『住民と自治』(通巻668号)12 月号付録　2018 年 12 月1日発行　自治体研究社

とちぎの地域と自治

とちぎ地域・自治研究所　所報　第191号

〒3210218 壬生町落合 1-15-5 ﾎﾟﾗｰﾉ･どんぐり 103 号　TEL/FAX 0282(83)5060
メール：support@tochigi-jichiken.jp　ホームﾍﾟｰｼﾞ：http://tochigi-jichiken.jp
郵便振替　00170-7-251641　とちぎ地域・自治研究所

○「地域包括ケアシステム」と医療・介護の現状と課題　佐々木　剛　-----　2

第 16 期とちぎ自治講座：地方議員研修会を開催

11 月４日、17 日、第 16 期とちぎ自治講座：地方議員研修会を開催しました。

第１回は、11 月 4 日、「『地域包括ケアシステム』と医療・介護の現状と課題ー栃木市の挑戦」：講師 佐々木　剛（栃木市地域包括ケア推進ネットワークあったかネットとちぎ会長、特護ひまわりホーム総合施設長）でした。地域包括ケアシステムの狙いが、増え続ける医療・介護サービスにかかる社会保障費を削減することが最大の狙いとし、国の安上がりな福祉政策のいいなりにならないで、「施設、在宅を問わず、経済的理由に関わらず、必要な人に必要なケアが受けられること」を目指して、栃木市で「地域包括ケア推進ネットワーク（あったかネットとちぎ)」を立ち上げ実践していることを紹介されました。(詳細は２頁以降参照ください)。

第２回は、11 月 17 日、「幼児教育・保育無償化でどうなる子育て支援～『市町村負担必要財源の５割超』？」：講師 村山祐一（保育研究所所長）でした。幼稚園と保育所という性格の異なる施設を強引に無償化しようとしていることから給食費の保護者負担の問題や公立施設の無償化財源が自治体負担となるなど様々な問題が出てきていると指摘され、待機児童対策や保育士処遇等の保育施策の停滞・後退が危惧されると指摘されました。(詳細は、次号以降で)

第 11 回とちぎ地域・自治フォーラム

「『自治体戦略 2040 構想』とこれからの地方自治を考える（仮)」

- ○ 日　時　2019 年２月３日（土）午後１時３０分から
- ○ 会　場　宇都宮市文化会館
- ○ 基調講演　自治体問題研究所理事長･京都大学大学院教授 岡 田 知 弘 氏
- ○ 報告と討論　県内自治体関係者　司会：とちぎ地域･自治研究所理事長 太田 正

第１６期とちぎ自治講座:議員研修会第１回（ 2018.11.04 ）

「地域包括ケアシステム」と医療・介護の現状と課題－栃木市の挑戦

－「住み慣れた地域で自分らしく暮らすために」－

佐々木　剛（栃木市地域包括ケア推進ネットワークあったかネットとちぎ会長、
特養ひまわりホーム総合施設長、とちぎ地域自治研究所副理事長）

（一）はじめに“　地域包括ケアって　なに　”

（参照　地域包括ケア研究会概念図）

地域　―住み慣れた自宅で
包括　―住まいをベースに、医療、介護、福祉、権利擁護等総合的な
ケア　―最期まで安心が確保できる
その目的は　高齢化、長寿化が進み増え続ける社会保障費を削減すること

初めに地域包括ケアシステムとは何かということですが、このイメージ図は2010年に厚生労働省の援護局長のもとに設置された地域包括ケア研究会の概念図です。この研究会が１年間研究して2011年に概要を発表して、2012 年に本格的な研究会報告が出されました。イメージ図も当初はもっとシンプルなもので、2010 年の説明会では真ん中に住まいがあって医療、介護が周りに散らばっていて、それらが包括的に支援するというふうな実務的な図でした。それをもう少し分かり易くしたのが2012年に出てきて、2014 年にさらに下の方に「本人の選択と本人・家族の心構え」という文言をわざわざ入れてきました。本人がその気にならなければだめなんだと強調し始めました。今国の社会福祉理念はそれまでのの措置から１８０度転換し「自助」が中心的な理念となり、アメリカ並みに医療も介護も「自分のことは自分でやれ」ということになり

ました。そして、その上に「すまいとすまい方」があります。特養にするかグループホームにするか在宅にするか、どういうところに住むかを決めなさいと高齢者と家族に選択を迫ります。そのうえで「介護予防・生活支援」、本格的に要介護になる前の支援が多少ありますよと。そして「医療・介護」という関係です。

基本的には、住み慣れた地域、自宅で住まいをベースにして医療、介護、福祉、権利擁護等総合的な支援が受けられること。「包括」というのはそういう総合的な支援が受けられるという意味です。「ケア」いうのは最後まで安心が確保できるということ

です。最後までというのは看取りまでということです。安上がりな在宅で看取りまで最終的に完結させるというのがこの地域包括ケアシステムの狙いです。

その目的は、高齢化、長寿化が進み　増え続ける医療・介護サービスにかかる社会保障費を削減することが最大の狙いです。2010 年頃から「地域包括ケア」という言葉が国の社会福祉政策の前面に出てきました。「これらを介護保険制度の改革と連結されてみると、地域包括ケアシステムの本質はコスト軽減にあることが見えてきます」（高野龍昭東海大学准教授小論より）。社会保障費をいかに削るかということが狙いで、真にサービスを求めている人達により良いケアをしようなどということではありません。そもそもの目的は、この研究会の座長をしていたのが慶応大学の田中滋教授（現名誉教授）でしたが、厚生労働省が主催した講演会の冒頭の挨拶で田中教授は「今日来られてる皆さんに是非断っておきますが、これは社会保障費をいかに削るかが地域包括ケアの狙いなんだ」とハッキリ言い切りました。

（二）北欧の介護理念（澤渡夏代ブラント氏　談）

北欧の介護理念ですが、デンマーク研究者の澤渡夏代ブラントさんがシンポジストで出た４年くらい前のシンポジウムで話を聞いたことがあります。今デンマークと日本で何が本質的に違うのかというと、日本では新自由主義経済政策の推進で、経済が良くなれば、大企業が儲ければそのおこぼれで一般の国民の生活もよくなるといういい方をします。ところがデンマークでは、「豊かな生活が良い仕事につながり、結果として経済を逆に支えていくと考えています。」全く日本とは逆の立場です。日本政府は経済的な「効率」優先でシステムを考えている、しかし、デンマークの福祉は「人」を中心に構築されている。生活の質を下げず、その人らしい暮らしを継続できるよう「必要な人に必要なときに必要なだけ」介護や看護を無料で提供している。これがデンマークの福祉の基本的な考え方です。高福祉を支えるために税金が高いといわれているが、その基本は「ある人がない人に所得を分配する」ということだと。その結果、「多すぎる人」も「少なすぎる人」も少なくなっていくんだといいます。

私も、デンマークにある大きな公立病院に見学に行ったことがあります。そこの４２、４３歳の若い院長から説明を受けました。どのくらい税金を払っているんですかと恐る恐る聞いたんですが、「私は５７％」だと、上級の公務員はだいたいそのぐらい払っているということです。それは高すぎるのではないかといったら、「高すぎるのではなくて、私自身の老後も含めてこれで全部国が面倒を見てくれる」「同時に、高いといわれている部分を他の人に回せられるではないか、それでいいではないか」ということがいとも簡単に帰ってきました。これがデンマークやスウェーデンを支えている福祉の考え方です。財源も含めた税金の使い方の問題についてもそんなふうに国民民が理解しています。

デンマークの国立コペンハーゲン大学で、当時日本から大学教員としてデンマークの福祉分野の研究を行っていた伊藤さんという方からレクチャーを受けて、低所得の労働者の納入税率は 27%くらい、国立の病院長等高級公務員の人達は 57%くらい払っているということでした。最終的にこの澤渡

さんが言っているように、手元に残るお金の差をできるだけ縮め不公平をなくす民主的税制を採用しており、高率の税を納税し得ている方も、そのことで「自らの生活と老後の安心が確保できることと同時に、少しでも高額納税が国民の平等な生活に貢献できることに満足していると発言されていた。一般の労働者でも高給の院長でも手元に残るお金はできるだけ差を縮めて、なるべく平等にというのがデンマークの税制における価値観です。

デンマークやスウェーデンという国は良い意味で徹底した個人主義です。本当に「個」が確立するというか、個人個人の権利意識が凄く高いんです。私がデンマークでホームステイをした 74 歳と 75 歳の老夫婦がいました。数年前に夫を亡くしたり妻を亡くしたりという人ですが、人口 2000 人に一ケ所地域の高齢者の活動センターがあり、そこに行けばお昼がタダになるので皆んな集まるそうです。この二人はそこで知り合っそうで、私たちも当然２回目の結婚です。夫婦というのは「楽しくなきゃだめだ」と強調していました。

２人になって３年くらい経つけれども、私がマンションに案内されたのは玄関を入たら最初にベットルームがありました。夕方帰り際に、何で２人でいるのと聞いたら、当然でしょうと。楽しいから２人でいるんだと。ある意味で徹底して個人を追求しているのではないかと思います。２回結婚するというのは自分の人生の最期をどういう形で締めくくっていくかということについて彼らは責任を持つということなんです。徹底した個人主義です。最後まで自己決定を含めて徹底しているんだというふうに思います。

北欧の介護理念は、住み慣れた地域で、一つは自己決定権、二つ目は生活の継続性、それまで暮らしていた暮らし方がそのまま横移動でできるということです。三つ目が、残存能力を活かした自立した生活の維持です。

私は現実に二つの特養ホームを経営していますが、入所申し込みに来る人の多くはご本人が入りたくてくるんじゃないんです。家族が夫婦同伴で入所申し込に来るんです。そのお嫁さんは「このおばあちゃんのために自分の人生の一定期間を費やすというのは耐え難い、働いて此処の利用料を払います」と明言する方もいます。日本ではこの自己決定というのは、認知症が進んでくると自分で判断出来ない部分もあるんですが、それらを含めて本人が決めるのではなくて、第三者契約というのが認められていますので、家族が契約をするんです。成年後見制度というのがありますけれども、利用するのはごくわずかです。司法書士に頼むと月３万円くらいの利用料がかるんです。

自己決定というのはそういうことで本当にいま日本ではこれを貫くというのが非常に大変だというふうに思っています。しかし、本人の最後の住まいや生き方について、できるだけ意思がまだハッキリしている段階で応援ノート等を作って、自分は在宅でできるんだったら暮らしたいんだというふうなことで、一人一人の高齢者の最後の部分を含めてできるだけこの自己決定が尊重されていくような流れを支援しなければいけないかなと思っています。

生活の継続性というのは、これまで暮らしていたところをそのまま横移動するということです。持ち物も全て基本的に在宅で使っていたものを持ち込んでもらうというふうにしています。

（三）地域包括ケアの源流　“その光と影”

（１）1960 年代　社会保障、保険制度の確立期、1963 年老人福祉法の成立、

終戦直後の日本の福祉は戦後処理から始まりました。身体障害者福祉法ができたのは傷痍軍人が対象でした。児童福祉法ができたのは、東京の下町などでガードレールの下で靴磨きをしながら生計を立てていた子どもたちが対象でした、夫を戦争で失った婦人たちの母子寮ができたのもそういう流れです。彼らをとにかく救済しないといけないということで、母子寮が作られたり生活保護法が作られました。戦後の福祉はすべて戦後処理です。その意味で戦争と福祉は相いれない正反対の関係です。

それが変わったのは、1950 年の朝鮮戦争を契機にして日本はアメリカへの従属の関係へと大きく変わっていきます。アメリカの朝鮮戦争での出撃拠点は日本でした。中国の独立や朝鮮の独立などアジアやヨーロッパで社会主義国が急激に増える中、アメリカの世界侵略戦争に日本はどんどん組み込まれていきます。日本の「第一次防衛計画」が始まるのが 1955 年です。戦争に向かっての動きが日本の政治の中で少しずつ生まれていきます。しかし、国民の中ではあの忌まわしい戦争に反対する意見がかなり根強くありますので、それらが戦争を阻止をしてきたということかなと思います。1960 年に高度経済成長が始まって、農村の若者を東京など都市部と太平洋側につくられた５つのコンビナートに吸収しました。取り残されたのは農村の高齢者です。そういう中で、1960 年代には国民皆健康保険ができます。市町村が必死になって住民の全員を保険に加入させるという努力をしました。それと併せて雇用保険であったり年金であったり社会保険関係を全住民が加入するということで市町村が努力をされて、基本的にはそれを達成しました。

そういう点で、1960 年代は戦後処理から高度経済成長をバックにした形で福祉の歩みが始まってきます。その中で老人福祉法が作られます。農村に取り残された年寄りを誰が面倒を見てくれるんだということで、工場に出稼ぎに行った若い者が農村に置き去りにしてきた親が心配で要求して出来た法律が老人福祉法で、この法律により特別養護老人ホームなどが全国に造られるようになりました。

（２） 1970 年代から 80 年代　革新自治体（京都、東京、大阪）を中心に日本型福祉の全盛期－地域包括ケア源流の“光の部分”

1970 年代から 80 年代に公害問題等を含めて京都の蜷川さんや東京の美濃部さん、大阪の黒田さんなど革新自治体が全国につくられました。主にやったことというのは、日本型福祉といいますか、老人医療の無料化であったり乳幼児医療の無料化であったり、いろんな形で福祉関係の施策を優先して打ち出してきました。この流れの中で、広島県御調町の町立みつぎ病院がやったのが、寝たきり〇をめざす、要するに寝たきりにしておかないということです。保健福祉、保健師や介護士、看護師、それから病院が付いてトータルとして寝たきりにさせないでという取り組みを長年に亘っててやりました。今もやっています。ここに「包括的」なという意味が、医療と介護の連携が既に田中滋氏に言われるまでもなく、この時代に既にやられていました。

それから長野県の佐久病院、これは農村医療の草分けということで余りにも有名です。そして、岩手県沢内村の村長選挙で福祉を重視する尊重が誕生し、その村長が本

当に保健医療を次から次へと実践しました。これが映画になって全国で上映されました。本当に雪深い冬の時期に村の若い夫婦が雪深い山奥で炭焼きの番をしながら生まれたばかりの子供の面倒を見ている、それを見た保健師がたまらなくなって、深い雪をかき分けそこを定期的に訪問をして支援します。これをあの時代にやったということで全国の市町村を鼓舞したと思います。

（３）1982 年　第二次臨時行政調査会による行政改革が始まる

ところが、日本型福祉がずうっとでき始めて、このままでは日本の中央の政治そのものが革新系になってしまう可能性があるというので、日本の支配層は危機感を抱いて、これを潰しにかかります。まずやられたのが労働運動の右傾化です。総評が解散しました。経済界がものすごくお金を出して抵抗勢力をどんどん潰していきます。その流れの中で、行政はこれからの 1980 年代はグローバルの時代、大企業が海外進出をする時代に入ったということで、これをとにかく支援するのが急務の課題だということになります。そして、グローバルに対応した大企業支援の新たな新自由主義の流れをイギリスのサッチャー、アメリカのレーガンと日本の中曽根首相が組んで進めました。

その中で第二次臨時行政調査会が行政改革をやります。とにかく日本型福祉を潰す。それから小さな政府を目指せ、国もそうだし地方もそうだということで第二臨調がそういう報告書をまとめます。

（４）1997 年　第二次橋本内閣による６つの構造改革

1997 年の第二次橋本内閣が、初めて６つの分野―経済、財政、金融、行政、教育、福祉-での構造改革を推進します。この中で福祉が公然と出てきて、福祉を聖域にしないということが謳われました。

（５）1996 年　社会福祉基礎構造改革研究会報告　＊措置から選択へ、福祉の市場化等国の福祉理念の大転換と社会福祉分野の構造改革

1996 年には、社会福祉基礎構造改革ということが打ち出されてきます。ここから日本の福祉理念が大きく変わっていきます。「措置から選択」へ。それから「福祉の市場化」。それまでは措置の時代ですから、財源は国が 50%、地方で 50%、県と市町村でそれぞれ 25%を分担していました。少なくとも 1997 年までは国が福祉の財源を 50%出していました。2000 年に発足した介護保険制度では国の負担率はそれまでの 50%の半分の 25%です。

措置から選択へというのは、サービスを選べる時代というのを前面に出します。それを逆手にとって、国民に宣伝をして国民みんなで支える介護保険だと大宣伝をします。それからもう一つは、福祉を市場化する。もう国からはお金を持ち出さない。25%の介護保険の負担率で抑え込むためにはとにかく市場化して福祉は民間にやらせて、福祉市場は 20 兆円と政府は民間事業所に参入をすすめました。

＊　日本の社会保障費の推移

社会保障費の配分率

	2000 年	2025 年
総額	80 兆円	180 兆円（自然増） **これを 150 兆円に抑える**
年金	５０％	５０％
医療	４０％	３０％
福祉･介護	１０％	２０％

日本の社会保障費の推移ですが、2000 年には 80 兆円でした。介護保険制度を作る時点

で、国は最終的に高齢者が一番多くなるのは2025年だということで、2025年の社会保障費の推計を出すと 180 兆円になると計算しました。これを 150 兆円以下に抑え込むというのが社会保障費の彼らの目標です。配分率がその下に書いてありますが、年金の50%は変わりありません。医療は40%から 30%に押さえ込む。福祉・介護は高齢化が進むので10%から20%くらいで抑えようとしています。これが厚生労働省がいろいろなセミナーで話していた配分率です。いずれにしても、当初、国の社会保障費の考え方についてはこういうことで、公式の場で厚生労働省が示していました。

（６）2000年小泉内閣と地方分権改革　福祉の地域化 福祉等国民生活関連は地方自治体で

もう一つ注目しておかなければいけないのは、地域包括ケアシステムという流れが出てくる背景には2000年の小泉内閣のときに、地方分権改革が出てきたということです。小泉さんはこのツールを使おうと、国民生活のこまごまとしたことは地方自治体にやらせてしまおうと福祉政策を転換します。道州制の下で小さな政府を作りながら、30 万人の基礎自治体にこの地域包括ケアシステムをやらせようというのが当初の流れです。

（７）2006年これからの地域福祉のあり方に関する研究会報告 ―中学校区単位の住民参加の支え合いの構築

2006 年になると、「これからの地域福祉のあり方に関する研究会」というのが厚生労働省の社会援護局長の下に設置されました。その研究会報告では、地方自治体や行政が福祉をやる時代はもう終わったと、横断面の地域で面倒を見るという視点を導入しました。１億２千万の人口を約１万の中学校区で割るとだいたい１万人だと、だから中学校区単位を福祉の単位とするということを打ち出しました。地域包括支援センターは中学校区単位です。

（８）2006年 介護保険制度改正で「施設から在宅へ」―地域密着型サービスの創設

2006 年の介護保険制度改正で「施設から在宅へ」と舵を切りました。施設は、特養などは１部屋につき建設費用は約１千百万円と県の高齢対策課などは指導します。だから50床だと５億５千万円です。廊下などの共有スペースもコミコミでということです。逆にいうと国はこの 1 千百万円までしか払わないということです。国はお金がかかる特養は出来るだけ造りたくないと考えています。だから勢い「施設から在宅で」ということになっていきます。

「地域密着型」というのは、その地域に住んでいる人しか入れない、使えないサービスということで、３年に１度市町村が策定する介護保険計画を通じ市町村にそれを割り振りました。県は厚生労働省から降ってくる小規模多機能は幾つ作りなさい、29の地域密着型の特養は幾つ作りなさいというのをかなり強制的に市町村に割り当てます。最終的な調整は厚生労働省から降りてくる県全体のパイを県はどう割り振るかなんです。県はその総体数をできるだけ小さくします。

（９）元厚生労働省老健局長　宮島俊彦氏対談より（月間福祉）

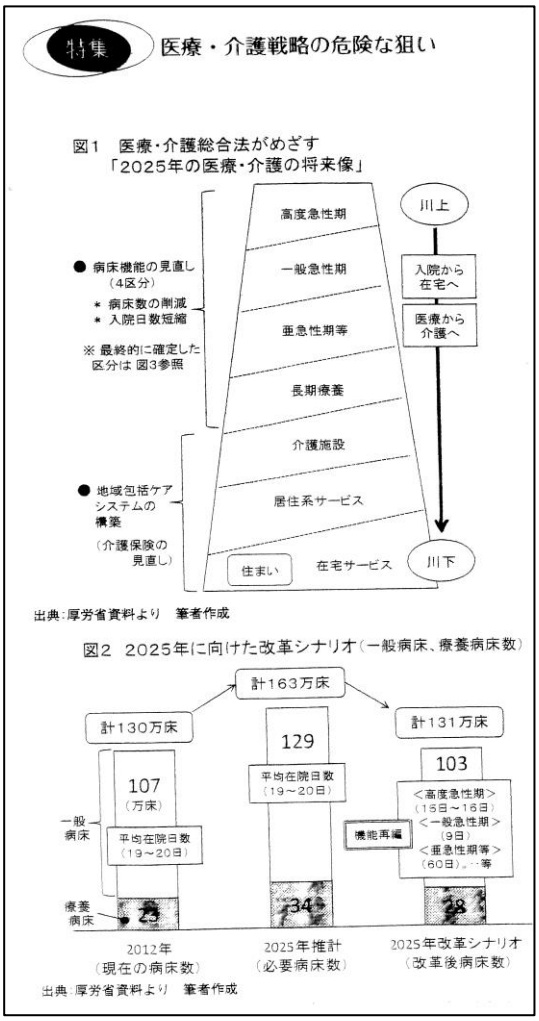
元厚生労働省老健局長の宮島俊彦氏は、「月刊福祉」の2012年６月号の「これからの介護保険を考える」というインタビュー記事で、「現在の介護保険の費用のうち50%が公費ですから、これ以上が公費となると、保険の制度とはいえなくなってきますね。介護保障制度という要素が強くなり.その時には財源は完全に一般財源化するという議論も出てくるでしょう。つまり公費

を増やすというのは、市町村が一般財源で介護を行うという究極の地方分権制度になります。」と述べています。これが厚生労働省の考え方です。市町村の一般財源でやれということということです。同州制度導入で国がやらなければいけないのは外交とか防衛とか財政という部分で、国民の生活関連は全部市町村でやれということなんです。

既にこれまで県がやっていた特養や社会福祉法人に対する監査は今やすべて市町村がやっています。職員はどんどん減らされていますから市町村の職員はたまったものではありません。総務省の基礎自治体評価が行われ如何に職員を減らしたか、パートに置き換えたかなど評価し地方交付金を決めていきます。今度総務省の研究会が「自治体戦略 2040 構想」という報告を出しましたが、この報告では「スマート自治体」ということで自治体の職員を半分にするといっています。厚生労働省は地方分権改革の流れの中で、この宮島氏が言っているように、基礎自治体が一般財源の中で最終的には生活関連の面倒をみさせるというふうに考えています。

既に介護保険では、2014 年に要支援１、２が削られました。今回の財務省案では要介護１、２を削ろうとしています。来年の一斉地方選挙それから７月の参議院選挙が終わったらまたぞろ出てきます。それから、もっと酷いのはサービスの利用料を１割から２割にするんです。これも財務省がハッキリといっています。いずれにしろそういうことが今やられているわけです。だから一般財源化の方向に向かってどんどん舵を切られて、市町村は堪ったものではありません。

(10) 2011 年介護保険制度改正で地域包括ケアの本格展開へ舵を切る



「医療・介護戦略の危険な狙い」の図１では、川上が医療で川下が介護です。川上というのは川の上流から水を流すわけです。患者を水に例え上流からどんどん流します。つまり患者をじゃんじゃん下に流してくるわけです。それを介護で受け取れよということを新たに加算制度を設け奨励します。介護分野では勝手に流されてきても堪ったものではありません。だから最近の特養の入所申し込み者には胃ろうの増設者がかなり増えています。待機者の 15%くらいだと思います。高度急性期を終わって、慢性期を終わると、患者をどんどん介護の方に流してきます。

図２の 2025 年に向けた改革シナリオでは、2025 年の推計で一般病床と療養病床数 163 万床を 131 万床に抑え込もうということです。全国で 32 万床が無くなるわけです。要するに医療報酬を 32 万床分払わなくて済むわけです。本当に原始的な医療保険の削減です。

もう一つ大きいのは入院日数は 2003 年には平均 32.5 日でした。それが現在では 19 日です。急性期で入っても 19 日で出されます。最終的に安倍内閣が目指しているのは９日です。現在アメリカが９日です。物凄い医療報酬の削減作戦です。

（四）2014 年 次々と目まぐるしく変わる、国の地域包括ケア方針。共生社会システムの構築　ー多機能化、総合化（高齢、障がい、こども）

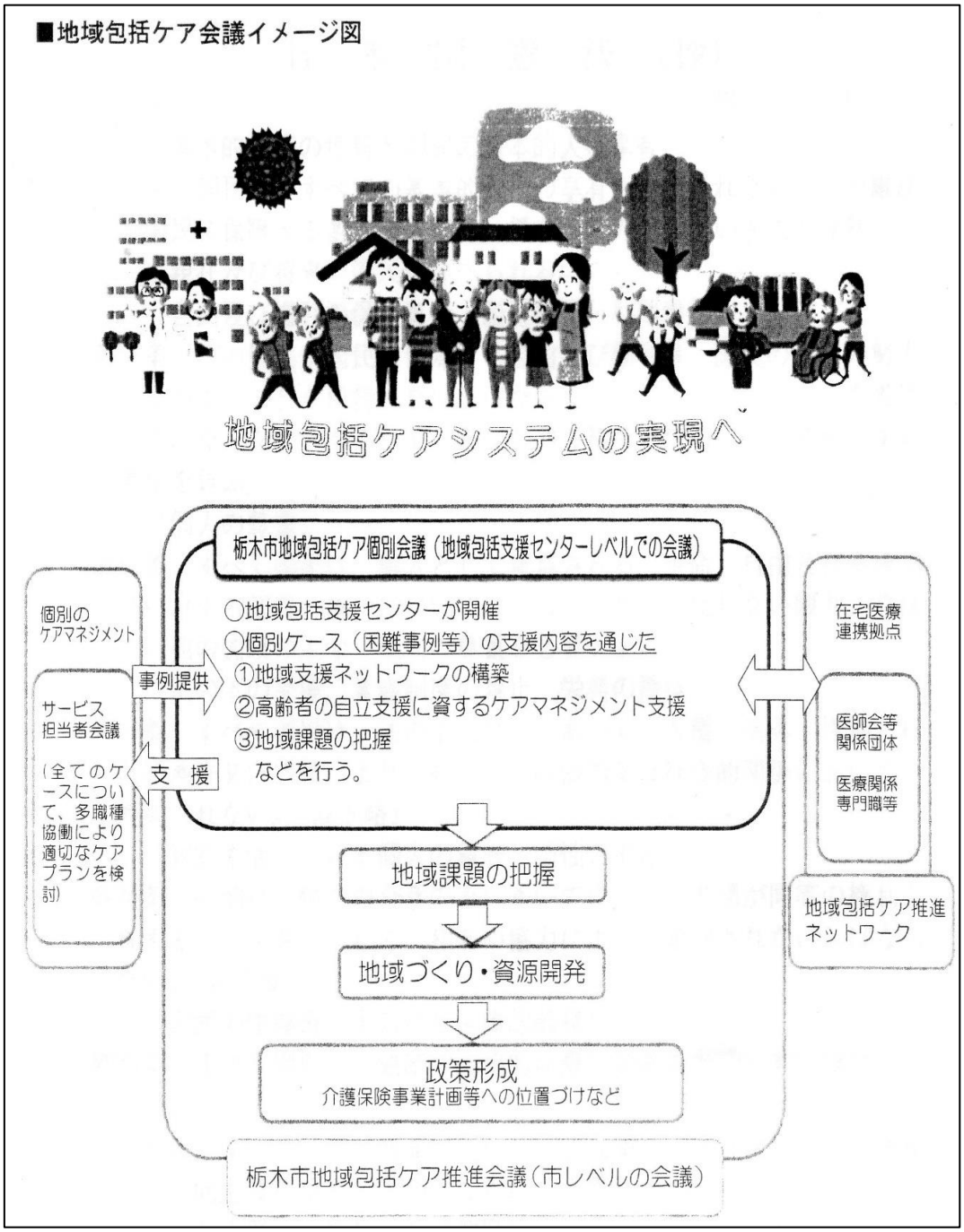
今、国の地域包括ケアシステムの考え方、概念は目まぐるしくどんどん変わってきています。国の都合のいいように変えてきているといったほうがいいかもしれません。今出てきているのは.「共生社会のシステムの構築」というふうに舵を切りました。栃木市の現状では、地域包括ケアセンターに人がいないのが現状で、３人しか配置されておらず分担する地域の高齢者さえお世話ができない現状で、今度は多機能だ、障がいも子どもだと押し付けられても今の体制でできるわけがありません。人も予算も付けないで国は勝手なことを言ってきました。最低５人か６人を配置しないと出来ません。例えば、地域包括ケアセンターで居宅サービスのケアマネージャーが障がい者のケアプラン作っていますけれども、例えば緊急事態の連絡が夕方の６時か７時ころ入ってきても、７時には地域包括ケアセンターはみんな嘱託職員なので５時か５時 30 分には帰ってしまうため　センターは開いていません。ですから緊急時の対応などはとても出来ません。そんなことで「共生社会」などと軽々しくいって欲しくありません。多機能化とか総合化とか言葉だけが踊っています。やむなく私のところの社会福祉士を市の地域包括ケア課に派遣して行政の機能をフォローしているんです。いずれにしても、掛け声ばかりでそれにふさわしい体制も出来ないままで、地方自治体にやれやれと言われてもできないのが実情です。それが地方自治体には負担になっています。

（五） 栃木市独自の模索、実践 一般社団法人栃木市地域包括ケア推進ネットワーク あったかネットとちぎ

栃木市での実践ということでお話をしたいと思います。

栃木市の地域包括ケアの概念図です。この図はどこの自治体でも国の概念図ということで使ってやっていると思いますが、私は栃木市はオリジナルでやるんだと言っています。国の安上がりなケアを目指すことには同意できません。「施設、在宅を問わず、経済的理由に関わらず、必要な人に必要なケアが受けられること」が私たちの願いです。栃木市は県内で高齢者に一番暖かい福祉を実践するため行政との連携を強化し、国の安上がりな福祉政策のいいなりにはなりません。「今後国の福祉切り捨て政策の下で大量に放出されるであろう医療難民、介護難民を栃木市が防波堤になって守らなかったらどうするんだ」と私は市長や議会に話しています。今度（2019 年）２月に議会の学習会がありますので、そこでは、議会全体の総意として医療・介護で切り捨てら

れ人たちを栃木市としては最大限守ることが地方自治体としての役割だと、地方自治法の第１条の２には「住民の福祉の増進を図ることを基本」と書いてある、それを守れなかったら地方自治法違反だとおもいます。市役所から私のところに職員が研修に来ますけれども、最初に見せるのは地方自治法です。地方自治体の職員はまずもって住民の福祉向上を踏まえて仕事をすることだとお話しします。



この図の右側の方に「地域包括ケア推進ネットワーク」とありますが、これが栃木市の地域包括ケアシステムを支える重要な役割を担っています。というので私がこのネットワークを入れさせたんです。これから説明する「地域包括ケア推進ネットワーク（あったかネットとちぎ)」というのはこれなんです。市の行政の機構の一つです。だから市役所の職員が事務局をやっています。課長はメンバーで参加します。私たちはネットワークの民間団体ですが、栃木市との協働を大事にしています。

栃木市地域包括推進ネットワーク（あったかネットとちぎ）設立趣旨（抜粋）

４、栃木市地域包括ケアシステムの基軸となる“あったかネットとちぎ

こうした動向を踏まえ、わたしたちは、医療と介護の諸団体のこれまでの準備活動を経て、ここに、「あったかネットとちぎ（栃木市地域包括ケア推進ネットワーク)」を結成します。

「栃木市の地域包括ケア」確立と活動を支え、市内のすべての高齢者が必要とする医療と介護サービスが受けられ、できる限り自分らしく生活できるよう栃木市と協働していきます。栃木市とともに、市内各地の住民と広く連携し、高齢者の生活に寄り添い、高齢者が安心して生活できる“あったかとちぎ”を実現することをめざし、栃木市の土壌にあった多様で自主的なネットワーク活動を創造し展開します。

いろんなところでの栃木市との協働、栃木市との連携というのがまずもってこのあったかネットの基本的な理念になっています。栃木市を巻き込んで医療難民、介護難民を救う諸々の仕組みを作り上げていくということでこのあったかネットとちぎが作られました。

構成は「栃木市医師会、下都賀歯科医師会、栃木市薬剤師会、栃木市訪問看護ステーション連絡会、栃木市介護支援専門員連絡協議会、栃木市特養養護連絡協議会、とちぎメディカルセンター、栃木市在宅サービス事業所連絡会、栃木市社会福祉協議会、栃木市、学識経験者、この会が必要と認めるもの」（規約第５条）です。医療と介護の分野の 10 数団体が全部ネットワークに入って３ヶ月に１回会議をやります。私が会長をやっていますが。できれば医師会から会長を出してもらうのが一番いいわけです。「医療と介護」と医療が最初に来るわけですから。

今栃木市にある地域包括ケア会議、この会議にあったかネットとちぎの関連事業所、特養やケアマネ協会とか民間のデイサービス事業所等からから約 12 名の職員を派遣しています。地域包括ケアセンターの人が足りないので、あったかネットとちぎから人を派遣しています。社会福祉協議会から６人派遣しています。４年前から市の保健福祉部長と談判して、毎年２名ずつ社会福祉士を職員として採用して、各地域包括支援センターに配置しています。専門職がいなかったら地域包括支援センターは成り立ちません。こういう専門的な知識や技能が必要な部署には専門職を配置する必要があるわけです。仮にこの人達が５年後に他の部署に行ったとしても、福祉の知識や技術があるわけですから、住宅課に異動すれば福祉の視点から住宅政策を考えられるわけです。ですからこれからは高齢化社会ですからいろんな分野で福祉的な視点が必要です。

このあったかネットとちぎは栃木市からいろんな事業が委託事業として降ってきて

います。地域包括支援センターも含めて市の福祉事業の中枢部分に２年とかの期限付きで人を派遣しています。それをいろいろな団体に頼んで人を出してもらっているというのが一つです。地域包括ケア会議を人材的に支えるというのもこのあったかネットとちぎの仕事です。

それからもう一つは、当面、市からあったかネットとちぎには委託事業として「低所得者高齢者住まいと生活支援事業」（２年目）や「生涯現役高齢者の雇用促進事業」（２年目）などいろんな事業が来ます。

それからいろんな職種の研修事業をやっています。

〈各種研修企画〉

○ 10 年を迎える 初任者研修
　（旧ヘルパー２級　卒業生約 200）

○ 中高年 介護入門編研修（あった介護研修）
　－市の綜合事業対応　３年目

○ 各種福祉人材の養成塾の展開
　2015 年　介護福祉士養成塾
　2016 年　ケアマネ養成塾

特別なことをやっているわけではなくて、当たり前の事を地方自治体と連携して展開しているというのがある意味では栃木市の特筆かもしれません。

人口減少時代の自治体政策 | 市民共同自治体への展望

中山　徹著

定価（本体 1200 円＋税）

人口減少に歯止めがかからず、東京一極集中はさらに進む。自治体そのものを見直そうとする「2040 構想」も始動した。こうしたなか、保守と革新の共同による「市民共同自治体」の動きも出始めている。地域が大きく再編されようとている今、市民と地域を守るためにはどうしたらよいのか。「市民共同自治体」を提唱して、市民のニーズを国政に届ける方策を考える。

［目次より］　１章●新自由主義による国土・地域・コミュニティの再編／２章●自治体の動向と市民共同自治体への展望／３章●市民共同自治体の政策／４章●市民の視点から見た国土・地域・コミュニティ再編の方向性

自治体研究社　当社の書籍は、ホームページからも購入できます　http://www.jichiken.jp/　E-mail　info@jichiken.jp

原発再稼働と自治体

● 民意が動かす「３つの検証」

立石雅昭・にいがた自治体研究所編

定価（本体 1200 円＋税）

福島原発事故から７年半。原発再稼働の動きが急だ。しかし、国民の過半数は原発再稼働に懐疑的であり、反原発・脱原発の世論は根強い。こうしたなか、「３つの検証」―事故原因の検証、健康と生活に及ぼす影響の検証、安全な避難方法の検証―を掲げて福島原発事故の検証を行う新潟県の活動の意味。

［目次より］　●原発立地自治体・地元自治体に問われていること／池内了●新潟県検証委員会の活動の意味／大矢健吉●技術委員会の検証／立石雅昭●原発事故による避難生活の現状と課題／松井克浩●原子力災害がもたらした避難生活の実態／丹波史紀●避難計画をめぐって／佐々木寛●柏崎刈羽原発をめぐる原子力安全協定とその法的性質／石崎誠也●原発立地都市・柏崎市の地域と経済／保母武彦

自治体研究社　当社の書籍は、ホームページからも購入できます　http://www.jichiken.jp/　E-mail　info@jichiken.jp