

R I S T E X 平成25年度

コミュニティで創る新しい高齢社会のデザイン 5

平成22年度採択プロジェクト 成果報告シンポジウム

独立行政法人 科学技術振興機構 社会技術研究開発センター
「コミュニティで創る新しい高齢社会のデザイン」研究開発領域
R&D Focus Area: Redesigning Communities for Aged Society
Research Institute of Science and Technology for Society (RISTEX)
Japan Science and Technology Agency (JST)

平成25年度

コミュニティで創る 新しい高齢社会のデザイン

平成22年度採択プロジェクト
成果報告シンポジウム

日時・会場
平成26年3月7日 金
13:30-17:30
日経カンファレンスルーム
(東京都千代田区大手町1-3-7 日経ビル6階)



独立行政法人 科学技術振興機構
RISTEX 社会技術研究開発センター
Research Institute of Science and Technology for Society

平成26年3月7日 金

13:30-17:30

日経カンファレンスルーム

Research Institute of Science
and Technology for Society
(RISTEX)

社会技術研究開発センター



プログラムから

領域紹介

秋山弘子 (領域総括/東京大学高齢社会総合研究機構特任教授)

プロジェクト成果報告①

「新たな高齢者の健康特性に配慮した生活指標の開発」

鈴木隆雄 (独立行政法人国立長寿医療研究センター研究所長)

プロジェクト成果報告②

「在宅医療を推進する地域診断標準ツールの開発」

太田秀樹 (医療法人アスミス理事長)

プロジェクト成果報告③

「ICTを活用した生活支援型コミュニティづくり」

小川晃子 (岩手県立大学社会福祉学部教授・地域連携本部副本部長)

プロジェクト成果報告④

「セカンドライフの就労モデル開発研究」

辻哲夫 (東京大学高齢社会総合研究機構社会技術研究開発センター長)

開会挨拶・領域紹介

秋山弘子（領域総括）

2月11日に23年度、24年度採択プロジェクトの報告会をいたしました。少し繰り返しもあるかと思いますが、これまでの経緯を説明させていただきます。

急速な高齢化に対して、マクロのレベルでは社会保障の設計とか医療や介護サービス提供のしくみであるとかがなされておりますが、このプロジェクトは、生活しているコミュニティの問題を現場で解決していこう、その成果にもとづいて逆に下からミクロの立場から政策提言をしていこうというアプローチをとっております。健康寿命を延長してアクティブにシニア期を過ごせるようにしよう、弱くなっても住み慣れたところで日常生活が持続できる環境を整備していこうという目標で、3年で15のプロジェクトを採択して、総合的に高齢化の課題を解決していこうという取り組みをしております。

研究領域の目標につきましては、達成のためにふたつのアプローチをとっております。カテゴリー1は、問題解決の選択肢を提示しようというもの。研究開発のあり方とか科学的評価のための指標を体系化とするもので、22年度の4件のうち鈴木・太田プロジェクトがこれに当たります。カテゴリー2は、具体的な事実にもとづいてアクション・リサーチをおこなうもので、小川・辻プロジェクトの2件を採択しております。22年度の募集には110件の応募があり、なかから採択4件という狭い門をくぐって実施され、3年間の成果の発表に至ったということでございます。

わたしたちの活動は、分離融合型、学際的なチーム、学問だけでなく自治体、企業、住民といった広い範囲の関与者が協働体制で進めていくことを条件にしております。実際にコミュニティの活動に関与していくので計画の軌道修正が必要になる。それをマネジメント・チームでモニターしながらいっしょにやる。同じボートに乗って汗をかく。わたくしが総括をつとめておりますが、領域アドバイザーが13名、研究者、自治体、企業の方などで編成して、計画の調整の相談に乗ったり、サイトビジットでフィールドにいった進捗のようすをみたり、領域合宿をしたりして協働で進めております。その上でシンポジウムを開いて意見交換をし、情報を発信していくことにも務めております。プロジェクト間のサイトビジットもおこなっております。15のフィールドは地理的にも広い範囲から採択していて、今日発表の4プロジェクトも、それぞれの課題の部分カバーしております。

3年間の活動の成果は、基礎自治体の活動に活かしたり、政府の施策に盛り込んで普及定着に務めるとともに、内部的に有機的ネットワークをつくる。さらに同様の活動たとえば内閣府の環境未来都市、プラチナ構想ネットワーク、東京大学のまちづくりなどと結んで、コミュニティの高齢化課題解決のための「リソースセンター」をつくる。企業、自治体、住民団体のまちづくりに情報を提供したり、支援もする。さらには国際的とくに高齢化が進むアジアの国々にも情報や経験を提供できればと考えています。



プロジェクト成果報告①

「新たな高齢者の健康特性に配慮した生活指標の開発」

鈴木隆雄（独立行政法人国立長寿医療研究センター研究所長）



現代の高齢者の活動能力を測定するための新しい指標を開発

新たな高齢者の健康特性に配慮した生活指標の開発

研究代表者

すずき たかお
鈴木 隆雄

独立行政法人国立長寿医療研究センター 研究所長



東京都老人総合研究所副所長を経て、現在、国立長寿医療研究センター研究所長。専門は老年学、老年医学、疫学。特に高齢者の生活機能の維持向上に関連する要因を特定するための長期縦断研究に携っている。老年症候群や転倒・骨折の予防対策および介護予防にも力を入れている。

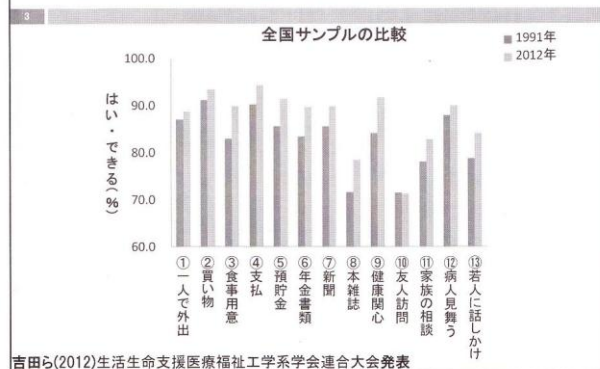
「新たな高齢者の健康特性に配慮した生活指標の開発」について説明いたします。いまや高齢者が人口の25%、実数で3000万人に達して、社会的な貢献、高齢者が自立して地域社会で活動するに際しての健康度の正確な把握が必要になっています。これまでよく利用されまた国際的にも認知された「老研式活動能力指標」があります。これは旧東京都老人総合研究所、現在の東京都健康長寿医療センターにより1986年に古谷野（亘）先生らを中心として策定されたもので、13項目にまとめられています。

1990年代にはこの13項目の測定尺度でよかったのですが、その後30年近く経った今日、高齢者の健康水準が大きく向上している、またとりまく社会環境が大幅に変わってきている。携帯電話やインターネットがなかった時期とはライフスタイルも違ってきて

「老研式」では測定しきれない。多くの高齢者が13点満点をとってしまう社会に変わってきている。また高齢者をターゲットにした犯罪が増えている。こういう今日的な必要性から、研究者間で議論されてきたということがございます。

「老研式活動能力指標」では、はじめの5つは手段的なもの、次の4つは知的能動性、あとの4つは社会的役割で

老研式活動能力指標の年代差



す。当時は平均点が70%とかでしたが、ある地域での女性の例（70歳～74歳）ですが、10年間で平均点9.5点が11点に上がっている。生活機能の改善、平均寿命の伸びと並行して、今日ではさらに上がっています。

「老研式」の1991年と2012年の全国調査を比較しますと、どの項目も平均点が高くなっていますが、ただひとつだけ「友人を訪問する」という社会的活動については、相も変わらず70%で低いのと20年経ってもほとんど変わっていない。なぜ日本の高齢者はこんな社会的活動度に留まっているのか、これは議論をしなければならない問題ですが。

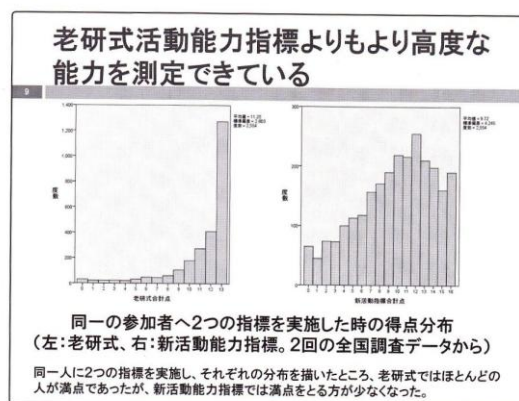
それ以外の項目ではすべて得点が高くなっています。20数年前と同じ指標では測ることができない。そこで「老研式活動能力指標」の概念を基盤に置いて、現代の高齢者に合った新しい活動能力指標をつくろう。より社会貢献度の高い、ネットワークをつくりサポートしていく、そういう活動能力を評価する尺度をつくっていかうというものです。

男性・女性、前期・後期高齢者、都市・非都市といったいろいろの視点で高い能力を正確に表せることを目的として研究し、実際には研究者が主体になりましたが、NPO法人の方、地域活動の実践者、IT機器の専門家、古谷野先生にもご協力をいただきました。

平成22年にスタートし、「老研式」の概念を拡張した質問内容、「できる」能力か「している」瞬間か、意味の違いの解釈なども議論し、予備項目を作成。都市・非都市、前期・後期高齢者、男女の差に留意して予備調査をおこない、その後、第1回の全国調査をおこないました。新しい尺度による質問のグループ化、質問の信頼性、これまでのものとの妥当性にも配慮して第2回の全国調査をおこない、基準点、平均点といった標準値、「老研式」との関係性など、手の込んだプロセスを踏みながら尺度づくりをいたしました。こうして策定されたのが「新活動能力指標JST版」です。

4つのカテゴリー「社会参加」「新機器利用」「情報収集」「生活のマネジメント」で4つずつの16問。「社会参加」では「しているか」を聞いています。「ボランティア」や自治会活動や地域のお祭りへの参加など、クリエイティブな社会的役割です。「新機器利用」では携帯電話やパソコン、ATMやプレイヤーの利用など、「情報収集」では教育・教養番組の視聴や健康に関する情報の信ぴょう性など、「生活マネジメント」では病人の世話、詐欺ひったくりの被害に合わない対策など。今日の新たな問題を自分で対処できるかどうかの能力の高い部分を4つの領域の16問でカバーして策定されています。確定した他の指標との関係性、「老研式」との概念の高い相関性から2世代目といえるかと思えます。

「老研式」ではほぼ満点ですから統計表は片寄った形になりますが、「新JST版」では高い能力ですからほぼ正規分布に近い形をしていますので、統計学的に取り扱いやすいといえます。そこで「老研式」と一体化して



合計29項目で併用することが考えられます。高いレベルの場合、前期高齢者でこれからボランティアをやろうという人を対象とするには「新JST版」という使い分けができます。標準値の50%は、前期高齢者では11点、後期高齢者では9点で2点の差、男女間では11点と10点で1点の差。どこでもだれでも使えるマニュアルづくりを急いでおります。妥当性、信頼性に優れた指標として作成しましたので、行政ではそれぞれの地域特性、健康特性の「見える化」、介護予防、セルフチェックなど、企業では新機器の導入など、もちろん高齢者に関する研究活動にご利用いただければと思います。開発のプロセスと結果についてご紹介させていただきました。・・

木村清一領域アドバイザー：行政に長くいて「老研式」を使ってきましたが、新しい指標を第6期介護保険事業の検討でも使いたい。マニュアル化の見通しをお聞かせ願いたい。

鈴木：急いで2つのチームがいっしょに作業して7、8月にはマニュアル化いたします。

木村：できるかぎり早くしてほしい。それでは会場からご質問ご意見をどうぞ。

Aさん：地域住民の生活スタイルを決めるのに、65歳以上の高齢者用の指標を同じ尺度でそれ以下の人の事前調査で使う場合、どうすればいいでしょうか。

鈴木：60歳代から少しずつ平均点が下がり、前期高齢者が11点、60歳前半なら12点、13点にいくでしょうが、詳しいデータは持ってありません。

Bさん：自治会長をやっていますが、社会とのかかわりを社会貢献だけで指標化するのはいかがでしょうか。囲碁や麻雀といった趣味でのかかわりなどもその間にあるではないか。

鈴木：社会参加には階層性、段階があつて、質問も高いレベルの役職だけを指標化しているわけではありません。65歳以上のリタイアした多数の人を想定しています。

柴田：領域アドバイザーの柴田です。「老研式」にかかわった経験で、できるか、しているか、特にできるへの質問の純化が重要です。今回は生活機能よりボケイショナルスキル（職業的能力）を多く聞いている。制度・政策に影響をうけるものが入ると能力を正確に表現できなくなるし、文化・地域性・時代性を見極めないとスキルが劣っていることになる。携帯がつかえないとダメではエイジズムの表現になりかねない。



鈴木：柴田先生のご指摘のとおりで、マニュアルはエイジズムにならない配慮が必要です。また現場で使えて今日の社会での自立の能力を判断できるものにしなければならない。



Cさん：社会参加について、具体的に町内会への参加などの項目になっているが、「老研式」の項目はどう反映されたのか。

鈴木：「老研式」の項目も含めて120項目に。それを88項目に、さらに今日的に望ましいものに統合して総得点を16点で表現することによってこういう形になりました。

木村：時間になりましたのでこのへんで。

プロジェクト成果報告②

「在宅医療を推進する地域診断標準ツールの開発」

太田秀樹（医療法人アスミス理事長）



「在宅医療」の推進を通して、新たな地域づくりを目指す

在宅医療を推進する地域診断標準ツールの開発

おおた ひでき

太田 秀樹

医療法人アスミス 理事長

1953年奈良市生まれ。自治医科大学大学院修了後、同大整形外科医局長・専任講師を経て、1992年「おやま城北クリニック」を開業し、在宅医療に力を入れる。訪問看護を機軸に24時間・365日対応する在宅ケアシステム構築に尽力。医学博士・日本整形外科学会認定専門医・麻酔科標榜医・介護支援専門員。（社）全国在宅療養支援診療所連絡会事務局長、（NPO）在宅ケアを支える診療所市民・全国ネットワーク理事、日本在宅医学会理事、全国知事会頭脳センター委員など。羽田澄子監督ドキュメンタリー映画「終りよければすべてよし」出演。



それでは「在宅医療を推進する地域診断標準ツールの開発」について発表させていただきます。わたくしはしばらく大学での経験もあるのですが、栃木県の一開業医として往診する町医者経験のなかからの報告でございます。診療所はスーパーマーケット、デイサービスセンターなど一つ屋根の下で医療と介護を統合したスタイルで地域医療をやっております。

2000年に事業所を開設したのですが、この年に介護保険制度がはじまりまして、ご承知のように保険者が基礎自治体ですので、わたくしはいま3カ所の市町村にひとつずつ、地域の行政と地域の医師会と足並みをそろえて地域ケアに力をいれております。「在宅医療」というとイクオール「応診医療」とお考えの方が多いですが、同じではありません。現在の「在宅医療」はホーム看護が重要で、自宅だけではなく「生活の場」に必要な医療をとどける。医療者が訪れた時は医療の場で去れば生活の場にもどる。酸素の治療が必要になったときにすぐに業者が機械をもって来る。簡単な手術なら自宅でやってさしあげる。

「訪問看護」は生活の場に医療サービスを届ける。歯医者も薬剤師も同様に在宅医療の仲間です。カンファレンスは医師と看護師だけでなく、関係者がそれぞれの立場で最善の医療をディスカッションして治療方針をきめる。従来の応診とは違ったスタイルです。ちなみに「応診」は患者家族の要請に基づいておこなわれるものでして、「訪問診療」は病院で回診が行なわれてドクターが見にくるように、状態が良くても悪くても定期的にお邪魔してようすを拝見する。これが「訪問診療」という概念です。

在宅医療の推進のためのツールですので、「在宅医療」を定義しますと、「生活の場で、通院困難者に対して、医療者が訪問して患者・家族の希望を汲んで提供する全人的・包括的な医療。望まれば、住み慣れた、居心地のよい生活の場で看取りまで支える医療」です。この「生活の場」というのが重要でして、「生活の場」に医療を持ちこむこと。加齢にもとづく生活障害が目立つようになって医療の課題を「生活の場」で迎える。

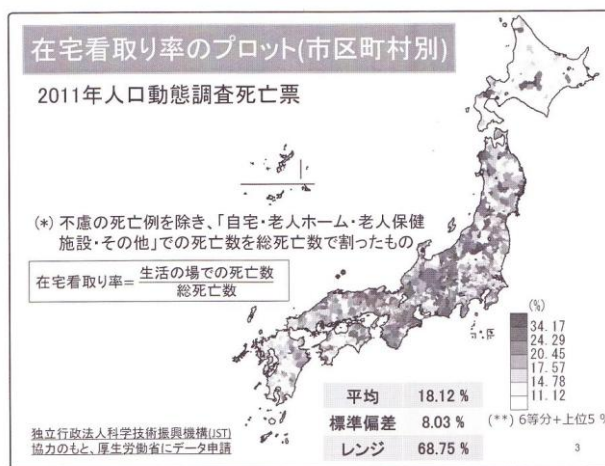
また「超高齢社会」は多死社会です。そこで多死社会ではいたずらに長寿をめざすだけではなく、天寿を医療が支える役割が求められる。「キュア（治癒）からケア」へ。病院中心の医療から地域中心へ。病気を専門に診ていた医者から人生そのものを支える総合医へ。病気を治さなくとも苦痛を取り除く。苦しみの原因を除くのではなく、麻薬などを使っても苦しみを取り除いてあげるという緩和医療が必要ということになった。科学である医学の尺度として客観的データ中心に医療が行なわれてきた。ガンに放射線を当てるとガンが半分になる。そこで放射線治療をやる。現在は仮にガンが大きくなっても、幸せな暮らしがあったほうが良いという価値観が変わってきた。ガンとの戦いをやめて、その人らしい苦痛のない暮らしを支えるために医療が必要になる。医療の介入の尺度がQOLに変わる。医療者の意識改革でもあり国民が望みはじめていることでもある。

自己実現あるいは尊厳。地域を支える安心と信頼。そこで在宅医療への期待が高まってくるわけですが、23年にわたり複数の自治体で提供してきてみると、在宅医療の普及・推進に地域間格差がある。医療の課題だけではなく、コミュニティの意識、文化を含めた学際的・職間的な地域評価が必要であろうと考えるにいたりしました。そこで科学的手法による客観的評価を試みたわけです。わたくしが経験から感じ取った自治体の在宅医療の“人気”のあるなしを日本地図のうえに「在宅看取り率」の分布でプロットしたところ、高いところでは40%を超えるところがある一方で低いところは0%。問題は高い地域のすぐ横に低いところがあること。23年のわたる臨床の経験のなかで、同じ医療を提供しても「在宅医療に格差がある」ことが証明されたわけです。

そこで住み慣れた地域・場所で最後まで安心して過ごせる地域情報を知るために、地域をみる「7つの視点」を設定して、地域診断のツールを開発しました。

「在宅医療」「入院医療」「在宅介護」
「市区町村・・・」「地域連携」「コミュニティ」「利用者意識」の7つの領域です。

この「地域診断標準ツール」は基本版と発展版からなっております。基本版は地域をスクリーニングするため、既存のデータを用いて診断します。自分の地域は在宅医療が進んでいるのかどうか、どこが弱点なのかなどを



レーダーチャートで示されます。発展版は独自のデータで検討して具体的な介入策を求めるものです。

基本版ツールでは7つの項目から数値化することで、地域のケアの力を「見える化」しています。この全体像からそれぞれのステークホルダーがどういう立ち位置にあるのかがわかります。評価項目の抽出方法、これは統計学的な分析になりますが、質的な検討から候補を洗い出して、「在宅看取り率」との関連から具体的な解決策が重要です。

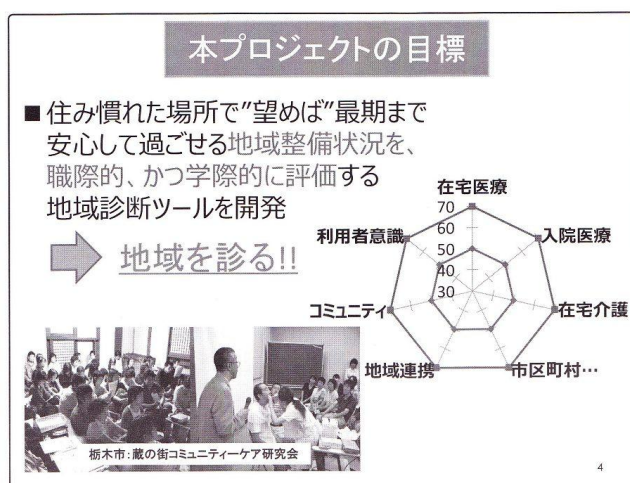
平成の大合併以後、3000以上あった市区町村が1800ほどになり、その中で5万人から20万人の中核都市が548都市ございますが、こういったところでの在宅医療における課題を診断するというところに絞りました。社会資源に恵まれず、駅前がシャッター通り化し、人口減少が進んでいる地方都市がイメージでございます。地域包括支援センターの設置基準がだいたい2万から3万人が目安になっていますが、人口規模ごとに異なる課題があるといった前提で地域での分析をしたわけです。

「基本評価項目」は7つの領域がありますが、簡単なスクリーニングということで、「在宅医療」ですと実施している診療所の整備状況、訪問看護のターミナルケアとの対応、「入院医療」ですと平均在院日数、「地域連携」では福祉関係の会議にどれくらい医療関係者が参加しているかとか、そういう項目をパラメータとして、それぞれの領域を評価いたします。

「地域連携」はオーケストラに例えますと、プレイヤーだけでなく、いいスコアを書いてもらって観客とともに感動をしてはじめて成果となります。メタボリック症候群はお腹を80センチにすれば治ったというわけにはいきません。抽出したファクターを改善したからといって、地域がよくなるというわけではない。時代の要望に合う形で家族による在宅看取りの文化を再興させるのに有益に役立てばと願っております。・・

袖井孝子領域アドバイザー：採択された15プロジェクトは大学研究者がほとんどで、地域で実践されているのは太田さんだけ。両立させるご苦労はあるでしょうがもっとあってほしい。会場からの前にわたしから質問。基本版ツールとともに重要な発展版ツールで、質的データをどう読みとり、マニュアルをどうつくるのか。もうひとつは究極のねらいはコミュニティを変えていくことですが、住民が意識を変えていくためのアクションはどうあるべきか、2点についてお伺いいたします。

太田：本日も午前中は外来をやって馳せ参じたわけですが、診療と両立はたいへんです。経験から在宅診療はいいにきまっているという信念がありまして、それを情緒的に申し上げてもダメということで、こういう研究と発表をさせていただいたわけです。「診断標準ツ



ール」に基づいてスクリーニングで弱い部分を強化することを実際にやれればと願っています。データは用意できますので、地域診断の介入策検討のご希望があればお申し出いただきたい。コミュニティを変えるのはたいへんです。「在宅医療はいい」とか「亡くなるときに点滴はいらない」といっても、「先生、点滴ぐらいは」という。新聞が「在宅医療はいい」とか「点滴はいらない」と書くと、やはり太田先生の言う通りとなる。じつは言っているのはわたしなのですが。メディアによるオーソライズは町医者より強い。コミュニティを変えるにはメディアや行政の力のほうが必要で町医者にはむずかしい。

Aさん：家族の側の持つ看取り観が問題。風土や文化や3世代の関係がある。少子化がすすむとさらに難しくなっていくと思うのですが。

太田：家族だけでなく、グループリビングのところへも医療を届ける。全員が在宅である必要はなくてチョイスできることが重要。現状では40万人が地域で看取られるようになれば現在のベッド数で医療崩壊を起こさないですむ。諸外国をみても8割が病院で亡くなる国はない。40%くらいが地域で看取られるなら標準的なシステムといえる。現実には家族が看てあげたいというのが意外に多い。

Bさん：「日本経済新聞」のBです。とくにどの要因をどう強化すれば在宅医療が結果として進むとお考えでしょうか。

太田：北関東の3カ所でこのツール利用して診断からですが、市長がテープカットが好きなどところはダメ。福祉行政が最優先課題のところは変わります。3年間で得たツールを活用して次のステップに臨みたい。

笠井：駆け足になった最後のところを補足して。

太田：在宅医療が進まないのは医者責任といわれますが、医者だけの課題ではない。他職種ですすめるから歯科医師も訪問看護師も重要ですが、「訪問看護」が充実している地域は在宅診療も多い。連携では行政の役割が大きい。医師と行政は保健医療になじまないといったことや他のことでも緊張関係にある。対立の壁を越えて市民も行政もわれわれ専門職も3者がひとつになってはじめていいケアができる。医療職や介護職がフットワークよく出かけるだけではない。地域で求心力のある志の高い人によるコンダクター役が必要です。市長になんとかしてくれというには医師会長がいえば動く。それを求める現場のドク



ターも必要。在宅で歯医者さんが熱心なところでは、医師も必要になる。太田君ががんばってくれとなる。あくまで北関東の小さな町での経験ですが、全国で同じような課題を持っているのではないかと想像はしております。

笠井：太田先生は地域からの発信をなさっていますが、全国に太田先生のように地域医療でがんばるお医者さんがたくさんいてほしいと願っています。

プロジェクト成果報告③

「ICTを活用した生活支援型コミュニティづくり」 小川晃子（岩手県立大学社会福祉学部教授・地域連携本部副本部長）



一人暮らしのお年寄りの社会的な孤立を防ぐために、
地域コミュニティによる見守りと支援の新しいあり方を開発

ICTを活用した生活支援型コミュニティづくり

おがわ あきこ
小川 晃子

岩手県立大学 社会福祉学部教授・地域連携本部副本部長



東京のシンクタンクで研究員業務に就きながら1994年日本社会事業大学社会福祉学研究科修士課程修了。1998年に開学した岩手県立大学社会福祉学部の講師に転職。2006年博士（心理学）取得。2007年Lモードを活用した安否確認システムで日経地域情報化大賞の日本経済新聞社賞を受賞（共同）。2008年教授、2010年地域連携本部副本部長（兼務）。主著「高齢者へのICT支援学」川島書店（2006年）。

わたくしたちのプロジェクトは、高齢者の孤立を防ぐための見守りのネットワークを、人のネットワークとICT技術のネットワークを重ねてつくることで、地域の保持機能を組織し生活支援の体制をつくる、そしてそれを見守りからつなげていくという取り組みをおこないました。

わたくしたちが住んでいる岩手県は、高齢化過疎化の先進地ですが、この研究を始める前に調査をしてみますと、高齢者の“遠慮感”が強くて、助けてくれなくてもいい、じっとがまんする方たちが多いところなんです。そういう中でどう見守りをしていくか、ICT技術を使った見守りという試みをいたしました。

これが入ると高齢者さんはありがたいといって手を合わせる。しかし遠慮感が強いためにほんとうに苦しくなったときになかなか押さない。この緊急通報システムの前で倒れて亡くなる方も何件かございます。このペンライト型の子機を首から下げていますと誤報してしまう。そこで仏壇や神棚にあげておく。いざというときに押せないのではないかとという不安感を利用者の半分がもっていました。

調査をしますと、民生委員さんたちは孤立死しそうな人のところへ足しげく通っているわけですが、見守られる側としては、見守りではなく見張りになってしまう。こういうことの解決のために採択いただく前の7年間やってきたのが、ICTを活用しながらの「おげんき発信」と名づけたプロジェクトです。これは高齢者が自分で押すということでの緊

急通報システムで、知らせるのは異変ではなくて「きょうもげんきです」という定期的な通報です。知らせがないことで異変を知る。センターによる見守りは自分でやるものではなかったので、10年前に岩手県でいちばん高齢化が進んでいる川井村でLモード電話機を利用して始めました。電話番号を登録して「ロボットさん」に向かって電話を掛けてもらう。「1ばん げんき 2ばん すこしげんき 3ばん ぐあいがわるい 4ばん 話したい」で、1日1通話10円でという仕組みです。岩手の場合は市町村社会福祉協議会を見守りセンターとしています。発信がない場合は電話して確認する。連絡がつかない場合はあらかじめ登録している民生委員や隣人に見守りに行っていただく。これによって突然死までは防げないが、孤立死は防げます。

「4ばん 話したい」というのは、「もしもし」で見守りセンターにつながります。これを平成22年から事業化してまいりました。「ロボットさん」が受けてくれるのでいつでも安心してボタンを押せるそうです。

ここまでは前段で、JSTに採択いただいたプロジェクトは、この「おげんき発信」を基盤にしなが、家庭用の電話機で「4ばん 話したい」ボタンは平日の昼間しかつながらなかったのを、相談窓口を24時間365日受け付ける体制にしました。「おげんき発信」だけでなく緊急通報システムやセンサーを含めて、認知症になれば通報ができませんので身体レベルに応じた認知システムを使いながら、地域のICTネットワークでつなげていく。そして地域の互助機能を活かしてコミュニティの体制づくりを同時にやっていく、ということを実証実験しながら有効性を検証し、持続可能な取り組みを地域に残すという事業を3年間でやってきました。「みまもりセンター」は、地域社協のもとに下部組織を置く、そして休日は青森県社協に転送する形にしております。

フィールドは岩手県の4つ。「おげんき発信」をしてきた川井村は宮古市に合併されましたが、ここだけでみると限界集落に近いところ。大学のある滝沢村、いまは滝沢市になりました。郊外スプロール型と名付けています。それに盛岡市のニュータン型の松園地区、盛岡駅前の都心型の桜城地区。異なる4つのタイプのところで進めています。

研究グループは16人でチームをつくりました。岩手県立大だけでなく桜美林大の先生もおります。グループといたしましては、自立支援を研究するグループ、コミュニティを支援するグループ、ICT活用を研究するグループが三角形で、最初の段階から実証実験を終えたあとをどう担保していくか、それから震災復興でどう使っていくのか、も検討いたしました。それから4フィールドの調整。産・学・官・市民それぞれの立場ではいつていただきました。

①「4. 話したい」ボタンの使用体制整備

コミュニティの特性に応じた「みまもりセンター」体制整備

地区	地域性	みまもりセンター	モニター数
滝沢	【郊外スプロール型】 人口5万人の村。岩手県立大が立地し、行政の協力が高い	滝沢村社会福祉協議会	63
		滝沢第1みまもりセンター※	
		滝沢村社会福祉協議会	25
		滝沢第2みまもりセンター※	
川前地区 県立大みまもりセンター※	20		
小計			108
松園	【ニュータウン型】 昭和40年代から開発された人口約2万人の盛岡市郊外の団地	社会福祉法人育心会 H25.03.31からPJ室	20
桜城	【都心型】 盛岡駅前で集合住宅を中心に孤立死対策に取り組んでいる地域	盛岡駅西口地域包括支援センター※	20 ①
川井	【過疎・高齢化進展型】 田川村。平成22年から宮古市に合併。東京23区の団地に約3千人が居住。高齢化率50%近い。	宮古市社会福祉協議会川井支所	37 ②
		門馬サブセンター(民生委員・米穀店として買い物代行) NPO法人かわい元気社(有償生活支援サービス実施)	
		合計	おげんき発信185 センサー③ ※夜間・休日センター転送128

実証実験をどう行なってきたかですが、「みまもりセンター」は4つ地域を全部同じように動かしていくのは限界がありましたので、それぞれの地域に応じて、集中と選択を考慮しました。大学のある滝沢に集中させて、ここには社協の「第1第2みまもりセンター」と大学のセンターの3つのサブセンター、松園は社会福祉法人に、桜城は地域包括支援センターにお願いしまし

た。「おげんき発信」で経験のある川井をはじめ設けませんでした。他の地域サブセンターとの関係もあって、元民生委員でお米屋さんで買い物代行をしているところにサブセンターをつくりました。また有償で掃除や雪かきをやっているNPOもサブセンターになりました。「おげんき発信」のモニターである200人弱のみなさんと取り組んでまいりました。「ICT活用」のほうは、滝沢では「おげんき発信」と緊急通報システムの一体型を開発しました。ワンプッシュで知的障害のある方も1人ぐらしの限界まで利用できます。センサーは「おげんき発信」と併用すると有効です。過疎地では駆けつけるのに40分かかります。30分前まで人が動いていたことが確認できるので併用型が役に立つ。発展型の別プロジェクトではスマートホンを使って見守り実験をおこないました。4次元の機能が全部はいりますが、情報量が多くなる。現状では認知レベル、身体レベルに応じてひとつのデバイスでの機能の選択と使い分けが有効です。

人間系のシステムでは、「おげんき発信」の仲間同士の相互扶助が必要なので、「おげんきサロン」をつくりました。川井では10年間つづくメルトモ・サロン。民生児童委員さんがパートナーとして重要で月例会議や研修会をいっしょにする。有償の支援サービスを結びつける。学生の雪かきを補う中学生や高校生との連携。アクション・リサーチによる介入策ということで、冷水先生にお出でいただいて、活動者に集まっていただいて、高齢者支援の方策について話し合ってくださいました。毎月話し合おうということで支援連絡会が発足、川井では座談会をやっています。買い物支援ではふだん買えないものを温泉宿への送迎バスで取り寄せたりしています。

滝沢では4ばんボタンのあとに「5ばん 頼みたい」ボタンをつけて、「みまもりセンター」に買い物の注文をします。社協ではいいねいに対応してスーパーに発注、クロネコやまとの「まごころ宅急便」で配達して安否確認をしています。大学がある川前地区では学生が支援される側から今は「チャリバト隊」という支援側になっています。民生児童委員さんたちと活動していると、生活圏のコンビニや事業者が独自に配達をはじめることがわかって、こういうメンバーとネットワークを組んで事業展開をしています。岩手生協の無料買い物バスの巡回を広げようというのは連絡会の案から出てきたものです。滝沢の独居高齢者は44・6%が今後利用したいと答えていますから普及の段階が確認できます。

②身体レベル・認知レベルに応じた安否確認(異変把握)システムの使い分け

おげんき発信・緊急通報一体型の開発と運用
滝沢地区【郊外スプロール型】



(効果)
・知的障害・認知症でもワンプッシュでおげんき発信
・毎日の確実な安否確認が可能になる
・独居の限界が伸びる
・4者の情報共有・連携
↓
異変把握の確実性・信頼性・効率性向上

おげんき発信(ワンプッシュ型) 滝沢村社協・川前地区県立大みまもりセンター
「緊急通報システム」 滝沢村 受託:アイネット機

3年間のプロジェクトを去年9月までつづけました。「みまもりセンター」で人件費の問題で継続できないところもあり、休日・夜間センターの青森社協への転送はこの3月までなど課題はありますが、取り組んできたことは全部継続しています。川前がモデルになってのまちづくり勉強会、民生委員さんが自分の町でできるワークショップなど、プロジェクトの成果は考えたとおりに出すことができましたし、全国どこでも有効と考えています。プロジェクト終了後、高知の梶原でやることが決まっています。・ ・

冷水豊領域アドバイザー：最初にわたしから評価できる面とまだこれからという面を整理させていただいて、そのあと会場からのご意見ご質問を。ICTを活用した安否確認を10年来先駆的におこなってきたことで「日本経済新聞社」の賞を受賞されておりますが、その基盤のうえに本プロジェクトが発展的に進められました。4つの地域での「みまもりセンター」を強化したこと。ICTでの生活支援型機能を多様化したこと。とくに滝沢市川前地区で高齢者支援連絡会を結成して、町内会、民生委員、学生、宅配業者、コンビニなど、さまざまな協力者と協働で実践するというアクション・リサーチ。研究方法としてはフォーカス・グループ・インタビューを活用した成果。さまざまな成果を産み出してまいりました。まだまだの点の指摘をしますと、生活支援型コミュニティづくり。大災害があつて成果の確認の段階までこなかった。具体的な調査結果や情報が十分に示されていない。三つ目は高齢者支援での医療や専門機関との協力者関係づくりです。今後の課題を具体的に示されましたので、継続的かつ発展的に取り組んでいただきたいと思います。

小川：ご指摘ありがとうございます。アクション・リサーチの調査結果をまとめて分析して示していくことはなお取り組んでいきたい。大震災の影響は大きかったです。同時進行で成果の確認が進んだことも確かです。被災地から携帯電話で血圧測定を送って遠隔地の盛岡サポートセンターで調べて患者に届けるという医療と福祉の連携。関係者を横につなげる地域包括ケアづくりは次の課題です。

Aさん：2点うかがいます。「見守り」ということば。行政か家族か近隣の人か、見守られる側からみて、そう思っているかどうか。もうひとつは電話回線によるプッシュと音声では情報量が少ない。ビジュアル、動画、顔が見えるなど、データ量の多いものへの移行は。

小川：見守りがお守りや見張りになる。見守られる側は一方的。能動的に発信することが必要です。日経賞のときも「なんだローテクじゃないか」といわれました。低コストでだれもが使える。それはわたしたちの誇りです。研究としてはスマートホンやアクオスがあり、デバイスがばらばらになる。地域福祉のネットワークを同時につくらないと道具が用をなさなくなります。

冷水：わたしの話が長すぎたようで、時間になってしまいました。



プロジェクト成果報告④

「セカンドライフの就労モデル開発研究」

辻哲夫（東京大学高齢社会総合研究機構社会技術研究開発センター長）



人生90年時代、「Aging in Place」を目指して
高齢者がフレキシブルに働くことのできる就労モデルを構築する

セカンドライフの就労モデル開発研究

つじ てつお
辻哲夫

東京大学高齢社会総合研究機構 特任教授



1971年東京大学法学部卒業後、厚生省（当時）に入省。老人福祉課長、国民健康保険課長、大臣官房審議官（医療保険、健康政策担当）、官房長、保険局長、厚生労働事務次官を経て、2008年4月から田園調布学園大学 教授、2009年4月から東京大学高齢社会総合研究機構 教授を務める。現在、東京大学高齢社会総合研究機構 特任教授。厚生労働省在任中に医療制度改革に携わった。著書として、「日本の医療制度改革がめざすもの」（時事通信社）等がある。

「セカンドライフの就労モデルの開発研究」ということで、ちょっと背景を申し上げたいと思います。わが国はだんとつの高齢化が進んでいるわけですが、これが都市で進んでいることがたいへん大きな問題でございます。大都市圏を中心に、地方都市も人口の多い中核市などで広がっておりまして、全部サラリーマンです。サラリーマンであった人がこれから老いていく。この大きな課題を前提に置いて、その代表が団塊世代であるという認識でございます。

将来の高齢化率が30%、40%に。この40%は少子化対策によって是正すべきだと思いますが、このときの65歳から74歳をどう位置づけるか、これが大きな課題です。2050年にはかたぐるまで1対1で高齢者が支えられることになるといわれるわけですが、これは前提にすべきでない。65歳以上のもののできるかぎり支える方に回る、これは国家的課題であると考えます。

65歳から69歳の男性の約半数は不就労で、社会的には活動性が低い。そのなかで都市の団塊世代、いわゆるサラリーマンとして企業にどっぷりつかっていたグループが昼間の地域にもどってくる。この人びとの居場所と役割は社会的にたいへん差し迫った課題であると認識しております。

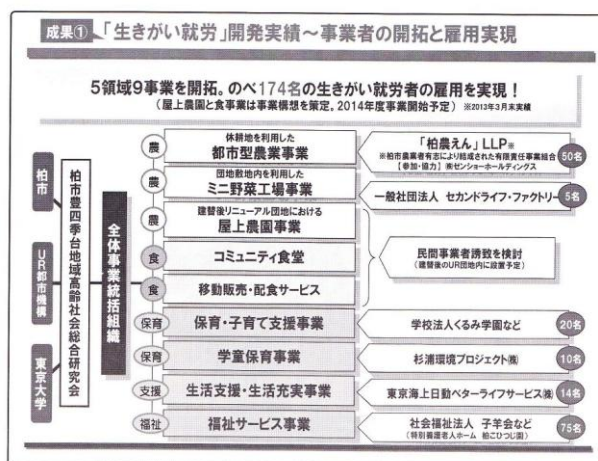
これは鈴木隆雄先生のデータですが、1992年の65歳の方の歩行スピードを2002年の76歳の方が持っているというデータです。歩行スピードは加齢の典型指標だそうですので、われわれは10年若返っているということで、頭を切り替えなければいけないのに、65歳をリタイア年齢としてずっと認識してきた。ここをどう変えていくのかということと、年とっても働きたいという方がかなりいるのにマッチしていない。この解決にどうアプローチするかです。

これは旧都老研の資料ですが、1日1回以上出ている人は1週1回の人に比べて歩行障害は4分の1のリスク、認知症の発症リスクは3.5分の1ということで、毎日のように出かけることが高齢者の自立という観点からもたいせつなことは明らかです。閉じ込められない社会をつくる意味からも、ここでは「就労」にポイントを置いておりますが、出ることが重要です。秋山先生の有名なデータですけれど、生活習慣病対策で通常虚弱化にもっていかなければいけない。75歳を超えると虚弱化にむかうことは集団的傾向としてみられますが、これを遅らせるためにも、65歳以降の社会参加を高めていく。何度も出てきますが、団塊の世代の人びとは元気で何かやりたいという意識があるのですが、取りつくしませんが。環境整備をどうするか、「しくみ」をどうつくるかというのが課題です。

基本的には「働く」ということが社会参加として抵抗が少ない。聞き取り調査をしても、一番出やすいのは「しごとがあれば」ということ。しかし週5日ばっちり働くというのはどうも。無理なく働くこと、賃金のためではなく人のためという面もあったら気持ちいいねということになる。ここをどうシステム化するかということで「生きがい就労」と名付けました。ここをいかに創出していくかが研究の課題認識です。

フィールドとしましては、柏です。たまたま東大がキャンパスを持っているという関係もあります。典型的な大都市圏のベッドタウンであること、急速な高齢化の典型的なモデル地域で、その中でも昭和38年に開発された豊四季台団地はすでに高齢化率40%になっていて、都市の高齢化の最前線です。このあたりを念頭に置いてフィールドとして取り組んでいます。

目的としては、基本的にはいま言いましたことを「農」「食」「子育て」「高齢者の生活支援」「新分野」という5つの分野で9つのモデルを開発しまして、そこでの就労を実現する。二つ目は、就労というものが、一般的に言えば出歩くことですが、それが心身、社会にどのような影響を与えるかを検証する。そしてこの就労促進の過程のノウハウをマニュアル化して、再現性のある形で普及をめざす。そういうことで取り組んでいるわけでございます。



が、こういう実証的なデータ蓄積している現段階での評価です。

そのために開発されたベルトを付けていただいで運動量を記録しています。短時間であっても就労すると出掛ける量が増えた、就労していない日も出掛けることが増えた、実際にアンケート調査をすると出掛ける気になったという数が増えています。

3つ目の「マニュアル化」ですが、昨年10月に、全工程を、具体的な最初からの全手順をマニュアル化しております。

そのプロセスを説明します。

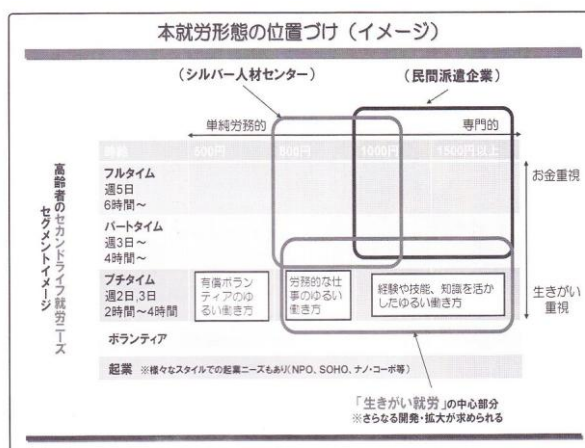
「農」については、あらかじめ仮設設定をして取り組んだのですが、埼玉県の「ナガホリ農園」での休耕田を使った野菜の作付例を参考にして、柏で立ち上げるのに柏市行政と連携をしました。若手の農家グループがやってみようということになって、休耕田を使って「柏農えん」を立ち上げてダイコンやネギやキャベツの栽培を始めて、そこへ高齢者の就労をそそぎこむ。毎日ではなくポイントで入っていく。熟練度が必要ということで農業塾を開いて研修をしております。タネ播き、作付け、出荷などは山場ですが、途中でも時期的にニーズがある。そこへグループ就業をはめ込んでいく。「ミニ野菜工場」は室内でできる。開発してみようという企業が豊四季台に設置して、シニアの方が働いています。

「食」は食べる場所でシニアの方が働いている。地域の中核レストランを公募中です。来年度に開業の予定です。「子育て」では、幼稚園など朝早くお子さんをきちっと受け入れる。帰るとき、午睡の見守り。専門職でなくともできるところで生き生きとして働いている。学童保育と塾ということで商社マンが週1日、子どもに英語を教えるとか、送り迎えのニーズなどスポットで働く。新しいものでなくても「生活支援」の就労形態は「生きがい就労」ですし、「福祉サービス」では、特養のユニットケアの食事のお手伝い、洗濯、カフェの接客、空いてる土地で実のなる作物。メインは本来業務でバックヤードの専門職でなくとも大きなニーズの対象の分野となっています。

動機づけでは「セミナー」をやる。今までに560名ほどが参加しておりますが、セミナーで動機づけをする。「元気で地域へ出ていきましょう」というマインドの話は効果がある。これが基本です。「地域へ出ていこう」という意識づけ。グループワークを入れて問題意識を持ってもらう。セミナーのプログラムが重要です。事業の開拓は別途にしたのですが、事業が見えたところでセミナーをやって動機づけをして、事業者の説明会をしてもらって、アンケート調査をやってニーズを測って、把握できた人に体験していただいで面接してグループ化して就業していただく。この過程をコーディネートする。このシステムがノウハウのポイントです。実際の効果が出ていまして、事業者側は短時間の労力がほしい、即戦力としてキャリアがある人が使える、最低賃金で有能な人材を確保できる、周辺業務にいい人材が入ることで専門職の人が良いしごとができる。そして仲間ができる。年金＋アルファでみんな食事したりできる。手当をもらうことでモチベーションがあがる。定性的ですが聞き取りで出ております。

今後の課題ですが、実証実験の成果をいかにシステム制度として実装化して普及させる

か、という課題がありまして、これについて取り組む段階にあります。もうひとつ、社会的効果があることについては次に取り組む。そして政策提案をしていくというのがこれからの課題です。政策的な位置づけですが、高齢者の就労はフルタイム、パートタイムでも一定の時間拘束されるもの、それに対して自分の気に入ったときに働けども事業者側からみればグループで確保する就労形態。そうしてスキルを



活かすあるいは労務的なしごとでも愉快地にできる。このあたりの需給を創出していく。ここが大きなポイントであるということで、ボランティアとか企業を起こすとかの形態があるけれども、「プチ就労」と呼んでいる、ここが大きなジャンルではないか。

これを含めて65歳から74歳、80歳でも、望む人が自分たちはどこへ繋がったらいのだろうというシステムが必要です。これがないとこれは社協、これはハローワーク、それぞれ必要なのですが、需給を繋ぐようなプラットフォームができないか。セカンドライフ全体の設計が課題と思っております。そういう意味での実装化。シルバー人材センターに移していく、社会的効果へのさらなる教材、プラットフォームをめざす調査。27年度のしごととして、柏市シルバー人材センターと作業に入っていて、ジョブコーディネーターを採用して、センターのしごととして位置づける。他の地域においてもやってみる。組織と予算をもつシルバー人材センターが受け皿として制度として実現できるよう呼びかけていく。地域におけるしごとを結びつけていく支援組織、プラットフォームがファイナルゴールではないか。実現をめざして研究は続いているところでございます。・

岡本憲之領域アドバイザー：実はわたくしも団塊世代で、閉じこもらないために領域アドバイザーなどやらせていただいております。会場からのご質問やご意見をいただきますが、その前に若干の質問をさせていただきます。わが国の高齢化は都市部で進むことが予想されておりますが、各地域では高齢者の社会参加をうながすさまざまな試みがなされておりますが、定年を迎えた団塊世代はいまのところ期待したほど地域社会に出てきていないという声も聞こえてきます。そのなかで「セカンドライフ就労プロジェクト」は地域の課題を解決しながら高齢者の出番をつくり出すという具体的な事業まで用意して、170人以上の雇用まで創出した社会実験をおこなうという画期的な試みではないかと思えます。どんなところに御苦労があったのか、お話いただければ。

辻：農業というのは上尾に「ナガホリ農園」というのが成果をあげている。それを地元でできる人をさがす。市役所と組んでやりましたが過程に時間がかかった。立ち上げに苦労があったと第一線の研究員から聞いています。「福祉施設」は1人ひとり不定期であって

も就労の場が多いということで注目しました。説明を省略しましたが、500名の研修を受けた方が、就労で終わらずに、なにか勉強しようということで、「セカンドライフ・ファクトリ」の設立の動きがあつて、都市部の高齢者にはかなりエネルギーがあると感じています。予想を越えた成果があつたとみえています。

岡本：今後「生きがい就労」が柏市だけではなく全国の都市に広がって、高齢化先進国といわれる日本に世界に先駆けて「生涯現役社会」が到来することを大いに期待したいと思います。では会場からのご質問を。

Aさん。柏市民です。まとまって話を聞くのは初めてなのですが、柏市民のどのくらいの人知っていて将来参加できるのか。もうひとつは厚労省から新しい事業で介護予防の分野ではありますが、一般の高齢者を含めていく流れがあるようですが、それとどんなふうにマッチングできるのかをお聞かせいただきたい。

辻：柏市役所と提携して行なっている事業ですので、それなりの広報をしております、セミナーもやって全市民に情報が行き渡るようにしておりますが、口コミであるいは仲間がふえるにつれて、最初はゆっくりでもあるところから増えるものと期待しております。介護予防に関しては発見がむずかしい。虚弱化は手前からすすんで筋肉が弱ってきている。元気な時から頻繁に出かけることが介護予防になる。よく食べる、よく動く。小太りの人が長生きする。いかに町に出やすくするか。その典型が「生きがい就労」だと考えています。

岡本：家内に食べ過ぎといわれるのですが、きょうの辻先生の話をお聞かせしてやりたい。

Bさん：団体にシニアの就労支援をしています。「生きがい就労」で、自己実現ができ社会貢献もできるとともに、就労と健康を結び付けているのに感動しました。就労率が高い長野県のデータがありますが、蓄積されているというデータを知りたい。もうひとつは557人のうち174人が就労したといいますが、就労しなかった方の理由を知りたい。

辻：柏の検査では脳の画像、認知能力、筋肉量、活動係数など、本格的に身体への影響を調べております。就労した人にはいい結果が出ています。差を明確に評価するには継続的なデータが必要です。医療費なども検証するには長期的にデータをとる必要があります。常識的には健康や自立にいいことはわかっています。後の質問は研究員がおりますので。

前田研究員：就労しなかった理由は聞いておりません。見学会で想像していた働く場と違



うという声はありました。

辻：一般論としてですが、キャリア活用より労務的なしごとが多い。しかしアンケートでは従来のキャリアの延長と違う新しいものという希望が多い。短時間でグループで、年金+アルファで楽しくやっています。

岡本：500人のうち170人の就労というのは率としては高いのではないかと。長い時間、ご静聴ありがとうございました。