

平成 30 年度 川崎市地域包括ケアシステム 市民シンポジウム
～共に支え合い、安心して暮らせる ふるさとづくり～

日 時：平成 30 年 11 月 22 日（木）14：00～16：00

場 所：川崎市 中原市民館 2 階ホール

参加人数：101 人

川崎市では平成 26 年度から、全ての地域住民を対象とした「地域包括ケアシステム」の構築に向けて取り組んでいます。このたび、市民を対象にしたシンポジウムを開催したところ、盛況のうちに終了しました。

副市長挨拶

本市では、平成 26 年度に地域包括ケア推進ビジョンを策定し今年度から第 2 段階に入った。自助・互助・共助・公助、とりわけ共助でどう支え合っていくか。川崎市の地域包括ケアシステムは、高齢者だけでなく、すべての人を対象として地域づくりにつながっていくもの。

1. 基調講演「住み慣れた地域で最期まで暮らし続けるための地域づくり」

黒岩 亮子 氏（日本女子大学人間社会学部准教授）

◆地域包括ケアシステムとは

2025 年、団塊の世代の方が皆 75 歳以上になり、介護需要が増すことから、国は「地域包括ケアシステム」を提示。自助・互助・共助・公助で、自助は地域包括ケアの図では皿の部分。互助は土壌で、介護予防・生活支援で耕していく。その上の共助、葉っぱの部分では専門職の連携。その上で公助が支える。川崎市では、その先の 2040 年の人口減少と高齢者人口ピークが課題。

◆介護保険法と地域包括ケアシステム

2000 年の介護保険法の施行により「介護の社会化」がされ、2005 年改正により介護予防とあわせて地域包括支援センターが創設されるなど「介護の地域化」が図られている。さらに 2014 年の改正では、地域支援事業が再編されるなど、地域包括ケアシステムの本格的な構築へ。地域包括ケアシステムは、医療、介護等の専門職と地域の支え合いで構築される。

◆川崎市の地域包括ケアシステム

2014 年に市に地域包括ケア推進室、川崎市地域包括ケアシステム検討協議委員会が発足した後、2015 年 3 月には川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョンを策定。さらに 2016 年 4 月には地域みまもり支援センターが設置され、先進的な取組がなされている。推進ビジョンは、児童期から高齢期までの切れ目のない継続的な取組、住民同士も互いに支え合う地域づくり、障害者や子ども・子育て世帯等を含めたすべての地域住民を対象とした取組などを目指している。

◆地域共生社会と地域包括ケアシステム

2016 年、「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部ができ、その実現に向けて、地域課題の解決力の強化、地域まるごとのつながりの強化、地域を基盤とする包括的支援の強化など、住民による支え合いと公的支援の連動により地域包括ケアの理念の普遍化が目指されている（既に高齢者と障害児、精神障害者へのサービスを一緒に提供する共生型サービスが誕生）。

◆どのように支え合いを生み出すか

福祉コミュニティは、困った人の回りに助ける人がいて、その人達がサービス機関、団体などに働きかけて支えることででき



三菱UFJリサーチ&コンサルティング
「＜地域包括ケア研究会＞
地域包括ケアシステムと地域マネジメント」
2016 年

る。また支え合いには段階があり、①動機（我が事として関心を持つ）⇒②接触（現実にふれる）⇒③共同・共有で、福祉コミュニティができる。

個人主義の時代で難しいが、動機を生み出すための気づきや学びの場、接触するための出会い、交流の場が重要（地区カルテの活用など）。

2. パネルディスカッション「共に支え合い、安心して暮らせる ふるさとづくり」

コーディネーター：黒岩 亮子 氏

（日本女子大学人間社会学部准教授）

パネリスト：柿沼 矩子 氏

（川崎市認知症ネットワーク代表）

関口 博仁 氏

（川崎市医師会副会長）

中澤 伸 氏

（社会福祉法人 川崎聖風福祉会 事業推進部長）

宮脇 護 氏

（川崎市健康福祉局地域包括ケア推進室長）

コメンテーター：田中 滋 氏

（埼玉県立大学理事長・慶應義塾大学名誉教授、

川崎市地域包括ケアシステム連絡協議会座長）



柿沼氏：川崎市認知症ネットワークは、お互いさまで支え合っている地域を願って認知症の啓発・サポート活動に取り組んでいる全市的なネットワーク。平成8年認知症家族会、市民グループ16団体で結成。川崎市も4.2万人が認知症で、2030年には2倍になる予想がある。認知症ケアに関しては、昭和48年に長谷川和夫先生が聖マリアンナ医大で診察を開始し、昭和57年には水曜会デイケア（回想療法等）が始まり、その後麻生区保健所でデイケアが事業化されることで全市的につながった。

認知症を取り巻く地域課題としては、①「超老老・認認介護」など認知症の人の孤立化、②保護した人の2/3は他都市で、広域化する行方不明（徘徊）問題の深刻化、③相次ぐ災害への備え（認知症への理解）などが挙げられる。

関口氏：要介護の方の在宅医療の現場では、胃ろうや中心静脈栄養などが可能で、寝たきりになっても、食事が摂れなくても、人工呼吸器などでも自宅で暮らせるようになってきている。そのためは、訪問してくれる医者、その医者と訪問看護師等が組んだチーム、ある程度の経済的な余裕などが必要だが、何より大切なのは、本人とご家族が自宅で暮らすという覚悟を持っていること。在宅医療には、住み慣れた家で暮らすことができ、入院よりは安価などのメリットがあるが、家族の負担が大きく、CTやMRIなどは受けられず、また緊急時の対応などの面でのデメリットもある。

医師会では、かかりつけ医による継続した在宅医療の提供を目標としており、そのための多職種連携（在宅療養推進協議会）、人材育成（リーダー研修）、地域の課題解決（地域の多様性）、医師会独自の施策を展開。介護や生活面まで理解できる医師が求められている。在宅でも最期はくるので、それを考える機会を設けてほしい

中澤氏：川崎市は、全国的にも若く元気な都市と言われており、麻生区の**男性**の平均寿命は全国上位2位だが、一方で川崎区の**男性**の平均寿命は全国の下位11位と地域差が大きい。

「たじま家庭支援センター」は、児童・障害者・高齢者等、多様で複合的な生活課題を持つ家庭を支援する相談支援事業所。1家庭に複数の制度による支援が必要な場合や公的相談支援機関を選ばずに困っている事例、個別には公的介入が不要だが家庭全体では不安定な事例など、既存の相談機関がこぼしている事例に対応している。地域包括ケアに資する地域づくりのためには、市・区役所は、市民の暮らしの困りごとや住民の取組（互助）について知らせてほしいし、公助や共助がしっかりしていないと、互助や自助はがんばれない。また専門職は、利用者を点でみず、そこを中心にしながその家庭や地域をみてネットワークづくりをする。地域住民は“気にする”ということ、そして互助活動が自分のためにもなるということを実感することが必要。また自助は、「助けて」と言えるかが重要。

宮脇氏：川崎市は、面積 144km²、人口 151 万人。そのうち 100 歳以上は 951 人。地域包括ケアシステムは、すべての市民が対象だが、これをどう広めていくのが課題。高齢者の関係でできたシステムを障害者、子どもにも適用できるものということで取り組んでいる。住まいの確保が課題で、居住支援協議会を作っている。今第 2 段階でどうしたら汎用的なシステムになるかということで動いている。推進ビジョンでは、意識づくりを考えていただきたいが、皆さんが川崎市を「ふるさと」と思えるようになれば地域包括ケアはうまくいくと思う。

地域包括ケアシステムといっても、結局雨が降った時の傘袋のようなもので、あると助かるというものではないか。そういうことを意識しないでも生きていけるシステムを作っていかなければいけないと思っている。

田中氏：川崎は地域包括ケアシステムは日本一だが、他のところよりやっているということで日本一。理由は 3 つあり、①スタートが早かった、②早くから対象者に高齢者だけでなく子どもや障害者も含めていた、③協議会にビジネスの方や教育関係の方が入っていただいていること。

黒岩先生の言われた地域はキーワード。地域ごとにこの仕組みを作ることが大切（地域ごとに違う）。介護・医療という医療職、介護職の専門のようだが、実はベースは社会福祉の力。

柿沼さんが言われたことは、専門語でいうとソーシャルインクルージョン（社会的包摂）という。最初は認知症から始まって、それを一般化して広げているところがいい。

関口先生の言われた在宅医療は難しい。医療職、特に急性期医療の方は、80 歳以上の方がどう暮らしているかは興味ない。それを育てていくのが先生方の大きな仕事で、医学部自体が変わらないといけない。それには現場の先生が教えないといけない。

中澤さんは、自助とは全部自分ですることではない、互助や共助、公助の力を使いこなすことだと言われた。人に頼るなどというのは逆。もうひとつポイントは複合問題で、個別の問題は解決の仕組みを持っているが、多くの家庭、特に困難な事例の家庭は複合問題。3 世代の問題、近隣地域の問題も。医療。介護職だけではだめで、トータルに社会的な視点を持った人が必要。

地域包括ケア推進室を日本で一番早く作ったのは川崎市。宮脇さんのスライドで住まいというのは、住まい方ということで、買い物の仕方とかを含めて住まいと暮らし方にしたほうがいいかなと感じた。

黒岩氏：今、先生の言われたように、自助も互助もそれだけで孤立しない、つながっているということが大事だ。連絡協議会も、今 100 人規模で、20 人位からどんどん広げていってつながっているが、そのつながるという視点からお 1 人ずつ質問したい。柿沼さんには包摂という言葉が出たが、つながるための何か工夫というか、ご経験の中でこうするとうまくつながるといことがあれば教えていただきたい。

関口先生には、在宅医療をする医者がなかなか増えないという現実があるなかで、研修以外に何か工夫されていることがあれば教えてほしい。また在宅医療を育てるために、たとえば受診行動だったり、市民で何かできるかおうかがいしたい。中澤さんには、専門職は自分の得意なところいき、また包括的にみると、そこにプラスアルファの専門性が必要ではないという難しさがあると思うが、そこをどう超えられるか、専門職がどうやって地域に働きかけているのかをおうかがいしたい。宮脇さんには今川崎市のほうで考えていることがあれば教えていただきたい。

柿沼氏：私達は 20 年の活動の中で、地域の仲間とつながったことでここまで来た。サポートすることは自分達の問題だと言ってくれ、共に汗を流しながらやっていくことで一体感が出てきた。また、行政とか関係機関とかは、それぞれにポイントがあり、公助、共助の役割を持ったところをお願いしたことでつながっていったという感じだ。

関口氏：医学部の教育では、大学のカリキュラムの中で我々が講義をすることは難しいが、研修医を対象に医師会から病院に出向き、医師会の取組、人生の最終段階における意思決定プロセスの支援方法や在宅療養などを説明する講座を設けていただいている。

また市民の方との関係では、こういう講演会などの場に多くの方に来ていただくことによって我々のモチベーションが上がることにつながると感じている。

中澤氏：理念だけではテーブルにつけず、そういうときには、精神障害・疾患や困窮・貧困の問題、そして生の事例。この 3 つがあると、子どもから高齢者から同じテーブルについてくれることがわかった。すべての世代を貫いている問題だと感じている。事例は事実であるので、理念よりも説得力がある。なので、起きている事実を出していくことが重要だなと思う。

宮脇氏：今進めていることでは、高齢者だけでなく、障害者、子どもなど、対象者別の課題への対応を組み合わせる必要がある。また医療と介護の連携など、あらゆることをやって在宅での生活を長くしていけばいろんなシステムができてそれは障害者の方も使えると思う。さらに顔の見える関係づくりのため、こうした行事にも多く来ていただけるよう、戦略的に広報を行っていくことを考えている。

参加者：黒岩先生の3ページの上にある地域包括ケアシステムと専門職の支え合いの図で、何ヶ月か前のNHKのラジオ深夜便でCSWの活躍ということをやっていた。川崎市の場合もそれを取り入れてやるような形でやっていただきたい。あと、関口先生から在宅医療の件であったが、在宅医療は医療的ケアが必要だ。そのためには訪問看護師の養成・確保が必要。川崎市は看護学校を持っているのでそれを活用した形で対応してほしい。

関口氏：神奈川県は、日本でも人口当たりの看護師さんが非常に少なく、それは川崎も同じ。川崎市医師会はこれまで准看護学校を持っていたが、県からの補助が打ち切りとなり、閉校となった。看護師が足りない中で、訪問看護師だけを増やすことはできない。ただ、自分が仕事を始めた頃に比べると市内に訪問看護ステーションが多くなった。当時の数倍で、今訪問看護師がいなくて困っているところは少ないと思う。ただ、訪問看護師の少ない事業所では24時間対応ができないことが問題になるかもしれないが、川崎市看護協会が、家庭に入ってしまった看護師の掘り起しに取り組んでいただいており、近い将来改善すると期待している。

黒岩氏：看護師については、川崎市立の看護短大を4年制にするという話になっている。あと、もうひとつのCSWはコミュニティソーシャルワーカーというが、大阪の豊中市の社会福祉協議会が置いているのが有名で、まさにアウトリーチを行っている。川崎市社会福祉協議会はアウトリーチできるCSWを置いていないが、社会福祉協議会の計画にコミュニティレベルでソーシャルワーク機能を社協が発揮していくべきとはっきり書かれており、重要な問題と認識している。

参加者：ふだんケアマネ業務をしており、ひとり暮らしの方、高齢者の方、疾患をお持ちの方などが在宅生活しているが、中澤先生のお話の通り複合型の家庭が多くなってきている。そうした中で、これからどのような地域づくり、取組が必要かひと言ずつ意見をいただきたい。

柿沼氏：市のコールセンターのサポートホットでアドバイスをやっているが、面談を含めて複合型の相談が多い。認知症だけでなく、精神疾患、うつの方もいる。失業中の方やダブルケアをしている方など、人生相談のようだが、まず話すことによって少しずつ問題点が見えてくる。そういう出せる場、つなぐ場が必要で重要だ。

関口氏：複合的な問題を抱える家庭は、必ずしも医療的なニーズが高いとは限らず、生活を支える視点が大事だ。医者だからといって医療だけでなく、他の職種の話も聞いて、医療以外に何ができるかを考えられるチーム医療が大事だと思う。

中澤氏：自分の反省も込めて言えば、専門職は地域にある様々な「生きづらさ」にもっと関心を持つべきだ。全国で7人に1人の子どもが貧困だと言われているが、ケアマネジャーも我々も気づかない。子ども食堂もやっていると見えてくる。訪問しているだけでは気づけない。その意味で、自分の専門外のことに関心を持たないと地域と専門職が繋がらない。

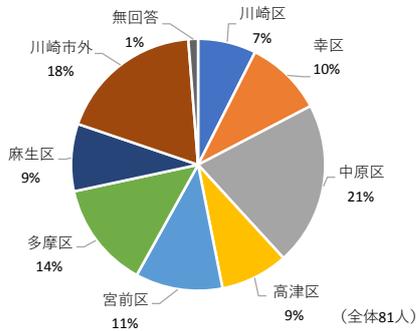
宮脇氏：ひと言で言うと、野次馬根性をもっているお節介の人をたくさん作らないとこの問題は解決しないと知っている。

黒岩氏：キーワードはSOSを求めること、福祉で言う「受援力」。自分で何とかすることを自助と思いがちだが、そうでなく、いろんなところにつながることも大事だ。

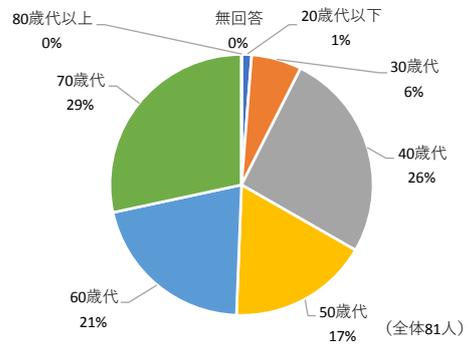
【参加者のアンケート結果】

参加者から、アンケートをいただきました。回収数は81人でした。

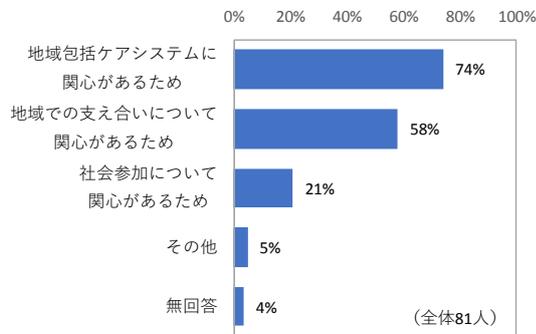
●居住地



●年代



●参加目的



●講演内容

