

基調講演

「鹿児島県の地域包括ケアシステムの深化のために」

～地域共生社会の実現を目指して～

鹿児島純心女子大学教授 八田 冷子 氏

皆様、こんにちは。ただいまご紹介いただきました鹿児島純心女子大学の八田と申します。この実行委員会の委員長を去年から務めております。

今、社会保障制度全体が大きな変換期にある中、これまで、生活支援の仕組みや認知症対策、在宅医療と介護の連携など取り組んできました。

特に、この平成29年度から各市町村で新総合事業を開始するに当たり、この制度改正の勢いに関係者の皆様が疲弊するぐらいに一気にいろいろなことが押し寄せている中で、現場からは、鹿児島県はもともと高齢者施策はほかの県よりも先行していろいろ取り組んできているので、もう一回足元を固めて、新しい改革の波に鹿児島らしく立ち向かっていこうということで、去年この学習交流会を開催しました。

生協の皆様方のご尽力で予算をとっていただき、今年度までこのような形で、この企画を力強く進めてくることができたことに、この場をかりまして厚くお礼申し上げたいと思います。

本日の私のお話は、70分時間をいただきましたが、本日の資料をご覧になり、実践報告を早く聞きたいと思っている方も多いと思います。

ですので、私の話はコンパクトにして、なるべく後半の意見交換の場を長くしたいと思っています。スライドの数が多いので説明を十分しないものが何枚か出てまいります、そこはご了承くださいただければと思います。



私もこの後の実践報告が楽しみなうちの一人ですが、去年、小坂田先生の「住み慣れた地域における普通の暮らしの幸せづくり」というキーワードが印象的な講演の中で、できるところから頑張ろうということでエールを贈ってくださいました。今回の実践報告では、それをこの鹿児島県では実践できているという確かな実感を得ています。

今日は、専門職の方々だけではなくて、地域の応援団として、大隅方面の曾於市、志布志市も含めてたくさんの住民の方に参加いただいていることもまた、ほんとうに力として感じているところです。

地域包括ケアに関しては、なるべく皆様方にわかっていただきたところだけに絞って準備しておりますので、どうぞよろしく願いいたします。机がありませんので、スライドを見ながらゆったりした気持ちで聞いていただければと思います。

本日は、なぜ今、地域包括ケアなのか、そして、実際に今の取り組みの状況、そして最後に、これから地域包括ケアが目指していくところ、この地域包括ケアシステムを深化させるためにどうしたらいいかということを皆さんと一緒に考えたいと思い、準備しております。

【今、なぜ地域包括ケアシステムか】

さて、なぜ今、地域包括ケアシステムかということですが、平成20年度に地域包括ケア研究会が立ち上がりまして、これまでこの研究会から、研究の成果などを踏まえて、検討・整理され、いろいろな提言がなされてきました。

団塊の世代が後期高齢者になる2025年をピークに、高齢者ケアのニーズが非常に増える、単独世帯の割合が増える、また、高齢化していきますので認知症の方々が増えていくというようなことが予測される。そうすると、地域のいろいろなサービスあるいは活動とかを一体的に切れ目なく提供するような仕組みが必要になります。

しかしながら、私も行政におりましたので耳の痛い言葉ですが、実際は縦割り行政のためになかなか横の連携が図れないという現実があり、やっぱりそれではこれからの少子高齢社会を乗り切れないということで、地域包括ケアシステムの必要性がこの研究会から提言されたところ です。

それを裏打ちするように、人口問題研究所や厚生労働省から様々なデータが出されています。80歳から84歳までは3割ぐらいの方が認定を受け、ここから後、年齢が上がれば上がるほど要介護、要支援の認定を受ける方々が増えていく。そして、団塊の世代の今後を追っていくと、2030年ぐらいに後期高齢者の人数がピークになり、2040年ぐらいには死亡者数がピークを迎える。この頃までを何とか今の財源やマンパワーで耐えていかなきゃいけない、そういう時代です。

一方、厚労省のデータで、年齢が高くなると要介護認定率が増え、85歳以上では中・重度の

方々の割合も増えるという介護の実態が示されています。

この地域包括ケアが必要なわけがもう一つあります。

私は今、大学で社会保障制度を科目として受け持っていますけれども、社会保障制度というのはみんなの支え合いで、保険料と税金で賄われておりますね。だから、保険料や税金を払ってくれる人がいなければ立ち行かない仕組みですね。それで、皆様もうご承知かと思いますけれども、15歳から64歳までが主にその税金や保険料を払ってくれているわけですので、こういう人たちの数、生産年齢人口が減っていくというのが地域包括ケアシステム構築が急がれる理由でもあります。

最初に地域包括ケアが語られた頃は、地域包括ケアって一体どういうことだろうかと概念的な感じで始まったようなところがありましたが、地域包括ケア研究会の提言等を受け、ようやく平成24年度に「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（医療介護総合確保促進法）」という法律で、地域包括ケアシステムが「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう」と定義されました。

皆さんどうですか、この定義、聞いたことがあるとか見たことがあるという方はたくさんいらっしゃると思います。

私はこの定義が出されたときに実はがっかりしました。なぜかという、この地域包括ケアシステムというのは、高齢者だけではなくて、障害を持っている方、病気を持っている方、それから子育てとか、そういう人たちにとっても大事な仕組みです。そういう中で「高齢者が」限定され定義されたのがちょっと腑に落ちなかったんですね。

ところが、財源的には介護保険制度を使って

いろいろな仕組みをつくっていっていましたが、鹿児島も高齢県ですので優先課題としてはどちらかというと高齢者の方々のケアの仕組みのほうが必要としては大きい状況でしたので、まずは高齢者のケアの仕組みをつくるという方針だということと思い直しました。

でも、皆様方、この「高齢者が」というところをこれからは「住民が」と読みかえて考えていく必要があるということをぜひ共通理解していただければと思っています。

【私たちが暮らす鹿児島の状況】

私たちが暮らす鹿児島の状況としては、先ほど渡邊対策監も説明されましたが、介護福祉課がこのように毎年、データを更新されています。

鹿児島県高齢者の単身世帯の割合は、これまでずっと全国1位でした。これは破られることはないだろうと思っていましたが、平成27年度、直近の国勢調査で1位を明け渡しました。どこに明け渡したと思いますか。高知県です。そして、全国3位だった高齢者夫婦世帯が全国6位です。全国的にいかに高齢化が進んでいるかを実感させるような状況になっています。

8割の方は元気な本県ですが、ただ、高齢者実態調査の中では、65歳以上の方が介護している老老介護の割合、わりと若い方々が介護をされているダブルケアのような状況、それから、認知症が原因で要介護状態になられた方の割合が高いという実態が報告されています。

最初に国のデータを見てもらいましたが、本県もその最先端を行っていますので高齢者が増えて現役世代がどんどん減ってきている。だから、税金や保険料を払う支える世代が少なくなっているという現状は国よりももっと厳しい状況です。

昭和55年といいますと皆さんはお幾つぐらいだったでしょうか。私は県に入庁して2年目ぐらい、新人保健師の頃でした。このころは4.5人で1人の高齢者を看る胴上げ型と言われるような時代でした。それがどんどん支える人

たちが少なくなつて、平成32年、もうすぐですね、あと二、三年後には、肩車型とよく言いますけれども、1.6人とか1.5人で1人を支えることになります。マン・ツー・マンでいいのではないかと思ったりしますが、これは財源的には1人を1人の保険料や税金で見るとするようなイメージなので、これはやはり現役世代の負担が大きい状況になります。

介護保険が始まったときに、高齢化率が高ければ要介護認定率が高いのではないかと言われていました。ところが、いかがでしょうか、皆様方のまちは。この黒い折れ線グラフが高齢化率ですから、高齢化率が高いところが要介護認定率が高いんだっただ棒グラフが同じように右肩下がりです。並ぶはずですが、こんなにでこぼこになっています。なぜでしょうね。（「配布資料＝以下資料という」P9下段の図）

自分のまち、あるいは出身のまちがどんな状況か見ていただければと思います。

そういえば最近、まちにいろいろなサロンとか、集まる場ができて、介護保険を使わなくて済んでいる人もいます。介護予防に取り組んでいる高齢者が多くなったなど耳にされている方もいらっしゃるかもしれません。各市町村のさまざまな取り組みがこのような形で出ているのではないかと思います。

ただ、何か一つの要因だけでこうなるわけではないので、なぜこうなっているかそれぞれのまちでぜひ考えていただければと思います。

本県も80歳ぐらいから要介護認定率が3割ぐらいになります。国が30%で県は28.7%なのでパーセントで言うともあまり実感が湧かないんですけれども、これが30%だと2,000人ぐらい違いますから、率としては30%に達していないというのは本県の強みではないでしょうか。

要介護度別の原因割合は、軽度の方々は動かないために機能が低下する生活不活発病によるものが多く、重度になれば認知症とか脳卒中が原因で要介護認定を受け、介護保険のサービスが必要になる方が多い状況です。

次に見ていただきたいのが、皆様方の生活に直結する保険料です（資料 P11 上段の表）。介護保険事業計画の第 1 期から第 6 期まで順調に伸びてきました。いかがでしょうか、皆様方のまちは。こんなに払っているんだと思いますか。6 段階、7 段階、8 段階というようになんか幅広く所得段階がありますので、一番上の段階の方は相当払っておられると思います。

この伸びを皆さんはいかが見ておられますか。第 6 期のときに実はあまり上げなくてよかった市町村もあります。現在、第 7 期を計画中ですが、現状維持でいけるとか、将来のことを考えてもう少し上げておく必要があるとか、いろいろな声が聞こえてきます。保険料は残念ながら最後にならないと出ないかもしれませんが、パブリックコメントがもうそろそろあちこち出てきていると思いますので、自分のまちの介護保険事業計画がどうなっているか、その方針とか考え方を是非ごらんいただければと思います。

私は今日実践報告される肝付町の計画作成委員会にオブザーバーとして参加しています。

その計画作成委員会では、地域の住民の方々が入って、自分たちはこのまちのために何ができるかとほんとうに活発な議論をされています。行政がいろいろな財源確保や施策を考えていくときにこの計画というのは非常に大事ですので、この第 7 期が今後の地域包括ケアシステム構築の鍵を握るのではないかと考えています。

国が 2025 年は 8,200 円ぐらいの保険料をと推計しています。8,000 円ぐらいになったらどうしましょう。「8,000 円も払うんだったらよかサービスしてもらわんな」と質を求められる、そんな時代になるのではと思います。

この図（資料 P11 下段）のとおり、地域包括ケア研究会が提言を出したのが平成 20 年度です

が、実はそれより前に地域包括ケアシステムが大事だと日本で初めて「地域ケア」という言葉が使われたのが広島県の公立御調病院の山口先生だったそうです。国保の病院で、命を助けた方がいつの間にか外来に来ない。地域を回って見たらそういう方々が寝たきりになっていた。先生は医療で命を助けるだけではだめだ、自宅に帰ってからケアを受ける仕組みとか介護の仕組みがないとせっかく命を助けても日常生活ができなくなる、そして何よりもそうならないような予防が大事だということで行政とタイアップして予防からケアの仕組みまでをつくられました。

このように、初めて日本で「地域ケア体制」という言葉が出てきたのが平成 16 年。介護保険の前に国民健康保険法のほうの保健事業の基本指針としてこういう考え方が出ていたんですね。

ですが、実際はなかなか広がらずに、結果として 20 年度に地域包括ケアシステムを定義したこの報告書のあたりから県レベルでの本格的な検討が始まっています。

平成 17、18、19 年、このあたりで今度は健康保険法の中で療養病床を廃止するという考えが出され、本県はひとり暮らしが多くて、療養を必要とする方々が医療機関にたくさん入院しておられてベッド数が非常に多かったんですね。それで、保険局のほうから療養病床を減らしていかないとペナルティー、罰則を出すと当時強い指導を受けるような状況もありました。

でも、本県としては、医師会の先生方と協議し、実態調査などに基づき、「そうは言っても今入院している人たちが地域に安心して帰れる受け皿、体制を整備しないとそんなに簡単に減らせない」と最大限療養病床を残す結果となりました。

そのころに、肝付町をはじめ、ここにも来ておられる様々な市町村が、「地域ケアシステムを

構築するためにどうすればいいんだろうか、実際に何ができるかやってみよう」ということで県の一般財源でモデル事業を立ち上げ、平成19年度あたりから地域包括ケア体制づくりの取組がスタートしています。

このように法改正される以前から、県として必要性を感じ、最近までずっと取り組みを続けてきています。県の組織改正により、先ほど挨拶された地域包括ケア対策監のポストができ、今、在宅医療と介護の連携や介護予防、生活支援の仕組みづくりなど新総合事業に取り組む市町村の支援に県としても力を入れておられます。

本県でいろいろ検討する中で、介護保険制度とか、医療制度とか、いろいろ仕組みはあるが、やはりまずは地域の中でお互いに助け合う自助・互助の仕組みがあって、その上で、地域にはケアマネさんとか、地域包括支援センターなどにもマネジメントをする専門職がいらっしゃるので、そういう方々の個別のマネジメント力を十分発揮していただきながら、必要なときに必要なサービスがしっかり受けられるような体制を県と市町村が一体となってつくっていきましょうということで、こういうイメージ図（資料P12上段の図）を第5期の計画から出しています。

この図は複雑だという声もありますけれども、当時はいろいろ先を見ながらこういうイメージ図をつくったところでした。

【鹿児島県内の取り組み】

さて、鹿児島県内の取り組みです。

この図（資料P13 上段の図）も少し字が小さくて恐縮ですけれども、その当時、こちらの薩摩川内市、日置市、龍郷町、大和村、徳之島町、十島村、姶良市、霧島市、垂水市、肝付町、南大隅町、西之表市など、こういうところがまずは自分たちで予防の取り組みであったり事業所の人たちとのいろいろな連携を強めていたり、マップをつくって自分たちのまち、村で拠点づくりをしようというような動きが非常に活発に

進んでいきました。

この中で、厚労省のホームページに「地域包括ケアシステム」事例集成が掲載されていますが、その中に肝付町、龍郷町、大和村の事例に関しては特に詳しく紹介してあります。

このように、全国的にも事例がたくさん出されていますが、どれ一つとしてそのまま自分のまちにあてはまるわけではなく、こういう取り組みを参考に、自分のまちとしてどうしていくかをそこのまちのみんなで知恵を出し合ってつくっていくというのがこの地域包括ケアシステムの重要なポイントではないかと思っています。どこかのまねごとで簡単につくれるものではないという気がしています。

平成19年度のころから取り組んで、その当時は地域包括ケア体制づくりにどう取り組めばいいんだろうかといろいろな考えを自分たちで試行錯誤しながら手探りで進んできました。今30年ですので、10年ぐらいかかっています。ここまで来た中でようやく地域が動き出している、これまで取組んできた市町村にお伺いするとそんな強さを感じているところです。

これから皆様方の地域で取り組むとしたら、いろいろな先進事例がいっぱいありますので、短期間で取り組めることもあるのではないかと期待しているところです。

行政としてできることは、いい取り組みがあったら、あそこでこんなことをしていますよと紹介しながら、そのコアな部分を皆さん方に伝えていくしかないという気がしていますので、ぜひこういう事例集を活用していただければと思います。

【地域包括ケアの主役は住民】

この図（資料P14上段の表）は、地域包括ケアシステムの基本的な考え方として示されたものです。

例えば首長さんの旗振りだったり、指導者の

存在だったり、行政職員、包括支援センターとか社協の専門職の方々の力だったり、あるいはマスコミ、市議会の応援があったり、地区リーダーが育成されていたり、最後に、何より地区住民とか高齢者の方々の参加があるということ、これが一番大事なところかと思っています。

今日は住民の方々も多数お集まりいただいていますけれども、皆様方の力なくしてはこの地域包括ケアシステムは絶対にできない、これは断言していいかと思います。人につくってもらうものではなくて、自分たちでつくっていくものであり、そこに住民の参加は必要不可欠ということをぜひこの場で共有させていただければと思っています。

介護予防と生活支援の仕組みづくりに関しても、主役は住民の方であるということを申し上げたいと思います。

この図（資料 P15上段）を見ていただくと、20歳から65歳まで（働く世代）の働く時間が大体10万時間だそうです。そして、退職後の眠っている時間を差し引いて起きている時間を計算すると同じく10万時間。現役世代と65歳からの時間が同じです。こんなにたくさんあってわくわくしますか。どうしよう、今日は何をして過ごそうかということになるのでしょうか。ここにおられる方はそんな方はいらっしゃるかもしれませんが、現役を退いた後がこんなに長いのです。

そして、東大の秋山先生が20年間、高齢者を追跡された結果、男性の方では70歳に入ったあたりから、それから女性の方では60歳の後半あたりから何もしないと機能がどんどん低下していくことを示しておられます（資料 P15下段・P16上段）。皆さんは今、どこ辺にいらっしゃいますか。年齢的にちょっと低下するところにさしかかった人もおられるかもしれませんね。

今、高齢者の年齢的な議論がいろいろとされ

ていますけれども、年齢とともにいろいろな機能が落ちるのは仕方がないことかもしれませんが、このデータから見ると、65歳を過ぎたあたりから介護予防の取り組みを始める意義というのは大きいのではないのでしょうか。

死因でも、これまでは悪性新生物、心疾患、脳卒中の順でした。高齢化が進んで、平成24年度からは肺炎が死因の第3位に浮上してきました（資料 P16下段の図）。

それと、生活習慣病が非常に多いです。皆さんの中でも血圧が高いとか、コレステロールが高いとか、そういうことで生活習慣病の予防的な治療とか健康づくりをされていると思いますが、医療費の約3割、それから死亡者の約6割が生活習慣病であるというデータがあります（資料 P17上段の図）。

それから、生活習慣病は急に起こるものではなくて、何年もかかって起こってきますので、皆様方、帰ってから、今、自分がどの辺にいるかなとこの図に印をつけてみていただければと思います。上流にいる方はまだいつかはいいかもしれませんね。随分下流に流れてきているなという方は、そこからクロールでも平泳ぎでもいいので上流にもう一回上るような取り組みが必要かもしれません。自分の今の生活習慣を振り返っていただければと思います（資料 P17下段の図）。

それと、認知症のことがいろいろ言われますけれども、糖尿病との関係が強いと言われています。糖尿病の罹患率をちょっとでも減らすことで将来の認知症の方々の数が減ってくるというような推計が出されています。糖尿病も生活習慣病が背景になりますので、認知症のことをほんとうに心配するのであれば、生活習慣病対策をみんなで取り組むことも考えたほうがいいのではないのでしょうか（資料 P18上段の図）。

それと、先ほども出しましたが、介護になる要因は、骨折とか、転倒とか、いろいろありますが、3割ぐらいは生活習慣病です。それ

から、たばこ、高血圧、運動不足などがある人が死亡のリスクとして非常に高いというデータも出ています（資料P18下段の図）。

嫌ですね、こういうデータがたくさん出ていると。「たばこは吸ってる、運動もしてない」とか、「たばこは絶対にやめられない」という方がいるかもしれません。じゃあその分、運動を試みようとか、お酒の量を減らそうとか代替案を考えてもらえたらと思っています。

いろいろおどかしみたいな話になりましたが、がんとか循環器疾患、糖尿病、それから呼吸がしにくくなるような慢性閉塞性肺疾患、そういうものも生活習慣病との関連が大きいのですが、この多くは予防できるということで、心配ばかりするよりも、これからでも遅くはありませんのでぜひ生活習慣病対策と一緒に取り組みましょう。

「一に運動、二に食事、しっかり禁煙、最後にクスリ」、これが厚労省の今の健康づくりの標語です。今70代、80代の方は、昔、栄養不足があったり休養がとれないぐらい働いたりで「一に栄養、二に休養」とかいう時代があったことを記憶されているかと思いますが、今はそんな時代ではなく、「一に運動、二に食事、しっかり禁煙、最後にクスリ」です。今日はご自分のために是非この言葉を覚えて帰ってください。

治療をしていても、一病息災と言いますから、一つぐらい病気があったほうが長生きできるのかもしれませんが。それは自分の健康管理をすることになるからですね。だから、薬を飲んでいいからいいのではなくて、薬を飲んでいるからこそ、もうちょっと生活習慣に気をつけようというふうに皆さんの考えが変わっていくことが非常に大事なところになります。

もう一つ、順天堂大学の奥村先生と昨年12月に、大和村で一緒しました。先生の講演の中で、癌細胞を抑え、感染に強いナチュラルキラー細胞は心の動きを非常に大きく反映すると教えていただきました。楽しい友人、家族と笑いの絶えない方々がNK細胞が多いそうです。ど

うですか、1日1, 2回、「ははは」と笑いますか。

サロンなどでみんなと交流することがこのような形で細胞レベルでも非常に効果があるということをご家族や周りの人にも伝えていただければと思います。

それと、健康格差が随分出てきています。全国レベルでは約10年。鹿児島は何も支援を受けないで生活できる期間（健康寿命）が国よりは少し長いですが、やっぱりこの期間が長くありたいですね（資料P21上段の図）。そのために生活習慣病対策とか介護予防対策が非常に大事になります。

【総合事業は地域づくり】

今、新総合事業が軽度の方々の対策として生活支援が打ち出されている理由が、要支援から要介護2ぐらいの方々は、薬の管理、金銭管理、簡単な調理、買い物ができない、外出の頻度が低くなるなど、生活行為がしにくいので生活支援の仕組みが必要なわけですね（資料 P21下段の図）。それまでできていたことができなくなったときにちょっとした生活支援が入ると元気に暮らせる方は非常に多いのではないかと思います。なので、国は、簡単な生活支援は介護サービスではなくてまずは新総合事業で準備をして、そして地域の中のお互いさまということで何とかやっていけないかという方向に舵取りをしました。

介護福祉課のところに「これは軽度者の切り捨てだ」という言葉で批判もいただきましたけれども、これを嘆いていても仕方がないですね。

これからどう発想を転換して生活支援の仕組みを地域にあった形で作っていくか。生活支援の仕組みというのは小さな単位で考えていかないとほんとうの支援にはつながらないと思っています。なので、集落単位とか公民館単位でどんな困り事があるのかまずは把握することが必要です。

買い物支援の中にも、お店が遠く交通手段がなく買い物できない、金銭の管理ができなくて

買い物ができないなど、いろいろな場合がありますので、身近なところで準備しないとかなかなかその人のニーズに合った生活支援にならないということが言えるかと思います。

【介護予防は、高齢者の「居場所」「行く場所」「生き場所」づくり】

これからの健康づくり・介護予防は、心身機能、例えば動けるようになるとか、歩けるようになるとか、そういうことだけではなくて、高齢者の方々の活動する、参加する「居場所」「行く場所」「生き場所」、そういうところをつくっていきましょうと、介護福祉課がこの考え方を周知しながら市町村の方々を中心に介護予防のいろいろな体制づくりを頑張っているところです（資料 P22 上段の図）。

高齢者はすごいなと思うビデオがあります。本県で今、日置市やいちき串木野市が介護予防のモデル事業を始めてすごい勢いで広がっています。その広げるための準備として岡山県津山市で先行してモデル事業を実践されてきた安本さんというアドバイザーに来ていただきました。

その時に、国の担当の方へ、「鹿児島県にも健康体操はあちこちでいっぱいあるから今さら国のモデルの体操をしなくてもいいと思います」と言いましたら、「その体操にはエビデンスがありますか」と切り返されてしまいました。エビデンスって何だろう、そんなのは調べたことはない、楽しければいいのではという気持ちだったのですが、実際に映像を見せてもらい納得しました。

93歳虚弱女性の介護予防教室参加前の5メートル歩行の映像をまずご覧ください。よく見てくださいね。（映像視聴）「よいしょ」という感じですね。どんと座りますね。20秒かかっています。

どんな運動をするかという、最初はおもりはつけないで、童謡などに合わせてゆっくり腕の上げ下ろし、スクワットなどをします。それにだんだん自分のペースでおもりをつけていっ

て筋力をつけ、3カ月そういう運動をされました。（映像視聴）7秒。同じ方です。どうでしょうか。

これはあちこちで何度も映して見ていただいていますので、すでに見ている方も多いのではと思っていましたが、会場がざわめいてほっとしました。すごいですよね。こんなに笑顔になりますね。高齢者の方はこれだけ可能性を持っておられるということを教えてください。

ただ、この後考えていけないといけないのが、週に一、二回、運動する場所があって、それだけ続けてきたからこんなに5メートル歩行がスムーズになったのですが、これをしなくなったらすぐにまた筋力は低下しますよね。だから、今までサロンで座ってお茶をもらう側だった方がこれだけ笑顔で動けるようになったのだから、例えば「次から、お茶を入れる当番をしてもらえませんか」など役割を持ってもらって、その方がせっかく獲得された機能をどう生かすかをご本人や周りが考えていけないといけないということです。本県は地域サロンがたくさんありますので、そういう意味では地域に期待できるところは大きいのではないかなと思います。

【地域包括ケアシステムをどう深化させるか】

最後に、地域包括ケアシステムをどう深化させていくか考えていきましょう。

国は、2016年（平成28年）7月に、「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部を立ち上げて、地域住民を中心とした全ての関係者が「我が事」として生活課題に「丸ごと」対応できるような地域共生社会を今後の我が国が目指すべきイメージとして提示しています。

「我が事・丸ごと」地域共生社会と言葉だけ聞くと何だろうと思いますが、地域包括ケア研究会は、地域共生社会と地域包括ケアシステムの関係について「高齢者分野を出発点として改善を重ねてきた「地域包括ケアシステム」は「地域共生社会」を実現するための「システム」「仕組み」である」と整理しています。

先ほど、地域包括ケアが「高齢者が……」ということで定義されているとご説明しました。これまで、地域包括ケアシステムはいろいろな形で改善を重ねて今に至っています。でも、そのノウハウはきっとこれからの地域共生社会に生かせるこの研究会報告書では整理されています。

どういうイメージかというと、地域には高齢者だけではなく、障害を持っている方、子育てに悩んでいる方、あるいは生活困窮者の方々も生活されています。残念ながら、今まではこの施策が法律のもとに全部、縦割りで進んできました。それぞれにすばらしい施策展開をしてきた部分もあると思いますが、これを地域でどうやって一体化していけばいいのか、それがこれから非常に大事な課題だと言われています。

こういう課題が出された背景としては、図(資料 P24上段)の右の上のほうに書いてありますが、例えば、皆様方の周りにも高齢の親と無職独身の子が同居して親の年金を当てにした生活になっている世帯、介護と育児に同時に直面するダブルケアのような世帯があるかもしれません。

いろいろな問題が複合化してしまうので、これを各分野の関係機関が連携してやっていかないといけない。幾ら制度ができてみずはざまにいる人が出ますね。ごみ屋敷の問題はどこが解決しますか。今は包括支援センターとか、生活保護のところとか、みんなで協働して対応されていると思います。また、障害の疑いがあったてもなかなか制度に乗っていかれない方もおられますね。そういう方は申請されるまで放っておけませんよね。そこまでが大変なわけですね。

こういう背景があるので、やっぱり地域共生社会、包括的に支援する体制を今から作っていかないといけないということです。

国の動きとしても、地域包括支援センターに続いて、平成27年から、今度は子育て世代包括支援センターを各市町村に設置する運びとなつて、鹿児島市は市内5か所の保健センターに子育て

世代包括支援センターの相談場所ができています。いろいろなセンターに相談支援にあたる人がいて、高齢者や障害者支・子育て支援などについて同じような仕組みが動き出しているんですね。

今日は民生委員の方もたくさん参加していただいています。民生委員さんにいろいろな願いがどんどん増えていませんか。民生委員さんとしてはいいかげんにしてくれと言いたいようなことがいっぱいあると思います。

地域においては、それだけいろいろな分野がキーパソンを求めています。なので、これは土台としての地域力を一体的に強化していく、ことが非常に大事になってくるという方向性が示されています。今日これから報告していただく実践報告から、鹿児島はもうこのレベル(地域共生社会の実現に向けた取組)に來たと感動しています。ぜひ後ほどの報告を聞いていただければと思います。

実は10年ぐらい前に、こういう推計が出されています(資料 P24下段の図)。要は、当時、中学校が1万992校あって、その中学校区単位で介護、障害、児童、生活保護、医療、こういう仕組みがあつて、その対象となる人たちがこれぐらいいて、そしてそれを支える地域支援がこれだけあると。だから、地域としてはこういう地域ケアシステムを一体的につくっていかないといけないということが発信されています。ところが、法整備などまで一緒になって動いていなかったもので、今ほどの動きにはなりませんでした。これからの地域づくりに必要な考え方を示す偉い人がいるなと思ってこのファイルをずっと大事にとっていました。10年ぐらい前の資料ですけれども、決して古くないと思っています。

このように、これまで縦割りで進められてきた様々な施策を地域でつないで包括的な支援体制をつくるのが国の施策として地域共生社会という形で打ち出されたと私は理解しているところです。

【これからの時代に必要な発想の転換】

これからの時代に必要な発想の転換としては、2040年ぐらいまでまだまだ後期高齢者数や死亡者数も多いですので、どのようにして介護需要の増加のスピードを減速させるか。それから、今の人材でどれだけ効果的なシステムがつけられるか。そして、介護保険が始まったころは、保険料はあってサービスなしでは困るということで量的な整備をかなり進めてきていますが、保険料が6,000円前後まで来た今の段階では、サービスの質が非常に大事になると言われています。

ただ、一ついいのは、これも研究会報告書の中に書いてありますが、今の高齢者の方々は、戦時中を生きてきたので親の世代がそう長生きしていない。団塊の世代の方々は今、80代、90代の親の姿をしっかりと見ておられるので、今からは団塊の世代の介護需要とか医療需要が増えるから大変だと言われますけれども、いやいや、団塊の世代の人たちは自分たちでそういうことを考えながら準備ができるからそんなに心配は要らないんじゃないかと言われてもいます。いかがでしょうか、団塊の世代に当たっている方、「任せなさい」と言ってくださいますか。

地域包括ケアシステム構築の中でも予防が非常に大事だと言われています。健康づくりや疾病予防など保健・医療における予防は今まで一次予防、二次予防、三次予防という表現で、社会参加とか、虚弱をおくらせるとか、重度にならないというような考え方で整理されてきましたけれども、もう一つの予防ということで、地域のつながりの中にあることがいかに予防につながるかという非常に大事なことをこの図（資料 P26上段）は示していると思います。

地域包括ケアシステムを少し理論的に整理すると、今、市町村のほうで取り組まれている地域づくり、地域社会の力、地域力を高めていく

ような「地域を基盤とするケア」と、医療と介護の連携とか、在宅医療の推進とか、今の地域医療構想の急性期から維持期、回復期までの連携の仕組みとか、そういうところの「統合ケア」と、二つの視点があります。その二つの視点はどこの地域でもどっちが欠けてもうまくいかない。ただ、地域においては地域資源などに違いがありますので、どうバランスをとっていくかはあくまでもその地域で最適を選んでいかないといけない。こういう考え方が地域包括ケアシステムの視点として整理されています（資料 P26下段の図）。

そのときに大事なのが地域マネジメントです。地域の実態を把握し、課題を分析し、関係者間で共通の目標を立て、計画を作成して実行し、そして評価しながらその目標達成に向けて進んでいく、そういう取り組みを「地域マネジメント」という言葉で表現しています。

この地域マネジメントは今まで行政主導で、行政が考え、そのことを地域住民や関係者の方々にお願いし、意見を求めながら、どちらかというと左側にあるような形で進めてきました（資料 P27下段の図）。

介護保険制度の中で地域ケア会議という仕組み、方法が登場していることをご存じでしょうか。皆様方の声をこの地域ケア会議に反映し、地域の課題を共有し、地域づくりや医療と介護の資源の連携をどんなふうに最適なものとしていくか、そういうところをみんなで考えて力を合わせてつくっていくことが求められています。

【新総合事業は地域づくり】

今年度からすべての市町村で取り組みが始まった新総合事業の評価の視点もまさしく住民主体で、住民の方々と協働して、地域づくりの視点で評価しましょうということを実施要綱の中で示しています（資料 P28上段の図）。

市町村は今、新総合事業で非常にご苦労されているかと思います。そして、ここにもその市町村のために頑張っておられる方が集まってく

ださっているかと思いますが、今回の制度改正の中で一番「肝」のところではないかと思います。これは地域づくりをどうやっていくかということの一つの施策ですので、それぞれのまちでそれぞれの形があっているし、かなり自由度が高いものとなっています。今までいろいろなことに縛られてきていますから、いきなり自由にやっていいよと言われると困ったというところもあるかもしれませんが、やっぱりこれだけ地域の力を必要としているわけですので、地域の方法、地域の理論でもってこの新総合事業は展開していったほしいと思っています。

先ほどから言いますように、専門職による多職種連携とか市町村における地域づくり、こういうことが非常に大事になりますが、一番大切なことは、私も含めて、今日ご参加の皆さんが、自分自身がどこでどう暮らしていきたいか、最期のときをどう迎えたいか、そのために今何ができるかを考えて実行することではないでしょうか。これから実践報告を聞かれた後、自分に何ができるか考え、それを実行していただければこの学習交流会の意義があるのではと思っています。

【セルフケア力を高める地域づくり】

それで、もう一つ、先ほど93歳の高齢者の方が体操をしてあれだけ元気になりました。少なくともあの方は週に1~2回、自分の体力づくりのために自分で体操するというセルフケア（自分で自分をケアすること）をやってこれた結果ですね。元気な方も、たとえ重い介護とか医療が必要な方も、セルフケア力は必ずあるのではないのでしょうか。その量を増やす、そういうことが今、非常に重要ではないでしょうか。イギリスではこのセルフケアを自分とか家族、友人などの健康と幸福のために個人が行っているケアを示すと定義しています。

筒井氏は、その著書（「地域包括ケアシステムのサイエンス」社会保険研究会、2,013）の中でセルフケアに必要とされる知識と技能としては、

健康の維持であったり、薬を適切に使うとか、ちょっと頭が痛い、ちょっと風邪がみだとかいうときの対応、それから、生活習慣病などで治療をしないといけないような場合の結構長期にわたる健康管理、こういうことは病院とか介護サービスのほうでやってもらうことじゃなくて、セルフケアとして私たち自身がそこを強めていけないといけないと述べています。このセルフケア力を高めるためにそれぞれどんなことができるかを考えていただければと思っています。

今それを実行している久留米市の「たんがく村」というところに昨年行ってきました。ここを主宰している樋口さんという方は、久留米市の保健師さんだった方です。地域のために何かしたいということで取り組んでこられました。（資料 P30 上段の図）

ここは昔、酒蔵だったようですが、その跡地を提供してくれる人がいて、そこに「たんがく村」という一大複合施設ができ上がっています。樋口さんが勝手に考えてやってきたのではなくて、「たんがく村を育てる会」というその地域の人たちによる話し合いの場があります。

この拠点づくりでは保育園まで整備するというので、その用地がもう決まっていました。「地域の誰もが、背伸びせず、今の自分にできることを交換し合い、相互に生きることを頑張れるコミュニティづくりを目指す」ということで、これこそ先ほどの地域共生社会の住民主体の考え方で、みんなが無理をしないで、お互いできることを出し合いながら地域をつくっていく、そういうことが実践されています。

【「尊厳」と「自立支援」を守る「予防」】

最後ですが「尊厳」と「自立支援」を守る「予防」ということで、高齢者の分野から始まった介護保険制度、地域包括ケアシステム構築の中では、「尊厳」と「自立支援」が非常に重要なキーワードになっています。全ての住民がみずからの意思に基づいて自立した質の高い生活を送ることができるように支援することでその人ら

しい生活を可能にするという考え方ですが、これは障害者、子育てをしながら地域で働く人にも共通する価値観、地域共生社会実現のための価値観と言ってもいいのではないのでしょうか。

2040年に向けて地域包括ケアシステムが目指している最終目標は「本人の意思に基づく生活への支援」。短い言葉ですが、本人の意思といっても、認知症などいろいろな障害があって自分で自分の意思を表出できない方もいらっしゃる。そういう方も含めて、本人がどうしたいのか、そういうところをちゃんと周りが引き出して、生活というのは命・暮らし・人生という幅広いものですので、そういう生活にかかわる支援を地域包括ケアは最終目標としています。

この写真は皆様方の資料にはないのですが、先週金曜日に南九州市で医療・介護連携の勉強会があり参加しました。

その中で、笹川医院の統括部長さんが報告された事例です。その統括部長さんにこの写真を使うことを許していただきました。鹿児島市内の医療機関に入院されていた77歳の末期がんの患者さんです。本人も家に帰りたい、家族も家でみとりたい、そういう思いで自宅に退院されてきました。みんなで見ると言われたのですが、実際にケアが始まってみたら実は介護者は奥さん一人で、子供たちは遠方にいて何かあったら来るというような状況だったようです。スタッフは、「えっ、そうだったの。そんな体制だったら、じゃあどうしようか」ということで担当者会議で話し合い、ケアチームでいろいろな取り組みを始められました。1週間という余命で帰ってこられましたから、何とかできることをして頑張ろうということでこのケアチームが動き出しましたが、結果として2カ月、念願だった自宅で過ごされ家族に見守られ息をひきとられたそうです。

私が感動したのは、多職種連携を通して、スタッフ、職員の方々はもちろんですが、相手を思いやる気持ちが家族の中に芽生えてきて、家

族がだんだん一つになっていくことを実感されたそうです。そして、介護・看護スタッフがいつも手を洗ったり足を洗ったりしているのを見ていて、ある日、親子でおじいちゃんの手を洗って、「気持ちいい？」と話しかけている写真です。この映像は真ん中がお父様の手、皆様方から向かって右側が娘さんの手、そして左側がお孫さんの手です。そういうやりとりを見て、在宅でケアすることでこんなに家族の心を一つにできるのだということを紹介していただきました。どうでしょうか。

介護、ケアというのは遠くにあつたら気づかない。でも、こんなふうに身近で見たり、体験することで、子供たちへ、命や思いやりの大事さを伝えられる生きた教育になる。ケアが身近なところにあるというのがほんとうに大事なことだということを教えてくれました。

実態調査では、最期はどこでどうしたいかなどを話し合っているのは、5割ぐらいですが、ぜひ自分の今後のことに関して、家族とまたこういう事例などについても少し話していただければと思っています。

地域共生社会の実現に向けた地域づくりの取り組みの方向性としては、自分や家族が暮らしたい地域を考える、地域で困っている課題を解決したいという気持ち、一人の課題から地域を考える、こういうことが非常に大事だと言われています（資料 P31上段の図）。

私が今日、自分の話をちょっとでも短くしたいと思ったのは、この地域づくりが既に鹿児島では始まっているということを実践報告で実感していただけたと思ったからです。この後の実践報告で私の話をフォローしていただけたと思いますので、以上で私の話を終わらせていただきます。ご清聴ありがとうございました。（拍手）