

# 第14回 介護保険推進 全国サミット in なんと



**市民協働の『地域包括医療・ケア』を目指して  
～みんなが助け合い、支え合うまちづくり～**



**平成25年10月17<sup>木</sup>・18<sup>金</sup>日**



**南砺市福野体育館及び  
福野文化創造センター**



- ◆主催 南砺市
- ◆主管 第14回介護保険推進全国サミット in なんと実行委員会
- ◆後援 厚生労働省、富山県、一般社団法人日本介護支援専門員協会、公益社団法人全国老人福祉施設協議会、社会福祉法人全国社会福祉協議会、公益社団法人国民健康保険中央会、公益社団法人全国老人保健施設協会、公益社団法人日本医師会、公益社団法人日本介護福祉士会、公益社団法人日本看護協会、一般社団法人日本作業療法士協会、公益社団法人日本歯科医師会、社団法人日本社会福祉士会、公益社団法人日本薬剤師会、公益社団法人日本理学療法士協会、公益財団法人テクノエイド協会（順不同）

# contents

## ◆ 開会式…………… 7

## ◆ 基調講演…………… 13

### 『社会保障改革とケアのまちづくり』

講師 宮本 太郎 氏 〈中央大学法学部教授〉

## ◆ 第1分科会…………… 29

### 『地域力の源 ～地域で老いを支える人づくり～』

コーディネーター 高橋 紘士 氏 〈国際医療福祉大学大学院教授・一般財団法人高齢者住宅財団理事長〉

パネリスト 堀田 力 氏 〈公益財団法人さわやか福祉財団理事長・弁護士〉

山城 清二 氏 〈富山大学附属病院総合診療部教授〉

渡邊 弘子 氏 〈菊池市健康福祉部高齢支援課地域包括支援係長〉

オブザーバー 朝川 知昭 氏 〈厚生労働省老健局振興課長〉

## ◆ 第2分科会…………… 55

### 『在宅での医療介護・看取り ～在宅で生涯を過ごすために必要なこと～』

コーディネーター 鳥海 房枝 氏 〈特定非営利活動法人メイアイヘルプユー事務局長〉

パネリスト 惣万佳代子 氏 〈特定非営利活動法人デイサービスこのゆびとーまれ理事長〉

熊谷 修 氏 〈人間総合科学大学人間科学部教授〉

橋本 宏樹 氏 〈公立つるぎ病院副院長・吉野谷診療所所長〉

オブザーバー 迫井 正深 氏 〈厚生労働省老健局老人保健課長〉

## ◆ 第3分科会…………… 79

### 『認知症オレンジプランへ向けて ～認知症の人と家族を支えるためには～』

コーディネーター 宮島 俊彦 氏 〈岡山大学客員教授・前厚生労働省老健局長〉

パネリスト 玉井 顯 氏 〈医療法人敦賀温泉病院 介護老人保健施設ゆなみ理事長・院長〉

柴田 崇徳 氏 〈産業技術総合研究所上級主任研究員・東京工業大学  
大学院連携教授・マサチューセッツ工科大学客員フェロー〉

遠矢純一郎 氏 〈医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック院長〉

オブザーバー 三浦 公嗣 氏 〈厚生労働省老健局認知症施策総合調整官〉

## ◆ 分科会まとめ…………… 103

◆ パネルディスカッション……………113

『団塊世代の介護保険を支える ～都市と地方が抱える問題を通して～』

コーディネーター	大森 彌 氏 <東京大学名誉教授・特定非営利活動法人地域ケア政策ネットワーク代表理事>
パネリスト	幸山 政史 氏 <熊本県熊本市長>
	本田 敏秋 氏 <岩手県遠野市長>
	松崎 秀樹 氏 <千葉県浦安市長>
	田中 幹夫 氏 <富山県南砺市長>
オブザーバー	原 勝則 氏 <厚生労働省老健局長>

◆ 開催市からのメッセージ……………141

『多職種連携で結ぶ家族の絆と地域の絆  
～一人ひとりの人生を支える地域包括医療・ケア～』

コーディネーター	南 眞司 氏 <南砺市民病院院長>
出演者	金子 利朗 氏 <産婦人科内科金子医院院長>
	野嶋 京子 氏 <J A福光ふれあいセンター介護支援専門員>
	村井眞須美 氏 <南砺市訪問看護ステーション所長>
	湯淺 良夫 氏 <利用者の家族>

◆ 特別講演……………155

『2025年へ向けて 介護保険の課題』

講師	ジョン・クレイトン・キャンベル 氏 <ミシガン大学名誉教授・東京大学高齢社会総合研究機構客員研究員>
----	---

◆ 閉会式……………165

◆ 会場スナップ写真……………171

◆ 実行委員会委員名簿……………179

## 第14回 介護保険推進全国サミット in なんと

テーマ 市民協働の『地域包括医療・ケア』を目指して  
～みんなが助け合い、支え合うまちづくり～



平成25年10月17日、18日の2日間にわたり、富山県南砺市において「第14回介護保険推進全国サミット in なんと」を開催いたしました。

本サミットでは、「市民協働の『地域包括医療・ケア』を目指して～みんなが助け合い、支え合うまちづくり～」をテーマに講演やパネルディスカッションを行い、全国の保健・医療・福祉関係者や地域住民等1,100人の参加を得て、活発な議論をいただきました。

また、南砺市長田中幹夫による大会宣言が参加者全員の拍手で採択されました。



## 第14回介護保険推進全国サミット in なんと 大会宣言 介護保険制度見直しに向けて

～介護保険制度の基本理念にふさわしい改正の実現～

制度発足から13年、介護保険制度は国民生活に着実に定着し、日本の高齢者の地域生活を支える制度として重要な役割を果たしています。

客観的で公平な要介護認定システム・ケアマネジメントの導入・小規模多機能サービスや個室ユニットケアの制度化、地域包括ケアシステムへの取り組みなど、常に世界に先駆けて新たな介護サービスの地平を切り開いてきた我が国介護保険制度は、国際的にも高い評価を得てきました。

諸外国はこぞって「高齢化先進国」日本の介護保険を研究し、自国の制度設計に生かしています。

介護保険制度の先進性は、何よりも、制度を支える基本理念に由来しています。

「介護の社会化＝市民福祉原則に立脚した普遍的サービス保障」

「高齢者の尊厳の尊重＝自立支援・責任と選択・権利としての介護保障」

「当事者主権＝市民自治原則・市民自身の費用拠出と制度参加」

「地域主権＝基礎自治体主義」

これらの理念は、制度の基本設計から一人ひとりの介護サービス利用の場面まで、介護保険制度のあらゆる場面で具体化されています。

同時に、介護保険は今なお「現在進行形」の制度です。時代の変化に合わせ、私たちは常によりよい制度への改革を進めていかなければなりません。

しかし、目先のことにとらわれてこの制度の本質的価値を見失うようなことがあってはなりません。

大事なことは、介護保険制度の先進性を再認識し、将来の社会経済の大きな変化を見通して、制度の理念をいかに現場で具現化していくか、そのための具体的な改革の方向性を見極め、一つひとつ実現していくことです。

理念なき改革、近視眼的・安易な妥協や無定見な制度いじりは制度理念を曖昧にし、介護保険の将来に重大な禍根を残すことになりかねません。

次期制度改正に向け、軽度者に対する介護サービスのあり方の見直しが検討されています。

軽度者のサービスの見直しは必要です。介護保険制度の理念にそぐわない、高齢者の自立支援に資さないサービスや介護予防につながらないサービスを徹底的に見直していくことは、介護保険制度への信頼と持続可能性を高めていくためにも必要な取り組みです。

しかしその見直しは、介護保険の基本理念を損なうものであってはなりません。サービスの効率化・適正化は、予算統制や総枠規制で行うものではありません。それは、公権力型福祉すなわち措置制度への道であり、介護保険制度の基本理念を著しく損なうものです。

今私たちに求められているのは、「自立支援＝help to selfhelp」の理念の下に、一人ひとりの高齢者が、自ら身体的・精神的・社会的自立に向けて主体的に努力すること、それを支えるサービスとマネジメントの形を積極的に示し、真に介護予防に資するサービス体系を作り上げていくことにほかなりません。

今回の制度改正では、地域包括ケアシステムの具体化が大きな課題です。

日常生活圏域で完結する切れ目のないケア、医療介護連携の実現、個別制度を超えた包括ケアマネジメント、重度化・複合化する要介護高齢者へのケア保障、認知症ケア体系の確立、サービス体系の見直しなど、取り組むべき課題は山積しています。

軽度者へのサービスの見直しは、これらの課題への取り組みと整合性のある、一貫した改革理念の下で推進されなければならないと考えます。

介護保険制度を現場で担う私たち基礎自治体もまた、介護保険制度の当事者です。

介護保険制度に込められた理想に思いを致し、市民に向き合い、自ら進んで介護保険制度の基本理念を現場で実現していくための一層の努力を重ねていかなければなりません。

介護保険の基本理念に立ち返り、高齢者の尊厳と主体性を尊重し、真に「自立支援」に資する制度改革を実現するために、市民・国とともに全力で取り組んでいくことを、ここに宣言します。

平成25年10月18日

第14回介護保険推進全国サミット in なんと 参加者一同



10/  
17  
(木)

開  
会  
式

基  
調  
講  
演

第  
1  
分  
科  
会

第  
2  
分  
科  
会

第  
3  
分  
科  
会

10/  
18  
(金)

分  
科  
会  
ま  
と  
め

バ  
ス  
ル  
デ  
ィ  
ス  
カ  
シ  
ョ  
ン

開  
催  
市  
か  
ら  
の  
メ  
ッ  
セ  
ー  
ジ

特  
別  
講  
演

開  
会  
式

会  
場  
ス  
ナ  
ッ  
プ  
シ  
ョ  
ッ  
ト

# 開 会 式

日時 10月17日(木) 13時30分～13時50分

会場 福野体育館アリーナ

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネル  
ディスカッション

開催市からの  
メッセージ

特別講演

開会式

会場スナック  
ショット



## 開会式

.....

10月17日(木) 13時30分～13時50分

### 開会挨拶

南砺市長 田中 幹夫

### 来賓祝辞

厚生労働省老健局長 原 勝則

### 来賓祝辞

富山県知事 石井 隆一

### 来賓祝辞

富山県議会副議長 上田 英俊



## 開会挨拶

南砺市長 田中 幹夫



皆さんこんにちは。南砺市長の田中幹夫でございます。本日はようこそ富山県南砺市にお越し下さいました。市民を代表して心より歓迎を申し上げます。挨拶に入ります前に、台風26号が伊豆大島を直撃いたしました。東京都大島町はわが南砺市の井口と椿の関係で中学生が交流を続けている町でございます。多くの犠牲者が出た模様でございますし、まだ身元が発見されていच्छゃらない方、多数いच्छゃる訳でございますが、犠牲になられた方に哀悼の意を表しますとともに、救出、そして1日も早い復旧を願うものでございます。

さて、介護保険推進全国サミット、今回で14回目の開催となります。北は北海道から南は九州鹿児島まで、1,000名もの皆様にご参加をいただいてこのように全国規模の大会を南砺市で開催できますことを、大変嬉しく思っております。

介護保険制度創設から今年で14年目に入りました。老後の生活を支える制度としてしっかり定着致しました。しかしながら、高齢化の進展の影響で、年金・医療・介護などの社会保障給付は年間100兆円を超える水準に達しており、GDPの2倍を超える公的債務残高の水準と相まって、社会保障制度の持続可能性が問われる状況になっていることは皆様ご案内のとおりであります。こうした状況の中、社会保障制度充実の財源となる消費税について、先般、安倍総理大臣が来年4月から予定通り引き上げることを決断されました。また、8月には、社会保障制度改革国民会議がまとめた報告書を受けて、現在、

厚生労働省の社会保障審議会介護保険部会において、個別の課題について詰め議論が行われております。介護保険制度改革を含む社会保障・税一体改革は、正念場にさしかかっております。

このような中、「地域包括医療・ケア」の名の下、全国に先駆けて医療・介護の連携と在宅生活の支援に取り組んできた南砺市において本サミットが開催出来ますことは、光栄でありますとともに、大変身の引き締まる思いであります。

今回のサミットでは、「市民協働の『地域包括医療・ケア』を目指して～みんなが助け合い支え合うまちづくり～」をテーマに、地域力の涵養や、看取りまで対応した在宅での医療介護、認知症オレンジプランに向けての取り組み等々、喫緊の課題について討議をして参ります。これらについて皆様と共に現状と課題、そして今後のあり方を忌憚なく意見交換し、あるべき介護保険制度について考え、全国に発信することで、介護保険制度の更なる発展に結びつけることが出来るものと考えております。

結びに、本サミット開催に多大なご支援とご協力をいただきました厚生労働省をはじめ、各関係機関・団体の皆様にこの場をお借りして厚く御礼を申し上げます。開会の挨拶とさせていただきます。

今日、明日の2日間、どうぞよろしくお願い致します。

## 来賓祝辞

厚生労働省老健局長 原 勝則



「第14回介護保険推進全国サミット in 南と」が、台風一過のこの秋晴れの下で、ここ富山県の南砺市

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

ディスカッション

パネル  
南砺市からの  
メッセージ

特別講演

開会式

会場スナップ  
ショット

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップシヨット

で盛大に開催されますことを心からお慶び申し上げます。

田中市長さん率いる南砺市の職員のみなさん、住民のみなさん、そして、介護事業者の関係のみなさん、さらには富山県のみなさん。そして、地域ケア政策ネットワークの関係者の方々、この1年間、このサミットの開催に向けまして大変なご尽力をいただいたと思います。皆様方のご努力と、そしてこのおもてなしに心から感謝を申し上げたいと思います。

また、本日は全国から介護保険制度にたいへん熱心な首長さんをはじめ行政の関係者や、介護事業者の方々、その他大勢の方々がここにお集まりでございます。日頃から介護保険制度の推進につきましてご協力・ご理解をいただいておりますことに対して、心から敬意と感謝の意を表したいと思います。

政府におきましては、先般、社会保障制度改革国民会議の報告書を受けまして、持続可能な介護保険制度の構築ということで、現在、議論を進めております。予防給付の見直しや、一定所得以上の方の利用者負担の問題など、大変難しい問題ばかりであります。関係者の方々からは賛否両論さまざまな意見を、今、いただいております。

介護保険制度は、市町村が関係者の協力を得ながら運営をしていく制度でございます。私どもとしても、市町村が実行できるような改革をしていかなければならないと思っておりますので、これから、みなさんのいろいろな意見をよくお聞きしながら、年末までに政府案を取りまとめて行きたいと考えております。どうぞよろしくお願ひ申し上げます。

今回の社会保障・税一体改革の中で特に大事なことは、医療提供体制改革と地域包括ケアシステムの構築というものを同時に進めて行くということでございます。南砺市におかれましては、平成15年に現在の南砺市民病院を核として在宅医療・介護の連携にいち早く取り組まれたと聞いております。また平成21年から始まりました「地域医療再生マイスター養成講座」、あるいはその発展形でございます「なんと住民マイスターの会」といった取り組みは、実は、

単に在宅医療・介護の推進ということにとどまらず、地域づくり、まちづくりという側面も併せ持っておりまして、私どもがこれから進めようとしている、地域にコーディネーターを配置して、そしてインフォーマルなサービスの基盤を作り、自助や互助というものも併せて進めて行くという、「目指すべき姿」のひとつとしてすでに実践されているものと理解をしております。また、地域包括医療・ケア局を市役所に設置されるなど、これらの先駆的取り組みをされている南砺市におきまして、こうして全国サミットが開催されます意義は、大変深いものがあると考えております。どうか、本日ご参集の皆様、この全国サミットを通じまして様々なことを学んでいただき、また、情報交換、意見交換をしていただき、そして連帯の絆というものを深めていただきますように、心からご期待申し上げます

最後になりますが、ご参集の皆様のご健勝とご多幸、介護保険制度の推進、そして本大会のご成功を心から祈念申し上げましてお祝いの言葉とさせていただきます。

本日はおめでとうございます。

## 来賓祝辞

富山県知事 石井 隆一



皆さんこんにちは。大変爽やかな秋の日となりましたが、今日のおき日に介護保険推進全国サミットがこの富山県南砺市で本当に沢山のご来賓のみなさん、また、各地で熱心に介護保険に取り組んでいらっしゃる皆様、沢山ご参加になって、こうして盛大に開催されますことを、心からお祝いを申し上げます

す。また、今日のサミットに参加のために、全国からお集まりの皆様、この数日来台風の影響もありましたけれども、ようこそ富山県にお越し頂きました。心から歓迎を申し上げます。

皆様には申し上げるまでもないことですが、日本も、また私ども富山県もどんどんと高齢化が進んでおまして、富山県でも65歳以上の高齢化率は、今年の3月末で27.6%となり、このままで推移しますとあと2年で30%位になります。また政府の推計がそのままだとしますと、あと20年位で38%位になるというような見込みになっております。

一方で少子化高齢化と共に核家族化も進行しており、全国的な状況だと思いますが、一人暮らしのご高齢のお宅やご夫婦ともにご高齢で二人だけのご家庭が大変増えておまして、従って家庭の介護力ももちろん低下します。しかしながらご高齢の方々にお伺いしますと、近い将来あるいは遠い将来病気になる医療や介護を受けるようになってもできるだけ自宅や地域で暮らしたいと回答される方が非常に多い訳であります。これにどう対応するか。

この富山県では、今日も会場にいらっしゃるかもしれないませんが、惣万佳代子さんなど、大変先覚的な方がいらして、ご高齢の方も障害のある方も小さなお子さんも、大家族のように、みんなで支え合う富山型デイサービスというの、20年ほど前から全国に先駆けて進めて参りました。

またこの地元南砺市は、田中市長のリーダーシップもあり、南砺市民病院と開業医の皆さんが、グループになって、地域でできるだけ包括的な医療ケアを在宅でやっていこうと取組んでおられます。県内全体でも、各市町村で開業医のグループをつくり、また看護師や保健師や、富山県の場合は薬の富山ですから薬剤師の方にもメンバーになっていただいて地域でみんなで医療やケアを提供するシステムをつくらうという事も進めております。

そういう中でこうした介護保険推進全国サミットが開かれるわけでありまして。

今お話がありましたように、国では社会保障と税

の一体改革ということで、一方では消費税を引き上げるといふ決断をされ、併せて、社会保障制度についても介護保険の仕組みも含めてこの際見直しをしようという大きな動きになっております。

いろんな問題が沢山有ると思います。皆さんせっかく県内はもちろん、全国各地からお集まりいただいたのでありますから、今後の介護保険制度というものをごどうやって維持発展させて行くか。またそれにとどまらずに、日本の社会保障制度というものをどのようにして持続可能にして行くか、大いに議論をしていただきたいと思っております。富山県では地域の見守りとか、家事代行をやるようなケアネット21というような動きも、これは県民のみならず大変に熱心で全国的にみてもずいぶん進んでいると思っております。それと併せて、働く意欲、能力があって元気なお年寄りも、もっともっと社会に大いに力を発揮して貢献していただきたいということで、エイジレス社会の形成ということも別途目標にして、例えばシニア人材バンクというの全国に多分先駆けて昨年の10月から始めました。55歳以上、70歳代位までの方、80歳以上でも別に構わないのですけれども、意欲のある方は登録していただいて、大いに社会貢献、あるいはビジネスの場でも活躍していただくというものです。嬉しいことに、今まで495人の方が登録をして、この1年間で216人の方の就職が決まりました。その中には70歳以上の方も相当いらっしゃいます。

一方で医療や福祉、地域全体でしっかり包括的なシステムを作っていく。一方で働く意欲、能力、情熱のある人は大いに働いてもらう。そういう社会になるように富山県としては頑張っていきたいと思っております。

今日・明日のサミットが、大成功に終わりますように。大森先生ですとか、全国的にも大変知名度のある、また社会保障についても大変ご見識のある方々も沢山ご参加されておりますので、是非実りある議論をいただいて、全国各地で、地域の医療、福祉が進展し、また社会貢献できるご高齢の方は大いに寄与していただく、そういった事に結びつくように心から念

願する次第であります。

おわりに、ご参会の皆様お一人お一人の今後ますますのご健勝ご発展をお祈り致しましてお祝いの言葉に代えさせていただきます。

どうぞみなさん頑張って下さい。ありがとうございます。

## 来賓祝辞

富山県議会副議長 上田 英俊



みなさんこんにちは。ただいまご紹介いただきました県議会副議長上田でございます。杉本議長より祝辞を預かって参りましたので代読させていただきます。たく存じます。

第14回介護保険推進全国サミット in なんとが開催されるにあたり、地元富山県議会を代表して一言お祝いの言葉を申し上げます。

全国からご来県の皆様方には、ようこそ富山県にお越しいただきました。心から歓迎申し上げます。皆様方には、日頃から高齢者福祉の向上に多大なご尽力をいただいております。深く感謝申し上げる次第であります。

さて、ご存知の通り介護保険制度の施行から13年が経過し、高齢者の増加に伴い、介護サービスを受ける方も年々増えてきているなど、介護保険制度は高齢者の暮らしを支える制度として定着し、老後の生活に欠かせない仕組みとなっております。

一方で、少子化や核家族化の進展により、高齢者の一人暮らしや老夫婦世帯の増加に加え、医療ニーズが高い高齢者や重度の要介護者、認知症高齢者の増加に対しても、適切に対応していくことが求め

られているところであります。

こうした中、2日間にわたり、全国から介護保険に携わる有識者や行政関係者、医療、介護、福祉関係者の皆様方が一堂に会され、先進事例等の報告や意見交換を行うことにより諸課題への対応に向けた方向性を探られますことはまことに意義深く、その成果を大いに期待するものであります。

どうか皆様方におかれましては、今回の成果を十分に活かされ、高齢者一人一人がニーズに即した介護サービスを受けられるよう、一層のご支援ご尽力を賜りますようお願い申し上げますとともに、豊かで美しい自然や多彩な伝統文化、新鮮で美味しい食など、多彩な富山の魅力を十分に満喫していただきたいと思っております。

富山県議会と致しましても高齢者に対する福祉の充実を図り、誰もが住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる社会の実現に、一層の努力をして参る所存であります。

おわりに、本サミットの開催にあたり、多大なご尽力を賜りました実行委員会等関係者の皆様方に感謝を申し上げますと共に、本日ご列席の皆様方のご健勝、ご多幸を心から祈念致しましてお祝いの言葉と致します。

平成25年10月17日、富山県議会議長 杉本 正。代読でございます。

おめでとうございます。

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

閉会式

会場スナップショット



# 基調講演

日時 10月17日(木) 13時50分～15時00分

会場 福野体育館アリーナ

## 社会保障改革とケアのまちづくり

講師

宮本 太郎 氏 (中央大学法学部教授)

10/  
17  
(木)

開  
会  
式

基  
調  
講  
演

第  
1  
分  
科  
会

第  
2  
分  
科  
会

第  
3  
分  
科  
会

10/  
18  
(金)

分  
科  
会  
ま  
と  
め

バ  
ス  
ル  
デ  
ィ  
ス  
カ  
ッ  
シ  
ョ  
ン

開  
催  
市  
か  
ら  
の  
メ  
ッ  
セ  
ー  
ジ

特  
別  
講  
演

開  
会  
式

会  
場  
ス  
ナ  
ッ  
プ  
シ  
ョ  
ッ  
ト

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

閉会式

会場スナップショット



## 基調講演

10月17日(木) 13時50分～15時00分

### 社会保障改革とケアのまちづくり

講師

宮本 太郎 氏 (中央大学法学部教授)





皆さんこんにちは。中央大学の宮本と申します。今日は介護保険推進全国サミット、こうした大変大事な集まりにお呼びいただき、大変光栄に思っています。しかも、富山県での開催ということで、私常々富山モデルというのに関心を持ってございまして、「弱者99%社会」という編著があるんですけども、ここでは富山市長をお迎えして、鼎談をしております。

富山というのは、今はあまりご存知の方も少ないのかもしれませんが、万雑（まんぞう）文化。万雑と言って、税金とは別に、地域の問題を解決するためにお金を出し合ったり労務を提供したりする、そういう支え合いの文化が根強い訳ですね。また、三世代同居も多いのですが、その一方で女性がすごく活躍していて、三世代同居のせいかなと思うのだけれども、逆に、保育の利用率も非常に高い。女性の活躍の中身も、就業率ももちろん高いですね、全国で5番目くらいなのですが、正社員の割合、女性の正社員の割合は日本一ですよ。

何か古いものと新しいものを非常にうまくミックスして、そして結果的に世帯所得を高めている。これは日本のめざす福祉社会の一つの形を示しているようなところがあるこの富山県。しかも今日のお話の一つのポイントになるかと思いますが、弱い者同士が助け合って強い社会を作っていく共生型の福祉などと言いますが、「このゆびとーまれ」といった、共生型福祉のいわば生まれ落ちた所がこの富山県ですよ。そうした富山でお話できる事を併せて、今日は大変有難いことだと思っています。

ただ私けっして介護保険の専門家ではない訳です

けども、今日そのような私がこんな機会を与えて頂いたっていうのは、やはり、今日本で社会保障改革が推進されている訳ですね。この社会保障改革が目指す大きな方向性との関係で、地域包括ケアや介護保険の事をちょっと議論してみると、そういう趣旨だという風に理解しております。

私自身この社会保障改革の流れには、この間2回政権交代有りましたが、この前の自公政権のときから安心社会実現会議の報告書に関わり、その後民主党政権期、そしてこの前自民政権期にもう一回入ってですね、社会保障制度改革国民会議が8月に報告書をまとめました。

こうした中で私自身主張してきたのは、実は日本の社会保障制度っていうのは高齢者向けの支出が多すぎるのではないかと。これを現役世代、若い人たちを支える支出の方に少しシフトしなきゃいけないのではないかと。こういう議論なのでですね。

これをちょっと聞くと、何かこう高齢者に対する社会保障の優先順位を下げろというような議論に聞こえるかもしれません。そうすると、「よくのうのと介護保険サミットに来たな」という風に言われてしまうかもしれません。まずそれは違いますよという、こう弁明と言いますかね、これは弁明以上に大切なところなのですが、そのお話からさせていただきたいと思っています。

実はその確かに国民会議の報告書にも、こんな風書いてあります。給付は高齢世代中心、負担は現役世代。こういう構造を見直して、全世代型の社会保障にしていく。つまり、若い人たちが当然負担をして、それを元に高齢者を支える、こういう形を改めなければいけないから、負担も年齢別の負担から負担能力別、高齢者も豊かな方が居られるし、また同時に日本の高齢者の貧困率というのは20%くらいです。世界でも7番目くらいです。そういう所にはきちっと手立てを打っていく。負担能力別のですね、社会保障にしていこうと言う事なのでですね。

確かにこれだけ聞くと、高齢者向けの支出をこう何か若者向けの支出に移していくように聞こえるか

かもしれません。けっしてそうではない。それ以前に大事な事は、今、これまで当たり前のように働き社会を支える側だった人たちが、弱ってきてしまってるんですね。この支える側を支えないと共倒れになっちゃう。

秋田県に、藤里町という所がございます。人口4,000人くらいの町ですけれども、ここの社会福祉協議会が、高齢者福祉、児童福祉を一生懸命やってたんだけれども、最近これまで通りやろうとしても上手くいかない。何かそこで当然期待されていたその高齢者の家族、子どもの家族の支えっていうのが動いてないように思う。それで、調査してみたのですね。そうするとこの人口4,000人の町で、実に113人の現役世代の人たちが長期にわたって仕事に就けず事実上の引きこもり状態。これは大変な事になっているということで、町をあげて現役世代の支援に力を割き始めて、そして、何とか引っ張り出すけれども今度は働くところが無い。これを何とかしなくちゃいけないと言うことで地元名産のマイタケでキッシュを作ってその販売をして、そこでみんなが働けるようにして、そして高齢者や子どもたちを支えられるようにした。この「まいたけキッシュ」というのは藤里町の人に聞いたら去年爆発的に売れて450万個出たらしいですけども、結局その町おこしが出来たという事なのですね。

こんな風に今、支える側の人たちが弱っちゃった。放っておくと共倒れだ。しかも、皆さん今更釈迦に説法ですけども、今介護保険が直面している色々な問題を考えてみる。介護労働力を確保しなきゃいけない。年間の離職率が20%を超えるような状況。男性が結婚しようとしたらとても介護の仕事が続けられない、寿退社だ。こういう状況を変えなきゃいけない。

それから生活支援のサービスですね。これはやはり若い人たちにどんどんそうしたサービスの提供者になってもらわなきゃいけないのだけれども、これが圧倒的に不足しているとか。介護者を支援しなきゃいけない。家族が共倒れになってしまう。あるいは

介護保険料が上がる中で、地域でのその財源の負担能力が減じていく。これ、介護保険が直面している問題をこうやって考えていくとどうでしょう。これみんな全世代型の社会保障への転換で、支える側を支援して行かないとどうしようもない問題ではないか、ということですね。

先程来私は全世代型の社会保障への転換という風に申し上げていますが、もうちょっと根本的なところで言うと、国民会議の報告書は、70年代モデルから21世紀型日本モデルへの転換という風に言っています。これは単にその従来の社会保障の対象を若い世代にも向けていくという事ではないのです。これまでの日本の社会保障というのは高齢者向けの現金給付、年金が中心でしたよね。同じ調子で若い人たちに現金をばら撒いたらこれは、そんなお金無いし、地域社会も元気になりませんので、要するに支え合いの形そのものを変えていく。そのような転換の中で、介護保険や地域包括ケアを考えていく、その事が大切だろうと思いますし、今日私が多少なりともこういう大変な、重大な場で何か申し上げられるとしたらまさにその事を申し上げたいという風に思っています。

それでは、これまでの日本の生活保障、社会保障じゃなくて生活保障という言葉を使いました。社会保障ともう一つは雇用ですね。私たちの生活というのは何らかの事情で働けなくなったときに中断した所得を社会保障が補う。あるいは働き続ける事を支援する。こういう形でできています。それを合わせて私は生活保障と言っている訳なのですけども、これまでの日本の生活保障はどうなっていたか、それがどうして壊れてきちゃったのか。

これまでの日本の社会保障、生活保障というのは、ちょっと変な言い方に聞こえるかもしれませんが、正規社員・正規雇用が正規世帯。正規雇用はいいけれども、正規世帯って何だと思われるかもしれませんが。

正規世帯というのは、お父さんが正社員で働いていて、お母さんが専業主婦で子どもたちが2人い

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップショット

る、いわゆる標準世帯というふうに言われたものをちょっと皮肉を込めて、正規世帯という風には言っているのですが、正規雇用が正規世帯を扶養するという事を基本に出来上がっていました。

何でこれが生活保障の中心だったかと言うと、日本の政治や行政が業界を守ってくれて、そしてお父さんの会社は基本的に潰れなかったのです。結局現役世代は潰れない会社で働くお父さんの勤労所得で生活をしていくということですから、社会保障って言うのは随分対象が絞り込まれてきてしまいました。



一つは高齢者向けの年金とか高齢者医療ですね。もう一つは正規雇用が正規世帯を扶養するというそういう枠組みに入れない人たち、いわゆる保育にかけられる子どもだとか障害を持った方だとか、大変困窮した人たちにターゲットを絞って絞って社会保障が行われてきた訳です。日本の社会保障支出というのは、ご存知のようにGDP比で非常に抑制されていたのだけでも、にもかかわらず日本が総体的に安定した社会でやってこれたのはこういう仕掛けです。日本の社会保障制度っていうのは対象をすごく絞ったと今申し上げました。こういう仕組みの中で、日本の社会では人々を二つに分ける発想というのが横行してきたのです。

片や強い個人、元気な人たち。健康で健常で若くて自立している、こういう人たち。片や弱い個人。病気をお持ちだ、障害をお持ちだ、年を取った、困窮している。前者は雇用で、後者は社会保障で面倒を見ましょう。こういう発想が私達何か当たり前の

事のように思えるくらい、こうした二分法が、まかり通ってきた訳です。結果的に例えばどういう所にそれが現れているか、日本で障害者人口と言われている人たちはどれくらいかという、これは基本的に障害者手帳を持っている人たちを中心に考えて大体人口の5%。スウェーデンでは20.5%が障害者と見なされているのです。スウェーデン何でそんなに障害者が多いんだ。これは違うんですね。障害者の定義が違う。スウェーデンの場合は日常生活をしている事に困難を感じている、主観的な申告が障害者の規準になって行きますので、非常に多い。

あるいは生活保護などの公的扶助の受給者みたいなものを見てみると、しばらく前までは日本は国民の0.7%くらい。今生活保護が爆発的に増大していると言っても1.6%くらい。アングロサクソン諸国、イギリスとかアメリカはもう10%近いですよ。

そういう意味ではこの弱い個人、社会保障が対象とする人たちっていうのが限定され絞り込まれてきて、しかも強い個人、元気な人たちとはっきり二つに分けられてきた。こういう背景があります。

そしてそうこうする内に、こうした日本型の生活保障の形っていうのが、だんだん壊れてきた訳ですね。何が起きたかという、まず、正規雇用というのが解体してきました。私はその1995年というのがそのターニングポイントだと思っている訳ですけども、これまで日本のお父さんが潰れない会社で働いていたのが終身雇用とかですね、あるいは終身雇用が実現していない地方でもすごい潤沢な公共事業が落ちて行って、仕事があったのです。ところが95年くらいからそういう状況が変わってきてしまって、非正規雇用が1,000万人を突破する訳です。今38.2%です。

非正規の人たちって、これまでの非正規ってお父さんの勤労所得を補完してお母さんがパートに出ている訳ですね。家族に根ざした非正規だった。ところが今こういう非正規の賃金で家計を背負わなければならない。これでは結婚できません。結果的に正規世帯が解体して行きます。

95年、同じ年に単独世帯が1,000万突破するのですね。それで、両働きの家庭が片働きの家庭を追い抜くのが98年になります。

非正規の給与では結婚できないから30代前半の男女は、未婚率が95年から激増してきます。それと併行して、いわゆる支えられる側、さっき強い個人と弱い個人に日本人ははっきりと二つに分けられてきたと言いましたね。その弱い個人として見なされ、支えられる人々という風に認定されてきた人たちがどんどんどんどん増えて行きます。95年が転換点と言いましたけれど、その前の年94年というのは日本が高齢社会、今は超高齢社会と言われてはいますが、高齢社会に突入した年です。同時にこの年から、95年は平成7年ですけども、生活保護の受給者が急激なカーブを描いて上昇して行きます。

さて、ここでちょっと考えてみたいことがあるのですね。

そうした変化の中で、日本型の生活保障が壊れてきちゃった中で、見えてきた事があります。これはこれから地域の支えの仕組みを考える中で私はとても大切な事だと思っているのですけれども、それはどういう事か。

これまでその強い個人と弱い個人。働く人、社会保障のお世話になる人。これははっきり二つに分けられてきた時は、何か変な図ですけども、一方でまん丸でピカピカの若くて健康で健常で自立していた人たちがいる。これは支え手だと、支える側だと。他方で支えられる側の人って何かこうちょっとクシャってしちやってる。年を取って病気で障害を持っていて困窮しているのだ。こういう話だったのですね。

ところが、まん丸でピカピカの個人ってどこにいたのだろう。彼は恐らく正社員なのでしょうね。で、会社で守られていたのです。また会社は行政政治で守られていたのです。他方お家に帰ると専業主婦のお母さんがいて、お母さん、奥さんに守られていたのですね。

ところが、もう会社は守られなくなった。非常に

雇用が不安定になっていく。結婚出来なくなっちゃった。そうなってくると現役世代であろうが若かろうが、その個人の形っていうのがちょっと見え方が変わってくる訳ですね。やっぱりまん丸でピカピカっていうのはそう見えていただけであって、むしろ私達みんなが、例えばお家のお年寄りの介護をしなきゃいけない。これまでみんな奥さんに預けていた、投げたけれども、奥さんも働きに出た。お父さんも、介護のお手伝いをするし、翌朝は子どもを保育所に送っていく。そういう事になるとやっぱり色々な形で疲れてきちゃう訳です。何かの支えが無いと働き続ける事が出来ないよという事になってくる。これってこちらの形の方が当たり前じゃないだろうか。やっぱり皆なちょっとクシャっとしちやってるんじゃないだろうかという事です。

他方で、これまで支えられる側だという風に決めつけられていた人たち。何かこう24時間戦えますかみたいなそういう世界に入っていくというのは無理ですよ。実はそちらの人たちも色々な形で間接的に支えられていた訳ですから。

ところが、支える側を支える、皆が出来る範囲で社会に参加し力を発揮する、そういう社会であるならば、支えられる側、これはお年寄りであろうが障害をお持ちの方であろうが、生活保護を受給していたという人であろうが、支える側に入っていくことも出来る。少なくとも社会参加は出来る。そうですね。今健康か病気かと言っても、鬱やガンを抱えて働き続ける人が出ているし、お年寄りも病院に入って元気になってお帰りのなさいってことじゃないですよ。複数の疾患を抱えて病院と自宅の間を安定期、慢性期、そういった中継点をたどりながら行ったり来たりをする訳ですね。だから国民会議の報告書は病院完結型の医療から地域完結型の医療へと言っている訳です。どこからどこが健康で病気か分からなくなってきた。グレーゾーンですよ。

障害か健常か、今700万人に及ぶ発達障害をお持ちの人がいて、ご存知のようにその人たちの一部はキチッと支えるととんでもない能力を発揮したりする

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップショット

訳ですね。何が健常で何が障害か、これもグレーゾーンになってきました。「年を取っているか取っていないか、それは分かるぞ」と言われるかもしれないけども、65歳から85歳まで1日9時間寝るとして、言っても65歳過ぎたらそんなに寝られるはず無いので、もっと沢山起きていますけども、9時間寝るとして、起きて時間が10万時間。65歳以降の時間が10万時間、「老い」って何なのだろうかということになる訳ですね。

そうすると、皆がグレーゾーンにいることになります。そして、何かの支えがあると力を発揮することが出来る。

こうなってくると片やピカピカまん丸の個人がいて、クシャってした支えられる人を支えるっていう形じゃない。皆がグレーゾーンの中で支え合って、そして社会保障っていうのは、そういう支え合いを支える。雇用や自立を支える社会保障になっていく。こういう流れが見えてきたんじゃないでしょうか。

ちょっと抽象的な言い方だったので、もうちょっと高齢化社会の現実に取りつけて考えていきたいと思えます。

この図はよく皆さんがお聞きになっている生産年齢人口、15歳から64歳までの人口と、65歳以上人口の比率がいわゆる騎馬戦型、3対1から2050年くらいには1対1の肩車型になっていくという図ですよ。

ところが良く考えてみると、さっきの弱い個人がむしろスタンダードになっているという現実を考えると、これ放っておいて肩車なんか出来ない訳です。確かに頭数だけこう比較すると1対1なのだけど、この分母を構成している現役世代どれだけ働いているのか力を発揮出来ているのか。女性の6割以上が最初の子どもを産むときに会社を辞めざるを得ない社会。正社員にならないと会社が真面目に社会の中で役立てる知識や技能のトレーニングの対象にしませんから、いつまでたっても高い生産性で働けない、若者が、高い生産性で働けない、そういう社会です。こういう中で更に支えられる側、とりあえず、古い



見方で話を続けると、支えられる側の構成も変わってきて、もうすでに2030年には大都市では高齢者の世帯の3割くらいが皆単身世帯になってくる。しかも先ほどの経緯からして低所得であることが見込まれます。認知症も増えるでしょう。そうなってくるとこの支えられる側の構成もまったく変わってくる訳なのです。

こうした中で先程、支える側支えられる側という二分法が大分こう怪しくなってきたぞという話をしましたけれども、そこにハッキリ見切りを付けて支え合いの仕組みを根本からこう変えなきゃいけない。これが私は今の社会保障改革が目指すべき、そういう流れは少し見えているけども、本当にそっちの方向に行っているかどうかは、私などの及ぶところではありません。ただ、私は個人的に社会保障改革が進むべきという風に考えていることです。

そこでは大きくこう4つのアプローチがあるのですね。

一つは支える側を支えるという事です。富山は先駆的ですけども女性の就業率を上げるために、これは日本の女性の就業率がG7諸国並みになれば日本のGDP、それだけで4%増えるという風にIMFでは言っている訳ですね。それから、若者が正社員として会社に入って行かなくても力を付けられるような条件づくり。それから例えば介護を理由とする年間の離職率が介護保険始まったときに10%だったのが15%くらいになっちゃっている、そういう事を無くすような支援というのが出来るか。それから、支えられる側をアクティブに、これはまさに介護保険

の理念が自立という事であったことにもかかりますけども、もちろん就労自立である必要は必ず無い。社会の中でアクティブである事によって地域社会が色々な恩恵を受ける訳です。高齢者がアクティブである事によって地域社会も元気になるってことです。

この、支える側を支える、支えられる側をアクティブにさっきの新しい支えのイメージですけども、実はこれこそが支え合いのシステム転換と私が呼ぶものです。

日本はこれまで土建国家という風に言われてきました。地方の経済を支えるのは土建業だと。今も何かここにこう戻り気味な傾向が伺えるのですけどもこれは長続きするはずがありません。何故ならば、日本の土建業で働く人たちの人口は、こんな調子で下がっているからですね。それに代わって医療や福祉で働く人たちは2002年からの約10年間で219万人増えています。ここの人たちがどれだけ力を発揮して、そして生産性の高い仕事をして所得を上げることが出来るか、ということで地域がどれだけ元気になるかというのが決まっていく訳ですね。それを私は土建国家から保険自治体へ。福祉自治体ユニットというのがこのサミットとも関わりのある自治体の集まりですけども。福祉自治体ユニットは保険自治体の先駆だったと思いますね。

そこで、この地域包括ケアをどういう風にも実現していくのかというのが、まさに持続可能な、地域にとって問われている事柄だと思います。

さて、その地域包括ケア。

これは、これも釈迦に説法だと思いますが敢えて上げました。地域包括ケア研究会で上げられている定義の中で、私は4つの言葉に注目をします。

ニーズに応じた住宅が供給される事を基本として、生活上の安心・安全・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常の場で提供される。

この4つのキーワードの関係を見てみると、こんな形になるだろうという風に思います。

介護と医療がこんな風に重なり合っているのはもうご存知の通りですけども、実はその包括ケアの定義からして、生活支援と住宅っていうのがいわば土台の部分構成して、介護と医療を支えると。

以前に前老健局長の講演を伺う機会がありました。そこでは土台と上部構造っていう良い言い方だと思って聞いていたのですけども、この生活支援と住宅っていうのが土台の部分構成するのですね。ところが、その後この介護保険を具体化するために地域包括ケアを地域で実現しようという流れになってきたのですが、先程私は1995年が転換点だ、日本型生活保障が壊れ始めちゃっているよという話をしました。介護保険の発展というのは残念ながら日本型の生活保障が壊れて行って、まだまだ21世紀型日本モデルが出来上がっていない、そういう関係で進んでいます。

これどういう意味があるかということですね。

まず、介護を支えるはずの生活支援や住宅っていうのが、これが崩れていくのですね。住宅は物理的に崩れる訳じゃないですけども、住宅政策が旧態依然たるままで、地域包括ケアが期待するそこに組み込まれるに相応しい形の住宅が提供されないままです。こういう意味にご理解下さい。いずれにせよ、生活支援っていうのが正規世帯が解体する中で、家族が頼れなくなる中で、この土台が維持されなくなっていきます。そうなる、ということが起きるかですね。

介護保険を巡る議論の中で、一部の研究者は、介護保険は情けないことになっていると。ケアマネさんが御用聞きになっちゃって、家事手伝いみたいなことばかりやっているじゃないかという話がありました。訪問看護の人たちが家事手伝いとかやっていたら、訪問看護にどれだけ介護報酬を入れているかと考えればとんでもない無駄じゃないか。それは確かにそうだと思います。

ただ他方で現場のヘルパーさんたちは訪問看護の方たちからすれば、ここがもう壊れ始めている訳ですので、しかもこの土台の部分がきちっと確保され

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナックシヨット

ないとその上に介護・医療が築けませんので、困ったお年寄りを見れば当然何かをやると。つまり、介護が生活支援の部分にどんどんどん入り込んでいかざるを得なくなっていく。そうすると介護は元々自立を支援する事で、例えばそれが本当の一つだけの物差しでいいのかというところがありますけれども、要介護度が改善されていって初めてなんぼだろうという話になったときに何か全然違うことをやっているじゃないかという話になってくる訳ですよね。そういう意味でこの介護と生活支援を巡る混乱というのを、きちっと区分けして整理していくためにも、日本型生活保障の解体に引きずられて壊れていっているこの生活支援を今どういう形で再建出来るかということが決定的に重要になってくる訳です。

もう一つは住宅ですね。先程、住宅は物理的に壊れている訳じゃ無いよと言いました。けれども、これまでの日本の住宅政策っていうのは、要するに男性稼ぎ主が妻や子どもを養うために頑張るその途上で、彼の一代限りの住宅を持ち家として購入してやていくと。他方で日本は土建国家でしたから、四六時中工事が行われていることで地域が快適に循環していくという所がありました。だから、持ち家も作っては壊し、作っては壊しという、ヨーロッパであるような石の家百年持つような住宅ではない。しかも持ち家中心で、いわば古い中古の住宅の流通市場が出来ていけませんので、要するに住宅の使い回しが出来ない訳ですよね。しかも生活支援が欠落しているから大家さんにしてみれば今都市部中心に空き家はどんどんどん増えている。東京なんか10%以上空



き家。千代田区なんか20%以上空き家なのですね。でも大家さんにしてみれば貸し出したはいいのだけれども、それを介護とか医療なんかのために使っていただくのも異存は無いのだけれども、誰が自分が貸した家で当事者の面倒を見てくれるの。孤独死なんか起きちゃうんじゃないかということで不安で貸せない。生活支援の欠落が住宅の取り回しにも影響している訳ですね。更に言うならば循環型のホームヘルプサービス。定時に巡回し随時に訪問するそうした看護や介護。これはまさに私が北欧なんかで見てきたものでもありますし、コムスンが出来たときに、北九州の第一次のコムスンですけれども、榎本社長がやっておられたコムスンを訪問して、色々お話を伺ったことがあります。15分間ずつ、軽自動車に乗って、ヘルパーさんがこう地域を巡って行く。すごいことをやるなと思っていました。

それがなかなか伸びないじゃないか。そりゃそうですね。普通の住宅に家族が支え手として、それも強い個人としてではなく生活に汲々とする形で張り付いている訳ですよ。そこに1日に4回も5回もヘルパーさん来て対応出来ない。何て言いますかね、外に対する見栄というのものもあるでしょう。だから、ここが揺らいでいる中でそうした巡回型のホームヘルプサービスっていうのも定着しない訳です。

つまり、この二つを何とか再構築しないと、今介護と医療で、あるいは狭い意味での地域包括ケアでやろうとしていることが、出来ないということになります。

更に言うならば、正規雇用がどんどんどん解体していく中で、これまでの持ち家獲得コース。そのコースを歩める若者もどんどん減ってきています。だから今、皆、先程もある市長さんとお話していたのですが、最近では皆二世帯住宅。現役世代が自分達だけの住宅を作れないのです。だから、親はもちろん二世帯住宅にして欲しいので二世帯住宅になる。少なくとも非正規の現役世代が住宅持たないで、そのまま老いていく。現状ではご存知のように高齢者の持ち家率は非常に高いですけども、これも

急激に変わっていく。ところが日本は持ち家主義でしたので、住宅手当みたいなが無い。

今度、生活困窮者自立支援法っていう法律が出来て、住宅確保給付金っていうのが出来ますけども、これも求職中の失業者を対象としていて、皆にまんべんなく行き渡る、ヨーロッパにあるような住宅手当ではないのですね。

そうなってくると、この二つが、再建される道筋というのがなかなかこう見えてこない訳です。

さあどうするか。

私はまさにこうした問題に直面している地域包括ケア、これをきちっと甦らせ発展させていくためにこそ、先程冒頭申し上げた、全世代型の社会保障と介護保険や地域包括ケアを連携させていく。

私はこれを地域包括ケアの包括化。もうすでに包括的なだけでも、これをもう一回り包括的にしなきゃいけない。地域包括ケアの包括化ってどういう事かと言うと、全世代型の社会保障が追求するような若者の就労支援だとか、あるいは子育て支援、共生型の福祉。こうしたものを、地域包括ケアと繋げて、そのことによって生活支援のサービスをいっぱい作り、そして高齢者が介護を受けながら住み続けることが出来る住宅、これを生活支援との連携で、出来ればその生活支援付きの住宅という形でどんどんどんどん造っていく。これだろうと思っています。

具体的にここでは地域包括ケアシステムを、支えるべきいくつかの政策のあり方を上げています。

でも自治体の皆さんにしてみると、地域包括ケアだけで大変なのに、何か今度は子ども子育て支援の新システムだ、何やら協議会を作れ、何やらネットワークを作れ。更に今度は生活困窮者自立支援法だ。相談窓口を作れ、中間的就労をやれ。次々に色々なものが降ってくるのです。どれもこれも回そうとすると、皿回しに例えるのはひどい話ですけども、色々な皿を回さなきゃならない。こちらのお皿を一生懸命回したら、こちらのお皿が鈍ってガチャンと割れちゃったとかですね、もう右往左往しちゃう訳ですよ。

でもこれ、皿回しのお皿みたくバラバラに回していたら、ただでさえ自治体、人がいない訳ですから、お皿落っこちちゃいますよね。

お皿をきちんと重ねて、束ねて、効率的に、そして上手に、しっかり回していく。この事が大切だろうという風に思います。

じゃ、お皿を重ね束ねる、そして一つで回っていく時よりも良い回し方にしていく。これは具体的にどういう事なのかということですね。

例えば先程冒頭申し上げた、富山は共生型福祉のふるさとだという風に申し上げました。「このゆびとーまれ」の実践というのは、先程申し上げた、もう皆が少しずつこう、弱い個人になってきている。その弱い個人を分野別に、行政の都合で分離して、そして上から目線で保護してあげる。そんなのは当事者にとっても有難いことでも何でも無いし、続けていくことでもない。

そうやってきた時に高齢者、障害者、そして子どもたちを同じ場でケアをする。その中で弱者同士の支え合いが生まれる。強い個人弱い個人の二分法がまかり通った時に弱者同士を、助け合わせるなんていうのは、これは逆にひどいじゃ無いかみたいなことも言われかねなかったのですけれども、今は多かれ少なかれ皆弱者の時代です。

そうやってきた時に弱者同士の助け合いっていうのは弱者本人が自分の存在する意味を見いだして自信を深め、力を発揮出来るそういう場なのだってことも見えてきたのですね。

更に、世代間居住。住宅の問題です。フランスなどでは、世代間連帯と言って、パリも高齢者の孤立問題が非常に深刻なのですけれども、若い人たちはお金が無いし、下宿をちゃんと借りようとする、とんでもなくそれだけで学費が飛んじゃうよということになる。そういうときにどうしたかと言うと、NPOが仲介役を買って出て、高齢者の家に下宿して下さい。1週間毎日一緒にご飯を食べてくれたら下宿代タダ。まあ、デートもしなきゃいけないから3日、4日にとどめましょう。そういう時は下宿代半分。と

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナックシヨット

いう形で支え合う。双方の利益になるように、新しい家族を作りましょうよ。こういう試みですよ。

今、住宅っていうのをどう確保するか。そこで見守りの機能をどうそこに添えるか。これ問われている訳ですけども、日本でもこの世代間連帯に似た試みが色んな所で生まれています。

金沢医科大学も学生を使って、そういう住宅の実験をやろうとしているという風に聞いていますし、名古屋では中部大学がやはり若者と高齢者の同居世帯というのを作ろうとしているし、もう民間ではハーモニーレジデンスなんていう会社が高齢者と母子世帯を同時に入居者として募集して、母子世帯のお母さんが困っているのが昼間は保育所が見つかって、夜の間、母子世帯のお母さんやっぱ夜の仕事で稼がなきゃいけない訳ですけども、その間見てくれる所が無いよ。そこで同じ入居者としての高齢者が、新しい家族として見ていてくれるから、一挙に問題解決という、こう新しい住まい方を、民間の会社が旗を振って作り上げている訳ですね。こういう仕組みを今地域包括ケアに組み込む。

それから、子育てと高齢者支援とはあまり関係無いように聞こえるかもしれないけれども、今高齢者の新しい包括ケアのまちづくりで、東大なんかが関与して積極的に展開をしている千葉の柏市、豊四季台団地にこの前行ってきたのですけども、幼稚園がちゃんと団地の中に組み込まれている訳ですよ。そしてお年寄りが、もちろんその資格は無い訳ですけども、ちゃんと資格のある保育士さんと一緒に子どもたちのケアをする役割を買って出ている。



更に、先程生活困窮者自立支援法というのがおそらくこの秋の国会で議決されるだろうという風に申し上げました。今生活保護の受給者が激増している。この人たちも出来ることならば、社会の中で認められる場の中に入って行きたいという風に考えている訳ですよ。

例えば東京のNPO法人の「ふるさとの会」などは、空き家を借り上げて、さっき大家さんにとって不安要因というのは、「貸したはいいけど生活支援が無かったらどうなっちゃうか分からないじゃない。」そこに、例えば、長い間その生活に困窮していた若者たちを、言ってみればその生活支援の担い手として入ってもらう訳ですよ。長い間仕事から遠ざかって自身を失っていた若者たちもお年寄りとの色んなお付き合いの中で自身を回復していくことが出来る。

生活支援というのは実は奥が深いサービスでありまして、誰でも簡単に単純に出来るということはないと思うんですね。けれども、基本的にその敷居は低い訳です。それは買い物の同行だろうが、それから家の中の色々なお手伝いだろうが、これまで家族がやっていた事というのは実は大変なことで、そのお年寄りの色々な性格だとか行動パターンを知っていたから上手く出来たのですよ。そこを見極めて生活支援をちゃんとやっていくというのは、実はけっして単純な事では無いと思う。けれども、とりあえずは入り口としては敷居が低い。そこに生活困窮者の人たちを、こう入ってきてもらう訳ですよ。私もその「ふるさとの会」の運営する軽費老人ホームで働く若者たちと話をしたことがありますが、やはり長い間引きこもり同然だったのが、みるみる変わっていく。

同時にこの「ふるさとの会」ではそういう空き家を活用した住宅に生活保護の受給者を中心に低所得の高齢者に入ってもらう訳ですけども、同時にその入居者同士の助け合い、互助というのを重視していく。まさにこのグレーゾーンの中にある人々の新しい支え合い、それが介護保険の土台部分、地域包括ケアの基盤部分を作っていく、その好例だろうという風に思います。

そして介護支援ですね。これもイギリスの介護者支援の法律などでは、介護者がどのくらい働いているのか、家族は介護で頑張らなくても外で頑張ってもらって地域社会全体を支える一助になってもらう。そのことの方がよっぽどすっきりする訳ですね。そうすれば定時巡回、随時訪問的なサービスもどんどんどんどんこう入っていくことが出来るだろうという風に思います。

こういう形で地域包括ケアを包括化していく。これは先程申し上げた、支える側を支える仕組みがここに入ってきている。

同時に、支えられる側をアクティブにするという仕組みがここに埋め込まれている訳ですね。

その結果その支え合いのシステム転換が起きているという事です。

後で、財源の話は最後にまとめてしたいと思っ  
ているんですけど、こういう風に現役世代を中心に皆を支えるサービスに社会保障の力点を置いた国、これはOECDの主要国をプロットしているのですが、社会保障システムの中で対人サービスの比率がどのくらいかというのを縦軸に、横軸にはGDPの成長率を置いてみたときに、かなり強い度合いでこの二つの変数というのは相関するのです。何かこう支え合いの仕組み、システム転換。弱い者同士が支え合う。何かこう、へたれた社会みたいな印象があるかもしれないけども、現実は逆なのです。何かこう、皆がまん丸でピカピカみたいなそんな虚像に近づこうとして、あるいは虚像を前提に働く条件を作っちゃったりして皆がへたばっちゃん社会に比べれば、皆がクシャッとしていても、クシャッとした形に合った働き方が出来て、そして、クシャッとしている所を無理矢理にまん丸にするよりも、ちょっと尖った所をどんどんどんどん伸ばしてそこで力を出していく。こういう社会を作っていくならば、その社会っていうのは強い社会になるのです。弱い個人が強い社会、地域社会を作る。そして経済的にも発展していく訳です。

更にもう一つこうした21世紀型の日本モデル、支

え合いのシステム転換を考えると、これからその支え合いの仕組みを、子ども子育てとか、若者の就労だとかいう所に広げて行こうと。それはパイの取り合いじゃなく、むしろパイを大きくしていくために必要なことなのだから、お皿を上手に回そう。こういう話をした訳ですけども、そうした中で介護保険がそうした新しい仕組みに対して先行しているも一つの特徴があります。

それは何かと言うと、私が、「ニーズ表明型の翼の保障」。何かややこしい言い方で申し訳ないのですが、そういう風に呼んでいる仕組みです。

従来の措置制度はニーズ決定型の殻の保障でした。つまり、先程の強い個人が弱い個人を支えるっていう二分法の世界を前提に、弱い個人がいると、この人たちの必要なニーズはこれこれこういうことだと上から目線で決めちゃって、保護してあげる。基本的には現金給付を中心にシェルターを提供してあげるよ。で、「あなたはここからサービスを受けなさい。」という風に措置をする。行政措置をする。という形ですね。これはもう、新しい支え合いのシステム転換を目指す上で、あるいは21世紀型の日本モデルを目指す上で役に立ちません。何故ならば、これから満たしていかなければならないニーズっていうのは、殻に入っている、そういう弱者にお金を出そうというニーズじゃないのです。皆が多かれ少なかれクシャッとしている中で力を発揮出来る、それは社会的自立であれ就労的な自立であれ、自立をできる、その障害になっているものは何なのだろうかということを見定めて、その障害を取り除いて社会に参加をしてもらう、そういうニーズなのです。

そういうニーズっていうのは実は、高齢者もそうだと思いますけれども、引きこもっちゃっている若者、拒食症・過食症になっちゃっている若者、何でもこんなに元気が出ないのだろうか、何でもこんな事しちゃうのか、自分でも分かんないですね。

そういう問題を何とかですね、解決するためにどうすりゃいいんだということですね。

それは、市場に任せればいいというものでは決し

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

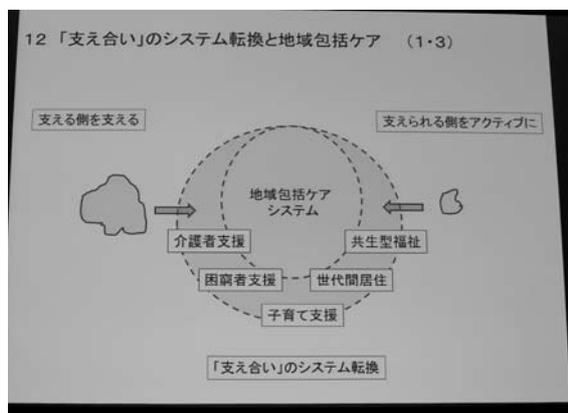
開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップシヨット

て無いわけです。だって、当事者はそんなお金の余裕がある訳じゃないし、ウィンドウショッピングみたいにサービスをこう、自分が好きな色とかデザインで選ぶ訳にはいかないですからね。



そうなったときに出てきた仕組みが、この介護保険が代表するような準市場。準市場と言うと、市場に近いけどもちょっと違うみたいなそういう言葉ですけど、元々は quasi-market っていう英語で、疑似市場とも言います。市場のように見えて市場ではない。つまり、公的なお金がちゃんと入って、当事者が行政やコミュニティなんかとの色々な話し合い、あるいはサポートを得てサービスを選べる。ひとつのサービスやっていて何か元気になれないな、じゃあ別のサービス、そういう形で最適なサービスを試行錯誤、右往左往しながら模索できる。皆さん試行錯誤、右往左往している、それは本当大変な事だと思いますけど、それが準市場のやり方なのですね。右往左往の中で最適なサービス、その組み合わせが見つかって元気になる。これは高齢者はもちろんその介護保険という仕組みがやってきた事柄ですけども、これが今子どもや若者の支援という形に広がりつつあると、そういう意味で介護保険というのはまさにニーズ表明型、ニーズを上から目線で決めるんじゃない、試行錯誤の中でニーズが分かってくる。そこで提供する、サービスを提供する目標は、シェルターを提供して、ここでシェルターで大人しくしてねとやるんじゃない。社会の中できちんと頑張る翼を提供する、そういう意味で「ニーズ決定型の殻の保障」から「ニーズ表明型の翼の保障」にこう転換してい

くことが21世紀型日本モデルに求められる訳ですけども、それを先行させたのが介護保険だったということですね。

もちろん介護保険も今色んな問題に直面しているのだけでも、そうした問題を解決してくってというのは介護保険だけではなくて、先程申し上げたように全世代型の社会保障との連携を考えるうえで、全世代型の社会保障にとっても非常に重要な事だということです。

さて、先を急ぎたいという風に思います。

非常にこう一般論、あるべきモデルについてお話をしてきました。そんな悠長にモデルだけを論じている余裕は私達には無い訳ですね。現実には厳しく、財政の制約もある。そうした中でどうして行けばいいのだろう。

これは、国民会議の報告書が地域包括ケアを巡ってどんな議論をしたかっていうのを整理したものです。

一つは医療供給体制の改革。先程申し上げたように地域完結型にしていく。

それからフリーアクセス。日本の医療っていうのは実はこれすごくアクセシビリティっていうか、日本ほどお医者さんにかかりやすい国は無いのですね。皆3時間待ちの3分診療だとか言われているかもしれないけども、別にお医者さんの味方になる訳じゃありませんけども、日本の医療費っていうのはOECD諸国の中で真ん中よりちょっと下くらいですね。8%ちょっとです。お医者さんの数もけっして多くない訳です。にも関わらず日本人一人あたりの1年間における受診回数、頭数で割ってみるとですね、13.6回。スウェーデンは2.7回ですよ。こんなお医者さんにかかりやすい所はない。イギリスなんかはプライマリドクター、主治医、かかりつけ医がいるのだけでも、かかりつけ医に会うまでに3日間くらいかかってですね、その頃には普通の風邪は治っていると、こんな具合ですよ。

これは非常に人々の健康に資してきた、貢献してきたと思いますけれども、しかし今このフリーアクセ

10/17  
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18  
(金)

分科会まとめ

パネル  
ディスカッション開催市からの  
メッセージ

特別講演

開会式

会場スナップ  
ショット

すが災いをして医療費がどんどん急増していく中で、本当に必要な人が本当に必要な医療を受けられるという形にどうしていくのか。これも地域包括ケアの中で考えていかなければいけない事ですね。

介護保険改革に関して、これまで話してきたこととのつながりで、非常に重要な事、そしてまた皆さんが非常に関心をお持ちであろうかと、あるいはご懸念されているのではないかと推測される事は、要支援の1と2を、予防給付を地域支援事業に移し替えていくと、このことですね。

その他、地域包括支援センターをどうするかとかですね、負担の問題も色々ありますけども、ちょっと時間の関係もありますので、これまでの話の流れの中で、地域支援事業への転換というのがどういう可能性を持っていて、どういう問題を含んでいるのか。これを急いで考えてみたいと思います。

ただ、そのまず前提として、2005年の介護保険改革の中で生まれてきた要支援の1と2、あるいは予防給付という考え方、介護予防という考え方、これについては積極面も伴いつつ、何しろ2005年というのは小泉さんの構造改革の時代でありまして、ともかく2,200億円ずつですね、毎年社会保障システムの自然増を切っていくということを前提にしていた時代ですよ。やはりその財源政策っていう面は否定できない部分がありました。

結局、自立を目指す、予防を目指すと言いつつですね、要支援の1か2になっちゃうと要介護だったとき借りられていたベッドが取り上げられちゃうとか、あるいはその同居家族がいると生活支援が受けられなくなっちゃうとか、あるいは自立、自立ということで、さっきの言い方で言うならばお年寄りをまん丸ピカピカの強い個人にしようとしているのかということに疑ってしまうようなこともいっぱいありました。お年寄りには自分で料理させなきゃいけない、自分で掃除させなきゃいけない。もちろん「廃用症候群」を警戒するというのは大切な事だとは思いますが、90歳を超えたお年寄りを無理矢理キッチンに

立たせてまな板の上でとんとんやらせる、手を添えるだけ、そういうケアにどれだけ多くのヘルパーさんが本当に心の底から共鳴してそのサービスを行っていたのだろうかという風にも思います。

あるいはその、介護費用が丸められる、包括払いになることで結果的にそのサービスの供給が減らされてしまうという事実もありました。

考えてみるとこの予防給付、要支援1、2っていうのは使い勝手もありよろしくないし、果たしてどこまで地域社会でお年寄りを生き生きさせる仕組みなのだろうかということについては、多くの方がやっぱり疑問を持っていたと思うんですね。

今度、この仕組みを地域支援事業にこう組み込んでいくということです。

で、予防給付の1と2ですね、これまで地域支援事業の中で介護予防事業・総合事業というのがあって、他方でこれは地域包括支援センターの運営ですね、包括的支援事業・任意事業っていうのがあって、もちろんその包括支援センターもこれから新しい地域支援事業の課題に即す形で変わっていくのですけれども、とりあえずそこはそのまま移行すると置いたうえでですね、この介護予防事業・総合事業の部分を含めて予防給付と一体化して、そのサービスの基準や類型、あるいは人員配置等は自治体の裁量を大幅に拡大する形で一体的に給付していこうということですね。

これについては、今いろいろな期待と不安、もっと言ってしまうと批判も含めてですね、錯綜していると思います。

もちろん財源は従来の予防給付と同じ構成という風に言われていまして、これまでこの予防給付の部分が大体給付総額5%くらい、地域支援事業が3%くらい。その合計は忽(ゆるが)せにしないよっていうことが厚労大臣等からですね何度も繰り返して表明されました。

ただ、日経等での報道もありましたけれども、地域支援事業を将来的には、上限を設定していくということで、75歳以上人口の伸びに即する形でこの部

分をどれくらい使えるようにするかということについては上限を設定するという事も表明されて、そうなってくると介護保険っていうのは地域の具体的なニーズを見た上で、そのニーズを満たすうえでどれくらいお金が要るかっていう形で設計されていたのが、今度は上限を設定して、しかもその伸びを抑制して後は自治体で勝手にやって下さいということになると、これは措置制度への逆流じゃないかというそういう声も聞こえてくるようです。

まず私達はどうしても日本の仕組みの中で、国のやることを見て、どうなっちゃうのだろうかと不安に思いながら、結果的にこう決まったものを、色々批判はするのだけでも、もう決まってしまったらそれを受け入れるという形でやってきました。

ただ、21世紀型日本モデル、高齢者向けの現金給付じゃない全世代向けの支援サービスを中心にやっていく、これはもう自治体がすべて主人公になっていく時代ですよ。

現金給付は国が一律にやる訳です。年金を国が配をして、お年寄りの口座に入れていく。これは国がやる。

ところが、サービス給付っていうのは自治体やらなきゃいけない。しかも地域のニーズに一番寄り添った形でやらなきゃいけない訳ですね。

地域のニーズって言うけれども、実は地域包括ケア、地域によってまったく違う訳ですね。

尾道のみつき総合病院の山口先生が、地域包括ケアについて、3つのタイプを上げていらっしゃいます。

先生の病院は中山間地型の地域包括ケア。都市型ってのが別にあるだろう。更に、マンモス団地型、多摩ニュータウンなんかもそうですね、マンモス団地の現状に対応する地域包括ケアもある。

そういう意味では、私達地域包括ケアと言われると厚労省の資料を何度も見て、何かこれこの話だろうなという風に思っちゃう、その画に何度も接しているのですが、実はご当地ケアは様々なのです。で、それに見合った形でやっていく。

そういう意味では要するに厚労省のモデルは一つ

のヒントにすぎず、これからは相互のコミュニケーションで、ここを出てきている方向性をどうやって使い勝手を良くし、不安の少ないものにしていくのかっていう共同作業ですね、恐らく始めなければいけない。

何故その共同作業が望ましいかって言うと、この地域支援事業への移行っていうのは先程来私が強調してきた地域包括ケアの包括化っていうことに非常に適的な面があるからなのです。



自治体が自分達の裁量でいろいろなサービスの設計を決めるし、介護保険の認定事業者以外の、先程「このゆびと一まれ」とか「ふるさとの会」だとか、世代間同居のいろいろな例だとか上げましたけど、そういうのをどんどん組み込んでいくことが出来る、こういう仕組みだと思います。

これは、使い勝手さえ良ければ地域包括ケアの包括化に貢献するだろう。またその高齢者が参加する場づくりにもなるし、一次予防、二次予防、要支援という区分けを超えたサービスに展開できるだろうという風に思います。

しかし、やはり例えば、誰がマネージしていくのか。今、地域包括支援センターで介護予防等のマネージメントをしているのですが、これを拡大して地域マネージメントっていう仕事を作って行こうということを考えているようです。それが予防給付と色々な生活支援を自在に組み合わせて提供していく。

でも、そんなこと誰がどんな風出来るだろう。あるいはその生活支援に関わる色んなNPOなどは、コーディネーターという立場の人が開発し、組み合

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

閉会式

会場スナック  
シヨット

わせていく。これは誰のことだろうか。あるいは自由にサービスの基準を決められると言っても、やはり身体介護、機能訓練、医療系サービス、これについては人の命に関わることでありますので、その質を確実に確保しなければいけないですね。

こういうサービスの質の確保はどう実現出来るだろうか、等々の問題が次々にやはり出てきます。

そうなってくると、特に財源問題。私はここには先程申し上げたように生活支援事業っていうのは、単に地域包括ケアだけではない、地域包括ケアの包括化っていう21世紀型の日本モデル、社会保障の新しい形を作っていく肝の部分になってくる訳でありまして、ここには消費税を多少投入するとかですね、やっぱり公費を使っていかなきゃならないという風に思います。そして、初めて地域で安心して取り組むことが出来るだろう。

最後に財源の話が出てきました。

来年消費税が8%に上がります。3%上がった分、大体8兆1千億円くらい、その内社会保障の機能強化に使われるのは5,000億円。3,000億円が子ども子育て支援。大事ですね、でも、元々これは7,000億円くらい本当は使わなきゃいけない。それから、国保の低所得者負担を下げっていく、これに6百数十億円。それから、医療に1,000億円。介護保険になかなか回ってきません。

考えてみると、1988年に消費税が導入された。そこで皆負担に見合ったサービスどこにあるんだと言いつつ出した。高齢化社会が押し寄せてきているのに、どうするんだ、と。そこに応えてゴールドプラン、新ゴールドプランが始まり、介護保険が出来ました。消費税ってのは介護保険の生みの親なのですね。

ところが、新しく消費税は8%、10%になっていくのだけれども、介護保険の方に回ってこない。生みの親が、育児放棄をしようとしています。これは困るのですね。

私自身、全世代型社会保障って言うてきました。ただその全世代型っていうのは、介護保険にお金を使わないことじゃない。むしろ地域支援事業を充実

させるってことは、何度も何度も今日繰り返してお話してきたように、全世代対応の社会保障の肝の部分になっていくだろうと思うわけです。従って、消費税にはキチッと介護保険、地域包括ケアを育てる役割を、責任を全うしてもらおう。このことが必要だろうという風に思います。

そして同時に、単に金をよこせというのではなくて、地域で、地域の人たちが、「ああ、ケアが変わったな」と、高齢者が安心出来るだけじゃなくて、子育て中の女性が働き始めることが出来る、若者が元気になれる。本当に変わったなと感じられるようにしなければならぬ。

日本人にとって税金というのは、税金という言葉が出てくると、取られるという言葉が対で出るように、返って来ないのです。でもこれはキチッと循環をしている、そして、返ってきてこんな形で使われているのだという風に思うことが出来る。ここから本当の変化が始まってくる訳ですね。

だからやっぱり、地域で、介護保険と地域包括ケアのために頑張っている皆さん、こんな高いところから偉そうなことを言うのは本当に気が引けるのですけれども、是非ともまず、地域の人たちが変化を感じられる、そのためにはもちろん貰うものは貰わなきゃいけないですけども、それを、変化を感じることが出来るサービスを実現することで次のステップに行けるのだと思います。

何しろ行政不信が強くて、だからこそ日本はその、税金が返ってこないものだと思っている。行政と政治が信頼を回復する、その第一歩に、消費税が返ってきた、という実感が湧かなければいけない。それは恐らく私達皆の責任であり、そして何よりも、その責任を背負いながら行政や政治に要求していく事柄だと思います。

最後は大変駆け足になってしまっていて、若干尻切れトンボで大変申し訳ありませんが、これで私の講演を終わらせていただきます。どうもご清聴ありがとうございました。



# 第1分科会

日時 10月17日(木) 15時30分～17時30分

会場 福野体育館アリーナ

## 地域力の源

～地域で老いを支える人づくり～

### コーディネーター

高橋 紘士 氏 (国際医療福祉大学大学院教授)

### パネリスト

堀田 力 氏 (公益財団法人さわやか福祉財団理事長・弁護士)

山城 清二 氏 (富山大学附属病院総合診療部教授)

渡邊 弘子 氏 (菊池市健康福祉部高齢支援課地域包括支援係長)

### オブザーバー

朝川 知昭 氏 (厚生労働省老健局振興課長)

10/  
17  
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/  
18  
(金)

分科会まとめ

ディスカッション  
パネル

開催市からの  
メッセージ

特別講演

閉会式

会場スナック  
ショット

- 10/17 (木)
- 開会式
- 基調講演
- 第1分科会
- 第2分科会
- 第3分科会
- 10/18 (金)
- 分科会まとめ
- パネルディスカッション
- 開催市からのメッセージ
- 特別講演
- 閉会式
- 会場スナップショット



## 第1分科会

10月17日(木) 15時30分～17時30分

### 地域力の源

～地域で老いを支える人づくり～

#### コーディネーター

高橋 紘士 氏 (国際医療福祉大学大学院教授)

#### パネリスト

堀田 力 氏 (公益財団法人さわやか福祉財団理事長・弁護士)

山城 清二 氏 (富山大学附属病院総合診療部教授)

渡邊 弘子 氏 (菊池市健康福祉部高齢支援課地域包括支援係長)

#### オブザーバー

朝川 知昭 氏 (厚生労働省老健局振興課長)





**高橋:** 皆さんこんにちは。とってもいい天気で、昨日札幌で台風が来そうでドキドキしておりましたが、ちょっとほっとしております。

先程宮本太郎さんから大変示唆に富んだお話を戴きました。そこでの問題提起は私ども第1分科会に大変な宿題として引き継がれたのだというふうに思います。地域支援事業というのをご当地型の仕組みに作り替える大変大事なきっかけになるのではないかという、大変重要な指摘をいただきました。要するに制度というのはいつも実践を超える事ができ無いというのが私の信条というか、政策とか制度が現場でそれを具体的に形にする実践力というのでしょうか、それなしには形にならないのです。

昔から『仏作って魂入れず』という、ここは仏像で、木彫で大変有名なところですが、魂を入れるのは現場の実践であります。その実践の在り方をこれから皆様と一緒に素晴らしいレポーター、並びにオブザーバーの皆様と一緒に考えていきたい。そしてこれが皆さんの現場での実践のヒントになればいいなと思いつつながらコーディネートさせていただきます。

ここでのテーマは、『地域力の源』。源とはなんだろう、と思いつつこのテーマをいただきました。地域で老いを支える人づくりと書かれておりますが、どうも先程の宮本さんのお話を受けると地域で老いを支え合う人づくりなのですね。支え合うというところがとても重要で、高齢者、老人、若い、高齢者、そして若者健常者、先程の二分法の話がありました。介護保険の素晴らしいところは誰でもが高齢になり、介護が必要になり、認知症になり、ボケ、

寝たきりになる。そういう可能性を共に分かち合っている。

この分かち合いの感覚というのが、市場原理主義者と言われている人たち、成長だ、成長だ、と騒いでいる人たちにはどうも分かってもらえないらしいと思いつつ、しかし現場が、地域が変わることによって本当の地域づくり、本当の中身のある成長ってなんだろうかということ、これは地域発なのです。経団連のある大手町でも、経済産業省のある霞が関でもなくて、地域発からそういうものを作っていく必要がある。そんなことを考えながら、地域づくり、ということをして今日は堀田力さん・山城清二さん・渡辺弘子さんとそれぞれ、色々な意味で実践の力をずっとクリエイトしてきた方ばかりでございますが、地域力とは何かというと、やはり住民力ですね。そこに住んでいる人たちの力、そしてそれと同時にそこで様々な介護サービスや医療や事業、或いは、何と言いましようか、色々なスーパーマーケットも含めて、お店も含めて事業力というものがあるだろうと。そしてそれをコーディネートすべき行政力という、いくつかの構成要素から成り立っています。

先程の宮本さんのお話だとちょっと由々しき事態があって、官僚と宗教家が信用されていないとは困ったものですね。

こちらは門徒の国、仏壇の立派な良いところですが、あの宗教とは何だろうかというふうに思いながら考えておりました。まあそういうところを含めて住民の持っている様々な地域づくりへの目利きというか、地域への信頼というモノと、ものすごく関係があるし、いい事業者は住民が育てます。良い医療や良い介護や、或いはスーパーマーケットとか様々な生業もそうですが、良い住民がいると色々な事で地域にこう寄り添うような事業が営まれると WinWin の関係になる。そしてそれを考慮するというのが行政なのですね。行政は地域の演出家であるべきだということふうに思っておりますが、ちょっと最近元気がなくなり始めている。日本の行政の伝統は1~2年でぐるぐる変わる、長くても3年。朝川さんは2年目？

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

閉会式

会場スナップショット

3年で必ずあの人はいなくなる、というふうになってしまう。

残念ながら日本は優秀な官僚、優秀な人ではあるけど2～3年で変わるというしくみがありますが、地域には異動は無いですね。ちょっと異動してもいいのでは無いかといった「足による投票」を宮本さんが話されていました。しかし、住民が様々な支援を支える。

私が最近よく申し上げているのは、病院へ行くのは元気な人しか行けませんよねという話を時々する。健康で無いと病院へ行けません。遠くなって、車を運転して行かないといけない。病院に着いてから診察券が出るまで、診療を受けるまで、薬が出るまで、帰るまでが一日仕事。それだと何で病める人たちが病院に行けるかという、様々な支えがあるからです、付添いの。ところが先程の話で言えば急速にそういう条件が崩れてきている。独り暮らしのお年寄り、重度の障害をお持ちの方は、どうやって病院に行くのですか？だから施設に入る、病院に入る方がいいだろうという話になっていますが、明日のキャンベル先生のお話ですが、日本は異常に施設利用率の高い国らしいという、予告をしておきますが、というような数字が出ております。

そうではなくて、地域で様々なサービスを利用できるようにするためには、専門サービスに直接結びつくのではなく、その間に様々な生活支援や、そこを導いていく色々な仕掛けが必要になります。

堀田力さんが今日話して頂くのは、認知症の高齢者に対する市民後見人という、これは認知症、市民後見制度とは、民法のやや厳めしい、裁判所が介入する制度ですが、そこに専門家だけではなく、様々な市民が参加する仕掛けをつくる、要するに専門制度に市民をどう参加させるかという、そういう議論になります。

山城先生がお話いただくのは、サポーターの仕組みと、医療とか介護を考えるプロのアマチュアというんでしょうか、昔から、玄人はだしのアマチュアというのが沢山いる所が、その地域の色々な文化や

サービスの質を上げる。たぶんサポーターとは先生、そういう狙いなのかな、というふうに想像しておりましたが、私が間違えていたようで、山城先生が訂正してくださいました。

渡辺さんのところでは、認知症を守る。認知症というのは、病院で治療をし、入院させるべきものではないらしい、というのが隣の分科会でやっておりますけど、地域が支えるということは、要するに、今まで専門家や専門機関で対応すべきそこに、地域住民の地域力がどのように関わるべきか。という、そういう視点のお話をお三方三者三様の視点からこれからお話がいただけるのかなと思っております。

そういう訳で、トップバッター、堀田さんは去年の基調講演をしていただきましたが、今年はパネラーとしての登場でございます。堀田さん、よろしくお願いたします。



堀田：ありがとうございます。よろしくお願いたします。

本来ですとやっぱり、順番は医療分野、山城さんが来て、それから福祉の分野で渡辺さんで最後は私の市民・民間の支え合い、インフォーマルサービス、というのが順番だと思うのですが、最初にご指名いただきました。これは専ら年齢の高いという、それだけの理由なのですが、さっきの宮本先生の話でも、しっかり土台のところを皆で支え合うという、このインフォーマルな生活支援、或いはもっと心の支え合い、色々な支え合い、ここが土台だという話で、そういう意味ではここでの地域力のつけ方、人材の養成の仕方、これがこれからの新しい方向へ社会を

築いていく出発点、土台になろうかと思っておりますので、そういう意味で最初にお話させていただくことを大変光栄に思っております。

さわやか福祉財団というのは、私が21年間拠点にしてきました団体で、介護保険ができる十年前から全国の仲間たちと地域での支え合い、助け合い、これを広めていこうというので拠点にしてきた団体です。そこでどんな事をやってきたのか。まずはそこから、市民後見人に行く前にお時間を頂戴したいと思っておりますが、これはちょうど今予防給付を変える、簡単には要支援を介護保険から外して地方自治体、市町村に持って行く。そうすると、こういった支え合いが非常に大切になってきますよ、とそういうメッセージを出したくて、そこでそちらの方から入らせていただきます。各地域に有償ボランティア、お家での助け合い、生活支援が広がっておりますが、さわやか福祉財団では、このリーダーをずっと、この20年間養成してきております。どういう理念で養成してきているのか。これは初めの頃のテキストブックですけれども、これは地域のコーディネーター、私どもはインストラクターと呼んでおりますが、コーディネーター、ネットワーク、アドボケーター、政策提言者ですね、そして団体を作るリーダー、色々な機能を備えた、資質を持った、そういう地域のリーダー達を育てていこうということで、育ててきております。

私どもは、全国にインストラクターを180名くらい、年間10名ずつくらい、一年かけてじっくりと頑張ってもらって、養成してきている訳ですが、まずその地域で色々な、きらっと光る人、なんとかその地域を良い地域にしたい、そのために自分はこの分野でこういうふうにするという、広く地域愛の非常に深い方、そして、魅力のある方ですね、あの人が言っているなら信用されるような方、そういう方を地域から見つけ出して、そこから始めております。やっぱりこれは、地域が好きでないと、こういう仕事はできない。だからあんまり頭が良くて、弁舌さわやかで、言っている事は論理的で素晴らしいんだけど、なんかこ

う冷たそうで、視線も冷たいし、ハートに來ないな、というような方はご遠慮いただきまして、この方と一緒にになると何となくほんわかという感じだよなという、またそういうような方々が大事なんですよ。地域人材には、色々な方がおられます。やっと20代になった、独身バリバリの男性もいますし、80代でもう身体がかなりご不自由な方も全国で活躍してくれております。男性、女性、まあ女性の方が少し多いですかね。自分でNPOを運営している人もいるし、行政マンもいますし、社協マンもいます。まず、市民の心、住民の心を持って、市長の目で街を見てください。これが大事ですね。そうするとこの助け合い、皆が助け合ってしっかりやれるような仕組みがあるのか、例えば移送サービスがあるか、配食サービスがあるか、家事援助サービスがあるか、居場所は沢山あるか、そこに色々な人が集まって、子供も来て、自分の能力を生かしながら、みんなが楽しそうにやっているか。その地域を市長の目で、しかし市民の心を持って見て、『あ、ここは居場所が足り無い』とか、『あ、ここはちょっと配食サービスが足り無いから、身体が不自由になったら家で一人でやるの無理だよ』とか、足り無いものを見つけ出せば、そういうニーズが必ずありますから、そういう団体を作るようにうまくリードする、団体の設立者ですね。そしてその団体の設立の仕方を覚える。そして今度は色々なすでにある団体、社協や生協や農協。そういうサービスとうまく組み合わせて、それぞれ包括的にサービスが届くような地域包括サービスのシステムを作る。ネットワークの勉強をする、そしてそういうネットワークができたら、今度はケアマネジャーとか行政の情報も得ながらしっかりと、ネットワークができていっても個々のニーズは違いますから、必要なサービスやふれあいがしっかりとできているか、そういうコーディネートをする。それだけの能力を色々な団体を見て勉強して頂く。そういう地域人材、生活支援の人材、これが私どもがずっと養成してきている一つのタイプですね。で、その養成した人たちが各県にいますから、そこでまた仲間を養成してくれて

いる。これが全国で非常に大きな力になっています。そういった方々は地域ケア会議に入ったり、行政ともしっかりつながって色々な提言もしていますから、信用が置いて地域の仕組みづくりに頑張ってくれている、これが一つ。

そして、そういう団体を作る時に、今度予防給付もそうですけれど、なるべくお金をいただかないで、お金の代わりにエネルギーを皆に供給してもらって、そして良いサービスを地域にしっかり届け、助け合うようにしようと。なるべくお金をかけない、税金、保険料、皆さん苦勞して納めている訳ですから、そちから持ってくるのではなくて、寄付を集めて、なるべく地域の皆さんの、それも大きくない、沢山の方の寄付で運営していこうというので、寄付集めですね。東京に4年前に日本ファンドレイジング協会という寄付10兆円時代の実現を目指す協会が立ち上がりました。そこの代表の鶴尾さんといいます、非常に魅力的な男性、40代ですかね、いい顔してます、魅力たっぷり。そこで優秀なスタッフと一緒に寄付を集める人材をずっと養成してきていて、これが全国に広がりつつあります。ここは我々のところに集まる人材とはまた違う、すごく頭の良さそうな、パソコンがすごく使いこなせそうな、そういうタイプの賢そうな、大体黒い背広を着た、きりっとした男性が多いですかね。女性もしっかりした、スーツを着た、そういう方が集まっているんですね。そしてすごい勢いで寄付の集め方を色々な海外の例をとって勉強する。そういうのも今広がっている。それから市民の助け合いで、本来の成年後見人、これは、認知症の方本人に代わって判断をする後見人ですけれども、法律の分野では、弁護士とか司法書士とか税理士さん、それから福祉の分野では社会福祉士さんとかが専門家とされています。半分しかそれぞれ専門家ではないんだけど、この専門家が圧倒的に足りない。今450万とか600万とか言われている認知症の方々を支えるには全然足りない。これは市民が支えるしかない。そこで、全国で今かなりの勢いで養成が始まっている。これは志ある市町村が手を

挙げて、市民後見機構というものを作って、そこで市民後見人を養成し、実際に活かしていく。これは地域ケア政策ネットワークという、本日のこの会の、今日明日の会議のプロデューサーですね、菅原さんという素敵な女性がプロデュースしていますけれども、彼女の力でこの市民後見人を養成する仕組みができた。本来主管は法務省なんですけれども、全然動かない役所なので。私の出身庁で申し訳ないのですが、いくら言っても駄目で、それなら厚生労働省だと。厚生労働省は心がありますから、よしということで動いていただいて、この市民後見人の養成の法律も変えてくれて出来上がった。志ある首長さん、市町村にに応じてそれぞれ今養成を始めてきている。かなり増えてきました。お手元に資料をお配りしました。これと併せて東大ですね。東大が今もう2,000人ぐらい養成してくれたでしょうか。この市民後見人になってくれているタイプの人は、これまたさっきのファンドレイジングの人たちとも違うし、我々の助け合いの人たちともまたタイプが違う。大体定年退職した人ですけれど、助け合いをやりそうにない、おしめを替えそうにない、でもなんとなく仕事は出来たのだらうなという方たちです。家では奥さんに大事にしてもらえずに、濡れ落ち葉生活をやっているのかなという、そういう男性が結構「あっ、これならやろう」と。なんかかっこいいじゃないですか。市民後見人ってね。あんまり人に頭を下げず、労力を使わずにやれますから、そういう人たちが結構多いですよ。東大の講座を125時間ほど受け、家庭裁判所に行って、『俺は東大で資格を取ってきたからやらせる』なんてね。東大を出たって言ってますけど、出たのは東大の門だけで、門を出入りただけなんですけれどね。そういう困ったのも出てきていますが、しかし圧倒的に足りないから、東大の養成も素晴らしい。この市民後見人をやっている人は生き生きしていますよね。お金は全く儲からない、大阪府なんかはお金なし、ボランティアと割り切っています、しっかり報酬をつけているところもある。これは市町村ごとにバラバラです。まだ制度が未熟

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナックシヨット

ですから。それぞれの判断でできる、その辺も面白いところですね。料理は作れません、でも仕事は出来ました、という方なんかにはびっくりですね、この市民後見人。これからどんどん広げなきゃいけない。リーダー、つまり地域のリーダーとか、ファンドレイザーとか、市民後見人とかいろんな分野で人材養成をやってきていますけれど、今、私が足りないなと思っているのが、地域の、例えば自治会とか、自治会に代わる地域協議会みたいなものをリードする人材。昔の地域の封建親父みたいな自治会長ではなくて、本当に地域の困り事を皆で救おうというリーダーシップを持った自治会長、これが欲しいんです。そういう地域のリーダーの養成があんまり行われていないし、ノウハウもあまり開発されていない。NPOなどは一つの目的をもってやる活動ですが、地域のリーダーは、地域のあらゆる問題を調整しながらやらなきゃいけないので、リーダーでも資質が違うんですね。そういうリーダーを、色々地域から送り出して、地域を本当に助け合いのある、さっきの宮本さんの言ったような包括ケアが行われる、温かい助け合いのある地域にしていきたい。その点を各自治体が工夫するのが今一番大事な事かなと感じております。どうぞご清聴ありがとうございました。

**高橋：**ありがとうございました。地域コーディネーターをどう育てるとというのがキーワードだったかと思えます。それからもう一つはそのリーダーになる人たちは色々なタイプがありそう。とりわけ、ビジネスマンでリタイアした人たちの仕事、そういえば僕も法学部の端くれですが、若い頃リーガルマインドって言うのを習いましたね。市民後見人というのはそういうリーガルマインドを思い出していただいて、具体的に権利を守る仕事というのを、生業ではなくて、しかし生業と同じように大事な仕事としてやる可能性がある。というふうにして考えてみますと地域おこし、今までボランティアって日本では通念があって、子育ての終わった主婦の仕事だ、活動だ、という通念がありました。どうもそうではなさそう。もっと、それこそボランティアも社会貢献も全世代型だ

し、多様な貢献、バックグラウンドで貢献できる、そういう非常に豊かなものであるというふうにお話を戴いた、というふうに思います。

これは、それぞれの地域性、それこそ当地型のものだと思います。そこで、ものすごく重要なのは、高齢者の85%は元気老人なんです。で、その人たちを遊ばせておく手はないんです。1970年代に高齢社会の勉強をした時に渡辺茂先生という、東大の工学部の先生が、『これからの最大問題は非行老人問題だ』と。年金も出て金があって時間はやたらにある、小銭を持たせると老人は悪い事をしたがる、とりわけ男どもが悪い事をしだすと。そうではなくて、きちんと社会を支えるメンバーと、もう1970年代からそういう話はしていた訳です。そういうことを含めてウェルエイジングというか、上手に年を取って、しかし最後はきちんと介護サービスを利用したいけれども、それまでは目一杯元気に、生業だけでない働き方をする。封建親父の話も出ましたけれども、そうでは無いタイプの新しい活動の領域があるよ、という。そういうややこしさを、とりわけ市民後見人というのはその権利を守る。弱い立場にある人権を守る仕事。これはプロの仕事であると同時に、市民としての責務としてその可能性がある。ただこれは、基本的人権を守るということから言うと、きちんとしたトレーニングと見識を持った人に参加してもらおう。しかしこれは市民の仕事だ、というふうにおっしゃっていただいたと思います。

それでは引き続き、南砺市の地域医療再生マイスター。マイスターというのは、ちょっと素敵な、ニュルンベルクのマイスタージנגガーという、ドイツの職人さんなんです。このお話を中心に、地域力というキーワードで山城先生からお話を伺いたいと思います。よろしくお願いたします。

**山城：**よろしくお願いたします。富山大学附属病院総合診療部の山城と申します。

こういう介護保険サミットとかですね、地域のお話をする立場に一番遠い医者です。大学で普通は診療しております。私は、これでも臨床家ですので今

10/17  
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18  
(金)

分科会まとめ

パネル  
ディスカッション開催市からの  
メッセージ

特別講演

開会式

会場スナップ  
ショット

日も午前中朝11時まで外来をやってきました。紹介患者さんを他の医局員にお願いして、もう、今から南砺行くから、ということで、ぱっと逃げてきたんです。それで、総合診療部を、分からない方が三分の一ぐらいいらっしゃると思うので、簡単に言うと、最近テレビで言うドクターG、よく分からない患者さんを診断する外来部門だということと、地域医療でなかなか充実しない救急医療の中で、ER型救急という初期診療をする部門です。さらに、地域で活躍する医師、いわゆる地域医療、家庭医療、簡単に言ったら梅ちゃん先生ですね。ああいうような人を育てる、という部門です。富山大学に総合診療部が10年前にできましたので、富山に来て10年目です。その前は佐賀にいましたので、隣の熊本にもよく行っていました。その中で、地域で医者を育てるということで、こちらに赴任してから、各地域をまわって地域で診療のできる診療所探しをしてたんです。診療所探し。そこで、3年、4年目にですね、診療所として話が出たのが南砺市なんです。それからの物語ですが、決して最初からうまく人材を育てる、というところから始まった訳ではないのです。それですね、また悲しいかな、地域医療崩壊。富山県の中で一番最初に南砺市が地域医療の崩壊でクローズアップされたんです。ちょうど10年前に、新臨床医師研修制度が始まって南砺市には3つの病院と、4つの診療所があったのですが、市町村合併の影響で、井口診療所というのが閉鎖。そして50床あった福野病院、このすぐ近くの病院が、病院としての閉鎖で、診療所になった訳です。そこで当時院長であっ

た倉知先生と南先生に声掛けられて、診療所、地域医療だったらうちにあるよ、と言われて南砺市とかかわることになったのです。潰れた病院を一緒にやってくれないか、ということで私、まあいいかな、と。診療所で私は頑張って診療をしていたんですけど、とっさに感じるものがあったのです。あっ、これでは私も潰れる、と。これをただ手伝うだけでは潰れる。そこで、まず人材育成させてください、と。人を育てる診療所をやらせてくださいということでやりました。そして福野病院を2008年に診療所化しようということで名前を変えました。変えました、というか提案したんです。家庭・地域医療センター、これは地域で家庭医を育てる、欧米等で使われる言葉なんですけど、そういうセンターにして、そこで地域で診療して、地域の家庭医を育てよう、というような理念で名前を付けたんですね。

最初は福野って付いていたんです。しかし、市議会議員の先生方が、いや、これは福野じゃなくて南砺市全体に、広げてほしいということで、福野を南砺に変えたいらしいんです。そういうことは普通無いらしいです。もう一つ、この時常勤医が2人いて、私は非常勤。翌年に1人の常勤医が開業されなくなり、最後に、もう1人の先生がいなくなって、残ったのが私、非常勤の医師だけになりました。結局、南砺市のほうから運営までやってくださいということで、うちの医局員を1人、常勤医として派遣しました。若い人を育てること、学生や研修医の教育を入れますということで、赤字なんですけど、人を育てるところから始まったんです。ですから、決して初めから住民なんとかって言う話は出てこないんです。もう必死なんですね、我々。そこでなんとか診療しながら、ネットで地域医療、地域崩壊という、色々な全国の取り組みを調べながら、診療していたんですね。すると、やはり住民が参加した地域が成功しているという色々なニュースが入って来て、じゃあ住民が参加した仕組みづくりをしようということで、この、地域医療再生マイスターを養成することになったのです。私は地域の医療崩壊を再生する

ために何かやりたかったんですね。マイスターという言葉がなぜ出てきたかと言うと、里山マイスターとか、色々なマイスターという言葉が沢山ネットに出てくるので、これなんか良い感じ、ということで、マイスターという言葉が付けただけです。それで、1年目に講座を始めて、その後、それを修了した人たちを中心に、守り育てる会というのを立ち上げました。各グループに分かれて、それぞれがグループの取り組みをしていきました。そしてこれが、2年目、3年目、4年目、5年目と、今年5年目なんですけど、つい先日終わったばかりです。5年間の目標200名以上ということで、つい先日、210名のマイスターが誕生しました。振り返ると、初めは診療所で診療をやりながら、当時の倉知先生から地域に出て講演活動しようよということと言われて、まずは病気の話と今の地域医療の崩壊の話、医者が増えないという話等色々して、1年間かけて各地域を全部回ったんですね。ところが全然住民の動きが無いんです。次の動きがなくて。人の心を変えるには何が必要かなということで、考え出したのがそのマイスター養成講座です。これはどういうものかと言うと、石川県の北陸先端科学技術大学院大学でとり入れられていた地域を活性化する地域再生システム論というのがあって、地域の産業を活性化するという方法論で、それを地域の人材を育成する講座としてとり入れたのです。この方法論は5回の講座、2時間半の5回の講座で、1時間講義を聞いて、残りの時間はグループ討論をして、最終的に自分の考えを発表する。

もう一つの特徴はですね、自分の自己改革をする方法ということで、近藤修司先生という先生に四面思考法というのを教わってですね、全員が四面思考法で、1枚に自分の課題と思いを書く訓練をしました。

もう一つ考えたことは、各職種、多種職で参加しようということで、婦人会、住民の代表とにいただき、あと女性議会の方、医師と看護師、その他介護関係の人たち50名参加していただき、皆で勉強会をする講座となりました。1年目が終わり、せつ

かく集まったので、その当てもネットで調べると、なんとかの地域を守り育てる会で、柏原病院の子どもを守る会とかですね、何かこう立ち上がる会というのが出たので、南砺の地域医療を守り育てる会を立ち上げたんです。南砺市民病院の南先生と立ち上げたんです。3か月ごとに、全国で活躍している先生方、最初は聖路加国際病院の小児科の細谷先生に来ていただいて、2回目は岩手県の地域医療のモデルになっている藤沢町民病院の佐藤元美先生を呼んで勉強会を始めました。2年目もですね、10月にこの講座を開催し、同じような形で講義・討論・講義・討論ということをやっていたんです。この時も同じように多職種でやりました。2年目に気がついたことは、住民の方と医療者の意識のギャップがあるな、ということでした。この講座でいろいろな人と話をすることによって、医者ってこんなに大変なんだということを知り、我々も家族ってこんなに色々な思いを持っているんだということが分かるようになってきたということがあります。それで、少しずつ信頼関係ができました。最初の頃はですね、各部署のエース級を出してくださいと。この人たちがひょっとしたら中心になるかもしれないのでエース級を出してくださいということで、お願いしていたんですね。2年目もそういうふうにしていました。守り育てる会というのは勉強会で、本当の勉強会なんですね。第6回目には高橋先生にも来ていただいて、国の行政の話等色々な話をさせていただきました。3年目も同じようにやって、私たちはなんかいい感じだということを感じていましたが、成果が出るのかどうか分らずにやっていました。自己変革の四面思考法ですが、だんだん私も楽しくなってきました。3年目も3か月ごとに勉強会を始めました。この時には地域医療で有名な伊関先生とか、あと最後、9回目は田中市長さんに、南砺市の地域医療の思いを講演していただきました。参加者も多い時は100名を超えます、少ない時は70～80名です。という感じで常に勉強していた訳ですね。それで、4年目、昨年が全く同じような感じで行い、5年目くらいになると、全国レベ

ルの講師が来るようになりました。講師にお願いすると「そういう趣旨であれば来たいです」と言われて、認知症で有名な遠藤先生、それから「おとなの学校」で注目されているデイサービスの小山先生、一番新しい方は一橋大学の社会学者の猪飼周平先生をお呼びしました。地域包括ケアを社会的に解釈するとどうということかと、大変難しい話だったんですけど、住民の方も含めてこういう話を聞けるような会になりました。それでそろそろまとめのスライドになるんですけど、なぜこういう真面目な会が継続したかというのを振り返ると、1つはやっぱり人づくりの大事なところ、ここは一人一人の意識改革だと。他人事で行政が悪い、病院が悪いではなくて、それぞれの人ができる自分、我が事自分のこととして考える癖をつけようという意識改革です。それからグループに分かれて、医者グループは家庭医を育てるプログラムを学会に申請して通りました。それから、看護師グループは、訪問看護は元々進んでいるところなんですけど、勉強会を始めました。それから住民の方々が住民の会「なんと住民マイスターの会」というのを作って、色々な事の試みをやっております。その他の行政の方々も色々な試みをやっています。

だんだん私も市長さんと話できるようになりましたし、住民の方ともできるようになりましたし、医療関係者の人たちとも話ができるようになってきました。それで今年マイスターが210名育ったので、このあいだアンケート調査したらまだ、南砺市全体に広がっていませんでした。ちょっと宣伝が足りませんよと、大変厳しい意見も書かれておりました。成果がまだ出ていないんじゃないですか？と。ということで、これが最後ですが、最初の時はとにかく何かやろうということで、マイスター養成講座から始まり、地域医療を守り育てる会という勉強会をやり、そして各グループが各グループの課題を持ってやり、それで色々なプロジェクトをやりました。今年の目標は、このサミット2日間を成功させるというのが、我々マイスターの1つの目標です。それからあと介護保険を含めて推進しようということです。

ですから決して最初からこういうことができた訳ではなくて、目の前にある課題を取り組みながらやってきたということです。1番良かったのは、やはり、一人一人が変われる手法を身につけて、それぞれのグループが活動してきたこと。この会は、規約も会費も無い会で、自由に参加して勉強する会なんです。こういう形で5年間やっていて、次の5か年計画では、これを隅々まで広げるにはどうしたらいいかと、南砺市全体に広げるにはどうかというのが現在の課題です。

ご清聴ありがとうございます。



高橋：ありがとうございました。

山城先生、確か地域包括ケアの南砺市のパンフレットがありますでしょ、これ確かマイスターの皆さんが手作りでお作りになった。全戸配布されていると聞いたんですがそのことをちょっと。

山城：あれは、住民マイスターの会が3年前に立ち上がって、最初マイスター養成講座を終わった方が集まって、イラストの上手な方がいて、あと自分たちの求める地域包括ケアとか、こういう地域になってほしいという夢をパンフレットにして作ったんです。そしたら市長さんが気に入ったらしくて、全戸配布。税金これだけ使っちゃっていいのかな、というくらいなんですけど、非常に良いものが出来ました。住民マイスターの方々が作ったものです。

高橋：お話を伺いますと、もちろん保健医療福祉で仕事をしておられる、言わばプロというふうに言いましょうか、その方と、それから地域の婦人会や議員さんが入っている。何であれ女性議員ばかりで男

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナックシヨット

の議員は？一番聴かせなきゃいけないのは男の議員だと思んですが、どうして入らないんですか？

**山城：**よく分からないんですけど。最初こういうことやりますという話を市会議員の会で話をしたんです。議員さんは忙しいので、定期的に来られるというよりは、時々参加されていました。

**高橋：**そういう意味で、先程堀田さんからは、リーダー、コーディネーター、今のこのマイスターは、最近横文字がはやりで、あんまり使いたくないんですけど、メディエーターって言うんですか、媒介役、繋ぎ役、繋ぎ役のプロを作るっていう。なんかそんな感じで実はそこがものすごくこれから重要で、一般住民と専門家っていうふうに、対して考えるんだ。先程、玄人はだしのアマチュアという話をしました。これが大事なんですね。文化ってみんなそうで、音楽もへたっぴじゃなくて、プロまがいのアマチュア音楽家という、そういう人たちがいると、実は豊かなものが作り上げられ、実は医療とかケアとかそういうことも実はどうもそういうところがあって、そこがうまく繋ぎ役になっています。先程ご紹介した兵庫県の柏原病院の小児科医療の問題も、実はそれとすごく関係があります。今まではコンビニ受診といって、病院にとにかく子供を連れて行けば診てくれるという形でずっと使っていると、お医者さんが疲弊するんですね。夜の救急体制、夜勤体制立ちいかなくなって。それでお母さんたちが保健所、保健師さんやそういうグループと一緒に勉強し始めて、どういう時には急患で必要だけど、他のこういう時はたぶん自宅で寝かせていたほうがもっと大丈夫なんだよねっていう。その何て言うんでしょうか、何でもかんでも持っていくんじゃなくて、どこでこう振り分けるかという目利きの力をお母さんたちが持つような、そういう仕組みを作る。そのためには相当命の問題と関わりますので、学び合いというものがものすごく必要で、逆に言うとそのことによって実はプロといわれる医療の世界がむしろ安定して、お医者さんの確保がうまくいくようになるという、おそらくこのマイスターの到達点は、そういうことなのかなと思った

んですが、何か補足を戴けますか。

**山城：**説明不足だったのですが、婦人会の方は、柏原病院の方まで視察に行って、帰ってきたんです。それで、私たちも何かしないといけないということで、感謝カードみたいなものとか色々考えていたんですけど、最終的にはパンフレットに繋がったんじゃないかなと思っております。

**高橋：**だから、介護サービスや、福祉サービス、それを消費し尽くすモンスタークライアントではなくて、たぶん共に創っていく関係をどういうふうに作り上げていくか、ということに対して、とても大事な実践なのかなと思いつつ承っております。また、後ほどこの問題はディスカッションしたいなと思っております。それでは引き続き、来年は熊本市でこの介護保険サミットがありますが、熊本の北になりますが菊池市の渡辺弘子さんにお越しを戴きました。大変すばらしい、地域での認知症への支援の仕組みをコーディネートされてきた保健師でいらっしゃる渡辺さんの方からご報告をお願いいたします。よろしくをお願いいたします。



**渡辺：**こんにちは。熊本県から来ました渡辺と申します。このような席に先生方と一緒にさせていただいて、大変恐縮ですが、うまく話ができませぬので、スライドに沿いながら菊池市の取り組みをご紹介させていただきたいと思っております。

菊池市では、認知症の人やその家族を支援するために、認知症の支援体制づくりは、地域づくり、人づくりを重点に置いて進めてきたところですので、今日はその中で多職種連携になりますが、市と市民団体

である「認知症の人と共にくらす会“きくち”」による協働の取り組みと、菊池市で取りくんでいる大きなオレンジリング事業について、ご紹介したいと思います。

今、ご紹介ありましたが、菊池市は熊本県の北東部に位置しておりまして、緑豊かな自然に囲まれた農林業中心の町になります。人口は5万1千人、高齢者人口が1万4,433人、高齢化率が28.3%になっています。菊池市で認知症の人を見守り支える人たちは、ご覧のとおりです。お互いが連携をしながら活動を進めているところです。「認知症の人と共にくらす会“きくち”」は、認知症の人とその家族を支援していくという目的で、広く市民の啓発活動等に取り組もうということで、医療、介護、福祉、行政関係者などの多職種が集まって平成19年度に発足しております。発足のきっかけは、菊池市内の病院の脳外科の先生のほうから、「日常の業務を行っている中で認知症高齢者が増えて色々な課題があるが、どこに繋いでいいかわからない。」また、菊池市内の老健施設の副施設長でもある熊本県の認知症介護指導者より「医療や介護、行政との連携を取っていきたい。」「市民全体が認知症について理解して、適切な関わりができて、認知症の人に優しい街を作っていきたい。」というような声掛けが包括のほうにありました。包括の方としましても、同じように認知症高齢者を取り巻く消費者被害とか、総合相談などより問題も多様化しておりまして、地域のネットワークづくり、見守り体制を作りたいと考えていたところにちょうど一致しまして、介護、福祉、医療関係者に声を掛けて会が結成されました。現在、会の会長、副会長の方をこの2人に担っていただきまして、会員の方も、平成25年現在165人になっています。共にくらす会では、医療、介護、行政より集まった15人が活動推進委員という形で、現状や課題を出し合って、企画、活動、運営を行っています。当初の活動ですが、啓発部会、学習部会、相談部会、育成部会、の4つの部会で行っていて、人材育成の方は、育成部会と地域包括支援センターが連携して行っていました。現

在は、会の活動としましては、事例検討会や会報発行、啓発活動を中心として行っていますが、その中で情報や課題、目標の共有を行いながら、会員が色々な立場で認知症の人やそのご家族を支援するための活動を、連携を取りながら行っております。今年度は、市長から声掛けがあった、菊池市を目指す「安心、安全、癒しの里づくり」というテーマと、「認知症の人と温泉」をテーマに、認知症の人やそのご家族の視点で、会員の中でどういうことが自分たちでやっていけるかというような検討、旅館の女将さんたちの会と、現状把握ということで会合を持ちたりしているところです。

菊池市の認知症サポーター養成講座はご覧のとおり形で実施しています。小中学生に認知症サポーター養成講座をやっていますが、サポーターになってもらうことによって将来を担う子供たちが将来に向けても地域の中で支援者になってもらえるということ、また、認知症高齢者のお孫さんたちの世代です。家庭においても良きサポーターになってくれると考えています。また認知症サポーターになった方たちは、いろいろな形で地域の中で活動して頂いています。後ほどご紹介します、認知症地域見守り協力者、協力店であったり、傾聴ボランティア、シルバーヘルパーであったり、菊池市独自のボランティアである認知症アドバイザーは、啓発活動や大きなオレンジリング事業に協力をしてもらっています。また、そのアドバイザーの次のステップとしてキャラバンメイトへの道を準備しているという状況です。認知症アドバイザーは平成20年度より養成を始めまして、当時のアドバイザーは認知症と共にくらす会の会員さんが中心で、ほとんどが介護とか福祉の専門職でした。講座の内容の方も、7講座に実習を2回入れた、より専門的な内容で講座を実施していました。平成23年度からは広く市民に認知症について理解してもらって、活動してもらえるアドバイザーさんたちを作っていきたい、ということで公募という形で養成講座を開始しています。23年度からのカリキュラムはご覧のとおりです。これはアドバイザーさんに

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップショット



よる街頭活動ですね、アルツハイマーデーの活動です。

キャラバンメイトの養成は、養成後すぐ実働できる人たちを養成するためにということで、菊池市の場合には認知症アドバイザー受講修了者を対象としています。また、養成研修は2日間行って、修了後は新人研修を月に1回開催しています。キャラバンメイトさん方は、4班に分かれて、それぞれができる活動、やりたい活動を楽しみながら行っています。

大きなオレンジリング事業について、説明させていただきます。大きなオレンジリング事業は、菊池地域の見守り協力者、協力店、協力事業所として届け出があった市内の地域の人に家やお店に大きなオレンジリングを道から見える所にかけてもらうという事業です。これは特別なことをしてくださいという訳ではなくて、隣近所に認知症の人がいたら、見守りに協力するとか、気になる人がお店にいらっしゃったら声を掛けるとか、小中学生が道で気になる方を見かけた時の相談窓口になっていただく、という形で協力をお願いしています。このオレンジリングの取り組みのきっかけですが、市の方で設置している認知症施策総合推進検討委員を、医師や学校長、民生委員、介護家族、福祉関係者などで構成していますが、その会議の中で、子供たちへのサポーター養

成講座の実施について検討していた時に、委員である小学校の校長先生の方から、今の学校教育は知らない人に声掛けしたらいけない、というような教育をしているんだけど、サポーターさんとしてどうしていったらいいのかな、というような提議がありました。それで、その中で検討した結果、子供たちが気になる人を見かけた時に、繋いでくれる大人の目印、旗を家の前に立てる様な形で、大きなオレンジリングというのを道から見える所にかけてらどうか、という意見が出て始まった事業になります。

見守り協力者募集につきましては、地域の見守り協力者は、民生委員さんや区長さん方にお願ひし、協力店の方は、認知症アドバイザーが中心に行いました。協力者への依頼は、自分たちの地域で協力をお願いしたい人だと思う人へお願いをしてもらうことによって、繋がりも出来ますし、近所の顔見知りである人が頼みに来る方が、受ける方も安心感があって、自分の地域のこととして協力が得やすいといったメリットがあります。

あと、アドバイザーさんによる見守り活動の協力の様子です。見守り協力者と協力店の方にはこのように、大きなオレンジリングを外から見える所にかけてもらい、個人の家も道から見えない所は、玄関ではなくて軒先をお願いするようにしています。

あと、夜間徘徊を考えるとということであげていますが、医師や学校長を含む先ほど申しあげました認知症施策総合推進検討委員会の方で、夜間見守り調査を行いました。その結果をもとに、協力者とか地域に、夜間見守りの結果や、認知症についての現状を伝えて、サポーター養成講座を受けていただいたり、地域見守り協力者になっていただくようお願いをしました。

菊池市の認知症の人や、その家族を支援していく人づくりというのは、行政だけが行ってきたのではなくて、市民団体である認知症と共にくらす会と一緒に、協働で取り組んできました。行政だけではなかなか進まないということもくらす会会員として、それぞれの職種や、業務を通して、また住民の立場にたって解決し進めていくことができたということ。課題や目標をみんなで共有しながら、その時々、会としてまた個人として何ができるのかとか、行政が行っていくことなどを整理しながら、できるところで力を発揮して協働により進めてきたところが菊池市の特徴となっていると思います。課題としては、共にくらす会も160人、見守り協力者、協力店は700近くになります。情報や課題の共有がなかなかうまく進まない部分もありますが、その部分をどのように工夫していくかを検討し、少しずつ取り組んでいるところです。地域づくりは人づくりであるというふうに考えます。今後も市民の方や、共にくらす会と一緒に認知症の方を支援する活動を行政の方でも進めていきたい、と考えながらやっています。

**高橋：**認知症の人を地域で支えるという、これは大変大事なキーワードでお話を戴きました。最近ちょっと面白いデータを読んでいて、認知症サポーターの養成率、対市民のデータを比較したデータがあって、4割の地域と2割の地域を比較すると、実は、初期の認知症の方の病院の受診率は、認知症サポーターが普及している方が高い。受診率の方ですね。ところが、入院率は低い。サポーターが普及していないところでは、診察する率は低いけれども入院率が高い。という大変面白いデータで、菊池市で

は認知症になったらどうでしょうか。

**渡辺：**どうでしょうか。認知症の相談はやはりかなり多いですけども、入院になったケースというか、なかなか受診に結びつかない相談というのが今とても多いですね。やはり、病院からのアウトリーチであったりとか、市の中でもシステムができていけばいいね、という話もしているんですけども。やはり地域の中で、認知症のことについて知っていただく。サポーター養成講座の中で早期発見や、気になった時には早期受診ですよとか、専門医院やかかりつけ医、認知症疾患医療センターの紹介もしていきますので、やはり1人でも多く、サポーター養成講座に参加して頂く方が増えていけば、そういうのが口コミであったり、自分で聞いたりとかしながら広がっていくのではないかと思います。

**高橋：**今のお話は、地域というのが媒介すると、例えば先日大変話題になった名古屋地裁の判決がありますね。これ、家族がみざるを得ない方が徘徊した時に、地域がそれを支えるネットワークがどううまくいかない。これは大都市の問題かもしれません。そういう意味でやっぱり、認知症の問題は地域で支えるという考え方、専門的医療、ケアと同時に地域で支えるということを考えると、今日のお三方の話は、奇しくも、様々な制度、専門的サービスがあるんだけど、それを支えて上手に使いこなしていく機能を発揮させる。力を発揮させるためには地域の生活の平面でも様々な支援がどうしても必要だよ、という話。これはまさに、今日の基調講演の宮本さんがご提議いただいた話を具体的な場に応じて展開していただいたのかな、というふうに思いながら伺っていたんですが。皆さんたちどんな感想をお持ちになったか。ということで、オブザーバーであります朝川さんの方から少しお話をいただきます。全体の展望的な議論になる資料を頂戴しております。制度と生活支援のかかわりとか、そこらへんについての課題提起がいただけるのではないかな、と思っております。朝川さん、振興課長というのは、どういう仕事をしているかを含めてお願いいたします。

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナックシヨット



**朝川：**ご紹介いただきました、厚生労働省の朝川と申します。よろしくお願いたします。振興課長という、聞きなれない課の名前ですが、基本的には在宅のサービスを振興していく、今のこのテーマに則していきますと、地域包括ケアシステムをいかに作っていくか、ということ、制度的に考えていく、そういったことを主に仕事にしている課でございます。私の方からは今日のテーマ、支え合いでありますとか、地域力でありますとか、そういったことに関連しまして、今政策に携わっている者として、少し政策の紹介等をさせていただければ、というふうに思います。今日のテーマでは、生活支援ということが重要なテーマになっておりますが、まず、いくつかデータを見ていただいて、再確認ということになります、頭の整理をしてみたいと思います。

まず、大きい社会の背景としましては、一人暮らし高齢者世帯、或いは高齢夫婦のみ世帯、そういった世帯類型がもうすでに増えてきていて、メジャーな世帯類型になってきているということでございます。やはり、家族がいるいないでは、支援の力というのはかなり違うと思いますが、家族の力になかなか頼れない、そういう世帯類型が増えてきているということで、地域で物事を考えていく必要性が高まっているのではないかと、ということを示唆していると思います。あともう一つ、右上、認知症高齢者の数、こちらもうすでにだいぶ増えてきていて、2010年と15年の間でいきますと、約300万人いると言われております。こちらは既に、要介護認定を受けていらっしゃる認知症高齢者の数で、こちらのスライドを見

ていただきますと、これは今年の6月ぐらいだったと思いますけれども、研究事業の中で、新しい推計が出されているものです。実は要介護認定を受けている認知症高齢者以外に、受けていない認知症高齢者、さらにその手前の方々が出て、認知症の方だけで450万人ぐらい、更にその手前の方を含めると800万人くらいいらっしゃる、という推計が公表されています。今、65歳以上の人口は3千万人ぐらいですので、3千万人のうちの800万人ということになりますと、更に、先程話題になっておりました早期対応が重要である、ということを見ると、やはり地域でこちらも考えていかないといけない課題ということだと思います。

左下は生活支援のニーズについて示唆するデータです。買い物で不便や苦労がある世帯、こういった不便を感じていらっしゃるの、単身高齢世帯、夫婦世帯で多い傾向がみられる。右下のデータは少し字が細かいですが、「独り暮らし高齢者世帯が生活で困っていること」ということを聞いているデータで、上から順番に見ますと、部屋の模様替えでありますとか、自治会活動、掃除、買い物、散歩、食事、通院、ゴミだし、薬、そういう色々な細々としたことも含めて、困っていらっしゃる。これも家族がいれば、その家族がカバーできる領域が多いかと思えますけれども、なかなかそういうことに期待できない世帯類型が増えてきている、ということだと思います。

一方、こちらのページの右上のデータを見ていただきますと、高齢者の社会への参加というのは、経年的に見ますと増えてきているというデータが内閣府から出ております。平成10年と20年を比べて、住民のグループ活動の状況を見ますが、全体としてみますと、だいぶ増えてきているということですが、今日のテーマでいきますと、右側の方に赤丸しております。高齢者が支援を必要としている、高齢者を支えている、そういうグループ活動をされている方というのは、まだまだ少ない、あまり増えていない。5%とか、6%とか、そういった状況でございます

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

閉会式

会場スナックショット

ので、今日も何回か出されておりますが、元気な高齢者が非常に多い訳でございますので、元気な高齢者ができれば支援を必要とする高齢者を支える、そういう支え合いの地域づくり、そういうものをもっともっと進めていけたら、ということを示唆しているのではないかと考えています。

もう一つ、地域包括ケアの5つの要素の中の一つの住まいとの関係で、一昨年、ちょうど2年くらい前ですけれども、サービス付き高齢者向け住宅というのが制度として発足しています。その入居者の状況についてアンケート調査を昨年度したデータでございますけれども、なぜ入っているかという入居動機を聞きますと、1番上にありますのが「介護が必要になったため」というのが4人に3人ぐらい、1番多いのは、「独り暮らしが不安になったため」とそんな回答になっています。更に入居している方の年齢で見ますと、80歳以上の方が多数を占めています。80歳代が1番多くて、更に90歳代の方もそれなりにいらっしゃる。そんな状況でございますが、ここから生活支援との関係で見えてきますのは、介護が必要としてというのはなんとなく分かりますが、独り暮らしで不安を感じた80歳代の方が、こういう住まいを求めていらっしゃる。すごい数で今増えてきていますので、ニーズが沢山あるということだと思いますが、もう少し地域の方で安心して独り暮らしでも暮らせ

るような、そういう地域づくりができれば、こういうニーズのところも少し変わってくるのではないかと、ということを示唆しているのではないかと思います。

これから充実していきたいと思っている考え方はすけれども、ひとつは、左に丸をしていますように、ニーズを持っていらっしゃる高齢者が沢山いらっしゃる。それも正規の介護保険のサービスだけではなかなか支えきれないようなニーズがやはりあって、例えばちょっと気軽にサロンに行くとか、見守り、外出支援、買い物とか、そういう生活支援サービスについて、出来る限り住民主体の取り組みとして地域を増やしていく、そういう視点での取り組みを強化する必要があるということ。右の側の丸にあります通り、元気な高齢者が非常に増えてきていらっしゃる。その高齢者の方々自身の自己実現ということもありますので、高齢者の社会参加の多様な場を増やしていく、そういう視点。この2つの視点で少し政策が強化できないか、ということを考えています。そこが交われば、元気な高齢者が支援を必要としている高齢者を支える、そういうような地域づくりに繋がっていくのではないかと、というふうに思っています。やはり、一番身近な市町村、あるいは中学校区域ぐらいでそういう取り組みをバックアップする。そういったところを行政として支援できないか、それをコーディネーターとして整理してい



ています。介護保険の制度の枠組みとしては、今ある地域支援事業の枠組みの中で、そういうコーディネーターのような方々を地域で支えるような、財源的にも支えられるような取り組みが強化できないか、というふうに思っています。ただこのコーディネーターのところはどういった人になっていただくのがいいとか、どういったことをやっていただくのかとか、どこにいていただくのか、そういったところは詰めていくべき点だと思います。先程も堀田先生からのお話にもありました、そもそもその活動する人づくり、団体づくり、ネットワークづくり、或いはその個々の人々のニーズと支援のマッチングとか、そういったところが中心だと思いますけれども、これから少し詰めていきたいと思っています。

関連しまして最初から少しちらちらと話題に出ていますけれども、予防給付の見直しというのが一つ政策課題としてございます。今日は、ここに深入りすることは致しませんけれども、いずれに致しましても、取り組む姿勢は、一つは、比較的軽度の方について、多様なサービス或いは住民主体のサービス、その方自身の社会参加ということもそうなんです、そういうものを増やしていけないか。その手法として、給付の形を少し見直していけないかという視点と、あともう一つは効率化という視点です。しかしながら、まだ具体的な中身を提起したばかりでございますし、非常にこう不安を呼んでいる、或いは批判も沢山いただいておりますので、これからよく詰めていく中で、その不安、或いは批判に対してしっかりお答えをしていく必要があると思っています。今日は介護の分野で経験豊かな方々が沢山集まっておりますし、介護保険制度を愛していらっしゃる方が沢山いらっしゃいますので、私もこのサミットでよく勉強して帰りたいと思っております。

あともう一つ、地域づくりという観点でいきますと、今進めております政策で、地域ケア会議というものがございます。これは地域包括支援センターで取り組みを強化してくださいと、昨年度からお願いをしている取り組みでございます。すでに以前から類似

のものの取り組みは進んでおりますけれども、特に個別ケース、ケアマネージャーさんがやはりいろんなケースを扱っていらっしゃると思いますので、ケアマネージャーさんに個別ケースを出して頂いて、支援内容を検討するところから始まって、地域課題を地域の方々と共に行政も含めて共有化し、どういったところが足りないかということも共有化して、地域づくりにつなげていただく。そういう取り組みを強化できないか考えています。それ以外にも、生活支援の場として、色々な形がありうると思いますが、重要な視点として考えておきたいのは既にある資源ですね。特別養護老人ホームもそうだと思いますが、地域密着型の小規模多機能サービスなど、すでにある地域資源を使いながら、生活支援の地域づくりにつなげていく場として活用していく視点も重要かと思えます。大牟田市なんかではそういう取り組みを、小規模多機能サービスを使ってやっていらっしゃるという例もございます。少し焦点の定まらない話になってしまいましたが、とりあえず以上です。

**高橋:** ありがとうございます。生活支援の議論と人をどう育てていくか、ということに関わる様々なレベルのお話を戴いたのですが、先程最後の方に朝川さんがちょっと触れられたことと関係するいくつかのエピソードを私の方からも提起させていただきたいのですが。大変有名でご存知の方もいらっしゃるかもしれませんが。東京の孤独死が発生して新聞にもとりあげられた「戸山ハイツ」というところがあって、そこに訪問看護で大変有名な、かなり前にNHKプロフェッショナルで「市ヶ谷のマザーテレサ」と紹介された、秋山正子さんという、訪問看護の素晴らしいエキスパートがいらっしゃいます。彼女が「暮らしの保健室」というのを、都営住宅の1階にお造りになったんです。これは、参考になったのは、イギリスのマギーズセンターといいまして、癌の患者さんが病院とは別の場所で様々な自分の悩みや支援を本当に自由な形で受けるようにする拠点づくりをやった。要するに病める人は病める人、医師に管理される存在ではなくて、生活をする存在だという

ことを実に体現する。これを支えているのは全部ボランティアです。本当にボランティアなんです。それで本当にイギリスってすごい国だな、と思うのがチャリティ。それから黒川紀章さんが癌になられてからマギーズセンターを無償で設計をしたり、有名なデザイナーが全部その家具を無償で提供しています。これがチャリティ、まだ生きているのだと思います。それを日本では在宅医療拠点事業を活用しながらボランティアと育ててまいりました。それで、秋山さんから伺ったのですが、ものすごく象徴的で、独り暮らしのお年寄りがものすごく不安になられる。そうすると救急車を呼ぶんですね。定期的にといいか、毎月というか、思った時に。そうすると、行政コスト的に言うと、消防庁は5万円負担する訳です。税金を5万円使う訳です。ところが、「暮らしの保健室」に通って、色々な相談と調整をする。まず第一に大事なのは、役所は「あなたどうしましたか」と聞く。怖そうな人か優しいかそれは分かりません。渡辺さんは保健師さんでとっても素敵な保健師さん、安心されるかもしれませんが、多くのところは不安になるような人が「うちはこれは管轄ではない」とか言う人がいます。ある地域包括支援センターがありましてね。60歳の人相談したら「あなたは65歳以下だから対象では無い」と言って追い出したという民間委託の地域包括支援センターがあって、お役所がカンカンになって怒っていたと。民間もお役所仕事するんですね。介護保険を知っていればすぐ分かります。二号被保険者という概念があるものから、40歳以上でもそうです。朝川さん、地域包括支援センターにどういう相談が持ち込まれても受けていいですよ。というふうに人を輪切りにするんですけど、「暮らしの保健室」はとにかくそういう悩みがあって、色々なことをお話ししながら、そこで専門的な支援が必要だってことになると専門的支援に繋ぐ力がある。それから多くはボランティアの、それこそ親を看取った経験のある方たちが、そこを支えていて、バックヤードにそれぞれ秋山さんのようなプロ、それからカイロプラクティックとか色々な方も利用

できるようにするとか、いろんな仕掛けがあるんです。そのお陰で、その一人暮らしのお年寄りは救急車を呼ばなくなるんです。安心ということ、要するに、様々な形で安心があるかどうかということ、そういう居場所づくりを通じて安心を実現させる。救急車を呼ぶ1回5万円がいらなくなる。秋山さんが笑って、5万円の2割ぐらいは欲しいわね、とおっしゃっていたんですが。要するに、色々な所で社会的コストが発生するものを、地域の支えの中で、それを未然に防ぐような仕組みがたぶん住民参加、色々な地域づくりの要点なのかな。そうするとそれを今度は動かすコーディネーターが絶対必要ですよ、堀田さん。先程の地域支援づくり、コーディネーター養成、山城さんや渡辺さん、朝川さんのお話しも伺ってのちょっとコメントを堀田さんの方から頂けませんでしょうか。



**堀田：**コーディネーターは、先程朝川さんが綺麗に纏めていただいたとおり、全体のニーズをしっかりと把握する。そして足りないところのサービスを作り出す。それから作り出したサービスや既にあるサービスをうまくネットワークする。そこから生まれる色々なサービスをそれぞれの人に包括的にとどけ、うまくコーディネートする。こういうコーディネーターが、特に包括的にやろうとすれば、絶対に必要になると思うんです。先程からのお話を伺っておりまして、南砺市のマイスターですか、これも素晴らしいコーディネーターだと思い聞いておりました。このマイスターの養成の仕方が、一般のコーディネーターなどの養成の仕方と決定的に違うのは、コーディネ

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップショット

ネーターを養成する時は、しっかりとした目標をつけて、それを実現するためにコーディネートすると。だから地域包括ケアを実現するために、色々なものをコーディネートするとか、そうすると地域包括ケアを勉強し、その目的を共有して、色々コーディネートしていく。先程の菊池市の場合ですと、認知症の方を地域で支える仕組みを作り、活動しようという目的をもって、色々な方がコーディネートしていかれると。大体目的を持ってそれを共有するところから始まるんですが、マイスターの場合は、医療崩壊に何とか対応しようとするんですけど、じゃあどうするのかという、そこがなくて、何をしようかな、というのがパワーポイントにもありましたけれども、何とかしなきゃいけない。しかし何をしてもよく分からない。けれども何とかしなきゃいけないから皆で集まろう。そこから色々な活動が生まれて、入り口が非常に広い。問題があっとうしようというのじゃなくて、それから考えようというところが非常に幅の広いコーディネーターの作り方で、非常に参考になりました。やっているうちに色々な知恵が出てきて、分科会が出来てきて、多分そういうふうにして進むんでしょうけれども、これ実は地域で助け合いの会を作る時に似ているんですね。地域に色々な会があって、あそこのおばあちゃんはゴミも出せずに大変だとか、あそこの子どもは外にほとんど遊びに出ずに家に入ったきりで、あれじゃあ大変だよとか。それぞれの課題があって、それを何とかしようとしている人たちが地域で集まって、課題を見つけて、それに対応するグループを作って解決する。本当の地域の解決の仕方というのは、実は入り口が非常に広い。特定の目的を持たずに入らなきゃいけない。これから地域を作っていくコーディネーター、マイスターの場合はそういうふうにしてやってもしっかりとやっていけるんだと。むしろそのほうが前進するんだと。そのところが大変参考になりました。菊池市の渡辺さんの場合は逆にしっかりとした目標を持って、しっかり養成していったって、これもお医者さんとか色々な多様な方が入られて会を作られてやっている。非常に進

歩的で、地域ケア政策ネットワークの菅原さんが頑張ってスタートさせたその時から関与させてもらっている私も大変すばらしい、進んだな、いいコーディネートしておられるなと思いましたが、ただこれから先やっぱり、もう一歩進まなきゃいけないのかなと。だから見守りの仕組みがしっかりできて、皆が協力し合っているというのは、そこまでできたのは素晴らしいけれど、逃亡犯罪人を皆で見つけて捕まえる。そういう仕組みを作っているみたいになっちゃまずいですよね。認知症の方が外を歩いているのは別に逃亡犯罪人でもなんでもない。夜の場合はしっかり早くお家に帰してあげるといのが確かに大事なんですけど、日中歩いておられるのを見つけては家に押し返していたんじゃ認知症の方はたまらないですよ。ですから夜徘徊するというのはやっぱり昼間運動が足りないからだろうと。桑名市の医師、多湖さんがやっているように、認知症の方が皆で子供の通学路を見守る。こうしたことをやると昼間認知症の方は十分運動するから夜ぐっすり眠る。そうすると夜の徘徊がなくなるんですね。そういうところから実は取り組んでいかなきゃいけない。昼間は知っているコンビニに買い物に行くなんていうのは大変な喜びですから、大いに行って、お金を払わず帰ったらそれはコンビニの方がしっかり後でご家族からもらえばいいから、そういう外を安心して歩けるような街にしていくというような、そういう方向に支える活動、コーディネートの仕方が良い。もう一段高い目的にいけば、もっともっと素晴らしいのかなと、お二方のお話を伺いながら感じていました。

**高橋：**ありがとうございました。

山城さんにちょっと伺いたいのですが、今の堀田さんからの課題提起と、もう一つ、マイスターというのは、いわゆるプロの介護や医療にかかわる人もこれに参加されてますよね。これが市民というか地域住民の皆さん、婦人会とか、議員さんというのはある意味では住民の代表というところがある訳ですけども、その効果というのがなにかものすごく大きいかな、というふうに思いながら、堀田さんのコメント

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップシヨット

と同時にお返事を戴けたらというふうに思います。



**山城：**地域医療再生を目的とした勉強会でよく言われるのが、「何で地域医療と再生とつながるのか？」ということ。崩壊から始まったので再生ということで始めて、各職種の方々に集まっていただいて、5回の内の4回は自分の課題を見つけて、自分のテーマの課題の解決法を1枚にまとめるという作業をずっとやるんです。その時グループ討論をして、他職種の人の意見を聞いてまとめていくので、その中で、しっかりとした課題が見つかった方々が、全員ではないんですけど、継続してグループでやっていく。我々は医者なので、医者は医者を育てるという南砺の家庭医養成プログラムというのを立ち上げて、そこに若い初期研修医が来るようになった。まだ多くはないんですけど、定着するようになった。あと訪問看護の方は、勉強会を立ち上げ、4年間やって訪問看護を勉強する看護師が増えてきた。婦人会の方は色々な目的があって、テーマを決めるのは確かに難しいと思うんですけど、でも認知症であったり、色々な地域の活性化のためにする。この間面白かったのは栃餅づくり。五箇山のグループで昔の栃餅づくりを高齢者の人たちと一緒にやろうと。自分の姑さんとか舅さんと呼んで開催したら、これが盛り上がっているんです。我々が真面目にやっていた会よりも、ものすごく楽しそうでした。こんなに姑さんが生き生きとやっている顔を久しぶりに見たという主催者の話でした。私はこれらの取り組みが継続できた理由は、最終的には地域づくりだったということです。我々のやっている医療再生はもう地域づく

りだと。私たちそれぞれの職種で頑張るんですけど、地域づくりになっていくということに気がついて、それぞれがさらに頑張っている。というところに気がついたんですね。この会、規則もお金も払わなくていい楽しい会です。ボランティア的なところがあって、これを達成しなさいという義務的な目標もないので、楽しいんですね。私もこの会をやっていて楽しいんです。だから、自分の課題が達成できなくても、何か皆でそっちの方向に向いているというのだけは実感しているんです。隅々まで広がっていくという形を実感しているのです。結果的に市民病院の医者が増えたという統計が出ているんです。看護師も増えたという統計。ですから、認知症の対応についても、色々取り組んでいた結果がこれからおそらく出てくると思うんです。この数字を達成しようという大きな目標なくやっていたのですが、ただ楽しいと。市長さんもなんか良い感じと言ってですね、マイスターの試みに行政のほうからある程度予算をつけてくれたんです。例えば講演会。住民の方々が講演会を企画したらその予算を行政が補助してくれる。ですから何となく良い感じの関係で広がってきたということが一点。

それからもう一つすみません、長くなりますが。私がなぜこの地域包括ケアに大学人として関わっているかということ、大学は富山市にあり、救急の受け入れ輪番とかやっています。そしたら最近多くなっているのは、外傷の患者さんではないんです。高齢者の急病なんです。在宅の人たちも運ばれてきます。運ばれてきた後に次の病院が無いというのが課題になっている。外来も今日見ていたら車いすで待っている80代以上の患者さんが多いです。大学病院でも。ここ数年増えている。おそらく数年後にはストレッチャーという簡易のベッドで寝ている患者さんが外来で待つのではないかな、というぐらいになってきている。ですから、そういうような大学とか大きな病院でも診療に対して危機感を持っているので、地域包括ケアとか施設とか在宅とかということを、大きな病院も一緒に考えないといけない。ですから大学

の方もそういうことを考えなければいけない時代になったと。だから病院の時代ではなくて、地域で患者さんを、高齢者も含めて支える時代だということが二点目。

最後、もう一点だけすみません。私は50もう後半、57なんですけれども、団塊の世代の人たちのお父さんお母さん、80代の人たちが今一番困っている訳です。その方々は戦後を支えてきた人なので、一生懸命やるんですけど、一番の問題は、息子さんやお嫁さんの世代の60代の人たち。「あなた方が10年後、70以上で病気になった時どうしますか」ということにすごく危機感を感じているので、私ももうその世代に入っていくので、これの予防活動をしないう限り駄目だと。団塊の世代はやっぱりお互いに支えないと駄目だと。それとは別に若い人に聞くと、自分の子供なんかに聞くと「お父さん、じいちゃんばあちゃんの世話はもうお父さんの世代で片付けてよ」、「私たちは子育てで大変なのよ、働きたいのよ」ということ。子供の世代は子供の課題を持っているので、だからじいちゃんばあちゃんはお父さんたちの世代でやってちょうだい。というのがひょっとしたら若い人の本音かもしれないということです。これから我々が本当に80代の高齢者を支えるために取り組む。これは日本は世界トップクラスですよ。だからここで実験をして高齢者のための仕組みを作りながら、団塊の世代の人たちが幸せになるような仕組みを作って、最後は子供たちも参加できるようなケアの文化というか、いろんな人たちを見るケアの文化というのを、これから10年20年30年考えて作っていくべきだと思います。ケアというものをもう一回見直す時期になっているのではないかとということで、私が大学にいながら南砺市に関わってから色々なことを教わって、30年後のケアの文化を考えながら色々なことを取組んでいこうということでやっております。

**高橋：**山城さんはドクターでいらっしゃるのですが、お医者さんには二通りあるっていうのが私の持論でして、悔い改めた医者と、悔い改めない医者がある。悔い改めた医者というのは山城先生です。悔い

改めないお医者というのは、病気を治してそれで終わりの世界。私は山口昇先生が悔い改めたお医者さん第一号だと思っていて、脳卒中の患者さんを手術されて、命をお救いして、普通のお医者さんは自分の手術の救命率が何%、100例に対して80例は助かった。今年はそのデータが上がったとかいって終わりだと思うのですが。自分が手術した患者さんが1、2年後に寝たきりになり、認知症になってまた再入院される場所を閲覧になって、医療って限界があるっていうふうにお思いになられた。いわゆるこれCureっていうのは治療っていう意味です。命を救う、救命という意味です。救命だけでは医療を守れない。先程ケアの文化というようにおっしゃいました。ケアっていうのは、みなさんも毎朝ケアしているでしょう。お肌の手入れ、これケアなんです。それからちょっと心配する、これもケアですね。様々な気遣いをする、これケアです。この春に癌で亡くなられたこの介護保険サミットの常連であった池田省三先生から教わったのですが、クーラの神話という、ギリシャ神話に気遣いの神様というのがいるんです。これケアという言葉の語源と言われています。気遣いの神様というのは、人間を創ったんですね。土くれから。そしてそれになんていう名前を付けようかということで、土くれだから魂を吹き込んでくれた神様がジュピターという神様で、土くれですから、大地の神様があって、その創った人間をどうするかと。裁きがあって結局これは生きている間はクーラのものだ。クーラというのは、様々な気遣いをし、人の心配をしながらずっと生きていく、ということが人間の性で、だからエコノミストは自立した人間というんだけど、本来的に人は、人と人と関わり合いながら気遣いをかけ心配をし、まず親は子供の気遣いをする訳だけど、それが専門化すると保母さんになっていく。それから身体を治すのは昔から手を当てて触手療法と言っておばあちゃんがやってきました。これがメディカルケアになっていきます。何くれとなくお世話をするのがナイチンゲール以来看護と呼ばれるようになった。それから、後見人は多分監護という、見

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

ディスカッション

バスル  
開催市からの  
メッセージ

特別講演

開会式

会場スナック  
シヨット

張る監護をやっているかもしれません。日本語は全部違うんだけど、考えたら全部ケアなんですね、語源は。辞書を見るとナーシングケア、メディカルケア、介護という大物のケアがありますね、様々な身体的な。そうすると、ケアというのは、そういうセルフケアから始まって、思いやることから始まって、これがプロの仕事として確立する。ものすごく連続的だとすると、住民の普通に生活している人の中にケアの文化がある、専門家のケアの文化も。そうすると「俺だけが」というお医者さんは悔い改めていないお医者さんだと思って。法律家もそういうところがあるかもしれません。徘徊する高齢者を特養に入れなかったのは、保護者の責任だと言って、賠償責任の判決を出した。やはりなにか現代がケアの時代であるということが見失われたところから出てくる論理のような気がして、それはケアを私たちに取り戻すという、そういうことが地域の様々な活動の大変重要な論点なのかなと思ひながらお話を承りました。

渡辺さん、子供に認知症のサポーターをやって、小学生、これが素敵だなと思ったんです。

もう一つ、第三分科会の玉井先生の大変面白い調査があって、玉井先生が一生懸命取り組んでいる、認知症の理解度テストをやったんですって。一番成績が悪かったのは誰だと思ひます？誰だと思ひます？お医者さん。お医者さんが認知症のことを一番わかってなかった。そして、お年寄り自身が一番よく分かっていた。要するに、認知症サポーターのきちんとした研修、理解が進むとそういう社会、要するに今度は玄人が実は素人もどきである、という事態がどうも起こるらしい。というようなことを含めて、渡辺さんの菊池市では専門家の認知症理解、そこら辺はどういうふう感じておられますか。ちょっと難しい質問でしょうか。

渡辺：先生すみません。その前にちょっと私の説明が悪くて、見守りの件なんですけど、大きなオレンジリング事業そのものは、監視役というところではなくて、サポーターで、オレンジリングが大きくなっただけ、というところで進めているところです。

子供の理解というのは、なんかすごいなというのは養成講座を経験しながらいっぱいあるんですけど、専門家の理解については、今私はわりと認知症と共にくらす会のメンバーであるドクターであったりとか、施設職員さんであったりとかと一緒に行動することが多いので、みなさん認知症やそのご家族の支援に積極的にかかわり、理解して頂いていることを感じます。ただやはり、かかりつけ医の先生になった場合に、すごく先生方に温度差があるといいますか、ものすごく理解して頂いて、ケアマネへの連携もうまくとれたりとか、介護保険に繋がっていない方についても、包括の方に先生の方からこういう人がいるんだけれどもという連絡がいただける方もいらっしゃるかと思えば、やはり専門医の方に繋がればと思うんですけども、それが自分で看ているからと言われて結局なかなか繋がらなかったりとか。すみません、ドクターのことばかり言ってはいけません、その辺は感じることもあります。

高橋：やっぱり、お医者さんと多分学校の先生ね、大変なのは。どうですか？

渡辺：ただ、今小中学校のサポーター養成講座をしている中で、校長先生が、必ず講座の方に一緒に参加して頂いて、子供たちの素直な感想ですよ、「今までうちのおばあちゃんが何回も同じことを言うから怒っていたんだけど、悪いことをしたなと思ひました」とか、「今日から優しくしたいと思ひます」とかいう、素直に自分は今までこうだったんだけどそれ違っていたんだとかいう感想を聞いていらっしやって、「やはりこういうサポーターの事業というのは、本当に子供たちの将来であったり、家庭生活においてとても有益ですよ」ということを校長先生方には色々な場で発言して頂いています。学校の先生方に協力いただいている中ではそういうお話をいただいたりします。去年はアドバイザー養成講座に高校生が16人ぐらい来たんですけど、それも高校の先生が是非子供たちにそういうボランティア活動を希望者がいるのでやらせたい、ということで紹介して繋いでいただいたりとか、恵まれているかなとは思ひますけど、

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

閉会式

会場スナップ

そういう先生方もいっぱいいらっしゃいます。

**高橋:** ありがとうございます。とっても皆さんの現場での参考にしていただきたいな、というふうに思いました。朝川さん、先程宮本さんの話で、地域でのご当地型ケアシステムということになると、行政が今日お話になったような様々な地域での試みをどう大事にして、その地域の創造的な色々な仕掛けにしていくような工夫とか、そういうことが増々必要です。要するに、国の決めた基準でこういうふうにやりますという世界と同時に、もっと、創意工夫の世界がものすごくいるんだけど。一番そういうことが下手なのは、実は自治体の行政、国もそうですが。県がもっとそうかもしれない。県は現場を持っていない節があって、前例のあること以外は絶対やらないことにしている。都道府県はたくさんありますが、どこと言うと具合が悪いので言いませんけども、てこずったことが何回もあって、今も手こずりつつあるんですが。そういうことを含めて、これからこういう地域の関わり合い、支え合い、そういうものを行政としてどういう形で、行政も地域を支えている、先ほども言いましたが大事な要素なんだから、そこでうまくWinWinの関係、お互いに良いよね、というような関係を作り出すための条件、お三方のプレゼンテーションを聞いた感想やコメントをいただけないでしょ

うか？

**朝川:** まさに、地域で地域ごとの地域包括ケアシステムを作っていき、ということになりますと、やっぱり行政を核にして、地域の皆さんと一緒に考えていく、そういうことがやっぱり重要だと思いますので、市町村に期待されるところはますます高まってくるということなんだと思います。私色々な行政分野を厚労省の中では経験させていただいてはいますが、介護分野というのはどちらかというと、協働と言いますか、その地域との関わりが比較的強い、うまくいっているといえますか、やっていたらいいかな、というふうに感じます。特に最近、平成17年の改正以降は地域密着型サービスで連絡会議のようなものが入っていたりしますので、行政の方も結構地域と一緒に物事を考える、或いは、包括支援センターと考えるという習慣は大分できてきているんだと思いますので、ますます強化して頂く必要があると思います。そんな悲観をすることも無いかな、というふうに思うのが一つです。

あともう一つは、そうは言っても非常に仕事は忙しくて大変ですので、宮本先生のお話にもありました通り、我々も制度を作る時に、どうしても縦割りに作ってしまいますので、そこを市町村のレベルでも、色々な部局が連携しあいながら効率的に仕事ができ



る環境、或いはその介護保険制度の中だけでもやっぱり行政の事務が増えないように、そういうことを考えていかなければいけない、というふうに思っています。あと、ちょっと質問と違いますけれども、先程の山城先生のお話を聞いていて、この生活支援あるいはその地域力という文脈においてもですね、やっぱり医療という川上のところも非常に関わりがあるんだな、ということを感じました。なので、地域包括ケアを考える時に、医療介護連携というところが非常に重要な課題としてまだ残されていますので、その強化も、地域のことを考えていくうえでも重要なことというふうに実感しました。

**高橋：**ありがとうございます。先程ケアの文化という話を山城さんがおっしゃいまして、このことと関係するのですが、やっぱり我が事のようにケアの問題を考えることの出来る人たち、これ仕事ではなくて、という人たちの厚みがどのくらいあるのか、というのがものすごく重要な事なのかな、と思いながら、そういう意味ではマイスターって良い言葉だなと思ったのが、その医療とか介護の問題を考える事のできるマイスターという意味ですね。ちょっとそこらへんもう一言何かございますか？

**山城：**人材という意味でマイスターなんですけど。思いはやはり、自分の地域で住んで、そこに住んでいる自分も含めて幸せになるということを考える。その課題で我々は医者なので医者の課題をやる。ですからマイスターという言葉は確かに良い響きで良いかなと思うんですけど、目標は地域の再生なんです。そして地域医療の再生、地域の再生ということで最近気がついたのが、最後は色々なことが繋がっていくということです。あと、先生悔い改めた医者とおっしゃいましたね。その通りだと思います。先日のプレセッションで、すずの会の鈴木先生、そして、花戸先生の講演を聞いて、自分の知らないことが地域の医療の中で沢山あるんだということを知りました。このサミットもいい会だな、自分にとっても勉強になる会だということ。自分の専門からちょっと離れたところで、意外と、先程の朝川さんが言ったように、医

療全体が繋がっているんだなということで、勉強させていただいている訳です。私が一番勉強しているのかもしれない。

**高橋：**渡辺さん、これからの菊池の目標というかこれからの課題をちょっと一言最後に皆さんにメッセージを。



**渡辺：**本当に繋がっていくということもなんですけど、認知症については、サポーター養成講座にしても、やってはいるんですけどもまだまだ市全体からすると広がっていない。一回講座しても認知症の方へ優しい街づくりといっても、接し方が分からない、というような話とかもあるので。これからの目標といえますか、身近なところで今考えているのが、現在サポーターの次の色々なステップを作っていますが、2回目のサポーター養成講座というか、地域の中や、家族の中での関わり方の実際の講座をやっていきたいです。また、そういう講座に参加しながら、やはり自分たちの将来のことだよね、ということ、自分たちのこととして考えていければと思います。やはりみんな自分たちの地域がどういうふうになっていけばいいのかなとか、自分が年を取った時に、どういうふうな地域、どういうふうな体制であってほしいよね、というような話を皆でしながら、その中でやはり自分たちが住民の立場でできることとか、地域でできる事であったりとか、やはり行政じゃないと駄目なところであったりとか、また、地域の中でやっていくだけけれども、行政のこういう手助けがあればいいよね、みたいなところを出していただければいいかな、というような場を、どのように作っていくかもあります、そ

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップセッション

ういう事をしながら、少しずつ自然体でのつながりを作っていけたら、と思います。

**高橋:**ありがとうございます。堀田さん最後に、ずっと20年地域の人づくりを手掛けてこられて、ああもう20年だと思いつつ、またこれから色々な抱負があたりだと思いますが、一言最後に。

**堀田:**当面の課題は要支援が介護保険から市町村に移ります。この支える仕組みを皆で頑張っ、今の仕組みよりもっと良い、つまり支えられる方々も、もっと生き生きと生きられる、そういう支え方を皆で作りに出していきたい。その時に行政は今までの考え方だと国に対してもっとお金をよこせ。今度はお金が足りないからやれない。各課はどれだけ予算を取ってくるか。それが行政の今までのやり方だったんだけど、それをひっくり返して、お金はいらぬ、だけど元よりもっと良くするぞ、という精神で取り組んでほしい。なぜお金がなくても、よく出来るか。それは住民の方々のそれぞれが持っておられる素晴らしい力を沢山引き出すから。色々な助け合いがあちこちで行われるから、元よりもあたたかい仕組み、あたたかいケアができるし、しかもそれはお金がかからない。その方向でみんなで頑張りたい。行政にも頑張っ、欲しいし、私どもも自分の最後の姿をどうするかという、そういう問題ですから、少しでもみんなが幸せになれるように、自分のやるエネルギーをいっぱい出して世の中に貢献していきたい。多くの人を幸せにしていきたい。皆でそうしたいと願っています。

**高橋:**ありがとうございます。それでは最後に私から一言申し上げて終わりたいと思います。

鹿児島県の鹿屋市に柳谷という集落があるんです。柳谷と書いてやねだん。是非グーグルでも引いてください。そこは200人くらいの集落なんです。豊重哲郎さんという素晴らしい自治公民館の館長さんがいて、平均年齢いくつだろう。高齢化率とつくと50%きている。高齢者が徹底的に地域活動をいたします。おいしい焼酎ができます。森伊蔵以上にうまいというのが僕の。それで、集落としてお金を稼い

で、色々な形に使うんですが、そこで一人当たり介護保険の給付費は、鹿屋平均の三分の二以下。医療費も三分の二以下。特別養護老人ホームの入所者0。40%は高齢者。それから、去年聞いた話で、一昨年5人お亡くなりになって、4人はピンピンコロリ、1人は30日しか入院していない。徹底的に高齢者が自発的に働くと、サクセスフルエイジングといえる状況が実現可能なようです。その結果介護保険が安くなる。安くなるという言い方はよくない。大事なお金大事に使えるようになるというふうに言ったほうがいいかもしれません。そのおかげで人口が増えるんです。このままいくと、200人が150人になり100人になるのではないかと思ったら、若い人たちが戻って来る。今250人ぐらいまで回復しました。要するに、地域づくりとはそういうことかもしれませんね。そのおかげで地域のエネルギーが出てくる。そして90で独り暮らしをしているんだけど、独り暮らししてるといふ気は全然ありません。地域がそれだけこう、仲の良い地域ができていますから。これたった200人の稀な実践だというふうに思わないでいただきたいんですね。例えば、徳島の葉っぱで有名になりました上勝町もそう、色々なところでそういう取り組みがもうすでに始まっておりますし、南砺市もその一つかもしれないな、と思います。皆さんの地域もそういう形で、そこが全部自助で行われ、そしてそれが共助を呼び起こしていく、互助を呼び起こしていく、そういうものかもしれません。そんな地域、そういう地域ができると85になり90になっても安心してほかれるよね、安心して寝たきりになれるよね、という地域なのかもしれません。そんな地域を目指して、皆さんと一緒に頑張りたいと思いますし、介護保険の改革がどうなるかまだ分かりませんが、私たちの介護保険ですから、私たちの介護保険をどう育てていくか、という視点を忘れずに、ぜひ皆さまと一緒に頑張りたいと思います。どうも今日はありがとうございました。4人の発言者の方にも感謝して司会にお戻ししたいと思います。どうもありがとうございました。

10/  
17  
(木)

開  
会  
式

基  
調  
講  
演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/  
18  
(金)

分  
科  
会  
ま  
と  
め

デ  
ィ  
ス  
カ  
ッ  
シ  
ョ  
ン

パ  
ネ  
ル

開  
催  
市  
か  
ら  
の  
メ  
ッ  
セ  
ー  
ジ

特  
別  
講  
演

閉  
会  
式

会  
場  
ス  
ナ  
ッ  
プ  
シ  
ョ  
ッ  
ト

10/  
17  
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/  
18  
(金)

分科会まとめ

ディスカッション  
パネル

開催市からの  
メッセージ

特別講演

閉会式

会場スナック  
ショット



## 第2分科会

日時 10月17日(木) 15時30分～17時30分

会場 福野文化創造センターヘリオス

**在宅での医療介護・看取り**  
～在宅で生涯を過ごすために必要なこと～

### コーディネーター

烏海 房枝 氏 (特定非営利活動法人メイアイヘルプユース事務局長)

### パネリスト

惣万佳代子 氏 (特定非営利活動法人デイサービスこのゆびとーまれ理事長)

熊谷 修 氏 (人間総合科学大学人間科学部教授)

橋本 宏樹 氏 (公立つるぎ病院副院長・吉野谷診療所所長)

### オブザーバー

迫井 正深 氏 (厚生労働省老健局老人保健課長)

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

閉会式

会場スナップショット



## 第2分科会

10月17日(木) 15時30分～17時30分  
**在宅での医療介護・看取り**  
 ～在宅で生涯を過ごすために必要なこと～

### コーディネーター

鳥海 房枝 氏 (特定非営利活動法人メイアイヘルプユー事務局長)

### パネリスト

惣万佳代子 氏 (特定非営利活動法人デイサービスこのゆびとーまれ理事長)

熊谷 修 氏 (人間総合科学大学人間科学部教授)

橋本 宏樹 氏 (公立つるぎ病院副院長・吉野谷診療所所長)

### オブザーバー

迫井 正深 氏 (厚生労働省老健局老人保健課長)





**鳥海:**鳥海でございます。第2分科会のコーディネーターをさせていただきます。

開始時間が5分遅れましたので、終了は5時35分という予定で進めて参ります。

全体の進め方でございますけれども、最初にパネリストの皆さんにお一人10分ずつお話しただいて、オブザーバーの迫井さんにも10分という見当で、67ページから第2分科会の抄録入っていますので、これに沿った形の順番で進めて参ります。

今日のテーマでございますが、今日的な、「在宅での医療・介護・看取り」というテーマで、サブテーマが「在宅で生涯を過ごすために必要なこと」ということです。

本日知事さんのご挨拶の中で、あと20年するとこの富山県の高齢者人口、65歳以上の方ですけれども、40%を超えるというお話がありました。で、どうしていくか。家、そして施設で死にたいという意識調査をすると、そういうふうには死にたいと言っている人たちが圧倒的多数を占めているというようなご挨拶もありました。

私自身の経歴の中にも書いてございますけれども、とは言え家で死にたいと言っているながら、或いは量の上で死にたいと言っているながら、現状は非常に病院で死ぬ方たちの率が多い。我が国が辿ってきた国民皆保険、そして高齢者医療費の無料化等々を経て、結果的に病院が死ぬ場所になってしまったということを追ってきました。そして今になって、さあ、病院は死ぬ場所じゃないぞ、そして家で死ぬということですが、家で死ぬと言っても施設というもの

が一方にあって、病院じゃない所、すなわち家か施設で。という言い方をしますけれども、では施設入所を一体誰が決めているのかということ、ほぼ、サ高住を含めて作った施設側は受け入れのコマがありますから、入って欲しい、できればいっぱい入って欲しい。それからあとはご家族ですね。お年寄り自らが施設に入りたいと言って、確にお入りになる方もいらっしゃるかもしれないけれども、圧倒的に施設を作った側が呼び込みたいということと、あとは一緒に住んでいる、或いは近くに住んでいるご家族、或いはコミュニティといわれる近所の方たちが何とかしろというので施設入所していく。本当に家で死にたい、或いは死ねるようにするためには、家族も、それから近所の方たちも、もしかしたら人が老いて、そして何らかのお世話が必要になって、そして死んでいくというのが極めて当たり前なんだ、人の営みとして当たり前なんだということ、今こそ、みんなの見える場所で見えるようにする必要があるのかもしれないと、そんなふうに思います。私自身は平成10年オープンの特養で看取った時にとにかく隠さない。利用者の死を見えるようにするというやり方をしました。97歳の入居者さんを最初に看取って正面玄関から送り出す時に、88歳の、今でいう認知症ではない方ですね。体は相当不自由でしたけれども。見送りの列に並んで、「これで先々何の心配も無くなった」という言葉が非常に私の心に残っています。要は、死までのプロセスを見えるようにすることによって、どうするか、どうしたいかということから考えるようになる、そういう思いを非常に強くしました。

本日のパネリスト、それこそ知事さんは富山型というのがありますと誇らしげにおっしゃいました。そして、その法人「このゆびとーまれ」理事長の惣万さんのお名前を出して紹介されました。それを下で伺いながら、「いや、でも行政が富山型と認めるまでにどれだけの苦勞をしたか」行政のパターンに合わない形だと言って、どれだけ大変な思いをしながら凌いだのだろうかという思いを持ちながら、今や富

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

ディスカッション

パネル  
メッセージ  
開催市からの

特別講演

開会式

会場スナップ  
シヨット

山型を、国もそして富山県も胸を張って言ってくれるようになった、その新しい試みをされた惣万さんがパネリストのお一人目です。

それからお二人目、熊谷さんは基調講演の前に発表されたとなみ野高校の生徒さんの発表内容にも関連すると思います。お食事、栄養、咀嚼、ソフト食とか色々試み、いかに高齢者にとって栄養が大事かということでした。その辺りのことを科学的根拠を示しながら、いかに具合が悪くなる期間を短くするかというようなお話しをしていただけたというふうに聞いています。

それから橋本先生はまさに、24時間365日しっかり地域で支えていくということで、どういう看取り方ができるか、そして人々の安心が得られるか。やがて死ぬ、これは当たり前のことなんだという試みです。何れにしてもこれから本当に大事になる今日的な課題に既に取り組んでおられる方たち3人、そして厚労省の迫井さんからお話しいただきます。

是非、10分ずつのお時間が終わった後、会場の皆様とのやり取りも含めながら、「第2分科会良かったぞ」という、そういう分科会にしたいと思います。どうぞよろしく願いいたします。

では、第一バッターで惣万さんから、よろしく願いいたします。

**惣万**：「このゆびとーまれ」は平成5年7月に産声をあげました。どうして「このゆびとーまれ」をしたかと言ったら、一人のおばあちゃんの声でした。

私は富山赤十字病院で20年間看護師として働きました。最後の4年間で経験した事なんですけど、退院許可が出たおばあちゃん。お医者さんが「ばあちゃ

ん、いつお家に帰ってもいいよ」と言われていたおばあちゃんが、私にこう言いました。「惣万さん、自分の家なのに、どうして家に帰れんがけ？ 畳の上で死にたいって言っとるがに、どうして畳の上で死なれんがけ？ これがわしの運命け？」なんまいだー、なんまいだーと手を合わせられた。その言葉で私たち看護師3人が立ち上がりました。昼間ばあちゃんを預かれば、ばあちゃんは家でずっと暮らす事ができる。お嫁さんは働く事ができる。何か看護師として力になれんもんやろかと思って、赤十字病院を辞めました。

私たちは平成5年の7月2日に開所しました。「何で1日にせんだん？」と良く言われるのですが、その年の1日は仏滅だったんです。いつ潰れるかわからんと良く言われるものですから、大安の日にしたんですが、そうしたら20年持ちました。明日から開所だというのに利用者の申込はゼロでした。それなのに富山県で初めて民営デイケアハウスが開所することで、テレビ局3局、新聞社3社が取材にくるというんですよ。そして利用された方に「今日どうして利用されんですか？」とインタビューすると。弱りました。インタビュー受ける人がいないんです。お客さんがゼロですから。そしたら夕方またま電話がありまして、身体障害者1級の、3歳の子供さんを持っているお母さんからの電話だったんです。「明日利用させてください」と。嬉しくて嬉しくて、本当に来てもらえるの？と何回も聞くものですからお母さんが「なんちゅう頼りない所か」と。赤十字のベテランの看護師さんが3人も辞めてするということにうちの子ぐらい看れないのかと思ったらしいんです。

開所当日はお客さん1人でしょ。お母さんがその子を助手席に乗せてうちの駐車場に入ったんですよ。テレビ局3局、新聞社3社はこの人しか取材する人がいないもんですからダダダっと。お母さんに「今日どうして利用されたがですか？」と聞いたら、「この子が産まれてから一度も美容院に行ったことが無い。この子を預けてパーマ屋に行ってパーマをかけてくる」ということだったのです。



私たちはお年寄りを支えたいと思って「このゆびと一まれ」を立ち上げたんです。ですから最初の利用者はお年寄りだと思い込んでいた。それも認知症のお年寄りだと思い込んでいた。それが障害児であった。そしてその理由が3年間1回も美容院に行ったことが無い。この理由に驚きましたね。

「このゆびと一まれ」を立ち上げた3人の看護師です。これは20年前の写真です。やらせじゃないですよ？真ん中の人特に綺麗ですよ。いやいや、瘦せていましたね。

「このゆびと一まれ」の理念は「誰もが地域で共に暮らす」。日本の福祉施設はお年寄りだけで50人、100人、200人が住んでいます。知的障害者は富山は380人、お隣の新潟は500人、京都は800人の知的障害者ばかりの施設があります。私は同じような人たちだけで一つの村を作っちゃいけない、コロニーを作っちゃいけないと20年間言い続けています。何故かという、お互いに相乗効果が少ないのです。それにその集団は異様と思っています。豊かな人間関係の中で人は育ち、一人一人が輝くのだと思います。

「このゆびと一まれ」には、県外から年間2000人以上の方たちが見学に来られます。「最先端のことをしたね」「画期的なことをしたね」と良く言われますけど、私たちのしてきたことは画期的でも最先端でも何でもないのです。当たり前。普通の生活をしているだけなのです。それを私は日本の文化であると言い切っています。

認知症のおばあちゃん。ミッチースタイルしている正田美智子さんは鉢巻きして嫁に来られたんですよ。介護度4の認知症のおばあちゃん。ももちゃんの顔を見ただけであんなに穏やかないい顔になるでしょう？このおばあちゃん、お嫁さんの顔を見たら顔がひきつるんですよ。ちゃんとわかってらっしゃいます。

「このゆびと一まれ」の日常です。認知症のおばあちゃんとおっちゃんです。

おばあちゃんは10年前に旦那さんが亡くなられました。久しぶりのキスだなあと言ってキスをしてお

ばあちゃんが喜んでいて。そりゃあ嬉しいですよ。キスをされたよっちゃんも喜んでいて。これはどっちとも喜んでなきゃ駄目なんです。おばあちゃんだけ喜んでよっちゃんが嫌な顔をしてたら無理矢理の介護ですから、拉致介護といいます。介護とか看護というのはこういう2人の関係。職員がちょっと仕掛けて、1日1回でも多く積み重ねていくということなんです。あくまでも主役はこの場合はおばあちゃんでありよっちゃん。職員が主役になったら駄目なんです。大きい所に行ったらやっていますね。風船バレーしていて、誰が張り切っているんだろうと思ったら職員ですね。大きい所に行ったらカラオケ歌っていますよね。おじいちゃん、おばあちゃんが。歌っている人は気持ちいいけれど、その下手な歌を聞かされている人はみんな嫌な顔をしていますね。やっぱり個別に対応しなければいけないということを言いたいのです。

どうです？どこにでもあった光景ですよ。2歳のゆずちゃんが「じいちゃん、ご飯やぜー。ご飯食べられー」って起こしてるんです。じいちゃんはこの日起きなかったですけどね。どこ叩いてると思いますか？頭ですか、額ですか？しわがあるのが額でしわが無いのが頭部ですからね。これは頭部ですね。

よっちゃんとおばあちゃんです。よっちゃんは678gで産まれました。超未熟児です。高濃度の酸素を長期間投与、あれ、もう3分前？今から始めなきゃ。

どうです？どこにでもあった光景。

今の日本に何が足りないか、今の日本の家庭に何が足りないか。これが足りません。富山県の青木新門先生が言っておられました。「今の日本にこれが足りんからいけんがじゃろう」と。何かと言ったら、お年寄りを介護する場面。子供たちにこうやって体験させない。お年寄りが死んでいく場面を子供たちに見せない。だから自分の命も大事にしない、人の命も大事にしない子供たちが増えるだろうと言っています。私もそう思います。

この写真、良いでしょう。このゆびの写真なんです。

ポーランドの方がこの写真を見て「本当にこのおばあちゃんは認知症なんですか？僕には普通のおばあちゃんに見える」って言うんです。皆さん言うておきますけど、認知症のおばあちゃんだって普通のおばあちゃんですからね。別に怪物じゃありませんからね。そしてこの写真を感動してポーランドに持っていかれました。

この大事な2つを病院に委ねてしまった。

老人の死は、受け入れていくもの。闘うものではないと思っています。口から食べる事が出来なくなったら死。延命の為の胃ろうは私は好ましくないと思っています。

「このゆびとーまれ」の看取りの考え方です。ここは読んでください。

救急車を呼ばない。救急車で行ったら必ず何か治療せんなんですからね。お医者さんも「入院したくない」って言ったら「何しに救急車呼ぼったがけ」って言われるし、病院も儲からんと言われるからまず救急車を呼ばないということ。心マッサージもしない。心マッサージは私が病院の時にしていました。あれは骨が折れたり大変なことになる。そして息子さんたちが間に合わないから2時間も3時間もやっていたら死ぬ人にとったら「もういい」って言うてるんです。口に出さないだけで。これインタビューすればいいですよ。

酸素吸入も最低限ですね。形だけ。

結局私思うんですけど、夜間訪問して下さっているお医者さんとうまく付き合うということ。介護現場は。それと死に対する死生観ですか、価値観ですか、何観ですか。哲学まで入っていくと人は何で生きているのか、何で死んでいくのか哲学までも馬が合っているお医者さんと付き合う方がいいと思います。「このゆびとーまれ」のグループホームのお医者さんはとっても良いです。私より10程若いんですけど、私のほうが教えてもらっています。色々な死生観。

時間が無いので省略します。これで終わります。どうもありがとうございました。

鳥海：はい、後は見てください。終わってからやり取りがありますので、多分惣万節が更にボルテージが上がると思いますが。では次、熊谷さんお願いします。



熊谷：私は座っていても力が入りますので、座ったままでお話したいと思います。

今日は基調講演を皆様方もお聞きになったと思いますけれども、その基調講演の地域包括ケアの、支えられる側をアクティブにいかしていくかということがとても重要な課題になっていくということで、私のほうからはアクティブな水準にしていこうためにはどのような身体基盤が必要で、その身体基盤の維持増進にいかにか栄養の問題を積極的に取り組んでいかなければならないかというふうな科学情報を基幹とした提案をさせていただければと思います。お願いします。

そもそも高齢期の健康づくりの目標、介護予防という健康施策がありましたけれども、介護予防の健康施策の目的は、実はこのロートンのモデルから言う「地域で生活を営むための能力」の上から3つの能力なんですけれども、自分の生活を自己完結し、人間としての品格を備え、人を愛しみ利他的な行為を何気なく出来てしまうという人間の品性を高めていくということが、実は介護予防の健康施策の核心的な訳でございます。

そこで、今言いました人間の品格を保ち、利他的な行動ができるという、この人としての魅力がとても重要な世代がシニアですけれども、この能力が障害されてしまう一義的な原因は、疾病では無く老化そ

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナックショット

のものでございます。それを更に広めて、じゃあ老化っていうものを見てさえすればいいのかということが、どうしてもメタボリックシンドローム対策では疾病を標的とした対策にしますので、どうしても疾病対食生活という構図が生まれてしまう訳です。けれども、実は人生後半の健康づくりの標的は疾病では無くして老化に移る、ということを理解するためにこのデータをお持ちしている訳ですけれども、これは20分間は続けて歩いてしまうと。これは20分間歩くのがやっとなど。これはADL障害ですから家の中を歩くのがやっとなどというグループに、まず初回調査時にグループ分けして、どのグループも要支援の介護くらい認定にはなっていない訳ですけれども、3年以内に冠動脈硬化性疾患になってしまう人たちはどのグループからいっぱい出てきてしまうかということが示されている訳です。

当然、僕は老化ということがもう既に標的になるんだと言ってしまいましたけれども、この歩く能力というのは、老化そのものが直接的に反映される非常に明瞭な老化指標になる訳です。このように、老化指標の老化の水準が進んでいるグループほど冠動脈硬化性疾患に罹りやすい、すなわち高齢者の死因の多くは心臓病と脳卒中と感染症ですから、こういう循環器疾患を予防するということは、老化を抑制すると、進むのを遅らせるとかなり予防できるという構図が浮かび上がる訳です。こちらに示しますように、冠動脈硬化性疾患のリスクファクターと言われている、コレステロールの値とか肥満とか喫煙とか、血液の中の脂肪や様々な他にも影響していると思われる要因を数理的に酌量しても、この関係は無くなることはありません。すなわち高齢期の健康づくりは、病気を予防するにしても、高齢期の健康の目標を維持増進するにしても、疾病対策ではなくて老化対策が最も重要になるということがわかる訳で、これはアメリカの有名なデータですけれども、我々の研究所でもほぼ同様の結果が綺麗に出ます。

じゃあ老化の規定要因の中で、最も科学的に明瞭な関係が証明されているのは何かと申しますと、実

は栄養でございます。栄養の中でも最も重要なのがたんぱく質栄養と脂質の栄養ということになる訳です。我々は、究極の高齢期の栄養指標は血清アルブミンというふうに確信しております、これは体の保水能力・消炎能力、及び抗酸化能力、並びに薬剤の薬効を安定させるに欠かすことが出来ない、血液の中のたんぱく質の6割を占めているのがこの血清アルブミンです。このアルブミンは、すなわち老化に伴って、加齢に伴って確実に低下していくたんぱく質栄養の指標な訳です。ということはどういうことかと言いますと、老化という乾いて縮んで歪んでそれで最後にロスという体重の減少に出てくる訳ですけれども、この変化自体が体からたんぱく質栄養を主とする栄養物が抜けていく変化というふうに位置づければよろしい訳で、私はこれを老化に伴う新型栄養失調と、要するに歳を取るということは栄養失調になるという変化なんだというふうに提唱しております。

そこで、老化というものをたんぱく質が減少していく変化というふうに捉えて、食糧事情が逼迫した戦後経験したような栄養失調ではなくて、老化という健康の問題と対峙しなければならない人口の数が増えていく時代だからこそ出てくる新たな栄養の問題というふうに捉えなければならない訳です。これが新型栄養失調。これが意味不明な粗食願望或いは粗食信奉によって大きな社会問題として深刻化しているということになります。

じゃあどれだけ栄養が問題かと言いますと、このアルブミンの値が新型栄養失調水準ではないグループ、進み始めたグループ、かなり深刻化しているグループ、しかしこれはすべて、医療機関の水準からしますとすべて問題無いと評価されてしまいます。老化という問題は、これまで言われてきた臨床医学的な基準では全く通用しない、新たな健康の問題というふうに捉えなければならない訳です。具体的に言いますと、これは最大歩行速度の最も老化が機敏に反応する変数ですけれども、NPや、問題の無いグループは4.3以上なんですけれども、このグループ

10/17  
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18  
(金)

分科会まとめ

パネル  
ディスカッション開催市からの  
メッセージ

特別講演

開会式

会場スナップ  
ショット

を基準としますと、問題無いけれども低いグループ、ローノーマルなグループは約43%老化が早く進むということがわかります。これは東北大学の、仙台の研究でも既にわかっておりまして、死ぬリスクと要介護のリスクはアルブミンの値が4.1付近から、既にかなり高まるということがわかっております。

これも以外に珍しいデータなんですけれども、我々の研究フィールド約7000名のとても元気な高齢者の、年齢階級ごとのアルブミン値の平均値を見て参りますと、80前半になっても実は4.2という今までの医学の標準からしますととてもいい値というふうな所なんですけれども、これを下がらない、すなわち地域で元気で暮らすためには、相当高い栄養状態が求められるということがわかります。そこで日本ではこの新型栄養失調は70歳以上の4人に1人、75歳以上では2人に1人、80歳以上では全員というふうな形になります。これからの地域支援事業で行われると予想される一次予防・二次予防、要支援の方々に対するサービス、この垣根を取っ払った新しい地域支援事業で行われる栄養政策になるべきというふうに考えています。

実際にはどのような栄養施策をすればいいかと申しますと、「10食品群のチェックシート」というものを既に開発しておりまして、この点数の赤の部分、まずプライオリティを高めて丸を付けていくことを習慣化していきますと、体のアルブミン値が確実に上がっていきます。メインチャプターはこちらに示した通りです。このような事柄を介入研究で、実際に地域の高齢者の方々 1000名を対象にしまして、油っこいものを食べ、肉類も食べ。そうするとアルブミンが綺麗に上がっていく。このすべて新型栄養失調レベルの人たち、ベースラインの値が4.2と4.0の間にすべて収まっているグループが、このグループがとても改善できなかったグループ、これはやや改善できたグループ、これがとても改善できたグループというふうに、如実にアルブミンの上昇が見られますけれども、このグループごとに改善したその後7年間の総死亡リスク、すなわち老化リスク、疾病リスク、

要介護リスク、こういうものをすべて加算したものが総死亡リスクですけれども、このアルブミンを上げる、きちんとした実践をするグループが、改善したグループのその後7年間の総死亡リスクは約2倍ということが判明しております。すなわち我々が提案しております、アクティブシニアを増やす栄養施策というのは、これまで言われてきた臨床医学的な基準で考えられた低栄養予防対策などでは全くなくて、このローノーマルという正常域のやや低下し始めたグループから相当老化のリスクを背負うということがはっきりしました。これから進められる地域包括ケアの中で行われるアクティブなシニアを増やす、支えられる側をアクティブにしていくというふうな健康施策には無くてはならないというふうに考えております。このデータがただ観察研究だけではなくて、地域の高齢者約1000名を対象にしました介入研究、すなわち実践研究で効果が実証できた意味はとても大きいというふうに付言いたします。

**鳥海:** はい、ありがとうございます。では続いて橋本先生をお願いいたします。



**橋本:** よろしくお願いたします。私も座ってプレゼンをいたします。

実は私、今から23年程前の平成2年に、隣の砺波市の砺波総合病院で内科の研修医として勤務したことがあります。その頃福野病院といましたか、そこへ日々の外来診療と当直のお手伝いに行ったことがありまして、非常に懐かしく思い出されます。

肩書がつるぎ病院長ということになっておりますが、これは平成20年4月に白山市内の病院・

診療所が統一して企業団を結成したんですが、それ以降副院長を兼務しているということで、病院の運営には関わっておりますが、日常の診療はあくまでも診療所の医師ということでお断りしておきます。

色々モタモタして36歳で医者になったんですけど、今日の目的としては基本理念として「在宅医療を重視する」とかということで、最近では最後まで住み慣れた地域や自宅という願いをかなえるためということを課題に取り組んでおります。タイミング良く昨年度、厚労省の在宅医療連携拠点事業につき病院が採用されましたので、それまでの活動を益々パワーアップしてやってきたつもりであります。私どもの包括ケアの一端をお示したいと思います。

ところが南砺市というのは南砺市民病院、南先生をはじめとしてかなり地域包括ケアが成り立っているので、私の話なんかあまり参考にならないかなというように心配をしている訳なんですけど、お話しいたします。

先ほどちらっと言いましたが、以前は吉野谷村だったんですけど、1つの市と2つの町、5つの村が平成17年の2月に市町村合併をしまして、11万都市になります。面積としては琵琶湖ぐらいの大きさらしいです。人口が金沢市に次ぐということで、面積は県内一番ということで、非常に色々な地域を抱えた大きな市となりました。市の中に公的な病院が、305床の急性期病院の松任石川中央病院、それから療養型、それからリハビリ病棟を有する、私が副院長を務めます公立つぎ病院があります。あと小さな診療所が私ども吉野谷を含めて3つあるという環境にあります。

これは石川県白山市の南の旧白峰村ですね。富山県でも同じような状況にあるんでしょうけれども、1人が1個ずつ雪だるまを作らないかと。段々高齢化して作れなくなる、外人部隊が来て作ると、そうすると人口より雪だるまの数が多くなって非常にいびつな形になっております。それを反映するように、市町村合併をするとどんどんどんどん人口が減っていくと。南砺市もそうなんじゃないかな。ご覧のよう

に世帯数はそれ程減っていないんですが、人口がどんどん減ってきていると。ということは若い人がいなくなると。最近では若い人ばかりかお年寄りもいつの間にかやらおらんようになると。有料老人ホームに消えちゃったとか、ということで非常に大変な状況になっております。こちらでもそうかと思いますが、お猿さんの被害が、猿戦争みたいになっているかと思うんですけど、いずれ猿の頭数のほうが多くなるのではないかと心配しております。

診療所の概要ですが、私1名、看護師2名、事務3名とこういうことです。基本目標をこういうふうに掲げて、先ほど言ったように基本理念を掲げてやっておりますが、何もこれは私が独自に考えたお話しでは無くて、国民健康保険診療施設、南砺市民病院等々もみなさんそうなんですけど、公的な病院の大半が所属している学会があるんですけど、その山口先生、元会長です。今は名誉会長ですかね。午前中の基調講演の話でも山口先生の話が出てましたが、寝たきりゼロ作戦ということで、この方は20年以上前から全人的医療を目指す。それから地域包括ケアということを提唱されて、私どももそれに基づいて小さな診療所がどんなことができるのかなと模索しております。山口先生はいつも言うんですけど、その頃地域包括ケアということをして大学の医局に言ったら「それはどういう学問だ」ということで非常に苦労したというお話を聞いております。

これは後で言います。在宅医療連携拠点事業の原点になるのではないかと私は考えております。

診療所のスケジュールですが、「“かかりつけ医”の延長線上に在宅医療がある」変な言葉なんですけど、かかりつけ医が本当は在宅医療をやっかかりつけ医と言うんですけど、場合によっては外来診療はやるんですけど、在宅診療はやらないようなかかりつけ医の先生もいる。或いは、最近では在宅医療に特化したようなクリニックもあつたりして、色々問題もあるんですけど、私どもは通常の外来をやって、午後在宅医療をやるということで考えております。建前上は土日、祝日は休診ということで、夜間も特

に診療する必要は無いんですけれども、看護師の携帯電話で連絡をとれるようにして、24時間365日対応をいたしております。

これが在宅医療を腰を据えて取り組むきっかけになった症例なんですけど、私が赴任した1年後ぐらいですね。訪問診療を始めて半年後ぐらいなんですけど、突然、末期に近い方なんですけど、家へ帰って来たんですね。外泊許可をとって、そのまま居座ってしまったということで、我々は慌てふためいて、さあどうすると。それまでは訪問診療と言っても診療所に通えない、あまり医療処置の必要のない方を診とったんですけど、本格的な医療処置が必要で、やりがいもあるんですけど、さあどうしようということになっております。平成5年ですから介護保険も始まっておりません。訪問看護、訪問介護無しということで、まずは診察はおむつ交換から始まりましてね。今ではヘルパーさんにやっていただいているんですけども。そういう形で進めて1年後に穏やかにお亡くなりなられたということです。現在この方の奥さんは92歳、20年前ですと72歳と若かったんですけども今現在訪問診療を行っております。そういう意味で取り組むべき様々な課題が示唆されたということです。訪問看護制度はあったんですけども、我々はやっていなかったということです。ホームヘルパーというのはこの当時は市ヘルパーですよ。介護保険はございませんから。さあどうするということで課題が持ち上がっています。とういことで、医者、診療所だけでやっても埒があかないだろうということで、吉野谷診療所限定なんですけど、高齢者サービス調整会議ということで、平成8年から立ち上げております。皆さんにお配りした冊子には村長を巻き込んで、それから保健師さんをそそのかして、という言葉を書いたんですけども、ちょっと不適切で書き換えないと。行政を巻き込むことにより、多職種多職種の連携を目指したということで。一応後程お話しする連携拠点事業の白山ろくサービス連携会議の母体となっております。模式図を示すとこういう形に、地域包括支援センターと書いたのですが以前

は在宅支援センターというような格好ですかね。それなりに揃ってはいたんですけども、例えば薬剤師さんがいないとか、栄養士さんがいないという、白山ろく、過疎の地域の特有のやっぱりマンパワー不足というのが言われております。

これ訪問診療の風景なんですけど、私が運転して看護師さん必ず同乗させて行っております。この方は102歳の方ですね。存命しております。この方は先ほど言いましたように、92歳のばあちゃん、じいちゃんばあちゃん続けて在宅医療をしておるということです。

主な病気としては認知症、生活不活発病というんです。以前は廃用症候群なんか言っていたんですけども。時々、がん末期患者も引き受けております。年間5名前後の看取りを行っております。私は特養の嘱託医もしております、特養では今80床なんですけど年間20名前後の看取りをしています。だいたい過疎地で広大な面積を持っているんですけど、片道30分20キロ離れたような患者さん宅も訪問しております。ここにつるぎ病院がありますので、公立です。一度お越してください。訪問診療に関しては、みなさんに往診・訪問診療の区別を説明していたら長くなるので止めますが、訪問診療を平成4年私が赴任した半年後より始まっております。後で分かったことなんですけど、在宅総合診療がその年に創設されたということでもあります。平成18年4月に24時間365日対応しなさいという在宅療養支援診療所というのが創設されましたが、速やかに私も届け出ております。昨年の4月に強化型とパワーアップしたというのは、要するに3人の常勤医師、1つのクリニックでは、診療所では1人の医師がほとんどですが、3つのクリニックが連携すれば可能だということで何とか連携して強化型を立ち上げました。これが在宅カンファレンスの模様ですが、月に1回、診療報酬上義務化されているのでやっています。最初1つの病院と1つの診療所だったんですけど、今年からさらに5つの診療所が加わっております。ここにカルテ共有ということが書いてあるんですけど、今現在

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップショット

同じ企業団のつるぎ病院と私ども診療所は共通の電子カルテで繋がっているんですけども、なかなか開業医との繋がりは出来ないと、今は紙カルテでFAXでやりとりしているのですが、いずれはITを活用した連携も模索しております。

在宅医療・在宅介護の風景、様子をお示しします。80床から今年9月に100床に増床となったんですが、ところが、ニーズがあるんですけど、スタッフがいない。アベノミクスの影響かどうか知らないんですけども、田舎へは来ない。介護の現場へは来ない、と非常に頭が痛い問題なんですけども、いまだに80床に留まっております。医療は福祉と密接に連携しなければ成り立たないということで、この在宅サービスと、この中に同居しております訪問看護ステーションとの連携によって成り立っております。風景をお示しします。

訪問リハはつるぎ病院から来ていただいております。この方はポータブルトイレに何とか移動できるというか、これは非常に人間の尊厳を保つ上で大事なことです。訪問看護、これは人工肛門の交換ですね。若い方ならできんですけども、やっぱり高齢者になると出来ないということで、訪問看護で対応をしております。

これは在宅介護サービス色々ですね。先ほどの訪問リハ、訪問看護ですかね、それからホームヘルパー。これは一つの事業所にしてやれば、非常に効率がいいということで、第3分科会のコーディネートをされている宮島元老健局長さんがかねがねおっしゃってるんですけども、3つはうまく連携してやっているということになっております。

健康維持には欠かせない清潔保持、栄養などが提供されています。先生がおっしゃったようにお肉は大事ということで、これは私ども検食させられるんですけどやっております。よくお年寄り、具合悪いんやけどなんかいい薬ないか、ということ言うんですけども、よくよく聞いたら飯を食べていないと。飯食ったら薬はいらんということでお話ししております。

それこれやっているのですが、やはり色々な課題

があります。背景と課題なんですけども、非常に広大な面積ですね。白山市全体の5割以上というか7、8割まで面積を占めているんですけど、医療機関も少ない、マンパワーも少ない、専門職限られています。足りない部分もあります。栄養士さん、薬剤師さん。あるいは病院との連携をしないと成り立たないという課題があります。一人暮らし、これはどこでもそうなんですけど、在宅で看取ることが非常に難しい。都市部であれば近くに息子さんとかおられるんですけど、南砺市でもそうかもしれませんが、我々のところは一人暮らしの方がいよいよ介護、寝たきりか認知症でどうしようもなくなると、皆さん金沢とかそちらの方へ住んでいる息子さんや娘さんのところへ移住させる、そういうことをやるんで、非常に一人暮らしの在宅での看取りは過疎地では難しいかなと思っております。一人医師体制の限界、24時間365日、私も若くないので、そのうちパンクするかなということで非常に怖い思いをしております。

そういう課題がある訳で、それをなんとか解決するということで、在宅医療連携拠点事業というのがあり、厚労省、23年度は全国で10か所、昨年24年度は105か所、つるぎ病院がその1か所ということで採択されまして、行っております。要するに病気を持ってでもできるだけ住み慣れた場所で自分らしく過ごせるにはどうしたら良いか、どういう医療の提供が求められるかということ、そのためには多職種協働による医療と介護が連携して統括的継続的な在宅医療を目指す必要があるだろうということで、そういう事業を展開しなさいということで、色々な任務が与えられています。課題に対する解決策、従事者の負担軽減、効率的な医療提供、これはITということも想定にしている訳なんですけども。それから地域住民の普及啓発、いまだに病院で亡くなるのが理想みたいな格好で思われている方もおられるかもしれないので、そういうことに対する啓蒙活動、それから人材育成ということの任務が課せられております。

簡単に模式化しますとこういうことに、これは新聞の切り抜きをコピーしたんですけど、いろいろな

事業所が関わって連携して、一人の患者さんの退院のみならず日常生活をどうするのかということでも連携会議を開催しようということでもあります。拠点事業所は診療所であったり病院であったり、訪問看護ステーションであったり、医師会であったり、どれでも良いんですけど、一応ここでカンファレンス等々をやりなさいということでもあります。

それに基づいてこの後の白山ろくサービス連携会議ということです。最初にお示しました村時代に高齢者サービス調整会議というのがあったんですが、それは吉野谷診療所限定版だったんですね。それではいけないということで白山ろく全体に呼びかけまして民間診療所とか介護事業所、調剤薬局等々に呼びかけをして実施しております。事例検討や各事業所がどういうことしているのか、と実はよくわかっていないことがあったりして、情報交換、地域との共通の課題を取り上げて、模索しております。拠点事業は鶴来白山ろく在宅医療連携協議会ということで限定はあったんですけど、それで今お話しした白山ろくと鶴来だけだったんですけど全市的に展開しなきゃいけないということで、合併以前の旧自治体ごとの色々な事情があります。いちおう白山市全体で4つの地域に分けて今年度立ち上がる予定になっています。これで全市的にまんべんなくサービス連携会議が立ち上がってくることになります。

もう一つその一環として拠点認知症在宅医療、看取りに関する講演会・寸劇を実施しております。私のお話とスタッフ、それから協力機関の特養の看護スタッフですね。だいたいそうなんですけど講義はみなさんだんだん眠くなるのでどちらかというと演劇が非常に評判が良くて。これで終わりです。

**鳥海：**あと少しだったんですけども、全体の時間を考えて、ここで切らせてもらいました。迫井さんが済んだ後にまた皆さんに時間を振りますので、その時に足していただきたいと思います。

それでは、オブザーバーの立場で、迫井さんよろしくお願ひします。

**迫井：**オブザーバーとして、なるべくディスカッショ



ンの時間を長くしたいので簡単に済ませます。

昨年も東近江にお邪魔しまして、やっぱり現場の話聞くのが基本だと思ひまして、私一応資料は用意しましたが、お伝えしたいことは2つに絞ります。

お手元に資料はあると思ひますので、お伝えしたいことは2つ。1つ目は、事実として元々私が生まれたのも昭和30何年なんですけども、その頃、近所のおじいちゃんおばあちゃん亡くなったね、と言って普通にお家に行って看取ってというのがよくありました。私自身はだから違和感無いのですが、私の子どもは全くそういうことが多分できない。それは数字として見ていただいてもわかると思うんですけど、データ的に見ても統計的に見ても昭和30年代8割が自宅だったのが逆転をして病院になってますね。こういう環境で単に行政が在宅で看取るんだ看取るんだと何を言ってもやはり響かないし、実際に体験が無い。だから先ほど惣万さんがおっしゃったように、少しずつ出来ることを地道にやっていくってこと。それをどう行政が後押しできますかっていう話なんだと思ひます。

それともう1つお伝えしておきたいことは、結局は何が課題かっていう話。全部関連していると思うんですが、ご本人、ご家族は何のことは無い、やっぱりそうは言っても自宅がいいに決まってる。惣万さんがおっしゃった冒頭の一番最初の切り出しがそうだった訳ですよ。しかし何故出来ないのかって話、そこを何とかしたいと。代表的には2つ言われていて、ご本人はやはり家族のことを心配される。周りに対する負担を心配される。それから特に疾病との

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

ディスカッション

パネル

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナック

関連について言うと、もう一つ、病状が急変する。癌なんかは特にそういう側面があると思いますが、そういう時に対応できないじゃないかと不安がある。そこを解消するために訪問看護をはじめとした様々なサービスを何とか提供できるようにしたいということなんです。

2つのメッセージは以上なんですけども、わっと後ろのほうに色々書きました。これは公開資料なので見ていただければいいんですが、お伝えしたいメッセージはむしろ後ろのほうに、ご家族ご本人の希望なんて数字で出てるんです。それから、この辺りにサ高住とかですね、サービス付き高齢者向け住宅の制度を作りましたと。これはもちろん私ども国交省と連携して力を入れています。その後に例えば24時間定期巡回、これは今日細かいご説明をしません。ある程度ご存じだろうと思いますので、こういったサービスもありますよ、よろしければ使って普及してくださいということなんです。

或いは小規模多機能もそうです。平成18年以降降力を入れてやっている。まだまだ十分普及していないかもしれません。

それから複合型。これも平成24年に創設をしてこちらこそまだまだ全然普及してはいません。

申し上げたいのは、これはあくまで全体の中のパーツでしかない、と言うことです。私子供の頃ですね、プラモデルを作るの大好きだったんですよ。それはやっぱり最後の姿を想像しながら色々なパーツを自分で手を加えながら作っていきっていくのが良いって、そういうところだと思うんですね。介護保険サミットの良い所は、熱心な自治体の首長さん、スタッフの方々が集まってワクワクするっていう側面があると思うんですね。こんな良い事例がある、こんなことやってるんだ。私たちが言いたいのはこういう様々な複合型とかこういう色々な、これはもうパーツでしかないのであって、しかもわかりやすく言うと、パーツの設計図なので、これを皆さんがそれぞれ「これ良いな」と思って取り入れて欲しいし、「これはうちは無理だな」と思ったら止めると。そういう

組み合わせで最後の1つのイメージを持って作って行っていただきたいなと。その手助けといますか、足腰を固める作業は行政がお手伝いしますと。やっぱり基本的には皆さんワクワクして地域づくりをしていただくのが基本だと思いますし、私たちも今日こういう所にお邪魔して、そのワクワク感をシェアさせていただいて、また霞ヶ関に戻って。宮本さんの基調講演の最後の絵がショックですね。天気予報は信用されているが、行政は信用されていないと。これを少しでも改善したいなとこう思っています。ありがとうございました。

**鳥海：**ありがとうございました。ほぼ予定の時間で前半を終えることができました。

あと4人のパネリストの方たちで、最後に言い足りないところですが、橋本先生は最後のペーパーをお話しいただいていませんので、その部分だけはお話ししたいのではないかと思います。そして、言いたいことと、後はそれぞれで聞きたいことがあったら、例えば惣万さんのアレはどういうことなのかとか、パネラー同士でもうちょっと膨らませたいと思うんですが、いかがでしょうか。

この間にどうぞ会場の皆様、誰に何を聞くかを心づもりしていただきたいんですけれども、いかがでしょうか。

熊谷さんと今日控室でお話しして、熊谷さんの新型栄養失調を防ぐ、暮らしをアクティビティにするというのは非常に良いんだけど、そんなに長生きさせてどうするのっていうことも実は裏で言ってたんです。更に年寄りを長生きさせてどうするんだとか言って、絶対これは本日ステージでこの部分を膨らませたほうがよりおっしゃっている意味が正しく伝わるんじゃないか思います。惣万さんがおっしゃってくださいらなかったんで、私からその辺りを惣万さんに質問します。

**惣万：**さっき裏で聞いた時に、そんだけお年寄り元気になるって困る人も出てくるよと言ったんですよ。私ね、先生の話聞いて思うんだけど、私がお年寄りを見てる限りは、お年寄りは案外3食きちんと食べ

てるんですよ。朝昼晩と。味噌汁も食べてるし、漬物も。富山だったら魚食べてる。こういう調査ってわからないけど、もっと若い人に、本当にご飯1食しか食べない、2食しか食べないような、インスタントラーメンとか今日食べてきたとか、本当に粗食の人が多いいんです。これからの日本のそののほう心配。お年寄り死んでいくからいいのかなと思ってますけど。悪いとは言ってませんよ。私は胃ろうはもちろん反対で、この研究は健康寿命ということなので良いと思うんだけど、目の付け所は若い人にしたらいんじゃないかと思うんですけど、だって若い人で結核まで出ているんですよ。栄養の偏りで全然食べないとか、寝不足で夜寝ないで朝ちょっと寝て。そこらへんのほうが面白いかと私は思います。



**熊谷：**私は言いたいことはいっぱいあるんですけどもね。

**鳥海：**メイン会場からも先生、離れているので大丈夫ですからどんどんおっしゃってください。

**熊谷：**私は基調講演を聞いて、イメージが非常に整理できたという印象がまずあります。

宮本先生の話にはかなり深い共感を受ける所がありますね。国民の健康施策を様々なライフステージに対応して、もう一回整理して最も有効な最小公倍数とか最大公約数は何なのかを一回整理しておくことが必要だってことで、今回のプランは一つみんな議論するいい機会になったなど。要するに支えるほうの健康の問題と、支えられるほうの健康の問題をどのように整理して展開して、そのパワーがうまくミックスされないと色々な社会的なリスクを

負った人たちの様々な側面をきちんとサポートできないんだと、そういうふうに迫井さん言い足せばいいんじゃないですか？ どうなんですか、議論している側としては。

**鳥海：**最初おっしゃったところで、疾病対策ではなくて老化対策なんだというふうに、多分惣万さんもそれから橋本先生も、橋本先生はちょっと時間が足りなかったんですけども、資料の中で老衰は医療で何ともし難いんだということをはっきりお書きになっている。そういう意味では医療が持つ可能性と限界をきちっと知るべきであろうということ、市民にもやっぱりわかってもらわなくちゃいけないんだと思います。

**熊谷：**そう思いますよ。老化対策と疾病対策というのは基本的に、老化というのは明らかに普遍的な変化なんですね。病気と言ったら普遍性は全くない訳です。もう一つ重要なのは、老化というのは疾病対策のようなやり方では対応できないということ。何故かという、老化はこの水準まで進んだらこの手立てがあるとか、この水準まで進んだらこの手立てがあるとか、そういうふうな変化では無い訳です。病気というのは、糖尿病を例に取れば、食事療法で済む段階で頑張ればできる、こういうものもあるし、もっと進んでも薬剤がある、もっと進んだらインスリンがあるなど、こういうふうな疾病の自然史に従って色々な手立てが重層的にある訳ですよ。けども老化というのは重層的な手立てがない訳だから、老化に対してどの程度耐性を持つかという、そういう健康施策をやらざるを得ない訳ですよ。

**鳥海：**ただ、高齢者でもアルブミンが4.2？

**熊谷：**そうですよ。これは世界の潮流としてそういう水準にもなっています。

**鳥海：**なるほど。そうすると65歳を年寄りだと思ふ事もそもそも考え直したほうがいいんじゃないかと。

**熊谷：**実はそこが問題で、今老化が非常に進みやすいレンジというふうに捉えられていた、今まで問題視してきた臨床医学的な3.8なんてのは度外視で、実際には4.2と3.9の間で相当進みやすくなっていて、こ

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップシヨット

の辺りの人たちを4.3以上にしていけないと疾病対策はもとより要介護対策もできないということがはっきりしてきた訳です。ですからこれを低栄養予防対策なんていうような病院の基準なんか持ち込んで駄目で、老化対策としての科学常識に沿った組立が必要になると理解したほうが良いと思います。

**鳥海:** はい。どうぞ橋本先生、お待たせしました。

**橋本:** 熊谷先生の図書を始まる前に読ませていただいたんですけど、薄々日常診療をやっている、例えば90歳超えた人にコレステロールの薬を飲ませたりとか、ちょっと肥満があったら精進料理食べるときや良いんじゃないとか、適当なことを言っておったんですが、どうも薄々感じてた事が熊谷先生のアルブミンの値でね。やはりそうかなと。

**惣万:** その適当が良いんじゃないですかね。だから、先生があまり完璧にするなど。老衰はって意味じゃないかと。だって必ず病気は持ってますよね。ほとんどの人は。

**鳥海:** 検査すれば病気はどんどん見つかったらうでしょ。できるだけ検査はしないほうがいい。

**橋本:** 言い忘れましたが、病気探しはしないでくださいって言ってます。そういう意味で、ドクターなんかの学会とか、そういう所でどれくらいアピールされているのかと。



**熊谷:** ちょっと私のデータ出してもらえます。

既に私たちはこの研究を総合的に評価して、こういうふうにすべきだろうということで。この辺り飛ばしちゃったので。僕らは老化の科学者なので、老化という変数を標的にして色々な関連要因を見つけ

ていく仕事から始めた訳ですけど、既に社会学の領域では、老年社会科学という雑誌に今から15年ぐらい前に発表したものですが、私たちの生活習慣を、食習慣を数理的に植物性食品を食べる習慣と、肉・牛乳・油脂類を良く食べる習慣と、ごはん・味噌汁・漬物を良く食べる習慣と数理的に分けることができるんですけども、知的能動性っていう余暇とか創作とか探索とか、我々の品性の中核能力ですけども、この能力が最も実は加齢に伴う老化によって一番最初に落ちていく我々の能力な訳です。この能力の低下リスクを抑え込んでいるのがこの肉・牛乳・卵とか、油脂類を多く食べる習慣。すなわち適度に欧米化した多様性に富んだ、主にたんぱく質と脂質を重視した食品を備え持った食生活をしているかどうかで片が付くということがわかっている訳です。これは何を意味しているかという、何も肉が良い、卵が良いという問題では無く、多様な食品で構成された、多様性に富んだ日本食の良い所と欧米食の良い所をうまくコンバインした食生活。すなわち多様性に富んだ食生活をしているということで、この得点が今要介護を防ぐ高齢者、一次予防・二次予防をなんていうものではなくて、僕は、今から10年以上前から、国ではこういう施策をやるべきではないかとずっと、介護予防施策を作る時に言ってきた訳ですけども、ほとんど扱われませんでしたけどもその当時は。実はこれが今10食品群チェックシートとかですね、国際生命科学研究機構がテイクテンという名前を出していますけども、そういうものの基礎を作った研究ですけども、この得点を高めていくことをしていきますとアルブミンが綺麗に上がっていきます。特に、我々の疫学研究で肉の良さが出てくる訳は何かと言うと、実は老化というのは骨と筋肉が弱っていく変化、今はロコモティブシンドロームとかサルコペニアとか色々な言われ方をしていますが、要は加齢に伴う筋虚弱がスタートしてしまうのはまずい訳で、このスタートをいかに遅らせるかが重要で、ここでたんぱく質栄養が重要なんですけども、ただたんぱく質食品を食べただけでは

10/17  
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18  
(金)

分科会まとめ

パネル  
ディスカッション開催市からの  
メッセージ

特別講演

開会式

会場スナップ  
ショット

駄目で、たんぱく質食品を吸収して骨や肉にしていく為には安定したエネルギーが必要になります。歳を取ると食べる量が減るので、安定したエネルギーを摂ることが非常に、特に75歳以上の年齢層になってきますとリスクを背負うようになります。そのグラム当たりのエネルギー摂取が安定的に摂取できるのに寄与するのが脂質というものが出てくる訳で、だから、高齢者の健康づくりで油っこいものとたんぱく質をちゃんと摂るっていうことをちゃんとミックスさせないと、この加齢に伴う筋虚弱的の予防ができない。だから、肉が良いって訳は、脂肪とたんぱく質がうまくミックスされている非常に都合の良い食品だから、疫学上非常にクローズアップされてしまうということになる訳です。そこでこのような活動を、東京都で特に北区とか墨田区なんか頑張ってる訳ですけども、これを対象にして北区は新型栄養失調対策をスタートしました。

**鳥海**：ところで先生、これはいくつぐらいまで？死ぬまでやるの？

**熊谷**：死ぬまでやります。

**鳥海**：死ぬまでやるんですか。

**熊谷**：こういう老化というのは同時にリテラシーを打ちますよね。食習慣をどのように組み立てていくかというのは、正しい情報を把握理解してそれを実践するというリテラシー能力を高めていくことに非常に寄与しますので、良いことだらけです。

**鳥海**：わかりました。そうすると、たぶんこういう食品をどうやって手に入れるかということ次にはやらないと、限界集落に住んで何十種目を食べると言っても無理になりますので、その辺りをどうするかということも考えていく、そういうことになっていくのだと思います。

そろそろ時間がおしてきましたので、会場の方からどうぞ。

**会場から**：私、長野県の下伊那郡泰阜村で村長をやっています松島といますが、橋本先生にちょっとお聞きしたいのですが、私の村は1900人の山村なので、ほぼ同じような診療所で同じことをやっていて、も



う少しこじんまりしているのもっと連携も多いし色々できるというところで、私は在宅医療・在宅福祉をやるのも私の村長の仕事だということで20年間やってきました。一人暮らしでもケア付きサービス付き住宅へ連れて来て、そこで介護サービスと医療も提供するので、ここで死にたいって言えばこの村で死んでいけるという体制があるのです。ご意見をお伺いしたいのは、先ほど最初に事例があった、「どうしてもここで死なせてくれ」という本人の意思の明確な方はいいのですが、今年も去年からきた36歳の診療所の若い先生なので、去年は5割くらい、今年は6割くらい在宅死になるんですが、どうしたら良いか揺れ動く、子どもに相談したいと言うと、都会にいる子どもに相談すると必ず病院へ連れて行っていうので、都会にいる子どもに相談しないように、なんとかお医者さんが胃ろうはもちろん調べていいですよ、「ここで死にましよう」ということをお医者さんが言ってくれるのが一番いいんじゃないかって先生と話してるんだけど、先生も「そうは言ってもそこまではどうしますか」と一応は聞くと、「どうしますか」と聞く事によって、その施設や病院へ行くケースが増えちゃうんです。そのところを、私はお医者さんが「あなたここにおきなさい、僕が看取りますよ」と「胃ろうなんかありませんよ」というようなことをお医者さんが言うのが一番在宅死にいいんじゃないかって思うんですが、その辺のところ先生のご意見いかがでしょうか。

**橋本**：揺れ動く方に関しては特に難しいですね。要するに家で亡くなりたいって腹をくぐればいくら

でも看取れるんですけど。揺れ動く場合は、その人の生き方の問題もありますし、こちらもそうしなさいとは言う訳にはいかないような気がします。

**会場から：**私は1900人の村で村人見ているので、この人は絶対にこの人の歴史や生き方から言って絶対に家で死ぬべきだっていう人がおるんですよ。そうすると、こんな人を病院で死なせてはいかん、特養なんか入れちゃいかんって思う人がいるんですけど、そういう人に限って子どもと相談して病院行ったり特養行くっていうケースがあるんですが、それは「ここで死んだらいかがですか」ということをうちの高齢者サービス調整チームとか色々な人がそれをまさに誰が引導を与えるかっていうところを今議論しておるんだけど、やっぱり先生でも。

**鳥海：**惣万さん、いかがですか？今の泰阜村の村長さんのご質問は。

**惣万：**やっぱり本人がどう望むかだと思いますよ。遠くの人たちは遠いからああいうことを言うので、介護保険の問題になっていることは、家族本位が多くなってしまって、本人がそこでってことはやっぱり、私あの哲学とか何やらが一緒のお医者さんが良いって言ったのは、お医者さんが家族を説得するんですよ。ここで死んだ方が良いてことを。その変わりに何もしないけどねと言って。そして僕死亡診断書書きますよ言うたら、家族はもう安心する訳ですよ。ただね、医者が揺れ動くんですよ。いや、悪いって言ってない。お医者さんが家族の息子さんとかに会ったときに揺れ動く人がいる。じゃああの人たちが看るか言うたら、死んだら来るくせに、おかしいと思う。もう地域の裁量とか本人の裁量に任せていかないと、みんな病院に行ってしまうと思いますよ。

**会場から：**はい、わかりました、もう今の高齢者は仕方ないので、60、70から下の今元気の村民に、自宅で死ぬってことをはっきり言うなり、そういう訓練というか教育をしなきゃあかんと思います。

**惣万：**保険証とか免許証の裏に自宅で死ぬことを書いていいと思う。保険証はね。もうね、やっぱり日本人も延命治療をすとかせんとか、もう意思表示、

40代の介護保険に入った時、そして60の還暦を迎えた時に、やっぱりはっきりしなきゃいけないと私思っているのです。私はまだ書いてませんが。そうした方がいいと思う。免許証や保険証に書いておけば、ああこの人こういう考えなんだなど。

**鳥海：**多分、今までそれこそより健康にという、死ななような話ばかりしてきてますので、私も保健師です。保健所にいた時代は早く病気見つけて早く良くなって、みたいな。人は死なないというような大嘘つきのことやってきましたのでね、やっぱりいずれ年をとって死んでいくんだということ。しかも病院が死の受け皿になり、人々は死のプロセスを見たことない。そうすると東京でもそうですが、博多に嫁に行った姉ちゃんが病院に連れて行って言ったとか、博多に連絡するとか言っても息子は連絡しませんでね、そうするとさすが病院に行かないっていう訳にはいなくなる。だから、亡くなっていくお父さんが本当にどういう生き方をしてくる、何を望むだろうかということを一生涯懸念考えようよっていうのを意識して言わないと、施設にいても、兄弟仲が悪くてなまじ本人に金があると子どもたちは病院を選ぶ傾向があります。だからやっぱり死ぬってということをもっと普段からわかるようにしておかないと、いきなり本番が来ると練習できてないんだな、だから他人の死で練習しておかないとだめですね。

はい、ほかにご質問、どうぞ。

**会場から：**すいません、岐阜県高山から来ました。今シェアハウスという新しい老人向けのところで働いておまして、実は8月15日にオープンしまして、現在入所者4名です。それで最初ね、開所されたときに痛みはなかったということを知って非常に安心しましたが、そういう中で非常に思うのは、少ないからこそ、その人が見えるという、そういう取り組みができて非常にいいかなと私は思っておりますので、あまり一概に増えない方がいいかなと、働いてる方はそう思うんですが、上は実はそうじゃなくて、色々入れろ入れろということを書いて、そういう狭間におましてですね、やっぱりその人に沿ってあ

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップシヨット

げるということが私はやはり仕事かなと思っております。私看護師なんですけども、とにかく色々なことをやります。ということで、やはり老人の笑顔ですね。非常に楽しいと思いますし、やはり大声を出して笑ったり語ったり、それともう一つ私が心がけているのは足を弱くしてはいけない、ということでその人がなるべく自分で歩ける方向で行きたいなという方向で無理なくやっていこうという方向でやっておりますので、その辺でどうなのかなあということと、もう一つあの迫井先生ですが、実はうちの息子と嫁が看護師やっております、そっちの方がちょっと心配なんです。と言いますのは、夜勤に入る前がとにかく寝ちゃうんです。その日に備えて。それで朝ごはんを食べません。で、食事が非常に不規則になってきて、それで本当に仕事ができるかなという思いがありまして、8時間労働の時は良かったんですけども、それが12時間労働になってきてから、非常に看護という職が乱れてきていると思いますので、その辺の整理もこれから食生活のことも言われました中で、若者が本当に働いていくためのそういう施策もこれから考えて欲しいなというふうに思っております、今日は食事のこと、それと新しいホームのこと、それと厚生労働省の方のお願いということが非常にいろんなところから聞けて、私自身、実は68歳なんですけども、もうちょっと頑張って仕事していきたいと思っておりますので、どうかよろしくお願ひします。ありがとうございます。

**鳥海：**ありがとうございます。じゃあご意見ということで、はい。

**橋本：**泰阜村村長さんのお話に続けてですけども、私もレジュメに書いたんですけど、最初に赴任した頃から、特養で看取りをしているんですけど、先ほどの話ではないけども外野っていうか、離れた親戚がやかましく言って病院へ送ったというのも何人かあって、病院からは「こんなもん何で送ってくるの」と言われ、口は悪いですけどね。ということで非常に一診療所での診断書は非常に値打ちが無いというか、その頃はですね、病院の診断書じゃな

いとダメだというそういう印象があったんですけど、今はだいぶ違って来たんです。ここにも書きましたが、要するに看取りの場所は在宅かもしくは施設であって、病院は治療する場であって看取りをする場ではないと、今後お気の毒で病院で看取られましたね、というような社会文化というか、そういう雰囲気を何とか皆さんでできたら、我々もやりやすいかなと思っております。

**惣万：**ちょっと聞いていいですかね？死亡診断書の診断名を、老衰とかでもいいんですか？

**橋本：**しょっちゅう書いています。

**惣万：**あ、老衰しょっちゅう。それで通るっていう事？

**橋本：**何もクレームはないです。

**惣万：**昔、老衰って書いたら・・・

**橋本：**病院での老衰はまずいでしょうね。

**惣万：**あ、病院ではまずいのね。

**橋本：**検査しますからね。

**惣万：**在宅は老衰でオッケー？

**橋本：**検査してないですからね。

**惣万：**わかりました。

**鳥海：**じゃあ施設とか、先生、在宅であれば老衰で、病院だと老衰って今でもまずいんですか？

**橋本：**まずいかどうかはわかりませんが、主治医がやっぱりなんじゃこれはって他のドクターに言われそうな雰囲気があるんじゃないですか。ちゃんと診断しろと。

**鳥海：**よくわかりませんねー。そうなんですか？迫井さん。老衰まずいんですか？

**迫井：**死亡診断書の監督・所管ではないので、いい加減なこと言っちゃうとまた怒られるんですが、私の理解はですね、老衰っていうのは、死亡の原因として当然あり得るという理解です。それからかつてよく弊害として指摘をされていたのが心不全で、結局心臓の機能が停止することで死に至りましたねっていうことで、でも元々の病気は別にありますということですが、結局は心臓死を中心に心不全みたいに書いてしまうと、本当に実質的にどういう疾病で亡くなられたかがわからないということがあって、死亡

診断書の記載って随分色々議論を経て書き方とか様式とか絶え間なく見直してきての今日だという理解です。ですから、老衰でということ、それが受け付けられないとかそういう概念は多分無いと思いますね。あくまでも医師の判断だろうと。

**鳥海**：はい、老衰で。

あの、他ご質問等ご意見でも結構なんですけども、会場の皆さんからありますでしょうか。

**鳥海**：はい、どうぞ



**会場から**：富山県の栄養士をしております。今日先生たちのお話をすごく興味深く聞かせていただいたんですけども、ちょっと視点の違うことを言うかもしれませんが、惣万先生と熊谷先生がやはり食事の大切さっていうことをおっしゃっていただきましたので、私日頃栄養士をしておりますので、なっからではやっぱり遅すぎるという視点に立って今まで自分自身の生活っていか自分の目指すものはそういうものであるということで、仕事をさせてもらってきました。長くなりますけども、自分自身はもともと学校給食の担当をずっとして、それである日公務員ですので、病院へ変わりました。その時に思ったのは、学校で十分、学校給食を通じて食生活というものはもっともって十分に正しい食生活が実践されて卒業されていったと思ったんですけど、病院へ行ってみて、このなんて患者さんが多いんだろう、私たちがじゃあその義務教育で給食をしていたのはなんだったんだろうとすごい反省をさせられた時期がありました。それで今は富山県の現状を見てみると、若い方に全国的に例を見ないくらい貧血の

方が多いんです。それは厚生部のほうでもすごい心配なさっていらして、例えば献血にお見えになった方にはその都度指導するとかそういうことをしていますが、一向に改善されない。それとお陰様で食育基本法が出来てから朝食の欠食率が教育委員会とのタイアップの中で少しずつ改善されているんですけども、ですけれど20代30代の若い男性、の欠食はほとんど改善されない状況にあります。そういう状況で先生のおっしゃったように日頃の食生活をしていくその方たちが歳をとっていく訳ですけども、その時にやっぱり色々な問題出てくるじゃないかと思うんです。今もうなってしまう方に色々な国としての手立てはもちろん必要だとは思いますが、そうじゃない方たちの食生活をもう少しきちんとしたものにして、その土台を揺るがないような政策というものがなきゃいけないかなあということをお感じ日々過ごしております。この一週間前、富山県では毎年いきいき長寿の祭典というものをしているんですけども、その時に栄養士会が食事相談させてもらっているんですけど、その時に感じたんですけど、70歳80歳、最高齢の方94歳の男性の方が食事相談にお見えになって、本当に食べていらっしゃるものに対してきちんとしたものを召し上がってらっしゃるし、食事に対する相談が本当にきちんとされているんです。ということは、その方は若いころから食事に対する思い入れがあって、そういう食生活をしていらしたから健康で、こういう所にもお見えになってそうして尚且つ食事に相談されるんだなあということをおもった時に、やはり、若い世代から、食だけではいけないと思いますけど食事、体育というものきちんとしながら、だんだん自分の年を重ねていくというふうな、大きい二つの目玉が必要なんじゃないかなあということをおもったので、ちょっと話させていただきました。

**鳥海**：ありがとうございました。

**熊谷**：私からコメントしていいですか？

**鳥海**：手短に先生お願いします。

**熊谷**：とても現場で深刻に受け止められているとい

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

閉会式

会場スナップシヨット

う感じましたけども、やっぱり主にシニアについて議論してますけども、高齢期の健康づくり、高齢者の人たちの健康づくりをしていくということは、実は私たちが齢を重ねて生きていくということはどういうふうな経験をしてどういうふうな健康の歴史を辿りながら、最終的にどのような健康の問題を抱えつつ地域に貢献し、社会に貢献して生きていかなきゃいけないのか、そういうふうなことをやるのが実は僕は高齢者の健康施策の一番重要な所だ思っているんですけども、その中で栄養の問題ってのはとても深刻で、これは栄養のプロフェッショナルが基本的に病気と食事の関係ってことを核にして栄養の問題に取り組んでいくことがある訳で。そうじゃなくって、この正常を維持するために我々がナチュラルコースを辿って、健康水準を高めていくことを目指す食事の最も最良のものは何なのかということをきちんと深く考え直して教育する側も教育される側も議論しなければいけないっていう、その端的な問題が老化に対して耐性の弱いたんぱく質の非常に水準の悪い50歳60歳がこの10年間急激に増えているという、現実がありますからね。今後おそらくこのままでいったら相当弱い高齢者の人たちが一時的に何らかの対策を組まないとやばい水準にきています。これは今までみんな気づかなかったんですけども。

**鳥海:** 先生、あの50代60代っておっしゃいましたけども、今の若い人たちが50、60代になったときにもっとひどいことになるんじゃないかと。

**熊谷:** それはそうですよ。今20代、赤ちゃんを産んで、安全な赤ちゃんを産む方も作る方も安全で一番体力も人間的にも成長する伸びしろが最もある20代、あるいはティーンエイジャーの後半が、鉄の摂取水準が国が言っている食事摂取基準の最低平均必要量を下回っているグループが半分以上だなんていうのはこんな恥ずかしいことに今なっている訳ですよ。

だから言われるように、若い人たちの問題も目も当てられないですよ。

**鳥海:** たぶん年代に応じた所でやるべきことを食事っていうのはやっていかないと、基本の所なのでね、

という意味でおっしゃってくださったんだと思うし、それはたぶん私たちもそうだなって。だから若い女性で本当に骨密度が落ちてきて、すぐ骨折するなんというのを見た時に、これ長寿社会じゃない、もっとこの人たちが早く死ぬんじゃないかっていう感じもしなくもないんですけどね。

**熊谷:** まあ、厚生労働省が来てますんで言いますけども、生活習慣病の対策室が主に中心になって食事摂取基準っていうのを作っていますけども、これ基本的に国民の健康増進って言ってますけども、生活習慣病対策と胃がん対策を主にして作っている基準なんです。核が。

僕もシニアの問題については黙ってられないのでよく言うんですけども、基本的に先行文献をレビューして利用してやっているだけです。特にシニアのたんぱく質栄養なんていうのは窒素バランスをもとにして作っているようなものですからね、シニアのたんぱく質栄養の摂取量が男で70g取ってあるのに、70歳以上で70g以上取っているのに、食事摂取基準は60g取れっていうふうに書いてある。じゃあみんなタンパク質食べるなって話じゃないですか。こんなことを国は平気でやる訳ですからね。迫井さん。

**鳥海:** じゃあ先生、その辺で。

他にご質問、ご意見を。

**会場から:** 惣万さんに伺いたいんですけども、高額医療に悩んでいる国とか自治体にとってはものすごい理想的な、私もこうありたいなと思って、看取りの考え方なんですけども、19人ですか、その中でこのデータでは13人が認知症ですよ。でも本人と家族の了解をという中で救急車を呼ばない、心臓マッサージをしない、治療は最低限と。この認知症の本人の意思確認というのはどういうふうにされてるんですか。

**惣万:** そうですね、全員出来ていた訳じゃないです。家族が一親等二親等三親等一致した時にしています。結局は認知が進んでその前に私たちも本人の希望聞いてけば良かったんだけど、聞けなかった場合。今あるお医者さんと揉めてる事例があります。揉め

てるというか考え方が違うんですよ。その人は若年性認知症で、だんだん食べれなくなってきた。食事介助を3食なんだけど全部で5時間半から6時間かけてやっています。アルブミンもばっちりです。ザルツも全部大事。だけど、今まで総合病院で診ていた先生が胃ろうをしないのかって言われて、家族は全部一親等二親等三親等みんな胃ろうはしないって言いました。それで本人もそれを望んでいるだろうということで、しないと決まったんだけど、じゃあ今度そのお医者さんどうしたんかという、「それは放置だ、虐待だ」と言われました。医者も色々なおられまして。じゃあ私たち5時間かけて7時間かけて食事介助してるのにそれは放置と言えるんですか。胃ろうは放置じゃないんですか、逆に言ったら。本当に文句言うこといっぱいあります。そのお医者さんに言いたいのは、直接はまだ言ってません。だけど、そのお医者さんは8年間認知症で診てこられたんですよ。若年性の40代から。その時に、まだ意識がはっきりしてる時に自分が聞かないで、あんたがどう望むのか。全然応答ができなくなってからそんなこと本人の意思がわからないじゃないかって言ってこられるんですよ。こんなことどうにかならないんですか。腹立って夜寝れないことありました。

**会場から：**あれですか？このゆびと一まれの富山は、家族ってのはだいたい一緒に住んでいらっしゃる？

**惣万：**そうですね、他の県外から見たら多いじゃないですか。でもだんだん核家族とかはなってきました。富山も。ハイカラになってきましたかね。

**橋本：**胃ろうについてちょっといいですか。胃ろうしないと虐待か。そうおっしゃる医者もいますね。私の考え方は、体が受け付けなくなっているのに胃ろうをして無理矢理押し込むのは逆に虐待じゃないかと。例えば風邪を引いて高熱が出た時、私どもの特養のワーカーさんは非常に真面目ですから一生懸命食べさせようとするんです。自分のことを考えてみると。熱出した時にそんなに飯が食えるかと。体が受け付けられないのに無理矢理やるのは虐待とまでは言わないですけど、私の胃ろうに対する考え方はそうで

す。だから、世の中色々で、医者も色々なので、それは色々対応が必要かと。

**惣万：**説明の仕方、家族はいいですって言ったら、「あなた達はこのお父さんを殺す気か」とか、そんな説明の仕方をされるんですよ。そうしたら家族は苦しんで、私たちは殺すのかとなる訳ですよ。じゃあ付けてくださいってなる訳ですよ。これが介護現場です。

**鳥海：**確かに今までは、付けないのは餓死させることなのかとかね、お医者さんに言われた。だから餓死させる訳にはいかないから胃ろうを付けるのに同意したみたいなことがあったんですけど、最近どうも人々も変わってきて、それこそ「平穏死のすすめ」だとか、ああいう本が沢山普通の本屋さんに出回るようになったらみんな読み始めてますよ。死の言葉をくつつけりゃ本が売れるみたいな時代になってきて、そしたら先日、どうしますかと言われた時に娘さん2人で「胃ろうを付けない、そういう選択もありますよね？」って言ったら、お医者さんも「十分あります」って答えてくれた。だから、少しずつ変わってきていると思います。確かにそういうお医者さんもまだいるでしょう。でもどの時代になったって何%かは居るんですよ。だけど確実に変わってきてるという感じはしています。

**惣万：**そうかと言ったら、名古屋にあるらしいんだけど、私見に行った訳じゃないんだけど、胃ろうで寝たきりの人だけ対象の病院があるらしいですよ。

**鳥海：**サ高住でも胃ろうのみ扱うというサ高住が出てきてます。



10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

ディスカッション

パネル  
メッセージ

特別講演

開会式

会場スナップ  
シヨット

**惣万**：それももう一つ条件があるのは、寝たきりでなければいけない。

**鳥海**：そうそうそう。寝たきりで胃ろうですよね。

**熊谷**：介護食でも同じようなことがあるんじゃないですか。介護食。老化が嚥下の障害とか、そういうふうな所まで及んできた人に対して介護食とかやりますけども、あれももう食べれなくなった人にも無理矢理突っ込んでるっていうような現場を僕も、実際介護食のサポートなんかもありますから見ますけどね。

**惣万**：無理矢理突っ込んでる？

**熊谷**：ええ。

**鳥海**：先生、無理矢理というか、全量摂取、きちっと。全量摂取って何かというと口の中に放り込むということですけども、全量摂取させて一人前みたいな考え方が無くも無いんですよ。むしろ極めて危険だと。ごっくんが上手に出来なくなっているのをある意味無理矢理入れるのはむしろ危険なんだよということもちゃんと行ってあげれば、安心して止めることが出来ると思うんです。止めさせる人がいないと行っちゃうんじゃないかっていう感じもしてますけど。

**熊谷**：20分ぐらいで全量摂取とかやりますよね。

**惣万**：あれは例えば、1人の介護者が1回に3人でも4人でもやってる所があるでしょう。あれは許せないと思います。ここにお偉い人たちがいっぱいいるからいいんですけど、在宅3本柱。デイサービス・ヘルパー・ショートステイ。デイは、今東京とかはもう稼働率が50%以下。潰れてきている。富山でも発表は無いけどある市町村の役場の人に聞いたら70%で潰れたりしている。もう一つは、ただデイは数はいっぱいあるんですよ。それを活かしていけばいいと。町の拠点に持っていけばいいと思ってるんです。折角沢山あるんだから。あと、私が一番心配しているのはヘルパー。ヘルパーさんが、多分平均年齢が60代ぐらいに近くなってきているんじゃないか。この後10年経った時に、街からヘルパーがいなくなるんじゃないか。これを私心配してるんですよ。在宅の3本柱の1本がかなり弱くなっている。ショートはだんだん出来てますけど。ただショートのあるは50床

とかいうショートが出てきているから、私は頭が痛いんだけど、もっと小規模なショートの方が良いと思います。30人でも夜勤1人ですから、法律的に言えばですよ。これは問題だと思っています。

**鳥海**：1人夜勤というのは非常につらい。特に1人でね、ショートステイの夜勤をしていくのは非常に利用者が落ち着かないですからね。だから、小規模多機能みたいな形で、きちっと会ってる人。普段会ってる方たちがお泊まりするというのに少なくともしていかないと、単にショートだけやるというのは非常にリスクになってくるし、やる側にとっても。利用者さんにとっても非常に落ち着きにくいだろうなという感じはしますけどね。

**惣万**：それとごめんなさい。私たち宅老所・グループホーム全国ネットワークの代表世話人を今しているんですけど、課題になっているのはヘルパーが街から消えたっていうのもあるんですけど、お年寄りが街からいなくなった。で、サ高住とか施設へみんな入って行ってしまふ。これが一つの課題ですね。それとさっきの宮本先生の話聞いて思ったんですけど、地域包括ケアのまた包括とか言っておられたでしょう。何でかと言うと、地域にはお年寄りだけじゃないだろうと。障害者のことも考えたらどうですかということの包括なんでしょうね。だから私は20年前から言っているのは、人間生まれた時から墓場まで、介護保険か何かわからないけど1本の保険か何かわからないけど、健康保険みたいに介護が必要とか、お世話が必要になったらいつでも誰でもいつでも受けられるような、何かを作って欲しいかなと。何でかと言うと自立支援法の方たちが、65歳になったらもう優先的に介護保険に入っていかなきゃいけない訳なんですよ。今で言ったら。そしたら、昨日の自分と今日の自分は全然変わっていないのに、法律だけが変わってかなりサービス料とかお金の面が変わってくる訳ですよ。それをやっぱり1本化したほうが良いし、自立支援法だっていくつか課題がある。だから自立支援法の良い所もいっぱいある。介護保険法ももちろん良い所も悪い所もある。それをお互いに

何かプロジェクトをつくって、10年かかるか20年かかるかわかりませんが、私が死んでからでもいいんだけど、赤ちゃんからお年寄りまでの何かを作って欲しいなと思います。

**鳥海:**そろそろ時間ですが、何か最後に一言おっしゃいますか。

**惣万:**後、地域連携とか私たちにどこかと連携しなさい、連携しなさいと言われます。私も連携は大事だと思うんですが、役場のほうが隣同士連携しないんですよ。喧嘩してるんですよ。そして私たちにばかり連携しなさい、連携しなさいってどういうことかと言いたい訳ですけど。

それともう一つ、うちで今問題になっているのがんの末期の方。明後日うちのフォーラムに出てもらうんだけど、その方がもう呼吸困難になってターミナル病棟、ホスピス病棟に入りなさい、後余命は無いですから、在宅で一人で過ごすよりも、それこそ公務員の方だったからお金もあるし、緩和病棟に入りなさいと言うけど、「いや私は在宅でずっと過ごしたい。そして近くのこのゆびとまーれでデイに通って本当に苦しくなったら泊まらせてもらう」と希望して。その時に半年前は介護度1と出たんですよ。そしてベット借りてうちを利用していたんですよ。そして今度6ヶ月の判定をもう一回したら、要支援2って出たんです。そしてたってもっと症状が悪くなっているのに、何やらかけて結局はまた介護度1でベッドを借りるようになったんだけど、その人が明後日発表するんだけど、介護保険の認定調査は、がんの末期には合わないっていうんですよ。要するに意識もはっきりしてるし、半身麻痺でもない。あれは認知症と、半身麻痺の方だとか体が不自由な人には合うけれど、がんの末期で在宅を希望する人、そして余命あと何ヶ月しかない人は、私は介護度2以上にはして欲しいかなと。

**鳥海:**合わないですよ。だって本当に最後まで動けますもの。かなりの所まで動けるから。

**惣万:**最後まで動けるし、意識もはっきりしているし、でも死との闘いはいつもあって、良く涙ぐまれるんで

すよ。そういう人たちを介護保険で支えられないのかなと。

**鳥海:**お答えじゃなくて結構ですから、ちらっとは触れてあげてください。

**迫井:**数々の、重要で鋭いご指摘だと思うんですが、障害者施策と介護保険の制度の話は、これはご案内の通り随分議論もなされましたし、今後も続くんだと思います。当面は制度的には分けて運用しているんですけども、ご指摘の通り本来シームレスであって欲しいというご意見、それから逆に、そういった運用統合をしたりすることに対する不安があることも事実だと思いますので、これは非常に重要なテーマだと思いますし、引き続き議論されるんだろうと思います。それよりも私が一番響いたというか、がんの終末期の問題ですね。介護の問題で、今間違いない認知症の問題がクローズアップされてますし、これは最重要課題だろうと思います。一方で高齢者が罹患する疾病について言いますと、やっぱりがんの罹患は避けて通れない話ですし、今おっしゃったようなご指摘は、まだまだ制度的には随所に配慮する余地があるように私も思いますし、複合型なんていうご提案をさせていただいてあまり伸びないのは、がんの終末期に対するニーズに答えきれていないんじゃないかなってという問題意識を私も思ってます。一方で難しいのは制度を使ってもらおうとして色々細部にわたって決めると、逆に現場を縛るからやめてくれっていう話もありましてね。この辺は良くキャッチボールをしながらやっていかなきゃまずいなと思いますけど、がんの終末期を今後、どういう形で介護保険に対応しやすくしていくかなっていうのが非常に重要な課題だと思います。

**惣万:**介護保険は文書でも「利用者」という言葉を使いますよね。自立支援法は「当事者」っていいですよ。利用者っていうのは何かを利用するとか何かを使うということで、やっぱり名前が悪いんじゃないかと、主体性が無いような気がします。名前を変えたほうがいい。「当事者」か何かかわからないけど、利用者っていうから利用しなきゃと思いますし、

何か違う。それともう一つ厚労省の方をお願いしたいのは、認知症は、お医者さんは早期発見・早期治療と言われますけど、私たちケアの部分から見たら、早期発見はいいです。だけど大事なのは治療ではなく早期支援・早期ケアだと思っています。それと、今精神病院の空床が認知症を入れようとしています。私は認知症の方を精神病院に入れて良いことは無いと。なお重くなるんじゃないかと思っています。地域で治療をしていって欲しいかなと。治療か何かわかりませんが。お願いします。



**迫井**：それは今日の別の分科会でやっていますね。オレンジプランをはじめとして諸施策は今精神医療との関係は少し紐解く事が必要だと思いますし、精神医療自体も随分変わってきていますからね。ただ、少なくとも初期集中支援とかそういう考え方も惣万さんがおっしゃる通りですし、それを打ち出してやっているので、そこは是非お力添えを頂いてそういう方向に進めるように我々も頑張りしたいと思います。

**鳥海**：ありがとうございます。時間も迫って来たのですが、本日のセッション、この第2分科会「在宅での医療介護・看取り～在宅で生涯を過ごすために必要なこと～」ということで、やっぱり出来る事であれば、それこそ熊谷先生がおっしゃった、疾病対策ではなくて老化対策というのをきちんと食べるものを上手に食べて、活動性を高く出来るだけいられる期間を長くするというのは、これは高齢者だけでなくもっと若い時から必要だって、それはそれでおっしゃる通りなだけけれども、歳を取ったから食べなくていいよとか、何とかだからいいよということじゃなくて、

意識して食べていただけるようにする、自らも食べるようにする。もっと言えば、その食材が手に入られるように町を作って行く、或いは村を作って行くということまで含めてやっていかないと、いけないんじゃないかなと。そして、何歳になったから介護保険サービスを受けられるじゃなくて、むしろ介護保険を使う側よりも、近所において大変な人を支援する側に回れるような高齢者をどうやって作って行くかということを考えていく頃だろうと思います。メインのテーマ、死ぬということについては、全部が病院ではなく、全部在宅じゃなくちゃいけないとも思いません。もしかしたら病院のほうがいい人も中にはいるかもしれませんが。痛みがあったり何かしてくれば。ただ、うんと高齢になってくると、幸いなことに非常に逝き方が安らかだという、体験的な感想を持っています。そして市民が人は死ぬんだということがわかる、いづれ自分の親が、そして自分がということを知るためのプログラムが地域に準備される必要があります。病院じゃないよ、地域だよって言うても、地域で亡くなるということ、自宅で亡くなっていくのが、どんなふうに終わっていくのかを意識的にやっている所は開いて見せる、それを施設等がやっていかないと、ただ単に病院じゃない、在宅だとかじゃない、在宅と病院の間にはきっと施設もあるだろうし、選べることも重要でしょう。死を意識する、わかるということ。最後人は死ぬんだということ、死の準備教育があるゆる所で出来るようにならないと、なかなか病院じゃないよと言ってもすつといかないし、橋本先生がおっしゃった、「気の毒ね、あの方病院で亡くなったんだって」や「家で死ねたんだって。羨ましいなあ」と言われるような、そんな時代を私たちは考えて、多分、これを一步踏み出していかなくちゃいけないんじゃないかと思っています。

時間が来ました。慣れない座長で皆さんから十分意見を引き出すことが出来なくて申し訳ありません。時間が参りましたのでここで終わらせていただきます。

どうもありがとうございました。

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップセッション

10/  
17  
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/  
18  
(金)

分科会まとめ

ディスカッション  
パネル

開催市からの  
メッセージ

特別講演

閉会式

会場スナック  
ショット



# 第3分科会

**日時** 10月17日(木) 15時30分～17時30分

**会場** 福野体育館サブアリーナ

## 認知症オレンジプランへ向けて

～認知症の人と家族を支えるためには～

### コーディネーター

宮島 俊彦 氏 (岡山大学客員教授・前厚生労働省老健局長)

### パネリスト

玉井 顯 氏 (医療法人敦賀温泉病院 介護老人保健施設ゆなみ理事長・院長)

柴田 崇徳 氏 (産業技術総合研究所上級主任研究員・東京工業大学大学院連携教授・マサチューセッツ工科大学客員フェロー)

遠矢純一郎 氏 (医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック院長)

### オブザーバー

三浦 公嗣 氏 (厚生労働省老健局認知症施策総合調整官)

10/17 (木)  
 開会式  
 基調講演  
 第1分科会  
 第2分科会  
 第3分科会  
 10/18 (金)  
 分科会まとめ  
 ディスカッション  
 パネル  
 開催市からのメッセージ  
 特別講演  
 閉会式  
 会場スナップショット



## 第3分科会

10月17日★ 15時30分～17時30分  
**認知症オレンジプランへ向けて**  
 ～認知症の人と家族を支えるためには～

### コーディネーター

宮島 俊彦 氏 (岡山大学客員教授・前厚生労働省老健局長)

### パネリスト

玉井 顯 氏 (医療法人敦賀温泉病院 介護老人保健施設ゆなみ理事長・院長)

柴田 崇徳 氏 (産業技術総合研究所上級主任研究員・東京工業大学大学院連携教授・マサチューセッツ工科大学客員フェロー)

遠矢純一郎 氏 (医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック院長)

### オブザーバー

三浦 公嗣 氏 (厚生労働省老健局認知症施策総合調整官)





**宮島**：宮島と申します。今日は認知症ケア、オレンジプランが始まったということで始めるわけですが、まず私のほうからこの分科会での問題設定を最初にご説明いたします。

まず認知症の人の歴史をみると、有吉佐和子さんの「恍惚の人」。これは認知症の人はどうにもならないという時代があったんですね。その後精神科病院で鉄格子の中に入れたり閉じ込めたり、拘束したという時代が続きました。30年ぐらい前かな。私が若い頃はそうでした。30歳代ですからもう30年前ですね。それから介護保険が出来る過程で、医療もあるけれども介護をやっていけば何とかなるんじゃないかと。それにしたって地域じゃ無理だから、特養や老健施設とかそういう施設に入ってもらおうだし、グループホームという新しい施設を作ってそこに入ってもらおうだという介護の対象の時代というのが、ついこの間まで続いていたのかなというふうに思います。

そうは言っても、認知症の人はどんどん増えますから、なるべく地域にいてもらおうよと。在宅とか地域にいてもらえるような、そういう事を考えないとそろそろダメなんじゃないかと、そういう時代に入ってきたと思います。

認知症高齢者の居場所別内訳というのが、これは2年ぐらい前のデータですけど、280万の要介護の人のうち、お家にいる人が140万人。丁度半分です。あとは病院にいたり施設にいたりというふうになっているんですね。この施設なんかを増やしていくのにも限界があるから、居宅で何かやっていけないのか

ということで、オレンジプランという認知症の基本目標を作りました。出来る限り住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けることができる社会の実現を目指す、認知症になってもということです。ただそうは言っても行動心理症状の悪化とか、家族が対応できないとか色々対応する必要があるということで、今後の取り組みが出てきた訳です。早期診断・早期対応が、認知症の人が容態が悪くなっていくのを防ぎ止めるためには必要だと言われているが、それは実際のぐらいの時から始めて、何が有効なのか。それから認知症ケアパスということで、地域の中で認知症の人を発見して、初期診療を受けて、それから初期チームが来て、それからケアのメニューを作ってもらって、行動心理症状とか悪くなった時にどこに行けばいいのかとか。そのためには医療関係者と介護関係者の地域での連携体制をどう作ればいいのか。認知症ケアというのは家族の役割をどう考えるのか。家族が認知症の人を虐待したなどという話も良くある訳です。それから家族のいない認知症の人でも地域での生活は可能なのか。認知症一人暮らしみたいな問題ですね。

皆さんそういう様々な問題を抱えていると思います。

実は私は義理の母が認知症の要介護3でして、もう7年ぐらい在宅一人暮らしをしてもらっています。朝ヘルパーさんに来てもらって、それからお昼はデイサービスに行ってもらって、夕方は私の妻とか妻の妹とか私とか、誰かちょっと顔を出す。出さない日もあるんですけど、出さないと途端に電話が掛かってきますね。どういう訳かですね。

そんな私の経験を踏まえて、4人の方と後から色々ディスカッションをさせてもらいたいというふうに思ってます。認知症サポーターは400万人超えたのかな。オレンジプランのオレンジ、認知症サポーターは何故この色になったのか。これは柿の色だということです。これは日本にしかない色だそうですね。日本独自の、日本が世界に誇れる認知症ケア体制が本当に出来るのかどうかというようなことを頭に置きな

がら、これから発表者の方に、認知症ケアの今の対応、あるいは将来への見通し、その辺をお話いただければと思います。

まず最初に玉井敦賀温泉病院の玉井院長ですが、玉井先生はこの早期ケアに、国のほうがオレンジプランで早期ケアをいうよりも先から、実は若狭町のほうで取り組んでおられた方です。ではよろしくお願いたします。



**玉井**：敦賀温泉病院の玉井です。よろしくお願いたします。当院を開設したのは1990年の4月です。開設した当時は、認知症の気づきはかなり遅い時代でした。来られる方来られる方のほとんどが重度の人で、ともかく一番困ってから、介護ができなくなってから来られるわけです。ご家族が入院を求めるといった時代でした。そこで少し考えたのが、認知症の間接的なチェックと直接的なチェックです。これはまた後でお話をいたします。

当初は重度認知症なので入院体制が必要、バックアップ体制として入院ということを考えました。でもこれではいけないと思い、啓発を始めました。というのも認知症は重度じゃないと認知症だと思っていなかったからです。先程もお話されたように、「恍惚の人」で表現される方が認知症だと思っているのを、もう少し認知症というのは中等度・軽度・MCIまであるということをみんなに知識を持ってもらうために啓発活動を始めました。

気づきをもう少し早くするということです。敦賀・若狭エリアでは、啓発の一つは認知症の知識ということなんです。もう一つはその人が認知症になるわ

けですから、その人が認知症になるということを理解するという意味で、心理教育的アプローチと呼んでいます。敦賀温泉病院の外来、そして若狭町の個別訪問でそれが始まりました。要するにアウトリーチの話です。若狭町では個別訪問、敦賀温泉病院ではお出かけ専門隊でアウトリーチとしてやるようになりました。要するに気づきの部分をもっともっと早くしようということ。また、外来のシステムですけども、初診でこられた方にはどうしているかと言いますと、一人の医者、一人の看護師さんで見るにはすごく時間がかかるので、当院の外来には15人くらいスタッフがいます。そこで私が診察する前に看護師、PSW、薬剤師などが手分けをして本人または家族にいろんな検査・情報を聞き取りながら、お膳立てをしてくれます。そして私の所にまわってくるのです。診察後には、その薬剤師から、また看護師から、介護保険の指導、説明をするわけです。そしてその情報をかかりつけ医に渡します。その時に使われるのが先ほどの間接的なシートといったAOS（アオス）です。これがかなり役立っております。この資料にあまり載ってないかもしれませんが、これがAOSのシートです。カルテにつけられるようA4サイズにしてあります。AとBの項目に分かれています。Aが日常生活動作、Bの項目として47項目、生活状況がわかるように作られています。頭を強く打ったことというような危険因子。境界因子というのは「あれ」とか「それ」とかをよく使うとか、中核症状は場所とか時間がわからないなどです。BPSDというのは徘徊とか妄想です。MMSEや長谷川式は直接本人がする認知機能の検査です。例えば、今日は何月何日ですかっていうのがわかるわけです。AOSというのは間接的に家族、主にキーパーソンに聞きます。ここでは認知機能検査はどうするかというと、お父さんは、おじいちゃんは何月かというのをわかっていますか？というような間接的な検査です。もう1つプラスαとして生活機能障害、要するに、「家の中ではどんなに困っていますか」ということです。例えば鬱とか徘徊するとか、それはMMSE

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップシヨット

や長谷川式ではわかりません。そういう生活全般をわかるようにAOSというのが作られました。それともう1つ、生活習慣病のチェック、ADLのチェックもできるようになっています。また、重度別に分かります。20点以上だと認知症が疑われるレベルになり、40点以上だと一人暮らしが困難なレベルになります。60以上になるとケアする人にストレスがかかるレベルになります。具体的にとってみますと、キーパーソン（長男のお嫁さん）にまずすればいいんですけども、その点数は直接的な検査、MMSEや長谷川式などにほぼ相関します。例えば、認知症のおじいちゃんを見るにあたって、家族それぞれがいろんな角度で見ているわけです。家族のみんなが平等に認知症を評価しているわけではありません。例えば、本人にとれば、頑固ですかって言うと「俺は頑固じゃない」とか、本人にチェックしてもらおうとすごく点数が低くなります。奥さんが少しえこひいきして見て18点、長男がこの点数をとると、妻と嫁の間くらいの点数になります。これがその結果です。すべてiPadでやっています。その結果をかかりつけ医用（ドクターシート）、家族用（家族シート）としてわかりやすいように作り、それをお返ししています。このAOSをやることの利点は、短時間（5分くらい）でできます。問診のカバーができます。早期発見にもつながります。それから症状が家族とともに確認し合えます。症状の整理整頓ができて、それから数字で評価が出ますので、継続的なフォローができます。それから今後の症状の予測にもつながります。それと認知症疾患の心理教育的アプローチができます。要するに家族と医療と介護の共通ツールにもなっています。心理教育というのはどういうことかという、例えば家族がわかっていないことを、少し分かるようにしましょうという手続きです。例えば軽度の記憶障害でしたら、例えばこれは年のせいだから、という受診が遅れます。妄想は、これは嘘ばかりつかれてたまらんとか、性格の変化ですとか、これは昔からだとかね、妄想なのですが、いじめられるって捉えられたら悪くなります。お出かけ

専門隊は敦賀温泉病院でやっています。若狭町では地域包括支援センターがやっています。このエリアの人がかなりいろんなことわかっていると思っていたので、全国の調査と敦賀・若狭町のエリアで比較してみました。1つは「認知症のこと知っていますか」と言う「よく知っている」というのが多いわけですね。全国レベルに比べて多いわけです。これは認知症の進行が遅い。つまり受診がかなり早い段階で行っておりますので、進行が遅い。それから「早く対応治療すれば進行を遅らせることができる」というのも全国レベルより多いです。それからこれは「経済的な負担がかかるとか家族に負担がかかる」とか「仕事に影響が出る」、「プライベートに犠牲を払わなければいけない」、「生活のペースが崩れる」、それから「認知症だということを周囲の人に知られないよう配慮しなければいけない」というのは0です。全国レベルよりもかなり認知症ということを知っているということがわかりました。これは1年以内に受診するパーセントですけども、これも全国レベルでは1年間になんと81%が受診。ともかく早く受診しているというのがわかりました。これは「単なる物忘れで病気だと思っていなかった」とか、「認知症という診断を先延ばしにしたかった」、「何科に相談していいかわからない」、「病院に行っても治らない病気だから」、「認知症ということを知りに知られたくない」ということもこの0を含めてかなり全国と違うことがわかりました。介護の満足度ですけども、これもかなり高かったです。それから「情報が的確にわかる」というのも、これも全国レベルからいうとかなり高い数字でした。CDR分類で言うと、1年間の初診の方を見ると、実は60%の方が軽度の段階で初診で受診するというのがわかりました。特に若狭町は、なんと75%の方が軽度の人で初診でやって来られます。なお且つ他の地域と違ってのは、重度の方がかなり少ないということです（8%）。若狭町と隣町がだいたい年間の初診率が同じなので比べてみたんですけども、実はかなり違いがありました。初診の比率は

10/17  
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18  
(金)

分科会まとめ

パネル  
ディスカッション開催市からの  
メッセージ

特別講演

開会式

会場スナップ  
ショット

同じですけども、入院がすごく若狭町は少ないということがわかりました。これは嶺南全体でとったものです。倍くらいの数字で、65歳以上人口1000人当たりでみると、2倍～5倍くらいです。医療費もこれだけ変わるってことです。こうやってかなり気付きを早くすると、重度で入院することが、早期受診のために入院しなくて済むという結果が出てます。なぜ入院しなくて済むのかというと、これはご家族に聞いたんですけども、家族側の順応と言っていました。初期の頃に認知症というものを捉えたら、順応していって少し悪くなくても順応できると言っていました。要するに家族関係が破たんする前に介入すること。早期対応が大事だということです。早期に発見できれば、症状の予測や早期介入が可能です。認知症の症状を知ることで対応が可能になります。認知症の症状に対する心理教育が大事で、抗認知症薬の効果もあると思いますけども、心理教育がもっと大事だということがわかりました。そしてバックアップ体制が少しあればかなり在宅で暮せるということがわかりました。例えば医療費の話なんですけども、こういうことを話していいのかわからないのですが、ちょうどよく似た町で、20人くらいの差がありました。すると12ヶ月でするとかなりの医療費の差になります(1人に40万円)。これは本当に医療費の削減に繋がっているのかなと思います。ちなみに若狭町のサポーターの数は人口の46%、実に町の半分の人がオレンジリングを持っているということになります。ちょうど10分になりましたので終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

**宮島:** どうもありがとうございました。若狭町はこういう体制ができあがっていて、玉井院長は魔法のようなことですが、玉井院長の目下の一番の悩みは、認知症ケア体制が成功しすぎて、玉井先生の精神科病院の入院患者がいなくて経営的にはすごく悪くなっていると。こういうようなことをお聞きしております。

次に柴田崇徳教授ですが、肩書きいっぱい持っておられますが、今日は教授と呼ばさせていただきます

す。柴田教授はこの南砺市のご出身ということで、セラピーロボットパロの研究者でございます。よろしくお願いいたします。



**柴田:** ありがとうございます。みなさんこんにちは。タイトルは神経学的セラピー用ロボット・パロと認知症ケアということでお話をさせていただきます。お手元の資料は文章で書いてありますので、パワーポイント、スクリーンをご覧くださいありがとうございますかなと思います。

最初にパロのことを、すでに触れ合っていたりとかご存知の方もいらっしゃるかもしれませんが、どういふものか、そして認知症のケアにおいてですね、様々なレベルでの使い方があるんですけども、まずそういったお話をさせていただきます。次にパロのセラピー効果っていうのはこれまでどういう評価をされているのか、ということを紹介いたします。今回主たるテーマになっております、地域包括医療ケアとの組み合わせということで、在宅介護においてパロを活用することで介護の負担、家族の介護の負担を軽減化して、できるだけ在宅期間を長期化するというコンセプトについての使い方といいますが、それについての話をさせていただきます。

ロボットというと今回のテーマと大きく離れているように感じられると思うのですが、ロボットとパロの関係についてお話しします。通常ロボットといいますが工場でするものが主たるものなんですけども、最近は日常生活の中で使うサービスロボットというのが研究開発されています。今回の展示でも介護ロボットがたくさん展示されています。そういった中で

物理的に体を動かすことを支援するようなサービスと、人の心に働きかける心理的なサービスがあります。パロの場合にはこの心理的なサービスが目的になっています。このように写真があります。パロの研究開発は93年からやってきているので20年くらいやっているんですが、アニマル・セラピーというものを参考にして開発をしてきました。その中には3つの利点というのがあります。1つは人の心に働きかける心理的利点、これは鬱を改善する、元気づける、動機付ける、というのがあります。2つめは生理的な利点、ストレスの軽減、血圧の安定化などがあります。3つめが社会的な利点。人と人との会話のきっかけになったり話題になる、というコミュニケーションを増やすという効果があります。動物は非常にいいんですけども、問題としてはアレルギーの方、噛みつきひっかきの事故の問題、病気がうつる問題。あとアパートマンションで飼えないとか、あるいは一人暮らしだと世話が大変とか、やはり高齢になるとなかなか世話が難しいというのがあります。また犬とか猫を飼うと、実はトータルのコストでみると非常に高価で、犬は平均12年生きるんですけども、フルにサポートすると、だいたい子犬で350万円、大型犬で500万円と言われています。そういう意味で、動物は飼えない人、あるいは飼えない場所で動物のように使えるロボットがあればいい、というふうに考えて開発を行ってきています。現在のパロは、今年になって新型を発表しまして第9世代というふうにしておりますが、大きさは55cmありまして、体重は25kgと少し軽くしております。様々なセンサーと呼ばれる感覚がありまして、マイクで音の認識、言葉の認識をしたり名前を学習したりします。簡単な視覚として光を感じます。あと全身に触覚センサーがあつて、なでたり叩いたりというのがわかります。またひげもセンサーになっています。内部には姿勢のセンサーや温度のセンサーがあつて、あたたかみのあるロボットになっております。静かに動くということで機械を感じさせないようにしています。人工知能というのが入っておりまして、名前の学習のほかに性格が飼

い主の好みのように徐々に変わっていく、変えていくそういう学習があります。あとはこれまでのパロは1時間半ほど動いていたのですが、新しいパロは、フルに激しく動いてて3時間くらい、通常の活動で動いているときは5時間～8時間くらい動きますので、1回充電するとだいたい1日使えるというものになっています。見た目はぬいぐるみなんですが、中には高度な機械が入っている。アメリカでは医療機器になっているんですが、安全性とか信頼性というものを非常に重視して作っています。例えば病院の隔離病棟でも使えるようなレベルで、例えば制菌加工という種類の毛皮を使ったりしています。また高齢者でペースメーカーの方などもいらっしゃいますので、電磁シールドをするなど様々な工夫をしています。あとはおしゃぶり型の充電器で口に加えさせることで充電できますので、本当に子どもからお年寄りまでどなたでも簡単に使えるというふうにしております。あとは10年くらい使っていただける設計にはしています。ちなみにこの南砺市で手作りですべて作っていただいております。みなさんこの地域の方もいらっしゃると思うんですが、高度な製造技術を使いつつ、地元の伝統文化・工芸というものを取り入れて手作りで作っています。そういう意味で、アートの観点では、パリのフランスのルーブル美術館とかニューヨークの近代美術館などに展示していただいたりもしたことがあります。

本題の認知症の高齢者に対するセラピーということでお話をしていきます。認知症の場合は中核症状と周辺症状がありますけども、主にはこの周辺症状の部分でパロの効果というのは見られます。まずコミュニケーションの向上、それから社会性の向上、あと問題行動の抑制・減少というのがあります。それから徘徊、あるいは施設内での帰宅願望とか、そういったものの抑制・減少というのがあります。重度の認知症の方で、これはイタリアですけれどもアルツハイマーの方のケースをご紹介します。

普段このように不安がって叫んでいらして、あと右手を見ていただくと手が震えているのがわかると

思います。この方にセラピストの方がパロをお渡しすると、すっと叫ぶのがおさまります。それからパロに話しかけ始めます。また右手がピタっと止まっているのがわかると思います。パロに何もしてあげられなくてごめんね、と言いながら徐々にセラピストの人と会話を始めて、自分の内面を表現し始めています。セラピストの方も会話を通して、その人の状態を知ることができます。話が理解されると本人も落ち着いて、すっと叫ぶことも当然なくなりますし、笑顔になってきます。このビデオは高齢者の方が初めてパロと触れ合ったわけではなくて、食事の前とかお風呂の前とか、落ち着かせる必要があるときにパロを持って行って使うということで利用していただいています。パロを導入する前は薬を使って、抗精神病薬を使いながら、抑制してくということをやっていたんですが、パロを使ってからはそれを使わなくてよくなったということで喜ばれています。しっかりとしたおじいちゃんのように見えると思います。次はちょっと徘徊する女性なんですが、パロをお渡しするとテーブルの所でパロと触れ合いながらにっこりしながら、そこに座ってパロと向き合って時間を過ごすという映像になっています。今左手の方におじいちゃんがパロを抱っこしていますけども、さっきのおじいちゃんとまた別なんですが。映像はわかりにくいですが、おばあちゃんもいい顔しています。これは今のイタリアの映像ですけども日本でも同じような状況がたくさんあります。基本的には認知症の方にどう役立つかということに関しては、パロに興味がある方とか好きな方ほど、効果が出ると。パロを嫌いとか怖い方とかいう方は、やっぱり受け付けないもんですから効果が出ないということになります。そういう意味で動物を飼っていた経験がある方とか、動物が好きな方ほど、より受け入れもよくて効果が高いと。あと子育ての経験がある女性とか、そういった受け入れられやすい方っていうのはいらっしゃいます。パロと触れあい良い状態を保つことで、BPSDを予防していくと、あるいは発症したとしても最小限にとどめる、ということがあります。背景として

はパーソンセンタードケアという理論はヨーロッパ、イギリスから提唱されて今世界的に普及していますが、こういう一人一人の個人の履歴とか経験とか、そういったものを大切にしながらパロを組み合わせることで、その人の過去の経験とか記憶を呼び起こしていくような使い方をすることになります。これは特養ですけども、帰宅願望のある女性が夕方いつもエレベーターの前に行かれるんですけども、昔犬を飼っていたらということ、犬の名前を付けてかわいがってくださいということでお世話をお願いすると、パロをお世話することで、ずっと座って、帰宅願望や徘徊が抑制されたという例があったりします。またグループホームですけども、BPSDで非常に問題行動があったんですけども、パロと触れ合うことでずっと落ち着いて笑顔になって一緒に寝たりということ、一日のリズムを作られたという例もありました。そのほかのアメリカでは、薬物、その抗精神病薬の低減量というのが評価されたりしています。先程もちょっと言いましたけども、アメリカでは医療機器に承認されています。その他、ランダムイズド・コントロールド・トライアルという非常に厳密な評価市場で、海外ではいろいろとパロの効果を検証されて認められつつあります。ちなみにこの方はWHOのICD-11の認知症にかかわる評価、基準を作る、そういうことをされてる方にパロの評価をしていただいています。これはニュージーランドですね。ちょっととばします。すいません。こういうランセットという医学系のジャーナルなどでもパロのことがいろいろと取り上げられるようになってきています。この南砺市ではですね、地域包括医療ケアというのがパロとまったく関係なく、皆さんよくご存じのように非常にうまく成功しているモデル地域だというふうにも最近ここ1、2年前に知りまして、じゃあパロとうまく組み合わせられないだろうか、ということで南砺市民病院さんと一緒にスタートしています。パロを回復期リハビリから使いながら、パロが適する人、しない人を見つけていくということがあります。もう一つは物忘れ外来で認知症かどうかを診断しな

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

南砺市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップショット

がら、その方にパロが合うか合わないかとスクリーニングすると。あと小規模多機能型居宅介護などで朝昼夜使ってみていただきながら反応を見て、在宅に復帰していく中でパロを使ってみてもらうという形でやり始めています。在宅介護では、本人の状態がより良い状態を保てれば介護の負担が軽減化できますので、介護期間が長期化できるだろうということで、現在テクノエイド協会さんの予算もいただきながら、これは南砺市さんが申請して南砺市さんがもらってらっしゃるんですけども、今実証実験を始めています。先程言った回復期リハビリからの在宅においては、病院の中でまずスクリーニングをしていくと。これは南砺市民病院で実際に使っていたというシーンなんですけども、喜んでいただく方に在宅復帰とともにご家族に説明をして、お家にも持って行っていただく、ということをやっています。物忘れ外来に関しては、今のところまだ軽度の方が中心で対象になる方がいらっしゃってないということもあって被験者としてはまだいらっしゃらないんですが、今後小規模多機能型居宅介護などでの利用についても、同じような仕組みで評価していこうということを進めています。1つの事例として簡単にご紹介させていただきますと、7月に退院されて8月上旬から自宅に戻られた方なんですけども、回復期で非常にパロがよかったということで、在宅復帰した際にパロをお持ちいただいて、当初は不眠・頻尿ということで、昼夜逆転の状態だったんですけども、パロと寝ていただくこととずっと寝られて、それで夜しっかり寝られるので昼間起きていられて、それでリズムができた、ということで喜ばれました。また、パロと触れ合っただけで笑顔が増えて気分が向上する。デイサービスに昼間パロと一緒に持って行って、それで過ごしていただく。そうすると他の方との交流も増えてより良いということがありました。あと自発性といえますか動機付けという観点ではですね、パロのためにリボンを編んでいただくということで、一生懸命編んでいただいて、それで楽しんでいただくということも喜んでやっていたいてました。あとは家族の方が、パロ

と触れ合ってる時にベタツとついているわけではなくて、襖越しに音や鳴き声が聞こえると安否確認と言いますか安心して「あ、今触れ合っているんだな」というのが分かるというような形で介護負担も軽減化できたということがあります。3ヶ月後に実はパロをご返却いただいたんですが、ご本人涙流してですね、悲しまれてちょっと残酷な実験になってしまったというのが反省しているところになります。ご家族の方は購入したいなと言いつつちょっと高価だということ、月3~4千円ならレンタルしたいなというふうなお話もいただきました。

ちなみにいろんな指標は評価しているんですが、MMSEを見ますと、10から13に若干改善傾向があるということがあります。そういう意味でパロのメリットとしましては、高齢者に対しては心理的なメリット、あるいは生理的なメリットがあるのと、BPSDの低減・緩和を通して、薬物使用の低減化ということが期待できる。あと介護者のメリットとしては、コミュニケーション力が向上して高齢者をより理解できると、介護の負担も軽減化できて介護の質も向上するということが言えます。介護のゆとりができるという部分では様々なリスクの軽減化にもつながると考えられます。在宅介護であれば在宅期間の長期化ということが可能ですし、これが施設であれば、逆に施設の介護者の方もやはり軽減化できますので、離職率の低減化とかのメリットもあるとかがえます。あとこの在宅介護の関係で言いますと、実は海外では、ドイツのニーダー・ザクセン州がパロを今保険適用しておりまして、在宅の認知症の高齢者の方にパロと訪問してそのセラピーをすると、それは保険の適用ということになっています。あとデンマークのコペンハーゲン市が、在宅の認知症の方の家に一体ずつパロを置いて、それでヘルパーさんとかセラピストが訪問したときにパロを取り出して使うという形でやっていたいております。ちょっと長くなりましたけども、以上で終わります。

**宮島**：はい、どうもありがとうございました。この手の新しい技術というのは、日本の施設はなかなか食

いつが悪くて、臨床実験ということで症例がいっぱい集まってこない。負けちゃうんですよ。ほかの国に先にとられちゃいますから。今日来てる施設の方とか自治体の方、ぜひ1体お買い求めいただいて、柴田さんの方に報告していただければというふうに思います。

次は、世田谷区の桜新町アーバンクリニックというところで早期対応ケアをなさっている遠矢純一郎院長です。桜新町というところは都会です。田園都市線の「桜新町駅」で、桜踊りっていう東京音頭があるところですけど、そこで認知症の早期ケア対応を今現に進めているということのご報告をいただきます。よろしくお祈いします。



**遠矢:**ありがとうございます。桜新町アーバンクリニックの遠矢と申します。今ご紹介いただきましたように、私どもの所は東京の世田谷区というところにあります。東京の住宅地です。約90万人の人口があります。みなさんに馴染み深いとすれば、サザエさんの舞台になった街で、長谷川町子さんが住んでいらっしゃるお宅がある所です。私どもはそこで在宅医療をやっております。その在宅医療の延長として認知症ケアというのは欠かせない要素なわけですけども、その中で今回のこのオレンジプランに基づく初期集中支援という取り組みをさせていただく機会がありましたのでご報告したいと思います。

ちょっとお手持ちの資料とは若干異なっておりますけどもお許しください。その前に去年認知症に関して、認知症の厚労省の研究事業で、認知症の国家戦略を国際比較するという取り組み・事業に参加させていただきました。その一環でヨーロッパの国々を視察させていただく機会がありました。まわったのはオランダ、フランス、イギリスの3か国です。表にありますようにいずれの国も日本ほどとはいきませんが、徐々に高齢化が進んでいて、認知症の方の数もじわじわと増えてきている。そんな中でこれからこういった方々を見ていくにはどうしたらいいだろう。認知症の方の介護とか生活にはかなり費用もかかるということも言われています。イギリスの試算ではひと月に60万くらいかかるだろうと言われております。お一人当たり。そういったことも含めてこれから国としてどう取り組んでいけばいいのか、これはそれぞれの国が大統領、首相、直下の命令で始まっているプランです。遅ればせながら日本もようやく今年からオレンジプランという国家プランが始まったところでありまして。一つ一つご紹介したいところですが、今日は10分の時間しかないので、まとめますと、それぞれの国に共通している部分がありました。ちょっとご紹介しますと、いずれの国も認知症の方や介護者のQOLを維持しながら、できるだけ住み慣れた家・地域で暮らしていくのが認知症にとっては大変いいことであるということになったということ。それをやるためにも適切なタイミングで医療やケアを始められるように体制作りを整えていくということ。先程のお話にもありましたように、抗精神病薬、これは認知症の方がせん妄や徘徊、夜間の不眠なんかに対しておとなしくさせるお薬と言えるでしょうけども、こういったものの使用をなるべく減らしていこう、こういった薬を高齢者に使うこと自体非常に危険なことでもありますので、なるべく使用を減らしてケアで対応していこう、という取り組みが非常に熱心になされていました。すでにどの国も医療費、介護費はパンク状態です。いかに低コストでかつ質の高いケアができるかということを考えておられまし

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

ディスカッション

パネル

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップ

た。それを実現する一つの方法として多職種チーム、具体的に言いますと、看護師さんとかソーシャルワーカーさんとか、認知症の場合ですと心理士さんとか作業療法士さんとか、そういった方々がチームを組んでケアとケアを提供していく。それを地域で展開していくというやり方がなされていました。それを受け入れる地域・社会にも認知症に対する理解を広めていこう。こういった取り組みがそれぞれの国に共通した認知症の戦略として掲げてありました。我が国の施策ですが、先程の宮島先生のスライドにも出てきましたが、これからはできる限り住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けることができる社会の実現を目指していこうとあってあります。先ほどの欧州の先進的な取り組みとも合致する非常に素晴らしい理念だと感じました。この理念に基づいて5か年計画で進められていくのがオレンジプランになります。その中でも注目されていますのが、この認知症の初期集中支援チームの設置です。今年モデル的に14の地域、日本中の14の地域で試されています。来年が20地域くらいに広がるのでしょうか。3年後から本格的に広がっていくということで今試行錯誤が始まっています。私どものところはその14か所の1つで、去年そのモデル地域の研究事業として半年間させていただく機会がありました。この初期集中の流れとかケアというのは、認知症というのはどうしても本人もなかなか病院に行きたがらないし、家族も無理やり引っ張っていくわけにもいかないし、手をこまねいているところにだんだん病気が進行していった、やがて危機的状況と言いますか、本当に介護に抵抗したり徘徊したり夜寝なかったり、本当に家族がもう疲弊しきったところでなんとか病院に連れてくる、そうするととても家族の手には負えないということで、結果的に精神科に入院になったり、施設へ入所ということになったり。そういった大きな環境変化は当然認知症にとってはよくないことですので、その結果さらに悪化していくという、悪い循環、流れになっていたわけです。それに対してこれからはもっと認知症の早い段階でかかわって、早く

診断して、早くケアとか医療に繋げていく。その結果としてなるべく自宅で穏やかな充実した生活を過ごしていくことで予後の改善にも繋がる。ちょっと変わった言い方をすれば、このことはひいては認知症にかかる費用も抑えられるということに繋がるでしょう。実際、認知症の初期集中支援、どんなことをしているかというご紹介ですが、うちでは訪問看護ステーションを中心にした取り組みをしています。今後は地域包括支援センターにそのチームが設置される予定だと聞いております。この集中チームは先ほど言いましたように、看護師、作業療法士、精神科のソーシャルワーカーなどで構成されるチームです。これが地域の方々からの要請、あるいは地域包括に寄せられた依頼、「うちのおばあちゃんがどうも認知症になっているような気がする」と、あるいは「こんな行動で困っている」という要請があると、このチームがご自宅に訪問をします。ご自宅で色々な事を聞き取ってきます。そのためには認知症に対しての深い知識が必要なんです、そういったトレーニングを受けた看護師や作業療法士が行って、実際どんな状況であるのかといったことを聞き取ってきます。その聞き取った内容を元に、下の段にあります「チームメンバー会議」というのをやります。ここには医者も登場します。精神科医とか認知症の専門医なども含めた会議を行って、ここでこの方はどういうタイプの認知症なんだろう、どういったことで困っているんだろう、この症状は認知症のどういう所から来ているんだろう、ということのアセスメントします。その結果、どういったプランが必要なのかということを検討していきます。

初期集中ということの意味は、最初の半年間、このチームが関わります。月に1回ぐらい、だいたい1時間ぐらい関わって、その方の支援をしていきます。その結果6か月後、その方のアクションプランといわれるプランが出来上がったら、それを地域のケアマネージャーさんに引き継いで、その後は地域の方々のケアに繋いでいくという形になります。

主にはその認知症の方本人への治療とか支援、そ

してご家族への教育的な心理教育などの支援。そしてもう一つ大事な事として、まだ本人がわかるうちに、本人が自分の言葉で語れるうちに、それが初期ということなのですが、意思決定支援。今後この病気が進行していったら「あなたはどんなふうに行きたいですか」、「どこで過ごしたいですか」、例えばものが食べられなくなった時に、今言われる胃ろうとか、そういった「延命処置を希望しますか」といった意思決定支援もこの仕事のうちに入ります。環境整備、人的な整備、そして今後の予測と理解、これからこうなっていくよってということをお話した上で、あと意思決定支援をして、その方の生活を支援していくということです。去年半年間で6例経験することが出来ました。少し具体的にご紹介したいと思います。

この方はNHKのハートネットTVでも取り上げていただきました。この方は86歳の男性で、お一人暮らしです。2年前に発症して、1年前にレビー小体型認知症と言われました。これはパーキンソン症状を伴うような認知症の種類であります。

初期支援チームはこの方が歩行への不安を感じていらっしやっただので、手摺を付けたり室内でも室内履きを履きましようというご指導をしました。

蛇口を開いたのを忘れていて水が出しっぱなしになっていたり、コンロの火を付けっぱなしにしていたりしていたそうです。そこで自動で止まる蛇口にリフォームしたり、あるいはコンロを使う時にはタイマーをセットするよう指導したり。パーキンソン症状については専門医に治療を受けて、きちんとパーキンソンのお薬を始めるようにしました。まだわかっていらっしやる方だったので、こういったことをきちんと対応していただきました。お薬も始まったことで歩行も安定してきて、この方は実は先月、息子さんが住んでおられるフランスに海外旅行してこられました。向こうからお手紙も頂いたぐらいでした。

初期集中支援チームに「もうパートナーとしての存在だな。生きていくためのパートナーだな」。こんなお言葉をいただいたりもしました。

時間が無いんですがもう一例。79歳の女性の方で、この方も一人暮らしです。1年前にアルツハイマー型認知症と診断されて、お薬が始まりました。アリセプトというお薬でした。しかしこの方には少し合わなかったようで、かえって混乱とかせん妄なんかが始まって、夜眠れなくなったりしたことで、家族が心配してそのお薬を勝手に止めてしまいました。以後は病院にもかからなくなっていたそうです。またこの方は慢性の腎不全という病気を持っていらっしやっただ、このことでは近くの内科にかかっていたんですが、認知症の悪化でその通院も出来なくなってしまって、腎不全のほうも悪化していたんです。私どもに紹介いただいた時には、かなりせん妄状態がひどくなっているという状態でした。初期支援チームが関わってアセスメントしてみると、どうも腎不全自体も相当に悪くなっているということがわかりました。こういう内科的な病気の悪化で認知症状の悪化をきたすことがあるので、まずは内科的にしっかり治療しましょうということで在宅医療を導入しました。しっかり腎不全の治療を再開したところ、良くなりました。結果せん妄状態も良くなってきました。更にお一人暮らしでわからなくて期限切れの食品を食べたりして、食中毒を起こしていましたので、配食サービスやヘルパーを導入したりして、この方もその結果、今もお一人で過ごされています。

そんなこんなで色々な経験をすることが出来ました。中には認知症ではなくて鬱病だったというケースもあったり、初期ではないケースも含まれていたりということもありました。

最後になりますが、この初期集中支援、まだまだ課題を沢山抱えています。対象者をどうやって抽出していくのか、初期と言われてもどういう方が対象なのかということがわからない、どうやって見つけるのかということも良くわかりません。あとこの専門チーム、認知症に詳しい看護師というのがまだまだ人材的に足りません。今後日本中に展開していくためにはそういった人材の育成も必要でしょうし、また半年後、地域にお戻りした時に、地域の方々にもそ

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナックシヨット

ういった知識が無ければケアを継続することが難しいと思います。そんなところでしょうかね。私からは以上です。どうもご清聴ありがとうございました。

宮島：どうもありがとうございました。実は私の友人の親で、遠矢先生の地域で困っている人がいるので、またよろしくをお願いします。

それでは最後に、三浦認知症施策総合調整官、厚生労働省のほうからおいでいただいておりますので、三浦さんには今度のオレンジプランの取り組みの内容などについて、今までのご意見も踏まえて、解説いただければというふうに思います。よろしく申し上げます。



**三浦**：厚生労働省の三浦でございます。

レジュメにある私の経歴がざっくりしていますので、多少補完します。介護保険が2000年4月に動きましたが、その前3年余り介護保険の施行準備をやっておりまして、施行の日である4月1日に広島県庁に行くことになりまして、広島県で今度は施行を担当するということになりました。そこで3年余りいたわけですが、厚生労働省に戻って、今度は老人保健課で、介護保険の担当になりました。2006年に医療保険、介護保険、診療報酬、介護報酬の同時改定が初めて行われましたが、その時の担当課長ということになりました。今日はオレンジプラン全体について、また地域包括ケアなどについてもご説明申し上げたいと思います。

認知症高齢者の状況ということでございますけれども、大体平成22年の段階で440万人程度が認知症の病気を持っておられる方です。65歳以上の人口全

体から見るとおよそ15%というような数字ですが、これは65歳以上で見ただけでありまして、75歳以上で見るともっと有病率が高くなります。高齢化が進む中で長寿化というものもありますから、自身の親御さん、配偶者の親御さんも含めて1人も認知症の症状を持たなかったというような経験はほとんど無いのではないかと推察します。私も4人の両親がいますが、その内の3人は認知症ないしはそれに近い状態ということでございました。そういう意味で私自身の経験でも、認知症の問題というのは単に高齢者だけの問題ではなくて、まさに家族や社会全体で何とかしなければいけない状況であることは良く認識しています。それと同時に、様々な周辺症状が出てきますが、いずれも高齢者本人から言うと非常に合理的な行動でありまして、例えば徘徊だとか言っても、それは家を探しているとか、知ってる人を探しているとか、決して無意味に歩いているわけではないということになります。それはしかし、社会や他人から見れば、単に認知症の症状だと理解されるということから考えますと、実は一番困っているのは高齢者自身ではないかと思えます。そういう意味では認知症の問題は本人への支援を通じていかに介護をしている方々の負担を下げていくかということにも繋がっていくのではないかと思えます。

そういう中で地域包括ケアというテーマがあります。今日も基調講演の宮本先生のお話しがございましたが、地域包括ケアの概念の重要性ということが示されましたが、一方で地域包括ケアは実は高齢者だけの問題ではなくて、その高齢者を介護する人に光をあててみると介護する人の雇用の問題や子育ての問題だとか、実は裾野は極めて広いと考えられます。先程柴田先生のご発言で、パーソンセンタードケア、つまり本人を中心としたケアが重要だという指摘がありましたが、まさに地域包括ケアというのは、ご本人を中心としたケアとして位置づけられなければ、効果が十分期待できないこともあるのではないかと思えます。つまり、地域包括ケアは決して認知症や高齢者の問題に対応するためのケアと位置

づけるのではなく、そのケアの対象者のあらゆる問題を解決するための方法であると認識されるべきです。認知症高齢者への直接的な対応という部分最適化で終わって、介護する側を含めた社会全体の最適化が進まないということになる恐れがあります。私自身の経験から言っても、例えばこういうことがございました。大阪大学の総長をされていて、臨床哲学の専門家であります鷺田先生という方とお話しをする機会がございました。ご本人のご経験に基づいて、チーム医療についてのお話しをされました。その時に言われたのは「病院には、感染症予防チーム、栄養改善チームなど、様々なチームがある。だけど、どのチームも顔も良く知らない人が来て、話をして帰っていく。誰も患者さんを中心とした話をしなかった」と。つまり、医療チームはあるけどチーム医療はなかったという指摘です。地域包括ケアという言葉は今から30何年前前から議論があった話でございまして、それをどうやって進めるかということになれば単に言葉をいじるということではなくて、何のためにこれをやるのか、ということに振り返って考えていく必要があるのではないかと思います。しかも、これはそれぞれの地域で考える必要があるということでもあります。医療の話で恐縮ですが、地域医療という言葉があります。それぞれの地域でどういうふうに病人の方に対応していくかということですが、救急医療をやっておられる専門家は「地域医療は地場産業」と言われました。その地域でしかない資源とか、その地域でしかないノウハウとか、その地域でしかないルールだとか、そういうものを積み重ねることによってその地域の問題を解決していく、ということではないかと思います。地域包括ケアも、ある意味で地場産業の究極の姿であると思います。つまり、厚生労働省が、あるいは、富山県が、という話でもなく、または南砺市がということだけでもなくて、その地域、つまり南砺市といっても非常に広うございますのでその地域地域の中でそれぞれ対応していくことが重要であると考えます。その積み重ねがなければどうにもならないこともあると思

ます。その時に誰が一番重要かと言えば、先程来申し上げているように高齢者が中心にならなければいけない。仮に75歳で認知症はあるけれども、他には何も問題がないという人は相当めずらしい方かもしれません。多くの方は例えば高血圧があるとか、心臓が悪いとか、リウマチがあるとか、様々な身体的な問題を併せて持っているのではないかと思います。そういうことから言うと、高齢者に既に接している医療や介護や福祉の専門家たちこそ一番早く認知症に気づくチャンスをにぎっていると考えられます。先ほど初期集中チームの重要性を玉井先生、あるいは、遠矢先生からご指摘があったように、この最初のチャンスを逃がさないことが、認知症ケアでは重要ではないかと思います。例えば医療という切り口からも、実は認知症の高齢者を把握できるチャンスはあります。チャンスを逃さないことが、その地域のケアの深みを増してくるのではないかと思います。今後の認知症施策の方向性としては、例えば初期集中支援チームの設置や、あるいは、地域ケア会議が挙げられます。これも単に会議を設けましたということではなくて、やはりこういうところで議論すべきは、具体的問題をひとつの教材としつつ、どうすればその高齢者を地域で支えていけるのかを議論していくということも重要なのではないかと思います。対応すべき課題というのは山積しているのですから。その山積している課題を一つ一つ解決していくことが、地域でもそして国でも必要になってきていると思います。

それから、認知症の地域支援推進員と呼ばれる方も今後地域包括支援センターへの配置が進められることになると思います。地域の専門家を育成していくことが重要になっています。

また、先程来ご指摘がありました初期集中支援チームでは必ずしも認知症の専門職でなくても認知症のお年寄りに接する人、一人一人が認知症の方の症状に気付いてさしあげたり、そのことを他のより良く知っている人たちに相談できることが本当のチームであると思います。重層的なネットワークが重

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップショット

要ではないかと思えます。認知症に的確に対応できる医療機関の整備も進める必要があります。認知症の方々や家族を支える仕組みというのは公的なサービスのみならず、様々なインフォーマルなサービスとしても重要です。このような取り組みの一例を認知症カフェという形でお示したところですが、このような形で認知症の人々を支えるという仕組みは重層的に且つ多職種で支えるということになる訳ですが、これはまさに認知症という病気を支えるのではなく、認知症の人を支える仕組みとっていいと思えます。そこに認知症対策の一番重要な観点があるのではないかと思えます。以上でございます。

**宮島**：どうもありがとうございました。それではこれから今日の演者の方々とディスカッションの時間にしたいと思います。やっぱり話題が集まっているのは認知症初期集中支援チームということです。認知症の人は大体300万人が要介護認定を受けているわけです。それから160万人ぐらいが要介護認定を受けていないけども、有病率の中には入ってくる。それから更に外側に400万人弱、380万人ぐらいのMCIといいますが、この人たちは認知症になるかもしれないし、ならないかもしれない。だけどなる前の境目だというような、認知症の数とはいうと、こういう3段階があるんです。要介護認定は要支援1、2に、それから要介護1、2、3、4、5とこうなっていくわけですが、この認知症初期集中支援ってというのは、いつ頃から入れればいいのか。それからさっきからチーム、チームと言っていますが、どういうチームが必須の構成要因なのか。あるいは、いつまでやるのか、この集中支援をですね。その辺について具体的に携わっておられるまず玉井院長と遠矢院長のほうから、遠矢院長は特に自分のレジュメでも「その辺が良くわからないんだよ」って言うておられますから、お考えを最初にお聞かせ願えればと思います。よろしくお願ひします。

**玉井**：玉井です。いつ入るかということですが、軽度と中等度と重度とあると、いつ入っても初期支援ですよ。一般的には日本中で一番困っているの

は重度の支援だと思えますので、始めるとしたらそこから始まるのだと思えます。でもそれだけに留まっているとすると、おそらく初期、中等度で来られなくて、重度だけで終わってしまうと思えます。最初の頃は重度で来られた方は看るということですが、次は気付きのレベルを上げ、なるべく重度の段階を中等度、軽度にかけていきたいというのが理想だと思います。

入り方としたら、例えば包括支援センターに色々な問題が持ちかけられ支援が始まります。若狭町では個別訪問をしています。究極の個別認知症健康診断みたいなものです。本当は健康診断という集団で来られるわけですが、そうでなくて認知症の場合は個別訪問してそこで認知症の検診をしています。軽度あるいは正常から上がってくるものと重度から入る2つのベクトルが必要かと思えます。ただ心理教育というのが先ほどから何度も出ていますけども、やはり重度の方の時は、家族への心理教



玉井 顯

医療法人敦賀温泉病院理事長・院長

育というのがもちろん必要ですけども、軽度の人や、MCIの方は、在宅へ行かなくてもほとんど敦賀・若狭地域では外来に来られます。今はMCIで外来を訪れる方も本当に多くなっています。私達はアウトリーチをせずに、外来のほうで心理教育を十分にやるようにしています。かかりつけ医から紹介があった場合は、最初は2、3回の診療でやっていました。ところが、そうしますとかかりつけ医が、その方にBPSDが生じても理解せず、そのまま薬が出されたということが多かったので、最低6ヶ月は必要だと思っています。その後も6ヶ月毎に来ていただき、若狭町の地域包括支援センターに繋ぎながらその後のフォローもじっくりしています。基本的には少なくとも6ヶ月は必要で、その後もバックアップなり、チェックが必要だと思っています。

**遠矢：**はい、ありがとうございます。私この話を聞いた時に、例えば「どうも物覚えが悪いわ」とか、認知症に不安があった時に病院の物忘れ外来なり、認知症外来なりにおかかりになる。結果色々な検査を受けて、例えばアルツハイマー病の初期ですねとか、そういった診断が下る。では、このお薬を飲みましょう。少し進行を緩くしますよということでお薬が出される。じゃあまた1ヶ月後においでくださいということになる。結局病院では治療という観点でアプローチされるわけですけども、これではお薬を出された本人・家族は、どうやってこの認知症と向き合いながら生活をしていけばいいのかわからない、という不安の中にあっと思うんですよね。そこを支えるのがまさにこの認知症ケア・認知症支援チームということだと思います。玉井先生がおっしゃったように、初期というのはその方にとってふさわしいというか、必要とされたタイミングなのかなと私は思っています。認知症にも色々なパターンと言いますが、程度がありますし、非常に穏やかな形になっていく認知症もあります。その方が支援を必要とするタイミングで関わっていけるようなタイミングであればいいかなと思うんですが、果たしてそれをどういところでキャッチするのか。それはもっともっと地域の方

に「こういうサービスがあるよ」ということを認知していただくとか、あるいは、地域包括だと民生委員なんかの方々と繋がっていたりします。その辺からの情報をいただくとか、そういう周知徹底がもっともっと必要になっていくんだろうなと思います。

どうしても認知症には波があって、初期集中支援でたとえ初期の段階で何とかケアの組み立てをして穏やかに過ごしていたとしても、やがてまた何らかのことでせん妄状態が起こったり、徘徊が始まったりということが当然あると思います。そういう時に、イギリスとかオランダではそうだったんですが、認知症の専門家が地域にいて、そのタイミングでわっと往診をして、必要なお薬を出したり必要な支援をしたりというようなことが出来るような、初期とは違うより重度になった時に、危険な状態になった時にわっと関わっていける、もうちょっと医療度合の高いチームがありました。そういったものが地域にあれば、そういうのがどんどんどんどん進行していく、あるいは、手が付けられない状態になっていくのを食い止めるというか、早い段階でケアできるのではないかなと思います。この半年間初期集中支援に関わってきて、やはり初期集中チームには結構な認知症への専門的な理解と知識が必要だと思っています。ただただ高齢者のケアの組み立てをする、今のケアマネージャーさんみたいな役割よりはもっと認知症に特化した形の知識、専門家である必要があるなと思います。例えば私どものケースで、お部屋で排尿してしまう、排泄してしまうそこかしこで、というケースがありました。その方、ご家族は当然非常に困っていらっしかったです。そこで、支援チームが行って色々なアセスメントをする中で、あるテストをしたんです。五角形を書くというテストがあるんですが、そのテストをした時に、そのテストが著しく出来なかった。これはつまりその方が、視空間、見えている空間の認識が落ちていることを示します。その方の認知症の程度として、その方は普通に新聞を読んだり本を読んだりという、普通に話も出来るんですが、そういう視空間認識が非常に落ちて

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップショット

いるということがわかった。つまりその方は、トイレの場所がわからなくなっていたということがわかりました。しかしながらその方は、文字は判別できるので、トイレと大きく書いた紙を貼り出したところ、間違いなくトイレに行けるようになったということがありました。そういった形でより認知症に対しての深い理解とそれを診断、アセスメントできる力があってこそ初めてその方の認知症の症状を緩和させると言えますか、その症状を持って残された機能で生活を続けられる、サポートができるということを考えると、やはりそのチームには専門的な理解が必要だなというふうに感じております。こんなところです。

**宮島**：初期っていうのは要介護の1、2、3とか、これとは違った意味での初期だということのお話だったと思うんです。柴田さん、パロが入ってくるタイミングって言いますか、そういうのってどういうふうに感じます。

**柴田**：今日お話をさせていただいたのは、周辺症状がある程度出ていて、それを抑制する緩和するといった方の部分を特にお話させていただいたんですけども、ある種予防という観点にちょっと強いんですが、これはあまり効果を今言えないもんですから、研究のデータということでご紹介すると。例えばパロと触れ合っている方の脳波を調べたり、それからファンクショナル技術ということで脳血流というものを調べますと、パロと触れ合うとやはり脳波が安定化する。認知症のアルツハイマーの方も活動が安定化するとかですね、それから脳血流で言うと前頭前野の血流が増えたり、側頭部の血流が増えるんです。そうすると前頭前野っていうのは感情に関わる部分とか、それから言語に関わる部分、横の方が血流が増えるということで、鬱の改善だったりとか、より気分がよくなるとか。それから会話機能、実際に2年間まったく喋れなかった方がパロと触れ合って5分くらいで話をし始めるとか、海外ですと2か国の言語のうち、もともとの母国語は忘れていないんですけども認知症になって母国語以外の言葉を喋れなくなった方がパロに向かって2つ目の言葉で喋り始め

るとか、いろんなケースがあるんですけども、そういうその脳に対する刺激っていう部分では非常に効果的な面もあるものですから、健康的な状態あるいは認知症の初期の状態でもパロと触れ合っていたことで、脳の活性化の観点ではある種の効果的なものが期待できるのかなと。そういう意味では介護予防、あるいは認知症予防、あるいはその状態を維持していくっていうことの期待というのは言えるのかなと思っていますが、これはもっと研究を深めないと効果としては言いづらいくんですけども、そういった観点では役立つ場面というのはあるというふうには思っています。



**宮島**：私はこの初期の話聞いたときにですね、一番わかりやすいのは、うちはやったんですけども、初めに台所の火をガスでやると火事になる、間違ってますね、だから電気に変えた方がいい。家庭的な話ですよ。電気に変えれば火事にならないんだ、ずっと暮らしていけるみたいな、そういうアドバイスも初期集中ケアだということなんです。もう一度今までの議論を玉井院長、あの初期っていうのをどう考えるかももう一度お願いできますか。

**玉井**：先ほどの AOS の話ですけども、軽度の段階で、だいたい在宅が可能なレベルが軽度、そういうところにサービスなり家族とか介護サービスを入れなきゃいけないようなレベルが中等度、そうしてもケアラーにストレスがかかるようなレベルが重度と

考えていいのかと思います。ただし、一人一人症状が違います。例えば視空間障害では、頭頂葉は軽度という場合もありますし、前頭葉が中等度という場合もあります。見当識については時間が軽度で、場所が重度ということもあります。一応それを合計して軽度になるわけですけど、本当は細かくそういう具合に分かれます。ただ、レビーの場合は記憶障害、見当識障害がむしろ少なかったりして、むしろ幻覚とか妄想が先に出る場合もあるので、疾患ごとに症状は違うと思います。

**宮島**：初期集中支援チームの数は今全国で14チームです。

私がこの話を外国の方に聞いたとき、有効な方法だと言っていました。

今のお話を聞いていると、かなり初期集中支援チームを全国あちこちに膨大な数を作っていくかきゃいけないというふうな見積もりになるんじゃないかと。三浦調整官、この辺今後どんなふうを考えておられますか。



**三浦**：まず初期集中支援チームの役割は、おそらく地域地域でだいぶ違うのではないかと思います。若狭町の例が出されていましたが、ここでは市民の方々

の理解が進んでいてある程度掘り起しが行われていると考えられます。つまり病気の発症直後、まさに初期の人から重度の人までいろいろな方がいることで公的にもあるいは地域の中でも理解されている。そういう地域は症状が出てきた、その初期を捉えて介入していくという役割があります。まだまだ地域の中に埋もれている認知症の方が十分に把握されていないし、家族の方、地域の人あまりそのことについて触れたくない、というふうに思っているというような傾向がある地域で、初期とは病気の初期ではなくて、初めて専門家と接する時にあたるということではないかと思っています。そういうことから考えると、この初期支援チームの数というのはおのずと増えていくし、増えていかなければ対応できないと思いますが、その数は、おそらくその地域の中でおかれた状況と相当左右されるのではないかと思います。数として全国でいくつというような数字は多分出てくるだろうと思いますが、その数字そのものが大事というよりも、住民の方の理解の進み具合、あるいはその地域で認知症に関する専門家の確保の状況などが相俟って結果的にこの当初予定された通り発症直後、介入が支援の開始に最終的につながっていくのではないかと思っています。

**宮島**：どうもありがとうございました。初期集中支援チームに続いて、初期からの認知症ケアパスというのを地域で用意しましょうですか、あるいは最近では地域ケア会議ということで多職種の人が集まって認知症の人の介護の方針、ケアの方針を決めていきましょうという話が出てくるんですが、自治体の方からいろいろ聞いてると、「それやってみても纏まってこないんだ」という話とか、「そもそもそれを作るのが難しいよ」とか、「お医者さんなんか来てくれないよ」とか、そういうような話もあるので、玉井先生のところでは、こういう地域ケアの体制作りはどんなことからスタートされたということなんでしょうか。

**玉井**：とにかく気付きを早くすることが第一番だと思いますので、一にも二にも啓発が大事だと思

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップシヨット

いました。ケアパスに関してはいろいろ作りました。デイケアのケアパス、病棟のケアパス、いろいろ作ってみたんですけども、なかなかうまくいきません。やっぱり病院だけで使うとか施設だけで使うとかではなくて、おそらくお薬手帳みたいな形で、もちろんそれをご本人ご家族が持たれてそれを入所しても入院しても外来に来て誰もが見えるような、そういうみんなが連携できるようなパスが必要かなと思いました。今作ってる最中です。モデル事業をしてよかったと思うのは、今、週に1回ケースカンファレンスが包括支援センターとできることです。週に1回3ケースくらいカンファレンスをしています。しかも包括のメンバーが病院に来ていただけるんです。私は動かなくてよいのです。それで1~2時間で3ケースくらいを話してるんですけども、そうすると包括の方もレベルがどんどん上がって、むしろみんなが心理教育、疾患教育をされて、気付きの部分がどんどんスタッフ自身がうまくなってきますので、それと家族や本人への説明がみんな上手になりますので、逆に言うと私達自身の教育になって、モデル事業はうまくいってるような感じがします。

**宮島**：柴田教授がパロを使われて、パロが入ってくるというのは退院間近のリハビリ期だとか、あるいは施設なんかでもう一人の職員として、パロを増やした方が一人職員を増やすよりいいんじゃないという話もあるようです。ケアパスという観点からみてこういうロボットというかこれがどういう形で入っていくのでしょうか。

**柴田**：使うフェーズっていうのは、いろいろ施設なり、状況によってパロの役割にはちょっと違いがあるんですけども、例えば先ほどお話した回復期リハビリから使っていく部分で言いますと、リハビリの作業療法士の方とか、リハビリする際に動機付けにパロを使うと。それによってFIMという一つの評価指標がありますけども、そういったものが有意に改善するとか、そういった積極的な使い方があったりするんですけども、それにプラス、先ほど言ったように在宅に戻る時にご本人の精神状態をより良く保つと

いう観点で在宅に使うというのが1つあるんですけども。あとは施設の関係、特に認知症で言いますと、グループホームでの利用というのはけっこう最近多いんですけども、例えば昼間の時間帯ですと、9名の方を3名の方で介護されていると。そういった中で夕方の時間帯になると不穏な方が出てくるので、そういった方にパロと触れ合っていただくと落ち着いて過ごせることで、介護する方々がほかの仕事に集中といいますか、他の仕事しながら、少し声掛けしながら十分に介護できるということで、先程おっしゃっていただいたように4人目の介護スタッフというような形で使っていただいたり。それから夜間に、1人の方が9名の方を見ることになるんですけども、十分に熟睡してもらおうということが重要なので、昼間の間にできるだけ覚醒を保つと、傾眠傾向の方に触れ合ってもらおうことで起きてもらう、ということが一つあるんですが、あとは朝方になると皆さん早起きされてトイレに行かれるんですけども、同時にとなるとやっぱり一人で世話することができないものですから、パロを使って触れ合っていただいている間に他の方のトイレをお連れして、戻ってきたらまたパロと触れ合ってもらいながら、次の方のトイレに連れていくというような形で2人目の、夜間の2人目の職員みたいな形で使っていただく、というような形で。それは必ずしも認知症だけではないんですけども、そういった職員の負担の軽減といった形での使われ方というのはたくさんあります。

**宮島**：ありがとうございます。遠矢院長さんはさっき初期認知症をどうやって見つけるかと、人材確保もなかなか難しいという話があるんですけども、初期集中支援という最初の6か月を集中的に入って、その集中的に入った結果を今度は地域のケアマネジャーとホームヘルプの人と訪問看護の人にこうやっていったらいいんだよ、ということでやり方を手渡すという、そういう段階に入るわけです。その手渡す相手というのは、「どうあってほしい」というのか、あるいは、今始めたんだけど、どんなことに問題点を感じてるというようなことについてお考えをお聞か

せいただければと思います。

**遠矢:**ありがとうございます。そうですね。そこがやっぱり課題だと思っています。地域のヘルパーさん含めケアマネージャーさんも、必ずしも認知症に長けた方ではないケースもありますし、もっと言うとその施設に入居中の方でも、グループホームが必ずしもその認知症の対応が十分かと言うと、なかなかそうならない場合もあるようですので、支援チームはその方の認知症の状況を把握してアセスメントして、どういうところに障害があって、例えば記憶が著しく損なわれやすいとか、あるいはこういう症状が出やすいとか、ということを理解すると、その人のそれまでのご性格だとか過ごしてきた人生なりということまで入っていきますから、この人にはこういう背景があるからこういう症状が出やすいんだとかということまで、要はその人を見ていく。その人がどういう状況であるということとその関わる人たちに伝えていくということが大事なんだなということを感じました。海外の話ばかりで恐縮なんですけど、オランダとかイギリスではケアする人をどう教育していくかというマニュアルが非常に熱心に作られていました。こんな分厚いマニュアルがオランダにはあって、僕らはそれを持って帰ってきたんですけども、残念ながらオランダ語なので、これをなんとか訳そうとしているのですが、何かそういう国が統一して、それをよりどころにしてやれるような指針と言いますかケアマニュアルみたいなものを今後作っていかなければ、これから先全国に広げていくとしたら、そういうものが必要になってくるんじゃないかなと感じております。

**宮島:**はい、どうもありがとうございます。三浦調整官の方からお聞きしたいんですけど、介護保険事業計画というものを市町村が3年ごとに作っていて、これはいずれ地域包括ケア計画に持っていくんだということで社会保障国民会議の報告書でも出されているんですけども、この認知症ケアに関して、今の初期集中支援、それからそれを引き継ぐケアパス、そして各地域包括支援センターで地域ケア会議を開

いていくんだというようなことの方針、その辺の全体像を、厚生労働省として今後どういうふうにお考えになっているのか、特に今日は市町村の関係の方が多いので、各市町村はどういう心構えとビジョンを持って取り組んでいったらいいかというその辺をお聞かせいただければと思います。

**三浦:**制度面では、今宮島先生が言われたような形で、様々な仕掛けが制度化されて、それぞれの自治体で、いろいろな形で進んでいくと考えられます。そこで非常に重要なことは、様々な仕掛けをどういうふうに活かすかということです。例えばケアパス一つとっても、ケアの標準化を進めていくことは、ケアの品質管理という点から見ると非常に重要な事だとは思いますが、ただ、それだけでなく例外的な事例、今まであったことがない事例、難しい事例、こういうものに対応していくためにもこのケアパスというのは重要で、そのメニューをいくつ持てるか、そのメニューをみんながよく知っているかどうかなどによって、ケアの品質が最終的には地域地域で高まっていくものだろうと思います。ケアパスはケアパスを作り上げることが重要なのではなくて、そのパスを作っていくプロセスにノウハウがあって、そのノウハウそのものが一番重要な部分であると思います。ノウハウを見える化していく、そのプロセスが重要であって、結果として見える化したものが最終的にはケアパスになり、あるいは介護保険事業計画になり、あるいは地域包括ケア計画というものに、実ってくるということではないかと思っておりますので、やはり重要な事は、これは国が言った、県が言った、市町村が言った、ということではなくて、何度も言うようで恐縮ですがケアを受ける側、あるいはケアを利用する側とケアを提供する側のコミュニケーションの成果が見える化されていくということではないかと思っております。

**宮島:**はい、どうもありがとうございます。それでは最後のテーマで、家族と本人という、認知症本人の方と家族の関係ということ。何故この話をするかというと、やっぱり単身高齢者、それから夫婦のみ高齢者というのが今どんどん増えているということ

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナックシヨット

です。それは地域差もあるんですけども、そうすると認知症のケアにおける家族の役割ってというのは、果たしてどこまで期待できるのだろうか。一方で家族のいない認知症の人でも、お家で、地域での生活というのは可能だという、そういう可能性あるのかどうか。その辺について今日の演者の方からお聞きしていきたいです。うちは一緒に住むとすぐ喧嘩になってしまうから、1人暮らししてもらってるんですよ。うちの妻が私の義理の母親の所へ行くと、1時間もいると大体もう喧嘩になってますね。「もうあなたなんか知らないから」と、こう言って帰って来ちゃう。そのぐらいで一緒にご飯なんか食べたりするんだから、それでもいいんですけど。後は、おむつなんかでも洗濯機で洗っちゃったりね、紙おむつ。それから、ちぎって散らかしたりとかですね、やっているとすぐバトルになってしまうんですけど。あまりいと虐待になりそうだから「バイバイ早く寝てね」って言って帰ってくると。というようなことなんですけど。そういう認知症の親と家族の関係、あるいは家族がいなくても何とかならないのっていう辺りについて、今の現場の実践を踏まえた上での考えを聞かせていただければ、一般の方についても参考になるのかなと思っております。玉井先生からお願いできますか。

**玉井**：大変難しい話だと思うんですけど、やはり早期受診がいいのかなと思っております。何故かと言うと、本当に認知症のことを知らずに、歳のせいとかいってどんどんBPSDが出てくるとどうなるかと言うと、家族関係がもう出来なくなってしまいます。そうするとそれがトラウマになって、例え入院して治ったとしても、もう戻れないので、なるべく早期の受診・診断が良いと思います。そうすると、その疾患の特徴がわかって、その方が認知症になったということを良く理解する。これはご家族の意見なんですけれども、家族は少しずつ症状に順応でき、ちょっとしたBPSD、重いBPSDじゃなくてちょっとした問題ならば、少しずつなので、少し悪くなった時点、少し変化した時点で病院に来ていただけて治療が出

来ますし、例え入院したところでも1ヶ月ぐらいで退院出来るわけです。ですからなるべく初期の段階で家族と医療、介護と医療と家族の繋がりを、そういう絆を持っていればバックアップ体制もあるし、何かあったら病院に来たらいいよとか、何かあったら入院も出来ますよということだけでも、簡単に入院しなくても良くなっていくケースが多いのです。バックアップ体制も大事だし、なるべくそのご家族の気付きレベルを上げることです。どんどん啓発をして、初期のうちにそういった認知症が理解されれば、かなり家族・本人の関係も長続きするのだと思います。

その本人が独居の場合どうなのかという、若狭町では問題になる認知症の方がいるとその近所の方を集めてコミュニティ作りをしています。その周りの人に認知症を理解、近所の人に認知症を理解していただいて、1ヶ月に1度集まっていたら、認知症の話をして、当然当事者も来られるわけですけども、そこで今までゴミ捨てを勝手にやっていたおばあちゃんと一緒にみんなで集まることによって、その近所の問題点は解決されるのです。そういうコミュニティがどんどん増えているという段階です。

**宮島**：どうもありがとうございます。じゃあ柴田教授。ちょっと角度を変えて、ロボットが家族の代わりをどこまでやれるのかってその未来の予想か何か、ロボット工学的な観点からあれば是非お聞かせいただきたいんですが。

**柴田**：パロの場合でお話しさせていただくと、現在日本では個人でも購入はできて、2000体強のユーザーさんがいらっしゃるんですが、その内の6割ぐらいが個人名義で購入されておりまして、健康な一般家庭でもペットとして飼っていただいているんですけども。アンケート調査していると、例えば一人暮らしの高齢者の方がパロを購入されて、非常に喜んでいるというような感じでアンケートを返していただいたり、あるいはご夫婦二人で片方の方が認知症の方で、パロを在宅介護の道具と言いますか、そういった形で使っていただいて、喜んでますよってというような形でアンケートを返していただくことが

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

ディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナック  
シヨット

あつたりしますので、もちろん健康なご夫婦お二人とか、そういったケースもあるんですけども、そういう意味で少しずつですけども、そういう在宅の健康の方、場合によっては認知症も入っているご家庭でもお使いいただいているというのが現状だと思っています。そういった中で、一つ95歳の男性の方からお手紙をいただいて、それはアンケートとは別にお手紙をいただいたんですけども、10年ぐらい前に奥さんが亡くなられて、一人暮らしで、毎年友達もどんどん減っていくと。それは95歳ですから、周りの方が亡くなっていくもんですから、近所付き合いもほとんどなくて、一日中喋らないことが何日も続いたりもする。そういった中でパロを購入されて、パロに奥さんの名前を付けられて、かわいがって話しかけてってというような形ですね。後、たまたまパロを通じて他の人と仲良くするような機会もあったらしくて、そういう意味でコミュニティといいますが、社会的なそういう効果といえますか、関係も出来たということで喜んでいただいて、それでわざわざお手紙もいただいたんですけども、その方は手紙も書けるので多分認知症ではないと思うんですが、そういう予防という観点で見ると、やはり良い健康な状態



と言えますか、良い環境を出来るだけ作れるような、そういうパートナーと言えますか、コンパニオンとしての役割というのものもあるのかなというように思っています。

後は、他のロボット、あるいはロボット技術という観点で見ると、初期の方の場合ですとやはり気付きを支援するといったようなアプローチというのが色々あるのかなと。それは簡単に言うと携帯でももちろん出来る、スマートフォンとか、そういったものでも出来るのかなと思うんですけども、ちょっと物忘れが出てきた時に、薬を飲む時間になるとアラームを鳴らして「薬の時間ですよ」とかそういったものを気付かせてくれたり、あるいは「今日は何の日ですよ」というような情報を日々もらうことで、社会との繋がりというものの入り口になる。そういうインターフェイスとしてのロボットの役割というのものもあるのかなと。その辺は今経済産業省と厚労省の共同のプロジェクトの中でも開発されておりますので、今後徐々に社会に出てくるものがあるんじゃないかというふうに思っております。

**宮島**：ありがとうございます。遠矢院長の所は私も知ってる地域なんですけど、やっぱりマンションが多いですから、高齢者の認知症の方でも一人住まいの方って結構多いんだと思うんですね。そういう方たちでも本当にずっとやっていけるかどうかとか、その辺を焦点に合わせてお話いただければと思うんですが。

**遠矢**：東京、僕らの地域もびっくりする程お一人暮らしだったり、ご家族、息子さんとかは他に住んでいらっしゃって、お一人で住まれたり老々で住まれたり、最近は認認なんて言い方をしますが、認知症同士の夫婦でお過ごしになったりということが本当に少なくありません。多くなってきています。ご家族がいる場合にはそのご家族がケアにあたられるわけですけども、おっしゃってること、なされていることが認知症っていう病気がもたらしているものなんだっていうことの理解をしっかりと持たせるというか、心理教育と先生おっしゃられましたけれども、まさ



にそこが大事なところかなと思います。加えてそのご家族に対するケアということもすごく大事で、レスパイトなんて言い方をしますけども、その地域に例えば認知症専用のデイケアとか、先ほど出てきた認知症のアルツハイマーカフェみたいな所でその方を少しお預かりして、家族の負担を取るとか、あるいは家族同士が交流できる。僕がオランダで見たアルツハイマーカフェがまさにそうだったんですけども、そのケアする方も一緒に来て、そこで患者さん同士も交流する。認知症の方同士も交流するし、ケアしてる方同士も交流して、お互いの苦労話を吐き出したり、色々なことをしている。そういう場がやっぱりあって、看ている方々も何かストレスを吐き出せるような場所が必要なのかなと思います。

**宮島**：家族の問題というのは、介護保険を作る時に、介護保険というのは一つは女性運動の側面がありましたから、嫁さんが介護地獄から解消されるために介護保険を作るんだということだったんです。家族手当を出しましょうと。嫁さん手当かな。これを出しましょうという話があったんですけども、家族主義の強い自民党の男性陣は「家族手当を出すんだ」ということだったんですが、「高齢社会をよくなる女性の会」という女性運動の方たちは、「家族手当なんて出して、相変わらず嫁を介護に縛り付けるのか、そんなの反対」ということで、大バトルだったんですよ。今、介護保険が出来てから13年が経ってみると、あんまり嫁さんは介護してくれなくなりました。今は介護が一番しているのは子供です。そういうような介護保険の効果があったんですが、一方で最近ケア

ラーってというか、家族介護っていうのももう少し正当に評価出来ないものかと。あるいは家族に対する支援っていうのを現金給付と言わないけど出来ないかという動きが出てきているのが最近の状況です。その辺を踏まえて今後認知症本人と家族に対するそれぞれの支援について、厚労省のほうで何かお考えがあったら、言いづらい話かも知れませんが、家族と本人の関係って非常に微妙なんですよ。ですからその辺を踏まえてで構いませんのでお聞かせいただければと思います。

**三浦**：これとって厚労省で家族の評価について、議論があるとか、あるいは具体的に何かが進んでいるという認識は持っておりません。先ほどの宮島先生の話で、親と娘の関係は喧嘩しながらでもご飯を食べて、そしてまた次の日に行ってしまうということでしたが、人間関係は崩れていないのだと思います。喧嘩は親子喧嘩だって、兄弟喧嘩だってある。人間関係が崩れていないところが実は非常に重要なことで、人間関係が崩れる前に色々なケアが加わることによって人間関係が維持されているということではないかと思っています。これが先程玉井先生やあるいは遠矢先生が言われた、初期に色々な支援を始めるといことの重要性の、一番良い事例を伺ったような気がします。それから、パロはどうなんだという議論もあります。家族に代わるのか、代理になるのか。私は代理になるというふうに思っているんですけども、身近な事例で申し訳無いのですが、100歳で亡くなりました叔母は、最後まで人形を抱きしめていました。髪の毛が抜けていました。寝かせると目が閉じて、起き上がると目がパチッと開くという昔の人形なんです。おそらく50年ぐらいその人形を抱きしめてきたのだと思います。家族の一人としてそういう人形を大事にしてきたということだと思います。つまり、まさに言われたコンパニオンだと。何らかの人生の伴侶は必要です。家族の役割とはそういうもののではないかなと思っています。ケアの提供者としての家族はもちろんあると思いますけども、家族だから出来ないことも実はあると聞いたことがあります。

例えば排泄のケアだけは家族ではなく誰かプロの人にやって欲しいというような声もあります。人間の尊厳は親子だと夫婦だとか、そういう長い歴史の中で築き上げられたものに象徴されるということを高齢者自身が一番理解されていて、その人間関係を出来だけ崩したくないということは親子の間で子供だけが思っているわけではなくて、親も思っているということだと思います。おそらくそういう中で、人間としての情動があるのではないかなと、数少ない私の経験から言ってもそんな気がします。そういう意味で、家族というのは一番大切なもので、その家族と高齢者との人間関係を維持するということに、高齢者の安心というものが存在しているのではないかなと考えれば、この家族の支援、家族が非常に厳しい状況に置かれることを予防していくことが、実は高齢者介護、なにかんずく、認知症高齢者のケアという点では一番重要なところなのではないかと思います。結果、宮島家では今も毎日誰かが見守りに行くという行動が取れているというのが一つの証左ではないかなと思います。

**宮島**：褒めていただいてありがとうございます。そろそろ時間になりましたので、今日の会議はこのぐらいにしたいと思いますが、今日、私伺って、玉井院長のところはもう何年も前からこの認知症ケアに取り組んでおられるので、何かこう、完成が近づきつつある。まだまだと手を振っておられますけどね。やはり最初の診断というか認知症の捕まえ方、これを本人に聞いてみたり、あるいは家族に聞いてみたり、本人と家族両方あるいは介護者から、認知症の方についての状態をどう思っているか、そういうところから始まって、初期集中のケアを組み立てて、それがだんだん地域のケア体制に広がっていると、そういう段階だというふうに思っています。

是非、私が勧めていいかどうかわかりませんが、玉井先生のほうにお願いして、全国から見学を受け入れていただければ大変嬉しくおもしろいと思います。それから今日は柴田教授からパロの話、色々楽しい明るい未来に向けての話を聞かせていただき

ました。ここの南砺市出身なんで、その内南砺市にパロの一大工場を作っていただいで、世界に是非売りがまくっていただきたいなと。新しいタイプのロボットの開発を益々お願いしたいというふうに思います。

遠矢院長のところは、まさに世田谷区の中は今在宅医療というのがどんどん普及してきている段階です。私は隣の川崎市という所に住んでいるんですが、川崎市はなかなかお医者さんが動かなくて、世田谷区のほうを悔しい思いをして見ているんですけども、在宅をやるお医者さんはどんどん増えてきたと。だけど、ちょっと見るとその先がまだこれからなのかなという感じを、世田谷区を見て受けております。今後どういうふうな事業として発展していくのか楽しみにしていきたいと思っています。

それから三浦調整官には色々幅広い観点からコメントをいただきました。ありがとうございます。今日ご参会の皆様も、今日の会の議論を参考にされて、それぞれの地域で認知症ケアに取り組んでいただきたいと思いますが、まず私この認知症ケアで大事だと思っているのは、多くの市民、多くの住民が、まず認知症のことを知ってもらおう。例のキャラバンでもいいんです。1時間半のね。それからこのリング付けてもらってバッジ付けてもらって、「私、認知症のこと多少知ってるのよ」とこういう知識が市民層に広がれば受け入れられ易くなる。サービスの提供も、事業の供給者のほうもやり易くなっていくと。そこはお互いに市民が良く知っているということと、事業の提供者あるいは行政が認知症ケア対策に取り組むという所は一つの循環する所ですから、是非そういう所にも力を入れてもらって、認知症ケアの問題っていうのはおそらくこの超高齢化社会の最大問題ですので、皆さんそれぞれの地域で頑張っていたいただきたいということを最後をお願いいたしまして、この第3分科会のセッションを終わりたいと思います。

今日は長い間ご清聴ありがとうございました。演者の皆様方もどうもありがとうございました。

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップショット



# 分科会まとめ

日時 10月18日(金) 9時00分～9時40分

会場 福野体育館アリーナ

## 分科会まとめコーディネーター

大森 彌 氏 (東京大学名誉教授・  
特定非営利活動法人地域ケア政策ネットワーク代表理事)

## 分科会コーディネーター

第1分科会 地域力の源 ～地域で老いを支える人づくり～

高橋 紘土 氏 (国際医療福祉大学大学院教授・一般財団法人高齢者住宅財団理事長)

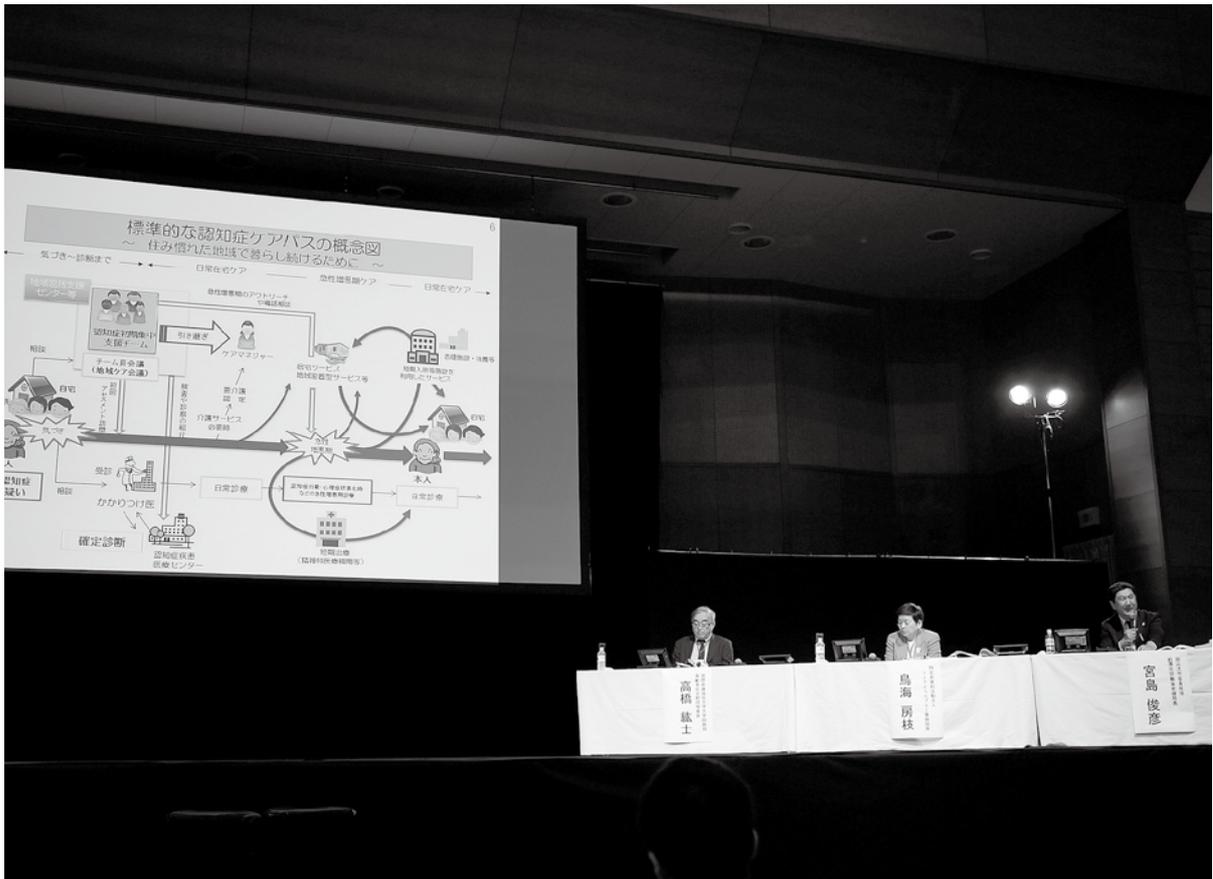
第2分科会 在宅での医療介護・看取り ～在宅で生涯を過ごすために必要なこと～

鳥海 房枝 氏 (特定非営利活動法人メイアイヘルプユース事務局長)

第3分科会 認知症オレンジプランへ向けて ～認知症の人と家族を支えるためには～

宮島 俊彦 氏 (岡山大学客員教授・前厚生労働省老健局長)

10/17 (木)  
 開会式  
 基調講演  
 第1分科会  
 第2分科会  
 第3分科会  
 10/18 (金)  
 分科会まとめ  
 ディスカッション  
 パネル  
 開催市からのメッセージ  
 特別講演  
 閉会式  
 会場スナップショット



## 分科会まとめ

10月18日(金) 9時00分～9時40分

### 分科会まとめコーディネーター

大森 彌 氏 (東京大学名誉教授・特定非営利活動法人地域ケア政策ネットワーク代表理事)

### 分科会コーディネーター

第1分科会 地域力の源 ～地域で老いを支える人づくり～

高橋 紘士 氏 (国際医療福祉大学大学院教授・一般財団法人高齢者住宅財団理事長)

第2分科会 在宅での医療介護・看取り ～在宅で生涯を過ごすために必要なこと～

鳥海 房枝 氏 (特定非営利活動法人メイアイヘルプユー事務局長)

第3分科会 認知症オレンジプランへ向けて ～認知症の人と家族を支えるためには～

宮島 俊彦 氏 (岡山大学客員教授・前厚生労働省老健局長)





**大森:** どうも、おはようございます。富山の美味しい日本酒を昨晚ちょっといただき過ぎまして、でも快調ですから、よろしく願いいたします。

今ご紹介ございましたように、昨日、宮本太郎先生の基調講演を受けまして、3つの分科会に分かれて議論が行われました。全員が分科会に出られた訳ではありませんので、他の分科会はどういう議論が行われたかということについて、まず10分程度でご紹介していただくというのがこの最初の主旨、まとめの主旨でございますので、第1分科会からお願いいたします。

高橋先生、お願いします。



**高橋:** 第1分科会は地域力の源～地域で老いを支える人づくり～という副題のテーマで3人のパネラーと朝川振興課長がコメントーターということで議論いたしました。「地域で老いを支える人づくり」というサブテーマですが、宮本さんの講演を聞いてみると、「地域で老いを支え合う人づくり」、誰かが誰かではなくて、お互いに支え合う人づくりなのではないか、ということをもまず皮切りにして議論いたしました。こ

れは地域包括ケアの考え方は、介護や医療や看護や保健、予防などの専門的なサービスの花が開くためには、本人の自己決定はもちろん、それがベースにあって住まいがあって、その間に生活圏と福祉サービスという土壌がなければならないというのが、これが地域包括ケア研究会の去年から有名になりつつある鉢植えの図でございます。私たちが議論したのはまさに制度的サービスと自己決定をつなぐ地域での様々な互助やインフォーマルな支援というものを支える人たちがどういう形で形づくられていくのだろうか、そういう議論を3人のパネラーがそれぞれの立場からお話しいただきました。

始めにちょっと整理をしておくと、制度に繋ぐためには、必要な人を地域で見つける働きがありますし、それを言う前に繋ぐ、というのがそれぞれのお三方の視点で多様でございます。支えるということがものすごく重要になる。これもいろんな議論がありました。それとこれ聞きなれない言葉ですが、「代弁する」ちょっと洒落て言うと「アドボカシー (advocacy)」という英語なのですが、アドボカシーと言ったってなんだかわからない、代弁と言ったって何だかわからないのですが、わかり易く言えば、認知症の方々や障害をお持ちの方が、その本人の意思を中々表明出来ない時に、それを代わりにその人の権利を代弁する働き、もちろん見守るという働き、そんな機能が色々制度と本人の間にあって機能することが重要だという、そこら辺が地域力という形で現れるのではないかと。地域力というのも色々な考え方があります。まず住民力があります。それからそこで色々な仕事をしている事業者の力、そして行政の力、だけども事業者の力や行政の力が発揮されるためには、住民が厳しい注文をつけたり、事業者に対して文句を言ったり、励ましたり、ここら辺頑張ってくださいという表現をする、ニーズを表明するということを昨日宮本先生もおっしゃってましたけれども、そういう力は何よりも住民力であります。そういう住民力の力をどうやって励まして力づけていくかという事で堀田力さん、さわやか財団20年の歩みの中から大事

なキーワードを取り出してくださいました。これは詳しくはこの厚い冊子の中に述べられていますが、大事だなと思ったことを私は抜き出してきました。

まず、さわやか福祉財団は地域で一生懸命耕す仕事をずっとされてきて、全国で様々な在宅福祉サービス、要するに支える役割を担う団体が全国でこんなに出来ましたよ、その中で地域通貨という考え方で、復興を支援するというモデルも開発されました。何より最近非常に注目されているのは居場所づくりなのです。居場所ってというのは、そこに色々な高齢者障害者や心の病を持った方だけではなく、子どもたちも近くのおじさんもおばさんも含めて集まって色々な関わり合いを持ちながら、その中から繋ぐ役割が発揮され、そういうことも手掛けられ、そしてまさに2006年の介護保険改正の中に要介護者の尊厳の保持という言葉が入りました。これは堀田先生が、大変強く主張されて介護保険法1条の中に入ったということを聞いています。もちろん社会福祉法の中にもこういう言葉がありますが、尊厳というのは何で守られるのだろうか、尊厳を支えるネットワークという理念というのをお出しになって、その中で尊厳と関わるその人その人の権利を守るための市民後見人というのがこれから必要なのではないかと。

民法の中に後見制度というのがございます。これは弁護士さんと司法書士や社会福祉士の専門職が担っておりますが、これから認知症が第3分科会の方の議論になるかと思いますが、急激に増大する中で自分の意志が表明できない、それだけではございませんね。振り込め詐欺とか、色々な形で高齢の方たちが被害に遭う機会もどんどん増えております。その中で、高齢者の尊厳を守るために後見の仕事をする人たちが専門職だけには委ねておく訳にはいかないので、老人福祉法の中でも市民後見について市町村が責任を持つという、市町村もそういう仕事をするということが明記されないといけない。その中でまさに市民が参加して後見の仕事を担う、新しいこれは市民参画の可能性で、これはけっこうその男性の仕事でもあるのだよってということをおっしゃって

いました。様々な昔とった杵柄、ではありませんが、これから法学を勉強したそういう人たちも出てきて、そういうことを踏まえて、市民参画の可能性が。次に、山城清二さんからは、南砺市で5年間で描かれた地域医療再生マイスター養成のご報告をいただきました。南砺の地域医療を守り育てる会というのがあって、これもレジュメにありますので、細かい字ですがご覧いただきたいのですが、地域医療再生マイスター養成講座って大変難しい名前ですが、要するに保健医療の専門家と、地域の方々が一緒に学びながら、医療の問題を考え介護の問題を考え地域の問題を考えるようなそういうコアになる人たちが養成する。もう大変な数の方たちが育て、地域医療を守る会、ということは地域力の中核になる市民住民を育成していく試みの中で、常に医療の在り方介護の在り方地域の在り方を考える中核になる人たちが育ててこられて、これが大変大きな成果を上げてきたという報告をいただきました。

3人目の報告者は渡邊弘子さん、熊本県の菊池市の認知症の人もその家族も支援するためにというテーマで認知症サポーターの話から出発しながら、地域力住民力の話をしてくださいました。認知症を支え見守る。認知症はご承知のようにひとつの病気ではありますが、その特徴は地域で早く支えていくことが重要だ。これも第3分科会のテーマですが、それを住民を組織してやる。そのなかで、重要な役割を果たしているのは、言うまでもなく認知症サポーター養成講座です。家族や地域と同時に事業者の地域の商店や店舗の、いわば認知症に対する理解を深めること、これは住民力や事業者力を高める。そういうことと同時に、小学生中学生、次の世代を担う人たちに認知証のサポーターになってもらう。そんなことを通じてキャラバンメイトの活動も展開しながら認知症を守り支える、そういう仕組みが出来ているということが報告されました。

朝川さんの方からは老健局振興課の立場ということもあって、地域包括ケア全体の姿とお3方の話を結び付けていくような話が得られました。生活支援

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップショット

サービスとはこれから色々な主体が担うそういう重層的なものであるというお話、これは、このレジュメの中に入っております。後でじっくりお読みいただきたいのですが、これから市町村を核としながら生活支援サービスを再構築していく。これはおそらくその地域の支え合いという互助の世界と同時に、介護保険や地域支援事業の話になりますし、老人福祉法から消えてしまいましたが、これを再構築するという公助の話にも繋がるような話です。それは多様な地域力と行政力の結びつき、住民力と行政がどう結び合わさって生活支援を充実させていくかという話で、これはやがて介護予防給付、これも宮本太郎さんが昨日大事な指摘をしてくださりました。世情色んなことを言われてるけども介護給付と予防給付、これを新しい体系に繋ぎ直すことは地域ベースでご当地型の仕組みを再構築する可能性を秘めたものであるという話をいただきましたが、まさにその中核になるのは地域力だというようなお話、そういうことになると最後の結論でございます。地域生活というのは、もちろん自助も関係しますし、互助も関係するし、共助の介護保険も関係しますし、公助の仕組みも関係する、とりわけ成年後見制度は老人福祉法の新しいテーマということで老人福祉法にも入った訳で、そうことも含めて地域を支える人を今までは当たり前のようなのだと前提として考えていましたが、これからは高齢者の支援支え合い、様々な障害を持つということをもう一度意識的に地域を支える人たちを作っていく必要があります、もう一つは先ほど冒頭に言いましたが、支え支えられる関係だ。これは実は介護保険の主旨でもありますね。私たちが保険料を、一人は万人のために、万人は一人のために、という共助の用語がございますがそういう形で支え合う関係。そして実はこれも大事です。活発な社会参加というのは実はサクセスフルエイジング、健やかに老いるための一つの条件になる。だれでもが老い介護を必要とする可能性を共有しているのだから担い合いましょう、というこれがこれからの地域力の源泉であり、尊厳をもった地域で暮らしを続け老い逝く

ことの出来るような地域社会地域の文化を作り直すことが非常に地域力のアルファでありオメガである、ということが第1分科会の結論であったような気がいたします。

**大森**：はい、ありがとうございました。

それでは第2分科会いきましょう。



**鳥海**：はい、第2分科会のご報告をいたします。第2分科会はこの厚い本、今回の抄録の67ページから詳細が載っておりますので、その主なもの、進め方の主な点についてご報告いたします。

タイトルが「在宅での医療介護、そして看取り」、サブタイトルが「在宅で生涯を過ごすために必要なこと」としております。4人のパネラーの方の発言の後、会場からご意見あるいはご質問等いただいて、やり取りをしながら第2分科会を進めて参りました。その内容をご報告します。まずパネラーの報告の中で非常に印象に残ったことを、そしてまたパネラーの方が強調されたことを少し整理したいと思います。

富山型のデイというものを作っていた先駆けとなった惣万さんの「このゆびと一まれ」がなぜ始まったのか、決して今のようなことを予測して始めたのではない、やむにやまれず始めた。そうしたら結果的に、認知症のお年寄りだけじゃなくて、障害のある人、子ども、赤ちゃんまで含めて寄り合いの場所になっている。年齢や障害の有無で分断するのではなくて、一つ屋根の下で過ごす、という居場所になっているということを非常に強調され、それは日本の文化なのではないかというふうにもおっしゃっていただきました。その中で、この中に写真がございます

けども、支援する側とか、される側じゃなくて、そこにいる人たち一人一人が赤ちゃんであれ、障害のある方であれ、誰かを支え、そして支えられている関係、それが普通の暮らしの中で「このゆびとーまれ」富山型のデイの中で展開されていることが、惣万節の中で高らかに報告されました。

それから、お二人目の熊谷さんからは、特にサブタイトルというか、第2分科会のテーマである看取り、最期まで過ごすことということよりちょっと手前のところで、高齢社会というのが従来型の疾病予防の対策では無くて、老化の対策、その老化を出来るだけ先延ばしにしていくためにはどうしたらいいのだろうということに絞って、ご発言くださいました。可能な限り老化を遅らせるのだということです。ただ老化を遅らせて、お年寄りをこれ以上増やしてどうするというのも一部あったのですが、とりあえず要介護になることを出来るだけ先延ばししていきましようという考え方です。そのためには低栄養になるのを予防するのではなくて、これは熊谷さんが長年の研究の中でエビデンスが得られたということで、ご紹介いただきましたけれども、新型栄養失調を予防していこうじゃないかということです。この新型栄養失調を予防する、その新型栄養失調の基準になるのがアルブミン値で見えていきたいと思いますということで、アルブミン値を3.9以上に保っていけたら大分違うぞというデータが得られたということです。そのアルブミン値をきっちとキープしていくためには、どんなふうに食事を摂っていったらいいかということにも触れられていました。どう食事を摂るといことの大事さはわかったのですが、今のように地域が非常に暮らしにくくなっている部分もある。例えば食材をどう確保していくのかというのが、一人一人暮らしている人が非常に難しくなっている。そうすると、どういったものを食べて、その新型栄養失調を抑えていくかということを保障していくためにはどう食材をキープしていくか、或いはどう暮らしやすい地域を作っていくかということまで問われるのだろうなと思いがら聞いておりました。

3人目のパネラーでいらっしゃる橋本先生からは、何故人は畳の上で逝きたいと思いつつ逝けなくなってしまったのか、そこを何とかしたいと考えて、既に平成4年から診療所を開始して、24時間365日の在宅診療に取り組んでおられる。在宅で死んでいける、終わっていける、畳の上で逝ける条件というのは、その診療所だけが頑張っても無理な訳で、それこそ包括的にということで、在宅サービスとの連携、例えば訪問看護、そしてリハビリ、介護、入浴サービス或いは配食等々、その辺まできっちと連携して保障していくことで初めて畳の上で死ぬるのではないかと、そのような主旨でございました。非常に印象に残ったのが、近い将来、「病院で逝ったんですって。亡くなられたんですって。お気の毒にね。何故家で死ぬなかったんだらう」とそれが普通の人々が、普通に人の死を思えるようなそんな町や村が出来たらいいんだらうとおっしゃっていたのが大変印象に残ります。強調していらしたのは、病院というのは決して死ぬ場所じゃなくて病気を治すために使う一つの場所であって、本来人が死んでいくのは家、それに近い所なんじゃないかということも強調しておられました。

最後のパネラーでいらっしゃる、厚労省の迫井さんからは、人の逝く場所の変化、8割が在宅死だった時代から、国民皆保険になり、高齢者医療の無料化等の歴史を経て、ほとんどの高齢者が病院等で死ぬようになっていった。そこを何とか変えるためにこれから取り組んでいかなければいけない。というようなことでした。

パネラーの方のお話を伺い、それから、付け加えますと会場からご意見、議論になるテーマを頂戴したのですが、確かに新型栄養失調という、高齢者の栄養状態を良くしていく、そして要介護になる期間を出来るだけ短くしていくという取り組みも大事なものはわかるのだけれども、それこそ支える側、支えられる側相互の作用でいく訳ですけども、若い人たちの低栄養に関しては目を覆う状態がある。朝ご飯は食べない、それこそ骨密度は落ちている、貧

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップショット

血も凄まじく進んでいる。この状態にもっと力を入れられないといけないのではないか。私も本当にそうだなと思いつつ伺いました。

それから、どこで死ぬか、家で死ぬ。或いは惣万さんのような所で死ぬというのは非常に大事な事なのだけれども、今の高齢者そして認知症になっている方、自分がどこで死にたいか、或いはどう死んでいくかの意思表示をほとんどされていない方が多い。その中でいよいよその時が近づいてきた時どう選んでいくか。家族が選ぶといっても選び方がわからない。まだまだ少なくなってきたとはいえ、お医者さんによってはきちっと医療をしないと見殺しにする、或いは餓死をさせるというような発言も無くはない。ここのところをどうしていったらいいのだろう。人はいずれ老いてやがて死んでいくのが当たり前なのだということを、もっともって死を具体的に、そして自らの死をどうしたいということが語られ、そして表明しないと中々追いついていかないだろう。

最後にまとめになりますけれども、24時間365日のケアで在宅で最期まで逝ける事を支える、或いは惣万さんたちのような在宅所といわれる所の取り組み、そして施設が人の死を真つ当なものだ、当たり前ものだと考えて、きちっとこれをプラスで受け止めていくこと、それから地域の人たちが、人は死ぬんだということを当たり前で思える、いきなり死ぬ訳じゃ無いですから、突然死でもない限りピンピンコロリとは逝けませんので、やがて誰かの世話になり、そしてその文化を残して次の世代にバトンタッチする。これを人間の営みとして当たり前なのだということ。つまり、死の準備教育ということを広く一般の人たちに今こそ広めていくような取り組みも大変重要なんじゃないか、そんな感じのした第2分科会でした。以上でございます。

**大森：**ありがとうございます。それじゃあ第3分科会いきましょう。

**宮島：**第3分科会は、「認知症オレンジプランへ向けて～認知症の人と家族を支えるためには～」ということで議論を進めました。まずは認知症の人の歴史



を見ていきますと、有名な有吉佐和子さんの恍惚の人の時代。手が付けられないと。異次元の人だという時代があって、それから精神科医療の対象として鉄格子の中に入れられたり、拘束されたりという歴史がありました。それからその後は介護で何とかしようということで、特別養護老人ホームや老人保健施設、或いはグループホームというところに行ってもらおうという、そういう時代がありました。最近の動きとしては、認知症の人でも地域で支えられるのではないかと、そういう大きな流れの中にあるということではないかということです。

平成22年時点の認知症の人の居場所ですけれども、半分が居宅にいます。後は医療機関とか老健施設か老人福祉施設とかグループホーム、特定施設にいるわけです。今この280万人となっていますが、今の時点で言うと300万人ですね。ただこの300万人というのは、要介護認定を受けている認知症の人が300万人ということで、認知症を持っている人、有病率という概念でいいますと、今460万人ぐらいというふうに言われています。要介護認定を受けていない認知症の有病者もいるということです。更にその450万人の外に、380万人ぐらい、MCIと言っていますが、この方たちは認知症になるかどうかかわからないけれども、そういう段階にいるということで、こういう認知症の人たちの数を見ていきますと、やはり今後の目指すべき基本目標、これはオレンジプランの基本目標ですけども、出来る限り住み慣れた地域の良い環境で暮らし続ける社会を目指す。それから認知症のケアの流れを、自宅、グループホーム、施設或

いは精神病院という流れを逆の流れにすると、そういう観点が必要だろうということです。そのためにはこの7つの取り組みが必要だということでオレンジプランに出っていますが、ここで一番大事なのが地域の中でいかに認知症ケアパスを作っていくかということです。このケアパスを作っていく一番入口のところ、認知症初期集中支援チームですけれども、これが全国で14のモデル事業が始まっていて、この成果がどうなるかということに今注目が集まっているという段階なわけです。

発表は、3人の方をお願いしましたが、最初は敦賀温泉病院の理事長の玉井顯ドクターに発表をいただきました。この玉井顯ドクターの敦賀の若狭町というところですが、若狭町ではもう既に10年前ぐらいからこの認知症の初期集中支援とケアパスの取り組みが始まっています。この若狭町の取り組みで特徴的なところは、この初期集中支援の時に、家族と本人両方に行動観察評価シートということで、認知症本人の方はどう思っておられるのか。それから家族は認知症の方をどう思っているかということで、行動観察評価シートという方式で、本人、その家族両方に今の状況の認識を確かめて、そこから認知症ケアを始めるということです。専らここでのやり方は、お出かけ専門隊というものがあまして、病院では無くて、看護師やOTが出かけて行って、その家庭にあったケアの対応方針を決めてやっていく。併せてこの若狭町全体の認知症に対応していくコミュニティ作りというのを進めて行くというご報告がありました。この若狭町の特徴ですけれども、全国平均と比べると、認知症について住民の方が良く知っている、それから早く対応治療をすれば進行を遅らせることが出来る。それから実際に早くから専門家に相談している。家族や本人も対応に満足している。重症度も低いというような全国との比較での報告がありました。玉井院長の専らの今の悩みというのは、この若狭町では地域ケアで対応出来るようになったために、玉井院長が経営している精神科病院は空っぽになり出来て、精神科病院の経営が出来なくなったと、

そういう悩みが打ち明けられました。それから2番目はちょっと角度が違いますが、神経学的セラピー用ロボット「パロ」。今日は会場に色々置いてあるアザラシ、タテゴトアザラシの赤ちゃんのロボット「パロ」の認知症介護への適用ということで、柴田崇徳教授からお話しがありました。柴田崇徳教授はこの南砺市の出身の方で、この南砺でも開発を進めておられるということですが、アザラシ型のロボット「パロ」の機能というのは、一般家庭でのペットの代替とか、医療福祉施設でのセラピーへの応用ということですが、やはり認知症ケアに関して言うと、この周辺症状が出た時の抑制・緩和に効果がある。或いは抗精神病薬の低減化に効果がある。それから脳卒中で入院した後リハビリで帰ってくる時の、回復期リハビリでの利用に効果があるというような、様々な効果が確認されているということです。施設でパロが1台あると、もう一人の職員が居るというような効果があるということで、是非施設或いは家庭で使ってみてほしいということでした。日本は割とロボットの分野というのは、施設であまり使ってくれないので、外国に持っていかれてしまうことが多いですね。臨床の場で、いかにこういう機械、ロボットなどが有効かどうかというのを立証していかないと、製品として伸びて行かないということです。是非使っていただきたいというお話しがありました。

3番目が、この認知症早期ケアを昨年からはじめています、世田谷区の桜新町のアーバンクリニックの遠矢純一郎さんからのお話し、報告がありました。ここは世田谷という都市部で、独居老人なんかが多い、そういう地域です。この認知症の集中支援をやってみて、どういう効果があったかということをお話しいただいています。まず集中支援をすることによって、ご家族、介護者に対しては薬物治療の効果について説明ができ、一方、非薬物療法によるアプローチなども進めることが出来る。それから家族の本人に対する接し方やコミュニケーションのスキル、或いは行動心理症状出現時の対応、住居の環境整備のプラン、各種介護福祉サービス利用といった

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

閉会式

会場スナップショット

ものが、この早期集中ケアの中で提供できるサービスだというご報告がありました。それから、本人の権利擁護と意思決定の支援ということで、認知症が進行し、意志表示が困難になった場合の権利擁護を早くお勧め出来る。法定後見とか、家族の代理決定などをまだ本人の意思がある内に決めることが出来ると、そういう効果があるというご報告がありました。ただ、これをやはり進めて行く上にあたっては、認知症の初期をどうやって見つけていくのか、認知症ケアに詳しい看護師・作業療法士やPSW、これが不在であって、その辺をどう確保していくのか。それから専門医をどういうふうに育成していくのかといった色々な課題に直面したと、そういうようなご報告があったわけです。

最後に厚生労働省の三浦認知症施策総合調整官からお話しがありましたが、このケアパス自体は介護保険事業計画というのを各市町村が3年毎に作っていますけども、このケアパス自体も介護保険事業計画の中にいずれ溶け込んでいかなければならない。今の介護保険事業計画の中にこの認知症ケアをどう溶け込ませていくかというのは、これからの課題でありますということですが、それはそれぞれの

地域の人的な資源力、医療の整備ですとか、介護の進み具合に合わせて作っていってもらう必要があるということで、それぞれの地域事情に応じた連携パスを、今ある資源をどう活用するかという観点の中から計画的に進めて行ってもらいたい。必ずしも焦る必要は無いけれども、認知症ケアというのをこの市町村の介護保険事業計画にどう取り組んでいくかというところが一番気にしている課題だと、いうようなことでご報告があったわけです。

以上のようなことで認知症のケア、オレンジプランも今年度から始まったばかりということで、これを各地域でどのように地域の中に溶け込ませていくかという課題が徐々に出てきたということと、色々な取組の中で好事例、初期集中診療についてはやはりいい効果が出ているというようなご報告をいただいたということです。以上です。

**大森：**丁度時間が参りました。ピッタリでありまして、内容のご報告をいただくわけですのでディスカッションはありません。以上でお3方のご報告をいただきました。この纏めの会は以上でございます。ご苦勞様でした皆さん。

10/17 (土)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

ディスカッション

パネル  
メッセージ

開催市からの  
特別講演

開会式

会場スナック  
シヨット

10/  
17 (木)

開  
会  
式

基  
調  
講  
演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/  
18 (金)

分  
科  
会  
ま  
と  
め

パ  
ネ  
ル  
デ  
ィ  
ス  
カ  
ッ  
シ  
ョ  
ン

開  
催  
市  
か  
ら  
の  
メ  
ッ  
セ  
ー  
ジ

特  
別  
講  
演

閉  
会  
式

会  
場  
ス  
ナ  
ッ  
プ  
シ  
ョ  
ッ  
ト



# パネルディスカッション

日時 10月18日(金) 9時50分～11時50分

会場 福野体育館アリーナ

## 団塊世代の介護保険を支える

～都市と地方が抱える問題を通して～

### コーディネーター

大森 彌 氏 (東京大学名誉教授・  
特定非営利活動法人地域ケア政策ネットワーク代表理事)

### パネリスト

幸山 政史 氏 (熊本県熊本市長)

本田 敏秋 氏 (岩手県遠野市長)

松崎 秀樹 氏 (千葉県浦安市長)

田中 幹夫 氏 (富山県南砺市長)

### オブザーバー

原 勝則 氏 (厚生労働省老健局長)

10/  
17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/  
18 (金)

分科会まとめ

パネル  
ディスカッション

開催市からの  
メッセージ

特別講演

閉会式

会場スナック  
シヨット

10/17 (木)  
 開会式  
 基調講演  
 第1分科会  
 第2分科会  
 第3分科会  
 10/18 (金)  
 分科会まとめ  
 ディスカッション  
 パネル  
 開催市からの  
 メッセージ  
 特別講演  
 閉会式  
 会場スナッ  
 ショット



## パネルディスカッション

10月18日(金) 9時50分～11時50分

### 団塊世代の介護保険を支える

～都市と地方が抱える問題を通して～

#### コーディネーター

大森 彌 氏 (東京大学名誉教授・特定非営利活動法人地域ケア政策ネットワーク代表理事)

#### パネリスト

幸山 政史 氏 (熊本県熊本市長)

本田 敏秋 氏 (岩手県遠野市長)

松崎 秀樹 氏 (千葉県浦安市長)

田中 幹夫 氏 (富山県南砺市長)

#### オブザーバー

原 勝則 氏 (厚生労働省老健局長)





**大森：**それでは「団塊世代の介護保険を支える ～都市と地方が抱える問題を通して～」こういうテーマでこれからお昼時までディスカッションいたします。

最初に、本田遠野市長さんが無投票で再選されたそうですので、おめでとうございます。

もしそうでは無かった場合はどうなったのだろうかかって心配したのですけれど、よろしくお願いいたします。

とりあえずこのテーマの中に団塊世代っていうのが入ってまして、これはご承知の通りでして、現在厚労省は2025年、もうちょっと言えば社会保障全体もそうなのですが、2025年を一応のターゲットにして、それまでこの団塊の世代という人たちが急速に増えます。特に大都市で絶対数が増えるものですから、介護保険の行方について色々問題が出てきて、ということが念頭にある、そういう意味合いであります。ちなみに、後でご自分のことを語っていただきますけど、この中にお2人団塊の世代がおいででございますので、従って自分問題としても語っていただくということではないかと思っております。最初に首長さん、先ほどもそうですけど10分以内でご報告いただくことになっています。最初のプレゼンテーションは、10分はテレビでやると長いのです。同じ顔がずっと出るわけですから。でもこの会場でお話しになる時は短いのです。しかも首長さんたちは沢山のことをお話ししたいのです。元々。人前に出て色々お話しすること得意でありますので、従って10分に限っていただきます。後で残った問題点につ

いては会場と議論いたします。プレゼンテーションを10分以内で収めていただくことも首長さんとしての力量ではないかと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

今回は指定都市の熊本市からお見えくださってまして、熊本市は日本の20番目の指定都市でありますので、色々ご苦労含めまして語っていただけないか。それでは最初に幸山さんから。



**幸山：**皆さんおはようございます。熊本市長の幸山と申します。力量が試されているようでありまして、大変責任も重大、トップバッターですからと思えます。と話していると時間が経ちますので、しっかり制限時間以内にご紹介をさせていただきたいと思えます。

冊子で言いますと159ページをご覧いただきたいと思えます。

まず熊本市の概要を少しご紹介したいと思えます。只今ご紹介いただきましたように昨年、政令市に移行いたしております。九州では北九州・福岡に次いで3番目ということでございます。九州の行政的な中心でもあったということで国の出先機関がありました。また、大学医療機関等が集積をしております。人口73万の都市ではありますけれども、自然環境も豊かで、地下水100%の都市であるということが売りの一つであるということでございます。基礎データは左のほうにご覧いただいておりますが、高齢化率だけで言いますと現在22%ちょっと。それが2025年には28.7%と推計されているということでございます。

医療機関のところを色々紹介しておりますが、右下の医療機関の充実のところではいきますとやはり、人口比の医師数でありますとかベッド数でありますとか、都市の中でもトップクラスにあるということでございます。そういう中で例えば、内科・外科・小児科、それぞれの24時間の救急医療体制、これが確立をされているということ、医療資源が充実をしているということと同時にその連携というものもかなり強い中で、ある意味では恵まれた環境の中で私たちは生活していると言えるかというふうに思います。

先ほどもおっしゃいましたように政令市に移行いたしました。先ほどは市全体のことを申し上げたんですが、5つの区、ご覧いただきますように中央から東西南北ということで、比較的バランスの良い区割りが出来たのではないかとこのように思っております。市役所をはじめといたしまして、大変色々な機能が集積している所が中央区、それから東区のほうに住宅地がずっと広がりを見せておりまして、こちらはかなり都市化といえますか、宅地化が進んでいる所です。北と南は最近合併いたしました植木町でありますとか城南・富合など、合併地を含んでおりまして、農村地帯がかなり広がっている所ということでございます。西区もやはり同じ農村地帯なのですが、金峰山という山が広がっておりまして、みかん、果樹でございますとかそれから、有明海に面しておりますので水産業も大変活発であるというような地域でございます。そこで人口でありますとか高齢化率をご覧いただきますと、人口でいきますと、東区の19万から西区の9万3千ということで、10万ほど差がありまして、高齢化率でいきましたも東区の19.2%から西区は26.7%ということで、7ポイント程開きがあるということでございます。ただ、これも区ごとの比較でございます。これを更に薄い線で小学校区ごとの93校区でございますけれども、高齢化率も30%台後半、40%に届きそうな所もありますれば、逆にまだ10%台に留まっている所もあるということでありまして、一口に熊本市或いは区ごとと申しまして、これだけやはり地域において差があるということ

でございます、そこに暮らしておられる方々にかにきめ細かな住民サービスを提供する事ができるかということが政令指定都市熊本市の大きな課題であるというふうに言えるかと思えます。

先ほどから話題になっている地域包括ケアについてでございますが、市役所の体制のことを改めてご紹介いたしますと、市役所本庁、それから5つの区役所、福祉事務所をそれぞれ設けておりますし、更には最も住民に身近なところでは地域包括支援センター、27箇所熊本市域の中で設けさせていただいております、ある意味では3層構造の中で地域包括ケアに取り組ませていただいているということでございます。ですからこの3層構造がしっかりと連携し、機能することが出来るのか、そして各地域の様々な医療でありますとか、介護施設でありますとかそのような資源と繋がっていくことが出来るのか、ということが大きな課題でもあるということでもあります。

そして今ご紹介しました地域包括支援センターにつきまして少しご紹介させていただきたいと思っておりますが、言わば2期目に入ったかと言えるかというふうに思いますが、色々1期目の中で課題も出てきておりますので、見直しもしているということでございます。まず1点目、体制の強化ということで、配置人員、委託額につきましても少し見直しをさせていただいたということでございます。それから住民の皆さんにとって、地域包括支援センター、ここにいらっしゃる方はもちろん言わずもがなですが、やはり市民の方々にとって地域包括支援センターといってもピンと来ないというのが率直な答えでございます。その中で通称名としまして「高齢者支援センターささえりあ」ということで、少し軟らかめの名称を付けさせていただいて、周知の強化を図っているということでございます。それから窓口機能の強化ということで、設置場所といたしましては原則として委託法人の敷地外に設けていただくことによりまして、窓口機能の強化を図る。或いは地域の拠点性強化ということでは、地域運営協議会、この設置の義務化、これを引き続き継続をさせていただいている

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップショット

ということでもあります。更には情報の集約化ということで、高齢者データの提供、地域ケア計画の策定などを行っている中で、地域包括ケアの中核としての役割を更に担っていただくというような考えであります。

そして高齢者の見守りの事をもう少しご紹介をさせていただきたいと思いますが、やはりここが大きなポイントでもありまして、平成23年度から見守り事業を実施いたしておりますけれども、地域包括支援センターに対しまして、住民基本台帳の基本的なデータを提供させていただいております、見守りを行っていただいていたところではありますが、その中で民生委員さんとの連携という課題がございました。そういう中で、民生委員さんに同じような情報を提供させていただき、地域包括支援センターと民生委員さんが連携した中で見守り事業の充実に取り組ませていただいております。このような見守り事業を契機にいたしまして、積極的に高齢者宅を訪問することが可能になると、というようなメリットも生まれているようです。

こちら少し変わりますが、ジュニアヘルパーを紹介させていただきます。中学生による高齢者・独り暮らしの世帯の訪問ということでございます。こういう活動をやっておられる所も多いかと思いますが、この特色としましては、毎年夏休みの期間に子ども議会、中学生議会をやっておりますが、この子ども議会の提案の中から生まれた事業であるということでもあります。現在中学校は全部で42の中学校がございまして、その内で28の中学校で取り組んでいただいております、そして600名が登録をし、訪問活動を行っていただいている。その活動の成果として、例えば中学生の訪問日誌、これを契機にいたしまして、手摺が付いた高齢者宅がありました、それから、この中学生たちが卒業し、高校生になりましたもこのような活動が継続されているとありますとか、様々な効果というものも生まれているということでもあります。ただこれも新たな課題や、まだまだ広がりがある課題ということもございます。このような話は今年の子

ども議会の中でも提案があり、中学生たちがこの事業は自らの事業だというような認識の中で取り組んでもらっているということが大変、ある意味では心強くも感じているというものでございまして、ご紹介させていただきました。

次に、熊本医療都市グランドデザインというものを策定いたしました。先ほど医療資源のご紹介をいたしましたけれども、大変充実をしているという中で、しかしながら課題もあるということで10年後、20年後を見据えたグランドデザインということで3つの柱がございまして、この中で3番目「高齢者や障がい者などが住みなれた地域でいきいきと暮らせる都市」というものが3つ目の柱、そしてその中で「在宅医療・介護提供体制の整備」というものがやはり大きな課題であるということもございまして、早速このグランドデザインに基づきまして、医師・ケアマネジャー・看護師・薬剤師・地域包括支援センターの職員さんなどによります多職種連携会議、これが昨年度からスタートしているというものでございます。そして、これは地域全体における多職種連携の会議ですが、それが更に今年度からは区ごとにそのような会議体も立ち上がっているような状況にございまして、先ほど申し上げたようにきめ細かなところと繋げるべく、今努力をしている途中であるということもございまして。

これは健康まちづくりということで、実は小学校区単位で健康づくり活動に今力を入れているということもございまして。熊本市の場合、数年前から保健師さんの活動に校区担当制というものをご設けさせていただいております、校区担当制でこのような活動にあたってまいりました。しかしながらある意味で課題であったのは、保健師さんだけの活動に留まってしまっていて、市役所の中で横の連携がスムーズにいけない所もあったということでもあります。ですから今回政令市になって区役所になって、そのようなこれまでの健康福祉センター、福祉事務所、これが区役所と一体化されましたので、このような地域の町づくり活動の中に、この健康まちづくりというも

のも位置づけさせていただいて、そして幅の広い取り組みを今進めているというものであります。そういう中で、例えば地域ケア計画をベースとした取り組みでありますとか、様々、先ほどご紹介したような、地域によって色んな地域性、特色もございますので、それに応じた取り組みを全市的に進めているというような状況でございます。

そして最後、また区の話ですけども、やはり冒頭に申し上げたように私ども政令指定都市に移行した訳であります。括りから言いますと大都市ということになるのかも知れませんが、ご承知の通り政令市も3百数十万の横浜市から、私どものような70万を少し超えた政令市までであると。そしてその中を見ても、もちろん市街地もございますれば、山間地もありましたり、高齢化がかなり進んでいる。小学校でいきますと、複式学級になっているような地域もあるということございまして、そういう所にいかにきめ細かな行政サービスを届けていく事が出来るのか、そして高齢者がいつまでもそのような地域で住み続けられるような環境を整えていく事が出来るのか、それを政令市という仕組みをしっかりと使いこなす事が出来るのかということが、今私たちに課せられた大きな課題であり、もちろんそのような事を自覚し取り組ませていただいているというものでございます。

以上で終わります。

**大森**：ありがとうございました。

ちょっと市長さん、さっきあった「高齢者支援センターささえりあ」って、「ささえりあ」って何ですか？

**幸山**：「ささえりあ」って言うのは何て言いましょうか、支え合うと言いますか、それを文字ったもので。通称です。地域包括支援センターの。例えば熊本には「ささえりあ水前寺」とかですね、27箇所それぞれ「ささえりあ」という名称の中でそれぞれの地域名が付いています。

**大森**：熊本弁ですか？これ。

**幸山**：熊本弁・・・「ささえりあ」は熊本弁では無いですね。

**大森**：支え合う所、エリアっていう意味ね。あ、そういうこと。珍しい言い方ですね。ありがとうございます。それでは次参りましょうか。本田さんよろしくお願いします。



**本田**：岩手県の遠野市から参りました本田と申します。先ほど大森先生からは無競争でということで紹介いただきましたけども、もしも選挙になっても絶対来ようというような覚悟をしておりましたので、その事を一言申し上げて、遠野市の取り組みということで紹介を申し上げていきたいと思っております。

私は典型的な団塊の世代であります。1947年、昭和22年生まれでありますから、今年誕生日が来まして66歳ということになりますので、まあ、同級生が集まれば「血压はどうだ」と、「血糖値はどうだ」とじいちゃん・ばあちゃんが、親父・おふくろが介護で大変だと。ところで孫は？といったような話題になっている、典型的な団塊の世代であります。

そういった中で、市長という職をいただき、熊本市市長さんは文字通り政令都市としての一つの仕組みの中でのご紹介があった訳でありますけれども、人口は3万人であります。その3万人の人口もどんどん減ってきております。そしてそれに伴って高齢化率が上がっております。私が小学校に入った時は遠野市では1000人の子供が産まれておりました。今は200人しか子供さん、産まれません。そして高齢化率はもう34%を突破いたしました。そのような中で、この団塊の世代がどのような中でたくましくそれこそ地域として生きていくかということが大きな課題でありまして、その事に基づきまして色々と遠

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナックショット

野の取り組みを紹介して参りたいと思っております。

遠野はこのような中で825km<sup>2</sup>と、その中に90の行政区が3万人、そして1万世帯という中で懸命に頑張っているということでもあります。市の概況はこの通り高齢化率男性29.1%、女性39.7%、高齢化率は34.6%と。65歳で高齢者って言うのではなくして70歳でもいいのではないかということの思いながら、挑戦しようという中でこの人口減少と、この人口構造といったものをやはり素直に受け止めていいのではないかというふうに私は思っております。そういった中で、この65歳以上の方で、要介護認定者数というものこの通り介護度1から支援1、2、で介護1から5までということになるとこのような数字になっている訳でありまして、これが団塊の世代が確実に年を重ねることによって、こういった施設のニーズも増えてきているというのが現状ではないかなというように思っております。

その中でハートフルプラン、これは平成5年の3月であります。今からもう20年前でありますけども、すべての人が家族や友人などで、一緒に慣れ親しんだ地域で、健やかに生まれ育ち社会経済文化などあらゆる分野の活動に自ら主体的に参加し健やかに老いてゆく。

これは20年前、生涯に渡って自立活動を保証するという中における福祉構想を打ち立てたという一つの経過があります。それを踏まえまして、この地域が家族いつまでも元気ネットワーク。これはこのハートフルプランを踏まえて、平成16年でありますから、この頃は合併に向かって様々な課題を宮守村という村と議論する過程におきまして、やはり、地域、コミュニティを大切にしなければならないのだと。そうなった場合に地域が家族というようなコンセプトはどうだろうか。それもいつまでも元気という中におけるネットワークを構築しよう。地域が中心となり、家族のように支え合いながら、更にはいつまでも住み慣れた地域で元気に生活する。それを共助のネットワークとして構築していくということでもって構想を打ち立てたということでもあります。そのためにまず一

つといたしましては、やはりコミュニティ、これをやっぱり大切にしなければならない。このコミュニティが崩れてしまったのでは本当に大変なことになる訳であります。言い訳をするつもりはありませんけども、どんどんどんどん高齢化率が高まっている。介護度も、介護を要する方も増えていった時に、行政としても正直なところ限界な訳であります。人口が減るといことになれば交付税も減ってくると。市民一人、人口が一人減ると15万円の交付税がカットされるという仕組みの中で、我々は地域経営をせざるを得ない。お金が無いから、財源が無いから、国が交付税っていうのを手当してくれないからおじいちゃん仕方ないよ、おばあちゃん仕方ないよっていう訳にいかない。やはりそれは、それぞれのコミュニティの中において、元気と言ったものは地域が家族という一つのコンセプト、切り口の中からそれを構築できるのではないだろうか。お互い助け合おうというようなことをしようではないかという一つの取り組みとして位置づけて、そのためには地区センター、地域経営でありますから、どんどんどんどん集約化していかなければなりません。お金は本当にやり繰りが大変ですから。それぞれの地域の中においてやっぱり集約・集中化っていったようなものが一つの流れであった訳でありますけども、旧村単位である地区センターをもう少し活用しよう。それでその地区におけるマンパワーを活用しよう。それからもう一つは、地域活動専門員。これは健康づくりは地域づくり。地域づくりは人づくり。人づくりは健康づくり。或いは健康づくりは地域づくり。前から読んでも後ろから読んでもこれは地域にとっては大事な事で。人づくりだぞと。地域づくりだぞと。更にはそれが健康づくりに繋がるという中において、この地域活動専門員、総務省の過疎法を活用した中における制度としてこの地域活動専門員、やっぱりマンパワーが非常に大切であります。

二つ目として、いつまでも元気となれば健康寿命。これをどう伸ばしていくかということの中であって、この医師不足もあります。医師法は対面診療であり

ます。そういった中において、やっぱり健康といったようなものを常に自ら管理するっていう意味にあっては、ICT、情報通信技術といったものを活用する中において、自分の血圧はどうだろうな、色んな血糖値の数字はどうだろうなど。今日何歩歩いたと。5000歩目標にしていたけども今日3000歩だけだった。まだだめだなと。もう少し頑張ろうじゃないか。というような中における取組みもまた進めていかなきゃならないという中で、この遠野 ICT 健康塾といったものを今仕組んでおりまして、実は4000万今これにかけております。これは非常に身の丈を超えた仕組みでありますけども、何とか将来を見据えた一つの新たな仕組みに持っていきたいというように思っております。それから三つ目でありますけども、やはり私はネットワークだと思えます。ネットワークがすごく大事だと思っています。足らざる所を補い、特性を活かし合うネットワークを構築することによって、小さな町でもやれる事がまだあるというような取組みを進めていきたい。それからやっぱりワンストップのネットワークを作るといことも大事であります。それからこの市内各地にランチを設置する。更には人と人の繋がり、地域と地域の絆というのが、東日本大震災で大きくキーワードになりました。これからの団塊の世代、大きく高齢化に向かって行く中において、人と人の繋がり、地域と地域の絆といったようなものを大事にして行かなきゃならないと思えます。今遠野市は市役所が東日本大震災で全壊いたしまして今市役所はありません。市役所は最後にしましょうと。その間職員一丸となって行政サービスを維持しましょうと。そしてその後市庁舎問題は議論しましょうということを訴えている訳でありますけども、今市役所本庁舎は無い。スーパーの2階にあります。エレベーターがありエスカレーターがありますからお年寄りの方から大変評判の良い庁舎になっておりまして、本庁舎は作らなくてもいいんじゃないかという声もある訳でありますから、これをネットワークで補っていききたいというように思っております。震災でこのような事を色々、我々も学びました。これ

からの議論の中で支援の展望とすれば、安心して暮らせるコミュニティ、そのためには不安の解消・孤立化防止・助け合う事のご近助という関係構築、そして特性と改善に応じた行政支援といったようなその言葉を大事にしていきたいというように思っております。以上であります。

**大森:** 僕もスーパーの役所に行って、とてもいいですよ、あれ。新しい庁舎いらないのではないですか。あれで。めちゃくちゃ住民便利ですね。ああいうの。ああいうタイプの庁舎の在り方ってあっていいのではないのでしょうかね。別建屋で一戸にしないで。ああいう所で一緒に。

外から行くと、下がお店でしょ。だからお土産なんか買いやすい。とってもいい所だと思うので、あそこでいいのではないですか。

**本田:** 先生のほうから大変力強いお話をいただきましたので、やはりやらなきゃならない課題がまだまだあるんですよ。だから職員には我慢しよう。とにかく我慢しながら、町なんか人が通りが少なくなっているのだから、分庁舎同士行ったり来たりしただけでも交通量、通行量が増えるよっていう話もしながら、開き直っているということでございます。

**大森:** ありがとうございます。それでは松崎さんにお会いしましょう。



**松崎:** 千葉県浦安市の松崎でございます。熊本市・遠野市・南砺市の皆さん方の所と発展過程もちょっと違いますので、浦安市の説明からさせていただきたいと思えます。

震災前、浦安市もうらやま市と呼ばれておりまし

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップショット

たけども、また、うらやま市を目指してということで浦安市の状況を説明したいと思います。

これが私ども浦安市の全景になりますけども、東京湾に突出した、まさに海浜都市と言ってもおかしくないと思いますけども、東京湾の中で一番奥に位置しております。遠野市さんの面積を聞いてびっくりしましたし、南砺市さんも668km<sup>2</sup>と伺いましたけども、私ども16.98km<sup>2</sup>という簡単に言いますと4km四方の町で、何が大変かと言いますと、選挙の時の、ちょっと油断しますと隣町に入ってしまうということで、一番神経を使っているのが街宣車の動きです。その中に16万3千人が住んでいます。ただ、155年前の安藤広重が作った名勝江戸百景の一枚にこういったものがございまして、これが私どもの浦安のかつての姿です。ひなびた閑村ということになりますけども、それが今埋め立てられましてこのような町に発展をいたしました。これが昭和23年から現在までの発展過程ですけども、人口が10倍以上。面積が埋め立てによって7倍に膨れ上がりました。埋め立ての過程で1期埋め立て、2期埋め立てということで、元町は元々ほんと小さな、243km<sup>2</sup>でしたが、35年前の昭和53年から、毎年1万人ずつ増えました。都市成長率全国1位を7年維持しましたけども、初めて顔を合わせる方たちのまちということで、コミュニティの醸成というのがいままでも最優先課題で実は35年間、自治会集会場、老人クラブ集会場、こういったものを土地の確保・建物・建設費・維持管理費を全額市が負担をして今に至っております。それからこの大型公民館ですけども、各中学校区に1館ずつ作ってきております。2km<sup>2</sup>から7km<sup>2</sup>までと。こういった地域資源をこの35年間徹底して作って参りまして、今まさにこれから高齢化と介護に対処する大きな拠点は今整備されつつあるということです。私どもの浦安市の高齢化についてですけども、皆さん方のお手元にある数字とちょっと違います。最新の10月1日現在で持って参りましたが、7月1日にやっと14%を超えました。わずか3か月ですけども0.28%増えています。浦安市もついに堂々と高齢

社会に突入しました。この「37.23%対1.03%」というのは、実は私ども浦安市の高齢化の地域間格差です。36.1倍開いているということで、実は私の住んでいる所ですけども、美浜3丁目、37.23%。これに対して2期埋め立ての日の出4丁目。実はどちらも人口が1300人以上ですが、1.03%でこの数ヶ月見ているだけでも実はこの新町の高齢化率が下がり続けております。要は、いかに赤ちゃんが産まれているかということですけども、対して美浜3丁目は全然子供がいなくなっているということです。それぞれの地域間格差も非常に激しくなっておりますし、日本で一番若いまちが私どもの浦安ですけども、このブルーで書いた地域で、30%を超えている所がこれだけ出てきています。

これが高齢化の比較ですけども、同じ浦安市内です。中町では30%以上超えている。それに対して新町の方は1%から4%といった状況で、全体では若いまちと言っていますけども、実は超高齢社会の地区も19地区と、高齢化まだ14%に達していない地区が20地域ということで、この地域間格差、これが一番私どもの大きな課題でもあります。この少子化については、よく東京ディズニーランドの中での成人式で脚光を浴びておりますけども、実は私どもの新成人数は、平成5年ですから20年前がピークです。それ以来子供たちが減少の一途を辿っている。ここ数年ちょっと上向き始めたとうふうに聞いておりますけども。未就学児の問題も実は、先ほどの遠野市さんの所でも子供が少なくなっているとお話しがありましたけども、私どものまちでも実はこれから小学校2校を統廃合するといった話が今進んでおります。私どもこれから高齢者の増加率が最も高いという総務省の調査ですけども、ここでも順位が一位と言われております。そうした中で、もう2度と右肩上がりの社会は来ないということで、まさに協働のまちづくりを、先ほどの地域資源、公民館或いは自治会集会場などを活用しながら、いかに浦安で初めて知り合う同士の市民の力を結集するかということで、これは平成18年ですけども、大変大きな試みをさせてい

いただきました。公募した市民に無報酬で、第二期基本計画の策定に提言をいただくということで、最終的には400ページ、提言から90%を盛り込みまして第二期基本計画を作ってきております。次に、市民大学。市内の大学教授の皆さんも羨ましがっておいりましたが、受講率80%を超えています。こうした中で、これから福祉もすべて協働事業ということで、私どもこれがこれから大きな市政の根幹になるであろうと。あくまでも個人の市民参加ではなく、団体として、行政とタイアップしていくという協働事業の提案を私ども受けておまして、上限500万、これを公開プレゼンの中で行ってきております。子育て、或いはまさに市民参加型の介護予防事業、こういったものを今着々と築き上げてきているところです。実は私ども今、大変大きな問題が先ほど団塊の世代のお話しがございましたけれども、団塊の世代が親たちを呼び寄せ始めているということで、23年度・24年度の比較がございますけれども、入ってくる高齢者の内の26%が要介護です。住所地特例の適用はされておりますけれども、それ以外で予備軍が入っておりますので、この2年間でも1億1千万円以上の、私どもの負担になっております。

これは沼津市が作った資料ですけども、人口14万から35万の調査をした結果ですが、人口に占める1号被保険者の割合で最も低いのが本市。そして1号被保険者の内で75歳以上も、最も低いのが浦安なのですけれども、今度は伸び率です。これが一番高いのが浦安だと。これも大きな今後の課題で、まさに介護職員の不足、或いは地域加算の格差と、こういった事も様々議論されていますけれども、これが先ほど遠野市さんも出されましたけれども、本市の介護認定率が12.9%とまだまだ低くはありますけれども、これから大きな問題になってくる。こうして地域包括支援センターに関係する方たちに評価会議というものを設立しまして3年が経ちます。「お互いを知る事から始めよう。まずは集まろう」ということから2ヶ月に1回、市の担当職員も加わりまして様々な関係者の皆さん方に集まっていたりしまして、様々な調整

をさせていただいておりますけれども、こういった中で、やはり時代も大きく変わってきていると感じています。初めて浦安に来る方たちだったんですけども、それぞれ我が身の事として高齢者問題、或いは介護問題を考え始め、また自分に出来る事があればと考える市民がかなり増えてきています。こういった事に視点を置きながら、私どもで「市民参加型の介護予防事業」ということでこの「介護予防リーダーの養成講座」これらに大きく視点を当てまして、結果的に講座の修了生を中心に「浦安介護予防アカデミア」を立ち上げました。これがそれぞれの担当の方たちの活躍ですけれども、少しでも市民の皆さん方に広がっていく事を今願っているところです。こういった皆さん方の活動の元で、普及講演会を見ていただきますと文化会館を一杯にすると。こういった市民の活動の中で、私ども平成24年度、1万9千人を超える方たちにこういった啓発活動を行ってきております。私からは以上でございます。

**大森：**ありがとうございました。それではご当地の田中市長さん、よろしくお願ひします。



**田中：**皆さんこんにちは。今日2日目で、また沢山の方に来ていただいて大変嬉しく思っています。今回沢山集まっていた中で一生懸命頑張ったのは天気でございます、2日間晴れたということは私の力だと思っておりますが、皆さんにも天気が良かったと言われてほっとしています。

資料は204ページのほうに、癒し系アザラシロボット「パロ」のような、私の顔が出ておりますのでここ

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップショット

から私の資料になります。

それでは南砺市から少し南砺市の全体を説明させていただきたいと思います。4町4村、本当に小さな町、小さな村が16年の11月に合併をしました。面積は先ほどの遠野市さんよりも少し小さいのですが668km<sup>2</sup>ということをごさいます、ちょっとわかり易いかわかりにくいかは別として、大体琵琶湖の広さと同じだと思っていただければありがたいのですが、その琵琶湖の面積で、実際に市民の方が住んでらっしゃる高さを見ますと海拔100m以下の平野がありますので、それと私が住んでいる所は600m以上の所です、700mぐらいまで人が住んでいますので、琵琶湖が斜めになっているような、そんな南砺市でございます。人口は5万5千人を切りました。合併当時6万人の南砺市というふうに言っておりましたが、丁度10年目に入るわけですが、これだけ人口が減ってきております。先ほど、遠野のお話しにもありましたように、高齢化、そして少子化というのが我々の一番大きな課題でございます。65歳以上の高齢化率が32.3%ということですので、非常に高い。後ほどまた資料がでますけれども、富山県平均よりも5年早いスピードですし、全国平均よりも20年先を行っているというのが南砺市でございます。人口はこのように減ってきております。最近では1年に600人近くの人口減少となるわけです。何か浦安市長さんのお話を聞いたら羨ましくて、本当に浦安市はうらやま市だなと思ったのですが、本当に人口減少を何とかして食い止めなければならないというふうに思っております。私自身がこの南砺市の町の中で、市民の幸福度・市民の満足度を高めていこうと職員・市民の皆さんと一丸となって取り組もうとしております。そういった中でやはり、協働で共に考え、共に行動しながら町づくりを進めるのだという思いで今まで取り組んでおります。ただ高齢化率が高いからもうどうしようもないとかということではなくて、やはり、健康で今までこの地を作り支えていただいたお年寄りの皆さんの知恵をいただきながら、また次の世代にこの南砺を繋いでいく、こう

いう仕事が我々の大きな仕事だというふうに思っています。

南砺市の高齢化率は、富山県の5年後、そして全国平均の20年後でございまして、今31%と書いてありますが、先ほど言いましたように、一番新しいデータでは32.3%の高齢化率となっております。

少し写真を見ていただきたいのですが、これは南砺市の平野部、散居村が広がる砺波平野でございまして。少し高台から見ますと、これが丁度春の田植え時期でございまして、田んぼに水が張られ、田植えが終わった頃、このように家が点在しているのです。これは散居村ですのでもちろん皆さんもご存じだと思いますが、私はこれをモンサンミッシェルより綺麗だと言っています。水面に家が、屋敷が映る。それがまた逆に田んぼに映るのですね。もうモンサンミッシェルに行かなくても、南砺市に来てくださいというふうに言っております。これも世界遺産になってもいいのではないかなと思っております。これが夏になると緑になります。そして秋になると黄金の花のように、黄色く稲が実る訳でございまして、四季それぞれ綺麗な風景、これが日本の原風景でもあると思っております。そして夕方、この同じ散居村を見ますとこのように、夕日が沈む、そして夕日が映る。まさにモンサンミッシェル。あまりモンサンミッシェルのこと言わなくていいですよ。冬になりますと、これは世界遺産の合掌集落でございまして、豪雪地帯です。私は利賀村の山の中ですので、大体冬になりますと2mから3mは当たり前。北海道の町長さん、この間雪が降って大変でしたが、私は12月の半ばぐらいから4月の頭まで雪の中で暮らしております。面積が琵琶湖、そして600mの標高差のある所に点在する集落、その中で豪雪ですので、福祉、そして色んな町づくりにおいても大きな難しい点があります。ただその物理的な条件をどう克服するかということで、色々と今まで取り組んで来た事をこれから少し説明したいというふうに思っています。

家が点在しています。地域が点在しています。これは31の自治振興会、これは4町4村が合併して、

今は31の自治振興会の単位になっています。私はその地域地域、一つ一つの自治振興会単位の皆さんに、「地域内分権」という言葉を使いながら、その地域の課題をちゃんと皆さんで認識をして、そしてその課題をどう克服するかということをそれぞれ我々と一緒に、行政と一緒に取り組みましょうよというふうに言っております。何故か。その地域地域によってもの凄く課題が違うのですよね。当然高齢化率も違いますし、産業構造も違いますので、色んなそれぞれに合った地域の課題を自ら見つけて、議論をして、そして行政も中に入って取り組んでいきたいというふうに思っています。そういった事も含めて取り組んでおりますが、やはりサービスというのは、やっぱり平準化、公平性が無ければなりませんので、この不採算部門でも、民間がなかなか参入出来ない点も沢山ありますけども、その辺はその辺で公助としてちゃんとやるべき事をやるということでございます。例えば、この訪問看護を紹介しますが、南砺市の訪問看護ステーション、平成15年ですから合併前でございます。井波にあった公立の病院から、ステーションを完備し、リハビリテーションセンターを設立しながら、取り組んで参りました。現在は、自慢話になりますが、年間に2万5千件を超える訪問看護に出ています。これは先ほど言いましたように、24時間365日です。雪が3m降っても行きます。非常に効率が悪いです。私の家の周辺に来る時は、職員は1日で1件か2件しか回れませんけども、それでも24時間364日をちゃんと対応していこうと、そういう思いでおります。診療所に先生がいらっしゃる。そして開業医の先生とも、そして公立の病院の先生方と連携をしながらこういうふうに取り組ませていただいているのでございます。この数がどんどんどんどん増えてきておりますので、これは訪問看護・訪問リハビリの利用者数が増えてきている、ニーズが当然ありますけれども、この中に今後、こういう点をしているということですね。やはり真正面から取り組んでいくということを市民の皆さんにも位置づけをするために、平成24年4月に、今まで医療局という

ふうに言っていた所へ、地域包括支援センターだとか地域連携係だとか、地域包括課を入れまして、「地域包括医療・ケア局」というものを市の中に組織をしております。当然病院がありますし、この中には地域包括支援センターもあるということでございます。いわゆる国では「地域包括ケア」と言っておりますが、我々の所は、昨日分科会での発表もあったように、医療を崩壊する寸前で何とかしなきゃならないというような想いで、医療も先頭になって地域の町づくり、もしくは福祉に取り組んでいきたいという想いで「地域包括医療・ケア」というような進め方をしております。高齢者の在宅の生活を支えるための課題ということで今後、やはり定期巡回随時対応型の24時間365日の訪問介護を今後取り組んでいかなければならないと、改めて今考えているところでございます。県内の福祉担い手が非常に減ってきています。これも大きな課題です。その介護人材の確保というのが我々も大事だということでございまして、地域医療の再生マイスター等で、市民の皆さんにも参画をいただいて、色んな生活支援も含めて理解をいただく。そういうことからスタートをしたのでございます。210人、現在地域医療再生マイスター講座をお受けになられた方、市民がいっぱいいらっしゃいますので、現在はその住民マイスターということで、またこれも富山大学の山城先生等々と連携をしながら、そして南砺市の医師会の皆さんと連携をしながら、住民自ら取り組む、住民参加型の地域包括ケアシステムを作っていくのだという想いで取り組ませていただいております。また、人口が減りますので「世界遺産に住んでみんまいけ」とか、南砺には是非住んでいただきたい。そういった事業も積極的に取り組みを始めました。「南砺市エコビレッジ構想」というのも今取り組んでおります。「エコビレッジ」というのは、言葉だけ見ますと環境とかエネルギーだとかってというような事だけだというふうに意識・印象があるのですけれども、これは昔ながらの暮らし、昔ながらの地域のコミュニティをもう一度きちっと再生するのだということも含めて、「命の4分野」と言っ

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップショット

ていますけれども、環境とエネルギー、そして第一次産業をもうちょっとしっかり頑張るといふこと。それと地域包括医療・ケア、みんなでこの老後をちゃんと住める、その地域で住める形を作りたいといふこと。それと次世代育成、子育て、教育。こういったものをどんな時代であれ我々がちゃんと取り組まなきゃならないものを「命の4分野」と位置付けしまして、南砺市エコビレッジ構想というものも取り組んでおります。

先ほど、ありがたい話を聞かせていただきました。私も今まで、「自助・互助・共助・公助」ということで、「互助を皆さんお願いしますね」と言っていたのですが、今日からその中に近助を入れたいと思っております。「自助・近助・互助・共助・公助」と、この5つでまた取り組んでいきたいと思っております。今日、壁にも南砺市のそれぞれの団体の方の活動も展示しておりますので、またじっくりと見ていただきたいと思ひますし、観光地も温泉も沢山ありますので、ゆっくりしていただきたいと思います。私からは以上です。

**大森：**やっぱり、時間制限がないと止めどなく続きますよ。明らかだと思ひ。沢山のことをお話ししたいのだと思ひます。それはまた後で議論いたします。では原局長さんからお願いいたします。



**原：**厚生労働省老健局長の原でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

丁度今のポストに就いたのが昨年の9月の中旬で、それから2～3週間後ぐらいに東近江でこのサミットがございまして、右も左もわからずにこの壇上

に上がって、適当な事を喋った思い出がありますが、それから1年。まだまだ修行が足りませんが、これからも頑張つてやっていきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

私のほうは、地域包括ケアシステム、これからどうやって作っていくのかということで、国における考え方、或いは取り組みについてご説明を申し上げたいと思ひます。高齢化というのは非常に地域格差が大きいということで、特に大都市部が、今大変伸び率もさることながら、実数として、75歳以上高齢者がもの凄く増えていく。この15年間で東京だと74～75万人増えていくということでございます。一方、過疎県というのでしょうか、地方の県では高齢者の伸び率は低いのですが、逆に、都市部でも起きていますが、生産年齢人口が非常に減ってきているという、若い人が減ってきているというところが、地方は特にそういう傾向が顕著であるということで、決して楽ではないということであります。

このスライドは、県ごとでは無くして市町村ごとに見た場合のものでございまして、実は既に市町村ごとに見ると、75歳以上高齢者がもう減っている市町村が、或いはこれから減る市町村が16.9%、この15年間で出てくるということでございます。

それから、高齢化と言ってもやはりこれからの特徴は、認知症の高齢者が増えるということもケアを考えていく上で大変重要なことであろうと。

これが私どもが目指す地域包括ケアシステムでございますが、大事な所は、地域によって高齢化の状況が違うということ。今日の話だと同じ市の中でも、地域ごとでもの凄く差があることがわかりまして、ちょっとびっくりしておりますけれども、中学校区単位で考えていくことになると、そういった同じ市の中で高齢化の地域格差ということも考えていかなきゃいけないということだと思ひます。

それから使える資源が地域によって全然違う、入所施設が整備されている所とされていない所、或いは介護人材の偏在みたいな、そういった問題。資源に地域差がございまして、やはりこの地域包括ケ

アシシステムというのは保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づいて、地域の特性に合わせて作っていくということが大事ではないかということでございます。では、どうやって作っていくのかというのがこの絵でございまして、基本的には介護保険が中心になりますので、介護保険事業計画、3年ごとに作って参りますけれども、これをPDCAサイクルで回していく。2025年までにあと4回この計画づくりが出来ます。それに合わせて制度改革、或いは介護報酬改定、セットにしながら、市町村が中心になって計画を作っていただくということです。特に大事なものは、日常生活圏域ニーズ調査。今回の第5期から入っておりますけれども、全数調査するかどうか別にして、8割ぐらいの市町村で取り組んでいただきました。全市町村で次期計画では実行していただいて、地域における高齢者のニーズをきちんと把握していただいて、そして整備の目標を作っていただくと、こういうことでございます。それから地域ケア会議、そしてもう一つが市町村の政策支援ツールである、医療介護保険の総合データベース、これをもう少しバージョンアップして見える化ということで、市町村の政策支援に繋げていきたい。この3つを手段にしながら地域における課題を把握し、そして大事なものは都道府県でございます。都道府県、特に医療との連携ということが大事になって参りますので、医療計画との調整、或いは高齢者住まい法に基づく居住安定確保計画との調整、そして住民参画を得ながら計画づくりしていただく。そして政策を作っていただいて実行していただくのですが、これをPDCAで回しながらやっていきたいと思います。

第6期で特に重要視しているのは、今回は2025年が一応ターゲットでございますので、是非2025年、中長期的な目標値ということで整備の計画を作っていただきたい。それから、これは大森先生が座長になっていただいて、有識者の先生方に今年の9月に取り纏めてもらった報告書でございます。3つの観点から議論していただきまして、一つは都市部の地

域特性、これを当然踏まえないといけないと。申し上げたい事は、都市部というのは地縁が薄い、コミュニティ力の不足みたいなことがありますけれども、一方で使える資源というのは色々、基盤整備があったり、或いは人口密度が集中している、人口密度が高いということは決してデメリットじゃなくてメリットなのだというようなこととか、色々指摘がございました。

それから2つ目が2025年の高齢者像ということで、今日のテーマとも関連しますが、実は2025年の高齢者の方は団塊の世代の方が75歳以上になるということで、その辺の方が主力になる。そうすると高齢者の方のイメージが変わってくるのではないかと思います。特に都市部においては、丁度団塊世代の方の卒業時期のピークとほぼこう、1960年から70年に一致してございまして、丁度この頃は、いわゆる都市化というものがもの凄く進んで、団塊世代の方々が都市に大規模に移動したという時期でございますから、特に都市部では、団塊世代の方の高齢者が増えるということが言えると思います。この団塊世代の方々は、経済成長に合わせて数多くの流行商品とか、文化とか社会現象が生まれ、消費と流行を牽引してきたとか、多彩な生活スタイルを持っておられるというような事とか、或いは高い持ち家率であるとか、それから在宅医療介護に対する高いニーズ、或いは高い退職後の就労意欲と社会活動への参加の意向というような事が言われておりますので、そういった団塊世代の方の高齢者像というのをイメージしながらこれからは考えていかなければならないということでございます。

対応ということでは、基本的には在宅医療を徹底して追求するとか、住まいの新たな展開を図るとか、色々政策についてご提案をいただきましたし、施設整備についても、決して土地が無いから出来ないということではなくて、色々な整備の手法の工夫があるとか、或いは場合によっては例外的ではありますけれども、広域型施設の整備数について、圏域間調整も可能である。それから要介護になる前から退職後

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップショット

に地方へ住み替えていくというような事もあっていいのではないかと、こういったようなご意見もございました。

これは私の考え方でございますが、これから地域包括ケアシステムを構築していく上で、やはり中核になるのは介護保険制度でございますから、これをやはり持続可能なものにしていく。それから制度があっても良いサービスが提供されなければ意味がありません。それから、これから介護保険制度で良いサービスが提供されたとしても、やはりこれからの介護ニーズに対して、公的保険だけでは支えきれないので、今日色々市長さん方からお話しがございまして、地域における支え合い機能の再生強化ということが大変大事ではないかということでございます。そしてそれを進めていくのは市町村が中心になるということです。

法律改正事項としては、生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加の場づくりから進めていきたいということで、予防給付から地域支援事業への移行という議論をさせていただいています。

今日お話しを聞いていますと、この地域支援事業への移行も別にやらなくていいなあと。皆さん方はもう我々が手助けしなくてもしっかりやっていたいでいるので、そういう気持ちもするのですが、しかし、全国を見渡しますと残念ながら今日お見えの市町村長さんたち以外の所ではまだまだ出来ていないのではないかと。本来は一般財源でやるべき話なのかもしれませんが、やっぱりこれからの介護保険、持続可能な制度ということも考えていきますと、少し介護保険でそういった取り組みのお手伝いをしていくというような主旨もあってご提案をさせていただいています。これから良く議論をさせていただきたいと思っております。

いずれにしてもこの地域包括ケアシステム構築の中心になるのは市町村であるというふうには思っております。とりわけ、首長さんのリーダーシップの発揮と、やる気と能力のある職員の確保、これがやっぱり大事なかと日頃思っています。ただ、人材確保

というのは難しいところがございます、厚生労働省でもこの間、厚労大臣をトップとした本部を立ち上げてまして、市町村がこれから地域包括ケアシステムを作っていくための、推進していくための支援体制を、厚労省の中にも作りましたので、これから色々な面で、サポートをしていきたいと考えております。ありがとうございました。



**大森：**どうもありがとうございました。一通りお話しいただきまして、これから今のご発表に対して私から1、2質問等をさせていただきますので、その間会場の皆さん方、ご質問のある方はご用意していただけますでしょうか。会場とのやり取りをしたいと思えます。どなたでも結構です。ご疑問でもご主張でも結構ですので、短めにご発言をいただけるような段取りをいたしたいと思っておりますので、お願いします。

全体のテーマが、ここは介護保険の事が念頭にございますので、高齢者という事が念頭にあるのですが、実は皆さん方のご議論は必ずそうなっているのですが、片一方で少子化とおっしゃっていて、高齢化がやってきていて、全体とするとどうやら少子化については大体諦め気分なのです。日本の人口は確実に減り始めて、減っていく。このままで行くとどうなるかと、先行き非常に暗いのですよ。本当だろうかとそれは。

実は国のほうは、私の知っている限り「人口減危機突破」という新しい政策を展開しようとしていますが、どうやら政策の組み方について、社会保障全体の中では変えなきゃいけないようになってい

ちょっと手遅れなのですけど。人口がどうして減るのかと。全国の首長さんたちって結構熱心に、人口減に歯止めを効かそうと一生懸命がんばっておられて、例えば若者たちの婚活の集まりをやっている、結構マッチングうまくやっていたりするんですね。高齢化のほうは大変だって事に大体見当はついたのですけれど、人口減のほうについて、首長さんたちはどんなふうにお考えになっているか。

わかっている事は、晩婚化です。それから結婚しない、単身化。それから結婚しても子供を沢山作らなくなっているんですね。明らかな事です。しかし本当は結婚して子供を作りたいと言っている。意識調査をすると。しかしこのままで行くと絶対に減り始めますので、日本は何せ国籍法は血統主義を採っていますので、原則両親が日本国籍を持っている夫婦から産まれる子供たちが次の世代を作っていきますので、簡単にこの法律は変えられないと思うんです。そうすると、結婚制度と連動しているのです。結婚しなくなると晩婚化したら人口が減るのは当たり前なので、これは手が打てるはずなのではないかと思っていまして、その高齢化社会の問題に入る前に、市長さんたちは人口減に対して実際にはどんな施策、どう考えて何をおやりになっているか、一言ずつお聞きしたいのですけど。幸山さんからお願いできます。

**幸山：**一言でよろしいでしょうか。二言。では短めにとすることで。

確かに、少子高齢化と一纏めに言うんですが、ただ、熊本市はさっき地下水の事とか紹介したんですが、大変暮らしやすい環境にあるというふうに思っています。政令市の中でも出生率が大変高い所でもあります。やはりこれをもっと伸ばしていきたいというふうに思っておりまして、ご多分に漏れずといえますか、待機児童解消辺りには取り組んでいるところではあるのですけども、それだけではなく、先ほど「婚活」みたいな話もございました。私も農村地帯を抱えておまして、最初その話を聞いた時に、正直「そんなこと行政がやるべき事か？」とい

ような印象もあったのですが、でもやはりここに来まして、非常に大事な事で、主体としてはなっていないのですが、例えばJAさんがやる時にお手伝いをしたりとかで私たちも関わるようになってきたということですね。

それから暮らす場所の問題として、先ほど都市化が進んでいる所、それから人口減少が著しい所というような、いわば熊本市で2極化が進んでいるというような事もお紹介したのですが、例えば家族の子どもがまだ小っちゃくて、自然環境が豊かな所で生活をしたというようなニーズを持っていらっしゃるご家庭もある訳ですね。しかしながらその地域というのは高齢化が進んで高齢者が住みづらくなっていて、そしてもう都心部のほうに移り住んでいらっしゃるような方もおられる。そのマッチングをやる事によって、住み続けられるような環境づくりという視点を持つということを進めているということでもあります。

総合計画の見直しの段階に来ていて、これまではある意味人口減少が当たり前というような、諦め感というのは正直あったのですが、私どもとして一つの目安として、人口70万人を持続していこうというような事も新たな目標に掲げて、施策をこれから積み上げていこうとしているところでもあります。

**大森：**結構自治体に行って職員の人たちと会うと、職員も単身者が結構いるのですよ。いい歳になっても。だから、自治体の職員からして、結婚して子供作らなくなり始めているので、やっぱり足元を固めていただく以外ないですよ。

**幸山：**婚活で、未婚の職員を紹介してくれとか、そういう話を結構いただきます。

**大森：**強制出来ないのですよね。

**幸山：**強制は出来ないのですけど。

**大森：**強制は出来ないですけど、お勧めは出来ませんから。強くお勧めするということは可能です。

**幸山：**行き過ぎない程度に強くお勧めするということですね。

**大森：**そうですね。本田さんどうでしょうか。この問題。

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップショット

**本田:** 只今話がありました通り、私はある方からこう言われたのですよ。「あなた方首長は二言目には必ず少子高齢化、市政課題は山積しておりますって言う。この少子化と高齢化っていうものを一緒くたに話をしていると。少子化はやり方によっては、挑戦すれば一定の歯止めっていう部分に持って行けるのではないだろうか。高齢化っていうのはいくら対策をとっても1年経てば一つ歳をとるっていう中で、どのように対策を講じていかっていうことをもう少し考えるべきだ」という話をされた事があります。従って今大森先生がおっしゃいました通り、少子化問題と高齢化問題というのは、市町村っていう現場にあっては、もう少しきめ細かく対策を考えるという、そういう場ではないかなと思っております。遠野市では「わらすっこ条例」というのを作りました。「わらすっこ」というのは遠野の方言で、子供たちの事を「わらす」って言うのですね。それに「こ」って付けるのですね。「このめんげえなこのわらすっこだちよ」って話をするのですけども、それでもって条例を制定いたしました。やはり案の定、方言の条例は無い・ひらがなの条例は無いという抵抗に遭いました。しかし、これは遠野の条例なのだと。だから遠野でもって地域ぐるみで子育てを応援するのだからっていう部分にあっては、「わらすっこ条例」っていうのも良いのではないかっていうことで、全会一致で可決をいただき、それに基づきプランを作り、そして「わらすっこ基金」を創設いたしました。約4000万円の市民の皆様から浄財をいただきまして、まず産まれたって言うよりも先ほど言いました通り、出会いから結婚、そして出産、そしてまた年代に応じて幼稚園・保育園から小学校・中学校・高校と、それぞれニーズが違う訳ですよね。従ってそこにどのように、体面を失しないような、身の丈のきめ細かい対策をとるか。「子育てするなら遠野だ」っていうぐらいの気概でやろうではないかってことで、「わらすっこ条例」って言ったものを制定しながら、少子化問題には挑戦をしているということでもあります。合計特殊出生率が1.8ちょっとでありますから、遠野の女性は頑張っているのです。従

いまして私は、この人口減少に歯止めをかける、2.08といったものにより近づくものとして、子育て環境を整えて行こうではないかと。そのためにはやはり出産祝い金とか、結婚祝い金とか一時金でやるのではなくして、そのお金があるのであれば、その成長の過程に応じてタイミング良く支援する、サポートするという中で、子育て環境が少子化問題に一つの答えを見出す事が出来るのではないのかなと、そのような話をしていたところであります。

**大森:** 乱暴ですけど、敬老の日に金品を高齢者に運ぶ、ささやかなお金を全部若者のほうへ向けるべきですよ。



**本田:** 今おじいさん・おばあさん世代が、孫のためにというのも制度化されましたよね。実はこういう話があったのです。町を歩いておりましたらあるお年寄りの方が、「年金もそれなりに貰っているし、あまりお年寄りの・・・」と、「まだまだ、お金の使い方をもう少し考えていいのではないかと。我々も我々に懸命に頑張るから、子供たちのために、お金を財源をもう少しやり繰りしてくださいよ」って言うおばあさんがおりましたね。本当にじーんと来たのですけども、そのような中で、やはり限られた財源をいかにタイミングを失しないような形でやり繰りするかというのが、今我々の置かれている状況。すべて県が悪い、国が悪いって言っているような、現場というのがそういうことを言っているような状況では無い訳でありますから、そのような事をもう少しきちんと施策として、形にしたいというように思っております。

大森：ありがとうございました。松崎さん、お願いします。

松崎：私ども首都圏で、子育てのしやすいまち、上位にランキングされはじめて、その後合計特殊出生率が1.18だったと思いますけど非常に低いのです。子育てがしやすいまちだから、子供を産みやすいまちに出来ないかと考え始めたところ、私どもの役所には、「アンテナ職員制度」という、感度を高くして様々な国内外の情報をキャッチしろという制度があります。その中で行政の仕事として婚活をやろうと提案がありました。一瞬私も躊躇したのですが、何でもやるだけやってみよう。と言って始めたのが実は震災の3週間前です。当初70名ずつ応募しましたら、男性が5.3倍、女性が3.8倍応募してきました、急遽定員を90名にアップしたのですが、何と、終わりましたら34組、参加者の44.1%のマッチングに成功しました。その後追跡調査をと思っていた矢先に震災に遭いましたので、その中で1組、市の職員がゴールインしたのだけは知っているのですが、噂で4、5組私の耳には届くのですが、どうも結婚式で、婚活で出会ったとは言いつらいみたいです。今まで5回やっているのですが、やはり市が絡むだけで、行政が絡むだけでも凄く信用度が高まるということで、今「子どもが産みやすいまち」ではなく、「男女の出会いやすいまち」にしようとして一生懸命やっています。

一番最初にやった仕掛けをちょっとお話しさせていただきますと、実は3部構成でやりました。男女共に有料で、男性は8千円、女性が6千円とるのですが、第1部は参加者向けの講座で、女性にはメイクアップ講座。もうちょっと綺麗にしてフェロモンを出せよという仕掛けをさせていただいて、今度男性のほうには俳優座の俳優を引っ張って来まして自己演出講座を行いました。その次に2部構成で今度は少しでも体を動かさせようということで、パワースポット巡りをしましたが、何て事は無い、浦安にある3つの神社を回るだけなのですが、それが成功しました。そして3部で交流パーティー。

アルコールも当然出るのでですけども、この交流パーティーで実は前の日まで何にも考えていなかったのですが、そう言えば昔、「やり手ばあとかやり手ばあさんとかいたよな」ということで、それにマッチする市の幹部職員の女性をあてがいました。部長から始まって、課長或いは係長で、これは使えると思った人間を多分6～7名だったと思いますけど、急遽前日の5時に呼んで、愛のキューピットとして、出来れば羽根と頭に輪っかでも付けさせなければと思ったら猛反発を受けまして、彼女らで考えたのが「愛のコンシェルジュ」という腕章で、それをつけて臨みました。やはり当日始まった時にもじもじしていると、それに対して世話焼き始めて、結果として34組のマッチングと。やはり行政がこれからどんどんやっていくべきではないのかなと思いました。参加者も決して市民だけではございませんで、インターネットの時代ですので、神奈川・埼玉・茨城、こういった方からも応募して来ております。今まで5回やったのですが、一番の悩みは20歳から45歳までの年齢制限の中で、だんだん40歳以上が増えてきたことです。我々の目的は子供を産んで欲しいので、ただ男女の出会いだけではないよと思っているのですが、やはりその前の出産適齢期ということもちょっとPRしていかなくちゃいけないかなと、思いながら真剣に今婚活活動には取り組んでおります。

大森：田中市長さん、お願いします。

田中：色んなお話を聞いて私もほっとしたところがございます。実をいいますと、2011年から「婚活支援係」という係を市の中に作りまして、赤い糸プロジェクト48、「AIP48」というプロジェクトにしましてですね、取り組んでおります。ホームページなどで「婚活倶楽部南砺」で検索しますと、結構頑張ってるという事でございます。その中で愛のコンシェルジュっていうのがありましたけども、私の所は「南砺おせっかい」っていうのを立ち上げまして、100人ぐらい南砺おせっかいが集まります。その中で色々情報交換をしながら、婚活イベントなり、先ほどから自分磨き、そして自分の表現の仕方、そう

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップショット

いう講習も含めて取り組んでおります。一番インパクトがあったのは、やはり行政が絡むということで信用度が、信頼度がアップするということ。それに町コンだとか、それぞれの団体の方もまた更に婚活に力を入れてくれると。色んな波及効果があるのですけれど、一つは、テレビ番組で有名なやつがありました。テレビ番組のナインティナインのっていうやつですかね。あれに応募をしたところ当たりました、その時に17組がカップリングしたのですが、もう今2組か3組成婚しておりますし、この2年間で19組結婚しておりますので、子供ももう既にお産まれになった方もいらっしゃいます。この事をやはり更に広げて行こうということで、婚活をやります。そして今度はウェディングビジネスというか、パーティーだったり引き出物だったりお菓子だったり、そういうものにまで今広げていきたいなというふうに思っております、それも市民の皆さんが色々と活動の中でアイデアを持って取り組んでいただいておりますので、ウェディングビジネスにまで展開をしていければと思っております。今南砺市は、保育の待機児童はゼロですし、先ほど本田市長も言われましたけれども、ちゃんとした子育てをされる地域づくりということも含めて、保育園のサービスの拡充だとか、それに合わせて統合もやっておりますけれども、色んな意味で保育サービス。そして放課後の児童保育だとか、そういったものにもちゃんと、コストもあまりかからない、本当に育てやすい環境を作っていきたいと思っております。

**大森：**ありがとうございました。やっぱり市長さんたちって色々お考えになって色々な事をおやりになっているのですよ、こうやって。何でもやってるのですよね。日本の自治体は明白に違法で無い限り何をやってもいいのです。恵まれているのですから、だからそれを使わない手は無いなど。ちょっとこれは今日のテーマとずれましたけれど、全体として市町村というのは総合的に何かやる訳だから、高齢者だけに特化して仕事をやっているのではなくて、全体の繋がりの中でおそらくおやりになっているはずで

すから。とってもいいお話し伺いました、ありがとうございました。

原局長さんのご指摘のように、自治体の中も相当地域が違って、きめ細かく対応しなきゃいけないって事が出てきている。だから、地域内分権と言うか、都市内分権というそういう議論があるのと、それから今日のテーマで言うと支え合うのですけど、地域って、みんなが地域地域って言うのですけど、その支え合う人ってそんなに沢山いるのだろうか、いつも疑問が出るのですよ。みんな市町村と地域に持ってくるのですよ。色々テーマや課題を。ちょっと満杯状態ではないかと。そういうふうな考え方も結構あるのですが、どこにどういう人たちがいるのかって結構難しいのではないかと考えているのですけど。地域論やる時に。皆さん方が地域で色々な事をおやりになるって言っているのですけど、地域って具体的に何の事を指しているのかってことも重要なので、ちょっとその話も含めてお一人ずつにお聞きしていきたいのですけど。熊本市のように大きい都市は必ず行政区を置く事になっているのですね。行政区を置かなきゃいけないのは元々基礎的自治体ではないのではないかと。私は。本来。だからこんなに大きい市にして行政区を作ると、より一層行政区単位でそこに分権をして、そこで色々な事が出来るようにしなければならないのではないかと。それ無しにはですね、大きくすると必ずきめ細かい行政が行われなくなるのですね。

もうちょっと言うと、役所のほうは住民の顔が見えなくなるのですよ。職員も。大きくすると。おそらく熊本の場合はちょっと他の政令市と違いますので、地域の中に色々な農山村含んでいますから、多分色々個性があつていいのではないかと考えているのですけど、その地域の行政区って言うかその単位で、きめ細かくどういう形で展開されているかってことと、多職種連携とおっしゃっている、これが結構難しく、役所の中の連携も難しいと同時に、多職種の方々との連携って意外と難しいのです。それぞれがみんな自己主張される方ですから。その方と上手

に繋げていくっていうのは工夫がいるのではないかと。だから熊本の場合は多職種連携というのはどういう形で。会議を開けば出来るという話ではないでしょうから、どういう形でやっているかって、この2点ちょっと伺えますか。



幸山：はい。1点目ですけれども、確かに私も自治体にとっての最適なサイズと伺いますか、どの程度だろうかというようなことは、良く考える事ではあります。そういう意味では、先ほどご紹介したように5つの区が出来て、9万ぐらいの人口の区から、20万をちょっと切るぐらいの所までということになります。今はそこを地域の拠点として、色々な活動を活発にしていこうということになります。先ほど区域内分権の話もありましたが、私どもとしては区役所をいわゆる大区役所制ということで、極力色々な権限を持たせていこうというような事によって、住民にとっての色々な意味でメリットを感じられるような行政体制を整えて行きたい。熊本市は今73万人ですが、14、5回程合併を繰り返して、そして今の73万人都市になっているのですね。ですから、やはり旧町の意識とか絆とか、それがとても強い都市だというふうに思っています。なかなか比較は難しい事ですが、市民力、支え合う場合のやはり土壌となる場所ですけども、これがとても強いところだと。しかしながらそれを活かす行政体制がある意味では追いついていないところがあったのではないかと。そういう事もありました。ですから、今回私たちは政令指定都市になった。そして区政が敷かれた、行政区が出来たということは、私はチャンスだというふう

に思っています、大区役所制そして都市内分権なるものを徹底していくことによって、色々な課題に対応していきたいというふうに思っています。地域としてどう考えるかということですが、やはり先ほど申し上げたように、一つは小学校区単位をベースとして考えたいというふうに思っています。ただ課題によりましては、小学校区でも93か所ですから、平均すれば1万人弱ぐらいになります。これでも大きすぎるといような場合もありますので、自治会組織がありまして、これが市域では900弱ぐらいですけれども、場合によってはこの自治会単位での活動を働かせるということ。自治会であったり校区であったりということ私たちとしては地域として捉えて、色々な活動を展開しているということになります。

それから2点目の多職種連携のところですが、確かに難しいです。言うは易くというところがありますが、ただ私どもとしてはある意味恵まれているなと思っていますのは、その連携も比較的取れている地域なのではないかというふうに思っています、これは医療間の連携ですが、先ほど冒頭紹介したように、24時間365日の救急医療体制が整っている。これは病診連携でありましたり、病院間同士の連携であったり、その辺がしっかりと取れているということからなされているものだというふうに思っていますし、それから先ほど校区担当の保健師の話もし、健康まちづくりの話をしました。このような活動を進めて行くにあたりまして、医療関係者、それから介護に従事されておられる方々、それから市民の中でも民生委員さんだけでなく、例えば食改さんでありますとか、8020推進員でありますとか、色々な地域で活動されておられる方々がいらっしゃいます。そういう方々に集まっていただいています。健康まちづくりという一つのキーワードの元に、そういう形で今進めているということでありまして、冒頭申し上げたように非常に市民力・地域の絆がまだまだ根付いている熊本市において、政令市という手段を使って冒頭の話と、それから多職種連携の力に私たちがもっていかなければならないというふうに思っています。

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

閉会式

会場スナップショット

**大森:** 本田市長さんがご議論の中で、地域を家族のように考える。従来の家族って血縁関係ですよ。これが従来の家族がだんだんと先細りというか失い始めていて、失いつつある家族が片一方にありながら、どうして地域が家族になれるのかって。素朴な疑問ですけど、いかがでしょうか。

**本田:** 地域が家族という「家族」というキーワード、これは先ほど「近助」という言葉も一つのキーワードだなという話があったのですが、遠野は人口3万人という話をしましたけども、行政区が90あるのです。一番小さい行政区は25世帯ぐらい、多い所は650世帯ぐらいという中で90の行政区があるのです。私は今日のテーマの団塊っていうところに大きく着目しているのですが、その団塊の世代が働き続け、そして子育ても終わりという中で僅かではありますけども故郷に戻ってきているのです。やっぱり地域に対する熱い思いを持っているのですよ。「そういえば昔盆踊りをしたな」、「色々語り合いながら酒を酌み交わしたな」ということがきちんとインプットされている世代が、今戻ってきているのです。ですからこの10年、この団塊の世代が地域に入って、またかつての地域を何とかしようと。「あそこのおばあちゃん大変だ、あそこのおじいちゃん大変だ」と。敬老会があった時にこういう事があったのですよ。全然飲まないのですよ。「いやあ、皆さんも飲んだらいいのではないですか。」っていう話をしたら、「いや、今送り迎え、ちゃんと迎えに行ってきた、敬老会に連れてきたので今度は送って行かないやならない。送って行って無事ならばそれから我々がゆっくり酒飲みするから、市長あんまり気にしないでくれ。我々の仕事はそうなんだから。」という世代が地域にいるのですよ。ですから私は地域の皆さん、行政、中々大変です。人口減少ですから職員も減らさなきゃなりません。従いましてこの中にちょっと出している訳でありますけど、先ほどこの地域と地域が家族。これはこの血縁と言うよりも、その住み慣れた地域で元気に生活をするという中における対応が必要ではないかなと思っております、そのために

はこの地区センターの役割が非常に大きいです。そしてこの中にあります、いつまでも元気という中にありまして、この構想といったようなものは、行政はある意味得意です。しかしそれを実践するとなると中々うまくいかないという部分で、ありきたりでありますけど保健医療、福祉の拠点として「遠野健康福祉の里」といったものをこのような中にきちんと位置づけておくと。そしてこのような一つのマンパワーをワンストップ支援ネットワークとして。やはりネットワークだと思っております。そうするとそれぞれの地域による、ここに書いてありますけども、それぞれの地域のネットワークを組みながら、高齢者のフォローが出来る。地域ぐるみでそれをフォローするというようなところもやはり極めて大事ではないのかなというように私は思っております、地域、集落、或いはコミュニティといったような中に一つの仕組みを作っていくたいなというように思っております。

**大森:** ついででございまして、本田さんは団塊ですから、どこでどうやって死にたいですか。

**本田:** やっぱり故郷遠野で最後は、と思っておりますよ。

**大森:** 最後の、その場所は。

**本田:** 場所はやっぱり家ですね。

**大森:** 家で看取ってくれる人がおいでになる。

**本田:** 家でそれこそ、あまり介護を受けない形で、ピンピンコロリンの中でというように思っております。

**大森:** 多分そうならないと思うんですよね。

**本田:** でも、それを目指して頑張ります。

**大森:** 少なくとも病院では死にたくない。

**本田:** 病院では死にたくないですね。

**大森:** 現役の市長さんが倒れると必ず病院に運ばれますよね。だからあらかじめ、その時は自分は運ばなくていいということを書いといてくれないと困る。すごく重要な事で、多分団塊の世代の人たちが全体増えるわけですから、元々この人たちはみんな大学紛争をやった人たちですからね。結構自己主張が強いと思うのですよ。だから今のうちから自己主張を

ちゃんとしたためてもらっとくと周辺は楽なのですよ。それを率先して市長さんからやってくださるといいですね。みんなに見せて、「俺やっているから、みんなもやれ。」ってこれが一番重要。

松崎さんも団塊ですから、今の私の質問にまずお答えいただいてから。どこでどうやって死にたいか。

**松崎：**話を聞いていまして、惣万さんの言われた、理想は自宅ですね。ただそれが本当に現実的にできるかどうかと言うとまた別の話で、今私自身も子どもたちが外に出ていますので、女房と二人だけになった時に切実な問題で、うちは死ぬだけではなくて、死んだ後も大きな課題になっていまして、やはり墓を守る人がいなくなる。それで樹木葬という要望が半端ではなく多いのと、個々の一基一基の墓は要らないと。合同葬という声も非常に大きいので、これからまた行政課題がそういうところに移ってきているのだなあという中で、死ぬ所をこれから真剣に考えなきゃいけないのだなあと昨日第2分科会でしみじみ感じました。

**大森：**さっき報告の中で、おやっと思ったのですが、総合計画をつくる時に公募の市民を求めたでしょ。あの時に無報酬って書いてあるのね。強調されたでしょ。総合計画で公募市民に報酬を出しているってあまり聞いたことがないのですけれど。



**松崎：**今までは要は市から色々お願いすると若干の手当ても出していました。

あえて公募市民で100人委員会を名づけたつもりだったのですが、その100っていうのは1から100ではなくて、少しでも多いうって意味で100人委員

会を立ち上げました。ところが担当がPRしすぎて206人集まってきて、ただ中には当然クレーマー、ノイジー・マイノリティという騒がしき少数の方も結構いました。それをどうするかというのに私の方から担当職員を説得するまでで約1ヶ月以上かかりました。最終的に全員を公募委員にしたのですが、市の職員も自ら自発的に手を挙げて職務命令なし、残業なし、代休なしということで260名ぐらいでスタートしました。

**大森：**もう一つですね、どこの市長さんたちも、市町村長さんも言い始めているのですが、役場というか行政と住民が協働すると。協力の「協」と「働」くのですが。職員は上司と部下の関係の中で生きている。上下の関係で習熟している。その職員が、何か特定の任務を帯びない限り、外の住民と協働なんか出来るはずはない。実は。だから言っているほど協働ってうまくいってないのですよ。そのためには、市長さんが民間と言うか住民と協働するって言った時には、何かきちとした実権を、ある種の権限を与えてあげないと出来ないのですよ。対等でやる訳ですから。職員は上司と部下の関係で動いている訳ですから。だから上司が「お前やってこい」って言えばやってきますけど。本人が出て行って本人の才覚をふるいながら、住民の信頼を受けながら新しい事業を回すっていうのは通常は簡単にできないのではないかと思うのですが。それはどうでしょうか。

**松崎：**市の職員として参加するのではなくて、一市民として参加しなさいということでやりました。ですから、そこで市の職員だから、という市民からの問いかけにも答えるなど。市民会議のサポートをする市の職員は別にいるのです。職務でもって。

**大森：**そうすると基本的に言う市民間協働になっていると。役所との関係ではなくて。

**松崎：**そうです。

**大森：**そうですか。それならそれは可能ですね。私は簡単に役所は出来ないのではないかと。そんな言う程簡単ではないのではないかと。思うように。何故かと言いますと、だいたい縦の関係で仕

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップショット

事ってやっているのですね、みんな。これはある種の大きな仕事出来るのです。横で結びついて大きな仕事って簡単にできないのですよ。私は自分で発見したのですが、横という熟語が全部悪いのですよ。漢字引くと。横っていうのは全部。横行、横暴、横に振り回す、全部悪い。縦っていうのは、縦の熟語で悪い言葉はほとんど無い。実は熟語も無い、縦は。横はいっぱいあって、みんな悪い。これは文化ですから、それを簡単に横に繋げるなんて事は、余程の才覚がある人かそういうことが上手な人がいない限り、簡単には、さっき連携の事聞いたのはこの事ですけども、簡単には繋がらないのですよ。その繋げるやり方が今模索されているのではないかと思います。そういう事をお聞きしたのですが。市民協働は良い、僕できると思うんですけど。これ田中市長さんどうでしょうか。



**田中：**私も市民協働というやり方でいろいろと試行錯誤しております。先ほどずっとと職員と地域との関係っていうお話がありましたので、私の所は市の職員で管理職に、それぞれ31の自治振興会単位がありますので、兼務辞令を出して、地域づくり支援員という形で色々な情報を収集したり会議に行ったりアドバイスが出来たり、また市と繋ぎ役が出来るとい、そういう職員を任命しまして、地域の中に入れてもらうということでやり始めています。これはうまくいっている所とってない所が実はあると思いますけれども。

それと小さな町ですので、割と市の職員がそれぞれの地域のPTAの役員だったり地域の青年団の役

員だったりという方が結構多いので、そういうところは今松崎市長言われたように市民として色々な参加をしていただくということになります。あと少し、大きな問題というか、先ほど地域にお願いをすると色々な仕事、色々な役が地域に入る、そうすると地域もそんなに人材が豊富な訳ではございませんので、かなり負担感が出てくるのではないかと、ということは懸念しています。例えば元気な青年は、麦屋を踊ったり駐車場係したり、百姓と言われる百の姓を持つぐらいの消防団だったり、いろんな事をやらなきゃならないということがありますので、今後の課題としてもそういう地域と行政がどういう対等の立場、どういう形で取り組むかということはこれからも課題だと思っています。

**大森：**大事な話で、医療ケア局をお作りになりましたでしょう。一種の組織統合をやったのですが、ああいうタイプのものを作ると、効果って出てくるものですか？

**田中：**民生部と医療局というのが元々ありまして、それを本当はもう少し単純に地域包括医療・ケア局ということで福祉の方も含めて取り込みをした方が良かったのかもしれませんが、第一次として地域包括の部分だけを医療局の方へ入れたということになっています。そこがリーダーシップを取って南砺の課題もしくは南砺の今後をどう進めていくか、ケア会議の中とか職員間での情報収集を行い、また勉強会も始めておりますので、そういった意味では効果として少しずつ出てきているというふうに思います。福祉もその医療ケア局と相俟って医療協議会という会を作って、そこには私も副市長も出ますので、そこで色々と揉んできたもの、課題について挙げていただければ、そこで判断できるような形になってきておりますので、効果成果というのはスピード感を持って取り組むという意味では少し出てきているというふうに思います。

**大森：**ありがとうございました。会場から1・2の方お手が上げれば承ります。今日は原局長もお見えくださっていますので。ご質問等ございますでしょう

か、どうぞ。

おられないと指してしまいますよ。どなたでも結構です。北海道からお見えになった方お手を挙げてくださいますか？東北で結構ですけど、東北の方から。事業者の皆さん方でも結構です。どなたかご質問ございませんでしょうか。よろしいでしょうか。よろしければこちらでいたしますけど。そんな皆さん方お静かでよろしいですか。ご発言しないと不満溜りますよ。どうぞ一言ぐらい何かおっしゃってください。よろしゅうございませうか。それでは、もうしばらくこちらの方で受け答えしていただきます。

少し話題が大きい話題になって恐縮ですけど、先ほど私が強調したのは、社会保障全体の体系の中に、子ども子育てが明確に入ったと、未来に対する投資をちゃんとしよう。という話が入りましたので、全体とすると今回消費税上がりますので、社会保障の一角として実際にもお金が回ってくるのですが、あんまり大きなお金が来る訳ではありませんけど、それでも社会保障と税の一体改革で消費税が上がりますので、現場としては消費税が上がった増税分について具体的にどういうふうに現実が良くなるのですかって聞かれる可能性が十分にあるのですよね。ちょっと一言ずつ、社会保障と税の一体化について今進んでいるこの在り方について、市長さんがもしご意見あれば伺いたいのですけど。これ必ず全員ではなくて結構ですけど、この問題についてですね、例えば自治体ではこの消費税分は社会保障の施策に使うのだと言うのですけど、必ずそうなるとは限りませんでしょう。一部地方交付税で来ますから。そうすると人件費も使いますからね。国のほうはもう限定されているのですよ。社会保障以外には絶対使わないって。でもそれって自治体に来たとき本当にそうなるのだろうかって少し疑問が起こるのですけど。それどなたかいいです。松崎さん、何か、お話しただけです。

**松崎**：正直言いまして、具体的にまだ見えてないもので、非常にお答えしづらいのですけど、当初この一体改革の前段で総合こども園制度がありました。

これが実は消費税の増税の時に三党合意でなし崩しにされたってということがものすごく私にとっては不満です。せっかくあそこまで行きかけたものが。厚生労働省にも正直言ってクレームつけたのは、こども園ってというのは結局幼稚園と保育園の壁を無くそうって話だったのですけど、どうもマスコミから出てくるのは全部待機児解消のためと。そうではなくて、その根底にあったのは本当は国力がどこまで衰退していくかわかりませんが、国力を少しでも元気にさせるために、女性の社会進出のためのこども園制度だったのではないのかな、と思いつつ今ものすごく不満の中で、うちは認定こども園を行政として市としてやっていこうというふうに考えております。

**大森**：局長さん、今のような事はどういうふうに理解しておけばいいでしょうか。

**原**：消費税の引き上げの財源を社会保障の充実に使うということで、充実分として、27兆円、1%分ですね。満年度ベースで28兆円と言われてはいますが、これはいわゆる狭義の意味の充実分でございますが、その中でやはり一番省内で議論になっているのは、まずは子ども子育て関係に充てましようということ。こども園の関係については円滑に進めていくっていう形になっていて、その辺のスピードが遅いのではないかとというような事、あるいは主旨が違わないかという事があるのかもしれませんが、一応将来的には充実分の最優先事項は子ども子育て支援の関係に使っていくという議論になっています。それからもう一つは医療介護の充実ということで、今議論しているところでございます。

**大森**：地域包括ケアのシステムを確立したいって事の中には色々な要素が入っているのですけど、その大きな方向性はやっぱり従来型の施設ではなくて、在宅、居宅の方へ動いていきたいと、元々介護保険法もその精神ですので、基本的に言えばやっぱり施設から在宅へ、という方向が出てきているのですけど、現場のほうから市長さんたちと言うとやっぱり施設ニーズと言うか、施設に入りたい声もございませうでしょう。待機者の人数は少し怪しい人数ですけど、

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップショット

40数万人いるなんていうのは。でも現場、おそらくは施設についても色々ご苦労があるのではないかと思いますのですが、全体として地域包括ケアが目指しているのは、同じ施設でもなるべく小規模のものを作っていききたい。身近で、人々が使いやすいものを作っていききたいということになっていますけど、その施設と在宅の関係について、基本的にはどういうふうにお考えになっているか、ということについても重要ですので、地域包括ケアの場合は。ちょっと一言ずつだけで結構ですので、考え方を披瀝していただけますか。幸山さんからお願いします。

**幸山：**はい、確かに大きな流れとしては施設から在宅へという事でしょうし、実際その住民にアンケートを採っても先ほどの遠野市長さんではないのですが、やっぱり我が家で死にたいという方が多いと。しかしながら現実とのギャップというのがあるということですね。そこにどう応えていくべきなのかということだろうと思います。その環境がやはりまだ整っていないというのが現実だろうと思います。

先ほど医療との連携の話をしましたけど、その中で在宅医療体制をどう整えていくかということ、これがもう大きな課題であってなかなか難しいということです。ただ実際熊本市域の中でもですね、開業医の方で何人かの先生方が非常に献身的にやってらっしゃるところがある訳ですね。そこをモデルとして、いかに広げていく事が出来るのか、ということ为先ほどの多職種連携の中で課題を共有し、そして具体的な行動に今繋げていこうというまさにその段階であるということでありまして、先ほど、横は横行だとか横領だとかあまりいい事無いのだよというふうにおっしゃいましたけども、やはり先ほどから出ている連携というものをいかにスムーズに取っていくのかということ、そこに行政がどのような役割を果たしていくのかということ、ここがやはり地域包括ケアの中での肝となるところであるのかなと思いますので、その役割をしっかりと果たしていきたいと思っています。

**大森：**地域包括ケア全体のシステム構築のためには、

出来れば定期巡回、或いは随時対応型の介護・看護がきちっと届くと。在宅の方々に。あれが中々思うように進んでないのですよ。やっぱり保険者としての市町村長さんが明確な形で世の中に訴えてくださらないと進まないのですよ、事業者だけでは。放置しておく。それでその事をお聞きしているのですけど。本田市長さんと松崎市長さんにその事もお伺いしたいです。

**本田：**消費税の議論からしますと、まさにこれは必要な議論であって、一定の増税の中から社会保障といったものを基準といった事については、総論賛成各論反対ということによくなるのですが、我々現場の立場からしますと、遠野市でも今180人程老々介護の課題を抱えて大変な苦労している方がいらっしゃるのですね。したがってそういった小規模多機能の様な現場ならではの、それぞれの地域の特徴がある訳でありますから、現場ならではのニーズに応えるような、年金・社会保障という問題とはまた別に、そのようなものにも貴重な財源といったものをきちんと手当をするというような受ける仕組みをきちんと作っていただければなど。行政は現実なのです。今は目の前にあるものに対してどういう答えを出すかっていうことが求められる訳でありますから、そのようなものにつきまして、もちろん将来展望を見誤らず、きちんとしたその中で新たな制度ってということも必要なわけではありますが、今困っている方に、どのような形でとなった場合に、使い勝手が良いというか、現場のニーズに合った使い勝手が良い貴重な財源として手当をしてもらえれば、またそういう制度を作っていただければな、ということ強く望む訳であります。以上です。

**松崎：**私どもの市は、小規模特養をこの2年間で3つ作りました。そして、今現在80人規模の特養を一つ作っているのですけども、明確に施設の方に重点がおかれています。老人クラブを回っていても必ず言われるのは、最後の行き所として特養と。少しでも早く作って欲しいというふうに言われています。特にうちは今核家族が90%占めておりますし、その中

で実は75%の世帯が集合住宅、マンションです。特に近年、非常にセキュリティが効く構造になっていまして、昔の公団のマンションでしたら、隣近所どこでも行けるのですけれども、エレベーターが各階止まりで、尚且つエレベーターが開いた所の二軒しか行けないと。隣に行くのにわざわざ1階まで行って別のエレベーターに乗らなければいけないという非常にセキュリティ重視のマンションを私自身は憂いているのですけれども、そういった中で在宅、或いは隣近所とフォローし合うという状況にはちょっとうちは今無いので、色々な意味で警鐘を発していきたいなとは思っているのですけれども、明確に施設型だというふうに思っております。

**田中:**南砺市については、介護保険組合と言うものを、隣の砺波市・小矢部市・南砺市と3市で構成しております、その計画に基づいて施設の整備等々を進めておりますが、私自身はやはりこの南砺で、地域包括ケアを進めていくために定期巡回、随時の対応型の訪問看護・介護と言うものをぜひ積極的に進めていかない限り、在宅での色々なケアには問題が起きるといことで、やりたいなと思っております。そこで私自身も、市で社会福祉法人の理事長をしているのですけど、やはり人材がなかなか難しいということがあったり、最初からすべてのエリアをサービス出来るというものではありませんので、その辺りをちゃんと説明をしながら、しっかりこの随時対応を進めていきたいと思っております。

それと南砺市は空き家がどんどん増えてきておりますし、この空き家一つも大きいのです。本当に大きな家がございますので、やはり富山型のデイサービスのような施設がその地域地域に出来てくれば、在宅とお昼の時間に少しデイサービスの方で世話になるとか、そういった使い方をやれば南砺市型になっていかなかなあというような事実は思っています。これも当然行政だけで一人走ってもしようがない訳でございますので、南砺市全体で今の現状を理解いただいて、そして参画いただく方々と綿密に準備を進めていきたいと、このように思っています。

**大森:**最後に、原局長さんから厚労省の方も頑張ってもらわないと困るのですが、やっぱり保険者が市町村長さんにやっていただいていますので、市町村に対する、国からこんなふうにあつたらいいなという希望と言うか期待があれば一言最後に締めとしてお話いただければと思うのですけど。



**原:**私のスライドにもありますように、地域包括ケアシステムというものを今回社会保障国民会議の場で色々議論していただきました。実は23年改正で介護保険法にも、実現についての国と地方公共団体の努力規定が入っているのですが、地域包括ケアシステムという言葉は法制的な判断から入らなかったのですけど、今回国会に出しましたプログラム法案の中には明確に地域包括ケアシステムの構築ということが謳われていまして、これは国の目標ということになったということで理解してもらっていいと思います。そういう中でやはりこれを誰がどうやって作っていくのかということですが、結局介護保険、介護サービスの充実です。在宅サービスが基本というのが介護保険法にも書いてありますし、ただ施設も在宅サービスをどう支えていくかという意味では大変大事なものだと思っております。また、そういう介護保険制度の役割も大事でございますが、今日のテーマにもなっていますが、これだけでは地域包括ケアシステムというのは支えきれないと、医療との連携ももちろん大事でございますし、それからやはり自助互助、今日は近所という言葉も出ておりましたが、そういった地域力と言うのでしょうか、地域の支え合いの機能の強化ということがこの地域

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

閉会式

会場スナップショット

包括ケアシステムを作っていく上で非常に重要だろ  
うと思います。それは結局、地域づくり、まちづくり  
ということにもなって参りますので、介護保険の保  
険者としての市町村という役割もちろん大事でご  
ざいますけども、基礎的自治体としての市町村が中  
核となって、住民の皆さん方の協力も得ながら作っ  
ていくべきものだろうと思っております。そういう地  
域包括ケアシステムの構築に向けて、介護保険とし  
て何がお手伝い出来るのかと。保険の役割から少し  
逸脱するような議論があるかもしれませんが、私は  
そういう思いで改革の議論をさせていただいている  
ところでございます。

**大森**：ちょうど時間が来ているのですが、おそらく  
は次期の改定に向かって、もしかしたら大改革にな  
る可能性があるのだと思うのですよね。多分。その  
時に肝心なことは市町村の現場がちゃんと動けるよ  
うな改革でないと困る、本当に。そのためには国の  
皆さん方が必ず現地現場に訪れて、このように訪ね  
てきていただいて、何が肝心でどういうニーズがあ  
って、だからこの改革が必要であると。そのことを固  
めていただきたいというのが最後に私からの希望で  
ございますので、原局長さんに期待申し上げますの  
で、頑張っていたきたいなと思っています。以上  
で終わりにいたします。ありがとうございました。



10/  
17  
(水)

開  
会  
式

基  
調  
講  
演

第  
1  
分  
科  
会

第  
2  
分  
科  
会

第  
3  
分  
科  
会

10/  
18  
(金)

分  
科  
会  
ま  
と  
め

パ  
ネ  
ル  
デ  
ィ  
ス  
カ  
ッ  
シ  
ョ  
ン

開  
催  
市  
か  
ら  
の  
メ  
ッ  
セ  
ー  
ジ

特  
別  
講  
演

開  
会  
式

会  
場  
ス  
ナ  
ッ  
プ  
シ  
ョ  
ッ  
ト

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会



10/18 (金)

分科会まとめ

パネル  
ディスカッション

開催市からの  
メッセージ

特別講演

閉会式

会場スナップ  
ショット





# 開催市からのメッセージ

日時 10月18日(金) 13時00分～14時00分

会場 福野体育館アリーナ

## 多職種連携で結ぶ家族の絆と地域の絆

～一人ひとりの人生を支える地域包括医療・ケア～

### コーディネーター

南 眞司 氏 (南砺市民病院院長)

### 発表者

金子 利朗 氏 (産婦人科内科金子医院院長)

野嶋 京子 氏 (JA福光ふれあいセンター介護支援専門員)

村井眞須美 氏 (南砺市訪問看護ステーション所長)

湯浅 良夫 氏 (利用者様のご家族の方)

10/  
17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/  
18 (金)

分科会まとめ

ディスカッション  
パネル

開催市からの  
メッセージ

特別講演

開会式

会場スナック  
ショット

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネル  
ディスカッション

開催市からの  
メッセージ

特別講演

閉会式

会場スナップ  
ショット



## 開催市からのメッセージ

10月18日(金) 13時00分～14時00分  
**多職種連携で結ぶ家族の絆と地域の絆**  
 ～一人ひとりの人生を支える地域包括医療・ケア～

コーディネーター

南 真司 氏 (南砺市民病院院長)

発表者

金子 利朗 氏 (産婦人科内科金子医院院長)

野嶋 京子 氏 (JA福光ふれあいセンター介護支援専門員)

村井真須美 氏 (南砺市訪問看護ステーション所長)

湯浅 良夫 氏 (利用者様のご家族の方)





南：ではこれから、開催地からのメッセージということで1時間、事例を通して「多職種連携で結ぶ家族の絆と地域の絆」。一人一人の人生を支える地域包括医療ケアということで進めて参りたいと思います。

メッセージは225ページのところに少し詳しく書いてありますので、また目を通してもらえればと思います。

事例に入る前に、ここに4つ書いてありますけれども、地域医療の目的は、患者・家族のQOLを向上させることだという風に考えております。

そのQOLの向上には、地域包括医療・ケアが非常に大切であり、南砺市型の地域包括ケアをしっかり進めることによって家族の絆が結ばれる。そして、その連携の中で、地域の絆が結ばれるという風に南砺市としては考えて進めているところです。

その内容に関して、実際にどのような内容で、どういう風になっているのかということ、今日は実際の事例を通して皆様方にお示ししながら、そしてまた今日は発表者の皆さん方と意見交換しますが、私はどの地域でもこういう事例というか、患者さんには遭遇することが多いと思います。南砺市ではこうなんだけれどもどうだろうとか、こういう風な提案があるんじゃないだろうとか、ここは疑問だとか、ということであればまたその所を会場の皆さん方とも意見交換をしていきたいと思いますので、その時にはよろしくお願ひしたいと思います。

まず先に、簡単にプレゼンテーションをいたします。

事例は大正14年生まれの男性で、今日も登壇して

もらっている義理の息子さん夫婦、それから四世代ですね、平成12年、74歳のときに脳梗塞になりマヒが有るんですけども、ただお元気で、80歳までは畑仕事、それから81歳くらいから徐々に近所を散歩する程度になりました。平成20年、82歳頃から歩行入浴が不自由になり、介護保険を申請された。その後も嚥下障害それから失禁・認知症が進行し、介護サービスを拒否されるなど介護者の負担が非常に増大した。その頃、平成21年10月から一層歩きとか、食べるのが難しくなって訪問診療も可能な金子先生のところに移られて、病気としては多発性脳梗塞、混合性認知症、高血圧などで診療を継続されています。翌年には脱水傾向になって点滴目的に訪問看護を開始したと、これがあの、青で書いてありますけれども、フェイズとしては自宅で徐々に認知症とか疾患・障害が進行した進行期ということになります。

その次の年ですけれども、嚥下性肺炎で金子先生が診ておられて、私が勤めている南砺市民病院に紹介入院になって、肺炎は良くなったんですけども、歩行困難、嚥下摂食障害など身の回り動作ADLが低下して、6月13日、約2週間後に回復期リハビリ病棟に来られました。集中的なりハビリと内服の見直しなどを行って、相当歩行とか排泄は良くなり、一部介助になって、経口摂取もとろみを付ければ可能な状態でお家に帰ることが出来ました。

ただその後も、発熱とか嚥下障害とかがあって、訪問看護それから言語聴覚士の訪問のサービスを受けながら、時々点滴とか酸素も導入されて在宅で居られた。ただ、その在宅の最中に、介護者の入院治療が必要ということで、どうしても医療系ショートステイが必要だったんですけども利用できず、金子先生の方からの紹介で当院に緊急避難的入院となりました。これが急性増悪期、在宅での療養ということになります。そういうフェイズがあったと思います。

最後は平成24年、昨年2月の初旬に右足の壊疽、まあ感染から腐ってくるという状態ですけども、当院に入院されてその間に肺炎、心不全など合併されたんですけども、それは治療で良くなったんですけ

ども、当然全身状態徐々に低下して口からも食べれない、そういう状態。それから壊疽も左の下腿まで拡大しました。もう動脈硬化で動脈が閉塞している状態でしたので、なかなか難しいと。特に感染部から、壊死部から感染がどうしてもコントロールできない。今後予後不良だということをご家族に説明して6月12日に自宅に退院になっておられます。

退院後、ご家族と共に訪問看護師などが在宅医療を行い、6月24日、約2週間弱ですか、86歳のときに、ご家族とともに金子先生が看取られて亡くなっておられます。ざっとお話ししましたが、こういう事例です。

先程お話ししましたが、どこの地域でもありますし、どこでも遭遇すると思いますけども、この事例1例ずつ、病気も違いますし、障害の程度も違いますし、それを見守っているご家族の状況も違いがあります。想いも違いがあります。その上に進行期のときの対応、それから急性増悪から在宅療養、最後の終末期から看取りの時期、一つ一つのフェイズ、時期によって色々な課題があったり、対応しないといけないということになります。

そういうことで、これからの進め方としては一つ一つの時期に合わせて、そのときの状況だとか課題ということ、関わった職種、それからご家族にお話を聞きながら、その時の課題だとか、それから、ここは良かったこととかそういうことを少しずつ明らかにしていって、開催市からのメッセージをお届けしていければという風に思います。

では早速この進行期ということで、お話を進めていきたいと思えます。これは元気だったんですけども、だんだん弱って来られて、歩くとか食べるとか、それから介護サービスを拒否されるとか、訪問診療・訪問看護ということでだんだん進んできたときなんですけども、混合性認知症でやっぱり行為とか、色々な理解とか対応とか大変ご家族が苦労された、困難さがあったのではないかと思うんですけども、最初のこの進行期に、ご家族としてはどういうようなことで、大変さだとか、色々な支援のことに関して、い

かがだったんでしょうか。湯浅さんよろしくお願ひします。

**湯浅**：だんだんひどくなっていくということで、最初の時分は認知症というような世間一般に言われているふうには思っておらなかったですし、介護の拒否とか、本人そのものがそういうような状況が見られたということがあったんですけども。介護申請してからそういう状態になって相談したのが、ケアマネさんとか、それからデイサービスにも来ていただくようになって、そういったデイサービスに来られる人と連絡とか相談したりして、そういった部分では困難は無かったんですけども、そういう相談等も充分応じていただいたということです。

で、そんな状況でだんだんと悪くなっていくということで、妻と私と子どもがいたんですけども、私はその時分単身赴任で県外に行っておりましたので、そういった部分では家族が大変だったというのはあったんです。

**南**：はい、ありがとうございます。初期に認知症の認識が無かったと言われたんですけども、色々な行為、行動とかで理解が出来ないとかそういう場合の、理解への支援とか、その辺はどうだったんでしょうか。

**湯浅**：私から言ったらやっぱり相談する所がそういうような所だったんで、ケアマネさんとか担当の方との話、それから病院にもかかっていた主治医との話とか、そういった所で色々話をしたんで、最初の時分はそんなに困難ではなかったですが、だんだん失禁とか色々な事が起きてきて、ちょっと物忘れ程度とか、家の中を夜起きたりとかいうような所が非常に困難、ひどかった、大変だったというのはあります。だから、そんな所はケアマネさんとかに、その当時、相談したのは事実です。そういったところがあって、こちらとしても、「ああそんなものかな」と理解は出来たかなという風に思っています。

**南**：はい、ありがとうございます。そうするとご家族としては進行期にケアマネとか色々な介護サービスですよね、デイサービスとかそういう風なことを使っ

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップショット

て、まあまあどうにか過ごしていったと、そういうことでしょうか。それとも何か課題が、この時点で課題とかいうのはあったんでしょうか。

**湯浅:** 私も県外に行ってたんで、県外の方からケアマネさんに電話で連絡取ったり、家に連絡取ったりしながら、ショートステイをどうするか、そういう組み合わせとかも色々工夫していただいて、私も職場の理解を得て、当時介護休暇取る者は誰もおらんかったんですけど、介護休暇も取りながら、何とか対応してきたという状況ですね。

**南:** 素晴らしいですね。県外から介護休暇で来られて、なかなか無いのかなと思いますけども。

多分最初はケアマネが介入して、野嶋さんが多分最初に相談を受けて、在宅の介護とかを入れながら、徐々に悪くなった時に在宅医療、介護を導入されたと思うんですけども、その中の経緯とか、きっかけとか、苦労されたことがあったらお願いします。



**野嶋:** 最初、湯浅さんがおっしゃった通り、進行期の介護は大体3年間くらいだったんですが、この時が一番認知症、ご本人様の認知症がすごく進んだ時で、当初はご主人様が県外出張でいらっしゃったので、奥様が全面にわたって介護をしておられました。その様な中でご本人様の認知障害で、やはりおっしゃったように失禁等のこともあったんですが、危険な火の不始末であったり、認知障害による行動障害が出てきて、とても奥様の方が心細く思っておられました。

その中で本人様とお話しさせていただきましたら、まだ自尊心もすごくお持ちでいらして、特に最初の

頃お風呂が上手く入れないということで、デイサービス等を調整することになったのですが、本人様が「そんな所俺は行かんでもよい。別の人を利用するのなら、その人に譲って下され」と言われて、なかなかこのデイサービスの利用に繋がりませんでした。その中で送り出される介護者様とご本人様の葛藤がとてつらかった様に思います。

**南:** ありがとうございます。どうしてもそんなことで困難さが出てくる。

この時にその、ケアマネから言えば、医療的なこととか、もっと言えば認知症と言いますか、そこに専門的な理解とかサポートというのがあれば良かったのか、無かったのか、そのへんはどうでしょうか。

**野嶋:** 認知症だな、認知障害が出ておられるなどというのは私の目から見ても明らかで、ご主人様のご帰宅の時とか奥様にちょっと脳内の状態とか主治医に相談して検査されたいかがでしようかといったようなお勧めもしたんですが、その時に主治医の方でも検査をされてもちょっと脳内の状態は異常なしということの結果で、ご本人様方が色々な行動障害が出てくる中で生活に明らかに支障が出てたんですが、ご家族様が困っておられるにも関わらず私も本当に、お医者様も大丈夫だとおっしゃいますし、どうしたらいいんだろうなという感じで、今から思えばちょっと恥ずかしいんですけども、支援する立場の方も困っていたのが確かあの頃でした。

**南:** ありがとうございます。多分このあたりがやっぱり最初の導入の時に、キチっとした病状を確認しながらどういう風に支援するかという方向性が見えると、最初は非常に安心出来るのかなという風に思いますけども。

金子先生とか訪問看護の方から、この進行期ということで何か皆さんから困ったこととか、こういう風にしたら良かったとか、何かコメントがありましたらよろしくをお願いします。

**村井:** スライドにもありますように、私の方は先生の方から脱水症状の人がおられるので点滴に行っただけというものが最初のスタートでしたけれども、ま

あ何となく介護拒否というのは外から見てもわかりましたが、そういう現場は日常的なので、余りその奥さんの気持ちにまで入り込むということは出来ず、先生の指示通りの点滴を肅々と、まあ体の回復という所に重点を置いた介護をスタートしたのが最初だったと思います。

**南：**ありがとうございます。

では、この進行期ということは今ここで一旦終わって、次、急性増悪期それから在宅療養期、どうしてもこういう患者さんていうのは肺炎になったり、尿路感染症になったり色々なことがあって急に悪くなって在宅から病院に行くとか、それが、また今回は元気になってまたお家に帰られたんですけども、そこでも課題が多く出てくる時期でもあります。

この時期に関して、やっぱりそのご家族として急に状態が悪化した時、相当不安になられるんじゃないかなという風に思いますし、その時に誰に相談するとか、その辺のことでお困りになったことは無かったですでしょうか。

**湯浅：**ちょうどこの時期、4月に私も退職してこっちへ戻って来て、5月という時期だったんですけど。困ったと言うか、主治医の先生それから訪問看護師の方等に相談していたのが、相談のきっかけ、それから今後どうなるかなというようなものを思い始める状態かなと思ってました。まあ、もちろんケアマネさんとも相談はしてましたけども。

**南：**じゃあそうするとこの時にもう訪問看護とか色々なサービスがあったので急に悪くなった時にはそんなに困らなかったと。それはやっぱり相当ご家族としては安心ですよ。

あと、次に、良くなられてから退院に向けてですけども、在宅復帰に向けて、何かもう一度お家に帰って来るときに、何か不安であったとか、お家に帰ってくる時に受け入れるのに心強かったとか、ご家族から見てその辺の悪くなってまた良くなって家に帰って来られるという、その辺の心理とか、何かその我々プロと言うか、関わりに関して何かご意見ありますか。

**湯浅：**女房の話から言えば在宅になった時の食事が心配だというのが一番あったんですけども、その、退院する前に病院のリハビリ行って、その時にその場所こうするんですよとかいうことを実際に教えてもらったということで、不安感が少し和らいだというのがありますし、そこから退院する前に、医師、看護師、栄養士ですとか、リハビリの方とか交えて、色々、療法士の方も含めて説明を聞いて、そういった部分では在宅復帰に向けては自分なりに心強かったという風には思っています。

**南：**ありがとうございます。これは南砺市民病院の回復期病棟ってそうなんですけど、退院前に多職種カンファレンス、退院前カンファレンスをして、ご本人とかご家族と多職種と一緒に一堂に集まって病状の説明とか課題とか今後の見通しとか言い合う会がありますので、それが非常に心強かったということなんで、こちらとしても少し安心かなという風に思います。

退院する時に、ケアマネとして何か、その受け入れることに関して課題とかありますか。

**野嶋：**課題と申しますか、この頃になられたら急激に体力が落ちてこられて、以前でしたらデイサービスを週3回利用出来てとでもにこやかな方でいらっしたのが、急激に体力が落ちられたということで、一気に在宅での医療度が高くなってきました。

私としては課題と言いますか、医療の方々例えば主治医の先生とか訪問看護さんとか、STさん、言語聴覚士の方とか、入っていただけることによって、かえって心強かったように思います。

例えば、介護者様の奥様が途中ちょっと血圧が高くていらっした時でも訪問看護さんからご連絡いただきまして、そのためにどうしたらいいかなということで、ベッドが2モーターから3モーターに変更するとか、腰痛を起こされた時もコルセットをご紹介したり、訪問看護さんたちのお陰でとても心強かったように思います。

**南：**じゃあ医療必要度の高い重度の人でも訪問看護、それから訪問診療があると、ケアマネとしては相当

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

閉会式

会場スナップショット

安心だぞと。さっきご家族から安心だという話があったので、ケアマネージャーも安心だと、これは在宅で重度な人を見れるというのは非常に良いと思います。

それと、在宅に居られる、入院をするとか、入院からまた在宅に帰ってことは、良くあるのは地域での医療と、それから病院での医療の連携ってことが多いんで、課題として上がることが多いんですけども、どうですかね、金子先生この辺の連携ということで何か先生の方からご意見があれば。



**金子：**南砺市には2つの大きい病院があります。南院長のいらっしゃる南砺市民病院。あともう一つ公立南砺中央病院という病院があります。

在宅患者さんは僕たちかかりつけ医から連絡すれば入院を拒否されることは無いんです。そういう風な取り決めになっているんです。今僕たちから夜中にでも南砺市民病院に連絡すると、お願いしますと言うと、もう看護師さんの方で「もうどうぞ出発して下さい」という風に言われます。当直医に回されること無くすぐに出発してもらえっていうのは、僕たちにとっては、在宅医療を背負っている者にとってはすごく有難いところです。

富山県では多分南砺市が最初だったんですね。こういう風な取り組みを必ず病院で取ってくれるというのは南砺市が最初でした。他の医師会の先生方は大きい病院に頭を下げてお願いしてお願いしてようやく南砺市並みの環境を作れるようになったとは聞いております。

**南：**連携が良くないとなかなか在宅で診ても大変

かなと。

あの、訪問看護の方から見てその在宅での医療と病院の連携ってということに関して何かコメントありますか。

**村井：**私達と医師の関わりもありますが、コ・メディカルに関わりとしては、地域連携室の関わりについて述べなくてはなりません。

その地域医療連携室が南砺市民病院も南砺中央病院も標準化されていて、信頼関係と言いますか、身内の感覚で連絡を取ることが出来る。これを一般的には信頼関係という言葉はたやすく使われていますが、私は、家を守る者、そして病院を守る入り口の所が身内の感覚で連絡し合えるところが仕事のしやすさ、お互いの仕事のしやすさに繋がっていると思います。

**南：**これぞ信頼と言うか、歴史と言うかね、事例を通してやっぱり積み上げていくことが非常に大切だということかなと思います。

このフェイズで少し問題になったのは、実は、主たる介護者の方がどうしても療養しなきゃいけないということで、医療必要度の高い利用者が2週間ほどどうしてもショートステイを使わなきゃいけないという課題が突発的に起こりました。そのときに、なかなかそのショートステイが難しかったという経緯があったみたいです。

湯浅さん、この時は当事者としてどうだったんでしょうか。

**湯浅：**ちょうど、大変と言うか、女房も体調少し良くない時期だったし、私が緊急的に入院しなきゃいけないということで、入院先の先生とも相談したんですけれども、やっぱりどこかにしばらくお父さんを預けなきゃいけないんじゃないかと。しかしなかなか無いよね。というような話は聞いていたんですけど、そこはケアマネさんに相談して何とかありませんかというような話をしてて、結果的に受け入れ先が見つかって、非常にほっとしたし、私自身も今から入院しなきゃいけないという時だったんで、非常にほっとしたと言うのが実感です。

**南:** 多分そこで色々なことにご苦労されたケアマネの野嶋さんはどうだったんでしょうか。

**野嶋:** 時期が年末であったという、年末に差し掛かる時期だったために、ショートステイの方が相当どちらの事業所も混んでおりまして、実はあの南砺市内の事業所全部電話してみたんですが、残念ながらベッドの空きが無かったんです。そこで私本当に困ってしまって、今現在ご利用者様の体は医療が必要、医療度は確かに高いんですけど、入院という状態ではなかったにも関わらず私自身が焦ってしまって、半年前に入院していた病院なら受け入れていただけないかなと思ひまして、そちらの南砺市民病院の地域医療連携室に実は相談致しました。

連携室の方では「それはちょっと医療の必要が無いんだから、それはそうじゃなくて包括支援センターさんに相談したら」と言われて、あ、私は包括支援センターさんを忘れていたと思って、焦ってまた包括支援センターさんに相談しました。

包括さんの方でも、色々手を尽くして入所できる所を探していただいたんですが、残念なことにやっぱり空き床が無くて、「主治医の先生に相談してみたら」と言われて、金子先生に相談しまして、そして金子先生の方から南砺市民病院の方に入院させていただきました。

**南:** 本当にこの時期にはお困りになったそうです。

湯浅さんも主たる介護者で、なおかつ自分のことともいうことで本当に困ったんだけど、どこもだめだった。その時に金子先生が多分最後に南砺市民病院にお電話をされたのでしょうか。

**金子:** 僕は南砺市民病院100%信頼しておりますので、FAX 1枚で、全部10分間くらいで連携室から電話いただいて、「どうぞ出発して下さい」と言われて。本当僕も助かりました。

**南:** 色々な社会的な問題と言うか、医療的に問題があるんですけども、本当にお困りになった時に、課題としてどうにかしないと、これは在宅の医療が前に進まないという本当にそういう課題もある。こういうことを我々日々やりながらやっている。ただその中

でやっぱり信頼関係っていうのはすごく大事なんだという風に思っています。

では、次のフェイズっていうことで、急性増悪、まあ、終末期と言うことになります。

それから、在宅で看取りをされることになります。

私達専門家とすればこうなのかなって思いますけど、初めてのご家族にとっては、やはり徐々に悪くなって終わりを迎える、そして今も熱が出ているという状態で、そのご家族が何故終末期を自宅に迎えることを決断されたのか。その辺がやっぱり私も聞きたいですし、皆さん方もお聞きになりたいのかなと。そしてなおかつ看取りへの不安感ですとか、恐怖と言ってもよいのかもしれませんが、それをどういう風に乗り越えて来られたのか。湯浅さん是非ともその辺の思いとかをお願いいたします。

**湯浅:** 親父がもう余り言ったことに対して返事をしなくなる前に、本人は家に帰りたいたってたことも一つありますし、それから、病院へ私達も行っていましたので、女房もたまたま会った、ここに居られる野嶋さんも含めてですけど、訪問看護師さんの方から色々声かけしていただいたし、「なーん大丈夫だよ」というような言葉も頂いて、自宅で看るといことも決断の一因でしたし、それまで何回か訪問看護の方を受け入れしていたこともありますし、そういう方々も何遍も顔を見てましたし、それからケアマネさんともその前からずっと色々やりとりしていたという信頼、安心感があったことも自宅で看るといことの決断の一因だったかなと、今思えばそう感じています。

**南:** ありがとうございます。

私が医者をしてて全員が受け入れる訳じゃないんで、今のようなご本人の想いとか、専門職の関わりとかですね、そういうようなことってやっぱりそのご家族も受け入れる決断が出来るんだと。これは本当に大切なことかなという風に思います。

それで、訪問看護、訪問の診療をされている先生、それから訪問介護、この状態が悪くなる相当の終末期の状態の方を在宅で受け入れて、先生それから訪

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナックシヨット

問看護が看ることに関しては何か課題っていうのはおありなのか、その辺のことをよろしくお願いします。じゃ、金子先生の方から。

**金子：**本当に湯浅さんはよいご家族、ご夫婦。僕も実はすごく揺れ動きながら在宅診療をしています。

実は、こんな顔してるけど苦しみながら患者さんのお宅を訪問しとるんです。

どうして良いのか。僕のやっってることが果たして正しいことなんだろうかと思ひながら。

幸いケアマネージャーさんも色々コントロールしてくれます。また南砺市訪問看護ステーションがいる。僕も相談するんです。相談もされますけど相談して、僕の気持ちも固めて行くんですね。

今、お互い協力して皆でやって行くことが大事なんだと思います。皆でやってそれで、僕自身も何度か足を運びます。最期を迎える頃になると、朝晩と足を運びます。

患者さんを診るのも大事だし、ご家族、湯浅さんご夫婦を見ることも大事。

何よりも僕自身、私自身の気持ちを固めることが大事。

これはボランティアなんです。診療報酬には関わらない、顔を見に行くだけのことはしておるのです。そういうのを心がけるようにはしています。

あとは何よりもご家族の気持ちだと思います。お互いに親子でありがとうって言う、この気持ちが伝わるんです。そういう気持ちを是非とも大事にしてあげたい。

医者は何もすること無いがです。本当に無いんです。ご家族の強い気持ちと、あとスタッフ、皆さんの、本当に情熱で支えられるんだろうと、日々考えています。

**南：**訪問看護の方からその、終末期在宅で看取りに向かうことの何か課題とか何かあったらよろしくお願いします。

**村井：**色々なお宅の看取りは70件前後くらい、年間私達是对応しておりますが、その家その家の介護力に応じたオーダーメイドの介護の現場で、そこに私



達の方が形を変えて寄り添っていくとか、ご希望に添うというスタンスでやっています。

湯浅さんの家は経鼻栄養であり、酸素吸入であり、抗生剤の点滴、足壊疽の滲出液の世話、もうしなくちゃいけないことが時間刻みに沢山ありまして、一つ感嘆の声を上げたのが、家の壁の方に時間軸、横には曜日軸を書いてありまして、そこで何の処置をしなきゃいけないか。まあ、医療者ならクリティカルパスといったところでしょうか。自宅のクリティカルパス表を家の中に貼ってありまして、なおかつご夫妻で役割分担を決め、ということで、身内でありながら介護士さんがあたかも2人常駐しているような形にまでスキルがどんどんスキルアップしていく様子が手に取るように日々上がってこられてます。

湯浅さんの時は素直な、また前向き熱心、情熱というものでクリアされてますが、そうでなく、介護力の細った家もまたそれなりに支える気持ちがあれば色々な手段で看取りが達成出来ています。

**南：**ありがとうございます。やっぱり皆が思いを一つにして協力しながらやるというのがすごく大事なんだという風に、今聞いて取れました。

湯浅さんは、それでも在宅で看取りをする、実際そうされたんですけども、その中で色々な大変だったこととか、看取りをしたことによる思いとか、もしそういうのがあればお願いいたします。

**湯浅：**最後の方の看取り、1週間、10日くらいの時よりも、進行期の方が大変だったというのは、色々大変だったというのはあるんですけども。先程話したように何遍も来ていただいて、そういった部分

では、大変と言うか、最後の時分は壊疽の足が痛くなってくる、「痛い痛い」ってところが非常に気にかかっている、そういった部分がかう見ていた部分ではちょっと大変だったというのがあります。

それと、村井さんの方から話があったように、色々なことを家族なりにタイムスケジュール的にやっていく時には、やっぱり「これは大変だ」というような部分もあって、先程言ったように表を作って対応していたんですけど、それはそれで自分たちで確認出来たことと、何をやる、そういった部分での安心もあったし、それが先程言われた役割分担に繋がったのかなという風には思いますけど。

それから、親父が死ぬということについては、恐れというか大変というか、お医者さんからも、あるいは市民病院の先生からも、「死ぬ時ってというのは、こういうもんだよ」ってというようなことを、脈拍とか血圧の具合とか、測り方とか、動きとか、家に居たら分かるんで、そんな状態を見てると、「ああ、もうしばらくだな」と。

金子先生は毎日来て、ちょっと顔を見せていただいて、「まあ大丈夫。静かですよ」と言っていたこともやっぱり安心だったし、そういった部分では助かった。そういった部分では特に大変だなんて思わなかったんですけど、最後の時分は。

まあ、最初の時分の方がよっぽど大変だったなと思います。

**南：**ありがとうございます。

こういうようなことで、合計5年弱ですか、86歳でご家族が自宅で、金子先生と共に看取りをされたという事例だったんですけども。やっぱり5年間、大変なことがいっぱいあったと思うんですね。

私の方から、全経過を通してケアマネとか、それから主治医の金子先生とか、訪問看護の村井さんとか、色々な困ったこととか課題があったんじゃないかと思うんですけども。

まずはその課題の方から、何かあったらお願い致します。金子先生どうでしょうか。

**金子：**課題というのは僕たち、多職種、色々な人間

が加わって、色々なアイデアを持ち寄って、やっていけるようにいつも備えておかなきゃいけないし、考えてなきゃいけないだろうなと思いつつながら、日々あります。

まだまだ進化していかないといけないと思います。

**南：**ケアマネの方から、本当にご苦労されたと思うんですけども、何か課題とか提言があれば。

**野嶋：**課題としましては、最初の進行期の時に、本当に認知症で困っておられたご家族様の力になれなかったかなというところが私の湯浅さんのケースの一番大きな課題になっております。

**南：**訪問看護はどうですか、全経過を通して。

**村井：**私達は在宅看取りされる家族の方の成長ぶりとか、満足感をいつも目の当たりにさせていただきまして、在宅看取りは良いなと、その反面、押しつけになってやしないかなという風な懸念もあります。ひょっとして心配されていて、胸は張り裂けそうなのに、こちらの方が、在宅で看取ると本人も喜んでおられるよと押しつけてやしないかという風な懸念材料もちょっと頭の隅に置きながら、その時に頭に少し冷却を置くように、チーム医療ですね、先生をはじめ、ケアマネージャー、ご家族、本人を交えた、もう一回話し合いとか確認とか一呼吸おくことが今後大切なという風に感じています。

**南：**ありがとうございます。

では最後に、こういう事例を通して、本当に多職種が関わって、ご家族と一緒に関わって、家族の絆を結べたのか、地域の絆を結べたのかと。それから何が問題だったのかということも、4人の方々、順番にお願いしたいんです。じゃあ、金子先生から、その辺の事例とかこれまでの活動を通しての絆について何かあればよろしくお願ひします。

**金子：**「ありがとう」という気持ちが大変なんだと思います。ご家族同士で、今、湯浅さんのお宅に関しては、本当にその思いが強く伝わりました。

あと、この湯浅さん、ご家族の中の絆はもう揺るぎないものがあります。

それと地域の絆です、地域の絆ってということ

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップショット

に関しては、こういう姿を見ていただけるご近所の方、近くにも親戚の方もいらっしゃいましたですし、そういう方がまた感じていただけるものがあつたらいいんだろうなと思っています。

**南：**野嶋さんよろしくお願ひします。

**野嶋：**連携については、進行期の頃は、ご利用だった事業所、例えばデイサービスさん、デイケアさん、そして福祉用具の事業者さんたちが、私が普段訪問出来ないところで、湯浅さん自身の情報を教えていただけることによって、必要な時に必要なサービスを入れていけるということとか。進行期の時とか、最期の看取りの時にありますと、先程申し上げましたように主治医の先生とか訪問看護さんからすごく必要な情報をいただけて、私はただ動くだけと言うか、いつも、どういう風にまとめたら良いのかと悩むんですが、皆さんのお陰で何とかケアマネジメント出来ているなというのが実感です。

**南：**ということは、こういう事例を通して色々な人と専門職同士が連携したことによって、一步一步作って来られたと。それが絆かなということでしょうか。じゃ、村井さんの方から。

**村井：**南砺市訪問看護ステーションの源流に流れているものは、はばった言い方をすると、合併以来「郷土愛」というものがすごく底辺に流れているような気がします。

看護とかりハビリで泣く人を南砺市の中に作らないぞという風な、大げさですが、そういう気概を持って仕事に邁進していることは、胸を張ってお話したいと思います。

しかし、やはり疲弊して、肌はぼろぼろになりながら働いている看護師が、時として訪問が重なることも事実なんですけど、そこを自分たちの使命感と知恵と工夫と、そして忘れてはいけないのは、今日テーマにありました、チーム医療、皆で知恵を出し合っ解決して行くということに支えられながら、南砺市の在宅の医療とまでは私達は言えませんが、看護の部分の部分を請け負っていききたいという気持ちで日々おります。

**南：**ありがとうございます。

湯浅さん最後に、お父さんの看取りをご家族と一緒にされたんですけども、専門職もサポートしながら、この経過を通して、ご家族の絆とか優しさとか温かさとかいう。私はこういうメッセージを皆にやっぱり出して行きたいと思うんですけど、その辺はいかがだったでしょうか。



**湯浅：**メッセージと言うか、自分ではこの間、親父と普通に会話している時はそんなに優しい言葉は出てこないんですけど、それから進行期、それから徐々に重くなってきた時に、会話してても、どうしても言うこと聞いてくれないとか、そういうような感じでの言葉のやり取り。親父も「そんなことしていらん」というようなやり取りをしたのが、訪問看護の方とかケアマネさん達が家に来られるようになって、その顔を見ること、その時の笑顔とか、見てると、こちらもちよっとほっとした。

それから、私には言うてくれませんでしたけど、女房にはベッドの方で、「長い間ありがとう」ということを初めて言うてくれたというようなことも言うてましたし。子どもたちもそれとなく協力してくれたということからすれば、こういう時期に、何も無かったらそんなに会話も無かったと思うんですけど、そういうことがあつたということ、それも含めて、深まったのかどうか分かりませんが、逆に親父が亡くなってから何も無くなって、ちよっと会話も少なくなったという部分もありますけど、感じとしたら、そういう笑顔を見る所は良かったという風に思っています。

**南：**ありがとうございました。

メッセージというのを開催市から送れたかどうか分かりませんが、一応これで事例発表は終わるんですが、最初に言ったように、どこにでも遭遇する事例だと思うんですけども、全国の方々からこの事例について、色々なご意見とかそれから質問とか提案とか、もしあればよろしくお願ひしたいと思います。

いかがでしょうか。何か色々な疑問とか質問おありじゃないですか。

じゃあ、少し考えてもらっている間に、この事例を通して、南砺市としてはどのようなことをしてきたのかということを少しだけご説明していきたいと思ひます。

今、一つの事例を通してですら多くの課題が出てきました。

全部は解決出来ないんですけども、実は2つくらい大きなものがあつたのかなと思ひます。

南砺市としては在宅医療、看護をつくってきたんですけども、この事例を通して一番私がびっくりしたのは、我々が思うと、プロが思うと、終末期の看取りのところが一番家族にとっては大変だったんだろうと思ってたんですよ。お話を聞いたら進行期、最初にだんだん悪くなって、その行為、行動がよく分からない、どうしていいか分からない、そこがご家族に一番つらかったとおっしゃったんですね。「あ、そうなんだ」と。

我々は専門家としてそれはよく分かるんですけども、そういう所が一番最初のつらさなんだと。そこに対して、これから高齢社会で認知症も増えて、そこを見守るご家族が不安がったり、どういう風にしていいか対処出来ないっていうのは非常に大変なので、ここに関して南砺市は、こういう事例も通して、厚労省も進めている25年度から南砺市型のオレンジプランを策定して、集中支援チームなどで事例に積極的に介入することを決定しました。

初期集中支援チームと書いてないのは、初期だけじゃなくて、初期はもちろん支援するんですけども、途中の周辺症状がひどくなった時でも、地域包括支

援センターを中心とするチームがアウトリーチとして、そこのお家に行ったり施設に行ったりして、対応するというのを決定して、今進み始めています。これはこういう事例からの解決方法だと。

それから医療必要度が、処置が必要な緊急ショートステイへの対応。これもどこの所でも多分お困りではないかなと思ひますね。多分介護保険と医療保険の狭間と言ってもいいのかもしれませんが、ただ、こういう事例がちゃんと対応出来なければ、やはりお家で介護する、在宅医療をするのは困難だという地域になってしまう。これに対して南砺市では、神経難病などの社会的入院というのは国の施策として当院も公的病院として対応しています。

その他の人工呼吸器とか人工透析とか高度な医療処置が必要な利用者の場合に、当然対応できる医療機関は決まってくるので、本来的には療養病床だと思ひますけども、そういう医療病床で受けるということ。

そして、南砺市としてはこういう事例を通して今年度から特別養護老人ホームに、緊急時の受け入れ用にショートステイを2床を確保していただきました。これも大変なことです。お金もかかると思ひますし、そこを空けていて対応するのは。ただ、先程市長も言いましたけれど、医療協議会というところで、包括医療ケアワーキング会議からの色々な課題の提言を受けて、市長副市長が出る医療協議会でこれをすると言って今実行されています。

私は、事例を通してしか課題は見えませんが、その解決は出来ません。そして事例を通して絆を結んでいく。これは、ご家族の絆を結んでいく、なおかつ、我々専門職も絆を結んで行く。

確かに横のつながりって難しいと先程お話あったんですけども。私は一事例ずつ、それからご家族を含めて、一緒にやれば横も何も無いですよ。信頼関係というのはすごく醸成される。ただ時間もかかるし大変なことはいっぱいありますけども、そこは、やっぱり苦楽を共にすることが大切なんだという風に思っています。

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップショット

会場の皆さん、何かご質問とかご意見ないでしょうか。

どうぞお願いします。



**会場から：**私は今ケアマネージャーをしてるんですけども、ケアマネさんに質問なんです。今回のお話の中では認知症が進行して行く中での対応はかなり苦慮されたって伺いましたけれど、どうしても家族とか身内が、認知症が出てくると、我々とかは第三者として割り切れるけど、家族の方ではどうしても感情的に割り切れない部分とか出てくると僕も常々感じるんですが、そういう家族の方に対して、どういうアプローチとかアドバイスっていうのを気をつけてやられているか伺えればと思います。

**野嶋：**おっしゃった通り、その家族その家族、家族構成も違いますし、今までの生活、家族の構築してきた関係もありますので、一概には言えないんですけども。多分、認知症の方自身もすごく実際困っておられて、この湯浅さんのケースでもご本人様の尊厳を受け入れることから、サービスに繋がる時期が何ヶ月かデイサービスが繋がらずに空白期間もあったり。あとご家族様の思いを、お話をよく伺うようにしています。

なかなか行けないんですけども、電話ではなく、何か困ったことをお伺いする時は、なるべく訪問するようにして顔を見て、まず家族様の思いを受けて、オレンジプランが入ったらまた対応は違うと思うんですけど、私のアドバイスとしては、あんまりしんどかったら、困っている、混乱している本人様を凝視しないようにアドバイスしています。

**会場から：**ありがとうございます。

**南：**よろしいでしょうか。もうお一方でも。

厚労省からオレンジプランのことが出たんですけども、これが南砺市が今年度つくった色々なものですが。ここに、認知症初期支援チーム。やっぱり大切なのは地域包括支援センター、これはもう全国どこもそうだと思いますけども、地域を守るというのは地域包括支援センターの機能が非常に大切です。ですからそこを中心に病院がバックアップしながら専門家が対応して行くと。

それから南砺市としてはどうしても悪くなった時に、本当であればグループホームだとか老健とかで対応して、そしてまた穏やかになって在宅に帰ってくるという流れを作りたいんですけども、そこはまだまだ不十分な面があると。

色々な地域の課題を見いだしながら、そこはいけないとかそういうのじゃないと思うんですね。今現状がこうなので、そこを一步一步改善していく。そういう風なことが私はやっぱりすごく大切なのかなという風に思っています。

先程田中市長もお話をしてもらったんですけども、南砺市としては共助、自助、公助、互助ですか。それに近所まで入りましたけど、これから近助を入れようかどうかちょっと考えますけれど。

これは先程の共助です。見てもらったように南砺市の訪問看護の数はものすごい数です。圧倒的に在宅に出します。ですからどんな寝たきりでも人工呼吸器でもそれは支えられます。これは訪問看護、医療系なんですね。医療系は相当作りました。

それからこれが公助で、先程言ったようにワーキング会議で色々な課題、特に医療と介護・福祉が一緒になる問題です。介護・福祉からは医療系の敷居が高いです。特に医師は非常に高いという、煙たがられますけども、南砺市は毎月その検討会をしながら、課題を出して、そして市長も出る医療協議会に出して色々な施策につなげています。こういうことも私は非常に大切だと思います。

それから自助はこういうことで、先程湯浅さんも

おっしゃいましたけども、退院前に患者さん、それからご家族、ケアマネとかソーシャルワーカーと全ての人たちが一堂に会して、課題を見つけながら安心して在宅に戻って行けるようなことをずっとやっています。20年間以上やっています。それによってその地域の人たちとの信頼関係も醸成されますし、病院のスタッフが重度な方でもキチッとさえすれば、お家に帰って安心して暮らせるんだと、皆幸せになるんだということをちゃんと理解して進むことが出来ます。

これが互助ですね。昨日、山城先生からお話された通り、地域医療再生マイスター養成講座で、地域の人たちを作って、地域の人たちがネットワークを作ったからこそ、私は今ここで介護保険推進サミットができたんだと思います。

こういう活動が無くて南砺市にサミットが来ることは無いと思いますので、私は本当に感謝したいと思います。

これが、南砺市としてこれからの一人暮らし、老老の人たちが多くなりますから、そこに医療介護生活支援のネットワークを作って、住民参加型の支援体制を作りたいと思っています。

医療、それから介護、福祉。当然医師とか訪問看護とか介護福祉士とか、そういう人たちが本当にネットワークを作って、顔の見える関係で支えています。ただそれだけでは支えきれないですから、各地域に生活支援を独自に作りながら、生活を支える。そし

て社会福祉協議会が、ケアネットという見守りしながら、地域の人たちが笑顔を支えると。

南砺市は一人暮らし、老老がいっぱい増えてきます。でも南砺市では一人ぼっちにしない。孤独死とか言われますけど、そういうことは無くして行こうと。一人でも思い出のある地域、自宅で、医療介護福祉が安全を守って、生活支援で安心を守って、地域の人たち、それからご家族が時々来て笑顔を守って行く。それで、一人暮らしで、自宅で最期を迎えて終わられる。そんな孤独死でないような社会を南砺市で作って行きたいという風に思っています。

これが最後ですけど、南砺市では、幸せに生涯を過せる街づくりを市民と共に作って行きたいという風に思っています。

この四世代の家族が、認知症のお祖母ちゃんが笑顔で、皆もその笑顔になる。支え合うこと自体がすごく役割なんですね。どんなに年取って認知症になって寝たきりになっても役割の無い人はいません。役割を作れるかどうかは我々次第だと、という想いで私はしてますし、これからも南砺市型の地域包括医療ケアを我々は作って行きたいと思っています。

これをもって「開催市からのメッセージ 多職種連携で結ぶ家族の絆と地域の絆 ～一人一人の人生を支える地域包括医療・ケア～」をお終りにしたいと思います。

ご清聴ありがとうございました。



10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップシヨット



# 特別講演

日時 10月18日(金) 14時10分～15時10分

会場 福野体育館アリーナ

## 2025年へ向けて介護保険の課題

講師

ジョン・クレイトン・キャンベル 氏  
(ミシガン大学名誉教授・東京大学高齢社会総合研究機構客員研究員)

10/  
17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/  
18 (金)

分科会まとめ

ディスカッション  
パネル

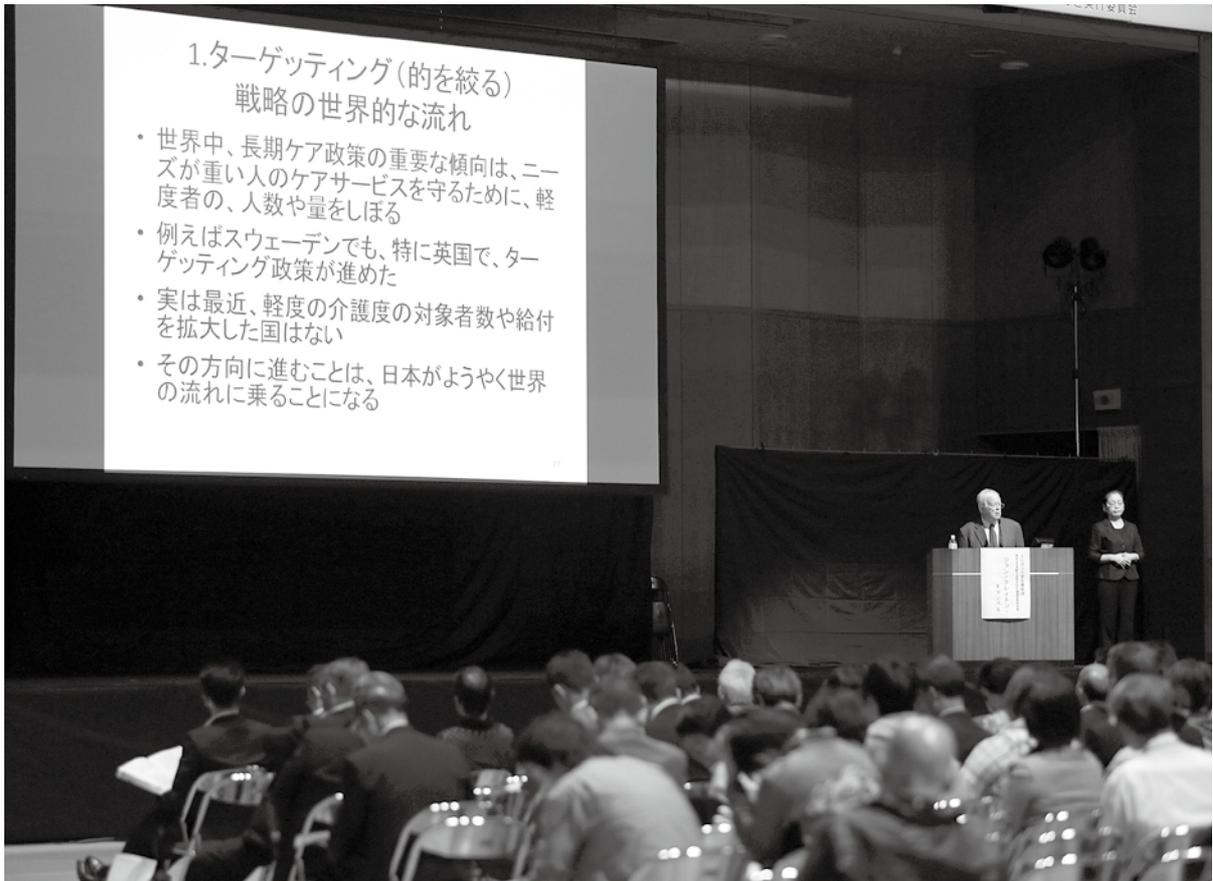
開催市からの  
メッセージ

特別講演

閉会式

会場スナック  
ショット

- 10/17 (木)
- 開会式
- 基調講演
- 第1分科会
- 第2分科会
- 第3分科会
- 10/18 (金)
- 分科会まとめ
- パネルディスカッション
- 開催市からのメッセージ
- 特別講演
- 閉会式
- 会場スナップショット



## 1. ターゲッティング(的を絞る) 戦略の世界的な流れ

- 世界中、長期ケア政策の重要な傾向は、ニーズが重い人のケアサービスを守るために、軽度者の、人数や量をしぼる
- 例えばスウェーデンでも、特に英国で、ターゲッティング政策が進めた
- 実は最近、軽度の介護度の対象者数や給付を拡大した国はない
- その方向に進むことは、日本がようやく世界の流れに乗ることになる

## 特別講演

10月18日(金) 14時10分～15時10分

### 2025年へ向けて 介護保険の課題

講師

ジョン・クレイトン・キャンベル 氏  
(ミシガン大学名誉教授・東京大学高齢社会総合研究機構客員研究員)





**キャンベル**：皆さんこんにちは。

初めに簡単な自己紹介をします。私は、このサミットの他の講師と違って、専門は福祉ではなく政治学の中の公共政策論、政策決定過程が専門です。もう一つは、今日外国人は私だけでしょう。外国人だから、問題は色々あるのですが、一つは度々変な言葉が出てきますから、それをお詫びしておきます。

もう一つのお詫びは、スライドは資料に入っているスライドとかなり違う訳です。意味は大体同じですけど、ステージのスライドの方は一番新しいものを使っています。

自己紹介として、もう一つの特徴は、介護保険制度を支持する立場の人ということです。

かなり前から、日本の高齢化社会の問題とか、老人対策とかを勉強していると、介護保険制度も勉強の対象になりました。世界の中でもすごく素晴らしい制度だと思っています。だから支持するのです。今日の話のテーマは、介護保険制度に対するこれからの有力な政治的戦略のことです。今の段階で、私たち介護保険を支持している人が、政治の場で何をすべきなのか。そのようなことについて考えてみたいと思います。

話の途中に、出来るだけ外国の経験だとか、外国の統計を、日本のものと比較して話したいと思います。

それでは、現在の政治的な環境はどうなっているのでしょうか。言うまでもなく、財政はもちろん厳しい状態が続いています。この先いつまでも続くでしょう。自民党政権が社会保障費を圧縮する方向は当然

予想されます。保守系の政党だから当然だと思います。それは昔から同じだと思います。新しく出てきた話題は、世代間の公平のことです。

一つは、高齢者の医療費、高齢者の介護費が現役世代の負担になりました。

もう一つは、介護給付の面でも高齢者が優遇されているようです。

確かにそれはそうですね。それを批判することはできません。

これに関して、今日本の社会保障費の公的支出を諸外国と比較してみます。OECDの統計だから、皆様も前にも見たことがあるかもしれませんが、非常に興味深いと思います。

簡単に説明します。国名は左から、アメリカ、日本、イギリス、ドイツ、スウェーデン、フランスですね。まず、全体的な社会福祉支出、社会保障支出の方を見てみましょう。各国の同じ統計を利用しているので、直接比較することが出来る。

では初めに、一番下の青い方の医療費。各国で制度は違いますが、GDPの割合からみた公的な医療費は同じ位ですね。

ちょっと変わっている所は、アメリカは公的な医療費が他の国と違いますが、アメリカの特徴が、公営医療費は総医療費の半分しか無いことです。民間の分が4割くらい。それでもアメリカの方は公的な負担は同じですね。

それからその上に赤いのは、老人、高齢者に対する費用。大部分は年金。介護・長期ケアも入っていますけれども年金が大部分ですね。

老人のものは、日本が非常に多く支出しています。もちろん、高齢者が多いからGDPの割合として高くなるのです。フランスは日本より少し多いですが、日本はスウェーデンよりもGDPのシェアとして高齢者に対する支出は高い。総支出を見ると日本と他の先進国はそんなに違わないという結論になります。全体を見ると、もちろんアメリカが一番低いです。その次は日本。日本とイギリスは大きく違いますが、ドイツ、スウェーデン、フランスに比べると日本の支

出は少ない。どうして日本の支出は少ないのか。それは、若い人に対する支出、緑色で示している障害者に対する支出が、日本は世界6カ国の中で一番低い。

それから家族政策。デイケアとか保育園とかそのような家族に関する支出は、日本はあまり多くない。あとは雇用、失業保険など他の雇用関係の支出。その他に入っているのは住宅と、大部分は生活保護。貧困の政策ですね。

だから、日本は若い人に対して他の先進国に比べるとあまり出さないのです。これはかなり重要だと思います。

ですから、給付の不均衡や、不均等の見直しのアイデアが出てきたのは、当然ではないかと思えます。

今、改革の対象として介護保険はかなり注目されてきました。今年の夏にあった国民会議の報告に、年金も医療も何でも入っていましたけれど、介護保険制度改革は重点になりましたでしょう。どうしてかと言うと、年金と医療は、介護保険に比すごく大きい制度ですが、どういう風に改革するのかはすごく難しいからです。難しいというのは政治的に難しいことと、それから内容的にも難しい。そういう意味で介護保険制度改革は簡単です。

ですから介護保険制度支持者の立場から私は二つの改革の目的を示したい。

一つは制度の持続可能性。持続可能性は日本語でちょっと変な言葉ですが、それは sustainability という英語の翻訳だからです。これからの財政の状況にこういう制度を続ける事が出来るかどうかということです。

それから、同じくらい重要な事ですが、制度の根幹を維持すること。改革しても一番中心的なところ、根幹を維持しなければならないという訳です。重度要介護者のケア。かなり重い介護が要る人は守らなければならないと思います。それは一番重要な事です。

そのような観点で、どのような戦略でこうした目的

を達するか。

かなり具体的な提案が出てきました。国民会議の報告や、その後からも安倍政権から色々な提案が出ました。改革のスケジュールもその次の改正に提案を出すところです。

提案の一つは自己負担割合を上げる事が示されています。自己負担を2割にする事ですが。私の意見として聞いて頂きたいのですが、私はこれに反対です。

もう一つの提案は、要支援のサービスを自治体に移すことでした。それについては私は大賛成です。この提案について、今日の話の中にもよく出てきたけれども、皆の意見は大体同じだと思います。そういうアイデアには賛成します。

その他、例えば特別養護老人ホームについての経済的な提案が有りましたが、そういうような事には私はあまり関知しません。

私の提案を一つあげます。施設に入所している人が日本には多い。私はこの問題の解決が介護保険を維持可能な制度にするために一番重要な点だと思います。

以上の3つの提案を外国の例をあげながら私の意見を述べます。

初めに、自己負担額を上げるべきではないということについてですが、4つの理由が有ります。

まず、自己負担を上げることは社会保険の原則を破る。もう一つは、年金収入の基準額が低いので、こういうアイデアでは不公平になると思います。

さらに、この制度の値上げは多くの対立と怒りを引き起こします。外国の経験がそれを示しています。

さて、そのような3つの問題を抱えている提案の代わりに私から2つの提案が有ります。

一つは、施設利用者のみ自己負担を引き上げる。在宅サービスを利用している人ではなくて施設に入っている人だけです。

もう一つは、介護保険そのものではないのですが、資産課税を導入する事です。長期的に見ればこれが一番重要です。

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナックシヨット

社会保険の原則を破るとはどういうことでしょうか。社会保険制度は原則として所得の高い人が高い保険料を支払う仕組みです。例えば公的年金の例を見ると、所得の高い人は保険料は高くても受ける給付もちょっと高いですね。年金はどこでもそうでしょう。

今の日本の介護保険制度では高所得の人の保険料は高く、給付は同じですね。今のところ給付は所得と関係無い。実際には社会保険の原則から外れますが、問題ありません。今までも実際には問題にならなかったですね。

しかし、今回の提案で、自己負担が2倍になったら高所得の人が高い保険料を払い少ない給付となる。保険料も高く自己負担が高くなるのに、もらう給付が少なくなる訳です。それは社会保険の原則を破る事になり、中産階級の人に介護保険制度そのものに対して不公平感をもたらす、制度の維持に影響がでてくると思います。

もう一つの理由も不公平に関わることです。2割自己負担を、年金収入280万円以上の人に適用するというのが今の提案なんですね。所得が280万円あるいは290万円位の高齢者は現在2割くらいですが、所得としては比較的に良いのではないかと感じます。しかし、例えば都市部の「サ高住」、サービス付き高齢者向けの住宅に住む人を拡大する事が今の厚労省の政策ですが、そのような人の家賃と管理費が少なくとも一月18万円とか25万円になるんですね。一方このような年金の収入は月23万円位です。だから介護保険の自己負担が高くなると、すごくピンチになるんですね。経済的にそれは大変になると思います。

そういう人だけではなくて、一般の人でも急に自己負担が倍になったら、2割になったらどういう風に反応するでしょうか。多分サービスを削減するでしょう。毎月の費用を同じようにして、例えばデイサービスは一週間4回から一週間2回にする。そうする可能性は大だと思います。それは介護保険の目的と矛盾している。特に今の政策の大きな目的が施設よ

り在宅を強調しているもので、それと矛盾するのではないかと思います。

第2番目の理由は、多くの対立と怒りを引き起こすかもしれません。外国の介護政策あるいは長期ケア政策には所得制限あるいは資産評価がよく取り入れられています。どこの国でも介護行政で一番問題になった点はこういう所得制限ですね。

所得制限の一つの問題は、所得のわずかな変動で、たとえば5%に上げると急に自己負担が倍になるような場合の反応は強いでしょう。それから高齢者間で生活水準が大体同じでも、たとえば隣の人は1割負担、私は2割負担。同じような生活レベルだけれど、所得そのものの違いが有るような場合、非常に不満ですね。いろいろあります。

こういう問題の背景に有るのは、高齢者の間に生活水準を決める重要な要素として、財産があるからですね。所得が比較的に高くて財産は無い、貯金が無い人が居るし、あるいは所得そのものは低くても財産がかなり有る人がいますね。生活水準がどのようになるのかは財産の方が重要です。だから所得制限そのものを打ち出すのはあまり意味がない。現実と合わないと思います。

では、こういう問題に対する私からの提案を述べたいと思います。

一つは、施設と居宅サービスを区別して、施設サービスを利用する人には居宅サービスより多く自己負担額を支払ってもらうことです。施設の方がかかる費用は多い。建設費などもある。だから不公平とは言えないと思います。私が提案するのは、施設サー



ビスを利用する比較的所得が有る人に2割自己負担を求めるとことです。ここで施設というのは、特別養護老人ホームではなくて有料老人ホーム、有料老人ホームの中の特定施設入居者生活介護等のサービス付き有料老人ホーム、あるいは認知症アルツハイマーグループホームなどを施設としています。そのような施設入所者で2割負担にして、居宅サービスは、所得はどのような人でも1割負担として続ける。

こういう区別をするのは、施設入所者は自己負担が上がっても必要なサービスを減らす事は無いですね。また、施設では隣の人の比較とかそういう事は余り無いでしょう。所得関係、経済は余り気にならない。決して、やりやすいとは言えませんけれど、それを色々な保守系の政権が予算を削減するために、居宅の人に大きい自己負担はいいアイデアではないですが、施設の自己負担は上げましょうという答えが政治的には上手いのではないかと思います。

私のもう一つの提案は、介護保険制度そのものとは関係ありません。それは資産税の導入です。

介護保険制度以外にも支払い能力に応じた負担の問題は今後の政策の目標ですが、その達成は難しい。効果的な方法は税制度でやっていく。流動資産、銀行預金や株とかに対する新しい税を導入する訳です。この新しい税は、すべての年齢層を対象にする。年寄りだけでなく若い人も同じように扱う訳です。特に日本では、財産は若い人に比べると高齢者はすごく持っていますね。だからこういう新しい税金の負担は大体高齢者が対象になるし、多く支払う訳で、現役世代の負担が相対的に低くなるという事になります。

この税制の導入は、今は無理ですね。将来可能になるだろう。今は行政が個人が所有する預貯金や有価証券の情報を把握する手段は無いです。それは日本だけの現象です。他の先進国では政府は人々がどのくらい銀行預金とか証券を持っているのかは分かる。日本では分からない。どうしてか。ご承知のように介護保険料を計るときにもそれは大問題となっ

ています。

これから新しく導入しようとしている制度、マイナンバー制度はこれを可能にする手段です。それによってこういう個人別の財産や流動財産が分かるようになってくると脱税者も分かるようになると思いますので、そのような税は公平でしょう。資産税は、高所得者あるいは資産やかなりお金がある人がより多く税を払う事になる。それは累進制の税ですね。だから逆進性の強い消費税とバランスする事になるんですね。日本の経済政策にとっても非常に良い方向だと思います。

結局、介護保険制度を維持したいと考える私達の関係者の戦略として、居宅サービス利用の自己負担額を上げる事に反対すべきです。むしろ積極的な提案として施設に入所する高齢者、高所得高齢者に対して自己負担を上げる。

もう一つは、長期的にみて、国は支払い能力原則に対して資産税を導入すべきだ。

そして第2の提案です。要支援者のサービスを自治体に移すことは、非常に良いアイデアだと思います。

重度者を公的な介護制度の対象とするのは世界的な流れになってきました。他の国に比べると日本には重度者を対象とする余地がまだまだ有る。

第3の提案は、要支援者に対して自治体や地域ケアに移すのはいいアイデア。

2006年改正のときに、同じような戦略で非常に成功したと思います。

この的を絞るというのはターゲティングといい、世界中でよくやっています。スウェーデンでもイギリスでもそういう事をやってきました。今、イギリスでは軽度の人あまりサービスを受けていないですね。軽度の人介護サービスを拡大する国は無いですね。だから日本はこのような世界的な流れに乗る事は出来る。

日本に余地があるという点ですが、他の国に比べると日本の介護制度は幅広い高齢者を対象としています。ドイツは同じ社会保険制度だから比較が出来

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップショット

ますが、ドイツの認定率は、65歳以上の人口の割合として11%です。日本は17%です。どうして日本の認定率がそんなに高いのかとても不思議です。厚労省の目的かどうかよく分からないんですけど、ドイツでは日本の要支援1、要支援2と、要介護1と、それから要介護2の一部は全部カバーしません。何も給付をもらわない。介護保険の給付をもらわないです。

北欧の国以外では、日本で介護サービスを受ける人数は世界一だと思います。

アイデアとしては非常にいいと思います。これは前のディスカッショングループの話によく出てきましたが、介護保険の社会保険的なアプローチは、重い人には非常に適当ですけど、そんなに重くない人にはちょっと堅すぎですね。かなり柔軟に地方自治体、包括支援センターとか、個人のニーズに合わせてサービスをする方がもっと意味が有ると思います。だから日本の包括支援センターと自治体と地域団体の役割を再確認され刺激となると、新しい資源になると思います。

2006年度の改正では同じような戦略が有りましたね。その当時、改正前の状態は現在と同じでした。財政状況は厳しく、介護保険支出を削減する、抑制

しなければならぬという事が言われていましたが、政府はその要求に対して単純に一人あたりの支出を一律にカットする方針をとらず、あるいは既存のサービス利用者の対象を、人数をカットする事は無かったです。なぜならそれは政治的には非常に難しかったからです。

だから戦略として、tactics として介護予防という面白い言葉が出来ました。政府は軽い人を介護サービスから予防サービスに移動した。予防そのものの結果がでたかどうかはかなり疑問ですが、その議論が政治的に非常にいい物語になりました。

その結果として限度額の削減とサービスの制限のために、要支援者に対するサービスの魅力はちょっと減りました。でもサービス利用者を減らしました。

次のグラフの青い方は2000年から2012年までの要支援と要介護1の人です。赤い方は要介護2から5までの人です。よくわかるように、2006年の後で、軽い人の人数は横ばいになりました。そういう意味で非常に成功しました。

支出を削減できたか。総支出は下がらなかった。でも総支出はあまり意味が無い。一番いい基準が75歳以上の一人あたりの利用額です。なぜなら介護サービスを利用する人は大部分が75歳以上だからで



す。次の図を紹介しましょう。

これは介護総支出です。毎年の給付額。総支出ではなくて75歳以上の人一人あたりの金額は、去年の介護保険の総給付を75歳以上人口で割って一人あたり大体50万円。それは実際に受けた人ではなくて75歳以上の人口全体ですね。前の利用者数の統計と同じように、2006年の後で少し減って、それから少し増えました。一人あたりの金額が下がりましたから、非常に節約しました、成功したと言えるでしょう。

今度2015年改正で同じようなことになるでしょうか。実際それほどお金を節約することは出来ないでしょう。なぜなら要支援者に対する給付は、総支出の5.4%だけです。だから節約したお金を新しく包括支援センターや他のところに利用しなければならないから、あまり節約にならない。でも制度が変わるから、これからこういう支出を調整して、軽度の人と重い人のバランスをうまく取ることを考えないといけません。

私のもう一つの提案は、施設入所者数についてです。日本はとても多い。日本でも他の国でも施設より居宅のサービスの方がいいと言われてきました。それはどこも目標ですが、日本では数年前から同じようなことをやってきましたけれど、まだ成功していないのです。他の先進国では特別養護老人ホーム、介護施設の待機リスト、待っている人があまり居ない。待機者が多いのは日本だけの現象ですが、その理由は、やっぱり日本は施設があまり無い。公的な施設が少ないから、こういう需要になった。でもそれだけではなくて、これは私達の研究の統計ですけども、日本では公的な施設に入っている人が65歳以上の人口の割合として4.7%ですが、ドイツは3.8、イギリスは3.9、イタリアは2%だけです。私立施設に入る人も居ますが、公的な施設だけを見ると日本の方が多い。私の言う施設の意味は、介護施設だけじゃなくて、サービス付きの有料老人ホーム、それから特定施設、入居者生活保護とか、あるいは医療機関に病院に、3ヶ月以上病院に居る人も入っている。だから入所者率が高くなっている。でも他の国では、

3ヶ月以上入院してる人が居ない。誰も居ないわけではないですけど、本当に少ないです。だからそういう日本の入所してる人とか入院してる人がすごく多くなっているのですね、他の国に比べると。そこで公的支出を比べると、これは前の図と同じですが、公的介護支出を65歳以上の人口で割って、日本、ドイツ、英国とイタリア比較しますが、その4カ国の中で日本が一番高いですね、介護費では。どうして高いかということ、居宅サービスも高いのですが、一番大きなのは施設の方です。特にドイツや他の国の施設の支出に比べると、日本はすごく高い。

理由は、色々あるんですが、先程グループディスカッションに出てきましたけど、安心という保障は非常に重要なことなんですね。安心の保障というような問題を解決することが出来るのかは、二つのグループについて考えなければならないと思います。まず居宅、在宅サービスが十分に整備されていることが一番重要な事ですが、家族と別居している高齢者には信頼できる24時間のサービスを整備する。それが鍵です。一番重要なことですね。

家族と同居している高齢者には彼らの家族介護者の介護負担を軽減する、それが一番重要なことです。

信頼できる24時間ケアというのは、地方の方は、たとえば南砺市のような場所では、24時間巡回型サービスは距離が遠い、非常に広い所では難しい。でも、原局長が言ったようにこれから、問題は地方よりも都会の方ですね。都会の問題で一番重要なのは前に言った「サ高住」ですね。いろんな住宅の提案のことですが、住宅は大体新しい建物を建てるのが第一でしたけど、これからは高齢者がすごく多い団地をリフォームすると、このような「サ高住」のような方法のほうが非常に上手く出来ると思います。このように住宅の中で安心して24時間のサービスが受けることが出来れば、やっぱり施設の魅力は下がるのではないかと思います。

家族と同居してる人、高齢者の場合は違います。

日本では世界中で一番素晴らしいデイケアとか、ショートステイとかスパイトケア等、色々あってすご

10/17

(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18

(金)

分科会まとめ

ディスカッション

パネル

開催市からの

メッセージ

特別講演

開会式

会場スナップ

くいいですが、それでも家族介護者の負担がすごく重い。特に認知症の場合は。

欧米の研究では介護者のサポートグループ、あるいはカウンセリング、あるいは研修等の活動が、介護者の介護技術やモラル、忍耐力を高めるのに効果があり、介護継続に有効という報告が多い。

最近、World Alzheimer Reportが出ましたけれど、介護者支援プログラムは、認知症で入施設を延期する介入として成功したと紹介されています。

私が日本の介護保険制度を見ると、このような介護保険の構造にあまり詳しく立ち入ることが今はできませんが、家族介護者をあまりサポートしないことは非常に気になります。



その解決の鍵となるのは地域活動の活発化、local activism が一番重要です。

今まで申し上げた提案を実現するために、自治体、専門職・地域ボランティア組織などが活発に協力しなければならない。

私は現場の状況があまりよく分からないのですが、この活動を刺激する、あるいはコーディネートする役割が非常に難しいと思います。大森先生が言ったように、横と横の関係を管理するのはすごく難しいですね。縦の行政だったらやりやすいですけども、このような色々な組織が協力するようにコントロールすることは非常に難しいと思います。だから、地域包括支援センターとか、そのような機関が非常に重要になります。原局長が色々な言葉を使いました。ケア会議、包括ネットワークと協力するとか、ボランティア団体、色々ありました。それを見て私が思い

出したのはゴールドプランでした。ゴールドプランを覚えてる人は居ますか。2人だけ。そうですか、若い人だからあまり覚えていないですか。ゴールドプランは非常に重要な政策でした。日本の高齢化社会対策に1990年から始まった非常に大きい政策でした。そのときにスカンジナビアの国々のように色々な地方自治体が、特にコミュニティケアという言葉を使って、色々な在宅ケアを拡大しました。でも様々な問題があった。税金ベースだったので財政の問題は一つでしたが、もう一つは行政の問題。行政に権限が無かった。地方自治体はあちこちで色々な方法を考えたけれど、例えば、認定の基準は無かった。無かったと言うのは、こちらはこちら、あちらは違えばらばらだった。また、制度を直接経営することは出来なかった。在宅支援センターが責任を持っていたのですが、在宅支援センターと地方自治体の関係があいまいでした。

私が心配しているのは、こういう地方自治体と地域包括支援センターと、あるいは他の団体をどういう風にコーディネートするかということです。その中でも特に予算過程です。財源を配分する過程をわかりやすくやっていかなければならないでしょう。

最後のスライドです。

私が海外で日本の介護保険制度の専門家を代表して制度を説明する時に、特に素晴らしい日本のケアマネの制度と認定過程、競争する提供事業者、介護報酬制度、または世界でも有数のデイサービスの制度、アルツハイマー・グループホームなどは他の国に比べると10倍くらい多いといった他には無い日本の特徴を説明します。

今日は逆に、政治学研究者として、そして外国人として、本当の介護保険制度の専門家の前にお話できたことを光栄に思う。

今日の申し上げた提案の目的は、日本の素晴らしい介護保険制度を少しずつ改良して、特に、2025年に向けて、いい制度を持続する。特に持続可能にす

る。sustainability と言うのは、それはすごく重要なことです。

一番重要なのは、介護保険のコア、かなり重度の人のサービスをちゃんと続けることが一番です。

今日の話に出てきた地方自治体や地域における取り組みを推進する事は非常に良いことで、非常に意味があると思います。しかし、介護保険のコアの部分を続けることが一番重要な目的だと思います。今日のサミットでは新しいアイデア、色々な改革のアイデアが出てきました。社会保障、特に介護保険制度をどういう風に改革しようかとする事が出ました。いいアイデアもあるし、自己負担を2割にする

あまり良くないアイデアも出てきましたが、でもまだ一番重要な提案は出ておりません。それは、介護保険制度そのものは重度者のためのサービス制度であり、その方向に改革するという提案がありません。国民会議の報告には、自己負担とか色々な事、小さなものは出てきましたが、重度の人のサービスをきちんと続けるという制度の根幹に関することは提案がありませんでした。この介護保険制度の根幹は、日本の社会保障制度の中で非常に重要な位置を占めるものと思います。

皆さんに関心を持っていただければ幸いです。

以上です。ありがとうございました。



10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネル  
ディスカッション開催市からの  
メッセージ

特別講演

閉会式

会場スナップ  
ショット



# 閉会式

日時 10月18日(金) 15時10分～15時40分

会場 福野体育館アリーナ

10/  
17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/  
18 (金)

分科会まとめ

バスル  
ディスカッション

開催市からの  
メッセージ

特別講演

閉会式

会場スナック  
ショット

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

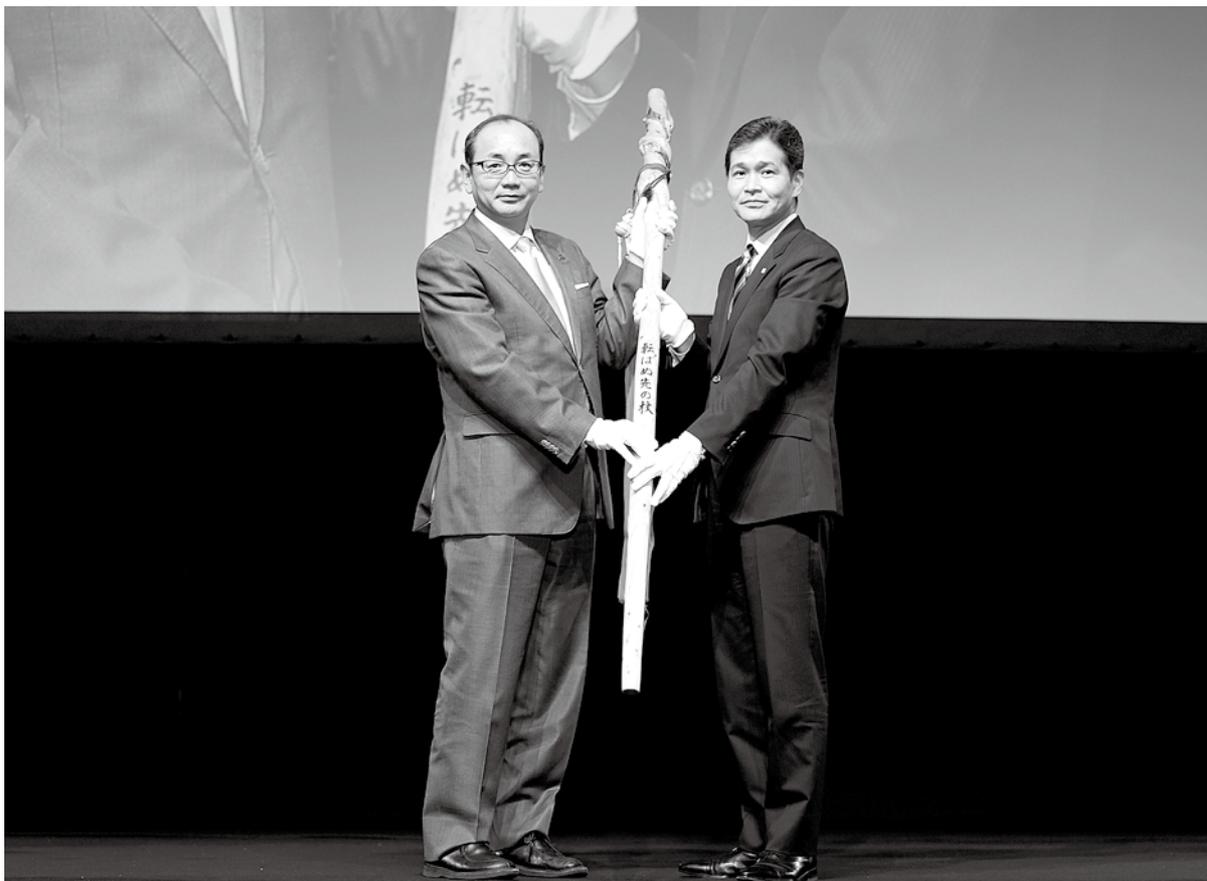
パネル  
ディスカッション

開催市からの  
メッセージ

特別講演

閉会式

会場スナップ  
ショット



## 閉会式

10月18日(金) 15時10分～15時40分

### 閉会挨拶

実行委員会 会長

田中 幹夫

### 熊本県熊本市の紹介

熊本県熊本市高齢介護福祉課 迫田貴美子 氏

### 「転ばぬ先の杖」引き継ぎ式

### 次回開催地挨拶

熊本県熊本市長

幸山 政史 氏



## 閉会挨拶

実行委員会 会長 田中 幹夫



沢山の皆さんに参加をいただきまして、「介護保険推進全国サミット in なんと」閉会式を迎える事が出来ました。本当にありがとうございます。全国から遠方から来ていただいて、私もこの2日間大変に勉強させていただきました。講師の先生方、そしてパネリストの皆さん、そして色々な意味で私たちをお支えいただきました福祉自治体ユニットの皆様方、そして厚生労働省の皆様方、そして何よりも沢山の全国からお集まりいただきました皆様方に、改めて心から感謝を申し上げる次第であります。ありがとうございました。

司会の方から、至らぬ点多々あったということもありましたが、色々な課題・問題がまだ南砺には残っているなということ、そしてまた失礼もあったかと思えますけども、職員も真剣になって、そして市民の皆さんにも参画を頂いて、この1年間準備をして参りました。そのことに免じまして、また私からも皆様方にお許しをいただければ幸いかと存じます。

この後、1年間預かって参りました「転ばぬ先の杖」、私にとっては非常に重い、非常に重荷ということではないんですけども、重いというのは、想いがこもっている「重い」なんです。こういう杖をですね、1年間預かって参りました。その杖をこれから熊本市長さんにお渡しする訳でございますが、是非皆さん、今日勉強していただいたこと、そしてまた色々と考えさせられたことを、来年また熊本で、一つでも二つでも皆さんの地域で実践をしていただいて、

改めて確認をしていただければ幸いかと思います。

私も出来るだけ、早めに熊本に行って、また色々勉強させていただきたいと、このように思う次第でございます。2日間、まことにありがとうございます。

## 熊本県熊本市の紹介

熊本県熊本市高齢介護福祉課 迫田貴美子 氏



それでは、次回開催都市であります、熊本市のPRを行います。

私は、熊本市高齢介護福祉課、迫田と申します。早速ですが、熊本市のPRとしてDVDをご覧いただきます。

(DVD上映)

熊本市の魅力を映像でご覧頂きました。これからは次回開催都市熊本市の魅力を私なりに4つご紹介したいと思います。

一つ目は、四季折々の顔を見せる熊本城です。熊本は盆地であり、夏は蒸し暑く、冬は九州のわりには寒い土地です。その四季を視覚的に感じさせてくれるのが熊本城です。

春は本丸を桜が囲み、夏は青空と緑の木々。秋の熊本城の顔は天守閣とその前にある大銀杏です。雪の熊本城の姿は大変珍しいのですが、冬はこんな表情を見せるときもあります。どんな季節にも映えるお城は熊本城だけではないかと思っております。

二つ目は、熊本城の目の前に広がる下通りアーケー

10/17 (水)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

ディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

閉会式

会場スナップショット

ドを初めとした賑わいのある繁華街です。上通り、下通り、新市街という3つのアーケードを合わせると、1km以上もあり、宴会の1次会から2次会でこのアーケードの端から端を歩いて行くと、一旦酔いが覚めてしまうぐらい良い運動になります。

また、来年2月で3回目を迎える熊本城マラソンの4kmのコースとしても使用されています。

三つめは水の豊かさです。阿蘇の大自然に生まれた地下水を源に、上水道水源の100%を天然地下水で賄っています。ですので、熊本市民は水道をひねるとミネラルウォーターが出てきている状況で生活をしています。飲んでも美味しい水で顔を洗ったり食器を洗ったりしているので、とても贅沢だなと感じます。

また、この資源を未来にも残して行かなければならないと思っています。この地下水は今年3月、国連生命の水最優秀賞を頂きました。そういった受賞をきっかけに、ますますそういった想いが強くなってきています。

そして、これは市民のオアシスである江津湖です。1日に40万立方メートルの地下水が湧いています。夏は浅瀬の江津湖で子ども達が泳いでいる姿をよく見かけます。暑い夏は足をつけておくだけでも充分涼しくなれる冷たい地下水です。

4つ目は農産物の多さです。ナス、メロン、スイカ、トマトなど、全国有数の農産物の産地であり、農業産出額の全国の市町村で第8位となっています。所々で朝市もやっており、新鮮な野菜が身近な所で手に入るという点では、主婦にとって大変ありがたい土地でもあります。

このように、熊本市は自然と都市機能が調和した暮らしやすい都市という所です

地下水の青、郷土を愛する情熱の赤、豊かな農産物などの緑を合わせて、「わくわく都市熊本」としてPRを行っています。

来年の本市での介護保険推進全国サミットは、10月30日、31日に開催する予定で進めております。10月といえども熊本はまだまだ暑いので、熊本到

着後はすぐに水道の水で喉を潤してサミットにご参加下さい。

会場の目の前には秋の装いの熊本城が、そして夜は美味しい肥後野菜を使った郷土料理が皆様をお待ちしております。

ふなっしーに追いつかれなければゆるキャラナンバーワンでいられるくまモンと、余り有名ではありませんが、熊本市のキャラクターひごまるくんも待っています。

皆様、沢山の魅力を持った熊本市へ是非お越しいただき、その魅力を体感して下さい。

滝川クリステルさんではありませんが、「お・も・て・な・し」の心を持った熊本市民73万人が皆様を心よりお待ちしております。

## 「転ばぬ先の杖」引き継ぎ式



「転ばぬ先の杖」とは、この介護保険推進全国サミットを開催する自治体に手渡されるリレーバトンです。埼玉県松山市で第3回のサミットが開催された際に住民の方が製作されシンボルとなりました。住み慣れた地域で生き生きと安心した生活が送れるようにとの願いが、この杖に込められています。

富山県南砺市田中幹夫市長から、次回開催地の熊本県熊本市幸山政史市長に引き継ぎが行われました。

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

閉会式

会場スナップショット

## 次回開催地挨拶

熊本県熊本市長 幸山 政史 氏



それでは、次回開催都市としてご挨拶を申し上げます。

先程ですね、私自身は非常に性格が地味なものですから、派手な映像で熊本市を紹介させていただきましたし、それから、私どもの職員から丁寧に説明もさせていただいたところでもあります。

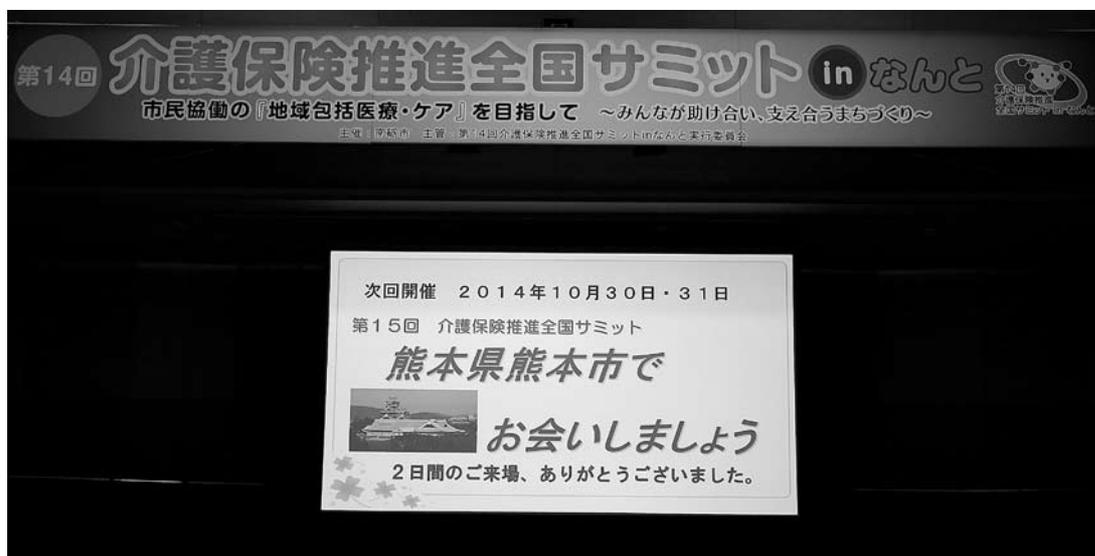
実は最後ですね、「滝川クリステルではないんですが」ではなくて、迫川クリステルがお伝えしましたというような締めでいく予定だったんですけども、ちょっと変わったようではございますが、私どもの意気込み、あるいは熊本の魅力が少しは伝わったのではないかという風に思います。どうぞ来年の10月30日、31日、両日でございますので、是非熊本までお越しをいただきますよう心からお待ちを申し上げますという風に存じます。

まあ色々な意味で先程杖をお預かり致しましたけれども、その重みを感じました。それは先程田中市長さんからもお話がございましたけれども、あのパワフルな田中市長さんの想いのこもった杖でもございましたし、またこの両日、私も至る所で南砺市の職員の皆様の温かいおもてなしを感じながら、この2日間のサミットを過ごさせていただいたということ、そして南砺市の魅力も十分に堪能させていただいたということ、その南砺市からの預かった杖であるということの大変重みを感じたところでもあります。

それから先程から話しが上がってますように、介護保険制度自体、今更なる変革の時を迎えようとしておりますけれども、その波をなんとか乗り越えて、そして地域包括ケアシステムの構築に向けまして、来年のサミットの開催までにしっかりと、そういう役割も担っているという意味での重みも感じたところがございます。

どうぞ本日お集まりの皆様方、繰り返しでございますが、是非来年熊本にお越しをいただきまして、一步でも二歩でも前進するような、そんな会議にして参りたいと思いますので、皆様方のご協力どうぞよろしくお願い申し上げます。

最後に改めまして、皆様方のご参加を心からお待ち申し上げます。誠にありがとうございました。



10/17 (土)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

ディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

閉会式

会場スナック  
シヨット

10/  
17 (木)

開  
会  
式

基  
調  
講  
演

第  
1  
分  
科  
会

第  
2  
分  
科  
会

第  
3  
分  
科  
会

10/  
18 (金)

分  
科  
会  
ま  
と  
め

ハ  
ネ  
ル  
デ  
ィ  
ス  
カ  
ッ  
シ  
ョ  
ン

開  
催  
市  
か  
ら  
の  
メ  
ッ  
セ  
ー  
ジ

特  
別  
講  
演

閉  
会  
式

会  
場  
ス  
ナ  
ッ  
プ  
シ  
ョ  
ッ  
ト



10/  
17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/  
18 (金)

分科会まとめ

パネル  
ディスカッション

開催市からの  
メッセージ

特別講演

閉会式

会場スナップ  
ショット

10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

ディスカッション

パネル

開催市からのメッセージ

特別講演

開会式

会場スナップショット

## オープニング

### 福祉科紹介

～3年間のわたしたちの成長を通して～

富山県立南砺福野高等学校福祉科



### 食から始める介護予防

～くちから健口となみのとろろん～

富山県立となみ野高等学校福祉科



会場風景



10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

ディスカッション  
バスル

開催市からの  
メッセージ

特別講演

閉会式

会場スナッフ  
シヨット



## 交流会



10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

閉会式

会場スナップショット

受付



10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

ディスカッション

バスル  
開催市からの  
メッセージ

特別講演

閉会式

会場スナッフ  
シヨット

コント DE 健康



10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

閉会式

会場スナップショット

## 展示ブース



物産展会場



10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

バスル  
ディスカッション

開催市からの  
メッセージ

特別講演

閉会式

会場スナッフ  
シヨット

## 昼食風景



10/17 (木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/18 (金)

分科会まとめ

パネルディスカッション

開催市からのメッセージ

特別講演

閉会式

会場スナックショット

## 第14回介護保険推進全国サミット in なんと実行委員会委員名簿

(敬称略、順不同)

No.	団 体 名	委員名		備考
		役 職 等	氏 名	
1	富山県地域包括・在宅介護支援センター協議会	会長	阿 部 進	
2	南砺市老人クラブ連合会	参与	浦 出 義 一	
3	富山県砺波厚生センター	所長	大 江 浩	
4	富山県老人福祉施設協議会	会長	大 島 茂 義	
5	南砺市自治振興会連合会	会長	沖 田 光 弘	監事
6	一般社団法人 南砺市観光協会	会長	川 合 声 一	
7	社会福祉法人 南砺市社会福祉協議会	会長	齊 藤 昌 英	
8	社団法人 富山県医師会	特定非営利活動法人 南砺市医師会長	佐 伯 俊 雄	
9	一般社団法人 富山県理学療法士会	会長	島 倉 聡	
10	福祉自治体ユニット	事務局長	菅 原 弘 子	
11	富山県介護福祉士養成校協会	富山短期大学教授	関 好 博	副会長
12	一般社団法人 富山県介護福祉士会	会長	田 中 雅 子	
13	一般社団法人 富山県作業療法士会	会長	田 村 良 子	
14	南砺市民生委員児童委員協議会	会長	得 能 金 市	
15	一般社団法人 富山県歯科医師会	南砺市歯科医師会長	仲 村 辰 一 郎	
16	公益社団法人 富山県栄養士会	会長	西 田 秀 子	
17	砺波地方介護保険組合	事務局長	野 村 健 次	
18	南砺市商工会	専務理事	細 川 哲	監事
19	公益社団法人 富山県看護協会	会長	三 谷 順 子	
20	砺波地域リハビリテーション支援センター 南砺市民病院	センター長	南 真 司	
21	一般社団法人 富山県介護支援専門員協会	理事	宮 内 友 子	
22	一般社団法人 富山県社会福祉士会	理事	柳 瀬 恵 子	
23	富山県	厚生部長	山 崎 康 至	
24	南砺の地域医療を守り育てる会	会長	山 城 清 二	
25	社団法人 富山県歯科衛生士会	会長	山 田 尚 代	
26	独立行政法人 国立病院機構 北陸病院 認知症患者医療センター	センター長	吉 田 光 宏	
27	社団法人 富山県薬剤師会	常任理事	渡 辺 悦 子	
28	南砺市	市長	田 中 幹 夫	会長

## 第14回介護保険推進全国サミット in なんと記録集

この記録集は、第14回介護保険推進全国サミット in なんと  
実行委員会において講演録等としてまとめたものです。

印 刷 平成26年3月

発 行 平成26年3月

編集・発行 第14回介護保険推進全国サミット in なんと実行委員会