



日本生協連医療部会
50周年記念論文

テーマA 医療生協の事業の質づくり

テーマB 医療生協のまちづくり



優秀作品集

編集・発行／日本生活協同組合連合会医療部会
発 売／コープ出版株式会社

懸賞論文募集について

経過

日本生活協同組合連合会医療部会は2007年に創立50周年を迎えました。この間、全国の医療生協は、「地域住民が健康の主体者になる」ための運動を広げ、医療・福祉の専門家と地域住民が協同し、自主的組織をつくって健康づくりをすすめるという、世界でも類例のない貴重な運動と事業、組織を創り上げてきました。

そして、第4次5ヵ年計画「健康をつくる。平和をつくる。地域の思いを協同の力で『かたち』に変える。」（「かたち」プラン・2007～2011）を策定し、次の半世紀に一歩足を踏み出したところです。

この、地域に役立つ「かたち」づくりにあたり、次の2つのテーマで、論文を募集いたします。医療生協内外の多数のご応募を期待しております。

2008年6月 日本生協連医療部会運営委員会

1. 募集論文のテーマ

A 医療生協の事業の質づくり

医療、介護、健診、健康づくりなど、医療生協の全ての事業において、最低限求められる質の確保はもちろん、医療生協の特長を活かした質づくりが課題となっています。「医療生協の患者の権利章典」や「医療生協の介護」にもとづく実践や、医療生協がめざす事業の質について、多様な角度、視点からの論文を期待します。

B 医療生協のまちづくり～思いを「かたち」に

医療生協では、地域にくらす人々のさまざまな「思い」（要求、期待、困難）を、職員と組合員の協同、あるいは自治体・地域の団体・人々との共同で実現することを重視しています。

事業としての「かたち」、人と人のつながりとしての「かたち」など、その「かたち」は様々です。医療生協ならではの「思い」を「かたち」にした取り組みや、その方法論、めざす「かたち」などについて論じてください。

2. 応募資格

国内・海外を問わない。グループでの応募も可。

3. 募集テーマとコース

各テーマごとに2つのコースを設定。

テーマ	コース
A 医療生協の事業の質づくり	Sコース (4,000字程度) Lコース (24,000字程度)
B 医療生協のまちづくり	Sコース (4,000字程度) Lコース (24,000字程度)

4. 募集期間

2008年7月1日～2009年3月31日

5. 審査および表彰

日本生協連医療部会のもとに審査委員会を設置し、審査します。

- ・ 審査委員長：日野秀逸（前東北大学大学院教授、国民医療研究所所長）
- ・ 審査委員：関田康慶（東北大学大学院教授）
- ・ 〃：リム ボン（立命館大学教授）
- ・ 〃：藤原高明（医療部会常任運営委員、医療活動委員長）
- ・ 〃：清水起美子（医療部会運営委員、教育委員）
- ・ 〃：釘宮隆道（医療部会運営委員、組織委員）
- ・ 〃：藤谷恵三（医療部会事務局長）

審査結果

○応募総数：73論文

- ・ テーマA「医療生協の事業の質づくり」：Sコース15本、Lコース7本
- ・ テーマB「医療生協のまちづくり」：Sコース33本、Lコース18本

○入賞：24論文、27人

○審査結果

別掲の通り

<Lコース> 論文テーマ：B 医療生協のまちづくり～思いを「かたち」に

「みんなで暮らすまちだから、みんなの笑顔でまちづくり」

～生活処方箋の書ける医療をめざして～

ながおか医療生活協同組合 土田武千代（常務理事）

第1章 ながおか医療生協の21プランとその課題

1 ながおか医療生協の誕生と事業展開

平成7年、ながおか医療生活協同組合（以下、ながおか医療生協という。）は、新潟県長岡市に初事業である無床診療所を開設した。診療科目は内科を中心に小児科も標榜した。その後、平成12年の介護保険制度のスタートをうけ、表1のように在宅サービスを中心に医療・介護・福祉事業の整備を急ぎながら、「みんなで暮らすまちだから、みんなの笑顔でまちづくり」という法人スローガン（私達がめざすもの）を掲げて活動している。ゼロからの出発であったが、利用者のみなさんの思いや要望を聴けば聴くほど外来医療と在宅介護事業だけでは不十分との思いを強くしてきた。

【表1】ながおか医療生協の21プラン

- H7「ながおか生協診療所」開設～草創期 第1期
 - H10.3 訪問看護ステーション「すまいる」開設
 - H11.12 老人デイケア（通所リハビリ）「ほほえみ」開設

- 「在宅総合サービスへの挑戦」の時期 第2期
 - H12.4 在介センター「ほっとながおか」市から受託開設
 - H13.4 生きがい対応型デイサービス「湖畔の里」市から受託
 - H14.3 ヘルパーステーションおひさま開設
 - H14.4 神田診療所統合、在介センター「ほっとあらまち」市から受託開設
生きがいデイ「いきいきの里」市から受託開設
 - H15.1 かねだ診療所・リハビリセンター新築（移転）
通所介護「らくらく」開設

**H12.4「介護保険
制度」スタート**

**H15.6「2015年の高齢者
介護」発表(厚労省)**

2 長岡市における、入居・入所系サービスの現状

施設介護サービスの代表である特別養護老人ホーム（以下、「特養ホーム」という。）は、在宅介護サービスに比べ24時間介護を受けられる安心感と支払い費用の割安感から、平成12年介護保険制度施行後に申込者が急増した。長岡市においては、既設特養ホーム511床はすでに満床であり、さらに待機者が平成13年度当時836人（長岡市高齢者等生活実態調査）おり、そのうち98人が高緊急度待機者となっていた。それでも長岡市は県内で特養ホームの整備がすすんでいる地域とされてきた。

長岡市で特養ホームの整備がすすまない理由のひとつは、施設・居住系サービスの利用割合が、国の参酌標準（要介護2以上の認定数に対し37%以下）を超え、41.6%（平成18.1.1市町村合併終了後）に達していることにある。このため、長岡市内での特養ホーム新設は新潟県の実情を知らず、同じ福祉圏域の他自治体にその枠をとられた経過もあった。近年（平成19.5.1現在）の特養入居待機状況は、2241人にのぼり、そのうち965人は在宅待機であり、さらに深刻な状況となっている。

また、特養ホームを作るためには補助金事業の性格から、事前に入居予定者を確保しておくことが求められ、施設不足と言いながらも、作るために入居者を掘り起こしてきたという歴史的事実もある。その結果、造ってもつくってもすぐ満床という状況が演出されてきた。一方、介護保険制度がスタートし、特養ホーム運営経費の上昇が被保険者の介護保険料の高騰という形で明らかにされるようになり、市民・利用者側とのインフォームドコンセントを得ることがより重要視される時代となった。自治体（長岡市）にとっては、同じ目的のためにはより有効に税金を使う工夫が求められてきたと言える。

ここで、ながおか医療生協の入居・入所系事業への取り組みにふれる。平成14年9月、長岡市もご多分に漏れず、財政難の上、介護保険料の高騰に直結する特養ホーム建設は見送られていた。しかし、当法人は入居・入所系施設の開設の必要性を強く感じていたので、特養ホームに代わる新規高齢者事業の展望を探ることになった。

そして、表2のように小さなワンユニット（9人）の「認知症高齢者グループホーム」から入居・入所系サービスの整備に着手することになった。グループホームの整備に当たっては、国庫補助金「NPO法人等（医療生協含む）の痴呆性グループホーム整備への補助金」を受けることができた。これは、平成16年度までの時限立法であったが、長岡市は、「ながおか医療生協」が新たに国庫補助金の給付を受けられるよう実施要項を作成してくれた。この準備を進める中で、ながおか医療生協は「大規模施設での個別ケアの限界」に気づかされ、少人数ケアの重要性に眼を開いたという点で大きな出来事であった。それとともに、「地元自治体とのしなやかな関係」の重要性も認識した。

【表2】ながおか医療生協の21プラン～「かたち」プランへ

- 「大規模施設への憧れと疑問」の時期 第3期
 - H15.10 痴呆性高齢者グループホーム「いずみ」開設
 - H16.5 生協サポートセンターしろうまる（在宅支援型住宅）開設
 - H16.6 生協診療所リハビリセンター開設
 - H16.11 ヘルパーステーション「あおぞら」開設
 - H17.6 地域配食「ほほえみサービス」開始
 - H17.9 認知症高齢者グループホーム「にここ」開設
- 「地域密着型サービスへの期待」の時期 第4期
 - ◆ H19.6 住宅型有料老人ホーム「アシスト笹崎」開設
 - ◆ H19.6 小規模多機能型居宅介護「プラット笹崎」開設
 - ◆ H19.11 小規模多機能型居宅介護「プラット高町」開設
 - ◆ H19.11 山通り交流空間「わいが家」開設
 - ◆ H21.3 四郎丸交流空間「わいが家」開設
 - ◆ H21.4 認知症サービス「デレームささぶえ」、笹崎交流空間「わいが家」開設

H18.4「介護保険大改定」地域密着型サービスの登場

- ◆H21.4 介護付有料老人ホーム「アシスト高町」開設
- ◆H21.4 短期入所施設「グリーンステイ高町」開設

← **H24.3「介護療養病床廃止」**

第2章 「医療と福祉の連携」を超えた融合の意義

1 よりよいケアサービスと「チームアプローチ」の視点

高齢期は疾病や心身機能の低下、経済基盤や社会機能の弱体化など、様々な面で生活の基盤が揺らいでくる時期である。ケアが必要な状況になると、医療・介護・福祉など多岐にわたるサービスを利用しなければ在宅生活を維持できなくなることが多い。また、介護する家族にも大きな負担を強いることになり、家族への支援も必要となる。そのため、高齢者の在宅ケアのニーズは複合的となる。

たとえば、家事援助が必要でホームヘルパーを利用するだけでなく、医療ニーズがあり通院や訪問看護が必要となる場合もある。また、介護者の介護量軽減のために短期入所サービスなどを合わせて利用することもある。

このような複合的なニーズを充足するには、保健・医療・福祉などの各専門職チームをつくり、協同（役割分担）・連携してサービスを提供すること、つまりチームアプローチが必要になる。この点で介護保険制度施行前にすでに「在宅ケアシステム」の構築に成功した自治体の例として、大和町（新潟県）について検証してみたい。

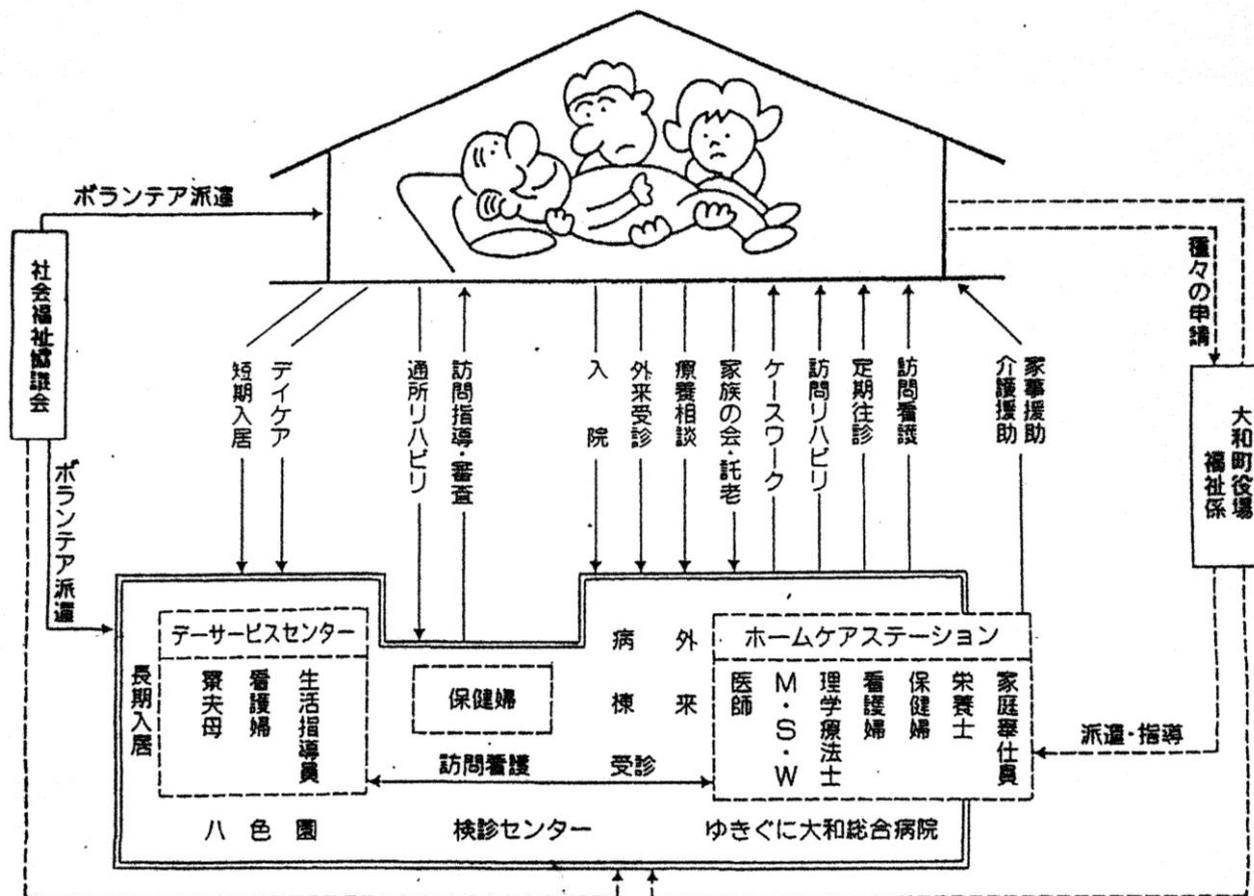
ここで「成功した」と申し上げた意味は、医療～予防～介護活動が連携の域を超え融合し、コンビネーション良く機能しているということである。大和町はすでに昭和58年には、まちの検診センターを中心として町立大和病院・特養ホームの連携システムを作り、医療～予防～介護の一体化を完成させていた。在宅ケアシステムに絞って言えば、検診センターを中心に「病院」と特養ホームをその援助活動に駆り立て、様々な形の支援メニューを作り出した（図1）。病院の立場から見ると、「医療を従来のフレームから予防・介護にまで拡大した」と言える。当時は、現行の「ケアマネジャー」は存在しなかったわけであるが、その代わりにコーディネーター役として機能したのは、同病院の医療ソーシャルワーカーと町の保健師であった。

この事例は、第一次産業を中心とする地方都市におけるものであるが、「農村モデル」か「都市モデル」かは、ここでは注目していない。ここで着目すべき点は、当然のことながら各事業が共通の経営基盤を持っている事である。この事は、同じ目的とアプローチの視点を持ちやすい体勢にあることを意味する。サービスの実施主体（法人）が一元化されるということは、援助の窓口が一本化されることにつながり、治療から在宅ケアへの流れがスムーズに行われやすい訳である。

具体的に考えてみると、病院退院時に「訪問看護」と「デイサービス」のニーズがある場合、サービス提供主体が一元化されていれば、サービス事業所への詳細な診療情報の提供により、クライアントを待たせず速やかに援助サービスを開始できる。また、クライアントにとっては、今までの入院治療の延長として、安心してそのサービスを利用できる。

援助プランのコーディネーターの立場で考えると、援助の社会資源が自分自身の帰属している関連組織の中で充足されるので、プランに統合性を持たせやすく、より適切な支援メニューを組むことが可能となる。

(図1) 大和町の在宅ケアシステム



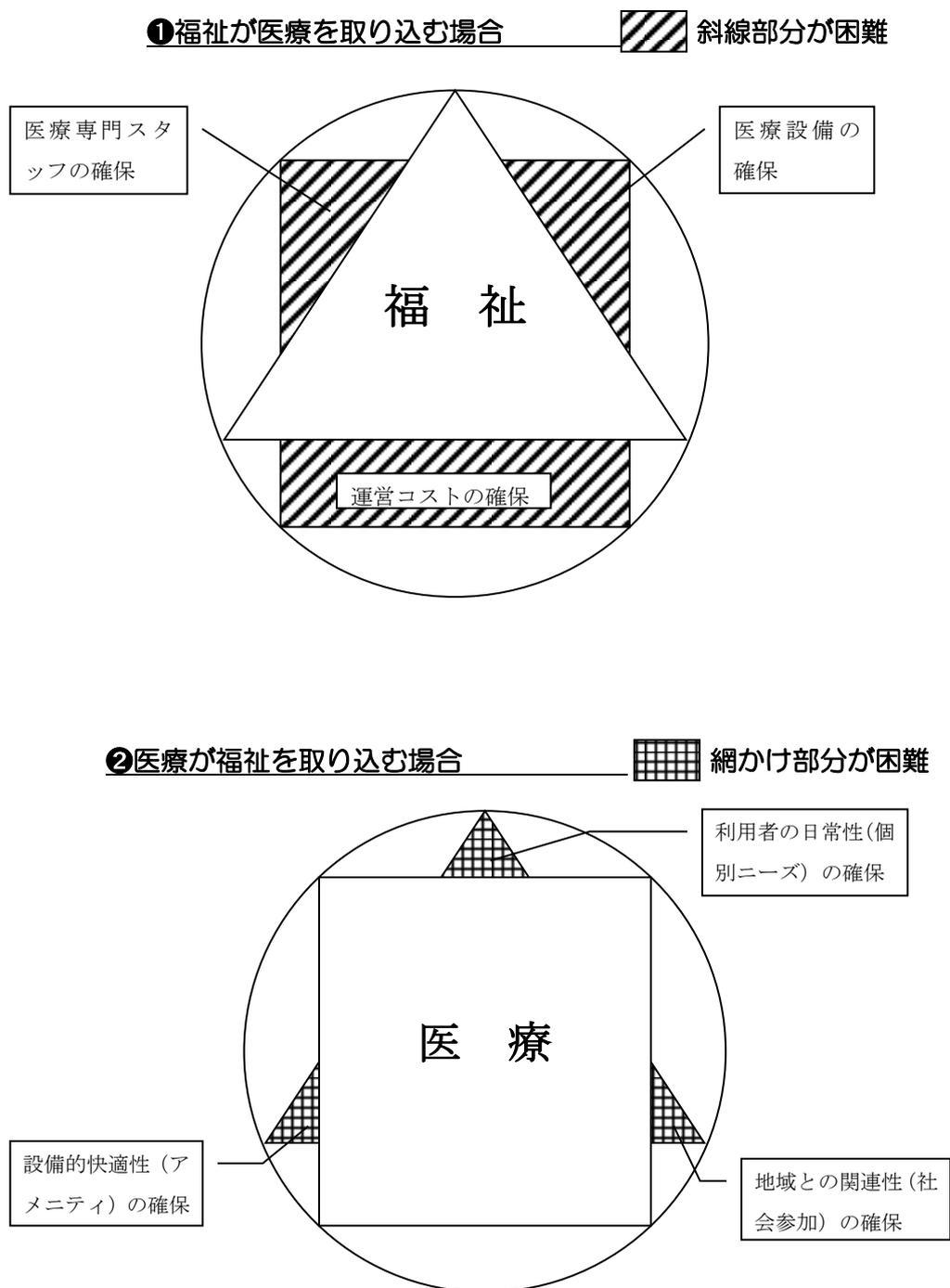
出典：黒岩卓夫著「わたしたちの健康医療 新潟大和町の実践記」1983（現代出版）

2 医療事業と福祉事業融合の現実的手法

前段で、あえて、利用者・患者の困り込み奨励のようなことを述べたが、高齢者の健康的な在宅生活を考えた場合、人間である以上、福祉・介護面と併せ、訪問診療等の医療面の支援を欠かすことができないのは事実である。老人ホーム等での施設生活を考えても、単に契約した「協力医療機関」があるといったレベルを超えた、質の高い医療連携体制が求められる。

前述の大和町のような高いレベルでの医療と福祉の融合の実現を考えた場合、経済的コストの面では、福祉事業体が常時対応できる医療体制を確保することは、相当困難である。

(図2)



それは、図2-①に示したように、福祉事業体が医療を取り込む場合、福祉に理解のある医療スタッフの雇用や高い人件費による運営費の圧迫、コスト高の医療器械の購入等の負担が非常に大きいのしかかるからである。それに比べると、②に示したように、医療事業体が福祉を取り込む方が現実的な対応と考える。しかし、その際、医療事業体側が医療

モデル的運営により陥りやすい点として、次の3つが危惧される。

- ① 設備的快適性（アメニティ）の確保を怠ること
- ② 利用者の日常性（個別ニーズ）の確保を怠ること
- ③ 地域との関連性（社会参加）の確保を怠ること

である。これら、医療事業体と福祉事業体 双方の欠点を解決・修正する際の困難度を数式的に表すと次のようになる。

網かけ部分<斜線部分＝福祉事業体の困難度>医療事業体の困難度

このことから、医療事業と福祉事業の融合には、医療事業体はその運営フレームを拡大し、福祉事業を取り込むことが優位と判断する。なお、この場合、基本的に「医療事業」は治療を目的とし、「福祉事業」は日常生活サービスを目的とするという違いを踏まえなければならないことはいうまでもない。

3 診療所を中心とした包括的サポートシステム

政府の「社会保障国民会議」（座長＝吉川洋・東京大学大学院教授）は、平成20年11月に最終報告を出した。これは、内容の善し悪しはともかく、今後のわが国の社会保障の方向性に影響を及ぼすものと理解している。そこに至る中間報告（同年6月19日）における第二分科会（サービス保障（医療・介護・福祉））の「中間取りまとめ」の中に、興味深い記述がある。

「地域での生活を支える医療・介護・福祉の一体的提供（地域包括ケア）の実現が必要」とした上で、

- ① 多くの国民は、要医療・要介護の状態になっても、可能であれば住み慣れた地域や自宅で必要なサービスを利用しながら生活し続けることを願望している。
- ② 医療や介護を必要とする高齢者や障害者の地域生活・在宅生活の継続を可能にするには、地域で暮らしていくために必要な様々な生活支援サービスが、その人の意向と生活実態にあわせて切れ目なく継続的に提供されることが必要となる。
- ③ そのためには、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが、日常生活の場（日常生活圏域）で用意されていることが必要であり、同時に、サービスがバラバラに提供されるのではなく、包括的・継続的に提供できるような地域での体制（地域包括ケア）づくりが必要である。
- ④ 地域包括ケアづくりには、在宅支援機能をもつ主治医（在宅療養支援診療所）とケアマネジメントを担う介護支援専門員（ケアマネジャー）の緊密な連携が不可欠であり、両者の連携が核となり、サービス提供に関わる様々な関係職種と協働しながら、地域医療ネットワークや地域の在宅介護サービスなどの「サービス資源」を駆使して、一人一人の患者・要介護者のニーズに合わせたサービスを計画的に提供していく、という「地域包括ケアマネジメント」が不可欠である。
- ⑤ このため、地域における医療・介護・福祉サービスの量的整備と併せて、マネジメントを有効に機能させるためのワンストップの総合相談体制の整備・診療所の在宅支援機能の強化、介護支援専門員（ケアマネジャー）の機能強化等を進めることが必要である。

- ⑥ さらに、より総合的な高齢者・障害者の地域生活支援を地域で実現していくためには、ボランティア組織や地域の互助組織などのインフォーマルな共助の仕組みも含めた、文字通り地域ぐるみの取組みが不可欠である。
- ⑦ 多くの地域の実践事例が示しているように、十分強化された在宅支援機能があり、地域全体で高齢者・障害者の生活支援を行うことのできる地域であれば、要医療・要介護度の高い高齢者や障害者であっても最後まで地域（在宅）で暮らしていくことが可能となる。

限られた医療・介護サービス資源を効果的に活用し、より患者・利用者満足度の高い医療・介護サービスを実現する観点からも、地域包括ケアの実現は極めて重要である。（*ナンバリングおよびアンダーラインは筆者が加えた。）

と提言している。これらのうち、②～⑤については、前記の「大和町の在宅ケアシステム」で実践されている。逆な言い方をすれば、「大和町システム」は現代でもその輝きを失っていない。しかし、⑥の「共助の仕組み」は、自然発生的なものを除いては無い。現代において、「共助」をシステム化することは非常に困難であるが、大きな可能性をもっているのが「医療生活協同組合」という組織体であろう。

ながおか医療生協の事業プランでは、生活圏域ごとの「産み・育て・みとる環境づくり」をかかげている。「産み・育てる」関係の事業としては、後述の「病後児保育園」や「子育て支援サークル（ムーミンクラブ）」が該当する。「みとる」では高齢者を対象にしたながおか医療生協の一連の21プラン事業（前出の表1，2）が該当する。ここで言う「みとる」とは死に向かってゆくマイナス思考ではなく、生活の質を併せ持った長寿の達成というプラス思考である。そのためのネットワーク形態としては「ワンストップサービス」が望ましい。「ワンストップサービス」とは、サービス利用者の視点に立って、極力1つの窓口でサービス利用の申込をするだけで必要なサービスが全て調整され提供されることをさす。

また、住み慣れた市民の日常的な生活圏域から遠く離れた辺地に大規模特養ホームを中心とした高齢者サービス事業所群をつくる従来の手法は、ながおか医療生協の「求めるまちづくりの概念」とはほど遠い。今後は小規模居住施設を、在宅サービス事業所群とリンクする形で生活圏域に設置してゆくことが利用者の共感を得ると考える。その具体的取り組みの一例を、「地域の思い」という切り口で第3章で述べる。

第3章 「21プラン」～「かたちプラン」の実践と検証

第1節 いま、「高齢者のすまい」があぶない

1 高齢者住宅の現状

従来の行政施策は、いわゆる「縦割り行政」の中、高齢者の安全・安心な住環境の保証と介護サービスの連携を軽視してきた。現在、日常生活が自立し、介護認定を受けていな

い健康な高齢者であっても、地域で生活するためにアパートを借りようとする、家主や不動産業者から「火事を出されては困る」「近所の人が悪い顔をしない」「病気になったら責任をもてない」「家賃を払えなくなるのでは」等々の理由をつけられ借りにくく、斡旋も受けられないのが実態である。また、単身世帯などで、保証人がいないために借りられないといった問題もある。そのため、高齢者が入居できるのは、入居希望者がいないような老朽化したバリアだらけの劣悪な環境のアパートということになってしまう。このような状況に対して、平成 13 年「高齢者の居住の安定確保に関する法律」が施行され、住宅を確保しやすい状況ができつつあるが、社会的に定着するにはかなりの時間を要すると思われる。そんな中、平成 16 年 10 月に「新潟県中越え大震災」が発生し、多くの高齢者が家を失ったり、避難生活を余儀なくされた。そして、医療・福祉事業体として、ながおか医療生協の地域貢献が求められた。

2 隔離収容型大規模入居施設の限界

一方、心身に障害をもつ要介護認定者の場合はどうであろうか。筆者は長年の医療ケースワーカー経験の中、様々な生活障害のため住み慣れた地域で暮らせず、介護施設に入所したケースをたくさん見てきた。その多くは、本人の積極的な選択によるものではなかった。介護施設の代表的なものは、「特養ホーム」である。そこはたいてい住宅地から遠く離れた大きな施設であった。それを、長野県にある特養ホーム「アザレアンさなだ」施設長の宮島渡氏は、「コミュニティの外側でのケア (The care out of the community)」と表現している。真に的を得ている。世界に類を見ない猛スピードで高齢化してゆく日本では、仕方なかったのかもしれない。しかし、その際、施設生活という新しい合宿的環境に慣れることが苦手な高齢者は、心身に混乱を引き起こしがちである。これは、リロケーションダメージと呼ばれている。

介護保険制度スタートから 3 年経過した平成 15 年に、厚生労働省（以下、「厚労省」という。）から「2015 年の高齢者介護（座長：さわやか福祉財団理事長 堀田力氏）」が発表され、施設ニーズは、既存型特養ホームに代表される大規模施設（隔離収容型）から、個別ケアを実現してくれる小規模施設（地域密着分散型）に間違いなく移行しつつあった。介護保険下で措置制度から契約制度への移行が定着し、「利用者の尊厳を支持する」観点において大規模施設でのケア体系の限界が見えはじめていた。ながおか医療生協は、「利用者本人が望む暮らし」を支える新たな介護システムを考える時期が到来していると感じていた。

3 新しいサポートシステムを求めて

利用者が必要としているサービス（社会資源）がそのコミュニティ（まち）にない場合は、事業者自らそれらを開発していくことが必要になる。それでは、ながおか医療生協が「小規模特養ホーム」等を建てればよい訳だが、そう簡単にはいかない。特養ホームの開設は、民間法人では、原則、「社会福祉法人」以外は規制されている。さらに、ながおか医療生協は、本稿の第 2 章で述べたように、医療機関が福祉・介護分野に事業拡大し、同じ

共通の経営基盤のもとサービス提供を行うことが利用者にとって優位と判断していることもある。また、特定施設の総量規制も勘案しなければならない。そして、日常生活が自立している一般高齢者の住宅の確保も同時に対応することを目的に、ながおか医療生協の「新生活サポートシステム」の開発がおこなわれた。

この新システム事業では、「住宅型有料老人ホーム(以下、「住宅型有老ホーム」という。)」に小規模多機能型居宅介護事業所を併設することで、高齢者が日常生活が自立した健康なうちから～寝たきり状態になっても、できるだけ「自分らしい暮らし」から切り離されない方策の実現を意図した。当然、住み慣れたまちなかに造らなければ意味がない。機能的には、元気なうちから入居できる個室特養ホームみたいなものであり、そのためには、サービス提供の場(各居室)を住宅の視点で考えることが必須であった。

老人福祉法に規定される「住宅型有老ホーム」は、介護サービスは付いておらず、費用面を除けば、「ケアハウス」に似ている。介護が必要となった場合、入居者自身の選択により、地域の介護保険サービスを利用しながら居室での生活を継続することが可能な全室個室ホームである。そして、平成19年6月、ながおか医療生協は「住宅型有老ホーム アシスト笹崎」を開設した。アシスト笹崎では、同じフロアにある小規模多機能型居宅介護事業所が24時間365日、ケアサービスを提供するので、自立者から中重度の要介護者まで受け入れることができる。

アシスト笹崎では、入居時、高額な一時金はなく、「敷金2か月分のみ」である。それを経営的に可能にしたのは、土地を賃借し、地主に建物を建ててもらい、「土地・建物サブリース」方式を採用したからである。「サブリース」方式は、地主が資金調達して、自分の土地に建築し、それを運営法人が「一括借り上げ」するシステムである。これは、地主と医療生協による「協同の取組み」と理解している。なお、入居契約時、利用者に対し、ながおか医療生協への加入・出資のお願いももちろん行う。

4 「アシスト笹崎」への期待

①まず、リロケーションダメージを軽減する方策として注目している。

心身に障害をもってからの「住み替え」ではご本人の適応力が低く、リロケーションダメージを受けやすい。心身に余裕のある元気なときから日常生活圏域にある「アシスト笹崎」に住み替えてしまえば、障害をもって、住み慣れたそのままの環境で暮らし続けることができる。

②全体のサービス量が決まっている「特養ホーム」などと異なり、必要に応じ医療・介護サービスを外部購入することができる。

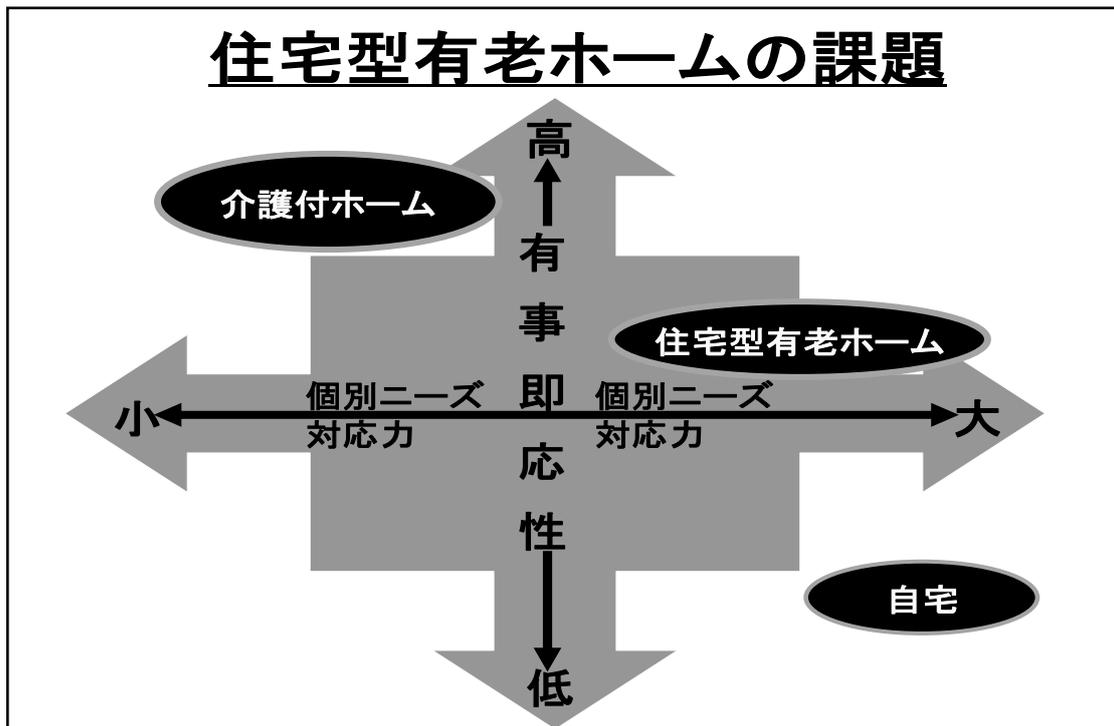
外部介護サービスの基本は、1：1の個別介護である。より利用者の満足度の高い個別ケアプランにより、自分の生活リズムで暮らすことができるわけである。濱田孝一氏(「失敗しない有料老人ホームの事業戦略」ヒューマン・ヘルスケア・システム)によれば、特養ホーム等の介護システムは、介護度の軽い人が重い人の分も負担しているシステムであるということである。そこでは全体のサービス量が決まっているから、毎日買い物に行きたい等の個別の希望や特殊なニーズには対応が困難で、「待っててネ」「後でね」とはぐらかされて終わることが発生する。プールされた限られた介護費用を再配分しているとも言

える。一方、利用者にとっては、一律のサービスを受けるのではなく、個々のニーズに対応してもらうことが重要なのである。集団の論理に基づくケアではなく、「利用者のその人らしさ」から始まり「その人らしさ」で終わることができるかが事業評価の分かれ道である。

5 住宅型有老ホーム「アシスト笹崎」の課題

まず、図3を見ていただきたい。

(図3)



タテ軸に「有事（転倒・失禁など）即応性（濱田孝一氏は「臨時のケア」「隙間のケア」と呼ぶ）」、ヨコ軸に「個別ニーズ（自分らしい生活の確保）への対応力」を設定すると、自宅・介護付ホーム・住宅型有老ホームは、それぞれ図のようなポジションとなる。

⇒まず「自宅」では：助けが必要なとき不安があり、防犯・急病時の即応性に問題があるが、自分の生活リズムで暮らすことができる。

⇒次に「介護付きホーム（特養ホーム等）」では：自分らしい暮らしの確保の点では不満があるが、24時間介護スタッフが常駐し有事即応性が高いので、安心感があり人気がある。そこで、長岡市では待機者が多数発生するということになる。

⇒すると、「住宅型有老ホーム」は、タテ軸の「有事即応性」をいかに高く保障するかという課題が見えてくる。個別に購入する介護サービス料の高騰も懸念材料となる。

6 「小規模多機能型居宅介護事業所」を併設した理由

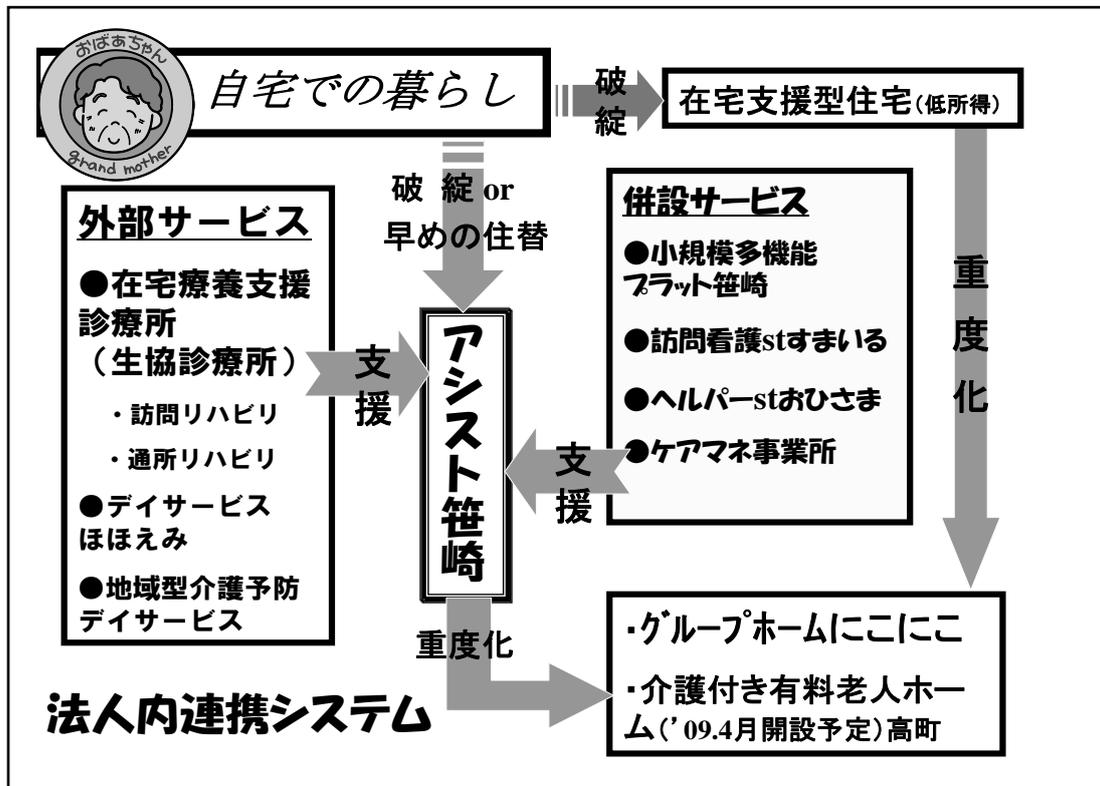
内包型介護サービスのついていない住宅型有老ホーム「アシスト笹崎」では、小規模多

機能型居宅介護事業所「プラット笹崎」を併設することで「有事即応性」を向上させ、上記課題をクリアしている。具体的には、「プラット笹崎」では、利用登録された「アシスト笹崎」の入居者に対し、24 時間体勢で介護サービスを提供する。マクロな視点では、介護付きホームと同レベルのサービスを提供できることになる。又、自宅から「プラット笹崎」を利用している方々が、将来、在宅生活困難となり、自宅に代わる第2の住まいを探す時、日頃使い慣れた「プラット笹崎」に連続した環境の「アシスト笹崎」に入居すればリロケーションダメージが軽くすむこともメリットである。

また、自己負担額の抑制の側面からは、小規模多機能型居宅介護報酬が「月極め定額制（マルメ）」であることに着目し、住宅型有老ホーム入居者に介護付有料老人ホームと同レベルのサービスを提供しようとしている。この仕組みが、出費を抑制しながら「有事即応性」を向上させ、連続的生活支援を在宅（＝本人の居室：テリトリー）で提供可能にしている。さらに、同建物内には、同一法人が運営する「訪問看護ステーション」を併設しており、在宅療養支援診療所である「ながおか生協診療所」との連携のなか、一次救急的対応を可能にしている（図4）。

「みとり」に関しては、本体が診療所という医療機関であることから、終末期をそこで迎えたい本人・家族の希望があれば、対応している。すでに、数ケースの実績を残している。

(図4)



7 まとめ

これらのシステムの運営ポリシーは、自立者～要介護者まで住み慣れた生活圏に安心安全な「住まい」を確保し、その人らしいくらしを支えることである。前出の宮島渡氏の言葉を借りれば「コミュニティの内側でのケア（The care in the community）」である。その特色は、

- 1) 住宅型有老ホーム「アシスト笹崎」は、自宅でなく施設でもない「新しい在宅」のあり方である。新しい環境に馴染めるうちに住み替え、自分の今までの生活スタイルを継続させながら、徐々に新しい生活をつくっていくことができる。生活障害をかかえる将来を見越した選択の幅を拡大させている。
- 2) 「有事即応性が低い」という「住宅型有老ホーム」の欠点は、小規模多機能型居宅介護事業所とコラボレート（連携）することで補完できる。
- 3) 入居費用は、地主との協同の取組みで初期投資を抑え、安価に設定できる。
- 4) 以上から、日常生活の自立した一般高齢者から要介護認定高齢者まで、単身または夫婦で安心して居住できる。

と、整理される。今回の事業は、クラスアドボケート（ニソーシャルワーカーの社会資源作り）の視点で企画されている。今後は、介護サービス内包型の特養ホーム等とは一線を画したケアの充実および生活支援サービスの提供ができるよう、システムの改善と工夫が求められる。

第2節 いま、「在宅医療」があぶない

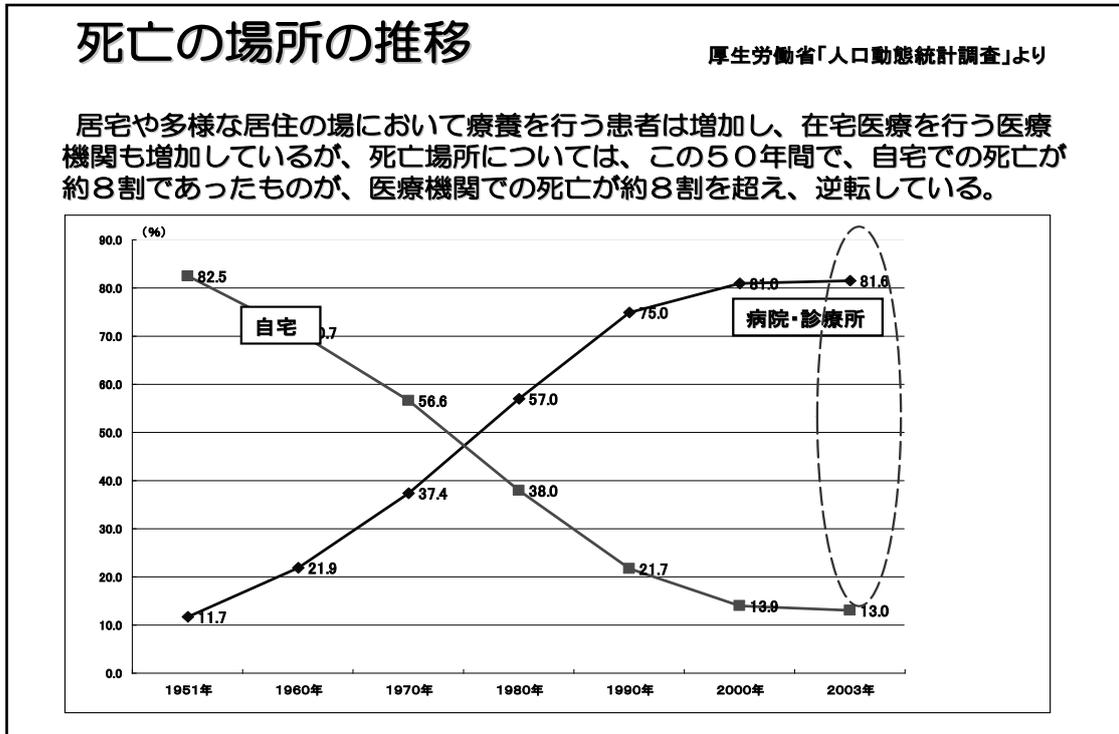
1 往診してくれる医者がいない

「往診してくれる医者がいなくなったよね」とは、最近よく聞く言葉である。長岡市は、開業医の数は決して少なくない。しかし、往診医が少ないのは、24時間態勢で医療をおこなう医師の心身の負担の大きさに起因していることは間違いない。長岡市の人口は約28万人である。市内にある「在宅療養支援診療所」の数を調べてみると、わずか13か所である（平成20年3月末現在）。その内の2か所は、ながおか医療生協が運営する診療所である。本稿第2章で述べた、「地域包括ケア」の実現に「医療の出前」は必須であるが、不足は明らかである。

一方、往診を支える診療所に対する診療報酬には厳しいものがある。最近、（平成18年4月）の改定の影響は大きかった。ながおか医療生協の医療事業は無床診療所2か所（常勤医師2名）が中核であるが、検査料や再診料のカットでマイナス改定となった。それを補うためにも「在宅支援診療所」に取り組みざるをえなかったことも否めない。もっとも、それは「入院医療より在宅医療を推し進める」国の誘導政策と理解できる。

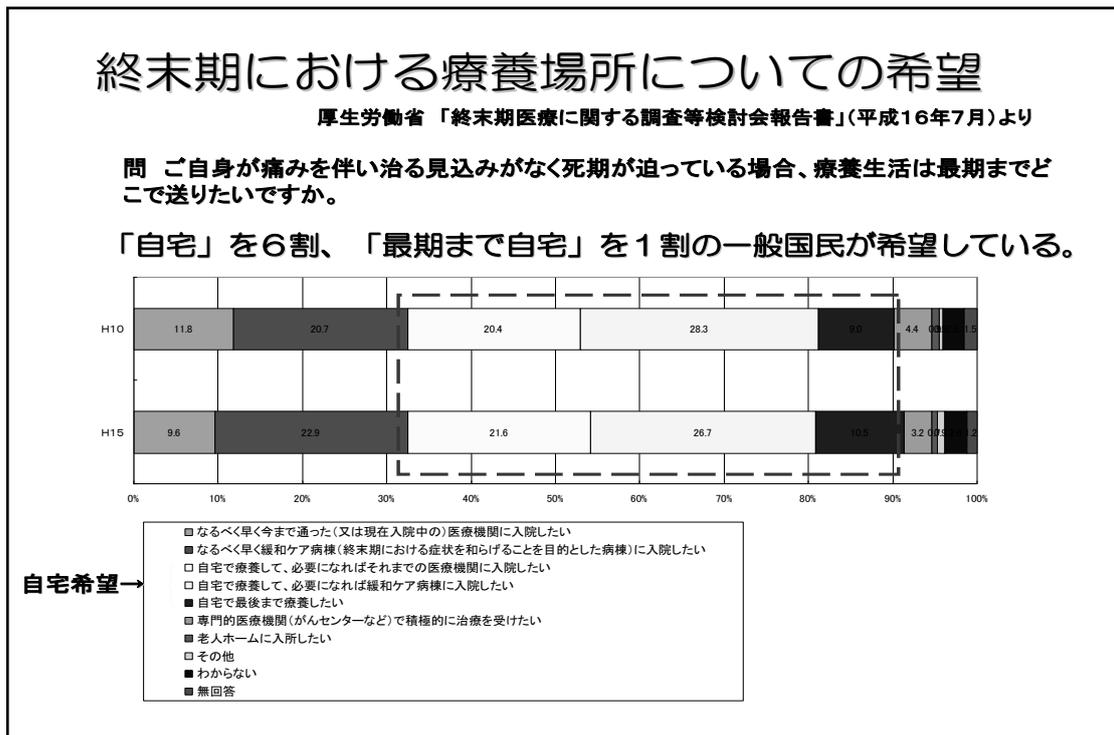
厚労省が示す「根拠データ」によると、死亡の場所は、圧倒的に「在宅死」から病院を中心とする「医療機関での死」に移行している（図5）。

(図5)



終末期における療養場所の希望については、6割の国民が「自宅」を希望しているが、「在宅死」までは1割としている（図6）。

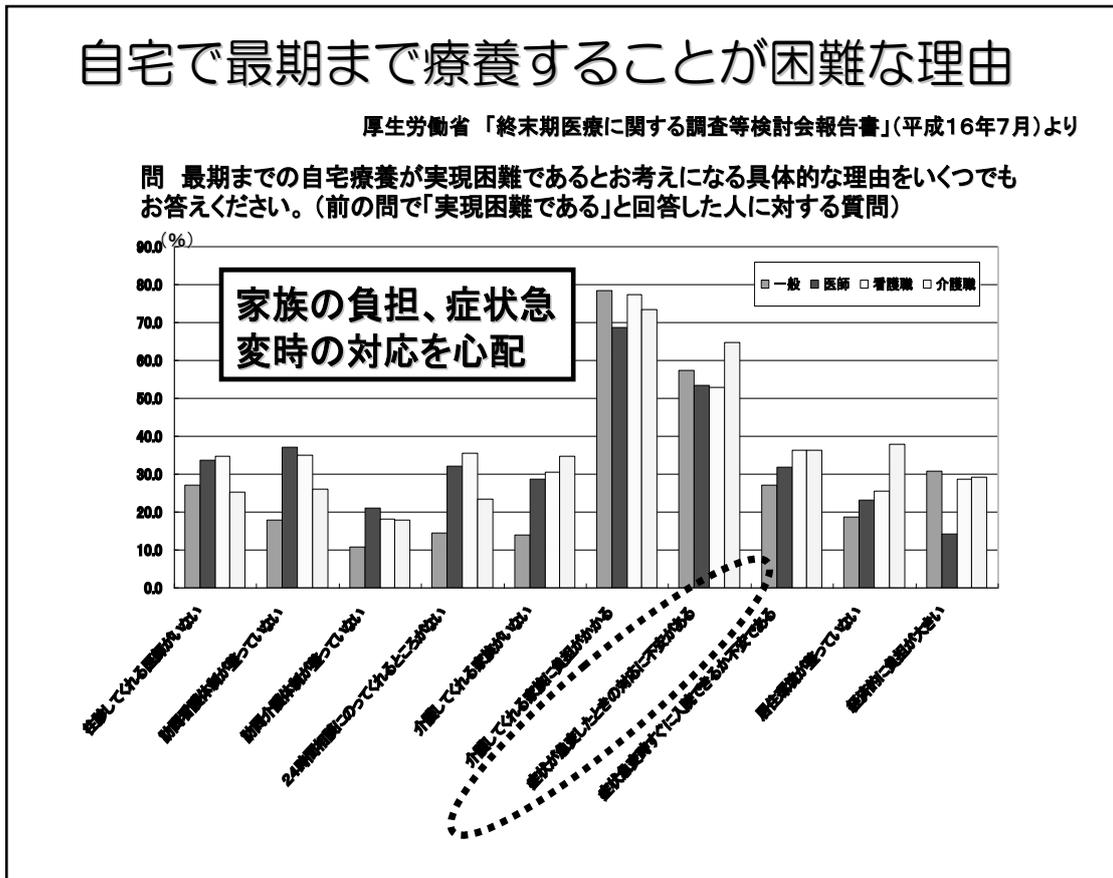
(図6)



そして、「在宅死」を阻害する要因の大きなものは、一般国民の立場では

- ① 介護してくれる家族に負担がかかる
 - ② 症状が急変したときの対応に不安がある
 - ③ 経済的に負担が大きい
 - ④ 往診してくれる医師がいない
- となっている（図7）。

（図7）



①および③は、介護のために仕事をやめざるを得ない「家族の負担への配慮」と推測される。②および④は在宅医療政策の貧困さを示している。そこで、厚労省は「在宅療養支援診療所」を中心とした在宅支援サービスの整備に力を入れてきた。もちろんその裏には「療養病床の再編成」にからんだ思惑があるわけである。見方を変えれば、政策的には「在宅死」の奨励である。したがって、「在宅療養支援診療所」には誘導策的診療報酬がついているといえる。

2 在宅療養支援診療所の態勢

在宅療養支援診療所の診療報酬上の要件をあらためて確認してみると、

- ① 保険医療機関たる診療所であること。

- ② 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置し、その連絡先を文書で患家に提供していること。
- ③ 当該診療所において、又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること。
- ④ 当該診療所において、又は他の保険医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当看護職員の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること。
- ⑤ 当該診療所において、又は他の保険医療機関との連携により他の保険医療機関内において、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること。
- ⑥ 医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員（ケアマネジャー）等と連携していること。
- ⑦ 当該診療所における在宅看取り数を報告すること。 等

となっている。もっとも、それが医療保険制度に位置づけられる以前から、ながおか医療生協は、診療所で「往診」や「訪問診療」に前向きに取り組んでいたため、全く新しいことをやるわけではなかった。しかし、やはり要件③の24時間対応は、常勤医師の数からして、非常に負担の大きいことである。同診療所の医師は率先して取り組んでくれたが、それを継続してゆくため、他スタッフの協働体制を築くことが必須であった。

3 連携は「多職種協働」のネットワーク

ながおか生協診療所では、次のような職員態勢および連携体制をとっている。

●スタッフ体制

- 医師：1名 外来看護師5名
- 別途、「訪問看護ステーション」事業所あり：看護師6名
- 居宅介護支援事業所あり：ケアマネジャー3名
- 通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションあり：PT/OT9名

医師は日頃から、同意を得た各患家を月2回は定期訪問し、緊急時にも対応できるようにしている。また、患者に関する最新情報の収集と介護者への助言、緊急時のスムーズな対応のため、介護保険対象者にはできるだけ訪問看護ステーションを併用してもらっている。訪問診療に同行する診療所看護師と訪問看護ステーション看護師は、患者情報等を緊密に交換し、医師の訪問の要否を的確に調整している。このへんの在宅分野での連携は、サービスの実施主体（法人：ながおか医療生協）が一元化されていればこそ、うまく機能できる（第2章参照）。緊急時の患家からのファーストコールは、診療所看護師の携帯電話につながる。そして、医師の緊急訪問の結果、入院が必要と診断された場合は、提携病院へ紹介となる。

診療所（医師・看護師）と訪問看護ステーション（看護師）の情報交換の方法であるが、日々の訪問時の患者の身体状況等は e-メールを利用し交換している。急ぎの場合は、携

帯)電話で連絡しあっている。なごか医療生協が運営する「有料老人ホーム」入居者の多くも、同診療所の訪問診療を利用している。これらの方々については、法人内のITネットワーク上に「連携ホルダー」を作成し、患者・利用者情報を共有している。定期的な訪問診療の前日には、有料老人ホーム担当看護師から患者情報が診療所に入るようになっており、医師のスムーズな訪問診療をサポートしている。病状に変化があった場合は、医師、ケアマネジャー、看護師、リハビリスタッフ等でケースカンファレンス(又は、サービス担当者会議)をもち、必要に応じ家族とも面接を行っている。多職種が協働して患者(要介護者)・家族を支えるという「多職種協働」を法人内で可能にしている。

4 まとめ

なごか生協診療所における、在宅療養支援診療部門の最近の活動状況は次のようになっている。

- ◆在宅管理患者数 75名(平成21年3月1日現在)
うち、法人内介護福祉施設入居者31名
- ◆往診・訪問診療件数 月平均140件(平成20年)
- ◆在宅での「みとり」件数 年間4人(平成20年)
- ◆法人内介護・福祉施設での「みとり」件数 年間2人(平成20年)

これらの活動を振り返ると、あらためて「安心してらせる まちづくり」には医療と福祉(介護)の連携が不可欠なことが認識できる。医療が中核となり、福祉事業を展開してゆくシステムがうまく機能することによって、利用者の生活の質や幅が広がり、介護者の負担軽減や気持ちのゆとりにつながる。

第3節 いま、「子供たち」があぶない

1 子どもの養育機能の低下

この節のタイトルに「子供たち」があぶないと書いたが、正確には「子供たちとその親」があぶないと表現すべきであろう。近年、少子化、核家族化、都市化の進展、男女共同参画による女性の社会進出の増大等、子供(特に幼児)を取り巻く環境は大きく変化するとともに、家庭や近隣社会における子供の養育機能が低下してきている。このため、保育事業は「子育てと親の就労」の両立支援の一環としてその重要性を倍加させている。

2 生協診療所に「すこやか」誕生

「病後児」とは病気の回復期のため集団保育が困難な幼児・児童をさす。日々の小児科の診療場面において、外来看護師たちは、「病後児」が安静を保つことや他の子どもへの感染防止の観点で一般保育園や幼稚園から通うことを拒否され、自宅での育児を余儀なくされていることが気にかかっていた。また、一般保育園等では、昼食後の服薬さえなかなかしてもらえない実態がある。そのため、勤労保護者(主に母親)は勤務先に気がねしながら休業せざるを得ない状況があり、そのニーズを勘案すると、当該期間その子ども達を預

かる「病後児保育事業」を実施することが求められていた。

また、この事業の対象児は病気の「回復期」であり、入院治療の必要はないとしても、発熱の再燃等病状が変化する場合が十分に予測される。その際には、直ちに対応できる健康医療面でのサポート体制を確保することが非常に大切であることから、同保育施設は医療機関と密接な連携を日常的にとることが重要視された。

長岡市の当初の行政プランとしては、病後児保育事業所第1号を、業績不振で閉店した駅前通りデパートの一部を利用し実施する予定であったが、ながおか生協診療所の申し出を受け、委託することを決定した。

実施施設の立地条件としては、

- ①同事業に熱意ある常勤の小児科医と連携が十分に取れること
- ②保護者の自家用車の駐車スペースの確保等、送迎の便が良好なこと

が特に重要な評価ポイントとされ、前述の駅前通りデパートプランでは、形はできても、どちらも充実度は低かった。

そして、平成14年4月1日 ながおか生協診療所内に病後児保育室が誕生し、「すこやか」と命名された。

<写真1>



3 事業の採算性と期待

この事業は、一言で言えば経営的には「労多くして実入りの少ない」きびしい事業と言える。しかし、ながおか生協診療所には、それを受け入れる土壌があった。ながおか生協診療所には、平成7年小児科発足と同時に「ムーミンくらぶ」と称した「子育て支援サークル」がスタートしていた。同クラブでは、未就学児とその母親を対象に、毎月親子体操や季節の行事を開催している。これは、診療活動だけではなく「地域で健康な子育てを支援しよう」の方針に賛同した母親達と診療所職員によって現在も継続されており、保育分野への事業拡大に大きな影響を及ぼした。

開設当時、「病後児保育」に対する課題は、この「ムーミンくらぶ」及び診療所外来でのアンケート調査で、次のようなものが上位に挙げられた。

(調査対象は20～40歳代の母親43人)

病後児保育利用時のチェックポイントは?という問いに対して(2つ選択で)

- ①利用に当たっては、料金をチェックする・・・20人
- ② // 、保育内容をチェックする・・・18人
- ③ // 、職員の人柄をチェックする・・・18人

そして、これらの点が、母親の利用の多少を左右すると推測された。

①については、利用料（自己負担）1日 2,000 円は他自治体に比べて高額で、せっかくの制度が市民に浸透しないのでは、との心配があり、ながおか生協診療所は長岡市社会保障協議会を窓口長岡市と値下げ交渉を行っている。その結果、所得税非課税世帯 1,000 円、住民税非課税世帯無料、という低所得世帯の軽減措置を引き出している。さらに、組合員世帯については、医療生協独自に一般世帯 2,000 円に対し 1,000 円の助成を行っている。

②、③については、いつも通っている保育園ではない、知らない施設に突然預ける訳なので、母親にとっても子供にとっても不安だという意識を反映している。それに対する病後児保育室側の配慮が大きな課題となった。

<写真2> ムーミンくらぶ（親子で いも堀り）



4 まとめ：課題と地域子育て支援センター

「病後児保育室すこやか」では、上記課題を解決するため、子供の基本情報を事前に登録しておくシステムをスタートさせた。そして、事業運営の経験から、子育ての悩みは「児童福祉分野」から「医療分野」等まで多岐に渡ることをあらためて痛感している。

今後の事業展開として、「地域子育て支援センター」の指定を受け、医療事業と福祉事業を統合した相談窓口として機能することを考えている。この発想は高齢者向けの「在宅介護支援センター（現行の地域包括支援センター）とつながっている。

これらは、住民のニーズに基づいた、「かかりつけ医」としての診療所小児科医療のあり方のひとつを提示している。

第4章 おわりに：思いを「かたち」にする実践の課題

1 これからの地域福祉のながれ

厚労省は、平成20年3月に「これからの地域福祉のあり方に関する研究会報告書（座長：日本社会事業大学学長 大橋謙策氏）」をまとめた。この報告書は、「地域における『新たな支え合い』を求めて～住民と行政の協働による新しい福祉」と題され、公的な福祉サービスだけでは支えきれない生活課題に対する「共助」の拡大・強化を提唱している。筆者はこれを読んで、当初、「国は国民の福祉を守ることを放棄すると公言するのか！」と直感的に思った。しかし、冷静になって考えれば、確かに、地域におけるあらゆるニーズを全て、公的サービスでカバーするには限界があることは明らかである。そこに自助・共助が期待される源流があり、そして、共助のひとつとして医療生協がでていくスキマがあると考え直している。

日本の現在の官僚主導型政治が、我々の望む「医療・福祉環境」を我々の住むまちで整えてくれることを待っていたら、間違いなく我々の方が先に死んでしまうであろう。こういうときだからこそ医療生協は、英国で死語になってしまった「ゆりかごから墓場まで」という社会保障の理念にあえてこだわる必要があるのではないかと考えている。そして、全国の医療生協法人が立脚する市町村の社会状況によって、各単協の事業プランは変わってくるべきで、地域社会に密着したプランを立ててゆかなければならない。

2 地域ニーズのとらえかた

組合員と地域のニーズをさぐるために、アンケート調査の手法がよくもちいられる。ながおか医療生協の最新の調査では、表3のような結果になっている。

【表3】

組合員と地域の要望 (アンケート調査の結果)	
●診療科の増設	(順位) ①眼科 ②整形外科 ③耳鼻科
●介護施設の増設	(順位) ①ショートステイ ②介護付の入居施設 ③ナイトケア
●組合員活動	(順位) ①気軽に立ち寄れる場所作り ②健康増進活動 ③ボランティア活動

ここで大切なのは、自診療圏のソーシャル・リアル・ニーズは、必ずしもアンケート結果と一致しないことである。アンケートで出てきた要望は、消費者のデマンド（要求）であるが、本当にその地域に必要なニーズとイコールではない危険性がある。たとえば、歯科診療所数が過当競争ぎみであるのに生協診療所に歯科の増設の要望があったとしよう。このケースのリアルニーズは、高齢者が歯科受診する際の送迎問題だったり、歯科往診の可否の問題であったりすることが推測される。各単協の限られた資本をいかに有効に活用してゆくかは、いかに地域のリアルニーズをとらえるかにかかってくる。また、リアルニーズの中には、消費者が気づいていないニーズも存在することを決して忘れてはいけない。「自治・参加・協同」を旗印に活動する生協法人であるがゆえ、法人管理者たちは、専門家の見地からそれに気づかなければならない。

複数のリアルニーズが存在する場合は、取組みに優先順位をつけることが必要であるが、組合員向け事業ばかりに気をとられてはいけない。新規事業対象は、一般住民（組合員を含む）を優先的に検討し、そこから新規の仲間増やしにつなげ、事業剰余を全組合員のために使ってゆく発想もある。

「小規模法人」であるながおか医療生協は、自らの診療圏で何が求められているかのリアルニーズを的確に捕まえ、自らの「持てる力量」を勘案し、常に関連情報の収集アンテナを高くし、スピードをもって事業化していかなければ生き残れないと考えてやってきている。近年、グッドウイル・グループのコムスン不正問題が取りざたされた頃から、全国一律の事業モデルは通用しない時代であることがはっきりしたと考える。逆に、全国どこでも通用するモデルは、全国どこでも中途半端になる恐れがある。各単協では、それぞれの診療圏で、それぞれのスタンスで、リアルニーズを探求し、高齢者等の皆さんが、地元(local area)で安心して生活を続けられるよう、その地域のシステム作りに関わっていかなければならない。そして、そのシステムが現状にフィットしているのか、常に検証することが重要である。システムの機能向上のためには、よりよい質を求め、「現状の否定」から始めなければならない。たとえば、第3章 第1節で述べた「住宅型有料老人ホーム」アシスト笹崎は平成19年にオープンしたばかりであるが、今年はケアの質向上のため「混合型有料老人ホーム」に転換するべく運営状況を精査している。

3 「生活処方箋」の書ける医療

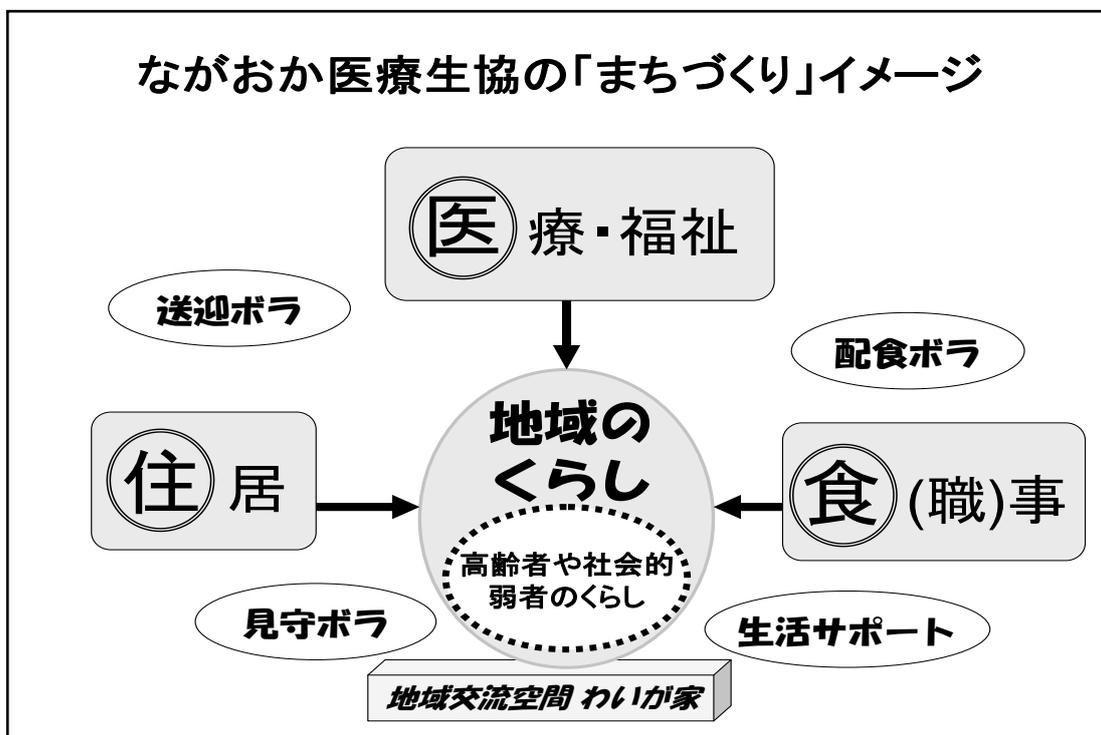
ここまで、ながおか医療生協が、地域の思いを協同の力で『かたち』に変えてきた事実を振り返ってきた。ながおか医療生協における「かたち」は、第3章で述べてきた様々な「事業」である。それらの展開の根底にあるスタンスは、

- ① 地域の健康を住民の視点で考えるとともに、「医療」と「福祉」両面の支援・サービスをかねそなえる。
- ② その支援・サービスの実施主体は一元化されることが望ましく、さらに支援の窓口が一本化されることは、患者・サービス利用者にとって必ずメリットがある。
- ③ 実施主体の一元化では、「医療（機関）」が主導権を握りながら「福祉（事業）」を展開してゆく手法が質の高いサービスにつながる。

である。この3点を可能にする最も有力な組織体は、「医療生活協同組合」であることを確信している。よく、医療法人や生協法人が福祉事業展開のための「社会福祉法人」を別に立ち上げることが多い。法的な開設制限をクリアするためには、必要な場合もある。たとえば、特養ホーム建設の場合などが例である。しかし、サービスの実施主体が多元化されることは、事業連携の観点からみると、カベをつくることにつながりやすい。また、法人の違いは、スタッフ間の給与格差を生んだり、医療スタッフは福祉スタッフより上に位置するような錯覚を生んだりする。これは、利用者への良質なサービス提供の阻害要因となる。

最後に、ながおか医療生協の理事長の思いにふれなければならない。理事長は診療所医師である。外来診療で、患者のさまざまな相談をうけるなか、医療だけではその生活を支えていくことに限界を感じ、福祉事業に取り組み始めた経緯がある。特に高齢者の暮らしについては「医・食（職）・住（図8）」の支援を基本に、独自のサポートメニュー（配食ボランティア、送迎ボランティア他）を加え、「暮らし続けられる地域」の環境づくりのリーダーシップをとっている。また、これらのボランティアは、定年退職後の世代を中心としており、ながおか医療生協は、その身分をパート職員とすることで、高齢者等の「職の確保」と「生きがいの再発見」をねらっている。

(図8)



理事長が提唱しているのは、住み慣れたところで安心して年を重ねていく（Ageing in Place）ために、暮らしの問題を解決する「生活処方箋の書ける医療」である。その理事長の言葉を引用して、第4章の「まとめ」としたい。

「地域の思い（ニーズ）を実現しようとしなのは、組合員に対する背任行為である。」

ながおか医療生協は、自らの音色が地元（local area）において響いてくれれば最高であり、全国のほかの成功例を追いかけようとは考えない。それは、「医療と福祉の融合体」は、全国一律・画一的なものではなく、地域ごとにその特性に合致した形で構築されるべきものとするからである。そして、法人スローガン（私達がめざすもの）「みんなで暮らすまちだから、みんなの笑顔でまちづくり」を掲げながら「地域になくてはならない事業団体」になることをめざしている。

【参考文献】

- 黒岩卓夫著「わたしたちの健康医療 新潟大和町の実践記」1983（現代出版）
- 濱田孝一著「失敗しない有料老人ホームの事業戦略～成功させるための視点と事業リスク～」2005（ヒューマン・ヘルスケア・システム）
- 濱田孝一著「失敗しない有料老人ホームの事業戦略～保険依存から介護システム構築の時代へ～」2006（ヒューマン・ヘルスケア・システム）

<Sコース> 論文テーマ：B 医療生協のまちづくり～思いを「かたち」に

地域密着型避難所の取組み ～ 大震災にまけないゾ！ ～

ながおか医療生活協同組合 土田武千代（常務理事）

§ 1. 【はじめに】

平成16年10月の「中越大震災」では、多くの方々が家を失ったり、避難生活を余儀なくされました。当時、仮設住宅での生活者は8000人にのぼり、入居期限2年に追われました。実際、仮設住宅が撤去されたのは、平成19年の末であり、長岡市の災害対策本部が閉鎖されたのは、昨年3月末でした。災害の精神的復興に至っては、なかなか完結とはいきません。当時、ながおか医療生協の事業は、2診療所（無床・リハビリ室あり）、2デイサービスを中心に10余りの事業所を車で15分以内の範囲に分散配置していました。

§ 2. 【震災の実際と課題】

振り返れば、法人本部のある「ながおか生協診療所」は、倒壊ゾーンとよばれる激震地帯の淵に建っていました。そのために多くの貴重な経験をし、課題を発見することができました。

まず第一に、電話が通じない。発生が夕方だったので、混乱に拍車がかかりました。しかし、多くの職員が自発的に事業所に参集してくれましたので、当日夜からの診療活動や引き続き支援活動が可能となりました。

診療所ならびに介護保険事業所等の付属施設は気が付いたら避難所となり、精一杯の受け入れを2週間ほどおこな



診療所前は避難者と支援物資とボランティアでいっぱい



要援護者でうまったリハビリ室

ないました。近隣の大規模な公的避難所の天井が崩落し利用できず、住民の多くが路上にさまよう状態でした。診療所には次々と被災した皆さんが集まり、診療所とデイサービス施設あわせて最高250名前後を収容しました。徐々に負傷者が増える一方、トリアージ徹底の関係か、地域の基幹病院から状態の安定している患者さんが救急車で当診療所に送られてくるという、震災時ならではの逆転現象が起きました。これらの方々の食事提供、健康管理は診療所としての力量を超えるものでしたが、県内はもとより全国の医療生協関係団体等の支援をいただき、なんとかやりぬきました。

第二に、「住み慣れた生活圏」への人間の愛着です。被災後は、仮住まいや短期入所先について、全国から多くの申し出が寄せられました。しかし、被災者の多くは、市

外はおろか、市内でも移動することを躊躇しました。そのため、仮設住宅の設置場所も地域分散型とされました。仮設住宅の入居に際しては、阪神淡路大震災における「老人の孤独死」問題等の教訓から行政によってコミュニティー単位の居住配置がおこなわれ、コミュニティー・ネットワークの維持が図られました。この施策は、住民の手による相互の「高齢者の見守り対策」を促進し、孤独死の予防に大きな役割を果たしました。この例をみても、住環境が人間に及ぼす影響がいかに大きいかがわかります。

§ 3. 【法人としての具体的災害対応策】

震災後、当法人は医療・福祉団体として地域でできることは何なのかを模索してきました。具体策として、甚大な住宅被害を受けた高齢者の支援を優先事項に決定しました。そして2007年6月、住宅型有料老人ホーム（27人入居）を開設しました。そこでは「(財)新潟県中越大震災復興基金」との連携の中、家賃軽減を実行することができました。以下では、一般的な対応策は別の機会に譲り、マクロな視点で避難所のあり方について述べたいと思います。

①分散型事業体のメリットについて

被災者にとって、避難所は近くにあることに越したことはありません。大規模避難所では、移動距離がどうしても長くなります。また当時、劣悪な居住環境のため、要介護者や虚弱高齢者といった社会的弱者は、体調を崩したり、転倒・骨折したりして、はじかれてしまいました……。そこで、ある程度の医療・介護も受けることができる身近な診療所のリハビリ室や通所介護(デイサービス)施設はバリアフリーなので、小規模ながら要介護者の方々のお役に立つことができました。また、事業体が分散型で、被害が集中しなかったこともよかったと思います。

②「地域交流センター」開設の経過

§ 2. で、「診療所や介護保険事業所が、気が付いたら避難所」と申し上げましたが、この状況を、逆に積極的に評価しようと当法人は考えました。そこに誕生したのが

「地域交流空間 わいが家^や」です。

「わいが家」は、長岡市川東東部地域にある高町団地中心地で閉店したスーパーマーケットを改修し整備しました。高町は、全村避難した「旧山古志村」に隠れてあまり注目されませんでした。人工造成団地ゆえに大規模な地盤災害に巻き込まれ、大きな物的損害とともに心の痛手を受けました。社会的弱者である高齢者をはじめとする地区住民の皆さんは、



「わいが家」と小規模多機能事業所を合築、2階は公民館

被災後の大変な生活の中、「地域が元気を取り戻す方策」を検討されました。そんな折、組合員さんを介して同町内会と当法人の出会いがあり、現在に至っています。

③人と人のつながりは、心のライフライン

開設後は、地元町内会だけではなく、より広域のコミュニティである「連合町内会」

の皆さんを中心にご利用いただいています。そこで、「生きがいデイサービス」や「介護予防活動」、「コンサート等の文化活動」や「朝市」などを順次計画しています。これを、高齢者の「仕事と生きがい発見の場」にもしたい考えです。しかし、あせって、先にメニューありきとせず、まずは老若男女問わず、誰でも気楽にお茶を飲んで、ゆっくり「たまれる」空間づくりを優先しています。続き空間の町内公民館1階には、当法人が小規模多機能型居宅介護事業所「プラット高町」を併設し、要介護認定の方の日常生活を24時間365日支援しています。

万一、「地域交流空間わいが家」をご利用の方がお体不自由になっても、日頃使い慣れた空間にある「小規模多機能事業所プラット」を利用することで「地域（まち）に住み続ける」ことが可能です。「人と人のつながりは、心のライフライン」と言います。これらの空間は、地域の「つながり」を支え・発展させるという大切な使命をもっています。両施設利用者の「コミュニケーション・ツール」として、ど真ん中に「あし湯」（車いす対応）があります。夏場は「幼児用プール」に変身します。蓋をすれば、ステージに早変わりです。「わいが家」ご利用者が、「プラット」利用中の友人のところに寄ってくれたりします。

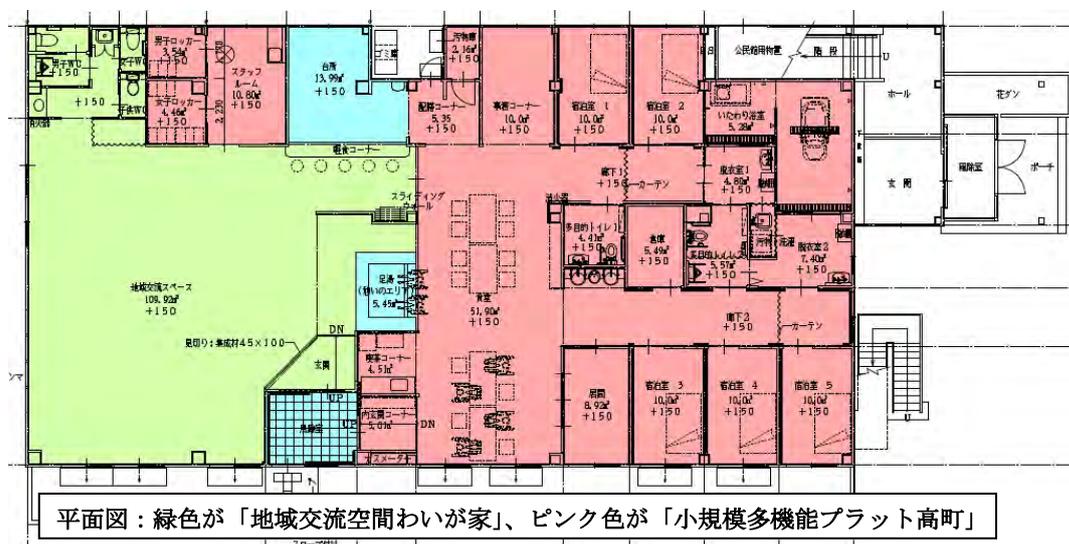


「あし湯」はコミュニケーション・ツール

④コミュニティを再生させる道具としての福祉

「わいが家」のネーミングの由来は「ワイワイ がやがや」みんなで楽しくできるとイイネ！です。名前には中越大震災後「心ひとつ 私のまち 高町」をスローガンに復興にがんばってこられ地区の皆さんの思いがこもっています。当法人は、「震災で元気のなくなってしまったコミュニティを再生させる道具としての福祉」を狙っています。

いざ災害になれば、隣の介護保険事業所には、24時間365日職員が勤務していますので、いち早い対応が可能です。大型避難所と異なり、要援護者の身近な避難所として機能します。これらは「地域密着型避難所」と呼ぶのがふさわしいと考えていま



平面図：緑色が「地域交流空間わいが家」、ピンク色が「小規模多機能プラット高町」

す。今後、災害時の、正式な避難所となるには、自治体に届け出る必要があります。そうすることにより、食料・水等の配給がとくに当方から要請しなくともおこなわれるからです。民間の介護福祉施設においても、こうした危機管理的なコミュニティケアの視点が求められていると思います。

§ 4. 【まとめ】

もともと、「わいが家」と「プラット高町」の土地・建物の所有は高町町内会です。今回の事業にかかわる改修費用はながおか医療生協が負担しましたが、土地・建物の賃借料は、町内会の厚意で無料です。このことは、町内会のこの事業に寄せる期待と信頼の大きさを示しています。この事業は、医療生協と町内会が「復興」というスローガンを掲げた協同の「まちづくり」と言えます。

また、この「わいが家」事業は、国の補助事業にも該当しています。具体的には、「地域介護・福祉空間推進交付金」の中の「市町村提案事業」であり、最大 3000 万円の補助を受けることができます。震災地だから特別に交付金が出るのではありません。全国どこの地域でも、実施の可能性があります。この点では、「地元自治体とのしなやかな関係」の重要性をあらためて認識しました。

ながおか医療生協では、この「まちづくり」の拡大をめざし、平成 20 年～21 度中に同様な「わいが家」を、さらに市内 3 か所に、介護保険事業所とセットで整備します。震災被害後、高町町内会からの要望を原点に、今回の事業計画が出てきた経過もあり、当初から「個別ケアサービス」に加えて、コミュニティワーク（＝まちづくり）を意識して事業構想を練ってきたことが、今回の特徴です。今、「地域のみなさんの思いをかたちにかえる」事業展開が求められています。

本事業は、小さな当法人の経験ですが、全国の小地域での共鳴を期待しています。ながおか医療生協のポリシーは、

The care with the community＝「地域と共にあるケア」です！

これからも、あわてず、足元をみながら、地域の方々と「笑顔あふれるまちづくり」をめざしてゆきたいと考えています。

日本生協連医療部会50周年記念論文募集審査結果（氏名の後は所在都道府県名）

A. 医療生協の事業の質づくり 「Lコース」		
最優秀	大野 博(埼玉)	医療生協の患者の権利章典—その輝きと未来
最優秀	今井初枝・若林弘志(埼玉)	組合員の経営参加と職員の費用対効果検証の仕組みづくり
優秀	押部 榮哉(福島)	「事例」はまなびの宝庫—「検討(研究)」による理論化が利用者理解の視点を深め、医療生協の介護の質を高める
優秀	河合政美・藤井啓子・平井敦子(東京)	RCAを活用した医療介護の質改善の取り組みの可能性について
佳作	前 律夫(岡山)	医療生協の事業活動は

A. 医療生協の事業の質づくり 「Sコース」		
最優秀	田儀 澄子(岡山)	患者の権利章典実践業務改善の取り組みを通して
優秀	江本 淳(東京)	医療生協らしい介護事業構築にむけて
優秀	倉敷医療生協看護委員会	組合認定看護師のとりくみ
佳作	岡本 健司(大阪)	配食サービス事業所⇒安心してお届けするくらしのサポート全般事業
佳作	長谷川 久雄(新潟)	新潟医療生協木戸病院の地域医療連携室と私の役割

B. 医療生協のまちづくり 「Lコース」		
最優秀	萩原 渺(埼玉)	「協働」のまちづくりの視点と方法
優秀	山口 義文(愛知)	生協のんびり村ものがたり
優秀	堤 匠(兵庫)	尼崎医療生協の「安心と助け合いのまちづくり」への挑戦～10億円に込められた思いがめざす「かたち」とは
優秀	茄子田 和哉(宮崎)	四半世紀にわたるクリニックづくりの“思い”を叶えて
佳作	土田 武千代(新潟)	みんなで暮らすまちだから、みんなの笑顔でまちづくり～生活処方箋の書ける医療をめざして～
佳作	池成 福巳(鳥取)	まちをあげて取り組んだ鳥取生協病院づくり
佳作	粕川 實則(兵庫)	先輩たちから引き継がれた、夢を「かたち」にする尼崎医療生協の取り組み

B. 医療生協のまちづくり 「Sコース」		
最優秀	土田 武千代(新潟)	地域密着型避難所の取り組み～大震災にまけないゾ!
優秀	五十嵐 孝一(山形)	「医療現場から介護現場へ」～サポートセンターあさひ建設の取り組み
優秀	原田 富夫(群馬)	協同の力でハードもソフトもリニューアル～利根歯科診療所新築移転物語～
佳作	鹿又 喜代子(福島)	地域の人々とともに20年
佳作	野口 幹代(愛媛)	私の向かう先に
佳作	金井 アヤ子(群馬)	「思い」を「かたち」—助け合いの会「かけはし」の明るいまちづくりへの挑戦
佳作	三崎 ミチル(香川)	ハートからハートへ～くらし助け合いネットワークづくり

