

### 3. 自分にとっての介護とは

#### 3.1 まず介護施設の現場をみる

大学のキャンパスにある介護施設：何故ここに？

麗しの杜（うるわしのもり）光ヶ丘について

清家忠男さん（公益財団法人モラロジー研究所 収益事業部部長／高齢者福祉介護事業部部長）



ようこそ、麗しの杜光ヶ丘へ。

私は、この施設の建設から携わっております清家です。

平成 25 年に建設が始まってようやく 27 年 7 月に開業しました。運営も担当するようにということで、引き続き携わっています。

私の経歴を簡単に紹介させていただきます。15 年間四日市の職員として福祉関係の仕事をしておりました。その後、スーパーの経営参画と実務を 15 年行い、平成 11 年に社会福祉法人の理事長として 13 年。そこで特養を 2 カ所、障害者の入居施設を立ち上げました。最初はデーサービスだけだったその法人は平成 26 年に私が理事長を辞した時点では職員 300 人近くも抱える規模になりました。

そういったノウハウを買われてか、モラロジー研究所の理事長からサービス付き高齢者向け住宅（＝サ高住）新設のお話をいただきました。特養を 2 カ所新設してまいりまして、その反省を踏まえて、サ高住も一般にないものをつくろうと思いました。幸いにも私が推薦した京都の設計士が設計を受けてくれて思いを形にすることができました。

2 階は介護棟になっておりまして約 8 畳の広さのユニットという形になっています。3 階は約 10 畳のスペースで自立用と介護用のお部屋が各 10 室、4 階は自立用で、1 人用だけでなく約 16 畳の 2 人用が 5 室あります。

われわれが実践している「感謝の心」「思いやりの心」「自立の心」を職員の教育の柱にしていますが、サ高住というのは、たいへん高齢化が進んで、高齢社会でお役に立てる実践舞台なのです。単なる住居ではない。単なるデーサービスや訪問介護という形だけでは

なくて「新しい家族の絆」をつくっていただくというコンセプトでこの施設をつくっています。われわれが自負しているのは日本一のサ高住であること。日本一をめざしています。先日もある NPO 法人の方が施設の格付けをするための調査に来ましたが、設備や方針等をランク付けして紹介するそうです。特養をつくったときも日本一の特養にしようと思ってやってきましたが、サ高住も日本一をめざしています。

その根底は 15 歳からモラロジーを学びまして基本的には人様のお役に立つにはどうしたらいいか、どうしたら喜んでいただけるかということですからずっとやってきましたから、この麗しの杜でもそのように情報発信できると考えております。

幸いにも、ここには大学があり、学びの場があり、自然も豊かで交通の便もよい。これだけの恵まれた環境を備えている所はあまりないと思います。

今日、お越しいただいたみなさまも、実際に見ていただいておわかりかと思います。今後も素晴らしい施設になっていくと思いますので、これを機会に今後ともどうぞよろしくお願いします。

お手元にパンフレットがあると思いますので、ごらんいただいて何なりとご質問ください。説明というよりも質疑応答にしたいと思います。

**Q:**「新しい家族の絆」をコンセプトにしたそうですが、どうしてそのコンセプトにしたのですか。それから具体的にはどういう内容ですか。

**清家:** 本来は家族が一緒になって介護をするのが一般的でした。しかし、高齢化がこれだけ進んで、家族だけでは見られない。昔は仕事もして介護をしていましたが、仕事もギリギリの所でしているので余裕がなく介護できないというのが実態です。高齢者の介護で身動きできない研究者、地域の方々にどう関わっていくのか。しかし、ここに入れてしまえばおしまいかというところではない。家族の方がここに来てもらうという形で入居者と関わることが必要です。来ていただいてもそういう場がなければ、なかなか来にくいので、来やすい環境をわれわれがつくっていく。そういう意味では、談話コーナーとか、一緒に家族が入浴できるお風呂場とか、ダイニングとか、家族の方々への配慮を想定したスペースを用意しています。お孫さんが頻繁に来て一緒に楽しむ環境としては絵本コーナーもあります。

以前つくった特養もそういう形でした。昔の特養は山の中だったけれど、今は町中にくる。交通の便もいいというのもこの場所を選んだ大きな理由です。ほかにも候補地としていくつか遊休地はありましたが、最終的にここに落ち着いたのです。幸いにも 3 年前にすぐ近くに病院ができました。ありがたいことです。

**Q:** 実際に入居されてこの施設がいいと入居者が評価された点を教えてください。もうひとつは入居費用のことですが、プラスアルファの部分があると思います。(入居されてから)こんなにかかってしまったという部分は、率直なところ、ありますか。

**清家:** 好評なのは、各部屋にベランダがついていること。すごく落ち着くとおっしゃいま



す。これだけ落ち着いた住まいは絶対ないと評価をいただいています。ベランダは入居の決定要件にもなっていますが、みなさん、住んでみて実感されていらっしゃるようです。

費用が思ったより多いかなというのではないと思います。毎月かかるのが家賃と共益費とサービス費。入居時に敷金2カ月分です。サ高住というのは国土交通省の補助金をいただいています。ここは千葉県ではじめてサ高住の補助金をいただきました。サ高住の登録基準として部屋の大きさ、敷金は家賃の2カ月分、家賃は近隣の相場となっています。ですから、家賃がAタイプで6万6000円、Bタイプで10万くらい、Cタイプが16万、共益費が1人2万くらい、サービス費1人2万5000円です。ご利用に応じてかかるのが食事代と光熱費です。食事代は朝食350円、昼と夜が650円ですから、3食食べれば1ヵ月で4万9500円となります。光熱費については、2階はフロア全体の使用料から計算して個別の金額を請求します。3、4階は個別メーターが付いていますから使用した分の実費です。

あとは介護保険のサービスの費用が発生します。ホームヘルパーを派遣してもらうのもデサービスに行くのも別に費用がかかります。

**Q:** 私は今のところ、車の運転もしていますが、子どもがいなくて夫婦2人暮らしで、近いうちにどこかに移ろうかと考えています。こういう施設に移るのと一般の賃貸住宅に移って介護保険のサービスを利用するという選択肢があると思うのですが、こちらを利用するメリットは何でしょう。

**清家:** 総合力があることです。一戸建てやマンションでいろいろ動くのは健康的に長生きするにはいいことでしょう。けれど、万が一何らかの形で健康を害されると、ここならケアマネージャーもいるし介護スタッフも揃っていますので、即対応が総合的にできます。元気なうちは地域の中で生活した方がいいけれど、ここなら安心して暮らせます。現在、80代の方が34名、90代が8名、70代が4名入居されています。60代から入れますが、60代は地域の中で生活できます。70を過ぎて総合力を期待されるなら、総合力では絶対にどこにも負けません。ヘルパーもいるし介護士もいるし、医療との連携プレーも取れますので安心して暮らしていただけます。

そしていろいろなインフラがあります。図書館を利用できるし生涯学習も聴講できます。総合的なケアができるこの建物は15億の建設費をかけました。鉄筋コンクリート造りで50年後も考えたしっかりした造りですし、よそのサ高住と比べて遊休スペースを多く取ってありゆったりしています。ホールがあるので地域の人たちにも来てもらえます。

**Q:** 先ほど格付けをするNPOの話が出ましたが、そのグループの格付けについて教えていただけますか。施設選びの参考にしたいのですが。

**清家:** 今、まだアップされていないと思います。ここもどういう形で評価されるのか今はわかりません。最近来られたばかりですから。

**Q:** われわれがインターネットで調べるのに便利だと思ったのですが。

**清家:** その結果ははっきりしていません。ただ見学していただき、設備的にも日本一だとは言っていました。

**Q：**住民から考えてどのくらいの規模がいい人間関係をつくるのにいいのでしょうか。

**清家：**私もこれだというのはわかりませんが、ここは63室です。本当は5階建てにするつもりでしたが、建設費の関係で1階分減らしました。2人用を減らしたのですが、60くらいがいいと思います。職員もパートを入れて50人。職員の教育、配置、管理の面からこれくらいの規模が適正だと思います。営業ベースからいうともう少し多い方がいいのかもしれませんが。

**Q：**自立者と要介護者のバランスはどうですか。最初に自立でもいずれ要介護になると要介護者が増えて病院の臭いがするようになるのでは。

**清家：**確かにバランスが大事です。ここは最初半々でした。でもデューサービスや訪問介護などの介護の部分で比率を変えました。住宅では収益が上がらないので自立だけだと経営的にはあいません。介護保険のサービスで収入を上げてトータルでバランスを取るのです。今は要介護の方はみな2階で食事を取っていますが、段々要介護の方が増えれば3階でも食事を取るようになります。状況に応じて、対応しています。

**Q：**素朴な疑問です。これまで自立していた人が、介護が必要になった場合、お部屋はどうなるのですか。

**清家：**基本的に部屋移動はありません。ただし、夫婦部屋のCタイプに入られた方がお一人になられた場合のみ、部屋移動をしていただきます。それ以外、また、本人が望まれる場合以外にはありません。

**Q：**もう面倒を見られないと断られることはありますか？

**清家：**終身お世話をいたします。健康で長生きしていただくわけですが、完全自立の方は少ないわけで、何らかの形で将来不安を抱えていらっしゃるしやいます。ご主人が脳梗塞で入られる方もいらっしゃるし、ご夫婦で2つ27平米の部屋を借りているケースもあります。年を取ったらお互いの生活パターンが違うからというわけです。

**Q：**ご夫婦の片方が要介護で、今まで介護をしてきたけれど、もう面倒を見られないということで夫婦別々の部屋に入居する場合がありますか？

**清家：**実際あります。今後もあり得ます。夫婦部屋に入っていた方が1人になられた場合、1人部屋に移っていただきます。姉妹で入っておられてお姉さんの方が要介護になって2階に移られたケースもあります。

**Q：**もうこれ以上預かれませんかから出て行ってくださいという限界点がありますか？

**清家：**今のところ考えていませんが、病気になって医療行為が必要で入院ということになれば出てくるかもしれません。訪問医療も受けられるので、基本的にはここに住み続けることはできます。入院期間にもよりますが、家賃を払えばそのままお部屋は確保されています。ただ入院費と家賃の両方を払わなければなりませんので、負担がかかります。

**Q：**入居申込みの際、居住地の条件はありますか？

**清家：**ありません。ですから全国から来ています。いろいろなケースがあり、ご子息がこの近辺にいて、ご本人は北海道から来ているとか富山から来ている人がいます。大阪や九

州からも来ています。サ高住は千葉県にどんどんつくられています。

**Q：**転居したら住民票を移すことになるのですか？

**清家：**どちらもいらっしゃいます。移さない場合は、介護保険料は前居住地に払うということです。

**Q：**いい職員を集めるのは大変だと思うのですが…。

**清家：**事実、大変です。都市部の特養である程度の規模があっても決められた人員が確保できずに全面開所できないというケースがあります。スタッフに適切な報酬を与えてこなかったツケが来ています。介護はダークティで重労働だという介護のマイナスイメージが広がっているので厳しいです。介護はこれだけ楽しく人様に喜んでもらえる仕事だということがマスコミの偏ったキャンペーンで阻害されています。社会福祉法人であれば給料を出せますが、小さい事業所は厳しいです。

しかし、ここは今のところいい職員が集まってくれ、ありがたいです。でも、この先どうするか対策は考えておく必要があります。給料だけではない。基本的に働きやすい職場であることが大事です。介護の仕事には世間並み以上の報酬を出すべきだと思いますが、それだけではありません。働く仲間がいい仲間であること。お互いに助けあう、カバーしあう職員群にしていくことだと思います。そういう意味では、モラロジーの3つの心を育んでいく。1人ではできない。みんながチームでやる。入居者にはご先輩という尊敬と感謝の気持ちをもち、思いやりで接するのです。みんな完璧ではないので補いあっていくことです。そして、われわれはプロだから介護技術は学んで高めていかねばなりません。人づくりが大きな仕事です。経営者が気づきの視点をもっているかどうかで人が集まるか集まらないかの色分けができると思います。

選ばれる法人になること。誰に選ばれるかということ入居者です。もう1つは、働く人に選ばれること。ここで働きたいと言ってもらえればと思います。絶対数は厳しいので、今後どうするかを考えていかなければなりません。そういう視点をもっている経営者であるかどうかで選別が出てきます。むやみやたらに大きな建物を建てても人は来ない。働く人がいなければ何もできないのです。

**Q：**自立から要介護の人が増えてくるとその分スタッフが必要になりますね。

**清家：**どんどん増えてきます。基本的にはパートさんを増やします。ここの採用区分はフレキシブルで、日勤だけの職員区分はなくて24時間の中での職員体制です。わずか1時間でも30分でも働けるとい人にも入ってもらっています。

デーサービス、訪問介護、夜間宿直なども専従で担当するのではなく兼務が基本です。事務職でもヘルパーの資格をもっていて対応できるようになっています。

**Q：**認知症の方も受け入れていますか？

**清家：**認知症を受け入れないなんてあり得ません。80代の2人に1人は認知症ですから、認知症を受け入れなければどこの施設も成り立たない。この施設は非常にフリーです。玄関を出る場合は、フロントを通すことになっていますが、夜はクローズし、外からは入れ

ます。認知症の方は拘束すればするほど抵抗感があります。人間の尊厳として嫌なのです。できるだけフリーにして、必要なときに言葉をかけます。そうすると必ず落ち着きますから。

**Q：**介護技術とは何ですか？

**清家：**排泄介助、入浴介助、食事介助が3大介助と言われています。介助する時に相手の力を使って行うことが大事です。そうしないとすぐに腰を痛めてしまいます。風呂場ではリフトを使うとか、介護しやすい環境を整えています。

**Q：**入居者どうしの人間関係や入居者と職員との人間関係で問題になることはありますか？

**清家：**今のところありません。理念とか入居基準がありますので。

**Q：**コンセプトが「新しい家族の絆」「日本一」ということですが、ヨーロッパ型、アメリカ型など、モデルはありますか？

**清家：**私はスウェーデンに行って学びました。基本的には人間の尊重、人間性ですね。ハンディキャップをもっている人にサポートさせていただく。ご自分でできることは自分でしていただき、できないことをサポートし24時間暮らせるようにするのです。ですからスタッフは介護員とは呼んでいません。ここでは支援員と言っています。一斉に起こして排泄させるというようなことはしていません。自分がされて嫌なことはしないというのがベースになっています。そういう意味では北欧型の福祉と言えるかもしれません。以上です。

## 【コラム】

### NHK 介護百人一首

介護経験者にとって介護の辛さや歓びを言葉で表現することは、ストレス発散と同時に目の前の介護を客観視できるメリットがある。NHKでは介護の日々を詠んだ「介護短歌」を募っている。応募作品の中から毎年100首の作品を選び、「ハートネットTV」という番組で紹介し、100首をパネルにした「NHK 介護百人一首」展を開催している。

2015年度は1万3,365首もの応募があり、年々反響が大きくなっているようだ。どんな作品が選ばれているのだろう。いくつか紹介してみよう。

外泊の夫（つま）の介護のなき今宵（こよい）なぜか淋しく孤独の眠り	赤座初子
医者にまでかわいい人と言われけり認知症とて幸せなりや	石田富美子
一日に何度も聞かれる私の名その度名前を褒めてくださり	海老名咲絵
朝だけはやさしくなってる介護ロボットならば一日出来る	田中由紀子
しがらみも浮き世の義理もみな忘れ毎日おだやか百歳の母	諸橋佳子

## 3.2 介護最前線

目黒教授による「私にとって介護とは？」



はじめに

まず、なぜ私が医療や介護などのいわゆるヘルスケアの領域に関心をもって仕事や調査や研究活動をしているのかについて、自己紹介を含めてお話しさせていただきます。私は、昭和 43 年に帝人に入社し、同社に 25 年間勤めました。帝人では後半の約 7 年間、在宅酸素療法という在宅医療の事業化に参画しました。その後、アメリカのブリストル・マイヤーズ スクイブという製薬会社の医療機器部門（現在のジンマー社）に転職しました。このジンマーでは正座などの日本人のライフスタイルに適合した人工関節の開発に関わりしました。その後、ドイツのバイエルに転職し、米国で「Viterion」いうヘルス・マネジメント（健康管理）の事業を日本企業との合弁で立ち上げました。麗澤大学でお世話になるようになって経済学部教授としてマーケティングを担当しておりました。今年（2015 年）の 3 月末まで 10 年間、ヘルスケア関連事業のマーケティングと特にヘルスケア領域の新規事業開発に焦点を当てた研究や調査をしてきました。

以上のように私はこれまで生活者の QOL（Quality of Life: 生活（命）の質）の向上をめざして新たな価値をつくり出すこと、すなわち健康にかかわる新たな仕組みづくりやヘルスプログラムの導入あるいは関連する新製品開発を仕事や研究の中心的な領域としてきました。現在は麗澤大学の経済社会総合研究センターの客員教授としてヘルスケア・マーケティングの調査や研究を続けさせていただきながら、これまでの知識や経験を生かし、マネジメントやマーケティング立場から、日本や米国のヘルスケア関連企業の事業開発や新製品開発のアドバイザーをさせていただいております。

さて、午前中、介護の現場から清家さんが介護施設のマネジメントの立場でお話いただきました。本来あるべき介護とは何かという基本的な理念をベースに介護施設の設計コン

セプトのご説明をいただきながら施設内のご案内をいただきました。また先回の研究会では AI (Artificial Intelligence : 人工知能) という最先端技術の動向について立木先生のお話を聞きしました。そして、ロボットにも参加していただき、これからロボットは介護という場面でどのような意味を持ち機能をはたすのか、あるいは果たして欲しいのかについて共創空間の発想にもとづいて一般の市民の方々と議論をしました。先回と本日の午前中の研究会で、先端技術の視点からこれからの介護のあり方と介護の現場を重ね合わせ、また一般の市民と共に医療や介護について考えるとてもいい機会をいただきました。

本日の私の話題提供のテーマは介護ということですので、介護についてわれわれ一人ひとりがいま考えなければならないことは何か、どのような視点で考えるべきかについてお話しをさせていただきます。つまり、この介護に関する話題を以下の 2 つの視点から提供してみようと思います。第一に、医療や介護にかかわる問題は、われわれ国民一人ひとりが当事者であるという原点に立って、当事者である生活者の視点から考えるという発想です。第二に、特に医療や介護の問題を考えるとときに大切なのは、生活者が日々生きている空間、つまり生活空間を取り巻く社会や経済の現実を理解することが不可欠だという前提です。

2000 年代に入って日本では少子高齢化が進むと同時に、ICT (Information and Communication Technology) の急速な発展やいわゆるグローバル化の進展によって、わが国の社会全体がきわめて大きな構造変化に直面しています。わが国の 2015 年の実質成長率は 0.4% 増で、政府がめざしてきた年 2% とは大きな開きがあります。日本経済の実力を示すわが国の潜在経済成長率 0% 台半ばと低いままです。また、わが国の人口一人当たりの借金が 800 万円を超えるなど、わが国の財政は危機的な状況にあることは既に誰もが認識しているとおりです。最近のように海外経済の減速や市場の混乱といった変動があると、日本経済はその弱さが露呈する構造から抜け出せない状態のままです。

同時に、貧富の格差がますます大きくなっています。わが国では、6 人に 1 人の子供が貧困となり、高齢者の 9 割が貧困に向かい、地域が衰弱するという深刻な実情が指摘<sup>2</sup>されています。経済的な格差が教育の格差にさらには医療や介護の格差につながってくるということも懸念されています。依然としてわが国の経済も社会も失われた 20 年あるいは 30 年といわれる時代の閉塞感からは脱し切れていないのが現状ではないでしょうか。

こうしたきわめて深刻な、極端に言えば危機的な環境のなかで、われわれは望ましい医療サービスや介護サービスを持続的に受けられる仕組みを維持していかなければなりません。そのためには客観的な事実をベースにわが国の経済や社会が直面している深刻な実情を直視すること、われわれ自身が当事者意識をもつこと、そしてこれからのあり方が当事者であるわれわれ自身に問われているという自覚をもつことが大切だと考えています。

そこで、本日はわれわれ一般市民として、どのようなことを念頭に入れておかなければならないか、以下の 3 つにテーマを絞って話題の提供をさせていただきます。

---

<sup>2</sup> 例えば、金子勝、児玉竜彦[2016]、「日本病」岩波新書 参照。



- (1) 社会保障制度<sup>4</sup>についての理解を深める
- (2) わが国における「医療・介護」保険の考え方と仕組み
- (3) 「健康寿命」<sup>3</sup>を伸ばすことを考える

それではこれらの3つのテーマについて話しを進めます。

#### (1) 社会保障制度<sup>4</sup>についての理解を深める

社会保障制度は実際にどのような機能を果たし、われわれの生活にどのような効果をもたらしているのでしょうか。

この白書では社会保障の主な機能として以下の3つ<sup>5</sup>があげられています。

- ① 生活安定・向上機能：人生のリスクに対応し、国民生活の安定を実現する機能
- ② 所得再分配機能：社会全体で、低所得者の生活を支える機能
- ③ 経済安定機能：経済変動の国民生活への影響を緩和し、経済成長を支える機能

社会保険制度にはリスク分散機能と同時に所得の再分配機能に加えて経済安定機能があるということです。以上が現在のわが国の社会保険制度の基本的な考え方です。

この点を理解するためには社会保険制度にはどのような歴史的背景があるのかを確認しておくことが参考になります。社会保険制度は、歴史的にはそれほど古くはなく、ドイツの宰相、ビスマルク（Otto Eduard Leopold Fürst von Bismarck-Schönhausen, 1815－1898<sup>6</sup>）が考え出したものです。彼の目的は、社会主義を排除し資本主義経済を維持することでした。つまり、産業革命を経て産業が農業中心から工業にシフトし、そこで労働者、ワーカーという階層が初めて出現した時代です。その時代に、働いている人たちが安心して仕事ができること、もっと言えば国の安全保障を確保するためのひとつの政策的手段というのが基本的な出発点でした。ビスマルクに実際に会った日本人と言えば岩倉具視使節団です。この使節団は1871年にビスマルクに会っています。このビスマルクの考え方が日本の社会保険制度の原点になっていると言われています。

---

<sup>3</sup> 健康寿命（Health expectancy, Healthy life expectancy）とは、日常的に介護を必要としないで、自立した生活ができる生存期間のこと。WHOが2000年にこの言葉を公表した。平均寿命から要介護（自立した生活ができない）年数を引いた歳が健康寿命となる。2004年のWHO保健レポートでは、日本人の健康寿命は男性で72.3歳、女性で77.7歳、全体で75.0歳であり、世界第1位である。

<sup>4</sup> この点については平成24年度の厚生労働白書にきわめて分かりやすく丁寧に解説されていますので、ぜひご一読をおすすめします。

<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/12/d1/1-03.pdf>

<sup>5</sup> 平成24年度 厚生労働白書 pp. 30-33

<sup>6</sup> 文化闘争や社会主義鎮圧法などで反体制分子を厳しく取り締まる一方、諸制度の近代化改革を行い、また世界に先駆けて全国民強制加入の社会保険制度を創出する社会政策を行ったことでも知られている。

このビスマルクの創生した社会保険制度の考え方の背景には、生活費が保障されていないとか労働者の暴動が起きるとか、そういった社会的不安要素を少しでも押さえておくメカニズムという発想があったということです。今日においても、社会保険制度の基本的な概念としては安全保障の一環であるということなのです。ここで大切なことは、これらの機能によって社会の安定を保つという政治的な側面があることも理解しておく必要があります。つまり、国民が安心して生活できる国づくりの政策の一環という位置づけになっているということです。

この第一点目の社会保障制度の項目で申し上げたかったことは、わが国の保険制度はそもそも「連帯」の精神から来ていること、同時にリスクの分配と所得の再分配という機能があること、だから強制加入(義務)なのだという事、そして政府にとっては安全保障政策のひとつでもあるということです。これがこれからのわが国の社会保障制度を考えていくための大切なポイントです。

## (2) わが国における「医療・介護」保険の考え方と仕組み

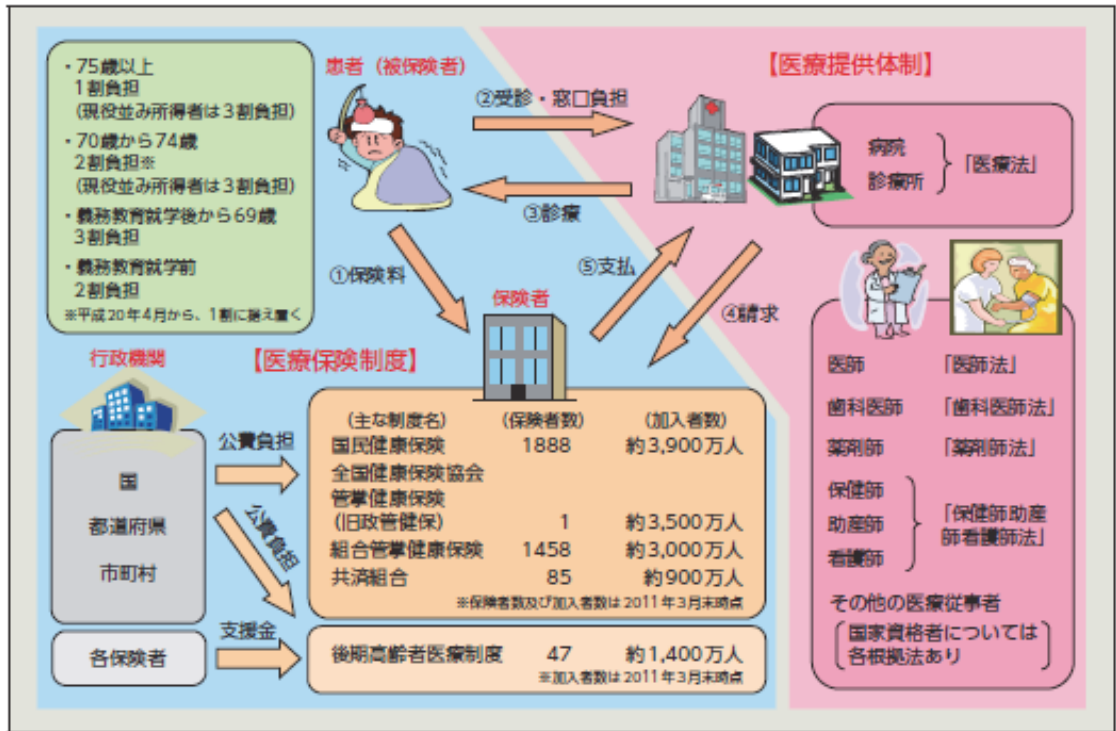
日本の場合、いわゆる健康保険料を払っていれば、自己負担分を支払えば高額な医療も受けられます(第1図参照のこと)。ここで再確認をしておかなければならない大切なことは、わが国の社会保険制度の基本的理念は「連帯」であるということです。「連帯」とは、個人では負いきれない事故や病気のリスクを多数の人が加入していて集団でリスクを分散するというメカニズムを動かす基本的な理念です。したがって、リスクの高い人もリスクの低い人も強制的に加入させる仕組みです。強制加入というと威圧的に聞こえますが、加入すること自体が国民の義務だということです。全員が参加しないと「連帯」の意味がないからです。日本では国民すべてが公的医療保険に加入する国民皆保険体制が整えられたのは1961年のことです。

### 【コラム】

#### 東京新聞『介護“初動”ハンドブック』

東京新聞は広告特集「介護は初動」を2014年9月から月1回のペースで企画掲載してきた。その協賛企業や有識者・市民団体等の協力を得てハンドブックを2015年3月に刊行した。働き盛り世代の「早期介護離職」「深刻な介護孤立」を予防する、という表紙の見出しが目を引く。介護は突然やってくる、介護離職をしないためにどうするか。そのときが来る前に読んでおく役立つような小冊子である。大切なことは「初動」、4つのキーワードは、介護保険サービス、かかりつけ医、要介護認定、ケアマネジャー。初動の項目を理解し、ヘルパー、ケアマネジャー、家族・親類、近隣の人との接し方、介護される人との向き合い方、介護者の心得などを分かりやすく解説している。備えは防災だけではなく介護にも準備が必要なのだという。

第 1 図 日本の医療制度の概要



出典:平成 24 年度 厚生労働白書

例えば国民健康保険の場合、対象者は適切な保険診療を受けるためにも加入する義務があります。学生など未成年者も国民健康保険<sup>7</sup>(以下、国保)への加入が義務付けられていますし、未成年であっても、世帯主の扶養範囲を超える収入がある場合には、個人として国民健康保険に加入しなければなりません。そして国民健康保険という制度があるからこそ、病気やケガなどの一大事に医療機関に多額の自己負担金を支払わなくてもよいのです。同時に、国保加入者からの保険料と国・自治体の助成金があって、国民健康保険は成り立っています。つまり、自己が支払うべき保険料は、国保を安定して運営していくために欠か

<sup>7</sup>市町村の区域内に住所を有する者で、以下に該当しない者はその意思のいかんにかかわらず、全員が原則として、当該市町村が行う国民健康保険の被保険者とされる（、国民健康保険法第 5 条、第 6 条）。外国人であっても、90 日以上在留期間が決定された中長期在留者（施行規則第 1 条）や、資料上 90 日以上国内滞在者であると認められる者は、国保への加入義務が発生する。

1. 健康保険・船員保険・公務員共済などの職域保険に加入している者と、その被扶養者
2. 国民健康保険組合に加入している者と、加入者の世帯に属する者
3. 生活保護を受けている世帯に属する者
4. 後期高齢者医療制度の被保険者
5. その他特別の理由がある者で厚生労働省令で定めるもの

せないものなのです。

しかしながら近年になって、若い世代を中心に年金もふくめ社会保険料を支払わない人々が増えているといわれていますし、一方では、保険料を支払うことができない低所得層の人々が増加しているというきわめて深刻な問題も顕在化しています。

## 他国の医療・介護保険事情

アメリカの医療保険について申し上げますと、私はかつてアメリカの会社の社員でしたが、その会社では工場で働いているワーカーと経営者（陣）と階層別に選択できる医療保険のプランが決まっていました。つまり、われわれ日本人にはとても不思議ですが、病院も保険会社の提供する医療保険プランによって指定され、加入している保険によって異なるのです。11 月になるとアメリカのショッピングモールの一角には会社が契約している保険会社が出店します。それぞれの会社が複数の保険会社と契約していることもありますし、その人の所属する階層によって提供される医療保険プランの内容が違うことから、それぞれの保険会社のブースにいて、その中から自分や家族にとって最も適切な医療保険プランを選択するのです。

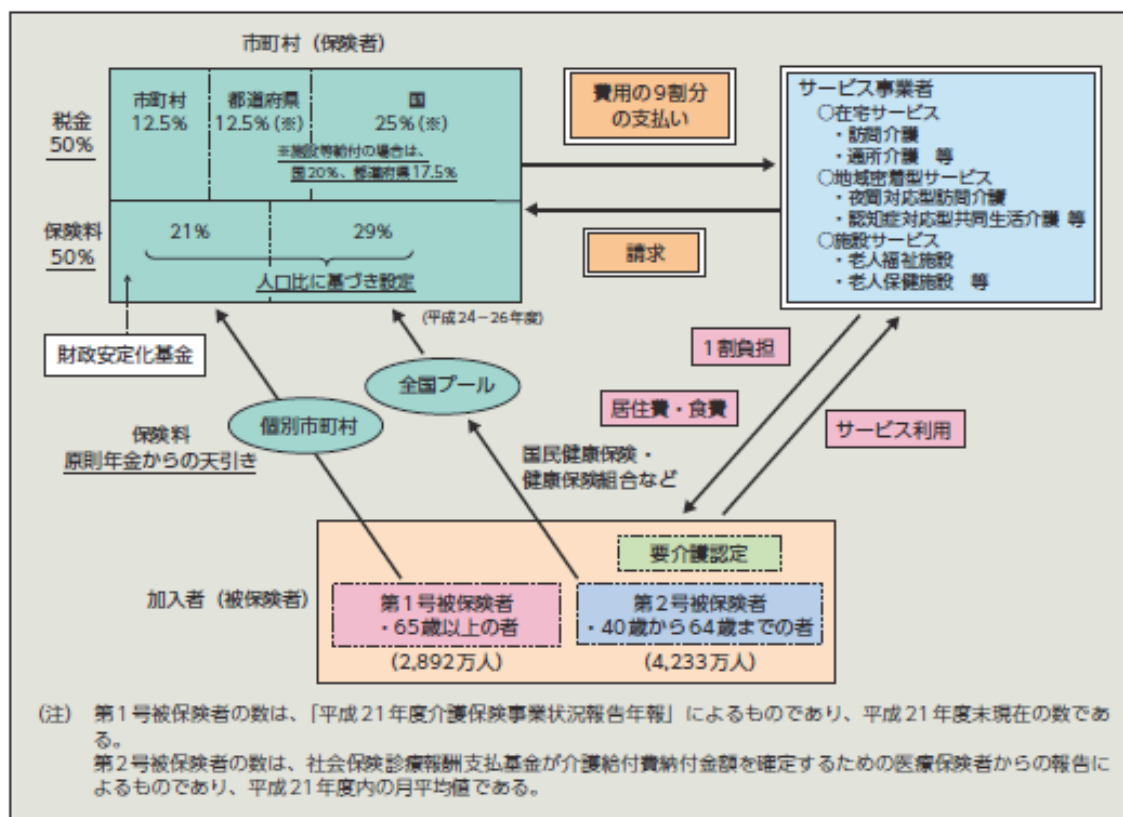
米国ではリーマンショック以降、医療保険を提供せず現金で支給する会社が増えてきました。そうすると医療保険でカバーされている人々は減少します。オバマ大統領はこうした危機感を背景に国民皆保険制度を導入しようと考えているわけです。しかし、共和党の猛反対で実現はなかなか難しいのが現実です。

介護保険制度があるのは、世界で現在 20 カ国くらいですが、日本ほどしっかりした制度がある国は世界中ほとんどありません。例えば、日本では日常的な風景になっていますのであまり話題にもなりません。朝、東京の世田谷でもこちらの柏<sup>8</sup>でも、デイ・サービスの送迎車が行き交っています。町中にデイ・ケア・サービスを受けられる施設があります。こんな国は世界中探してもほかにはありません。第 2 図に示されるような日本の介護保険制度が今日の姿に発展してきた背景には制度設計に携わってきた方々の苦労とそれなりの歴史があります。日本の介護保険制度は世界に誇れるものひとつであるといってもよいのですが、解決すべき課題も多々指摘されていることも事実です。

---

<sup>8</sup> 千葉県柏市では「行政と医師会の協働による在宅医療の推進と医療介護連携」が「地域包括ケアシステム構築モデル例」のひとつとなっている。

## 第2図 介護保険制度の仕組み



出典：平成24年度 厚生労働白書 p.60

介護サービスとか医療サービスはそれぞれの国でどのような位置づけをしているかについてお話しします。実はこれは国によって違うのです。日本では、スマホのように商取引で決まる商品（製品・サービス）が私的財であり、警察とか消防などすべての人がお金を払わずにサービスを受けられるものは公共財とされています。医療サービスや介護サービスは私的財と公共財の中間で価値財として位置づけられています。したがって、教育も価値財です。ここでいう価値財とは社会全体として価値がある製品・サービスさらには情報・知識をさします。日本では、医療・介護サービスのあり方として、国民に対して公平に提供されることがわれわれのコンセンサスです。つまり、日本には「連帯」の理念に基づく公平性という国民的合意があり、これが制度設計の基本思想のひとつとなっています。

しかし、アメリカの場合は、医療、介護は私的財です。お金のある人は高い医療サービスが買え、お金がない人は買えません。先ほど申し上げたように、オバマ大統領が国民皆保険制度をつくろうとしていますが、共和党からは猛烈に反対されています。それは、米国では医療や介護はあくまでも自己責任の範疇であり、したがって共和党の主張に見られるように、それらの費用は自己責任で賄うべきだと考えている人々が多く存在するからです。

イギリスでは医療サービスや介護サービスは公共財として考えています。サッチャー首相のときに公共財の予算を大幅に削減しました。つまり、これだけしか医療支援できません、あとはカットということで大幅に削減したのです。医療支援が一定量に制約されると、それを公平に分配するには先着順になります。当時、私は仕事でロンドンの病院を訪問した経験がありますが、ほとんどの病院の医療従事者たちのモラルが極端に低下していたことを肌で感じたことを覚えています。当時、聞いた話ですが、手術によっては2年待ちと言っていました。仕方がないから、フランスに行って手術を受ける患者さんが出てきました。フランスは貴重な医療資源を使ってなぜイギリスの患者さんの手術までしなければならないのかということが議論になりました。

## 民間保険について

日本では最近になって、民間の医療保険も介護保険もあるから足りない部分は民間保険で賄えばよいのではないかという議論が出ています。民間保険の存在そのものを決して否定するわけではありませんが、われわれがよく理解しておかなければならないことは、保険を事業として展開するには当然のことながら利益が出なければ成り立ちません。民間保険を扱う企業が利益を出す仕組みの背景にあるのはリスクの選択です。「リスクの高い人でも対象にしています、審査はしていません」などとCMでは謳っていますが、必ずしも実際はそうではありません。どういう人に入ってもらえばリスクが軽減されるか、つまりリスクの選択という形で利益を確保することで保険のビジネスモデルは成り立っているのです。

この第二番目の項目、つまり「わが国における「医療・介護」保険の考え方と仕組み」で私が申し上げたかったことは、二点あります。第一点は、日本の医療保険制度、介護保険制度は、「連帯」が基本的概念になっていることです。これは決して世界共通の概念ではなくこれらの保険制度の位置づけが国によって異なるということです。つまり、医療サービスや介護サービスが世界中どこでも日本と同じ考え方で位置づけられているということではないということです。したがって、われわれ自身が今ある制度の基本的な考え方、特に「連帯」という基本理念があることを理解しておくことが必要です。第二点は、医療サービスや介護サービスをわれわれ自身がどのように考えるかによってあるべき制度は変わってくるということです。そうした理解に立って、今の時代そしてこれからの時代に望ましい社会保険制度とはどのようなものであるべきかを、当事者であるわれわれ自身が考え、発言していくということがとても大事だということです。つまり、政府や行政にこれらの制度設計のすべてを任せ、それを受け入れるという姿勢ではなく、われわれが当事者であることを再認識したうえで、それらの制度を当事者として進化させていくことがわれわれ国民の責任です。



### (3)「健康寿命」を伸ばすことを考える

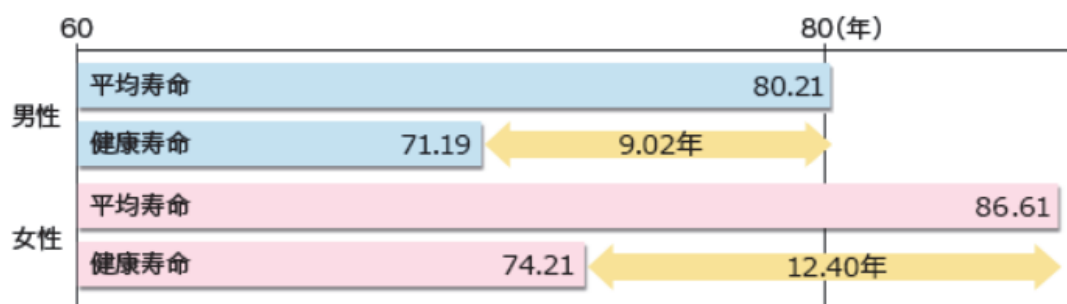
最近話題になっている健康寿命という言葉があります。健康寿命とは、寿命から病気や要介護状態の期間を差し引き、健康な状態の生存期間を推計したものです。チューリッヒ大学のピーター・ツバイフェルという先生が「レッド・ヘリング仮説」を提唱して話題になっています。「高齢化すると医療費が増えるというのは偽物の考え方で事実とは違う、医療費が増える本当の理由は年齢の増加ではなくて死にいたるまでの有病期間である」と主張しました。実際には、死亡前の1年間の医療費はそれほどかかっていない、例えば、医療費は70代よりも80代の方が少ない、そして、80代よりも90代の方が医療費はかからないが、50代で亡くなる人の方がもっともって医療費がかかっていると指摘しています。

要は、年齢は医療費の高騰の要因ではなく健康寿命を延ばすことに焦点を当てるべきというのがツバイフェル先生の主張です。これは日本でも一橋大学の先生が研究されて同じ結論を導いています。医療費についてはツバイフェル先生のご指摘通りですが、介護費については逆です。年齢が増えるほどかかります。医療費がかかっていないのを介護費が帳消しにしているのが実態ではないかと思えます。

平均寿命と健康寿命との差は、日常生活に制限のある「健康ではない期間」を意味します。言い換えれば、医療サービスや介護サービスが必要な期間ということになります。2013年において、この差は第3図に示されるように、男性9.02年、女性12.40年でした。そこで検討されはじめたテーマのひとつが健康寿命をどう延ばすか、それによって健康寿命と平均寿命の差をどれだけ短縮するか、そして二つ目は、健康寿命と平均寿命との差、つまり日常生活に制限のある「健康ではない期間」のQOLを向上させるにはどうしたらよいかという二つの課題です。

第3図

#### ■ 平均寿命と健康寿命の差:2013年



注:平均寿命は厚生労働省「平成25年簡易生命表」

健康寿命は厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」  
<厚生労働省「厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会資料」(平成26年10月)>

健康寿命を延ばすにはわれわれはどうすべきでしょうか。どのような仕組みが必要でしょうか。これらについての検討はまだまだ十分ではありません。特に、本人が健康であるがゆえに、健康であり続けるにはどのようなことが必要なかを意識することはほとんどない。確かに、最近ではスポーツクラブに通ったり、ジョギングやウォーキングをしたりする人々が増えていることも事実です。私が住んでいる近くに馬事公苑がありますが、毎朝 6:30 には近隣から多くの人々が集まって、ラジオ体操をしています。誰が主催するというのでもなく、それぞれがポケットラジオ持参で集まっています。その後はそれぞれ散歩したり、ジョギングしたりさまざまです。こうした情景も日常的なものとなりました。

これからは健康である人々に対しても、一人一人にあった健康増進プログラムを提供するような仕組みが必要となると考えています。例えば、糖尿病にかかりやすい傾向のある人に対する予防指導や禁煙指導などが既に始まっています。一人一人が少しでも健康でいられるような健康プログラムをどういった形でそれぞれの個人の生活のなかに取り込んでいったらいいのか、それを医学的な根拠 (medical evidence) に基づいて具体的に考え、それら実現する仕組みをつくることが課題のひとつです。二つ目の課題は、健康寿命と平均寿命との差、つまり日常生活に制限のある「健康ではない期間」の QOL を向上させるにはどうしたらよいかです。厚生労働省においては、2025 年 (平成 37 年) を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制 (地域包括ケアシステム) の構築を推進しています (第 4 図、第 5 図参照のこと)<sup>9</sup>。

そして、一人ひとりの個人にとって最適な医療サービスと介護サービスをどのように組み合わせ、それらのサービスが誰にでも受けられる仕組みをどのように創りあげていくか、われわれ自身がいま真剣に考えなければならない喫緊の課題のひとつなのです。

#### 【コラム】

##### 11 月 11 日は「介護の日」

高齢化が進み、介護が誰にも身近なものになっている一方で、介護に無関心な人も多く、介護現場でのトラブルも増えている。介護の専門家だけでなく、介護する立場、介護される立場など、さまざまな立場から介護について考えるきっかけになるよう「介護の日」が 2008 年に誕生した。厚生労働省が 11 月 11 日を介護の日と定めたのは、「いい日いい日」という語呂合わせが親しみやすく覚えやすいということからである。

この時期、さまざまなイベントが行われているが、介護人材不足の問題が浮上しているため、各都道府県では、介護の仕事に焦点を当てた就職フェアなどを開催している。やりがいと責任のある職業として労働環境の整備をはかり、優秀な人材の確保・定着が求められている。今後ロボットの導入も実現しそうだが、人が主導であることが重要だ。

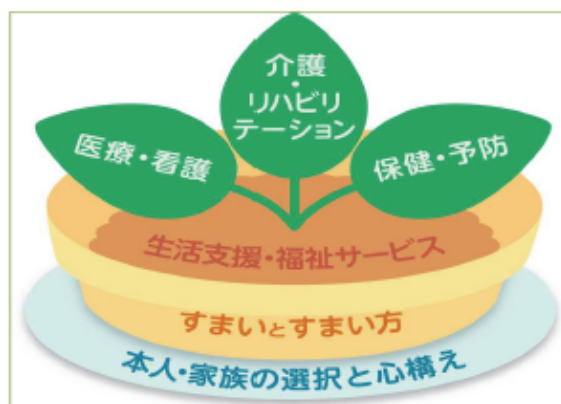
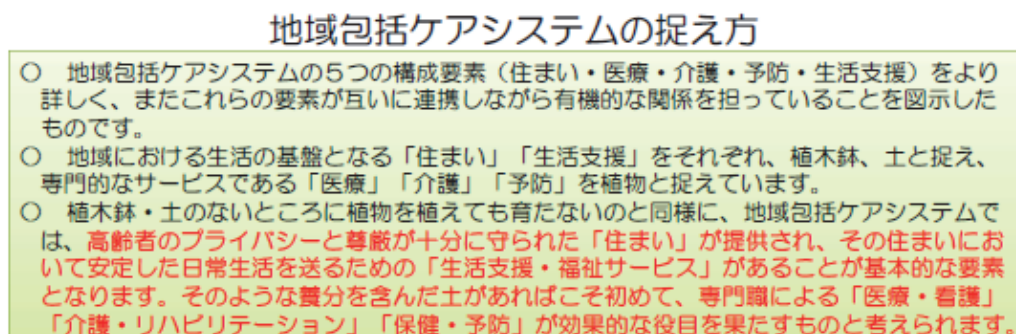
<sup>9</sup> 詳細は下記を参照のこと。

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/)

第4図 「地域包括ケアシステム」とは



第5図 地域包括ケアシステムの捉え方



出典:平成25年3月 地域包括ケア研究会報告「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」

## 今回の話題提供のまとめ

これまで、私が本日皆さんに申し上げたかったことを以下の3点に要約しておきます。

第1に、医療保険制度にしても介護保険制度にしても、われわれ当事者が事実を踏まえて現状をしっかりと理解することが必要です。医療保険も介護保険も国民の義務であり、したがって、強制的に加入させられています。ですからお上からいただくサービスではなく、まずわれわれが当事者であるという認識をもって、国の政策にもより関心をもつことが必要なのではないかということです。つまり、どのようなことにお金を使ったらわれわれのQOLを向上できるか、医療サービスや介護サービスのより良い成果が得られるのか、これらのことを医療や介護の現場にいるわれわれ自身が当事者として考えること、主張をし、同時に参加し、実践していくことが必要だということです。

日本では、財政的にはお先真っ暗で医療保険にしても介護保険にしてもこのままいくといきなり滝壺に突き落とされるような事態になりそうだといった強迫観念が世の中にかもし出されています。でもこのようなある意味で危機感を煽るような雰囲気醸成することは決して健全な社会のあり方ではないと思います。これからどのような姿を実現するのかを明確にして、そこに至るまでに何をどうしたらいいのかの方向づけを共有すべきです。要は、当事者であるわれわれ自身が考え、工夫し、提案しなければなりません。

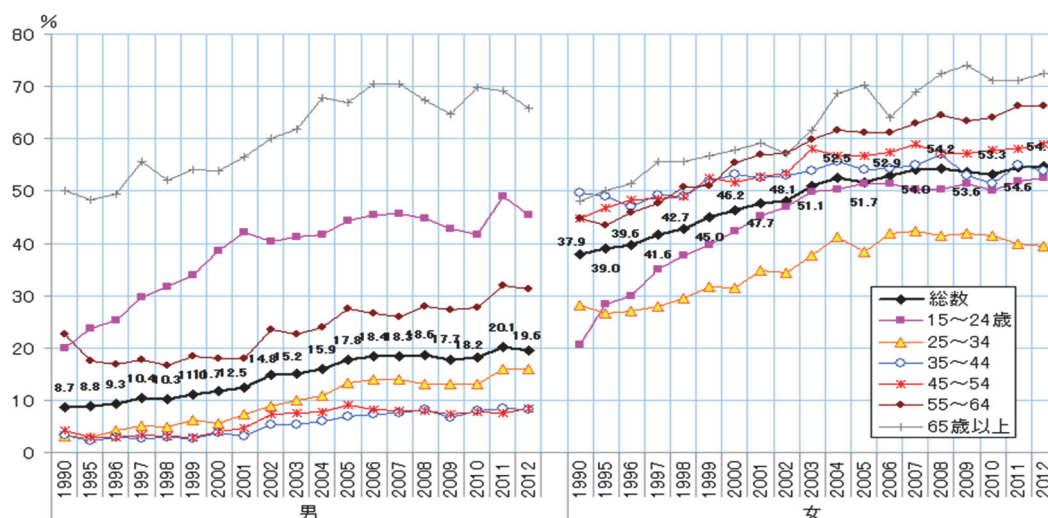
第2に、日々の生活の視点からもう少し高い視点にたって、日本の社会全体を眺め、なにをどうすべきなのかをわれわれ自身が考え、提案していくべきだと思います。当然のことながら、上述した高齢者の医療や介護の問題を考えるのも大切ですが、同時に日本の将来を担う若い世代が抱える問題を考えるのも大切ではないかということです。特に、非正規雇用が急激に増えてきました。わが国では、この非正規雇用で仕事をしている人々が既に40%近いといわれています。背景にあるのは、近年日本ではコスト競争力が日本経済にとって大きな問題になってきたということです。その結果、低賃金で雇用できる非正規雇用者がさまざまに制度化されて増大してきたのです。ドイツは、旧ソ連圏の人々や移民に賃金コストを下げた製品を生産してもらって今日のように繁栄することになりました。米国は労働コストの安い中国をはじめとする新興国、低開発国にいち早く生産拠点を移し、低コスト化を成功させました。日本は最近でこそグローバルな生産拠点化を進めていますが、米国やドイツほどの条件は整っていなかったのです。したがって、国内の非正規雇用を増やして、コスト競争に臨んできたのです。これもグローバル化のひとつの結果ともいえます。

大学を卒業すれば全員が会社に入れたかつての時代とは今は全く違います。大学を卒業した時点で就職できず、正社員として組織に所属した経験がない若い人たちが増えていきます（第6図参照）。会社に正社員として入社する従来型パターンを踏む人々は、社員教育の機会も与えられ上司の指導によって仕事をする上での基本的な知識や社会人としての振る舞い方も身につきます。その組織の中で自分のキャリアを創りあげていく機会が与えられます。一方、正社員として就職することができず、卒業後も次から次へと仕事を変えアル

バイトで生活している人たちには、そうした社会での仕事の仕方を身につけたり自分のキャリアを設計したりする機会はまったくありません。所得も低くまた医療健康保険にも加入していないあるいはできない若い人々が増えています。そういう若い人たちのこの先の人生はどうなるのか、そしてそうした人々が将来の日本を支えることができるのか、私はとても危惧しています。

## 第6図

非正規雇用者比率の推移(男女年齢別)



(注) 非農林業雇用者(役員を除く)に占める割合。1~3月平均(2001年以前は2月)。非正規雇用者にはパート・アルバイトの他、派遣社員、契約社員、嘱託などが含まれる。数値は男及び女の総数の比率。2011年は岩手・宮城・福島を除く。

(資料) 労働力調査

もうひとつの課題があります。それは、健康寿命を延ばすことがこれからの課題であることを指摘しましたが、われわれにとって大切なことは、健康である限り仕事ができるという社会にすることではないでしょうか。例えば、わが国では「役職定年制<sup>10</sup>」が既に約半数の企業で採用されています。ある調査では、役職定年後の雇用形態について大半が「一般の定年年齢まで在籍」としていますが、賃金に関して役職就任時の水準を維持している企業はそのうちの1割強しかありません。役職のポスト離脱に収入減が現実の「役職定年制」なのです。長年会社を支えてきた自負をもつ役職定年者には、そうした待遇の急変によってモチベーションが下がり、新しい仕事にも熱意が持てないまま企業人としての“余生”を終えるケースが少なくないのです。本人はもちろん、家族や会社にとっても決してプラスにはならないと思います<sup>11</sup>。健康で仕事ができる人にはこれまでの仕事を継続したり、

<sup>10</sup> 役職定年制とは、役職者が一定年齢に達したら管理職ポストをはずれ、専門職などに異動する制度。人事の新陳代謝を促し、組織の活性化や若手の育成、モチベーションの向上を図るとともに、年功序列制度のもとでは人件費コストの増加を抑えるねらいがあるといわれている。

<sup>11</sup> <http://jinjibu.jp/keyword/detl/232/> 参照。



その人がもつ経験や知識、専門性やスキルに見合った報酬が得られる仕事を与えられたりすることが、日本の社会にとっては必要なのではないのでしょうか。高齢者であっても生き生きと元気に仕事をしている光景が日常的に見られる社会になれば、若い時代から健康寿命を延ばすことへの意識を高めることにもなると思います。このような既存の制度をブレークスルーするようなアイデアが必要な時代ではないのでしょうか。

第3に、新しい知恵、新しい技術、つまりこれまでにない新しい価値を生み出すイノベーションが生まれえない限り、日本がこれから生き延びて成長するのは難しい時代です。医療・介護に携わる企業や医療機関を含めその他の組織が考えなければならないことは、ヘルスケア領域<sup>12</sup>における新たな価値の創出、つまりイノベーションです。ヘルスケア領域における今までにない新たな価値を生み出すための仕組みづくりです。いわばいかにしてイノベーションを創り出すかです。

今日ではコミュニケーション技術、IT (Information Technology) が急速な進歩をしています。そしていわゆる ICT にかかわるコストも急激に低減しました。これから5年先、10年先においてはさまざまなことが実現できるはずです。前回のこのワークショップではロボットが登場しました。こうしたハード面でのイノベーションもさることながら、対象となる人々の視点から彼らの QOL を向上させるにはどのようなプログラムが必要なのか、地域包括ケアシステムをそれぞれの地域という現場でどのようなマネジメントシステムで動かすのか、多職種の専門家にどのように効果的・効率的に協働 (collaboration) して仕事をしてもらうのか、つまりコラボレーション・マネジメントにはどのようなマネジメントの方法があるのかといったマネジメントやマーケティングなどのソフト面でのイノベーションが必要となります。これらの新たな価値を生み出すイノベーションを担うのは若い人たちの発想力です。同時に、ヘルスケアの領域で多くの経験を積まれてきた情報・知識豊かな方々との共創 (co-create) が必要となります。そうした意味でもこの共創空間研究会の貢献を期待したいと思います。

#### 【質疑応答】

**司会者：**目黒先生、ありがとうございました。質問のある方はどうぞ。

**Q：**高齢者が亡くなる前の1年間は医療費がかからないというお話がありました。私の母と家内の母の場合も医者に行っても治療してくれないという経験をしました。ですから医療費はかからない。高齢者だから治療しても仕方ないというのは高齢者差別に見えますが。

**目黒：**高齢化が進むほど医療費が高くなるといういわば常識があったのですが、高齢者が亡くなる前の1年間の医療費は必ずしも高くないということが統計的なデータで明らかになったのです。その結果は高齢者には治療をしても仕方がないという考え方があるからだということと結びつけることは大きな誤解を生みます。端的に言えば高齢者に提供される治療と中高齢者に提供される治療とではその内容が異なることがあります。例えば、小職

---

<sup>12</sup> ここでヘルスケア領域とは、医療、介護などわれわれの健康に関連する領域全般をさす。



が携わっていた人工関節置換術では多くの整形外科医は80歳台の患者さんにはこの種の手術を奨めませんでした。手術やリハビリテーションが患者さんに与える負担が大きいためです。患者さんの視点に立って、つまり患者さんのライフスタイルを総合的に見てどのような治療が最適であるかを考え、提供するのが医師のつとめであると私は考えています。したがって、今ご指摘のあった医師の考え方は医師として基本的に間違っています。人間の尊厳ということから考えても医療に年齢によって治療をするかしないかを決めるのは、ご指摘の通りまさに差別であって、決してあってはならないことだと思います。

**Q:** 家内の在宅介護を5年ほど経験しました。その体験で感じたことを自分なりに整理しました。病院での医療中心のシステムから在宅になるときに専門の医療介護が受けられるのかということでした。5、6種類の専門スタッフに来てもらうのですが、情報が共有されていない、連携がなされていないのではという疑問を感じていました。連携はできるのですか。

**目黒:** 柏市は既に指摘しましたが、地域包括ケアシステムのモデル地域になっています。ここは医師会がしっかりしていて、若い先生方が新しい体制をつくっているとお聞きしています。そういう意味で地域包括ケアシステムに対する認識はしっかり持たれているのではないかと思います。

私は現在推進されている地域包括ケアシステムが、対象となる患者さんを中心に置いて、多職種の専門家の連携のもとに動いているかということ、決してそうでないところが現状では多いのではないかとみています。特に連携、つまり医療専門家のコラボレーションがうまくいっているかどうか、問題だと思います。かかりつけ医や介護福祉士などの専門家がどのようなサービスの組み合わせがその患者さんにとって最適なのかを考えるのですが、われわれ素人にはそれらはなかなか判断できません。そしてさまざまな医療や介護の専門家が連携して包括的なサービスを提供する。連携とか包括というのは概念としてはわかるのですが、一人ひとりの患者さんや介護が必要な人々に対して、どのような専門職が、どのようにかわかることで、最も効果的かつ効率的な医療・介護サービスをどのような仕組み(連携システム)で提供するのか、この連携システムをつくってもだれが責任をもって動かすのかが明確になっていないのではないのでしょうか。多職種のコラボレーション・マネジメントはきわめて難しいという現実があります。これは企業活動でも同じですが、小職の企業における経験ではコラボレーションにはそのマネジメント能力を身につけたリーダーが必要だということです。

**Q:** 国民健康保険の保険料は市町村によって異なり、高いところと安いところでは2.5倍くらい差があります。介護保険でも格差がありますか。こんなに格差があると平等ではないと思うのですが。

**目黒:** 実際に格差はあります。お金を再配分するメカニズムがそうなっているからです。それぞれの地域に住んでいる人々の所得にその地域の税収は左右されます。ですから、これからこの問題がますます大きくなるのは過疎化の進展と都市においても所得格差の拡大

です。アメリカや中国の所得格差がよく問題になりますが、日本もだんだん所得格差が拡大しています。私は、日本の所得格差の拡大は既に無視できない段階に来ている問題だと考えています。

**Q：**健康寿命と平均寿命があつて、その差を縮めるという考え方があるとすれば、平均寿命を縮めればいいのか。個人ではそういう考え方もあります。たとえば、極論ですが、介護保険がかかりすぎるからと、政府が毒まんじゅうを配ったりして。そうでもない限り介護保険が成り立たないのではないかと…。

**目黒：**たとえば設備機器のように耐用年数が決まっていて、決められた年数を経た段階で人間業を廃棄するというわけにはいきません。平均寿命を縮めるのは人間としてやるべきことではありませんしできません。その方の信条とか宗教の考え方にもよるでしょうが、100才でも200才でも元気で生きられるのであればその方がいい。確かに介護保険が破たんするのではないかと議論がありますが、私はそんなに悲観的には考えていません。

確かに日本は借金だらけではありますが、先ほども指摘したように、われわれがこれからやるべきことは何かということを考えることが大事です。今既に存在しているいろいろな仕組みについても、われわれ自身が提案していくこと、あるいは積極的にかかわっていくこと、さらには参加していくことではないでしょうか。

**Q：**では、平均寿命と健康寿命の間の約10年、どうすればいいのですか。

**目黒：**確かに健康寿命と平均寿命の差、現状の約10年をどうするかが問題です。ただ、われわれがしなければならないことは二つ。第一に、健康寿命と平均寿命との差を短くすること、つまり健康寿命をのばすこと。そのためには個人として何をどうすべきか、その個人のすべきことをどのような仕組みで支援するかを若い世代をふくめて、社会全体で考え、議論することです。二つ目は、健康寿命と平均年齢の間の医療サービスと介護サービスをどのような制度によって提供されることが望ましいのか、それを生活者の視点から考えることが必要です。

**Q：**「かかりつけ医<sup>13</sup>」というのを最近よく耳にします。平均寿命と健康寿命の間の問題の1つの解決策のキーワードかなと思うのですが。都会にいますとかかりつけ医のイメージがぜんぜん湧かないのですが。

**目黒：**基本的に「かかりつけ医」というのは開業医のことです。昔流に言えば町医者です。かかりつけ医の紹介状なしに病院の受診ができなくなってきました。ですから、日本ではかかりつけ医をつくっておいた方がいいと思います。例えば、イギリスでは、ホームドクターは行政から決められます。そしてそのホームドクターから病院は指定されます。ホームドクターも病院も自由に選ばません。医療機関を自由に選べるのは、日本、英国、米国

---

<sup>13</sup> 2025年をピークとする高齢者の医療需要に対応するために、地域包括ケアのシステム（あるいはネットワーク）を早期に構築する作業が各地で進められている。そして、その中心的役割を担うのが、「かかりつけ医」であり「総合診療医」である。

の3か国でいえば、日本だけです。病院をわれわれ自身が選べるのは日本の医療制度の特徴です。介護もそうです。それは大事にして質の面での競争原理をフルに活用したいところです。

**Q：**かかりつけ医のを見つけ方を本にしたらベストセラーになるのではないのでしょうか。

**目黒：**「かかりつけ医」をどのように選ぶかは現実的には難しい問題ですね。やはりここにも制度を作る行政の視点と現実とその制度を活用する生活者の視点には大きなギャップがあります。まさに制度の上では「かかりつけ医」という用語ひとつで済むかもしれませんが、生活者の立場に立つとその選択は現実にはきわめて難しい問題です。ご指摘のように特に都会では例えば開業医は居住している地域にたくさんありますし、それほどなじみのない医者がほとんどであることも事実です。

**Q：**ドクターが必要なのに、優秀なドクターはアメリカに行ってしまうことが多いと聞きます。

**目黒：**一般論ではなかなか言いにくいですが、それは治療の領域によっては日本がアメリカに比べて医療の後進性があるのではないかと思います。仕事でアメリカに行くとき、患者さん1人に、医師1人、看護師3人がついてがんの治療でアメリカに行く患者さんをたびたび目にしました。

**Q：**医者不足なのに大学の医学部を減らしています。どうしてでしょう。

**目黒：**医者を増やすと医者の需要を増やすとでも思っているのでしょうか。それはおかしいですね。私の中学時代の眼科医をしている親友が1日160人もの診療をしています。ものすごい労働量だと思います。医者の過労が現場では大きな問題になっています。ですから、そういった訴訟を扱う機関をつくろうという動きも出ています。同時に医者のいない地域が多くなっているという問題もあります。卒業後そうした過疎地で医療活動を一定期間してもらうということも必要になるかもしれません。また医療訴訟も影響して診療科にも偏りが始まっています。これらの問題も、患者の視点に立ってどうあるべきなのか、専門職としてはきわめて重要な意思決定を担う立場で議論を重ねてほしいと思います。

**司会者：**このへんでよろしいでしょうか。目黒先生、ありがとうございました。休憩にします。

### **3.3 介護に向き合っていますか：介護するのも自分、介護されるのも自分**

#### **(1) 家族から介護されたいですか、家族として介護したいですか**

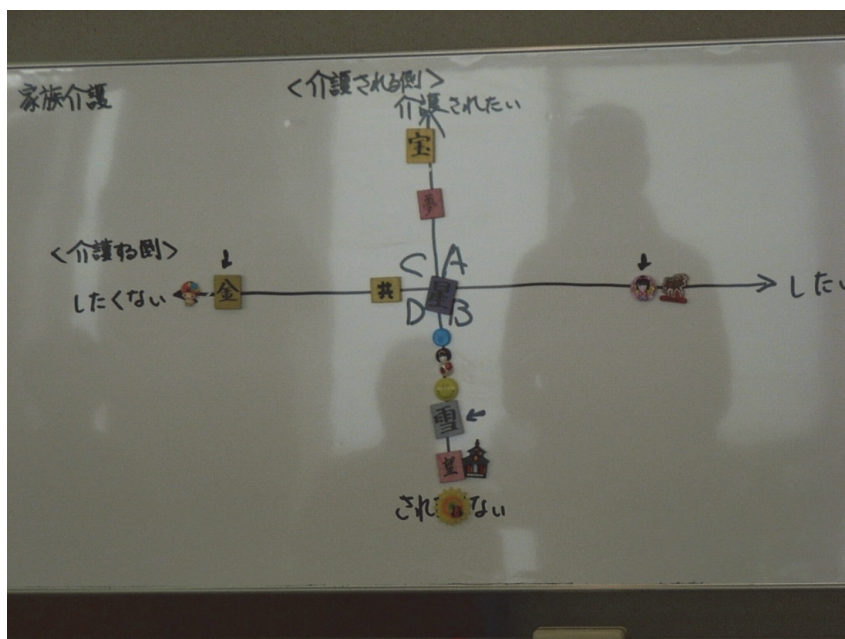
**司会者：**それでは実践ワークショップを始めます。大場先生、お願いします。

**大場：**まず、介護する側、介護される側という立場に分かれてください。介護される側がタテ軸、介護する側が横軸です。介護される側の立ち位置で家族に介護されたいか、されたくないか、介護する側の立ち位置で家族を介護したいか、したくないか、というのを軸の線上にマグネットを置いてください。実は昨日、ライフスタイル研究会（麗澤オープン

カレッジの社会人講座)のメンバーと共に共創空間のモノサシとしての(家族として介護・家族による介護が)“望ましい”という視点を吟味してみました。その結果、このモノサシでは、建前論になってしまい、本音が出ないのではないかと分かりました。代案として、自分だったら介護したいか、したくないか、介護されたいか、されたくないか、という現実的な問いかけにします。つまり、「介護する自分」と「介護される自分」は必ずしもイコールではないという問題意識があったからです。

それと家族とは誰かというのがありました。介護する側としては、息子、娘、その伴侶が両親を、あるいは自分の伴侶を介護する。介護される側に立つと、息子や娘、その伴侶、あるいは自分の伴侶から介護されたいか、されたくないか、ということです。

**大場：**自分が介護する側の立ち位置に立った場合のヨコ軸上と、自分が介護される側の立ち位置に立った場合のタテ軸上に、それぞれマグネットを置いてみましょう。



**大場：**では、ヨコ軸上の介護する側の意見を聴いてみましょう。ヨコ軸の2人(介護したくないという金のマグネットと介護したいという姫のマグネット)、よろしくお願いします。

**金：**自分の家族がここまで変わってしまったか。そういう姿を見たくないの介護したくありません。

**姫：**家族を介護するのは家族の務めだと思います。家族のためにベストを尽くしてあげたいです。

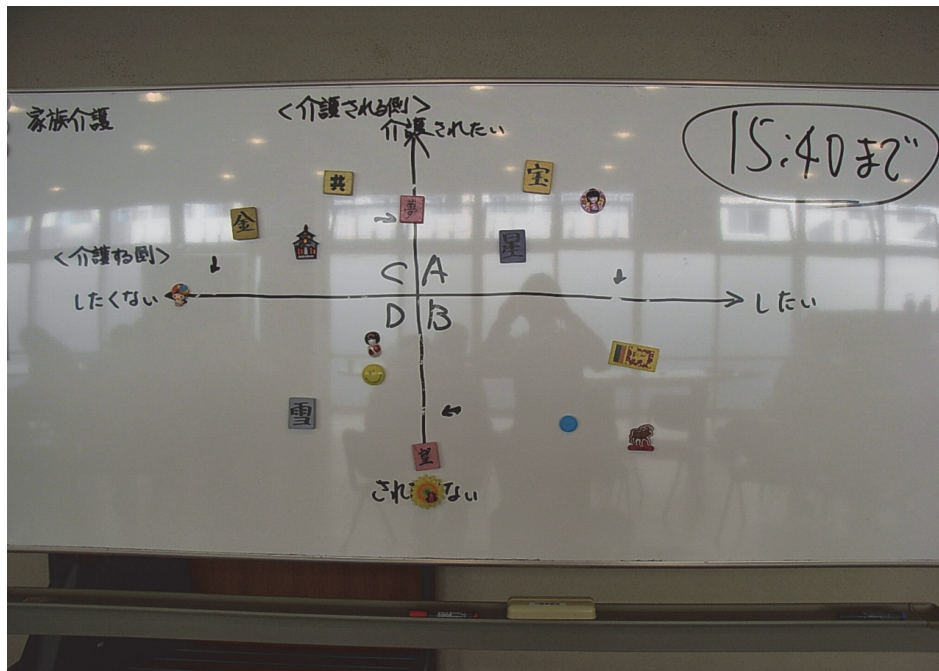
**大場：**では、次にタテ軸上の介護される立ち位置にある意見を聴いてみましょう。

**雪：**自分の母は施設に入れて、施設の人に世話になりました。私自身も介護されたくない。若い家族のペースにあわせなければならないので介護されたくありません。

大場：では次に、各々の軸上から A、B、C、D の 4 つのゾーンにジャンプしてみてください。

(マグネットを置き直す)

大場：ジャンプしない線上グループもつくって 5 グループに分かれましょう。グループ内で意見交換してください。3 人か 4 人のグループで介護する側とされる側の立場を明らかにして意見を述べてください。時間は 15 時 40 分までです。



(グループごとに介護する側とされる側に立って、意見交換)

大場：では、グループごとに順番に発表してください。まず、D グループから始めましょう

か。(D グループにボールを投げる)

**D グループ** 介護する立場：家族であれば、介護したくない

介護される立場：家族の人から介護されたくない

**D**：尊厳死の証明書の話が出ました。思わぬ事態が急に起こって、家族に「人工呼吸器をつけますか？」と聞かれてもなかなか判断できずに苦しみます。だから尊厳死を望むのであれば書いておかないと残された人間は判断できません。しかもかなり細かく具体的に書いておくこと。人工呼吸器はつけなくていいとか、脳死状態なら延命治療はしなくていいとか、こういう場合はこうだと書いておく必要があります。そういったことが社会全体でできるような啓蒙活動が必要という話になりました。

**目黒**：最近、病院ではどういう処置を望まれるかを聞かれるようになりました。人工呼吸器を使いますか、使いませんかというのは必ず出てきます。ですから、医者から「ご相談したいことがあります」という形で話がありますから、それを決めておくことが必要です。

**大場**：D なので、介護したくない・されたくない、という話は？

**D**：尊厳死だけで時間になってしまいました。(笑い)

**D**：家族で介護すると共倒れになる危険がある。家族同士だと、感情をコントロールすることが難しい。介護を上手にできないので、介護のプロに任せる。

**DB 線上** 介護される立場：家族の人から介護されたくない（介護する立場を考えない）

**線上**：介護される側でされたくないという理由は、家族に迷惑をかけたくない。自分のことは自分でやりたい。介護される側もプレッシャーがあつてされたくありません。

**大場**：今は介護される側ですね。では、介護する側はどうですか？

**線上**：介護する側は、その場にならないと分からない。たぶん、するだろうけれど、介護する自信がない。介護されたい人は、在宅のしくみをつくればいいと思います。家族に負担をかけないような在宅医療ができるよう頑張ればいい。当事者力を付ければいいと思う。医者と看護師のシンポジウムに参加したのですが、病人が病院に行くのはおかしい、医者が患者のところへ行くべきだと言っていました。積極的に町医者が訪問すれば可能になるのだと思います。

**大場**：何か方向が見えてきましたね。

**目黒**：患者さんのところにおうかがいするというのが基本的な理念です。とても大事だと思います。歴史的な背景がありますから。

**線上**：介護されたくないという立ち位置にあります。なお、自分が介護する場合、介護したいか、したくないかは介護する相手によります。女房なら介護できる（したい）けれど、女房の母だったら多分介護できません（したくない）。プロの方が言っておられましたが、仕事として介護するというのであれば介護できるが、自分が身内として介護するということであればできない。仕事であれば、割り切れるし、自分のほっとする時間も持てますか



ら。

**Cゾーン** 介護する立場：家族であれば、介護したくない

介護される立場：家族の人から介護されたい

**C：**これは、われわれの本音ではないか。自分勝手。介護したくないけれど、軽度だったら介護してもいい。実の親の介護なら仕方ないけれど、認知の母だと母が母でなくなって、見るのが辛い。愛が憎しみに変わって暴力を振るいかねない。一方で、介護されたいというのは、家族の絆を期待している。優しい家族、理想的な家族をイメージしています。しかし、経済的な問題、住宅事情もあるし、大家族か小家族でも違うし、制約条件があると思う。介護されたいと思ってもなかなかそうはならないと思う。

**大場：**それに対して、どういう解決策がありますかね。

**C：**一言でエゴです。人間本来エゴなんです。介護されるほうがあれやれ、これやれと介護する側に言ってくる。だから、冗談じゃない、やってられないということになります。人間は本来エゴなんだから、何か文句あるか、というスタンスなんです。理想的な環境があるのではないかと考えていましたが、きれいごとでは言えないと思います。

**Bグループ** 介護する立場：家族であれば、介護したい

介護される立場：家族の人から介護されたくない

**B：**自分は介護したいけれど介護されたくないという神様のようなグループです。家族の介護をするのは人間として当たり前のことというのが介護したい理由です。介護したいけれど、専門家に任せるところは専門家に任せる。形を変えた介護を家族はできるのではないか。預けた施設に行って、家族の手を握る、話しかけてあげることも大事です。介護によって元気をもらえることもあると思う。世間体もあって介護しなければならないこともあると思います。でも、周りに啓蒙できることもある。

されたくない理由は、子どもに負担をかけたくない、やればやるほど感情的になって関係が悪くなることもあるということ。

**大場：**それに対して介護する側はどうですか？

**B：**母を施設に入れたのだけど、それでいいのかと実は思っています。そのときに施設の人に言われたことが、形を変えた介護があるということでした。

**大場：**精神的な支えが大事なんですね。

**B：**他人に介護されるのはいいけれど、家族には介護されたくないというのがあります。

**B：**介護者として若者が犠牲者となる。また、女性の社会進出で、家族の面倒・仕事・介護で一気に負担となるから、介護されたくない。

**B：**親に対する恩返しとして、介護したいけど、迷惑をかけるので介護されたくない。

**A グループ** 介護する立場：家族であれば、介護したい

介護される立場：家族の人から介護されたい

**A：**介護したい、されたいというのは気持ちの上では当然ではないかと思います。最愛の家族に看取られて旅立ちたいというのはできる範囲で当たり前。医療費、介護費、介護施設の問題をどう考えるかですが、今のように超高齢化社会では、在宅介護は義務だと思います。家族でトラブルを起こさないよう、在宅医療をシステム化してもらうことが必要です。家族負担、トラブルを避けるべきです。100%家族が介護するという理想に頼らず、いろいろな制度を使う。老老介護、働き手が働くため介護ができないなど、いろいろな事情があります。できる範囲で家族が介護する。できないことは施設や専門家に頼むことだと思います。本人の了解を得るわけですが、私の家内は3年ほど言葉を交わせない状態で、私が決めざるを得ない。自分が介護で倒れてしまうことを彼女は望まないと思うのです。こういう選択をするのは分かってくれると思います。

**C：**介護される側はどんどんエスカレートしますから、する側は感情的にもたなくなる。ある限界にきたら施設に行く。お互いに自分の意識がしっかりあるときに書いておく、伝えておくことですね。軽度で車いすを押すくらいならいいけれど、認知症で徘徊するようになったらお手上げです。限界があるわけで、その限界になったら施設に頼むこと。そのへんは、施設に入るということを意識のしっかりしているうちに書いておくことですね。親戚の人が口を出してもそれを見せればいい。そういったものを用意しておいたほうがいいですね。事が起きてからではできませんから。

**A：**できる範囲で A。介護できなくなったら施設。家族間のトラブルを防ぐためにも有効です。その代わり、預ける施設は信頼できるところでなければなりません。現実難しいですが、これが国民的課題ですね。

**大場：**そうですね。

**A：**介護することが人間の成長にどんな影響があるのか。介護で成長できるような社会はいい社会なのかなと思っています。だから、介護したいです。介護されることになったら、よろしくということで介護されたいです。

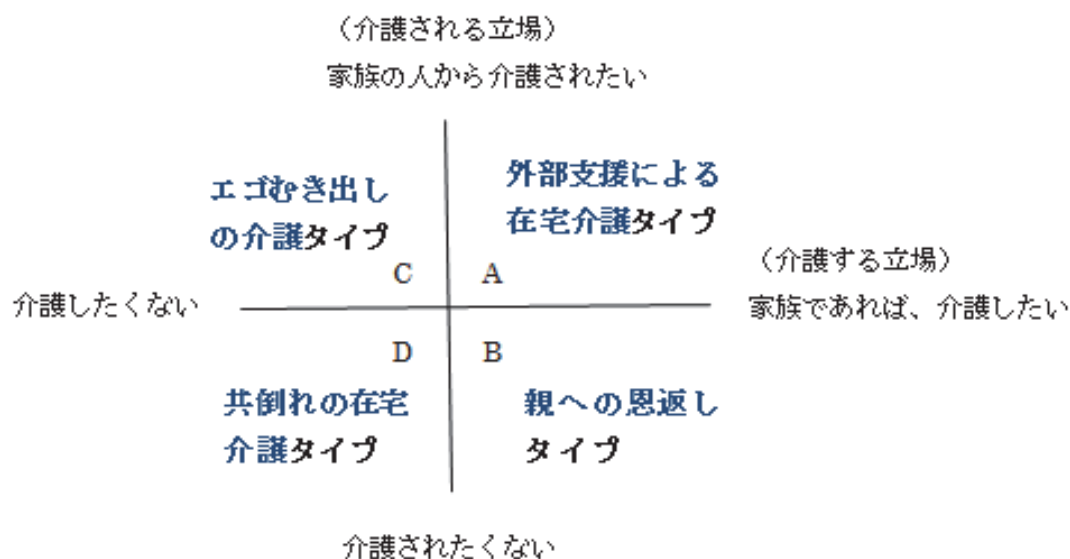
**A：**在宅の介護は密室になりやすいので、それを開いて風通しをよくして介護する、介護されることが必要だと思います。介護についてはそれぞれの立場で思いが違い、介護する側も介護される立場になるので、自分が抱えている問題をオープンにすることが大事。介護について共創空間で考えることは今後も大きな意義があると思います。

## (2) 共創空間で、介護する自分と介護される自分が向き合った時、何が見えてきたのか？

### —介護に対する4つの自分のかわり方を発見！ネーミングしてみよう

共創を通じて、介護する自分と介護される自分は意識として同じなのだろうか、という素朴な疑問が生まれた。この疑問について、自らの心に聞いてみると、どうも、同じではなさそうだ。立ち位置が変われば、介護に対する意識も変わる。ここに、介護と自分とのかわりという問題の本質を紐解く鍵が隠されているのではないか。

そこで、介護の前提となる「家族による介護」をテーマとしてこの問題を参加者全員で考えてみた。つまり、介護する立場（自分）として、「家族であれば、介護したいか、したくないか」という問いと介護される立場（自分）として、「家族の人から介護されたいか、されたくないか」という問いをクロスし、介護する自分と介護される自分が向き合う開かれた共創空間を開発した。その結果、以下のように、この空間で介護する自分と介護される自分が向き合った時、介護に対する自分とのかかわりには4つのタイプがあることに気づく。



**Aタイプ**とは、外部支援を受けながら在宅で介護する「在宅介護実行」タイプであり、自分が介護する場合でも介護される場合でもその意思は変わらない。最愛の家族に看取られて旅立ちたい。そのためには、基本的には、自宅で介護する・されることが望ましい。しかし、時間的、身体的負担、感情的なトラブルにより、自分で介護する・されることに限界があるので、そこを見極め、施設や専門家、さらには心を持つロボットなどに頼むことが大切となる。その場合、当然のことながら、経済的負担を考慮する必要がある。

**Bタイプ**とは、親への恩返しとして介護にかかわるタイプであり、介護する自分としては、子として親を介護するのは当然の義務と考えるだけでなく、それ以上に親孝行したいという思いが強い。仕事よりもこちらを優先するため、介護辞職もありうる。しかしながら、介護される自分は、子から介護されたくなく、家族に負担をかけることを回避し、家族から自立し、自ら介護施設に入ることを決断する。

**Cタイプ**とは、エゴむき出しで介護にかかわるタイプであり、介護する側としては、介護したくないが、自分が介護される側となると、介護されたいという意思を示す。介護したくない理由とは、例えば、介護している実の母が認知症となり、母が母でなくなり見るのが辛いだけでなく、母に対する愛情が憎しみに変わって、暴力を振るいかねないためである。

他方、自分が介護される場合、介護されたいと思うのは、家族の絆を期待しているからである。つまり、介護される時は、家族に甘えていろいろと要求するが、介護する場合には、自分は介護で苦勞したくないというエゴ的介護となる。

**Dタイプ**とは、共倒れの恐れを抱えながら在宅介護にかかわる「介護回避」タイプであり、自分が介護する立場でも介護される立場でもその意思は変わらない。自分が介護する場合、介護したくないのは、例えば、介護する家族（伴侶）が身体的だけではなく、精神的な病気（うつや幻聴など）があるため、介護するのが限界に達しているため。反対に、自分が介護される立場に立った時、介護されたくないのは、例えば、家族から暴力を受ける恐れがあると感じるため。閉じた介護空間であり、危険な状況下にある。

### 3.4 「共創空間」で向き合った自分にとっての介護、および「介護」の語源

話題提供者である目黒教授から、「共創空間」での印象をふまえ、自分にとっての介護とは何か、という問いに対する答えと、今回のテーマである「介護」の語源について整理していただいた。

#### 「共創空間」で向き合った自分にとっての介護

私が「介護」について関心をもったきっかけは、数年前に介護施設や介護サービスを提供する事業運営に携わる方々の研修会で、ソーシャル・マーケティングの視点から介護経営のあり方についてコメントを求められたことがきっかけでした。今回、「共創空間」の研究会に参加させていただいて、あらためて「介護」を考える機会をいただきました。

今回の研究会の議論のなかで印象深かったことを以下の3つにまとめた。

(1) 介護に対する関心が身近な問題として高まっている半面、医療保険制度や介護保険制度など社会保険制度に対するわれわれ自身の理解が低いままであることが気になりました。われわれ自身がこれらの社会保険制度について何がどのようになっているかを理解すること、そして、われわれ一人ひとりが社会保険制度の当事者であるという認識をもつこと、当事者の視点をどれだけそれらの制度に反映させるかが何よりも大切な時代にあるという意識をもつことが重要ではないかと思います。

(2) マーケティングの視点に立ちますと、介護事業の経営とは本来的に特定な個人にその人が必要なサービスを必要に応じて提供することで利用者の満足を実現することがその責務のはずです。しかし現実には起きている介護にまつわる諸問題は、マネジメントの視点が経営の「効率」を優先し、利用者が享受すべき「効果」が後回しになっていることが起因しているのではないかという懸念です。わが国の社会保険制度のもとでは、介護施設へのアクセスは利用者にゆだねられており、したがって、それぞれの事業主体がそれぞれの特徴を出しながら利用者を引きつけるという競争原理が働くようになっています。言い換えれば、われわれ利用者がそれぞれの介護事業の経営のあり方を問う、あるいは選別をするという姿勢が介護の質の向上を図るためにも、介護保険制度の本来のあり方を実現していくためにもきわめて重要です。この点をあらためて理解することがとても大切だと思います。

(3) 健康寿命を延ばすことの重要性が議論されました。この際に大切なことは、高齢者と呼ばれるステージで健康寿命を延ばすことを考えるのではなく、一人ひとりのライフサイクルのそれぞれのステージに合わせた形でどのようなことをすべきなのかを考えることではないでしょうか。どのようにすれば健康寿命を延ばすことができるのか、健やかな

人生を過ごすことができるのか、この課題をわれわれ生活者のライフサイクルの視点から見直してみることが必要な時代になっているのではないかという点です。最近議論されている学童保育あるいは職場での健康問題なども、こうした視点から検討しなければならないと考えています。

生活者の視点にたって、社会的な諸問題の発見、解決策の探索、実現するための戦略の確定と実行がソーシャル・マーケティングの課題です。以上述べた 3 つの課題について、そうしたマーケティングの視点からこれからも関係者の方々と一緒に現場に即した研究を重ねていきたいと思います。

### そもそも「介護」とは何か—『介護』の語源と『介護』のこれから—

「介護」とは、『介助』と『看護』を組み合わせて作った造語という説があります。実は「介護」は、日本では 1892 年の陸軍軍人傷痍疾病恩給等差例という法令に出ている熟語であり、その「介護」とは施策としてではなく、恩給の給付基準としての概念でした。介護保険法（平成 9 年（1997 年）制定）の第七条では、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話であって、厚生労働省令で定めるもの、とされています。介護とは、心や体に障害をもつ人々に対し、排泄や入浴、食事などのサポートを通じて、日常生活を援助することと定義されています。

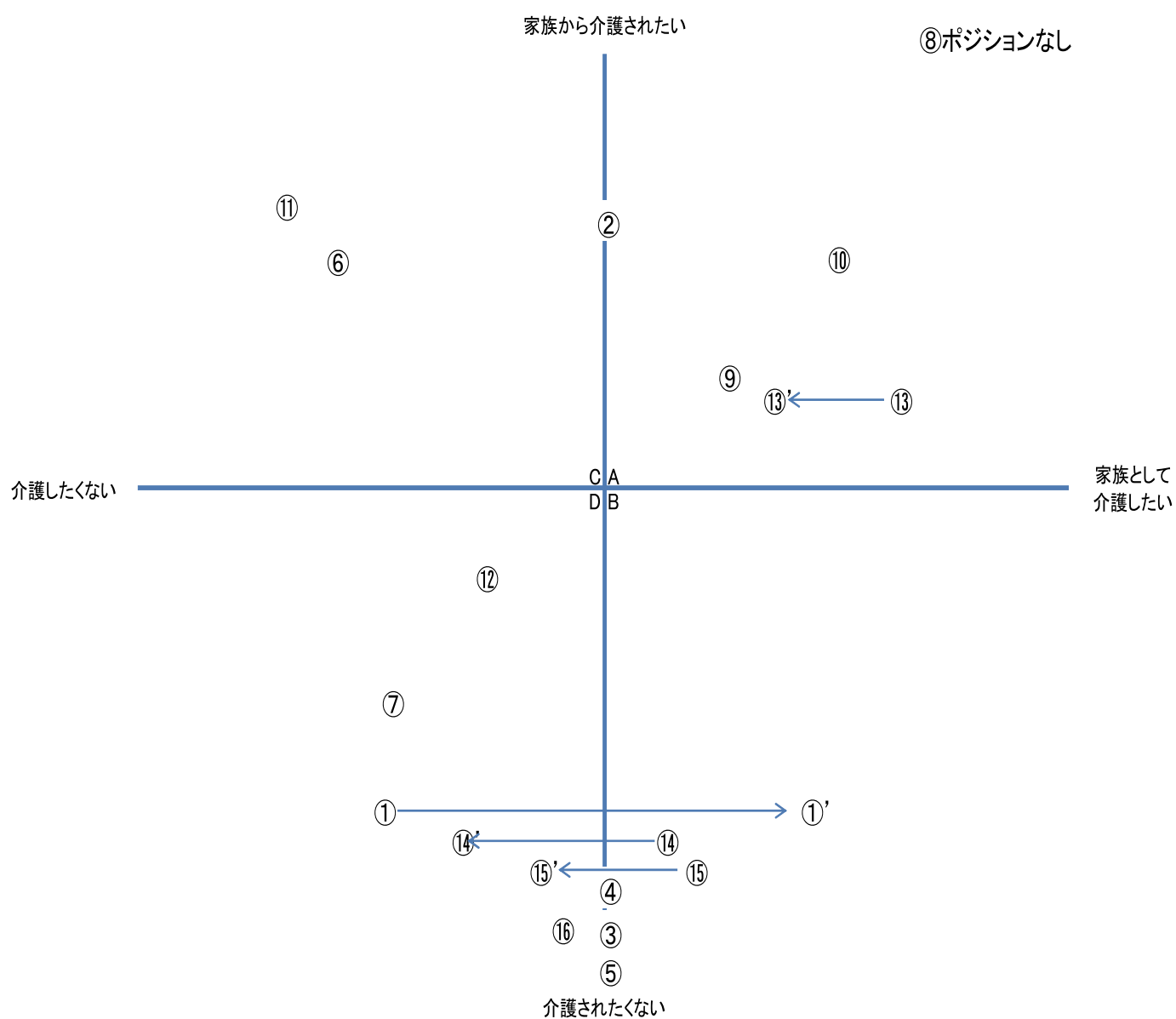
一般的には介護とは生活に援助を必要とする人のためのお手伝いをするということといわれます。しかしお手伝いという去何から何まで援助するというイメージを受ける人もいるかもしれませんが、わが国の介護保険制度における「介護」は、援助を必要とする人が自立できるようにサポートするという面が強調されています。

また、介護は老人ホームや介護保険施設などが現場となっており、家庭的な環境の中で介護ケアや穏やかで自由な生活のサポートをすることとも言えます。しかしながら、介護福祉士の資格制度創設後 10 年以上を経た現在、介護福祉士に求められる役割は大きく変化しています。身の回りの世話をするだけの介護から、高齢者や障害者等の生き方や生活全体にかかわることで利用者の暮らしを支え、自立に向けた介護利用者や家族と共に実践することへと変わってきています。さらに、社会や文化の多様化・複雑化が急速に進むのに伴い、介護に対する考え方も複雑かつ多様化しており、そうした現実 に即した社会体制がまだまだ不十分だと考えられます。われわれ一人ひとりが当事者としてこれからの「介護」のあり方と対峙し、真剣に考えることが喫緊の課題です。

【家族介護：介護する自分と介護される自分：共創結果の分布図】＜参加者 16 名＞

自分が介護する場合、家族として介護したい・介護したくない？

自分が介護される場合、家族から介護されたい・介護されたくない？





共創をふまえてあなたのお考えをマトリックスにポジショニングしてください。また、その理由をお聞かせください。

①当初はDゾーンであった。それは時間と経済的な負担を配慮していた。しかもその負担というのは、重度な相手を介護する事を想定していた。しかし、専門的な介護は他に任せて、施設に挨拶したり、顔を出すだけでも介護と捉えられるとの意見を聞いた時にそれがベストな方法だと思った。
②医療・介護システムの改善を基礎として在宅で家族と一緒に過ごしたい。両親の介護は終わっている、家内の介護については現実になってみないと何とも言えない。 往診、訪問介護のシステムが改善されれば、家族の負担は減少する。その様な社会を目指して、一人ひとりが努力する必要がある。
③相手のあることなので、こちらのしたい、したくないとは違う配慮が必要となる。人間関係を考慮してジャンプしなかった。子供はこどもの独立の人生があるので、迷惑をかけたくない。しかし子供がしてくれるというのは断らない。十分自分自身をもちこたえられるよう、鍛えていきたいと思う。
④介護者の負担を考えると、被介護者としては望まない。介護者としてはケースバイケースで判断せざるを得ない。
⑤家族や相手に負担をかけるのがいやだと思った。
⑥人間本来エゴのかたまり。自分勝手な動物である。
⑦介護は厳しい。家族に負担をかけたくない。自己の尊厳を守りたい。
⑧人工呼吸器をはずすタイミングや脳死になった時など、なるべく細かく家族に書面で申し伝えておくことが必要（残されたものに精神的な負担をかけないために）
⑨主張は変化しないが、多様な観点を得た。そもそも主張は、する方、しない方の生活に支障がない限り在宅でというもの。様々な話を聞き、在宅で衰えていく姿を見る在宅介護のメリットや在宅での負担のカテゴリーや厳しさを知った。 在宅で、する方とされる方に支障がないレベルというのは、思っていたより低いかもしれないと感じた。在宅介護の負担を軽減する技術的、社会的イノベーションの登場をさらに強く望むようになった。
⑩介護したいと思っていたけれど、実際の介護状況を聞いて現実的にやるのは厳しいと思った。したい気持ちは変わらないが、自分ができる範囲を考えてみようと思った。変化した。
⑪介護される側は「自宅に戻りたい」という気持ちから、家族から介護されたいと思っても、介護する側は「コワイ（怖い）」（家族だから介護してあげたいが、心の葛藤が起こる怖さ）と思い「介護したくない」と判断してしまう。家族による介護は危険である。問題はそうせざるを得ない状況があり社会問題となっている。
⑫すべての可能性（4つの立場）が生かされるような社会システムをつくってほしい。理想的すぎるかもしれないが、人間が人間らしく老いを迎えられるような社会になってほしい。重労働を軽減したり、話し相手になってくれたりするロボットの開発は是非推進してほしい。

⑬自宅介護したいと思うが、現実の状況を考えると無理にそれにこだわる必要はないと感じた。柔軟に考えることが大事だと思う。
⑭介護できる、できないは別として、家族内では「介護をしなくては」という義務感を抱いていた。相手の人格を尊重して介護したくない、異性だからしたくない、苦しい姿を見たくない、憎しみを抱きたくない、そして最終的に責任感が強すぎて共倒れしてしまうという話を聞いて建前を超えた、具体的な内容を聞けたり出来たのはよかった。
⑮介護しない=愛情がない、放棄しているという印象ががらりと変わった。相手の人格を尊重するからこそ、プロに任せるという意見が印象的。介護をされたくないからしたくないゾーンに移った。介護される側の気持ち、プロにお願いする安心感をする側、される側の両方が共有できれば幸せだと思う。
⑯総合的に考えてみると、自分の立場としては始めのポジションが妥当である。家族問題では感情のコントロールが難しい。介護はプロに任せるのが一番だと思う。

<出席者 16 名の属性>

出席者の性別 男性 13 名、女性 3 名

年代	10 歳代	1 名
	20 歳代	3 名
	30 歳代	2 名
	40 歳代	0 名
	50 歳代	1 名
	60 歳代	5 名
	70 歳代	3 名
	70 歳代以上	1 名

## 【参加者アンケート】

### 1. ワークショップに参加した感想

●今回のワークショップで介護について議論できたことは良かった。介護の制度を含めたことをもっと知りたい。介護施設で責任者から話が伺えとてもよかった。
●本音が通るとは限らない。十人十色、まさに参考になる。
●今日のメンバーは年配の人が多く、テーマが介護ということもあり、体験を踏まえての話が多く、生々しくリアルな話が聞けてよかった。
●介護をより身近な問題として考えられるきっかけとなった。
●大変勉強になった、現実化する前の予行演習は大切だと思いますが、それはあくまでもいざとなったときの構えをつくるもので、余裕をもった思考の産物的側面があると思う。しかし、大いに価値のあることだと思った。
●重要なテーマで貴重な意見が出た。参考になった。
●家族内で最悪の場合を想定して、事前に話し合っておく事が大事だと思いました。
●グループに分かれるのは個人個人話す機会があって良いと思った。

### 2. 今後のワークショップに期待することは何か。また、今後取り上げてほしいテーマは。

●介護事業関連について
●社会に対する提言のレベルまで達せばベストである。
●人間、如何に生きるか終わりのないテーマである。

#### 4. おわりに代えて：自分の生き方としての介護と希望

人生を生きるうえで、避けて通れない介護の問題について、心を持つロボットとのかかわり、そして自分とのかかわりという観点から考え、新たな知見を得たことで、一定の成果を修め、共創ワークショップの旅も終盤を迎えつつある。

「共創空間」で気づいた（新たに意識した）介護とは、ロボットによる介護とは自我（自分の思い・考え・意思）を持たない介護であり、（自我があるように人間が錯覚してしまう）AI による心を持つロボットも例外ではない。心をもつロボットによる介護は、依然として抵抗感はあるものの、受容する意識が主流になりつつある。しかし、その危険—ロボット依存の罠—に気づいていないところに、真の危険があると考え、「共創空間」で、その危険を意識化することを試みた。



介護に自分がどうかかわるのか、という問題とは、ロボットにはない「自我」をもつ自分が介護に関与することであり、自分が介護する場合、介護される場合、どちらの立場に立っても、他者を意識しながら自己本位的（自己中心的）に介護にかかわることから生ずる問題である。この問題—自己依存の落とし穴—について、「共創空間」で取り組んだ結果、自分の介護に対するかかわり方には、4つのタイプがあることを発見することができた。いずれのタイプも在宅介護を想定しているが、家族として介護する自分と家族から介護される自分が「共創空間」で向き合ったとき、家族介護の限界が明確に浮かび上がり、介護当事者の家族を含む地域社会全体で包括的に取り組む必要性、緊急性を強く意識することができた。今回訪問した介護施設「麗しの杜光ヶ丘」は、こうした取り組みの模範的事例の一つと言える。

だが、この共創の旅は終わりではなく、新たな旅の始まりとも言える。なぜなら、介護問題を介護手段としてのAIによるロボット技術、および制度的支援（介護保険制度など）の観点から共創空間（介護に対する多様な意識・価値観の存在）で考えてきたことにより、自らの生き方として介護を位置づけてこなかったということに気づかされたからである。

この本で紹介したように、目下、国家および地域社会全体で介護問題に取り組むべき方策も打たれており、心を持つ介護用ロボットも急速な進歩を遂げることが予想される。しかし、仮に制度面・経済面、および、科学技術面で介護問題が解決される方向に向かったとしても、自らの意識世界に広がる生き方としての介護問題は未解決のままである。つまり、介護を避けて通りたい、あるいは介護と向き合いたくないという自己本位的、自己中心的な意識、自我そのものが問題であり、その固定観念に支配され一步も前進できないという束縛状態にあるのではなかろうか。自分にとっての介護を考えることとは、この束縛状態からの脱却を意味する。まさに、介護を自らの生き方（ライフスタイル）の中で捉えることであり、自らの死生観を含む生き方そのものを問い直すことを意味しているのではなかろうか。この問いを持つということは、介護は自分の生き方とかかわっており、自らの生き方が変われば、介護に対する意識も変わる可能性があることを示唆している。

従って、この問題は、今介護の現場に身を置かれている方々だけでなく、また、介護予備軍とされる高齢者だけでもなく、若年層世代を含む全世代、全人類にとって共有化すべき重要な問題を含んでいる。実は、この介護に対する我々人間の意識問題に光を当てることを可能としたのが、これまで実践してきた＜気づき＞をもたらす「共創空間」である。介護に対する意識を知るためのモノサシ（判断基準）で「共創空間」をつくり、他者と心のキャッチボールをしながら、意識変革（イノベーション）をもたらしてきた。介護に対する固定観念を溶解し、新たな介護観を持ち、生き活きとした生き方、人生観・死生観を手に入れる手がかりとなったのではないかと考える。

そこで、ここでは、心を持つロボットや自分とのかかわりから触発された、自分の生き方としての介護問題について、ライフスタイル研究会（麗澤オープンカレッジの社会人講座）のメンバーと共に「共創空間」の中で実践した成果の一部を紹介し、総括すると同時に、今後この問題について共創する際の起爆剤としたい。

自分の生き方としての介護問題については、4つに分けて紹介する。

1. 自分にとっての介護を考える共創空間づくりとその成果
2. 夫婦でのキャッチボール（共創空間）による介護を前提とした自分の生き方探し
3. 在宅介護という生き方
4. 絶望的に見える介護現場での希望について

## 1. 自分にとっての介護を考える共創空間づくりとその成果

「自分にとっての介護とは何か」という問いかけに正面から向き合う時、その答えを自らの生き方に見つけることは意外と難しい。なぜなら、たとえ仕事等で介護に携わっているとしても、自分の生き方と介護とは無関係と思い込む場合があるからである。

そこで、この両者をつなぎ、かつ、介護に希望があるのか否かを明らかにする共通の判断軸（モノサシ）を開発してみた。ずばり単刀直入に、「介護は自分の生き方になっているのか」という問いと、「介護には希望があるのか」という問い、をクロスすることによって、様々な価値判断があることを明らかにするところから開始した。

その結果、自分の生き方とのつながりでは、明確なつながりが存在していることを確認できた。

「介護は自分の生き方となっている」という人は、以下の判断基準に基づいている。

- ・介護が自分の生活の一部となり日常化しているため。
- ・介護施設にたよっているため。
- ・介護サービスが自分の生き方のお手本となっているため。
- ・人のために生きる（生き方）だから。
- ・支え合って生きるため（当然のことだから）。
- ・介護（サービス）は感謝・思いやりの心を持って行うことだから。

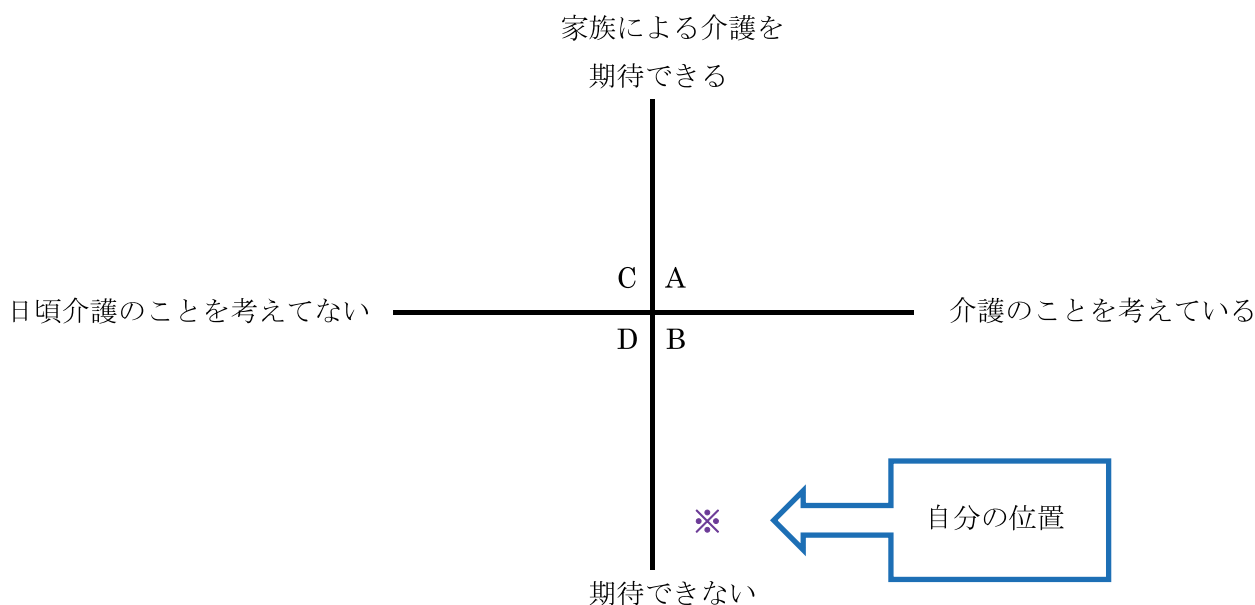
反対に、「介護は自分の生き方となっていない」という人の判断基準とは、「介護は未知の世界なため」、「介護とのかかわりを実感できないため」、「(つながりが) ぼやっとしているため」などとなっている。

次に、介護に希望があるのか否かの判断基準であるが、「希望がある」とする基準として、良い介護施設に入れること、自分の老人像（終末観）を決めておくこと、PPK（ピン・ピン・コロリ：死の直前まで元気で生活すること）、さらに上述で指摘された、感謝・思いやりの心があること、などがあげられた。なお、希望がある「良い介護施設」については、金銭的な良さであり、入居金額によって“良さ”が異なってくるので、「地獄の沙汰もカネ次第」と指摘した点も注目される。

他方、希望がない介護として、「叶わぬ PPK」や介護福祉士などが直面している過酷な介護労働について、現実的な問題として強く主張された。

## 2. 夫婦でのキャッチボール（共創空間）による介護を前提とした自分の生き方探し

この共創に触発されたライフスタイル研究会のメンバーの方（0 さん）が、「自分にとっての介護とは何か」という問いを家庭に持ち帰って、妻と向き合い、自分の介護をどうするか、共創空間を創って、その答え探しの旅に出た。その成果を次に紹介する。





老夫婦の会話（O：夫 75 歳　　K：家内 73 歳）

**K**：先程、娘（45 才）から電話で、最近介護番組が多い、「悲惨な介護現場」を見たけれど、私も夫も一人子だから 4 人の介護なんて出来ないから、お金は残さなくても良いから、元気なうちに自分たちで考えて！と言っていましたよ。

**O**：介護職の仕事は、身の回りが出来ず、家族が面倒を見ない高齢者に対して毎日毎日、衣類の着替え、3 食、入浴、下の世話が職務。夜間勤務もある大変厳しい、3K（きつい・きたない・きけん）の最たる職場、その割に手当ても低い（月収 15 万円～）。良い人材が集まるわけがない。最近是我儘で言う事も聞かず、騒ぎ立てる高齢者の虐待や殺人まで起きている。人としての尊厳、倫理観、道徳の崩壊が起きつつあるのではないだろうか。

**K**：そんなこと言ったら、私たちもいずれは死をむかえる、お互い高齢だから認知証や寝たつきりなったら、介護施設に入らなければならないわよ！私もあなたの世話を見れる、とは言い切れません。

**O**：俺の死生観は PPK（ピンピンコロリ）だ！それなりの人生を生きてきたから、天災や不慮の事故等、想定外の事故は Good だ。また癌や心臓疾患、脳疾患で病院に入院した場合は尊厳死協会に入っているから、延命治療お断り、緩和治療、尊厳死で死ぬつもりだよ。

**K**：そんなうまくゆくわけがない、病院は治療をするところで死なせてくれるところではありません。病気ではなく認知症やボケで手に負えなくなったら介護施設しかありません。

**O**：困った！平均寿命（85 歳）まで健康を維持できるように日常管理を徹底し自愛してゆく、なせば成る、うまくゆくはずだ！介護施設にはお世話になりたくないな。

**K**：すべての介護職場が悪いわけではない、自分次第です。まずは介護してくれる方に「感謝の気持を持てる高齢者」になることです。そして良い介護施設を探しておくことではないですか？

**O**：「人は一人で生きて行けない」ことはわかっている、他人にお世話になることが出来ない人はダメとも言われる。日頃から感謝の気持をもちあわせる人間になることか？まさにモラロジー（道徳科学）の世界だね、でも難しい～。

しかし、少子高齢化で今後 10 年も経てば日本の人口構成は 15～59 歳が 40%強、60 歳以上が 40%と、1：1 の状況になり、高齢者の介護は介護者不足で不可能、孤立・孤独死は日常茶飯事。今のような年金、社会保険費も破綻し、下流老人が増え日本の社会福祉政策は崩壊してゆくのではないだろうか？負担をかける高齢者が毛嫌いされる社会、長寿が Want されることは絵に描いた餅、介護施設も崩壊するような予測不可の社会が来るのではないか。

そうなって初めて、国・国民は人としての尊厳死・安楽死を法的に議論する一方、シンガポールのように移民政策を大幅に緩和し、新興国から介護に携われる人たちを大量に受け入れるようになるのではないだろうか？また移民者、介護職の地位向上も論議され、一定期間を過ぎたら日本の国籍を与え日本の人口増も視野に入れる時代が必ず来ると思う。

**K**：そうなるまでお互い健康で長生きできれば良いですね。でも「備えあれば憂いなし」ですよ。私は介護施設に入れて頂いて結構です。

以上夫婦の会話をもとに、共創空間で介護のことを考えますと、**B ゾーン**になります。

O さん夫婦の会話を通じて、自分にとっての介護、介護施設での生き方を考えるという、実践

的で、とても大切な共創リポートをいただき、こうして読者の方々とシェアできることは嬉しい限りです。まさに、介護を考えながら、夫婦の間にオープンで暴力のない共創空間が生まれてくるところが真の狙いとなりますね。

上述の共創マトリックスにおいて、ヨコ軸を1、タテ軸を1とすれば、1+1の答えは参加者の数だけ、たくさん見つかる。読者の皆さんも是非、他者とのキャッチボールを共創空間で実践してみてください。

### 3. 在宅介護という生き方

自分にとっての介護について共創し、成果を修めた、もうひとつの事例は、以下で紹介するYUさんの「在宅介護という生き方」である。

#### (1) 在宅介護こそ真の家族の姿

- 1) 超高齢社会では治せる患者は病院で、治せない患者は介護施設か家庭での療養生活という考え方が主流になりつつあると思われる。
- 2) 一方、患者の本音では可能な限り、自分の最期を自宅で過ごしたいと思いつつも、
  - ①家族に負担をかける
  - ②必要な医療サービスが受けられるだろうか等々の迷いを抱えることになる。
- 3) 我が国の現状から、仮に、家族、介護者が介護施設の利用を選択しても、タイムリーに入所が認められる保証はない。また、人はお互いに支える、支えられる関係が、本来の姿であり、在宅介護こそ「真の家族の姿」であると考えている。

したがって、私たちは、在宅介護はいずれ、日常化するものと考え、日ごろから、家族間の絆に配慮するなど心の準備をしたいものです。

#### (2) 継続的な在宅介護を可能にするために

- 1) まず、退院前に病院関係者と地域医療スタッフが家族、介護者と協議の場を持ち、「家族の介護力」「療養環境」に問題はないか、次に「各スタッフ間の情報共有」システムの確認を行う。
- 2) 次に、地域医療の質的向上について、抜本的な解決策は一人の医師に依存するのではなく、「地域医療専門機関」の設置が望まれる。この前提には地域医療専門の医師の育成が不可欠になる。
- 3) さらに、現行の介護保険制度では介護者は対象外であり、少なくとも、「在宅と介護施設」の組み合わせにより、介護者の諸ニーズに対応できるレスパイトケア<sup>14</sup>の弾力的運用が求められる。

#### (3) 希望の持てる在宅療養生活の実現を

長期的な視点からは「2030年のIoT」では「ヘルスケア」がビジョンとして含まれており、この具体化により、地域医療システムが大幅に改善され、家族の安心と負担軽減が期待される。

---

<sup>14</sup> 英語の respite care；乳幼児や障害者、高齢者など要介護者を在宅でケアしている家族の精神的疲労を軽減するため、一時的にケアの代替を行うサービスのこと。

#### 4. 絶望的に見える介護現場での希望について

最後に、介護と向き合うことによって、自分の生き方を問い直す必要があるとすれば、それは介護する・介護されるという生き方に希望があるのか、という問題ではなかろうか。そもそも、自らが介護の現場に身を置かなければ（いや、たとえ身を置いても）、介護を自分の生き方と結び付けて考えようとししないのではなかろうか。（回復の望みがない）介護はできるだけ避けて通りたいというのが本音であり、そこには希望がないと考えているからである。

上述の 3.4 で述べたように、介護保険制度における「介護」は、援助を必要とする人が自立できるようにサポートするという面が強調されているが、自立の見込みがない絶望的な介護空間でも希望はあるのだろうか。この状況とは、心を持つロボットを活用し、介護保険も利用し、ホテルのような介護施設で介護されたとしても、変るものではない。

そこで、ここでは助かる望みのない絶望的な介護空間においても、希望がありうるという事例を紹介する。

先日（2016 年 2 月 28 日）、私（大場）は、埼玉県の上野にある介護施設を訪問した。そこで介護されている方は、私の知人（Y さん）であり、60 代で ALS（筋萎縮性側索硬化症）<sup>15</sup> という病気で昨年 3 月に入居された方である。1 人部屋で、その部屋を訪ねたときは、パソコンの画面に向き合っておられた。車イス状態は昨年と同じであるが、病気が進行し、首の筋肉も萎縮し、首を固定する器具が付けられてあった。車イスでの歩行もままならない状態であった。病状は全くの絶望状態で、本人もそのことを知っている。妻とも離婚されており、一人ぼっちで寂しいと思い、訪問。しかし、Y さんには確かな希望があることを知ることができた。その希望とは、「死は終わりではない」という聖書で約束された希望である<sup>16</sup>。この希望が Y さんに与えられていることを、表情だけではなく、話の中で、はっきりと確信することができた。Y さんは、イエス・キリストを救い主として受け入れたキリスト者（キリスト教という宗教とは無関係）である。部屋の壁には、大きな字で書かれた「私たちの国籍は天にある」という聖書の言葉が目に入ってくる。歌を歌って、共にイエス様を賛美していると、「永遠のいのち」をいただいて、イエス様とひとつとなる、という喜びと希望で満たされ、自然と嬉し涙が出た。要介護者である Y さんから仕事のことで無理なくていいよ、と逆に慰めを受けた。Y さんと聖書の言葉を分かち合い、限りない励ましを受け、「また、来ます」と言って、部屋を出た。現在、私は身体的には何不自由なく、介護される必要はない。しかし、実は、心の奥底にある、たましい（魂）とスピリット（霊）の次元では介護（ケア）を絶えず必要としている。そのことを強く実感した瞬間でもあった。

神の言葉はいのちそのものです。天地万物を創られた神（人間の概念で作られた空想の神でもなく、偶像神でもない）は、今、生きておられ、人生を彷徨う小羊である私のような人間にとっ

---

<sup>15</sup> 脳や末梢神経からの命令を筋肉に伝える運動ニューロン（運動神経細胞）が侵される病気で、難病の 1 つに指定されている。重篤な筋肉の萎縮と筋力低下をきたす神経変性疾患で、極めて進行が速く、半数ほどが発症後 3 年から 5 年で呼吸筋麻痺により死亡するとされている。

<sup>16</sup> イエスは言われた。「わたしは、よみがえりです。いのちです。わたしを信じる者は、死んでも生きるのです。また、生きていてわたしを信じる者は、決して死ぬことはありません。」（新改訳聖書、ヨハネによる福音書 11 章 25～26 節）。また、ゴットホルド・ベック宣教師が「死は終わりではない—聖書からのメッセージ」というテーマで、麗澤オープンカレッジの社会人講座で 2014 年 1 月 24 日に講演された。その講演記録が以下のサイトで紹介されているので、是非参照されたい。<http://www.geocities.jp/hecaress/He/Messages/BcOwari.html>

ての絶対的な介護者（助け主）となっている。そのいのちの書である聖書から、疲れや空しさ、さらには恐れに心が支配されているとき、あるいは、不安のどん底や絶望の淵にあるときであっても、希望と喜びが与えられる言葉を紹介します。

私たちの国籍は天にあります。（ピリピ人への手紙 3 章 20 節）

いつまでも残るものは信仰と希望と愛です。

その中で一番すぐれているのは愛です。（コリント人への手紙第一 13 章 13 節）

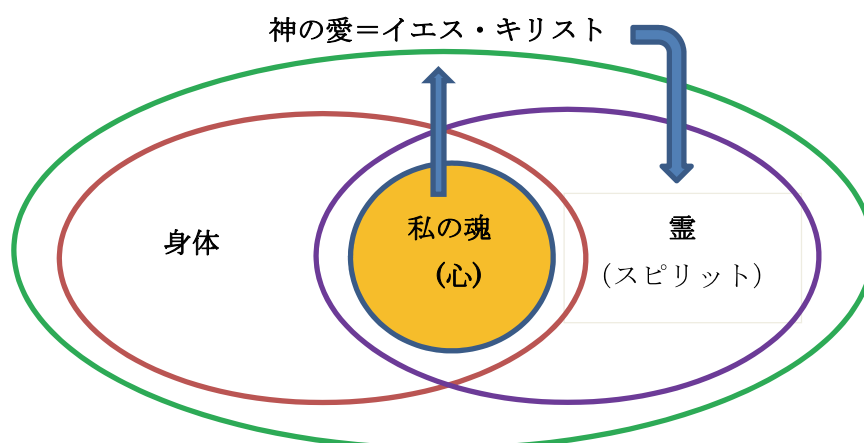
愛には恐れがありません。（ヨハネの手紙第一 4 章 18 節）

主を待ち望む者は、新しく力を得、鷲のように翼をかって上ることができる。

走ってもたゆまず、歩いても疲れな。 （イザヤ書、40 章 31 節）

心を持つロボットと介護とのつながり、自分とのつながりを探しながら、共創空間で介護と向き合い、生き方そのものに光があてられ、そこから希望を見いだすヒントがあれば、最高の喜びです。

この共創ワークショップのオープニングで、チューリップという花が登場したのを覚えておられますか。この花言葉のテーマは、「愛」です。愛にもいろいろな意味がありますが、最も素晴らしい愛は永遠の愛、即ち、神の愛です。（永遠の）愛は神から出ています（ヨハネの手紙第一 4 章 7 節）。そして、神の愛の現れとは、イエス・キリストであるという真理に気づくことができますように。“終わりのない” 介護の現場が、たとえ身体的、精神的に絶望的な状況であっても、時空を超えた愛、あらゆる文化を超越した大きな愛に包まれ、この愛に希望を持つことができますように。



キリストの愛が私たちを取り囲んでいる

（コリント人への手紙第二 5 章 14 節）

## 謝辞

本書は、麗澤大学経済社会総合研究センターの 2015 年度の研究プロジェクトの一環として実施した「共創空間」実践ワークショップの成果である。当センターのみならず実に様々な方々のご支援、ご協力に支えられて、まとめることができた。心から感謝したい。

本書で紹介する「共創空間」実践ワークショップおよび編集・校正に参加した方々は次の通りである。

### <話題提供者>

立木教夫（ロボット）、目黒昭一郎（介護）

### <ワークショップの司会・進行・記録>

露木かおり（司会・進行）、石渡秋（記録）

### <「共創空間」参加者（五十音順）>

石渡秋、内田加奈美、太田禮、大場裕之、大野光雄、鈴木陽一郎、高須賀弘、高畠達美、立木教夫、露木かおり、中野成美、中山信之、鳩原吉也、早川總一、林英彦、松尾亮平、目黒昭一郎、山城信以子、山本達郎、山岡平三、柚木隆志、渡邊彰男（以上、共創空間開発プロジェクトチームおよびライフスタイル研究会メンバー<麗澤オープンカレッジの社会人講座「ライフスタイル再発見」受講者>）、モラロジー専攻塾生・麗澤大学学部学生約 30 名。

### <全体の編集・校正>

大場裕之、石渡秋、露木かおり

話題提供者であり共創空間開発プロジェクトチームのメンバーである立木教夫さん、目黒昭一郎さん、ありがとうございました。専門家の立場からロボットと介護について各々深い見識を示して下さい、また多忙の中、編集作業にも加わって下さり、心から感謝いたします。

本職の仕事があるにもかかわらず、ワークショップの企画および司会進行、さらには編集にも携わって下さった露木かおりさん、心から感謝いたします。ワークショップでの共創体験を克明に記録し、その時の感動を蘇えらせて下さったのみならず、編集および「コラム」、介護に関する図書の紹介などにも積極的に関わって下さった石渡秋さん、ありがとうございました。

AI ロボットで協力していただいた中山佐保子さん（前アプロイドテクノロジー（株））、また、これからの日本を担う塾生たちに声をかけて下さったモラロジー専攻塾の加島亮伸さん（モラロジー専攻塾教務室長）に感謝いたします。ワークショップでの塾生たちの真摯な態度に感銘いたしました。

おもてなしの心で温かく迎えて下さったサービス付き高齢者向け住宅である「麗しの杜光ヶ丘」の清家忠男さん（公益財団法人モラロジー研究所収益事業部部長／高齢者福祉介護事業部部長）、

および萱森実さん（麗しの杜光ヶ丘事務長）、公的な施設での介護現場を見学し、現場の声をお聴きし、「眼からウロコ」の体験をさせていただきました。心から感謝します。

臨場感のある写真を提供してくださった野村恭仁郎さん（麗澤大学広報担当）、介護現場で働く今と近未来のロボットたちを生き活きとイラストで描いてくださった和泉直子さん、そして、2015年度の麗澤大学学長プロジェクトとして同時並行的に研究してきた「知と徳をつなぐ共創空間」開発研究会（知徳一体共創研）のメンバー各位にも厚くお礼を申し上げます。社会科学の新たな専門分野を創発する取り組みに対して、資金的、制度的にサポートしてくださった麗澤大学経済社会総合研究センター、および、印刷・出版を快く引き受けてくださったスパークル企画社の滝口輝彦さんにも、深く感謝したい。

この共創空間の本を通じて、介護とロボットとのつながり、また自分とのつながりを知る機会となりますように。また、この機会を通じて、大学と地域社会・コミュニティとがより一層つながり、地域社会活性化のための世代間をつなぐ礎石としての大学づくりとなりますように。さらに、今直面している介護の現実がたとえ絶望的に見えても、希望と喜びで満たされた叡智と生き方があることを知るヒントとなりますように。このことが、共創空間開発プロジェクトチーム、およびライフスタイル研究会メンバー一同の心からの願いです。

今度は、読者としてだけではなく、次なる共創空間の旅に是非参加してみませんか。お待ちしております。

2016 年（平成 28 年）3 月 30 日  
大場裕之  
共創空間開発プロジェクトチーム・  
ライフスタイル研究会



**共創空間開発技法（CSD 技法）2015 年度実践ワークショップ**  
—『共創空間開発学のすすめ』執筆者による共創ワークショップ① レポート—

**第 1 回 ロボットと“きょうそう”しませんか？**

日時：2015 年 7 月 4 日(土)10:00～16:00

会場：麗澤大学 生涯教育プラザホール

参加者：30 名

話題提供者：立木教夫（麗澤大学経済学部特任教授）

司会・進行：NAO&露木かおり

主催：大場裕之＋「共創空間」開発プロジェクトチーム

**ワークショップ実施内容**

- 10:00～10:40 NAO の紹介、共創空間開発技法（CSD 技法）とは何か？  
「ロボットは好きか嫌いか／良いか悪いか」を体験
- 10:40～11:10 映像によるロボット技術の紹介 その 1
- 11:10～11:50 立木教授によるロボットに関する話題提供、質疑応答
- 11:50～12:00 参加者への話題提供「ロボットを活用した介護の現場について」
- 12:00～13:00 Lunch
- 13:00～14:00 映像によるロボット技術の紹介 その 2  
NAO のパフォーマンス
- 14:10～14:25 Coffee Break
- 14:25～14:40 6 グループに分け「ロボットと介護」について意見交換
- 14:40～15:50 プレゼンテーション（グループごとの内容を共有）  
個々のマトリックス体験
- 15:50～16:00 Closing

**配布資料**

- 「仏企業のロボットが日本国籍になった日」（『COURRIER』 2015June）
- 「2030 年ロボットと私」（朝日新聞 5/31 6/7 6/14 6/21）
- 「脳と心の科学技術倫理 心をもつロボットの出現とその社会的インパクト」（立木教夫）



**概要**

2013 年に立ち上げた「共創空間」開発プロジェクトのメンバーにより共創を行った成果を書籍としてとりまとめ、『共創空間開発学のすすめ』が麗澤大学出版部から 2015 年 3 月に出版された。2015 年度はその本で取り上げた多彩なテーマを中心に共創ワークショップを順次開催していくことになった。

第 1 回のテーマは、立木教授が話題提供したロボット。題して「ロボットと“きょうそう”しませんか」。フランスアルディバラン社製のロボット NAO が特別参加し、「ロボットと介護」について、活発な意見交換が展開し、充実した共創空間が実現した。

**共創空間開発技法（CSD 技法）実践ワークショップ**  
—「共創空間開発学」すすめ執筆による共創ワークショップ② リポート—

**第2回 私にとって介護とは？ 共創空間で考える**

日時：平成 27 年 10 月 3 日(土) 10:00～16:20

場所：公益財団法人モラロジー研究所 サービス付き高齢者向け住宅 麗しの杜光ヶ丘  
麗澤大学研究室 B 棟ラウンジ

参加者：20 名

話題提供者：目黒昭一郎（麗澤大学 経済社会総合研究センター客員教授）

司会・進行：露木かおり

主催：大場裕之 + 「共創空間」開発プロジェクトチーム

---

**ワークショップ実施内容**

- 10:00～11:00 麗しの杜光ヶ丘 施設見学  
11:00～12:00 麗しの杜光ヶ丘 施設の紹介  
収益事業部 部長、高齢者福祉介護事業部 部長  
清家忠男 氏
- 12:00～13:00 Lunch（研究室 B 棟ラウンジ）
- 13:00～13:30 実践ワークショップ
- 13:30～14:45 目黒先生より「『介護保険制度』を考える」について話題提供、  
意見交換
- 14:45～15:00 Coffee Break
- 15:00～15:40 グループ分け  
共に創る空間の体験（グループごとに問題点・原因、解決策を  
シェアする）
- 15:40～16:10 プレゼンテーション（グループごとにとりまとめた内容を発表）
- 16:10～16:20 まとめ
- 16:20 Closing

**配布資料**

麗しの杜光ヶ丘パンフレット

話題提供「私にとって介護とは？」（目黒昭一郎客員教授）

**概要**

第2回共創空間ワークショップは、第1回の「ロボットと介護」というテーマを引き継いで「私にとって介護とは？」と題して共創空間で介護について考えた。前半は「麗しの杜光ヶ丘」という介護施設を見学し、その理念や実践状況について施設の事業部長のお話を聞かせていただいた。後半は研究棟で、目黒客員教授から話題を提供いただき、その上で、介護する側、される側の立場から共創空間で介護を考える試みを実践。白熱した意見交換がなされ、高齢社会を迎えて誰もが切実な問題であることがうかがわれた。

## ロボット・介護・共創空間 関連図書・記事

### <ロボット>

NEDO [2014]『ロボット白書 2014:社会を変えようとするとき、そこにロボット技術がある!』NEDO (新エネルギー・産業技術総合開発機構).  
([http://www.nedo.go.jp/library/robot\\_hakusyo.html](http://www.nedo.go.jp/library/robot_hakusyo.html))

日経コンピュータ編集 [2015]『The next technology:脳に迫る人工知能最前線』日経 BP 社/日経 BP マーケティング(日経 BP ムック).

フレデリック・カプラン著/西垣通監修/西兼志訳 [2011]『ロボットは友だちになれるか:日本人と機械のふしぎな関係』NTT 出版.

長田正 [2005]『ロボットは人間になれるのか』PHP 新書.

けいはんな社会的知能発生学研究会編[2004]『知能の謎:認知発達ロボティクスの挑戦』講談社.

マーティン・フォード著 松本剛史訳 [2015]『ロボットの脅威:人の仕事なくなる日』日本経済新聞社.

デイビッド・ジェフリス著、富山健日本語版監修 [2009]『はたらくロボット』ほるぷ出版.

日経産業新聞社編 [2016]『ロボティクス最前線』日本経済新聞社.

石黒浩 [2015]『アンドロイドは人間になれるか』文春新書.

石黒浩、池谷瑠絵[2010]『ロボットは涙を流すか:映画と現実の狭間』PHP サイエンス・ワールド新書.

小林雅一[2013]『クラウドから AI へ:アップル、グーグル、フェイスブックの次なる主戦場』朝日新書.

広瀬茂男[2011]『ロボット創造学入門』岩波ジュニア新書.

大和信夫[2006]『ロボットと暮らす:家庭用ロボット最前線』ソフトバンク新書.

カーツワイル著、井上健監訳、小野木明恵・野中香方子・福田実共訳[2007]『ポスト・ヒューマン誕生:コンピュータが人間の知性を超えるとき』日本放送出版会.

ハンス・モラベック著、夏目大訳[2001]『シェーキーの子どもたち:人間の知性を超えるロボットの誕生はあるのか』翔泳社.

大森荘蔵[1999]『大森荘蔵著作集 第四巻 物と心』岩波書店.  
大森荘蔵[1999]『大森荘蔵著作集 第五巻 流れとよどみ』岩波書店.

Hans Moravec, *Robot: Mere Machine to Transcendent Mind*, Oxford University Press, 1999.  
Martin Ford, *Rise of the Robot: Technology and the Threat of a Jobless Future*, Basic Books, 2015.

David J. Gunkel, *The Machine Question: Critical Perspectives on AI, Robots, and Ethics*, The MIT Press, 2012.

Ray Kurzweil, *The Singularity Is Near: When Humans Transcend Biology*, Viking, 2005. レイ・Kevin Warrick, *I, Cyborg*, Century, 2002.

Wendell Wallach & Colin Allen, *Moral Machines: Teaching Robots Right from Wrong*, Oxford University Press, 2009.

朝日新聞連載記事[2015]「2030 年 ロボットと私」1)「みんなの見方」2015 年 5 月 31 日、2)「研究者の見方」2015 年 6 月 7 日、3)「利用する現場」2015 年 6 月 14 日、4)「未来に向けて」2015 年 6 月 21 日、朝日新聞社.

COURRIER 7 月号記事[2015]「仏企業のロボットが日本国籍になった日」講談社.

日経新聞記事[2015]「日本郵政・アップル・IBM 人工知能使い高齢者見守り」4月30日、日本経済新聞社.

日経新聞記事[2015]「棋士 VS ソフト 電王戦4 『人をを超える』とは」5月8日、日本経済新聞社.

### <介護>

羽田圭介[2015]『スクラップ・アンド・ビルド』文藝春秋.

伊藤比呂美[2014]『父の生きる』光文社.

モブ・ノリオ[2007]『介護入門』文春文庫.

上野千鶴子[2005]『老いる準備:介護すること されること』学用書房.

落合恵子[2007]『母に歌う子守唄:私の介護日誌』朝日文庫.

河合克義[2015]『老人に冷たい国・日本:「貧困と社会的孤立」の現実』光文社新書.

結城康博[2015]『在宅介護:「自分で選ぶ」視点から』岩波新書.

堺園子[2000]『世界の社会福祉と日本の介護保険』明石書店.

竹崎孜[2004]『スウェーデンはどう老後の安心を生み出したのか』あけび書房.

パトリシア・ブラウネル／スーザン・カール／エリザベス・ポドニクス／オーラ・ユークレスタ／リア・スザナ・ダイチマン著、多々良紀夫／塚田典子完監訳[2004]  
『世界の高齢者虐待防止プログラム:アメリカ、オーストラリア、カナダ、ノルウェー、ラテン・アメリカ諸国における取り組みの現状』明石書店.

和田秀樹[2015]『働きながら、親をみる:自分の人生をあきらめない介護』PHP 研究所.

岡野雄一[2014]『「ペコロスの母」に学ぶ:ボケて幸せな生き方』小学館新書.

新田香織[2015]『仕事と介護両立ハンドブック:コア社員の退職を防ぐ』公益財団法人日本生産性本部 生産性労働情報センター.

ORIX プレスリリース[2014]『第7回介護に関する調査-家族の介護について約9割が不安を感じる:男性は費用面、女性は精神的な負担』オリックス・リビング株式会社.

広井良典[2013]『人口減少社会という希望』朝日選書.

リチャード・フロリダ、井口典夫訳[2008]『クリエイティブ資本論』ダイヤモンド社.

広井良典 [2015]『ポスト資本主義:科学・人間・社会の未来』岩波新書.

田中滋・栃本一三郎編 [2011]『介護イノベーション』第一法規株式会社.

### <共創空間>

大場裕之+「共創空間」開発プロジェクトチーム [2015]『共創空間開発学のすすめ:知のイノベーションの新技法』麗澤大学出版会.

大場裕之+ライフスタイル研究会 [2015]「“共創空間”を開発することの学問的意義:「共創空間開発学」の構築を目指して」『RIPESS(Reitaku Institute of Political Economics and Social Studies)』Working Paper No.68 3月 麗澤大学経済社会総合研究センター.

大場裕之+ライフスタイル研究会 [2013]「「共創空間」で地球を旅しよう:ライフスタイルの再発見」『RIPESS(Reitaku Institute of Political Economics and Social Studies)』Working Paper No.56 3月 麗澤大学経済社会総合研究センター.

心を持つロボットと介護  
－「共創空間」で気づく介護：自分・ロボットとのかかわり－  
(RIPESS Working Paper No.73)

---

発行：平成 28 年 3 月 30 日 第 1 刷発行  
著者：大場裕之・立木教夫・目黒昭一郎＋「共創空間」開発プロジェクトチーム  
発行者：RIPESS 麗澤大学経済社会総合研究センター  
〒277-8686 千葉県柏市光ヶ丘 2-1-1  
☎04-7173-3761 Fax04-7173-1100 <http://ripess.reitaku-u.ac.jp/>  
印刷・製本：スパークル企画社

---

©2016 Hiroyuki Oba et al.

Printed in Japan

# 経済社会総合研究センター Working Paper 発行一覧

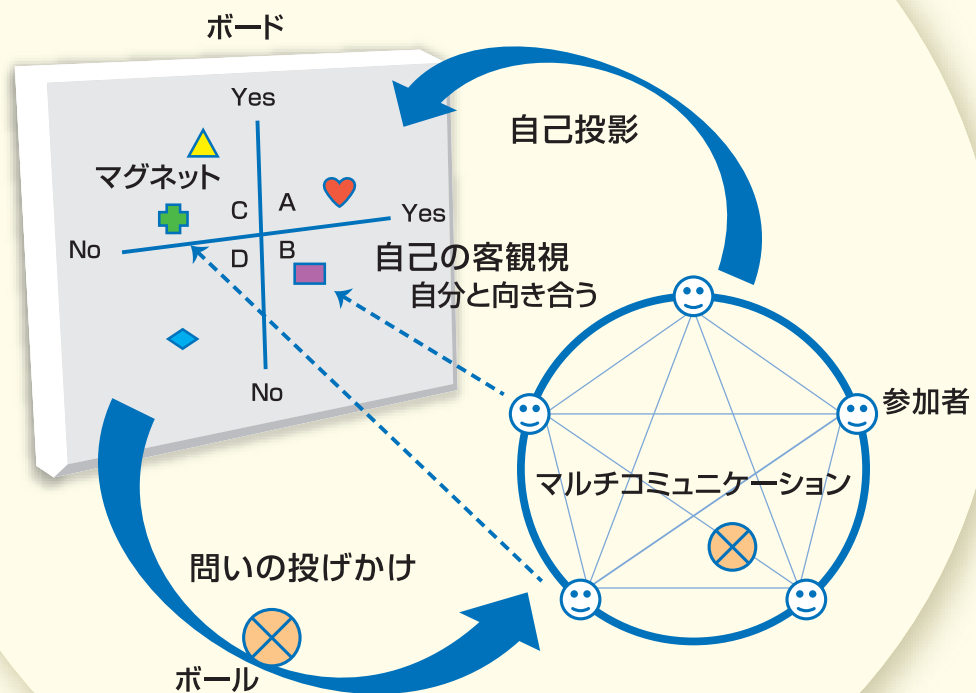
No.	発行年月日	題 名 / メンバー
1	2001/04/29	■品質を考慮した中古マンションの価格モデルの推定 [ 小野 宏哉・高辻 秀興・清水 千弘 ]
2	2002/03/01	■国家の在り方に関わる基本問題 ―日本国家の戦略的危機管理を考える― [ 大貫 啓行 ]
3	2002/04/01	■首都圏中古マンション市場を対象とする品質調整済住宅価格指数の開発 ―市場の構造変化と指数の接続― [ 小野 宏哉・高辻 秀興・清水 千弘 ]
4	2002/03/12	■日本のアイデンティティと外交政策 [ ロナルド A・モース ]
5	2002/03/15	■イスラムの拡大と21世紀の国際社会理解の為に ―イスラム拡大が引き起こす諸問題― [ 保坂 俊司 ]
6	2002/03/27	■地理情報システムでの利用を考慮した地域経済環境データベースの構築 [ 籠 義樹・高辻 秀興 ]
7	2002/03/31	■Real Options研究の現状 [ 高辻 秀興・小野 宏哉・佐久間 裕秋・籠 義樹 ]
8	2002/09/25	■技術革新と景気循環システム [ 永井 四郎 ]
9	2002/10/22	■地方自治体財政の現状分析 ―普通会計ベースで見た全国団体別財政力比較― [ 佐久間 裕秋 ]
10	2003/03/06	■財政赤字、公債と家計消費 [ 中村 洋一 ]
11	2004/02/01	■地方自治体財政の現状分析 ―普通会計ベースで見た全国団体別財政力比較― 平成12年度決算 [ 佐久間 裕秋 ]
12	2004/03/01	■デフレーション下の経済政策 [ 永井 四郎 ]
13	2004/03/20	■産学共同プロジェクト ～論理的企業風土確立に向けての組織改革～ [ 中野 千秋・山田 敏之・福永 晶彦・野村 千佳子・長塚 皓右 ]
14	2004/03/25	■私立大学財務の脆弱性と安定性 [ 浦田 広朗 ]
15	2004/03/25	■インフォーマルな金融システムの発展と政府の役割 ―「合会」（無尽）の発展における公的対応に関する日中比較研究― [ 陳 玉雄 ]
16	2004/03/25	■生命表形式による労働力と就業構造の分析：1987-2002年 [ 別府 志海 ]
17	2004/07/10	■日本ベンチャーキャピタル産業の発展プロセスとインプリケーション [ 李 宏舟 ]
18	2004/11/25	■Conjunct method of deriving a hedonic price index in a secondhand housing market with structural change [ 小野 宏哉・高辻 秀興・清水 千弘 ]
19	2005/03/01	■地方自治体財政の現状分析 ―普通会計ベースで見た全国団体別財政力比較― 平成14年度決算 [ 佐久間 裕秋 ]
20	2006/03/25	■Incorporating Land Characteristics into Land Valuation for Reconstruction Areas [ 小野 宏哉・清水 千弘 ]
21	2007/02/15	■土地利用の非効率性 ―東京都区部・事務所市場の非効率性の計測― [ 清水 千弘・唐渡 広志 ]
22	2007/02/18	■モンゴルにおける国際援助の経済効果、人口ボーナス [ セリーテル・エリデネツール ]
23	2007/02/20	■大正時代初期の宇都宮太郎 ―参謀本部第二部長として― [ 櫻井 良樹 ]
24	2007/03/31	■東アジアにおける企業家活動と地域産業の発展に関する研究 [ 佐藤 政則・陳 玉雄・連 宜萍・丘 紫昀 ]
25	2007/11/29	■Change in house price structure with time and housing price index ―Centerd around the approach to the problem of structural change― [ 清水 千弘・高辻 秀興・小野 宏哉・西村 清彦 ]
26	2007/11/29	■炭素税による温暖化対策の不確実性 [ 清水 透・小野 宏哉 ]
27	2008/03/31	■『人民日報』からみた「改革・開放」 ―中国の国際情勢認識と経済制度― [ 佐藤 政則・陳 玉雄 ]
28	2008/03/31	■中国の環境問題を考える [ 三瀧 正道・陳 玉雄・金子 伸一・汪 義翔 ]
29	2008/12/25	■近代日中関係の担い手に関する研究（中清派遣隊） ―漢口駐屯の日本陸軍派遣隊と国際政治― [ 櫻井 良樹 ]
30	2009/01/25	■Econometric Approach of Residential Rents Rigidity ―Micro Structure and Macro Consequences― [ Chihiro Shimizu ]



No.	発行年月日	題 名 / メンバー
31	2009/03/27	■日本の経営は“意欲的労働力”の創出によって効果的か – “理念共有化”仮説の提唱 – [ 大場 裕之 ]
32	2009/03/31	■サブプライム問題以降の大きな変化と世界経済、オバマ政権の経済外交政策 [ 成相 修 ]
33	2009/03/31	■「銭荘」の発展と衰退 – 「中国式銀行」の衰退要因に関する試論 – [ 陳 玉雄 ]
34	2009/04/13	■Investment Characteristics of Housing Market – Focusing on the stickiness of housing rent – [ 清水 千弘 ]
35	2010/02/01	■What have we learned from the real estate bubble? [ 清水 千弘 ]
36	2010/02/01	■Structural and Temporal Changes in the Housing Market and Hedonic Housing Price Indices [ 清水 千弘・高辻 秀興・小野 宏哉・西村 清彦 ]
37	2010/02/12	■日本の経営の海外移転は成功しているのか – 職務意識による理念共有化仮説の検証：メキシコ進出日系M社工場の事例を中心に – [ 大場 裕之 ]
38	2010/03/31	■中国の社区を考える [ 汪 義翔・三瀧 正道・金子 伸一・陳 玉雄 ]
39	2010/03/14	■日本の雇用形態の多様化に関する研究調査 [ 成相 修・佐藤 純子 ]
40	2010/07/01	■Will green buildings be appropriately valued by the market? [ Chihiro Shimizu ]
41	2011/03/10	■緊張が増す朝鮮半島と日本 – 「2010 東アジア共同体への課題」プロジェクト研究報告 – [ 成相 修・金 泌材 ]
42	2011/03/31	■自動車リコール届出による不具合データの収集および整理 – 報告書 – [ 長谷川 泰隆 ]
43	2012/01/31	■内外国債市場と高橋是清：1897～1931 [ 佐藤 政則・永廣 顕・神山 恒雄・武田 勝・岸田 真・邊 英治 ]
44	2012/03/31	■中国における伝統的文化の再評価と産業化・国際化 [ 三瀧 正道・汪 義翔・金子 伸一・陳 玉雄 ]
45	2012/03/31	■市民の環境意識と環境配慮行動への取り組みの現状 – 千葉県柏市の事例 – [ 籠 義樹 ]
46	2012/05/01	■都市基盤整備財源はどのように調達すべきか？ – 都市の老朽化への対応と開発利益還元 – [ 清水 千弘 ]
47	2012/05/08	■売却／購入過程における住宅価格 – 募集価格と成約価格 – [ 清水 千弘・西村 清彦・渡辺 努 ]
48	2012/10/15	■Biases in commercial appraisal-based property price indexes in Tokyo – Lessons from Japanese experience in Bubble period – [ Chihiro Shimizu, Kiyohiko, G. Nishimura, Tsutomu Watanabe ]
49	2012/10/15	■Commercial Property Price Indexes for Tokyo – Transaction-Based Index, Appraisal-Based Index and Present Value Index – [ Chihiro Shimizu, W. Erwin Diewert, Kiyohiko, G. Nishimura, Tsutomu Watanabe ]
50	2012/10/15	■The Estimation of Owner Occupied Housing Indexes using the RPPI: The Case of Tokyo [ Chihiro Shimizu, W. Erwin Diewert, Kiyohiko, G. Nishimura, Tsutomu Watanabe ]
51	2012/10/15	■Office Investment Market Becoming More Selective – Selection of the Winning Market in Tokyo's 23 Wards – [ Chihiro Shimizu ]
52	2012/11/17	■住宅価格指数の具備すべき条件 – 国際住宅価格指数ハンドブックの論点を踏まえて – [ 清水 千弘 ]
53	2013/01/01	■不動産投資リターンはどのように決まるのか？ – 資産価格・不動産収益と割引率のマイクロストラクチャの推計 – [ 清水 千弘 ]
54	2013/01/26	■戦前日本の経済道徳 – その形成に関する試論 – [ 道徳経済一体論研究会 編 ]
55	2013/03/29	■1932年日銀引受国債発行はどのようにして始まったのか – 大蔵省・日本銀行・シンジケート銀行からの考察 – [ 佐藤 政則・永廣 顕 ]
56	2013/03/31	■「共創空間」で地球を旅しよう ～ライフスタイルの再発見～ [ 大場 裕之 ]

No.	発行年月日	題 名 / メンバー
57	2013/03/31	■不動産投資関連指数の時系列変動における特徴 [ 鈴木 英晃・高辻 秀興 ]
58	2013/07/09	■最小分散ポートフォリオでの不動産投資の分散効果ダイナミクス Dynamics of Diversification Benefits of Real Estate within Minimum-Variance Portfolio [ 鈴木 英晃・高辻 秀興 ]
59	2013/12/05	■総合収益でみた投資不動産と代替資産の多変量時系列分析 Multivariate Time Series Analysis for Investment Real Estate and its Alternative Asset Classes in Total Return: the Case of Japan [ 鈴木 英晃・高辻 秀興 ]
60	2014/03/24	■社風に応じた企業アーカイブを ー歴史資料を現在と将来に活かすー [ 佐藤 政則 ]
61	2014/03/31	■戦前日本の経済道徳Ⅱ ーその形成に関する試論ー [ 道徳経済一体論研究会 編 ]
62	2014/03/24	■現代中国研究 ー中国の「都市化」に関する分析と提言ー [ 金子 伸一・三瀧 正道・陳 玉雄 ]
63	2014/07/11	■How Are Property Investment Returns Determined? [ 清水 千弘 ]
64	2014/11/28	■Dynamics of Diversification Benefits of Real Estate within a Minimum-Variance Portfolio: the Case of Japan [ Hideaki Suzuki・Hideoki Takatsuji ]
65	2015/03/03	■日本航空の経営破綻と組織的要因(1) ー1960年代における「組織と人をめぐる問題」の発生ー [ 大塚 祐一・藤原 達也 ]
66	2015/03/09	■排出係数可変供給関数による環境税モデルの考察 [ 高辻 秀興・永井 四郎 ]
67	2015/03/30	■地方自治体財政の現状分析 ー平成23年度普通会計ベースで見た全国団体別財政力比較ー [ 佐久間 裕秋 ]
68	2015/03/31	■” 共創空間 ” を開発することの学問的意義 ー「共創空間開発学」の構築を目指してー [ 大場 裕之・ライフスタイル研究会 ]
69	2015/06/19	■非流動性資産である不動産を含むポートフォリオ選択の分析手法に関する先行研究サーベイ [ 鈴木 英晃・高辻 秀興 ]
70	2015/08/24	■異なるリスク回避度を持つ投資家のポートフォリオにおける不動産投資の役割 [ 鈴木 英晃・高辻 秀興 ]
71	2016/03/09	■中国における民間活力の導入 [ 三瀧 正道・金子 伸一・陳 玉雄 ]
72	2016/03/20	■日本航空の経営破綻と組織的要因 (2) ー1970年代における「ナショナル・フラッグ・キャリア」の概念的变化ー [ 大塚 祐一・藤原 達也 ]

# 共創空間



【問い合わせ先】

〒277-8686 千葉県柏市光ヶ丘2-1-1 麗澤大学経済社会総合研究センター  
Tel:04-7173-3761 / Fax:04-7173-1100 <http://riposs.reitaku-u.ac.jp/>

[問い合わせ先]

〒277-8686 千葉県柏市光ヶ丘2-1-1

麗澤大学経済社会総合研究センター

Tel:04-7173-3761 / Fax:04-7173-1100

<http://ripess.reitaku-u.ac.jp/>

掲載されている論文、写真、イラスト等の著作権は、麗澤大学経済社会総合研究センター及び執筆者にあります。これらの情報は著作権法上認められた場合を除き、無断で転載、複製、翻訳、販売、貸与などの利用をすることはできません。