

地域包括ケアの時代の市町村における医療福祉介護の政策再構築

国際医療福祉大学大学院教授
(財)高齢者住宅財団理事長 高橋 紘士

曲がり角を指摘されて久しい日本の医療福祉政策について、地域づくりの観点を交えて語ってみたいと思います。

22世紀初頭、日本の人口は“江戸サイズ”に縮小する

まず、現状を確認しましょう。20世紀初頭、日本の人口は約4,000～5,000万人規模でした。21世紀初頭では1億2,000万人に膨らみましたが、22世紀初頭には5,000万人規模に縮小すると予想されています。200年間で日本の人口は山型カーブを描きつつ、江戸時代のサイズに戻るようになります。

では、江戸時代の社会はどうだったでしょうか。幕末から明治期、イギリス人女性のイザベラ・バードらの外国人が日本の印象を本に記しています。民俗学者の宮本常一や歴史家の渡辺京二らが、外国人が見た日本の印象を紹介していますが、外国人は異口同音に高い文化水準に驚いたといいます。日本の伝統的な旅館では盗難のような心配も全くなく泊まれる。とにかく親切な人たちの国であるなど、絶賛また絶賛なのです。

私は、日本の美風というものを残していくためには、江戸文化に目を向ける必要があると思っています。江戸時代の日本は、エコロジーの面から見ても、合理的なエネルギー消費をしていましたし、福祉介護で弱い立場にある人を地域社会がサポートしていました。私たちは、とかく江戸時代を暗黒の時代のように見なしがちです。しかし、よくよく足元を見ますと、今でも皆さんの地域で誇れる多くの地場産品には、江戸時代に創作されたものが相当ある。江戸文化を見直すべきだと思います。

経済成長に伴う高齢化を問われる日本

高度経済成長期以来、日本の国づくりには、大都市集中で集積した富を全国に再分配する戦略が働き

ました。その象徴が地方交付税であり、水平的な再配分機能を働かせた介護保険です。しかし今後、大都市圏でも急激に高齢者化が進みます。

日本の高齢化率が7%を超えた1970年代、医療福祉はいくつか問題を投げかけました。現在、病院死と在宅死の割合は8.5対1.5ですが、60年代は在宅死8に対し病院死は2の割合で、逆転したのが75年です。老人問題を扱ったベストセラー、有吉佐和子さんの『恍惚の人』が出されたのが72年。田中角栄内閣が成立して、いわゆる福祉元年政策で老人医療を無料化したのも同時期です。74年には吉田寿三郎医師が『日本老残—20年後の長命地獄』という本で、“人が寝たきりになる社会”のあり方について問題提起をされました。

それまで「寝たきり老人」という言葉はありませんでした。住まいの構造上、温度差によるヒートショックで脳卒中で絶命するのが高齢者の典型的死亡パターンで、運よく命が救われても、肺炎を併発するなどでお亡くなりになるので、「寝たきり」になるいとまもなかったのです。見方を変えれば、「畳の上で死ねた」のです。

ところが、1970年代を分水嶺にして高齢化が進行するようになりました。一橋大学の学長だった馬場啓之助博士が『資本主義の逆説』という本をお書きになっています。高齢化社会の現象はイギリスに始まり、ヨーロッパ社会に広がり、やがて日本、そしてアジアの国々に波及する。資本主義の成功そのものが高齢化の原因だと述べています。

豊かな長寿社会がもたらした「寝たきり」

経済的に豊かになればなるほど寿命が延びますが、万事がいいわけではないようです。寝たきりの老人が増加するとともに、命を取りとめた脳卒中患者は死ぬに死ねない状態を強制されます。

広島県田御調町(尾道市御調町)の「公立みつぎ

【略歴】

昭和19年生まれ。学習院大学法学部政治学科卒業、東京大学大学院社会学研究科修了。法政大学教授、立教大学教授など歴任後、現職。

【役職等】

国土審議会「長期展望委員会」委員（国土交通省）、「政策評価に関する有識者会議」座長（厚生労働省）、東京都社会福祉審議会副委員長、社会福祉士国家試験・精神保健福祉士国家試験委員会副委員長、高齢者住宅推進機構理事の他、富山県、横浜市、近江八幡市などの自治体でも各種検討委員会委員長を務める。自治大学校講師。厚生労働省老健局の地域包括ケア研究会等の委員を歴任。NHK「クローズアップ現代」「ニュース深読み」などに出演。

【専門】

医療福祉介護システム論、地域ケア論

【主な著書】

「地域包括ケアシステム論」（編著 オーム社）、「地域包括支援センター実務必携」（編著 オーム社）、「高齢者の権利擁護システム」（共編著 勁草書房）、「コミュニティ福祉学入門」（共編著 有斐閣）など。



総合病院」の山口昇先生は、手術事例を整理していて、以下のようなことに愕然としたそうです。

脳卒中患者を救い、リハビリを経て退院させる。ところが1～2年すると、再入院してくる。看護師や町と共同して退院者の訪問調査を行ったところ、退院者は家庭でおむつを当てた「棒のような寝たきり」に追い込まれる環境での生活であった。なぜか。1970年代、農家の兼業化が急速に進みました。奥さんたちも仕事で、昼間は家にいません。退院者は会話もせず、あっという間に知的能力が低下し、脳血管性の痴呆を発症する。70年代当時に行われた民生委員のモニター調査では、全国に何十万人も同様の高齢者がいたことがわかっています。

「豊かさ」が人を寝たきりにして生きることを可能にしたのです。資本主義がもたらした「思わざる結果」と言っていいかもかもしれません。

「障害」も類似の構図を見ることができます。例えば、モータリゼーションが発達する一方で、交通事故により脊椎損傷という障害を抱える。あるいは工業化の一方で、公害の影響で障害が発生したのは御承知の通りです。

障害者にせよ要介護の高齢者にせよ、豊かになった結果、障害者・高齢者らを支えるだけの経済力ある社会になったということかもしれません。

高齢者介護が問われる普遍的課題

『ヘンゼルとグレーテル』、『リア王』、『楢山節考』など、子捨て、親捨ての世界に類似要素を持った物語が存在します。『楢山節考』は、子どもを捨てるか年寄り捨てるかの選択を問う内容を含んでいました。種の保存という意味では「親殺し」のほうが合理的行動かもしれませんが、文明社会では甚だ不都合が生じます。文明社会では「親孝行」が奨励されてきたからです。

このようなことを言うのは、皆さんに「自立依存」というあり様について考えてもらいたいからです。『星の王子さま』を書いたアントワヌ・ド・サン＝テグ

ジュペリは、序文で「大人というのは、自分が子どもであったということを忘れ去るものである」と記しました。

さて、ここで男性に聞きたいのは、家庭における奥さんへの依存度合いです。なぜそんなことを聞かといえ、かつて私は、半身麻痺になってしまったある奥さんから、良妻賢母で夫に接してきたことへの後悔の言葉を聞いたことがあるからなのです。ご主人の身の回りを世話してきたものの、自身が障害を抱えてからは世話ができなくなった。にもかかわらずご主人の依存度は相変わらずだったようで、「ちゃんと夫も自立させておけばよかった」と語られていました。

2000年に厚生労働省が発表したデータによれば、日本人は平均8か月間の寝たきり期間を経験し、10人に1人は1年以上の寝たきりを経験するそうです。介護の問題が私たち全員が直面する問題であることは明白で、どうやら「自立依存」のありようが問われているようなのです。

高齢者が生きる現実

現場の実態を見ていきましょう。私の同僚で元朝日新聞の論説委員をしていた大熊由紀子さんや『ルポ老人病棟』、『ルポ精神病棟』を執筆した大熊一夫さんが、精神病院におけるケアの実態を報告されています。

日本では、精神障害者を収容することが拡大しました。結核病院が精神病院に替わり、さらに老人病院が増加した経緯があります。私はかつて大阪で、要介護5で、重度の認知症の方が、普通の住まいに住みながら、デイサービスによって日中の生活を継続している事例を拝見したことがあります。この方は特別養護老人ホームに入所していたのですが、施設の問題に馴染めず、BPSD（行動精神障害）の状態になり、日夜このようなところに住めないと毎日大騒ぎで結局施設側から退去を求められてしまったのです。結局ある社会福祉士の人が在宅で支援することを決心し、彼女の居宅介護支援事業所の一角をデイサービ

スとして、彼女を近くの家作に住んでいただき、支援を受けながら在宅生活を送ることになりました。この支援の結果は、精神的に落ち着き、いわば穏やかに惚けた状態ではあるものの、若い頃からの興味のあった、書道を嗜み、その作品がコンクールで佳作をとるまでになりました。認知症の方の特徴は認知症の進行に伴う記憶障害がもたらす焦燥感を上手に察知して、その原因を辿りながら、対処すれば、BPSDの進行を防止することができるのです。強制的に扱うことが最も良くないのです。施設や病院がBPSDの悪化をもたらすのは管理的な処遇が原因であることは明らかですし、向精神薬などを使うことによって、悪化が加速されます。

その意味で、認知症への対応は地域で行うことが大事だというのが国際的な常識になっています。早期発見とあいまって、適切な対応を地域支援として確立することが認知症対策のポイントでこれが国際潮流でもあります。

病貧孤対策から孤独にならない地域社会の形成へ

さて本題です。これまでの福祉の課題というのは、言ってみれば、病める人、貧しき人、孤独な人に対処するという病貧孤への対応でした。制度的には大きな課題はあるものの、これらのうち病気に関しては国民皆保険ができ、貧困に関しては年金制度、生活保護制度が整備されています。

日本には、家族と一緒に生活するのは当たり前で、醇風美俗という伝統がありました。お嫁さんが親の介護をするという典型的な家族の崩壊を描いたのが、先ほども述べた『恍惚の人』でしたが、今日、社会問題になっているのは孤独死です。松戸市の常盤平団地では、お年寄りが死後2年を経て発見され大騒動になり、自治会が孤独死をゼロにする運動を始めました。

一方、鹿児島県鹿屋市内には通称「やねだん」という、人口300人程度の集落があります。毎朝、隣人らが連れ立って野良仕事へ行くなど、孤独にならない地域社会というものを形成しています。

“葉っぱビジネス”で有名な徳島県の上勝町にしてもそうですが、お年寄りの活動が活発になると、高齢者は自宅で「びんびんころり」と亡くなることができるようになるようです。「やねだん」の1人当たりの老人医療費は鹿屋市平均の3分の2以下、1人当たりの介護保険料も3分の2以下、特養入所者はゼロです。毎日、忙しく活動しているため、健康診断に行っている暇はないそうです。要するに「ウエルエイジング」とか「サクセスフル・エイジング」という言葉は実は夢物語ではなくて、実現可能なのです。

ただ問題は、形だけの介護予防をやってもうまくいかないということです。実際、地域のさまざまなアク

ティビティー、潜在的な力を引き出すような仕組みがないとうまくいきません。

社会が豊かになればなるほど、少子化・高齢化という大きな難問に直面します。ヨーロッパでは、1970～80年代に高齢化が進みました。対応として、例えばドイツ・ミュンヘンでは、町のバリアフリー化を進めたほか、ガソリン税を公共の交通網再編に使いもしました。議論のすえ、市民は増税による社会的連帯を選択しました。10～20年のタイムスパンで政策を打たなければいけないのですが、日本社会は場当たりで、目先の成長を追い対応をサボってきたと思います。

豊かさを生かしきれない日本社会

少子化対策・子育て面での最大の問題は教育費です。日本ではとかく待機児童の話になりがちですが、ヨーロッパでは、大学までの長いスパンで、いかに親の教育費負担を減らすかを考えました。ヨーロッパ諸国の大学の教育費は安価な一方、消費税の負担は重い。しかし消費税率25%のデンマークが「世界一の幸福国」と言われている現実があります。

日本はこんなに豊かな社会をつくったのに、その豊かさを生かしきれないのではないのでしょうか。例えば大学の授業料の差は、現在、私立と国立で3対1程度ですが、昔は10対1で貧しくても国立なら進学できた。今日では、京都帝大出身の日野原重明先生や東京医科歯科大出身の鎌田実先生のようなお医者さんは生まれないのではないのでしょうか。両氏とも経済的には裕福とはいえない家庭だったのです。親の収入格差が子どもの教育を直撃している日本の現状は残念です。

ヨーロッパ諸国では、労働者階級を支持基盤にする政党が増税を支持してきた面があります。消費税が高額でも、社会保障の充実を選択したということですから。

経済政策の1つに、景気後退で消費税を下げるという選択がありますが、税率5%レベルでは効果は限られます。また「社会的な消費」を充実しなければならない分野が我々の生活を支えています。例えば医療。今、がんになると治療に100～150万円かかりますが、容易に全額負担できる人はそういません。しかし、国民皆保険という社会保障があるから、どの地域の人でも治療を受けられている。しかし私たちはこのような保障制度へのリスペクト（尊敬）がどうも薄くなっているように感じます。

昔から「大砲（軍用品）かバター（生活必需品）か」という議論があります。先般の「子ども手当」予算の1割でも2割でも子育ての支援に使えたならば、どれだけ児童・子育て環境の整備が進んだでしょう。当初の給付予定月額2万6,000円なら予算総額は5兆円で、防衛関係費に匹敵する規模です。子ども手当

という無体な政策を、将来の子どもから借金をしてやったことに疑問を感じます。

そもそも日本は、パブリックセクターが小さすぎるのです。年間の医療費総額38兆円という数字は、一見大きいように見えるかもしれませんが、GDP費では先進国の中で最も少ない。にもかかわらず、効率よく長寿国を実現させています。

とはいえ、医療対策はよくよく検証する必要があります。私はこれまでの医療は病院優先型だと思っています。障害者、高齢者を施設や病院に送ってお世話をするという構造だったのです。契約能力がない人、あるいはその能力を失った人を社会から排除するという思想が根底にあるからでしょう。

現在、日本の要介護認定率は約18%で、施設入所率は35～4%です。世界的に見ても「ナーシングホーム」等々の施設入所率は約35%という水準にあります。すなわち、障害を持ちながら地域で生活をしている高齢者が圧倒的に多いということを示しています。

世界でいち早く高齢化社会を迎えたヨーロッパ諸国では、1970年代に低所得者や高齢者ら生活困窮者をコミュニティ全体で支えようという考え方にシフトしました。日本はどうすべきでしょう。

脳梗塞を発症した長嶋茂雄さんは、施設に入らず、リハビリにより回復しました。施設ケアではなく、在宅で高齢者を支える仕組みを優先したほうがよいというのが私の提案です。介護保険は、地域の雇用創出にも貢献します。

自立を促す高齢者福祉の新たなありよう

新しい高齢者福祉のありようを紹介します。デンマークには高齢者福祉の3原則（1生活の継続性の尊重、2高齢者の自己決定の尊重、3高齢者の持てる能力の活用）があります。高齢者は、ただお世話になる存在ではないという考えがベースになっています。日本では、山口県に「夢のみずうみ村」というデイサービスがあり、千葉県浦安市、東京都世田谷区などでもサービスが広がっています。ここでは、エコマネーが発行され、ルーレットなどのギャンブルもメニューに入っているのが有名です。ギャンブルは、人間の意欲をかき立てる効果があるらしいのです。デイサービス利用者の介護度の改善率は50%だそうです。利用者は、自分の意思で必要なサービスを選べます。メニューボックスというものが、その中から、例えば今日はパソコンとか、庭いじりをやってみる、あるいはほやっとしているという選択も可能です。また、ユニークなのは、「バリアフリー」ではなく「バリア“アリー”」を導入していること。日常生活に克服しなければならないバリアをあえて設け、利用者がそのバリアの克服を促すというもの。利用者の中には、要介護4の人が要介護1まで回復した例もあるそうです。

要介護度が高まると「寝たきり老人」というイメージが付きまといますが、そもそも「寝たきり老人」というのは、生活環境によってつくられる存在です。ヨーロッパには「寝たきり老人」はいません。なぜいないのか。ヨーロッパでは、おおむね18歳で家を出る習慣があります。親は子どもに頼らず自立した日常生活を送らなければなりませんから、「ぼけている暇がない」のです。

また感心した取り組みは、数年前、パリで高齢者が熱中症で倒れるケースが多発した際に、高齢者と見知らぬ若い人たちと一緒に住まわせるマッチングをNPOがしたこと。これを私は「とも暮らし」と呼んでいるのですが、高齢者は新たな人間関係と生命の安心感を得る。どうも日本は、高齢者という似た者集めをやりすぎていると思います。

地域の互助機能をどう構築するか

今年8月に発表される、社会保障制度国民会議の報告に地域包括ケアの構築が盛り込まれる予定です。「包括ケア」というのは、医療や福祉や介護の制度、予防等々専門サービスを包括しますが、実はどうも重要なのは、地域の住民参加・互助機能のようです。

なぜ互助機能が必要か。以下の例を考えてみましょう。病院というところは、健康でなければ一人で行ける場所ではありません。交通機関を使って、受付を済ませ、待ち時間を過ごし、診療を受け、薬の処方待ち、会計を済ませ、交通機関を使ってやっと自宅へ帰る。健康を害した人が病院に行けるのは、付き添い人があるからなのでしょう。家族ならどうか時間をやりくりして付き添えますが、家族がいない人は、付き添いしてくれるサービスを利用するしかない。そんな専門サービスを介護保険で提供するとしたら、今の給付額では収まりません。

私は、究極の介護予防は高齢者の社会参加だと思っていますが、そういうことも含めて、社会の仕組みづくりと専門サービスへの関係性を考慮しなければなりません。それも、地域の草の根で動かさなければなりません。

そこで、私が最近注目しているのは保健師さんの活用です。保健師は地域の事情に精通し、まちづくりも担える存在です。奄美大島の大和村という人口1,400人ぐらいの村には“スーパー保健師”がいて、地域住民の力を生かしたまちづくりに貢献しています。その保健師さんは、保健師の仕事は住民一人ひとりの健康づくりなどを超え「集落のターミナルケア」だと語っておられます。

また、鹿児島県肝付町では湾ごとに小集落が形成され、それぞれの集落では、中学生が高齢者の昔話を聞く会というものが催されています。交流を促したのは、地域の保健師さんです。皆さんも、ぜひ地域

の実態を知った保健師さんの声を聞き、政策に生かしていただきたい。また皆さんのような職員にしても、コミュニティーワーカー型の政策専門家になる必要があると思います。

「居場所づくり」「とも暮らし」の環境づくり

介護保険法5条にも表明されていますが、先述の「やねだん」や「夢のみずうみ村」のように、これからは、お世話をする思想ではなく、人の潜在能力を見つけて支えるようなケアが求められています。それも廃用性症候群やリウマチなどによる生活制限、閉じこもり等に帰因する要介護者と、認知症患者は早々に社会的な支えの輪に組み込む必要があります。

そのために注目されるのは「居場所づくり」です。居場所を用意して、人とかかわり合いを復活させるのです。沖縄のお年寄りたちはよく集まって会話していますし、東北ではおしゃべりする茶飲みという習慣があります。ところが、地域の自発的なかかわり合いの習慣をデイサービスが全部奪ってしまった。施設の指導員の命令一下ではなく、自発的に地域で活動する習慣を生かしつつ、日常生活支援をしていくべきだと思います。

それと同時に医療と住まいの問題も考えなければなりません。

まずは高齢者に住みこなせるような住まいをどう用意するか。最近、空き住居が増えています。空き住居を活用する場合、バリアフリーである必要はないのかもしれませんが。バリア“アリー”でもいいから、さまざまな人とかかわり合いが生まれるような住環境の整備を優先すべきでしょう。例えば、縁側の復活なども一手です。もう一度「とも暮らし」の工夫をします。「とも」というのは、一緒にという共、伴走の伴、友人の友という意味を内包します。

住まいというのはハードですが、どう住むかはいろんな選択があっても良い。最近「コンパクトシティ」が議論されるようになっていますが、お年寄りを集中させ、共同生活をしていただく工夫もいると思います。要するに、空き住居などのハードを上手に使いながら、「とも暮らし」ができる住まい方を工夫し、住まう人々の生活支援のしくみを作ることが課題なのです。もちろん生活支援というのは単なる福祉サービスだけでなく、地域を支え合う互助を含みます。

その関連で、ものすごくショックを受けたことがあります。大分前に柏崎市で女の子が長い間監禁されていた事件がありました。私はたまたま現場に行く機会がありました。周囲の家は軒を連ねていて、異変に気づかないとは思えません。中堅の地方都市でも、実は地域のかかわり合いが希薄になっているのです。私たちは、地域のかかわり合いというものを再構築すべきだと思います。

新潟県には「地域の茶の間」という活動があります。かつて自治公民館にたまり場があって、お年寄りがしょっちゅう出入りしていた。その習慣を復活させ、施設を高齢者の活動拠点にしてみようという取り組みです。

オランダでは、年金生活の元気な高齢者が社会活動をするのが不文律です。ターミナルケアを提供するホスピスでは180人ものボランティアが登録されていました。そのホスピスは4～5床しかないのですが、ボランティアをコーディネートする専任者までいました。なぜこれほど体制が整備されているのかを聞くと、地域の人がいつも出入りしているような施設ではケアの手抜きはできないのだというのです。2年に1回厳格な評価もされる。

補足すると、オランダという地は堤防で整備されている国です。堤防に穴があくと大変な事態になるので、「Polder Model」といって質の悪いサービスは徹底的に排除する文化があります。ハード整備だけではなく、例えば病院で手術の成績が悪かったら手術停止の処分を受けたり、大学の学部教育の水準が低いと認定されれば当該学部が閉鎖されることもあります。もちろん、介護施設や医療機関も全く同じ原理が働くそうです。そうした環境下では、質の高い専門サービスが花開くのです。

意欲を高める在宅介護

日本に話を戻しましょう。とかく日本人は、生活支援サービスを軽視するかのようになり、家族介護を当然視する傾向がありました。介護保険が導入されたとき、ある政治家は「介護を社会化すると家庭を壊す」と発言しました。現実には、家庭が壊れるのではなく、専門的なサービスをきちんと入れると家族関係は復活するのです。老老介護や虐待などが起こるのは、きちんとしたサービスが入ってないからです。さらにいえば、介護の諸問題が取り沙汰されている現実があるというのは、在宅サービスの不完全性を露呈しているのだと思います。在宅介護を支えられるような仕組みをつくらなければなりません。

介護施設の整備では、おおむね100人規模で15億円ぐらいを必要とします。100人のために15億円をかけるよりは、地域内に住む500～600人のお年寄りたちを支えられるような仕組みを作ることが、地域包括ケア整備の1つのポイントではないでしょうか。

そもそもケアの本質というのは、基本的には人の意欲を引き出す、モチベーションを高めることにあるのだと思います。ですから私は、4人部屋には反対です。4人部屋というのは入居者のモチベーションを限りなく下げるからです。高齢者住環境を研究された故外山義先生の研究からも明らかです。実は4人部屋に入った人を観察すると、1日の大半を天井を見て過

し、入所者どうしの会話はほとんどなく、カーテン越しに隣のベッドから排せつ介助の音がいつも聞こえてきますから、多くの人たちは不眠症です。

イギリスでは1960年代に詳細な施設ケアの研究がなされていて、どんなにいいケアがあっても、入所者のモチベーションが落ちたら烏有に帰すという研究結果が出ています。

「意欲を高める」というのは別に難しいことではなくて、たとえば褥瘡の痛みが取れることや、嫁と一緒に温泉旅行に行きたいと思うことも意欲の高まりにつながります。

施設から地域へ、医療から介護へ

「社会保障と税の一体改革」は、在宅医療の充実を掲げています。医療制度は在宅医療の充実に舵を切り、関連する診療報酬も手厚くなり始めています。猪飼周平さんが『病院の世紀の理論』という本で、「病院の世紀は終わった」と指摘し、「ヘルスケア」は、広い意味で地域包括ケアのような仕組みに変わっていくという見方をされています。在宅医療・訪問介護・小規模施設が増えると、介護スタッフも相応の要員を必要とします。私は、そのスタッフは非正規雇用ではない働き方が望ましいと思っていますが、そういう面も含めた政策の打ち方が今後の課題です。ベースは、介護施設というハードとサービスを一体的に考え、さらに施設から地域へ、医療から介護へという発想です。もちろん急性期の患者にとって病院は必須ですが、95%の医療行為は在宅医療で可能だという専門家の指摘もあります。

もう1つ指摘したいのはケアラー（介護者）の支援です。日本では老老介護の現実があり、場合によっては、90歳のおしゅうとめさんが、70歳の寝たきりの嫁を看護する。また、独身の息がおばあさんを虐待するなど諸問題があります。家族のケアラーをきちんと支える仕組みをつくる必要があると思います。

どうやら認知症は精神神経科の領域ではなさそうです。ヨーロッパでは、総合医的なアプローチを要するという認識が常識です。日本でも東京大学医学部附属病院神経内科の「メモリークリニック」では、多職種協働により精神科、脳内精神科の専門家らも加わる総合診療型医療を行っています。福井県敦賀市では敦賀温泉病院の玉井顯先生が、地域が認知症患者を支えるアプローチを試みています。「認知症サポーター」が普及している地域では、認知症患者の受診率が高く、入院率は少ないという実態があります。つまり、認知症への理解が高い地域社会では、患者の早期発見・早期受診がなされており、理解が進んでいない地域では、認知症が重度化して入院していく。

社会保障を地域づくりに活用しよう

社会保障給付を循環させる地域づくりについて話しましょう。

今話題の生活保護制度の問題は、生活扶助よりも、実は医療扶助にあると思います。なぜなら、とりわけ入院医療と精神医療が多く、実態は社会的入院です。この社会的入院者100人を退院させると、地域にどんな社会給付の変化が起きるでしょうか。精神医療の相当部分は地域医療により可能で費用が年間4億3,000万円、介護サービス2億8,000万円、地代・家賃6,400万円という試算があります。域内在宅医療を地域のお医者さんに担ってもらえば、一次波及効果だけで4億3,000万円という金額が回ります。

ある試算では100人の地域医療で133人の地域内雇用が創出されるそうです。また、厚労省社会・援護局の「地域福祉のあり方に関する研究会」の報告では、1中学校区約1万戸をベースに社会保障給付を割り戻すと、介護5億円、障害8,000万円、児童1億円、生活保護2億円、医療29億円など計約40億円という社会保障給付が学区内に落ちるとされています。

年金に関しては、現在おおよそ県民所得の15%を超える水準にあります。社会保障が地域経済を支える状況になっているのです。地域とすれば、社会保障を上手に回す仕組みをどうつくるかを考えれば良い。

交流できる空間を地域づくり

最後に地域づくりの参考として、交流空間の場づくりについて話します。オランダの住居にはみんなが集まる空間があって、サービス機能が付帯した“サービス付き住居”仕様になっています。

皆さんの地域にもショッピングモールがあると思いますが、これからは「ソーシャルサービスモール」という、住まいのような空間、みんなが寄り集まる空間に注目すべきでしょう。

日本でも、たとえば東京の都営住宅で新宿区にある戸山団地には「暮らしの保健室」があって、「市ヶ谷のマザー・テレサ」とも呼ばれている秋山正子さんがよろず相談を行っています。このような場があると、救急車を頻繁に利用していたお年寄りが救急車を呼ばなくなるそうです。支えられるという安心感があるからなのでしょう。また長岡には、住まいなのか、ケア施設なのか、居酒屋やキッズルームもあり地域の拠点でもある高齢者施設があります。このような地域の拠点が、いろんな意味で地域の生活を支えるものになっていくと思います。皆さんは、こうした実例をどう上手に地域づくりと連動させるでしょうか。超高齢社会、少子化社会で、医療・福祉・介護のしきみを利用しながら、地域の魅力を高めるようなまちづくり、まちおこしを期待したいと思います。