

2025年の日本を俯瞰した

調和的な社会経済モデルを探る

〈これからの10年、地域の高齢化問題にいかに向き合っていくか〉

要 旨

21世紀は世界的規模で少子高齢化が進んでいく。すでに日本では、10年後の2025年に後期高齢者が急増することは周知の事実であり、世界中が日本の行く末を見守っている。

この高齢化に伴うさまざまな危機に対応するためには、今から時代を見据えた対応を行っていかなければいけない。そのとき、考え方の基軸とすべきは人であり、地域のつながりであり、本当の心の豊かさではないだろうか。従来の発想にとらわれず、新しい価値観で、人を起点とした仕事や産業のあり方、まちづくり、「コミュニティづくり」を考えていくべきだろう。

地域の医療・介護の現場をみると、新しい取り組みは資源のない地方から生まれている。イノベーションはギリギリの苦しさの中から起こるからだ。そうした取り組みをヒントに、10年後を見据えた新しいまちづくりに活かしていきたい。

中山間地域医療機関を拠点とした 地域コミュニティ再生構想

川井真（以下、川井）…このメンバーで公開研究会を進めてまいります。基調講演では西村先生に、そして基調報告として、辻先生には千葉県柏市での活動のご報告をいただきました。それを踏まえて早川先生には、先生が進めていらっしゃる「足助プロジェクト」の概要をまずはご説明いただきたいと思えます。皆さま方のお手元にお配りしている昨年度のセミナーの資料^(*)を見ていただければ内容の詳細については分かりますが、それはまたあとでゆっくりご覧になっていただくとして、公開研究会に入る前のひとつのご報告として早川先生からご説明いただければと思います。

早川富博（以下、早川）…足助病院^(*)の早川です。昨年度に引き続きこのセミナーに呼んでいただ

きまして、大変光栄に思います。本日は西村先生と辻先生という高名な先生方と一緒に壇上上がるということで、少し緊張しております。今日は勉強させてもらうつもりでまいりましたが、前半での両先生のお話を伺って、私たちが足助地区^(*)（現・愛知県豊田市）で進めてきている仕事はそう間違っていないかのだなと感じています。これから私たちの取り組みについて少しかだけお話をさせていただきますが、公開研究会の端緒になれば幸いです。

今日は資料を何枚かご用意しましたが、まず、医療・看護というものを健康という観点からみてみると、そこには当然「望ましい人の一生と生活の質」を支えるための役割というものがあります。一方で、地域包括ケアが目指すところは何かと言えば、それは地域住民の「健康的な生活」を支えることであり、そのためには保健・予防的なことと言えば「住まい」と「生活様式」



早川 富博

そしてとりわけ「移動手段」が私たちの地域のような田舎では大事になってきます。それがなると、集いに出たり、一緒に食事や運動したりするのが大変になります。

そうした「健康的な生活」を、医療・看護、保健・予防、介護・リハビリがトータルで一体的に下支えするのが地域包括ケアの目指すところではないでしょうか。先ほど辻先生からJA厚生連にエールを送っていただきましたが、厚生連病院で「健診・ワクチン・日常外来診療」

をしつかりやっていくことが、虚弱な老人を介護に陥らせないための「肝」であると考えています。ただ、この日常の外来診療の仕方が問題でありまして、いかに医療費をけずらずに効率的に、よい外来診療を行うかが課題です。この点については、簡単に言えば、生活習慣病を日常の外来診療でいかにうまくコントロールするか、という話だと思っています。

現在、私たちの地域では、65歳以上が40%くらいで、75歳以上は20%以上だと思います。診療圏の人口は1万4000人くらいです。皆さんいろいろ仕事をなさっていますが、自然減でどんどん人口が減っています。旧足助町は、私が赴任した18年前はちょうど1万2000人くらいだったと思います。今は8000人ちょっとです。ですから、年間500人ずつくらい減っているという勘定になるでしょうか。小学校は消えていく。中学校が1つになる。そ

の中で点在する集落をどのように再構成するかが課題です。それでも最近はインターンやUターンが少しずつ増えてきて、それも行政機関の中に入ってきているそうです。これから10年先に、この地域があるかどうかといえ、たぶんあるだろうと思っています。

^{(*)4} 査を実施しました。最大の動機は、地域で認知症の人を支える気構えが本当にあるかどうかをアンケートで住民に問いたい、ということでした。100問以上の設問を用意しましたが、たくさんの方が答えてくださいました。この調査で分かったことがそこに列挙してあります(図1)。

(*)1 「平成25年度JA共済総合セミナー公開研究会 自然と人間の協働による永続的な地域社会づくり(食・自然エネルギー・ケアでつながる新たな生活基盤の可能性を探る)」(再掲、17ページ参照)
(*)2 愛知県豊田市岩神町にある愛知県厚生連が運営する病院。1990年開設。
(*)3 足助町は2005年4月に豊田中に編入。

—— 認知症の人を地域で看ることに
住民の6割が賛成

早川…高齢化が著しい地域では、やはり認知症対策は外せません。以前から生活を支えるためのアンケート調査をやってきましたが、昨年度はJA共済総合研究所の協力のもとに、少し今までとは違った観点から認知症のアンケート調

認知症アンケートの小まとめ

「認知症の人を地域で支えるための体制づくり」を目指したアンケート調査を、多くの方々の協力で成し遂げられ、有益な情報が得られました。

- 地域に認知症の人は10%弱いる。
- 認知症に関する知識はほぼ正確に持っている。
- 認知症になったら告知をして欲しい、地域に知ってほしいという意見が半数以上である。
- 認知症を地域で看ることに賛成が6割を占める。
- 認知症の人への支援を半数以上の人が可能。

(図1)

地域に認知症の人はだいたい10%くらいです。

これは自覚している認知症の人です。認知症に関する知識は、皆さんほぼ正確に持っています。どのような病名が付くとか、予防はどうしたらいいかという知識もほぼ正確に持っています。それからここが一番大事な点なのですが、田舎ならではの古い価値観が残っている土地柄にもかかわらず、「自分が認知症になったら告知をしてほしい」「地域に知ってほしい」という意見が半数を超えていたことでした。

それはなぜかという点、認知症を地域で看ることに賛成する方が6割以上もいたからなのです。そして、その半数以上の人が「認知症の人を手助けしたい」とおっしゃっています。この人たちに自分がどのような支援ができるかまで尋ねたところ、「徘徊した人を探しに行く」「話し相手になる」ことをはじめ、そのようにしながら地域全体で看ればよい、という答えが返っ

てきました。

今、地域の方にアンケート結果について説明に伺っているところですが、これはとても力強い結果だと思っていて、やはりこの足助という地域は捨てたものではない、と改めて感じています。

(※4) アンケート調査結果の概略については、川井典(2014)「認知症と地域力 三河・山間地域における認知症アンケート結果から」『共済総合研究』Vol.69に掲載。当研究所ウェブサイトを参照。

—— 10年後の地域の姿を視野に
病院としてできることを実践

早川…足助病院では「10年後までにできること」を整理し、いわゆる地域包括ケアのほかに、いろいろなことを手掛けています。

一つ目は「健康長寿のお手伝い」です。これは予防に通じる臨床試験です。先ほど辻先生の報告の中でサルコペニアの話が出ましたが、そ

のようなものを予防する栄養食品の普及など、治験介入もしています。それから、リストバンド型活動量計で運動のモニターをしています。

これは千葉県柏市と連携して取り組んでいます。また、地域で行っている様々な活動についての広報面の努力もしていますが、病院の活動を知った気象協会から熱中症計のモニターをやってくれないかという話があり、これも進めています。

二つ目は「在宅での安心生活」です。今、一番関心を持っているのは見守りシステムをどのようにつくるかということです。配食サービスや、病院に通うための地元で「バクシー」と呼んでいる乗り合いタクシーの案内もしています。

あとは病院の中で、予防教室と称する会議やロコモ教室^(※5)、脳いきいき教室や院長サロンなどいろいろなことを仕掛けています。だいたい20〜30名ずつが参加しています。

(※5) 「ロコモティブシンドローム」の略、運動器の障害のために移動機能が低下をきたした状態。

—— 人のつながりや世代交流を重視した
「見守りネットワーク」を構築中

早川…平成27年度中にやろうと思っていたのは、「見守りネットワーク」です。田舎だったら見守りの文化が十分にあるだろうと思われがちですが、実際にはそうではありません。ですから、遠くに離れた子どもたちと独居老人とをICT(情報通信技術^(※6))でつないで、その周りに協力者を得て、それを地域の見守りネットワークとしたい。地域の行政からの賛同もほぼ得られたので、この話をぜひ4月から進めていきたいと考えています。

ただし、その際には老老介護ではありませんが、老老見守り“にならないようにしたいと思っています。地域には高校生や中学生もいま

すから、世代間の交流ができるような工夫を加え、高校や中学校の先生も交えてこの話を進めていこうと考えています。その交流ネットワークに見守りシステムが導入できれば、実は世代間の見守りネットワークが構築できます。例えば豊田市から少し離れた団地に子どもたちが住んでいるとすると、その人たちとのつながりがまた再構築できます。そうすると、車の移動をするときなどにその人たちが手伝ってくれます。先ほど、NPOを作って低賃金で働くワークスタイルの話が出ましたが、そういうことも実行しやすくなるのではないのでしょうか。

なお、先ほど触れた認知症アンケート調査からは「うつ傾向の症状を持つ人で、農作業をしている人は圧倒的に少ない」という結果が出ました。このデータを地元のJAあいち豊田とJA愛知東の組合長さんにお渡ししたところ、盛んにそれを地区でご紹介下さっているというこ

とでした。このアンケートでは住民の生活背景を詳しく調べましたが、簡単に言うと足腰がいから外に出られない、だから農作業ができる、だからうつにならない、という話です。もちろん論理的には逆の解釈も成り立ちますが、現場の感覚からはそのような相関図が十分描けそうなので、現在、論文にしている最中です。もしかしたら、地域の人と人との見守りネットワークから農業を中心としたネットワークが形成できるのではないかと考えています。今、それを仕掛けているところです。

その活動の中心となるのが「三河中山間地域で安心して暮らし続けるための健康ネットワーク研究会」で、今年で5年目に入ります。その中で、地域住民と話し合いをしながら進めていきます。

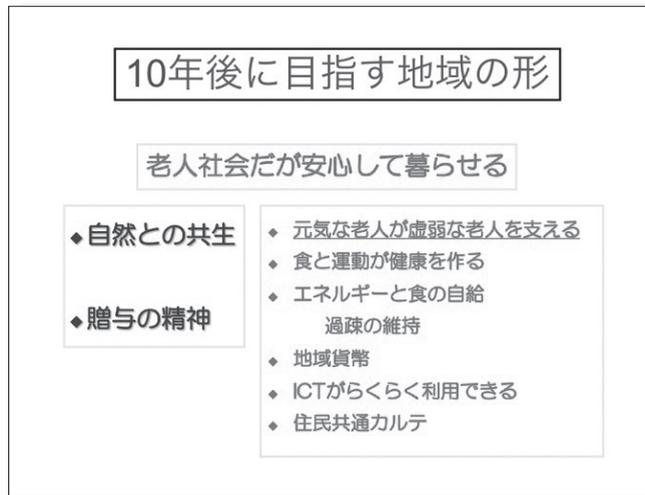
(*) Information and Communication Technology Study

10年後に目指す地域の形は

老人社会だが安心して暮らせる社会

早川：最後になりますが、私たちが「10年後に目指す地域の形」(図2)は、先ほどから話が出てるように、元気な老人が虚弱な老人を支えるという、その一言に尽きます。ただ、やはり「贈与の精神」とでも申しましょうか、相手の人権を尊重し、「その人たちに手を差し伸べる」あるいは「自分たちのためにやる」という考え方が基本になっていけばいいのではないかと思っています。

それらを推進していく中で先進的な技術をいろいろ使って物事が進めば、世の中から少しは見向きもされ、若い人が移り住んでくるのではないかと期待しています。以上です。



(図2)

医師会と在宅医療専門の診療所が 相互に補完し合える 関係づくりが重要

川井・早川先生、ありがとうございます。これで、これからのディスカッションに必要な材料がすべて出そろったわけです。さて、今の早川先生の報告で、都市と農村の比較軸のようなものが浮かび上がってきたように思います。基調報告で辻先生がお話しになった柏の取り組みは、都市型と言ってよろしいかと思いますが、それと対照的な中山間地域、へき地と言ってもよろしいかと思いますが、早川先生が活動されている地域では、地域資源のあり方や医師の数など、環境的に都市部とは大きく異なります。ただ、上辺での違いは相当ありますが、両者に共通する普遍的な価値は、たぶんお二人の先生の言葉の中に滲み出ているように感じました。

生との縁をいただいたことは非常にうれしく思っています。

ということ、少し質問も含めてコメントさせていただきます。辻先生の取り組みはこれまでも何度かお聞きしていましたが、また新たに少しずつ進歩されているようなので、以前にもこのセミナーでお話しされたかもしませんが、少し確認させていただきたいと思います。ひとつ気になったのは、スライドの「在宅医療（終末期ケアを含む）の連携のイメージ」（図3）にあった在宅主治医の役割のところ。引用元は厚生労働省かもしれませんが、「医師一人の診療所」と、あえて「一人」と書かれています。しかし一方では、バックアップの砦というものが、それが病院であり、チームで在宅をやっている先生方である、というお話があったかと思えます。

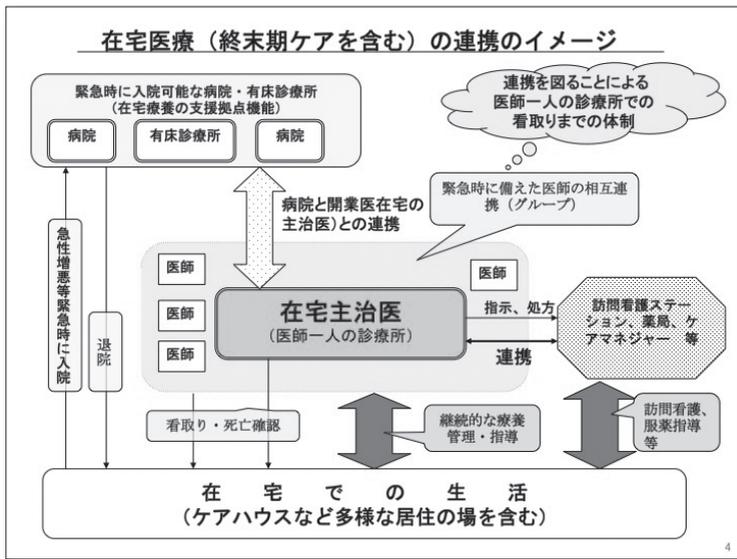
もちろん私自身も、在宅医療を進めるにあ

そうしたところも抜き出しながら、進めていければと思います。

それでは、まず真野先生から今までのところコメントをいただき、口火を切っていただければと思います。

真野俊樹（以下、真野）…はい。少し私自身のことも含めて話しますと、私は厚生連には縁がありません。医師の後期研修を愛知県の安城更生病院でさせていただきました。当時の安城更生病院は地域医療という感じではなく、急性期医療中心ではありましたが、三河地区の安城というエリアの医療に携わりました。また、これは本当に偶然なのですが、私は名古屋出身で何より足助には深い縁があって、実は私の祖父が足助出身なのです。幼い時に足助には何度も行って、足助小学校で遊んだこともあります。近所の山で栗拾いをしたこともあります。ですから、川井さんを通して足助病院の早川先生

たつてはいくつかのパターンがあると思っています。在宅専門でやるのは難しいかもしませ



（図3）



真野 俊樹

んが、高度な在宅医療をチームでやるようなあり方と、まさにここにあるような外来診療の流れの中で医師一人が患者一人の人生を看続けていく在宅主治医のあり方の、大きくは二つあるように私は個人的には思っていて、その辺りをもう少し辻先生に補足していただければと思います。

また、西村先生は前半のご講演の中で、6次産業については旧来の概念とは異なる視点で考えていることがありとのことでした。私も先

生のお話を伺って、1次・2次・3次産業というものを、人を起点にして考えるとまた違った景色が見えるのではないかと感じました。産業の分類でいえば当然、1次・2次・3次産業はそれぞれ独立した存在として捉えられますが、ある特定の個人に注目した場合には、その人が1次も2次も3次も行うことがあり得るということ、「かけ算」というお話があったかと思えます。西村先生には質問というよりも、その辺りを掘り下げていただければと思います。それでは、両先生、よろしく願います。

辻哲夫（以下、辻）…大変ポイントを突いたご質問をありがとうございます。これは非常に重要なポイントです。スライドをご覧ください（50ページ参照）。先ほど、いわば医師会をベースに医師がグルーブ化していくことをお話ししました。スライドの輪の中に、グレーの三角形で示した「副主治医機能集中診療所」と

いうものがありますが、これを私どもは「在宅医療専門の診療所」という位置づけにしています。がんの難しい痛み、小児の医療などに対応するためには、在宅医療専門の診療所がもちろん必要です。それから、かかりつけ医を持っていないまま、例えばがんで退院された方もいるので、やはり必要です。

ただ、今後の日本の医療のあり方を考えると、まずはかかりつけ医がいて、かかりつけ医がベース部分を診る。これが本来の姿であること

を明らかにした上でなければ、変な話なのですが、地域によってはかかりつけ医が本来の役割を果たすことを阻害することにもなりかねません。在宅医療専門が地域を荒らすというような表現もあり、医師会関係者からは批判もあるのですが、そのような動きにまで行ってしまおうとしたら、わが国の医療のあり方としては逆だと思います。そういうことで、あくまでも医師会の秩序の中で在宅医療専門の診療所が上手に相互補完関係に入る。これが理想だということをはっきり申し上げています。



辻 哲夫

在宅医療専門の診療所は、同行訪問などで実際の在宅医療とはどのようなかを教えてくれたり、いざというときのバックアップをしてくれたりする支えですよ。ですから基本的には、在宅医療専門の診療所には複数の医師がいるというのが本来の姿だと私は思っています。そのような補完関係で、在宅医療専門の診療所

も必要だという意味です。

しかし、都市部ではこのようにイメージできますが、地方では在宅医療専門の診療所が育ちにくいと思われます。その役割を担うのは、私は病院だと思えます。病棟にて在宅医療を勉強してもらおうということだと思いますが、在宅医療のしっかりしたレベルの人を地域の病院に置いていただき、そこが医師会と手を組んでくださることが私は理想と考えています。

(*) 愛知県安城市にある愛知県厚生連が運営する病院。

6次産業化の概念には

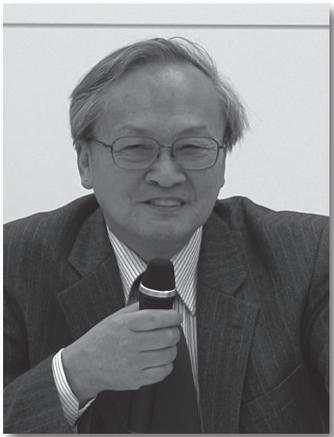
”人“を起点とした仕事のあり方や産業づくりの視点が求められる

真野…では、西村先生お願いします。

西村周三（以下、西村）…実は今から40年くらい前に、農政審の会長をなさった東畑精一先

ているように見える時間かもしれない。そうした時間を計算しないで、畑へ行って体を動かしている時間だけを測定すると、年間30日くらいかもしれない。ちょっと少な過ぎるかなとも思いますが、ひよっとしたらそれくらいかもしれません。

そうしたら、あとの残りの時間は何をしているか。これは若干想像も入りますが、昔の男の人は、野良仕事のないときは、家で酒を飲んだりしてくつろいでいることが多かったのではな



西村 周三

生^(*)が「コメ作りは30日のできる」という話をされて、大変物議をかもしたことがあります。私はその時、労働時間の中身を一生懸命調べたところがあるのです。

実労働時間について、例えば開業医さんに「何時間働いているのか？」と聞いたら、あるお医者さんは「24時間」とおっしゃるわけです。それはどうしてかという、「看取りをしないといけない患者がいるときは、24時間ずっとその人のことを考えているから、自分は24時間働いている」と言われてびっくりしたことがあります。でもそれは、「一部」真実で、「一部」寝ているでしょうか？ということも申し上げたいのです（笑）。

同じように、農業だって24時間、来年の種まきはいつするか、品種改良をどうするかといういろいろなことを考えておられる。ただ、その時間はひよっとしたら、周りから見たらぼうっとしているでしょうか。それを主に女性が補う形で働いていたというのが、稲作農家を中心とする日本農業の平均的な姿だったと思います。しかし今は世知辛い世の中で、農業だけで暮らすということではなく、いろいろなことをやります。私は兼業農家擁護論者ですが、実際問題、農業をやっている方の多くは、コメ以外に野菜も作っている。また、24時間のうち、遊びの時間あれば会社で働く時間もあり、かつ農業をやっている時間もある。6次産業の話については、そうした人間の暮らしを原点にいろいろな仕事のあり方を考えて、産業というものの配置を捉え直していく、そういう発想で申し上げたわけです。

(*) 東畑精一（1899—1983）農業経済学者、東京大学農学部教授などを歴任。

「つながり」をつくる視点で

まちや産業の配置を考えてみる

西村…もちろん、これはまちの大きさにもよると思いますが。先ほど早川先生が足助町の高齢化率の話をされましたが、たぶん足助町は2035年になっても間違いなく残っていると思います。ただし私の友人の出身地である津具村（現・設楽町）^(*)は、絶対に消滅しないとは言えない。そうすると、誰もいないところに産業も何もないわけです。ですから、これからお話しすることは、1次、2次、3次がそろそろ場所もあれば、農業だけのところもあるという前提で申し上げます。

ある自動車会社に勤めている私の親戚は、愛知県にある自動車工場の近くに住んでいます。彼らは今そこで兼業農家をやっていますが、私はどうして自動車会社の人間が、農業サイドと

皆さんのお話にも出てきましたが、いかに人と人のつながりをつくっていくかです。別に大層なことを言うつもりはありませんが、特にここ数年前までの日本は、新自由主義的な社会風潮の下でいろいろなことが切り離され、人間と人間の助け合いの関係を面と向かってはつきり言うことは恥ずかしい雰囲気すらあったように思います。例えば、お客さまは神さまです。だからお客さまが「パンだ」と言えば、「はい」と言ってお客さまを出すしかない。そうではなく、そこでお客さまに対して「パンよりもコメの方が体にいい」と言えば、「超高齢社会におけるケアにとって、咀嚼能力の維持は重要な健康維持手段のひとつだ」というような話にもつながっていきます。

そのようなつながりをどうやってつくるかという視点から、まちの配置、産業の配置を考えた方がいいのではないか。単に1次から発するの

の交流をもっと一生懸命やろうとしないのかとずっと不思議に思っていました。どうしてかというところ、農業サイドの方はしばしば、「日本人があまりコメを食わなくなってよろしくない」という話をされます。私もその意見に賛成ですが、それならコメを食べさせる工夫をしようということ、6次産業が出てきたと私は思っています。そういうアンテナを立てておけば、コメは面倒くさいからパンの方がいいと言う消費者にコメをもっと簡単に食べさせるような工夫をする。あるいは、噛むことはすごく大事な健康維持の手段でパンばかり食べていると歯がどんどん弱くなって将来大変なことになるということをきちんと伝えられる人がそこへ行く。例えば、自動車会社が運営する農業会社のビジネスプランが出かけていって3次産業でコメを売るような、そうした一連の流れをつくっていくことができると思うのです。

ではなく、1次から2次、2次から3次へとどうやって働きかけていくのかを考える。そして3次の消費者とコミュニケーションを図り、いろいろな意見を汲み取る形で6次産業に進化を遂げたい。そういう趣旨で問題提起をさせていただきます。

(*) 2005年10月に設楽町と合併。

何歳になっても働き続けられる

社会形成のためにも

6次産業化の視点は大事

川井…6次産業化というキーワードが出てきました。これはまさに町田理事長が農林水産省時代から意識されていたテーマでもあります。何かコメントはございますか。

町田勝弘（以下、町田）…西村先生、大変的確で新しい視点からのご指摘をいただいて本当に



町田 勝弘

ありがとうございます。私が今日お話を伺って感じたことを申し上げます。

「65歳になったら高齢者・リタイヤではない。社会参加や運動・食事が大切」というお話や、「65歳になっても、74歳までは働く」というお話がありました。それぞれのお歳でできることがあると思います。

6次産業化で1次、2次、3次といったときに、確かに「ものを作ればいい」というプロダクトアウトのような発想ではもう駄目で、お

でも何でもいいのですが、生産した物をどう加工し、販売に乗せていくか。そのためにどのような連携をしていくのが大切だと思います。こうした取り組みが進んでいけば、西村先生がスライドにお書きになっていましたが、やはり法人化も要るだろうし、そのための出資も要るのではないかと。その一助になるよう「農林漁業成長産業化ファンド^(*)」もできています。

私は、それぞれの年代の方たちのそれぞれのいろいろな経験が活かせるようなお仕事が、1次、2次、3次の中にまだまだあるのではないかと思います。高齢者が社会に役立っていると感じながら働くことのできる場をつくっていくためにも、6次産業化は大事だと思っています。あと、西村先生にひとつ補足をしています。たいのは、スライドの中で「衛生面でも、以前よりずっと厳格な管理が求められる」というこ

指摘（35ページ参照）がありました。その点をもう少し教えていただければと思います。

西村…これにはあまり深い意図はないのですが、これからは間違いなくリスクマネジメントなどの話が出てきます。また、6次産業においてはやはり、「土に根ざした」ということの大切さがあると思います。ここについては、実は早川先生をイメージしながら、健康な食品を作るというのは食べ物の中だけではなくて、もっと広げて食育のようなどころまでを考えたリスクマネジメントを、という意味で書いておきました。

要するに、安全な食品を作ることを超えて、「安全な食品が最終的に人間の口の中に安全に入っていくまでの管理」という意味です。つまり、1次の安全、2次の安全、3次の安全を、総合的に「安全」という面からも一緒に考えていく必要が出てきています。しかし、まだそこま

た。があり、若干の課題提起を含めて申し上げます。

(*)10ファンドの運営は、株式会社農林漁業成長産業化支援機構（AFME）が行っている（2013年2月開業）。

資源のない地方でこそ イノベーションは進んでいく

川井…ありがとうございます。真野先生から質問がありそうですね。どうぞ。

真野…ありがとうございます。6次産業というと、1次・2次・3次産業の中の「3次」の部分だけが「4次、5次…」と高次化していくイメージで捉えていましたが、それはちょっと違っていきそうだというお話は考え方としては分かります。

そこで西村先生にあえてお聞きしたいのですが、今までの産業の高次化は、どちらかと言うと2次産業のところ

入ってきて進んできましたよね。例えば今後、3次産業のところでハイテクも含めたいろいろなものが入ってきたとします。医療の分野などは典型的ですが、仮にそうなったときに、先ほどの増田寛也先生(*10)の話に少しかぶりますが、都会でいろいろなニーズが発生すると思うのです。特に介護や医療の分野では、あまりよい言い方ではないかもしれませんが、あるサービスに対するニーズが発生したときに、それらが公的保険の範囲内で価格が一緒であれば、地方と比べてわりあい経済的余裕がある都会の消費者は高度な技術を選択してくると考えられます。そうになると、やはり地方と都会に格差が生まれ、地方にいる介護者などはそうした新しい技術の集まる都市部に吸引されはしないでしょうか。つまり、3次産業の部分に少し最先端のものが入ってくると、それを求めて都市部への人の流れが起きるのではないかと懸念というか、

感覚を持っていますが、いかがでしょうか。西村・そうはならないと思います。例えば、辻先生が先ほど報告されたような話は、従来の延長線上での展開ではなく、まさに「イノベーション」という表現が相応しい内容だと私は思っています。病院中心の医療から在宅へ、主に家で見ていく医療に転換しつつある新しい動きです。ここでは、本当の人間らしい医療の提供が始まっています。ただ柏モデルは全体の中では特殊な事例であり、これは後で辻先生にも補足していただくとありがたいのですが、私の印象では、都会よりも地方の方がいろいろな取り組みが進んでいるように感じます。東京のようにあまりにもたくさんさんの医療機関があるところでは、そうした新しい動きが見つかりません。むしろ資源のない地方の方が新しい動きを進めています。

れて、その後、私が別の機会に行つて勉強させていただいた東近江の「三方よし研究会(*11)」は、「多職種協働」の最先端を行つています。しかもここは、私が重要な鍵だと思つている、いろいろな人間の「顔の見える関係」と「ICT（情報通信技術）」の両方をうまく使つているのです。ICTを本当に上手に活用し、医師、看護師、OT・PT(*12)、ヘルパー、介護従事者のみんながコミュニケーションをとりながら、例えば一人の90歳の高齢の方を、最期は看取りになります。が、「この後どのように見守つていくとよいか」ということを情報交換しています。私はこれを見ていて、本当に最高の医療、あるいは最高のケアが提供されていると感じました。

もちろん、日本だけが進んでいるという言い方をするつもりはありません。認知症のケアも、まだまだ世界から勉強すべきことはいろいろあります。しかし今の日本には、認知症のケアに

関してもものすごく進んでいる地域があり、それは決して東京、大阪、名古屋という大都市ではありません。まったく支援がないところでは難しいと思いますが、東京のように大病院から何から何までみんなそろつている地域で、イノベーションが起きるわけではないのです。例えば、昨年度のこのセミナーの公開研究会の小冊子(*13)を拝見しましたが、そこで取り上げられている事例のように、地方ではそれはかなり起きていると思つています。

ここでは医療・介護の事例を申し上げましたが、おそらく他の事例でも地方のほうが、取り組みが進んでいると思います。ただ、地方という言葉は難しく、ほとんど人がいないところから、10万人、20万人いるようなところもあり、ちよつといい加減な言い方ですが。

(*11) 東京大学客員教授、元総務大臣、元滋賀県知事。

(*12) 「東近江地域医療連携ネットワーク研究会」ともいう。「患者よし・機関よし・地域よし」の三方よしを目指して、平成19年度から、毎月1回、圏域内の病院・診療所・介護施設・公共機関との関係者が一堂に集まり、「顔の見える関係づくり」を行っている。(滋賀県ウェブサイト参照)
(*13) Occupational Therapist 略称、作業療法士。
(*14) Physical Therapist 略称、理学療法士。

—— 苦しさの中から生まれた知恵が
「日本の未来」をつくっていく

辻：都市の高齢化は日本の大きな課題です。日本の著しい経済発展は、それに対応する急速な人口移動を生み出したのです。ですから今度は、著しい経済発展の拠点がごそつと、大変なことになります。柏の取り組みは、たまたま東大のキャンパスがそこにあつたからやっているのであつて、西村先生のおっしゃる通り特別な例だと思えます。

くしくも今日は3・11ですが、東大の海洋センターが岩手県大槌町にあります。大槌町はい

なことを言うけれども、そもそも介護してくれるマンパワーがあまりない」と言うわけですね。しかも開業医も少ないのです。陸前高田市の場合、多くの開業医が亡くなられて、残った開業医が必死にやっているのです。在宅医療を担当する医師がそもそもいないのです。ですから「自分も外来が忙しい。在宅医療をやらなければいけないけれども、手が回らない。どうしたらいいのか」となった。そんなとき、陸前高田市の高田病院の前院長で、石木幹人さんという医師が、「地域にはお年寄りがいる。お年寄りが支え手にまわるからこそ日本の未来ではないか」とおっしゃった。また、医師不足を解決するには、もうICTと訪問看護しかないのです。「画像で判断して、訪問看護師にやってもらおう」。被災地で必死にやっている一人の開業医の口を突いた言葉でしたが、西村先生のおっしゃる通り、イノベーションはギリギリのところから出

れば東大の盟友です。その大槌町が被災して本当に大変なことになったので、私たちは大槌町やその近隣の釜石市、陸前高田市を応援しています。私も被災地に出たり入ったりしているのですが、実は被災地の未来というのは、まさに日本の未来といっても過言ではないのです。まづ病院が流されて病床がなくなつた。どうするか。高齢化は進んでいるということで大変苦しんでいます。病床をそれほど確保できません。結局、在宅医療を含めて何も無くなつたところから日本の未来をつくろうではないかということとで、取り組むことになりました。

以来、現地の方とずつとやり取りしてきましたが、その中で非常に印象的だったことがあります。それは何かというと、私たちは申し訳ないけれども、そうした疲弊した地域できれいごととに近いあり方論を話すわけです。そうすると、あるケアマネジャーさんが来て「辻先生、そんなくるのだと、私もそのとき本当にそう思いました。

少子化対策もそうです。都市部のように雇用機会や所得水準がなくても、「その地域が好きで、そこに住み続けたい」という地域をつくつたところが生き残るのだと思います。だから私は、「日本の未来は地方にある」という言い方が適切かどうかは分かりませんが、先に苦しんでいるところから未来が拓かれると思つていて、西村先生とまったく同じことを考えています。真野・イノベーションが地方から起きることと、非常に示唆に富むお話をありがとうございます。ございました。

川井：今のお話を聞いていて私は、かつてプラグマティズム(*)の社会心理学者のミード(*)が、「I (主我) と Me (客我)」と表現していたものを思い出しました。彼は二種類の自我、他者の期待をそのまま自己に投影しただけの「me (客



川井 真

感覚のなかでは絶対に起こらないことかもしれないですね。それを考えると、今の都市部の状況にもっと危機感をもって、その先にあるものを見据え、今から準備をしておかなければいけないという気がいたします。

(*15) 実用主義、道具主義、実務主義と訳される。

(*16) ショーン・ハーバード・ミード(1863-1931) 社会心理学者、哲学者、思想家。

日本の21世紀はいかなる時代か。

将来に備えるため、

今の時代を改めて見つめ直す

我」と、その客我に対して能動的に反応する「I(主我)」という自己意識に関する理論を発表したわけですが、この「I(主我)」こそが、いわゆる世間でいう「創発」とか「イノベーション」を生み出す源泉であり、それは本当に重大な局面にぶつかったときに人間に目覚める。まさにそうしたことが起こっているのではないかと思います。

確かに、資源がたくさんあり過ぎて、人もたくさんいて、誰かがやってくれるだろうという

川井..ここで皆さまと少し意識を共有したいと思えます。今、私たちが置かれているこの時代には、「在宅医療」「ケア」「まちづくり」の問題などが全部入ってきています。特に西村先生がお話くださった人口問題などは、今すぐには何も起こらないが、確実に超高齢社会は深化

し、相当なインパクトを社会にもたらす。ただ、あまり先を見すぎて慌ててもいけないというお話もありました。

10年後の2025年問題を意識して今やるべきこと、さらにその先を意識して始めなければならぬこともありそうです。会場の皆さん一人ひとりが、そのための準備のようなことを考えるための前提として、少し想像力や感性を研ぎ澄ませて、過去・現在・未来を見渡した高い視座から、今というこの時代を見つめ直す必要があるように思います。

そこで、今の私たちが立っている日本の21世紀という時代はいかなる時代なのか。そしてなぜ今、このような議論をしているのか。そうしたことを念頭に置きながら、先生方からコメントをいただければありがたいと思います。西村先生から順にお願いいたします。

—— 将来の高齢化を踏まえたとき、

「日本では65歳は高齢者と言わない」

という発想の転換が必要

西村..前半の講演と同じような話で恐縮ですが、実は地球的規模で高齢化が進んでいます。これから中国、韓国が日本の後を追ってすごい勢いで高齢化します。世界の人口統計を取ってみると、間違いなくすごい勢いで世界中が高齢化していきます。

ただ、今言ったことは65歳以上を高齢者とする定義での話であり、私は日本に関しては「65歳は高齢者と言わない」という問題提起をしているのです。もともと自分が65歳を超えたから言っている節はありますが(笑)。65歳、75歳、85歳、あるいは90歳、100歳としても正しい定義とはならない。90歳以上のところは、なかなかイメージしにくいので、実は今、90歳、

100歳の人の家計がどうなっているかという調査を始めているのですが、まだまだ分からないことがたくさんあります。

アメリカでは100歳以上の研究がすごく進んでいます。ただしそれは、100歳になっても超元氣な、日本で言うところ、例えば日野原重明先生(*17)のような方だけを対象にした調査です。普通の一般庶民はおそらく、這いつくばって苦しい時期もあれば、元氣で走ることができない時期もある中で暮らしています。総人口で見るとアメリカは日本の2.5倍くらいあるのですが、100歳以上の方の絶対数については、あと数年もすれば日本が米国を超えます。一方で、イラム圏に目を移すと、ここは少子化が進んでいなかった地域なのですが、最近の動きをみるとやや少子化の兆しが出てきています。もちろん、まだ世界人口と食糧との関係の議論に影響を及ぼすような変化ではないと思われま

すが、兎にも角にも世界中が少子高齢化に進んでいくことだけは確かです。そうすると、例えば2050年くらいをイメージするとき、頭の中でのいろいろな発想の転換が必要になってくるはず。だから先ほど申し上げたように、世界の先頭を切って高齢化が進んでいる日本では「65歳は年寄りとは言わない」という問題提起を今しているのです。

ただ、高齢化が深まるにつれていろいろな問題が生じています。最近、ピケティ(*18)が話題になりましたが、日本の場合、富の半分以上を60歳以上が持っています。それが世代全体に及ぼす影響がどうかという問題があります。これは本当に深刻な問題で、最近では亡くなる人のお金はまた年寄りが相続するという笑い話があるくらいです。そうしたらいつまでたっても若い人にお金が行かないので、どうするのかという話が出てくるのです。というわけで、通り一遍の回

答で恐縮ですが、私としては21世紀という時代のキーワードは、「高齢化」です。

(*17) 聖路加国際病院 名誉院長 (再掲)
(*18) トマ・ピケティ、フランスの経済学者、パリ経済大学教授。

—— 高齢者が元氣に生きていくためには

75歳まで働くという

大パラダイム転換が急がれている

辻:「21世紀は高齢者の世紀」という言葉があるそうです。世界中が高齢化するのです。日本という国は、これまでもいろいろな意味で国際的に活躍してきたけれども、今はこの「超高齢社会」ということで世界に注目されています。これの克服に成功したら、かなりのプレゼンスですよ。逆に失敗したら、正直言って東アジアは絶望するのではないかと思います。「経済発展の未来とは何なのだ？」という話ですね。その意味で、21世紀は高齢者の世紀であっ

て、日本がこれをどう乗り越えるかという話です。この話を、今日のセミナーのタイトルにもある「2025年」をターゲットとしてするならば、本当に目の前までやってきている話が後期高齢者の急増という問題です。2025〜40年という時期をどうしのいでいくか、ということ。大都市圏では病院で受け止め切れませんか、まず「医療地獄」ともいべき状況がやってきます。そして長生きをしますから、次に要介護になるわけです。医療地獄から始まって、次は、介護地獄というシナリオです。このシナリオをどう変えていくかというのが今世紀最大のテーマです。

そのような状況がある中で、ベースとしてはともかくできる限り医療のお世話にならないように、元氣を維持する。その典型が、「働く」ということです。生活習慣病で失敗しない限り、

75歳までは普通の体力を持っていますので、7日フル稼働でなくてもいいけれども、75歳までは働くことを基本にする。これはもう緊急の課題です。一番いいのは「地域で働く」ことです。地域で、若い人の労働を阻害しないように子育て支援をし、高齢者のケアをする。体力が必要な仕事は若い人がしますから、実際には生活支援です。見守り、相談、食事のデリバリーなどさまざまなお世話をする。このようなことに多くの人が従事して、それで地域では一人前なのだという考え方で。

生涯、自分の肩書きだけで生きるにはあまりにも長い人生です。75歳、85歳になったら名刺は関係ないですよ。したがって、もう名刺は捨てて、地域で生きる。そのような大パラダイム転換がかなり急がれます。その意味では、私を含む団塊の世代が全体的にどうも、しょぼんとしているような気がします。疲れたのか、しら

けているのか、ちょっと分からないのですが(笑)。団塊の世代が65から70歳台に向けてどうするか、ということが1点目です。

——我々自身の考え方、価値観を心豊かに変えていかなければやってくる危機は乗り切れない

辻：二点目ですが、『病院の世紀の理論』^(*)という本の中で「病院の世紀の終焉」ということを書かれた方がいます。病院が悪い、という意味ではありません。病院を否定する必要はないけれども、病院中心の医療から生活を支える医療へシフトする。病院はそれを支えるためにあるという大転換です。

実は時間の関係上、基調報告では割愛しましたが、私が最後に紹介したかった言葉があります。それは、地域包括ケア研究会の座長である慶應義塾大学の田中滋先生がまとめられた報告

^{(*)20}書の「地域包括ケアの一番下の土台は本人、家族の選択と心構え」という言葉です。意識して

に本質的な問題があります。三点目です。人口は必ず減ります。「人口モメンタム」と言うそうですね。要するに、合計特殊出生率が明日2・07に戻ったとしても、2070年くらいまでは日本の人口は減り続けるのだそうです。私は悲観主義ではありませんが、かつてのような昨日よりも明日、明日より

説明すると、こうです。病院で看取りをすることが難しくなる地域がでてくる中で、これからお医者さんも来る。看護師さんも来る。介護士さんも来る。特に頻繁に来なければいけないのは介護です。最期に必要なのは介護士さんです。ヘルパーさんが来て寝る前に「お休み」と言う。次の朝に冷たくなっていたとしても、それは孤独死と言わない。本人が選択した尊厳ある生き様であり、その子どもを親不孝とは言わない。地域はそれを理解する。そのような本人、家族の選択と心構えが必要だということをおっしゃっているのです。その意味では、やってくる危機に対して、我々自身がどう変わるのかという座標軸を入れなければ、乗り切れない。2025年問題を考えるとき、まずそこに非常



も明後日と、どんどん所得が増えていく世界を夢見るわけにはいかないのです。調べてみたら日本で長期間人口が減った時代はないのです。江戸時代は横ばいです。その横ばい状態だった江戸時代はどうだったか。江戸時代はともて文化的なりサイクル社会であり、日本特有の素晴らしい文化も育ちました。

それを「内向き」と言ってしまうばそれまでですが、我々にとつて本当に住みよい社会とは、そのように人と人が触れ合い、につこり笑っている社会です。本当に心豊かな、というのはこのことです。そういう価値観に変えていく必要があると思います。そこへ価値観を変えないと、政治もなかなか大変だと思えます。とにかく経済発展しなければならぬと言われ続けたら、きついですよ。その意味でも、我々は新しい価値観を持つという座標軸をつくっていく必要がある。これは緊急にとまでは言わないけれども、

早川…私も、たぶん20年後に地方は残ると思っているのです。先ほどのお話にあったように、本当に困らないとイノベーションは起こりません。それはまさに真実でして、奥三河の津具村までいくとなかなか難しいかもしれないけれども、それでも生き残れる可能性はあると思えます。

私たちのところも、困っているからこそいろいろなことを仕掛けていくわけです。うちも病院ですが、東京にある病院とはだいぶ違いますので、「生活全体で地域につながっていく」という形にならざるを得ない。今までの医療の診療報酬体系の下でも、ずっとそのようにやってきましたが、本当に困ると必然的にそうならざるを得ないようになっているのです。

変な言い方ですが、地方が疲弊しないと力が出てこないのです。けれどもやはり、そこに一定の数のやる気のある人たちがいなければ、潰

そこから始めなければいけないと思えます。

私はそのスタート地点こそが、地方だと考えています。地方が「そこへ住みたい」という「地域」をつくる。おそらくそれは、ピカピカした経済の社会ではないと思えます。そのようなモデルをこれからつくることが時代の先取りであり、日本の未来をつくることだと私は思うのです。

（*19）猪飼周平（2010）有斐閣。著者は一橋大学教授。

（*20）地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書」（2014年3月。厚生労働省ウェブサイトを参照）

—— 地方の力を発揮させるためには、

やる気のある人の存在と

行政の後押しが必要

川井…ありがとうございます。では、エールを送られた地方の立場から、早川先生、一言お願いします。

れると思います。また、やる気だけでは如何ともしがたいので、ある程度はモノやお金がついてこないといけないと思えますが、そこはやや地方の行政力だと思っています。私たちは10年くらい前から、今の地域包括ケアとほとんど同じことをやっていたのですが、昨年くらいから豊田市の行政が「足助でこんなことをやってみませんか」と、大変後押ししてくるようになってきました。この変化は何だろるかと考えたら、たぶんそれは、地域包括ケアを地方行政がやる法律ができたからなのです。これはすごく大きな力になっています。

もつとも、ここで少しだけ恨みがましい話をしますと、2000年に介護保険が始まる前、私たちは介護職も全部含めた電子カルテ風の地域連携をやっていたのです。足助バージョンの福祉カルテを共有して作っていました。それを実際にやってみて、すごくいい感じになっ

たなあと思っていたら介護保険が始まりました

(笑)。福祉カルテは、病院と社会福祉協議会と何とか…というように、3町村でぐるぐると連携してやっていますから、介護保険が始まる時、それは困り込みだからやめてくれと言われました。介護報酬を申請するためのいろいろなソフトがあり、せめてそのソフトだけは一緒にさせてほしいとお願いしたのですが、それも一緒ではない方がいいと言われました。それが今は「連携」とおっしゃるのです。法律が定められると、それをかいくぐって悪いことをする人がたくさん出てきたりしますので、何かやむを得ない事情があるのかもしれませんが、やっと時代が「連携が大事だ」となってきました。これからサービス付高齢者向け住宅が増えてくると、いろいろなサービスが出てきて、法律が追いつかないと大変なことになるとは思います。そこもやはり地域が本当に困らないとしっかり

対応できません。

もうひとつは、柏の例でも足助の例でもそうだと思いますが、行政と医師会が一体となっているところは、すぐうまくいくのです。こちらは豊田市と合併してもう10年がたちましたが、ようやく同じ形態がとれるようになって、多職種連携が機能するようになりました。今では私たちとヘルパーさん、ケアマネジャーが話をするのはごく普通です。地方だとそれをやらざるを得ないわけです。医療資源も介護資源も少ないわけですから、本当に困ると、それが必然的にできるようになるわけです。

しかし、同じ愛知県でも名古屋市の場合は、すごく大きいのでまともでないのです。例えば、名古屋市緑区に鳴子住宅というところがあります。実は内閣府の予算のもと、この高齢者と足助の高齢者で認知症の調査等に取り組んだことがあります。そのNPO

の方たちとは仲良くできるのですが、いざ一緒に何かをしようとすると、様々な条件をクリアしないとできません。認知症の調査の場合、足助は1万5000人くらいに調査票を配り、9000人くらい返事があり、そのうち6000人くらいが高齢者でした。鳴子住宅の場合は住民が5000人くらいいらつしゃるのですが、そこに調査票を配ろうとしたら、大学の先生が「配れません」と言うのです。なぜかというと、保健所長を通さなければいけない、自治会長を通さないとへそを曲げる、ということがあるからです。その地域に既存の勢力があるうちは、イノベーションが起りにくい。むしろ過疎化した地域の方が、イノベーションが起りやすいと思います。そういう場所はたくさんあります。ですから私は、まず過疎地域でイノベーションを起こして、それを都会型へ落とす方が早道ではないかとさえ考えています。

—— 向こう10年のうちに

再生する地方は再生し、
都会から移住する人が増えるだろう

早川…もうひとつ言えば、人口が減って高齢者が増えても、田舎に住んでいますから全然怖くないのです。都会だと、すごく脅威です。東京駅や名古屋駅などを歩いていると人がたくさんいますが、過疎であると人口が減ってもそれは普通なのです。東京は異常に多いと思います。私は、日本の人口は7000～8000万人くらいに、もっと早く減った方がいいと思っています。しかし、今は1億2000～1億3000万人のレベルでいろいろなことが成り立っています。行政もすべて肥大化して、がんじがらめに縛られています。ですから、せめて地方からイノベーションを起こそうと思ったら、規制をかなりドラスティックに緩和する

必要があるだと思います。

こういう例があります。10年前に農水省の補助金を使って地域の田畑を整備しました。そうするといろいろな規制があつて、そこに住宅を建てて活性化しようとする、それはノーとなるのです。「補助金を使ったから、その宅地化は絶対無理です」と。地方できちんといろいろなことを考えているのだから、もっと規制のレベルを下げて、それを縛らない方がいいと思います。全部がそのような規制で固まっています。何ともならないのです。足助町が豊田市に入つた時に、私はいろいろな意味合いから、今の特区のようなものを申請してほしいと市に申し入れたのですが、そのとき市の担当者には「足助町時代にやっておいてください。市になってからは困ります」と言われました。しかし、10年たった今では「ちょっと特区を申請してみようか」という話になってきているのです。

ないと思います。地方は、向こう10年のうちに再生するところは再生すると思います。たぶん都会から移住する人が増えてくる。東京都や埼玉県や千葉県に住むよりは、地方へ移った方がよほど幸せに暮らせるのではないかという気がします。ある一定の期間は人口が減っても日本はバラ色になる。

私はよく震災の話をするのですが、ここ東京で震災に遭ったら悲劇的です。足助へ帰れない。帰れば何とか食べられるわけですが、新幹線に乗っている最中や、今ここで地震が起きたら私は路頭に迷うわけです。少なくとも、名古屋にいた間に震災が起きれば帰れます。みんなが助けてくれるし、コメも野菜もある。肉もイノシシを食べればいいという話になるので、まったく困りません。ところが大都市にいると、たぶん助からない。けれども、東日本大震災から4年たった今でもまったくそのことに気がつか

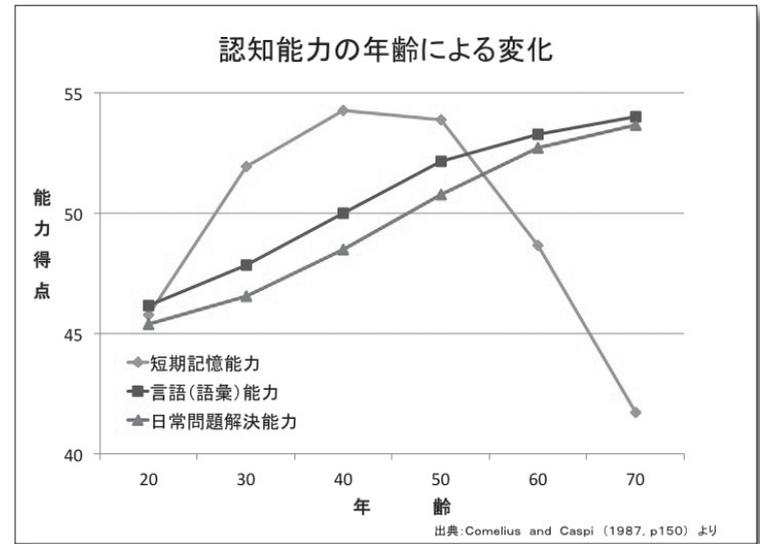
このように、やはり行政が動かないと何もできないのです。逆に言えば、先ほどの辻先生のお話にあつたように、医師会と行政が動けば地域包括ケアはすぐうまくいくのです。それは間違いありません。だから、行政にどれだけ力がためられるかです。別の言い方をすると地域包括ケアについてうまく行政にエデュケーションできるか、ということがこれからは大切です。ここでいう行政とは地域の行政です。幸い、豊田市は中核市なので、優秀な行政マンが多いのです。だからこそ動くのですが、小さな山奥の行政に話を持っていっても、「そんなことはとても無理です。できません」となる。「私らが全部ノウハウを提供しますから」と言ってもやれないのです。そこで、例えば東海地方局にいる人たちがそこへ出向してくるとか、いろいろな試みも行われていますが、まんべんなくやるのは難しいのでしようから、やはりうまくいか

ないのです。

TPP（環太平洋連携協定）の話も同じです。グローバル化していいと思つているけれども、本当にそうなのか。地域が残れるのはイノベーショナルだけではなく、エネルギーと食を地域である程度つくれるからです。足助地区、豊田市はたぶんそれができます。でも、ほかの地区ができるかどうか。輸送のことも考えて、ガソリンがなくなっても何とかやれるかどうか。エネルギー自体も、原子力やそうしたものに頼らずに、バイオマスや水力などを全部統合して、一定の地域で、例えば西三河地区などでやれるかどうかという話です。そのような視点でこれからは物事を捉えていかないと、よい環境にはなりません。

そのためには先ほどから出ているように、近い将来の話としては、私たちの世代が75歳くらいまで、あと20年くらいしっかり仕事をするこ

とがとても大事ではないかと思っています。そうすれば、よい社会をたぶん残せると思います。川井・早川先生、ありがとうございます。話の流れが今日のセミナーの求める方向に進んでくれています。お話を聞きながら西村先生にご用意いただいた「認知能力の年齢による変化」(図4)のグラフを見てみると、年齢がいても捨てたものではないなと思います。確かに高齢化が進んだまち、あるいは地域であっても、自分たちがやれることを考えて仕事を割り振ってあげば、いろいろとまだできることがある。かえって年齢の高い人の方が能力を発揮できるような仕事も、これから工夫していけばいくらでもありそうだという元気が湧いてくるグラフだと思います。



(図4)

21世紀に残るためには

「何が大切か」に気づくことが大切

川井…さて、今のお話の続きで、先ほど早川先生から「豊田市はまだ何とかなるけれども」というお話がありました。実は早川先生の足助病院の診療圏の中には結構厳しい地域があります。私は先日、町田理事長と一緒にその厳しい地域の祭りに見に行ってきました。設楽町、東栄町、豊根村という山奥深い、いわゆる三遠南信という地域です。そこでの祭りの光景を見ていて、まだまだこの地域は消えないのではないかと私は感じたのですが、町田理事長も何か感じるところはありませんでしたか。

町田…私もまったくそのように思いました。先ほどの早川先生のお話を伺い、21世紀に何が残るのかと考えたときには、本当に強いものや基本的なものの、普遍的な価値のあるものがたぶん

残っていくのだと思います。西村先生もおっしゃっていましたが、それは食であり、仕事でいえば農であります。また、辻先生がお話しされたように、経済的な貨幣価値だけでは計算しきれない地域のよさ、お互いに支え合って助け合うつながりです。

こうしたものが残っていくと思います。東日本大震災が発生した4年前の今頃は、皆さんが食べ物は大変だと強く感じていたと思います。しかし、風化という言葉がいいかどうか分かりませんが、今は少しそれが薄れているように思えます。私自身も含め、これからは「何が大切か」に気づくかどうかの期間になるのではないかと思います。

私は奥三河で『花祭り』を見せていただきました。伝承の力もあるでしょうが、お子さんからお年寄りまで、老若男女が夜の7時、8時から朝の7時、8時までずっと踊り続けていて、

本当のつながりというか、力を感じました。よく川井研究員は「人間力」や「地域力」ということを言われますが、そういったものをすごく感じましたし、そうした人間力や地域力があるところは残っていくのだろうと実感しました。セミナー冒頭のご挨拶の中で「地域に入って地域の方々と実証的な研究を行うことを大事にしていきたい。豊かな安心して暮らせるまちづくりのために、当研究所としても少しでも貢献していきたい」と申し上げましたが、まさにそうしたことを痛感しました。

(*21)三河(愛知県東部)、遠江(静岡県西部)、兩信州(長野県南部)地域の総称。

—— 地域包括ケアにおける

「本人、家族の選択」とは何か。

自助との違いを検証する

川井…真野先生からも一言いただけますか。

のとおり方などについて、辻先生、西村先生のお考えをお聞かせいただきたいのですが。

—— 生活の場で、その人らしく

笑顔で生きることを考えていけば

「選択」はおのずと生まれてくる

辻…お答えになるかどうか分かりませんが、お話ししたいと思います。

「自助・互助・共助」と言うとか硬い話になってしまうのですが、私には、在宅医療は日本の未来にかかわるという確信をもって仕事をしています。それはどういうことかとというと、日本では生き死にと医療の関係が非常に深いのですが、結局、病院医療というのは「治療をして治すところである」という定義は外せないと思います。早川先生の病院は別ですよ。病院という名の地域のセンター化をしているわけですから。私もこれからはそうあるべきだと思いますが、いわ

真野…今回、私はあえてシンポジストの先生方に、挑戦的な質問をするような立場で臨ませていただいております(笑)。そこでちょっと恐縮なのですが、先ほどの地域包括ケアのところ「選択が重要である」というお話に関連してひとつ質問です。私も自分の書いた本などで、いわゆる「お仕着せ医療」は間違っていて、これからは病院医療からケアの時代が変わっていく、ということをよく書いています。ですがその一方で、仮にそうなっていくと、この「選択」という部分が少し誤った受け止められ方をされかねないと思うのです。何を申し上げたいかというと、先ほど西村先生が触れられたいわゆる新自由主義の方たちなどは、「自助」という側面に非常に反応するわけです。ある程度自らが選択しなければいけないという話になると、その分、自助のウェイトも増してくると思われませんが、選択と自助の関係性というかバランス

ゆる狭義の病院については「病気を治すところ」です。そこに身を置く救急医であれば、「来たら助けるために全力を尽くす。これ以外の選択なんて100%あり得ない」と言います。来たら助ける。これによって、救急医は崇高な仕事をしているわけです。それが病院ですよ。したがって、「自分がどこに身を置いて、どのように生きたいのか」というのが私は選択だと思います。しかし最近、最後に胃腸を付けるかどうかというような狭い意味での選択の感じが出過ぎてしまって、自己責任というような硬い言葉が使われたりもします。

今日は西村先生の勢いに乗ってあえて言いますが、私は医者ではありませんが、ずっと30年間ほど在宅医療に注目してきました。病院から家へ帰って家族がまず何をするかというと、食べさせようとするのです。家では好きなものを、おいしいものを食べさせてあげたい。家族とし

て、病人においしいものを食べる喜びを味わせようとしているわけです。そこで食べられなくなったら、そこでの選択は「もうこれでいいです」ということになるのかもしれませんがね。

おそらく真野先生は、あえて医療の意思決定論に絡めてお話しされていると思いますが、要するに、場の選択というのがきわめて重要だと思えます。「本人、家族の選択と心構え」というのは、一義的には「場の選択」だと私は思っています。その中で我々は、在宅で、生活の場で、笑顔をもって生き続けるという幸せを追求する。その結果、「医療の選択」が起こると私は考えています。したがって、「家へ帰らなければいけない」ではなく、「生活の場で、その人がその人らしく笑顔で生きるにはどうすればいいのか」と考えていけば、おのずからさまざまな選択も起こってくるでしょう。そういう意味では、自己責任といった重たい感じでは捉え

ていません。

—— 選択の自由を前提にしながらも

正しい選択の方向に導くために

さまざまな工夫を凝らすのがプロ

西村・真野先生と早川先生と意見が異なるかもしれないですが、ちよつと違う角度で家庭医の話をしたと思います。例えば患者さんが風邪を引いて、「熱が出て頭が痛いので薬をくれ」と言ってきたとします。それに対して、お医者さんから「薬を飲む選択肢もあれば、飲まないで家で寝ているという選択肢もあります。あなたの自由です」と言われたら、「これはお医者さんか？」と思いますよね。ところが今の世の中、資本主義が医療にまで入り込んできて、そうしたことに答えないといけないようなプレッシャーがお医者さんにかかっている。昔のお医者さんのように例えば「黙って家で寝ている」

と言ったら訴えられるかもしれない、というような話がたくさん出てきている世の中なのです。これは宇沢先生^{*22}の話ですが、教育や医療に関しては、やはりそれは間違っていると。もちろん、ある一定の商品に関しての話です。でも商品だって、先ほど申し上げたようにコメとパンがあつて、「私はパンが欲しい」と言ったときに「コメの方がこうですよ」と言うこともできます。ちよつと昔、農業経済学をやっている私の先生がしてくれた笑い話があつて、アメリカの進駐軍は終戦後「コメを食うとバカになる」と言っていたのに、今ではコメの自由化に加えて、「コメを食わないとお前たちは駄目だ」と言っている、というよう話がありました。これは余談ですが、提供側がある程度の知性を持っているなければいけない。その一番の極みがプロだと思えます。先生と生徒の関係でも同じです。生徒が「先生、今日は休講にしてください」と

言ったときに先生が「分かった」と言えば両方幸せですが、それではよくない。そうした事例はたくさんあるわけです。

医療も同じです。まさに「選択の自由」というのは、あなたの選択の自由だと気分よくさせながら、実はこちらの正しい選択をさせる。それがプロのような気がするのです。ところが、今の新自由主義の向きからはそのような話はまったく出てきません。

実は、これは自分にとつて本当に切実な話として、私は高血圧の薬を飲んでいました。お医者さんとしょっちゅう言い争いをするわけですから、どうしてかというところ、「血圧が上がったら大変だ」と思うには思うのですが、上がったかどうかどうしていけないのかが、素人にはなかなか実感できないわけです。だから半信半疑で、仕方ないと思つて飲んでいるところがあります。個人的には、血圧が高いときの方がハイに

なれます。私の話の勢いに乗った辻先生には叱られそうですが、今日はたぶん血圧が高いので「アジ演説」をやり過ぎている可能性がありま
す（笑）。ですから、もう少しトータルに人間の生活にお医者さんが入り込んでくれて、例えば「今日は講演に行くので、薬はなしでどうでしょう？」と言ってくれたら……。まあこれは冗談ですが、そのようなことがこれからの選択のあり方に関係していると思います。

もちろん、最終的には本人が納得して選択をしないといけません。「強制的に」という時代はもう終わったと思います。しかし、プロがさまざまな工夫を凝らして正しい方向に導いてくれるのが、よい社会ではないかと思えます。

（*22）宇沢弘文（1908-2014）経済学者、東京大学名誉教授。

いけません、最終的な選択には、現場でのエデュケーショナルな話の仕方というものが伴うのです。それは当然で、私はそれをしない医者
はよろしくないと思っています。「全部データを出しました。エビデンスを出しました。だからあなたが選んでください」という話は実はあまり上手くなくて、そうでないと、臨床医をやっている生きがいがないと私は思っています。

そういう意味では、今、西村先生がおっしゃった通りで、プロはプロなりにそれを教える。栄養学も、なぜ食べることが必要なかを教えることが大切です。また、基調報告で辻先生がおっしゃったように、サルコペニア^{（*21）}で老人になったら、タンパク質を採ろうと言って運動をしてもらうわけです。昔は全然そうではなかった。40年前に保健師さんが「肉を食べると高脂血症になるからやめよう」と言っていたことは、今の80代の人には耳にタコができるほど染み付いて

「選択」を患者に委ねるのではなく

プロがプロとして

教育していくことが大事

早川・本当におっしゃる通りで、おこがましいと思わずに、医療においてもプロとしてエデュケーションすることが非常に大事だと思います。病院でもインフォームドコンセントが浸透^{（*23）}していますが、選択を患者に委ねるものだと間違っ
て理解している人も中にはいて、「こういう治療がありますよ。どれを選びますか？これはどれだけのメリット・デメリットがあります。選択しなさい」などと言うわけです。

でも、その中にも強弱は当然あって、外科系の先生だったらオペに回すような強弱をつけるし、内科であればそうではないようにするということのように、ある意味、恣意的なところがあります。それを間違ったデータを使って言うのは

いるのです。だからほとんど食べないのです。私らが10年くらい一生懸命やって、やっと肉を食べるようになって、食事調査でも「肉を食べる、乳製品を多く取る」というデータが出始めているのです。

だから、教育はすごく大事です。豊田市では救急をどのようにするかを行政と各院長が集まって話し合いをする懇話会がありますが、いつも救急車の利用の問題が上がります。その時に、だったら来た人にイエローカードやレッドカードを渡せばいいのではないか。「あなたは軽症だからレッドカードだ」と言えばいい。「このカードは何ですか？」と聞かれたら、掲示板を見てもらうようにすればいい、と提案したのです。でも、それをやると大問題になるといって話になってポツになり、とりあえず啓発活動をしようということになりましたが（笑）。

先ほどの西村先生の薬の話などは本当におもしろい話で、私などは「いいよ、出すよ。でも、これは全然意味がないからやめよう」と言います。あるいは「先生、風邪を引いてちょっと体の調子が悪いから点滴を打ってくれ」と言われたら、「風邪を引いただけなら点滴などする必要はないよ」と言って説得する。そうすると20分くらいかかるわけです。でも、「うん、分かった」と言えば3分で済むわけです。そして病院も儲かるとなれば、どちらを取るかといえれば後者を取りがちです。でも、骨のあるドクターは「そんなものは必要ない」と言う。ただ、次の日にその患者さんが来ると、「あの先生、すごく冷たいから嫌だ」などと言われるわけです（笑）。このようになった原因は何かというと、根本的には保険制度の隘路というものがあって、誰も責任を取らない形で今までは来ているので制度的にもチェック機能が非常に甘い。厳しく

すればしたで、なかなか難しい問題もでてきますが、少しずつ変えていかなければいけないということにたぶんなっていくでしょう。

現場にいる私たちとすれば、本当にエデュケーションをしたいのです。それを個々でやっているは大変なので、講演会などで地域へ出て行つては、「点滴は必要ないからね」「熱中症になつても水を飲めれば大丈夫だからね」というような話を広く行っているわけです。食育も小学校の時からやらないと駄目だと思つているので、私たちはそうした予防的な話を各小学校へ出て行つて行つてやっています。頼まれれば地域へ関係者を派遣し、エデュケーションすることです。それをこまめにやらないと、最終的にはよくならないと思つています。プロがやるべき教育というのはとても大事だと思います。

（*23）手術などに際して、医師が病状や治療方針を説明し、患者の同意を得る（*24）加齢によって筋肉量が著しく減少する現象。（再掲）

—— 患者の「場」を支える家庭医なら
客観性を担保できるのではないか

真野・先ほど西村先生も少し言及されましたが、外科医の先生は自分の手術で患者を治せると思つて手術しているのだから、放射線治療なのか手術治療なのかを外科医の先生に相談すれば、当然、手術治療の意見になるのは仕方がないと思います。ですから、辻先生がおつしやった「場の選択」というところでいくと、やはり家庭医の存在意義は大きいですね。海外ではGP（*25）などと呼ばれていますが、ある意味特定の治療方法にコミットしすぎでない医師でない、中立性や客観性は担保できないと思つています。ですから、欧州などの公的医療保険制度であえて最初に家庭医にアドバイスをもらうようにしているのは、患者自らが中立的な選択をできるようにするという意味合いもあるのでは



はないかと常々思っているところですが。

川井：ありがとうございます。とてもよいお話を聞かせていただきました。特に西村先生からは、「提供側がある程度の知性を持っていないければいけない」という名言がありました。

まさにエデュケーション、教育の必要性は、私もすごく大事だと思っています。便利になり過ぎて、ものを考え、ものを学び合い、何かを常に思考しているという状態がどんどんなくなってきたと思います。何かを学び取っていい、自分でものを考えて、自分で行動を起こそうという人たちが減っているのは、そういった背景があるのではないかと感じた次第です。

(*52) General Practitioner S君

● 質疑応答

川井：さて、壇上での議論も深まり、大切なキーワードも出そろってきたところで、そろそろ会場の皆さまにも参加していただいで議論をより深化させていきたいと思えます。今までの話を通してのご質問でも結構ですし、自分の地域でのお話や、この場にいらっしゃる皆さまにお伝えしておきたい体験でも何でも構いません。何かあれば拳手をいただきたいと思えます。

10年後を見据え、

地域で今から行うべきことは何か

参加者 A：高知県 A 市から来ました自治体職員です。今日の公開研究会のサブタイトルは「これからの10年、地域の高齢化問題にいかに向き合っていくか」ですが、10年後に高齢化がさらに進むと、いったいどのような困りごとがある



のかを教えていただければと思います。

10年前にさかのぼってみると、我々自治体職員は10年後のことも想定しているような政策をとってきました。しかし実際に10年たった今、どのようなことに困っているかというと、まず家族構造や機能が大きく変容し、息子さんや娘さんが市外や県外に行ってしまった。そして長命化し、80代、90代の方が認知症を患って高齢者だけで生活しています。そうなると、面倒をみてくれる方がいない。コミュニティもご近所同士の付き合いの希薄化が進んでいます。いざというときにお子さんたちはすぐには戻れない。で、どうなるかというと「全部、市役所、地域包括支援センター、お医者さん、施設が看てくれ」という問題が起こってきます。

もうひとつの大きな問題は、身寄りのいない高齢者が増えたことです。そうなると、医療時の同意に関して問題が出てきます。入院したり、

施設に入所したりするときにも非常に困ったこととなります。高齢化により、たちまち本人を中心に手のつけようのない困ったことが起こってしまいます。さらに高齢化が進んだ10年後にはどのようなのか。先生方に予見のことを教えていただけたらと思います。

——地域の自立性を活かし

互助を拡張する雰囲気づくりを

西村…医療分野については、辻先生と真野先生の方がお詳しいと思うので、私は少し別の角度からお話しさせていただきます。

まず、間違いなく一番大変になることは、行政サービスに対する過大な期待です。この「過大」というのが難しいのですが、従来どおりの期待なのに、人が減ったために周りで助ける人がいなくなり、その結果、同じサービスをするのにすごいコストがかかる。今までと同じコス

トだったら期待に届えることができない、という意味合いでの「過大」です。それが、これから一気に進んでいくと思います。特に、過疎地域で進んでいくと思います。

その意味では、やはり日本のタイトルにもある「2025年」あたりがひとつのターニングポイントで、その時に「これ以上はできない」と言うための準備をこれから始めないといけません。そのために国がやること、都道府県がやること、市町村がやること、NPOがやることがあり、さらにもうひとつとても大事なことで「自立支援」があります。自分でできることは自分でやる雰囲気はどうやってつくるかです。

先ほど申したように、実は過疎地域の方が「自分でできることは自分でやらなくてはどうか」というものがない」ということを分かっています。だから、そういった地域を一生懸命見つけだしてき

ては顕彰する。つまり、「たいしたものだ」と褒めることが大事です。そして、自分たちでできないときに、後ろに控えた市町村が、都道府県が、国が支援する。要するに、最前線から順番に一生懸命やるという風土をどうやってつくるかです。自分でできることは自分でやらせる。できなかったらご近所のできることをどうやってやるか。これが地域包括ケアの互助です。やはり行政としては、互助を拡張する雰囲気をまずはずはつくることです。

もちろん、地域によって相当事情が異なります。互助がすぐく機能しているところと、そうではないところがあります。先ほどの基調講演でも少しご紹介しましたが、『縮小都市の挑戦^{(*)26}』、『限界集落の真実 過疎の村は消えるか?』、『地方消滅の罨^{(*)28}』といった本には、過疎地域や人口減少地域の特徴がいろいろと記述されています。その中には厳しいことも書かれてあります

が、例えば先ほど話題になった、お祭りを定例的にやっている地域は消えなかったというような夢のある話もあります。また、今から20年前の1995年に、総務省がどれだけ限界集落が消えるかを予想していますが、3分の1くらいしか当たっていません。つまり、3分の1くらいは予想通り消えたけれど、あとの3分の2は消えなかった。どうして消えなかったのか、その理由を結構調べています。そうしたものを参考にしながら、地域の自立性を活かしていくのが一番かと思います。

ただ、それでもできないことがたくさんありますので、NPO等の育成が必要になります。しかし、それでもなお、できないことがあります。それは、地方自治体がそのできないことだけをやるのだという姿勢に関わることです。「何でもやります」と言わないと選挙に勝てないから難しいのですが、でも、日本人はそんなに愚

も大都市も一緒です。これに伴う問題は西村先生が今おっしゃった通りで、これはもっともつと深刻になる。どの地方も一時的には団塊の世代が多いわけです。団塊の世代が集団としては75歳から虚弱になっていくので、虚弱な一人暮らしと夫婦が激増する。おそらくこれが大きなポイントですね。

結局、大都市圏では見てくれるところがなくなるという形で、かなりの大混乱です。地方では病床が、場合によっては特別養護老人ホームが過剰病床になっているところもあります。ここは大都市圏と地方で少し違う。ポイントは、それを支えてくれる人が不足する可能性があるということだと思います。逆に今度はコストがかかる。私はかなりの増税が必要だと思っていますが、増税しただけで解決できる問題ではありませんので、当然、行き詰まる可能性があります。

結論はやはり、できる限り弱らずに、その人

かではありません。そろそろ、「できないことはできない」とはっきり言う首長さんが出てきてもいいのではないかと思っています。国は今、地域包括ケアの財源づくりや、いろいろな形の基準づくりを考え始めています。その流れに関することなら、あとで私からご紹介できることもあると思います。

(*26) 矢作弘(2014) 岩波新書。著者は龍谷大学教授。(再掲)
(*27) 山下祐介(2012) 筑摩書房。著者は首都大学東京准教授。
(*28) 山下祐介(2014) 筑摩書房。

—— 地域コミュニティのまとめ役として
行政の力量が問われる時代に

辻・医療や介護のサイドからあえて言わせていただくと、基調報告でも申し上げたように、日本がこのままで立っていられなくなる一番の理由は、世帯構造の変化です。要するに、一人暮らしと夫婦だけになるわけです。これは、地方

らしく生きていくという生活構造をつくっていくことです。それにはコミュニティですよ。地域の若い人が減ってきますから、地域の元気なお年寄りが、より弱っていく人を支えながら地域をメンテナンスしていくというコミュニティづくりになると思います。ここは行政格差が出ます。コミュニティをうまくつくった地域とうまくつくれなかった地域が出る。政治の問題はありますが、施設のお金の部分についての全国的なオペレーションは仕組めるかもしれませんが、でもコミュニティが機能しないというのは、マネージャーあるいはコーディネーターとしての地方行政の力量の問題になります。

おそらく10年後には一人暮らし、あるいは身寄りのない人、特に単身世帯が増える。これをどうするかは、コミュニティの力なのです。おそらく10年後は、コミュニティの生き残り競争になると私は思っています。コミュニティをう

まく仕組むことができた自治体はかなりいい感じになるけれども、大都市圏が多いと考えられますが、それが仕組めないところは、かなり大変なことになるのではないのでしょうか。

10年後は、自治体の力量の差がかなり表れてくると私は思います。自治体の力量が問題になります。コミュニティという昔は庄屋や町衆がいたそうですが、今やそんな地域のまとめ役となる人はいませんから、そこはやはり行政です。先ほどの早川先生の話につながります。自治体のお立場からのご質問なので、あえて申し上げますが、仕掛けづくりという行政の力量が、かなり大きなテーマになると考えます。

——コミュニティづくりのためには

「中心」が必要

早川…先ほど申し上げた豊田市の話の続きですが、最近では行政が後押しをしてくれるように

ためには、元気な老人たちをいかにNPOに結集して活動していく仕掛けをつくれるかです。

たぶん、それは自治体の男衆だけでは難しいです。民生委員や自治区の人たちといくら話をして、ほかにやることがあつて流れていってしまいます。ですから私は、地域包括ケア支援センターの優秀な女子職員を連れてきてほしいと行政に頼んでいます。そうすると男衆も踊るのではないかと思っています。いい人を連れてきて盛り上げて、いろいろな講演会で「このような事例があつた」と紹介してもらおう。そんな進め方でやっていけば、たぶんうまくいくと思つています。いくら田舎でも住民に任せきりでは全然根付かないので、活動を少しずつ広げていくために、今一度、地域の団結力を構築するための仕掛けづくりをしていこうと考えています。

なつてきています。たぶん、どこも同じようなことが起こっているのではないかと思ひます。コミュニティをどう保存し維持するかという話になると、「中心」が要るのです。私らは今、小規模多機能の特養施設をつくつていただいて、そこに地域の人たちが集まる場所もつくり、デイサービスもできるようにする。なおかつ、そこに診療所機能もつくつて、そこでエデュケーションもやりながら地域に展開するという形を考えています。そして、小規模多機能の特養施設に入つても家や畑を見に行けるような形をつくつた方がいいと思つています。

でも悲しいかな、それは特養ですから、これからは要介護度3以上の方しか入れません。だから元気な老人たちにそこへ集まってもらつて、そこに入っている人たちを介助しながら自分たちの仕事もする。ただし、それを無償ではやらない、という形にしたいと思つています。その

医療・介護も農業も

地域からイノベーションが起きる

川井…ありがとうございます。では、もうお一方手を挙げていらつしゃつたかと思ひますのでお願いします。

参加者B…二つご質問します。ひとつは、先ほ



ど早川先生が一言だけおっしゃったTPPについてです。TPPについては日本医師会も反対していらっしやいましたが、このところは何も聞こえなくなっていました。ところが、『ルポ 貧国大国アメリカ』^{*29}という本がものすごく売れています。この本の中で著者は、オバマケアという皆保険制度が日本に来たら大変だということを書いておられます。日本の医療が地域医療あるいは高齢者に対応していくときに、西村先生がおっしゃったように新自由主義的な医療が入ってきてしまったら、医療法人ではなく、株式会社病院も誕生するかもしれない。そのようなことがささやかれるような昨今です。医療関係に詳しい皆さんも、おそらくTPPの何が恐ろしいのかをご研究されていらっしやると思いますので、お考えをぜひお聞きしたいと思います。

もうひとつは、西村先生はご講演を「6次化」

—— 社会保障はその国のいわば顔

日本の医療に市場主義は向かない

辻：TPPについては、私が厚生労働省で現役の頃は、まだ大きな行政課題になっていなかった。実はあまり分かったようなことは申し上げられないのですが、アメリカの市場主義が日本の医療に対して開放を求め、アメリカ風の株式会社日本医療市場に入ってくるのではないかと。仮に課題をこのように設定するとすれば、私は「それはない」と考えます。日本医師会が静かになられたのも、その辺りがお分かりになったからではないでしょうか。

というのは、社会保障というのはその国の形なのです。例えばイギリスはナショナル・ヘルス・サービスということで、原則国営でやっています。イギリス風の部分民営化はやっていますが、社会保障をどうするかなどということま

の話で締めくくられました。一方では法人化が必要不可欠である、ということも述べておられました。また、兼業農家を応援したいということもおっしゃっていました。農業の成長産業化と言ったら、確かに法人化のような形で進んでいくのかもしれませんが、幸せとは何なのかというお話も片方でありました。これらを考えてあわせるに、家族農業を採り入れた国家戦略というものが今は非常に大事ではないかと感じておりますが、この点についてご意見をお聞きたいと思えます。

川井：ありがとうございます。では、辻先生からお願いいたします。

（*29）堤未果（2008）岩波新書。著者はジャーナリスト。

ではいいですね。同じ欧州でもフランスやドイツは社会保険で、フランスは公立病院中心です。このように社会保険はその国のいわば「顔」のようなものです。アメリカは民間私保険であり、財団法人や宗教法人もかなりありますが、株式会社がやりたいようにやれるというアメリカの医療システムは、世界の中ではどちらかというと異端なのです。「なぜそのような異端を受け入れるのか。それぞれの仕組みによるべきだ」と言えば、議論はそこで終わりだと私は思っています。

あくまで私の個人的見解ですが、日本の場合、株式会社は向かないと思います。というのは、国民皆保険という形で医療市場が公営化されている。つまり、市場における買う人と売る人の間の力関係を司るシステムが公的制度になっているのです。市場主義は合理的だ。だから株式会社が入ってくるのは適切だという意見はある

かもしれませんが、もし今の医療市場に完全な市場原理の企業が入ってきたとしたら、その企業は収益率を上げるために診療報酬で儲かる地域を選択し、そこを徹底的に狙って、そこで収益が出なくなったら、ほかの地域に経営資源を移転させて収益を追うという行動をとる可能性があると思いますが、このような市場主義は日本には向きません。私はその意味では、日本の医療に対して市場原理主義が何か問題を起し、混乱につながるということはないと、個人的には考えています。

—— 近隣農家と協力し、

協同組合的な経営展開を

考える必要があるのではないかと

西村…まず一つ目のご質問についてですが、結論を先に言うと、TPPについては、少なくとも医療分野に関してはあまり恐れることはない

二つ目のご質問についてです。私は、農業を株式会社化すればいいとは申し上げておりません。しかし大変悲しいことに、日本で農業に従事する人の数はどんどん減ってきて、今の専業農家の数は、全体の働く人の3%を切っています。そうしたことを考えた場合、おそらくこの国の農業をしっかりとやっていくためには、単純な家族経営だけでは維持できないと私は思っています。

そのときに、ではどのような形態をとるのか。それは簡単なようで、乗り越えるのが本当に難しいのです。私は昔から農家に居候させていただいて生の声を聞いてきたので、それなりに実態を理解しているつもりですが、現場では隣と仲が悪いところが結構あります。「今日あいつは野菜を出して、すごく安く売ってしまった」というような話は、決して少なくありませんね。もちろんJAは今まで一生懸命頑張ってきました

と思います。今ご質問いただいた話は、2年くらい前に「明日にでも通るのではないかと」という議論をずっとやっていたね。ところが、2年たってもまだ妥結していません。それは要するに、各国それぞれの事情を抱えているからです。特に2国間交渉ではなく多国間でやるので、そんなに簡単には進みません。妥結するとしても、当初言われた内容から少しずつ変更が加えられていくと考えられますので、そんなに大急ぎで大変なことが起きる心配はないのではないかと思います。

また、そのアメリカ医療についての本に出てくる話は、やや問題点が強調され過ぎているように思います。もちろん新自由主義的な考え方も一部おられますが、必ずしも支配的ではありません。以上のようなことからトータルではそれほど心配することはないのではないかと、というのが私の結論です。

た。けれども一方で、JAと距離を置いているような農家も、いろいろな品種改良をしたりして、生産性を上げるといふ観点からは優れた成果を上げてきたと私は思っています。この「生産性」という言葉は結構大事な言葉でして、ただ余暇的に農作業を楽しむような状況ではこの国の農業は細っていきます。やはりそこは先乗り越えなければいけません。このことは先ほどの私の、近隣の地域住民とコミュニティをどうやってつくるか、という話とすごく関係していると思います。

昔の日本は大家族を中心に、家族がいろいろな相互扶助の機能を果たしてきました。しかし悲しいことに、それは今、子どもが減って低下しているのです。そうすると、やはりご近所とは仲良くして、嫌なこともある程度は我慢する。「今日レタスを出すと絶対安くなるから、明日の方がいいや」と思ったとしても、そこで折り

合いをつけられる知恵を身につけて、いわば協同組合方式で経営していくという、もう少し今よりも大勢の人間を巻き込んだ形の経営形態を考える必要があるのではないか。そういう意味で資料に書きました。

昔の農家というのは、都会と比べると間違いなく、いろいろな共同体規制がありました。女性差別もあったと思います。その意味では、昔は農業をやっている人の方が精神的に強かった。それがほとんど今は解放され、女性も強くなりました。女性が社会のリーダーシップを取ることに珍しくない時代がやってきました。女性たちは、うまく折り合いをつけてやっていく術をわりあい持っています。あまり強調しすぎると逆にちょっと男性差別に聞こえてしまうかもしれません。もし私が農業をやっていたら隣のおじさんと喧嘩してしまいそうな気がします(笑)。しかし奥さん同士はわりと上手にやって、

が、今後の日本の医療・介護・ケアを考えるにあたっては、やはりイノベーションがとても重要だと思うのです。いろいろなところで従来の延長線上ではない、新しいアイデアが必要だと感じています。実はまだ研究の端緒なのですが、この間から医療ベンチャーで有名な米国のシリコンバレーを見に行ったりもしています。

本日のディスカッションからは、これからの日本においては、どうも地方の「地域」という次元から、社会全体を変容させるようなイノベーションが起きてきそうだと、という示唆をいただいたように思います。シリコンバレーも、広大な米国の中の狭い「地域」に多様なアイデアを持った人材が集まってきていますので、今後の私自身の研究にも活かしていきたいと思えます。また、今日会場にいらっしゃる皆さま方は、まさに地域を支える皆さま方ですので、これは非常に重要な示唆ではなかったかと思いま

いわば協同組合的な運営を維持されていられるのではないかと。そんな期待を持っています。これは医療・介護の現場の助け合いでも同じことが言えるのです。ですから、農業自体の進め方もそうした形で展開するといいいのではないかと、思っています。そのような趣旨で書きました。

川井・よろしいでしょうか。ありがとうございます。ありがとうございました。ちょうど時間になりましたので、この辺りで公開研究会をまとめさせていただきます。と思います。最後に真野先生から一言いただければと思います。

真野・どうもありがとうございます。私もJA共済総研の客員研究員の一人として、よく機関誌に寄稿させてもらっています。このように場に呼ばれたのは初めてで、非常に光栄に思っています。また内容の濃いディスカッションで、私自身もたいへん勉強になりました。

最後に少しだけコメントさせていただきます

す。今日は本当にありがとうございました。川井・先生方、本当にありがとうございます。会場の皆さま、ありがとうございます。これにて終了させていただきます。