢者福祉とは

高齢者福祉とは、狭義に、老人福祉法に規定される具体的なサービスを指す場合もあるが、広義には、福祉、保健、医療、所得、住宅、就労、社会参加等、包括的な社会諸制度を含むものとされている。また、高齢社会対策基本法では、就業及び所得、健康及び福祉、学習及び社会参加、生活環境について、国が講ずべき施策を規定している。

このように、高齢者福祉とは、単に医療や介護だけではなく、高齢者の生活やそれを取り巻く環境を含むものであると考えられる。

日本の高齢者福祉のあゆみ

日本の高齢者福祉は、経済社会や人口構造の変化により、その時代ごとの社会背景やニーズに応じる形で変化・発展してきた。戦前から戦後は、貧困対策から保護・収容が中心だったが、経済成長や高齢化により社会が変化していくと、昭和 38（1963）年の老人福祉法制定により一般の高齢者を含めた基本法と位置付けられ、特別養護老人ホーム等が創設された。

昭和 48（1973）年に老人医療費の無料化が行われると、次第に医療費の増大が問題となった。昭和 57（1982）年には老人保健法が制定され、老人福祉法から医療・保険領域が分離されるとともに、高齢者に自己負担が導入された。社会的入院や寝たきり高齢者が社会問題となると、平成元（1989）年にはゴールドプラン（高齢者保健福祉推進十か年戦略）により施設整備と在宅福祉が推進され、平成 2（1990）年には福祉サービスの市町村への一元化が行われた。

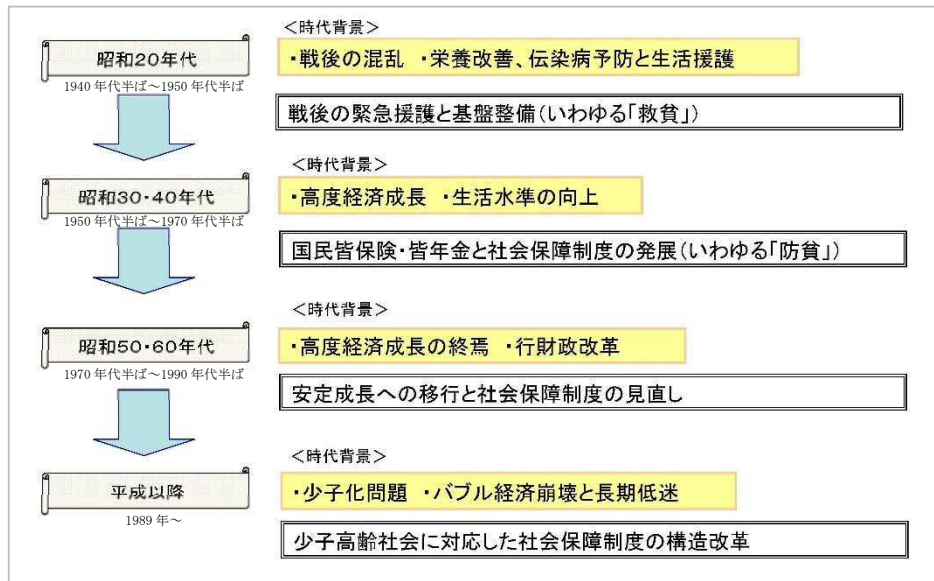


図1 日本の社会保障の変遷とその時代背景
 (出典：厚生労働省ホームページ資料に研究員が一部加筆)

従来の高齢者福祉制度の問題点と介護保険制度の創設

1960年代から1990年代にかけて老人福祉・医療の整備が進められてきた一方で、人口構造の変化等から様々な課題が浮き彫りになっていた。

老人福祉については、①市町村がサービスの種類、提供機関を決定するため、利用者がサービスを選択できないこと、②市町村が直接又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の内容が画一的になりがちであること、③利用者の収入に応じ支払額が決まる(応能負担)ため、中高所得層が利用しづらいこと、④所得調査が必要なため利用にあたって心理的抵抗感が伴うこと、老人医療については、中高所得者層にとっては負担が福祉サービスよりも低く、また、福祉サービスの基盤整備が不十分であったため、介護を理由に一般病院へ入院する(医療サービスを利用)いわゆる社会的入院が多発し、医療費が増加するなどの問題が発生していた。

さらに、高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の増加や介護期間の長期化など、介護ニーズがますます増大し、一方で核家族化の進行や介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族環境も変化をしていく中、従来の老人福祉・老人医療制度による対応には限界があった。

介護保険制度の創設

増え続ける社会問題を背景に、平成6(1994)年から厚生省(当時)に高齢者介護対策本部が設置され、新たな福祉制度の創設に向けた検討が行われた。そして6年後の平成12(2000)年、介護保険法が施行された。これにより、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとして、介護保険制度が創設された。

介護保険制度の前提として、平成 12 (2000) 年に、社会福祉基礎構造改革が実施され、福祉サービスの提供の仕組みが、行政が行政処分によりサービス内容を決定する措置制度から、利用者が事業者と対等な関係に基づきサービスを選択する利用制度へ移行、サービスの質の向上を図る等の改革が行われた。高齢者・障害者・児童等の分野ごとに利用制度へ移行したが、高齢者分野は先行して利用制度へ移行した。

介護保険制度の基本的な考え方

(1) 自立支援

単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするというを超えて、高齢者の自立を支援することを理念とする。

(2) 利用者本位

利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス、福祉サービスを総合的に受けられる。

(3) 社会保険方式

給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用。

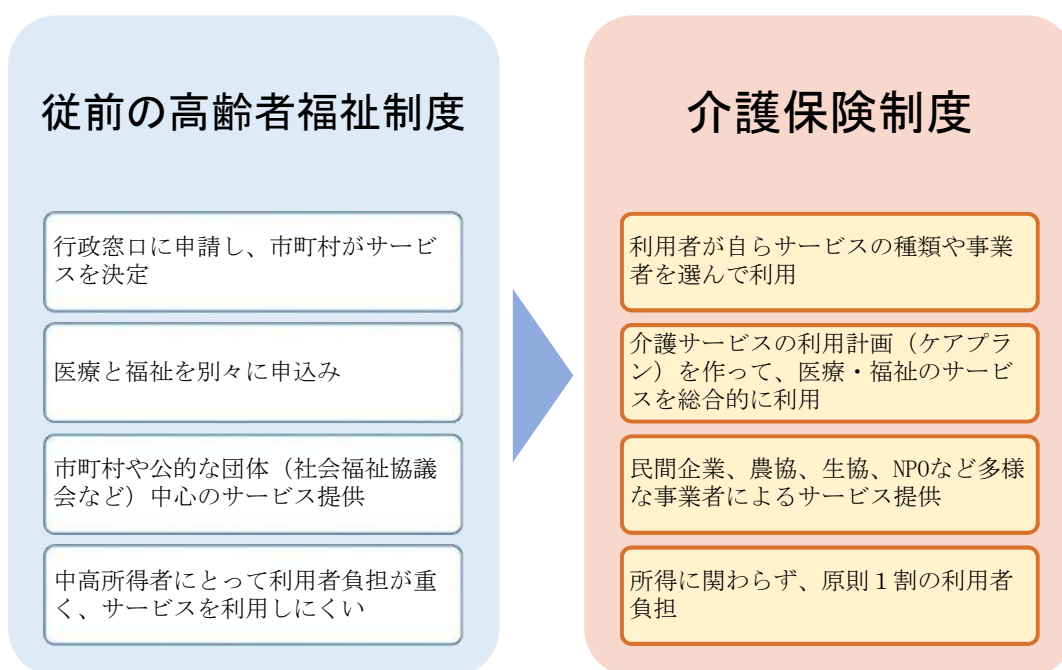


図 2 従前の高齢者福祉制度と介護保険制度の比較

(出典：厚生労働省老健局「公的介護保険制度の現状と今後の役割」より研究員が作成)

介護保険サービスの体系

介護保険制度の導入に伴い、利用者は自らサービスの種類や事業者を選ぶことができるようになった。サービスの内容・種類は多岐にわたるため、ここでは、介護保険を使って利用できるサービスや高齢者向け住まいについて、利用する場所・形態や費用負担・身体状況の視点から簡易的に分類する。

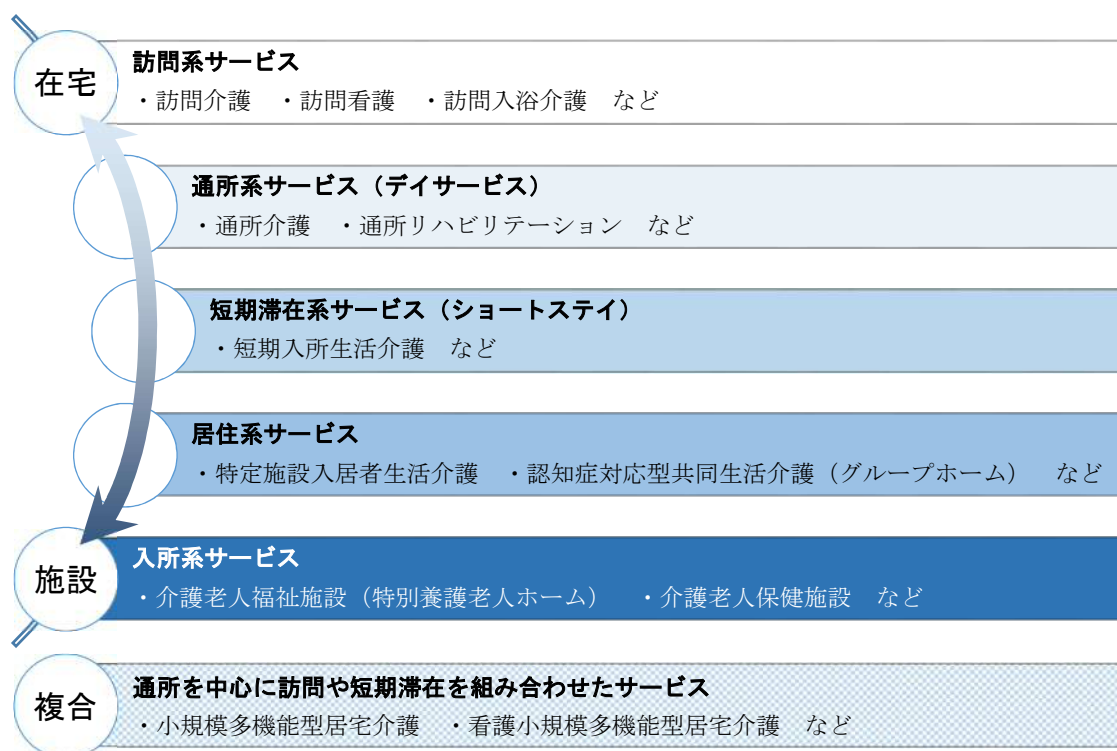


図3 介護保険サービスの分類

(出典：厚生労働省老健局「公的介護保険制度の現状と今後の役割」を参考に研究員が作成)

基本的には、各サービスにおいて身体介護や入浴介護、機能訓練等を受けることができ、在宅系サービスはホームヘルパーの訪問、通所系サービスは施設への日帰り、短期滞在系サービスは短期的な宿泊、居住・宿泊系サービスは住環境を移転しての利用となる。

また、日常生活での自立援助として、福祉用具（車いすや介護用ベッド等）の貸与や住宅改修（手すりの設置や段差の解消等）に係る費用の支給を受けることができる。

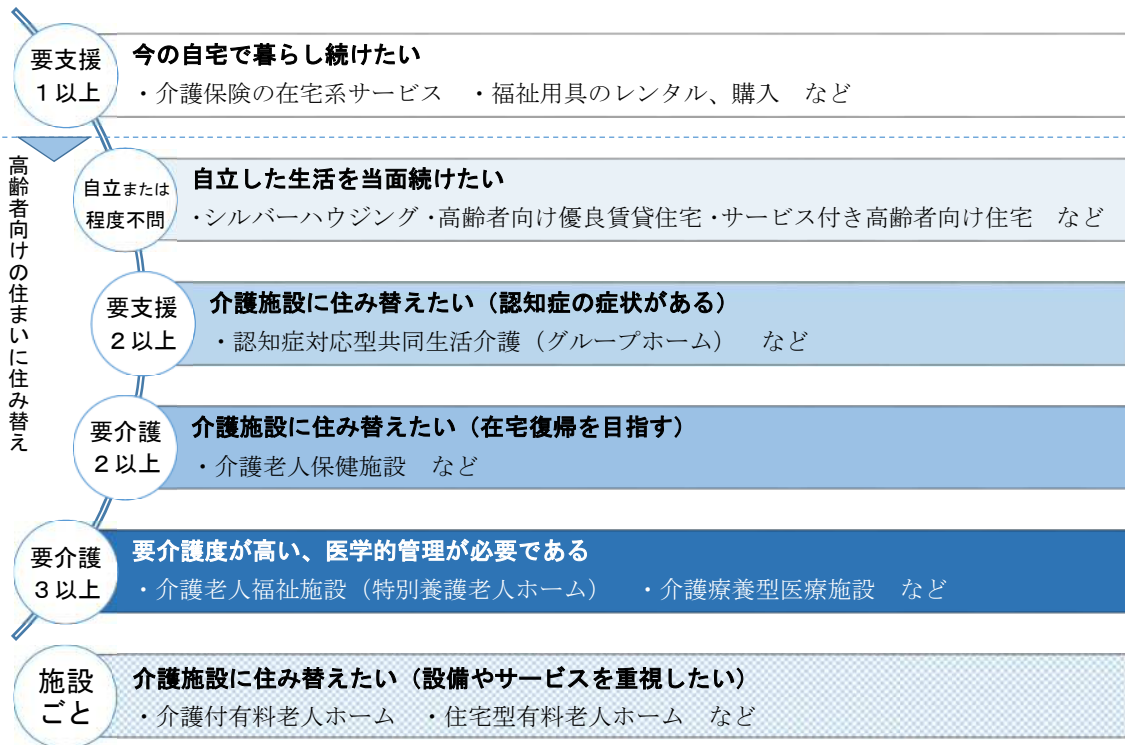


図4 高齢者向け住まいの分類
(出典：川崎市「高齢者の住まいガイド」を参考に研究員が作成)

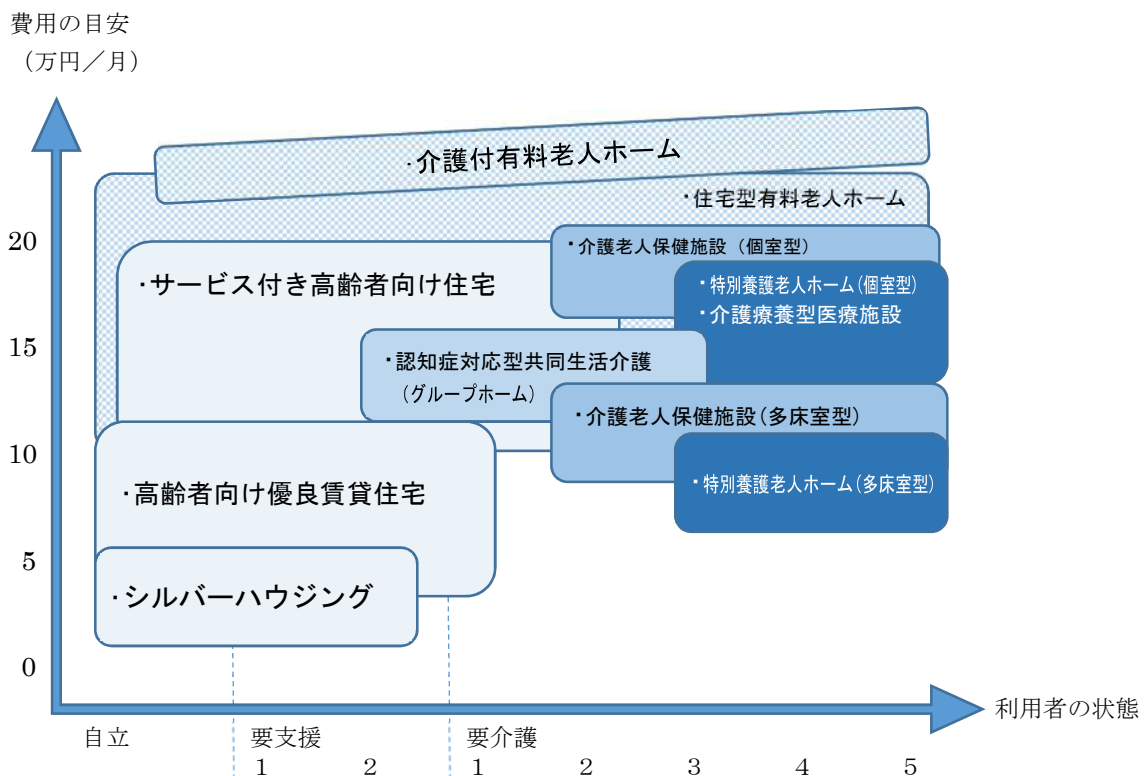


図5 高齢者向け住まいと費用の関係
(出典：川崎市「高齢者の住まいガイド」を参考に研究員が作成)

高齢者が自らのライフスタイルに合った住まいができるよう、様々な形態の住まいが整備されている。選択時に、身体状況や同居人、経済力、入居時期・期限など、現在どのような暮らしをし、今後どのような暮らしをしたいかを考え、整理しておくことが大切である。

以上、介護保険サービスと高齢者向け住まいのまとめである（形態や基準を一律に表せない項目もあるため、あくまで目安）。ともに、利用者の状態によって利用できるサービス・入居できる住まいが異なり、基本的には要介護度が上がるにつれ、費用負担も多くなる。

介護保険制度の課題と地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムは高齢者施策の課題を議論する中で提唱された考え方である。

平成 12（2000）年に介護保険制度が発足すると、介護サービス利用者・介護サービス事業者は年々増加し、制度が定着・普及していった。

一方で、サービス利用の拡大に伴い、介護給付費や介護保険料が上昇し、制度の持続可能性が大きな課題となってきた。特に、団塊世代が高齢期を迎える平成 27（2015）年や後期高齢者となる 2025 年に向けて、大幅に拡大すると予想される介護ニーズにどのように対応すべきか、議論が行われるようになった。

平成 15（2003）年には、厚生労働省老健局長の私的研究会である高齢者介護研究会が、報告書「2015 年の高齢者介護－高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて－」を公表した。そのポイントは次のとおりである。

- 尊厳を支えるケアを確立するため、介護予防・リハビリテーションの充実、生活の継続性を維持するための新しい介護サービス体系、新しいケアモデルの確立（痴呆（当時）性高齢者ケア）、サービスの質の確保と向上の 4 点を取り上げた。
- 介護保険制度の導入により、制度が浸透し利用しやすいものになり、だれでも早期から介護サービスを受けられるようになった。その結果、要介護認定者数の伸びが高齢者数の伸びを超え、軽度者の増加が著しい一方で、要介護度の改善率が低い状況にあった。
- 内閣府の調査によると、高齢者の多くは介護が必要になっても現在の自宅での生活を継続することを望んでいるが、重度の要介護者のうち約半数は施設サービスを利用している実態が浮き彫りになり、在宅生活を希望する高齢者が在宅生活を続けられない状況にあった。
- 高齢者の状態を適切に把握し自立支援に資するサービスを総合的、計画的に提供するための仕組みであるケアマネジメントについて、高齢者の状況を判断するアセスメントが不十分で、適切かつ効果的なサービス提供が行われていないとの指摘がある中で、高齢者の抱える問題は介護の分野に限らず、ケアマネジャーだけでは解決できない。
- 具体的な方策の一つとして、介護者の精神的なケアや高齢者自身が、個々人の状況に応じた適切なケアを選択できるように、ケアマネジャーだけではなく、かかりつけ医や民生委員、保健師、自治体、薬局等、専門機関や近隣住民と連携して、介護の周辺にある問題を解決するために地域の様々な資源を統合した包括的なケア（地域包括ケア）を提供することが必要である。

こうした中、平成 17（2005）年の介護保険制度改正の中で、「地域包括ケア」が示された。具体的には、包括的・継続的マネジメントを担う地域包括支援センターの創設、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で生活を継続できるようにするための地域密着型サービスの創設、予防重視型システムへの転換等が行われた。

その後も高齢化・長寿化の進展、認知症高齢者や医療ニーズの高い要介護者、重度の要介護者の増加等に対応するため、平成 23（2011）年の介護保険法等の改正では、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく提供する「地域包括ケアシステムの構築」が必要であるとした。

国の示す地域包括ケアシステム

平成 25（2013）年の「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書」では、地域包括ケアシステムは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援という目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指すものとしている。

また、地域包括ケアシステムの構成要素として、「医療・看護」、「介護・リハビリテーション」、「保健・福祉」、「介護予防・生活支援」、「すまいとすまい方」の5つの要素が挙げられた。これは、「すまいとすまい方」という生活の基盤に、「生活支援・福祉サービス」が整備されていることが前提となって、「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」という専門的なサービスがその力を発揮することができるということを意味している。



図6 地域包括ケアシステムの5つの構成要素

（出典：三菱UFJリサーチ&コンサルティング、＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステムと地域マネジメント（地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業）、平成 27 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業）

表 1 介護保険制度導入後の地域包括ケアシステムに関する主な経過

年次	動き
平成 12 (2000) 年	<p>社会福祉基礎構造改革</p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉関係各法の改正、福祉サービスの提供の仕組みを措置制度から利用制度へ、サービスの質の向上など
同	<p>介護保険制度開始（高齢者分野）</p>
平成 15 (2003) 年	<p>高齢者介護研究会「2015 年の高齢者介護－高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて－」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・持続可能な介護保険制度の確立や、あるべき高齢者介護の理念について提言
平成 18 (2006) 年	<p>介護保険制度改正</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センター創設、地域密着型サービス創設、予防重視への転換など
平成 25 (2013) 年	<p>「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアシステムの基本理念、構成要素など

(研究員作成)

1-2 諸外国の高齢化等の状況と日本の位置付け

前節では、日本における地域包括ケアシステムについて説明したが、本節では、諸外国の福祉における社会状況を比較し、日本の位置付けについて述べる。諸外国については、1950年代で高齢化率が7%を超えており、福祉レジーム論を用いた類型の代表的な国としてデンマーク、アメリカ、イギリス、フランス、日本を挙げた。諸外国の医療体制や高齢者福祉政策等を述べる前に、高齢化率の推移、人口や合計特殊出生率等の統計データや福祉レジーム論について説明する。

人口や社会支出の状況

(1) 各国の人口推移

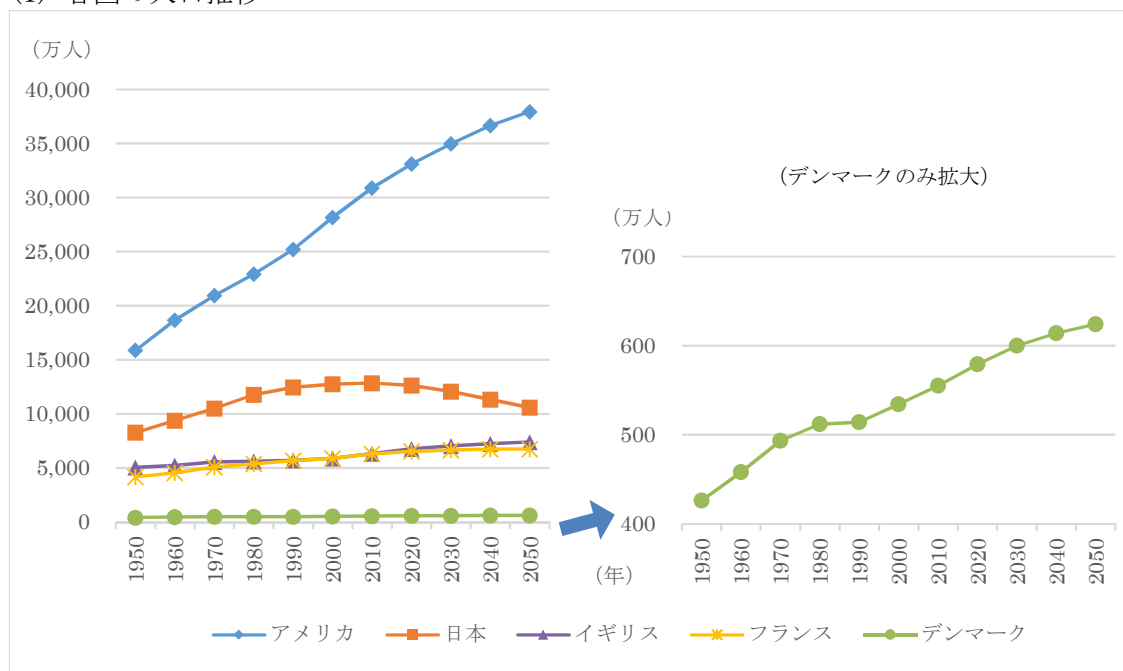


図7 各国の人口の推移

(出典：「United Nations, Population Division Department of Economic and Social Affairs World Population Prospects 2019」より研究員が作成)

図7に各国の人口の推移を示した。これからは、アメリカ、イギリス、フランス、デンマークは2050年まで人口が増加する傾向にあるが、日本は、減少傾向にある。

表2 合計特殊出生率と高齢化率

国名	合計特殊出生率 (単位：人)		高齢化率 (65 歳以上) (単位：%)	
	2010 年	2015 年	2010 年	2015 年
デンマーク	1.87	1.71	16.6	19.5
イギリス	1.92	1.80	16.5	17.9
アメリカ	1.93	1.84	12.9	14.6
フランス	2.02	1.93	16.8	18.8
日本	1.39	1.45	22.5	26.2
OECD 諸国平均	1.70	1.70	14.4	16.8

(出典：「OECD. stats, United Nations Population Division Department of Economic and Social Affairs World Population Prospects 2019」より研究員が作成)

表2に2010年と2015年の合計特殊出生率と高齢化率を示した。合計特殊出生率は、1人の女性が生涯に産むことが見込まれる子どもの数を示す指標であり、人口を維持するための必要な目安値は2.07であると言われているが、日本を除き減少しており、OECD諸国平均も1.70人と人口維持の目安値を下回っている。また、高齢化率はいずれの国においても増加している。OECD諸国では、人口減少、少子高齢化が進行していると言える。特に日本は、高齢化率が26.2%とOECD諸国平均を大きく上回っており、諸外国と比べても高齢化が深刻化していることが分かる。

(2) 社会支出

表3 社会支出の人口1人あたり額 (2010年)

(単位：米ドル)

国名	高齢	遺族	障害 傷病等	保険	家族	積極的 労働市場 政策	失業	住宅	その他	合計
デンマーク	4,045	11	2,152	2,823	1,620	870	0	289	495	12,305
イギリス	2,414	23	717	2,503	1,434	137	134	607	73	8,042
アメリカ	2,852	350	680	3,855	359	77	525	186	430	9,314
フランス	4,308	607	578	3,073	1,054	405	576	297	279	11,177
日本	3,456	482	317	2,501	436	100	91	36	90	7,509
OECD 平均	2,398	330	768	2,024	798	199	372	139	186	7,214

(出典：「OECD. Stats」より研究員が作成)

表4 社会支出の人口1人あたり額（2015年）

（単位：米ドル）

国名	高齢	遺族	障害 傷病等	保険	家族	積極的 労働市 場政策	失業	住宅	その他	合計
デンマーク	4,555	8	1,960	2,967	1,530	912	0	312	651	12,890
イギリス	2,505	19	710	2,955	1,333	72	66	588	40	8,288
アメリカ	3,313	341	698	4,346	331	54	102	134	411	9,730
フランス	4,669	611	612	3,248	1,082	369	597	304	299	11,791
日本	3,716	469	369	2,895	491	54	65	43	108	8,210
OECD 平均	2,515	302	738	1,983	758	177	277	122	195	7,067

（出典：「OECD.Stats」より研究員が作成）

表5 2015年における2010年データとの比較

（単位：%）

国名	高齢	遺族	障害 傷病等	保険	家族	積極的 労働市 場政策	失業	住宅	その他	合計
デンマーク	112	73	91	105	94	105	—	108	132	105
イギリス	104	83	99	118	93	53	49	97	55	103
アメリカ	116	97	103	113	92	70	19	72	96	104
フランス	108	101	106	106	103	91	104	102	107	105
日本	108	97	116	116	113	54	71	119	120	109
OECD 平均	105	92	96	98	95	89	74	88	105	98

（出典：「OECD.Stats」より研究員が作成）

表の用語解説

社会支出：人々の健康や生活水準が極端に低下した場合にそれを補うために個人や世帯に対して財政支援や給付をする公的あるいは私的供給とされている。ただし、制度による支出のみである。

高齢：老齢年金等の現物給付、在宅ケア等の現物給付

遺族：遺族年金等の現物給付、葬儀・埋葬科等の現物給付

障害：業務災害・傷病：障害年金・労災手当・休業手当等の現物給付、在宅ケア・リハビリ等の現物給付

保険：医療の現物給付

家族：家族手当・出産/育児手当等の現物給付、保育所・育児支援・就学前教育等の現物給付

積極的労働市場政策：職業案内、能力開発・訓練、雇用拡大助成、直接的雇用相創出、早期退職対策等

失業：雇用保険等の失業給付

住宅：公的住宅、家賃・家主補助

表3～5に、2010年及び2015年の社会支出の対象別の1人あたり支出額と比較データを示した。

なお、社会支出とは、生活や健康水準が極端に低下した場合（失業、疾病等）、それを補うために財政支援や給付をする公的あるいは私的支出のことである。

全ての国において、高齢分野や保険分野等が増加しており、高齢化が進んでいることで支出増加に繋がっていると考えられる。また、日本の特徴として、高齢分野の支出割合が高いことが挙げられる。実際、表3の社会支出の人口1人あたり額（2010年）において、日本の社会支出の人口1人あたり額合計（7,509米ドル）に占める高齢（3,456米ドル）の割合が約46%であるのに対して、OECD諸国平均の合計（7,214米ドル）に占める高齢（2,398米ドル）の割合は約33%と日本がOECD諸国平均を約9%上回っている。

福祉レジーム論からみた日本の社会保障制度の位置付け

平成24（2012）年度版厚生労働白書によると、福祉レジーム論は、デンマークの社会学者であるアンデルセンにより提唱された各国の多様な社会保障制度のあり方を類型化するという理論である。

社会保障を考えるにあたっては、政府による社会保障だけではなく、幅広く社会全体における福祉の生産・供給主体等も含めて議論することが必要であり、「福祉が生産され、それが国家、市場、家族の間に配分される総合的なあり方」としての「福祉レジーム」の相違が、福祉国家の類型を決定するとしているとしている。福祉レジームの相違は、①個人又は家族の就労の有無にかかわらず社会的に認められた一定水準の生活を維持することがどれだけできるか（参加支援指標）、②職種や社会的階層に応じて給付やサービスの差がどれだけあるか（平等化指標）、③家族による福祉の負担がどれだけ軽減されているか（家族支援がどの程度充実しているか）（家族支援指標）の程度の観点等から類型化される。

福祉レジームは、具体的には、自由主義レジーム（アメリカ、イギリス）、社会民主主義レジーム（デンマークなど北欧諸国）、保守主義レジーム（フランスなど大陸ヨーロッパ諸国）の3つに類型化される。

(1) 自由主義レジーム

この考え方は、小さな国家、リスク管理に対する個人的責任、市場中心の問題解決を志向している。市場の役割を重視した社会保障の仕組みを形成している。機会の平等や個人の自己責任が重視され、公的制度による社会保障は、必要最小限の限られた人（貧困層など）に必要な最小限の額を給付する傾向があり、社会保障給付（支出）は比較的低水準で限られた人に給付され、社会保障負担は比較的低水準となっている。また、多くの人は民間企業が提供する医療保険サービスに加入するなどの自助努力的な対応をとっている。子育て等も個人的責任で行うものと位置付けられており、必要な支援サービスは市場を通じて購入するな

どの自助努力による対応を求められる点は同様で、公的な支援は、児童のいる低所得者家庭を対象とした一時的な扶助などに限定されている。

①参加支援指標：低 ②平等化指標：低 ③家族支援指標：低

(2) 社会民主主義レジーム

このレジームは、社会保障を受ける権利の基礎は個人の市民権（シティズンシップ）にあるという考え方から、社会保障制度の基本理念として普遍主義を採用している。これは、皆が同じ権利を持ち、同じ給付を受けるというものであり、普遍的な連帯を構築するために労働者階級と中間階級の間に二重構造が生じることを容認していない。また、家族や市場が福祉に果たす役割は小さく、国家が中心的役割を担っている。生活上のリスクを社会的な制度でカバーする範囲が広いため、社会保障給付（支出）の水準は高く、負担の水準も高い（高福祉・高負担）。他のレジームに比べて現役世代への給付が手厚く、社会保障給付は現金給付よりも現物給付（金銭ではなくサービスの給付）が多い。

①参加支援指標：高 ②平等化指標：高 ③家族支援指標：高

(3) 保守主義レジーム

このレジームは、リスクの共同負担（連帯）と家族主義を志向している。国家主義の考え方や、カトリック教会が社会サービスを主導的に担ってきた長い伝統の影響から人又は家族の就労の有無にかかわらず社会的に認められた一定水準の生活を維持されているが、男女の性別役割分業などの封建的な職域を重視している。その影響から、社会保障制度は職域ごとの社会保険制度を中心に発展しており、職業的地位による格差がある。また、社会保障制度は、家族が扶養責任を果たせないときのために用意されている。社会保障給付は退職後の高齢者向けのものが多く、現物給付より現金給付が多い。

① 参加支援指標：高 ②平等化指標：低 ③家族支援指標：低

表6 福祉レジームの類型と特徴等

類型	主な特徴	所得再分配の規模	給付の対象・性格	福祉と就労支援の連携
自由主義 レジーム	市場の役割大	小規模 (小さな政府)	・生活困窮層向けの給付が多い。 ・選別主義	強 ワークフェア(就労が給付の条件)
社会民主主義 レジーム	国家の役割大	大規模 (大きな政府)	・現役、高齢世代向けともに充実。 ・普遍主義	中 アクティベーション (雇用可能性を高める)
保守主義 レジーム	家族・職域の 役割大	中～大規模	・高齢世代向け給付が多い。 ・社会保険は普遍主義 ・公的扶助は選別主義	中～強 (強化傾向)

(出典：平成 24 (2012) 年度厚生労働白書 P. 84 より研究員が作成)

福祉レジーム論における日本の分析について、平成 24（2012）年度厚生労働白書では、「日本では、少子化対策が進展せず、家族給付が少なかった結果、高齢者向けの社会保障給付が多い点や、戦後に構築された、男性の正規労働者（夫）と専業主婦（妻）というモデルが示すように、性別役割分業の点において家族主義が強く、「家族支援指標」が低い点で、保守主義レジームの要素を持っているといえる。」と述べている。

日本の高齢化等の特徴

こうした中で、諸外国との比較において日本の特徴は次のように整理できる。

- ①他国に類をみないスピードで少子高齢化が進展
- ②社会支出の額（2015 年）は対象国の中で最低である一方、2010 年からの伸びは最大
- ③性別役割分業において家族主義が強い

1-3 本市の現状

人口と高齢化率

図8は、昭和40年(1965)年から2060年までの川崎市の人口推移と高齢化率を表したものである。本市においては、人口150万人を超え、今後も増加が見込まれているが、2030年頃からは減少に転じる見込みであり、一方、高齢率はさらなる上昇が見込まれる。

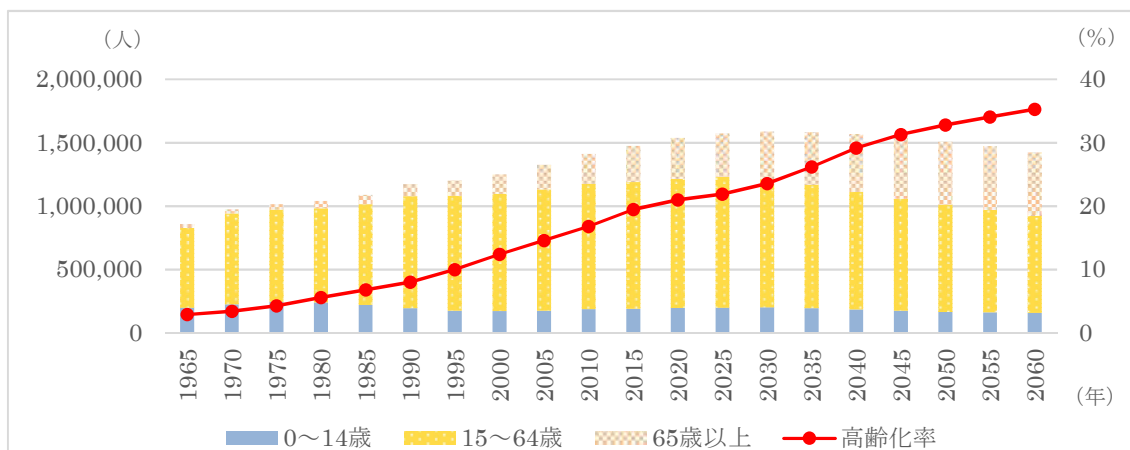


図8 川崎市の人口推移

(出典：平成27(2015)年以前は「川崎市年齢3区分別人口の推移」、令和元(2020)年以降は「川崎市将来人口推計」より研究員作成)

表7は、区ごとの高齢者人口と高齢化率を比較したものである。高齢化率が最も高い区は麻生区で約23%、最も低い区は中原区で約15%となっており、約8パーセントの差がある。中原区が低い理由として、若い世代の流入が考えられる。

表7 川崎市の高齢者人口(平成30(2018)年10月1日現在)

	総人口	65歳以上	高齢化率	第1号被保険者数	要介護・要支援認定者数	認定率
全市	1,516,483	306,699	20.22%	295,896	54,372	18.38%
川崎区	231,530	51,311	22.16%	51,770	10,606	20.49%
幸区	167,206	38,227	22.86%	36,389	6,851	18.83%
中原区	258,119	39,499	15.30%	39,175	6,975	17.80%
高津区	231,808	42,977	18.54%	41,328	7,550	18.27%
宮前区	231,131	50,107	21.68%	45,839	7,861	17.15%
多摩区	217,941	42,827	19.65%	41,157	7,482	18.18%
麻生区	178,748	41,751	23.36%	40,238	7,047	17.51%

※この高齢者人口は、総務省が公表した「平成27年国勢調査人口 年齢・国籍不詳をあん分した人口」による年齢別人口を基数として、住民基本台帳の年齢別移動人口を増減して推計したものです。

※国の高齢化率28.1% 国の総人口12,644万人

※国の65歳以上人口3,558万人(男1,546万人・女2,012万人)(平成30年10月1日総務省統計局 概算値)

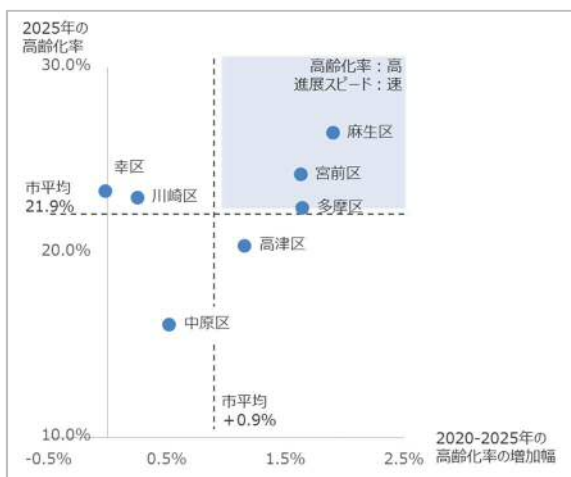
※平均寿命 男81.09歳 女87.26歳(平成29年簡易生命表 厚生労働省大臣官房統計情報部)

※第1号被保険者とは、65歳以上の本市の介護保険の被保険者です。住所地特例等により65歳以上人口とは数値が異なります。

※認定率とは、第1号被保険者数に占める要介護・要支援認定者数の割合のことです。

(出典：川崎市における高齢化等の状況)

図9は、市内各区の高齢化率と高齢化の進展スピードを表したものである。縦軸が2025年時点の各区の高齢化率、横軸が2020年～2025年の5年間の高齢化率の増加幅を表している。第1象限にある麻生区・宮前区は高齢化率が高く、進展スピードも速くなっている。第3象限の中原区は高齢化率が低く、進展スピードも比較的緩やかになっていることが分かる。



このように、高齢化等の状況は行政区ごとに大きく異なっており、より小さな地区に目を移せば、相違は顕著である。特に、高度経済成長期に建設された住宅団地等では、高齢化に伴う課題がより深刻となっていると推察される。

図9 各区の高齢化率と進展スピード

(出典：「川崎市総合計画第2期実施計画の策定に向けた将来人口推計」「第7期かわさきいきいき長寿プラン」)

図10は、川崎市の一人暮らし高齢者の人口・高齢者人口に占める割合を表したものである。どちらも年々増加していることが分かる。こうした高齢者、特に男性はややもすると引きこもりがちになるとされ、地域での居場所づくり等を通じて、つながりをつくっていくことが求められる。

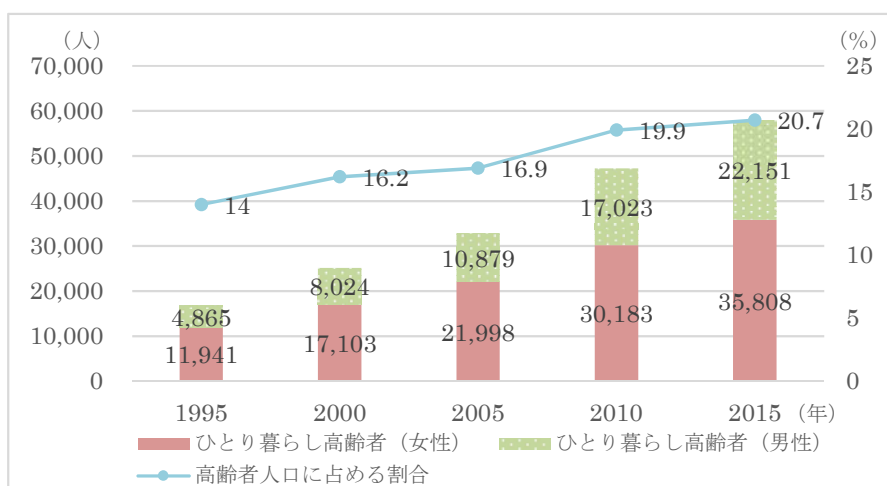


図10 川崎市 ひとり暮らし高齢者数の推移

(出典：平成22(2010)年までは総務省「国勢調査」、平成27(2015)年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(平成25(2013)年1月推計)」、「日本の将来推計人口(平成24(2012)年1月推計)」より研究員が作成)

このように、本市は比較的若い都市と言われるが、高齢化は区ごと、そして地域ごとにまだら模様に進んでおり、その状況に応じたきめ細やかな対応が求められる。また、単身高齢者が増加する中で、地域でのつながりの構築が一層重要となってくる。

1-4 本市における地域包括ケアシステムの構築

これまでの本市の取組

本市では、来る超高齢社会の到来を見据え、介護の社会化への取組、全国に先駆けた「高齢者パワーリハビリテーション事業」の実施、賃貸住宅への入居機会の確保と安定した居住継続の支援、中高年の方のいきがい・健康づくり・介護予防の推進や地域人材の育成、在宅療養の仕組みづくりに向けた取組、保健・医療関係団体の顔の見える関係づくり等、これまでも地域包括ケアシステム構築の基礎ともいえる各種の取組を実施してきた。

また、平成 12（2000）年には「地域リハビリテーション構想」をまとめ、児童期から成人期、高齢期にいたるまでのライフステージを通じた切れ目のない、専門的かつ総合的なリハビリテーションの提供を行うことを目指して、地域リハビリテーションセンターの整備を進めてきた。平成 20（2008）年に北部リハビリテーションセンター（多摩区・麻生区を対象）、平成 28（2016）年に中部リハビリテーションセンター（中原区・高津区・宮前区を対象）を整備してきた。なお、令和 3（2021）年度に南部リハビリテーションセンター（川崎区・幸区を対象）と総合リハビリテーション推進センターを整備する予定で、これにより年齢や疾病・障害の種別を問わない全世代・全対象型ケアシステムや、在宅・地域での生活を支援する保健・医療・福祉の総合的なサービス提供体制の構築を目指している。

本市の地域包括ケアシステムに関連する推進体制

本市では、時代と共に地域包括ケアシステムに関連する推進体制を変化させてきた。平成 9（1997）年には民生局と衛生局を統合し「健康福祉局」を設置、平成 20（2008）年には健康福祉局内のこども事業本部を市民・こども局の「こども本部」として再編した。

平成 24（2012）年には、健康福祉局長寿社会部内に「地域ケア推進担当」（課相当）を、平成 26（2014）年には健康福祉局に「地域包括ケア推進室」（部相当）を設置、地域包括ケアに関する調整や施策検討等を行ってきた。

また、各区役所においては、平成 15（2003）年には福祉事務所と保健所を統合し「保健福祉センター」（部相当）を設置、平成 28（2016）年には個別支援の強化と地域力の向上を図るため保健福祉センター内に「地域みまもり支援センター」（部相当）を設置した。更に、平成 31（2019）年には専門的支援機能と更なる連携を図るため、各区役所の保健福祉センターを「地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所）」（部相当）に再編している。

川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン

(1) 策定の趣旨

本市では、地域包括ケアシステムの構築に係る本市の基本的な考え方を示し、地域全体で共有した上でその構築に向けた具体的な行動につなげていくことを目的に、平成 27 (2015) 年に「川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン」を取りまとめた。

川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョンでは、「川崎らしい都市型の地域包括ケアシステム構築による誰もが住み慣れた地域や自らが望む場で安心して暮らし続けることができる地域の実現」を基本理念とし、基本理念を達成するため、5つの基本的な視点、及び 11 の具体的な取組に向けた考え方を設定している。

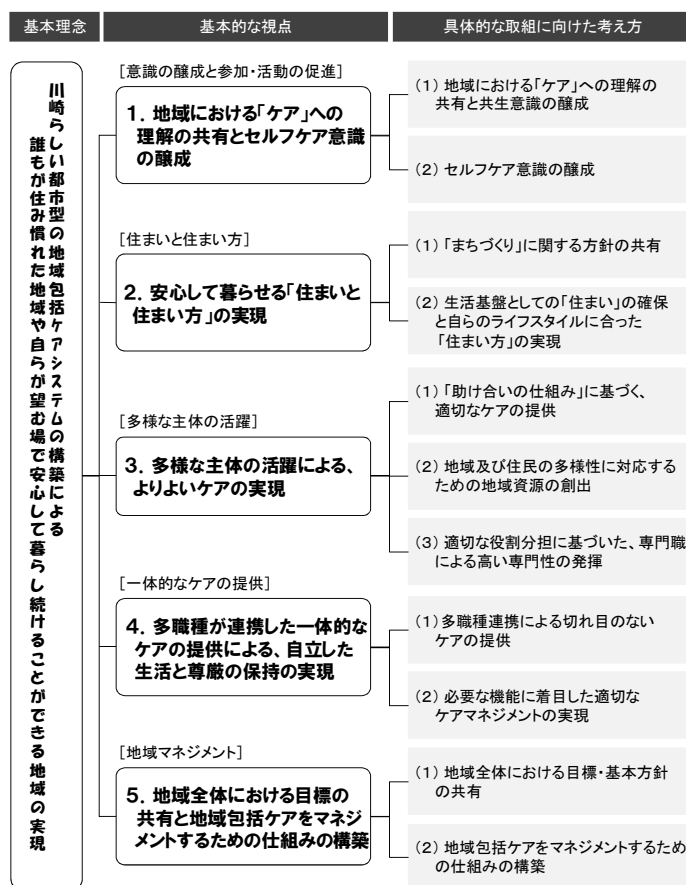


図 11 川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョンの構成
(出典：川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン、P. 21)

(2) 取組主体と対象

地域包括ケアシステムの構築にあたっては、行政だけではなく、事業者や町内会・自治会などの地縁組織、地域・ボランティア団体、住民など地域内の多様な主体の取組が求められるとともに、主体間の緊密な連携が重要となる。

国の地域包括ケアシステムは主に高齢者を対象としているが、実際には各施策間の連携を図ることにより、障害者や子ども、子育て中の親など、地域内において「何らかのケア」を必要とする全ての人を対象とした場合についても、その仕組みを共有できる部分は多いと考えられる。

そのため、本市では、高齢者をはじめ、障害者や子ども、子育て中の親などに加え、現時点で何らかのケアを必要としない方々を含めた「全ての地域住民」を対象として、その構築を推進することとしている。

施策・事業の展開

川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョンは、関連する個別計画の「上位概念」として位置付けられている。関連する個別計画は、川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョンの内容を踏まえて策定し、より具体的な目標・取組方針・施策として定めるとともに、その達成に必要な資源・体制・手法等を合わせて明確化・具現化するものである。

本市では、平成 30 (2018) 年度に、かわさきいきいき長寿プラン (高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画) や、かわさきノーマライゼーションプラン (障害者計画・障害福祉計画)、川崎市地域福祉計画など、本推進ビジョンを上位概念とした関連個別計画の改定・見直しを行った。このため、関連個別計画の策定サイクルを、第 1 段階、第 2 段階、第 3 段階の 3 段階に分け取組を進めることとし、第 1 段階 (平成 27 (2015) 年度～平成 29 (2017) 年度) は、川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョンの考え方の共有を進め、システムの構築に向けた土台づくりを行う。第 2 段階 (平成 30 (2018) 年度～2025 年度) は、システム構築期として各主体がそれぞれの役割に応じた具体的な行動を行っていく。第 3 段階は、ケアシステム進化期として時代や社会状況に応じた進化した取組を進めていくこととしている。

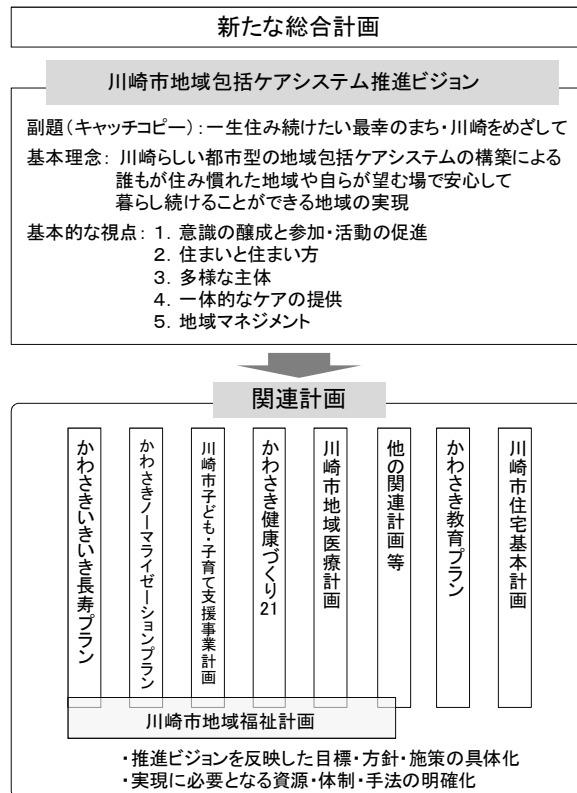


図 12 川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョンの位置付け
(出典: 川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン、P. 6)

表 8 地域包括ケアシステムの実現に向けた考え方と取組例

基本的な視点	視点に基づく具体的な施策の考え方	具体的な取組の主な例
①意識の醸成と参加・活動の促進	すべての住民が社会環境の変化に対応する意識を持ち、自発的に努力するとともに、「共生の意識」を育み、「自立した生活」と「尊厳の保持」を実現できる地域をめざす。	①地域包括ケアシステムに関する広報(マンガ、パンフレット、ポータルサイト、DVD等) ②在宅医療の普及啓発(在宅医療サポートセンターによる出前講座) ③認知症サポーター養成講座
②住まいと住まい方	生活の基盤として、本人の尊厳が十分に守られた住環境が整備され、本人の希望になかった住まい方が確保された環境をめざす。	①住宅基本計画に基づく取組の推進(子育て世帯の市内定住促進、健康長寿の住まいづくり等) ②在宅基盤を支える介護サービス基盤の整備(認知症グループホーム等の整備) ③居住支援協議会の設置 ④地域の寺子屋の設置
③多様な主体の活躍	自立した生活の維持に向けて、インフォーマル・サポートが地域の中で提供されるよう、多様な主体の役割分担による「互助」の仕組みづくりを進める。	①「これからのコミュニティ施策の基本的考え方」の策定 ②地域包括ケアシステム連絡協議会における多様な主体によるプラットホームづくり ③市民活動センター、ボランティア活動振興センター等の中間支援組織の運営
④一体的なケアの提供	本人の身体状況に応じた、専門職によるケアを多職種連携により、切れ目なく提供できる体制づくりを進める。特に、医療と介護の円滑な連携を推進する。	①医療・介護連携に向けた在宅療養推進協議会の開催 ②健幸福寿プロジェクトの実施 ③身近な相談支援体制の充実(地域包括支援センター、障害者相談支援センター、子育て支援センター等) ④在宅チーム医療を担う人材育成研修の実施 ⑤社会的引きこもりの支援体制の強化
⑤地域マネジメント	地域の目標を地域全体で共有しながら、個々の活動が1つの目標に向かってより効果的に機能できるような仕組みづくりを進める。	①各区における地区カルテを活用した地域づくりの取組の推進 ②「地域包括ケア推進室」の設置(健康福祉局内) ③「地域みまもり支援センター」の設置(各区) ④「地域包括ケアシステム推進本部会議」の開催(庁内)

(川崎市健康福祉局地域包括ケア推進室作成)

取組内容

〔意識づくりの取組〕

・川崎市地域包括ケアシステム連絡協議会

学識経験者、保健福祉医療関係団体、企業等の参画団体同士の対話を通じて相互理解、新たな連携を促している（令和元（2019）年9月1日現在、92団体が参画）。

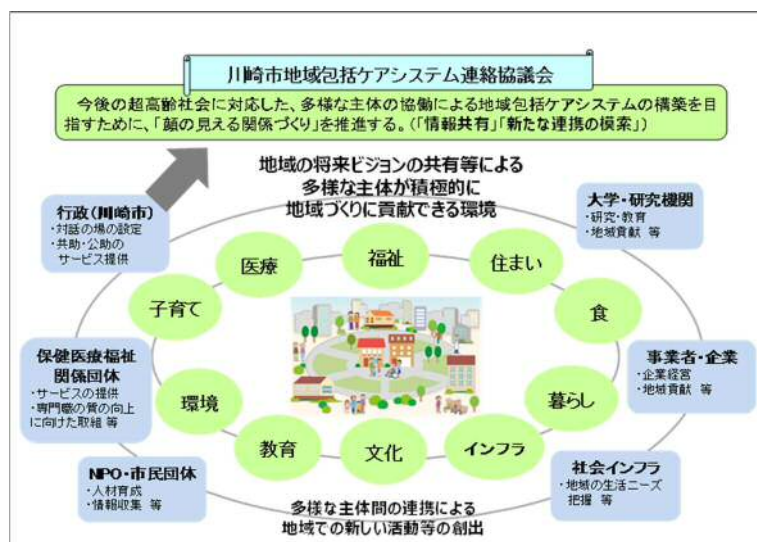


図 13 川崎市地域包括ケアシステム連絡協議会（川崎市健康福祉局地域包括ケア推進室作成）

・戦略的な広報

外部有識者による検討会議や庁内の関係部署への意見聴取等を通じて、戦略的な広報の考え方を整理している。平成 30（2018）年度に、今後の地域包括ケアシステム構築に向けた広報の留意点をガイドラインとしてまとめた。

〔仕組みづくりの取組〕

・在宅医療の充実と医療・介護連携の強化

医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域や自ら望む場で暮らし続けることができるよう、在宅医療の充実と医療・介護の連携を強化している。具体的には、入院時の医療機関と在宅介護の調整、在宅医療を支える医療機関間の連携強化、医療と介護をまたぐ多職種連携方法の具体化、在宅療養や看取りに関する普及啓発等に取り組んでいる。

・包括的な相談支援の推進

高齢の親と働いていない独身の子とが同居している世帯、介護と育児に同時に直面する世帯（ダブルケア）、障害のある子の親が高齢化し介護を必要とする世帯、様々な課題が複合して生活が困窮している世帯などへの対応が求められているため、分野（対象者）をまたいだ専門職間での支援方針の共有や、組織間での連携方法の調整に取り組んでいる。

同時に、専門相談機関の総合化と体系化、対象者別（高齢者、障害者、障害児等）の支援ネットワークの強化を進めている。

〔地域づくりの取組〕

地区カルテ等を活用した地域マネジメントの推進、住民ワークショップ・ヒアリング・アンケート調査等を用いた地域との対話の仕組みづくり、地域住民をはじめとする地域の関係主体による地域課題の共有・解決の支援等の取組を通して、地域包括ケアシステムの基礎となる地域力の維持・向上を進めている。

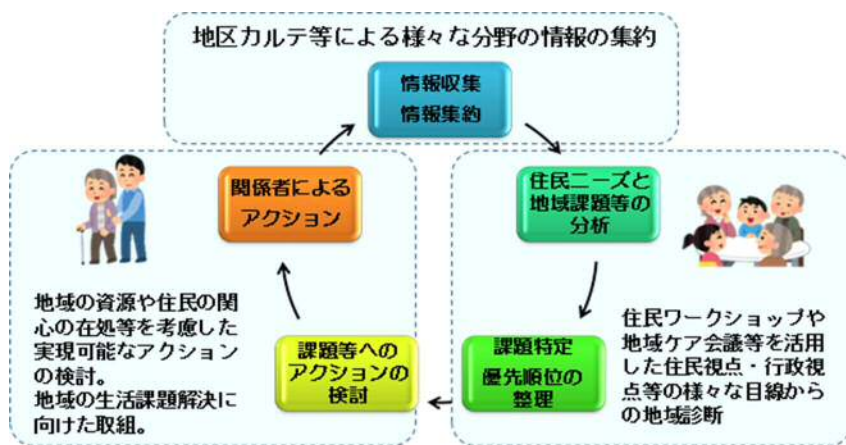


図 14 地域づくりの取組（川崎市健康福祉局地域包括ケア推進室作成）

各区の取組

各行政区では、それぞれの実情に応じた取組を進めている。以下、各区の代表的な取組を紹介していく。

表9 各区の取組

区	代表的な取組
川崎区	区内の7地区において、地区カルテを活用しながら地域の実情に応じた区民主体の地域づくりに向けたワークショップを行っている（一部、東京大学高齢社会総合研究機構と連携して実施）ほか、高齢化が進む集合住宅における居場所づくり・多世代交流等、各地域が有する地域資源や地域課題の状況に応じた地域づくりの取組を進めている。
幸区	平成27（2015）年度から、町内会・自治会を中心に地域住民が主体となり、近所のつながりで見守り支え合う「幸区ご近所支え愛事業」を展開している。平成30（2018）年度からは、集合住宅特有の地域づくりに向け、地域包括支援センターと連携した集合住宅プロジェクトを実施しているほか、地域づくりの新たな担い手の拡大に向けた中高生向けの地域活動ボランティア体験事業「はび☆ボラ」を実施している。
中原区	平成29（2017）年度には、大戸地区において地区カルテを活用したワークショップを開催し、地域の課題解決のための自主的な取組につなげることができた。平成30（2018）年度は新たに玉川地区でワークショップを開催するとともに、地域包括支援センター圏域会議、丸子地区社会福祉協議会が主催するワークショップの支援や大戸地区での自主的な取組の支援を行った。令和元年度はコミュニティ施策と連携し、引き続き地域での話し合いの場と自主的な取組の支援を進めている。
高津区	分譲マンション同士が情報交換したり、他の取組を知ったりする機会を提供することで、住民のつながりづくりや課題解決に向けた自発的な取組につなげている。また、区社会福祉協議会・地区社会福祉協議会と協働して、地域住民の地域づくりの協議の場であるワークショップを企画・実施している。
宮前区	聖マリアンナ医科大学、田園調布学園大学と連携実施したアンケート結果等を活用した地域課題の抽出・共有のほか、圏域会議、地区社会福祉協議会、市営住宅、みやまえカフェ連絡会等に対して課題解決にふさわしい講師を派遣するなど、各取組を支援している。
多摩区	区内を5地区に分け、各地区の特徴に合わせた取組を推進している。生田地区におけるワークショップ、中野島地区における中野島つながり愛プロジェクトのほか、町会長等のヒアリングから地域課題の把握を行い、地域の自発的な集いの場づくりや活動を支援している。
麻生区	平成28（2016）・平成30（2018）年度に、町内会・自治会に対してヒアリングを実施し、地域特性や課題の把握を行った。併せて、地域住民・田園調布学園大学と作成した地域診断ツールや地区カルテを活用したワークショップの開催、地域課題等の共有や支え合い活動立ち上げ支援等、地域づくり・意識づくりを進めている。

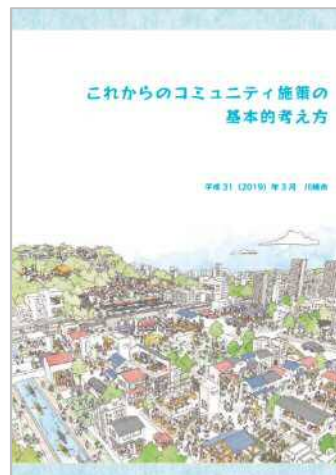
（出典：川崎市健康福祉局地域包括ケア推進室作成資料を基に研究員が作成）

1-5 本市におけるコミュニティ施策

これからのコミュニティ施策の基本的考え方

地域包括ケアシステム推進ビジョンの取組をコミュニティ施策の視点から支え、相互補完的に充実させるという位置付けで、平成31(2019)年3月に「これからのコミュニティ施策の基本的考え方」を策定した。

自治基本条例第9条に基づく、コミュニティに関わる施策を推進する上での羅針盤となる基本的な考え方であり、市民一人ひとりが多様なつながりをつくり、自分らしく幸せに暮らせる地域社会の実現を目指して、「市民創発」という新しい考え方や、地域の居場所「まちのひろば」の創出などを打ち出している。



「市民創発」という新しい考え方

「市民創発」とは、様々な個人や団体会い、それぞれの思いを共有・共感することで生まれる相互作用により、これまでにない活動や予期せぬ価値を創出することである。これまで、自治基本条例に掲げる「情報共有」「参加」「協働」という自治運営の基本原則に基づき、様々な施策を展開してきたが、より多様化・複雑化する地域課題に的確に対応していくために、これまでの取組に新たな「市民創発」という考え方を取り入れ、市民自治と多様な価値観を前提とした豊かで持続可能な都市型コミュニティの形成を目指している。

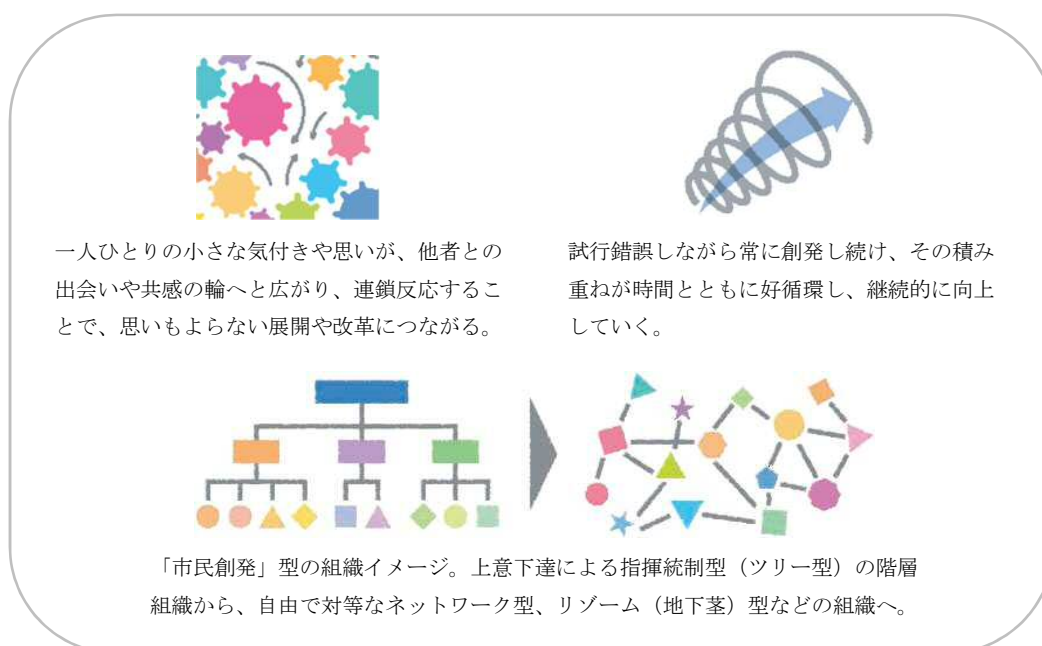


図15 市民創発のイメージ
(出典：「これからのコミュニティ施策の基本的考え方」より)

10年後のあるべき地域の姿「希望のシナリオ」

多様なつながりや居場所を創出しつつ、幸福度が高く、誰もが認められる社会的包摂の進んだ持続可能な都市型コミュニティという将来像を「希望のシナリオ」（下図）として掲げた。概ね10年後を目標年次とする「希望のシナリオ」の実現に向け、バックキャストिंगによる検討、スモールスタートによる事業の実体化、モデル・プロジェクトによる効果的な事業推進など、これまでの行政ではあまり採られてこなかった手法へのチャレンジを掲げている。

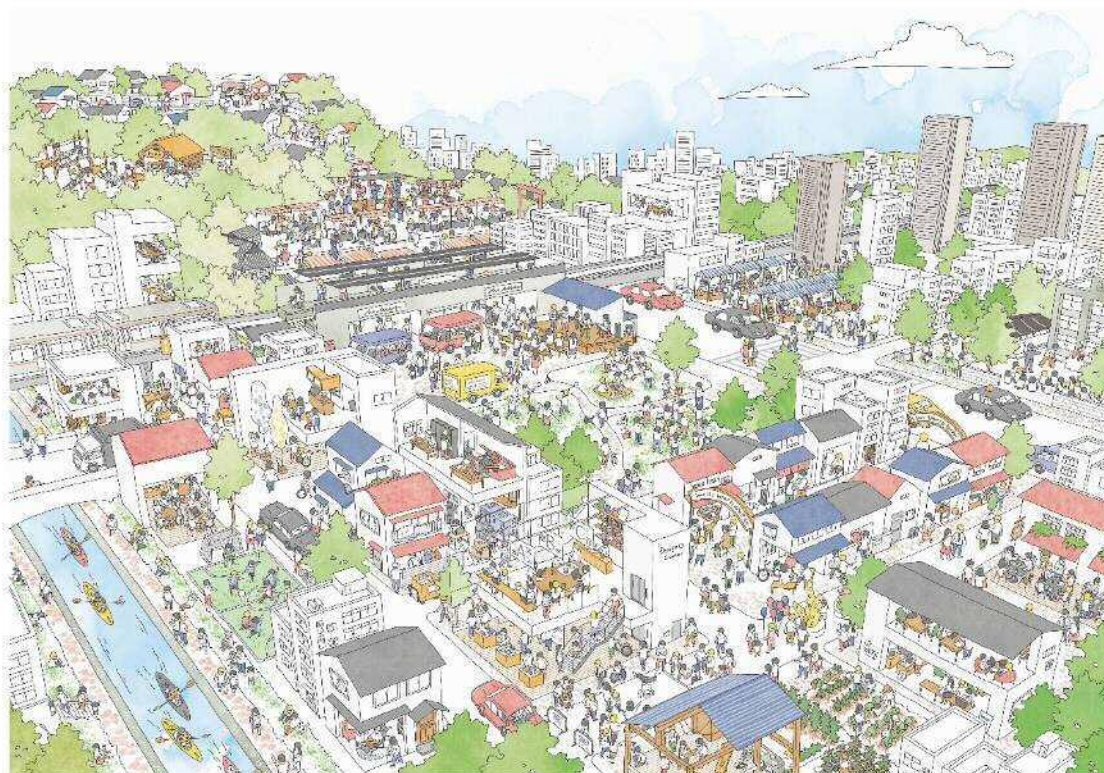


図 16 10年後の川崎市「希望のシナリオ」のイメージ（イラスト：イスナデザイン）

（出典：「これからのコミュニティ施策の基本的考え方」より）

地域の居場所「まちのひろば」の創出

「まちのひろば」とは、誰もが気軽に集える出会いの場となり、ときには地域の課題解決の場となるように、その概念は幅広く、例えば、3人集まれば「まちのひろば」が展開し、何かしらの変化が生まれ、創発につながることもあるという考え方である。空間に限定せず、常設である必要もない。官民間わず、多様な地域資源を活用して「まちのひろば」を創出し、人材・資源のネットワーク化や情報共有を促進することで、地域包括ケアシステムにおける生きがづくり、健康づくり、支え合いのしくみづくり、そして課題解決の場としての役割を果たしていくことが期待される。

まちのひろばの機能

- ・参加のきっかけとなる地域の居場所
- ・誰もが気軽に集える出会いの場
- ・地域の課題解決の場 など

例えば…



お祭り

認知症カフェ

区域レベルのプラットフォーム「ソーシャルデザインセンター」の創出

「ソーシャルデザインセンター」とは、区域全体をカバーしつつ、地域での様々な新しい活動や価値を生み出し、社会変革（ソーシャルイノベーション）を促す基盤（プラットフォーム）である。区それぞれの課題や資源を踏まえ、創出に向けた検討が進められている（一部の区においては令和元年度中にプレオープン）。

ソーシャルデザインセンターの機能

- ・人や団体・企業・資源・活動をつなぐ、
コーディネート機能とプロデュース機能
- ・人材育成
- ・まちのひろばへの支援 など



ソーシャルデザインセンターのイメージ

これまでの取組

- ・まちのひろばフェス

「まちのひろば」の普及・啓発や地域活動の機運醸成に向けたシンポジウム。令和元年度は、実際に地域で「まちのひろば」を展開している方との意見交換会、こども食堂や子どもの居場所をテーマにした講演会など、計3回開催された。



まちのひろばフェス第2弾
「地域でつながるこども食堂」
講演会の様子



- ・庁内職員チームによる「まちのひろば」創出モデル事業の実施

令和元年度は、「まちのひろば」の創出に向け、庁内の一般事務、社会福祉、建築、土木、造園、薬剤師といった多職種 20 名にオブザーバー 2 名を加えた計 22 名からなる職員プロジェクトチームを結成し、地元の町内会との協働による「小田らたん横丁～防災空地で地域交流～」、企業の持つ公開空地を活用した「しもぬまべこどもナイト～つくって、おどって、たのしもう～」、新たなつながりづくりに関心のある子育て中のママさんたちと開催した「コミュニティスナック日進町」など、職員が地域住民らと連携したユニークな取組が行われた。



職員の意識改革や人材育成の観点では、職員プロジェクトチームのほか、「まちのひろば」に関する理解度向上・意識共有を目的として、フィールドワークやワークショップによる実践的な研修、職員向けの出前説明なども行われている。

10年後のあるべき姿「希望のシナリオ」の実現に向けては、常にプロセスを大切にし、市民とともに作り上げていくことが重要であるため、今後も、型に捉われないチャレンジ精神を持った取組を推進していく必要がある。

第2章

文献・ヒアリング・視察調査結果

本研究にあたり、次のとおり文献調査、有識者ヒアリング及び国内・海外視察（事例調査）を行った。

文献調査

日付	調査先
7月30日	国立国会図書館

※その他にも随時文献調査を実施した。

有識者等ヒアリング

日付	ヒアリング先	
8月6日	川崎市健康福祉局地域包括ケア推進室	久保 真人 課長補佐
8月15日	特定非営利活動法人 CR ファクトリー	五井 渕 利明 副理事長
9月17日	慶応義塾大学大学院	前野 隆司 教授
10月25日	東京家政大学	松岡 洋子 准教授
12月4日	市営南平住宅シルバーハウジング	加賀妻 浩二 氏 小笠原 加代子 氏

国内・海外視察

日付	視察先
9月2日	小規模多機能型居宅介護 ひつじ雲
9月26日	東松島市
	東松島市東部地域包括支援センター
9月27日	衣食住と学びの多世代交流複合施設 アンダンチ
	はじまりの美術館
11月9日 ～16日	デンマーク

2-1 他都市の取組

世田谷区における地域包括ケアの地区展開

(1) 世田谷区の概要

人 口：908,907人（平成31（2019）年1月1日現在）

高齢化率：20.16%（平成31（2019）年1月1日現在）

面 積：58.049 km²

人口は東京都23区の中で最も多い。

区内を5つの「地域」と27の「地区」に分け、区全体と合わせて3層の行政区域を持つ地域行政制度を導入している。行政拠点として、5地域には総合支所、27地区には出張所・まちづくりセンターを設置している。

(2) 世田谷区における地域包括ケアシステムの考え方

対象は、高齢者だけでなく、障害者、子育て家庭、生きづらさを抱えた若者、生活困窮者など対象を広く捉えている（区地域保健医療福祉総合計画に記載）。

また、支援を必要とする人だけでなく、高齢者や障害者も自らが主体的に参加し、生きがいを持ってその力を生かせるような地域社会の環境づくりを進める、元気な高齢者をはじめ学生や働いている人、主婦、シニア世代など幅広い区民参加のもとで推進する、としている。

(3) 主な取組例

- ・出張所・まちづくりセンター、あんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）、社会福祉協議会の三者を一体整備し、区民の様々な相談に対応し、適切な支援に結び付けている（5地区でのモデル事業の実施結果を踏まえ、平成28（2016）年7月から全地区で実施）。
- ・三者の一体整備により、三者間のコミュニケーションをよりタイムリーかつ円滑に取ることができ、お互いの業務を理解したうえで活動できることから、迅速な対応による、事態の重度化や悪化の防止、区民の利便性の向上を図っている。
- ・あんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）に保健福祉総合情報システムを導入し、委託先の職員が住民記録や保健福祉サービスの受給状況等の基本情報が確認できるようにした。併せて、個人情報の取り扱いに関する研修を実施。

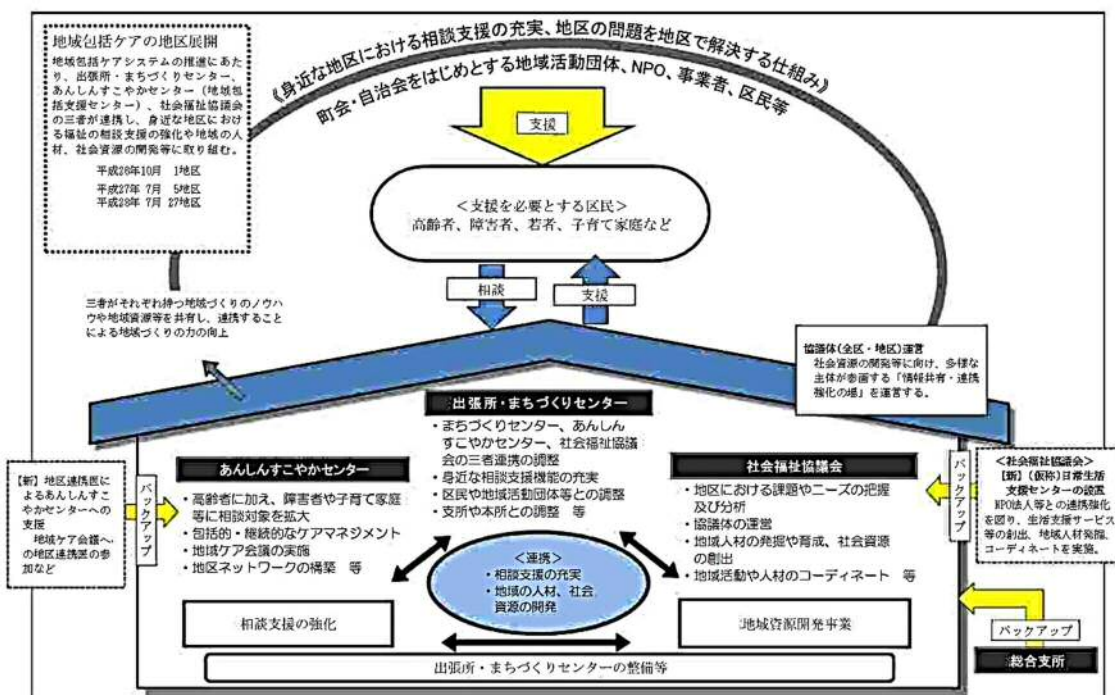


図 17 世田谷区における地域包括ケアの地区展開のイメージ
 (出典：世田谷区、平成 27 年度地域包括ケアの地区展開モデル事業報告書、P. 4)

(4) 本市との比較

区・5つの地域・27の地区という3層構造により行政運営していること、5つの各地域の人口規模が本市の行政区と概ね同一であること、地域包括ケアシステムの対象者を高齢者だけではなく広く捉えていることについては本市と共通している。

一方で、行政機関である出張所・まちづくりセンター、委託機関であるあんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）、関係機関である社会福祉協議会をハード面で一体整備する手法については、本市と異なる。

武蔵野市における総合的な高齢者施策

(1) 武蔵野市の概要

人 口：146,399人（平成31（2019）年1月1日現在）

高齢化率：22.1%（平成31（2019）年1月1日現在）

面 積：10.98 km²

東京都23区に隣接する立地。市内を東西に貫通するJR中央線に沿って、商業集積をもつ吉祥寺圏、三鷹駅から北側に伸びる文化・行政のゾーンの中央圏。武蔵境駅を中心に文教施設と医療機関をもつ武蔵境圏の三域の個性を生かしつつ、全体が調和したまちづくりを進めている。

堅固な財政基盤を背景に、元祖コミュニティバス「ムーバス」や0歳から3歳の子育て支援施設である「0123 吉祥寺・はらっぱ」等、先駆的な施策を展開している。

(2) 武蔵野市の地域包括ケアシステムの考え方

介護保険制度は高齢者介護の一部分しか担えないとの考え方から、平成12（2000）年の介護保険制度開始と同時に、高齢者の生活を総合的に支えるまちづくりの目標として、介護保険外の日常生活支援サービスや移送、居住継続支援、介護予防、社会参加促進、施設整備等を網羅した「武蔵野市高齢者福祉総合条例」を制定し、高齢者施策を進めてきた。

武蔵野市第5期長期計画では、市の重点施策として、高齢者に限らず、すべての市民が生涯を通して住み慣れた地域で安心して過ごすことができるように、地域生活に関わる人や組織が、保健・医療・福祉・教育などの分野を越えて連携し、継続的で体系的な支援を行う「地域リハビリテーションの推進」を掲げている。

「地域包括ケアシステム」は、地域リハビリテーションの理念に基づくまちぐるみの支え合いの仕組みづくりとして推進している。

(3) 主な取組例

- ・NPOや住民組織等に年間1,000万円を上限とする補助金によって、身近にあり、小規模で、フットワークが軽いミニデイサービス等を行う「テンミリオンハウス」を市内8か所に設置・委託している。
- ・多くの人気が気軽に外出できるようコミュニティバス「ムーバス」を運行している。小型バスを使用し、路線バスが通らない経路を走行している、高齢者等の歩行を考慮し、バス停の間隔が短い、バス車内にコミュニティボードや貸し傘を設置している、運賃が100円（大人・小人）である、等の特徴がある。
- ・地域での会議をきっかけに、介護保険外の見守り・話し相手・散歩の付き添い等を行う「認知症見守りヘルパー派遣事業」を開始した。

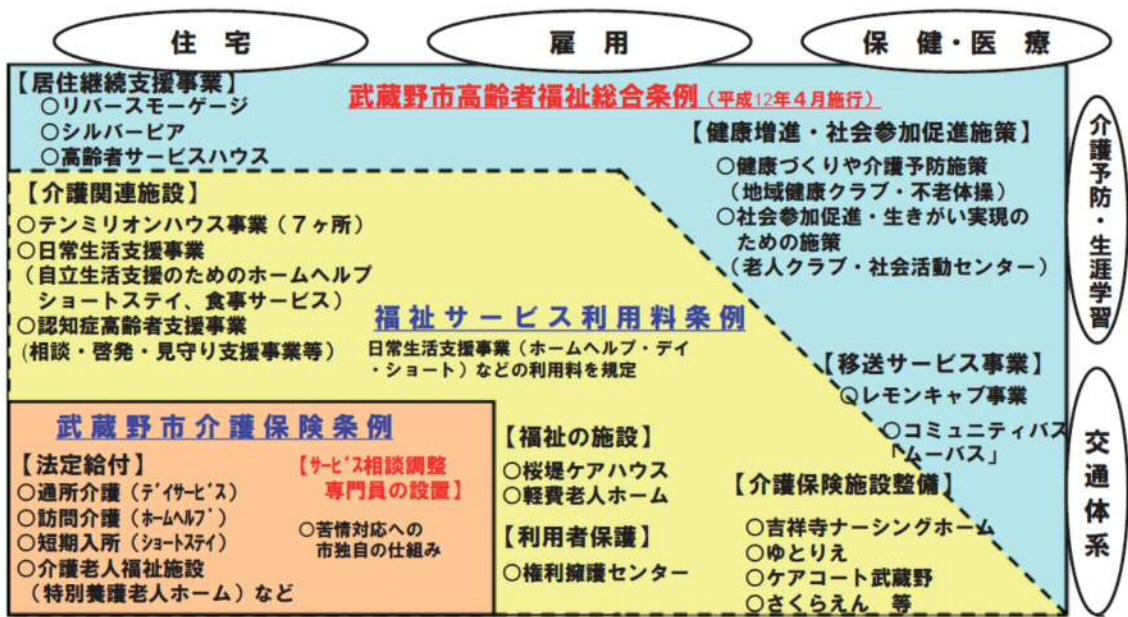


図 18 武蔵野市における高齢者施策体系
 （出典：武蔵野市、武蔵野市地域包括ケアシステム検討委員会報告書、P.4）

(4) 本市との比較

武蔵野市が掲げる「地域リハビリテーションの推進」の理念や対象は、本市の地域包括ケアシステムの考え方や対象と共通している。

【団体概要】

「すべての人が居場所と仲間を持って心豊かに生きる社会の実現」をビジョンに掲げ、居場所づくりやコミュニティの構築をテーマに、地域サークルや NPO、市民活動団体等の組織マネジメントや人材育成支援を行っている。

【活動実績】

- ・ ボランティア・市民活動団体向け「組織基盤強化」セミナー（かわさき市民活動センター）
- ・ 公認サークル幹部員向けコミュニティマネジメントセミナー（明治大学）

「コミュニティケア」を実現するには、地域のつながり、コミュニティが欠かせない。医療や介護における技術の進歩が目まじしい一方で、改めてコミュニティの重要性について考察すべく、五井潤氏へのヒアリングを行った。

様々な社会問題を抱える現代

年間自殺者約 3 万人、うつ病患者約 100 万人、児童虐待相談件数約 10 万件など、社会課題先進国と言われる日本。これらの社会問題を生み出し続ける基本構造として、「つながりの希薄化」「コミュニティの弱体化」がある。血縁・社縁・地縁の衰退は「わずらわしさから解放」される一方で、「安心・安全網の剥奪」を生んでしまうのである。

コミュニティの重要性

なぜ今コミュニティが大切なのか？

ソーシャル・キャピタル[※]などの研究によって、「つながり」と「コミュニティ」には健康、幸福、教育等に様々な効果・効用があることが確認された。

右のグラフでは、寿命に影響を与える要因として、喫煙や暴飲よりも、つながりの有無が大きく関係することが分かる。

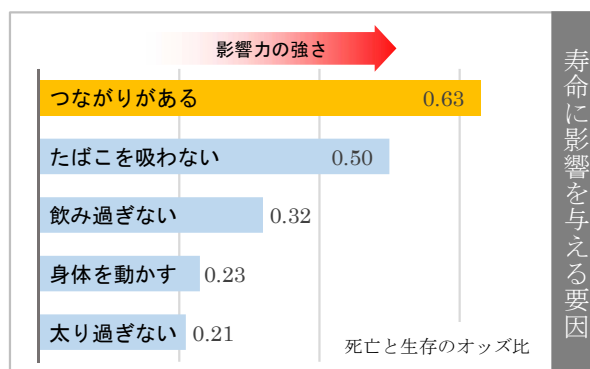


図 19 寿命に影響を与える要因

出典：「友だちの数で寿命はきまる」（石川善樹 2014）を参考に研究員が作成

お金をたくさん持っていることは幸せ？

「つながり」や「コミュニティ」の重要性は、「地位財」と「非地位財」という視点で見ることによって、より実感として捉えることができる。「地位財」とは所得や社会的地位、物的財といった周囲との比較により満足を得るもの、「非地位財」とは健康や自主性、自由といった他人との相対比較とは関係なく幸せが得られるものである。2つの最大の違いは、前者は長続きしない幸せ、後者は長続きする幸せということであり、「つながり」「コミュニティ」

は後者に分類される。長期的な視点で見ると、お金をたくさん持つことよりも、多様なつながりやコミュニティを有している方が幸せを感じられるのである。

※ソーシャルキャピタル：社会・地域における人々の信頼関係や結びつきを表す概念。ソーシャルキャピタルが蓄積することで治安、経済、教育、健康、幸福感などに良い影響があり、社会の効率性が高まるとされている。

2-3 慶應義塾大学大学院 システムデザイン・マネジメント研究科 教授 前野 隆司 氏

平成 7 (1995) 年慶應義塾大学工学部専任講師、同助教授、同教授を経て平成 20 (2008) 年より SDM (システムデザイン・マネジメント) 研究科教授。平成 23 (2011) 年 4 月から平成 31 (2019) 年 9 月まで SDM 研究科委員長。研究テーマとして、地域社会のデザインから幸福な人生のデザイン、平和な世界のデザインまで様々なシステムデザイン・マネジメント研究を行う。

著書「幸せのメカニズムー実践・幸福学入門」など

お金や地位を得ることよりも「つながり」や「コミュニティ」が長期的な幸せを生むのなら、なぜそれが希薄化する問題が生まれてしまったのだろうか。そして、この問題を解決するために行政にできることは。そのヒントを探るため、前野氏へのヒアリングを行った。

成長期は地位財を、成熟期は非地位財を目指す (著書「幸せのメカニズムー実践・幸福学入門」より)

人間は、本来、短期的な幸福をもたらす地位財と、長期的な幸福をもたらす非地位財を、どちらもバランスよく求めるようにできているが、近代から現代にかけての進歩主義が、競争と快楽を追求しすぎる社会、つまり地位財ばかりを求めすぎる社会を作ってしまった。ゆえに、地位財を得にくくなった現代は「減少」や「衰退」といった言われ方をする。

しかし、幸福学的世界観からみれば、「人生」や「国家の成長 (盛衰)」は、これを成長期と成熟期に分けたとき、成長期は利己 (地位財) を目指し、成熟期は利他 (非地位財) を目指すものであるといえる。つまり、近代から現代にかけての経済成長期はまさしく地位財を追い求めた時代であり、そして、これからの少子高齢社会は「衰退」ではなく、非地位財を求める「幸福化」の時代である。

幸福のために、行政にできること

市民が集まりやすい場をもっと提供する必要がある。そして、そこでのやりがいやつながりを生む仕組みづくりに力を入れなければならない。

また、場所自体はあるが、本来の機能を十分発揮できていないこともある。例えば「公園」。せつかくの広いスペースなのに、利用制限がかかりすぎて不便さを生んでいる例は少なくない。

そこで、具体的にいくつも例を挙げるのではなく、「危険な遊びは禁止」「人に迷惑をかける行為はやめましょう」というように、ルールの抽象度を高めてみてはどうだろう。利用する人が「時」と「場合」を考え、お互いに配慮したルールを作ればいい。利用の促進にもつながるはずである。



2-4 シルバーハウジング

視 察 先：市営南平住宅シルバーハウジング（宮前区南平台）

運営主体：川崎市、社会福祉法人中川徳生会

お話を伺った方：加賀妻 浩二 氏（社会福祉法人中川徳生会 川崎市委託事業統括）
小笠原 加代子 氏（生活援助員(LSA)）

高齢者が安心して自立した生活を送れるよう、段差の解消、手すりの設置など、バリアフリーを整えた高齢者用の市営住宅。入居者のふれあいを深めるための団らん室が設けられているほか、生活援助員（以下、「LSA」という。）を派遣し、入居者の相談や安否確認を行っている。

川崎市が建設または所有者から借上げ、川崎市住宅供給公社が入居者募集・管理を行っている。住宅に困っている所得の低い人で、自立した生活を送ることが可能な65歳以上の高齢者が対象。

支援体制

シルバーハウジングの強みは、やはりLSAがいること。LSAがいない時間または公休日には警備会社が24時間対応する。しかし、基本的には本人の生活を見守ることが役割なので、何でも援助してあげたい気持ちもあるが、本人の自立を損なわないようにバランスを取っている。

また、入居時の条件として自立した生活ができることとしているが、入居後、加齢とともに自立機能が落ちてきて援助が必要になることも少なくない。認知症の発症もある。日常的に見守る中で、本人に微妙な変化が見えてきた際には、地域包括支援センターなど、必要な機関につなぐようにしている。

つながりづくり

団らん室を使って体操やレクリエーションを行っている。入居者にとってコミュニティはやはり大事だが、強く勧誘するというよりも、声掛けをして気軽に来られる環境を作っている。

また、基本的に年に4回入居者募集を行うが、数世帯が同じタイミングで入居するので、入居後に孤立してしまうことはあまりない。南平住宅はバス1本で主要駅（溝の口など）に出られるため、部屋に閉じこもりにならず、外に買い物に出かける入居者も多い。



ヒアリングの様子

住宅の特徴（写真は川崎区宮前町のシルバーハウジング）



←居室面積は 30 m²~60 m²が多い（単身又は二人世帯向け）。

内覧した部屋はワンルーム型の単身向け。



↑<緊急通報システム>

受話器を取ることでLSA室に通報できる。そのほか緊急時は玄関が開錠される仕組み。



←玄関の写真。段差が極力取り除かれているほか、腰掛と手すりが設置されている。

2-5 小規模多機能型居宅介護 ひつじ雲

運営主体：特定非営利活動法人 楽
開所年月日：平成 18（2006）年 5 月 1 日
所在地：川崎市幸区幸町 4-18-8
事業形態：小規模多機能型居宅介護
お話を伺った方：理事長 柴田 範子 氏（元東洋大学ライフデザイン学部准教授、
全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会理事 等）

地域でのつながり ～ひつじ雲の概要～

川崎市内における高齢者福祉の現状を知るため、在宅サービスの事業所の視察を行うこととした。在宅サービスとしては、訪問・通い・宿泊を包括的に提供する小規模多機能型居宅介護事業所の中でも、市内において特に地域でのつながりづくりに力を入れている、ひつじ雲の施設見学と理事長の柴田範子氏へのヒアリングを実施した。



本人の自主性を尊重した自立支援

ひつじ雲は、特定非営利活動法人楽が運営する小規模多機能型居宅介護事業所であり、施設への「通い」を中心として、短期間の「宿泊」や利用者の自宅への「訪問」を組み合わせ、地域住民との交流を図りながら、利用者が自宅で自立した生活を続けることができるように支援や機能訓練を行っている。

基本理念として、「人格の尊重」「生活の継続性」「社会参加」「自主性の向上」の4つを掲げている。本人ができないことを代わりにやってあげるのではなく、本人の意思を尊重し、車いすを降りて自分の足で歩く、トイレまで自力で歩き、自力で排泄が続けられるように支援することで、やりたいことを自分の力で実現し、住み慣れた地域で好きなことや日常生活を続けていくことを目指す。



入口の様子

介護スタッフの負担軽減

介護スタッフの人材不足は、介護の現場で大きな課題の一つになっている。川崎市でも、多くの介護サービス提供事業者で介護人材の確保が困難な状況にあり、事業を運営する上で大きな課題となっている。不足する介護人材の確保・定着に向けては、「人材の呼び込み」「就労支援」「定着支援」「キャリアアップ支援」の4つの取組を柱に、様々な事業を実施しているところである。

柴田氏は3度に渡るデンマーク視察の経験から、福祉機器の活用を積極的に進めており、介護スタッフの身体的負担の軽減を図っている。費用面の課題や、機器を使わずなるべく人の手で介護する方がよいという意見もある一方で、スタッフの身体的な負担を減らすことは現場において非常に重要である。身体的な介護負担の軽減により、利用者に寄り添った他の部分のケアを充実させることが可能となり、スタッフのやりがいにもつながる。

住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる地域をつくる

ひつじ雲では、利用者以外にも参加できる、定期開催の「ひつじ café」やイベント等を開催しており、地域住民が集まる場づくりを行っている。近くの工場を改修して開いた「ひつじ café」は、利用者の他にも地域の高齢者や近隣住民が参加し、お茶出しを手伝ってくれる人もいる。イベントでは、日本舞踊やフラダンス、紙芝居等、地域の人や利用者の家族が各々好きなことや得意なことを生かして講師となり、ボランティアとして協力してくれている。利用者はそれぞれできる範囲でイベントに参加し、その後のおしゃべりを楽しんでいる。

自分の好きなことや得意なことを生かして役割が生まれ、それが誰かの役に立つことがやりがいにつながる。コミュニティ寿命や幸福度等に与える影響は大きい。誰かにつながっている人や地域の中で役割を持って生活している人ほど、介護保険サービスを使わずに、元気で長生きしている人が多く、結果的にこのような地域づくりの取組が、介護予防にも寄与する。

地域の人たちと顔が見える関係をつくることで、普段から気にかけてくれたり、何かあったときには声をかけてくれるようになり、このような地域でのつながりが、安心して自宅での生活を続けられる地域づくりにつながっている。



地域の方による踊りの会



40人近くが参加するひつじcaféでの食事会

人がつながる場づくりと情報発信

地域でのつながりづくりのためには、地域に気軽に行ける場が必要である。川崎市内では、様々な団体や機関が多様な場づくりを行っているが、地域では、やりたいことや得意なことを持っていながらも、発揮する場がなかったり、機会があっても情報が届かず、力を生かしていない人も多くいる。地域の最も大きな資源の一つは人材であり、そうした人たちの支援や情報発信は、本市にとって大きな課題であると考えられる。

2-6 宮城県東松島市

人 口：39,945 人（平成 31（2019）年 4 月現在）

高齢化率：26.3%（平成 27（2015）年国勢調査より）

面 積：101.36 km²

お話を伺った方：東松島市市民生活部税務課班長（元都市計画課班長） 宮川 崇 氏
社会福祉法人東松島市社会福祉協議会 東松島市東部地域包括支援センター 所長 高田 欽弥 氏

東日本大震災では市域の 37%が津波による甚大な被害を受けた。住宅やインフラの復旧をはじめ、地域コミュニティの再構築など、まちづくりに一から取り組み、まもなく 9 年（視察時点）が経過する。まちづくりとコミュニティ形成について、住宅再建・都市計画及び高齢者福祉の点から参考とすべく、視察・ヒアリングを行った。

住宅再建・都市計画



集団移転団地（あおい地区）

災害を受けた各地で、標高の高い地域への集団移転が行われた。東松島市の移転先は計 7 か所。移転元の地域に関わらず、希望する地域に移転ができる。当初は、移転先を元々の居住地域に合わせて限定的とする方針もあったが、仮設住宅へ居住する期間に形成されるコミュニティを考慮し、自由に選択できるようにした。

また、移転団地が完成する前から、その団地ごとに住民参加のワークショップを開催し、団地のまちづくりに関するルールを住民主体で策定した。コミュニティや自治組織のあり方、公園・集会所の整備、ペットの飼育など、話し合いの事項は多岐にわたる。入居前から顔を合わせることで、入居後に孤立してしまう問題を防ぐことにもつながった。

あおい二丁目公園



移転団地のひとつ「あおい地区」には、健康器具が 20 基も設置されている公園がある。これも住民ワークショップでの意見が基となっている。

野蒜ヶ丘地区センター



公民館にあたる「地区センター」が、どの住民にとっても徒歩圏内となるよう各地に設置されている。日中は講座やサロンなどが頻繁に開催される。

高齢者福祉

東松島市社会福祉協議会が運営する東部地域包括支援センターへヒアリングを行った。

〔震災の影響〕

- ・避難所・仮設住宅の狭い住環境や、職を失ったことで運動の機会が減り、身体機能が低下することで、介護保険の申請が増加（特に要介護1～2の軽度の認定が多い）。
- ・地域において少なからず転入・転出が発生し、特に高齢の80代、90代にとって、新しい人間関係を築くことは高いハードルとなる。
- ・多世代家族が仮設住宅に入る段階でばらばらになった場合、高齢世帯は日常のちょっとしたことでも支援が必要となる。

震災から9年が経過しようとしているが、生活面においては、震災により顕在化した課題が多く残っている。日常生活におけるちょっとしたことでも、震災前と後で負担感に大きな差が出ているところを見ると、やはり、人間関係の中で支え合ってきたものは大きいと感じる。介護保険などの公的サービスが充実することは良いことではあるが、一方で、何でも公助に頼りがちになると、助け合いの関係や地域のつながりが壊れていってしまうことにもつながりかねない。

運営母体の社会福祉協議会としては、平成29（2017）年度より、市から「生活支援体制整備事業」を受託し、市全域に1名、日常生活圏域に2名の生活支援コーディネーターを配置。また、市内8地区に協議体を設置（令和元（2019）年度中）することで、地域課題・資源の把握、情報共有を図っている。

市民同士に交流してもらうため多くの交流の場を作ること、様々なニーズをキャッチして、必要があれば関係機関にすぐつなぐ、という積極的なアウトリーチが、社会福祉協議会に求められている役割である。



ヒアリングの様子

2-7 衣食住と学びの多世代交流複合施設 アンダンチ

運営主体：株式会社未来企画

設立：平成 23（2011）年 8 月

所在地：宮城県若林区なないろの里 1 丁目 19 番地の 2

事業形態：サービス付き高齢者向け住宅を含む、多世代交流複合施設として、介護・障害者福祉・幼児教育・メディカルサポート等複数の事業を実施。

お話を伺った方：代表取締役 福井 大輔 氏

地域の縁側を目指して ～アンダンチの概要～

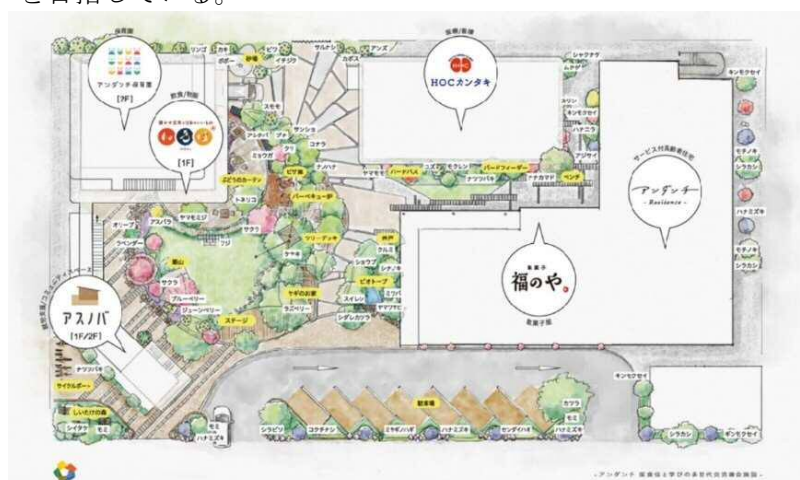
多世代交流複合施設として、様々な対象にサービスを提供する事業所同士で連携しながら地域の課題に多層的にアプローチしていく先進的な取組を、地域での場づくりや課題解決の参考とすべく、視察を行った。

施設が置かれている荒井西地区は、平成 27（2015）年に開業した地下鉄東西線の六丁の目駅の近接地として市街化が進み、東日本大震災の集団移転地域にもなっていることから、地域住民は、従来から長く住んでいる人、ニュータウンとして引っ越してきた人、震災後に移転してきた人など、様々な人が暮らしており、コミュニティの希薄化が課題の一つになっている。

福井氏は、介護事業に関わる中で、「その人の暮らしをより良いものにするためには、地域全体について考えていく必要がある」と考えている。そこで、アンダンチでは介護だけでなく、子ども・障害者支援、看護、医療、教育等広く福祉分野の視点で、地域全体について課題認識を持ち、複合施設の強みを生かした課題解決と地域づくりを進めている。

具体的な取組としては、入居者だけでなく赤ちゃんからお年寄りまでが、障害の有無に関係なく自然と交わり、それぞれが地域の中で役割を持ち、豊かに暮らしていくことをコンセプトとした、「地域の縁側」を目指している。

約 1,000 坪の敷地内には、住居、医療、飲食、保育、就労支援の機能を持つ 6 つの事業所が、大きな庭を囲むように配置されている。サービス付き高齢者住宅は看護小規模多機能型居宅介護事業所と隣接し、入居者は 24 時間体制でケアを受けることができる。また、住居入



アンダンチの全体図

口の駄菓子屋では、高齢者やスタッフと子どもの自然な交流が生まれている。保育園は飲食店の2階に配置することで、見守りの目がセキュリティを向上させている。

敷地中央の庭にあるピザ窯やバーベキュー炉は、イベントなどにおいて交流の拠点となり、土管やヤギ小屋には子どもたちが集まる。他にも建物と建物の間をつなぐように人が集まる仕掛けがあり、庭を中心に建物を緩やかにつなぎ、自然に交流が生まれるように設計されている。



写真奥の駄菓子屋から続くエントランスでは、子どもたちが駄菓子を食べたり、ゲームで遊ぶ



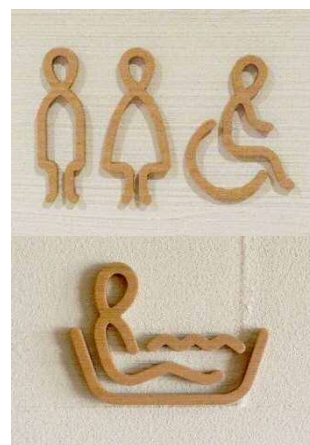
広場に設置されたピザ窯

多様な主体を巻き込む工夫

高齢者施設での暮らしは、施設の中だけですべてのサービスを受けることができ、施設の外へ出る必要がない場合が多い。また、閉ざされたイメージが強く、入居者以外の人が入りづらいため、外部との関わりが限られてしまうことが多い。一方、アンダンチでは福祉施設を隔離せず、地域に開けた場所として地域交流の拠点化を目指している。

福祉に縁遠かった人に気軽に入って来てもらうための工夫として、一見福祉施設に見えないようなデザインの景観づくりを行ったことにより、商業施設や公園のような、オープンな造りになっている。事業所の機能を上手く生かすような配置も含めて評価され、令和元（2019）年にグッドデザイン賞を受賞している。

視察時は、近隣に住む男性の高齢者が和食レストランを訪れていた。日頃から昼食で利用し、スタッフや利用者とのコミュニケーションをとっているため、緩やかな見守りにつながっている。また、仙台で初出店となった和食レストランを目標にアンダンチを訪れる方も多く、複数の女性グループが利用していた。住居内共有スペースでは、掘りごたつで談笑する地域の方の姿も見受けられ、地域住民が日常的にアンダンチを訪れる様子が見えがえした。



高齢者住宅内のピクトグラム

アンダンチ内は、事業所のロゴマークからトイレ等の場所を示すピクトグラムに至るまで、遊び心のある親しみやすさを重視してデザインされている。また、仙台の方言で「あなたの家」を意味する「アンダンチ」という名称になぞらえ、随所に地元の素材を使い、家のような温かみを感じられる。



アンダンチの外観

「暮らし」に寄り添い、思いを実現する

高齢者の介護については、一人ひとりの「暮らし」に寄り添い、自分らしい暮らしができるように様々な側面で工夫がされている。

例えば、住居のリビングの家具は全体的に温かみのある木材で統一されながらも、イスやテーブルは様々なタイプのものが設置されている。また、薪ストーブの談話室や掘りごたつ等の設備もあり、自分のお気に入りの場所を見つけたり、その日の気分で過ごす場所を選ぶことができる。



様々な家具が置いてあり、あたたかい雰囲気のリビング

設備等のハード面の整備だけでなく、入居者や地域にとって、どのような場が必要かということについて考え、実践するためのスタッフ教育にも力を入れており、スタッフは利用者の思いやニーズをくみ取り、その思いを実現する場づくりを普段から実践している。利用者の「たまには料理がしてみたい」という何気ない一言から、カレー作りのイベントを企画、そこから子どもや高齢者の孤食を減らすためのランチ会「だんらんちキッチン」が定期的開催されるようになった。

また、家族の介護負担についても課題の一つと考え、サービスの利用や地域のサポートにより、本人だけでなく家族も、より幸せに暮らしていくことができるよう、人と人とがつながりを持ち、自然に助け合うことができる地域づくりを目指している。

地域の声を聞く

地域福祉の拠点として、アンダンチに訪れた人から聞こえてくる声に耳を傾け、地域全体の課題にアプローチし、高齢者支援だけでなく、障害者支援、医療、子ども・子育て分野等、広く課題解決の取組を進めている。

例えば、子育て中の母親がサークルでの活動場所を探していると、施設の空いているスペースの貸し出しを行った。スペースの活用用途としては、場所貸しの他に、親子英会話教室等、子ども連れでも気軽に来られる場づくりも行っており、入居者との交流も生まれている。

アンダンチの中だけでなく地域へのアウトリーチも行っており、行政主催の子育て関連の交流会で、3歳児の肥満率が高く、親世代の食に対する意識の低さが課題に挙げると、和食レストランと保育園が連携し、保護者に対して食育講座を実施した。

現在は、アンダンチへ訪れた人へのアプローチがメインになっているが、今後はアンダンチを訪れたことのない地域住民との情報交換を目指しており、例えば、町内会や行政が開催する会議やイベントにも積極的に参加していきたいと考えている。

地域の世代間をつなぐ施設として

アンダンチではどのような状況の人でも楽しく豊かに過ごし、最期まで自分らしく生きていくことができる社会を目指している。子どもたちや若者にとって、年配者から学ぶことは多く、この町で役割を持ちながら生き生きと暮らす高齢者の姿から学びとった若い世代は、自分の人生をより良いものにしようとするきっかけにもなるだろう。

少子化・高齢化が進行し、地域活動の担い手不足も課題となる中、一人ひとりの暮らしを重んじ、地域の世代間をつないでいく、未来志向型のアンダンチの取組やその理念は、本市の目指す持続可能な社会を築くにあたり、参考にしていくべきものであると考える。

2-8 はじまりの美術館

運営主体：社会福祉法人 安積愛育園
開設：平成 26（2014）年 6 月
所在地：福島県耶麻郡猪苗代町新町 4873
お話を伺った方：館長 岡部 兼芳 氏

誰もが集える場所として～はじまりの美術館の概要～

アートという切り口から福祉に関心がない人を巻き込む場づくりについて、地域でのつながりをつくる手法として参考にすべく、視察を行った。

はじまりの美術館は、年齢、性別、障害、地域、文化、様々な違いを超えた、多様な人がつながる場所を目指し、地域住民と合意形成を重ねながら開設された。運営母体である社会福祉法人安積愛育園は、約 50 年にわたって障害のある方の支援を行っている。活動の中で、どのような状況の人でも自分らしく暮らし、スポーツやアート等好きなことを楽しみながら自分を表現することが自己実現につながり、また人とつながっていくことでより豊かに生きていくことができるという実感を得たことから、人の表現が持つ力や、人と人のつながりがもたらす豊かさに価値を置き、「誰もが集える場所」としてはじまりの美術館を開設した。美術館が目指すのは、「誰もが尊重され、安心して暮らせる社会」である。

館内には、障害のある人とない人の作品を分けずに展示しており、純粹にアート作品を楽しむ人たちがその作品に触れることで、障害のある人に対する偏見をなくし、多様性に対する理解が深まることを狙いとしている。「障害者福祉」という、関心がない人にとっては一見難しい、ハードルが高いと思われがちな分野に、アートという媒体を介することによって、美術館を目的に観光に訪れた、福祉に関心がない人も自然に巻き込むことにつながっている。



美術館の外観



ヒアリングの様子

地域住民の思いに沿った場所づくり

美術館の立ち上げ段階から地域の住民との話し合いの場「寄り合い」を重ね、美術館の使い方や地域づくりについて丁寧な合意形成を図ってきたことで、開館後も継続的に住民の集まる場所として利用されている。「寄り合い」は誰でも参加することができ、開館後も月1回のペースで継続的に開催されている。参加者のやりたいことやそれを実現するための手段、目指すべき地域像について話し合いが行われている。

丁寧な合意形成と住民との協働により、住民の思いやニーズから乖離することなく、地域性を生かした持続的な地域づくりにつながっている。

自然にかかわりが生まれる場所

エントランスに併設された「ohaco cafe」は、コーヒーを飲みながら展示作品について話したり、勉強や宿題、読書をしたり、誰でも気軽に利用できるスペースとなっている。このスペースが、それぞれの目的で集まった人たちに緩いつながりを生み出している。また、コミュニティスペースとして地域住民や団体へ貸し出しも行われ、地域活動にも活用されているほか、美術館主催のワークショップも行われ、多様な人がつながる場となっている。

また、建物は築130年の酒蔵「十八間蔵」をリノベーションしたものであり、酒蔵、ダンスホール、縫製工場等に用途を変えながら、住民に愛され続けてきた。地元でなじみのある既存の建物を活用することで、住民の集まる場所として自然に溶け込んでいる。



Ohaco cafe



元の梁を生かした造り

きっかけづくりから、愛着を持ち主体的にかかわってもらうまでの仕掛け

美術館では、様々なイベントを開催している。地元商店等が出展し、年に数回開催される「はじまるしえ」や、アーティストや地元の人によるワークショップ、トークライブや音楽ライブ等、ジャンルや内容は様々である。視察時は、ピアノコンサートが行われており、子どもから大人まで多くの人が集まっていた。より多くの人に訪れてもらうため、美術品の展示だけでなく、様々なイベントをアクティブに企画している。



視察当日のピアノコンサートの様子

まずはこの場に出てきてもらうことが大切であり、その場でアート作品に触れ、その背景を知ってもらうことにより、多様性を理解し、お互いを認め尊重できる、安心して暮らせる社会に近づいていくことを目指している。

また、地域住民に地元の魅力をまとめたマップを作成して配布する等、猪苗代町の魅力発信の取組も行っている。住民が地域により愛着を持ち、継続的に地域活動にかかわってもらうことにつながると同時に、外から入ってきた人に地域の魅力を知ってもらうことで、地域に引き込む仕掛けにもなっている。

こうした地域の場に出てきてもらうきっかけづくりと、継続的にかわってもらえるための仕掛けにより、障害のある人が隣にいる社会が当たり前になる、「誰もが尊重され、安心して暮らせる社会」を目指した、持続的な地域のコミュニティづくりが進められている。

◇ヒアリング調査・国内視察のまとめ

社会課題先進国と呼ばれるほど、現代の日本においては様々な社会問題が存在しており、その背景にあるのが「人と人とのつながりの希薄化」「コミュニティの弱体化」という問題である。平成 29（2017）年度のかわさき市民アンケートにおいて、市民にとっての地域の課題として「住民同士の関係の希薄化」がトップであったように、地域コミュニティの希薄化が進行し、住民にとっても、地域力の低下というものが課題と感じられるほどになっている。

この課題を解決するためには、より住民同士の交流が進み、地域のつながりが生まれるような仕組みを構築しなければならない。

例えば、シルバーハウジングでは団らん室を使つての体操やレクリエーションが、ひつじ雲では利用者以外の人も対象にしたイベント等が開かれるなど、本来の「住まい」や「ケア」という用途以外のところでも、つながりづくりを意識した取組が様々なところで進められている。また、アンダンチのように敷地の広さを生かして開放的な空間を作り出し、そこに医療・介護・保育・飲食等の幅広い分野の事業所を配置することで、福祉に限らず多くの地域住民が訪れるようになったり、事業間の連携が進んだり、施設そのものが連携や交流を創出している例もあった。

東松島市や仙台市郊外（アンダンチ）、猪苗代町（はじまりの美術館）では、広々とした街並み・空間が印象的で、他所からでも「何か面白そうなことをやっている」という雰囲気伝わりやすく、人が訪れやすい開放感があったように思う。気軽な参加や交流を生むためにはある程度の広さを持った「場」が必要かもしれない。また、時間によっては使われないスペースを地域住民の活動場所として開放したり、高齢者住宅の入居者と地域住民との交流を目的としたイベントに利用するなど、その場を最大限に活用する工夫も必要だろう。

そして、交流の場への参加を「継続」させる仕組みも重要であることがわかった。場が必要だからといっても、ただそのスペースを用意すればいいわけではなく、そこを必要とする人たちが話し合い、利用のルールを決め、あるいは創出の段階で設計に携わるなど、その場に対してより深く関わること、そして参加においては、自分の好きなことや得意なことを生かして役割を担い、やりがいを感じてもらうことで、そこがその人にとっての「居場所」となり、継続的な参加につながると考える。

2-9 海外視察

デンマークは、高齢者三原則（自己決定、自己資源の活性化、継続性の維持）を掲げ、住み慣れた地域で自分らしく生活できるよう、福祉、住宅等の政策を進めている福祉国家・生活大国である。海外調査として、現地へ行く前に、東京家政大学の松岡洋子准教授からデンマークの福祉事情についてヒアリングを行い、その後デンマークで行政の取組や福祉施設に対して視察・ヒアリング調査を行った。

デンマークの概要

(1) 地理

ヨーロッパ大陸と地続きであるユトランド半島と複数の島から構成されている。



図 20 デンマークの地理（出典：©2020GeoBasis-DE/BKG(©2009)）

(2) 政治体制

スウェーデン、ノルウェーと同じく立憲君主制であり、議会は一院制（179 議席、4 年制）で、男女ともに 18 歳になると選挙権、被選挙権が与えられる。

(3) 税制

国民生活に直結する医療・福祉・教育・年金などは税で賄われているため高税となっている。デンマーク国民や 6 か月以上国内に居住する者が、国内外にかかわらず得た全収入が課税対象となっている。働けない障害者や高齢者に対しては基本的な生活保障を行い、個人の収入を保証した上で、収入のあるすべての人が公平に税を負担するという仕組みになっている。デンマーク人は、世界的に見て高い税金を納めていることになるが、納めた税金が国民生活に密接な医療、福祉、教育、年金等の社会サービスとしてほぼ無料という形で還元さ

れていることを実感できるので、大きな負担感はないといわれている。高税率であっても負担感があまりないという背景には、所得に応じて税金を負担することが、ある種の社会連帯として共通認識されているので高税を受け入れているようである。

(4) 国民年金

公的年金制度として、デンマーク国籍を持つ 65 歳以上のすべての者に給付される国民年金があり、財源はすべて税で賄われている。満額受給資格は、デンマーク国内に居住する者で、15 歳から 65 歳までの間に 40 年間国内に居住することが要件である。

(5) 労働条件

週 37 時間労働（週休 2 日制）が定められており、有給休暇は 6 週間（夏休み 3 週間）、失業保険（休業手当）があり、2 年間は失業前の給料の 90% が支払われる。手厚い産休及び育休制度があり、保育・学童制度も充実しており、また、デンマークでは夫婦共働きが主流であり、ワークライフバランスが安定しているといえる。

(6) 高齢者福祉

1960 年代に核家族化がすすみ、ほとんどの高齢者は子どもと別居し、三世同居はまれとなった。そのため、高齢者は日常生活に支障をきたし、高齢になることは病気になるとみなされるようになり、プライエム（日本の特別養護老人ホームに近い）が数多く建設され、高齢者はそこに収容されたうえで医療と介護を受けた。

しかし、1970 年代になって、高齢者は病人ではなく余生を楽しむ人という考え方が広まってきた。1979 年には、高齢者は「第三の人生」を生きる人であるという理念のもと、「高齢者福祉の三原則」として、①継続性の維持、②自己決定、③自己資源の活性化が示された。これは、今までどおりの生活を続け（継続性の維持）、他人ではなく自分の決定でなされ（自己決定＝個人尊重）、生きがい（自己資源の活性化）を持ち生きる、という意味である。

高齢者福祉の三原則が示されたことと、それまでの福祉政策への膨大な支出による財政赤字をきっかけに、運営費の高いプライエムではなく高齢者用の住宅を建設し、自治体が高齢者に対するきめ細かな在宅ケアを展開するようになった。

これには、デンマークでは子どもが 18 歳になると親と別居するのが一般的であり、親に介護の必要が生じても家族が介護をするという状況にないこと、多くの女性が男性と同様に就労しているため、女性が在宅介護の人的資源として期待されない、といった社会的背景もある。

(7) 高齢者の住まい

高齢者住宅法（新規のプライエム建設禁止）によって、それまでの高齢者向け共同住宅、保護住宅、プライエムに代わる新しいタイプの住宅として、現在、高齢者住宅や介護型住宅（プライエボーリ）といわれる高齢者専用の住宅が主流となっている。近年では、介護が必要になってからではなく、早い段階で高齢者住宅に住み替える高齢者が増えているといわれる。

表 10 デンマークにおける高齢者の住まいの分類

現在主流となっている住宅	高齢者住宅	各住宅に2部屋と、トイレ、バスルーム、キッチンがあり、平均 67 m ² 以下に規制されている。バリアフリー構造で、各部屋にある緊急呼び出し装置により 24 時間いつでも援助を受けることができる。
	介護型住宅 (プライエボーリ)	高齢者住宅に職員の介護サービス機能がついた住居形態で、1人あたりの居住面積は65 m ² が国の基準。
かつて主流であった住宅	高齢者共同住宅	10~20 名が自治体などの支援を受けて共同出資して建設する共同住宅。
	保護住宅	一般の住宅で生活できないが、プライエムに入居するほどではない高齢者が対象。住宅というより職員によるサービスがついている施設とあってよい。
	プライエム	日本の特別養護老人ホームに近い施設。医療と介護を受ける。

(出典：『生活大国』デンマークの福祉政策 ウェルビーイングが育つ条件より研究員が作成)

(8) 高齢者委員会

高齢者委員会とは、高齢者自身が自分の自治体の高齢者福祉政策に対して提言、助言、要望する公的な住民組織で、1997年にすべての自治体に設置することが法制化された。4年ごとの選挙によって60歳以上の高齢者が委員として立候補し、60歳以上の住民が投票する。委員の任期は4年で無給である。

議会は、新しく高齢者福祉の政策や計画を決める場合、必ず高齢者委員会に諮問しなければならない。高齢者委員会は月1回会議を開き、議会や当局の高齢者福祉の政策や方針などについて検討し、意見を述べたり、助言も行う。また、委員会自身が当局や議会に対して高齢者福祉について改善を求めたり要望する場合もあるが、決定権はない。

デンマークにおける高齢者福祉に関する考え方

(1) 福祉国家から自立・参加型社会へ

福祉国家の中では、高齢者＝「できない人」という考えのもと、サービス提供や制度による解決、施設での援助を中心に進めてきた。近年では人間の尊厳・幸福を重視し「するを支える」考え方へ移行し、自立・参加型社会となっている。高齢者を介護の対象ではなく、生活の主体と考え、介護サービスを使う前に、まずリハビリで機能回復させ、リエイブルメント（自立）へ促し、その上で看護や介護が必要な人へはサービス提供を行い、地域資源（参加、ボランティア）による解決を促している。

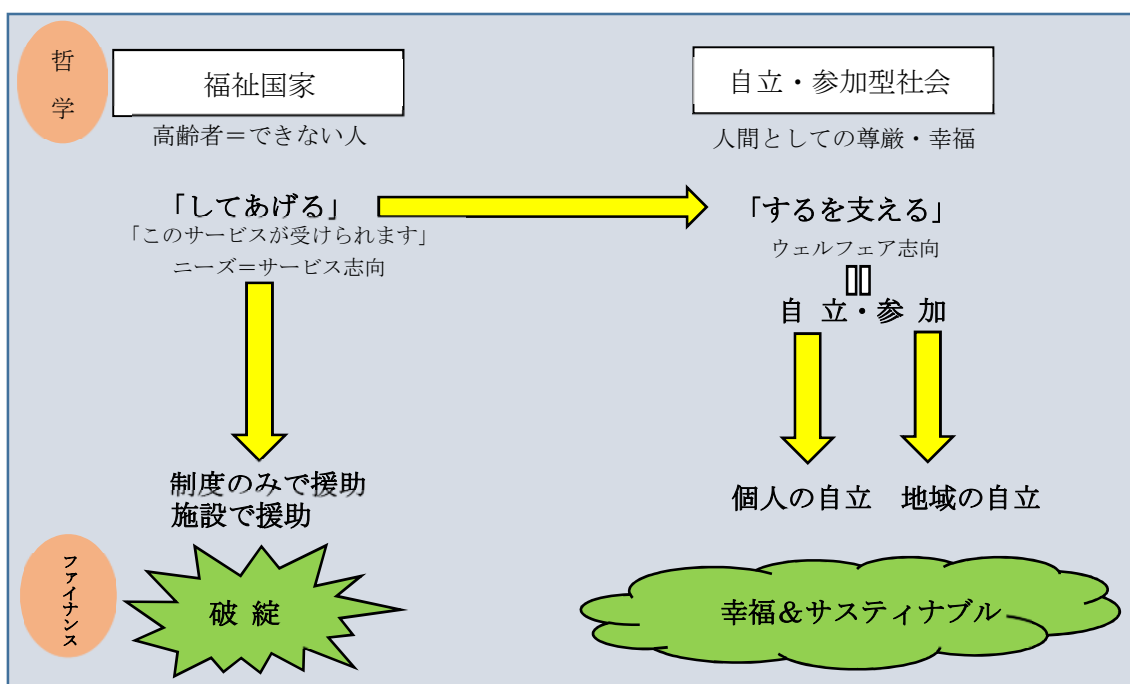


図 21 自立・参加型社会のイメージ（出典：東京家政大学 松岡洋子准教授の資料より）

(2) エイジング・イン・プレイス (Aging in Place)

訳語は、「(介護が必要になっても) 地域で居住し続ける」という意味であり、松岡准教授の著書等では「住み慣れた地域で、その人らしく、最期まで」と表現されている。実現するためには、住まいとケアを分離し、施設に入所しなくても地域でケアを受けられる体制が必要となる。

デンマークでは、以前は介護が必要になった高齢者をプライエムに集めて介護していた。施設（住まい）と施設で提供される介護（ケア）が一体であったため、支援者側が主体となり画一的な介護が行われがちだった。しかし、住まいとケアを分離し、住まい（自宅や高齢者住宅等）に 24 時間の訪問介護・訪問看護等（ケア）が巡回することで、自宅や高齢者用住宅で個々の高齢者の状態に合わせた介護ができるようになった。このことは、高齢者の生活の継続性や、財政支出削減の面でも効果があった。

(3) Well-being(ウェルビーイング)

記語は、「良好な状態、安寧」とされるが、社会福祉の分野では、良好な状態においては個人の尊厳と人格が尊重され、より良き生活の質や自己実現が保証される、という考え方。このため、ウェルビーイングの達成には、最低限度の生活保障のサービスのみでなく、人間的に豊かな生活の実現を支援し、人権を保障するサービスが必要とされる。

視察

今回の視察ではコペンハーゲン市役所、オーデンセ市役所、ノーフェンスホイスコーレ（全寮制の学校・文化交流施設）、ゲルステッド高齢者センター（プライエム）へ伺った。

11月11日（月）	オーデンセ市役所
11月12日（火）	ノーフェンスホイスコーレ
11月13日（水）	コペンハーゲン市役所
11月14日（木）	ゲルステッド高齢者センター

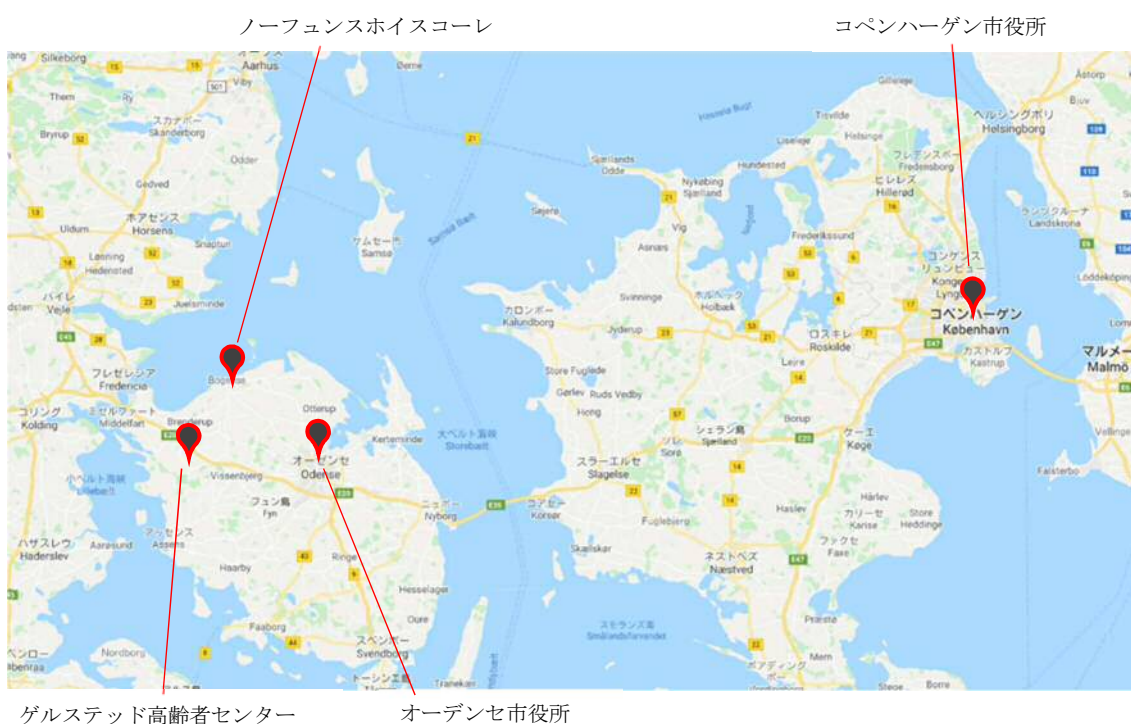


図 22 デンマーク視察先の位置関係（出典：©2020GeoBasis-DE/BKG(©2009)）

ノーフェンスホイスコーレ (NORDFYNS HØJSKOLE)

種 別 : Folke Højskole (フォルケ・ホイスコーレ、通称「国民高等学校」)

所在地 : Fælledvej 11, 5400 Bogense Tlf: 64 81 32 80

お話を伺った方 : モモヨ ヤーンセン氏

ノーフェンスホイスコーレは、デンマーク第2の島、フュン島北西部の海岸沿いの町、ボーゲンセ郊外にあり、デンマーク政府の認可を受け、3か月から6か月を1ターンのとして学生を受け入れている。世界に誇る、社会福祉、社会制度、教育、医療、デザインなどを、「考え方」から学ぶことができる成人(17.5歳以上)のための全寮制学校である。入学時や学期末にテストはなく、年齢国籍関係なく、誰でも入学することができ、全生徒が寮に寄宿し、授業が終了しても学べる環境、さらに共同生活を通しコミュニティのあり方を学ぶ場でもある。

デンマーク人、知的障害を持つデンマーク人、ヨーロッパ、アジア、アフリカ諸国等、世界各国からの学生が生活を共にしながら学んでおり、現在約70名の学生がいる。

今回は、短期研修部代表であるモモヨ ヤーンセン氏にヒアリングを行った。



入口にある看板



敷地内

デンマークと日本の違い

他国の方々から「デンマークは医療費・教育費・介護費が無料ですごい！」といった声をよく聞くが、そもそも税金でまかなわれているので国民の負担である。「自分たちが納めている税金」「税金がどのように使われているか」といった意識はとても高く、医療費や教育費が無料とは決して思っていない。

また、「デンマークに比べて日本の福祉は遅れている」といった意見も聞くが、戦後に国の歩んできた歴史が違うため、比較の対象にはならない。経済大国としての道を歩んできた日本が、現在のデンマークの良い部分だけを導入するのは難しいかもしれない。

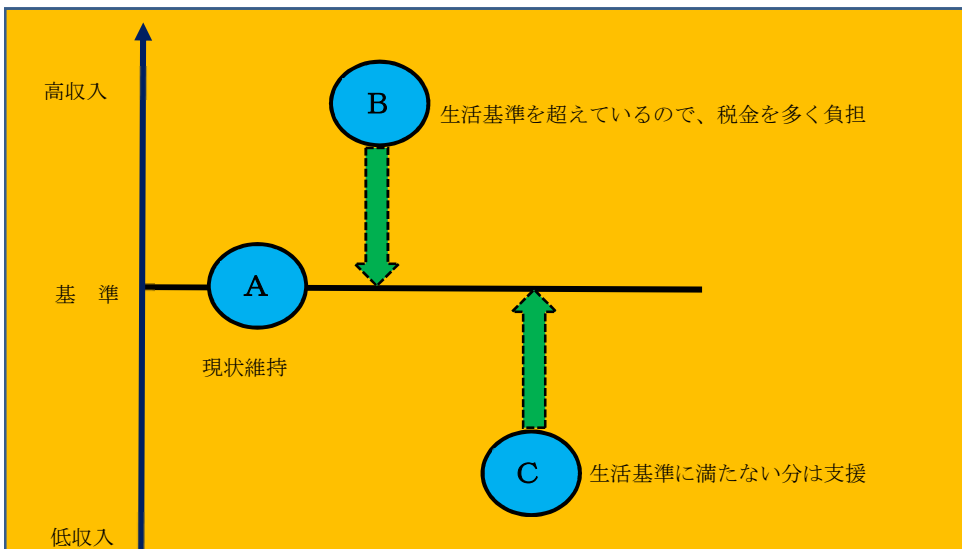
戦後の取組

デンマーク	人命を優先し、国民みんなが幸福に暮らす	→ 福祉大国へ
日本	資本主義の考えの基、高度経済成長等を経て	→ 経済大国へ

国民の概念

人の問題＝自分の問題と考え、国民みんなですべて幸せになることを目指し、国民みんなに必要な所に税金を使う。デンマークでは、「平等」とは質、量、内容を同じにすることではなく、必要な人に、必要な分だけ、必要な内容を提供することをいう。（日本では、質、量、内容を同じにすることで考えられていることが多い）

デンマークでは「国民みんなですべて幸せを目指す」という考え方で取り組まれている。



A…生活基準の収入があるので継続

B…生活基準を超えた収入があるので多く負担

C…収入が生活基準に満たないため、国から支援

図 23 平等の考え方のイメージ
(出典：ヒアリング内容を基に研究員作成)

デンマークの教育制度

デンマークでは、幼いころからの教育によって国の基本理念・哲学を国民全員が共有しているため、共通の目標に向かっていくことができる。

学校教育の目的の大きな使命のひとつは、生徒に民主主義を教えることである。ディスカッションをする時間は民主主義を体現する大切な機会であるため、みんなが納得できる結論が出るまでとことん話し合う。物事を決める過程では他人の意見を尊重することを学び、人の意見を聴くことで自分とは違った価値観やものの見方があることを知り、自分の意見が尊重されることを知って、他人の意見を尊重する大切さを学ぶ。そして、自分の意見をはっきり述べるのが大切だと学ぶと同時に、他人の意見に耳を傾けることの大切さを理解する。みんなが納得できる結論が出るまでとことん話し合う。

授業は生徒の個性や学習能力に合わせて進められている。生徒の個性を伸ばし、それぞれの成長の仕方を大事にすることが重視され、強制や押しつけはされない。点数をつけて生徒の学力を評価するための試験がないため、成績表は存在しない。国は教育の方針や目標は定めているが、教え方、教科書、教材はそれぞれの学校に自由に任されており、教師が決められている。

教科書に生徒を合わせているのではなく、生徒に教科書を合わせているため、生徒の学習能力に応じて教科書が違っている場合もある。

ペタゴ（社会生活指導員）

子どもの指導にはペタゴと呼ばれる専門資格を持った職員が担当する。障害者の福祉施設、厚生施設、幼稚園、保育所、学童保育、国民学校、障害児学級など福祉や教育の分野で働くために養成大学で専門教育を修めた専門職である。

ペタゴの教育機関は7学期間（3年半）で、そのうち4学期は理論、3学期は実習。ペタゴになるための入学試験はないが、入学後の勉強は厳しく、試験が課せられる。

「その人らしさ」を大切にしたケア

「人間」の構成は、社会・文化・肉体・精神からなる。

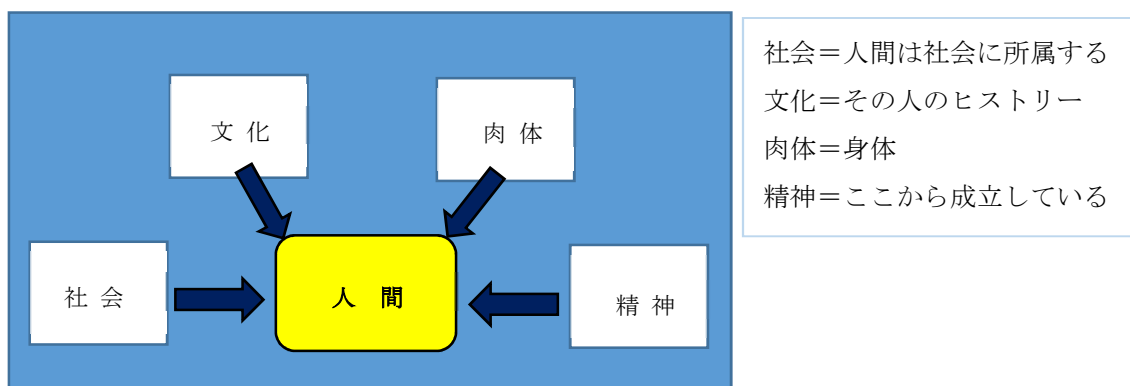


図 24 人間の構成要素のイメージ
(出典：ヒアリング内容を基に研究員作成)

高齢者等のケアを実施する際、日本では肉体と精神の部分を重視しているかもしれない。デンマークでは、本人がどのような環境（文化・社会）で育ってきたか、どういう時に力を発揮する人であるか…「その人らしさ」を重視し、その人の世界に入り込むことから始まる。そのため、「何ができる？できない？」を聞くのではなく、「何が好きで、何がしたいか？」を確認し、目標設定を行っていく。

また、ケアの体制として、昔はケアを受ける本人を中心としてチームを作っていたが、現在は本人もサポートチームに入り、本人の目標を中心にケアチームが構成される。

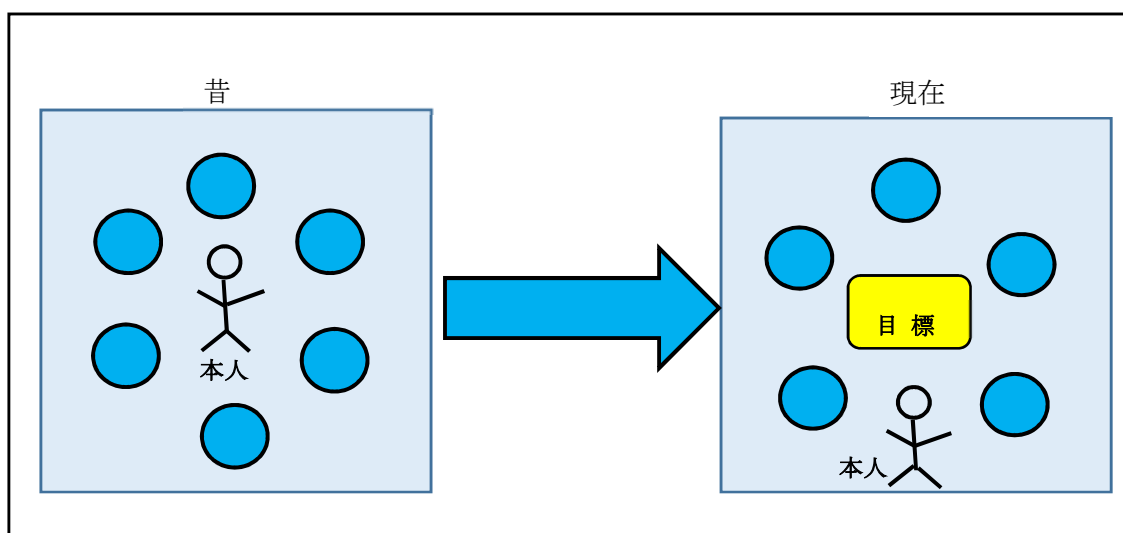


図 25 ケアチームの構造図
(出典：ヒアリング内容を基に研究員作成)

ケアを円滑にするための情報共有

より良くケアを進めていくために、各専門職の情報共有を綿密に行っている。ケアを受ける人の状況記録についてはデータで一元化されており、必要な情報は事前に把握できるように引継ぎがされている。

プライバシー保護の観点から、その部門に必要な情報は閲覧できないようにセキュリティがかけられており、徹底管理されている。

今後の課題として、市内は共通のシステムで情報を取り扱っているが、州は違うシステムを使用しているため連携が速やかにいかないケースがあること、また、介護士の電子機器の操作力不足から、上手くシステムを使いこなせないことなどが挙げられた。

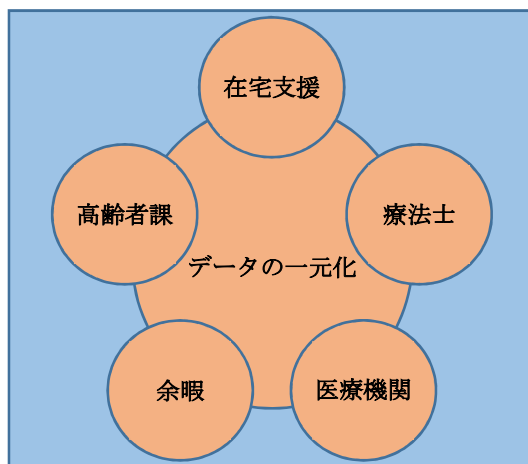


図 26 データの一元化のイメージ
(出典：ヒアリング内容を基に研究員作成)



ヒアリングの様子

オーデンセ市役所

人 口：約 20 万人

面 積：304.3 km²

所 在 地：Flakhaven 2 5000 Odense C

お話を伺った方：ソーレン氏（副市長）、
ティナ氏、クヌド氏（高齢者支援・認知症担当）

オーデンセ市役所の概要

オーデンセ市職員は 14,000 人ほどで、高齢者・障害者支援の部署には 4,000 人の職員がおり、そのほとんどがサービススタッフとなっている。11,000 人ほどのサービス受給者のうち、在宅でケアを必要とする人は約 6,000 人おり、当該部署の職員は一日約 10,000 件の訪問介護を実施している。

高齢者支援

戦前の高齢者・障害者支援は「市が支援内容を決め、半永久的に続ける」ものとして行われていたが、財源や担い手等の不足が課題となっていた。国が新たな価値観を示す方針を出し、「QOL を高める」ことへの市民の意識改革が行われ、ケアは「支援を受ける本人がどうしたいか」また、「支援はその『どうしたい』をサポートし、自立を促す」といった考え方が強まった。支援内容は本人と専門職（看護師・介護士など）の対等な対話により、本人を含めたチームで目標に向かって取り組む、というやり方で行われている。

また、高齢者施設への入居者は認知症の症状を患っている人がほとんどであるが、認知症だからといって人としての権利が失われるわけではなく、本人の意思を尊重してケアを行っているなど、ケアと権利のバランスを保つことも大切であるという。



オーデンセ市役所
福祉部門、子ども部門がある分庁舎



右から 2 番目 ソーレン氏（副市長）
右端 クヌド氏、左端 ティナ氏

コペンハーゲン市役所

人 口	: 63 万人
面 積	: 88.25 km ²
所 在 地	: Radhuspladsen 1
お話を伺った方	: ベア氏、ビアギッラ氏（高齢者施設担当）

コペンハーゲン市役所の概要

コペンハーゲン市では、人口規模に応じて高齢者住宅を建設し、市内では45か所、約3,500人分の住宅がある。入居者の20%が80歳以上の高齢者で、平均入居日数は3年間、1か所あたりの定員は約150人である。

コペンハーゲン市は、2020年から高齢者が増加し、2050年までに20%増加、80歳以上では、280%増加する予測になっており、今年度で4か所の高齢者住宅をオープンさせ、30か所が建設中である。計画を立て、建設を進めているが、場所、予算、入居予定日に完成が間に合うか等の課題がある。コペンハーゲン市の高齢者住宅については、様々な人が住める場所として提供できるように、全体の25%は低価格で入れる物件を作る必要がある。

高齢者の住まいに対する考え方

40～50年前までは、高齢者だけが住むエリア（オールドエリアと呼ばれていた）を作っていたが、現在はそのようなことはなく、色々な人たちと共に住んでいる。

高齢者にどういうところに住みたいかを尋ねると、学校の隣、交通量が多いところ等、地域の中で暮らしたいと考えている傾向にあるが、自分たちの住宅に子どもたちが入ってほしくないと考えており、ある程度規律を守って生活したいと考えている一面もある。高齢者住宅というと、田舎で静かな場所にあると思われるかもしれないが、高齢者の希望としては、生活に便利な都市に住みたいという意見は比較的多い。



ヒアリングの様子

新たな高齢者住宅

高齢者住宅と幼稚園やスクールガーデンを併設した施設を建設中である。複合施設であり、所管も違うために調整がとても難しい。また、高齢者住宅を作るためには5年かかるため、社会の変化（技術革新）に対応できるようにしなければならない。気を付けなければならないのは、便利な技術を取り入れて住宅を作ったとしても、そこに住む高齢者や働くスタッフが使いこなせない設備にならないように、最新のものを取り入れる場合は、慎重に準備することが重要である。（例：デンマークの高齢者はウォシュレットの使い方がわからないため使用しない。）

また、施設の維持については、ケースバイケースだが代表的な立場にある人が方向性を示し、トップダウンで決めていく必要があると感じる。

高齢者住宅を建築する際には、予算的な調整等で難航することも多々あるが、社会福祉国家として住宅の質を下げることは絶対にしないという考え方のもと、取組を進めている。



市役所（本庁舎）

古い建物をそのまま利用している



市役所（分庁舎）

ヒアリングは分庁舎で実施



ベア氏、ビアギッラ氏と集合写真

上段右から2番目ベア氏 上段右端ビアギッラ氏

ゲルステッド高齢者センター

運営主体：Gelsted plejecenter (Middelfart Kommune)

所在地：Middefart 市

お話を伺った方：リタ氏（所長）、ペアギッテ氏（リーダー）

施設について

ゲルステッド高齢者センターは 1973 年に開設されたプライエムであり、もともとは認知症専用施設であったが、現在は認知症の有無に関係なく受け入れを行っている。

職員は全部で 40 人程度（看護師 1 人、介護士 10 人、ヘルパー 20 人、掃除 3 人、調理 3 人、所長、リーダー）。家庭医（原則転居前のままだが、変更も可能）、理学療法士、歯科医師、市担当者等は外部から訪問してくる。

一人あたりの占有スペースは約 40～50 m²程度（リビング・寝室、トイレ・シャワー）となっている。数名の居住者の室内を見学させていただいたが、馴染みの家具や、気に入っている絵画、家族の写真等を持ち込み、自由に配置していた。

入浴は、湯船につかる習慣がないため、シャワーのみ。（日本と比較すると、浴槽の設置、洗い場～浴槽間の移動が不要なため、転倒の危険や職員の介護量は少なく、特殊浴槽等の設備も不要と思われる。）食事は各ユニットにある共用スペースで行う。



施設外観の様子



入居者と（昼食前）

ケアについて

居住者が中心という考えに基づき、居住者の希望に職員が合わせていく形で生活が営まれている。敷地内はとても広いため、様々なアレンジをして、居住者が住みやすく工夫されている。イベントを実施する際には、ボランティアや近くの学校・幼稚園の子どもたちが来て交流することも多い。

「居住者がよりよく生活していく」という目的のためには、スタッフ間の綿密な情報共有が不可欠であり、共通のデータでの共有はもちろん、各専門職同士でよく話し合いを行っているので連携は上手くいっている。

今後の大きな課題としては人材の確保であるという。給料が低く、重労働でもあるため、若い人がケアの職に就きたがらないという現状がある。これからは、高齢者の残存能力の活用と福祉技術の進歩でカバーしていく必要があると考えられている。



入居者の一室



トイレ・シャワールーム



ヒアリング風景

◇海外視察のまとめ

デンマークは言わずと知れた「福祉大国」「世界一幸せな国」である。その由縁は何なのだろうか。1週間という短い滞在ではあったが、視察の中で感じたことは、デンマークが誰でも幸せになれる『楽園』というわけではなく、デンマークの国民全員が「みんなで幸せになろう」という共通の意識から生まれる『心のゆとり』を持っているからこそ、小さなことでも幸せを感じられ、社会全体が幸せに満ちている、ということである。

至れり尽くせりのおもてなしがあるわけでも、毎日豪華な食事を食べるわけでもない。それでも、「隣の人より速く歩く必要はない」といったゆとりがあって、自分のペースで生きていけるから、食後の紅茶一杯で「幸せ」を感じている。税金は高額だが、それは国民みんなで支え合うために必要であるという共通の意識があるから、納得して（諦めでもあるが）払っている。

社会全体が自立・参加型社会となり、「サービス提供」ではなく「リエイブルメント（自立）」を促し、制度による解決ではなく地域資源による解決を行い、「住み慣れた地域で、その人らしく、最期まで」過ごすことができる社会づくり「エイジング・イン・プレイス」を進めていることは、まさに本市が掲げる「地域包括ケアシステム」の形に近いのかもしれない。

また、目的達成のために関連機関や専門職同士による情報共有は欠かせない。ゲルステッド高齢者センターでは、「居住者がよりよく生活していく」という目的のために、スタッフ間の綿密な情報共有がされており、データやシステムによる共有はもちろんであるが、各専門職間でのディスカッションをしっかりと行っているため、連携はスムーズに行われている。視察時に見たスタッフの様子からも、より良い関係が構築されていることが確認できた。

介護・医療を国の政策で行っている体制を短期間で真似することはできないが、目的達成のために関係者が情報共有を行い、共通の概念で取り組んでいくことは、本市の取組においても参考にできるのではないかと。

第 3 章

政策提言

本研究では、第1章「地域包括ケアシステムを取り巻く現状と課題」、第2章「事例とヒアリング調査結果」を基に、得られた知見を親和図法（KJ法）によりグループ分けし、整理・分析を行った。その結果、政策提言を、「市民の生活を支えるための情報共有・連携」、「交流が生まれる仕組み」、「地域で活躍できる職員の育成（人材育成）」の3点にまとめた。



写真 親和図法による分類作業

3-1 提言 市民の生活を支えるための情報共有・連携

関係者間（行政、各種専門職等を含む）の情報共有と連携ができる仕組みの構築と、庁内において積極的に情報共有と連携を行っていくことについて提言する。

情報共有の必要性

介護・医療等、本人の生活を支援する場面において、それぞれの支援機関や支援者がバラバラに本人へ関わっては、ケアの内容に重複や漏れが生じ、相反する支援が行われるなど、本人に不利益が及ぶほか、社会全体としても必要以上のコストがかかる恐れがある。支援を効果的・効率的に行うためには、本人の状態に応じて複数の支援機関や支援者が支援方針・方法を共有し、役割分担や連携をする必要がある。

実現に向けた方法と課題

支援機関や支援者の間で連携していくためには、連携方法について具体的なルールを定めることが必要である。また、情報共有・連携の性質により、共通の様式類を作成・使用することも有効である。

さらには、複数の支援機関や支援者、行政が共通のデータベースを使用し、本人の生活状況や健康状態を共有する。本人が、例えば、病院での「医療（入院）」から在宅での「介護」へ、障害児が「教育」から通所等の「障害者支援」へと環境が変化した場合等でも、次なる支援機関への情報伝達をスムーズに行うことができる。

データベースの使用にあたっては、各自の業務内容に応じた必要なアクセス権限のもと、適切な情報管理が求められることから、権限の管理体制を明確にしなければならない。視察

を行ったデンマークでは、介護・医療が主に公営であるという背景はあるものの、家庭医・介護者・行政が共通のデータベースを使用し、各自の業務内容に応じて必要なアクセス権限のもとに支援を行っていた。

情報共有・連携の前提として、各職種や各機関の機能、強み等について、相互理解を進めることが重要である。各職種の教育課程を共通化する、職域だけではなく、地域を単位とした職種・機関横断の関係を築くことが有益である。

海外視察で職種や機関の間の連携について聞くと、全ての視察先で「連携はして当然」、「不都合があれば何度でも話し合えばいい。日本はなぜ話し合わないのか」といった回答だった。現実には、多様な機関に多様な専門性を持った支援者が存在しており、一朝一夕に実現が難しい部分もあるが、まずは本市庁内から、川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョンの基本理念である「川崎らしい都市型の地域包括ケアシステム構築による誰もが住み慣れた地域や自らが望む場で安心して暮らし続けることができる地域の実現」を共通目的として、部署の垣根を越えて連携を進めてはどうか。

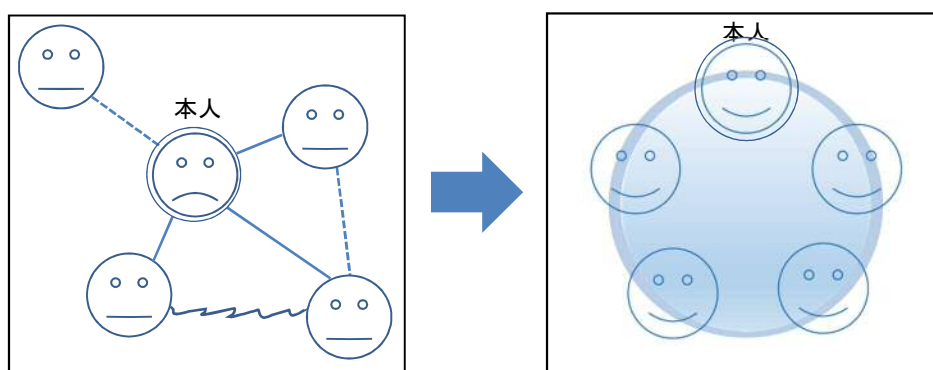


図 27 バラバラから情報共有・連携のイメージ（研究員作成）

本市の取組例

・医療・介護連携

在宅医療を支える医療機関間の連携強化のための在宅療養推進協議会の設置、入退院時における医療機関と在宅介護に関わる多くの関係者が円滑に調整するための入退院調整モデルの作成、医療と介護をまたぐ多職種連携方法の具体化のための多職種連携マニュアルの作成等により取組を進めている。

・地域概況の共有化に向けた取組

地区の情報や地域資源を、地域住民・専門職等との共有、庁内の情報の共有のために整理した地区カルテを作成している。本市における地区カルテの歴史としては、1970年代にまちづくりの展開に用い、その後は新総合計画策定の際の区計画策定の基礎資料、現在は地域マネジメントの一連のプロセスのシステム化として活用している。

3-2 提言 交流が生まれる仕組み・場づくり

本市のように、人口が多く、人口の流出入が激しい都市では、コミュニティが希薄になる傾向がある。幸福度を高め、健康的な暮らしを続けるには「人とのつながり」が重要であり、まず、その環境整備として「交流が生まれる仕組み」と「交流の場」が必要と考え、提言する。

利用の進む公共施設

本市には、市民館、学校、こども文化センターやいこいの家等、公共施設が多く存在しており、多世代が交流するためのイベントなどを行い、地域に開かれた公共施設として利用されている。その多くは一定の用途や対象を想定して造られた目的施設として、こども文化センターなら18歳までの児童、いこいの家であれば、高齢者等、主たる利用者が最優先に利用ができることが前提ではあるものの、地域で活動している団体や市民の利用が進んでいる。

しかし「平成29(2017)年度かわさき市民アンケート」では、市民活動・地域活動に対して行政が支援すべきだと思う項目として「活動場所の提供」がトップであったように、地域住民が気軽に利用することができる施設の環境整備が引き続き求められていることが分かる。

公共施設の利用可能性を広げる

「場」の提供について、狭い市域で多くの人口を抱える本市においては、新たな施設を建設することよりも、まず、既存の施設の利用可能性を広げ、その効果を最大限に生かす仕組みづくりが重要となる。本市のコミュニティ施策においても、「まちのひろば」の多様な形態として公共施設の地域化（公共施設の地域開放や多目的化・多機能化など）が挙げられており、先述した多世代交流イベントなど、地域での利用促進が期待される。

利用者の少ない時間帯を生かす

既存施設の有効活用として、施設の稼働時間において、利用者が少ない時間帯の利用促進が挙げられる。目的施設では、利用者が少ない、もしくは一人もいないといった時間帯が存在する。例えば、子どもが利用主体の施設であれば、授業がある午前中や夜の時間帯、高齢者が利用主体であれば夜の時間帯等である。ここに、利用促進の余地があると考えられる。施設にある集会室や談話室等を町内会・自治会、スポーツ少年団、大学生が集まれる場として開放することや、施設側が地域で困っている人の相談に乗るような事業を企画してもいいだろう。このように、普段利用していない層を取り込むことで、様々な人が気軽に集える場所として認知され、施設で行うイベントへの参加促進にもつながるのではないだろうか。

異なる目的施設を集約化・複合化する

仙台市のアンダンチは、サービス付き高齢者向け住宅や保育園等が一つの土地に集約化されており、それぞれの施設の利用者をはじめ地域住民も混ざったゆるやかな交流が生まれていた。サービス付き高齢者向け住宅の1階ラウンジでは、入居者の利用が少ない午前中、地域の子育てサークルが活動に利用するなど、地域住民が自由に使用できるようになって



アンダンチでの子育てサークルの活動の様子

いる。また、駄菓子屋が併設されており、子どもも施設を訪れていた。主たる利用者が少ない時間帯を地域に開放している取組は、本市の公共施設においても大いに参考にすべきと考える。例えば、具体的な取組として、各施設の一室を地域住民や団体が自由に使える場所として確保することが考えられる。

実現に向けた課題

ここで考えなければならない課題は、主たる利用目的が妨げられてしまう可能性があるということである。また、施設ごとに利用ルールが異なることも考えられる。解決の一端として、どの施設にも適用できるようなルールを作ることだろう。ここには、施設の理解、地域住民の理解が欠かせない。多様な意見を集約することは難しいことだが、公共施設が地域住民により利用しやすい場所とすることで、地域のつながり、交流を生み出す一助となると共に、本人に関わる課題（健康面や生活面等）の早期発見や予防につながることを様々な主体の共通の目的、理解とすることが大切である。

3-3 提言 地域で活躍できる職員の育成

多様化する地域課題に対応するためには、専門分野の職員・スタッフによる一体的なケアだけでなく、地域の実情や特性をよく知り、地域が目線で課題解決に取り組める職員の存在も欠かせない。デンマークでは、幼いころからの教育によって福祉に関する基本理念・哲学を国民全員が共有することで、質の高いケアが実現できていた。

地域との意識共有を図り、地域で活躍できる職員を育成するための取組を提言する。

多様化する住民ニーズに応える

既に本市においても事例があるが、「庁内横断的に職員が集まり、地域に出向き、課題解決に向けて具体的なアクションを起こす」ということがポイントである。

様々な部署の職員同士が関わり合うことで、互いに新たな知識を得て見識が広がり、それが日頃の業務での柔軟な発想につながることを期待できる。ちょっとした困り事を、つてが無いために相談できない、といったこともあるだろう。庁内に少しでも知り合いが増えることで、そういった悩みを素早く解決できようになる。今までとは違った分野の業務課題を意識するようになり、解決に向けた新たな発想が生まれ、興味を持つきっかけになるかもしれない。

また、課題解決に関して、地域のニーズを掴むためには、自ら地域に入り込むことが何より重要である。実際に現場に出向き、見たり、聞いたり、あるいは体験することによって、事務所に居るだけではわからない小さな発見がたくさんあるだろう。まずはその地域を歩いてみるだけでもいい。

そこで見つけた課題に対して、正面から向き合い、自分に何ができるか、組織として何ができるかを考えるとともに、職員同士で意見を出し合う。複数の部署の職員がいることや、リーダーシップを発揮する人、縁の下の力持ちになる人、チャレンジ精神旺盛な人、大胆・控えめな人など、様々な個性の職員が集まっていることの強みがここで生きてくるかもしれない。そして、話し合いによって具体的な案を作り、それを実践してみる。課題を解決するためには実際に行動を起こすことが必要である。その中で新たな課題や可能性が見え、さらなる取組へとつながっていけば、課題解決の連鎖が生まれ、より大きな効果が期待できる。職員にとっては日頃の業務との兼ね合いが課題にはなるが、この取組が浸透し、地域課題の吸い上げ等に効果的に活用されるようになれば、逆に負担を軽減することにつながるかもしれない。多様化する住民ニーズに応えるには、地域に詳しく、課題設定や政策形成の能力に長けた多くの職員が必要であり、地域で活躍できる職員の育成に向けて、このような取組が重要と考える。

地区カルテの活用

地域をよく知る職員の育成という点で、地区カルテの活用も有効である。地域情報の集約と見える化を進めるとともに、活用が一部の部署のみにとどまらず、カルテの対応する地区内の全職員を対象とした組織的な活用へ広げることで、人事異動等による体制の変化においても、地区カルテは地域状況の引継ぎ資料に使用できるなど、質の高い行政サービスの継続的な提供につながる。

事例 1 地域課題解決プロジェクト

幸区では、全課の職員を対象とした人材育成の一環として、意識の啓発と職員間における地域情報の共有、地域課題の把握、意見交換の機会等となることを目指し「地区別担当者会議」を設置している。ここでは、地域住民から出された課題に対して、区役所内の各部署から集まった職員が 8 地区に分かれ、課題解決のためのアイデアを出し合い、提案をまとめる。

平成 30 年（2018）度には、前年度の地区別担当者会議で出された 15 の提案の中から「若い世代における地域活動の担い手不足の解消」をテーマに設定し、中高生が地域の活動を知り、体験することで地域活動に興味を持ってもらうため、中高生向けのボランティアプログラムを提供するという「地域課題解決プロジェクト」を実施した。

令和元（2019）年度は、近年多くの自治体で取り入れられている地域担当制を参考に「地区担当チーム」を組織し、地区カルテを活用した地域情報の共有、地域課題の把握・解決を目指した人材育成の取組を実施している。

地域担当制

昭和 43（1968）年に千葉県習志野市が全国に先駆けて導入した制度で、住民との対話・交流を通じ、地域課題の解決に住民の意向を反映させ、職員の意識をも住民本位に転換させることを目的に、職員を各地域の担当者として配属し、住民と共に地域課題の解決を図る制度をいう（一般財団法人地方自治研究機構『地域担当職員制度に関する調査研究』より）。

現在では多くの自治体に導入が進み、職場の業務とは別に地域担当として一定のエリアに配属されるもの、管理職クラスの参加があるものなど、様々な形態で実施されている。

はぴ☆ボラ（さいわいハッピーボランティア）

幸区役所が幸区社会福祉協議会との共催事業として立ち上げたボランティア企画で、中高生が夏休み等の長期休暇だけでなく、通年で気軽に参加できるよう、期間を区切り、短時間で参加できるメニューを揃えた。申込みの受付から当日の受入れまでを事業所管課の協力のもと、「オール区役所」として取り組んでいる。ボランティアで地域課題を解決するとともに、中高生が地域の多世代と関わることで、コミュニケーション能力を養い、新たな気づきや発見の機会となることが期待できる。

事例2 まちのひろば創出職員プロジェクトチーム

「これからのコミュニティ施策の基本的考え方」における地域の居場所「まちのひろば」の創出に向け、庁内の一般事務、社会福祉、建築、土木、造園、薬剤師の多職種からなる職員プロジェクトチームを結成し、町内会・自治会や企業等と連携して、空地や広場を活用した取組などを実践している。



◇提言のまとめ

超高齢社会に向けて、社会構造の変化に伴う様々な課題に対応できる、持続可能な社会を目指していく必要がある。

そのために、まずは行政や専門機関が、最低限の資源でより良いサービスを提供することを目指す必要がある。特に川崎市においては、地域包括システムの構築という市の上位概念の達成に向けて、連携は不可欠である。多様化する地域課題に対応していくためには、目的を明確に設定し、職員や部署が持つそれぞれの強みをかけ合わせていかなければならない。

また、情報共有・連携の仕組みは、支援機関や行政間の連携にとどまらず、必要な情報は地域住民とも共有化できるような仕組みづくりを進めることで、支援する人とされる人の垣根を超え、地域全体で支える社会につながる一歩にもなるのではないだろうか。また、地域包括ケアシステムの構築に向けては、誰もが孤立しない・孤立させない関係づくりが不可欠であり、地域での交流の場や自然に人がつながる仕掛けを、継続的に機能させていくことが重要である。

さらに、地域や住民のことを知り、本来業務にとらわれずに柔軟な発想で地域の課題について考えることができる職員を育てることで、発生した課題に対症的に対応していくだけでなく、地域の実情から市民のこれからの生活のためにどのような取組が必要かを考える視点や知識を養うことが必要である。

地域でのつながりは、行政が押し付けるものではなく、つながりたい人がつながり、やりたい人がやりたいことをできるように、人と人をつなげるものである必要がある。行政としては、地域の人がつながるきっかけとなる場づくり等を行いながら、地域で活動を行う人や、特技や好きなことを持っているながらも、地域でそれらをまだ発揮していない人を後方支援する姿勢で、取組を進めていくべきであると考えます。

「最幸のまちかわさきで自分らしく暮らそう」という方向性のもと、川崎市に暮らす誰もが、自分らしく、幸せに暮らし続けていくため、一丸となってこれからの未来に立ち向かっていかなければならない。

資料編

I. 地域包括ケアシステムの構成要素

(1) 住まいと住まい方

それぞれの生活ニーズに合った住まいが提供され、生活支援サービスを利用しながら、高齢者本人の希望にかなった住まい方を実現することが必要である。

例えば、自宅に手すりやスロープ等を設置する等のバリアフリー化を行い、できる限り在宅生活を続けられるようにすることが挙げられる。さらに、低所得・低資産高齢者を対象とした空き家等の住宅の入居支援や家事代行等の支援等、居住支援を行うことが必要である。

(2) 生活支援

心身能力の低下や経済的な理由等により、従来通りの生活を継続することが困難になる場合に備えて、食事の準備や買い物等、日常生活の支援をすることが必要になる。NPO や社会福祉協議会に加え、スーパーやコンビニエンスストア等、地域の事業者を支援の主体と捉えた取組が必要である。

(3) 介護・医療・予防

個人が抱える課題に合わせて、医療機関や訪問看護ステーションと地域包括支援センター等の専門職が連携し、「介護・リハビリテーション」「医療・看護」、「保健・予防」がよって提供される必要がある。

(4) 本人と家族の選択と心構え

2025年単身又は高齢者のみ世帯が主流になり、利用サービスが十分だとしても、「家族で見守られながら自宅で亡くなる」ことが出来ない場合があることを本人や家族が理解した上で在宅生活を選択する必要がある。

Ⅱ. 地域包括ケアシステムを支える4つの考え方

地域包括ケアシステムを支える上で自助、互助、共助、公助の4つの考え方が重要になる。それぞれを費用負担の面から考察していく。

(1) 自助

自分のことを自分ですることを意味し、食事の宅配サービスを利用する等の市場サービスの購入等が例として挙げられる。

(2) 互助

町内会・自治会等の住民組織の活動やボランティア活動等による費用負担が制度的に裏付けられていない自発的な支え合いである。

(3) 共助

介護保険や医療保険等の社会保険制度やサービスの被保険者の負担（保険料）により制度やサービスを維持しながら、必要に応じたサービスを享受する。

(4) 公助

社会保険制度やサービスを維持するために消費税や所得税等、税による公の負担を指す。

少子高齢化や財政状況から「共助」、「公助」の大幅な拡充は難しいため、身の回りのことは自分で行う「自助」や地域で支え合いながら行う「共助」の役割が大きくなっていくことが考えられる。例えば、生活支援を介護保険による介護サービスだけで支えるのではなく、自らの負担で民間サービスを活用することや社会福祉法人や NPO 等と連携して地域資源を活用していくことが必要になる。

Ⅲ. 地域包括ケアシステムを担う主体が取り組むこと

地域包括ケアシステムを担う主体は、地域資源を活用し、地域の特性にあった仕組みを作る必要がある。

(1) 地域住民

地域包括ケアシステムは、本人（高齢者）や家族、住民組織、コンビニや郵便局等の地域の様々な人が関わることで実現するため、地域包括ケアシステムは高齢者だけのものという考え方を変えていくことが大切である。

(2) 本人（高齢者）

地域の中で自分らしい生活を継続するために、可能な限り自分のことは自分で決め、セルフケア、自己管理を行うことが大切である。さらに、サービスの受け手だけでなく、有償ボランティアを始めとした地域で活躍する主体として地域包括ケアシステムを支える重要な役割として期待されている。

(3) 介護者

要介護者の家族等が、要介護者の生活を支える上で大きな役割を果たしてきた。介護保険サービスの導入等、要介護者を社会全体で支える方向になっているが、介護者の負担を軽減するためにも、介護者への支援をしていくことが重要である。

(4) 介護事業者

在宅医療支援診療所等の在宅医療の担い手とともに連携してサービスを提供することで、地域包括ケアシステムの主要部分を担っている。専門的な知識・技術を有する専門職と情報共有し、連携することによって利用者に対する適切なサービスを提供することが重要である。

(5) 民間企業・NPO・地域団体

地域包括ケアシステムは、医療・介護等の問題を「共助」や「公助」だけでなく、「住まい」や「生活支援」等、「自助」「互助」の考え方をを用いて解決していくシステムである。NPO、社会福祉協議会、自治会等の主体に加え、商店や郵便局等、地域事業者を巻き込んでいくことが重要である。

(6) 行政機関

〔国〕

地域包括ケアシステムの構築の方向性に合致した介護保険制度や介護報酬等の適切な制度設計を行うほか、都道府県や市町村の取り組みを支援する役割を担っている。地域における人的・物的資源の現状等の前提条件や地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みの進捗状況等に地域差があることを意識した支援を行うことが重要である。

〔都道府県〕

都道府県は地域包括ケアシステムの構築において、市町村に対する後方支援を行う役割が期待される。介護人材の育成や確保などについて、都道府県が介護人材の需給予測を

行うとともに介護人材戦略を策定する等、人材確保の取り組みを主導していくことが重要である。

〔市町村〕

市町村は、住民に身近な自治体であるため、介護保険給付だけでなく、自治会などの地域組織への支援や市内事業者との連携等、地域包括ケアシステムの構築に向けた独自の取り組みを行うことが重要である。

IV. 各国の保険・医療体制

(1) イギリス

〔国民保険の概要〕

・公的年金制度

イギリスでは、公的年金制度として、国家年金と年金クレジットがある。国家年金は、国民保険として、年金法で定められている。被保険者は、16歳以上年金支給開始年齢前の被用者及び自営業者は加入義務があるが、週給113ポンド（2017年度）未満の被用者及び年間収入6025ポンド（2017年度）未満の自営業者は加入義務がない。年金受給資格は、男女ともに65歳以上であり、期間は10年以上である。給付額は低く、公的年金だけでは、生活ができないため、私的年金が発展している。また、年金クレジットとは、低所得の高齢者を対象に年金クレジットが2003年10月より導入されている。最低受給年齢以上の者の収入が一定基準に満たない場合、その差額を支給する制度である。

・私的年金制度

2008年年金法により、すべての事業主は、一定の要件（22歳以上年金支給開始年齢以下であること、イギリスで就労していること）に該当する従業員を、政府が定める基準を満たす職域年金に自動加入（auto-enrolment）させなければならないとしている。被用者は、自動的に加入する仕組みであることから、より多くの者が職域年金にカバーされるようになる。

〔医療体制：国民保健サービス（NHS）〕

国民保健サービス法で位置付けられ、主に国税で運営されている。居住者を対象とし、原則無料で様々なサービスが提供されている。家庭医制度を採用しており、救急医療の場合を除き、家庭医を受診した上で、紹介を通じて、専門医を受診することができる。NHSのサービス内容として、がんや精神病等の様々な病気の医療、予防治療、リハビリ、アプリによる治療記録等の情報閲覧等がある。課題として、2005年の白書において、医療費の増大を防ぐため、個人が症状に応じた適切なサービスを受ける必要があると提言されており、対策として、セルフケアの振興策を取っている。具体的には、Choose Wellと呼ばれるキャンペーンで、様々な情報提供を通じて、選択肢の中で自分の健康状態に最も適したNHSサービスの選択を促す。また、EEPと呼ばれる公益財団法人が実施し、慢性的な症状を持つ人が、その症状に対処しながら社会生活を送れるよう、セルフマネジメントスキルを得るために作られたトレーニング・プログラムがある。

(2) アメリカ

〔国民保険の概要〕

・ 公的年金制度

社会保障年金（老齢・遺族・障害年金）老齢・遺族・障害年金があり、連邦政府の社会保障庁が運営している。この制度は、被用者や自営業者を対象とし、社会保障税を10年間以上納めた者に対し、年金を支給する。財政においては、社会保障税によって高齢者に対する年金給付を行う。給付については、老齢年金の支給開始年齢は原則65歳であったが、2003年から2027年までの間に段階的に67歳に引き上げられる。

・ 私的年金制度

アメリカにおいては、企業年金が発達している。企業年金には、「確定給付型企業年金プラン（Defined Benefit Plan：以下「給付型年金プラン」という。）」及び「確定拠出型企業年金プラン（Defined Contribution Plan：以下「拠出型年金プラン」という。）」という2つの形態がある。給付型年金プランは、①加入者に対し、勤務年数、給与等を考慮した一定の給付算定式によって算定される給付を予め約束していること、②拠出金の拠出は事業主のみであり、加入者からの拠出は必要としないこと等があげられる。

一方、拠出型年金プランは、①給付額は、受給時までには制度に拠出された拠出金の合計額と、加入者（被用者）が選択した方法による運用の実績によって、事後的に決定されること、②拠出金の拠出は、加入者が行うものを基本としつつ、事業主からの一定の追加拠出を認めていること、等があげられる。こうした企業年金プランの創設は事業主の任意であり、法的に強制されているわけではない。

〔医療体制：メディケア・メディケイド〕

公的医療保険制度としては、高齢者及び障害者に対するメディケア及び一定の条件を満たす低所得者に対する公的扶助であるメディケイドがある。現役世代の医療保障は民間医療保険を中心に行われており、企業の福利厚生の一環として事業主の負担を得て団体加入する場合も多い。

メディケアは、1965年に創設された連邦保健・福祉省が運営する公的医療保険制度である。65歳以上の者、障害年金受給者、慢性腎臓病患者等を対象とし、ている。入院サービス等を保障する強制加入の病院保険（HI:Hospital Insurance, メディケア・パートA）と外来等における医師の診療等を保障する任意加入の医療保険（MI:Medical Insurance, メディケア・パートB）が基本である。メディケイドは、子どもがいる高齢者や障害者であるなど一定の条件を満たす低所得者に公的医療扶助を行う制度である。通常の医療サービスをカバーする以外に、メディケアがカバーしない長期ケア（介護）をもカバーしている。

(3) フランス

[年金制度の概要]

フランスの年金制度は、法定基礎制度として強制加入の職域（公務員や民間企業等）年金が分かれている。法定基礎制度として代表的な制度が「一般制度」である。日本の厚生年金に相当し、すべて社会保険方式である。また、法定基礎制度の支給水準の低さを補うために補足年金制度がある。法定基礎制度の給付内容は、満額年金であれば、最も高い23年間の平均賃金の半分となっている。

[医療保険制度の概要]

フランスの疾病（医療）保険制度は、法定制度として職域ごとに強制加入の多数の制度がある。具体的には、被用者制度である一般制度や軍人等の特別制度と自営業者等の非被用者制度がある。国民の約8割は一般制度に加入しており、このほか任意加入の制度も構築されている。給付内容については、基本的には、償還払いである。償還率は原則として、外来の場合は70%（通常の医薬品は65%）であるが、自己負担分は任意加入保険によって賄われることも多いため、最終的には、任意加入保険では賄えない部分を支払うことになる。また、日本のような国民皆保険制度が存在しないため、退職後も就労時に加入していた職域保険に加入し続けることになる。

(4) デンマーク

[年金制度の概要]

デンマークの年金制度の体系は基礎となる国民老齢年金、労働市場付加年金、特別貯蓄制度、二階部分の公務員年金、職業年金制度、さらに三階部分として、個人年金の各制度がある。一階部分にあたる国民老齢年金は、社会年金法 27（Social Pensions Act）を実施根拠とする制度で、資産や退職前の就労状況、所得に関係なく、全ての国民が基礎年金を受給できる権利が保障されている。また、1964年には国民老齢年金に上乘せする付加年金として被雇用者を対象とする労働市場付加年金及び特別貯蓄制度が導入されている。

国民老齢年金は、全額を国庫が負担する税方式の制度である。この国民老齢年金の給付要件は、デンマーク国内に居住する者で、15歳から65歳までの間に、3年間デンマークに居住することである。基礎年金（満額）を獲得するためには、デンマーク国内に40年間居住することが求められる。また、外国人の場合には、給付を受ける直前の5年間を含む10年間居住することが要件となる。給付開始年齢は65歳である。

他方、労働市場付加年金は、社会保険方式の年金である。拠出金は、労働時間に応じて3段階が設定されており、給与の一定額について、67%を雇用主が負担し、残る33%を被雇用者が負担している。この労働市場付加年金は、週9時間以上労働する全ての被雇用者について加入が義務付けられている。自営業者も任意で加入できるが、その場合、保険料は全額本人負担となる。なお、1999年に導入された積立方式の特別貯蓄制度も全ての被雇用者に加入義務があり、所得の1%の拠出が求められ、給付は65歳から10年間である。

〔医療保険制度の概要〕

デンマークでは、家庭医制度を採用している。家庭医制度とは、初めに、家庭医を受診したのち、必要に応じて、専門医の治療が受けられる仕組みである。家庭医制度は、GP1とGP2に区分されている。GP1は、本人が居住する地区内で家庭医を指定・登録することが求められるが、診療は無料である。一方、GP2は、診療や処方に対する自己負担を支払う代わりに、どこでも自由に診療が受けられる。病院医療は、GP1とGP2に関らず、無料であるが、一部自己負担が求められる。また、歯科診療については、18歳以上の成人は有料で、治療費のうちの75%が患者負担で、残る25%は健康保障制度による公費負担になっている。18歳未満及び65歳以上の歯科診療では自己負担がかからない。

V. 地域包括ケアシステム類似取組

(1) イギリス

NHS（病院、家庭医、精神保健チーム等）と地方自治体、ケアハウス等の連携強化により、よりよいサービスの提供、健康を維持することを目標としている。NHS 長期計画により、すべての地域で 2021 年までに地域ケアを確立させる。

先進事例としてフリメリー市における time out café が挙げられる。Time out café とは、予約なしで週 7 日利用可能、セルフマネジメントのスキルを学ぶことや同じ境遇の支援者のような地域資源の活用などが可能である。緊急の治療が必要な人に対しては、医師、看護師、整形外科医など、専門職がいる施設の利用ができる。地域でケアと治療が可能になり、不必要な入院のリスクを減少させることができる。

(2) アメリカ

民間病院を中心にリハビリ施設、介護施設等が IHN（インテグレイテッド・ヘルスケア・ネットワーク）という非営利事業体を構成し、地域住民に医療サービスを提供する。多種多様な機能を有する施設（病院、介護、フィットネス等）が垂直統合することで、医療介護サービスの質とアクセス向上のため巨額の IT 投資を行い、患者とその担当医療チームが何時でも何処でも医療情報を共有できる仕組みを構築している。

(3) フランス

フランスでは、医療と介護サービスを一元化するためのケアマネジメント機関である CLIC と MAIA について説明する。「地域インフォメーション・コーディネートセンター」（CLIC）とは、在宅高齢者とその家族に対する総合相談・助言を行う組織である。多職種による支援チームで連携し在宅支援にあたる。フランス全土に 600 か所設置されている。県が設置主体であるが、市や NPO 法人などが運営している。高齢者が在宅生活を続けるために多職種による支援チームが他機関と連携しながら支援する。

「自律と包括的ケアのためのネットワーク」（MAIA）は、保健・医療・福祉・介護サービスの総合相談窓口であり、多くの MAIA は CLIC に併設されている。MAIA では、看護師等の実務経験や大学での研修を受講したケアマネジャーが配置されている。MAIA のサービス内容は、60 歳以上の自立困難な高齢者に対して、医療・介護サービスへのアクセスを目的とした総合相談窓口、ケアマネジメントによる多職種・多機関の連携等が挙げられる。また、ケアマネジメントでは、ケアマネジャーが中心となり、複雑なケアマネジメントを担当している。

(4) デンマーク

「主要諸外国における国と地方の財政役割の状況」
報告書第 9 章デンマークにおける国と地方の役割分担より

デンマークにおける高齢者福祉政策は、社会サービス法を根拠とし、各市が実施している。提供するサービス内容は、市の判定員が住民へのヒアリングを行い、決定している。判定は、判定チームが行っており、市担当者、看護婦、ソーシャルワーカー、作業療法士、施設のスタッフなどにより構成されている。

サービスの主な内容は次のとおりである。

① ホームケア (Personal and practical help (home care))

日常生活の困難度に応じて、家庭生活を支援するホームケア・サービス(ホームヘルプ、訪問看護)が提供される。サービスの内容は市が評価を行い、決定するが、サービスの実施は行政、民間の双方を通じて行われている。サービス提供主体を選択は、利用者が行っている。

② 活動及び予防支援策 (Activating and preventive measures)

デイケア・センター、高齢者センター、高齢者クラブ、教養講座、運動などのサービスは、市が利用者のニーズを踏まえて、実施内容を決定してサービスを提供している。

③ ホーム・コール (Preventive house calls)

75歳以上高齢者に対して、月に2回のホーム・コール・サービスが提供されている。

④ リハビリテーション、トレーニング

(Retraining and maintenance training (rehabilitation))

主に病院から退院した高齢者に対して、身体機能の保持・増進を目的としたリハビリテーション・サービスが提供される。

また、高齢者住宅政策では次のものがある。

① ナーシング・ホーム

健康上の理由により在宅福祉サービスのみよっての生活が困難になった高齢者向けの施設。市及び市が委託する非営利団体が運営する。非営利団体が運営する際には、その費用の一部について、実費を超えない範囲で年間基本料金としてDKK282,000を団体に拠出している。なおも1988年の生活支援法改正に伴い、新設が認められていない。部屋は全て個室。ベッド以外の家具を部屋に持ち込むことが認められている。食事も提供される。

② 高齢者住宅

1987年に高齢者住宅法が施行され、建設が開始された。供給戸数は市が決定。供給は、市、非営利住宅協会70、非営利団体、年金基金等である。一般住宅、ナーシング・ホームを改築することも認められている。施設はバリアフリーで、各住宅に専用トイレ、バス、キッチンが設置されている。共同利用のランドリー・ルームや緊急通報装置も設置されている。一人暮らし用、夫婦世帯用などがある。標準的な家賃はDKK4,000で、年金生活者には50%程度の家賃補助が給付される。

③ 介護付住宅

介護職員が配置され、サービスが提供される高齢者住宅である。1996年に施行された改正高齢者住宅法が実施根拠である。主に介護サービスの提供が必要な虚弱高齢者が同施設の対象となっている。(高齢者住宅は自立者が主な対象)標準的な家賃はDKK4,000で、年金生活者には50%程度の家賃補助がある。

参考文献

- 石川善樹（2014）、友だちの数で寿命はきまる、マガジンハウス
- 一般財団法人自治体国際化協会（2017）、デンマークの地方自治～地方自治体改革の経緯と現在の自治体取り組み事例～、Clair Report No. 445
- 川崎市（2015）、川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン、川崎市健康福祉局地域包括ケア推進室
- 川崎市（2018）、第7期川崎市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画かわさきいきいき長寿プラン、川崎市健康福祉局長寿社会部
- 川崎市（2019）、高齢期の住まいガイド、川崎市健康福祉局長寿社会部・まちづくり局住宅政策部
- 川崎市（2019）、高齢者福祉のしおり、川崎市健康福祉局長寿社会部介護保険課・高齢者事業推進課、高齢者在宅サービス課、川崎市健康福祉局地域包括ケア推進室
- 川崎市（2019）、これからのコミュニティ施策の基本的考え方、市民文化局コミュニティ推進部協働・連携推進課
- 川崎市在宅療養推進協議会（2019）、川崎市入退院調整モデル
- 厚生労働省ホームページ、社会福祉基礎構造改革について、
https://www.mhlw.go.jp/www1/houdou/1104/h0415-2_16.html（令和2（2020）年2月21日取得）
- 厚生労働省ホームページ、政策レポート戦後社会保障制度史、
<https://www.mhlw.go.jp/seisaku/21.html>（令和2（2020）年1月23日取得）
- 厚生労働省ホームページ、平成24年版厚生労働白書-社会保障を考える-（本文）、P. 78～86
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/12/>（令和2（2020）年1月20日取得）
- 厚生労働省ホームページ、2007～2008年海外情勢報告、P. 130～154、
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/09/>（令和2（2020）年1月20日取得）
- 厚生労働省ホームページ、2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～、
<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3.html>（令和2（2020）年2月21日取得）
- 厚生労働省ホームページ、2018年海外情勢報告、P. 91～101、P. 185～194
<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/19/>（令和2（2020）年1月20日取得）
- 一般財団法人高齢者住宅財団（2015）、2013年度デンマーク高齢者住宅視察報告書
- 世田谷区（2016）、平成27年度地域包括ケアの地区展開モデル事業報告書
- 世田谷区（2019）、世田谷区政概要2019、世田谷区政策経営部広報広聴課

- 筒井孝子（2014）、地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略
－integrated careの理論とその応用－、中央法規出版
- 野村武夫（2010）、「生活大国」デンマークの福祉政策 ウェルビーイングが育つ条件、
ミネルヴァ書房
- 日本総合研究所（2014）、地域包括ケアシステムの構築に係る自治体の取組状況の整理・
分析に関する調査研究事業報告書「地域包括ケアシステム事例集成」
- 日本総合研究所（2018）、地域包括ケアシステム事例分析に関する調査研究事業報告書
「地域包括ケアシステム事例集」
- 株式会社プロトメディカルケアハートページ編集部（2019）、介護サービス事業者ガイ
ドブックハートページ
- 前野隆司（2014）、幸せのメカニズム 実践・幸福学入門、講談社
- 松岡洋子（2005）、デンマークの高齢者福祉と地域居住、株式会社新評論
- 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング（2016）、地域包括ケアシステム構築に向けた制
度及びサービスのあり方に関する研究事業「＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシ
ステムと地域マネジメント」、平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
- 武蔵野市高齢者福祉総合条例
- 武蔵野市（2014）、武蔵野市地域包括ケアシステム検討委員会報告書、武蔵野市保健福
祉部高齢者支援課
- 武蔵野市（2014）、武蔵野市の地域リハビリテーション、武蔵野市高齢者支援課地域支
援係
- 武蔵野市（2016）、武蔵野市第五期長期計画・調整計画（平成28年度～32年度）、武蔵
野市総合政策部企画調整課
- 山縣文治・柏女霊峰ほか（2019）、社会福祉用語辞典第9版、ミネルヴァ書房
- MUFG 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティングホームページ、＜地域包括ケア研究会＞地
域包括ケアシステム構築における今後の検討のための論点
https://www.murc.jp/report/rc/policy_research/public_report/koukai_130423/（令
和2（2020）年1月20日取得）

謝辞

本研究を進めるにあたり、多くの方々に御協力をいただきました。
 研究員一同、心から感謝申し上げます。

(敬称略・順不同)

氏名	所属等
久保 真人	川崎市健康福祉局地域包括ケア推進室 課長補佐
五井渕 利明	特定非営利活動法人 CR ファクトリー 副理事長
前野 隆司	慶応義塾大学大学院システムデザイン・マネジメント研究科 教授 ウェルビーイングリサーチセンター長
柴田 範子	特定非営利活動法人楽 理事長
宮川 崇	宮城県東松島市 市民生活部税務課班長
高田 欽弥	社会福祉法人東松島市社会福祉協議会 東松島市東部地域包括支援センター 所長
本田 栄子	社会福祉法人東松島市社会福祉協議会 生活支援コーディネーター
福井 大輔	株式会社未来企画 代表取締役
岡部 兼芳	社会福祉法人安積愛育園 はじまりの美術館館長
松岡 洋子	東京家政大学人文学部教育福祉学科 准教授
加賀妻 浩二	社会福祉法人中川徳生会 川崎市委託事業統括
小笠原 加代子	社会福祉法人中川徳生会 市営南平住宅シルバーハウジング生活援助員 (LSA)
ソーレン ウィンデル	オーデンセ市 副市長
ティナ ヒューゴム ネヴァース	オーデンセ市役所
クヌド アンダーソン	オーデンセ市役所
モモヨ ヤーンセン	ノーフェンスホイスコーレ短期研修部代表
ベア	コペンハーゲン市役所
ビアギッラ	コペンハーゲン市役所
リタ	ゲルステッド高齢者センター 所長
ベアギッテ	ゲルステッド高齢者センター リーダー
ピーターセン 沢田 由希子	通訳
ウィンザー 庸子	通訳

おわりに

本年度の政策課題研究では、「新たなコミュニティケアの展開～超高齢社会の地域包括ケアシステムの構築～」という研究テーマのもと、5名の研究員が集まり、令和元（2019）年6月から研究活動を行ってきました。集まったメンバーは職場も経歴も異なるため、「コミュニティケア」や「地域包括ケアシステム」に関する知識にも個人差があり、何を研究していけばいいのか、手探りの状態からのスタートでした。

全国的に高齢化が進む中で、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた様々な取組が進められていますが、「ケア」と聞くと、どうしても「介護・医療」「高齢」「障害」といった分野だけの話かと考えてしまいます。しかし、研究を進める中で、子どもや学生、社会人なども貴重な地域の担い手として「コミュニティケア」の重要な柱であることが分かってきました。これはまさに、本市の「地域包括ケアシステム推進ビジョン」がすべての地域住民を対象としていることに結びつきます。自分自身が地域と関わりを持つことの重要性を感じるとともに、それが地域の誰かのためになるかもしれないという期待感が湧いてきました。

有識者等へのヒアリングや国内外の視察においては、様々な立場の方の声を聞き、多くの取組をこの目で見ることで、人と人のつながりの重要性や、住み慣れた地域で暮らし続けることができる豊かさをより強く感じ、「こんなまちにしたい」「こんな暮らしがしたい」という具体的な考えや構想が生まれてきました。

提言の考察においては、幅の広い壮大なテーマに対応する切り口を模索しながら、文献調査や視察から得られた知見を、何度も議論を重ねて整理しました。限られた時間の中で、情報収集や調査研究が十分に行えなかった部分もありますが、本研究が川崎市の施策に少しでも生かされ、川崎市に暮らす方々が、自分らしく、幸せに暮らし続けていくことができる地域づくりの一助となれば幸いです。

1年足らずという短い研究期間ではありましたが、多くの方々の御協力を得ながら研究活動を進め、本報告書の完成に至りました。こうした活動を通して、本市職員として非常に貴重な経験をすることができました。本研究にあたり、御協力をいただいた皆さま、支えてくださった職場の皆さま、事務局の皆さまに、研究員一同、心から感謝申し上げます。ありがとうございました。

令和元年度政策課題研究員

健康福祉局地域包括ケア推進室	中村 泰斗
環境局生活環境部収集計画課	阿久津 匠
市民文化局コミュニティ推進部協働・連携推進課	寺林 将克
こども未来局青少年支援室	鈴木 雄介
幸区役所地域みまもり支援センター地域ケア推進課	猪川 奏美

令和元年度政策課題研究報告書

新たなコミュニティケアの展開
～超高齢社会の地域包括ケアシステムの構築～

令和2（2020）年3月

発行 川崎市総務企画局都市政策部広域行政・地方分権担当
〒210-8577 川崎市川崎区宮本町1番地
TEL 044-200-0386 FAX 044-200-3798
定価 477円＋税

Colors, Future!

いろいろって、未来。

多様性は、あたたかさ。多様性は、可能性。

川崎は、1色ではありません。

あかるく。あざやかに。重なり合う。

明日は、何色の川崎と出会おう。

次の100年へ向けて。

あたらしい川崎を生み出していこう。



川崎市