

ことしもまた
新たにし
新たな縁を結ぶ会'10!

縁



2010.4.24 SAT. 夜の部 松本楼にて

べてるの家 向谷地生良さん

べてるの家 向谷地生良さん



富山型デイサービスの理念



- ・年齢や障害に関係なく、誰もが地域で共に暮らせる町作りを考える
- ・誰も排除しないで包みこむこと
- ・豊かな人間関係の中で人は育ち、喜びも大きい。一人ひとりが輝く。

なぜ共生型なのか



1. 地域には赤ちゃんからお年よりまで住んでいるから
2. 地域のニーズに応えると自然の形
3. サービスの選択肢が増える
4. 誰もが支えたり、支えられたりする社会
5. 看護・介護の対象は全ての人である



富山型デイサービスが制度に
2006年10月1日～



「利用者」
お年より ……7人(介護保険)
身体障害者…2人(自立支援法)
知的障害者…2人(自立支援法)
精神障害者…2人(自立支援法)
健常児 ……2人(実費)

15人
↓
基準該当

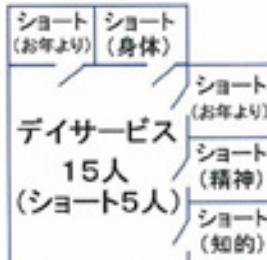
「基準該当」とは

指定にみたさないもの、低いものと
多くの行政マンは受けとめている。
「うちの市はいりません」
とそっけない返事。
涙、涙……

- ・法律では
「サービスが不足している場合、
特に市町村が認めれば」
- ・「本当は介護保険のところに
障害者を利用させてもらっている」

この2つをとっぱらうことが必要。

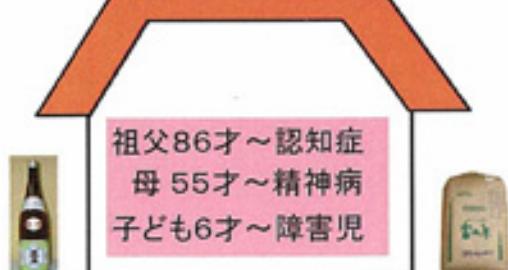
基準該当のショートステイ



特に障害児が身近なところでショートを受けることができる。

※今まででは30km離れたところに行っていた

地域包括支援センター 家族単位でケアプランを



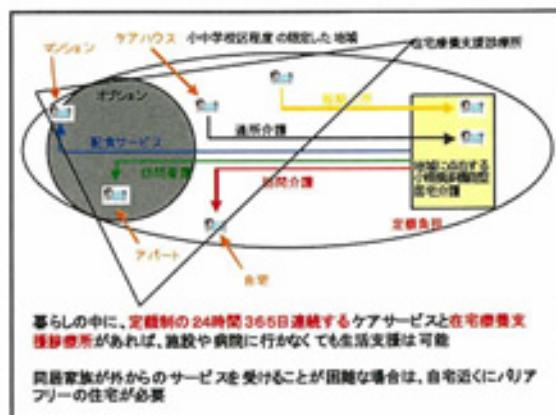
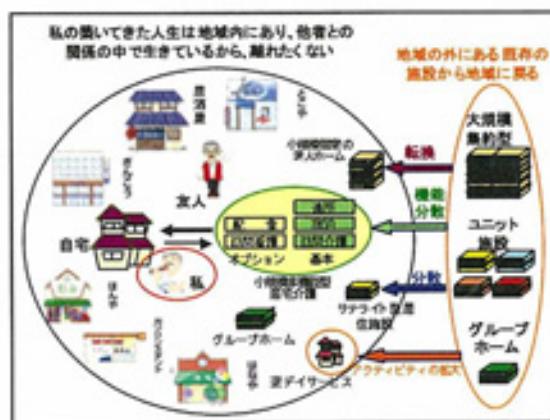
脱官僚というより 脱縦割を！

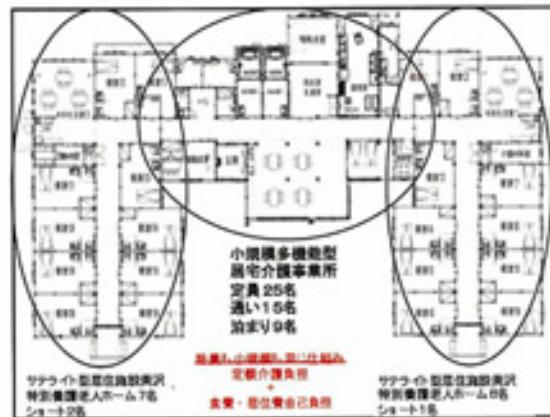
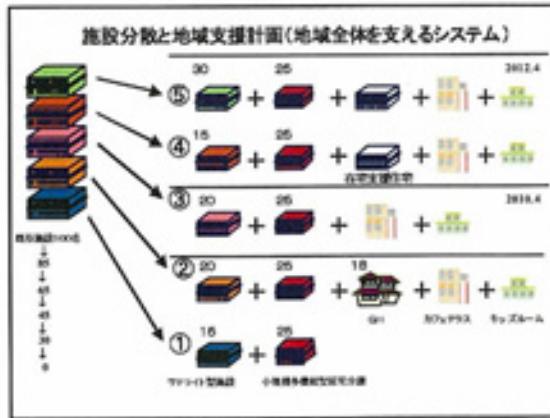
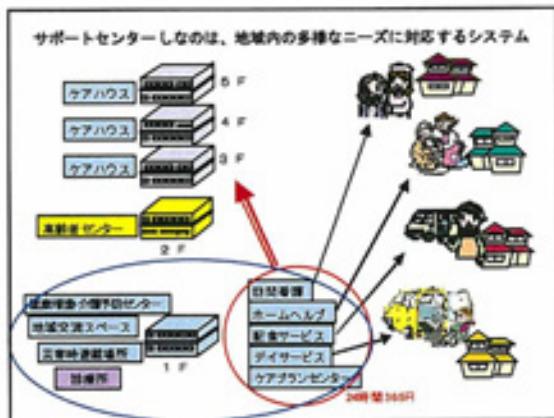
これからは
ハードからハートへ
人は建物じゃなくて人に集まる

地域で暮す、普通に暮すための提案

- 私は施設に入りたいのではない
- 施設避難者を早く地域に返したい
- そのためには24時間365日連続する安心が欲しい
- この連続するサービスは定額制が絶対条件
- 同居家族のために自分が介護を受ける住まいが必要
- 地域サービスは、子供・大人・高齢者みんなのもの

高齢者総合ケアセンターこぶし園 総合施設長 小山 剛

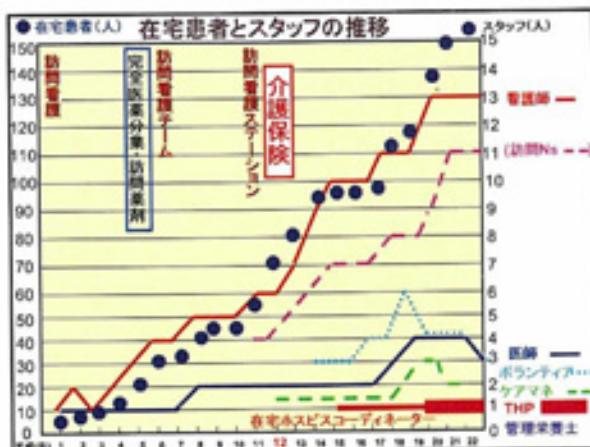




福祉と医療をつなぐ「えにし」の会
現場と政策

独居の認知症がん患者を 自宅で看取るコツ

医療法人聖徳会 小笠原内科 院長 小笠原文雄
平成22年4月24日(土) 17:00~20:00 於:日比谷 松本館
E-mail: b.ogasaw@orion.ocn.ne.jp



独居のがん患者一覧表				
症例	病名	年齢性	転帰	在宅日数
①	肺がん、認知症	93 女	入院	23日
②	肺癌がん	78 女	看取り	60日
③	胆のうがん	70 女	20年 看取り	34日
④	肝がん、認知症	88 女	入院	29日
⑤	緒胆管がん、認知症	87 女	看取り	52日
⑥	下咽頭がん	57 男	看取り	206日
⑦	肺がん	79 男	看取り	70日
⑧	肺がん	87 女	21年 看取り	742日
⑨	肺がん	75 男	看取り	9日
⑩	肺がん 認知症	67 女	看取り	14日

がんになってうれしくて…

87歳 女 結腸がん 日中独居
12年 2月 腹痛で往診。入院拒否。
3月 イレウス。人工肛門 → 生きる屍
「1~2ヶ月の命」『家に帰りたい』
病院で孤独死はイヤ

4月 在宅緩和ケア開始。
7月 喫茶店へ行く「がんになってうれしくて…」

13年 8月 膀胱へ浸潤。骨転移でがん性疼痛
12月 緩和ケアの未熟で入院。

⑦ わが人生、最高の笑顔

79歳 肺がん 慢肺 独居
20年6月18日 肺がん。O2吸入。
9月12日 がん性疼痛、呼吸困難で在宅緩和ケア

10月8日 訪問入浴後、『ビールがうまい』
9月26日 生かされている命

11月18日 風呂に入れず、『そろそろ死ぬのかな』
翌日、遺言を言いながら旅立つ。
希望死・満足死・納得死

⑥ もうすぐ終わるから 57歳 下咽頭がん 胃ろう 独居 生活保護

20年2月 『余命3ヶ月』の父の為、岐阜でアパートを借りる。
3月 突然病院を退院。往診。栄養2250cal

5月 窒息 → 栄養750calに減量
9月 夜だけセデーション(1週間)
ヘルパー(8、12、14時)
看護師(10、16時)

入院したら → もうすぐ終わるから
さいならと手記
一晩 息子が付き添い → 希望死
満足死
納得死

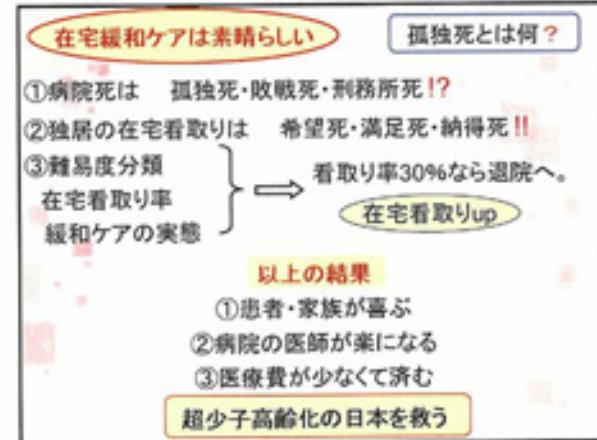
10月 懐中電灯で見守る 懐かしい犬



独居がんの『看取り』～パターン分類～

I:ボランティア	[本人が動けない状態になった時、ボランティアが泊まる]
II:自費ヘルパー(家政婦)	[比較的早い段階から自費ヘルパーが泊り込む]
III:ボランティア+自費ヘルパー	[自費ヘルパーが泊り込むまで、ボランティアが泊まる]
IV:なし	[公的保険の多職種(看護師・ヘルパーなど)のみ関わる]

独居の在宅看取りが可能になった



在宅療養の推進 ～訪問看護の活用を～

(株)ケアーズ
白十字訪問看護ステーション
統括所長 秋山 正子

急性期医療が重介護状態を作り出している？

- ・高齢者の入院による廃用性症候群の発症
- ・救急(在宅で遭遇する高齢者の救急)

発熱 脱水 誤嚥 急性腹症
転倒 骨折 便秘 意識障害

などなど

運ばれたあとの状態はどうなっているか？
胃癌のベルトコンベアに乗せられてしまっているか？

在宅医療・在宅療養

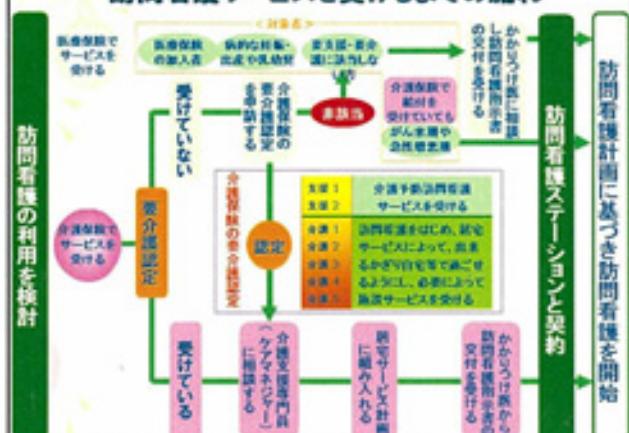
- ・「住み慣れた自分の家で療養したい」
- ・「できれば最期までの日々は、思い出深い我が家で自分らしく過ごしたい」を叶える

在宅療養(本人・家族)
(住まい)

医療
医師・准看護師
看護師など

介護
ケアマネ
ヘルパーなど

訪問看護サービスを受けるまでの流れ



訪問看護の相談機能

- ・医療の関与が必要か迷うときの相談先になっている(療養相談・ケアマネ支援)
- ・地域のかかりつけ医に繋ぐ役割を担っている
- ・退院前に訪問し、退院後の在宅生活を組み立てるときの医療ニーズへの対応を、在宅側から提案し、より具体的なチームの役割分担や、医師への情報提供などを行う

医療過疎地域での連携

- ・緊急時の対応
- ・医師不在時の初期対応の判断
- ・医師の対応を予測した処置の事前準備
- ・簡単な怪我などの対応
- ・簡単な血液検査・尿検査の実施
- ・都市部でも医療過疎状態になる事もある！

日本の訪問看護師の養成

- 現状では臨床経験を積んだ看護師を訪問看護ステーションで雇用し、OJTを行なっている。
- 研修基礎のコースは各都道府県看護協会が受託設置し、受講させる場合が多い。
- 新卒の看護師を研修して自事業所に配置する所も出てきた。
- 訪問看護認定看護師やCNSも地域で活躍している。

介護保険10年で見えてきたこと

- 訪問看護の利用者は25万人に増えたこと
- 全国に5500の訪問看護ステーションが出来たこと
- がん末期の方は40歳から介護保険を使いながら、在宅で過ごせるように訪問看護が入れる事になった
- 訪問看護師の数が足りない
- 小規模のために経営が行き詰まる

在宅看護からの情報発信

- 訪問看護を使ってくれる人が少ない
- 訪問看護のなり手が無い
- 急性期臨床看護の現場に在宅の様子が伝わっていない
- 患者・家族は病気になったら病院へ、死ぬ時は家では無理と考えている
↓
- 在宅側からの情報発信・啓蒙活動が必要

訪問看護の「可視化」

- 訪問看護は見えにくい
- ケアマネジャー・利用者・家族
- 急性期病院の中の看護師にも見え難い
- 訪問看護を利用した方の実体験を語ってもらおう → シンポジウムの開催
- 西東京での開催、新宿での取り組み
- 静岡での開催

尾上自己紹介

—養護学校・施設・から普通中学へ

- 仮死早産で生まれ、下肢痙攣型・脳性マヒ
- 小学校を養護学校、施設で過ごす。
- 本を持っていこうと思ったら 持ち物制限で不可に
- 「51番 尾上浩二」の名札が上着から下着まで
- 強烈だった手術と就寝時の訓練
- 山本先生との出会いー「中学から普通学校や!」
- 「特別扱いはしない」を条件にー「設備、先生の援助、子供たちの手を借りないこと」の念書



児童施設・療護施設から地域生活

- Tさんー8歳の時から肢体不自由児施設。「過齢児」となり、20歳から療護施設へ。28歳で自立
- 「自立生活センター・ナビ」に自立について相談
- 「子どもの時から施設やから、このままやつたら一生施設かな...何のために生まれてきたのかな」
- 自立生活プログラム、体験自立て地域生活のイメージを具体的に
- 支援費制度を前にして、2002年地域で自立生活開始

子供の時から20年の施設生活を経て



今や一児のパパ～親子で散歩



人工呼吸器を使った○さん

- ALS(筋萎縮性側索硬化症)障害のため全面介護が必要。妻、子どもと同居。気管切開をしており人工呼吸器を使用。2000年夏に、介護保険のケアマネジャーを通じて相談
- ピアカウンセラーが訪問ー障害の進行の中でいらだちを訴えられる。緊急性を要する介護派遣や自立生活プログラム
- 「子どもが小学校に上がる姿をみたい」ー重要なターゲットイメージ

呼吸器を使ってー奥さん、娘さん達と



2級ヘルパーの講師に



国際的な自立生活運動と第19条

- 第19条 自立した生活(生活の自律)及び地域社会へのインクルージョン
ー国際的な障害者運動が提起した概念を導入
- 障害のあるすべての人に対し、他の者と平等な選択の自由を有しつつ地域社会で生活する平等な権利を認め、また、障害のある人によるこの権利の完全な享有並びに地域社会への障害のある人の完全なインクルージョン及び参加を容易にするための効果的かつ適切な措置

社会的入院・入所、地域サービス

- 第19条一(a) 障害のある人が、他の者との平等を基礎として居住地及びどこで誰と住むかを選択する機会を有し、かつ、特定の生活様式で生活することを義務づけられること。
→社会的入院・入所は差別
- (b)地域社会における生活及びインクルージョンを支援するために並びに地域社会からの孤立及び隔離を防止するために必要な在宅サービス、居住サービスその他の地域社会の支援サービス(パーソナル・アシスタンスを含む。)

手話・字幕付きでインターネット配信



障害者制度改革推進会議 発進

- 「今日の会議から歴史が変わったと思えるような議論をしてほしい。私たち抜きに私たちのことを決めないでという当事者の声をもとに進めていきたい」(1月12日福島大臣冒頭挨拶)
- ①障害者基本法の抜本改正
②障害者差別禁止法制のあり方
③総合福祉法等
- 夏頃までに中間報告

**看取りとすみか
「えにし」を結ぶ会
黒岩卓夫**



提供者
良寛を看取った人
木村元右衛門と妻
第十代木村元右衛門と妻
住まいと介護の
由之
貞心
遍澄
尼僧
弟・俳人

木村家
家人たち
遍澄
由之
木村元右衛門と家族・使用人
医師(複数)
老人ホーム
ケアワーカー
ケアマネージャー
?
同居しない家族

良寛をケアした人たち

ケア(介護・医療)の評価

居心地の良さ — 安心 — 家族性
居場所の良さ — 仲間 — 地域性
今日1日の満足 — 希望 — 精神性
↑
医療

高齢者(認知症も含め)ケアの理念

安心
仲間
希望 } **尊厳**

「在宅ケア」を考える会：意見表明に関する資料

2009年12月17日

「医療再生」に「看護の力」を！

在宅看護研究センターLLP 村松静子

I. 高齢者の過剰医療がその後の生き方を変えてしまう

これまでの政策の失敗を繰り返さないためにも、高齢者救急医療の現状を把握しておく必要がある。病院へ救急搬送されると当然のごとく医療行為が施される。高齢者は誤嚥・失禁・便秘・脱水等の症状を起こしやすく、転倒・骨折等もつきものである。一方、数日入院しただけでも心身機能が低下する。その要因はその医療行為の不適切さにあり、その後の療養生活に少なからず影響を与え、生活意欲を失う人も多い。救急医療を重視し入院を短縮するからには、高齢者の過剰医療を避け、本人・家族が納得できる適切な説明を徹底すべきである。独居高齢者が仲間たちに囲まれて穏やかな死を迎える体制を整えることをめざし、施設医療への過剰依存は避けなければならない。

II. そろそろ、条件付きで、看護師の「一人開業」を認めて・・

鍼・灸師やマッサージ師によるクリニックの設置、一人開業に保険が適用されている。制度上の訪問看護ステーションは独立開業可能だが、常勤換算2.5人が開設の1つの条件である。また、看護師は訪問しなければ保険が適用されない。25年にわたって、在宅で多くの方たちの最期を見取ってきた看護師として切望することは、来所相談についても保険を認めていただきたい。また、活動のネットワークの構築や医師との連携、質の保証等の審査を条件に、そろそろ一人開業を認めてほしい。医療崩壊を食い止めるには医師や看護師の確保に加えて、医療に対する不信や不安の解消が重要である。外来の待合室を回って患者の重症度を判断するという看護師の活動も必要である。過疎地での訪問看護はもちろん、訪問看護だけではなく、看護の力を發揮することは医療再生にもつながるはずである。

III. 看護と介護の連動が生活全体を支える杖になる

重症患者の入浴や清拭等、ヘルパーと組んで行った方がいい場合もある。また、互いの融通性ある対話がケアを円滑にし、療養者の生活をより温かくスムーズにする。しかし、介護保険ではヘルパーとナースが同時に訪問することが認められない等、制度上の規制がある。

IV. 社会起業、同じ法人格なのに、一方は非課税、一方は課税に疑問

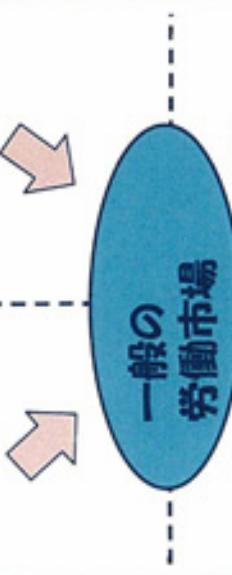
法人格をもつ事業者が同じ業務を行なっているにもかかわらず、一方は営利と見なされて課税され、一方はNPOとして非課税となるというおかしな現象がある。法人格や活動形態を越えた社会起業の存在を認めるべきではないか。看護師等医療専門職が開業する場合は、「医療法人」または「看護法人」等の法人格が取得できるよう検討を望みたい。

「雇用と社会保障の密接な連携」を通じた介護分野の成長戦略

①一般的労働市場

II 働く見返り強化

- ・参加支援
○最低賃金制度
○均等待遇
○給付付き税額控除
○負の所得税
○キャリアラダー等
- ・生涯教育
○高等教育
○職業訓練
○保育サービス
○就労カウンセリング等



- III 持続可能な雇用創出
○高齢化の進展に伴うニーズの増大
⇒ニーズに対応するため、介護保険財政の安定的な運営が必要。
- IV 労働時間の時間短縮・一時休職
○ワークシエアリング、期間限定型ベーシックワーカム、ワークライフバランス等

「場」を対象 ←→ 「人」を対象

②介護労働市場

I 参加支援

- ・キャリアアップの仕組みが構築されていない。
⇒キャリアアップに資する資格制度の構築が必要。
→事業者の経営の安定化・効率化を推進することが必要。



II 参加支援

- 実習型雇用支援事業(22年度まで)
○非正規離職者・長期失業者等への職業訓練の拡充(22年度まで)
○「働きながら資格をとる」介護雇用プログラム(23年度まで)
○介護福祉士等養成校へ就学を希望する者へ就学資金貸付の拡充(时限措置)
○現任介護職員の研修支援(23年度まで)
○施設内保育施設整備事業(22年度予算案)

III 持続可能な雇用創出

- 他産業と比べて、労働法規が遵守されていない場合が多い。
⇒労働法規の遵守等、雇用管理の改善を推進することが必要。
- 女性労働者が多いこと等を勘案し、短時間勤務の活用、育児休業の取得等の促進が必要

「場」を対象 ←→ 「人」を対象

緑字：新たに対応が必要な事項
※ 時限措置については、終了後の対応について検討が必要。

資料：宮本太郎「生活保障 様除しない社会へ」(岩波書店、2009年)より作成。

「地域包括ケアシステム」は、
30分で駆けつけられる圏域



ニーズに応じた住宅が提供されることを基本として上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制

時計を逆回しする天下の愚策

療養型病床削減凍結と特別養護老人ホームの多床室化

2010年4月18日
社会福祉法人生活クラブ 池田 徹

「療養病床削減の凍結」について

介護療養病床は全廃すべきです。

介護保険制度施行時に、いわば緊急避難的に介護保険施設に位置付けられたものであり、長年に渡って生活する施設として明らかに不適切な居住環境であり、かつ財政的にも特養と比べて高コストです。

社会的入院を放置してはなりません。

特養、グループホーム、特定施設、高優待、高専養等の高齢者住宅の整備を進めつつ、介護療養病床は全廃すべきであり、国は、削減凍結の方針を早急に撤回してください。

関連して

「雑居型特養の認可について」

特養は最近まで4人部屋が主流でした。かつては6人部屋、8人部屋もありました。

2002年に全室個室、ユニット型の「新型特養」が制度化され、厚労省は昨年まで新型特養以外の新設は認めませんでした。

ところが、新政権は、この方針の見直しを考えており、今年からは多床室特養の建設を認めるという話が伝わってきました。

新型特養は、多額のホテルコストが発生するため、生活保護受給者、低所得者が入居できず、また、多数の待機者が入居待ちをしている状況を踏まえての判断だというのです。

これは時計を逆回しする天下の愚策としか言いようがあたません。

「低所得者が個室の特養に入れないから4人部屋の特養を作る」というのは、今から40数年前に時の総理大臣が「貧乏人は麦を食え」と言ったのと変わらない発想です。

私たちは、新型特養が制度化される2年前に、個室、ユニット型の「風の村」を作りました。決してお金持ち用に造ったわけではありません。自分たちが入居するとしたらどういう特養にしたいかを5年間かけて話し合いを重ねた結果であり、どんな人もこの

レベルは最低限必要だと考えたのです。いわばシビルミニマムを提起したつもりです。

低所得者が入居できないというのは想定外のことでした。

風の村ができてちょうど10年、最初から入居している方が数人まだ元気でおられます。特養は、長ければ10数年暮らし続ける住まいなのです。その住まいが雑居部屋というのではなくとも私は耐えられません。

貧乏人は4人部屋と平然と言う人は、自分は4人部屋で本当に暮らせるのでしょうか。

ある特養関係者が、「日本や東アジアに個室という文化はなかった、雑居文化だ」と言いました。私は、反論しました。家族が一つの部屋で身を寄せ合って暮らすという文化はあったかもしれないけれど、他の他人が何年も同じ部屋に雑居するという文化は、日本にもアジアにも存在しない」と。

個室、多床室のどちらを選ぶかは利用者本人の意思であり、多床室の雑居住まいが好きな人に個室を強制することはできません。

しかし、経済的な理由で多床室を選ばざるを得ないということはあってはなりません。

個室のホテルコストが高くて低所得の人が入れないなら、家賃補助を考えるのが常道でしょう。

今、必要なのは、「健康で文化的な最低限度の生活」という観点から、居室の最低基準はどうあるべきかという問題の立て方です。

現在、グループホームは7.43m²、特養多床室は10.65m²、新型特養、特定施設は13.2m²、高専賃は18m²、さらに無料低額宿泊所は3.3m²など、制度によって異なる最低基準が定められています。

居室面積の最低基準は、「人権」という観点から定めるべきです。どの制度によってつくる居室であろうが、その基準を下回ることは許されなくすべきです。

貧しい福祉に逆戻りするのは、何としても阻止しなければなりません。

数日で退院する病院ならいざ知らず、数年から10数年生活する生活施設に、大部屋はありません。個室は絶対条件です。

その意味で、先日、長妻厚労相が新型特養の「個室面積基準を緩和」したというニュースに、私は、少し胸をなでおろしています。13.2m²から10.65m²に引き下げられたことは残念ではありますが、「個室面積基準の緩和」は多床室容認への道をとりあえず回避する政策だと考えるからです。

私は、「広い大部屋」と「狭い個室」なら、絶対に狭い個室を選択するからです。

えにしの集い 2010・4・24

地域で支える在宅緩和ケアの仕組み ~ホームホスピス「かあさんの家」の提案~

特定非営利活動法人ホームホスピス宮崎 市原美穂

URL:<http://www.npo-hhm.jp>

①在宅で看れない人の受け皿を

- ・要介護状態になり一人暮らしが不安
- ・高齢者世帯で介護力が弱い、核家族のため、家族が居ても介護ができない
- ・認知症で癌が見つかった場合、入院治療や施設での受け入れも困難になる
- ・独居で、食生活が脆弱になり体調を壊し病院へ救急搬送、要介護のスパイラルへ
- ・在宅療養してきたが、長期化で家族が疲弊し、優しさを失って自分を責める

②自宅ではないけれどもう一つの「家」に、擬似家族としてルームシェアして暮らす

- ・高齢者世帯で、妻が要介護になった場合など、夫婦で入居し共に安定
- ・家族のいない「おひとりさま」の場合でも、擬似家族として暮らす
- ・誰かが居る気配を感じて暮らす安心感

③入居者は5人～6人まで

- ・擬似家族になれる人数で、これ以上になると他人になるのでは
- ・採算ベースにのる人数で、介護スタッフは24時間体制で6名の人員費を出せる
- ・ターミナル時期をケアするには、この人数

④地域の空いている民家を利用する

- ・「家」のもつ力に助けられるケア
- ・ナースコールはなくても、人の気配でスタッフは動く
- ・五感(匂い、耳にとどく音や窓の外の風や光)を満たす空間である
- ・家人が使っていた生活用品もそのまま使って、初期投資はゼロ
- ・150m²(約30坪)程度で、ちょっとした庭があると良い。玄関等バリアフリーでなくても良い
- ・「空き家」を私有財産としてみるのでなく、社会的資源と考えて利用

⑤一人に一つのチームで多職種の連携

- ・在宅緩和ケアチームが外付けで支える(フォーマル・サービス)
在宅医療⇒在宅療養支援診療所(皮膚科や泌尿器科とも連携)及びバックアップの緩和
ケア病棟、急性期病院、訪問看護ステーション、訪問歯科、調剤薬局など
介護保険⇒通所介護、訪問看護、訪問介護、訪問入浴、訪問リハビリ、福祉用具など
・上記のサービスで埋められない時間を、家族に代わるものとして生活支援(インフォーマル)

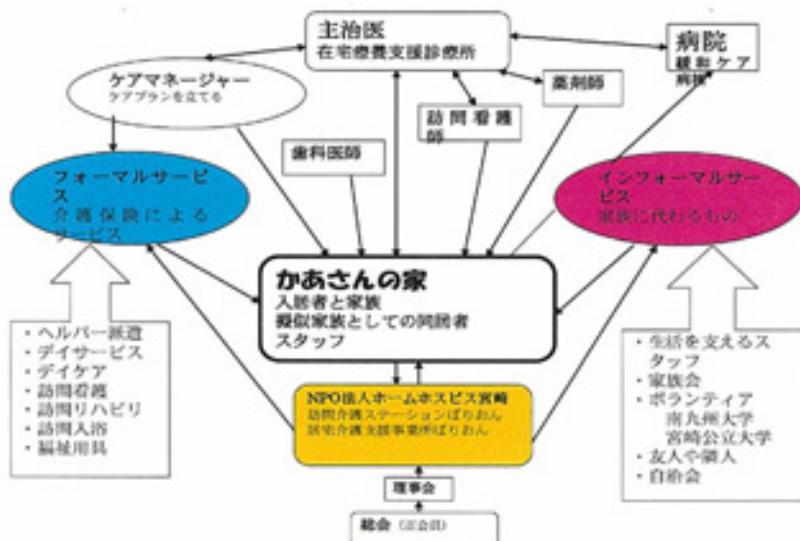
介護スタッフは昼間帯2名、夜間帯1名の2交替で、24時間支援

地域住民のボランティアの積極的な受け入れ

- ・入居者の状態に応じて、カンファレンスを開いて関わる職種が集まりチームを創る

終末期になると、ケアの内容が変わりその都度メンバーも増える

カンファレンスには、本人(どんな状態でもベットサイドでも)と家族も参加



⑥家族の「看取り」を支える

- ・病院の管理された「死」を、地域へ、生活の場へ取り戻す
- ・看取りは家族のものであり、悔いのない看取りが命のバトンタッチになる
- ・その時期になると、家族に寄り添ってもらう。その時間と空間を提供する
- ・寄り添う家族の食事などの援助と精神的なサポート

⑦これまでに看取った方々は22名

- ・認知症や脳疾患による麻痺にがん等の病気が進行。神経難病や脳死状態の方
- ・基本的にはどんな状態の方も断らない。「どうしたらできるかを考える」と言う姿勢
- ・最期の時に向っている過程をみていく中で、家族には「これでいいのだ」という思い
- ・ゆっくりと人生の幕を下ろす、その時を「大切な時間」として家族とその時間を共有

⑧終末期のケアは、病人ではなく生活をする人の暮らしを支えること

- ・その人らしい尊厳ある生き方の延長線上に「看取り」という時期がある
- ・看取り介護が単に延命治療の否定ではなく、人の尊厳ある生き方に対する介護である
- ・その人の命の灯火が燃え尽きるまで、そしてその家族をも共に支援していくということ
- ・看取りケアに関わる人の教育が重要である
- ・QOLだけでなくQOD(クオリティ・オブ・デス)がこれからは求められている

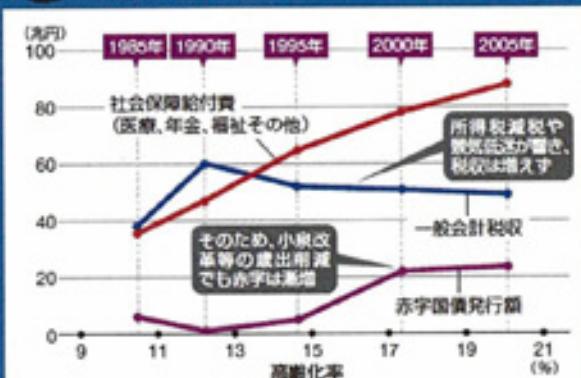
【財政危機と消費税増税の行方】

「成長のための 負担増」は 日本でも定着するのか

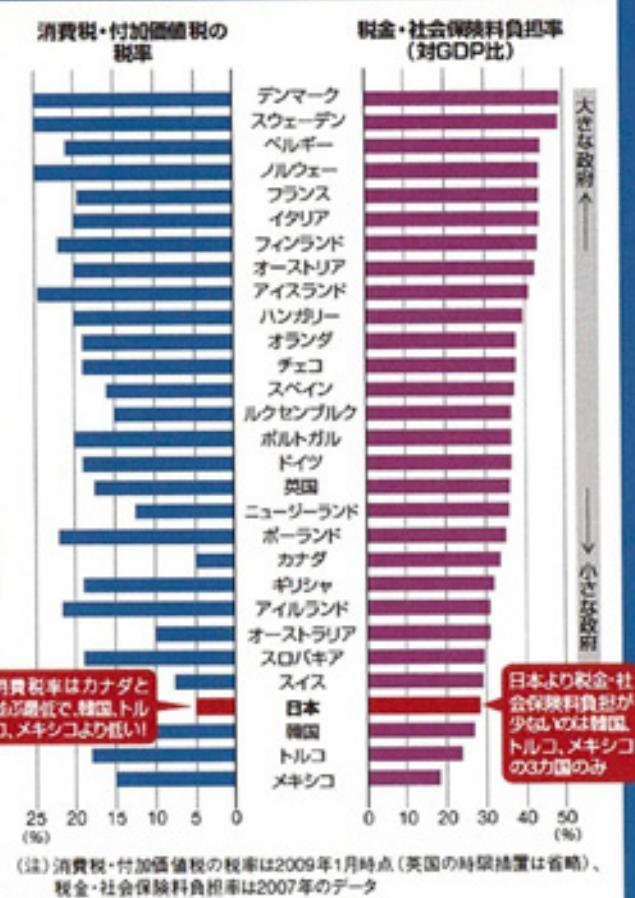
盛り上がる消費税増税論議。負担増による再分配の拡大は経済成長にプラスになるという視点が重要だ。

なぜ公的債務はここまで膨らんだのか

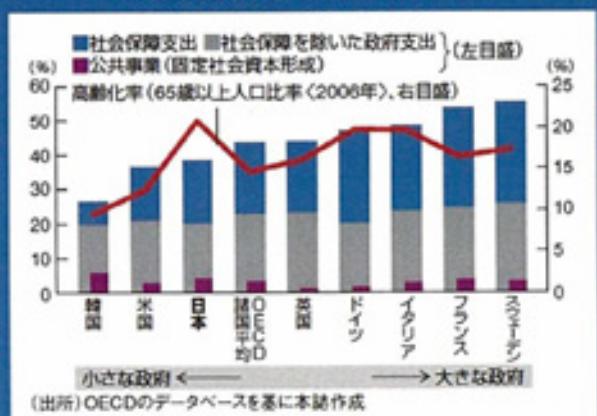
理由2 高齢化で社会保障費が増え続けたのに
税収は増えなかった



理由1 世界でも圧倒的に低い日本の国民負担率
—OECD29カ国の比較—



理由3 歳出肥大の要因はない。むしろ日本の
政府規模は小さく、最高の高齢化比率
でも社会保障支出は少なめ
—政府支出(対GDP比)の内訳—



世界的にも極めて低い国民負担率の下(理由1)、高齢化による
社会保障費の増大に追いつかず、国の借金は累増(理由2)。日本の
政府規模は小さく、「歳出の無駄使い論」は妥当性なし(理由3)。

「成長のための負担増」とは何か

1 家計と政府の関係図



2 最高の高齢化率でも日本の公的医療費は低い

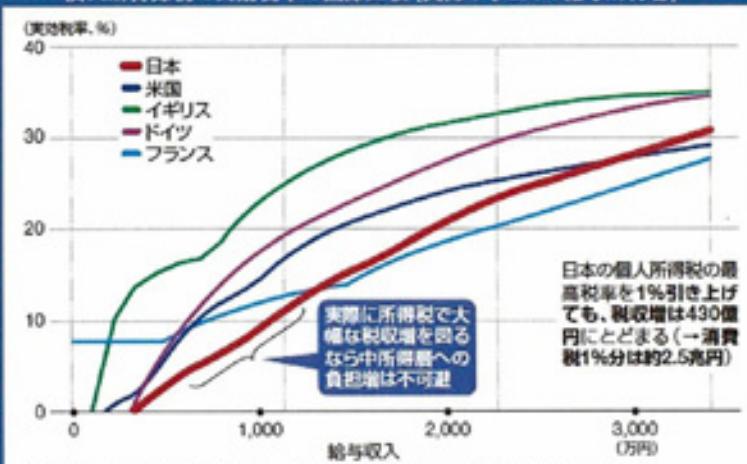


3 日本の公的教育費は先進国で最低



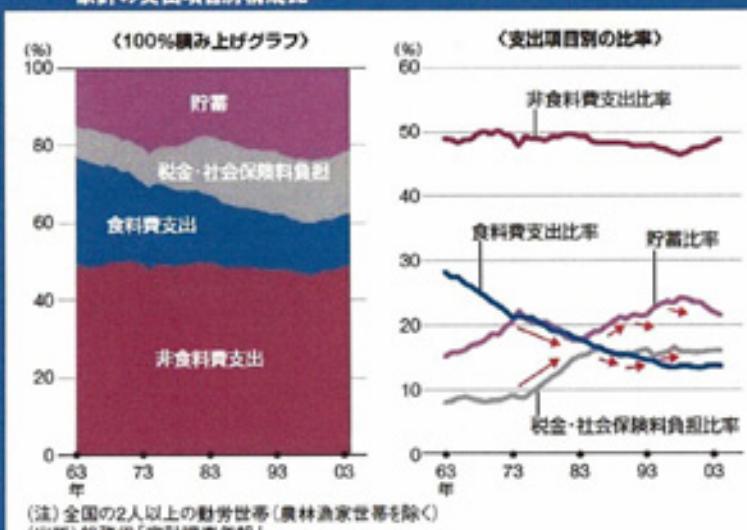
4 所得税の累進強化では税収がケタ違いに足りない

—個人所得税率の実効税率の国際比較(夫婦十子2人の給与所得者)—



5 公的負担が増えても、家計消費は減らない

—家計の支出項目別構成比—



右の文章は週刊ダイヤモンド（1999年1月1日～1月10日）新年号（併巻）に寄稿した小論である。この文章に若干の補記を加えておく。

①介護保険の財源対策について（第三パラグラフの注）個人的には保険料は上げるべき（アマノの注）

べきだと考えている。団塊世代層は職域年金主

体となるから、職域年金本人層、遺族年金十

基盤年金層、基礎年金のみ層、それ以外の低

所得層に整理しつつ負担能力を考えれば、職

域年金層の負担能力は相当大きいと考えられ

る。経済階層との負担能力に十分勘案した

うえで、保険料負担の強化は絶対必要であ

る。ただし、政治的には一号被保険者および

二号被保険者の保険料とも格段の引き上げは

困難と思われる。受給者と被保険者の拡大は

避けて通れない。

またしばしば主張される公費割合の拡大に

は筆者は否定的である。消費税増税後の公費

行政需要が多々ある。例示として、低所得者

向けの家賃補助制度、生活保護制度の再編、

とりわけ医療扶助の再編と後見扶助、生活支

援扶助等の創設、等々枚挙にいとまがない。

また、介護保険への公費負担割合の拡大は財

政当局の関与により、介護保険そのものの制度的機動性を奪う可能性もある」とも看過できない。

②施設整備の財源からみた限界（第四パラ

グラフの注）東京都のいわゆる猪瀬チーム

報告書「少子高齢時代にふさわしい新たな「すまい」の実現に向けて」（平成二十一年一月）十三頁。なお一人当たり整備費は土地

取得費を入れ二千万円である。

③従来型施設をどう考えるか。目先の介護

の困難をもって、従来型施設の過存をはかる

のは、介護政策の将来像視点からみると誤り

である。その意味で、介護療養病床の廃止要

結、および多床室特養整備の復活は将来に福

根を残す。もうそろそろ施設居宅一分論を克

服する必要がある。政策論と現状の課題指摘

の混同がみられることは残念である。

なお、新聞報道によれば、長妻厚労相が個

室の面積基準緩和による個室整備推進策を打

ち出した。東京都が低所得者向けケアハウス

について基準緩和を打ち出したとの同報書だ

が、これは、結果的には本来の個室化の意義

の無理解による致合せに過ぎない。

④高齢者等居住安定化推進事業について。

国交省住宅局の「高齢者居住安定化モデル

事業」の採択事業にはこのよくな、多世代共

生型住宅の提案が幾つか提案された。左欄の

サイトの21年度評価報告参照のこと。なお

この事業は新年度より、障害者および子育て

世帯を含んだ事業として再編され「高齢者等

居住安定化推進事業」という名称に改めら

れ、「」のものな考え方があり鮮明になった。

（<http://log-model.jp/>）

⑤いぶし鏡（<http://www.kobushien.com/>）ホームレス支援（<http://www.npo-hhm.jp/>）を参照。また、今

回えにしの会のシンポジウムに登壇するふる

やるの会（<http://www.ds.donne.jp/~hurusatou/>）の生駒困難者支援の活動も

共通点がある。あえていえば「地域協働型」

括的支援」の実践といえる。ふるさとの会は

生活困窮者の居住支援において、頑固に「

「個室」を守つておる。」これには、生活

の自立は不可欠と考えているからだ。我々は

この実践にきちんと学ぶべきである。

小生の所属先が変更になりました。四月よ

り国際医療福祉大学大学院教授です。ホーム

ページへようこそ！（<http://htakahashi.web.fc2.com/index.html>）

⑦最後に私の時代認識（参議院厚労委での意見陳述2024年3月24日資料より）

「成長社会以前の社会では子供で「へンゼルとグーテル」を想起せよ」と親捨て、親

死し（「ワタシ」また「横山節考」）がみられ

た。成長社会になって社会の価値転換により

社会的余剰を依存人口に配分する仕組みがで

きてこれらの問題が影に隠されてきた。ど

るが、ボストン成長社会では超少子高齢化社会

化にともない、緩慢な親殺し（長期療養病院

と施設への、よりわけ多床室への収容）と緩

慢な子捨て（虐待、遺棄、などなど）が顕在

化してきた。このよくな事態に際して私た

ちは「自分たちの権利を主張する」とのでき

ない重度障害の高齢者や障害をもつている人

や苦難な状況におかれた子ども達」になにが

できるのだろうか。これは社会政策の問題を

含みつつ、私達の国家・社会のあり方の問題

として捉え返すべき重い課題である。」

小生の所属先が変更になりました。四月よ

り国際医療福祉大学大学院教授です。ホーム

ページへようこそ！（<http://htakahashi.web.fc2.com/index.html>）

91 老人ホーム

住みなれた街で暮らし続けられる 多世代共生型介護付き住宅を

高橋紘士・立教大学大学院二世紀社会デザイン研究科教授

団塊世代が七五歳となる二〇一五年には七五歳以上人口は約二二〇〇万人と予測されている。現在

が約一二〇〇万人だから、ほぼ倍増する計算だ。都市部では三倍を

超える地域も現れるだろう。

誰もが認知症や衰弱などで長期ケアが必要になるかもしれない。そんな時代において、ケアが必要になった場合の終の住み処。を確保するには、個人的努力に加え、社会制度を相乗的に組み合わせる必要がある。

そこでいよいよ重要なのが、開始後一〇年を経過した介護保険制度だ。しかし、民主党政権は消費税増税見送りの方針を立てており、今後の制度運営は財源的にきわめて厳しい環境にさらされる。予測では、すべての要介護者を持つ施設に依存するのはどう考えても非現実的だ。東京都の最近の別養護老人ホームに入所させた場合、約三兆円という巨額な整備費

用が見込まれる。

また、〇九年三月に起きた無届け老人施設「たまゆら」の火災事件を見ても、人里離れた施設で老後を送るのは、高齢者の尊厳といふ点からも不適切だ。

これを低所得高齢者の問題として他人事と考える向きも多いが、間違いである。終末期の看取りの場所としても施設や病院の受け入れ能力には限界があり、三〇万人以上の終末期ケア難民が発生するという予測もある。

施設ではなく地域を受け皿に

それではいったいどうすればよいのか。

住みなれた家に住み続けながら介護保険サービスを利用する。そんな地域ケアの仕組みを一段階に充実させることができ、じつは最も現実的な選択肢だろう。巨大施設はもう時代に合わない。医療や介護が二十四時間体制で住まいに届けられれば、わざわざ施設や病院で不

自由な生活をする必要はない。施設や病院には四人部屋が多く、团塊の世代には耐えがたいだろう。また、認知症などの場合、相部屋での生活は悪化の原因となる。

在宅で介護を受ける場合、体が不自由になつても暮らし続けられるパリアフリーの住まいが必要だ。マンションなどでは、居住者が孤立しないような地域の人同士の支え合いも不可欠。老後に備えて蓄積した資産を有効に使うとともに、培ってきた人びとのかかわりも大事な資産と考え、活用していく必要がある。

自宅に住み続けられない場合は、地域の中の介護付き住まいに住み替えればよい。したがって大事な資産と考え方、活動できるような共生型住まいが必要な発想に乏しい。結局、単なる高齢者専用施設と化す傾向があるので、選び方には注意を要する。こうした住宅ではなく、多世代が共に暮らせるケア付き住宅を地域社会に造つていけば、団塊世代に受け入れられ、従来型の介護施設は過去のものとなるに違いない。

先駆的な試みはすでに始まっている。たとえば、新潟県長岡市の「(仮)ふしだ」、宮崎県宮崎市の「ホームホスピス富崎」などだ。二〇一〇年は、「ケアが必要になつても住み続けられる街」という新たな発想で、介護施設や制度設計を推進すべきだ。さらにそのための質の高いケアを提供できる事業者の育成、人材の確保の努力を今すぐ始めなければならない。二〇二五年は遠い未来ではない。



たかはし・ひろじ／社会保険研究所
立教大学教授を経て退職。東京都障害者施設
政策委員会委員などを
兼務。著書に『高齢介護力アップブック』(中
央社)など。

4月に改定される医師の診療報酬では、出勤病院のほか、地域での訪問診療の報酬も実質的に引き上げられた。患者を24時間サポートする訪問看護の普及は、高齢者の日常生活の大変な支えになら、二ノ子の高まっている。

「こんなには」。医師の平野国美さんが普段のまま医療から声をかける。すると、ペドに慣れたわる販村幸子さん(84)は笑顔だ。平野さんはベッドに腰を下ろし、診療が始まった。さくさんは腰痛を重いでいる。だが、緊迫や血圧のチェックの後は世間話が大半。食事内容や家族の介護の様子を把握するにはそれが一番といつ。さくさんは平野さんと話を絡ませている。付きそばの飯村幸子さん(64)と平野さんの会話をつなぎ、安心した様子がうかがえる。

平野さんは茨城県つくば市に「ホームオム・クリニック」を開設。在宅医療支援診療所(在療診)に登録し、診療を受けている。この日は、飯村さんをはじめ13人の家を車で回った。通院をせず、在院が受けられる患者のメリットは大きい。

□ ■ □

報酬改定で普及進むか



24時間対応、変わるみとり

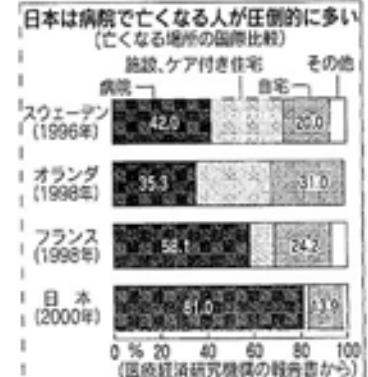
今回の報酬改定では診療所の再診料は20円減額され、患者からの電話に24時間対応すれば30円加算される。開業医の在療診登録への呼び水になりそうだ。

患者の生活を支える効果も想像以上だ。岐阜市の「R&R医療病院」の佐藤地(おと)川朋子さん(62)は、「初めに心がかります」と小笠原文雄院長同行した最初の月に「お手伝ひします」と対応して、月2回以上定期的に訪問すれば、高齢の報酬を得られる。

在療診は訪問診療の最大

△、厚生労働省が2006年4月に設けた制度。登録した開業医は患者に対応して2回以上定期的に訪問すれば、高齢の報酬を得られる。

訪問医自宅生活の支えに



ヨンは現在約5,000カ所。04年度目標の9,900カ所に近く及ぼす未報酬の地域が多い。背景には費用と報酬の低さがある。たとえば開設には2・5億円は現在約5,000カ所。04年度目標の9,900カ所に近く及ぼす未報酬の地域が多い。背景には費用と報酬の低さがある。たとえば開設には2・5

ヨンは現在約5,000カ所。04年度目標の9,900カ所に近く及ぼす未報酬の地域が多い。背景には費用と報酬の低さがある。たとえば開設には2・5

ヨンは現在約5,000カ所。04年度目標の9,900カ所に近く及ぼす未報酬の地域が多い。背景には費用と報酬の低さがある。たとえば開設には2・5

ヨンは現在約5,000カ所。04年度目標の9,900カ所に近く及ぼす未報酬の地域が多い。背景には費用と報酬の低さがある。たとえば開設には2・5

ヨンは現在約5,000カ所。04年度目標の9,900カ所に近く及ぼす未報酬の地域が多い。背景には費用と報酬の低さがある。たとえば開設には2・5

ヨンは現在約5,000カ所。04年度目標の9,900カ所に近く及ぼす未報酬の地域が多い。背景には費用と報酬の低さがある。たとえば開設には2・5

ヨンは現在約5,000カ所。04年度目標の9,900カ所に近く及ぼす未報酬の地域が多い。背景には費用と報酬の低さがある。たとえば開設には2・5

ヨンは現在約5,000カ所。04年度目標の9,900カ所に近く及ぼす未報酬の地域が多い。背景には費用と報酬の低さがある。たとえば開設には2・5

訪問看護拡充も急務

だ。10年近く診察してきた施設の男性(72)はその一人。訪問看護を始めたばかりも生活は

が、本人の体調を見守り、配した息子が入院させ、一ヵ月ほど後にしてなった「急な環境の変化で体調を崩したのでは」と小笠原さんは推測する。

□ ■ □

だ。10年近く診察してきた施設の男性(72)はその一人。訪問看護を始めたばかりも生活は

が、本人の体調を見守り、配した息子が入院させ、一ヵ月ほど後にしてなった「急な環境の変化で体調を崩したのでは」と小笠原さんは推測する。

だ。10年近く診察してきた施設の男性(72)はその一人。訪問看護を始めたばかりも生活は

が、本人の体調を見守り、配した息子が入院させ、一ヵ月ほど後にしてなった「急な環境の変化で体調を崩したのでは」と小笠原さんは推測する。

だ。10年近く診察してきた施設の男性(72)はその一人。訪問看護を始めたばかりも生活は

が、本人の体調を見守り、配した息子が入院させ、一ヵ月ほど後にしてなった「急な環境の変化で体調を崩したのでは」と小笠原さんは推測する。

だ。10年近く診察してきた施設の男性(72)はその一人。訪問看護を始めたばかりも生活は

が、本人の体調を見守り、配した息子が入院させ、一ヵ月ほど後にしてなった「急な環境の変化で体調を崩したのでは」と小笠原さんは推測する。

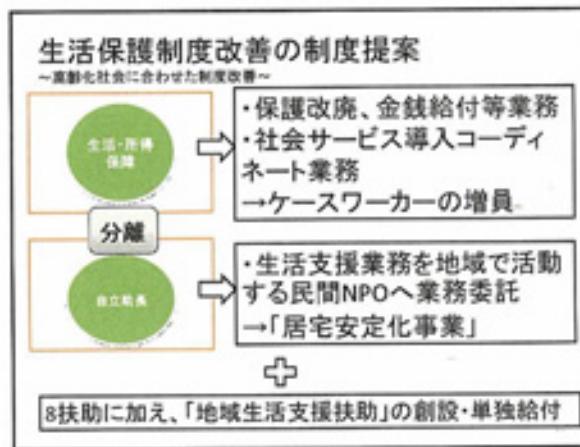
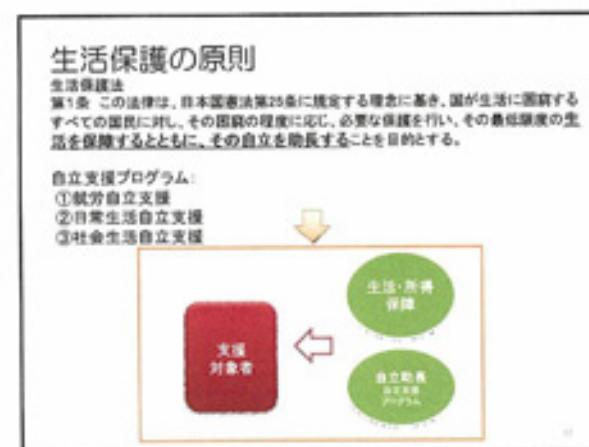
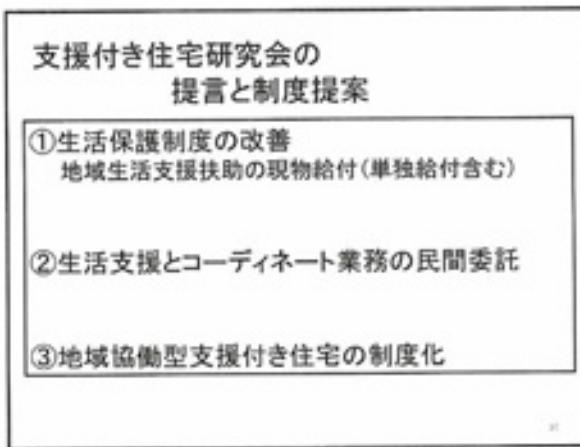
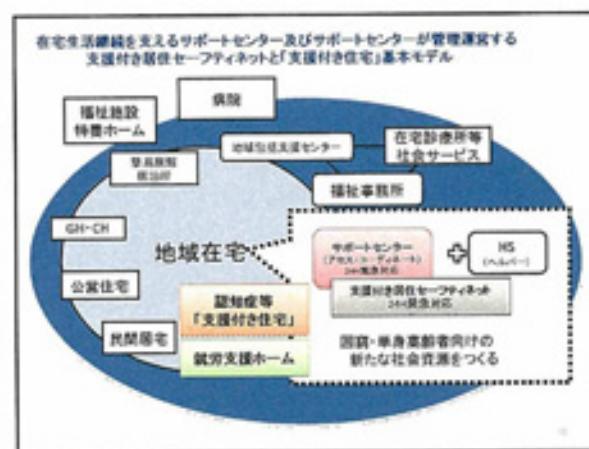
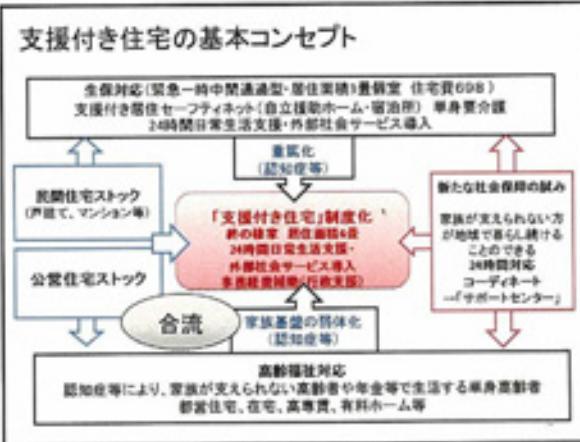
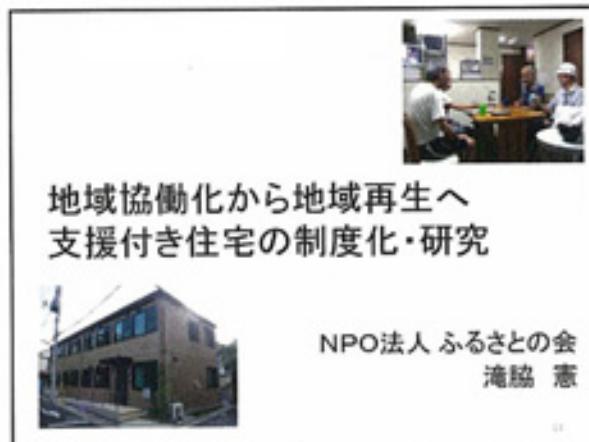
これからの介護のあり方について皆さまに伺いたいと思います。

YES かNO を、「○」か「×」でお答えください。

浅川澄一さん (+コーディネーター)

- 1・かかりつけ医を制度化して、診療所の在宅医療と高度医療の病院を峻別する。
フリーアクセスをやめる。
- 2・施設の定員を増やすためには、相部屋や居室面積の縮減もやむを得ない。
- 3・療養病床の廃止策を凍結させた民主党のマニフェストは撤回すべきである。
療養病床は、医療保険分を含めて廃止すべきである。
- 4・住まいの確保は、年齢を問わず、介護保険とは違う枠組みで、国が行うべきである。
- 5・介護保険の公費割合は現在の50%から引き上げる。
- 6・財源不足への対応策は消費税の税率アップで賄う。
- 7・財源不足への対応策は保険料の増額で賄う。
- 8・要介護判定の制度を廃止し、サービス担当者会議で、サービスの種類と量を決める。
- 9・有料老人ホームとグループホームの新規開設を抑制している「総量規制」を
撤廃する。

- 10・身体や認知の働きが低下した人に家族にかわって生活全般をみわたし、
申請がなくても、必要な社会サービスにつなぐ人をおく。障害や年齢、
病気の種類も問わない。



日常生活支援...

- ①従来福祉の資格(社会福祉士等)を前提にしない
→疾病、障害等の基礎知識と初期対応
→派遣切り等失職した若年稼働層の雇用
- ②生活支援サービスの協働化
→互助機能 ・江戸化、長屋化
 ・サービス対価システムの確立
- ③日常生活支援の地域協働化(互助機能の拡充強化)
→地域住民との共感、課題の共有
→地域の介護力(互助機能)の再生

在宅生活継続が可能な 新たな社会保障制度のために

従来の医療・福祉サービスで対応が難しい困窮単身/
要介護高齢者に(日常生活支援の必要な人)

日常生活圏域で
24時間緊急対応可能な在宅医療・介護の
地域密着サービスシステムをつくり、
従来の医療・福祉サービスと連携により、福祉の重心
が在宅生活支援へ移行することに寄与。
(措置・施設)→(契約・在宅)

居住・日常生活支援の「地域協働化」事業による 地域課題の共有

都市周辺部の公営住宅・低所得世帯集住地域

1. 不動産物件が動かない
(老朽化、空き家の増加)
→支援付き居住セーフティネット 不動産活用
(賃貸借・改装・建替え需要喚起)
2. 地域経済の疲弊
(自営業者の廃業・失業、地元商店の停滞)
→生活保護費を軸に雇用・消費活性
3. 「社会的退院」の強制による家族介護負担・崩壊
(老老介護・認認介護)
→認知症等高齢者の日常生活支援と
在宅ケア、地域ケアネットワーク
「自宅でない在宅」

まちづくり ツーシャル・インクルージョンから雇用開発へ

移住先喪失の入院患者の地域生活移行による地域経済波及効果
学習院大学経済学部 教授 鈴木亘(生産性理論、政策経済学)



民間資本を活用した自立援助ホーム



地域社会関係資本の再活性化による地域社会問題の解決



医療から福祉に高齢者ケアの軸足を変えたスウェーデン

～エーデル改革から15年後、スウェーデンの地方都市のフィールドワーク～

福祉の勉強会 ホスピタリティ☆プラネット 藤原瑞美

1. エーデル改革という医療・福祉改革

前夜

- ・スウェーデンでは、1992年のエーデル改革前夜、長期療養病棟や療養型施設のベッドが社会的入院患者であふれていた。当時、社会的入院患者の責任は、医療(県)と福祉(市)のどちらが責任をもつのかがあいまいなままだった。

※ スウェーデンでは、医療を県税、市税で福祉・教育・生活全般をまかぬ。例えばスコーネ県の歳出の9割が医療関連。1960年代には病院法が主流をなし、病院医療の充実と領域拡大が図られ、大量の病棟が建設され、結果、病院のベッドが慢性患者に占められていった。

社会的入院患者をなくす

- ・改革では、社会的入院患者の受け皿を、市の福祉の責任で解消するように決まった。
- ・受け皿を用意できない場合、市は「社会的入院支払い責任」の義務を負い、入院費用を県に払う。

15年後、65歳以上の高齢者の要介護比率は12.5%！

- ・エスロブ市に暮らす65歳以上の高齢者で、介護を受けている人(在宅・ケアつき住宅)の割合は12.5%。スウェーデン全体で15%。80歳を過ぎても健康で自立した人が多く、一週間くらい寝込んで亡くなる長寿いしない高齢者が多かった。

2. 特別な住居(ケアつき住居)の出現

スウェーデンにはもはや施設はない

- ・どこに住んでも「自宅と同じ環境」を用意した。特別な住居にはキッチンとシャワールームがあり、自分の家具を持ち込み、自宅と同じ生活がある。細部のつくりも普通の住宅を模している。エスロブ市の場合は平均が24畳の広さ。もはやスウェーデンに「施設」は存在しない。スタッフは入居者に「部屋に戻ろう」と言わず、「アパートに戻ろう」と語る。
- ・入居者の介護度は日本の特養に比べるとかなり低く、認知症も進んでいない。①その人らしい人生を送れるような生活支援。②社会的環境を整える。歯ブラシや枕の硬さにこだわるなど、個別対応に心がけたケアを実践している。

見た目ほど経費がかかっていない

- ・特別な住居にかかる経費は、訪問介護の3倍。トロール・ホーデン:総経費から収入(入居者の利用料等)を差し引いた実質経費を、入居者71名で割ると、一人当たり月に約392,200円(1SEK=15.6円)。70.4%が人件費。家賃19.7%、食費6.4%、その他3.5%。家賃が安いのは、エスロブ住宅公社(市がもつ独立採算の公社)から、光熱費・補修費込みで賃貸しているから。

3. 各種在宅サービスの充実

どうして高齢者は1人で暮らせるのか

- ・スウェーデンの二世帯同居率は4%。エスロブ市では、伴侶を亡くすと高齢者の誰もが一人暮らしを始める。軽い認知症であっても、末期のがんでも、片麻痺やリウマチを患っても、100歳でも、本人が望むと、自宅での一人暮らしを支える制度がある。それにしても、なぜ淡々と、こんなにも多くの高齢者が一人暮らしできるのか。
- ・訪問介護利用者の49.5%が5分前後の安否確認だけで、一人で暮らしている。一方一日6回の訪問もあり、ニーズに応え、長短の訪問を使い分けた介護サービス。短い訪問の結果、訪問する人数を増やせ、在宅で暮らせる高齢者を増やせた。

介護スタッフ、アンダーナースの成長

- ・エスロブ市では、アンダーナース(英語)undersköterskusk という、基礎的な医療の勉強を修めた介護スタッフを、エーデル改革以来植林するように育ててきた。現在介護スタッフは全員アンダーナースだが、都市部では、この比率は低い。
- ・エスロブ市では、ケアと、時間を食う家事援助サービス(洗濯・掃除・料理)を切り離し、アンダーナースが高齢者と会話する時間を増やした。アンダーナースの会話力・人間関係力が高齢者を孤立から救っている。ペテランは、実によく会話を交わしている。オムソーリ(相手を気遣う)という古い言葉をケアの中心に据えている。高齢者が自分らしく生きる個別対応がオムソーリといえる。またオムソーリのケアでは、家族・近隣の助け合いも提唱している。
- ・訪問介護は短い「ポイント介助」。平均滞在時間が15分、長くて30分。一方、午後には会話や散歩を中心の40分もある。
- ・各種在宅サービス:訪問介護・家事援助サービス・訪問看護・リハビリ(施設・在宅)・補助器具アドバイス・在宅安全アラーム・便利屋ペーターさん・家族ケア・友愛訪問(年金生活者組合)・デイサービス・高齢者集会場・グードマン制度等。

- ・社会サービス法に準ずる仕事：起床介助、ベッドメイキング、朝食準備、トイレ介助、トイレの掃除、ゴミ処理、新聞と郵便物の取り出し、マニキュア・ヘアカラーを巻くこと、食事を温めること、シャワー入浴、ペットの世話、買物、散歩、薬を飲んだかの確認、就寝介助。
- ・医療保健サービス法に準ずる仕事：フットケア、インシュリンの注射、床ずれや皮膚の手入れ、採血。

5. 法律で看護師が初期医療を担えるように決めた

医師に代わり、看護師が高齢者の初期医療を担当

- ・エスロブ市の800人の患者（在宅/施設でケアを受ける高齢者・障がい者）を35人の看護師が担当。そのうち22人が特別な住居、12人が地区看護師、1人がリハビリに働く。
- ・エーデル改革では、県との合意ができた市から、地区看護師が市に所属することになったが、改革15年後においても、いまだ、スウェーデン全体で50%の市しかこれを完了できていない。2006年、訪問看護を市に一元化する法律ができた。
- ・地区看護師は、医師（県の職員）と頻繁に連絡を取り、医師に代わり初期医療を担当できる。電話で医師と密な連絡を取る中、看護師と医師の意見が違う時、エスロブ市の場合は、看護師の意見が尊重される場合が多い。地区看護師は自立した仕事をしており、緩和ケアも担う。患者が死ぬと看護師は「死亡確認書」を書く。これをもとに医師が「死亡診断書」を書く。
- ・アンダーナースが簡単な医療的行為をする時には、看護師がそれを委任 delegation するというシステムがある。これは1対1で対人的に相手の能力をみて行う。看護師はアンダーナースの医療行為を指導する立場にある。
- ・エーデル改革で、医療責任看護師（MAS）が誕生。社会庁の窓口となり、市が行う医療行為全般の責任を取る。

6. 医療へのアクセスが悪い社会が生まれた

- ・エスロブ市には病院がない。医療機関としては、地区保健医療センター（以下センターと記す）が3つ、専門医センターが1つあるだけ。日本のように個人が自宅で開業する医師はない。センターにいる総合医は家庭医を勤め、内科から眼科、皮膚科まで診る。センターでは、レセプションの看護師が電話で病状を聞き、病院か、センターか、薬局に行くかを患者にアドバイスする（月～日の8時～17時（土日は18時まで）。時間外これ以外は24時間対応の県の医療情報センターで対応）。
- ・病院では急性期と精神医療のみ診る。入院医療が中心で、日本のようなわゆる混雑する外来はない。エスロブ市の人々が脳卒中など急性期の病気になった時は、車で30分のルンド大学病院（1200床）に行く。不満は聞かなかった。
- ・スウェーデンではルンド大学病院のような高度医療を担う管区病院が9つ。県立中央病院と県立地区病院が合わせて79ある。地区保健医療センターは947ある。

7. 高齢者リハビリは、医療ではなく福祉に組み込まれている

- ・高齢者の退院が決まると、退院専門のケアマネジャーとリハビリスタッフが病院を訪ね、患者の今後のケアを査定する。エーデル改革で、受け皿を用意できない市は、所定の入院費を県に支払わなければならないという義務を負わされるようになってしまったこともあり、退院が決まると、間髪を要れずにリハビリが動き、在宅生活の支援をする。
- ・在宅リハビリ、施設リハビリ。在宅における補助器具アドバイス（作業療法士）、在宅安全アラームなどの各種リハビリは医療ではなく福祉に組み込まれており、高齢者が自律・自立した生活ができる心身のノウハウを教える。
- ・日本と違い、医師の許可を得なくともリハビリを施せる。大学で3年間学んだ作業療法士、理学療法士はアンダーナースをインストラクターに育てる。縦割りではなく、横のつながりがある。

8. 高齢者集会場は「文化に触れる」と「連帯」で高齢者を元気にしている。

- ・集会場は、介護家族相談窓口、認知症高齢者デイサービス、市民が使えるレストランなどの機能を果たす。
- ・自主運営のクラブ活動として「音楽の集い」「男の料理教室」「ピリヤード」「手芸蔵」「体操クラブ」「ウォーキングクラブ」「英会話教室」「トランプの会」などがあり、どれもお仕着せでない。高齢者はアクティビティで元気になる。
- ・市と、年金生活者組合、赤十字社、ルーテル教会が一緒に運営しており、集会場の職員は100%換算で3・9人。
- ・スウェーデンの年金生活者組合は、①政治的圧力団体、②高齢者の余暇活動、③高齢者への友愛活動など、当事者組織として、高齢者の生活向上のために重要な役割を果たす。全国組織で、最大は社民党系のPROが37万8千人、SPFが21万人、SPRF（国家公務員年金生活者組合）が5万人など、組織力で強い力を持つ。

9. 最後に

社会的入院患者をなくし、医療重視でなく、自分らしく生きる生活支援を充実させた結果、高齢者を支援した結果、高齢者が健康になった。エーデル改革の優等生のようなエスロブ市では、高齢者が健康なだけ、経済状態がいい。約291億円の歳出の対比は、子ども関連29.6%、高齢者13.3%、障がい者11.6%である。子どもに手厚く社会資源を分配している。子どもを健康に育て、教育を充実させることができた。エーデル改革の果実は、健康な子どもは健康な大人になり、健康な高齢者となるという循環が生まれたことである。

縁



繋

