

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

「大都市における地域包括ケアをつくる政策研究会」

報 告 書

2014年12月～2016年3月

座長：新田 國夫 氏

(医療法人社団 つくし会 理事長)

—目 次—

- はじめに（座長：新田國夫氏）・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1P
- 参加委員名簿・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2P
- 【第1回】研究会（2014年12月11日）・・・・・・・・・・・・・・ 5P
テーマ：高度高齢社会における東京医療体制～病院と在宅医療～
話題提供：松田晋哉 氏（産業医科大学 医学部 公衆衛生学教室 教授）
- 【第2回】研究会（2015年1月15日）・・・・・・・・・・・・・・ 15P
テーマ：本研究会の分析と提案 ～大転換する社会・都市・疾病・医療～
話題提供：長谷川敏彦 氏（一般社団法人 未来医療研究機構 代表理事）
- 【第3回】研究会（2015年2月19日）・・・・・・・・・・・・・・ 25P
テーマ：アザレアンさなだの取り組みから地域包括ケアの課題を考える
話題提供：宮島渡 氏（社会福祉法人 恵仁福祉協会 常務理事）
- 【第4回】研究会（2015年3月19日）・・・・・・・・・・・・・・ 33P
テーマ：「地域包括ケアシステム」の構築に向けた市町村の役割
～桑名市の取り組みを例として～
話題提供：田中謙一氏（桑名市 副市長） ※2015年3月19日当時
- 【第5回】研究会（2015年4月16日）・・・・・・・・・・・・・・ 41P
テーマ：第1回から第4回までの講演内容振り返り
話題提供：長谷川敏彦 氏（一般社団法人 未来医療研究機構 代表理事）
- 【第6回】研究会（2015年5月21日）・・・・・・・・・・・・・・ 43P
テーマ：社会保障と財政
話題提供：宇波弘貴 氏（財務省 主計局 主計官）
- 【第7回】研究会（2015年6月18日）・・・・・・・・・・・・・・ 45P
テーマ：地域における虚弱予防～健康増進 ～高齢者の食力を維持・向上するために～
話題提供：飯島勝矢 氏（東京大学 高齢社会総合研究機構 准教授）
- 【第8回】研究会（2015年7月16日）・・・・・・・・・・・・・・ 57P
テーマ：日本経済の将来と医療・介護政策
話題提供：西村周三 氏（一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 所長）
- 【第9回】研究会（2015年8月20日）・・・・・・・・・・・・・・ 65P
テーマ：大都市高齢化をどう考えるか～増田レポート批判からソリューションを求めて～
話題提供：高橋紘士 氏（一般財団法人 高齢者住宅財団 理事長）
- 【第10回】研究会（2015年9月17日）・・・・・・・・・・・・・・ 77P
テーマ：和光市における超高齢社会に対応した地域包括ケアシステムの実践
マクロの計画策定とミクロのケアマネジメント支援
…日本が目指す27年度からの第6期介護保険事業計画の推進…
話題提供：東内京一 氏（和光市保健福祉部長）

■【第11回】研究会（2015年10月15日）・・・・・・・・・・・・・・・・・・93P
テーマ：2025年にむけて介護と医療の連携を考える 東京都北区の場合
話題提供：小宮山恵美 氏（東京都北区健康福祉部 介護医療連携推進・介護予防担当課長）

テーマ：武蔵野市における地域包括ケアシステムの取り組み
話題提供：笹井肇 氏（武蔵野市 健康福祉部長）

■【第12回】研究会（2015年11月19日）・・・・・・・・・・・・・・・・・・100P
テーマ：「地域包括ケアシステムのサイエンス」からの2030年の展望
話題提供：筒井孝子 氏（兵庫県立大学大学院 経営研究科 教授）

■【第13回】研究会（2015年12月7日）・・・・・・・・・・・・・・・・・・115P
テーマ：東京23区における自宅での死亡事例や一人暮らしにおける「異状死」の実際
話題提供：金涌佳雅 氏（日本医科大学 法医学教室 講師）

■【第14回】研究会（2016年1月21日）・・・・・・・・・・・・・・・・・・117P
テーマ：地域包括ケアシステムの構築と自治体の役割
～広島県23市町への3年間の支援をもとに～
話題提供：岩名礼介 氏
（三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社 経済・社会政策部社会政策グループ主任研究員）

■【第15回】研究会（2016年2月18日）・・・・・・・・・・・・・・・・・・129P
テーマ：2030年の東京の住み方と課題
話題提供：園田真理子 氏（明治大学 理工学部 建築学科 教授）

■【第16回】研究会（2016年3月17日）・・・・・・・・・・・・・・・・・・143P
テーマ：大都市地域包括ケア、いくつかの断片
話題提供：宮島俊彦 氏（岡山大学 客員教授・元厚生労働省 老健局長）

「大都市における地域包括ケアをつくる政策研究会」報告書

座長：新田國夫（医療法人社団つくし会理事長）

<はじめに>

1. 本研究会の目的

日本における超高齢社会は諸外国に例をみないスピードで進行している。急激な高齢化に伴い、介護サービスの必要性が高まるなか、団塊の世代が75歳以上となる2025年問題の対策として、国は「地域包括ケアシステム」の構築が急務であるとして法制化を進めてきた。「地域包括ケアシステム」の目的は、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援であり、可能なかぎり住み慣れた地域で自分らしい人生を最後まで続けられるよう、地域における包括的な支援・サービス体制を確立しようとするものだ。

「地域包括ケアシステム」が、今後普及していくためには、それぞれの地域が現状の問題点を十分に把握する必要があるが、大都市部なかでも首都圏における高齢化の著しい上昇を考えると、「地域包括ケアシステム」や従来の政策によりこの超高齢社会を乗り切ることがきわめて困難と考えられる。2042年にピークを迎え、その後も75歳以上の人口割合は増加し続けることが予想される状況を見据え、今後の医療・看護・介護の課題を分析し、大都市部における総合的な地域包括ケアの政策を提言することが、本研究会の目的である。

2. 事業内容

- 多職種の関係者間の目指すべき方向性の共有
- 医療・看護・介護の課題等実態把握に向けた調査研究
- 多職種連携における課題等実態把握に向けた調査研究
- 首都圏における地域特性を踏まえた医療・看護・介護の課題分析
- 都民を中心とした地域包括ケア構築の調査研究
- 高齢者医療と在宅医療の調査研究
- 以上に基づく政策提言、普及啓発 等

3. 構成メンバー（別途参加委員名簿参照）

医師・保健師・看護師・介護士

厚生労働省行政官・地方自治体職員・学識経験者 等

4. これまでの活動と今後の取組み

2014年12月よりこれまでに毎月1回定例研究会を開催し、各回とも前半は医療・介護および地域づくりに関与する多彩な関係者のプレゼンテーション、そして後半はそのプレゼンテーションを受けて参加者全員で討議を行なうというプログラムで進められた。現場での実践と課題、学問的知見等を共有し、議論の中からより普遍的な中核課題は何かを洞察しながら問題意識と目指すべき方向性を見出すというプロセスを継続している。今後の課題を有識者のワーキンググループにて議論した。従来型の定例研究会は三か月に一回とし、課題を整理し発表する。地域包括ケアシステムにおける医療、介護の連携の指標の具現化をめざし、セカンドステージのステップとする。地域包括ケアシステムにおける自治体の具体的な取り組みから時間軸を見据え、標準シート作りを行い大都市圏の地域包括の取り組みの課題を検討する。各回のテーマは以下の通りである。

「大都市における地域包括ケアをつくる政策研究会」参加委員名簿

(2016年3月当時)

	氏名	所属	役職
1	★にったくにお ★新田 國夫	医療法人社団つくし会	理事長
2	◆わたなべ よしき ◆渡邊 芳樹	国際医療福祉大学大学院/前・駐スウェーデン特命全権大使	教授
3	◆のなか ひろし ◆野中 博	公益社団法人 東京都医師会	前会長

(敬称略・順不同)

4	あきやま まさこ 秋山 正子	株式会社ケアーズ 白十字訪問看護ステーション	所長
5	いじま かつや 飯島 勝矢	東京大学 高齢社会総合研究機構	准教授
6	いしだ みつひろ 石田 光広	稲城市	副市長
7	おおかわ じゅんいち 大川 潤一	国立市	地域包括担当課長
8	くむら のぶまさ 久村 信昌	東京都福祉保健局 医療政策部	地域医療担当課長
9	こみやま えみ 小宮山 恵美	東京都北区健康福祉部	介護医療連携・介護予防担当課長
10	さこい まさみ 迫井 正深	厚生労働省 医政局 地域医療計画課	課長
11	ささい はじめ 笹井 肇	武蔵野市	健康福祉部長
12	ささき まさひろ 佐々木 昌弘	文部科学省 高等教育局 医学教育課	企画官
13	すずき くにひこ 鈴木 邦彦	公益社団法人 日本医師会	常任理事
14	そのだ まりこ 園田 眞理子	明治大学 理工学部 建築学科	教授
15	たかはし りゅうたろう 高橋 龍太郎	地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター	副所長
16	たけみ けいぞう 武見 敬三	参議院議員	
17	たなか けんいち 田中 謙一	日本年金機構本部	給付企画部長
18	なりた ともよ 成田 友代	東京都福祉保健局	医療改革推進担当部長
19	にいくら よしかず 新倉 吉和	東京都福祉保健局 少子社会対策部	家庭支援課長
20	にしだ しんいち 西田 伸一	医療法人社団泉社会 西田医院	院長
21	にしむら しゅうぞう 西村 周三	一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構	所長
22	にしむら しんいち 西村 信一	東京都福祉保健局	高齢社会対策部長
23	はせがわ としみこ 長谷川 敏彦	一般社団法人 未来医療研究機構	代表理事
24	ひらかわ ひろゆき 平川 博之	公益社団法人 東京都医師会	理事
25	ほった さとこ 堀田 聡子	国際医療福祉大学大学院	教授
26	まつだ しんや 松田 晋哉	産業医科大学 医学部 公衆衛生学教室	教授
27	みやじま としひこ 宮島 俊彦	岡山大学	客員教授
28	みやじま わたる 宮島 渡	社会福祉法人 恵仁福祉協会	常務理事
29	みやたけ たけし 宮武 剛	一般財団法人 日本リハビリテーション振興会	理事長
30	やまじ のりお 山路 憲夫	白梅学園大学 子ども学部	教授
31	やまわき まさなが 山脇 正永	京都府立医科大学 総合医療・医学教育学	教授

★座長 ◆顧問

(敬称略・50音順)

ご陪席者

	氏名	所属	役職
1	いしはら みわ 石原 美和	独立行政法人 地域医療機能推進機構 企画経営部	地域包括推進課長
2	いづみや ひかる 泉谷 晃	武見敬三事務局	
3	いとう けんゆう 伊藤 憲祐	あやめ診療所	院長
4	かじもと あきら 梶本 章	一般社団法人 医療介護福祉政策研究フォーラム	
5	たしろ たかお 田城 孝雄	放送大学教養学部 / 順天堂大学	教授 / 客員教授
6	たなか じゅんこ 田中 順子	白十字訪問看護ステーション 暮らしの保健室 事務局	
7	つちや まゆこ 土屋 麻由子	東京都 福祉保健局 医療政策部 医療政策課 地域医療連携担当	課長代理
8	なぐら みちあき 奈倉 道明	埼玉医科大学総合医療センター 小児科	講師
9	ひわたり けんすけ 日渡 健介	一般社団法人 未来医療研究機構	助手
10	まつもと ようへい 松本 洋平	衆議院議員	自民党副幹事長

(敬称略・50音順)

第1回「大都市における地域包括ケアをつくる政策研究会」

『高度高齢社会における東京医療体制』
～病院と在宅医療～

話題提供： 松田 晋哉 氏
産業医科大学 医学部 公衆衛生学教室 教授

日時： 2014年12月11日（木）19：00～21：00

場所： 東京都中央区八重洲 1-3-7 八重洲ファーストフィナンシャルビル 3F
ベルサール八重洲 ROOM6 会議室

◆第1回

高度高齢社会における東京医療体制～病院と在宅医療～

【話題提供】

松田晋哉 氏（産業医科大学 医学部 公衆衛生学教室 教授）

1. 東京都の今後の医療需要と介護需要

東京都の国立市、多摩市、練馬区、新宿区、世田谷区、江東区、足立区、の7つの地域について、それぞれの「人口推移」、「人口ピラミッドの変化」、「疾病別患者数の推計（外来と入院）」、「必要病床数と平均在院日数の推計結果」、「要介護度別人数の推計」を分析し、その結果を示します。

産業医科大学公衆衛生学教室では、これらのデータを分析する「地域別人口変化分析ツール：All Japan Areal Population-change Analyses(AJAPA)」というソフトを開発し、現在ホームページよりダウンロードできるようになっていますので自由にお使いください。

<①国立市>

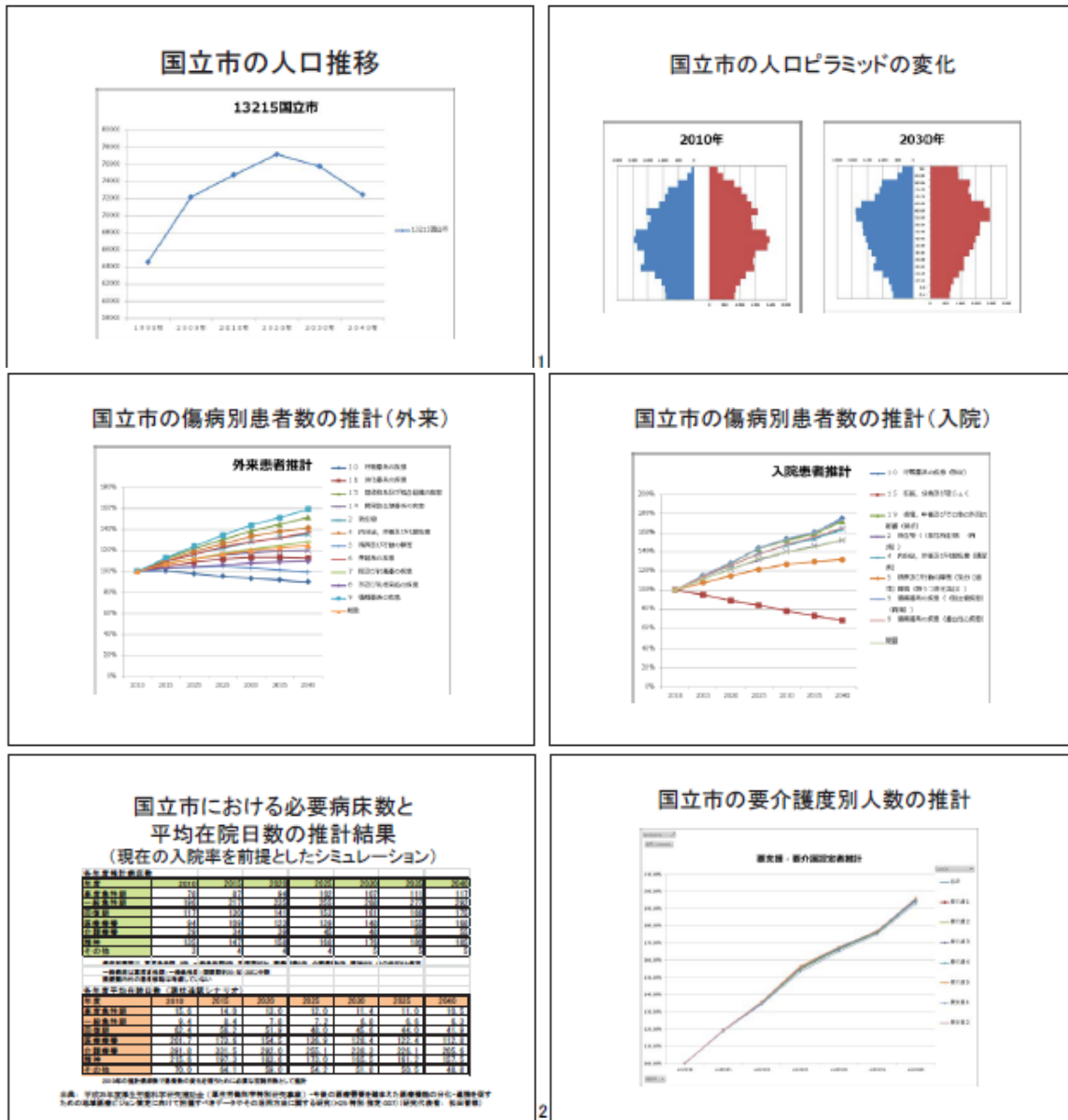
国立市では、2020年くらいまで人口が増えその後減少していきます。人口ピラミッドからは、2030年には後期高齢者女性が多くなっていき、核家族は今後も増えていくと思いますので、女性の単身が増えていくと思われれます。

外来患者総数は20%くらいで増えていきます。特に増えるのは循環器疾患、筋骨格系お疾患、糖尿病、などが増えていきます。問題は入院患者で、高齢化がすすむにつれてまだ増えます。2040年には、現在の受療率からするとおおよそ50%増え、後期高齢者の増加によって肺炎・骨折が増えていきます。実は、今の医療計画の中では、肺炎と骨折が増えることに関してあまり記述されていません。一方で、当然のことですが、分娩が非常に減っていき、今より3割くらい減っていくという状況になります。

こうしたことを前提として、今の入院受療率と今の平均在院日数を前提とすると、将来的には、急性期の病床が100床近く足りなくなります。療養病床も50～60床足りなくなります。しかしこれはもう増やせませんので、入院在院日数を1週間～10日にしないと急性期は間に合いませんし、療養病床のほうも70～140日まで平均在院日数を短くしないと今後増える患者に対応できないことになります。これからは療養病床であっても医療が落ち着いたら退院していただくのが当たり前になっていくだろうと思います。しかしながら医療が落ち着いても、医療療養、介護療養の場合は要介護度4・5の方が中心になると思いますので、こうした患者さんたちお在宅ケアをどうしていくかを考えなければなりません。これは、東京全体に共通した問題になっていくわけです。

そうすると、医師会の先生たちの役割が非常に重要になってきます。国立市の要介護別の人数の推計では、2010年を起点とすると2040年までに倍増する形になります。介護予防をどうする

か、ケアワーカーをどう確保するか、非常に難しくなってくるということになります。



<②多摩市>

多摩市はすでに人口が減り始めています。人口ピラミッドは、地方の中核都市と同じような形になってきています。

患者総数では、多摩市は10%伸びるか伸びないかという状況です。外来では、循環器系、筋骨格系は4割くらい増え、認知症を含む神経系が3割増になります。入院のピークは国立市よりも早く2025年にはピークになります。肺炎、骨折、脳血管障害が増えるのですが、脳血管障害が増えることと、肺炎・骨折が増えることは意味が違います。

脳血管障害の場合は療養期間が長いので、したがって新規発生がたくさん増えるということではありません。急性期、回復期、慢性期と患者が積みあがってくるイメージです。それに対して肺炎・骨折は、入院期間が短いので、新規発生が非常に増えることになり、増える意味が全く違います。また、脳血管障害では回復期リハ、療養、介護と一連の流れがすでにできていますが、肺炎、骨折に関しては、まだ十分に検討されていません。しかも、肺炎がこれだけ増える背後に

は、かなりの数の誤嚥性肺炎があります。そうした患者さんは認知症を持っている割合も多くなります。

認知症の後期高齢者が増えてきて、その人たちが家で転んで骨折する、あるいは肺炎になって、救急車で運び込まれる。この状況をどうするかが問題となるわけで、いままでのようにすべて急性期病院の救急に運ぶことは今後難しくなってくると思います。

多摩市では、分娩が4割くらい減っていきますので、少子化対策も重要です。

病床数の推計に関しては、国立市と同様で、在院日数を全般的に短縮していかないと、保険料が高額となりまず財政面で耐えきれなくなるでしょう。

<③練馬区>

練馬区は若干人口がまだ増える地域です。すると、国立市のところでも解説したように、医療ニーズの高い人たちが在宅でどのように支えるかを考えなければなりません。これが、人口が増えてくる地域に共通の課題です。高齢者が増える分だけ介護サービスを使う人が増えていきます。いかに元気な高齢者を増やすかが、喫緊の課題といえます。

練馬区の特長は、若い人が多いところなので、若い人に多い病気も増えてきています。

<④世田谷区>

世田谷区も大学がありますので、若い世代がかなり入り込んできていますが、後期高齢者も増えてきますので、厳しい状況です。

入院についても、若い人が多いので、高齢者に多い病気だけではなく全世代にわたって急性期医療が増えていく形になります。

<⑤江東区>

江東区は特殊で、ベイエリアで開発が進んでいるので、人口が10万人ほど増えてきています。その結果、外来は若い人が多い分さほど伸びませんが、入院は全てがずっとおそらく2060年くらいまで伸び続けるだろうと思います。

若い人が増えているので、分娩が他の地域のように減りません。

<⑥足立区>

足立区は人口が減ってきています。外来も減り始めていますし、入院も伸びません。一方で、分娩の減り方がすごく大きくなっています。介護ニーズも2025年がピークでそこから落ちていきます。

<⑦北区>

北区も人口が減ってきています。女性の後期高齢者がものすごい数になっていき、一戸建ての多い地域なので、古い戸建てにそうした後期高齢者が留まってしまうことは難しい問題になると思います。

足立区同様、子供がどんどん減っていき、介護需要も2025年をピークに下がっていくと推計されます。

以上のように、大都市といっても、その中にいろいろなパターンの地域が混在していることがわかります。しかしやはり大都市におけるこれからの高齢社会が抱える共通の課題があることは明らかであり、まとめると以下のとおりです。

◎急性期医療を必要とする患者が増える

高齢社会では、同じ患者が何回も急性期医療を使うようになります。例えば、心筋梗塞で倒れる、命は助かったが慢性心不全となる、今度はがんの手術を受け（慢性心不全の患者

の最も多い死因はがん) 化学療法も受けて、自宅に戻る、そして自宅で転倒し骨折して救急搬送される、あるいは自宅で肺炎を起こす・・・、というようなケースが多くなります。こうした疾患のほとんどはある程度パッケージ化していますので、急性期病院が急性期医療をやり続けるためには、連携体制を確立する必要があるだろうと思います。

◎継続的な医療を必要とする患者が増える

◎療養病床が不足し、在宅の負荷が増大する

都市部では今後、療養病床が不足しますが、これは療養病床を増やせばいいということではなく、医療ニーズの高い人たちが在宅でどのように支えるかを考えなければなりません。

◎看護ケア、リハケア、ADL ケアが必要な患者が増える

したがって、在宅で支えるための人たちがどのように作っていくか、今からすぐに着手しなければ間に合いません。

◎医療需要に関する地域差が拡大する＝都内の格差

都道府県格差だけが言われがちですが、実は、同じ県内、都内での地域格差が拡大します。都心と言われる 23 区でも差がある。この格差をどうするかという問題があります。

◎消費者主権的な考え方の強い患者が増える

◎死亡数が増える

これから年間 160～170 万人の方が亡くなっていきます。東京都はたくさんの方が亡くなる時代に入ります。今日本では 80%以上の方が病院で死んでいます。厚生省は在宅死を増やす方向を考えているようですが、なかなか難しい面もあります。理由は、戦後 70 年間かけて日本は「家で看取る」という文化、慣習をなくしてきたのであり、それを急に変えることは困難だろうと考えるからです。

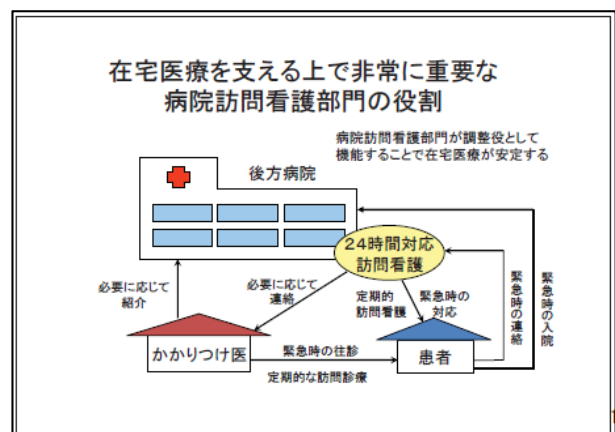
2. 地域包括ケアの基盤としての医療体制

現実的には、今後はぎりぎりまで在宅で、最期は病院で亡くなるという形になっていくのかもしれない。在宅看取り体制を作っていく必要があります。看取りができる看護、介護の整備をどのように進めるかは大きな課題です。

では、どういう条件があればハイリスクの方を在宅で見られるでしょうか。以前の全国調査から得られた結果として、条件は以下の 3 つでした。

- ①かかりつけ医がいる
- ②もしもの時の後方病院がある
- ③それを調整してくれる 24 時間対応の訪問看護が(できれば病院に)ある。

これからは、在宅療養を支援する病院や老人保健施設を起点としたネットワーク化を進めていかなければなりません。実はもうモデルはあります。熊本済生会病院です。ここでは後方病院とアライアンスを組み、心筋梗塞、脳血管障害などの重症例は済生会病院で治療し、肺炎と骨折に関しては初期治療を施したあとは後方病院に転送するという仕組みにしています。ただし、その体制がとれるには条件があります。運ばれる後方病院の看護力がなければ成り立ちません。熊本



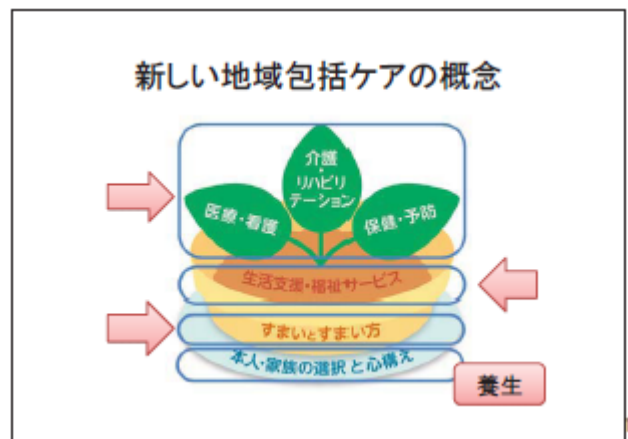
済生会病院では、アライアンスを組んでいる病院との間で看護師さんの人事交流を行なっています。そうして地域全体の看護力を上げて、地域全体があたかも1つの病院のような形で動いているのです。

さらに今後は、医療ニーズの高い人たちが在宅に移ってきますので、今病院で看護助手がやっている仕事を誰かが在宅でやらなければなりません。残念ながら今のホームヘルパーは医療の知識があったとしても経験が圧倒的に不足しているので、スキルの向上が求められます。今後は、ハブとなる病院でホームヘルパーに研修を行っていくことも必要でしょう。そうやって連携をして、そのネットワークをITで支援するという形です。最初にITを入れてから、連携しようとしてもうまくいかないことが多いです。地域全体としてどのような医療をやるかを考えたうえでIT化する、ここにおいては地区医師会の調整希望は非常に重要であり、地域包括ケア病棟を持っている病院がきちんとしたモラルをもちながら、レスパイト入院を定期的に行なう仕組みを作っていくことです。

かつて福岡県で180日以上入院入所している人の調査をしたところ、退院が可能であると判断された高齢患者が退院しない理由はADLが悪いとか認知症が進んでいるといったことではなく、「生活の安心感がない」「生きがいがない」「経済的支援がない」「自宅がない」という理由が有意な項目として把握されました。まさに社会的入院です。

こういう話になると「けしからん」という反応になるのですが、こうした理由で退院しない高齢者にとっては、医療機関にとどまり続けることはかなり合理的選択もあるわけです。三食あたたかい食事ができて、入浴もできて、リハビリテーションというアクティビティもあり、そして何よりも大事なことは自分に毎日話しかけてくれる若い人がいるということです。一人暮らしの家に帰ってしまったら、こうした安心の暮らしができなくなってしまう。そのように考えると、医療機関や介護施設が持っている「安心を保障する」という仕組みを、地域に展開しない限り、やはり社会的入院はなくなるのではないのでしょうか。

その意味で、地域包括ケアが大事なのです。日常生活圏域で医療、看護、リハビリ、保健予防が保障され、そのベースとして生活支援福祉サービス、住まい、そして新しい模式図には本人の心構えという「養生」というものが入りました。これをどのように展開していくか、実現していくかを次に考察します。



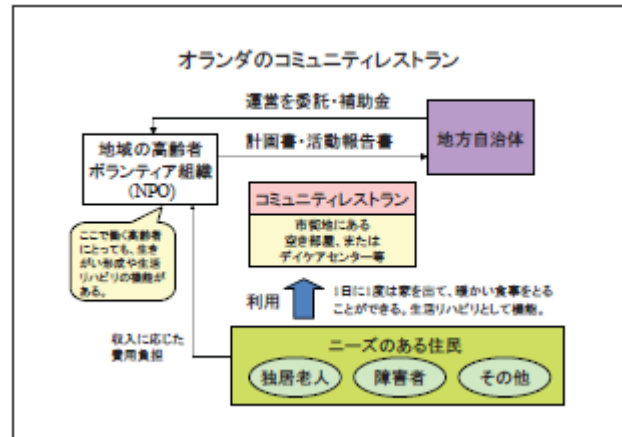
3. 地域包括ケアについて

地域包括ケアの基盤は、前述の結果からも明らかなように、「住」にあります。住まいをどのように保障していくかが在宅ケアの基本です。ただし、これは地域の実情にあわせて多様な住まい

の提供体制があつてよいでしょう。新たな箱物を作るよりも、既存のものを使いながら仕組みを作っていくことが重要です。ヨーロッパと日本の大きな違いは、ヨーロッパでも小規模多機能施設がありますが、ほとんどが古い建物を改装して使っています。

重要なことは「高齢者を孤立化させない住まい」の提供であり、生活をどのように支えていくのかです。その仕組みを住政策の中にも組み込んでいくのが、特に東京における地域包括ケアの基盤となります。

オランダの「コミュニティレストラン」を見に行ってきました。地方自治体が地域の高齢者に委託をして、町の空き部屋やデイケアセンターを使ってコミュニティレストランをやるという取り組みです。ヘレナおばあちゃんとか、アンナおばあちゃんが、自分の得意なパイやキッシュを焼いて、ニーズのある住民が一日に一回はやってきて食べて帰っていくというレストランです。ビールなどのお酒も出ますし、ゲームもあります。お客さんは独居老人、障害者、エイズの患者さん、また不登校の子供たちもやってきます。そうした人たちが一日に一回は家を出て暖かい食事をとることで、コミュニティレストランは生活リハビリの場になっているのです。ここで働く高齢者にとっても生きがい形成とか生活リハビリの機能を持っている。すごくいいなと思いました。しかも、計画書や活動報告書をきちんと出して、一つの事業として自立しています。自治体からの補助金が出しっぱなしにならない仕組みができている点も良いと思いました。こうした仕組みをどうやって地域の中に作っていくかというのが地域包括ケアのポイントになるのだと思います。



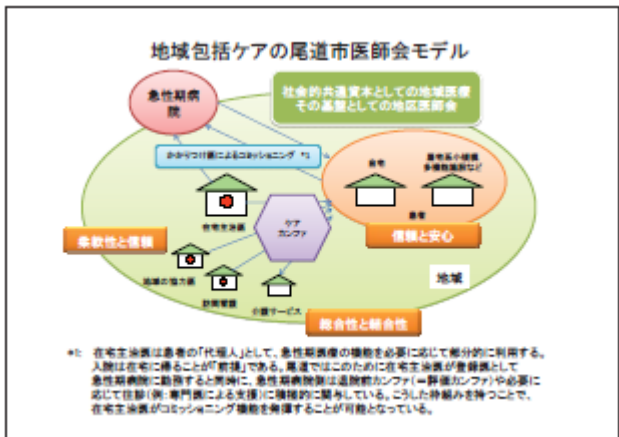
日本にもこういうものがないかと探したところ、青森県青森市の浅虫温泉に「浅めし食堂」という食堂があります。慈恵医大の講師だった石木先生が地元に戻り、自分のクリニックに受診する高齢者の暮らしを見て、受診に来る時以外は家に閉じこもっている彼らを家から引っ張り出すことはできないかと考え、クリニックの隣の潰れたスナックを改装してコミュニティレストランにしたのです。一日に一回きちとした食事ができれば、高齢者はかなり元気になります。肺炎予防や褥瘡予防、骨折予防にもなるはずです。わいわいおしゃべりをして、時には子供たちもやってきて世代間交流をする。こういう場所を、医療機関が作っていることが大きなポイントで、私たちはこれを「医療施設門前町構想」と呼んでいます。

先進国の中では、住宅政策を社会保障としてやってこなかったのは日本だけです。日本では、多くの国民が持ち家を持つことを基本に経済政策として考えられてきました。経済効果はもちろんあったのですが、その弊害としてその持ち家政策に乗れなかった人が60代、70代になってもずっと公営住宅に住み続けるという状況が起こっています。しかも多くが孤立していて、コミュニティができなくなっている。こういう人たちをどうするかを考えなければなりません。

パリの高齢者施設(日本の特養のような施設)では、中にブティック、美容院、シアター、図書館、レストランなどがあります。レストランは地域住民のためにオープンになっていて、私自身フランスに留学中、フードスタンプをもらって病院の中にあるレストランでご飯を食べていたことを思い出しました。高齢者を地域の中で孤立させないための施策は大きな課題です。日本で

最近注目されている医療・介護・住の複合体（川崎市のビバーズ日進町のような）は、これから都市部での地域包括ケアに必要な施設の形であると思います。

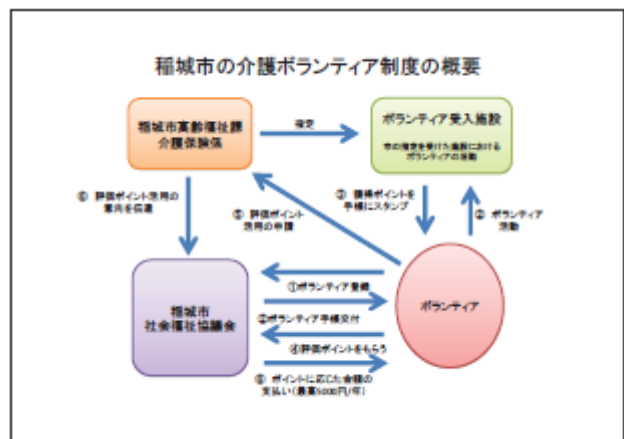
これからの地域包括ケアを考える試金石は、重度認知症のターミナルの患者をどのように在宅でみるか、システムが作れるかどうかにかかっていると思います。広島県の府中医師会の調査では、「看取りが可能となる条件」として、やはり「医療の対応ができること」が重要であり、この医療対応とはすなわち「きちんと看護ができること」であるのです。看護がないと看取りはできません。



その意味で、小規模多機能施設の尾道方式は素晴らしいと思っています。びんごクラブ高須という小規模多機能施設では、定数 25 床で 8 床の入所が全員がん患者で認知症も持っているがん患者で埋まっており、そういう方たちがここに入ったり自宅に戻ったりしながら、ほとんどの方がこの施設で亡くなっているのです。なぜそれができるかといえば、管理者は看護師（急性期の経験あり）さんで、医療を外付けで貼り付けているわけです。また、尾道モデルでは、ケアカンファがきちんと動いているところがすごいと思っています。

東京でも、歯抜けのように古い家がありますが、それをこのような看護師さんが管理するような小規模多機能施設に作り変え、そこに地域の医師が往診するという形ができていうと安定したものができるのではないのでしょうか。

稲城市の部会ボランティア制度も素晴らしいです。要支援の方は自分でデイサービスに行けば利用者ですが、デイサービスに行くと話し相手になれば傾聴ボランティアになります。そのようにして高齢者がボランティアとなり、生きがいを作る仕組みが、都市部ではとても重要です。



徳島県上勝町の葉っぱビジネスも、あれで何が起こったかという、高齢者が介護施設や医療機関に行かなくなったのです。

北九州のふらて会西野病院での取り組みでも、年会費 3,000 円でさまざまなアクティビティに参加でき、最近では農園での農作業に一般の高齢者も参加できるようになっています。一日農園で働くと 5,000~6,000 歩の運動になります。しかも作物を収穫して、お料理して食べるという楽しみが待っていますから飽きません。農業はプロの仕事が必要ですが、ふらて会では農業高校出身の人を正規職員で雇い、彼らにホームヘルパーなどの資格も取らせて働いてもらっている。これらのようなソーシャルキャピタルの作り方、インフォーマルケアの仕

組み作りの工夫には学ぶべき点が多いです。ソーシャルサポートの有無が、高齢社会では重要なのです。

医療・介護の事業体には、これから新たな役割が求められています。地縁や血縁があてにならない時代、新たな縁をどのように作るかが問われているのです。健康や介護など、関心のあることでつながっていく「関心縁」によってコミュニティを作っていくことが、これからの都市部では必要になってくると思います。

それにはフォーマルセクターによるインフォーマルサービスがとても重要になります。これが住民教育の場になっていきます。

私たち大学でも実践活動をはじめています。「半農半患者構想」といって、ある自治体で田んぼを借りて、田植えをして米を作って、食べるだけではつまらないので、酒米を植えて酒造りをやっています。酒造りをしようと呼びかけると、40代、50代の男性がやってきます。健康教育の中で重要な対象である彼らを、どのように参加させるかを工夫しました。

東京でも空き地が出てくるでしょうから、都市農業という発想でこうした取り組みをしていくこともいいことだと思います。

超高齢社会では、ケアマネジメントはきわめて重要です。現状では、ケアマネジメントにおいて医療ニーズの判定がほとんどされていないのは問題です。後期高齢者が増えてくると、医療と介護のニーズは複合化していきます。要介護度が上がるきっかけは、肺炎や骨折など医学的なイベントであることが多いです。そういうリスクをきちんと判定し、予防的にサービスを貼り付けていくということが、ケアマネジャーに求められています。

これから入院医療の延長としての在宅医療になると、地域のナースステーションが必要となります。要するに訪問看護ステーションで、しかもそれはある程度病院と紐付されたほうがいいだろうと思っています。また、これからのケアマネジメントはどうしても看護診断、看護計画的なマネジメントが必要になります。そういうマネジメントができるケアマネジャーを作っていく必要があります。

日本の現状では、看護師がケアマネジャーの資格を取ってもケアマネジャーとして働いてくれません。最近では看護師の資格を持った方のケアマネジャー受験そのものが減ってきている。これは大きな問題だろうと思います。北欧では、特にスウェーデンなどではケアマネジメントをやっている方は大抵ダブルライセンスです。看護師さんの資格を持っていて、社会福祉士の資格も持っている方がほとんどです。そういう人材をどういうふうにかこれから揃えていくのが大事です。訪問看護の見直し、再評価も必要です。

地域包括ケアはプライマリケアと連動しなければうまくいきません。例えば特定健診、特定保健指導がうまくいっていない理由は、かかりつけ医と切り離してしまっているからです。特に国民健康保険がそうなのですが、40代、50代の男性を健診に行かせるのに仕事休ませないといけない、これは辛いです。彼らは空いている時間に行けるよう、地域の開業医で保健指導が受けられる体制にしていくべきです。

4. まとめ

これからの高度高齢化社会は在宅ケアのニーズが上がります。在宅ケアの受療率が上がらないと急性期医療が機能しなくなります。ただ、地域差がありますので、それへの対応が大事です。そのためには地域ケア会議がきちんと動かないといけません。この地域ケア会議がいくつかのところでは走っていますが、そこに医師が入っていません。医療ニーズの高い方たちが在宅に出てくるようになるなかで、地域の医師が入っていない地域包括ケアは難しいだろうと思っています。

基本は在宅主治医とケアマネジャーのコミッショニング機能、ケアカンファレンスがきちんと動く仕組みです。これをどういうふうに作っていくかということが大事です。だと思います。そして、やはり「その地域が好きだ」という人が集まらないと、地域はよくなっていきません。その点東京では地域を好きな人が多いことは良いことだと思います。

日本型のプライマリケアのあり方をきちんと再考する必要があります。在宅医療もプライマリケアの裏付けがないものは多分あり得ないだろうと思っています。そこをどうやって作っていくかというのが、特に都市部では重要になってくると考えます。

第2回「大都市における地域包括ケアをつくる政策研究会」

『本研究会の分析と提案』
～大転換する社会・都市・疾病・医療～

話題提供： 長谷川 敏彦 氏
一般社団法人 未来医療研究機構 代表理事

日 時： 2015年1月15日（木）19：00～21：00

場 所： 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー6F
ステーションコンファレンス東京 605A 会議室

◆第2回

本研究会の分析と提案 ～大転換する社会・都市・疾病・医療～

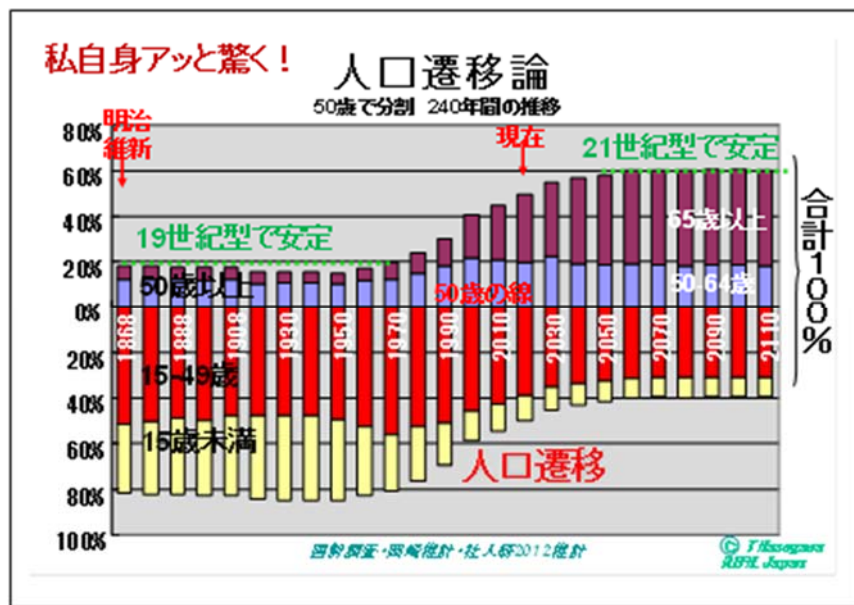
【話題提供】

長谷川敏彦 氏（一般社団法人 未来医療研究機構 代表理事）

はじめに：0. 人口遷移論

最初に、これからの 50 年で日本はまったく別の国になるだろうということを説明します。

人口遷移の図を見ると、日本は 1970 年頃までは人口構成の 85%が 50 歳以下でした。これは 19 世紀型の人口構成で、それが安定的に続いてきました。ところが、その後社会の高齢化が進み、2060 年頃までに 60%が 50 歳以上という人口構成に移行します。我々

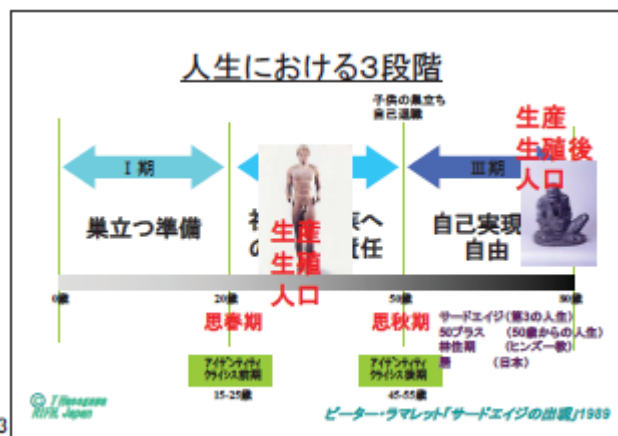


はこの以降のど真ん中において、今混乱しているのではないかというのが私の考えです。

50 歳で線を引く理由は、これまで長い間平均寿命が 50 歳だったということと、人間の生産活動、生物としての生殖活動はだいたい 50 歳で終わるといことから、50 歳で線を引いています。

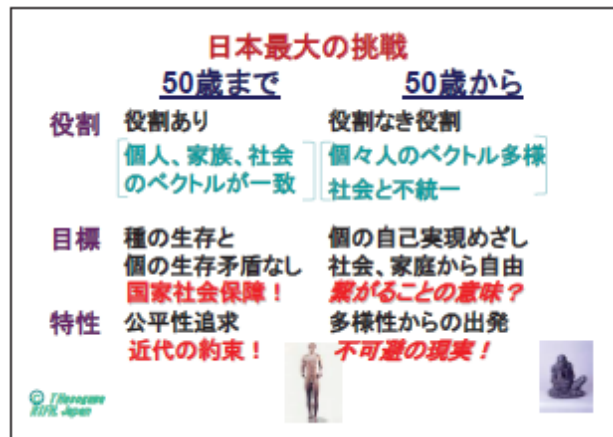
19 世紀型の人口構成の社会は若人の社会、人生の考え方も若い人が中心です。実際、1980 年頃まで、55 歳でリタイアして 5 年か 10 年余生を生きて死んでいくという人生でした。ところが、このパターンがわずかの間に一変し、まったく違うパターンになります。人口の半分以上が 50 歳以上で、3 人に 1 人が 60 代、70 代となるような社会は、人類史上あり得なかつただけでなく、生物上もあり得ないものでした。

人生には三段階があるといわれます。巣立つ準備をする第一期、社会に出て働きだし家族を持ち社会イノベーションに対する責任を取る第二期、そしてリタイアしたあとの第三期。近代以前は、5%、10%、多くても 3 割程度がこの第三期に入り、第三期に入ってしまったときのために年金を保険と



してリスクマネジメントしていました。ところが今や全員が第三期に入ります。

生産活動も生殖活動も終えた人口が大半を占めるという、想像を絶する社会に我々は入っていくわけです。そのような社会をどう作っていくのかが、日本の最大の挑戦であり、人類から日本に課せられた課題だと思います。50歳までは社会から役割が与えられ、個人と家族と社会のベクトルは一致していますが、50歳からは自分が自分の役割を獲得しなければなりません。自己実現を目指す素晴らしい第三期を迎えるので



すが、しかしながらそれは個々人のベクトルが社会全体のベクトルとは不一致になることを意味しています。社会全体としての統合性や公平性の問題が出てきます。第二期の出発点は男女平等、機会均等で、そこを起点に努力してきたわけですが、第三期では人々は多様なベクトルを持ち、収入、人脈、体力あらゆる面で大変多様な高齢者が存在する社会となります。そういう社会をどう運営するか、ということです。

そのような想像を絶する社会を世界に先駆けて作っていくためには、過去からの投影、フォーキャストで物事を考えていくのは危険です。未来からバックキャストして「今、何をすべきか」と考えるべきです。

厚生労働省がロードマップを提案しています。2060年に、20世紀型社会の人口構成への変化が完了します。2030年が後期高齢者の全国の絶対数がピークとなりますので、2025年問題として「地域医療ビジョンを、2015年度を始点として、最終年度の2025年を目指して作成せよ。その際に2040年を想定して考えよ」と、市区町村にしているようであります。

PART A : 分析

1. 社会の変化

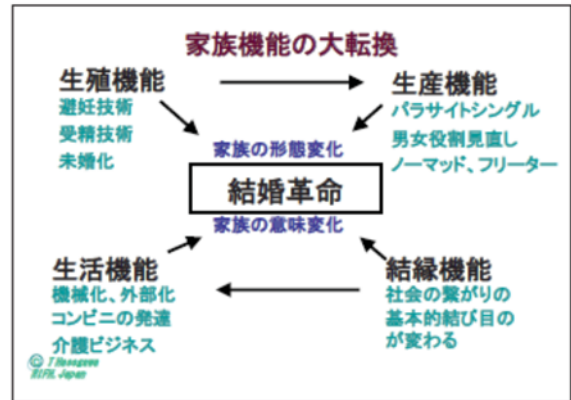
50歳までの生活が中心だった以前の社会では、人生はほぼ上り坂で、リタイア後の下り坂のことはあまり考える必要がありませんでした。ところが、ここ20~30年の変化で、現在そしてこれからは、すべての人が自分の死と向き合わなければならなくなりました。私は、「1億総出家」「ところてん出家」と言っております。これまでは哲学者や宗教家が「人生とは？」と問うていた。それで充分、文化は豊かになっていました。しかし今は、国民全員が「人生とは？」と考えなければならない状況なのです。そうすると、これまではあまり考える必要のなかったリタイア後の下り坂つまり人生の第二トラック



のことをきちんと考えなければなりません。第一トラックだけを考えて、65歳を迎えて第二トラックのことを考えましょうというのでは遅いと思います。第二トラックでは、人生の目標が変わります。豊かに死ぬために、第二トラックをどのように過ごすかということです。

第二トラックの生と死を支援するためには、新しい人間観、健康観、社会保障、医学体系、医療システムが必要となります。50歳までは病気になっても体も機能も元に戻ることを前提としてリスクマネジメントすることが求められますが、第二トラックの高齢期では全員がすでにリスクを持っているため、求められるのはリスクマネジメントではなく、いかに豊かな老後を過ごすかというプロフィットマネジメントです。

家族の機能も大転換します。家族の形態はかつての標準的な家族から単独家族になっていきます。家族像が多様化します。ぬれ落ち葉、家族内離婚、ホモセクシャル、シェアハウス、地域圏、サ高住、高齢独居等々への変化によって、一言でいって町全体が家族になる必要があるのではないのでしょうか。

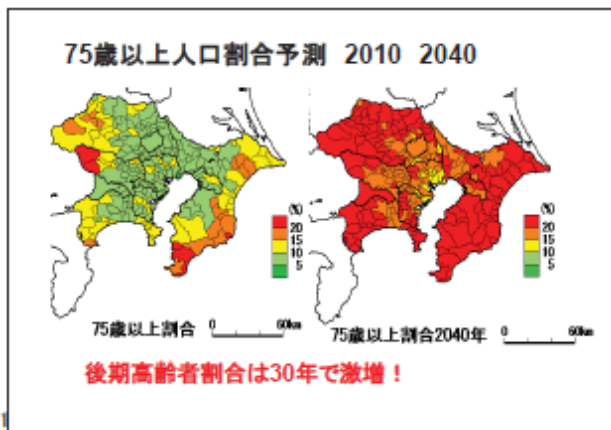
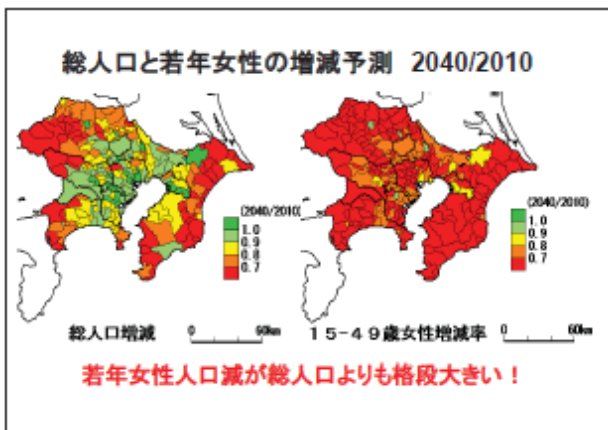
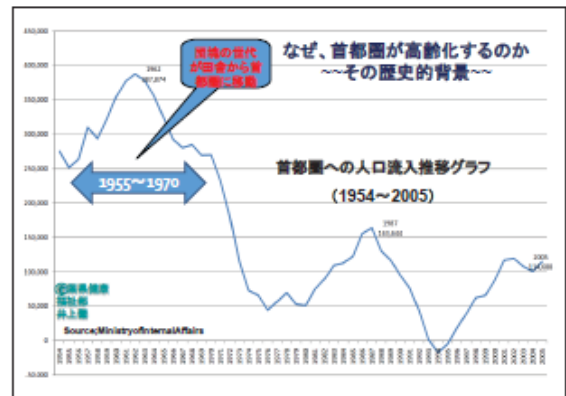


2. 都市の変化

日本の人口は、江戸時代には横ばいだったものが明治維新前後から増え始め、現在までに5倍となりました。その増えた分はほとんどが都会で増えてきたのですが、これから人口が減っていくのは郡部から減っていくこととなります。そのため高齢化は都会で進んでいきます。

東京首都圏は、生産拠点でもなく資源も持たない地域に3600万人が住んでいるという意味においては、破たんすると大きな危機がおとずれます。半面、これだけの人間を混乱なくマネジメントできる能力が日本民族にあると考えれば素晴らしいことだと思います。

日本の都市の構造は、およそ7000万人が10大都市圏に住んでいて、5000万人が地方中小都市圏に住み、残り1000万人が非都市圏に住んでいます。21世紀の日本の社会は、日本列島の末端



から縮んでいくことになります。

そして首都圏は、たいへんショッキングなことです。2010年と2040年の比較をすると、15歳～49歳の若い女性がどんどん減っていき、75歳以上の男女の人口が圧倒的に増えていきます。首都圏庁のようなものを作って、首都圏全体で解決する課題についてかんがえるべきではないかと、10年くらい前から考えていました。

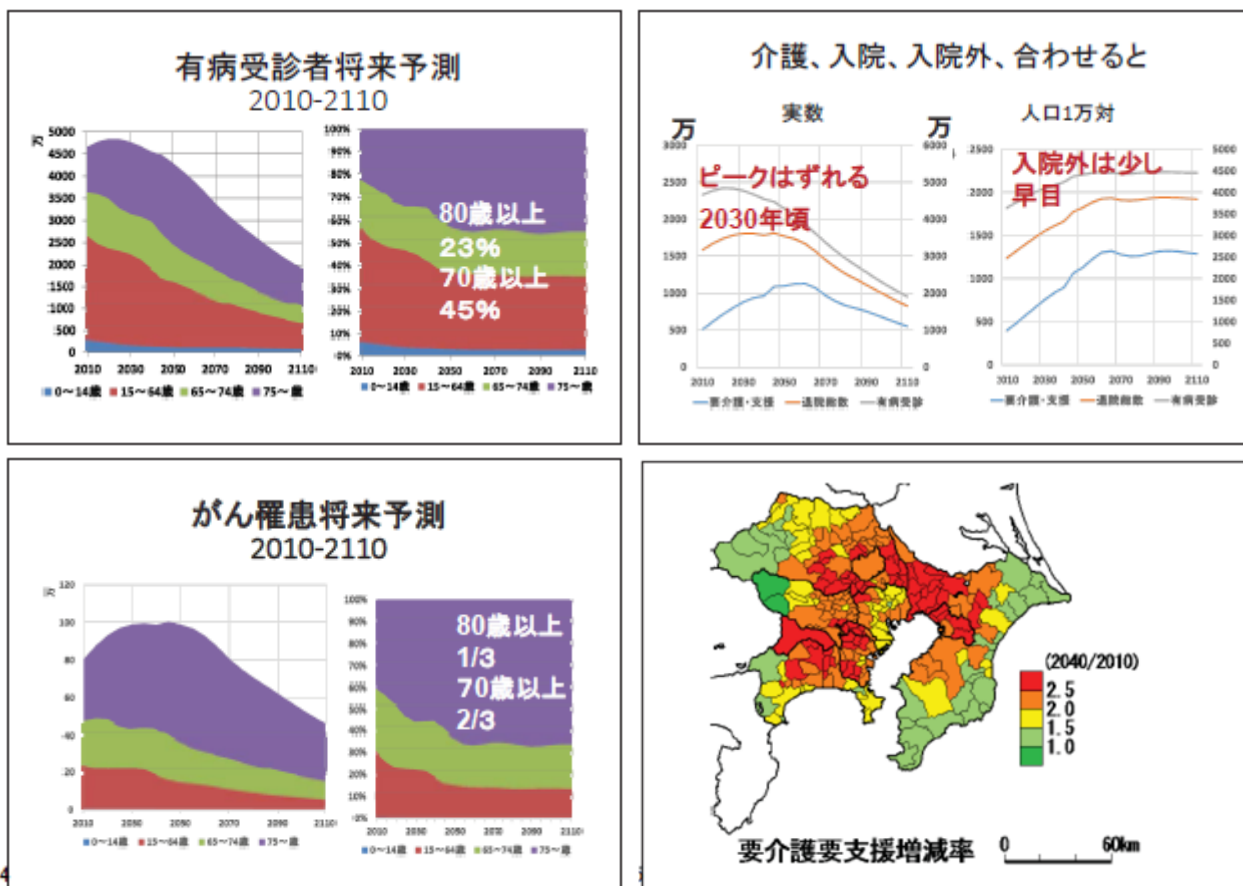
3. 疾病の変化

当然のことながら、疾病構造も変化します。変化は明確です。労働力が半減する半面、医療・介護の必要性が倍増するということです。介護の需要は、2040年頃で横ばいになり、2060年頃からは減り始めます。

要介護、要支援、認知症、認知症予備軍の全部を足したものを「要援助」と名前を付けました。それを見ると、2030年には7人に1人、2060年には5人に1人が要援助となってきます。そうになると、少しボケているのが当たり前のような社会を作り上げていかなければ社会がもたないという構造になります。

有病者つまり外来患者の推移は以下のとおりです。がん罹患の推移も、図表のとおりです。85歳以上が3分の1を占めます。

首都圏では、1960年代、70年代に団塊の世代が住み始めて高齢化していった郊外において、要介護、要支援がふえていきます。特に国道16号線に沿った郊外です。一方で、首都圏、東京都の中でも、バリエーションがあつて、郡部はほとんど増えません。



PARTB：提案

1. 医療

◆＜ケアサイクルから見る急性期入院の課題（経路的分析）＞

地域包括ケアシステムは5つの要素で構成されると、厚労省は説明しています。「介護」「医療」「予防」「生活支援サービス」「住まい」、これら5つの資源を30分以内に確保せよ、ということです。しかしながら、この5つの資源を確保しても、ケアというものを提供することはできないのではないかとずっと考えてきました。

具体的にケアをする場合、どの資源をどうつないで、どのように提供するかが問われますが、そのさいに、

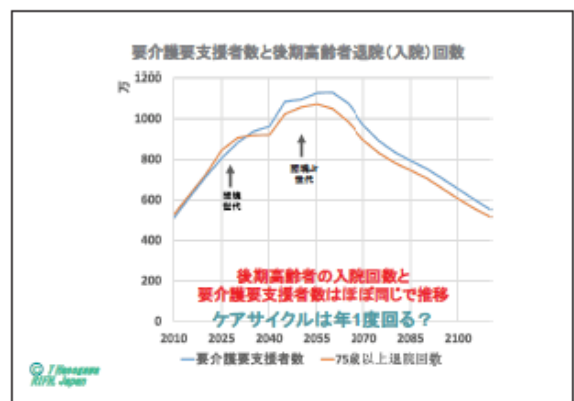
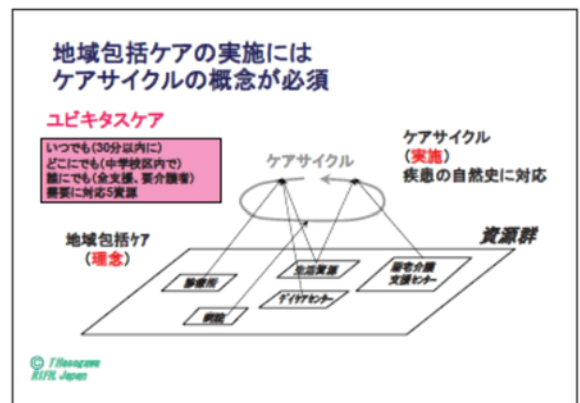
私の「ケアサイクル」というコンセプトが有効であろうという提案をこれからいたします。ケアサイクルとは、要支援に入った状態の人に必要な“ケアのパターン”です。

地域包括ケアシステムは、人口1万人程度の中学校区を単位として想定されています。2010年の時点で、人口1万人に用会議・要支援の人は400人です。そのうち70人が入所していて、330人が地域で、この5資源を使いながら暮らしているということです。

そしてこの400人の人たちは、年間平均1回の入院受療が発生しています。この数値は、私が福島県のいくつかの市町村で介護保険と医療保険をつないで分析するという研究を行なった結果得られたもので、まだナショナルデータはありません。

つまり、地域包括ケアにおける入院受療は、1万人の地域で400人の要介護・養親の人が1年に1回入院するというケアサイクルとなっています。このケアサイクルにおいて、急性期ケアと地域のケアのつながりがうまくいっていないところに、さまざまな問題が生じているというのが現代の医療の課題です。

さてこの400回の急性期ケアの入院は、必要とする資源は3つのレベルに分かれます。第一が例えば肺炎、脱水、レスパイト、検査入院などの1次医療ケアのレベル、第二が二次医療のレベルで、例えば急性心筋梗塞、脳卒中、大腿頸部骨折、外傷など、これらにはそれなりの中核的な機能をもった病院が必要となります。そして第三が高度医療です。介護負担が減り、ご本人の苦痛が減るのであれば、かなりアグレッシブにお金のかかる治療もやるべきだと考える人は、このレベルまでいきます。例えば脊椎その多くが救急状態で発生します。脊椎狭窄症の手術などです。このレベルでは、地域の在宅の医師と、病院の総合診療の医師が話し合いながら意思決定していくことが必要となります。



いずれにしても救急が課題となります。東京都の搬送数は、75歳以上になるとうなぎのぼりとなります。高齢者救急は、不必要な人も判断なしに運び込まれることもありますので、どうしていかは大きな課題です。

まとめると、地域包括ケアにおける、ケアサイクルがうまく回らないという問題は、レベルを分けて考える必要があります、以下のような課題があることがわかります。

1. 三次医療レベル

高齢複数合併症仕様に院内体制を転換
臓器専門医をつなぐ統合専門医が必須
地域から地域への患者レベルの連携部門

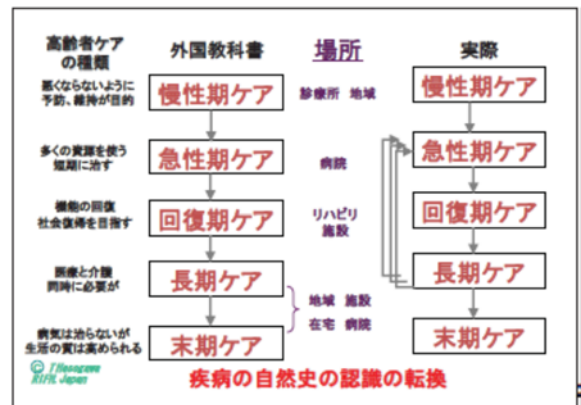
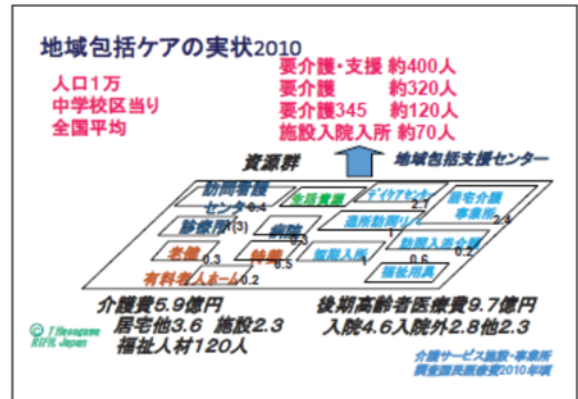
2. 二次医療レベル

救急体制の転換、高齢者仕様
病院機能の明確化と他施設との役割分担

3. 一次医療レベル

数の確保、介護人材施設の医療力強化
ケアミックス病院とハブ病院に

高次レベルでは、高齢者複数合併症に対応できるような仕様に、院内体制を転換する必要があります。現在は臓器専門医が中心に、悪い部分をコロッと治すといったシステムで動いていますが、複数疾患を抱える高齢者に手術を施す場合、臓器専門医をつなぐ専門医が必要となると思います。統合専門医と呼んでいますが、この機能がないと、臓器専門医は触れませんし、単独で治療しようとするとう必要のない入院が増えることとなります。

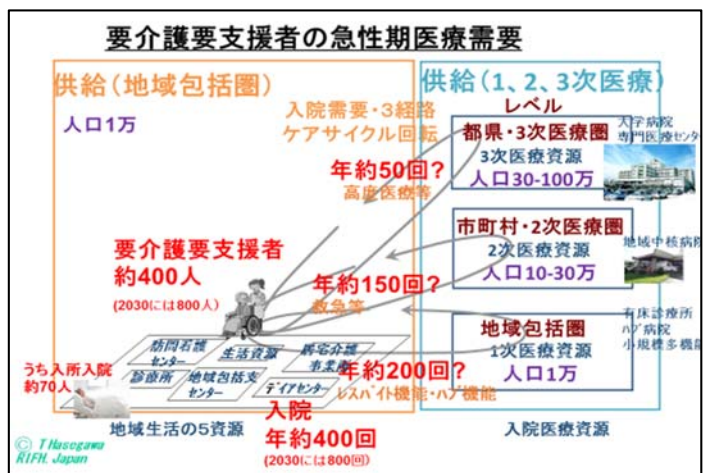


二次医療レベルでは、高齢者仕様に救急体制を転換しなければなりません。病院の機能の分化をきちんとやっていくことです。それから、介護の人材と施設の能力を強化していくことが喫緊の課題です。

一次医療レベルでは、数の確保が重要です。また現在ケアミックスの病院が日本全国で4000ほどあります。そういうところは今後、ハブ病院に変わっていく必要があるのではないのでしょうか。

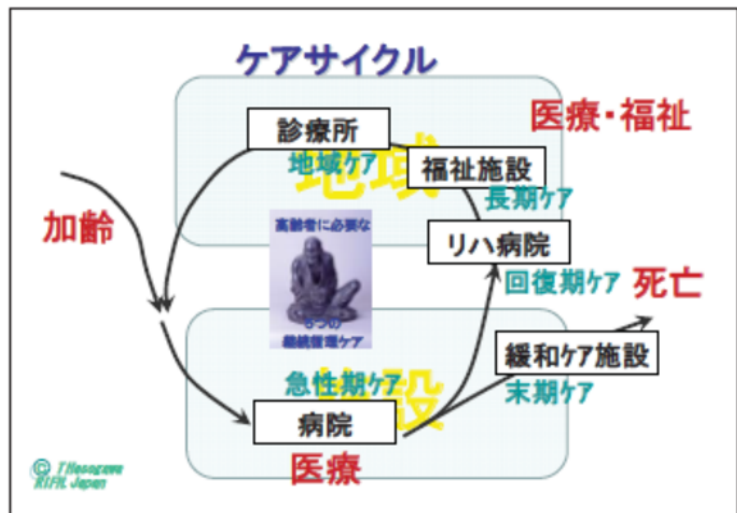
◆<治す医療から支える医療へ>

古典的なケアでは、病気は1種類、1回ごとのエピソードで、病気が治れば2本の足で立って帰ることがかつては可能でした。ですからこれまでのケアは、慢性期ケア、急性期ケア、回復期ケア、長期ケア、末期ケア



が、1つ1つステップを踏みながら進んでいくという考え方でした。教科書にもそう書いてあります。医学部でもそう教えていますし、行政の考え方やシステムも、それを想定しています。

しかし高齢者の要介護要支援者の場合は、長期ケアに入ってもまた急性期に戻り、回復期に進み、それを繰り返しながら最期を迎えるという過程をたどります。そうすると、生活の場、医療の場、福祉の場をぐるぐる回りながら移動していくことになります。福島での研究データによれば、80~90%の人がこのサイクルに入って亡くなっています。残りの方々はピンピンコロリです。そして男性がだいたい3~5年、女性が5~7年このサイクルの中に入っています。年に1度回るのが平均のようです。このサイクル全体をどうケアしていくかが重要になっていきます。すなわち、治す医療から支える医療への転換が求められているのです。



私が30年前、外科医としてアメリカ

から帰国して病院で仕事を始めたとき、若い人の治療は「切って治ってよかったね」と喜んで終わるのですが、高齢者は治療しても「隣の診療科で亡くなった」「脳卒中で亡くなった」「再発して亡くなった」となり、死から振り返ると自分は本当に医療をやっているのだろうかと自問自答したことがありました。

医療の目的が変わっているのです。患者が、自分の人生をどういうふう生きていくのか、どういうふう死んでいくのかを考えて、それを医療者に伝えてくれないと、医療者は支援できません。そこでは、医療と福祉は連携ではなく統合が必要となります。人生のサイクルを支えて、死に至るプロセスをどう支えるかということです。

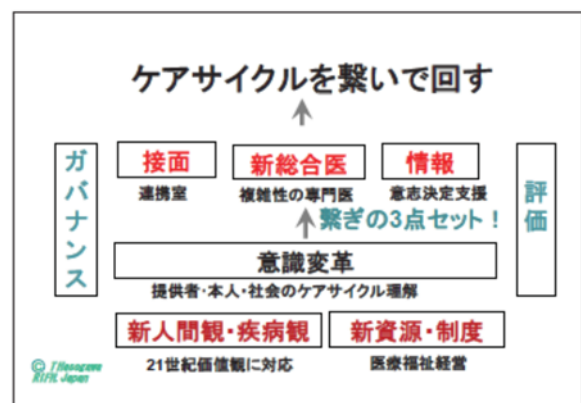
新しい医療は、これまでの医療とは違います。これまでの医療のパッケージは、年齢は50歳まで、病気は単一疾患・単一エピソードで目標は絶対治療・絶対救命、場所は病院、というものでした。これに対して新しい医療は、年齢は85歳まで、病気は多疾患・継続発症、目標は機能改善と人生の支援、場所は地域、となります。そしてこの新しい医療は日本から発生する。これが最先端の医療であり、人類最先端の医療はIPSではありません。

◆3つの戦略

ではどうするか、ということですが、3つの戦略を提案します。

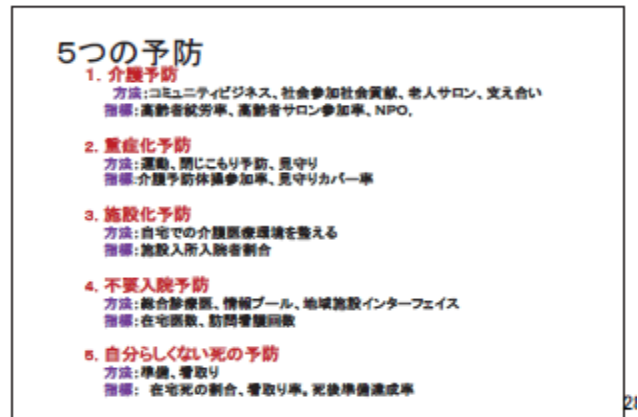
① <供給戦略>

ケアサイクルをつないで回すための3点セットは、連携室での接面、複雑性の専門医としての新総合医、意思決定支援のための情報、です。そしてこれを支えるには、ケアを必要とする本人、ケア提供者、社会のケアサ



イクル、これらを理解し意識変革を起こす必要があります。21世紀の価値観としての新しい人間観、疾病観が求められます。

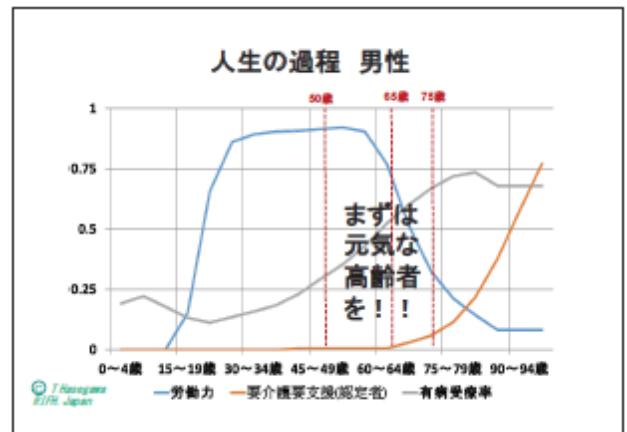
1 人の利用者に様々なチームがフォローしていくわけですが、フロントラインとバックヤードという観点から考えれば、在宅ケアのマネジメントの構造はもっとも複雑です。病院ではフロントラインもバックヤードも病院の中であって、1つの建物の中で完結するが、在宅ケアではフロントラインが全部それぞれの家で、バックヤードは全然違う文化、違う制度の様々な事業所で、介護事業所、在宅診療所、訪問看護センターなどとなり、それらがバラバラでしかもケアが日替わり時間替わりで「今日は介護ケア、明日は在宅医療ケア」という供給の提供になっています。このフロントラインとバックヤードのマッチングをどうしていくのが、供給戦略の要諦になります。これから5年か10年間のうちにはデマンドが倍増するわけで、『もしドラ』ではないですが、もしもドッカーがこの課題を考えたらということになり、地域包括ケアは結局マネジメント課題だと思えます。



② <予防戦略>

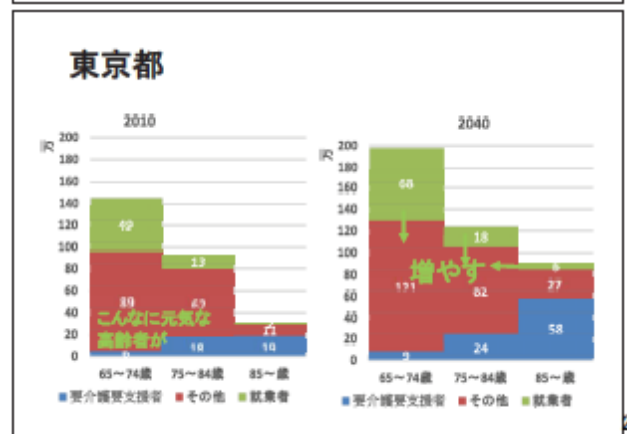
5つの予防が重要と考えます。

第一に「介護予防」、第二に「重症化予防」、第三に「施設化予防」、第四に「不要入院予防」、そして第五に「自分らしくない死の予防」がとても重要となります。



③ <社会戦略>

これが最も重要です。男性の人生の過程を、「労働力」「有病受療率」「要介護要支援(認定者)」で見ると、リタイアした後、病気はあってもまだ要介護要支援ではないという空間があります。この空間は、ちょこちょこ診療所等に通って健康管理しながらまだなんでもできるような状態、要するに元気要員です。この空間にいる人を、今後どのように社会参加してもらうかが大きな問題となります。政策もお金もエネルギーも、全てここに掛けるべきだと思います。



東京都では、2010年時点でも、65歳~74歳では89万人、75歳~84歳では62万人もの働いていない「元気な高齢者」がいました。

2040年には65歳~74歳では121万人、75歳~84歳では82万人に増えると予測されます。2040年には、なんと65歳~74歳では68万人の方が働いていると予測されていますので、いかにこの元気なのに働いていない121万人を、働く人にシフトさせて、68万人をどこまで増やせるかが、最大の社会戦略になると考えます。

2. 総括

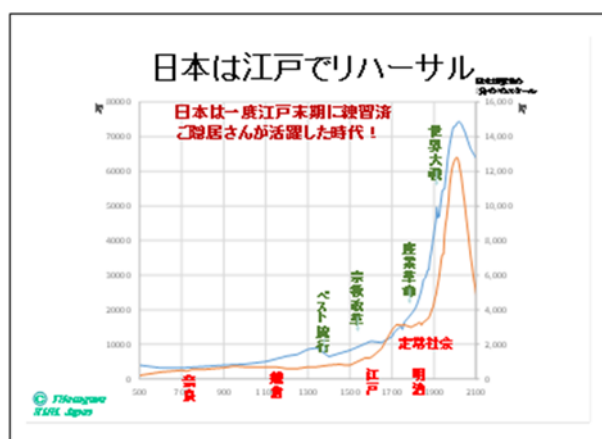
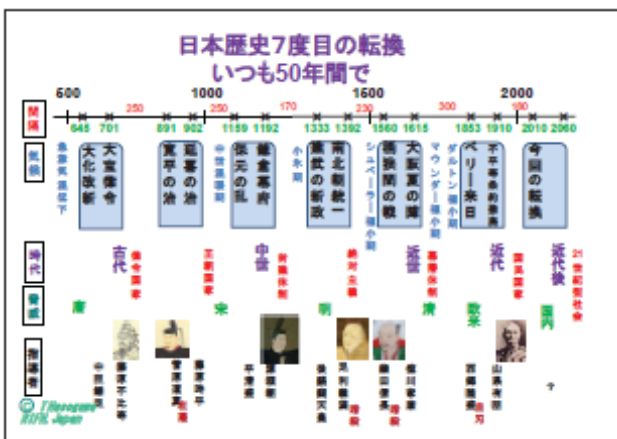
国家50年の計、これからの50年で日本は全く違う国になります。この間に、いかに新しい社会を構築するかをきちんとプランしなければなりません。

しかし、バッドニュースがあります。この50年に起こる可能性のある災害です。ある保険会社のランキングでは、東京・横浜が第一位、大阪・神戸が第四位、名古屋が第六位の災害段階のリスクといわれています。これまでの歴史では、3つの巨大地震が連動して起きています。北陸・首都圏・西日本、あるいは東北・首都圏・西日本というような、3連続セットに加えて富士山の噴火が起こる可能性が高いです。加えて東アジアは最後の冷戦体制が残っており、それが崩れると、経済難民、不況などが起きる可能性があります。

3年以内に70%の確率で首都圏直下型が起こるという予測もあり、南海トラフも同じくらいの確率で起こるといわれており、中央防災会議予測では32万人の死亡者で220兆円の損害が発生し、首都圏直下型では2万人の死亡と100兆円の損害と試算されています。個人的には2万人の死亡と100兆円の損害というのは少なすぎる試算だと思いますが。いずれにしてもこの50年間に、自然災害、政治動乱、そして高齢社会という、三重苦を乗り越えて、日本は新しい国を作らなければなりません。

一方、グッドニュースもあります。日本の歴史を振り返ると、今回は歴史上7度目の転換とみることができます。大化の改新から大宝律令に至る律令国家への大転換に始まり、ペリー来航から不平等条約撤廃に至る近代国民国家への大転換まで、過去6回の転換において、日本人はいつも約50年でこれらの大転換を乗り切ってきました。したがって今回の大転換も日本ならできるといのがグッドニュースです。そして江戸の後半期は人口は定常となりご隠居さんが活躍した時代です。江戸時代にリハーサルを済ませているといえましょう。

人生が延び、家族が融解し、日本が縮み、医療が変わり…という変化の中から、新しい人と人のつながり、新しい空間のインフラを作り、他方で空き家を活用するなど既存の資産を蘇らせて、1億2千万人全員実験者として21世紀の町づくりの実験をしていくしかありません。これこそが人類史的な実験だと考えています。



第3回「大都市における地域包括ケアをつくる政策研究会」

『アザレアンさなだの取り組みから地域包括ケアの課題を考える』

話題提供： 宮島 渡 氏
社会福祉法人 恵仁福祉協会 常務理事

日 時： 2015年2月19日（木）19：00～21：00

場 所： 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー5F
ステーションコンファレンス東京 503A 会議室

◆第3回

アザレアンさなだの取り組みから地域包括ケアの課題を考える

【話題提供】

宮島渡 氏（社会福祉法人 恵仁福祉協会 常務理事）

1. 地域包括ケアシステムのポイント

私たちが考える地域包括ケアシステムのポイントは、次の5つです。

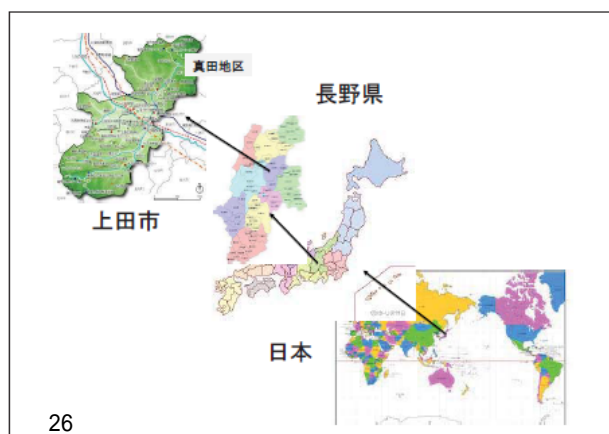
1. 日常生活圏域での 24 時間 365 日の在宅支援
 - (1) 施設機能の地域への分散
 - (2) 生活支援、介護、リハビリ、医療の一体的な提供
2. シームレスな支援（切れ目のないサービス提供）
 - (1) クリティカルパス、認知症ケアパス
 - (2) 自立から要介護5までの支援
3. 伴走型ケアマネジメント
 - (1) 自立から要介護5までの継続的なケアマネジメント
 - (2) 健康管理から居場所づくり、地域社会環境づくりへ
4. 住民参画
 - (1) 住民を「受け手（依存型）」から「担い手（主体的）」へ
 - (2) 「誰かのこと」から「自分のこと」
5. 医療との連携
 - (1) 日常の医療、時々の医療（時期と必要に応じた）
 - (2) 多職種協働

2. アザレアンさなだの紹介

「アザレアンさなだ」のある長野県の真田地域は、長野県の東北部に位置する地域で、真田十勇士で有名なところです。現在は合併して上田市の中の一地域となっていますが、合併当時の旧真田町の人口は約 1 万人。そこにアザレアン

さなだという従来型の特養(当初 50 床)があり、そこから 2 つのサテライトを分館して、従来型特養が 30 床と 2 つのサテライトがそれぞれ 10 床で運営しています。

そのほかにショートステイ、通所介護、小規模多機能、グループホーム、夜間対応



型訪問介護、訪問看護ステーション、訪問入浴、居宅介護支援事業、配食サービスと、これだけでほしい在宅で生活ができるような仕組みができあがっています。

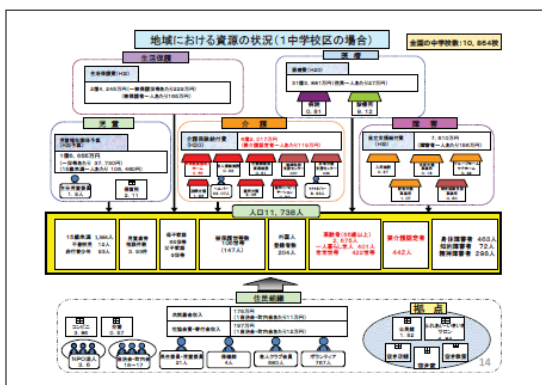
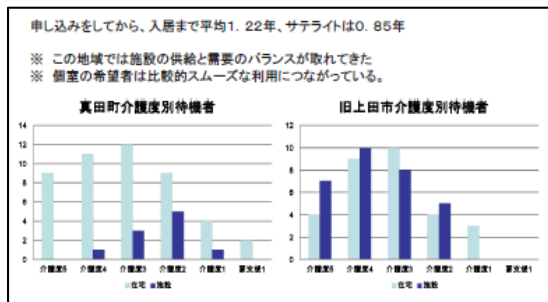
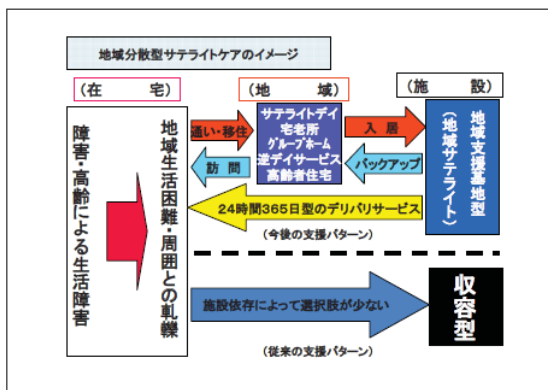
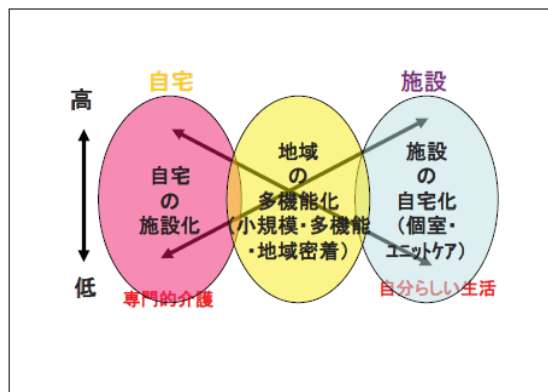
3. コンセプト1：日常生活圏域での24時間365日の在宅支援

私たちの考え方の基本には、自宅ではなくて施設にあるもの、たとえば24時間365日の専門的な介護は、自宅では難しいけれども施設にはある。逆に自宅にあって施設にないものは、気ままな自分らしい暮らし。それらを高い・低いであらわして、自宅と施設ともに、それぞれに低いものを高くしていこうと取り組んできました。つまり、自宅を施設化し、施設は自宅化していき、最後に地域全体を多機能化していこうということです。この3つを私たち法人のコンセプトとしてずっと取り組んできました。

利用者さんは、自宅に暮らせなくなると施設に入所するわけですが、そこで社会とのつながりが途切れてしまいます。そうならないようにするには、施設にあるさまざまなサービスを地域に出して行って、入居者だけでなく地域でこれらのサービスが受けられるようにしたいのではないかと考えました。

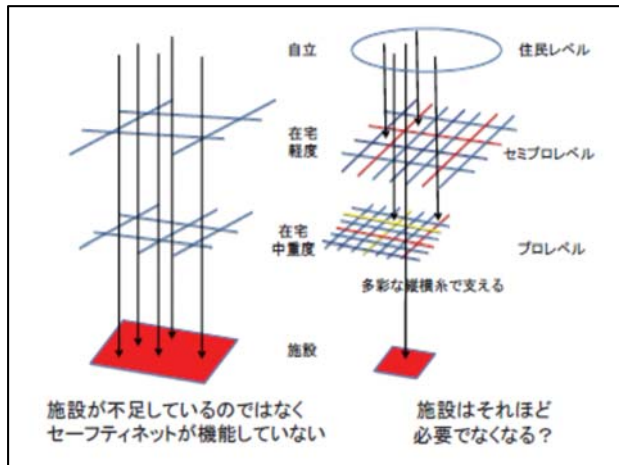
サービスの分散をすることによって、小規模な事業を資金的にも人材的にもバックアップして、24時間365日のサービスを在宅まで届けるということです。この20年間で、従来型特養本体の施設からデリバリー型のサービスを提供するのと、あとは小学校区に拠点を設けていくということが完成されました。

こうして在宅サービスを充実させていることの効果ですが、特養の待機者リストを見ると、真田地域の人たちは在宅で待機している人が非常に多く、一方旧上田地域の人たちはほとんどの人が、老人保健施設や有料老人ホームやショートステイあるいは病院などどこかに入っていて施設が空くのを待っているという状況です。しかも、真田地区では、要介護度4、5の人でも在宅でみられています。要介護度5の方も全員が自宅にいらっしゃいます。



ない、という話が報道されますが、私はそれは少し違うのではないかと考えています。

真田地域と他の地域の違いは、真田地区ではさまざまなレベルすなわち住民レベル、セミプロレベル、プロレベルでのセーフティネットが、縦糸と横糸が細かく編まれていて、それで支え切っているのだと思います。結果、施設はそれほど作らなくてもいいのです。



施設待機者の人たちは、皆が施設に入りたくて待機しているわけではなく、地域生活困難者です。その地域生活困難者を地域で支える仕組みを作れば、自宅で暮らし続けるか、施設に入るか、どちらも選択できるようになります。

地域包括ケアシステムの中で、私たちが見ていかなければならないのは医療の世界ではないので、生活障害者をいかに患者にしないかということが大事なところだ

と思います。

疾病を生活機能障害ととらえると、医療と介護の連携が見えてきます。疾病が具体的には運動機能低下だったり、口腔・栄養・摂食・嚥下の問題だったり、高次脳機能低下だったり、環境や背景にある課題だったりする場合、これは重篤な医療の手前のところでリハビリや介護でしっかりと支えられる部分なのではないかと思うのです。ここをしっかりと支えれば、重い医療を受けなくてもいいということです。

4. コンセプト2：シームレスな支援（切れ目のないサービス提供）

アザレンさなだではいま、医療とどうつながっていくかということに一生懸命取り組んでいます。

長期入居の半年間の稼働率が、26年度で99.7%です。ほとんど入院していないことを示しています。平均要介護度が、4.47です。サテライトでは、要介護度4と5の人の割合が70%で、稼働率が98%。職員たちが、いかに入院させないか、患者にしないか、生活障害者のままでいさせるかに注力しています。

そのために、「総合記録シート」という看護記録と介護記録が一体になっている記録シートを作っています。こうした記録シートは医療の世界の人にとっては当たり前なのでしょうが、介護の世界ではこういうことすらやっていないです。24時間で食事、入浴、排泄だけでなく、バイタルもしっかり見ていくというものです。この記録シートをつけているだけで、平均介護度が4.9のサテライトで、2年半の間に入院者はゼロ、経管栄養や褥瘡もゼロです。ほとんど救急車で搬送もありません。

5. コンセプト3：伴走型ケアマネジメント

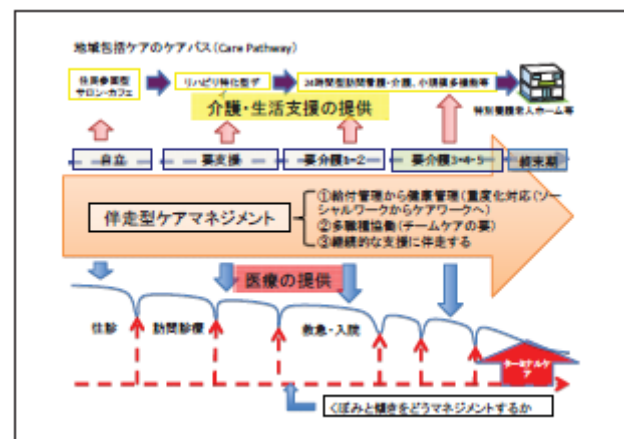
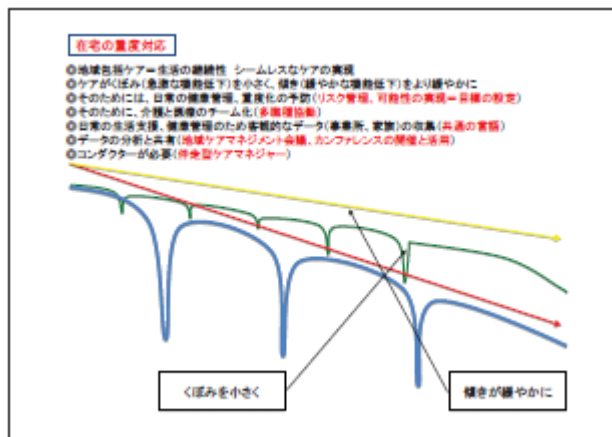
こういうことが在宅でもできないだろうか、そう考えた時、やはりそのキーを担っているのはケアマネジャーなのではないか、と思います。この人たちが医療と介護のゲートキーパーになっていかなければならないのだと思います。

時間の経過とともに老化し機能低下していくときの、傾きをいかに緩やかにするかということと、急激な機能低下（急性合併症や転倒事故、元疾病の再発など）のくぼみをいかに小さくするよう予防するかが重要になってきます。そのためには目標の設定をきちんとしなければなりません。そして介護と医療のチーム化、他職種協働が必要です。介護側に、医療が使えるようなデータを集める工夫が必要になってくるのではないのでしょうか。日常生活の支援、健康管理のための客観的なデータを各事業所や家族が収集していくことで、これが共通の言語になってきます。

データの分析と共有については、地域ケア会議やカンファレンスの場で行います。そこから予後的な予測もしっかりできていきます。そのようにしてケアマネジャーは、コンダクター的な役割を、利用者が比較的元気なときから重度な段階までずっと伴走的に担っています。そのような伴走型ケアマネジメントにおいては、ケアというものを、住民参加型のサロンやカフェでの交流の場面から、特養での終末期まで、というように広くとらえることが重要となります。単なる予防というのではなく、交流とか、お互いが気にし合うような関係を作るところから見ていくということです。

大変重要なケアマネジャーなのですが、今のケアマネジャーさんたちを見ていると、一日どれくらい食事をとれているか、どれくらい寝ているのか、といった基本的なことに関して驚くような数値が示されていても、「これは年だから」「要介護5だから」「認知症があるから」とノーマークとなってしまうのです。それは、ケアというよりも、サービスをマネジメントすることが仕事となっているケアマネジャーが多いからでもあるでしょう。エビデンスを見るということが行われなくなっています。当然将来起きるリスクや、回復改善の可能性についても、ほとんど見ていません。サービスをつなげたらそれで終わり、ということが多いように思います。

また、データを収集して、それを客観的に数値化することも苦手に行っていることが多いです。客観的なデータをもとに、今後どうしていったらいいかを考えると、いわばPDCAサイクルを回してケアマネジメントの質を上げていこう取組みはあまり行われていません。つまり今後のケアマネジメントは、給付管理のサービスマネジメントからヘルスマネジメントへの移行が必要です。しっかりとした数値化された目標をもって、多職種が横につながっていく関係作りが重要です。これをコンダクトするのがケアマネジャーの役割と考えています。



英国では、このようなケアマネジャー的役割を、GP が担っていると考えられます。

6. コンセプト4：住民参画

住民参画に関しては受け手から担い手へということで、他人事から自分事へ切り替えていこうと取り組んでいます。

最近発表された「認知症の人にやさしい地域づくりのための構成要素」について、先進地のインタビューのまとめを見ると、4つの要件が必要だということです。

1. スティグマの払拭（サポーター養成研修など）
2. 住民等の行動変容（捜索訓練、ボランティア活動など）
3. 社会資源（介護保険サービス、サロンやカフェなど）
4. 当事者とのつながり（当事者と住民の共同作業、事業評価指標づくり）

これを見て思ったのは、私たちのところでは、養成されたサポーターが行動変容を起こすような機会を作っていない、と思いました。サポーターの人数はたくさんいるのですが、何よりもまず当事者とのつながりがなく、社会資源ともつながっていないというのが現状です。

これら4つの側面を、住民主体でしっかり作っていかうとすると、活かせるのが運営推進会議の機能です。私たちの地域では11カ所の小さな事業所があるのですが、その全てに運営推進会議を設けて、2カ月に一度話し合いの場を作っています。これは非常に効果的で、地域の人たちがだんだん自分のこととして考えるようになってきています。教育的な意味合いが大きいです。

新田という地域での例ですが、ここでは住民が主体となってワークショップを開催し、そこにファシリテーターとして薬剤師さんや大学の先生が参加しています。そのワークショップの結果を、青年団や商工会、自治会の人たちが集まって議論するとも行っています。私たちもワークショップに呼ばれて、アザレアンの取り組みについて話をし、「うちの地域にも参加型のケアを作っていければいいかな」といった動機づけにつながっています。

新田では、「新田の風」というNPO法人を作り、施設をバックアップしたり、地域課題を共有したり、その相談窓口を作ったり、また認知症サポーターの研修を定期開催するなどの活動を展開



平成26年4月30日 開所式



しています。地元に住む内科医の方が理事長を務めておられます。

7. 地域包括ケアの課題とビジョン

私たちの仲間で北海道旭川市の隣の鷹栖町で地域包括ケアに取り組んでいる社会福祉法人があるのですが、相互に情報交換、情報共有をする中で、いくつかの課題が見えてきたのでその点について最後にお話しいたします。

旭川市は34万8000人の大きな市で、隣の鷹栖町は7000人ほどの小さな町です。鷹栖町では、真田地域同様、ほとんどのサービスが整えられ、住み慣れた自宅に住み続けることを支える仕組みができています。

ところが、こうした取り組みを続けてくる中で、最近になっていろいろな異変が起こり、いくつかの課題が見えてきました。じつは、私たちの地域でも同じようなことが起きはじめているので課題を共有しつつ解決に取り組もうと考えているところです。

異変というのは、一つはデイサービス利用者の急激に減少しているということ。二つ目に、旭川市にさまざまなサービスが整備されるにつれ、鷹栖町から軽度の利用者がそちらに住み替えをしていくようになり町外に流出している。三つ目として、小規模多機能型居宅介護の利用が進まず、かつ利用者は軽度化しているということ。そして四つ目に、新規登録者に対して停止者（解約）の数のほうが上回ってしまっている、ということがあります。停止者がなぜ多いのかというと、その方々の大半は入院されているのです。

こうした状況から、私たちがこれからより力を入れなければならないのは、在宅サービスにおける中重度化への対応であると考えられます。在宅スタッフの、介護予防および基礎介護力を向上させて、在宅における中重度化（重度身体障害、重度認知症、重い医療ニーズ）に的確に対応できる小規模多機能ホームのケアと運営を目指していく考えです。

以上、まとめとしては、サービスの提供を通じて、医療にもきちんとつなげられるシームレスな健康管理が重要であるということ、そこで得られたデータや情報を地域ケア会議のようなところで共有しケアプランの中で話し合っていくという循環を作っていくことが大事であると考えています。

第4回「大都市における地域包括ケアをつくる政策研究会」

『「地域包括ケアシステム」の構築に向けた市町村の役割』
～桑名市の取組みを例として～

話題提供： 田中 謙一氏
桑名市 副市長 ※2015年3月19日当時

日時： 2015年3月19日（木）19：00～21：00

場所： 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー6F
ステーションコンファレンス東京 605C 会議室

◆第4回

「地域包括ケアシステム」の構築に向けた市町村の役割 ～桑名市の取組みを例として～

【話題提供】

田中 謙一氏（桑名市 副市長） ※2015年3月19日当時

1. 桑名市の特徴と現状

私は平成25年4月から、厚労省から三重県桑名市に出向し、2年間で地域包括ケア計画を策定しました。桑名市は、旧東海道の宿場町として繁栄してきたところです。桑名城の城下町でもあり、保守的なところがあります。

桑名市には、地域包括ケアシステムの構築に取り組む上で非常に難しいところがあります。それは、病院信仰が根強くあるということことです。人口14万人の都市で、それほど財政的に豊かな市ではないのですが、現在、新病院を作ろうとしています。旧市民病院と民間の病院2つを統合した新病院となります。公私の病院を統合することで合意するまでには非常に長い年月がかかり、まだいつできるかわからないのですが、皆期待しているところです。

そうした現状の中で、これまでは新病院の整備が何より大事に考えられてきたのですが、新病院が急性期医療をしっかりとやっていくためにも、患者を円滑に退院させて在宅へ移行することを目標に掲げ、取り組んでいこうとしております。

2. 「桑名市地域包括ケア計画」の策定

(1) 「規範的統合」の重要性

地域包括ケア計画の策定においては、第一に、被保険者である高齢者とその家族、そして事業者に対して、市としての方針・期待を明確にすることが重要と考え、実行してきました。一方で、市の職員や地域包括支援センターの職員、社協の職員の人たちにとっても、厚労省が示している枠組みはどうか、世の中で議論されているのはどんなことなのか、そういったことが分かるようなものにしようという思いで、計画を作っていました。規範的統合の重要性が指摘されていますので、これは規範的統合のツールなのだと言い続けてきております。そのせいもあり、桑名市では「規範的統合」という言葉を普通に使って職員同士が会話をしております。

市役所や地域包括支援センターの人たちは法令やガイドラインをあまり読んでいません。法令も読まず、外のことも知らず、役所の中だけで仕事をしていると、自分たちはとても頑張っているのに、なぜ制度改正がなされて変えなければいけないのか、というメンタリティになります。しかし、全国レベルのことを見ていけば、いま何が課題なのかが明確になってきます。そうした総合的な視点に立って計画を作るということをしてきました。

(2) 地域包括ケアシステム構築の必要性

まず、地域包括ケアという言葉はわかりにくいので、「地域包括ケアとは、全員参加型で 2025 年問題を乗り越えるための地域支え合い体制づくり」であると説明をしてきました。

桑名市の高齢化は、2025 年には 75 歳以上が 1.6 倍を超えるということで、ほぼ東京の国立市並みの高齢化の進み方をしています。三重県全体では全国平均なのですが、桑名市は名古屋のベッドタウンということもあり、東京と同じような問題を抱えています。

なぜ地域包括ケアかという時に、「在宅で暮らしたい人が多い」からといった甘い説明が多いのですが、私はそういう問題ではないと思います。介護保険というのは、創設当初から在宅中心だったはずですが、現場ではそのようになっていません。そこをどのように説明するか、在宅医療の太田先生の言葉をお借りして「もう病気は治らない、だから病院を含む地域全体が支えなければいけない」と説明しました。

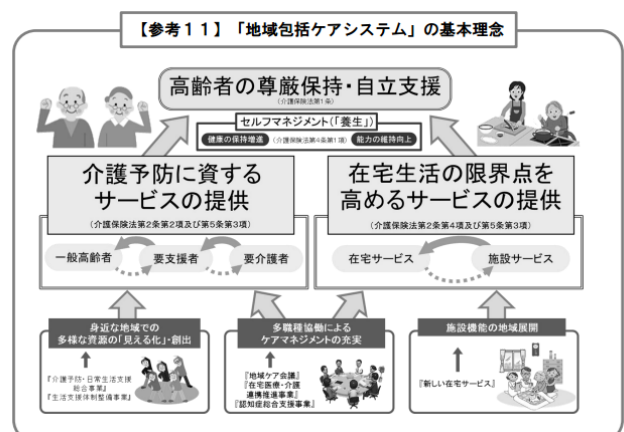
また、地域包括ケアは、「お金がないからやっているのですか」という人が、一般市民の中には結構います。その問いに対しては、地域包括ケアは「人生の最期として何が幸せかということを追求するものです」と説明しています。

さらにもう一つ、高齢者もその家族も、自分たちはサービスの受け手であるという意識が強く、専門職に任せる、あるいはデイサービスに行けばあとはデイサービスに任せるということが多いのですが、こうした姿勢に対しては「これからは若者がいなくなります。若者がたくさんいて、専門職に任せておけばいいということはもうできません。今まで家族が埋めてきたことさえ、埋められなくなってきています。これからは専門職も地域住民も、そして高齢者同士も混ざり合って地域支え合い体制づくりをするのです」と説明してきました。

平成 21 年の時点での三重県の未来予想図（介護保険事業支援計画）の資料では、「直視すべき現実、避けなければならないシナリオ」として、危機感を共有しなければならないことが書かれています。そして「環境に鈍感でゆでガエルにならないように」とイラスト入りの警句があります。カエルは回りの水が徐々に温められると高温になっていることに気付かず死んでしまうそうです。震災や原発事故のような大変な事態が起これば皆大変だとなるのですが、2025 年問題は徐々にそこに近づいていくので危機感があまり共有されていません。

(3) 「桑名市地域包括ケア計画」の基本理念と「3本の矢」

地域包括ケアシステムの構築には、基本に立ち返って介護保険制度の基本理念を徹底することが、改めて大事であると考えます。介護保険は「高齢者の尊厳保持と自立支援」のためであって、お世話保険ではありません。自分たちでしっかり健康の保持増進、能力の維持向上に努力していただく必要があります。医療では病気が治って通院もなくなり薬もなくなればハッピーです。ところが、介護は要支援から自立



すると本来は喜ぶべきなのに、窓口では「サービスが受けられなくなる」と苦情が寄せられます。そこには誤解もあります。

桑名市では、次の「3本の矢」を中心に、地域包括ケア計画を作っていこうと決めました。

- ①身近な地域での多様な資源の「見える化」・創出
- ②施設機能の地域展開
- ③多職種協働によるケアマネジメントの充実

①は総合事業に関係する部分です。総合事業の議論をするときに、決まって新聞に出てくるコメントとして、「市町村には受け皿がない」というものがありますが、そんなことはありません。市町村は、今までお金を出してこなかったものに興味がないのです。つまり補助金行政だったということです。地域の中では一生懸命頑張っている人がどこにでもいます。ないものねだりをするよりも、既存のものを発見して「見える化」することのほうがはるかに重要です。

②は在宅生活の限界点を高めるということです。亡くなられた小山剛さんからお話を伺い、「地域全体を一つの病院だと思えばいいんです。道路が廊下、自宅は居室」と説明を受けて、その桑名版の資料を作りました。在宅が難しいと思っている人は、すべてを家族でやらなければならないと思っているからなのです。施設の中で行われているナースコールや夜間定期巡回を地域に広げて、壁の中でやっていることを地域の道路一本隔てた向こうの一軒家に届ける、ということで進めています。宮島渡さんが進めていらっしゃる「自宅の施設化」も、桑名でもしっかりやっていかなければと思っています。

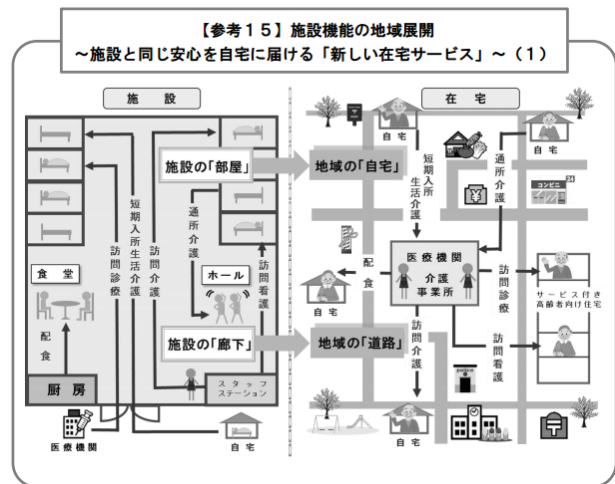
③については、どんなに優秀なケアマネでも、一人でケアプラン立てるのは限界があります。保険者である市と、その委託を受けた準公的機関である地域包括支援センターと、さらに桑名市では保健センターに保健師、管理栄養士、理学療法士、歯科衛生士がいますので保健センターも一緒に、多職種協働によるケアマネジメントの充実に取り組む体制をとっています。

(4) 桑名市地域包括ケアシステム推進協議会

地域包括ケア計画は、策定のプロセスも大事です。これまでのように、市が事業を行って意見を聴くという性格のものではありません。皆がそれぞれの役割を果たしていただく必要があり、マネジメントがとても重要となってきます。

桑名市では、地域包括ケアシステム推進協議会は、医師会長にも入ってもらってトップクラスの審議会となりますので、あえて条例を作りました。

大事なことは、市町村がやるとどうしても市町村が案を出して、意見を言ってもらおうという形になるのですが、私は、「医師会にはこういうことをやっていただきたい」「歯科医師会にはこういうことをやっていただきたい」「ケアマネにはこういうことをやっていただきたい」と全部お願いしました。皆それぞれに前向きな意見を言ってくれました。



未提出者のほうがリスクが高いケースが多い。「調査票が提出されないと民生委員がお伺いします」というアナウンスが一番効くそうです。

この結果を小学校区ごとに割り出して、保健師や健康推進員が地区での集まりがある時に資料として張り出します。すると、住民同士で議論が始まります。「うちの地区にはこういう問題がある」と認識してもらうということです。

【参考40】「個人結果アドバイス表」のイメージ

(2) 地域ケア会議

地域ケア会議を通じて地域課題を把握することもやりました。ケアマネにアンケートをして、個別事例で自宅を離れて施設に入所した事例について、なぜそうなったかを専門職同士で議論してもらい、困難事例の要因を分析していきました。例えば、身寄りのない高齢者が増えていく中で、医療機関や介護事業所において法制的に求められない医療同意や身元保証・引受に署名する身寄りがいないことを理由として、サービスの提供を拒否するといった慣習が根強くあります。現場では対応に苦慮しています。

4 介護サービスの提供体制の整備と地域支援事業

そうした地域課題をもとに、介護サービスの提供体制の整備をどうするかについて、3点挙げました。

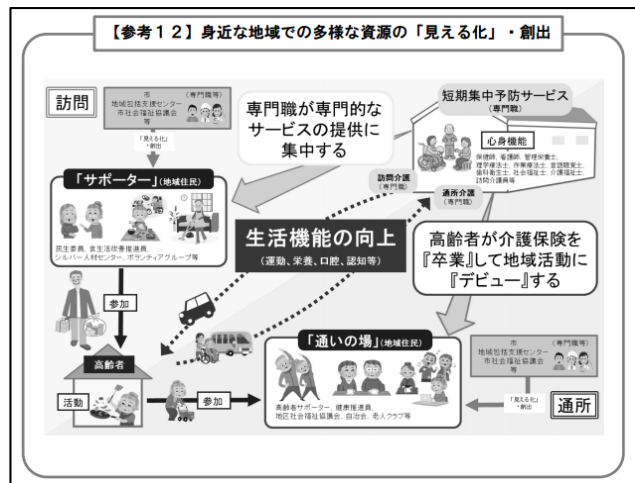
- (1) 施設サービスと同様な機能を地域に展開する在宅サービスの提供体制の重点的な整備
- (2) 日中・夜間を通じた訪問介護・看護の効率的な提供体制の整備
- (3) 専門的な認知症ケアの一体的な提供体制の整備

これに対し、消費税が上がったおかげで介護保険の地域支援事業の充実も実現するのですが、これは事業なので、市町村がやる気になって企画立案して実施しないと、定率負担も入って来ないこととなります。ただ、企画立案に関してガイドラインもでていますが、自由度は高く、しかも、基金のように終わりのある制度ではなく恒久的な制度である、という意味で、画期的な制度です。

桑名市も、来年（平成27年度）から全部やります、と説明しています。そうしないと、市民の皆さんが払っている消費税が市民に還元されません。一方、きちんとやっていけば、国費、県費が付いて来る上限も上がりますので、そうすると地域包括支援センターの員数を増やせる、と説明をしています。

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業

総合事業は、短期集中予防サービスを中心することを打ち出しました。そして、「通いの場」の見える化をしていき、専門職には専門職らしい仕事をしてもらうため、「サポーター」の見える化・創出をしていきます。また、今後介護予防ケアマネジメントは非常に難しくなることが考えられるので、そこを充実させていこうと言っています。そのためには、保健センターと地域包括支援センターとで一体となってやっていくことが重要となります。



保健センターについては、厚労省の文章の中にはあまり出てこないのですが、地域保健の基本指針を見ると、「健康増進と介護予防との連携」と書いてあります。しかし、どうしても、保健師、栄養士等は、「教室」が大好きです。そこを、保健師の仕事は、地域住民の自発的な活動を働きかけることであり、動機づけが大事である、と話しています。

(2) 地域ケア会議推進事業

地域ケア会議推進事業については、高齢者世帯の困難事例の解決のための地域ケア会議である「地域支援調整会議」のほか、多職種協働でケアマネジメントを支援するための地域ケア会議である「地域生活応援会議」というものを進めています。

市町村の地域ケア会議は、政策を議論する場なのか、個別事例を検討する場なのかというこ

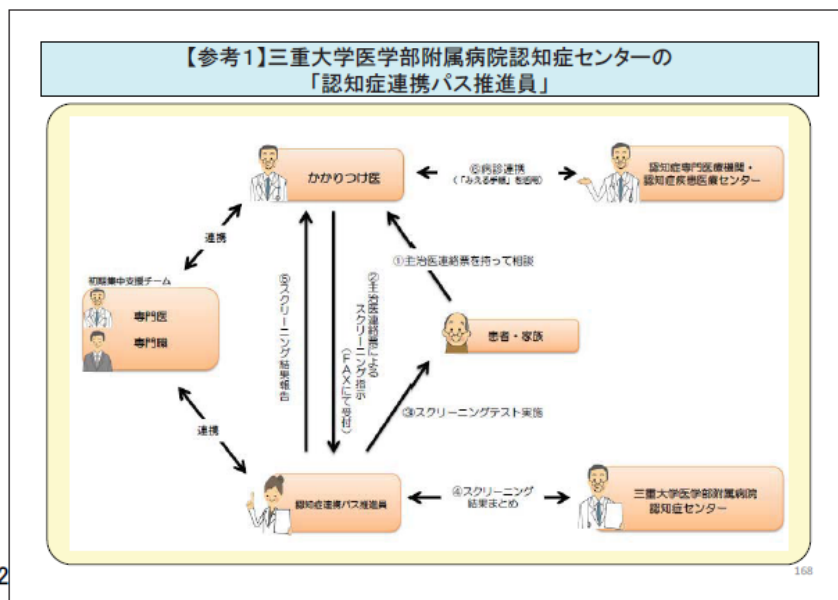


とがあり、桑名市の地域ケア会議では、個別事例を中心に議論して、個々の事例のケアマネジメントについて話し合うのは、「地域生活応援会議」でやっています。

ケアマネが力をつけるには座学研修では限界があります。やはり目の前の個別事例について検討して自立支援を実践する中で、オンで・ジョブ・トレーニング育っていくのだと思います。今後、認定者数の推移を見守る必要はありますが、「地域生活応援会議」の効果はすでにじわじわと出ていると思っています。

(3) 認知症総合支援事業

認知症総合支援事業は、三重大学を中心に「認知症連携パス」を作って進めています。認知症センターに認知症パス推進員を雇用して、かかりつけ医の指示を受けてiPadを使って検査しています。



5 市町村の役割

最後に、市町村の役割は、基本は計画をきちんと作ることであり、保険者として事業者に対して期待を明確にすることが大事だと思います。

そして、地域住民主体の活動については、ネットワーク化するには、どこで誰が何をやっているかがわからなければ、つなぐこともできません。したがって、「見える化」が重要になります。

連携していく中では、必ずほかの人の悪口を言う人がでてきます。病院はケアマネの悪口を言い、ケアマネはかかりつけ医に不満を持ち、現場は市や地域包括支援センターがダメだと言い、皆人のせいになろうとする。そこは、やはり連携なのですから、自分がやるべきことはきちんとやって、他にお願ひすることはきちんとお願ひする、という姿勢が必要だと思います。

第5回「大都市における地域包括ケアをつくる政策研究会」

『第1回から第4回までの講演内容振り返り』

話題提供： 長谷川 敏彦 氏
一般社団法人 未来医療研究機構 代表理事

※講演内容の掲載はございません

日 時： 2015年4月16日（木）19：00～21：00

場 所： 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー6F
ステーションコンファレンス東京 605A 会議室

第6回「大都市における地域包括ケアをつくる政策研究会」

『社会保障と財政』

話題提供： 宇波 弘貴 氏
財務省 主計局 主計官

※講演内容の掲載はございません

日 時： 2015年5月21日（木）19：00～21：00

場 所： 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー5F
ステーションコンファレンス東京 503A 会議室

第7回「大都市における地域包括ケアをつくる政策研究会」

『地域における虚弱予防～健康増進 』
～高齢者の食力を維持・向上するために～

話題提供： 飯島 勝矢 氏
東京大学 高齢社会総合研究機構 准教授

日 時： 2015年6月18日（木）19：00～21：00

場 所： 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー6F
ステーションコンファレンス東京 602C 会議室

◆第7回 地域における虚弱予防～健康増進
～高齢者の食力（しょくりき）を維持・向上するために～

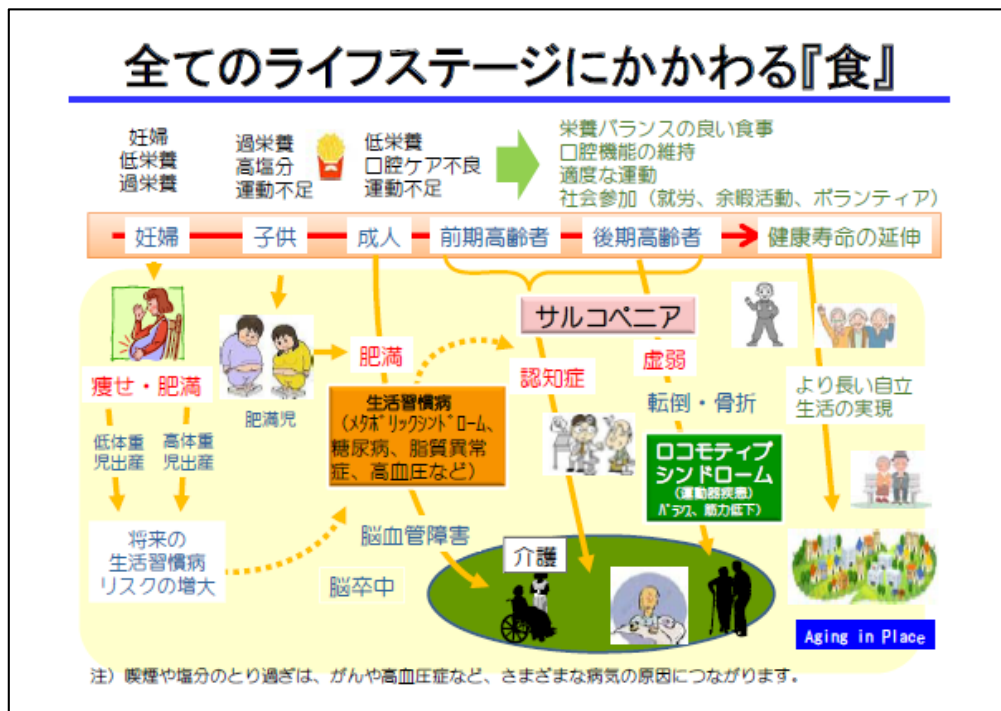
【話題提供】

飯島勝矢 氏（東京大学 高齢社会総合研究機構 准教授）

1. 高齢期の虚弱（フレイル）予防について

長寿に与える要因は何でしょうか。一般論の視点からみて遺伝要因と環境要因に分けて考えると、遺伝要因については医学界のさまざまな情報を遠巻きにみるとどうも25%くらいが遺伝要因ではないかと言われています。一方で、75%が環境要因となるのですが、環境要因は職場の粉塵といった環境だけではなく、むしろ食事や歯科口腔、運動、メンタル、社会性など、自分の努力で変えることができる部分、すなわち自己管理関連要因が75%あるということです。

その中で「食」は、すべてのライフステージにおいて、深い関わりをもっております。それこそ妊婦さんからはじまり、乳幼児、小児～学童期、成人、前期高齢者、後期高齢者まで、幅広い世代にわたって「食」は色々な形で重要な関わりをもっています。



本日は、高齢者の介護予防～虚弱予防（フレイル予防）について話をしますが、このスライド（東京大学高齢社会総合研究機構：HIP 資料を引用）をあえて最初にお見せする理由は、実は思いのほか相当早いうちから勝負が始まっているということを示すためです。妊婦さんのオーバーウエイトもあれば、低体重児の問題等々、フレイル（＝虚弱）というのは食や栄養、健康面で考えると、お母さんのお腹の中からということが見えてきます。

我々はどうのように弱っていくのか、それについては、私が所属するジェロントロジーの上司の一人である秋山弘子先生の 20 年間の約 6000 人のデータをお示しします。約 6000 人いれば当然 6000 通りの病気の発症の仕方があり、6000 通りの自立度 (ADL) の低下の方があるわけで、個々に見れば千差万別ということになるのですが、20 年間の調査から秋山先生方は、男性はおおよそ 3 つ、女性は 2 つのグループに分かれるらしいということをご導き出しています。

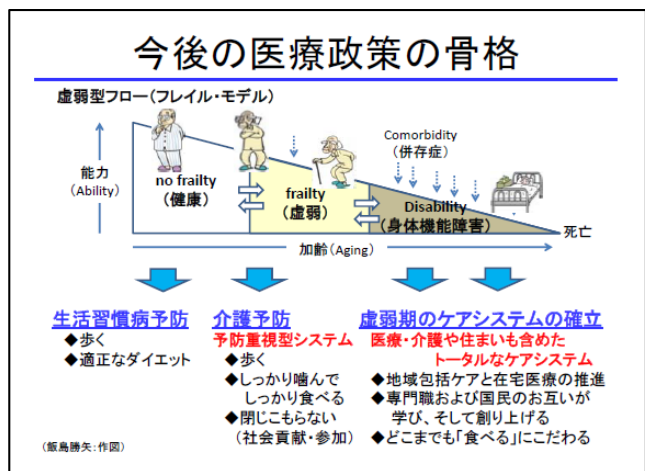
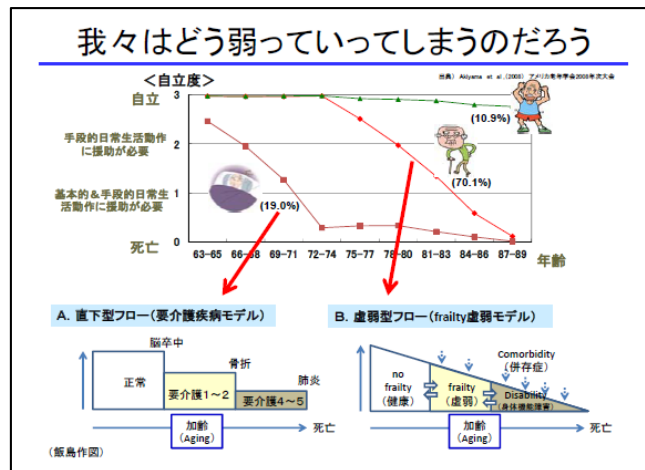
「A 型：直下型フロー」と「B 型：虚弱型フロー」と表現しましたが、前者は何らかのイベントがきっかけでガクッと落ちるパターンで、後者は大きなイベントはないけれども 70 歳過ぎから徐々に衰えを感じていくパターンです。

男性の 19%、女性の 12% が、ガクッと落ちる A 型直下型フロー。また、男性の 7 割、女性の 9 割が 70 過ぎから徐々に低下していく B 型虚弱型フローということです。この他に、男性の 10 人に 1 人くらいの割合でかなり自立度の維持された方々がいるということですが、一方で女性ではないらしく、その一つの理由がロコモティブシンドロームなどの影響で足腰の身体機能が低下しやすいと言われております。

このように存在する 3 つのパターンに対して、それぞれに課題があります。その課題の克服をどのようにしていくかという視点から、今後の医療政策の骨格となるイメージ図を描くと、右図のフレイルモデルがイメージ出来ます。健康な時期からフレイル (虚弱) になり、そして

身体機能障害 (進行すれば介護期) になるという 3 つのフェーズに分かれます。高齢期であっても健康な方々には生活習慣病予防 (すなわちメタボ対策) を厳格に行うことが必要であり、一方でフレイルの集団に対しては介護予防も含めた予防重視型システムが必要となります。ただし、どのような高齢者に危険因子の厳格な管理をし続けるべきなのか、一方で、どのような方々にむしろしっかり噛んでしっかり食べた方が良いと指導すべきなのかはなかなかはっきり分からない状況です。

市民目線の言葉でいえば、まずは健康な時から「しっかり運動 (歩くことも含む)、しっかり適正なダイエット」ということが重要である。このいわゆるメタボ対策を考えてみると、一般の市民の方々には「メタボ体型はカロリーオーバーなんだ」というイメージで認識されているため、すぐに「今晚から夕食を減らしましょう」となりがちです。しかし、それは中年層から高齢期の初期の頃では間違いはないが、逆に高齢期 (特に 70 歳代以降) においては過剰な摂取カロリーというよりも、むしろ普段の生活の physical activity (生活活動度) の方が重要です。例えば、高齢



女性の場合ならば、自宅のお掃除、炊事、洗濯など日々の日課をどれだけきちんと実行出来ているかどうか大きなウェイトを占めてきます。

さて、ではフレイルティ（虚弱）の集団に対してはどうするのか。これは、「しっかり歩く」、「しっかり噛んでしっかり食べる」、そして「しっかり社会参加も含めて社会性を高く保つ」ということが重要となります。いわゆる三位一体と言っても過言ではない、これらの対策に誰も異論はないと思います。しかし、どの高齢者に対して、これを強く推し進めるのかはそう単純ではなく、65歳以上は全員とか、70歳超えたら全員、という様に、一律に決めることは難しいです。そこには、大きな個体差というものが存在しており、個別のリスク管理を行ないながら対応しなければなりません。

高齢者の体力（身体機能）のトレンドは、握力、バランスなど総じてデータとしては伸びています。歩行速度からみれば、約10歳分ちかく若返っていると言っても過言ではありません。この文科省傘下での基礎体力調査の解釈としましては、そのようなデータを収集するための調査会場にモチベーション高く来場した方々のデータという、ある意味限定付きの解釈をせざるを得ません。しかし、そういう限定的なデータであったとしても、全体的に身体能力が若返っているというのは素晴らしいことです。

一方、参考までですが、青少年のほうは、少しずつ身体機能が低下傾向を示しているという結果が出ています。例えば中学生～高校生の女の子は、極端なダイエットをやっていたり、UVを浴びる時間がほとんどないような子たちも少なくありません。彼女たちが閉経前後の50歳前後になった時に、（骨粗鬆症も含めて）はたしてどうなるかは非常に危惧するところです。

現在の介護予防事業では、基本チェックリスト（多面的な分野に対して25項目の質問票から構成されている）などを活用し、全国的に幅広くデータ収集をしております。私自身がメインのフィールドとしている千葉県柏市においても、7～8万人の高齢者に郵送して約85%の返却があることで、非常に素晴らしいデータベースを持っております。その中に歯科口腔機能についての質問が数問含まれており、その質問でチェックされた高齢者には、行政管轄の歯科衛生士さんが電話をかけたたり、来てもらったりしている介入活動が行われております。しかし、私自身としてちょっとした課題を感じております。なぜならば、そういう人たち（すなわち特定高齢者という範疇に入ってしまう方々）に対して歯科衛生士さんだけの介入で本当に良いのかどうか？、もっと言えば、多面的・複合的な対応が早期から必要なのではないかと感じております。

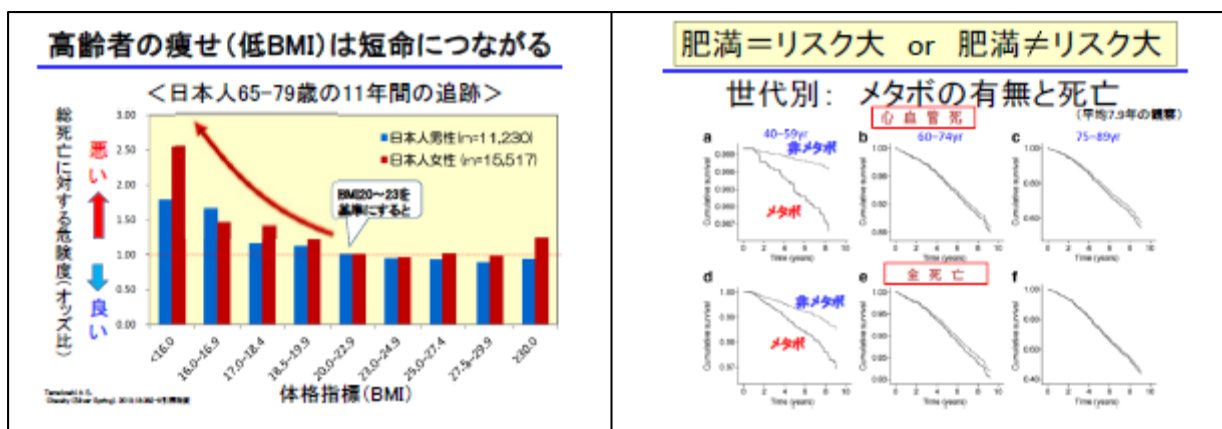
運動教室も全国で日常的に行なわれていますが、ある程度飽きられているという意見をよく聞きます。この部分に関しても議論していかなければならないところです。

2. サルコペニアとは何か

私の虚弱予防（フレイル予防）研究について、まずは総論的な部分からお話ししていきます。サルコペニアについて理解して頂くためです。

一般市民にとっても身近な指標としてBMI（体重を身長で2回割る）という指標があります。これは内臓脂肪を中心とした肥満をベースとして個々の動脈硬化危険因子が積み重なるメタボリック症候群（以下、メタボ）に準じて、大きな体格の指標として位置付けられたものです。すな

わち、肥満は良くない、すなわち高 BMI はまずいという位置づけで国民運動論に完全になったものであります。よって、この BMI という指標は非常に重要なものなのですが、一方で、この BMI だけでは分からない世界があり、私はそれを「BMI paradox」と呼んでおります。どういうことかと言うと、前述したように、BMI が高いのは良くないという常識がある訳ですが、それは中年層（～60 歳代くらいの高齢期まで）くらいを中心として構築された考え方です。当然エビデンスも豊富に存在します。しかし、高齢期になると死亡リスクの結果は逆転しており、むしろ（高 BMI より）低 BMI すなわち痩せているの方が死亡リスクとしては危険が高くなります。つまり、中年層では肥満な人ほど脳心血管イベントおよび死亡リスクが高くなるのですが、高齢者のデータでは痩せている方が死亡リスクが高く、逆に小太りはリスクになりにくいというデータになっているのです。（下左図）

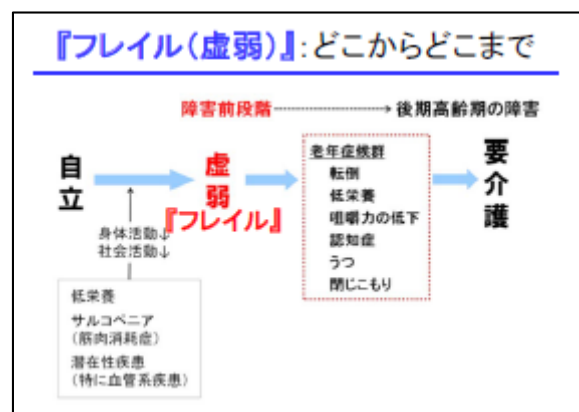


私の臨床経験上でも、痩せすぎているおじいちゃん、おばあちゃんの方が、血管が硬いです。血管が硬ければ血圧変動が大きくなり、必然的に脳血管障害が増えてくるというイメージがあります。これが、BMI paradox です。

それを裏付けるのが、右のグラフです。心血管病での死亡と全死亡に関するメタボの有無と死亡の相関を世代別で見たものです。中年層では心血管病でも全死亡でも、メタボの方で死亡リスクが大きい。ところが 60 歳以上の集団になると、メタボと非メタボの差がなくなってくるという結果が示されています。ただ、このデータはもう少しデリケートに解釈する必要があるかもしれませんが、とはいえ、中年層で見られるメタボと非メタボの大きな差は、高齢者になると徐々にその差がなくなっていくことは間違いないです。

《サルコペニア》というのは造語で、診断基準としては「低筋肉量（特に四肢）」「低筋力」「低身体能力」の 3 つの視点で決めていくことがヨーロッパのグループ（EWGSOP）から出てきています。

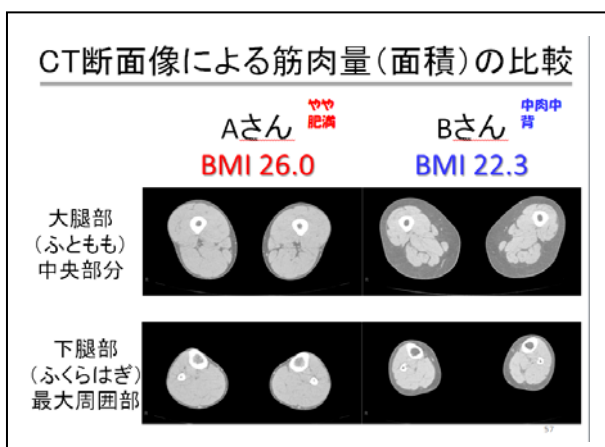
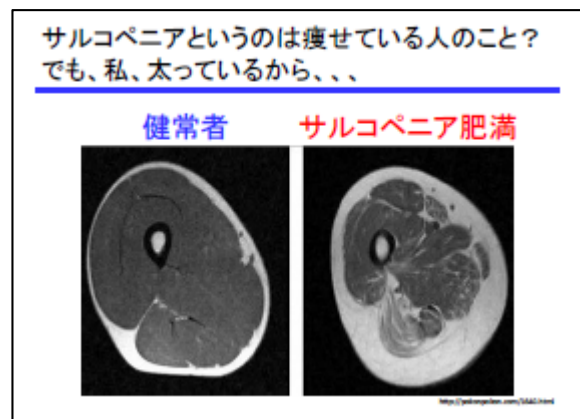
加齢変化により筋力や活力が衰えると、日本では「虚弱」という感じ 2 文字が使われます。しかし、虚弱という言葉は非常にネガティブな印象なので、もっとポジティブなイメージの言葉がないかと探しておりました、われわれ日本老年医学会では昨年 2014 年にこの虚弱という言葉が英単語 Frailty から引用し『フレイル』と命名し、幅広く



国民の方々に知ってもらおうと声明を出しました。「フレイルとはどこからどこまでを言うのですか」という質問をよく受けますが、医学的な視点でのポイントと、国民運動論として予防しているという時のポイントは、実はあえてずらしています。すなわち、医学的に厳格な視点で見れば、要介護でかなりの低 ADL 状態であってもフレイルであることは間違いありません。しかし、この度の国民への幅広い啓発を視野に入れ、重い要介護状態の一手手前までとし、ご本人の頑張り次第で様々な機能が回復し得る可能性を秘めている状態であると位置づけております。それにより、少しでも多くの方が前向きに受け止め、日々の努力を惜しまず継続して頂けるようになればと願っております。

筋力は努力をしている人であっても 60 代くらいから着実に数%ずつは減っていくことが学術論文として報告されております。特に事故などで 2 週間寝たきりの生活を過ごすと、7 年分の筋力を一度に失ってしまうと言われております。かなり積極的なリハビリをやって、復活までは寝たきりの期間の最低でも 3 倍かかるというのが医学界でよく言われている話です。

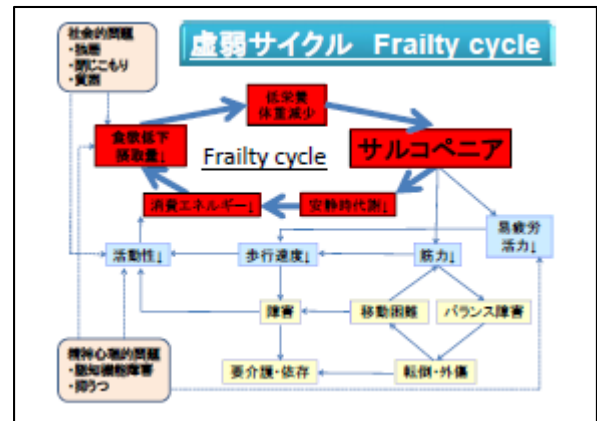
また、前述の BMI paradox に関連して、もう一つの例をご説明します。図の左右ともに同年代高齢者の下肢（大腿部と下腿部）を CT スキャンで撮像してみた画像をお示しします。健診などで「BMI が 22kg/m² であり、ちょうど良い状態ですね」と言われている、いわゆる中肉中背の高齢者に対して、CT スキャンでは図右の症例のように、筋肉が非常に萎縮気味で縮まってしまっている方が中にはおられます。一方で、「BMI 26 kg/m² で肥満傾向ですね」と言われている高齢者の中には図左のように筋肉がしっかりと維持されております。すなわち、特にフレイル～サルコペニアに関しては、BMI だけでは分からない、いわゆる BMI だけでの評価の限界が存在し、体組成をしっかりとみなければ分からない現実を物語っております。



さらに、もう一方で、「サルコペニア肥満 (Sarcopenic obesity)」というものもあります。見た目は肥満傾向であり、同時にサルコペニアのパターンを示している状態です。一般的に BMI が上昇する毎に骨格筋量も上昇する傾向はあるのですが、いわゆる役立たずの筋肉を持っているのがこのサルコペニア肥満となります。

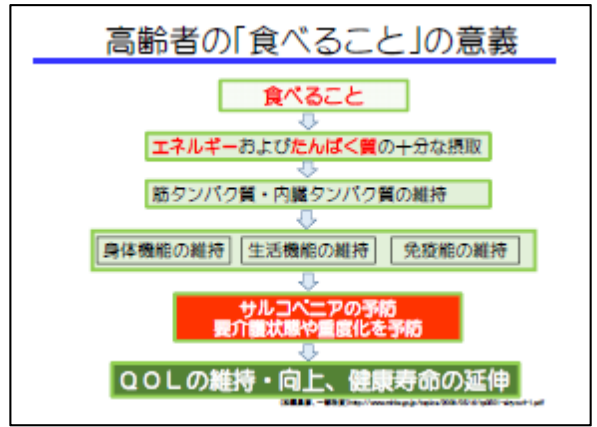
それから被災地での災害医療にたずさわった体験から、過去 20 年間の大災害のレビューをしていて引っかけたことがあります。新潟県中越地震（2004 年 10 月）のときの記録に「急性期の避難生活の中で、元々歩行障害のない高齢者のうち 3 割に歩行困難が出現し、そのうちの 4 割が 6 カ月後でも回復せず」という記録が残っております。これは何を意味しているのでしょうか？お分かりのように、これは廃用性の筋萎縮を暗示しており、結果的にはサルコペニアが進んでしまったことを示唆しております。

サルコペニアでは、Frailty cycle といってフレイルの悪循環が起こります。ちょっと筋肉の衰えが進んでくると、買い物に出るのも億劫になり（活動性低下）、お腹も減らなくなり、食事のバランスも偏ってくる…というように負のスパイラルに陥ってしまいます。また、サルコペニアは要介護の入り口と言われますが、口腔機能低下や基礎代謝低下、転倒骨折、そして外出頻度の減少が基本的には認知機能の低下につながり、最終的には要介護状態へとつながっていきます。いろいろな場面でサルコペニアは一番最初（初期）の障壁になってくるのです。

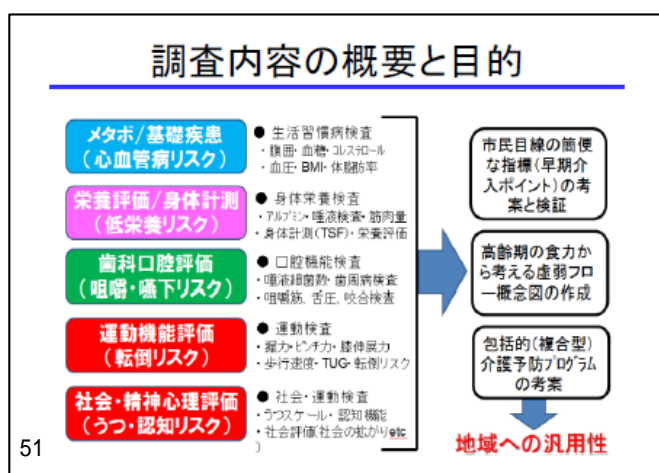


転びやすくなった、外出が少なくなった、美味しいものが噛み切れなくなった、活動的でなくなったといった、「生活には困っていないけれども、言われてみれば衰えだよな」ということに対して、市民一人一人が自分事として気づいてフレイル予防や介護予防に前向きに取り組んで欲しいと思います。

そこで我々が考えたのが、高齢者の『食力（しよくりき）』です。食べる力は、「口腔・嚥下機能」、そして「多病（基礎疾患）・多剤併用」、「栄養（食のバランス）」、「身体（サルコペニア）」、それから「社会性、心理、認知、経済（貧困）」など、多岐にわたる因子が大きく影響します。逆に、これら数多くの要素で下支えされています。



筋肉の役割は運動だけではありません。血糖管理もしていますし、免疫力も司っております。糖尿病患者さんにおける血糖管理にも、やはり筋肉の役割が必要です。筋肉を作るのは、食べることから始まります。また、老人ホームや病院の患者さんたちにとっても、楽しみの第一位は「食べること」、すなわち原点なのです。それを踏まえて、フレイル予防の市民目線の身近で簡単な指標を作れないかと考えています。そのために我々は柏市で大規模調査を行いました。

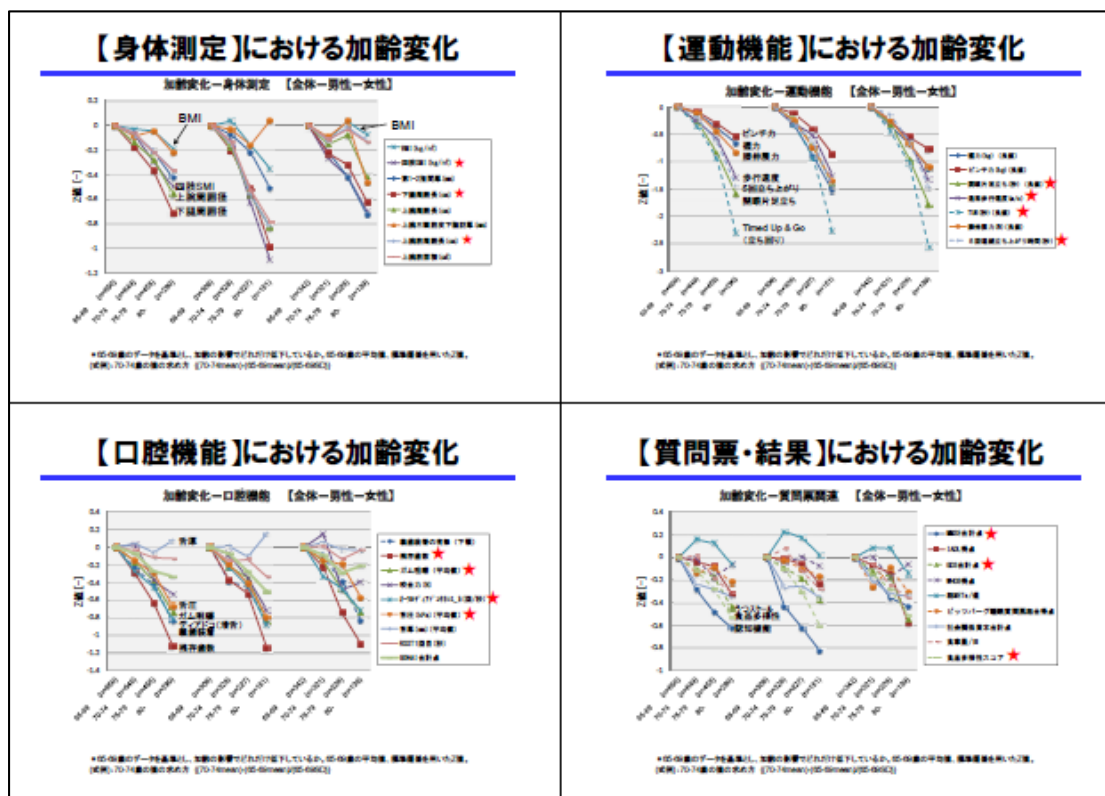


3. 研究：柏スタディ

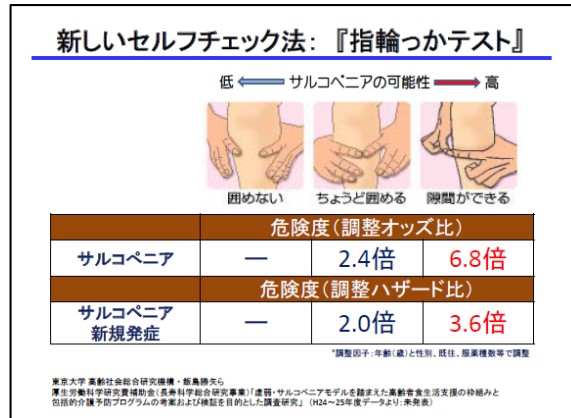
調査内容とその目的は以下のとおりです。

この調査は、市民の手による市民のための健康調査と位置付けて実施しました。栄養評価といっても、誰もが細かくチェックしているわけではないでしょうし、運動機能評価にしても測るのに病院に行って採血したり CT を取らないと評価できないというのでは、そもそも国民運動論になりません。そこで、いかに簡単な質問や評価法で精度高くリスクを推測できるのかに迫ってみました。

【運動】に関しては「1回30分以上の汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施している」場合に「○」、【栄養（食・口腔）】に関しては「ほとんど毎日4食品群以上食べている and さきいか・たくあん位の固さの食べものが噛める」場合に「○」、【社会参加】に関しては「サークルや団体などの組織・会に2つ以上入っている」場合に「○」というように、シンプルな質問としました。シンプルな質問でも、サルコペニアに対する危険度はなんとなく嗅ぎ分けられることがわかりました。「栄養」と「運動」と「社会参加」は【三位一体】といっても過言ではないでしょう。これらがサルコペニアと強く関連していることがわかります。三位一体をすべて実施していない人と比較して、すべて実施している人は、①サルコペニア有症頻度（71.2%減）、②ロコモティブシンドローム有症頻度（81.7%減）、③低栄養リスク有症頻度（59.7%減）、④鬱傾向の有症頻度（81.1%減）、⑤過去1年間の転倒の発生頻度（53.3%減）においてフレイル予防の効果が認められました。



もう一つ、いかに簡便に楽しく、ちょっとした気づきを与えられるかということで、市民目線で分かりやすいものはないかと探していたところ、『ふくらはぎの周囲長』に注目し、ふくらはぎを自分の指の輪っかで測る方法を思いつきました。市民公開講座でそのことを提案すると、参加者の皆さんはワイワイ言いながら測っていたのですが、最初は皆さん、指の輪っかでふくらはぎを囲めない、つまり

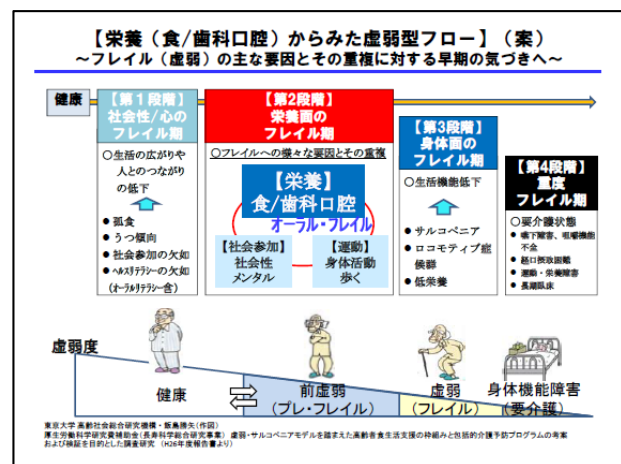


指の輪っかよりも足が太いほうが良くないという先入観があるようでした。すなわち、高齢女性などは「私、大根脚だから恥ずかしい」と言っていました。我々の分析結果としては、指輪っかで隙間ができる方がサルコペニアの危険度は高いことが明らかとなりました（危険度は6.8倍）。もともとふくらはぎの周囲長は栄養の指標だと漠然とは言われていましたが、そのことが科学的に裏付けられた、しかも市民目線の簡単な方法でそれを可能にしたということです。

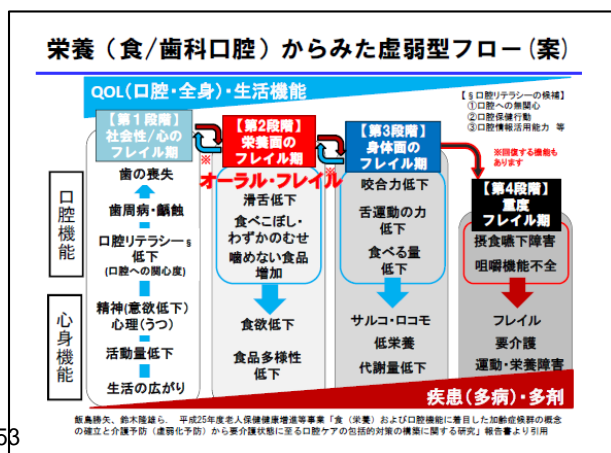
次に【社会性】についてです。ニュースや新聞でも 2025 年問題に向けて、独居高齢者はとても危険であるといったことが繰り返し言われます。当然だと思いますが、一人暮らしの方でも普段からの友達付き合いがあり、しょっちゅう友達と一緒にご飯を食べ、おしゃべりしている人も存在します。すなわち、「独居高齢者が一括りでフレイルである」とは言えません。

我々の柏スタディでも、最もフレイルな集団は、『同居家族がいるにもかかわらず三食ともいつも個食である（一人で食べている）』という人たちが最もデータが悪い結果となっています。ただし、「家族がいるのになぜ個食なのか？」というところまでは読み取れません。ここは深堀調査を予定しております。

この三位一体の重要性と栄養（食と口腔機能）からみたサルコペニア予防について、改めて概念化すると、右のような図が描けます。4つのフェーズの中で、第2段階のフェーズが一番幅広くなっています。おそらくコミュニティにいる高齢者のほとんどの方が第2段階に入ってくると思われれます。



第1段階は「社会性/心のフレイル期」、孤食や鬱傾向など社会参加の欠如からくるものと、ヘルス・リテラシーの欠如も大きな要因です。ここがドミノ倒しの起点となります。第2段階は「栄養面のフレイル期」、低栄養に至る前のわずかな食の偏りや些細な口腔機能の衰えが存在し、にそれをオーラル・フレイルという新しい概念で再構築致しました。それらの些細な衰えの兆候が、運動の低下や社会参加の低



下とともに負のスパイラルに入りやすいです。そして、ある一線を越えると第3段階の顕著なサルコペニアに入っていきます。そして身体機能障害が起こり要介護状態（第4段階）となるというフローです。

市民の皆さんには「ちょっと筋肉が痩せこけても、努力すれば戻るから頑張ろう」とエンカレッジしますが、医学的にはやせ細った筋肉をもう一回太らせるのは非常に難しいですので、第3段階の真ん中くらいから第4段階にかけては、不可逆となります。

この虚弱化フローを、口腔機能にズームアップして描くと右図のようになります。上述しました『オーラル・フレイル』の新概念です。滑舌の低下、食べこぼしやわずかなむせ、噛めない食品の増加などから、食欲低下や食品多様性の低下に繋がり、それらを無視しているとどんどん次のフェーズに進んでしまいます。「生活に困っていないけれども、言われてみれば確かに気になる」というこの辺で、どれだけフレイルを意識できるかが非常に重要です。負のスパイラルに入らないように、咀嚼能力維持のトレーニングをやっていかなければなりません。

4. 市民の気づき

柏スタディでは、常に「市民目線とは何なのか」と考え続けてきました。市民が気楽に参加できる場を作り、楽しさや目新しさ（斬新さ）、そして測定による自分の状態の見える化ができるプログラムであることが必要です。ふくらはぎを指輪っかで測るということから始めて、市民全員が、「栄養（食と口腔機能）・運動・社会参加」の三位一体を全部学ぶというスタイルを基本コンセプトとしてプログラムを作りました。そこから、意識変容が起こり、行動変容へのきっかけとなるような気づきをもたらされます。

市民の声を紹介すると、次のような感想が寄せられています。

柏での大規模健康調査：受診者の声の中にヒントがある！ 【より早期からの自分の中での気づき】①

- ✓お医者さんの健康診断は病気を探すもの、とても嫌な思いをします。この調査は前向きになれます。
- ✓1年間筋トレを頑張っていたらロコモも最後までできました。この調査のおかげです。
- ✓75才になり自分の体力脳の平均に行っているかどうか結果が待ち遠しいです
- ✓この検査をしている事を皆さんにうらやましがられます。自分の欠点が解かって良かったです。
- ✓昨年より、走る速度や口の力が劣っている気がした。老化していることが実感できました。

72

柏での大規模健康調査：受診者の声の中にヒントがある！ 【より早期からの自分の中での気づき】②

- ✓老化の状態がわかり、自分自身の生活に参考になりやすいことです。
- ✓自分では気づかなかった栄養面のとりかた、バランスがわからなかったこと、また口腔の臭いが悪かったこと等がわかったことなど、健康面のバランスが大切なこと等勉強になりました。
- ✓自分の健康をあらためて意識するようになりました。
- ✓この検査によって、規則的な生活、活動的な生活、が可能になり、妻と共に喜んでいます。
- ✓アンケートは日々の生活がまんねりになる歯止めの役をしてくれました。

73

柏スタディを吟味していろいろな角度から解析してみると、やはりこうした『社会参加という処方箋』を切っていないと、フレイル予防には有効打が打てないのではないかと見えてきます。フレイルにもソーシャル・フレイル、メンタル・フレイルといろいろありますので、それをもっと学際的に科学的に検証することも必要であると考えます。また、市民目線のわかりやすい概念と基準値も必要です。市民サポーターの養成研修やプログラム全体のブラッシュアップも継続し

ていかなければなりません。

ここで直近の我々の活動をご報告いたします。この度、新たに養成された市民サポーターたちが主体となって、地域サロンを活用しながらフレイルチェックを行い、参加した高齢者たちに気づきを与え、さらに自分事化を促しております（下図2つ）。専門職のいない市民サポーターと参加市民だけの『気づき』と『自分事化』を促す場をどう作り上げるのか。そして、それが市民自身の意識変容へと繋がります。『社会参加～社会貢献という処方箋』をまちづくりを通してどのように切ることが出来るのか。そこには産学官民での取り組みにより、従来の既存の活動と新規の取り組みの融合が強く求められます。今後もコミュニティでの健康増進活動を通して、最先端研究も同時並行で走らせる必要があります、そのデータの源は「最前線」であるコミュニティからのビッグデータを構築していく必要があります、データ収集に加え、効果判定や検証を重ねていく必要があります。

また、本取り組みのもう一つの大きな目的が、新たな市民フレイル予防サポーター自身の「生きがい、やりがい、社会貢献」などの気持ちです。まさに、市民主体で、市民の手による、市民のための健康増進活動に寄与して下さる市民サポーターをより多くでも各地に養成して行きたいと思っております。



最後に、我々の課題は、学術と市民の合同における「学際的研究」をいかに前に進めていくかです。柔軟に長期縦断追跡調査を継続していき、新たなエビデンスの創出と蓄積をしながら、それをしっかり運動論に反映させていき、そこでの効果判定をしていこうと考えています。

第8回「大都市における地域包括ケアをつくる政策研究会」

『日本経済の将来と医療・介護政策』

話題提供： 西村 周三 氏
一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 所長

日 時： 2015年7月16日（木）19：00～21：00

場 所： 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー6F
ステーションコンファレンス東京 605C 会議室

◆第8回

日本経済の将来と医療・介護政策

【話題提供】

西村周三氏（一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 所長）

1. 日本経済の将来

〈医療・介護政策——考えるべきこれからの備え〉

これからの医療政策を考えるときには、スライドに示した内容をしっかり頭に入れる必要があると考えています。

超高齢化はほぼ間違いなく起きますし、中でも75歳以上高齢者が激増してきます。特に大都市での超高齢化は大きな課題です。

一方、増税を「起きる可能性があること」とするのは妥当ではないかもしれませんが、言いたいことの主旨は、「とにかく何らかのかたちで増税しないと、これからは乗り切れない」ということです。国民がそれを納得する方向にいかに向かっていくのか、ということが重要になります。そして、大災害の可能性、

そのリスクマネジメントということも、非常に大事なテーマになるでしょう。

もう一つ、「国際価格暴落クラッシュ」が起きると言われていますが、結論を先に申し上げますと、それほど心配することはありませんよ、という話です。とはいえ万が一、起きてしまったときには医療・介護従事者も不干涉ではられません。ギリシャは外から見ても非常に混乱を極めています。日本にも同じようなことが起きてしまったら、たいへん深刻です。そういう可能性がないとはいえ、その意味で、国民的なコンセンサスをつくっていくための準備はしておく必要があると思っています。

このように、少し先のことを考えると、かなり深刻なことがいろいろあります。だからこそ私は、「できるだけ質を下げないで、医療費・介護費を抑制していくという考えをお持ち頂きたい」というメッセージを、医療従事者、介護従事者の方々に申し上げたいのです。

〈社会保障関係費の伸びについて〉

今、骨太方針2015をどう具体化していくのか、内閣の経済財政諮問会議で議論されています。ここでの大事なポイントは、「今後3年間の社会保障関係費の伸びについて、“高齢化に相当する1.5兆円”を目安とし、その達成に向けた改革をすることが示された」という部分です。

物事の決定はどこか1か所で決まるわけではありませぬので、これが実現するかどうかは、ま

「骨太方針2015」に示された計画の具体化

- 今後3年間の社会保障関係費の伸びについて「**高齢化に相当する1.5兆円**」を目安とし、その達成に向けた改革を進めることが示された。

例えば、医療・介護提供体制の適正化を進めるために「地域医療構想の策定や、データ分析に基づく医療提供体制の格差の可視化などを通じて、病床の機能分化・連携を進める」ことや、「入院受療率の地域差縮小を行う」こと、「かかりつけ医の普及を目指した診療報酬の検討を行う」ことが提示されている。
また、保険者が医療費適正化を進める「インセンティブ」を付与するために、保険者努力支援制度の趣旨を、現行の補助制度に前倒して反映する方針

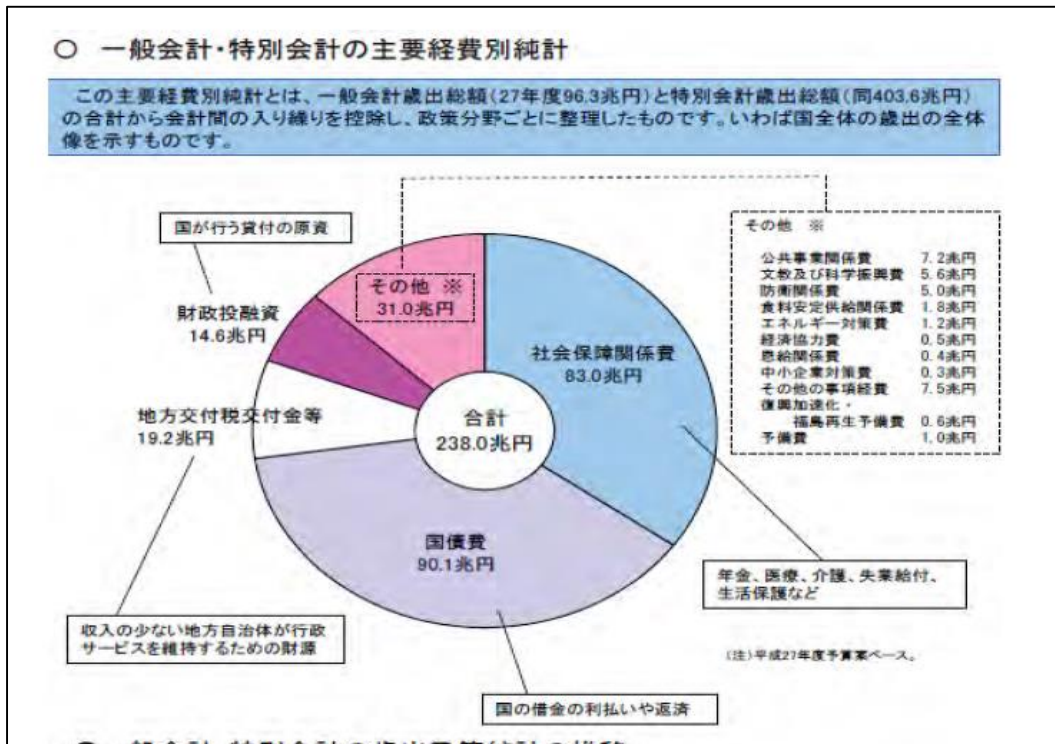
だわかりません。しかし実際には、地域医療構想の策定からいろいろと話を進めていくうちに、社会保障関係費の伸びの抑制ということは、恐らくそれなりには進んでいくのだろうと思っています。

とはいえ、結果として本当に3年間で1.5兆円の伸びに抑えられるかどうかは、また別の話です。そういう意味では、その次に書かれている「保険者が医療費適正化を進めるインセンティブを付与するために、保険者努力支援制度の趣旨を現行の互助制度に前倒して反映」というのも、私の感触では、実現は難しいのかな、という悲観的な見通しを持っています。

何が言いたいかというと、医療も介護も、「実際に現場で努力しておられる当事者が、ある程度本気になって、できるだけ摩擦を少なくするようなかたちで抑制ができる方向を目指す」というのが理想の姿ではないかと、私は思っているのです。しかしながら、それがうまくいかなかった場合には、国際価格暴落クラッシュがいつかは起きることになると思っています。

何が言いたいかというと、医療も介護も、「実際に現場で努力しておられる当事者が、ある程度本気になって、できるだけ摩擦を少なくするようなかたちで抑制ができる方向を目指す」というのが理想の姿ではないかと、私は思っているのです。しかしながら、それがうまくいかなかった場合には、国際価格暴落クラッシュがいつかは起きることになると思っています。

〈社会保障財源は非常に複雑〉



日本の医療費、介護費を決める仕組みは複雑怪奇を極めてしています。社会保障の財源は、一般会計(税金)と特別会計(社会保険)の両方から得られています。そして国税と地方税があります。これらの仕組みを全てしっかりと理解することはたいへん難しいといえます。

27年度の一般会計・特別会計の主要経費別純計をみると、一番ショックなことは、国債費として1年に90兆円が使われていることです。そして社会保障費には直近の数字で83兆円が使われています。

一方、国には一般会計だけで約 47 兆円の税収がありますが（平成 24 年度）、この一般会計は年度によって激しく変動します。この変動が、社会保障の財源に大きな影響を与えています。もう一つ、地方税（都道府県税と市町村税）は全体で約 34 兆円の税収になっています。これらは落ち込んでいるときの数字ですので、アベノミクス以降は、国も地方も税収が増えています。

〈平成 27 年度予算の特徴〉

平成27年度予算の特徴

- 基礎的財政収支の改善^{2015年度の赤字が2010年度より半減}
- 2020年黒字化目標（できるかな?）
- 公債依存度40%割れ
- 国債発行額 4.4兆円減（対2014年度比）
- 税収増

国税	50.0兆円→54.5兆円（+4.5兆円）
地方税	37.8兆円→40.2兆円
- 国の個人所得課税+地方個人所得課税
27.5兆円→29.3兆円
- 法人税（国）・法人住民税（地方）」も増収
法人税減税にもかかわらず
- 消費税収 18.3兆円→21.7兆円

出所:土井丈朗「増税でも税収増達成、ついに崩れた都市伝説」2015.1.26 東洋経済online より。

平成 27 年度予算のポイントを挙げました。1 つポイントになるのが、基礎的財政収支の改善です。2010 年頃は税収が非常に落ち込みましたが、その赤字額が 2015 年には半減しました。一方で、国の一般会計の予算でいうと、使っているお金の半分を借金で賄っていたのですが、それがやっと 40% を切る、つまり一般会計の予算の 4 割弱を借金で賄うということになります。しかし、これは考えてみるとやはり深刻な事態です。「ギリシャと違って、日本の国債の借金は

みんな日本人が持っているから大丈夫」という話もあるのですが、これは簡単に言ってしまうと、まだ働き盛りにもなっていない若い人から借金をしているのです。法治国家であれば、必ずいつかは返さなければいけません。

次に、国債発行額が少し減ります。また、税収がかなり増えていて、50 兆円だった国税が 54.5 兆円になり、地方税も増えています。国と地方の個人所得税の構成が平成 27 年度から変わったことで、国の所得税の税収はかなり減りましたが、代わりに地方の所得税の税収が増えるようになりました。

消費税は、18 兆 3000 億円から 21 兆 7000 億円くらいに増えそうです。消費税を上げると商品が売れなくなり、結果的に消費税による税収が減るという議論もありましたが、結論的にはそうはならず、消費税率の上昇にともない税収も増えたこととなります。

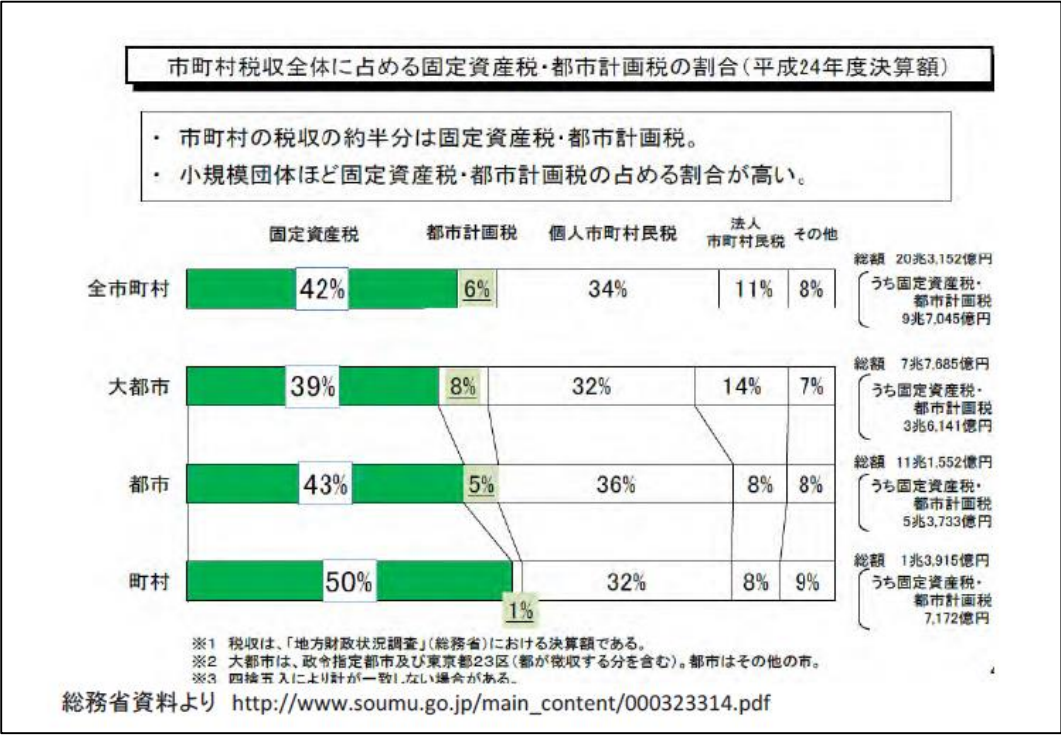
消費税と個人所得税

- 消費税 10%に上げなかったための減収1.5兆円
- 社会保障給付の充実を 0.5兆円減
- 所得税の「税源移譲」(国から地方へ) 約3兆円

出所:土井丈朗「増税でも税収増達成、ついに崩れた都市伝説」2015.1.26 東洋経済online より。

一方、消費税率を 10% に上げなかったために生じた消費税の減収は約 1 兆 5000 億円で、一方ではそれに対応して本来、上げるはずだった社会保障費の上げ幅を、0.5 兆円下げることになりました。また、所得税については国から地方へ約 3 兆円の財源移譲が行われています。大きな流れとして、地方自治体の税収が以前よりも増えていますが、これは行政ニーズの増加に対応しているものです。

一方、市町村の税収の約半分は、固定資産税および都市計画税で成り立っており、小規模団体ほどこれらの占める割合が高くなっています。



〈国際価格暴落によるクラッシュはあるか〉

国の借金はどんどん増えています。トータルストックで 1000 兆円を超えている借金を、これから返さなければいけません。国債を売るという手もありますが、「金利を上げないと買えません」と言われてしまえば、もっとたくさんの利子を払わないと発行できません。そんな時代がきてし

まったらどうなるのでしょうか。

国債価格暴落によるクラッシュはあるか？

- ・ 実はこの答えは私見では「ここ10年ほどは確率は低い、しかしこのままPB(*)の黒字化ができないと、10年後以降にかなり高い確率でクラッシュが起きる可能性
- ・ では医療・介護政策について、どうしたらよいか
外からの抑制準備か内からの抑制準備か？

※ 「プライマリバランスの黒字化」の見通しについては、「骨太方針」を参照(次のスライド)

ギリシャがそうだったように、日本社会も非常に混乱することは間違いなく、そういう事態はどうしても避けなければなりません。とはいえ、日本経済は世界の GDP のうち 8%を占めています。かつての 13%よりは下がっているわけですが、それでもまだ 8%を占めている。そういう国の経済を傷めつけると、ほかの国の経済も混乱するという事は想像に難しくなく、仮にクラッシュが起きても、「社会保障を半分

に」とか「公務員を半分に」といったことはできないと思います。

しかし、そのことと借金を将来に先送りには別問題で、だから借金をどんどん増やしていいという話にはなりません。そこで政府は、プライマリバランスの黒字化、すなわち、当面は単年度ごとの借金を増やすのはやめよう、ということを目指しているわけです。

プライマリバランスの黒字化に成功すれば、少しずつ借金は減っていきますが、成功しなければ借金はさらに膨らんでいきます。その状況から今、少し脱しかけている時期なのですが、もっとしっかりと締めなければいけない。それは先ほどの「社会保障関係費の高齢化に相当する伸びを 1.5 兆円に抑える」という政策があるからです。

「日本の国債は、ほとんど日本人が持っているので、大丈夫」という説
PBが黒字化しないと、あと数年で、金融資産額を上回る！

個人金融資産	約1500兆円
1,457兆円	(2008年)
1,491	(2009)
1,501	(2010)
1,499	(2011)
1,544	(2012)
1,598	(2013)

日本銀行 『資金循環統計』

結論的にいうと・・・

- まだ当分、無理矢理PBを黒字化しなくても、クラッシュやパニックが起きる可能性は低い
- (まだギリシャのようになる可能性はない！)
- しかし2030年頃を視野に入れる、いまから手を打たないと、困難な状況が待ち構えていることは否定できない。
- しかも人口問題(超高齢化、人口減少、労働力不足、地方再生)が鍵を握る

なお、今の日本人の個人金融資産は約 1500 兆円です。アベノミクスにより株で儲けた人もいますし、もちろんそれだけではないかもしれませんが、2012年、2013年とかなり増えてきました。「国の借金より、国民の金融資産のほうが大きいから大丈夫」という見方は、この数字を根拠にしています。ただし、プライマリバランスを 2020 年に黒字化できなかつたら、個人金融資産と国の借金の差はどんどん縮小して、ついに借金が上回る時期が、恐らく 2025 年頃にはくるでしょう。日本の国債を海外に買ってもらおうという事態が、2025 年頃に起きる。奈落の底に落ちるのはそれから少し経ってからで、2030 年頃に困難な状況に陥るようになるだろう、というのが私の予測です。

結論として、スライドに上げたようなことがいえると思います。かなり困難な状況が待ち構えていることに加えて、人口問題が新たな問題として発生してきます。

とはいえ、医療や介護というのは、なくては困る分野であり、そう簡単にカットすることはできません。何とかしてカットせずに済むような工夫が必要で、そういう意味では、今回の介護保険における要支援の撤回というのは、一つの懸命な方法ではなかったかと私は思っています。

2. 人口問題、労働力問題

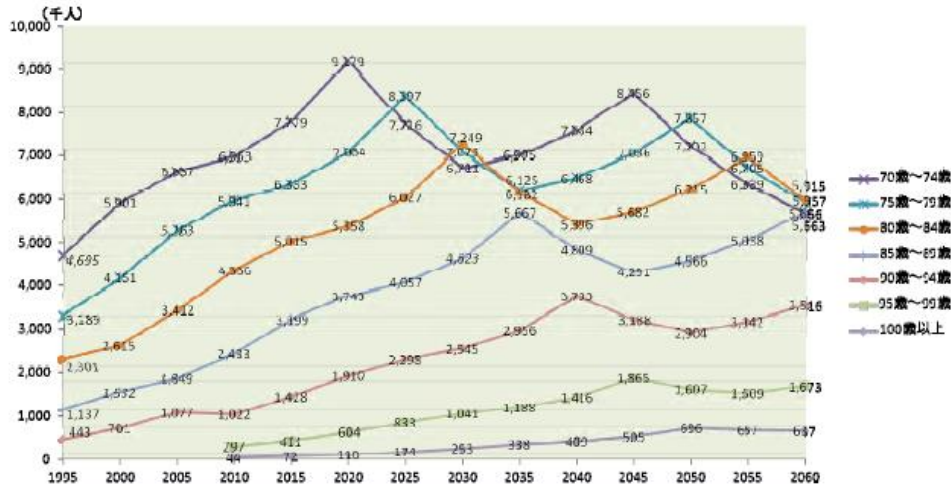
〈人口問題をどう考えるか〉

ここしばらくは 75 歳以上人口が激増していきますが、その勢いがいかにすさまじいかということ、ここであえてお話したいと思います。この問題については、よりリアルにイメージできるように詰めていく必要があると思うからです。

どういうことかということ、90 歳を超える人がこれからどんどん増えてきます。2040 年のピークに向かって、もうすさまじい勢いです。では 100 歳以上はというと、つい最近 5 万人を越えましたが、2025 年には 17 万 4000 人と、3 倍に膨れ上がります。では、こういう人々が要介護になったら誰が面倒を見るのか？ということ、一般の国民はほとんどイメージできていません。家族がみるといっても、みるほうもすでに 70 歳くらいです。この現実をしっかり見据えた上で、社会の仕組みをどう変えていくか、ということを考えなければいけない。これが 1 つのポイントだと、いつも申し上げています。

このすさまじい人口の高齢化にともなって、医療費と介護費も、80 歳、85 歳を超えてから急増してきます。全体としては、医療費の伸びよりも介護費用のほうが、かなりの勢いで拡大して

年齢別高齢者人口の見通し



資料出所:実績値(～2010年) 総務省統計局

推計値(2015年～) 国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口(平成24年1月推計)中位推計』

いきます。そういう中でもう一つ大きな問題となってくるのが、持ち家の問題です。東京都の約650万世帯のうち、75歳以上の世帯が約80万世帯、そのうち約36万7000世帯が家を持っています。そして、その多くが老朽化しています。これからは住宅問題も踏まえた上で、介護費用の有効活用ということを考えていかなければなりません。

〈労働問題をどう考えるか〉

医療・介護の分野でお金の問題以上に深刻なのは、労働力をいかに確保するかという問題です。平成24年に厚労省が発表した労働力需給推計では、医療・福祉の分野では2010年時点で656万人が従事しています。これが2030年には972万人の就業者数を生み出す見込みだと推計されています。その確保のためには、賃金をはじめとする労働条件を改善することが必要になります。

しかし、賃金を上げるためにはどうしても、介護報酬を上げる必要があります。そこで、外国人労働に依拠することが模索されていますが、これは難しいと私は思っています。

医療費や介護費などの従来決定方式というのは、それぞれの関係者が集まって、一方は上げようとし、一方は下げようとする、そういう議論のもとで決定されてきました。しかしこれからは、医療介護従事者が自ら、利用者のQOLを下げずに費用を削減する方法を模索していく必要があるだろうと思っています。

これは財務省が上から押し下げる、ということとは意味が違います。つまり方法論の違いです。自分たちの利害を最優先に考えて、関係者、関係団体が得をするような仕組みを懸命に模索しようとする。これが今までの議論

地方財政

- 地方財政も危機に瀕しているが、
- しかしまだまだ効率化の余地はある。
- 地域包括ケアで、経済活性化と医療・福祉の満足度をあげることは可能！

でした。ここをどう突破するかが問題です。

いずれにしても、現在の費用構造を大きく変えていくことが必要だと思います。例えば、重症化予防ということもあるでしょうし、まちづくりを通してより費用を節約したかたちでの医療・介護の提供体制を築く、という方法もあると思います。一人の医師が、住民の一生涯の健康、医療、介護について責任を持って対応することで、かなり費用を抑えられるという事例もいくつも拝見しています。

〈QOLを下げずに費用を削減するには？〉

在宅医療について議論するとき、どうしても「在宅医療と施設医療とどっちが安いか」といった話に偏りがちです。我々のような経済をやっている人間は特に、そういう発想をしがちです。しかし、「1か月間の医療費が、在宅、病院、施設で比較してどこが安くて、満足度が高いか」というような議論をやっている限り、恐らく今後の見通しはつかないでしょう。1か月という短期ではなく、最低でも1年、2年といった長期にわたって関わる中で、費用はどうか、満足度はどうかという事例を積み重ねていくことが、これからは必要ではないかと思っています。そして何よりも、そういう発想、視野を持った人材の確保が重要です。

逆にいうと、これまでの議論が単純すぎたのだと思います。例えば、「お医者さんにいかずに一生懸命運動したら、医療費が下がる」ということが時々いわれます。中には、「1年間お医者さんにかからなかったらお金を返します」という制度を設けている地域もあって、非常に驚いたことがあります。「道で歩いていて骨折したので、お金を返してもらえなくなった」というのでは、話があまりに単純すぎるような気がするのです。

例えば、糖尿病の重症化予防のプロジェクトなどに関しても、質を追求しながら費用を抑えて

医療・介護従事者と医療・介護費の決定の仕組み

- 医療介護従事者がどこまで政策に関与すべきか？
- 従来の決定(審議会等)方式には限界があり、そろそろ以下の課題に取り組むべき
- 利用者(患者)のQOLを下げずに、費用を削減する工夫はないか？

いくには、長期にわたってデータを蓄積し、フォローすることが必要になってくると思います。

健康のための活動というのは、長期的な取り組みの中でこそ、効果につなげていくことができるのではないのでしょうか。

第9回「大都市における地域包括ケアをつくる政策研究会」

『大都市高齢化をどう考えるか』
～増田レポート批判からソリューションを求めて～

話題提供： 高橋 紘士 氏
一般財団法人 高齢者住宅財団 理事長

日 時： 2015年8月20日（木）19：00～21：00

場 所： 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー6F
ステーションコンファレンス東京 605B 会議室

◆第9回

大都市高齢化をどう考えるか

～増田レポート批判から2025年モデルのためのソリューションを求めて～

【話題提供】

高橋紘士 氏（一般財団法人 高齢者住宅財団 理事長）

1. 増田レポート批判

日本創成会議の提言は、現状の認識についてはそれなりに的確な点が多く、提言についても一部を除き見るべきものも少なくないと評価しております。しかし、将来予測とそこから引き出される結論に関しては、錯誤に満ちた予測であると言わざるを得ません¹。

私は1970年代に世の中に出た世代で、その当時「未来学」についての議論が行なわれていました。未来学といっても、イラストで描かれるような夢のような未来都市の姿を描くのではなく、未来社会の姿を描くための予測の方法論について、活発な議論が行なわれていました。ちょうどこの時代は高度経済成長が一段落して、次の発展段階を模索する時代であったということが未来学の背景にあったのです。

今日でも、経済社会のみならず、現代文明そのものが大きな曲がり角にきていますから、将来の姿を探り未来学的な発想はこれまで以上に求められています。しかしながら、いままでもそうでしたが、過去からのトレンドを無前提に引き延ばすような予測が横行しているように思われますし、今回の増田レポートの予測はこのようなものの一つです。

20世紀の経済学者の巨人の一人として知られるシュンペーターは、資本主義発展についての古典的著作である『経済発展の理論』²（1912年原著初版、岩波文庫に中山伊知郎、東畑精一他の翻訳がある）の中で、資本主義の循環を論じた第1章につづいて、経済発展の根本現象と題した第2章で経済発展は非連続的に生起するものであるとし、その非連続の変化を「新機軸」あるいは「新結合（neue Kombination）」ということばを使いました。これが今日でいうイノベーションという概念のはじまりです。通常イノベーションというのは技術のブレイクスルーについて使うことが多いようですが、彼は様々な生産要素の結合の仕方の不可逆的变化を指すものとして使い、イノベーションを遂行する者を企業者と呼んだ。企業者は資本家とは区別され、「あらゆる束縛を打破する真の原動力である」³としている。

思わずシュンペーターの経済発展論に言及してしまいましたが、経済や社会の発展が非連続的なものであるとする視点から見ると、多く蔓延している過去の動向の外挿（extrapolation）による数量的な予測は、従来のさまざまな構造を前提として与件として扱って傾向値をそのまま、将来に投影したものにすぎませんから、いいおすと現状をルーペで拡大したに過ぎません。したがってこれらの予測は極めて保守的な性格なものですから、現状の追認ということになり、現状での利害関係者の現状維持の期待を肥大化させる結果をもたらします。その意味でシュンペーターのいう「束縛を打破する」こととはほど遠いことです。

増田レポートの提言ではまさにそうした手法で予測がなされていて、10年後に1都3県で介護のベッド数が13万床不足するという推計です。この前提は、75歳以上のベッド必要数の出現率を固定し、しかも供給体制の構造は変わらないというものです。その上でベッドの不足・充足を、人口の推計をそのまま引用して「ここは足りる。ここは足りない。ここは余る」と、足し算引き算の世界で出しているわけです。ここから導き出される推計は、単純化した予測ですからあるいみでは耳目を引くことかもしれませんが、誤った認識を世の中にばらまいているのです。結果的にジャーナリズムその間違いのお先棒を担いでいることになります。

しかも、「40代、50代の元気な時期に地方に移りなさい」という話が、いつの間にか「介護が必要になったときに地方の施設に移りなさい」という内容に変わっています。そうした誤ったイメージを強化するような数字は、百害あって一利なしです。ショッキングなデータで社会の注目をひくことが目的であるような推計は、新しい事態に正しく対応しようとする。真の意味でのイノベーションの遂行にとってマイナスの効果を与えます。

しかし、大都市高齢化は危機であることは間違いありません。ではその危機とは何か、何が危機なのか。そのことに関しては、相当きちんと考えておく必要があるということです。

そのなかで、「従来型のシステムを護持する」ことそのものがもたらす危機があると思っています。従来型のさまざまなトレンドをそのまま将来に投影して、今起こりつつある地域包括ケアや在宅ケアの趨勢を無視して、保守的な予測をすることは、まさにその危機を増幅することになります。

ここにおいでの方の長谷川敏彦さんが、現状を引き延ばした予測すなわちフォアキャストではなく、将来像を描きそこから現在なすべきことを探るバックキャストこそが現在おこっている人口現象の帰結を読む上で必要であると主張されているのはこの点に関わります。このバックキャストという手法は、現在おこっていることのなかから、注意深く、現在展開している実践のなかから、将来の先がけとなるような予兆を見つけながら、これを再構成して将来像を描くという質的な手続きが不可欠です。

2. 1970モデルから2025年モデルへ

私が研究者の道に足を踏み出した1970年代という時代は、オイルショックを経て、高度経済成長が終わりを告げた時代です。

この経済政策に大きな影響を及ぼしたエコノミストで下村治という方がいらっしゃいました。彼は、誰よりも強気な高度経済成長論者で、当時の池田内閣のブレーンを務めた方です。ところが、彼は1973年の第一次オイルショックを機に、彼はゼロ成長論者へと、180度の転換をいたします。なぜそのような転換をしたのかを知りたくなり、下村さんの本を、相当読みました。すると、彼は大変重要なことを言っているのです。

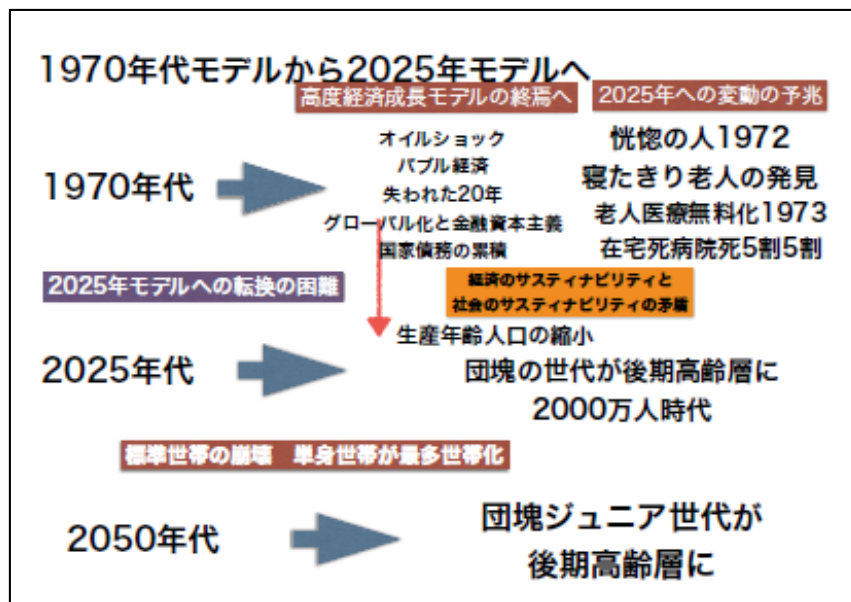
彼は、オイルショックを境に、経済成長のエネルギーのもとともいうべき石油が市場的に自由に商品として供給されてきたものが政治的にコントロールされる商品に変わってしまった。いつています。そのことが、「資源が無制限に安定供給されるという『成長の基盤』はもはやなくなっ

た」ことだと喝破し、高度成長論者から一転、ゼロ成長論者になったわけです。エネルギーの安定供給は、成長のための基本的な要件の一つです。それが非常に不安定になったことに着目し、彼は日本における高度経済成長の局面は終わったと判断したのです。その後アメリカが主導するバブルを発生させて経済成長を維持する手法に先駆的に異議を唱えた本が彼の遺著になりました。⁴しかしご承知のように、日本はその後も現在に至るまで、経済成長をずっと追い求めてきました。確かに石油の価格が今日では必ずしも経済成長の鍵をにぎっているとはいえなくなりつつあり、また、経済成長のエンジンがエネルギーから IT に変わったかもしれませんが、それだけではなく、経済成長は、非常に優れた社会問題のソリューションの手段だからです。成長によって経済の規模が膨らんでいけば、そのパイをどう分配するかを考えればよいので社会保障などの部門への配分が容易になりますこの再分配システムは全体のパイが大きくなっていく間は、安心していられたのです。ですから成長に依拠した社会保障政策はバラマキ政策になってしまいがちです。その象徴が 1973 年の老人医療無料化で、この年は福祉元年と言われ、さまざまな給付を拡大する政策が実行されました。田中内閣は、オイルショックが起こったまさに 73 年、経済成長の終焉の時期にそういう政策を導入してしまったのです。

もう一つ、1970 年代において重要なことは、日本はヨーロッパ社会と違って所得税という直接税方式をとり続けてきましたが、ヨーロッパではこの間に付加価値税（消費税）という間接税方式を導入強化しました。それは 70 年代にヨーロッパの社会は高齢化が急速に進んで安定した財源調達の手段の導入に迫られたからです。付加価値税は所得税とちがってあまり景気変動の影響を受けませんし、広く薄く国民負担をもとめることができ、拡大する社会保障需要に対応しやすくなりました。

そして、まさにこの時期にコミュニティケアという議論が、出てきました。イギリスの社会学者ピーター・タウンゼントが、「最後の拠り所」という膨大な数の施設の研究を行いました。日本でいうところの特別養護老人ホーム的なものから、さまざまなプライベートな施設まで 250 くらいの施設を調べ歩きました。そこから得た結論は、施設は、やはり本来持っている人間の自発性を、管理を優先することによって損なうものであるという施設批判の言説だったのです。とはいえ、調査対象となった施設は、日本の 6 人部屋とか 4 人部屋などではありません。みな個室で、有料老人ホームに近いイメージのところでした。

いずれにしても、ピーター・タウンゼントの施設批判の調査研究もあって、イギリスではコミュニティケアという考え方が生み出されました。それがいわば普遍的なサービスになっていくのですが、当然のことながら高齢化の進展とともに費用は急増します。広く税金を求める仕組みに替えなければ、もちこたえられません。そこで、間接税としての消費税で賄うというシステムがつくられていったのです。1980 年代に行き詰まりますけれども、それでも普遍的なサービスを延ばすという選択をしたイギリスの影響が、デンマーク、スウェーデンへとつながっていきました。



こうしたヨーロッパの動きを振り返ると、日本では高齢化という問題が非常に過小評価されていたと思います。1972年に有吉佐和子の『恍惚の人』が出版され、73年には前述のように老人医療の無料化が実施され、「寝たきり老人」という言葉が造語として出てきたのもこの頃です。地域包括ケアの創始者である山口昇先生が、広島県御調町の公立病院でのご自身の体験から、脳卒中から命を救った患者さんが1~2年後に「寝たきり」になって再入院をしてくる。「なぜ自分が救命をした患者さんがそのような状態になってしまうのか」と、ただちにチームを組んで訪問診療を開始してみると、家々で彼は、退院した患者さんたちの、おむつを当てて寝かされきりになった姿を発見するのです。「これではいけない」ということで、予防からリハビリテーションまで、医療だけでなく地域住民参加型の、生活の支援ができる仕組みを作っていました。いまでいう介護保険サービスを含めたものです。そしてそれが地域包括医療(ケア)と呼ばれるようになり、地域包括ケアの原点となっていくのです。

病院中心医療が真っ盛りの時代の中で、治療するだけの医療の限界をいち早く悟られて、地域包括医療という概念をお作りになった山口先生と御調町モデルは素晴らしいと思います。さらにいえば、山口先生のエピソードが象徴しているように、この時期は脳卒中をはじめとする、循環器系の疾患の救命率があがりました。そのことが、障害を持って介護が必要になる高齢者が急激に増大し、「寝たきり老人」が発見されました。さらに高度経済成長がもたらしたのは、家族介護の脆弱化です。農家では現金収入を求めて、出稼ぎや共働きが増大し、都市でも家族介護の困難が増します。一方で、低所得者向けの老人福祉施設では広がった介護ニーズに答えることが困難で、このことが老人病院への入院を促します。医療経営者側は、病院を増床し、このような需要に応えようとしてきました。補助金で整備される老人福祉施設にくらべ、医業経営者の判断によって病床が作られ、このような需要を吸収することになりました。

ヨーロッパでは病院は公的病院のみですから、このようなことにはなりません。また、いち早く、普遍的な福祉サービスへの転換が進みましたから、病院が虚弱な高齢者の療養の場にはなりません。日本では社会的入院という奇妙な概念が一般化してしまい、今日まで克服できていません。特養はこのような虚弱な高齢者の受け皿になってしまったのです。

社会保障制度改革国民会議が出した一昨年8月の報告書のなかで、「男性労働者の正規雇用・

終身雇用と専業主婦を前提とし、年金、医療、介護を中心とした1970年代モデルから子供子育て支援、経済政策、雇用政策、地域政策と連携し、非正規雇用の労働者の雇用安定・処遇改善をはじめとするすべての世代を支援の対象として、その能力に応じて支え合う全世代型の社会保障としての「2025年モデル」へと転換をはかること。さらに「QOLの向上という観点から様々な生活上の困難があっても、地域の中でその人らしい生活が続けられるよう、それぞれの地域の特性に応じて、医療・介護のみならず、福祉・子育て支援を含めた支え合いの仕組みをハード面、ソフト面におけるまちづくりとして推進することが必要である。」と述べました。この議論は今後の日本の社会保障を考える上で基軸をなす論点です。しかし、同時に1970年代モデルに依拠する利害集団とこれを克服する2025年モデルからの視点との対立がこれからの大きなコンフリクトになると思われます。もしかすると増田レポートの予測はそのようなものの一つかもしれません。介護離職を防ぐために施設整備というアベノミクス第二弾もこのようなモノかもしれません。

本日申し上げたいことの一つは、地域でさまざまに展開している先駆的な実践を紹介しつつ、いまはまだ少数派だけれどもそれが世の中の「予兆」となって2025年モデルの構成要素となるのかということについて述べたいと思います。

3. ソリューションのために～阻害要因とその克服～

◆<惣万佳代子さんの実験>

今年度の「フローレンス・ナイチンゲール記章」を受賞された惣万佳代子さんは、富山市で「このゆびと一まれ」という障害者と高齢者と児童と一緒にサポートするという共生型デイサービスの活動を始めた時、縦割を旨とする行政はさまざまな阻害要因となったといいます。障害と高齢と児童は別々に補助金を出しているのだから、行政としてはそれらを「ごちゃごちゃに混ぜる」ということを嫌がります。

惣万さんは、当時投入された特区制度活用することができることもあって、船をゆるく漕ぎ出して、時間をかけてひとつの確立したサービスに育ててきたのです。

このようにあれこれ規制をかけてくる行政に対して、先駆的な実践家はどうしたらよいのでしょうか。柔軟に対応しながら志は貫いて、イノベーションをやり抜いていくタフな手法が重要ですし、これをうまく捉えてメインストリームにしていくことが大事です。このような先駆的試みなしには、来るべき大都市の危機に対応できないと思っています。

◆<施設病院信仰からの脱却>

病院及び施設信仰という体質を何とかしないといけません。ベッド数、ベッド収容率という指標がいつまでも推計に使われていることが象徴していますが、病院施設への依存をどう解決するかは大きな問題です。

日本では、まだ8割の人が病院で亡くなっています。

**不思議な日本
死亡場所の国際比較**

国	自宅	病院	施設
日本	12%	81%	4%
アメリカ	31%	41%	22%
オランダ	31%	35%	33%

アメリカは4割、オランダでは35%。自宅での死亡は、日本では12%ですが、アメリカ、オランダでは3割以上の方が自宅で亡くなっています。施設は、日本では4%ですが、アメリカで22%、オランダは33%。

アメリカで、質の悪いナーシングホームを見てきましたが、ひどい状況でしたが、個室でした。夫婦用の部屋もありましたが、そこを個室として一人の方が使っていました。

少なくとも日本のような多床室は考えられませんし、今後、しかしアメリカの施設は、いかに施設を居住の場にしていくかをこれまで一生懸命やってきたのだと思います。

◆<ホームホスピス>

(動画：要介護5の人が施設から退院して自宅で暮らす中で、ADL回復し、2カ月で要介護2に戻っていく)

病院信仰とともに、日本人の意識に強く刷り込まれているのは、「寝たきりになって重度化するのが宿命だ」という感覚です。私たちは、1970年以來ずっと、この感覚を刷り込まれてきたので、この動画の姿が奇跡としか思えない。これが奇跡ではない、ということおコンセンサスを、我々は持っていないのです。これをどう克服するかという議論は非常に重要です。

ジャーナリストの大熊由紀子さんが『「寝たきり老人」のいる国いない国～真の豊かさへの挑戦』を出版したのが1990年。あれから25年、いまなぜこうなっているのかをきちんと評価する必要があります。それが、介護ベッド収容率というデータで介護を図る議論に対するアンチテーゼになります。何故日本でねたきりが普通でヨーロッパではそうでないのか。これは今日でも克服できない課題となっています。文化、生活様式、医療と介護の関係など多面的に要因が働いていますが、少なくとも介護を医療機関に依存したことの帰結であることは間違い在りません、

アメリカでは、寝たきりの人は低所得の人たちはいはいます。しかし、多くのアメリカ人は健康寿命を延ばすための努力をしています。アメリカではなぜ喫煙率が急に下がったかという、彼らは民間保険で、自分の健康を延ばすことが保険料を下げることにフィードバックされるからです。自分の努力がそのままコミュニティにおけるウェルフェアの具体的な保険料の通減率に還元される。少なくとも社会保険の仕組みはそういうものでなければいけないのです。

もう一つ言うと、東近江に「三方よし研究会」という地域連携のネットワークがあるのですが、「売り手よし、買い手よし、世間よし」という近江商人の言葉をそのまま使っています。日本の資本主義は、売り手と買い手の世界で考えますが、そこに「世間」というものを入れると、これが連帯という考え方と密接に関わるようになるということです。

介護保険でもそうですが、結果的には国の負担という話になります。しかしそういう話ではなく、共同連帯で自分の財布と同時に共同の財布でいろいろなものをやりくりしていくんだと、そこに対するコンセンサスがあると、税負担や保険料負担は必要であるという空気が生まれて、意識改革が進むだろうと思います。

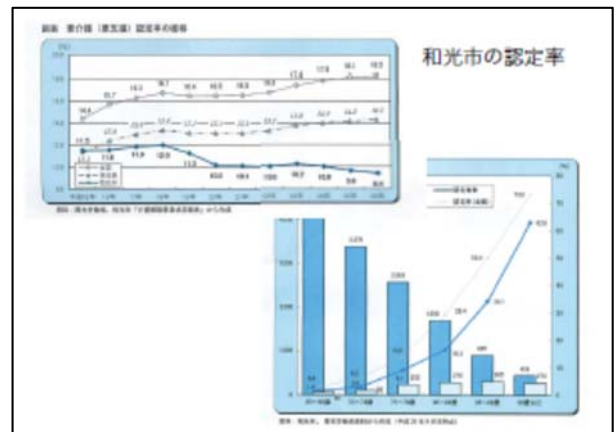
おとし、デンマークに行った時、日本では消費税がそろそろ5%から8%に上がると言ったら驚かれました。「そのような負担で日本人は本気で高齢社会に対応する気があるのか？」と、辛辣なことを言われました。

需要と供給という経済システムの中で世間というある種の社会、コミュニティが存在していて、その中で人々が動いている。大都市東京は、もともと出稼ぎ型都市でしたから、都市社会学的に

言うと、そこはコミュニティを考えない場所であったのです。時代は大きく変わりました。そしていま、都市に合うコミュニティと倫理を急速に作り直さなければいけない。これも大きなチャレンジです。

◆＜和光市の取組み＞

私が大変注目している和光市の取組みについて議論しましょう。ご承知のとおり、和光市は、認定率 9%です。介護保険導入から 15 年ほどで、当初の 11.5%から 9%まで落としています。保険料は 4,300 円でほぼ変わりません。そして疾病構造が、どうやら変わりつつあるらしいのです。がんが増えて、心臓と脳血管障害が減り始めているというデータがあります。因果関係の議論するのは早すぎますが、少なくともこれからの世代は、障害の原因、起因となる疾病の構造が、我々が刷り込まれている脳卒中から寝たきり老人という集団ケアモデルではないタイプの構造になっていくかもしれません。



◆＜こぶし園の意義＞⁵

新潟県長岡市のこぶし園の取り組みも非常に重要です。特養を解体して、入所者を出身地域に戻します。地域密着型の小規模特養と、小規模多機能居宅介護を組み合わせ、そこにキッズルームと子供が集まる部屋を作りました。最近整備した、小規模特養はついに客室に出入り口ができます。施設が住まい化していきました。東京でこのような施設をつくらうとすると、自由に出入りできるようにすると認知症の人が出ていってしまうから具合が悪いから設計変更を求められる化もしれません。施設は管理の場であるという意識を克服できないからです。きちんとしたケアと認知症の人を支える地域があればそのような心配は杞憂です。最近おこった有料老人ホームの高齢者の転落事故も認知症への適切な対応ができなかったケアの失敗であって、設備構造の問題ではありません。

先ほどの惣万さんも、こぶし園の小山さんも、多様な地域社会の多様性を損なわずにそこに高齢者の居場所も作るにより認知症への有効な支援の手法を開発したといえます。

◆＜小規模施設のネットワークの可能性＞

これから起こるであろう震災を考えると、小規模施設をネットワークのように作っていくことが、今非常に戦略的に重要です。そのことは小山剛さんも言っていましたし、東京はせつせと大規模施設を作っていますが、東北の大震災では病院と特養は 7 割から 8 割の方が亡くなっています。一方、小規模多機能拠点や小規模施設の方々は地域との結びつきがあったことによって、地域の方々と共に避難することができて、相当助かったそうです。小規模多機能型居宅介護拠点とりわけ看護型が地域に整備されているといろいろな利用の仕方が可能です。また、サービス付き高齢者向け住宅も拠点型サ高住構想のように、地域に開かれた機能を整備すると、地域拠点として、災害時にも平時にも役に立ちます。介護離職を防ぐ切り札は地域に分散したケア拠点でしかあり得ません。そもそも介護離職は家族の絆を仕事より優先するということから起こるの

ですから、介護負担を軽減できる地域サービス拠点があれば、家族の絆をこわさずに、仕事が継続できる環境が作れます。これに訪問診療と訪問看護がセットになれば、1人当たり2000万円近くもかけて施設をつくり理由はありません。

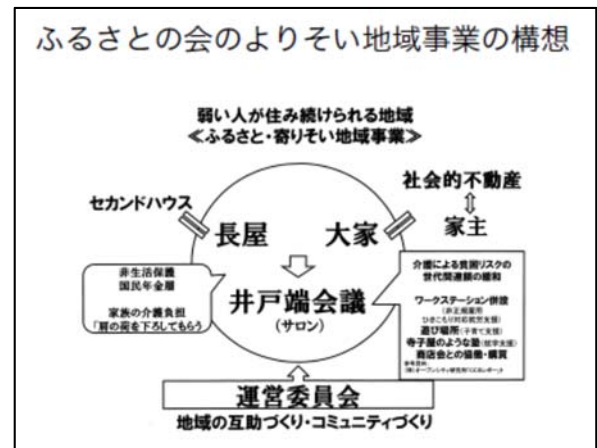
40階建てのマンションはコミュニティが作れません。ところが、エレベーターが止まったりすると、互助が復活する可能性があります。アメリカのノンフィクション作家レベッカ・ソルニットという人が、「災害ユートピア」6で災害時のそうした行動は、世界中で共通してみられるということで地震やハリケーンで被害を受けた人たち取材して本にまとめています。「大惨事に直面すると、人間は利己的になり、パニックに陥り、退行現象が起きて野蛮になるという一般的なイメージがあるがそれは真実とは程遠い」と彼女は言います。災害時にはこうして即席のコミュニティが作られる、しかしやがて落ち着くと制度が動き出して、その互助を抑圧するという、大変面白い分析をしています。

東京などの大都市が今後地震に見舞われるとすると、高齢化がこれだけ進み、さまざまな障害を持つ人が多量に存在する中で起こる地震ということになります。そういうことを含めてやはりこれからの震災というのは、多分私たちの知らない新しい経験で、災害対策をやらなければいけない。その場合に、分散型の地域包括ケアのネットワークが唯一のミニマムに被害を最小化する、ソリューションではないかというふうに思っているのです。

◆<ふるさとの会の地域支援>

ふるさとの会が始めた「よりよい地域事業」構想も注目すべきソリューションです。

家作を持っている大家さん（今、下町の家作は自営業者の老後の保障です）は、商店の店員や中小企業の労働者を入居させて、家賃をとって何とか老後の生計を立てるといふ暮らしをしています。その人たちは、かつては民生委員や保護司をやって、地域社会を守ってきた人たちでもあり、もう少しいえば熱心な自民党の支持者の人たちです。しかし、今、だんだんとそういう人たちが、都会の空洞化



で入居者がみつからず食えなくなってきました。そこで、ふるさとの会では、ふるさと不動産という組織を作り、空いている住居に生活保護の人などを住まわせて、活用するといったことを始めました。住居が満室になれば、銀行の償却さえすんでいればお金は動きやすくなります。

そして、今墨田区でこうした住居をネットワークして、生活困窮者の住まい対策を行なっています。蕎麦屋の親父さんの隠居部屋だったところも、それで入居者が入れば、蕎麦屋のおやじさんもハッピーになるというわけです。

これは単なる空き家対策ではありません。東京の山の手などでは、自分の家に一人残された高齢者が、要介護4、5になり、施設に入ってそこが空き家になるという現象があちこちで起きています。要するに、施設を次々作ることで、空き家もどんどん増えていくという悪循環です。社会資源の無駄遣いがいろいろな形で起こっているのです。

ところが、日本の住宅システムは、家族で住む家か、施設かという二分法的構造で、家族で住むための家に、家族以外の人を入れるとなると消防法や建築基準法やさまざまな制度や法律や条例が出てきて、ものすごく困難となってしまいます。秋山正子さんのところでは、看護小規模多機能型居宅介護を作られましたが、そうした規制のために居室を減らさざるをえなかったのです。

このように空き家活用と簡単に言いますが、現実にはそう簡単ではありません。ヨーロッパでは前述のように施設を住まい化するということがやってきました。日本でも個室ユニットや小規模多機能などを作ってきましたが、施設の住まい化をきっちりメインストリームとしてやってきかるといえばそうはなっていません。今後、とくに住宅が密集する都市部では、住まいと施設の距離をどういう形にしていくかは、大きな課題です。空いた小学校に特養と老健と障害者施設をめいっばい建てて、利用者をそこに集めるといったことが、本当に区民の付託に応えることなのかどうかということです。そうではなくて、ネットワーク型で既存の資源をうまくつなぐことが、地域包括ケアなのだと思います。

◆＜プロとアマチュアの融合とローカルなビジネスとしての医療介護の再定式化＞

私たちは長い間、労働は産業労働だと思ってきましたが、コミュニティの中でさまざまな形で生活を支援する労働に対しても、もっと考えなければなりません。その時、プロはプロで頑張る、アマチュアはアマチュアで頑張るというのではなく、プロとアマチュアの融合をどうするかは大きな課題です。リハビリにしても、プロだけですべての障害者を回れるわけではありません。地域にいる、玄人はだしの素人さんがもっと活躍できるようにしていくべきです。あるいは、素人でいいから目利きのある玄人はだしをどうやって作っていくか、これはある意味生涯教育の面白いターゲットだと思います。

そのようにして、老いてなお盛んな老勢期人口を徹底的に地域で活躍してもらうことが、健康寿命を延ばすという予防モデルになるのではないのでしょうか。自発的な社会参加のシステムをどう作るかは、非常に重要です。

地域の中には企業もいるわけですが、最近では、企業の論理も変わってきて、かつては中小企業は大企業たるべく頑張ったのですが、そもそもグローバルエコノミーで活躍する大企業と、ローカルエコノミーで活躍する中小企業では、ロジックが違うというのです。⁴ローカルエコノミーでの論理は、収益を上げるというより、いかにサステナビリティを維持して地域に雇用を創出し地域の活性化につなげるかが重要となります。巨大スーパーのような巨大ビジネスで地域のロー

カルエコノミーを駆逐するのではなく、社会のコモンズというか、地域に関わる企業はスモールビジネスを独自のロジックで展開して行ってほしいと考えます。これは、介護の産業組織論としても言えることで、例えば前述のNPO ふるさとの会は年商10億円を超えました。利用者は1,200人という規模です。

4 結論

最後に、何を変えなければならないかをまとめます。

新しい実践を許さない行政のあり方が大きな阻害要因となります。東京で小規模多機能が普及しない背景には、この問題があります。行政が変わっていかねばなりません、克服する努力や工夫も求められます。

最近私が注目したところで「恋する豚研究所」というところがありますが、養豚業のオーナーで農業においても優れた方で、しかも付加価値をつけることにすごいアイデアのある人なのです。彼は障害者の人に養豚をしてもらって、美味しいハムを作り、市場に出すときは一切福祉の色は出さずに、「恋する豚研究所のハム」として出してしっかりビジネスをし、障害者にもお給料を払っています。

そうした一つ一つのパワーのある活動は今、いろいろなところで出てきているので、これらの実践を見える化し、ネットワーク化していくようにしなければなりません。

さらに、現実問題として生活形態が多様化してきて、全体を包括的にととっても、格差の問題は避けて通れません。経済成長でいい思いをしてきた日本人が、いきなり生活水準を低下させて、格差の解消にその分を提供するといった行動様式が求められるようになると思います。富裕層には大きな負担を求めざるを得ない時代がきます。ピケティの議論ではありませんが、格差を解消するために、成長路線が通用しないとしたら、とるかとられるかというゼロサムゲーム状況になります。そうすると、正義と公正を実現するために、連帯と負担を求めるという問題をどう扱うかは難しい問題です。

それから、資源の過小と過剰についていうと例えば、前述の、施設は足りないのに空き家は増えているという現象、これは明らかに資源がおかしな分配のされ方をしているということです。資源の過剰と過小という現象の調整機能をどこに求めるのでしょうか。

その意味で、既得権益の利害の構造の相対化を考えなければなりません。

多くの医療介護関係者は財政問題にあまり関心をお持ちでないような気がしますが、医療費は保険料と公費で負担されていますね。保険料についても徴収額に限界が見え始め、また、高齢者と非正規職員が増えればますます負担に限界がきていますし。それを補足すべき公費についてもその原資である税収がとりわけ地方・国をとわず減少傾向ですし（だから赤字公債で賄ってきて累積残高が巨額になりました。）地方交付税などは、大都市部の医療介護需要をはじめ行政需要の増大が見込まれるので、地方への配分に明らかに限界がきます。また、自治体はインフラのメンテナンスに多くの財源を割く必要がおこりますから、事態は深刻です。

また、税金もとの所得税は生産年齢人口の縮小や非正規化の進行などでますます縮みます。空き家が増えれば地方の税収の基盤である固定資産税にはねます。

その意味では、過剰な投資で破綻した夕張でおこったことが全国の到るところにこれから波及します。私は日本全国の夕張化と私は呼んでいるのですが。夕張を特別な事例で他人ごとと思っている人が多いのですが、これは日本の社会がこれから経験することを教えてくれる貴重な事例なのだと思います。

だからその後、医療介護がどうなったかそして、高齢者の方々の暮らしがどうなったかについては夕張診療所の所長を務めた森田洋之氏が興味深い本を出版しました。8

今進行中の次期の診療報酬および介護報酬改定が極めて厳しい改定が予想されるのも、財政危機に対してどうするか、安部内閣の政策を実現する財政措置のために、財源として社会保障削減を財政当局が要求しているからです。いまの政治は旧来型の成長路線を目指して経済成長によって財政危機を乗り切れるという夢で政治が行われていますが、現実はそうはならないだろうと思います。また、利害団体は旧来型のやり方に固守しているかぎり、解決策はありません。従来型の医療介護提供体制ではやっていけないことだけははっきりしています。

私の結論は、コモンズというものを我々がどう想像できるかにかかっていると思います。都市も町もいつまでもピカピカであり続けることはありません。その中で新しい予兆を発見しつつ、これらの動向をどのようにソリューションとして一般化できるか、イマジネーションを持ったイノベーターがいろいろなところであらわれ始めているのですからそれらをうまくつないで大きな潮流にしていくことを考えていかなければなりません。

その意味で地域包括ケアシステムは理想ではなく、現実の動向へのただ一つのソリューションであると思うのです。

後記 本稿は第9回「大都市における地域包括ケアをつくる政策研究会」（2015年8月20日）での報告の速記録をもとに、補足の追加と修正を加えたものである。

-
- 1、この予測の問題点については、「大都市高齢化対応への提言を誤らせた医療介護提供体制の杜撰な予測」『医療介護Next』誌No4メディカ出版刊 で詳細に述べた。
 - 2、1912年原著初版、岩波文庫に中山伊知郎、東畑精一、塩野谷裕一による翻訳がある。
 - 3、訳書239ページ。
 - 4、「日本は悪くない～悪いのはアメリカだ」1987年初版、後に文春文庫。
 - 5、こぶし園については、「特養を分散して地域ケアを再発見～小山剛氏の業績を偲ぶ」『医療介護Next』誌No3メディカ出版を参照のこと。
 - 6、「災害ユートピア～なぜそのとき特別な共同体が立ち上がるのか」亜紀書房2010年刊。
 - 7、富山和彦「なぜローカル経済から日本は甦るのか」PHP新書2014年刊
 - 8、森田洋之「破綻からの奇跡～いま夕張市民から学ぶこと～」南日本ヘルスリサーチラボ刊、この書物はAmazonから入手可能である。

第10回「大都市における地域包括ケアをつくる政策研究会」

『和光市における超高齢社会に対応した地域包括ケアシステムの実践』

マクロの計画策定とミクロのケアマネジメント支援

…日本が目指す27年度からの第6期介護保険事業計画の推進…

話題提供： 東内 京一 氏
和光市保健福祉部長

日時： 2015年9月17日（木）19：00～21：00

場所： 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー6F
ステーションコンファレンス東京 605B 会議室

◆第10回

和光市における超高齢社会に対応した地域包括ケアシステムの実践

【話題提供】

東内京一氏（和光市 保健福祉部長）

1. 和光市の地域包括ケアシステム

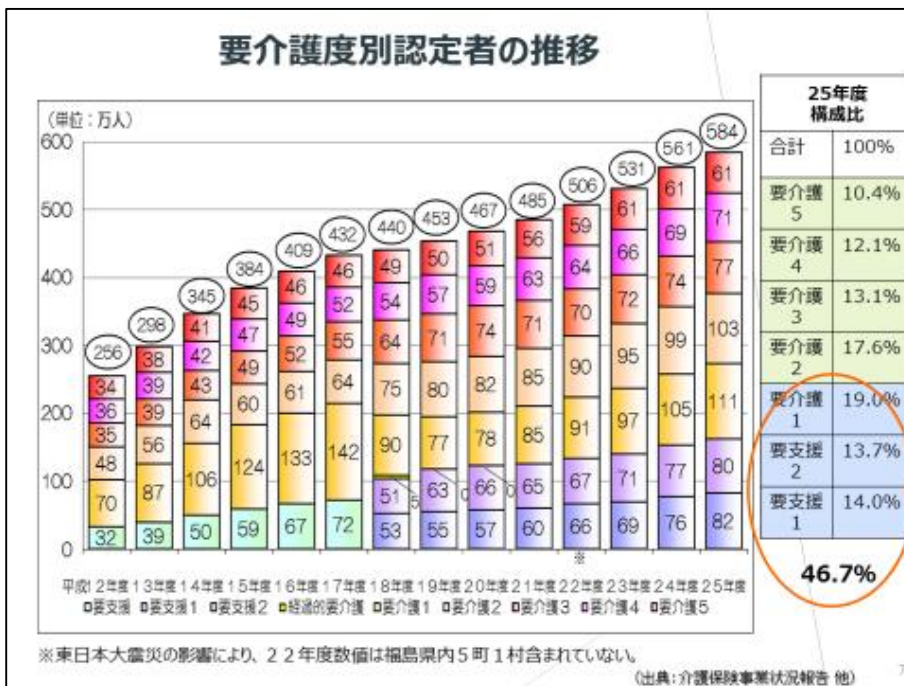
〈和光市の概要〉

和光市は埼玉県南部に位置する人口 8 万人弱の近郊都市です。都心部への交通の利便性が優れているため、子育て世代を中心とした若年人口の流入が多く、高齢化率は 16.9%と全国的にみても低くなっています。とはいえ、団塊の世代が人口のピークを形成しており、今後は高齢者数が急増することが見込まれます。

〈介護保険制度をめぐるこれまでの経緯〉

介護保険制度は平成 12 年に始まり、平成 18 年の改正では地域包括支援センター、予防給付、地域密着型サービスなどが創設されました。この予防給付による効果が得られなかったことが、要支援を整理する今の動きへとつながっています。批判的な声もありますが、本来であれば、予防に取り組めば要介護認定が低減してくるはずであり、地域密着型サービスが展開されれば地域での認知症ケアや在宅での看取りは増えてくるはずでです。そういったことがないまま今に至ってしまっており、地域包括ケアシステムという課題を前に、大変だといって四苦八苦している。それが今の保険者の状況ではないかと思っています。

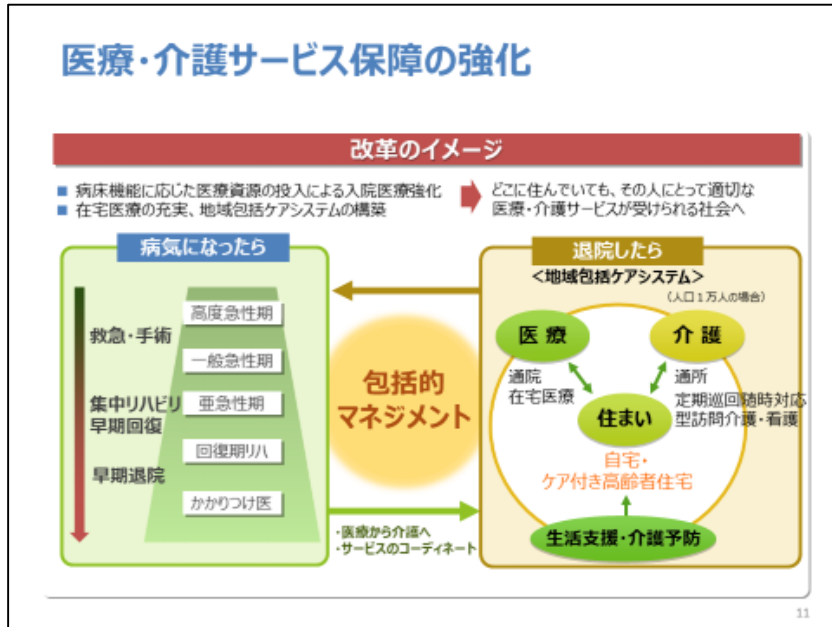
要介護度別の認定者数をみると、要支援 1～要介護 1 が全体の 46.7%（平成 25 年度）を占めて



いますが、このこと自体が問題だと思うのです。このまま推移すれば軽度認定者は 50%を越えるでしょう。大変なのは、その層が重症化したときです。総合事業はこういった状況を受けて始まったものであり、これからは軽度認定者をうまく総合事業へと移行していく必要があります。

〈医療・介護サービス保障の改革イメージ〉

これは国がつくった図を簡単にしたのですが、改革法の中で示されているのは、急性期医療やリハビリテーションを強化して退院を促進することです。要介護4、5の人の退院を促進するためには、住まいのほうに療養病床や特養並みのケアを用意する必要があります。一方で、軽度者に対しては生活支援と効果的な介護予防を、中学校区レベルの日常生活圏域でいかに提供してい

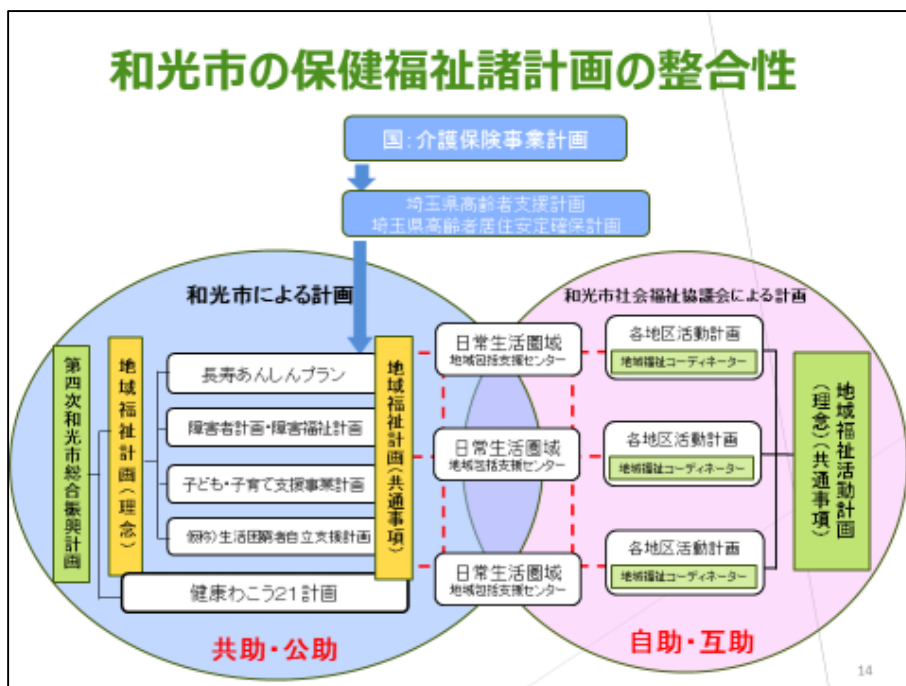


くか、ということを考えていく必要があります。住民の安心、安全のためにこのような仕組みが必要であることを市民にわかって頂かないと、施設ニーズは止まりません。

和光市では、すでに定期巡回随時対応型訪問介護・看護の待機者が出てきている状況であり、市民の理解も徐々に広がってきたと感じています。

〈和光市における保健福祉諸計画〉

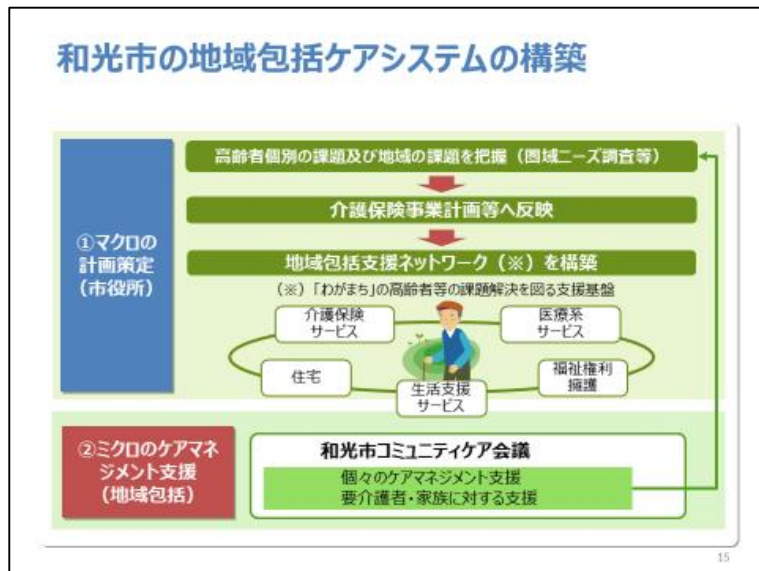
和光市では今、提唱しているのが、地域包括ケアの包括化です。「長寿あんしんプラン」という高齢者介護の計画と、障害者、子ども、生活困窮者に対する計画を全て「地域福祉計画」の中でセットで行っています。個別記名式のニーズ調査も、障害者、子ども、生活困窮者も含め、同じようにセットで取り組んでいます。



そして行政は「共助・公助」の仕組みをしっかりとつくる。一方で、全国的にもほとんどの地域で機能していない「自助・互助」の部分で、和光市では社会福祉協議会の役割として位置付けました。地域支援事業に生活支援コーディネーターができましたが、これは福祉という地域福祉コーディネーターに相当するも

のであり、住民には「自助・互助のケアマネジャーが、福祉コーディネーターです」と説明しています。

〈和光市における地域包括ケアシステムの仕組み〉



問題は、この「共助・公助」における政策と、「自助・互助」の部分があまくつながらないところにあります。そこで和光市では、マクロの計画策定において、高齢者に対するサービス利用の意向調査は一切行わずに、状態像を調べる「日常生活圏域ニーズ調査」を行うことで、課題を把握していきました。そこで浮かび上がった課題は必ずしも介護保険だけで解決できるものではなく、医療系サービス、住宅、生活支援、福祉権利擁護と多岐に

わたります。和光市では、それらを全て介護保険事業計画に書き込んでいきました。つまり、介護保険特別会計で補うもの、民生費の一般会計で補うもの、ボランティアで補うものを全て、介護保険の計画の中にまとめたのです。

こうすることで必要な予算を確保することができ、マクロな視点で計画を策定することが可能となります。このマクロ計画をもとに、今度はミクロな視点で、地域包括支援センターが個々のケアマネジメント支援に落とし込んでいきます。このとき、個々の課題を解決するオーダーメイドのケアプラン作成を、多職種連携によって応援する仕組みをつくりました。これが、和光市コミュニティケア会議です。介護職のケアマネジャーは医療系のマネジメントスキルが十分ではないといったことが言われますが、状態像と実際のサービス利用があっていない場合には、このケア会議の場で多職種により検討が行われます。

和光市ではこのようにして、マクロの計画策定と、ミクロのケアマネジメント支援をつなげていきました。

〈和光市の現状〉

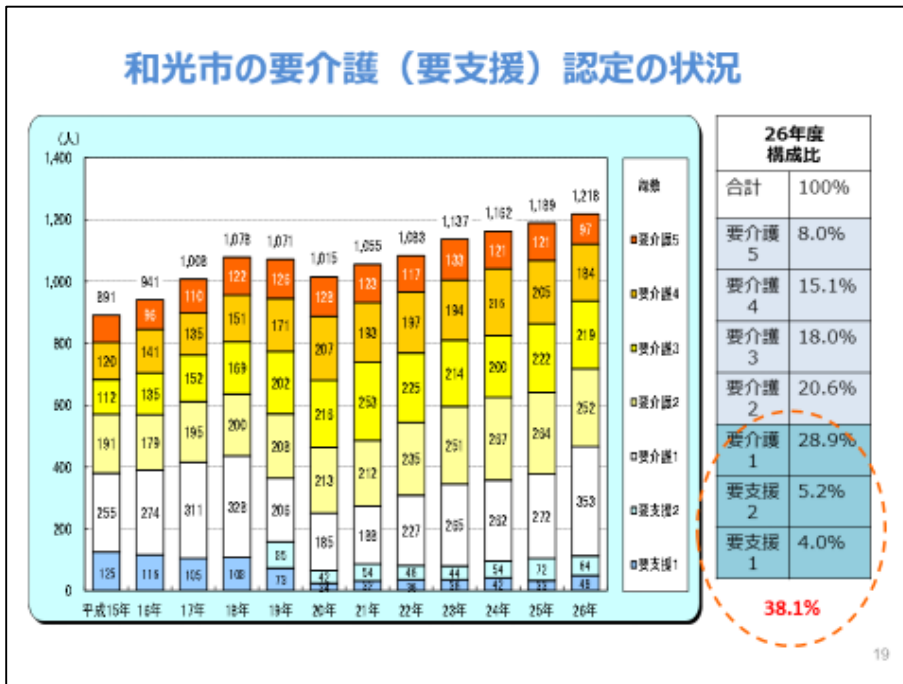
和光市の人口構造の特徴は、団塊ジュニア世代が多いことです。若年層の転入が多いことから高齢化率は16.9%と低いのですが、高齢者人口はこれから急速に伸びていくことが予測されます。労働人口も多いのですが、一方で流動率も高く、いかに定着させるかが課題となっています。また、0歳や1歳の子どもの転入が多く、保育園問題もたいへんな状況になっています。

全体の高齢化率は低いものの、エリア別の高齢化率をみていくと、中央エリアの西大和団地では35.5%、一方で自衛隊官舎のある広沢地域では0%と、かなりの差があります。圏域別に人口構成を細かく見ていかなければ、施策は大失敗してしまうことになります。

〈和光市の要介護認定率〉

和光市では要介護認定率は下がっている一方で、高要介護者数は微増となっています。これは年齢人口が伸びているためです。注目して頂きたいのは、要支援1、2の数が圧倒的に少ないことです。和光市における平成26年度の要介護認定の構成比は、要支援1から要介護1までが38.1%と、全国の数字よりも大幅に少なくなっています。

一方、要介護1が多いのは、要介護2以上の人が改善して要介護1へとスライドしてくるためです。また、要介護4、5が減っているのは、重症化予防の効果が出てきていることが考えられます。



このような取り組みを続けていくことで、やがて介護給付が要介護3~5に自ずと絞られてくるのではないかと考えています。

要介護度別の疾病の分類をみると、全国的には要支援1、2では廃用症候群が圧倒的に多くなっていますが、和光市では廃用症候群のほかに脳血管疾患や認知症も多くなっています。

〈認定率の推移〉

要介護認定者は微増なのですが、認定率で見ると国平均より7ポイント以上、県平均より3ポイント以上、低くなっています。これから高齢者が一気に増え、団塊の世代が75歳を迎える2025年頃には15%程度、80歳を迎える2030年頃には30%になることが予測されており、果たして社会保障をどうするのか、ということは今、考えているところです。

今後の予測としては、何も対策をしないまま自然に推移した場合には、平成29年には認定者数が全体で1520人に達すると見込まれています。これに対し、今の和光のスキームで予防を行っていけば、全体で1490人、中でも要介護4、5の数が少なくなると考えられます。つまり重症化

区分	自然体			予防後		
	27年度	28年度	29年度	27年度	28年度	29年度
要介護(要支援)認定者数	1,369	1,441	1,520	1,342	1,411	1,490
要支援1	53	56	59	52	54	57
要支援2	76	80	84	77	81	86
要介護1	371	390	411	396	416	437
要介護2	295	312	329	304	322	339
要介護3	235	247	263	216	227	241
要介護4	211	222	233	188	197	208
要介護5	128	134	141	109	115	121

和光市の第6期保険料

- 第5期 第6期
- ・ 月額基準額 4,150円 ⇒ **4,228円**(+78円)
 - ・ ※介護予防等の実績からの成果となった**介護予防・居宅介護率等の効果を勘案した認定者数及び費用推計から**
 - ・ 第4期の全国平均は **4,160円!**
 - ・ 第5期の全国平均は **4,972円!**
 - ・ 第6期の全国平均は **5,550円程度**※
- (※財務省試算 平成27年1月11日報道より)

へのスライドが止まることで和光市のスキームの最大の効果であり、介護予防というのは必ずしも要支援だけではない、ということは今後はエビデンスとして示していければと考えています。

また、その結果として和光市の第6期の介護保険料は、月額4228円と、第4期の全国平均レベルを現在も維持しています。

2. マクロの計画策定 ～和光市の取り組みを中心に～

〈医療や住まいとの連携も視野にいたした介護保険事業計画の策定〉



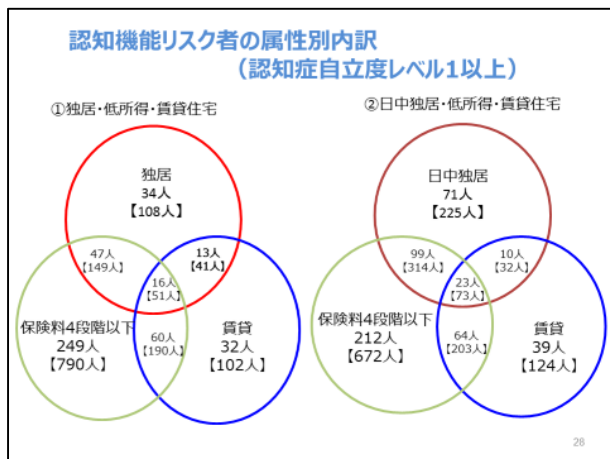
日常生活圏域ニーズ調査の調査票には、身体機能・日常生活機能（ADL・IADL）、住まいの状況、認知症状などを知るための全88の質問項目が記載されています。これらを全て記入の上で回収し、未回収のところは全戸訪問を行います。最近では、認知症サポーター、介護予防サポーター、ヘルスサポーターなどに対して

訪問時のアセスメントに関する研修を実施しており、その人たちに全戸訪問を担ってもらっています。このことで、常に90%以上の高齢者台帳が完備されている状況です。

この仕組みにより、どの圏域にどのような課題を持った高齢者がどの程度いるのか、ということが明確にわかります。なお、調査票の単価は高齢者1人あたり1000円程度です。元気な高齢者には「払って頂いた保険料の還元事業です」といえば回収率は高くなりますし、一方で未回収の全戸訪問では認知症等のリスクを有するひとを早期に発見することが可能になるという大きなメリットがあります。

〈地域の課題を見える化する〉

続いて、ニーズ調査から見えてきた課題を市民に「見える化」していきます。認知症や脳卒中のリスクを具体的に見せると、市民も地域の課題がわかりますし、事業者にとってもマーケットのリサーチ情報になります。そして私たち行政も、これから行うべき事業の内容を明確にしていくことができます。その分析結果を受けて「我がまちではどういう方針で課題を解決していくの



か」ということを具体化していきます。このニーズ調査のよいところは、「日中が独居で、認知症で、低所得者で、賃貸住宅に住んでいる高齢者が何人いるのか」ということが具体的に見えてくることです。もしこれが、認知症高齢者の人数という情報だけだったら、その人数を収容できるグループホームをつくる、という発想で終わってしまうかもしれませんが、より具体的な情報が入ることで、例えば住宅政策とグループホームの必要性をクロスさせ

て考えることができます。そうやって、地域の課題を解決するために本当に必要なサービスを、効率的、効果的に構築していけるのです。

掃除ができないから介護保険でヘルパーを入れて掃除をしてもらう、ということでは改善にも予防にもつながりません。重要なのは、掃除ができない原因が何かを把握することです。廃用症候群なのか、下肢筋力低下なのか、脳卒中による片麻痺なのか、認知症なのか。そこがわからないと、そもそもケアプランの目標が立てられません。原因から分析して予後予測を示し、「だから予防をやるんですよ」というPRを、和光市では市民に対して繰り返し行ってきました。

〈課題解決のための基本方針〉

調査結果を分析したらそれで終わりではありません。何をもって解決するのか、事業計画の基本方針、基本目標を定めることがたいへん重要となります。和光市では、「介護予防」、「要介護度の重症化予防」ということをはっきりと謳っています。在宅の限界点の向上、すなわち「要介護

〈第6期 基本方針〉

- ①「**介護予防**」及び「**要介護度の重症化予防**」による自立支援の一層の推進
- ②在宅介護と在宅医療の連携及び施設や病院における入退院時の連携を、**ICTの活用とコミュニティケア会議**により高次化することによる**在宅介護の限界点の向上**
- ③地域包括ケアシステムの構築を念頭に置いた地域密着型サービス拠点の整備と地域における互助力の充実を図ることによる、**サービス提供者と地域互助力**との協働による介護予防・日常生活支援総合事業の推進
- ④地域及び個人の課題を解決するための地域包括支援センターによる**包括ケアマネジメントの推進と、さらなる機能化**
- ⑤認知症を発症しても地域で暮らし続けられるよう、認知症高齢者の全ての状態に対応することができる地域体制の構築
- ⑥高齢者介護・障害者福祉・子ども子育て支援・生活困窮者施策を一元的にマネジメントする「**統合型地域包括支援センター**」の設置による「**地域包括ケアシステムの包括化**」の実現

度4、5は在宅でいきますよ」ということを、基本方針の中で明確に示しているのです。

サービス提供事業者についても、この基本方針に賛同してくれるところに参入してもらおう、これが重要となります。

また、この基本方針の一番下に、「高齢者介護・障害者福祉・子ども子育て支援・生活困窮者施策を一元的にマネジメントする」と書いていますが、和光市では統合型の

地域包括支援センターというものを構想しています。労働人口が減っていくこれからの時代に、高齢者だけに特化した専門職ばかりでは、とても対応できません。10人の専門職がいたら、そのうちの3人は子どもから高齢者まで対応できるゼネラルな人材が必要であり、そのような人材を育成できる体制を、整えているところです。

和光市の市町村特別給付と一般高齢者施策

- **特別給付（法定給付同様に指定基準による事業者指定）**
 - 食の自立栄養改善サービス（栄養マネジメント付き配食等）
 - 地域送迎サービス（有償運送特区活用 ベッドからベッド）
 - 紙おむつ等サービス（パッド、フラット型、周辺商品）
- **地域支援事業 介護予防・総合生活支援事業導入**
- **一般高齢者施策（介護保険制度を効果的に支援する）**
 - 住宅改修支援事業（法定住宅改修に50万円の上乗せ横だし）
 - 家賃助成事業（GH、計画に位置づけたサ高住等）
 - その他（利用料助成、住み替え家賃差額助成等）

31

〈市町村特別給付と一般高齢者施策〉

市町村特別給付においては、食の自立と栄養改善、ベッドトゥベッドの送迎、そして紙おむつ等のサービスの3つ、すなわち特養にあるサービス内容を在宅にも整える体制づくりを、独自に行っています。

一方、一般高齢者施策というのは税金を使って行うもので、法定住宅改修の金額に50万円を上乗せするなど、在宅重視を掲げて行っています。住み替え家賃差額助成というのは、今の

住まいからサービス付き高齢者住宅などへ住み替えた場合の費用を助成するもので、早めの住み替えが必要な高齢者に対するインセンティブとして設けたものです。

和光市では、これらの財源を捻出するためにいくつかの事業をスクラップしました。役所はなかなか事業をスクラップできず、適切な予算配分が困難になりがちですが、必要などころに十分に財源を充てるためには、高齢者福祉サ

和光市の市町村特別給付

食の自立支援・栄養改善サービス費助成事業	二次予防 要支援 要介護	市の指定基準による配食事業者等により栄養改善をセットで提供します。年間365日にわたり、昼食、夕食の提供が可能です。1食1,000円(市助成600円・自己負担400円・所得制限なし)で、普通食、刻み食、カロリー食の提供、栄養管理士による指導と調理等の自立支援を主な目的とします
高齢者紙おむつ等購入費助成事業	二次予防 要支援 要介護	市の指定基準による紙おむつ事業者により提供。市独自のおむつアセスメントにより、フラット型・パッド・パンツ等を組み合わせ、完全デリバリー体制。月の限度額は10,000円、介護周辺用品は3,000円支給します(自己負担は1割・所得制限なし)
高齢者地域送迎サービス助成事業	介護2以上 以下の方は 要審査	移送サービスは45,000円限度で利用料の9割を市が補助(1時間まで6,000円・以降10分増すごとに900円追加・待機30分ごとに2,000円)します。送迎単価は介護報酬的に市が設定しています

※利用には包括またはケアマネジャーと指定業者からのアセスメントを実施し、市に提出、審査、決裁後利用となります

32

ービスの中身を早めに見直すことが必要だと思えます。

〈介護予防・日常生活支援総合事業〉

和光市では、ボランティアによるB型をすでに行っており予算化する必要がなかったことから、要支援1に相当するA型、そして二次予防事業に相当するC型のサービスを行っています。総合事業では、要介護1を卒業して総合事業A型に移行する、あるいはC型を卒業してシルバー人材センターなどで活躍する、またはA型とC型を行き来する、といったパターンが多くなっています。

A型のサービスは指定事業者制とし、既存の介護サービス事業者を指定して行っており、市民としては今までと全く変わらない感覚でサービスを受けています。事業者も、保険給付が負担金

和光市における地域支援事業

介護予防・日常生活支援総合事業

通所系サービス	運動器の機能向上	ふれっしゅらいふパワーアップ ふれっしゅらいふ（元気アップ・ヘルシーフット） すばいだー/ゆうゆう
	複合型プログラム （認知症予防・運動・栄養・口腔）	健康運動ふれっしゅらいふ あくていびていあつが ふれっしゅらいふ脳力アップ
	閉じこもり予防	うるかむ事業（市内7箇所送迎つき）
	その他事業	エンジョイクッキング（増量編・減量編） 介護予防測定会（2回）・フットケアセミナー
	一次予防事業 （自主サークル・栄養指導・ 認知症予防含む）	3B体操 いつまでも元気塾 喫茶サロン サーキットトレーニング
訪問系サービス	食の自立・栄養改善（訪問栄養指導） 介護予防ヘルプサービス	

や委託料に変わっただけですので、今までと同じ運営形態が続いており、制度が変わった後も苦情などは全くありません。

総合事業のメニューをスライドに示しました。一番下の「介護予防ヘルパー」というのは、これまで家事援助と身体介護のみを行っていたヘルパーに対して教育を行い、例えばテーブルの立ち方を「こうやるんだよ」といって見せるなど、介護予防の見守り、声掛けができるようにしたものです。和光

市では、この介護予防ヘルパーが在宅で活躍することで、通所ではADLが向上し、家ではIADLが向上して保険給付から自立できた、という人がたくさん出てきています。

また、その他事業の「エンジョイクッキング」のところに増量編と減量編がありますが、減量編を設けたのは、60歳から70歳の高齢女性に肥満が多いというデータがあったからです。肥満

で変形性膝関節症、そこから廃用症候群へ、というパターンは少なくありません。介護保険は低栄養が中心ですので、和光市ではこの状況に対応するたために高齢女性のメタボ対策に取り組んでいます。

一般介護予防事業は、これまでの一次予防事業が移行したものです。これはほとんど経費のかからない部分です。C型を卒業してきた人、あるいは元気な高齢者が少し具合が悪くなったときにも、この部分で支えていくことができます。

和光市介護予防・日常生活支援総合事業④

<一般介護予防事業>

これまでの一次予防事業が移行

- ・うるかむ（本町小・南公民館）
- ・うるかむ（地域密着型施設交流スペース） 7ヶ所
- ・いつまでも元気塾（市内2ヶ所）
- ・サーキットトレーニング
- ・3B体操
- ・あくていびていあつが新倉
- ・まちかど健康相談室
- ・喫茶サロン
- ・エンジョイクッキング（男性の料理教室）
- ・介護予防測定会（2回）・足裏測定会
- ・フットケアセミナー 栄養・口腔講座

37

訪問型サービスA・通所型サービスAの委託単価

<訪問型サービスA>

		費用額 (単位×10円)	1割負担	2割負担
訪問型サービスA費（Ⅰ）	要支援1・2 概ね週1回程度の訪問	10,510	1,051	2,102
訪問型サービスA費（Ⅱ）	要支援1・2 概ね週2回程度の訪問	21,020	2,102	4,204
訪問型サービスA費（Ⅲ）	要支援1・2 概ね週2回以上の訪問	33,340	3,334	6,668

<通所型サービスA>

		費用額 (単位×10円)	1割負担	2割負担
通所型サービスA費（Ⅰ）	支援1	14,820	1,482	5,066
通所型サービスA費（Ⅱ）	支援2	30,390	3,039	6,078

38

和光市介護予防強化サービス事業 (横だし事業)

<訪問型サービス>

		1件につき 1月あたり
訪問型サービス費（Ⅰ）	訪問型サービスA費（Ⅰ）の利用者	1,750円
訪問型サービス費（Ⅱ）	訪問型サービスA費（Ⅱ）の利用者	3,500円
訪問型サービス費（Ⅲ）	訪問型サービスA費（Ⅲ）の利用者	5,550円

<通所型サービス>

		1件につき 1月あたり
通所型サービス費（Ⅰ）	通所型サービスA費（Ⅰ）の利用者	6,330円
通所型サービス費（Ⅱ）	通所型サービスA費（Ⅱ）の利用者	11,970円

39

まちかど健康相談室は、秋山正子先生が行っている「まちかど保健室」の栄養管理バージョンというイメージです。

〈A の人員・設備・運営基準〉

訪問型サービスA・通所型サービスA 人員・設備・運営基準		
分類	訪問型サービスA	通所型サービスA
人員	(1)管理者※ 1名以上 (2)従事者 常勤換算2名以上 (3)訪問事業責任者 利用者40名に1人以上 【資格要件：(2)(3)は、介護福祉士・介護職員 初任者研修等修了者】 ※支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他 事業所等の職務に従事可能	(1)管理者※ 1名以上 (2)従事者 利用者～15名 常勤1人以上 15名～ 常勤換算で2名以上 (3)機能訓練指導員 1名以上 【資格要件：理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職 員、柔道整復師またはあん摩マッサージ指圧師の資格を有する 者または一定の研修を受けた保健医療の専門職】 ※支障がない場合、他の職務、同一敷地内の他事業所等の 職務に従事可能
設備	・事業運営に必要な広さを有する専用の区画 ・必要な設備・備品	・サービス提供をするために必要な場所（3m ² ×利用定員以 上） ・必要な設備・備品
運営	・地域包括支援センター等との連携 ・コミュニティケア会議への参加 ・従事者の清潔の保持・健康状態の管理 ・従事者または従事者であったものの秘密保持 ・廃止・休止の届出と便宜の提供	・地域包括支援センター等との連携 ・コミュニティケア会議への参加 ・従事者の清潔の保持・健康状態の管理 ・従事者または従事者であったものの秘密保持 ・廃止・休止の届出と便宜の提供 ・介護予防サポーターの活用

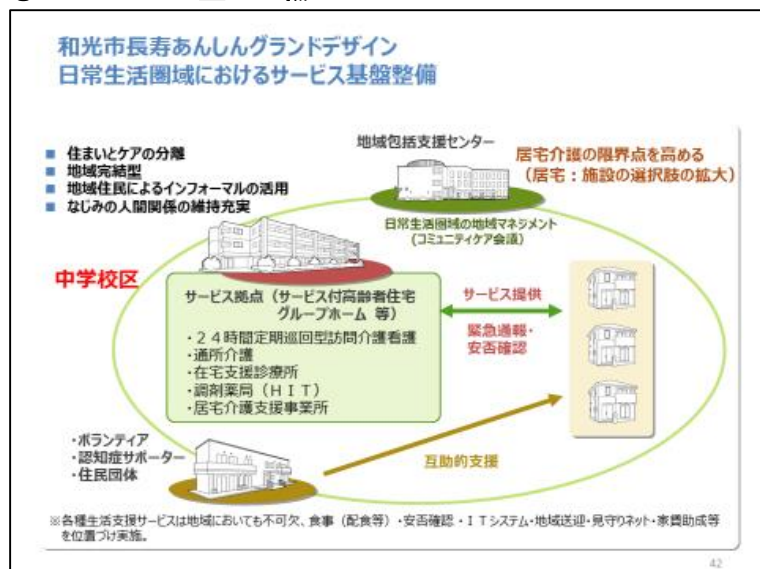
通所系では、介護
予防サポーターとい
う専門性の高いボラ
ンティアが、デイサ
ービスのA型を手伝
うシステムができて
います。要支援1、2
のほうは介護事業者
とコラボレーション
するかたちで行って
いますが、元気な高
齢者に対してはボラ
ンティアオンリーで
行っている部分もあ
ります。

〈多制度・多職種の連携〉

複合的な課題が発見された場合には、介護だけではない多職種・他制度のチームケアによる和光市独自のケアマネジメントで一体的な支援を提供していく必要がありますが、全てのケアマネジャーがそのスキルを有しているわけではありません。特に医療と介護の効果的な連携を図ったり、リハを組み合わせたり、といったことをケアプランの中で行うと同時に、市が必要とする人材を育成しようと思うと、コミュニティケア会議のようなものが必要になってくると思います。

〈和光市長寿あんしんランドデザイン〉

① サービス基盤の整備

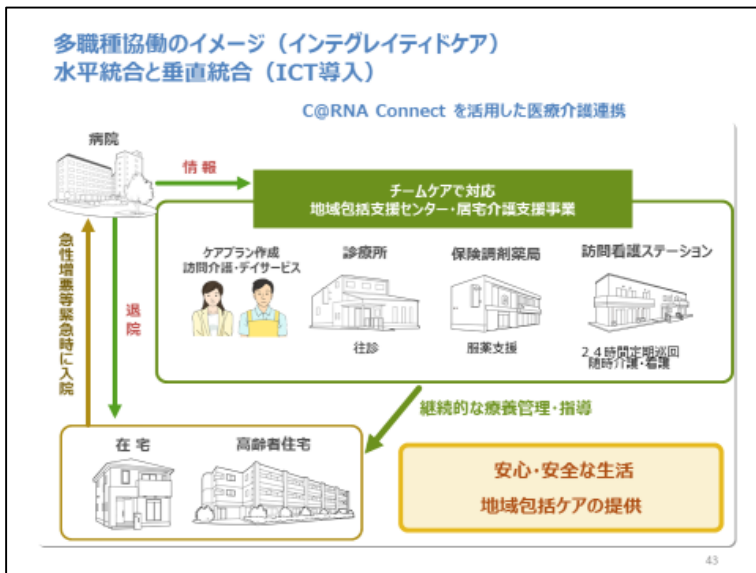


では、日常生活圏域におけるサービス基盤はどうなっているのか。まず特養は市内に 60 床しかないもので、これを「すまい」として補完するため、要介護認定者だけが入れられる部屋を 29 室確保した「サービス付き高齢者向け住宅」というのをつくっています。事業者のビジネス（収益）も考慮して、29 室を越えた部分に関しては、自立高齢者の利用も可能としています。

さらに、1階に24時間定期巡回型訪問介護看護と在宅療養支援診療所、調剤薬局、そして居宅介護支援事業所も設置され、サ高住が地域におけるサービスの拠点になっています。こういったサ高住が、和光市には2棟あります。

一方、グループホームは90床近くになっていますが、このグループホームは小規模多機能と一体になっており、認知症の方が多い地域に整備されています。

② ICTを活用した水平統合と垂直統合



さらに和光市では、カルナコネクトというICTのシステムを活用し、地域の基幹病院と診療所を結んでいます。さらに昨年には、和光市役所と地域包括支援センター、居宅介護支援事業所が、このICTで結ばれました。入退院に関しても一定のルールに則って、情報が行き来しています。在宅の情報も常に送るようにして、病院主治医の治療計画に役立てて頂いています。

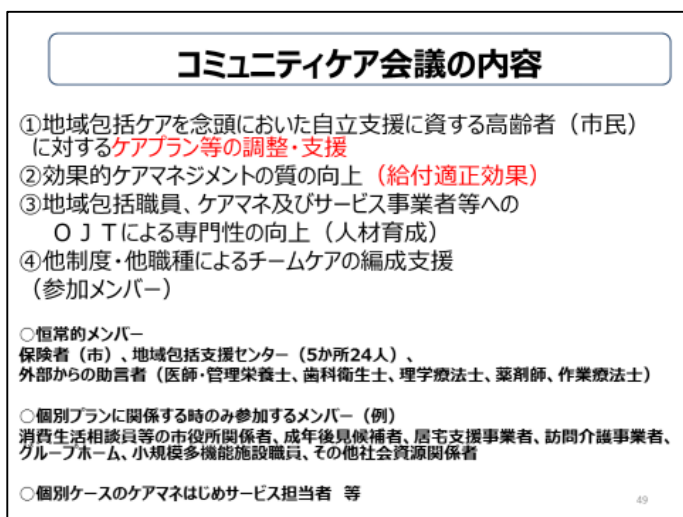
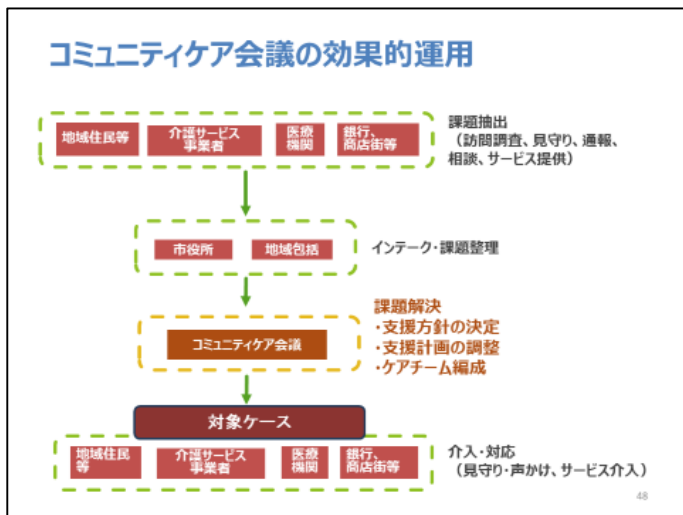
3. ミクロのケアマネジメント支援 ～地域ケア会議を活用して～

介護保険法の本質理解 (一部条文抜粋)	
第一条 (目的)	加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態、これらの者が 尊厳を保持し 、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、国民の共同運命の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって 国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的
第二条 第二項 (保険給付)	保険給付は、要介護状態の軽減又は悪化防止、医療との連携に充分配慮して行われなければならない
第二条 第三項	保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の 選択に基づき 、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、 総合的かつ効率的に提供されるよう配慮 して行われなければならない。
第二条 第四項	保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように
第四条 (国民の努力義務)	加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリ・福祉サービスを利用し、その有する能力の維持向上に 努める

〈介護保険法の本質を理解する〉

こういったマクロの計画策定を行っていくときに大切なのは、介護保険法の本質を理解することです。介護保険法の第1条に示されている目的や権利だけではなく、最も触れにくい部分、例えば給付のことや、悪化の防止について、さらには第4条の、「要介護状態になってもみんなのために進んで福祉サービス、介護保険サービスを利用し、維持向上に努める努力義務があるんですよ」といったことを、私たちは出前講座などを通して

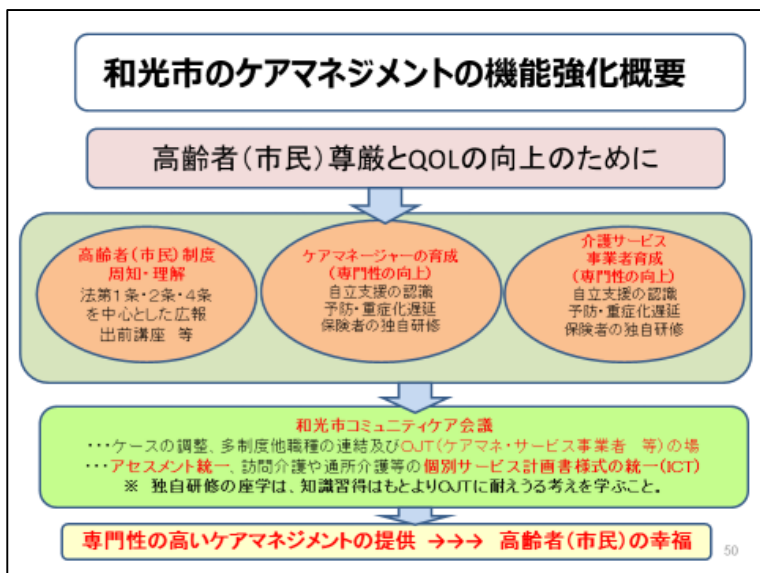
市民に唱えてきました。今、和光市では全ての地域包括支援センターの職員、そして全てのケアマネジャーが、こういったことを利用者きちんと説明できるレベルになっています。これがミクロの一番の強みではないかと思っています。



会議の場で話し合いながら量の調整を試みるといった取り組みも少しずつ始まっています。こういったことを積み上げていくことが重要ではないかと思えます。

〈コミュニティケア会議の効果〉

和光市において、ケアマネジャーとヘルパーのステイタスが高くなったのは、このケア会議の



〈コミュニティケア会議の活用〉

コミュニティケア会議には、ケアマネジャー、ヘルパー、訪問看護師、作業療法士といったサービス担当者会議のメンバーが参加するほか、市内の地域包括支援センター全員、そして助言者として管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師、PT、OTといったさまざまな職種が参加しています。

医師が来るのは1~2か月に1度程度なのですが、実はそこが1つのポイントになっています。というのも、医師に何を聞くべきか、ということはこの会議の場で整理するというのが、和光市の地域ケア会議のスタイルだからです。医師の治療方針を在宅で実践していくために私たちがどういうことをやっていけばいいのか、ということも、この会議の場で話し合っています。

さらに最近では、ケア会議に薬剤師が入ったことで、薬のアセスメントについてのチェックリストをヘルパーがつけ、

会議の場で話し合いながら量の調整を試みるといった取り組みも少しずつ始まっています。こういったことを積み上げていくことが重要ではないかと思えます。

場で、利用者本人を交えたサービス担当者会議を行っていることが非常に大きいと思います。「何か課題になっていることがあれば、このケア会議のメンバー全員で応援しますよ」ということを、市民に対して公言しているのです。

また、この会議に出ることで、例えば医療系にはあまり強くないというケアマネジャーも、徐々に専門性が身に付いてきます。ケース調整、多制度・多職種連携に加えて、

参加しているメンバーのオンザジョブトレーニングができるという、3つの効果が、このコミュニティケア会議にはあると認識しています。

〈ケアマネジメント機能の強化を図る〉

先ほども触れた市民への出前講座のほか、ケアマネジャーに対しては専門性の育成、さらには介護事業者に対しても市町村の特性についてしっかりとレクチャーする取り組みを行っています。特に重要なのは、在宅介護の限界点を高めるという和光市の基本方針を、事業者にとしっかりと理解してもらうことです。これは、座学で行っています。

理解して頂いたら、今度はそれを実践していけるように、コミュニティケア会議でOJTしていきます。このことで、当初は「要介護1の人を介護保険から卒業させられるわけない」と思っていたような人も、経験を積んでガラッと変わっていきます。介護の離職率も、全国平均の約25%を和光市では大きく下回り、9%程度となっています。

〈「生活行為評価票」による現状評価と予後予測〉

和光市で用いている予後予測の整理票をスライドに示しました。プラン実行前の評価と、それに対する事後予測をここに書き込んでいきます。ポイントはADLとIADLでそれぞれ予後予測を行っていることで、これによりケアプランの短期目標が非常に明解になります。この整理票は和光統一のものであり、全ての事業者に行ってもらっています。

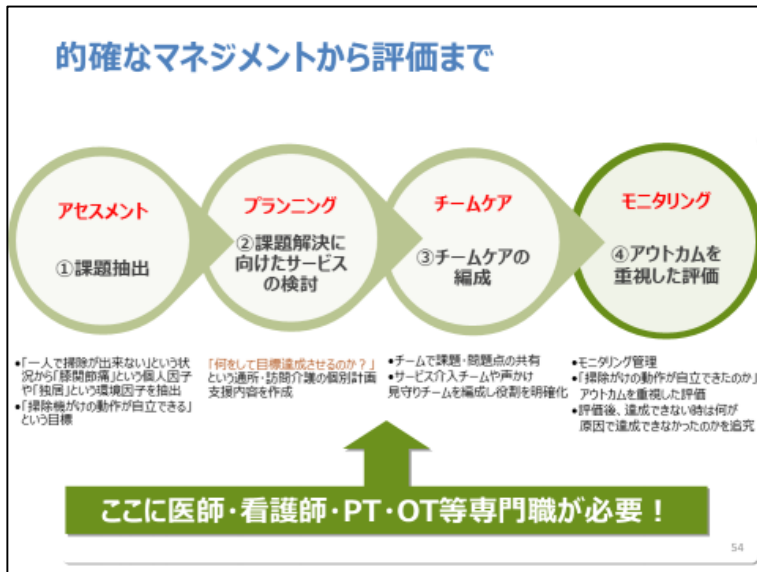
例えば、廃用の方であれば、6か月後の予後予測がADLとIADLそれぞれ項目ごとに示されます。印は一部介助ですので、このスライドの例ですと、自立できる可能性が高いことがわかります。そこで、「筋トレや口腔ケアを行っていけば、6か月後には必ず元気になれる」ということを、本人と合意形成します。調理が2（一部介助・改善可能性が低い）になっていますので、最初のうちはヘルパーが本人に代わって調理をしますが、デイサービスに通い徐々にADLが向上してきたら、今度はヘルパーが本人と一緒に調理を行い、IADLの向上を図ります。

このように、デイサービスでADLが上がった分を、しっかりとIADLに落とし込んでいく、というのが和光のスタイルなのです。

自立度 困難度と改善可能性 判定	自立		一部介助		全介助	
	楽にできる	少し難しい	改善可能性高い	改善可能性低い	改善可能性高い	改善可能性低い
	○1	○2	△1	△2	×1	×2
A D L	生活機能					
	室内歩行	○1				
	屋外歩行	○2				限られた場所のみ、
	外出頻度	△1	→ ○2			デイサービス以外の外出は少ない。
	排泄	○1				
	食事	○1				
	入浴	△1	→ ○2			デイサービス入浴のみになっている。能力はある。
	着脱衣	○1				

I A D L	掃除	△1	→ ○2	
	洗濯	○2		大物以外は自立。
	買物	△1	→ ○1	簡単なものは自分で、他はヘルパーや家族。
	調理	△2	→ ○2	レンジアップ程度は出来る。
	整理	○1		
	ごみ出し	○1		
	通院	△1	→ ○2	家族付き添い。
	服薬	○1		
	金銭管理	△1		銀行に行くのは家族に頼む。
	電話	○2		
社会参加	△1	→ ○2	言語障害軽度、相手が聞き取りにくい。限られた相手のみ。	

〈的確なマネジメントから評価まで〉



和光市では、アセスメント、プランニング、チームケア、モニタリング、というこの一連の流れを、コミュニティケア会議や地域包括支援センターが支えています。

先ほども申し上げましたが、課題は「掃除ができない」ことではなく、膝が痛むことが原因で生活の自立がままならないことです。

「可動域を何度広げる」とか、「10m歩行速度を何秒縮める」ということが目標なのではなく、1歩行

速度が上がって買い物に行けるようになる、可動域が広がって洗濯が干せるようになる、ということが目標なのです。できないことを補うお世話型の介護ではなく、こういった自立支援ができるかどうか重要だと考えています。

その延長線上にあるのが、寝たきりです。寝たきりになると、褥瘡や低栄養が多くなってきます。和光市では、嚥下機能が残っていたら絶対に鼻からチューブを入れない、ということを中心に心がけています。それよりも、「ジャッキアップを1日に何回やっていくのか」、「水のちびちび飲みをどのくらい行っていくか」というふうに考えることが、今では特養の職員も在宅の職員も当たり前になってきました。残存機能をどう生かすかという発想が浸透してきたことで、要介護4、5に対するケアも変わってきています。

〈コミュニティケア会議のポイント〉

**和光市コミュニティケア会議（地域ケア会議）
包括的・継続的支援事業タイプ**

項目	所要時間	ポイント
(1)プラン作成者より概要説明	約4分	<ul style="list-style-type: none"> ●現在の状態に至った個人因子・環境因子を簡潔に説明（生活機能低下の背景を洞察することが重要） ●【更新プランの場合】前回の支援計画に対しての評価：⇒目標に対して達成か未達成か？ ⇒未達成の場合はその原因は？ ●生活機能評価の解説⇒改善可能なポイントは？ ●上記を踏まえて次期プランの説明 (注)参加者は、自らの専門分野を中心に内容をチェックする。例えば、保健師・看護師は、医療リスクの高い人の生活上の注意点を、事業内容に対してサービス内容が妥当かどうかという視点。社会福祉士は、独居や認知症ケース等に対する権利擁護的な観点。
(2)事業者から評価、今後の支援方針	約4分	<ul style="list-style-type: none"> ●居宅介護支援事業者、介護予防通所介護、グループホーム、ケアハウス、食の自立支援事業者、ゴミの戸別収集事業者、住宅改修事業者、福祉用具事業者など、利用しているサービス提供事業者が各立場から発言
(3)全参加者から質問、意見	約10分	<ul style="list-style-type: none"> ●参加者は、挙手したうえで発言する。 ●司会は、ケースの本質（課題の本質）やプラン作成・サービス提供上の注意点などについて、端的に言語化してまとめ、共通認識にお互いが生じないよう促す。
(4)まとめ	約2分	<ul style="list-style-type: none"> ●司会は、会議の最後に次回（通常3か月後または6か月後）までのケア（プラン修正含む）の方針を確認する。 ●介護支援専門員や事業者等が当面行う必要がある課題（例えば、医師の意見の確認、専門医の受診、追加訪問調査、家族からの事情聴取、など）がある場合には、その漏れがないよう、最後に念押しする。

コミュニティケア会議は、基本的に1件のケース調整を20分という短時間で進めていますので、課題が明確であることが重要です。課題が曖昧なままだとケアプラン作成者の状況説明ばかりが長くなり、限られた会議時間の中でケアプランの調整や作成支援を行うことが困難となりますので、関係様式への記入

には徹底した箇条書き訓練と、発言者の箇条的発言により、課題を的確に捉え、ケアプランに基づくサービスによる予後予測を会議の場で伝える能力が求められることとなります。このように、コミュニティケア会議では、ケアプランの調整・作成支援と同時に人材育成が行われます。

もう一つ、大切なことはケアプランに和光市の基本方針がしっかりと踏襲されていることです。コミュニティケア会議では、そのためのミクロのケアマネジメント支援を行っています。例えば、「要介護3の人を施設に入れる」という発想が浮かぶようだと、和光市ではケアマネジャーは務まりません。それがいいか悪いかではなく、単純に、和光の基本方針から外れてしまうからです。和光では先ほど示した基本方針のもと、保険料を定め、議会の議決も取っています。私たちも、その方針を出前講座で市民にどれだけ説明したかわかりませんが、そうやって市民の理解が得られたかたちで地域ケア会議を創り上げていくというプロセスが、非常に重要だと思っています。

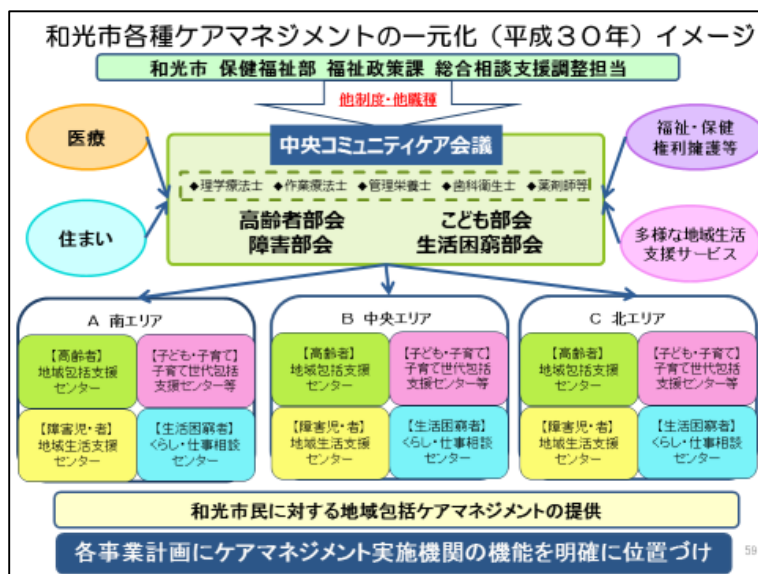
〈和光市が目指す地域包括ケアの姿〉

平成 29 年度末に向けて、和光市が目指している地域包括ケアシステムの姿をスライドに示しました。「中央コミュニティケア会議」には、高齢者部会、障害者部会、子ども部会、生活困窮者部会という4つの部会を設け、全て同じプランに落とし込んでいきます。

特に子どもと生活困窮者については、セットで考える必要があると考えています。

例えば、母子家庭の母親がなかなか就職先が見つけれないとしたら、自立支援のセンターが介護事業者や保育園事業者に連絡して、就職を依頼します。こうして紹介された保育園の調理の仕事、その母親が5年以上続けると、今度は調理師の試験が受けられるようになります。一方、子どもに対しては生活困窮者支援法の学習支援が提供されます。このように、子どもと生活困窮者への対策をセットで考えることで、学習支援と生活支援を柔軟に組み合わせることができるのです。

4つの事業を統合することによって、効率性を高めながら効果的に事業を進めていくことが可能となります。和光市ではこのような方向性で、中央コミュニティケア会議の体制づくりを進めているところです。



第 11 回「大都市における地域包括ケアをつくる政策研究会」

『2025 年にむけて介護と医療の連携を考える 東京都北区の場合』

話題提供： 小宮山 恵美 氏
東京都北区健康福祉部 介護医療連携推進・介護予防担当課長

※講演内容の掲載はございません

『武蔵野市における地域包括ケアシステムの取り組み』

話題提供： 笹井肇 氏
武蔵野市 健康福祉部長

日 時： 2015 年 10 月 15 日（木）19：00～21：00

場 所： 東京都千代田区丸の内 1-7-12 サピアタワー6F
ステーションコンファレンス東京 605A 会議室

◆第 11 回②

武蔵野市における地域包括ケアシステムの取り組み

【話題提供】

笹井肇氏（武蔵野市 健康福祉部長）

1. 東京都武蔵野市の現状

〈人口分布と介護サービスの充足状況等〉

武蔵野市は人口約 14 万 3000 人、うち 65 歳以上は 3 万 1374 人で、高齢化率は 22%です。65 歳以上人口の 51.4%を 75 歳以上が占めていますが、10 年後の平成 37 年（2025 年）には 60%になることが見込まれています。

介護保険政策評価分析システムによる給付分析によると、武蔵野市の介護保険サービスは、訪問系サービスが非常に強く、通所系サービスが少ないことが示されています。また、市民の所得階層が高いこともあり、有料老人ホーム等が国の平均の 3 倍程度と、特定施設が際立って多く、特養も措置制度時代からの計画的な整備の実績から国平均の 1.4 倍となっているのが特徴です。

65 歳以上 1 人当たり在宅サービス・施設サービス費用の月額を都内各自治体と比較すると、武蔵野市は居宅サービス・施設サービスとも給付額が全国平均・東京都平均を上回っています。

2. 武蔵野市での取り組み

〈高齢者福祉総合条例に基づくまちづくり〉

武蔵野市では、介護保険制度だけでは高齢者介護の一部分しか担えないという問題意識から、

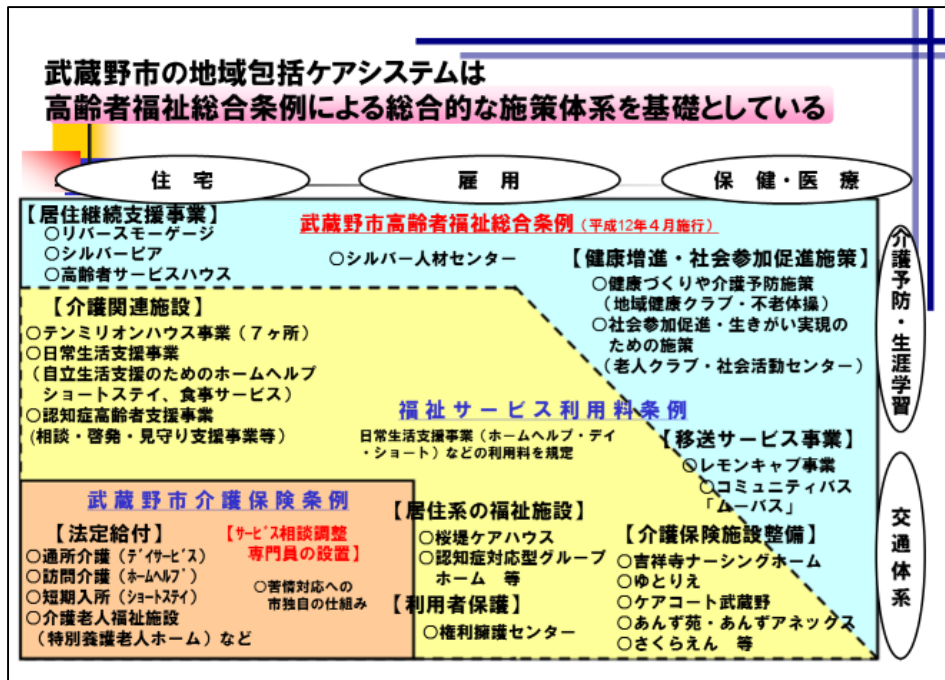
武蔵野市は平成12年3月に介護保険条例とともに、高齢者福祉総合条例を同時に制定

①介護保険制度は高齢者介護の一部分しか担えない
②高齢者の生活を総合的に支える「まちづくり」の目標

＜基本理念＞
(高年齢者福祉総合条例第2条)

(1)高齢者の尊厳の尊重
(2)高齢者が住み慣れた地域で安心していきいきと暮らせるまちづくりの推進
(3)自助・共助・公助に基づく役割分担と社会資源の活用、保健・医療・福祉の連携の推進
(4)市民自ら健康で豊かな高齢期を迎えるための努力

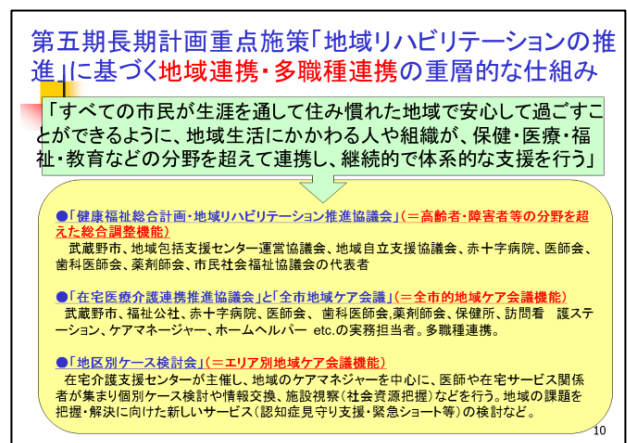
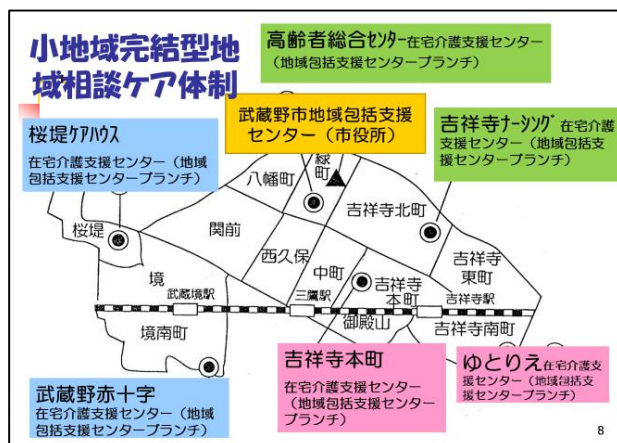
平成 12 年 3 月の介護保険条例とともに、独自に「高齢者福祉総合条例」を制定しました。これは、高齢者の生活を総合的に支えるまちづくりを目標とするものです。ここに掲げた基本理念（スライド参照）は、国が進めている地域包括ケアの基本理念と非常に共通しています。武蔵野市では 15 年前から、この高齢者福祉総合条例による総合的な施策体系を基礎に、地域包括ケアシステムの構築を進めてきました。



〈小地域完結型の相談支援体制と、重層的な連携体制〉

武蔵野市の特徴の一つとして、小地域完結型の相談支援体制を構築していることが挙げられます。まず、市役所の中に直営の地域包括支援センターを置き、さらに6中学校区のそれぞれに「在宅介護支援センター」兼「地域包括支援センターブランチ」を配置しています。この6か所のセンターは、老人福祉法と介護保険法のそれぞれに定められた役割を、同時にあわせ持っています。

また武蔵野市では、地域リハビリテーションの理念に基づき、地域連携、多職種連携を進めてきました。地域ケア会議は、全市的、あるいはエリア別と、重層的に開催しています。それは、例えば80歳の認知症高齢者と精神疾患を有する50代の息子の2人暮らし、といったケースのように、高齢部門だけでは対応の難しいケースが非常に多くなってきているからです。重層的な仕組みを構築し、調整機能に厚みを持たせることで対応しています。



〈介護保険制度改正への対応〉

武蔵野市では、改正介護保険制度の新総合事業を 2015 年 10 月から、所得費用関連については 8 月から、残りは全て 4 月から実施しています。

新総合事業の訪問型サービスでは、市独自の施策として「いきいき支え合いヘルパー制度」を新設しています。地域の人々の力を介護の支援の中に組み込むことが狙いで、市が指定する 18 時間の研修および実習を修了した方に、家事援助を担って頂きます。第 1 回目の講習は、予想をはるかに上回る 31 名の申し込みがありました。

一方、新総合事業の通所型サービスにおいては、従来の月単位の包括報酬を改め、一回ごとの実績払いの利用料へと変更しました。これは、包括報酬という仕組みが、実は予防給付費を高騰させているのではないかと、との見方によるものです。実際に、例えば要支援 1 から要支援 2 になっても利用回数はほとんど変わらず、それでいて料金が 2 倍になる、といった苦情も出ていました。そこで、実際のサービス提供と費用を明確にした経緯があります。

〈2025 年に向けての事業〉

2025 年に向けて武蔵野市が目指すのは、「一人暮らしになっても、認知症になっても、重度の寝たきりになっても、住み慣れた地域で生活を継続できるまちづくり」です。そのために、武蔵野市ではさまざまな事業を展開してきました。

① 健康づくり：不老体操

公衆浴場の脱衣所を活用して健康体操を行うもので、地域の老人クラブの皆さんの協力で開催しています。14 時に脱衣所に集まって体操、16 時になったら一番風呂で汗を流します。

② 居場所づくり：テンミリオンハウス

平成 12 年の介護保険制度発足をきっかけに始められた事業で、現在は 7 か所あります。介護保険制度が始まったことで、これまでデイサービスに通っていた人も、介護認定を受けないと通えなくなってしまいました。そこで、介護保険外のサービスの提供を実現するために、新たな共助の仕組みとして始められたのが、この事業です。リバースモーゲージによる遺贈物件や空き家などを活用し、NPO や住民組織等が運営するもので、ミニデイサービス、居場所づくり、施設によっては緊急ショートステイを行っているところもあります。

“テンミリオン”の名称は、市が年間 1000 万円を限度として補助していることに由来しています。例えば、市が月額 20 万円で家を借り、運営はボランティア団体が行う、というかたちです。介護保険制度施行前の措置制度の財源構成は、国 50%、都道府県 25%、市町村 25% の費用負担でしたが、介護保険制度が始まって以降は、国 25%、都道府県 12.5%、市町村が 12.5%、介護保険料が 50% と、市の負担は半分に減っています。ここで浮いた 2 億円の資金を、テンミリオンハウスや後で説明するレモンキャブなどの介護保険を補完するサービスに充てることができました。

③ 外出支援：ムーバス

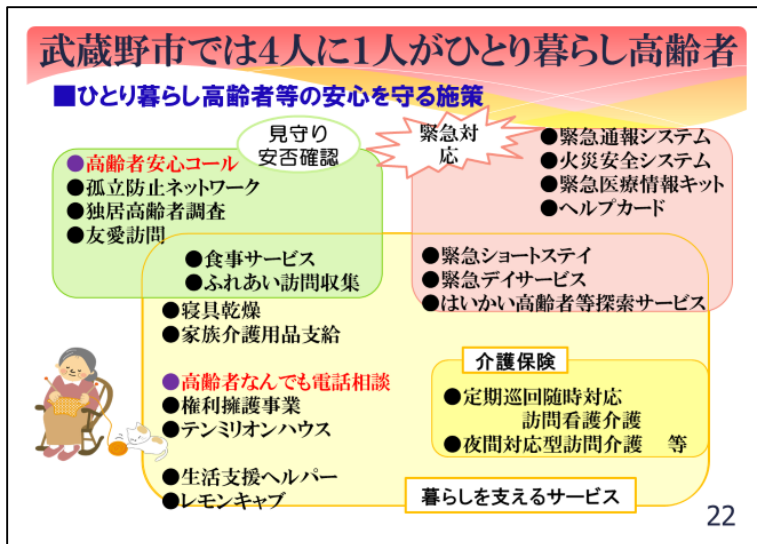
バス路線の空白地帯の不便を解消し、高齢者や障害者、子育て世代などが気軽に“まち”に出られるようにするための外出支援としてスタートした、全国初のコミュニティバスです。虚弱の高齢者の歩行距離を考慮して、バス停は 200m 間隔で設置しています。

④ 外出支援：レモンキャブ

高齢者や身体に障害を持つ方で、バスやタクシーなどの利用が困難な高齢者の外出を支援する、

移送サービスです。運転手は有償ボランティアで、地域の商店主が中心です。具体的には、お米屋さんや酒屋さんに力になって頂いていますが、それは普段から配達で地域を回っているため、外出が困難な高齢者の実情をよくわかっているためです。

⑤ 独居への対応：高齢者安心コール・高齢者なんでも電話相談



武蔵野市は、高齢者の4人に1人が一人暮らしです。しかし、武蔵野市の町内会の加入率は13%程度と、町内会は事実上崩壊しており、しかも住居の70%が集合住宅で、戸建てでもセキュリティが厳しく玄関先まで出てくる高齢者はあまりいません。そこで武蔵野市では、地域の高齢者の見守り体制を体系化しました。「高齢者安心コール」は、武蔵野市内で一人暮らしをしている高齢者に、ケ

アマネジャーや社会福祉士などの専門職が、困ったことや変わったことがないかを週1回定期的に電話で伺うサービスです。また、このシステムを活用して、24時間365日体制でさまざまな相談に応じる「高齢者なんでも電話相談」を開設しています。

⑥ 認知症への対応：見守りヘルパー制度・いきいき脳の健康教室

認知症についても独自に体系的な取り組みを行っています。

「認知症見守りヘルパー制度」は、専門的研修を受けた訪問介護員が、見守り・話し相手・散歩付き添いなどの支援を行うものです。喫茶店やゴルフの打ちっぱなしなど、本人が行きたいところにヘルパーが付き添うことで、実際に周辺症状が治まるなどの効果が得られています。

また、平成26年度には「いきいき脳の健康教室」を実施しました。これは、計算と音読を行う脳トレで、単に認知機能検査の数値が向上するだけでなく、「生活に張りが出た」「物忘れが減った」「友達ができた」など、さまざまな改善効果が得られています。

さらに、認知症を早期発見するために、医師会との相談で「物忘れ相談医制度」をつくりました。現状、58クリニックにお願いしていますが、非常に診断に時間がかかり医師の負担が大きいことから、市のほうで事前チェックシートや相談連絡シートを作成しました。このことで、初期

診断の時間短縮を図ると同時に、診断が難しい場合には速やかに紹介状で連絡をするような連携体制をつくりました。

また、認知症の自覚がないケースへの対応として「アウトリーチチーム」を立ち上げました。杏林大学附属病院の物忘れセンターと地域包括支援センターとの協働で、明らかに認知機能の低下があるにも関わらず病識のない方に対して、健康診断というかたちで診察を

介護保険外の武蔵野市独自の認知症高齢者・家族への主なサービス

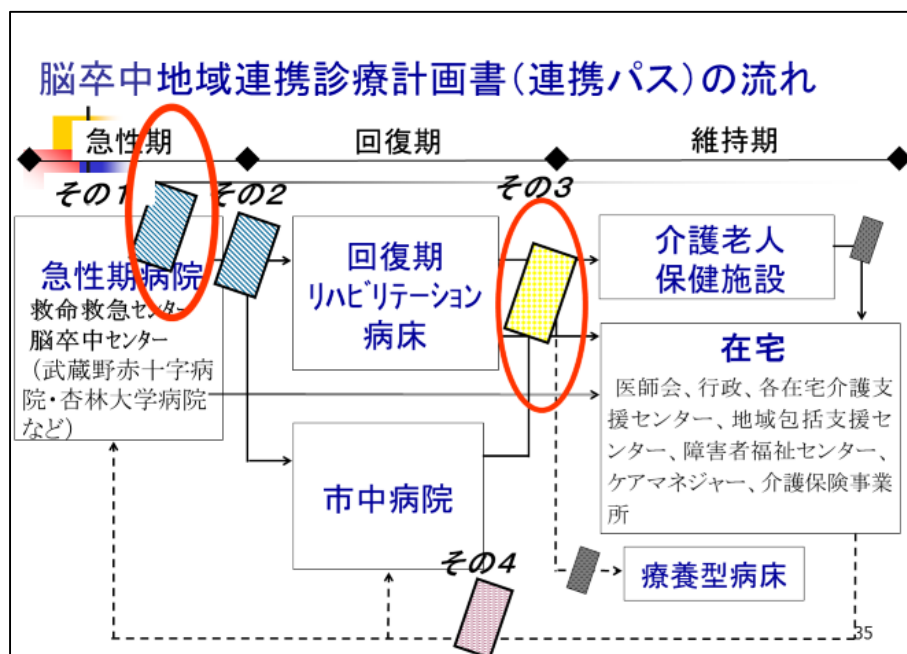
事業	内容
認知症相談	面談相談(毎月第1・第3水曜日、第2木曜日)
認知症見守り支援ヘルパー派遣事業	専門的研修を受けた訪問介護員による介護保険給付対象外の見守り・話し相手・散歩付き添いなどの支援(週4時間以内)
はいかい高齢者探索システム	徘徊行動のある高齢者等にGPS専用端末機を携帯してもらい、徘徊時の位置を家族等に知らせるシステム
火災安全システムの貸与	ひとり暮らし・高齢者だけの世帯に、火災による緊急事態を防止・対応するために電磁調理器や警報機を貸与
家族介護用品支給事業	介護用品(おむつ等)の支給により家族介護者の負担を軽減(要介護3以上の市民税非課税世帯対象)
家族介護者の集い	「認知症の理解と介護の実践」「語ろう、話そう、介護体験」「共感!!介護の体験」など
緊急ショートステイ	特別養護老人ホーム等のショートステイ用ベッドを年間確保

行うものです。これまでに 20 件ほど対応しています。

⑦ 中・重度者への対応：連携パス

武蔵野市では、中・重度の要介護者が急速に増えており、平成 37 年には現在の約 3～4 割、増加する見込みです。そういう方々を地域で支えていくためには、医療と介護のしっかりとした連携が欠かせません。

「顔の見える関係」の重要性が強調されていますが、介護保険が始まって 15 年以上が経過している今でも、主治医が患者の担当ケアマネの顔を見たことがあるといった状況だけでいいのでしょうか。私たちは「顔が見えるだけでなく腹の中が見える関係が必要」とも言っていますが、相手の性格をわかったうえで連携をしていく、ということがこれからは必要と考えています。そこで、武蔵野市を中心とする北多摩南部脳卒中ネットワークでは、急性期から在宅までをつなぐ 4 種類のパスを活用してきました（スライド参照）。これらのパスは関係者が一堂に集まってさまざまに議論を重ねながら作り上げてきたわけですが、そういった協働作業を行わない限り、連携と



いうのはなかなか進まないと考えます。

脳卒中地域連携診療計画書(連携パス)は時系列になっています。急性期の入院期間が平均 10 日程度で、回復期は 3 か月程度。在宅療養に戻ってからの長いということを、本人や家族がイメージできるようなパスになっています。

3. 在宅医療・介護連携推進事業について

武蔵野市では、もともとあった在宅支援連絡会という組織を「在宅医療・介護連携推進協議会」と改称し、そこに入退院支援部会や多職種連携部会など 4 つの部会をつくって毎月、活動を行っています。この入退院支援部会では、脳卒中における急性期からの退院支援というモデル事業を行っているところです。在宅医療介護連携支援室を医師会館の 2 階に設置しており、ここに MSW が専従で配置されています。

〈多職種がリアルタイムで情報を共有化〉

ICT については、メディカルケアステーションというソフトを使い、230 台の iPad を無料で介護関係者などに配布して、リアルタイムに情報を共有できるようにしています。とはいえ、ICT を

活用すれば医療介護連携が飛躍的に進むというものではありません。ICT はツールにすぎず、信頼関係があって初めて機能するものだという事を、しっかりと認識することが重要です。

このシステムにより 24 時間 365 日の連携が可能になりますが、逆に拘束されることに否定的な意見もあったことから、武蔵野市では「急変時や緊急連絡には原則として使用しない」というルールをつくりました。これは「連絡したのにどうして対応してくれなかったのか」と後々問題になることを避けるためです。あくまで、患者さんの状況をリアルタイムで共有化するためのツールである、といったローカルルールを徹底することが、非常に大切だと考えます。

〈訪問看護と介護の連携強化〉

訪問看護ステーションが把握している利用者の状況を、居宅介護支援事業所に対して的確に情報提供できるような連携の仕組みが必要と考え、武蔵野市では独自の情報連携シートを作成しました。訪問看護ステーションが、この統一様式を用いてケアマネジャーに情報提供した場合に、利用者一人につき月 1 回 1,500 円を連携費として支給するというものです。これは小規模な訪問看護ステーションの経営支援も兼ねています。

〈介護・看護の人材確保〉

地域包括ケアシステム推進に向けての最大の問題は、人材の確保です。特に今は、2020 年の東京オリンピック・パラリンピック開催に向けて、介護職員で外国語が話せる人材がオリンピック産業にスカウトされ、ますます厳しい状況となっています。

そこで武蔵野市では、地域で働く介護職員・看護職員の方々が、夢と誇りを持って働き続けられるよう、2015 年に「ケアオリンピック武蔵野」というイベントを開催しました。介護職種・訪問看護職等への就職イベントのほか、介護サービスや在宅医療介護連携の先進的な取り組みの発表、武蔵野市民の生活を支え続けた介護職員への「永年従事者表彰」などを行っています。

また、武蔵野市では「いきいき支え合いヘルパー」を年間 30 名ずつ育成し、2025 年までに 300 名の市民ヘルパーを養成する計画です。軽度者の家事援助・生活援助についてはこちらの方々に担って頂き、プロの介護職は中重度の対応にシフトしていく、という構想で動いています。

4. 武蔵野市が目指すもの

武蔵野市では、地域包括ケアシステムの構築に向けて、市民説明会、業者説明会などを繰り返し行ってきました。市民にとっては地域包括ケアシステムという言葉自体が理解しにくいことから、私たちは地域を「まち」、包括を「ぐるみ」、ケアシステムを「支える仕組み」と訳し、「まちぐるみの支え合いの仕組みづくりを武蔵野市全体でやりましょう」と皆さんに呼びかけています。

急性期の医師も、慢性期の医師も、ケアマネジャーも、ヘルパーも、民生委員も、そしてお米屋さんも酒屋さんもボランティアも、全ての市民が一体となって、2025 年に向けて豊かな高齢社会を築いていけるよう、これからも努めてまいりたいと考えています。

第12回「大都市における地域包括ケアをつくる政策研究会」

『「地域包括ケアシステムのサイエンス」からの2030年の展望』

話題提供： 筒井孝子 氏
兵庫県立大学大学院 経営研究科 教授

日時： 2015年11月19日（木）19：00～21：00

場所： 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー6F
ステーションコンファレンス東京 605A 会議室

◆第12回

「地域包括ケアシステムのサイエンス」からの2030年の展望

【話題提供】

筒井孝子氏（兵庫県立大学大学院 経営研究科 教授）

1. 地域包括ケアシステムの構築（総論）

〈高齢化の進展と世界の状況〉

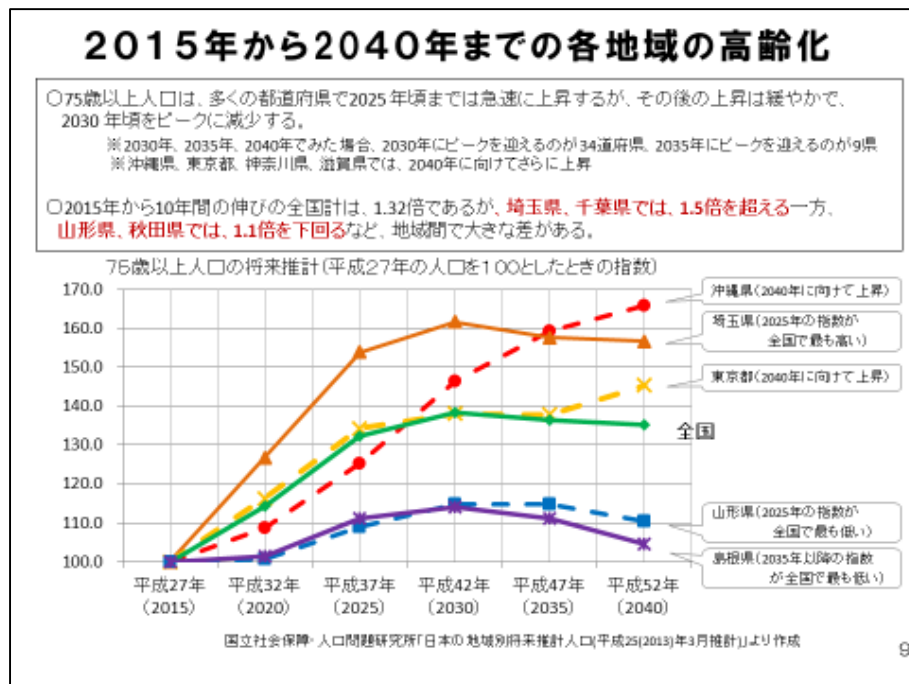
21世紀は世界的規模で超高齢社会化が進みますが、日本はそのトップランナーです。ほかにも、イタリア・ドイツなど欧州、韓国・中国などアジア、そして米国と、多くの国が2050年までには超高齢社会化します。この人類史上、未曾有の超高齢社会への対応は、21世紀の世界にとって最重要課題の一つです。この課題の解決のためには社会保障のシステムを大きく変えていく必要があるのですが、先進国でシステムの変更に成功している国は、まだありません。

特に日本では、年金制度をはじめ、多くの財政制度が危機的な状況に陥っています。この厳しい状況の中で、高齢者がたくさんいる社会にふさわしい仕組みをどうつくるか、ということから私たちは考えていく必要があります。

〈日本における高齢化の地域間格差〉

75歳以上の人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加しており、2025年にピークを迎えます。その後は減少していきませんが、この下がり方をどう考えるか、ということが重要になります。

この状況を地域別に見ていくと、75歳以上人口でみたときの市町村間の差はかなり著しく、こ



れからピークを迎えるところもあれば、すでに終わっているところもあります。例えば富山県は、すでにピークを乗り越えている「逃げ切り型」ですが、東京や神奈川、滋賀などは、ピークはこれからです。これだけの著しい差がある中で、果たして自分の自治体がどのあたりにいるのかを保険者が

理解しているのか、ということが非常に問題といえます。

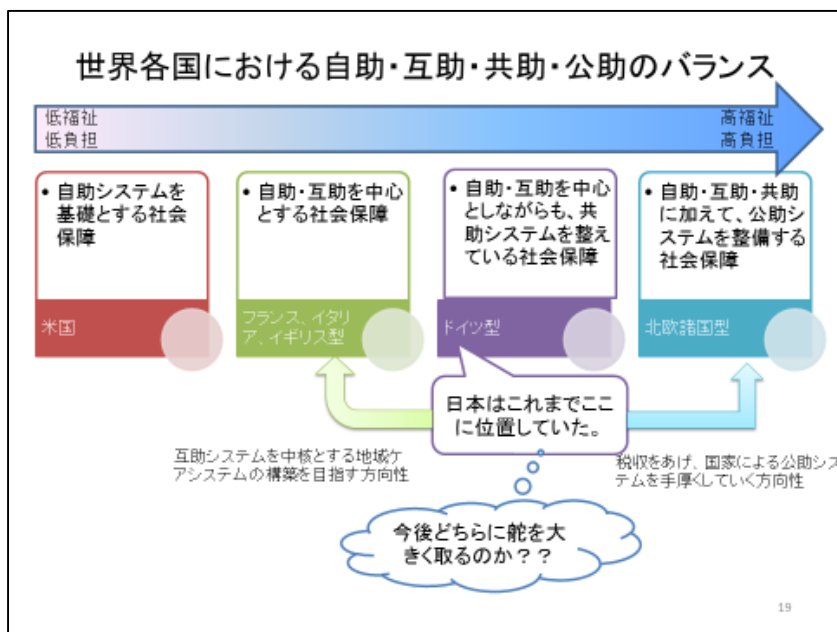
日本では人口3万人以上の自治体は全体の3割に過ぎず、実際には全自治体の7割が人口3万人以下の小規模団体となっています。特に北海道は小規模団体が圧倒的に多く、北海道の施策と東京の施策とは、必然的に全く違ったものになるからです。このように高齢者介護施策を地方政府が担うという行政制度が採用されている場合で、地域差が大きい場合、中央政府がビジョンを示しつつ、各地方政府に適切な助言や指導をしつつ、より良い方向に進めていけるかが試されているともいえるでしょう。

〈日本の高齢者介護におけるパラダイムシフト〉

高齢者介護において、日本は3つのパラダイムシフトを終えています。もともとは「家族によるケア」、すなわち互助だったものを、「社会によるケア」にするということで始まったのが介護保険制度でした。そして今、第3のフェーズとして「地域によるケア」、すなわち community based という考え方にシフトしています。日本にはこの community based care を実現できる可能性がわずかながらに残されていた、ということだと思えます。

大都市で、この community based care についてどこまで考え、地域包括ケアシステムを創るのが課題となっています。世界各国における自助・互助・共助・公助のバランスをスライドに示しましたが、日本は「自助、互助を中心としながらも、共同システムをつくっていく」というドイツ型をモデルにしてきました。高福祉・中負担の方向を模索しつつあったわけですが、中福祉・低負担に振れてきているところかと思えます。

現在、ドイツでは、地域でケアを行う、すなわちコミュニティでできることはやっていっ

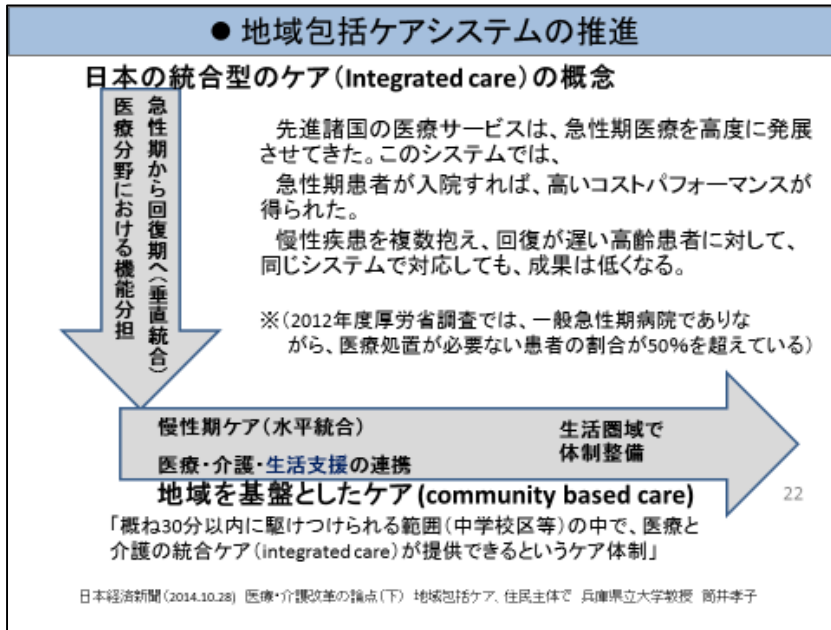


らう方向で、フランスも割と似たような傾向がありますが、先進国はどれもインフォーマルケアラーの割合が減少しています。別のケアセクターをつくることを考えなければならなくなっており、欧州では知人・友人によるケアも広まっています。都市の市民がどうケアラーを持つか、という問題は非常に大きいといえるでしょう。

〈日本の統合型のケア (Integrated care) の概念〉

日本の地域包括ケアには、community based care (地域を基盤としたケア) と integrated care (統合型のケア) という2つの独立したコンセプトがあります。近年、この2つの方針をケアの中で統合させて組み込もうという議論が世界的に活発化しています。

日本では急性期から回復期への垂直的統合ということで、マクロ的な視点からの病床数の削減



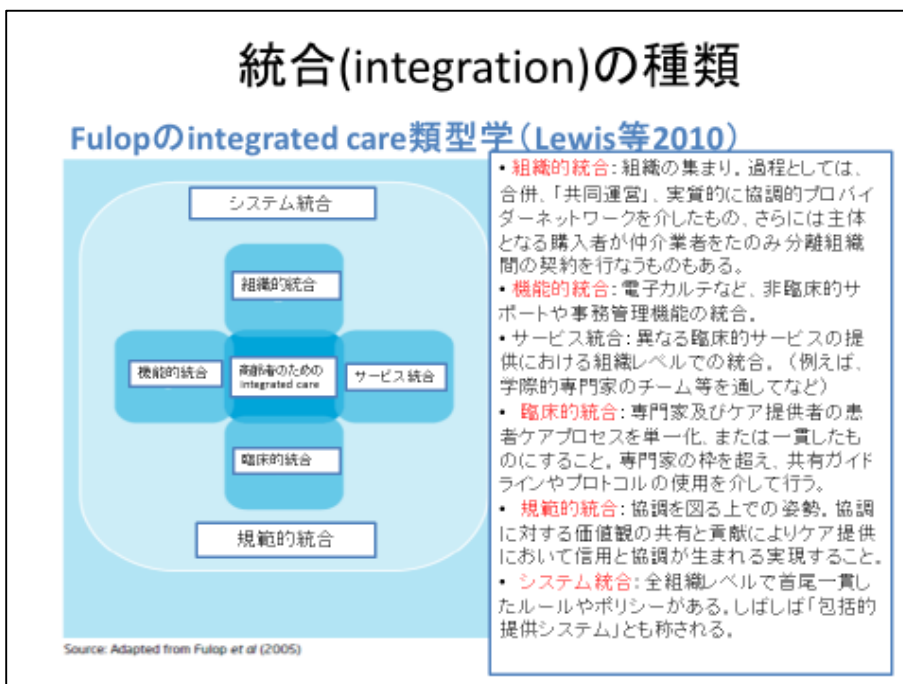
が、これまでの歴史にはないくらい速度で強力に進められています。一方で地域を基盤とした community based care については、慢性期ケアの水平的統合ということが介護保険の中で進められてきました。

この垂直統合を進めるためには、各自自治体でどういう医療が必要なのかを把握する必要があります。慢性疾患を複数抱えており、一般的に、回復が遅い高齢者に対し

て、急性期医療では対応できなくなっています。そこを市町村の community based care で本当に支援ができるのか、という話なのです。community based care の中で、保険者はかなり主要なプレイヤーなのですが、この垂直的統合を進めるときに、プレイヤーの責任をどこまで明確にできるかが、都市の地域包括ケアシステムをつくる上でたいへん重要になります。

〈統合(integration)の種類〉

integrated care には、いくつかの種類があります。我々が行ってきたのは臨床的統合、すなわち「専門家およびケア提供者が自らの専門の枠を超え、共有ガイドラインやプロトコルの使用を介して、患者ケアプロセスを単一化、または一貫したものにする」という方法です。この臨床的統合というのは、言葉はきれいですがほとんどどうもいっていません。これは日本に限らずほ



かの国でもそうですが、共通のガイドラインやプロトコルを整備しても守れない。守ることをコントロールするマネジメントができないのです。

臨床的統合にはテクニックが必要ですが、基本的に大事だとされているのは、規範的統合です。community based care は、規範的統合ができ

ないとできません。「コミュニティでこういう規範(目的)でやりますよ」ということを明示して、共有しない限り、統合できるはずがないからです。community based care というのは規範的統合をするときに表向き連携をしないと絶対にできません。ですから、この臨床的統合を行うツールとして、規範的統合を行うと考えるとよいと思います。

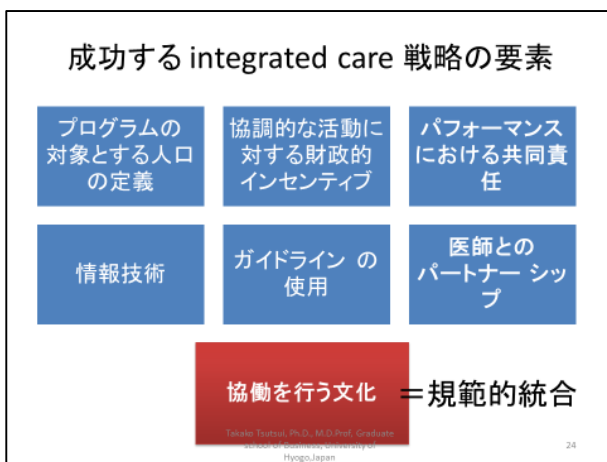
もう一つ、比較的、やりやすいのが機能的統合です。電子カルテや ICT のシステムを統合するのは、予算をつけやすく、反対されることも、あまり、ありません。ですから機能的統合を先にやってしまうという方法論もあります。

組織的統合というのは、共同運営と言ったり、協調的プロバイダネットワークという言い方もします。簡単に言うと、機能体としての目的をはっきりさせるということです。組織には、機能体と共同体という大きな分類があります。共同体というのは、規範的統合によります。機能体というのは、この組織的統合を基にした利益の追求になります。

いわゆる市町村は、この規範的統合+組織的統合の組織体というふうに考えたほうがよいと思います。組織的統合の事業体というのを突き詰めたかたちが、今やっている垂直的統合です。医療機関から介護保険施設まで全て持っている医療モジュールができていますが、それは組織的統合を進めているということです。

〈成功する integrated care の要素〉

成功する integrated care の戦略は、都市圏でも小規模自治体でも共通していて、重要なことは「協調的な活動に対する財政的インセンティブ」をどこに使うかということです。今は保険者である市町村がインセンティブを持ってない状況にありますが、これを持てるようにするにはどうしたらいいか。医療介護の確保基金を使うという話もありますが、残念ながら窓口は都道府県です。



それから、「プログラムの対象とする人口の定義」を明確にしなければいけません。例えば、介護保険で最も財源を使っているのは要介護3以上です。では要介護2までの人をどうするのか、全て自治体の特性で決めていかなければなりません。

「パフォーマンスにおける共同責任」は住民にも持ってもらうことが必要ですが、ここが非常に欠けています。住民もプレイヤーなのであり、パフォーマンスにおける責任があるということです。住民憲章といったものに、住民の責任を明記し、ここに規範的統合の内容を含めるという方法もあると思います。

「パフォーマンスにおける共同責任」は住民にも持ってもらうことが必要ですが、ここが非常に欠けています。住民もプレイヤーなのであり、パフォーマンスにおける責任があるということです。住民憲章といったものに、住民の責任を明記し、ここに規範的統合の内容を含めるという方法もあると思います。

「パフォーマンスにおける共同責任」は住民にも持ってもらうことが必要ですが、ここが非常に欠けています。住民もプレイヤーなのであり、パフォーマンスにおける責任があるということです。住民憲章といったものに、住民の責任を明記し、ここに規範的統合の内容を含めるという方法もあると思います。

〈ケア提供システム・プログラム整備の視点〉

ケアの提供システム・プログラムの整備ということを考えるときに、普通は「在宅ケアと施設ケアの間に、費用対効果が高い代替性を確立する」ということを考えます。ところが日本の場合には、この部分がほとんど考えられずに、成り行きに任せて行われてきたところがあります。

必要な要素をスライドにまとめましたが、重要なのは5番目の「ケア提供の全ての場所に適応する唯一の利用者の分類システム」というところで、多くはここで悩むわけです。どういうこと

かということ、利用者のプロフィール分析、すなわちどういう利用者に対してどういうサービスを使っているか、その人の背景といったプロフィール分析を、できるかどうかということ、ケア資源の分配において、極めて重要です。

日本には要介護認定がありますので、唯一の分類システムを一応は行っているのですが、問題はサービス提供のプロファイルがないことです。つまり、提供に関しては、ケアマネジャーの力量になるということです。どの自治体も一番多いのは通所サービスになっている。この事実からは、利用者の特性を考えて、サービスを提供しているとは言い難いですね。

地域で統合的なケアを提供し、地域包括ケアを推進するための方法は数多くあるわけですが、これらの統合のための方法として、「臨床的統合」や「サービス統合」に焦点が置かれていますので、これらのツールについてのみ紹介します（スライド参照）。

ケア提供システム・ケア提供プログラム整備の視点

- 在宅ケアと施設ケアの間に費用対効果が高い代替性を確立するために、以下の要素が必要。

- ①単一、又は高度に調整された業務組織
- ②単一の資金予算(予算に基づいた人頭払い方式あるいは、関係者が資源の分配に同意している、調整されているモデル)
- ③システムの全てのサービスの要素に対するケースマネジメント
- ④標準化された評価
- ⑤ケア提供の全ての場所に適応する唯一の利用者の分類システム

Hollander, M.J. 2001. Substudy 1: Final Report of the Study on the Comparative Cost Analysis of Home Care and Residential Care Services, Victoria, BC: National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care (www.homecarestudy.com).
Hollander, M. and N. Chappell. 2002. Synthesis Report: Final Report of the National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care, Victoria, BC: National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care (www.homecarestudy.com). 25

地域包括ケアを推進するための方法とその適用

地域で統合的なケアを提供し、地域包括ケアを推進するための方法は数多くある。これらの統合のための方法は、「臨床的統合」や「サービス統合」に焦点が置かれている。

臨床的統合のためのツールの例	サービス統合のためのツールの例
<ul style="list-style-type: none"> • 症例からの発見や患者分類の使用 • 標準化された診断基準・適正基準 • 包括的な共同アセスメント • 共同ケアプランニング • 共有化された記録または共有していない臨床記録の共同利用 • ケアのガイドラインやプロトコルといった方針決定支援ツール • 患者のモニタリングを継続的かつ遠隔的に行なうためのサポート技術 • (利用者による)ピアレビュー 	<ul style="list-style-type: none"> • ケア・コーディネーション • ケース/ケア・マネジメント • デジーズ・マネジメント • 情報照会、アクセス窓口の一本化 • 学際的チームの組織 • 専門家同士のネットワーク • ケアの説明責任の共有 • サービス提供場所の統一 • 退院/転院における事前同意 • パーソナルバジット制度

Takako Tsutsui, Ph.D., M.D.Prof. Graduate school of Business, University of Hyogo, Japan 26

〈integrated care は自然に発展するものではない〉

integrated care は簡単にできるものではなく、実は、仕掛けがたくさん必要になります。有効に活用するためのかたちとして、制度主導型、専門家による運営、マネジメント型、という3つのタイプがあります。各市町村がどれを取るかですが、人口5000人程度の小規模な自治体であれば、優れたマネージャーが1人いれば十分できるでしょう。しかし、大都市の場合にはそれではコントロールが利きませんので、「制度主導型」しかありません。

〈ケア提供システムのデザイン〉

ケア提供システムをデザインするときには、まずテーマを決めるということが非常に重要となります。

地域包括ケアシステム整備に向けた自治体のマネジメントプロセス

1. 整備すべきケア提供システムのテーマの検討

Ex. 認知症、自立支援・在宅復帰支援、セルフケア

システム統合
規範的統合

Ex. 認知症、自立支援・在宅復帰支援、セルフケア
プロセス全体に関わる内容として……

○自治体で優先的に取り組むビジョン・ミッションを決める。

2. ケア提供システムに必要なサービス内容を検討

サービス検討のフレームワーク

期間はどのくらいか	短期	長期
専門性を必要とするか	専門的	非専門的(一般的)
個別性が必要か	個別的	普遍的

○どの予算で(市町村独自事業(税)、給付(保険)等)、誰が、どのような方法で、サービスを提供するかを決める。

3. ケア提供システムをどのように整備するか

○自治体全体で取り組むか、医療(医師会、医療法人)、介護福祉(事業者、社会福祉法人)等、特定の分野を中心とするプログラムにするかを決める。

組織的統合
臨床的統合

4. サービス提供をどのように行うか(マネジメントをどのようにするか)

○マネジメントを行う人材を配置するか、ケアチームによるマネジメント体制を整備するかを決める。

30

次に、フレームを決めていきます。まず、期間をどうするのか。特にこれから高齢化のピークが訪れる大都市では、期間の設定は非常に重要です。そして、専門性をどこまで要求するか。専門家がやる必要があるのかどうかということです。また、個別性が必要かどうかということになります。

ケア提供システムのフレームワークと要件

運営上の要件

1. 政策に反映されている、明白な方針の宣言
2. 唯一のまたは高度に調整されている業務組織
3. 唯一の資金予算
4. 統合されている情報システム
5. エビデンスに基づいたマネジメントのためのインセンティブ

サービス提供上の要件

6. エントリの唯一のまたは調整されているシステム
7. システムのレベルの標準化された評価とケアの給付
8. システムレベルの標準化された利用者(患者)分類法
9. システムレベルの連続的なケースマネジメント
10. 家族と利用者とのコミュニケーション

断続的ケアシステムの整備を進める上では、上記の10の要件を用いた自治体毎の評価が必要

31

また、普遍的なサービスについては、簡単にしようとするならば、いかにコストを安くすることを考えればよいということです。個別性が必要で、専門性の高いものは料金も高くなるので、短期でつくったほうが良いというふうに考えるのです。

このように、自治体はフレームとして期間、専門性、個別性をセットで考えて取り掛かることが重要であり、これを皆で共通の事項として共有することが規範的統合ということになります。この規範的統合があつてこそ、組織的統合

ができ、その先に臨床的統合ができるのです。日本は、歴史的経過からいいますと、1990年代頃から、臨床的統合が大事だということで、ここから入ってしまいましたが、結果として、難しい選択をしてしまったといえるかもしれません。

フレームワークの運営的な要件として、大事なものは予算の管理です。ケア提供システムの運営

にいくらかかるのか。そしてサービス提供上の要件としては、利用者分類法の中に、サービスプロファイルをどうやって入れていくか、ということが一つの問題認識としては重要だと思います。

問題の認識

- ケア提供システムの組織と構造がシステムの費用対効果の関係を大きく左右するということは、多くのヘルスケア分野における研究で指摘されている。
- 1980年代と1990年代に、世界各国では、在宅ケア、在宅サポート、地域サービス、ケースマネジメント、施設ケア、急性期ケアの一部を含むケア提供システムのintegrationの進める試みが見られた。
- この変化の影響で、いくつかのケア提供モデルが開発されたが、現在も、ケア提供の最適な構造に関しては、結論がでていない状況にはない。

日本でも、ケア提供システムについては、方法論が未成熟であり、地域間格差が大きい状況にある。

Sara Shaw, Rebecca Resen and Benedict Rumbold. Research report-An overview of integrated care in the NHS: what is integrated care? June 2011. Table 1: Trends in integration initiatives

〈ケア提供システムの費用対効果に関するエビデンス〉

1980年代から1990年代にかけて、世界各国

ケア提供システムの費用対効果に関するエビデンス

Hollander and Chappell (2002)による在宅ケアの費用対効果に関する大規模の研究

- この研究においては、在宅ケアと施設ケアを統合し、より大きい規模のシステムに在宅ケアを追加する必要があると指摘されている。
- そのシステムは、**断続的ケアシステム (continuous care system)**と呼ばれ、これを管理し、その財政を調整することにより、急性期ケアまたは施設ケアが、効果的かつ適切に在宅ケアで提供できるとしている。
- 在宅ケアの出費を抑制するだけでは、限定的効果しかない。
- 急性期ケアまたは、施設ケアが適切に在宅ケアで代替されるための手段を同時に講じれば、ある程度の効果がある。
- 在宅ケアのみを重視するのではなく、急性期ケアや施設ケアから在宅ケアへ効率的、容易に移行できる**連続的、断続的ケアのより広い統合モデルが必要**。
- 病歴データを用いて、Hollander (2004) は、2000年代前半における断続ケアの年間公共支出を110億ドルから130億ドルと推定した。これは同じ時期において薬剤の公共支出の金額の2倍。

Hollander, M. and N. Chappell. 2002. Synthesis Report: Final Report of the National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care. Victoria, BC: National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care (www.homecarestudy.com)
 Hollander, M.J. 2004. Unfinished Business: The Case for Chronic Home Care Services. A Policy Paper. Victoria, BC: Hollander Analytical Services Ltd. (www.hollanderanalytical.com)

33

で在宅ケア、在宅サポート、地域サービス、ケースマネジメント、施設ケア、急性期ケアの一部を含むケア提供システムの integration を進める試みが行われましたが、どこも、あまりうまくいっておらず、最も重要な費用対効果についても十分なエビデンスが出ている状況とはいえません。単に在宅ケアの出費を抑制するだけでは、限定的効果しかありません。在宅で施設のケアをすべて代替できると安易に考えないほうがいいでしょう。在宅でのケア提供は、

コスト高だけでなく、質の担保をするためのマネジメント費用もかかってしまうので、なかなか難しいと思います。

① 政策的選択肢——実現可能性（高）

政策的な選択肢で実現可能性が高いモデルとしては、カナダで行われている SIPA と PRISMA と

政策的選択肢：①実現可能性(高)

高齢者のためのintegrated care –在宅医療・介護連携モデル–の推進

- 統合ケアの在宅医療・介護連携モデルは、在宅と地域間の水平統合を増加させるが、垂直統合を減少させる。
- 主な課題は、介護保険施設・住宅系サービスと医療機関のintegrationのメカニズムを作ることである。
- SIPAとPRISMAのようなケアプログラムを導入は実行可能な選択肢となる。
- 急性期、慢性期、生活維持期の間に垂直のリンクがない。または、十分に確立されていないとケア提供に際しての連携がうまくいかず、サービスの提供が分裂化する可能性がある。

※「断続的なケアシステムであっても、在宅医療・介護連携モデルであっても、高齢者に対して、integrated careの提供システムはケア提供の効率と効果を増加させる最適の方法」と考えられている

34

というケアプログラムが挙げられます。どちらも利用者のエントリーは一つとされています。ここでは、ケースマネジメントも行います。両者の違いは、SIPAはレベルを分けずにお金を払う方法論を取っています。医療と似たような感じですが、PRISMAは患者分類法をつくっており、日本の要介護認定とよく似ていると担当者が話をされており、驚いたとおっしゃっていました。

連携はリンゲージレベルと捉えられているのですが、ここでは日本の地域包括ケアシステムのコーディネーションレベルというのを狙っているわけです。なお、このリンゲージとコーディネーションの違いははっきりしていて、例えば個人的なつながりで患者の紹介などを行うのはリンゲージレベルの連携です。これをコーディネーションレベルの連携で行うとしたら、入退院調整センターなどの組織的なものでつないでいきます。

統合モデル

統合の3つの段階を基にした統合モデル

- ロイツェ氏 (Walter Leutz) が取り組んで考案した統合モデルのように、統合の様々なレベルを念頭に置いておくことが良いとされている。研究者の中には、「integration」を組織・管理レベルで行うもの、「コーディネーション」を臨床・サービス提供レベルで行うものという様に区別をはっきり付けている人もいる。

つながり・連携 (linkage)

- 繋がりは複数の組織間で発生する。
- 患者の適時に適所への照会や、関係する専門家間のコミュニケーションを簡易化するといった目的で行われる。
- ここでの責任は各々のグループが負い、(グループ間での)費用のシフトは発生しない。

調整・協調 (co-ordination)

- 複数の組織にまたがって運営を行う。
- これにより、様々な保健サービスの協調、臨床的情報の共有、そして患者を異なる組織間で移動する管理も行うことができる。
- (例、ケアの連鎖 (chain of care) やケアネットワーク)

完全な統合 (full-integration)

- 本格的な資金のプールを行い、特定の患者集団が抱えるニーズに同調した包括的なサービスの開発に添った新たな組織を形成することを可能にする。

36

インテグレーションモデルは小規模地域では恐らく効率的ですが、大都市では非効率になります。

② 政策的選択肢——改革

政策的選択肢：②改革

連続的ケアモデルの観点からサービス提供体制を再制定する

- 連続的ケアモデルは、在宅サービスと地域サービスの幅広い基盤に基づき、ケースマネジメントによって、垂直と水平のリンケージを容易にする。
- このモデルでは、システムの全てのサービスに対して業務上の権限が一箇所に集中されており、共有の資金予算があるので、政策と資源の分配に関する決断が容易になる。
- その結果、サービス提供者の間の任意の連携に分裂が起きる可能性が最小限に抑えられている。
- 資源の分配と将来の計画のためにも**唯一の包括的な評価が存在し、ケアの提供場所にもかかわらず全員の利用者に同じ分類法が使用される。**
- この**唯一の分類法**は、ケアの全体的な連続体において利用者のニーズとサービスの内容と費用に関する比較を可能とする。
- さらに、高齢者にケアを提供するために大規模な自治体やその他の提供主体によるモデルは実施されている。

もう一つは改革の選択肢があります。連続的ケアモデルの観点から、サービス提供体制を再制定する。これは、おそらく日本ではできると思います。なぜなら、介護の世界においては、要介護認定という唯一の包括的な評価が存在するからです。問題は、医療のほうでこういう包括的な評価をやるかどうか。また、できるかどうかということでしょう。DPCの分類でプロフィールまで分析できれば、この選択肢はありますが、相当、難しいでしょう。平成28年度

の診療報酬改定から、看護必要度が入りましたので、これによる分類はありえるかもしれません。

〈ヘルスケアサービス〉

問題の認識

- 在宅ケアと連続的ケアのサービスは、専門家のサービスとサポート・サービスの合併から始まっている。
- ここでいう専門家によるサービスとは、短期在宅ケアのこと。
- すでに、欧米諸国では、在宅サポートサービス(※)は、個人と家族および地域のボランティア組織と社会サービスの提供者(政府)の責任と考えられている。
- ヘルスケアシステムにおける長期在宅ケアと在宅サポートのサービスの必要性に新たに重点を置くという試みは、1970年代半ばから1990年代後半までのヘルスケアの国際的な文脈からは、大きなシフトとなる。

日本においては、短期・長期といったサービス提供視点がない

※ここでは、健康状態の影響で買い物、料理、入浴が自分でできない人に対する個人的なサポートのことをいう。

今、厚労省はデータヘルス計画を行っていません。これは community based care と非常に密接な関係があるのですが、別々に行われていません。介護保険計画も別ですが、恐らくインテグレーションすべきだろうと思います。高齢者の自立度は変化していきますが、この変化を追えるのはヘルスケアサービスだけだからです。ベースにヘルスケアがあり、どう組み合わせていくのが重要ですが、これは自治体の努力だけでは絶対にできません。特に都市部は、医療産業が介入することがたいへん有効なのだろうと思います。

そのときに日本の介護保険が問題なのは、期間の設定がないことです。「短期の連続で、結果的に長期に提供する」という仕掛けで、受けようと思えば死ぬまで受けられます。ほかの国では短期のケアプランの連続になっていて、人生で受けられるサービス量が決まっていますので、どこで止めるかを自分で決める必要があります。ここに大きな違いがあるわけです。和光市では、介護予防事業によって、自立度が向上した方々を“卒業”と言っていますが、卒業をどう入れ込んでいくか、ここがなかなか難しいのです。

ただ診療報酬的というと、退院後の計画が実施されたことにお金を払うというのは、2か月程度の期間限定ならあっていいかと思います。例えば、セルフマネジメントが可能な人の在宅サポ

た

・ 構造化された「短期在宅ケア」のサービスの例

どのようなサービスか

1) セルフマネジメントが可能な者への在宅サポートサービス

2) 認知症、あるいは(MCI)レベルへのメモリーウォレット等の専門サービス

3) 要介護ではないが状態の改善が見込める者に対するの期間限定のリハビリサービス(日本版リエイブルメントサービス)

サービス提供までのプロセス (※いずれも地域ケア会議を必須とするかについて要検討)

・要支援認定者、基本チェックリストで特定高齢者施策の対象で、セルフマネジメント講習を受けたものに、現行の予防給付のサービスを提供。
(慢性疾患のあるもののみを対象とするかは要検討)

DASCでMCIとされたものについて、地域包括支援センターが(身近型)認知症疾患医療センターと連携し、サービス提供。

現行の要介護認定の状態の安定性判定ロジック、あるいは、角度指標で状態改善が見込まれるもの、あるいは、医療機関からの退院直後/介護施設から在宅への移行したものにサービス提供。
(サービス提供期間を6週間とするか)

※角度指標の利用試行中。

※DASCについては、試行中。

47

ートサービスに対して、報酬を払うということ。それから認知症、あるいはMCIレベルへのメモリーウォレット等の専門サービスなど、短期在宅ケアのサービスを開発していくこともあってよいのではないかと思います。

〈残薬確認の義務化とその対応状況について〉

残薬確認に関するアンケート調査によれば、専門職の8割以上は「確認している」としているのに対し、患者の8割程度が「確認されていない」と答えています。しかも、確認されても2割の患者は正直に伝えていません。平成24年に薬剤服用歴管理指導料という報酬ができて、結構、高い点数を出していますが、本来はこういう点数をとっている調剤薬局による薬学的管理および指導の充実が重要だろうと思います。もう一つは、市町村レベルで服薬状況を考える取り組みができるかと本当はいいのですが、なかなか難しい状況です。

調剤薬局や各地の薬剤師会でも、残薬確認書を渡すなどさまざまな取り組みが行われています。どこまでセルフマネジメントを進めるのか、ということが重要となってくるでしょう。

〈セルフマネジメントが可能な者への在宅サポートサービス〉

1) セルフマネジメントが可能な者への在宅サポートサービス

セルフ・マネジメントのパス

患者	臨床医	サービス
患者はケアプランの作成を臨床医と協働する	臨床医は患者が納得するケアプランを作るのに患者と協働し、ケアプランを定期的レビューする。	サービスはケアプランの作成と「expert patient」を支えるために開発されている。
食生活、服薬の管理、ケアプランの順守に関して患者は自分自信の責任を取る。	臨床医は患者の目標および生活における変化が患者に相応しいことを確保する。	必要な時に患者はタイムリーで幅広い範囲のサポートサービスにアクセスできる。
患者は自分の行動の習慣を変えるのに、または目標を達成するのに困難に遭う時にサポートを受ける。	レビュープロセスの一環として、臨床医は行為計画、問題解決能力を活かし、患者を支える。	フィードバックとして、患者の経験はサービスの開発を直接に影響する。

Expert Patients Programme Community Interest Company SELF CARE
REDUCES COSTS AND IMPROVES HEALTH - THE EVIDENCE 2010

セルフケアのパスは世界各国でつくられています。効果があるものもないものが、実は割とはっきり出てきています。行動変容というのはセルフモニタリングと強い相関があります。セルフモニタリングをして能動的に取り組んでいくことにより、自己効力感が上がり、効果が上がるのだらうと考えられます。

脳卒中の再発予防ということで今、進めているのが、セルフマ

事業の進め方

I. 事前準備

- 1. 内容理解(なぜ必要か、誰がやるか、いつまでに、どのように)
 - (自治体)在宅医療介護連携事業の一環としての位置づけ
 - (地域包括支援センターの動機づけ)介護予防・重度化予防、包括的継続的ケアマネジメント業務の一環として
- 2. 地域内の意思決定(範囲・どうやってやるかを定める)
- 3. 関係団体への説明
 - 医療機関、地域包括支援センター、医師会、ケアマネ協議会、在宅医療介護連携協議会、薬局(薬剤師会)
- 4. 事業体制の合意(目標値の設定)
 - 関係者会議の開催

II. 実施

III. 報告

マネジメントができそうな患者に対し、ケアマネジャーが入院前から退院後まで伴奏するというモデル事業です。今、一般急性期病院には、7:1病棟で3割、10:1だと5割、13:1だと実に7割という高い割合で、介護保険制度による要介護認定を受けている方々がおられます。この方々には、基本的にケアマネジャーがいる、あるいは、いたわけです。しかし、入院した時点で、これらのケアマネジャーとは、分断されます。

現在、この医療保険制度と介護保険制度の分断をなくし、継続的なサービスをできるようにするためのモデル事業を、平成27年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「要支援・要介護者に対する入退院時等における継続的な支援を実現するための介護支援専門員支援ツール開発及び効果検証のための調査研究事業」(厚生労働省老健局所管)でやっています。

具体的には、全国11の地域で脳血管疾患有病者をターゲットに、再発予防のためのセルフマネジメントを高年齢者自身が行うことができるようにするために、当該地域の行政担当者、当該地域における中核医療機関、医師会、介護支援専門員(ケアマネ)協議会、地域包括支援センター、在宅医療介護連携協議会、薬局(薬剤師会)等で目標に対する合意形成(規範的統合)を行ってもらい、脳血管障害を発症した患者に対して、再発を予防するためのセルフマネジメントをいつまでに、どのように、やっていくかについての話し合いをしてもらい、入院中から、ケアマネと病院看護師が協働して、セルフマネジメント計画を立て、入院後も医療との連携を継続しながら、再発防止に努めるという事業です。

これらのモデル事業に取り組んだ結果、支援者がいることで脳血管疾患を発症した高齢者がセルフマネジメントを行う動機づけとなること、また脳血管疾患という既往症を踏まえて介護職が自立支援型ケアプランを作成するため、医療職との連携が必然的に図られることも確認できています。このように医療と介護を「循環型パス」によって、切れ目のない支援をしていくということです。こういった取組は、一般急性期から在宅に行くルートとして今後、全国に広げていくことができるのではないかと考えています。

この事業で最も問われるのが、自治体の能力です。保険者がcommunity based careをやる気があるのか、ということが基本といえます。病院の場合には、退院させないと入院基本料に大きな影響が出ますのでむしろ積極的なのですが、自治体が受けなければ、どうしようもありません。さらに自治体は、医療機関、地域包括支援センター、医師会、ケアマネ協議会、在宅医療介護連携協議会、薬局(薬剤師会)、全ての関係団体に対して説明をしなければなりません。このような働きかけを保険者ができるかどうか、この事業で一番のポイントとなります。

もう一つ、この事業で重要なことは、ケアマネジャーは、急性期病院の医師や看護師と一緒に取り組む仕組みになっていることです。「ケアマネは医療のことはあまりわからないのでは?」という声もありますが、今のところ、自治体は、看護資格をもったケアマネジャーをこの役にあてているようで、そこでつまづくケースはないようです。

2) 認知症、あるいはMCIレベルへの専門サービス

DASC: 地域包括ケアシステムのための認知症アセスメントとは

<長所>

- 認知機能と生活機能を網羅的に評価できる
- IADLの項目が充実しており軽度認知症の生活機能障害を検出しやすい
- 国際的な重症度評価尺度CDRに対応している
- 4件法で評価しているために機能変動をカバーできる
- 設問は具体的である
- 簡便で、短時間で実施できる
- 評価方法も単純
- 簡単な研修を実施することによって、認知症の基本的な理解と認知症総合アセスメントの基本的技術を修得することができる
- 評価結果から臨床像の全体をある程度理解することができ、かつ必要な支援の目安がつけられる。

<課題>

- 言語機能を評価する項目を追加する必要があるかもしれない。

〈認知症、MCI レベルへの専門サービス〉

こういった考え方を認知症、あるいは MCI レベルへの専門サービスに応用する研究事業も昨年から行われています。ここで用いられているのが DASC というアセスメントツールです。

DASC とは、認知症、MCI レベルを評価するツールで、その得点を使って2か月ごとによくなったり悪くなったりするパターンを分析し、認知症判定があった人となかった人の経過を追

っています。早期介入をしたところとしていないところで、かなり劇的な有意差が出始めています。訪問介護も、利用している人と利用していない人とで差が出始めています。さらに通所介護の日数の推移でも、認知症ありの人のほうが、ない人に比べて利用量が多いことがわかっています。デイサービスに来ている人というのは、認知症の自覚症状がほとんどありません。日本においてはデイサービスに来始めた人に DASC のアセスメントをするというのが、認知症の早期発見、早期介入には近道だといえるでしょう。

3) 要介護ではないが状態の改善が見込める者に対する期間限定のリハビリサービス(日本版)リエイブルメントサービス

リエイブルメントサービスとは

- リエイブルメントとは、イギリスの在宅ケアにおける短期で新しい介入をいう。
- インターミディエイトケア(中間的ケア:保健医療サービスとソーシャルケアの境界領域にあるケア)のうち、ADL能力向上などリハビリ機能を強化した自立支援サービス。
- 在宅ケアリエイブルメントサービスは、通常、成人社会ケアを担う地方自治体により提供と実施が行われている。
- サービスの中には退院患者や疾病や事故から回復した患者を優先する限定的なものもあれば、在宅ケアに移行したほすべての人々を受け入れるより包括的なものもある。
- リエイブルメントによって、ユーザーは自信を取り戻し、さらにセルフケアのスキルを再学習することで介護サポートの必要性を減らしていく。
- 2010年秋、7000万ポンドがリエイブルメントサービスの更なる発展のためNHSプライマリケアトラストに振り当てられた。さらに、政府の費用の見直しを行った後、2011/12年時点では1億5千万ポンド、2012年から15年までの間は年間3億ポンドと更なる資金がリエイブルメントサービスに振り当てられることとなっている。

Glennin, Caroline, and Elizabeth Newbrones. "The Effectiveness of Home Care Reablement—Developing the Evidence Base." *Journal of Integrated Care* 18.4 (2008): 33-39.
 堀 真由美, 平沼 誠. 年度海外行政実地研修報告書保健医療分野におけるVFMとアカウンタビリティの確保に関する研究. イギリスのNHSのソーシャルケア改革を事例として

〈要介護ではないが状態の改善が見込める者に対する期間限定のリハビリサービス〉

もう一つ、リエイブルメントサービスという考え方があります。これはイギリスの在宅ケアにおける短期での新しい介入をいいます。2010 年秋、リエイブルメントサービスの更なる発展のために、7000 万ポンドが NHS プライマリケアトラストに振り当てられました。

3) 要介護ではないが状態の改善が見込める者に対する期間限定のリハビリサービス(日本版)リエイブルメントサービス

角度指標とは

経年的な要介護高齢者の変動を要介護度だけでなく、**高齢者の状態情報(具体的に、要介護認定調査に用いられている調査項目)** から算出され、個々の高齢者の各種の身体能力、認知の状態といった総合的な側面を評価することができる中間評価項目得点の経年変化の程度を数値化したもの。

改善や悪化という変化(ベクトル)の方向性を具体的に表現するには、角度での表示がより、分かりやすいと考えた。

ベクトルの成分と角度の関係は、 $\theta = \tan^{-1}(y_1/x_1)$

変化後の状態

変化前の状態

$r = (x_1, y_1)$

θ

X軸

Y軸

悪化・維持・改善群を弁別できる。

71

一方、私が 15 年くらいやっているのが、角度指標を用いた分析です。認定データを使い、悪くなる人と良くなる人のどこが違うかというプロファイルを分析しており、現場でエビデンスを少しずつ出しています。

2. 地域包括ケアシステムの構築（各論）

〈医療提供体制の展望〉

大競争時代の中での公私格差は是正されるか

民間病院は生き残りをかけてくる
公立病院では生き残れる条件は限られてくる
市町村立病院は市町村合併後病院数が減少
1999年3月末3232市町村
2012年には1719市町村
地域1番病院、2番・3番別の経営戦略はあるか

Takako Tsutsui, Ph.D., M.D.Prof. Graduate school of Business, University of Hyogo, Japan 75

日本の病院の概況

- ・国立病院も国立大学も法人化で経営好転
- ・公立病院は指定管理者制度、PFI、独法等の方策で混乱中
- ・公的病院は診療報酬で経営改善中
- ・一般病院経営が成り立たない場合は廃止
- ・地域連携は経営資源
- ・病院完結型は負けやすい

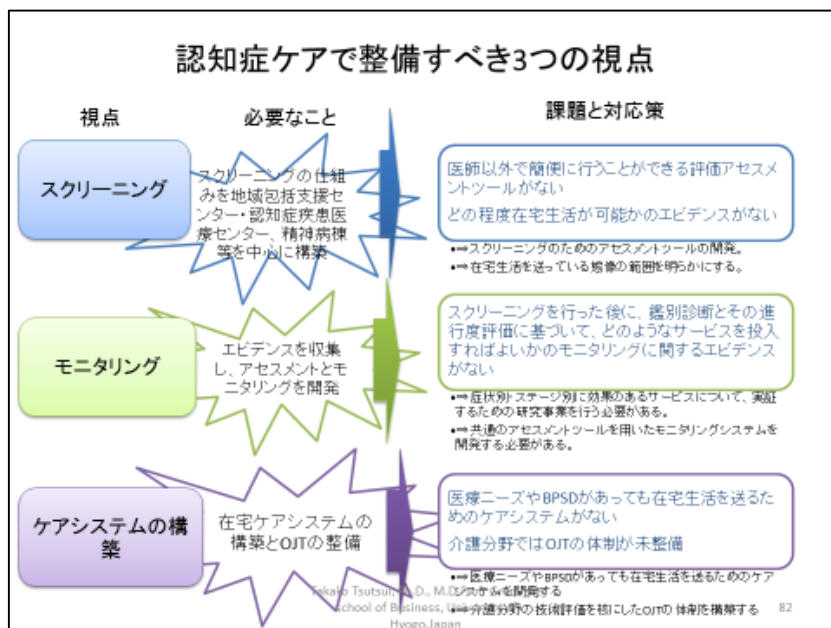
Takako Tsutsui, Ph.D., M.D.Prof. Graduate school of Business, University of Hyogo, Japan 75

今、民間病院は生き残りをかけています。一方で公立病院はというと、生き残れる条件は限られてきます。今の病院の概況はというと、国立病院の大学法人は、経営が好転してきました。つまり、経営戦略を抜本的に変えたところだけは好転していて、負け組ははっきりしてきたと思います。公立病院は指定管理者制度、PFI、独法等の方策で混乱中であり、診療報酬で経営を改善中です。

基本的に一般病院は、経営が成り立たなければ廃止するしかありません。そしてはっきりしているのは、病院完結型は負けやすいということです。地域での連携が必須ということだと思います。

高度急性期を担う包括的な脳卒中センターというのを、私はぜひ日本につくってもらいたいと思っています。日本では年間30万人の人が脳卒中を発症しています。うち20%が再発管理で、国際的な動向から見るとおおよそ3倍強と、非常に高い状況です。

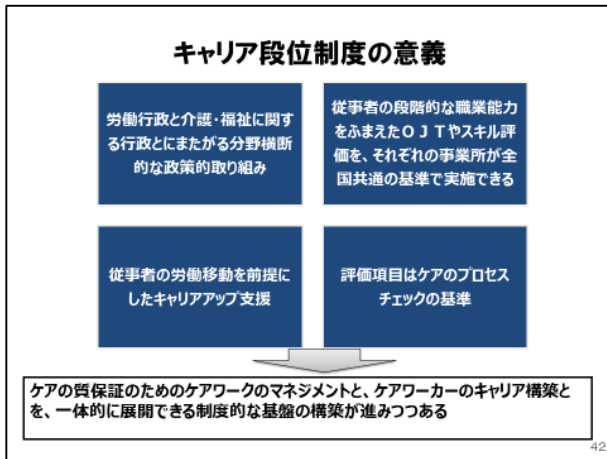
それはどうしてかという、脳卒中を集中的に診療し、治療するセンターというものをつくれなからです。医師が散在していること、救急のシステムをつくれしていないというのがその背景にあります。TPAをできる医師がいても、患者の搬送が間に合わないという非常に悲惨な状況になっているのです。



〈認知症ケアの展望〉

認知症はスクリーニング、モニタリング、ケアシステムの構築という、3つのことが重要です。日本では、発見はもうできていて、ケアシステムもそれなりにできています。欠けているのはモニタリングです。すなわち、症状別、ステージ別に効果があるサービスは何なのか、ということが示されていないということです。

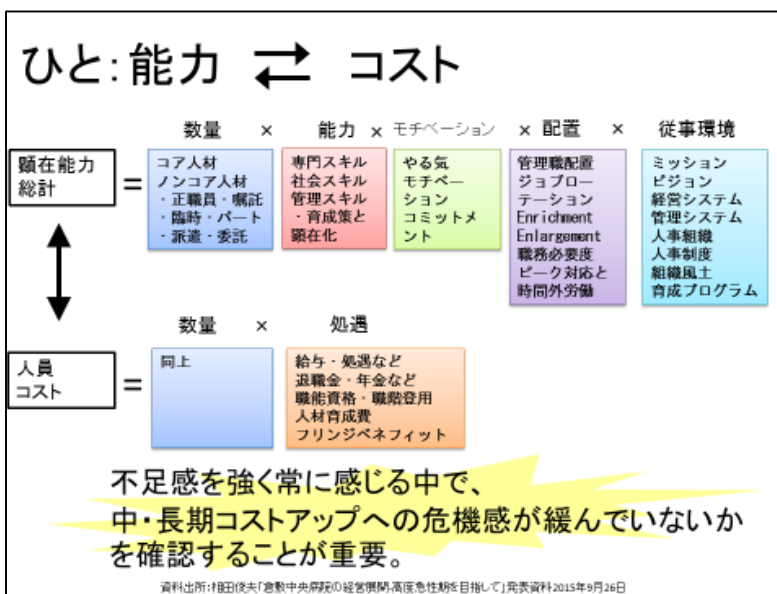
これらに関するエビデンスが求められていると思います。



〈介護・看護・福祉人材養成の展望〉

今、厚生労働省では、プロフェッショナルキャリア段位制度というものを実施していて、ケアの質保証のためのケアワークのマネジメントと、ケアワーカーのキャリア構築とを、一体的に展開できる制度的な基盤の構築が進みつつあります。

これができてくると、どういう状態の人に、どういう技術を提供すると、結果的に介護技術はどのような技術がいいかという標準化が



できるはずですが、そもそもサービスは人間がつくるものですから、こういった専門職の教育研修機能は必要なのですが、OJTを指導していくような機能を持っていませんでした。サービス提供の質の向上は喫緊の課題です。ぜひ、こういったOJTの仕組みをわが国に定着させないといけないと思います。

倉敷中央病院の相田俊夫先生は、人の能力とコストを考えたときには、能力、モチベーショ

ン、従事環境といったさまざまな変数があると言っています。これらを数量化して、「顕在能力の総計」と「人員コスト」というのがきちんと合うような経営展開を倉敷中央病院では試みているということでした。これはおそらく自治体も同じで、この顕在能力の中に、利用者や住民も入れていくということが、今後は必要になってくるのだらうと思います。

- ### おわりに
- 日本における第3選択肢のあり方を議論していく必要がある。
 - ケア提供システムについては、以下の取り組みが重要と考える。
 - ヘルスシステムの統合(integration)を意識した地域レベルで進められる**日本型ケア提供プログラムの開発・導入支援**を図る。
 - **断続的ケアシステム(統合的ケア提供システム)のフレームワーク**にそった取り組みの政策誘導によるシステム構築の推進を図る。
 - サービス内容については、以下の取り組みが重要と考える。
 - ヘルスケアの全体的なシステムの効率とコストパフォーマンスを改善するために重要な**短期ヘルスケアサービスを開発**し、この普及を進める。
- 100

〈大都市のケア提供システムとは〉

私は、大都市のケア提供システムには王道はないと思っています。要は、一つひとつ積み重ねていくしかない。そのベースになるような community based のシステムをどうつくるかが大事で、基礎がなければ上に何を乗せても同じです。その基礎の部分で一番大事なものは、「人」です。この人の中に、専門職だけでな、利用者本人、そして住民も入れてい

ないと、この大都市モデルというのは絶対にできないのだらうと考えます。

第13回「大都市における地域包括ケアをつくる政策研究会」

『東京23区における自宅での死亡事例や一人暮らしにおける
「異状死」の実際』

話題提供： 金涌佳雅 氏
日本医科大学 法医学教室 講師

※講演内容の掲載はございません

日時： 2015年12月17日（木）19:00～21:00

場所： 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー6F
ステーションコンファレンス東京 605A 会議室

第14回「大都市における地域包括ケアをつくる政策研究会」

『地域包括ケアシステムの構築と自治体の役割』
～広島県23市町への3年間の支援をもとに～

岩名 礼介 氏

話題提供：

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社
経済・社会政策部社会政策グループ主任研究員

日時： 2016年1月21日（木）19：00～21：00

場所： 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー6F
ステーションコンファレンス東京 605A 会議室

◆第 14 回

「地域包括ケアシステムの構築と自治体の役割」
～広島県 23 市町への 3 年間の支援をもとに～

【話題提供】

岩名礼介氏

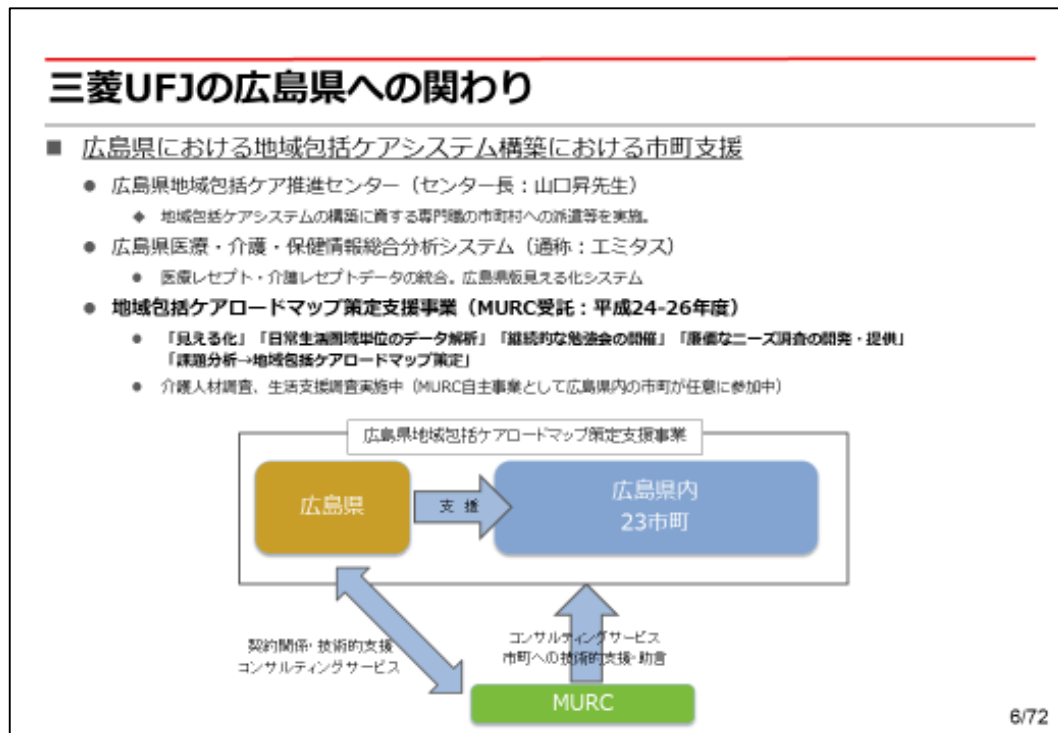
(三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社 経済・社会政策部社会政策グループ主任研究員)

1. 広島県 23 市町との 3 年間

今回は、広島県と我々三菱 UFJ リサーチ&コンサルティングとの 3 年間の関わりについてお話をいたします。地域包括ケアシステムの構築に向けて、県内 23 市町を支援させて頂いてきたわけですが、クライアントの皆さんが期待された水準の成果が得られたというよりは、こちら側が勉強させていただいた部分が多いと思っています。広島県には 23 の自治体があり、自治体によって抱えている課題、そして職員の方の意識にも、相当な違いがあります。そういった自治体との関わりを通して、どのような関わりが人々を動かす動機づけになるのか、といったことをリアルに感じ取ることができたのが、今回の最大の収穫でした。

ここでは、成果の発表というよりも、その道のりをご紹介しますので、少しでもご参考にして頂けたらと思います。

〈三菱 UFJ の広島県への関わり〉



当社は、「広島県内 23 自治体への地域包括ケアシステム構築に向けた支援」を行うことを目的に、広島県と契約しました。実質的には 23 市町と直接やりとりをして支援するものです。

〈3年間の取り組み〉

では、具体的にどのように事業を進めていったのか。我々は、保険者がその機能を発揮するためには 3 つの段階が必要と考えています。

第一段階で、現状をしっかりと把握・分析して課題を明らかにし、第二段階では方針を共有します。そして第三段階では、実践とそれに対する評価を行う。このプロセスをしっかりと踏んでいかなければ何をやってもうまくいきません。今回の事業においても、以下の 3 つのステップで進めてきました。



① 平成 24 年度事業「地域の把握」

初年度は、まず実態把握が必要ということで、「生活実態調査」を実施しました。これは要介護認定を活用した地域データサービスなのですが、初年度だけでは十分なデータが取れず、次年度も再度、同じ調査をブラッシュアップした形で行っています。

同時に、レセプトデータを分析して「ケアバランス指標」というものをつくりました。さらに、日常生活圏域単位でその地域の人口、認定率、ホームヘルプの利用率などの基本的な情報をサンプルにまとめた「地域診療カルテ」を作成しています。こういった初年度の取り組みは、ほとんど県とのデータのやり取りによって行っており、自治体との接点はほとんどありませんでした。

② 平成 25 年度事業「考え方の共有化(規範的統合)」

そして 2 年度目には、初年度の分析データを各自治体にフィードバックし、課題の共有を図りました。ところが、そのときの自治体のリアクションはというと、「データが多すぎて何をみたらいいかわからない」というものでした。実際、私たちが納品したデータ集は、電話帳よりも分厚い冊子で、説明会を開いたりもしましたが、自治体の職員の方には全く響いていないことがよく

わかりました。

一方で、地域包括ケアシステム構築への共通認識を持つための会議として「市町会議」というものを7回実施しました。「在宅限界点」「生活支援」「介護予防」など毎回さまざまなテーマを設定し、有識者を招いて講演をして頂いています。各自治体にお願ひしたのは、7回すべて同じメンバーで参加して頂くということで、そうでなければ横断的にテーマを理解することができないからです。その場で「いい話だったね」で終わってしまうこともあったかと思いますが、共通認識をつくるためには、薄く幾重にも重ねていくプロセスが大切と考え、地道に進めてきました。

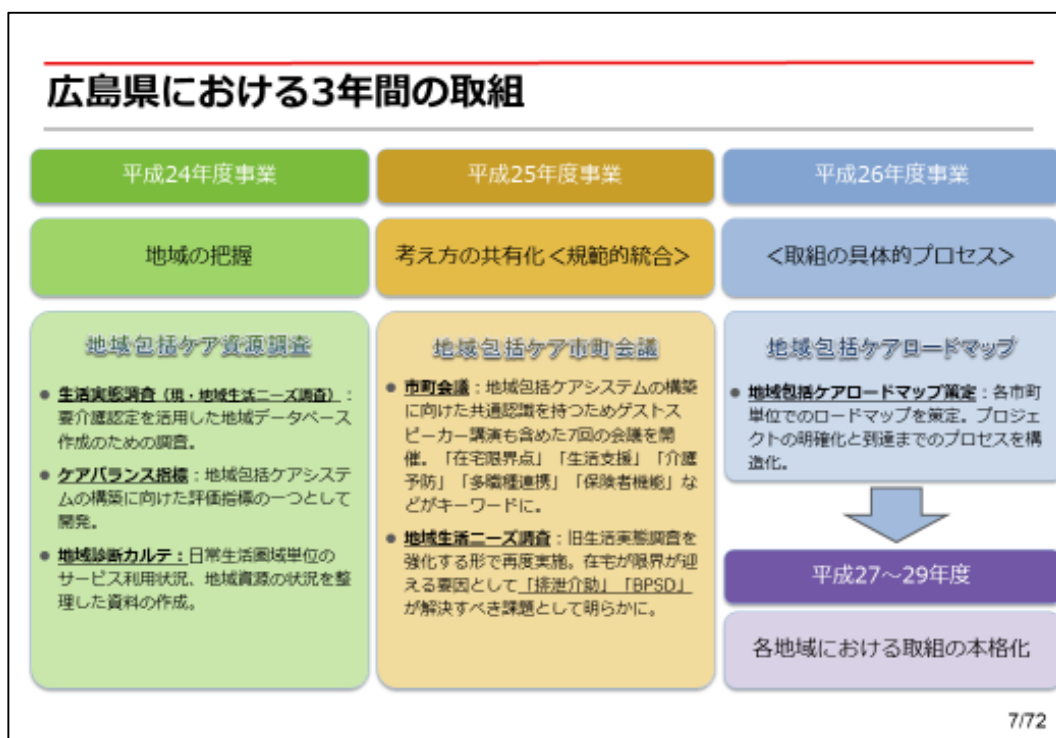
そして、初年度にも行った「地域生活実態調査」を再度内容を精査して実施しましたが、二度目はより調査仮説を明確にしてデータを集めました。この事業を進める上で、理解しやすいゴールをセットしようと考えたからです。

そのため、初年度の終わりに、「在宅で暮らし続けるために最もネックになっているのは何か」を皆さんと話し合いました。そこで出てきたのが、「どうして要介護3になると急に在宅を諦める人が増えるのか」ということです。繰り返し話し合いながら徐々に絞り込まれていったのが、「排泄の問題」と「PTSDの問題」で、二度目の実態調査はこの2つのテーマに絞りこみました。

これらのテーマは、決して私たちが設定したのではなく、あくまでこの1年間の話し合いの中でなんとなく合意に達したものです。この「みんなで考え付いたかのように思ってもらふこと」が、実は非常に重要なポイントだと考えています。

③ 平成26年度事業「取り組みの具体的プロセス」

3年度目はいよいよ具体的にどのように進めていくのか、自治体ごとにロードマップを作成する段階へと入りました。今度は県単位ではなく、自治体ごとに膝を詰めて議論しました。このロードマップ作成にあたって活用したのが、JICAの「プロジェクトデザインマトリックス(PDM)」というものです。目的と指標と活動の内容を全て関連付けて描くマトリックスなので、それぞれの事業の目的を意識できると考えたからです。今やっている事業にどういう意味があり、どこに



向かっているのかを理解して頂くことが、ロードマップづくりの重要な目的の一つです。

しかし、この作業は非常に難航しました。県の事業のため、23 自治体そろって報告書を出す必要がありますが、積極的な自治体もあればそうでないところもあり、結果的にこちらで全て書いたところもありました。しかし、この作業を通して、我々の側でどれだけのことをしたら、自治体が自発的に取り組む「動機づけ」になるのか、ということが見えたようにも思いました。

〈その後の展開〉

平成 27 年度以降はいよいよ取り組みを本格化して頂く段階に入っています。この 3 年間で我々と広島県との契約は終わっているため、それ以降の直接的な関わりはありませんが、その後はどうなったのか。残念ながら、あまり進んでいない自治体があるのも事実ですが、その後も着実に進めて頂いているところもあります。

例えば江田島市は、人口減少が激しい地域で、そろそろ 2 万人を切る規模になってきています。具体的な施策が何もなく困り果てていたところでこの事業の話が来たので、人々の意識も高く、どのような取り組みを行えば本当に効果が出せるのかを、皆さんでしっかりと議論して頂くことができました。その結果、今もこの事業を、少しずつ進めて頂いているようです。

もう一つは熊野町です。広島市と呉市に挟まれていて、ベッドタウン的な要素もあります。ここは団塊の世代の居住者も多く要介護認定者が今後 1.8 倍に膨れ上がる一方で、若い人が広島市へ出て行ってしまい、需要と供給のバランスが大きく崩れるということで、非常に危機感を持っています。ここでは排泄の問題にテーマを絞り、「すっキリンプロジェクト」という名称で取り組みが始まっています。

大切なことは、その地域にいる人たちがしっかりと問題意識を共有し、「これはやる意味があるな」「こういう結果が出るかもしれない」という期待感を持って取り組むことができるかどうか、なのだろうと思います。そういう気持ちが、地域の取り組みの持久力につながっていくと理解しています。

2. 広島でやろうとしたこと

〈ケアバランス指標〉

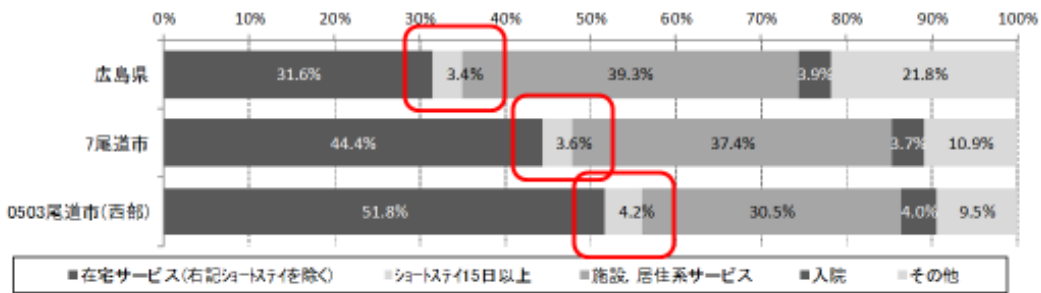
ケアバランス指標は、要介護 3 以上の人はどこに住んでいるのか、居場所を分析するものです。地域包括ケアシステム構築の進捗を確認するためのモニタリング指標の一つとして開発しました。

要介護 3 以上に設定したのは、認定率が軽度者に比べてさまざまな社会的因子に影響を受けにくく安定しており、なおかつ、ちょうど在宅が難しくなる段階でもあるからです。この中に「ショートステイサービスの利用が 15 日以上」という指標をつくり、日常生活圏域ごとに分析をしたところ、非常に多い地域と全くいない地域があることがわかってきました。中には、ショートステイを 1 か月以上利用している人も、少なくありませんでした。こうなると、実質的には施設にいるのと同じです。

あるいは、要介護 1 の人が施設にたくさん入所しているのに、要介護 3 以上の人ショートステイを 15 日以上利用している地域もありました。その理由を話し合っただけのところ、入所判定

ケアバランス指標：地域包括ケアシステムの進捗モニタリング指標の1つとして

- 入手方法** 広島県医療・介護・保健情報総合分析システムで提供予定（H24事業で試行版を作成）
- 狙い** 地域包括ケアシステム構築の進捗を確認するモニタリング指標の一つ（アウトカム評価）。
- 活用方法**
 - 要介護3以上の認定者の現在の居所を特定する数値として定義。
 - 準在宅状態ともいえる「ショートステイ15日以上（SS15+）」の比率の高さは、住み慣れた地域に住み続けることができている状態であり「ケアシステムの狭間」にある状態と考えることができる。解消のためには、施設を増床するか、在宅限界点を引き上げるしかない。
 - このことから、本事業では「ケアバランス指標」を地域包括ケアシステム（住み慣れた地域で住み続けるための仕組み）のモニタリング指標と設定した。

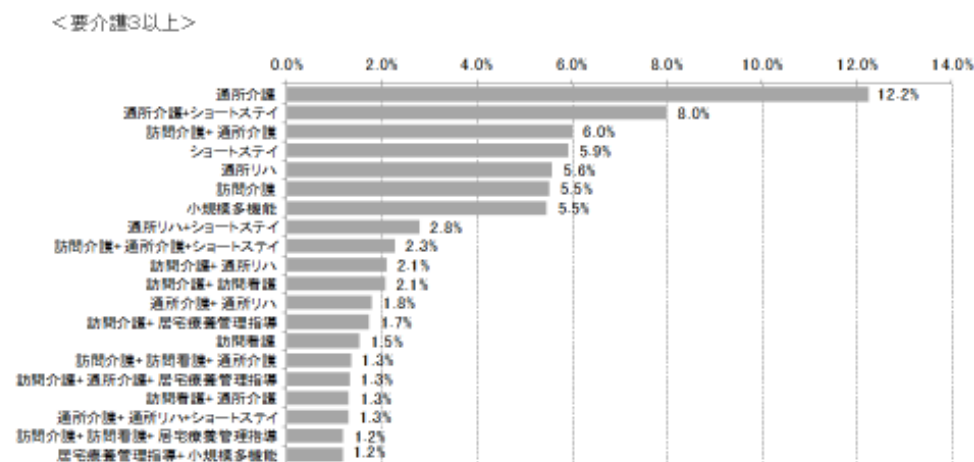


会議の基準がおかしいことにお気づきになったようです。

このショートステイの集中利用というのは、要介護3以上から急に増えていきます。そのことを示すデータをつくり、「どうしてなのか？」ということをお皆さんで議論していただきました。データをつくるのは結論を出すためでなく、あくまで皆さんで議論するネタづくりが目的です。データからスタートして、「なぜ」を追求していくと、非常にいいアイデアが出てくるということをお、今回ファシリテーションして強く感じました。

<居宅サービス利用状況からみえること>

提示したデータの例：居宅サービスの利用状況（居宅要介護3以上の組み合わせ）



こちらは要介護3以上の方がどのような居宅サービスを組み合わせて利用しているかを示すデータです。広島県全体のものです。1位は、通所介護のみを使っている人で、要介護3以上で12%でした。訪問系サービスを利用している人は非常に少なく、要介護3以上のうち4割は、家に専門職が一切、入ってこない環境にあります。

また、私は「在宅外在宅サービス」と呼んでいるのですが、ショートステイやデイサービスを利用している人は、施設を検討している率が概ね高いことが示されました。逆に在宅で暮らしている人で「施設を検討していない」という人は、訪問系のサービスを利用している率が高いこともわかっています。切迫しているからこそレスパイトに流れているだけかもしれませんし、因果関係はわかりません。しかしながら、訪問系サービスが全く入っていない人は、基本的に在宅は「諦めモード」になっていて、施設に流れていることはいえると思います。

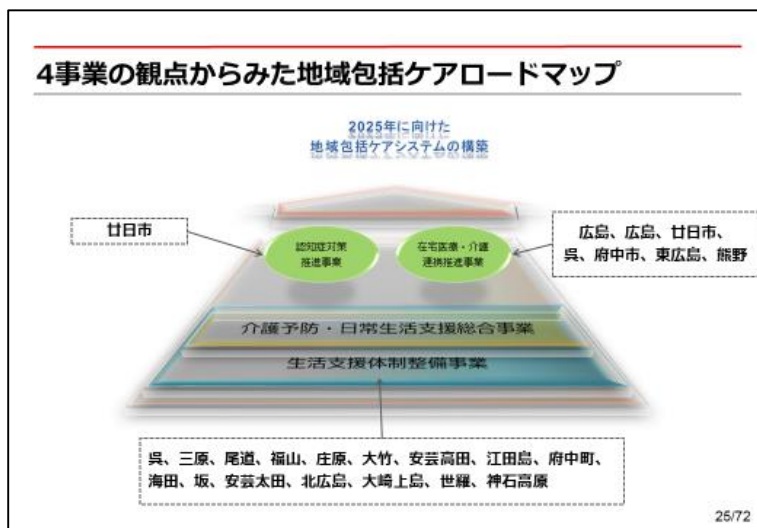
〈大切なのは、答えを自分たちで見つけ出すプロセス〉

このことから何を議論したかという、「需要があるからといって、デイサービスやショートステイをどんどん増やすことが、本当にいいのか？」ということです。こうしてデータを見せると、「やっぱり違うよね」という話が、自治体の皆さんから自ずと出てくるようになります。

このように、データをもとに自分たちで考え、分析し、気づくというプロセスを踏むことが大事なのだろうと思います。ですから、例えば「定期巡回サービスが大事ですよ」という言い方は、私はあえてしませんでした。問題意識がしっかりと共有されていないと、「ここは中山間地だから無理だ」という話で終わってしまうからです。しかし実際のところは、三次市のように、中山間地という厳しい環境で定期巡回を行っている事業所もあります。ここは4か所の小規模多機能から定期巡回に出ていく仕組みで、小規模多機能やケアハウスなどとの複合経営で採算をとっています。

いろいろと議論をしていくうちにアイデアは出てくるものなのですが、そうなるためには何か触媒になるものが要だというのが、今回の事業を通じての私の実感です。漠然と「地域包括ケアをやりましょう」「在宅を強化しましょう」ということが、いかに答えを生んでいないか、ということを感じました。

〈ロードマップの作成から見えてきたもの〉



ロードマップを各自治体に作成して頂いたところ、おもしろいことに、テーマがある共通したところに集中していきました。それは「介護予防、生活支援を、資格のない人たちにやってもらい、介護職は中重度者のほうにシフトしていきましょう」という方向性です。これは決して私たちが総合事業を意識して誘導したものではなく、

皆さんの議論の中で自然にそうなったのです。

例えば江田島市では、介護資格は持っていないが生活援助ができる人材を「プラチナ人材」と呼んで、介護の現場に入れていこうとしています。江田島市は介護の専門職が少ない地域なのですが、一方でリハビリテーションの専門職は充実しています。リハ職を活用して訪問介護事業所を強化し、代わりにヘルパーが身体介護に重点的に取り組んでもらう。一方では、生活援助をする人が必要になってくるので、そこをプラチナ人材でしっかり補っていこうというアイデアです。

このように、各自治体で議論して頂き、たどり着いた方向性は、実は今、国が向かっている方向性と全く同じものだったりします。そのことは、途中ではあえて触れずに、この事業が終わる最後のときに、皆さんで考えたプログラムが、実は国の考え方とも一致していて、正しい方向に向かっているんだ、ということをお話させて頂きました。

〈地域生活ニーズ調査〉

これまで日常生活圏域ニーズ調査はいろいろとやってきましたが、「使い勝手が悪い」という意見がたいへん多くありました。私は、本当に必要なデータというのは、もう専門職の経験の中に体系的には入っているのではないかと思っています。それを掘り起こすという意味では、実は触媒になるような有力なデータが一つあれば十分で、山のようなアンケート結果は必要ないと私は思っています。介護や高齢者向けのアンケートというのは回収率がいいわけではなく、未回収のところにこそ真実があるものです。そこで私たちが提案したのが、全国標準で唯一、全員分のデータが取れているもの、すなわち要介護認定データを活用することでした。

「生活ニーズ調査」は、要介護認定の調査時に、質問を追加するかたちで実施しています。例えば、世帯累計や日中独居の有無、排泄はトイレかオムツか、そして配食サービスを何食、利用しているか。この配食サービスに関する質問は重要で、このことで広島県内における配食サービスの消費状況が、かなり高い精度で把握することができます。

【1. 地域生活ニーズ調査】		
2. 地域生活ニーズ調査とは？		
調査・分析の概要		想定される効果
調査の方法	要介護認定の調査時に実施 (地域生活ニーズ調査のための質問を、認定調査時に追加で行う)	<ul style="list-style-type: none"> 更新のための調査が一定期間ごとに訪れるため、継続したモニタリングが可能 既存の認定調査時に実施することで、追加で行う調査の負担を最小限に抑えられる 要介護認定者については、ほぼ100%の回収が期待される
調査者	認定調査員	<ul style="list-style-type: none"> 心身の状態、生活状況について、認定調査員による客観的な情報収集が可能
調査対象者	本人・家族等	<ul style="list-style-type: none"> 別居の家族等や担当のケアマネジャーも同席するケースが多いことから、本人以外からの情報収集も可能
分析方法	被保険者番号にて、「要介護認定調査結果」と「地域生活ニーズ調査」を結合させて分析を行う	<ul style="list-style-type: none"> 「要介護度」や「認知症日常生活自立度」、「サービスの利用状況」など、客観的に把握された対象者の心身状態などと、地域生活ニーズ調査で把握された「日常生活状況」や「施設等への入所・入居希望」などを併せた分析が可能

この調査のメリットは、例えば日中独居で認知症自立度 2 以上の人が、この日常生活圏域に何人いるのか、といったことがおおそ推定できるということです。回収率はおおむね 100%ですから、いい方法だと思います。

ほか、歯磨きの頻度や、薬の飲み忘れなども、国のほうで認定調査に最初から入れ込んでしまえば、全国的な分析も簡単にできます。さらに、施設入所・入居の検討をしているか、という質問も入れ込めば、大規模調査が重複なしででき、とても有効だと思います。

【1. 地域生活ニーズ調査】		
3. 想定される調査内容		
調査項目	選択肢	調査の狙い
○ 世帯類型 (概況調査)	・単身世帯(家族等近居) ・単身世帯(近居以外) ・夫婦のみ世帯、・その他	・世帯類型ごとに抱えている課題やサービスの利用状況が異なるなど、在宅生活を支えるために必要なサービス、サポートには違いがみられる
○ 日中独居の有無 (概況調査)	・ある ・ない	・世帯類型のみでなく、重要なのは日中に介護を頼める人がいるかどうかという視点 ・例えば、「介護を頼める人(ヘルパー等も含む)が、そばに4時間以上いない日が、週に一日でもありますか」など
日中・夜間の排泄の方法・場所 (基本調査_排尿、排便)	・トイレで ・ポータブルトイレ又は尿器に ・オムツ等に、・その他	・排泄の介助は、家族等介護者にとって不安が大きい ・「トイレで」排泄できる割合を高めることは、在宅限界点の向上に大きく影響する
保険外の生活支援サービスの利用 (基本調査_食事摂取、買い物)	・配食サービス(食/週) ・洗濯代行サービス ・通信販売など、・その他	・限られた地域資源を効果的、効率的に活用していくため、保険外の生活支援サービスの利用が重要となる ・地域資源の有無と実際の利用状況を比較することで、地域に足りない資源を特定するための基礎情報として利用可能
歯磨き等の頻度 (基本調査_口腔清潔)	・1日に1回以上 ・2~3日に1回程度 ・3日に1回未満	・地域において重度化予防を推進していく場合に、ターゲットを絞り込むためのデータとして活用が可能であるとともに、取組の成果を測るための指標ともなる
薬の飲み忘れ (基本調査_内服の管理)	・ほとんどない ・時々ある(週に2~3回程度) ・頻繁にある、・処方されていない	・同上
○ 施設入所・入居の検討状況 (概況調査)	・入所・入居を検討していない ・入所・入居を検討している ・すでに入所・入居申し込みをしている	・入所・入居の検討段階についても把握可能であるとともに、世帯類型やサービス利用との関係から、軽度の状態で在宅生活の継続が困難になるケースの特徴を分析することが可能 ・在宅生活の継続に向けた地域の目標指標の1つにもなる

◎は優先順位高

31/72

〈介護人材調査〉

介護人材調査は、地域包括ケアシステムの構築に向けた将来のサービス提供のあり方を「介護人材」の観点から検討するために、各市町内の訪問介護員、介護職員の属性やサービス提供状況を明らかにすることを目的に行うものです。A票では年齢、性別、資格の有無などのプロフィール、B票では1週間でのどのサービスをどのくらい提供したのか、介護職員に答えてもらいます。

このような調査を行ったのは、ヘルパーが高齢化する一方で若い人材が入ってこない状況があるからです。果たして10年後に成り立つのかどうか、人口統計と実態調査を組み合わせるリアルな推計を試みようと考えました。

〈三次市における介護人材調査〉

一例として、三次市における介護人材調査の結果を紹介します。

まず人員配置ですが、介護職員常勤換算1人に対する要介護認定者数は、2015年の3.2人に対し、2025年では4.0人と、1.2倍になるとの予測が示されています。これを居宅系サービスのみ絞った場合、2015年の5.9人から2025年では10.5人と、1.8倍にもなると推測されます。

続いて、サービス提供時間についてです。2015年の要介護者に対する訪問介護員の1週間のサービス提供推定時間は、身体介護が46%と最も多く、次に買い物、調理・配膳、その他の生活援

【要介護】訪問介護員の2015年における1週間のサービス提供推定時間



助と続いています。さらにこれを年齢別に分析すると、生活援助の26.4%は50歳未満の介護職員により提供されています。これは、若い人が生活援助にも時間を割いているということであり、まだ余力があるというふうにもみることができます。

どうしてこういうものを作ったかという、これから総合事業を展開するにあたって、果たして生活援助の資源がどれくらいあるのか、自治体には見当もつかないからです。もちろん、この推計は机上の計算ですから、決して100%この通りにいくはずもないのですが、それでも議論のたたき台には十分になりうるだろうと考えました。三次市でも、早速このデータを材料に議論を進めて頂いています。

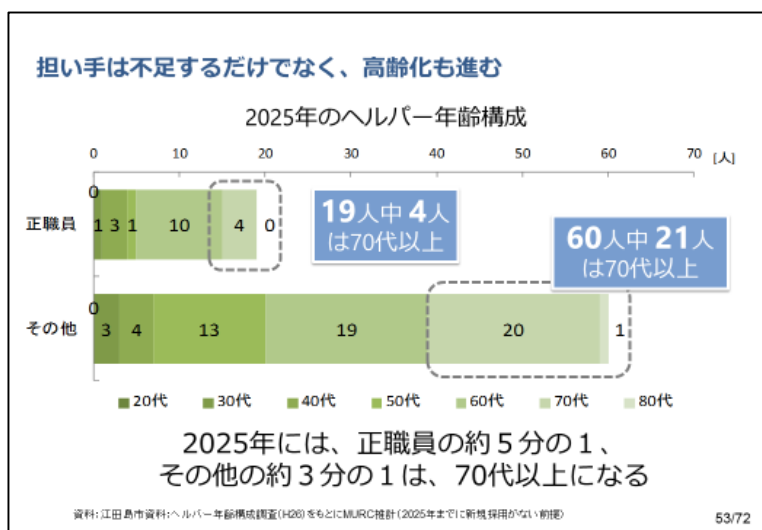
〈規範的統合ツール〉

これは、例えば住民への説明などの際に、共通理解を持って頂くためのツールです。2025年の姿、自治体の特徴、今後の方向性などをまとめた資料で、我々がつくったひな型を我々を、各自自治体に活用して頂いています。この事業の初年度に大量につくったデータを、このひな型に入れ込むだけで、簡単につくれるようになっていました。例えば、「10年後、在宅で生活できない人が市内に何人である」といったことが、わかるようになっていました。

なお、規模の小さな自治体には、比率ではなく実数を出すことが重要だと、この事業を通じて感じました。小さい単位になればなるほどパーセンテージは今ひとつリアリティがなく、具体的に「50人が在宅で暮らせなくなる」と人数で表したほうが、住民の方には現実を直視していただけたと思います。

3. 具体的な事例

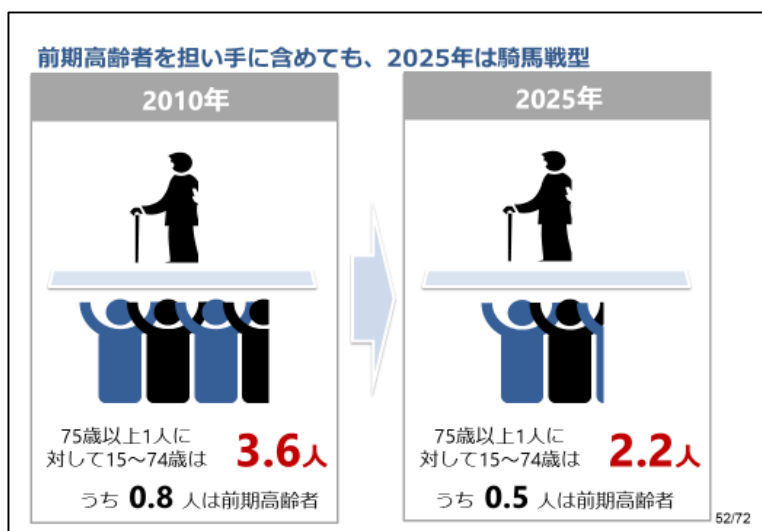
〈江田島市からの報告〉



江田島市はこれから高齢化が急速に進む一方、生産年齢人口が下がってきて、2025年には75歳以上1人に対して、15～74歳は2.2人(うち0.5人は前期高齢者)と、かなり厳しい状況になることが予測されます。

介護の担い手が不足するだけではありません。その介護の担い手自身も、高齢化がどんどん進んでいきます。こういった危機的な状況を、江田島市では我々のつくったデータを用いて、住民にリアルに感じてもらうことから取り組みを開始しました。

危機的な状況がある一方で、江田島市には、リハビリ資源が豊かであるという特徴があります。市内の大きな病院に、たくさんのリハビリ専門職が勤務しており、リハビリの利用率が高いのです。この豊かな人材を活かし、地域のレベルアップを図っていこう、という



うことで、大きく2つの取り組みが展開されることになりました。1つは、規範的統合ツールを使って、地域の考え方を統一化していく過程、役割認識を変えていく取り組みであり、もう1つが、介護の資格を持たない人に生活支援を担ってもらう「プラチナ人材」の養成です。同時に、介護職の仕事は身体介護に重点化し、リハビリ職による訪問介護員のスキルアップを図ろうということで、現在、取り組みが進められています。

〈熊野町からの報告〉

熊野町では2010年から2025年にかけて、後期高齢者は2.1倍と一気に増え、一方では生産年齢人口は2割減少するという、非常に危機的な状況が予測されています。さらに、要支援・要介護認定者数は、約770人増加することが見込まれています。このことへの危機感から、熊野町の皆さんは非常にこの事業に積極的で、自分たちの手でデータを作成し、分析をされていました。

熊野町における事業の特徴は、「排泄」に焦点を当てていることです。「すっキリンプロジェクト

プロジェクト名 **すっキリンプロジェクト**

プロジェクトの目標 **適切な支援を受け、能力に応じ、自立した排泄をすることができる**

- 県の調査においては、在宅生活の継続において介護者が不安を感じる介護としては「排泄」と「認知症」の2点が挙げられたところである。したがって、例えば「自立した排泄」に焦点を当てて改善を測るための取組を実施することは、在宅限界点の向上に向けても有用と考えられる。
- 熊野町では、排泄能力の改善を目的とした、医療・看護・リハビリテーション・介護専門職間の多職種連携の仕組みを地域全体で構築し、要介護者等の自立した排泄を実現するための支援体制の整備を進める。

59/72

ト」は、目標が具体的に設定されているのが特徴的で、素晴らしいプロジェクトだと思います。排泄に関するデータは、要介護認定時の調査で取れているので、そのデータをみながら取り組んでいくことになりました。

皆さんの議論の中で非常に面白かったのは、「隣の呉市には排尿コントロールなどで有名な泌尿器科の先生がいる」などの情報やアイデアが、次々と出てきたことです。

これは、テーマが絞られていたことが大きく、もしも「在宅について語りましょう」という漠然としたものだったら、こうはいかなかったでしょう。テーマが「排泄」という一つのことしかなく、だからこそ「認定看護師が〇〇事業所にいるから、〇〇先生にお願いして窓口になってもらおう」とか、「認定看護師に介護職のトレーニングをしてもらおう」といったいろいろなアイデアが出てきたのだと思います。

アウトプット	活動
1. プロジェクトの目標について、地域の関係者間でその目指すべき姿が共有される	<ul style="list-style-type: none"> ・プロジェクトの目標を、地域の専門職の間で共有する（研修会の開催） ・家族等がオムツに頼らない排泄ケアの重要性を理解する（地域包括支援センターが中心となって排泄改善教室を開催）
2. 排泄能力の改善のための「家リハ」の仕組みが構築される	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄改善のための多職種連携を構築する（実践研修会の開催） ・家族等に排泄改善のために必要となる取組が理解される（実践研修会の開催） ・排泄コントロールのための相談窓口を設置する
3. 排泄能力の改善のための取組が実践される	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄支援のモデルプランを示す（ワーキングを開催し、モデルを作成） ・排泄改善の進捗管理としてのデータ収集の仕組み（地域生活ニーズ調査）を構築する

60/72

最終的には、「そもそも通所介護の機能訓練は、家のトイレがどうなっているのか知らないまま行われている」という話になり、それならヘルパーが家のトイレの写真を撮って、通所介護の職員と共有することで、その人にあったケアの提供が可能になるのではないか、という意見が出されました。この連携の仕組みを、熊野町では「家リハ」と呼んでいます。実際の取組に至るみちは、実は険しくて、

思った通りには進んでいないようですが、自発的な議論ができた点は大きな一歩だと思います。

アイデアはどんどん湧き出てくるのですが、どうしても人が足りないのが、本当に少しずつの歩みになっています。それでも全体を俯瞰し、「今、何ができていて何が足りないか」、「今後、何をしなければならないか」ということを考えながら取り組んでいける意味は、非常に大きいと思います。

第15回「大都市における地域包括ケアをつくる政策研究会」

『2030年の東京の住み方と課題』

話題提供： 園田 眞理子 氏
明治大学 理工学部 建築学科 教授

日時： 2016年2月18日（木）19：00～21：00

場所： 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー6F
ステーションコンファレンス東京 605A 会議室

◆第 15 回

2030 年の東京の住み方と課題

【話題提供】

園田眞理子氏（明治大学 理工学部建築学科 教授）

1. 日本が抱える不都合な 3 つのファクト

2030 年の東京について考える前提として、まずは日本が抱えている問題について整理していきます。日本には、不都合な真実ともいえる 3 つのファクトがあります。

① 激しい高齢化の進展

1 つ目は、激しい高齢化の進展です。実はこれが問題となる期間は、あと 15 年しかありません。日本の 65 歳以上人口が増え始めたのは 1990 年で、それが踊り場に達するのは 2030 年代の中盤くらいです。つまり、日本の高齢化は 40 年かけて進展してピークに達するわけですが、その前半戦はもうすでに終わっているわけです。75 歳以上人口がこれから一気に増えていって、あと 15 年で踊り場に差し掛かる。そこまでが勝負ということになります。

② 人口の減少

2 つ目は、急速な人口の減少です。日本は江戸時代の終わりの人口が約 3300 万人で、それが一気に増えて 2008～2010 年頃にピークに達しました。そこから減少に転じ、昨年と一昨年は年間約 30 万人も減っています。このままの出生率で推移していくと、2100 年にはもとの江戸時代の終わり頃の人口になるのですから、恐らくこれは人類史上ないほどの大きな変化です。

ところが日本の住宅政策というのは、拡大を前提に考えられてきました。これほどの人口減少に対しては、前例もなければ構想もないのです。

③ 財政難

3 つ目は、財政難です。日本の国民負担率は、昨年のデータで 43.4% となっていますが、それは財政が赤字の上での数値ですので、赤字分を足すと 5 割を超えています。日本の国民負担率は中負担といわれてきましたが、このマイナス財政の赤字分を含めて考えれば、ドイツやスウェーデンとそれほど変わりはなく、このままだと 20 年後には 6 割を超えると予測されています。

安倍内閣は 600 兆円の GDP を目標にしていますが、人口が減っているわけですから、人間の生産性が変わらなければ、自ずと GDP、GNP も減っていくことになります。

2. 地域包括ケアシステムの基本コンセプト

〈地域包括ケアシステムの概念図〉

植木鉢を用いた地域包括ケアシステムの概念図は、私たちが直面している問題の構造を、非常によく捉えていると思っています。

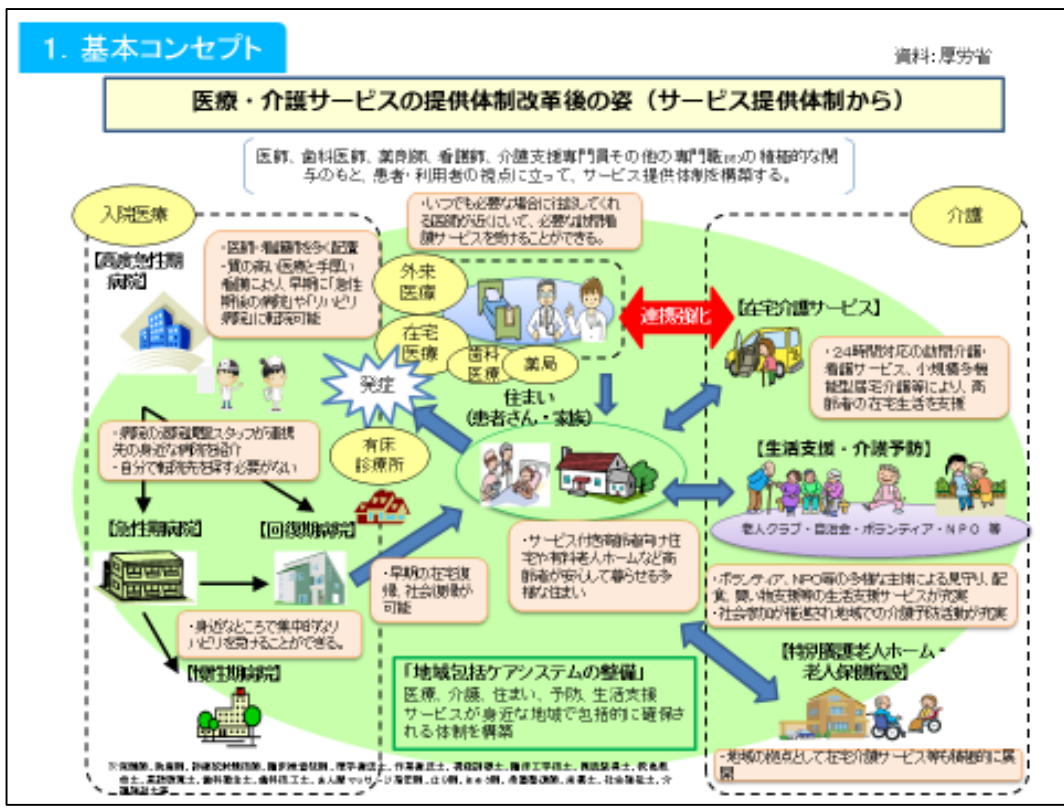
日本では 1990 年前後から懸命に「医療・看護・介護」の花を咲かせようとしてきましたが、気付いたら鉢がありませんでした。鉢とは「すまい・すまい方」になります。では、鉢ができれば葉っぱが育つのかと云ったら、そのためには肥えた土が必要です。鉢の中の土に養分を入れていく、すなわち住まいに生活支援を入れていくことが必要になります。それで完璧かという、植木鉢

の底が抜けないようにするのはお皿、すなわち「本人家族の選択と心構え」が欠かせません。成熟国家として、「最低限、こういう生活を 0 歳から 100 歳以上までの人に保障しますよ」という底支えの部分をしっかり押さえておかないと、いくら植木鉢や土を用意して葉っぱが開いても、底が抜けてしまう。そういうことを、この図は非常に的確に表していると思います。



〈改革後のサービス提供体制のイメージ〉

そういう中で、2014 年 6 月に医療・介護サービスの地域における総合確保法案ができました。この厚労省の資料をみて、私が驚いたのは、図の左側に医療があって、右側に介護があり、住ま



いがそのど真ん中に位置付けられていることです。

もう一つ驚いたのが、右側の介護のほうに「老人クラブ、自治会、ボランティア、NPO等」と書かれていたことでした。つまり「地域のことを、地域のリソースを使って、地域で取り組んでください」ということが明確に示されていたのです。つまり、住まいを中心に、これらのリソースを存分に生かしたネットワークをつくる、そういうまちづくりを目指していくのだと理解しました。

〈住宅分野の政策——高齢者居住安定確保計画〉

では、住宅分野は何もしてこなかったのかということ、実はいち早く動いていました。あまり知られていませんが、2009年に高齢者住まい法が改正され、高齢者の居住を安定させることを目的とした「高齢者居住安定確保計画」をつくるのが、高らかに謳われています。

しかし、これは都道府県レベルで計画を立てるもので、強制ではありません。国交省は、「重点配慮高齢者世帯に対する計画」を、分野横断的ですが「施設も全て含めて、住まいの確保と見守り、生活支援と介護の確保についての計画を立てなさい」と言っています。地域包括ケアよりも早い段階でこのような方向性を打ち上げていたわけですが、実際のところは、全く絵に描いた餅でした。

というのも、これまで住宅行政は家を増やすことを中心に行われてきました。公営住宅は市町村レベルでの対応がありますが、いわゆる住宅政策そのものは、都道府県レベルです。霞が関の法令のもとで都道府県がハンドリングをして、市町村はトンカチで公営住宅を建てていく、そういうかたちで日本における住宅の拡大が行われてきたのです。それが今は植木鉢の部分、すなわち「すまいとすまい方」の部分で自治体に頑張ってもらおうとしているわけですが、自治体にはこのことに対応できるセクションがないという、致命的な問題を抱えています。

〈都市分野の政策——立地適正化計画〉

都市分野でも、大きな動きがありました。2014年8月、医療と介護の総合法案に遅れること2か月、都市再生特別措置法が改正されました。もともと都市計画は市町村ベースで行われてきた歴史があり、こちらは市町村にセクションがあります。その市町村単位で、任意ではありますが、「立地適正化計画」を立てていいことになりました。実は、これは非常に衝撃的なことなのです。

なぜかという、これまでの都市計画は拡大を第一に考えてきた歴史があり、「抑制」ということはほとんど行われてきませんでした。ところが立地適正化計画というのは、拡大してきた街をダウンサイジングすることを求めるものです。さらに、ここに「居住誘導区域」を定めなさい、という要求が加わりました。枠が大きく広がっているまちを、どこかにまとめるように誘導することが求められている。特に大都市東京では、郊外に行くほどスプロール化、すなわち均等ではない、虫食いのまちが形成されてきた経緯があります。そういう状況にあって、居住誘導区域を定めるということは、身を切り血を流すことになります。それを行政はやりたくないわけです。

〈地域包括ケアシステムと住まいの関係〉

日常生活圏域というのは、ほぼ中学校区域というコンセンサスがありますが、これは要するに、中学生は車にもバイクにも乗れませんから、自転車で移動できるくらいの範囲といえます。徒歩

圏よりは広く、でも車で移動する範囲ではない、これが中学校区です。

公立中学校区域は人口 2 万人ですので、現在の日本の高齢化率 25%で考えると、1 中学校区に 5000 人の高齢者がいることとなります。要介護認定率が仮に 10%だとすると 500 人、高齢化率が 30%なら 600 人の要介護高齢者がいることとなります。この 500 人とか 600 人という数は、子どもがたくさんいた時代の 1 中学校区の公立中学校の中学生の人数とほぼ同じです。それだけの人数の中学生を無事に卒業させてきたのと同じように、要介護になったお年寄りを、最期の 3 年間を安心して生活できるようにして送り出すことができれば、それがゴールだということです。

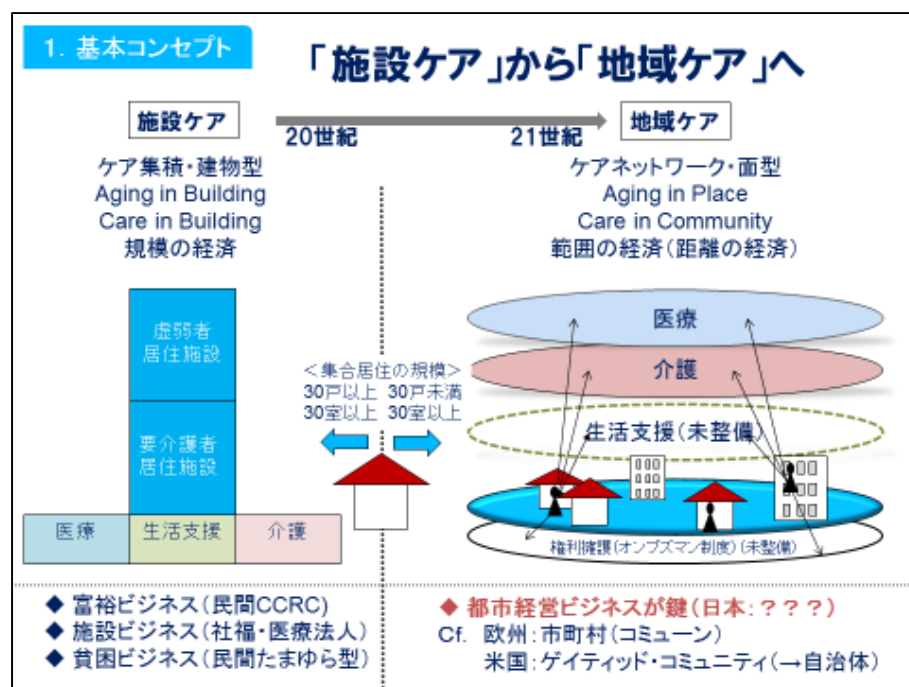
高齢者を最期まで看取ることができれば、地域包括ケアシステムは完成であり、そういう場所を用意するのが、住まいの役割ではないかと考えています。

〈施設ケアから地域ケアへ〉

これまでは、今ほど多くはなかった要介護高齢者を 1 か所に集めて、そこで生活支援、医療、介護というケアを集積し、規模の経済でエイジング・イン・ビルディング、ケア・イン・ビルディングを行ってきたわけです。これが 20 世紀型のビジネスモデルです。

これに対して 21 世紀の地域包括ケアシステムでは、1 か所に集積していたものを地域にばらまいていくかたちになります。自分の家もあれば、サービス付き高齢者住宅もあれば、認知症のグループホームもある、というように地域にさまざまな居住型がある。そこへ、医療と介護のレイヤーがかかるという構想なのですが、ここがなかなか進みません。

問題は、生活支援への対処が膠着状態にあることです。20 世紀型では、家族や親族がそれを担ってきました。住んでいる状況に合わせて医療・介護をつなぎ合わせ、足りない部分は親族が担い手となっていたのです。しかし 21 世紀は、特に大都市東京においては、家族という担い手が不足することが、大きな問題となります。東京は全世帯の 47%が単身世帯です。20 世紀後半の住宅政策は、1 世帯に 2 人以上暮らしているのが前提で、独り者の住宅政策というのはそもそも存在しません。住宅政策において、単身世帯を入れて考えたことは、これまで全くなかったのです。



家族がいない中で生活支援をどうするか。24 時間 365 日、これだけ多くの単身世帯をカバーする体制を整えようと思うと、天文学的な数字になるわけです。そこで今回、総合支援事業などが考えられたのだと思うのですが、この生活支援の部分は、非常に大きなカギを握っています。

〈都市経営ビジネスを誰がマネジメントするのか〉

あえてビジネスという言葉を使いますが、これは都市経営ビジネス、地域経営ビジネスなのだと思います。地域に医療・介護のレイヤーが重なり合い、それらと住まう場所をうまくネットワークできれば、21世紀型の地域ケアになるわけです。ネットワークの中でどうやって経済的な合理性を取るのか、範囲の経済、距離の経済の発想が必要です。

北欧の市町村がなぜ幸福なのかという、預かったお金をきちんとリターンすることに対して市民が厳しい目を持っているからです。市町村単位、コミュニティ単位で地域経営、都市経営が行われている。日本は中福祉といっていますが、ではいったい誰がそういう都市経営を行うのか、誰がそのマネジメントを担うのか、そこがはっきりしません。これは大問題だと考えます。

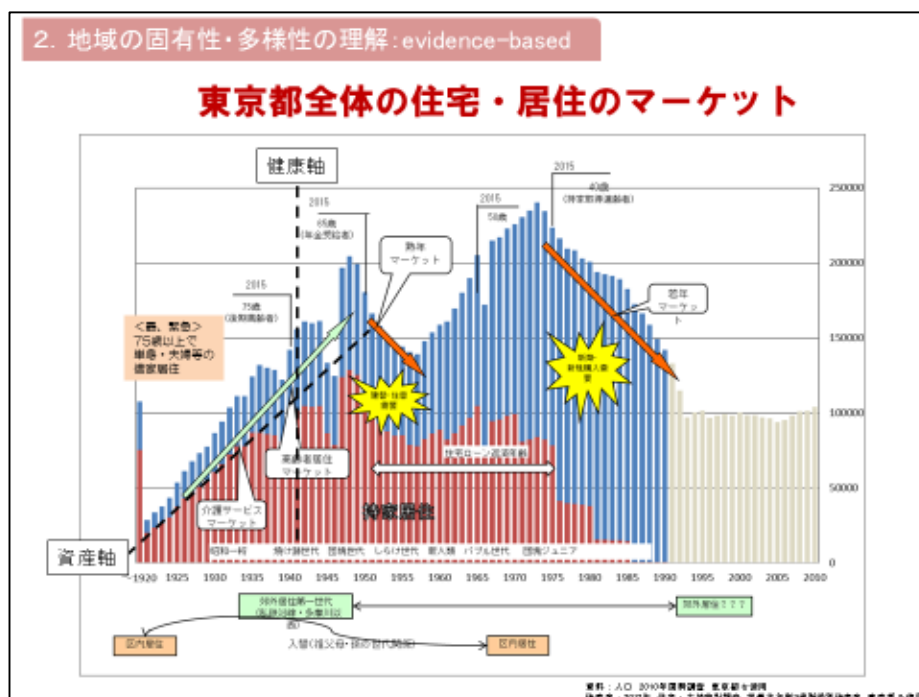
3. 地域の固有性・多様性の理解

〈東京都全体の住宅・居住のマーケット〉

スライドは東京都全体の住宅居住のマーケットを表したものです。2010年の国勢調査をもとに作成しました。横軸には、生まれた年を入れていて、縦軸は人口、棒グラフの赤は持家、青は借家居住の人口を表しています。国勢調査で示された年齢別の持ち家率から割り出したものです。

最初は親元において、20歳頃になると東京に出てきて、借家に住んでいたのがだんだん持ち家に移っていく。これが20世紀後半以降の日本人の基本的な居住スタイルです。

ここから何がいえるのか。グラフを見ると2つのコブがあるのがわかります。1つ目は1948年の団塊世代、2つ目は1973年がピークの団塊ジュニア世代です。これは偶然の一致だと思うのですが、ちょうどリーマンショックが起きた2008年、1948年生まれの人は満60歳、1973年生まれの人は満35歳でした。この頃の60歳というのは、年功序列賃金の恩恵をかりうじて被った、可処分所得の高い人たちです。



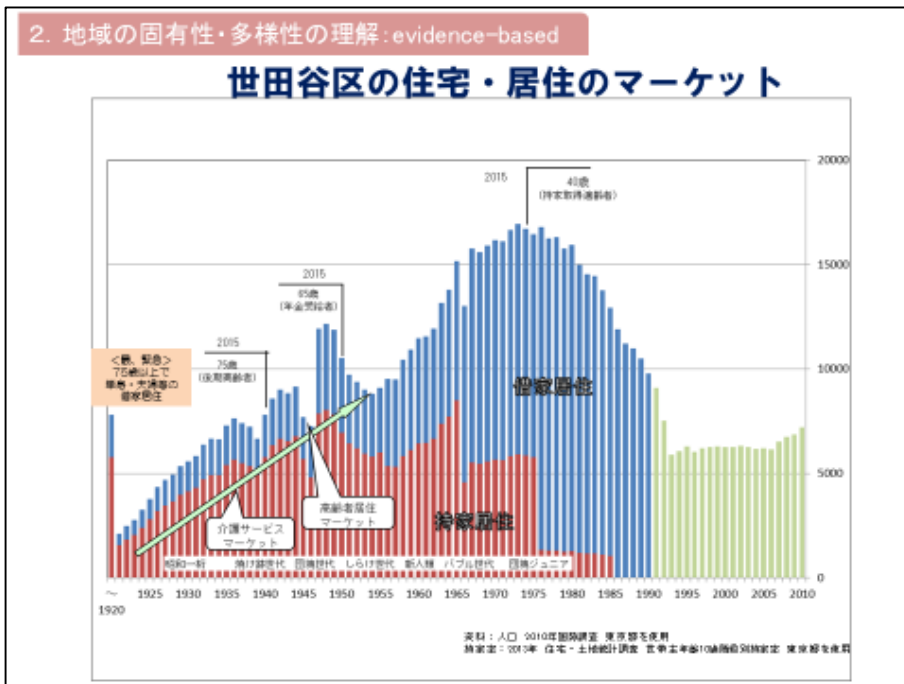
一方、35歳というのは住宅分野でいうのは家を買う適齢期になります。子どもがちょうど小学校に上がる年齢だということと、引退前に住宅ローンを返済できるようにするのに当時は25年ローンでしたので、35歳がちょうどいい時期だということです。新築を買う目安が35歳だとすると、2008年

以降、毎年の35歳人口は右肩下がりが増えることはなく、新築産業は壊滅状態だといえます。

60歳というのも、実は家のリフォームどきであり、通勤族なら終の住まいをどこにするかという年代です。したがって、60歳人口が右肩上がりの状況というのは住宅産業にとっても需要のターゲットが増えるわけですが、そこも2008年以降は右肩下がりになっています。つまり、21世紀の日本の経済の繁栄を支えてきた住宅産業が、完全に右肩下がりになっているのです。

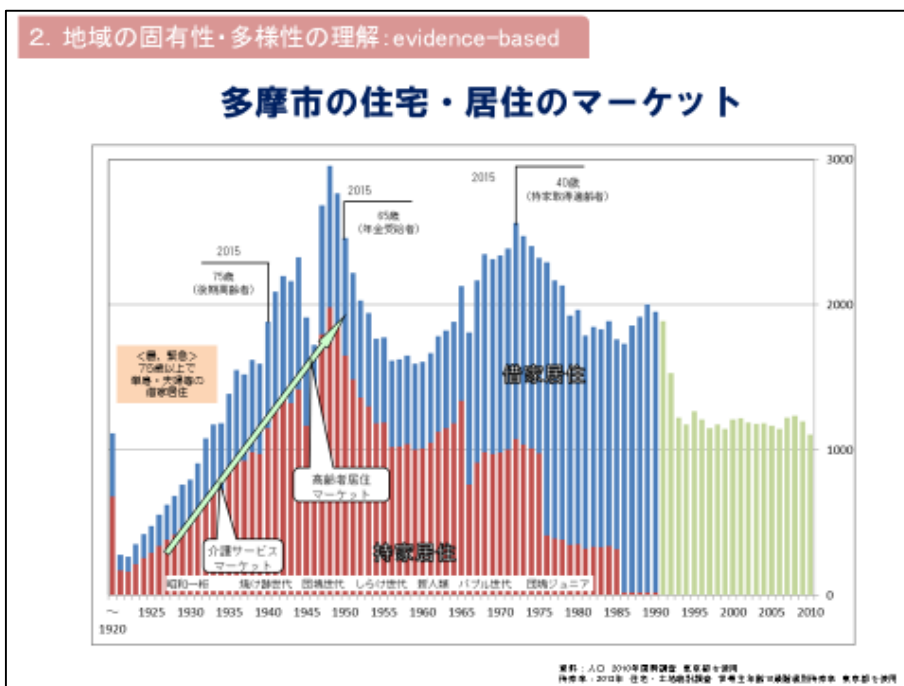
〈地域ごとに異なる高齢化の実情〉

では、都内がどこも同じかという点、そんなことはありません。世田谷区と多摩市を例に挙げると、世田谷区は人口が90万人弱と多いのですが、実はあまりシニアがいません。2つのコブのうち1つ目が小さい。



2015年時点で40歳の人が多く、しかも借家居住が多い。面白いのは、2010年生まれに向かってグラフが少し上がっています。3つ目の小さなコブができるかもしれませんが、いずれにしても、世田谷でも高齢化は進みますが、増え方は緩いわけです。

一方で多摩市は1つ目のコブが大きくなっています。したがって、これから高齢化の波が急激にやってくる。一方で、2010年生まれのあたりが下がっています。子供は増えていません。



同じ東京都でも地域差がこれだけあり、東京都全体で考えていても問題を解くことはできません。地域ごとに考えていく必要があるのです。

〈郊外住宅地は高齢者が偏在〉

今度は東京都ではなく、郊外の住宅地の例です。郊外の住宅地は、開発された単位ごとに高齢化が進んでいくため、高齢者は局所的に偏在しています。

例えば、某大手ハウスメーカーが開発した郊外のある住宅地には、850世帯2500人が住んでいます。開発から40年が経過し、高齢化率は実に4割。これは過疎地の限界集落と同じです。

高度経済成長の時期に開発されたので、土地は60坪程度で家も30坪以上あるような立派な家が並んでいます。買う時の金額とその後のローン返済、メンテナンスの費用を考えると、1軒あたり1億円程度を使っていると思われます。つまり850世帯が家（居住用不動産）に投下した資本は約1000億円です。

この人たちの年金が仮に1世帯あたり300万円と考えると、年間のキャッシュフローとしては、住宅地全体で25～30億円となります。これは景気の影響をあまり受けません。住民の預貯金は、日本の平均的な世帯が2500万円であることを考えると、全体で200億円程度になります。こういう人たちがこれから5～10年後に後期高齢者になると、このエリアだけで介護保険にかかる総費用は約5億円、後期高齢者への医療費は約8億円と試算されます。わかりやすいようにあえて金額で話をしているのですが、ここに暮らす人は経済的に困窮しているわけではありません。

こういうエリアで、住民が最期まで幸せに暮らせるような仕組みをズームアップして考えると、おもしろいのではないかと思うのです。つまり、どういう支え方をすれば、ここで暮らす住民の最大限の幸せを実現できるのか。この住宅地が内包している金額に対する対価といいますか、質の部分のデザインが必要だと思うのです。

しかし現状では、そうした発想がなく、住民がただ施設探しに終始してしまっているところが、私としてはとても残念です。そうではなく、住まいも交通環境も含めてこの場所にふさわしい問題の解き方をすれば、よりお金をかけずに質の高い生活環境が実現できるのではないかと、というふうに思っています。

4. エリアマネジメント：地域の持続・再生と互助の醸成

〈地域をマネジメントする主体は誰か〉

エリアマネジメント（地域経営）は、地域の持続・再生と互助の調整のために不可欠だと思います。はき違えてはいけないのですが、それは新たに開発してまちをつくることではありません。超高層マンションを建て、「ここはエリアマネジメントのある超高層住宅です」などと言っているのですが、本当の問題は新規のエリアの話ではなく、もうできあがってしまった市街地、住宅地のエリアマネジメントをいったい誰がやるのか、ということにあるのです。

行政がやってくれるのでしょうか。行政が持っている手法は、立地規制と計画経済しかありません。行政も一生懸命考えて「条例をつくらう」などと言うのですが、古ぼけたパソコンと同じで、スイッチを入れても立ち上がるのに2年、3年とかかり、その頃には前提としていた条件が全く違う状況になっている。気絶しそうなほどのスピード感での対処が必要なのです。

3. エリアマネージメント：地域の持続・再生と互助の醸成

エリアマネージメント
地域をマネジメントする主体は誰か

	行政	民間
目標	「安心」の提供	「信頼」の提供
手法	立地規制と計画経済	囲込みと量の確保
問題点	・非効率 ・非競争 ・変化に鈍重	・ノンプロフィット ・非採算 <small>ディベロッパー、ハウスメーカーは走り逃げ建て逃げしてきた</small>

第三の主体の創造

民間手ベ ×?
政、公社 △?
電設会社 ○?
民間では抱えきれない?

では、民間はどうか。民間は四半期ベースの利益でしか物事をみません。ある部分が非採算だともうダメなので、なかなか動きづらい。一方、20世紀のディベロッパーとハウスメーカーがやってきたのは、売り逃げと建て逃げでした。建てて売るだけで逃げてしまったのです。URや公社も、都市の基盤を支えてマネジメントするという機能はほぼ失ったに等しい状況です。第三の主体の創造が必要です。

〈エリアマネージメントの処方箋〉

エリアマネージメントの主体がない状況をどうするのか、その処方箋は、日本より早く成熟し、早く衰退した欧米にあります。日本では、65歳以上人口が全人口の半数を越えたら限界集落と言いますが、アメリカなどはとてもポジティブで、50歳以上の人があるエリアに半分以上になると、「自然発生的リタイアメントコミュニティ」と呼ぶのです。

3. エリアマネージメント：地域の持続・再生と互助の醸成

エリアマネージメントの処方箋
実は、郊外住宅地は「自然発生的リタイアメントコミュニティ」

大都市の郊外住宅地の市民

- ・「自然発生的リタイアメントコミュニティ」のメンバーに
- ・成熟期、引退期、老後期を生き生きと安心して過ごしたい
- ・暇を持て余すよりも、「役割」を持ちたい

大きなビジネスチャンス

第三の主体の創造

市民、市民、市民

市民主体の非営利組織

企業主体の非営利組織

民間企業、企業、企業

◆第三の主体の事例

- Business Improvement District (BID)
- Home-Owners Association (HOA)
- Non-profit Organization (NPO)

民間住宅企業

- ・落下傘ビジネス(テレビコマーシャル、インターネット)の限界
- ・即地ビジネス(前線基地、ワンストップ、親密性)の可能性



街の拠点：グラン・クラブハウス

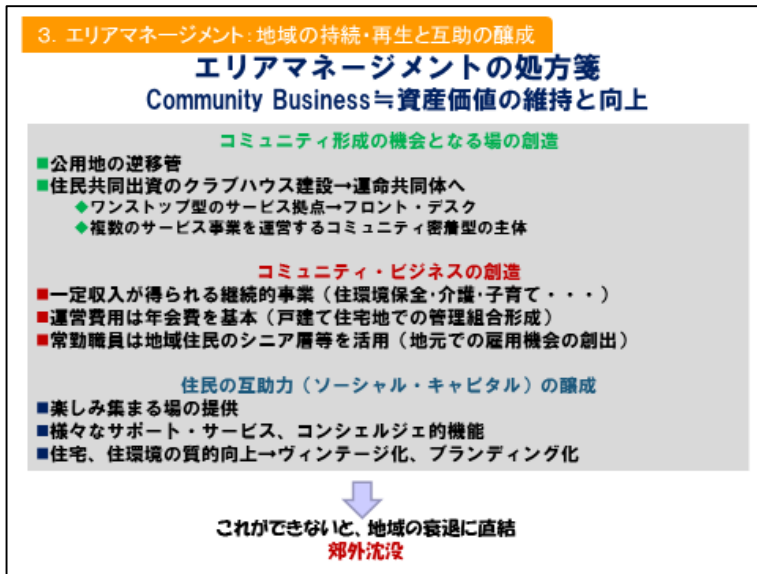
自らの「資産価値」維持、向上のために

- 運命共同体にする→共有財産を持つ
- リスクテイクする→出資する
- セルフマネージメント→自治

日本にも、先ほどの郊外住宅地の例のように、そういうまちがたくさんできています。そういうところが、成熟期、引退期、老年期、そして最期まで、安心して生き生きと過ごせるような本物のリタイアメントコミュニティになれるかどうか。暇を持て余すよりも、何かの役割を持ってもらうことがポイントだといえるでしょう。

やる気のある市民と、行き詰まった民間企業、この間に、第三の可能性、大きなビジネスチャンスがあると思います。事例を出すと、Business Improvement District (BID)、Home-Owners Association (HOA)、Non-profit Organization (NPO)が挙げられます。自分たちのまちにある自分たちの社会的共通資産を、どう維持し、再生していくのか、本気になって考えないとどうにもならない状況にきていると思います。

〈生き残るまち、消えていくまち〉



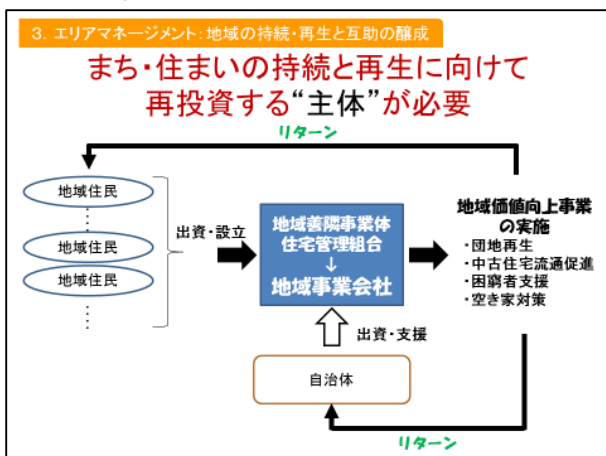
ではどうしたらいいのか。私は、地域で運命共同体になることが必要だと思います。そこに住むことによって、自動的に運命共同体になるというのが、社会学上のコミュニティの定義だからです。そのためには、共有の財産を持つということ、あえてしたほうがいいと考えます。例えば、地域の拠点となるクラブハウスをみんなで出資して建てる。自分たちがオートノミーに、つまり自治をするという仕掛けで小さなリスクを分散す

ることで、自分たちのまちをどうするのか、という主体性が芽生えるきっかけになると考えます。

人口減が急速に進む日本では、これから残れるまちとそうでないまちがはっきりしてくるでしょう。では、どういう住宅地が残っていくのか。地域の人たちの意識が「自分たちのまちの資産価値を維持・向上しよう」という方向にベクトルが切り替わった途端に、良循環の可能性が生まれると思います。

そのために、コミュニティ形成の機会となる場を創造してはどうか。公用地を貸してもらって、住民が共同出資をしてクラブハウスをつくり、運命共同体になる。そこでコミュニティビジネスを創造して、住環境保全とか、介護、子育てのように一定の収入が得られる継続的事業を展開する。戸建て住宅であっても、マンションの管理組合費と同じような管理費を払って組合をつくる。そこで雇用もつくったらどうだろうか。その結果としての住民の互助力（ソーシャルキャピタル）の醸成ということで、楽しみが集まる場を提供する。そして、さまざまなサポート・サービスのコンシェルジュ的機能をつくり、住みやすいまちとしてブランド化していく。こうして「オンリーワン」になれたところは残れるし、そうでないところが消えていく。スライドには「郊外沈没」と書きましたが、そのくらい、郊外には危機が迫っていると切実に思うわけです。

〈まち・住まいへの再投資が必要〉



東京には富が集中し、立派なインフラも建物もできています。しかし、建物は20～30年もすれば見かけ上の経年劣化が進みます。まちや住まいを維持していくためにはこの草臥れた部分を刷新する再投資が必要なのですが、問題はまちをよくするために再投資をする主体がないことです。

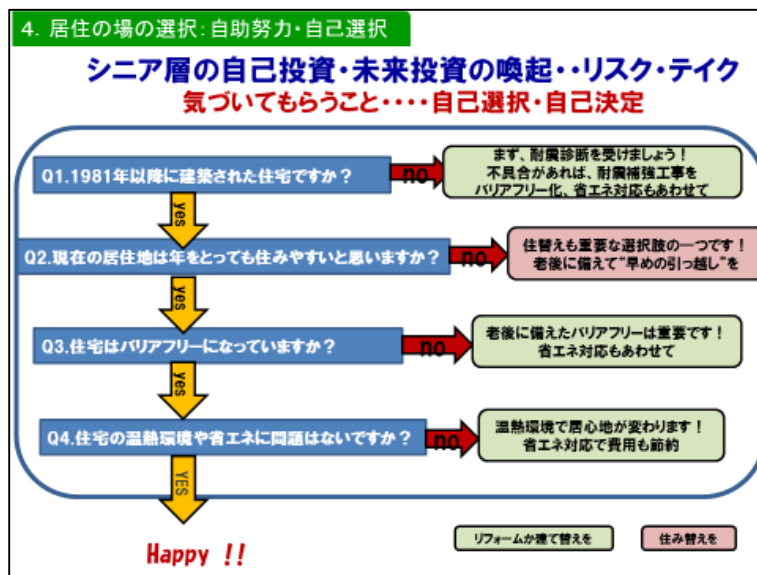
住民の中で出せる人が少しずつお金を出し合って、地域事業会社をつくり、そこから団地

の再生、中古住宅の流通促進、空き家対策といった地域の価値向上につながる事業を展開する。そういうことでリターンがあれば、経済的にも循環するのですが、それがなかなかできません。もしも、まち・住まいの持続と再生に失敗し、住む人が減っていくと、一層の資産デフレが起き、固定資産税が下がって、自治体経営は逼迫することになるでしょう。

5. 居住の場の選択：自助努力・自己選択

〈早めの住み替え・リフォームを〉

では、どうするのか。このスライドは、シニア層に「未来に自己投資しましょう」と呼びかける目的で、私がつくったものです。



Q1で「1981年以降」としたのは建築の耐震基準がそこで変わっているからで、それ以前に建てられた家は耐震診断を受けなければ十分な耐震性が確保されているかがわかりません。今、家は売るにしても貸すにしても耐震性の有無が大きな条件になります。Q2では、住み替えは非常にエネルギーがあるので、早めの決断を促しています。Q3、Q4は、バリアフリーは転ばぬ先の杖であり、断熱性など温熱環境を整える

ことも重要であること、さらには水光熱費のランニングコストを抑えられるよう省エネ対応も考えていこうと呼びかけています。水道料金が上がってしまうため、リタイアしたらお風呂に入る回数が少なくなった、という調査も実際にあります。

つまり、資本投下ができるうちに家を立派にしておいて、ランニングコストを節約しよう、ということです。しかし、現実には多くの人が成り行きまかせで、いよいよ具合が悪くなってから「もう家では無理だ、施設を探そう」ということが往々にしてあるわけです。そうなる前に、高齢期を迎える入り口で、早めの引っ越しあるいはリフォームをする、という選択を考えてもらう必要があると思います。

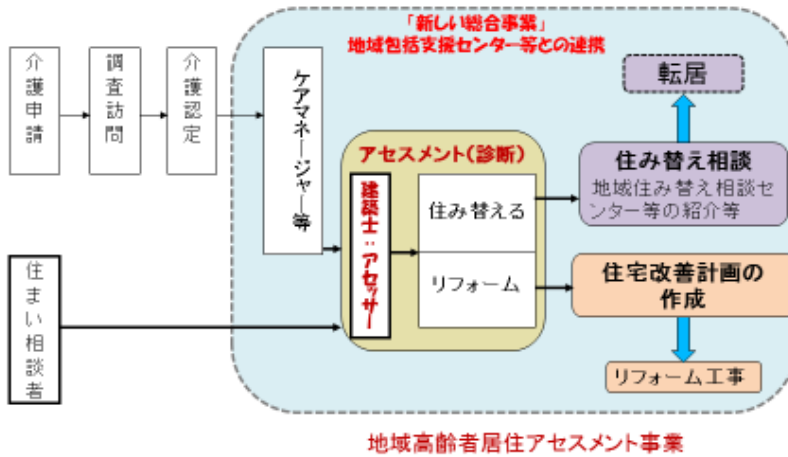
〈居住アセスメントの必要性〉

「居住の場の選択」をアシストするような、アセスメントの仕組みつくるために、建築士の活用を図ってはどうかと考えます。特に、女性建築士とリタイアした建築士の活躍に期待できると思います。

4. 居住の場の選択: 自助努力・自己選択

地域の住まい専門人材としての 「建築士」の活用を図る

高齢者の在宅環境の整備を図るための仕組みが必要!!



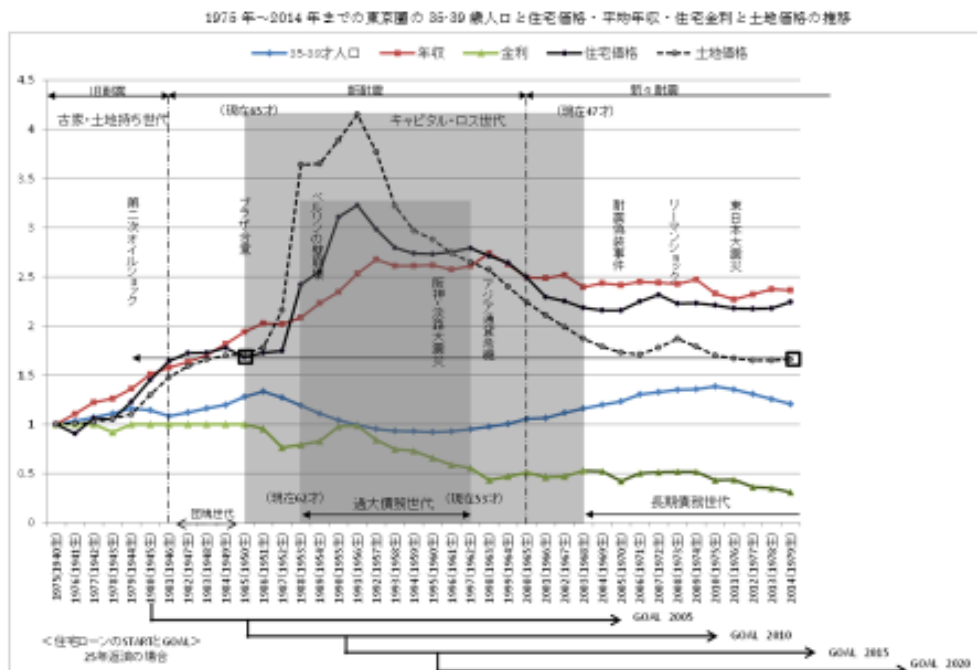
資料: 日本建築士会連合会での構想イメージ

〈各世代が抱える“不都合な真実”〉

では、どうしてこのような居住の場の選択が進まないのか。そこには各世代が抱える“不都合な真実”があります。このグラフは1975年を基準に、住宅価格や土地価格などがどのように変動してきたのかを示したものです。

住宅の平均価格（黒い直線）は、1975年を「1」とすると、バブルがピークを迎えた1990年には約3倍になっています。土地価格（黒い点線）はさらに大幅に上昇しました。平均年収もかなり上がっています。「家は安いうちに買ってローンを組んだほうが、返済が軽くなる」というの

不都合な真実：古家・土地持ち世代→キャピタル・ロス世代→長期債務世代



資料: 35-39歳人口: 総務省統計局 (<http://www.stat.go.jp/data/hito/27.html>), 長期時系列データ、毎年10月1日現在人口(東京都・神奈川県・埼玉県・千葉県)
 住宅価格、平均年収: 国土交通省住宅局 (<http://www.mlit.go.jp/common/001036800.xls>)
 住宅金利: 住宅金融支援機構 (<http://www.jf.go.jp/fac/kusokin.html>), フォット35は実際の金利の最格値
 土地価格: 国土交通省土地、水産部 (<http://tschi.mlit.go.jp/chika/ksu/00000303/77.html>), <http://tschi.mlit.go.jp/chika/chisuna/2015/04/28/38-1.pdf>)

は 1985 年頃までだったといえるでしょう。

一方、家を買う年代である 35-39 歳人口（青い線）の変動をみると、1986 年と 1990 年にピークがあります。前者が団塊世代のピーク、後者が団塊ジュニア世代のピークです。もしバブル経済がなかったら、単純に 35-39 歳人口が多いときに住宅の値段が上がり、少ないときに下がっていたはずですが、バブル経済はそういうことと無関係にやってきました。

したがって、住宅も土地も価格がピークの 1990 年頃を買ってしまうと、その後、給料は上がりませんので、債務はとて大きなものになります。25 年ローンでやっと払い終わるのが 2015 年で、この返済債務がボディーブローのように家計に効いてきます。そしていざ、老後を迎えたときには余力が残っていない。ここが非常に大きな問題となるのです。

もう一つ、2014 年時点の土地の価格は、1985 年と同程度まで下がってきています。日本の木造家屋は築 20 年を越えると評価額がゼロになるので、結局、資産として評価されるのは土地価格だけです。ですから家も土地も、買ったときより遥かに安くなっているわけです。これをキャピタル・ロス世代と書きました。要するに、土地や住宅を高掴みしてしまった人が、今の 53~62 歳位までの人の中に含まれているということです。

一方で若い人はどうかというと、その後、住宅ローンの返済期間が延びました。35 年かけてローンを支払う長期債務世代です。このように、日本の経済的な変動によって私たちの人生は大きく左右されている側面があり、資産形成が比較的順調だった昭和一桁生まれと比べると、ポスト団塊世代以降はかなり厳しい状況にあるといえます。

6. サービス付き高齢者向け住宅等

〈サービス付き高齢者住宅の登場〉

そうはいっても、日本の 65 歳以上の 83%が持ち家に滑り込んでいます。土地も建物も持っているのですが、それだけでは十分ではありません。なぜなら、家があっても生活支援がない。だから、生活支援を求めて住み替えざるを得ないのです。

そういう中で、2011 年 10 月に「サービス付き高齢者向け住宅」が登場し、わずか 4 年で約 19 万戸が登録されました。しかし現実をみると、都市の遠方で地価の安いところに偏在しています。しかも、最低面積の 18 平米から 25 平米までが 7 割を占めています。30 坪の戸建住宅で暮らしてきたお年寄りが、1 人になって 18 平米のサ高住に移り住んでいる、というのが現実なのです。

実際、サ高住とは何なのかということを、国交省もほとんどアナウンスしませんでした。自立型ということでスタートしましたが、現実には入居者の 8 割は要支援 1 以上で、3 割は要介護 3 以上です。ほぼ要介護の方のための住まいとなっているのは、マーケットが出した結果だといえるでしょう。

何より問題なのは、「サ高住」と「地域包括ケアシステム」との関係が不明確なことです。行政の人は両者に関係があるとはほとんど思っておらず、まして民間事業者は両者を関連付けて考える思考がおよそ希薄です。これが、非常に大きな問題を生んでいます。

〈サ高住が直面している課題〉

では、サ高住とは何なのでしょう。法律には、「ある一定の条件を満たした住宅を登録してあげますよ」ということしか書かれていません。国交省からは、1戸あたり最大100万円の建設補助が支給されています。医療と介護については外付けが一般的で、食事と見守りは「民民契約でやりなさい」ということになっています。したがって、普通に考えると家賃と食費、見守りで最低でも12~13万円がボトムで、土地の高いところだと20万円を超える設定になります。

ところが、サ高住は中コスト、中負担、中ベネフィットだと思っていたら、いざふたを開けてみると家賃の最低額が生活保護費の住宅扶助費とほぼイコールというものがかなり増え、一方では富裕層向けのものでできています。両極端になっていて、中間層のものが意外と少ないのです。

さらに、サ高住が増えた背景には、地主の相続税対策あるいは土地活用のために、高齢者住宅を建てるという奇妙な事業スキームがあります。節税策に対して、1戸あたり100万円の税金が投じられているのですから、どう考えても奇妙としかいいようがありません。

〈地域包括ケアシステムの拠点として〉

これからのサ高住は「もう一つの家」として地域包括ケアシステムを支える拠点になれば良いのではないかと考えます。

例えば、1階に訪問看護ステーションやクリニック、デイサービスなどの医療・介護サービス、2階から上は賃貸住宅を設置するというように、複合的な施設が地域の拠点となるかたちが、一つの理想といえるでしょう。自宅で暮らしながら在宅サービスを受け、在宅生活が難しくなったときに、拠点にある賃貸住宅に移り住む。こうして地域で安心して暮らし続けることができます。経営母体が別であっても、できることを寄せ集めればこのような拠点をつくることができます。サ高住もこのようなネットワークの中に入っていく必要があるでしょう。

問題なのは、このような建物をつくるには相当な初期資本が必要であり、資金の出し手がないことです。そのため、相続税対策としてサ高住を建てる、といったことが起きてしまっているのです。さらに最近では、ヘルスケア施設に投資するファンド、ヘルスケアリートが外資に好評だそうです。これも非常におかしな話で、そもそもヘルスケア施設の経営が成り立っているのは、日本の場合には医療保険と介護保険というベースがあるからです。このような公的なものに、外資がフリーライドしているのです。こういうことに対して私たちは無防備すぎると思っています。自分の負担と受益に対して、もう少しロジカルな視点で考えていく必要があります。

〈看取り、看取られる環境づくり〉

最期まで地域で過ごせる環境の実現が、私たちが目指すゴールだと思っています。若い人が看取りの経験することは、「自分もこういうふうに見取られるんだ」という安心感につながります。「高齢者のために」ということではなく、0歳から100歳以上の全ての人の安心のために、看取り看取られる環境をしっかりと整えていくことが、これからは重要ではないでしょうか。

そういう意味でも、サ高住には「もう一つの家」としての役割が期待されると思います。最近では定期巡回随時対応型訪問介護看護や小規模多機能居宅介護といったいろいろなアイデアが出てきましたが、それらと縦横無尽に組み合わせることで、サ高住もゴールにたどり着けるのではないかと考えています。

第16回「大都市における地域包括ケアをつくる政策研究会」

『大都市地域包括ケア、いくつかの断片』

話題提供： 宮島 俊彦 氏
岡山大学 客員教授・元厚生労働省 老健局長

日時： 2016年3月17日（木）19：00～21：00

場所： 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー6F
ステーションコンファレンス東京 605A 会議室

◆第 16 回

大都市地域包括ケア、いくつかの断片

【話題提供】

宮島俊彦氏（岡山大学客員教授・元厚生労働省老健局長）

1. 日本の現状と将来推計

保険料の天井

	2012	2025
国保	月額 7600円	月額 9300円 (月額 9200円)
協会けんぽ	保険料率 10.0%	保険料率 11.1%程度 (保険料率 10.9%程度)
組合健保	保険料率 8.5%	保険料率 9.4%程度 (保険料率 9.3%程度)
後期高齢者医療	月額 5400円	月額 6500円程度 (月額 6400円程度)
介護第1号	月額 5000円	月額 8200円程度 (月額 6800円程度)

2012年3月 厚生労働省資料

〈日本の課題〉

まず人口ですが、日本はこれから若年層が激減していきます。介護労働者の数を確保するといっていますが、とてもできる状況にはありません。では何が求められるかという、介護の生産性を高めるしかありません。数を確保できない以上、そうする以外に方法がないのです。

次に保険料です。2025年には後期高齢者医療が月額で6500円程度、介護保険が8200円程度という推計が、厚労省より出されています。合わせて1万5000円近い金額を、後期高齢者本人が支払うということになりますから、かなり厳しいといえるでしょう。そうすると、ほかの財源で補うという話が出てくるわけですが、しかしながら今回も、消費税の増税は延長されました。

保険料の天井にどこかで必ず突き当たるのが、見て取れるわけです。

10年の変化—①医療費等

	平成15年度	平成25年度	増加率
国民医療費	30.8兆円	39.3兆円	+28%
病院	16.9兆円	21.0兆円	+24%
一般診療所	7.4兆円	8.4兆円	+14%
歯科診療所	2.5兆円	2.7兆円	+9%
薬局調剤	3.9兆円	7.0兆円	+81%
病院入院患者1日 当たり医療費	25839円	33994円	+32%
病院外来患者1日 当たり医療費	8738円	12989円	+49%

〈過去10年間の医療費の変化〉

ここからは10年間の医療費の変化をお示ししていきます。入院患者および外来患者の1人あたりの医療費が、かなり増えています。これは、提供される医療が濃くなっていることを示しています。

病院全体の10年間の変化をみると、病院数も病床数も減少し、病床利用率も減っています。そして外来も、患者数が減っていま

10年の変化—②病院全体

	平成15年	平成25年	増減
病院数	9122か所	8540か所	△6.4%
病床数	163万床	157万床	△3.6%
1日平均在院患者数	139万人	128万人	△8.2%
1日平均新入院患者数	38158人	41686人	+9.2%
1日平均退院患者数	38218人	41744人	+9.2%
1日平均外来患者数	166万人	139万人	△16.3%
病床利用率	84.9%	81.0%	△4.6%
平均在院日数	36.4日	30.6日	△15.9%
病院従事者 100床当たり	165万人	200万人	+21.8%
	100.8人	127.3人	+26.3%

医療機能別必要病床数の推計

	医療機関の届出	2025年推計
高度急性期	19.1万	13.0万
急性期	58.1万	40.1万
回復期	11.0万	37.5万
慢性期	35.2万	24.2万~28.5万
合計	123.4万	114.8万~119.1万

医療機関の届出は、病院機能報告の2014.7時点の病床数。通常の病院報告では、134.7万床(一般100.6万、療養34.1万)
2025年推計では、現状投影では152万床になるが、在宅医療等で29.7万~33.7万床分をカバーするとしている。

10

す。一方で医療従事者の数は結構、増えてきています。これが、ここ10年のトレンドです。

つまり、医療ビジョンで示されていることが、すでに起きているのです。1日平均の新規入院患者数および退院患者数は増えていて、平均在院日数も短くなりました。病院が、より病院らしくなってきた、ということ、この数字は示しています。

それが最も顕著なのが一般病床で、精神科病院も若干、同様の傾向がみられます。療養

病床だけはあまり減っていません。いずれにしても、「医療ビジョンというのは今のトレンドに合っており、それほど無理なことをいっているわけではない」というのが、私の感想です。

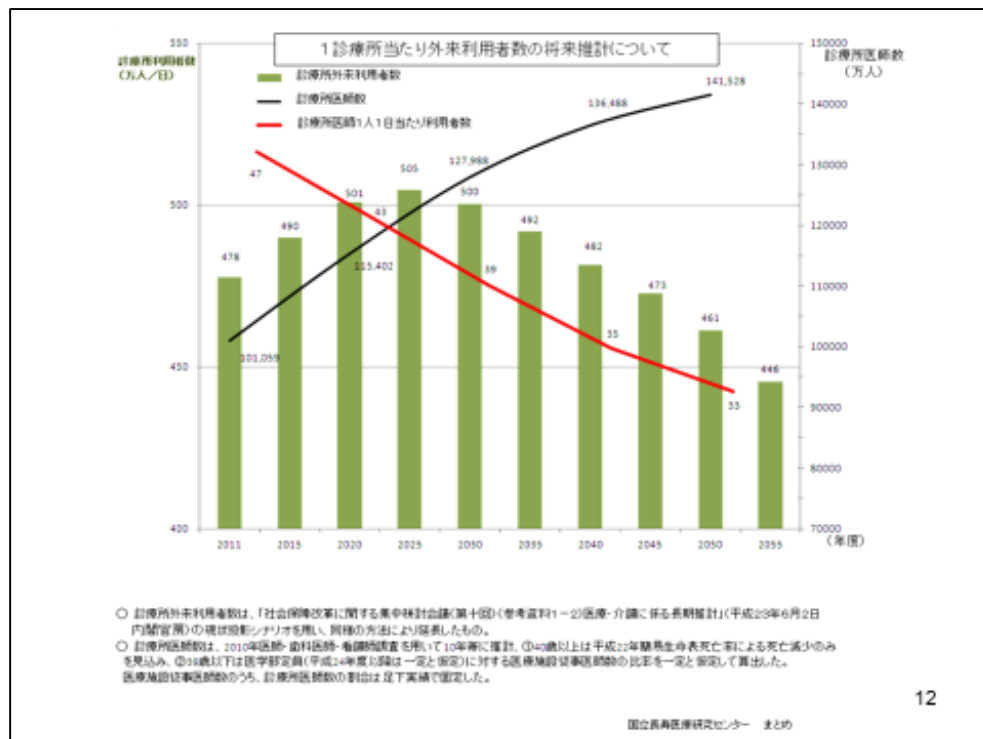
ただし、これはあくまで全国のトレンドです。首都圏が注意しなければならないのは救急の問題で、東京都は全国で最も救急搬送時間が長く、病院ベッド数も足りなくなっています。何か方策を考えなければ、首都圏は明らかに厳しいといえるでしょう。

〈将来推計〉

2040年までの外来利用者数の将来推計が出ています。長期的にみると、診療所の医師数は増えていくのですが、一方で外来の利用率は減っていきますので、今後、診療所が厳しくなるのは一目瞭然です。例えば人口10万人が5万人になるような地域では、医師1人あたりの患者数が大幅に減ってしまいますから、明らかに成り立ちません。

どうして外来患者数が減っていくかというと、団塊の世代が80歳ぐらいになると外来に通えなくなるからです。その分、医師には地域に出てもらおうということで、今、医師会ベースで在宅

医療の体制づくりが行われている状況です。



2. 地域包括ケアについて

〈地域包括ケアの課題〉

地域包括ケアの課題

- ①保健・予防ができているか
- ②自立支援に資するサービスになっているか
- ③在宅の重度者支援、看取りができるか
- ④生活支援・福祉サービスにどう取り組むか
- ⑤住まいと住まい方は適切か

・本人と家族の関係をどう考えるか

13

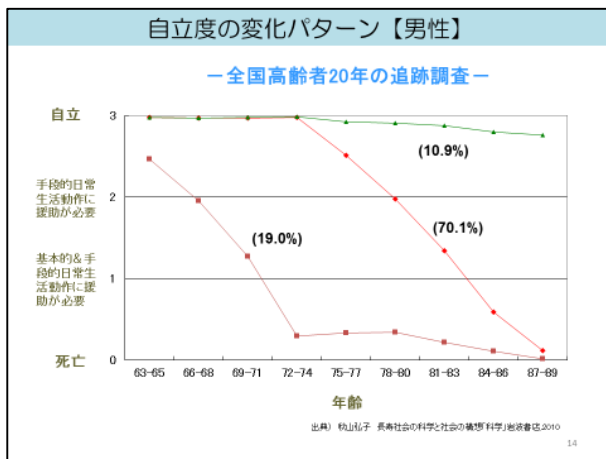
地域包括ケアの5つの課題をスライドに示しました。

日本の介護保険制度というのは、非常に間延びしたかたちになっています。例えば、要支援から要介護2までを「軽度」、要介護3以上を「重度」というふうに括ると、ドイツや韓国には、「重度」に相当する部分しか、サービスの対象となっていない。だから、制度がとてもわかりやすいのです。

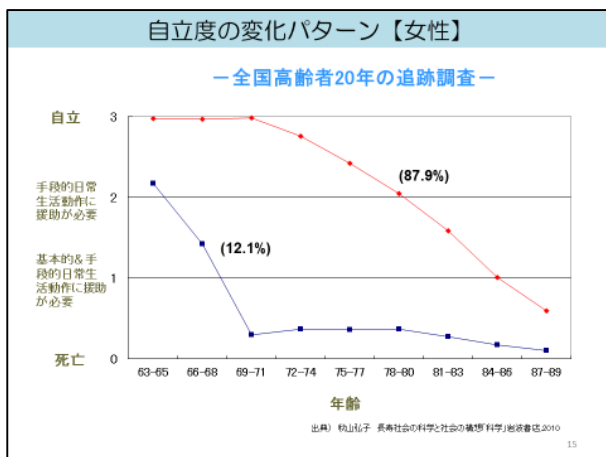
ところが日本の場合には、軽度の部分まで幅広く対象としているので、どうしても混乱が生じやすくなっています。例えば、課題①（保健・予防）や②（自立支援）は、せいぜい要介護2までの話で、要介護認定者全てに通じるものではありません。日本も、対象を要介護3～5に絞り込んでサービスを丹念に行っていくほうがいいのではないかと、私は思っています。

ところが日本の場合には、軽度の部分まで幅

〈自立度の変化パターン〉



スライドは、自立度の変化パターンを男女別に示したものです。男性の場合、72～75歳あたりから自立度が落ちてくるパターンが7割です。一方、女性はもう少し若い69～71歳くらいから落ちてくるパターンが9割近くを占めます。これを老年医学会ではフレイル、整形外科ではロコモティブシンドロームとっていますが、要するに脆弱化、虚弱化していくということです。



この、自立度が少しずつ落ち始めた要介護2や3の段階で、本当に必要なのは、自立を支援するようなサービスです。今の介護保険で提供されるサービスはミスマッチになってしまっていて、自立を支援できているかという、必ずしもそうではありません。

要介護度が4、5まで落ちてくると、医療や身体介護、看護が中心になります。疾患による違いはあるものの、要介護3未満と3以上に分けて考えると理解しやすくなります。

① 保健・予防ができているか

①保健・予防ができているか

○介護予防事業(一次予防、二次予防)

- ・効果が不明
- ・対象者の把握が不十分
- ・参加者が少ない

○介護予防給付(要支援者)

- ・介護予防の中身になっているのか？

16

では、先ほど挙げた5つの課題について、準に見ていきましょう。

まず、「保健・予防」についてですが、私が老健局長をやっていた頃、この予防事業というのが事業仕分けに引っかかりました。予防事業はまだ始まって3年しか経っておらず、当時はまだ参加者が少ない状況でした。廃止にこそなりませんでしたが、「きちんとエビデンスを出せ」ということが、このときから言われていたのです。

介護予防給付・介護予防事業の見直し

①予防給付によるサービスのうち

- 訪問介護、通所介護→介護予防・生活支援サービス事業
- 訪問看護、訪問リハ、福祉用具等はそのまま

②総合事業

【介護予防・生活支援サービス事業】

- 訪問型サービス
- ・現行の訪問介護相当
- ・多様なサービス
- 住民主体の自主活動として行う生活援助、保健師等による居宅での相談指導など

○通所型サービス

- ・現行の通所介護相当
- ・多様なサービス
- ミニデイサービス、運動器の機能向上や栄養改善プログラムなど
- 生活支援サービス(配食、見守り等)

【一般介護予防事業】

- 地域介護予防活動支援事業、地域リハビリテーション活動支援事業など

17

介護予防給付がなぜやり玉にあがったのかというと、2010年の財務省の予算執行調査で、「介護予防といいながら、やっていることは生活援助ではないか」といった指摘があったからです。デイサービスも「通所リハビリと言いながら、ただ預かっているだけ」という端的な指摘がありました。さらには、限度額該当者の調査というものもその当時に行われたのですが、支給限度額までめいっぱい利用している人のサービスの中身を見ていく

と、2種類以下のサービスが8割以上を占めていることがわかりました。つまり、身体介護よりも、掃除や洗濯といった生活援助が多くを占めていることが見えてきたのです。その一方で、例えば呼吸器疾患があるのに訪問看護が全く提供されていないなど、本当に必要なサービスに結びついていないという実態が浮かび上がりました。このような状況は今もまだ続いているかと思えます。

そこで介護予防給付、介護予防事業の見直しを行いました。「いろいろやれと言われて結局なんだかわからない」などと言われてしまっていますが、話としては単純で、予防給付のうち訪問介護と通所介護、ホームヘルプとデイサービスを別のかたちでやってはどうか、ということです。

「配食や見守りは、別にヘルパーがやらなくても、地域支援事業の中で配食業者にお願いしたり、見守り支援隊をつくってみてもいいですよ」ということを、言っているだけなのです。これは恐らく、給付の設計を変えようとしているのだと思います。

② 自立支援に資するサービスになっているか

予防的介護には、生活不活発の防止、口腔ケア、低栄養の防止、排尿ケアなどが挙げられます。例えば、「おむつを使わないで済むように排尿ケアをする」というのが予防的介護なのですが、実

②自立支援に資するサービスになっているか

- ・保険給付の家事援助(掃除、洗濯、料理等)
—生活支援で一部別体系
- ・予防的介護—生活不活発の防止、口腔ケア、
低栄養の防止、排尿ケア
- ・身体介護—入浴、排せつ、食事等の自立
- ・医療ケア—痰の吸引、経管栄養
インシュリン注射、褥瘡の手当て

19

はこの部分への給付が非常に弱いのが日本の現状です。埼玉県和光市では地域支援事業の中でこの部分をうまく補っていますが、これからは各自治体で、この部分をどう事業の中に組み入れていくのかを考えていく必要があるでしょう。つまり、給付の中身を再設計してはどうか、ということです。

医療ケアについては、もう少し裾野を広げていこうとしています。巻き爪をヘルパーが切っ

ていかないと、なかなか広がっていきません。

一方で、掃除、洗濯、料理などの家事援助は、今は保険給付のほうでできますが、今後は徐々に圧縮されていく、というのが長期のトレンドだと思います。もともとヘルパーというのは、福祉

の分野で、低所得者に家事支援をするところから始まっています。また、もう一つのヘルパーの源流として、平成8年に付き添い看護が廃止になり、平成12年に介護保険ができて、家政婦紹介所の人たちが介護保険に大量に入ってきた、という経緯があります。こういう歴史を考えると、家事援助をいきなり圧縮するのは難しい部分もあり、少しずつ進めていく必要があると思います。

寝たきりゼロ 10 箇条に、「手は

出しすぎず、目は離さず」が介護の基本とあります。日本人の「おもてなしの心」が、介護の場面で果たしているのかどうか。また福祉用具についても、ヨーロッパでは広く活用されていますが、日本では「人の手を使ったほうがいい」という意識が根強いようです。メンタリティの違い

だと思いますが、ここは少し意識を変えてもいいのかもしれない。

埼玉県和光市の場合

埼玉県和光市が要介護認定率引き下げを実現したことはよく知られています。「和光市だからできたこと」と思われがちなのですが、最近は大分県が和光市のバックアップを受けて全県的に和光市方式を取り入れ、2年ほどかけて今、認定率が下がり始めています。つまり、

寝たきりゼロへの10か条

第1条	脳卒中と骨折予防、寝たきりゼロへの第一歩	
第2条	寝たきりは寝かせきりから作られる、過度の安静逆効果	
第3条	リハビリは早期開始が効果的、始めようベッドの上から訓練を	
第4条	暮らしの中でのリハビリは、食事と排泄、着替えから	
第5条	朝起きてまずは着替えて身だしなみ、寝・食分けて生活にメリハリ	
第6条	「手は出しすぎず、目は離さず」が介護の基本、自立の気持ちを大切に	
第7条	ベッドから移ろう移そう車椅子、行動広げる機器の活用	
第8条	手すりつけ、段差をなくし住みやすく、アイデア生かした住まいの改善	
第9条	家庭でも社会でも喜びを見つけ、みんなで防ごう閉じこもり	
第10条	進んで利用、機能訓練、デイサービス、寝たきりなくす人の和、地域の輪	

20

埼玉県和光市 要介護認定率の引き下げを実現

○地域ケア会議

- ・軽度者についての介護予防の徹底
- ・リハビリ、低栄養の防止、口腔ケアなどをケアプランに反映
- ・保健師、リハ職、歯科衛生士、栄養士などで個別のケアプランを協議

○高齢者世帯の全数調査

22

一つの自治体だけに特別なことではなく、やればできるということです。

和光市が展開しているのは、「ADL と IADL をどう改善するのか」という方法論をバックボーンにしたやり方です。医療でもなければ、お世話でもありません。あのようなレベルでケアプランを作っていくには、トータルなマネジメントの能力が求められてくると思います。そこをさまざまな専門職のアドバイスをを受けながら行っていくわけですが、そういったシステムを創り上げていくには、やはり最短でも2年くらいはかかるだろうと思います。

もう一つ、和光市では高齢者世帯の全数調査を行っています。この取り組みのどこがいいかというと、アンケートが返ってこないところに戸別訪問をかけているところです。そこで人間関係が見えてきたり、虐待の実態を把握できたりします。マーケティングにもなっており、これからのような介護サービスを整備していけばいいかが見えてきます。

③ 在宅の重度者支援、看取りができるか

③在宅の重度者支援、看取りができるか

死亡者数 100万人→160万人(2025年)
今は病院で死亡が85%

垂直統合—在宅入院のような仕組み

水平統合—拠点型

24

垂直統合のところに「在宅入院のような仕組み」と書きました。退院してすぐは、生活がなかなか落ち着かないものですが、例えばフランスなどでは病院の医師が、在宅を訪問して、しっかりと診てくれるそうです。日本ではそのようなサービスがなく、結局は在宅は難しいということになって、施設や介護ハウスを探すことになります。東京都内の施設は高いから、地方へ流れる、といったことが起きているのです。

このような状況を改善するためには、退院後せめて1か月くらいは、特別なケアプランとか、特別なサービスをつくってしっかりフォローする仕組みが必要ではないかと思っています。退院直後から生活が落ち着くまでをしっかりと支えることができれば、在宅を継続できるのではないかと思っています。

このような状況を改善するためには、退院後

	デンマーク	日本
在宅ケアの供給	公的主体 統合ケア 24時間	民間多主体 医療と福祉の壁 24時間?
医師	家庭医	専門医の開業
ケア	包括訪問ステーション 看護師—ケアリーダー ヘルパー—看護とチーム 社会福祉・保健ヘルパー リハ職	看護師—訪問看護ステーション ヘルパー—訪問事業所
供給調整	公的に一元化	ケアマネジャー

松岡洋子「デンマークの高齢者福祉と地域居住」2005を参考に作成

25

日本とデンマークの比較

水平統合については、「拠点型」と書きました。日本では拠点型サービス付き高齢者住宅についてようやく議論が始まりました。

一方でデンマークはどうかというと、エリアが明確に区切られていて、そのエリアごとに包括訪問ステーション、家庭医が振り分けられています。これができるのは、公務員が行っているからです。

これに対して日本は、民間が中心で、医療と福祉も別々に動いていて、専門医が診療所を開業しています。それぞれがバラバラに運営していて、「エリアをカバーする」という発想がありません。連携というかたちでしか協働できないので、それをまとめるケアマネジャーは大変です。

このままバラバラではいつまでたっても地域包括ケアになりません。日本もそろそろ、「エリア

をどう抑えるか」という発想に切り替えてはどうかと思います。エリアごとに担当の開業医、看護師、ヘルパーを決める。できれば、それらの職種が同じところで働くとよりスムーズにいくでしょう。担当をどこにするのか、行政が勝手に決めるわけにはいかない部分もありますが、そこはある程度、市町村に権限を持たせていく必要が出てくるのではないかと思います。

こぶし園の故・小山剛さんが、介護付き住宅ではなく「介護付き地域をつくる」というお話をされていましたが、そういうことを日本もいよいよ考える必要に迫られていると感じています。

**東京大学高齢社会総合研究機構
柏プロジェクト**

○在宅医療の仕組みづくり

①市役所と医師会の合意形成
②医師会と多職種関係団体との連携の仕組みづくり
③顔の見える関係会議
④在宅医療研修(同行訪問など)

○豊四季台団地(UR)の再開発

①サービス付き高齢者住宅
②地域医療拠点

29

柏プロジェクト

一方、柏プロジェクトでは、医師会が中心となって人材を養成し、エリアごとに在宅医を張り付けていく、という方法を取っています。そこに歯科医師、薬剤師、訪問看護師などの医療関係者が加わって、顔の見える関係会議などを行い、連携を推進しています。ここはすでに個別のケースについてもグループワークで対応を検討するレベルにきています。あとは、これをケアプランに反映するところまでできれば

いいのですが、まだそこまでは至っていません。全体をまとめるコーディネーターをつくってこの問題を突破できれば、また違った世界が見えてくるのではないかと思います。

専門職間の役割分担に関する制度の見直し

① フィンランドにおける介護職員のカリキュラム

	職業専攻課程プログラム	
1年間	○ 児童・青少年ケア教育専門課程	○ 高齢者ケア専門課程
	○ 顧客サービス・情報管理専門課程	○ 障害者ケア専門課程
	○ 精神衛生、依存症中毒ケア専門課程	○ 口腔・歯科衛生専門課程
	○ 救急ケア専門課程	○ リハビリケア専門課程
	○ 看護・介護専門課程	
職業基礎学習		
2年間	○ リハビリ援助	○ 介護と看護
	○ 成長への指導と援助	
	○ 一般教養	○ 選択科目

出典：窪谷春美<厚生労働科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)「介護者の確保育成策に関する国際比較研究」分担研究報告書「フィンランドにおける介護者の確保育成策」>

30

フィンランドでは

資格制度も改めて考え直す必要があります。例えばフィンランドでは、保育も准看護師も看護師も、2年間は全て同じ基礎教育を受け、3年目に1年間、専門教育を受けて卒業します。

一方、日本では医療ケアもできる認定介護福祉士を検討する話も出てきています。あるいは、すぐにできることではありませんが1つの案として、准看護師と介護福祉士を1本化するということも、

今後は考えてもいいのではないかと私は思っています。

④ 生活支援・福祉サービスにどう取り組むか

生活支援・福祉サービスというのは、日本ではあまり理論化されていない領域です。「互助でやりましょう」という動きはこれまでもありましたが、NPOやボランティアをどこまで頼っているのか、ふわふわとした曖昧な状況です。

公助としての生活支援というのも意外と整備されておらず、「病院に行っていない」「介護保険の手続きができない」「銀行の手続きもできない」など、いろいろなことで困っている人がいます。

④生活支援・福祉サービスにどう取り組むか

生活支援サービス(見守り、ゴミだし、移動、買い物、手続き、修理など)

	提供のスキーム	提供者	負担
自助	市場	企業	利用者負担
互助	地域	NPO、ボランティア	利用者負担もある
共助	介護保険	介護保険事業者	原則1割
公助	困窮者支援	行政委託の事業者	なし

共助としての生活支援はどこまでか(洗濯、料理、掃除など)?
公助としての生活支援とは?—家賃保証、生活再建

福祉サービス

虐待問題 市町村調査
権利擁護、成年後見 市民後見人の養成、登録、監督

31

要介護者にこういった生活支援をいかに提供していくか、これからは考えていかなければなりません。当然、介護サービスだけではとてもカバーできませんので、地域支援事業をうまく組み合わせて、その地域で暮らせるようサポートしてください、ということ、国は自治体に求めています。

さらに、福祉サービスの部分では、虐待問題、権利擁護、成年後見といった問題があり、物事の性質からして介護保険だけの話ではなくなります。

しかし、実際にケアプランをつくる時にはこういう問題が当然、からんでくることになります。目の前にある問題なので向き合わざるを得ないのですが、ここで手間取ってしまって本来のケアプランまでなかなか手が回らないという実態もあります。そこをどう解決していくのか、ということも考えていなければなりません。

東京都山谷—ふるさとの会

○生活保護などの単身、低所得、ホームレス、要介護者を対象に、住まいの確保と生活支援

○民間借家の借り上げ一家賃保証

○家族的な生活支援

○医療、介護サービスへの橋渡し

*いい貧困ビジネスと悪い貧困ビジネス

32

東京都山谷地区「ふるさとの会」

生活支援の一例として、山谷地区の自立支援センター「ふるさとの会」の活動があります。ここは低所得者の住まいの確保と生活の支援を行っているNPOで、民間の借家を借り上げ、例えば入院をきっかけにアパートから追い出されてしまった生活困窮者を、家賃保証をすることで入居をサポートしています。こうして、生活が破壊されてしまった人の生活再建をバックアップしているのです。

入居者は、生活保護のお金の中から職員に支払いをしますが、それでしっかりと生活再建ができていますので、これは「いい貧困ビジネス」といえます。しかし一方では、生活に困っている人からお金を取ろうとする、「悪い貧困ビジネス」もあります。部屋をカーテンで仕切って狭いスペースにたくさんの生活困窮者を住ませ、お金をとるものです。こういう悪い貧困ビジネスが、悪い介護事業者とくっつくと、今度は要介護度をどんどん上げて稼ごうとします。

⑤ 住まいと住まい方は適切か

住まいと住まい方は適切か、ということで、高齢者の居場所と、居場所に関する権利、そしてケア提供の在り方を一覧にしました。

特養というのは、まだ8割くらいが4人部屋です。これから特養は低所得者向けの施設になっていくのか、今の4人部屋のままがいいのか、という議論があります。

老健は、特養化していくのか、もしくは在宅機能強化型の方向にいくのか、という二者択一を迫られることになると思います。訪問診療、訪問看護が盛んになってくるにつれて、「医師や看護

⑤住まいと住まい方は適切か

高齢者の居場所	居場所に関する権利	ケアの提供のあり方
療養病床、老健施設	利用権(医師の判断)	内付け
特養、グループホーム	利用権(一部措置)	内付け
有料(特定)	利用権	内付け
高齢者賃貸住宅	賃貸借	外付け
持家	所有権	外付け

施設の方向
特養—低所得?4人部屋でいいのか
老健—特養化or在宅機能強化型

発展形
拠点型サ高住
分散型サ高住
シェアハウス

普遍的な居住支援制度(高齢者、障害者、母子、失業者)

33

宮崎県—ホームホスピス かあさんの家

- ・終末期の方が、民家でホームシェア
- ・1か所当たり、5~7人程度
- ・訪問診療、訪問看護、訪問介護で対応
- ・温かな家庭的な環境
- * 介護ハウスと何が違うのか

34

非常にいいと言われているのですが、一方では、同じホームシェアでも、無届け介護ハウスのようなものもあり、問題となっています。

師は外付けでもいいのでは？」という議論も出始めています。

発展形として、拠点型サ高住というかたちを国交省が示しています。入居している要介護者だけでなく、地域にいる人も一緒に面倒を見るというものです。

これに対して「拠点型特養はできないのか？」という話がありますが、その場合には特養が住まいになって、サービスが外付けになりますから、特養ではなくなりま

す。実はデンマークがやったのがそれでした。デンマークに特養がなくなったのは、老人福祉法の施設から住宅法上の住まいへと転換した、というのが実態です。

もう一つの発展形として、ホームシェアという形態があります。宮崎のホームホスピス「かあさんの家」は有名です。一軒家をシェアするのですが、それぞれ個室があり、あたたかい家庭的な環境の中で、24時間365日の訪問診療、訪問看護、訪問介護が受けられます。ここは非

3. 認知症高齢者への対応

認知症高齢者の居場所別内訳

	居宅	特定施設	グループホーム	介護老人福祉施設	介護老人保健施設等	医療機関	合計
日常生活自立度Ⅱ以上	140	10	14	41	36	38	280

(単位:万人 平成22年9月末)

35

〈認知症高齢者の居場所〉

このスライドは、平成22年に認知症の要介護者の居場所について調査したものです。半分は居宅で、半分は何かしらの施設、あるいは病院に入っています。特養や老健の入居者というのは、認知症の人が9割程度とかなりのウェイトを占めています。

〈病気という見方、人という見方〉

認知症高齢者は、さまざまな呼び方をされてきました。「恍惚の人」にはじまり、「呆け老人」「痴呆性老人」、「認知症の人」等々。社会保障

「病気」という見方、「人」という見方

○「病気」という見方

「がんは悪い病気だからやっつけてしまえ」はいいが、「認知症はやっつけてしまえ」なのか？

○「人」という見方

障害者の場合は、「個人として尊重され、共生社会を目指す」ということだが、認知症の人と同じではないか？

37

プログラム法をみると、「認知症である者」と書かれていました。「認知症がある人」というのもあります。

こういった呼び方には、病気として見るのか、人として見るのかの違いが出ていると思います。例えば、がんの場合には「がん対策基本法」という法律がありますが、この名称はがんを“病気”として捉えたものです。つまり、がんはやっつける対象であり、だから“がん対策”という表現になります。一方で、障害者の場合には、「障害者基本法」となっていますが、“対策”が入らないのは、人として見ているからです。この違いは大きいと思います。

認知症の人に対していろいろな呼び方があるのは、このあたりの議論が混在しているからだと思います。仮に認知症にも基本法を定めるとして、病気と見た場合の「認知症対策基本法」と、人と見た場合の「認知症の人基本法」とでは、その性質には大きな差が出てきます（スライド参照）。

認知症(の人)に当てはめると

認知症対策基本法

認知症が国民の生活と健康に重大な問題となっているので

認知症対策の一層の充実を図るため

認知症対策を総合的かつ計画的に推進する

認知症の人基本法

認知症の人はかけがえない個人として尊重されるべきなので

認知症の人と共生する社会を実現するため

認知症の人の自立支援の施策を総合的かつ計画的に推進する

38

〈認知症施策推進総合戦略——新オレンジプラン 2015〉

新オレンジプラン 2015 には「認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進」ということで、「地域づくり」という言葉が入っています。イギリスでは、認知症の人に関する行動計画というものを政府が出していたり、企業も「金融界は認知症の人にこういう対応をします」といった行動憲章を示したりしています。「認知症の人が変わるわけではない、それなら社会が変わるんだ」ということをイギリスは言っているのです。日本でも「地域づくり」となればすべての省庁に関わる話になってきますので、そのような社会全体の取り組みが必要になってくるでしょう。

認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン2015)

1. 認知症への理解を深めるための普及・啓発
2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護の提供
3. 若年性認知症施策の強化
4. 認知症の人の家族への支援
5. **認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進**
6. 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及推進
7. **認知症の人やその家族の視点の重視**

40

全省庁に関係

厚労省	医療、介護、予防
文科省	研究、学校教育
国交省	住まい、街づくり、交通安全
法務省	成年後見、医療同意
総務省	消防、救急搬送
経産省	介護商品開発
消費者庁	経済被害
警察庁	犯罪被害、免許更新、行方不明など

41

本人の言葉
若年性認知症問題にとりくむ会
「クローバー」代表 藤田和子

○認知症になると、周囲から「さっき言ったでしょ」「なんでできないの」とよく指摘されます。それを言うのはたいてい家族です。でも、当事者には記憶がないからそんなことを言われてもどう対応していいかわかりません。記憶にないことを言われ続けると、家族への信頼を失い、あとは沈黙するだけです。

○BPSDを発している患者さんは、プチ虐待を受けていると感じている可能性があります。アルツハイマー病だからといって、意味もなく暴れたりしません。落ち着いたらそんなことはしないはずで、そういう行動をとるのは、理解してくれない家族によって苦しんでいる場合もあるのです。

42

認知症本人からの提案
(JDWG提案2016)

1. 本人同士が集まり、支え合いながら前向きに生きていくための拠点となる場を、すべての市区町村で一緒に作っていきましょう。何かを提供される受け身ではなく、わたしたちが主体的に活動できる場であることが大切です。

○「なんでもお気軽に相談を」とうたっている行政や地域包括支援センター等の相談窓口が 増えてきています。それをよく探して相談に行ったら、「利用できる制度やサービスはない」、「別のところに相談に行ったら」と言われてしまった人が多くいます(特に初期や年齢が若い場合)。

○ あるいは、介護保険サービスの一覧をいきなり渡されて、まだ必要もない介護サービスの 紹介だけをされておしまいとされた人も多くいます。

43

〈本人の言葉から見えるもの〉

スライドは、認知症になった方が書かれた本の一文を引いたものです。「さっき言ったでしょ」「なんでできないの」というように、記憶にないことを言われ続けても、どう対応したらわからないと、ここに書かれています。

もう1つのスライドは、今年の2月に出された当事者からの提案です。「本人同士が集まり、支え合いながら前向きに生きていくための拠

点となる場を、すべての市区町村で一緒に作っていきましょう」と書かれています。その一方では、「なんでも気軽に相談を、とうたっている行政や地域包括支援センター等の相談窓口をようやく探しあて相談に行っても、利用できる制度やサービスはない、別のところに相談に行って、と言われてしまった」ということで、表向きと実態が食い違っていることを指摘しています。

医療と介護の連携を推し進めていけば認知

症の問題が解決するのかというと、そうではありません。ただ介護保険サービスの一覧を渡されても、必要としているサービスはそこにはないのです。本当に求めているのは身体介護ではなく、「社会の中で活動できる場」あるいは「社会の中での役割」です。日本のソーシャルワークというのは思想的であり、このような対応は日本の福祉で最も弱い部分だといえるでしょう。

東京都町田市には、認知症の人に働く場を提供しているデイサービス「DAYS!BLG」があります。デイサービスから派遣されるかたちでさまざまな場所で働き、その対価としてお金を受け取ります。例えば、八百屋さんからジャガイモの芽を取る仕事をもらってアルバイトをしたり、車屋さんでトラックの洗車をしたり、といった具合です。認知症の初期で物忘れが始まったばかりという人であれば、こういったかたちで社会の中で活躍できるということです。

市町村の役割

○PDCAサイクル
・日常生活圏域ニーズ調査
・介護保険事業計画
・整備推進、連携(退院支援、地域ケア会議)
・評価

○新規
・在宅医療
・認知症ケアパス
・生活支援・福祉の構築

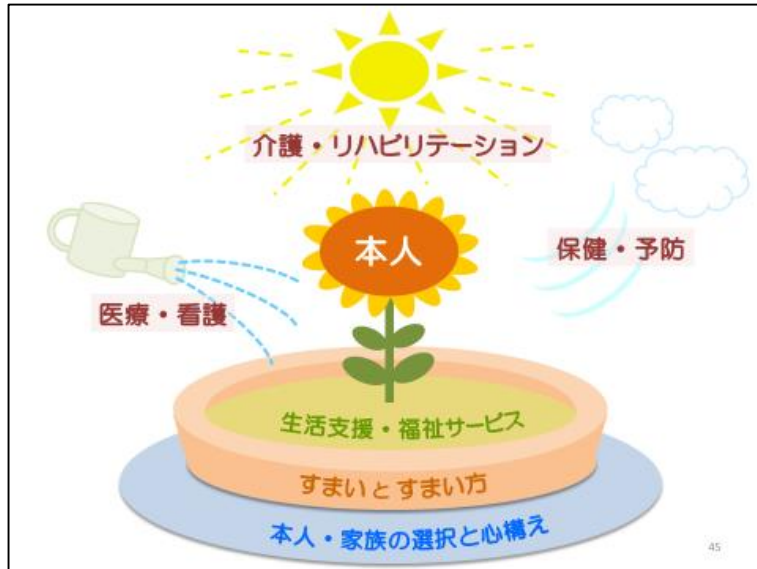
44

〈市町村の役割〉

今、市町村はやる事が盛りだくさんになっていて、「どこから手を付けていいの?」という状況かと思います。確かに、認知症ケアパスをいきなりやれと言われても、雲をつかむような話です。ポイントとして、まずは自立支援をどう入れていくか、ということ、そして医師会の参加をどう促していくか、というあたりからはじめてはどうかと思います。これだけのもの

をいきなりやって成果を出すのは難しいと思いますが、3年もしくはそれ以上というスパンで地道に続けていくうちに、徐々に目に見えるかたちで変化が現れるのではないかと思います。

最後に、このスライドは地域包括ケアの植木鉢の図を、少し造りかえたものです。認知症の人



たちから「本人が入っていない」と指摘されたので、本人を「花」として中心に入れてみました。医療・看護は「水」、介護とリハビリは「太陽」、そして保健・予防は「空気」です。もちろん土台となる土や植木鉢は、もとの図と変わりません。

このようなかたちで、認知症の人が地域の中で安心して暮らし続けられるようなまちづくりができるのではないかと考えています。