

川崎市総合計画有識者会議第1回ラウンドテーブル
議事録

日 時 平成26年10月29日(水) 18:00~20:00

会 場 川崎市役所 第4庁舎 第3会議室

出席者

委 員 秋山委員、出石委員(副座長)、垣内委員、中井委員、平尾委員、涌井委員(座長)

ゲストアドバイザー 田中滋氏(慶應義塾大学名誉教授)

関係団体・事業者 関口博仁氏(川崎市医師会理事)

中馬三和子氏(川崎市介護支援専門員連絡会会長)

市 側 福田市長、瀧崎総合企画局長、

伊藤健康福祉局長、福芝健康福祉局地域包括ケア推進室長

議 題 開会

市長あいさつ

出席者紹介

1 テーマ「2025年に向けた地域包括ケアシステムの構築について」

ゲストアドバイザー 田中 滋(慶應義塾大学名誉教授)

2 市の現状と課題

3 その他(次回会議等の開催等)

公開及び非公開の別 公開

傍聴者 0名

議事

開会

(事務局)

ただいまから川崎市総合計画有識者会議の第1回ラウンドテーブルを開催させていただきます。私は総合企画局企画調整課長の久万と申します。どうぞよろしく願いいたします。本日のラウンドテーブルも先般の有識者会議と同様に公開とさせていただいておりますので、マスコミの取材等を許可しておりますことをあらかじめご了解いただければと存じます。あわせて、本会議の支援ということで民間会社の方もご同席させていただいておりますので、ご了承いただきたいと存じます。

それでは、最初に、お手元にお配りしている資料の確認をさせていただきます。

- 第1回ラウンドテーブル 次第
- 委員名簿
- 座席表
- 資料1 地域包括ケアシステムと医療介護連携
- 資料2 川崎らしい都市型の地域包括ケアシステムの構築について
- 資料3 在宅医療と多職種連携
- 資料4 有識者会議・市民検討会議の流れ（案）

あわせて、本日お越しいただいている田中先生から基調講演いただく、11月8日開催予定の市民フォーラムのチラシを置かせていただいております。

市長あいさつ

（事務局）

会議に先立ちまして、福田市長から皆様にご挨拶を申し上げたいと存じますので、市長、よろしく願いいたします。

（福田市長）

今日は遅い時間からお忙しい中お集まりをいただきまして、ありがとうございました。また、有識者会議の先生方には一昨日に続きまして、大変ご多用の中、本当にありがとうございます。ラウンドテーブルは、総合計画を策定するにあたって新たなアイデアを創造する場として設けさせていただき、今日は第1回目でございます。田中滋先生におかれましては、我が国の地域包括ケアシステムの第一人者でございまして、その田中先生が川崎の制度設計もしていただけるということで大変光栄に思っております。本日は、その田中先生からお話を伺い、そして、現場のお医者様とケアマネジャーとして関口先生と中馬さんのお二人にもお話をいただきます。有意義な会にしたいと思っておりますので、どうぞよろしく願い申し上げます。

出席者紹介

（事務局）

どうもありがとうございました。それでは、本日の出席者の方々と市側の参加者をあわせてご紹介させていただきたいと存じます。

<事務局より出席者をご紹介>

以上で、委員及び市側参加者の紹介を終了させていただきます。なお、本日のラウンドテーブルも有識者会議同様に重要な会議でございますので、内容の重複や明らかな誤りを除きまして全て記録させていただきまして、後日各委員の承認を経て公開させていただきたいと存じますので、ご理解のほどよろしくお願いいたします。それでは、これからの進行を座長の涌井先生にお願いしたいと存じます。よろしくお願いいたします。

1 テーマ「2025年に向けた地域包括ケアシステムの構築について」

（座長）

お忙しい中、田中先生にお越しいただきまして、ありがとうございました。まずは田中先生に

お話をいただいて、我々が地域包括ケアについての理解を深めるような話題提供をいただければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

(田中ゲストアドバイザー)

お手元の資料をご覧ください。資料1です。順番にお話しします。

2000年に施行されました介護保険法は非常によくできた法律です。システムもできていますけれども、法律もよくできています。第1条のキーワードは尊厳と自立と連帯です。介護保険は、お世話をするための保険ではありません。要介護の方々の自立、認知症のことを考えますと、尊厳を形容句につけないと身体的自立だけのイメージがしますので、尊厳を保った自立を共同連帯の理念に基づいて支援すると明記された法律です。そして、第2条、一番下の行、居宅と書いてあります。これがポイントで、もし世の中に10万人しか要介護者がいなければ施設で対応できますが、600万人の要介護者、重なっていますが、800万人の認知症及び認知症予備軍の方を入れると、とてもそれだけの人を施設に入れるわけにはいかず、まちそのものをケアのついたところにしていかないと一体的な社会を継続できません。

次ページにまいります。第4条、これは長いのですが、2行目、国民は予防しなくてはならない、健康保持増進に努めるとなっています。こちらが上位ステートメントです。4行目、要介護状態になったら何をするかと言いますと、お世話をするとはどこにも書いてありません。介護保険はお世話保険ではなく、要介護状態になったらまずリハビリと書いてあります。この考え方をリハビリ前置主義と言います。もちろん、自分の体のことをコントロールできなくなった要介護の重い方々は、排泄のお世話をしたり、食事の世話をしたり、体をきれいにしたりする必要がありますが、それは不可欠の作業とはいえ上位目的ではありません。介護の上位目的は悪化予防です。もう少し前の段階では要介護にならないことですが、その後要介護2になっても、3になっても、その段階でとめることです。要支援の場合には、戻る率が結構あり得ます。栄養不足とか不活発症の場合には戻り得ますが、脳卒中で要介護度4が始まるとか、リウマチで要介護度3になると戻ることはほとんどありません。ただし、悪化予防はできます。悪化予防の主たる手段はリハビリです。生活期リハビリとは、PT、理学療法士が行う体を動かすリハビリではなく、どちらかというとい ADL、日常生活を支援するOTが行うようなリハビリが主になります。そして、福祉用具その他のサービスを利用し、一番下の行に示されているように能力の維持向上に努める。この場合の能力は、国際標準では残存能力と言いますが、言葉の響きが悪いので自己能力と言っています。つまり、脳の出血等によって右手が使えなくなることは医学的にやむを得ない場合があるでしょう。そうなっても、左手で壁を使って歩く力、左手で着替える力、左手で自分の排泄の処理をできる力、そういう能力の維持向上に努めることです。

介護保険法は、社会が自立を支援するための法律になっています。私は介護給付費分科会の分科会長として、今日も来年度の介護保険報酬改正の議論をしてまいりましたが、来年の給付総額は10兆円です。そして、250万人の方が働いています。550万人の方がサービスを受けています。これを淡々と進めて質の向上を進めていけば良いかということそうではないのです。たしかに次のような変化がなければ、介護保険はルーティン化された改善を含めて動いていけばよい。わかりやすい比喻でいうと東海道新幹線は50年間淡々と毎日時速200何十キロで16両編成の電車が5分置きに走っていますが、技術進歩は行われていて、車両はどんどん進化しているし、レールや

安全システムや電気のシステムも著しく進歩しています。しかし、客にとってみると、淡々と利用できるだけに見えます。ところが、介護は技術進歩だけでは足りないのです。理由は書いてありませんが、今から説明します。

第1はいびつな年齢構成です。団塊世代が2025年から、75歳からだんだん亡くなって、女性はもう少し生きるかもしれないですが、男性の大半が人生を卒業するのが2040年ごろでしょう。この15年間、要介護者の数が多いですし、年間の死亡者数が非常に多いです。この人たちが死亡の際に急性期医療を使ってしまうと、急性期医療システムがもたなくなる問題が1つあります。

2番目は、医療自身の技術進歩と医療機関の構造変化によって、医療が単一工程でなくなっていることです。工業生産の比喻を使いますが、工場では始めから終わりまで一つの工程ではなく、前の工程から後ろの工程への移管、次々に移る連続工程に医療が変わってきています。私が子どものころは病院完結でした。病院で退院時には亡くなっているか、治っているかといった時代がありました。ところが、現在の急性期医療の第1工程は、入院期間が8日間とか10日間で、第2工程に移らないとその人の日常生活に戻れないのです。今回、画期的な病棟として地域包括ケア病棟、地域包括ケア病床ができました。ポストアキュート段階です。さらに脳梗塞の場合には回復期病床を通るケースも珍しくありません。場合によっては介護老人保健施設を利用するかもしれません。そして、在宅生活に戻るのです。がんのように急性期医療の後は在宅に帰る患者がほとんどであったとしても、帰ってから6か月間は抗がん剤治療などを受けなくてはならない後方工程があります。つまり、工程が連続的になってきて、工程間のインターフェースが良くないとサービスが機能的に続かないのです。第1工程から第2工程の受け渡しのところにケアマネジャーや在宅のかかりつけ医が入り込むなど、病院と重なっていかないといけないので、今までの仕組みを変える必要性をうたっているのです。これが2番目の理由です。

3番目の理由は、在宅生活を支えるサービスが介護だけなら良いのですが、実は高齢者の多くはさまざまなニーズを持っている点です。それがスライド4に示されています。高齢者ケアは介護だけでは成り立たず、介護と医療と予防と住まいと生活支援の5つの要素があって初めて成り立つとの理解があります。つまり、1つの工程の中で5つの手が入らないといけません。先ほどの連続工程ではなく、ある工程の中では5つの要素がないと日常の生活が送れないことへの着目が3つ目の理由です。

4つ目は、まちづくりが衰えたままいくと、地方崩壊と言いますか、人口がなくなってしまうところが出るかなり確実な予測が出てきたために、川崎や福岡は別としても、多くのところは今すぐ生活まで含めた地域包括ケアにしていかなければならないという理由があります。それで、私たちは2008年以來6年間、厚生労働省の本省の局長や老健局課長たちも毎回出るこういう会議を続けて真剣に議論をし、毎年成果を発表しては、それをもとに現実の政策、介護保険法改正、介護報酬改正や介護の基準の改正に取り組める材料を提供してきました。最終段階ででき上がってきた図が5番の図で、左下の図をかなり進化させた図です。5つの輪のうち、プロフェッショナルサービスの3つを葉っぱで描きました。葉っぱをきちんと支えるために土を置きました。土が生活です。上の3つはいわば医療・介護のプロが行う仕事ですが、生活は商店街の力も、コンビニエンスストアの力も、近隣の力も必要です。しかし、生活がどうしてもできない貧困とか虐待とかの問題には、上の3つの葉っぱでは対応できません。医師や看護師は、虐待や貧困に対応

する職業ではありませんので、社会福祉サービスも土のところになります。生活をするためには、土にきちんとした囲いが必要で、それが住まいです。住まいを植木鉢であらわします。植木鉢が欠けないために、ベースは本人及び家族の支援に支えられた上での、いわば生き方と死に方のチョイスと心構えです。これは主に団塊の世代に向かって言っていますが、配偶者のどちらかが亡くなった場合、あるいはもともと独りの場合、どういうところでどういう生き方をして死んでいくかを前もって決めるべきだし、覚悟すべきとの提唱です。植木鉢には、地域ケア会議という重要な要素が水をやっています。この植木鉢のサービスを使うための支援をする人が右側に立って、それがケアマネジメントの台に上に立つケアマネジャーです。その外枠、地域マネジメントに基づくケア付きコミュニティの構築、これが市役所の仕事です。専門職の仕事、近隣社会・商店街の力、自分の覚悟、それを育て助ける人、そして全体を自治体の力と、こういう図柄にしまして、これを市役所の方、厚生労働省の方、県の方などあちこちで使っていただいています。大変うれしく思っています。

次に右下の図ですが、このように考えてください。医療と介護のプロフェッショナルサービスを草葉で、生活支援を土、植木鉢で表しています。もう1つまだこの図の中でよく描き込めないのが認知症の問題です。認知症は少々別系統になります。例えば、高血圧だとしても、その高血圧の人を24時間見守っている必要はないわけです。1週間に1回ドクターに診てもらえば良いだけかもしれません。ところが、認知症の場合はBPSDが重ければ24時間見守りが必要です。このようなサービスにプロフェッショナルサービスを使うと人件費が高過ぎてできません。どのような形で認知症の方の生き方を地域でつくるかは、むしろ我々全員の課題です。後で話します。

次のページにいきます。介護保険だけでは2025年の高齢者の生活を支えるには足りないとの共通理解から、2008年以来検討を重ねてきましたが、今年こそが地域包括ケアのスタート年で、苗床から田植えされた年だと思います。まず診療報酬改定では地域包括ケア病棟ができました。急性期病棟の点数は在宅復帰率が高いか低いかで変わり、今までは急性期病院が頑張れば高かったのですが、これによって次に渡した病院、次に渡した介護老人保健施設の在宅復帰率が最初の病院の点数に影響する、まさに連続的な形になったのです。病院がしかるべき送り先に送って、その送り先が在宅に戻っていないと、もとの病院に影響を受ける、急性期医療も取り込んでしまう改革が行われました。さらに、川崎市を筆頭に、厚生労働省にも日本医師会にも、大分県、山形県等々にも地域包括ケア担当部局ができました。去年は富山県の南砺市だけだったのが、今年は画期的に地域包括ケア推進室などができ始めました。本当にやっと芽が出たなど、苗床から移されたと感じます。

極めつけは、下に書いてあります、今年6月18日に国会を通った医療介護総合確保推進法です。これは今年の国会を通った法律の中で一番規模が大きく、法律案の厚さも紙ベースで一番分厚かったです。この重要な法案の第1条に地域包括ケアシステムと書いてあります。昔から片仮名用語を法律に書くことには結構な抵抗がありました。中馬さんは今、居宅介護支援専門員が正式な名称ですが、世の中のお年寄りには誰も居宅介護支援専門員なんて知りません。ケアマネジャー、ケアマネさんと呼んでいますし、我々もそう呼んでいます。しかし、当時は法律に片仮名を書くことができなかったのです。ところが、地域包括ケアシステムは最後には法制局にも認められ、第1条に書かれました。まさに研究段階から表に出た、社会に出た感じがします。第2条、これ

は先ほどの植木鉢図をそのまま文章化したものです。第2条の下から2行目には住まい、生活と書いてあります。その3行上には医療、介護、予防と書いてあります。植木鉢図を法律用語で難しく書くところなのです。前のページの図がまさに法律にそのまま書き込まれました。この推進を促進するために、各自治体も頑張っておられますが、厚生労働省でも老健局長と保険局長と医政局長という、年金、子ども、労働は別として、医療介護系3局長が出席する会議がつくられました。中医協会長、医療部会長、医療保険部会長、介護保険部会長、介護給付費分科会長が委員になり、まさに医療・介護を総合的に進めていく態勢も厚生労働省としては覚悟の上で見せています。まさに今年はこういう年です。

医療介護総合確保のキーワードはそこに書いてあります。1番目、病院完結とか特養完結ではなく、地域をしてケアを完結すべき圏域にしていく。地域とは何か。医療ですと二次医療圏、がん治療でしたら三次医療圏で良いかもしれません。一方で、生活のほうは中学校区とか、いろいろな地域が重層的に考えられています。医療計画はかつて病床規制計画でしたが、来年からは2025年にどういう医療を提供するかを含めて地域医療ビジョンを先出しで登録します。都道府県の権限は、医療についてはかなり強化されました。保険者も医療計画に入ってくるようになりました。介護保険事業支援計画との一体性を持つようになり、2018年から改定年次がそろっていきます。また在宅医療を含めて市町村の役割が明記されました。そして、今日の話である地域包括ケアシステムこそが、生活のほうから眺めたときの最上位概念であると明記されています。

10ページにまいります。このような大きなシステムをつくるには、きちんとした理論的武装が必要です。今回の理論の柱は統合という言葉です。インテグレーションです。つまり、サービスの連携では足りないとの意識です。病院の退院調整ナースがどこか別の病院に、「ところで、うちから2、3日中に1人患者を退院させたいのだけれど頼む」と要請し、「わかった」と答える対応が昔からある連携の軽い形ですけれども、そういうものではなく、ケアプラン、情報システム、予後予測を共有し、場合によっては入院前から連携して動いていること、それを統合と言います。統合については4段階あります。第1の統合は、重度要介護者、要介護4、5で病気も重い方です。がん末期で要介護期間が短い人を含めても良いかもしれません。ここでの統合の主体は、在宅医療の先生方と、在宅生活を支えるナースと介護職種とケアマネジャー、あるいは薬剤師、栄養士、歯科衛生士等のプロフェッショナルの集まりであり、それを病院や介護老人保健施設が後方支援するタイプの、市役所はあまりかかわらなくて良い、機能統合さえできていれば、プロに任せられる統合です。できていないところは市役所が頑張らなければいけません。ここが程度でき始めると、プロの力で進みます。一番進んでいるのはむしろ被災地で、石巻などはかなり進んでいます。それしかないから進んでいきます。2番目は市役所が重要な要素で、要支援者と軽度要介護者にかかわるサービスの統合です。この方たちは、杖をついたり歩行具を使ったりすれば街に出られる人たちです。家庭内でも生活を自分でしている人たちです。時々通所や訪問を使うかもしれないけれど、基本的に自分で調理し、自分でお風呂に入れるような人たちです。この人たちが家に閉じこもって社会性が切れ、動かなくなってますます悪くなるのを防ぐためには、生活支援が欠かせません。街に出ていくことが必要です。生活支援は総合事業でも良いし、商店街や商店の力を使ったり、ITの力を使ったりすることも含まれます。それから、かかりつけ医などへの通院サービスの充実なども2番目の統合の一部です。3番目は、団塊の世代のこれ

からです。虚弱高齢者が比率としてだんだん増えていきます。この人たちのためにこそまちづくりと生活拠点が求められます。生活拠点とは出ていくところです。お茶を飲む場所、相談をする場所、碁を打つところ、子どもと触れ合うところを意味します。そういう生活拠点を設計していく部分には市の力が必要です。これができていくと4番目の統合、高齢者だけでなく障害者も児童も参加する、川崎市が目指しておられる広い意味の統合ができます。この4つの設計の方向は分けて考えるべきです。全部が1つではないと考えています。

大切なところは11スライドです。医療・介護には、常に現場論と、法人レベルでの経営論、そして政策論、すなわち制度設計とか、市長以下皆さんがなさっている市役所の運営・経営行政などの3つの側面があります。今まではケア論と政策論だけで語られることが多く、ケアが悪いのは報酬が低いからだなどと、法人経営が抜けている場合が多かったのですが、実は医療法人、社会福祉法人、介護系企業のマネジメントがとても大切です。まず第1に、ケアレベルでは、身体ケアでは介護の前に疾患管理が入らないとだめだと思います。医師や医師会の力が重要です。要支援や要介護1ならば普通の外来で良いのですが、ある程度重くなった方には疾患管理が入らなくては意味がないためです。それから栄養マネジメント、服薬管理、口腔ケア、これはセットです。先述のように、介護の本質はお世話ではなく悪化予防です。専門職がアセスメントして、その上でリハビリテーション前置にしないといけないです。日常生活でおむつをかえたりするお世話はなくなりませんが、お尻のただれがどうなのか、昨日と便の具合がどう違うかを観察して悪化予防につなげないといけないです。おむつをかえることは手段であり、もっと上位目的から変えられるようにならないといけないのです。これを包括的にサービスしていく方向で、介護報酬はできるだけ包括的なサービスと機能に応じた支払いに持っていくべきだと思っております。

第2に、下のスライドにまいります。生活支援はまさに市役所が主導しないとできません。見守り、安否確認、配食による栄養改善についてはもちろん市役所が自分でするわけではありませんが、体制づくりは医師会や看護協会には頼みません。最後は住民や商店街が自分でするのですが、そういうことが必要だとの説明や、することの意味などを、市役所は何回も会議を開催して伝えなくてはならないと思います。多世代交流の場所について最初に声をかけてあげるのも市役所が良いですね。その上であとは自治に任せれば良いのかもしれませんが。最後の権利擁護、これも役所でないとできません。高齢者の550万の要介護者のうち、権利擁護が必要な方は全国で50万人～100万人おられるのではないのでしょうか。次に認知症ですが、BPSDを起こさないケア技法がユマニチュードを含めて随分進化してきました。認知症の周辺症状にステージがあることも理論的にはわかってきました。でも、まだまだそれが現場で生かされていないところもあります。身体ケアについては、日本は全体的に標準が極めて高く、どの特養に行っても国際的に見てトップクラスのサービスをしています。しかし、認知症ケアについては、お訪ねする場所によって10年ぐらいの時差があります。これは誰が主導するか地域によって異なるのですが、いずれせよ専門性が必要です。次も市役所の力ですが、地域の見守りや地域教育も大切で、大牟田市が先進自治体として有名です。イギリスが進んでいると教わりましたが、小中学校、高校に、認知症の意味や認知症の方への対応の仕方教育を入れているそうです。専門的なケアはもちろんプロがしますが、子どもたちも認知症を知っていて怖がらない啓蒙はどこかですする必要があります。

次のページにまいりまして、13ページ、法人経営です。医療機関は病院・診療所と調剤薬局お

よび訪問看護ステーションしかありませんが、介護は事業ラインがたしか24あり、非常に細かく分かれています。さらに、デイサービスの中でも認知症デイサービスとか療養通所とかに分かれています。それぞれに事業経営の意思決定を求めたり、経営判断を求めたりしていると、統合的サービスはできません。事業所は小さくてもかまいませんが、法人が大きいほうが規模の経済も働き、範囲の経済も働きます。つまり、介護保険の事業者に対しては、事務所の管理だけでなく法人経営の側面を支援していかなくてはなりません。一方、包括ケアシステム構築に役立つ自治体にとっての第1の手段は地域ケア会議です。大分県が進んでいます。川崎も優れていると思います。地域ケア会議の頻度とクオリティ、短さが重要です。地域ケア会議で互いの挨拶に1時間もかけているところはだめで、1ケース20分でよい。困難事例を拾えるように実行していかなければなりません。もう1つは、県の主導になるのかもしれませんが、認知症の初期集中支援ケアチームの活用です。等々の形で、ずいぶん具体化されたプランができるようになりました。

次の2～3枚にある自助、互助、共助、公助は、地域包括ケアの哲学で、団塊の方が自分ですること、地域の力、プロフェッショナルがすること、役所がすることを自助、互助、共助、公助と言いますが、繰り返しになりますので飛ばします。

最後のページ、スライド18番をご覧ください。このようなラウンドテーブル的会議を重ねて、ケアマネジャー、ドクター、いろいろな学識者、市役所の方などと市民とが川崎市の理念を共有していくことです。理念の共有なしには地域づくりはできませんので、これを一番上におきました。専門的には規範的統合なる言葉を使います。川崎の場合、地域の活性化は有利だと思います。若いまちで人口増も見込め、産業も強いので良い条件をもっています。多くの町ではそうではありませんので、これを起爆に地域の活性化をしていただきたい。自立支援だけでなく市民の共生支援が大切です。都心に働いているサラリーマンと、遠くに通っている大学生などはさしあたり入らないかもしれませんが、小学生、中学生、幼児を抱える家庭、引退した人たち、商店の人たち、そして、地元で働いている人たちがみんな入った共生支援です。川崎がどのように発達すべきかは川崎独自のルールに基づき、さらに区ごとに違うはずで、区ごとに文化の違い、住民の歴史の違いがあります。いろいろ見せていただくと、ボランティアの発達度なども区によって違いますし、それぞれ違って良いのです。ローカルルールを尊重すべきでしょう。なお川崎の場合は大丈夫ですが、最後は首長の覚悟だと、私は講演の終わりに必ず言うようにしています。これは内政、民政の最大課題だからです。それから医師会の覚悟も求められます。医師会が加わらないと地域包括ケアシステムはできません。一番上のレベルの統合は医療の力です。介護は自分たちの仕事ではないと考えておられる医師会長や、そういうものに興味のない市長はかえていくべきです。川崎は大丈夫なので安心しています。それから、事業を運営している社会福祉法人や介護事業者たちも、地域包括ケアの一員であるとの認識を常に持っていないと社会的な支援が得られません。最後は、団塊の世代自身の覚悟を指摘したい。自分の人生を楽しみつつも、65歳から75歳のときに地域包括ケアづくりを何らかの形で月に1日でも手伝っていただくことで自分の老後を安心させていく、こういうことがこれからの地域間競争になると思っています。以上でございます。ありがとうございます。

(座長)

どうもありがとうございました。非常に手短に、しかも包括的にお話をいただきました。質問

等がございますでしょうか。

私は、愛・地球博の会場演出総合プロデューサーをやっていたときに、10万人ボランティアというのをいたしまして、12万数千人集まっていただきました。その中の20%近くが65歳以上の高齢者の方の参加でした。185日の間、瀬戸市、長久手町（現、長久手市）、豊田市で高齢者の大体70%が来ていただきました。これらの地域における医療費の動向を調べてみると、半減していました。目的意識を持って社会活動を行うと、おなかや背中が痛いと思っていたのも忘れて病院に通うことも少なくなり、元気になっていくものだと実感しました。

（田中ゲストアドバイザー）

今のお話は誠に的確で、賛成です。商店の人はまだ良いのですが、会社や役所、大学勤めのように地域社会とのつながりのない人たち、特に男性を引き出すには、社会的な大きな役割を持っていただくことが良いでしょう。無給でも、交通費だけ渡しても良いかもしれません。寿命だけ延ばしても意味がなく、健康寿命が終わった後の時間を短くしなければ、医療費や介護費を支える財政がパンクしてしまいます。女性は男性より社会性をはるかに持っているのに対し、男性は地域に対する社会性を実はあまり持っていません。そのために、今の話のようにボランティアで外に引き出すのは大変よいことです。良い話をありがとうございました。

（垣内委員）

文化や芸術を専門としています。2点お伺いしたい点があります。1つは、9枚目のスライドにあります地域完結について、この地域というのは二次医療圏や三次医療圏のようなイメージでしょうか。

（田中ゲストアドバイザー）

一番小さいところは中学校区です。

（垣内委員）

2点目は法人経営の視点です。文化の分野でもアートマネジメント（芸術団体のマネジメント）が必要だと久しく言われながらも、実践的かつ論理的に説得できるような人材づくりはとても難しいのですが、現状、どこでどのように人材を養成して、どのような形でこの法人経営に生かされようとしているのか教えていただければと思います。

（田中ゲストアドバイザー）

地域の困難な事例を探り出して何例か扱っていると、実は本人や家族の問題だけでなく、地域の課題が抽出されてきます。その地域単位は基本的に中学校区程度の広さです。中学校区の会議を重ね、次に地域課題を市レベルに上げます。川崎の場合、人口が大きいので次は区レベルですが、区レベルに上げて政策に結びつける2段階で会議の構成を法律上決めています。

サポートをする急性期医療、大きい病院が担当しているところですが、これは中学校区よりも広くないと意味を成しません。開業医は地域単位で良いのですが、地域のがん、脳卒中、進行感染症などの治療はもっと広い範囲になります。介護保険事業支援計画と医療計画とが連携をとれる努力が欠かせません。その場合、インターフェースをどうするか、サービスの発生頻度によって、サービス提供者あるいは利用者がどのぐらい動くかによって違います。介護ですと基本的に2km以内です。開業医ですと普通5km以内です。ところが、がん患者は200kmぐらい動きます。つまり、範囲はいろいろなものが重層的にあって、大切なのは、重層的であることを知りつつそ

れをつなげる計画のつくり方だと思います。これは市役所や県の方は慣れていません。

法人経営の専門家は医療の方にはわりと多くいます。なぜかという、医療機関は患者獲得競争してきたからです。お客が来ないと経営を維持できない以上、普通の民間病院のみならず、日赤や済生会を含めて公的病院も経営感覚があります。なかったのは、10年ぐらい前までの公立病院と社会福祉法人です。これらの病院や施設では管理さえきちんとしていれば怒られませんでした。赤字を出しても怒られない。そこで、公立病院経営改革が行われ、一方で社会福祉法人のほうは、課税されなくなかったら法人経営を行って地域に貢献せよと、あめとむちを使い分けているところですよ。

介護事業をしている民間経営者たち、サービス付高齢者住宅をつくっている人たちの一部は逆に、金もうけしたくて入ってきている人がいます。彼らには、利益は上げて良いけれど、上位概念は地域包括ケアであり、ソーシャルビジネスであると、逆の説得も大切です。不動産が動くので、場合によっては大きな利益が上がり得ます。医療法人、社会福祉法人、良識的な株式会社、ファンドビジネスが入り混じっている世界なので、一律ではありません。

(平尾委員)

田中先生のお話を伺って、地域包括ケアシステムについて非常に明快に理解できたように思います。この植木鉢で地域包括ケアシステムにかかわる関係者の位置づけが非常によくわかりました。その上で、この植木鉢が置かれている土壌がもう1つあるのではという気がいたします。例えば富士通のような健康情報システムを構築している企業、あるいは東芝のように非常に高度な医療機械を開発されている企業、それから味の素のようにアミノパルミたいな健康増進剤をつくっている企業といった、非常に多様な医療ケア関係の企業が川崎市には立地しています。これらを、地域包括ケアシステムを越えた外側として生かし川崎の強みにしていくことが必要だと思います。川崎は環境問題の先進都市として、アジアにいろいろな環境問題の解決策を提供しています。同様に、地域包括ケアシステムを中心にしたメディカルケアを川崎の強みにしていく視点を総合計画の中では入れたほうが良いのではないかと思います。地域包括ケアシステムをきちんと構築していくことが大前提だと思いますが、さらに外側で支援するシステムを川崎は、持ち得るのではないかと気がいたしました。

(田中ゲストアドバイザー)

この図は普遍的な図で、人口5,000人の町でも、産業ゼロのところでも使える図になっていますので、川崎市においては産業を位置づけることには大賛成です。私のスライドでいうと16番、一番下にイノベーション支援と書いてあります。この仕組みは、病院とか高齢者ケアなどはローリスク・ローリターンビジネスで良いのですけれども、その周辺産業は、ご指摘のとおりハイリスク・ハイリターンを含めて技術開発を行い、高い利益を上げて良いわけですよ。社会資本的な部分はローリスク・ローリターンのほうが合っているけれども、その周りではむしろ積極的に技術開発を行い、危険を顧みず投資を行っていくべきで、それを支援するような目を持つべきです。川崎のプランをつくるときには、この図の下に、この周りに産業の花が咲く絵を描いてしまえば良いと思います。

(座長)

鉢皿の絵を描いて、その鉢皿がそういうものになっていけば良いのでしょうか。

(田中ゲストアドバイザー)

そのとおりです。

(座長)

最近、クラウドなどの新技術を利用したインフラの長寿命化、例えば橋梁のどこが傷んでいるのかをICチップで情報を集め補修を簡便にするような取組が見られます。バイタルケアでも、例えば、体にはめれば血圧から何から全部わかるというような仕組みを市全域でクラウドのシステムで構築し、その中でどのようにして情報を抽出していくかを実証する社会実験を川崎でやっていくとしたら、医療に対して大変な貢献をできる可能性があります。

(秋山委員)

おっしゃるとおりで、この鉢皿に今、本人と家族の選択と心構えとあるのですが、やはり本人が予防に努めたり養生に努めたりするために一番大事なのが情報を得ることです。自身のバイタル情報等も含めて、本人や家族の情報を得られるような状況をIT等も使ってつくってあげれば、本人、家族は健康増進、健康維持に努められると思います。この皿の周りにそのようなものがあるということを認識して良いのではと思っています。

(中井委員)

私はまちづくり、交通という物理的な社会資本が専門ですけれども、先生の今日のお話の中で、街に出ていくことが非常に大事だというお話がございまして、私も全くそのとおりだと思います。街に出ていくためには、出ていく足と、出ていく場所にそれだけの魅力がないといけないという意味で、例えば交通ですと、川崎は地方都市に比べるとはるかに交通状況は良いのですが、それでも丘陵地では特に地形的な問題もあり、あるいはバスに頼らなければなりません。バスも基本的には民間事業で行われていますので、行きたいときに行きたい場所に行くことができません。出ていく場所の方も、今や伝統的な商店街というのは非常に疲弊をされていて、そういうところで生活サービスを提供してもらいながら、いろいろ地域のことができるという場所が非常に少なくなっているように思います。

そのような時に川崎はわりあい人の出入りも大きい場所で、定住している人が地方ほどは多くないことを考えると、生活拠点というのは伝統的な生活拠点、コミュニティの中心みたいなものだけではなくて、何かもう少し新しいイメージの生活拠点というのを特に川崎のような場所では考えなければならないのではと思っております。何かヒントを教えていただければありがたいと思います。

(田中ゲストアドバイザー)

映画やミュージカル、歌舞伎を見に行ったり、旅行に行ったりする高齢者は良いのです。虚弱高齢者で、川崎の住宅地から歌舞伎座まで行くのは無理で、10分ぐらいしか歩けない人たちが街に出ていくための拠点の話です。これは日本のみならず、ヨーロッパでも同じような考えがありまして、ヨーロッパ風の言い方をすると、ベースはカフェなのです。オランダのアルツハイマーカフェが有名です。日本ではオレンジカフェという言い方をしています。アルツハイマーの人もその家族もそこに行けます。対応の仕方を知っているスタッフが1人いれば良く、アルツハイマーの人は対応をちゃんとしていけば普通にお茶を飲みますし、夜はお酒も出しています。そこに週に1回は看護師が来て健康相談に乗るとか、薬剤師が来て薬剤相談に乗るとか、日本では、共

生ステーションと言っているところも、暮らしの保健室という名前を付けているところもあります。みな新しい取組です。北陸ではお寺がそういう場所になっていることもあります。小学校の空き教室や空き商店を使っているところも珍しくなく、その家賃を市役所が補助している場合もあります。ベースは、集まっておしゃべりをしていけば良いのです。碁盤や将棋盤、マージャンが置いてあると男性を惹きつけます。川崎の北部でもマージャンを取り入れていると聞きました。おしゃべりだけでは男性は来ませんので、そういうものをつくるのです。

もう1つ、優れているところでは、放課後の小学生が来られるようにしています。放課後の小学生と団塊世代の引退した人が一緒にいる光景はとても良いですし、たまにコンタクトがあつて将棋を教わる場合もあれば、何もしないで別々なことをしていることもあります。いずれにしても、親にとっては、1人管理人が見ており、放課後の安心な場所となります。このように拠点を多くの世代に広げた使い方をできている地域も増えてきました。役所用語的に表すと多世代交流拠点といった感じになるでしょうか。

2 市の現状と課題

(座長)

それでは、時間の関係もありますので、議論の続きは後ほどにしたいと思います。

私はドイツのクアパークをずっと研究しています。クアというのはケアの意味で、今や、カジノを含むリハビリの公園として、地域と非常に密接な関係を持っており、非常にダイナミックな発想に基づく拠点となっています。実例も勉強し、改めてそういう拠点の必要性というのを感じました。そこで、川崎市の現状について局長からお話いただきたいと思います。

(伊藤健康福祉局長)

田中先生のお話を踏まえまして、川崎はどうか、ご説明させていただきます。

資料2の1ページ目の下のスライドをご覧くださいと思います。初めに、システムの構築に向けまして着手いたしました本市の取組でございますが、まずボックスの1つ目、「地域包括ケア推進室」の創設でございます。先ほど田中先生からもご紹介いただきましたが、昨年度までは長寿社会部という組織に地域ケア推進担当を設置し、主に高齢者施策の中で取組を進めてまいりましたが、この4月から、高齢者施策とともに障害者施策、保健・医療・看護施策等の関連施策を包括的、一体的に推進するための新たな組織を創設したところでございます。2つ目のボックスでございますけれども、「川崎市地域包括ケアシステム検討協議委員会」の設置でございます。川崎らしい都市型の地域包括ケアシステムの構築に向けまして、さまざまなご意見を伺うとともに、顔の見える関係づくりと情報共有を図るため、田中先生を委員長に、本日出席されております関口先生と中馬さんにもご参加いただきまして、多職種19名で成る委員で構成された検討の場を設置しております。3つ目のボックスでございますけれども、「(仮称)川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョン」の策定といたしまして、事務局でございますが、新しく設置いたしました地域包括ケア推進室が中心となりまして庁内横断的な連携を図るとともに、ただいまご説明いたしました検討協議委員会や関係団体あるいは市民の方々のご意見を伺いながら、2025年を見据えた推進ビジョンの策定を進めているところでございます。

次のページをご覧ください。この推進ビジョンは現在、素案の段階でございますが、基本理念

といたしまして、川崎らしい都市型の地域包括ケアシステムの構築による、誰もが住み慣れた地域や本人が望む場で安心して暮らし続けることができる地域の実現を掲げてございます。そのための基本的な視点は以下の5つでございますが、次のスライド以降でこれらの視点をもとに具体的な取組に向けた考え方について概略を紹介させていただきます。

その下をご覧ください。初めに、視点①「意識の醸成」ということでございます。(1)の地域における「ケア」への理解の共有と共生意識の醸成、また(2)のセルフケア意識の醸成を掲げてございます。次のページ、スライドの4番目でございますが、視点②「住まいと住まい方」といたしまして、(1)の「まちづくり」に関する方針の共有と(2)の生活基盤としての「住まい」の確保と自らのライフスタイルに合った「住まい方」の実現を掲げてございます。その下をご覧ください。視点③「多様な主体の活躍」といたしましては、(1)の「助け合いの仕組み」に基づく、適切なケアの提供、(2)の個人や地域の多様性に対応するための地域資源の創出、(3)の適切な役割分担に基づいた専門職による高い専門性の発揮でございます。次のページをごらんください。視点④「一体的なケアの提供」といたしまして、(1)の多職種連携による切れ目のないケアの提供と(2)の必要な機能に着目した適切なケアマネジメントの実現を掲げてございます。その下にまいりまして、視点⑤「地域マネジメント」といたしましては、(1)の地域全体における目標・基本方針の共有と(2)の地域包括ケアをマネジメントするための仕組みの構築でございます。

こういった考え方に基づく取組が地域全体で共有されるとともに、各主体の具体的な行動に結びついていくことを目指してまいりたいと考えています。

続きまして、今後、総合計画の策定にも関係いたしますが、川崎らしさの特徴についてご説明いたしますので、次のページをご覧くださいと思います。中段以降に記載のとおり、川崎らしさとは、まず1点目、「若い都市」であることといたしまして、平成26年4月1日現在の高齢化率は、全国では25.6%に対しまして、本市では18.4%ということで、政令市の中では一番若い、全国的にも若い都市ということが言えます。全国的に人口減少が顕在化する中におきましても依然として若い世代を中心に人口の流入と高い出生率を維持しておりますが、一方で、若い都市であるがために、今後、全国平均を大きく上回るスピードで高齢者数が急増することが予測されているところでございます。

2点目、「様々な資源を基盤としたケアを行うことが可能な地域」であることといたしまして、市内には、高齢者、障害者を支えるボランティア団体などの活動が活発な地域があること、さらには、先ほど平尾委員からもご指摘ございましたが、福祉・介護産業の振興と育成を図るウェルフェアイノベーションや、先端医療の推進と健康長寿社会の実現を目指すライフイノベーションなど、これまで本市が培ってまいりました技術や研究の集積あるいは連携といった多様な社会資源を有していることでございます。3点目、「多様な地域と個人によって構成されるコンパクトな都市」であることといたしましては、逆にこれは政令市の中で一番面積が狭く、人口密度の高い過密都市であるということで、南部の工業・産業地域と、中部及び北部の住宅地域という、性格も大きく異なる多様な個人と地域によって構成された、結果的にコンパクトな都市というところでございます。

その下にまいりまして、その対象像でございます。上の囲みに記載のとおり、地域包括ケアシ

システムを効果的に構築していくためには、児童期・若年期から意識の醸成や健康づくり、介護予防などの健康寿命延伸のための取組、要介護状態が重度化しても住み慣れた地域や自らの望む場所で暮らし続けられるよう、ライフステージにおける切れ目のないシームレスな取組が重要であると考えています。このため、右矢印の下に記載してございますとおり、高齢者をはじめ、障害者や子ども、子育て世帯などに加え、現時点で他者からケアを必要としない方々を含めたすべての地域住民、全市民を対象に構築を進めるものでございます。

次のページをご覧くださいいただければと思います。私どもが策定を進めております推進ビジョンとそれぞれの分野別の関連個別計画との関係図でございます。ただいまもご説明いたしましたとおり、本市では全ての地域住民を地域包括ケアの対象としておりますことから、推進ビジョンにつきましても、図のように高齢者や障害者、さらには地域福祉、教育、医療など個別計画の上位概念としての位置づけを考えているところでございます。

その下にまいりまして、推進ビジョンでは段階的な整備を考えておりますが、その大きな区割りとしていたしまして、まず2018年までを土台づくりの期間といたします。そして、2025年を目標年次に置きながら、その後も時代や社会状況に応じて常に進化した取組を進めるということで第3段階のロードマップを想定しているところでございます。

次のページにまいります。このあたりが肝になると私どもは考えておりますが、各主体に期待される役割といたしまして、こちらのイラストのほうで表現をしておりますとおり、行政だけではなく、事業者、関係団体・機関あるいは市民など地域内の多様な主体との緊密な連携を図りながら、先ほどご紹介いたしました基本的な5つの視点を踏まえて各主体の役割を明確にしていく必要があると考えております。初めに、市民に求められるのは主に視点①の「意識の醸成」と視点②の「住まいと住まい方」でございます。意識の醸成では、人々の多様なあり方を認め合える全員参加型の社会を築いていくことや、健康状態、生活機能を維持・向上させるための自発的なセルフケアが大変重要と考えております。また、住まい方では、地域の子どもから障害者、高齢者の方まで、すべての地域住民の交流機会の創出などを通じて、地域における顔の見える関係を構築していくことが重要であると考えております。地域社会はその地域に住む住民が主体的につくり上げていくものであるということから、住民一人一人が地域におけるそれぞれの役割を担うという意識を持って地域特性に応じた取組を進めていくことが必要であると考えております。次に、事業者、関係団体・機関に求められるのは視点①から④でございます。自助、互助、共助、公助の多様な主体を各々の特徴を生かしながら柔軟に組み合わせることが重要であり、助け合いの仕組みを広く整備、機能させていくことが求められております。今後、高齢化とそれに伴う疾病構造の変化により重要性が増す在宅医療につきましては、医療のみによって支えられるものではなく、先ほどもございましたが、介護とか看護、医師、生活支援など多職種が顔の見える関係構築をするところに包括的、継続的なケアの提供を実現していくことが求められています。最後に、行政に求められるのは、これだけではございませんが、主に視点⑤、「地域マネジメント」でございます。本市が政令市であるということの特徴を生かしまして、行政区を第1のマネジメントレベル、市全体を第2のマネジメントレベルとして、地域包括支援センターを設置しております中学校区程度の圏域を地域づくりの一つのエリアとしながら、また生活者の支援においては、より小地域なエリアでの支えが重要でございますので、階層的なマネジメント体制を検討してい

るところでございます。行政が地域における課題やサービス等の需要を把握し、分析しながら、その地域に適した仕組みを施策に展開していくことが重要であると考えております。

その下にまいります。続きまして、超高齢社会への取組に関連いたしまして本市が進めております健幸福寿プロジェクトについて事例紹介をさせていただきます。ケンコウのコウは幸い、幸せという字で「健幸」という表記をさせていただきます。初めに、字が小さくて大変恐縮でございますけれども、(1)健康寿命の延伸及び要介護度維持・改善の取組といたしまして、40代を過ぎますと生活習慣病になるリスクが高くなるため、これからの健康づくりは市民一人一人が健康について関心を持ち、若い世代から新しい知識や生活習慣を身に付けて、実践、継続することが重要でございます。まさにセルフケアであり、自助の範疇に入ります。また、要介護になったといたしましても、介護予防を進めることで要支援段階から重度化の防止あるいは改善につながるなど、いつまでも元気なお年寄りでいていただける環境づくりに向けた取組を進めてまいります。次に、右側の階段状のようなグラフでございます。その下の黒丸で記載してございますとおり、1つ目、現在の介護保険制度では、要介護度に応じて報酬が設定されておりますことから、黒丸の2つ目、介護度が重くなるほど介護サービス事業者の報酬は高くなっています。要介護度が改善した場合、介護の質の評価は反映されず、むしろ事業者にとりましては報酬が減少する仕組みになっております。こうしたことから本市では、下の囲みに記載のとおり、要介護度の改善を図った場合や長期にわたって要介護度を維持した場合に介護サービス事業者に一定のインセンティブを付与する、新たな仕組みの構築を検討しているところでございます。地域包括ケアシステムの構成要素ともなり得るこれらの取組を進めることで、介護給付費の伸びが抑制され、持続可能な介護保険制度の先導的なモデルとなるようチャレンジしているところでございます。

次のページ以降は、本市の状況といたしまして、既に一昨日にも配付されております市の概況に加えまして、本日のテーマに関連いたします福祉の関連の統計等を掲載してございますので、後ほどご参照いただければと存じます。私からの説明は以上でございます。

(座長)

伊藤局長ありがとうございました。質問や意見はございますか。

各主体に期待される役割で、地域マネジメントだけが市の役割であるかのような観点はどうかと思います。他にもあるとおっしゃっているから良いのですが、健康福祉局としてはそうかもしれませんが、先ほど中井委員からもお話があったように、まちづくりという観点が非常に重要だとすると、「全体にかかわるけれども、市として今ここに力点を置く」という表現のほうが良いのではないかという気がします。

(伊藤健康福祉局長)

つつい福祉の延長線上になってしまいがちですが、田中先生からもございました、広い意味での市の関わりということになりますと、まちづくりとかそういったところにも目を向けなければならぬと考えております。

(座長)

縦割りだとそうなります。

(伊藤健康福祉局長)

できるだけ広い視野で、今後、多くの方のご意見を伺いながらより良いものに努めてまいりたいと考えております。

(出石委員)

全く同じところで、行政区を第1のマネジメントレベルといった話がありましたが、これに異論はないのですけれども、今後、総合計画、さらに全体を検討していくときにやはり行政区の位置付けはとても大事だと思うのです。どうしても窓口業務中心になっていくところもあって、福田市長はそれを改善されているのを知っていますけれども、区でかなりマネジメントができるものをしっかりつくらないといけないと思います。

(座長)

その他はいかがでしょう。中井先生、コンパクトシティについてはいかがでしょう。

(中井委員)

そういう言い方もあるのだと感心して聞いていたのですけれども。

(座長)

こういうポジティブな評価の仕方もあるのだと私も思いました。非常に参考になりました。

(中井委員)

別のことで一つ、住まいですけれども、川崎は非常に地域性が多様で、特に丘陵地は住宅を中心として発展してきたような場所であり、住まいもだんだん箱物として高齢化し、家族がどんどん東京や横浜に動いていくとなると、高齢社会の中で住み慣れてきた住まいがだんだん間尺に合わなくなってくる場合があります。特に地方で、大きな家を維持管理するのは大変なので便利なところに替わりたいというニーズも出てきているように聞いています。一般的には首都圏の郊外住宅地においても、住んでいる方と現実の住まいとのギャップが進んできていると言われていますが、川崎の実態として、住まいに対するニーズ、ギャップはどれくらい進んでいるのでしょうか。

住み慣れたところが良いとなると、同じ地域の中で住まいをうまく替える支援の仕組みが非常に重要ですが、これは民間事業者にもできないと思われます。横浜のほうでは東急がそういうことを一生懸命やっているのですけれども、必ずしもうまくいっていないと聞いています。川崎でもいずれは問題になるのではないのでしょうか。空き家が増えてくると考えると、地域の中での住まいの移り変わりはどう考えていけば良いのか、実態でも良いのですが、わかれば教えていただきたいと思います。

(福田市長)

私も全く同じ問題意識を持っています。この前、サマーレビューということで、来年度予算に向けてのヒアリングを部局と行ったのですが、例えば最近、市外の民間事業者が、高齢化し、一戸建て住宅では大きすぎて不便だという家を買って上げ、それを賃貸で貸すというビジネスを始められています。これからトライアルという話ですが、市としてもこういったことを積極的に応援し、住み替えていくように進めていかないと地域が崩壊するという危機感を持っています。

(座長)

東急電鉄と、ワープステイを研究しています。多摩田園都市では、だんなは社用族だったがリタイア後うちにいる、妻もうちにいることが多くなっています。ところが、もともと夫婦仲は、

子供だけをかすがいにしていたため、子供も出てしまい、花とペットで夫婦がかろうじてつながっている状況が見られるそうです。一方、住宅は土地が 60 坪あって建坪も非常に大きい。このような状況では、とてもやっていけない。アンケートを取ると、1 次産業に魅力を感じているという人が結構いるということです。東急は、それを信託的に一時預かりにする新しい事業を考えているそうです。ところが、一次産業といっても専業農家は難しいので、せいぜい兼業農家ぐらいです。“隠遁ごっこ”はしたいが、必ず帰ってくる。こうした動きを予測して、その間、例えば伊豆などに“隠遁ごっこ”の場所を提供し、帰ってきたかったら、どうぞ川崎に帰ってきてください、不在中は、その住宅を若い人たちに低廉で貸し出すことでこちらの収入もある程度担保する、うちで死にたいと思ったら帰ってきて、そこで死んでくださいというシステムができないかずっと研究しています。やはり、こうしたことはこれから必ず起きてくる。それをワープステイという言い方をしていますが、そのような可能性はありますよね。

(中井委員)

ワープステイという言葉は初めて聞いたのですが、あると思います。ただし、一時的に空き家になっている住宅を貸し出す場合、昔の住宅はバリアフリーでなく、部屋が小さく区切れているのが普通で、今は広く使うというニーズが一般的なもので、リフォームをかける必要があるのですが、それがなかなかうまくいっていないという話は聞きました。

(座長)

アメリカですとモゲージプランというのがあり、モゲージトラストを受ける会社がきちんとあるのですが、日本はなかなかうまくいっていません。ですから、何か新しいビジネスモデルが必要だという気がします。そうでないと、どんどん多摩田園都市のように均質的に高齢化してしまいます。それをいかに防ぐかということもとても大事だと言います。

(平尾委員)

住み替えプロジェクトは、実は地域包括ケアシステムにもつながっていくと思います。私ども昭和女子大学では、世田谷区と提携して、世田谷の空き家、古家を、介護ステーションですとか、シェアードハウスですとか、そういったものに転換していくというプロジェクトをずっと行っており、そのニーズがどんどん増えてきています。おそらく川崎も世田谷と同じような状況だと思うのです。そういう意味では、住み替えを積極的にこの包括ケアシステムの中にどう組み込むかということは、非常に大きな課題だろうと思います。

それから、もう 1 つ、資料の 8 ページにあるさまざまな資源について、私は専修大学の向ヶ丘遊園でずっと教えたことがあり、遊園の駅から生田緑地をずっと上って、大学まで歩いて 20 分ぐらいでしょうか、スクールバスはあるのですが、乗らずに毎日歩いていました。専修大学の受験生の案内パンフには徒歩 20 分と書かれているのですが、学生たちは入ってみたら、登山 20 分だと言うぐらいですね。実は川崎には様々な健康資源があるのではないかと思います。1 つは生田緑地ですし、あるいは臨海部の方にもあります。

(座長)

多摩川もあります。

(平尾委員)

多摩川ですね。多摩川はずっと下から上まで、川崎区内だけ歩くだけでも 4 万歩ぐらい歩きま

す。つまり、川があり、川に沿って歩くというのは大変気持ちが良いですし、先ほど申したようにいろいろな農地もあります。そういうことを考えますと、資源に関して、川崎は横浜、東京に比較して、人々が健康増進できるような自然地域資源があるのではないかと思います。これを健康増進のところにもう少し入れても良いのかなという気がいたしました。そうすることにより、子供からお年寄りまで健康増進ができるような資源を活用すること、これももう少し強調しても良いのかなと思います。川崎健康づくりというのがありますが、川崎の持つ自然資源、それから、J A、セレッサなどと提携すれば、先ほど少しお話が出ていたワープステイを、別に伊豆まで行かなくても川崎の中で完結できると思います。

(座長)

十分な地域資源がありますからね。

(平尾委員)

農家も高齢化してきますので、貸し農園をするとなど、やはりいろいろな方の力が必要になってきます。そういった形で健康づくりの資源があれば、病気になってしまった人をどう助けるかということと同時に、もう少しプロモーションの方も川崎らしさというところでやられたらどうかという気がいたしました。

(秋山委員)

地域包括ケアシステムの本質を踏まえた上で、非常に川崎らしい地域包括ケアシステムを考えられていらっしゃるなと思いました。

質問が2つあるのですが、1つは今の住み替えに関してです。すてきな一戸建てに住んでいた方たちが、住み慣れた地域からはあまり離れたくないという思いとともに、住み替えたい、ここだったら住んでも良いと思えるような集合住宅的なものが、同じ地域の中にないことが、多分、今問題なのではないかと思っております。その一方で、少し話がそれるかもしれませんが、どこの自治体も市営住宅、県営住宅がかなり老朽化し、かつ部屋も随分空いているという問題を抱えていると伺っています。川崎ではそうしたものがどのぐらい余っていて、それをどう活用していくのかというプランがあるのでしたら教えていただきたいというのが1点です。

もう1つの質問は、スライド7の地域マネジメントの中に(2)で地域包括ケアをマネジメントするための仕組みの構築と書かれていました。まさにこれが、市が一番知恵を絞ってやろうとされていることだと思いますが、具体的にどのような仕組みを構築しつつあるのかを教えてください。

最後は私のコメントです。この健幸福寿プロジェクトの13ページのスライドは素晴らしいと思いました。インセンティブがないというところに切り込んでいかれるというのはとても素晴らしいので、ぜひ川崎モデルとして頑張ってくださいと思いました。

(事務局)

市営住宅については、新しい住戸の募集があると、14、15倍などと高い倍率になります。ただ、例えば駅からバス20分で非常に老朽化が激しい場合などは、やはり空きが出てきます。それでもやはり全体のニーズの中で言いますと、地方都市ほど空き住戸はありません。川崎市の場合は、老朽化した団地を中長期的に見て、建てかえなくてはならないというときには、ただ単なる建てかえではなく、地域包括ケアも若干視野に入れながら、地域福祉施設や、地域に貢献する施設も

含めて有効活用しながら建てかえるということを今取り組んでいる最中です。これからもそういった方向で進めてまいります。

(座長)

秋山先生がおっしゃるように、やはり住み替えのプログラムをやっていくのは良いのではないのでしょうか。

(伊藤健康福祉局長)

2点目のマネジメントレベルについて、地域包括ケアをマネジメントするための仕組みの構築として、本市が政令市であるということも踏まえ、川崎市には49の地域包括支援センターがあり、ほぼ51の中学校区とニアリーイコールになっておりますので、それを1つの単位としています。ただ、最近ではそれではちょっと広過ぎるというお話もあり、まず中学校区単位としています。その中学校区単位を束ねる第1のマネジメント単位として、行政区としての区役所、区を中心として川崎の場合7つ区がございますが、それぞれ地域特性を持っているので、それらも掌握しながら束ねていただくということがございます。

特に、自助、互助、共助、公助で言えば、互助の仕組みを顔の見える関係の中でどう構築していくかが一番大きな課題だと思います。地域特性は行政区が熟知しているので、区を中心に我々全市レベルの部分と連携しながら推進していきたいと考えております。全市では田中先生にご支援いただきながら、市長をトップとした検討体制、また第2のマネジメント階層については、区長をトップに区の中でどのような体制が組めるか、来年度検討してまいりたいと考えております。

(座長)

ありがとうございました。それでは、関口先生や中馬さんからお話を頂戴したいと思います。まず、関口先生からお話を頂戴したいと思います。

(関口氏)

本日は、川崎市における在宅医療と多職種連携についてご説明させていただきます。在宅医療につきましては、外来診療と入院医療に続く第3の医療と最近捉えられております。昔は往診と表現されておりました。ただ、今の在宅医療は、患者の具合が悪くなったときに臨時で伺うこれまでの往診と、計画性を持って定期的に伺う訪問診療、この2つから構成されております。川崎市医師会と川崎市行政が、これまで在宅医療と連携に関してどのような取組を行ってきたかを1ページ目下段のスライドに示してあります。医師会としては、介護支援専門員連絡会や看護協会と別個に意見交換会を開催してまいりました。ただ、見ている方向は同じ方向でございますので、3者一緒に意見交換会を開いたらどうだろうと、前任の宮川副会長のもと、在宅ケアを支える地域連携推進会議を立ち上げました。

この会議では、2025年問題についてシンポジウムを開催いたしました。これは現在の団塊の世代が後期高齢者となる2025年、いろいろな問題が生じてくるということです。そこで、ターミナルケアや在宅看取りについて、職種間での情報共有や、患者及び家族教育が重要であるということ認識するとともに、医者というのはちょっと他の職種からすると敷居がある、この高い敷居感も問題なのではないか、距離を縮めるためにはお互いの会話が必要だ、などといったことを話し合っていました。

一方で、行政からは、平成24年度に在宅医療連携拠点事業、これが当時、厚生労働省のモデル

事業として全国に100か所ほど委託を受けております。これはどういうことを行うのかと言いますと、在宅医療の支援体制を構築するために、地域の課題を解決する、在宅療養にかかる事業者の負担を軽減する、住民啓発を行う、人材育成を行う、こういった事業でございまして、1か所当たり2,000万円程度の予算がおりておりました。川崎市がこういった取組をする上で、その事業の一部を医師会に委託したいのだがどうだろうか、という話を持ちかけられまして、それでは、推進会議を一旦発展的に解消し、川崎市在宅療養推進協議会を立ち上げようということになりました。それが平成25年度の話でございます。

次のページをご覧ください。この川崎市在宅療養推進協議会でございますが、これまでの3団体に加えまして、歯科医師会、薬剤師会、あとは地域包括支援センターや、病院からの代表として、メディカルソーシャルワーカー、医療社会事業協会の代表の方、行政からは、医療政策推進室と地域包括ケア推進室の方にご参加いただいて、多職種による連携の強化、また在宅療養患者に対する一体的な支援体制の構築に向けた協議を行ってまいりました。

平成25年度に行った事業でございますが、下の資料をご覧ください。まずは在宅チーム医療を担う地域リーダー研修でございます。これは人材育成事業と顔の見える関係構築を目的としております。今年の2月9日、大雪の降った次の日ですが、高津市民館におきまして研修会を開催いたしました。150名ほどの職種が集まり、熱く語った次第でございます。

次に、在宅医療連携ツール策定事業でございます。これは在宅患者さんを診る上で幾つかの事業に分かれておりますけれども、1つは在宅療養調整医師を各区に配置いたしました。在宅療養調整医師というのは、地域のキーマンとして働いていただく方で、地域包括支援センターからは個別の医療相談に対応していただき、地域ケア会議に医師の参加が必要だった場合には、積極的に出席していただくということで各区に配置いたしました。他には、連携のためのツールの開発なのですが、在宅医療資源ガイドブック、これは在宅医療に取り組む診療所や歯科診療所などの資源情報に在宅医療Q&Aを盛り込みまして、主治医を選ぶとき活用していただけるようにつくったものでございます。

(3)の在宅医療連携ノート、これは以前に介護支援専門員連絡会からご提案いただきました。多職種が在宅患者さんのところで一緒に仕事をするためには、情報共有が非常に必要です。現在いろいろなところで、こういった情報共有のためには、ICTを活用したものですとか、紙ベースのものですとかさまざまなのですが、皆が入りやすいのはやはり紙ベースだということで、それをもって情報共有の仕組みとしましょうとなりました。これは、医療情報としては検査データや疾患の情報、薬剤データ、そして、介護情報としてはケアプランや週間サービス計画、そのようなものを盛り込んでおまして、万が一在宅患者さんが急変し病院に搬送される時は、一緒にこのノートを持っていけば、病院の方に患者さんの情報がとりあえず急性期にわかるのではないかと、そういう機能も期待しております。

その他、患者向けリーフレットの策定については、患者教育ということで、在宅医療というのは一体どういうものなのか、どのようなことができるのか、どのような職種が絡んでいるのか、そういった市民啓発のために策定したものでございます。

次の資料をご覧ください。在宅医療連携拠点事業の中には、退院調整なども含まれております。退院調整のためには専任の看護師をコーディネーターとする事業が必要で、残念ながら医師会に

はこの仕事ができないものですから、看護協会にサポートセンターが委託されました。専任の看護師さんがコーディネーターとして、各区に配置した在宅療養調整医師と連携をとりながら、退院調整のほかには、市民啓発活動の出前講座のための資料づくり、そういったものにも現在取り組んでいただいております。

本来、地域包括ケアシステムは、市でいくら連携をとっても、本当に必要なのは地域での連携、個々の症例での連携でございますので、地域在宅療養推進協議会、これを川崎市から予算をいただき、各区で展開しております。もともと川崎市における連携は、市よりも地域における連携の方が先行しており、先駆けは、高津区における医療と福祉を考える会で、ここから始まっています。医師会の中では、区の会長会などにおいて、さまざまな取組を進めていただきたいと、いろいろな場面でこれをお願いしてきました。今では7区全区でさまざまな取組を行っていただいております。中馬会長の多摩区におきましても、いろいろな職種でチーム多摩を結成していただき、地域の課題解決に取り組んでいただいておりますが、私の地元の幸区の事例を紹介させていただきます。

幸区が多職種連携の会は、「ネットワーク・これ幸」と申します。介護支援専門員連絡会が中心となって立ち上げました。医師会の他には、やはり多職種で構成されております。平成24年度から会をやっており、最初は、お互いに在宅療養においてどういうことをやっているのか、またはどういうことを頼めるのか、お互いのことを知らなければ連携が進みませんので、まずはここから始めました。25年度からは地域包括ケアシステムという言葉が大分浸透してまいりました。それでも多職種の中に、まだまだ地域包括ケアシステムをわかっていない方がいらっしゃるものですから、行政の方をお願いし、地域包括ケアシステムに関する講演会を開き、地域での課題を解決するためにはどういうことをしたら良いのか、グループディスカッションを開いてまいりました。今年度につきましては、予算をいただき、市民公開講座を開催いたします。これは在宅医療に関して、多職種連携を市民の方へご説明させていただきたいと考えております。さらにはもう1つ、やはり多職種によるグループディスカッションが連携構築のためには必要なものですから、2本立てでいきたいと考えております。ゆくゆくは、市民公開講座で看取りということまで話をさせていただけたらと考えているのですが、最初の市民公開講座がいきなり看取りをテーマにしたものでは、ちょっとショッキングな話になってしまうと思い、まずは在宅医療でございます。ただ、まだまだ認知症、寝たきりの方が、食事を摂れなくなったときに、胃ろうを考える家族がたくさんいらっしゃいます。そういった中で、やはり自分の終末期を考えていただく看取りというのは、これから非常に重要なテーマだと思っておりますので、ゆくゆくはこれをテーマにした市民公開講座も開かせていただけたらと思っております。

次のページをご覧ください。区よりもさらに狭い地域における個別の取組についてでございます。まず地域包括支援センターが中核となっておりますので、地域包括支援センターとタイアップして、地域の老人会へ出向き、出前講座を開催しております。テーマは認知症、在宅医療を説明させていただいております。今年は計5回の出前講座を開催する予定でございます。

他には、多職種による検討会への参加、地域包括支援センターが中心となった連携、地域支援ネットワークの構築や、地域課題の解決、地域ケア会議を念頭に置いた検討会へ出席いたしました。また、在宅主治医の負

担軽減も非常に大事なことでございますので、地域の医療支援病院と連携をとり、主治医不在時のバックアップをお願いできないかどうか、このような仕組みの構築も行っております。

今後の課題は、医師の問題でございます。在宅医がないと言われるのですが、どうしていないのか、人材育成が足りないのではないかと、24時間365日が足かせになっているのではないかと、いろいろなことを言われますが、私たちは普通に外来で診療し、患者が歩いて来られなくなったら、患家に赴いて診療するだけのことなのですが、なかなかそれに取り組んでいただけない先生がたくさんいらっしゃいます。人材育成というより、必要なのは医者のパラダイムシフトと言われております。患者、家族との信頼関係がかけつけ医にはある程度構築されておりますので、そういったかけつけ医が在宅診療をするのは比較的導入しやすいと言われておりますが、ここで24時間365日対応しろと言われると、どうしてもみんな腰が引けてしまうのです。

開業医の皆さんには、勤務医の経験があるはずなのですが、勤務医時代に夜遅くまで診療していたり、休日に出勤の経験もあるはずですが、地域の医療崩壊が起こったのはつい最近のことなのですが、それが今や開業医に向けられているような気もいたします。そういった開業医の中で24時間365日必ずしも対応しなければいけない例は少ないのですが、対応しなければいけない例の中にはございます。そういった場合に、有能な介護支援専門員ですとか、24時間対応が可能な訪問看護ステーションと連携をとることによって、医者負担というのは相当に軽減されると言われております。私は在宅医療に取り組んでいただくときには、24時間頑張らない在宅医療、とりあえず始めてみたらどうかということをお話するのですが、そこに行政が絡んできますと、最初に出てくるのは24時間365日という言葉が枕言葉のように出てくるものですから、皆さんなかなかこちらの方に入ってきていただけない、そういった問題があるかと思っております。ただ、ガイドブックには、実際に往診する診療所は市内に120か所記載がありまして、この120か所が多いのか少ないのか。十分な量だとは思いますが、患者からしますと、今までかかっていた先生が診てくれないとなると、何となくやはり訪問診療が少ないような気になってしまうのかなと思っております。これからは、かけつけ医の先生が往診してくれない、在宅主治医がないというときには、サポートセンターにご相談していただくと適切な主治医を紹介していただけると思っております。

次に行政側の問題です。川崎市でなく、先ほどから挙がっております区の問題です。区においては、やはり縦割り行政という問題がどうしてもあるのかと思っております。私たちが職種を超えて包括的なサービス提供を行おうという中で、高齢・障害課だとか、地域保健福祉課だとか、そういうことがあってはいけないのではないかと思います。これについては規範的統合という話になると思うのですが、田中先生を前にこの話を私がするのはちょっと僭越でございますので、ここでは割愛させていただきます。

川崎市で在宅の話をしようとしますと、どうしても最後は、担当として愚痴になってしまいます。なかなか皆が乗ってきてくれません。これが湾岸4都市の協議会、横浜、東京、千葉、担当理事の先生方との話し合いですと、非常に納得してくれるのです。うちもそうだ、なかなか大変だよねと。決して川崎だけが在宅医療が遅れているわけではありません。14大都市、政令市を中心にした協議会においても、川崎市と取り組みはほとんど同じことだと思います。では、どうして川崎市がうまくいかないのか、いけないのか。多分、川崎市が大き過ぎるので、全市で同じように進めようとする、つまづいてしまうのではないかと思います。先進事例というのはど

うしても狭い地域のことであり、川崎市と同じ大都市での先進事例はなかなかありませんから、どうしても必要なのはモデル事業、これを進めていただくことが必要なのではないかと考えております。どうしても最後は愚痴になってしまうのですが、私からの説明は以上でございます。ご清聴ありがとうございました。

(座長)

どうもありがとうございました。では、引き続いて、中馬先生からお願いいたします。

(中馬氏)

川崎市介護支援専門員連絡会の会長の中馬でございます。資料はございません。

医療と介護の連携という部署では、今、関口先生からほとんどおっしゃっていただきましたが、一緒に動いていることがほとんどです。各区での医師との意見交換会を皮切りに、ご説明いただいたとおりでございます。川崎市の医師会のすごいところは、私たちをトップダウンのように扱わず、一緒に考えよう、一緒につくろうという姿勢で、最初は違っていたかもしれませんが、今は本当に常にそういう形でお声をかけていただき、つくっていくという形です。私もノートを見せていただきました。今日はお持ちしていませんが、とても立派なものです。情報を共有するために1か所に集めるのです。石巻では、津波の関係もあると思いますが、資源がかなり少なくなってしまったということで、IT化がいち早く行われ、地域もこじんまりまとまるような形にならないとやっつけず、ある意味、国の地方の見本のような地域包括ケアシステムを取り入れたまちづくりをしています。川崎市のように、これだけの数の事業所であったり医療であったりというところに、一斉に同じものでIT化することにはならないのですが、このノートが共有されることは、時間を短縮化して情報を共有するのにとても良いことだと思います。来年度、川崎市の在宅医療のどちらのお宅に行っても、オレンジ色に輝くファイルがあるのではないかと考えています。

共有した医療と介護の連携については先ほどお話をいただきましたが、私なりに今ずっとこの地域包括ケアシステムに絡んで考えていることがあります。川崎市民は、やはり何か力になりたい、自分に何かできるものはないかという思いや、学歴もわりと高い方が多いのかなと思います。何かを起こしたい、何かをやりたいというグループ化の取組はとても多いのではないかと思います。ただ、それが大きかったり小さかったり、また、目立ちたいグループよりも、小さくまとまって小さく行いたいというグループがとても多いので、なかなかその力が生かし切れていないところもあるのかなと思っています。

もう1つですが、今、求人が落ちついてきているのかどうかはよくわからないのですが、介護業界は相変わらず求人難で、川崎は最低賃金が東京と同じぐらいに高くなっています。私は群馬出身ですが、先日帰ったときに、弟に群馬の最低賃金を聞きましたところ、川崎より100円ちょっと安かったです。川崎市の最低賃金が高い中、60歳以上の高齢者、シルバー人材を対象のバイトやパートの求人広告が、ここのところ日曜日の折り込みチラシにたくさん入るようになりました。見てみますと、時間的に平日の日中というのが多いようですが、若者の求人よりも増えているように感じます。こうしたところもまた、川崎市内の特徴の1つにあるのかもしれないと思います。

中学校区を1つの地域で考えるというのは、川崎市だけではないと思います。関口先生は南部ですが、私は平尾先生のおっしゃるところのまさに北部で活動しています。今日もあの20分の山

道を上って帰ってきたところで、向ヶ丘遊園が最寄り駅の事業所になります。ここはやはり地主がとても強いところで、おらが町意識のとても強い地域もあります。そういった意味では、頑張ってもらって土台になる地域の、何とか長をたくさんやられている方たちの力を気持ち良く生かしていくためにも、やはり中学校区を1つの区域として考えることは、地域を活用するという意味では良いのではないかと思います。

先日別のところで少しお話をしたのですが、先ほどどなたかのお話で小中学校の教育というところがありました。川崎市らしさの1つの中に、小学校から地域包括ケアシステムの基本を学ぶ時間を必ず取り込むという取組が必要なのではないかと思います。川崎は、確かに人口は多いですが、とてもこじんまりしていて、先ほど申したように本当にコンパクトで、ちょっと手を伸ばせば隣の人にぶつかる距離に皆さん住まわれています。途中から住んだ私たちのような者が、さあ、地域をつくると言ってもなかなか難しいです。しかし、例えば2025年、現在の小学生は一体幾つになるのだろうと思ったとき、どこかに転出しなければ、地域においては青年団で働けるぐらいの年齢に、中学生に至っては立派な納税者になるような年齢になっているわけです。そうすると、2025年、2030年を見据えたときに、やはり小学生からの教育はとても大切ではないかと考えています。これは行政が頑張るところではあるのですが、協力できるところは地域が協力するというので、本当にこれを取り入れたら、川崎らしさとしてすばらしいことではないかなと思います。

小学生から学ぶというのは、自分が住んでいる地域を対象として、小学校1年生ぐらいのとき、私のまちというのでよく皆さんがボードを持って回っているのですが、あのレベルぐらいで良いと思います。何が今、地域にあるのかということのを思いながら、支え合いというものを一緒に考えていく、自分のできること探しの教育であったり、地域に密着して、自分と近所と学区内を考え、何ができるかなと考えたりする。あそこの団地、僕は3階だけど、3階にはお年寄りが3人いるらしい。「それじゃ、僕、朝、学校へ行くときに、ドアの前に出しておいてくれたら、ごみは僕が降ろすよ」というボランティアだってできるのではないかと思います。やってちょうだいと頼まれるのではなく、自分が誰かのために役に立つという満足感を育てていくのも必要ではないかと思います。

様々な方々、様々な職種が多くのご共を共有していくためにも、やはりそういった小さなことから、一つ一つの成功体験の共有はとても必要で、それが川崎らしさではないかと思います。その川崎らしさというのは、市長が前からおっしゃっていますが、高齢者を中心とした地域包括ケアシステムを、赤ん坊から要介護状態の人、死ぬまで全て川崎市民に適用するようなものをつくることだと伺っています。やはり小学生、子供たちを少し取り入れた地域づくりが必要ではないかなと思います。

互助に関しては、かなり多くの互助を語るボランティアグループの方たちが、やはりバックアップとして行政に支えていただかないと頑張りが切れないところがあるとおっしゃっていて、それはもちろんだと思います。ボランティアばかりではなく、本当にそういった小さな地域のつながりももちろん互助になっていくと思います。

先ほど関口先生もおっしゃっていましたが、私のおります多摩区におきまして、チーム多摩というのが発想として何かをやろうということになりました。各区それぞれ地域性がありますが、多

摩区で考えたのは、民間の方たち、市民の方たち、区民の方たちを巻き込むには、私たち専門職がきちんと土台をつくり、私たちが支えるから一緒にやろう、私たちと一緒に頑張ろうという姿勢が大事ではないかということです。多摩区にある、ないかもしれないのですが、いろいろな専門職の団体、川崎市介護支援専門員連絡会、医師会、看護協会、病院など、そういった専門職、他に歯科医師会、栄養士会も入っています。また、地域密着型事業の方にも入っていただいています。訪問介護も入っています。そういった会を代表して来る方たちで、まず土台をつくろう、そこから市民、区民につなげていき、安心して飛び込んでおいで、僕たちがいるよ、安心してこの町で最後まで住もうよ、という形をつくろうとなりました。これはやはり関口先生のところと同じように、多摩区の医師会の先生が中心になって行ってくださっていますので、私たちも安心してそこで一緒に頑張れるというものもあります。

お医者様はすごいもので、私たちケアマネジャーは、要介護状態の40歳以上の方からでしかかかわることはできませんが、お医者様は赤ちゃんからお年寄りまで、出生届に書くサインから死亡診断書まで全て関わります。お医者様に一度もかかわらないで死んだ方はいないと思います。もし変死だったとしても、必ずお医者様が死亡診断書を書きます。本当に最後の最後までお医者様の力が必要で、そのお医者様が地域の真ん中で、僕たちについておいで、僕たちがいるよという形がつけれるというのはやはりとても心強いですし、トップダウンしない川崎市の医師会であるからこそできる形だと思っております。以上です。

(座長)

ありがとうございました。いろいろ話題を提供していただきました。まずは一度ここで区切らせていただき、あとは後ほど改めて議論を交わしていただくということでよろしいでしょうか。それでは、残りの5分、市長、今までの議論をお聞きになって何かご感想はございますか。

(福田市長)

それぞれの先生方、本当にありがとうございました。耳の痛い、反省、そして改善しなければいけないポイントもありました。

各区長や局長が集まり情報交換をする定例局長会議を毎週1回やっておりますが、先日もその席で地域包括ケアシステムについて話をしました。地域包括ケアシステムは、医療や福祉の計画の上位概念ですが、消防、救急、あるいは道路、住まいというように、全ての局に関わっているので、全員同じ方向を向いて勉強しようという話をしました。関口先生からおっしゃっていただいたように、各区では、窓口で担当がばらばらになっているなどの課題があると思いますが、この考え方をまず私ども行政としては全員にすり込むということです。そういうマインドをきちんと持つことがまず第一歩だと思っておりますので、それに向けて努力したいと思っております。ありがとうございます。

(座長)

ありがとうございます。それでは、事務局にお返しします。

3 その他（次回会議等の開催等）

(事務局)

ありがとうございました。資料4の有識者会議・市民検討会の流れ（案）のイメージをご覧い

ただきたいと存じます。今後の予定でございますけれども、第2回のラウンドテーブルを11月27日に予定しております。これからの社会デザインをテーマとして、NPO法人ピープルデザイン研究所代表理事の須藤シンジ様からお話を頂戴し、またご議論いただきたいと考えております。説明は以上でございます。

以 上