



いきがい・助け合いサミット
in 大阪

第3部 パネル分科会

51

記録集

海外では地域の支え合い活動で
どれだけ高齢者の生活を支えているか

日時：2019年9月10日(火) 12:30～14:30
会場：大阪府国際会議場(グランキューブ大阪)

開会挨拶	大上 真一（国際長寿センター室長）	02
第1部 講演		
講演 1	「自立」と「参加型ネットワーク社会」 「地域づくり」に向かうヨーロッパ諸国 松岡 洋子（東京家政大学人文学部准教授）	03
講演 2	誰もが自分にとって最高の社会的役割を持つ社会へ —イギリス『リエイブルメント』を中心に— 鎌田 大啓（㈱TRAPE代表取締役／大阪大学医学系研究科保健学専攻招聘教員）	15
講演 3	韓国の100歳長寿者の地域の中の暮らしについて 李 誠國（慶北大学校医科大学名誉教授）	34
講演 4	中国・上海市における支え合い・助け合いについて 馬 利中（上海大学教授・東アジア研究センター所長）	45
第2部 パネルディスカッション		
	パネリスト：全講演者 コーディネーター：大上真一	54

※本分科会は、公益財団法人さわやか福祉財団主催の「いきがい・助け合いサミット in 大阪」において、同法人より企画・協力依頼を受けて第3部パネル分科会51として行ったものです。



開会挨拶



大上 真一
国際長寿センター室長

本日は公益財団法人さわやか福祉財団主催「いきがい・助け合いサミット in 大阪」の第3部パネル分科会 51 にご参加くださりまして、ほんとうにありがとうございます。本日の進行を務めさせていただきます国際長寿センターの大上と申します。

まず初めに、私ども国際長寿センターについて簡単に紹介します。国際長寿センターは1990年に発足し、活動を展開してまいりました。世界17カ国に姉妹センターがある国際組織で、そのネットワークを活用して国際比較調査研究や広報啓発活動をするを主な活動としています。日本センターは長寿社会開発センターに属しており、プロダクティブ・エイジングをテーマに研究を続けておりますが、本日の講演者である松岡洋子先生と鎌田大啓先生は私どもの国際比較研究チームのメンバーでもあります。

本サミットは、タイトルにある通り、助け合い活動をしようとして働きかけるメンバーが直面する様々な課題にどう対応していくかを皆さんと探っていこうという目的をもって開催されています。分科会は全部で54ありますが、そのうち海外の取り組みを紹介するのはこの分科会51だけです。

地域での支え合い、地域づくりが非常に重要な課題であることは、日本に限らず世界各国で大きなテーマとなっています。特にヨーロッパ諸国ではここ数年で非常に大きなパラダイムシフトが起こっており、「サービスを提供する」「(できないことを)してあげる」高齢者支援から、「自立(リエイブルメント)」「参加型社会」「地域の力を重視」「(本人が)『する』を支えるケア」への大きな転換が進んでいます。アジアでもピアサポートの活動や定年退職した教育専門家のボランティア活動の推進などの動きが活発になってきています。高齢化がどんどん進む中では、支え合いがないと地域が成り立っていかないという状況が今回の発表を通じて明らかになってくると思います。

世界各国において高齢者、そしてすべての世代が支え合う地域づくりが進められていることを確認し、さらに日本国内において支え合いの活動を広めていく重要なネットワーク形成のための方途について、皆さんと一緒に考えていけたらと思っております。

どうぞ最後までお聴きくださいますようお願いいたします。

講演 1

「自立」と「参加型ネットワーク社会」 「地域づくり」に向かうヨーロッパ諸国



松岡 洋子

東京家政大学人文学部 准教授

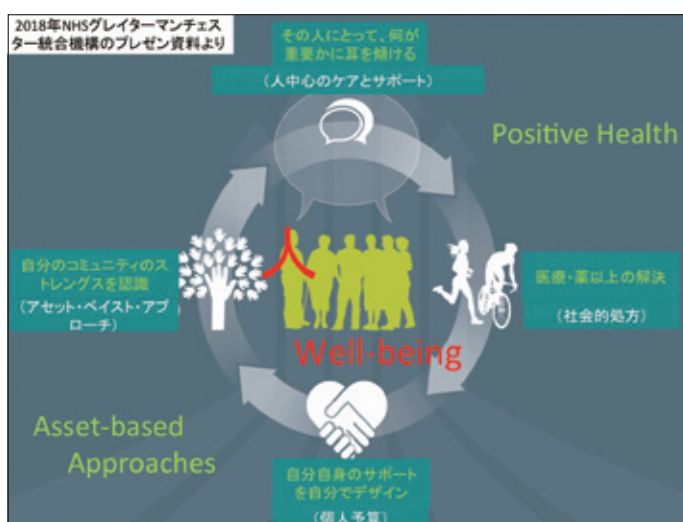
1997年のデンマーク居住をきっかけに、高齢者福祉の研究を始める。その頃はちょうど、「住まいとケアの分離」によってデンマークが「エイジング・イン・プレイス（地域居住）」を進めるなか、自立型住宅と24時間在宅ケアも完璧に整い、いよいよ要介護者向けの介護型住宅の建設をスタートしている時であった。個室の立派な施設「プライエム」を否定した理由をさぐる中で「エイジング・イン・プレイス」の概念に出会い、現在に至るまで研究の中心テーマになっている。

以来、住宅・ケア・福祉の側面から高齢者福祉の研究を行い、オランダ、イギリスにも対象を広げ日本との比較研究をしている。国際長寿センターの国際比較研究事業の主査も務める。著書に『老人ホームを超えて：21世紀・デンマーク高齢者福祉レポート』（クリエイツかもがわ、2001年）、『エイジング・イン・プレイス（地域居住）と高齢者住宅』（新評論、2005年）、『エイジング・イン・プレイスと高齢者住宅』（新評論、2011年）等がある。社会福祉士、博士（社会福祉学）。



まず、今、世界では非常に大きなパラダイムシフトが起こっていますので、その全体像と、デンマーク、オランダ、オーストラリアの話をしたと思います。イギリスについては鎌田先生から発表していただきます。

図表 1-1

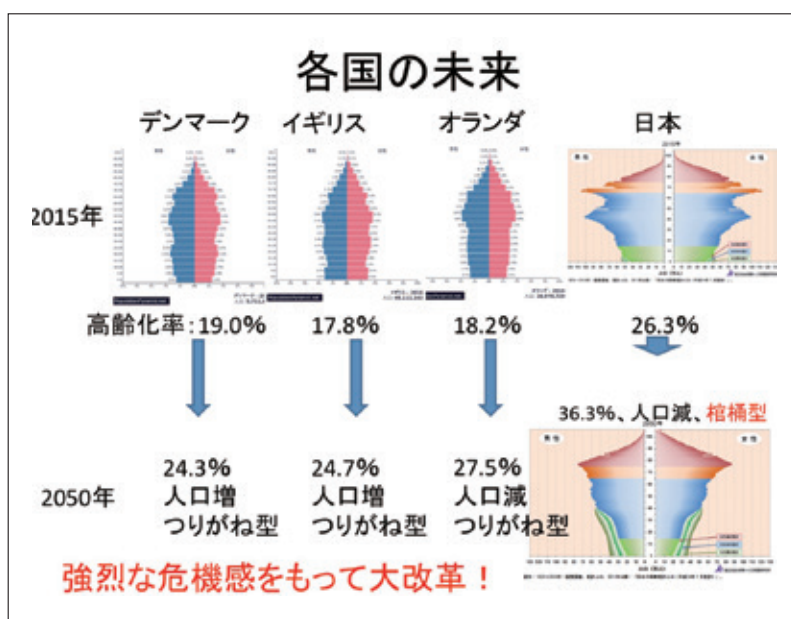


1. 全体像

2018年にILC（国際長寿センター）チームで訪問したイギリスでは、医療と介護において、国がやるこ

と市がやることがなかなか統合できないという中で、グレイターマンチェスターでは10の自治体が協力して統合プログラムを実施していました。図1-1は、そこでいただいた資料の1つですが、世界が向かっている方向を非常によく象徴する1枚になって

図表 1-2



います。まず、真ん中に人がいます。そして、パーソン・センタードの助け合い活動をしましょうというというのがいわれています。それはただ単に身体のことだけではなく、社会生活や社会参加、いきがいも含めて、全体 (holistic) の well-being (幸せ) とは何なのかということを中心に置いた考え方です。そのときのキーワードが「Asset-based Approaches (アセット・ベースト・アプローチ=地域や個人がもっている力にもとづくやり方)」ではないかと思えます。

目に見えるものとしては、「社会的処方」、つまり薬よりも生活の中で、その人がこだわりを持ったり大切にしたりしたこと、に解答を求めていこうというやり方や、個人予算を使って自分でやらしてもらおうというやり方、そしてリエイブルメントも、この大きな方向性の中にあります。

今、世界では、次のようなヘルス概念のパラダイムシフトが起こっています。「一人ではできないから、してあげる」から、「その人の well-being に基づいた『したいことをする』」へ。「何もできない人」から「力のある人」「レジリエンス (回復力) を持った人」

へ。「できないからサービスを提供」から「well-being に基づいて何ができるか」へということ、地域でどのような支え合いの下に well-being が成就するのかわという視点に変わってきています。そして、「制度による解決」から、「自分自身あるいは地域資源による解決」の方向に大きく転換しています。これは本当にコペルニクス的な転換です。

大事なのは、制度をどうつくっていくかではないのです。自立、参加、地域をどうつくっていくか。私たち自身の発想を転換していかなければいけない時代に入っています。

その背景には、まず、人口構造の変化があります。図表 1-2 のように、日本は人口減少社会に入り、少子高齢社会になっています。子どもが生まれず、釣鐘型から棺桶型と呼ばれ、1人が1人を支える肩車だったらポンとできますが、もはや重量挙げという状況です。ヨーロッパ諸国はまだ高齢化率は20%に達していません。人口減少社会にも入っていないのに、そういう諸国が非常に危機感を持ってパラダイムシフトを行っています。

図表 1-3

各国のデータ①

	年	日本	デンマーク	オランダ	イギリス	オーストラリア	ドイツ
人口(百万人)	2015	126.6	5.7	16.9	64.7	24.8	80.7
	2050	107.4	6.3	17.6	75.4		74.5
高齢化率(65歳以上の%)	2015	26.3	19.0	18.2	17.8	14.9	21.2
	2050	36.3	24.3	27.5	24.7	22.7	32.3
65-69歳の労働力率(%)	2014	41.4	15.9	15.7	20.7	26.0	14.0
単独世帯夫婦 子と同居 各65+(%)	2009	17.7	46	36.1	34.1	男16, 女46	33.7
		38.5	48	59.0	53.4	67, 30	57.3
		40.0	1以下	0.8	1.9	10, 4	1.3
		(2013)	(1995)			(1981)	

出典: OECD Stat., Health at a glance, UN Population Prospects, Eurostat, 厚生労働省 海外情勢報告, 財務省 OECD諸国の国民負担率, 国税庁 税の国際比較, IMF General government net lending/borrowing

図表 1-4

各国のデータ②

	年	日本	デンマーク	オランダ	イギリス	オーストラリア	ドイツ
平均在院日数(急性期)(日)	2013	17.9	3.5(2005)	6.4(2012)	5.9	4.2(2016)	7.7
年金支給開始年齢(歳)	—	65	65 2022年までに67に	65 2022年までに67に	65 2018年までに67に 延長予定	65.5 2023年には67歳支給開始	65一部63 2029年までに67に
高齢関係社会支出対GDP(%)	2015	9.4	8.1	5.4	6.2	4.3	10.1
国民負担率(対国民所得比)(%)	2012	40.5	67.8	49.0	46.7	38.9 (2014)	52.2
消費税、付加価値税(%)	2015	8	25	21	20	10	19
財政収支対GDP(%)	2014	-8.3	1.2	-2.3	-5.7	-1.5	0.62

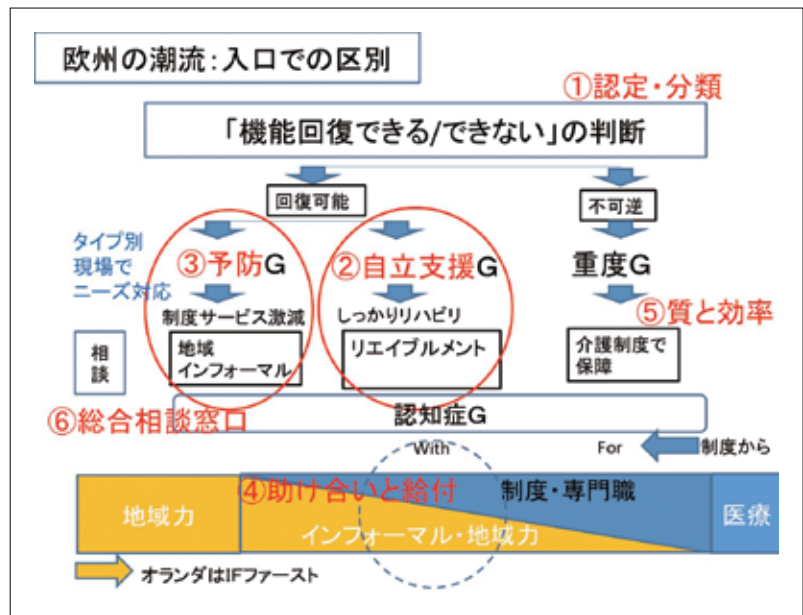
出典: OECD Stat., Health at a glance, UN Population Prospects, Eurostat, 厚生労働省 海外情勢報告, 財務省 OECD諸国の国民負担率, 国税庁 税の国際比較, IMF General government net lending/borrowing

日本は労働力人口も高く、高齢者が働いているという状況です。単独世帯の割合は日本に比べてヨーロッパ諸国は非常に高いです。子どもが独立したらそのまま、夫婦2人暮らし、あるいは配偶者が亡くなって単独世帯になるという大きな違いがあります(図表 1-3)。病院の入院日数は日本が非常に長いです(図表 1-4)。ヨーロッパ諸国は、いつまでも入院するのではなく、言葉は悪いですが、すぐに地域に戻すという仕組みになっています。やはり皆さ

ん地域で暮らしたいということで、エイジング・インプレイス(地域居住)の方向は変わりありません。

繰り返しになりますが、できないからしてあげる、そしてサービスに結び付けるということでは、制度が破綻してしまいます。日本は介護保険の給付が3倍に膨れ上がって、コントロールせずにたれ流しているという状況ですが、何ら危機感を持っていません。私たちは市民として、これはどういうことだろうと感じています。その人は何ができるのか、その人だけで

図表 1-5



はなく、その人の周りにいる近隣の方々や地域のボランティア組織などは何ができるのか。そういう地域・組織の自立と本人の自立、ヘルスケアへの参加を考えると、個人もハッピーになっていきますし、地域も自立して、みんなが非常に幸せな地域がつくれるのではないかという方向にヨーロッパは向かっています。

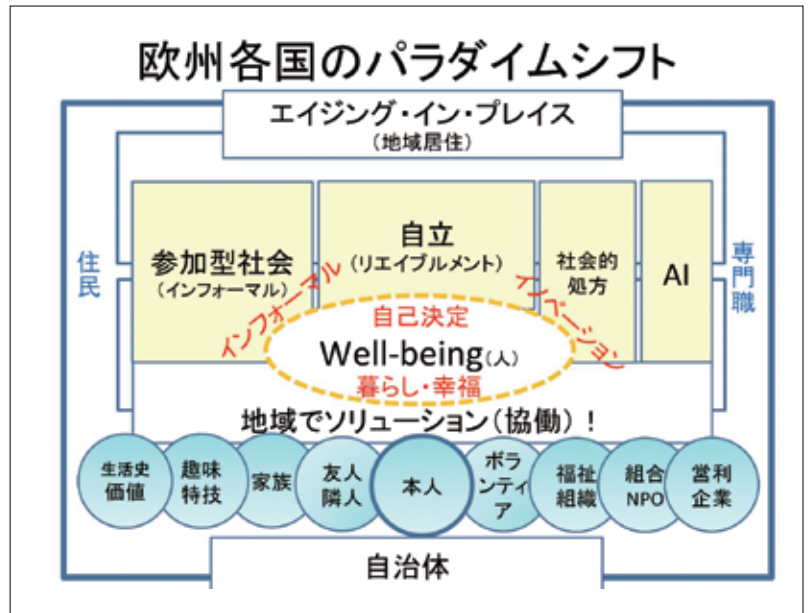
図表1-5にあるように、日本との大きな違いとして、ヨーロッパでは、まずサービスを提供するかどうかの入り口のところで、機能回復が可能か、あるいは回復・向上が難しい(不可逆)かを見ています。日本の介護保険にはこの機能がない。入り口のところで公的アセスメントを非常に厳しく行います。ケアマネジャーとは違う、非常にパブリック性の高いアセスメントをして、機能回復が可能な方はリエイブルメントのコースに入ってもらいます。つまり、リハビリをして良くなってもらって、サービスには結び付けないということです。これはサービス切りということではなく、その人の本当の well-being は何なのかを考えた末の結果です。その前に予防でも力を入れています。一方で、

重度の方にはきちんとサービスを提供していくという時代に入ってきています。

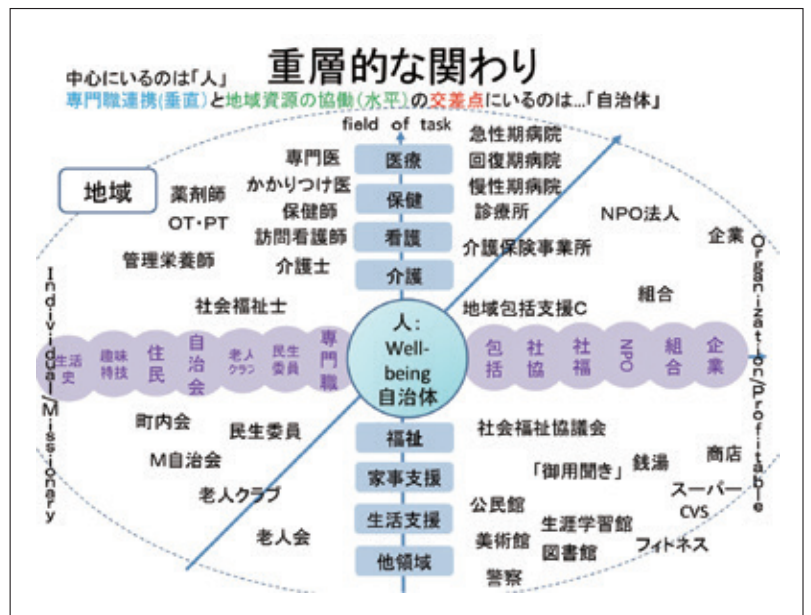
図表 1-6 にパラダイムシフト後の全体的なイメージを示してみました。まず真ん中に、「本人の well-being」があります。「本人の well-being」というのは専門職が分かるものではありません。本人にしか分かりません。場合によっては、それが表出できない人もいますから、専門職はその覆いを取っていくようにして、本当の思いを探っていきます。もしかすると家族の思いが大きく出て来すぎている場合が日本ではあるかと思えます。そして「参加型社会(インフォーマル)」につなげていくことで、本人だけではなく周りの人も社会参加につながり、「自立」につながっていきます。また、本人の本当の well-being を医療・薬では解決できないとなると「社会的処方」が出てきたり、欧米でもヨーロッパでも人材不足が脅威になっているので、「AI・ロボティクスの活用」ということも出てきています。

制度で解決するのではなく、地域で解決を目指すということで、地域にはいろいろな資源、アセット

図表 1-6



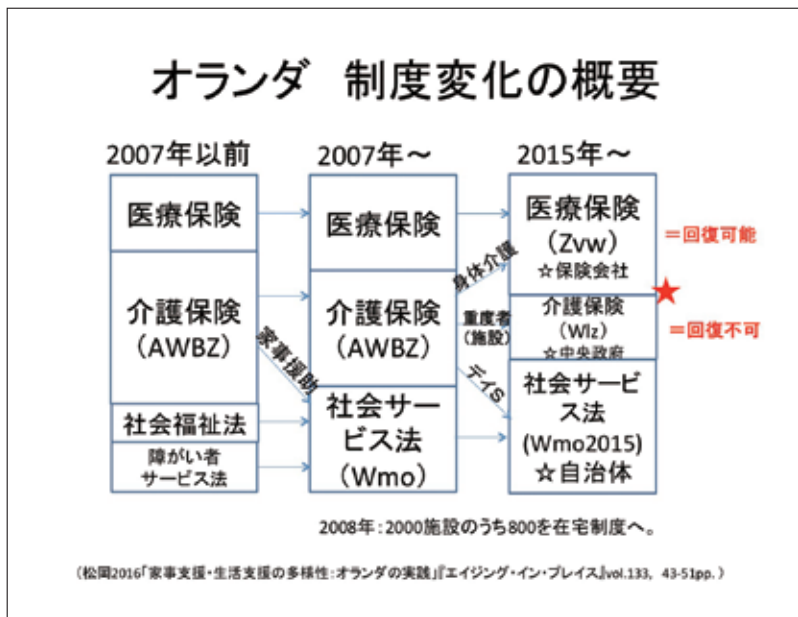
図表 1-7



があります。本人を中心にいろいろありますし、本人自身が持つアセットもあります。その人の趣味や特技、家族、友人、生活史などです。自身の歴史の中でいろいろな力を持っているということで、本人が中心の well-being を重視したパーソン・センタードの形が主流になっています。これを統合的に交通整理してリーダーシップやイニシアチブを取っていくのは、やはり自治体になるのではないのでしょうか。

これまでは連携というと、専門職の連携や地域の支援など縦の連携でしたが、これからは図表 1-7 のように横の連携で、組織から個人の内なる資源までの全体をどのように統合的に支援していけるかが重要になってきます。しかし、今でもケアマネジメントの中にインフォーマルな地域の力を入れましようと言っていますが、なかなか入っていかないということがあり、課題となっています。

図表 1-8



図表 1-9

オランダ 福祉国家から参加型社会へ

- ・「古い福祉国家はゆっくりと確実に参加型社会に変容している」
- ・それができる人は皆、自分の生活と周りの環境に責任を持つようにもとめられるだろう」



(国王ウィレム・アレクサンダー
2013年国会開催のあいさつ)

(シート提供：
Marieke van der Waal)
国際長寿センター
オランダセンター長)

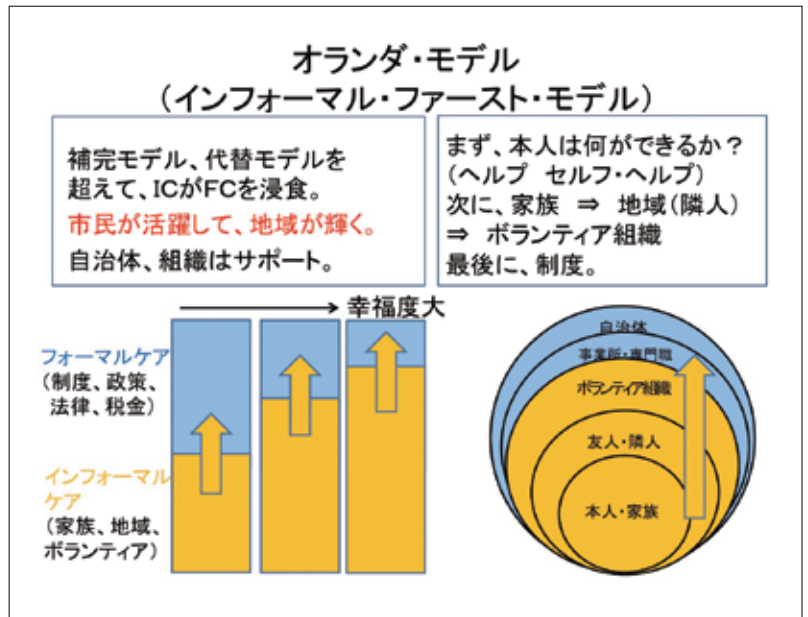
2. オランダ

オランダは、干拓で国をつくってきた国で、非常に合理的に物事を考える国です。この国では介護保険が1968年からありましたが、2007年に介護保険をスリムにして、家事支援の部分を社会サービス法(WMO)に移し、市町村でやりなさいという日本の総合事業のような改革を大規模に行いました。さらに

2015年に向けて、デイサービスも介護保険のルール下ではなく市町村に移し、ボランティアがデイサービスを運営するという形も可能となっています。そして介護保険は施設サービスが必要な重度の人のみにして、訪問介護・看護については医療保険の方に入れました。なぜ医療保険に入れたかという、これは競争市場の中で提供されるサービスなので、こちらの方がコントロールしやすいからです(図表1-8)。

国王自身が国会演説で、「古い福祉国家はゆっく

図表 1-10



りと確実に参加型社会に変容している。それができる人は皆、自分の生活と周りの環境に責任を持つように求められるだろう」と発言しました (図表 1-9)。このオランダ国王は各地の地域で行われている助け合いの現場を訪問しています。

オランダでは、何か問題があれば、まず本人に何ができるか、近隣に何ができるか、個人ではなく地域のボランティア組織で解決できないか。できるならばそこで解決して、それでもできなければ事業者や公的サービスを使うというインフォーマル・ファースト・モデルの時代に入っています (図表 1-10)。

そうなりますと、個人はどこに相談すればいいのかが分かりにくくなるので、相談窓口が一本化され、ソーシャル・ヴァイクチーム (SWT) が整備されました。「ヴァイク」というのはオランダ語で「近隣」という意味です。いわば日本の地域包括支援センターと福祉事務所が合体したような窓口をつくったわけです。高齢者、障害者、児童、精神、貧困、依存症など全部をこの窓口で受けて整理をしていきます。そのときに中心になるのがソーシャルワーカーです。社会的な視点から見えていくということで、ここで働く人は T-Professional といわれており、ゼネラリストでなけ

ればなりません。T は上が幅広く、下が長い形です。「私は高齢者の専門なので 64 歳のことは分かりません」では通用しません。そしてキッチンテーブル・ミーティングを行い、近隣では誰が何に詳しいだろうという会話をして解決を求めていきます。順番としては本人→家族→近所という形で、インフォーマル・ファーストの組織をつくっています (図表 1-11)。

次にオランダのボランティア組織についてお話します。図表 1-12 をご覧ください。例えばライデン市では、職員 70 名、ボランティアがその 10 倍の 700 名、利用者がその 10 倍の 7,000 人いるという、組織として非常に整った福祉組織があります。このような組織が多く存在します。

また、シェアリング・ミールの組織が全国にあります。もともと配食サービスを行っていた彼らは、「私たちは今まで配食サービスで地域の絆を壊していたのではないか。私たちがサービスを提供しなければ、住民はもっと近隣で助け合うことができるのではないか。」と反省し、地域の中で食事を作りたい人と作ってほしい人をつなぐ仕組みへと変更して活動しています。仕組みへと変更して活動しています。

「BUUV」という組織も全国で始まっています。自分

図表 1 - 11

オランダ<SWT ソーシャル・ヴァイクチーム>

Sociaal Wijkteam 大都市の86%で登録(2016年)

- 機能
 - 「よろず相談窓口」(普遍的:高齢者・障害者・児童・精神、貧困・依存症・DV・虐待、..)
 - 査定、ケアプラン作成、ケア提供者のコーディネーション、新サービス開発
 - 法的根拠はない。Wmo(自立・参加、)・若者法が対象領域。
- チームメンバーの資格
 - ソーシャルワーカー、看護師、精神保健など
 - 専門知識+ジェネラルな生活視点で支援できる(T-Professional)
- 支援の方針
 - 社会的ニーズ>医療的ニーズ (キッチンテーブル・ミーティング)
 - 「More Happiness, Less Care.」「ヘルプ・セルフヘルプ」「孤立防止」
- インフォーマル資源の活用・開発
 - 本人⇒家族⇒近所、地域⇒ボランティア組織(難しい場合は医療保険/介護保険につなぐ)
 - 家族介護者支援にも力を入れる。

図表 1 - 12

オランダ<参加>福祉組織における支援

福祉組織 Radius (ライデン市)



- 職員(専門家)70名
- ボランティア 700名
- 利用者 7,000人

→「財団 Stedeng」という形で多数存在。

シェアリング・ミール Thuisafgehaald (全国)



「配食Sで絆をこわしていたのでは？」

- 食事を作りたい人、作ってほしい人をつないで絆づくり

BUUV (全国)



- 買物、猫の餌、買いすぎた商品の引き取り、大工仕事、...

ボランティアによる生活支援

- 友愛訪問、散歩同行
- 移動支援
- 食事サービス
- 便利屋サービス(大工仕事など)
- 書類や財務手続きの支援
- パソコン支援
- 現金引き出し、納税申告支援
- アラーム
- 引っ張り出し支援(孤立防止)
- 認知症カフェ

ポイント

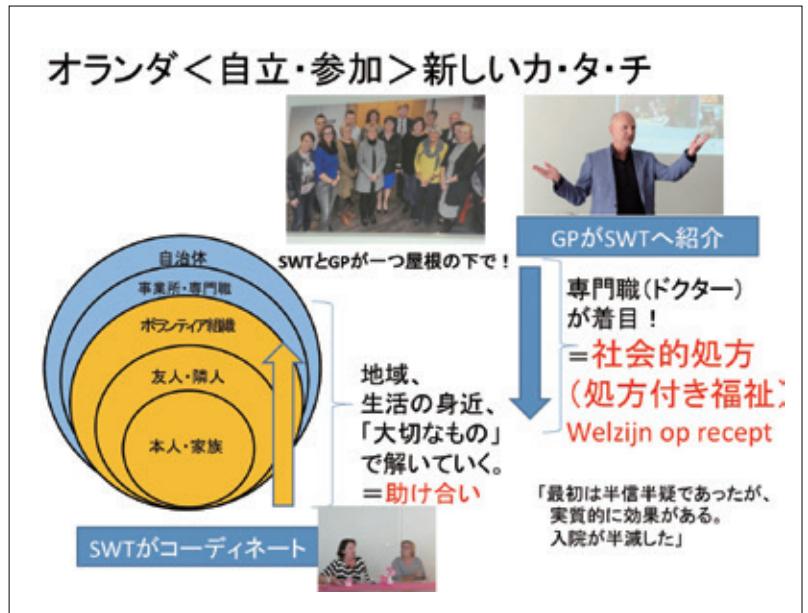
1. 組織ガバナンス
2. 専門職活用
3. 専門職がボランティア固有の価値を認めている
4. 研修等でボランティアの資質向上
5. 公共領域にも進出
6. 「仲間と楽しむ」

ができること、困っていることをネットに上げて、ネット上でマッチングができる形になっています。福祉組織は本当にいろいろなサービスをインフォーマルで整えています。財政的には、WMOの仕事もしているので、そこで市から予算がもらえますし、寄付もありますし、他の財団に申請して補助金を得るなどによって運営を行っています。

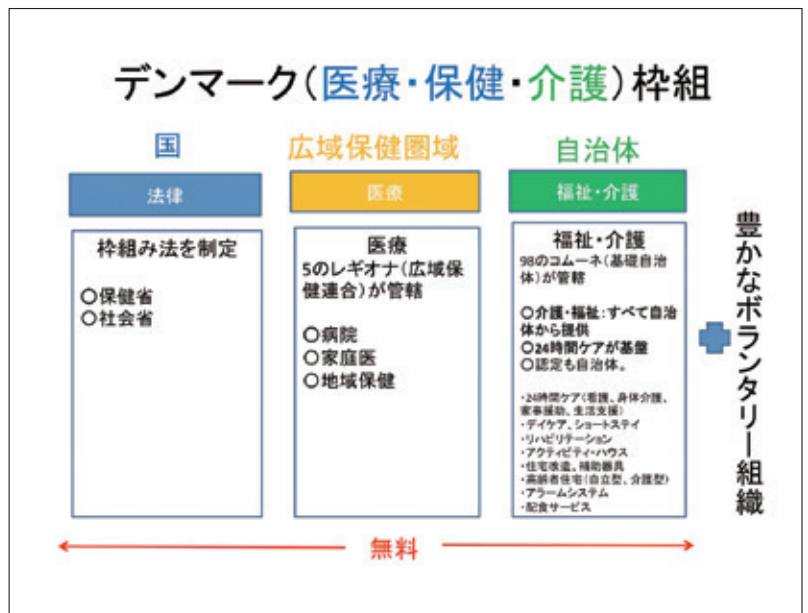
以上のように、オランダの自立・参加型社会の新

しいカタチとしてはまず、個人に何ができるかで始まる「インフォーマル・ファースト」で助け合いをしています。また、私たちが2年前に訪れたオランダのある市では、SWTとGP(家庭医)のクリニックが同じ建物の中にあって、GPが解決できないことについてはSWTに照会するという「社会的処方」が一つ屋根の下で行われていました。そこにも国王が訪問して激励されたということで、今、このような動きが大々的

図表 1-13



図表 1-14



に進められています (図表 1-13)。

3. デンマーク

デンマークは世界で一番、定期巡回・随時対応型訪問看護・介護が整った国という印象があります。山がなく平らな国で、パンケーキの国といわれていま

す。医療は県が再編されてできた5つのレギオナ(広域保健連合)が管轄していますが、介護は市町村で責任を持って行っています (図 1-14)。

デンマークは2013年に高齢者の「在宅ケア委員会報告書」を出しました。その中で、パラダイムシフトを行わなければならないということや、今まで在宅ケアを整えてきたが、ここでサービスを出し過ぎではないか検証せねばならないという警鐘が鳴らされま

図表 1 - 15

デンマーク〈自立・参加〉「在宅ケアの未来」報告書

2013年9月「在宅ケア委員会報告書:未来の在宅ケア」パラダイム・シフトの必要

□ 改善グループ(機能改善の可能性あり):毎日の生活を自分でできるように支援
★ を受けてできるだけ長く自立して暮らす。=リエイブルメント
□ 維持グループ(回復不能:重く複雑なニーズ):十分な看護・介護を受ける。

1★予防

- ・社会的側面に着目、在宅ケアに予防の視点を!
- ・予防訪問の対象は、75歳⇒80歳で柔軟に。

2★在宅ケアにおけるリハビリ

- ・システムティックなりハビリ
- ・「活動的な毎日」(リエイブルメント)
- ・介護の前にリハ:2015年より法制化。利用前に「改善G」「維持G」のアセスメント

3★重度要介護者

- ・重度要介護者にも個人の目標と資源に焦点をあててフォローアップ

4★IT化・テクノロジー

- ・在宅ケアでのITシステムの活用(質向上)
- ・国家レベルで介護機器開発を推進

5★ボランティア活動

- ・ボランティア活動の活性化

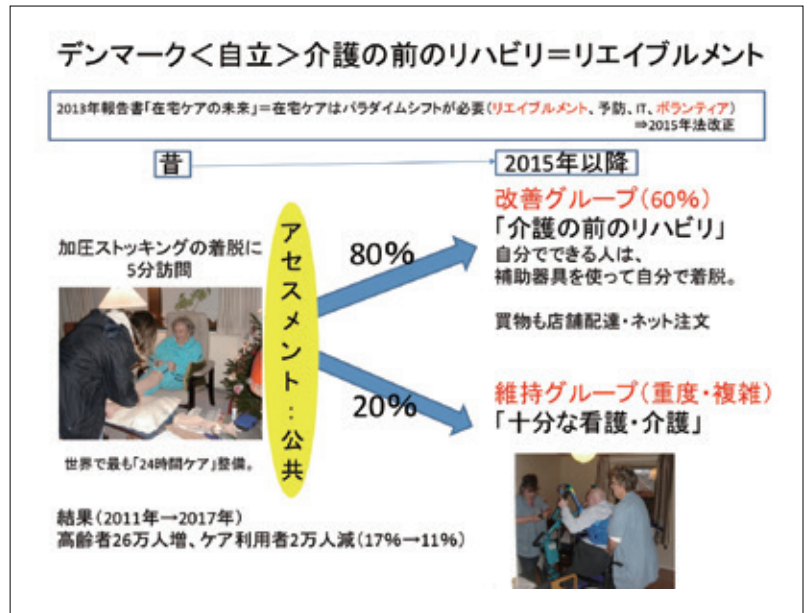
した。そして、改善グループ(機能改善の可能性あり)を最初にアセスメントして、機能改善できる人にはリエイブルメントしてもらい、機能改善できない人は維持グループとして通常どおりのものを提供していくという方向性が打ち出されたのです。特に改善グループのやり方を「活動的な毎日」とデンマークでは言っています。これがリエイブルメントに当たります。分かりやすく言うと、「介護の前のリハビリ」です。介護サービスを提供する前にアセスメントをしてリハビリに導いていくという、まさにリエイブルメントの考え方です。また、IT・テクノロジーの推進、ボランティア活動の活性化もまた、この報告書の中で提言されました(図表 1-15)。

実際にアセスメントをしますと、80%が改善グループで、その中の60%が改善しました。つまり、全体の約半分がサービス不必要だったということです。そもそもデンマークには買い物サービスなどありません。スーパーなども全部インターネットで注文します。また、昔はサポートストッキングを朝にはかせて夜に

脱がすという5分の訪問介護サービスを提供していましたが、今はそんなことはしていません。自分でやりなさいということで、利用者も文句を言うのではなく「自分がしたいときにやれるからいい」と言っているそうです。ただ、一部では、デンマークは残酷ではないか、行き過ぎたのではないかという声も上がっています(図表 1-16)。

公的サービスと平行して高齢者の生活を支えているのがインフォーマルのボランティア活動です。まず、デンマークには「活動センター」というのがあって、ボランティア中心で運営されています。また、全国組織として「エルドラセイエン」というイギリスのAge UKと同じような組織があります。この組織に賛同できる人は全員加入しているので、会員数は68万人(国民の12%)、会費が4000円、全国に221支所あります。昔の市町村の規模で各地に支所があり、ボランティア活動を中心に活動しています。内容としては友愛訪問から活動センターの運営まで多様な生活支援を提供しています(図表 1-17)。

図表 1 - 16



図表 1 - 17



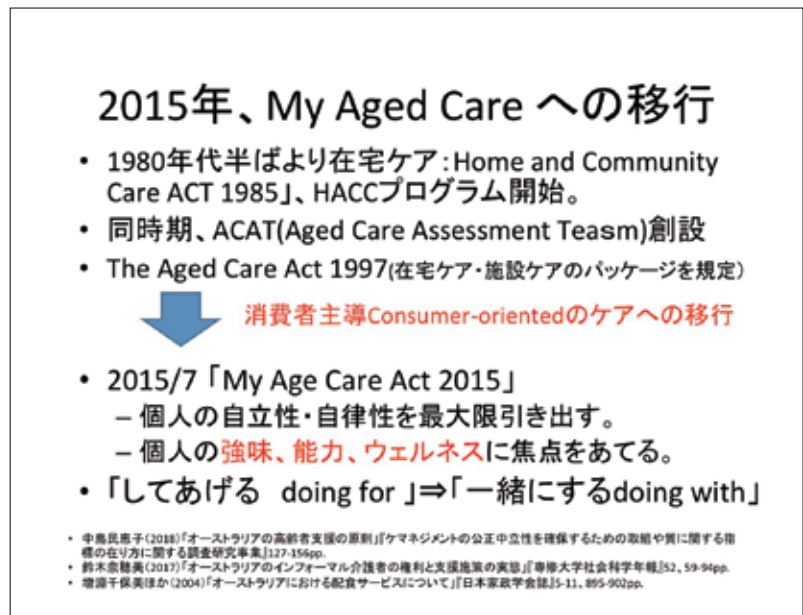
4. オーストラリア

最後に、オーストラリアです。図表1-18にあるように、オーストラリアでは在宅ケアを中心にしてきましたが、2015年に「My Aged Care」が導入され、個人の自立性・自律性を最大限に引き出し、その人

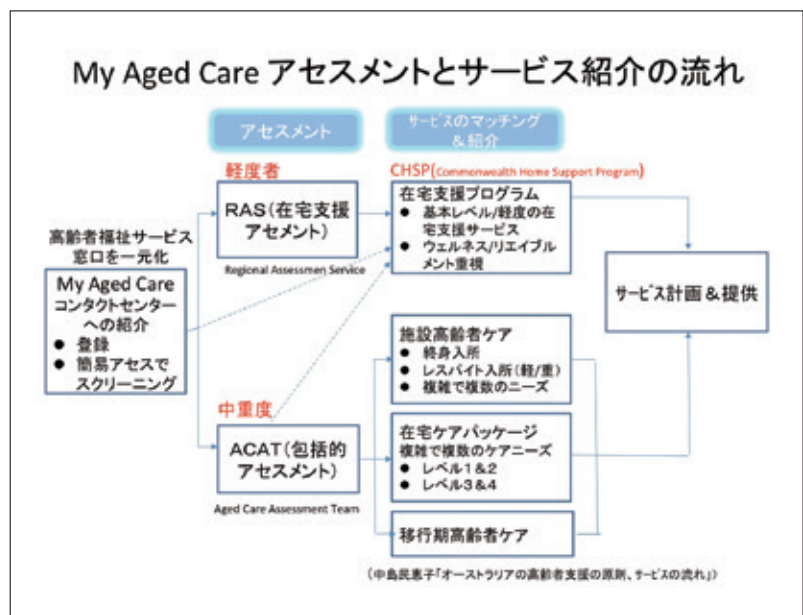
の強み、能力、ウェルネスに焦点を当てることに方向転換しました。

My Aged Care コンタクトセンターで窓口を一元化し、重度者はACAT(包括的アセスメント)に、軽度者はRAS(在宅支援アセスメント)に分けられ、その中でリエイブルメントも強調されています(図表1-19)。

図表 1 – 18



図表 1 – 19



5. まとめ

欧州についてまとめますと、真ん中にその人の well-being があり、その人の幸せとは何かを考えていく方式が進められており、サービスありき、制度あ

りきではありません。縦の統合だけでなく横の統合、そして全体の統合を考えていくような、まさにこれまでの発想のコペルニクスの転換、パラダイムシフトが始まっています。私たちもそのような転換の必要があるのではないかと思えます。

講演 2

誰もが自分にとって最高の社会的役割を持つ社会へ

— イギリス『リエイブルメント』を中心に —

鎌田 大啓

株式会社 TRAPE 代表取締役 / 大阪大学医学系研究科保健学専攻招聘教員



作業療法免許取得後、病院勤務を経て、地域医療を展開している医療法人の介護部門をまとめセンターを設立。センター長として、介護保険の原点である「自立支援」を軸とした介護サービス（訪問看護・リハビリ、通所リハビリ、ケアプランセンター）を展開。同時に、吹田市介護保険事業者連絡会会長としても多くの介護事業者、行政、住民と交わり地域づくりに取り組む。この中でステークホルダーがそれぞれ感じている課題をそのままにしている業界の課題を痛感。それぞれの強みを見出し新たな強み同士をつなぎ合わせる（コネクトする）デザインの必要性を感じ 2015 年に株式会社

TRAPE を設立。

TRAPE は、日々の何気ない日常の中で「ひと」と「ひと」が繋がり、様々なコミュニティが生まれ出され、その中で「ひと」が自分にとって意味のある役割をもち続けられる状態こそが、「ひと」にとっての well-being であるという事を最も大切にしている。こんな世界（1人の「ひと」が自分にとって最高の社会的役割を持ち続けられている well-being に溢れた地域コミュニティ）をつくるために背景の異なる様々なメンバーと多くのプロトタイプを生み出し、Try & Error を重ねて常にアップデートを行っている。



先ほど松岡先生の方から well-being という言葉がたくさん出てきましたが、well-being がわが社の社是になっています。また、コミュニティをどうしていくのか、国レベル、市町村レベルでどう考えていくのかという話がありました。その中では、組織をどうしていくのかということが大事になってくると思います。

もう一つ大事なことは人です。人を抜きに語ることはできないということで、そこを中心に、今回はデザインをどのように転換していくのかということと、リエイブルメント、そして well-being を掛け合わせて見ていきたいと思っています。

弊社は「No Role, No Life」ということを謳っています。イギリスもまさしくこのワードが当てはまって、どこに行っても「役割が一番大事だ。私たちは役割を持っているのではないか。専門職など、もう一度自分たちの在り方を見直そうではないか」という流れがあります。

まず皆さんと共有したいポイントは、「社会はどこに向かうのか」ということです。日々、皆さんは現場でトライされていて、このワードは少なからず頭の片隅で考えられていることではないでしょうか。最初にお伝えしたいのは、「リエイブルメント」というものがなぜ生まれているのかということです。ここがすごく大事です。

1. 「リエイブルメント」はなぜ生まれたのか

今、日本の社会の中には地域包括ケアシステムや自立支援、社会参加、地域づくりなど、現場に行くと皆さん「意味が分からない」ということであふれています。それぞれ捉え方がさまざまで、結果、何のアクションも起きていないというのが今の日本のリアルなファクトなのだと思います。ですから、「バズワード」ではなくて、私たち一人一人の言葉で、一人一人の体験で語っていく必要があるだろうと思います。なぜこれをしているのか、その目的は何なのかということの中で、私たちの事業があり、役割があるので

図表 2 - 1



はないかと思います。ですから、今日はその背景から進めていきたいと思います。

図表 2-1をご覧ください。今まで、農業などをしてきた労働資本の社会があり、そこから産業革命以降、産業を中心とする資本社会に変わっていきました。それが帝国主義時代に入ってどんどん多様化し拡大していく中で、銀行が非常に大きな力を持ってきて、金融資本主義の社会になっていきました。では、これからどうかというと、これからは社会関係が資本になる社会に突入していくのだと思います。

なぜそのように言えるかという、日本を含め、世界全体で社会の構造が大きく変化しているからです。皆さんは人口ボーナス期、人口オーナス期という言葉聞いたことがあるでしょうか。なかなか医療・介護の世界ではこの言葉は出てきませんが、ビジネスの世界では結構スタンダードに使われています。人口が増加していった時代を人口ボーナス期といい、人口が減少していった人口自体が国にとって負荷になっていく時代をオーナス期といいます(**図表 2-2**)。

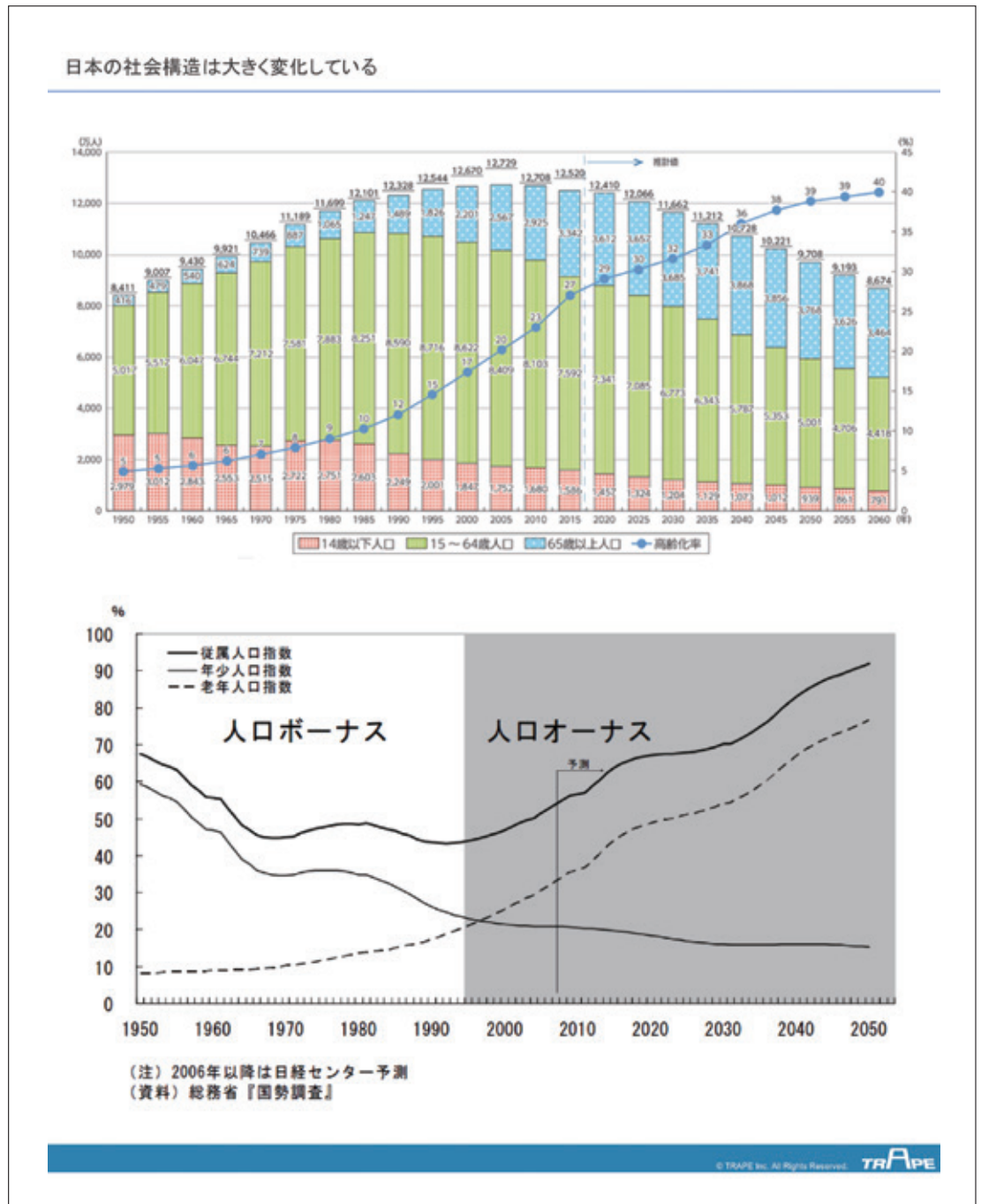
人口ボーナス期は、重工業中心の時期だったといわれています。オーナス期になると、どんどんビジネスモデルが変化していき、頭脳労働中心のビジネスモデ

ルに変わっていきます。ボーナス期の特徴は、重工業なので、力があって筋肉隆々の男性が外でどんどん働いた方が経済成長率が高い、生産性が高いということです。女性は家を守っていた方がいいのだというようなことが起きます。オーナス期になるとそうではなくて、男女ともに働き、男女ともに家を守ることが起きます。1人2役、共同し合うということです。

日本の場合は、ボーナス期のときには、同じ条件の人をそろえることにメリットがありました。新卒一括採用であり、終身雇用であり、年功序列であり、定年制であり、長時間労働がよかった。そういう仕組みがありました。そのため教育は、情報処理教育で正解を当てる教育をするのがベストでした。経済を支えるためには社会保障が大事だということで、人口構造は若い人が多かったので、「young supporting old」でよかった。答えがある社会だったので、国が用意した制度に乗っていればそれみんな万々歳だった時代です。

しかし、その時代は完璧に終わってオーナス期の時代に入り、同じ条件の人ではなく多様な人が求められるように変わっていきました。多様な働き方、多様な生き方が尊重されるようになりました。もし

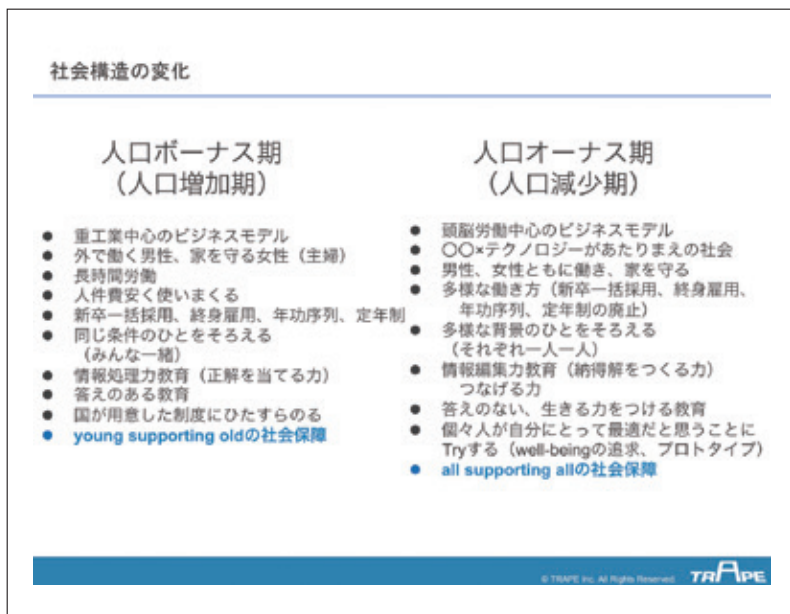
図表 2 - 2



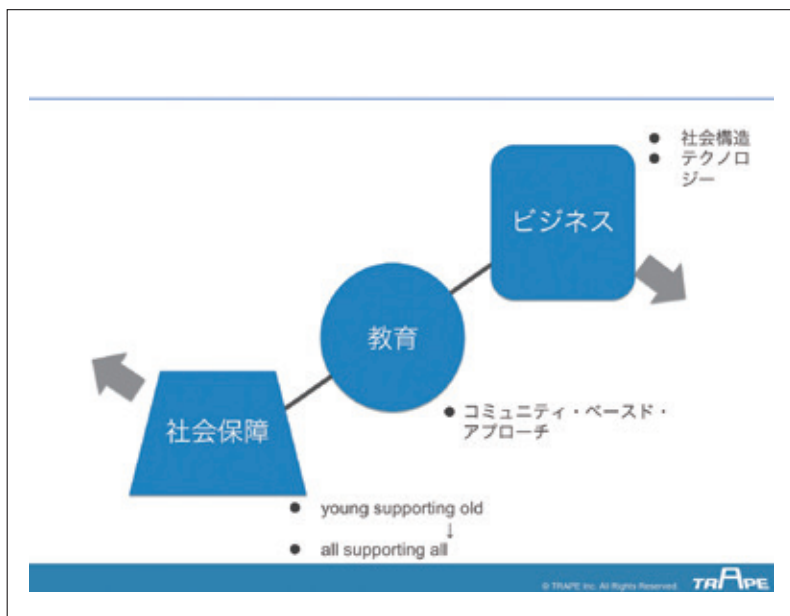
くは尊重しないと社会が回らなくなっていきます。そういう社会で求められるのは、正解を当てはめるのではなく、納得解をその都度つくっていきける人や、つながっていく力を持っている人です。そして、「young supporting old」の時代はもう終わって、「all supporting all」の時代が変わってきています(図表 2-3)。

つまり、国や都道府県、市町村といった、制度を運営していた側に答えがないので、その地域ごとに納得解を生み出していくしかないということです。これがものすごく重要なファクトです。このファクトを抜きにして今から何をしようかということ論じることが今の日本で起きています。これは非常に大きなポイントだと思います。ビジネスも変わらないといけ

図表 2 - 3



図表 2 - 4



ない、社会保障も変わらないといけない、教育の在り方も変わらないといけないのに、日本は今、ビジネス側は必然的にグローバルに変わらざるを得なくなっているのに、社会保障側はほぼ変わりません。ですから大きな課題がたくさん出てきていて、財政的にも厳しくなっています（図表 2-4）。

ビジネスの社会の中では、一人の人がどういうニーズを持っているのか。マーケットインで、その人のニ

ズを聞くしかないという方向に変わってきています。SNSが発達して、どんどんニーズの多様化が起きています。それなのに、社会保障側は一人の人の意見を聞かなくていいのでしょうか。私たちが決めたレールに乗ってくれと言うだけでいいのでしょうか。本当は、私たちは考える必要があるのではないのでしょうか。一人の人の well-being をどう追求していけばいいのでしょうか。

図表 2 - 5



2. 地域共生社会と地域包括ケアシステム

今、人と社会の well-being・価値観が多様化しています。一人の人の well-being といったときに、多様化というのが非常に大きなポイントだと思います。この多様化、「all supporting all」の世の中というのが、まさしくこの分科会のテーマである地域共生社会だというふうに日本の中でもう一度定義し直し、地域包括ケアを基点として、ここを今考えているわけです(図表 2-5)。そして、高齢者だけではなく、障害者の方も、子どもも、あらゆる方々をひっくるめて地域を考えるというふうに今は状態が変わってきています。

では、共生社会とは何か。非常にごちゃごちゃと

して分かりにくいのですが、要するに、社会の構造が変化しているので、この概念が生まれてきています。地域包括ケアシステムが軸であり、その中で、一人一人の暮らしと生きがいを追求していく社会。まさに well-being (より良く生きる) を追求していくことを目指す社会です。手段としては、多様性を軸にし、人と資源が世代や分野を超えてトライしていく。「我が事」であり「丸ごと」というのは、このように要素分解して言えることです。これを含めて地域共生社会と表現しているわけです(図表 2-6)。ですから、地域共生社会という言葉自体がバズワード(それらしいが実はあいまいな言葉)であり、ほぼ価値をなさないのだと思っています。その中身が何なのかということ要素分解しイメージしていくことが大事なのではないかと思っています。

図表 2 - 6

地域共生社会

- 社会構造は変化しています
- 地域包括ケアシステムが軸です
- そんな中、みんなで一人ひとりの暮らしと生きがいを目指す(well-being=よりよく生きる)という事を重要視し目指します
- 手段として、多様性を軸にして、人と資源が世代や分野を超えてTryしていきます
- これらをまとめて「地域共生社会」といいます

© TOWPE Inc. All Rights Reserved. TRAPE

大事だといわれている地域包括ケアシステムですが、目的は何かというと、一人一人がその人が固有の役割を持つ well-being な日常の暮らしといきがいを追求することです。自分らしいというのが well-being です。手段としては、特にこれからは介護予防だけでなく各種事業を使っていこうということです。それをコミュニティ単位で行っていきます(図表 2-7)。

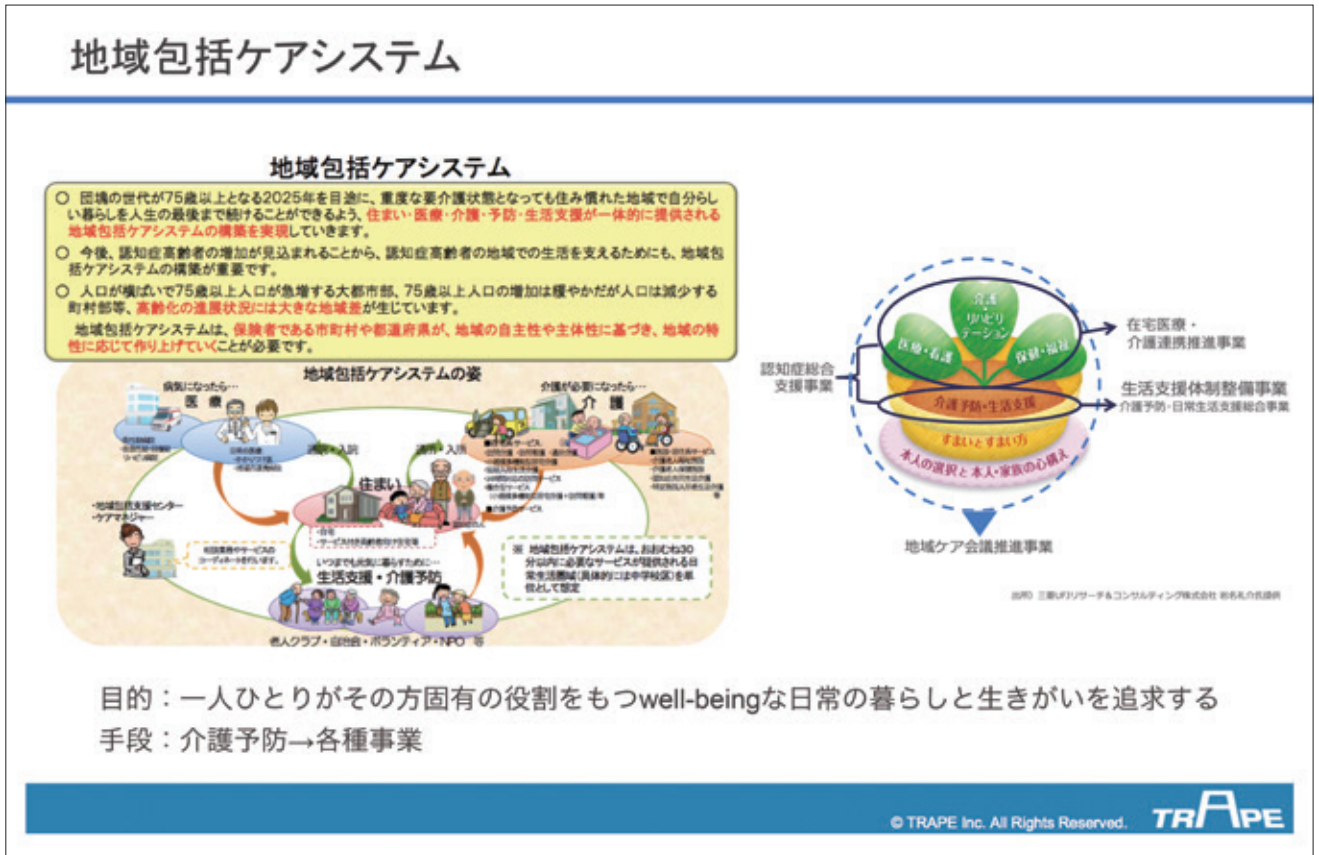
では、コミュニティとは何か。まず最小限は何かというと、いろいろな説がありますが、やはり本人がいて、プラスアルファで配偶者がいたり家族がいたり、仕事があったり、近所があったり、地域の集いがあったり、いろいろな帰属があります。この中で、人と人の役割というものが生まれます(図表 2-8)。

コミュニティの語源はラテン語の「communus (コムユナス)」です。「co」が「共同」で、「munus」が「貢献」という意味です。従って、コミュニティという

のは、共同に貢献し合うということが成し得て初めてコミュニティと呼べるわけです。共同の貢献のないグループはコミュニティとは言い難いです。一方通行ではなくて、何かしら互いに貢献し合う。この貢献のし合いには大小あります。別に何かしないとイケないわけではなくて、例えば末期がんの方で、ただご主人がそこにいてくれる。それも大きな役割です。その人にとってどういう存在なのかというような意味合いでのコミュニティです。そのコミュニティの中で生まれているのは何かというと、コミュニケーションです。ここから派生している言葉なので、やはり会話、対話というのがとても大事になってきます。そして、そのコミュニティの中で役割を持っていることが well-being の源泉であるということだと思います。

先ほどから well-being、well-being と言っていますが、なぜそんなに well-being を大事にしているかというと、真逆は孤立であり、孤独だと思っている

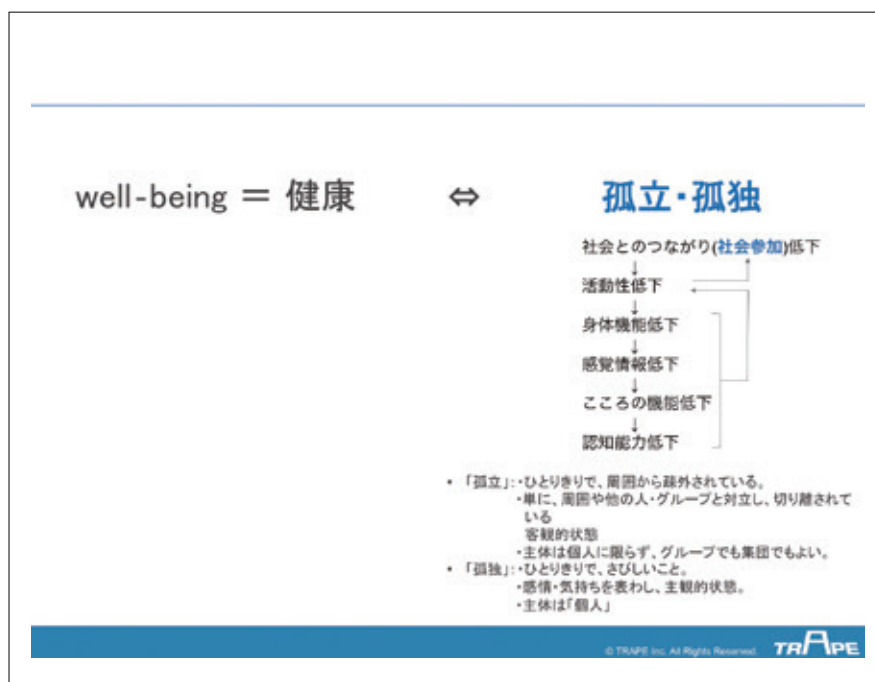
図表 2 - 7



図表 2 - 8



図表 2 - 9



からです。これはイギリスでもオランダでもドイツでも、世界中で危惧されています。特にヨーロッパでは、これからは孤立、孤独が世界の課題になっていくだろうと言われていました。これは非常に私の胸にズシンと響く言葉でした。

孤立、孤独が生まれる背景は、日本でもよく言われますが、つながりがなくなっていくということです。その原因をたどっていくと、元気でまだまだ可能性があるのに、その可能性の芽がどこかで摘まれてしまっている場合もあるのではないかと思います。したがって、予防が大事になります。予防というのも、単なる運動=予防という概念はもう古いです。「社会とのつながり」ということが一番の予防になるのだということです (図表 2 - 9)。

そこを最も重視しているのがリエイブルメントです。well-being を追求するときには、人がいて、人には

環境があって、その環境の中で人が何らかの活動をしています。この3つのバランスが崩れるときに人は何らかの困難さを感じます。したがって、課題が起きているときは必ずこのバランス関係を見ていきます。一人一人の well-being を追求し、その手段は今までと違うものです。この中で大事になってくるのが「コミュニティ・ベースト」、「アセット・ベースト」、「パーソン・センタード」、「ストレングス」です。この言葉でここをどのように考えていくのかがこれからのキーポイントになります。

3. イギリスのリエイブルメントの概要

イギリスは、まさしくこのリエイブルメントを国を挙げて非常に重視している国です。イギリスのリエイブ

図表 2 - 10

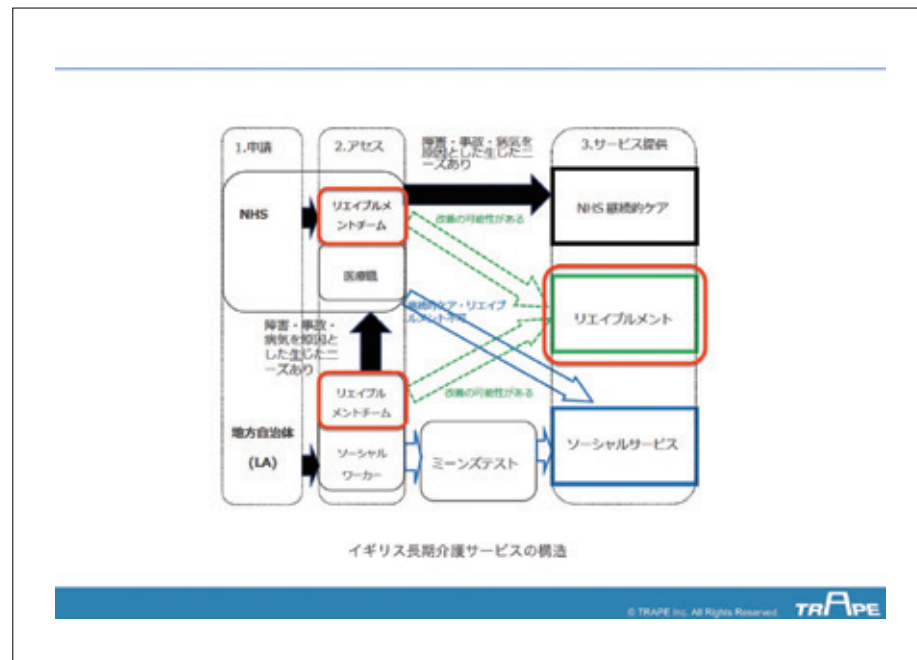
リ・エイブルメントサービスが生まれる背景
<ul style="list-style-type: none"> ✓ イギリスのケアの源流は「well-being」にある ✓ 2014年に改正されたcare act（ケア法）の第1条が「個人のwell-beingの促進」という項から始まることからその流れは一層強調されるようになっている ✓ イギリスの施策はこれらの要素をいかに国民1人1人において実現させていくかが大きなポイントとなっており、みんなで共有するビジョン ✓ 国民にwell-beingな日常を手に入れてもらうビジョンを達成するためにイギリスが誇っていた伝統的な国民医療サービス（NHS）の在り方を変化させている ✓ NHSが従来提供していた国民医療サービスと自治体が提供していた社会サービスを統合し、効率的で効果的な方法への変化するというような流れが生まれている ✓ リ・エイブルメントサービスは、国民の可能性を見出し、対象者が自分にとって意味のあるwell-beingな日常生活を取り戻すために自信とスキルを手に入れる事をサポートするサービスとして重要視されており、現在イギリス全土でこのムーブメントが起きてきている ✓ リ・エイブルメントサービスは、以前よりNHSと自治体によるソーシャルサービス両方から提供される改善の可能性のある対象者向けの無料サービスである

ルメントの大きな特徴は、自分にとって意味のあるwell-beingな日常を取り戻すことがキーコンセプトになっていることです。先ほど松岡先生からもお話がありましたが、世界中がリエイブルメントの潮流にあるように、イギリスも2014年にケア法が変わり、well-beingが第一原則となりました。イギリスの中ではビジョンを大事にしており、また、NHS（国民医療サービス）を改変して国民皆保険の医療サービスとソーシャルサービスを合併し、効率的で効果的なサービス提供をしようという方向に変わってきています。イギリスでは、NHSの方からリエイブルメントをする場合と、自治体のソーシャルサービスの方からリエイブルメントを提供する場合の2パターンがあります。どちらにしても、改善の可能性のある者が、まずリエイブルメントサービスを受けることになっています（図表 2-10）。

イギリスのリエイブルメントの提供主体には自治体とNHSがあります。イギリスでは、回復期病院や訪問リハビリテーションもリエイブルメントの枠内に収まっています。リエイブルメントが非常に広いわけです。イギリスの調査を見ると、リエイブルメントサービスに紹介されるのは7割ぐらいが病院からで、3割ぐらいが地域からとなっています。この比率が年々変化していて、地域の割合が上がってきています。リエイブルメントサービスの期間は限定的で6週間。イギリスの場合は6週間毎日通って訪問介護+訪問リハビリテーションのようなことをしています。基本的には訪問形態でやっていて、料金は無料です（図表 2-11、2-12）。

イギリスのリエイブルメントのポイントは、パーソン・センタードのアプローチで、かつコミュニティ・ベーストのアプローチが大原則です。身体能力を重要視し

図表 2 - 11



図表 2 - 12

リ・エイブルメントサービス概要

- Care Act 2条「予防と、ニーズ発見を抑え遅らせること」に基づいている
- サービス提供主体：**地方自治体/NHS**（※グレーター・マンチェスターでは自治体が提供）
地方自治体の義務「市民のwell-being向上のための良質な情報提供の義務があり、孤立や孤独を減らし、運動や活動を通して健康でアクティブな生活を送れるよう健康的な地域づくりや住民の関係づくりを促進する義務がある」
- 対象者：地域の病院を退院したひと、地域で生活行為の能力が低下したひと
- 期間：**最大6週間**のサービス
- サービス提供形態：基本的に訪問
- 料金：**無料**

ているかというところではなく、社会的な能力を最重要視しています。運動レベルを取り戻すのではなく、自信とスキルを取り戻すというのが、日本のリハビリテーションの性質と全く違うところです。高齢者のために (for) ではなく、社会ともう一度つながると

いうことで、高齢者と共に (with) ということが非常に大事にされています (図表 2-13)。実は、イギリスのリエイブルメントのガイドラインに書かれている内容は、私たちが寝屋川市で実施したプロジェクトの内容とほぼ一致していました。

図表 2 - 13

リ・エイブルメントサービスのコア要素

今、もっとも優先順位が高い取り組みだと考えられている

- ・ パーソンセンタードアプローチ（本人を常に中心に考える）
- ・ **コミュニティ・ベースド・アプローチ**
- ・ 身体的能力だけでなく**社会的な能力も重視する**
- ・ 自分にとって大切な日常生活(活動・仕事)を送るための**「自信」と「スキル」を取り戻す**
- ・ 高齢者のために（for）ではなく、**高齢者と共に（with）行う**
- ・ **期間が限定的**

※アプローチなどのHow toだけを学ぶは効果はほとんど生まれない

© TRAPE Inc. All Rights Reserved. TRAPE

図表 2 - 14

【事例】The Deal - ウィガン自治体



リ・エイブルメント

- ・ チーム数：3
- ・ 1チーム：8～9人（OT、ケアワーカー）
- ・ 専門職：9名（すべてOT）
※日常に焦点が当たっている為OTが中心
※PT1名今後入る予定
- ・ The Deal構築/プロデュース：OT

The Dealとは、地方自治体が地域とパートナーシップを作っていく方法

- サービスへ依存するそのタイミングを遅らせる、あるいはサービス依存を予防する事に焦点が当たった
- 人々のwell-beingのニーズに対処するというのが、初めて法的な義務として制定された
- このストーリーは、リ・エイブルメントから始まる
- 利用者がアクティブな生活を自ら地域でおくことを最も重視
- 目指すのは、利用者が週を過ごすことに前進し、支援期間が終わるまでに自分で物事を行えるようにする事

© TRAPE Inc. All Rights Reserved. TRAPE

4. The Deal - ウィガン自治体

ウィガンという自治体の事例を紹介します。ここはリエイブルメントを非常に推進している自治体で、グレートマンチェスターを構成する一つです。サービスに依存するタイミングを遅らせることや、予防する

ことに焦点が当たり、人々の well-being のニーズに対応することが、初めて法的な義務として制定されました。2014年にケア法が変わってwell-beingを重視しなさいという国からの指示が強くなってきたので、一生懸命やっているということです。このストーリーはリエイブルメントから始まるのだということを言っていました(図表 2 - 14)。

図表 2 - 15

「The Deal」導入前夜日本と同様課題

- ソーシャルワーカーは、「ごろうケアパッケージありますよ、それで介護者があなたの所に行きま
すよ」と言うか「デイセンターがごろうふうにやりますよ、ここに行くことができますよ」あるい
は「もう施設に入りますか」というような言い方だった。
→サービスに繋ぐことが第一選択
- コミュニティ組織とか、チャリティとか、ボランタリーセクターを活用するということに関しても限
定されていた。
→コミュニティ・ベースド・アプローチではなかった
- NHSと一緒にって取り組むということも限定されていた。
→医療サービスとソーシャルサービスの縦割り
- 健康上の問題、あるいは、サービスを必要とすることの予防、それから、そのサービスを必要とする
ことをできるだけ遅らせるというようなフォーカスも限定されていた。
→予防の視点の欠落
- well-beingであるとか、QOLであるとか、その人自身が自分の生活のことをどう感じているのかへの
焦点はおそらくなかった。
→well-beingの視点の欠落

© TRAPE Inc. All Rights Reserved. TRAPE

ウィガンがこのようになったのは、「The Deal」という方法によります。The Dealが始まる前はどうかということ、日本と全く一緒でした。「サービスにつなぐことが第1選択であるウィガンには、コミュニティ・ベースド・アプローチなどというものはありません」「医療サービスとソーシャルサービスは縦割りで、検討などは一切していません」「予防の視点は持ち合わせていません」「well-being?それは単なる理想形でしょう。そんなものはやっていません」という状態がThe Deal前でした。これは数年前の話です(図表 2-15)。

しかしウィガンは自分たちにビジョンや行動指針がないことに気づきます。自治体がいエイブルメントのビジョンと行動指針を掲げてチームをつくっていく。行政だけがやるのではなく、地域のあらゆるア

セットを募ってやっていく。「前向きな姿勢でいこうではないか。専門職の責任を果たそうでないか。勇気を持とう。地域をつくるのだ」ということをみんなで共有しました。そして、市民にも同じようなデザインで共有するように呼び掛けて、市民も一緒にやろう、専門職だけでは無理なのだということと呼び掛けていきました(図表 2-16、2-17)。

5. The Deal—導入後の変化

それでどうなったかということ、予防を自治体がやるというマインドが出てきました。そして、ソーシャルワーカーや OT に投資をするようになりました。今まではケアのニーズだけを見ていましたが、そうではな

図表 2 – 16

地方自治体のビジョン、行動指針の重要性

地方自治体がビジョン・行動指針を示した

- 新しい仕事の在り方であるこの新しいアプローチをリエイブルメントのスタッフ、ケアラー（介護者）に理解してもらい、地方自治体のビジョン、行動指針にコミットしてもらう必要がある

より大膽的な考え方・ザ・ディール

The Deal Wigan Council

私たちの役割 地方自治体	私たちの役割 リエイブルメント
サービス利用者を理解するための時間をとる	サービス利用者を理解するための時間をとる
システムを合理化する	新しい仕事のやり方やタリ/ロジックを採り入れる
高いレベルの支援を提供する	画期的なケア提供の一員となる
あなたが不満の感情で影響を及ぼせるようにする	人々が主権を伴うようエンパワーする
つながり作りを支援する	人々の生活全体の改善を考える

行動指針

- 前向きな姿勢
自分が行うことすべてに誇りをもつ
- 説明責任を果たす
物事の改善に責任をもつ
- 勇気を持つ
方法を受け入れる

© TRAPE Inc. All Rights Reserved. TRAPE

図表 2 – 17

専門職・市民への啓発

The Deal for Communities

- The Dealと言うとウィガンの市民は知っている
- 一般の人に見えるようなデザインにした
- 専門職・住民も行動や振る舞いを変える事に焦点を当て
- 専門職、住民（サービスを必要とすることを予防していくということ）各々に役割がある
- これをパートナーシップと呼ぶということを明確にした

© TRAPE Inc. All Rights Reserved. TRAPE

く、「その人が生きる上でのニーズを見ていく」といったようにニーズの捉え方が変わりました。実際に家を訪問してアセスメントをするときには、何よりもその人のニーズを大事にするということを展開していて、困っていることがあれば訪問介護のようなこともやり

ながら、しかし、なるべくその人が「できる」という状態に自信をつけてもらって、専門職はどんどん離れていくということをやっています（図表 2-18）。

このときに出てくるのが、コミュニティマネジメントの重要性です（図表 2-19）。リエイブルメントが大

図表 2 - 18

「The Deal」導入後

- 予防を地方自治体が行うようになった
- 地方自治体の仕事=well-being促進=コミュニティづくり奨励
そのためのツールとして「リ・エイブルメントサービスを最初に活用」
- ソーシャルワーカーやOTに投資し、ケアパッケージを提供する前に人々の健康を向上させていくヘルプをOTが実施した。ここから、リエイブルメントサービスが生まれた
- ソーシャルワーカーがアセスメントするとき、ソーシャルケアのニーズだけではなく、その人が必要とするニーズ全てを見るように奨励
- 孤立、孤独を止めるたり、ソーシャルコンタクトを持つ為に、特にwell-beingに焦点を当てて、QOLそしてその人たちが何をしたいのか、その人にとって何が重要なのかという所に焦点を当てるように専門職を教育
- ヘルス側の同僚と一緒に取り組む統合モデルづくり実施

© TRAPE Inc. All Rights Reserved. TRAPE

事なのではなく、それは手段でしかない。大事なのはコミュニティにつながっていくことであり、コミュニティでいかに協働できるかです。今まではリエイブルメントチームにいた OT や技術職、ソーシャルワーカーは地域情報をほとんど知りませんでした。しかし、コミュニティで協働することによって、1人の住民としての利用者と向き合い、等身大の声、住民として求めている声を聴くようになりました。すると、専門職と利用者という視点だけでなく、実は彼らは利用者であると同時に住民であり、コミュニティの中の消費者、生活者なのだということに気づくようになりました。

しかし、彼らはまだまだ足りないということで、新しい役割や仕事を生み出しています。「コミュニティ

ナレッジワーカー」と「リンクワーカー」です。要するに、日本でいう生活支援コーディネーターです。その人たちと連携して1つのリエイブルメントが完成していくということをやっています。

では、専門職はどう変わったか。The Deal前夜は、ソーシャルワーカーや OT が利用者に実際に会いに行って「何が問題ですか」「困っていませんか」という非常にネガティブなことから聞いていました。それが The Deal 後は、「何ができるのだろう」「あなたにはどんな才能があるのだろう」という会話をして、向き合っています。対話がポイントです。これは専門職がマインドをチェンジしないとうまくいかないのだと言っていました(図表 2-20)。

図表 2 - 19

コミュニティ マネジメントの重要性

- コミュニティでどういうものが利用可能であるのかをソーシャルワーカーやOTが理解している事が重要
もし、ギャップがあればアクティビティを作る
- 今後、コミュニティのパートナーが地方自治体と同じくらい重要
- コミュニティを知っている人、コミュニティのギャップが何であるのかを知っている人、そしてコミュニティにおける活動を刺激できるような人が必要で新しく役割、仕事が生まれた

- ✓ コミュニティナレッジワーカー
コミュニティの知識の豊富な人で、コミュニティコネクターは実際に人々をコミュニティの活動にお連れして活動も一緒になって短い時間だけでも行うような存在
- ✓ リンクワーカー
プライマリケアのGPの所にも新しいワーカーを置いて、GPの所に来る人がいたらGPがその人をまたコミュニティに繋げていくことを行う

© TRAPE Inc. All Rights Reserved. **TRAPE**

図表 2 - 20

日本と
同様課題

専門職の関わり方の変化

The Deal前夜

- ソーシャルワーカーやOTが人に会いに行き
 - ・ 「何が問題ですか」
 - ・ 「何に困っていますか」
 - ・ 「何ができないの」と聞いていた。

The Deal後

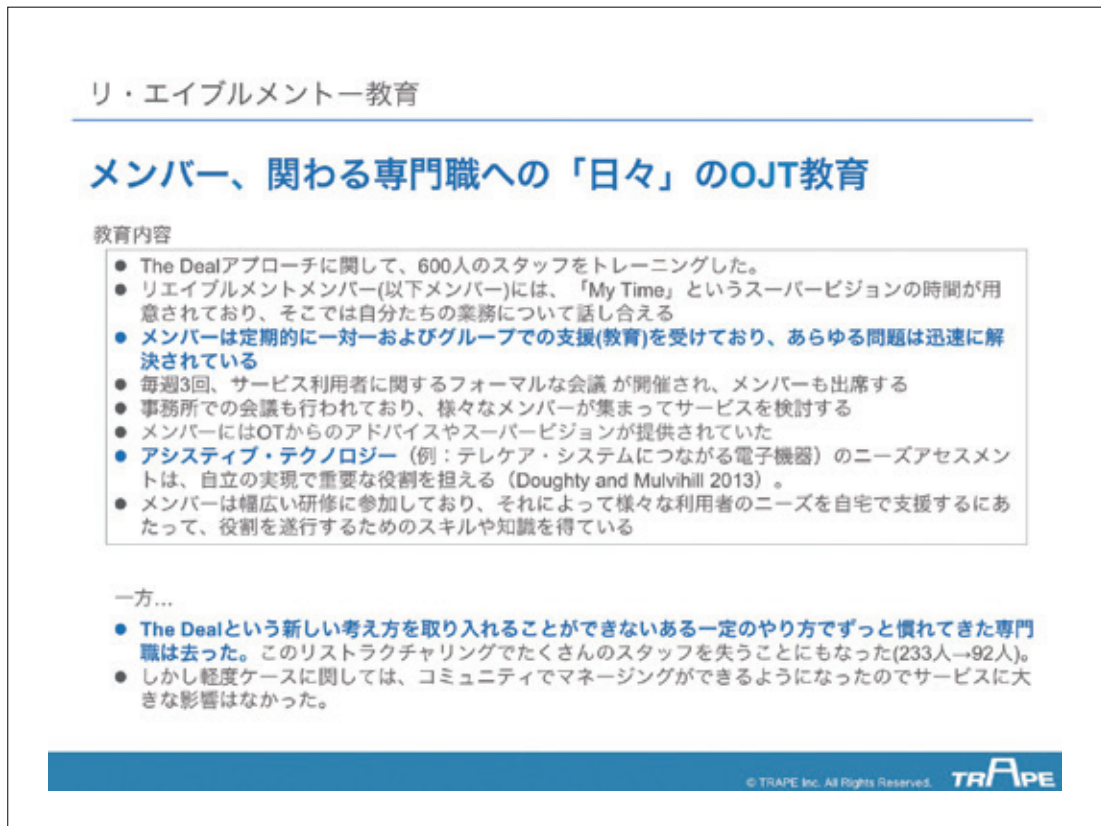
- 新しい会話をするようになった
 - ・ 「何ができるのか」
 - ・ 「どんな才能があるのか、何をもっと積み上げていくことができるのか」という会話をする。
 - ・ 家族の役割、どんな仕事をしているのかについても聞く。
 - ・ **あなたの人生、生活にとって何が重要なのかということを考える事を重要視する**

専門職のマインドチェンジポイント

- 今までのソリューションのツールボックスから離れる
- スタッフは、真っ白なキャンバスで自宅訪問を実施
- スタッフに求められる視点■
 - ・ **利用者を人として見る**
 - ・ **利用者をパートナーとして見る (with)**
 - ・ 一緒になって、その人のニーズというものを見極めていく

© TRAPE Inc. All Rights Reserved. **TRAPE**

図表 2 - 21



6. リエイブルメント — 教育

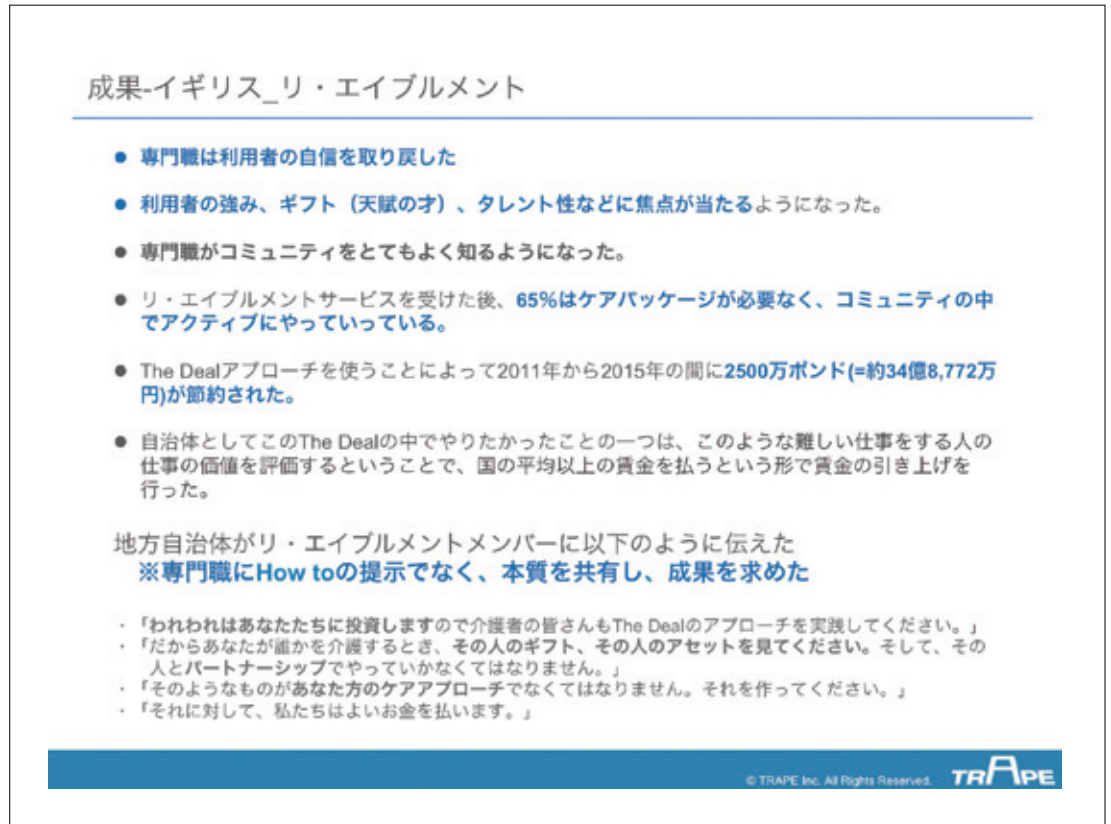
地域レベルで well-being を追求する視点が大事だということを伝えましたが、では、今までこうした教育を専門家は受けてきたのかというと、受けてきていません。イギリスも一緒ですが、日本はもっとアナログです。少し変わるだけでは対応できません。新しいことをするには、教育をアップデートしなければなりません。

日本は講義中心の専門職教育で、一方通行が多いですが、イギリスでは、リエイブルメントメンバーに対して OJT をしています。「現場レベルで一緒にや

りながら、彼らが悩んだときに相談にのって、ではどうするのかという、think、action、learn を繰り返すしかないでしょう」と言っています。(図表 2-21)

一方で、イギリスでも、マインドを変えることについてこれられない専門家がたくさんいたことも事実です。しかし、そこは泥臭く、誰のためなのか、専門家ありきではないのだということを専門職自身が考えなければいけない。その中で、イギリスの自治体のリエイブルメントの専門家たちに言いました。「あなたたちに投資します。その代わりに、あなたたちは、新たなマインドを獲得する高度なスキルを身に付けてください」と。これが「The Deal」、契約関係ということなのです。

図表 2 - 22



7. リエイブルメント — 成果

その成果として、利用者は自信を取り戻す人が非常に多くなりました。そもそも利用者には強みやギフト（天賦の才）、タレント性など、素晴らしいものがたくさんあったのに、今までは専門家が型にはめていたのです。これでは駄目だということが分かったのが成果の一つです。

また、リエイブルメントサービスを受けた後、昨年は70～75%の利用者がケアから卒業しています。卒業先、要するに出口が問題になりますが、そこがリンクワーカーです。日本でいう生活支援コーディネーター

がつながりながら支援しています。

The Deal アプローチを使うことによって、2011年から2015年の間に2500万ポンド（=約34億8,772万円）の予算が節約されました。これを一つの契機として、イギリスは財政的にも非常にポジティブに変わっていきました（図表 2-22）。

8. 日本のリエイブルメント・寝屋川プロジェクト

最後に、日本の寝屋川市で行ったプロジェクトで、自信を取り戻したという方を紹介します。図表 2-23をご覧ください。この方は脳梗塞の後、右まひにな

図表 2 - 23

成果-寝屋川PJ 

自信を得るといふことの重要性



開始当初 3ヶ月後

© TRAPE Inc. All Rights Reserved 

り、右上下肢に重度のしびれがありました。要支援で、家に閉じこもりがちで、歩行の状態もふらついていて、表情もあまりなく、座るときも「よいしょ」と座っていました。

この方に、私たちがデザインしたリエイブルメントサービスを受けていただきました。そうすると、まず服装が派手になり、黄色いTシャツを着るようになりました。そして夏場だったので色が黒くなりました。3カ月後には走るようになりました。右上下肢のまひ、しびれ度は一切変わっていません。それなのに、なぜ変わったかという、この方はEXILEというグループのコンサートに行きたかったのです。この方が好

きなのではなく、娘が好きなのです。閉じこもっていた父親が少し歩けるようになると、娘は「あれ、お父さん、ちょっとできるじゃない」と言いました。この「できる」というのは、東京の会場にコンサートに行ったときの荷物持ちができるということです。この方は荷物持ちとして東京のEXILEのコンサートに行きました。会場に行くと、今度はEXILEのグッズを買います。長蛇の列なのです。娘は「嫌だ。お父さんが並んだら?」ということで、娘のために並び、そして真っ黒になりました。これを夏の間じゅう、やり続けたということで、この方は「やはり役割って大事な」と言っていました。

図表 2 - 24

日本の課題を可能性に変えるための手段として

日本とイギリスの思い、課題の要素はほぼ同じ

リ・エイブルメントサービスを展開するには

ビジョンを共有するデザインが必要

専門職のマインドチェンジが必要

そのための今までとは違う教育が必要

- 現在のように成功モデルのマネでは日本は可能性に溢れた国になれない
- 地域に**多くのプロトタイプ**を作り、常に**ブラッシュアップ**していくこと必要
- 体験を軸にした**学びのアップデート**ができる**コミュニティ(リアル、オンライン)**が必要
- **Story、Think、Action、Learn**の重要性

© TRAPE Inc. All Rights Reserved. **TRAPE**

日本の課題を可能性に変えるためには、リエイブルメントというサービスが大事というよりも、自信を取り戻すということに、いかに私たちがマインドを変えて向き合うことができるかが大事です。事業をやるのが目的ではなく、サービス提供が目的なのでもなくて、誰にどんな価値を生み出すことができるのか、できているのかということを中心に私たちが think、action、learnしながら、その方の well-being なストーリーと向き合うことができるかということではないかと思います。

9. まとめ

まず大事なことは、行政、市町村、地域の生活支援コーディネーター、私たちみんながビジョンを共有しているかということ。そして、私たち自身がマインドを変えないといけないということです。ただ「変えろ、変えろ」と言っても変わらないので、今までと違う教育の在り方にアップデートして対応しないといけません(図表 2-24)。ぜひ、皆さんで well-being にあふれた社会をつくっていきましょう。

講演 3

韓国の100歳長寿者の 地域の中の暮らしについて



李 誠國

韓国慶北大学校医科大学名誉教授

1950年ソウル生まれ。1976年ソウル大学校保健大学院保健学修士課程修了。1983年東京大学医学部保健学科（疫学専攻）保健学博士号。慶北大学校医科大学にて30年以上教鞭をとる間、韓国の文部省の奨学金で、1年間招かれて東京大学医学部国際地域保健学の客員教授としても活躍。慶北大学校医科大学と東京大学医学部との日韓老人保健調査共同研究を5年行ったことを契機に、疫学の専門家としてのみでなく高齢者問題の研究者としても活動の幅を広げる。

1994年から2008年まで毎年、東アジア（日本、韓国、中国、

台湾、シンガポール）高齢者問題専門家会議に参加。2013年にソウルで開かれた国際老年学会より、韓国老年学会の会長に就任し、2015年8月の定年退職まで務めた。その間、山口県立大学と日韓100歳長寿の高齢者の共同研究及び日韓70歳以上の高齢者の共同研究を行った。現在、慶北大学校医科大学名誉教授。

また、1996年からはボランティアで大邱の老人の電話、高齢者の在宅支援センター会長を務めており、利用者130名程の安否確認を週1回は行っている。



最近、韓国も100歳時代に向けた国の施策を行っており、これからどのように高齢者たちが過ごしていくかということを考えていますが、私も、100歳の人がどういう健康状態で地域社会で暮らすかということを調査しました。慶尙北道というところで調査した結果があるので紹介したいと思います。

図表 3-1

表1-1. 韓国と日本における高齢化率の推移(1960-2050)

(単位:年、%)

	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
韓国	3.1	3.8	5.1	7.2	11.3	15.6	24.3	32.5	38.2
日本	7.1	9.1	12.0	17.3	23.1	29.2	31.8	36.5	39.6

● 2018年：韓国 14.3%、日本 28.1%

資料：韓国：統計庁「2018年高齢者統計」、日本：内閣府「令和元年版高齢社会白書」。

表1-2. 韓国と日本における高齢化速度

	到達年（高齢率）			所要年数	
	高齢化社会 (7%)	高齢社会 (14%)	超高齢社会 (20%)	7%→14%	14%→20%
韓国	2000年	2018年	2026年	18年	8年
日本	1970年	1994年	2006年	24年	12年

資料：国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」（2018）

1. 人口構造の変化—日韓比較

まず、**図表 3-1** で簡単に韓国と日本の高齢化率を比較してみると、日本は1970年に高齢化社会に

なり、1994年に高齢社会になり、今は超高齢社会になっています。韓国の場合は、2018年に14.3%で高齢社会に突入しました。同じ年でみると、日本は28.1%で非常に高齢者が増えています。また、韓国と日本における高齢化の速度を見ると、韓国も非

図表 3 - 2

表 1-3. 韓国と日本における平均寿命の推移(1960-2010)

(単位:年、歳)

		1960	1970	1980	1990	2000	2010
韓国	男性	51.1	58.7	61.8	67.3	72.3	77.2
	女性	53.7	65.6	70.0	75.5	79.6	84.1
日本	男性	65.3	69.3	73.4	75.9	77.7	79.6
	女性	70.2	74.7	78.8	81.9	84.6	86.3

● 2015年：韓国(男性78.5 女性85.1), 日本(男性81.1 女性87.0)

資料: 韓国: 統計庁「2015 高齢者統計」、日本: 内閣府「令和元年版高齢社会白書」。

図表 3 - 3

表 1-4. 韓国と日本における高齢化率と百歳以上高齢者の推移

	韓国			日本			
	2000年	2005年	2010年	1985年	2000年	2005年	2010年
高齢人口率(%)	7.2	9.1	11.0	10.3	17.3	20.1	23.1
百歳高齢者数(人)	934	961	1,836	1,740	13,036	25,554	44,449
(女性の数)	(852)	(857)	(1,580)	(1,381)	(10,878)	(21,775)	(38,580)
百歳高齢者率*	2.02	2.03	3.80	13.70	10.27	20.01	34.86

* 人口10万人当たりの百歳以上の高齢者数

● 2015年：韓国は3,159人で女性が86.5%を占めている。
日本は61,568人で女性が87.3%を占めている。

常に速いスピードで高齢化が進んでいます。

韓国と日本における平均寿命は、2015年だと韓国は男性が78.5歳、女性が85.1歳で、日本は男性が81.1歳、女性が87.0歳です(図表3-2)。

韓国と日本における高齢化率と100歳以上高齢者の推移を見ると、2015年時点で、日本は約6万人が100歳以上ということが多いですが、韓国の場合は約3,000人です。その中で、韓国の場合は

86.5%を女性が占め、日本の場合も87.3%を女性が占めています。世界的に女性の方が100歳以上高齢者が多く、もう少し男性も頑張らなければならないと考えています(図表3-3)。

韓国はまだ100歳以上の高齢者は多くありません。韓国の慶尚北道で2007年と2012年に2回調査したところ、2007年の調査では、100歳以上高齢者の80%ぐらいが自宅に住んでいることが分

図表 3 - 4

● 韓国における100歳以上高齢者の長寿要因
(統計庁:2015年100歳以上高齢者調査)

- 主観的な健康状態をみると、「健康である」は32.3%、「健康が良くない」は21.8%、「まあまあ」が20.3%順である。
- 健康管理の方法では、食事の調節(37.4%)、規則的な生活(36.2%)、散歩などの運動(11.7%)順である。
- 高齢者が好きな食品群は、野菜類(53.6%)、肉(45.1%)、豆腐などの大豆製品(30.1%)の順である。
- 高齢者が考えている長寿の要因は節制された食習慣(39.4%)、規則的な生活(18.8%)、楽天的な性格(14.4%)の順である。

かりました。しかし、2012年には100歳以上高齢者170人のうち、半分ぐらいが療養病院または療養施設に入所していることが判明しました。ですから、これから100歳以上まで生きるためには、元気で自宅に住み続ける、ということが必要なのではないかと思います。

2. 韓国における
100歳以上高齢者の長寿の要因

次に、韓国における100歳以上高齢者の長寿要因は何かについてお話したいと思います。韓国では5年ごとに人口調査を行っています。2015年に統計庁から出た報告書を見てみますと、100歳以上高齢者の主観的な健康状態は、「非常に元気である」が約10%で、「健康である」は32.3%、「健康状態は良くない」は21.8%、「まあまあ」は20.3%で、約半分が自分は元気であると思っていました。

健康管理の方法としては、食事のバランスが37.4%で、あとは規則的な生活、散歩などの運動という順番です。

高齢者が好きな食品群は、野菜類、肉、豆腐などの大豆製品です。

高齢者が考えている長寿の要因は、節制された食習慣や規則的な生活、楽天的な性格という結果でした(図表3-4)。

3. 日韓100歳以上高齢者の
国際比較調査から見えてきたこと

2012年に、慶北大学校と山口県立大学で、100歳以上高齢者に関する国際共同研究をしました。韓国の慶尚北道と、日本の山口県を調査しました(図表3-5、3-6)。今、韓国の高齢者は約730万人ですが、日本は約3,000万人で、お隣の中国は1億4,000万人です。比率は中国と韓国で似ていますが、絶対数は中国が1億人以上になっています。慶尚北道の65歳以上高齢者の人口推移を見ると、2012年の慶尚北道は総人口約270万人で、そのうち65歳以上は約42万人、100歳以上高齢者は177人です(図表3-7)。

100歳以上高齢者の調査概要ですが、図表3-8、

図表 3 - 5

慶北大学校と山口県立大学の百歳以上高齢者
国際共同研究(2012年)

韓国：慶尚北道
日本：山口県

図表 3 - 6

● 韓国・慶尚北道と日本・山口県



慶尚北道は三面が山に包まれている盆地で気候は温暖、降雨量が少ない
特産品はお米・麦・豆・りんごなど東の海岸では漁業が中心である。

図表 3 - 7

表 1-5. 慶尚北道の65歳以上高齢者の人口推移

(単位:年、%)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2012
慶尚北道	10.7	11.2	11.7	12.3	12.9	13.4	13.8	14.6	15.1	15.4	15.6
市地域	9.2	9.6	10.0	10.5	11.0	11.4	11.8	12.4	12.9	13.2	13.4
郡地域	16.1	16.9	17.8	18.8	20.0	20.8	21.5	22.7	23.6	23.8	24.0

2012年総人口は2,698,353人に対し
65歳以上高齢者人口: 419,036人(男 166,626 女 252,410)
百歳以上の高齢者数 177人(男22, 女155人)
人口10万人当たりの百歳以上の高齢者数 6.6

図表 3 - 8

● 韓国・慶尙北道における
百歳以上高齢者のライフスタイル

1. 調査対象：2012年 :177人(男22, 女155人)の中で
72人(男性11人, 女性61人) 設問調査,
10人 事例調査
2. 調査期間：2012年12月1日~2013年1月25日
3. 調査項目：● 百歳以上高齢者の一般的な特性、
健康関連の特性
● 百歳以上高齢者の社会関係の特性、
食生活と栄養アセスメント
● 百歳以上高齢者の長寿関連の特性

図表 3 - 9

【目的】

韓国・慶尙北道と日本・山口県に住んでいる百歳以上高齢者の特性を把握し、長寿社会の社会文化的な特性の多角的な理解を図ろうとし、人生100歳時代に健康で堂々と老後を過ごすの基礎資料に活用して健康モデル導入に住民の健康生活実践を助けようとする。

【対象と方法】

百歳以上高齢者は韓国・慶尙北道では72人(男性11人, 女性61人)と日本・山口県では326人(男性32人, 女性294人)であった。

3-9 をご覧ください。韓国では、177人中72人にアンケート調査を行い、10人を直接訪問してインタビュー調査を行いました。調査の目的は、長寿社会の社会文化的な特性の多角的な理解を図り、人生100歳時代に健康で堂々と老後を過ごすための基礎資料に活用して健康モデルを導入し、住民の健康生活の実践を助けるためということで、調査対象は韓国の慶尙北道が72人、日本の山口県が326人

でした。図表 3-10 にあるように、慶尙北道の72人のうち、男性は11人、女性は61人でした。

韓国の100歳以上高齢者の教育レベルは、ハンダ語を解読可能な高齢者が男性54.5%、女性52.5%でした。非常に多いのではないかと思います。私は1992年に東京大学と私の大学の共同研究として、日韓の高齢者調査を行いました。日本は長野県佐久市で1万4,000人の高齢者を調査し、韓国は

図表 3 - 10

慶尙北道の場合(男性 11人, 女性 61人)

□教育レベル
- ハングル解読が可能な高齢者は男性54.5%,女性の52.5%
だった。

□同居形態
- 同居形態は“家族と一緒に”生活している場合は80.6%,養護
老人ホームなどの施設に入所して生活する場合も19.4%に至る。

□主な介護者
- 家族の中で52.8%(子供や子供の配偶者)、配偶者で13.9%で
あった。

図表 3 - 11

慶尙北道百歳以上高齢者の調査結果

性別	年齢	主な介護者 (年齢)	身体機能 ¹⁾	活動範囲	社会的関係;遊び	備考
1 女性	101	長男夫婦 (68歳、62歳)	聴覚(Δ) 咀嚼力(Δ)	視力(O) 近く	敬老堂;娘介護、 農作業	飲酒;勤勉; 楽観的
2 女性	103	次男夫婦 (78歳、77歳)	聴覚(×) 咀嚼力(×)	視力(O) 近く	孫面倒;農作業	勤勉
3 女性	105	長男夫婦 (76歳、76歳)	聴覚(×) 咀嚼力(Δ)	視力(×) 室内	なし	勤勉
4 男性	100	息子 (障害者)	聴覚(Δ) 咀嚼力(Δ)	視力(Δ) 室内	メイド助け ;料理;TV 視聴	楽観的、社交的
5 女性	100	息子夫婦 (57歳)	聴覚(Δ) 咀嚼力(Δ)	視力(Δ) 室内	家事	楽観的、勤勉

¹⁾ 身体機能(聴覚・視力・咀嚼力)は、高齢者本人や家族による主観的判断として、「普通」(O)、「やや困難」(Δ)、「ほぼできない」(×)に、日常の活動範囲は、「ベッド」、「室内」、「近く」に区分する。

800人弱を調査して比較したことがあります。そのとき、日本人はほとんどの人が日本語を書けるような教育水準でしたが、韓国の場合は、ハングル語を読めない人が70%以上でした。それを見て、韓国と日本の教育水準には大きな差があると思いました。

同居形態は、100歳以上の高齢者ですから一人暮らしはほとんどおらず、家族と一緒に住んでいる人が多いという結果になりました。家族の中でも、長

男夫婦と一緒に暮らしている人が多いです。主な介護者は誰かということ、100歳以上なので配偶者ということはありませんでした。家族の中でいえば、52.8%が子どもや子どもの配偶者でした。

身体機能は、多くの人が聴覚が非常に悪く、咀嚼力も悪いので飲食がなかなか難しいということでした。社会的関係は、農作業をしている人などがいました。性格は非常に楽観的ということでした(図表 3

図表 3 - 12

慶尚北道百歳以上高齢者の調査結果

性別	年齢	主な介護者 (年齢)	身体機能 ¹⁾	活動範囲	社会的関係;遊び	備考
6 男性	101	長男夫婦 (77歳、74歳)	聴覚(O) 視力(O) 咀嚼力(Δ) 近く		農作業	勤勉;ユーモア的; 楽観的, 社交的
7 女性	101	長男(75歳)	聴覚(×) 視力(×) 咀嚼力(×) 室内		入浴サービス	勤勉
8 女性	102	娘家族	聴覚(×) 視力(O) 咀嚼力(×) 室内		宗教活動	勤勉
9 女性	102	長男夫婦 (80歳、74歳)	聴覚(×) 視力(Δ) 咀嚼力(Δ) 近く		宗教活動	勤勉;活動的; 肯定的

1) 身体機能(聴覚・視力・咀嚼力)は、高齢者本人や家族による主観的判断として、「普通」(O)、「やや困難」(Δ)、「ほぼできない」(×)に、日常の活動範囲は、「ベッド」、「室内」、「近く」に区分する。

図表 3 - 13

山口県百歳以上高齢者の調査結果

	性別	年齢	世帯類型	身体機能	食事準備能力;備考
A	女性	103歳	単身	視力(O)、聴力(O)、歩行(O)	○:ホームヘルプサービス
B	女性	101歳	施設	視力(Δ)、聴力(Δ)、歩行(×)	×:車椅子使用
C	男性	100歳	単身	視力(O)、聴力(Δ)、歩行(O)	Δ:ホームヘルプサービス
D	女性	103歳	息子夫婦同居	視力(O)、聴力(×)、歩行(Δ)	×:歩行器使用;デイサービス
E	女性	90歳	施設	視力(O)、聴力(O)、歩行(O)	○
F	女性	95歳	息子同居	視力(O)、聴力(O)、歩行(O)	◎:入浴支援(息子)
G	女性	92歳	単身	視力(O)、聴力(O)、歩行(O)	◎
H	女性	86歳	単身	視力(Δ)、聴力(Δ)、歩行(O)	◎
I	男性	91歳	夫婦	視力(O)、聴力(O)、歩行(O)	○
J	男性	86歳	息子夫婦同居	視力(O)、聴力(Δ)、歩行(O)	Δ
K	女性	85歳	単身	視力(O)、聴力(O)、歩行(O)	◎
L	女性	91歳	息子同居	視力(O)、聴力(Δ)、歩行(O)	◎:デイサービス
M	女性	95歳	娘家族同居	視力(O)、聴力(O)、歩行(O)	Δ:4世代同居、デイサービス

*: 年齢は第1回調査時点での年齢である。
 **: 身体機能については、視力、聴力、歩行力について、「ほぼ正常」(O)、「問題はあるがなんとかできる」(Δ)、「まったくできない」(×)に区分した。食事の準備については、上記区分に加え、「ほぼ正常、かつ日常的に実践している」場合を(◎)で示した。
 ***: 約2年前から身体・認知機能の低下が認められ、意思疎通が困難な時が多いとのことであった。

-11、3-12)。

それとの比較で山口県はどうかというと、身体機能は、聴覚が良い人が韓国より多いことが分かりました。子どもと一緒にデイケアセンターに一緒に行くという人もいますし、周りのデイサービスのところに

行くという人が多いのが韓国と違うところだと思います(図表3-13)。

韓国の100歳高齢者へのインタビュー調査で把握した健康長寿の秘訣は、非常にポジティブな内容です。私は当時50代後半でしたが、私もこれをやっ

図表 3 - 14

●韓国100歳高齢者の事例調査で把握した健康長寿の秘訣

- 体をよく動かす勤勉する。
 - 毎日何らかの仕事をしており、すべての日常生活の仕事を一ひとりでしようと頑張る。
- 自分で生活習慣をよく理解している。
 - 一日三回規則正しく食べる食生活と禁煙と節酒の正しい生活習慣を自己管理している。
- 人との関係においてポジティブで打ち解けている。
 - すべての仕事を肯定的に考えて家族とのつながり、支援がある。
 - 家に一人であるよりは畑に出て働くか、または敬老堂や周辺に自分より年下の人とよく合う円満さ、肯定的な性格を持っている。

図表 3 - 15

● 韓国と日本の百歳以上高齢者の共通点

- ・規則正しい生活
 - ・なんでもしっかり食べる、食べられる
 - ・ポジティブな人生観
 - ・くよくよしない・外向性
 - ・家族とのつながり、支援がある
- ただ、韓国の百歳以上高齢者は社会との関係が続ける生活が非常に不足である。

ー長寿のためのポイントー
 食の健康を保ち、活動性を維持しつつ、
 ポジティブな人生観を培いながら、社会
 との関係が続ける生活

できるだけ元気に過ごそうと思いました。まず、体をよく動かし、勤勉であること。運動ではなく、日常生活で体をよく動かすということです。そして、自分でよい生活習慣をよく理解しているということ。規則的な食生活をして、自分で健康管理をしているということ。それから、人との関係において、家族以外の周りの人とも非常にポジティブに打ち解けている

ということ(図表3-14)。私はこれは本当にいいことではないかと思います。

韓国と日本の100歳以上高齢者の共通点は、規則正しい生活、何でもしっかり食べること、ポジティブな人生観、くよくよしない・外向的、家族とのつながりや支援があるということです(図表3-15)。

日本との比較の観点から韓国の100歳以上高齢

図表 3 - 16

● 2018年 韓国高齢者の社会参加、余暇活動
(統計庁:2018 高齢者統計)

□(ボランティアの社会参加)

2017年、韓国65歳以上の高齢者のうち、過去1年
の間にボランティア活動に参加したことがあると答え
た割合は6.3%である

○「子供、若者、高齢者、障害者、受刑者等」に関連する
分野の福祉施設、病院などで活動を51.4%と最も多く
参加し、継続的に増加傾向である

- 次はの村の清掃、防犯活動など「環境保全、犯罪予
防など(31.3%)」に関連する分野で参加する

者を見ると、人口構成や世代特性、生活環境の差が注目されます。現在、韓国の100歳以上高齢者は農業従事者が多く、壮年期に韓国戦争を経験し、ほとんどが教育を受けていません。高齢期の生活環境としても、後期高齢者が健康を維持・向上できるリソースが非常に不足しているのが現状です。地域の生活支援やいろいろなインフラがまだまだ整っていないということで、家族にサポートしてもらって健康管理をしています。

4. 韓国高齢者の社会参加状況

韓国では毎年9月に統計庁から高齢者統計の報告書が出ています。今の韓国の社会参加はという

状況かという、ヨーロッパでも日本でもボランティア活動に参加している人は多いですが、韓国は非常に少ないです(図表3-16)。先ほど話したように、老後の準備をしないまま高齢者になり、勉強や趣味など、いろいろやりたいことができなかつたので、他人を助ける、他人と助け合うというよりも、まだまだ自分の満足を満たしたい、自分がしたいことをしたいということです。

図表3-17をご覧ください。過去1年間に孫の面倒を見たという人は、65歳以上の高齢者のうち4.4%です。

社会的な関係を見てみると、65歳以上の高齢者の48.2%が地域の友人・隣人・知人とほぼ毎日往来しています。韓国では、比較的元気な高齢者は非常に忙しいのです。農村でも都市部でも、福祉館で趣

図表 3 - 17

□(孫・孫娘面倒)

2017年、韓国65歳以上の高齢者のうち4.4%が過去1年間に、直接世話をあげた10歳未満の孫・孫娘があると答えておる

○このうち1人の孫・孫娘の世話をする割合が56.7%、2人37.7%、3人以上の5.6%の順で表示される

□(社会的関係網)

2017年、韓国65歳以上の高齢者の48.2%は、友人・隣人・知人とほぼ毎日往来しており、17.5%は週に2~3回、13.3%は月に1~2回往来してある

味の活動をしていますし、あるいは老人クラブのようなものがあって、そこに行くと、比較的若い高齢者たちとお茶をしたりご飯を食べたりしています。男性と女性で傾向が違って、男性の方は非常に寂しい感じがしますが、女性の方はいつも賑やかに活動しています。

5. コミュニティケアの推進

老後に何をして過ごしたいかという、趣味が半分以上で、その他は所得を得る活動や宗教生活でした。ボランティア活動という人は5.3%で非常に低いです。韓国は年金をもらう人がまだまだ少ないです。日本の高齢者はほとんどが年金をもらいますが、韓

国の年金受給者は今のところ高齢者の半分に満たない状態です。多くの人が年金ももらえずにいるので、やはり自分の日常生活のために老後を送りたいということなのです。

老後のための社会的関心事は、やはり老後の所得支援が40.6%で一番高く、その次が医療と療養保護サービスでした。韓国も日本と同じように医療保険と介護保険ができていますが、もっと良いサービスを受けたいということです。老後の就職サポートも13.2%でした(図表3-18)。

韓国ではこれからコミュニティケアが始まる予定です。今までの私たちの地域社会のサポートは、介護保険ができる前は、非常に低所得の高齢者、生活保護者を中心に、いろいろな生活支援を無料、有料に分けて施設入所につなげていましたが、介護保

図表 3 - 18

□(老後を送りたい方法)

2017年、65歳以上の高齢者の58.2%は「趣味」、17.1%は「所得創出活動」、13.4%は「宗教活動」、5.3%は「ボランティア活動」である。

□(老後のための社会的関心事)

2017年、65歳以上の高齢者は、老後のための社会的関心事で「老後の所得支援」が40.6%と最も多く、次は「医療と療養保護サービス(38.6%)」、「老後就職サポート(13.2%)」順である

険になってからは、介護保険の認定を受けた人だけが施設に入り、それ以外の人には施設に入ることができません。在宅で生活支援を受給している人たちはまだよいのです。私も大邸(テグ)の老人の電話や、高齢者の在宅支援センターを運営していて、130人の生活困窮高齢者たち、一人暮らしの高齢者たちに食事の支援や生活の中で一人ではできないことを支援していますが、そういう人たちは孤独死や自殺はあまりありません。しかし、それ以外の一般の一人暮らしの高齢者や、サービスを受けていない高齢者は、自殺などのリスクを抱えています。政府はこれからは生活困窮者だけでなく、一般の高齢者の中でいろいろな問題がある人、支援が必要な人たちにも政策を広げようと考え、日本と同様のミッション・目標を掲げてこれからコミュニティケアをつくり、2026年には全国に展開するという計画になっています。

高齢者の立場でどのようなサービスを受けたいかによって、4つに分類することができます。①非常に健

康な在宅高齢者、②慢性疾患があっても自立的な在宅高齢者、③慢性疾患があっても依存的な高齢者・老後の日常生活にあまり準備してこなかった高齢者、④慢性疾患があっても介護保険制度で施設に入ってサービスを受ける高齢者です。

このうち、①②に該当する比較的元気な人たちが約80%、④の介護保険制度で安定した人たちが約8%です。それ以外の③にあたる約12%が虚弱な要支援の人です。彼らこそが地域でお互いに助け合うようなサービスを最も受けたい人たちではないかと思います。これからのコミュニティケアでは、まずこういう人たちを対象にしなければいけません。健康と経済状態と日常生活には非常に密接な相関関係があります。経済状態や日常生活が良くない方は健康状態も悪いです。そういう、虚弱で、どこのサービスも受けていないような人を対象に韓国ではコミュニティケアを広げる必要があるというのが、私の希望でもあります。

中国・上海市における 支え合い・助け合いについて



馬 利中

上海大学教授・東アジア研究センター所長

1982年上海外国語大学日本語文学専攻卒業。1990-1991年エイジング総合研究センター客員研究員、1992-1996年東邦大学大学院公衆衛生学教室博士課程修了（博士号取得）。上海人口発展研究センター副所長、上海市老齡科学研究センター副所長などを経て2002年より現職。他に、早稲田大学、桜美林大学訪問教授、大阪市立大学客員教授などに就任。研究業績は右記の通り。

(1) 中国上海にある医療機関従事者における出産・子育てに関する意識調査（共著）《東邦学誌》第47巻第1号、愛知東邦大学、2018年6月10日発刊。

(2) 日本における「プロダクティブ・エイジング」の実践とその示唆，《日本語文化研究》，延辺大学出版社、2016.5.

(3) 上海市における地域福祉事情：官設民営の「健康福祉コンビニエーション」、《海外事情研究》第40巻第2号、熊本学園大学海外研究所、2013年3月・など



私は長年、日本でエイジングについて研究したり、中国で日本の経験を参考に、高齢化対策づくりに関わってまいりました。その中から、本日は上海市における支え合い・助け合いについてご紹介しようと思います。

1. 人口構造の変化

今、中国は日本と同様の人口構造の変化を体験しています。人口ボーナスから人口オーナスへ、つまり人口増加から人口減少が始まりました。

皆さんご存じのように、中国では一人っ子政策が36年間にわたって推し進められてきました。1979年に看板を掲げて、もう十分だということで2015年にその看板を下ろしました。また、その三十数年間、中国は改革開放政策の実施のおかげで急速な経済成長を遂げてきました。しかし、その一方で、豊かになっていないうちに高齢化社会が到来するという危機感が高まっています（図表4-1）。

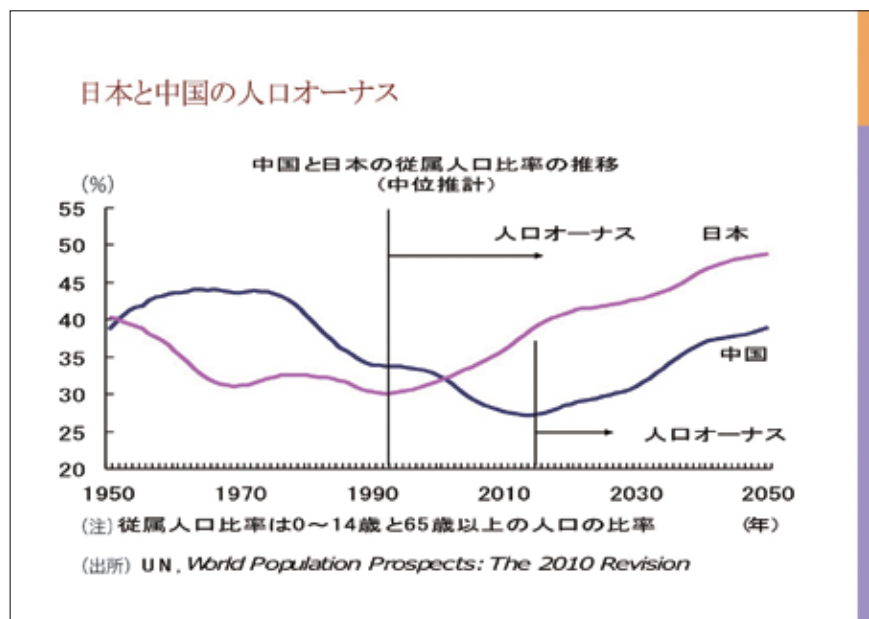
2017年の中国の60歳以上人口は17.3%です。つまり2億4,000万人です。高齢化率は11.4%ですが、絶対数でいうと1億600万人です。日本の総

人口よりもかなり多いです。ご存じのように、1950年代は戦後のベビーブームの時代ですが、それは中国も同じで、中国の1950年代のベビーブーム時代に生まれた人々は、今、高齢者人口増のピークを形成しています。その高齢者人口のほとんどは、一人っ子の親です。その意味では、中国の高齢化問題は一人っ子の親の問題でないかといわれています。この厳しい状況の中で、中国政府は高齢者対応策づくりに取り組まざるを得なくなっています。

2. 日中高齢化に関する パートナーシップ交流

かつて福田康夫元首相が言ったように、アジアは老いています。高齢化の加速につれて、東アジアの人口ボーナスは続々と消えており、これは経済成長に直接マイナスな影響を引き起こします。アジアで

図表 4 - 1



図表 4 - 2

アジアは老いている。高齢化の加速につれて、東アジアの人口ボーナスは続々と消えており、これは経済成長に直接マイナスな影響を引き起こす。アジアで主導的役割を果たす中日韓はさらに協力を強化するべきだ。

—福田康夫
第9回中日韓賢人会議にて
2014年4月22日

主導的な役割を果たす中日間は、さらに協力を強化するべきではないかと思えます。これからアジア全体の高齢化事情に対し、いろいろ参考意見を出してほしいと言われていています(図表 4-2)。

高齢社会 NGO 連絡協議会(高連協)や、さわやか福祉財団、国際長寿センターとは、その方面でずっと長く協力関係にあります。2003年には東京で高齢社会に関するグローバル・パートナーシップ国際

シンポジウムが行われ、樋口恵子先生らが出席しましたし、2005年には上海のコミュニティ地域へ指導していただいています(図表 4-3)。

去年は、九州大学の小川全夫名誉教授と日本人専門家に上海市の社区を訪問・指導していただきました(図表 4-4)。彼らから学んだことを基に、2018年1月から、日本を参考にした中国版の介護保険制度が始まりました。ただ、先ほど言ったよう

図表 4 - 3



図表 4 - 4



に中国は絶対数が多いので、最初はテストとして、上海市や蘇州市、長春市など 15 の都市で始まりました。当然、日本の良いところを勉強しつつ、中国の実情に合わせています。中国では医療・介護の予算に特別枠があるので、医療の予算とポケットは一緒になっています (図表 4 - 5)。

3. 上海市の高齢化の特徴

中国が高齢化に突入した時期は韓国と同じ 2000 年ですが、上海は 20 年前、1979 年に既に高齢化社会に入りました。図表 4 - 6 をご覧ください。上海市の高齢化には特徴が幾つかあります。日本とよく似ていますが、1 つは高齢化のスピードが速いことで

図表 4 - 5

2018年1月から日本の経験・ありかたを参考にした中国における介護保険制度の実施が、上海市、蘇州市、長春市など15の都市で始まった。



図表 4 - 6

上海市高齢化の特徴



- 1, 高齢化スピードが速いこと
- 2, 「一人っ子」の親が高齢者になりつつあること
- 3, 「空巢世帯」現象が目立つこと
- 4, 後期高齢者の割合が高いこと

す。2つ目は、一人っ子の親が高齢者になりつつあることです。そうすると、子どもがいくら親孝行でも本当に面倒を見るのは無理ではないかということです。3つ目は、子どもを良い大学に行かせたい、海外留学させたいということで、空巢世帯（一人暮らしか老夫婦だけの世帯）が目立つようになりました。4つ目に、後期高齢者の割合が高くなっています。後期高齢者の統計は日本と少し違います。日本は75歳以上ですが、中国は80歳以上が後期高齢者とい

われています。

4. 中国、上海市における 高齢者のボランティア活動

中国の高齢者たちには、「老有所為」という、老いて生涯学習すべきことがある、老いてなすべきことがあるという意識があります。中国の高齢者權益保障法では、5つの老有（扶養、医療、社会参加、生

図表 4 - 7



図表 4 - 8



涯学習、娯楽)を保障しなければならないとされています(図表 4-7)。

中国の高齢者は、コミュニティ(中国語で「社区」)で活発にボランティア活動を行っています。地域の治安管理や衛生環境の維持、最近では日本に倣ってごみの分別も高齢者がボランティアとして協力しています。また、近隣でのトラブルの仲裁、後期高齢者のケアなどの公益活動も行っています。

4-1. 「老伙伴」計画

そのうちの一つで有名なのは、図表 4-8 にある、政府の「老伙伴」計画という互助システムの計画です。これは、比較的若い健康な高齢者が、ボランティアで一人暮らしや 80 歳以上の高齢者をケアし、安否確認や家事支援、通院支援などをする仕組みです。1 人の前期高齢者が 5 人までの後期高齢者の面倒

を見るという形です。それを政府が一生懸命進めています。ボランティアですが、弁当代や交通費ぐらいは出ています。若い高齢者はこの仕組みを通じて社会参加しながら、いきがいを感ずることができます。また、後期高齢者や一人暮らしの高齢者にとっては、頼める人が身近にいるため不安や孤独に対応することができ、一石二鳥といわれています。この計画ができる前は民間が自発的に行っていました。今は政府が呼び掛けてやっていますが、上海では2012年にこのプロジェクトが開始しました。最初は2万人の前期高齢者のボランティアを募集して10万人の後期高齢者のケアを開始しましたが、2017年には4万人の若い高齢者がボランティアで20万人の後期高齢者をケアすることになっています。

他の地域にも、このような方法で開始したボランティア活動があります。後期高齢者や一人暮らしの高齢者の健康を点検したり、ガス・電気などの安全チェックをしたり、買い物を手伝ったりします。そういうプロジェクトが、政府の支援により、重要視されてうまく進んでいます。

4-2. 銀齡行動

もう1つは、定年退職者に生涯現役の場を提供するために、老齡委員会が実施している「銀齡行動」計画というものがあります。日本語で言う「シルバー行動」です。今、中国では地域格差が非常に大きくなっています。そこで、湾岸都市や東部の先進的都市に住む定年退職後の知識人が、西部開発地域に医療や教育、都市計画などの分野で技術協力をしようというプロジェクトが始まりました。上海市の高齡知識人の協力先は新疆ウイグル自治区です。毎年20～30人の専門家を送り出しています。2003年

にスタートして、今、400人近くになります。

また、高齢者参加の2018-2020年の教育計画も中国の教育部で進んでいます。教育分野における高齢者の専門家に、西部および農村において義務教育の指導やモデル講義を担当してもらうプロジェクトで、1万人が募集され、今もうまく進んでいます(図表4-9)。

4-3. 生涯学習

上海市の高齢者も生涯学習に大変熱心です。上海では、老年大学(日本でいうカルチャーセンター)に約40万人が通っています。カリキュラムは、美術、書道、舞踏、調理、英語、コンピューターなどいろいろあります。日本のカルチャーセンターと比べると、中国の老年大学は運動するような科目が多いような気がします。例えば、モデルクラスのファッションショーやダンス、民族舞踏、音楽、合唱などのクラスが多いです。日本は文化の散策や文学鑑賞など文化・教養的な科目が多いようです。中国文化には「生命は運動にあり」という意識があります。手足、指を動かして大きな声で歌い、楽しい毎日を過ごすことは、健康づくりや認知症予防にも役立つという考え方です(図表4-10)。

それに最近はスマホやパソコンを勉強するクラスが多くなりました。中国では現金を持たずに、スマホで買い物をしたり地下鉄に乗ったりするようになったからです(図表4-11)。

2005年には、日本の高連協のメンバーが上海の老年大学に指導に来て、日本のカルチャーセンターの経験などを紹介してくれました(図表4-12)。

また、中国の老年大学合唱団やシルバー芸術団は有名になっており、海外にも招かれて出演しに行っ

図表 4 - 9



図表 4 - 10



図表 4 - 11



図表 4 - 12



図表 4 - 13



たりしています。2017年には、上海師範大学附属の老年大学合唱団は岐阜県下呂市を訪れ、南ひだ少年少女合唱団と一緒に童謡コンサートを開催しました(図表 4 - 13)。テレビでも放送されて、大きな反響を呼びました。

最近、中国の都市部では、図表 4 - 14 のように、中高年の女性が公園や広場に集まり、音楽に合わせて踊り出す広場ダンス(広場舞)がブームになっ

ています。この広場ダンスは決まった様式はなく、伝統的な踊りや社交ダンス、ジャズダンス、民族舞踊の物まねなど、さまざまあり、個人の好みのグループに入って踊ることができます。楽しく体を動かせるため、激しい運動が難しい中高年にとって、大変良い運動です。体重が減る、友達がたくさんできて毎日が楽しいなど、皆さんいろいろな理由があつて参加しています。健康づくりによって、国の医療費の節

図表 4 - 14



図表 4 - 15



約にもなり、良いことではないかと思えます。しかし、国民のブームではありますが、問題もあります。広場ダンスの8割が女性なので、男性がどこで何をやっているかをもっと調べる必要があります。それから、騒音問題を巡り近隣住民とのトラブルが絶えないということで、イヤホンをして踊ったりするケースが多くなってきました。

5. おわりに

中国と日本およびアジア諸国は、文化、伝統などに共通するところが非常に多くあります。今後も相互交流を通して、高齢化対策の経験・知識を学び合い、ツナミのように迫りくるエイジングを乗り越えてまいりましょう。よろしくお願ひします(図表 4-15)。

— それでは、以上の第1部の話を踏まえ、先生方には、日本への提言、これからこうしていこうではないか、あるいはこういうところに気がついた方がいいのではないかということをお話しただければと思います。

一人一人の well-being は 地域の中に

(松岡) 以前中国に訪問させていただいたときは、公園に運動器具があり、日常的に運動されている様子や、太極拳をされている風景がありました。「生命は運動にあり」ということが日常的に実践されていて、地域の中に元気になる場があることは素晴らしいことだと感じました。リエイブルメントの出口はやはり地域にあります。元気になってもう一度地域の普通の生活に帰っていくためにも、このような場は非常に重要だと思いました。日本でも、日常的にラジオ体操などがいろいろな所で行われていることが、リエイブルメントの出口としてあるのではないかと考えさせられました。

また、李先生からは、百寿者の研究の中で、勤勉に体を動かし、食事に気を付けて、規則的な生活をする事と、地域のつながりが大事なのだという話がありました。私も最近、本当に100歳まで生きたいと思うようになり、やはり百寿者の教えを基に私も長生きしたいと思いましたし、



そのような方々の地域のつながりがあるということも参考になりました。

日本への提言としては、日本では助け合いをしようということで、今、制度的には総合事業がそのツールになっているかと思っています。鎌田先生の方から、目的とツールをはき違えてはいけないという話がありましたが、その一つのツールとして総合事業は有効なのではないかと思っています。しかし、自治体によって取り組みが非常に異なっているというのが問題ではないかと思っています。ぜひ、自治体は覚悟を持って総合事業を進めていただきたいと強く思います。やっていない自治体がサボっているというわけではありません。それまでにあるいろいろな制度もありますし、ボランティアなど、たくさんの団体をつくっている自治体もあるようなので、それぞれの自治体のこれまでの資源を生かす形で、どんどん広げていっていただきたいと思いました。

そして、「No Role, No Life」という言葉も心に響きました。一人一人の well-being は地域にあり、普通の生活にあり、これまでの生活にあるのであって、解決策は制度にあるのではないということです。ただ、現在の介護保険では、それが事業者のビジネスや利益につながっているというのが、乗り越えられない非常に大きなバリアになっているようですので、対話を進めていければと思いました。

課題こそを宝に、 対話で Think, Action, Learn !

(鎌田) 普段なかなか話を聞くことができない韓国と中国の話を聞いて、日本と一緒にのだな、似ているなと思いました。女性の活躍ばかりが目立ち、「お父さんはどこに行った」問題も一緒ですし、地域のいろいろな取り組みも結構似ていて、皆さんも「うちもやっている」と思われたかもしれません。やはり近い国ですし、しかも日本の介護保険の良いエッセンスを取り入れて自国流にアレンジしていただい



左より馬先生、李先生、鎌田先生、松岡先生

ている、軸として使っていただいているということを知り、背筋が伸びる思いでした。

では、その私たちはできるのかというと、私の会社は全国の市町村、総合事業や各事業者、専門職種、職能団体でデザインをお手伝いしていますが、やはり手段が目的化してしまっていることが非常に多いです。したがって、日本のモデルといっても、まだまだ日本では語れるレベルではないと思っています。しかし、モデルではなく、行動タイプは数多くあります。日本で行っていることがたくさんあるので、もっとプロトタイプをたくさん出して、これはこういうところが良かった、こういうところは課題だったというように、失敗もひっくるめて、みんなでシェアしなければいけません。今の日本のモデルの横展開というのは、良かったことだけを展開しようとしています。実は課題こそ宝だと思うので、そのとき何を苦労したのか、どんな課題があったのかということを含めてアジアの国とシェアしていくことが大事です。私たちも、アジア各国が Try し、Test and Learn したものをいただきながら、そこに住んでいる一人一人の well-being な状態をどうつくっていくのかということを探っていきたいと思います。そこをみんなの一つの共通の目標にしていくと、私たちが対話するさまざまな糸口が見つかるのではないかと思います。

日本の地域包括ケアや総合支援事業をアップデートしていくためには、対話をするのが重要です。「対話」は「会話」とは違います。皆さんで一つのビジョンを描きながら、そこに向けて think、action、learn を繰り返すことが対話だと私は定義しています。単に誰かが集まって〇〇協議会で話したというのは、一つのコミュニティであり、対話とは認めません。そうではなく、本質的に誰のためにやるのか、リアルな地域の一人、「誰々のおっちゃん」というぐら

いの分かりやすい人をイメージして、私たちがご本人の目標を成しえたかということ、その人の役割があるかどうかということと共にトライしていくことが必要だと思っています。そしてこういったことをアジアの国々の皆さんと協働していきたいと強く思いました。

高齢者本人への 介護保険の認識の向上や教育を

(李) 介護保険制度については、日本が 2000 年、韓国は 2008 年、そして中国は 2017 年に導入され、さまざまなことが比較されてきました。しかし、私は専門家による研究も重要だとは思いますが、むしろ、サービスを受ける高齢者たちの認識の向上や教育が非常に重要ではないかと思っています。なぜかという、韓国では老人長期療養保険制度(介護保険制度)が導入されて 10 年たつのですが、韓国の高齢者たちでこの制度をはっきりと理解している人は非常に少ないからです。要介護認定を受ければ、家族の負担も少なくなるし、施設に入所することもできるようになるのに、あまり認識されていないように思います。そういう面では、これから平均寿命が延びる中で、高齢者たちが老後をどのように助け合い、いきがいを持って地域で過ごすことになるかということ、行政的な話よりも、一般のわれわれのようなちょっと知っている人たちが、自然に教育するような社交場が必要ではないかと思っています。

もう一つ、100 歳以上の高齢者を調査したことで私が感じたのは、家族が非常に重要であるということです。私は大邱という都市で 100 歳以上の高齢者たちを調査したいと何回も言ったのですが、結局できませんでした。それ



は、家族が「家を訪問してほしくない」と言うからです。しかし、農村部に行くと喜んで「私の両親を紹介します」と言ってくれます。なぜかという、長男が結婚してから数十年間、一緒に暮らしているのです、100歳以上の両親たちと一緒に暮らすことを当然と考えているからです。生きている限り家族が面倒を見るのが当然だということで、うらやましいと思いました。私ももう70歳になりますが、老後、孫や私の子どもたちに介護をお願いすることはできないと思います。ただ、家族と一緒に住んでいなくても、地域社会でお互いに助け合うようになれば、あるいは家族が近所で暮らして面倒を見ていれば、もう少し楽しい老後を過ごすことになるのではないかと思います。

世代間交流、 社会参加が世界共通の課題

(馬) 今日は素晴らしい交流の場を提供していただき、大変勉強になりました。われわれが直面している大きな課題は、世代間交流、人とのつながり、社会との関わりの中で、どのような役割を果たすか、ネットワークをどうつくるかということであり、世界各国共通だと思います。

中国では、都市部、農村部にかかわらず、どこに行ってもおじいさん、おばあさんが孫と一緒に行動し、遊んでいる光景が見られます。こういったことは日本ではあまりないように思います。中国の高齢者は孫の面倒を見ることにとても熱心で、子どもや家族とできるだけ近所に住み

たいと思っています。孫の面倒を見れば、世代間交流ができ、結婚した子どもも安心して仕事を続けることができます。それは老有所為においてなすべきことであると理解されています。今、日本はリタイアされた団塊世代の方が非常に多いですが、再就職の場が以前より少なくなっています。したがって、中国のように孫と楽しく遊ぶようになるというのは、一つの方向性として考えられるのではないのでしょうか。

もう一つは、老後、活躍しているのは8割9割がおばあさんです。「おじいさんはどこに行ってしまったのか」という調査研究が必要です。サラリーマンは老後になってからコミュニケーションを思い出すので地域参加が遅れます。したがって、できるだけ早目に、40～50代のときから少しでも教育しておくの良いのではないかと思います。

それから、中国人に対して、私は助言があります。中国人は運動をし過ぎです。踊りばかりではなく、もう少し読書などをした方がいいと思います。世界の中でも中国は読書をする人が少ないのです。日本は10倍です。逆に日本は、カルチャーセンターの講義として、文学鑑賞だけではなく、もう少し激しく運動をした方がいいと思います。それが一つの交流の場になります。中国の広場ダンスは、ダンスそのものが目的ではなく、まさに交流の場、情報交換の場です。買い物はどこが安いという話をして、みんなでそこへ行きます。交流の場になっているので、ある意味、精神的な支援の問題は少し解決したのではないかと思います。

さらに、世代間交流のリーダーがみんな高齢者であることも大きな問題です。どうすれば若者が早くから世代間交流に参加してくれるのでしょうか。今後、日本から学びながら考えていかねばならない重要な課題です。

— どうもありがとうございました。先生方のご発言をまとめますと、高齢者自身の生活、それが活躍する場が最も重要であり、参加型の社会をぜひ目指していきたい。そのために高齢者の教育もあるし、専門職の教育もある。意識を変えていきたいと思います。今日はご参加いただき、本当にありがとうございました。



国際長寿センター (ILC=International Longevity Center) は、

少子高齢化に伴う諸問題を国際的・学際的な視点で調査研究し、

広く広報・啓発および政策提言を行うことを目的としています。

現在までに米国、日本、フランス、英国、ドミニカ共和国、インド、南アフリカ、

アルゼンチン、オランダ、イスラエル、シンガポール、チェコ共和国、ブラジル、

中国、ドイツ、カナダ、オーストラリアの世界 17ヶ国に設立され、

ILC グローバル・アライアンスとして、研究やシンポジウム開催等の共同事業、

また各国独自の活動にも精力的に取り組んでいます。

この ILC グローバル・アライアンスは、老年学の世界的権威であり、ILC の創設者である

ロバート・バトラー博士によって提唱されました。

日本では、その志に賛同した民間企業の熱意と、厚生省 (当時) の指導の下、

3 年間の準備期間を経て 1990 年 11 月に ILC-Japan が誕生しました。

以来、ILC-Japan はプロダクティブ・エイジング*の理念のもとに、

数々の調査研究に取り組むとともに、広報・啓発活動にも力を入れてまいりました。

ILC-Japan は、国際的な情報プラットフォームをめざし、すべての世代が支え合い、

いきいきと生活できる豊かな高齢社会の実現にむけて、

さらに積極的な取り組みを進めています。

***プロダクティブ・エイジング**

ロバート・バトラー ILC 米国センター元理事長が提唱した概念。

「高齢者を社会の弱者や差別の対象としてとらえるのではなく、

すべての人が老いてこそますます社会にとって必要な存在としてあり続けること」



いきいき・助け合いサミット in 大阪

第 3 部 パネル分科会 51

海外では地域の助け合い活動でどれだけ高齢者の生活を支えているか

記録集

2020 年 3 月 25 日 発行

発行 一般財団法人長寿社会開発センター
国際長寿センター〈日本〉(ILC-Japan)

〒105-8446 東京都港区西新橋 3-3-1 KDX 西新橋ビル 6 階

TEL : 03-5470-6767 FAX : 03-5470-6763

URL : <http://ilcjapan.org>

編集 : アドバンスクリエイト株式会社

デザイン : Ludoviko design

印刷 : (有) ダイキ



いきがい・助け合いサミット in 大阪

第3部 パネル分科会 **51** 記録集

