

## 第二部：パネリスト発表1 「地域包括ケアシステムにおける『規範的統合』のあり方」

兵庫県立大学大学院教授

筒井 孝子氏



ご紹介いただきました筒井です。シンポジウムに参加させていただき本当にありがとうございます。

こちらの埼玉県立大学の三浦学長には20年以上前に大学で、様々な調査手法について、ご指導を頂きました。改めてお礼申し上げます。誠にありがとうございました。

さて、今日の私のテーマは「規範的統合の在り方」についてです。この規範的統合という考え方は、すべての統合の基盤となるものとされています。

今日、わが国で統合が必要であるということを理解するためには、まずは日本が今、どのような状況になっているかについて、皆様にご理解いただきたいと思います。このうち、もっとも社会保障制度に関連があることとして、わが国における家族の在り方が相当、変化していることについてお話ししておこうと思います。

それは、本日お集まりの皆様がこの国に起こっている家族の大きな変化を理解し、この国が、今、国際社会の中でどのような立ち位置にいて、また、今後、どう位置取りをすべきなのか、そして、そのためには国民は、これからの生活を、どのように考えていくべきか、そういった中でどのように皆で共有する価値を持つべきかということと一緒に考えていて欲しいと思っているからです。

先ほど広井先生からは、子供の貧困がわが国における新たな問題であるというご発表がありました。

この話題にも関連する内容として、わが国における標準家族の急激な変化についてお話させていただきます。

このことは日本の産業や国家の基本となる社会保障制度の見直しを強く要請していること、ひいては地域包括ケアシステムの構築が必須となってきていることにつながると考えられます。

これまでの日本の産業は家族の消費を中心に成立してきたといえます。戦後の豊かな家族生活というのは、家族がみんなで、テレビ等の家電製品を囲んで、団欒をすること、休みの日に家族そろって、自家用車で観光地に行き、そこで消費するといったことがいわゆる中流家庭の一つのモデルとして成立してきました。しかし、この象徴的な幸せのかたちは昨今ではずいぶん変化しています。

### 家族の戦後モデルがもたらしたもの

#### 戦後家族モデルは、若者の目標だったが

- 夫が主に外で働き、妻が主に家事をし、豊かな生活を目指すモデル。
- 高度成長期に成人を迎えた若者(1930～50年生まれ)の多くはこのモデル家族をつくることができた。
- それが経済成長と家族の豊かさの好循環を生んだ。

#### 「豊かな家族生活」が巨大需要に

- 目指す家族の中身は、1950年代の欧米の中産階級家庭。
- LDK仕様の住宅に住み、家電製品がそろい、車があり、主婦が手料理を作り、子どもに学歴をつけさせ、家族レジャーをする生活。
- 中流生活に必要なと思われるアイテムをそろえることが家族の目標となり、消費は家族でするものであった。

まず、先程申し上げたような幸せのかたちは高度成長時代の姿ですが、今日、この姿が決定的に違ってきた原因というのは晩婚化、非婚化現象によるものといえます。晩婚は、結婚はしますが、遅いということです。非婚という場合には婚姻しないということになります。いずれも子供が生まれることが難しくなります。

また、非婚者の中に現在増え続けている、親と同居する未婚者の存在があります。この方々は、バブルの時はパラサイトシングルと言われ、高額品の消費をする人として、社会的現象となりました。しかし、この方々の高齢化と、その親の高齢化によって、すでに高額消費はなくなり、特に女性の未婚親同居の方々の存在は、これからの大きな課題となると予想されています。

### 低成長で晩婚・未婚化

戦後	日本の家族の目標が「豊かな家族生活をつくる」から、「豊かな家族生活を維持する」に移した時に、日本経済の転機が訪れた
1973年	オイルショックが起き、74年にマイナス成長となり、経済の高度成長が終焉 すべての人が戦後型家族をつくることのできる時代の終わり
1975年	30歳代前半の未婚率は男性14.3%、女性7.7%。
それ以降	未婚者、特に親と同居する未婚者が増加

高度成長期の若者は一人暮らしもまだ多く、貧しい生活から結婚生活をスタートしかし、彼らは「豊かな家族生活」の中で育っており、親元で結婚前から家電製品に囲まれている生活を送っているため、どうしても結婚当初から豊かな生活を期待してしまうような生活が可能で収入を稼いでいる未婚男性の数は減っており、結婚が遅れる

実は未婚親同居という方々は欧米にもおられますが、欧米諸国では未婚でも既婚でも女性は自立すべき収入を得ることができるようになりました。しかし、日本では、これらの未婚者の非正規雇用率は非常に高く、結果として収入も低いという状況となっています。もちろん、これらの方々には子供はいないのです。つまり老後の世話をしてくれる血縁者がいないという状況となります。

### パラサイトシングルが消費需要に与えた影響

親同居未婚者（パラサイトシングル）たちはバブル経済期に一時的に高額消費を増やしたが、結局は家族消費を行う新しい世帯が増えないため、ボディブローのように日本の消費需要を減退させていった

一方、欧米諸国では・・・

親同居未婚者が増えても、夫一人だけの収入では豊かな家族生活が維持できなくなった結果、南欧を除く欧米諸国ではフェミニズム運動が起り、女性でも自立した生活をするを求められた。  
その結果、未婚でも既婚でも女性が自立すべき収入を得ることが一般化した

日本の社会保障制度は緻密に構築されておりますが、個人単位での社会保障の在り方というよりは、世帯単位となっています。それも標準世帯という考え方が基礎になっております。いわゆる核家族単位の社会保障のあり方を標準としてきたのです。

しかし、今、わが国の出生率は極めて低く、しかも第三次ベビーブームはこなかったのです。今、安倍政権は一生懸命、子育て支援をやらうとしていますが、この結果が出るのは早くても20年後です。ですからこれからも日本の人口は減っていきます。日本は、少子高齢化のトップランナーです。しかも日本は世界の国の中でも年齢の中央値が一番高く、ドイツとほぼ同じで多分48か49歳ぐらいです。アフリカ諸国が20歳代ですから、国際的にもかなり老いた国ということになります。

国全体が老いている中で、この親同居未婚化世帯の増加は生計の維持者が年老いた親であり、これらの人々は親の年金で生活している方も多ということになってきました。こういったパラサイトシングルの方々には将来、病気になっても病院の付き添いをしてくれる子供はいません。すべて、この方々は、お一人で対応するということとなります。

今は、たいてい、病院への入院となると高齢者の方々にはご家族が付き添われておまして、単身で入院してくる高齢者は稀だと思われていますが、これからは、こういう単身者の方々がかかなり多くなるだろうと予想されます。

### 新しい世帯の形成力の低下

- 石油危機直前の1972年には婚姻数は約110万組、つまり「豊かさを目指す家族」が増えていた。
- つまり、日本の個人消費は、その大部分が「家族消費」、つまり豊かな家族生活のための消費で成り立っていた。
- そして、その消費需要は未婚化によって激減。

しかし、2015年には約63万5千組と、半分にしかも、4組に1組は（夫婦どちらかが）再婚。

#### 世帯構造のさらなる変化

日本では同様（どうせい）率は約1.8%と低く、若年未婚者の親同居率は約75%。世帯数は増えているが、増えているのは家族消費をしない高齢者世帯。結婚と同様であれ、1人暮らしであれ、新しい世帯を形成する力が弱体化。これはバブル崩壊後、経済の構造転換が進み、非正規雇用が増えたことが大きな要因。自立して生活したくてもできない若者が増えた。また、規制緩和により自営業が衰退し、零細自営業の跡継ぎ男性の生活の見通しがたない。

さらに、もう一つ別の側面の問題を申し上げますと、家族を持たない方々の増加は日本の産業を支えてきた家族消費を核にした産業モデルも崩壊しているということです。つまり、もう家族での団欒もレジャーも少なくなってきましたから、テレビも、車もいらぬのです。日本はこれらの消費を前提とした経済構造を変革し、どちらかという消費をしない高齢者で、しかも単身高齢女性世帯の消費行動を勘案した産業構造についてもつくりかえないとい

けない。ただ、こういった変革は、高度成長期の成功体験を持つだけに、それほど簡単なことではないと思います。

また、フルタイムの共働き世帯というのも減少しています。これは、これまでの政策においては残念ながら女性の就労支援が十分でなかったためです。今、増えているのは夫の収入だけでは、子供の塾の費用が払えないというので、妻がパートで働くというパターンです。これらの方々には、今回、上限が150万円になったとされる扶養控除があります。しかし、このことによって、依然としてフルタイムの女性の所得を男性並みにするという抜本的な改革へとは進まないという状況となっています。

もちろん、こういう家庭では、家族消費だけでなく、いわゆる家族を離れた個人消費も不活発となります。例えば、これは新生銀行のデータですが、1990年のサラリーマンのお小遣は7万8,000円でしたが、今は3万8,000円と半額以下になっています。夫の収入が伸びない中で家族生活を維持するために個人消費は削られていますので、サービス産業も含めて活発になるはずもありません。

こういったことから、個人の名目GDPもどんどん下がりまして、多分、介護保険制度発足の前は世界で3位ぐらいでしたが、2015年データで27位です。アジアでも4位です。国のプレゼンスがこれだけ下がりますと、現状の日本の産業構造を維持するためにアジアをはじめとする途上国に輸出をしようとしても、なかなかうまくいかないということになります。

なぜなら、こういう国益が減っている国に対する国際社会での信頼は低くならざるをえないからです。しかも、この図をみてもおわかりのように、債務超過がすすんでいて、こんなに債務が増えると本当に国際社会の信頼をなくしてしまうということになりかねないという状況となっているのです。

## 世界の一人当たりの名目GDP(USドル)ランキング

順位	名称	単位: USドル	前年比	地域
1位	ルクセンブルク	119487.9	—	ヨーロッパ
2位	ノルウェー	96930.5	—	ヨーロッパ
3位	カタール	93990.4	—	中東
4位	スイス	86468.4	—	ヨーロッパ
5位	オーストラリア	61066.2	—	オセアニア
6位	デンマーク	60947.4	1	ヨーロッパ
7位	スウェーデン	58538.1	-1	ヨーロッパ
8位	サンマリノ	56820.0	—	ヨーロッパ
9位	シンガポール	56286.6	—	アジア
10位	アイルランド	54411.1	2	ヨーロッパ
11位	アメリカ	54369.8	-1	北米
12位	アイスランド	52315.1	4	ヨーロッパ
13位	オランダ	52224.6	—	ヨーロッパ
14位	オーストリア	51433.0	—	ヨーロッパ
15位	カナダ	50304.0	-4	北米
16位	フィンランド	50015.7	-1	ヨーロッパ
17位	ドイツ	47773.6	1	ヨーロッパ
18位	ベルギー	47682.1	-1	ヨーロッパ
19位	イギリス	45729.3	4	ヨーロッパ
20位	フランス	44331.6	1	ヨーロッパ
21位	ニュージーランド	43363.2	3	オセアニア
22位	クウェート	43167.9	-3	中東
23位	アラブ首長国連邦	42943.8	-1	中東
24位	ブルネイ	41460.2	-4	アジア
25位	香港	40032.5	1	アジア
26位	イスラエル	37222.4	1	中東
27位	日本	36221.8	-2	アジア
28位	イタリア	35334.8	—	ヨーロッパ
29位	スペイン	30271.5	—	ヨーロッパ
30位	韓国	27970.5	2	アジア

<注記>SNA(国民経済計算マニュアル)に基づいたデータ

<出典>IMF-World Economic Outlook Databases (2015年10月版)

さて、国富が急激に減少している中で増えているのが、社会保障制度にかかる費用です。とくに医療費の増加をなんとかしなければならぬということが言われています。医療費は、ここ10年間でも、国益がこれだけ減少しているにも関わらず大きく増加しています。特に薬剤は81%増です。

ですから、先ほど、埼玉県立大の地域包括ケアシステムに関する研究プロジェクトにおいて薬局・薬剤師さん方との連携をテーマとした研究事業をやるというお話がありましたが、ぜひ、やっていただきたいと思います。

さて、この医療費のおもしろいところは、診療機関数、平均在院患者数といった数は減っているにもかかわらず、先ほどお話ししましたように、10年間で医療費は増えているのです。そして、その増え方は端的に申しあげますと在院日数も大幅に短縮していますので、回転率がどんどん上がっているということです。次から次に入院させては、どんどん退院していただいているということです。ですから、病院はここ数年、10年前に比較すると大変、忙しく、患者さんの立場からいえば、あわただしくなっているといえます。さらに、今まで入院していた日数のほぼ半分くらいの日数は、在宅で過ごさなければならなくなっているともいえます。

だからこそ、地域で医療や介護サービスを受けながら、安心して生活を出来るような「地域包括ケアシステム」の構築が求められているといえます。



## 医療費、病院のここ10年の変化

医療費等				病院全体			
	平成15年度	平成25年度	増加率		平成15年度	平成25年度	増加率
国民医療費	30.8兆円	39.3兆円	+28%	病院数	9,122か所	8,540か所	△6.4%
病院	16.9兆円	21.0兆円	+24%	病床数	163万床	157万床	△3.6%
一般診療所	7.4兆円	8.4兆円	+14%	1日平均在院患者数	139万人	128万人	△8.2%
歯科診療所	2.5兆円	2.7兆円	+9%	1日平均新入院患者数	38,158人	41,686人	+9.2%
薬局調剤	3.9兆円	7.0兆円	+81%	1日平均退院患者数	38,218人	41,744人	+9.2%
病院入院患者				1日平均外来患者数	166万人	139万人	△16.3%
1日当たり医療費	25,839円	33,994円	+32%	病床利用率	84.9%	81.0%	△4.6%
病院外来患者				平均在院日数	36.4日	30.6日	△15.9%
1日当たり医療費	8,738円	12,989円	+49%	病院従事者(100床当たり)	165万人	200万人	+21.8%
					100.8人	127.3人	+26.3%

これまでお話してきましたように、結局、これからの50年でこの国はどうなるのか、ということなのですが、かなりはっきりしていることは、まずは、人口は1.2億人から8,000万人くらいに減るだろうということが予測されています。

これは、先ほどから申し上げていますように、未婚率が2030年には、男性3割、女性2割以上となることや、結婚しても離婚が34.5%ですから、家族というものを持たない人、つまり単独世帯が半分近くになるとの予測がされています。

先ほど、日本では孤立化が進んでいることを広井さんがデータで示して下さいましたが、このことは、このデータからもはっきり示しています。

そして、逆に言えば、この国は、「孤立しても暮らしていける国」をつくってきたのではないかともいえます。こういう国を、これまで人類はつくってきませんでした。日本が初めて、こういう国をつくりはじめたのではないかと思います。

ですから、こういう新たな国の姿を皆がある程度共有しない限り、国のあり様というのは決まっていきません。実は、こういうイメージ合わせが、規範的統合につながっていきます。

さて、地域包括ケアシステムは、実はすでに国家戦略として示されており、現在、着々とすすめられている地域医療ビジョンと地域包括ケアシステムは、新しい国づくりのひとつの方策ともいえます。

そして、この「地域包括ケアシステムとは何か」というと、先程、申し上げましたように地域で医療や介護サービスを受けながら安心して生活するために必要なシステムということです。このシステムは、2つのコンセプトで成り立っております。1つはコミュニティベースドケアです。本日の基調講演でも広井さんからコミュニティの話を行いました。

つまり、これからは、どのようなコミュニティで生きていくかを、コミュニティ独自で決めるという「コミュニティベースドケア」が重要となります。そして、もうひとつが「インテグレートドケア」という医療と介護サービスの提供体制の在り方を示すものです。

## 地域包括ケアシステムとは

日本で用いられている地域包括ケアには、二つの独立したコンセプト:Community based care(地域を基盤としたケア)とintegrated care(統合型のケア)がある。近年、この二つの方針をケアの中で統合させて組み込もうという議論が世界的に活発化している。

Community-based care	integrated care
<ul style="list-style-type: none"> <li>Community-based careには、地域の健康上のニーズに応えるという点から運営されるという性質がある。</li> <li>さらに、これは地域の特徴、その地域独自の価値観などに合わせて構築することができ、それは、一定レベルの住民による「地域参加」によって保障される。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>integrated careには、医療ケアにおける分断の減少や異なる組織のサービス提供の間の継続性や調整を高めるという目的を持つ体制と定義できる。</li> </ul>

1) T. Plochg, N.S. Klazinga: Community-based integrated care: myth or must? International Journal for Quality in Health Care 14:91-101:2002

2) T. Plochg: Building a Tower of Babel in health care? Theory & practice of community-based integrated care, International Journal of Integrated Care, 6, e21: 2006

こちらのインテグレートドケアというのは1990年代から国際的に進められている、ある種のマネジドシステムです。代表的な方法として、経営学の世界でスタンダードな手法を取り入れた垂直的統合と呼ばれるものがあります。これは急性期から、慢性期までの医療サービスを無駄なく適正に提供できる仕組みを作ることを目指すシステムで、日本では、このシステムづくりを地域医療ビジョンの推進によって達成しようとしています。

もうひとつの代表的な手法として、水平的統合というのがありますが、これはコミュニティをベースにした医療介護の資源の提供体制の最適な再配分を考えるとという目的で実施されるもので、どちらかという介護保険制度上に地域包括ケアシステムを位置付けるという方法がとられていると説明できます。

ですから、インテグレートドケアとコミュニティベースドケア、これを同時にやっということとなりますので、かなり複雑です。理論的に言えば国家はこのシステムの統合を、国家政策としてやっているとともいえます。

さて、埼玉県立大学の新しい研究プロジェクトについて、先ほど4つほどお話を伺いましたが、これらの4つのプロジェクトの目標の設定においても規範的統合が必要です。これらのプロジェクト間の規範的統合が共有されない限り、地域への還元は困難になりますので、ぜひプロジェクトの最初にこれに参加される方々の間で規範的統合をしていただければと思います。

繰り返しになりますが、規範的統合とは何かというと、ここに書きましたように、そのプロジェクトあるいは組織、専門家集団の中で同一のビジョンを持つということです。ですから、埼玉県立大としては、この4つのプロジェクトをやる際に、これらのプロジェクトを通底する同一のビジョン、どういうビジョンを持ってこのプロジェクトをやるかというの

を再設定されてから実施していくとよいと思います。通所のことも薬剤のことも、これらが達成されることで、埼玉県立大学のもつビジョンとどう整合性を持たせるのか。それをもう一度、明らかにさせて実行されるとよいかと思いました。

**主要な5つのintegration(統合)の種類とそれに関する統合的プロセスの説明**

<b>1.システムの統合</b>	政策、ルール、そして規制のフレームワークのコーディネーションと提携 例、病院外の協力的ケアを推進する政策、多様化する(サービス)提供者のための中心的起動力の形成、国による刺激策(インセンティブ)の開発、または、コストの高いケアに代わってコストパフォーマンスや医療的必要性のあるケアに置換するための財政的刺激策(ダウンワードステップコーディネーション)
<b>2.規範的統合</b>	組織、専門家集団、個人の間で価値観、文化、視点の共有 例、共通の統合目的の設置、コミュニケーションの際に生じるギャップを解明し対応、現地でイベントを通じた臨床的関係と信頼の構築、またはサービス使用者やより広いコミュニティと関係を持つ
<b>3.組織的統合</b>	組織間での構造、ガバナンスシステム、関係のコーディネーション 例、資金のプールやPBC(業務歩合制)といった公的・私的な契約的・協力的取り決め。または、プライマリケア連合や地方の臨床的パートナーシップといった参加型組織構造の形成。専科管理業務、予後、財政システムの提携
<b>4.運営的統合</b>	例、説明責任方法、資金提供、情報システムの共有を行う
<b>5.臨床的統合</b>	情報とサービスのコーディネーション、又は患者のケアの統合をし、一つの過程にまとめる。 例、臨床的役割・ガイドライン・専門的教育の拡大、または、患者との共有の意思決定における患者の役割を促進する。

どの統合的プロセスにも優劣はない。むしろ、integrated careの取組みの目標は、統合的プロセスを選ぶ際の決定を導き、さらに特殊な条件下でも促進する。  
・関係するintegrationの種類を見極め、プロジェクトに合わせ統合の種類を選ぶ必要がある  
・どのintegrationが最も関連性があるかの決定要素としては、例えばプロジェクトの目的、利害関係者、従来から現場で行ってきたヘルス(ソーシャル)ケアへの取組み、利用可能な資源などがある。

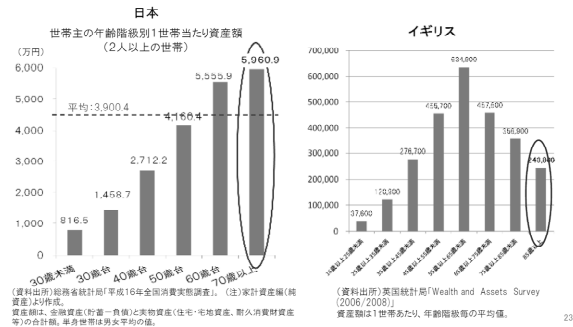
もう一つ、本日は、医療、保健、福祉、介護という近接領域の方々がたくさんお見えになられていますが、皆様方の顧客となられる方々で主となられるのは、75歳以上の方々となります。ただし、医療需要も介護需要も永遠に伸び続けるわけではありません。日本全体でみますと、すでにこれらの需要も見込めない地域のほうが実は多いのです。

産業界では、少し前、今もそういうことを言われる方はおられるのですが、高齢者が増えれば時間も金もあるので消費は上向くというお話がありました。実は、これについては、日本はだいたい現役世帯の4組に3組の夫婦は夫は収入を全額妻に渡して小遣いを妻からもらうパターンとなっています。そうすると財布のひもは妻が握ることになりますね。それで、夫婦の年齢差を見ますと、大体4歳ぐらいで、死ぬまでということを考えますと6歳ほど女性のほうが長生きするというデータが示されておりますので、女性は夫にあまりお金を使わせないようにするという傾向があるそうです。つまり、消費は上向きません。

それから子供は親にお金がないと寄り付かなくなるとい統計結果もあります。ですから、高齢者ほどなるべくお金を持っておこうという非常に強いインセンティブが働くので消費が上向くことはない。この結果、どういうことになっているかといいますと、イギリスでは最後に死ぬ時に大体、お金がなくなったというちょうどいい感じで生涯を終えるわけですが、日本は一番お金を持った状態で人生を終えるということになっています。ですから内需の拡大は難しい。

**各国の年齢階級別資産額の状況(1)**

日本の場合、諸外国と異なり、亡くなる直前の資産が最も多い。



こういう状況を変えて、日本の産業をどう変革すべきか、といえば結局は、コト消費<sup>1)</sup>をどうすべきか、ということであり、おもてなしビジネスの進化ということになるのではないかと思います。

すなわち、サービスの外部化、例えば、介護も家族による老親扶養というコトを外部化してできたものです。これらの外部化されたコト消費を稼げる産業へと発展させることが、日本にとっては大事なことになるのだと思います。

**「おもてなし」をビジネスに**

**サービスを外部の業者に任せるようになった要因**

- ◆経済成長の恩恵で所得が増加すると消費者の時間コストが上昇  
仕事に忙しくなれば、食事は外食で済ませ、子どもを保育所に預ける
- ◆地域コミュニティの弱体化  
地域住民の交流が当たり前だったころ、育児、介護、治安維持サービスなどは住民たちが協力し、互いに提供していた。核家族や単身世帯が増え、地域で内製できなくなり、市場経済に頼るようになった。

**サービスの「市場化」の利点は規模拡大と競争による効率化の進展**

- ・家庭や小さなコミュニティで内製されていたサービスが企業によって効率的に提供される
- ・複数の企業が市場に参入すれば、競争を通じた生産性の向上が期待できる

内製されているサービスや、無料のサービス(接客業の「おもてなし」)を集めて事業化すれば、立派なビジネスになる

そして、新たな社会保障制度のあり様を考えた時に、地域の活性化と地域医療計画、地域包括ケアシステムという3本の柱を立てて、やっていくしかないということなのでしょう。

ですから、住まいのこと、それから介護のことというのは、今まで別の施策として扱われていたものが、例えば、これをシステム統合してやはり、自治体がしっかりやっていくことができるかがこれからの日本の未来を左右するのではないかといえます。

## 新たな社会保障制度に期待されること

- ▶ **雇用拡大**
  - ・医療・介護・子育てサービスの拡充を通じ地域の雇用を創出する。
  - ・子育て世代の両立支援を通じて安定的・継続的な雇用を実現する。
  - ・雇用が拡大し、守られることによって、現役世代の所得が増加し、内需を支える消費が生まれる
- ▶ **地域経済の活性化に資する地域医療計画と地域包括ケアシステムの構築**
  - ・所得再分配や年金等の現金給付・所得移転で地域の所得・消費を下支えする
  - ・**地域生活基盤である医療介護インフラの整備を通じて地域に資金を提供する** (地域医療ビジョン)
  - ・医療崩壊を食い止め、介護を充実することで地域の安心基盤が作られ、定住できる地域 (地域包括ケアシステム)
- ▶ **有効需要創出**
  - ・安心が消費を創出する(防衛貯蓄・余剰貯蓄が減り消費に回る)
  - ・制度が持続することで、医療・介護・保育などの社会的ニーズを「実需」に変える (有効需要を生み出す)
- ▶ **イノベーションを通じて付加価値の高いサービスを生み出す**

最後に、規範的統合というのは、何も難しいことではありません。具体的には自治体のそれぞれで、その自治体の住民が集まって、どういう町を作りたいのか、そういう町にするためには、どうすべきなのかという共通の目標を決めて、それぞれが役割と責任を持つことを明らかにしていくということでしょうかありません。このためには、まずは前提として、

それぞれの人の間のコミュニケーションギャップをなくしていくことが求められています。そして、このことは、何も特別なことではなくて、いずれの自治体、大学といった組織にも求められていますよということが、私の今日の江利川理事長から依頼されたテーマの答えです。

ぜひ、埼玉県立大学のプロジェクトについても、こういったビジョンが何かということ、できれば、こちらの大学の関連するコミュニティの方々も一緒になって、もう一度、考えていただいて、それが地域包括ケアシステムの構築や推進に資するようになれば大変、良いのではないかと思います。

以上です。ありがとうございました。

### 1) コト消費

商品の所有に価値を見出す消費傾向を「モノ消費」。商品やサービスを購入したことで得られる体験、思い出に価値を見出す消費傾向を「コト消費」という。

## 第二部：パネリスト発表2 「高齢者のQOD（死の質）を支え、看取る医療のカタチ」

日本社会事業大学大学院教授

鶴岡 浩樹氏



皆さんこんにちは。只今、ご紹介にあずかりました鶴岡でございます。

今日はこのような素晴らしいシンポジウムにお呼びいただきまして大変に光栄に存じております。埼玉県立大学におかれましては、研究開発センターの開設ということで、誠にありがとうございます。

さて、私のテーマはQOD、死の質ということで、大学の教員という立場よりもむしろ、つるかめ診療所の一医師という立場で、現場の話を中心にさせていただきたいと思っております。

私の診療所は栃木県の下野市という所でございます。ここですね、県南部です。人口6万人の農村地帯でございます。自治医科大学という大学病院がございます関係で高齢化率が23.6%と、栃木県内では比較的若い人口構成になっています。

これが、つるかめ診療所です。自宅の一室が診療所になっております。こちらが私の妻でして、診療所の所長をやっており、今日お話しする多職種連携勉強会『つるかめカフェ』の店主でもあります。当院では年間20例から30例ぐらいの在宅看取りの対応をしていると思ってください。

これは、往診の風景ですね。

この方は、つるかめ診療所のマドンナで、107歳の独居のおばあちゃんです。残念ながら2カ月ほど前に旅立たれました。ショートステイ先でレクリエーション中に車いすの上で静かに息を引き取りまし

た。旅立ちの15分ぐらい前に若いスタッフに「お昼ご飯はまだかい」と最後お話しして旅立たれたということで、いかにもこの人らしい最期だなと、そんなふう思う次第です。

先ほど広井先生の講演で、『エコノミスト』というイギリスのジャーナルが出てきましたけれども、こちらのジャーナルがQuality of Death Indexと申しまして、死の質に関する指標というものを作っています。こちらにありますように5つの指標がありまして、まず緩和ケアとヘルスケアの環境、2つ目は人的資源、3つ目はケアの価格、つまり手頃な値段か、4つ目がケアの質、5つ目がコミュニティや住民の意識啓発のレベル、こういった5項目を量的、質的に四十数カ国の国々を評価しました。日本は実は最初23位ぐらいとあまり良くなかったのですが、2015年には14位ということで順位を上げています。

この報告書には、QOD Index のランキングの高い国は同じような特徴がある、と示されています。多分今日の私の話の結論になるかと思いますが、まず緩和ケアを行う公的な仕組みとかアクセスとかそういったものが非常に優れている。次にこれに関わる専門職への緩和ケア教育は、統合的な教育がなされている。それから、在宅緩和ケアをやる人たちが増えている。家族やボランティアの支援が充実している。住民の意識が高い。最後に、死についてオープンな対話・会話がなされている。こういった特



徴があることが報告されています。

では、QOD Index を気に留めながら自分の事例を幾つか紹介させていただきます。Aさんは80代の女性で、血液難病と認知症をお持ちでした。大学病院に入退院を繰り返しておりましたけれども、問題行動でほとんど周囲の皆さんは困っていました。様々な専門職が努力をして、最終的には在宅に移行して非常に安らかな旅立ちを迎えました。

Bさん、63歳の男性です。別府生まれの温泉好きで、この方は胃がんの末期でした。3度の飯より温泉好きということで、温泉につかりながら死ねたら本望みたいなことを訪問診療へ行くといつも言っていた方です。この方もいろんな専門職が関わって、最期の日には訪問入浴のお湯を温泉のお湯に変えて、そしてそれに入って、非常に喜ばれて……。その日の晩に旅立たれました。

続きまして、配布資料にはありませんが、73歳のCさんは岩手県出身です。津波で先祖代々のお墓が流されてしまいました。そしてこの先祖代々のお墓をどうしようかと思っていた時に、胆管がんの末期状態だということが分かりました。それでは栃木に先祖のお墓を造るのだと、これが生きがいとなりまして、最後は闘病を頑張りました。結局、お墓ができた当日の朝、式典の直前に旅立たれましたけれども、このような旅立ちもありました。

Dさん91歳の女性は、肺がんの末期の方です。子孫に墓守はさせたくない。私が訪問に伺うたびに先生、樹木葬がいいよ、ということで樹木葬の話がされました。この方も旅立たれた後、本当に樹木葬がされています。

このように色々な死に方、旅立ち方があるわけなのですが、大事なことは病気によって死に方が違うことです。特にがんは最後の数週間急激に具合が悪くなってあっという間に逝ってしまうというような傾向にございます。

医療職は先手を打とうとかなり先走って方針を打ち出し、介護職のほうは急展開に付いていけなくなって、双方でジレンマに陥るといようなことが現場では多々見られます。特に在宅医療というのは様々な職種の方が関わっておりまして、病院のように同じ施設で働いているわけではありません。ご覧のように、関わるすべての職種の方が全部違う事業所から集まってくるのです。このような状況で皆さんの意思、思いを統一するのが非常に難しく、またこれが在宅ケアやIPWの醍醐味と思いつつ日々実践をしております。

連絡→連携→統合できれば良いのですが、場合によっては連絡のあたりでジレンマが起こることがあ

ります。こちらは筒井先生の本から転載した統合の強度を示したピラミッド図ですが、私どもはこの図の最底辺の連携のところ、まだ統合に至る前のところで右往左往している現状がございます。

転機となりましたのは東日本大震災でした。私の町も震度6の地震がありました。この写真は私の町で、当時の瓦礫の山です。それまでも、普段から色々な多職種の方々とやりとりはしていたつもりでした。というのは、医師2名のつるかめ診療所にとって多職種連携は必須だったのです。この未曾有の震災があった時に様々なつらい出来事がございます、非常に多職種連携に危機感が募っていきました。もっと密に連携していないと非常事態には対応できない、と私の妻の鶴岡優子は多職種向けの勉強会『つるかめカフェ』をはじめました。「顔が見える以上にお茶する関係」とうたいまして。一方で私は、震災を機に介護や福祉の人材育成に関わりたと思うようになりまして、日本社会事業大学の教員となりました。(追記：介護、福祉職は医療職と異なる教育を受けていると実感していたので)

つるかめカフェとは、基本的には多様な職種の方を一堂に集めた勉強会です。診療所が事務局ですが、運営は毎回テーマに即してボランティアで委員会を立ち上げてやっているのが特徴です。グループワークが基本で、この2時間は敬称はなしで、皆さんニックネームで呼び合います。お茶とお菓子は必須です。ルールは1つ、悪口は言わない、これだけです。

つるかめカフェは、2カ月毎と配布資料に書いてありますが、最近は毎月やっています。つるかめカフェを軸に1年に1回は『市民講座』。これは住民を巻き込みながらやっています。そして困難事例にぶち当たった時は『振りカフェ』。関係者だけで振り返りのカフェをやるようになりました。つまり、3重の構造でやっています。これは市民講座の写真ですね。永井康徳さん、佐藤元美さん、秋山正子さん、堀田聡子さん、そういったご高名な先生方をお招きして市民講座をやっています。大体300名ぐらいの方が来られるんですけども、ここでもお茶会をやっています。最近は「市民講座やります！」という、「私、行けませんが、お菓子だけでも」ということで、全国からお菓子が集まるようになりました。ご覧のように休み時間にロビーで100人規模のお茶会をやっております。お茶する関係になると仕事しやすくなり、多くの人たちとの関わりができてくるようになりました。つるかめカフェを通していつの間にか多職種で、地域全体で学習している、そういう状況になってきています。

つるかめカフェは私たちが何かやっているというわけ



ではなくて、地域力向上のための「場」を作っているだけなんじゃないかと、最近では考えています。こんな風に私のやっている在宅医療というのは、質はともかくIPWの実践そのものでして、つるカフェというのは現場の方むけのIPEだと、そんなふうに理解しながらやっています。これは埼玉県立大学の教科書に載ってる図ですけども、IPWをうまく動かすためにはこういったコンピテンシーが必要だと。特に対人援助の基本となる力、つまり個の力としては、はコミュニケーションスキルの他、私はこのリフレクションが重要だと思っています。それからチームを動かす力では、リーダーシップが重要ですけども、むしろファシリテーション力、こういった力が重要と現場で感じております。リフレクションは専門職として、また個人として成長にとつながるということ、非常に重要なことだと思っています。

これは振り返りのカフェの写真ですね。デスクカンファレンスをやっています。亡くなった人に対してまたもう一回いろんな事業所の人を集めてカンファレンスをするわけですが、これは実はチームのリフレクションになっていると最近感じています。とてもクールに振る舞っていた方が、本当にもうバーンアウト寸前のところで仕事をしていたとか、色々なことが振り返りのカフェで分かるということです。この時、そういった言葉を引き出すものとして、私はこのような振り返りのシートというのを事前に関係者一同にお渡しして、ここに言葉を入れてからカンファレンスに参加してきてくださいという試みをしています。これによって、カンファレンスに来た時にもう既に皆さん何が言いたいかが分かっているという状況でやっています。まさに複雑系の方を相手にする時は省察的な実践が必要だということですね。(追記:「複雑系」という言葉は広井先生の講演を受けて使用)

これはEさん、55歳の男性で肝臓がんの末期の方ですね。亡くなる1週間前の写真です。長女の方がフィアンセを連れてきて挨拶をさせたいと。であれば酒を飲みたいということで「肝臓がんだけ酒を飲んでいいでしょうか」と言い出しまして、ちょっと困ったなと思いつつも、まあ人生の物語を優先して「お酒飲んでいいですよ」とお話をしました。その翌日の写真ですね。「先生、おかげさまで私は父親の役割を果たすことができました」と充実感いっぱいの表情ですね。こんなふうにコンピテンシーとしてはナラティブコンピテンシーも重要だと思っているわけです。

QODの質を高めるにはパンフレットというものが実は重宝しまして、私たちも色々利用していま

す。例えば、看取りのパンフレットですね。これは尼崎市のさくらいクリニックのものですけれども、当院で使用しているものです。(樹木希林さんのポスターを見せながら)「死ぬ時ぐらい好きにさせてよ」ということですが、生前の意思表示ということでリビングウィルとかエンディングノートというものも最近では出てきています。これは研究者たちが多職種連携に必要なコンピテンシーを整理した最新のものなので参考にいただければ幸いです。

こういったつるカフェの活動の基盤となっているのが、私が昔からやっている住民への啓発活動のかな、と最近思いはじめました。こちらは、高齢者サロン、小学校、中学校など様々な層に地域医療や在宅医療の話をしているところです。最近では自分の地域の自治会活動に燃えています。この写真は、草むしりとかごみ拾いを皆でして、その後、朝の8時ぐらいなんですけれども、小学校の一角で、皆でビール飲んだりしてどんちゃん騒ぎをしているところです。こちらは年末に地域の自治会で防災訓練をやった時の写真で、心肺蘇生なんかやって、そんなこともしています。つるカフェのテーマもだんだん変わってきて、「互助」じゃなくて「ご近助」にしよう。向こう三軒両隣。そして、「顔の見える関係」から今度は「腹の見える関係」にしようということで、勉強会の前に市民の方に「まかない食」を作ってもらって、同じ釜の飯を食べてから勉強会みたいなことをやっています。

こういった「顔の見える関係」「腹の見える関係」をつなぐ便利なものがICTで、特に栃木モデルということで注目されています。SNSをこんなふうに使って、患者さんのタイムライン、関係者だけでラインのように連絡する仕組みを今私たちは使っています。非常に便利です。もっと前からやっておけば良かったと最近思っています。栃木県は介護と医療の連携をご覧いただいた「どこでも連絡帳」という名のSNSで、医療機関の連携は「とちまるネット」という電子カルテをつなぐ仕組みを作っています。したがって、水平方向には「どこでも連絡帳」をスマホやiPadで、それから垂直方向は医療機関を「とちまるネット」でつなぐという栃木モデルを考案して実施しています。

1年程前、鬼怒川が決壊して隣町が床上浸水になった時、私は東京で大学の仕事をしていて電車が止まって帰れなくなりました。「どこでも連絡帳」のおかげで、自分の患者さんの様子が手に取るように分かって、震災の時のように安否確認とその対応で右往左往というのが全くありませんでした。

ここにお示したのは、私の恩師の五十嵐正紘先生

が1980年代につくった総合医療の10の軸というものです。後にも先にも日本人でこんなことをやった人はおりません。今日は色々とお話させていただきましたが、恐らく全部ここに書いてあることを今現場で私はやってるのだと日々感じております。こち

らが五十嵐先生ですね。

ということで、今後現場でこういうキーワード出てきそうだなというところで私のお話はおしまいにしたいと思います。ご清聴ありがとうございました。

[資料]

埼玉県立大学研究開発センター 開設記念シンポジウム  
「2025年、さらに2035年を見据えて地域包括ケアシステムを考える」

## 高齢者のQOD(死の質)を支え 看取る医療のカたち

2017年2月3日 埼玉県立大学


鶴岡浩樹  
日本社会事業大学 専門職大学院  
つるかめ診療所

1

## The 2015 Quality of Death Index

QOD指数: 英国のThe Economist Intelligence Unitによる尺度  
下記の5項目について質的量的に算出される

1. palliative care and healthcare environment
2. human resources
3. the affordability of care
4. the quality of care
5. the level of community engagement



The 2015 Quality of Death Index  
Ranking palliative care across the world

日本は2010年23位  
↓  
2015年14位

(<https://www.eiuperspectives.economist.com/healthcare/2015-quality-death-index>)

2

## QODを高めるために各国がやるべきこと The 2015 QOD Indexの結論


- Creating a legislative framework that provides for easier access to painkillers such as opioids and training healthcare workers to administer these drugs (オピオイドの容易に供給できる法的枠組をつくり、取り扱う専門職を育成する)
- Creating mechanisms that make palliative care more affordable for those that need it (必要に応じて入手可能な緩和ケアのしくみ作り)
- Integrating some level of palliative care training into the education of all healthcare professionals (専門職への緩和ケア教育の統合)
- Increasing access to home- and community based palliative care (在宅や地域をベースとした緩和ケアを増やす)
- Providing support for the families and voluntary workers who can extend access to care (ケアに関わる家族やボランティアへの支援)
- Increasing public awareness of palliative care (緩和ケアに対する地域住民の意識を高める)
- Encouraging more open conversations about death and dying (死について開かれた会話を促す)

(<https://www.eiuperspectives.economist.com/healthcare/2015-quality-death-index>)

3

## Aさんの場合

- 80代の女性
- 認知症、尿閉、血液難病
- 大学病院に入退院
- 徘徊・暴言・抵抗
- 点滴や尿の管を抜く
- 疲れ果てた長女は在宅で自然経過でみる選択を
- 1年半、在宅医療を行い穏やかに旅立たれた



訪問看護、ケアマネジャー  
訪問診療(在宅医)、  
訪問介護(ヘルパー)  
デイサービス、保健師  
大学病院医師

4

## Bさんの場合 (末期がん、病状不安定)

訪問診療(在宅医)  
ケアマネジャー  
訪問入浴  
大学病院医師

- 64歳 男性 胃がん末期
- 別府生まれの温泉好き
- 介護者:妻、長女(看護師)
- 余命は6ヶ月
- 大学病院と併診しながら  
温泉旅行の実現(福島、群馬)
- オピオイドによる疼痛コントロール
- 最後の2週間が完全な在宅緩和ケア
- 最期の日には温泉の湯で  
訪問入浴を行い、静かに旅立つ

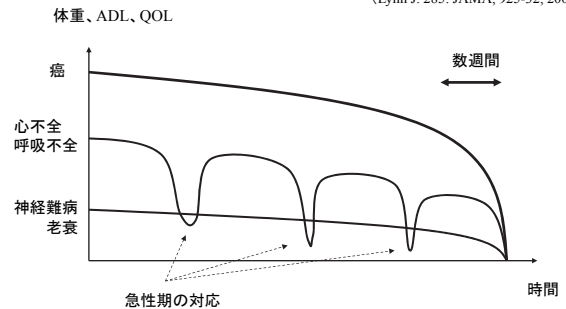


⇒ 病状が不安定でも条件がそろえば在宅医療は成立

5

## 病いの軌跡 (Illness Trajectory)

(Lynn J. 285: JAMA, 925-32, 2001)



6

## 在宅療養を支える専門職

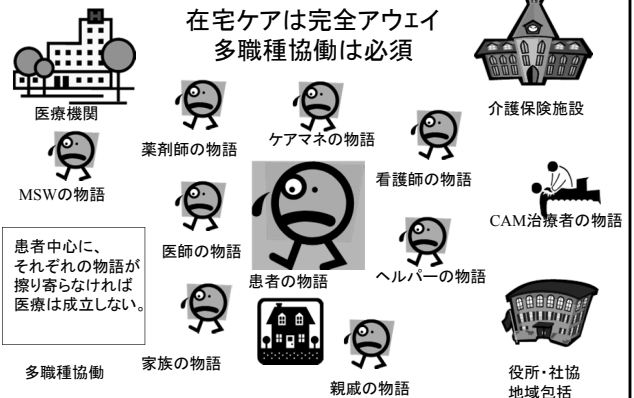
- ケアマネジャー
- 訪問看護師
- 薬剤師
- 介護福祉士
- ホームヘルパー
- 在宅医(家庭医)
- 歯科医師
- ソーシャルワーカー
- 社会福祉士
- 保健師
- 理学療法士、作業療法士



7

## 在宅劇場

在宅ケアは完全アウェイ  
多職種協働は必須



8

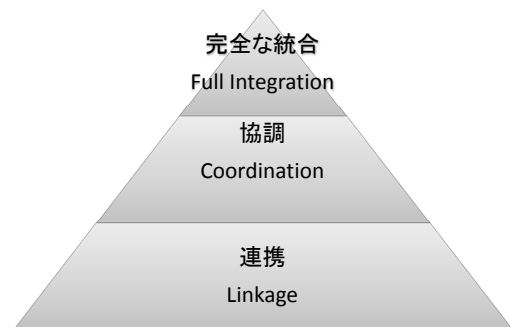
## 連携・統合のプロセス

連絡 → 連携 → 統合  
communication → coordination → integration

(前田信雄, 保健医療福祉の統合, 1990)

9

## Integrationの強度



(筒井孝子, 地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略: integrate careの理論と応用, 中央法規2014)

## 2011年3月、考えました

- 医師2名の当院にとって多職種連携は切実な問題
- 担当患者ごとにカンファレンスを行うだけではダメ
- 顔を知ってるだけでもダメ
- 書面のやりとり、電話だけでもダメ

大震災・津波・原発事故・計画停電・ガソリン不足  
⇒ 危機感つり、多職種向け勉強会  
「つるカフェ」 オープン！

顔が見える以上に、お茶する関係

11

## つるカフェとは？

- 栃木県下野市で開かれる仮設移動型カフェ
- 在宅ケアの多職種連携勉強会

ケアマネージャー、訪問看護師、保健師、ソーシャルワーカー、社会福祉士、介護福祉士、ヘルパー、医師、薬剤師、鍼灸師、介護者OB/OG、住民、自治会、民生委員、地域包括支援センター職員、社会福祉協議会職員、役場職員、病院職員、介護施設職員研究者、医学生、看護学生、マスコミ関係 ... etc

- 事務局： つるかめ診療所
- 運営： つるカフェ実行委員会

12

## つるカフェの歩み

			タイトル	場所	
2011	6.16	第1回	入浴可否の基準ってあるの？	友愛館	
	9.29	第2回	3・11を振り返ってみて	道の駅	
	12.15	第3回	在宅医のオンゴト	生涯学習C	
2012	3.8	第4回	ケアマネのオンゴト	↓	
	6.7	第5回	訪問看護師のオンゴト		
	12.15	第6回	多職種連携、まずは理想の会議を...		
2013	3.16	第7回	訪問薬剤師のオンゴト		
	5.12	第8回	在宅ケア～はじめる時の窓口		
	9.24	第9回	福祉用具専門相談員のオンゴト		
	11.16	第10回	在宅医療にかかるオカネの話		
2014	5.26	第11回	地域連携、その前に連絡方法を考える		
	12.14	第12回	私たちがオランダで学んだこと		道の駅
2015	5.25	第13回	どこでも連絡帳、地域のためにはじめよう		生涯学習C
	6.24	第14回	地域包括ケアのまちづくり:ピュートソルフ		上三川
	7.21	第15回	どこでも連絡帳、こんな使い方もできます		生涯学習C

13

## 多職種協働のための勉強会

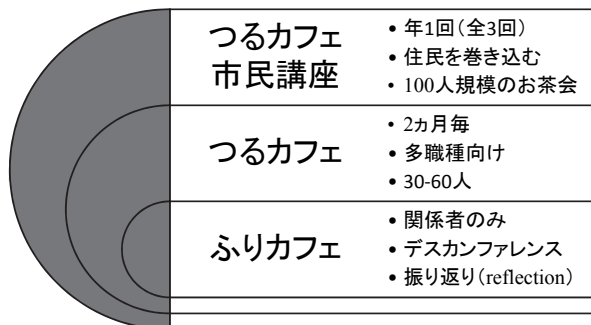
2012年3月8日 第4回つるカフェ勉強会  
ケアマネのオンゴト



医師、看護師、ケアマネジャー、ヘルパー、ソーシャルワーカー  
社会福祉士、介護福祉士、鍼灸師、学生、介護者 ...

14

## つるカフェの3重構造



番外編： つるカラ（黒子によるカラオケ大会）

15

## 第1回つるカフェ市民講座 家で最期まで生きる

2012年8月25日 自治医大大講堂



『楽なように、やりたいように、後悔しないように』  
たんぼぼクリニック 永井康徳さん



家で最期まで支えたチームの発表  
介護者のプレゼンテーション

16



## IPW

- Interprofessional Work (IPW)  
専門職連携、専門職協働、多職種連携、多職種協働

### 【定義】

複数の領域の専門職者(住民や当事者も含む)が、それぞれの技術と知識を提供しあい、相互に作用しつつ、共通の目標の達成を患者・利用者とともに目指す協働した活動 (by 埼玉県立大学)

(埼玉県立大学編。IPWを学ぶ。中央法規、2009)

17

## IPE

- Interprofessional Education (IPE)  
専門職連携教育、多職種連携教育、多職種協働教育

### 【定義】

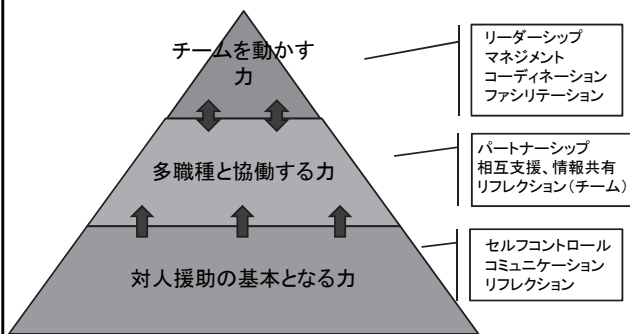
複数の領域の専門職者が連携およびケアの質を改善するために、同じ場所でもともに学び、お互いから学び合いながら、お互いのことを学ぶこと

(CAIPE, 2002)

(埼玉県立大学編。IPWを学ぶ。中央法規、2009)

18

## IPWに必要なコンピテンシー



(埼玉県立大学編。IPWを学ぶ。中央法規、2009 p41の図を改変)

19

## Reflectionによって得られるもの

1. 学習ニーズを明確にしていくことができる
2. 人としての個人的成長につながる
3. 専門家としての成長につながる
4. 習慣的な行為からの脱却することができる
5. 自分自身の行動の結果に気づく
6. 観察に基づく判断から理論を構築していくことができる
7. 不確実性の多い事柄を解決したり決定することができる
8. 個人としての自己をエンパワメントしたり解放することができる

(田村由美、津田紀子:リフレクションとは何か。看護研究、2008  
東めぐみ:看護リフレクション入門。ライフサポート、2009より改変)

20

## Clinical jazz 構造的な振り返り

### • うまくいったこと

(失敗例でもうまくいったところは必ずある)

### • 改善すべきこと

(ここに議論を集中させない。犯人探しはしない)

### • 感情

(その時の感情を見つめ直す)

### • Next Step

#### ～学びの課題

(この議論に時間をかける)

(横林賢一。日本プライマリ・ケア連合学会誌 2010)

## 物語能力 : narrative competence

- 患者から得た細切れの情報を、一貫性をもつ物語として構成しながら聴く能力
- 物語の多様性を汲み取りながら解釈を導いていく
- 医療面接やNBMではあまり取り上げられなかった

### <物語能力の基盤>

- ① 物語を認識できる感受性
- ② 複数の視点を自由に切り替える豊かな想像力
- ③ 適切な筋書き(plot)を描く力

## 医療保健福祉分野の 多職種連携コンピテンシー

1. 患者・利用者・家族・コミュニティ中心
2. 職種間コミュニケーション
3. 職種役割を全うする
4. 多職種を理解する
5. 関係性に働きかける
6. 自職種を省みる

JAIPEのIPE推進委員会と三重大学の文科省事業「成長分野における中核的人材養成の戦略的推進事業」合同の多職種連携コンピテンシー開発チームによる報告書から。上記は委員の吉科学先生FB2016.5.8の記事より転載)

「近助！」  
向こう三軒両隣

### 第27回 つるカフェ

日時 2016年11月29日(火)  
19時00分～20時30分

「防災からとりくむ地域包括ケア  
～その3・自助から近助へ」



（本人のHPより）

会場：下野市薬師寺コミュニティセンター  
下野市薬師寺1387-25 電話0285-48-5522

<http://www.city.shimotsuke.lg.jp/hp/page000014100/hpg000014063.htm>

「つるカフェ」とは地域包括ケアに関心がある人が集う勉強会です。どんなにでも参加いただけます。

このつるカフェに、参加される方は、事前申し込みの必要はありません。当日会場でお申し込みください。(会費00円)

「まかないい食」はありませんが、お茶は準備しますので、是非マイカップをお持ちください。

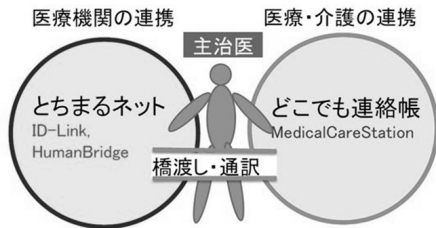
地震や台風による水害、日々の生活が当たり前でないことを実感します。

医療、介護、福祉の視点をあわせて前々で考えます。

事務局・つるかめ診療所  
電話：080-5513-6011

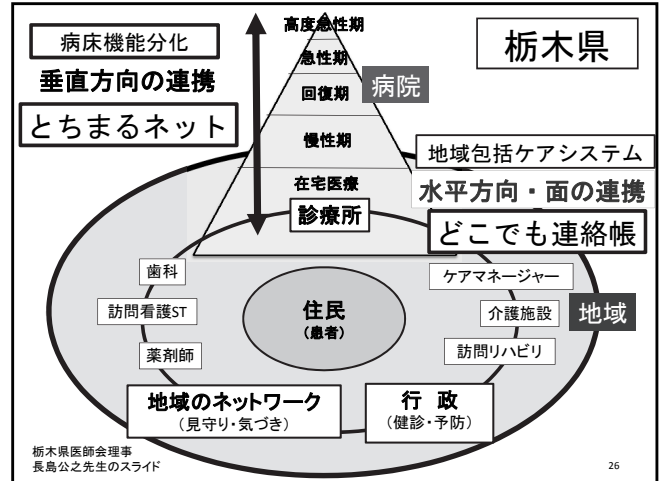
まかないい食で「同じ釜の飯」  
顔の見える関係から腹の見える関係へ！

### ICTを活用した医療介護連携 とちぎモデル



(栃木県医師会HPより)

25



栃木県医師会理事  
長島公之先生のスライド

26

## 五十嵐の10の軸

総合医療の最も重要な基盤は	この基盤と場を背景にして、総合医療は次のことを実現する
①近接性 無差別性 患者や問題を選ばない 精神的 良好な医師患者関係 時間的 時間外の初期救急も含めて 経済的 費用効果思考で行動	④質の保証 QOL(いきがい、自己実現)の維持向上を 尺度とした医療、保健、福祉の質を保證 する思考と行動ができる
②日常性 日常問題、日常病 単純な頻度ではなく、重症度、 影響度の大きい順に	⑦個別性 個別の事情に応じた思考と行動 多くの選択肢を弄しつつ、 患者の自己決定の支援ができる
この基盤のもと以下の場で、 そのニーズを反映して仕事をする	⑧生態学的接近 多面的、学際的、有機的、総合的な 思考と行動ができる
③全人 生物医学的 視点と平行して 心理的 社会的	これらを実現するためには、 以下の役割と責任が必要である
④家庭 倫理的 視点からも思考と行動ができる 家庭を一単位とした思考と行動ができる	⑨役割 患者の遺業内役、弁護士役 患者や医療関係者の調整役、聴き役、 説明役、連絡役を担う思考と行動
⑤地域 地域を一単位とした思考と行動ができる 保健、医療、福祉を統合した地域医療を 実践する	⑩責任 継続性(当面の問題、生涯にわたる継続性) 責任制(主治医としての) 民主制(患者との対等な関係)

27

### 2025年、さらには2035年に向けて 現場で考えて行かねばならないキーワード

- \* 無縁死、孤立死、孤独死
- \* 無縁介護
- \* 行旅死亡人
- \* 特殊清掃業者
- \* 直葬、樹木葬、共同墓地
- \* 血縁、地縁、社縁
- \* 単身化
- \* 生涯未婚率
- \* 限界集落
- \* 消滅可能性都市

## 第二部：パネリスト発表3

## 「地方創生と社会保障 ―地域ケアへの多面的アプローチ―」

元厚生労働省社会・援護局長 前内閣官房・地方創生総括官

山崎 史郎氏



どうもこんにちは。私は、昨年6月役所を退官しましたが、江利川理事長から出るようにのご依頼があり、やってまいりました。

そこで、今日私が15分間でお話しするのは、3人の先生方がお話しになったことに重なりますが、私は研究者でなく政策をやってきた人間ですから、実際に政策を展開し、運営していく観点から少しお話ししたいと思います。実は40年間役所でいろいろな政策をやってきて、振り返ったことなんですけれど、非常にやり残したことがたくさんございまして、むしろ今日は若い先生方、学生さんがいらっしゃいますから、一つの申し送りぐらいのつもりで少しお話をしたいなと思っています。

テーマとして今日は地域包括ケアということですが、これちょっと私なりに分解したんですが、要するに「地域」と「ケア」という2つがあるから地域包括ケアというんだと私は思います。したがって、この「地域」の問題と「ケア」の問題をあまりごちゃごちゃにしないで、それぞれの問題をちゃんと頭で整理して、いろんなことに取り組むのが必要だろうと思っています。

そこで、まず「地域」とは一体何かなのですが、一番分かりやすいのが、病院や施設じゃない「場所」だということになります。「ケア」のほうは医療と介護といろいろ専門的ケアというのが最も分かり易い概念なのだろうと思います。ただ、この2つの意

味だけなら、わざわざ「地域ケア」という必要もなく、「在宅ケア」と言えば十分ですよ。したがって、本当の「地域ケア」は、私は実はこんな狭い範囲の話じゃないだろうと思っています。「地域」というのは単に病院でないと施設でなければいいという話じゃない。「地域」とは人が日常的に生きている社会そのものと考えてのが本当なんだろうと思います。

一方、「ケア」も、さっきまさに孤立の問題が提起されましたが、医療と介護、看護と言う専門的な世界だけじゃなくて、もっと広い意味を含むものじゃないかなと思うわけです。

なぜこのように広く捉える必要があるかと言えば、一つは「地域」は今人口減少という新たな地域そのものがなくなるような非常に厳しい状況が始まりつつありますし、もう一つの「ケア」の方もまさに社会的孤立という、新しい問題が生じてきているからです。

今日は埼玉県立大学の新しい研究センターのまさに立ち上げになるわけですが、私の個人的なお願いを言えば、専門的なケアについては、いろんな研究や議論が起きていますし、そのこと自体には本当に期待しておりますが、今申し上げたような、もっと広い視点の政策論もしくは研究論が日本全体では十分ではありませんので、もし余裕があれば次の研究テーマはぜひ「地域」そのものをどうやって作っていくんだとか、「社会的孤立」にどう対応していくのか

といったことも是非とも取り組んでほしいなと思っています。本当に今の地域の姿をみると、いろいろな政策や取組みの失敗が積み重なった結果でもありまして、さっき広井先生が言ったように、なぜこういう地域ができ上がったのかは相当検証しないとと思います。

そこで、私が政策担当者として、大変ショックを受けたのが「人口減少」のことです。

これは人口の動きですが、青いグラフが出生数ですが、簡単に言いますと、第一次ベビーブーム世代があり、第二次ベビーブームがあり、第三次ベビーブームができなかったということになります。政府も人口専門家もみんな第三次ベビーブームは来ると言っていました。晩婚化しているが、いずれは結婚し、子どもが生まれるので大丈夫だと。結局、この第三次ベビーブームは来なかったわけです。なぜそうなったか。最大の問題は、97年から2015年ごろの間でしたけれど、その時の若い世代に社会的に重い負担が集中したということだということです。つまり出生、人口の問題は個人の問題ではありますが、それだけでなく、社会全体の事柄の全てが集まった現象だったわけです。これをどう反省するかが全ての政策の私は本当に鍵だと思っています。

ちなみに97年をよく考えたら、私も江利川理事長も介護保険をやってまして、本当に高齢化問題やってる暇があればもうちょっと子供の問題、若者の問題をやれば良かったと今反省しております。政策がずっと後手後手に来てしまったと、後悔を感じているわけです。その面で、じゃあ、これから人口減少でどうなっていくかを考える必要があります。これはこれからの人口減少のまさに大きなことですが、さっき広井先生がまさにジェットコースターの先ちょいにいるというふうに言われましたが、実は本当の人口減少という社会をわれわれは経験したことないものですから、そのイメージ作りが結局非常に大事だと思っています。

この図は、これからの人口見通しを整理したのですが、3段階に分かれます。最初の段階の2010年から2040年は高齢者は増えますが若い年代は減る。次が、高齢者も増えなくなる、2040から2060になります。そして、若い年代はさらに減ると。最終的には全てが減っていく。これ見たら、2040年、2060年は大変だけど、どうせその頃は自分はいないと思ってる人もいるかもしれませんが、それは誤りで、実はこれはオールジャパンでありまして、既に第2段階、第3段階に行ってる地域はたくさんある。つまり日本の人口減少はさっきありましたように、地域によって非常に違うということになります。ちな

みに私山口県出身なんですが、山口市は第1段階なんです。これ東京も埼玉もほとんどが第1段階ですね。ところが本当に生まれた下関市はすでに第2段階に入ってまして、この前プーチンさんが行った長門市は既に第3段階まで来ているのです。こうなると何が起きるかといいますと、第一段階の地域、つまり大都市ですが、大都市はまさしく高齢者は増え続けますが、一方で若者が減りますので、非常に人材不足となります。

次の第2・3段階では、高齢者施設をこれ以上作る必要はない。むしろ、ニーズが減っていきますので、かなりサービスを統合していく必要が出てくるだろうと思います。最後は、高齢者と障害者と子育ても全部包括化する形をしない限りはケア自体もサービス体制も維持できないということになるわけです。しがって、こうした地域によって大きく異なる状況を各地域で自分の問題として考えて、やっていくことが必要になります。

そこで、地方創生の関係で、国が総合戦略を作り、各自治体にも地方創生の総合戦略を作ってくださいとお願いしました。なぜ総合戦略かといいますと、もう厚労省とか国交省とか経産省とかも縦割りじゃもう対処できないということで、全体を統合する必要がありますからです。なぜこんなことになったか。これまでの日本の政策、特に地域政策は「タテ・ヨコ・セン・タン」と呼んでいますが、まず「縦割り」です。あらゆるものが国から地方まで縦割りになっている、厚生労働省は厚生労働分野だけ、介護保険は介護保険だけ、住まいは住まい、産業は産業、農業は農業、これでは地域は総合力を発揮できないという問題です。2つ目は、「横並び」です。どの地域も全部同じ政策が展開されます。介護保険も実はそうなんですが横並びと。そして3番目ですが、残念ながら行政だけが空回りしていること。そして、最後が1年間の単年度主義ということです。こうした問題を是正するために、総合戦略を作って、地方創生に取り組んでほしいということです。

そこで、今、地域は一生懸命やってるんですが、この人口減少の問題を一つの病気と見ると、今はどうか診断まではきたという感じです。人を治すという点では、診断して、治療方針を決めて、治療する必要がありますが、地域に何か起きている、起きようとしているかの診断が終わったところで、これから、その診断結果に基づいて、地域資源の洗い出しや活用、地域連携をしよう、人を呼び込もうというような治療方針の策定と治療の段階に入り始めているんですが、この段階の最大の問題は、それを本当に担う人材がないということです。つまり、地



域をもう一度再生させる人材そのものが本当にいなくなっちゃったということです。地域を支えていく、考えていく人すらも実は東京圏に集中しているということになります。じゃあ一体誰がやるんですかという話にいつもなってしまう訳です。したがって、総合戦略までは作成したけれど、事業になったら、なかなか前に進まないのです。もうこの人材の還流という流れがない限り、膠着状態は打開できなくなってきてます。まさに地域づくりは実は人が最大の課題。この人材、本当は若い人たちが来てくれればいいんですけど、どういう形で人をまさしく呼び込んで作っていかってという、まさに一番入り口で地域は立ち止まっているというのが現状だというふうに思ってます。

もう一つの「社会的孤立」の話をも簡単にします。実は97年というのはさっき第三次ベビーブーム世代、失った世代の始まりですが、その時は日本が自殺率がものすごく高まり、3万人を超えた時期でした。したがって、マクロでいけば人口減少でありミクロでいけば自殺という本当の厳しい社会情勢にあったと言えるわけです。自殺の問題はあらゆるものの中で最も悲劇なわけですけど、この問題を考えた時には、やっぱりさっき申し上げた「社会的孤立」の問題がどうしても気に掛かっています。

実は私はちょうど2011年の震災の時、官邸におりまして、震災復興に追われたのですが、確かに来たんですが、東北地方はいずれ自殺が増えるのではないかと大変みんなで心配して、ワンストップの相談事業の電話サービスを始めました。今も続いています。これは24時間365日無料で、今ボランティア団体全部含めて2,500名の相談員を集めてやっています。これをやる時、周囲からは「命の相談」もあれば、自治体だって行政相談やってるんだから、電話相談なんかやったら誰も電話しないよなんて言われたんですが、やってみたら本当にびっくりしちゃったんですが、今でもそうですが1日3万件の電話がかかっています。残念ながらかけても、なかなか接続できない状態になってます。

なぜなんだってことなんですけど、当初は高齢者が多いかなと思ったんですが、実は30代、40代、50代です。そして男性が割と多いです。この人たちの電話内容は、なにもある制度を教えてくださいというそういう問い合わせじゃないんですね。本当にどうしたらいいかわからないという、まさに「寄り添い」で、本当の意味ではカウンセリングです。これが一番大事です。さっきの行政相談と言いましたが、この電話を受けてる側のコーディネーターさんと言うには、みんな電話かかってきた時に、私は相談し

ていいんでしょうかって聞くっていうのですね。なぜかという、普通の相談は、それは私どもの担当じゃありませんよ、何とかという法律はこっちの分担ですと、相談内容がしっかりしてないと誰も見てくれない。彼らはそんなんじゃないで、まさしくどうやって自分の気持ちを伝えればよいか分からない、自分に伴走してくれる人がいないということなんです。そして、これが大変にびっくりするものが、右下なんですけど、孤立してるというのは何も単身世帯だけじゃないんです。特に女性がそうです。女性は、かなりの部分は配偶者と一緒に住んでるんですね。しかし相談相手がないということになるわけです。これある意味この問題は非常に深刻で、この問題をどうするかということができない限り、結局家族も地域も言葉としてはきれいかもしれませんが、本当の意味のつながりができてないということになります。この回答をどうするかがもう一つ大きなわれわれとしての課題だと思います。

実は、自殺の話でいくと、ある研究で大変びっくりしたんですが、2000年以降、日本の高齢者の自殺率は下がっているらしいんです。これなぜかという、実はどうも介護保険が関係しているらしいという話なんです。それはなぜかという、65歳になったらケアマネジャーさんもいるしみんな相談できるんだと。ケアを受けるというだけでなく、誰かが受け止めてくれる。それがあれば自殺を防げるんだということなんです。ここなんですけど、今までは単に自立した人を支援すればいいと思ってたんですけど、むしろ本当に孤立した人を社会が受け止める支援をしっかりとしないといけないと実は感じているところです。

最後に繰り返しますが、「地域包括ケア」についてもう一度言いますと、「地域」というのはものすごい広がりを持った、多様な地域をどう作るかということが大事です。加えて「ケア」のほうは、本当に社会で生きていけるケアを考えていくと。この2つが私は「地域包括ケア」の本当に一番大事な部分だと思います。そして、大事なのは、地域は本当に多様ですから、地域の人になるべく多様でフラットで、役所が決めていくんじゃないで本当に地域それぞれが力を持ったものを作ってほしいなと思っております。

最後に、もう終わりますが、お手元に資料を配りました。これ宮本太郎先生と私の対談です。最後にどうしても言いたかったのが、社会保障と税の一体改革という消費税の問題です。ここで財源をこういうまさに地域ベースの財源をどうしても作る必要があるということでこれをやったんですが、いまだに半分しかできていません。ぜひこれを読んでいただ

いて、決して単なる増税をしようと言うのではなく、  
 本当の意味で次の社会づくりに必要な財源を確保す  
 るためにみんなで考えたんだということをぜひご理

解いただければと思ってる次第でございます。

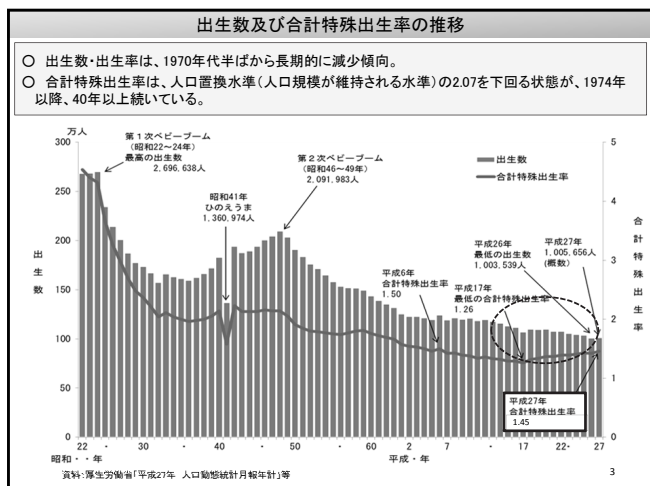
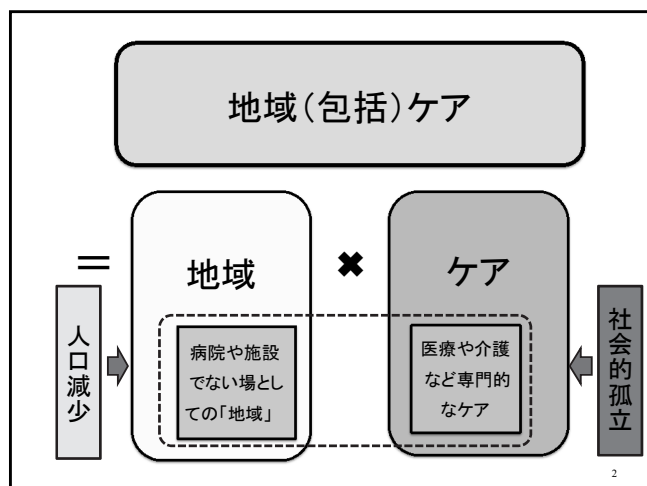
以上で、終わりにさせていただきます。どうもあ  
 りがとうございました。

[資料]

**地方創生と社会保障**  
 ー地域ケアへの多面的アプローチー

前・内閣官房まち・ひと・しごと創生本部  
 地方創生総括官 山崎史郎

1



**日本の将来人口動向**

○ 今後人口減少が加速的に進行する見込み。2020年代初めは年60万人、2040年代は年100万人の減少。

将来推計人口【中位推計-合計特殊出生率1.35】

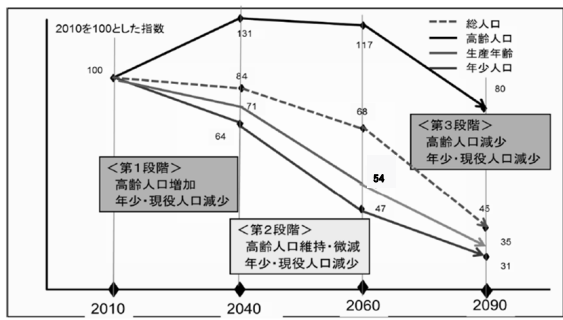
	2010年	2040年	2060年	2090年	2110年
総人口	12,806 万人	10,728 万人	8,674 万人	5,727 万人	4,286 万人
老年人口 (65歳以上) 高齢化率	2,948 万人 23.0%	3,868 万人 36.1%	3,464 万人 39.9%	2,357 万人 41.2%	1,770 万人 41.3%
生産年齢人口 (15~64歳)	8,174 万人	5,787 万人	4,418 万人	2,854 万人	2,126 万人
年少人口 (~14歳)	1,684 万人	1,073 万人	791 万人	516 万人	391 万人

4

(資料出所)国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」

### 将来人口は加速度的に減少していく

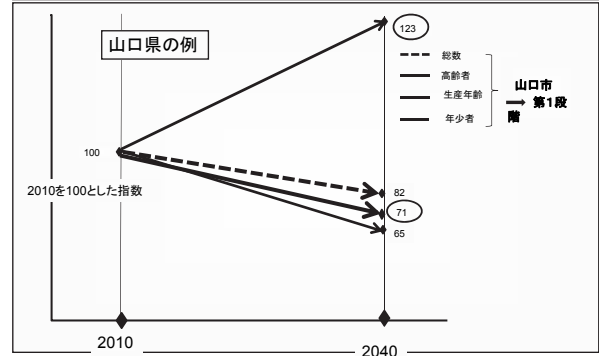
○ 日本の将来人口は、加速度的に減少していく。2040年までの「第1段階」（高齢者増+その他減少）、2060年までの「第2段階」（高齢者横ばい+その他大幅減少）、2090年までの「第3段階」（すべての世代が減少）を経て、減少していくことが予想されている。



（備考）国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」より作成。

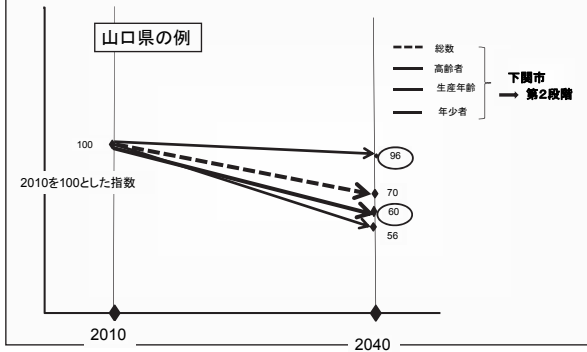
### 地域によって異なる将来人口動向（山口県①）

地域によって、将来人口動向の「減少段階」は大きく異なっている。都市部が「第1段階」であるのに対し、地方は「第2、第3段階」に突入している。



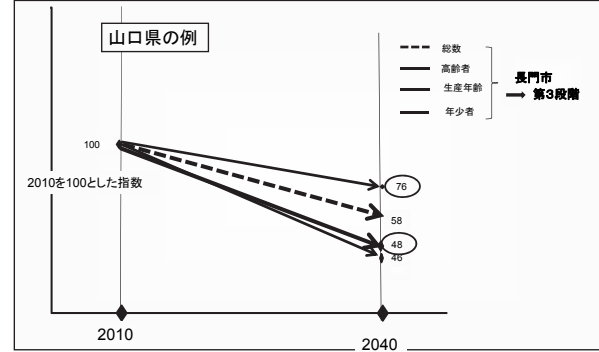
### 地域によって異なる将来人口動向（山口県②）

地域によって、将来人口動向の「減少段階」は大きく異なっている。都市部が「第1段階」であるのに対し、地方は「第2、第3段階」に突入している。



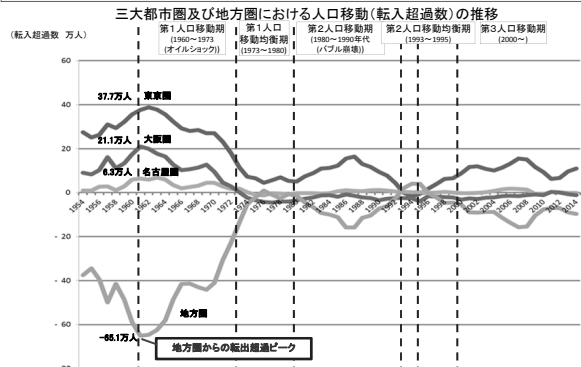
### 地域によって異なる将来人口動向（山口県③）

地域によって、将来人口動向の「減少段階」は大きく異なっている。都市部が「第1段階」であるのに対し、地方は「第2、第3段階」に突入している。



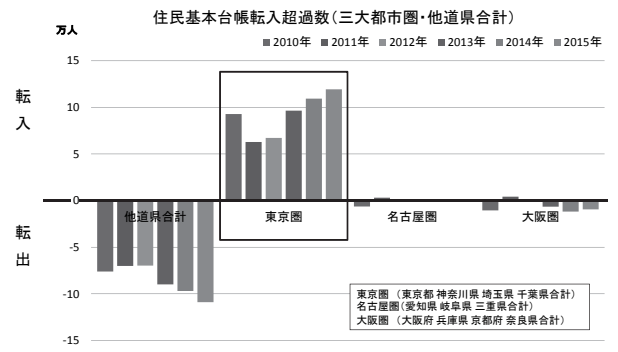
### 人口移動の状況

○ これまで3度、地方から大都市（特に東京圏）への人口移動が生じてきた。

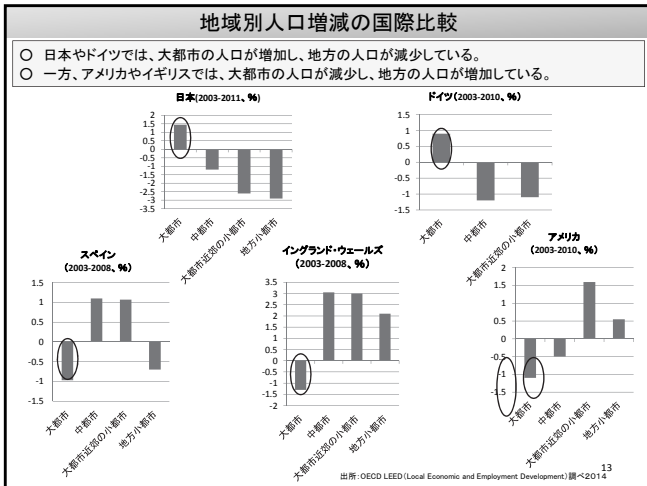
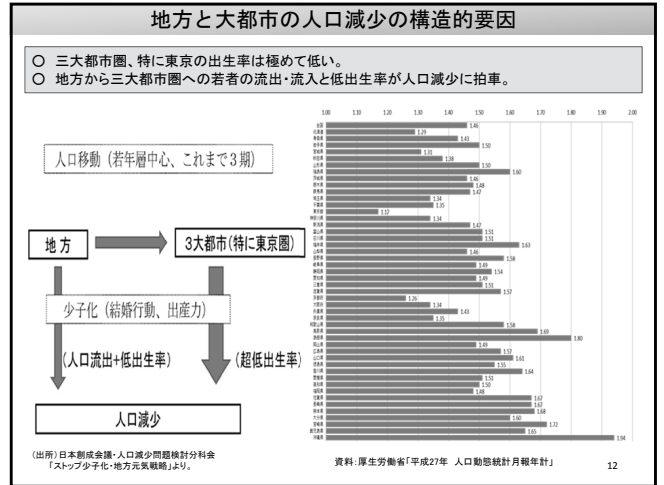
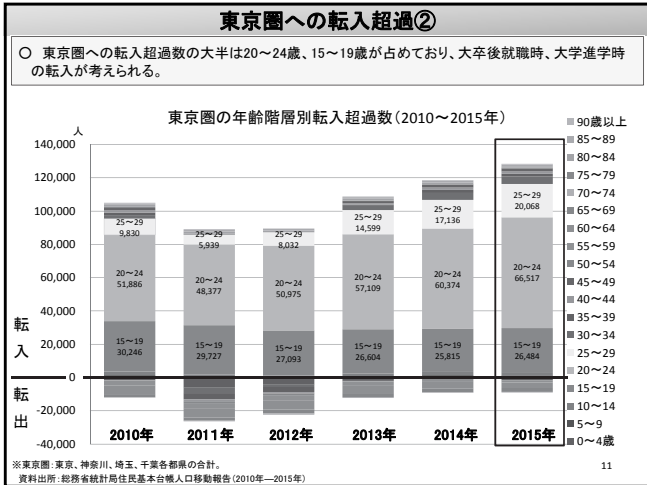


### 東京圏への転入超過①

○ 東日本大震災後に東京圏への転入超過数は減少したが、2013年は震災前の水準を上回っており、その後も東京圏への転入は拡大している。



資料出所：総務省統計局住民基本台帳人口移動報告（2010年～2015年）



### まち・ひと・しごと創生法の概要

目的(第1条)  
少子高齢化の進展に的確に対応し、人口の減少に歯止めをかけるとともに、東京圏への人口の過度の集中を正し、それぞれの地域で住みよい環境を確保して、将来にわたって活力ある日本社会を維持していくために、まち・ひと・しごと創生(※)に関する施策を総合かつ計画的に実施する。

※まち・ひと・しごと創生：以下を一体的に推進すること。  
まち：国民一人一人が夢や希望を持ち、誇いのある豊かな生活を安心して営める地域社会の形成  
ひと：地域社会を担う個性豊かで多様な人材の確保  
しごと：地域における魅力ある多様な就業の機会の創出

基本理念(第2条)

- ① 国民が個性豊かで魅力ある地域社会で誇いのある豊かな生活を営めるよう、それぞれの地域の実情に応じた環境を整備
- ② 日常生活・社会生活の基盤となるサービスについて、需要・供給を長期的に見渡しつつ、住民負担の程度を考慮して、事業者・住民の理解・協力を得ながら、現在・将来における提供を確保
- ③ 結婚・出産は個人の決定に基づくものであることを基本としつつ、結婚・出産・育児について希望を持てる社会が形成されるよう環境を整備
- ④ 仕事と生活の調和を図れるよう環境を整備
- ⑤ 地域の特性を生かした創業の促進・事業活動の活性化により、魅力ある就業の機会を創出
- ⑥ 地域の実情に応じ、地方公共団体相互の連携協力による効果的かつ効果的な行政運営の確保を図る
- ⑦ 国・地方公共団体・事業者が相互に連携を図りながら協力するよう努める

まち・ひと・しごと創生本部(第11条～第20条)

本部長：内閣総理大臣  
副本部長(予定)：内閣府長官、地方創生担当大臣  
本部長：上記以外の全閣僚

まち・ひと・しごと創生総合戦略(第8条)

内容：まち・ひと・しごと創生に関する目標や施策に関する基本的方向等

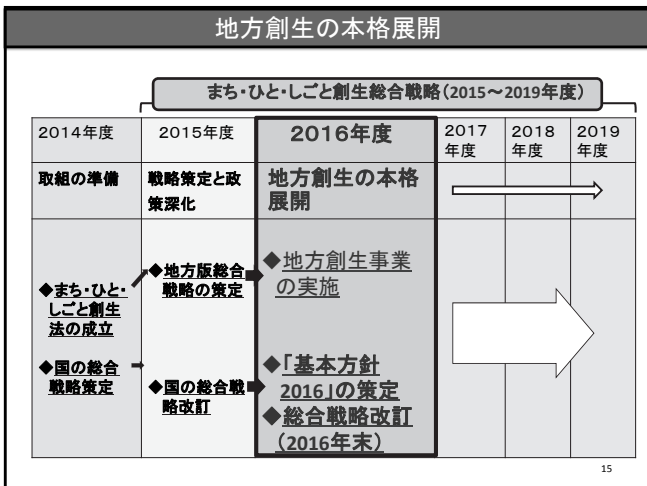
※人口の現状・将来見通しを踏まえるとともに、客観的指標を設定

案の作成 → 案の推進 → 案の協議 → 案の決定

都道府県まち・ひと・しごと創生総合戦略(第9条)  
内容：まち・ひと・しごと創生に関する目標や施策に関する基本的方向等

市町村まち・ひと・しごと創生総合戦略(第10条)  
内容：まち・ひと・しごと創生に関する目標や施策に関する基本的方向等

施行期日：公布日(創生本部、総合戦略に関する規定は、公布日から1か月を超えない範囲内で政令で定める日)



### 「地方人口ビジョン」「地方版総合戦略」の意義

◎これまでの施策の問題点(平成26年9月19日、まち・ひと・しごと創生会議、増田寛也委員提出資料)

1. 「タテ」=府省庁別の「縦割り」の問題
2. 「ヨコ」=一律横並びの問題
3. 「セン(浅)」=施策が地域に浸透していない
4. 「タン」=短期的な思考

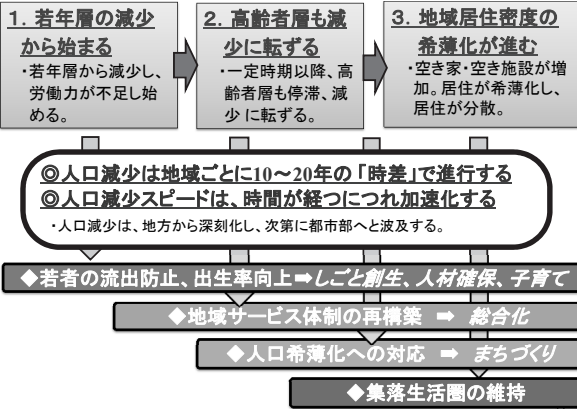
◎「人口減少時代」の新たな行政革新

1. 地域の現状・将来に関するデータ分析「分析企画」
  - ・客観的データに基づく戦略策定「地方版人口ビジョン」「地域経済分析システム」
  - ・行政と地域住民の意識共有
2. 地域の「産官学金労言」の参画「調整結集」
  - ・政策の「縦割り」を排除して、各分野の政策・事業・人材を結集
  - ・幅広い各層(外部人材も)の意見汲み上げ、産業・学界・金融・労働・マスコミの参画
3. 「攻め」と「守り」の同時対応「複眼思考」
  - ・「攻めの戦略」：人口減少の歯止めのための戦略(人口流出防止、出生率向上)
  - ・「守りの戦略」：人口減少に即した戦略(効果的・効率的な行政・まちづくり)
4. 「数値目標」の設定と5か年の「PDCAサイクル」の徹底「成果重視」
  - ・5年先の「数値目標(成果目標)」設定。その後、毎年効果検証を行い、的確な政策見直し
  - ・「予算重視」と「決算・成果重視」
5. 市町村間の連携「広域連携」
  - ・広域圏などで複数市町村が総合戦略を共同作成
  - ・個別事業(広域観光、都市農村交流など)での市町村連携

16



## 人口減少社会の特徴に即した地方創生施策の展開



## 地方創生の取組み

- 1. 地域資源の洗い出しと最大活用**  
・伝統技術・地場産品、農林水産資源、観光資源
- 2. 地域連携による付加価値向上**  
・観光戦略、自治体間連携
- 3. 都市部と連携した人の呼び込み**  
・医療福祉、子育て環境
- 4. 地域における生活サービスの維持**  
・「集落生活圏」の機能、学校、地域拠点

地域全体の「危機感」

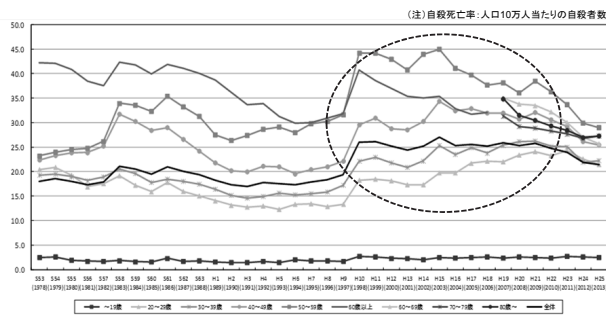
「人材(外部も)」の活用

+

「官民協働体制」の確立

## 年齢別の自殺死亡率の推移

○平成25年の50歳以上の自殺死亡率は、急上昇した平成9年の水準を下回っている。  
○一方で、それ以下の年齢階級では、依然として平成25年の自殺死亡率が平成9年より高い水準にある。



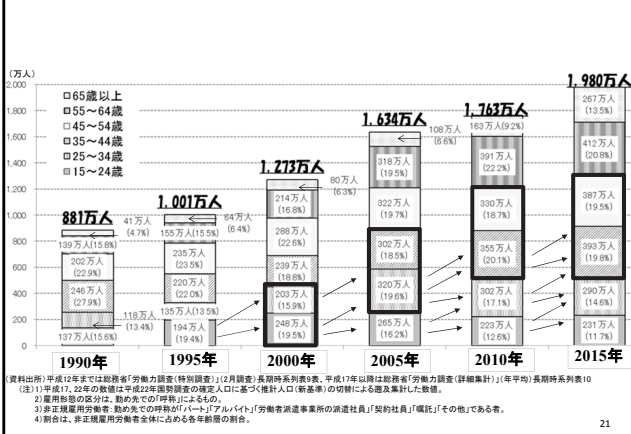
## 自殺の危機経路

○自殺はその多くが追い込まれた末の死である

- 【無職者(就業経験あり)】 (「-」=連鎖、「+」=併発)
- ① 失業→生活苦→多重債務→うつ病→自殺
  - ② 連帯保証債務→倒産→離婚の悩み+将来生活への不安→自殺
  - ③ 犯罪被害(性的暴行など)→精神疾患→失業+失恋→自殺
- 【被雇用者】
- ① 配置転換→過労+職場の人間関係→うつ病→自殺
  - ② 昇進→過労→仕事の失敗→職場の人間関係→自殺
  - ③ 職場のいじめ→うつ病→自殺
- 【自営者】
- ① 事業不振→生活苦→多重債務→うつ病→自殺
  - ② 介護疲れ→事業不振→過労→身体疾患+うつ病→自殺
  - ③ 解雇→再就職失敗→やむを得ず起業→事業不振→多重債務→生活苦→自殺
- 【無職者(就業経験なし)】
- ① 子育ての悩み+夫婦間の不和→うつ病→自殺
  - ② DV→うつ病+離婚の悩み→生活苦→多重債務→自殺
  - ③ 身体疾患+家族の死→将来生活への不安→自殺
- 【学生】
- ① いじめ→学業不振+学内の人間関係(教師と)→進路の悩み→自殺
  - ② 親子間の不和→ひきこもり→うつ病→将来生活への不安→自殺

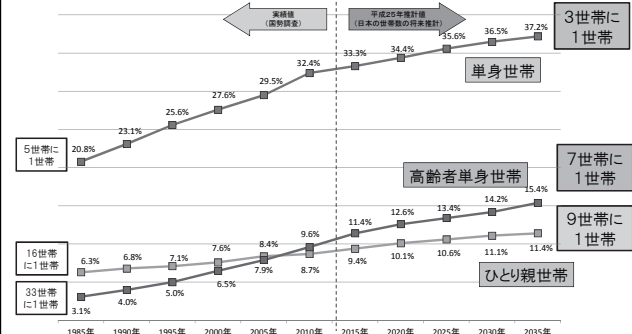
NOP法人ライフリンク「自殺実態1000人調査」

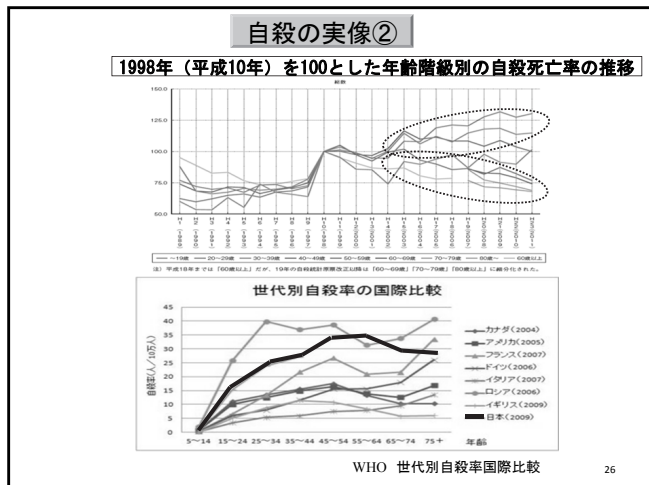
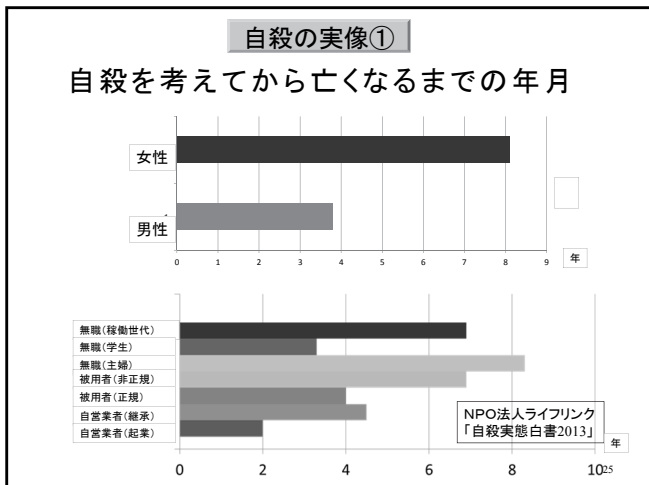
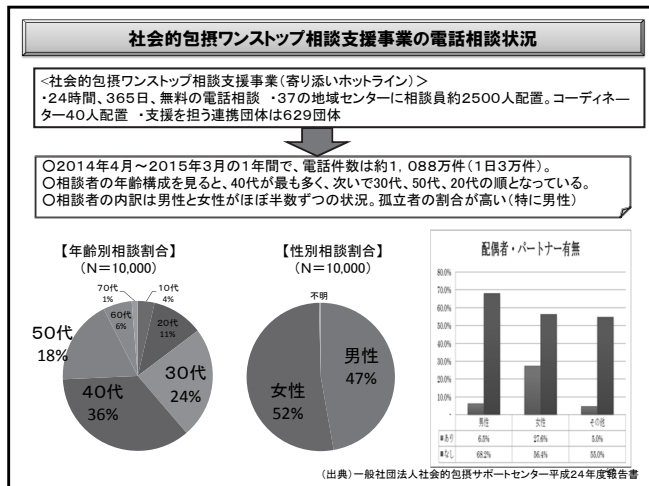
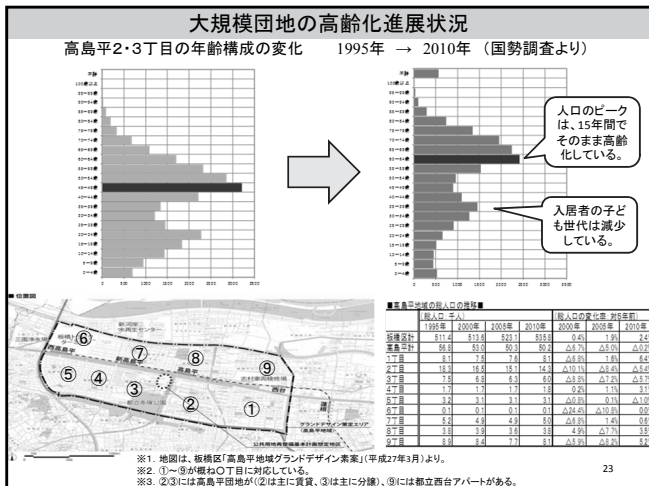
## 非正規雇用労働者の推移(年齢別)



## 世帯構成の推移と見通し(厚労省資料)

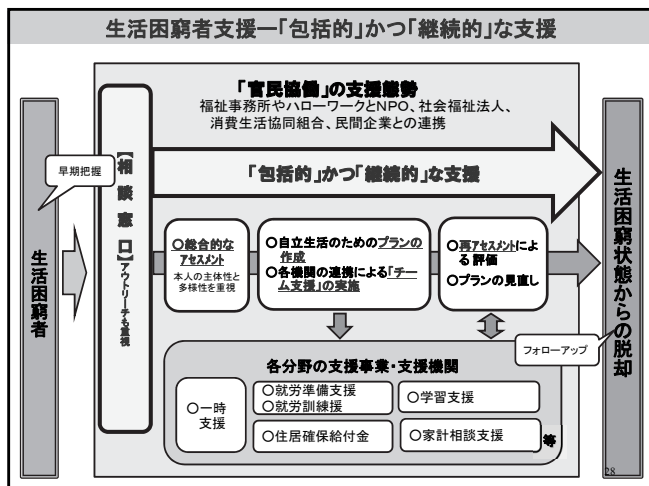
○単身世帯、高齢者単身世帯、ひとり親世帯ともに、今後とも増加が予想されている。  
単身世帯は、2035年で約4割に達する見込み。(全世帯数約5,184万世帯(2010年))

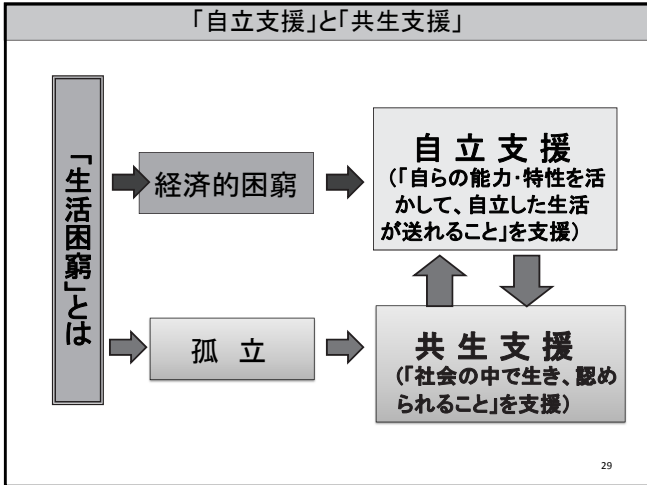




### 生活困窮者支援の課題

- 「最も弱い当事者」は、制度にアクセス「できない」、若しくは「しない」**  
 <「申請主義」と「利用者支援」の限界>  
 ・利用者が、サービスや給付を行政窓口申請することが基本(利用者の選択・契約方式)。  
 ・「契約方式」を前提としつつ、利用者の権利行使を支援する仕組み(ケアマネジメント、権利擁護事業)の限界
- 現行制度・サービスが「専門分化」し、「縦割り」である。**  
 <「専門分化」の限界>  
 ・利用者の特性や専門的ニーズに対応し、各野の専門性を重視した支援体制となっている。生活全般にわたる各分野の連携が図られていない。  
 ・このため、利用者のニーズや状況に応じた多様な支援が有機的・継続的に利用できない。





社会保障制度審議会勧告(1995年)

◎社会保障制度の成果

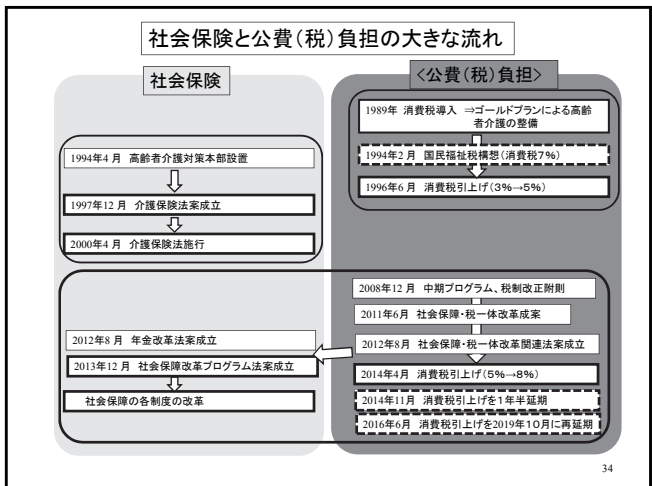
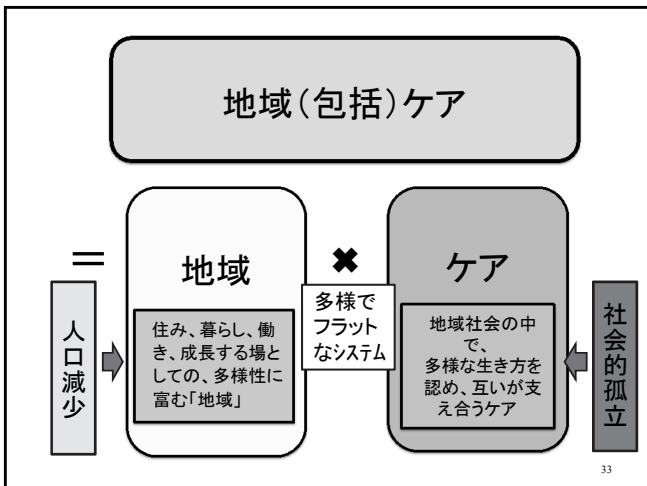
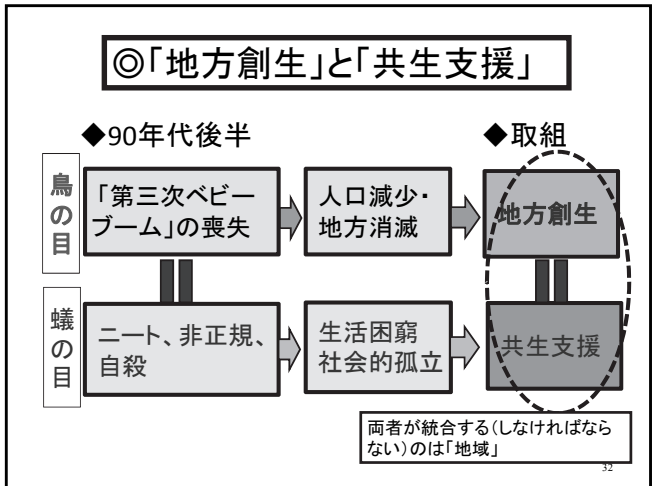
・「こうして現在では、我が国の社会保障体制は、一部の分野を除き、制度的には先進諸国に比べそん色のないものとなっている。(略)その果たしてきた役割は、大きくみて三つあった。第一は生活の安定である。社会保障はこれらの問題(疾病、高齢、失業)に対し、医療保険、年金保険、失業保険等によって対応し、その生活の全面にわたって安定をもたらした。第二に、(略)今日、我が国は世界でも最も所得格差の小さい国の一つとなっている。第三に、社会保障は我が国経済の安定的発展に寄与するところが少なくなかった。」

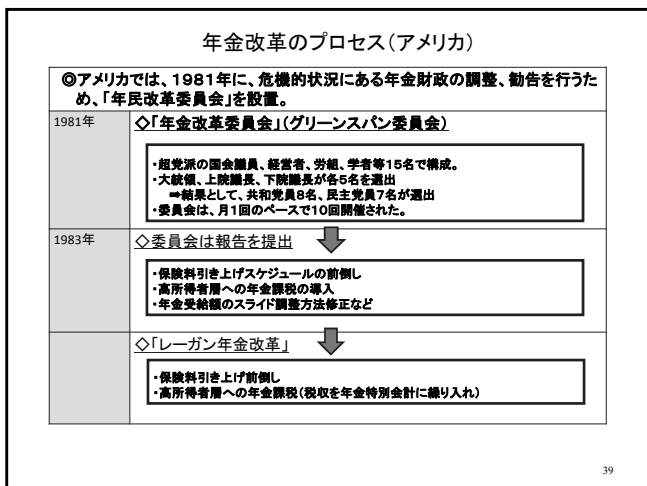
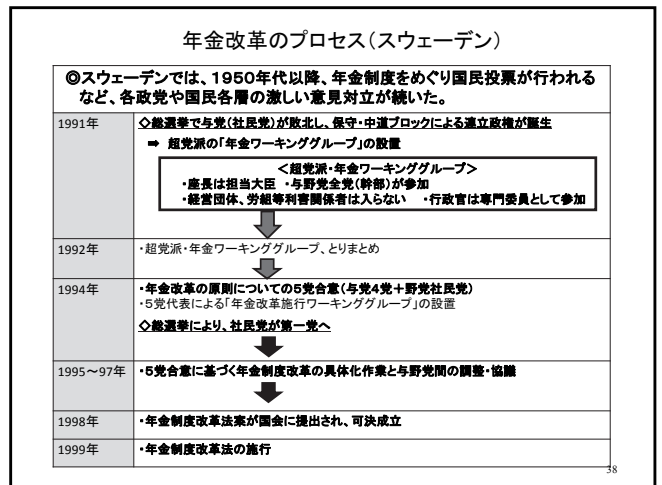
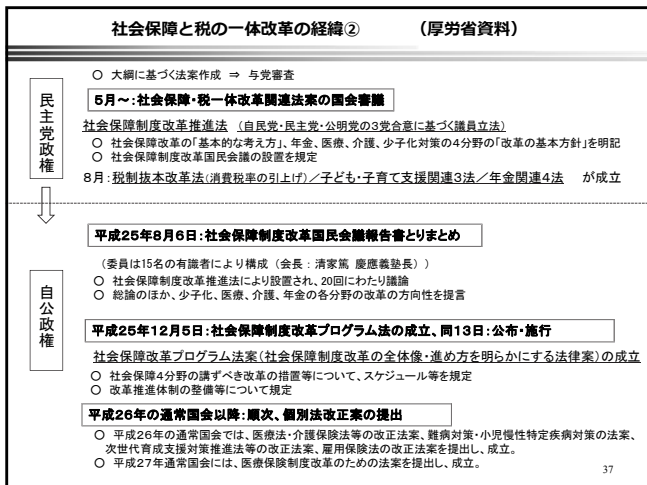
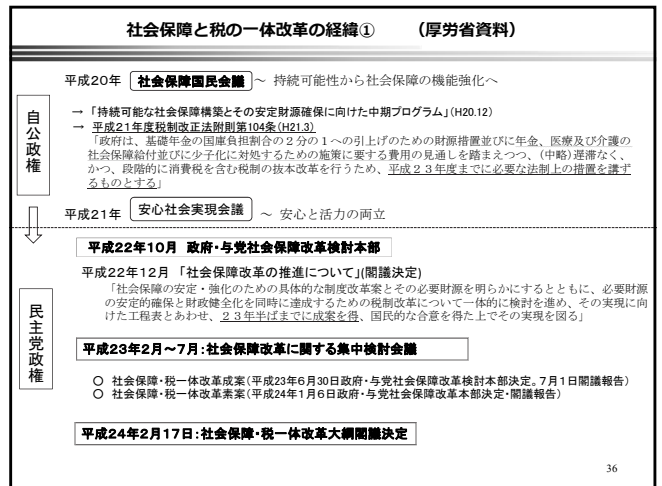
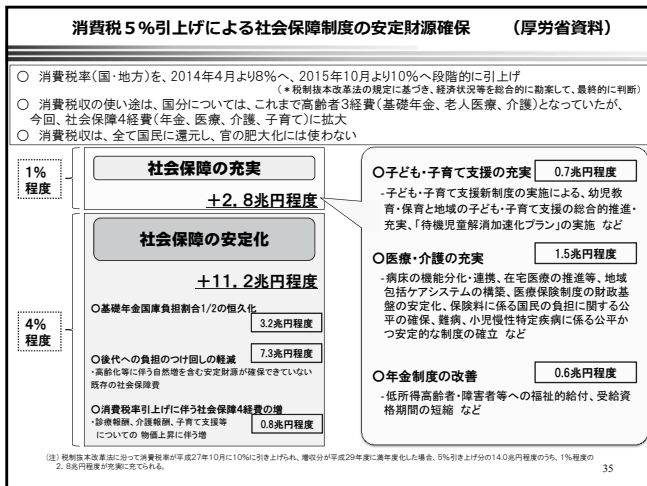
◎「社会連帯」の重要性

・「我が国では、農村などにおける伝統的な家族制度と、その崩壊過程で戦前から形成されてきた近代的な家族制度とが、重なり合いつつ解体に向かい、個人化の展開が急激であったこともあって、家族による支え合いが低下し、社会的にしばしば他者との連帯が生活中から取り残されようとしている。個人化の展開が進まれば、他方で社会的連帯が間われ連帯関係が同時に形成されないと、社会は解体する。社会保障は個人を基底とすると同時に、個人々の社会連帯によって成立するものであり、今後その役割はますます重要になるといわねばならない。」

大きな転機となった1995年

	社会・経済・政治	社会保障	雇用など
1990年	◆高齢化率12.1%(1990年)		
1995年	◆高齢化率14.2%(1995年) ◆金融機関破綻(1997年) ◆年間自殺者3万人超(1997年)	◎介護保険制度の検討開始(1994年) ◎社会保障制度審議会勧告(1995年)	◎日経連「新時代の「日本の経営」」提言(1995年) ◎労働者派遣対象拡大(1999年)
2000年	◆高齢化率17.4%(2000年) ◆失業率過去最高(5.5%, 2001年)	◎介護保険法施行(2000年) ◎社会保障制度審議会廃止 ◎年金制度改革(2004年)	◎労働者派遣、製造業解禁(2003年改正)
2005年	◆出生率最低(1.26)、総人口が減少へ(2005年) ◎リーマンショック(2008年) ◎政権交代(2009年)	◎後期高齢者医療制度(2006年改正) ◎社会保障構造改革(2007年から5か年) ◎社会保障国民会議(2008年)	
2010年	◆高齢化率23.0%(2010年)	◎社会保障・税一体改革(2010年→2012年)	
2015年	◆高齢化率26.7%(2015年)	◎社会保障・税一体改革関連法案(2014年)	







## パネルディスカッション

座長 埼玉県立大学 副学長 萱場 一則  
 座長 埼玉県立大学 准教授 佐藤 晋爾



萱場：それでは皆さまよろしくお願いたします。  
 最初にお二人の方に指定質問をお願いします。寫末先生、よろしくお願いたします。

寫末憲子（社会福祉子ども学科）：病院、福祉施設、在宅などにおいて患者さんに必要な医療や介護を受けられる地域包括ケアシステムを、地域に即して構築することについて、講演者のそれぞれの立場から、特定の機関や団体、専門職などに期待することをご教授ください。

萱場：最初に鶴岡先生にお答をお願いします。

鶴岡：一診療所の立場からとしては、私は勉強会やカフェなどいろいろなことを実施しているのですが、やはりなかなか地域包括ケアのシステムを社会へ浸透できていきません。今、私たちは、行政とか職能団体など様々な団体に所属する人たちと交流をしながら、みんなでシステムを作り上げていく必要があります。

萱場：筒井先生、お願いします。

筒井：私は、どの団体にも、団体別に異なるのではなく、皆が納得して、同じだと思えるような内容を目標にしてもらおうと思います。つまり、それぞれの団体の目標を一致させるというプロセスを共有してくださいということが、寫末先生の質問への答えとなります。

先ほど鶴岡先生が提示されたように、カフェをやられてたくさんの方が来られると思いますが、地域というか、コミュニティの中では様々な利益相反もあります。こういうところで、団体を超えて、どうやって利害や都合を一致させるかを考え

ていただきたいと思います。これが規範的統合なのです。まずそれを踏まえて、問題解決や地域包括ケアシステムの構築のためには、どこから手をつけるか、優先順位を決めてやっていってください。

萱場：山崎さん、いかがでしょうか。

山崎：先ほどの講演の中で指摘したように行政などの制度も縦割りですが、専門職種の縦割りの弊害も相当あると思います。これを乗り越えないと、システムの構築や運営は困難だと思います。制度の縦割りの解消は必要ですが、ぜひ、看護と介護、医療などの諸職種、制度含め、縦割りでは無く、本当に包括的な協力体制を構築してほしいです。

萱場：広井先生、お願いします。

広井：山崎さんが先ほどの講演の中で孤立の話が強調されましたが、私も非常に共感を覚えたところです。ぜひ医療福祉に携わる方が、地域における孤立にむきあい、人と人の間の橋を架けるという視点で仕事をしていただければと思います。

それから、医療や福祉というのは住民の生活全体、地域全体から見れば一部です。ですから医療・福祉に軸足を置きつつ地域全体、生活全体あるいは経済全体に目を向けて医療・福祉を考える視点を持っていただければ非常に嬉しく思います。

萱場：ありがとうございました。

続いてもうひとかた、本学看護学科の学生、千葉さんお願いします。

千葉優希（埼玉県立大学看護学科4年）：地域包括ケアシステムの推進や在宅医療を進めていく上で地



域やコミュニティが大切だというお話をしていたかと思いますが。コミュニティには高齢者だけではなくて若い世代も含むと思いますが、今後若い世代に期待していることがあれば教えてください。

萱場：山崎さんお願いいたします。

山崎：私、コミュニティをまた作らなければならない、という話が本当にベース（最初に行うべきこと）だと思っています。私は、若い人が地方から東京に出てきた理由を調べました。そうしたら、地域（地方）では地元で偉い人がたくさんいて、若い人の意見を全然聞いてくれないことを挙げる人が、女性も男性も一番多いのです。

コミュニティの衰退というのは結局、そこに原因があると思います。昔の人が昔のやり方をそのまま続けて、あれをやれ、これをやれと言うからコミュニティは衰退していくのです。むしろ若い人を大事にして、彼らの多様な意見を取り入れて、若い人が元氣よくやれば良いと思います。

萱場：他にいかがですか。鶴岡先生どうぞ。

鶴岡：私は小学生や中学生にいろいろな在宅医療の話をする会を開催しています。これは別に、在宅医療が担える人になってほしいという思いではなく、町にカレー屋さんとか八百屋さんがあるのと一緒に在宅医療というものもあるのだよと伝えたいのです。また、そんな話を夕食の会話の中で、子供たちが家族とそのことを話し合ってくれるといいな、くらいの気持ちです。10年後あるいは20年後に何らかの成果が残ればいいな、とかそういうことを考えてやっています。この会では、小学生は学校で経験してきたことを寸劇に見せてくれたりします。それがまた非常に面白く、地域における小さい活動ですけれども、こういうものが広がっていけばと思っています。

萱場：何かございますか。広井先生。

広井：講演の中で、若い世代に、ローカル志向、地域志向、地元志向が強くなっているという話をしましたが、私はそれは非常に歓迎すべきことだと思います。様々な意見があると思いますが、特に医療を専攻する若い人々には、ある意味で地域で活躍していけるベースがあるのです。地域で仕事を心得、生活し、ぜひ地域再生のために尽力することをお願いします。

先ほどの山崎さんの話とも通じますけど、今の日本では若者が厳しい状況に置かれていて、その原因として社会制度の問題が大きいわけですね。社会全体の制度の在り方にも目を向け、場合によっては「これはおかしいじゃないか」と発言していくなど、公共的な社会の在り方にも積極的に関わ

っていただきたいと思います。

萱場：筒井先生、何かございますか。

筒井：私は、よく若い世代といわれるのですが、どのくらいからが若くて、どのくらいまでを対象とされているのかが、正直よく分からないので、若者にといいことだけでなく、すべての方に対してということでお答えします。本日の講演で演者の方々は皆、社会的孤立をテーマにされたと思います。社会的孤立を選択できる社会になった、この日本と言う国を少し考えてみてほしいのです。こういう国は世界にはないのです、本当に。自動販売機がたくさんあり、コンビニがあり、安全で、一人で生きていける国というのは他にないのです。こういう国を作った私たちが、これからどこに向かうのかを、若者なりに、年寄りなりに考えていかねばならないと思います。そして、お父さん、お母さん、子ども、お年寄り全部で考えていく場が、もしかしたら埼玉県立大にあると面白いと思いました。

萱場：医療、介護、福祉の話をすると、医療者からは往々にして、「われわれは単に個々の患者さんのケアや介護のことだけ考えているのでは無く、コミュニティ作りをしているのだ」という話が出ます。実際には先ほど広井先生がお話しされたように医療や福祉、介護というのは実はコミュニティのごく一部の機能ですね。そのことを医療者は謙虚に受け止めなければなりません。

山崎：今日は本当に厳しい日本の現状の話をしましたが、ここにいる多くの若い皆様がそんなに落ち込む必要は何もありません。厳しい現状の責任は古い世代の人にあります。若い世代からは、本当に元氣がよい、すごくいい動きがたくさん出ているのです。私はそこに明るい希望を見いだしています。ただ、あまりに日本の現状が重過ぎるために、それを直視すると暗い気持ちになります。けれども、日本社会は東日本大震災をあれだけの形で乗り切ったわけです。危機に対する強い対処能力を持つのが日本社会の特徴です。だから、なるべく早く、様々な経験や現状に関するデータを出して、皆で共有することが大事です。そのようにして情報を共有すれば社会の中で規範的統合が進むと思います。

萱場：本シンポジウムでは様々な興味深いトピックスが提示されました。正直言えばもっとお話を伺いたいところですが、これをもちまして本日のディスカッションを終了といたします。パネリストの皆様へ大きな拍手をお願いします。



# 2016 年度の総括





## 研究開発センター2016年度活動の総括

### □研究活動

今年度は、研究開発センターの設立目的と方針に基づき、推進する研究テーマを地域包括ケアシステムに関連した「A 保健医療福祉課題に関する政策提案研究」「B 市町村支援に関する研究」「C 多職種連携に関連する研究」と定め、4つのプロジェクトを選定した。各プロジェクトの研究代表者を中心に研究を始動するとともに、プロジェクトへの助言者として、川越雅弘氏（国立社会保障・人口問題研究所）をアドバイザーに迎えた。

### □研究費について

外部研究費の獲得に向けて、平成29年度科学研究費助成事業に2件、また平成29年度老人保健健康増進等事業に1件、プロジェクトで取り組む研究を申請した。

### □シンポジウムの開催

研究開発センターの開設を広く周知するため、平成29年2月3日に「研究開発センター開設記念シンポジウム」を開催した。シンポジウムテーマは『2025年,さらに2035年を見据えて地域包括ケアシステムを考える』とし、人口減少に伴うコミュニティや経済活動が変化する中で、サクセスフル・エイジング（健やかな老い）やQOD（Quality of Death：死の質）を論点とした。

基調講演者は、人口減少社会に向けた我が国の福祉社会の研究に造詣の深い広井良典氏（京都大学）、パネリストには日本の地域包括ケアシステムの制度設計に関わってこられた筒井孝子氏（兵庫県立大学大学院）、医師として地域医療において多職種連携を実践的に取り組んでおられる鶴岡浩樹氏（日本社会事業大学大学院）、そして厚生労働省や内閣官房で介護保険制度や地域創生に関わってこられた山崎史郎氏に参加いただき開催した。当日は500名を超える参加者があった。

### □次年度の重点課題

次年度は、重点項目として以下の3点について取り組む。

- 1) 研究開発センターに2名の教授を新たに配置し、政策提案につながる研究の推進、大型外部研究費の獲得への取り組み、そして若手研究者らの研究能力育成に向けた支援体制を整備する。
- 2) 各プロジェクトの成果を国際的学術集会あるいは報告書などで公表するとともに、平成30年度より開始できる新規プロジェクトの選定を行う。
- 3) 外部研究費補助金の獲得に向けた支援体制を強化するために、研究相談、研修会などを整備する。



## 研究開発センター年報編集メンバー

センター長	高柳 清美
学長補佐	鈴木 玲子
企画担当主幹	長岡 誠一
研究補助員	中村 茜
研究補助員	海老原 直子
事務補助員	小助川 亜依子

## 表紙デザイン

表紙制作者 酒井道久（元埼玉県立大学教授）

埼玉県立大学を象徴する校舎の大きなガラス張りをモチーフにしました。  
立ち位置を変えて異なる見方ができるように、そしてガラスに反射する光の  
ように、様々な角度からアプローチすることで新しい発想を得ることが研究  
につながることをイメージしました。

埼玉県立大学研究開発センター

Saitama Prefectural University Annual Activity Report on Research and Development Center

2017年3月31日発行 Vol.1

---

発行 埼玉県立大学研究開発センター  
〒343-8540 埼玉県越谷市三野宮 820  
TEL : 048-973-4380  
FAX : 048-973-4380  
E-mail : Research\_c@spu.ac.jp

制作・印刷 中央プリント株式会社  
〒345-0024 埼玉県北葛飾郡杉戸町堤根 3947-2  
TEL : 0480-32-0045 (代表)  
FAX : 0480-34-3325

---

本文の内容を無断で複写・複製・転載すると、著作権・出版権の侵害となる事がありますのでご注意ください



SPU

発行者 公立大学法人埼玉県立大学