

# 基調講演

## 超高齢社会を見据えた地域づくり

<講演者>

慶應義塾大学名誉教授

田中 滋氏

(司会)

それでは引き続き、基調講演でございます。本日は「超高齢社会を見据えた地域づくり」をテーマに、慶應義塾大学名誉教授の田中滋様からお話をいただきます。

田中様は慶應義塾大学商学部をご卒業後、当大学大学院商学研究科修士課程を修了。当博士課程の単位取得後、ノースウエスタン大学経済大学院修士課程を修了し、現在は国の医療介護総合確保促進会議の議長や、社会保障審議会の委員なども務められていらっしゃいます。それではご登壇していただきます田中滋様です。よろしくお願いいたします。

○基調講演「超高齢社会を見据えた地域づくり」 講演者:田中滋氏

こんにちは、ご紹介いただきました慶應義塾大学の田中でございます。私は今、川崎市の地域包括ケアシステムづくりの戦略会議の委員長を務めさせていただいております。

全国いろいろと行きますが、今お話しいただいた川崎市長は、私より干支でいうと2廻り若いのです。このような若い市長が未来を見据えて日本で最初にトップを切って、正しいシステムを創るといふ姿勢にとっても感銘を受けまして、お手伝いをさせていただいております。

今日はそういう話をします。私はサンデル教授の真似が好きなので、こういう感じ(舞台上を自由に歩き回る)で喋ります。

今、川崎市の問題は市長がお話しになりました。私はもう少し日本全体の中で、日本がどういう状況なのかを話します。普段私たちが国内で暮らしていると「日本はいろいろと問題を抱えていて、何とか頑張っているかな」と思います。それでは世界の国々はどうかという、もっと困っています。

世界の国々みんなが、日本だけではなく、外交と軍事は別ですが、人々の生活(民生)に係ることとして、問題を抱えていない国はありません。特に私たちの専門分野からすると、一番は「健康寿命が終わった人が長く生きる事になった問題」です。この問題は意外とわかっていないのです。昔からお年寄りが多くいたように誤解していたり、今から昔は三世代同居でお年寄りの面倒を皆でみていたり、誤解を未だに思っている人がいます。嘘です。昔は、三世代同居は確かにありましたが、健康寿命の年齢後のお年寄り、この世にいなかったのです。今、健康寿命後の寿命は10年を超えています。アルツハイマーになってから亡くなるまで10年かかります。脳卒中を起こしてうまく t-PA 治療(血栓溶解療法)で治ったら、その先5年~10年、皆さま方ご親族、親御さん、配偶者で要介護の方を抱えているのは、ごく普通です。自分の母親もそうです。それは当たり前の事情になったけれど、ほんの50年前の日本、あるいは30年前の日本では、温かい家族があったという事は事実かもしれないが、そこに寝たきりの老人が10年居たとかボケた老人が5年居たなんて無いのです。つまり、世界中初めて慢性疾患を抱え、日常生活動作や ADL(食事・更衣・移動・排泄・整容・入浴など生活を営む上で不可欠な基本的行動)の問題があり、いつでも肺炎を起こし、いつでも骨折するリスクを持った人が長く生きること。これは世界中です。世界中20世紀後半の事象です。だからわからないのです。わからなかったのです。どの国も同じ対応をしました。どういふ事をしたのかと言うと認知症の認識はまずなく、身体介護です。

病気のモデルという扱いであった訳です。結核のモデルとか脳卒中では揺らしてはダメだとか、結核は毛布に包まって療養していなさいという病気モデルを高齢者へ当てはめました。その結果、高齢者は体が固まり硬縮し褥瘡(じよくそう:とこずれの意味)ができるという処理をどの国もしました。そうではなく、最近の高齢者はどんどんリハビリをした方が良いと変わりました。当たり前のようになつたのは21世紀になってからです。そういう変化の中で世界中困っています。日本は何と国際学会や外国の政府へ呼ばれていくと、もっとうまくいっている国、世界5か国のひとつだと言われています。うまくいっているとは日本が100点と言っているのではないのです。どの国も30点や40点で困っている中で、日本やスウェーデンやオランダやデンマークは何とか65点とかにしているという意味です。他に世界中でそれ以上いっている国がありません。何故かと言うと、私たちが人類史上7,000年で初めてみた現象にぶつかっているからです。川崎市も今ぶつかろうとしています。だから昔風でいうと、嫁が世話をすれば何とかなる時代ではないのです。そうではなく、プロが介護問題を適切に対応して家族の絆を強めていかなければいけないと思います。

日本は何を始めに行ったかという、25年前の1989年から介護に必要な人材と施設を造り始めました。3つプランを作

りまして6兆円使いました。そして2000年に介護保険をスタートしました。要介護になって保険制度でお金を給付すればいいだけです。要介護になってお金を貰ったとして、みなさんはうれしいですか。「あなたは10万円差し上げます、どうぞそのまま寝たきりでいてください。10万円差し上げます。そのまま寝たきりで褥瘡をつくっても知りません」と言われてもしょうがないでしょう。医療もそうですね、医療保険で「あなたはがんになりました。100万円差し上げます。そのままがんをもって生きてください」と言われてもうれしくないですね。保険料を払っている意味は、治療というサービスが受けられるからです。プロによる介護サービスが受けられるから保険料を払うのです。老人保健を使えるから訪問介護を使えるから保険料を払える。使えるためには供給体制を準備しなければいけません。これが日本は進んでいるのです。頑張って2000年に介護保険をスタートしたから、日本中どこへ行っても介護保険サービスを使えるようになりました。これが外国に褒められる第1の理由です。

介護保険制度は理念があります。国民保険制度と違って財源構成が非常に理念的にできていますので、市町村からの一般会計からの借入れが無いようにできています。今年10兆円の市場になりました。250万人の方が働いています。しかも介護保険法の人々の「尊厳を保持」とは認知症になってもという意味です。その有する能力に応じ、「自立した日常生活」とは残った能力と略してもいいです。たまたま片麻痺になる人もいます。たまたま立てなくなる人もいます。排泄をコントロールできなくなる人もいます。私たちの親をみていればそうですし、他の子や親族を見ていてもそんな方はいるでしょう。でも、尊厳を持った自立を連帯の精神でカバーしているのだという高い理念を持ち、第2条ではそのサービスを「居宅において」と書いております。もしこの世で、1億2,500万人の国家で10万人だけ弱い人がいれば、施設を造って収容してしまえば何とかできます。今、日本には要介護者は550万人います。認知症と予備軍を入れればダブルカウントですが800万人います。団塊の世代が75歳を超えた時は1,000万人を超えるわけです。要介護を必要とする方1,000万人を施設に入れるバカなことはできません。そんなことをすると社会が分断されますし、凄いコストがかかります。だから、「居宅において」なのです。居宅で街の力を使い、医者を使い、ヘルパーの力を使い、それらが連携してサービスをするという事が書かれています。

これが大切なので第4条を見ておきます。まず何よりも要介護になるのを予防しようと、健康保持増進に努めること、さっきの健康体操ですね。とりわけ団塊の世代の人に言いたいですね、私たちは、後10年あるので、その間にどれだけ要介護予防に努めるかが重要です。もう一つは要介護になることは確立事象でしょうがない場合があり、一生懸命に予防に努めていても脳梗塞が起きることがあります。リュウマチの結果、要介護になることがあります。もっと運が悪ければ交通事故で要介護になることがあります。それ自体は防げない確立事象です。でもなったら何ができるのかと言うと、要介護状態を維持できるのです。悪くなっていかなくて、プロのリハビリテーションに努めて、その他のサービスを利用して、要介護状態を止める事ができます。これが介護保険をつくって10年の経験です。要介護状態を良くするためには、要支援ぐらゐの場合の方には単に不活発病の方とか、単に栄養不足の方の場合は要支援へ戻ります。要介護で4が2になることは年に1%ぐらゐあるかないかです。4でとどめることはできます。病気が進行して亡くなるまでの間、要介護状態をストップさせるキーワードはリハビリであり、自分の能力の活用です。病気になった時も、自分の体力が一番の治療手段なのですが、しかし、体に対しての手術とか薬とかはプロのお医者さんの力でしかないけど、介護の場合は、介護は生活ですから、生活を誰がするのか。軽度の要介護を考えてください。要介護1の方がどうやって体を拭くかと言うと、たとえ右手がうまく動かなくても自分で左手を使ってブラシを使って拭くのです。要介護1になったらトイレの処理を誰がするのか、自分で排泄の処理をします。要介護1になったら誰がご飯をつくるのか、基本的に自分です。時々片麻痺になった手でご飯の作り方をリハビリの専門職が教えたりしますが、最後は自分なのです。医療とは違い自己能力の活用と言うのです。

この制度で、もし人口の年齢構成が変わらなければ、あとは介護サービスを進化だけさせていけばいいのです。でもバンザイなのです。ところがそうではないのです。それは、今、長がお話しになったこれからの人口の大きな年齢構成の変化です。

2025年から2040年この15年間に団塊の世代がだんだん増えていきますから、2040年までをどう乗り切るのかです。年齢構成がいびつなのです。川崎市と青森県では年齢構成が違います。地域毎に違うので、今ある介護保険制度だけでは乗り越えられなさそうです。そこで2008年～2014年までの6年間、地域包括ケア研究会となるものを、国の中枢の会議

として行いました。この座長を務めさせていただきました。これは、本当に世界の最先端の技法・情報、それから日本の様々の事例を集めて、言葉を言語化し一般化して、どうやったら「いびつな人口構成」を乗り越えられるのかと言うことを考えました。最初に私たちがまず世の中に問うた図がこちらです。

この画はこのような意味です。高齢者ケアは介護だけでは無理だ、介護はコアだけど医療がセットになっていなければならない。生活支援で買い物支援やゴミ出しの支援、寝たきりの人の髪の毛の世話をするとか、生活困窮者に対する支援とか、虐待があった場合の生活がある。サービスがあるだけでは駄目で、高齢者が住みやすい住まいが必要だし、当然ながら要介護にならない。なるのは確率的に起きるが、確率を減らすのは可能であるが、65歳から75歳までに体操の仕方や食べ方、そして歯の手入れによって、舌とか頬の力によって、どうやって嚥下力を強めていくかという訓練を、40歳の人には気にしなくてもいいが、65歳になったら大きな声を出す事自体が必要なわけです。この5つがあって初めて高齢者の生活が支えられるのが、最初に問うた図です。これはシンプルでわかりやすいので広まりました。

その後6年間の研究を経て、このような図にしました。これは「植木鉢」図と言われています。先ほどの5輪の花を、3輪だけ取っておいて植物に表しました。これは何を意味するかと言いますと、全て2用に書いています。介護だけではなく、介護とは即りハビリである。医療だけではなく看護がある、保険だけでなく健康増進がある。そして、その草を育てるためには立派な芳醇な土が無いと草は育ちませんので土を描いています。土が生活です。生活とは家事だけではなく、散歩をするとか、人と会うとか、人と会いながらお酒を飲むとか、ご飯を食べるとか、それも生活です。一方、医療や介護だけでは難しい問題、虐待とか貧困とかドメスティックバイオレンスとかの福祉、それが土です。土だけおいて置くと崩れてしまいますので、しっかりとした囲いを植木鉢で表しました。後で建築専門の園田先生からお話を伺いますが、私たちは「すまい」と「すまい方」で表し、ソフトウエアとハードウエアという意味で表しました。さらに、お皿がかけないために台が必要です。台こそが団塊の世代を中心に、自分がこれからどうやって生きるか、どうやって死ぬか、配偶者のどちらか先に死ぬので、死んだあとどうするのかを決めておく、覚悟をもつこと、これがお皿です。この植木鉢の葉っぱの使い方をこのケアマネさんが、自分とプロセスの上に立ってケアプランをつくる。全体の土と植物に法定化された地域ケア会議を各地で行っていく。一番進んでいるのが大分県です。川崎市も負けないで頑張らなければいけません、地域ケア会議を通じて水をやり続ける、週一回開くのです。それを市長中心に地域マネジメントしていく。地域マネジメントという言葉の意味は、今まで行ってきた行政ではないという事です。行政とは、市がもっている市役所の職員を使って何か仕事をするのですが、地域マネジメントとは地域の資源は皆さんです。皆さんとか商店街のチカラですとかコンビニエンスストアのチカラですとか、新聞配達店のチカラとか街の大学生はもとより、小・中学生・高校生のチカラを含めて、街にあるいろんな資源をマネジメントするのです。行政とは違います。このチカラを使ってケア付住宅ではなく、川崎市をケア付コミュニティにすることが市役所の仕事です。この図は植木鉢の図と言って全国で使っていただいています。本当は長くて難しい報告書ですが、この図1枚あればそれでいいと思っています。

今年2014年は実際に準備過程を経て、比喻で言うと苗床で作っていたお米を全国で田植えした年です。本当にいよいよスタートしました。少し難しいですが、診療報酬というお医者さん・病院へ払う方式の改定で、今年は地域包括ケア病棟を初めてつくりました。病院もまた、地域生活に人々を戻すまでの間の全プロセスの一員であるという姿勢をとらないと報酬が下がるという方式をとりました。病院は治療が終わったら次の病院へ移して後は知らないではなく、後の病院に移して、後の老人保健施設に移してそこが在宅に帰しているのか、在宅生活をどう支えているのか、後ろまで責任を持たないと。川崎病院や井田病院とか大学病院とか医療介護全体をみましようと思えました。地域ケア部局が今年、厚生労働省、日本医師会、川崎市などにできました。県市が凄く進化し始めまして、今日のためにわざわざ書いたわけではないが、全国どこへ行ってもスライドで使っています。

川崎市も大分県も頑張っています。日本を代表する大都会で精力的に行っています。川崎市は、今日現在、日本で一番進んでいる大都会です。5年後もそうであるためには、市長はじめ皆さん方の取組が必要です。私はそう思っているから委員長として存在しているのですから、5年後もそうでしょう。

医療介護総合確保推進法は、今年6月に国会を通りました法律の中で一番大きな法律です。一番分厚い法律です。19の法律を一束にした法と言われています。正式には、もっと長い名前の法律です。この第1条に地域包括システムの構

策と書いてあるのです。私たちが8年位研究してきたことが、今年国会を通した大切な法律の第1条に明記された。これはまさしく国策となった訳です。

繰り返しますが、軍事とか外交やマクロ経済などを別において、人々の生活にとって一番大切なのは、地域包括ケアシステムによって、人々の生活を地域で支えることです。もう一つ画期的なことはカタカナ用語を良く内閣法制局は通してくれたと思います。これまで法制局はカタカナを許してくれなかったのです。

皆さま方は、ケアマネージャーと言いますが、法律用語では居宅介護支援専門員と言います。ケアマネージャーは法律にカタカナはいけないと言われたので法律に書いていないのです。それが今回、ついにカタカナを通したのです。第2条には定義が書いてあります。地域包括ケアシステムとは、住み慣れた地域(植木鉢)で医療・介護・予防(植物)を住まいと日常生活(土)。この用語は忘れていいですけど、さっきの植木鉢図を法律用語で書くところになります。つまり私たちが去年4月、1年数か月前に定義した植木鉢は、1年経って法律用語になりました。これが国策です。それを実現に向け各市町村が競い合っていく訳です。ところで、一般にこのような仕組みが必要な場合「団塊の世代が年をとるからだ」と言う説明が多いです。それだけだろうかと言うとそうでもないです。もう少しプロフェッショナルの説明が必要です。もちろんこれが第一の原因ですが、2025年に75歳以上の人口がやたら増えて2040年まで続くからです。

ちなみに書いていないですが、第2次ベビーブームがもう一回来ます。1970年生まれの方が75歳になるのは2050年頃ですから、2050年頃からもう一回山があります。その時どうするかと言うと私には責任がありません。それはこれからお話しする若い学者の責任です。私は自分が75歳から90歳の間までの仕組みまでは制度設計の責任者として、市長と一緒に考えるのが仕事だと思っています。自分が死んでから後のことを考える義務はないと思っています。

まず、危機意識(2)とは、高齢者が病気で死ななくなったというのが第1の危機で、第2の危機は、団塊の世代が年をとること以外にも理由があるということで、急性期病院の変化です。急性期病院とは、大学病院とか市民病院とか日赤の大きい病院とかです。その中で、基本的にエピソードベースがあるから入院してがんを治療して、初期の乳がんや胃がんだったら10日もすれば退院です。抗がん剤治療がその後あるとしても、入院が終われば普通の生活に戻ります。もっと昔、日本脳炎とか盲腸とかの入院を考えてください。若い方は知らないと思いますが、昔の退院は治っているか、治らなくて亡くなるのかどちらかでした。今は違います。脳卒中は入院して終わらないのです。脳卒中が終わったら回復リハや老人保健施設に行かなければいけません。健康時に戻る人もありますが、多くの治療は1つでは終わらず、急性期病院の患者さんの7割が65歳以上になりつつあるし、半分以上が75歳以上になりつつあるのです。つまり、急性期病院では完結しない長期的で継続的なケアの最初の部分を担うことに代わってきました。そうすると病院だけで終わるという急性期医療の世界で発達してきた。入院は日本では10日位ですが、ヨーロッパでは6~7日、アメリカでは3~4日です。この仕組みのパフォーマンスが低下するのです。何故かと言うと、長いプロセスの一部だからです。これを我々社会科学的に言うと、医療が連続工程化されたのです。

先ほど市長は川崎市では優れた会社やメーカーが沢山あると言われていますが、まさにそうです。メーカーで自動車を造るプロセスは連続工程です。ある工程には入ったら出口から自動車が出てくることはないです。沢山の段階を踏みながら段々総合されて自動車になります。その時に工程1が終わった後に、工程2に行く前に真ん中に野ざらしに部品を置き、1週間経って次の工程に入るやり方をしたら凄く非効率です。それを最初にスーと流れるようにしたのがトヨタです。医療も全くそうなるのです。一昔前の医療は、第一工程が終わると、退院でナースがあちこちに連絡して引取りの電話をしていました。それでは駄目なのです。患者は悪化するのです。病気は治るのかもしれませんが、ADL(生活能力)を悪化してしまうのです。何故かと言うと、急性期医療は生活を治すところではないからです。病気を治すところだからです。早くがんをとることは急性期医療の責任ではあるが、その後、歩けるようになる、また働けるようになる訓練をする場所は急性期病院ではないのです。社会的機能が違うからです。その工程間のマネジメントが出来なければ駄目なのです。それこそ地域包括ケアシステムが必要になった第2の理由である医療の連続工程です。

2番目は認知症で、それこそ人類が初めて見ている現象です。かつては認知症になる前に亡くなっていたのでしょ。あとは別の要因があるのかも知れませんが、少なくとも昔の歴史書や人類の文学では殆ど出てきません。記録があれば必ず載っているのです。学者が沢山いたとか、結核の人が亡くなったとか、コレラやペストで沢山亡くなったとか、認知症の

ことはまず載ってないのです。

21世紀、わたしたちが今一番抱えている問題です。今でさえ先ほど言いましたように800万人です。恐ろしいことですよ。やや認知症の人を入れて、ごく身近な現象になった。認知症者はケアをピンポイントですることができないということは、おわかりになるでしょう。

身体介護だったら要介護1だったら1日か2回でいいし、あるいは週2回ぐらいでいいし、要介護5でもピンポイントで15分か20分のサービスを1日連続5回ぐらい入れれば暮らしていけます。ところが認知症者は、ピンポイントで排泄のお世話をするとか身体を綺麗にするとかという入り方ではだめなわけです。いつどこに行ってしまうかわからないですからね。いつ不安感にかられて「お家に帰りたい」と言いだすかわからない。この方たちのケアをプロが張り付いてするわけにいかないのです。ピンポイント型の排泄のお世話だけなら15分でできるが、そうではないから。まさに地域で包括的にみていくしかないわけです。だから認知症者が多くなったことも地域包括ケアシステムが必要な理由です。

3つ目は看取りです。先ほど団塊の世代が2025年に75歳になるという話をしましたが、男は80歳、女性は90歳を過ぎて段々、半分以上亡くなります。本当に日本の女性は凄くて、この中で今50歳の人「いくつになって死ぬって答えられますか？」と良くからかうのです。90歳になって同級生が半分死ぬのです、やっど。世界史上すごいことです。50歳まで生きた人は90歳になったら死ぬのではないのです。90歳になってクラス名簿の半分やっど亡くなるのです。そのくらい長生きです。この人たちが、ようやく亡くなり始めるのです。その人たちがもし急性期医療を使うと、急性期医療がパンクしますので、看取りを在宅、老人保健施設、療養病院、グループホームや特養で亡くなれるようにし、看取りのチカラをそういう人たちが作ってくれないといけないのです。

昨日まで元気で、喋って杖をつきながら散歩していた人が倒れたら、救急車で運ぶのは当然です。それは治る可能性が高いから。しかし、がん末期でプロの医者から診たら、どうみてもあと3日という人の場合は、家族が傍にいて自宅なりグループホームに居たほうが良いです。アルツハイマーもそうです。皆同じなのです。病院に連れていっても何にも効果がないです。そういう人の場合、かえって不幸になると思います。看取りの在り方が次のテーマであり、最後は従事者数です。

要介護者が500万人から800万人になります。だったら従事者も1.6倍にしなくてはならないと考えていると、若年者が足りないです。もし要介護者が倍になるから、従事者が倍と考えたら生産性の向上ゼロです。そんなことをしたら技術革新ゼロを意味し、日本の恥です。もっと恥なのは、アジアの開発途上国から若者を連れてくる方法です。これも技術革新を止めますし、低賃金労働のままにしてしまうのでやってはいけません。もちろんアジアの若者たちが、日本の医療・介護を学ぶために毎年1万人来て訓練、これは賛成です。外国人排除主義者ではないから。だけど日本人がしないから、低賃金だからというのと違って、ここは技術革新の基なのです。

川崎市は、まさに優れた中小企業などのチカラを使って、介護のロボットとかセンサー技術とか ICT を駆使できることです。それによって、要介護者数が倍になるのならば人員数1.5倍で今と同じクオリティのケアをし、人は疲れずにハートを保つことができるのは、技術の背景があるからです。

もう一つは、先ほど連続工程化といいましたけれども、医療と介護は要介護の在宅者の場合、今度は同時にたくさんの作業が行われる。時間的な軸ではなくて、ある一時点で在宅医療、必ず在宅では疾患管理と介護は使うのです。それも医師だけではなくて訪問看護、訪問薬剤、栄養管理、口腔ケア、これらは同時に、ある1分間という意味ではないですが、ある1日に同時に行うような管理が必要です。

在宅生活を送るためには、いつでも入院できるとか、いつでもリハビリ合宿入院ができるとか、ちょっと疲れたので休め、家族が疲れたので休める、入所ができるとかいった後方施設の確保も大切です。家族が365日頑張れという意味ではないです。システムとして全体で在宅生活を支えることが必要です。

軽度者の場合や軽い方の場合、今度はこれこそ市役所や川崎市、市民全体のチカラです。重度者はプロ同士のつながりで大体済みます。何故かという、要介護4、5になるとそんなに町に出ないからです。ところが要支援者、要介護1の方々は、そのまま普通の生活者です。

単に杖という道具が必要だけかもしれませんが。私がメガネという道具を必要としているのと変わりません。あるいは歩行具が必要だけで、あとは普通の生活者なのです。買い物に行ってもいいし、劇場に行ってもいいし、こういうところに来

ていいし、レストランに行ってもいいし、ただ連れが必要だとか歩行が必要、そういう方たちが歩きやすい街、出やすい街、乗り物、年をとっても楽しみがある、それが大切なので、こちらはもっとまちづくり、今日のタイトル“地域づくり”地域の中に居場所があってもいい、そういうことが求められます。この場合は外来でいいですから、かかり付け医者さんのチカラです。

生活支援は見守り、安否確認ですね。配食もただ届けて来て、玄関でご飯を渡して“はい”ではだめですね。安否確認をし、どのくらい食べたかをチェックし、すべて食べたか、排泄があったときに排泄があったというのではなくて「排泄の具合がどうであったか?」。皆様方、子育てなさった経験があったらわかるでしょう。私も子育て、3人の子供を手伝ったし、孫をお風呂に入れたり、おむつを替えたりしています。その時に、おむつを替えるのではなくて「今日のうんちがどうだったかな?」というのがプロの腕です。「お尻がただれているかな?」というも、それをどういうふうに記録するか、「ICTに入れるか?」などを含めて、生活であり、それからまちに出ていくことです。まちにでていく事こそ、今ここにいらっしゃっている方は大丈夫ですが、今日私、男性が比較的多いから感心して喜んでます。大体、定年退職すると、確率的に男は家から出なくなる人が多いのです。今日は、たくさんいらっしゃるので安心です。女の人の方がまちに出て行く機会を多く持っています。まちの人と付き合うチカラを持っています。男は、職場を通じてしか人間関係を作ってこなかった人たちは、まちに出て行くというのが中々なかったりするのだけれど、その人たちが川崎市では、麻雀が一番趣味を引き出すのにいいって言うことを言っておられました。確かにそうかもしれない。なんでもいいが、まちに引っ張り出す。

認知症のケアはいまどんどん進んできています。一昨日、世界の認知症会議が東京で開かれ、首相も出席されました。厚生労働省の幹部も出席し、日本のケアの発表があって、なかなかすごくなりましたし、認知症者が加わる会合ができるようになりました。とはいえ、多くの街では認知症ケアは、まだまだこの切り札である初期集中支援チームが、まだ動いていませんし、動かなくてもいいですけどね、まだこれから動き始めるところですし、初期集中支援と困難事例対応が一緒になってしまったりしていますのでこれからです。地域の子供たち、地域の小中学生、中学生、高校生。この子供たちが認知症のケアに加わる、認知症のケアをする必要はないのだけど、認知症者を知っていること。認知症者が徘徊していたらどうやって声をかけたらいいか、あとはプロにつなぐだけ。

認知症者の発見、認知症者の行動を隣でみたら、コンビニの隣に立っている人がどうもおかしい行動をしていたら、通知してあげたらいいだけです。だけどその人は変な人ではない。たまたまそういう症状を呈しているっていうことを知っているか知ってないかで、ものすごくまちの安心感が違います。認知症者、いいのですよ、最後にコンビニに行ってアンパン食べたりしてもいいのです。GPSをつけておいて、自動的に請求すればいいだけの話で、アンパン100個食べたりしませんから。「1個食べたら、それは食べたら」で良いぐらいの感じのまちにする。高校生が見ている、中学生が見ている、大牟田市が一番進んでいます。この中にもいらっしゃるかもしれないけど経営事業者の方々も、これから福祉の心を持ったというのだけではだめで、クールな社会の資源を使うような経営者にならなくてははいけません。

技術革新を果たしたいですね。市長のお話、わたくし大変賛成です。川崎市はそういうチカラがあります。単に要介護者のお世話をすると考えていたら、この社会は滅びる。要介護者のチカラも使う。要介護者の残っているチカラも發揮して頂き、市民が助け、そして、そこでイノベーションを生んでく。このくらい前向きにこの危機をとらえたほうがいいです。

自治体はさっき言いました、地域マネジメントです。行政はこれからもちゃんとやってください。だけど行政ではないです。行政の人を使うのではなく、今日ここにお集まりの皆様のチカラを使う。皆様も一緒に楽しみながら作っていく。川崎市は日本一だぞという、あるいは日本は世界一だぞという喜びを得る。そういう時代です。マネジメント力であって行政力とは少し違います。

クールにはもちろん、必要資源をとらえるとか、圏域間調整の仕組みとかこの点は、市役所のプロの話になる、あまり知らなくてもいいのです。地域ケア会議のツールについてもいいでしょう。どのような技法があるか我々、多摩川のところで集まって頂いています。

もう一つ川崎市は大丈夫だけど、小さい市ですね。人口5万とか3万とか人口7,000人とかというところは、都道府県がサポートしてあげないとダメで、都道府県なんか強くなります。

わたしたちの仕事は、こういうことを考えて行かなくてははいけない。コミュニティ、みなさんのチカラなのです。川崎市のプログラムもそうです。こうやって地域包括ケアシステムを作っていくと実は高齢者だけではなくて、障害者も児童も、みん

な同じ仕組みの中に入れ込むことができます。地域包括ケアシステムのようなものは、世界的にどの国でも割と高齢者のためからはじまりますが、最後は地域づくりになっていきます。そのためには、コミュニティに交流拠点、居場所、暮らしの保健室でもいいし、アルツハイマーカフェでもいいし、オレンジカフェでも、こういうものを作っていく必要があります。

どうやって作るか。先ほど市長がおっしゃられたように、皆さんと一緒に作るのです。市が作るのではない。市がそれをマネジメントすると言っただけけれど、住民や事業者の参画です。そして市長、首長という意味は、知事とか市長とか村長とか町長とか全部合わせて首長と書いてありますが、首長によるメッセージの発信に基づいて推進ビジョンをする。

いろいろな、川崎市もたくさんの計画を横串にした計画をいま作ってらっしゃいます。そこで、それぞれの主体、中学校は何をするか、地元の大学は何をするかを含めて役割をメインにする事が必要です。

ロードマップが最後です。まず高齢者ケアに向かってその市らしさ、川崎市らしさの理念を明示するのって、今、されてましたよね。そして自立だけではなくて、みんなと一緒に生きる、そういう仕組みを作っていく。作り方は「川崎市は川崎市らしく」でいいし、川崎市の中でも区ごとに違っていいです。場合によってもっと違う、中学校単位で違う。そのぐらいに柔軟性のある話で、ここは生活なので、多摩区の生活と川崎区の生活が違っていいのです。何故かというと歴史が違うから。住んでいた人間が違うからです。

最後の行になります。地域包括ケアシステムを作るか作らないかは覚悟です。作らなかつたらそのまちは人口減少と、それこそ限界集落とまでは言いませんが、悲しい将来になるでしょう。川崎市はそうならない。日本のトップになれる、なぜかという統合の要である市長が非常に前向きでいらっしゃるからです。そして川崎市は、私は、理解していたのですけれど、医師会をはじめ関係団体が本当に一緒に議論してくださっている。商店街まで一緒に議論してくださっています。

あとはもうひとつあります。川崎市民である団塊の世代がこの仕組み作りはどう関わっていくのか。これを巻き込んでくることも市役所の役目でしょう。今日はここまでです。3年後、毎年川崎市の進化を楽しみにしております。