

skills demonstrations are a key assessment method also in vocational upper secondary education and training. Grades appearing on the certificate are taken from the skills assessment. Learning and skills assessments are kept separate. The qualifications are comprised of units, which are based on working life entities. Vocational skills are specified as practical competences required in working life. Even though a vocational qualification can be completed one unit at a time, the primary goal is to complete the entire qualification.

A new feature in the reform is the possibility for students to choose units from other vocational upper secondary qualifications or polytechnic studies and include them in their own vocational upper secondary qualification. They may also include more units in their required studies. Competence-based qualification candidates have fewer options. All vocational upper secondary qualifications include units that support entrepreneurial skills and promote health, safety, working ability and functional capacity.

SuPer involved in training development

SuPer has been closely involved in preparing the reform in a variety of ways. Arja Niittynen, who served as head of the development unit and then later as Secretary General, has been a member of the quality award for vocational education and training committee for 10 years (four as chair) and a member of the committee for apprenticeship trainers.

SuPer has representatives on the Education Committee for Social Services, in which Soili Nevala serves as chair as well as on the Education Committee for Health Care, in which planner Lena Öhman is a member. These Committees monitor, assess and anticipate the skills needed in working life and launch initiatives for the development of vocational education and training content and, based on this, the development of vocational qualifications.

SuPer also has representatives in all 11 qualification committees or corresponding working groups. There has always been a SuPer member in both the Finnish and Swedish-speaking qualification committee for the Vocational Qualification in Social and Health Care, Practical Nurse.

Campaigns raise the profile of professions and training

SuPer celebrated its 40th anniversary in March 1988. That same year,

Continuing education

"In my opinion, my job (home care service) offers no incentive whatsoever to participate in continuing education. Evidently, all the resources go to just doing the work."

SuPer member comment in a SuPer continuing education survey from 2004.

At the beginning of the 2000s, social and health care still had no binding regulations regarding continuing education. Responsibility for providing continuing education had been transferred to municipalities on 1 March 1991. The (then) National Board on Social and Health Affairs had a mandate to issue guidelines to assist in planning and decision-making. The mandate for providing continuing education for personnel in the field remained unchanged.

Legislative reforms concerning health care entered into force at the beginning of 2004. The reforms concerning social services were gradually introduced the following year. In 2004, KT Local Government Employers issued recommendations on the amendment of legislation pertaining to municipalities and joint municipal authorities and on continuing education. Continuing education applied to all professional groups, both permanent and temporary employees.

Pharmacotherapy

Guidelines concerning pharmacotherapy represented an important milestone. SuPer had a representative in the working group, whose work resulted in the Ministry of Social Affairs and Health publication, "National Guide for Pharmacotherapy in Social and Health Care". This guideline has helped to clarify the organisation of pharmacotherapy, ensure the competence of personnel involved in pharmacotherapy as well as responsibilities, obligations and the division of tasks.

Obstacles to participation

According to a continuing education survey conducted by SuPer in 2004, 15% of its members had never participated in any form of continuing education. This applied particularly to people who had completed their qualifications after 1990. The reason for this was a lack of or a small education budget as well as the fact that substitute employees were not able to engage in any continuing education or no substitute could be found for an employee who had left to take part in continuing education.

SuPer's role as a continuing education provider

In its early days, the Apuhoitajayhdistys (Finnish Association of Enrolled Nurses) had already begun providing its members with continuing education. Since 1949, the Association held lecture days in connection with its annual meeting. The lecture days gained in popularity over the years, and, starting in the 1980s, the Association held its annual study days at Finlandia Hall in Helsinki. The study days event has become an important traditional training event, which has been attended by up to 2,000 members. In recent years, the study days have alternated between Helsinki and Tampere every other year. A separate study days event has been held for Swedish speakers.

【歴史関連で入手したフィンランド語の文献等】

Kuntien keskusjärjestöjen esitys 14.8.1989
Ammatti ja koulutus 4_1990
Neuvottelukutsu 14.6.1990 ja Yhteenveto SOLA-työryhmän muistion lausunnoista 11.6.1990
Muistio_ Sosiaali- ja terveystieteiden koulusta kehitettävien (SOLA-työryhmä) 1990
Lausuntopyyntö työryhmän (SOLA) muistiosta 10.4.1990

【参考文献】※原本がフィンランド語のものは、セルボ貴子氏の訳による。

- i 笹谷春美「フィンランドの高齢者ケア・介護者支援・人材養成の理念とスキル」明石書店(2013)、笹谷春美「第一章 フィンランドにおける介護者の確保育成策」厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)「介護者の確保育成策に関する国際比較研究」平成20年度総括・分担研究報告書(2009)P9-52、笹谷春美「第二章 フィンランドにおける介護者の確保育成策」厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)「介護者の確保育成策に関する国際比較研究」平成19年度総括・分担研究報告書(2008)P43-88、ケアリング研究会「介護人材育成講座 地域包括ケアシステムの実現に向けた諸課題 4(2) 介護人材の質確保 フィンランドにおける専門介護人材の養成教育の展開 ―社会・保健医療ケア共通基礎資格ラヒホイタヤ(practical nurse)の視覚教育について―」『地域ケアリング』Vol13. No.13 (2011)P31-36、Vol14.No.1(2012)P29-39、森川美絵「介護人材の確保育成策―諸外国の経験から―」『保健医療科学』58(2)(2009)、森川美絵「地域包括ケアシステムに必要なとされる人材の考え方―フィンランドの社会・保健医療ケア共通基礎資格ラヒホイタヤを手がかりに―」『保健医療科学』61(2)(2012)、太田貞司「フィンランドのラヒホイタヤケアワーカーの再考―」『神奈川県立保健福祉大学誌』第9巻第1号(2012)
- ii OECD, “OECD Education Outlook 2014”(2014)、Finnish National Board of Education (FNBE)、Ministry of Education and Culture (MOEC)、CIMO (Center for International Mobility), “Finnish VET in a nutshell” (2015)、FNBE 及び MOEC, “Vocational education and training in Finland – Vocational competence, knowledge and skills for working life and further studies” (2010)、OECD “Education Policy Outlook: Finland November 2013”(2013)、Statistics Finland ホームページ (http://www.stat.fi/til/aop/2008/03/aop_2008_03_2009-11-03_tau_003_en.html、2016年2月15日アクセス)、FNBE, “Vocational Qualification in Social and Health Care, Practical Nurse 2010” (2011)、Finnish Nurse Association ホームページ (http://www.nurses.fi/nursing_and_nurse_education_in_f/、2016年2月15日アクセス)、(Association of Kindergarten Teachers in Finland ホームページ (http://www.lastentarha.fi/cs/ltol/public_en、2016年2月15日アクセス))
- iii 森川美絵「第一章 補論 フィンランドにおける看護・医療的行為の職務分担・許可のルール化 ―スタッフ(ラヒホイタヤ Practical Nurse 等)の資格教育との関連で」、厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)「介護者の確保育成策に関する国際比較研究」平成20年度総括・分担研究報告書(2009)P53-78
- iv FNBE, “Inspiring and strengthening the competence-based approach in all VET in Finland – Support materials for implementation (Guidelines for education providers)” (2015)
- v FNBE(2015)P7、FNBE(2011),P177
- vi Taipale-Lehto, Ulla and Bergman, Timo, “Competence and skills needs in services for the elderly”, FNBE (2015)
- vii FNBE, “Education, training and demand for labour in Finland by 2025” (2012)
- viii Koponen, Eija-Leena, “Selvitys hoiva-avustajan koulutuksesta”, Ministry of Employment and Economy (in Finnish)(2014) (「ケアワーカー養成コース調査レポート」)
- ix KELA (フィンランド社会保険庁 (The Social Insurance Institution of Finland)) ホームページ(<http://www.kela.fi/web/en/if-child-is-sick>、2016年2月15日アクセス)
- x OECD, “Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care” (2011)P236
- xi Ministry of Social Affairs and Health, “Characteristics of the social security system in Finland” (2013)
- xii 文部科学省中央教育審議会キャリア教育・職業教育特別部会第7回会合資料(2009年5

月 12 日)、

http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo10/shiryo/attach/_icsFiles/afieldfile/2009/07/16/1278549_2.pdf、2016 年 2 月 16 日アクセス)

xiii FNBE(2015)P15

xiv Eurydice (EU/EACEA(Education and culture executive agency))ホームページ

(https://webgate.ec.europa.eu/fpfis/mwikis/eurydice/index.php/Finland:Organisation_of_Vocational_and_Technical_Upper_Secondary_Education、2016 年 2 月 16 日アクセス)

xv Taitaja 2016 ホームページ(<http://taitaja2016.fi/en/about-the-event/>、2016 年 2 月 17 日アクセス)

xvi FNBE 及び MOCE(2010)P23-24

xvii 財務省ホームページ(https://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/tins/n06.htm、2016 年 2 月 28 日アクセス)、Valvira (National Supervisory Authority for Welfare and Health) ホームページ

(<https://lomake.fi/b/ec/lomakepalvelu/download?s=LZ1kWeKP3LujGdD&id=12662%2F51BFBADF9CB0FFE0F8FD2B9303BCAC8D&type=statics>、2016 年 2 月 28 日アクセス)

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

「都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究」

平成 27 年度分担研究報告書

過疎の村の医療・介護・福祉・居住等に関する戦略構想

－奈良県十津川村のケーススタディー－

研究分担者 園田真理子（明治大学理工学部教授）

【研究要旨】

目的：奈良県十津川村をモデルに設定し、同村における第6期介護保険計画及び老人福祉計画の策定状況を踏まえつつ、同村における今後の「医療・介護・福祉・居住等に関する戦略」を構想する。

方法：第6期介護保険事業計画報告書に基づき、村の人口・高齢化・介護保険等の概況を分析する。国の医療・介護等に関する制度改革等を踏まえながら、十津川村における「地域包括ケアシステム」をどのように構築するかを詳細に検討し、戦略構想としてまとめる。

結果等：「村民の合力により、誰もが、誕生から最後まで生き生きと安心して暮らせる村の実現」をミッションに掲げ、村の「地域包括ケアシステム」をどのように構築していくかの工程表をまず作成した。第一ステップでは、村全体でのミッションの共有化を図るための勉強会を実施する。第二ステップでは、医療・介護等に係る需要者データベース、供給資源データベースと地域性に対応するための区別・集落別台帳の3つのデータベースを構築する。第三ステップでは、地域包括ケアシステムの実現に向けて、「生活支援体制整備事業」を行いながら、①健康づくり・介護予防、②介護予防・日常生活支援事業、③安心の居住の場の確保を行う。③については、要介護者の在宅生活を支えるための小規模多機能拠点の整備が鍵となる。第四ステップでは、村の福祉事務所および社会福祉協議会の組織体制の改革を行う。以上により、過疎化が進む村であっても高齢者のみならず村民全体の安定的な生活の維持が可能になる。

A. 目的

奈良県十津川村をモデル地域に設定し、同村における第6期介護保険計画及び老人福祉計画の策定状況を踏まえつつ、同村における今後の「医療・介護・福祉・居住等に関する戦略」を構想する。

同村は周辺地域と地理的に隔絶した立地環境にあり、しかも総面積 672.35 km²と村の行政区域としては日本最大である。いわば、同村は周囲とは切り離された一つの独立区域ともいえるべき条件を備えており、地域包括ケアを過疎化が進む自治体単位でどのように展開していけばよいかの一つのモデルケースになり得る。

B. 方法

- ①第6期介護保険事業計画報告書に基づき、村の人口・高齢化・介護保険等の概況を分析
- ②村の実情をふまえて、十津川村医療・介護・福祉・居住等に関する戦略を構想

C. 結果とD. 考察

1. 十津川村の概要

奈良県十津川村は、紀伊半島中央部に位置する。2013年5月現在の総人口は3,773人であり、近年著しく過疎化が進行している。村の約96%は森林であり、林業が主な産業である。村の中央部には南北に十津川が流れており、その川沿いに国道168号線が走り、東西には国道425号線が走っている。この2つが村の交通の大動脈である。村の歴史は古く、古来免租の集落として知られている。周囲とは隔絶した地域であったため独特の文化・気風がある。世界遺産の熊野参詣道小辺路、大峯奥駈道も村の中を通っている。

また、村には水害の歴史があり、1889年の大水害では、生活の基盤を失った約3000人が北海道に移住し、新十津川村を形成した。それに次ぐ大水害が2011年9月に発生し、死者・行方不明者15人、建物被害50棟余りに上った。これを契機として、災害復興のプロセスの中で、村は集落構造の根本的な転換と新たな村経営を図ろうとしている。

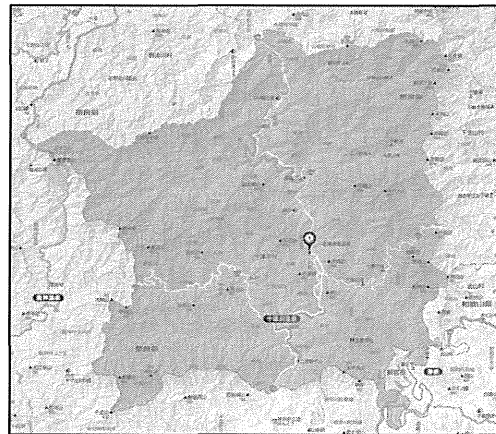
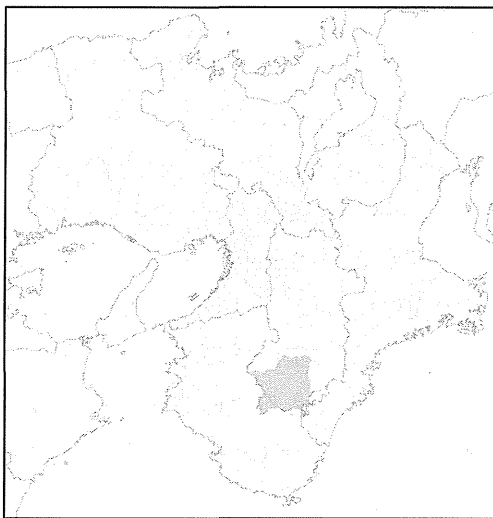


図1 村の位置図

(出典: 左図 http://www.freemap.jp/todoufuken/chiiki_kinki.htm、右図 <http://maps.loco.yahoo.co.jp/>)

2. 村の人口・高齢化・介護保険等の概況

(1) 人口減少と年齢別人口

- 村の人口は、2010年以降、急激な減少局面にある。
- 15歳未満の年少人口は年に約15名ずつ減少しており、若年人口と出生数の回復は喫緊の課題である。
- 65歳以上人口は、2010年をピークに減少に転じている。特に、65-74歳の前期高齢者の減少が著しい(2005年時より約300人減)。
- 75歳以上人口も2010年をピークに減少に転じているが、2015年現在、約1000人である。ただし、5年後の2020年には、この後期高齢者人口も約240人減じると

予想される。

- 村の高齢者人口が減少局面に入っていることを十分に認識しておく必要がある。

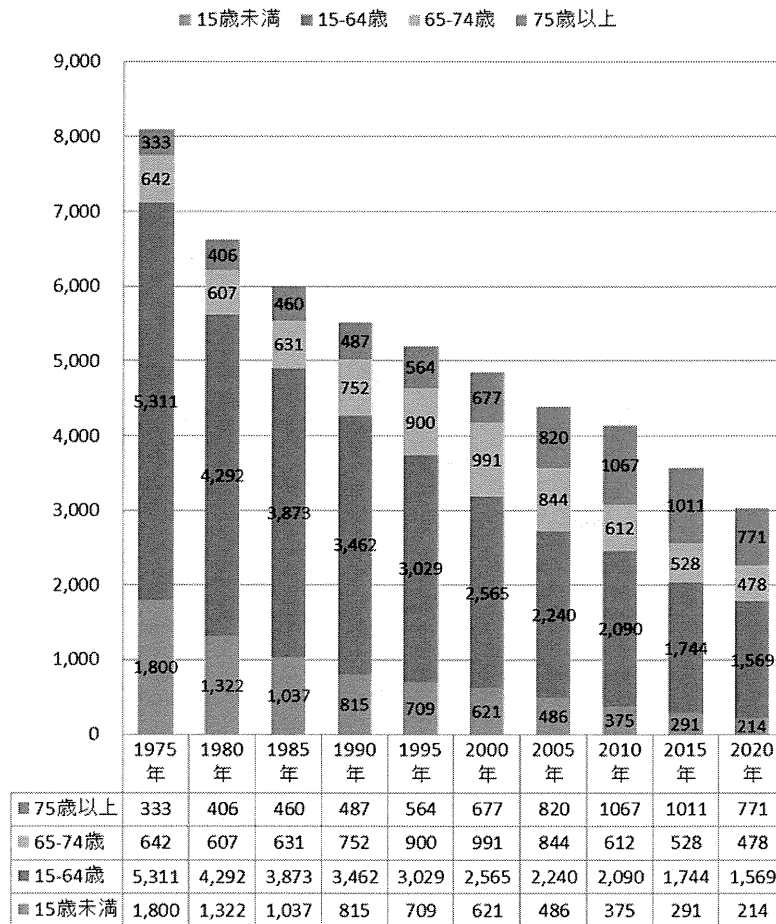


図2 人口構成の推移

資料：「第6期介護保険事業計画及び老人福祉計画」十津川村 2015.3

(2) 村の将来人口の構成

- 十津川村の高齢化の進展は2010-2015年の間にピークを迎え、2015年以降の村の人口構成の分布が著しく大きく変化する可能性が高い。
- 2015年時点では、人口構成は、75-79歳人口のピークが大きく崩れて、80-84歳人口と60-64歳人口の2つをピークとする2コブになる。今現在、人口構成の大変化が起きていることを十分に認識することが極めて重要である
- 2020年時点の予測では、後期高齢者人口は著しく減少し、後期高齢者の重みは相対的には解消されていく。

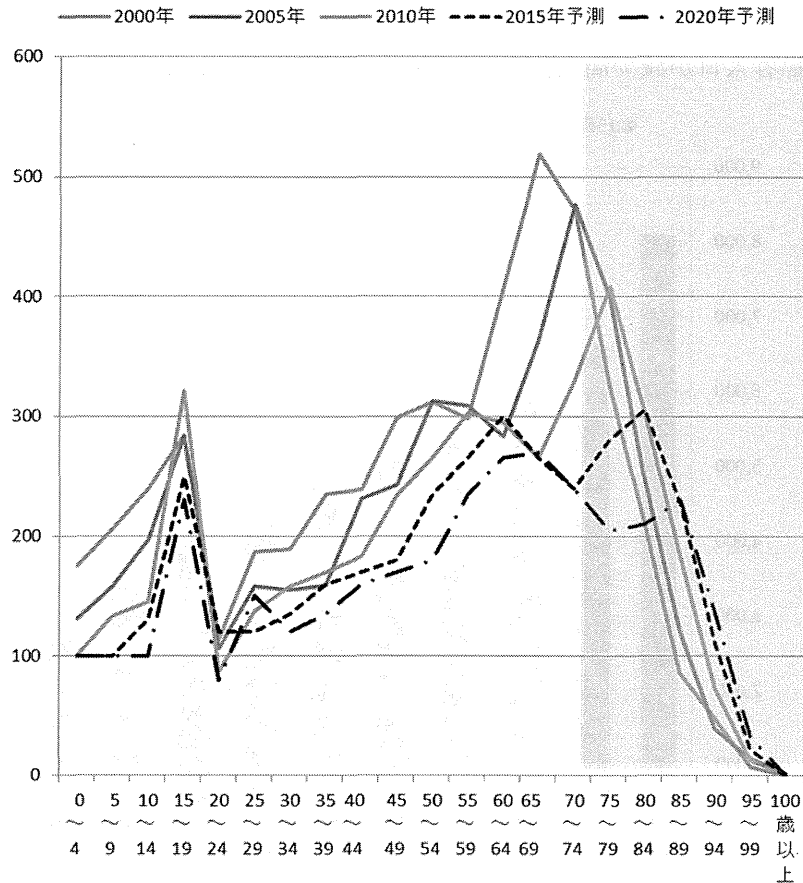


図3 村の人口構成の推移

(2015年以降の人口は、国勢調査を元に5歳階級別人口の簡易的コーホート分析により推計(園田))

(3) 高齢化の進展 (図4)

- 2005年に高齢化率が34.4%に上昇したが、その半分以上を75歳以上人口が占めるようになった。
- 村の高齢化の進展は2015年時点でピークの43.1%に達し、今後は減少に転じる。
- 75歳以上の高齢化率は2015年に28.3%とピークに達したが、この後は減少し転じる。

(4) 要介護認定者数の実績と推移 (図5)

- 要介護認定者数は、介護保険開始当初は160名程度であったが、2014年には478名に達している。
- 十津川村の65歳以上人口に対する要介護認定率は30.5%であるが、奈良県野迫村に次いで全国第2位の高さである。
- 2015年からの値は推計であるが、後期高齢者人口および高齢者人口のピークをこえた十津川村で、依然として要介護認定者が増える推計結果になっている。

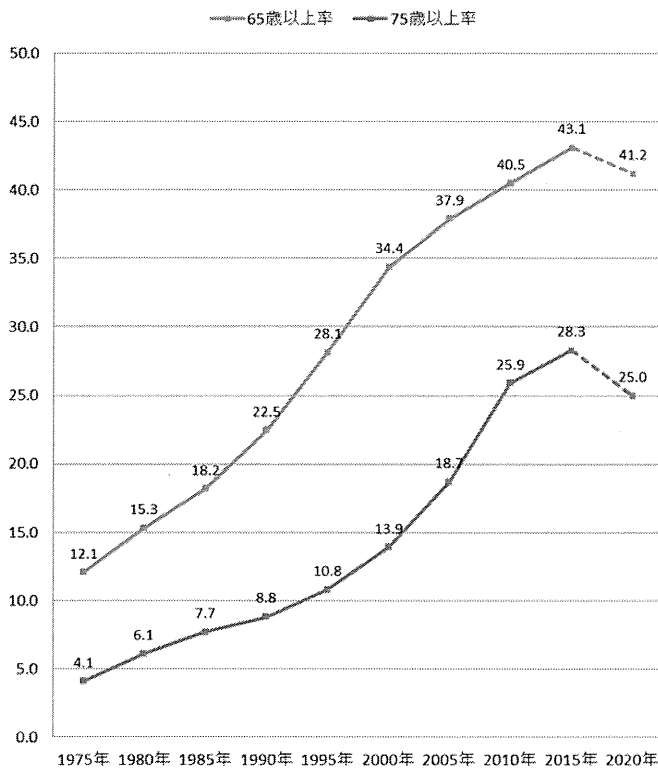


図4 65歳以上人口比率・75歳以上人口比率の時系列推移

資料：「第6期介護保険事業計画及び老人福祉計画」十津川村 2015.3

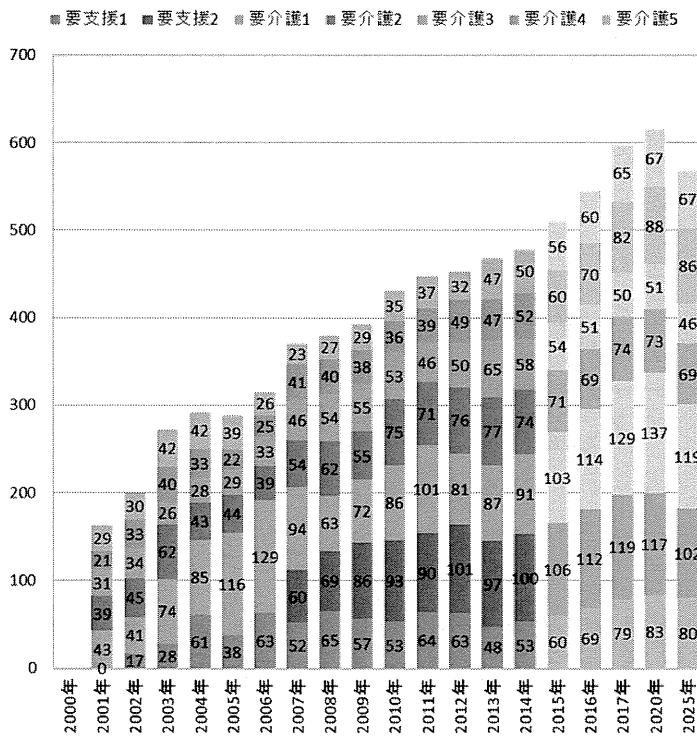


図5 要介護度別認定者の時系列推移

資料：「第6期介護保険事業計画及び老人福祉計画」十津川村 2015.3

(5) 介護保険総費用と保険料

- 介護保険開始時の2000年度は総費用2.3億円でスタートしたが、3年に1度の介護保険事業計画の見直し毎に総費用は上昇し、第二期は3.3億円、第三期は4億円、第4期で4.5億円に達し、第5期では5億円を突破し、5.3億円に達した。
- 第6期の策定においては、厚労省のモデル算定にしたがった結果、2016年度には6億円に達し、2017年度には5.6億円にやや減少するという結果になっている。
- 一方、65歳以上の第一号保険者の保険料も、総給付費の上昇に伴い。当初の年額5,772円（標準額）が、第5期の2012-14年には年額5万円と10倍にまで上昇している。さらに、第6期では、第一号保険者の負担割合が大きくなったため、年額8.1万円、月額6,750円と極めて高額になっている。（全国平均5,514円、奈良県平均5,231円）
- 十津川村の介護保険は、給付費においても、保険料においても全国的にみて極めて高額であり（全国第32位）、その原因究明を含めて、根本的な見直しが必要である。

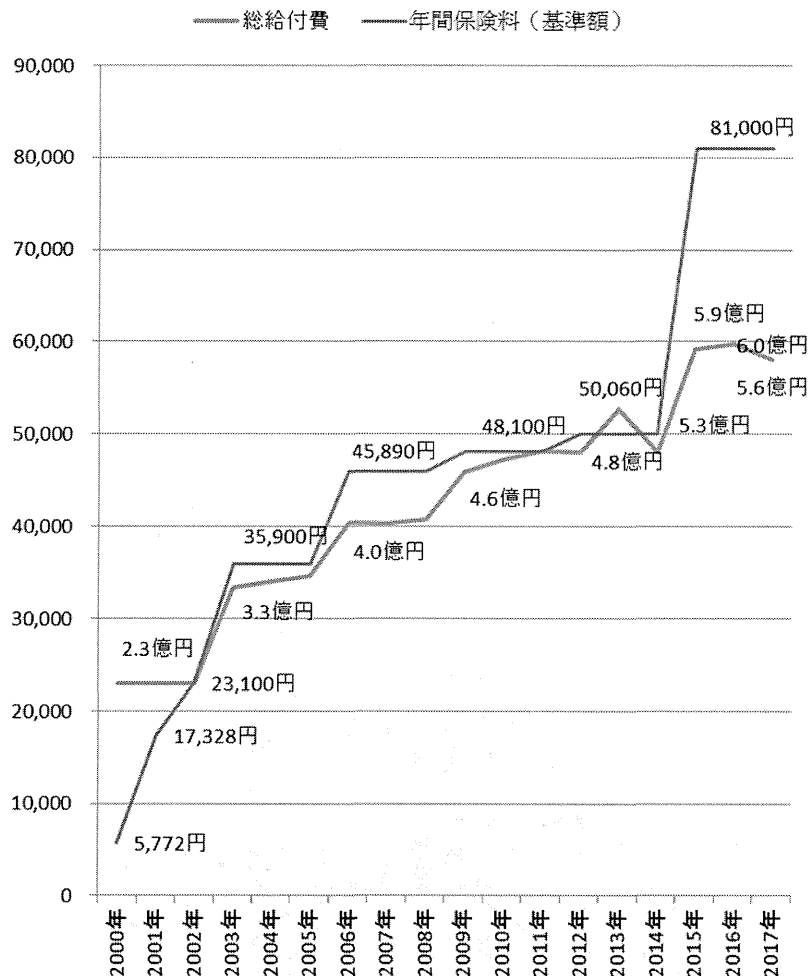


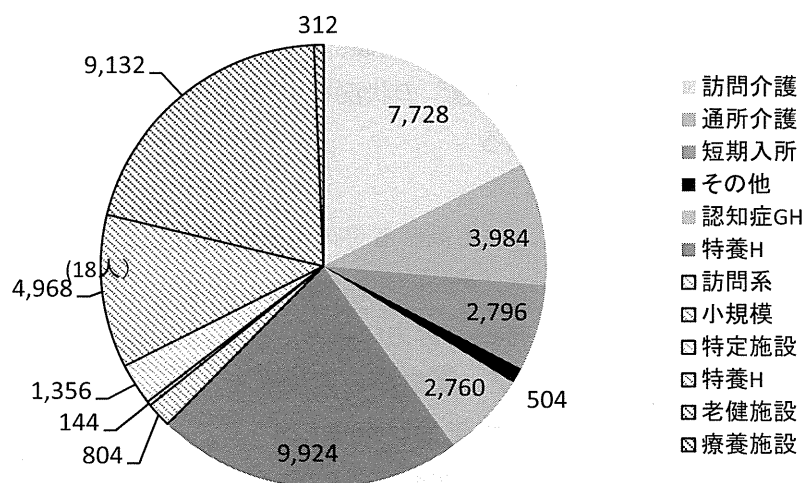
図6 介護保険総費用と保険料の推移

(資料：十津川村介護保険事業計画報告書（第1期～6期）)

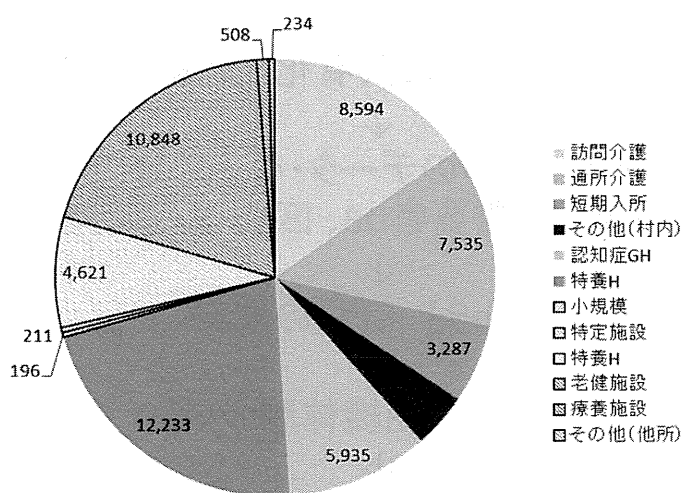
(6) 介護保険総給付費*の支出費目と金額

* (介護給付+予防給付の総合計：居宅介護支援費およびその他分を除く)

- 2011年8月時点においては、総給付費4.8億円に対して、約3分の1の1.7億円は村外の介護サービスの利用に支出されていた。
- 2015年度の計画においては、総給付費約5.6億円に対して、2011年時点と同額の1.7億円を村外のサービス利用に支出する試算になっている。村外費の比率は低下しているものの、支出の絶対額は依然として大きく、この費用を村内に留まる仕組みを考える必要がある。また、村内にあっては、特養費用が2千万円増、GH費用が3.2千万円増になっており、施設偏重の計画になっている。



2011年の介護保険給付総額 4.8億円 (図中の数値は費用額 (単位：千円))



2015年の介護保険給付総額 (計画値) 5.6億円 (図中の数値は費用額 (単位：千円))

図7 介護保険の支出費目別金額と総費用に対する構成割合 (2011年実績値と2015年計画値)
資料：第5期・第6期十津川村介護保険事業計画報告書に記載された値を元に算定 (園田)

3. 十津川村医療・介護・福祉・居住等に関する戦略構想

(1) ミッション

「介護保険」は地方分権、地方主権の試金石といわれている。一方、急速、急激に進む超高齢化への対処と、財政的負担の合理化、軽減のために、「社会保障と税の一体改革」にもとづき、2014年6月に「医療・介護総合確保推進法」が施行された。これは、19もの関連法案を一挙に改正するもので、今後の医療と介護等のあり方を大改革するものである。その実行にあたっては、地域が地域で地域のあり方を自ら考え実行する“地域包括ケアシステム”の構築が鍵である。この“地域包括ケアシステム”が求められる背景は、次の通りである

- ・「施設入所」ではなく、身近な地域での継続的な暮らしを保障
- ・「集団・施設処遇」による従来の方法は、高額、高コストであると同時に、対象者の自立心と尊厳を大きく毀損する“過剰介護”の状況を生み出していた
- ・適正な地域単位で、問題解決を図る

上記の点を踏まえて、十津川村における高齢者等の医療・介護・福祉・居住等に関するミッションを以下の通りとする。

**村民の合力により、
誰もが、誕生から最後まで
生き生きと安心して
暮らせる村の実現**

(2) 工程表

村の医療・介護等の改革を行うにあたっての工程表は、以下の通りである。

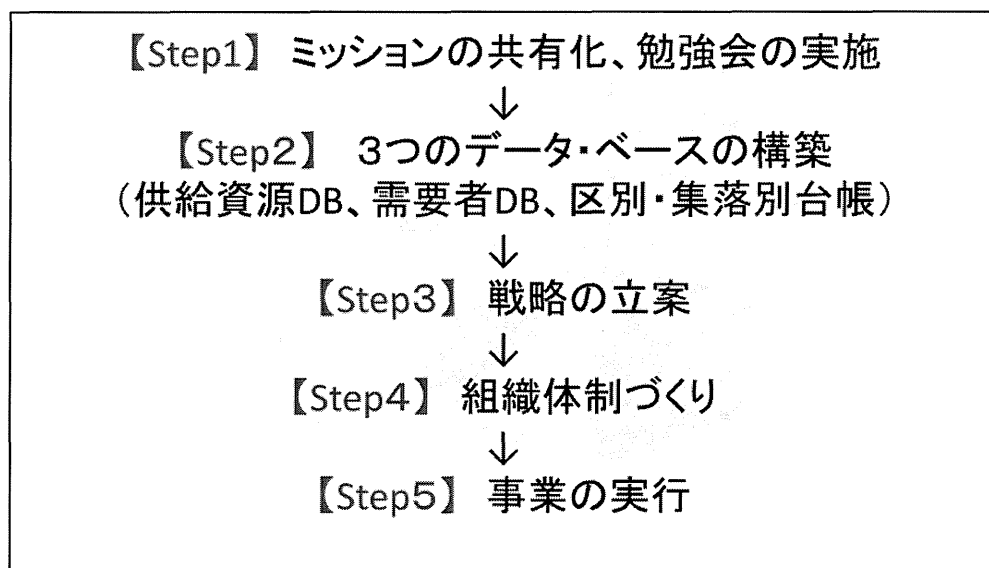


図8 村の医療・介護・福祉・居住等の改革にあたっての工程表

(3) 3つのデータベースの構築

村の実情を把握するために、以下の3つのデータベースを構築する。

①需要者リスト

村の人口は約3500人であり、65歳以上人口は約1500名である。この人数であれば、村内の全高齢者（介護等の需要者）に関する台帳を作成することが可能である。村では、福祉事務所が村内の福祉を全て所掌しているため、データベースの作成は容易であり、かつ一人ずつの実情に応じたきめ細かな対応が可能になる。

表1 高齢者（需要者）のデータベース作成のための既往のソース

対象者分類	データ・ソース	項目
①非認定高齢者 788名/1,075名 回答率:73.3%* *未回答者のフォローが重要	平成25年度「健康と暮らしの調査」(2013.10実施)	サンプル番号、居住地(集落)
		年齢、性別、世帯型、子供との居住関係
		職業(前職)、介護保険料段階(9段階)、経済状況
		その他特記事項等
②要支援・要介護高齢者 (2014.9現在) 認定者総数 478名 ・要支援1:53名 ・要支援2:100名 ・要介護1:91名 ・要介護2:74名 ・要介護3:58名 ・要介護4:52名 ・要介護5:50名	・要介護認定 ・チェックリスト(旧:特定高齢者)	サンプル番号、居住地(集落・居住施設等)
		年齢、性別、世帯型、子供との居住関係
		職業(前職)、介護保険料段階(9段階)、経済状況
		要介護度、疾病
その他特記事項等		
<参考> 要支援・要介護1～3の在宅 高齢者 127名/371名 回答率:46.9%* *未回答者のフォローが重要	平成24年度「健康と暮らしの調査」(2012.10実施)	サンプル番号、居住地(集落)
		年齢、性別、世帯型、子供との居住関係
		職業(前職)、介護保険料段階(9段階)、経済状況
		要介護度、疾病
その他特記事項等		

②村内の医療・介護・福祉等の資源リスト（社協関連以外）

村内の医療、介護、福祉等に関する資源をリスト化すると表2の通りである。

③区別・集落台帳

村は7つの区と、54の集落から構成されている。村の範囲は極めて広域であり、集落毎の個別性が大きく、集落単位の自治機能がある。また、区は、旧村を単位とするまとまりであり、区ごとに複数の集落を束ねる区長が存在する。これらの特性を把握するために、区別の集落別台帳を作成する（表3）。

表2 村内の医療・介護・福祉等の資源リスト

分類項目	名称	所在地	特徴
①診療所	中川医院	平谷	内科 / 小児科 / 外科 / 放射線科: 中川順夫院長
	小原診療所	小原	
	上野地診療所	上野地	
②社会福祉法人	入所・訪問・福祉サービス: こだまの里	池穴	社会福祉法人こだまの会 ・1994年開設 理事長 中川順夫 障害者支援(知的障害) (入所定員44名・ショートステイ8名)
	通所施設: ひーすまいる	小原	2014年開設・定員10名
	相談支援: はびねず	野尻	2012年開設
	福祉サービス: まんぶくキッチン	野尻	2014年開設・定員20名
③訪問看護ステーション	ばらそる	野尻	社会福祉法人こだまの会
③認知症対応グループホーム等	グループホーム太陽十津川折立の郷 ・認知症対応デーサービス ・訪問介護ステーション・居宅介護支援事業所 ・介護付賃貸住宅 ひまわりの家	折立	2004年開設(定員9名) 株式会社エース GHの家賃3.9万円/月
	グループホーム平谷 あきの里	平谷	2014年開設(定員9名) (有)エフ・エス・エヌ GHの家賃4.8万円/月
⑤保育園	上野地保育園 小原保育園 花園保育園 みどり保育園	上野地 小原 風屋 重里	
⑥各種団体	十津川村老人クラブ連合会・老人クラブ		1968年設立
⑦その他ボランティアグループ等	にこにこ農園		
	ほっと十津川	平谷	コミュニティカフェ 開設者: 上垣

表3 区別・集落台帳の例

〇〇区
区長: 〇〇〇
区の特徴:

集落名: 上葛川	
【役員】総代:	会計:
【人口】: 男性〇名・女性〇名 0-14歳人口: 15-64歳人口: 65-74歳人口: 75歳+人口:	【世帯数】: 〇〇世帯 -64歳世帯: 〇〇世帯 (内、単独世帯〇〇) 65-74歳含む世帯: 75+含む世帯:
【集会所・公民館等】 所在地: 管理状況等:	
【生活支援活動に係る状況】 高齢者、子ども、障がい者関連及び村起こしの活動団体名、リーダー、活動状況等	
【その他、特記事項】	

(4) 地域包括ケアシステムの実現

村の地域包括ケアシステムを実現するためには、「健康づくり・介護予防」「介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）」「安心の居住の場の確保」の3つが柱になる。また、本来的には、高齢者だけでなく、子ども・子育て、障がい者、生活困窮者を含んで、村民が地域で安心して生活できる環境をめざすことが重要である。（図9）

一方、総合事業等を行うにあたっては、村の生活支援体制を整えなければならない。第6期介護保険事業計画では、そのために「生活支援体制整備事業」を行うことになっているが、十津川村の場合には図10に示す体制を整える必要がある。

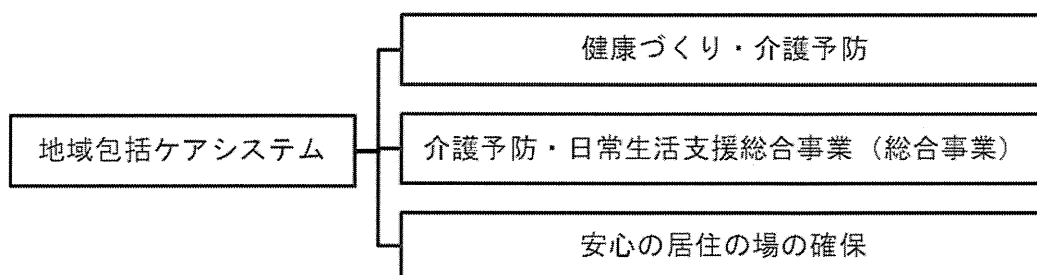


図9 地域包括ケアシステムの構成要素

- ①生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置：新規
- ②協議体の設立（一層目：村全体）：生活支援のあり方を協議
 - ・区長会
 - ・老人クラブ連合会
 - ・民生・児童委員
 - ・各種ボランティア団体・NPO等
 - ・福祉関連事業者
 - 等
- ③地域ケア会議の実施（一層目：村全体）：地域の介護・医療の諸課題を協議
 - ・地域包括ケアセンター
 - ・診療所、訪問看護ステーション
 - ・社会福祉協議会
 - ・社会福祉法人
 - ・各種事業者
 - ・福祉関連ボランティア等活動団体
 - 等

図10 生活支援体制整備事業による体制整備

①健康づくり・介護予防

地域包括ケアシステムの構成要素である「健康づくり・介護予防」のためには、図11の事項を実施する。

健康診査の受診を徹底すると同時に、村民の健康への関心を高めるために、「元気手帳」「長生き手帳」等の健康手帳を活用して意識啓発を図る。

①健康診査の受診の徹底
 案:「65歳おめでとう」検診(以降、5歳毎に受診を徹底)
 現:40歳以上受診率:38.2%、後期高齢者受診率:33.4%⇒受診率の数値目標を設定

②健康手帳・介護予防の配布と活用
 ・案:「がんばろうら十津川 元気手帳」
 ・案:「がんばろうら十津川 長生き手帳」
 現:健康相談や健康診査受診者のみに配布⇒配布と活用の徹底(新しい総合事業との関連づけ等)により、村民の自己マネジメント力を強化する

図 11 健康づくり・介護予防の戦略

②介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）

総合事業を行うにあたって、以下の手続きを進め、集落・拠点単位での総合事業を確立する（表 4）。

- ・生活支援コーディネーターの配置と活用
- ・集落単位の実情の把握（DB3：区別・集落台帳を活用）
- ・集落単位、あるいは複数集落単位（拠点）の設定
- ・「総合事業」の立ち上げ } PDCA サイクルを回して、継続的に修正・改善を図る
- ・「総合事業」の実施 } ことが肝要（常に工夫し、変えてよい）

また、集落単位等の通所拠点の形成イメージは図 12 の通りである。

表 4 集落・拠点単位での「総合事業」のイメージ

項目	メニュー	検討事項等
生活支援	①見守り ・見る ・守る	・現行は、民生・児童委員が担当 ・「見る」はITでも可能だが、「守る」は人的な対応が必要
	②外出 ・買物 ・通院	・東区エリアでデマンドタクシー事業を開始。他に、福祉有償運送を実施。これらの取組みの有効性を高めるにはどうしたらよいか
通所・予防	③レクリエーション おしゃべり、会食、体操 ④手しごと(なりわり) 男性手しごと、女性手仕事 ⑤介護者支援 ⑥健康診断	・現行の「いきいきサロン」の再編成と再構築を行う。 ・生きがい、やりがいのある楽しみづくりを主目的とする。 ・介護者への支援も重要(特に、老々介護の場合) ・④の手しごとは生きがいづくり。集落の特性を活かして個性的に実施できるとよい。十津川村福祉の目玉にできないか。 ・開催頻度は、③～⑤は月2回ペース、⑥は月1回程度。
訪問	⑦家事援助(炊事、洗濯、掃除等)	・従来の訪問介護サービスの量・質を向上させる。 ・ヘルパーの人材確保と配置の工夫。 ・集落内人材の活用を図る(互助的な取り組み)
防災	非常時の避難・支援の体制づくりと訓練	十津川独自の取組みとして、集落単位で構築することが重要

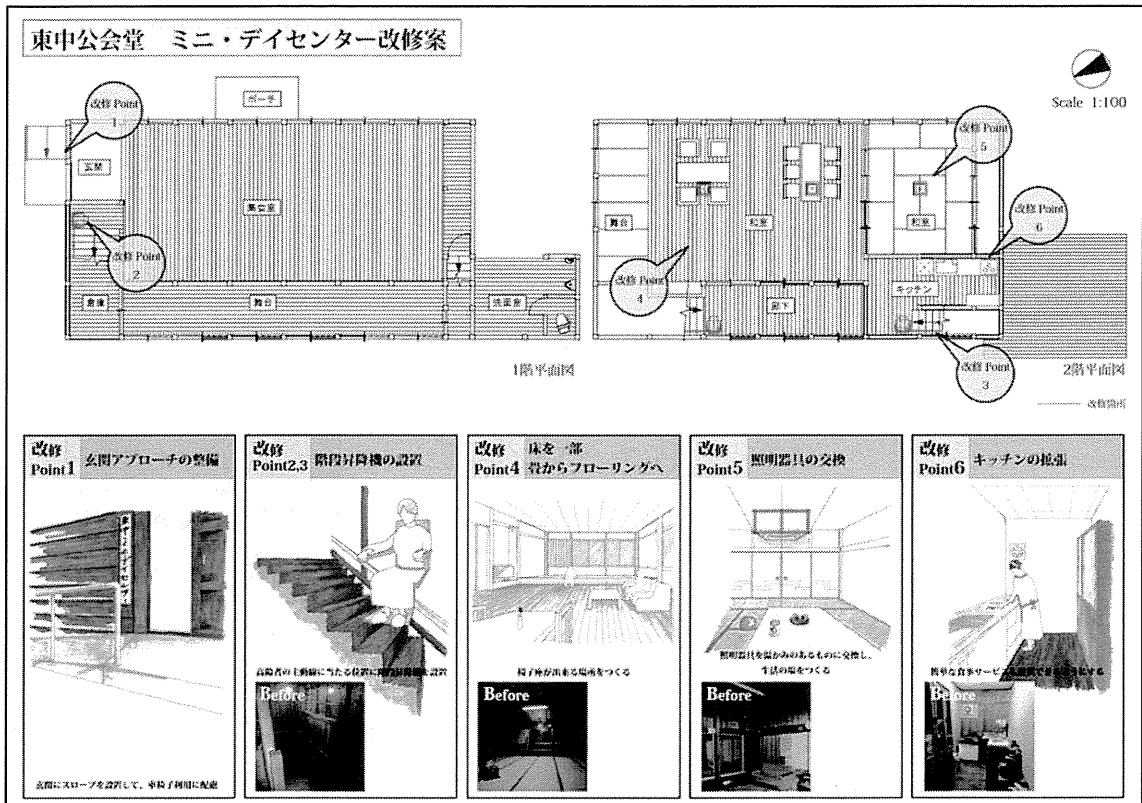


図 12 集落単位等の通所拠点のイメージ（総合事業の地域拠点）

③安心の居住の場の確保

高齢者の「ソーシャルキャピタル（親族・近隣）」と「虚弱化の度合い」により、自宅居住継続の困難性（濃淡で表示）が異なる。困難になった場合は、“住替え先”が必要になる。高齢者の態様と自宅居住継続困難の関係を整理すると図 13 のようになる。

これに対して、村の「高齢者の居住を支える仕組み」は図 14 のように構想する。

高齢者の態様	虚弱	要支援		要介護		要介護		
		1	2	1	2	3	4	5
孤立	[濃色表示]							
村外親族のみ	[濃色表示]							
近隣のみ	[濃色表示]							
村内親族のみ	[濃色表示]							
村外親族＋近隣	[濃色表示]							
村内親族＋近隣	[濃色表示]							
同居	認知症の場合は、同居親族がいても自宅での居住継続が困難な場合もあり得る [濃色表示]							

図 14 高齢者の態様と自宅居住継続困難の関係（濃い色ほど、困難）

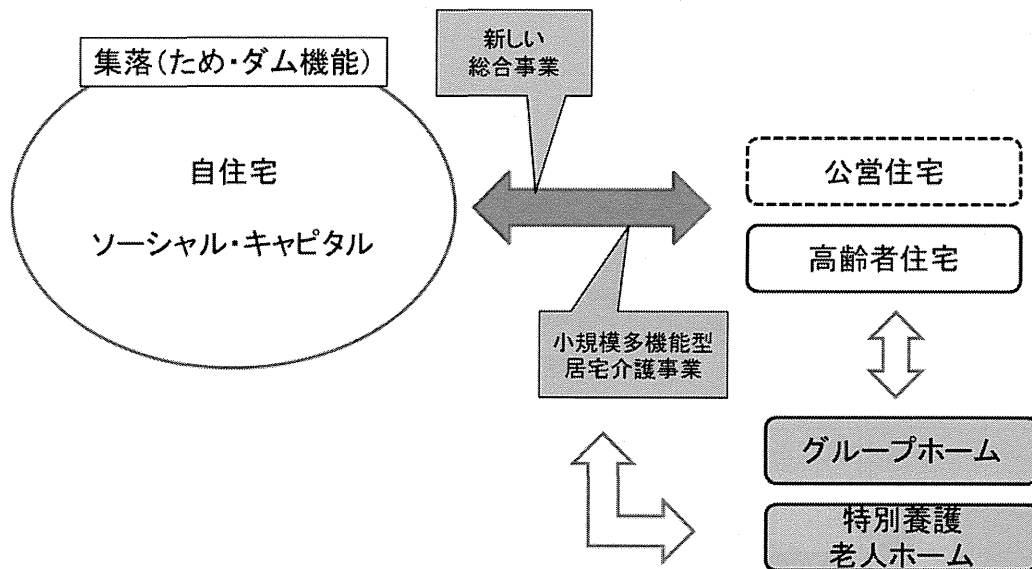


図 14 村の「高齢者等の居住」を支える仕組み

図 14 の仕組みを達成するには、村にはまだ存在しない小規模多機能拠点を整備する必要がある。十津川村の集落配置は極めて離散的であり、現状の「高森の郷（特別養護老人ホーム、訪問介護事業所、デイサービス）」の 1 か所に集中している通所機能と訪問介護機能では、自宅での居住を支えることは困難である。

小規模多機能拠点の配置については、第一号としては「高森の郷」に併設する形で開設する。第二号としては、村北部の拠点である上野地に開設する。また、必要に応じてサテライト型拠点（定員 18 名）を小原、重里等の 2 か所程度に開設すれば、村での在宅を支えるネットワークが形成できる（図 15）。

- ①離散的な集落配置に対応するため、適所に居宅介護の拠点を形成
 - ・「高森の郷」の 1 か所に集中していた通所機能と訪問介護機能の拠点分散を図る。
- ②「高森の郷」の整序により、第一号として「高森・小規模多機能拠点（定員：27 名）」を開設
 - ・特別養護老人ホーム「高森の郷」は、29 人定員に小規模化を図る
 - ・医療と看護と連携
 - ・同一地区内の復興公営住宅、高齢者住宅居住者を中心に支援
 - ・高齢者だけでなく、障がい児・者等も含み支援を行う
- ③第二号として、「上野地・小規模多機能拠点（定員：27 名）」を開設
 - ・上野地診療所と連携。
 - ・高齢者だけでなく、障がい児・者等も含み支援を行う（上野地保育園との連携）
- ④必要に応じて、サテライト型小規模多機能拠点（定員：18 名）を開設
 - ・小原診療所併設
 - ・西川区対応（永井、重里（みどり保育園あり））、等

図 15 在宅での居住を支える「小規模多機能拠点＋サテライト拠点」の形成

(5) 組織体制の改革

地域包括ケアシステムを推進するためには、村の福祉事務所と社会福祉協議会の組織体制を改革しなければならない。それぞれの改革後の組織体制のイメージは、図 16、17 の通りである。

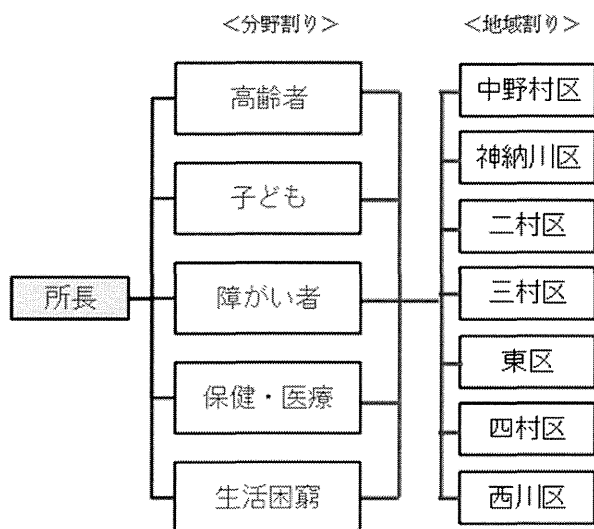


図 16 福祉事務所の新組織体制の案

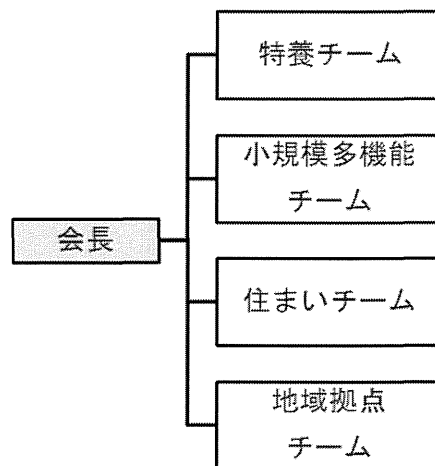


図 17 社会福祉協議会の新組織体制の案

E. 結論

過疎化が進む村では、既に高齢化のピークが過ぎ、総人口が減少していく中で、高齢者人口もこれから減少していく局面に直面する。しかも、本研究で対象にした奈良県十津川村は村域が極めて広く、54 もの集落が離散的に存在している。村では、これまで「高森の郷」という社会福祉協議会が開設する特別養護老人ホームが高齢者介護の中心的な役割を担ってきたが、もはやこれだけでは限界がある。

こうした特徴を持つ村で、現実に機能する「地域包括ケアシステム」を構築するには、人口が少ないからこそ可能になる精緻なデータベースに基づいて、地域のあらゆる物的資源、人的資源を活用した有機的なネットワークを形成する必要がある。本研究ではその具体化に向けた基本戦略を構想し立案した。後は、これを実行に移し、その過程で逐次の成果チェックを行い、改善し再実行するサイクルを通じて、より高度化を図る。

【参考文献】

- ・十津川村介護保険事業計画報告書（第6期）

F.健康危険情報

なし

G.研究発表

なし

H.知的所有権の出願・登録状況

なし