



都市の未来を語る市長の会 (2016年度前期)

《地域包括ケアシステム》

Vol.20

2016年9月

公益財団法人 日本都市センター

都市の未来を語る市長の会（2016年度前期）

《地域包括ケアシステム》

2016年9月

公益財団法人日本都市センター

はじめに

都市を取り巻く様々な課題や市民ニーズに応じて都市づくりを進めていくためには、市民と協働しながら限られた経営資源や財源を効率的、選択的に使う必要があります。このような状況下において、市区長には、都市の最高責任者としてのガバナンス能力が問われています。この趣旨に賛同した有志の市区長で構成された呼びかけ人の発案によって、自由に議論し、相互の問題意識の深化と情報交流を目的とした「国のかたちとコミュニティを考える市長の会」を2005年度から開催してきたところです。

2016年度は、呼びかけ人市長の増員を行ったほか、より内容に即したものとするため、通算21回目となる今回から「都市の未来を語る市長の会」に名称を改めました。

本書は、2016年6月22日に開催した「都市の未来を語る市長の会」(2016年度前期)の内容を取りまとめたものです。

プログラム (敬称略)

開催日時	2016年6月22日(水) 13:30～16:45
場 所	ホテルルポール麴町
趣旨説明	浦安市長 松崎 秀樹
進 行 役	岐阜市長 細江 茂光
基調講演	一橋大学大学院社会学研究科教授 猪飼 周平
問題提起	和光市長 松本 武洋

2016年9月

公益財団法人 日本都市センター

目 次

開会・趣旨説明	4
基調講演	6
基調講演に対する質疑応答・意見交換	26
問題提起	40
問題提起に対する質疑応答・意見交換	50

出席市区長（全国地方公共団体コード順・敬称略）

龍ヶ崎市長	中山 一生	横須賀市長	吉田 雄人
那珂市長	海野 徹	上田市長	母袋 創一
和光市長	松本 武洋	岐阜市長	細江 茂光
松戸市長	本郷谷健次	一宮市長	中野 正康
浦安市長	松崎 秀樹	湖南省長	谷畑 英吾
大田区長	松原 忠義	阿久根市長	西平 良将
調布市長	長友 貴樹		

※本書に掲載する役職は、2016年6月22日現在のものです。



開会・趣旨説明

○浦安市長 2005年から「国のかたちとコミュニティを考える会」という名称で昨年度までの10年間で20回開催してきたところである。今年度から「都市の未来を語る市長の会」とタイトルを変えて新たなスタートを切ることにした。本日まで出席の市長は前回から大幅に増えて13名となり、意識を変えた結果を再確認したところである。



さて、団塊の世代が定年を迎えて地域に帰ると言われた2007年問題に続き、今度は団塊の世代が75歳、つまり後期高齢者の世代に入っていくという「2025年問題」が迫っている。その中、医療と介護の連携「地域包括ケア」の必要性が叫ばれ、それぞれの都市自治体では、地域の特性に応じて取り組まれているところである。

そこで、今回の都市の未来を語る市長の会では「地域包括ケアシステム」をテーマに、基調講演として一橋大学大学院社会学研究科の猪飼周平教授にお越しいただいた。

この会は、基調講演を通して、首長が自由な意見交換、情報交換するという点に大きな価値がある。

今年度のリニューアルを機に、ぜひこれからもひとりでも多くの市長の皆様を誘いながら盛り上げていけるよう、お願い申し上げます。

基調講演

○猪飼教授 きょうは市長のみなさんのお集まりということで、地域包括ケアシステムに関するディテールの話ではなく、大きな意思決定にかかわるような論点でお話をするのが一番よいだろうと考えている。



(1) 地域包括ケアの成り立ち

「地域包括ケア」について講演を求められるようになった経緯は、2010年に『病院の世紀の理論』という本を書いたことがきっかけであろうと考えている。

「地域包括ケア」という用語は、2007～2009年位の頃にインターネットで検索をしても全くヒットしない、つまりほとんど誰も知らないものであった。先駆者の一人とされている山口昇先生（尾道市立総合医療セ

ンター公立みつぎ総合病院名誉院長・特別顧問)からの提唱はあったものの、その中身についての議論は、当時はされていなかった。

その後、2010年に、三菱UFJリサーチ&コンサルティングによる地域包括ケア研究会というところからレポートが発表された。このレポートでは政策化のたたき台として発表されたもので、発表後、2年位の時間を経て政策化していくという流れであった。

ところが、このレポートには、時代はそっちだというようなことが書いてあるだけで、地域包括ケアが必要となる根拠については、十分示せていなかった。要するに非常に大きなヘルスケア上の変化がそこに含まれていたにもかかわらず、それは何か高齢化に対応するためにはそれしかないぐらいの、ざっくりとした話でスタートしていた。

そのような中、私の本が上梓された。20世紀と21世紀の変わり目で、システム上の大きな転換が起きつつある。その結果として21世紀というのはより地域的かつ包括的な中身を持ったケアシステムになるというのが合理的だということを著作の中で議論した。

この本を学者のみならず、医師・看護師・行政関係者などが広く読むようになり、結果として地域包括ケアの理論的な礎をつくったのが私だという位置づけになった。つまり、私が意図していたというよりは結果的にそういうことになって、足りなかったピースを埋めたという役割を果たしたことになっている。

ただ、私が主張している地域包括ケアという概念と、厚生労働省が政策として推し進めている概念の間にはかなりの距離があるので、その辺についてもお話ししてまいりたい。

(2) 研究者の役割

政策学者の一人として研究者が一体何ができるのかといったときに、一つの考え方としては、政策をつくっていく現場に入って行って、様々

な役割を果たしていくという考え方がある。これはアクションリサーチというタイプの研究手法だが、この手法には一定の限界もある。なぜなら、政策をつくるという面において、研究者は素人であり、全体のディテール、制度的なディテール、あるいは住民の声を全部くみ上げていくポジションにいるわけではないからである。

これに対し、私の採る方法だが、別の手法もある。それは、俯瞰的なポジションに立って、地図を作成する人のような仕事をするということである。

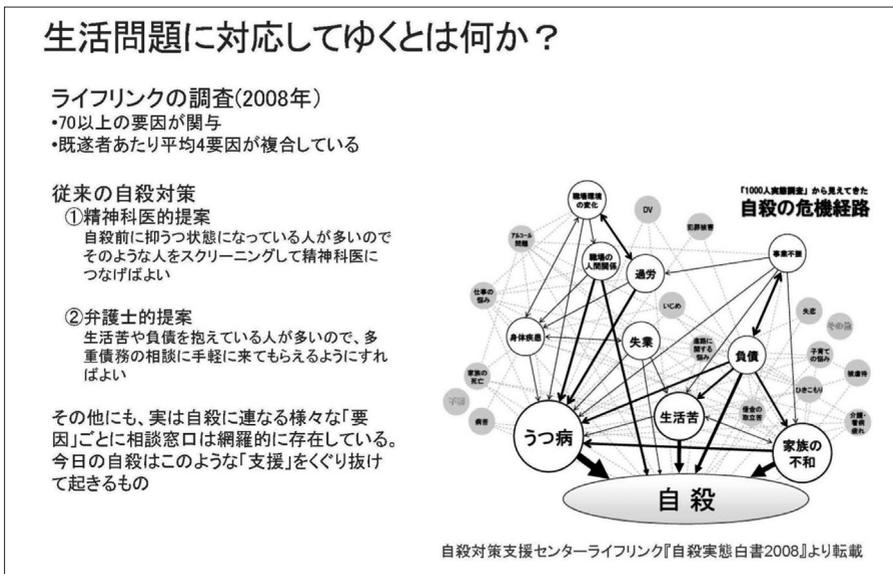
市長というのは当然、統合的な立場にあるものの、やはり現場にもまみれながら仕事をしていらっしゃる。一方、後者のタイプの政策学者は、揉まれている状況自体が何か、また、達成しなければいけない事柄、地図で例えれば目的地がどこで、どういう道筋をたどればそういうところにたどり着けるのかということの大まかな情報というものを提供できる。学者がつくる社会理論、特に政策学における社会理論というのは、そういう位置づけである。私についても地図をつくる研究者と思っていたら結構だと思う。

特に私の場合には歴史学を使うので、非常に大きなストーリーとなってくる。すると目の前のゴールより、長期的にどの方向に向かわなければいけないのか、という事に目が向かうことになる。例えばコンパスのように、どの方角に向かって長期的に進んでいく必要があるのかということの示唆を与えるような仕事になる。

(3) 生活問題に対応してゆくとは

まず、今我々が対応しなければならない生活問題というものがある。どのような性質を帯びてきているのかという話しをしたい。図1は「ライフリンク」という自殺対策を行うNPO法人が2008年に実施した調査をベースにつくったものである。

図 1



出典：講演者作成資料

この調査は、自殺に至る経路を調査したもので、自殺の調査としては非常に大規模なものである。

調査では、自殺に至るには約 70 以上の要因があるということが判明した。例えば、失業してうつ病になって亡くなってしまいました、というような単純な話ではなく、大変複雑な要因が重なって亡くなっていくということである。具体的には、既遂者一人当たり大体 4 要因ぐらい抱えていたということがわかった。この状況に対して従来の自殺対策というのはどういう性質のものであったのだろうか。例えば精神科医であれば、亡くなった後の調査によると、大体抑鬱的な状態にあったという結果が出ていることから、うつ病や抑鬱的な状態になった人をできるだけ早く精神科医につなげば、自殺が減るだろうと考える。弁護士であれば、日本の自殺者数は景気変動との相関が高いので、多重債務、倒産の問題等、経済的な問題に素早く対応していけば自殺が減るのではないだろう

かと提案する。

これらは重要な問題を見つけ出して、それに対して手当てをするというタイプのアプローチで行う政策である。先ほど挙げた70の要因について見ていくと、要因のほとんどが自治体に相談窓口がある。このことは、上のような問題別の対応については、すでに一定程度行われているということがいえる。しかし実態としては、沢山の人がそれをすり抜けて自殺してしまう。つまり問題別にこの人の問題の中の重要な部分はこれだと決めて、ここを手当てしましょうというやり方を重ねていくと、個別の問題の対応のリストはできあがっても、それによって十分な成果を上げることができない。これが生活問題の複合性の重要な側面である。

戦後、日本の行政や社会保障が発達する中、さまざまな生活問題に対して問題別に政策的な手当てがなされてきた。その結果は幅広く、さまざまな形で支援の網がかかるようにはなった。それにもかかわらず、生活問題が我々の社会の中からなくならないのである。

これまでのようなやり方の延長線上では解決できない生活問題に、私たちはぶつかり始めているのではないかということが示唆される。言い換えれば、生活問題は、一般に、社会保障や従来の行政的なサービスでは、その全体にアプローチできないような姿をしているということである。

社会保障はもともとお金を集めて配り直すというのが基本的な役割だが、配り直すだけでは雑過ぎてしまう。そのため現物給付と言っても、サービスを問題別で並べるとすり抜けていってしまう。そのような事態に対してこれからどのように入っていくべきかということが、今求められている状況である。

(4) 地域ケア化・包括ケア化の過程

戦後の統計は大体1950年代位に整備されているので、それ以前のデータというのはないが、時代をさかのぼればさかのぼるほど、医療は往診

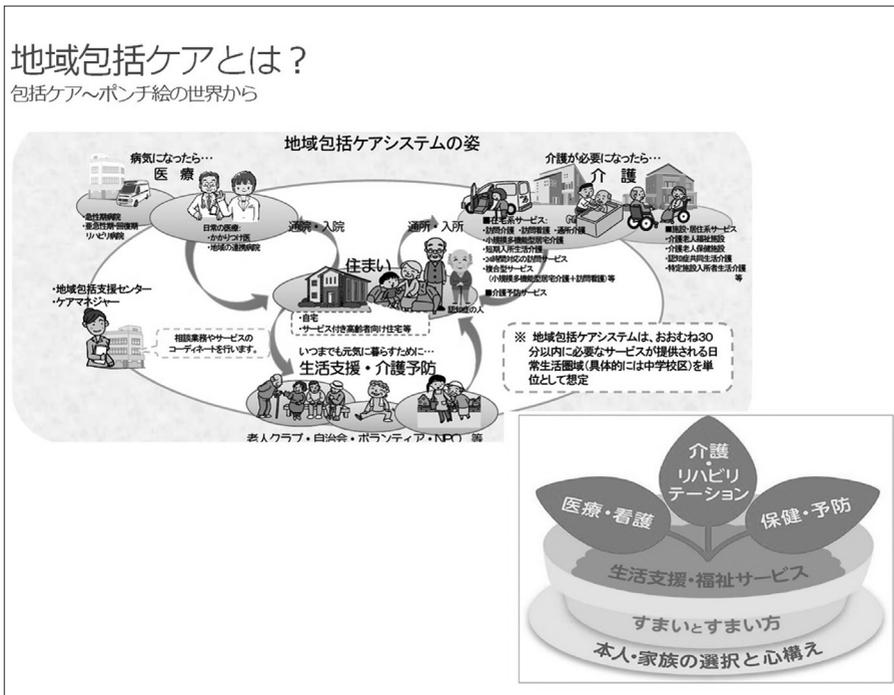
をベースに行っていたということは、様々な史料からいえる。これはある意味、当たり前である。つまり、病気で動けない患者と元気な医者が出たとき、どちらがどちらに行くべきかという、時代をさかのぼればさかのぼるほど、医者が動くべきという話になる。これに対し、時代が下って、より安全性の確保や治療の確率を上げるという医学的な意味での合理性（施設化）を追求した結果、往診がどんどん下がっていくということが起こってきた。

ところが、地域包括ケアと言われる大分前の2000年代から、反転する。なぜこのようなことが起きているかという、医療の目的が、「患者を治す」ということ違うものになり始めたからである。患者を治すというのは、言ってみれば医療の目的の一部に過ぎなくなっているからである。これが、地域ケア化の大きな潮流である。

図2の右下の植木鉢の図は、地域包括ケアシステムに携わる方であれば何十回となくご覧になっているであろう。この植木鉢の図は保健と医療と福祉が統合するということを表している。

どのようなシステムであれ、それが可能であるなら、連携をしないで勝手に動くよりも連携をしたほうがいいに決まっている。それは保健と医療と福祉に限った話ではなく、任意のシステムが3つあり、それが勝手にばらばらに動くのと、連携して動くのとどっちがいいですかと言われていたら、連携して動くほうが当然良い。

図 2



出典：講演者作成資料

実のところ、保健と医療と福祉はそれぞれ別個の枠組みで動いていた。統合したほうがいいという議論は20世紀の初頭からずっとあった。それは、保健・医療・福祉の統合は、それ自体として望ましいことは自明であったからである。だが、歴史の事実としては、それは20世紀を通じてできなかった。

ところが、今日、統合を可能とする条件が、整い始めている。それが、図2が示唆することであるといえよう。厚生労働省が、地域包括ケアだといって掛け声をあげて、植木鉢の絵を描いたぐらいで100年統合できなかったものが統合できるようになるわけではない。2000年代ごろから、保健・医療・福祉が包括的に機能する条件が成立した結果、政策

提案をすれば、実際に統合的なケアが動き出すようになったというのが正しい理解だろう。

(5) 地域包括ケアと生活モデル化

私は、この大きな変化の根幹にあるものは「生活モデル化」ということができると考えている。生活モデルというのは、ゴールがQOLになる。問題状況が先ほどの自殺の問題で見た通り、大変複合的で複雑だという考え方である。

支援の仕方に対して適応するような医療システムを構築しようとする、必然的により地域的で、より包括的な姿をとることになる。これが地域包括ケアの論理的なベースである。つまり、100年ぶりぐらいの歴史的な変化の中に地域包括ケアがある。だから、厚生労働省が言い出したからやるという話ではない。

さらに言うと、生活モデル化という変化は、高齢化と直接の関係はない。地域包括ケア研究会が地域包括ケアを政策化するときには、高齢社会をどうやって乗り切るか、患者を病院から帰せば安く上がるのではないかという程度の問題意識からスタートし、政策を考えてきた。

この問題意識は全面的に間違っているというわけではないが、歴史的変化のポイントを外している。実は、もっと大きな変化の一部として地域包括ケア化があるからである。高齢者に限らず、母子や障害者等、あらゆるもののケアの仕方が今変わりつつある。その中の一部として高齢もあるというだけの話であって、その高齢部分を切りとったのが今の「地域包括ケア政策」と呼ばれるものだとご理解いただきたい。

地域包括ケアは、当初は高齢社会を財政的な意味で「乗り切る」ために有効であると考えられてきた。地域包括ケアで財政負担が軽くなる、つまり安くなるといけない。地域包括ケアの導入で安くなると財務省を説得して、政策化してきた経緯があったので、厚生労働省は当初安

くなると当初は宣伝していた。

私は最初から安くならないと言って来たが、やはり全然安くならない。人道的でない解決策だが、高齢社会を財政的に乗り切ることだけを考えたら、効率的に高齢者を管理するために1カ所に集めてプロイラーのように世話したほうが安いはずである。人がばらばらに展開しているというのは、効率性から考えると大変都合が悪い。

病院にもものすごく無駄があるから、病院から患者を引き上げれば安くなるでしょうという話しであれば、病院自体を改善したほうがいい。そうではなくて、病院の無駄を改革すること自体ができないので、かわりに病院に入院させないようにしようという論理である。しかしこれがすごく筋の悪い政策思考であることは言うまでもない。

そして、実際にやってみるとコストが下がらない。無理やり下げようとするといろいろなところ、特に家族にしわ寄せが行く。

そのため、ほどなく厚生労働省も「その人らしく」と方針転換をした。要するに安くなるとか最近は言うておらず、また安くならない。その意味においては、高齢化対策にならない。

今の地域包括ケア政策は、高齢者に対する施策であるものの、高齢化対策そのものではない。高齢化対策は別にやらないといけない。コストを下げる努力は別に行わなければいけないのに、安くなると宣伝したことによって、その努力を行わなくていいという誤ったメッセージを発してしまっている。

コストを下げる一つの方法として、テクノロジーの活用があるが、たとえば、自動運転システムと自動診断システムの導入などが挙げられるだろう。自動運転システムを地域包括ケアに全面的に導入して、人間が車を運転しなくなれば、格段に効率化する。コストの大きな部分は移動のコストであるからだ。他にも、診断基準の根本にある医学的な論文をデータベース化して自動診断システムとしてしまえば、何でもかような診

断をしたかと説明できてしまう。人工知能化がある程度進むと、今の開業医の8割ぐらいは要らなくなってしまうともいわれている。これは、大きな文脈からいえば、セルフメディケーションと呼ばれる領域を大きくするという意味である。今、それを行おうとすると医師会等が大変反対するので、かつてないぐらい大きな政治的資源が必要になってしまうが、技術開発は不可逆に進んでいるので、遅かれ早かれそうなるだろう。

私は今45歳であるが、私が介護を受けるときに、恐らく人間が介護しているということはほとんど想像できない。そのぐらいの変化が当然あって、それをいち早く開発して、アジア諸国に売ってもとをとる。このぐらいのビジネスモデルがなければうまくいかないだろう。

話を戻して、地域包括ケアはそれ自体としてコスト的に安くなることを決して保証しないものである。とすれば、何でやるのかということになる。私の理解ではそれを説明するのが生活モデルである。

生活モデル化は、誰かが運動としてやったものではなく、そういうケアを自分も受けたいと思う人たちが広がっていくという、社会的な変化である。つまり、よいケアだとみんなが思うようなケアをつくらせると、生活モデル的な支援の仕方になるということである。

(6) 地域包括ケアの本質的な部分

「地域包括ケアシステム」という言葉が今日のテーマにも使われているが、地域包括ケアの本質的な部分は「システム」ではない。システムというのは結果である。つまり、ある種の生活モデル的な支援をしようとした結果、そのための資源や仕組みを整備していくと、おのずとそのシステムの形はより地域的で包括的な姿になるという話である。そのため地域包括ケアというのは本来結果に過ぎず、システムをつくれればいいという話ではない。

その意味では、2025年問題というのはかなりミスリーディングであ

る。この問題は 2025 年までに資源を整備してシステムの形をつくらないと団塊の世代の高齢化に追いつかないという意味合いで使われている。しかし、2025 年までにシステムをつくっても、そのシステムが生活モデル的なケアをしないシステムであったとする。すると、それは人々が望んでいるものとは違う、ただ回るだけのシステムになってしまう。そこから人々が望むようなケアシステムに変えていくためには、さらに大きなコストがかかる、あるいは、人々が望まないケアシステムのままずっといく。そういうことが起きてしまう。

ぜひお伝えしておきたいことは、地域包括ケアシステムは、生活モデルという支援の仕方がベースにあって、それが結果としてそのシステム的なものができあがってくるということである。厚生労働省が言っているものをそのままつくっていけば、地域包括ケアシステムになるわけではない。厚生労働省の補助金などのパッケージは、システムをつくっていくために狡猾に利用していくものである。

2025 年問題にはもう一つ危ういところがある。2025 年までに整備すると何に間に合うかということ、答えは 2025 年に間に合うだけである。次は 2035 年に向かってまた次のことをやらなくてはいけなくなり、その次は 2045 年に向かって…と続く。要するに、未来に対する投資になっていないのである。

そのころに必要な介護ニーズ等、様々なものを積算した結果、このぐらいのマンパワーや資源が必要であろうということがわかり、それをある程度整備しましょうといっているだけである。

そうするとそれに間に合ったからと言って、何かいいことが起きるわけではなく、間に合っただけということにしか過ぎない。実際に今 2035 年のワーキングチームが厚生労働省で動いているところである。ただ、このチームが未来への投資に値するアイデアを出せるかどうかについては、やや懐疑的に見ている。

とすると、2025年をターゲットとして施策を考えるというのは、果たして本当に合理的なのかということになる。生活モデル的なシステムをつくっていくというプロセスは、もっともっと長い時間を使う。私は半世紀単位で物事を展望する必要があると思っている。我々の生きている時間も、政治家、研究者、行政家としての時間も有限なので、長い時間を考えるとできないと思われるかもしれない。しかし50年後というのは、例えば私がいま教えている二十歳前後の学生たちは、50年後もその多くがまだ生きている。その人たちに何を残すかというレベルの話なので、決して非現実的な話ではない。そこに向かって、どうやって進んでいくかということが生活モデル化の問題である。

(7) 生活モデルと QOL

さきほどから繰り返し述べている「生活モデル」が一体何かという話をする。

一つはQOLをゴールとするということ。もう一つは、その生活が複雑であるという前提で出発するところが大きな特徴で、これはQOLの問題を考えるとわかる。

私が今教えている二十歳前後の学生たちに「生活に最低限必要な要素って何か挙げてごらん」と聞くと、大抵みんな、衣食住と答える。つまり、これは何を意味しているかと言うと、生活の最低限の部分に何が必要かということに対しては客観性がありはっきりしているということである。

一方、同じ学生たちに、今度は「あなたたちにとっての理想の暮らしって何かということをお答えください」と聞くと、「南フランスでクルーザーに乗って・・・」などと答えてきたりする。そこでほかの学生に「南フランスでクルーザーに乗って暮らしたい人」と聞くと、ほとんど手が挙がらない。これは何を意味しているかと言うと、互いに合意できない

ということである。さらにその本人に、「君、本当に南フランスでクルーザーとか乗りたいの?」と聞くと、大体、「いや、どうでしょうかね」と答える。

つまり、最低限のレベルのQOLの大変重要な特徴は、互いに合意もできず、本人にとってもよくイメージができない、つまり、知り得ないということである。SF 36、ユーロQOL等、QOLの測定尺度は医療界を中心にたくさん開発されているが、これらの中でQOLを測定しているものは一つもない。これらは、体温計のようなものである。体温を測っても、その数値が健康かどうかは意味していない。つまり、その数値から、この人は健康だろうか、健康ではないかという解釈をする。そして初めて健康という概念に意味が出てくるが、同じようにQOL尺度というのも体温計のように使うものである。QOLそのものは測定できないし、知ることもできないし、客観的にもわからないし、主観的にもわからない。まさに、幸福とかと同じように青い鳥に近い。わからないということがQOLの問題の一つ目である。

もう一つの問題は、先ほどの自殺のお話でご紹介した通り、大変複雑ということである。例えば、皆さんがきょうの昼ご飯の献立を選択したときに何を選んだかが、自分の生活にとって究極的にいいのか悪いのかというのは最終的にはわからない。QOLというのは、そういうものである。

ところが興味深いことに、究極的に自分にとって何がよいかは分からない割には、みんな自暴自棄になって、何でもいいやと行動するようになるか、あるいは、何を選んでもどうせ何も分からないのだから、選ぶのをやめるとか、何でもいいという選択の仕方をするようになるかと言うと、そういうことをする人はまずいない。

つまり、本当のところ何なのか、自分の暮らしにとって本当に一番良い状態とは何かわからなくても、それを求めていく探索過程だけはなぜ

かみんな捨てない。ちょっとずつでもいいから、自分の暮らしや暮らし向きがよくなるようにと、みんなが日々無数の選択を暫定的な判断基準に基づいて行っている。この探索過程が生活の本質的な部分で、ゴールはわからない。生活の困難というのは、暮らしの中に存在し、このような問題に対して対応する支援形式を一言で言うと「寄り添い」である。

寄り添いというのは何をしているのかよくわからないだろう。また、寄り添いにどのような効果があるのかとか聞かれると、それも分からない。アウトカム評価ができないが、選択を一緒にしている。

例えば認知症のおばあちゃんが、老人ホームなどで「今晚は晩ご飯食べない」などによく言うが、そういう時に自己決定をベースに考えて「じゃあ、食べないのね」って言ってお膳を下げると、施設の上司から「ちゃんと食べてもらってこい」と叱られてしまう。認知症のおばあちゃんはもちろん食べたくないが、食べないとどうなるかということを、本人は考慮に入れていない。

そのときに一緒に考えて、「食べないと病気になっちゃうよ」であるとか、「ちょっとでも食べておいたほうがいいよ」と言ってみても食べない。「じゃあ、私のために食べて」とか言ってみると「しかたないな、お前のために食べようか」などと言って食べてくれたりする。

現場では、一緒にご飯を食べるの食べないのといったような様々なやり取りをしながら、当事者と支援者が一緒に何がよいかを考えている。これが典型的な寄り添いのあり方であるといえる。この寄り添いというのが、すごく複雑な問題に対する支援の基本形となる。

これはもっと言うとソーシャルワークということになる。日本ではソーシャルワークの重要性というのは、余り認知されていない。ヨーロッパやアメリカの文脈では宗教的なバックグラウンドがもともとあったこともあり、ソーシャルワーカーは元来見慣れた存在であるといえる。一方、日本では、ともかくも、その認知がまだ遅れており、社会福祉士も

ほんの少数しかいないのが現状である。

保健師がソーシャルワーカーの役割を果たしていたが、今日では中山間地域を除くと保健師のパワーは大変落ちてきた。どのように復活させるかというのが大事な問題である。

(8) 生活モデルと社会保障

生活を支援する上で生活モデルでない支援モデルの代表が、戦後の社会保障である。

社会保障の典型的なアプローチでは、ゴールがはっきりしていないと困る。だから、ここで言っている不可知の意味におけるQOLはゴールにできない。

そこで、例えば「貧困撲滅」というように、なにがしかの代理目標を設定するのである。さらにそのアプローチも、寄り添いなど悠長にはしてられないということで、まさに問題別で、問題をごく単純化して考える。単純化して、単純な方法でできるだけたくさんの人を支援するというやり方をとる。

ここで貧困問題を考えてみたとき、戦後、社会保障制度というのが確立したときにどのようなことをやってきたかをごく大雑把にいうと次のようなものである。すなわち、まず貧困を「お金がないこと」や「仕事がないこと」と、単純に理解する。しかし実際にはその貧困と言っても人によって千差万別である。例えば、アルコール依存の問題が貧困の原因の人もある。そのような人にお金をあげると何が起こるかということ、お酒を買いに行ってしまう、支援にならない。しかし問題を単純化して、お金がない、仕事がないということだと理解して、政策的にはお金と仕事を供給しましょうと動くのである。お金さえ、または仕事さえあれば何とかなる人というのはもちろんたくさんいて、そういう人は貧困から脱出していける。全体的にみれば、そうやって我々の社会は豊かになっ

てきたともいえるが、その一方で、単純なアプローチではどうにもならない人たちが取り残されることにもなる。先ほど述べた自殺についていえば、問題別に対策をとったにもかかわらず、たくさんの人がその対策の網目をすり抜けてしまうということである。

社会保障モデルというのは、問題を単純化してたくさんの人に効くような政策をとる、という発想で構築、展開してきた。しかしそうしても届かない領域がある。貧困に関しても、例えばホームレス問題は、一人一人大変複雑な状況にある。住むところを供給しても、住みついてくれず家から逃げてしまう人もいる。それは本人の抱えている生活問題が複合的であるために、ひとところに住みなさいというだけでは解決しないような問題に属しているということである。

取り残された貧困者にせよ、課題別の対策の効かない自殺者にせよ、個別にみれば少数者の問題のように見える。だが、このようなマイナーな問題系が極めて多岐にわたって存在しているために、マイナーな問題が総計として、私たちの社会問題の基調をなすようになっている、というのが私の理解するところである。

そのような変化の中で、どのようなケアがいいのかというケアシステムに関する社会的な思考が大きく変化し、社会保障モデルが生活モデルに向かってきている。地域包括ケアだけでなく、生活困窮者自立支援法や、児童福祉法の改正の流れをよく読むと、実はみんな一人一人丁寧という方向に向かおうとしてるのである。

このような支援に関する生活モデル化という歴史的潮流があることを踏まえていえば、地域包括ケアは原則として生活モデル化への対応形式の一つであるとみなす必要がある。一人一人をどうやって丁寧に支えていくかということを考えて、それを進めていく。一方で、そこには効率性も当然必要になるが、まずはその人の一人一人の問題を支援していくためにどうすればいいかと考えていくのがまず基本だということである。

例えば在宅か施設かという二分法にならず、当事者ごとに答えが違ってくる。生活の場として在宅の方が一般には素性がよいので、在宅のほうが良いというケースが多いのは当然であろう。しかし、必ずしもそうなるわけではない。お嫁さんと関係の悪い姑さんとか、どこでケアしたほうが良いのかというのはいろいろある。

このように家族関係の中に難しい問題があって、自分の意思で施設に入るおじいちゃん、おばあちゃんたちの多くは「これ以上子どもたちに迷惑かけられない」とおっしゃって入る方が多い。その意思はどう尊重するのだろうか。もちろん、在宅でそのケアが家族の方に大きな負担がかからないようにケアできる環境がそこにあれば、それを選択すればいいけれど、それはいつでもできるかというところからわからない。

他にも、雪深い地域や一軒一軒が離れているような地域だとか、地域の特性によって答えの出し方はいろいろある。例えば北海道の人がまばらにしか住んでいないような地域では、在宅に固執することに合理性はない。当事者一人一人にとって、今ある資源を使って何ができるのだろうかということによって答えを出していくというのが正しいアプローチであって、どっちが良いとかいう話で、短絡的に考えるようなものではない。

その意味でいえば、地域包括ケアの虚実については、実がその支え方のほうにあって、システムというのは虚のほうに属している。

もう一点述べると、地域包括ケアは地域ごとにまったく性格が違って当たり前のものである。なぜならば利用できる社会資源も問題も違うからである。あるとき、厚生労働省の幹部職員に「地域包括ケアをどのように認識しているか」という問いかけをしたところ、「地域包括ケアとは謎です」と本気で答えられた。

厚生労働省の従来の政策の多くは、「国がつくったものをやれ」というものであった。「やれ」という政策の下ろし方をしてきた。俺たちはわかっているから、おまえたちは言ったとおりにやりなさいというふう

に地方に下ろしてきた。

しかし、地域包括ケアに関しては、厚生労働省は、地域包括ケアがどういうものがよいケアなのかということをお我々は知らない、という立場を明確にしているといえる。むしろ地域ごとにその地域に合ったものをつくってほしい、それを勉強させてほしい。いいものがあれば、それをほかの地域に広めていく、という立場に立っている。厚生労働省で地域包括ケアを担当している職員達は、それが私たちの仕事だというポジションに立っている。

(9) 住民参加の必要性

そのため、一つの地域の中での地域包括ケアのつくり方はいろいろな選択肢がある。お金のある自治体であれば、医療寄りにつくこともできるし、ない自治体だと保健寄りにということに傾くこともあるだろう。しかしどこにどうバランスするかというのは、究極的には住民が決めなくてはいけないことであり、民主主義の回路を通さないといけない。これは単に民主主義的プロセスが規範的観点から重要だと言っているのではなく、地域包括ケアのように住民自身の活動によって支えられるケアシステムにとって、住民がそれを自身のものと感じていることが必須だからである。

たとえば、北海道夕張市では、在宅医療で有名な医師が在宅ケアを広めようとして入られた。医療の業界の中ではエース級の非常にすぐれた医師で、実際にすぐれたケアを展開しようとしていた。

ところが、当時市立病院を有床診療所にダウンサイズしたことを恨んでいる住民もそこにはいた。当時の夕張市は、これらの住民にこの医療の変化の必要性を説得しなかったか、少なくとも説得に失敗した。その結果、その医師のチームの広めようとしたケアは、その医師たちが勝手にやっていることになり、行政は、むしろクレーマーの方に立つことに

なってしまった。

その結果、本当は素晴らしいケアをしていたにもかかわらず、それは住民全体に広まらなかった。誰が損したといえどももちろん、住民が損したのである。私は、この事例は、民主主義、住民自治が欠けたときに起きる問題の典型であると理解している。夕張市の名誉のために付け加えておくと、今日ではこの状況は改善してきていると聞いている。

(10) 「公平」の解釈の転換

生活モデルというのは、その人その人ごとに丁寧にするということをベースにしており、ゴールはわからない。寄り添うと言うと、人ごとに使われる資源や、どこまでやるかということが全く違ってくる。すると、従来の行政のロジック、つまり、みんなが同じサービスにアクセスできるのが公平であるという考え方に捉われない支援の仕方になる。だが、従来の観点から見ると、不公平な支援の仕方をすることになる。

つまり、新しい支援を広げていくためには、公平という考え方、解釈を変えなくてはならないのである。つまり、みんなに同じサービスが届くのが公平ではなく、生活に何か困っていることがある人が、どんな人でも放っておかれず、何らかの支援が必ずいく。それが公平だという意味と解釈しないと、生活モデル的な支援にとって行政が逆に障害になってしまう。地方自治体から霞が関まで、いわゆる、今の行政組織と呼ばれるものは、従来の公平感というものを強く持っていて、人によって違うということを許容しにくい組織である。しかしそこを許容していかないといけない。そのためにどうすればよいだろうか。

児童相談所、地域包括支援センター、福祉事務所等、実際に現場で支援をしている保健師、社会福祉士等のソーシャルワーカー的な職種（新しい公平性に基づく支援観に基づいて仕事ができる職種）の支援の仕方を、組織として承認して利用することができれば、まず第一段階は達成

できるだろう。そして、第二段階としては、一般行政職の人びとがそこから学んでいって、行政が全体として、新しい支援観に基づく支援をしていくような組織に変わっていくことである。

(11) 全ての人がソーシャルワークをできるように

生活問題にもっと幅広く対応するアプローチの一つが、寄り添いをベースとするソーシャルワークである。これをいかに社会の中に広めていくか。今の社会福祉士を増やして対応しようとしたら、コスト的に合わない。プロフェッショナルなソーシャルワーカーだけではだめで、地域に存在するケア資源を使わなくてはいけない。

それはどういうことかと言うと、我々の社会や地域に住む全ての人がソーシャルワークの素養を持つということである。困っている人の話を聞けるというスキルを持つことである。例えばソーシャルワークに必要な技術で「傾聴」というのがあるが傾聴は初等教育で全く教えられていない。あなたがきちんと主張しないといけないということを言われてしまい、困っていても人に相談できないような状態になってしまっている。そうではないような環境を少しずつつくっていくことによって、私たちはみんなケアをするという気持ち、人に対して、何か困っている人に対して支えたいという気持ちを持てるようになる。ソーシャルワークの根をおろしていく上でも必要で、それはプロフェッショナルベースでなくても全く構わないと思っている。

地域でみんな支え合うとはどういうことだろうということを、市区長の皆さんは追求される際のヒントにさせていただければと思っている。

基調講演に対する質疑応答・意見交換

○岐阜市長 お話が幸福論や哲学論など、スーパーマクロ的な部分もあり、私たちとしても、なるほどとうなずかせられる点がたくさんあった。

2025年問題、いわゆる団塊の世代の問題だけを議論している時代ではないというようなご指摘は、少し安心したところである。私も、地域包括ケアシステムは、2025年に医療・介護の大量の需要に応じたハードの整備が難しいから構築したシステムではないかと一時思ったこともあるが、そういう話ではないとのことであった。



今日の話をついて、ものづくりの分野において、大手家電メーカーが大量生産した白物の家電を売った時代から、多品種少量生産の時代に入ってきたことを連想した。多品種少量生産はロボットをつかって達成

できる。一方、介護や医療の問題については、多品種少量という部分に対応できるのは、人でしかなしえないのではないか。

また、目的と手段が逆転するということに対する警鐘についてお話しくださった。目的がそれぞれの人によって異なる状態の中で、どう改善するかというのが目的であって、システムそのものをつくるのが目的ではない。システムという手段をつくっておしまいとならないよう非常に気をつけなければいけないという話であった。

これまでのお話の中からご質問、ご意見等、自由にお話しいただきたい。

○ 「地域包括ケアシステム構築の原則は、生活の特徴を症例から認めて支援しようとする生活モデルである。ただ、その目標を立てようとすると、複雑さを前提とする支援が必要となる」という趣旨の内容をお話ししてくださったところである。生活モデルとは何かというのが、やはり理解の根本になると思う。

また、住民自治の重要性という中において、「住民は専門的な知識が必ずしも十分ではないから、それを補完する必要がある」ともお話しくださった。住民自治の重要性は我々も日々非常に強く感じているところであるが、地域包括ケアシステムを構築・展開していくというときに、内容の理解をどれぐらい住民に浸透させた上で、妥当な意見をもらうことができるのか、事例があれば教えて頂きたい。

○猪飼教授 『病院の世紀の理論』で述べたことは、大体 100 年単位の理論である。20 世紀初頭から 21 世紀の終わりぐらいまでの間に、一体どういうものができたのかというようなことを検討した。

歴史的な変化として、社会の中で生活モデル的な支援が良い支援だというふうを感じる流れというものが、既にある。

つまり、政策の基調は、生活モデル的支援観の良さを住民に対して啓蒙してゆくという話ではなく、住民の良いケアに関する価値観の変化という事実に合わせて、その新しい価値観により適切なケアを求めてゆこうとするものである。この大きな社会的な流れの中でそれに行政なり、政策なりが適応していこうとすると、生活モデル的な要素を強めていかないわけにはいかないということがある。

わかりやすい例を挙げると、2010年ごろ「胃ろう問題」というのが社会問題になったのをご記憶だろうか。胃ろうとは、チューブを胃袋にそのままつないで、経管で栄養を摂るというやり方で、これに対してNHKのテレビ番組で、人間にとって食べるとは何かということが提起された。つまりただ単に栄養を摂るためだけの行為が食事であれば、経管でも経口でもどちらでもいいのである。口から入れることによって、高齢者の場合には気管支に食べ物が入ってしまい、誤嚥性肺炎になるリスクがある。そのリスクを除去しようと思ったら、経管栄養のほうがいいということになるが、結果的に人間から食べるという行為を奪っている。つまり、食べるという行為はただ単に栄養を摂取しているのではなく、生きるということの本質的な行為、要するに価値そのものではないかと提起され、大きな論争になった。胃ろうが生きることを支える場合もあるとか、胃ろうを造設している状態で口から食べてもいいので、食べることを禁止していないとか、いろいろな反論も出た。論争自体はケース・バイ・ケースですねというようなところに落ち着いたが、ポイントは医療の是非ではなくて、そのときの論争で、賛成派も反対派もある共通の前提に立っていたということである。

もし、この論争が1980年代に行われていたらどんなことになったかと言うと、おそらく最初に議論されたのは胃ろうの延命効果であっただろう。延命効果があればいい技術、なければ悪い技術。結果的に暮らしがどうなろうと、そんなことは我慢しなさいという話に落ち着いたはず

である。つまり、医学的な意味での効果こそが一番大事といえるだろう。それが2010年代には、胃ろうに反対であれ賛成であれ、そういうことを主張する人はほとんどいなくなっていたのである。そのぐらい、ケアに対する社会の評価の仕方というのは、大きく変わってきていることにどう対応するかという話である。

つまり住民の暮らしの中で今何に困っているか、ということを中心にきちんと拾っていくメカニズムがあれば、おのずとそれが最善の支援の仕方になっていくわけである。特に都会的な文脈では、価値観の変化が速いので、この変化に追従してゆくことができれば、支援システムは、おのずと生活モデル型になっていくだろうというのが、今のところ私が考えていることである。

○ そうすると今後社会保障問題を論じるときでも、QOLの増進を前提とするということであろうか。

○ 猪飼教授 その通りである。今や、生活問題は容易に単純化することはできない。おおざっぱに言うと、雑な支援ではだめで、きめ細かくいきましようという方向に向かって進んでいる。きめ細かくやるということのコストを下げる方法はいろいろある。地域をうまく使っていく方法もあるし、プロフェッショナル側でもいろいろやり方がある。地域包括ケアで今、多職種の方々が現場に入っているが、この人たちの大部分は、ソーシャルワークをできない。これをソーシャルワークができる人たち、素養を持った人たちとしてある程度教育をして、現場に投入していくと、状況が変わる。それをこれから追求していく必要があるだろうということである。

○ 地域包括ケアに関する留意点のうち、住民自治の重要性、民主主義

が不可欠、横並びの公平性は否定されるというのはよくわかるが、「自己決定に依存する誘惑」というのは、どのようなことであろうか。

○猪飼教授 従来の医療の世界では、誰が病気で、何が病気で、誰が正常なのかということが医学的にある程度言える。要するにゴールが客観的に定められている世界である。従来であれば、患者を治すためには何をしないといけないということは、医学の領域で演繹的にはっきりとある程度言えたのである。

ところが、QOLの場合には何が正しいかというのが一概に言えない。すると「自分で決めてください」となりやすいのである。要するに「自己決定してください。あなたがやってほしいことをやってあげますよ」となる。逆に言えば「言ってくれなければ何をしたいかわからないから、できません」というタイプの支援のシステムになりやすい。

要するに、自己決定を逃げ道にするということである。しかし、自己決定というのは能力的な概念なので、自己決定が難しかったり、条件によってできなかったりするような人たちもたくさんいらっしゃる。しかし、ケアの世界というのは、この人たちに対して、システム的な理由によって自己決定してくださいという方向に向かって進んでしまう。これが今現在、病院の中などでそのような傾向が若干あって、私も大分心配しているところである。

典型例は成年後見制度である。この制度は自己決定でない。というのも、これは自己決定できない当事者が、自己決定したことにする擬制だからである。リビングウィルでも同じことで、過去の自分という自分でないものの決定に自分が縛られるという話である。認知症になる前の自分が、認知症になったらこういうケアしてほしい。こういうふうにしてほしいというふうに、例えばリビングウィルを残したとしても、認知症になるということがどういうことなのかということは、認知症になって

みないとわからない。その中で、認知能力が落ちてきている自分というものと、その前にいた自分というのは同じ人間だろうかということ、もちろん違う。つまり、それも擬制である。

なぜこのような擬制が必要となるかといえば、誰かが自己の意思でそれを決定したことにはしないと回らないように本人を取り巻く環境=社会の側ができてきているからである。とすれば、一般的には、自己決定をすることが難しい人が取えて自己決定しなければならない場面を作らないように社会を設計できれば、より望ましいということになる。

このように、自己決定に依存するということには、危うい場合がある。もちろん、意思決定能力は十分あるにもかかわらず、意思決定が阻まれてきた、ある種の障害者や、女性であるとか、そういう人たちにとっての自己決定の価値は大変大きい。しかし、それと同じ感覚でケア全体を見回してしまうと、自己決定を強制するシステムとしてケアシステムが機能してしまう可能性がある。これを警戒する必要があると指摘した。

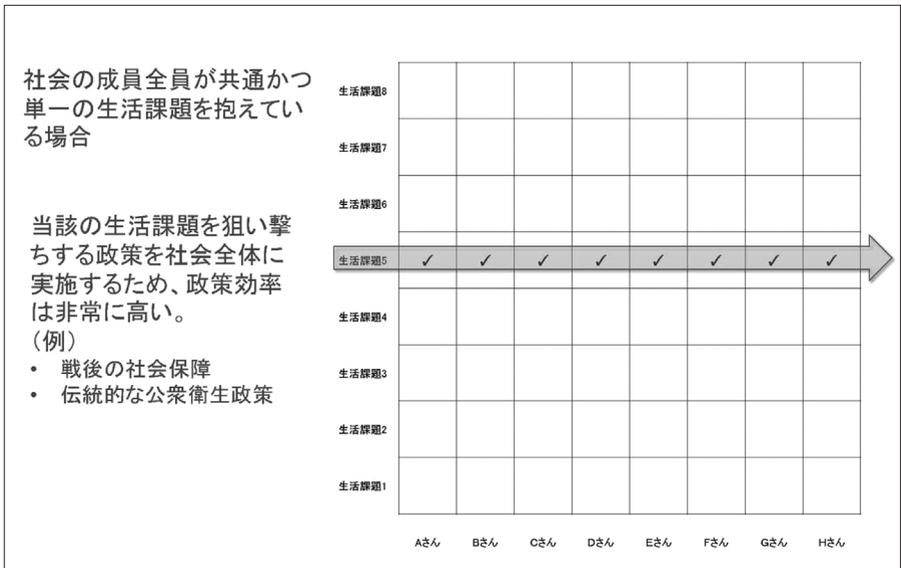
理想としては、自己決定に過度に依存しないでも済むようなシステムにするということである。何でも自己決定にしないではいけない。ソーシャルワークが入るというのも、その答えの出し方の一つである。今、共同決定を支える法的論理がないが、イギリスで2005年に制定された意思決定能力法（Mental Capacity Act）というものは、そういうものに近い枠組みを定めている。多分、そういう方向に日本も将来的には行くだらう。

○ 「生活モデル化社会とは」ということで、背景にある資本主義社会と功利主義的社会には、合理性、効率性の追求ということもあると思う。先生のお話を伺うまで、私は財務省的な、お医者さんや病院に無駄があるから、そこからはがして、地域に持ってくれば、さらに進むのかというような幻想を持っていた。しかしよく考えればそんなことはないわけ

で、確かに先生がおっしゃるとおり、安く済まないというところがあると思う。国や地方自治体で台所を預かる者からすると、コストカットという中で先生が目指すようなきめ細かい多層的、多重的なものがつくっていけるのかと疑問に思う。何か変な形のシステムができてしまわないかという懸念があるが、先生はいかがお考えであろうか。

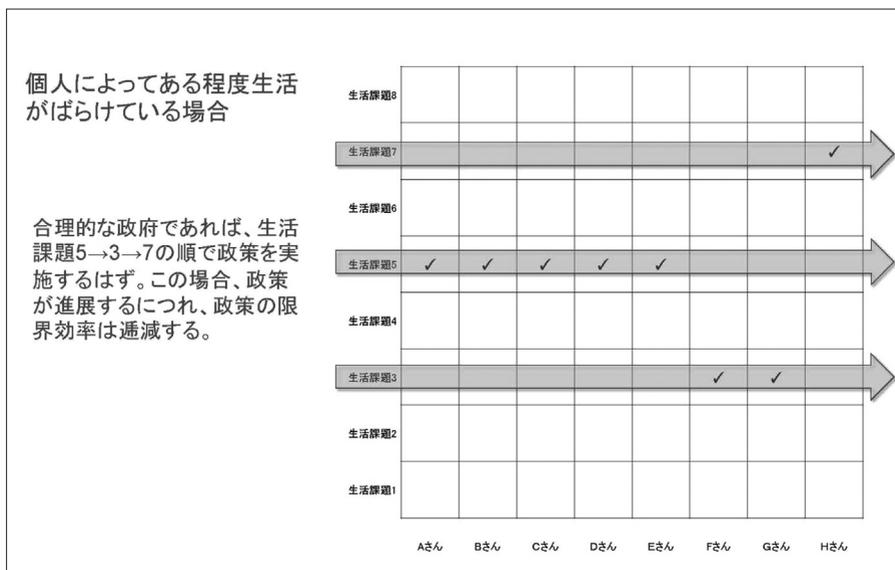
○猪飼教授 まず理論モデルのようなものを少し考えてまいりたい。世の中に人間が8人いて、生活問題や課題が8つあるという状態を考えてみる。このとき、みんなが同じ問題を抱えている状態を想定して頂きたい。要するにみんなが貧困で、しかも同じように仕事さえあればいいというときは、一種類の政策をどんと打てば良い。一つの問題に手当てするような施策を打てば、問題が解決する（図3）。

図 3



出典：講演者作成資料

図 4

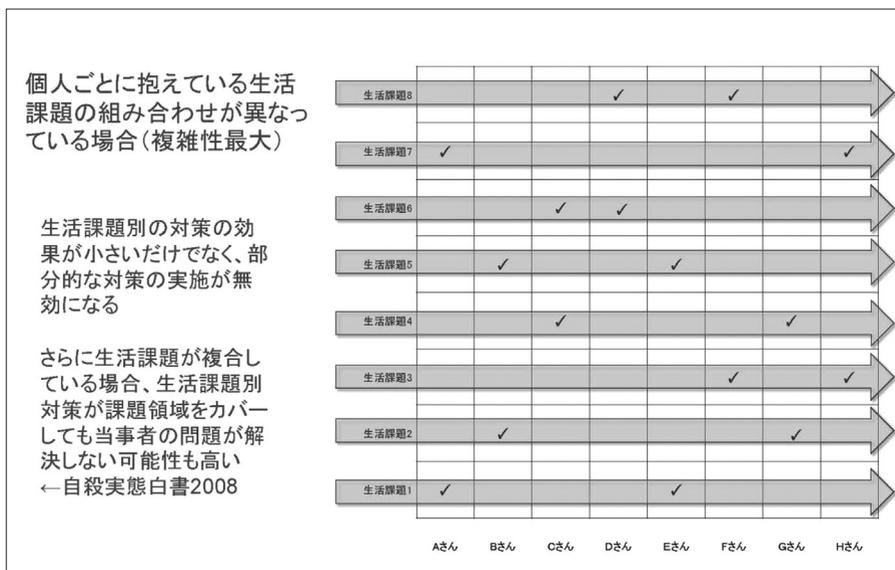


出典：講演者作成資料

次の図 4 は問題が若干ばらけている状況である。理想的には要望の高い順番に施策を打つであろう。すると、メジャーな問題は次第に枯渇するが、ばらばらのニーズが残ってしまう。残されたニーズをケアするためには、それに対する施策を打たないとならない。

さらに、問題はところどころ共通だけれど、組み合わせがばらばらというケースが生じる（図 5）。

図 5



出典：講演者作成資料

この場合は、図5のように取り組まないと施策ではカバーできない。こういう状況であれば、一人一人の問題に対応したほうが安上がりかもしれない。支援をする人数を増やしていても、コストは大きくは上昇しない。保健師やソーシャルワーカーが実施している集団づくりとか、あるいは施策化のようなもの、あるいは社会資源を開発するというようなアプローチ、これを行っていくと生活モデルの効率はだんだん上がっていく。これに対して社会保障モデル、問題別にマスに対して働きかけるようなやり方では歩留まりがどんどん悪くなっていく。

冒頭に出した自殺問題を例に取ると、このまちの自殺問題を解決したいと思ったとすると、自殺しないようにしましょう、困ったことがあればこちらへ連絡をくださいというような周知では問題が全然解決していかない。要するに、やっただけ効果が上がらなくて、無駄になってしまう。問題は従来手が届かなかった領域に行くかどうかである。もし行くので

あれば、それは従来のやり方の延長線上にはないということである。生活モデルには規模の経済が働き、支援の人数がふえていくと、さまざまな手段が使えるようになってくる。地域資源もふんだんに使えるようになる。国の政策は現状の中でしかできないというところもあり、不要という訳でもないので、それは中央政府が中心になってどんどん展開していけばよいが、基礎自治体のようなレベルにおいては、やはり生活モデル化というものを正面から捉えて視野に入れていく事が必要であろう。一人一人やる手間を考えると、コストが大変かかるように見えるけれど、工夫によっていろいろな可能性が出てくる。

困っている人がいたときに、その人のことを一番心配しているのは隣のおばちゃんかもしれないだろう。そのときに隣のおばちゃんがケアラーとしてきちんと機能するようになっていけばいいわけである。しかも、それは隣の人が心配しているわけで、自発的にケアしようとしているのである。やってくださいと言われてやるわけでないということはとても大事である。いわゆる農村共同体的なものが残っている地域には半強制的なある種のいろいろな義務を、お互いに分担し合うようなネットワークがあって、これはこれで支え合いとして成立する。これが地域包括ケアのイメージになってしまっている。しかし都会ではそれできず、するりするりとみんな逃げていってしまう。しかし、逃げていく人たちというのは、支援をしようとする心を持っていないのかということとは言えないだろう。それをうまくつないであげることが必要である。

その際、先ほども述べたことだが、多くの人たちには気持ちがあってもスキルがない。スキルをつけることによって、相当効率化する。社会関係として成立するということまでいかないような形で、社会の中に眠っている。これをどうやって形にしていくか、本当にいろいろなやり方があると思うが、追求していくことによって、生活モデル化が地に足のついた形になっていくだろうというのが、私が今のところ考えている

理論である。

○ 税と社会保障の一体改革と言われている中、ナショナルミニマムとしての生存権については国が対応し、それを超える部分については地方自治体、もしくは先ほどから先生がおっしゃる最も身近な人たちが対応するというので、やはりすみ分けをしていくと言われている。社会保障制度の中で、例えば介護保険制度の財源における分担では、介護保険料が22%、国が39%、都道府県と市町村がそれぞれ19.5%ずつ負担するという構図になっている。このような考え方に対してどのような見解をお持ちだろうか。

○猪飼教授 そもそも歴史の理解として必ずしも正しくない考え方でないか。憲法第25条でナショナルミニマムの保障が規定されているが、この元となる考えは、イギリスで出たいわゆるベヴァリッジレポート(Beveridge Report)というものである。これはイギリスが戦争に勝った後こんな国をつくるという青写真で、つまりは戦争のための協力を調達するという方向であった。その中で書かれたのが、ナショナルミニマム以下はとにかく国が保障する、それ以上は自由経済の世界だから自由にやりなさいということであった。つまり社会保障の保障範囲はナショナルミニマム以下なのだというのが基本的な絵であった。

ところが、各国の社会保障システムを見るとそういうふうにはならなかった。というのは、ナショナルミニマムを保障するというのは、例えば目の前に病気の人や生活問題を抱えている人がいて、その人を支援するのに10億円かかるとすれば、その人をナショナルミニマムの原則に基づけば支援するのは当たり前である。北欧諸国だとそれに近くて原則的にやろうとするところがあるが、多くの先進国ではそれは勘弁してくださいという話をするのがある。つまり、その10億円を使わないことで

この人たちは死んでしまうかもしれないけど、その浮かせたお金で別の何か社会に役立つことをやりましょうというというのが、実態として成立した社会保障のルールである。これは功利主義という考え方で、多くの先進国に共通する基本的なアプローチである。

憲法第 25 条に関する最高裁の判例でも、プログラム規定に近い説明、いわゆる抽象的権利説によっている。要するに生存権は保障すべきだが、できないことがある場合もあるから、その場合は仕方ありませんという判例になっている。そうやって穴をあけて、例えば生活保護では補足率は 10% から 20% 台と言われていて、実際にはナショナルミニマム以下の暮らしをする人がいても仕方がないということでおさめている社会になっている。このような状況でナショナルミニマムは国が持てと言っても、そもそもそのようなルールで動いていない。

では、社会保障は何をやるのかと言うと、効率よくできるところだけやり、効率よくできるところはナショナルミニマムより上でもやるわけである。たとえば年金のある種の部分、社会保険のある種の部分というのは救貧ではなく防貧である。ある程度以下に落ちないようにするためにやりましょう、でも効率がよくできるところはやり、それ以下のところは手を出さないというルール化している。

私の理解では、生活モデルとは、従来支援効率が悪いと考えられ、社会保障が手を出せなかった領域に、支援の網をかけてゆくことを可能とするアプローチであると考えている。

○ 自分にとってよりよい施策がある自治体に引っ越すという、いわゆる足による投票という問題がある。今、岐阜市長がおっしゃられ、また、厚生労働省の審議会でも以前お話ししたことであるが、ナショナルミニマムを国がしっかりと制度として確立をしていただかないと、地方自治の現場を預かっている身としては、一生懸命やっているところとやって

いないところとの格差がそのまま、そこの住民にかぶっていってしまうというパラドックスのような問題があるということを指摘した。

猪飼教授のおっしゃっていることについては十分理解しているつもりであるし、これから寄り添い型に変わっていくというのは、当自治体の仕事もそのような形になっている。しかし、それをやればやるほど、地域にその支援を求める人たちが集まってくるのである。一例を挙げると、リーマンショックのときに、当自治体だけ通訳を採用すると、外国籍の方たちが近隣の自治体から当自治体に集まってきた。そこでまた通訳を増員すると、さらに集まってくるという課題があった。それは障害者福祉でも、子育て支援でも、高齢者福祉でも、みんな同じことがある。寄り添い型の施策を行っているが、やればやるほど支援を必要とする人たちがふえてくるという課題について、先ほどの民主主義の問題でもあり、これから人口減、担税能力が落ちる中で地域間格差ができたときに、その寄り添い型だけで全てが解決できるのかというのは非常に難しいところかと思う。

先ほど岐阜市長がおっしゃられたその財源問題というのは非常に大きなところがあるので、私も寄り添い型に変わっていくべきだとは思いますが、問題の解決が非常に難しいなということで、現場の課題がということもあるということをご指摘させていただきたい。

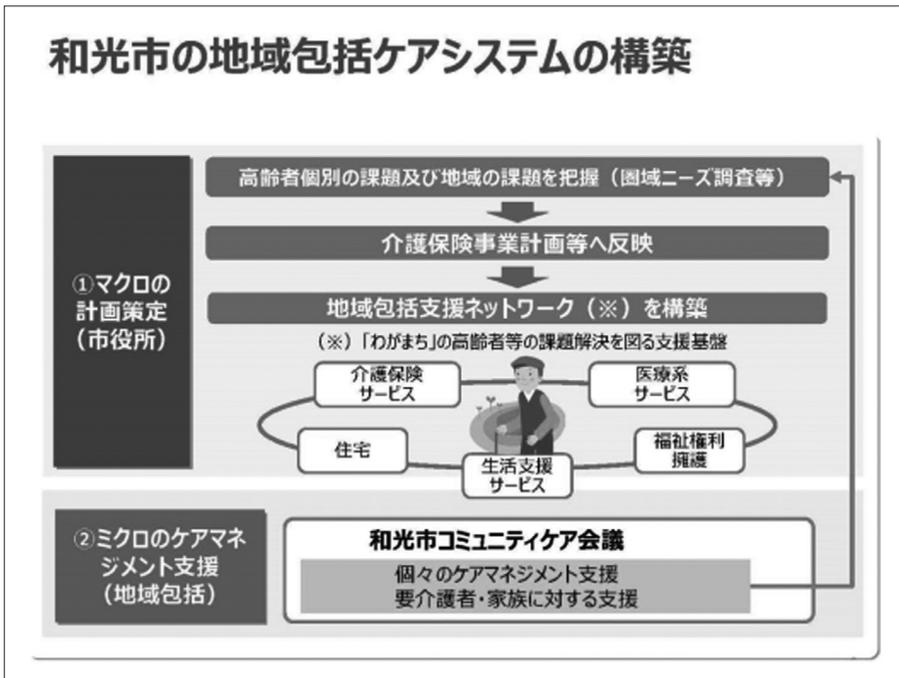
○猪飼教授 おっしゃるとおりである。そこは自治体の問題ではなく、自治体間の問題になるため、もう少し上のレベルで金銭のことははじめいろいろな懸案を調整しなくてはならない。これができないとどうなるかということ、国単位でそれが起きてしまう。今のヨーロッパにおける難民問題の構図になっていて、日本の自治体の問題の場合には、それは上のレベルでの解決のメカニズムは一応存在している。これがきちんとやってくれないといけないということは当然あるだろうと理解している。

○岐阜市長 議論は尽きないが、時間となったので、質疑については一旦終了して、ここで休憩に入りたい。

問題提起

○和光市長 きょうは和光市における地域包括ケアシステムの実践ということで、実際にどのようなことを行っているのか、概略をお話したい。

図 6



出典：講演者作成資料

まず和光市の地域包括ケアシステムを考える際の前提として、図6のとおり2つのくくりで政策を捉えていることを紹介したい。一つはマクロの計画ということで、全体的な計画の中の位置づけをしっかりとやっていくということである。計画をマクロと呼んでいる。もう一つは、先ほど猪飼教授からお話があった、個別のケアマネジメントというのを徹底的にやっていくということが当市の特色と捉えている。



(1) 地域包括ケアに取り組む背景

和光市で地域包括ケアに積極的に取り組んでいる背景についてご説明する。先々代の市長は田中茂さんという方で、地域の医師会の会長も務めていらっしゃったほか、予防医学を非常に強調されたお医者さんであった。田中元市長はQOLという言葉は使っていないが、予防をしっかりやることでいい暮らしができるということを強調され、当時では珍しい健診の無料化や、子どもの医療費の公費全額負担を積極的に実施された。当時は予防の必要性を12年間にわたって市民に説いて歩いたので、その関係から和光市民には予防が大事という、大きな底流を流れる思想というのが従来から共有されていると思う。そのため、地域包括ケアの中で介護予防をやっていくということについても、市民の皆さんがすんなり納得してやっていくような下地があったものと考えている。

(2) ニーズ調査の実施と活用

当市では、ニーズ調査をしっかりと行い、それを積み上げた形で施策を展開するという取り組みをしている。介護保険法が施行されて、第1期介護保険事業計画を策定した際には、普通のアンケート調査を実施していた。普通のアンケート調査を実施すると、例えば「特養が欲しいですか」というと欲しいというに決まっているし、メニューを並べると知っているものを挙げるが、それでは本当に生活の課題の解決にならないということに次第に気づいてきた。そのような中で日常生活圏域ニーズ調査というものを現在行っているが、実際に何が欲しいかというメニューではなくて、それぞれのお年寄りが生活上どのような課題があるのかということ、身体機能、日常生活機能等、どのような課題があるのかを捉えることを中心に調査している。

それによって、実際の施策の人気投票のような調査ではなくて、問題解決をするための前提となるデータが集まるという状況になっているように見られる。

また、和光市は面積が11.04平方キロメートルと非常に狭い自治体で、中学校区は3つある。中学校区であれば、お年寄りでも徒歩圏になる。調査では、圏域ごとにニーズをわかるような形にしている。和光市としてこだわっているのは、アンケートを送って回収して終わりというのではなく、ご回答のなかった方に課題があるではないかという前提を立て、ご自宅に伺い回収した。回収には、当初は民生委員さんが伺っていたが、今は養成したボランティアの方にも協力をしていただき、調査では大体95%ぐらいの回収率を達成できている。

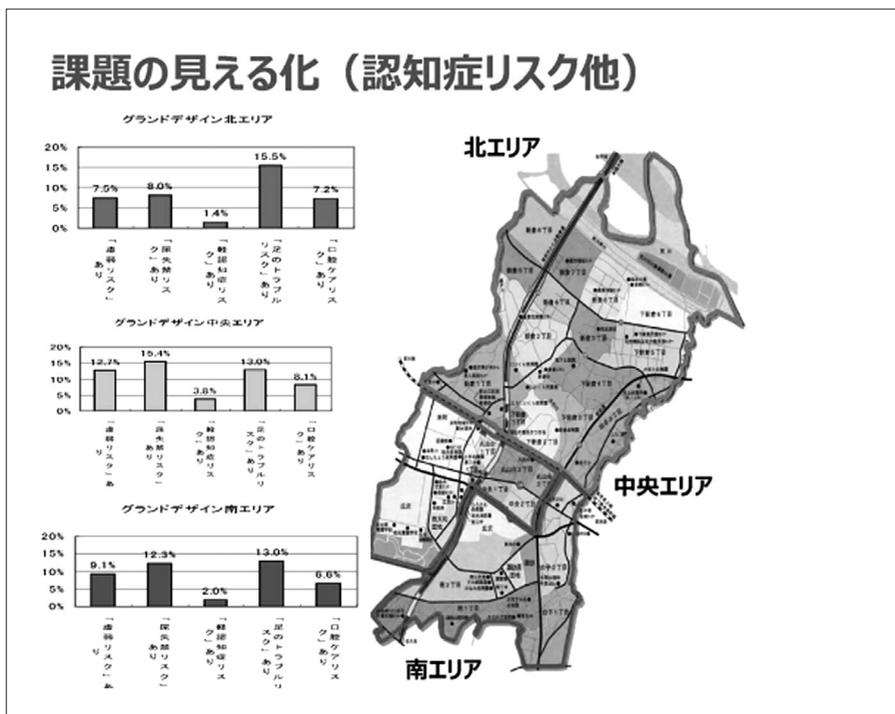
そのため、例えば第5期の介護保険事業を実施しながら第6期介護保険事業計画の策定に向けてアンケート調査を行う際には、ほぼ全員の課題のデータが積み上げられる状況になっているので、非常に精度の高いニーズの把握ができていると思っている。介護保険事業計画の策定にお

いては、積み上げ方式で非常に細かい計画をつくり、ニーズについては、例えば日常生活圏域ごとに今後どういう介護サービスが発生するかや、施設についても具体的必要な種類や定員まではっきりとお示しすることができる状態になっている。その結果、高齢者福祉の分野では、データの積み上げを行うことで究極の計画経済ともいえるような状況が高齢者福祉のところでできていると考えている。

また、収集したデータからいろいろな状況の把握ができています。和光市は比較的広い北エリア、狭い南エリア、中央エリアと別れており、エリアごとに統計をとっていくと、地域ごとの課題が非常に明確に出てくる。

例えば「足のトラブルリスク」という項目をみると、北エリアは15%台の一方、中央と南では13%ということで、非常に大きな違いが出ている。あるいは「軽認知症リスク」では、中央エリアが高く、北と南が低いという結果が把握できる。それに対応した施策を打ち込んでいく際の非常に有力な資料となっている（図7）。

福祉分野だけではなく市政全体で考えると、北エリアは非常に道路環境が悪く、お年寄りが散歩するには少々きつい場所にある。そうすると「足のトラブルリスクあり」が突出して北エリアで多いのは、道路環境も関係あるのかというように、市の施策全体に生かせるような資料ができています。



出典：講演者作成資料

(3) 他職種・他制度の連携

和光市では、多職種・他制度の連携を積極的に図っている。地域ケア会議は国の施策としても行っているが、本市ではケア会議を既に5年以上運用している。

ケア会議の中で、保健師や薬剤師などの方々がそれぞれのケースをしっかりと検討していくということになっている。先ほど猪飼先生からお話のあったレベルのソーシャルワークまではできてはいないとは思っているが、少なくともそれぞれの専門領域をしっかりとぶつけ合う中で、ケアプランがそれぞれしっかりとブラッシュアップできるような形になっていると考えている。

高齢者の分野で、生活圏域ごとにニーズを細かく把握して、地域ごとに施策を打ち込むことで機能的に回るといった流れになってきたので、これをほかの分野へ横に展開していこうという施策に取り組んでいるところである。

(4) ネウボラと地域包括ケアシステム

和光市では「ネウボラ」を、名張市及び浦安市とともに国のモデル事業として展開してきた。和光市の場合には和光市の子どもたちに対する施策として、ベースは子どもたちの育ちや、子育ての心構えを共有しながら事業をしっかりと打ち込んでいく。その際には施設型給付、医療・保健・予防、地域型の保育給付と、高齢者と同じような仕組みで実施している（図8）。

図 8



出典：講演者作成資料

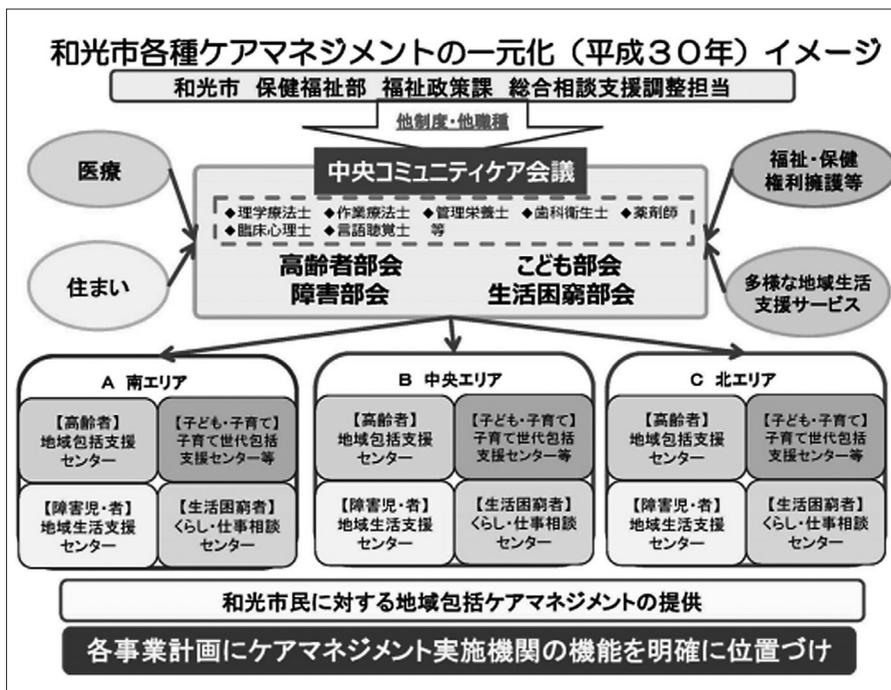
施設型、サービス提供型それぞれの事業について整理する中で、どういものが今後必要かということ、高齢者と同じようなスキームで把握している。特に高齢者の地域包括支援センターと同じような考え方で、統合型の子ども子育て支援センターのサービス拠点を、日常生活圏域ごとに整備した。例えば母子手帳の交付は、通常であれば市民課の窓口で担当しているところを、日常生活圏域ごとのセンターで専門知識のある職員から配付をしながら、あわせてスクリーニングをしている。

それによって、妊娠から出産、子育て、学童期までを切れ目なくつないでいく。しかもそれは日常生活圏域の中でサービスが完結するという形を目指しているという状況である。現在は妊娠して母子手帳の交付、パパママ教室、学童期の学校へとつないでいくところまで実施しているが、今後は、婚活支援など、結婚や妊娠の前の段階から地域で支援できれば、地域の活力が高まっていくと期待している。

(5) ケアマネジメントの一元化を目指して

高齢者、子ども分野の他にも障害児・者、生活困窮といった分野でも、日常生活の困り事相談や市民の支援を日常生活圏域ごとに完結できるワンストップ型の相談窓口で対応ができるように、2018年を目指して取り組んでいるところである（図9）。

図 9

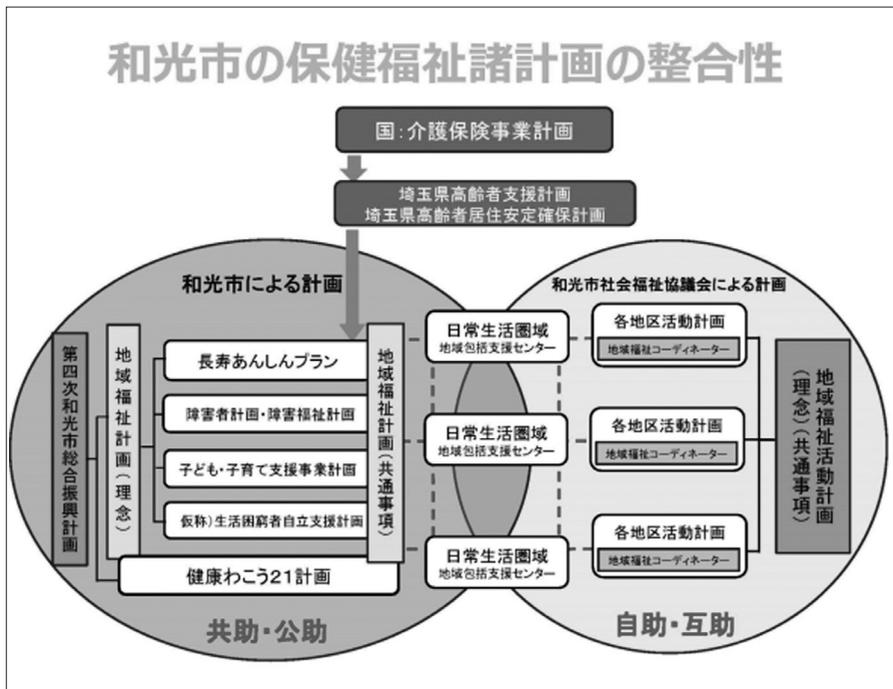


出典：講演者作成資料

ケアマネジャーは高齢者の分野だけを担当しているのが現状であるが、それぞれのセンターでケアマネジャーの多能工化を進めることを目標に、より幅広い専門性のある知識を持った方を育成することで効率化を図りながら、ワンストップで困り事に対応できるような形を完成させたいと考えている。

障害者、高齢者、子ども・子育ての各分野ではそれぞれ違った課題があるので、一人でそれを全部兼ねるということは困難ではあるが、なるべくワンストップ化を図り、日常生活圏域ごとにサービスを提供できるようにしたいと考えている。

図 10



出典：講演者作成資料

図 10 は計画の一覧である。市と、地区社協を含む社会福祉協議会を中心とした地域のネットワークとがそれぞれきちんとかみ合っているように、昨年度から開始した地域福祉計画では社会福祉協議会の地域福祉の活動計画と一体化して策定している。このように全体的に整合性のある形で施策を展開していきたいと考えている。

(6) ボランティアの活躍と養成

和光市の地域包括ケアで大変大きな役割を果たしているのがボランティアである。市ではボランティアの養成を積極的に行っている。他市では半日ぐらいで養成するボランティア講座というものもあるが、和光市

では、介護予防サポーターの養成では丸二日ぐらい缶詰で研修するカリキュラムを組んでいる。ボリュームのある研修をして、介護、介護予防に関してそれなりに専門性のあるボランティアを養成している。その方々が地域に入っていくことで、先ほどお話ししたアンケートの回収や、民間の事業者の現場にもボランティアが入って仕事をしていただいている。ボランティアと民間事業者の協業というのは珍しいが、違和感なく実施できている様子である。

ボランティアも5年以上の歴史がある中で、もともと要介護状態にあったところ、調子がよくなって、今度はボランティアになって活躍するという方も出ている。そのような方は機能回復を目指す人々のロールモデルになっている。つまりボランティアが単に戦力としてだけではなく、実は高齢者の機能回復や心の支えにもなっていると考えている。これからもボランティアの方々にご活躍いただきながら、和光市としても地域包括ケアの横への展開もしっかり進めていければと考えているところである。

問題提起に対する質疑応答・意見交換

○岐阜市長 ここからは和光市長からの問題提起を中心に、質疑応答と意見交換をしたい。

○ 資料の中に「課題の見える化」という項目があり、北エリア、中央エリア、南エリアのいずれでも「認知症リスクあり」という指標が非常に低く見受けられるが、これはどのような数字であるか。当自治体では認知症に関連する事象、特に地域包括支援センターへの相談件数が増加している一方、和光市の資料では低いというのとはどのような理由があるのかと思った。

○和光市長 何をもって「認知症リスクあり」としているかという基準が違うことによるものと思われる。和光市の過去からのデータで、大きな変化はみられない。また、和光市の認知症リスクが特別に低いことはないと思う。

○ 和光市の地域包括支援センターの運営は、直轄か、民間もしくは社会福祉法人のようなところに頼んでいるのか、お聞かせ頂きたい。

○和光市長 基本的に民間で運営している。当初は中央の地域包括支援センターを市直轄、北と南の各地域包括支援センターを民間に実施していただいていたが、ある程度できたらという段階になって、民間にすべて委ねたという形になっている。

○ 民間というのは社会福祉法人か。

○和光市長 いわゆる民間事業者である。

○ 将来、ケアマネジメントの一元化を目指していらっしゃるということだが、今の3地区で1カ所ずつというイメージか。

○和光市長 実際には5カ所ある。子ども・子育てと障害者の支援では何カ所必要かというのは、まだはっきりとしていない。生活困窮者支援の分野で、子ども向けの無料塾を実施しているが、それは3カ所で実施している。

子どものセンターも3カ所なので、それぞれの分野で本当に何カ所必要かというのは、まだわからないところである。

猪飼教授に伺いたい。QOLの捉え方について、和光市でも10年ほど前に介護予防事業を始めたころは、やらされている感というのが強くあり、QOLという意味では否定的な意見が多くあった。それが10年ぐらいの時間を経て、やり慣れると効果があるということがわかってくると、大変積極的に前のめりに参加していただけるようになった。そういう意味で、QOLという意味が変わってくるのかということ非常に興味深く見ているが、そのあたりはどのように考えればよいのか。

○猪飼教授 業界でQOLがはやり出した時期は90年代である。言葉が流行りだした当初QOLの意味というのは、便利とか快適という意味とそんなに違わなかったように思う。例えば胃がんの手術で胃を残せばQOLが高いとか、そういうレベルの話であった。

それが先ほどの胃ろうの話のように、生きるということそのものの価値の問題として、実質的にQOLを捉えるようになっていくという、認識の深まり、変化はずっとあるように思う。和光市はもともと予防活動で有名で、本や論文もたくさんあって、私も見聞きしていたが、ADL

をまず支えようという発想がスタート地点にあったものと推測する。

1980年代にリハビリテーション医学の泰斗である上田敏が発表した「ADLからQOLへ」というリハビリテーションの領域での記念碑的な論文がある。上田によると、この論文でQOLの重要性を指摘したところ、ADLを飛ばしてQOLにいい話として、誤解されたと言う。多分そういう混乱をご覧になった可能性があると思う。

その辺の変化というのは確実にあって、恐らく和光市でもさらに時間がたつにつれて、どんどん深まっていったのだろう。

ワンストップサービスについても、いろいろな事業を寄せ集めてワンストップにしたのでは余り意味がない。そうではなく、何でもおいでとするから意味がある。個別の事業にははまらない、例えば自分の子どもをかわいいと思えないお母さんの問題がある。しかし、とりあえず困ったらここにおいでという場所があると、そこで行われている内容は、単なる事業の寄せ集めの範囲を超える。そこにQOL的な問題への出入口があると思う。

例えば乳幼児健診は保健師の特権である。都会的な環境においては、プライバシーへの意識の高さ等もあって、問題を把握する以前に住民と接触すること自体が難しい。そのような中、乳幼児健診は、全てのお母さんと接触できるチャンスである。これをただ単に健診として使うのではなく、お母さんに何か心配事はございませんかと聞きながら、その人の背後にあるもの、あるいは、その人が将来地域の中でリーダーになるような役割を果たせるような人なのかというのは、力のある保健師だったら見抜ける。そこでつばをつけておくということである。

そういうチャンスを、和光市ではたくさん持っていらっしゃるなと思った。そこをうまく活用していくと、問題を発見できる。地域診断ではニーズ調査としてアンケートを実施するが、効果もある一方で落とし穴もある。それは何かと言うと、問題は見つかったけど、解決方法があ

りません、という事態がしばしば起こってしまうことである。これは、公衆衛生領域では日常的に起きている。とにかく疫学的な調査を実施して、この地域は肥満が多いとわかって、運動しなさいと言っても運動しないのでやせさせる方法がない。

そのときに一人一人からスタートしていくと、その人の問題と解決法が一緒に出てくる。そしてそれを積み上げていって施策にするという逆のチャンネルがある。個人からスタートして施策に発展させるというシステムをうまく合わせて運用すると、より生活モデル的になると理解している。既にそのように活動されているのかもしれないが、私が勉強してきている範囲では、そういう土台になるものがあると理解している。

○ 当自治体では人材不足という問題がある。当自治体は地域包括支援センターを統括する基幹型地域包括支援センターを市役所の中に新設するというので予算をとって職員の募集をしてきたが、集まらず、予算執行できていないという状況にある。

先生の最初のお話の中で、生活モデルでやっていくためには、人が大切であり、身近な人に相談をするという文化をつくっていく必要があるということがあった。内閣府がアメリカとドイツとスウェーデンと日本の高齢者に対する調査というものを去年実施したところ、「相談事があったときに、近所の人に相談しますか」という質問に対して日本は最も少ないという結果が出た。アメリカは28%、スウェーデンは31%、ドイツは48%がいると答えたのに対して、日本は18%しかない。さらに「病気のときに助け合う近所の人がありますか」という設問に対しては、日本は5.9%しかいない一方、ドイツは31%いた。そういう意味で、まだ相談をするという文化がない。押しつけ型はだめだということもあったが、認知症などは早く相談をしてもらえば早く対応できる。早期相談のPRについてももう少しいろいろ考えていく必要があるだろう。

人の育成の問題と、早く相談に来てもらうというPRについて、和光市はどのように取り組まれているということに関心を持ったので教えていただきたい。

○和光市長　まず相談のPRについてお答えする。先ほどご紹介した市のアンケートは記名式で実施した。アンケートがすなわち全員のカルテと言える。そのため、そこでスクリーニングができるということである。アンケート調査をカルテにするに当たっては、それを活用しても良いという一筆もとっているので、共有して役所で使わせてもらっている。

和光市は都市型の地域で、例えば市民の50%以上が集合住宅に住んでいるので、プライバシーについて関心が高いということがある。そのため、待ちの姿勢でいて相談に来てくれるかというのと、それは難しいのかなと思う。そういう意味で申し上げると、カルテ型で課題をある程度スクリーニングできているというのは、非常に大きな武器になっている。

人材育成については、和光市の場合、他の市町村と比較して賃金を高くしているということと、和光モデルの評判が良いため、和光市で働きたいということで選んでもらえる人材が多いと聞いている。離職率も他市よりは低いようなので、働きがいと、お金の面との両方で好循環にあると考えている。

○猪飼教授　高齢分野での日本人の助けられ下手ぶりというのは結構有名で、いかに助けられ上手になるかを指南する本も刊行されている。

しかしそれは日本人的なコミュニケーションのあり方、特性から出てくるものなので、考え方の根っこが変わらない限りそう簡単に変えられるものではないのだろう。大学で二十歳前後の学生と接しているが、彼らのコミュニケーションの方法は極めて日本人的である。若い世代でもそのような状況なので、コミュニケーションのあり方というのは、多分、

今後何十年も変わらないのだろう。

とすると、支援をする側がどう引き込むかという工夫をするほうが生産的だと考える。今、自殺の問題に関連して、SOSの出し方といったものを教育課程に入れようという話が進んでいるが、私は、結構難しいチャレンジだと見ている。それよりも困っている人の話の聞き方を習得する方が効果的だと思う。友人関係でも、夫婦関係でも、身に覚えがあると思うが、こうすべきだったなど、ついつい正論で返してしまう。諸般の事情があるから現状に陥っているのに、本人を責めるようなコミュニケーションという形が多い。たとえば、自殺念慮を抱いている人にこのように対応してしまうと、当事者が口を閉ざして二度と相談をしなくなってしまい、抱え込んで深刻化しているということが起きるのである。

しかし、どちらかといえば、自分のことをもっとわかってもらえるようにプレゼンテーションをやりましょうというような方法論の方が、教育課程に組み込まれてきた。表現についてのトレーニングというのが教育課程に入ってきたからであるが、話の聞き方というのはあまり追求されていない。その意味では、学校の中だけでなく、子どもたちや若い人たちが聞き方を学んでいくことができるようにする余地がまだまだあるだろうと思っている。

○ 日本人がなかなか「助けてほしい」と言わないというお話はそのとおりだと思う。日本の文化として「沈黙は金なり、雄弁は銀なり」という言葉があるように、余り言わないことがよいという文化があるが、今は、グローバル化で、海外といろいろつき合いをしていく上では、自分自身の存在についての発言をしていかねばならないという時代である。

しかし、日本人はしゃべらなくて、助けは求めないという前提でいくと、先ほど先生がおっしゃった生活モデルスタイルでいくのが難しくなって、結局プッシュ型の画一的なサービスを用意して提供せざるを得

ないと思うが、猪飼教授はいかがお考えか。

○猪飼教授 ご高齢の方に特にみられるが、他の人にしてもらったときに、罪悪感を抱いてしまうことがある。してもらうことに対して、「こんな負担をかけて悪かった」というふうに思ってしまう。「ありがとう」で済めばいいのだが、そうではないのが日本社会にある気がする。

○ それは日本独特のものか。

○猪飼教授 日本的だと思う。アジア諸国については不勉強だが、ヨーロッパ的、アメリカ的ではないと思う。

○ 宗教が関係しているのか。

○猪飼教授 個人主義の問題ではないだろうか。

○ 私は武士道だと思う。「武士は食わねど高楊枝」という言葉も武士道から来ているのだろう。しかしこれからの時代はそれでは生き残っていけない。これだけ高齢者や弱者が増える時代になると、自分から発信しなければいけないという文化もつくっていく必要があるだろう。

○猪飼教授 もう一つ、これはマルセル・モースという人類学者の議論の系譜に属する考え方だが、人から物をもらうことで、結局、支配を受けるということもある。

例えば、お歳暮など盆暮れの贈答品などもらったものをそのままにしていると、負債を負っているという感覚を持ってしまうということが典型例である。

だからできるだけ早く返してすっきりしたいという欲求に追い立てられる。若い世代は大分減ったものの、年配の方であればあるほど、そのような感覚を持っている。人に何かをされる、してもらおうというのが負債を負うことだという感覚が大変強く、そうではないといっても払拭するのが大変である。

日本人のボランティアは相手に負債を負わせないため「私たちは自分がしたくてやっているだけです。あなたたちに何かしてあげているのではないのです」というポーズをとるといふことに気をつける。その感覚はある意味では助け合い下手の根っこにあると思う。

○ 今日、「都市の未来を語る市長の会」に出る前に描いていた地域包括ケアのイメージが大分変わった。

あと数年かけて、一定のものをつくり上げていかねばならないという中で、地域に合ったものをつくり上げる必要があるが、住民のパワー、医療系の資源などが地域に均等ではなく偏っている中で、果たして本当に全体的な、例えば市内全域にこういうシステムのなものができ上がるのだろうかということ、首長として不安に思っている。

例えば当自治体では1カ所、先進的な地域包括ケア体制ができ上がりつつあって、厚生労働省から来た職員も、「これは理想形だ」と言って帰られる。その要因は何かと言うと、やはり人である。誰がどう役を担ってつくり上げていくか。その指導的な役割になっているのが、若手の医師である。やはり医療と介護の連携が中心なので、医師が基本的にきちんと関わってもらえるということにならないと、恐らく形としてうまく進んでいかないのではないかという思いがある。

地方では、医師が大変不足しており、とりわけ若手の医師の不足が著しい。このような状況の中で、医療資源をどう分配しながらやっていくかは医師会等の関係団体の皆さんの力をいろいろ借りてやっていくしか

ないと思っている。医師不足問題に関する方策が見えてくると、もう少し展望が開けてくると思っているのでアドバイスを頂戴できればありがたい。

○猪飼教授　そこで本来役割を担わなくてはいけないのは、保健所長であり、公衆衛生医であるといえる。だが、彼らは疫学側に近くて、保健所そのものが地域からかなり乖離している。一方、医師会と交渉しなければならないとなったときに交渉できる人材が市町村にはいない。

そこで、現実には、総合診療医の中で、地域に入っていて医者に見えないような地域医療に向けた医師が各地域に展開するのが、システムも多職種連携も住民とのコミュニケーションもでき、一番早いと考える。プライマリケア連合学会のような組織が、全ての自治体に一人ずつ入るとすれば約1,700人でいいので、そういった人材を養成すればよい。5年ぐらいの時間があれば、そういう人材は多分つくれるだろう。今、日本医師会でも、それに近いようなことをやろうとしている。

ただ、現状では自治体側にそれらの医師を受け入れるポジションがない。すでに一部で自分なりに地域ケアの実践をやっている先生たちがいらっしゃるが、志で動いているところがあって、そこにはポジションに当たるものはなく、お金がつくシステムもない。これでは人を養成しても十分に地域に展開できないかもしれない。

もし半分公務員で、半分は非公務員の、役場の内外に影響力を持てるようなポジションが自治体ごとに一つあるだけで、全く状況が変わる。

総合診療医の人たちと話すとき、地域ケアに関心のある医師は確実におられるように思われる。あとはそれにメカニズムをどのように充当するかということである。

○ 医療機関との連携は極めて重要だと思う。

本市は、本市を中心とする約 80 万人の医療圏の中にあり、その医療圏内の診療所や病院が連携パスをつくっていた。最近では全国的に連携パスだけではだめだというようになり、福祉や介護を入れなければいけないという議論になってきた。本市では、医師会連携パスを利用して、地域包括支援システムをつくっていきこうということになり、全面的に医療機関が介在して「地域医療・介護・福祉ネットワーク」というのを形成している。そういう意味では、我々はこの地域包括ケアシステムと医療機関との連携は一体化できているといえる。

○ 本日は大変関心を持って聞かせていただいた。「都市の未来を語る市長の会」のような、学識者と市区長同士が高度情報社会とどう向き合うか、成熟社会にどう対応するか話し合える機会があるのは良いことだと思ったところである。

21 世紀は成熟社会であり、そこから派生する問題も色々生じるということを考えて。

経済的な成長ではなくて、人間の質の向上が求められている。それから個人だけでなく、社会全体で対応していく社会的包容力と言うべきものの2つを上手に融合して、例えば子供の貧困とか虐待とか、多様化している課題に対応する必要があると考えている。それをどのように行政が取り入れていくかという視点が、今日のテーマに限らず全部に今言えることではないかと感じたところである。

さて、医療と介護の連携については、当自治体の場合も、やはり福祉や医療を連携、協働してやっている。病院、医師会、薬剤師会、柔道接骨師会など全部連携して今実施しているところであるが、先ほど猪飼先生がおっしゃられたように、保健所だけではどうしても限界があった。各部局とのコーディネーターをするためということで、当自治体は去年から健康政策部長という部長職の役職を設置し、そこでお医者さんとの

交渉等を全て行うというような形にした。

○猪飼教授 健康政策部長は医師なのか。

○ 医師ではなく、一般の職員からである。部長と課長とで対応することになっている。

○ 当自治体は、高齢化率が40%に届きそうな状況である。先ほど他の市区長からお話があった通り、医療系の人材も、病院も少ないという状況で、まちの中に高齢者が多く見かけられるような状況である。

当自治体は比較的元気なお年寄りが多いが、高齢化が本格的に進んでいる市ではどのような取り組みをされているか聞いたかったという思いがあった。

当自治体の地域包括支援センターは、市が直轄で、課長が所長として運営している。しかし、今は、介護認定の業務に追われてしまって、なかなか総合的なビジョンをつくるまでいけないというのが現状である。保健師をはじめ絶対数が足りていない。人材が足りないというお話もあったように、募集してもなかなか人が集まらない。ここ数年は何とか少しずつ採用しているけれども、率直に申して水平連携もなかなかままならないという状況にある。

県では医療構想をどうしていくか、医療圏ごとの方針をどう決めていくかというのを、医療圏ごとに検討している中で、近日中に医療圏の最終答申をまとめてほしいという話が出てきているところである。特に地域包括支援センターでも、地域包括ケアの考え方に特化してやっていかないとなかなか難しいだろうというような流れもある。今、和光市長のお話を聞いていると、やはりいろいろなビジョンをつくった上で、まだ絶対的に成熟した部分が当自治体にはないというのを強く感じた。準備

段階からまだはるかに遅れている。和光市長にお伺いしたいのは、まず何から取り組んでいくべきなのかという根本的なところである。

人的な資源が足りない一方、ボランティアに参加したいという方々は比較的たくさんいらっしゃる。ボランティアなどの関係者をどうまとめ、またいろいろな医療機関の方々との連携というのを含め、どういう取り組みをこれまでされてきたのかということをお聞かせ頂きたい。

○和光市長 地域の課題の発見と把握、つまりスクリーニングが一番重要と考えている。全員調査というお話を先ほどしたが、それによってどの地区にどのような課題があるかということが見えてくるので、その課題を潰していく。

医療と介護の連携については、和光市には国立病院機構埼玉病院という、市内唯一の大きな病院がある。埼玉病院と市役所と医師会の三者で協定を結んでIT連携をしている。協定に基づき三者で情報を共有しているので、例えば和光市で要介護の認定を受けていらっしゃる方は、入退院の際の連携がスムーズにいく。通常なら、退院後の受け入れ態勢を待つために入院が長引くというケースがしばしば見られると思う。しかし、三者で連携をしているため、退院のカンファレンスの際は共有しているデータを使うので、ケアマネージャーの方も入り、退院後の受け入れ先も整理してすぐ退院できる。医療、介護、行政の連携がしっかりできている証しであり、また、それぞれの態勢も必要だと考えている。

和光市にとって有利な点として、11平方キロの中に8万人住んでいるので、訪問医療や定期巡回の効率がよい。さらに言うと、高齢者が多くお住まいの地域も概ね決まっている。築30～50年位経過した大規模な団地では高齢化率が高く、例えばURの西大和団地というところでは1,500戸あるうち、高齢化率は37%である。24時間の定期巡回をはじめの際に、高齢化率の高いこの団地で試行してうまくいけば広げれば

よい、というように、施策を効率的に打ち込み、そこから展開することができるとも条件もある。

伊豆市長からの話しによると、伊豆ではもはやデイサービスの事業者が撤退しようとしているそうである。なぜなら、地域が広過ぎることと、高齢化率は高いが人数が少なくて採算がとれないからとのことである。そこで、伊豆市長は集まって住んでもらうことも必要だとお話しをされていた。都会の処方箋と地方の処方箋は違うと感じている。

○猪飼教授 40%近い高齢化率になっても反乱が起きていないということは、既に成功しておられるという部分が大きい。

都会的な文脈で申すと、そこまで反乱なく過ごすということではできない。現在の地域包括ケアの施策は、非常に都会向きにつくられている。そのため、ある施策を実施しなさいと言われても、地方によってはそんなことはもうやっちゃっているよ、という話になると思われたほうがよい。ポイントは、地域包括ケアは、本質的に新しくも何ともないことである。新しいものではなくて、ある意味当たり前のものをつくろうという話である。しかし、都会ではなかなかつくれないので、みんなが必死で考えているのである。ところが、中山間地域やある種の僻地では、従来の古いコミュニティが既に全てこなしちゃっている。そのため、実は既に問題ではない可能性がある。以前、鹿児島県出水市で地域包括ケアについてお話しをする機会があった。多くの市長さんが、今までやっていたことをやめて地域包括ケアなるものを導入しないといけないと思っていらしたので、それは違うと申し上げたことがある。

目の前で実際に具体的な誰々さんが、何に今困っているかというのが明らかに目に見えて、同じように困っている人が何人もいるみたいだから、こういうやり方で解決しましょうというのを積み上げていく、これが地域包括ケアで、これ以上でも以下でもない。簡単に言ってしまう

ば、あとはそれを補助金にうまくつながるように作文すればいいだけである。手本を見て導入すれば、覚えはめでたいかもしれないけれども、それが住民のためのサービスになるかと言ったら、それは別のことだろう。その意味では、静かなコミュニティを営んでこられたこと自体が、地域包括ケアとしてすでに成功ではないかと思う。何か現在以上の危機がやってくるという認識でいらっしゃる必要は全くないと思う。



○ そういう意味では、地方のほうがうまくいっているのかもしれない。当自治体では、コミュニティが希薄になったところに、さらに、あと数年で人口の20%位が75歳以上になると予想している。そうすると、もはやどのようなことが起きるか想像がつかない。態勢も組んで、医師会とも連携し、みんな一生懸命やってくれている一方、75歳以上が9万人近くになるときに、どのような支え手が何人位必要か、見当がつかない

い。例えば民生・児童委員は500人いるものの、500人で対応できるとは思えず、ソーシャルワーカーも100人や200人では足りないだろう。

一方で自治会、町会が地域にあるので、ただ単に地域包括ケアシステムをつくるだけではなく、当自治体では、地域の自治会、町会を巻き込んで一緒にやるということを、日ごろから言っているが、それでうまくいくのかどうか。一生懸命協働しながらも、大丈夫かと案じるのが非常に大きい。

○ 私は町会長、自治会の連合会長を合計22年務めた後、首長になったので、町出身の人間という自覚はある。

少子化と高齢化が進めば進むほど行政もやりにくくなるし、地域も「人情紙のごとし」というような形になってくるので、地域の絆を守らないといけないという思いがあった。当自治体は、町内会の組織率はまだ70%を超えており、地域がまだ残っている。さらに、NPOをどう育てていくかということで、当自治体では毎年度3,000万円位の予算規模で新しくNPO等を立ち上げたり、活動している住民活動グループに対する補助金制度をつくったところ、様々な法人ができ活動している。

他にも民生委員さんがいらっしゃる他、町内会には、寝たきりの方など災害弱者の方の名簿をお渡しして見守りをさせていただくようにしている。この見守りをしてくれる自治会でも、1カ月に1回、当自治体全体の各団体機関が集まってくる地域力推進会議で事例発表をしてもらうなど、良い意味で競争意識を持ってやってくれているところがある。

そのような状況の中、一人一人の住民から地域にある組織や団体が横で連携をとりあうのには、役所がコーディネーター役になるのが一番いいと考えている。というのは、住民はどうしても自分達の活動しかご存じではないので、役所がまとめていって、連携、協働を高めていくことが一番必要ということで、職員にはとにかくコーディネーター役になり

なさいということを盛んに言っている。

地域包括ケアにしても、防災についても同じことが言えるが、ふだんから関心を持ってもらえるように訴えていくことが大事と考える。都市の中でもそういう地方的なものに相当力を入れてやっていて、これは大切なことだと思っている。

当自治体は人口の約 22%が 65 歳以上の方である。要介護の認定を受けていらっしゃる方を除くと残りの 80%は元気高齢者であるが、元気高齢者の方を見守り、就労、ボランティアなどでみんなでとにかく連携して助け合い、支え合っていこうというやり方をとっている。

○ 当自治体内には 69 の字があり、そのうち一つの字には 2 万人近くの方が住んでいらっしゃる。つまり一極集中化がかなり進んでいる。東日本大震災の際には、多くの自治会でそれぞれの力を発揮された。当自治体でもお互いに助け合う取り組み等を今後も広めていきたい。

○猪飼教授 都心部の場合は、コミュニティが残っている部分は最大限に活用するわけである。ただし、コミュニティが残っている部分というのは、ある種の義務で縛り合っている。

そういうことが面倒な人たちは、若い人たち中心に大量にいて、この人たちがどんどん逃げていってしまう。その点で申し上げると、地方部がある意味でラッキーなのは逃げられないということである。よくも悪くもそのコミュニティが活着ているので、それを最大限に使うことで、地域包括ケアを行う環境としてはとても有利である。それに対して、「お互いさま」という互酬性で地域を組み立てるといのは、都会では限界がある。例えばボランティアや N P O 等をつくっても、初めは多くの人を巻き込むことができて、やがていつも同じような人が何人かでやっているような状況になってしまい、持続性を維持することが大変難しい

ということがよくある。このような状況をどうするのかという問題に対しては、それほどきれいな答えがない。

ただ、ヒントはある。「ケアする社会」という言葉について、ミルトン・メイヤロフという哲学者がケアについての非常にクリアな分析をしている。親が子どもを思う気持ちやケアする心、あるいは「芸術作品をつくる作曲家の気持ち」等というものは、普遍的なものとして存在すると述べている。しかも互酬的ではない。その子のために何かしたいという気持ちというのが、なぜか人間の中に備わっているということ、彼は議論している。このような人間に本来普遍的に備わっているケアへの意欲、それを最大限に生かしていくというのが、大きな文脈での一つの方向性だろうと思う。

ただし、そこで留意すべき点として、家族の負担が今いっぱいいっぱいであることがある。これ以上家族にしわ寄せを食わせるわけにはいかない。互助というとき、日本ではすぐ家族にやらせましょうという話になるのが厳しいところで、どうやっても家族にしわ寄せがいつてしまう。この日本社会の性向を踏まえると、社会からケアする意欲を引き出すに際しては、家族をどうケアするかという視点が大事になると思う。レスパイトケアや特養など介護施設の利用というの、結果的には家族を救っている。負担を負わされている家族を救わなければならないという構図で、今の地域包括ケアや介護サービスは動いている。コミュニティケアといっても、家族にただ戻すだけでは何の解決にもならない。以上のようなことから、家族が潰れないようにできるかということを考えていくことが良いだろう。

○岐阜市長　そろそろ時間になってきたので、締めに参加したい。今日の議論で沢山の事が分かり、本当に勉強になったところである。

地域包括ケアシステムとひとことに言っても、地域によって捉え方、あり方が全然違うということもよくわかった。また猪飼教授からは、地域包括ケアシステムというのは、それぞれのQOLに合わせた究極のカスタマイゼーションであり、そのためには人が大切だというお話を頂戴した。

本日の議論を踏まえて、私達市長は今後の地域包括ケアシステムに取り組んでまいりたい。

猪飼教授には大変お忙しいところ、ご出席くださり、改めて御礼申し上げる次第である。

「国のかたちとコミュニティを考える市長の会」開催状況

回数	開催日	テーマ
第1回	2005年10月31日	国・都道府県・市町村の新しい関係を目指して 地域主権の確立とコミュニティ
第2回	2006年6月2日	コミュニティとの協働 人口減少時代の都市経営
第3回	2006年10月30日	簡素で効率的な行政運営の実現 職員の人事管理・人材育成
第4回	2007年8月28日	これからの自治体運営
第5回	2008年7月31日	基礎自治体のあり方 都市の環境政策
第6回	2008年11月18日	住民行政の対話のあり方 都市と過疎問題
第7回	2009年7月31日	基礎自治体の役割 職員の人事課題
第8回	2009年11月6日	地域医療の確保 長と議会のあり方
第9回	2010年8月2日	地域主権改革 効率的な行政運営
第10回	2010年11月9日	高齢者福祉のあり方 コミュニティの活性化
第11回	2011年5月12日	コミュニティの再生
第12回	2011年10月25日	災害時における都市同士の相互扶助
第13回	2012年4月24日	政策法務
第14回	2012年11月13日	二元代表制 広域的実施体制（国の出先機関改革）
第15回	2013年6月7日	子育て支援・少子化対策
第16回	2013年11月7日	生活困窮者支援と都市自治体の役割
第17回	2014年6月5日	社会保障・税番号制度（マイナンバー）
第18回	2014年11月11日	自治体広報
第19回	2015年6月1日	社会保障と受益者負担
第20回	2015年11月30日	広域連携

都市の未来を語る市長の会 (2016年度前期) —地域包括ケアシステム—

平成28年9月 発行

編 集 公益財団法人日本都市センター
〒102-0093 東京都千代田区平河町2-4-1
T E L 03 (5216) 8771
E-Mail labo@toshi.or.jp
U R L <http://www.toshi.or.jp>

印 刷 株式会社 報 光 社 東京支社
〒101-0021 東京都千代田区外神田2-2-17
T E L 03 (3251) 1866

ISBN 978-4-904619-46-9 C3031

無断転載、複製および転訳載を禁止します。引用の際は本書(稿)が出典であることを必ず明記してください。

This book is copyrighted and may not be copied or duplicated in any manner including printed or electronic media, regardless of whether for a fee or gratis without the prior written permission of the authors and Japan Municipal Research Center. Any quotation from this article requires indication of the source.



9784904619469



1923031005006

ISBN978-4-904619-46-9

C3031 ¥500E

定価(本体価格500円+税)