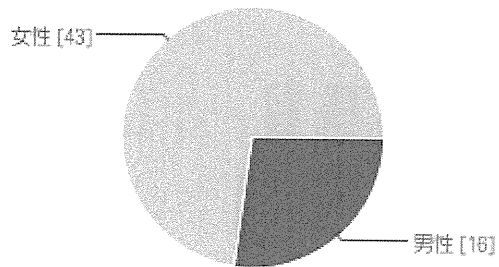
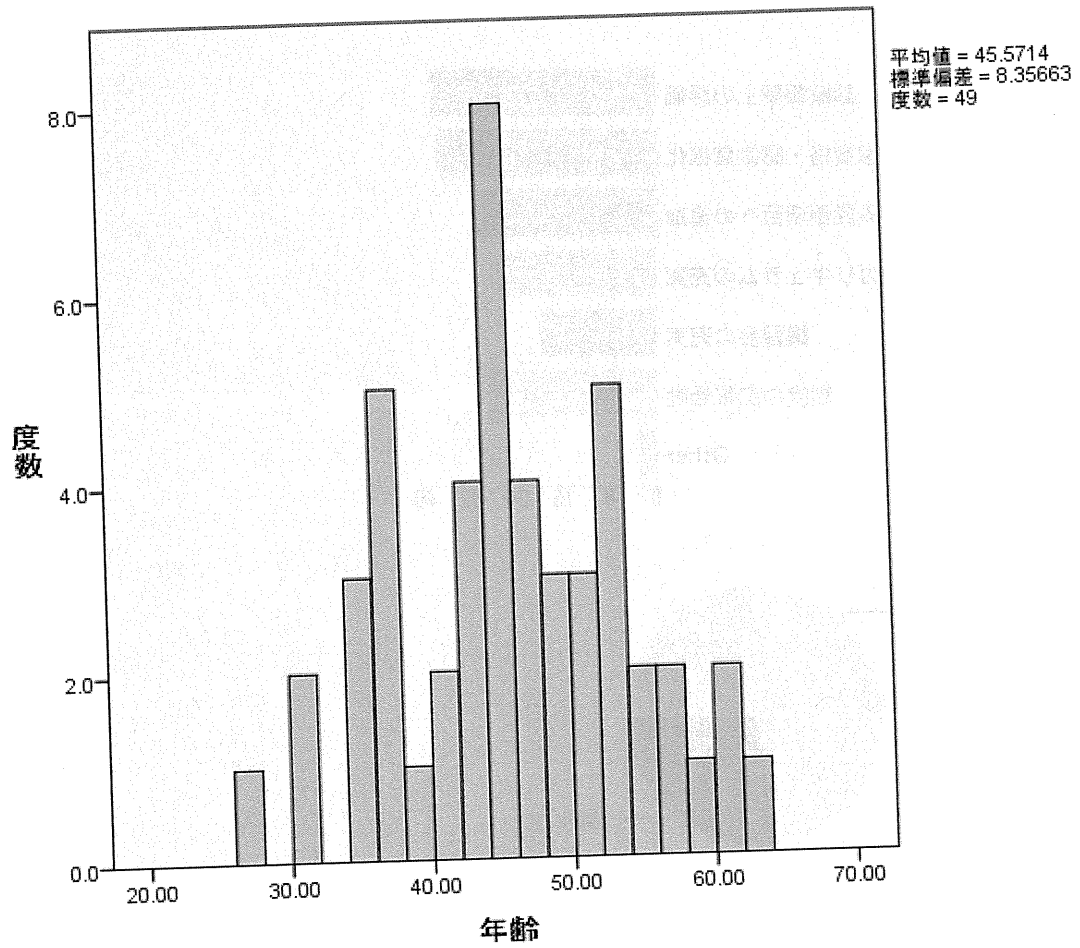


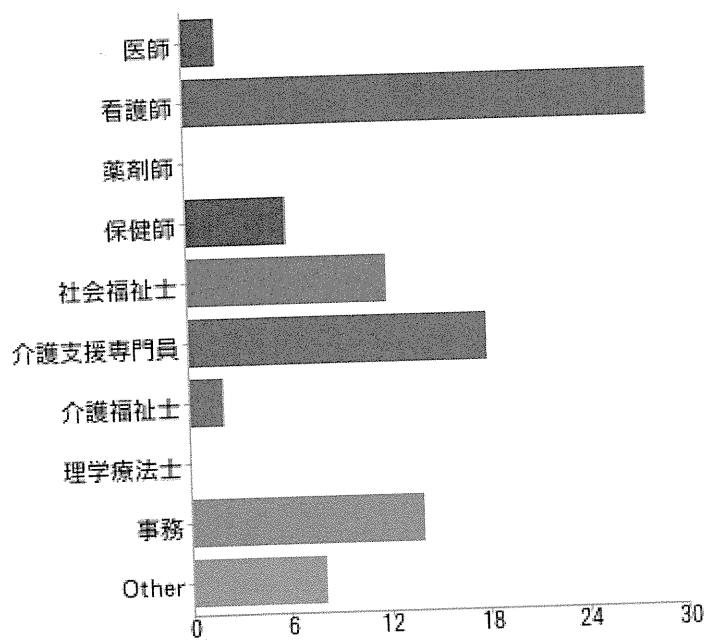
Q32. 性別



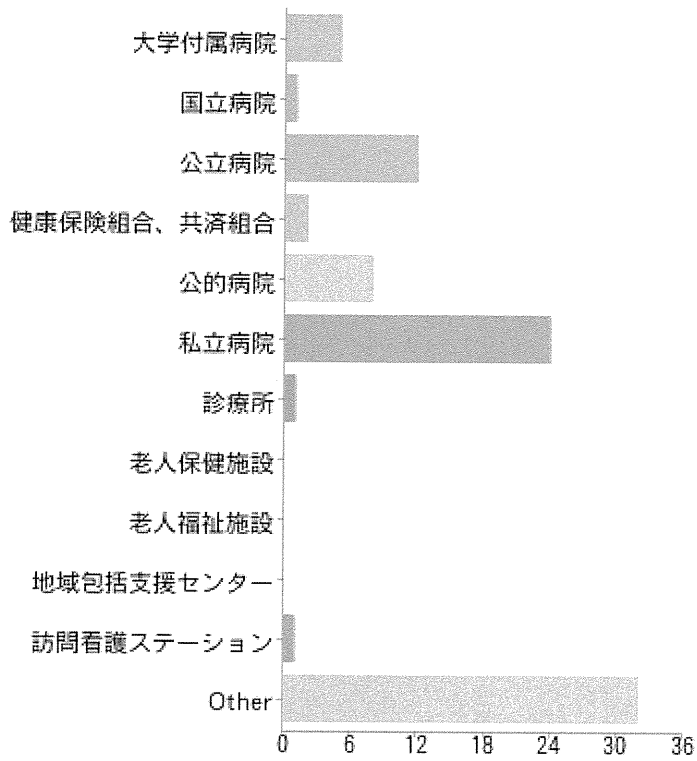
Q33. 年齢



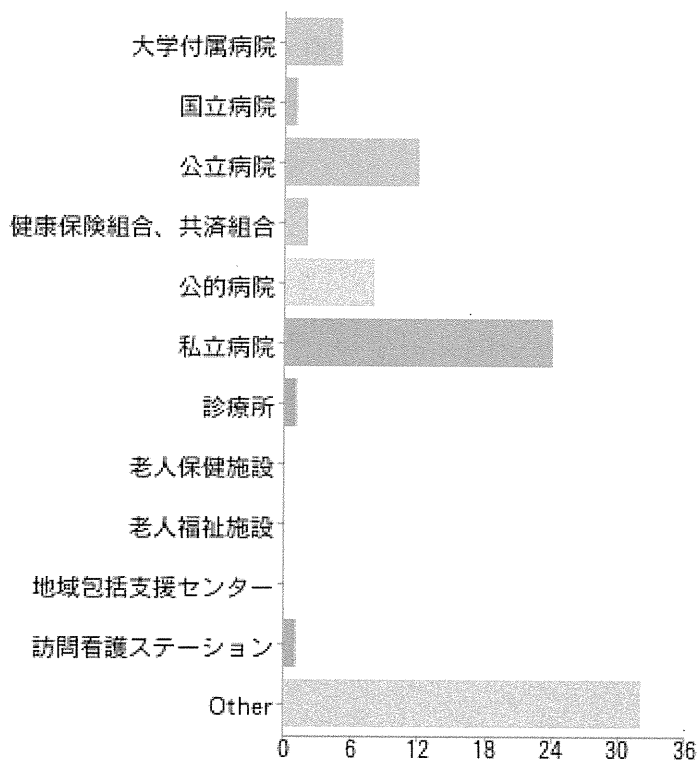
Q34. 保有資格にチェックをつけてください
複数選択可



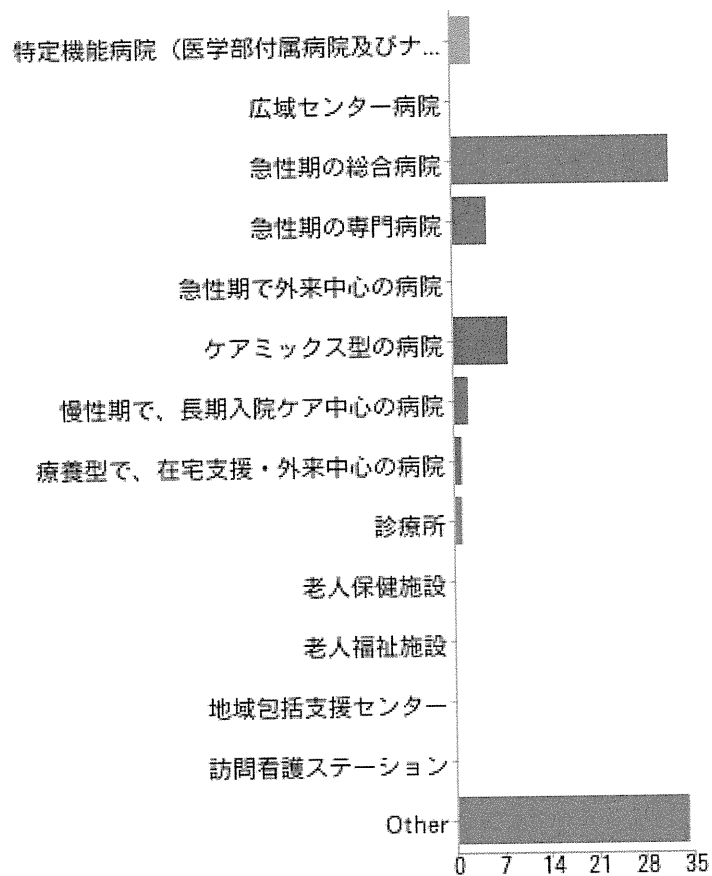
Q35. 勤務施設での所属部署をご記入ください



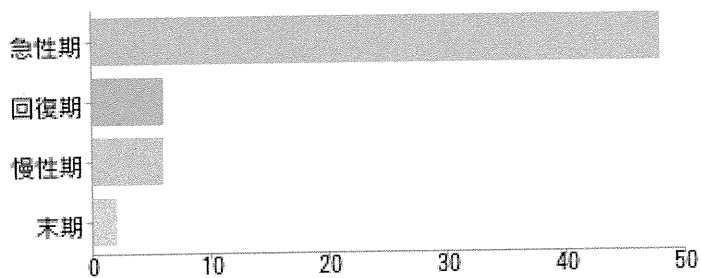
Q37. 勤務施設の種類を選択してください



Q38. 勤務施設の形態を選択してください



Q39. 病院勤務の方にお尋ねします。勤務病院は、急性期・回復期・慢性期・末期のどこに位置づけられますか



医療福祉を軸にしたまちづくり論考

I. 今なぜ「医療・福祉」と「まちづくり」なのか

1. 人生が変わる：

1) 10万時間仮説

10万時間仮説をご存知だろうか。

働いている人の場合、1日の平均労働時間を9時間睡眠生理的の必要時間を9時間と仮定すると退職年齢65歳の前後迄で、就職中の労働時間が10万時間、退職後の自分が使える時間が10万時間と、ほぼ拮抗する。

就職中 45年×250日×9時間≒10万時間

(20-65歳働く労働時間9時間と仮定)

定年後 20年×365日×15時間≒10万時間

(85歳まで生きる非睡眠等時間15時間と仮定)

もちろんこのバランスは個々人の事情によりいずれにも傾きうるが、平均寿命が男85歳女90歳に近づきつつある今日、全体としては退職後にシフトしつつある。退職後の自由時間が労働時間を超えつつあるという驚くべき事態は急速な寿命延長により、つい最近になって発生したものである。生涯の流れの中で、退職後の生活の持つ意味が、大きく変わりつつあるのだ。

2) 「人生50年」を突き抜けて

「人生50年、下天のうちをくらぶれば夢幻の如くなり」と好んでこの幸若舞を舞った信長も、その台詞のように49歳で死んだ。

事実、人類の平均寿命が50歳を越したのはヨーロッパ諸国で1900年頃、日本では1947年でたった60年前にすぎない(図1)。人類の永い歴史から見ればほんの一瞬である。たしかに50歳を越えると徹夜が出来なくなり、慢性疾患や障害が始まることから考えると、人体の進化の歴史で形成された耐用年数は50年であったようだ。

生殖年齢はその後半3分の2の15-50歳であり、人類はその与えられた期間ぎりぎりにまで上手に寿命伸ばし、効果的に使って人口を増やしてきたといえよう。しかし近代社会に入り、進化の歴史によって形成された比較的健康な生殖年齢を突ききって、人生を伸ばしてしまったのである。身体機能、そして生きる意味という観点からは、想定外の人生を生きることとなったのだ。

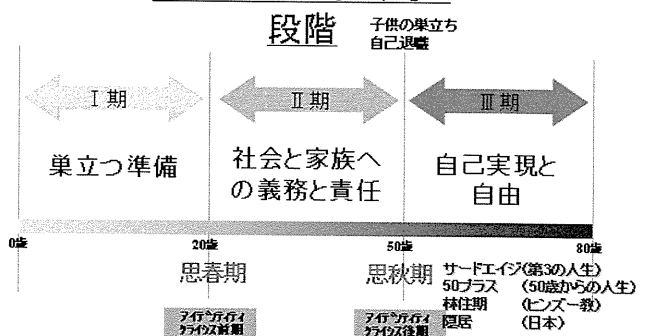
3) 「第3の人生」で夢の世界を

その50歳からの人生は欧米では50プラスと呼ばれ、第1の人生「社会へのデビュー準備期」、第2の人生「社会を支え次世代を生き育てる期」に続く第3の人生とされる(図2)。日本でもご隠居と呼ばれ、人類の「種」としてのそして「社会」からの責任から開放され、自分が本来やりたかったこと、つまり「自己実現」を目指すことができる。そしてその長さが約35年、もはや第2の人生とほぼ同じ長さが与えられたのである。人類が長年望んで

図1 先進国の寿命変遷



図2 人生における3段階



きた夢の世界が実現した。

しかしその後半からは望まない病気や障害を抱え、最後には死が訪れる。政府統計によると病気を持つ人は50代で30%であるものが75歳頃にピークとなり70%に上る。その頃から障害が始まり85歳で40%に、認知症も85歳以上で20%に上る(図3)。夢の第3の人生も、同時に訪れる「病い」と「不自由さ」と、そして「最後に全ての人に平等に贈られる死」にどう対処するかが避けられない課題となる。

加えて晩年は結婚していてもどちらかに先立たれる。しかも未婚者が急増しつつあり、2030年には生涯未婚率は男30%女20%と予測されている、高齢独居者が急増し、このままでは無縁化していくことが危惧される。戦後高度成長期には4-5人の核家族が標準世帯であったものが、これからは単独世帯が標準となるのだ。

2. 医療が変わる：

1) 19世紀から21世紀の医療へ「パッケージの転換」

今日の西洋近代医学は、19世紀後半、平均寿命は50歳以下、65歳以上人口5%以下、そのとき産業革命を終えつつあったドイツで「単一疾患、単一エピソード」の治療をモデルとして確立された(図4)。

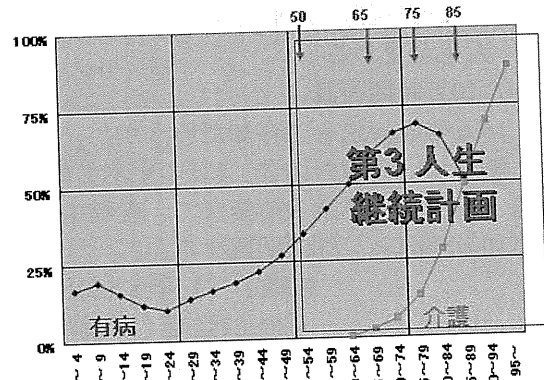
身体内の特定の部分例えば「細胞の病変」を病気の原因とする病理学がウィルヒョウによって、労働者の互助により「稀で重篤な疾病リスクをプールする」社会保険がビスマルクによって確立された。しかし平均寿命は85歳、疾病は複数でエピソードは悪化と改善の連続、産業は大工場による少品種多量生産からサービス産業を含め多品種小量生産へと転換し、前提がすべて変わってしまっている。1980年頃まではこのパッケージを何とか騙し騙し使うことができたかもしれない。しかし21世紀にはもはや対象とすべきモデルが変わり、まったく新たなパッケージが求められている。

まず、「社会保険」は、リスクが質的に均一であり、社会的連帯(Solidarity)が存在して始めて成立しうる。しかし、高齢者の多くは既に複数の疾病を継続して持ち、疾病発生リスクをプールすることは難しい。そして生き方モードも異にしている。第2、第3の人生のそれぞれの異なる連帯感を基に制度の再設計が必要なのではないだろうか。

次いで、「細胞病理学、特定病因論」は近代医学の実践を支える論理的根拠であった。しかし、高齢化により従来死亡により隠されて来た50歳以上の慢性疾患があらわとなった。高齢者のケアに当たっては、生活を取り巻く環境との関係を重視すべきである。身体の一部の病変ではなく、老化そして環境との関係で疾病を捉える必要があるのではないか。住環境、社会環境との対応を通して疾病を捉える新たな視点の学問体系が必要とされている。

2) 治す医療から支える医療へ「目的の転換」

図3 医療介護需要



© THasegawa

図4 医療パッケージの大転換

	19世紀後半	21世紀前半
職場	大工場	多様
年齢	50歳まで	65歳以上
病気	単一疾患 単一エピソード	複数疾患 継続発症
目標	絶対治癒 絶対救命	本人の求める 機能の現状を改善
場所	病院	地域

医療の目的は、これまでの理想状態への回復即ち「絶対治癒・絶対救命」から、本人の求める機能に向け「現状とのギャップを改善」に転換する（図4）。

確かに若人は身体の一部の病変を治せば正常つまり理想状態に復帰しうる（図5）。しかし多くの高齢者は複数の疾病を抱え、それが急性増悪を繰り返し、最後は死に到る。その死から振り返れば、医療の結果は従来求められてきた疾病の治療や救命の目的を果さず、単に患者の人生のストーリーを書き変えたにすぎないように見える（図6）。考えてみると、実は高齢者医療の目的はこのストーリーを患者や家族の希望に従って協力して書き換えることに外ならない。医療は「治す医療」から支える医療」に転換するのである。そのためには、密なコミュニケーションによって生きる目標を理解すること患者と医療者がチームとなることが必須である。

医療の目的が高齢者の生活を支えることに転換すると、福祉ケアと目標が同一となる。もはや医療福祉は連携ではなく統合されるべきではなかろうか。これまで医療界と福祉界は文化や言語が異なり、残念ながらうまく統合されてきたとは言えない。それには、まずケアの基となる「疾病のみならず障害をも統合した状態群分類」を考案し「急性期医療によく見られる軍隊の組織ではなく、患者・家族も含めたネットワーク的な組織」によるチームつまり上記のチームを福祉を含めて地域全体の資源に拡大する必要がある。

3) 単体施設からケアネットワークへ「供給の転換」

かつての単一疾患、単一エピソードでは、医療施設で受診する患者を待ち、治療が終ると社会復帰するいわゆる「急性期ケア」が中心であった。しかし高齢者の医療は「急性期」に続き「回復期」、「長期」、「末期」、あるいはその前に地域に復帰できれば「慢性期」と、目的が異なり資源や組織モードの異なる「5つのケア」必要となる。これらは疾病の自然史のサイクルに対応し、継続されて提供されねばならない（図7）。供給するケアネットワークはつながっていなければならない。

必要なケアは、供給の側では調整出来ない。患者を中心に個々人を継続的に追跡することにより初めて有効かつ効率的ケアが提供しうる。医療の焦点も「治すために一時入る病院」から「地域で続けて生活する高齢者」に移行する。疾病を治す専門医より、患者を追跡しケアサイクルを回す「総合診療医／老人医」の役割が重くなる。急性期ケアの病院は重要ではあるがケアサイクルの一部に登場し「地域の生活資源」と

図5 50歳までのケア1つだけ

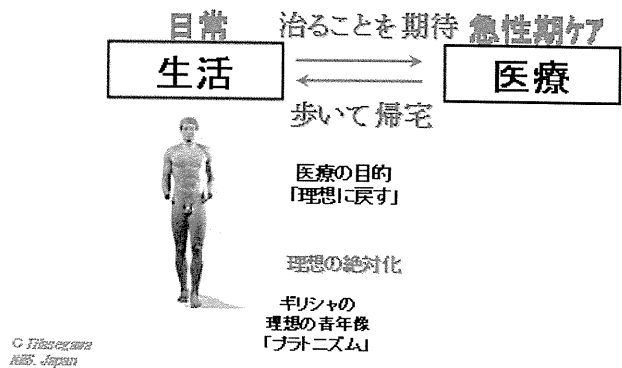


図6 外科だったとき考えたこと

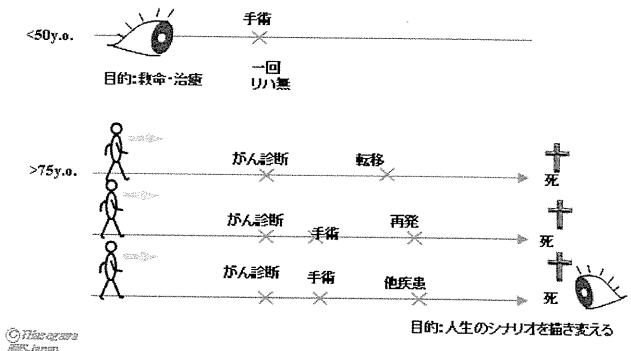


図7 高齢者に必要な5つのケアとケアサイクル

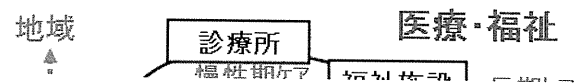
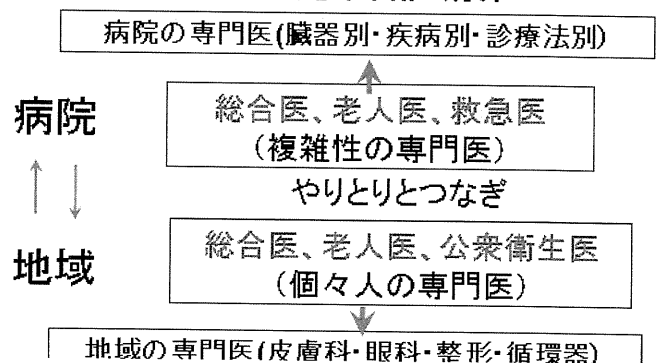


図8 総合診療医



して使われることとなる。

院内でのケアもその前後の継目なき継続が必要で、連携部間の充実、インターフェイスとしての病院内での「総合診療医/救急医/老人医」も不可欠である。このような総合医は高度で広範な臨床知識や技術を必要とし、いわば複雑性の専門医としての研修が求められる(図8)。

これらの総合医と専門医、医療施設と福祉施設、各種職種の連携にどうしても必要とされるのは、情緒の共有で、そのために医療と福祉の情報を蓄積する「1患者1生涯1カルテシステム」が必須となる。

従来長期ケアを提供する医療施設は経営拡大の過程で、老人保健施設など、地域の福祉的機能をも担ってきた。医療と福祉の統合の視点からは効率の良い側面もあろう。しかしこれからは個々の高齢者への適切なケアがなされているか、判断の透明性と組織全体のガバナンスが問われる。

3. 都市が変わる

1) 近代都市の成立

都市はチャイルドによると、人類史上「農業革命」に続く「都市革命」の結果、紀元前3000年頃、メソポタミア、エジプト等に出現したものとされ、構成要員の市民(ラテン語でcivilis)に象徴されるように、文明(civilization)揺籃の場とされている(図9)。

マンフォードによると、都市は元来狩猟民の宗教的聖地に農耕民の定住的要素が取り込まれたもので、宗教的象徴的意味がその原点にあるとしている。それから5000年、機能は政治軍事、交易経済、文化娯楽と拡張、複合し、もはや世界の約半数の人々は都市に住むにいたっている。

都市は、2つの革命、市民革命と産業革命を経て、近代産業社会の成立と共に急速に成長した。世界に先駆け産業革命を完了したイギリスでは1800から50年の間にロンドンの人口が110万から270万と急速に膨れ上がり、結果、環境は悪化し、過密化、貧困化が進み、感染症が蔓延した(図10)。折しもインドから齎されたコレラがロンドンのみならずパリやベルリンをも襲い何十万人もの命を奪った。近代都市のまちづくりはコレラとの戦いの中から生まれたと言っても過言ではない。そこでもイギリスは先駆的でチャドウィックらの運動によって1834年救貧法1848年公衆衛生法が成立し、都市経営の中に近代福祉、近代公衆衛生分野の活動が創始された。都市を対象とした社会リスクマネジメントのシステムが立ち上がったのである。

しかし今日につながる本格的な近代都市への改造は19世紀の後半を待たねばならない。この時期、第2の産業革命とも呼ばれる産業の重工業化、細菌学説の確立による公衆衛

図9

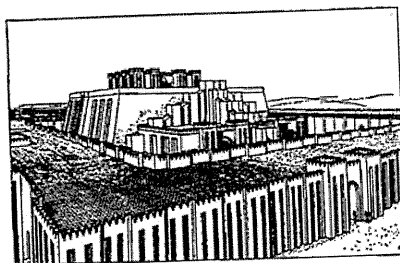
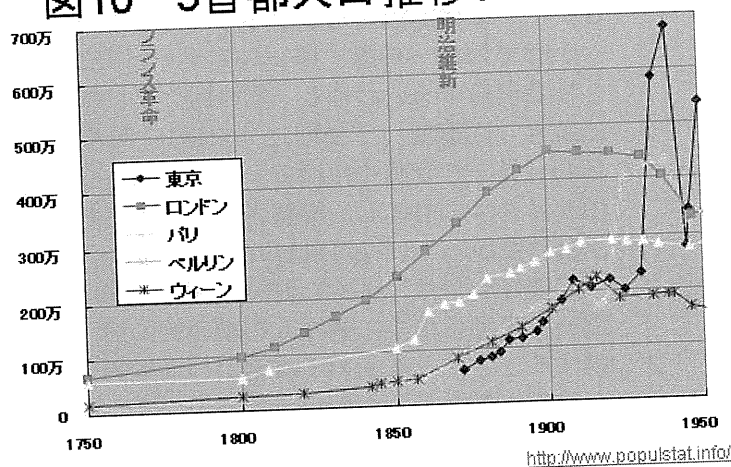


図 ウルクのジグラットの復元図

アッシリア時代のウルクのイシュタル神のジグラット。ジグラットはメソポタミアの都市を象徴する聖塔で、バベルの塔の名前でも知られている。

図10 5首都人口推移1750-1980



<http://www.populstat.info/>

生手段の開発、鉄道、地下鉄、自動車など交通網の発展が相次いだことが、その背景と考えられる。実際のロンドン、パリ、ベルリン、ウィーンの人口増はこの時期著しい。そして何よりも近代国民国家の形成が大きな影響を及ぼしていると考えられる。

1855年に始まるセーヌ県知事オスマンによるパリ大改造、1862年からの市技官オルブレヒトによるベルリン拡張計画、1859年の国王によるウィーン拡張計画、そしてロンドンでは全体計画はないが、1855年主都管理法、1875年新公衆衛生法、1890年労働者住宅法などに基づく市内の改造や富裕層による郊外の開発が進められた。

2) 田園都市 (Garden City) 構想と近代都市

都市はその成立時から存在を農村に依拠しており、一種の対立と共生の矛盾をはらんできた。対立の争点で都市の短所を浮き上がらせるために、農村の長所を賞賛するという論法が用いられてきた。

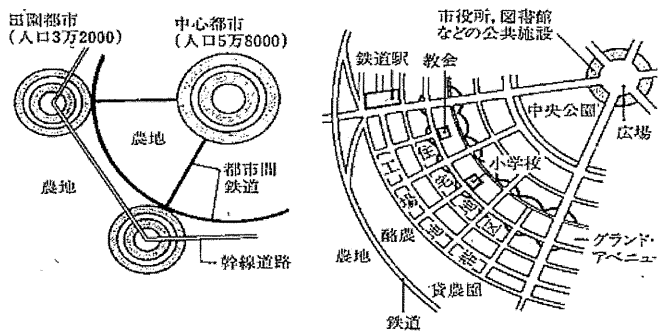
特に近代に入ってから急速な都市化の弊害から逃れるため、農業と工業が共存できる理想郷を建設する運動が繰り返し展開された。マルクスによって空想的と揶揄されたオーエンは1800年からスコットランドのニューラナークで実験を試み失敗、その思想はその後フランスのフーリエやロシアのクロポトキンらに受け継がれた。中でもイギリスのハワードは1898年に田園都市構想を発表、都市の社会経済的利点と農村の優れた生活環境を結合する職住近接型の大都市近郊の人口3万程度の新しい都市を提案し、1903年にロンドン北郊のレッチワースで、1920年にウエリンで建設を開始した(図11)。

一方、併行して大都市においても近代建築様式が当初はアールヌーボー等のデザイン様式として、次いでルコルビュジェの「輝く都市」などが効率を目指す国際様式として、田園都市の対極として提案された(図12)。

その後の歴史は皮肉な結末をたどる。実はその2つの対極が融合したのである。イギリスでは第二次大戦後、帰還兵のため大量の住居が必要となり、1920~35年に鉄道でつながった大都市郊外に効率と住環境を目指してベッドタウンが形成されたのだ(図13)。

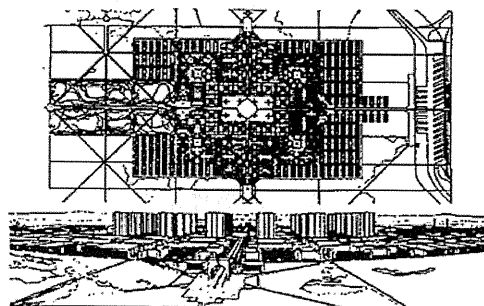
アメリカでも経緯が共通している。まず1939年のニューヨーク万国博

図11 ハワードの田園都市



中曲 永松堂・図解 都市と建築の近代 堂業中版社 2008.6.10

図12 絵 ル・コルビュジェの現代都市



1922年のザロンドーントスにル・コルビュジェが展示した300万人のための現代都市。2つの直交する産糧系の上に、やはり直交する網状的な道路のグリッドを重ね、鉄道と航空機の発着場を中心に、東西と南北に自動車のための高速道路を配置し、標心に社会のエリート層のための超高層ビルを2棟建ててそれぞれに4.5万人、その外側のより低い階層のための都市の集合住宅に60万人、周辺の田園都市に200万人を収容する。これは自民のための都市ではなく、自動車のための都市という性格を持つ。つえ、サンシモン派のエリート主義とテクノクラシーへの信奉が顕著な巨画は、前掲『世界大百科事典』20、平凡社より

図13 住宅着工戸数の推移

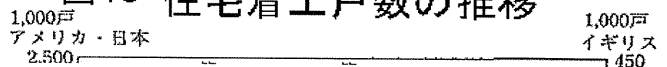
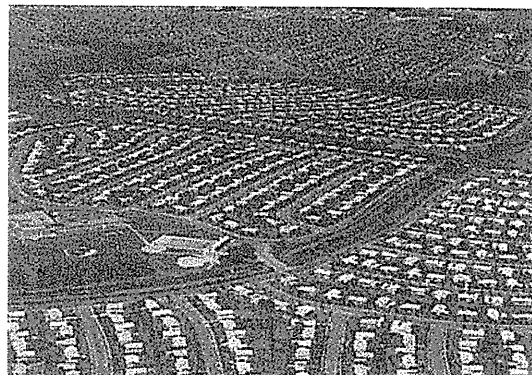


図15



レベットタウンの風景(ペンシルバニア州)

覧会で平均的で豊かなアメリカ的日常生活をおくるため計画された郊外都市「デモクラシ
ティ」が独裁主義、共産主義の対案として提案された。それは明日の田園都市 (Garden City
of Tomorrow) と唱われていた。アメリカでも第二次大戦後大量の帰還兵を迎え、1945-60
年、短期間に効率よく大量の住宅を建設することが求められた。それを可能にしたのは、
レヴィット社らによる現地での均質な住宅の大量生産ライン方式である (図14)。

レヴィットタウンと呼ばれるこの住宅地は自動車社会を前提とし、ハイウェイで大都市
のダウンタウンビジネス街へつながっていた。この街はハワードの田園都市とは歴史的系
譜としてはつながっているようにみえて、実は職住分離を交通でつなぐ効率と環境を追求
した別の構想にほかならない (図15)。

日本でも 1960-75 年、高度経済成長のため地方から都市に流入した企業戦士が結婚して
家庭を持つための住宅が大量に必要となった。都心に空間はなく、郊外を開発して効率よ
く大規模団地を造成し、鉄道でつないだ。その過程はレヴィットタウンのノウハウが使わ
れていたといわれている。かくして国道 16 号線沿いにニュータウンが次々と造られたので
ある。

田園都市の概念は比較的早期に日本に
受け入れられた。江戸末期、明治初期に
日本を訪れたヨーロッパ人は江戸(東京)
を見て「すでに日本では田園都市がつく
られている」と驚いたぐらいだから、自
然と折り合うことが信条の日本文化には
馴染み深いものであったかもしれない。
日本では 1908 年には既に内務省地方局
有志によって紹介され、1910 年阪急を創
設した小林一三によって大阪郊外の池
田と歓楽地宝塚と大阪市内を鉄道で結ぶ
形で実現された。東京では 1918 年渋沢
栄一らが田園都市株式会社を設立して、ニュータウン田園調布を建設し、次いで五島慶太
らが戦後東急沿線に多摩田園都市などニュータウンを建設していった。しかしこれらは元
来の田園都市構想とはかけ離れたもので、都市勤労者の寝に帰るための場所となったので
ある (図16)。

3) 人生を支える「医療・福祉」そして「まち」

これらの都市はいみじくも 19 世紀末産業革命が 50 歳の時代に構築され、元義をなくし
て効率的に近代産業社会を支える大都市圏システムとして再構築されて 20 世紀の経済成長
を支えてきた。

しかし、21 世紀の今、歴史は大きく転換したのである。

実はたった10年後に、日本は50歳以上が人口の50%を越すのである。韓国、台湾と東アジ
アの国々が続く。恐らく永い生命の歴史で生殖期後人口が半分以上を占める種はこれまで
存在し得なかったのでなかろうか。日本、次いで東アジアが人類に先駆けて、有り得ない
新社会を実験開発することとなる。そこでは働き育てる第2の人生のみならず、人生の完成
/死に向けて夢を実現する第3の人生をも支援する環境づくり (Enabling Environment) が
求められる。75歳頃まではまず互いに支え合うことも含めて働く場、また同時に慢性疾患
の医療ケアが必要で、75歳頃をすぎると統合された医療と福祉のケアが、そして85歳頃を
すぎると所謂週末期のケアが必須の要素となる。これらを通して高齢者を念頭に置いたユ
ニバーサルデザイン、モビリティ、セキュリティも必須の要件である。

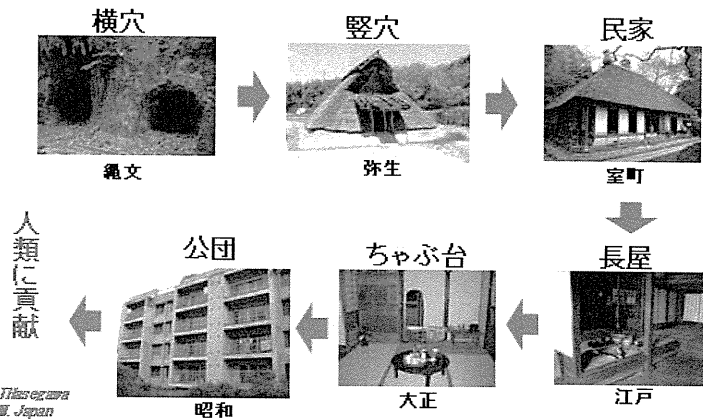
21 世紀、医療はもはや福祉と共に地域の生活資源となる。逆に高齢者を支える一連の生
活資源の一つとして街の構造の中に埋め込まれるべきである。前に述べたように、まちが
生活を支えるよう設計されれば、その設計によって医療も変わることになる。課題の提示」



「問題の同定」「解決法の探索」「資源の確保」「介入法の探索」「介入と評価」の過程が需給マッチング過程そのものでもある。医療界の場合は問題空間が予後予測を持ち介入法を示唆しうる「疾患の診断」、に設定される。ところが福祉の場合は介護需要を予測する「障害」となる。言語、文化が異なるのである⁷。コミュニケーションのための共通言語、ケアのパッケージを想定して共同診断のための状態分類をまず理念的に開発し、実行するチームの形態を決める必要がある⁸。そのうえでもう一度プロフェッショナルなアイデンティティを確認することにより統合が可能となる

室町時代から続く民家が江戸の長屋、大正の文化住宅、昭和の公団と続き、これからの新しい民家、それは医療福祉を含めたまちのシステムの中に位置付けられた集合住宅が開発される必要があるといえよう (図17)。

図17 民家の歴史



II. 未踏高齢社会の「まちづくり」とは

4. 列島が変わる

1) 「企業戦士帰還兵」問題

団塊の世代(広義で1946-54生)は約2000万人で、その3分の2が地方で生まれた。しかし、地方生まれの900万人は集団就職や学業のために3大都市に移動し、故郷には帰らず、大都会で結婚した(図18)。多くは大都市周辺に住み、昼間に郊外から大都市へ毎日、いわば民族大移動を繰り返してきたのである。それが突然、大挙して退職しつつある。つまり、企業戦士は帰還兵となったのである。確かに一部は生まれた故郷に戻り、一部は外国を含めた新たな場所へ移住するかもしれないが、大半はそこに住み続け、新たな生活を開始し、そこで死んでゆくと想定される(図19)。この地域はこれから10年間急速に高齢化が進み、65歳以上人口は1.5倍にはね上ると推計される。この地域こそ全国有数に医師看護師病床などの医療資源が少ないことで知られる(図20)。これまで都心で満たされていた医療需要が郊外に移行し、さら

図20 首都圏3県の医療資源 (人口10万あたり)

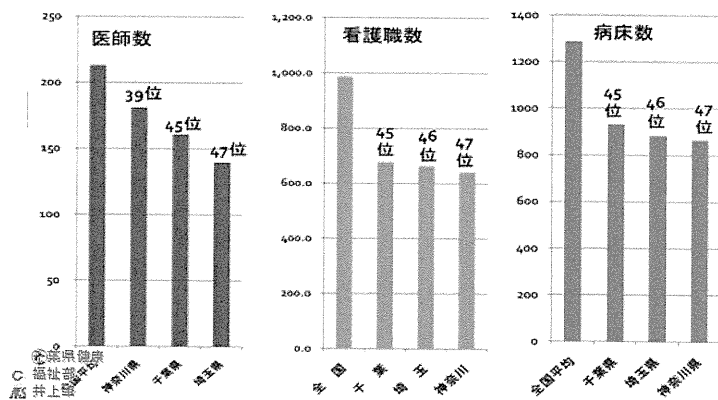
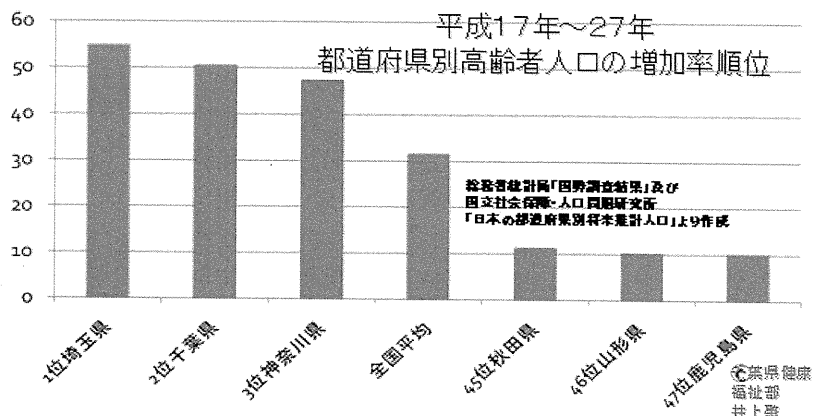


図19 これからの高齢化はどこで起きるのか



に団塊世代の高齢化と共に 5-10 年で需要が急増すれば受給のアンバランスが生じて、第 2 の医療崩壊を起こすのではないか。加えてその頃多くの住宅が耐用年数を迎える。集合住宅の場合多くの地権者が存在し建て替えや集約の合意を得ることが困難なのはまちが空洞化、加えて建物、施設が老朽化。実は幾つかの団地を集約して建物、道、店舗、医療福祉施設を建て替える濃縮化の必要、いや社会を一から新しく創り直す必要があったのだ。

2) 2つの課題

日本の人口はこれから 20 年間で約 10%減少すると予測されている。2005 年現在の 1805 の市町村を、政令指定都市を「大都市」、県庁所在地や中核市などを「地方中核市」人口 5 万人以上の都市を「地方中小都市」、残りを「郡部」と 4 分類すると、2030 年の人口は郡部で 23%減、75 才以上人口 25%増と高齢化も人口減も最も激しい。

実は、地域の課題は郡部では治山治水の環境問題と、地方中核都市では地域の独自文化の喪失と併せて進んでいる。室町時代から江戸初期にかけて形造られた棚田、里山の原風景、食や住などの日本の基本文化は、今大きく音を立てて崩れつつある。医療福祉、教育文化、生活環境を一体的に捉えた総合的政策が求められる (図 21)。

医療の課題に関しては、急性期ケアは高価な資源の効率的利用の問題であり、「郡部」では古くて新しい問題、限界集落化と共に進む無医村化の課題がある。「地方中小都市」では中核機能と規模の経済を持ち得ない 100 床あまりの公的病院を中心とする医師不足が地域医療システムの機能不全を招いている。「地方中核都市」では研修医の県外への流出などが挙げられる。解決の方法は「3 種類の地域の医療資源を、地域中核都市を中心に、規模と範囲の経済を勘案して一体として効率よくシステム運営する」ということに尽きる (図 22)。

問題は地域の総合診療機能にある。高齢患者は歩いて行ける範囲以上の

図21 今起きている地域の諸課題

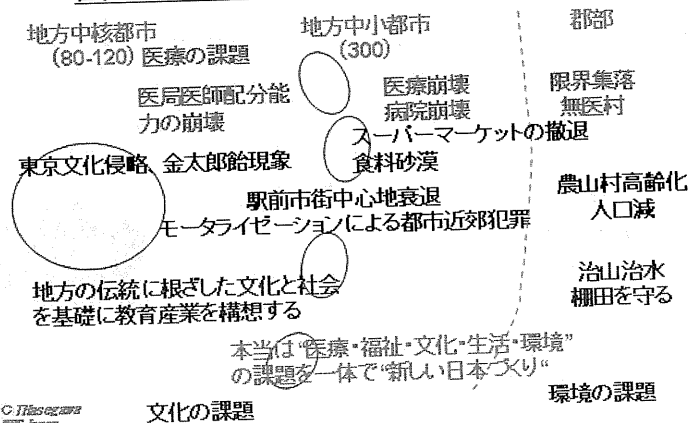


図22 範囲の経済、規模の経済による地域全体でシステム化

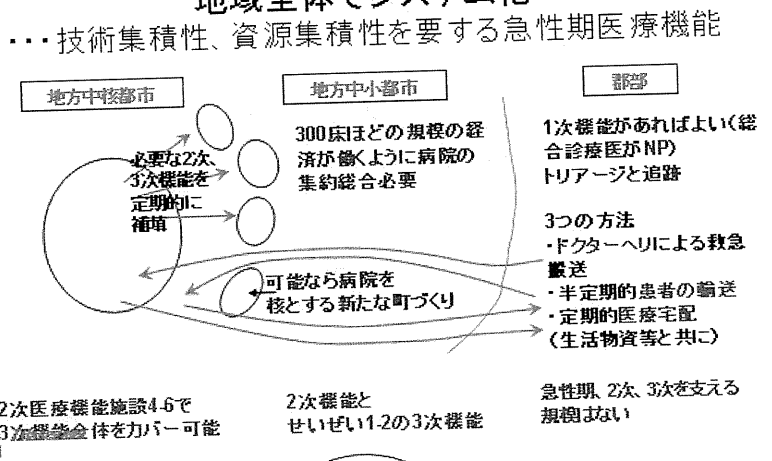


図23 4つの変数

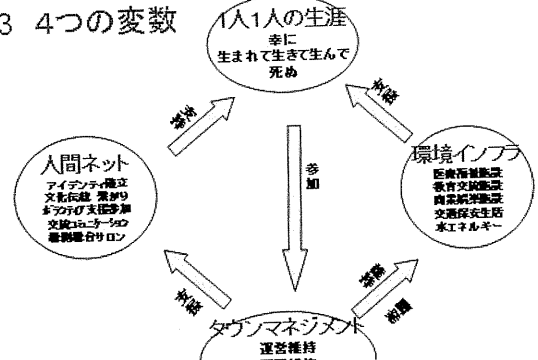
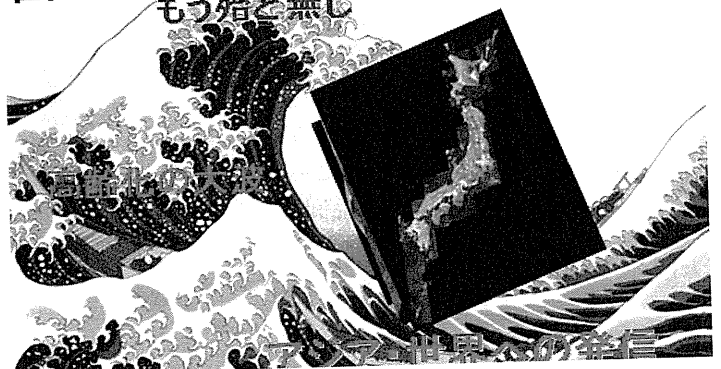


図25 新たな社会への準備期間もう殆ど無し



受診が難しく、地域の開業医の高齢化や、退職と高齢者の急増により都市周辺を中心に需給のアンバランスが急速に進むと危惧される。高齢者の場合は食料等の日常生活物資、そして介護ケアが同時に満たされることが必要で、スーパーマーケットや集会場、包括介護ケアセンター、診療所を一体的に設立し、歩行距離内即ち小学校区、全国5万ヶ所に配置・活用する必要がある。

これはもう一度日本列島全体を高齢者の生活を支える空間として改造し直すことに外ならない。その中核に医療や介護を軸とする町創り、医療福祉システムづくりの課題がある(図23)。

あと10~20年で見えない大きな津波、超高齢化の大波が高速で全国を覆うことになる。必要な人にしか真の現実と課題は見えない(図24)。日本は今、世界で最初に超高齢化が展望できる戦略的な場に立った。人類にとってのこれからの「新しい社会、新しい医療」は日本人の伝統力と創造力によって、日本から世界に発信されると確信する(図25)。

参考文献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計平成18年12月推計、厚生統計協会、東京、2007.5
- 2) Laslett, P. The University of the Third Age : Objects and Principles.、 BBC Open University Production Center、 1984.
- 3) NHK「無縁社会プロジェクト」取材班：無縁社会ー“無縁死”三万二千人の衝撃ー、文藝春秋、東京、2010.12
- 4) 長谷川敏彦：各論「まちなか集積医療」の提言ー医療は地域が解決するー、総合研究開発機構、東京、2010.3
- 5) 長谷川敏彦：成人病と生活習慣病、進化医学と疾病構造変化、東京医学社、東京、39(12)、1275-1281、2009.12
- 6) 長谷川敏彦：病院経営戦略、医学書院、2002.3
- 7) 長谷川敏彦：医療マネジメント21世紀への挑戦 病院崩壊からの再生 「匠と女将の世界」から「価値共創組織」へ、病院70(4) 296-299、2011.4
- 8) 長谷川敏彦：長谷川敏彦：医療マネジメント21世紀への挑戦 日本社会と医療の未来 「生存転換」概念による予測、病院70(5) 382-385、2011.5
- 9) 長谷川敏彦：医療マネジメント21世紀への挑戦 戦略としての医療安全 価値共創組織を目指して、70(6) 466-469、2011.6
- 10) 長谷川敏彦：医療マネジメント21世紀への挑戦 構造転換する連携 施設間の連携からケアの連携へ、病院70(7) 542-546、2011.7
- 11) 長谷川敏彦：医療マネジメント21世紀への挑戦 ガバナンスとオーナーシップ 「医療マネジメント」の「仕組みと仕掛け」を「老人仕様」に、病院70(8) 印刷中
- 12) 長谷川敏彦：近代の黄昏に日本は西洋近代を通過するーポストモダン日本新林家論序説、建築雑誌104(1283) : 34-37、1989

わが国の動向と医療福祉を軸とした

これからのまちづくり

<ケアサイクル論>

13. まちづくり（わが国の動向とこれからのまちづくり）

概要・まちづくりの重要性

社会・人生・家族・都市・医療の転換から考えると、これらを解決する最も重要な鍵はまちづくりである。高度経済成長期に建設されたベッドタウンのまちづくりモデルから、高齢者が豊かな老後を送り、満足して豊かな死を迎えられるまちづくりに転換していく必要がある。しかし、このモデルは日本では完成されておらず、特に医療と福祉を軸にしたまちの形については未だにモデルは存在しない。本項では今後のまちづくりについて考えてみたい。

目次

1. テーマ／目標
2. まちづくりの構成
3. 社会システムの整備・連携
4. 住宅の位置づけ
5. 施設・在宅の移動と運営法人のポテンシャル
6. コミュニティとサポートセンター
7. 移動システム
8. 司令塔としてのINFOBOX
9. ここで死ぬということ
10. 事例

1. テーマ／目標

「超高齢社会で生まれ、求められる住環境」

わが国の動向は、少子高齢化の進展により人口減少や単身高齢者の増加や女性の社会進出・離婚などによる家族構成機能の変化、団塊の世代の高齢者の仲間入りから意識の変化、さらには、限界集落の増加による農業・林業の変化、地方経済（商店街）の衰退等、従来にまちと様々な側面で変化・変質していくことが予想されている。

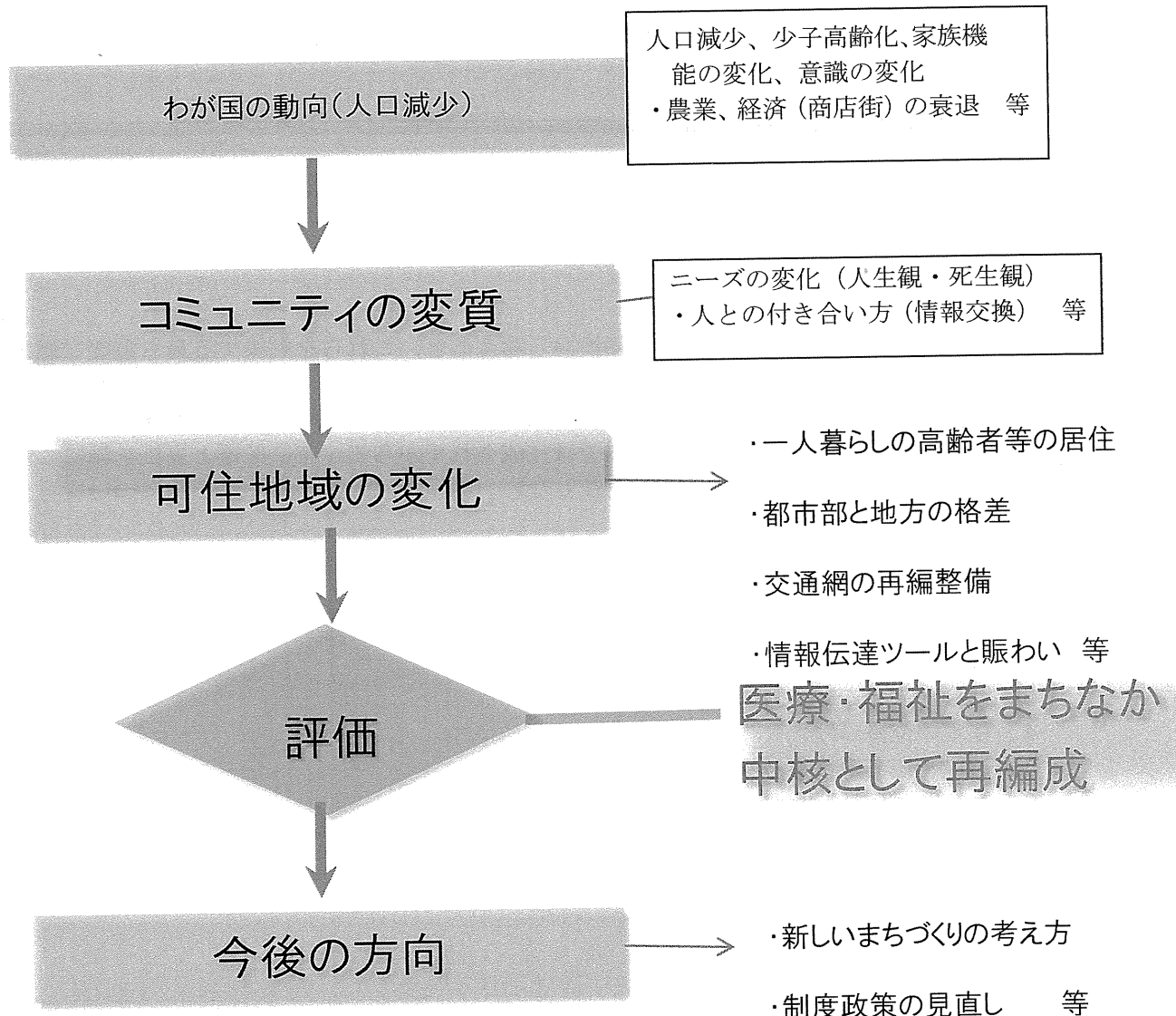
高齢者の意識変化は、社会に求めるものとしてのニーズも変化し、それがその人の人生観や死生観にも大きく影響していつている。

都市部・地方共に一人暮らし世帯の増加は避けられず、家族機能やコミュニティの崩壊から情報伝達の衰退が進み、さらには孤独死の増加などの社会現象がもたらされる。

加齢による疾病は複数疾患をもちながらの生活を余儀なくされ、服薬は欠かせない人が増えていく。定期的服薬や生活上のリハビリなどから通院患者はまちなかに増加していくのである。

しかし、足腰の虚弱化から通院に長い時間をつかえることもままならず、適切な交通機関

を整備するか、まちなかに医療・福祉機能を再編整備するのかがしていかなければ高齢者の日常生活のニーズは満たされないといえよう。
 まちなかに適切な医療・福祉機能を整備していくことを提案したい。若者中心のまちづくりから高齢者を主体にした新しいまちづくりである。

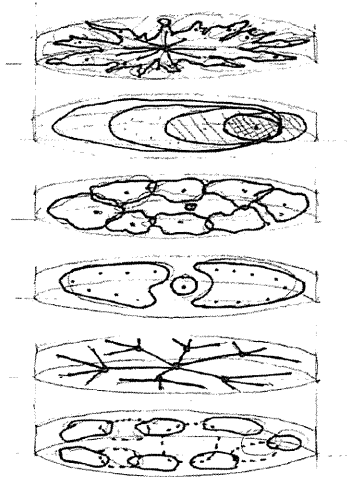


2. まちづくりの構成

まちづくりは高齢者が生活する上で必要となる基本システムを再編整備していかなければならない。基本システムを、基本行為として抽出し選択する中で、それらをまちなかに積層して動くシステムとして整備する。まちを構成するシステムを重ね合わせて作りあげるのである。これらを地図上に重ね合わせてシステムとして構成していく手法を提案したい。

以下に基本システム例を掲げておく。

—7つのシステムと必要導入機能—



- 治す／医療・福祉（在宅医療・看護・介護システム、小規模多機能施設、サポートセンター、・・・）
- 働く／就労（コミュニティビジネス、ボランティア、自治組織・・・）
- 買う・使う／商業（日用品、レストラン、ホテル・・・）
- 学ぶ／教育（看護・介護教育、研究機関）
- 住む／住宅・コミュニティ
- 動く・情報／交通・IT（交通・IT ネットワーク、ロボット工学、ユビキタス社会・・・）
- 憩う・楽しむ／アミューズメント・公園、保存地区（海洋、河川等）、緑の計画、温泉、スポーツ施設・・・）

3. 社会システムの整備・連携

超高齢社会では医療・福祉機能を核としたまちづくりの考え方が必要と考える。例えば、高齢者の日常生活である通院あるいは退院後の状況を考えれば、生活の中に医療が入っていく必要があり、さらに、医療からの福祉への橋渡しのアプローチが今まで以上に大切になるはずである。かつては「医療と福祉の隙間はなにか」という問いに対して、どれだけ治療しても効果がなく、医療にこれ以上時間や治療をかけても意味がなくなる（回復しない）時点で、福祉の世界へと入るといわれてきた。スウェーデンではエーデル改革（1992）などを実施することで、医療から福祉への移行を社会的に実現してきている。例えば、在宅福祉システムを整備することで、医療分野から生活重視の方向の基板整備を進めてきたのである。しかし、現実には既に述べたように高齢者にとり加齢と共に医療に関わることはなくなることはなく、どのような治療行為にあってもむしろ医療と関わりあいを増していくのが普通ではないかと考える。

その観点でいえば、医療・福祉は連携ではなく一体化であると考えた方が、高齢者からみれば満足度が増すのではないだろうか。

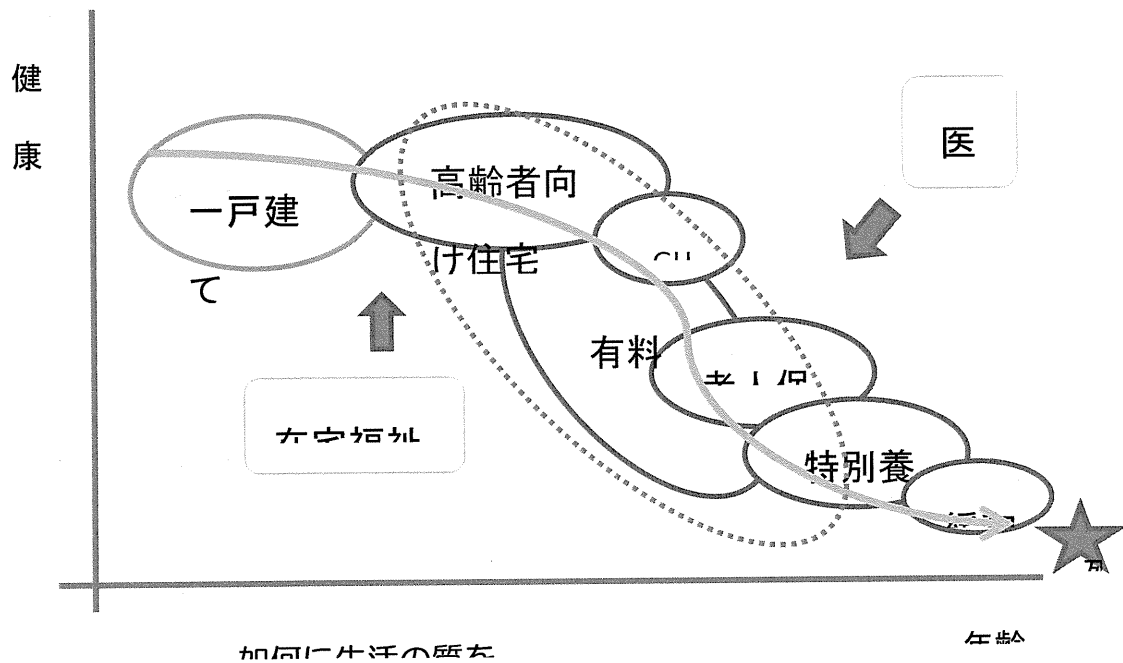
ここで、強調したいのは医療側の意識を変えてほしいということである。高度・救急医療がすべてではなく、高齢者の生活の質を担保できる医療とは何かを考え実施してほしいということである。医療の延長線上に福祉が位置付けられるのである。

4. 住宅の位置づけ

さらにいえば、高齢者の生活に必要な機能は医療・福祉だけではない。生活の基本となる

のは住宅である。適切な住宅の整備なくしてこれからのまちづくりは進めていくことは出来ない。基本は「LIVE IN PLACE」（現在の場所で住み続ける）であろうが、加齢と共に家族や健康状況は変化していく。必ずしもすべての人が同じ場所で生活しつづけられるわけではない。在宅福祉・在宅看護がバックアップされても、満足いくサービスが得られる保障はない。そのため、住宅メニューが用意されることになる。現在のわが国は、以下の図のように基本的には住宅メニューは整備されているといえる。サービス付き高齢者向け住宅など新しい制度も進められてきている。住宅や地域などの住環境（まちづくり）全体で考えていくことが大切である。

加齢による住宅と施設の関係

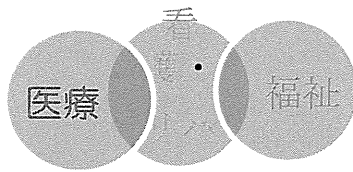


5. 施設・在宅の移動と運営法人のポテンシャル

さて基本的に、社会福祉事業を運営するのは社会福祉法人であり、医療は医療法人である。医療・福祉サービスを提供できるのは、このように限られた法人格を持った組織・団体である。社会福祉法人と医療法人の2つの法人格は、株式会社などの民間法人と異なり、営利目的でなく公的事業を行う団体である。前述した医療から福祉を見るのが望ましいという観点でいえば、医療法人が福祉事業を包括的に理解していくことが大切であろう。今後社会福祉法人の行く末は、医療との関わりを再度検討していく必要が出てくるのではないかと思われる。経営感覚と社会的事業のバランスを見ていくことが肝要である。

どちらにしても、社会福祉法人・医療法人などは、当該施設にこもっていないで、もっと地域に出ていくべき時期に来ている。例えば、特別養護老人ホームでは地域で要介護になるまで待っていて、要介護になった時点で当該施設に入所してくるのである。入所しないように当該施設の持つポテンシャルを有効に活用していく機能を備えていくことが望まれてくるのであろう。

さらにいえば、医療と福祉の関係では、医療と福祉の間に看護・リハがつなぐ役割を果たすのが良いのではないだろうか。医療と福祉中間に位置し、それぞれの意味や役割を通訳する立ち位置になれると考える。さらなる看護・リハビリの力に期待したい。



看護・リハビリの位置づけ

6. コミュニティとサポートセンター

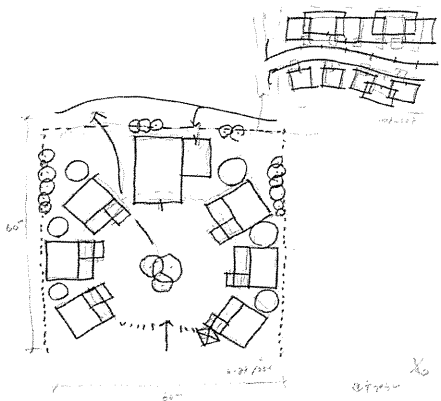
ある一定程度のコミュニティに対して、日常生活を維持するために 1 か所サポートセンターを設置したい。地域で暮らすためには、コミュニティ内に相談や人との話せる場などつながりができる「仕掛け」が大切である。コミュニティの適切な規模は、今後さらなる検討が必要となるが、ドアを閉めると全く外と閉ざされてしまう現在の建築構造では、このような仕掛けが大きな意味をもつのである。情報は人を介して伝わるのである。

サポートセンターの機能

人が集まり、かつそこから交流、情報伝達ができるスペース

例)

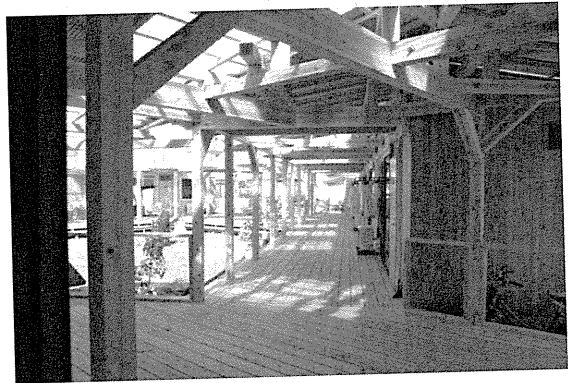
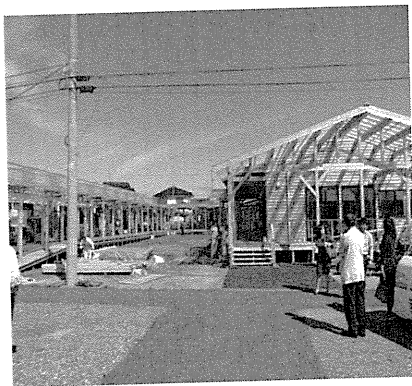
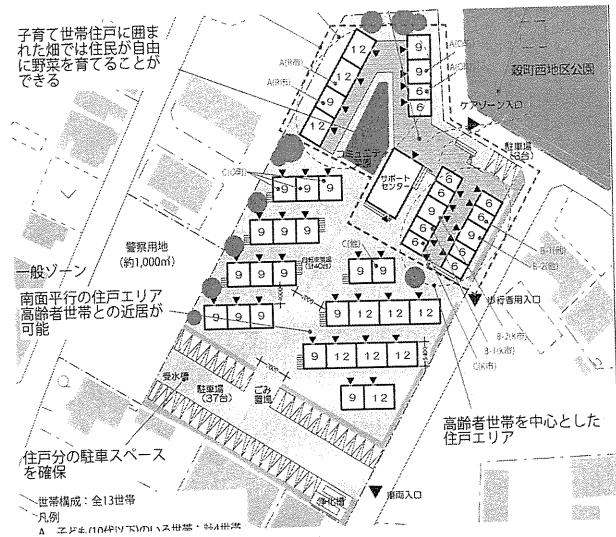
集会、小厨房、パーティールーム、カフェテリア、小レストラン、訪問看護ステーション、訪問リハビリステーション など



コミュニティの中のサポートセンター

サポートセンターの実例として、東日本大震災での福祉型仮設住宅のケースが参考となる。一般の仮設住宅と異なり、高齢者・障害者用に設置された仮設住宅で真ん中にサポートセンターが位置している。福祉型仮設住宅では、サポートセンターに付随してウッドデッキが貼られ、住民のコミュニティがそこで行われるような構造となっている。

(参考事例 1) 福祉型仮設住宅



サポートセンター外観

ウッドデッキ

（「Aging in Community—ケアタウン構想—」東日本大震災復興まちづくり提言・東京大学 高齢社会総合研究機構 平成 23 年 4 月）

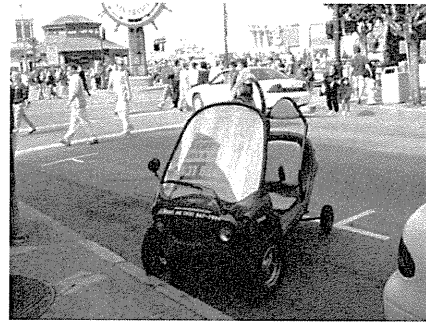
7. 移動システム

まちづくりの交通機関は、当該地域の地勢、経済、歴史、広がり、面積などにより各種整備されなければならない。公共交通機関からドアツードアサービス、その中間的交通機関（ミニバス運行など）など幅広い。個別の電動カートや“セグウェイ”など新たな技術、イノベーションの発達により、今後あらたな広がりがみられそうである。足腰が弱り、外出がおぼつかない高齢者の移動の確保策は、人と触れ合う機会をつくると意味でも精神的支柱としても大切である。

また、交通機関もコミュニティの広さや既存商店街とのつながりなどにより新たな整備が必要となる。以下に、新交通システム（コンパクトシティ・富山県）、電動カート（サンフランシスコ）などいくつかのケースを掲げておく。



(コンパクトシティ・富山県)



(サンフランシスコ)

8. 司令塔としてのINFOBOX

地域の中に情報を発信する司令塔の役割が必要であろう。エンドユーザーとしての高齢者に各種の必要情報を伝えるのは、なかなか大変である。かつては、井戸端会議などがあり、地域の人たちとの世間話の中でいろいろな情報が伝えられていた。現在はそれに変わるツールとして ICT があるが今の高齢者ではまだ使えない人も多い。これからの団塊の世代が本格的に高齢者になれば、ICT を利用できる人が増えようがまだその段階にない。そこで、地域の仮名に INFO BOX と呼ばれる出先機関を設置し、各種相談や情報発信・伝達を行うことも考えられる。この情報発信装置を提案したい。

内容は以下のようなものである。

- ・ 計画途中の広報宣伝
- ・ 地域・国内・海外への情報発信基地
- ・ 地域から見える場所に設置
- ・ 広報ツール・時期・内容
- ・ インターネット、テレビ、ラジオ、新聞、チラシ・・・
- ・ つくりあげるまでの道程を情報発信

Innfobox の位置づけ

- ・ 段階計画
- ・ とりまとめの組織・団体・企業
- ・ CP (コストパフォーマンス) 評価

ちなみに、東西ドイツ統一の時につくられた例を以下に掲げておく。

例示：ベルリン（ドイツ）のケース