

第 25 回 超高齢化社会問題研究会

日時：平成 23 年 2 月 2 日（水）

場所：海運クラブ 301 会議室

報告：「地域包括ケア」

A では、第 25 回の「超高齢化社会問題研究会」を開催させていただきます。

今日はお忙しいところを、また、寒い中をお集まりいただきまして、大変ありがとうございました。

それでは、ご案内申し上げておりますように、「長寿あんしんプラン」についてお話をうかがいたいと思います。いろいろな施策をどういうふうにコーディネートしていくかということはこれから大変大事なことになってくると思いますので、その一つの模範的なモデルとしてお話を伺っていききたいと思います。

今日は、お忙しいところをわざわざありがとうございます。

**講師** それでは早速、資料に基づきお話をしたいと思います。

それでは、包括ケアを念頭においた、次の 5 期介護保険事業計画を前提に、いまやっていることをお話をしてみたいと思います。

（スライド 1 ページ下段）最初に、介護保険制度というのが、単純に介護保険法があり、障害者自立支援法がありということで見えていくと、俗に言う「絵に描いた餅」の計画をつくるとか言われますが、自治の中では、例えば自助（ご自分の力）とか、互助（ご近所力）ということがさんざん言われておりますけれども、そういった地区内の相互扶助が、制度でないものでもいろいろつながってきたのが昔からの社会なのかなと思います。その中に民生委員活動とか、学校区の支え合いの活動とか、公民館には、社会教育主事という方が地域ではいっぱいいらして活動をやっていたわけです。それと、行政の自治体で団体自治といったところ。

その自助とか互助だけを取り出すと、向こう三軒両隣、隣組制度、地縁・血

縁だとか、こういうところの機能が、郊外都市においても機能が落ちているような状況です。

地方分権下で、国と都道府県がありますが、基本的には縦ではなく横並びの関係です。その中で市町村行政があるように現在はなっていて、逆に言えば、国とか県を取り込んで市の応援をしていただくことが重要なのかなと考えました。その中で、民間企業のCSRもそうですが、そうではない視点として、コミュニティビジネスなどでの企業としての責務・責任というものについてお話をしていく。それから、非営利活動、社会福祉法人、NPO、公益法人だとか、高齢者が抱える課題の対応を一緒に話し合えるようなところが重要なのかなと思います。結構進んでいるところもありますけれども、バラバラとやるんです。それを、市内一体的にやるというような感覚で進めてまいりました。

市町にはマニフェストがあり、いわゆるマスタープランといわれる基本構想がありますが、基本的には自治基本条例の制定という中に介護保険法のテリトリーもあるのではないかと考えております。

ここで、「公共的な支え」、いまの政権的に言うと、新しい公共というのは本来こういうところなのではないかと個人的には思いますが、そこと、ご近所とか、ご自分の力といったところが相まっていかなければいけない。

介護保険制度は紫の部分で、保険者があって、保険者の下にいまでは地域包括支援センターがあります。直営とか委託と言われますが、そこに民間のサービス事業者とか、医療とか、介護施設みたいなものがある。個人でいけば、医師とか看護師の方たちがいままでもずっとご活躍をいただいた。介護保険制度というのは、確立されると相対的な社会保障の中の四角く出た部分かなと思います。

ケアマネジャー、ソーシャルワーカーと言われる方たちが地域の相談業務などに乗って、基本的にはインフォーマルな活動の、地域福祉のコーディネーターみたいな部分が弱かったという経験はあります。そこでよく、見守りとか買い物と言いますが、それは、集団的に支援したり、個別に支援するような状況があって、政策コーディネートというところでは地域のコーディネーターも一

緒にやるのかなと。そこに、人と人の地域の連帯が生まれてくるところがあるかと思います。

(スライド2ページ上段)いま、一番自治体に欠けているものは、やる気ある姿勢だと思います。国が制度を出しますと、A市の高齢者の課題とB県の高齢者の課題というのは、似たところもありますが、ほとんど違うところが多いのです。そこを調べていくのに、スクリーニングと言って地域のニーズ(課題)をきちんと把握していきます。その課題を解決するための手法等を、市民に対して地域ごとに合意形成をきちんと図っていく。その中から非営利団体とか、逆に民間事業者などからも、一方的ではなく、どんどん意見提言をいただくことが重要なのかなと思います。

「まちづくり構想」というのは、ナンバーワンではない、我がまち、我が地域の「オンリーワン」といったところがすごく重要かと思います。

その中で、自治体職員にやる気で欠けていたのは、洞察力、協調性、企画力、協働性。一番ないのは実行力です。隣のまちがやっているからこれをやろうとか、隣のまちはやっていないから、うちはまだいいのではないかと、首長を説得できないような方が非常に多いです。そういう中で基本的には実行力が、今後の地方公務員の仕事の楽しさみたいに持っていけるのに介護保険制度が一番合ったものなのかなと思いました。

やる気を起こさせて、市民と協働するための自治計画、介護保険、障害者・次世代、地域福祉とかありますが、基本的には地方自治法に基づくまちづくり構想といったものにあるんです、といったところです。

(スライド2ページ下段)そういう中、地域包括ケアといったところは今日のご先生方もいろいろな意味で聞いておられるかと思います。

(スライド3ページ上段)これは国の資料ですが、中学校区と言われる生活圏域 介護保険法では日常生活圏域と言いますが、その中で、介護保険及び民間介護、医療関係、そして予防関係、住宅、住まい、生活支援、これを一体的に縦割りをなくして提供する体制を「地域包括ケア」と私たちは呼んでおります。そこは地方もありますから、圏域はとりあえず、拠点から高齢者の在宅

まで 30 分で駆けつけられる。都市部においては、10 分、15 分といったところかなと思いますが、自転車でも歩きでも車でも、そういう定義はされておられません。

その中で、医療との連携とか、介護サービスでの在宅系の 24 時間をきちんとしていかなければいけないとか、あとは介護予防、ご当地体操もそうですが、介護予防の推進というのは、制度が始まってからはどうも介護予防が悪く言われてしまっています。政権的にもあまりよく言われたい。でも、介護予防に反対する人は誰もいない。ただ、制度のあり方に少し落とし込みがまずかったのかなと思います。あとは、介護状態になっても、介護保険法は措置福祉ではありませんので、自立支援というキーワードがいまは少し欠けている状況なので、そういったものをきちんとしていく。

介護保険外のものは、先ほどのご近所力、民間サービスを含めて、見守り、配食といったものの多様なサービスが地域に展開されなければいけない。権利擁護は、虐待を含めてすごく重要です。ひとり暮らし、高齢者世帯の増加、さらには、それに認知症が加わったということで、どんどんこういう高齢者の方が増えてきますから、こういったものに対応するためには地域の一体的な対応が重要です。

日本は、住宅基本法みたいなものの制定が、例えばヨーロッパなどに比べたらすごく遅かったのではないかと考えております。私が一番最初に知ったのは、阪神・淡路大震災のときに、「住環境福祉」ということを科を持ってやられている教授の方がいらっしゃいました。日本は、収容型と言うと語弊がありますが、施設介護というのは、居住権も賃借権もないところへの利用をしていくといったところから、賃借権、居住権を持つ住まいを前提とするような、いま、国土交通省と厚労省が進める住宅といったところが注目されてきている。この辺は、学研ココファンなどもそうですが、今後、介護保険と一体的な提供が重要であろうと思います。

持ち家については、日本人は 85% の持ち家率ですけれども、都市部においては低いという状況が出ています。

(スライド3ページ下段)そこで、拠点としては、まず住まいの安心、見守りの安心、これはひとり暮らし、高齢者世帯が増えてくるからです。お風呂に入っているときだけ部屋に来てほしいとか、そういう見守りというのもかなりオーダーはありました。食事の安心は、通常の食事を含めて、嚥下食とか医療食みたいなものが重要です。

医療の安心も、できれば日常生活圏域の中に、24時間在宅支援診療みたいなものが一つあるといいわけです。ただ、いまの医療制度の計画の関係でいくと、例えば市の中の中学校区という概念はあまり出てきませんので、一次医療圏、二次医療圏とありますが、今後は、介護保険なども日常生活圏域を重視してきているので、その辺が重要でしょう。

介護保険についても、できる限り地域に住み続けられるためには、ビルディング的な介護みたいなものを面的な介護で下ろさなければいけないわけです。その実現をするにはどうなのか。

一番欠けている、社会参加、交流と言われたところが、その人その人の性格とか人生がありますので、それに対応するものを地域につくる。学者さん的にはプラットフォームをつくるとか言いますが、そういうものの本質が重要なかなと考えました。

(スライド4ページ上段)「長寿あんしんプラン」というのが高齢者福祉と介護保険をやっていて、すべてが同じような考えでつくられます。例えば、すべてのものに日常生活圏域という概念を持たせております。例えば地域福祉でいったらそれは変わってしまうとか、次世代でいったら変わってしまうということはありません。最近、「共生型」という言葉が聞かれますが、基本的には共生型的なものをマスタープランで大義名分をうたって行っているということです。介護保険も、包括支援センターを中心に、障害者、メタボリックの関係なども包括してやるような体制をとっております。

(スライド4ページ下段)高齢化率は13.8ですから、比較的若い市です。高齢者の総数がどういうふうな状況にいくのかということをやっていないと、少し考えを浅くしてしまうと、首長なども、高齢化率13だから高齢者施策は弱

くてもいいのではないかというふうになってしまうのが、東京のベッドタウンとなっている埼玉、千葉、神奈川の問題なのではないかと感じております。

（スライド5ページ上段）最初にアウトカムからご説明しますと、事業計画でやって、介護保険は12年～13年と、下のほうから軽度の介護度、中度、重度となっていくますが、軽度については、国が介護予防を始めたのは18年、2年後の14年、15年から独自の方策で始めております。その関係で、日本全国では要支援から要介護1の軽度が50%を占めます。その後、3、4、5というふうになっていくんです。

その中で「介護予防効果」というものがあるって、13年～20年にわたる、いわゆる総人口に対する要介護認定者の割合は下方傾向に行っています。全国の認定率は16.4、埼玉県が13.4、市では9.8ぐらいまで落ちています。これは、介護予防の制度が変わった関係で、全国でも一定度、鈍化したというような状況になっていますが、明らかに施策1年後ぐらいから効果があらわれています。

普通は、介護1から非該当（自立）になるとえらい文句が来ます。認定審査に関して不服申立をするぐらいのことがあります。しかし、それはケアマネジメントのやり方がほとんど間違っていて、自立に向かう目標設定をしてこなかったのです。だから、福祉的な、いつまでたってもヘルパーさんと。その人がなぜヘルパーを使うに至ったかということがあまり検証されず介護のケアマネジメントはやられていたので、そのような状況が起こっている。

要介護認定者の減少だとか、介護度が軽くなること、自立になることが、ハッピー、幸せなことなんだということが、高齢者家族に浸透していったところが一番の成果かなと思います。結果として第1号保険料の低減が図られました。

それと、介護保険というのはケアマネジャーを含めているんな方がチームを組みますので、チームの縦割りを解消するために、介護保険以外の、例えば消費生活相談員だとか、弁護士さんだとか、そういう方たちのチームケアが成り立つことが標準化されてきた。それで、医療、介護を含めた包括的で継続的な支援が、現在、標準化されています。その関係でこういう好結果が出ているのではないかと考えております。

(スライド5ページ下段)平成12年の国勢調査と平成17年の国勢調査で現在も分析していますが、平均寿命が埼玉県内でも1位、2位に上がってきています。これは、寿命が延びた点とかいろいろあります。平均寿命が延びたんですけれども、認定者が増えていけば、それは寝たきり高齢者がその分だけ増えたという状況になるわけです。ただし、平均寿命が上がったけれども、要介護認定者は減って、死亡率も県下の中では下がってきているという状況があるので、健康意識が高まっているのではないかと考えております。

(スライド6ページ上段)地域包括ケアで目指したところは、現在、国の施策でも包括ケアを推進しているのですが、これが先ほど言った、特別養護老人ホームというのは何で安心なんだろうということなんです。24時間のケアがあって、介護、入浴、食事、ベッドコールとか、専門職のスタッフが配置され、バリアフリー空間もあるわけです。24時間の安心がありますということです。

こういったものを地域の面に落としたときには、例えば療護室だとか、ナースセンターというのはどういったところに配置すればいいのかとか、いろいろなことがあります。施策の中では、いわゆる高齢者の住まいという拠点のところ、24時間の訪問介護とか、例えば訪問看護とか、支援診療所だとか、調剤薬局 調剤薬局は、制度上、裏につくれとかいろいろ難しかったのですが

地域に住めない方は、特養とかではなくて、29室ある高齢者専用賃貸住宅などに地域の中からお住まいを変えていただく。リロケーションダメージといったものはかなり低減されます。

そして、ここだけにサービス提供するのではなく、地域に、在宅が病室とか、介護保険の一室という感覚を持っておりますので、そこに提供していく。ナースコールはありませんから、緊急通報とか安否確認システムを市のほうが委託事業でネットワークを張ってあるわけです。この拠点からどんどん介護関係が出ていく。施設にないものに互助的支援がありますので、いわゆる民生委員の声かけ、見守りといったことが、健常な高齢者にもあるし要介護認定者にもあるんです。そういう面的な介護空間で、日常生活圏域で、住み慣れた地域の中で介護が行われている。

いわゆるベッドとケアがパッケージというのが施設で、地域に行くと、住まいとケアが基本的には分離した状態にあります。そういったことが本来の尊厳ではないのか。施設完結型から地域完結型、住民のインフォーマルもあり、なじみの人間関係もある。

介護保険で賄えない生活支援サービスは、食事の提供、安否確認のITシステム、ベッド・トゥ・ベッドの地域送迎サービス、見守り、あとは、介護保険ではない福祉施策として、家賃の助成事業などがないと、なかなか地域展開というのは難しいと考えて、施策展開をしております。

(スライド6ページ下段)いまのような考えでつくられた拠点が、特別養護老人ホームは載っていませんが、ここに60床の特養、その横に99の老人保健施設がありますが、市民からは30人程度しか入らないという協定を結んでおります。

いま言った、ケア付き高専賃。イニシャルコストの関係があって、当初は特定施設をとるのですが、圏域が3つありますので、圏域ごとに整備を図っている。さらに小規模多機能型居宅介護という、お泊まりと訪問と通い(通所)が一体的になったもの。これは認知症対策ですが、小規模多機能とグループホームを一体的にしたものが日常生活圏域にやはり一つずつ。これからはこれを増やしますが、基本的に市内で高齢者のサービスは完結していきましようという方針を持っておりますので、マネジメントをする地域包括支援センターが4拠点あります。ここが本来は保険者の地域の出張所ですという形で、市民にはアナウンスをしております。

あとは、介護予防を進めるために、公民館だとか集会所の少しバージョンアップしたものに地域センターというのがありますが、歩いていける距離に介護予防の拠点を整備しております。

URの賃貸住宅があって、昭和38年から41年にかけて建ったエレベーターがない5階建ての団地ですが、ここが高齢化率34%です(市内全体は13です)。都市型限界団地とか最近よく言われますが、そういったところが2カ所ありまして、そこを重点的に、ケアを優先的に行うような計画を立てております。

公募事業者を募ってプレゼンをしていただいて、事業者は、建物の経費はかけて建てていただくのですが、土地は20年間無償です。国の補助金等を使ってそこに拠点をつくっていただいています。

この辺が、包括ケアで、いま国でいろいろ議論している中では、既に8割方完成した状況のもので、今後は、システムができたら数の対応をどう考えるか。介護予防では、17年改正というのは本来2015年を見据えていたのですが、2015年はすぐそばに来ていますので、いまは2025年を見据えている。

(スライド7ページ上段)いま言った、場所だとか、小規模多機能だとか、高専賃だとか、これに24時間支援診療所が入っているとか書いていないのですが、高専賃はすべてケア付きになっていて、広域型を除く地域だけの整備の表になっております。

先ほど地方分権の試金石と言ったところで、介護保険法は市町村特別給付などがありますので、市民へのアピールとしては、例えば介護保険のサービスが8個多いです、というようなアナウンスをよくします。

(スライド7ページ下段)その中で、市町村特別給付というのが介護保険法で条例の定めるところができて、簡単に言うと、配食サービスに管理栄養士が付いているサービスです。こちらはベッド・トゥ・ベッドの送迎。これは特区をとって、白ナンバーの有償運送の指定を取っております。紙おむつとか尿とりパッドも介護保険の中で行っている。普通はこういうものはすべて高齢者福祉の世界でやりますが、当市の場合は介護保険給付に入っている。

その財源は第1号の保険料のほうに求めています。訪問介護とか、特別養護老人ホームと同じ並びにこのサービスがあります。だから、ケアプランに入れやすいんです。介護保険外の高齢者福祉サービスになると、少し縦割りがあって、どうもスムーズに入らないんです。高齢者福祉で配食サービスをやっている団体などは、ひとり暮らしで低所得者に限るとか、いわゆる選別性が出てしまうのです。介護保険料を払っているのが普遍性なので、私たちは特別給付にこういうことを選んできた。

介護保険法の中では、地域支援事業で介護予防ヘルパーとあって、ヘルパー

が一定の運動器向上機能などを在宅で提供できるような制度をつくってあります。これは厳しい研修があるのですが、今回、国のほうで要支援1、2が増大してしまって少し失敗した背景には、介護予防訪問介護がどうも生活援助だけになってしまった。本来は理学療法士などの指導をあおぎながら、在宅で、ボディタッチはしないけれども、一緒に体操などをすればよかったです。すべてがすべて通所では来られないですから、そういうモラルハザードをつくっております。

また、管理栄養士のステーションをつくって、ここから管理栄養士が配食サービスを届けた家に、栄養指導が必要であれば、保健センターではなく、1軒1カ月8,000円の栄養マネジメントを提供できる。

同じように、歯科衛生ステーション、口腔ケアのステーションも行うことができる。これは制度にはないので、地域支援事業という市の枠の中だけでつくった制度で動いている。

権利擁護も、言い方は悪いですが、低所得者にはご利用できませんと、例えば後見報酬などもなっておりますので、そういうような利用支援事業を行っています。例えば、ドクターの書く診断書とか非常に高いです。後見料はいま、平均1万5,000円～2万5,000円、裁判所のほうで報酬が出ますから、それに対する助成をやっております。成年後見制度が波及しないというのは、低所得者問題とセットしないでやってきたというのも少し問題なのです。そういったところを支援しています。

一般会計としては、介護保険の1割負担に対する低所得者の助成を行っている。もうすぐ生保なんだけれども、なれないという方がいっぱいいらっしゃって、そこの方たちが一番厳しいのです。そこについて行っている。

グループホームとか高専賃の家賃の助成事業は、低所得者に対して最高3万5,000円までの額を行っております。あとは、高齢者の方がバリアフリーではない住宅から次のアパートに引っ越すときに、例えば公団から次の公団に行くときには家賃がガーンと上がってしまいます。その住みかえの差額に対する助成事業も行っております。これは福祉施策です。住宅改修も、介護保険法は20

万しか出ませんので、80万円上乘せして100万円の住宅改修ができるようにしてあります。

この辺をやった目的は、すべて在宅の限界点を上げるためです。施設介護ではなく、在宅の限界点を高める。いま、施設介護は1人当たり約30万、地域密着20万、在宅介護10万という単価ですから、こういう経費をかけるにしても、在宅介護の1人当たり10万を増やしたほうが財政論的にも優位です。その関係で、こういう将来的投資といえますか、施策を、議会と市民に承認を得ております。

(スライド8ページ上段)流れといたしましては、地域の課題、我がまちの課題を探すには、日常生活圏域という中学校区ごとの「ニーズ調査」を行っております。ニーズ調査は106個の質問項目がありまして、郵送します。その質問項目は、ADLと言われる身体状況だとか、生活機能を含めて、「持ち家ですか」とか、「借家ですか」とか、かなり踏み込んだところがあります。そこはすべて個人記名式でやります。被保険者という概念ではなく、介護保険被保険者に対するメンバーシップの方への保険料還元事業です、というアピールをもって行ってきました。

その関係で106項目の質問があつて、なおかつ、記名式なので回収率は悪いと思つたら、全く違って、一番高いときには80%の回収率でした。低いときでも70%です。だから、保険料還元ということがアピールされているのもいいのかと思います。

問題は、未回収です。郵送で送って回収しますが、未回収の方のリストについては、すべて地域の民生委員の方がご自宅に行きます。ご自宅に行った段階で、リスクがある方は、その日から介護保険の利用をされた方がありました。この関係をやっていくことで当市では、無縁社会の、例の住民票がないというのは一切なかったです。戸籍上の80年前から残っているとかがありますが、住民票が幽霊というものは一切なかったです。これは、13年当時から始めているものです。

計画にも、その中で認知症があつた地区はどこが多いとか、高齢者の個人台

帳もできます。ニーズにマッチする計画ができます。認知症が100人もこの地区にいるのに、小規模多機能だとか、グループホームだとか、臨床サポーターも一つもないという地域がありまして、そういったところは、こういう調査をやると、地区にひとり暮らしで認知症の軽度の方が何人とか、その人の所得がどれくらいかというのは出てきますので、サービス基盤整備に非常に有用なツールだと思います。

アンケートは本人の同意をいただいておりますので、その二次利用として、個人台帳が地域包括支援センターに行って、リスクがある方の順に、介護予防のお声かけだとか、権利擁護の準備というのが包括支援センターが計画立ててできるので、バーンアウトしてしまうということはないということです。

(スライド8ページ下段) ニーズ調査、いわゆるスクリーニングというのは何がいいのか。効率的には、経費が抑えられて、人手も少なく、一番エネルギーを使うのは民生委員さんに訪問してもらうところですけども、単純にリスクのある方に訪問できる。

ニーズ調査をやったら、先ほどのURの団地みたいに、市の中でも一番リスクがあるというところが出てきます。その中で、法定以外のサービス事業をやるために、地域調査といって、全戸、その地域だけ訪問をかけるのを3年に1回やります。リスク地区は、若い世帯も年寄りの世帯も全部訪問する。訪問先で社会資源の獲得を行うわけです。高齢者の方だけではなく、若いうちに訪問に行ったときには例えばボランティアのお誘いをします。ほとんどの方は都市部では嫌がります。でも、1対1のボランティアならやってくれるんです。例えば、お隣の高齢者の方の安否確認とか、電気がついていないとか、新聞をとっていないという状況があったら、包括支援センターに一報をくださいという1対1のボランティアだったら、いくらでも形成できます。団体もつくりませんが、そういったことが訪問活動は重要なんだということです。この辺で、先ほどの無縁社会のことなども非常に市民の方は理解があります。

これを各自治体がやる場合に、自治事務となる個人情報保護条例はいろいろクリアしなければいけないところがありますが、調査票に同意をいただく方式

です。そういう状況で行う地域調査です。スクリーニングをやって重点地区にはローラー作戦をかける。

(スライド9ページ下段)これは住民票データで、市の中で、水色が総人口で、青が65歳以上の高齢者。全体的には13%です。でも、地区で見えていったら、A団地は先ほど言ったように32.8とか34。B町は16.2、駅前です。これは住民票からデータを出せて、こういう地域割で今後は見ていく必要があるかと思えます。

(スライド10ページ上段)こちらがニーズ調査です。いま、やたら福祉サービスが安くなる関係から、みんな1人世帯にしてしまうんです。世帯分離を凶ってしまいます。例えば特養に入るときの食事費が、世帯でいるよりは1人世帯にしたほうが所得段階が低くなって、低額されるのです。これは総務省の問題で、私たちの問題もあるかと思えますが、その中で明確ではなかったのも、これはニーズ調査から調べた世帯です。

(スライド10ページ下段)これは事業者のマーケットリサーチと同じように、全部市民に公開します。どの地区には介護度の方が何人いる、これを事業者、市民に明示することで、この地区には施設が必要なんだとか、逆に言えば、これは細部に認知症とかも出ていますので、認知症に自信のある事業者がぜひ参入したいというふうに来るので、これがあると、市場原理の変な現象で、過剰供給の参入もあるわけです。あまり言うと怒られてしまいますが、新宿区などは、要介護認定者が200人しかいない地区に、普通はデイサービスが3つぐらいでいいわけですが、そこに20社ぐらい入るわけです。これは市場原理なんだけれども、その被害は利用者に行っている。人がいないから儲からない、介護職が足りない、と始まるわけです。

こういうものをきちんとしていくと、事業者参入に来たときも、実は3年後に来てもらえるとありがたいとか、そういうお話し合いができたか、逆に必要な部分については公募をどんどん行うことができる。

(スライド11ページ上段)これは認知症のリスクレベルですが、認知症の地域にどれぐらいいるのかということを実業計画に詳細に出していきます。

(スライド 11 ページ下段)寝たきり、いわゆる要介護 4、5の方というのは、  
どういう地域にどれくらいいるのかというふうに出していきます。

(スライド 12 ページ上段)同じように、介護予防の必要な方がどれくらいいるのか。これによって欲しいサービスの質と量が明確になってくるのです。だから、介護保険はそもそも保険料を決めるのに、介護に必要なサービス料と、提供する供給量で保険料は成り立っているんです。そこにミスマッチを起こさないことが可能になってくる。

その関係で、前期の計画のときには、これが自然体の要介護認定者の伸び、国の指標に基づいて介護予防の効果をやった場合の計算式です。実績的には当市の場合は下がっているんで、250人～300人、計画ベースよりは要介護認定者を減少することができています。そういうようなことで事業継続をしているわけです。

(スライド 12 ページ下段)介護保険のテリトリーではないですが、メタボリックなども、女性の方で低栄養の方は都市部は少ないです。ただ、介護予防というのは基本的に低栄養をベースにできているので、メタボリックみたいな方というのは健康保険課へ行ってくれと。変な話、メタボリックの方は、上半身は健康保険課へ行ってくれと言われて、下半身は介護保険課へ行ってくれと言われているような状況なのです。

そこで、一体的にやるような措置をとって、当市では男性の肥満は 30～39 がナンバーワンでした。国の施策は 40 からなので、上乘せをして 30 からやらないとメタボ対策は全く効かない。思いっきりリスクを持って 40 歳になってしまうわけです。

逆に高齢者で言うと、60～69 が一番肥満度が高いのです。これに変形性膝関節症、肥満でひざが痛くて廃用症候群になっているパターンが多かった。だから、低栄養だけではない栄養管理と運動機能向上をやらないと、結果が出ないのは明白です。そこでメタボ関係もプランの中に取り入れて、それも地区別に出して独自にやっていった。

(スライド 13 ページ上段)高血圧については、60 からのリスクなので、75

歳以上を超えたときに卒中などを防いでいかないといけないので、この辺の施策を考えました。よくドクターは、「予防医療の効果が出るのは30年先」と言いますが、介護予防に関しては、きちんとやれば5年もあれば十分です。いわゆる生活機能低下を伴う老年症候群、廃用症候群といったときには、ストラクチャーというか、アセスメントとか、やる構造をしっかりとしていくと出てくるのかなというふうに思っております。

(スライド13ページ下段) ニーズ調査をやると、何でもっとよかったかというところ、これは東京都老人総合の鈴木さんや大淵さんにエビデンスを出していただいたのですが、在宅で転倒リスクのある方は、総論で言ってしまうと、歩行能力低下だとか、バランス筋力低下になってしまうのです。でも、こんなことは地域で通用しないんですね。

私はこれをやっていたら絶対ダメだと思ったので、なぜ転倒しているのかという調査項目を加えていったわけです。見ていたら、家庭内障害物がナンバーワンなんです。これは、バリアフリーにした家ほど転んでいるのもわかった。なぜかというところ、新聞のキュービクルを、あした資源回収なので玄関の外へ出す前に廊下に置いておいた。廊下というのは、寝室からトイレにつながっているラインが多いんですね。いつもは置いていないところに、三色電球の中、眠い中歩いていって、そのキュービクルになっている新聞紙にひざをぶつけて、回転しながらお尻からいって大腿骨をボキッですね。これが圧倒的に多かったです。コンビニで買って来た醤油をしまう前に廊下に置いておいたとか、それが寝室からトイレに行くとき、起きるのが夜間です。

ということは、これをやったって、それを改善しなければダメなんだと。それで、広報でやるのと、在宅に行くヘルパーに徹底したのと、民生委員さんにもそういうアナウンスをしていただきました。寝室からトイレに行くまでのところには、あまり障害物は置かないようにしよう。それとプラスして運動機能をやろ。

もう一つは、薬物服用で、これは都市部独特で、都市部というのは1人当たりのレセプトは低いのですが、1人当たりの医療費はすごく高いです。あれは、

高度医療もありますけれども、多受診が非常に多い。高齢者の多受診は、血圧とか眠剤とかありますので、血圧で3つのドクターにかかったら大体同じような処方をされて、デパス、デパス、デパスとか、そういうものがいっぱい出てくる。コンビニの袋いっぱいになってしまう。

そういうことと、運動器向上をセットにすると、転倒は地域でかなり減るということを実証してきたというか、やってきました。こういうのが栄養などでもあります。栄養はいわゆる「カムカム（噛む）」ですね。栄養と口腔ケアを、縦割りがあるので別々にやるのが多いのですが、基本的にはカムカム・ゴックン。ゴックンはともかく、カムカムがちゃんとできないから、固いものを食べない。逆に男性は、女性と違って、高齢者になって便秘するケースが多かったんです。1回、救急車を呼ぶぐらいの便秘をやったら、ものを食べないんです。高齢者だからといって野菜ばかり繊維質を食べても、少し油を入れないと出ないですね。

そういう中で、きちんと噛める、入れ歯をちゃんとするとか、カムカムと栄養は一緒にやらなかったら地域ではほとんど機能しないです。それをわからないで、嚥下障害が、口腔ケアがどうだとか言っているのですが、基本的には管理栄養と口腔ケアと一体的にやらないと、その段階の人には効果がないと思います。

（スライド 14 ページ上段）転倒リスクも、ニーズ調査の中で、「多くみられる」「少しみられる」というのをすべて公開していったら、ここに数字が出ているということは個人台帳が出てきていますので、多いところがあるから、転倒予防教室をこの公民館では年に何回やりましょうとか、計画ベースも立つ。逆にこっちでは包括支援センターが個人台帳を持っているので、基本チェックリストというのがあって、運動だと、5つ質問にマルがついたら、転倒リスクがあって、3つついても特定高齢者と言われます。3つの人ばかりやっていたら終わらないので、5分の5の人だけをちゃんと訪問に行こう、ということが出来るわけです。だから、非常に優先順位をつけやすいです。

（スライド 14 ページ下段）閉じこもりは最大の原因です。これに誘発されて

廃用症候群、いわゆる生活機能低下の老年症候群は起こっています。週1回しか出ないとか、ほとんど出ない、この人たちを重点に行くのです。事業も見守りサポーターも、この人数に応じて要請をしていくのです。よその自治体を悪く言うわけではないですが、地域の課題もわかっていないのに何とかNPOが何とかネットワークをつくる。課題があるから解決するネットワークが重要なのです。でも、課題を探しているのか、解決しているのかわからないネットワークをつくろう、つくろうとしているから、あまり効果がない。こういうものがあると、その地域にはどういうものが欲しいといったところを、私も地域団体の方などにお話をして、やってもらいました。

(スライド 15 ページ上段) 認知症。MCI、いわゆる軽度認知機能低下のある方は、自分で要介護認定を発することもできないし、自分が調子悪いかもわからないのです。ここを放置すると、ゴミ屋敷になる人がいたり、孤独死になる人が多くなってくるわけです。これも個人台帳ができ上がっていますので、認知症リスクについたところはいち早くご訪問をさせていただきます。

こういう調査ありきで事業展開が必要なのです。いままでも公衆衛生の地区診断とかいうものはやられてきていると思います。でも、それを有的に活用してこなかったというのは、少しまずかったのかなというふうに思います。

(スライド 15 ページ下段) 次の計画も、要介護認定者の、国の推計で行く自然体よりは、当市は予防形態を見込んだ形で減らすようなことを考えていきます。

(スライド 16 ページ下段) これは住まい関係です。ニーズ調査の中で住まいを聞いていて、一戸建てか、借家か、分譲マンションか、賃貸か。先ほど言った団地は、ひとり暮らしでURの住宅でというところに43.3%います。この方たちは、4階から1階に住みかえしてもらうことをURに交渉したり、逆に高専賃に行かなければいけなかったり、変な話、特養に入れて病気になってしまふ。例えば特養にやっと入れました、それでA団地を引き払いました。終の住処です。でも3カ月、急性期で入院してしまいました。特養だってビジネスがありますから、退所になってしまうのです。たしかにうちでお願いすれば大丈

夫かもしれないけれども、基本的には退所です。そのときに、元気になったときに帰るところがないのです。

だから、住まいの妥当性を言うときに、介護保険と施設が一番違うのはそこだと言うんです。何が終の住処なんですかと。居住権もない、3カ月入院したら出されてしまう。最初は3カ月ぐらいショートステイで空床利用をやっているわけです。

(スライド 20 ページ下段)先ほど言ったように、ニーズ調査をやったら、圏域がいっぱいあるんですけれども、圏域ごとの課題を整理する。その地域の課題が人的なもので、病気、介護度、ひとり暮らし、認知症とか、いろいろなものがあって、その地域は将来、人口増加が多いところなのか。そういうことを踏まえて、地域に何のサービスをつくったらいいか。あえて老健とか特定とかというのは、外に出してあります。丸が地域です。地域の中で拠点型の高専賃だとか、例えば小規模特養でもいいと思いますが、それらがあって地域に入れて、広域の訪問介護などがある。

このニーズ量を測る計測がなされないで、サービス利用意向調査というのだけを高齢者にやってきたのです。「サービスを何に使いたいですか」と。そうすると、訪問介護とデイサービスと特養にしかマルがつかないんです。

ニーズ調査は何が違うかといったら、個人個人の状態像を探りにいっているんです。希望ではないんです。状態像を調べにいて、この地域はどういうサービスで解決しますかというのは、ワークショップなどでやっていきます。そうすると、みんな遠い特養なんか行きたくなくて、地域にいたいとか、そういうことになってくるので、そういうことが地域包括ケアの原点かなと思っています。

(スライド 21 ページ上段)高齢者専用賃貸住宅というのは、一応ケア付きです。調剤薬局を付けて、在宅輸液療法も、いまはやっていないのですが、稼働率 80% になったところでは、いわゆる点滴を含めて在宅輸液療法を提供できるような薬局をセットしている。クリーンルームですね。ここは、ドクターの報酬と調剤薬局の報酬とまだまだバランスが悪いのですが、そういうケア付きで

す。

民主党政権下では延期になってしまったのですが、療養型病床群をこの辺の受け皿とするようにして、いま療養に入っている方は当市では120人いますが、既に20人の方は高専賃のほうにシフトしております。

そして、住宅の助成事業をやります。ライフサポートアドバイザーといったところも、いわゆる生活支援員は高専賃の中では相談員となってきますが、その相談員というのは、介護保険法では賄えないサービスのようなものをNPOを含めて提供するような体制と、緊急通報システムは、高専賃は一つの住宅なので、普通の緊急通報システムを事業者が用意するのではなく、市が設置してあげる。そういうことをやって事業者の支援を行っていきたいと思っています。

(スライド21ページ下段)いま、あるところでは、こんな感じの地域密着系のもの。イニシャルコストの関係があるので、2年間は特定施設をとっておりますが、基本的に2年でとってしまいます。ケアプランの関係で在宅サービスで入れていくような部分をとりますので、地域密着高専賃と、16戸だけ、他市からも入れる広域型で、呼び寄せが多いんです。

呼び寄せの方には私たちは声をかけるようなことをどんどんやっていますが、そういう関係もあって、16戸は市内でない方も入れるようなパターンをつくっております。

(スライド23ページ下段)最後に、今後、有識者の方をお呼びいただくときなども、「包括的・継続的」という意味が、一人の個人でいけば、軽度状態から重度状態の方が介護も医療もあって、軽度の人とか、一般のときは、保健センターの健康づくりとか、健診と。介護保険になってくると介護予防とかあるわけです。ご当地体操とか、個別の機能訓練とかあって、介護保険を上にしていくにつらなって、介護保険の本領でケアマネジメントをしながら施設対応もあり、地域でもやっていったりする。

一番大変なのは、認知症のBPSD問題だとか、緩和ケアだとか、看取りの場所が、在宅だとか介護保険施設にはなかなかないというのが問題視されていて、こういうことをケアしていくのが「継続的」なのです。

「包括的」というのは、民生委員さんとか、あまり福祉関係者は言わないけれども、民間企業の社会貢献は絶対に重要です。だから、NPOさんとか、非営利も含めて、民間企業の方も含めて、老人クラブだとか、ここに例示を出しておりますが、そういった横の関係をつないでいくのが包括的な部分です。これが一体的になるわけです。

介護保険の包括支援センターには、介護予防マネジメントとか総合相談支援事業。さっきのニーズ調査も総合相談支援事業ですから、口をあけて窓口に来るのなんか待っていたら、全然仕事なんて終わらないわけです。勉強の中では、地域に出て行って顔の見える関係会議で、自治会館、集会所に高齢者の方に声をかけて集まってもらって、というところに包括支援センターが行って、地域の課題を話し合っただけということもやっていて、あれも必要なんです。

でも、そこに来られない、保健センターの健診にも来られない、閉じこもり事業にも来られない高齢者がいっぱいいるわけです。だから、ニーズ調査と未回収訪問をやらないと課題解決はできないのです。だから、総合相談支援事業もパラダイムシフトしなければいけないわけです。権利擁護だとか、制度的には地域包括支援センターが行うような事業になっています。

(スライド 24 ページ上段)地域包括支援センターがあって、介護保険の本流を、ケアマネジャーが介護だけで済まないものというのがいっぱいあるのです。オレオレ詐欺に遭ったから消費生活相談員も入れなければいけないとか、代表的なのは、認知機能が低下したので権利擁護をやらなければいけないという場合に、介護保険の本流の中に「中央コミュニティケア会議」といって、市が主催して地域包括が司会をやる事業がありますが、医療と介護の連携がうまくいかないプランがあったら、ここで支援します。

行政政策を出さなければダメなので、こういう場(コミュニティケア会議)をつくりますと。基本的には地域ケア会議みたいなものの政策版です。住まいの自立ができないときには、高専賃をやっているLSAに来ていただいたり、契約のときにわからないことがあったら、宅建主任に来ていただいたり、いま、終身だとか、いろいろな契約もありますので、介護保険のケアマネジャー、へ

ルパー、看護師のほかに、消費生活相談員とか宅建主任とか、いろんな方がセットされます。

例えば医療連携だったら、看護師、医師というところですよ。福祉保健・権利擁護は生活保護の担当を呼ぶとか、地域の民生委員とか、地域でボランティアをやっていただいているNPOさんとか、それで1件1件のケースに制度を他職種と他制度を連結する会議の場なのです。こういうものは制度にないので、介護保険法が機能しない状況になってしまっているわけです。

(スライド 24 ページ上段) これはほんの少しですけども、介護、医療、市役所関係、福祉・権利擁護、地域生活支援サービス、NPOさん、みんなこういう方が、Aさんに関しては例えばケアマネとホームヘルパーとドクターとLSAとか、一人ひとりチームが違うわけです。ネットワークという言葉は、一人ひとり専門職で個人なので、すべてこの団体の、弁護士なら弁護士の上に埼玉弁護士会があったり、ホームヘルパー協会等があります。

ここで働く人はチームケアですから、そうでないと他制度、他職種はできません。市役所だって、課の中で係と係が口がきかない。最初に仕掛けたのは、介護保険室と高齢者福祉課があったのですが、それをぶっ壊して、市役所は3年に一遍しか機構改革ができないのですが、長寿あんしん課として、介護保険ラインに継続するような高齢者福祉は全部同じラインにしたのです。特に在宅介護支援センターが当時あったのですが、それを介護保険者に持ってきた。包括支援センターの一つのベースにもなったのですが、シームレスが重要です。

(スライド 25 ページ上段) コーディネーターが重要なんです。ケースのコーディネーターもそうですが、流れでいくと、スクリーニングをやって、訪問事業をやって、包括支援センターに、電話とか窓口とかではなくて、スクリーニングでニーズ調査をやりまして、相談は、ドクターだとかいろんなところに来ます。地域で解決するものは、課題抽出のネットワークなどは解決ネットワークで声かけをしたりする。していけばいくほど、一個人の困難ケースになるので、ここのコミュニティケア会議を、ケアマネとかではなく、市役所の政策担当者などがコーディネートしないと回っていかないんです。そのコーディネー

ターを養成することが今後重要なのかなと思います。

専門知識だけの医療や介護だけでは回らないわけです。生活保護の担当を呼ばなければいけないとか、例えば3月15日が近づいたら、税務申告はともかく、市県民税の申告はやらないと、高齢者が均等割の課税世帯になってしまったら減額もきかなくなってしまう。やさしい市役所は全部、年金台帳を含めて、未申告だけどやってあげるのです。でも、やさしくない市役所は、均等割がかかったら課税になりますから、高額介護サービス費だって何だって影響してしまうわけです。

そういうことを含めてケースの調整とOJT効果ということ、その2つをこういう場を持ってやっていかないと、他職種・他制度の連携はなかなかできません。こういう体制があって初めて、包括ケアというのは機能していくものだと思います。

(スライド25ページ下段)皆さん、介護福祉士の専門性をレベルであらわせと言ったら難しいですね。看護師とかドクターはわかるんです。でも、ケアマネジャーの専門性、すごさを何であらわせとか、介護福祉士のすごさをあらわせと言われたら、言えないですね。地域包括支援センターでは、スキルアップ、キャリアアップを明確にしなければいけないと思ったので、ステージ1、2、3という研修カリキュラムをつくって、アセスメントということを、質的・量的チェックを個人や地域にできたり、丁寧語、「サイトウ様」と言わないで、「お父さん」と言わなければいけないような人もいたり、ドアを開けていただくだけでも大変なことっていっぱいあるんです。そういう接遇、洞察能力。自分の専門職としての洞察と、相手が主訴で訴えてくれるものをきちんと把握できる。

専門職とか地域に出る職員に足りないことは「合意形成能力」です。いいと思って本人と話し合ったプランが、自分の専門性なのにそれを合意できないで、例えばAというおばあちゃんが出て、後ろにBという、Aさんの長男さんがいらっしゃる現場に行くと、長男さんが、「介護保険なんか何でも使えるんだから、そんなことを言わないで全部使わせろ」ということに対しての合意形成能力が働かないのです。この辺が重要なかなと思います。

さっきの地域ケア会議みたいな、いわゆるカンファレンスコーディネート能力。会議進行、ケース調整、OJT、部下とか同僚とかみんなに進行を見せて、どうやってケースをといていくかという場を見せなければいけない。でなければOJTなんかないですよ。それと制度間調整能力なので、生保だとか、例えば入院したときの高額療養費を素早くつなげるとか、税申告をしなかったので未申告申請をすぐしてあげるとか、権利擁護の弁護士会などに、このケースは社会福祉士の権利擁護でいいとか、このケースは司法書士、そういうようなスピーディな制度間調整能力。

そこでは「専門職」と「専門性」という言葉の違いをまず理解させないと、すぐ、「私は保健師だから」と始まるわけです。保健師であっても裁判所までコーディネートできなければいけないし、社会福祉士であっても介護予防がバッチリできなければ包括支援センターには要らないわけです。そういうことが専門性だよと、そういう中から市役所の諸施策に対する政策提言をどう行っていくか、そういうことが重要です。

説明的には大体こんなところで。

(スライド 26 ページ下段)地域包括支援センターには高齢者台帳システムがあって、さっきのデータが全部入っています。75歳で認知症リスクがあって女性の方でこの地区というと、バラバラッと検索要件で出てきます。経年的に高齢者の体調もあるし、同意をいただいているので、救急隊からお電話があれば、「どこの主治医でどういう病気です」ということも情報提供できます。個人情報のほうの担当課に負けると、主治医とか書いてあるものを筒に入れて冷凍庫に入れておくような手段、あれも重要なんですけども、市民なのだから、基本的には個人情報は、命のための個人情報と、モラルのための個人情報というのをそろそろ議論すべきではないかというふうに思います。

その中で、継続的な高齢者の状態像がわかるベースとなっていて、日テレの村尾キャスターとか、「ニュース9」などが12月、1月にかけて取材をいただいて、宣伝というか、していただいたので、いま、問い合わせが来ています。

長くなりましたが、以上で終わります。

A ありがとうございます。

実に該博なお話で、伺っていて理解を絶するようなところがあります。いただいた資料も、長い間の現場のご経験なり何なりを積み上げてできたもので、簡単にパラパラとめくってというわけにはいかないものだというのがよくわかりました。

それでは、それぞれの委員の方からご質問、ご意見をちょうだいいたしたいと思います。どなたからでも、よろしくお願いします。

B まず、中央コミュニティ会議というのは、これはどのくらいの頻度で、どういうメンバーで集まって、しかも、一人ひとりのケースをここで議論しておられるということなのでしょうか。その辺のところをもう少しお願いしたいのですが。

**講師** まず、頻度については、木曜日・午前中週1回です。

ケースについては、介護予防、要支援1、2のケースは全件。それは新規と評価のときです。1～5についてはいわゆる困難ケース。困難ケースは、医療連携ができない困難から接近困難までいろいろありますけれども、全件ではありません。だから、全体のケアプラン数からいけば、約20%の部分がケアマネから出てきたり、こちらから指定をして出てくる。尾道市のはケア・カンファレンスですね。このコミュニティケア会議はケア・カンファレンスのチームを支援する会議です。そういう位置づけなのです。

だから、1件約20分で、規定の記入シートがありまして、それを前日までそろえていただく。それを私たちが司会進行して、地域包括支援センターはオールメンバーが出ているのと、例えばそのケースのケアマネジャー、民生委員、ヘルパー、サービス担当者、家族が来るケースもあります。そこで、「こういうケースなので」という相談が来てコーディネートをしてあげる。大体、1件20分ですね。

**B** そうすると、何人ぐらいの会議ですか。

**講師** 地域包括支援センターは、全員そろくと約 20 名。保険者側からは 3 名。いわゆる保健師と事務職と地域支援担当のケアマネジャー。それで、サービス担当者会議は 5 人とか 3 人のグループです。

**B** 個別の人のケースはケアマネジャーから上がってくるわけですか。

**講師** そうです。どうしてもこれは医療連携が組めないというようなこともあるし、逆に世帯全員が接近困難というのがあるんですね、せがれさんが障害者でとか。そうすると、私たちは招集権限を持つ要項をつくってあるので、その会議に障害者自立支援法のケースワーカーも呼ぶわけです。それで、介護のケアマネのチームを世帯チームにする。そうじゃないと、この世帯には障害が入って、このおばあちゃんには介護が入ると、そんなことをやっていたら終わらないので、そういうのを見ていて問題だと思ったので、そんな感じですね。

**B** そうすると、個人情報はある程度そこではオープンになるのですか。

**講師** その会議はすべて非公開でやっていますので、全部実名でやります。だから、クリアするのが難しかったのが、介護保険法に守秘義務を規定されている以外の人、例えば民生委員さんもみんな簡単にチームに入れると言いますが、その話し合いのときに民生委員さんはそういう許可になっていないわけです。それは、本人とか、本人に判断力がないときは家族に同意をいただいて、民生委員さんにチームに入ってもらおう。

あの辺が、理想論と、現実をまだまだ現場がわかっていないところがあるんです。そういう個人情報を整理するのに審査会にわざわざ出ていく。個人情報審査会という適用の除外にしてもらう会議があって、そこには 10 回ぐらい行きました。

**B** 仕組みをつくられて、あとはその後の市のスタッフでやっておられるのですか。

**講師** 何でいまできているかということ、先ほどOJTというのがありましたね。普通やられているのは、窓口ケアマネを呼んで指導するだけです。私たちは中央ケア会議といって、何でやっているかということ、一包括ではまだそんなスキルはないわけです。教えるために全員集めて見せていく。たまに10件に1件ぐらい、ほかの包括のセンター長にわざとやらせるのです。それをやってきたので、同じようなことをマスターできていて、いま、事務職と専門職を含めて、そういうのが4人います。そこがあるし、あとは要項とかケアシステムをつくったから、基本的にはこのスタイルは回っているということです。だから、人事の承継の仕方というのは座学だけでは絶対ダメで、OJTのあり方というのがすごく重要になります。

**B** 公務員の場合はローテーションで回りますけれども、そういう人たちは例外的扱いになるわけですね。

**講師** 人事規則にはなっていないのですが、慣例的に福祉職場の3課は、いま、そういう形です。

どうやっても人が代わってしまったら、引き継ぎをやってもだめなんです。やっている情熱とかそういうのも一緒に見て、10年で、5年かぶせれば……。それを係長、課長補佐になるぐらいのキーマンに置いておくということが重要かと思います。

私は、市民がもっと言ったほうがいいと思うんです、あの人を異動させたのは税金の無駄遣いではないかと。利権が絡む入札管理だとか、利権のところは理念が重要だと思いますが、介護の世界ではそういうのはあり得ないです。ただ、長くいて進化させていかないというところはすぐ変えたほうがいいですね。それで、そういうことのできる人材を配置していく。人事異動というのは、い

ままで議論してこなかった最大の課題かなと思います、とにかく長期政策をやるときには。人が代わったら何が変わるというのは、首長ならわかりますけれども、本来はあまりあってはいけないことだと思います。

C 注にも書いてありますが、75歳以上が5%というのは、高齢化率は極めて低いですね、全国平均が10%以上あるわけですから。特に75歳以上が要介護度が急速に高まる場所だと思いますけれども、そのあたりがこれから急速に増えたときに、人材的に足りるのですか。

講師 そうなんです。そこがすごく重要で、一気にいってしまうわけですから、とにかく世界に類を見ないわけです。2035年に全国第7位の人口の伸びのところなのです。

そこで私が考えたのは、完全に地域雇用なんです。事業者は他市から入ってきますけれども、新規参入した事業者の公募で言うのは、7割の職員は市内からやってくれと。こんなような調子で、出前講座というのを月4回、ずっと市内でやってきたわけです。それは、高専賃の土地確保のための出前講座とか、相続税対策で賃貸住宅を建てるならぜひ高専賃をとということをやったり、「長寿あんしんランドデザイン」といって、資格を持っていてやっていない看護師の方がいっぱいいらしたので、潜在看護師の方とか、あとは、2級ヘルパーだったらこういうふうに安く採れますからというのをどんどんやって、地域人材を投入している。離職率は本当に低いです。市がやることって何にも書いてはいないんですよ。だから、そういうことをやるのが、地方分権の中の知恵を絞るところなのではないかなと思います。

A 人材を集めてきて定着させるには、報酬の面が必要ですね。ところが、役所というのはプロモーションシステムだから、1年たったら給料1号上がるというふうになっていますね。そういうこととの兼ね合いはどうしておられるのでしょうか。

**講師** 昔、公設民営と言われた社会福祉法人がありまして、そこは、市役所の給与体系を少し下げたものとして給料表をつくっています。参入事業者で例えばニチイ学館とか、しっかりしているところはみんな自社で持っていますが、ほとんどのところは給料表はないですから、そこには一定程度参考にしていただくようにお渡ししております。今後は、そういうことが確立していかないと、いま言う介護離れとか……。

**A** 安定したものができないですね。

**講師** そうですね。

**A** おまけに需要のほうはどんどん増えてくるわけだから、それに応じて賃金体系で動くようにしておかないと。それに訓練も必要でしょうね。いま、どこかの学校に入れて訓練するというのをやっておいでにならないのでしょうか？

**講師** そうですね。

**A** まさに現場でOJT。

**講師** 労働人口、生産人口が減ってきて、その中で高齢者が増えるので、介護人材の確保が必要ですね。なっていったときは、地域人材と、それから、和光市も団塊の世代の方が多いです。介護保険法の第4条に「国民の努力及び義務」と書いてありまして、どうも権利の1条ばかり言われるのですが、実は4条には、自分で予防しなさいとか、介護になってもできる限り改善を目指しなさいと書いてあるわけです。それを団塊の世代の方に一番アピールしています。その例えばコミュニティビジネスなり、ボランティアでもいいから、介護のところでぜひ地域でやってくださいと。

D 教育をしながらという話が一つキーになってくるのかなと。行政の責任の中に、育成というか、教育するというのがあるのではないかとということが1点。

もう一つは、医療との関係です。看護と医療の連携が恐らく次は問題になると思っていて、柏のほうでは医療連携をやっていますが、なかなか看取りまでできないので、病院にとられてしまう。一番重要なのは、往診してくれるドクターもそうですけれども、看護師さんの24時間訪問看護が少ない。

いま、地元の人たちと町を歩いていると、「私は看護師の資格は持っているけれども、子育て中だから4時間ぐらいしか働けない」という人がいる。先ほどの話のように、ある地域の中でこのぐらいでというボリュームが決まっていたら、意外ときちっとコーディネートをすると、そういう人たちにもう一回戻ってきてもらうことができるのではないかとということをちょっと考えているんです。

そういう教育の仕方というか、行政が教育すると、上から目線だと言われぬのかなという心配が一点と、もう一つは、医療との連携をどう考えていくのかというのを教えてください。

**講師** 教育でいくと、研修座学はOJTにたえ得る考え方を教えるものだと思っています。それなりの専門知識は、保健師でも介護士でも皆さんやっているわけです。そこですごく大事なのは、「柏の介護保険」を教えるんです。だから、市に、哲学というか、基本方針がなければダメです。当市は、特養はもう作りません、在宅の限界点を高める、でも、高齢者の尊厳を保つために介護予防は全力でやります、という二本立てのキーワードがあるわけです。これは最初、社長さんとか理事長にやらなければダメなのです。それをやってから現場に来ていただく。委託事業者に言うのは、「あなたたちは公務員です。委託契約をしていますけれども、行政の代理なのですから」ということでやっていきます。

座学は徹底して、ケア会議なんかについていけるような、合意形成能力でど

うだとか、そういうのをやります。だから委託の場合は、公募要件ができるのは、「居宅介護支援事業所を営んでいる者」になるんですよ。それは、居宅でやっていると、ケア会議などが、自分だけでも年何回か回ってくるので標準化してくるわけです。そういう中での教育ということになってくる。

医療連携は本当にパラダイムシフトが重要ですね。

生活の場に入ってくると、病気が生活の I A D L の何を邪魔しているかというものがすごく重要で、介護では、介護保険というのを単純に考えたら、A D L と I A D L の自立しているところに支援しているのは間違いで、そこがいまの議論なのです。自立できないところに支援するのが介護保険なんですよ。それが難病でできないのかとか、その辺のデータが欲しいわけです。そうすると、リハが必要だとか、看護が必要だというレベルがあって、いまはとにかく重いものばかり言われるじゃないですか。ターミナル期だとか、重症だとか、そういったところはサポートに徹するところだと思います。そこをわからない人が、福祉系ケアマネは医療のケアプランをつくれないうふうに言うわけです。

そもそも違いますよね。医療のチームでやっていて、医療の必要なほうが看護計画を出してもらえばいいだけの話で、その辺がケア会議で、医療連携がいるんなパターンがあるんですよ。

E 長寿あんしん課というのは、どれくらいのスタッフがいらっしゃいますか。

**講師** 流動率が高かったのですが、定員管理があれなので、住民 1 人当たりの人数が一番少ないです。長寿あんしん課でいくと、所管しているのがいわゆる高齢者福祉と介護保険で、そっちだけで事業所内にいるのが約 12 名です。後期高齢者医療も自分のときに持ってこられて担当したんです。そっちの担当が 4 名です。そのほかに、非常勤と言われる人たちが 6 人ぐらいです。

E これは、人口の割にスタッフは少ないほうですか。

**講師** 全然少ないと思います。ですから、ITをいかに業務効率と効果に使うかということが重要でした。だから、包括支援センターはオールネットワークを組んであるわけです。

**C** ITを入れ出したのはいつ頃からですか。

**講師** ITは、まず介護保険制度自体が12年導入です。そして、独自に、高齢者福祉情報と国がつくった介護保険情報を取りまとめたデータベースをつくったのが15年です。それから進化、進化で、さっきのニーズ調査情報とか。

**C** 要するに、いわゆる市の福祉情報と介護情報と両方をミックスしたわけですか。

**講師** そうです。そのデータベースに総合相談支援をしたときの窓口と。だから、全然違うエリアにいて相談を受けても、誰がいつ相談を受けているかがみんなわかるわけです。確かにセキュリティレベルは、包括のあれとか、長寿あんしん課とかで違ってはいますが、まあ、一定程度は。

あと、訪問介護計画、通所介護計画、デイサービスとありまして、国が統一組織しているのはいわゆるケアプランだけなのです。訪問介護計画と通所介護計画は全部統一様式で、エクセルのマクロ媒体で事業者さんにお渡ししています。どんなにいいプランをつくっても、その実行する側がプランがまとまっていないと、評価もできないので。

**A** 地域のつながりということで、さっき80万人とおっしゃったでしょう。その中で特性というのは何でしょうか。

**講師** 私も、合併協議会で福祉部門の会議に出ていましたが、政策を決定する過程に、一定程度、首長のトップダウンもあるけれども、他の3市よりはボト

ムアップ力はあったのかなというふうに思いますね、マスタープランもただ下りてくるだけではなくて。だから、いい意味でのワークショップというか、情報集約手法みたいなものはいろいろやっています。

A 上から下がってくるよりも、下から上がるほうが力が強かったということですね。

講師 はい。

A 団塊の世代がリタイアしてから、財政力は落ちていくわけでしょう。

講師 そうですね。条件的には確かにコンパクトで、当時は財政力もあった。ただ、介護保険については、財政力は、1号保険料に上乗せしているので、あまり一般会計のお世話にはなっていない。だから、その辺がたぶん政策手法だと思いますけどね。

A いまは非常に充実しておいでになるでしょうけれども、周辺の80万のところ全体で考えてみますと、未熟な人が未熟な事業をさばくということになっていくわけでしょう。せっかくいままで積み上げた熟練というものもね。

講師 また合併の話が出たら、人事異動期間の合併統一性だとか、政策形成の統一性みたいなところはたぶん一番焦点でしょうね。

A 職員の練度というか、スキルはどうでしょうか。

講師 正直、地方公務員の仕事の楽しさを知らないというか、やる気で言ったら、やる気がない人も多いですね。そういう中では、例えば私の課とかに来ると、部長も含めてそういう雰囲気なので熱いものはありますけれども、何と

言うのでしょうか……、自治事務と法定受託事務があって、市民課とか戸籍と  
いうのはいわゆる代理業務をやっているわけですね。介護保険は自分たちで考  
えなければできないわけです。

A カウンターにお客が来るのを待っているというのが、基本的に市役所と  
か町役場はずっとそういうものだったわけですね。

講師 そうですね。それで今回、ニーズ調査をアウトリーチで出した。あと  
人事評価側も、適正評価とかそういうのではなく、外に行ってNPO2つと、  
きちんとかいこうことを連動して互助機能を高めてきたとか、外に行くことを  
人事評価にも上げていかないと、職員が外に出るといった感覚も課によってばら  
ついてしまうのではないかと思います。

F 広域自治体はどういう役割を果たすことが期待されているか。あるいは、  
果たしているか。できないか、それはなぜか。

もう一つは、そういった自治体の取り組みに対して、いまの厚生労働省の取  
り組みの中で、一般的には仕組みをつくるのが国の仕事とは言うけれども、本  
当に頭の中だけでなく、現場を踏まえた形になっているのか。あるいは現場の、  
府県というよりむしろ市町村の声をフィードバックできるような仕組みができ  
ているのかどうか。

ちょっと抽象的な質問で恐縮ですが、最初のお話等の中で、行政といっても  
3者あるわけですから、それぞれがちゃんとやって初めてできるわけで、その  
あたりはどうなのかなということを、忌憚のないご意見をお願いします。

講師 まず都道府県の役割でいくと、介護保険制度だけでいったら役割はな  
いですね。でも、やはり都道府県の役割は絶対あるわけです。今回、地域主権  
で事務移管とかが起きるじゃないですか。そこで県の職員が、市町村の合併が  
進むごとに市町村に下りていくべきだと思っています。だって、合併していっ

たら仕事は絶対減ると思います。あと、政令市の県議会議員とか、よく意味がわからないのですけれども、県の職員が、すごく幅広いですが、保健福祉の所管の部分でいくなれば、県の広域事務所、都の広域事務所があって、市町村がありますね。そういったところにシフトしていくほうがいいのではないかとこのように思います。

介護保険だけで言えば、県レベルで全体的に支援するものというのはたぶん、ないですね。しかし、保健所圏域とか、総合何とか、あそこというのは一定の研修規模というものが重要だと思うのです。研修規模だとか、広域的に調整しなければいけない、何とか健診がどうだとか、そういうものはいっぱい役割があると思っています。そういう分散化は、介護とか保健福祉のところでは必要かなというふうに思います。

基本的に都道府県の基礎自治体の関係というのは、道州制はともかくとして、これは次の答えと重なりますが、やる気ある市町村と、やる気ない市町村と、本当にできない市町村があるわけです。その支援の仕方だと思います。さっきのOJTの市町村版ですね。おカネだけではないのです。どういうふうな計画形成をして、どういう特別会計運営かというのを支援していかなければいけない。そこを、都道府県にそういうプロがいるようになって、都道府県が直接、そういう町村の指導に入れるようにしていかないと、監査だけでは絶対だめです。いま、私も含めて、相互間研修交流だとかそういうのだけで済ませているので、もっと監査だけではなく入って行って、市町村を育成する手段が重要なのではないかと。

夕張市みたいなものを起こさないためには、都道府県が市町村をアセスメントしていなければだめです。基準財政需要額とかあんなレベルだけではなくて、もっともっと人材の育成レベルだとか、そういったところにまできちんとアセスメントする。市町村は嫌がるかもしれないのですけれども、そういうことで支援する体制というのは都道府県の役割ではないかと思っています。いま財政も、県に基金を積んでしまったら県は何もやらないで、市町村が手挙げ式の交付金とか、そういうのばかりになっている。一括交付金が本当に高まるまではそうい

うのが必要なのかなというふうに思っています。

いろいろな市町村があるので、我が市町村のオンリーワン系をどうやるのかというのを、どう意識改革できるか。

法律とか政省令があって、国については「制度機能論」です。機能させるためにああいうケア会議をつくるとか、いわゆる基準に定まったものではないけれども、テキスト化して、こういうのがないと動かないよと思います。

B ちょっと別の話ですみませんが、高専賃というのはどうも縦割り行政の弊害で、箱モノだけだと思っていたのですけれども、今日ご説明がなかったレジュメにあります、かなりそれを生かしておられて、公募承認制とか、ライフサポートアドバイザー付きと。高専賃というのは民がやるわけですね。そこに行政が注文をつけてやるという形で高専賃を生かしておられるけれども、この辺のやり方をもう少しご説明いただけませんか。

講師 住まいもいま、だんだん法整備がされて発展途上のところがありますが、今後は、県の支援計画と市町村の介護保険の事業計画、その調和の中でできるわけです。でも、調和をしていくことを先にやったわけです。市町村行政で市町村まで下がったら、住宅部局なんていうのはないですから、建設部の中に建築確認の担当があり、公営住宅の担当がありというレベルです。これはモデル事業の段階でやれたので、まずは国土交通省でケア付き高専賃をやりたいというようなお話し合いですよ。市民には高齢者の住まいの重要性を言っていたので、必ず、「老健より、特養より、使い勝手がいいものができます」というアドバイスです。それはもう、介護、看護、医療も、マル免も制限なく、ちゃんとケアプランと在宅で使っているような……。

G 今年度から、まだ国会は通っていませんけれども、生活サービス付きの高齢者住宅というのがスタートしますよね。

**講師** そうです。それを一緒にやっています。このときは完全に私は、マンションの下に医療、看護、介護、福祉を地域につくるというスタンスは簡単に考えていて、法律の弊害だけ見つけたわけです。24時間の支援診療をやると、保健所長の同意だとか、保健所へ行ったら、「地域の医師会さんに聞きました？」と言われる。「行っていません」と言ったら、「行ってきて」とか言われたり、その法律弊害の部分と、あとは交付金、補助金の出方、そこだけをチェックしていけば、アセットして、言い方としては「拠点型高専賃」、そういう言い方をしていたんですね。

**B** 魂を入れたような感じですね。

**C** 要するに国から言われるのではなく、自分でやれることをやれるようになったと。これですよ。むしろ細かい縛りをつくらないから、かえって高専賃は使いやすいですよ。決まっていない、ソフトがないから。下手にソフトを付けられたら、やりにくくなりますよ。

**B** 国の縦割りを市レベルで一緒にしちゃったんですね。

**C** そうなんです。

**G** それで、高齢者がその延長線上なんですよ。高齢者が増えますので、そういうサービス付きの高齢者向けの住宅というのは、今後、供給も随分増やしていかなければならないと思いますが、一方で、サービスが付いていない高専賃もそうですが、意外と入居率が低い。つくってはいるものの入居率が低い、これをどういうふうには正していくか。

**講師** ここで重要なのは、ケア付き高専賃は絶対に地域密着型でつくることが必要なのです。なぜかといったら、地域密着は、市のほうが利用者を政策誘

導しなければいけないわけです。さっきのニーズ調査をやって、どういう状態像の人がいます、それで拠点をつくりますと。それも個人台帳ができていますので、在宅が限界で来ている人が多いわけですので、ケアプランだとか、ケアマネジャーの中で、そういったところを全部やります。

G それはすごくいいことだと思います。お年寄りの方というのは、背中を押したりとか、お世話していただかないと、なかなか転居できないんですよね。

講師 そういう政策誘導や政策連携なくやっているところが、良質なのと分かれるわけです。

地域密着だと民間事業だから、何で市が客を紹介するのかという考え方をする人もいますが、地域密着は市町村が指定して、ニーズ調査をやって、市の課題を解決するために公募をして、誘致して、国の交付金を市が推薦して取って、これを市が建てたら3億とか10億ですよ、というのを議会とか市長に納得してもらわなければいけないわけです。そういうことも保険者の仕事には書いていないですよ。広域型の客を紹介しているわけではないのです。地域の課題を解決するために来てもらっているのだから、お客さんというのは、課題がある人がいて、それを政策誘導をかけるわけです。あからさまに「入って」とか、そんなことはやらないですよ。でも、ケアマネジャーからも特養待機というのをただもらわないで、いま、こういう状況で在宅は限界ですという情報をみんなもらっていて、その中で、何月までにこれができるのでぜひ待機してくれというような感じですね。そこが官民協働のところなのです。

G そういう道筋ができれば全然違ってきますね。

講師 変な話なんですけれども、公有地があるときは無償で提供していいんですよ。さっき見た写真は、印刷会社がどこか工業団地に移転する場所だったんですね。今度、圏域の中で、「自分で土地を見つけて高専賃をできる人」とい

う公募をかけるのです。こっちは、そのオーナーさんのほうで一応そういうところに情報提供をしていいと。そういうのは市のほうでお預かりして、公募で上がってきた事業者の情報提供をするんです。あとは、事業者とその土地を持っている人が交渉してやってもらえばいい。そういうふうにやると有効活用も出てくるんですね。

今度の法律改正でも、圏域内のエリア指定と言いますが、エリアのシェアを80%から100%はその事業者任せにしてしまう。ただ、市場原理は先に働かせてしまうのです、公募制ということで。プレゼンをやっていただいて他社としてのぎを削って、公募委員なんかがいる中からやる。でないと、24時間の定期巡回型、あんなの絶対、市でなきゃできないんですよ。

D そうすると、駅前でお金がある事業所は何十人規模というのができますけれども、いわゆる地域密着をやりたいところというのは、ほとんどその地域では施設がつかれない。結局、郊外の本当に安いところに無理やりつくるわけですね。どうやって底地を見つけてあげるかというときに、市ベースで高専賃を建てて、公募条件に1回、2回は入れましょうという話をしないと、もう用地が見つけられない。でも、種地すら市が持っていない場合はどうするかというのは、かなり国交省マターで、どうやって誘導するのかということになると思うんですね。

**講師** まず、その市に住んでいるという観点。それから、介護保険の被保険者なんだというメンバーシップの観点ですね。本人は、嫌だったら選択しなければいいわけです。私は広域の特養を選択しますとなったら、そういうふうにするればいいわけです。

D たぶん勝負のかけどころは、市場原理をどこでどう働かせて、ある程度サービスは競争の中でいいものが選ばれて、行政もきちっと監視して、市民からも愛されているというのをどう見せていくか、というのがこれから重要な

かなという気がします。

**講師** 介護保険は準市場かなとも思っています。いわゆる介護保険事業計画で計画経済なわけです。3年間の要介護認定者の数を公開して、何のサービスをどれぐらいますとか、グループホーム年何回とか、それで計画をつくるわけです。だとしたら、1つでいいのに2つ来たときに、2つ、都道府県で指定されるわけです。切磋琢磨はいいけれども、行き過ぎはだめなんですよ。だから、指定拒否権限みたいなものも検討が必要なのではないかというふうに言われたわけです。だって、市は事業計画をつくっているわけです、保険料に見合うものを。でも、いまは指定基準というのは都道府県の側に行くので、施設以外は拒否はあまりできないですから、どんどん指定させるわけです。だから、“グループホーム銀座”になったり、“デイサービス銀座”になったりする。デイサービスセンターもたしか整備率は3期で150%ですよ、必要数に対して。

**G** 何とか指定権限を県レベルから市町村レベルに下げてくださいたいというのが……。

**講師** 地域密着の指定権限は市だと。その地域密着を入れたところに広域指定のサービスが来たときに、県と協議して拒否ができるというところが、現在、検討されているということです。だから、広域指定も確かにそう思います。

**G** 例えば、有料老人ホーム特定施設とか、デイサービス、先ほどおっしゃっていた一般デイとか、そういうのは指定権限は全部広域自治体にありますので、なかなか自由がきかないところがあるので、指定権限のことはとても思います。

うらやましいなというふうに思ったのは、情報の一括管理、ITの利用ですね。福祉サービス利用者のサーバー、介護保険の利用者のサーバーと。これは合体できないということになっていて、ITは全部入っていますが、全部縦割

りだから、全部その人の情報を集めてくるということができない。

いま、全部その人の情報があることの素晴らしさを感じているのは、24時間365日の夜間対応も含めたサービス提供をしていますけれども、そこは個別の詳細な情報が全部ITに入っていて、本人からコールがあると、電話に出た途端にパソコンの画面に個人の情報が全部浮き上がってくる。だから、「何を訴えたいのか？」というおぼつかない質問に対しても、的確に判断ができて答えられるというシステムをとっているのです。あの縦割りの情報が一本になったらどれだけ私たちは楽なのかなというふうに思いました。

**講師** 基礎情報だけでもあるといいんですね。

**G** そうですね。

**講師** 出口と入り口がおカネがかかるんです。つくってあげると、仕様が違って、いわゆるコンバートシステムで。

**F** 総背番号制とか何か、そういうのがあればクリアできるという問題でもないのですか。

**講師** それであれば全部クリアです。

**B** 高齢化の進展は地域経済にはプラスに働いているんです。ですから、やはりそこは、こういうことをやればもっと活性化するわけだけでも、高齢化が進んでいるところは、いろいろな住民サービスで地域が活性化する。それから、地価も上がっているんです。これからは医療関係のこういうところに行政投資をしていけば経済も活性化する。

**E** 「平均寿命の動向」ということですが、県ベースではなく、市町村ペー

スにこういうデータは使えるのですか。年齢調整後の死亡率と。

**講師** これは法律で県がやるようになっていて、県と両方で出ています。

**E** 県ベースではあまり意味がない。やはり市町村ベースであれば。

**講師** はい。それも同じ式を使って。まあ、県でも出ますけどね。

**A** 市町村合併を盛んにやるものだから、だんだん地域データというのは意味がなくなるんですね。都道府県データを、ページをむしったようなものになっちゃうでしょう。

**講師** そうですね。

**E** もう一つ、最後におっしゃっていた、専門分野を水平的に統合してどちらにでも考えられるスタッフと。そういうのは、高齢者エキスパートと言うのか……。

**講師** 「スペシャリストからジェネラリストへ」と言いますがけれども、病院とか施設は自分のスペシャリストで十分通用するけれども、地域包括とか在宅の家に踏み込む人はやはりジェネラルでないといけませんと。だから、ケア会議のときに、税申告をしると言っている根拠をケースを調整して教えたり、生保でも自立支援なんかやらないですけれども、生活保護でも、この人が経済のほうも自立するようなコーディネートは、こう見ながらやらなければいけないとか、そういうのを司会者が一つ一つケースごとに言ってあげると、入ってきやすいんですね。あのおとき教わったのはこういうケースで、こう入れるのかとか、あと、物事の尺度が専門職同士で合ってきたり。

**B** 2つわからないことがあって教えてほしいのですが、1つは、グループケアということで、これは国を単位とする、厚労省が決めたと言っていますけれども、なぜ国なのかよくわからない。国の人がお互いにコミュニティをつくりながらケアをしていく。このシステムというのはよく意味がわからない。これが一つです。

もう一つは、区の施設で、入居一時金が要らない。食事が付いて月20万ぐらいですけれども、そこに入って、ときどき家に帰る。半分ぐらい来ているという人がいるんです、食事を断ればその分だけ安くなるので。こういう使い方をされると、いいのか悪いのか、逆に言うと幅広くなるのか、その2つがよくわからなかったのですが。

**G** たぶんグループケアと言っているのは、認知症の高齢者の人たちを、30人、40人の中でケアをしていただくよりは、顔なじみの関係をつくるということで、少ない人数の中でケアをするほうが、認知症の高齢者の人たちや何かはとていいケアができるということがあって、国はいま、「ユニットケア」ということを推進しています。

あと、特別養護老人ホームのユニットケアについては、いま、大変議論になっていますので、ユニットケアは、ケアの仕方としては大変いいということがあって、国が推奨している。グループホームは9人ですけれども、ユニットケアは、9人なり10人なり12人なり、とにかく少ない人数でケアをすることが必要だということで、それをやっています。国はいま、ユニットケアがいいよという方針を出していますので、できるだけそれをやってくださいというふうになっています。

もう一つの、入居一時金が要らなくて、出たり入ったりと。有料老人ホームはそういった使い方をしていることがあります。

**講師** 長岡型はおうちに帰るんですよ。逆デイサービスと言うぐらいだから、おうちにも帰るし、そこにもいるし、みたいな。

**G** 基本が在宅なんです。在宅施設の相互利用という方法がありますけれども、基本は在宅なんです。在宅で生活をしているのですけれども、プロではありませんから、レベルがだんだんダウンしてきます。そうすると、プロがいる施設に入って、体を動かしたり、しっかりした食事をとったり、規則正しい日常生活を送ったりする。そうすると、また元気になります。そしたら、またおうちに帰っていただく。しっかり運動しなさいよと言っているけど、どうしても一人ではできませんので、レベルダウンしていきます。そうすると、また施設に入る……。

**講師** 高専賃みたいな特養と自宅を、両方持っているということなんですね。例えば自分のおうちに住めない人もいるので、そのときに、いまはリバースモーゲージはダメだから、そこを宅老所にするようなことで少し経費を出したりということですね。

ユニットケアというのは、たぶん級が、基準上のあれでは限界なんですね。ケアの論理でいくと、施設は集団ケアと言われて、ユニットというのは単位で、認知症で9人、グループホームはワンユニット9人。あれが基本形になっていて、ほかのケアの場でも、例えば最高数9人、9人以下といったところでケアをやるみたいなのは、ケア理論でもありますね。

**H** 健康保険でやるのと介護保険でやるのと、一緒になっている部分もあるんですか。

**講師** 健康保険も、例えば保健事業といって、それが保健センターとかに行ってしまったのですが、企業だったら薬箱をくれたりとかありますよね。そういうものを国保もやればまた変わるのですが、何せ国保は、財源的に言いますと崩壊しています。

昔は高齢者の方が少数で、働いている人が多かったので、いまの社会保険制度はバリバリ回るわけですね。ところが、その構造自体が人口構成が変わって

きているので、後期高齢者だとか、長寿医療だとか、介護保険制度ができてい  
るので、それを持続するのもどうしていこうかとやっているところなので、ぜ  
ひそういったところが……。

A では、今日は、大変有意義なお話をどうもありがとうございました。(了)