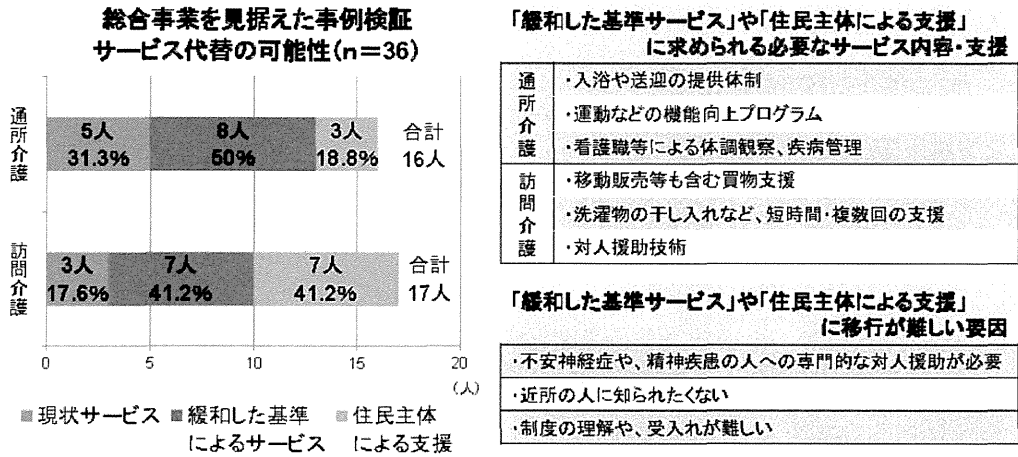


1.介護予防・生活支援サービス事業の検討 2)総合事業を見据えた事例検証

○要支援者36人の事例検証を行ったところ、通所型サービスの代替可能性は、68.8%が移行の可能性あり。訪問型サービスの代替可能性は、82.4%が移行の可能性ありとなった。
 ○「緩和した基準サービス」「住民主体による支援」では、必要なサービス内容・支援、移行しにくい要因を考慮し、体制整備を進めていく必要がある。



2

新しい総合事業への移行に向けたスケジュール(案)

		移行準備	サービス基盤の整備	被保険者への周知
平成27年度	4月		事業者への説明等	
		サービス類型の設定と基準・単価の検討		
		生活支援サービスの検討		
		チェックリスト活用方法の検討		
		近隣市町村との調整・会議		
平成28年度	4月	ケア方針検討会(仮称)の運営準備		
		サービス基準・単価の設定(要綱制定)		
		各利用サービスの利用料決定(要綱制定)		
		ケアプラン様式の決定	事業者への説明等	市民への周知・啓発等
		ケア方針検討会(仮称)の開催		現行予防給付対象者への制度改正通知
平成29年度	4月	総合事業の実施		
	3月	総合事業への移行完了		

4

(資料5) 在宅医療

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ。
- 可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市町村が、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 一部を都市医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することができる。
- 都道府県・保健所が、市町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施の手引き書や事例集の作成等により支援。都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目

- （ア）地域の医療・介護サービス資源の把握
- （イ）在宅医療・介護連携の課題と抽出の対応の協議
- （ウ）在宅医療・介護連携に関する相談の受付等
- （エ）在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援
- （オ）在宅医療・介護関係者の研修
- （カ）24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築
- （キ）地域住民への普及啓発
- （ク）二次医療圏内・関係市町村の連携

367

3

富田林医師会・富田林市の取り組み（参考）

○事業項目

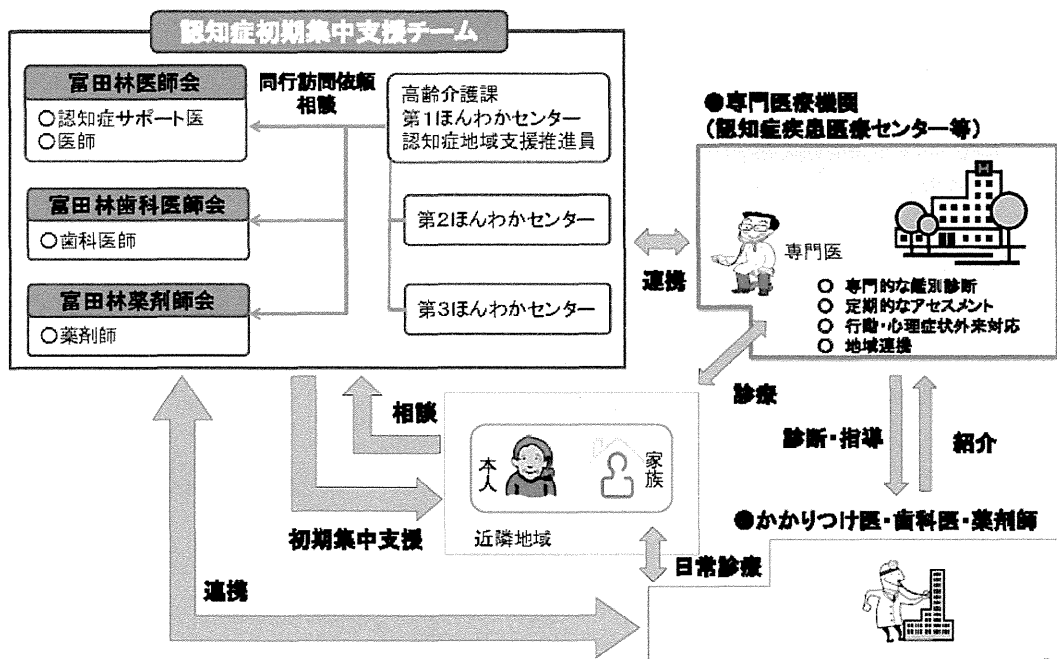
- （ア）地域の医療・介護サービス資源の把握
 - 地域資源情報冊子（平成24年度Vol. 2作成、平成26年度Vol. 3作成予定）
- （イ）在宅医療・介護連携の課題と抽出の対応の協議
 - 三師会・ほんわかセンター連絡会議
 - 医療・介護ネットワーク推進会議
- （ウ）在宅医療・介護連携に関する相談の受付等
 - 地域包括支援ネットワーク推進事業（H25.10～H26.3、平成26年度 委託契約）
- （エ）在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援
 - 笑顔れんらく帳、もの忘れ相談連絡箋の作成
- （オ）在宅医療・介護関係者の研修
 - 認知症対応力向上研修（三師会・介護従事者対象、一般病院勤務従事者対象）
 - けあまねっと・全体会、けあまねっと・事例研究会
- （カ）24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築
 - 強化型在宅療養支援診療所・病院連携
- （キ）地域住民への普及啓発
 - とんだばやし認知症市民フォーラム
- （ク）二次医療圏内・関係市町村の連携

4

富田林市における認知症施策の推進・方向性	
第2次富田林市認知症対策5か年計画「MEET★富田林 推進プラン」(平成25年～平成29年度)	
計画の趣旨	(1) オレンジプランの策定を踏まえ、地域の実情・特性に応じて、地域の関係機関・団体と協働のもと、認知症施策を推進するための指針とする
	(2) 地域包括ケアシステムの構築を見据え、「医療」「介護」「地域」の各領域の事業が有機的・包括的に機能できるよう段階的に事業を推進する
	(3) 若年性を含む認知症者の早期発見・対応のシステム構築と地域社会に参画できる環境づくり
	(4) 「地域包括支援センターの設置運営について」(厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知)に位置付けられる多職種協働による“地域ケア会議”を推進する
事項	5か年計画での取り組み・目標
○標準的な認知症ケアパスの作成・普及 ※ 「認知症ケアパス」(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)	第6期以降の介護保険事業計画に反映
○「認知症初期集中支援チーム」の設置 ※ 認知症の早期から家庭訪問を行い、認知症の人のアセスメントや、家族の支援などを行うチーム	平成25年10月から認知症初期集中支援チームを設置
○早期診断等を担う医療機関の数	認知症の早期発見・対応の支援体制、チームアプローチを推進する
○かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	平成22年度から実施。毎年継続し、すべての三師会会員の受講を目指す
○認知症サポート医養成研修の受講者数	認知症サポート医 2名
○「地域ケア会議」の普及・定着	地域ケア会議が定着し、5つの機能の充実を図る
○認知症地域支援推進員の人数	平成23年度から高齢介護課に配置
○認知症サポーターの人数	平成29年度末に人口の7%の認知症サポーターを養成

3

富田林市における「認知症初期集中支援」体制図



4

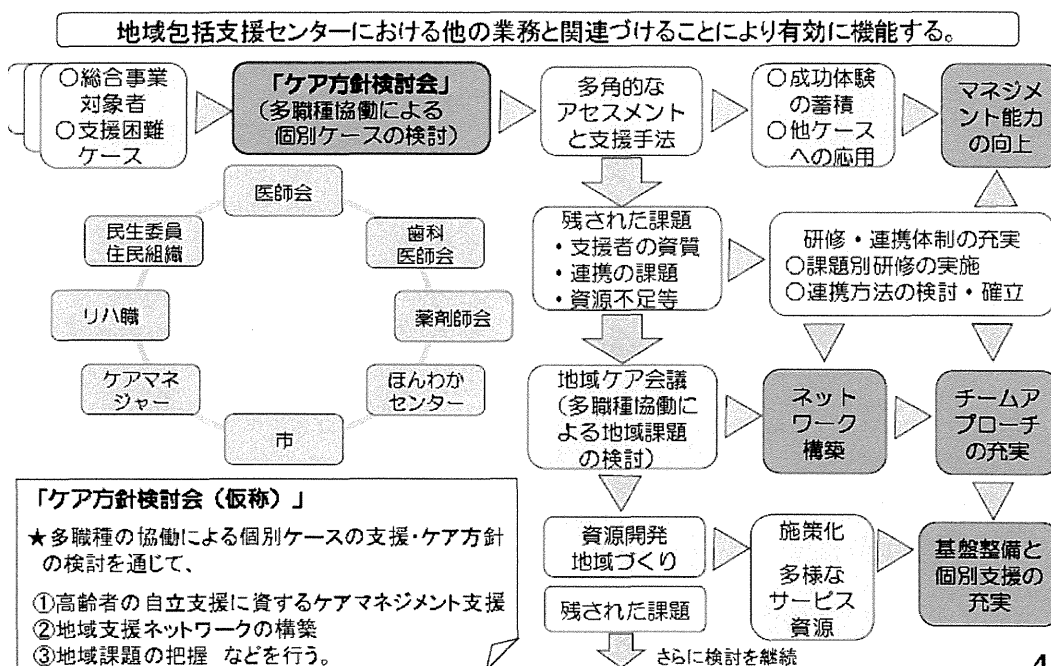
富田林市における「地域ケア会議」の機能を有する取り組み

会議等	地域ケア会議機能	個別課題解決機能	ネットワーク構築機能	地域課題発見機能	地域づくり資源開発機能	政策形成機能
ア、個別ケース会議		○	○	○		
イ、けあまねっと・事例研究会		○	○	○		
ウ、富田林市高齢者虐待防止連絡会		○	○	○		
エ、けあまねっと・全体会			○	○	○	
オ、医療・介護ネットワーク推進会議			○	○	○	
カ、富田林市包括ケア会議 認知症サポート医・ほんわかセンター会議			○	○	○	
キ、富田林市包括ケア会議 地域支援構築検討会			○	○	○	
ク、富田林市包括ケア会議 三師会・ほんわかセンター連絡会議			○	○	○	○
ケ、富田林市包括ケア会議 管理者総会			○	○	○	○

→ 既存の会議を活用することにより、徐々に5つの機能の充実を図る。
 ・多職種による多様な視点から、検討内容をより有意義なものにする。

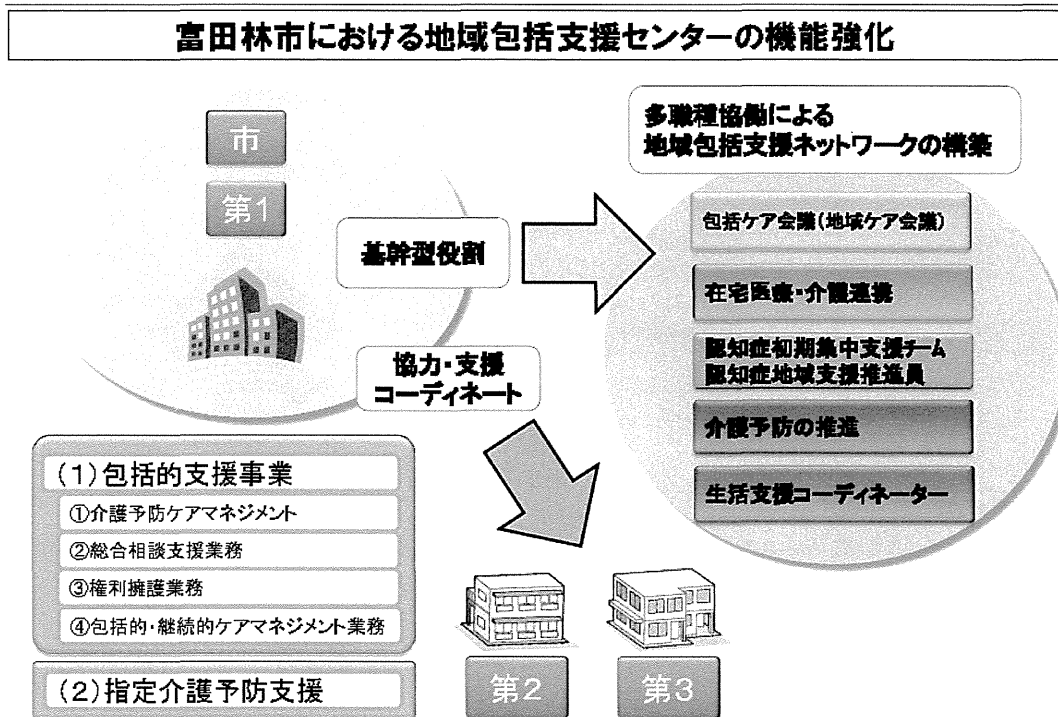
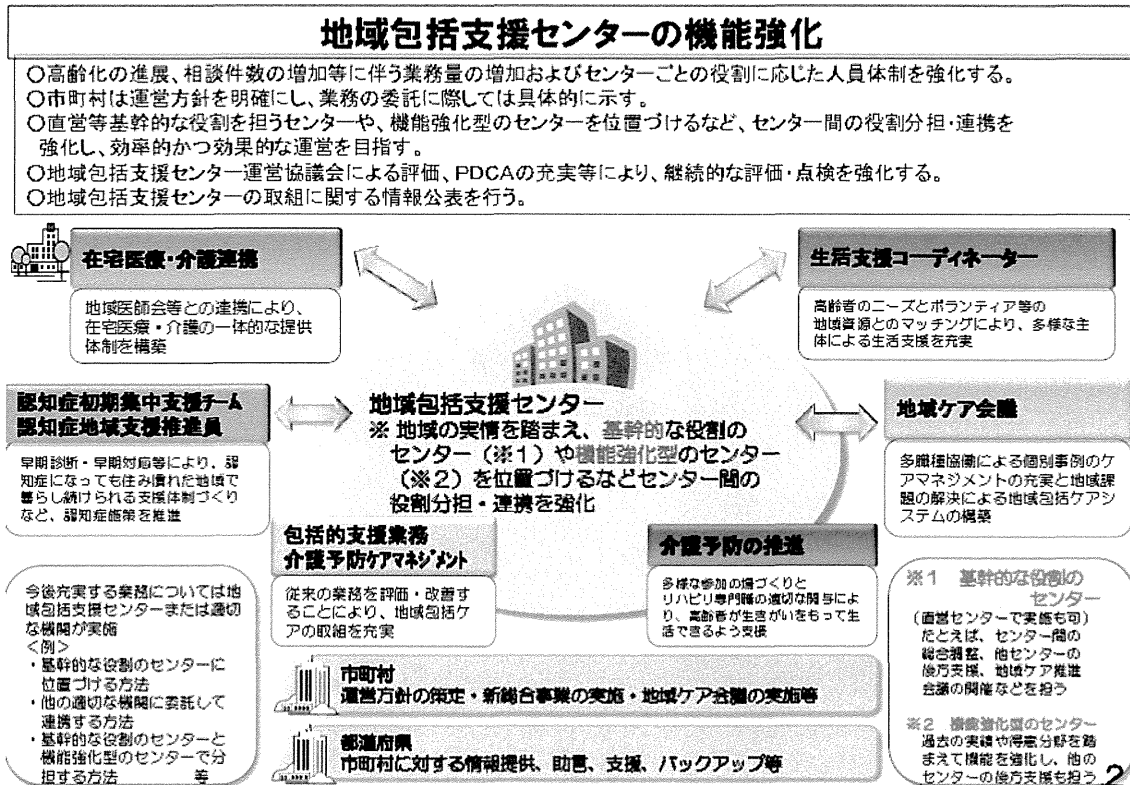
3

多職種が参画する「ケア方針検討会(仮称)」(案)



4

(資料 8) 地域包括支援センターの機能強化



(資料9) 日常生活圏域の設定について

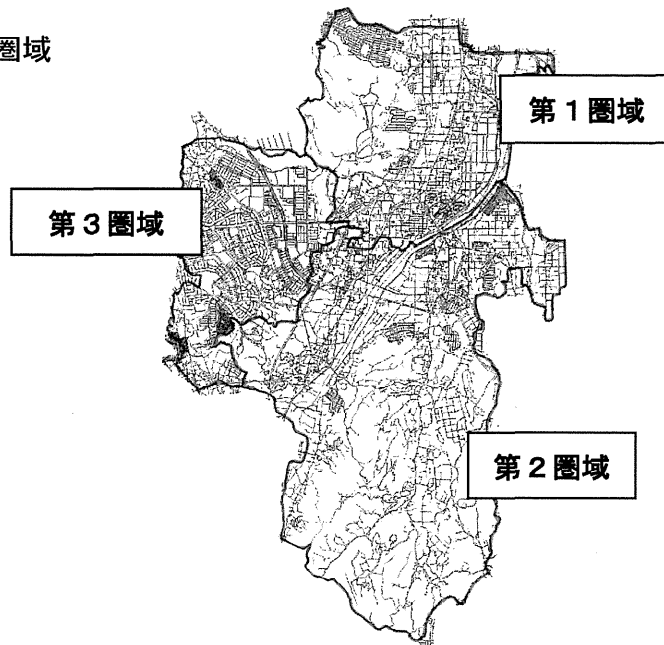
日常生活圏域の設定

● 日常生活圏域とは

高齢者が住み慣れた地域で適切なサービスを受けながら生活を継続できるよう、地理的条件、人口、交通事情等の社会的条件、介護サービスを提供するための施設の整備状況などを総合的に勘案し、地域の特性に応じて市域を区分したものです。

本市では、中学校区を基本単位として設定した3つの日常生活圏域を継承し、地域包括支援センター（ほんわかセンター）を中心に、圏域内の様々な社会資源の連携による地域包括ケアの体制構築に努めてきました。

図 日常生活圏域



	担当中学校区	ほんわかセンター	高齢者数 (高齢化率)	
			H17.10.1	H26.9.30
第1圏域	喜志中、第一中	市役所高齢介護課	6,899人 (19.2%)	8,810人 (26.7%)
第2圏域	第二中、第三中	富田林市社会福祉協議会 (かがりの郷内)	6,769人 (19.0%)	9,244人 (29.0%)
第3圏域	藤陽中、明治池中 葛城中、金剛中	富田林市福祉公社 (けあばる内)	8,048人 (15.2%)	12,128人 (23.7%)

● 日常生活圏域設定の妥当性

今後ますます高齢者人口が増加することが見込まれる中、将来も現在の圏域設定を維持するのか、見直す必要があるのか、第6期計画期間中に検討が必要ではないか。

2) 第4回目(2014年12月25日)

次頁の議事次第に従って、委員会を遂行した。

(1) 市が準備した資料の内容

事前打合せを経て、最終的に市が準備した資料は、以下の通り。

資料1：重点施策の第5期実績と第6期計画素案

資料2：富田林市高齢者保健福祉計画及び第6期介護保険事業計画(素案)

資料3：介護サービス量等の見込み

資料4：パブリックコメント実施要領

第4回 富田林市高齢者保健福祉計画等推進委員会

平成26年12月25日(水) 13:30～15:15

富田林市消防署4階視聴覚室

1. 重点施策の第5期実績と第6期計画素案について 事務局より説明

①地域包括支援センターの機能の強化と地域ケア会議の充実・・・・・・・・資料1-1

ア) 市町村と地域包括支援センターの連携強化

イ) 地域包括支援センターの職員の確保と資質の向上

ウ) 地域ケア会議の開催とケアマネジメント力の向上

②医療・介護連携の推進・・・・・・・・資料1-2

ア) 在宅医療の充実

イ) 医療と介護の連携強化

③地域における自立した日常生活の支援・・・・・・・・資料1-3

ア) 新しい介護予防・日常生活総合事業の実施

④認知症高齢者支援策の充実（オレンジプランの推進）・・・・・・・・資料1-4

ア) 認知症ケアパスの作成の推進

イ) 医療との連携、認知症への早期対応の推進

ウ) 認知症に対する理解の促進と支援体制の構築

⑤介護予防と健康づくりの推進・・・・・・・・資料1-5

ア) 新しい介護予防事業の推進

2. 第6期計画素案の概要について・・・・・・・・資料2

事務局より説明 承認を得る

3. 介護サービス量等の見込みについて・・・・・・・・資料3

事務局より整備の方向性（案）を説明 地域密着型を中心に整備

承認を得る

4. パブリックコメントの実施について・・・・・・・・資料4

事務局より説明 期間：平成27年1月8日～27日

5. その他

(資料)

1. 重点施策の第5期実績と第6期計画素案

2. 富田林市高齢者保健福祉計画及び第6期介護保険事業計画（素案）

3. 介護サービス量等の見込み

4. パブリックコメント実施要領

2) 第5回目(2015年2月6日)

次頁の議事次第に従って、委員会を遂行した。

(1) 市が準備した資料の内容

事前打合せを経て、最終的に市が準備した資料は、以下の通り。

資料1：パブリックコメントの募集結果について

資料2：富田林市高齢者保健福祉計画及び第6期介護保険事業計画(素案)
の修正・追加箇所

資料3：富田林市高齢者保健福祉計画及び第6期介護保険事業計画【案】
〔概要版〕

資料4：第6期介護保険料(案)

資料5：認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)～認知症高齢者等
にやさしい地域づくりに向けて～の概要(追加資料)

第5回 富田林市高齢者保健福祉計画等推進委員会

平成27年2月6日(水) 13:30～15:30

富田林市役所 3階庁議室

1. パブリックコメントの募集結果について・・・資料1
事務局より説明 結果：24通（ファックス22通、電子メール2通）
39件（今回のパブリックコメントの対象となる案件
18件）
2. 第6期計画（素案）の修正・追加について・・・資料2、資料5
事務局より説明
3. 第6期計画（案）の概要について・・・資料3
事務局より説明
4. 第6期介護保険料（案）について・・・資料4
事務局より説明
5. その他 今後について 事務局より、市議会にかけて確定すると説明

(資料)

1. パブリックコメントの募集結果について
2. 富田林市高齢者保健福祉計画及び第6期介護保険事業計画（素案）の修正・追加箇所
3. 富田林市高齢者保健福祉計画及び第6期介護保険事業計画【案】〔概要版〕
4. 第6期介護保険料（案）
5. (追加資料) 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～の概要

D. 考察および E. 結論

本年度、策定委員会の運営支援を通じてわかった事実から、①計画策定者は、例えば、ワークシートの全体像（構成、パーツの相互の関連性など）を理解せずに、細部から詰めに入るため、与えられた課題（ワークシートを埋める）をこなすといった仕事のパターンになっているのではないか、②与えられたことをこなすパターンになっているため、何を分析したいのかと聞かれても、抽象的な受け答えしか出来ないことが多いのではないか、③市町村が有するデータ（例：認定・給付データ）などを使えば、認知症高齢者の有病率は計算できるが、自分らが有するデータと分析したいことの間が思考としてつながっていないのではないかと考えられた。

今回のような、市町村職員が分析したいことを丁寧に専門家が引き出し、その具体化の方法（どこからそのデータをとってくるか、どんな分析をすればよいか）を助言するといった伴走型支援が、市町村職員の考える力、データを分析する力をつけるためには有効な方法と考えた。

F. 研究発表

1. 論文発表：なし
2. 学会発表：なし

G. 知的所有権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

【在宅医療の実施状況調査—診療所調査—】

調査票Ⅰ．在宅医療（往診または訪問診療）の実施状況／実施体制調査

- ※1. 「往診」とは緊急時の訪問、「訪問診療」とは計画的かつ定期的な訪問のことです。
 ※2. 該当番号に○、または（ ）内に数字や市区町村名などをご記入下さい。

Q1. 貴院の所在市町村の名称	<input type="checkbox"/> 富田林市（大字（ ）町（ ）台） <input type="checkbox"/> 河南町 <input type="checkbox"/> 太子町 <input type="checkbox"/> 千早赤阪村
Q2. 病床の有無	1. 無床 2. 有床
Q3. 医師数（常勤、非常勤の合計）	計（ ）名、うち常勤（ ）名
Q4. 主たる診療科（1つ）	（ ）科
Q5. 医療機関からの訪問看護	1. なし 2. あり
Q6. 在宅療養支援診療所の届出	1. なし（今後届け出を行う予定はない） 2. なし（今後届け出をしたいと考えている） 3. あり（強化型（機能・連携）を届け出） 4. あり（強化型は届け出ていない）
Q7. 訪問診療・往診の実施状況 （※現在の状況に最も近い番号に○を付けて下さい）	1. 往診、訪問診療のいずれも行っていない 2. 訪問診療は行なわないが、往診は行う場合がある 3. 往診は行わないが、訪問診療は行っている 4. 訪問診療を行っており、必要時は往診も行う
Q8. 11月中の往診料の算定の有無と件数	1. なし 2. あり（ ）件
Q9. 11月中の訪問診療料の算定の有無と件数	1. なし 2. あり（ ）件
Q10. 24時間の連絡・訪問対応の実施体制	1. 24時間の電話、訪問のいずれの対応もしていない 2. 電話での対応は行っているが、訪問は行っていない 3. 電話でも訪問でも24時間の対応が可能
Q11. 在宅での看取りの経験の有無と11月の看取り件数	1. なし 2. あり（11月の看取り：_____件）
Q12. 在宅での看取りを依頼された場合の対応	1. 依頼されたことはない 2. ほとんどの場合、依頼を断っている 3. 受け入れ可能な場合は受け入れている 4. 依頼があればほぼ全て受け入れている
Q13. 後方病院（入院先）の確保	1. 全く問題なし 2. あまり問題なし 3. やや大変 4. 非常に大変 5. 入院が必要となるケースは（ほとんど）ない
Q14. 同一法人または系列法人での各種事業の実施状況 （複数回答）	1. 居宅介護支援(ケアマネジメント) 2. 訪問看護 3. 訪問リハ 4. 通所リハ 5. 訪問介護 6. 通所介護 7. 高齢者向け賃貸住宅 8. 有料老人ホーム 9. 認知症グループホーム 10. 老健 11.特養

- ※1. 11月中に往診または訪問診療を実施されなかった先生は本調査票のみ返送下さい。
 ※2. 11月中に往診または訪問診療を実施された先生は、調査票Ⅱもご回答下さい。

調査票Ⅱ. 在宅医療（往診または訪問診療）受給者調査（※調査対象：訪問診療料をレセプト請求された方で、かつ、富田林市在住の方）。

※1. 11 月中に往診または訪問診療（定期訪問）を行って、訪問診療料を算定した、富田林市在住の患者さんについてご回答下さい。

※2. 11 月に 31 名以上の在宅医療の患者さんがいた場合は、月初めから数えて 30 名までの方についてご回答下さい（全員分ご記入頂いても結構です）。

（記載例は、寺池台の UR 住宅に住んでいる 88 歳の脳血管障害を有する男性に対して、月 2 回の訪問診療を行ったケースの場合です）

利用者番号	利用者の年齢	性別	家族主介護者 (1つ)	主傷病 (複数回答)		処置 (複数回答)	要介護度	訪問診療と往診	訪問看護	患者さんの住所地	住宅の種類	ケアマネとの連携
	1.39 歳以下 2.40-64 歳 3.65-74 歳 4.75-84 歳 5.85-94 歳 6.95 歳以上 7.不明			1.脳血管障害 2.がん(末期) 3.がん(末期以外) 4.認知症 5.呼吸器疾患 6.心不全 7.消化器疾患 8.骨折・関節症	9.神経難病 10.腎不全 11.肝不全 12.嚥下障害 13.その他 ※その他の場合は具体名を記入	1.経管栄養 2.褥瘡 3.酸素療法 4.介-刑管理 5.透析 6.吸引 7.その他 8.処置なし	1.認定なし 2.支援 1-2 3.要介護 1 4.要介護 2 5.要介護 3 6.要介護 4 7.要介護 5 8.不明	11 月中の訪問診療または往診の合計回数を数字で記入	11 月中の回数を数字で記入。なかった場合は“0”を記入。	(記入方法) 大字○○、○○町、○○台の名称を記入下さい。	1.一戸建て 2.集合住宅(UR・民間) 3.集合住宅(府営・市営) 4.サービス付き高齢者住宅 5.有料老人ホーム 6.ケアハウス 7.その他	1.非常に良好 2.まあまあ良好 3.あまり良好でない 4.全く良好でない 5.面識がない
例	5	1	1	1・12	2・6	5	2 回	2 回	寺池台	2	2	
1							___回	___回				
2							___回	___回				
3							___回	___回				
4							___回	___回				
5							___回	___回				
6							___回	___回				
7							___回	___回				
8							___回	___回				

アンケートは以上です。ご協力有難うございました（※9 人以上の場合は、2 枚目も記入下さい）。

調査票Ⅰ：居宅介護支援事業所調査票

貴事業所の、現在の運営状況について伺います。
以下の質問について、名称や数字を記入、または該当する数字に○をお付け下さい。
なお、本調査票は、事業所の管理者の方がご記入下さい。

※1:本調査票が配布された時点の状況について、ご記入下さい。

事業所の名称 及び連絡先	TEL (- -), FAX (- -)
事業所所在地	
管理者氏名	
設立法人	1.社会福祉法人 2.社会福祉協議会 3.医療法人・社会医療法人 4.株式・有限会社 5.NPO 法人 6.社団・財団法人 7.その他 ()
事業開始年月	平成 () 年 () 月
併設の状況 (該当事業全てに○)	(同一法人又は実質的同一経営者が運営している事業) 1.特養 2.老健 3.病院 4.診療所 5.訪問リハ 6.訪問看護ステーション(リハ職配置あり) 7.訪問看護ステーション(リハ職配置なし) 8.通所リハ 9.通所介護(リハ職配置あり) 10.通所介護(リハ職配置なし) 11.1~10の事業は行っていない
併設の病院や診療所 による緊急時往診の 実施体制	※病院または診療所を併設している場合のみご回答下さい。 (夜間の緊急時往診) 1.対応可能 2.対応していない
併設の 訪問看護ステーションに よる緊急時体制	※訪問看護ステーションを併設している場合のみご回答下さい。 (24時間緊急時電話対応) 1.対応可能 2.対応していない (24時間緊急時訪問対応) 1.対応可能 2.対応していない
常勤／非常勤別 介護支援専門員数	※非常勤者数は実人数を記入下さい(常勤換算する必要はありません)。 計 () 名 (うち常勤 () 名、非常勤 () 名)
ケアプラン作成件数	() 名 ※11月の請求件数を記入下さい。
特定事業所加算 の算定状況	1. 特定事業所加算 (Ⅰ) を算定している 2. 特定事業所加算 (Ⅱ) を算定している 3. 算定していない

事業所に関するアンケートは以上です。ご協力、有難うございました。

■調査票Ⅱ. 訪問診療受給者調査 (※11月にケアプランを作成したケアマネ1人につき1枚記入下さい)

総数と支援1～介護5の合計が一致しているか、確認下さい。

【問1】あなたが担当していた11月の利用者の要介護度別人数を回答下さい。

	要支援1・2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	総数
要介護度別利用者数	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人	_____人

【問2】あなたの基礎資格を回答下さい(複数回答)。

社会福祉士 介護福祉士 訪問介護員 看護職 リハ職 薬剤師 歯科衛生士 栄養士 その他 ()

【問3】問1の利用者のうち、11月に「医師による訪問診療」を受けた利用者数は何人ですか？

() 人

※問3で、「1人以上」と回答された方は、下記表に各利用者に関する情報を記入下さい。どの利用者から書かれても結構です。人数分を記載下さい。

(記載例は、第3圏域のUR住宅に住んでいる88歳の脳血管障害を有する男性に対して、〇〇医院の医師が月2回の訪問診療を行ったケースの場合です)

利用者番号	圏域番号	利用者の年齢	性別	家族主介護者(1つ)	主傷病(複数回答)		処置(複数回答)	要介護度	訪問診療	訪問看護	住宅の種類	訪問医師の医療機関
	日常生活圏域1-3の番号を記入	1.65歳未満 2.65-74歳 3.75-84歳 4.85-94歳 5.95歳以上 6.不明	1.男 2.女	1.配偶者 2.子 3.子の配偶者 4.孫 5.兄弟・姉妹 6.その他家族 7.なし	1.脳血管障害 2.がん(末期) 3.がん(末期以外) 4.認知症 5.呼吸器疾患 6.心不全 7.消化器疾患	8.骨折・関節症 9.神経難病 10.腎不全 11.肝不全 12.嚥下障害 13.その他 その他の場合は具 体名を記入	1.経管栄養 2.褥瘡 3.酸素療法 4.カテーテル管理 5.透析 6.吸引 7.その他 8.処置なし	1.支援1-2 2.要介護1 3.要介護2 4.要介護3 5.要介護4 6.要介護5	11月中の回数を数字で記入	11月中の回数を数字で記入。なかった場合は"0"を記入。	1.一戸建て 2.集合住宅(UR・民間) 3.集合住宅(府営・市営) 4.サービス付き高齢者住宅 5.有料老人ホーム 6.ケアハウス 7.その他	※複数の医療機関の医師(歯科医師は除く)が訪問した場合は、それぞれの医療機関名を記入。(病院名または診療所の名称)
例	3	4	1	1	1・12		2・6	5	2回	2回	2	〇〇医院
1									__回	__回		
2									__回	__回		
3									__回	__回		
4									__回	__回		
5									__回	__回		
6									__回	__回		
7									__回	__回		

アンケートは以上です。ご協力有難うございました(※8人以上の場合は、裏面も記入下さい)。

(資料4)

高齢者の雇用・社会参画を捉える構図

－高浜市の事例から－

研究協力者 小野 太一 (国立社会保障・人口問題研究所 部長)

A. 目的

個々の自治体で地域特性に応じた地域包括ケアシステムを適切に構築していくためには、介護保険の第1号被保険者の年齢層の高齢者が、介護サービス等の客体として受け身で地域包括ケアに関わるだけではなく、サービスの提供者として積極的に参画することが求められている。そのことは高齢者自身の健康や生きがいづくりにとってプラスとなるだけでなく、今後急速に若年労働者の減少が見込まれ、介護サービス等の担い手不足が現実の問題として現出している地域においては、働き手の観点からもプラスに作用する。特に高齢化と人口減少が急速に進行する地域～地方だけでなく、都市部においても～では、高齢者の積極的な参画が介護保険、地域包括ケアの実現のためにある意味「あて」にされていると言っても過言ではないだろう。

本稿では、まず、高齢者の雇用・社会参画に関して捉える上での基本的な構図をまず提起し、次いでヒアリングを行った愛知県高浜市における「健康自生地」の取組を紹介し、若干の考察を加えた上で、もって来年度以降の地域マネジメント支援方法の確立及び人材育成プログラムの開発と継続支援体制の検証に資することを目的とする。

B. 方法

現地調査 (愛知県高浜市 : 2014年12月17日 (水))

文献調査

C. 研究結果

1. 高齢者の雇用・社会参画に関する基本的構図

1. 1. 「第二の居場所」「第三の居場所」

澤岡(2014)は、都市部の企業人(男性)と都市部の専業主婦をモデルに、ライフステージによる生活上の「居場所」の変化についてまとめている¹⁾。「居場所」という用語に関する建築学や心理学分野での議論を引きながら、人生には「第一の居場所」～子どもや親といった血縁に基づく「家庭」、「第二の居場所」～同僚や同級生といった組織的な枠にもとづく「職場や学校」と、個々の興味・関心に基づく「第三の居場所」が存在し、ライフステージ事に個人にとってのその「大きさ」が移り変わるとされている。

本稿の関心の中心である中高年～老年期については、まず企業人(男性)は、成人期には「第二の居場所」である職場が人生のほぼ全てを占めていたのが、引退したという前提での前期高齢期(自立)においてはそれが失われ、「第一の居場所」の家庭の大きさは変わ

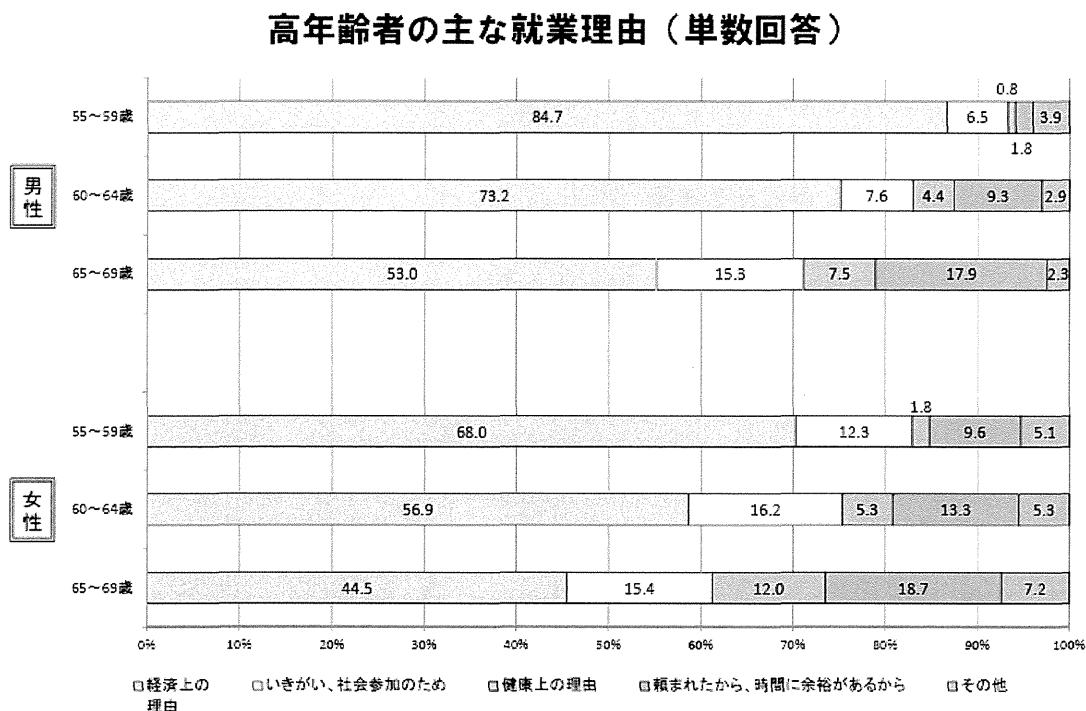
らないが、成人期に極小だった「第三の居場所」が乏しい場合には「濡れ落ち葉」「わしも族」というように表現される、居場所に乏しい老後が待っていると指摘している。一方で専業主婦（女性）は、成人期においていったんは男性と同じように職場が人生のほぼ全てをしめるがその段階でも「第三の居場所」はそれなりに大きく、結婚して専業主婦になり、子育て期には「第一の居場所」の家庭が相当な比重を占めるようになり、「第三の居場所」もそれなりに大きくなるが「社会と没交渉」「育児ノイローゼ」が懸念されるようになる。その後子どもが成人した頃（成人～前期高齢期）には「第一の居場所」の家庭の大きさが小さくなり、「第三の居場所」を有する場合にはその姿はますます多様になるが、それが無い場合には「空の巣症候群」に陥る懸念があると指摘している¹⁾。

このように老年期においては「第三の居場所」（「居場所」の具体例は脚注1参照）が豊かなものであるかどうかが生生活の質を相当左右することになる。前期高齢期における要介護認定率は14%、65歳以上計でも18%に過ぎず（平成24年11月現在）ⁱⁱ⁾、高齢者にとり、「第三の居場所」の有無、またその充実度は、生活の質を相当左右するものであると考えられる。

一方で、企業人男性にとって「第二の居場所」とされた「職場」が、実は多くの者にとって実際には同僚との交流や生きがいを見出す場にもなっていることから想起されるように、高齢者にとっても「第三の居場所」と「第二の居場所」の境界は曖昧であろう。高齢者の就業理由としては、公的年金との関係もあるが、男性女性とも、年齢を重ねるごとに「経済上の理由」が減り、「いきがい、社会参加のため」「健康上の理由」「頼まれたから、時間に余裕があるから」などの選択肢が増える傾向にある（図1）。その一方で、高年齢者の就業率は諸外国に比べても高い（図2）ことから、わが国の高齢者は、特に一定の公的年金給付や資産等がある場合には、高齢者自身が「就業」の意義や価値として、経済上のものに留まらないものを見だし、参加している場合も多いのではと考えられる。

1) ここでの企業人男性の「第三の居場所」は、現役時代には「学生時代の付き合い」、「趣味」の2つが例示されていたのが、高齢期での例示では「学生時代や元同僚との付き合い」「OB会」「趣味・サークル」「生涯学習」「地域活動」「ボランティア」「NPO」「CB（コミュニティビジネス）企業」「シルバー人材センター」「近隣」「よくいくお店など」と広がっている。一方専業主婦の女性の場合「第三の居場所」は、就職期は男性と同じだが、子育て期には「PTAや子供会などの子どもを介したつながり」が加わることで男性より大きくなることが示唆され、その後の高齢期での例示は男性と同じようになることが指摘されている。

図 1 高齢者の主な就業理由



（出典：労働政策審議会職業安定分科会高齢者有期雇用特別部会資料（2014. 1. 14））

図 2 高齢者の就業率の国際比較

就業率の国際比較

（％）

		日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	イタリア	スウェーデン	韓国	
就業率 (2012)	男女計	55—59歳	75.4	68.1	70.8	74.9	67.1	57.7	82.0	68.1
		60—64歳	57.7	52.0	45.3	46.5	21.7	22.8	64.4	56.1
		65—69歳	37.1	29.9	19.5	11.1	5.9	8.0	19.5	42.5
	男	55—59歳	88.4	73.0	75.4	80.7	71.0	69.7	84.3	82.5
		60—64歳	71.3	56.8	55.3	54.8	23.7	30.7	68.6	69.8
		65—69歳	46.9	34.7	24.4	14.4	7.1	12.6	24.3	54.4
	女	55—59歳	62.6	63.6	66.3	69.3	63.5	46.3	79.7	53.9
		60—64歳	44.5	47.6	35.8	38.7	19.9	15.4	60.2	43.1
		65—69歳	27.8	25.7	15.0	8.1	4.8	3.8	14.8	32.6

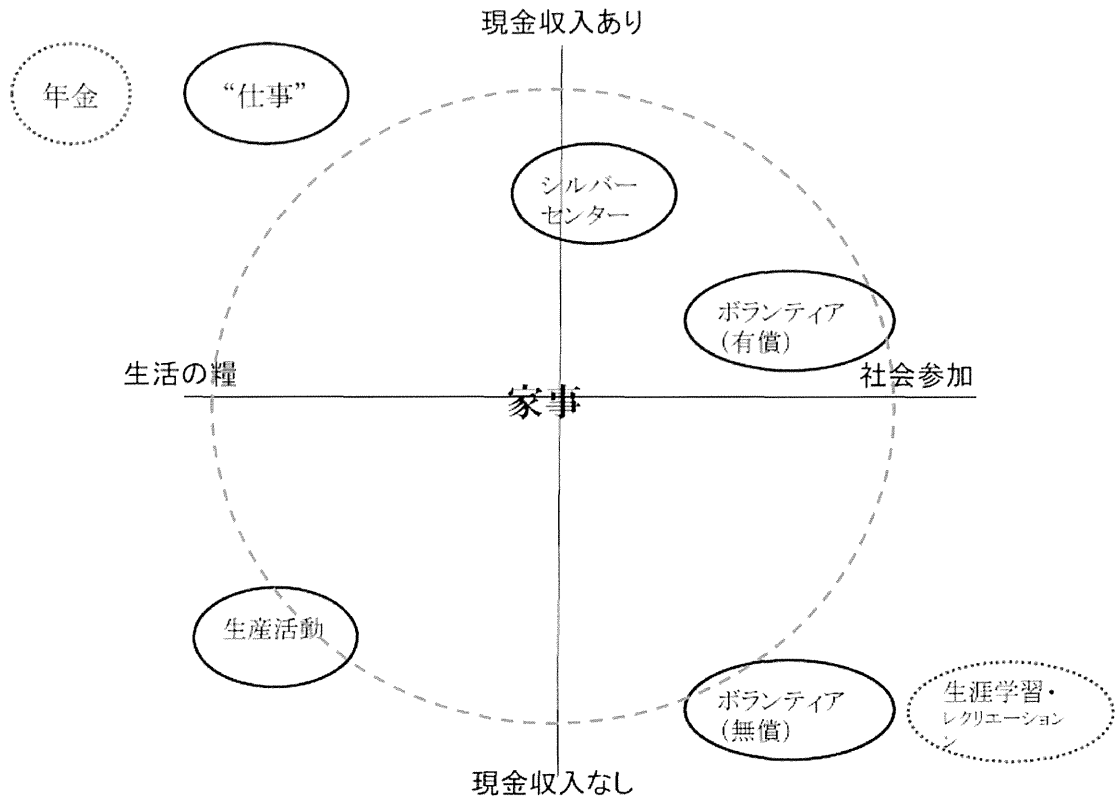
（資料）（独）労働政策研究・研修機構「データブック国際労働比較（2014）」

（出典：社会保障審議会年金部会資料（2014. 10. 1））

1. 2. 高齢者の雇用と社会参加を捉える構図

高齢者の様々な社会参加活動のあり方について考える上で、一般的に「働く」こととして捉えられ得る様々な社会活動について、その主目的、及び現金収入のある、なしという点に着目して構図的に捉えたものとして、図3を提起したい。

図3 高齢者の「働く」を捉える構図



(筆者作成)

この図では、横軸に高齢者が「働く」と自覚する、あるいは客観的にみて「働いている」と捉えうる活動の意義として、「生活の糧を得る」ことと「社会参加」を対比させて置いた。勿論、それぞれの活動は多くの場合両義的であり、単純にこのように置くことは若干乱暴ではあると思われるが、頭の整理のためにあえてこのように置いた。一方で縦軸においては、現金収入の有無を置いた。

まず「働く」の欄外には「年金」－老後の生活を支える現金収入源－と、「生涯学習・レクリエーション」－社会参加活動であるが、「働く」とはいえないもの－を置いている。

左上には「仕事」を置いた。企業人男性の「職場」での活動を典型とするが、主に生活の糧を得るためのものであり、現金収入を伴う。前出の居場所論でいえば「第二の居場所」において専ら営まれるものである。図の右側には、生活の糧を得ることを目的としない「働く」活動として「ボランティア活動」を置いている。有償ボランティアの縦軸の位置がX軸に近いのは「現金収入」の「仕事」と比べた多寡を表現したものである。地域に

における高齢者雇用政策の柱である「シルバー人材センター」が請け負い会員の高齢者が行う受託事業は、いわゆる「生きがい雇用」という位置付けであり²ⁱⁱⁱ、両者の中間ではあるが、「ボランティア活動」寄りに置いている。

左の下であるが、「生活の糧を得る」ためであるが「現金収入」を伴わない活動として、「生産活動」を置いている。これは一般的とは言い難いが、家庭菜園や市民農園といったごく小規模の農作業のようなものをイメージしており、兼業農家が自家分+ α を生産するようなものから、趣味的なものまでを含んでいる。なお、どこの象限の活動をしようとする誰もが必ず行わなければならない「家事」はこの図では原点に置き、グラフ全体を包み込む土俵としてイメージしている³。

² 全国シルバー人材センター協会では、センターについて、「定年退職者などの高年齢者に、そのライフスタイルに合わせた『臨時的かつ短期的又はその他の軽易な就業（その他の軽易な就業とは特別な知識、技能を必要とする就業）』を提供するとともに、ボランティア活動をはじめとする様々な社会参加を通じて、高年齢者の健康で生きがいのある生活の実現と、地域社会の福祉の向上と、活性化に貢献する」もの（下線筆者）と定義している。主に介護分野に関心を寄せる者が多いと思われる読者がイメージを膨らませるために、以下同協会が示す、シルバー人材センターで提供している業務の例を分野別に列記するが、これらと、後述する介護予防・日常生活総合支援事業において高齢者の積極的な参画が期待されている支援サービスとは多くの部分で重なっていると言える。

（技術分野：家庭教師等（略）、技能分野：庭木などの剪定、障子・ふすま・網戸の張替え、大工仕事、ペンキ塗り、衣類のリフォーム、刃物とぎ、門松・しめ縄づくり、事務分野：一般事務等（略）、管理分野：建物管理等（略）、折衝外交分野：販売員・店番等（略）、一般作業分野：除草・草刈り、屋外清掃、屋内清掃、包装・梱包（封入、袋詰めなど）、調理作業（皿洗い、配膳など）、農作業（種まき、水やり、収穫など）、エアコン・換気扇の清掃、チラシ・ビラ配り、荷造・運搬、サービス分野：家事サービス（掃除、洗濯、留守番など）、福祉サービス（身の回りの世話、話相手、介助など）

³ G.で紹介する講義でこの図を板書した際には、「社会参加」を念頭に置いた図であったため中央に「家事」の語は書き入れなかったが、講義のあとで、受講生の方から、「家事」は左下の「生産活動」の箇所（すなわち「現金収入はない」が「生活の糧を得るため」のもの）に入るのではないかと、というご指摘をいただいた。「家事」はある意味、専業主婦（夫）を選んだ者が家庭という「職場」に就職した際に「生活の糧を得るため」に行うものであると理解できるようにも思われるが、筆者としては、この図は「社会参加」を念頭に置いていて、家庭内で完結する「家事」はなじまないように思えたことと、どういう生き方をしていたとしても「家事」は必ずその者の日々の生活についてくるもので、そのことは家庭内では「分業」する一分業の比率はまちまちであると思われるが一性質のものであると思われたため、左下に「家事」は入れなかったところである。澤岡(2014)のコンセプトを借りれば、「家事」は「第一の居場所」で、全ての者がライフコースのすべての時にその場を持ち、家庭という居場所にいる者全ての者が提供すべき労力で担われるものである一方、図3中左は「第二の居場所」、右は「第三の居場所」での活動に近いと理解できる。ただし現役時代の「家事」の経験が、高齢期になってからの自立、また後述の「介護予防地域総合支援事業」の担い手として、「介護予防」活動への能力の提供という形で生きてくることとなり、高齢期で活かすことのできる、若いうちの一つのキャリア形成であると理解することも可能であろう。筆者とは違う視点を提供していただいたことで、このように考えを深めることができた。質問者の方に深く感謝したい。