

シンポジウム特集

2019年度 立命館大学社会システム研究所
公開学術シンポジウム

地域包括ケアの構築のために
—住民・事業者・行政の役割と連携を探る—

2019年11月21日（木） 立命館大学びわこ・くさつキャンパス

基調講演・報告

基調講演 「地域包括ケアの構築のために—住民・事業者・行政の役割と連携を探る—」

社会医療法人誠光会理事 鈴木 孝世

報 告 「草津市における地域包括ケアの今後の展望」

草津市役所長寿いきがい課・保健師 島川 智香

報 告 「介護を受けて感じたこと、考えたこと」

草津市民 日下部 優

全体討論

(パネリスト)

社会医療法人誠光会理事

鈴木 孝世

草津市役所長寿いきがい課・保健師

島川 智香

草津市民

日下部 優

(モデレーター)

立命館大学社会システム研究所・所長

佐藤 卓利

開会あいさつ

立命館大学社会システム研究所・所長 佐藤 卓利

皆さん、こんにちは。本日の立命館大学社会システム研究所主催の公開学術シンポジウムの開催にあたって、主催者を代表して、ひと言ご挨拶をさせていただきます。

今回は草津市さんにも共催という形で加わっていただきました。皆さん、お手元の「地域包括ケアの構築のために」という冊子を開いていただいて1ページ目に目次がありますので、それをご覧になってください。今日の公開学術シンポジウムの進行が記されています。まず、基調講演を社会医療法人誠光会理事で、医師でもいらっしゃいます鈴木孝世先生に、「地域包括ケアの構築のために—住民・事業者・行政の役割と連携を探る—」というテーマでお話をいただきます。

実は私が鈴木先生とお知り合いになったのは、昨年のごことでして、鈴木先生と私は草津市の介護保険事業計画などを策定する「あんしんいきいきプラン委員会」というところで、委員を務めています。そこで初めて鈴木先生とお会いして、委員会の中での鈴木先生のお話を伺って、非常に鈴木先生が地域の医療や介護について、熱心にお仕事をされているという様子を聞かせていただきました。先ほど司会者のほうから紹介がありましたように、私が社会システム研究所の所長として関わってきたこの3年間、地域ということを一つのテーマとして、この公開シンポジウムを開催してきました。一昨年は、さわやか福祉財団の堀田力さんをお招きして、公開学術シンポジウムを開催いたしました。地元滋賀県健康医療福祉部部長の藤本武司さん、それから社会医療法人誠光会の森本清美さんにもシンポジストとして加わっていただいて、お話をさせていただきました。昨年は、湯浅誠さんに、近年、非常に注目されている「こども食堂」のお話をさせていただきました。

前回と前々回は、東京から、全国のご活躍の方に来ていただいたのですが、3回目は、地元の活動をしっかり共有しようということで、鈴木孝世先生に今日の基調報告をお願いすることになりました。それで中身についても事前に、いろいろと鈴木先生とご相談させていただき、それから今日、共催者として加わっていただいている草津市、特に私が懇意にしている長寿いきがい課の方ともご相談して、地元の草津市の行政の仕事もしっかりと紹介していただくことにしました。それで今日は、草津市の長寿いきがい課で保健師としてお仕事をされている島川智香さんに報告をいただくことになりました。それと市民の立場からどなたかお話をさせていただくことはできないかということで、鈴木先生とご相談させていただいて、鈴木先生からご紹介いただいたのが日下部優さん。草津市民で実際に介護を受けておられる、そういう立場からお話をいただく。こういう組み立てで今日は公開学術シンポジウムを開催させていただきます。

なお、公開学術シンポジウムのこの時間は、通常、私が経済学部の専門科目で生活経済論を講義している時間です。そこに受講してくれている学生さんにとっては、その生活経済論の振り替えというということになりますので、普段とはちょっと違った内容ですが、私の講義の中で、この後、これと関係したお話をすることになりますので、ぜひここでしっかり聞いて、考えたこと、感じたことを感想文用紙に記入してもらって、いつものように出していただきたいと思います。なお、学生さんには、できれば、この公開学術シンポジウムを最後まで聞いていただきたいのですが、通常の授業で5限目の受講予定の人もいますので、3人のご報告が終わったところで休憩を入れさせていただきます。その間に退出しなければならない人は退出してください。その際には受付のところで、感想文用紙を出してください。それでは早速、基調講演「地域包括ケアの構築のために―住民・事業者・行政の役割と連携を探る―」ということで、鈴木先生のお話を伺いたいと思います。よろしく願いいたします。

基調講演

「地域包括ケアの構築のために—住民・事業者・行政の役割と連携を探る—」

社会医療法人誠光会理事 鈴木 孝世

はじめに

ご紹介に預かりました鈴木でございます。佐藤先生、いろいろ過分なお言葉をありがとうございます。実は、私、この課題を与えられて、しばらくじっと眺めてみたんですけども、「住民に関して、今、どのように考えるべきか」ということまで書き込んである表題というのは初めてなわけです。私はいろんなところでいろんな講演をしてみましたが、だいたいは行政の立場、それと実際に医療機関の立場、そういったところの責務ですね、それに関してお話をしてみましたが、じゃあ、それを受ける住民の方たちはどうなんだ、これに関してはこれまで本格的な議論はしたことがございません。しかしながら、住民という立場、私も翻って考えると住民でございますので、その方の意識、これが変容しない限りは日本の将来はないと、ちょっと大げさですけども、そこまで考えるに至りました。

実は、そう考えるに至った一つの大きな出来事は、私の学生時代から、そして勤め始めて、そして今は、地域包括の仕事をしているその過程におきまして、皆さんも聞かれたことがあるかと思いますが、医師が患者さん、介護者さんに言います「ムンテラ」、それから「インフォームド・コンセント」(後の全体討論のところの説明があります—編集者)ということ、そしてさらには、最近の新しい概念の「ACP」、こういったところに触発されたわけでございます。ACPというのは、初めて皆さんは聞かれるかと思いますが、詳しいことに関しましては、次のご講演をされる島川様が易しく語られると思いますので、ご期待いただければと思います。では、前置きはそのくらいにいたしまして、始めさせていただきます。

今日の講演内容ですが、多岐にわたりますけれども、このようにしてみました。

1. 我が国の人口動態の変遷に着眼しよう
2. 介護をめぐる経済学—“老後レス”時代の幕が開いた
3. 先制予防の考え方—介護予防とフレイル予防
4. 「地域包括ケアシステム」は厚生労働施策の最上位根拠
5. 市民の役割としての“死生観の醸成”—Advance care planningを活用しよう
6. まとめ

まず、僕たち、皆様方は、日々の生活、研究、勉強に本当に忙しくて、全く目の前のことにしか目が向いていない、そういう時間がほとんどだと思います。最近、スマホというのが非常に流行っております、私は今日はJRで来たんですけども、学生さんが10人乗ると9人ま

ですが、一生懸命に、こうされています（スマホをのぞき込んで指を動かしています—編集者）。電車の中でスマホを使っている人と肩を触れ合ってしまったんですけれども、その人は気にする様子もありませんでした。そういう時代になったかなと思います。非常に狭いところで見られますけれども、ちょっと翻って姿勢を正して遠くを見ると、どういうことが見えてくるか。この辺に関して話を起こしていきたいと思います。それが、我が日本の人口動態、この変遷に着眼すれば、学生さんも多く来られているんですけれども、社会のシステムの変化、そういったところが見えてくるのではないかと思います。

そして次に、人口動態の変化というのが経済的なダイナミクスでございますので、特に高齢者が増えております。そういった介護をめぐる経済学、ここは経済学専門の方がたくさん居られて、おこがましいんですけれども、その辺の話を私の視点から行ってみたい。そして今、話題になっています“老後レス”という言葉がございます。老後がなくなっちゃったという意味合いなんですけれども、2つの意味合いがありまして、1つはこれだけ高齢者が増えると、国も高齢者にお金を使って支えることも躊躇している。ということは、高齢者は自分で稼がなければならない。つい先日の新聞にも、介護保険の自己負担額を2割から3割にするとか、いろんなことが出ておりますけれども、やはり歳がいても自分で働かなければならない。そういった意味で、老後がなくなっちゃうという悲観的な意味合いです。

もう1つは、僕はこっちを推奨するんですけれども、積極的な意味合いで、やはり歳をとってもしっかりと自分を鍛えて、時においてはリハビリをしっかりと受けて、やはり世の中のために少しでも頑張りたいという、そういう意味合いです。もう退職したので、これから毎日朝風呂に入って、野球を見て、今は野球よりもサッカーを楽しむ人が多いかも知れませんが、そういうような老後はないという、そういう2つの意味があると思います。僕は後者のほうの、やはり体をしっかりと鍛えて、地域のために貢献するような人生を送るのがいいかなと思うので、ここに掲げております。

そのためには、やはり介護が必要になることを予防する。そして病気になることを予防する。フレイルになることを予防する。そういった先制予防ですね。そういう概念が必要かと思ってここに挙げております。またこの上の3つと直接に関係するのが、「地域包括ケアシステム」という施策でございます。これは国も実際に、以前から考えていまして、厚生労働施策の最上位根拠として、実際にいろんな分野で施策を行っているというところです。

そして、私が一番お話をしたいこと、そして島川様からもお話があると思われるのが、アドバンス・ケア・プランニング（Advance care planning）です。これはいわゆる地域の住民の意識変容に基づくものです。ここに“死生観の醸成”と書いてございますけれども、こういうところをお話ししようと思っております。これも欧米から来た概念でありますけれども、少しイントロダクションをしたいと思っております。

1. 我が国の人口動態の変遷に着目しよう

まず人口動態の変遷であります。人口動態を英語でデモグラフィック (demographic) と言いますが、皆さん、いわゆる釣鐘型の人口構成が一番望ましいとか、以前に習われたかと思いますが、そういう学問であります。日本人の平均寿命をちょっとプロットいたしました(図1)。横軸が年代、縦軸が年齢の平均寿命です。上の折れ線グラフが女性、下が男性を表しております。50歳のところに、横線を引いています。これを見ますと、明治24年(1891年)、滋賀県で大きな事件が起きました。巡査の津田三蔵がロシアの皇太子ニコライを傷つけたという大津事件の年ですね、非常に列国強国と争っていた時代。この頃は平均寿命が45歳くらいですね。

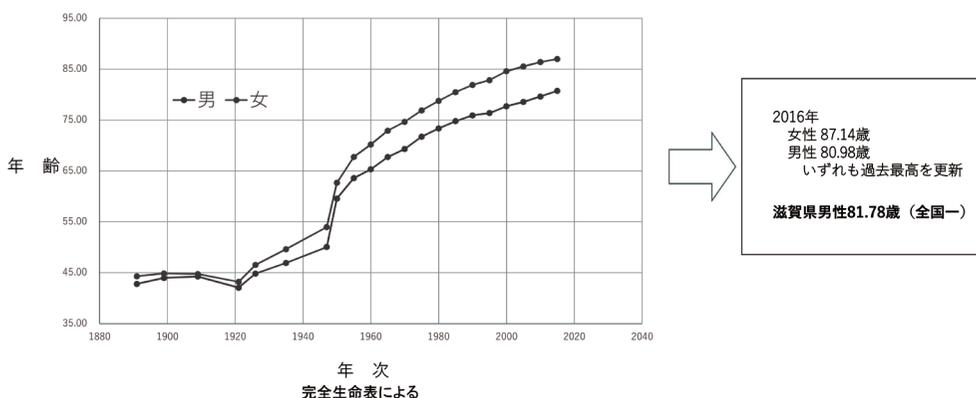


図1: 平均余命の年次推移

そして、ある時点からグラフが急速に立ち上がっております。寿命が伸びております。これはいつかと言いますと、1945年、日本が戦争に負けたとき、敗戦のときからです。その理由をいろいろと考えてみますと、やはり一番大きいのは、欧米の優れた医療が入ってきました、赤ちゃんが死ななくなったこと、すなわち周産期死亡率が非常に減ったということです。それから後は、欧米の文化や生活様式の流入、すなわち座り生活が、椅子の生活になった。従って血行が良くなって、下半身もしっかりしてきて、強壮になってきて、感染症に勝つようになってきた。また、栄養状態も肉食とかが入りまして、非常に良くなりました。このように40年くらいの間に、驚くべきことに平均寿命が50歳ほど伸びてきているわけです。ちなみに2016年では、公表された統計データでは2016年が一番新しいんですけども、男性・女性ともに非常に伸びまして、滋賀県の男性は82歳になろうとしている全国一というところでございます。

先ほど申しました周産期死亡率をちょっと眺めてみますと、大正9年(1920年)年、大津事件から30年経った頃ですね。その頃には赤ちゃんが1,000人生まれて2週間以内に167名が亡くなっておられます。今現在、1,000人中2.5人、どうしても亡くなられる赤ちゃんがおられます。でも、この現象というのは素晴らしいもので、これが一番日本の人口の増加に寄与している。

また当然、ご承知のように、太平洋戦争に負けまして、若い兵隊さんがたくさん帰ってこられる。また家庭を紡がれて、たくさんのお子さんが生まれる。これがいわゆる第一次のベビーブームですね。もちろんそういったことも関与しております。しかしながら、この周産期死亡に関しては、我が国は非常に先進的な国でございます。

高齢化の推移と将来推計を少し述べてみたいと思います。図2は国立社会保障・人口問題研究所が出しているデータです。おそらくこれが一番新しい資料かと思っております。出典は図の下に3つにございますから、学生の皆さんは、ぜひ読まれるのがいいかと思えます。横軸に年代が示されています。1950年から2016年まで。今年(2019年)ですけれども、統計データは3年遅れで公表されるので、データとしては2016年が一番新しいことになります。ここまでが実測ですね。実績です。それから将来推計ですけれども、一応2065年まで推計できるようになりました。この間に関しては、推計値が伸びております。

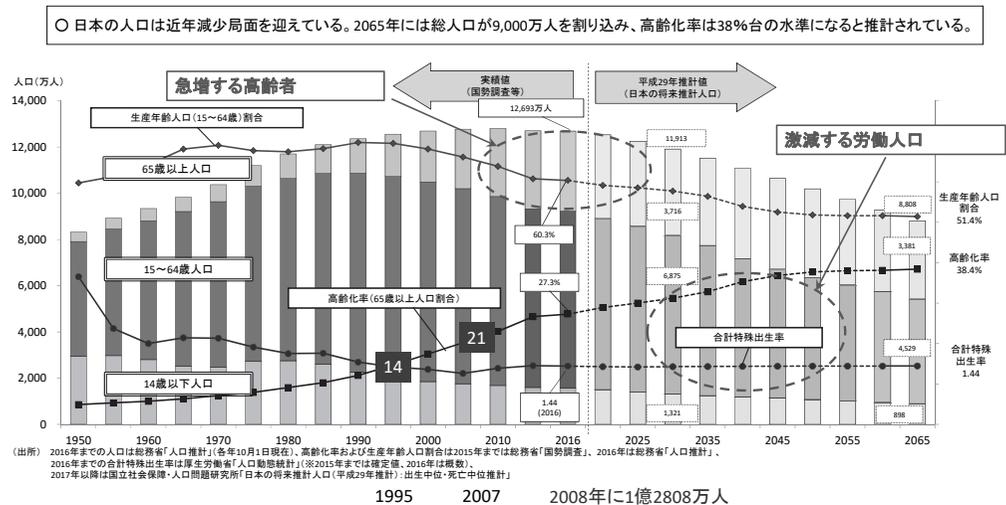


図2：高齢化の推移と将来推計

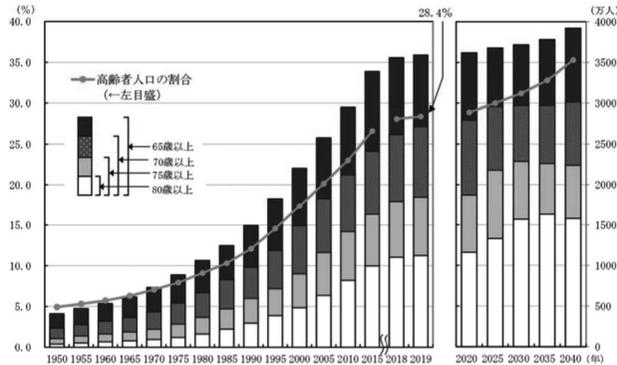
それから縦軸が人口ですね。だから、この棒グラフの山のとっぺんが日本人の総人口、赤ちゃんからお年寄りまでの総人口です。一番上の段階にあるのが、いわゆる高齢者、65歳以上を高齢者と言いますから、高齢者人口です。中ごろにあるのが働き盛りの世代(15歳から64歳)、それから一番下が14歳以下の子どもさんですね。これを見ますと、わかりますように、日本の人口はだんだんと増えてまいりました。理由は、先ほど申しました通りです。私は1951年生まれますから、そのころは8,000万人くらいです。2007年に、日本の人口は、1億2,693万人になりました。これが最高ですね。以後、だんだんと減少しております。そして推計値ですけれども、2065年には、1億人を割り込むと予想されています。この頃には日本という国はGDPで言いますと、かなり下位になってくるのではないかと、そういうことが危ぶまれているところです。

よく見ますと、高齢者に関しましては、急峻に伸びて、だんだんと比率が高くなる。働き盛りのこの真ん中の太いところは、だんだんと痩せ細っていく。子どもさんにしても、ずっと減ってきています。合計特殊出生率(15歳から49歳までの女性の年齢別出生率を合計したもの。1人の女性が一生の間に何人の子どもの産むかの指数—編集者)、これは1.44です。これでは我が国の総人口は減る一方です。これを維持するためには2より少し多い数が必要なんですけれども、なかなかそこに至らない。国は少子高齢化をかなり深刻に受け止めていまして、担当の大臣まで付けておりますけれども、今年で4年目ですかね、なかなかうまくいっていないというのが現状です。

グラフの中に14と21という数がございますけれども、これは何を意味するかと言いますと、高齢者の全人口に対する比率です。65歳以上の方が日本の全人口の何%か。14%というのは、これを超えますと高齢社会ですよ。21%というのは、これを超えますと超高齢社会ですよと、一応WHOが言っている数字であります。これを見ますと、もう我々は、2007年には既に超高齢社会に突入したわけがございます。その辺は次のグラフで見たんですけど、その前に、それだけの高齢者がおられますから、1人の高齢者を何人くらいの人で支えているか、これを示してみますと、私が子どもの頃は、1人の高齢者をたくさんの人数、おみこし的に支えておりました。で、今はちょうど騎馬戦ですね。そして、将来には、おんぶに抱っこの状態、ついには、もう重量挙げ、数人を1人で支えなければならない。だから、これをお話すると、僕らの世代の方は「わしらはもう死んでるから、ええやないか」とおっしゃるけれども、「いや、ちょっと待ってください。あなたのお子様、あなたの子孫のことを考えると、将来、必ずこうなるので、何とか今から、こうなってもみんなが楽しく生き続けられるように、生活できるように、今から頑張るのが地域包括ケアシステムなんですよ」と、そういうところになるわけがございます。

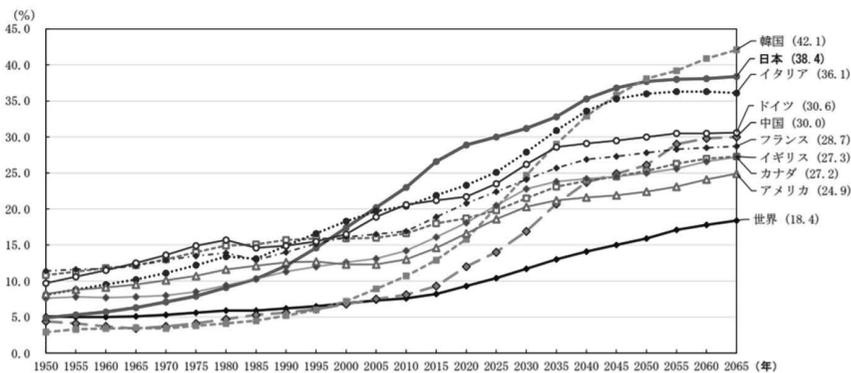
これはおさらいですけれども、「高齢者人口及び割合の推移」(図3)を見てください。先ほどのグラフ(図2)を1950年からモディファイしたものです。グラフが2つに分かれていて左が実測、右が推計ですけれども、ご覧になって分かるでしょうか。グラフは全部65歳以上人口を示していて、白抜きの部分は80歳以上人口ですけれども、急峻にこの10年間で立ち上がる。そして今後とも、この高さが維持されるという状況であります。そしてついには、人口がどんどんと減ってくる。少子高齢化というのは、現実的にこのグラフを見ると、かなり日本の将来にとって、厳しいものであるということが分かります。「主要国における高齢者人口の割合の推移」(図4)を見てください。やはり日本はかなり上位にあります。世界の中でも日本は、高齢者が非常に多いという国ということが分かります。そして、その高齢者人口の割合の比較(図5)であります。やはり日本は最左翼になりますね。非常に高いということが分かります。

次に、我々が暮らしている滋賀県、湖南地域、草津市の高齢化の状況を、ちょっと見てみたいと思います。これは私が県にいる頃に商工部の方に作っていただいていたものなんですけれども、表1は、75歳以上のいわゆる後期高齢者の方が、2010年から2040年の30年間にど



資料：1950年～2015年は「国勢調査」、2018年及び2019年は「人口推計」2020年以降は「日本の将来推計人口（平成29年推計）」出生（中位）死亡（中位）推計（国立社会保障・人口問題研究所）から作成

図3：【再掲】高齢者人口及び割合の推移（1950年～2040年）

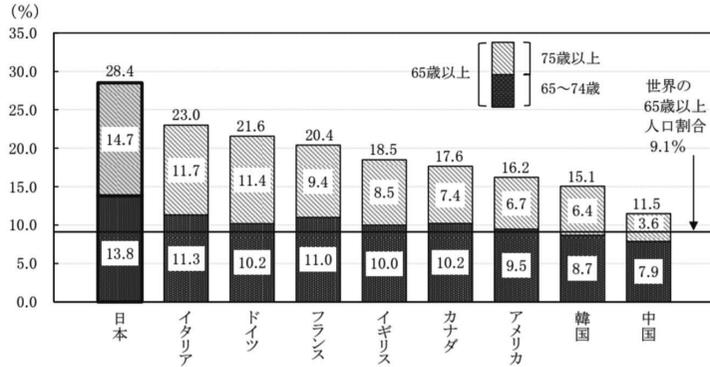


資料：日本の値は、2015年までは「国勢調査」、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」他国は、World Population Prospects: The 2019 Revision (United Nations)

図4：主要国における高齢者人口の割合の推移（1950年～2065年）

のくらいの倍率になるかを表しています。この表にございますように、滋賀県は1.71倍に増えます。上位のところを見ると、東京、神奈川、名古屋、大阪、福岡、非常に人口の多いところですね。滋賀県は、湖北地域や湖西地域はそれほどでもないんですけども、草津市や大津市などの湖南地域は、2.0倍以上となっています。高齢者が、今後、非常に増えるということですので、今から手当てをしなければならないということがよく分かると思います。

これは島川さんからお借りしたんですけども、「草津市の高齢化の推移」（図6）でございます。先ほどの日本全土で示しましたグラフ（図2）と同じように、高齢化が進んでくるわけでございます。実際の「草津市の人口ピラミッド」（図7）はどうなるか。これは極めて特異



資料：日本の値は、「人口推計」、他国は、World Population Prospects: The 2019 Revision (United Nations) 注)日本は、9月15日現在、他国は、7月1日現在

図5：主要国における高齢者人口の割合の比較 (2019年)

表1：後期高齢者増加率 (2010→40年)

順位	都道府県名	増加率 [倍]
1	埼玉県	2.03
2	神奈川県	2.01
3	沖縄県	1.98
4	千葉県	1.95
5	愛知県	1.82
6	大阪府	1.75
7	東京都	1.73
8	滋賀県	1.71

草津あんしんいきいきプラン第7期計画より編集
 本市の令和7年(2025年)の高齢化率は22.6%で、全国(30%)県(27.5%)と比較しても低い。しかし、平成27年(2015年)から令和7年(2025年)までの10年間で75歳以上の高齢者は1.6倍に増加(約6,700人)する見込。(参考：H17→H27までの10年間は約4,300人増)

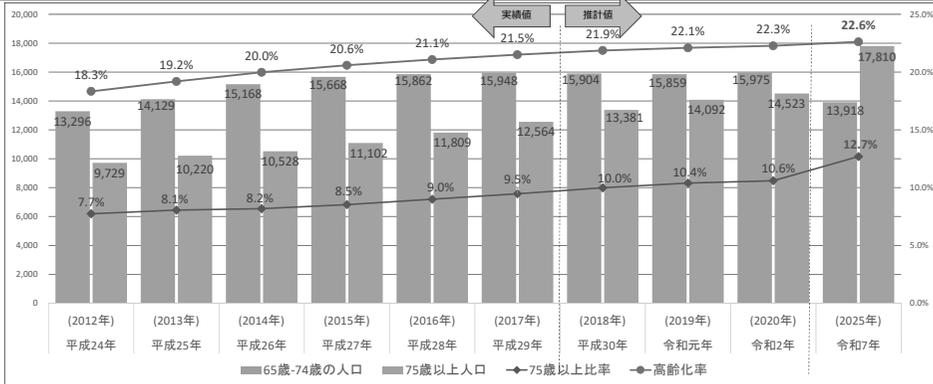


図6：草津市の高齢化の推移

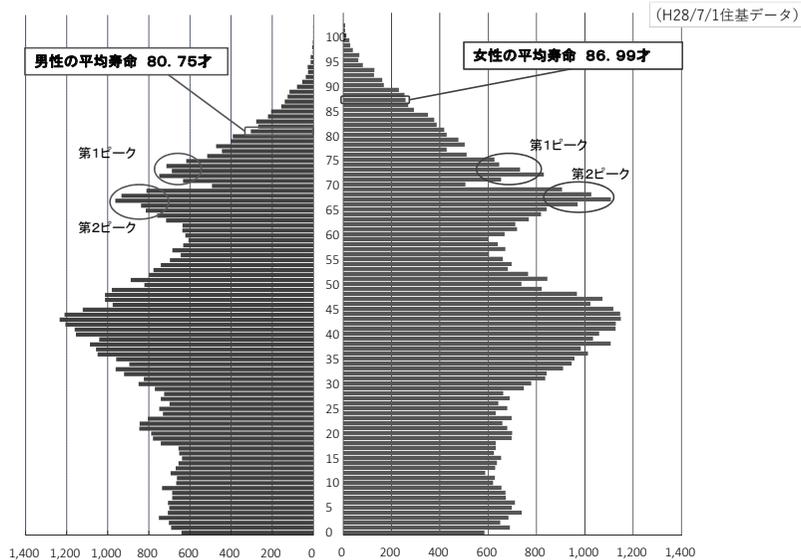


図7：草津市の人口ピラミッド

な形をしております、非常に望ましい形です。中ぶくれで釣鐘型。総務省によれば、日本全国でこういう市町はここしかないというお墨付きでございます。

余談にはなりますけれども、ここにはピークが4つあります。一番上のピークは高齢者、これは分かります。真ん中のピーク、これは働き盛りの人たち。滋賀県は、実は農業県ではなくて、工業県です。全産業のなかで第二次産業の税収の占める割合が、3割以上っております。日本有数の工業県でありまして、やはり働き手が必要です。従って、たくさんの方が草津市、湖南地域に移住して来られます。その方たちは若いですので、子どもさんをたくさん連れてこられたり、またこの地で生まれています。それとここですね。中ほど、20代を中心にピークがありますのは、ここにもたくさんおられますけれども、学生さんですね。非常に湖南地域は大学が多い。言ってみれば、非常に将来性のあるところで、島川さん、行政の立場としては、本当にやりがいのある職場と思っております。

今、生まれることとか、高齢とか言いましたけれども、将来的には、やはり死というのを、僕たちは覚悟しなければならない。死亡数もご承知のように、どんどん上がってきています。今、推計で全国で毎年130万人亡くなります。将来は160万人亡くなられます(図8)。じゃあ、その増える30万人はどうするのか。そこが問題でございまして、実際に、いわゆる病院で亡くなられる方は、ベッド数が今度はどんどん減りますので、限られています。国は在宅で看取ろうと言っていますが、なかなかそれが増えない。じゃあ、将来、これだけのオーバーする方たちはどうするか。いろんな施設とか、考えておられるようですけども、ここもいわゆる生活経済、そういうシステムのところにおきまして、大きな課題かもしれません。

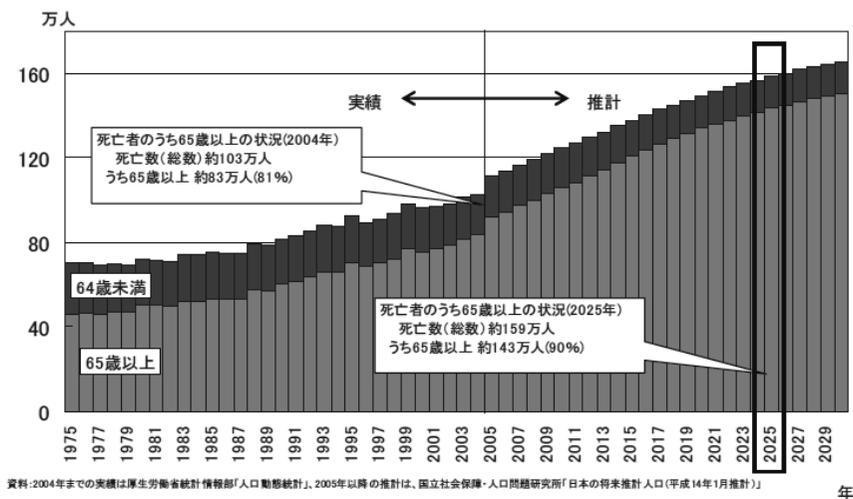


図8：死亡数（総数）の推移と見通し

読売新聞（2018年10月15日、読売オンライン）によれば、東京や神奈川などの都市部ではたくさん亡くなられますので、実際に火葬する場所がないということです。横浜ではすでに1週間、10日待ちということになっておりまして、火葬まで「ラストホテル」というところでお預かりするという、そういう状況にもなっています。だからある意味、今、火葬する場所が必要なんですけれども、なかなか地域のバランスと言いますか、反対というのが多くて、これはなかなか難しいのかもしれない。

ちなみに「高齢者というのは何歳から」という議論が、ずっとあります。2年ほど前に、学会では65歳ではまだまだ若いので、75歳からにしようやないかと、超高齢者というのは90歳からにしよう、そういう提言をしましたら、当時の厚生労働大臣がたちまちコメントを出されまして、これは医学的な観点からでしょうと、社会的に見れば、また税制や働き方の観点からしても、大きな変革をしなければならないので、今、すぐにはできないということで、一応の理解は示しておられます。従って、65歳から75歳の就労をいかに支援するか、そういうところも、私たちの課題となっている状況であります。

こういったデモグラフィックスの非常に大きな変化によって、疾病構造もかなり変わってまいります。これまで平均寿命が50歳に至らなかったそういう時代には、言ってみれば、認知症、前立腺がん、こういう疾病はなかったということでありまして。私も45年前に大学の授業を受けましたけれども、いわゆる「物忘れ外来」はもちろんありませんし、認知症という言葉もありませんでした。これもよく見られるグラフ（図9）ですけれども、疾病構造が変化して、今はですね、悪性新生物、がんが死因のトップになっているんです。昭和56年頃から、このような傾向にあるということなんです。

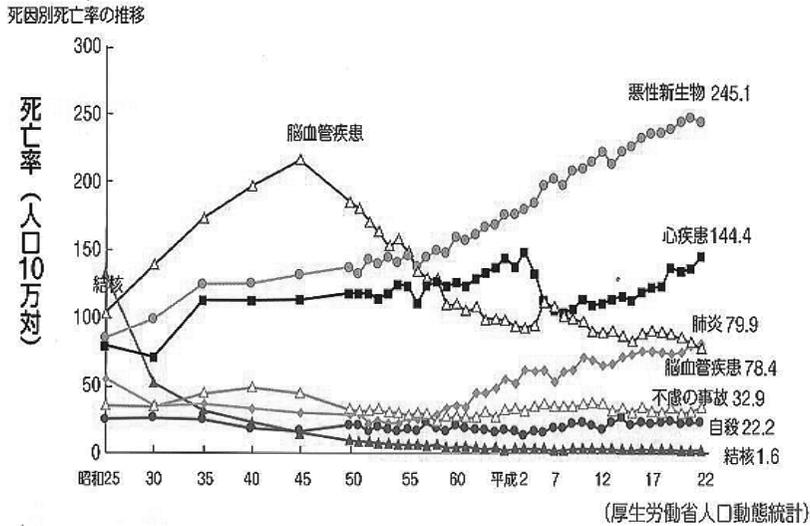


図9：疾病構造の変化～死亡率のトップは、がん～

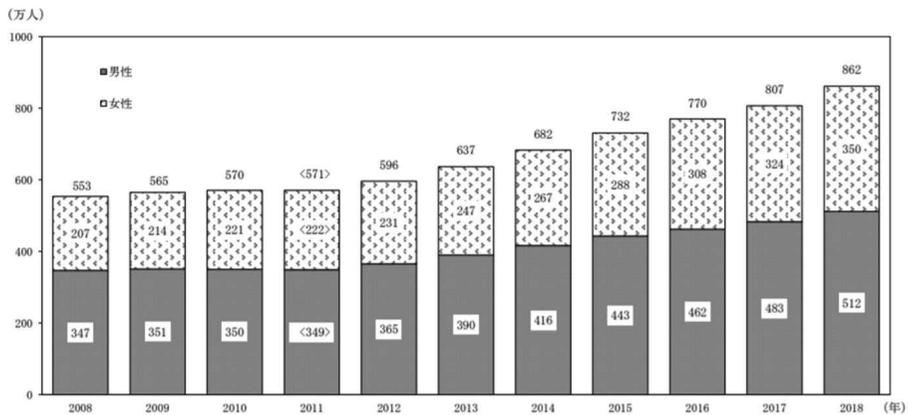
2. 介護をめぐる経済学—“老後レス”時代の幕が開いた

では次に、「介護をめぐる経済学—“老後レス”時代の幕が開いた」というところで、少しお話をしてまいりたいと思います。これからは皆さん、専門的なところですので、スライドは流すだけにいたします(図は省略します—編集者)。社会保障費は歳出の33%を占めております。特に高齢の世代向けの支出が大きく増加しています。年金、医療、こういうところでございます。だいたい現在、120兆円くらい支出しておりますね。そして、予算に関して、そういった医療、年金に関しましては、30兆円、40兆円の時代であります。なぜかと言いますと、このように年齢を重ねるとともに、要介護、要支援の方たちが多くなる。それに向けて、資源を投与しなければならない。そういう自然な流れでございます。介護費用の推移に関しましても、年々高くなっている。

そういうことで、国といたしましては、若い人口が減るわけですから、まず急性期の病床を減らそう、そして慢性期のほうに手厚くしよう、そういう施策を展開しています。これはいわゆる「病床機能の再編」ということで、皆さん、聞かれていると思います。これを主にやっておられるのは、県も絡んでいるんですけども、やはり病院が主で、病院に対する、こういうある意味締め付けがなされています。それから、つい最近、全国の472の病院に関して、「統合」とかが言われていますけれども、これに対しても非常に反対がありまして、今すぐにこれが可能かという、なかなか先は見えてこない状況にあります。ただ、お医者さんに関しても、「削減」というのがなぜ来たんだということは、先ほど申しました地域包括ケアシステム、この最上位の施策の一つの方策として来ているということを、しっかりと認識しておかなければならないんですけども、残念ながら、私どももつい2、3年前までは、こういうことはまったく

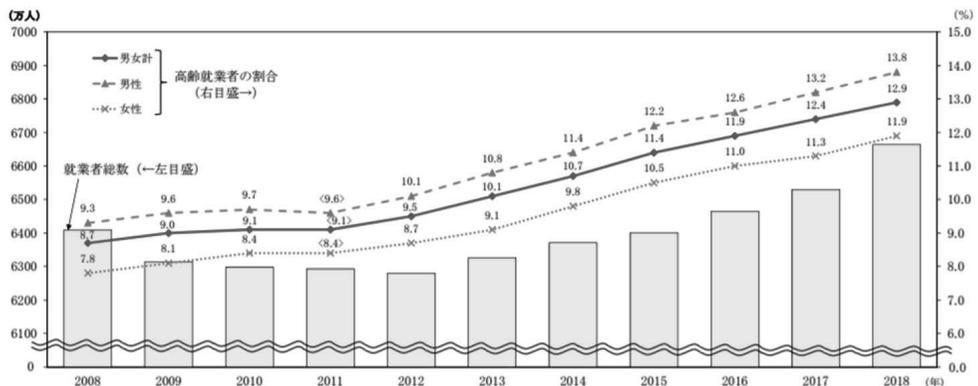
知らなかったというところでは。

“老後レス”の話になりますけれども、高齢者の就業者数は15年連続で伸びています(図10)。男女ともに伸びております。もうすぐ1,000万人になろうとしています。年齢的にも、やはり歳がいても、年代ごとに増えているという状況です。これは就業者総数に占める高齢就業者の割合(図11)ですけれども、約13%、年々増えている。だから、65歳定年になっても、「そろそろゆっくりできないよ」という、そういう意味なのかもしれません。ほかの国々と比べましても、日本の就業率はかなり高いほうであります(図12)。



資料:「労働力調査」(基本集計)

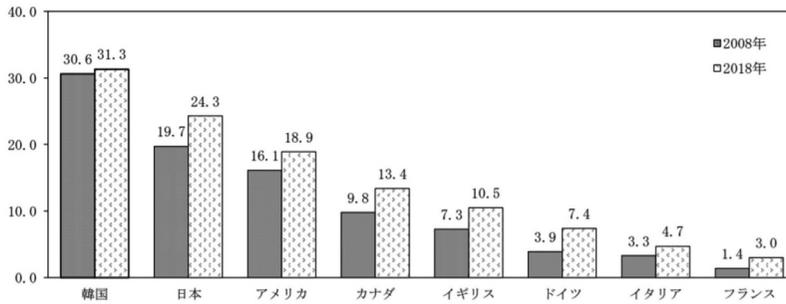
図10: 高齢就業者数は、15年連続で増加し、862万人と過去最多



高齢雇用者の4人に3人は非正規の職員・従業員
 高齢就業者は、「卸売業、小売業」や「農業、林業」などで多い

資料:「労働力調査」(基本集計)

図11: 就業者総数に占める高齢就業者の割合は、12.9%と過去最高



資料：日本の値は、「労働力調査」(基本集計)、他国は、OECD.Stat

図12：日本の高齢者の就業率は、主要国の中でも高い水準

3. 先制予防の考え方—介護予防とフレイル予防

次からは、本来の医療、介護についてなんですけれども、先制予防の考え方を少し紹介したいと思います。まず、介護予防というのは、聞き慣れない言葉かもしれませんが、実際に介護を受ける、それと例えば病気になる、体が弱ることをフレイルと言います。そうってしまったてはなかなか元に戻らないから、まず先制的に、そうならないようにしっかり体を鍛えるというのが、フレイル予防、先制予防という考え方であります。今、先制医学ということで、遺伝子的なところから、もう治療を始めようという、そういう考え方がありますけれども、そういう概念に似たところがあると思います。介護予防というのは、その中でもキーの言葉で、厚生労働省のホームページにも「高齢者が要介護状態となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的として行うもの」というように規定されております。

それで、フレイルの定義についてです。これは非常に、昨今、話題になっておりまして、国は来年（2020年）4月から「フレイル健診」というのを始めると言っております。ここで気を付けなければならないのは、フレイルというのは健康と要介護の間の状態を指すというのはいいんですけれども、矢印に双方向性があります。ある程度、フレイルな状態になっても、ここでリハビリをしっかりとすると、プレ・フレイル、場合によっては健康な状況になるというところでございます（図13）。

今日、僕は恥ずかしながら、初めて日下部さんのプロフィールを見たんですけれども、要介護3で僕が勤務しております草津ケアセンターに来られたんですが、草津ケアセンターでしっかりリハビリをされておられますので、要介護の1になりました。これはまさしくリハビリの力、それと、日下部さんご自身の意識変容の結果だと思います。それで、フレイルと言ってもいろいろあるんですね。今、有名なスケーターが、「かなり心が痛んだ」とおっしゃっていますけれども、そういったことが高じますと、若くしても社会生活ができないという「心のフレイル」というのもあります。だから身体の虚弱だけでなく、精神心理の虚弱もありますし、社会性の虚弱もあります。そういったフレイルもあるということをご承知おきください。フレイルの程度に応じた対策は、このようにしっかりと規定されています（図14）。

先制予防, 健康長寿のための3つの柱を書きおきましたけれども(図15), まず栄養, それと口腔ケアで, しっかりとリハビリを受ける. 大事なものは, この社会参加であります. 働くこと, 余暇を活用する, それとボランティアですね. お金はある程度必要. しかし世の中のためにボランティアをしよう. 例えば昨年, こども食堂とかいろいろやりましたし, そういったところの現場にも, かなりの高齢の方がしっかりと労働力を提供している. そういう図式が見られると思います.

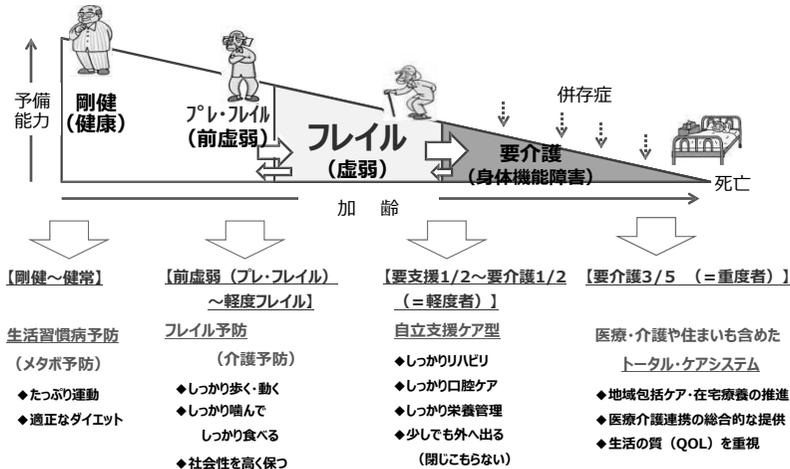


図13: フレイルの程度に応じた対策

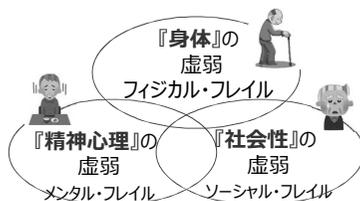


図14: フレイルと言っても様々 ヒトはどの側面が弱っていくのか?

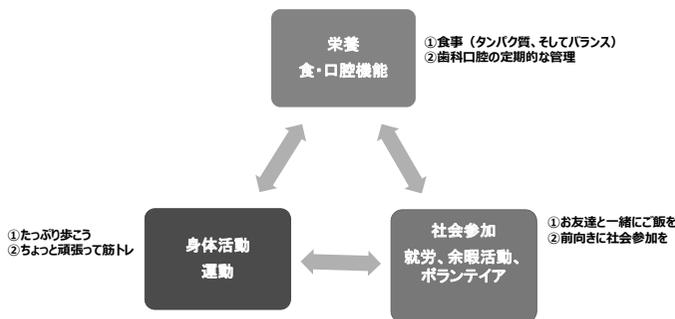


図15: 健康長寿のための3つの柱

4. 「地域包括ケアシステム」は厚生労働施策の最上位根拠

次に地域包括ケアシステムですけれども、これに関しましては、もう皆さんご承知のように、アンケート調査から、だいたいの住民のニーズが分かってまいりまして、具体的にそういうシステムに進化したということでもあります。これは介護における本人の希望、そして次が家族の希望、ともにやはり住み慣れた自宅で一生を終えたいというのが、希望でございます。「草津市民のニーズ」(図16)でも57.6%の人が「自宅で人生の最期を迎えたい」と答えています。草津市においては、図17のように、多職種、行政、医師会でいろいろやらなければならないということが書いてありますが、残念ながら、住民がどういう役割をするかに関しては、今のところはここには出ておりません。

こういった地域包括ケアシステムにおきましては、やはりいろんなツールが要ります。対象人口は、どんどんどんどん増えてきますので、単なる紙ベースの仕事では、まったく何もできない。従って、いわゆる ICT です。Information & Communication Technology を使いました介護、医療、こういったサービスの展開がなされています(図18)。新しいところでは、滋賀県におきましては、県が主導します病院と病院の連携、それから医師会が主導します地域のかかりつけの先生と在宅の連携、この2つのプラットフォームを総務省の肝いり、2億5千万円の費用を使って同一のプラットフォームに統一いたしました(図19)。そして、この ICT のプラットフォームを通じて、地域包括ケアシステムを担保する、そういう施策が昨年からは始まっています。これはかなり期待できるものと思われまます。

市民ニーズ調査結果報告書より(平成29年3月)有効回答者数3,832人/5,500人

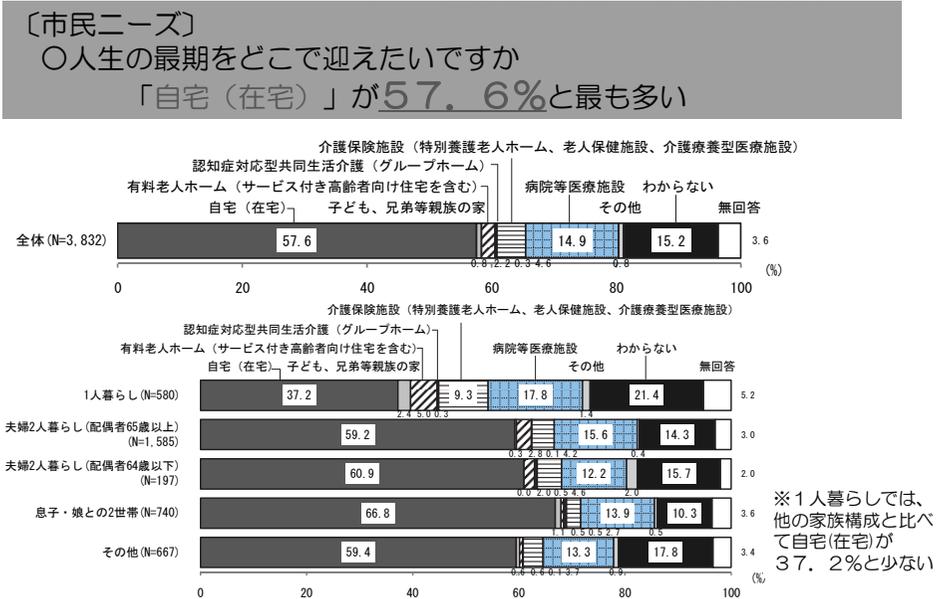


図16：草津市民のニーズ

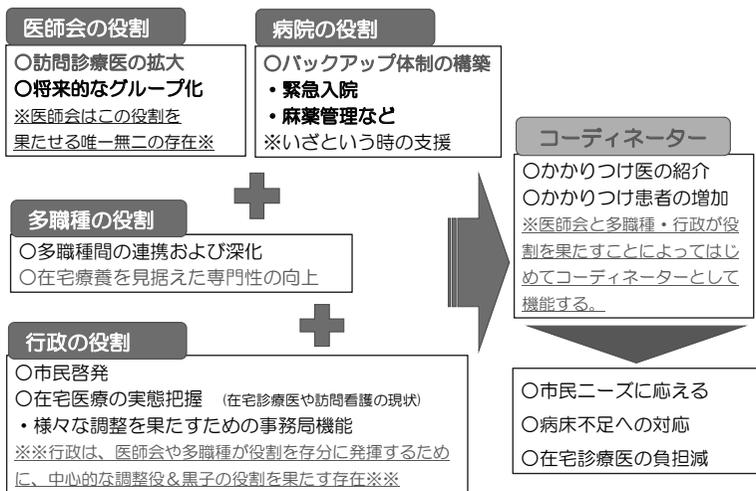


図17：医師会、病院、多職種、行政（コーディネーター）の役割

➤超高齢社会における医療と介護の課題を解決していくためには、地域の医療施設と医療従事者の強い連携が望まれ、その具体化には、ICTの活用が不可欠

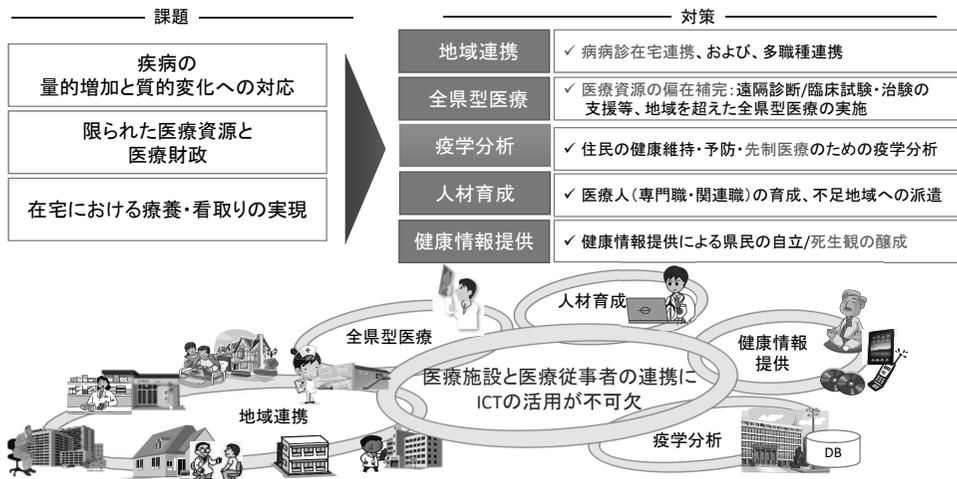


図18：Information & Communication Technology(ICT) 活用の背景と目的

ここにイメージがありますがけれども、在宅介護、それと病病診の連携がこのような1つのプラットフォームで完結しているというところ。これが「淡海あさがおネット」、あさがおの花言葉は、連携ですね。あさがおのツルは竹にしっかり結び付く。そういう意味であさがおと名前を付けている次第です。草津市が目指す地域包括ケアシステムについては、鳥川さんからご報告があると思います。

- ▶ 「滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会」、「県医師会」、「地域協議会」が連携し、医療・介護・福祉の情報を活用するネットワークシステムを推進

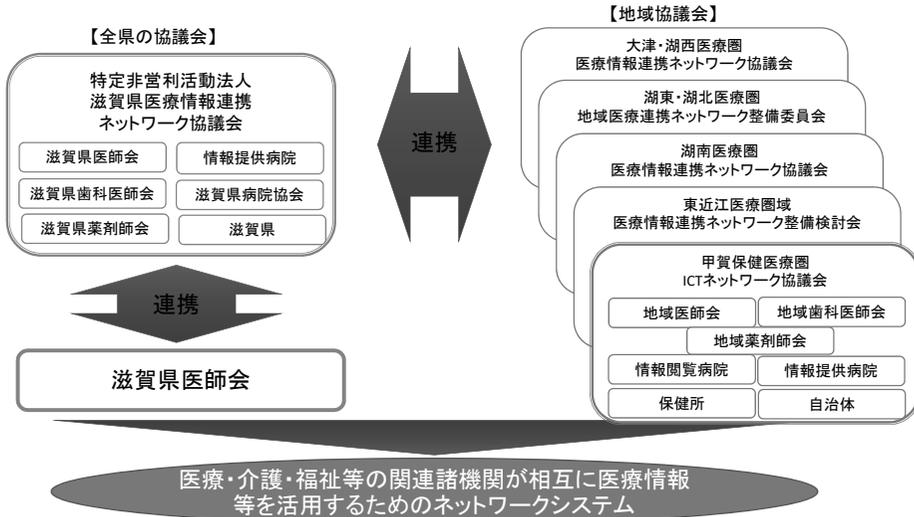


図19：滋賀県医療情報連携ネットワークの推進体制

5. 市民の役割としての“死生観の醸成”—Advance care planning を活用しよう

残りの時間が少なくなってきましたので、アドバンス・ケア・プランニングに関しまして、少しお話をしたいと思います。その背景と理念ですけれども、まずは日本医師会の「白くま通信」というところが、きわめて簡潔にACPのことを書いてございます。皆さんのハンドアウトにもありますけれども、後ほど、よくご覧ください。

人生の最終段階において、どのように生きていくか。多くの人と話し合う。しかもその決定はその場限りではなくて、何回でも繰り返すことができるというものであります。ここから先はかなり専門的になりますので、割愛させていただきますけれども、この話の始まりは、富山県射水市の市民病院の事件から起こったわけでありまして。終末期医療に関して、いろんな悲しい出来事が起こりました¹。国としては、それを放っておくことができないので、いろんなガイドラインが作られまして、その結果としまして、現在、ACPの概念を導入したものができているということでありまして²。

6. まとめ

まとめでありますけれども、超高齢社会は深化の一途、特に我々の住まいする湖南地域では、本当に進んでおります。また、“老後レス時代”を、今、考える必要がございます。そして、地域包括ケアシステムの構築が急務です。草津あんしんいきいきプラン、草津市が出しておりますけれども、これは非常に素晴らしいプランでありまして、これを推し進める必要がございます。そして、やはり介護とかフレイルに対する先制予防、ひいては健康寿命の延伸に関して、

皆さん、夕食時にお話をしてほしいなと思います。また、これはちょっと書き過ぎかもしれませんが、死生観の醸成。これはACP、これから島川さんのお話になる人生ノートを活用しようではないかということでもあります。これはRobert Browningの詩ですけれども、「共に老いてゆこう。いちばんいい時はこれからだ。人生の最後、そのために最初が作られたのだ」というところで、頑張っていきたいと思っております。ご清聴ありがとうございました。

注

- 1 富山県射水市民病院事件：平成12年(2000年)から17年(2005年)にかけて、7人の患者が医師によって人工呼吸器を取り外されて死亡した事件。患者は50歳代から90歳代の男女で、いずれも意識がなく回復の見込みがない状態であった。7人のうち1人は家族を通じて本人の同意があったが、残りの6人は家族の同意のみであった。県警は、平成20年(2008年)7月に呼吸器外しに関与した医師2人を殺人容疑で富山地検に書類送検したが、不起訴になった。この事件がきっかけとなり、行政や学会で終末期医療に関するガイドラインを作る動きが活発化した。
- 2 ガイドライン作成の経緯：富山県射水市民病院事件を契機に、平成19年(2007年)5月に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」が策定された。そこでは、人生の最終段階における医療の在り方として、1) 医師等の医療従事者から適切な情報提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行ったうえで、患者本人による決定を基本とすること、2) 人生の最終段階における医療およびケアの方針を決定する際には、医師の独断ではなく、医療・ケアチームによって慎重に判断すること、が示された。なお、平成27年(2015年)3月に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に名称変更がなされた。

○司会：鈴木先生、ありがとうございました。フレイルの話は、私も実は母が要介護2でして、もうちょっと聞きたいなという内容でもありました。ありがとうございました。続きまして、草津市役所の長寿いきがい課の保健師、島川智香様からお話をいただきます。受付のほうで、こういった「未来ノート」というのを、お配りしましたけれども、残念ながら部数が少なく、お手元に取れなかった方もいらっしゃるかもしれませんが、ぜひこういったものを見ながら、お話を聞いていただければと思います。そうしましたら、島川様、よろしくお願ひします。

報告

「草津市における地域包括ケアの今後の展望」

草津市役所長寿いきがい課・保健師 島川 智香

はじめに

ご紹介に預かりました草津市長寿生きがい課で保健師をしております島川と申します。本日はどうぞよろしくお願いいたします。本日は草津市の地域包括ケアの今後の展望ということで、草津市の未来について、ここにお集まりのいろんな立場の皆様と一緒に、考えさせていただく機会を与えていただいたことを感謝します。

地域包括ケアと言いますと、非常に幅が広くて、どの辺を中心にお話しさせていただくか、佐藤先生と相談させていただきました。それで地域づくりについて草津市では、非常に活発に市民の皆さんが活動されていますので、そういった点と、先ほど鈴木先生からお話をいただきましたアドバンス・ケア・プランニング、こちらにつきましては、在宅医療、介護という地域包括ケアとの関連で非常に重要になってきますので、この2つの領域を中心に、行政保健師という立場から、ご報告させていただきます。よろしくお願い致します。

1. 「健幸都市くさつ」を目指して—草津市健幸都市基本計画

最初に草津市の概要ですが、先ほども鈴木先生のお話しにありました通り、人口は約13万人、高齢化率22.0%と、全国と比べましても、また県内の中でも比較的若いまちといえます。「住みよさランキング」というものもございまして、近畿ブロックでは3位、全国40位と、非常に高い位置にあります。平均寿命、それから最近では健康寿命という概念で数字が出てきますけれども、どちらもともに高く、特に草津市は、この健康寿命の延伸というところにつきまして、熱心に取り組んでいるところです。草津市の平均寿命は、男性83.02歳、女性87.89歳で、健康寿命は、男性81.58歳、女性84.97歳となっています（平成30年）。

草津市では、「健幸都市くさつ」を目指しております。この健幸の幸という字は、幸せという漢字を当てています。これまでの「住みよさ」に加えまして、市民の皆様お一人お一人が「健やかで幸せである」と感じていただくということが重要である、という考えに基づきまして、新しい都市モデル「健幸都市」に向けた取り組みを進めるべく、平成28年（2016年）に健幸都市宣言を行いました。こちらは生涯にわたって、一人ひとりが自らの健康を大切にさせていただいて、ともに支え合い暮らすということによって、絆や喜びが生まれ、幸せが感じられる笑顔あふれるまちを目指す、というところに目標を置いております。

この絆と言いますのは、やはり人と人とのつながりの中で生まれてくるものでございます。まさに、今の地域包括ケアの根幹と同じ方向性を一にしていると感じているところです。この

健幸都市を実現していきますために、全市的に取り組む事項を「草津市健幸都市基本計画」で定めております。こちらは住む人も訪れる人も「健幸」になれるまちを目指しています。特に健康福祉政策は今までは「福祉の業界」の中だけで進めてきたという歴史もございますが、これからは都市計画、まちづくりですとか産業振興の分野とともに連携を深めまして、ハード面も一緒にソフト面と両面から、総合政策として推進していくという方向に舵を切っているのが特徴です。

「草津市健幸都市基本計画」（図20）の中の「ひとの健幸づくり」というところで、丸で括弧しているところには、先ほど申した健康寿命の延伸の目標数値を掲げています。また今年は、「個人の健康づくりや支え合いのコミュニティづくりを含む地域の主体的な健康づくりの支援等」を強化することになっています。こちらも地域包括ケアの中でも重要視されているところです。



図20

2. 草津市がめざす地域包括ケアシステムの姿

「草津市がめざす地域包括ケアシステムの姿」（図21）では、ご本人さん・市民の皆さんの「住まい」を中心に据えております。上の領域が「医療」と「介護」の連携ですね。どちらも適切な時期に、適切なサービスが提供されなければ、在宅で生活していただくことができません。特に、ここの連携というところを重視して、草津市でも「多職種連携推進会議」というところで、この連携の課題について検討しているところです。また下支えをしておりますのが、地域でできる「見守り」や「生活支援」、「健康づくり」や「介護予防」の部分です。地域での暮ら

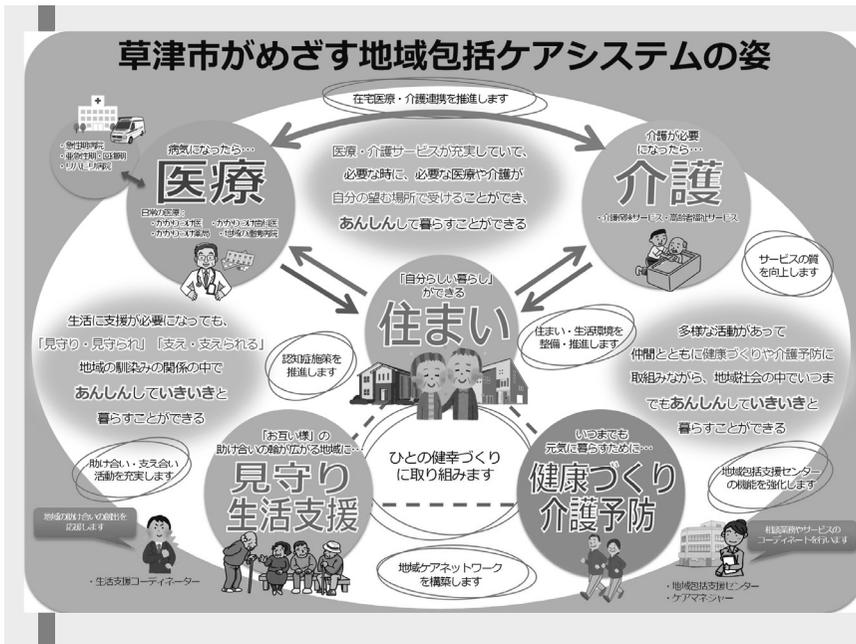


図21

草津あんしんいきいきプラン（第7期計画）

基本理念：すべての市民が人として尊重され、一人ひとりがいきいき輝き、安心して暮らすことのできるまちづくり

①地域包括ケアシステムの深化・推進体制の構築

- 地域で助け合える基盤となるネットワークづくりを進め、住民主体の活動を支援し、高齢者の生活を包括的に支える仕組みづくりを進めます。
- 医療・介護をはじめ、高齢者を取り巻く多職種の連携のもと、在宅医療基盤の充実を進めます。

②健康づくり・生きがいづくり・社会参加の促進

- 「健康都市」の実現を目指し、健康づくり・生きがいづくり・社会参加の観点で、地域での住民主体の取組みを推進します。

③介護予防の推進

- 身近なところで介護予防に取り組める「通いの場」の充実を目指します。
- 要支援・要介護状態になるおそれのある高齢者に効果的な介護予防を進めるためにケアマネジメントの充実と質の向上を図ります。

④高齢者の住まい・生活環境の整備

- 高齢者の状況に応じた適切な住まい・居住環境が確保され、安心して生活できる環境整備に取り組めます。

⑤サービスの質の向上と円滑な利用の推進

- 住み慣れた地域での生活ができるよう、高齢者福祉サービスの充実を図るとともに、介護サービスの質の確保・向上に向けた取組みを進めます。

⑥認知症対策の推進

- 認知症があっても安心して生活できるまちの実現を着実に進めるため、「草津市認知症施策アクション・プラン」を策定し、本計画に掲げる事業を更に細分化し、個別具体的な取組みを進めます。

図22

しにつきましては、その専門職による支えだけでは成り立ちません。お互いが緩やかに見守り合う関係、また声を掛け合う関係、お互い様というような助け合い、日常的な人のつながりで、安心して過ごしていただくことができるのではないかと考えております。

もう1つ、計画がございまして、「草津あんしんいきいきプラン」、こちらは佐藤先生にも、長年、ご協力いただきまして、第7期計画を進めているところです。高齢者福祉計画、介護保険事業計画にあたる部分でございます。こちらでも特に「地域包括ケアシステムの深化・推進体制の構築」を進めてきましたが、現在は「構築から醸成」へというステージに至っていると思います。各種施策の総合的な推進をこちらに基づいて進めております。以上のさまざまな計画をもとに、草津市はこういった3つの領域で、「すべての市民の皆様が人として尊重され、一人ひとりが生き生きと輝き、安心して暮らすことのできるまちづくり」ということを総合的に進めているところです(図22)。

(1)「学区の医療福祉を考える会議」の取り組み

少し抽象的なお話が多かったので、ここからは具体的な取り組みにつきまして、2つお伝えしたいと思います。1つ目は「学区の医療福祉を考える会議」。これは小学校区ごとに開催している会議体です。参加のメンバーは学区によって異なりますが、地域の皆さん、いろいろな協議会の皆さんですとか、また専門職種の皆さん、お医者さんですとか看護師さんや、地域でご活躍の方が集まって、グループワークを通して意見交換を行っています。会議の様子は瓦版のような形で、町内回覧で回される地区もございますので、もしかするとご存知の市民の方もいらっしゃるんじゃないかなと思います。

そこで出された意見をご紹介しますと、「地域のサロンや活動に誘い出してもらうなじみの関係があるといいな」、「元気なときからお互いを気にかける関係や、つながりづくりが大事な」、「家族が認知症、こういったことを相談できるようなオープンな関係性って大切だなあ、でも、どうしたらいいかな」、「実際、認知症の人が道に迷っておられたら、どうすればいいか、みんなで集まって声をかける模擬訓練をやってみたらどうかな」ということで、非常に各学区でテーマは違うんですけれども、認知症については、意識を高く持って取り組んでおられる学区が多く、関心の高さが伺えるテーマです。

この「学区の医療福祉を考える会議」の良さですけれども、地域の中で顔の見えるお互いの関係を作って、さらにその先、手をつなぐというところまでの関係を目指して、職種も関係なく、立場も関係なく、フラットな立場で話ができるということが、すごく魅力があると思っています。私も入庁して20年ぐらい経つんですけれども、私が入庁した当初、このような会議体はまだ存在していませんでした。なおかつ専門職の皆さんも、こんなに地域の会議にたくさん参加されることはありませんでした。それぞれの専門職が、患者さんの生活ですとか、課題について見ていくということは、いろんな職種同士でお家のほうに行かせてもらうこともあったんですが、「患者さん個人」から「患者さんが暮らす地域」に視点をシフトして、地域全体が

どうなっているか、というところを考える場というのはなかったように思います。

やはり専門職種や地域住民一人ひとりの力では限界がありますし、一人ひとりの良さ、強みをつなぐ、それは線になってつないでいきますし、網の目のように張り巡らしていくと、線が面になって、広く多くの人を助けることにつながるんじゃないかなと思います。非常に良い場所ができてきているなど心強く感じているところです。実際には、いろんな情報を共有されて、また思いを共有するということで、この共感ですね、地域の中での暮らしの困ったことを、自分のこと、我が事と感じていただいて、共感して、そしたらどんなふうに取り組んだら、その課題が解決できるまちになるのかと考えていただく。まずは、共感というところが、非常に良い動機づけを生んでいると思います。そこから知恵を出していただくことで、見守りや支え合いの機運ということが醸成されつつあります。

(2)「おでかけふれ愛模擬体験」の紹介

実際に、この会議体から生まれた取り組みがございまして、少しご紹介したいと思います。こちらは笠縫小学校区で開催されました、「おでかけふれ愛模擬体験」の写真です(写真1)。これは「地域安心声かけ訓練」と言いますが、認知症のある高齢者の方が、お家に帰れなくなったということを想定して、もしそんな方をお見かけしたら、実際にどうやって声をかけたらいのかな、ちょっと不安なこともあるし、一旦体験という形でやってみよう、ということで企画されたそうです。認知症のある高齢者の方がこの町内の方の役で、「ちょっと買い物に行こうかと思ったんだけど、道が分からんようになってしもて」というところで出会われて、「こんにちは、こんなところでどうしはったん」というふうな形で、お声をかけているというところから体験がスタートしています。

この認知症の高齢者役の方も、こだわりを持って企画を進めてくださいました。ちょっと難易度も高く、そしてアドリブも効かせていただいて、なかなかお家に帰ってくれなくて、模擬訓練といえども、難しかったというふうに感想も出ていました。しかしこういったプロセスを実際に体験していただき、実感していただくことで、見事に、最後は「よかったら一緒に帰りましょうか」という形でお家に帰られたということです。

模擬訓練の最後に意見交換会をさせていただきました。こういった意見が出てきております。「若い人の参加も多くて良かった」、「次は子どもたちも一緒にやってみたらどうかな」ということで、世代を超えた、高齢者だけの問題ではなくて、地域全体で、いろんな働き世代や子どもの世代まで一緒に考えていこうという、世代を超えたつながりも生まれているようです。また、「認知症のことは、明日は我が身。身近な周囲でこうした取り組みをしてくれたことは心強いし、嬉しいわ」と、90歳の女性の方が感想を述べられています。また「地域の皆さんと活動ができて、一体感を感じたし、今後も頑張っていきたい」と、介護サービスを提供されている、この地元の事業者の皆さんもおっしゃってくださっていました。

こういった取り組みを通じて認知症について、実際にオープンに話せる機運が生まれるので

はないでしょうか。先の「考える会議」では、こういった機運を作っていくという課題に対して、実際に今、紹介させていただいたような取り組みが生まれています。認知症があっても安心な「まちづくり」というところに、少しずつつながっている、そういったところが、非常に良い取り組みだなと感じています。また、これが行政主導で行ったのではなくて、地域の方の発信を中心にして、行政のほうも一緒に、関係機関も一緒に、伴走させてもらうという形でした。我々が「してください」と言ってしたのではなくて、こういったことが必要だということが、市民の皆さんからの発信でできたというところに、私も非常に感銘を受けております。

おでかけ「ふれ愛」模擬体験（地域安心声掛け訓練）



写真1

3. アドバンス・ケア・プランニングについて

続きまして2つ目のアドバンス・ケア・プランニングですが、厚労省では、「人生の終わりまで、あなたは、どのように、過ごしたいですか?」という問いかけで、「もしものときのために」というリーフレットを出しております。誰でも、いつでも、命に関わる大きな病気や怪我をする可能性がある。これは高齢の方だけではなくて、私も、明日、事故に遭うかも分かりません。みんなに可能性があるそういった「もしものとき」に意思表示ができないことも多く、7割くらいの方が意思表示ができないと言われております。そういうときに自分の望まない延命措置ですとか、医療ケアの提供があるかもしれない。それは本人さんにとってだけではなくて、周りに関わっている支援者も非常にジレンマを感じてきました。

「もしものとき」を自分自身で前もって考えて、周囲の人と話し合っ、て、「自分自身の考え」を共有しましょう。自分一人で決めるのではなくて、そのプロセスを、ぜひ大事な人と分かち合っておいてくださいねということで、厚労省も「人生会議」という愛称を設定して、「いい看取り」という語呂合わせで、11月30日をこの会議の日と設定するなどのキャンペーンを張っています。ぜひ地域の中でも、こういった話し合いをする機運を醸成していきましょうということです。

少し ACP の本質について、お伝えしたいと思います。この本質は「対話」ですね。話し合い・コミュニケーションですね。皆さん一人ひとりの価値感を理解すること、そしてそれを他者と共有すること、ここが一番大事なところですね。ですから、「一人では決めないし、一度に決めません」ということですね。また、状況によって気持ちは揺れる、何度でも話し合うということが大事ですので、対話を通して価値観をお互いに理解すること、継続的に行っていくことが、非常に重要視されています。

ただし、いろいろな考え方があります。やはり日本の文化としては、死を忌み嫌うという土壌があるということもあります。「死を考えることは縁起でもない、辛い」と感じる方もいらっしゃいます。地域の集いの場に私たちも「出前講座」でおじゃまさせていただいて、こういったお話をさせていただくことがあります。そこでアンケートを取らせてもらいますと、やはりそのように感じられるとお答えされる方が、2割程度はいらっしゃいます。8割くらいは「考えてみようかな」とお答えされますが。こういうことは、個人の主体的な取り組みが大切ですので、無理には勧めるものではありません。考えたくない人への配慮も必要だと感じています。

また、人生の終わりをどんなふうを迎えたいか、こういったことについて思いを巡らせて、準備することは、決して後ろ向きの行動ではない、ということもお伝えしたいと思います。死と向き合うということは、必然的にこれまでの自分の人生を振り返ることにもなります。その記憶をたどっていただきますと、いろんな思い出ですとか、大切にされたいご自身の考え方を、掘り下げるといふことにもなります。そうすると、残りの自分の人生をどんなふうに生きたいかと考え、新たな目標や価値観に触れることにもなります。そうしますと、たとえば「もう一回、小さなときに行った洋食屋さんに行ってみたいな」とか、「それまでやっぱり元気でいたいから、リハビリ頑張ろうかな」という気持ちにもなります。元気なときというのは、自分の人生の最期についてなかなか考えることがないんですが、こういった思いをめぐらせるというのは、これからをどう生きるか、前向きに自身の人生を生きる、考えるということにつながると、我々は考えています。

4. 草津市「未来ノート」について

だからこそ元気なうちから考えて、話し合っていたいただきたい。そんな思いで作らせてもらったのが、草津市の「未来ノート」です。お手元のない方もいらっしゃって恐縮なんですが、二部構成になっておりまして、こちらの「生き方は自分で決める、そして逝き方も」というタイトルで、情報がまとまっている冊子と、「未来ノート」という実際に利用者にご記入いただける様式になっている冊子です。ちなみに、この「生き方は自分で決める、そして逝き方も」というタイトルは、佐藤先生が前々回のシンポジウムをまとめた著書³のタイトルから、非常に理念が共通しているということで、借用させていただきました。草津の市役所の長寿いきがい課の窓口でも配布させてもらっておりますし、市のホームページにも、一応データはダウン

ロードできる環境を整えさせてもらっております。今日は、少し持って来ていますので、もしご関心ある方がいらっしゃいましたら、持ち帰りいただけたらと思います。

こちらの冊子の生い立ちについて少し触れたいと思います。この冊子を企画したのは、「草津市多職種連携推進会議」という団体です。草津栗東医師会や滋賀県栄養士会などの職能団体から代表の方に集まっていたきまして、地域包括ケアの医療と介護、この領域の円滑な連携について、具体的な進め方や、また市民の方への啓発について、話し合っている協議体です。この「未来ノート」につきましても、この啓発の一環として作成にご協力をいただきました。どんなふうに表示を工夫したら、皆さんに分かってもらいやすいか。また項目はどうしたらいいか。エンディングノートの内容もどこまでを入れたらいいのか。本当にご本人の意思決定に重要なことは何かなどを悩みながら、作成してまいりました。やはり皆さん、専門職の代表の方ですので、普段、お出会いされる市民の方の声、それから支援のご経験から、やはりこういったところを大事にして進めていったらいいんじゃないかということで、まとまったのがこのノートでございます。

「未来ノート」の表紙をめくっていただきますと、まず、“はじめに”というところがございます。ここにちょっとお約束事を書いてあります。お話し合いされる際には、ここをぜひご一読いただけたらと思います。ここに1つ目には話し合いながら記入しましょうということで、書くことだけに捉われずに、やはり話し合いをするためのツールであるというところを推奨させてもらっています。また、いろいろと項目があるんですけども、書きやすいところから記入していただくということで、固くお考えにならずに書きやすいところから書いてもらうようにお勧めしています。特に自分史を書く欄があったり、生きがいにつながるページもございます。それから少し書きづらと思われるかもしれませんが、病気の告知について、また、人生最終段階の延命措置等についても書く欄があります。

「告知について」の欄や「最終段階の医療について」の欄は、複数の日付の欄に○印を付けてもらうようにしています。日が経つにつれて気持ちが変わったときに書き直せるように、欄を複数設けております。実際にはそのときの病状によって、提供される選択肢は非常に個人差がございますので、この欄がそのまま生かされるかという少し難しさはあるかも知れません。まずは一般的な内容からでもお考えいただくということが、より良い意思決定につながるという考えから項目を設定しています。人生の最期を過ごす場所について、それから介護、医療の費用についてとか、財産管理についても触れております。ご家族とのお話し合いの中で大事にされたいところは、それぞれで違うと思いますので、余白のスペースもあります。そういったお話し合いをされた内容を、ご自身に合わせて考えてもらうようにご利用いただければと願っております。

そうは言いますが、お一人だけで、またご家族だけで考えて進めるのは、やはり難しいところがありますので、草津栗東医師会の先生方にもノートの趣旨を理解していただきまして、

地域の中で「相談してもらってもいいよ」と言っていたでいます。ぜひ「かかりつけ医」を持っていただけたらと思います。

また、特にお伝えしておきたいのは、ケアマネージャーさんについてです。さまざまな介護保険のサービスをマネジメントしていただく統括的なお仕事をされています。特に5年以上の経験をお持ちの方にお集まりいただいて、「主任ケアマネさんの連絡会」というもの設けています。この皆さんも、非常に熱心にご議論いただきまして、ご自身のスキルアップ、また地域の方へのサービスの提供具合、地域の課題の解決につきまして、集まっていたでいて、解決策を練っていただでいております。特に草津市には、熱心に地域包括ケアを考えておられるレベルの高いケアマネさんがたくさんいらっしゃると、私も日々感じております。大変心強いことと思ています。

こういった支援者の方がたくさん地域におられます。もし学生の皆さんも、こういった地域の専門家のお仕事に関心があるようでしたら、介護や医療の人材は不足していますので、もしよかったらこうした職種を志望していただでいて、一緒にお仕事をさせてもらえたらいいなと思ています。厚労省が進める「人生会議」ということで、自分の人生の最期の選択をいきなり迫られるということは、誰にとっても難しいので、日々の日常会話の中で、少しでも思いを共有してもらおうということ、地域包括ケアを進めていただけたらと思ています。

おわりに

最後に地域包括ケアの今後の展望について述べさせていただきます。わたしは、皆さん一人ひとりがこの地域包括ケアの要であると思ています。地域包括ケアという言葉は新しく出てきましたが、これまで皆さんが行ってこられた地域活動に関わる、あらゆる地道な取り組みの集合体、その延長にあるものが地域包括ケアであり、皆さんの活動の一つ一つが地域包括ケアの構成要素と思ています。ここで言う役割というのは、大きな成果や活動を生み出すということだけではなくて、ご自身ができるだけ主体的な考えを持って、まわりに伝えていってもらおうということも、その一つと思ています。

今後は高齢者だけではなくて、全世代型の地域包括ケアへシフトされていきますし、私たち行政のほうも、皆さんが主体的な考えを生み出しやすいような環境整備、こちらに誠意を持って尽力していくことが求められています。草津市は非常に資源にも人材にも恵まれているまちであると思ています。私は日々、お出会いする皆さんに学ばせてもらう機会が多くあって、非常にポテンシャルの高いまちだと思ています。社会構造ですとか、難しい問題は山積しておりますけれども、皆さんの力、アイデアがつながっていけば、きっと、草津市はもっと良くなっていくと思ておりますので、ぜひ行政としても一緒に走って、汗をかいて頑張りたいと思ております。ちょっと時間がオーバーして、申し訳ありませんでした。拙い報告ではありましたが、以上、私からの報告を終わらせていただきます。ありがとうございました。

注

- 3 堀田力・藤本武司・森本清美・佐藤卓利著，立命館大学社会システム研究所編『生き方は自分で決める，そして逝き方も』晃洋書房，2018年

○司会：島川様，ありがとうございました。事業者の立場，それから自治体の立場から，それぞれお話をいただきましたので，最後は市民の立場から，日下部優様にお話していただきます。指定居宅介護支援事業所「きらら」から，介添え者として，辻佳代様にもご同席いただきます。よろしくお願いいたします。

報告

「介護を受けて感じたこと、考えたこと」

草津市民 日下部 優

ただ今、ご紹介をいただきました日下部優でございます。「光陰矢のごとし」、「歲月人を待たず」と言いますが、月日の経つのは早いですね。本当に早いですね。知らない間に84歳になったんです。自分ながらびっくりしているんです。84歳ですよ、大年寄りですね。私は80歳まで、案外、健康でおりましてね。ほとんど大きな病気はしたことない。医者にもかかったこともない。そりゃ、風邪をひいたり、熱が出たら、かかりますよ。その程度で、80年間来れたんですよね。それに加えて、私は薬嫌いなんですね。だから、ほとんど薬も飲まずに来たんですね。

ところが、いつまでもそんな状態でいられるはずがないですよ。歳ですからね。だから私は80年間、健康で生きて来ましたが、平成29年2月7日の夜中に、右手右足がゴムで縛られたようになったんですね。「一体何が起こったんやろうな」と思って目が覚めました。そしてしばらく異様な感じが続きましたけれども、「これくらいは治るやろう」と思って辛抱をしました。朝が来ました。脳の病気というのは怖いですね。むかつきとか、吐き気がくるんですね。本当に、それでもまだ私は、辛抱していたんです。阿呆ですね。辛抱強いのはアホですね。

それで昼頃になって、やっと私は、「えらい病気にかかっているんや」ということが分かりました。だいぶ手遅れですね。それで救急車に来ていただいて、荷物をまとめて、滋賀医大付属病院に行きました。検査の結果、診察の結果、脳梗塞であると言われました。右半身麻痺ですね。病院に行くまでは右手右足は動いていたんですよ。着いた途端に動かなくなった。それで急性期病院に1カ月半、リハビリ専門病院に4カ月半、合計6カ月入院しました。

入院中の諸々の話は横におきまして、6カ月経ちましたら、文句なしに出ていかないとあかんですね。今の医療の診療報酬制度では、それぞれの病気の治療に、この病気にはいくら、この病気にはいくらかと、患者を治療した病院に診療報酬が支払われます。しかし入院の場合は、入院期間が長くなると病院に支払われる入院料が減らされます。こういうように決められているんですね。患者からすれば、「否が応でも期間が来たら、放り出される」ように思えます。言葉は悪いですが、放り出されるんですよ。

最後の退院が近づいた頃、私のケアマネージャーさんも決まりました。そしてカンファレンスというのが行われまして、退院後は「こうするか、ああするか」と、いろいろ話し合いがあり、そして退院することになったんです。ケアマネージャーさんからは、「訪問看護もあれば、訪問リハビリもあれば、デイサービスもあれば、それぞれのサービスもあります」と言われたんです。最初のうちは訪問リハビリを利用しました。理学療法士に自分の家まで来ていただいて、リハビリを受けていたんです。そして、ケアマネージャーさんから「デイサービスが空き

ましたよ、行きますか」と聞かれました。私はね、「ええ歳をして、そんな年寄りが集まっているところへは行きたくないわ」と思っていたんですよ。でもね、行くことに決まりました。

自分の家まで送り迎えですよ、けっこうですね。それから朝は風呂に入れてもらうんですよ。昔なら殿さんですよ。それからリハビリを受けて、昼にはご飯もよばれるんですね。それから午後には、レクリエーション、リハビリ、体操。そのレクリエーションがね、職員のスタッフの方と一緒に、毎日変わったレクリエーションが受けられるようになっているんですね。けっこうやないですか。私は思いましたね。スタッフの皆さんの、職員の皆さんの笑顔が美しいんですね。きれいですよ。一人ひとりに介護され、お世話をされる姿を見ると、「何とも介護とはこういうものか」ということが、初めて分かりましたね。

そういうことで、私は3つの力をいただいたんですよ。“生きがい”、このように歳をとって大きな病気をしますとね、「もうどうでもいいわ」というような気持ちになりやすいんですがね。いや、「何とか元気を出していかなあかんぞ」という生きがいがありました。2番目に“希望と夢”というような力をいただいたんです。「あれもせなあかん、これもしてみよう」というような夢が湧いてきたんです。3番目には“運動意欲”ですよ。「治っても治らなくてもいいから運動をやりたい、やろう」。そういうような気持ちになったのは、デイサービスに行くようになってからです。大きな力をいただいたんですね。

そこで、私にも不安がありますよ。先ほど、鈴木先生からのお話があったように、少子高齢化がどんどん、どんどん進んでいるんです。そこらを見たら年寄りだらけです。そうなるかどうかどうなります。サービスも今まで3つ、4つ受けていたのも、ちょっとこれは止めときなさいや。これもサービスが間引かれるんですよ、言葉は悪いけど。そういうことになってくるんですね。年金、医療、介護の財源がだんだんだんだん少なくなってくるんですよ。そうなりますと、介護保険の自己負担も1割から2割に上げますよ、3割に上げますよと国のほうは言っている。そしたら少々の年金しかもらっていない私のような貧乏人は、もう介護もしてもらえないような時代が来るのかなと不安になります。いや、それはもう目に見えていますよ。国のほうは、行政やら国に頼らないで、家族で看なさいよという方向に、だんだんだんだん、引っ張ってくるんですよ。

でもね、昔と今とは文化が違いますから、若い者は、「年寄りなんか誰が見るんや」、そういうように思っていますよ。悲しいじゃないですか。私は思いました。災害と一緒に、自分の身は自分で守る。寝たきりにならないようにね、そしてボケ老人にならないように。少しでも心が働いていたら、その方向に行かずに守っていけるんじゃないかな。それでね、何も心配することがなくなりましたね。そりゃ、そうですよ。ケアマネージャーさんが毎月1回、家に来られるんです。そしてね、ケアプランというものを立てて、困ったことがあれば相談もできる。そして、いろいろな悩みも聞いていただける。だからね、何も心配することが私にはなくなってきたんですね。ありがとうございました。

全体討論

(パネリスト) 鈴木 孝世 島川 智香 日下部 優

(モデレーター) 佐藤 卓利

○**司会**：ただ今より全体討論を始めさせていただきます。基調講演をいただきました鈴木先生、それから島川様、日下部様、このお三方とモデレーターとして佐藤が加わって、全体討論を始めたいと思います。よろしくお願いします。

○**佐藤**：全体討論を始めたいと思います。私の生活経済論を受講していた学生さんのほとんどが退出されましたので、この会場の高齢化率がぐっと上がったようにも思いますが、まさに当事者として、これから会場の皆さんと一緒に、「地域包括ケアの構築のために」ということで、議論を深めていきたいと思います。まず、最初の基調報告の時間が最後のところで足りなくて、鈴木先生がちょっと端折られたところもありますので、その辺りを少し補足していただいて、その上で会場の皆さんからご質問も受けながら、こちらのシンポジストの方と意見交換をするという形で進めたいと思います。それでは鈴木先生、最初によろしくお願います。

○**鈴木**：雑な講演でしたけれども、基本的には ACP の概念ですね、ここを皆様方にしっかりとお披露目したいというところがありました。ACP という概念に関しては、お気づきの方もおられるかと思いますが、いわゆるインフォームド・コンセント、IC と略しますけれども、これとの関係はどうなのかと思われる方も多いと思います。いろんな講演会で話をしますと、フロアの方からは、「じゃあ、IC との関係はどうなんですか」という質問がかなりございますので、討論の前にその辺のお話をしてみたいと思います。

インフォームド・コンセント、これはなかなか難しい表現でありまして、今から、二昔くらい前に入ってきた概念で、なかなかなじみのない英語ですので、私自身も初めて習ったときはなかなか分からなかった。患者さんに説明するという意味なんですけれども、それまではムンテラという言葉を使っていました。ムンテラ、ご承知でしょうか。ドイツ語でして、ムントというのは口ですね。セラピー、これは治療です。本当は医薬品とか、そういうもので治療をするんですけども、口で治療をするということでムンテラ、すなわちごまかすわけですね。病状の軽い方がこられても、診療にちょっと自信がなかったら、「もう手遅れかもしれませんよ。この先どうか保証できません」とか、強めにちょっと言うのをムンテラということで、僕は先輩医師によく学びました。「おい鈴木、この患者さん危ないから強めにムンテラしとけよ。わしゃ知らんで、なんかあっても」という時代、本当に丁稚奉公の時代でした。

例えば、私が研修のときに血液内科で修行をしたんですけれど、白血病の場合は抗がん剤を使います。抗がん剤を使うということは、当時は制吐剤がありませんでしたので、非常にむかついて戻すわけですね。「鈴木、この抗がん剤やっつけ」と言って、先輩は、たいていはもう研修医に任せきりでどこかに行きます。で、これは非常に辛かったので、僕がオーベン（指導医—編集者）になったときは、必ず研修医と一緒にベッドサイドに行くようにしましたけれど。

点滴をする針を刺して、ポトポトと落とす。しばらくすると、むかついてきて、「先生、止めてくれ」と言われます。場合によっては、こう自分で針を抜かれます。それくらいひどいんですけれども、その状況を上級医（指導医）に報告に行きました。「先生、むかついてはりますので、点滴を止めましょうか」。「止めたら治療にならへんから、何とか頑張って点滴を受けさせる」。で、「分かりました」と言って、当時は、酔い止めがちょうどむかつき止めにもなるということが、うっすらと分かっていました。トラベルミンというのがありまして、トラベルミンというのは何かと言うと、車酔いと船酔いのときに使うあのトラベルミンですね。旅行という意味のトラベル、それにミンは今から考えると眠剤のミンかな。確かにトラベルミンを飲みますと、酔いは止まります。その代わりに、ものすごく眠たくなります。だから、船で船酔いをしてトラベルミンを飲んだ人が、海中に眠くて落ちて訴訟になったというのは、僕は覚えているんですけれども、そのお薬です。

その本体は抗ヒスタミン剤で、今は立派な制吐剤としてカイトリルという言葉で市販されています。僕らは使えます。で、その「トラベルミンを飲ませとけ」ということで、「これ、飲んでください」と持っていきます。どんどん戻している人に飲めるわけがないですね。上級医に行きます。「先生、飲めません、むかついています」。「分かった。そしたら殴って気絶させて、飲ませろ」と、「それは無理ですよ」という、そういう時代だったんですね。それがムンテラの時代。

そしてインフォームド・コンセントが入ってきたときに、ムンテラからなかなか抜け出せなかった。でもね、今でもやはり、特に外科の先生が、失礼ですけど、ムンテラという言葉の時々使っておられることを、訪問看護の先生も、皆様もご承知かもしれません。そしてインフォームド・コンセントは、インフォームドというのは説明、インフォーム、知らず。そして知らしめて、コンセント、同意を取る。だから、インフォームドの主体は医療者なんですね。しっかり説明をした上での同意、説明するのは医者ですね。「生物学的にこの治療の方がいいですよ。同じ患者さんを10万人集めて、この治療法でこれだけの成績が出る。でも副作用がこれだけ出ますよ」と言って、同意をした上で、「じゃあ、この治療法をしてください」というのが、インフォームド・コンセント。

これが証拠に基づいてだから、エビデンスですね。エビデンス・ベースド・メディシン（Evidence Based Medicine）、EBMというのがこちら。でもそれも一昔前。それから10年経ってからですね、患者さんが「私たちの言うことも聞いてよ」と主張されるようになり、「こ

の病気になったけど、今後、このように生きていきたい。先生、この治療は副作用が強いから、提示されたやつよりもこちらにしたい」。そう言って、患者さんのほうから願うような治療、それも受けるようになってきました。

だから、本当のインフォームド・コンセントというのは、これは医者側の言葉ですけども、患者さんの側が自分たちの生き様、人生観、文化論、そういったものを裏付けにして、話をして、医療を受けるほうも、それに同意をして、初めて望ましいインフォームド・コンセントができて、治療に移るというようになってきました。それでエビデンス・ベースド・メディスンですね。人生の価値観とか、そういうものをしゃべるという意味で、ナラティブ・ベースド・メディスン（Narrative Based Medicine）、そういう言葉で医学界は動いています。

このインフォームド・コンセントの対象となる年齢とか、ご病気、これはもう多岐にわたります。それでACPとどういう関係にあるか。ACPは基本的には、人生の最終段階の医療、介護でありますので、例えば悪いんですけど、僕は豚まん好きなので、豚まんに例えますと、あれの中の肉の具材がACPと思って、包括する全てのところ、これがインフォームド・コンセントかなと、そう考えています。以上のことをちょっとだけ補足しておきます。だから歴史としましては、ムンテラからIC、そしてその中でもACPが注目をされているというところです。

○佐藤：ムンテラ、私は初めて聞きましたが、それからインフォームド・コンセント、ACPへという、医療者の側と患者さん、家族の側との何といいますか、コミュニケーションのあり方というか、そういう変遷というのを、鈴木先生のご経験を踏まえてお話をいただいたと思います。

それで、これからですね、会場の皆さんからご質問を受けたいと思うのですが、最初の鈴木先生のお話で、地域包括ケアについての話をいろいろとされているけれど、そのテーマの中に住民が入るのは珍しいことだとおっしゃっていただきました。まさにこの場で、地域包括ケアの当事者である住民の皆さん自身が、より深く地域包括ケアのことを理解していただいて、身近なところで、自分はどのような形でそれに関わっていったらいいのかということをお互いに意見交換できたらいいなというふうに思います。

それで、私はこの後、全然考えてなくて、成り行き任せでやろうと思っているんですが、会場の皆さん、いかがですか。3人のお話をお聞きした上で、まず、もうちょっと、こういう言葉について詳しく説明してほしいということから、身近なご自身の経験から、あるいは、利用者の立場として事業者や行政に望むこと、そういういろんな点からご質問をいただけたらいいなと思うんですが、どなたかまず、最初が一番目が辛いんですけども、どなたかご質問、ご意見いただく方はいらっしゃいませんか。どうですか。

いつも司会をやるときは、最初、ちょっと困るんですけどね、じゃあ皆さんが心の準備ができるまで、少し私のほうからお話をさせてもらいますが、よろしいでしょうか。

鈴木先生のお話の中で、“老後レス”という言葉が出てきましたね。つまり、これからの時代は老後がないんだよ。老後がないということは、いろんな意味で考えることができるんですが、積極的に考えれば、生涯現役で仕事をする。ただ、その仕事というのは、お金を稼ぐということではなくて、本当に自分のしたいこと、あるいは他の人に評価される、そういうことを元気で最後まで続けられるという“老後レス”。非常に積極的な意味を持っていると思います。私自身も来年、高齢者の仲間入りでございます。しかし、自分自身は全然そういう自覚がないままに、これからまさに“老後レス”で、仕事も社会参加もしていきたいなと思っています。そういう点では、今日の鈴木先生のお話は非常に勇気を与えていただいたと思います。

島川さんは保健師として20年間、草津市でお仕事をされてきたということでしたが、もう少し、島川さんにもアドバンス・ケア・プランニングについてお話ししていただけたらと思います。私もこの間、初めて聞かせていただいて、まだ十分その意味が飲み込めていない、よく分からないので、ここのところを、もう少し説明していただけたらいいかなと思うんですけども、島川さん、どうですか。少しアドバンス・ケア・プランニングについてお話ししていただけますか。

○島川：そうですね。鈴木先生がおっしゃってくださったようにIC、インフォームド・コンセントからACPへ。やはり終末期医療の歴史からACPへ広く変遷してきたなと思います。それは、アドバンス・ディレクティブですとか、DNAR (do not attempt resuscitation 直訳すれば蘇生をするなという意味。一編集者)、蘇生はしないでくださいという意思表示というところからスタートしています。そこは鈴木先生がよくご存知なんですけれども、人生の最後のときのことだけ、終末期の医療に限定して見てしまいがちですので、どうしても専門的な、何か難しいことを決めないといけないんじゃないかという印象が、もしかしたら、あるかもしれません。

私が先ほどお話ししましたように、元気なうちからご自身の生き方を考えるという、広い意味で、その人生の最終段階も含めて、ご自身の人生をどう生きるかというところがポイントかなと思います。生活の中で、「私はこういうところを大事にして生きているんだ」というご本人の意思の延長線上に、医療やケアの決定が含まれていく。でも、そこまでには長い歴史があって、小さいときから、働き世代から、過去からずっとつながっている。その方の生き様、価値観と深くかかわりますので、それを大事な人と話す。たぶんご家庭の中で、例えば家族の人と、夕食の団欒を囲む中でお話をされる。日々、「今日はこんなことがあった」とか、「こういうふうに思った」ということがあると思うんですが、その延長線上にACPはあると思うんです。ですので、決して難しいことを最初から決定する、答えだけを決めるというのではなくて、ぜひプロセス、長い時間をかけて話していくというように、捉えてい

ただけるといいかなと思います。

もう1つ、支援者の皆さんにもぜひお願いがあります。今は支援者の皆さんにも ACP をこれから知っていただくという段階です。ACP という言葉は、まだ新しい言葉ですので、新しいことをしないといけないのか思う方も多いのではないかと思います。でも普段のケアの中で、患者さんの思いはどこにあるのか、どういうふうな暮らしをしたいと願っていらっしゃるのか、ということは普段から寄り添って聞いておられると思います。そこに、例えば「人生の最期は、こうしたい」という願いが、きっと出てくると思うんです。

ですので、普段からのケアの中で、患者さんの気持ちを聞く、寄り添っていくというところの中に、少しこういった要素も含まれてくる。「日々の活動の延長線上に ACP はある」という認識で、全く新しく難しいことが来たと思わずに考えていただけたら、それが地域でしていくアドバンス・ケア・プランニングであると思っています。

そしてまた、やはり入院等をされて病院の中で、普段とは異なる環境の中で迫られる選択というのは、また別ですので、最終段階で進める ACP と、地域の中で皆さんが元気なうちから進めていただく ACP は、少しその役割ですとか、意味合いは異なるところがあると思います。そこをちょっと分けて考えていくというのも1つの方法かな感じております。

- 佐藤：ありがとうございました。日下部さんは84歳になられたということですが、せっかく若い人が来ていたのに、ほとんど帰ってしまって、私は非常に残念なんですけど、若い人に日下部さんから、まさにご自身の生き様として、何か伝えていただけるようなメッセージがあればお願いしたいんですが、いかがですか。
- 日下部：若い人へのメッセージと言われましたがね、世の中は甘いことないんですよ、厳しくなるばかりですから。自分はどうあらなければいけないかということを、常に念頭に入れていないといけませんね。世の中の出来事について、あれは他所のこと、あれは他人のこと、自分には関係ないわと思ってはいけませんね。どんどんどんどん年取ってきましたときに、やっぱり備えあれば憂いなしで、勉強も大事です。人の話をよく聞くことも大事です。いろんな面で、やっぱり若いときからいろいろなところにアンテナを張って、経験を積んでいけるようにしたらどうでしょうかね。
- 佐藤：はい、どうもありがとうございました。という3人の方からの追加的な、これはメッセージと言ったほうがいいかもしれませんが、お話しをしていただきました。さて、会場の皆さん、いかがでしょうか。3人の方のメッセージをどのように受け止めて、どのように返していただけるか。いかがですか。はい、どうぞ。

○F1: うまく話ができないんですけど、私は姑を3年半前に看取りました。その前の12年間をアルツハイマーで、ずっと介護をしてきました。でも、私は姑がアルツハイマーであるということを、地域の人に、町内の人とかに「こういうことがあるから気をつけて見てください」というふうに言って、みんなを巻き込んで介護をしてきました。それでも、他の方はアルツハイマーというのを隠して、隠れるようにして介護をしている人もいましたけど、私は反対に、みんなの力を借りてやっていこうと思って介護をしました。

その成果というのか、ケアマネさんもすごく親身になって助けてくださいましたし、義母が肺炎で入院して退院するときにも、病院のスタッフの方、それこそ地域包括ケアセンターの方を中心に12、3人が集まってくれました。これから在宅でケアしなければならないというときに、義母一人のためにこんなにたくさんの方々が集まってくれるんだと思いました。「私が義母を楽しく介護できるように」という地域の方々の思いをすごく感じました。それで家で、何とか娘の力を借りながら、主人は仕事だけだったので、本当に娘と地域の人とみんなの力を借りて何とかやってきて、優しい気持ちで義母を看取ることができました。本当にそれは感謝しかないという感じでした。

○佐藤: はい、まさに当事者としてアルツハイマーの姑さんを12年間、介護された経験をお話ししていただきました。隠すんじゃなくて地域の人に伝えて、地域の人のお借りして、そして専門家の力もお借りして、介護される立場、当事者としても楽しく暮らせるような努力をされてきた貴重な経験を教えていただいたと思います。

他にいかがですか。そういう経験も踏まえて、限られた時間ですけれども、この草津の地域での、そうした地域包括ケアの共有というか、これからまさに芽が出そうなところくらいだと思うんですけどね。それがどういうふうに茎が伸びて、花が開いていくのかということのきっかけに、この場がなればいいなと思うんですが、他にいかがですか。

○F2: すいません、お願いします。私は今、姑と同居しているんですけども、実は「障害1級」を持っており、視覚障害者です。6月に介護認定を受けてほしいと義母に話をし、目は全く見えませんが、何もかも一人でする義母ですので、要支援2という認定が下りました。それで、8月から自宅に来ていただいてリハビリをしてもらっていたんですけども、3カ月で打ち切りと言われました。すいません、栗東市に住んでいるんです。草津市ではないんです。申し訳ないんですけども。

それで、私としては義母に、もっと長い間、リハビリに来てもらいたかったんですけど、来てもらえない。ケアマネさんに話をすると、デイサービスに行く方向をすごく勧められました。ただ、義母は外に出たくない。やはり目が見えないということで、複数の人がいるところには行きたくないという思いがすごく強かったみたいで、「今はもう断ってくれ」と、

何度説明しても納得してくれません。そんなわけで今はもう来てもらうことができていません。ただ、主人に話をすると、「母の気持ちが分かるから、今はもう、そっとしといてあげて欲しい」と言うんです。けれども、私としては家の中でずっといるだけではなくて、他の人と話をして欲しかったり、外に出て歩いて欲しいなど、今はすごく思っています。それで母の気持ちを変えることはできないんですけれども、どうしたらいいのかなということもずっと思っていて、今日はそれが聞きたいなと思って寄せてもらいました。

○佐藤：この会場にはケアマネさん、介護の専門家が多数いらっしゃいますので、今のご相談について、何かこの場でアドバイスいただけることはありますか。どうですか。そうですね、すぐにというのは難しいでしょうね、きっと……。はい、どうぞ。

○F3：私は草津市訪問看護ステーションで管理者をしています。栗東市とちょっと違うと言えば、違うんですけれども、お母様は要支援2ということで、予防事業、総合事業でリハビリのほうを受けられていたと思います。今、私たちの訪問看護のほうでも、要支援の方でも理学療法士が家に行かせてもらうという形でリハビリができますし、看護師も行かせていただくことができます。

お母様はやっぱり視力障害があつて外に出るといことは、とてもしんどいことだと思います。今までずっと狭い中に閉じこもっていた方が、目の見えない方が、急に知らない人たちのデイサービスの集団の中に入るといのは、とっても難しいことだと思います。それでもやっぱり誰かとお話をしてほしいということであれば、宣伝ではないんですけれども、訪問看護のほうも使ってみてはどうですか。使っていますか？

○島川：介護予防のデイサービスに利用期間が3カ月という要件はありましたかね。なかったように思います。お母様は要支援ですね。はい、ちょっと介護サービスの制度とは違って、確かに介護予防サービスというくくりの制度で、ちょっと使うサービスの形態は違うと思うんですが、その規定で3カ月というリミットはないように把握しています。

ただ、そのケアマネジャーさんがお母様をお見立てされたアセスメントで、お母様のどのような状態で、どういう目標設定が望ましいかという、きっとそういうプロセスがあつての期間設定だったんじゃないかなと思います。おそらくその説明が、ご家族さんとの共有が、「そうですね」という納得があれば、おそらく「3カ月でも致し方ないかな」とか、あるいは「それでもやっぱり、もう少しお母様にとってはサービスが必要なので延長しましょうか」というやりとりがあれば良かったと思います。おそらくもう期間が来たので「終了」ということになったのではないのでしょうか。ちょっとその辺が不十分だったのかもしれない。

お母様はやはり視覚障害がある中で、長年生きてこられた生活のスタイルがあると思います。先ほどおっしゃってくださったように、目が見えないということで、外に出にくい、他人と関わりにくい、というところをもう少し支援者の方と共有できて、ご自身がどんな生活をされたいかというところを、みんなで一緒に分かち合っていくと、それだったら少しずつこういったサービスをこういうふうに使おうかというお気持ちにもなられるかもしれません。

介護保険によるフォーマルなサービスもありますし、地域でのインフォーマルなサービスもあります。ちょっとお母様に合うかどうかは分かりませんが、おそらくどちらかという、出ていくよりは来ていただいて、お家の中でサービスを受けたいということでしたら、ボランティアさんに傾聴していただく支援もごございますので、そういったインフォーマルなご支援のも含みながら、お話を進めていただけると良いかなと感じました。

○佐藤：やはりいろんな困ったことを、相談できる方が周りにいると心強いですよね。それは行政でもあり、サービスを提供してくれる専門家でもあるし、ご近所の方もそうかもしれませんよね。そういう相談できるネットワークが、もっと身近にできるといいなと思いますね。

あと、時間が5分ぐらいしか残ってないですが、あと1人か2人ぐらい、何かご意見ご質問があればと思うんですが、いかがですか。はい、どうぞ。

○F4：日下部さんにちょっとお聞きしたいんですけども、やっぱり今、デイサービスのことも出てきたんですけどもね、男性の方というのは、本当にデイサービスやデイケアに行くことを、拒否される方がすごく多いんですね。日下部さんの場合は3つの力をもらったということで、すごく私は納得できたんですけども、どういう形で男性の方がデイサービスに気が向いていって、自分の力に持っていったのかなというところを、ちょっと教えていただけたら嬉しいなと思います。よろしくお願いします。

○日下部：あまりにですね、難しいことを考えずに、そのときに本当に困ったら行ってみようというような気持ちを持って、あんまりややこしい複雑なことを考えたらね、ややこしくなりますから、できるだけ、自分は今、困っているから行かなあかんというように、追い詰められたほうがいいのと違いましょうかね。ありがとうございます。

○佐藤：私が日下部さんくらいのお歳になって、デイサービスに行くかという、ちょっと躊躇するかもしれませんね。やっぱり何か、自分のプライドとかということもあって、プレーキがかかりそうで、もっと素直な気持ちで助けてほしいというときにはね、やっぱり行けるような、そういう自分の生き方も大事だし、周りの環境も大事なかなというふうに思いますね。いかがですか。あと、私はまとめる能力もないので、もしよければ、今、日下部さんにお話

をいただきましたが、あと鳥川さん、鈴木先生、最後残りの時間が1、2分ありますが、会場の皆さんに何かメッセージがあればお願いしたいと思います。

○鈴木：1つだけ、僕の反省も込めてなんですけれども、今、お話しにられました12年間のご努力ですね、本当に頭が下がる思いなんですけれども、ちょっと聞き間違えたかもしれませんけれど、ご主人はお仕事でかなりお忙しくてということがありました。あなたご自身が、自助として、自分の力で以ってお義母様を支えられましたけれども、ご主人のお力もしあったら、もっと良い質の介護ができたのではないかなと思ったりします。

今、問題になっているのは、家事の場合の母親・妻の辛さです。僕自身アメリカ生活が長かったんですけれど、3人子どもがおりまして、妻にもう任せっきりで研究ばかりしていました。今、よく言われます。「あのときはしんどかった」と、「死にたいと思った」と。そうなんかと思ひまして、NHKのテレビ番組とかを見ると、三つ子とか双子ですね、多児のお母さんは、「もうトイレに行く暇もない、ご飯を食べる暇もない、死にたいと思った」と言いますが、これはうちの女房と一緒にということ、反省を深めたわけです。

やはりここにおいて、男性の役割ですね。やはりイクメンとか、いろいろ言われていますけれども、そこを考える必要があるし、これは社会的な考え方を変えないとあかんし、すなわち会社の考え方とか、そういったところもだんだんとうまく回転するんじゃないかと思ひながら、聞いていました。だから僕は前々からやっているんですけど、皿洗いは絶対にやるともう決めて、ずっとやっています。皿洗いだけなんですけどね。そういうところがちょっと心に響きました。ありがとうございました。

○佐藤：鳥川さん、どうぞ。

○鳥川：フロアの皆さんからもすごく熱心な、そして核心をつくご意見やご経験を聞かせていただいて、非常に勉強になりました。これだけ熱い思いの市民の皆様と支援者の皆様がいるということで、草津市の未来は本当に可能性がまだまだあるなと励ましていただきました。今日は貴重な機会をどうもありがとうございました。

○佐藤：どうもありがとうございました。もうそろそろ終りの時間が来てしまいました。

最後に、主催者を代表して、お礼を申し上げます。今日の準備に関わっては、鈴木先生がご所属の社会医療法人誠光会、それから草津ケアセンターのスタッフの皆さん、鳥川さんが所属の草津市、とりわけ長寿いきがい課のスタッフの皆さんには、準備段階から大変お世話になりました。また、日下部さんにも草津ケアセンターをご利用のときに伺って、今日のお話をさせていただいて、本当に日下部さんの当事者としてのお話が心に響きました。どう

もありがとうございました。今日、この会場の設営等は立命館大学のリサーチオフィスのスタッフが準備してきました。その点も感謝をしたいと思います。

最後に報告者の皆さんへのお約束なのですが、今日の大変中身の濃いお話を、それっきりにしてしまうのはもったいないので、今日のシンポジウムの記録を社会システム研究所の「社会システム研究」という雑誌に載せたいと思います。録音をしていますので、まずはテープ起こしをします。そして皆さん方のお話を文字にしたものを、私がまずチェックさせていただいた上で、皆さんにはお仕事をもう1つ増やして申し訳ないですが、それを皆さんに校正していただいて、最終的に「社会システム研究」に掲載したいと思います。

本当に今日は、最後まで熱心に聞いていただきまして、どうもありがとうございました。報告者の皆さん・会場の皆さん、どうもありがとうございました。これで公開学術シンポジウム「地域包括ケアの構築のために」を終了させていただきます。