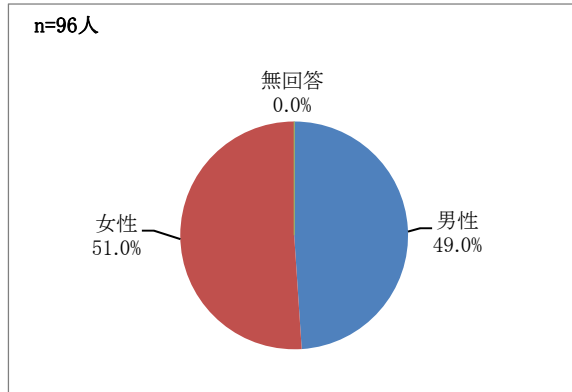
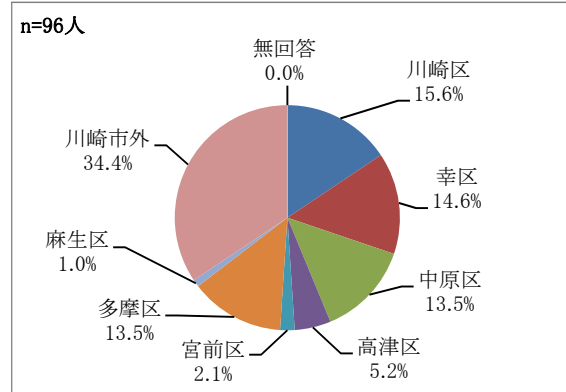


【アンケート調査の結果】回収数 96 人

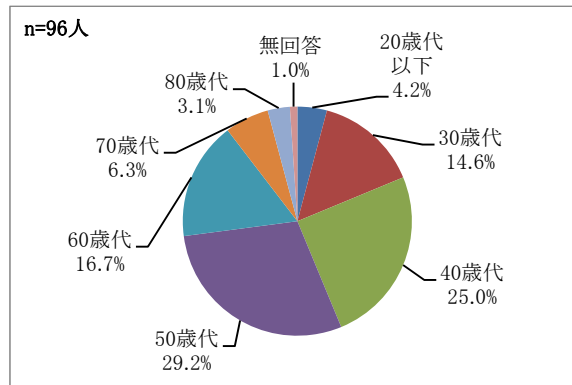
【性別】



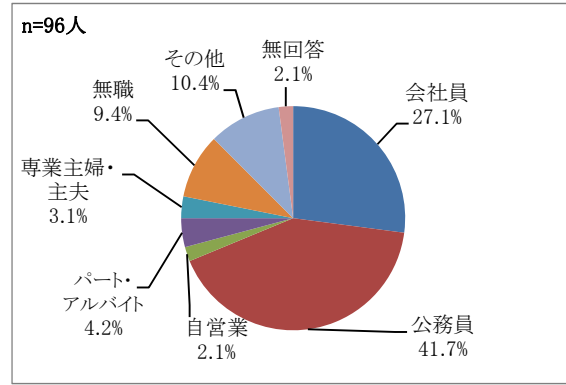
【居住区】



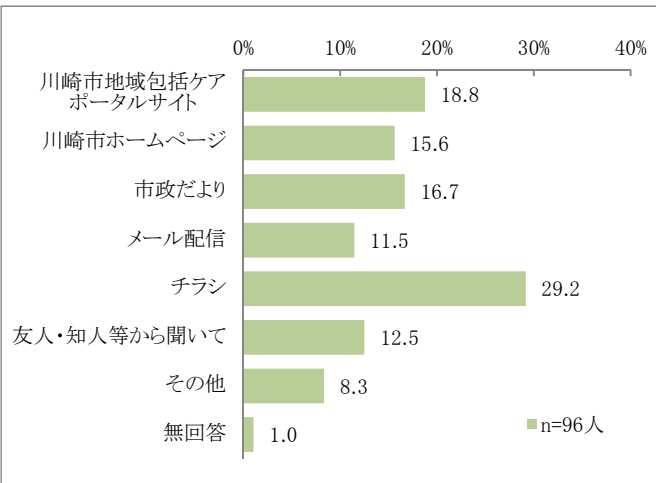
【年代】



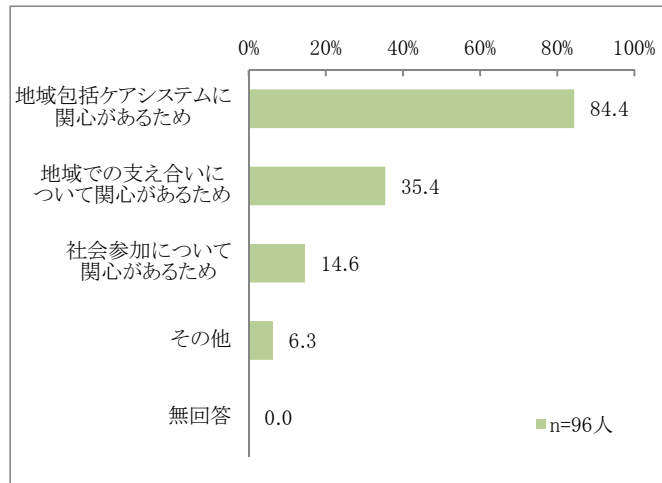
【属性】



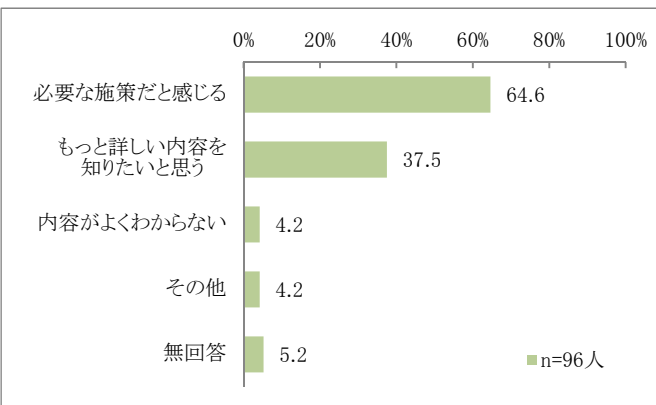
【本日の講演会を知ったきっかけ】複数回答



【講演会に参加しようと思ったきっかけ】複数回答



【地域包括ケアシステムについてどう思いましたか】複数回答



川崎市地域包括ケアシステム 市民向け講演会報告書

「生活モデルに基づくケアの進め方について」

日時 平成 29 年 2 月 18 日 (土) 10 : 00 ~ 11 : 30

会場 ソリッドスクエア 地下 1 階ホール

プログラム 10 : 00 ~ 11 : 30 講演・質疑応答、アンケートの記入

参加者数 118 名



講師 一橋大学大学院社会学研究科教授 猪飼 周平氏

略歴 1971 年京都市生。東京大学経済学部卒業、同大学院博士課程修了(経済学博士)。2001 年佐賀大学経済学部専任講師、同助教授を経て、2007 年より一橋大学大学院社会学研究科准教授、2013 年より現職。専門はヘルスケア政策・社会政策・社会福祉・比較医療史。

【講演内容の要約】

私が川崎市のヘルスケアの領域に接したのは 8 ~ 9 年前のことで、宮前区内の団体「すずの会」の鈴木恵子さんをお訪ねして勉強させていただきました。そのときに、鈴木さんは「私の後ろには実は黒幕がいる、それは保健師だ」とおっしゃっていました。保健活動がとても重要な役割を果たした結果、「すずの会」が大きな活動に成長した面があるというのです。その後、川崎市内で実践、奮闘されている方々にお話を伺ううちに、そう実感できるようになりました。

川崎市の実践活動は、全国的にみてかなりレベルが高いものです。本当に学ぶことがたくさんある、非常に素晴らしい活動をしておられる場だと認識しております。

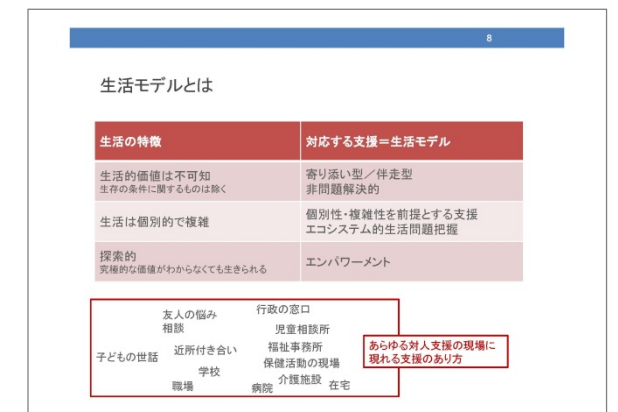
地域包括ケアの歴史をみると、広島県御調町(現:尾道市御調町)の公立みつぎ病院で、山口昇医師を中心としたケアが展開されていました。いわゆる高齢化、過疎の町で、非常に広範囲に、保健師やさまざまな在宅支援のマンパワーが活動し、そのケア一つひとつのレベルは非常に高いものでした。

この実践をモデルにして 2008 年から「地域包括ケア研究会」がスタートし、地域包括ケアが法制度化されたのは 2013 年のことでした。厚生労働省による「高齢化対策に最も有効なのは地域包括ケアである」との説明が、各地で行われました。

地域包括ケアの「包括ケア」とは、保健と医療と福祉のシステム統合という意味です。しかし、施設の中にコンパクトに高齢者がいるところでケアを行うことと、地域にばらまかれた状態に向いて回るのは、ケアの効率が全く異なります。システムの統合はコストを下げるものですが、地域包括ケアに関してはコストが下がらない、上り含みの政策なのです。

高齢化対策は、病院に滞留している医療必要度の低い高齢者たちを地域に返すことで、ケアにかかる費用を安くして効率化するという議論でスタートしました。しかし、高齢化対策にはならないことが早い段階で判明し、何のための政策なのか、基本的にどこを目指してこの政策を進めればいいのか、漂流してしまうことが起きてしまったのです。

ケアの方向性について、それが社会の中で歴史的な変化として歩んでいるのが「生活モデル化」です。生活モデルとは、生活や治療などに関する広い意味を含む支援のしかたです。ケアの目標は QOL (Quality of Life) にあります。つまり、生活的価値を追求するようになったのです。しかし、どんな生活がその人にとっていざばんよいのか、実は難しいことです。



例えば、私が大学で接している学生たちに生活に最低限必要なものを尋ねると、大抵は衣食住のことを答え、他の学生も同意します。なぜ同意できるのか尋ねると、「生存に必要なだから」といいます。水も食べ物も睡眠も必要だというのは、人によって変わらないことです。生存に必要なものには客観性がある、あるいは合意可能性があるので。

ところが、同じ学生たちに「あなたにとっての理想の暮らしとは何か」と尋ねると、学生によっては「南フランスでクルーザーに乗って楽しく暮らす」ということがあります。しかし、他の学生に「南フランスでクルーザーに乗って暮らしたい人」と聞くと、手は挙がりません。例えば「フランスでなくてもよい」など、合意しない、合意できないのです。さらに、本人に、「皆はあんなふうに言っているけど、本当に南フランスでクルーザーに乗って暮らしたい？」と尋ねると、「いや、どうですかね」となります。

つまり、合意可能性がない上に、客観的にも主観的にもよくわからない。本人にとってもよくわからない。外から見てももちろんわからない。要するに、知ることができない領域にどんどん入っていつてしまうのです。

QOLというのは、究極的には測定できないのです。つまり、血圧計などと同じで、血圧そのものが健康を測定しているのではなく、その値をベースにして解釈を加え、「この人は大丈夫」などと考えるためのインデックスに過ぎないのです。

さらに、人々の暮らしとは、実はとても複雑です。

昨日と今日で、いつもと同じような代わり映えのない退屈な1日と思っている方はたくさんおられると思いますが、よく見ると、昨日と今日で歩く場所は違うし、そこで走っている車も違う。いろいろなものが違うのに、そこは変わらないように暮らせるのは、実はスキルを積み上げている結果なのです。暮らしというのは、さまざまな要素が影響し合いながらバランスで成り立っている。しかも、それを成り立たせるためには、とても高いスキルが必要なのです。

しかし、今の社会では、生活モデル的でない支援のしかたが優勢な形で存在しています。社会保障がわかりやすいですね。保健師は、公衆衛生を想起していただけるとよいと思います。

例えば、疫学的な調査を分析すると、「たばこが肺がんにも最も悪い原因になっている」などの結果が出てきます。実際には、肺がんになるのは非常に複雑なプロセスがありますが、それを単純に捉えて「たばこさえ止めさせれば、肺がんはかなり減る」と考えるのです。その結果から「たばこ撲滅キャンペーン」を行ったり、たばこの税金を大幅に上げたりする政策を集団に働きかけるのです。そして、たばこを吸う人の数が減ると効果があったと統計的に現れるでしょう。それを「政策の成功」と考えるのがこのような方法です。これは、戦後に先進各国で行われてきた政策体系で、非常に強力なものでした。

ところが、何が起ころってもたばこをやめない人は必ずいます。お金が手元があれば、たばこを買いに行ってしまう。その結果として、政策の効かない取り残された集団が滞留するのです。

「生活モデル」は、そのような社会保障モデルとは異なります。気持ちはよくわからない、生活は複雑で、個人的。そのような話を扱って支援するためには、ひとりずつ支援することがベースになっていくわけです。

生活モデル的な支援のしかたの重要性は、1970年代以降、広い意味での支援の領域全体で増えています。生活モデル的に支援した方がよいという認識が、社会の中に、あるいは支援する側にも支援される側にも、ソーシャルワークの領域、ヘルスケアの領域、社会保障の領域、また社会政策の領域で、一斉に進んできています。

しかし、「地域包括ケア化」は高齢化対策として始めてしまったことから、結果的に高齢者に決め打ちするような政策体系になってしまったのです。「生活モデル化」が、人を支援する、生活を支える支援の全領域に広がっている中で、その大きな流れの中のごく一部にしか対応していないのです。

今、政策の転換が模索される状況になっています。いわゆる「共生社会論」といわれるもので、昨年の7月に『我が事・丸ごと』地域共生社会実現本部」という厚生労働大臣の肝いりプロジェクトがスタートしました。

法律も、「生活モデル化」にかなり近い内容になってきています。「生活困窮者自立支援法」、「児童福祉法」、「障害者総合支援法」がそうです。政策はそれぞれ違った部署が担当していると縦割りになってしまうため、それを地域というところで丸ごと扱えるようなシステムに作り替えてしまうのが、この「共生社会論」です。

川崎市の地域包括ケアシステムは、私がずっと言ってきた地域包括ケア、ある種の生活モデル化に非常に沿っている政策体系で、非常に高く評価しています。しかし、私が川崎市内で学ばせてもらった結果として、落とし穴がいろいろありそうだと気づきました。

「共生社会」は、法律を「縦のものを横にする」だけではなく、いわゆる地域社会の皆さんによる支え合いベースのケアシステムに変えようと考えています。そのような包括的なケアシステムが「行政サービスだけではできないので、住民の皆さん、頑張ってください」という話になってしまうのは、ケアの責任を全部住民に押し付けることと紙一重です。

また、『我が事・丸ごと』の「我が事」とは、住民1人ひとりが、このまちによいケアが成立する社会が実現すると自分もうれしいと思えるような、そういう価値観に立って活動することを求めます。農村共同体のような社会では典型的な「互酬」、人に支えてもらったなら、必ず支え返さないと帳尻が合わないという感覚です。都会的な環境では、「俺がこんなにやっているんだから、お前も必ずやれ」とは違う、「共感」Empathy をどう強化していくか、とても大事になります。他の人が何か困っていたり苦しんでいたりに対して、「その苦しみはわかる」というものが共感です。

今、共生社会論で進んでいる地域福祉とは、例えば「ごみ屋敷」や「孤独死の防止」など、テーマ別に地域にある課題を地域レベルでどんどん見つけていって、事業に細分化していく流れにみえます。課題が小さくなることによって、ある意味、その地域に暮らしている人の実感にとっても近いものになるのです。ニーズに近づいていくという点は望ましいことですが、生活とはとても複雑なので、支援はきめ細かくなければいけません。そのきめ細かさに向かってどんどん進んでいくアプローチには、限界があります。

生活モデルでは、究極的にQOLは誰にもわからないので、伴走者が必要です。「あなたにとって何がよいか」ということは、私もわからない。でも、一緒に考えることはできる。だから、一緒に考えよう」という人です。これは、ベタベタする、お節介を焼く話とはまた別です。人間には「生きよう」とする意志があって初めていろいろなことを選択したりできるわけですが、その生きようとするその力そのものが、さまざまな条件の中で衰えたりします。そういったものを支えていく「エンパワーメント」をしながら「何ができるか」「何がよいか」を一緒に考える人が必要なのです。

生きていく上で、困った、自分ひとりで解決できない問題に直面している人が、どんな人でも伴走者を選べる社会。これが、新たなタイプのセーフティーネットだと、私は思っています。

これまでの政策というのは、制度や枠組みを作れば、その中で人は大体狙ったような動き方をしてくれるものだ、と考えてきたところがあります。

しかし、実際にはそのように枠組みは作れません。制度は作法に従う、つまり、ある種の支援のしかたの重要性があり、それをどう後押ししていくかという形で制度化を考えていく先に、これから求められるケアシステムの姿があるのだと思います。制度や作法に基づいて、生活モデル的な支援を組み立てていくことによって、今の共生社会などの政策的な枠組みがどんどん変わり、行政はそれに右往左往しますが、目指す先はそういう社会だと考えればよいと思うのです。

川崎市の連携の現場や研修会を見せていただいたときに感じたのが、連携がとても上手だということです。連携が全くできていない自治体がたくさんある中で、いろいろな部署の人たちが共通理解に基づいて議論等ができる。非常に訓練されていて、すごいと思いました。ただ、それは私に言わせると、まだ序の口です。その先の先の先があると思っています。

困った、生活が困窮している、苦しんでいる人が、何らかの支援、伴走があつて、ひとりで家族で悶々としていただけではどこにも行けない、どこにもたどり着かない状況から脱出できる。それが、これからの社会の大きな方向性なのだろうと思っています。

