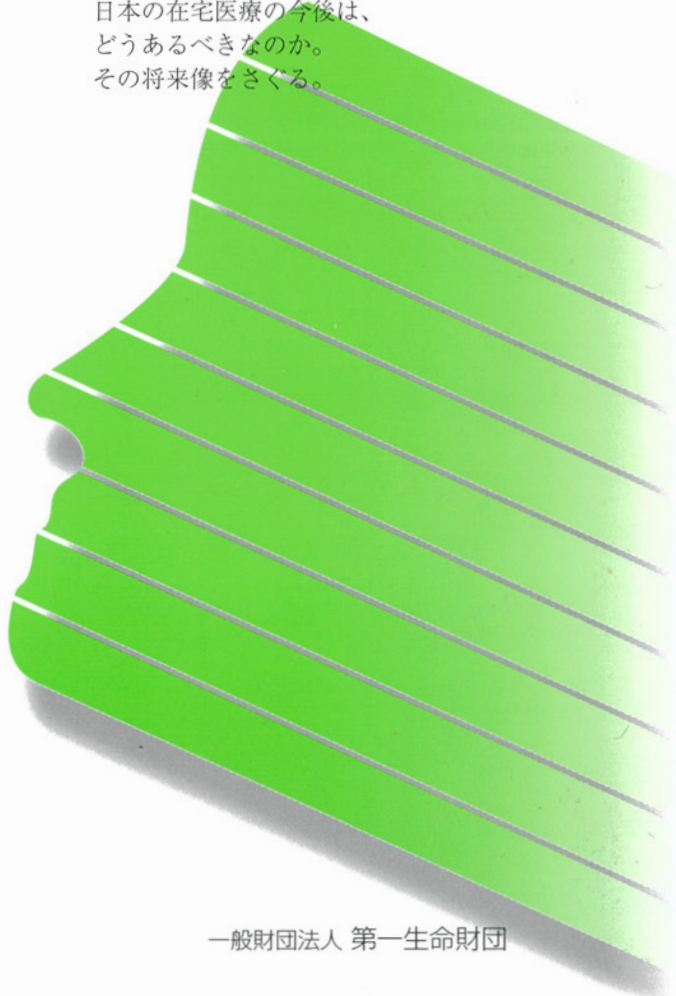


コミュニティ—— Community

●特集——日本の在宅医療の
現在と将来

2023 | NO. 170

日本の在宅医療の今後は、
どうあるべきなのか。
その将来像をさぐる。





ヴェネツィアの運河カナル・グランデ 橋から望む運河には、遙かな海へ繋がるラグーンを遠景に、中世の街並みが蛇行していた。ヴェネツィアは海洋大国としての歴史が長い。さまざまな民族の支配を受け、多言語が飛び交う国際都市だった。

イタリアの別名は「美しい国」(イル・ベル・パエーゼ)。そこではすべてが美しく、また美しくあることに価値がある。

イタリアを国家とのみ呼んで憚らないがさつな「政治家」を笑い飛ばすかのように、イタリアのそれぞれの街から吹く風には活力と批判精神あふれる多層的な文化の香りが漂う。その文化の中心的存在は、著名な作家だけでなく、広場の隅や人気のない所にひっそりと立ち、人びとに寄り添う予言者のまなざしの地元作家、そして言葉をこよなく愛する人びとだ。





作家ゴールドーニの家 ヴェネツィア大学からほど遠くない所に、カルロ・ゴールドーニ（1707-93）が暮らした家がある（現在は博物館）。ゴールドーニは、多くの方言を喋る登場人物たちが夢の世界を造型するコンメディア・デッラルテの台本を文学のレベルまで高めた、イタリアを代表する作家。



ヴェネツィア大学の講義室 美術館や瀟洒なコンサート・ホールを思わせるのが、カ・フォスカリ（ヴェネツィア大学）の最上階にある講義室。15世紀に建てられたゴシック建築の建物は、改築され、現在、大学として使われている。東洋学部では日本語と同列にロシア語が教えられてきたが、この発想も興味深い。



ゴンドラの浮かぶサンマルコ運河 ゴンドラは、海洋大国の繁栄と斜陽に日々立ち会ってきた。ゴンドリエレ（漕ぎ手）たちが交わすヴェネツィア方言や歌声が水面にこだまし、悠久の時に身を任せる風のように運河をすり抜けていく。

イタリア半島の付け根、アドリア海の入りに位置する北イタリアのヴェネツィアは、東方貿易で栄えた国として世界に知られる文明の十字路だった。国際映画祭や芸術祭も定期的に催され、カーニバル・シーズンは仮装姿の人びとで街が埋め尽くされる。大小の運河に吸い込まれるような迷路が続く中心街に車は入れない。ヴェネツィアから列車で西へ1時間あまりでヴェローナへ。古代ローマから近世へと至る歴史を物語る建築物が落ち着いた景観を生む。ローマ時代に建てられた円形劇場やシェイクスピアの『ロミオとジュリエット』の舞台でも知られ、オペラも盛んだ。



アディジェ川のほとりの静かな町 ヴェローナといえば、シェイクスピアの『ロミオとジュリエット』が思い浮かぶ。ジュリエットの家も墓も観光名所だが、「ジュリエッタとロメオ」というレストランもあるほど、地元で愛されているのはジュリエットの方。



アリーナ 2万人近く収容できるイタリア第3の規模をもつ古代のオペラ劇場。イタリアは絵画や彫刻だけでなく、とくに声楽の国でもある。言葉を大切にする伝統は今なお続く。



地元作家バルバラニの像 イタリアには方言文学が存在する。中心街エルベ広場の隅に詩人ベルト・バルバラニ（1872-1945）の銅像が立つ。19世紀のヴェリズモ（真実主義）に傾きつつも瞑想的でわかりやすい詩をヴェローナ方言で綴り、地元で愛されている。詩人は未来を予見する。バルバラニの眼には、ヴェローナ文化やイタリア文学の運命がどう映っているのだろうか。



ダンテ像 政争に敗れてフィレンツェを追放され、北イタリアを放浪したダンテ・アリギエーリ（1265-1321）は、ヴェローナにも滞在。その表情には、故郷を去ることを余儀なくされた作家の苦悩とイタリアの将来への憂いがよぎる。像のあるシニョーリ広場に、時代を超えるような風が一瞬吹き抜けた。



フェルトリネッリ書店 イタリアには、一日いても飽きない本屋がたくさんある。カフェ付きの店も増え、ゆっくり時間を過ごせる。数こそ減ったが、古書店の香りも街に残る。「こんにちわ！」と店員に声をかけながら入るのが常識。とりあえずほしい本を挙げると、関連図書も詳しい解説付きで教えてくれる。

緑と暮らす

【第2回】

学校法人宮城学院／水の森里の会

宮城県仙台市



「水の森里の会」が活動している森
仙台市緑の活動団体に認定され公園
管理者と公益財団法人仙台市公園緑
地協会の指導のもと、木にからみつ
いたつるを取り除いたり、下草を
刈って、付近の住民が親しみやすい
自然休養林にしている。

宮城県仙台市の青葉区と泉区にまたがる水の森公園は、アカマツの自然林が広がり、三共堤、丸田沢堤という二つの広い堤（ため池）がある自然豊かな水と森の公園だ。そこから「水の森公園」と名付けられた。

周囲には新しい住宅街が広がり、1980年には宮城学院女子大学（学校法人宮城学院）が市の中心部から移転してきた。

この公園にある市民団体「水の森里の会」は宮城学院と協働で、この緑地の保全に取り組んでいる。下草刈りや倒木の処理、植林、巣箱の設置などの活動を続け、今年で11年目を迎える。

同会会長の森昭男さんは、「地域で暮らす方たちと自然の恵みを一緒に享受できる場としたい」と話す。活動には地域住民のほか、宮城学院の学生の参加もある。

2022年11月には、同学校法人与自然の森里の会が公益財団法人都市緑化機構主催の「緑の都市賞」（特別協賛・第一生命財団）の国土交通大臣賞を受賞した。「緑と暮らす」の第2回として、この緑地を取り上げる。



「水の森里の会」の活動 「水の森里の会」の会員は55名。活動は毎月第1土曜に行っており、18歳以上であれば誰でも参加できる。参加者のなかには地域住民や学生ボランティアもいて、主な活動内容は、水の森公園の北西区域6.6万平方メートルの下草刈りや倒木の処理、枯損木の処理、巣箱の設置、発生材利用による散策路の整備、花や実のなる木の植樹など。写真は、植樹のようす。下草を刈った土地に、センダイハギ、クリンソウ、ヒオウギ、オニユリなどを植えた。これらの植物は多年草のため、毎年きれいな花を咲かせる。



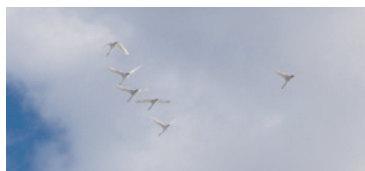
下草刈り アカマツの自然林だが、地面まで日が射し、さまざまな草が生える。放っておけば人が立ち入れないほど地面を覆ってしまうので、下草をこまめに刈る。



散策路の整備 間伐や倒木で出る材を土留めなどに利用している。



倒木の整理 チェーンソーで小さく切り、状態のよい材は散策路の整備などに利用する。



三共堤に飛来した白鳥と鴨 水の森公園の広さは約 100 万平方メートルで、園内にはキャンプ場やハイキングコースのほか、三共堤と丸田沢堤の二つの堤（ため池）がある。「水の森里の会」などのいくつかの市民団体が保全活動を行っており、森には子どもたちの声も響く。



アマガエル 公園には、さまざまな生き物が生息している。



水路を泳ぐ鯉 池につながる水路には鯉が泳いでいる。



自生するヤマユリ 緑地には、さまざまな野草が生える。夏の初めにはヤマユリが美しく咲く。



宮城学院女子大学が行っている
「みつばち事業プロジェクト」
公園に隣接する大学キャンパス
に7つの巣箱を設置。公園に咲く
花々からみつばちが集めた蜜を収
穫し、販売している。



巣枠についた蜜をヘラでこそぎ落とす。



箱の巣枠に、みつばちが巣をつくり、幼虫を育てる
ために蜜を運んで来る。



採った蜂蜜を遠心分離機にかけて
ろ過し、精製する。



蜂蜜の販売 蜂蜜は百花蜜「水の森自然休養林
のはちみつ」と名づけ、販売している。

コミュニティ——Community

2023/No.

170

一般財団法人 第一生命財団

●口絵・世界の街から

イタリア①

北イタリアの多層的文化～ヴェネツィア・ヴェローナ 村田真一 —— 1

●口絵・緑と暮らす

学校法人宮城学院／水の森里の会 —— 5

●巻頭エッセー

「競争」から「協調」へ 猪熊律子 —— 10

●特集

日本の在宅医療の現在と将来 —— 13

《座談会》

地域の医療・介護の連携と
在宅医療に求められる役割とは —— 14

出席者／川越正平・大石佳能子

司会／甲斐一郎 コメンテーター／猪熊律子

これからの在宅医療を考える 猪熊律子 —— 64

●一般記事

次元の異なる少子化対策の実現に向けて 山崎史郎 —— 68

豊かな食や彩りのある住を

野菜や花の生産現場を支えるために福島で園芸学に取り組む 深山陽子 —— 72

地域コミュニティの新たな拠点 SETAGAYA Qs-GARDEN

まちびらきイベント「Hello! in the Qs-GARDEN」を開催 —— 77

●連載

ボランティア デンマークでのボランティア体験 蒔田結芽 —— 81

助成施設訪問 クニナ奏の杜保育園（千葉県習志野市） —— 86

教育じろん 日本農業経営大学校が目指す人材育成 合瀬宏毅 —— 89

若者の風景 若者団体 komurado の取り組み 鬼嶋優希 —— 92

ブックレビュー —— 97

「競争」から「協調」へ

猪熊律子

いのくま りつこ／読売新聞東京本社編集委員／『コミュニティ』編集委員



「苦渋の選択ですよ」

今年3月、山形県米沢市にある三友堂病院を訪れた際の仁科盛之理事長の言葉だ。

人口8万人弱の米沢市内には急性期医療を担う病院が二つある。一つが約130年の歴史を持つ三友堂病院。もう一つが約60年の歴史を持つ米沢市立病院だ。

車で15分ほどの距離にある両病院は、競合しつつも互いに切磋琢磨しながらやってきた。しかし、少子高齢化に伴う人口減少で患者数が減少し、医師や看護師などの確保も困難さを増してきた。市外だが、近くに公立の急性期病院ができたことも患者数の減少や経営悪化に追い打ちをかけた。

国や県などによる地域医療に関する分析では、急性期医療が過剰な半面、急性期を脱した後の回復期医療の不足も指摘されていた。このまま競合していたのでは、最悪、二つの病院が共倒れとなり、そうなれば地域住民に与える影響は計り知れない……。

そこで三友堂病院と米沢市立病院では両院の機能分化と連携強化を進め、急性期医療は米沢市立病院に集中し、それ以外の回復期や慢性期、慢性維持透析医療などは三友堂病院が担うことにした。両病院とも老朽化が進んでいたため、別々に予定していた建築計画を改め、現在、米沢市立病院がある敷地に三友堂病院が移転し、廊下を挟んでそれぞれが新病院を建設することにした。今年11月にオープン

予定だ。公立病院と私立病院による機能分化・連携並びに同時建て替え・建物隣接の「全国でも珍しいパターン」(和田晋・米沢市立病院事務局長)の病院連携が始まる。

もつとも、計画がすんなり進んだわけではない。人口動態や疾病構造の変化をにらみ、米沢市立病院では10年以上前から統合や連携を三友堂病院に働きかけてきた。しかし、長年、急性期医療を手掛けてきた三友堂病院にとって、それは簡単に頷ける話ではなかった。

米沢市内の人口減少が顕著となり、医療に関する国の方針(「都道府県は、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量を医療機能〈高度急性期・急性期・回復期・慢性期〉ごとに推計し、地域医療構想として策定せよ」)が2014年に示されたこともあり、両病院ともいよいよ決断せざるを得なくなった。

「大先輩が苦勞して守ってきた歴史や伝統を、私の代で絶やすわけにはいかない。これからも病院を維持するために必要な変化、決断だった」と仁科理事長は振り返る。

公立病院と民間病院の組み合わせということもあり、統合はせず、それぞれの病院が独立したまま「地域医療連携推進法人」を設立し、人材交流や物資の共同利用を推進することにした。しかし、スタッフの異動や身分保障を具体的にどうするのか、各病院が掲げてきた理念や運営方針のすり合わせはどうするのか、そして何よりも住民の理解をどう得るのかなど、課題は山積だ。

車で15分ほどの距離とはいえ、三友堂病院の近くの住民からは、不安や不満の声も聞かれる。

「機能分化を進めて、過剰な部分を削り、足りない部分に資源を投入すれば、地域の医療需要にあった適切なサービスができるはず。長い目で見れば、住民にとっても必要な再編だということをわかっていただけたと思う」と米沢市立病院の渡邊孝男(わたなべ たかお)病院事業管理者は強調する。地域の在宅医療など

を担う米沢市医師会も「全面的に協力する」との立場だ。

仁科理事長、渡邊病院事業管理者がともに強調していたのは「競争から協調へ」という考え方。これが、今後の医療提供体制を考える際のキーワードになるのではないかと思う。

米沢市のような事象は現在、全国各地で起きているほか、今後はさらに頻繁に見られるようになるだろう。もちろん、人口構成や高齢化のスピード、医療機関の密集度は地域により大きく異なるだけに、地域ごとに「わが街の医療の機能分化・連携」を考えていくことが重要だ。

住民の視点で見れば、身近にあった医療機関が遠く離れたり、機能が変わってしまったりするのは、できれば避けたくないことには違いない。しかし、「虫の目」だけでなく「鳥の目」で、地域全体を俯瞰して見る目も持たなければ、結局、近くの医療機関も失う羽目になりかねない。

さまざまな思いを持つ住民に対して十分な説明をするのは都道府県や市町村など行政の役割だ。医療は公費と社会保険料が注ぎ込まれた「社会的共通資本」であるだけに、大切な資源をどう配分し、何が地域にとって最善の利益なのかを、対話により、よく理解してもらう必要がある。

全国では、既に若者も高齢者も減少している地域もあれば、若者は減少しているが、高齢者は微増ながら増え続ける地域もある。全国的には、高齢者人口（65歳以上）は2040年代初頭まで増え続け、他方、医療や看護、介護を担う現役世代はこれから2040年に向け、急減する。未曾有の人口減少時代に向けて、どんな地域、どんなコミュニティを作っていくかとしているのか――。医療関係者だけではなく、行政や、住民側も大いに問われているといえる。

特集

日本の在宅医療の 現在と将来



日本の在宅医療の現在と将来

座談会

地域の医療・介護の連携と 在宅医療に求められる役割とは

出席者（敬称略・発言順） 肩書きは座談会開催時のもの

川越正平 ———— かわごえ・しょうへい

医療法人財団千葉健愛会おおぞら診療所院長・松戸市医師会会長

大石佳能子 ———— おおいし・かのこ

株式会社メディア代表取締役・医療法人社団プラタナス総事務長

司会

甲斐一郎 ———— かい・いちろう／東京大学名誉教授・『コミュニティ』編集委員

コメンテーター

猪熊律子 ———— いのくま・りつこ／読売新聞東京本社編集委員・『コミュニティ』編集委員

今後も高齢者が増えていくのが確実な見通しの中で在宅医療の需要と役割はますます大きくなると言われている。在宅医療の現場で活動する医師と医療コンサルタントに、在宅医療の現在と将来について語っていただいた。



在宅医療への関わりかた

甲斐（司会）　これまで『コミュニティ』では、地域の保健・医療・介護・福祉をテーマとして取り上げてきました。今回は在宅医療を話題の中心に話を進めたいと思います。

今日はお二人にご出席いただき、在宅医療の現場寄りの話を中心に進めたいと思っております。また、私と同じ『コミュニティ』の編集委員で、読売新聞の編集委員をされている猪熊律子さんにもコメントーターとしてご参加いただいております。のちほどご質問・ご意見等がございましたらご発言いただきたいと思います。

それでは最初に、自己紹介を兼ねて、お一人ずつ、いま在宅医療にどうかかわっておられるかというお話を伺いたいと思います。まずは千葉県松戸市で診療所をされている川越さんからお願いいたします。

川越　私が在宅医療を始めたのは、1990年に病院の勤務医を辞めて診療所を開業した時からです。その時点で、東京医科歯科大学卒業後9年目の医師でしたので、世間の常識的にはちょっと早すぎるぐらいのタイミングでした。もともと医学教育にかかわっていた経緯から、「地域で医師を育てる」という理念を掲げて開業しました。いまもたくさんの研修医、学生の研修・実習を診療所で受け入れております。

病院で勤務していた時は血液内科が専門で、悪性腫瘍の患者さんを担当させていただいていました。血液悪性腫瘍は、なかなかとつきにくい病気といえますか、たとえば完治が望



右から川越正平、大石佳能子、甲斐一郎の各氏。



川越正平 氏

医療法人財団千葉健愛会あおぞら診療所
院長。松戸市医師会会長。

1991年東京医科歯科大学卒。虎の門病院での内科研修修了後、同院血液内科医員。1999年千葉県松戸市にあおぞら診療所を開設し、在宅医療や地域医療に取り組む。臨床活動に加え、2014年度より松戸市医師会在宅ケア担当理事として介護保険運営協議会や地域ケア会議の会長を担当。2018年度より松戸市在宅医療・介護連携支援センターの管理責任者を務め、松戸市糖尿病・CKD対策推進ネットワーク会議座長、松戸市障害者福祉計画推進協議会議長等も兼務し、機関を超えた多職種との関係性強化や地域共生社会実現に向けて取り組んでいる。

めない状態の方が最期はうちに帰りたいと希望されても、実現できない場合が多くあります。しかし、そうした病気でも、いくつかの要素に還元して考えますと、「できないことでもなさそうだな」「自分が受け皿の側に回ればできるのではないか」「他の診療分野においても勉強すればできるのではないか」と思いました。

また、医師一人でできることには限界があるとも思いましたので、当時、全国的にほとんど例がなかったと思いますが、医師3人で開業する形をとりました。

実際に始めてみますと、すぐに直面したのが、がんの患者さんだけが困っているわけではないという当たり前のことでした。難病の方にも脳卒中後の方にも若年性認知症の方にも、すべての方々に支援が必要だということを思い知らされました。

そして、これも当たり前のことですが、医師だけで解決できるわけではないことに気づきました。当時、まだ「多職種協働」という言葉は使われていなかったと思いますけれども、患者さんお一人お一人を通じて、それぞれの職種の皆さん方と協働経験をさせていただいたという記憶があります。

そして、患者さんお一人お一人について仕事をしていくなかで、さまざまな制度の事情で「これ以上の支援はできない」とか、「こういうことができたなら理想だ」とわかっていても、実際には資源が足りないからできないということも経験しました。

一医療機関として真摯に取り組むだけでは解決できない問題ももちろん存在します。貧困などはわかりやすい例かもしれませんが。今言うひきこもり問題のような医療の範疇をはるかに超えてしまう課題もあります。そうした単純には解決できない事案も経験しました。

2008年ごろからOPTIMという「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」にかかわり、そして、2011年ごろからは東京大学の柏プロジェクトも始まり、そちらにも深くかかわって、いろいろ経験させていただきました。

2014年から、松戸市医師会の在宅ケアの担当理事を拝命しまして、初めて行政と一緒に仕事をしたり、行政の役職を頂戴するという経験をすることになりました。そうした立場を活用しながら、多団体を束ねたり、行政に施策を提案させていただいたりもできるようになりました。診療の努力だけではできないことにも少しずつ取り組まさせていただいているところです。

昨年、松戸市医師会の会長を拝命しまして、現在は市全体の責任をあずかる立場でやらせ

【多職種協働】

異なる専門性を持った職種の人が集まり、共有した目標などに向けて一緒に働くこと。

【東京大学の柏プロジェクト】

高齢社会対応のまちづくりプロジェクトで、千葉県柏市と東京大学高齢社会総合研究機構などが協定を結び、柏市豊四季台地域において、「在宅医療の推進」「地域包括ケアシステムのモデル拠点の整備」「生活支援サービス」「生きがい就労・生きがい支援」「外出・移動・交流・地域活動をうながす環境づくり」「健康づくり・介護予防」などの取り組みを行っている。



大石佳能子 氏

株式会社メディヴァ代表取締役社長。
医療法人社団プラタナス総事務長。

大阪大学法学部卒。ハーバード・ビジネス・
スクール MBA。

日本生命勤務、マッキンゼー・アンド・
カンパニーのパートナーを経て、2000
年に（株）メディヴァと医療法人社団プ
ラタナスを設立。

医療・介護、健保組合・健康経営、企業・
行政のコンサルティング、ヘルスケアサ
ビスの開発・運営、海外での医療・介護
事業を手掛ける。

江崎グリコ（株）、参天製薬（株）、（株）
資生堂、各社の非常勤取締役。大阪大学
経営協議会元委員、大阪大学スーパード
グローバル大学創成支援事業推進のための
外部有識者会議委員。ハーバード・ビジ
ネス・スクールの諮問委員。

規制改革推進会議委員（医療・介護・感
染症対策ワーキング・グループ）、厚生労
働省「これからの医業経営の在り方に関す
る検討会」元委員の他、経済産業省、内
閣官房等の有識者会合等の各委員を歴任。

ていただいております。後ほど紹介させていただきますが、2019年に市から予算を頂戴して、松戸市在宅医療・介護連携支援センターをつくっております。このセンターの管理責任の担当もしております。

甲斐 ありがとうございます。それぞれの具体的な活動については後ほど伺いたいと思います。それでは、大石さんお願いいたします。

大石 私は医師でもなく看護師でもなく、親族にも医師はおりません。医療とは全然関係ない人間でして、ずっと経営畑を歩んでまいりました。

出身は大阪です。大阪大学を卒業し、ハーバード大学でMBAを取ったあと、1988年にマッキンゼー・アンド・カンパニーという戦略コンサルタント会社に入りました。2000

0年にそこを辞める前にはアジア地域全体のヘルスケアの統括責任者の一人でした。

私が初めて病院というものにしつかりかかわったのは、1998年に息子を出産した時でした。特に大きなトラブルがあったわけじゃないんですけど、「病院って何か不思議な世界だな」と小さな違和感を覚えたんですね。「患者さんはあまり幸せではない。もつと患者の視点を入れるべきだ」と思ったんです。それと同時に、医療職の皆さんもバタバタして忙しい感じでありまして幸せそうじゃないし、自分の使命を果たしているという満足感を得ているわけでもないなど問題意識を持ちました。こうした状況を何とかできないかと思い、株式会社メディヴァを設立いたしました。

メディヴァは医療・介護のヘルスケアの専門コンサルタント会社です。設立時から「患者視点で、かつ医療者が喜ぶ医療の仕組みをつくりたい」というミッションを掲げ、それに賛同してくださった千葉県鴨川市にある亀田総合病院の亀田信介先生や亀田省吾先生、当時はまだ若手だった野間口聡先生、遠矢純一郎先生らが集まってくださって、メディヴァと医療法人社団プラタナスの2つを同時に設立したんです。

メディヴァと医療法人社団プラタナスは、法人格としては別々なんですけど、「お互いの強みをそれぞれが出し合って弱いところをカバーする」という形で、グループの中で一緒に動いているという状況です。

医療法人社団プラタナスの分院の事務長はメディヴァから派遣していますし、私は総事務長として全体を統括しています。

プラタナスの分院は、いま12か所ぐらいあって、ファミリードクター的な外来と、健康診

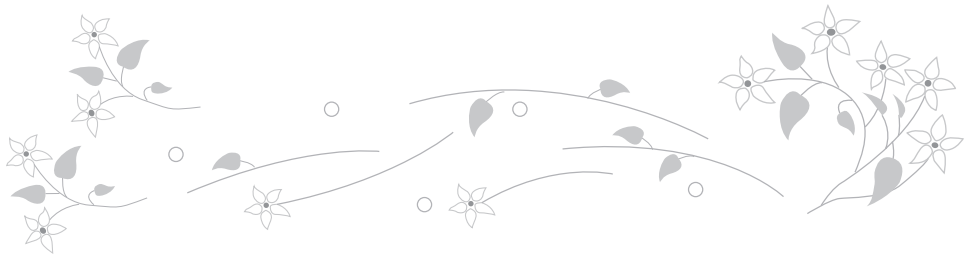
断も行っています。そして、在宅医療にかなり力を入れています。東京都、神奈川県を中心に3000名強の患者さんを診て、年間500名ぐらいの患者さんを自宅もしくは施設で看取っています。

東京都世田谷区の桜新町、松原、横浜市青葉区では、それぞれ「アーバンクリニック」という名称で、先生方には在宅医療の世界で活躍していただいています。その後方で、私どもがサポートしています。

そのほか、コンサルタントとして病院の再生事業も行っております。北海道から沖縄まで、全国の病院でサポートして、おそらく病院の民事再生数ではうちが一番多いと思います。その大きなテーマが「中小規模の病院をどう生き残らせるのか」です。中小規模病院は地域をサポートする重要な機能だと思っています。中小規模の病院が単に大病院の真似をして、ミニチュア版の急性期病院などを行っても、地域的にはあまり意味がありません。地域包括ケアの枠組みの中でどうやって核になる病院にしていくなのかを一つのテーマとして動いております。

在宅医療は、「家に帰りたい」と言いつつがんで亡くなった方やその親戚の思いだったり、アーバンクリニック院長の在宅医療への強い思いだったり、患者さんやお医者さんたちの思いの中にあります。そうした思いを実現していくために、もっと運営しやすい仕組みづくりをどう構築していくかにメデイヴァは取り組んでいます。

その一つは、さつき川越さんがおっしゃったグループ診療の仕組みをつくることであるとか、ICT（情報通信技術）を活用するとか、在宅の現場でも使えるレントゲン機器を医療



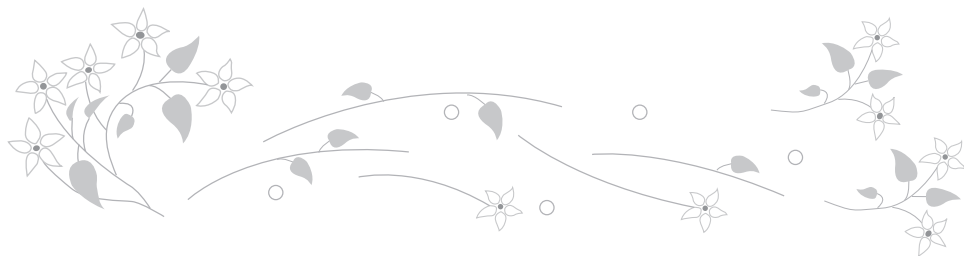
器メーカーさんと一緒につくるとか、そういう形で私どもはお手伝いしています。

それから私は、政府の規制改革推進会議の委員や厚労省、経産省のいろんな検討会の委員としても、地域包括ケア、認知症のサポート、在宅医療をどう推進していくかということを発信させていただいております。

甲斐 ありがとうございます。私の自己紹介をいたします。専門は社会老年学といって、社会心理学のようなことをやっております。その一方で、介護保険制度ができる前から訪問診療を非常勤でやってきました。いまは神奈川県にある病院の一部門で訪問診療をやっております。ここは、たぶん川越さんのところとは形態が違うと思うんですが、訪問看護ステーション、訪問リハビリテーション、居宅介護支援事業所が全部一緒になっております。すべてが同じフロアに集まっています、病院も隣にあります。

あとで話題になると思うことの一つは連携です。最近の訪問看護ステーションとかケアマネさんとか、自分と同じ法人ではない方と一緒に仕事をするのがほとんどですが、連絡とか報告とか、いろいろやりとりをする相手との相性が合わないこともあるし、お互いの熱意みたいなものの違いもあるかもしれない。うまくいくケースとうまいかないケースがあつて、よいお看取りをしたなとも思いますし、最期までほかの事業者の方とうまうまかなかったなと反省することもあります。そうしたところを、どう整備していったらいいか、常に考えております。

もう一つは家族介護者の問題です。独居でも在宅医療はできるんですけれども、だいたいの場合は家族介護者が非常に重要な役目をはたします。いまの制度下では、在宅介護者となつ





司会 甲斐一郎 氏

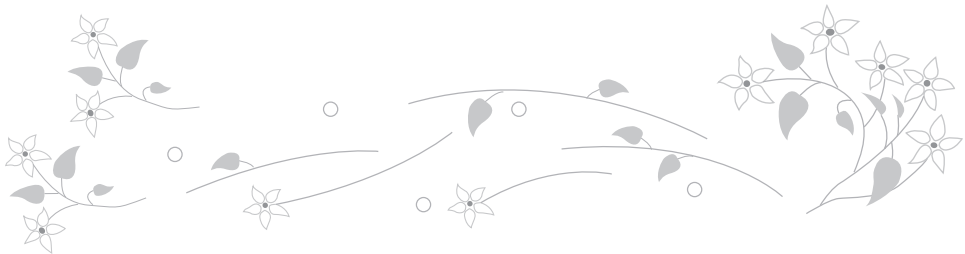
東京大学名誉教授。『コミュニティ』編集委員。

1952年生まれ。77年、東京大学医学部を卒業後、同大学院に進学。79年に同大学助手に就く。97年に教授となり、老年社会科学分野の研究を続ける。2012年に同大学を退職し名誉教授となる。現在は訪問診療に携わる。

た時に、たとえば仕事を辞めざるを得ないとか、金銭的にも非常に大きな負担を背負ったりすることもあるわけです。日本の現状の制度では家族介護者に金銭的な援助をするのは難しいと思うんですが、そういうことが何とかならないかと常々思っております。

家族介護者にもいろいろあるので、一概に言うことは難しいと思うんですね。そういう方々に対する支援をしていくことが必要じゃないかと思うんですね。ぜひ、皆さん方のお考えをお聞かせ願いたいと思います。

まず、政策として在宅医療を進めていくべきだと考えておられる理由をお聞かせいただきたい。大石さんいかがですか。



改めて問う在宅医療の有意性

大石 基本的には皆さん同じことをおっしゃるかもしれませんが、在宅医療には二つの面で優れているところがあると思います。

一つは、特に高齢の患者がずっと病院にいたことはご本人にとってあまり幸せではないですし、長期入院することによって、ADLが下がったり、認知症が悪化したりする例が顕著に見られます。ですので、病院に閉じ込めない医療ということが非常に大事であると思っています。

もう一つは医療経済的な側面です。私どもの試算なんですけど、1人の方が入院されるのに比べて、在宅で患者を診る場合、医療保険・介護保険の両方を使ったとしても、国家財政的には3対1なんです。医療経済的には、1人が入院するお金で3人の方が在宅で過ごせるというメリットがあります。

甲斐 川越さんはどうでしょうか。

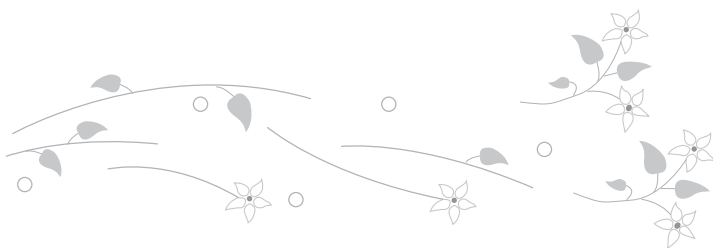
川越 およそ20年強、在宅医療を中心に臨床活動をやっておりますが、自分自身、年々「在宅医療」とか「連携」という言葉を使わなくなっているところがあります。

「在宅医療」という言葉は、文字のとおり「場所」を指しているけれども、「場所」の問題ではなからうという気もします。その「内容・機能」のほうが大事ななと思います。

在宅医療を別な言葉で言い換えますと、生活に根ざしているとか、生活に注目することだっ

【ADL】

「歩いて移動をする」「トイレで排泄をする」「食事を食べる」「服を着替える」「顔を洗う」「お風呂で体を洗う」などの日常生活動作 (Activities of Daily Living) のこと。



たりをご本人の意向のうえで実践するということかもしれません。それは病院の外来でやつてもいいのではないかと思います。

私は在宅医療も外来診療もやっておりますけれども、たとえば糖尿病の患者さんを外来で診療して生活に根ざした的確な指導ができるかと問われれば、できていないと思います。

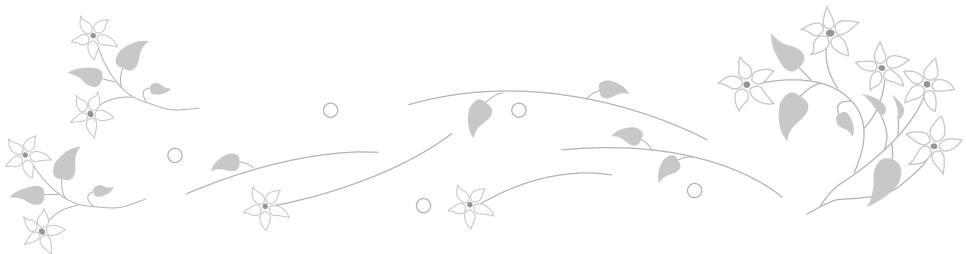
在宅という場を把握できることによる有意性は間違いなく存在します。ですので、在宅医療のノウハウをどの場所であつても生かすというのが本質的な課題かなと思います。かかりつけ医の機能強化ということで、在宅医療が必須の要件かのように議論されていることも、当然といえば当然で、場所の問題ではないという気がいたします。

甲斐 そういう意味では、「かかりつけ」と言うほうが適切ですか。

川越 たとえば、ICU（集中治療室）へ入院中に、「生活の視点」という会話をする必要はあまりないと思うんです。ICUでは救命をしたり、とにかく全身管理を精緻にすることが最大の目標であるわけです。

しかしながら、ICUですつと生活する人はいません。いつかは必ず一般病棟に出るはずですし、退院もするはずです。それが目的のはずですので、一般床に出たその時から、食事はどうするのかとか、排泄はどうするのかという生活の視点を無視することは不可能で、必ず生活の側面が入ってくるはずなんです。そうした生活の視点をなしにやることはできない。

完治する病気なら、その症状がなくなつて退院できれば、めでたしめでたしですが、医学の進歩した結果、救命し得たものの完治しないで退院する患者さんが多くなつており、必ず生活の要素を含まないと思患者さんへ対応ができないと思います。



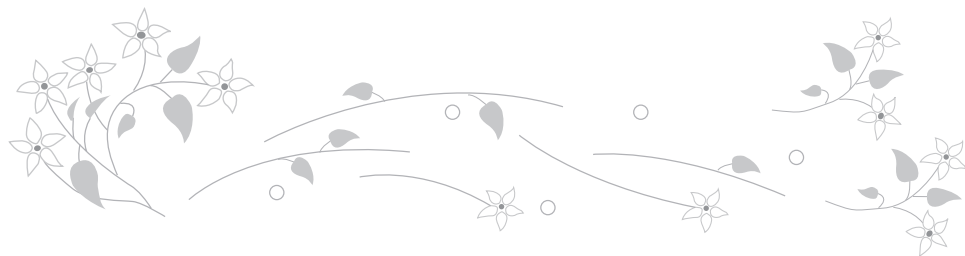
甲斐 在宅死ということをやたら重視していた時代があったと思うんですが、お家で亡くなられることが、ご本人の希望であれば、私たちはそれを実現していきたいと思うんです。

一方、患者さんを見てみると、お家で亡くなられることを希望する場合でも、症状によっては、最期の最期になると入院せざるを得ないという方がおられます。最期まで在宅は、ご家族がそれに耐えられないとか、いろいろなことで難しい場合もあるんだろうと思うんですが、在宅で緩和ケアをしていた場合でも、ご本人の希望によって在宅でできるところまでやって、最期には入院して亡くなるということもあり得ると思う。いずれにせよ、場所の問題ではないというご指摘は、確かにそのとおりだと思いますね。患者ご本人のQOL (Quality of life / 生活の質)をどういうふうに高めていくかということだと思うので、それはおっしゃるとおりだと思います。

いまのお話、大石さんはいかがでしょう。

大石 たぶん、なんちゃって在宅医療と、ほんとうの在宅医療があるんじゃないかと思っています。目指すべき在宅医療は、川越さん、甲斐さんがおっしゃったように、患者視点に立って、患者さん、もしくはご家族が望むことをどうやって実現するのかということだと思うんです。

私は「プロブレム・ソルビング」と言っているんですけど、要するに課題をどう解決していくのが在宅医療のあるべき姿であって、家にいるからといって、必ずしも患者さま、ご家族さまの課題が解決できているわけではないと思うんですね。課題の解決がほんとうにできるような在宅医療を目指すべきなんだろうなという感じがします。



かかりつけ医も同じなんですけど、言葉が先行していて、皆さんそれぞれが違う意味で言葉をとらえていて、形を整えればかかりつけ医だという感じなんです。でも、それは違うだろうということがけっこうありますよね。何を目指すべきかということを明確にしていくなのかなと思います。

甲斐 必ずしも在宅という枠にとらわれないで進めていくことが重要というのは、そのとおりだろうと思います。専門医療を在宅なり、かかりつけ医なりでやるということではないと思いますよね。

在宅医療のノウハウを生かした松戸市のまちづくり

甲斐 川越さんが血液の専門家であるように、多くの医師はご専門をお持ちになっておられますが、家でやる医療は、専門病院でやる医療や高次の病院でやる医療とは違う。そこで病院との連携も必要でしょうし、先ほどからお話があるように、医療だけでは解決できない課題もいっぱいあります。地域全体で健康に取り組むとなると、介護・福祉資源と連携しなくてはいけないだろうし、他にも、いろんな資源と連携する必要があると思うんです。そのあたりはどんな工夫を考えておられるか、ご意見をお聞きたいと思います。川越さん、どうでしょうか。

川越 二つに分けてお話ししたほうがいいかもしれません。まず一つ目は、在宅医療という言葉は、「場所を言っているだけではない。中身が大事だ」と申し上げましたけれども、



在宅医療の対象になっているのは、要介護になった方とか、終末期になった方が主ですので、そのフェーズ（段階）が違いますよね。生活の視点を有する在宅医療のノウハウとか知見を、在宅医療とは呼ばない外来診療や健康増進というフェーズにも活用するべきだと思います。

2014年度に創設された地域包括診療料という診療報酬がありますが、うちの診療所では、医師だけでなく、看護師、管理栄養士、リハビリスタッフ、歯科衛生士、ソーシャルワーカーがかかわる形で、多疾病を併存した患者さんの外来診療をやっております。この活動は、在宅医療のノウハウを外来診療で応用しているという言い方はできるかと思います。

二つ目は、多分野との連携です。甲斐さんがおっしゃったように、一機関ではできません。機関を超えて取り組む必要があります。

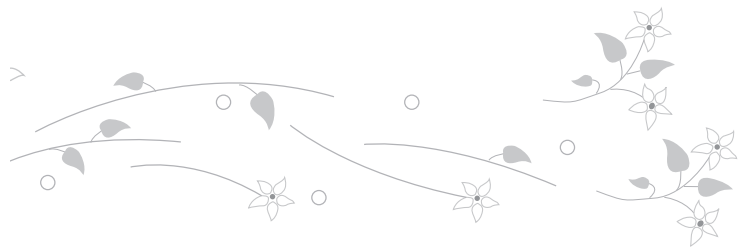
松戸市では、2018年度に「松戸市在宅医療・介護連携支援センター」を創設しました。お配りしたパンフレット（次ページ）には、少し青臭いことが書いてあるんですけども、松戸市医師会として、「地域を一つの病院」としてとらえ、市内の医療・介護・福祉機関や行政が一体となって機能を果たし、老いても病んでも暮らしやすいまちづくりを目指します」という言い方をさせていただいています。

その中身在宅医療のノウハウが生きる部分は相当あると思います。もちろん在宅医療ですべてを完結はできませんので、病院とのやりとり、協働関係が非常に重要で、これは医師会という立場でもさまざまな取り組みをやらせていただいています。

図（次ページ）の左下にあります「助けを求められない人への支援」という項目は、アウトリーチ活動のことです。これは松戸市医師会独自でやっている取り組みで、相談支援者が

「アウトリーチ」

支援が必要であるにもかかわらず届いていない人に対し、積極的に働きかけて情報・支援を届けること



療・介護・福祉機関や行政が一体となって機能を づくりを目指します

適切な医療につなぐ支援

かかりつけ医の推奨
(かかりつけ医と病院医師・歯科医師が協働する)

通院可能な早い時期から「かかりつけ医」
「かかりつけ歯科医」をもてるように支援します



福祉に関する相談支援・ 課題の抽出

医療・介護・福祉に関する
様々な課題について、
に解決に向けて支援します



地域の方々への普及啓発活動(川上PJ*)

小中学校への出前授業・住民への普及啓発

松戸市医師会が行う小中学校の児童・
生徒を対象にした健康について啓発す
るための出前授業「まちっこプロジェク
ト」と連携を図っています

市民向けの医療・介護・福祉教材を作成
し、専門職を講師として派遣し健康につ
いて普及啓発に取り組んでいます



健康寿命の延伸の支援(川中PJ*)

ハイリスクアプローチ(フレイル予防支援・重症化予防支援)



重症化の予防、フレイルや認知症の予防など
健康の維持・増進を図るため、医師の助言の
もと、医療専門職が連携・協働し、個性を踏
まえ、予防や医療機関への接続を行います

***川上PJ・川中PJ・川下PJとは**

川上プロジェクト：健康な方への普及啓発活動

川中プロジェクト：健康寿命の延伸を図り、適切な医療につなげる支援

川下プロジェクト：対応が困難な方へ医師が訪問や助言を行う支援

地域を“一つの病院”としてとらえ 市内の医療・ 果たし 老いても病んでも暮らしやすいまちづく

活動の基盤としての 事務局機能

かかりつけ医の在宅医療 スタートアップ支援

新規開業や在宅医療新規参入
の医療機関等を支援します



地域ICTの活用支援

地域ICTシステムの導入支
援、多職種連携における情報
共有を支援します
新たな活用方法の提案など
により、情報共有のスキル向
上、運用の拡大を支援します



在宅医療の質向上支援

医療専門職による評価や助言

医師等からの依頼に基づき、医療
専門職が、それぞれの専門領域の
大まかなアセスメントを行い、診療
や支援に資する助言を行います



医療・介護・福祉に 地域課題

全世代に対応し、医療
困りごとや、支援上の
関係機関とともに解決



助けを求められない人への支援(川下PJ*)

医師によるアウトリーチ(訪問支援)

医療機関受診や介護・福祉サービスの利用を拒否して
いる、虐待やセルフネグレクトが疑われる、認知機能や理解
力・コミュニケーション能力に課題があり適切な医療を受
けられていないなど、支援の方向性が立てられず苦慮して
いる方々について、医師の診立てが必要な場合は、地域サ
ポート医・専門サポート医が訪問し、大まかな診立てや、医
学的見地から今後の支援への助言を行います

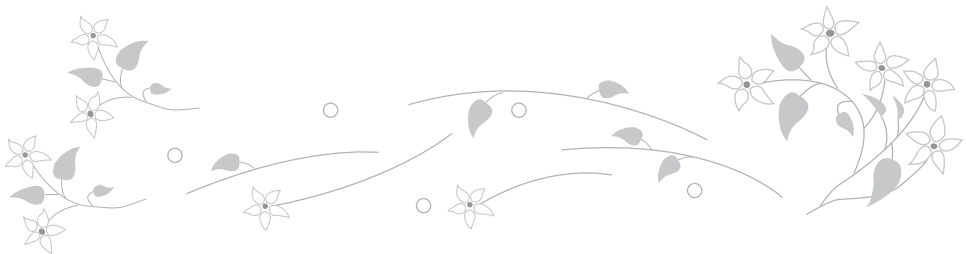


医療や介護の利用を拒否している方たちに出会った場合に、医師会に相談していただければ、保険診療とは異なる枠組みで医師がアウトリーチを行います。こうしたアウトリーチの取り組みはセンター創設前の2016年度からやっております。多数の経験をさせていただきます。

図の真ん中の下にあります「健康寿命の延伸の支援」は、「ハイスコアアプローチ」という言葉で書かせていただいておりますが、これは2022年度から取り組んでいる活動として、国の高齢者の保険事業と介護予防の一体的実施事業のハイスコアアプローチ部分の一部を松戸市から委託していただいております。今年度は「骨折の二次予防」をテーマに選んで、事業対象として抽出した方について医師が管理する形で多職種が保健指導をさせていただきます。取り組み組んでいます。こういう部分にも在宅医療のノウハウが生きてくることは言うまでもないことです。

図の右側にある「地域の方々への普及啓発活動」というのは、2015年度からやっている取り組みで、「まちっこプロジェクト」といいます。松戸市医師会の医師が小中学校に行つて、出前授業を行っています。最初は「がん」と「認知症」の授業から開始し、2020年度にはコロナ禍が発生しましたので、「感染症」という授業も追加しました。

さらに、今年度は、教育委員会からオファーがあつて、コロナ禍でさまざまな影響を受けた子どもたちが多くいるということで、「生活習慣」の授業やストレスに対しての対処法を知る「ストレスコーピング」の授業を子どもたちのために追加しまして、計5つの授業を行っております。



松戸市内に小中学校は65校あるんですが、今年度は24校で2200名ぐらいの子どもたちを相手に授業をさせていただきます。

どの活動にも在宅医療のノウハウは生きているとは思いますが、一機関では解決できないことですか、医療だけではできない取り組みについて、医師会という立場を生かして取り組めることで幅が広がったと思っております。

甲斐 こういうアウトリーチ活動や医療行為でない活動に医療の方が興味を持って、事業としてやってくださるのは、非常に重要なことですね。特に国が地域包括ケアを推進しておりますので、まさしくそういう方向に進める活動だと思えます。健康に関する問題ですの、専門的な知識を持っている医療関係者はリーダー的な役割を担うのは当然のことだと思いますが、実際にやってもらして、医療職でない方とつながる場合に難しい点がありますか。

川越 もちろん難しさはあります。医師がリーダーかどうかは、内容や場面にもよるかと思いますが。たとえば医師によるアウトリーチの取り組みにおいては、各市町村で行われている地域ケア会議をイメージしたら想像がつかいかもしれません。実際に地域ケア会議でケアマネジャーさんから「こんな事例があります。どのように対応したらよいか助言をお願いします」という場面・会議は、全国の市町村で行われているわけですが、そうした話をいくら聞いていると、そもそも診断がついていなかったり、いまっている診断名とは違う病気なのではないかという場合も少なからず経験します。

助言はできなくはないですけども、それでは評論家とほぼ同じなので、そうしたことをやっつけていても埒が明かないということもあって、医師会から松戸市に医師がアウトリーチす

【地域ケア会議】

市町村や地域包括支援センターが主催する会議で、「個別課題解決機能」「ネットワーク構築機能」「地域課題発見機能」「地域づくり・資源開発機能」「政策形成機能」の5つの機能が期待されており、各地域の行政職員や各医療機関・高齢者向け施設などで働く医師・看護師・介護職員などの多職種が出席し、地域包括ケアシステムの実現に向けて話し合う。



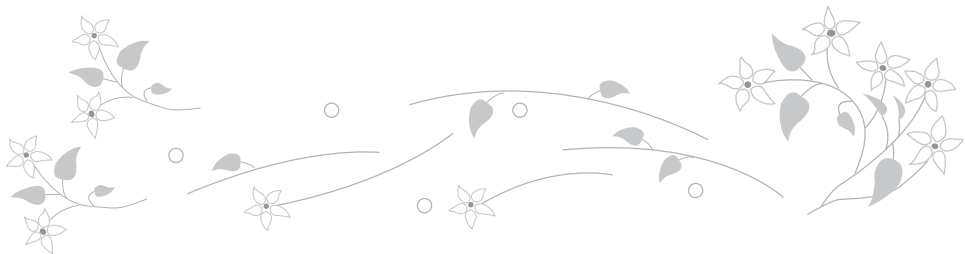
る事業を提案させていただきました。

医師がいちど診に行けば、この人はアルコール依存症だとか、認知症だとか、統合失調症だとかいうおおかまな見立てがつくののだとしたら、どの専門機関につなげばいいのか、どの福祉施策が有効かということが判断できるのではないかとという仮説で始めたわけです。

実際に対象者に出会ってみますと、拍子抜けするほど簡単に問題が解決する状況をたくさん経験しました。われわれ医師が行きますと、医療の利用を拒否していた方でも、パッと手を出して、まったく拒むことなく診察に応じてくれるという経験を重ねております。3分の2ぐらいがそういう方たちです。一緒に行ったケアマネジャーさんや地域包括支援センターの職員は、あれだけ拒否していたのに、なんでこんなにあっさりと、あっけにとられる。

われわれ医師は、その方の困り事とか身体症状とかの問題にフォーカスします。患者ご本人も病院に行くのはものすごく敷居を高く感じるけど、じつは自分のここが痛いのはなぜなのかと不安を持っていたという場合が多数あるんです。仮に認知機能障害があったとしても、それは本人も感じていらつしやるので、目の前に専門家がいて相談にのってくれるといわれたら、それを拒むとは限らないですね。

そうした活動が今日まで続いておりますが、確かに人生の方向性を疾病が規定することも多数あるので、それによって予後が非常に悪いということが予見できたり、ある施策に該当することがわかったり、診断名がついたり、何かしらの福祉にのつかることになったり、そういう意味で医療がキーになる頻度は一番多いです。もちろん、弁護士さんですとか、必要な分野の専門職につなぐという事案もあります。



甲斐 それは松戸市だからできるということでもないですか？

川越 「在宅医療・介護連携推進事業」という介護保険の地域支援事業の中で、「医療・介護・福祉に関する相談支援」は必須の事業です。松戸市のパンフレットでは真ん中に書いてありますし、全市町村がやっている事業なわけです。

甲斐 その一つとして、医師によるアウトリーチ活動を展開しているわけですね。

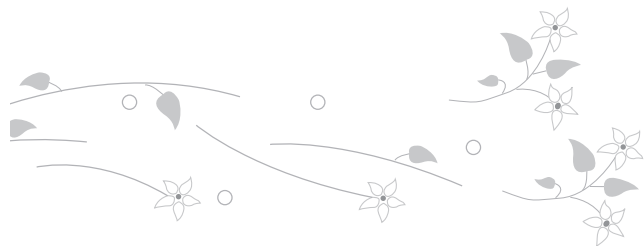
川越 連携するケアマネジャーさんなどから相談を受けるだけでは評論家にすぎないので、「実際にやってみましょう」というアウトリーチ活動に予算をつけてくださいと松戸市にお願ひした経過があります。ですので、安くない報酬をいただいています。

甲斐 それは川越さんがいらっしゃるからできたということでしょうか。

川越 いいえ、私を含めた医師会の思いを行政がちゃんと受け止めてくださったからできています。実際にほかの市町村の先生方に話を聞きますと、地域包括支援センターの職員から、お願いだから一緒に見に行ってもらえないかと頭を下げられて手を引かれて行ったというようなアウトリーチの経験がある先生はたくさんいらっしゃいます。

ただし、それはボランティアで無報酬です。場合によっては、行った先でけがをすることがあるかもしれません。ですので、松戸市のように予算をつけて施策としてちゃんとやるべきことではないかと思っています。

松戸市医師会では医師に保険をかけていますし、不衛生な状態の場所に行く時たくさんありますので、コロナ禍になる前からPPE（個人防護具）を用意していました。



地域の医療機能を担う医療法人社団プラタナスの取り組み

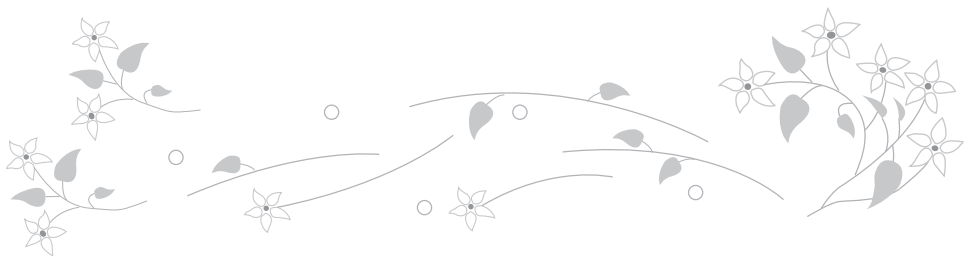
甲斐 大石さん、いかがでしょうか。

大石 松戸市に比べると、世田谷区はけっこう難しい部分があります。まず医師会に世田谷医師会と玉川医師会の2つがあります。世田谷医師会は、1000名を超える日本最大の地区医師会で、そこから分派したのが玉川医師会です。そして、世田谷区は90万人を超える住民が暮らす巨大なまちです。

そうした中で、医師会の方々が必ずしも在宅医療にすぐ興味がある方ばかりではないのが実状で、医師会発の事業とか、行政と医師会が連携して行うのは、なかなか難しい地域になっています。

結果として、私どもの法人と、在宅医療や地域包括ケアに力を入れている個別の医療機関が独自で動いて、行政と直接にやり取りをして、いろいろな事業を受託させていただき、さまざまなサービスを提供しているという状況になっています。

実際に、どんなことをやっているかを具体的に申し上げますと、たとえば認知症のサポートセンターを私たちの法人が受託して運営をしています。また、在宅医療ではないんですけど、1日600件の苦情電話が保健所や区にかかっていたんですね。その状況に対して区は、2つの医師会に「何とかしてください」と話したんですけど、医師会もできることは限られ



ていて、結果として私どもの法人が受けさせていただき、オンライン診療と小児の特別発熱外来を運営しました。

オンライン診療は、単にオンラインで患者さんを診るだけではあまり意味がないので、抗原検査キットをご自宅に届けて、コロナに罹患していることがわかったら行政に登録をし、薬もご自宅に配送します。完全にオンラインなんですけど、物流サービスまでついているオンライン診療をやりました。

発熱外来に関しては、小児の発熱外来を年末年始も含めて休みなしでずっとやり、結果として医師会の方々にも非常に喜ばれました。

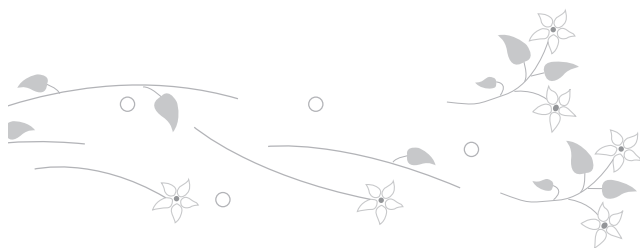
さらに、酸素ステーションだったり、バスを使ったPCR検査ステーションだったりも私どもが運営しました。

コロナの在宅患者さんも相当数を診させていただいたりもしたんです。こうした地域の中で必要な機能がぼこぼこあって、それを誰かが埋めなくちゃいけない状況を、わりと積極的に拾いにいっているという感じではあります。

連携の話で申し上げると、ほかの誰もがやらないものは私どもがやりますし、そうじゃないものができる限りほかの方々と一緒にさせていただきます。

在宅のコロナ患者さんの訪問診療についても、「そういう活動が大事だよね」とおっしゃってくださる在宅医療をされている医療機関と連携したり、通常時の医療でも、病院や外部の訪問看護ステーション、介護の方々と連携しています。

自分たちも訪問看護ステーションを持っていて、看護小規模多機能型居宅介護サービスを



運営しています。レスパイトとか、最期の看取りに使う病床も持っていました。コロナの影響でさすがに続けられなくなって閉めました。自前でできることと外と連携するべきことと、両方をやっているという感じです。

連携に関して大事なことの一つは目線合わせで、もう一つは情報をどう共有化するかという事です。

いまはいろいろな会社が多職種連携システムをつくっていらつしやいますけど、そのシステムのしりを十数年前に私もどつくりしました。EIR^{エイル}という名前のアプリがいまでもあります。多職種の方と私たちのクリニックが、掲示板みたいなもの書きこむ形で患者さんの情報を共有するシステムです。十数年前は、ちょうどスマホが出はじめてきたところで、スマホの普及とともに世間に広がっていききました。いまはいろいろな会社がシステムをつくっています。情報を連携することが大事ですが、それにどうやって同時性を持たすのかという課題があつて、いまでいうDX化（デジタルトランスフォーメーション化）が必要です。そうした課題を解決することもやっています。

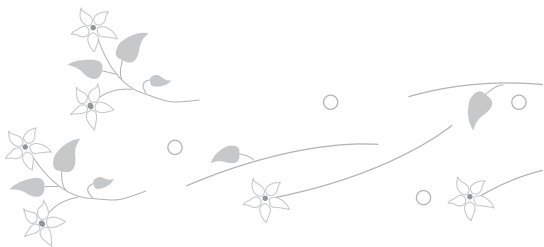
甲斐 確かにコロナの流行をきっかけにして、そういうことが非常に大事になってきたんでしょね。世田谷区はまちも医師会も規模が大きいから、いろんなお考えの方がいるだろうから。

大石 そうですね。在宅医療に熱心な方もいらつしやるし、全然違う分野ですごく活躍されているクリニックもあります。そうした方々の意見を取りまとめて医師会として発信するのは、なかなか動きづらいのかなという感じもします。

「レスパイト」

英語で「respite」と書き、「一時中断」「小休止」「猶予」などを意味する。介護する側が一時的に介護を離れて、リフレッシュすること。

レスパイトケアは、介護する家族をケアするためのサービスのことで、在宅介護を支える家族に対して介護から離れる時間を提供し、心と体を休めてもらうことを目的にしている。



地域ごとで考える連携のあり方

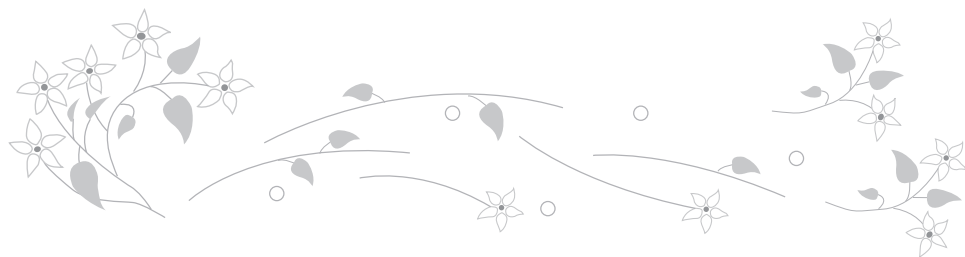
甲斐 では猪熊さん、今までのお話を聞いて、お二人になにかコメントやご質問はございますか。

猪熊 川越さんが、「在宅医療のノウハウをどの場でも生かすのが大事」とお話しされていて、ほんとうにそうだろうなと思いました。私自身、場所やハコモノではなく機能が大事で、機能を重視していくということが、これからの医療を考えるうえでは非常に重要だと感じています。その意味で、お話をすごく印象深く聞かせていただきました。

まず川越さんに質問をさせていただきます。

松戸市の取り組みは、「地域を〃一つの病院〃としてとらえる」というお考えです。「地域を一つの病院」ととらえて、在宅も一つの病床とみなし、道路も廊下とみなすという話をしている地域はほかにもあります。地域によっては、一つの法人（グループ）が訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所、また、特別養護老人ホームやサービス付き高齢者住宅などを持っているところもあります。その場合、その法人自体のサービスの質がよければ、良い意味での「囲い込み」になるし、そうでなければ質の悪い「囲い込み」になります。そうした地域や法人も、松戸市医師会と同じように、「地域を一つの病院としてとらえる」と言っています。

川越さんのところは、看護や介護、福祉などいろんな機能をご自分のところでやるのでは



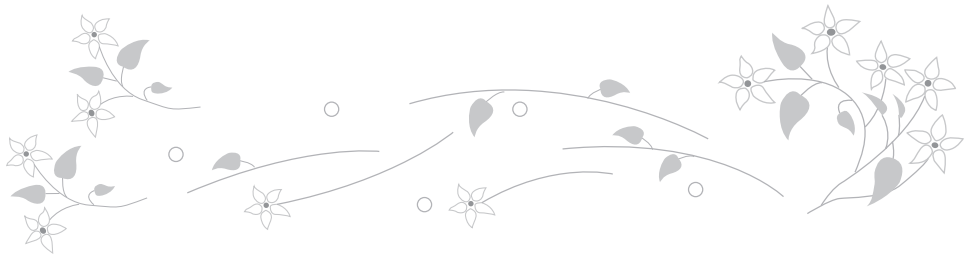
なく、連携を重視されていると思うんですが、それはどういうお考えでそうしていらつしやるのかをお伺いできればと思います。

甲斐 川越さん、いまの猪熊さんのご質問について、いかがでしょうか。

川越 ご提起いただいたことについて言えば、たとえば医療資源が乏しい過疎地域において傑出した法人等があつて、自分たちで自立的に新しい類型のサービスを整えたり広がっていくというコングロマリット型の取り組みを私は否定する立場ではありません。そこに資源がないわけですから、生み出していった結果、すべてが同一の法人になったというだけのことなので、その形の出発がだめだということではまったくないと思います。それは地域ごとの事情があつて、特定の法人等に依拠するとうるか、発展したということだと思います。いっぽう、比較的大きな都市で、資源は多いけど、それぞれが連動していないという地域だったら、連動をすすめる形のほうがいいと思います。特定の法人等の独占ありきではないとは思いますが。

ただし、外部が検証可能な形にしたほうが密室化を防げることは確かです。在宅医療の欠点として、気をつけないと密室化しかねないという構造があります。できるだけ外の風が入るような機能を内在化させないと、おかしなことになってしまう場合も生じうると思います。

あおぞら診療所の場合は、なぜさまざまな機能をつくらなかったのかというと、もし99年時点に戻って聞かれたら、すごく簡単な理由で、資金がなかったからです。うちの診療所は開業資金30万円で、門前薬局も訪問看護ステーションもないという形でスタートした医療機関です。いま現在もレントゲン設備すらない中でやっています。ほんとうにないないづくし



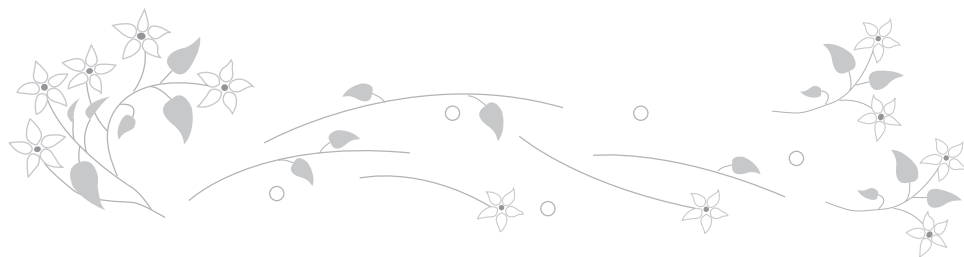
です。それは、自分たちを他者と一緒に仕事をしないと存立できないように追い込んでいるという意図でもありました。

開業してすぐに、薬剤師会から説明会をやってほしいといわれまして、一応1時間ぐらい、こんな医療をやりたいんだという説明をさせていただいて、いろいろとご質問もいただいたりしました。当時、「門前薬局がないクリニックができるって、いったいどういうことなんだ」みたいな雰囲気だったでしょうし、介護保険が始まる前ですので、ケアマネジャーの資格を取られた薬剤師さんがいらしたり、訪問薬剤に取り組もうか、いったいどうすればいいんだろ うみたい に思っていた先生もいらつしたりしたんだろうとは思っています。

ですので、うちはいまでも面調剤（不特定の医療機関の処方箋を扱う調剤薬局）で、市内のすべての薬局とおつきあいをしています。薬局を選ぶのは患者さんですし、実際に薬局から患者さんをご紹介をいただく例もたくさんあります。ほかの先生に紹介したら、その先生の門前薬局に患者さんをとられてしまうかもしれないけれど、あおぞら診療所には門前薬局がありませんから、とられる心配はあり得ないわけです。ですから、ほんとうにその人に必要な医療におつなぎにいたいというのかなと思います。

猪熊 もちろん地域性によるので、そこしかなければという状況はあると思うんですけども、同じ法人で運営すると理念や考え方が共有しやすいのに対し、それぞれの法人なり別の主体と連携するのはかなり大変なのかなと思うんですが、それをうまくやっていくコツは何かあるのでしょうか。

川越 大変か大変じゃないかといったら、大変だと思います。同一法人のほうが、指揮命

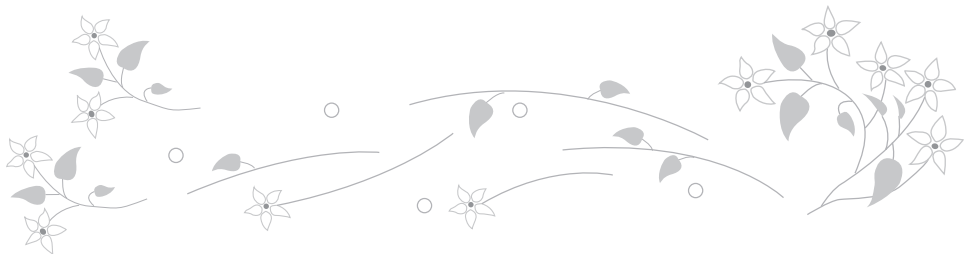


令系統もやりやすいかもしれません。ただ、トップが間違うと全体がおかしな方向になるおそれがあるかもしれません。

正直、いけないと思うケアマネジャーさんと連携することになることもあります。だからといって、その方を排除するという立場はとりません。ただ、難しいケースを担当していただくのはやめてもらいたいとか、そういった希望がくはないです。いずれにしましても、仮にそこに課題がある場合には、ケアマネ協議会に善処をお願いするか、松戸市介護保険課に監督をお願いするということにはなりません。

われわれ医師で言いますと、たとえば病院に勤務していて、自分の病棟は何階の何病棟で、自分の患者さんがそこに入院している時に比べて、救急入院で違う病棟に患者さんが入院した時に、だいたい医師はちよつとやりにくさを感じるんです。いつもだったらいろいろ指示を出したり報告をもらったりをツーカーでできるんですけど、その肌感覚のすり合わせが終わっている病棟と比べて、違う病棟に入院した場合は、ちよつとやりにくさを感じます。そうした連携がさらに院外に広がったら、やはりやりにくさは存在すると思うんですね。

そうしたやりにくさをどのように解消していくか。やりにくいからと排除するという立場をとるのか、そういうものをインクルージョンして、地域包括ケアの文脈では規範的統合という言い方になりますけれども、何が大事なのかを関係団体や関係者同士でちゃんと話合って、「こういう時にはこんなふうな考え方をとろう。こんな立場をとろう」と、繰り返し会議を重ねる中で共有を整えていけば、自己流の身勝手な行動はやりにくい環境がだんだんできていくと思います。



それがすべての従事者まで浸透するかはわかりませんが、そういう規範合意にみんなで前進していく。実際に、できているかどうかは別としまして、そんなことを目指しています。

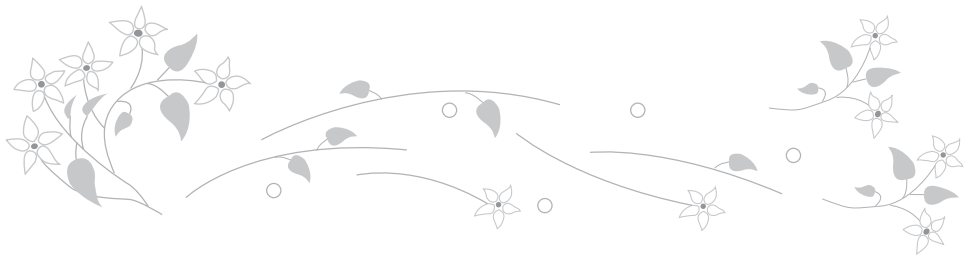
保険者たる市町村は、介護保険の理念としてどんな方向を目指しているのか。松戸市の場合でいえば、できるだけハコモノ施設はつくらない、地域密着型サービスをできるだけ誘致するというのを、二期前の介護保険事業計画から明瞭に示してやっています。松戸市は、全国で見ても、看護小規模多機能が最も多い地域ですし、特別養護老人ホームの増設はほぼしないという方針を6年前からとっています。

医療の経済的側面

猪熊 将来、自分の近くにいい看護小規模多機能型居宅介護のサービスがあればいいなという思いはあります。ありがとうございます。

次に、大石さんにお聞きます。医療を考える場合には、当然、財政とか経済的な部分も考えなければいけないと思います。大石さんのお話の中で、入院と在宅のコストが3対1で、「1人の入院のお金で3人の在宅を診られる」というお話がありました。そのことについて、もうちょっと詳しくご説明いただけますでしょうか。在宅医療も、手をかけてきちんとやるとけっこう費用がかかるという話を聞くことがあります。

大石 3対1は、私どもがやっている一つのシミュレーションの結果です。病院にも入れ



るし、在宅でも診られるという患者さんを想定した時に、病院に入院した場合、どういう基本的な費用がかかって、かつどういう検査が実施されて、どれくらいの金額がかかるか。それに対して、その患者さんを在宅で診た場合に、どういう医療・介護を提供するかということとをシミュレーションします。ざっくり言うところ3対1のコスト差になってきます。

その応用版もあつて、たとえば特別養護老人ホームに入ったらいくらかかるかとか、グループホームだといくらかかるかとか、普通の在宅だったらいくらかかるかというシミュレーションをしますと、病院と一般居室を比べると3対1でした。

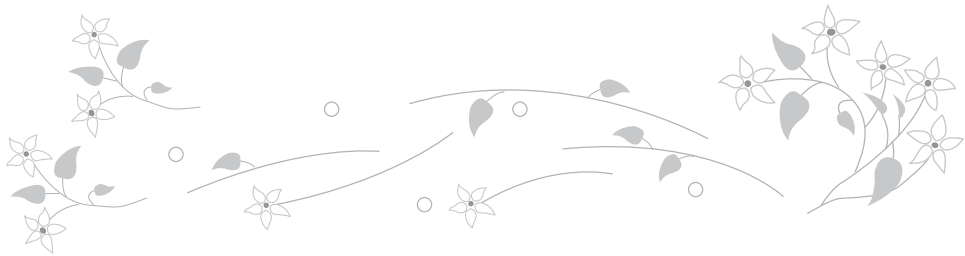
私どもが診させていただいている患者さんなので、必要に応じて往診もしていますし、看取りまでするという想定のもとのシミュレーションの数字です。

猪熊 ありがとうございます。

大石 猪熊さんと川越さんがおっしゃった「連携型がいいのか、それとも全部丸ごと一つの法人が運営した方がいいのか」ということなんです、その地域にほかに選択肢がなければ、新たにつくるのがいいと思うんです。

連携はさまざまコストがかかります。お金の話だけじゃなくて、よい連携をしていくためには、さきほど申し上げた目線合わせだったり、情報共有だったり、さまざまな面でコストがかかります。

私どもの法人は、グループ内での連携と、外部の人たちと連携の両方を行っています。さきほど話題にあがった在宅訪問薬局に関していうと、在宅訪問薬局の方も会議に参加して、患者さんの情報を共有するであるとか、勉強会に来ていただくとか、すごい時間をかけてい



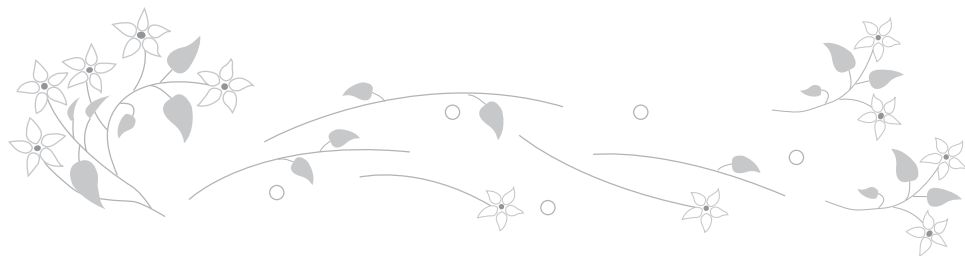
るんですね。私どもだけではなくて、相手側も時間をかけていただいている。そうしたことがあって初めていい連携ができると信じております。

連携することによって、いろんな患者さんを拝見させていただくとか、患者さんの紹介も受けられるとか、私どもが得意じゃないところを担っていただけるといいうメリットもあるんですが、すさまじいコストをかけることをすべての診療所ができるわけではないはずですから、どの程度のところまで連携するのか。もしできないのであれば、自分たちの自前システムでやるということもありだろうなと思っています。

そこで課題は何かというと、単に在宅医療をやっているというだけではだめで、よい在宅医療である必要があると思うんです。それは密室化しないだとか、最終的なアウトカム評価をしっかりとするといった話になります。いまは、診療所がどれだけの患者さんをよい在宅医療をやって看取ったのかとか、きちんと評価がされていないと思うんですね。

これは在宅医療だけではなくて医療全般の話でもあるんですけれど、結局、いい医療をやっているのかというアウトカム評価を、もしくはアウトプット評価をきちんとやる仕組みをもっと入れていくべきだと思っています。その結果として、連携パターンもあるでしょうし、一法人による一気通貫型もあるでしょうし、それは地域と診療所のタイプによって変わってくるということなのかなと思います。

甲斐 私が行っているところでも、冒頭に申し上げたように両方あります。同一法人内で連携しなくちゃいけない場合もあるし、よそのステーションや外部のケアマネさんと連携しなくちゃいけない場合も半分ぐらいはあります。



確かに一法人の同じフロアにいれば、すぐに情報を伝えられるという点ではいいんですけど、外部の場合は努力して連絡し合わなくちゃいけないので、うまくいった場合には非常によくて、連携にそれなりの努力をしたことがむくわれると思います。

私の個人的な経験では、看護師さんとは同じ医療というバックグラウンドがあるので比較的連携しやすいんですけど、ケアマネさんとかそれ以外の職種の方になると、ちょっと連携が難しいこともあります。

でも、そういうことがあっても、うまく連携できて協働でよいお仕事ができただけの場合は、患者さんにとって、非常にいいケアができたなと思うことがありますね。お互いにわかり合っていて連携しやすい場合と、努力してコミュニケーションをしくちゃいけない場合、一長一短のような気がしますね。

川越さん、医療職じゃない方と一緒に仕事をすると、こういうことになるんでしょうか。たとえば、先ほどお話いただいた松戸市の「まちっこプロジェクト」で、医師が小中学校で行う出前授業では、連携相手は教育委員会になりますか。

地域への医師による健康についての普及活動

川越 「まちっこプロジェクト」は2015年度から始めましたが、ちょうど地域医療介護総合確保基金が始まった年で、事業募集の話があったので取り組みを構想したという経緯がありました。

【地域医療介護総合確保基金】

団塊の世代が75歳以上となる2025年に向け、医療・介護サービスの提供体制改革を推進するため、消費税増収分を活用した「地域医療介護総合確保基金」を各都道府県に設置した。各都道府県は、医療介護総合確保法に基づき計画した事業を行う。

教育委員会にご説明に行きましたが、学校現場は敷居が高いのかなと想像しながら行っただけですけども、拍子抜けするぐらいに歓迎してくださって、「松戸市で働いていてよかった。ぜひ一緒にやりたい」と言ってくださったんです。

以来、医師会に授業を担当する委員会をつくって、いままで8年にわたって、教育委員会の先生が毎月お二人ご出席をしてくださって、学校現場との窓口役は教育委員会が担ってくださっています。

毎年、年度初めに校長会で説明をさせていただいて、応募を募り、希望のあった学校に伺います。各学校では、ご希望のテーマにあわせて、どの先生がどの学校の授業を何月何日に担当するという感じで会員の先生方に割り振って、先生方はすべてボランティアでやっています。

ちよつとご説明が不足しているかもしれませんが、このプロジェクトはお子さんにがんや認知症、感染症などの知識を教えることが主たる目的ではないんですね。すべての授業でお願いするんですけど、「今日は宿題がありますよ。その宿題は、今日習ったことをまわりの2人以上の大人に教えてください。それが宿題です」という言い方をしています。

授業で使うスライドをカラー印刷したテキストも作っており、それを生徒一人一人に1冊ずつ配って、「帰ったら、今日教わったことをおうちの人に教えてください。それが宿題ですよ」とお話しします。子どもに教えたことが親世代、祖父母世代に伝わることに主たる目的のプロジェクトです。

2年目からは松戸市がテキストの印刷費用を予算化してくださって、現在に至っています。



三者の共同でやっている事業です。

甲斐 授業のテーマは学校から要望してくるわけですね。

川越 「がん、認知症、感染症、生活習慣、ストレスコーピングの5種類の授業があります」とお示しして、どの授業を希望するか決めていただきます。事前に授業のテキストを見本としてお配りしてありますので、各学校で実物のテキストを見て検討していただきます。

甲斐 「健康寿命の延伸の支援」という事業で、予防活動を医師会がやるというのはすぐいですね。

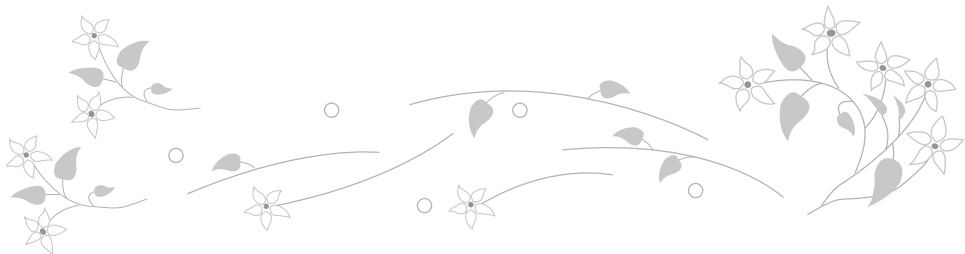
川越 これは今年度始めた事業で、おそらく全国で初めてだと思います。経験はまだ1年未満ですが、非常に大きな手応えを感じています。

甲斐 住民への保健指導もされていますね。

川越 医師会がハイスコアアプローチを担当していますので、骨折の場合でいいますと、骨折既往がある方はKDB（国保データベース）システムで抽出ができます。その中から事業対象者を選んで、普通は、その方々に保健指導をするということになっているわけです。

しかし、私たちはそれだけでなく、もうワンクッションを企画しています。インボディ（体成分測定機）の設備を用意し、測定会を複数回開催しています。そこに事業対象者の方たちをお招きして、筋肉量や体脂肪量を測定していますし、転倒リスク評価等もしています。それから口腔のチェックですとか、ごく簡単なチェックだけでも高次脳機能もさせていただいています。

一度骨折した人は二度目の骨折をするリスクが4倍になるとか、十数倍になるというデー



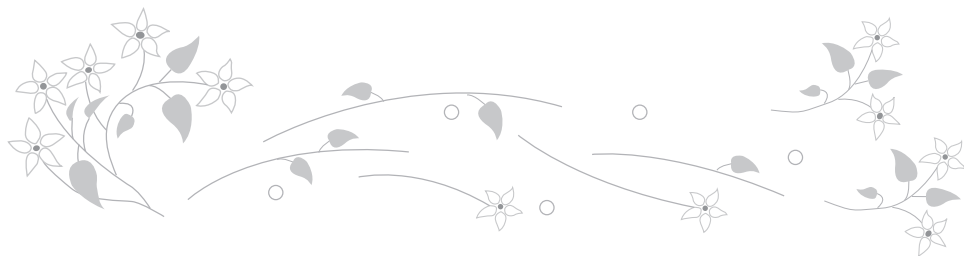
タがあるわけで、そういう方々を対象にしてやっていまして、その一人一人のいまの転倒リスクは何かあるのかを見積もらせていただいています。

KDBシステムを使える立場になりましたので、医療機関の受診状況がすべて把握できず。脆弱性骨折を負っているにもかかわらず、骨粗しょう症という診断名がついていない方、治療薬が投与されていない方もいらつしやいます。たとえば歯周病の受診が途絶えている方にビスホスホネート製剤が入っているという例はもちろんあります。

事業対象者にはサルコペニア型（加齢による筋肉量・筋力の衰え）の方もいれば、隠れ肥満の方、サルコペニア肥満の方もいらつしやいます。じつは認知機能がすでにMCI（軽度認知障害）とか認知症の初期状態にあることで不安定性が増しているという方もいます。孤立、孤独が問題で、フレイル（虚弱）が進行している方もいます。

中には、配偶者が難病を患ったことによって、急に家庭の家事能力が低下して、結果として、食事が炭水化物過多に偏り、肥満とサルコペニアが進行してしまっているという方にも出会いました。

われわれ医師は、外来の診察室や在宅医療で患者さんに出会って診察を担当するという形で、すでに診断がついている病気の診療を担当するというのがいままでの普通の医療のあり方でした。けれども、こうして空から俯瞰するような形で、その患者さんの全体を見渡すことによって、じつは必要な医療につながっていないとか、ちょっとちぐはぐな医療でポリファーマシー（多剤服用）になっているとか、なぜか4医療機関5診療科にかかっているとかが見えてくるといふ経験をさせていただいています。常に「ほんとうに必要な介入とは何



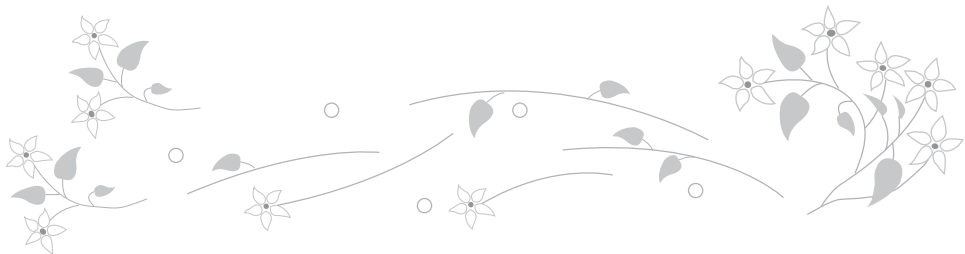
なのだろうか」ということを考えさせていただいています。

甲斐 大石さんがおっしゃった「アウトカム評価」というのは非常に重要だと思うんですが、なかなか難しいですよね。つまり、入院している患者さんの場合は、たとえば褥瘡じよくそうをつくらないとか、入院期間を短くするとか、わりとはつきりしています。でも、在宅の患者さんの場合は、それこそQOL（生命や生活の質）の話になってしまふ。在宅そのものはQOLを高めやすい環境であることは確かなんだけれども、医療的に把握できないことがけっこうあります。そうした中でアウトカム評価するというのはなかなか難しい面があるかなと思いました。

それから、これも冒頭に申し上げましたけれど、家族介護者をフルタイムでやり出すと、働く時間が半分になっちゃったとか、場合によっては会社を辞めざるを得なくなっちゃうことがあって、その機会費用（介護労働に従事したことによる逸失利益）はけっこう大きいと思うんですね。

国としては医療費を減らすのが目標だと思うんだけど、社会全体として考えると、家族介護者が負担しなくちゃいけない要素は非常に大きくて、なかなか難しい問題ですね。そういった意味では、在宅医療のコストが意外にかかる。最初のうちは、医療費だけで計算して、在宅は非常に費用対効果が優れているということをいっている人が多かったと思うんですけど、そういうことを考えると、ほんとうに安上がりなのかどうか。私にはよくわからないんですけど、どうなのでしょうね。

大石 まず、アウトカムについては、私どもも答えがあるわけじゃないんですけども、



複数のものを組み合わせていくことになるのではないだろうか。褥瘡をつくる、つくらないという医療的な評価だけじゃなくて、患者さんは終末期を迎えている人が多いわけなので、終末期が満足のいくものだったかどうか。お亡くなったご本人には問えないにしても、終末期の満足度の調査は非常に重要だと思います。

どういう経緯をたどって最期を迎えたか。たとえば再入院を予防できたか、あるいは緊急コールがあった時にちゃんと対応したか。客観的に評価できることもあるので、そうしたものを組み合わせて評価することだと思えます。

一番大事なのは、PDCAを各クリニックの中で回していくことを一つのならいにしていこう。『在宅医療でケアしました』『在宅だからよかったでしょう』ではなくて、『何がよかったか、何がよくなかったか』ということを振り返ることを仕組み化して、そうした振り返り自体を広めていくことが重要なかなとは思っています。そして、それを開示していくことも大事です。

日本は諸外国と違って、得たデータを開示しないんですよね。開示すれば、結果として、患者さんからの選択にもつながっていきます。患者さんが直接選ぶわけじゃないとしても、連携先がご覧になる時の指標になったりするので、そういう仕組みにしていくのが必要なんじゃないかと思っています。

もう一つの家族介護に関しては、おっしゃるとおり非常に大きな問題です。家族介護をあきらめると、『じゃあ老人ホームに入れるか』という話になりますよね。全員が特養に入れるわけでもないですし、老人ホームに入った時にかかる費用を考えたら、家で看るという選

[PDCA]

Plan (計画) → Do (実行)
↓
Check (評価) → Action (改善)
のサイクルを繰り返すことで、継続的な業務の改善を促す方法。



扱になるご家庭もあります。でも、見守り機器だとかDX的なものを取り入れていけば、自費で介護や看護を入れることの組み合わせで、間のステップがもつとあるだろうなと思ってるんですね。

全部自宅を見て、全部家族が背負わなくちゃいけないと思ってること自体がたぶん間違いで、お金を有効に使えば、ご本人にとつても、また家族にとつても、より過ごしやすいう在宅の仕組みができると思いますので、そこらへんをもっと普及させていく必要があります。

たとえば、第一生命さんのような民間保険を使うとか、銀行のリバースモーゲージ（自宅などを担保にした融資制度の一つ）を使うとか、金融的な機能ももつと使えるものがあるはずなんです。そこらへんも拡充していく必要があるんじゃないかと思えます。

あとは、ケアマネさんも、いまは基本的に介護保険サービスをお勧めする、もしくは組み合わせるという機能ですけれど、地域の資源だったり、有料の資源だったりを含めて、もつと総合的な提案やサポートまで広げるようにしていくと、だいぶ楽になるんじゃないかなと思います。

甲斐 地域全体として見ていくというのは非常に重要ですね。

在宅医療が抱える課題に取り組む

甲斐 では、今後の課題ということで、いままでだいぶ出てきたと思うんですが、将来を



考えた政策として進める場合にも、こういうことを注意してやっていったらいいのかということをお聞かせ願いたいと思います。大石さん、どうでしょうか。

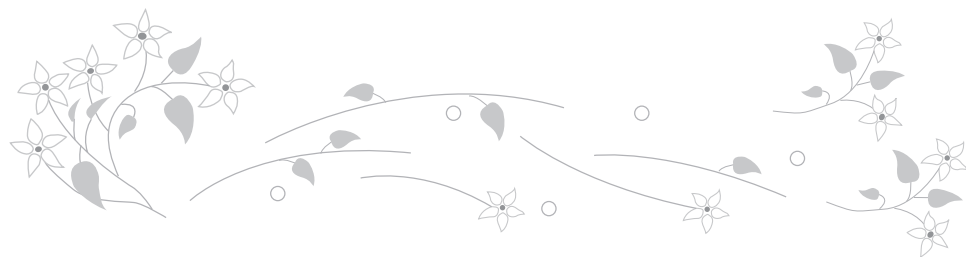
大石 さつき申し上げたことに重なるんですけれど、もつともつと活用できるものでいうと、ICT（情報通信技術）があります。それから金融的な機能があります。結果として、自費介護をどうするかということにも対応していかなくちゃいけないという大きな課題もあると思います。

ICTに関しては、私どもは経産省の補助金事業を活用して、いろいろな見守り機器を利用しながら、在宅の患者さんを遠隔で見守るということをやったりしているんですね。たとえばスマートウォッチみたいなものを使ってご本人の健康状態を把握し、そのデータをご本人、ご家族にフィードバックする。そうすることで健康意識が上がって行って行動変容が起これるということも経験しています。

在宅医療の患者さんで、思ってもみなかった病気が発見されたり、コール数が減って医療機関側の負担が減ったりという効果が出ていまして、ICT機器はもつとポテンシャルはあるんじゃないかなと考えています。

ご家族も含めて、これまでのように人手をすぐくかける医療・介護を変えていかないと、たぶん、現場ももたないし、財政的にももたないと思うんですね。そこは発想を変えていく必要があるなと思っています。

もう一つは、介護で最近ちよつと思うことがあります。たとえば要介護3だと月20万円とか、けつこうな金額が動くじゃないですか。にもかかわらず、事業者は赤字か赤字すれすれ。



財政的にあつぱあつぱ。ご本人やご家族は幸せかというところ、そうでもないし、これは何かおかしいと思うんです。

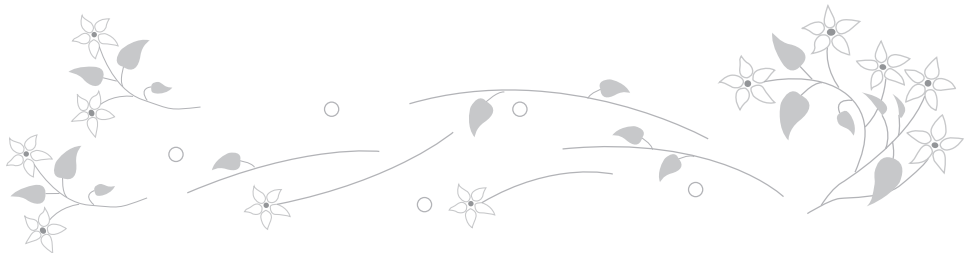
結果として非効率が発生している。その非効率とは、いま規制改革会議でも取り上げていますが、かなりの時間がペーパーワークに使われてしまっているとか、連携をするための時間に使われてしまっている。介護保険の金額の中で、ご本人、ご家族が一番やってほしいと思う介護サービスが必ずしも提供されていない。そういったいろいろな問題が発生しています。介護保険のサービスの提供の仕組みや、その仕組みの中で行う内容を、もう一回見直す必要があるのだらうと思います。こうした部分については、これから現場調査もしながら分析していこうと思っています。

施設介護に関していうと、私どもが北九州の戦略特区でやらせていただいている施設でICT機器を利用することによって1・5倍の生産性が出たんですね。1・5倍の生産性というのは、いま足りないといわれている介護人材のギャップを埋められるぐらいの生産性なんです。これはすごいポテンシャルがあるので、厚労省に取り上げていただき、全国にも広めようとしていただいているんです。

そういうことで、これからはいままでの延長上ではないやり方を考えていつて、きちっと中身のある在宅医療・介護が提供できるようにしていくと思います。

甲斐 たいへん重要なご指摘ですね。川越さん、どうでしょうか。

川越 いまのお話を興味深く伺わせていただきました。ICTをもっと推進していけるといいのではないかと思いますね。集住という方法も一つの工夫かもしれませんし、実際に人



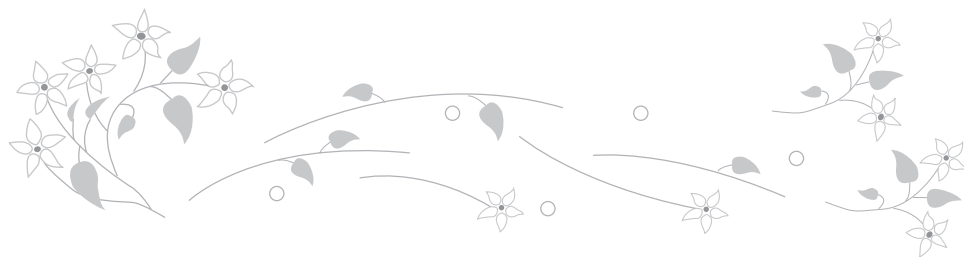
材不足ですので、できることはすべての段階でやっていかないと間に合わないぐらいの厳しい状況があると思います。

それに、ご本人にとっては、入院と在宅を比べるとという単純な話でもないとも思います。たとえば、われわれでいえば、肺炎になった患者さんの9割方は自宅で治療しています。そういう意味では、在宅医療ができるか、できないかといったら、できるわけです。重症肺炎の方が入院しているわけではなくて、ご家族の事情や希望で入院をしている人が一部にいるというだけの話です。比較対象が入院した場合の医療費というよりは、メリット、デメリットとの比較でしかないと思います。

入院関連障害が発生するリスクは、われわれが診ている在宅患者さんの場合は相当程度高まっていますので、入院するからバラ色であって、家で診るから危ないとか医療の質が低いとは限らない。医療の質を比べると在宅は劣る部分はあるわけですけれども、デメリットはうんと少ない。もちろんご家族には負担がかかりますけれども、そういうことを総合して、どちらを選ぶかをその都度ご相談しているという感じです。フローの金額だけで比較するとか生存期間だけで比較するとかということでもないと思います。

かかりつけ医の機能強化も、その中身はすごく大事だと思います。在宅医療のノウハウをかりつけ医の機能にできるだけ落とし込んでいくことが、文脈としては一番意味のあることかなと思います。どこの場であつても、そんな医療が実践されるといいなと思います。

一方で、在宅医療は外来と比較すれば確かに高コスト医療でもありますので、オンライン化できる部分はオンライン化するとか、多職種の分業のやり方をもっと頭を軟らかくして工



夫していかないと、慣習に沿って月に2回診療して、24時間往診できる体制を整えるという一択だけで考えるのでは、非常に息苦しいというか、対応できない状況も出てくるんだろうなとは思いますが。

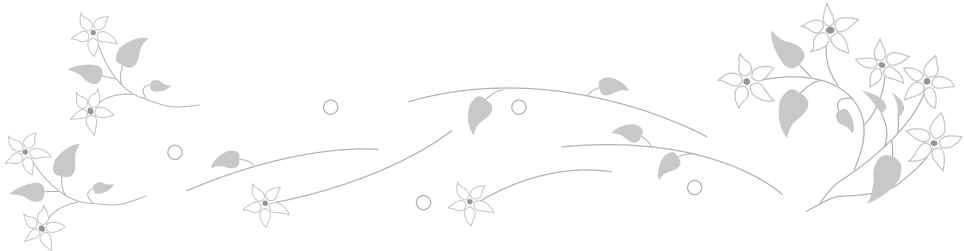
対象の方が病気を5つも6つも持っていて、なかには専門家に相談しなければいけない病態が新たに発生したり、診療だけ提供しても解決しないから看護や介護、福祉の支援が必要になったりすることもあるかとは思いますが。そういうことをうまくコーディネートしていくノウハウはまだ十分ではないかもしれませんが、積み重ねていくべきなんだろうと思います。

専門医療へつなげるかかりつけ医の責任

編集部 ちょっとだけ補足でお伺いします。在宅医療は自分で通院できないような人のところにアウトリーチする。通院できても、かかりつけ医的な人が身近にいない感じなんです、そこはどうなのでしょう。

川越 日本は登録医制度がありませんので、患者さんがかかりたいと思った時に、かかりたい医療機関や診療科にかかっているというのが現在の状態です。

これはたとえば飲食店に置き換えたらわかりやすいと思います。高級フランス料理店に行ったらおいしいお料理が召し上がれるかもしれませんが、素材や料理法まで指定できるかというと、それはかなり専門知識がないとできない。だから、お店の看板だったり金額だったり、評判で選ばれるんじゃないかと思います。



医療の場合も同様に専門性が高いので、選べるというのは一見いいことですが、本当に選んでいるのかといったら、なかなか難しいとは思っています。

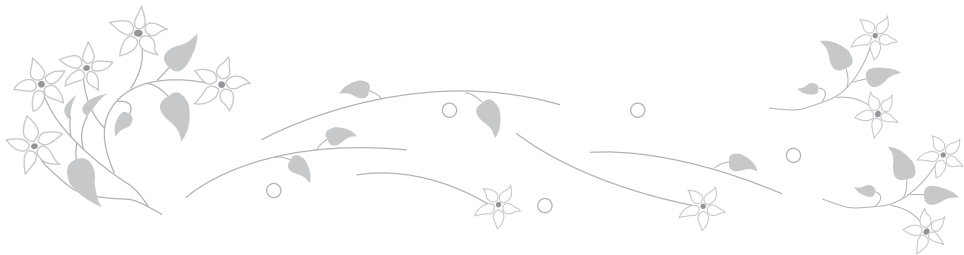
たとえば糖尿病という病気をもっている方は、必ず年に1回は眼科に行ったほうがいいし、必ず3か月に1回以上は歯科にかかったほうがいいでしょう。でも、眼科や歯科には行っていない患者さんがたくさんいらっしゃると思います。自分で自発的に行かないかと思う限り、行かないといった状況が起こり得ます。そうして眼科や歯科に行かない日々の積み重ねの先に、認知症やがんという病気を発症するリスクが高まっているという状況も起こり得ます。

でも、フランス料理店のスूपの素材まで指定できないのと同じように、実際に医療をそこまで理解して選択することは難しいです。ホテルのコンシェルジュとか、ワインのソムリエのような案内人もいません。疾病が心筋梗塞という病名一つだけだったら、そこを再疎通してもらいさえすれば、「解決した」と誤解できるかもしれません。しかし、その基礎には高血圧も糖尿病も喫煙習慣もあるかもしれません。ほんとうの問題は何なのかというのは、血液が流れさえすればいいという問題ではないと思います。

糖尿病に関しては「定期的な歯周病コントロールが必要」と糖尿病ガイドラインにも書いてあります。

編集部 糖尿病と歯科と個別には診てもらえますが、全体でいろいろな指導をしてくださるお医者さんがいない。

川越 そういう能力の高い医師が全国津々浦々にいるかという話は、また別の話です。本



来は、そういう機能が必要だということは間違いないです。

甲斐 いつも思うんですけど、かかりつけ医をする医師はいろいろな面で広くなくちゃいけないですね。

川越 ですから、在宅医療を経験することによって、いや応なく全科診療的な診療ニーズにさらされるわけです。たとえば皮膚の病気はわからないからといって、「皮膚科に行きなさい」とは簡単に言えないので、それぞれの専門家と比べたら水準は低いかもしれませんけれども、経験を重ねて結果的に全科診療的な素養をある程度身に付けることになります。在宅だから能力が高いかどうかは別問題ですが、全科診療的に受け止めようとはします。

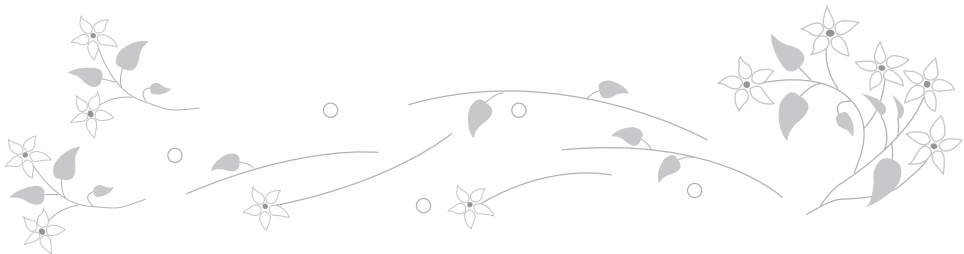
それに、医療だけでできないことを介護や福祉を駆使して解決するというのはどういうところを経験して、失敗もするかもしれませんが、そのようなノウハウを持った方が外来診療に臨むことは有益だと思います。そして、地域活動にもコミットしていただきたいと思っています。学校医も、子どもの胸の音を聴くだけじゃなく、ほんとうにその子の健康に何が一番大事かということを考えてもらいたいです。心雑音は一回聴けば十分ですので。

甲斐 私もそうです。皮膚科を診なくちゃいけないし、精神科も当然診ます。

川越 専門ではありませんが、精神科だって一定程度診れないと在宅医療は対応できないです。

甲斐 最近の病院の若い先生方は、専門医志向が強いから、自分の専門外は診ないと公言する人がいるので、困るんですね。

川越 カレー店に行つてラーメンを注文されても困るので、「うちはカレー店です」とい



うことは妨げないですけれども、「かかりつけ医」という看板を出すのであれば、非選択的に対応するという立場は明瞭にしていたきたいです。自分ができないことはちゃんと専門家につなぐところまでの責任は当然あります。

甲斐 まったくそのとおりですね。

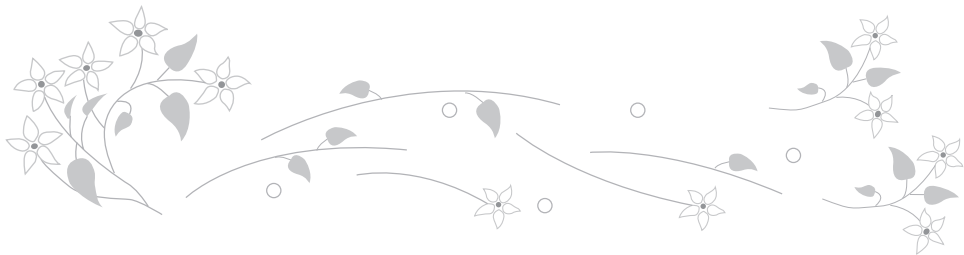
医療に求められる役割の変化

甲斐 最後に、猪熊さん、何かございますでしょうか。

猪熊 私の問題意識は、2040年に向けて、医療・介護の姿をこれからどうつくっていくかなければいけないのか、にあります。地域によって違いますけれども、全国的に見れば、高齢者人口は2042年にピークを迎えるといわれ、一方、現役世代が急減して医療・福祉の人材が足りなくなる中で、どうしていけばいいのかなと思っています。

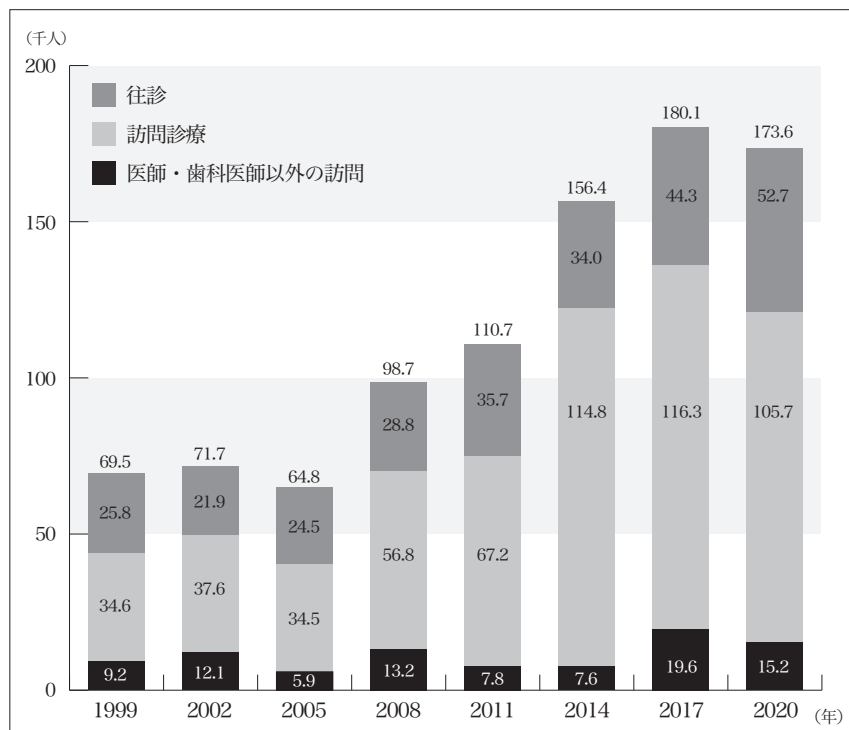
100歳以上の人がいま9万人を超えましたが、ピーク時には70万人を超えるという時代が来る。当然、通院困難な人がすぐ増えるでしょう。そうするとどうしたって在宅医療の役割は大きくなると思います。

在宅医療の役割が大きくなるというところで、お話に出た総合的に診療ができる医者がほしいと思いますが、日本医師会のほうで「かかりつけ医」の研修制度をやっているといっても、国民の立場からすると、どの人が研修を受けて、どの人がどれぐらい能力があるのかがよくわからない。



ある程度責任を持って診てくれる「かかりつけ医」を育成するという話になると、人によつてはフリーアクセスとの関係をいう人もいます。責任を持って診るとなると、患者が自由に医療機関を選べる権利を阻害するといふんですね。一方、日本のフリーアクセスはあまりに自由すぎるから、結局、責任を持って自分のことを診てくれる「かかりつけ医」を持ってなくしてしまったのではないかと、言う人もいます。フランス料理店でもラーメン店でも自分で選ぶしかないのか。結局、患者が責任を負っているのがフリーアクセスなのか。

日本の医療制度は、国民皆保険という非常にいい制度を作ってきたと思います。けれども、フリーアクセスがあまりに自由すぎた面もあるのではないかと。そこは見直さなければいけないのかなと個人的には思っています。これから通院困難な人が増えて、もつと在



在宅医療を受けた推計外来患者数の年次推移（厚生労働省「令和2年患者調査の概況」のデータを元に作成／2011年は宮城県石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値）

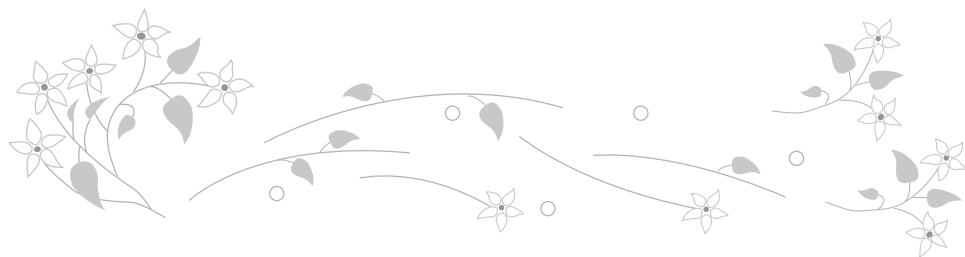
在宅医療が必要になってきた時に、在宅で診てくれるお医者さんで、相談ができて、技術も高いお医者さんがいるといいなと思うんですけども、在宅医療をやっている先生に聞くと、臓器別の専門医に比べると、医師の間での社会的地位が低くみられて、在宅医療を目指していても、医学教育の中では「あまりそっちを選ばない」みたいなことを言われることもあると聞きます。そのような、社会的な地位が低いという話を聞くと、在宅医療をきちんとやってくださるお医者さんが今後増えるのだろうかという懸念があります。

その点、海外では、実際に訪問診療をして患者と接するのは看護師で、医師はそんなにたくさん数がいなくてもいいという話を聞いたことがあります。そのあたりについて、川越さんにお伺いできればと思います。

もう一つ、コロナが流行して、日本の医療提供体制の脆弱さが浮き彫りにされたとよくいわれます。コロナになってよくわかったことの一つに、体調が悪い時にわざわざ病院に行くことが必ずしもあたりまえでなくていい、ということがあるのではないかと思います。日本ではフリーアクセスのおかげで、多くの人は何かあれば「すぐに病院へ」と思いがちですが、必ずしもそうではないと。在宅でも、医療機器が整って、オンライン環境があれば、必ずしも通院して病院に行かなくてもいいということがわかってきたと思います。

そうすると病院の役割が将来的にどうなっていくのか。そのあたりに興味、関心を持っております。大きな話ですが、もしコメントがあればお聞かせください。

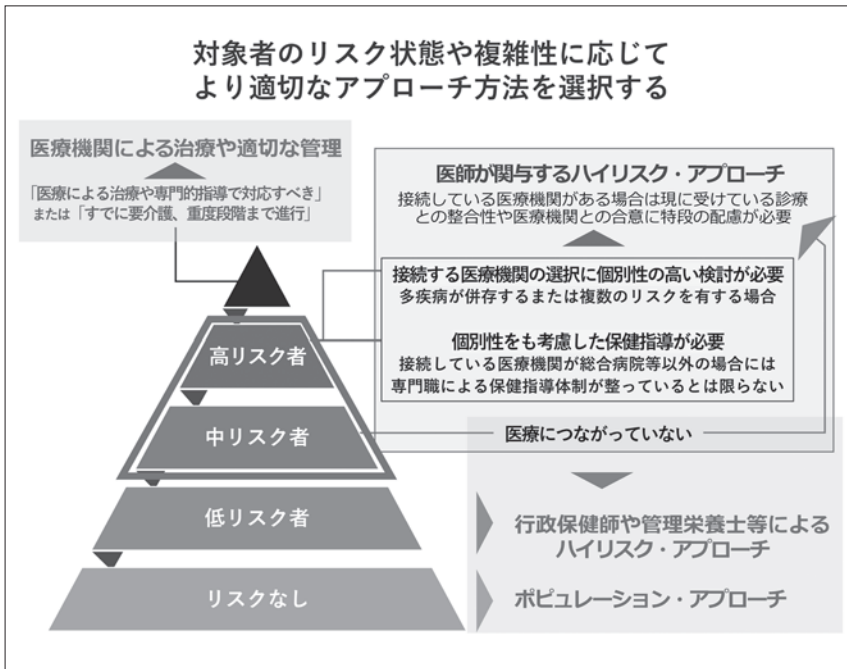
川越 対象者の層別化を考えたらわかりやすいと思うんです。ピラミッドみたいな絵を考えていただいて、下からリスクが少ない人、中くらいの人、高リスクの人、非常に重度な人



といらっしゃるとして、すべての層を一緒に考えることはできないので、それぞれを層別化して、リスクに応じた適切なサービスにつなげるということが費用対効果としても最もいい。これは間違いないです。

一番下のリスクが少ない人は、健康増進、セルフメディケーションで対応できる方たち。コロナ禍でもありましたけれども、自分で対処できることは極力ご本人にやっていただく。そういうことを啓発することでしょう。疾病が高血圧、糖尿病、狭心症と重なってくればくるほど、リスクが高い方です。

フリーアクセスは間違いなくいい仕組みですけども、それはすべて自分発です。行政の申請主義じやあるまいし、自分が申請しなければ何ももらえないでいいのか。たとえば定額給付金10万円をもらわなかった方が全国に40万人もいたこのことです。自分のリスクや自分のとるべき行動がわかって実行できる人と、できない人がいるわけ



対象者を層別化した図 患者などの対象者を層別化して、地域ごとに提供できる体制を整えて、適切なさまざまなサービスへつなげる。そうすることが最も効率的だという。(資料提供：松戸市医師会)

す。

ですから、層別化したリスクに応じて適切な対応をするしかない。リスクが高い人たちに
とっては、かかりつけ医機能——名称は何でもいいですけども、その人をトータルに管理・
指導する人がいたほうが間違いなくいいです。

病院の役割は、ピラミッドの一番上の層になる重症の人、極端な言い方をすれば、ICU
の機能こそその本質と言えます。

アメリカでいえば、骨髄移植を受けても、1〜2週間後、骨髄生着と同時に退院します。
入院していると1日30万円も取られては生きていけないですから、たった1週間か2週間で
退院して、隣のホテルに引越す。そして毎日外来に通院するので、医療は毎日継続します。

だから、病院というハコモノにあまりとらわれる必要はなくて、病院でなければできない
ことは病院でやっていただく。その最たる例が手術だったりしますが、内科治療の多くは家
でもできます。とはいえ家も非効率ですから、集まっている場所でやったほうが効率はいい
かもしれない。

そのように整理した上で考えれば、とにかく対象者を層別化して、提供できる体制をそれ
ぞれの地域に合わせて整えて、適切につながるものが最も効率的だと思います。

猪熊 海外との比較では、ナースが持つ権限の違いもあるかもしれません。

川越 医者には医者でないとできないことをやらせるのが最も費用対効果が高く、ナース・
プラクティショナー（診療看護師）に任せられることは任せる。訪問看護でできること、も
しくはオンラインやD to P with N¹でできることは、ほぼ医師ができることとイコールです

[D to P with N]

患者に同意を得て、オンライン
診療時に、患者は看護師らが側に
いる状態で診療を受け、医師は診
療の補助行為をその場で看護師ら
に指示することで、薬剤の処方にと
まらなない治療行為等が看護師
らを介して可能となること。

から、これは代替可能です。なかにはAIに代替させられる部分もあります。これらすべてできることをやっていかないと、人材難で苦しくなる恐れもあります。

甲斐 それでは、最後に一言ずつお願いします。大石さんからどうぞ。

大石 私は在宅医療が患者本位のとてもいい医療だと思っていますので、それを持続可能にしたい。そして、家族介護の話も含めて、すべての人にとっても持続可能にして、もっといい中身にしていきたい。

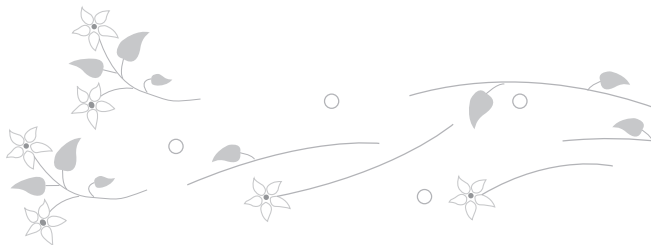
形だけが在宅医療というものではないものにしていくことはとても大事だと思っています。ですので、本日申し上げた話を含めて、DXとか金融とか、民間企業の新しい工夫なども取り入れて、もう一段考えていく時期なのかなと思っています。

私はまだそこまで高齢者じゃないですけど、私の終末期は、ぜひ、誰かに在宅で看取っていただきたいと思います。ぜひよろしくお願いします。

甲斐 では、川越さん、最後に一言どうぞ。

川越 自分は開業してから在宅医療を始めました。在宅医療だけが大事なわけではなくて、そのノウハウを外来でも健康活動でも生かすべきだろうと思います。一機関でできないことは、たとえば医師会という立場ですとか、市行政の役目をいただくとかすることで、新しい取り組みをすることができるといった経験もさせていただきつつあるところです。そうした私たちの取り組みが国の施策にも反映していただけることがあれば、もちろんそれはそれで意味があります。

ただ、絵ができたからうまくいくとも限りませんので、日々の実践を一緒にやりながら地



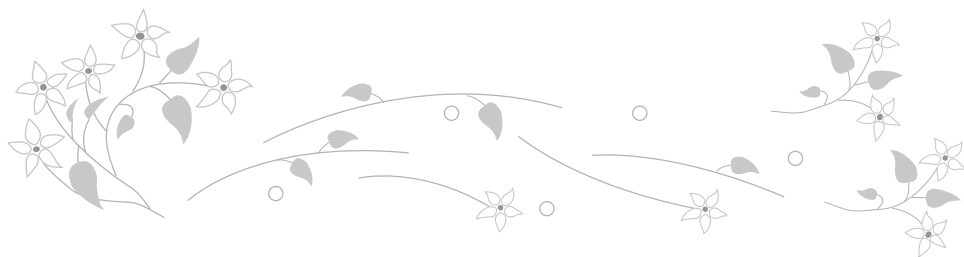
域の規範的統合を図っていく。それは、上からも下からも両方で努力をしていかないといけない。地域は、地域の状況も刻々と変わっていて、難しい事例ももちろん増えています。

医療的ケア児にしろ、ひきこもりの方にしろ、8050問題にしろ、ごみ屋敷にしろ、地域の問題はさまざまです。それらはもともとあったと思いますし、より顕在化していまに至っていると思います。医療だけでは対処できないかもしれません。他分野の方々と一緒に、暮らしやすいまちづくりに取り組めばいいなと思っています。

甲斐 今日、大石さんに医療以外を含む広い視点から貴重なご指摘を数多くいただきました。また、川越さんのお話では、医療だけではなくて、地域の健康問題やいろんな活動に幅広く取り組まれていることに非常に感銘を受けました。

それでは、時間になりましたので、本日はどうもありがとうございました。

(2023年3月1日開催)



これからの在宅医療を考える

猪熊律子

在宅医療の重要性が増している。高齢化や長寿化で通院困難な患者が増えており、そうした患者は今後、さらに増加すると見込まれるためだ。

現在、約3600万人いる65歳以上人口は、ピーク時の2042年には3900万人を超えると予測されている。中でも留意しなければならないのは、慢性疾患を持ち、医療だけではなく介護ニーズや認知症リスクも高い85歳以上人口が増えていく点だ。また、医療需要の変化の見通しを示した厚生労働省の資料によると、外来患者数は既に減少局面にある地域が多い一方、在宅患者数（訪問診療利用者数）は多くの地域で今後増加し、全国的には2040年以降にピークを迎えると見られている。

「住み慣れた家や地域で暮らしたい」という患者の願いを叶えるためにも、病院の機能分化や連携強化を進める点からも、在宅医療の果たす役割は今後ますます大きくなっていくといえる。しかし、在宅医療の現状を見ると、果たしてその必要性や期待に応えられるのかは、正直、心もとなく映る。なぜなのか。

いくつかの要因が考えられる。

一つには、自分のことを責任を持って診てくれる在宅医（欧米では家庭医や総合診療医などと呼ばれる）を持てずにきたこの国の歴史があるのではないか。

かつて、厚生省（現・厚生労働省）が海外のファミリードクターなどを参考に、日本でも



猪熊律子

読売新聞編集委員・『コミュニティ』編集委員。

社会保障報道に長く携わる。若者に社会保障について学んでもらう「社会保障教育」にも熱心に取り組む。読売新聞東京本社社会保障部長を経て、2017年から現職。

著書に『#社会保障、はじめました。』（2018年、SCICUS）、『ボクはやっと認知症のことがわかった』（2019年、KADOKAWA、共著）、『塀の中のおばさん——女性刑務所、刑罰とケアの狭間で』（2023年、KADOKAWA）などがある。

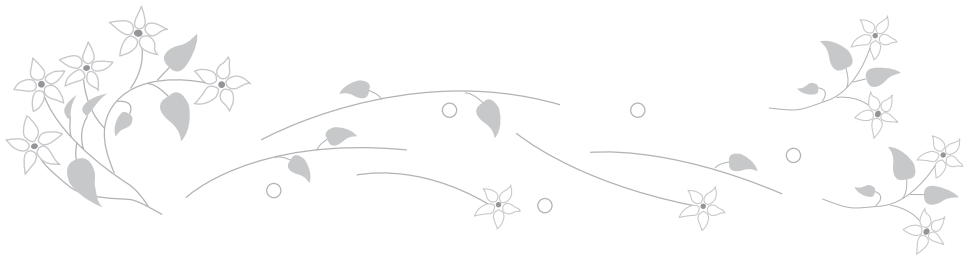
日常の健康管理や健康相談などをはじめとしたプライマリ・ケア（初期包括診療）を担える「家庭医」を導入しようとしたことがあった。1980年代のことだ。しかし、医師の養成方法や診療報酬体系の見直しなどを含む「官僚主導の医療体制づくり」を警戒した日本医師会の反対でこの案は見送られ、以降、家庭医は禁句となった。代わりに日本医師会が提唱したのが「かかりつけ医」だ。その養成・研修に力を入れているものの、診療・コミュニケーション能力が高い、優れたかかりつけ医を患者はどう探せばよいかについてはいまだに曖昧だ。近年、総合的に病気を診ることができる「総合診療専門医」という専門医の育成が始まったものの、その数はまだまだ少ないのが実態だ。

二つ目に、現実的な問題として、現在、地域で開業している医師の平均年齢が60歳を超え、一人開業が多いため、夜間や休日の診療が難しいという点が挙げられる。「日本では臓器別の専門医療の方が地位が高く、在宅医療は低く見られがちのため、若い医師が在宅医療をしたいと思っても広がらず、在宅医療を担う若い医師がなかなか育たない」という指摘も、在宅医療を手がける専門医の間からはよく聞かれる。

三つ目として、そもそも在宅医療は、医師が一軒一軒、患者宅を訪問する必要があるなど、医療提供側から見ても負担が大きいという点が挙げられる。

さらに言えば、「フリーアクセス」を特徴とする日本では、病院へのアクセスがよく、「何かあったらまず病院へ」という意識が国民の間にあまりに広く浸透してきたため、病院医療に比べて在宅医療が育ちにくかった、という面も個人的にはあるのではないかと思う。

以上のことを考えると、どうやら日本では、在宅医療を充実させるベクトルにこれまで医



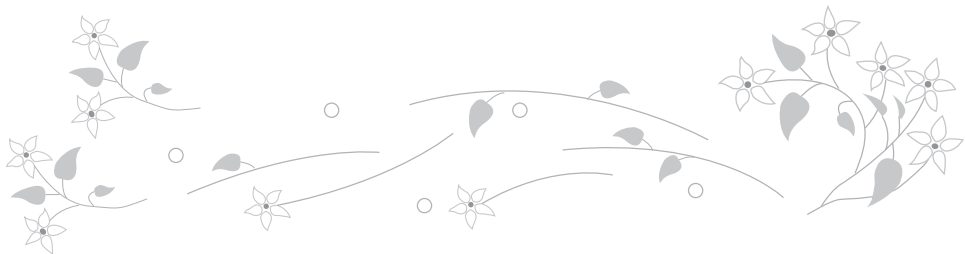
療が向いていなかったように思われるのだ。しかし、今後、高齢化と長寿化はさらに進み、在宅医療の需要は大きく膨らむ。

では、在宅医療を充実させるにはどうしたらよいのか。

まずは、希望する国民が、自分のことを責任を持って診てくれる地域の「かかりつけ医」を持てるようにすることだろう。もちろん、1人の医師が24時間365日働くのは無理なので、他の医師との連携を前提に、チームやグループとしてかかりつけ医としての「機能」を果たすことが期待される。プライマリ・ケアを担える医師を増やすことが必要だし、何よりも「自分は責任をもってこの患者さんを診る」という覚悟を持った医師に患者が巡り合えるようにする仕組みづくりが求められる。そうした医師や診療所をバックアップする中小病院の役割も期待される。

次に、今後、在宅医療が必要になる中心層は高齢者で、医療だけではなく介護も、生活支援も必要であることを思うと、それらを総合的に提供できる体制の整備が重要となる。そのためには、患者の情報連携と、それを可能にするデジタルの推進が欠かせない。核家族化や単身化が進み、同居家族による療養支援やケアはあてにできない時代となっているだけに、訪問診療や訪問看護、訪問介護ができる人材の確保が不可欠だ。他方、そうした人材の不足を補うロボット、AI、ICT化も課題となる。人口減少時代にあつては、オンラインの活用は大きな助けとなるに違いない。

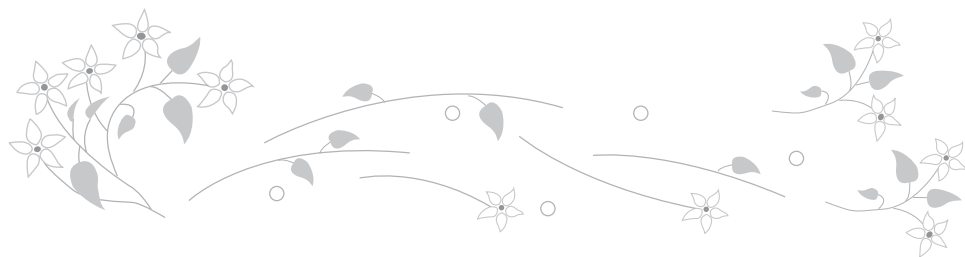
さらに、患者教育も必要となろう。患者が在宅医療についての理解を深めれば、いきなり大病院に行ったり、救急車を呼んだりする現状は回避できるはずだ。日ごろから自分の体に



関心を持ち、健康管理をするとともに、終末期にはどんな医療を受けたいかについても患者は考えておくことができる。

教育や啓蒙活動を進めることで、フリーアクセスは「いつでも、どこでも」好きな病院に行けることなく、「必要に応じて、必要な医療」を受けられるものであるというふうな概念を変えることも可能となる。

いろいろ検討すべき課題は多いが、団塊世代が75歳以上になる「2025年問題」は目前に迫っている。高齢者人口がピークに達する一方、現役世代が急減する「2040年問題」も遠い未来の話ではない。在宅医療のあり方を考え、充実させる方策について、医療の提供側や費用の支払い側、患者、家族、行政など、あらゆる関係者が知恵を絞る時期にきているのではないかと思う。



次元の異なる少子化対策の実現に向けて

1. 「人口減少」という深刻な事態

(1) 「少子化」が、ついに牙を剥き始めた

わが国は、本格的な「人口減少時代」に突入した。

2021年には1年で63万人の人口が減り、今後その減少スピードは年々速まる。生産年齢人口で見ると、2022年から2040年の18年間で2割にあたる1500万人が減少する。

これは初期段階に過ぎない。いずれ総人口が年間約100万のペースで長きにわたって減っていく時代を迎える。すでに地方では人口が急減する自治体が多くあるが、大都市も早晚、人口が急速に減少しはじめる。『静かな危機』と言われた「少子化」が、ついに牙を剥き始めたのである。

人口減少を止めるのは容易でない。移民を考えないとすれば、人口減少を食い止めるには、出生率が向上するしか方途はない。だが、たとえ出生率が回復しても、出産可能年齢とされる若年女性の数は減少し続けるため、数十年にわたって人口減少は続く。一方、出生率の回復が遅れば遅れるほど、将来の定常人口は減少し、推計では回復が5年遅れることに350万人程度ずつ減少する。「人口減少」とは、実に深刻で、かつ厄介な事態なのである。



内閣官房参与（社会保障、人口問題）

山崎史郎

1954年、山口県生まれ。東京大学法学部卒業後、厚生省（現・厚生労働省）入省。厚生省高齢者介護対策本部次長、内閣府政策統括官、内閣総理大臣秘書官、厚生労働省社会・援護局長、消費者庁次長、内閣官房地方創生総括官を歴任した後、2018年から駐リトアニア特命全權大使を務めた。その間、介護保険の立案から施行まで関わったほか、若者雇用対策、生活困窮者支援、少子化対策、消費者対策、地方創生などを担当。2021年、リトアニア政府から功績により外交スター勲章を授与される。2022年、内閣官房参与（社会保障・人口問題）及び全世代型社会保障構築本部総括事務局長に就任。

(2) 人口減少社会とは「超高齢社会」である

現在1億2500万人の総人口は、このままだければ2110年には5000万人を切る可能性がある(2017年人口推計)。今から100年前の1915年は同じような人口規模だったのだから、昔に戻るだけではないかという意見もある。

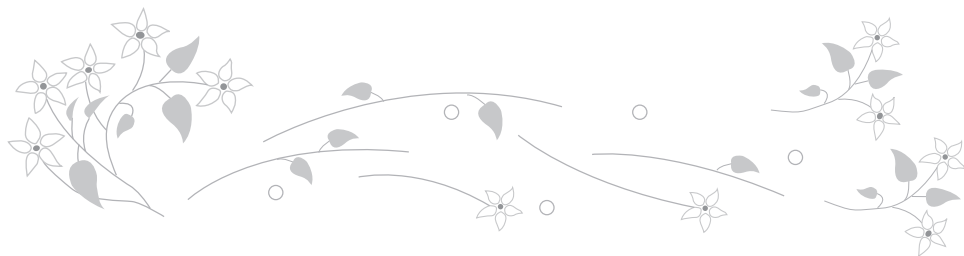
しかし、そうした意見は高齢化の問題を度外視している。人口減少は、かならず「高齢化」を伴う。1915年の日本は高齢化率5%の若々しい国であったが、将来予想されている日本は、高齢化率が40%に近い「年老いた国」である。

経済成長という面では、労働人口が減少しても、生産性が向上すれば成長は可能である。それは理論的には確かだが、人口が急速かつ長期にわたって減少する状況下で、現実として経済成長は可能なのだろうか。かつて人口問題に取り組んだ経済学者と知られるスウェーデンのグンナー・ミューダルは、人口減少の下では、生産面の影響(労働力減少)は技術進歩によって打ち消される可能性があるが、消費面の影響(需要低下)は避けられず、それが投資リスクの上昇と投資誘因の低下を招き、その結果、成長は止まり、失業と貧困が増加するであろう。また、高齢化によって、若年層の労働意欲・生産性が低下し、広範な社会心理的停滞を引き起こされかねない、と指摘した。人口減少が経済に与える影響は、樂觀視できるものではなくない。

2. どのような基本姿勢で、臨むべきか

(1) 3つの基本理念

わが国の出生率は今なお回復の見通しが立たない状況にあるが、今後、人口の急激な減少

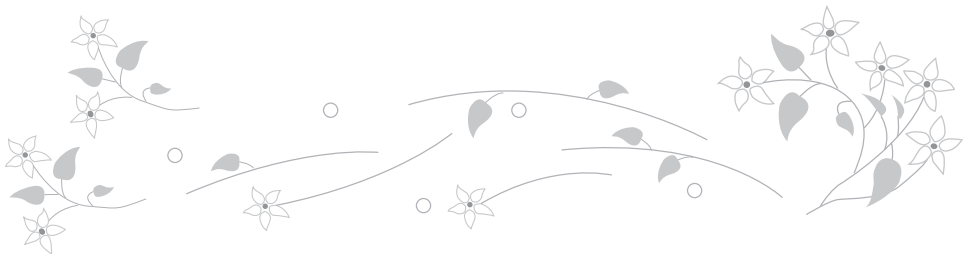


を緩和させ、安定軌道に乗せなければならない。このため、3月17日に岸田総理大臣は、若い世代が希望どおり結婚し、希望する誰もが子どもを持ち、ストレスを感じることなく子育てができる社会を目指す方針を明らかにし、その実現のための「次元の異なる少子化対策」として三つの基本理念を提示した。

その第一は、若い世代の所得を増やすこと。少子化の背景として、未婚率の増加があり、その原因の一つとして、若い世代の経済力があげられており、理想とする子どもの数を持ってない理由として、子育てや教育にお金がかかることがトップに上がっている。このため、賃上げや非正規雇用の方の正規化などによって、若い世代の所得向上に取り組むことが重要となる。

第二は、企業や男性、地域社会、高齢者や独身者を含めて、皆が参加し、社会構造・意識を変えていくこと、中でも、職場の文化、雰囲気を変えていくことである。男性の育児取得をはじめ育児をとりやすい職場づくりとともに、育児休業制度自体の改革を進めていくことが求められる。さらに若年の「人生のラッシュアワー」とも呼ばれる時期に子どもと一緒に過ごす時間を確保できるよう、フレックスタイムで午後5時までに帰宅する、テレワークを活用するなど、働き方を変えていくことが必要となる。

第三は、全ての子育て世帯を切れ目なく支援する「総合的な制度体系」を構築することである。子育て支援制度全体を見直し、これまで支援が手薄だった妊娠、出産時から0～2歳の支援の強化をはじめ、全ての子ども・子育て世帯について、親の働き方や、ライフスタイル、子どもの年齢に応じて切れ目なく必要な支援が包括的に提供される、総合的な制度体系を構築する必要がある。



(2) 時間との闘い

2030年代に入ると、わが国の若年人口は、現在の倍の速さで急速に減少することになるため、これから6年から7年が、少子化傾向を反転できるかどうかのラストチャンスであり、少子化対策はまさに「時間との闘い」の局面に入ったと言えるよう。

かつて低出生率であったドイツは、2000年代に政策を大きく転換させ、出生率を5年間で回復基調に乗せた。わが国でも少子化対策は講じられてきたが、十分な成果はあがっていない。予算規模という点では、わが国の家族政策関係の公的社會支出対GDP比は、OECD諸国の平均よりも低い状況にあり、将来的な子ども予算倍増に向けた取り組みが求められていると言えよう。

もちろん、人口減少の基調を変えるには、「これさえすれば」というような即効薬はない。経済的支援や仕事と育児の両立支援、子育て支援以外にも、「不妊治療」の支援やライフサイクルそのものの見直し、「職住近接」の社會構造、「東京一極集中」の是正など課題は多岐にわたる。「時間との闘い」の中で、政策効果を正確に見極め、優先順位を考慮して、わが国の社會經濟の構造や社會意識を大きく変えるような「総合戦略」が重要となるのは言うまでもない。

(注) 本文中の意見にわたる部分は個人的な意見である。

なお、人口減少に対する総合戦略については、下記の拙著をご覧ください。



山崎史郎・著
「人口戦略法案——人口減少を止める方策はあるのか」
定価 2400 円 (税別)
日本經濟新聞出版、2021 年 11 月



豊かな食や彩りのある住を

野菜や花の生産現場を支えるために福島で園芸学に取り組む

1 農学、園芸学、施設園芸学のこと

私は平成5年に神奈川県庁に就職したときから多くの生産現場に行き、豊富な経験と知識を持つ生産者に様々なことを教わってきました。そしてこの生産現場の役に立ちたいという思いが私の研究に取り組む原動力になっています。

福島大学農学類は、実践性や学際性を重んじる教育を行っていますが、農業の研究を行うためにも現場での観察力と現象を多方面から捉える学際的思考力が必要と考えています。農業の担い手、その担い手が属する農村社会が、農学の発展に大きな役割を果たしていることを私は福島大学で研究を行うようになってから改めて感じています。

私の研究の専門は、農学の一つの分野である野菜・花卉園芸学です。野菜と花という身近に感じるのではないでしょうか。園芸学には多くの研究対象がありますが、私はそのなかでも施設園芸を対象に研究を行っています。施設園芸とは温室やビニールハウス等の施設の中で園芸作物を栽培することです。施設では環境をコントロールできることから1年中様々な野菜や花が栽培できるのです。

例えば、クリスマスにイチゴ、冬にトマトやキュウリなどの夏野菜を食べることができる

福島大学農学群食農学類
教授

深山陽子

専門は施設園芸（野菜・花卉園芸学）。千葉大学修士課程修了後、神奈川県庁の病害虫防除所で4年間植防関係業務に携わった後、試験研究機関である農業技術センターで野菜・花卉栽培や農作業に関する研究を20年間行う。2018年に福島大学へ着任。



のは、これらの野菜が施設で作られているからです。そして、これらの野菜や花を生産して収益を得るためには高い栽培技術が必要とされ、その技術を開発するために基礎となる研究が必要になります。

2 気象変動に負けない野菜や花をつくる

近年、異常気象、極端気象と呼ばれる気象条件の急激な変動が農作物に影響を与えていると聞いたことがあるのではないだろうか。施設で作れば外の気象の影響は受けないと思う方もおられるかもしれませんが、そうではありません。温室やビニールハウスのような施設はすべての環境をコントロールしているわけではないのです。

光、温度、湿度、二酸化炭素濃度等、それぞれの環境要素には植物の成育に適した値があります。経済性を無視してコストをかければすべての環境要素のコントロールは可能です。

しかし、例えば夏の暑い日に、ビニールハウスの中をクーラーで冷房したり、曇りの日に照明器具を使って光を照らすようなことをすると、非常に高価な装置と、装置を稼働するための電気代がかかってしまい、経済的に成り立ちません。

そこで安定した価格で野菜や花を供給するためには必要最小限の装置を導入して、外気象の影響を受けつつも効率的な環境コントロールを行う



大熊町に建設されたイチゴ温室 写真のような温室やビニールハウスを使用することで、野菜や花などの園芸作物を1年中安定して栽培することができる。

必要があります。しかし、気象や環境に対して成育中の野菜や花がどのように生理反応するかは、わかっていないことがたくさんあるのです。

そして近年、異常気象や極端気象が起因と推察される障害が野菜や花の成育中で起こっています。

例えば、トマトでは花が結実しないまま落ちてしまったり、果実の内側が腐ってしまう障害が起きることがあります。また、最近人気が上昇している切花のトルコキキョウにはチップバーンという葉や新芽が枯れてしまう障害が生じることがあります。これらの障害が発生すると、生産者にとっては収入減、消費者にとっては価格上昇となってしまういます。

そこで私は、これらの野菜や花に障害が起こる原因は成育中の植物体の水分生理に異変が起こっているのではないかと考えて研究を行っています。具体的にはこれらの障害が発生する際に根から吸収した水はどのような速度や圧力で茎や葉に移動し、大気に蒸散しているのか、気象変動によりどのような影響を受けているのか、そのバランスは崩れていないのか等を最新の研究機器を用いて調べています。障害の発生メカニズムを解明すれば対策をたてることができるようになります。

私の研究から極端な気象変動に対応できる温室やビニールハウスの環境の安価なコントロール法や障害を受けにくい植物体の栽培方法の開発につながればよいと考えています。



結実しないまま花が落ちてしまったトマト

3 福島復興のために

私は福島大学に食農学類が開設される前年の2018年から開設準備のために着任し、今年で福島大学勤務は6年目になります。福島県にはそれまで東北で唯一農学系学部がありませんでしたが、2011年の東日本大震災で大きな被害を受けた地元からの要望が高まったことが食農学類開設のきっかけになりました。

特に福島県の農業は原子力災害により大きな打撃を受けました。

現在、事故から12年がたち、被災地域の除染も進み、営農再開のために農地も整備されつつあります。そして公的支援もあることから多くの農業施設が新設されています。施設園芸に関しても、トマト、イチゴ、キュウリ、トルコキキョウ等を作る大型温室や多数のビニールハウスからなる園芸団地が建設されています。

しかし、原子力被災地の最も大きな課題は、担い手が極端に不足していることです。福島第一原発の事故により避難指示が発令された自治体は12市町村になります。2022年時点の被災12市町村の人口は震災前と比べて、避難指示解除時期が早かった田村市、広野町、楡葉町、川内村でも震災前の5〜8割程度、避難指示解除が遅く今なお帰還困難区域がある浪江町、大熊町、双葉町では1割未満と非常に少ない状況が続いています。

我が国の農業は農村社会が大きな役割を担っています。しかし、原子力



チップバーンという、葉や新芽が枯れる障害が発生したトルコキキョウ

被災地では避難指示により農村にあった生産・出荷部会、人的ネットワークやコミュニティなどの社会関係資本が失われてしまいました。被災地では営農を再開すると同時にこれらの社会関係資本の再構築を進めていく必要があります。

そのためにはどうしたらよいのか考えると、震災前に主であつた稲作だけではなく、稲作と比べて機械化や自動化が進んでおらず、AI（人工知能）の研究が進んでいるとはいえ、いまだ生産者の経験と勘に頼っている園芸作も必要なのではないかと思えます。園芸作は栽培技術の習得や収益向上のために生産組織などで情報交換するような生産者同士のコミュニケーションが必要となります。高い技術を要する野菜や花の営利栽培を原動力被災地で行うということは、新たな農村コミュニティの構築が期待でき、それが福島復興の一助となることも考えています。被災地での復興を支えるためにもこれから研究をしていきたいと思います。



南相馬市に新設中の園芸団地 園芸団地を中心に、かつて農村にあった生産・出荷部会や人的ネットワーク、コミュニティなどが、新たに構築されていく。

地域コミュニティの新たな拠点

SETAGAYA Qs-GARDEN

まちびらきイベント「Hello! in the Qs-GARDEN」を開催

東京都世田谷区の第一生命グラウンドが、スポーツ施設のほか、多世代レジデンス、クリニックモールなどをもつ緑豊かなまち「SETAGAYA Qs-GARDEN（世田谷キューズガーデン）」として生まれ変わった。2023年3月25日（土）に、まちびらきイベント「Hello! in the Qs-GARDEN」が開催された。

第一生命グラウンドは1954年（昭和29年）に第一生命相娯園グラウンドとして、社員のための福利厚生施設として開園されて以来、約70年に渡って緑豊かな環境が保たれてきた。このたび、第一生命保険株式会社、丸紅都市開発株式会社、相互住宅株式会社、NTT都市開発株式会社、野村不動産株式会社の5社の協働で、“SETAGAYA Qs-GARDEN”として生まれ変わった。

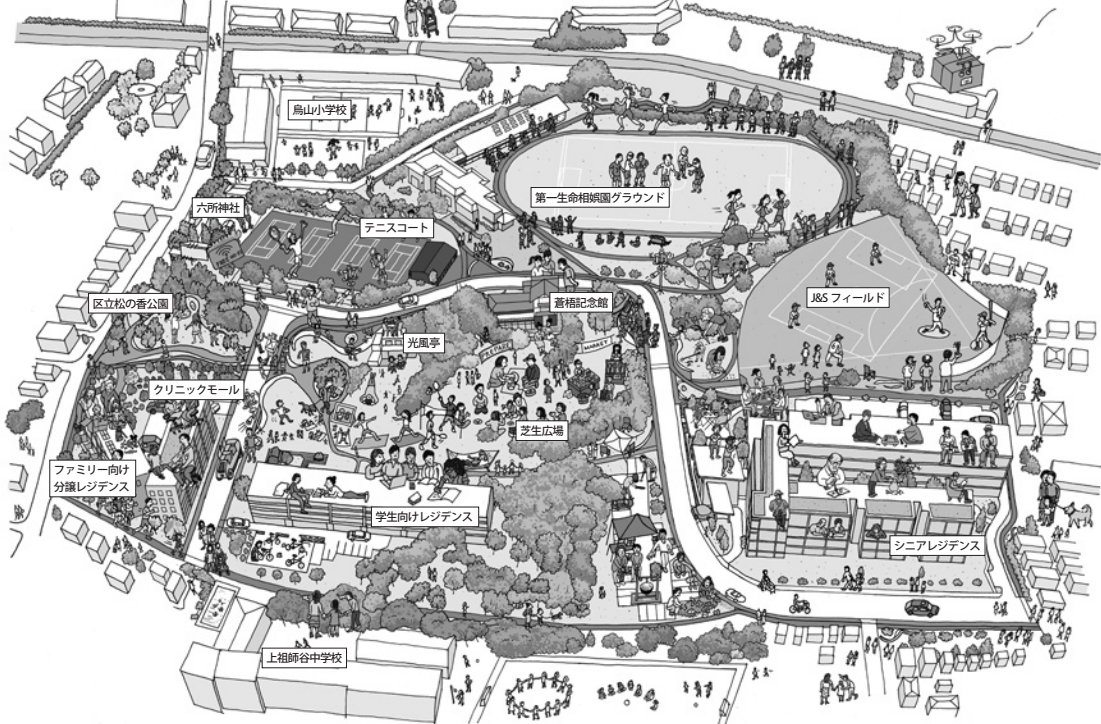
SETAGAYA Qs-GARDENは、面積9ha、東京ドーム約2個分の広さで、「地域の人々のwell-beingを高めるまち」多世代の住民が安心して、豊かに交流しながら、健康的に暮らし続けられるまち」をコンセプトに、多世代集合住宅（ファミリー向け分譲レジデンス、学生向けレジデンス、健康増進型・賃貸シニアレジデンス）や、地域スポーツ施設（第一生命相娯園



SETAGAYA
Qs-GARDEN

「みんなのしあわせ」「地域のしあわせ」「地球のしあわせ」

3つのしあわせがたくさん詰まったwell-beingを高める新しいまち



SETAGAYA Qs-GARDEN の全体マップ



蒼梧記念館 1927年（昭和2年）に建てられた第一生命保険株式会社創業者・矢野恒太の旧宅を田園調布から1986年（昭和61年）に移築し、保存している。和洋の建築を融合させた住宅として高い価値がある。

グラウンド、テニスコート、J & S フィールド、ランニングコース）、地域コミュニティ施設（Qs ANOTHER HOUSE「光風亭」、蒼梧記念館（旧矢野恒太郎）、芝生広場、クリニックモール、区立給田松の香公園）などがある。

3月25日に開催されたまちびらきイベントのオープニングセレモニーでは、5社を代表して、第一生命の稲垣精二社長（当時）が登壇し、挨拶した。

稲垣社長は、第一生命の創業者・矢野恒太の長男で、4代目社長の矢野一郎が雑誌『コミュニティ』創刊に寄せた「人間は、ひとりでは生きてゆかれない。つねに多数の他人とともに、助けあって生きてゆく。その生活、職業、学問、趣味などにおいて、なにごとによらず志を同じくする人間の集団はこれをコミュニティと呼ぶ。いかにして良い民主的なコミュニティをつくるかということこそ、今日、日本人が直面している緊急課題である」という「発刊のことば」を引用して、〈相互〉〈コミュニティ〉の重要性を次のように語った。

「今から60年前の言葉ですが、この〈コミュニティ〉が、今まさに求められていると私は思います。相互関係、わかりやすく言えば、〈仲間〉と言い換えられるかもしれません。私たちはコロナ禍により、大切な人や地域とのつながりや絆が希薄になったり、途切れてしまう経験をしました。この〈相互〉の精神を引き継ぎ、SETAGAYA Qs-GARDENのまちづくりを通じて、人と地域のつながりを取り戻し、さらに発展させて、よき〈コミュニティ〉を築いていくことで、ひいては wellbeing（地域の方々の幸せ）の向上につながると信じています」



オープニングセレモニーで行った「Tie the Qs-GARDEN」 SETAGAYA Qs-GARDENの多世代集合住宅や地域スポーツ施設、地域コミュニティ施設などは、第一生命と4社が協働で建設した。オープニングセレモニーでは5社の代表と来賓の世田谷区長がロープの輪を結び、「人と人との新しい関係性を結ぶ」ことを表現した。写真左端が第一生命・稲垣精二社長（当時）、右端は保坂展人世田谷区長。



キッチンカー イベント開催にあわせて、キッチンカーが会場に出店した。あなごめしやハンバーグ、ビビンバなど、いろいろな国の料理が揃う。このキッチンカーは、今後のイベントにも出店する予定とのこと。



まちびらきイベントのブース 清水建設協力の「木育ワークショップ」やヤマハミュージックジャパン協力の「手作りトランペットワークショップ」などの企業ブースのほか、世田谷区と協定を結ぶ群馬県川場村の名産品販売ブース、ギャラリー＆カフェ「ニワコヤ」（仙川地図研究所）などのブースが並んだ。



仙川地図研究所の『見る知る歩くせんがわ地図』 250円

デンマークでのボランティア体験

比較的フラットな土地のデンマークのなかで、最も高い山の一つと言われる標高約150mのヒメルビエアウエズ。その山の麓にある森と湖に囲まれた美しいガーデンで、ワークアウエイとして過ごした私の夏について綴ります。

蒔田結芽

まきた・ゆめ

上智大学外国語学部
フランス語学科4年

2022年7月から約1カ月間ワークアウエイとしてデンマークの西部ユトランド半島に位置するヒメルビエアウガーデンでボランティアの経験をしました。ワークアウエイとは、ボランティアとして働く代わりに、ホストに食事と住居を提供してもらう制度です。

ヒメルビエアウガーデンのあるところは、デンマークの中でも最も自然が美しいと言われるエリアの一つです。現代デンマーク社会の基礎となる民主主義の考え方が1800年代半ばに広がった時の中心となった場所としても知られています。

ヒメルビエアウガーデンは1896年に設立され、少年院や孤児院、最近まではデイケアセンターとして利用されるなど時代と共に用途は移り変わりましたが、いつでも人と共にある場所でした。2017年3月からは、このガーデンにゆかりのあるアスラー代表の下で持続可能な開発を目的とするインスプリーションセンターとして利用されています。

環境への配慮だけではなく、社会的、経済的にもサステイナブルであることを追求し、「7世代後まで続くガーデン」を目標に、持続可能な生活の先駆けとなる活動をしています。ここで行われる食料の自

給自足、ヒメルビエアウガーデンをコミュニティとしての共同創造、外部の個人や団体との交流は全て自然と人間の持続可能性に繋がっていきます。

コミュニティでの一日

そのセンターでの平日の1日は、30分の瞑想にはじまり、全体のミーティング、そしてみんなで手をつなぎ「YES」と肯定したいことに対して万歳をして祝福してからスタートします。これが不思議なことに、気づいたら滞在中に「YES」が口癖になっていました。

1時間のお昼休憩を含めて9時から15時までが仕事時間。その後は食材の買い物に行ったり、一緒に夜ご飯を作ったり、ギターを演奏して歌を歌ったり、ハウスシェアのメンバーと共に過ごします。

ヒメルビエアウガーデンに暮らす多様な人々

ガーデンに暮らすメンバーは25人ほどで、私のように単身の短期で滞在している人、5年以上住んでいる人、3度目の滞在の人、子連れの5人家族、数年世界を旅してデンマークに返ってきたカップル、子育てを終えて新しい住居を探していた人など、バックグラウンドも年齢も多様な人たちが7か国から集

まっていました。

スキルを持ち寄り、足りなければ学ぶ

ヒメルビエアウガーデンでは、フェスティバルやセレモニーを行うさまざまな外部団体に短期で敷地を貸して、設備を整えたり、運営を手伝ったりするのが主な事業内容です。

メンバーは、ガーデニングやアート、映像制作、SNSマーケティング、バリスタ、インテリアデザイナーなど、それぞれが持つスキルと経験を組み合わせ、事業運営を行っていました。ガーデンの代表アスラーは、「足りないスキルがある場合は、新しく学んでコミュニティとしての可能性を広げていくようにしている」と教えてくれました。

その中で私は、建物清掃のほか、外に暖炉を作ったり、森林再生のプロジェクトに関わったり、日本での経験を生かしてガーデン内にあるカフェで働いたり、さまざまな仕事を経験しました。

また、イベントは、ブラジルの森に住み狩猟採集生活を基本とする団体や、心とセクシュアリティを開放するタントラヨガの団体など、さまざまなグループによって催され、毎月のように新しい人たちがガーデンに滞在します。そこで出会った人たちと一緒に

過ぎて生まれた縁が、新たな縁を引き寄せていくのを感じました。

カフェの仕事から学んだゆとりと循環

カフェのアルバイトでは、スタッフとお客さんのカジュアルな関係性に驚きました。カフェだけに限らずコミュニティ全体に言えることです。客、ホストとゲストという意識が良い意味で薄く、補い合う・助け合うという意識が強いと思いました。

日本の飲食店でのアルバイトの経験から、どうしても「お客さん第一」の意識が抜けず、出来上がつた料理をお客さんがカウンターまで取りに来るシテムのものを、時間があればテーブルまで持っていくきなくなったり、セルフサービスの片づけを代わりにやりたくなったり、暇な時間ができないように常にせかせか動こうとする癖がありました。

しかし、カフェのメンバーからは、「あまり気を張らずに、リラックスしてね」と声をかけられました。これを意識するととても気持ちに楽になり、その後は、お客さんに尽くすというよりはただ純粋にカウンターでの会話を楽しむようになったり、お昼休憩には近くに座っているお客さんと一緒にご飯を食べたりするようになりました。

「自分が幸せでないと人を幸せにできない」という言葉は本場で、スタッフのゆとりや笑顔がカフェの居心地の良い雰囲気を作っており、お客さんが気兼ねなくくつろげる場づくりにつながっているのだと思いました。

一方で、食材の補充や片付け、掃除などについては、効率的で気が回ると褒めてもらうことが多かったと思います。日本の学校では、みんなで掃除・片付けが毎日当たり前のように行われますが、デンマークではそれはかなり珍しいことのように、自分が当たり前として自分の中に持っていた掃除の習慣や手順、分担方法に「教えていないのにすごいね」と驚かれることがよくありました。

サウナが生むコミュニティの信頼

ガーデンにはサウナがあり、同じガーデンに住む友人同士で男女関係なく裸で入ります。はじめは驚きましたが、何度か参加するうちに、彼らは裸を性的なものではなく、人間のありのままの姿であると捉え、個々人を性別を超越した一人の人間であると見ていることに気づきました。

こうした体へのニュートラルな捉え方が、ステレオタイプの男女の役割から彼らを解き放ち、彼ら



コミュニティのガーデンに設置されたサウナ コミュニティのメンバーは、男女の区別なく裸で、大きなサウナへ一緒に入る。

の平等な関係に繋がっていると感じました。また、ありのままの自分を見せ合うことで家族のような絆が生まれるのだと思います。

ガーデンでのシェアリング

毎週火曜日にガーデンのメンバーが食べ物を持ち寄って、全員で一緒に食べる「シェアランチ」、毎週水曜夕方には、焚火を囲んでその時感じていることをみんなで共有する「シェアリング」という集まりがあります。

シェアリングでは、「喜び」「感謝」「不安」「怒り」など、どんな感情もシェアされ、だれもそれに対してジャッジしないというルールがあり、感情をありのままに話しても認められる安心感があります。

そして、誰かが悲しい時はハグをしてあげられ、嬉しい時は一緒に笑う。常にそこには誰かがいて補い合い、助け合うことができる。これがコミュニティの素晴らしさだと感じました。

そしてこのシェアの文化から、まさに「HYGGE（ヒュッゲ）」を感じました。HYGGEとは、デンマーク語で「居心地のいい雰囲気や時間」という意味です。日々の中の「人との繋がりをを感じる時間」「感情を交換する時間」の積み重ねが、デンマーク人の持続性のある幸福感に直結していると肌で感じました。

デンマークのHOME

私は、ワークアウエイボランティアとしての滞在



ワークアウェイとして過ごしたヒメルビエアウガーデン このスペースでランチを食べたり、焚き火を囲んだりしながら、「シェアリング」を行い、一緒に暮らすメンバーたちの思いを共有する。

が終了してから1か月後に、ヒメルビエアウガーデンを再び訪れました。「図々しいと思われないかな」と到着ギリギリまで考えていましたが、仲良しだった陽気なハウスメイトのサクシンとロレンツォ、そして代表の9歳の娘レアが迎えに来てくれて、一気にその不安は消え去りました。

ガーデンのみんなに再会し、私の新しい学校での生活の話、ガーデンで最近行われたフェスティバルの話など、夜が更けるまで話しました。代表のアスラーが、「デンマークの家族ができたね」と言ってくれたのがとても嬉しかったです。

翌日、このコミュニティに2回目のお別れをしましたが、悲しくはありませんでした。なぜなら、離れていても一度つないだ絆があり、「また戻って来たい、戻って来れる」と信じられるほどの愛情と温かさがそこにはあるから。

一緒にシェアハウスに住んでいたメンバーの2人も数年にわたる長期の滞在を終えて9月をもつてガーデンを去る予定です。私が、また訪れたときに彼らがいらないのは寂しいですが、デンマークにあるHOMEが彼らの胸に、いつでも戻って来れる場所として残るのは確かたと思います。

〔助成施設訪問〕 クニナ奏の杜保育園

千葉県習志野市にある〈クニナ奏の杜保育園〉には総額約70万円を助成。同園は助成金でアスレチックセットや平均台セット、ボールプールなどの運動器具のほか、知育玩具やパズルなどの遊具を購入した。

〈クニナ奏^{かなで もり}の杜保育園〉は、JR総武線津田沼駅と京成本線京成津田沼駅のそれぞれから徒歩12分の住宅街にある。そのエリアは、〈津田沼奏の杜〉と呼ばれ、700m×500mの広さがあり、もとは農地が広がっていた場所だ。2007年頃から地権者や開発企業、習志野市が協力して都市開発が行われ、現在では新しく区画が整備され、大型商業施設や公園のほか、マンションや多くの戸建て住宅が建ち並んでいる。

しかし、開発が進むにつれ、共働きの子育て世帯が多く暮らすようになり、待機児童が問題となった。そうした地域の保育ニーズに応じて、同園は習志野市認可保育所として、2021年7月に開園した。

園名の「クニナ」は、ギリシア神話の「ゆりかごの女神・子どもの女神」から名づけた。その名には、「保育士が子どもたちの女神のような存在となり、たくさんの愛情を注ぎながら子どもたちの健やかな成長を見守っていききたいという願いが込められている」と同園副園長の佐藤亜紀さんは言う。

佐藤さんが、入園してきた子どもたちと接して最初に感じたのが、〈体幹の弱さ〉だった。園舎周辺は、電線が地中化され、道幅も広く子どもたちの散歩は安全に行えるのだが、運

〔クニナ奏の杜保育園〕

千葉県習志野市。株式会社 CRECER が運営する認可保育所。0～5歳の50人が通う（2023年4月現在）。

佐藤亜紀副園長



動ができる近くの公園では、幼児一人ひとりが遊具で十分に体を動かすことは難しい。また、開園したばかりの同園では、十分な運動器具を買い揃えられない事情もあった。

しかし今では、アスレチックセットや平均台セット、ボールプールなどの運動器具のほか、知育玩具やパズルなどの遊具が充実している。その運動器具と遊具が今回の助成対象だ。

「体幹を育てることで、転びにくくなり怪我をしなくなります。そして、背筋が伸び、姿勢も良くなり集中力も上がります。ご家庭だけで体を育てていくことはなかなか難しいことです。私たちの園では、子どもの年齢や発育に合わせて手足と体幹を育てることを大切にしています。子どもたちは体を動かすことが大好きです。ですから一日の大半を過ごす保育園で体幹を意識した運動を計画的に取り入れて、怪我をしにくい体をつくり、集中力の向上ができればと思います、応募しました」

園で保護者の保育参加を行ったときには、運動する子どもたちを見た保護者から、「家では子どもの成長を感じにくいけど、立派に成長している姿が見られて良かった」「子どもの嬉しそうな姿を見て、私たちが嬉しくなった」といった声が聞かれたそうだ。

また、同園では地域の子育て支援として、月曜から土曜まで一時預かり保育を行っている。事前予約制で予約開始日となる1か月前には、定



平均台を渡る子どもたち 3歳児になると平均台をバランス良く渡り、元気よくジャンプで飛びおりていた。

階段のような運動器具で運動する子どもたち まだ体幹がしっかりしていない1歳児は、保育士に補助してもらいながら階段をのぼりおりしている。

員がほぼいっぱいになる。

「とくに乳児の問い合わせが多く、毎月定期で利用している子どももいます。コロナ禍の影響もあつて、長めに育休を取られている方もいて、そうした方が病院に行かれたりするときに、一時的に預けにくることもあります」

同園の子育て支援は、平日だけに留まらない。日曜祝日関係なく働く保護者にとって、休日保育はありがたい取り組みだ。利用者は、3歳から5歳の子どもが中心で、多い日には7、8名の子どもを預かっている。

「休日保育にくる子どもの多くは、平日は違う保育園に通っています。保育園の環境になれていることもあつて、自分たちで考えてのびのび遊んでいます。今回いただいたボールプールを気に入って、長い時間遊んでいた子どももいます」

最後に佐藤さんは、「どんなに素晴らしい保育をして教育の種をまいても、子どもたちの〈心の土壌〉がしっかりとっていないと、その芽は育ちません。私たちの園には、〈愛された子どもは、心が育ち、自分も友だちも愛することができます。愛された子どもは、自分の個性に磨きをかけ、友達の個性を尊重します。愛された子どもは、困難を乗り越える力を身につけます〉という保育方針があります。この心の土壌をつくるための保育方針を大切にして、これからも子どもたちにたくさんの愛情を注いでいきたいです」と語る。

（文 佐藤修久／地人館）



ボールプールで遊ぶ子どもたち
ボールは赤、青、黄、緑色とカラフルで見た目にも楽しめる。

日本農業経営大学校が目指す人材育成

日本農業経営大学校は、大規模な農業法人を運営する「経営」技術を体系的に学び、日本農業に刺激を与える人材を育成することを目的として2013年に設立されました。農業人口の高齢化や減少が進むなかで、若い人を農業に定着させ、その才能を伸ばすための教育をどう提供するかが、いまの農業界の課題です。

合瀬宏毅

おおせ・ひろき

日本農業経営大学校
校長



なぜ農業で経営者教育？

日本農業経営大学校は農業の「技術」ではなく「経営」の学びに特化した、ユニークな教育機関です。一学年20人。学生は全寮制で2年間、マーケティングやファイナンスの勉強を通じて、これからの農業ビジネスを運営できる能力を身につけます。農場はありません。

校舎を東京都の品川に置いているのは、優秀な人材や最先端の情報が集まる大都市、消費地でしか出来ない学びを実施するため、これまでに1000人以上が卒業し、全国で意欲的な農業ビジネスを展開しています。

誤解を恐れずに言うと、日本には本格的に農業経営を学ぶ教育機関や育成プログラムはありませんでした。大学に農学部はありますが、そこで育てているのは農業・農村政策を行う行政マンや学者であり、バイオ技術などを扱う研究者です。

また、地方には各県に農業大学校が用意してありますが、教えているのは主に、品目別の栽培技術や家畜の取り扱いなどであつたりします。もちろん零細農家が大半を占めていた時代にはそれで良かったのかもしれませんが。

しかし、農業人口が減り、一戸あたりの経営規模が大きくなってくると、栽培技術だけでなく、加工

や販売のために食品企業やスーパーなどと交渉する力が必要です。

また、多くの従業員を抱えることになれば、人事や労務管理などの知識も重要でしょう。大規模化が進む多くの農業法人はこれまで、手探りでこうした知識の習得や人材育成を行ってきました。

日本農業経営大学校が目指すもの

日本農業経営大学校は、そうした大規模な農業法人を運営する「経営」技術を体系的に学び、日本農業に刺激を与える人材を育成することを目的として2013年に設立されました。運営主体は一般社団法人のアグリフューチャージャパン（AFJ）で、農業界だけでなく金融機関や食品企業、流通、商社など200社を超える会員が、資金提供や研修先としてこれを支えています。

「天候に左右される農業は特別だ、一般の会社経営とは違う」と良く言われます。

しかし、どの産業にもリスクはあり、農業だけが特別なわけではありません。重要なことは、自分が行う事業にはどんなリスクがあり、それを避けるためにどんな対応が必要なのか。それを事前に把握し準備しておくことです。それによって損害を最小化

し、チャンスを最大の利益に結びつけることではないでしょうか。

最近はや々なセンサーやデータ、IT技術が普及してきたことで農業ビジネスのチャンスも大きくなってきました。

課題とオンラインコースの新設

ただ10年間で見えてきた課題もあります。

一つは、すでに就農している人の教育機会です。日本農業経営大学校ではこれまで、就農前の学生を対象に教育を行ってきました。

しかし、学生募集などで地方を訪ねると、後継者ではなく「自分こそがそうした授業を受けたい」と望む経営者の方が少なくありませんでした。とはいえ、すでに事業を行っている人が、2年間、東京品川で、しかも全寮制で教育を受けることができるかという、なかなか難しいものがあります。

ところがコロナウィルスの蔓延によってネット環境が整備され、いまではオンラインによる授業が可能となってきました。オンラインであれば、農業をやりながら経営の授業を受けることが実際に可能です。そこで4月からオンラインコースを始めることにしたのです。

「マーケティング」や「新事業開発」「ファイナンス」「組織運営」などの経営知識や経営スキルをいくつも用意し、受けた人が自由に選んで受講できるようにしました。

また、内容も一つの講義を5〜7回のシリーズにまとめ、短期間で学ぶことが出来るようにして、仕事をしながら学ぶことが出来るように予定しています。

そして、就農直後の農家向けには、新人研修コースを始めることにしました。

農業界にも新人研修を

一般企業では新入社員を迎えるにあたり、会社の経営理念や業界事情、それにビジネスマナーを教える新人研修があります。社員はこの研修で自分のキャリアプランを描き、会社人生を歩む覚悟を固めます。ところが農業界にはこの「新人研修」がありません。就農したら多くの人は現場に投入され、栽培技術を体で覚えることを指導されます。これでは農業で生きていくという覚悟も湧きません。

そこで日本農業経営大学校では就農3年目までの人を対象に、対面とオンラインを組み合わせたながらの新人研修を行うことにしました。先進経営体への

視察や就農後のフォローアップ研修も用意しています。農業界を生き抜くという強い意志を持つてもらうのが目的です。

農業人口の高齢化や減少により、農業の担い手確保は、ますます深刻化しています。若い人を農業に定着させ、その才能を伸ばしてあげるためには成長段階に応じた教育の提供が何よりも大切です。

自分を成長させることに敏感な若い人が、研修制度もない農業界に来てくれるはずはありません。他の業界同様、研修制度をどう充実させるか。農業界の課題と言って良いと思います。

来たれ！ 農家の新人たち

新農業者スタートダッシュ研修

2023年 6月7日(水)開講～8月18日(金)修了

日本農業経営大学校
Japan Institute of Agricultural Management

×
FARM SIDE

目指す到達点が見えてくる！

互いに切磋琢磨する全国の仲間ができる！

社会人の心構え、スキルが一度に身につく！

研修費 30万（税込）※100名限定！

材料費 75,000円（税込）※研修費もモニター価格 50,000円（税込）

2023年 3月1日(水)～5月2日(水)

申し込みはこちら

新人研修のパンフレット 対面とオンラインを組み合わせたプログラムで、若手農業者を育てる研修となっている。

若者団体 Komurado の取り組み

子供の貧困は格差である前に、人々がつながる「コミュニティ」の失敗ではないか。

今後の社会を引率するであろう学生が、困難を抱える子供たちに出会い、地域の中で、将来の子供の貧困解決に向けた種をまく行為であると信じて、我々は活動しています。

鬼嶋優希

きじま・ゆうき

上智大学 4 年



「コミュニティ」を考える

格差や子供の貧困という課題に直面しながら、僕が同時に考えてきた問題は、「コミュニティ」をどうするかというものでした。地方の衰退や社会的孤立、若者の自殺者増加など、それはまさに「コミュニティ」を失った、その形が変化した日本社会が抱える問題ではないかという問いです。

幼少期によく遊びに行った祖母が暮らす町には、昔ながらの商店街と地域のお祭り、里山の原風景がありました。そんな故郷もここ数十年で急速に変わり、子供の数は大きく減少。地方から都市への人口の大移動という現象により、日本の姿は大きく変化

しました。

大量消費社会という生活様式は、自然資源を食い尽くすまでに勢力を増し、気候変動解決は喫緊の課題となっています。僕たちは、一人一人の生き方が複合的かつ根本的に問われる、そんな時代に生きています。

職住が分離し、若い世代も都心の生活に憧れ、「豊かさ」の価値観も、ここ数十年で様変わりしました。関わる子供たちの多くが、「幸せとは」「生きるとは何か」という大切なことを考える余裕もなく、何かに追われて生きています。正体不明の何かに追い詰められ、自ら死を選ぶ子供がいる、それが日本社会

の現状です。僕がこの目で見てきた問題を直視すると、どれも「コミュニティ」の再考なしには進めない、それはまさしく日本社会を変えようとする際の、心理的な議題だと感じています。

子供の貧困と自身の立場性／マジョリティの特権／

社会課題に直面し、いろいろ考え始めたのは大学入学後です。縁があつて所属した政策立案団体で教育格差を考え、授業でマジョリティの特権性を専門にする出口真紀子先生の講義を受講し、元々教員志望であつた僕には関心が高い教育という分野を、ある種突き放して考える機会に恵まれました。

僕は、経済的に余裕がある家庭ではないものの、両親の愛情や人々との出会い、友達に恵まれ、多くの方に助けられてきた人生でした。都内の私立大学に進学できたという結果は、努力というより自身の環境が生み出したもので、それが特権であり、個人的な主観で語りやすい分野である教育を、自身の経験を、客観的に見つめ直す作業は時に苦しくもありました。

しかし、そうした過程がまさに、自身とは異なる「ふつう」を生きている子供たちの現状への理解を可能にしたのだと思います。書籍やヒアリングでは見え

てこないリアルがあると考え、大学一年の冬に通い始めた足立区の居場所施設（NPO法人キッズドア）が管轄する拠点のうちの一つ）での経験が、僕の生き方を少しずつ変えていくことになりました。

若者団体 Komurado の設立／子供の貧困に種をまく／

今でも定期的に通う、居場所施設の子供たちとの出会いは、僕にとつて欠かせないものでした。来所する子供たちは、経済的な困難はもちろん、ネグレクトや不登校など、複合的な生きづらさを抱えています。それぞれの課題に寄り添い、伴走することは簡単なことではないですが、彼らの中に何か光るものを見つけ、共に耕していく道のりは、本当に楽しいものです。僕が忘れかけていた好奇心や社会に対する疑問、さまざまな視点を子供たちからもらつてばかりです。たまに僕自身が経験してきたものによつて、彼らが前を向くきっかけになるときは、そのうれしさはもう、言葉になりません。

ただ、子供の貧困や格差の現状は、構造的かつ複雑な問題であるため、非常に解決困難であることは確かです。

しかしだからこそ、将来にわたつて挑んでいく若者の存在が不可欠ではないか、それが学生団体を設

立したきつかけです（社会問題解決の持続可能性）。

komurado は、一昨年の11月に設立した学生団体です（<https://komurado.jp/>）。キッズドアが統括する足立区の居場所施設や、大学での学びを通じ、「子供の貧困という大きな社会課題に、学生である僕ができることは何か」と自問しました。その一つの答えが、地域や大学、NPOと繋がる関連団体のハブ的存在となりながら、現場で活動する団体を作ることでした。

学生の世界にいる僕だからこそ、同世代を巻き込みながら、共に挑む仲間を増やすことで、長期的かつ根本的な解決に向けて、より良き未来のための種を蒔けるのではないかと思い、政策立案団体時代の仲間に声をかけ設立しました。

メンバーは20ほどの大学からなるなど、専門分野も含めかなり多様な構成となっています。これは、あらゆる大学や地域に子供の貧困という課題を広めたいという意図からです。

団体の理念に、「子供の貧困・教育格差に対して、社会構造的な変革を担う若者を増やす」とあるように、若者に焦点が当たっている点の特徴です。子供に関わるNPOですと、「全ての子供が幸せに暮らす」といった理念が多いですが、学生団体である点と、さらには

設立背景を踏まえて、社会構造的な問題であればあるほどそれに挑む次世代の存在が不可欠になり、担い手が育つ動きを後押しするような団体が学生世界に必要なのではないか、そうした願いが込められています。

設立から一年半が過ぎ、世田谷と葛飾、そして池袋の3拠点にて、現地の子供食堂やNPO法人と連携をしながら、食事支援や学習支援のお手伝いをしています。

当初は団体独自の拠点設立を考えましたが、費用面や継続性の面から断念しました。しかし、すでにある子供食堂さんや居場所施設では、食事や遊び場を提供しているケースが多く、学生ならではの学習支援というサポートを組み込むことで、一つの場所で複合的な支援が可能となります。

また、私の経験では、NPOはもちろん、子供食堂でも人材不足が起こり、とりわけ若者のボランティアは珍しいと伺いました。本来は政府や自治体が予算をつけ、市民による自力救済によらない、手厚い政策で本質的な解決を目指す必要はない問題です。ただ、子供食堂という場所は、日本社会の現場に直面し、地域や世代を超えた方々と協同する中で、これまでの勝ち抜くための「学び」とは違う何かを感じる、可能性にあふれた空間であることも確かです。

NPO法人が統括する居場所施設に比べてオープンである子供食堂には、色々なバックグラウンドを持った子供たちが訪れます。経済的な困窮はもちろん、外国にルーツのある子や、単に飛び入り参加の子など、特徴も参加の形態もさまざまです。子供の貧困という枠では捉えきれない、悩みや困難を抱える子供たち、または親御さんの姿に直面することも多くあります。この場所がなかったら、子供たちは、あのママさんたちは、どこで悩みを打ち明けたのだろうと思うことがよくあります。

若者団体 komurado を創設し、同世代と関わる中で気がついたことが、彼らも同時に居場所を求めているということでした。中にはこの社会課題に対し、当事者性を持ちながら、共に活動をしてくれる仲間もいます。「社会のために何かしたいけど、何をどうしたら良いかわからない」。そんな若者にたくさん遭遇してきました。

子供の貧困は格差である前に、人々がつながる「コミュニティ」の失敗ではないでしょうか。繋がりが見えなくなった世界に、異なるもの同士が織りなす世界の創造はあり得ません。とりわけ今後の社会を引率するであろう学生が、困難を抱える子供たちに出会い、地域の中で試行錯誤する「コミュニティ」は、将来

の子供の貧困解決のための種をまく行為であると信じて、我々は活動しています。

若者とコミュニティ、そして教育の未来

勉強や学校、家庭環境などを理由に死んでしまう子供が毎年何百人といます。僕は今でも、虚な目をした子供たちの表情を忘れられません。大人の我々に、教育の問い直しが、求められていないのでしょうか。銀行型教育と批判される学校教育。まるで空箱に何かを詰めるように教え込む、教師と生徒の固定化した関係。一人一人の状況に寄り添う余裕のない、教師の多忙さ。教師である友人から、現場の悲鳴を度々聞かれます。子供一人一人はもちろん、それを導く先生自身にも、今の教育は寄り添っているのか。

昨年の5月、足立区の居場所施設の子供たちと宿泊型のイベントに参加した時のことでした。普段は二言三言しか話してくれない子が、共にご飯を作り、食事をする生活の中で、家族のことを話してくれたり、大きな笑顔を見せてくれたりするようにまりました。居場所施設で勉強を教えるスタッフではなく、彼らの生活世界に入り、垣根を超えた会話や空間が可能にしたのだと思います。

一人一人違う状況と個性を持ち生きる子供たち。彼らが発する問いは多様かつ斬新です。そうした彼ら一人一人の内なる問いに応えようとする教育こそ、今必要とされているのではないだろうか。

地域や学校、自然や商店など、ありとあらゆるコミュニティがあります。先輩方の世代が守り継いできた既存のコミュニティをはじめ、そうした空間に若者が参入し、共に垣根を超えて共存する。当事者性や課題意識を持ったもの同士がコミュニティを想像するその動きが、学校教育を外側から組み換え、



米を炊くための火起こし 雨の中での火起こしは、とても難しかったが、職人ばりに集中した子供たちの、めげない姿に驚く。子供たちと焚き火を囲み、不思議と打ち解け始めた。



自分たちでとった魚を捌く子供たち 宮城県にある自然と共生する施設に宿泊し、地元漁師さんの船に乗せてもらった。捌いた魚の盛り付けを「愛」の字（写真左）に似せるなど、まさに芸術作品だった。

未来の教育そのものを形作っていく可能性を秘めていないか、その渦中に、僕自身も関わっていきたいと思います。

BOOK REVIEW

ブックレビュー

働く母親と階層化



著＝額賀美紗子・藤田結子
A5判・上製・240頁
定価 2750 円 (税込)
勁草書房
[目次より]
序章 働く母親と階層化／
第1章 母親意識と時間負債／第2章 家庭教育へのかかり方と就業意欲／第3章 家庭教育における父母の役割分担／他

生活不安の実態と社会保障



編＝国立社会保障・人口問題研究所
A5判・上製・306頁
定価 4950 円 (税込)
東京大学出版会
[目次より]
はしがき／序章／第1部 総論：日本社会が抱える不安／第2部 各論：高まる生活不安の諸相／終章

さまざまな背景をもつ 55 名の子育て中の女性たちにインタビューの協力を頂くことができた。彼女たちの語りから、私たちは現代の日本社会で仕事と母親業の両方をこなしていくことが、女性にとっていかに困難な営みであるか深く知ることになった。(中略)

本書を通じて、子育てしながら働く女性たちの切実な思いが広く共有されることを強く願う。そして、仕事や子育てにおいて多様なライフスタイルが承認され、人々が共にケアを担い余裕をもつて自由に生きられる社会を構想していく一助になれば幸いである。(「あとがき」より)

本書は、国立社会保障・人口問題研究所が実施した「生活と支え合いに関する調査」の成果を取りまとめている。

「生活と支え合いに関する調査」は、これまでに 2007 年と 2012 年にも実施されており、本書では第 3 回目の 2017 年に実施した調査データをもとに分析が行われている。

本書は、序章と終章のほか、11 の研究論文によって構成されており、社会調査から導き出された人々の生活実態をもとに、新たな社会保障制度や生活支援策を提示している。



編＝田城孝雄、内田要
A5判・並製・368頁
定価 4180 円 (税込)
東京大学出版会
[目次より]
第Ⅰ部 医療政策とSDGs
／第Ⅱ部 医療が支えるまちづくり／第Ⅲ部 行政との協働の取り組み／他

団塊の世代がすべて2024年度末までに後期高齢者に到達している2025年問題に一定の解決の方策が立てられ、団塊ジュニアが高齢者になる2040年問題が次の解決すべき大きな波として挙げられる。2025年問題から2040年問題へ、社会保障制度や医療介護提供体制の持続のための課題は移っている。2040年問題の解決には、地域住民の参画と協働により、互いに支え合う地域共生社会の実現に向けた取り組みが求められる。地域包括ケアシステムの深化として、高齢期におけるケアを念頭に置いたシステムから地域共生社会の実現に向けた包括的な支援体制の確立を目指すステージに入っている。本書は、地域共生社会を支えてまちづくりに貢献している医療機関の事例を紹介する。

(「編者の言葉」より)



発行＝矢野恒太記念会
A5判・並製・528頁
定価 3300 円 (税込)

『日本国勢図会』は、日本の経済や社会の大きな状況を、編集時点で得られる最新データを用了表やグラフ、解説文で分かりやすく伝えるデータブックです。1927(昭和2)年、第一生命の創立者であり、第一回国勢調査の実施に尽力した矢野恒太が、客観的なデータによって社会の実態を伝えることを目的に、本書を発刊いたしました。以来、96年にわたって刊行を続けております。

本書は、国土、人口、エネルギー、産業、貿易、財政など40の章からなっており、本書の表やグラフは、教科書や参考書、入試問題などに広く引用されています。また、一般の方々にも、一冊で多様な現代社会の動向が分かる便利な統計書として活用されています。電子書籍も販売しています(定価は書籍と同一)。

【編集委員】

石井クンツ昌子
猪熊 律子
岩崎えり奈
甲斐 一郎
後藤 春彦
生源寺眞一
盛田 里香
渡辺 秀樹

お茶の水女子大学理事・副学長
読売新聞東京本社編集委員

上智大学教授

東京大学名誉教授

早稲田大学副総長・教授

東京大学名誉教授

第一生命財団常務理事

慶應義塾大学名誉教授

【編集後記】

▼日本では今後も高齢化と長寿化が進み、在宅医療の充実がさらに求められることが現実だと予想されます。ところが、今の在宅医療の提供体制では、その役割を担えない可能性があり、新たな対策が必要とされています。

▼今号の特集では、在宅医療の現場で活動する医師と医療コンサルタントの立場から在宅医療の現状と今後について座談会で語っていただくとともに、関連の記事を掲載しました。今号の特集が、それぞれの地域にある医療・介護の資源を生かした地域づくりのご参考になれば幸いです。

コミュニティ No.170 ……日本の在宅医療の現在と将来

2023年5月15日発行（年2回発行）

頒価¥500円

編集・発行 一般財団法人 第一生命財団

〒102-0009 東京都千代田区平河町1-2-10

電話03-3239-2312

制作 地人館（大角 修・佐藤修久）

印刷・製本 モリモト印刷株式会社

「コミュニティ」誌へのご意見をお聞かせ下さい

ご意見、ご感想等を800字前後にまとめ、当財団へ郵送いただくか、dl-foundation@dream.ocn.ne.jpにお送り下さい。

「読者の声」欄に掲載させていただいた方には、粗品を進呈いたします。

第94号	日・中・韓の家族とコミュニティ	(91.5)	第138号	祭りとコミュニティ	(06.11)
第95号	公共トイレを考える	(91.8)	第139号	団塊世代とコミュニティ	(07.5)
第96号	市民農園	(91.11)	第140号	ミュージアムと地域社会	(07.11)
第97号	現代結婚考	(92.2)	第141号	景観とコミュニティ	(08.5)
第98号	青年会議所	(92.5)	第142号	日本の医療と地域の力	(08.11)
第99号	小学生	(92.8)	第143号	日本の親子の現在地	(09.5)
第100号★	日本のコミュニティ	(92.11)	第144号	地域メディアはコミュニティに何を もたらすのか	(09.11)
第101号	人にやさしいまちづくり	(93.2)	第145号	水辺の環境文化とコミュニティ	(10.5)
第102号	生涯集	(93.5)	第146号	多文化共生を考える	(11.5)
第103号	花と暮らし	(93.8)	第147号	東日本大震災～農漁村の復興・再 生・再構築～	(11.11)
第104号	外国人	(93.11)	第148号	若者が見た東日本大震災	(12.5)
第105号	超高層住宅の暮らし	(94.2)	第149号	災害に備える・コミュニティで備 える	(12.11)
第106号	空港とコミュニティ	(94.5)	第150号	出産と育児を支えるコミュニティ	(13.5)
第107号★	祖父母と孫	(94.8)	第151号	地域で担う在宅ケア	(13.11)
第108号	生活と時間	(94.11)	第152号	新しいコミュニティをつくる地域 の文化力	(14.5)
第109号	農村の暮らし	(95.2)	第153号	人口減少社会とコミュニティ	(14.11)
第110号	雨・水・暮らし	(95.5)	第154号	スポーツとコミュニティ	(15.5)
第111号	地震災害とコミュニティ	(95.8)	第155号	農産物直売所の新しい動き	(15.11)
第112号	コミュニティ 30年の歩み	(95.11)	第156号	世代間交流	(16.5)
第113号	都市防災とコミュニティ	(96.2)	第157号	地域の中の保育園	(16.11)
第114号	ペットを考える	(96.5)	第158号	地域の中の男女協働	(17.5)
第115号	女性とコミュニティ	(96.8)	第159号	当事者主体の地域福祉	(17.11)
第116号	大学とコミュニティ	(96.11)	第160号	地域の中のムスリム	(18.5)
第117号	通信メディアとコミュニティ	(97.2)	第161号	土地の歴史とまちづくり	(18.11)
第118号	今後の地域保健の課題	(97.5)	第162号	「平成」から「令和」へ——コミュ ニティはどう変わるか	(19.5)
第119号	都市における死者の弔いかた	(97.11)	第163号	日本の〈農〉を考える——農業と 地域社会	(19.11)
第120号	家庭科教育と今の社会	(98.2)	第164号	LGBTQ+の現在	(20.5)
第121号	ごみ問題と自治体	(98.5)	第165号	地域医療・看護・介護の現在と将来	(20.11)
第122号	巨大ショッピングセンターと地元 商店街	(98.11)	第166号	水と地域の暮らし	(21.5)
第123号	子ども文庫とコミュニティ	(99.5)	第167号	新型コロナを経た暮らしとコミュニ ティ	(21.11)
第124号	住民によるまちづくり	(99.11)	第168号	多様な人が共存する社会と家族のあ りかた	(22.5)
第125号	高齢社会と交通	(00.5)	第169号	農と食と地域を育てる	(22.11)
第126号	子どもとコミュニティ	(00.11)			
第127号	ホスピスとコミュニティ	(01.5)			
第128号	サウンドスケープとまちづくり	(01.11)			
第129号	戦後ニュータウンを見直す	(02.5)			
第130号	食生活の変化と家族	(02.11)			
第131号	地域で支える子育て	(03.5)			
第132号	農村地域の自立と住民参加	(03.11)			
第133号	家族はどうなるのか	(04.5)			
第134号	「ご近所」を見直す	(04.11)			
第135号	介護保険と介護予防	(05.5)			
第136号	わかりあえるコミュニティ	(05.11)			
第137号	墓とコミュニティ	(06.5)			

第1号	コミュニティのありかた	(64.5)	第48号	保健・福祉とコミュニティ・オー ガニゼーション	(77.3)
第2号	新しい農村生活	(64.9)	第49号★	企業とコミュニティ	(77.9)
第3号	地域社会と婦人	(64.11)	第50号	人間の居住環境とコミュニティ	(77.11)
第4号	都市生活とコミュニティ	(65.2)	第51号	身のまわりの安全	(78.3)
第5号★	家庭のしつけとコミュニティ	(65.6)	第52号	山村女性の生活変動	(78.5)
第6号★	老人問題とコミュニティ	(65.9)	第53号	近所づきあいのコツ	(78.10)
第7号	コミュニティと青少年	(65.12)	第54号	手づくりの地域文化	(79.3)
第8号	日本人のつきあい	(66.3)	第55号	各国家族の新しい動き	(79.3)
第9号★	家族と親族	(66.8)	第56号	コミュニティと土地利用	(79.10)
第10号	健全な子どもの育成	(66.12)	第57号	川とコミュニティ	(80.1)
第11号★	今日の教育を考える	(67.3)	第58号	日本の高校生・アメリカの高校生	(80.3)
第12号★	レクリエーションとスポーツ	(67.4)	第59号	まちづくりの実験	(80.9)
第13号	健康なまち	(67.7)	第60号	主婦と職業	(81.2)
第14号	交通安全とコミュニティ	(68.1)	第61号★	コミュニティ・センターの評価	(81.3)
第15号	日本人のことばと話し方	(68.3)	第62号	食料問題と農業のゆくえ	(81.10)
第16号	テレビと家庭生活	(68.5)	第63号	コミュニティと生涯教育	(82.1)
第17号	家庭婦人の学習	(68.10)	第64号	コミュニティと生活道路	(82.3)
第18号	公共の場におけるマナー	(69.2)	第65号	新しい地域保健をめざして	(82.10)
第19号	精神衛生	(69.3)	第66号	夫の役割・妻の役割	(83.2)
第20号	ヨーロッパを考える	(69.3)	第67号	健康と食生活	(83.10)
第21号	公衆衛生	(70.2)	第68号	子どもと教育	(83.11)
第22号	千代田地区保健活動10年の総括	(70.3)	第69号	ことばと社会	(84.3)
第23号	創造的農業者	(70.5)	第70号	商店街	(84.3)
第24号	団地生活を考える	(70.8)	第71号	ある漁村社会の移りかわり	(84.6)
第25号	食生活を考える	(70.10)	第72号	集合住宅	(84.11)
第26号	日本人の暮らしと住まい	(71.1)	第73号	住みよい暮らし	(85.3)
第27号	地方都市とコミュニティ	(71.4)	第74号	住区と施設	(85.8)
第28号	わがコミュニティ	(71.10)	第75号	昔の主婦と今の主婦	(85.11)
第29号	家族はこれからどうなるか	(71.12)	第76号	東アジアの家族問題	(86.2)
第30号	自然と人間	(72.3)	第77号	少年非行	(86.7)
第31号	子どもの遊び場	(72.5)	第78号	東アジアの地域社会	(86.10)
第32号	コミュニティと広場	(72.7)	第79号★	町内会	(87.2)
第33号	乗物と人間	(72.8)	第80号	日米コミュニケーション考	(88.2)
第34号	ことわざとコミュニティ	(72.10)	第81号	三つ子の魂百まで	(88.3)
第35号	主婦の生活時間	(73.1)	第82号★	ササニシキの村に生きて	(88.4)
第36号	おやじの座を語る	(73.7)	第83号	むらづくり	(88.7)
第37号	社会と健康	(74.1)	第84号	都市化と寿命	(88.11)
第38号	災害とコミュニティ	(74.5)	第85号	国際化と日本語	(89.2)
第39号	日本の青年	(74.6)	第86号	企業と地域社会	(89.5)
第40号★	コミュニティー10年	(75.1)	第87号	都市とお墓	(89.8)
第41号	民話とコミュニティ	(75.2)	第88号	退職者の暮らし	(89.11)
第42号	余暇とコミュニティ	(75.4)	第89号	科学と暮らしー21世紀への展望	(90.2)
第43号	CATVとコミュニティ	(75.10)	第90号	ディズニーランドのまち	(90.5)
第44号	ゴミを語る	(76.3)	第91号★	お年寄りの人間関係	(90.8)
第45号	社会福祉の国際比較	(76.6)	第92号	地方紙の時代	(90.11)
第46号	親族問題の諸相	(76.10)	第93号	お年寄りの使いやすい品物	(91.2)
第47号	わがまちーその財政	(77.1)			

湯沢雍彦（お茶の水女子大学名誉教授）

(23)「地域を基盤とした高齢者保健医療福祉サービスの統合のあり方に関する研究」(2008.4)

代表：米林喜男（新潟医療福祉大学副学長）

(24)「高流動性社会を背景とした農村への人口流入と新たな『場所性』の構築プロセスに関する研究」(2009.9)

代表：後藤春彦（早稲田大学）

(25)「日韓比較からみる青少年の社会化環境」(2011.6)

代表：渡辺秀樹（慶應義塾大学）

(26)「地域の特性を生かした子育て支援と保育のあり方の研究—ある地方都市の家庭・地域環境を事例として—」(2011.7)

代表：牧野カツコ（お茶の水女子大学）

(27)「長寿社会の地域力と健康—高齢者と介護者の健康に着目して—」(2012.5)

代表：甲斐一郎（東京大学大学院）

(28)「農村コミュニティ変貌と資源管理・協同組織—」(2013.11)

代表：生源寺真一（名古屋大学大学院）

(29)「法律婚をこえた共同性とケアの実践—事実婚と同棲の事例からみる家族の現在—」(2014.5)

代表：松木洋人（東京福祉大学）

(30)「保育・教育方針からみた保育施設の空間・環境の計画に関する研究」(2015.11)

代表：定行まり子（日本女子大学）

(31)「男性の育児参加を促進する要因—育児休業取得者へのヒアリングから見えてくること—」(2016.5)

代表：石井クンツ昌子（お茶の水女子大学大学院）

(32)「在宅家族介護者を支える地域介護支援ネットワーク醸成に関する研究」(2017.12)

代表：涌井智子（東京都健康長寿医療セン

ター研究所）

(33)「子育て・子育ての地域援助システムの研究—ジェネラティビティに関するインタビュー調査から—」(2018.4)

代表：加藤邦子（川口短期大学）

(34)「北アフリカにおける福祉とコミュニティー・チュニアを中心に—」(2020.1)

代表：岩崎えり奈（上智大学）

(35)「『はざま』を『あいだ』に組み換える—想像力と配慮による当事者形成のプロセスを考える—」(2021.6) 牧野篤（東京大学）

(36)「就学前施設の整備プロセスにおける課題について」(2021.10)

代表：小池孝子（東京家政学院大学）

(37)「園における戸外・地域活用の実態と意識に関する調査研究—コロナ前後の変化に注目して—」(2022.5)

代表：宮田まり子（白梅学園大学）

*市販はいたしておりませんので、ご希望の方は当財団へ直接お申し込みください（送料実費）。

「調査研究報告書」 頒価 2,000 円

(1)「浦安市舞浜地域開発の影響調査」
(1989.6)
浦安地域環境研究会（代表：米林喜男）

★(2)「都市化と寿命に関する研究—東京と大阪府の比較を中心に—」(1989)
保健医療社会学研究会（代表：園田恭一）

★(3)「高齢者居住施設の改善策に関する検討」(1992.8)
林千代（淑徳短期大学）

★(4)「高齢者が快適に暮らせる社会施設の条件の調査研究」(1992.11)
商品科学研究所（代表：三枝佐枝子）

(5)「日本人口の高齢化とその要因の変化—国勢調査結果を中心として—」(1994.5)
山口喜一（東京家政学院大学）

★(6) 育児書内容の国際比較分析—日米英仏中五ヶ国の育児観—（1994.6）
代表：加藤恭子（上智大学）

★(7)「首都圏におけるマンションライフ—その快適な住まい方を探る—」(1995.10)
商品科学研究所（代表：藤原房子）

(8)『『日本におけるハビタット学会』の経過と『国際都市理論の展開』』(1996.3)
磯村英一（日本ハビタット学会会長）

(9)「戦時女高師卒業者のライフコース—教育と戦争の影響を中心に—」(1996.3)
湯沢雍彦（お茶の水女子大学）他

(10)「シニア男性のカジュアルウェアの調査研究—若く活動的に過ごすために—」(1996.9)
商品科学研究所（代表：藤原房子）

(11)「中山道上州路の庶民信仰と地域社会」(1996.9)
代表：谷沢明（愛知淑徳大学）

(12)「生涯スポーツの選好に関する研究—コミュニティと運動文化およびライフコー

スにおける運動選択に関する調査研究報告書—」(1996.10)
代表：伊藤滋（㈱プレジャー研究所代表取締役）

(13)「第2回ハビタット会議レポート（1996年6月イスタンブール）」(1996.11)
磯村英一編（日本ハビタット学会会長）

(14)「アメリカにおけるエイジングにともなう諸問題—第一部 意識調査—」(1996.11)
加藤恭子（上智大学コミュニティカレッジ講師）

(15)「アメリカにおけるエイジングにともなう諸問題—第二部 経済状態と健康度からみた住居選択の中について—」(1997.5)
加藤恭子（上智大学コミュニティカレッジ講師）

★(16)「食卓の風景—食事マナーの国際比較—」(1997.8)
加藤恭子（上智大学コミュニティカレッジ講師他）／比企寿美子（エッセイスト）

★(17)「地域社会におけるマナー意識とマナー行動の研究」(1998.10)
代表：牧野カツコ（お茶の水女子大学）

(18)「養子・里親斡旋問題の再検討と改革の提言」(1999.3)
代表：湯沢雍彦（郡山女子大学）

(19)「新潟県における大学＝地域交流—国立と私立の比較分析—」(2000.7)
代表：天野郁夫（国立学校財務センター）

(20)「ボランティア活動と新しいコミュニティ形成の日米比較」(2000.12)
代表：園田恭一（東洋大学）

(21)「補助金とコミュニティ」(2002.3)
加藤秀俊（国際交流基金日本語国際センター所長）

(22)「家族のゆくえ—むかし・いま・これから—」(2008.3)

第一生命財団について

第一生命財団は、第一生命保険相互会社（現第一生命保険株式会社）からの拠出金をもとに設立された一般財団法人都市のしくみとくらし研究所、一般財団法人地域社会研究所および一般財団法人姿勢研究所が、2013年4月1日付で合併し、発足した一般財団法人です。当財団は、豊かな次世代社会の創造に寄与することを目的として、少子高齢化社会において、健康で住みやすい社会の実現に向けた調査研究ならびに提案、助成等を行っています。

【理事長】

斎藤 勝利

第一生命保険株式会社特別顧問

【常務理事】

盛田 里香

(元) 第一生命保険株式会社部長

【理事】

青木 和夫

日本大学名誉教授

甲斐 一郎

東京大学名誉教授

後藤 春彦

早稲田大学副総長・教授

定行まり子

日本女子大学教授

陣内 秀信

法政大学特任教授

鈴木 信正

メデイカルスキヤニング東京脊柱側弯症センター長

日端 康雄

慶應義塾大学名誉教授

渡邊光一郎

第一生命保険株式会社特別顧問

渡辺 秀樹

慶應義塾大学名誉教授

【監事】

佐藤 滋

早稲田大学名誉教授

高島 雅博

第一生命保険株式会社常任監査役

【評議員】

秋田喜代美

学習院大学教授

飯田 貴史

第一生命保険株式会社取締役常務執行役員

石井クンツ昌子

お茶の水女子大学理事・副学長

稲垣 精二

第一生命保険株式会社代表取締役会長

大村謙二郎

筑波大学名誉教授

小笠原清基

特定非営利活動法人小笠原流・小笠原教場理事長

南部 雅実

第一生命保険株式会社取締役専務執行役員

野原 裕

獨協医科大学名誉教授

服部万里子

服部メデイカル研究所所長

松本 康

大妻女子大学教授

横張 真

東京大学教授

【顧問】

天野 郁夫

東京大学名誉教授

井手 久登

東京大学名誉教授

荏開津典生

東京大学名誉教授

加藤 恭子

仏文学者

加藤 秀俊

(元) 日本育英会会長

戸沼 幸市

早稲田大学名誉教授

湯沢 雍彦

お茶の水女子大学名誉教授