

H26

10/30 Thu.

10/31 Fri.

第15回

介護保険推進 全国サミットinくまもと

記録集

テーマ

これからの『地域包括ケア』が目指すものとは
～誰もがいつまでも自分らしく生きるために～

会期 平成26年10月30日木・31日金

会場 市民会館崇城大学ホール・熊本交通センターホテル



©2010 熊本県くまモン#15093

転ばぬ先の杖



主催 熊本市 主管 第15回介護保険推進全国サミットinくまもと実行委員会

後援 厚生労働省、熊本県、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、公益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

CONTENTS

●開会式	5
------	---

●基調講演	13
-------	----

地方創生と介護保険

講 師	内閣官房まち・ひと・しごと創生本部事務局長代理 佐村 知子 氏
-----	---------------------------------

●第1分科会	25
--------	----

介護予防・生活支援～脳卒中予防から今後の介護予防を考える～

コーディネーター	国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部部長	川越 雅弘 氏
----------	-----------------------------	---------

パネリスト	京都大学大学院医学研究科医療経済学分野教授	今中 雄一 氏
-------	-----------------------	---------

	熊本市民病院首席診療部長・神経内科部長	橋本洋一郎 氏
--	---------------------	---------

	社会福祉法人夢のみずうみ村理事長	藤原 茂 氏
--	------------------	--------

オブザーバー	厚生労働省老健局老人保健課長	迫井 正深 氏
--------	----------------	---------

●第2分科会	53
--------	----

看取りのあるべき姿～あなたはどこで最期を迎えますか～

コーディネーター	朝日新聞横浜総局記者	佐藤 陽 氏
----------	------------	--------

パネリスト	熊本赤十字病院救急科部長	奥本 克己 氏
-------	--------------	---------

	特別養護老人ホームグリーンヒル泉・横浜ケアマネジャー	小山 輝幸 氏
--	----------------------------	---------

	N P O 法人老いと病いの文化研究所われもこう代表	竹熊 千晶 氏
--	----------------------------	---------

オブザーバー	厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室長	佐々木昌弘 氏
--------	-------------------------	---------

●第3分科会	79
--------	----

認知症の初期発見からケア推進まで～認知症独居高齢者をどう支えるか～

コーディネーター	福祉ジャーナリスト	村田 幸子 氏
----------	-----------	---------

パネリスト	熊本大学大学院生命科学研究部 神経精神医学分野教授	池田 学 氏
-------	---------------------------	--------

	砂川市立病院認知症疾患医療センター長	内海久美子 氏
--	--------------------	---------

	埼玉県和光市保健福祉部長	東内 京一 氏
--	--------------	---------

オブザーバー	厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室長	水谷 忠由 氏
--------	------------------------------	---------

●分科会まとめ	107
---------	-----



●パネルディスカッション 117

新たな介護保険制度の実施に向けて

コーディネーター

東京大学名誉教授 大森 弼 氏

パネリスト

三重県名張市長 亀井 利克 氏

武藏野市健康福祉部長 笹井 肇 氏

慶應義塾大学名誉教授 田中 滋 氏

新地域支援構想会議発起人 堀田 力 氏

厚生労働省大臣官房審議官 莳谷 秀信 氏

オブザーバー

●開催市からのメッセージ 143

これからの『地域包括ケア』が目指すものとは～誰もがいつまでも自分らしく生きるために～

コーディネーター

熊本県医師会理事 金澤 知徳 氏

発表者

城西校区自治協議会事務局長 梅田 敏文 氏

熊本県看護協会 木下 弘子 氏

熊本在宅ドクターネット（ひまわり在宅クリニック院長） 後藤 慶次 氏

熊本市中央5地域包括支援センター（ささえりあ水前寺）センター長 谷口千代子 氏

●特別講演 157

高齢者の急増に対応した地域づくり

講師

株式会社日本総合研究所調査部主席研究員 藻谷 浩介 氏

●閉会式 159

●会場スナップ写真 165

●実行委員会委員名簿 173

開会式

日 時

10月30日(木) 13:30 ~ 13:50

会 場

市民会館崇城大学ホール





第15回 介護保険推進全国サミット in くまもと

これからの『地域包括ケア』が目指すものとは ~誰もがいつまでも自分らしく生きるために~

10/
30
(木)

開
会
式

基
調
講
演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)

ま
分
と
科
め
会

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



開会式

10月30日(木) 13:30～13:50

◆開会挨拶

熊本市長 幸山 政史

◆来賓祝辞

厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室長

水谷 忠由

◆来賓祝辞

熊本県知事 蒲島 郁夫

◆来賓祝辞

熊本市議会副議長 鈴木 弘



開会挨拶

熊本市長 幸山 政史



皆さん、こんにちは。ただいまご紹介のあります熊本市長の幸山と申します。

第15回介護保険推進全国サミット in くまもとの開催に当たりまして、主催者といたしまして一言ご挨拶を申し上げます。

まずは、本日はようこそ、この熊本市にお越しいただきました。紹介があったかもしれません、中学生たちのジュニアヘルパー、これは毎年夏休みの時期に開催される中学生による子ども議会で提案されたもので、もう四、五年になります。ただいま活動の様子を報告してもらいましたけれども、そのジュニアヘルパーたちも含め74万市民を代表する形で、心から歓迎のご挨拶を申し上げたいと存じます。

今回、全国から約1,400名という多数の皆様方にご参加をいただきまして、このような全国規模の大会が熊本市で開催できることを大変うれしく存じます。改めて、ご来熊いただいた全ての皆様方に心から歓迎の意を申し上げます。

また、後ほどご紹介もあろうかと思いますが、厚生労働省から水谷室長様、あるいは蒲島熊本県知事、鈴木市議会副議長など多くのご来賓の皆様方にもご出席をいただいております。花を添えていただきましたことに重ねて感謝申し上げます。まことにありがとうございました。

さて、ご案内のとおり、我が国の高齢者福祉でございますけれども、介護保険制度が平成12年に施行され、以来、行政がサービスを決める形から、利用者みずからがさまざまなサービスの中から自分に

合ったもの選ぶという形へと転換いたしておりまして、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みの中で充実が図られてきました。しかしながら、ご案内のとおり、超高齢社会がさらに進展しているところであります。最近では、消滅可能性都市といった言葉もよく聞くようになったわけであります。そのような中で、医療、介護などの社会保障給付費の増加が想定もされておりますが、いかにして持続可能な社会保障制度を確立していくのかが、私どもにとりまして大きな課題となっています。

このような中で、国の動きとして今、医療、介護制度の一体的な改革が本格的に進められようとしています。介護保険制度につきましても、全国一律の予防給付から地域の実情に応じた新しい総合事業への移行が示されるなど、市町村にはそれぞれの創意工夫による地域包括ケアシステムの構築が求められているところであります。

熊本市の話を少しご紹介させていただきたいと思います。平成20年と平成22年に3町と合併いたしておりまして、人口70万を超える、平成24年4月に政令指定都市に移行いたしております。東西南北、中央と五つの区役所が設置されたわけですが、区役所ごとに市民、地域団体、行政が協働でまちづくりビジョンも策定いたしており、区のまちづくりを進めています。また、よりきめ細かにということで、小学校区ごとの健康まちづくりの活動も始めているところであります。このような地域の力を取り込んでまいりますことで、本市の特性や実情に合った地域包括ケアシステムの構築を図っているところであります。

南砺市の田中市長もお見えでございますが、昨年、南砺市さんから「転ばぬ先の杖」をお預かりしましたところであります。私ども熊本市で開催しますこのサミットでは、「これからの中の「地域包括ケア」が目指すものとは～誰もがいつまでも自分らしく生きるために～」をテーマに開催させていただきます。少子高齢社会を踏まえ、介護予防、生活支援のあり方、看取りのあるべき姿、認知症対策など、喫緊の課題につきまして皆様方とともに考え、議論を深め

10/30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/31
(金)

ま分
と科
め会

ディスカッショ
ナル

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/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま分
と科
め会パ
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

ますとともに、全国に発信をしてまいりますことで、介護保険制度のさらなる発展に結びつけていけるものと大いに期待しているところでございます。

先ほど冒頭に、一部講師の変更のアナウンスなどもございましたけれども、ご協力いただきます講師の皆様方、あるいは分科会、パネルディスカッション、それぞれにご協力いただきます皆様方に対しまして、何とぞよろしくお願い申し上げる次第でございます。

さて、本市は、先ほどご紹介いたしましたように合併し、政令指定都市に移行いたしておりますけれども、そのような大都市ではございますが、74万都市あるいは100万都市圏の全てが地下水で賄われているという大変自然豊かな都市でもございます。すぐ近くに熊本城がございますし、もう少し足を伸ばしますと水前寺公園などもございます。もう少し時間のあられる方は阿蘇や天草などの県内の観光地にもぜひこれを機会に足をお運びいただければ大変幸いに存する次第でございます。

今日、明日2日間、皆様方のご協力を何とぞよろしくお願い申し上げます。

最後になりましたけれども、本サミットの開催に当たりまして多大なるご協力を賜りました厚生労働省はじめ、関係機関の皆様方に厚く御礼を申し上げますとともに、この大会が私どもにとりまして実り多き大会となりますことを心から願いまして、主催者としての挨拶にかえさせていただきたいと存じます。本日はまことにありがとうございました。(拍手)

来賓祝辞

厚生労働省老健局高齢者支援課
認知症・虐待防止対策推進室長

水谷 忠由

厚生労働省認知症・虐待防止対策推進室長の水谷と申します。本日、厚生労働大臣公務のため出席がかないませんでしたので、厚生労働大臣からの祝辞を代読させていただきます。

今日、第15回介護保険推進全国サミット in くまもとが、「これからの「地域包括ケア」が目指すものとは～誰もがいつまでも自分らしく生きるために～」のテーマで開催されることを心からお喜び申し上げ



ます。また、サミットの主催者である熊本市と、開催に当たりご尽力いただいた第15回介護保険推進全国サミット in くまもと実行委員会に対して心から敬意を表します。

現在、日本の高齢化率は25%に達しており、今後、2025年には、いわゆる団塊の世代が75歳以上となるなど、ますます高齢化が進んでいきます。また、ひとり暮らしの高齢者や高齢者夫婦だけの世帯の増加、都市部での急速な高齢化、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ます。

こうした状況のもと、厚生労働省では、できる限り住みなれた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、地方自治体や関係者の皆様とともに、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援が包括的に確保される地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいます。

そのための施策として、本年6月に成立した医療介護総合確保推進法に基づく介護保険法の改正、来年度の予算編成や介護報酬改定などにより、在宅サービスの充実・強化、在宅医療と介護の連携の強化、認知症施策の推進などに取り組んでいます。

このサミットには厚生労働省の担当職員も出席して、シンポジウムや分科会が行われますので、活発な意見交換が行われ、実りある2日間となるよう期待しています。また、その内容については、今後、施策を検討する際に大いに参考にさせていただきたいと思います。

最後になりましたが、大会の成功と、お集まりの皆様のご健勝、ご活躍をお祈りいたしまして私の祝辞といたします。

平成26年10月30日。厚生労働大臣 塩崎恭久。
(拍手)



来賓祝辞

熊本県知事 蒲島 郁夫



皆さん、こんにちは。ただいまご紹介いただきました熊本県知事の蒲島です。第15回介護保険推進全国サミット in くまもとが、かくも盛大に開催されることを心からお喜び申し上げます。そして、熊本県民180万人を代表して心から歓迎いたします。

どのくらい歓迎しているかといいますと、多分、皆様はくまモンに会われたと思いますけれども、私もくまモンも超多忙でありまして、その両方が歓迎するくらいということで、それは、とても重要な会議だと県が認識しているからであります。ぜひ、その歓迎の気持ちをあらわしたいと思います。

私は、最初の知事選で当選した6年半前に四つのマニフェストを掲げました。四つの大目標ですけれども、そのうちの一つが、長寿をおそれない社会をつくりたいというものでした。どうしたことかと言いますと、皆、年寄りになると認知症になったときに自分がどう行動しているのかをおそれます。それで、長寿をおそれない社会をつくりたいというのがマニフェストの一番重要な目的でもありました。

それで、三つの面で、長寿をおそれない社会を構築してきました。一つは制度面、二つ目はハード面、そして三つ目がソフト面であります。

第1の制度面としては、認知症医療体制を基幹型認知症疾患医療センターと地域拠点型センターの2層構造にした、「熊本モデル」と呼ばれる制度をつくりました。現在はそれをかかりつけ医等を含む3層構造にまで伸ばして、さらに手厚い制度づくりを行っています。

第2のハード面としては、特別養護老人ホームなどのハードを整備して、1期目の4年間で4,500床ほど増床しました。

そして、何よりも大事なのは、第3のソフト面ではないかなと私は思っています。ソフト面は認知症サポーターの制度づくりをしました。私が知事になったときに、知事としては初めて認知症のサポーターになりました。それ以来、連続5年間、熊本が認知症サポーターの、人口比で言うと全国1位です。そして、熊本県民の9人に1人が認知症サポーターになっています。これはとても誇るべき数字だと思います。

この認知症サポーターは、認知症の方々に接して、その人たちを大事にしたいという気持ちがとてもあります。その人たちの活動がさらに活性化し、ソフト面においても、ハード面においても、制度面においても、認知症の対策を行っていきたいと思っています。

知事になって2期目、もう2年半になりますか、2期目のマニフェストには、これまでの「長寿をおそれない社会」から「長寿を楽しむ社会」にしようとすることで、今、長寿を楽しむ社会に向けての取り組みを行っています。

私が、長寿をおそれない社会、また、長寿を楽しむ社会を実現しようと思ったかの大きな理由は、私の母親にあります。母は戦後満州から引き揚げてきて随分と苦労しました。95歳で亡くなりました。認知症で、最後のほうは特別養護老人ホームに入っていたのですけれども、介護保険のおかげ、特別養護老人ホームのおかげ、そしてスタッフの優しさで最後はとても幸せな生活だったと思います。

私が知事になる1年前に亡くなりまして、最後まで子供に対する孝行を見させてくれたなど。私が知事になった後で自分が亡くなると、葬式が大変だらうからということだったのだと思っています。

その母親の老後を見て、全ての国民、全ての県民が、同じような長寿を楽しむ社会をつくることが政治家としての私の役割ではないかなと思っています。

今日はたくさんの介護保険にかかる方々が来ておられますけれども、皆さんのが必要です。介護

10/30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/31
(金)

ま分
と科
め会

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/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)

ま
分
と
科
め
会

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

10/30(木) 開会式 基調講演 第1分科会 第2分科会 第3分科会 10/31(金) ま分と科め会 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

保険、それからハード、ソフト、制度、全てが必要なんです。それを「熊本モデル」として今やっておりますけれども、全国全ての人がそれを享受できるような社会をつくっていきたいと思っております。

知事として最後にお願いです。1,400人から1,500人の方々が全国から皆さん来ておられますけれども、今、熊本はとても元気です。先ほど市長がおっしゃったように、まずは新幹線が全線開業し、そして熊本市が政令市になりました。それを後押しするように、くまモンが大活躍しています。日銀がくまモンに関する経済的効果を調査しましたが、2年間でくまモンが熊本県に与えた経済効果が何と1,244億円。すごい金額です。そのような元気さをぜひ皆さんにも見ていただきたいと思います。熊本市もすばらしいし、阿蘇も天草もあります。皆さん自身の目で、熊本の元気なところ、それから、あらゆるところにくまモンのマークがありますので、もう熊本県と言うよりもくまモン県と言った方が早いかもしれません、ぜひ皆さんにそれを体感していただきたいなと思っています。

最後になりましたけれども、このサミットが大成功でありますように、そして今日ご参加の皆様方のご健勝をお祈りして、私の知事の挨拶とさせていただきます。ようこそ熊本にいらっしゃいました。

(拍手)

来賓祝辞

熊本市議会副議長 鈴木 弘



皆さん、こんにちは。熊本市議会副議長の鈴木弘です。本日は、熊本市議会をはじめ、多くの議会議員の皆さんに参加していただいていると伺っておりますが、

熊本市が開催でございますので、代表して一言、歓迎のご挨拶を申し上げます。

本日は県外から多くの行政、介護、医療関係者、関係団体の方々にお越しいただいていると伺っています。ようこそ熊本へおいでいただきました。心より歓迎を申し上げます。また、15回目となる本サミットには県下から多くの関係者も出席されています。あわせて心から歓迎申し上げます。

さて、介護保険推進全国サミットは、平成12年の介護保険導入以来、毎年、各都市で開催され、熊本市での開催で15回目を迎えることができました。そうした中、今回の熊本サミットのテーマは、先ほど幸山市長の方からもありましたが、「これからの「地域包括ケア」が目指すものとは」となっております。また、サブテーマに、「誰もがいつまでも自分らしく生きるために」が掲げられています。介護保険制度がなぜできたのか、私は、その精神が、この「誰もがいつまでも自分らしく生きるために」というサブテーマに集約されていると思っております。

介護保険が導入される以前に、私は欧州の導入状況を調査・視察してまいりました。国によって運用の範囲や負担方法などまちまちでしたが、共通している点がありました。それは、高齢者の生活を社会全体で支えていこうという考え方です。こうした、社会や地域で支え合うという方法は日本が得意とする分野だ、日本らしいシステムができれば定着するのではないか、このように感じ、視察から帰ってきたことを記憶しております。

以来十数年、介護保険制度は日本社会に定着しつつも、過重な保険、利用料負担、さらには介護従事者の負担の増加など、新たな課題も提起されるようになってきています。

そうした中、国によって新たに打ち出されたのが地域包括ケアシステムの構築であります。この問題を真正面から捉えようと、今回の熊本サミットでは、先ほど述べたようにテーマとして「これからの「地域包括ケア」が目指すもの」を掲げています。

本日、明日と2日間かけて行われる分科会などの議論を通して、誰もがいつまでも自分らしく生きるた



10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)

ま分
と科
め会

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

めに、地域包括ケアシステムの構築、推進の意義や果たすべき役割、さらに課題等について共通認識が生まれることを期待しております。

最後になりますが、この2日間、文化と自然あふれる熊本市、そして熊本県の魅力に、少しでもご参加の皆さんに触れていただければと望みつつ、本サ

ミットの準備に当たってくださった実行委員会や関係者の皆様に感謝申し上げ、お祝いの言葉といたします。

介護保険推進全国サミット in くまもとの開催、ほんとうにおめでとうございます。

以上でございます。(拍手)



基調講演

日 時

10月30日(木) 13:50～15:00

会 場

市民会館崇城大学ホール

地方創生と介護保険

講 師

内閣官房まち・ひと・しごと創生本部事務局長代理 佐村 知子 氏

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま
分
と
科
め
会パ
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

基調講演

10月30日(木) 13:50~15:00

講 師

内閣官房まち・ひと・しごと創生本部事務局長代理 佐村 知子 氏



皆さん、こんにちは。どうぞよろしくお願ひいたします。私は、今ご紹介に預かりました、まち・ひと・しごと創生本部で、皆様方にも多分、なじみ深い山崎史郎さんとご一緒に、まち・ひと・しごと創生という人口減少問題に取り組んでおります。

先にいろいろ申し上げてしましますと、私は霞が関の役所の中でいえば総務省の出身です。介護保険に関しては私は、平成14年から18年まで、京都で副知事をやっておりましたときに、導入後の介護保険が、どうやってそれぞれ市町村に定着するかにかかわってまいりました。

それから、個人的に言うと、母がこのところずっと介護保険のお世話になっております。在宅で1から2ぐらいでいろいろな方に支援してもらなが、ひとり暮らしをしていましたが、最近、包括ケアシステムで導入されたケアつき住宅に移りました。このサービスはこういうものかなと実感をしながら利用させていただいているところです。

本来この場には、皆様方に大変なじみ深い山崎さんがお伺いするということで、本人も随分前から楽しみにしていたのですけれども、ちょうど今、国会の最中で、私どものところと大変かかわりの深い法案が審議にかかっております。それで先週、山崎さんとご相談して、どうしても山崎さんが行けないということで、私が来ることになりました。そこをお許していただいて、最近の取り組みなどをお話ししたいと思います。

タイトルは「地方創生と介護保険」としているのですけれども、今日この後、介護保険のいろいろな論点がたくさん出てまいりますので、お手元の資

料の中には介護保険関係の資料を入れてございません。それで冒頭、これからお話しすることに関して、山崎さんからお預かりしてきたことも交えながら、お話ししたいことの全体のまとめにもなりますけれども、紹介したいと思います。

介護保険制度はご存じのとおり、平成12年に創設されまして、15年が経過しております。この間、この介護保険の推進の全国サミットも15回の開催となっていましたと承知しています。今日、この場にお集まりの方々は、介護保険制度をほんとうによくご理解なさり、ここまで引っ張ってきてくれた方々だと山崎さんからも伺っておりますし、介護保険制度が国民の老後をしっかり支える制度として定着し、今日まで来たのも、皆様方のたゆまぬご尽力のおかげであると思っております。厚く感謝申し上げたいと思います。

今日、この後、「少子高齢社会の到来」というテーマで講演したいと思っております。申し上げたとおり、介護保険制度の詳しい議論は後で、ほんとうにすばらしい講師の方々がお集まりになられておりまし、分科会で行われると思いますから、冒頭ここでは全体を私どものほうで趣旨を申し上げた上で、地域を大きく変えようとしている少子高齢化という日本がのみ込まれている大きな動きについてご説明したいと思っております。特に人口減少について詳しくお話ししたいと思っています。

実は少子化問題については、1.57ショック以来、厚生労働者でもエンゼルプランなど幾たびか取り組みはなされてきているのですけれども、人口減少問題という形になると、総体、非常に手強い問題であることと、非常にセンシティブな問題を含むということで、なかなか今まで徹底した取り組みができないかったというか、やってこなかったという反省もございます。そういうことも含めて、今しっかり取り組もうとし始めていますことについてお話ししていきます。人口減少の動向についても後からお話ししたいと思っております。人口の大きな変動は、今後、地域あるいは自治体における介護保険制度の運用にも大きな影響を与えるものでありますので、どうぞ

10/
30
(木)

開
会
式

基
調
講
演

第
1
分
科
会

第
2
分
科
会

第
3
分
科
会

10/
31
(金)

ま
分
と
科
め
会

デ
ィ
ス
カ
ッ
シ
ョ
ン
ル

メ
ッ
セ
ー
ジ
開
催
市
か
ら

特
別
講
演

閉
会
式

シ
ョ
ッ
ト
会
場
ス
ナ
ップ

しっかりご理解いただけたらと思っております。

人口減少問題がどういう形で地域や自治体に影響を与えるかですが、一言でいうと、人口減少問題は地方と都市部とでは全く様相が異なっているということで、一律の対応ではなく、それぞれ対応が必要になってくるということかと思います。この後出てまいりますけれども、多くの地方では、これからはもう高齢者が増えることがない段階に達しております。もちろん高齢化を考えるときには率と数がありますけれども、ご実感されているとおり、高齢者の数が増えることがない段階に達してきています。それどころではなく、中には高齢者が減ってくるというところも出てきます。

介護保険制度の担当者のこれまでの感覚でいくと、高齢者が減るというのは、にわかにはびんとしない、理解しがたいのですけれども、日本の多くの町村部はもうそういう段階に入っています。ある程度規模の大きい地方都市も、いずれそういう状況になってきます。そうすると、介護サービスが余る事態になってくるということです。既に県庁所在地の中でもそういう事態になっているところもございます。

そして人口減少がさらに進むと、高齢者や障害者、あるいは保育などの従来の縦割りで、専門性を持ついろいろなサービス・施設が、そういう形でやっていたのではそれぞれの事業所の運営ができないくなる、あるいは効率が非常に悪くなるという可能性も高いということです。

それで、現在、私どもでは、中山間地などで高齢者も障害者も対象にした多世代交流、あるいは多機能型といった小さな拠点をつくっていくことについて議論しております。これは、机上の話ではなく、高知県で実際に地域で考えられ展開している「あったかふれあいセンター」、もしかしたらごらんになった方、あるいは関係の方もおられるかもしれません、そういうものをモデルにした共生型の施設です。

介護保険制度の中でも、小規模多機能拠点の整備が推進されていますけれども、この拠点は、ここではまだ高齢者サービスの中での多機能ですけれ

ども、人口減少が進んでくれば高齢者以外も対象に入れる多機能型が進むことになるとも考えられます。

一方、首都圏をはじめとする大都市は、これからいよいよ高齢社会の荒波をもろに受けます。今まで戦後に人口移動の波があるのですが、首都圏あたりにたくさん流れ込んできた働き手の方々が高齢となり、そういう方々を受けとめる首都圏が、これからいよいよ高齢社会の荒波をもろに受ける段階に来るということです。多くの地方は、介護サービスの整備に苦しんで、ようやくこの問題を乗り越えてこられたのだと承知していますけれども、大都市はこれからが正念場になってきます。地方と異なって、多様な方々を受け入れるために近郊にたくさん団地ができるのですが、それが老朽化したり、高齢化したり、空き家になったり、そういう問題も抱え、また単身世帯なども多く、人々が孤立化するという都市特有の問題も抱えています。

こういった問題を乗り越えるには、これまで地方の皆様方が培ってきた経験と知恵だけではなく、大都市の孤立・無縁という社会を前提とした課題の解決が要求されることになります。それは血縁を超えた地縁社会を新たにつくっていく、一遍壊れたもの、失われかけているものをつくっていくという作業にほかなりません。

高齢者は、いつかは1人では生きていけない段階を迎えるわけですけれども、そういう覚悟を皆が持つて、そして逆に、他の人々を支えるという役割と意識を持たなければ、高齢社会は乗り越えられません。

実は、山崎さんあたりが介護保険サービスをつくったときには、これから高齢化をしていく、介護というかなりの方が遭遇する問題について、それを社会で支えるということで、難しい言葉で言えば「介護の社会化」に取り組んできたわけですけれども、その介護の社会化は、これから先は、社会全体が、みずからが、あるいは高齢化していく問題など介護を受けとめるような、「社会全体の介護化」にまで行き着くのではないかと考えています。

10/
30
(木)

開
会
式

基
調
講
演

第
1
分
科
会

第
2
分
科
会

第
3
分
科
会

10/
31
(金)

ま
分
と
科
め
会

デ
ィ
ス
カ
ッ
シ
ョ
ン
パ
ネ
ル

メ
ッ
セ
ー
ジ
開
催
市
か
ら

特
別
講
演
閉
会
式

シ
ョ
ッ
ト
会
場
ス
ナ
ップ

そういった中、地域とともに生きていくという共生社会を実現していくことが、当たり前のような、しかし大変難しいような気もするのですけれども、どうしても考えいかなくてはいけない問題になってきます。そういうことを皆で考え、受けとめるときに、共生社会を実現していく取り組みになるだろうと思っています。

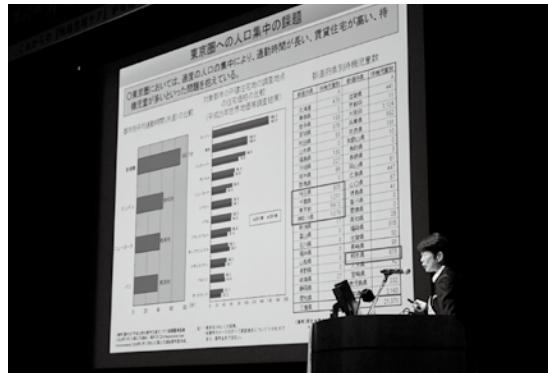
そういうことをまず、今日これから話の前に冒頭申し上げて、これからは、今それぞれ申し上げた話について、日本の人口減少がどう進展するか、原因は何か、それぞれどういう地域がどういう段階にあるのかをご説明していきたいと思っております。

たまたま資料の一番初めに「熊本県の年齢階層別人口の将来推計」というものを持ってきております。この左と右のグラフで何を私たちは読み取るのか、あるいは読み取れるのかをまず申し上げたいと思います。

左のグラフは、2010年の国勢調査の人口に基づいてつくったもので、女性、男性、それから世代別の人団です。そして、右は2040年の推計に基づく人口の構図です。今から30年で高齢化していくわけですけれども、まず、この一番上の65歳以上の部分のこと、足元の15歳未満の部分あたりのところを両方見比べると少子高齢化が見てとれます。ですから、少子化対策や高齢化の対策を、まずは大変だということで、講じてくるわけです。

そしてここ数年、生産年齢人口と言われる15歳以上から64歳までが、人口全体の中の6割ぐらいから5割ちょっとに減ってくる、いわゆる働き手が減ってくるという問題があって、これが日本社会の活力にかかわると言われてきています。それで、何とか日本社会の活力を維持するためにということで、ここに注目をして今、例えば若干定年を延長して、もう少し長く高齢者が働くようにする、あるいは、まだ女性の労働率が若干余裕があるので女性がもっと働く社会にする、あるいは少し極端な場合、外国人の問題など、そういうことがいろいろ検討されたり話題に上ったりしています。

以上のようなことが、従来この二つのグラフを見



て語られることだったのですけれども、消滅自治体ということで、あちこちに非常に大きなインパクトを与えた日本創成会議の増田さんのレポートというものがありました。そのレポートでは、実は20歳から39歳の女性の人口が左と右を比べたときに、かなり減っている、やせ細っていることに注目したんです。特に地方において、若年の女性の人口、20歳から39歳という子供を産むことができる女性の人口が減少している、それに着目した上で、自治体によっては今後消滅してしまうということで実名を挙げて警鐘を鳴らしたわけです。このあたりのところが最近、人口減少社会で話題になりました。

それでは次に、日本の将来の人口はどうなっていくのでしょうかということで、将来人口動向の資料をお示しします。日本は人口減少社会に入っているのですが、一律にそうだとは言えなくて、それぞれ世代ごとに異なる動きで進むということが言えます。

まず、第1段階として、日本は高齢者の人口が増加していく時期、例えば団塊の世代とその後の団塊ジュニアという塊の大きな人口の部分が高齢化していくところですので、日本の将来人口は、まず高齢人口が増加していく時期というのがあります。

それから第2段階として、その後、高齢人口が維持、または減少する、横ばいになる時期が到来します。

そしてその後、今度は高齢人口さえも減少する時期になります。

このように大きくは分けられます。もちろんその前に、全体で高齢人口よりもうちょっと若いところの人口はずっと減少しているということです。



ですから、下のグラフをごらんいただくと、この一番上の黒線が高齢人口で、赤線が年少人口、青線が生産年齢人口、点線が総人口ですが、つまり日本の今の総人口は横ばいからちょっと減り始めおり、まだ高齢人口は増え続けて、2040年ぐらいまでは65歳以上の人口が増え続けるということです。その他の人口は減っているのですけれども、高齢人口が引っ張ってくれて、日本の人口は見かけ上は横ばいから微減ぐらいの状況です。

その後、高齢人口も横ばいになってくると、食いとめるものが多く、日本の人口は減少局面に入ります。高齢人口が減り始めると、今度はつるべ落としに人口が減っていきます。

将来人口推計で、こういうフェーズをたどっていくということで、日本全体の人口はこのように大きく分けられます。

日本全体で見るとそうなのですけれども、地域によっては、皆さんおわかりのように将来人口動向の減少段階は大きく異なってきます。団塊の世代とかいろいろな人口がどっと流れ込んできた都市部では、先ほどの中で言うと、第1段階の、年少人口や生産年齢人口が減っているんですが、高齢者が人口増で引っ張っている段階ですけれども、例えば人口5万人以下の地方都市などは第2段階になっていて、特に過疎地域ではもう高齢者も減ってきてていますので、第3段階に突入してきています。ということで、日本のそれぞれの地域で、自分のところの人口動向がどういう局面にあるかは、大きくマクロで見ると、それぞれで見ると、かなり様相が異

なっているということを我々は知っておく必要があります。

そして、これは当たり前の話ですけれども、人口減少問題と高齢化問題について、人口減少問題と少子化問題について、これは何が違うかというと、人口減少問題の場合の目的、狙い、ターゲットは、人口の減少が最低限下げどまつて増えていくことです。例えば夫婦2人で子供が2.1人ぐらいいると、100%結婚するとすれば人口は下げどまり、横ばいになるわけです。しかし結婚されない方もおられるので、10人おられたら10人中結婚されるのが六、七組ぐらいだとすると、お子さんが2人から3人の方がたくさんおられるのが大体人口が下げどまるというイメージです。ですから、出生率の改善が早ければ早いほど、常識的に、将来の安定人口が大きくなるということです。そして、出生率が早く下げどまるといふと、年齢ごとの人口のバランスが回復し、高齢者のボリュームが大きくなったときに、それを支える世代も少し増えていて、だから人口減少問題の解決は高齢化問題の解決にもつながると、そういう非常に常識的なことになります。

それで、次に人口減少の要因ですけれども、従来、何となく、人口減少の問題を出生率という形で漠然と考えてきた気がするのですが、この前の日本創成会議で提起されたり、最近、分析されているのですが、人口減少の要因は出生率の問題のほかに、もう一つ別の問題があるのではないか、つまり東京一極集中と言われる都市の集中の問題も考える必要があるのではないかと言われています。

三大都市圏、特に東京の出生率は極めて低いです。東京が1.13で、2番が京都、3番が奈良とかですか。そのわりに名古屋などの愛知県は少しまだ平均並みですけれども、三大都市圏、特に東京の出生率は非常に低いんです。そして、地方からの三大都市圏への若者の流出と低出生率が人口減少に拍車をかけていると考えられます。

例えば、皆さん方の市町村に関して、人口が減るというのは、亡くなる方がおられる、あるいは子供が生まれる数が少なくなる、よそに出ていく、これ

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま分
と科
め会ディスカッショ
ナルメッセージ
開催市からの特別講演
閉会式会場スナップ
ショット

がいろいろ変動する要因ですけれども、日本の場合、諸外国に比べて地方から都市圏に行く、三大都市に集中する人口が多いです。ところが三大都市は、日本全体は先ほどの人口を維持する出生率2.1だとして、実は日本で一番出生率が高い沖縄でも平均1.94ぐらいなんです。日本全体は、出生率からいくと若干まだ低目の出生率のゾーンに全体入っているんですが、その中で平均が1.4ぐらいですから、それより高いところと低いところがあって、都市部は平均よりもずっと低いところが多いんです。そうすると、地方のそこそこ人口がまだ低い中で、そこそこ生まれるところから、子供さんが生まれなくて出生率が低いところに人が移動していく、そこで仮に子供さんが生まれるにしても非常に出生率が低いと。そして地方は、人が都市部に出ていて、なおかつ出生率もそれほど高くない。ということで両方拍車がかかって人口が減ってきてるのが日本の今の状況です。

次に、日本の出生数・出生率推移という資料をご覧いただきたいと思います。グラフの横軸が昭和22年から平成25年までずっと年次をとっています。縦軸が子供の生まれた数です。実は昭和22年には子供は270万人ぐらい生まれているんですが、直近の平成25年は100万人ちょっとです。もしかしたら平成26年は100万人を切るかもしれないと言われています。出生率で見ると、合計特殊出生率がこの折れ線グラフでは、2005年ぐらいで何となく底を打って、下がり止まつたかのように見えるのですが、まだ1.26から1.4ちょっとぐらい、また来年下がるかもしれないでの、ぼちぼちという感じです。

日本の出生数を見ると、グラフのここが第1次ベビーブームです。ここで生まれた方、団塊の世代と言われる方々が、次の山のところでお子さんを生んでということで第2次ベビーブーム、そしてそこから二十四、五年を足すと、ここでちょうど子供さんが生まれて少し山があるということになるのですが、ご覧いただくと山がないでしょう？だから、第3次ベビーブームが来なくて、このあたりからずっと日本の出生数が減ってきてるんです。このままずつ

と推移をしていくと、今後、子供を持つ可能性がある若い世代の人口はずっと減っていくことが今確実な状況になっています。

それで、出生率の低下に関して、なぜ低下しているかですが、何となくおわかりになるように、一つは未婚率が上昇していること、また、夫婦が持つ子供の数が減少していることがあります。未婚率は1970年代以降、大体男女ともに上昇しています。それにもう一つ、晩婚化というか結婚する年齢が少しシフトして、ちょっと歳をとて結婚される例が増えています。その二つがあるのですが、特に晩婚化の問題に関していうと、体力的にもいろいろなことでお子さんを持つことができる年齢は限られているので、晩婚化は結果的に、2人目、3人目の子供を持つというのがなかなか難しいこともあったりします。このように未婚率の上昇と晩婚化が日本の子供さんの数が減っていくことに大きな影響を与えていふと言われています。

それから、結婚した夫婦の子供の数は1990年以降ずっと減っています。かつては2.2ぐらいで、安定人口を保つぐらいの水準だったのですけれども、2010年には1.96ということで、2を下回って、今ずっと右肩下がりという状況にあります。

なぜ未婚率が上がっているのかですが、これは男女で若干状況が違います。若年者、特に若い男性に関しては、圧倒的に、今、雇用が不安定で、正規雇用の職につけないことが結婚できないのが大きな理由です。男性自身も家庭を養えるぐらいの収入がないと結婚できないと思っている方が多いし、女性の方も結構いろいろな自治体で婚活が盛んですけれども、一定の収入を持った方でないと思われているみたいで、どうしても男性の雇用が安定しないことが男性側の未婚率、自分で結婚する動機にも、選ばれる動機にも、両方に影響してきています。

資料のグラフのここが若い人の失業率で、非正規雇用割合の推移、ここは就労形態別の配偶者のいる割合ですが、見事に正規雇用から無業まで、こういう形になっています。非正規雇用と正規雇用の場合の1人当たりの平均給与の差にははっきりした

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま
分
と
科
め
会ディスカッション
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

ものがあって、愕然とします。正規と非正規の処遇の差をなくしていくことも、もちろん大事ですけれども、安定した職につけることが当面、人口問題からも大事だということが見てとれます。

次に、女性の場合ですが、女性の就労と出生率に関して、かつては女人が仕事を持つとなかなか子供さんが生まれにくいということもあったのですけれども、最近の諸外国の例や日本の各県の例を見ても、どうも仕事を持っている女性が結婚したり、子供さんを持ったりする割合が高くなっています。子供に教育費とかいろいろなことにお金がかかるので、ちゃんと仕事をしていきながら継続的収入があるほうが結果的にいいのかなとか、いろいろな原因があるかとは思います。

ただ、日本の女の人は、グラフの横軸が年齢で、縦軸が労働率ですけれども、結婚したりお子さんが生まれたりするときに一旦仕事をやめて、仕事をやめた後はなかなか正規に就けません。仕事には戻るのですが、非正規の職に就く例も多く、「M字カーブ」を描いていると言われます。女性が就業をして働き続けていけるような、例えば育児休業をとれたり短時間勤務をとれたりする環境があれば、家庭の経済が安定しますから、子供を育て、家庭をちゃんと営んでいくという意味でも、結構大事なことだろうなということが見てとれます。

では、諸外国の出生率がどうなっているかということで、線がぐしゃぐしゃして見にくくて恐縮なんですけれども、この黒い折れ線は日本ですが、このぐっと引っ込んだところは丙午の年に当たります。このようにちょっとでこぼこありますけれども、大体ずっと右肩下がりで来て、少し下げどまりになってきています。日本と同じようなグループはというと、ドイツ、イタリアというグループ、あと、韓国と東アジアの国々がいずれもわりに低いところに属しています。そして、このあたりの大体今2に寄っているのがアメリカ、スウェーデン、フランス、イギリスなどの先進諸国の幾つかの国々です。これらの国々も一時期下がったのですけれども、いろいろな政策を講じることで、少し今、出生率が回復基調に戻ってい

るということです。

ですから、いろいろな政策をとっていく、努力をすると、出生率は回復できるし、日本はまだそこまで至っていない、何となく底を打ったんで少し芽があるんですけども、そういうことがこれから見てとれます。

次に、先ほどまだあまりたくさん理想の子供数を持てないという話を申し上げたのですが、理想の子供数を持たない理由として最も多いのが、子育てや教育にお金がかかるというものです。ここがやはり一番大きい。それからもう一つ無視できない理由として、高年齢で産むのが嫌だからというのがあるんです。こういう理由がなぜ最近増えてきているのかというと、やはり晩婚化てきて、3人目とかを考えたりすると年齢が高くなるし、いろいろなことを考えたりするということがここに反映されているのかなとも思います。そういうことが見てとれます。

ただ、日本の場合には、この次の資料に出てきますが、未婚だけど結婚しようという意思を持っていらっしゃる方がまだ相当いて、夫婦の理想予定の子供数として2人以上という方が結構多いです。これは我々がまたこれから政策を打とうとするところのよりどころです。結婚しないと子供が生まれないというわけでは必ずしもないですけれども、日本の場合、結婚する前に生まれる子供がすごく少なくて、結婚してから子供が生まれるというが諸外国と比べてもはっきりしています。それは社会の倫理かもしれないし、諸外国では宗教上などの理由かもしれないですけれども、日本の場合にはまだ、結婚してから子供が生まれるのが非常に一般的です。

そう見ていきますと、未婚の方々の結婚する意思ということで、男女ともに、いずれ結婚するつもりだと答えた割合は9割程度まだあるんです。

それから、夫婦が理想の子供数を考えているのは2.5人前後です。だから、2人持ちたい、3人持ちたいという夫婦の方が半々で、拮抗しているということです。実際、予定する子供数、未婚者の希望子供数は少し下がっているように見えますけれども、こういう希望をきちんと叶えていこうとするこ

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま分
と科
め会ディスカッショ
ナルメッセージ
開催市からの特別講演
閉会式会場スナップ
ショット

とで、まだ政府の対策は決して十分ではないのですが、日本の人口の減少問題にはまだ対策ができるんだ、そういう対策を打っていくことで回復が可能じゃないかと、私どもも期待を持って施策に取り組んでいこうとしています。

そう私どもだけが思っているだけではなくて、次の資料の世界各国の出生率の回復可能性というもので見ますと、OECDによる出生率の回復シミュレーションだと、日本の場合、今、合計特殊出生率1.4ぐらいなんですけれども、例えば育児費用の直接軽減、あるいは育児休業、保育の拡充といった、現物給付や現金給付といった施策をパッケージすることによって、目標とする2ぐらいまでは回復ができると評価してくれています。

かなり政策をとっている国、先ほどドイツは低いと申し上げましたけれども、そういう国は、この段階でなかなか回復可能性は低いと言われていますから、日本の場合にはまだ、必ずしも十分ではないことは若干不名誉なことですけれども、そういう政策をきちんととっていくことによって、まだ希望があり、回復の余地があると言つていただいているので、私どもはできるだけ早く、こういうことに取り組んでいく必要があると考えて今取り組もうとしています。

それから、人口減少のもう一つの要因の人口移動ですけれども、先ほど申し上げたように3回、地方から東京への人口の流れがありました。1回はオイルショックのとき、2回目がバブル期、3回目が2000年代です。このグラフをごらんいただくと、東京圏は2010年から2011年、東日本大震災のときに首都直下型の地震と言われたりして東京圏に入つてくる人口が一時期減ったんですけども、それからまた少し回復し、2013年には2011年以上に東京圏への転入が超過になっています。そしてその裏返しで、他の道県は結局、転出になっているということです。名古屋圏、大阪圏で見てもちょぼちょぼですから、ほとんど東京一極集中ということです。

それで、東京圏への転入という問題でもう一つ看過できないのがこの人口の内訳です。ブルーの線が15歳から19歳の年齢の転入です。それから、グ

リーンのゾーンが20歳から24歳です。ブルーはおわりですね。進学のときに東京の大学に来るということです。それから、グリーンは、地元の大学を出たけれども、その後プラスオントですから20歳から24歳、例えば地元の専門学校、高専、大学に入られて、その方が就職のときに東京に来られているというものです。女性の場合、結婚でという方もおられるかもしれませんけれども大半はおそらく就職でしょう。大卒の就職のときと大学の進学時の転入が非常に大きく、そこへきちんと対策を講じていかなといけないということです。

東京圏に人口が集中することは、企業の側から見ると、いろいろなものがワンストップになっているし、いろいろな方と簡単に近くで顔を合わせられるので、メリットはあつたりするんですけども、過度の人口の集中により、個人生活の面から見ると、通勤時間が長かったり、住宅の問題、あるいは子育てをして働くとしても待機児童が多かったりと、都市特有のいろいろな問題を抱えています。

それからもう一つは東京圏の高齢化の問題なんですが、それよりも皆さんたちの観点からすれば、先ほど冒頭に山崎さんのメモの中で申し上げたんですけども、今後、人口が流入して三大都市圏の高齢化が急速に進むことが非常に大きな問題だろうと言われています。この資料は2010年から2040年、東京周辺の75歳以上の人口の増減率ですが、赤のところが100%以上、つまり東京を取り囲む三多摩、東京の23区以外の埼玉とか千葉とかはぐるっと真っ赤になっているのが見てとれるでしょう。こういう東京の近郊が2010年から2040年にかけて75歳以上の人口の伸びが特に激しいです。千葉県の西側、埼玉県の東側、それから中央部、神奈川県の県北部は2010年から2040年にかけて75歳以上の人口が100%以上増加することになります。

実は、75歳以上の人口は、多くの都道府県では2025年ころまでに急速に上昇し、その後は緩やかな上昇に転じます。47都道府県のうち34道府県では2030年ごろがピークになり、その後若干減り始めます。それから2035年にピークになるのがその他9県

ぐらいあります。ところが、2040年がピークになるところがあるんです。それが、人口がいろいろ増えているところ、入ってきているところで、沖縄、東京、神奈川、滋賀県です。これらは今の推計で言うと75歳以上人口が2040年がピークになると言われています。そういうところで、結局、こういった問題に対してどうやって対応していくのかが非常に大きな課題になってくるわけです。

次は、では、東京圏に住んでいる人はどのように考えているのかということで、私どもが今度、地方創生の取り組みを始めるときにインターネットを使ってアンケートをしました。そんなにサンプルが多くないので、どこまで厳密に正確なものかというのにはありますが、いろいろなアンケートの結果を見てもそう変わらないので、大体この程度かと思うんですけども、東京在住の方の4割、関東圏以外からの在住者に関しては5割が、今後地方への移住を予定または検討したいと、具体的にであれ漠然とであれ、考えています。そして、移住に際しての不安は、これは当たり前だと思うのですけれども、雇用、日常生活・交通の不便を挙げています。そのようなことがアンケートで見てとれました。

次の地方への移住希望は、移住をやっているセンターがそこに相談に来た方へのアンケートをまとめたもので、これもどれぐらいのものか、ちょっとお遊びですけれども、ただ、注目すべきは、2009年1年間に800件ぐらいの相談件数しかなかったのが、2013年で1,650件ですか、この四、五年で倍ぐらいの相談件数になってきていることです。有楽町の交通会館の中にあるNPO法人のふるさと回帰支援センターに来られているものでもそれぐらいで、それほどこの間で関心が高まっているんです。

熊本に印をつけてきたのは、このように順位も変動しているということで、各県がワンストップでいろいろな情報提供に取り組むと、結構関心持っている人が多いので、ここに行ってみたいといった関心値が随分変わってくることを示したかったからです。

それで、今いろいろ申し上げたのですけれども、人口の問題に関して、大きく国全体、マクロで見る

ことももちろん大事ですけれども、それぞれの人口がどういうふうに移動していたり、生まれていったり、どうなっているかという問題は地域で見ると、それも都道府県ではなく市町村単位で見ると随分違います。例えば、日本全国で見ると首都圏・都市圏と地方とでは違うように、熊本の周辺で見ると、熊本市とその周辺の地域ということになって、おそらく周辺部から熊本市に出てこられているだろうと思います。それぞれの県で中心へ中心へという流れがあるんですね。東京や大阪への大きな流れがあって、それぞれの県の中ではより便利なほう、中心のほうに流れがあると実感されていると思うんです。ですから、それぞれの地域の中で、人口が出生率や死亡による自然増減と人口が引越ししたり就職のため出ていったりの社会増減と言いますけれども、両方の影響度が違ってきます。今回、資料ではたまたま北海道と京都を挙げていますけれども、表の横の行が出生率が増えると人口が増えるということで、縦の段が出生率が増えても出生率を一定にした場合、人口が出ていかないと増えるかというので、それ縦と横を見ていくというので、少し難しいんですけども、北海道の場合、どちらかというと左に固まってるということは、出生率が増えることの影響よりも、人口が流れ出ないことによって人口が減ることがとまる効果が大きいということになります。つまり、社会増減の影響度が大きいということになります。京都は先ほど申し上げたように比較的都市なのと出生率が低いので、出生率が回復することによる影響が大きいところが比較的多いということになります。

これは府県で見たものですが、それぞれの市町村で見るとまた事情が違うわけです。そういうことが見てとれます。熊本は両方ともという感じですかね。

そういった人口減少問題を対応するために、私どものほうに、まち・ひと・しごと創生本部をつくれということになってできましたということです。

今日、山崎史郎が忙しいのは、まち・ひと・しごと創生法案を今の国会で議論しているからなんです

10/
30
(木)

開
会
式

基
調
講
演

第
1
分
科
会

第
2
分
科
会

第
3
分
科
会

10/
31
(金)

ま
分
と
科
め
会

デ
ィ
ス
カ
ッ
シ
ョ
ン

メ
ッ
セ
ー
ジ

特
別
講
演

閉
会
式

会
場
ス
ナ
ップ
シ
ョ
ット

けれども、これは何かというと、私たちの本部は閣議決定という法律に基づかない形でつくられてるのですけれども、それを今度法律に基づくものにしようとしているんです。法律に基づくものにしようとするというのは、どういうことかというと、この問題に政府として法律の改正をしてしっかり取り組むぞということで、人口減少問題は時間のかかる問題なので、我々としては決意を持って今年1年で終わりにせず、あるいは来年そこそこで終わりにせずに頑張って取り組むぞということを法律に書き込んだということです。



ですから、この法案の中には、法律で本部をつくるということだったり、例えばデータに基づく人口の将来展望をした上で、国として戦略を立てる、そして地域にもということで、国は義務ですが、地方は都道府県や市町村にそれぞれ人口の動向を見ていきながら、自分のところのデータを見てもらってそして地域の人口減少対策の戦略を立ててもらうということを書いています。

ちょっと従来の法律と違うところは、市町村には、この総合戦略に関してぜひ努力をしてつくってくださいという努力義務をお願いしているところです。普通は、市町村にはできたらやってくださいねというところが多いのですが、今度は努力しなさいと。なぜかというと、人口の問題は都道府県ではなくて、住民基本台帳人口とかを近くで持っていたり、あるいは身近な人がどこかに行くとか人口の流れが非常によくわかるのは県ではなくて市町村だからです。そのため市町村にしっかり取り組んでもらいたいという

法律になっています。

そして、資料に検討項目を書いていますが、これはもう少し具体的なものがこれから近々出る予定ですけれども、大きな流れでいうと、東京一極集中なので地方に人の流れをつくろうと。地方から東京に流れてくる一方的な流れではなく、もちろん地方から人材供給してもらうことは、引き続き地方が活気があればお願いしたんですけれども、集中し過ぎた人口が地方へ行く流れをつくろう。そのために地方に仕事をつくって安心して働いて結婚できるようにします。それから若い世代は、まだ結婚や子供を持ちたいという希望があるから、そういった希望をかなえていこう。出生率の問題は、年配の方は産めよ増やせよとか言われるので、ある意味押しつけられたようにとられる方も結構あるんですが、先ほど申し上げたように、今、結婚したい、落ちついた家庭を持ちたい、子供を育てたいという希望を、日本の中でまだたくさんの方が持っておられるんです。それが実現できていないということなので、我々としては従来の取り組みが不十分だと虚心坦懐に認めて取り組んでいくことが必要なんじゃないか、それが希望をかなえることと人口減少問題解決につながるのではないか、そういうことです。

そして、資料の4つ目ですけれども、時代に合った地域をつくり、安心な暮らしを守る。これには多分2つの意味があって、人口減少問題に取り組むとしても、例えば今、人口出生率が上がっても、それがきいてくるのは20年か30年後ですよね。つまり、それまでの間は人口が減少する状況は続きます。ですから、将来を見越した問題と、それまでの間に我々が今やらなくてはいけないことと両方ある。そうすると、「時代に合った地域」というのは、今のように縦割りで、いろいろな機能を持った施設がばらばらにあると、人口が減ってくる局面では無駄があったり、どうしてもサービスがうまく提供できなかったりする。だから、地域の変化の状況に応じて、今あるサービスをコンパクトにまとめることもいるのではないか。ですから、山崎さんは、先ほど言ったように、多機能型とかを考える必要があるだろうと。

10/30(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/31(金)

ま分科会

め会

ディスカッションルーム

開催市からのメッセージ

特別講演

閉会式

会場スナップ

それから、従来のもので時代に合わなかったものを見直すとそういうことがありますということが一方であります。

それからもう一つは、地域と地域が連携するということで、これも同じようなことですけれども、例えば総務省の定住自立圏とかも、いろいろなこと言つたりしますが、一つの地域の中で、いろいろな都市の規模があるので、教育から病院から働き口から全部の機能を持つのはなかなか難しい場合もあるかもしれません。そうすると、近隣のかかわりの深いところが連携をすることによって、「ここは病院を受けもとう」「ここは教育環境を受け持とう」「ここは働き口を」といったことで、それがいろいろな形で連携をしていきながら、その地域全体で、合併といった方法ではなく、それが自立した市町村のままで人口をその地域の中で食いとめて、地域で皆が安心して暮らしていけるような取り組みというのをしっかり考えていったらどうだろうと。

そういう五つの枠でこれから考えていくということを言っています。福祉の関係で言うと二つの局面から大事です。

まず介護サービスというのは、地域の中の雇用は、第1産業の農林水産業だったり、地域の魅力を生かす観光だったり、それからもう一つ、公営のバスだったり介護サービスだったり、サービス業に係るところが多いので、これからの高齢社会に当面向かう中では介護のサービスは地域の中の雇用という面でも非常に大きいだろうと思います。ですから、地域に仕事をつくって安心して働けるようにするという意味では、介護の分野というのは、サービス産業医療福祉と書かれていますが、こういったものの基盤強化していきながら地域の雇用という面で非常に大事な産業であろうということが一つの観点です。

それからもう一つ、もちろん子育てとかの中でも大事ですけれども、時代に合った地域をつくり、安心な暮らしを守るという意味でも、安心な暮らしをサポートすると意味でも介護分野のサービスとても大事なものです。

先ほど高知の例を申し上げたんですが、中山間

地域等の地域のきずなの中では小さな拠点における生活サービス支援ということで、高知の「あったかふれあいセンター」のように、人が集まるところでいろいろなサービスをワンストップで提供できるところ、高齢の方も出てこられたりしながら、みんなで確かめ合うとか、それらも含めて大事な生活サービス支援の拠点になるだろうと思います。

それからもう一つ、大都市圏における高齢者医療介護対策ということで、先ほど申し上げたとおり大都市圏においてこれから高齢者問題が非常に大きくなっていますので、介護の対策も大都市だけでは解決できません。地域、地方をどういうふうに巻き込んでいくかということ含めてこの分野で非常に皆さん方のところの介護に関する課題なり、期待なり、役割なりは大きいだろうと思います。ですから、この分野とこの分野というのは、これから非常にいろいろ議論がなされたり、また、いろいろな工夫がなされていくところではないかなと思っています。

最後は、いろいろな地方の意見を聞いていますということですね。要は、先ほど申し上げたように、先ほど国会では法案の関係が審議中と申し上げたんですけども、以上申し上げたようにこういう状況ですので、私どもの国と地方とが一丸となって人口減少問題にしっかり取り組んでいかなくてはいけない、それで危機感を持って、日本創成会議の例の増田レポート以降、首長さん方も大変、問題意識を持って取り組む方が多いので、しっかりと手を携えてやっていきたいと思っています。

ほんとうは、地方がそれぞれにいろいろなことを考えて、私どもにどんどんつけてこられてからなんですけれども、当面すぐやらなくてはいけないものもあつたりするので、我々もできることはどんどん取り組んでいきたいと思っています。皆さん方の、介護分野はじめ、それとかかわる分野で、今日いろいろ申し上げたのですが、人口減少の将来を見据えて必要な取り組みをしっかり行っていただいて、また、ご提言をどしどしあげなければなと思っております。どうもありがとうございました。(拍手)

第1分科会

日 時 10月30日(木) 15:30~17:30

会 場 熊本交通センターホテル

介護予防・生活支援 ～脳卒中予防から今後の介護予防を考える～

コーディネーター

国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部部長 川越 雅弘 氏

パネリスト

京都大学大学院医学研究科医療経済学分野教授 今中 雄一 氏

熊本市民病院首席診療部長・神経内科部長 橋本洋一郎 氏

社会福祉法人夢のみずうみ村理事長 藤原 茂 氏

オブザーバー

厚生労働省老健局老人保健課長 迫井 正深 氏

10/
30
(木)開会式
基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま
分
と
科
め
会パ
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30日(木) 15:30～17:30

コーディネーター

国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部部長 川越 雅弘 氏

パネリスト

京都大学大学院医学研究科医療経済学分野教授 今中 雄一 氏

熊本市民病院首席診療部長・神経内科部長 橋本洋一郎 氏

社会福祉法人夢のみずうみ村理事長 藤原 茂 氏

オブザーバー

厚生労働省老健局老人保健課長 追井 正深 氏

10/
30
(木)

開
会
式

基
調
講
演

第
1
分
科
会

第
2
分
科
会

第
3
分
科
会

10/
31
(金)

ま
分
と
科
め
会

パ
ネ
ル
ディスカッショニ

メッセージ
開催市からの

特
別
講
演
閉
会
式

会場スナップ
ショット



川越：皆さん、こんにちは。座長を務めさせていただきます国立社会保障・人口問題研究所の川越と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。

今日はどのような形で進行を行っていくのか。約2時間弱になりますけれども、初めに4名の方と、迫井課長にも急遽お話ししたことになりましたので、私も含めて5名の方々からそれぞれのテーマごとに講演をいただきたいと思います。お一人12分で、迫井課長は少し短目になるかと思いますが、初めにパネリストからの報告をいただきます。その後、討論ということで、約50分強ですけれども、四つぐらいのテーマについて議論を深めていきたいと思います。

四つとは何かというと、一つは、地域における医療・介護提供体制をどうつくり込むのかという話。二つ目が、退院前後での治療ないしリハ、看護、この継続性をどうやって確保するのかという問題点。三つ目が、再発予防の強化をどうやって図っていくのか。四つ目が、生活機能の低下をいかに防ぐか、ないしは、生活機能をいかに高めていくのか。この4点について議論を深めていきたいと思っております。

そもそも地域包括ケアにおける急性期との連携がなぜ必要かというと、地域包括ケアというのは、五つの構成要素で成り立っています。医療と介護と生活支援、そして中心となる住宅、そして介護予防ということになります。なぜ、急性期医療と地域包括ケアが関連するのかというと、医療の中で実は非常に重要なテーマというのは、もともと地域ずっと生活された方が、その地域で継続して生活が続け

られるようにどう支援するのかということなんです。その方々が病気を発症されて病院に入院される。しかししながら、その後はまたもとの生活に戻っていただく。それをできるだけ円滑に進めようということで、数年前から円滑な退院支援を実現しようという政策が打たれています。ですから、急性期医療と地域包括ケアにおける在宅生活の継続性の確保というのは、非常に関連した話です。

それと、医療だけではなくて、その後のケアの方々との連携も非常に重要になりますので、医療職と介護職の連携、この二つが重要テーマになるということで、この二つのことを、脳卒中をターゲットにして議論を深めていきたいと考えております。

では、私も含めて5名になりますけれども、パネリストの方々からご報告をいただきたいと思います。順番は、今中先生、そして橋本先生、そして私、その後、藤原先生、そして迫井課長という形で進めさせていただきたいと思います。

それでは、今中先生からは「質の可視化から地域システムの協創へ」ということでご講演をいただきたいと思います。先生、よろしくお願ひいたします。



今中：京都大学の今中です。どうぞよろしくお願ひいたします。

私は、京都大学の医療経済学分野というところにおりますけれども、医療・介護の経済性を見るには、医療の質がきちんと見えないといけないということをモットーに研究しております。

皆さん、ご存じのように、若い人口と高齢者の人口がものすごく変わってまいります。今の健康保険

制度ができた1961年のころは、比率が、ここにありますように1対9ぐらいだったのが、今は1対2ぐらいになっていまして、それが、1対1.2ぐらいになっている。こういう中で、新しい医療・介護の仕組みをつくっていかないといけないわけでございます。国も多くの借金を抱える中、ほんとうにできるのかということが問題で、今後、疾病予防、介護予防はますます重要になってくるんですけども、今、ここにたくさんの公費が投入されているわけです。社会保険、介護保険以外にたくさんの税金も投入されているので大変革が必要なわけですが、その一つの鍵となるのが、医療・介護の中身を見るようにしていくことだと思っております。そして、医療・介護の提供者や市民や行政、いろいろな立場の人が協力してつくっていかないとしようがない状況になっていると思います。

今、老人保健課長でいらっしゃる迫井先生が貢献されて、医療界でDPCデータというのが導入されています。これは脳卒中ではなくて心不全ですけれども、そういうデータを使うと、病院ごとに死亡率がものすごく違うことが、実際にデータで見えるようになるわけです。

例えば、1%ぐらいの死亡率の病院もあれば、20%ぐらいの病院もあって、この黒丸一つ一つが、病院の実際の死亡率をあらわしております。実際に来る患者さんも、実は全然違うわけです。病院によって、高齢者でリスクの高い患者さんが多い病院もあれば、若い人が多い病院もある。日本でも、世界トップクラスの精度で、そういうリスクを調整して比較できるように、今、なっております。いろいろな医療の質について、名前を出して、自分の病院はどれぐらいの値ですよというのを公表することで、かなり質が改善される傾向があります。

例えば、これは、急性心筋梗塞でアスピリンを処方したほうがいいというガイドラインに沿っている割合を、病院1本ずつ棒グラフにしたもので。一般的には高いほうがいいんですけども、病院の名前を出して公表していこうかと考えています。

ちょっと見えますけれども、棒の下に長目の文字

があるところは自分の病院名を出したところで、短いところは病院名を出していないところなんですが、半分ぐらいの病院が名前を公表しようとしています。今ネットでは、これと同じものきちんとフルネームで病院名が載っているものがありますけれども、これをやると、低くても「来年よくするから、うちはいいんだ。今の低いうちから出そう」という病院も結構たくさんあって、ごらんになってわかるように、高いところだけが病院名を出しているわけではありません。皆、頑張っておられて、1年後にはこのように低かったところもばんと一挙に上がります。

実は、こういうデータは、病院名を伏せて何年も前から病院に返していたんですけども、何も動かなかったんです。公表しようということになった途端にばんと上がりました。こういうデータがだんだんと整えられていて、スタート時点で、ここにいらっしゃる迫井先生がかなり頑張られて導入された仕組みが、かなり今効いてきております。

このように国レベルでいろいろなレセプトのデータベースがだんだん使えるようになってきますと、今後は地域ごとにいろいろな手法を出していこうと。ようやく脳梗塞の話になりましたけれども、これは一つの点が一つの二次医療圏の値を示しています。例えば脳梗塞でt-PA治療を受けたほうが、どちらかといいほうが多いんですが、4.5時間以内にt-PA治療を受けられると、詰まった血栓が溶けて脳が回復しやすい。ただ出血も実際はあり得るわけですけれども。

きちんとt-PAの治療を受けるためには、救急システムもよくないといけないし、病院もしっかりと対応できないといけないわけです。その割合が、10%以上の患者さんがt-PAを受けられる地域もあれば、1%ぐらいとかゼロ%に近いような地域もあります。これはかなり大きな差があります。

それで入院をして、脳梗塞で入院したら普通リハビリが受けられると思いますけれども、実は受けられない場合も結構あります。それもまた地域で見てみると、3日以内の早期リハビリテーションの割合を縦軸に出すと5割ぐらいのところから8割ぐらい



©2010 黒木とくモ-415003

で、かなり、ばらついております。これが摂食・嚥下リハビリとかになると、もっと差が広がります。かなり医療の格差が大きいことがわかってきていますけれども、まだ二次医療圏は名前つきでは出しません。

そういうのを市町村ごとに、例えばガイドラインに沿った治療をなされている割合を大ざっぱにすると、このように20%から70%までかなり地域で違うわけですね。医師やナースの数が地域ごとに違うことは何となく感じますけれども、医療内容はそれぞれの先生方がベストを尽くされているので、そんなに変わらないはずなんですが、やはりたくさん人がいるところはいろいろなことがやりやすいというのがあって、かなり違いが出てまいります。このあたり、地域差のグラフです。

介護保険のデータも、実は医療よりもよく整備されておりまして、使えるわけですが、市町村での1人当たりの地域密着型サービスを数字で出してみると、このように違います。地域密着型サービス、夜間訪問介護とかデイサービスとかグループホームとか、非常に重要なサポート機能が少ないところは、その分、施設ケアが多くなっていまして、1人当たりが使っている介護保険の量はそんなに変わらないんですけども、こういう新し目のサービスはものすごく差があります。訪問リハビリもかなり差があります。

こういう中で、医療側では、ある程度、拠点化をする、例えばドクターが多く集まると成績がよくなるとか、死亡率も下がる傾向がある。そうしますと、どのように地図上に病院のやっていることをプロットして、どうやって拠点と連携をつくっていくかということがだんだん考えやすくなっています。実際に拠点化したときにアクセスの不公平が生じるかもしれない、そのあたりをシミュレーションして大丈夫かどうかを見ることもできるようになります。

今後、どうやって拠点をつくって連携を図っていくかが重要になってくるわけですけれども、医療の中身をこうやって地域ごとに出していきますと、医師一人の腕とか介護士一人の腕、ナース一人の腕というよりも、地域力みたいなものがすごくかかわっていく

る状況が見えます。そのうちの一つとして、経済的な地域力みたいなものも現実的には効いてきているのではないか。市町村ごとの財政依存度、どれだけ役所経済に地域のGDPが頼っているかです。

大きなまちでは、役所の活動がGDPの10%ぐらいしか占めないんですけども、田舎のほうに行くと、四、五十%は役所絡みのお金しか動いていないという地域もあるわけで、そういうところでは、医療・介護もどうしても弱い。これは京都府ですけれども、この黒いところは財政依存度が高いところです。そういうところはどうしても医療も介護もちょっと弱いという状況があります。

医療・介護をよくしていこうということを考えますと、もちろん医療者も介護者も頑張らなくてはいけないんですけども、行政とか地域の経済産業とか、あと「人々」と書いていますけれども、2007年、2008年ごろまで診療報酬のマイナス改定がしばらく続いていた終わりのころ、ほんとうに医療制度が苦しくなってきたころには、次々と地域で医療崩壊的なことが起きていて、そこで市民による病院を守る会というのがたくさんできます。普通、病院が市民を守るんですけども、逆に市民が病院を守らないといけないようなまちが結構出てきて、そういうところでドクターを引きとめたり呼んできたりして、医療を復活させたということもございました。そういう力に頼っていてはいけないんですけども、そういう力も結構重要になってくるわけでございます。

このあたりは当たり前のことしか書いていないので飛ばしますけれども、社会的にいろいろな協働をしないといけないんですが、実際にどんなことかといいますと、今、やりかけていること、やっていふこと、例えば、専門医がどのように遠隔の地域をサポートするか、そのときにICTなり情報システムをどうやって導入するか、拠点とネットワーク化をどのように図っていくか。また、市民側での医療の使い方とか介護の使い方というのが非常に重要ですで、そこで例えばお互いの間に信頼関係がなくなると、コミュニケーションもいろいろなやりとりも非常にやりにくくなつて、余計に医療・介護もコスト高に

10/
30
(木)

開
会
式

基
調
講
演

第
1
分
科
会

第
2
分
科
会

第
3
分
科
会

10/
31
(金)

ま
分
と
科
め
会

デ
ィ
ス
カ
ッ
シ
ョ
ン
ル

メ
ッ
セ
ー
ジ
開催市からの
メッセージ

特
別
講
演

閉
会
式

シ
ョ
ッ
ト
会場スナップ

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま分
と科
め会ディスカッション
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

なります。そういうことも考えていかないといけなくて、例えば脳梗塞を早く発見して、早く救急車を呼んで病院に運ばないとt-PA治療を受けられません。

この「FAST」というのをご存じでない方は今日ちょっと覚えておいていただければと思いますが、脳梗塞に限らず、脳卒中を発見するときに、顔がゆがんでいるとか、腕が上がらないとか、言葉がおかしい、こういうのは脳梗塞、脳出血も含めて脳卒中のサインです。

これは国立循環器病研究センターの専門の先生方が監修されてつくった漫画です。こういうツールを使って、そういうサインがあったらすぐ——「TIME」は時間ですね、——すぐ救急車を呼んで、病院に連れていくこと。そこでちゅうちょする必要はないわけです。救急車を呼ぶとt-PAを受けられる確率も4倍ぐらい上がるというデータが出ております。

こういうところでも市民の力は必要になってきますし、皆さんご存じの認知症サポーターは今全国で500万人になっています。小学生、中学生も認知症サポーターになって、家に帰って、おじいさん、おばあさんのケアをする中で、子供の親が子供の姿を見て学ぶということも結構あるようです。このような形で、国民総力戦で頑張っていく必要があるのではないかでしょうか。

そのときに、先ほど、地域ごとの医療や介護の現状を数字で見せたらすぐ成績が上がったという例がありましたけれども、やはり数字で見えるようにしていくことが重要なのではないか、そして、いろいろな立場の方々で協力して、みんなで医療・介護システムをつくっていかないといけないのではないかと思います。

時間をオーバーしてごめんなさい。以上でございます。(拍手)

川越:今中先生、ありがとうございました。

こういう形で、実は、医療のほうからも質をどうやって評価していくのかという議論、ないしは検討などが数年前から行われておられて、徐々に、医

療のほうで質をどう見ていくか、それを周囲に見せていくかが動いています。介護の世界にもいざれそなります。今、介護サービスの質の評価も検討会で議論されています。後で迫井課長に、少しその点に触れていただこうかと思っておりますが、そういう質の問題も含めた形、それと医療・介護サービスに対して住民の目線ないしは住民の協力を入れていくというところも非常に重要なとお話しでしたかと思います。

では、引き続きまして、橋本先生から、熊本県で取り組まれている脳卒中の連携の話や脳卒中の再発予防をいかに進めていくのかという話についてご講演いただきたいと思います。

それでは、先生、よろしくお願ひいたします。



橋本:地域完結型の脳卒中診療態勢。ここに「態勢」という文字をあえて使っているのは、ないのでつくってきたことをあらわしたかったんです。能動的につくれないといんでしょうね。どこにもないわけですから、つくれないといけないということになります。

これはちょっと出しにくいんですけども、桜島をモデルにスライドをつくってもらいました。生活習慣の乱れがあって、一部の方がメタボになって、高血圧、糖尿病、脂質異常症になって、一部の方が心房細動になって、それで脳卒中を起こす。

32年前の研修2年目のときに、脳卒中を急性心筋梗塞並みに治療したいという思いで、脳卒中を専門とする神経内科になると決めたんですけども、なかなかうまくいかない。一方で死ねなくなりましたから、寝たきりの方が数多く発生するということで、

10/30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/31
(金)ま分
と科
め会ディスカッショナル
パネルメッセージ
開催市からの

特別講演

閉会式

会場スナップ
ショット

リハビリ病院との後方連携をしっかりと構築して、それで救急を成り立たせることにしました。今一番力を入れていますのは、かかりつけ医の先生たちとの前方連携による予防です。

こういうデータがあります。脳卒中初回発作後の平均余命7.5年、5年生存50%。がんより悪いかもしません。大体、急性期は2週間です。3週間以上急性期病院にいたら「経過が悪いと思ってください」とはつきり言います。3週間以上いる患者さんは経過が悪いんです。

大体うちは、平均2週間で一、二%の方が脳梗塞で亡くなられて、4割が自宅、6割が回復期に行きます。回復期に行ったら、大体平均3カ月リハビリやって、7割が在宅、3割が帰れないというか、脳梗塞で2割弱が3カ月から半年以降になりますと病院か施設、トータル8割以上が在宅に行きます。在宅で残った人生を送るという、この維持期、生活期がずっと長いわけです。急性期と回復期だけスポットが当たってきたわけですけれども、一番大切な維持期、生活期をしっかりしないといけないということです。

「熊本の仕組みはいいですね」と言われるんですけども、「いいですね」と言う前に、とんでもない状況があったわけです。私が21年半前に熊本市民病院に赴任したときの、熊本における脳卒中急性期医療の問題点です。

「一つの施設に多くの脳卒中患者が集まらないため大きなチームが組めない零細な診療態勢」「脳卒中専門医、特に内科医が少ない」。熊本市は当時60万都市でしたけれども、日赤に5人、済生会に5人の脳外科の先生がいて、市民病院に神経内科が2人、脳外科1人、中央病院に神経内科1人。この60万都市の公的病院に神経内科と脳外科が十数人しかいない、非常に零細な状況だったんですね。

一方、「病院完結型」。「そろそろ転院しませんか」というと、「追い出しますか。もうちょっと置いておいてください」と。「治してください」と誰も言わないですね。治るとは思っていないんですね。だらだらおられるものですから、急性期医療ベッドが不

足して救急車を断る。かかりつけ医の先生からの紹介を断る。脳卒中で一番重要なのは発症当日なんです。発症当日と翌日の朝までが全てを決めてしまいます。あとはリハビリとナーシングケア。発症当日に受けられないということは、非常に私たち、急性期医療はつらいわけです。

一方、「脳卒中専門施設にリハ専門医がない、リハスタッフが少ないとから十分な急性期リハが行われていない」。実は、私が赴任した当初、「ベッドサイドリハをしてくれ」とリハ部長に言いにいたら、「そんな暇はない。リハ室におろせ」と言われたんです。リハ室におろせるような人は急性期病院にいる必要はなくて回復期に行けばいいわけです。今は私がリハ部長なので、何でも可ということですね。そういうことがあるものですから、「救急部、集中治療部、脳神経外科、神経内科、リハビリーション科、循環器内科などの多くの科を持ち、多数の脳卒中患者を24時間いつでも断らずに受け入れて、かつ、高度先進医療を提供できる急性期脳卒中治療施設が少ない」。運がよかつたら入れるでは困るわけですよ。

急性期とリハビリの専門病院の連携がうまくいきません。熊本は、肥後の引き倒し、出るくいは打たれるという、非常に環境の厳しいところでやらないといけなくて、お互いに不満がある。(笑) 不満があって文句を言うとけんかになりますから、文句を言わずにデータを出しましょうということで、1994年に話し合いをして、1995年から、急性期病院の神経内科、脳神経外科、リハビリテーション科の先生たちとともに、脳血管疾患の障害を考える会を始めました。

掲げたことがあります。患者・家族の満足度向上とともに、私たち医療従事者の満足度も向上しないといけない。私たちが満足できない連携はやっぱりだめなんですね。それと、リハビリ病院が言つてくれたことが非常にうれしかったです。「急性期病院が救急車を断らなくていいように頑張ります」が一つ、もう一つは「リハの切り捨てを絶対しない」。この二つをリハ病院は非常に頑張ってくれています。

これは、急性期病院のアウトカムです。済生会熊本病院は、病院と神経内科の在院日数が一緒です。20年前にこういう病院はまずなかったんですね。大体、神経内科の在院日数は30とか60だったのが、12日ぐらいになっている。

これは、うちの病院の神経内科です。私が赴任したのが30のころですけれども、神経内科の在院日数が病院全体より短い。「そんなにあくせくして何で在院日数を減らすんだ」と院内からもよく言われましたけれども、断らないために私たちがしっかりベッドをあけて、ベッドコントロールをすることで入院も増えていくということです。

リハ病院のアウトカムです。これは熊本回生会病院のデータで、平成4年当時は発症から43.5日かかってリハ病院に転院していたのが、平成7年に連携の会を始めて、平成8年は28.1、平成10年――16年前には23.5で、1カ月以内にほとんどの患者さんがリハ病院に入院できていた。

アウトカムに差がないんですけども、実は、早くリハ病院に行くと、リハ病院の在院日数が短くなるんです。これは、結構ほかの地域でも検証してくれました。これはリハ領域での笑い話なんすけれども、泳いでいるイカがスルメになって、そのスルメがリハ病院に来てもスルメだよねと。一、二カ月、二、三カ月急性期病院に寝かされて廃用になって、それがリハ病院に来ても、廃用とるので精いっぱい。熊本では、急性期リハをきちんとやって、廃用になる前に、2週間とか10日、長くとも3週間以内にリハ病院に行きます。本来のリハビリだけいいので、リハ病院の在院日数も非常に減るということで、急性期病院が断らなくて、かつリハ病院も断らなくていいので、いい急性期医療ができる、いいリハビリが受けられるということになります。

これがうまくいくと、患者家族満足度も高まるし、私たち医療従事者の満足度も高まりますけれども、もっと満足度が高かったのは病院の経営者なんです。在院日数が減るともうかる。すくなくなります。すくなくなります。

急性期14日、回復期90日、維持期180日です。

これは2005年の「日経ヘルスケア」の6月号に載りました。これが私の考えているネットワークの形なんですが、病院の実名が出ちゃったんですね。あるリハ病院の事務長さんが「先生、「日経ヘルスケア」見ました。うちの病院の名前が載っていません。うちは、ほかですか」と言わされたら、「そうですね」としか言いようがないですね。(笑) 連携の会に来てほしいわけです。

リハ病院に電話1本で1週間というのを20年前に言ったら総スカン食らいましたけれども、大体2000年には電話1本で1週間で転院できる仕組みができたので、急性期病院が非常に疲弊しているときに、早く電話をすると早くとってくれる。これによって急性期病院が患者を断らなくて済むようになりました。

実は、皆さん方が一番困っているのは回復期と維持期の連携なんですね。ここがすごく大変で、2003年に整形外科疾患も含めて回復・維持期ケアを考える会が動き出しました。2007年に地域連携パスを動かす、熊本脳卒中地域連携ネットワーク――K-STREAmが立ち上がって、2008年に在宅ドクターネットが動き出します。

急性期から回復期に、回復期から維持期にいろいろと押しつけになるので、下流から上流に物を言っていく仕組みをつくっていって、それで地域全体の連携をよくしようと。熊本市とその周辺の100万のエリアで連携をやっているんですけども、広域過ぎて大変なんですね。地域包括ケアシステムがここにどう乗ってくるのかというの非常に読めないところがあります。ただ、当初、連携の会が200名規模だったんですけども、地域連携パスと言っただけで、500名から700人が集まるようになりました。先ほどの熊本市民会館を1年前にとて年3回、これは場所が違いますけれども、500名から700名で2時間から3時間、みんなで協議していく。そういう場ができるようになったわけですね。

熊本県の回復期リハ病棟は、人口当たりの病床数が全国6番目か7番目に多いです。

これは地域連携パスです。急性期、回復期、最初から在宅までつくりました。リハの継続と治療の

10/30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/31
(金)ま分
と科
め会ディスカッショナル
ペネルメッセージ
開催市からの特別講演
閉会式会場スナップ
ショット

継続、この二つの継続が担保できなければ連携できません。

一方、地域連携パスというのは、医療従事者が連携するための手段です。患者さんにパス渡したってわからないんです。患者さんたちに自己管理をしてもらおうということで、「くまモンの脳卒中ノート」というのをつくりました。「くまモンの認知症ノート」もできているんですけれども、こっちの脳卒中ノートのほうが、くまモンがちょっとでかいです。(笑) これは、「くまモン」と「脳卒中」で検索していただきますと、PDFファイルでダウンロードできます。くまモン以外のイラストは全部使っていいということになっていますので、使っていただければと思います。

初めて補助金をもらいました。熊本のネットワークづくりがうまくいった一つのポイントは、ボランティアでやった、補助金ゼロだったということです。地域にある医療資源をただ結びつけただけなんです。それぞれで違うので、熊本のまねをしてくださいとは言いません。地域にある医療資源を有効活用するということで、急性期病院の私たち少ない神経内科医は医療ができたということです。

このアウトカム設定は再入院の防止で、実は再入院は、再発よりも転倒・骨折、肺炎のほうが多いんです。トータルとしてしっかり再入院を防止しよう、高次脳機能障害もありますよと。これは生活維持期ですね。「できるのに 家に帰れば 要介護」「歩き過ぎ あちこち痛くて 再入院」(笑)、在宅リハビリの生活目標として「太らない、転ばない、閉じこもらない」、こんなのを書いて患者さんたちに渡しています。

リハビリテーションの継続性は地域全体で取り組みがなされているんですね。なぜか。リハビリしてくれと言われますから、せざるを得ない。もういいんじゃないんですか。

一方、治療の継続はどうなんでしょうか。脳梗塞を1回起こしますと、1年で10%、10年で50%、年間5~10%の再発を背負って一生、生きていかないといけないんです。急性期のたった2週間でこういう再発予防戦略を立てて、退院か転院していくわけ

です。

当院のデータです。びっくりしました。脳梗塞の1回目の再発の4割、2回目の再発の4割が再発予防の抗血栓薬をやめて再発しているんですね。患者さんたちは脳梗塞という恐怖体験を味わっているから飲んでくれているものと思ったら、やめてしまうんです。不思議です。

ドイツのデータを見ました。ドイツ脳卒中データバンクです。脳梗塞を起こして1年後に、こんなに減っていくんですね。スウェーデンは2年間でもっと減ります。アメリカのレジストリーでも、3ヶ月たつと4人に1人は薬を減らすかやめている。多くは「お医者さんがやめていいと言ったからやめた」と答えているんですね。「先生、この血液ばさらさらにする薬ば飲むと、ちょっと打つとあざができますけど、やめてよかですか」と聞かれたときに、「そうね」と言ったらだめなんですよ。「そうね」と言ったらやめていいということになります。「しっかり先生と相談してください」ということになります。

脳卒中協会のインターネット調査です。脳梗塞患者の5人に1人が自己判断で通院を中止、4人に1人が薬剤の服用を中断もしくは中止、3人に1人が生涯服用の必要性を理解していない。それぞれの薬剤の要因、患者の要因、医療者の要因、三つの要因に対して地域全体で取り組まないといけない。

最後のスライドです。「お薬は勝手にやめずに相談を」「1に運動 2に食事 しっかり禁煙 最後に薬」「抗血栓薬 勝手にやめれば 悔い残る」で、地域全体で脳卒中再発予防のための治療継続、アドヒアランス対策を練らないといけません。

最近、「医者に殺されない47の心得」を読んで、薬やめて脳梗塞になる方が出てきているんですね。(笑) たまたまんじやないですよ。あの先生、やつと退官されましたけれども、退官した途端テレビにいっぱい出て、どうにかしないといけないなと思います。

どうもご清聴ありがとうございました。(拍手)
川越:引き続きまして私から。今、入院中の問題とかいう話がずっとありました。病院と病院の間の連

携をどうするのかという話がずっとありました。私のほうは何かというと、病院と在宅をつなぐときの一つのキーポイントになるのが退院支援なんですね。退院支援と退院後のマネジメントが実際どうなっているのか。要は、仕組みはあるんですけども、その仕組みがうまく機能しているのかどうか、そこが問題だということで現状分析をしましたので、幾つかデータをご紹介します。

まず、退院を取り巻く環境の変化を少しご紹介します。よく高齢者の問題は75歳以上という話になるんですけども、2010年の各年齢階級の人口を100としたときに、これから人口はどう変わっていくのかというと、0歳から14歳の人口とか15～64歳の人口はどんどん減っています。15歳から64歳の人口は1995年ぐらいから減ってきてています。実はずっと若い世代の人口は減っているんです。

では高齢者はどうかというと、65～74歳の前期の高齢者と呼ばれる方は、2015年ぐらいまでしか増えなくて、あとはほぼ現状推移です。75歳以上が後期高齢者すれども、ここは75～84歳と85歳以上を分ける必要があって、75～84歳はどうかというと2025年まで1.4倍に増えます。なぜかというと、団塊の世代が75歳になるのが2025年。ですから、ここまで75～84歳の人口は増えますが、実は、その後はそれほど増えないというか、減っていくんです。問題は85歳以上です。2025年には現在の85歳以上が1.9倍に増えます。これは全国平均の話です。さらに2035年まで増え続けて、2.7倍に増えています。

ですから、実は、後期高齢者の問題というよりも、介護を必要とされる方を考えていただくと、85歳以上の方の半分が介護保険を使っています。ですから、要は、多くの人が介護保険を使い、ほとんどの方は外来通院ないし訪問治療を受けておられる。そういう後期高齢者ないしは85歳以上高齢者が今後増えていくから、医療と介護の連携や、医療・介護以外の生活支援サービスを充実させようという話で、地域包括ケアのシステムをつくろうという話になっています。

ただ、85歳以上の人口は、現在の全ての人口の3%程度なんです。3%程度しかいない方々が、入院患者のどれぐらいを占めているかというと、現在、2011年時点のデータで、入院患者さんの現時点で67%、3人にお二人が65歳以上、入院患者の半分が現時点で75歳以上です。そして人口の3%しかいない85歳以上が、入院患者の22%を占めています。それだけ入院リスクが高いということになります。

問題は、この入院リスクが高い85歳以上が今後どんどん増えていくわけですから、本来はベッドを増やすという話になるんですけども、そこをもし増やさないとしたらどういう対策をとるかというと、在院日数を短くして医療ニーズが高い方にできるだけ早期に対応していくことを考えていく。そうなると、急性期の医療提供体制を強化しなければいけないので、7対1看護が入ったり、急性期リハの強化をしようという動きが出てる、そういう流れにあるということです。

では、退院支援マネジメントの現状と課題を、退院事例の分析から少しご紹介します。これはケアマネジャーを対象とした調査なので、要介護高齢者で自宅退院をした人を調査対象としています。その方はどこから退院してきたかというと、一般病床から73%なんです。なぜかというと、一般病床は約90万床あって、ベッドの回転が17日、18日ぐらいなんです。回復期リハ病床は7万床ぐらいあって、平均で70日ぐらいの回転なんですね。明らかに一般病床の回転が多いんです。ですから、要介護高齢者の退院を見ると、7割近くは一般病床から直接在宅退院で、これが多いということになります。

では、どういう疾患の方が多いかというと、急性期病床から退院される方で一番多いのは肺炎で、2番目が心疾患です。そういう内部障害の方々がトップを占めていて、3位は悪性腫瘍という状況でした。実はこの肺炎、心疾患、要介護高齢者すれども、七、八割の方は要介護高齢者が肺炎を起こして入院、ないしは要介護者高齢者が心疾患を起こして入院という状況にありました。回復期リハの場合は病型が決まっていますから、脳卒中系と骨折系

10/30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/31
(金)ま分
と科
め会ディスカッショ
ナルメッセージ
開催市からの特別講演
閉会式会場スナップ
ショット

の方が非常に多かった。

では、ケアマネジャーの方はどういう方々から情報収集しているかというと、症状・病状のことに関しても病院の看護師から聞いています。ADLはどうかというと、リハ室までわざわざ行かない方が多いです。病棟に行って患者さんに会って、看護師さんに症状・病状のことを聞いて、あわせてADLのことを聞くんですね。症状・病状のことも、ADLのことも、基本的に看護師さんに聞くということになります。ですから病院のケアマネジャーとつながるキーパーソンは看護師です。

それと、退院前訪問指導という点数がここについて、できるだけ退院前に自宅を訪問して家の状況を見て、退院後の計画をつくることが重要になりますけれども、実際に要介護高齢者で急性期一般病床から自宅退院したケースで退院前訪問指導が行われている割合は1割程度。ということは、9割程度は自宅状況を踏まえたことがなかなかできにくい。忙しいですから、なかなか自宅を複数人で訪問できていないという状況にあるわけです。

一番重要なのは、病院関係者と退院後の対応をされる在宅関係者が一堂に会するのが退院前ケアカンファレンスですね。大事なのは、そこに誰が参加しているかなんです。サービスは、そこにかかわっている職種によってかなり決まってしまいます。

一般病床の場合は、病院の退院調整部門ないし病棟の看護師さんが中心となって、かつMSWの方が退院調整にかかりますから、そこが中心です。では、病院のPT・OTはというと、要は看護師さんから声をかけられると参加するということなんです。だから逆に言うと、看護師さんが要介護高齢者の自宅退院、でも肺炎の方で入って、肺炎治療が終わったら退院というときに、廃用性機能低下なので、この人はリハの人にも見てもらおうという意識がないと、声をかけないということなんです。だから、仕組みの問題ではなくて、これは意識の問題ではないかという気がします。

逆に、回復期リハはどうかというと、病院のPT・OT・STです。多くの場合、この3職種が配置さ

れているので、リハ職が前面に結構出ます。そうなると、少し看護職は引きぎみになります。そうなると、脳卒中系の方が多かったですけれども、退院後に意外と訪問看護が入らないということになります。

リハ職はADLに関心が行き、看護師は再発予防などに目が行きます。だから、急性期から退院するケースにおいては、訪問看護師をこのカンファレンスに3割ぐらい呼んでいます。要は、看護継続性を図ろうとするわけです。ところが、廃用性機能低下の意識がないので、在宅のPT・OTはほとんど呼ばれない。病院のPTがそこに入らないとなると、これでどうやってリハが入るのかという話になってきます。

要は、サービス決定プロセスというのは重要で、そこに誰が加入しているかというのが非常に重要なことです。

それと、私は事例検討会の司会とかにちょっと入っているんですけども、ケアマネさんが、よく解決すべき課題として——マネジメントに重要なのは課題なんですけれども、脳梗塞退院事例だと、自宅で入浴ができない、転倒リスクが高いとか、再発に対する不安が強いので「再発予防」と書かれるんです。結構書かれます。

では、再発予防に向けて何をしているかというと、「定期的に通院しているかどうかを確認します」「服薬状況の確認を行います」で終わります。なぜかというと、生活習慣のところの問題点などは医療職がやってくれるものだと思っているんです。だから、ケア職ないしは福祉系が多いケアマネジャーの方は、自分らができる守備範囲である通院確認と服薬管理だけをやっている。服薬管理もきちんと飲めているかではなくて、おそらく量をきちんと飲んでいるかの部分しか見ていません。多分、飲み方まで見ていくわけではないということです。

私はケアマネジャーと一緒に仕事していますから、「脳梗塞の再発予防をしようとしたんだよね。だとしたら、誰がやるかは別にして、一体何をしなければいけないか、もう一遍振り返りましょうよ」とお話し

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま分
と科
め会ディスカッショ
ンル開催市から
のメッセージ

特別講演

閉会式

会場スナップ
ショット

します。そうすると、高血圧、糖尿病、心房細動とか脂質異常症などの再発の原因となる病気の管理をしなければいけないということになる。何でこれを思ったかというと、脳梗塞の方の退院のときに、ケアマネさんに「どのタイプの脳梗塞だったの」と質問すると、ほとんどの方が答えられないんです。なぜかというと、先ほどの通院管理と薬を飲んでいるかの管理だけするのであれば、なぜその人が脳梗塞を起こしたかの原因を知る必要がなくて、知らなくてはいけないという意識が薄いということです。そこら辺は逆に医療職が補っていかなくてはいけません。

逆に、薬を飲んでいるかというところで、外来通院して5分ぐらいの診察のときに、「じゃあ、薬をきちんと飲んでる」とお医者さんが聞くと、患者さんが「きちんと飲んでいます」と答える。会話は一応成り立っているんですけども、お互い言っている「きちんと」というのは全然意味が違うわけですね。一応成り立っているので、何となく流れてしまうんですけども、そうではなくて、きちんと飲んでいるかを確認できるのはケア職であったり、その方々から情報を集めることになるので、そこが「きちんと飲んでる」の意味を理解し、なおかつ、きちんと飲まなかったら何が起こるかということを知っておく必要があります。

そういったことを整理して、ケアマネジャーさんと半年ぐらいかけていろいろ議論して、まずはこんなことをしようねとチェックリストをつくったわけです。例えば、以前発症した脳卒中のタイプは知ろうよと。原因が残ったままになっているわけで、また起こす可能性があるわけです。これは転倒も同じです。転倒を起こした方はまた転倒を起こす可能性が高いんです。もともとリスクがあるですから、そこを何とかきちんと押さる意味で、脳卒中のタイプは知つておこうねと。高血圧、糖尿病、心房細動。心房細動は知っているけれども、不整脈と脳梗塞の関係は知らないんです。だから、心房細動のことだけを教えて、つながらないんです。脳梗塞の再発予防をするという観点から何をしなければいけないかで議論をしていかないと、全然深まらないことにな

ります。だから、医療知識だけつけても、ケアマネジャーのマネジメントはよくならないと思います。

これは最後です。今後どうなるかというと、在院日数が短くなっています。そうすると、早期からの退院支援計画が求められますから、実は入院時の連携がとても重要なんです。入院時の生活情報をいかに病院が獲得して、なおかつ退院した後に、どうしていけば、どういう条件が整えば、この人はサービスや支援を受けながら在宅生活ができるかという情報をいかに病院側が持って在宅系の方々と連携をとるかというのがすごく重要です。

病院がだんだん短くなってくると、入院中の看護やりハで何をやるかという、優先順位決めがすごく重要になってきて、それ以外のところは訪問看護師とつなぐ、在宅系のリハ職とつなぐことによって役割分担をしていく。つまり、日中の看護師さんが準夜帯の看護師さんとかに申し送りをするのと同じように、病院の看護師さんが訪問看護師さんに申し送りをするという世界を地域の中でつくっていく、そういうことが求められるということです。

連携では、病院専門職はとても強みを持っています。医学的な観察レベルが高くて、今後この人がどうなるかというイメージが湧くわけです。ところが、ケア系——私は専門職ではありませんけれども、この人が今後どうなるかという体験がないので、イメージがつかないんです。だから、この人はこんなことを起こしたら多分こうなるよと言われると、すごくイメージできて、それがわかった上で対処するのと、わからなくて対処するのは全然意味が違う。そこをぜひ専門職の方には教えていただければなという気がいたします。

以上で、私の退院支援のところとマネジメントの問題点の整理についてを終わらせていただきます。(拍手)

では、引き続き、生活期におけるリハビリテーションにすごくかかわっておられます藤原さん、作業療法士の方です。通常の心身機能ないしは歩行訓練を中心としたリハビリテーションでは全くありません。ICFの考え方を重視されて、ICFの考え方の

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)

ま分
と科
め会

ディスカッショニ
ール

メッセージ
開催市からの

特別講演

閉会式

会場スナップ
ショット

中で、特に活動と参加に焦点を当てて、そこへのアプローチをされた上で、結果として心身機能の向上、要介護度の改善につなげている方です。

では、藤原さん、よろしくお願ひいたします。



藤原：これがうちのデイサービスの朝の風景です。皆さんのが思っておられるデイサービスとどこが違うかといいますと、お祭りをやっている、縁日をやっているというイメージですね。この右の上、転倒のリスクがたくさんあるとおっしゃる方は山ほどいらっしゃいます。左側のこれは、プログラムを自分で選んでいます。多くの施設は集団同時一斉方式で、全員が同じことをやるんですが、うちちは一人一人みんな違うんです。なぜかというと、今日いろいろと脳卒中の話が出ていますが、全ては、本人がどうしたいかという意思をどれだけ具体的に引き出すかということが、高齢者だろうが誰だろうが、全ての人間にとって重要なだと考えているからです。意思をどう引き出すか、そのためにこうやって具体的なメニューがあって、一人一人違うんです。

この二つを見てください。どこかの縁日で駄菓子を買うようなイメージでしょう。これなんかわくわくしませんか。いろいろなメニューがあるんです。すてきでしょう。メニューの中には「何もしない」というメニューもあるんです。（笑）男の人向けに「気分次第」とかね。そういうメニューがあって、みんな自分で選ぶんです。要は、全ては意思をどう引き出すか、それが基本です。

さて、私どもは通所介護なんですが、要介護度が改善するんです。デイサービスで自立をしないよう

なデイはやめたほうがいい。そういうデイはおかしい。全介助、過介護で、どんどん、どんどんできる能力を奪うような介護をしているようなデイは、この世からなくなればいいと思っています。厳しいことを言っています。

できないことにはさっと手を出す。これは足し算の介護。できるんであれば、さっと手を引いて、そばで見守る。引き算の介護。そうやって自立を引き出す。よくなるのは当たり前なんです。うちちは、それでどんどんよくなっています。だから、デイはよくなるのが当たり前。

ところがです。一番の問題は、自立をした先です。先ほど出ていた橋本先生の資料にもあったと思いますが、出た後、家でそれを実行しているかどうかです。家でやっていない。これはいろいろありますけれども、例えば、金銭の管理とかは別にして、移乗をやっていないとか、それから立ち上がるとか、この辺の基本的なこととか、ある程度できることをやっていない。詳しいことはいいですが、要は、自立した後、自宅で実行していない。それをどのように実行していくかが、これから介護保険の在宅介護の大きな課題だと僕は思っています。訪問介護みたいなものが大きな課題だと思っています。

これはうちの施設です。できるから、みんな見守っていますね。洋服の前、後ろと。これが普通のデイだとすばやく着がえます。ぱぱぱっと着せて、脱がせて、「一丁上がり。はい、次」とやるのが多くのデイです。そんなことをやっていたらダメです。待つんです。見守るんです。時間をかけるんです。袖に自分の手を入れる。これは自分でできる。これはできない。じゃあ、ぱぱっと手伝うというふうです。施設で何とかできるようになったら、自宅でうまくいかないかということを発想します。先ほどのように自宅でできないということなら、なじみの人間関係を持っている通所施設の職員がそのまま家に行けということで、我が施設は自宅に行くわけです。

一方、今日は片麻痺がテーマです。この片麻痺の方は、こうやって自分で階段を上ったりおりたりしていかれます。この方は私の患者さんでして、片麻痺

になったから人生終わりだと3度自殺未遂をされた方ですが、今、片手の料理教室で何でも料理をつくっている料理の師範です。うちの利用者さん、脳卒中の後遺症の方々の料理教室の先生役を彼女がやっています。

布団のカバーをとって洗ってまたつける。自由にできます。完全片麻痺です。いいですか。ところが「できないことは何かないですか」と聞くと、彼女いわく「一つだけあります。右手がかゆいからといって左手でかくことができない」。それ以外にできないことは何もないんです。

「不便だけれども、生活に支障がない」、リハビリテーションの定義をこうしろと僕は生活期のリハの中で訴えています。不便があっても生活に支障がなくなればいいんです。彼女をはじめ、うちにお見えになっている方は、ほとんどがそういう方です。体が不便だけれども、生活に支障がないんです。

回復期のリハの中でいくと、機能の回復を延々と考えていこうというのが普通です。発症したら機能の回復をどうやって果たすか。でも、先ほどの彼女の例のように、機能は回復しなくても、生活上、何の不便もないという回復があるんです。これが生活の回復を果たすんです。

さらに、彼女は、私と一緒に全国に講演して歩いて、脳卒中になった人たちに「諦めんなよ。こんなすてきな人生があるのよ」とおっしゃる。彼女の名言です。「脳卒中になったから、すてきな人生」とおっしゃいます。すごいでしょう。そういう役割や居場所や出番がある。そういう人生の回復を果たす。三つの回復があるんです。

ところが、世の中には一番売れているリハビリ漬けという漬物があるんです。(笑) 京都の漬物よりもリハビリ漬けという漬物がたくさん売れている。私が訪問介護に入ったときの漬物です。

おじいさん、ここでおしつこうんちをする。おしつこだけはできるけれども、うんちはここまでつていって、このドアをあけて、中のドアをあけて、水道でもって立ち上がって、中に入って、汽車式便所——お尻を反対側に向けてやるんです。いざって

いる途中で「おーい」と母屋で奥さんを呼ぶ。奥さんが来るのがおくれたら、立ち上がったところでうんちまみれで、奥さんが来たら、奥さんの手をぶん殴って、「おまえが来るのが遅いからだ」と怒る。もう無理だから、「リハビリの先生、お願いだから、もう無理だと言ってください。リハビリの先生が言うことなら聞くんじゃない。ここでおしつこもんちもやってくれたら、私が介助しますから」ということで行きました。

私は移動には、いざりが一番楽だと思います。少しでも素早く行けて、外が見えるようにベッドの向きを変えました。ドアの前にピール箱を置いて、マットを敷いて、床から立ち上がりができるようにして、水道を使わないようにしました。中のドアは、狭いところで体をかわすのが大変だからと思って、外してカーテンを取りつけました。それで、こうやってトイレまでいざって、台に腰かけて、うんちをして戻るということを2回やりました。

私は1時間40分かけました。7人の訪問に行くときの最初の方でしたから、急いで次に行かなくてはいけない。「さあ、失礼します」と出かけようとして、ご本人たちは「めでたし、めでたし。これでうまくいくわ」と思ったとき、このおじいさんが「あのう、今日はリハビリはないんですか」と言いました。

このおじいさんがおっしゃるリハビリって何ですか。白い洋服を来たセラピストが来て、ベッドの上で腰を上げたりおろしたり、立ち上がったり浮き上がったり、ストレッチ、RMエクササイズ、可動域の訓練をやり、ベッドの周りをちょっと歩き、家の中を歩き、よしんば縁側をちょっと歩く、そういう20分のリハビリがリハビリだという。こういう心身機能のリハビリを延々と生活期においてもやり続ける、これが今、日本で一番売れている漬物です。リハビリ漬けという漬物です。これをやめなくてはいかんというのが私の言い分です。要するに、こういう心身機能を鍛えるパワーリハビリ、それが悪いとは言いません。いいです。でも、こうやって、パンをつくったり、園芸をしたり、粘土をこねたり、こういうほうが生きがいにつながっていくんです。だから、リハ



ビリ漬けよりも、生きがい漬けと言っています。心身機能を鍛えるリハビリは回復期には当然やらないくてはいけません。急性期は当然やります。それを延々と「いつまでやるのか」と言って大声を出しています。生活行為を直接行うんです。食べるとか、パンをつくるとか、園芸をするとか、そういう生活行為を直接やるところには心身機能が当然ついて回るんです。機能の回復がついて回ります。そういう生活行為の回復をやっていけば機能はついて回る、それが生活期のリハビリだと言っています。

その最たるもののが、宅配ビリテーションです。私どもは訪問をやっていますので、朝、家から来て、夕方に家に帰るわけです。お土産を持って帰らんとだめです。お土産は、まず、生活の体験です。どうやって爪を切るか。こうやって爪の切り方を覚えて帰ります。その覚え方を職員、利用者、みんなが学習します。家電製品のパソコンだ、ポットだ、電子レンジだ、その使い方を覚えます。やり方。料理のレシピだとか、物を運ぶときに台車で運べば簡単に運べるとか。脳卒中の人だったら何でも運べます。

一番大事なのは、うちの施設は「バリアアリー施設」ですから、施設の中でバリアを克服する方法を覚えたら、家でも地域でもどこでもできる、自信を持って帰ることができるということです。

もう一つは、自宅でいろいろなものをつくりたりする。園芸は最たるものです。うちは種から苗でつくりますので、苗を家に持って帰って、家の庭づくりをする。パンをつくり持って帰る。手工芸の商品などをつくり持って帰る。家の暮らしを豊かにするんです。デイサービスというのは日帰りだから、一番在宅に密着した施設です。その施設が獲得したADLを自宅でしっかりと展開できるようにしてはどうかということを、私は言っています。だから、デイの職員はそのまま訪問に行ったほうがいいというの私が言い分です。

それから、家庭、家族の介護の限界を上げる。そのためには、デイに家族が来てもらいます。家族参観日といって、「ああ、このくらいできているのか」という実態をしっかりと見ると、家でいろいろでき

るんです。要は、サービス間の調整です。いろいろサービスはあります。だけれども、別々の事業所からサービスを受けるよりは、デイの職員が動いたほうが早い。残念ながら、ケアマネジャーさんのケアプランは、私はどうも納得いかない。発想が不十分。レベルが低い。大きな声で言いましたよ。受けて立ちます。(笑)

この中で、必要なサービスが複数提供されるかというと、残念ながら的確でない。私は通所介護のサービスをもっと増やしたほうがいい、通所介護の能力を増やしたほうがいいと思っています。夜間の生活、夜間帯のADLの実態を一番見られるのはナイトデイとかお泊りデイとかで、そのときに夜間帯のデイの様子が見られる。それから、家の実態を援助する上で、自宅に訪問していく。要は、訪問介護や訪問リハとかは、通所介護の機能として持ったほうがより効果的である。ということは、この包括の中で、通所介護の機能をもっと広げるべきであると思っています。うちだけが目立つような実態ではいかん。どこもこういうことができるようになるような発想の転換が必要であると思って、私の大声の話は終わります。(拍手)

川越:ありがとうございました。

今までの話を受けて、プラス、迫井課長は老人保健課長で、介護報酬改定ないしは介護保険に関連したさまざまな制度見直しにかかわっておられますので、急遽、国の動きを少し紹介したいということで、ご発表いただきましたことになりました。迫井課長から、幾つかの視点についてご報告をいただきたいと思います。よろしくお願ひします。

迫井:ご紹介いただきました現在、老人保健課長を拝命しております迫井と申します。

役所の人間がプレゼン資料をつくるということになると、大概ぎりぎりに出して事務局に迷惑をかけるというパターンで、多分、資料のセットの中にあります別刷りの資料、これは全部厚労省の役人のものでございまして、まことに申しわけないと思います。(笑) 今日はどんなお話をされるのかということを実はあまり事前にわかつておりませんで、現場で作戦

10/
30
(木)

開会式
基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)

ま分
と科
め会

ディスカッショナル
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



をつくるということで、急遽今の二、三十分でつくったスライドです。申しわけございません、お手元にありませんし、ちょっと前の方しか見えないかもしれませんが、前に座っておられた方の特権ということでお許しください。

それから、基本的に公式の資料を使っておりますが、わかりやすくするために線を入れたりしています。「これ、オフィシャルな資料じゃないじゃないか」と言われることも結構あるので、あらかじめ申し上げておきますが、わかりやすく説明するためにちょっと手を加えております。その点はご了承ください。

この絵は何度もごらんになったことがあると思います。ちなみに、これは別冊の明日予定しております三浦老健局長の資料の1枚目になります、地域包括ケアシステムの絵です。あまり時間もないで、今日申し上げておきたいのは、地域包括ケアシステムというのは、ものすごく広まっていて、一般の方も知るようになってきた。ところが、よく、医師会とか市町村の方々が、「追井さん、で、私たちは一体何をすればいいんですか」と言われます。この図はわかっている、と言われる。

申し上げたいのはこういう話なんですね。それぞれの構成要素があるんですが、これは概念でしかないんです。概念なので、基本的にそれぞれの地域で何ができるか、何があるのか、何がないのかということを考えていただきたいということなんです。そのときに、大きく分けて、実は二つの内容が入っています。

これは私が勝手に入れているんですが、上半分にあるのが医療・介護、それから住まいを中心に

提供するサービスです。これはいわゆるプロフェッショナルサービスで、介護の専門職、医療の専門職が提供します。ところが、先ほどの話にもありましたし、それから今回制度改正をしましたが、地域力で、地域でしっかり支えていこうじゃないかというコミュニティづくり、これがブルーの丸のところです。

つまり、この二つの制度を動かして、主にプロフェッショナルサービスのところは、サービス自体は介護報酬事業者様、プロのサービスを評価するという形をとりつつ、その橋渡しをするのが、今日話があると聞いていますが、在宅医療と介護の連携を何とかうまくやっていただきたい。その音頭をとるのは、コミュニティーを実際にデザインする立場にある市町村の方なんですよということなんです。

1点目は、済みません、これは文字ばかりなんですけれども、今お話ししていることを大体文字にしているだけなんですが、基本的にはご当地システムをつくってください、ご当地システムが必要なんですという話です。ポイントとしては、今から介護保険の事業計画や医療計画などを順次自治体につくっていただくことになります。特に、後でご説明しますが、今回制度を変えた大きな内容の一つが在宅医療と介護の連携を推進するための事業を全部の市町村でやってください、お願いしますということを言っています。

これに対して、市町村の方々のご意見として、かなりハードルが高い、なかなか難しいというご指摘をいただいているのも事実です。市町村はなかなか医療機関の許認可とか行政とかの経験がない——政令市などの大きなところは別ですけれども、そういう経験がないところが多いので、なかなか戸惑いも大きいと思いますが、在宅医療・介護連携をするのに絶対必要です。今回、そういう事業を制度化していますので、明らかに大きく世の中が変わっていくのではないか。そこで、今日お伝えしたいのは三つ、3ステップで進めていただけないかというお話を。

第1段階として、地域で実際に体制をつくるほしい。第2段階として、一体的な提供体制をつくっ

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま分
と科
め会ディスカッショナル
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

ていってほしい。これが連携事業のコアになってくると思います。もう一つは、地域づくりにそれを反映させて、地域づくりそのものとして統合してほしいということです。

1点目なんですが、在宅医療・介護の連携の基盤部分の構築が必要です。それには、最も地域の自治体の方々の得意とする、住民の方々、利用者の方々に対して確実に情報を提供していく必要がある。ところが、さっきの話なんですが、自治体さん、特に市町村さんは、必ずしも医療機関とのおつき合いがない、あるいは医師会さんとのおつき合いもそんなにないというケースが現時点では多いと思います。そこで、医師会の力、あるいは地域の看護協会さんも含めた医療コミュニティと連携をして地域の状況をマッピング等で明らかにしてもらえないかということも含めて、こういった事業を——ちょっと見づらいと思いますけれども、これは実はお手元の、同じく三浦老健局長が明日予定をしております資料の30ページのところに、絵はないですが、内容的には全部書いてあります。絵をつけたほうがわかりやすいかなと思って絵をつけています。これは偶然なんですけれども、地域の医療、福祉資源の把握及び活用というところは、実は、我々としては熊本市が先進的な取り組みをされていると認識をしていまして、その例をちょっと書いています。

これはあくまでもイメージですが、こういった取り組みをやっていただきたいというのが、まず最初のステップです。特に、研修を含めた多職種連携をやっていただきたいというのが、一つのポイントになっています。

そういう基盤づくり、基本的なネットワークを構築する中で、次のステップとしては、いよいよネットワークが動くような形にしていく必要がある。ここで絶対にご留意いただきたいのが、二つの局面があるということです。

これは、冒頭お見せした地域包括ケアの概念図の右半分なんです。ですが、ごらんのとおり、医療は実際問題としてリアリティーにやや欠けている図だと思います。それをもう少し書いたのがこちらで

す。これは一体改革の議論の中で出てきた資料で、公式の資料の一つではあるんですけれども、医療はもっと階層化といいますか、役割分担、機能分化しているので、急性期の医療、あるいは回復リハビリ、こういった医療があります。最もご留意いただきたいのは、エリアが違うということです。

地域包括ケアのエリアは、大体、中学校区とか市町村を中心とするエリアです。そうすると、そこに必ず大学病院とか高度の医療機関があるとは限りません。ですから、地域を越えた医療とのネットワークを考えなくてはいけないので、二つの局面がある。大きな医療の連携をするような広いエリアの話と、それからコミュニティの中で連携をつくっていくという話、この二つは明らかに異質ではありますが、非常に重要なわけです。熊本はこれをうまくやっておられるというのが私の認識でして、こういったことを意識してやっていくためには、どうしてもハブといいますか、中心的な中継基地というか、そういう機能が必要で、これが在宅医療・介護連携の機能になります。

イメージを描いたこの絵も、明日の三浦老健局長の31ページにあります。これはよくお示しをしている図ですが、関係者がそういった連携を支援する体制を構築してほしいという話です。

3ステップ目、最後ですが、そういう形のネットワークをつくりつつ、最終的には、地域づくりなんです。市町村がこれが最も重要だと認識をされておりますし、その中の一つの大きな柱になり得るということです。

言わされた話ですけれども、地域包括ケアシステムというのは、結局地方分権の試金石であり、こういった地域づくりをするのは市町村にとって非常に重要です。特に、最近、自然災害が多いですが、災害とか危機管理において非常に重要な役割を果たし得る。例えば、災害弱者の高齢者の方々がどこでどういうふうにお住まいになっている、ハザードマップがどうなっている、こういったことはまさに地域包括ケアシステムづくりと連動する話なので、こういったことをぜひやっていただきたい。

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま
分
と
科
め
会ディスカッション
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

これがどうして医療・介護のコミュニティーと関係するかというと、地域ケア推進会議、地域ケアの個別の会議ではなくて、推進会議のような施策の議論にぜひ結びつけていただければ、医療・介護のコミュニティーとまちづくりが連動できるのではないか。これはかなり先の話かもしれませんのが、ある意味、夢を持って取り組んでいただきたいという話です。

もう1点、生活支援リハビリテーションの話は、さっきの藤原さんの話とかなり符合していまして、コミュニティーづくりの話です。お伝えしたいのは、藤原さんは言葉としては激しく表現されましたけれども、我々と問題意識がすごく共通している部分があります。リハビリテーションの実態について、終了しているか継続しているかの数字を見ますと、ずっと続いているんです。これは公開の資料です。

それからリハビリの内容を見ましても、心身機能、身体機能に重点を置いていて、活動とか参加とか社会への復帰とか、そういった活動の実態は薄いんですね。我々の問題意識としては、これはICFの概念を整理しているんですけども、心身機能へのアプローチはもちろん重要なんですが、最終的には活動とか参加とか、そういう社会の生活、実態の生活に目を向けなくてはいけないのではないか。

実は、さっき藤原さんがプレゼンされたお手元の厚い冊子だと41ページに、「すてきな人生に向かって上がっていく」という図があると思うんですが、全く別々につくっているにもかかわらず、それとこの図はすごくよく似ているんです。申し上げたいのは、課題意識としては同じで、リハビリをどうより効果的に実施していくべきなのか、特に生活期のリハビリについて大きな問題意識を持っているということです。

最後はまとめですが、1点目の在宅医療・介護連携というのは、あえて川上、川下という言い方をすると、これはあまりいい表現ではないかもしれませんのが、コミュニティーにとってみると、急性期からの患者さんが地域に流れてきますので、逆に言うと、急性期回復の理解が不可欠です。そういうことは総力戦であり、皆さん職種が重要なんですが、介護と

医療の橋渡しし得る非常に重要な職種の方をあえて申し上げれば、地域の看護師、保健師さんが非常に重要な役割を担うことになると思っていますので、特に市町村の保健師さんにぜひ頑張ってほしいと思っています。

それから2点目の生活期のリハビリテーションについては、藤原さんがしっかりおっしゃいましたので、この点は後ほど議論できればと思います。

済みません、時間をいただきました。ご清聴ありがとうございました。(拍手)

川越: ありがとうございました。厚労省の方としては、何をしたいかという思いが非常に伝わってくる講演ではなかったかと思います。(笑) 一応、私も厚労省の人間ですけれども。済みません。

では、四つぐらいの討論をこれから進めていきたいと思います。初めに言いましたけれども、1点目として、医療提供体制や介護提供体制の構築に向けての話をしていきたいと思います。

今、熊本県では医療・介護提供体制がさまざまな形で進められてきたというお話を橋本先生からいただきましたけれども、提供体制をつくり込んでいく、連携体制をつくり込んでいく流れの中で、どういったところを特に工夫されたのか、どういうところで困られたのかというところを少し教えていただければと思います。

橋本: 私は急性期しか知らないので、何で急性期病院の言うことをリハ病院は聞いてくれないんだと。私たちは24時間救急をやっているわけです。ほんとうに大変な中、夜中も呼び出されます。で、患者さんが2週間ぐらいで落ちついたら、あと電話1本でリハの適応がある人をとってくれますよねと言ったら、そんなのはできないと。

転院前受診というのが20年前にあったんですね。1回病院に行って、診察して、予約しましたと戻ってきて1ヵ月待つとかですね。そういうことで、なかなか私たち急性期病院の話が通用しない。一方で、MRSAはだめ、気管切開はだめ、胃ろうはだめとか、文句ばっかり言われるんですね。人工呼吸器がついている患者もとつてほしいわけです。実際、

20年前から転院させていました。

何で私たちの言うことを聞いてくれないんだろうというところで、ほんとうにかみ合わないんですね。文句を言うとかんかになるのが熊本なので、ですから連携の会で文句を言わずにデータを出して要望しましょうと。途中でわかったことは、要するに、連携している相手は自分とは土俵が違っていて、自分の土俵に乗せようとしても乗らないので、相手の土俵も知らないといけないということです。そこで私たちは、私たちがお休みの土曜日に、リハ病院を全部見学に行きました。「あ、全然違うことを考えてやっているんだ」ということがわかりました。

私たちが見ているものは病気、障害なんです。リハ病院が見ているのは、障害や活動制限なんですね。ターゲットが違う、見ているものが違う、やっているものが違う、だから議論がかみ合わないというのがよくわかって、最初はほんとうにリハ病院の人たちは何を考えているのかなと、本音で言いますと、非常に不信感というか、不安というか、そういうのがありましたけれども、途中で見に行くことによって、少しあわってきました。

それと、これは、どこかで妥協していかざるを得ない。妥協の産物が連携なんです。そう思って、最初のころは大いに譲歩して、妥協して、そのうちに、できればここまでしてほしいと、少しずつ時間をかけて構築していくことが必要で、一気にわっとやつたらだめなんですね。

2000年に回復期リハ病棟と介護保険が認可されたときに、熊本はほぼネットワークができ上がっていきましたので、そういう中で、「こうやります」ではなくて、「熊本ではこうやっています」という話を全国ですると、「熊本のまねはできんよね」と言われたから、まねは無理ですよと。私たちは問題点があつて、それをクリアするために非常に激しいバトルをやりながら構築してきたので、地域にある医療資源をどう結びつけるかというところから始めたらどうですかということをよく言っていました。見ているものが違うので、うまくいくはずがないですね。それがわかるのに数年かかりました。

川越：ありがとうございました。病院と病院の間のところはまだお互いの感覚が近い部分はあるんですけども、在宅系の方々とつなぐところはどうですか。

橋本：はっきり言ってよくわかりません。(笑)

急性期病院の神経内科で脳卒中をやっているのは、今は少し増えてきましたけれども、今でも少なくて、私もリハ専門医なんですが、少しでも障害が残りそうな人は直接おうちに返すなど。リハ病院に丸投げをして、リハビリしながら在宅の準備をすると。急性期病院はそこまでの余力がないということだったので、リハ病院丸投げ方式を私は考えたんです。それしかないと。それをやることによって、急性期病院から電話1本でほんほん行くようになったおかげで、実は、急性期から在宅に行くという流れが熊本では非常に弱い。脳卒中の丸投げ方式をほかのグループが全部まねしちゃったんですね。

リハ目的での転院をお願いしますとか言ってリハ病院に電話をすれば、リハ病院側が適用ないけれども、いつもお世話になっているからと仕方なくとつてくれるということですね。

途中で起こってきたことは、回復期と維持期の連携の会が始まったところで——これは難しいんですね。回復期でとことんリハビリやって、おうちに帰れない方、おいしくない患者さんたちを、老健とか療養病棟などの次のステップに回す、あるいは在宅に持っていくと、非常に苦労します。

会が始まったときに、熊本のリハの先生は偉くて、先生がこのところを理解しないと熊本のイメージがつくれないでしょうということで、皆さん方が、医療と介護の連携をやるときに必ず急性期病院のオピニオンリーダーを連れ出してもらうことにして、その先生の都合のいい日に会合をするんです。当初は数百人規模の会を僕の都合のいい日にやってくれていました。先生に来てもらって少しでも理解してもらわないといけないと。私は、経験はしていないんだけども、みんなの議論の中で、回復期から維持期、在宅に行くところの大変さはよくわかっています。

ですから、急性期病院のスタッフにどれだけイメージを皆さん方が植えつけられるかというのが、

10/
30
(木)

開
会
式

基
調
講
演

第
1
分
科
会

第
2
分
科
会

第
3
分
科
会

10/
31
(金)

ま
分
と
科
め
会

デ
ィ
ス
カ
ッ
シ
ョ
ン
ル

メ
ッ
セ
ー
ジ
開催市からの

特
別
講
演

閉
会
式

シ
ョ
ッ
ト
会場スナップ

今後の地域包括ケアシステムの、先ほどの広域の病院まで加えたところの仕組みづくりにおいて非常に重要なんだろうと思っています。

まだ、私は個人的には地域包括ケアシステムのイメージはでき上がりません。勉強中です。

川越：ありがとうございます。今のお話の中で、要は、お互いの専門職同士、ケア系も含めてですけれども、実は相手のことをよく知らない。何を知らないかというと、価値観とか関心領域とか、得意・不得手をお互いが実は知らない。そこを縦割りでやつてしまふと、つながりが悪いところが絶対出てくるので、退院支援のところがうまくいかない、こういう話になってしまいます。

こういったお互いの仕事、要は、病院側の人は在宅のことを知らないということになりますね。多くの方は病院で働かれて在宅に来られますから。お互いのことをいかに知って、多職種協働につなげていくかというところが、結構重要なです。

ほとんどが、看護系の方も病院で働かれて訪問看護に来られる。リハ系の方も、実は病院勤務をずっと経験されて在宅なんです。だから医療機関で働く方はほとんど在宅を知りません。知らない方が退院調整をするわけなんです。これは非常に矛盾する部分があるんです。だから、ほんとうは在宅系をつないでいくことがすごく大事なんですけれども、迫井課長のほうで、その辺の仕組みとか、こういうふうにやつたらいいのではないかというのもしあればお願ひします。もちろん個人的な感想で結構です。

迫井：これは核心部分だと私は思います。多職種連携という言葉は美しいんですが、ずっと連携、連携と言い続けていて実現できていないという実態を、皆さんはどう感じるかという。大体皆さん、思ってはおられるんだと思うんです。

例えば、今日の話にも一部出たと思いますが、介護の関係者、特にケアマネさんは介護福祉系のバックグラウンドを持っている方は多くなってきていますので、医療系のサービスを組み込もうとしますと、ケアマネさんの理解、またケアマネさんというより、

実はケアマネさんが利用者さんや家族さんとお話をする中で、いかに必要なのか、何のためにやるのかということを共有できていればいいんですが、なかなかそこがうまくいっていない。そうすると、高いから使いたくないとか、これは私ができるからいいよという話になってしまいます。

そこでケアマネさんと、特に医療職の方との問題意識をいかにシェアするかというのがポイントだと思います。そこが食わず嫌いというか、お互いの壁をうまく乗り越える方法がなかなか見つからない中で、お互いがお互い、表現は悪いですが悪口を言うというか、医療の関係の職種は「ケアマネさんはわかってくれない」と言うし、ケアマネさんにしてみれば「忙しい」と言われたり、専門用語をがんがん言われて「わかってない」と言われたりという、その繰り返しひどく来ているという実態がある。しかも、介護保険制度をつくってからずっと言われているということなんですね。

ほちほち悪口というか、お互いが「わからない」と言うのをやめませんかと。どうすれば、そこがいけるんだという話を、介護給付費分科会で介護報酬の議論をしていますが、そこでも委員の方々が、ほちほち「わからない」とか「理解がない」とか「忙しい」という話をやめませんか、どうすれば、そういうことができるんだということを考えようじゃないかと言っています。ですから、私、この話は核心部分だと思いますし、工夫をしていきましょうという話だと思います。

先ほどの橋本先生の話を私がそうだなと思ったのは、ゼロベースというか、1回リセットして見に行こうと、相手のことを知ろうというふうに、虚心坦懐にいかに持つていけるかというのが鍵で、熊本の先行ってそういうことなんだなと感じました。

川越：ありがとうございました。

提供体制の中で、仕組みをどうつくるかの話とか量をどう確保するかという話もあるんですけども、もう一つ、質をどうするのかという話があります。今、医療・介護のデータをどんどん出していって、見える化をしようという動きが一方であって、その中で、



10/
30
(木)

開
会
式

基
調
講
演

第
1
分
科
会

第
2
分
科
会

第
3
分
科
会

10/
31
(金)

ま
分
と
科
め
会

デ
ィ
ス
カ
ッ
シ
ヨ
ン

メ
ッ
セ
ー
ジ

特
別
講
演

閉
会
式

会
場
ス
ナ
ップ
シ
ョ
ッ
ト

今中先生から、今日は、医療に関する質の見せ方、ないしはそれを見てもらって病院さんに自分の立ち位置、ないしはレベルがほかと比べてどうなのかを知つてもらうという話がありました。そのデータは、自分のところをどう変えていくか、要は自己研さん、自己改革をどうするかのためにあるんですね。比較をして、うちがどうのこうのという話ではなくて。そういう今の動きとか、どういうふうにすればもっと医療の質を高められるのか、医療の標準化を図れるかというところについて、お考えをお聞かせいただきたいと思います。

今中: 医療のパフォーマンスなり介護のパフォーマンスをどういうレベルで出すかというときに、例えば、医師個人ごととかもり得るし、病院ごととかもあるし、あと、地域ごとというのが今後あると思います。そうなったときに、まだ実際に動いていないのでちょっとわかりませんけれども、病院などでドクターごとに出しても、ばらけるというか、私がよかつたらあの人は悪くてもいいというか、あまり協調が生まれないかもしれません、病院レベルで、あるいは診療科レベルで数値がある程度出て、ほかのところはもうちょっとよくやっているなということが見えたうると、もう一回自分たちがやっていることを見直して、また前に行こうかということが起きます。

単純なことでは、例えば、手術前の予防的な抗生素投与は、ほんとうは手術する1時間以内に投与したほうがいいんですけども、それを皆今までやつていなかつたんです。そんな面倒くさいことやるかという感じだったんですけども、ガイドラインにそういうことがきちんと載つて、ある病院でやっていることがわかると、またそういうのを比べ出すと、一挙にばーっと普及したりします。そのときには病院ごととか診療科ごとにチームで取り組んでいるんだろうと思います。

今後は、地域の医療とか介護という経営主体が違う人たち同士が、どうやって協調するのかが問題だと思います。今は個人レベルでのコミュニケーションとか連携というのももちろん施設間であるわけですが、施設なり法人ごとの役割分担とか、協

働を進めないといけなくなってきたときに、例えば我々の地域では地域連携パスがあまりにもできてないとかいうのが数字で出てきますので、そういうものが地域ごとに出てくると、連携して前進するのにいい面も結構あるのではないかと思っております。

そのときに、高いから安心とか、低いからあそこはだめだという、レッテルづけかラベルづけかちょっとわからないですけれども、変な意味での批判をするのはよくないんですが、数字はどうせいいかげんなもので、実態をあらわしてないと思って、ある程度気楽に構えつつ、我々のところはまだできていないとか、もっとやっているところがあるなとか数字を見ながらやったほうが、連携も進むのではないかと思っています。

ただ、実際にどこまで、市町村ごととか二次医療圏ごとの数字を出していいのかというのはあって、我々が「出しましょうか」と言うと結構嫌がられます。今、京都府でも府や市町村の人と話しているんですけども、ぜひ出してほしい、見たいとおっしゃる前向きの方もいれば、そんなものを出されたら困るという方もいて、結局出すことに関する責任者が誰もいなくなつて、何かあつたら僕のせいにされそうな状況です。(笑) 来年いないかもしれないですけれども、そなならないようにちょっと頑張っていきたいと思います。

そういうネガティブなパワーも一方であるんですけども、一旦そういうのが出だして、なれてくると、そういうものだと思って進んでいくのではないのかなと思っております。誰が犠牲になるかはともかく、時



10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま分
と科
め会ディスカッション
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

間の問題で進んでいくのではないかと思っております。

川越：ありがとうございます。今の話をお聞きになって、橋本先生、いかがですか。

橋本：おもしろくて、例えば、熊本の地域連携パスは、最初は紙ベースだったのを今はデジタルで集めている、1万7,000例ぐらいのデータがあるんです。そうすると、どの急性期病院に入院したらどうなるかとか、どのリハ病院に入れたらどうなるかとか、ABCDEとか、ほんとうにコンピューターをいじるのが好きな人は、それでデータが出せるんです。うち、Aかな、Bかなとか、どきどきするんです。

そういうことは僕なんかには教えてくれるんすけれども、ちょっと頑張らなくてはいけないとか、各病院でこれだけばらつくとまずいよねというデータについては、身内だけ知っておいて、そういうデータで自分たちの弱いところを知るというのが重要なのではないかと思います。それが地域全体のマスとして、例えば福岡市と熊本市の違いとか、京都市と熊本市の違いとか、そういうデータが出てくるといいと思います。

すごくおもしろかったのが、くも膜下出血の悉皆調査というのが全国六つぐらいの都市でやられて、一番悪かったのが京都市だったんです。これを京都大学の先生がデータをまとめたら、京都市の医師会から総スカンをくらって、何で京都が一番悪いデータを出すんだと。京都市の場合は、くも膜下出血を手術できない病院が救急車でとっていたんです。二次搬送するからアウトカムが落ちるんです。そういうデータがあることによって、京都市の救急は、くも膜下出血の疑いのある人を24時間受け入れて、手術ができる施設に途中で変更したんです。そのように医療の質が担保できるようになるので、ネガティブを逆にポジティブに変えることができるということで、データを出していかないといけないんです。

例えば、自分が住んでいるところは危ないのか危なくなるのかわかっているだけで、地震が来たら逃げる準備ができるのと一緒ですね。あと、昔は薬の副作用を書いて渡していたら患者さんから不安が

られたけれども、今は当たり前になっていますよね。そういうのを見て自分たちで判断していくことができますから、少しずつデータを出して、自分たちの医療を変えていく。

それと、医療は全てICTに乗せるという話になっていますから、そのうち介護も乗っけて、その仕組みづくりを世界に売っていくというのが国の戦略みたいです。今は実際的にDPCでデータは出ちゃいますから、そういう中でデータを吸い上げられていて、マスデータ、ビッグデータとして、今から私たちのやっていることが評価される時代になるという前提で考えておかないといけないのではないかと思います。

川越：絡んでもう一つ質問ですけれども、そのデータの公表ないし分析については、要は今は研究者がやっていて、それが表に出て、結構大変な目に遭うこともあるんですけれども、最終的には誰がやるべきなのか、やったほうがいいのか、これはいかがでしょうか。

橋本：熊本のレベルは、年3回、地域連携パスの会議を熊本市民会館で500名か700名でありますが、実は急性期病院1病院と連携している病院を3グループに分けて、年に1回解析をさせるんですね。解析をして、それで熊本のデータはこれで、例えば日本リハビリテーション病院・施設協会のデータと比較するところだ、熊本のいいところはこうだし、全国平均と比べてこの辺ちょっとおかしいよねとか、そういうのもみんなに提示していく。病院間の比較は、A病院がどこというのは伝えずに、そういうのを示していく。論文を書くときにも、それを発表する際、ABCのように、どの病院かわからないような匿名化したデータとして出していくという形で今やっています。

実は、2007年に地域連携パスを動かし始めて、大腿骨頸部骨折が保険点数になったときに、リハビリが3ヶ月に削られたんです、地域連携パスが点数をとれるようになって。大腿骨頸部骨折のパスの失敗を絶対脳卒中パスでやらないようにということで、熊本のパスをつくるのに1年かかって、皆さん方、全

10/30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/31
(金)

ま分
と科
め会

ディスカッショナル
パネル

メッセージ
開催市からの

特別講演
閉会式

会場スナップ
ショット

国に迷惑がかからないように非常にみんなで考えました。そして、厚生労働省に悪用されないようにとか、患者さん家族に悪用されないようにとか、しばらく論文を書かない。なぜか。データをとり始めると、経過のいい人のデータだけが先に行っちゃって、1年、2年たってやっとおうちに帰る人たちのデータが出てこないんです。二、三年は論文を書かないという約束で、最近、一生懸命そのマスデータで論文を書き始めているという話で、総説しか書かなかつた時代があります。注意が必要だと思います。何かデータを出すときに、初期はいいデータしか出てこないので、ネガティブデータが出るころまで我慢する必要があると思います。

川越：ありがとうございました。医療の質の話だったんですけども、介護の部分でも今サービスの質の評価の議論がされておりますので、迫井課長から今の動向と方向性を少しだけお話しいただきたいと思います。

迫井：介護サービスの質をどう評価していくのかというのは、これも古くて新しい問題と言ったほうがいいかもしれません。特にここ数年一貫した議論、課題だと考えています。

取り組みとしては、近年の改定で、報酬をどう重視的につけていくのか、どうサービスの評価をしていくのかという、これは医療も共通ですけれども、どちらかというと、何人配置をしたというような、プロセスとかストラクチャーですね。典型的な例として、7対1看護というのがよく出てくると思いますが、人員を配置すると、当然、投入資源が増えるので、報酬を高く設定するというのが、わりとオーソドックスなアプローチではあるんですが、結局それが必要度とか、得られた成果、アウトカムに連動しているのか、していないのかというのが、必ずしも明確ではないということで、サービスそのものをいかに質的評価をするのかというのが一貫したテーマになっていて、介護の分は特に難しいんだろうと思うんですね。客観的な指標がなかなか得られにくい。

そこで、可能な限り客観的に評価をする方法として、アセスメントの項目であるとか、評価をする手

法について、これは正直に申し上げて、医療は比較的、関係者の共通の理解あるいは共通の目標として合意形成しやすいのですが、介護の場合には生活そのものですから、価値観もかかわりますので、どうしても難しいです。ですから、あまり乱暴なことをしますとよくない影響が現場に出てきますので、我々としては非常に慎重にしながらも、かつ、やはり着実に進めていく必要があると思っています。

どちらかというと、ある人がこう言っているからこの方式がいいんだとか、いやいや、こっちのほうが私はいいと思っているんだという水かけ論ではなく、ある程度前提が共有できて、ある程度客観的な評価ができるのを目指していきたい。それは、介護にしてもそうですし、藤原さんにもお力添えをいただいて、現場のデータをいただきながら進めていこうとしています。

川越：ありがとうございます。

現場として、藤原さんのところは、利用者さんに対して、いろいろなサービス、ケアを提供されている中で、やった結果をきちんとこういうふうに自分のところで評価していくこうという方針があると思いますが、その辺のお話を聞かせください。

藤原：うちは今まで8年間ぐらいデータをとて分析してきたというのがあるんですが、ただ、今、一連のお話を伺った中で、医療の現場で結構分析されている情報が、一番生活期に行っているうちの介護の現場には来ない。例えば、認定審査会の情報なんかをケアマネジャーから来るかと思いや、主治医の意見書の内容すら来ない。

それから実態の中で、例えば、私たちは自宅でのADLの情報が、プログラムを開始する段階で欲しい。でもそれがケアマネから来ない。それから、体のリスクとか、ドクターのリスクとかいうことが書いてある場合もたまにあるけれども、書いてないことが多い。まして、身体のリスクとか、歩かせてはいけないとか書いてあって、でも、実際来たら、本人は歩いておられる。どういう認識でそういうリスクが載っているのか。主治医の意見書からケアマネに行って、うちに来る間に、ご本人が何週間かたって

いる間に自立しておられるとかあるんです。

もう一つ欲しいのは、家族の意識です。家族がどういう思いでおられるか。例えば、私どもはみんな、すぐ移動の自立を図るようなアプローチをやって、歩行器で来られても、うちでは歩くようになります。ところが、歩けるようになって「歩けるよ」と言ったら、突然、家族からの「歩かせないでください」と言ったのに、なぜ歩かせるのか」というクレームが、ケアマネから来るんです。

そういう実態が典型例です。典型例といったら一つしかないか。とんでもない。たくさんある。結局、最先端の私たちの現場まで情報を共有化する。僕は主治医の意見書なんていうのは、きちんとここまでつながっていいのではないかと思うんですけれども、何でケアマネでストップするのか。あの辺はちょっと制度をえていかないといけないけれども、隣に迫井さんがおられるからちょうどいいなと思っています。

もう一つは、施設が独自のケアプランをつくらなくてはいけないということです。今回も8.27の改正で強くおっしゃっていますが、そのとおりで、今は多くの施設はケアマネがつくったプランをそのまま横流しにして、それを施設のケアプランにしているところがすごく多い。要するに、評価をするという視点がケアは欠けている。評価をしようとするときの意識が弱い。

私どもは評価するために、3ヵ月おきにモニタリングし、評価をしていきます。基本動作とADLとIADLの22項目は最低とっているんだけれども、じゃあ、その22項目をとったことがうちで行っているメニュー、プログラムとほんとうにフィットしているのかどうか。

例えば、医療であるならば、心筋梗塞とか心臓に対する医療、アプローチは、数字も含めて具体的にある。ところが、生活行為でパンツをうまく脱いで便をふくということを的確にやるために評価。評価はADLの評価ができるんだけれども、そのための資料、アプローチというか、訓練はというと、直接生活行為をやることしかない。その直接生活行為

をやれるのが我々通所介護で、病院の訓練室では、シミュレーション訓練はできるけれども、直接訓練はできない。だから、先の医療法の改正で、ベッドサイドで直接ADLの訓練をやりなさいということが定められたけれども、在宅と病院とは少し違うから、やり切れていない。ならば、もっと我々のデイの中で、直接的な訓練をやっていく必要がある。その評価をやるためにには、情報がきちんと流れてくる必要があるんです。

もう一つは、さっき見ていただいたように、さつき川越さんがおっしゃったイメージの伝達を我々は行っています。要するに、どんなに麻痺があっても生活に支障がない状態というのが、脳卒中の場合はあるんです。うちではたくさん例があります。さつき見ていただいた方もそうです。障害はどんなに重度であっても、生活に支障がない。できることは結構ある。そういう状態のゴールイメージを啓蒙していくことです。全職種、職員が、医療、医師も含め、急性期から回復期、生活期まで全部含めて、脳卒中の場合のイメージを共有する。心身機能、活動、参加のうち参加レベルの、いわゆる人生の回復と私が申し上げている、そのレベルのイメージを共有していく。僕は脳卒中のリハの中で、介護も医療も、それが基本的に大事だらうということを今感じたことと、あとは、さつきから何度も言う情報の共有、これが大事だと思います。

川越:今の話はケアマネジャーの方がつくるケアプランですね。全体のサービスの全体像の計画をつくるケアプランがあつて、本来はそれを受けて、共通でサービス担当者会議の中でサービスを提供する人とケアマネジャーと一緒に話をして、この人の課題はここですよねとみんなで共有して、それを解決するために、長期目標はここだけれども、当面短期目標としてここまでいきましょうねと合意をして、それぞれが何をするかを決めて、個別援助計画をつくるというのがマネジメントの世界なんです。

介護保険の世界というのは、そういうケアプランと個別援助計画をセットにして生活機能向上を図ろうという仕組みにもかかわらず、なぜかケアマネ

10/30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/31
(金)ま分
と科
め会ディスカッショ
ナルメッセージ
開催市からの

特別講演

閉会式

会場スナップ
ショット

ジャーのところに力点が当たり過ぎていて、個別援助計画は機能しているのかというところが、実は今少し問題視されているし、ケアプラン特別援助計画の目標が同じ方向を向いているのか、同じイメージを持ち得ているのかというところが、実は今問われているかと思います。

このあたり、迫井さん、今、どういう居宅サービスが求められているのかという議論がありますよね。今日、居宅系の人も多いので。

迫井:これは長い長い取り組みで考えていく必要があるのかもしれません。3年に1度の改定で、一気にということはなかなか難しいんです。というのは、現場が実際にあって、サービスも提供されていて、事業所も運営していますので。ただ、問題提起をしているのは、居宅サービスには、訪問介護、通所介護、訪問リハ、通所リハ、いろいろあります。訪問看護もそうですね。改めて皆さんに見ていただければわかられると思いますが、基本的に目指すところは同じだし、基本的に向くべき、注ぐべき視点はすごく共通しています。

もともとサービスを創設した時点で、ある程度、サービスの提供ができるところと、なかなか難しい中山間があって、サービスごとに、あえて申し上げれば、分断したといいますか、サービスごとの報酬体系であり、サービスごとの事業所体系になっています。実態としてそれを、何と言うんでしょう、一体的に、総合的に提供していくという目が必ず必要で、そういうふうな視点で少しづつ整理をしていく。整理という言い方はよくないかもしれません。統合していくという流れだろうと思います。ですから、報酬の体系も、例えば、デイケアとデイサービスの違いがわからないという話はずっと言われていますよね。

リハビリなんかも、本来ですと、短時間である程度セラピー自体は済むはずですが、実際問題はかなりお預かり的なデイサービス的な機能も担った上でやっておられるわけです。これはニーズがあるからだと思います。同様にデイサービスだってニーズがあるから機能訓練特化型みたいな話になっていて、機能訓練に重点を置こうとする動きもあります。

これらは別々のサービスというよりは、共通の機能って何なんだと、何を求めるんだということをはつきりさせた上で、例えば、リハビリテーションがしっかり医学の管理のもとでやられるのであれば、その違いは何なのかと。あるいは、リハ職の方々が中心となって機能訓練を行うということであれば、その違いは何なのか、何に重点を置くのか。そういう、それぞれのいいところ、それぞれの特徴をしっかり評価をしていくという流れが必要で、これは少し時間がかかると思いますが、そういう体系的な評価が、ある意味、無駄の排除にもつながりますし、より効果的なサービスの提供につながるのではないかと理解しています。

川越:ありがとうございます。今、リハビリテーションの話が少し出てきましたので、もう少しリハビリテーションについて深く入っていきたいと思います。

今、医療保険で提供されているリハビリテーションと、介護保険下におけるリハビリテーションが、どういう守備範囲なのか、何を目指すリハビリなのかという議論になっています。そうした中で、本来は介護保険が始まったときに、生活機能というICFの概念が入って、今まででは心身機能が低下して、活動低下を引き起こし、社会参加を阻害しているという流れで障害を捉えていたのを、そうではなく、包括概念として捉え直しましょうというのが打ち出されて、ICFが入ってきたわけですね。ところが、やっていることが、まだまだ心身機能から入っている。この辺のICFがリハのほうでなかなか普及しないのはなぜなのかを、まずは、藤原さんに先にお話を聞きたいと思います。

藤原:私はリハビリテーションの中には、いわゆる医学モデルとしてのリハビリと、私が言うところの生活リハモデルがあると考えています。その生活リハモデルについて、どうも専門職の領域ではないように思い込んでいる作業療法士がいるというのが実際に情けない。私は作業療法士ですので、僕は彼らのことをぼろくそに言ってもいいと思っていて、OTを放棄しろといつもうるさく協会で言っているんですけれども、要するに、生活リハをきちんと見ていく、生活

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま分
と科
め会ディスカッション
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

行為を見るということが専門職の仕事ではないという錯覚に陥っているOTがいるのではないか。そうではないんです。

医学モデルは当然医療行為としてリハビリをやっていくということが当然ある。それは心身機能のリハとして当然ある。だけれども、回復期以降、参加というレベルになつたら生活リハなんです。それは生活行為力という具体的な生活行為で、それをどうやってつくっていくかという視点が、新たなリハではなくて、当然のリハのゴールとして最初からある。リハビリテーションというのは最初からそういう捉え方にもかかわらず、医療中心、医学モデル中心で、残念ながら、PT、OT、STも含めて発展してきたから、どうもこうなっているけれども、その視点を変えていく教育をやっていかない限り、だめだと思います。でも、今はチャンスだと思います。

川越：ありがとうございました。では、リハ専門医の橋本先生。

橋本：私自身は、ステージごとで比重は違うだけれども、心身機能、活動、参加、この三つの階層の中で、機能障害に対するリハビリと、活動制限に対するリハビリと、参加制約に対するリハビリという、三つの視点で考えていきながら、この人のステージは、特に維持期、生活期は参加制約に対するリハビリが中心になるはずなので、そういう視点で藤原さんの的な視点でリハビリを提供していかないといけない。機能障害に対するリハビリをやっても意味がないんです。1年たって廃用手は治りようがないので、治す努力をするよりも参加制約のほうに持っていくという視点で、皆さん方にICFの考え方を少し意識していただくといいのかなと私は思っています。

それと、医療保険でやるか介護保険でやるかのところで一番困るのが、介護保険になった途端に量が極端に減ってしまうという、制度上の大きな問題があるんですね。私たちは、医療保険も介護保険も、保険料を払っているのに、リハビリになつたら、基本的にどちらかでどこかで介護保険にシフトしないといけない。そこで、すとんと落ちてしまうという

制度の問題があって、評価をして、必要な人には介護保険でもそれなりのリハビリ、特に、参加制約に対してのリハビリをもうちょっと提供できるような仕組みを提供する。その辺のところは私たちの努力不足なのかなと思っています。

川越：ありがとうございました。

藤原さん、もう一つだけ質問させてください。先ほど打ち合わせのときに、急性期の脳卒中を発症された方が、回復期ではなくて、直接、藤原さんのところのデイサービスに来られる方が最近非常に増えてきたという話だったんですけども、その辺をお願いします。

藤原：まず、デイサービスに片麻痺、今日の話のような脳卒中の方が多いデイか。うちは多いんです。高齢者のところに、2号被保険者がデイサービスにたくさん見えるようなデイがもっと増えればいいと思っているんです。うちは今すごく多いんです。それが一つです。

うちは小学校のある先生が、回復期リハで一生懸命リハをやっていた。そのとき、校長から職業復帰しないかと声をかけられた。ところが、彼は機能訓練をやっていたので、小学校の先生なんだけれども、実際に子供に教えるとか、教壇に立って動くとか、子供がわーっと来たときに動き回るとか、砂場で何かやるとか、そういうようなことを何も経験していないから、自信がないと言って拒否した。

そしてうちに来た。うちに来て、まず彼がやつたのは園芸サークルの班長として、ほかの片麻痺の人などに土からおこして苗をつくって家に持つて帰るというリーダーをおやりになった。それから紙すきを皆さんに教えた。それからパンをつくったり、料理をつくって持つて帰ったりするリーダーを生活の中でいろいろやって、縦横無尽に動き回る生活行為、具体的な生活行為体験をデイでやつた。

で、7ヵ月後、再度校長から、どうですか、もう一度現場復帰してやりませんかと言われて、彼が、自信が出てきたからやってみようかなと言つたから、私は背中を押しました。現に彼は小学校に復帰されて53歳、小学校の教諭をやって、月に1回だけ、な

10/30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/31
(金)ま分
と科
め会ディスカッショナル
パネルメッセージ
開催市からの特別講演
閉会式会場スナップ
ショット

いしは2カ月に1回ぐらい、うちにひょこっと、ちょっと気分転換に来るということをやっています。

あのまま回復期にいたらどうでしょう。まだ機能訓練漬けだったか、やめていたかです。だから、直接な生活行為をやるというリハビリの場所、場面が必要で、僕は通所はその典型的なところだと思っています。それが僕の言い分です。

川越：ありがとうございます。

そうなると、医療保険から介護保険のリハのつなぎの量的な急減の部分をどうスムーズにするかという話と、その方法論とか目的とかを誰かうまく説明する人がどうしても要るのではないか。それについてリスクの部分も含めて評価をするとなると、お医者さんの出番に私はなるのではないかと思うんですが、橋本先生、いかがですか。

橋本：回復期リハ病棟というのは、参加制約をどうにかクリアして、できれば、そこから直接に職場復帰をするということが必要なので、麻痺があっても車の運転はできますので、車の運転ができるのかできないのかとか、本来であれば、そういうところまで考えた上で、セットアップするのが回復期だと考えます。

昔、急性期病院が在院日数を減らされたとき、もうけるために回復期をついでにつくった病院が多くて、僕はあれが非常に嫌だったんです。回復期に手を出したら在宅支援をやる、社会復帰をさせるというところで、熊本で考えたのは、急性期は急性期に特化して、回復期と維持期がワンセットになって在宅と社会復帰をさせていくという形のほうがうまくいくはずだということで、そういう形でやっています。

ただ、医師会の先生たちが批判されたのは、「リハ病院は回復期でもうけて、維持期でもうけて、二度おいしい。かかりつけ医には戻ってこない。おまえがどうにか言え」ということでした。それで一時期、主治医はかかりつけ医なので退院したら必ずかかりつけ医に戻してください、そのかかりつけ医に診てもらいながら、在宅での支援をサポートするという仕組みを強く訴えました。そうしないと囲い込みが行われるんですね。

京都の囲い込み方式とか有名なんすけれども、ある法人に入ったらその中でぐるぐる回ってしまう。熊本も、ある法人に入ってしまうとその中で完結して、かかりつけ医に戻ってこないという批判がすごくされたので、最終的にはかかりつけ医が主治医であるというのが前提に、患者さんたちの社会復帰を目指していくことも非常に重要ではないかと思っています。

川越：ありがとうございます。

では、最後のテーマですけれども、あと5分ぐらいしかありませんので、簡単に進めます。再発の予防をどうしていくのかというところで、一般住民向けの普及の部分とケア職の方への普及の部分、患者さんの指導の部分、そういった幾つかの側面があると思うんですけども、そのあたりを今後どう強化していくべきかということについて、今中先生、お考えがあれば教えていただきたいと思います。

今中：特に何も考えてはなかったんですけども。(笑) 再発予防も含めて、小学校、中学校への教育というのは結構大事なのではないか。

今、保健体育は一全然関係ないと言つてごめんなさい。保健体育は体育の先生が教えるとかいうのがありますけれども、そうではなくて、医療とか介護、あるいは障害、例えば脳卒中でどういう障害になって、どういう生活ができますよとか、デイサービスではどんなことがありますよとかいうことを学んだり、あるいはそこに手伝いに行ったりして、医療・介護になじんで、うまく使ったり、それに貢献するということを経験していると、医療の使い方、介護の使い方が上手になったり、あるいは予防せないかんなというのも身にしみてわかったりできるのではないか。そういう根本があるといろいろなことがうまくいくのではないかと思っています。

川越：ありがとうございます。

先ほど開始のときに、ここではない、別のところで、ジュニアヘルパーの話を藤原さんと一緒に聞いていて、涙しそうにされていたんですが、もし脳卒中になって、片麻痺が残ったとしても、こういう世界があるんだというところとか、そういう姿を見せて

いくのがすごく大事な気がするのですが、いかがでしょう。

藤原：うちには脳卒中教室という、脳卒中の人人がほかの高齢者のに話す機会があるんです。うちはPTAというプログラムです。当事者が当事者に伝えるというプログラムです。だから、脳卒中の人人が「あんた、こうなっちゃだめよ」とか、唾飛ばしてしゃべっている。それを当事者が聞く。だから、ピアケアという形の教育の場面がうちのデイではあります。それを再発予防という意味でやっています。

それから、今のジュニアヘルパー、感動しましたね。隣の村田幸子さんも泣いていましたけれども、ああいう子供たち、中学生が、高齢者のところに率直に飛び込んでいこうという姿勢がすごいし、言葉が、中にはちょっと見ている子もいたけれども、見ないであれだけ自分の言葉として表現する子供たちがこれから出てくるということで、僕はこの業界はまだまだ捨てたものではないなと思いました。

今、このケアの現場に来る人たちは少ないけれども、ああいう子たちがどんどん出てくるように、あの制度を全国に広げていくといいなと思いました。僕は今日初めてこれを知って、早目に会場に入って大もうけしました。あれを全国に広げたらどうですかね。どうでしょうか。ぜひよろしくお願ひします。(笑)

川越：迫井さんはまだ見えていなかったので、後でご紹介します。

ほぼ17時半という時間になりましたので、少しだけ最後にまとめさせていただきます。

今日の話はいろいろあったんですけども、結果的に個別のマネジメントをどうするのかと、地域課題を解決するためのマネジメントをどうするのかという、大きく二つの話がありました。

生活期においては一体利用者さんは何を望んでおられるのかというところ、何に困っているのか、それをどうしたいのかというところを引き出して、それを阻害している要員を1個1個を潰していくというのがケアでありリハビリテーションだと私は思っています。個別マネジメントにおいては、生活期のそういうケアとリハビリテーションが連動してやっていく。

どの部分はどこまでできるのかという見立ての部分とかはリハ職にやってもらって、それを繰り返し行うのはケア職の方なので、この二つの職種が連動しないと問題解決につながらない。

ただし、一方で年齢も高く、医療リスクもお持ちなので、そういうリスク評価をきちんとしながら必要なケアを提供するということになってくると、必然として主治医の先生との連携をしなければならない。なおかつ、主治医機能を強化するという話になれば、当然主治医の先生はリスク評価をきちんとできることが要件に多分なってくるのではないか。こういうことが、今日、話としてあったかと思います。

もう一つの地域のマネジメントですけれども、平成27年から全ての市町村が地域ケア個別会議と地域ケア推進会議と呼ばれる二つの会議を設けることになります。地域ケアの推進会議は、地域におけるさまざまな課題を皆で見せ合って、何が地域の課題かを出して、じゃあ、誰がどうやって解決するということを議論する場です。だから、場は国が用意しているんです。あとはその場の中でどううまく動かすかという話になります。課題が急性期との連携になると、その関係する課題を解決するメンバーの中に当然病院の関係者が入ってくるという話になるし、要は、課題によって解決に必要なメンバーが変わってしまうんです。例えば、在宅系であると狭いエリアの話になりますし、急性期の話だと少し広域の話になる。だから、エリアの大きさは変わってくるんですけれども、課題を解決するんだということは共通です。そのために必要なメンバーが誰かということで、メンバーを選していく。

それと、生活期を担っている側から主体的にかかわっていって、逆にそこに医療系の方に入ってもらう。つまり、医療系から物事を決めていく流れから、生活を見ている側の問題提起によって変えていくという流れ、要は、上下ではなくて、実は横だという話にもう一遍構築し直すのが地域包括ケアの中では大事なのではないかということで、この第一分科会を閉めさせていただければと思います。(拍手)

第2分科会

日 時 10月30日(木) 15:30~17:30

会 場 市民会館崇城大学ホール

看取りのあるべき姿 ～あなたはどこで最期を迎えますか～

コーディネーター

朝日新聞横浜総局記者 佐藤 陽 氏

パネリスト

熊本赤十字病院救急科部長 奥本 克己 氏

特別養護老人ホームグリーンヒル泉・横浜ケアマネジャー 小山 輝幸 氏

NPO法人老いと病いの文化研究所われもこう代表 竹熊 千晶 氏

オブザーバー

厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室長 佐々木昌弘 氏

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

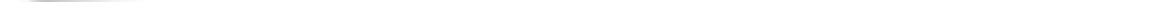
第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま
分
と
科
め
会パ
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30日(木) 15:30 ~ 17:30

コーディネーター

朝日新聞横浜総局記者 佐藤 陽 氏

パネリスト

熊本赤十字病院救急科部長 奥本 克己 氏

特別養護老人ホームグリーンヒル泉・横浜ケアマネジャー 小山 輝幸 氏

NPO法人老いと病いの文化研究所われもこう代表 竹熊 千晶 氏

オブザーバー

厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室長 佐々木昌弘 氏



佐藤：朝日新聞の横浜総局の記者で佐藤と申します。今日はよろしくお願ひいたします。

私がなぜ横浜からわざわざ来て、ここに座っているのかといいますと、資料集にもつけましたが、去年の11月からずっと在宅医療とか看取りの連載を1年ぐらいやっていまして、それでこういった大役を仰せつかりました。時間も2時間と限られているので、早速始めさせていただきます。

ここにいらっしゃっている方は皆さんご存じかと思うのですが、団塊世代が75歳以上になる2025年問題ということが言われていて、そのときにはほとんどの病院のベッド数は不足していく、在宅とか特養での看取りを広げていかないといけないという状況だと思います。今日は「看取りのあるべき姿～あなたはどこで最期を迎えますか～」というタイトルでけれども、今ごろになってですが、「看取りのあるべき姿」というのは、何か一つ正解があるというものではなくて、人それぞれの価値観によって決まるものだと思うんです。だから、今日の議論のメーンは、いかに地域での看取りを広げていくか。病院以外の自宅や施設、ホームホスピスとか、そういうところで看取りを広げていくにはどうしたらいいのかということを皆さんと一緒に考える分科会にしたいと思いますので、よろしくお願ひいたします。

それでは、お三方の発表に入らせていただく前に、皆さんの発表にもかかわりますので、参考までに皆様がどういった関係の方か、手を挙げていただきたいと思います。

まず、介護施設関係の方、手を挙げてください。

(該当者挙手)

佐藤：ありがとうございます。

いわゆる在宅医療とか、訪問介護ステーションなど、医療機関関係の方。

(該当者挙手)

佐藤：ありがとうございます。

それと、行政、自治体の関係の方。

(該当者挙手)

佐藤：ありがとうございます。

あとはそれ以外の方ですね。わかりました。こういう状況を一つ参考にしていただければと思います。

それでは奥本先生、トップバッターでよろしくお願ひいたします。

奥本：皆さん、こんにちは。私は、熊本市内にあります熊本赤十字病院の救命救急センターで働いております医師の奥本といいます。熊本県の方はおわかりだと思いますが、熊本市内には三つの救命救急センターがありまして、その一つが私どもの施設です。

今日は、ほかの方々との議論がかみ合うかどうかというのを、私自身最初から心配していました。というのは、安らかな最期とか看取りという言葉の対極にあるようなところが我々の職場だと思われていると私は思っており、中には「救急に運ばれるのは最悪だ」「最期はそこでは看取られたくない」というようなお気持ちが多いと思いますので、実情我々がどういうふうにやっているかというところをお話したいと思います。

救急車で運ばれてくる患者さんというのは、お子さんからお年寄りまでさまざまですけれども、今日



10/
30
(木)

開
会
式

基
調
講
演

第
1
分
科
会

第
2
分
科
会

第
3
分
科
会

10/
31
(金)

ま
分
と
科
め
会

デ
ィ
ス
カ
ッ
シ
ョ
ン
パ
ネ
ル

メ
ッ
セ
ー
ジ
開催市からの
閉
催
市

特
別
講
演

閉
会
式

会場スナップ
ショット

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま
分
と
科
め
会ディスカッション
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

は「看取り」というところがテーマですので、その中でもいよいよそういう時期が近づいてきつつある方——ご高齢の方が、何らかの急変でそういったふうに運ばれてしまうということはどういったことなのかを、ご存じの方も多いかと思いますけれどももう一度確認ということで、私の立場からお話をさせていただきたいと思います。

まずは、高齢者の救急搬送は非常に増加していると皆さん思われると思います。私も実際そう思っていました。私はこの熊本に来て9年になりますが、9年前と比べますと高齢者がものすごく増えているというふうに思いましたので、実際に調べてみました。過去5年間の私どもの施設に運ばれてくる65歳以上と65歳未満の方の割合を見てみると、実はほぼ横ばいなんです。救急搬送の数そのものが増えていくので、当然それぞれの世代の数は増えているんですけども、全体に占めるご高齢者の割合というのは意外と横ばいだということがわかりました。これが何を意味するのか私はわかりませんけれども、地域で見ていただいているという方も意外と多いのかもしれないなと思いました。

今日は皆様に、救急車を呼んだらどうなるかということ、救急病院に運ばれるとどうなるかということ、こういうことをふだん心がけていただきたいなどということなど、三つか四つお話ししたいと思います。

まず、救急車を呼ぶということですけれども、おそらく近い将来こういうふうなときが訪れようとしている方であっても、何らかの急変をすると救急車を呼んでしまう。これは当然です。我々同僚の救急医でさえも、患者さんにはいつも「こんなことで救急車を呼んじゃいけない」と言っておきながら、自分の家族が同じようなことになると救急車を呼んでしまうというようなこともあります。ですから、呼ぶということは、非常によくわかります。一度呼んで病院で何らかの治療をして症状が改善したというふうな経過をたどっている人であると、次に同じように急変すると、もしかしたらまたもとに戻るのではないかというような症状改善の期待感があるのではないかと思うんですね。あとは、実際この

まま亡くなってしまうのではないかというような不安感が強いというのが実情ではないかなと思います。

呼ばれた救急隊の活動のコンセプトは、皆さんご存じかもしれませんし、ご存じでない方はこれを知っておいていただかないと困りますが、全力投球です。呼ばれたからには、絶対にためらいは許されないとということです。皆さんが呼ばなければ何も起きません。ところが、救急車を一旦呼んでしまうと、彼らは全力投球です。リビングウイルと言われているようなものがもしその場にあったとしても、それに関して彼らは一切話を聞きません。なおかつ、ご家族が「いや、ちょっと呼んでしまったけれども、この人はそういう状態じゃないです。もうお帰りください」と言っても、それは許されません。

これはなぜかと言いますと、適切な処置をしなかったことによる賠償責任と、家族の意に反したことを行ったことによる慰謝料、これを比較したときに前者のほうが重いからです。ですから、基本的には手おくれにしてはいけないというコンセプトもありますが、そういったこともあって、救急隊というのを呼ばれたからには全力投球、必ず運ぶ、心肺蘇生をするというのが大前提になっているんです。

それに対して、我々はそういう時期が近づいているんだろうなと思われる方が運ばれてきた場合にはためらいます。ですが、実はためらってはいけないという気持ちもあります。この人は全力投球、この人は違うというふうに分けてしまうと、本当に全力投球しないといけない方が手おくれになってしまいますからです。ただ、病院に来たときに、先ほど言っていたリビングウイルと言われるようなものが提示されたり、ご家族の意志がはっきりしていた場合には、我々はそれ以上のことはしないことが多いです。

今回は、重篤な事案で運ばれてきたという前提で救命処置を取り上げていますけれども、この中で特に人工呼吸は、皆さんもご存じのように、一旦つけると外せない。これは今の日本では絶対外せません。ですから、我々はそれ以外の処置は比較的何のためらいもなくしますけれども、人工呼吸に関しては、ご家族が来る可能性があるのであれば、必

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま分
と科
め会ディスカッショナル
パネルメッセージ
開催市からの

特別講演

閉会式

会場スナップ
ショット

ずそれを待つというのが我々の施設の方針です。ところが、都会型の救命センターなどでは、こういったことはほとんど考慮せずに、自動的に人工呼吸をどんとつけるということになるので、都会の救命センターに行くと、ご高齢の方が人工呼吸につながれて、ずっと集中治療室を占めているというような光景があるのが実情です。

ただ、皆さんに誤解していただきたくないのは、D.N.A.R——積極的な蘇生を試みないということは、イコールその患者さんに対して何もしないということではありません。何らかの急変をしてもその方に意識があれば、当然何らかの苦痛などを訴えて病院に来られるわけなので、蘇生行為は試みなくても、その方の症状を取るような治療はやるべきというのが、救命病院のスタンスになります。

そして、実際に病院に運ばれてきたけれども、その治療のかいなく亡くなるという方は多いです。我々の考えですけれども、これはそういう意図でやっているわけではありませんが、こういう急変というのはどのご家族にとってもかなりびっくりするイベントですので、いわゆる延命処置と言われるかもしれません、その病院に家族全員が駆けつけるまではしっかりそういう処置を行う。そして、ご家族が集まつたときに皆さんの前でお看取りをしてあげるというのは、意外とご家族の満足度は高い。ご本人の満足度が高いかどうかはわかりませんが、ご家族には感謝されるというのが我々の実感です。

ただ、救命センターに運ばれてくる、特に心肺停止の患者さんというのは、ほとんどが一見さんです。我々のところのかかりつけの方ももちろんいますけれども、ほかの施設、もしくはほかの病院でかかっていた方が運ばれてくることが多いです。

ほぼ全例ですけれども、おそらく内因性の病気で亡くなったとわかっていても、亡くなった後にCTを撮ります。これは亡くなっていますので保険適用はありません。ですから、ご家族の実費になります。お金の話をするわけではないんですけども、そういうのが現状です。

なおかつ、熊本県の場合はほぼ全例、警察によ

る検死が行われます。つまり、我々の病院のかかりつけでない方が来られた場合には、警察を呼んで、ご遺体を確認していただいてという作業が必ず入ります。これは県によって大分違うと思います。私は以前沖縄にいましたが、沖縄ではそういうことをほとんどしたという経験がないんですけども、熊本はかなり厳格にやっているというのが実情です。

最後ですけれども、日ごろからの備えといいますか、急変というのはいつでも起こりますので、ご家族の間で、またご本人の意識があればもちろんご本人も含めて、急変時にどうするか、ご本人がどうしたいのかというふうなご家族の意見をまとめておくのはすごく大事なことです。

カリフォルニアの娘症候群とか、カリフォルニアの親戚とかいう言葉を聞かれた方もおられるかもしれません、我々はいつもこれを気にして、この方にカリフォルニアの娘はいないのかという話をします。これはどういうことかというと、ふだんは全然病院にも来ないので、いざ何かあったときにだけ出てきて、何やっているんだと後からクレームじみたことを言ってくるのがこのカリフォルニアの娘です。熊本でいうと、東京とか大阪の大都会に住んでいる親戚が後からやってくるということです。だから、こういう人も含めて意見をまとめてくださいという話を伝えています。

かかりつけ医との連携もそうです。そういう意図を踏まえて、何かあったときどうするのかという医療的なアドバイスをしていただくのがこの方ですでの、どういうふうに連携をとっていくのかというのは考えないといけないでしょう。

お薬は、特に我々のように一見さんが来られる病院では、ものすごく大事です。この方が何の病気を持っているか、今どういう薬を飲んでいるのかというのを明確に示していただけるご家族というのは、私たちの経験上ほとんどいません。ですから、できればふだんお元気なときに、こういったものを紙1枚にでもいいですからまとめておいて、何かあったときにはこれを病院に持っていくということも、治療をするときにはすごく大事になってきますので、少し念頭

10/30(木) 開会式 基調講演 第1分科会 第2分科会 第3分科会 10/31(金) ま分と科め会 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

に置いていただきたいと思います。

一応15分という持ち時間なのでこれで終わりますが、今日私がお話ししたところは、救急車を呼ぶということはどういうことなのか。全力投球で、決して妥協はしませんということですね。これを覚えておいてください。そして、救急病院に運ばれることは当然望まれない治療をされる可能性もあります。ただ、我々としては、急変時にそういう受け入れの時間を与えてあげると、比較的受け入れられているという実感があります。病院で亡くなると、実際にはCTを撮ったり、警察が来たりというような、ふだんご自宅や施設でお看取りしたときにはないようなことがあるということも知りたい。一般市民の方にこういったことを教育するというのも大事かもしれません。あとは、日ごろからの備えとして、今言いましたように、皆さんで意見を統一するということと、かかりつけ医との連携ですね。あと、その後の治療につなげるというところまでいくのであれば、持病やお薬の内容を把握するだけではなく、それを記載しておいていただくとすごくありがとうございます。「何となく血圧が高いと言われていたような、どうのこうの……」というような感じでは、なかなか治療に結びつかないこともありますので、具体的に記載しておくというのも非常に大切だと思います。

以上です。ありがとうございました。(拍手)

佐藤:奥本さん、時間厳守をありがとうございます。

救急というどうしても、看取りという点から考えると、ちょっと言葉が悪いですが、悪というか、救急に運ぶことに対してネガティブなイメージがありますが、家族が受け入れる時間をつくるという意味においてはポジティブな面もあるということが印象に残りました。

それでは、小山さん、次にお願いいたします。

小山:横浜から参りました、グリーンヒル泉・横浜で施設ケアマネジャーをしております小山と申します。よろしくお願いいたします。奥本先生が非常にきれいに15分でまとめられたので、かなりプレッシャーとなっていますけれども、時間が足りなくなるといけないので、早速進めていきたいと思います。



まず、地域包括ケアという言葉が、皆さんの中で非常に大きくなってきたときに、脱施設化や脱病院化という形で、施設と在宅というのが反対のベクトル、相反するものというイメージの風潮が若干出てきたかなと思っています。でも、実際、特養のホスピス機能としてのポテンシャルを考えたら、実はそうではないのではないかと。相反するものではなくて、お互い補完し合えるものではないかということを今回は皆さんにお伝えしたく、発表させていただきます。

特養等の看取りが増えれば、数としては、ほかのところでの看取りの数が減るのかもしれないですが、ただ、質の部分では、特養の看取りの質が上がれば、在宅や病院、ひいては地域の看取りの質も上げられるのではということをお伝えしようと思います。

簡単に、私が勤めている施設ですけれども、2005年4月に横浜市で初めての全室個室ユニットケアの特養として、ショートステイを含めて135床でオープンしております。そして、2006年に看取り介護加算、重度化対応加算というものが制定されました。看取り介護ができるようになったのは2008年で、開所から約3年かかりました。その翌年には、ターミナルケアの対象者の中にがんの方も含まれるようになってきて、年によってばらつきはありますが、大体年間20名前後の方を施設の中で最期までお世話をしております。

勤務職員は、いわゆる一般的な特養と同じような職員構成で、特に医療的に厚いこともありません。

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま分
と科
め会ディスカッショナル
ペネル開催市からの
メッセージ特別講演
閉会式会場スナップ
ショット

医師は嘱託の非常勤ですし、看護職員の夜勤もやつておりません。あと、施設オーナーも地主さんでして、特に医療法人等のバックアップもありません。

こちらが施設の外観です。横浜ということで、皆さんともおしゃれな港町というイメージを持たれているかも知れないですけれども、施設の周りはこのように田園風景が広がっております。結構酪農とかも盛んに行われておりますし、排泄介助の後で窓をあけたら、今度は外から動物のにおいが入ってくるということもあります。

そんな中で看取りを始めるまでの障壁、ハードルですけれども、やはり死亡診断をしていただける医師の確保が一番問題となりました。配置医師で入ってきてている先生が病院の勤務医でしたので、時間的制約があるということ。あと、看護師も夜勤をしていない。その不安を介護職員も感じておりました。新しい施設ですし、スキルもありません。夜勤が怖いですとか、亡くなる方に接するのがショックであるとか、介護職員は何もできないとかという恐怖心があったかと思います。あと、事務的諸手続の不足ということで、各種書類の整備も苦労しました。

それでも看取りを始めた理由ですが、医療制度、診療報酬制度も変わってまいりまして、長期入院が困難になってくる中で、医療機関と良好な関係を保つためには看取りがどうしても必要であると考えました。それと、介護保険改正による看取り介護加算等が始まりまして、佐藤さんみたいな新聞でもいろいろとそのような記事が出てくると、ご家族からの要望等、やるんでしょうみたいな声が上がってきました。あと、本人、家族からのニーズの高まりです。

あと、一番私が動かされた理由ですけれども、勤務している職員からの「最後の最後になって救急車で病院に行って、わけのわからないうちに退所になって、お部屋があいていたというよりは、最期どういうふうにその方がお亡くなりになったかというのを見たい」という声が、やはり大きかったと思います。

実際に準備したことすれども、まず死亡診断をしていただける医師を探すということで、配置医師とは別に在宅療養支援診療所のドクターに1軒

1軒挨拶回りをして、協力していただけないかという直談判をしていきました。中にはストーカー呼ばわりをされてしまったというケースもありました。

そして、所轄行政機関への問い合わせですが、消防や警察にも問い合わせてみて、救急搬送時の、先ほど奥本先生が言われた扱いについても学びました。そこで、警察、消防ともに、医師法第20条の死亡診断に関する誤った認識があるということをわかりました。

あと、各種書類等をつくりました。こちらは、インターネットはほんとうに便利だと改めて思いました。ただし、書類の文面に関しては、全部自分で一つ一つ言葉を選ぶようにして、説明のときに自分の気持ちを伝えられるように工夫しました。

あとは書いてあるとおりすれども、協力業者との関係というのでは、葬儀業者さんと仲よくなつて、ほかの病院ではどうなのとか、ほかの施設ではどうしているのというアドバイスをいただいたり、急に必要になった医療機器をレンタルできるかどうかという形で、レンタル業者さんとも契約を結びました。

また、「内部へのコンセンサスを得る」と格好いいことが書いてあるのですが、平たく言えば、根回しをいかにするかです。「今日は看護師さん機嫌が悪いから、明日ちょっと相談してみなよ」と言ったり、「今日は巨人が勝ったから、施設長、今日だったらいいよ。言ってみな」という根回しですね。

実際に看取り介護を始めてみました。そうすると、やはり大きな変化が一つ一つあらわれました。まず、介護職員から、怖かったけれども最期に立ち会えてよかったですというような発言が出てきたり、新しい医療処置の内容を知ることができたり、他の機関との連携ができました。あと、こちらが大きいかと思うのですが、ターミナルケアを経験して、職員がなれてくれる、今まで断ってきたであろう対象の方が入所されたり、ショートステイの受け入れができたりというような変化がきました。格好よく言えば、経験値が上がるんですけども、言いかえると麻痺してきたという感じですかね。

そして、看取りを通じて地域との連携も生まれました。後のシンポジウムでも触れると思うのですが、介護施設と病院との合同研修を行ったり、病院以外にも診療所、在宅サービス、施設サービス等が合同で、人生の最終段階にどうやって対応するかというのを考えるプロジェクトを進めたり、おもしろいところでは、県立がんセンターとも協力をして、介護職員が緩和ケア病棟で1日実習で働かせてもらったりということを交渉して行いました。あと、専門学校の生徒に対する看取りの出張授業など、こういう形で地域のほうにも広がりが出てきました。人生の最終段階に対応できる地域医療として、各施設、各事業所等も連携して行っております。人生の最終段階、終末期において、看取りについてみんなが相談できる体制を、医療職、介護職で構築しようというようなことを現在、横浜の一部のエリアで行っております。

救急医療との関係性の変化も生まれました。看取りを行わない施設では、死亡診断のために望まれないのに最期を救急搬送してしまうということがあったのですが、これは3次救急のマンパワーやベッドを浪費してしまうということで、施設で看取りが最期まで行われれば、これらを少しでも助けられることができるのでと思いました。

なおかつ、入居者の背景には、同居はしていないでも、多くの親類の方々がいらっしゃいます。この方々にも救急医療に対しての説明を行うことで、市民に対する救急医療についての教育効果もあるのではと思います。

あと、在宅医療にも変化が与えられたと思います。特養のほうで技術、スキルが構築されたことで、まだまだ大変課題は多いのですが、少しはターミナルケア中の方のショートステイ受け入れができるようになってくると、レスパイトのショートステイで、在宅で疲弊してしまった家族のサポートができるようになったかと思います。

もう一点、特養という社会福祉法人の性格上、地域の在宅のヘルパーさんに対する教育の場の提供もできるのではと思います。現に個人情報使用同意書

では、実習生の教育機関としての特養の使命も明記しております。

また、一般市民、国民への影響もあるかと思います。入居者さんの裏側には多くの親類者がおりまして、その方が看取りを経験することで、自分たちのほかの家族を看取るときの参考になると思います。あと、報道等にのって広く皆さんに伝え渡ることで、市民に対するデス・エデュケーション効果も上がるのではないかと思います。

これらのこと踏まえると、在宅の医師、病院等との協力によって特養の技術やレベルが上がることで、在宅もまたレベルが上がって、イコールフッティングとして同じようにいい関係性が結ばれるんじゃないかなと思っております。なので、在宅サービス、施設、病院、往診医、企業等が連携することで、地域の可能性というのはこのように大きくなりまして、この可能性を広げるためにも、より連携が必要であると思っております。

ただ、実際、制度上の課題は多くあります。特養入所者に対して、配置医師の制度として、まだとれない診療報酬の問題があります。あと、医療行為です。医療のデバイスが上がって、いろいろな医療が在宅に入ってきた、まだ介護職員にはできない医療行為が多くあります。なおかつ、現在の喀たん吸引制度は、特養等では介護職員を看護助手とする扱いが増えてきたのではないかと思います。

あと、リビングウイルで尊厳死を希望されていたとしても、医師の診断を受けていない状況では、救急搬送を頼まざるを得ないという状況もあります。ただ、特養にはすぐにでも心臓がとまりそうな方が多くいらっしゃいます。100歳を超えた方は、死の前兆がなくても「お休みなさい」と言って、ほんとうに永遠にお休みになる方も非常に多くいらっしゃいます。その中で最期を救急搬送もせずに看取るというのは、大きなストレスもありますし、訴訟リスクもあります。

仮にこれをやったとしても、看取り介護加算の報酬を考えると、これだと加算がとれない状況なので、

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま分
と科
め会ディスカッショナル
パネルメッセージ
開催市からの

特別講演

閉会式

会場スナップ
ショット

リスクが高いわりにコストがかかってしまうという状況です。なので、今後の展望として、看取り介護に対する正当な加算評価、こちらは看取った最期だけではなく、体制を整えておくというだけでも看取りの加算評価をしていただけたらと思います。

あと、リビングウイルや尊厳死に対する法的整備、こちらはガイドラインがいろいろありますが、どれも法的拘束力はないということで、どれに従つたらいののか、どれをガイドとしていいのか、非常に混沌しております。

また、クラウド上にカルテをアップすることによる看取り医師の輪番制度の提案は、特養等、一定の施設であれば常に記録等がきちんとありますので、終末期という診断を医師から下されたら、クラウド上にカルテをアップして、配置医師が死亡診断をできないときには、地域で輪番制で看取り死亡診断をしていただける医師の体制を確保する。これは特区対応等ができるのではないかと考えております。

では、短くなりましたが、私の発表はこれで終了したいと思います。ありがとうございました。(拍手)

佐藤:小山さん、ありがとうございました。

実は、私は小山さんの施設には多分10回以上取材にお邪魔して、いろいろとお話を聞いています。ほんとうにすごくオープンな施設で、もちろんマスクミだけではなく、地域に対して開かれた施設だという印象を受けました。

それでは、竹熊さんのホームホスピスについて、よろしくお願ひします。

竹熊:皆さん、こんにちは。熊本でホームホスピス



という活動を行っております「われもこう」の竹熊です。

今日、午前中にもしかして見に来てくださった方もおられるのではないかと思いますが、正式名称は、NPO法人老いと病いの文化研究所われもこうといいます。私たちは制度上の施設ではありません。なので、この介護保険推進の全国サミットに、よく私たちを呼んでくださったなど熊本市の懐の深さに非常に感銘を受けております。今日は、私たちが今やっているホームホスピスの活動を、具体的にどんなケアを行っているのか、どんな看取りを行っているのか、そのことがどんなふうに影響を及ぼしていくのかということを、簡単にお話ができればと思っています。

私は写真をいっぱいいつけています。この中に用いている写真は全て、ご本人はもう亡くなっていますので許可が得られないのですが、ご家族にこのような場で使わせてもらうということの許可は得ております。発表の場になると、目を隠したり、色をぼかしたりということがあります、それだと、私たちを今利用されている方たちの表情とかが全くわからなくなってしまいます。それはご家族も望んでおられることではありませんので、そのままの状態の写真を使わせていただきたいと思います。

ちなみにこれは、名前の由来のワレモコウという花ですが、これは阿蘇の山野に咲いている小指ぐらいの小さい赤い花で、お茶の花などに使われています。われもこうありたいとか、私も赤い花なんですよという、自己主張する意味があつて名づけられた花だそうです。その意味がとても好きで、私たちはホームホスピス「われもこう」として、この花の名前を使っています。

これを最初にお見せします。これは死後2時間経っています。「われもこう」の一番最初の入居者の方で、脳外科の先生でした。うちには病院から来られたのですが、私たちのところで、最期はどんな洋服を着ていようかとか、葬式はどんなふうにしようかとか、遺影はどうしようかとか、どんな音楽をかけようかとか、いろいろな話をご家族としていました。



亡くなった後にも先生らしく、やっぱり白衣を着ていようねと言うので、白衣を着せたら、とてもいい表情だったものですから、もったいないと思って、奥様と最後のツーショットという形で写真を撮らせていただきました。

この写真は、ほんとうに私のところの結論でもあるのですが、お通夜と葬儀をおうちでされましたときに、葬儀の喪主であられたこの奥様がご挨拶で言われたのが、先生はインフルエンザ脳症で気管切開とマーゲンチューブをつけておられたんですけども、そういう介護の重い状態になったのは夫の本意ではなかったかもしれません。だけれども、そうちならなかったら出会うことがなかった人に私は出会うことができました、ありがとうございましたということを、最後の最後に言われました。

私たちがどんなふうな活動を行っているのかということを、この住まい方、暮らしということ、看取りということ、もう一つ、地域との連携ということも交えて、写真をもとにしてお話をしたいと思います。

これは全国の病院死と在宅死の推移で、よくごらんになっていると思いますけれども、今病院で亡くなる方が8割、ご自宅というのは1割で、施設が残りの1割、2割ぐらいと言われています。この状態はおそらく変わらないだろうと言われているのですが、社会の状態としてどうかということは、さっきの基調講演でもありましたけれども、人口は減っていく、子供は減っていきますから、高齢者は同じ割合ですが高齢化率は上がってくると言われています。それと、熊本でもそうですけれども、単独世帯と高

齢者の老夫婦世帯というのは増えております。特に地方都市においては老夫婦世帯がものすごく増加しております。

そんな中で、これから先、看取りの場所がどんなふうになっていくのか。これは厚労省が将来推計として出しているものですけれども、病院のベッド数は変わらない。独居や老夫婦2人世帯で、自宅で看取っていけるかというと、なかなかそれは増えないかと思う。それから介護施設、小山さんのところなどの施設もお金がかかりますから、もちろんそんなに大きくは増えないかと思うと。じゃあ、その他のこの47万人の人たちがどこでどんなふうに亡なっていくのか、今大きな問題になっていると言われています。

私たちが考える看取り、平穏な死というのは、命の長さとか介護の期間だけでは決してなくて、本人がもう十分生きたと思えることでしょうし、家族が満足できる介護だったとか納得できる生き方だったということでしょう。その人が生きたことに納得できる、家族が満足できることだと思っています。私たちはホームホスピスを行っていますけれども、それは決して、死に場所、看取りの場所ということだけではなくて、死ぬときまで生きていく場所なので、その中で生活をしていくことが一番大事なのではないかと思っています。

何でこのホームホスピス「われもこう」をつくったのかといいますと、私たちの名称にもありますように、老いることとか病を持つこと、障害を持つことというの、誰にでも与えられることです。そういう状態になったときに、どんな場所や人、システムがあつたら、那人らしく人生を全うすることができるのだろうかということを考えながら、その選択肢の一つとして、ホームホスピスということを行っています。

このホームホスピスがあることで、今まで活動を5年近くしていますけれども、どんなふうに変わってきたのかということも少しお話をしたいと思います。

まず、ホームホスピス、これは私たちがつくった造語です。始まりは、宮崎に「母さんの家」という

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)

ま分
と科
め会

ディスカッショナル
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

ホームホスピスがありますが、10年経ちました。そこでは、宮崎にまず緩和ケア病棟、ホスピス病棟をつくろうという動きから、「宮崎にホスピス病棟」ではなく「宮崎をホスピスにしたい」というまちづくりの中で、みんなでそこで亡くなっていくことができればいいなという考え方、理念のもとに行われていた活動です。私たちはそこへ見学に行き、その活動をちょっとまねしながら熊本の地でやっているわけです。

「ホーム」は、単に家や地域を意味するだけではなくて、その人が安心できる居場所として用いています。それから、「ホスピス」というのは、おもてなしという意味で、その人が安心して、望む場所で望むように生を全うできるように、いろいろな医療や介護と連携して最期の看取りを行っていこうという活動です。

ここから、少し写真に入ります。ほんとうの自宅ではありませんが、住みなれた我が家のような、介護が必要な人にとって最期のときまで安心して過ごせるもう一つの家、もう一つの居場所というふうに、私たちはホームホスピスを定義しています。このホームホスピスは、望めば最後までいることができますし、1軒に大体5ないし6人で、普通の家ですからほんとうに小規模です。ほんとうの自宅ではないですが、ケアつきの居場所。

それから、「2.5人称の関係」と書いていますけれども、私のことではない、家族のあなたのことでもない、だけど3人称の他人のことでもない、2.5人称という家族のような関係で、近所の人のボランティアだけでもない、ケアのプロだけでもないようなかかわり方を行っています。それから、普通の家ですから、普通の家の音やにおいがします。そういう家のなかで、その人らしい生活を整えていくことができます。

これは、熊本市の校区単位の高齢化率です。赤いところが高いところですが、熊本市だけを見てみても、こんなふうにして高齢化率の高いところと低いところがあります。西区に「われもこう薬師」が最初にできまして、城山地区というここら辺ですが、

この辺は高齢化率が平均的な23%ぐらいのところです。こっちの大江のほうは高齢化率14%で、この青いところです。だけど、この黄色い城山地区というところで「われもこう薬師」をしていますが、私たちの集落、生活圏域として高齢者、お年寄りが歩いていけるだけの範囲を見てみると、高齢化率は50%超えています。薬師のところの集落は57%でした。

どんなシステムになっているかといいますと、普通の家があって、そこからデイサービスにも行きますし、主治医の先生がそれぞれにおられまして、ケアマネジャーもそれぞれにいます。訪看が来て、訪問入浴が来てというように、いろいろな職種の方がかかわっています。昨日調べてみたら、1軒の家に20カ所ぐらいの事業所がかかわっていました。

ここが玄関です。ほんとうに普通の家です。母屋があって、小屋が2軒あります。その裏に畑があります。畑も最初はスタッフがしようかと思っていたのですが、技術的にできなかつたものですから、近所の人が見るに見かねて畑の仕事を手伝ってくれて、そのうち近所の人たちが全部畑のことは担ってくれています。ケアのほうは、家の中でスタッフが行っていて、それから家族もここにやってくるというような感じです。

ほんとに普通の家ですけれども、空き家でした。今、熊本が一番持ち家率と空き家率が高いというのがこの間ニュースで出ていましたが、空き家って人が住まないとどんどん古くなってくるんですよね。この家も7年ぐらい空き家でしたから、雨漏りはするわ、床は抜けそうになっているところもあるわでした。でも、その補修、改修をして、こんなふうにして住むようになりました。人が住むと家は生きてきます。これはそのまま茶の間ですが、畳はかえました。風呂だけは昔の家でしたので、段差はあるし、暗いし、ナメクジがいるようなところでしたから、ユニットバスに改修をしています。これは台所です。水屋や食器などはそのままお借りしています。最初こういう施設を建てようと思ったら、この什器にかかる費用とか、それこそ何千万単位でかかると思いますが、最初の初期投資というのは、この家の改修だけで済



んでいます。

これは、「われもこう」に入居されたおばあちゃんですけれども、グループホームで脳梗塞を起こされて、救急病院に搬送されて、救急病院でもう亡くなりそうになっていたのですが、そこで亡くなるのはあんまりだということで、うちの「われもこう」に連れてこられました。この状態で、脳梗塞で右が麻痺だと言われていたんですけども、これほんとうは動画だったのですが、お孫さんが送ってきたプリンを右手でさじを持って食べています。皮をむくのは難しかったですけれども、こんなふうにして食べることができます。

この方も認知症のひどかったおばあちゃんです。娘さんがうちに来られてお母さんを預けていくときに「お母さん、ここにおってね」と言いながら、でもほんとうは自分が見たかったものだから、涙、涙だったんですけども、この認知症のひどいおばあちゃんが娘に向かって「何とかなる」と大きな声で言されました。私たちも心配しながらだったのですが、翌朝目が覚めたら仏壇の前に座って、「こら、よか仏壇なあ」と言いながら、手を合わせておられたところです。

横の写真はデイサービスを待っていたときに撮ったのですが、これは亡くなる10日ぐらい前の写真です。これは亡くなる前日の写真です。97歳ぐらいでしたから、息子さんも70を超えていらしたんですけども、息子さんに肩もみをされて、うれしそうにされておられるところです。小さいおばあちゃんでしたから、畳の上に布団を敷いて、その中にみんなが添

い寝したり、こたつみたいに足を突っ込んで、孫やらひ孫やらがわあわあ言いながら、ここで最期は静かに亡くなっていました。

先ほど最初にお見せした先生のお写真ですけれども、病院ではマーケンチューブをして、気管カニューレというカテーテルが入っていましたから、拘束のミトン、手袋をつけておられたんです。病院から来て最初にしたことは、その手袋を外しました。私たちは普通の小さい家ですから、動かれる気配でわかります。なので、この手袋を外した後に何されるかなと思って見ていたら、管が入っているからもぞもぞしますよね。だから、鼻くそをほじって、ベッドのそばにぼんぼんと捨てられたり、頭をかかれたり、目頭をこうしてかかれたりと、それだけで済みました。2カ月後、息子さんがピアニストだったので、ピアノのコンサートを近くでしたんですけども、そのときにびっくりしたのが、曲と曲の合い間に拍手をしておられました。そういうふうになられました。

これは、デイサービスに出かける前に撮った写真です。

これは「一緒に撮りたい」と言って、うちのスタッフ、独身の女性3人が、先生と一緒に撮っています。4年半うちにおられましたので、スタッフが最後の申し送りのときに「私たちは先生の最終講義を受けることができました」と言ってくれました。そんなふうにして、ホームホスピスでみんなでケアをしていくと、そこからみんなでまた学んでいくことも多くなってくるかなと思います。

何でこのホームホスピスで笑顔が増えていくのかということを考えますと、一つは高齢の認知症などの人は特に、リロケーションダメージが非常に小さいのではないかと思われます。それと、私たちは看取りの主役は家族だと思っています。その家族を支援するということに力を入れています。そうすると、人間関係とか、家族との関係性が保たれてきます。高齢であればあるほど、それまでの嫁姑の関係、兄弟の関係、夫婦のいざこざなど、いろいろなことがありますですが、そのことが介護する期間に許されてくるというようなことも生まれてきます。それと、家族

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま分
と科
め会ディスカッショ
ナルメッセージ
開催市からの特別講演
閉会式会場スナップ
ショット

佐々木：ただいまご紹介いただきました厚生労働省の佐々木でございます。

今日はオブザーバーということでしたけれども、せっかくなので私からもプレゼンをしたいと思って、皆さんの資料は白黒になってしましましたけれども、用意いたしました。

今、佐藤さんを含めて4名の方からお話をありました。改めてほんとうにさまざまな死の迎え方があるということを痛感いたしました。ここには今200人余りの方がいらっしゃいますが、必ず共通して言えることが三つあります。一つ目、皆さんは必ず亡くなります。二つ目、皆さんには必ず2人の実の父親、実の母親があります。生物である以上、そうです。そして、三つ目、皆さんには必ず4人の実の祖父母がいらっしゃいます。既に家族、肉親の死を迎えた方、そういう場面に立ち会われた方がほとんどだと思います。

私は昔、内科の臨床医をしておりましたので、そのときに34名の方の最期をご家族の方とともに迎えることがありました。ですので、今は行政官をしておりますけれども、さっきのご家族がそろうまで一生懸命心臓マッサージをしたりというのは、非常に我がこととして痛感いたしました。そうした経験もあわせて、「看取りのあるべき姿～あなたはどこで最期を迎えますか～」に関連する今の厚生労働省の話もご紹介したいと思います。

厚生労働省では、昭和のころから終末期医療について、今は「人生の最終段階における医療」という言い方をしていますが、これだけの検討を重ねて

のきずなが非常に強くなっています。

暮らしの中では、それまでのその人の暮らし方というのを整えやすいということもあります。これは地域のことですけれども、今日来られた方は見られたと思いますが、これはうちの「われもこう」に来る角の道です。ここはほんとうは角張っていたのですが、ここから訪問入浴の車やデイの車が来ますので、車が通りにくかろうとここを丸く隅切りをしてくださったんですよ。こんなふうにして、地域の中でも気遣いが生まれてきます。看取っていく中で、このような関係性が生まれてきます。家族の力、それから地域の力というのが、このホームホスピスを行っていくことで強くなっていくのではないかなと思います。

これは、近くのデイサービスでしたお花見の写真ですが、この中には入居者さん、スタッフ、ご家族、それから地域の人たちも含めて皆さんで。ここのデイの人たちは遠くにバスに乗って花見に行かれのですが、私たちはここに車椅子を押して、ほんとうにお花だけ見に行っています。

これが、今全国にあるホームホスピスでして、だいぶ増えました。全国に今17カ所ぐらいと言われていて、それぞれのホームホスピスが、その地域の中で2軒、3軒とつくっているところもあります。だけれども、それぞれの地域の特色によって、ホームホスピスの活動の内容というのは少しずつ変わっています。少しずつ増えているところです。

以上です。ありがとうございました。(拍手)

佐藤：竹熊さん、ありがとうございました。

私も今日午前中に「われもこう」さんにお邪魔しました。ほんとうに地域の中にすごく溶け込んでいて、ホームホスピスという言葉から来るイメージと全然違って、ほんとうに民家の中で、看取りが地域の中でされているという印象を受けました。また、その辺の話はディスカッションのほうで詳しくお聞きしたいと思います。

それでは、最後にオブザーバーでいらっしゃっています厚生労働省の佐々木さんから、国の政策の現状あたりを中心に、10分程度でよろしくお願ひいたします。

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま分
と科
め会ディスカッション
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

まいりました。平成12年度からは介護保険が始まり、その中で、先ほどの小山さんのような取り組みも進んでまいりましたし、また今は介護保険制度だけでは不十分ではないかということで、先ほどの竹熊さんの取り組みが始まったものと思います。

こうした中で厚生労働省は、このような検討を5年に1度進めるだけではなく、人生の最終段階における医療で、どうやって自分自身が意思決定をしていくのか。この場合は基本的に医療機関を対象にしていますが、医療従事者がどうやって本人のお気持ちを引き出すのかということを、7年前にガイドラインの形でまとめました。

ここは重要なことでご説明します。まず、ご本人の意思が確認できる場合、基本的にその方のご意思に従って医療をすべきではないかということです。このガイドライン上は、ご家族の意思は基本的には関係しません。もちろんご家族との丁寧なコミュニケーションを築き上げるというのは大事ですけれども、あくまでもご本人の意思が前提で、そのご本人の意思が確認できない場合に限り、ご家族がご本人の意思を推定するという役割になっております。ここが非常に重要なポイントとなります。

参考までに申し上げますが、昨年来、国會議員の中で、俗に尊厳死法案という言い方をしますけれども、ご本人の意思を尊重する形で、書面に残した場合はそれを尊重し、刑事・民事の責任を問われないという法案をつくる動きがありますが、その中で規定されているのはここだけで、ご本人の意思が確認できない場合のご家族によるご本人の意思の推定というのは入っておりません。参考までに紹介しておきます。

こうした中で、先ほど奥本先生の話に法的な位置づけはどうかというのがありましたけれども、実はあんまり法的な位置づけを明確に解釈する場面はありません。ただ、平成19年にこの厚生労働省のガイドラインができる以降、こうした形で本人の意思に沿って治療をそもそも行わない、またはその治療をご本人の意思に従って中止したというので、逮捕、起訴された事例はないという状況です。

今申し上げたガイドラインについては、厚生労働省がお示ししただけではなく、多くの医師会や病院団体、さらには学会も基本的には同じ考え方です。まず、昭和のころからの議論だったというのがポイントの一つ目で、ガイドラインというものをつくったというのが二つ目です。

先ほどポイントの一つ目で、5年に1度、厚生労働省が検討を重ねているということを申し上げましたが、直近では今年の3月に検討報告がまとまりました。このメンバーでご議論いただきました。その間、昨年3月に国民の皆さんに調査をさせていただきました。その中で明らかになったことは、「ご家族と話し合ったことがあるか」「ない」。ただ、別の見方をすれば、自分が亡くなる場面を家族と話し合ったことがある人が、逆に4割はいると。こういう見方もできると思います。正直私は、4割もいたのかという感想でした。書面で残すということについては、約7割の方が賛成をしておられる一方で、3%ほどの方しか実際には書面を作成していないということもわかりました。それを法律で定めるか、先ほど国會議員の間での立法の話がありました。これは定めになくてもよいのではないかという方が4割から5割近くいるという結果もわかりました。また、さまざまな場面に応じてどういう治療を受けるのか、これも認知症や末期がんだと、四つのケースについてまとめてあります。そして、患者さんや介護保険施設の話し合いの実態や、平成19年にできたガイドラインをどれだけ医療者の方は使っていらっしゃるのかという結果もまとめております。

今申し上げたことを含めて、この報告書にまとめさせていただきましたけれども、その中でまず、考えることができる機会をできるだけ多く確保しようと。これは先ほどの佐藤さんから始まる4名のいずれの方にも共通したメッセージでしたが、私どもも同じことの提言を受けております。また、現実的にはやはり医療機関で亡くなる方が多いですから、医療の提供体制、もっと言うと、亡くなる場面が病院、医療機関でなくとも、それまでの期間にかかっているとき、そこでどうご本人、ご家族にそのことを考

10/30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/31
(金)ま分
と科
め会ディスカッショ
ナルメッセージ
開催市からの

特別講演

閉会式

会場スナップ
ショット

えていただけるのか、そのことも含めての提言になります。

それを受け、今年度全国10カ所で、どうやつたらご本人のお気持ちを引き出すことができるのか、そのモデル事業を進めているところです。10カ所ですが7倍以上の申し込みがありました。採点などしていただいた結果10カ所に行っていただくことになったわけですが、7倍以上の倍率だったということも私からすれば、今これだけ少なくとも医療の現場の方は、そのことに強い関心、直面しているということを感じました。この結果は年度末にまとめて、皆さんに還元できると思います。

これは先ほどのモデル事業の目的です。今申し上げてきたことはさまざまな形で厚生労働省、行政が取り組みますが、それはあくまでもご本人の意思、そしてそれを支える家族との関係の上に成り立っているので、それをどうやって、制度の形にするのがよいのか、それとも、こうしてできるだけ多くお知らせするという形がよいのか。それは、今後時代とともに変わってくるでしょうし、個々のケースによっても違うですから、そのためには多くの議論をさらに広めていくことが必要だと思っております。

これは事業内容とか、先ほどの繰り返しになるので省略いたしますけれども、全てモデル事業の資料になっております。こうしてディスカッションをした内容などもあります。ご興味があれば、このモデル事業名で情報発信をその都度しておりますので、ご参考にしていただければと思います。

以上、私のほうから、同じ思いでいるということ、そしてそれに対して今厚生労働省が取り組んでいること、これまでの議論の経過をご紹介申し上げまして、私からのプレゼンいたします。どうもありがとうございました。(拍手)

佐藤:佐々木さん、ありがとうございました。そして、4人の先生方、改めてありがとうございました。

それでは次に、この4人の先生方を交えてパネルディスカッションに移りたいと思います。大きなポイントとして四つほど論点を考えました。まず初めに、地域での看取りを広げていくという意味におい

ては、いわゆる望まれない救急搬送というものを減らしていくかといけないということで、望まれない救急搬送を防ぐにはという点。2点目に、それに関連してリビングウイル、事前指定書の制度化について、今、佐々木さんからもお話がありましたけれども、どう考えたらいいのかという問題。3点目に、地域での看取りを広げていく上の苦労ですね。何が課題なのか。小山さんとか竹熊さんを中心に議論を深めたいと思います。最後の4点目は、地域連携や医療と介護の連携は看取りを広めていく上で大事だと思いますが、それをしていくにはどうしたらいいのか。大きく四つ考えておりますので、よろしくお願ひいたします。

それでは、最初の救急搬送の問題ですが、いわゆる自宅での看取りということを決めた場合でも、例えばご家族が慌ててしまい救急車を呼んでしまって、在宅の先生がいらっしゃるのに救急病院で亡くなられたというケースも、私も実際、取材で聞いたことがあります。もちろんそういうときには、一般市民はパニックになってしまってということもあるとは思いますが、やっぱり一般市民が地域で看取る、自宅で看取る、あるいは施設で看取るという覚悟を持つということも大事なのかなと思います。

それと同時に、小山さんのグリーンヒルさんの取り組みを教えていただきたいのですが、入所された方に対して救命措置についての希望確認をされないとお聞きしたんですけども、その辺の中身とか、されていく上でのご苦労などの話ををしていただけますでしょうか。

小山:当施設の場合ですけれども、高齢者をお預かりしているということで、いつ何時容体が変わられるか非常にわからない、急展開で状況が変わるということを踏まえまして、入所してすぐに、救急搬送が必要な状況になったときに、どこまでの医療を望まれているかというのを、事前に書類に起こして残しておくようにしております。これに関しては随時見直しができるようにしています。

その際、最初に所轄の消防署の救急隊員等と相談をしたときに、心肺蘇生は救急車を呼んだら有無

10/30(木) 開会式 基調講演 第1分科会 第2分科会 第3分科会 10/31(金) ま分と科め会 パネル メッセージ 開催市からの 特別講演 閉会式 会場スナップ

を言わせずやりますよということだったので、それはご家族にきちんと説明をしております。ただ、今は救急救命士の資格を持った隊員であれば、送管をしてアンビを使っての人工呼吸、また、ルートを確保しての昇圧剤、アドレナリン等の投与というものに関しては医師と相談の上、実行するということで、こちらを希望されているかどうかは事前に聞いておいてくださいというお話があったので、それをきちんとご家族に説明をし、救急医療に関する用語説明等の資料集もつくった上で、また別の書類に記入をしてもらっております。

そして、救急搬送された後、病院に着いてからどこまでの医療行為を望むのかということに関しても書類を起こしているのですが、このような取り組みがだんだんと周知されてくると、今度は横浜市消防局本局の消防司令補の方が施設に来られて、市で統一したそういう書式ができるかどうかという検討段階に入っております。ある程度地域で共通した書式をつくり、救急医療に対してどのように介護施設から情報のパスができるかというのを検討していきましょうという動きが今だんだんと大きくなっています。

佐藤：小山さん、ありがとうございました。

それに対して、奥本先生にお聞きしたいのですが、例えばそういう気管内送管をしないでほしいとかいった希望を書いた書式が来た場合、奥本先生は救急救命センターとして、どこまで考慮をされて治療をされるのか、その辺の具体的な実例を交えてお話をお願いします。

奥本：そうですね。これはそこで対応した医師の裁量になってしまいます。明確にそういう規定された書式があるわけでもないですし、我々受ける側も、規定されたものがない以上は、それをその場でどう解釈するのかというのも、なかなかルールとして決められない。1施設でさえそういうふうに決められない状況ですので、ほかの施設はどうしているかというと、それぞれの病院で、その場その場で対応しているというのが現状です。

ただ、今、小山さんが言われたみたいに、かなり

侵襲的な処置、心肺蘇生に伴い喉に管を通したりとかいう行為に関しては、やはり救急隊の方が勝手にすることではなく、必ず所轄というか、コントロールしている病院にお伺いを立ててからやるということになっているので、そのときに救急隊のほうから例えば、こういうことは望まれていないんですけど呼ばれたみたいでというような情報があると、心肺蘇生はもちろんしないといけないんですけども、病院によっては、そういった侵襲な処置はせずに、形式だけでもいいですから、そういう形で運んでくださいというアドバイスをした実例は確かにあります。

ただ、先ほどのカリフォルニアの娘ではないですが、そういう人たちから、なぜそういう侵襲的、積極的な治療ができるのにしなかったのかと言われてしまうと、またそれは個別に考えないといけないので、その辺はなかなか難しい問題かなと思っています。

佐藤：その辺は先生のご判断によっても違いますし、あと施設によっても全く違うと。

奥本：調査をしたことないので、実際どういうふうにそれに対応しているのかというのはわからないというが、おそらく実情だと思います。

竹熊：小山さんに、私も質問していいですか。

佐藤：はい。竹熊さん、どうぞ。

竹熊：うちは書面では全然していません。というのは、介護をしていると家族が非常に揺れ動かれるんですよね。書面にする必要ももちろんあるのですが、どんどんよくなっていくとなおさら、やっぱりもうちょっと助かってほしいとか、もうちょっと生きてほしいという希望も出てくるものだから、それは家族が変化され、揺れ動かされることに対応しないといけないと思っています。その都度、家族にどれだけ説明してもし切れない部分もありますし、どんなふうにしようかという話し合いがものすごく大事だなということを痛感しています。

うちに来られる方は、ホームホスピスですから、ほんとうは穏やかに亡くなりたいと思っていらっしゃる方が多いのですが、それでもやっぱり見ておれない状

10/30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/31
(金)ま分
と科
め会ディスカッショナル
ペネルメッセージ
開催市からの

特別講演

閉会式

会場スナップ
ショット

況になってこられるご家族の気持ちもわかるから、救急搬送をして、やっぱりこうじゃなかったと思われたりすることもあるんですよ。そういう書面にとられるときにどんなふうにされていたり、また変化があったときはどんなふうにされているんですか。

佐藤：小山さん、どうぞお願ひします。

小山：まず大前提として、入所されたらすぐ1回書きます。その段階での書面を起こしておくのですが、その際に、人の心というのは必ず変わると思いますし、変わられたのにそのまま黙ってぐじゅぐじゅしていると、その間に何かあったら絶対に後悔するので、もし今のお気持ちから少しでも変化があるような場合、ちょっと違うかなということがあったら必ず、遅れずにこちらに申し出てくださいというのを最初にお伝えしております。

そのようにお伝えしているので、常にその書類というのは見直しがかかります。入院されたり体調が崩れたりすると「ちょっと確認しておきなさいよ」と看護職員につつかれることもありますし、逆にあまりころころと変わっていると、今度は「私たちはどっちに従えばいいのよ」ということもあるのですが。ただ、相談を受ける窓口のソーシャルワーカー業務をしている者としては、人が悩むのは当たり前というのをご家族様にお伝えをした上で、「少しでも迷っているとか、気持ちの変化があったら、すぐに声をかけてくださいね」とお伝えして、またこちらのほうからも「最近のお気持ちに変化はないですか」と小まめにチェックするようにして対応しております。

佐藤：竹熊さん、そんな感じで、やはり頻繁に意思確認を職員さんがされているということですね。

竹熊：幸いなのは小規模ですから、五、六人の入居者で、かかわるのは10人ぐらいのスタッフです。いろいろな事業所も入ってくるのですが、主にかかわるスタッフたちがいつも一緒にケアを行っていますから、そういう本人の気持ちはあまりわからないことが多いのですが、ご家族の気持ちというのは、その都度いろいろ話ができるようにはしております。だから、今のところ書面はあまり必要がなかったということです。

佐藤：小山さん、その意思確認を最初入居のときにされるときは、ご本人というか、ご家族が本人の意思を代弁されるというケースが多いわけですね。

小山：まず、ご本人様の意思が一番大事かとは思いますが、特養の入所において、ご本人の意思で契約を結びたいと言って入ってくる方より、現状はほとんどご家族様の意思が優先されているかと思います。ご家族様によってケース・バイ・ケースですけれども、ご本人様を交えてその意思確認をされる方もいらっしゃれば、ご本人様とは別に親類だけで話をされてというケースもあります。

ただ、注意しているのは、必ず記入していただく際に、こういうことは今まで手は出してくれなかった遠くの親戚が、最後になって、手は出さないけれど口は出してくれることが多いから、必ず遠い親戚までどうしようかと相談してくださいというのをお願いしています。なおかつ、我々がキーパーソンと便宜上言っているご家族様が、なかなか親類の方とお話しできないときには、説明がしづらいようだったら、こちらからしますのでと言って、電話をかけたり、会いに行ったりということをして、家族間の意思を確認するようにしております。

佐藤：では、その話の流れの中で、リビングウイル、事前指定書の制度化ということについて、話を進めていきたいと思います。

奥本先生にお聞きしたいのですけれども、実際日々、基本的にはもちろん救命されるということだと思いますが、いろいろ心の中では悩まれてやっている部分があると思います。さっきの佐々木さんのお話にありましたけれども、リビングウイルの法制化、制度化はすべきだとお考えですか。もしすべきだとすれば、どの程度までしたらいとお考えでしょうか。

奥本：非常に難しい問題だと思います。現状をお話しますと、施設やご自宅から明確にリビングウイルだと思われるものを家族が持参されて救急搬送されてくる事例というのは、ほかの施設はわかりませんが、我々の施設ではほぼ皆無です。施設の方がカルテ的なものを持ってこられて、いつ入所したかわからな

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま分
と科
め会ディスカッショ
ンル開催市から
のメッセージ

特別講演

閉会式

会場スナップ
ショット

いぐらい昔に書かれた、このときにはこうだったみたいですねというようなものをリビングウイルというのかどうかわかりませんが、そういうのはよくあります。けれども、現時点では、この方もしくはこの方のご家族は皆さん総意で、「こういう処置まではしますが、ここまでではありません」というような形で明確に意思表示をされるというケースはほぼないというのが実情です。

あと、病院に入院してしまうと、かなり我々医療者は、そこは敏感になっていますので、先ほど小山さんが言われたように、日々ご家族のお気持ちは変わつてももちろん構いませんし、その都度電子カルテの表に「この方は、何月何日の時点ではこういうところまではしますけれども、ここまでではありません」というようなことを明示すると。これが病院の中でのリビングウイルというものになるのかどうかわかりませんが、施設内ではそういうふうにしているという現状です。

ですから、まだそういうものにお目にかかるついてないので、いきなり法でどうのこうのということもどうなのかと思います。現状としては、おそらくそれぞれの病院内もしくは施設内で、そういうリビングウイル的なものの運用も始めておられるところもあると思いますので、法云々は別として、まずはそれを、その地域の中である程度統一した書式にできると、みんなが共通認識できるものになるのかなという気はします。あまり法で縛ってしまうと、そのリビングウイルをとることがすごくプレッシャーになってしまったり、それがないといけないんだというようなことになってしまうと、本末転倒のような気がします。

佐藤：例えば、熊本県とか、熊本市みたいな地域として、何かそういう書式を統一するとかいうイメージですか。

奥本：そうですね。どうせつくるのであれば、地域で統一したものを持つて、それが法的な根拠があるかどうかは、また次の問題ですけれども、まず同じ書式を常に見ることができると、みんなで共通認識ができると。だから、全国で統一しなくとも、まず地域で統一することはトライしてもいいので

はないかなという気はします。

佐藤：竹熊さん、そのあたりはどうでしょう。先ほどそういった書面は、人の気持ちは変わるからというようなことをおっしゃっていましたが、そのリビングウイル、事前指定を制度化することについてはどんなご意見でしょうか。

竹熊：書面が、ケアする側を守るためのものであつたら、決してうまくいかないと思います。それが、コミュニケーションのツールとして、よい看取りができるための一つの手段として使われて、本人にとっての最善、ご家族にとっての最善ということが考えていいけるのであれば、制度というよりも、一つの書式として用いることは非常に大事だと思います。

それから、これから独居の方が増えてこられますから、その独居の方を、その地域の中の周りの方がみんな知っているということも大事になってくるのかなと思っています。

佐藤：小山さんは、リビングウイルについて法的整備すべきだとおっしゃられていますけれども、そのあたりは具体的にはどういうようなイメージを考えていらっしゃるのでしょうか。

小山：法的整備と書きましたが、必ず法律で定めてほしいというわけではなくて、法で定めるものではないというのであれば、そのことを明確にしていただけたらいいなというのが一つあります。

学会ですか、いろいろなところからのガイドラインがあるのですが、全てそれらは法的な意味はなさないということになっておりますので、逆にご家族様がリビングウイルをやりたいと言われたとしても、それが法的に効力がないという部分をお互い認識していかなければいけないと思いますし、その辺を法律で定めるか定めないのかというのもはっきりしていただいて、割り切りたいというのが正直なところです。

あと、私どもがつくっている書類に関しても大きく注意書きとして、説明する際にも、この書類に関しては救急搬送等をされた際に担当の救急医の方に参考としてお伝えをするという内容のものであって、最終的にはそのとき対応された先生の医学的な判断にお任せしています。逆に、いろんな救命処置を

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま分
と科
め会ディスカッショナル
パネルメッセージ
開催市からの特別講演
閉会式会場スナップ
ショット

希望したいと申し出てあったとしても、その救命処置が無駄であるとか該当しないということがあつたら、そのとき担当された先生によって行われないこともありますよと。あくまで、参考にはなるけれども、これが絶対ではなく、最終的にはドクターの医学的な判断にお任せしていますというのを伝えるようにしております。

佐藤：ぜひ佐々木さんにお伺いしたいのですが、先ほどもお話をありましたように、これは議員立法で今、尊厳死法案の審議が続いていると思いますが、おっしゃったのは本人の意思確認という部分だけだったので、現状を差し支えない部分でもう一度その辺の中身についてお話をいただけますでしょうか。

佐々木：まず、超党派の議員、政党を超えた議員で構成される議連があり、そしてそれぞれの政党が持ち帰って、例えば与党でいうと、自民党のプロジェクトチームでは昨年から今年の6月までに9回議論を重ねられています。ただ、この超党派議連による議論というのは10年ほど前から行われていますが、大きな流れの中で、盛り上がったり鎮静化したりしているというのがこれまでの経緯です。

そして、現在法案として議論されているものは、実は二つ案があります。一つは不開始、しない、まず治療を始めないということまでを決めたもの、もう一つは、始めないだけではなくて、治療を既に行っているものの中止まで含めているものです。今年6月の自民党のPTの例を取り上げると、始めないだけではなく中止まで含めた案がよいだろうというものが2つの案の紹介と状況です。

中身で申し上げますと、実はガイドラインにかなり近いです。先ほど申し上げたご家族の意思の推定というのは含まれないというのが違うのと、あと、あちらの法案では「終末期」という言葉を使っているので「終末期」と言いますが、終末期の判断を2名以上の医師がしなければならない。今は歯学部附属病院のようなところで亡くなる方もいらっしゃいますので、医師または歯科医師という案も出ていますが、わかりやすく言うと、2名以上の医師がまず終末期と判断しなければいけない。この前提がついて

いるというのが特徴になります。

今のを整理しますと、ポイントの1点目が「2人以上の医師が終末期と判断し」、ポイントの2点目が「本人の意思が書面で確認されている場合に限り」、ポイントの3点目が「刑事・民事を免責する」というものです。

この議論を進める中で、本人が望まなくてもこれに当てはまるんじゃないかという懸念を持つ方もいらっしゃいますが、それは先ほど言った、本人の意思が書面で確認できる限りという条件がつきます。

もう一つよく懸念されるのは、先ほどの話のように、それは言っても本人の意思が変わる場合もありますし、ほんとうにまれなケースかもしれませんのが、本人が、家族の見ている前で本人の意思に反してそれを書かされるという場合もあるのではという指摘もあります。それについては、これは多分法案というよりは、その本人の意思の確認方法という運用面でカバーすべきではないかという議論が行われたと聞いています。以上が、法案の概要と今の状況です。

それで、法案として提出されるか否かについては、そればかりはさすがに何とも。わかりません。

佐藤：佐々木さんのお立場からはコメントしづらいですね。済みません。

そういうことで、法制化が確かにいいのかどうかというのは、多分会場にいる皆さんもほんとうに意見が分かれるところだと思いますけれども、やはり何らかの制度化というものは必要なのかなというのは、多分皆さんその辺の認識は一致しているところかなと思っています。

ちょっと時間も押しているので、次の論点に移らせていただきます。

グリーンヒルさんと「われもこう」さんの地域での看取り、これまでされてきた中でのご苦労とか、あるいは今日は佐々木さんがいらっしゃるので、こういうところをちょっと何とかしてほしいというような国への要望をお聞きできればと思います。

それでは、竹熊さんから。「われもこう」を運営されてきて、基本的に何かの制度のもとでされているというわけではなく、ほんとうに一民間の施設として

されていると思いますが、その辺のご苦労や、またその辺のよさもあると思うんですけれども、主にどっちかというとご苦労の部分、課題というところをおっしゃっていただいてよろしいでしょうか。

竹熊：私たちはこのホームホスピスを今熊本でやっていますけれども、全国各地のホームホスピスはみんな空き家を使っています。空き家を使ってやるときに、反対されるところがほとんどなんです。なぜかというと、そんな救急車がいっぱい来るところ、そんな死人が出るようなところというような理由で反対される地域もあります。

幸いなことに熊本では、自治会の総会の中でご挨拶に行ったり、隣保組にご挨拶に行ったりしたとき、拍手で賛成していただきました。よくよく調べてみると、あそこは高齢化率が57%で、みんながこの先どうなるんだろうかという不安を持っていた地域でもありました。地域によって、やはりその受けとめ方はものすごく違うんだなと感じました。

それで、私たちは空き家を利用しているのは、もちろんお金のことが一番最初にあったのですが、そのよさは、先ほどお見せしたように普通の家なので、お年寄りにとってはものすごく安心できるみたいですね。ただ、スタッフはおそらく、段差はあるし、寒いし、暑いし、空調は効いていないし、ケアはしにくいだろうと思います。それが一つの問題です。

それともう一つが、やはりNPOでやっていまして、小山さんところの社会福祉法人のように大きくなっているですから、お金ははっきり言って、もうかりません。いろんな利用料をいただいているけれども、ほとんど人件費に賄われます。制度がないということは、その運営をどんなふうにしていくのかという厳しさがあります。

厳しさはあるんですけども、今やっていることのよさもありますし、それをすることによって地域の人が何となく優しくなるんですよね。隅切りの人がいい事例ですけれども、例えばうちで避難訓練をするときに、近所のうるさいおばちゃんが「そのときは呼んでね。どのばあちゃんば私が連れていかなんか、見とかなんけん」と言ってくださったり、そんなふう

に気遣いが生まれてくるというか。それはあの家の持ついろいろな今までの関係性がずっと続いているということで、地域の中でケアを行ったり看取りを行うということは、非常によい点もあるというのが現状です。

佐藤：やはりこれからの課題は、ホームホスピスが増えていったときの、失礼ですが質の担保というか、その辺の基準づくりみたいなことは団体でされているんですよね。

竹熊：はい、そうです。ホームホスピスの理念としては、みんなが同じ気持ちで、いろいろなところで立ち上がっているのですが、今度はホームホスピスをかたたいろいろなものが出てきましたものだから、宮崎で「ホームホスピス」の商標登録を取りました。

それと同時に、今やっているホームホスピスのみんなで推進委員会を持ちまして、基準づくりを行っているところです。「ホームホスピス」というのをどんな定義にして、どんな基準を持ったものがこの「ホームホスピス」であるのかということをやはり定めておかないと、質の低下になつたら元も子もありませんから。そういうことを今やっているところです。

ただ、制度がないということは、なかなか増えていくのには難しいものもあるというのが現実ですね。

佐藤：制度の下にないことのよさと、いろいろ財政的な面とかその辺のデメリットと、両方ありますけれども、やっぱりよさの部分で広げていらっしゃるというところですね。

逆に、国とか自治体に対して、こういう制度を入れてほしいとかというのではありませんですか。

竹熊：うちはそれこそ、ご家族と一緒に住んで、うちから仕事に出ていって帰ってこられる方とか、家に出入りも自由ですので、いろいろな人が来られたりとか、介護度の条件なども全くありませんから、ものすごく自由度が高いというのがよさなんです。いろいろなやり方ができるというのがものすごくいいところです。制度になつてしまったら、おそらくその自由度というのがなくなってしまうと思うんです。今、ホームホスピスでやっている、いろいろその人にとつ

10/
30
(木)

開
会
式

基
調
講
演

第
1
分
科
会

第
2
分
科
会

第
3
分
科
会

10/
31
(金)

ま
分
と
科
め
会

デ
ィ
ス
カ
ッ
シ
ョ
ン

メ
ッ
セ
ー
ジ

特
別
講
演

閉
会
式

会
場
ス
ナ
ップ

ていいことを自由に考えていいけるというところのよさがなくなってしまうので、制度になることは望んでいません。

ただ、今、宮崎の場合は、宮崎市議が議決をして家賃保障をしてくださったり、兵庫県が県議会でいろんな改修の補助をしてくださったりというのが始まっています。だから、制度にはならなくてもいいですけれども、何らかのこの活動が続けていいける支援というのはいただきたいと思っています。

佐藤：一方、小山さんのグリーンヒルさんは制度で、ある意味がちがちに固められているというか、守られている面もありますけれども、融通がきかない面もあると。その辺のご苦労や看取り介護加算に対する使いにくい部分等、その辺の話をいただけますか。

小山：まず、制度と地域の中での看取りということですが、地域の中で看取るというか、施設の中の看取りを地域に開放していく、地域に貢献するというのが大事じゃないかなと思っております。

現在もうやっていますけれども、地域で看取りができる施設、在宅のサービス、診療所の有志で、今できていない人たちにアドバイスができるよう、研修を企画して定期的にしています。看取りをやりたいと思っているけれどもできないところにコンサルテーションができるようにという形で、実際まだ行政からの援助は受けていないのですが、やり始めております。

その中で、より地域に貢献するということで、先ほど私のスライドにもあったショートステイですが、在宅のターミナルケア中の方をレスパイトとしてショートステイでお預かりするときに、やはり在宅には在宅のお医者様がついています。本来であれば、我々特養のような人間が地域にある診療所の先生方と情報交換をして仲よくなり、いろいろとサポートをし合ったりして、それを社会資源として活用することで、より施設の看取りができるかと思うのですけれども、特養の場合は配置医師の制度がありまして、これがちょっと邪魔をしてきます。

私の資料にも載せているのですが、まず、特養



の配置医師の仕事というのは健康管理と療養上の指導を行うものであって、治療行為を行うとは一言も書いていないんです。その中で、配置医師の先生は、初診料、再診料等は一切取れないという状況です。また、外部の先生が協力して診察をしていたとしても、いわゆる管理料的なものに関しては、それは施設の医者がやるものだから取れないというような診療報酬制度に今はなってあります。

このような状況の中で、外部の先生に協力をしていただくというのは費用負担的にも大変ですし、皆さんのお手元にある私が出した資料2の81ページに「保険医が配置医師でない場合については、緊急の場合または患者の疾病が当該配置医師の専門外にわたるものであるため、特に診療を必要とする場合を除き、それぞれの施設でみだりに診療を行ってはならない」とあります。この最後の「みだり」って何ですかという感じです。制度として、ドクターを配置するだけの十分な介護報酬がない中で、週1回程度の勤務の中、健康管理をしていただいている先生が、毎回診察できるのかといったら、できないに決まっているんです。だけど、外部の医師に協力していただくことをみだりに行ってはいけないというようなことが書いてあったり、診療報酬上、それが担保されないということがあると、やはり地域の社会資源としての診療所の先生と仲よく協力体制を組むというのは難しいのかなと思っております。

佐藤：佐々木さん、その辺の直接のご担当ではないと思いますが、厚労省として何かコメントできることがあればお願いします。

佐々木：この診療報酬、介護報酬、それぞれ共通

していることですし、介護の場合は特に医療外づけ論という伝統的な議論があります。私も平成11年から15年まで老健局でしたので、そうした議論があることは承知しています。

その中で、例えば診療報酬でいうと2年に1度、介護報酬でいくと3年に1度、役所が決めていそうな印象がありますけれども、実際は診療報酬でいくと中医協、介護報酬でいくと社会保障審議会の介護給付費分科会で、ほんとうに議論を尽くしていただいているので、その意味では、その時々におけるベストの社会保険料を活用した結果が今のものになっているということです。例えば、介護報酬は既に27年改定の議論が大分佳境に入っていますし、一方の診療報酬もこの前の26年改定が終わったばかりですので、こういうことが議論された結果が診療報酬であり介護報酬で、そこはさっきの法案と同じようにもぞもぞした言い方ですけれども、結局今合意できているのはここだということですので、それでご理解いただくしかないんですね。

いろいろあります。例えば診療報酬のほうでも2名以上看取らなければとれないものがありますが、ほんとうに完璧に治療していて、1年間誰も亡くならなかつたら看取り2名なんてクリアできるわけがないだとか、看取りに関してはさまざまな論点があります。しかし、何よりもこうした議論を通じて世論が喚起されていき、ある程度コンセンサスが得られて、社会規範ができれば、それが結果として、さっきの法律も含めて、法規範である法律が要らないという結論になるかもしれません。いずれにしろ、今の時点での議論の状況としては、結局はこれが一番落ちつくところなので、81ページのルールになっているということです。

佐藤：佐々木さん、済みません。むちゃ振りをしてしまいました。

確かに、その医療保険と介護保険の整合性は難しいところがあるというのは、私も感じています。

小山さん、どうですか。その辺の制度的な面でもう少し佐々木さんにお聞きしたいことがあれば。

小山：先ほどの資料2の後に、実は資料3というの

が厚労省からの通達で出ているのですが、「緊急の場合や専門外にわたる場合に入所者からの求め、入所者のニーズを踏まえた家族や施設側からの求めによる場合に応じ、配置医師ではない保険医が往診を行うことを妨げるものではない」というところに關して、一応私は、嘱託医が常に常駐していない部分で状況が変わったら、これは緊急の場合ではないかということで、ご家族からも事前に、そういうときに外部の先生にかかりたいですかというのをきちんと意思確認をしておいて、では、これは緊急時の家族、本人の求めに応じて配置医師以外の先生に診療していただこうという形に解釈して自分を納得させているのですが、いかがでしょうか。

佐藤：済みません、佐々木さん。一言で構わないのです。

佐々木：これは3月31日に上のものが出て、4月1日に人事異動があり、4月24日にこの通知が出ているというわけですけれども、いろいろなご指摘がこの3月31日の通知を踏まえての4月24日のものですので、今言われた緊急の場合や云々という解釈の中で、診療報酬請求を返せと言われているとは聞いていないということは、おおむね今の解釈で正しいということだと思います。

佐藤：では、最後の論点ですが、地域連携と、医療・介護の連携ということに移りたいと思います。

地域連携の話は、さっき小山さんと竹熊さんのほうからも出ていましたが、やはり看取りを進める上で、医療と介護の連携というのは一つ大きな課題と思うので、その辺について竹熊さんから。竹熊さんは保健師であり、看護師でいらっしゃるということで、そういう医療と介護の連携ということについて何か課題を実際現場で感じいらっしゃる部分があるのか。そのあたりをお話いただいてよろしいでしょうか。

竹熊：これは言っていいのかどうかわからないですが、看護師さんだけだと小さい規模なので病棟のナースステーションみたいになります。そこに介護職も適度な割合でいると、生活、暮らしというところの視点が出てきます。医療モデルと生活モデルの考

10/
30
(木)

開
会
式

基
調
講
演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)

ま
分
と
科
め
会

ディスカッショ
ナル

メッセージ
開催市からの

特
別
講
演

閉
会
式

会場スナップ
ショット



え方の違いでしうけれども、どうしても看護師さんは健康上の問題点を見つけて、そこを直そうとするものだからなかなか難しい。どちらかというと介護職の人のほうが、この病気はあるのだけれども、どうやって生活させようか、どうやって食べさせようか、どうやっておしつこさせようかとかいう視点になってくるものですから、ちょうどいいバランスです。でも、看護師がいないと、やはりきちんと根拠を持ったケアというのができないので、そこら辺のバランスが非常に大切だと思います。

看取りにしても、かえって看護師さんのほうが、これは先生に報告をしなきゃとか、モニターがないのでわかりませんとか、急変しましたというようなことになるんですけど、介護職のほうは、看取りを重ねていくと、看護師が急変と言っている状態が自然な経過なんだと見ていくことができるようになるというのも事実です。

それをできるのが多分小山さんのところの施設であったり、私たちのところでも、それを一緒にやつしていくことで連携ができていくのかなと思います。いかがですか。

佐藤:小山さん、看護師さんと介護職員の方との連携という部分ではいろいろ考えていらっしゃることがあると思いますが、その辺をどういうふうに改善していくているかというお話を含めてお願ひします。

小山:まず施設の看護師と介護職員の関係ですけれども、少し介護職員に対する医療行為が一部できるようになってきたあたりから、大分パワーバランスが変わってきたのかなと実感しております。

特養は経過措置で、外部に研修に行った看護師が施設に戻ってきて、介護職員に指導をすれば、口腔内の吸引や胃ろうの一部が行えるようになります。現状は法律が変わって、今度は50時間程度の研修をやれば、いわゆる一番大事な部分の吸引であるとか、胃ろうそのものの行為を行えるようになったのですが、まだまだ施設の場合だとその研修に介護職員を出すことができないので、経過措置の中で、一部看護師の業務を補助しているという行為が非常に多くなってきております。その中で、準備

や後片づけ、掃除は介護職員がやって、一番肝のところは看護師がやるというような状態が出てきました。そうなってくると、今まで介護職員と看護師が、生活モデルと医療モデルである程度対等で位置するものであったのが、どうしても看護師の下に介護職員がいるというような雰囲気が出てきているのではないかと思っております。

その中で、やはりケアマネジャーや生活相談員といったソーシャルワークを担当する職員が、いかにその間に入って、上下関係だけでなく、どうやったら円滑に連携できるのかという、のり代というか、潤滑油となり、うまく立ち回ってくれたらいいなと思っております。

実際、看取り介護をやり始めると、結構施設に看取り介護についてのアンケート調査依頼が来るのですが、医療と介護の連携についてのアンケートには必ず看護師の方と介護職員に聞いてくださいというのがあるのに、相談員に聞いてくださいというアンケートは受けたことがないです。今、特に人生の最終段階の医療の体制において、国のはうは相談員に研修を積ませて、コーディネートをする相談体制をやりましょうというふうになっているのに、まだ世間は看護師と介護職員という二つの職種についてアンケート調査をやっているという現状があるんです。

施設のソーシャルワークを担っている相談員、ケアマネジャー等が、いかに他の職種の間を取り持つか。家族と施設側、医療機関と介護側の間に立って、意思疎通を図れるようにいわば通訳となって、お互

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま分
と科
め会ディスカッショ
ンル開催市から
のメッセージ

特別講演

閉会式

会場スナップ

いの文化を理解し合い、情報のやりとりができるかというものが肝じないかなと思っております。なので、人生の最終段階における相談員の養成を、ぜひ今度は医療機関だけではなくて介護施設の職員のほうにも広げていただきたい、全国の施設の相談員、ケアマネジャーに頑張っていただきたいと思っております。

私も在宅の近所の方からもありますので、年間で50ケースぐらい、人生の最終段階における相談というのは随時受けておりますので、やはりそちらのほうにも国に力を入れていただけたらと思っております。

佐藤：医療と介護の接着剤としての相談員さんの役割は非常に大事だということですね。わかりました。

奥本先生は救命センターでいらっしゃいますが、医療と介護の連携という部分について、看取りの現場とは少し離れた形になるかもしれないですが、どういうふうにお考えでしょうか。

奥本：僕に振られると思いませんでしたけれども。

僕もこのセッションに出るということで、実は数日前に在宅医療を考えるみたいな研修会に参加したのですが、不勉強の中ですごく実感したのは、実際に在宅医療をされているドクターや看護師さんは、自分たち1人でやるとかなり負担が多いという中で、介護される方もそうですが、そういった多職種の連携をしっかりとやっていかないと、これは立ち行かないという話をされて、なるほどなというふうに思ったレベルで、実際に医療と介護どうのこうのという話はなかなか、自分としての意見はまだないというのが現状です。

佐藤：ありがとうございます。

それでは、時間が残り少なくなってきた。せっかくなのでフロアから、時間がないのでお1人だけですが、質問をどうしてもという方はいらっしゃいませんでしょうか。

お願いいいたします。ご所属とお名前と、済みませんが簡潔にご質問をお願いします。

田島：熊本で開業しており、訪問診療をやっている医師ですが、このテーマが「看取りのあるべき姿～



あなたはどこで最期を迎えますか～」です。よろしければ、皆さん方が今の時点でどこで過ごしたいのかというご意見をお聞かせいただければと思います。

私自身は、ひとり暮らしになったとしても、病院ではなくて、特養でもなく、施設でもなく、自分の家で死にたいと思っております。皆さん方、特に竹熊さん、小山さん以外の方はどう思っていらっしゃるかというのをお聞かせいただければと思います。

佐藤：わかりました。では、私からお答えします。

私もずっとこういう取材をしていまして、正直迷っています。例えば小山さんのところもすばらしい特養ですし、竹熊さんのホームホスピス「われもこう」もすばらしいところですけれども、ただ、やはり僕自身は、かなうならば自宅で死にたいなというのがあります。言葉がなかなかうまく出てこないですけれども、やはり自分の家族がいるところ、自分の親しこん空間で死にたいと私は思っていますが、妻とか娘がどう考えるかはわかりません。

済みません、答えになっていないですね。

竹熊：次に私が言つていいですか。

佐藤：はい、どうぞ。

竹熊：私は今、医師との連携のことを言わなくてよかったです。今、訪問診療に来てくださっている、うちの入居者の主治医の先生ですので、ほんとうに医師との連携の問題点とか言わなくてよかったです。 (笑)

佐藤：よかったです。(笑)

竹熊：私は、自分が死にたいところをつくりました。あと、親を入れたいところをつくりました。私が要

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま分
と科
め会ディスカッショナル
パネルメッセージ
開催市からの特別講演
閉会式会場スナップ
ショット

介護になつたら、うちの「われもこう」の台所の横の、みんなが通り、みんなの話が聞こえるところに置いてほしいと今、言っています。

佐藤：なるほど。それこそリビングウイルではないですが、事前に言っていると。

竹熊：その際にはぜひ田島先生に主治医になっていただきたいなと思っておりますのでどうぞよろしくお願いします。（笑）

佐藤：では、佐々木さんは。ご自身はどこで最期を迎えるみたいですか。

佐々木：私は家庭崩壊していませんから家で死ねたらと。私は、まだ子供が4年生、2年生、幼稚園年長で、仮に今死ぬとしても、その死ぬところもまた子供への教育だと思うので、自宅で、苦しむところも含めて家族と一緒に過ごしたいです。

佐藤：では、奥本先生。

奥本：僕も決して救命センターに来てくださいと推奨しているわけではなくて、私自身も当然家族に見守られながら、なおかつ家族に迷惑がかからないのであれば、自宅で死にたいと。また、その次の選択肢として、竹熊さんのところ、ああいうところで自然に亡くなれるのであれば、それにこしたことはないというは本音ではあります。

ただ、自分がそういう仕事をしているからということもあるのでしょうか、望まれない医療とか、望まれない搬送とよく言われますけれども、それは結果論ですよね。例えば、結果的にその人がちょっとした処置ですごく症状がよくなったり、状態がよくなったら、「ああ、病院に行ってよかったね」ということに結果としてはなりますし、そうではなく、望まれない心肺蘇生をされて結局助かりませんでしたというときは、「何で救命センターで死んじゃったんだ」と。それは望まれないことになるので、そういう意味では結果論なのかなという気はしています。

ただ、ふだんから、どういうふうになりたいのかをご本人、ご家族含めて、やはり話し合っておく必要は絶対にあるでしょうし、なおかつ、今日僕がお話ししたみたいに、救急車で搬送するというのはこういうことだ、救命センターに運ばれたらこんなこと

をされて、亡くなった後はこういう流れだということは、知識として知つておくべきではないかなと思います。

それで最終的にどういうふうな選択をするかというのはそれぞれが考えるべきでしょうし、自分の家族がもしそういう状態になっても、苦しんでいる状態でそのまま放置するわけにはいかないから、やはりそういう意味では病院に運ぶという手段もあるんだよということは皆さんに思つておいていただかないといふ。どうも世の中の風潮として、平穏死と対極にあるので、そこに行ってはいけないんだとなつてしまふといけないのかなとは思います。

自分は家で死にたいです。

佐藤：最後に、小山さんはやっぱり特養ですか。（笑）

小山：私の場合、自分の家族と、施設に入っている入居者さんのお話を先にしたいのですが、私の親ももういい年で、何度も入退院をしたりという状況です。私がこういう仕事をしているということもあって、家族間で最後はどういう介護を受けたいか、もしくは最期どういう亡くなり方をしたいか、救急車を呼んだときにどういうことまでを望んでいるか等を、奥本先生が事前に家族で話し合つたほうがいいでしょうという、まさにそのとおりに話し合おうとして親に言ったのですが、「縁起でもないことを言わないで。あなたはその仕事をやってから冷たくなったわね」みたいな感じで言われるんです。

それで、1回ぐらいではだめかと思って、会うごとに、実家に帰つたときに、どういう死に方をしたいのというような話をすると、「縁起でもないことを言わないで」という繰り返しだすけれども、実際、日本人はそういう部分があるのかなと。仕事ではかのご家族様によく話し合つてくださいとは言つてゐるのですが、自分の親ですら、そういう話はまだしたくないという気持ちもあるんだなというのをつくづく思いました。

あと、入居者さんでわりとしっかりされた方だと、家族に迷惑をかけたくないから施設で死にたいという方も、やはり一定の数いらっしゃいます。つい先

日も、在宅でターミナルケアを受けている方が、なかなかご家族に甘えることができなくて、結局家族のほうが参ってしまっていたので、施設で一時レスパイトとしてショートステイで預かったのですけれども、「ナースコールしたら、職員がすぐ駆けつけて、いろいろお手伝いしてくれるから呼んでね」と言ったら、いや、呼んでくれるんですね。在宅のときは、お父さんに迷惑をかけられない、嫁に迷惑をかけられないとか、あの嫁にはお世話してもらいたくないとか、それが逆にちょっと関係性が薄い施設職員にならば、素直に甘えられるという部分もあるみたいなんですよ。それで、ナースコールを押すこと、押すこと、1時間に何回も押して。でも、そのおかげで、家ではほんとうに何もできなかった方が、ポータブルトイレに座って排泄ができたりとか、点滴でしか水分がとれなかつた方が、口から経口補水液を飲まれたりというような変化もあり、逆にご家族と面会のときにいい顔をされたりというケースもあります。一概に自分がどこで死にたいか、自分だけではなく、家族の存在も大きいなというのを実感しました。

それで、自分はどこで死にたいかということですが、現状は実家を出て、まだ独身なんです。なので、自分の家で死にたいというのは全く思っていないですね。孤独死になってしまい、あと賃貸なので、後々この請求とかどうしようかということを考えると、やはり特養や「われもこう」さんみたいなホームホスピスのように、誰かがいるところで死にたいなと思っています。これがまた先、縁があって誰かと結婚をして家族ができたのであれば家で死にたくなるのかなと、今はそう思っております。

佐藤：ありがとうございます。非常に的確なご質問をありがとうございました。

時間がもう参ってしまいました。それで、まとめというほどではないですが、ほんとうに不慣れな進行につき合っていただき、ありがとうございました。今日の議論で何か答えが出るという話ではないのですが、やはり先ほど皆さんがおっしゃっていたように、こうしたディスカッション、話し合いを、ご家庭、職場、あるいはこういうシンポジウム、いろいろなところ

でしていくということが必要なかなと思います。その上で、例えばリビングウイルの法制化が必要なのかどうなのかという話も、国民的な議論の中で必然的に決まっていくというものなのかなと、個人的には思います。

今日いらっしゃった皆さんは地域で活動されていて、ほんとうに先進的に情熱を持ってやっている方々ですけれども、少しでもそういう方々を増やすために、佐々木さんをはじめとして国の方々、今日いらっしゃった自治体の方々も、支援や仕組みづくりを。なかなかこういった情熱を持たれている方ばかりではないので、参入しやすいように、例えば、私も今日の資料につけましたように、在宅医は24時間往診の求めがあれば往診しなきゃいけないという要件がありますが、もう少しそういう要件を、24時間でなくてもいいとかいうのをつくるとか、何からのそういう仕組みづくりでの後押しというのは必要なかなと思います。

あと、「われもこう」さんもグリーンヒルさんも、地域の医療機関なり、地域の住民の方々と一緒に協力してやっていらっしゃるので、そういう取り組みをほんとうにじわりじわりと、地道な作業ですがそういうことをしていく。それを地域の人たちが見守って、時には支援をするというようなことが必要なかなと思います。

あと、最後に一言だけ、小山さんがご実家で死ぬときにどうするかという話をしたら「縁起でもない」と言われたという話ですけれども、日本は欧米などと違って、そういうのが確かにあります。私も前から思っているのは、死ということについてもう少し普通にと言ったら難しいかもしれません、もっとフランクに語り合えるような環境を、学校教育の段階からつくっていったほうがいいのかなと思っております。

ということで、どうも今日は皆さんお忙しい中、この分科会に参加していただきましてありがとうございました。4人のパネリストの方々に大きな拍手をお願いいたします。(拍手)

第3分科会

日 時 10月30日(木) 15:30~17:30

会 場 市民会館崇城大学ホール

認知症の初期発見からケア推進まで ～認知症独居高齢者をどう支えるか～

コーディネーター

福祉ジャーナリスト 村田 幸子 氏

パネリスト

熊本大学大学院生命科学研究部 神経精神医学分野教授 池田 学 氏

砂川市立病院認知症疾患医療センター長 内海久美子 氏

埼玉県和光市保健福祉部長 東内 京一 氏

オブザーバー

厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室長 水谷 忠由 氏

10/
30
(木)開
会
式基
調
講
演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま
分
と
科
め
会パ
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3分科会

10月30日(木) 15:30 ~ 17:30

コーディネーター

福祉ジャーナリスト 村田 幸子 氏

パネリスト

熊本大学大学院生命科学部 神経精神医学分野教授

砂川市立病院認知症疾患医療センター長

埼玉県和光市保健福祉部長

池田 学 氏

内海久美子 氏

東内 京一 氏

オブザーバー

厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室長 水谷 忠由 氏



村田：皆様、こんにちは。第3分科会のコーディネーターを務めます村田幸子です。どうぞよろしくお願ひいたします。

私はNHKの解説員として、高齢者、障害者の福祉の問題を中心に担当してまいりました。随分前に組織は離れましたが、現在もフリーの立場で取材活動をし、月に1回ほど放送に携わっております。また、「ラジオ深夜便」という番組がありますが、その月刊誌が出てるんですね。そこに毎月、高齢者や障害者の情報を記事として載せております。また、個人的には、私の母が97歳で健在でおります。身体的にはかなり元気なんですが、やはり認知機能の衰えは大変なものでして、見当識障害、それから短期記憶障害といったものに日々悩まされております。「今言ったじゃないの」の繰り返しで、言うまいと思えど、ついつい言ってしまう。このように97歳の母とも鬱っております。そんな立場で、今日のこの認知症の分科会のコーディネーターを務めさせていただきたいと思います。

今日は三つ分科会がありますが、この第3分科会に参加を希望された方が536名と伺っております。三つの分科会の中で一番ご希望が多かった分科会です。それだけ関係者の皆様が、認知症の人たちを地域でどう支えていったらいいんだろうか、その仕組みをどうやってつくったらいいんだろうか、大変心を悩ませておられることがよくわかります。でも、それは言いかえれば、自分たちの工夫や知恵、努力で、それぞれの地域社会にふさわしい仕組みをつくり上げることができるということになるわけですから、今日のこの分科会から、何か一つでも結構で

すので、自分たちの地域に生かしてみよう、やってみようというヒントを得て、それぞれの地域にお持ち帰りいただければと願っております。

皆様もご存じのように、認知症に関しては、最近大きく考え方が変わりました。今まで、在宅で支えるのは無理だ、病院とか施設に入って認知症の方々をお世話するのが当たり前だというような考え方を中心でしたけれども、そうではないんだと、どんな状況になっても地域社会みんなで温かく支えていこう、そういう仕組みをつくり上げていこうと、大きく方針が転換されております。そのために、ケアの流れを変えようと。どういうことかといいますと、今までのよう何か事が起こってから対処するのではなくて、できるだけ早く発見して、そして対応して、必要なサービスを提供していくということが提唱されているわけです。

2025を目指した地域包括ケアシステムの中で、どう認知症の人を支える仕組みをつくり上げることができるか、今、各市町村が一番頭を悩ませているところではないかなと思います。今日のこの分科会では、そういった取り組みについて、医療、介護、それから行政のお立場からそれぞれ発表いただきながら、また厚生労働省のほうからは、国の施策、あるいはアドバイスなどを頂戴しながら、地域で認知症の高齢者を支えていく仕組みを考えていきたいと思います。

今日のテーマは「認知症独居高齢者をどう支えるか」となっておりますが、ここでは独居——ひとり暮らしの方に限らず、広く認知症の方々を支えるということで考えていきたいと思います。

それでは、パネリストの皆様方、どうぞよろしくお願ひいたします。

最初に、皆様方それぞれのお立場から、今、認知症の人たちが抱える最大の問題、乗り越えていかなければならぬ壁についてどのように考えておられるか、一言ずつ伺っていきたいと思います。

池田さんからお願ひいたします。

池田：皆さん、こんにちは。熊本大学の神経精神科の池田と申します。この中では唯一地元から参加

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)

ま分
と科
め会

ディスカッショナル
パネル

メッセージ
開催市からの

特別講演

閉会式

会場スナップ
ショット

10/
30
(木)開
会
式基
調
講
演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま
分
と
科
め
会パ
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
ト
シ
ヨ
ッ
ト

させていただいておりますので、今日は地元のいろいろな取り組みをご紹介させていただこうと思います。

一言でというのは非常に難しいのですが、医療の立場からいいますと、最新の調査に基づく推計値によると認知症の方の数が予想されていたよりもはるかに多かったものですから、認知症の患者さんの数と専門職——医師だけではなくて認知症にかかわるさまざまな医療・介護の専門職の数のバランスがまだ非常に悪いことが改めて確認されました。そのあたりの専門職の人材育成をどうしていくかということが、地域で認知症の方やご家族を支えていくための最大のポイントだと思います。今日はよろしくお願ひいたします。

村田：ありがとうございました。認知症は、軽度の人を含めると800万人と言われておりますよね。この数だけでもびっくりしますけれども、認知症の場合は、これまで介護に大変力が入れられておりまして、いいケアを提供すればいいんだということで、医療のことがちょっと置き去りにされてきた感があります。そういったことがアンバランスを生み出しているんでしょうか。

池田：ご指摘のとおりだと思います。医療と介護の両輪が必要ですけれども、もちろん両方一遍にいうのは難しいので、日本の施策として介護から入ったのは非常によかったと思います。しかし、さっきおっしゃったように、早期からの予防的な介入ということになりますと、どうしても早期の診断というのが必要になりますし、節目節目で医療の介入がないと在宅で長くというのは難しくなりますので、これか

らは医療の役割も大きいかなと思っています。

村田：ありがとうございました。

それでは、お隣、内海さん。内海さんは北海道からおいでくださいました。今朝早く出て、やっと先ほど3時過ぎにお着きになりました。よろしくお願ひいたします。



内海：北海道の砂川市立病院の内海でございます。

介護という立場から一言で言えば、全国各地、介護職の方たちといろいろお話しさせていただいていますけれども、介護職の方たちはほんとうに毎日、日々現場で苦惱している。そして、自分たちは医療と手をつなぎたいんだけども、なかなか医療、医師とうまく連携できないというお声を聞いて、私は医師の立場なんですけれども、非常に申しわけないなと思っています。

もう一つ、支えていくという部分でいえば、ケアスタッフの方たちはもちろんのこと、住民がいかに支えていくかということで、住民も大きなメンバーであることが大切なかなと思います。

村田：ありがとうございました。介護側がどうも医療とうまく連携できないというのは、どのあたりに原因があるんでしょうか。医療のほうに理解がないと見てよろしいんでしょうか。

内海：私はそのように考えています。

村田：内海さんもお医者さんでいらっしゃいますけど。

内海：かかりつけ医の先生などにケア職の方がアプローチしたくても、まず、すごく敷居が高くて相談しにくいということ、そして、相談しても、ある意味



10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)

ま分
と科
め会

パ
ネ
ル
ディスカッショニ

メッセージ
開催市からの

特別講演
閉会式

会場スナップ
ショット

ではわからないとかという形で、けんもほろろに対応されるので、ちょっと難しいなという、そこら辺の悩みがケアスタッフの方たちには非常に多くございます。

村田：ありがとうございました。

それでは、行政のお立場から東内さん、お願いいいたします。



東内：皆様、こんにちは。和光市の東内と申します。

この会議の前にコーディネーターの村田さんから言わされたんですが、今、認知症で一番課題だと思っていることは何だと。私が今思っている課題は、今日の発表にあるんですが、いわゆる認知症の人の数だとか、例えば、医療と介護の連携とかは、まだまだですけど始まってきたと。でも、Aさんを見たときに、低所得者であったり、住まいの問題があつたり、バックグラウンドにいろいろな課題があるケースがあるんですね。そういう課題を包括してケアマネジメントしていく、支援していく。それに対して、例えば、体制とかカリキュラムとか人材などを早急に整備する必要があると思っています。

和光市では、地域包括ケアシステムを早目に構築して、介護予防とか要介護4、5でも在宅で暮らしていくところは、私たちとしては大分構築できたかなと考えております。その中で、今後は今申したような認知症の新たな対応に邁進していきたいと考えています。

村田：ありがとうございました。症状とかそんなことばっかりで、バックグラウンドにほとんど目が向けられていないなということですか。

東内：バックグラウンドは、多分わかってはいるんですね。ただ、そのバックグラウンドの課題を解決する際、例えば、法的なサービスでできるもの、もしくは市役所の独自のサービスでできるもの、住民のご助力ができるものがあるんですが、そういうことが市全体として整っていないと、AさんはきちんとケアされているのにBさんはそこが漏れているという状況になるので、そういうものを市全体で構築する必要があると考えています。

村田：今はばらつきがあるということでしょうか。

東内：正直あると思います。

村田：わかりました。ありがとうございました。

それでは、厚生労働省から水谷さん、お願いいいたします。



水谷：厚生労働省の認知症・虐待防止対策推進室長の水谷と申します。私はこの7月からこの職についておりまして、まだこの世界では新米ということになりますが、今から10年ぐらい前に老健局におりました。その当時は認知症対策室なるものはなく、認知症という言葉もなく、痴呆という言葉で行政が行われておりました。10年たって戻ってきて、認知症の問題というのが非常に大きくなっているなと感じています。

10年前を振り返ってみると、例えば、私が国会答弁を書いているときに、そういう問題にどう対応するのかと問われたら、グループホームの整備を進めていますとだけ書いていた気がします。そのときは、グループホームをつくれば何とかなるんだと言

うとちょっと言い過ぎかもしませんが、ある意味、そんな思考停止の世界があつたかもしれません。

ただ、今回戻ってきて、厚生労働省が進める地域包括ケアを見たときに、認知症を地域包括ケアで支えられるかどうかということが、この地域包括ケアの一丁目一番地だなと思います。そういう意味で、医療が大事、介護が大事じゃなくて、医療も介護もどつちも大事ということだと思うんですが、昔から言われているように、それをいかにうまく連携させていくかといったことが課題なのかなと思います。今日ここにいらしているお三方のところは、まさにそういう意味で先進的な取り組みをされているところだと思います。

一方で、私が国の立場として思うのは、認知症の問題に対応していくためには、全国でそういったことが進んでいかなければいけないということです。できているところができるればそれでいいということではなくて、全国でそういった取り組みが広がっていくにはどうしたらいいか。地域ごとに回答があるはずなので、ここにいらしている方のところのまねをするのではなくて、ここからヒントを得て、地域ごとに考えていく。私ども国の立場としては、どうやつたらその手助けをすることができるかということになるので、今日はそういった観点から皆様のお話を伺いできたらと思います。よろしくお願ひします。

村田：ありがとうございました。地域包括ケアシステムの中に認知症の人たちを支える仕組みができれば、地域包括ケアはまあ成功だと、完成できると考えてよろしいんでしょうか。

水谷：この地域包括ケアという言葉をどう捉えるかというのは、いろいろなお考えがあると思います。私個人の理解として申し上げれば、昔から言われている保健・医療・福祉の連携という言葉と同じなのかもしれません。ただ、地域包括ケアという新しい冠のもとで、改めて地域の中で医療・介護・福祉、あるいは行政、住民といった主体がその体制を考えることが、この言葉の持つ一番大きな意味ではないかと思っています。認知症の問題に地域でどう対応していくかというのは、それを考える非常に大

きないいきっかけになるのではないかと考えております。

村田：ありがとうございました。

4人の方々にそれぞれの問題意識を伺いました。皆様方、今のことを持ちよつて念頭に置きながら、個別の発表を聞いていただけたらと思います。

それでは、医療のお立場から池田先生にお願いしたいと思います。先ほどの蒲島知事のお話では、ほんとうに一生懸命そういう制度をつくり上げ、ハードをつくり上げ、ソフトを考え、力を入れてこられたことのあかしの一つが、熊本県における医療の取り組みではないかなと感じましたが、その実際例をお話しいただきたいと思います。よろしくお願ひいたします。

池田：改めまして、よろしくお願ひいたします。

地元のことのご紹介すると先ほど申し上げましたけれども、熊本の場合、先ほど知事さんもおっしゃいましたように、熊本県、それから熊本市の行政の方々もさまざまな工夫をしてくださっています。また、介護の方々も非常に多彩な支援を試みておられますけれども、今日は時間の関係もありますし、後で介護、それから行政のほうからすばらしい先進地のお話もありますので、私自身は自分の持ち場であります医療を中心にお話しいたいと思います。

限られた時間ですけれども、せっかく全国から来てくださいましたので、ちょっと地元の宣伝をさせてください。これは私ども熊本大学の本部にあります、旧制第五高等学校の校舎です。どこかで見たなと思われる方がいらっしゃるかもしれません、これはNHKの「坂の上の雲」の海軍兵学校の校舎として使われました。ここで教壇に立った一番有名な教授は、皆さんご存じの夏目漱石さんです。6年間ここで教壇に立っておられます。その当時の教室も再現されていますし、明治時代の国の重要文化財です。もし週末も熊本にいらっしゃる方は、無料で開放しておりますので、お立ち寄りいただければと思います。

それでは、本題に入っていきたいと思います。

私は、認知症医療に求められている今の課題は、次の7項目程度かなと思っています。

先ほど村田さんがおっしゃいましたように、正確な早期からの介入というのが、一番の大もとだと思います。きちんとした介護をするためにも、早くから正しい診断がついているというのが大もとだと思いますので、月並みですけれども、これが一番重要なと思います。

そして、2番目は、正確な診断に基づいて、いかに的確な治療・介護の計画が立案できていくかです。要するに、早期の対応ですね。ここで医療と介護の連携ができる。医療の立場でいえば、この10年でこの部分が一番進歩していると思っています。すなわち、さまざまな認知症の原因疾患別に、治療法や介護の方法がわかつてきたということです。

3番目は、そうはいっても、認知症の方の長い経過の中で、ところどころで精神症状や行動の障害が出てまいります。いわゆるBPSDと言われる症状ですけれども、この部分が家族の方、あるいはプロの介護者の方にとっても一番大きな負担になっていることがわかっていますので、在宅を地域で支えていくためには、このBPSDにいかにきちんと対応するかということが大きな課題です。

それから、若年性の認知症の方ももちろんたくさんいらっしゃいますけれども、大部分の認知症の方は高齢者です。ですから、身体合併症が、一定の確率で必然的に出てまいります。認知症があって身体合併症の治療が必要な方の受け皿が少ない。特に3番、4番の合併ですね。認知症があって、さまざまな精神症状が出ていて、そして身体合併症の治療が必要な方の受け皿が非常に少ない。ここを確保していくことが世界的な課題になっています。

そして、今日のテーマの一つである、医療も加わって、地域連携の構築です。まさにこれらが、厚生労働省が今全国につくっておられる認知症疾患医療センターという公的なセンターの目標でもあるわけです。熊本県の場合は、たまたま私たちの熊本大学の神経精神科にこの疾患センターができました。大学は教育機関ですから、これにプラスして、人材育成に力を入れようという新たな目標をつけ加えました。

もう一つは、公的機関ですから、専門医療の地



域偏在をなくそうということです。今回来ていただいて、地図を見て気づかれた方も多いと思うんですが、熊本県は結構大きな県でございます。縦長の大きな県で、天草の島のあたりから阿蘇のカルデラまでさまざまな地形の地域における、専門医療機関の偏在をなくそうということですね。先ほど和光市の紹介もありましたが、公的機関ですので、ある地域では充実した医療や介護が受けられるけれども、隣では受けられないということでは、住民の方に対してエクスキューズできませんので、そこを目標にしています。

熊本県は現在、人口が180万人で、あまり有名ではないですが、大変な長寿県です。男性も女性も平均寿命は全国4位でございます。古い統計では、この中に認知症の方が5万人余りいらっしゃるということだったんですが、最新の厚生労働省の推計でいくと、10万人ぐらいがお住まいということです。

当初、認知症疾患医療センターは、全国180カ所を目標につくろうということになりました。現在、増えて250カ所になっていますが、最初の180カ所の時点では、熊本県の人口でいきますと、せいぜい2カ所の設置ということでした。ただ、熊本県から相談があったときに、私自身は、先ほどの地域偏在をなくすことが認知症の医療の一つの課題だと思っていたので、2カ所じゃどうにもならないと考えました。例えば、天草にお住まいの方が熊本市内の総合病院に来られるには、2時間、3時間車を飛ばしてこないといけない。それでは、実際の医療としては、成り立ちません。

水谷さんのお友達の厚生労働省の方が熊本県の

責任者として来られたときに、初対面で非常に失礼だったと思いますが、私はこれだったらやめたほうがいいとはっきり言ったのを覚えています。そしたら、じゃあ、あんたは何力所あったらいいと思うんだという、思わず問い合わせが返ってきました。熊本には二次医療圏が11カ所ございますので、10カ所前後あつたら何とかなるのではないか、ほとんどの方がマイカーで通院されますので、30分以内である程度のレベルの医療が提供できたら合格なのではないでしょうかとお伝えしました。

それから半年間、その方は非常に頑張ってくださいって、厚生労働省と私の間を行ったり来たりしながら調整してくださって、何とか熊本だけは8カ所でスタートしていいという許可が出ました。ただ、予算は2カ所分でやりなさいという落ちがついていたんですけど、それはこちらから言い始めたことなので、頑張ってやりましょうということでスタートしました。そしたら、1年目が非常にうまくいったので、それからは全てのセンターに対してきちんと予算をくださっています。

この8カ所が今10カ所になっているのですが、もう一つの熊本の特徴は、数だけではなくて、全てのセンターが一緒にやっていくということです。一緒

に勉強しながら、自分たちのスキルアップもしていくし、隣合ったセンターが助け合う。例えば、病院ですので、当然自分の病院が満床で、緊急入院が必要でも受け入れられないときがあるわけです。そうすると、隣のセンターが必ず助けましょうということです、10カ所が一体となってやっているのが特徴です。

もう一つは分業です。私どもの熊本大学にあるのは基幹型のセンターといいます。先ほどの人材育成のお世話をしたり、診断の難しい方や身体合併症の重い方をお引き受けするようなバックアップ機関ですね。そして、実際の最前線の認知症医療は地域拠点型で行います。今、九つの精神科病院に設置されていますけれども、ここが担う。それぞれのセンターが、地域のかかりつけ医の先生やそのほかの総合病院や精神科の先生方、あるいは地域包括支援センターの皆さん、介護職の皆さんと一緒に、地域ごとに特徴のあるネットワークをつけています。ですから、ユニークな地域連携のシステムが九つあって、それが全体で一緒にやっているというのが熊本県の特徴です。

これは2年ぐらい前、アンケートで、1週間に来られた800人余りの患者さんの平均通院時間を調べた結果です。熊本大学の場合は、東京や大阪から

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま分
と科
め会ディスカッション
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



10/30(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/31(金)

ま分科会

ディスカッション

メッセージ

特別講演

閉会式

会場スナップショット

も患者さんがいらっしゃいますので、なかなか30分ではおさまらないんですけれども、ごらんいただけますように、800人全体の平均通院時間が22分です。ですから、通院時間としては、ある程度合格点だと思います。

これが最近の医療統計の実績で、1カ月に10カ所のセンターに来られた患者さんの合計です。相談件数が600件余りです。これにはご自宅まで訪問するようなケースも含まれています。それから、新たに初めて来られた患者さんが200人ちょっとです。繰り返し来られる方も含めますと、4,200人です。ですから、1カ月に4,000人ぐらいの方をこの10カ所のセンターで担当している。これが多いか少ないのか、正しいのか正しくないのか、私はよくわかりません。ただ、認知症の方が熊本県に10万人いらっしゃるとすると、4,000人というのは4%です。私自身はこんなものかなと思っています。

要するに、専門の認知症医療が必要なのは、ごく初期の正しい診断を受けるときと、先ほどお示しした精神症状が出たときと、それから身体合併症の受け皿をつくるときと、この三つぐらいです。あとは地域のかかりつけ医の先生と介護職の皆さんで、しっかりと地域に密着したケアをしていただくことが必要になるので、4,000人というのはそこそこだと思います。

相談件数が600件というのは比較的少ないのでないかと思われた方もいらっしゃると思うんですが、これにはからくりがあります。認知症の相談業務というのは、皆さんご存じのように、大変です。初めてご家族がご相談くださるときには、ほんとうにせっぱ詰まっていらっしゃいますので、30分、1時間の電話はざらです。そういう電話が1日5本も6本もかかると、疾患センターにはソーシャルワーカーなどの連携担当者は専従が一人しかおりませんので、電話相談で仕事が終わってしまう。それを大変心配していましたところ、熊本県が熊本市の中心部にコールセンターをつくってくださいました。

認知症の家族の会をサポートしてくださっている社会福祉法人のスタッフの皆さんと、家族の会のO

Bの皆さんが中心になって、電話相談に乗ってくださる。介護の相談も多いです。それについては、彼女たち、彼らたちの専門分野ですから、そこで受けてしまう。介護保険の相談であれば、相談された方の最寄りの地域包括支援センターにおつなぎする。医療相談に限って、その方のお住まいに一番近い認知症疾患医療センターにつなぐというトリアージをしてくださっているので、何とかなっているという現状です。

今日はひとり暮らしの方をどう支えるかということもテーマですので、我々の大学病院でやっていることを少しご紹介したいと思います。大学病院では、先ほどの9カ所の地域拠点型に来られた方で、認知症の軽い方にも検査入院をしていただいている。若年性の方で診断を迷う方、鬱病なのか認知症なのかまだ非常にわかりにくい方、あるいはひとり暮らしの方で、ほんとうにその方を安全にサポートできるのかどうかという判断が必要な方などが、基幹型の大学病院に集まってこられます。

これはここ数年のデータなんですけれども、合わせて40名の認知症の患者さんに対して、退院前に訪問をしています。例えば、認知症専門の看護師、それから精神保健福祉士——ケースワーカーですね、臨床心理士、それから作業療法士などの2人以上の多職種からなる訪問チームを大学の中につくって、退院前1週間ぐらいのときに、患者さんのご自宅を訪問します。そして、さらに安全に充実した生活が送れるように、ご家族やケアマネージャーと支援体制を整えさせていただいている。見ていただけますように、40名の中で17名の方がおひとり暮らしです。ひとり暮らしの方を優先的にこのシステムに乗せているということです。

私の患者さんを少しご紹介します。この方はレビー小体型認知症というパーキンソン症状に認知症が重なっている方で、比較的軽い認知症の方です。熊本市内のマンションにお一人でお住まいでした。入院してからご本人の意思を確かめますと、まだまだ住みなれた熊本市内で住んでみたい。一人でやれそうだ、やりたいと。大阪に離れて暮らしてい

る娘さんの意見を聞いても、いずれ引き取りたいけれども、お母さんがそう言うんだったら何とかサポートを考えてほしいということでしたので、まず入院していただいて、主治医と担当の看護師とで、いろいろ工夫をすれば安全に暮らしていくかどうかを評価してもらいます。この方の場合、何とかできそうだということでしたので、このときはたしか作業療法士と看護師だったと思いますが、退院前にご本人と一緒にご自宅を訪問させていただきました。娘さんにも大阪から帰ってきてもらって、それからケアマネジャーさんにも同席してもらって、みんなでこの方のおうちを訪れました。そして、マンションの部屋の中を点検していくわけです。

例えば、お風呂です。パーキンソン症は非常に転びやすいんですけども、手すりがこんなところにある。こんな離れたところに横向きにあったのではどうしようもないから浴槽の近くに縦向きに直しましょうということになって、直ちに介護保険を使って、退院前にこれを直してもらいました。

それから、椅子が低くて不安定だということで、ケアマネジャーさんと娘さんがホームセンターに行ってもらい、高い、安定性のある椅子に変えられました。

また、足が上がりにくい病気なのに、お風呂のふちが高いということでしたが、こればかりは退院前にはどうしようもないということになって、大学病院のリハビリ部に頼んで、退院前に一生懸命足上げ訓練をしていただきました。

こういうことをして帰っていただくわけです。それによって、この方は、その後3年以上になりますけれども、大きな事故もなく、ほとんど認知症も進まずに、おうちでお一人で暮らしておられます。3ヵ月に一度はケアマネジャーさんと一緒に私の外来に来てくださいって、1年に1回、娘さんが大阪から帰ってきて、病気の状況を私に尋ねるために同席してくださる。こういうことをすれば、認知症の方がお一人で地域で暮らしていくことも十分可能だという実感がございます。

次に大学に設置された基幹型センターの地域拠点型センターへのサポートを紹介します。大学病院

は教育機関ですので、1週間に一度、必ず専門医を地域拠点型の病院に派遣しています。ここで地元の病院の先生と、それから大学から連れていく若いドクターと、その病院のコメディカルの方々と一緒に専門外来を行って、お互いにスキルアップしていくということをやっています。実は、私は今日の午前中も地域拠点型センターの一つで診療をしてきました。今、九つのセンターのうち4カ所は常勤医を派遣できるようになったので、あと5カ所、週1回行っているのが常勤になれば、この点での大学病院の役目も終わりかなと思っています。

スキルアップについて、今、一番力を入れていることの一つが事例検討会です。2ヵ月に一遍、この5年間ずっと続けています。ですから30回を超えます。これは、10カ所のセンターの担当職員が一堂に会して、その2ヵ月で一番対応の困難だった事例に対して勉強を重ねるという会です。医師とソーシャルワーカー全員には出席を義務づけています。私自身も今まで休んだことはありません。なぜかといいますと、毎回事例の内容が変わるわけです。先ほど和光市の事例が出てきましたけれども、事例によって対応のポイントが全く変わります。ですから、ある事例は勉強していても、他の事例を勉強していくなったら、それは二度と研修できない可能性もありますので、原則として出席を義務づけています。

例えば、ドクターが非常に認知症の軽い方で診断が難しいといって鑑別診断を求めて事例を挙げられることもありますし、臨床心理士の方が家族の介護者の鬱に関して事例を挙げられることもあります。それから、ワーカーさんが虐待の事例を挙げられることもあります。

もう一つの事例検討会は、地域拠点型の力もどんどんついてきましたので、2年前から地域拠点型が主宰で開催している地域に根ざした事例検討会です。熊本県内全体で、年間大体30回から40回開かれています。これは我々のスキルアップというよりは、まさに認知症の方と家族の方を支えるための事例検討会でして、その地域で今一番リスクが高いと思われる方にかかわっているあらゆる職種の方が、

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま分
と科
め会ディスカッショナル
パネルメッセージ
開催市からの

特別講演

閉会式

会場スナップ
ショット

この事例検討会に参加されます。ごらんいただけますように、民生委員さんや警官など非常に多彩な職種の方々が参加してくださっています。

先ほど内海先生も少し言われましたけれども、かかりつけ医の先生にこそ認知症医療に積極的にかかわっていただくことが重要です。熊本県では、認知症のことをもっと深く勉強してかかわりたいというドクターたちに、介護保険のかかりつけ医の認知症対応向上研修にプラスアルファして、我々疾患センターが準備をして、ステップアップ講習というのを提供しています。毎年2回やっていて、150人ぐらいのドクターが繰り返し参加してくださっています。修了された方には蒲島知事が修了証をお渡して、熊本県のホームページに名前も載せております。

それから、専門医も全く足りないので、厚生労働省のサポート医研修を受けられたドクターに、プラスアルファで地域連携の研修会を我々が準備して、その両方を受けてくださった方を地域の準専門医として、これも熊本県知事が修了証を渡して、熊本県のホームページに載せています。これだけではなくて、本研修を受けられた先生は、年に数回、必ず先ほどの地域拠点型の事例検討会に専門医のコメントとして参加していただくという義務があります。また、専門医講習も毎年受けていただくという義務があります。この研修を始めたところ、熊本県のサポート医は136名に増えまして、人口当たりでは全国で一番多くなっています。

また、ソーシャルワーカー、看護師、保健師、介護職など、各専門職を対象とした講習会も実施しています。

最後に、少しだけ地元の宣伝をさせていただきますと、知事も言われたと思いますが、人口当たりの認知症のサポートの数は全国一です。ただ、数が多くればいいというものではなくて、この方々は認知症の方を深く理解したい、何か手伝いたいという住民の方ですから、この方たちと一緒に参加してもらって、地域の活動に巻き込んで、認知症の方や家族をサポートするシステムを行政の方々が支援されています。

これは、宮崎県と熊本県の県境のある町の傾聴ボランティアという試みです。それから、これは熊本市のある校区の試みで、徘徊模擬訓練を熱心にやられています。それから、これは都会でいえば認知症カフェになるんでしょうけれども、田舎ですので、「茶飲ん場」というシステムを地元のご婦人たちが実践しておられます。このような認知症サポートによる地域の活動も少しずつ広がってきています。

今後の課題としては、医療の場合、今日ご紹介した熊本モデルというのは、むしろ田舎の地域にフィットしたものですので、多くのひとり暮らしの方がマンションに住まわれているような都市型のモデルをどう考えていくかということがあると思います。

もう一つは、医療も介護も経済的なことも考えないといけないと思います。地域で認知症の方を支えるというのはもちろん大事なことなんですが、質の高い医療や介護を提供して一人ずつサポートしていくためにはかなりの費用がかかります。施設で大勢で暮らす場合と同じ質のケアをしようと思ったら、もっと費用がかかりますので、そのあたりをどう解決していくか。

最後に、いろいろなサービスを用意できるかどうかもこれから課題だと思います。住民の皆さんにはいろいろな価値感をお持ちです。確かに、地域で暮らしたい、自分の家で暮らしたいという方もいらっしゃいますが、地域の中では暮らしたいけれども、地域の安全な施設で暮らしたいという方�数多くいらっしゃいますので、多様な価値観に合ったサービスを用意するということもこれから課題だと思います。

以上です。ありがとうございました。

村田：ありがとうございました。

医療の立場からですけれども、ほんとうに県全体に認知症の人を支える仕組みを張りめぐらせていく。先生、これは何年くらいで今のような状況になったのですか。

池田：今が5年目です。

村田：5年目でどの程度の構築度だと思っておられますか。



池田：50%ぐらいだと思っています。

村田：これで50%。一番足りないのは何ですか。

池田：まだ専門医もかかりつけ医の先生も全然足りないと思っています。

村田：そうですか。とにかくちょっと言葉も出ないくらいすごいなと思ったんですけれども、水谷さん、これをどうごらんになりましたか。

水谷：認知症疾患医療センターの整備は、厚生労働省として推進をしておりまして、オレンジプランの中で、平成29年度末までに500カ所という目標を掲げております。直近で申しますと、今280カ所ございます。マクロでいうとそういう数字になるわけですが、一方で、疾患医療センターは、今おっしゃっていた基幹型、それから地域型、それから診療所型という3類型を国として持っております。それで、今あえて申し上げれば、基幹型という役割が最もフィットしているのは熊本の例というか、逆に言うと、熊本のために基幹型がある——どっちが先かわかりませんが、そういうことだと思います。

今、私がお話を聞いていて思ったのは、単に地域に任せのではなくて、人材育成とかまで含めて、基幹型が県全体のことを考える役割を担っているということで、まさに基幹型としての役割を果たしていただいているんだと思います。一方で、こういった役割の医療機関が現にないところもあると思うんですね。

ですから、数というよりは、都道府県全体をカバーするときに、自分たちのところは認知症疾患医療センターのどういう体制でカバーしようかと。熊本みたいに、それぞれの地域ごとに地域型がカバーす

るんだけど、全体をオーバーシーする基幹型がある形がいいのか。そうではなく、例えば、東京なんかはもっと都市型で大変だから、それ全体をオーバーシーするというのはちょっと現実的ではなくて、むしろエリアに分けた上で、エリアでのチ基幹型みたいな機能があって、それに個別の診療所型とかいったものを組み合わせるとか、多分地域ごとにいろいろな解があるんだと思うんですね。

さっき私の友達のことをおっしゃられましたが、私の同期が熊本に出向したときに、この取り組みを池田さんと一緒に進めたということでした。でも、それは行政と医療側とが話をして、県全体の認知症医療をどうしようかという体制を考えたということだと思います。ですから、そういったことをこれから平成29年度までの間にどうやって後押ししていくのか。単に、国が何型、何型、何型と言っているから、二次医療圏に1カ所と言っているから、それをつくらなければというよりは、もうちょっと現に今ある医療のリソースと実力を考えた上で、それをどういうふうに機能立てていくというか、そういったことが重要なのではないかと感じました。

村田：ありがとうございました。

池田さん、認知症の初期発見からケア推進までという大きなテーマがありますが、熊本県全体では、できたら知られたくないとか、病院なんかかかりたくない、自分は大丈夫だとか、そういう意識というのはあんまりないですか。わりあい気軽に病院を訪ねたりする傾向があるんですか。

池田：村田さんがご指摘のように、まだまだございます。ただ、例えば、私は今日の午前中ずっと、地域の疾患センターで診療をさせていただいたんですけど、そこは精神科病院です。そこには認知症の前駆段階ぐらいの軽い方までたくさん来てくださるようになっていますので、地域できちんとした医療をやれば、そういうステigmaみたいなものはどんどん減ってくると思っています。

村田：それは今まで5年間やってこられた一つの成果になってきている。

池田：明らかに早期に受診される方が増えていらっ

10/30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/31
(金)ま分
と科
め会ディスカッショ
ナルメッセージ
開催市からの特別講演
閉会式会場スナップ
ショット

しゃいます。

村田：そうですか。なるほどね。ありがとうございました。

ということで、まず、池田さんから熊本県の例をご紹介いただきました。

それでは、続きまして、内海さん、お願いいたします。

内海：それでは、北海道のほんとうに小さな地方都市の取り組みについてご紹介したいと思います。

私どもの地域では、10年前からNPOで中空知・地域で認知症を支える会という会をつくりまして、いろいろなシステムづくり、連携を進めてまいりました。今日はその中で、まず、一般市民の方々によるボランティアの会、それから行政が始めた高齢者見守り事業、そして認知症疾患医療センターと地域包括支援センターとのコラボレーションであります初期集中支援チームについてお話ししたいと思います。

以前、介護者からボランティアに対するニーズ調査を行ってみました。そうしたところ、話し合い相手や玄関挨拶だけでもいいから来てほしいとか、買い物、受診の付き添いをしてほしい、あるいは安否確認をしてほしいと、独居の方が非常に多いので、離れたご家族からこういう要請がございました。また、家事手伝いをしてほしいということです。

まず、上の二つは介護保険ではサポートされないので、このすき間の支援を何とかボランティアが提供できないかと考えました。また、安否確認に関してはボランティアの域を脱しておりますので、見守り・声かけは、地域住民の協力が不可欠と考えて、次のような活動を始めました。

まず、平成21年でございますけれども、ボランティア養成講座という形で、砂川市で38名の市民の方を対象に、どちらかというと中年の方が多いわけですが、計5回の講座を開きました。翌年から毎年やっておりますが、平成24年度からは近隣の市町村にに向いてやっております。

その結果、認知症支援ボランティアの会「ぼっけ」というものを平成22年に立ち上げました。この「ぼっけ」の名前の由来ですが、実は、ドラえもんの「ぼっ

け」からきております。何でも夢はかなうよ、頼まれればどこにでも行くよ、そういう意味合いです。

最初の総会のときには、30名弱ぐらいの市民の方が参加してくださいました。その結果、昨年度までの4年間の「ぼっけ」の活動時間数が右側にございます。初年度は230時間と少のうございますけれども、次年度からはうなぎ登りで、昨年度は2,000時間を超えております。今年度につきましては、9月の段階で1,500時間いっていますので、おそらく3,000時間を超えるのではないかと考えております。

有料ボランティアでございまして、1時間600円、ボランティアさんには350円支払っております。

一番多いのは受診の付き添いです。認知症の方を受診させるとき、付き添っていかなければならない。だけれども、働いているご家族は、なかなか仕事を休んでは行けないということがあって、4分の3以上が受診付き添いの依頼です。

また、この「ぼっけ」にどなたがアクセスしてくるかといいますと、実は、ケアマネジャーさんだったり、あるいは訪問看護ステーションだったり、そういうところからのアクセスが多いんです。

活動のエピソードを幾つかご紹介いたしますと、例えば、喪主をしなければならない息子さんが、認知症の母親を通夜の一晩、葬儀会場で出棺まで見守ってほしいと。あるいは、息子さんが亡くなってしまって一人きりになってしまったお母さんが、毎晩息子の亡靈が見えて恐ろしいと。入所するまでの短期間、1週間ぐらいだったんですが、だけでいいから、夜泊まってほしいということで、ボランティアの方は主婦が多いので、私が泊まりに行きました。

また、介護者自身も高齢な方が多うございますので、高齢な介護者自身がぐあいが悪くなって、急に受診しなければならなくなったり、でも、連れ合いと一緒に病院に連れていくわけにはいかないから、すぐに見守りに来てほしいと。

いかに「今、すぐに」に対応するかということなんです。こういう「今、すぐに」に対応するときに、ケアマネジャーさんのところに家族から一報が行って、ケアマネジャーの方は、どうしよう、困った、そうだ、

10/30(木)

開会式 基調講演

第1分科会 第2分科会 第3分科会

10/31(金)

ま分と科め会 ディスカッションルーム 開催市からのメッセージ 特別講演 閉会式

会場スナップ

92

「ぼっけ」があるという形で、「ぼっけ」のほうにどんどん依頼が来ているという実情があります。

一例、「ぼっけ」に支えられた事例をご紹介いたします。

恐れ入ります。ハンドアウトの順番が一部違っております。申しわけございません。

10年前に夫を亡くして独居だったわけですけれども、74歳時、自宅の向かいにマージャン荘ができるから、自分の家をのぞかれていると非常に不安がって、娘さんが東京に連れていったんです。当地の精神科を受診したところ、長谷川式23点で、どういうわけか統合失調症という診断がつきまして、向精神薬の処方を受けます。ところが、ご本人は都会に行ってとても落ちつかなくて、家に帰ると言って、娘さんを振り切って地元に戻ってきて、独居になります。

75歳のとき、不安が強いため、当院内科から当科に紹介になりました。前述した妄想を繰り返し語り、不安と妄想が顕著でございました。長谷川式20点なんです。そして、MRIスペック等画像検査の結果、この方は、アルツハイマー型認知症でした。ドネペジル開始と同時に、まず介護申請しましょうということで介護申請をしたんですが、何と要支援1しかつかないんです。ヘルパーを週に2回利用して、一緒に炊事をしてもらう。掃除と洗濯は不十分ながら何とかやっていましたが、デイサービスはかたくなに拒否しています。内服は、毎朝娘さんが電話で「さあ、お母さん、飲んでね」という形で促してくれます。東京から娘さんが来道して、月に1回、内科と当科の受診に付き添うという形で独居が継続されておりました。

77歳のとき、非常に不安が強いため、ボランティア「ぼっけ」に頼もうということで、週に1回の訪問を依頼しました。買い物に一緒に行ったり、話し合い相手になってもらう。ときには、ひどく落ち込んでいて、なかなか口のあかないこともありますけれども、次第に訪問を楽しみに待つようになります。また、受診の付き添いも担当してもらうことによって、遠方からの娘さんの頻回な来道が解消されまし

た。

私は施設入所をしばしば勧めていたんですけども、本人と娘さんの決心がつかず、在宅を続けていたため、再検査によって、長谷川式12点まで下がって、認知症が高度になっていることを娘さんにご説明いたしました。とにかく入所するためには要介護1をとらなければいけないので、介護区分の変更をかけて、ようやく要介護1となり、これを機に78歳のときに高齢者住宅に入所しました。

入所しても、環境が変わると、当初は不安が強かったため、「ぼっけ」の訪問を同様に続けておりましたけれども、数カ月後には施設にもなれて穏やかに暮らし始め、「ぼっけ」の利用も終了したというケースでございます。

もう一方で、独居の方の見守りをどうしようかと考えたときに、何といっても民生委員さんを活用しなければだめだなと思いまして、民生委員さんなど市民に向けての認知症基礎講座を平成23年から毎年1回開催しております。

その結果、砂川市におきましては、平成25年の4月に高齢者いきいき支え合い条例をつくって、町内会に情報をお渡しすることができるようになりました。そして、この条例をもとに、地域高齢者見守り事業を始めました。65歳以上の世帯名簿をもとに、問題が予測される独居や高齢者のみの世帯に地域包括支援センターの看護師と高齢者福祉課職員が訪問して、まず支援の必要性をアセスメントします。そして、地域包括支援センター・町内会・民生委員・行政の4者で、町内会や民生委員のサポートが必要かどうか、あるいは適切な医療や福祉につなげることができるかということを話し合います。

この見守り事業につきまして、今年の1月、北海道のNHKの「クローズアップ北海道」で放映されましたので、その一部をご紹介いたします。お願いたします。

(ビデオ上映開始)

ナレーション：砂川市は新たな条例を制定しました。高齢者いきいき支え合い条例。これまで個人情報保護法で守ってきた高齢者情報を見守りのた

10/
30
(木)

開
会
式

基
調
講
演

第
1
分
科
会

第
2
分
科
会

第
3
分
科
会

10/
31
(金)

ま
分
と
科
め
会

デ
ィ
ス
カ
ッ
シ
ョ
ン
ル

メ
ッ
セ
ー
ジ
開
催
市
か
ら

特
別
講
演
閉
会
式

シ
ョ
ッ
ト
会
場
ス
ナ
ップ



めに提供できるようにしたのです。

新たな条例では、市の職員がひとり暮らしを中心に高齢者の家を訪問します。健康状態や社会とのかかわりなど、見守りに必要な個人情報を集めます。

先週の金曜日、砂川市では高齢者の情報を初め町内会に伝えました。砂川市では、高齢者の状況に応じて、週1回、月1回、3カ月に1回の3段階に分けて、見守りを促しています。

(ビデオ上映終了)

内海:このように、町内会を含め、民生委員さんも含めて、見守りがどれだけ必要かということをアセスメントしてやっているわけでございますが、高齢者の見守り活動の手引きというものを作成して、関係者に配っております。

今年の8月29日現在、砂川市における65歳以上の高齢者は約6,000人なんですけれども、6,000人近くが登録しております。90の町内会がございますが、そのうち83の町内会で高齢者を把握する協議が終わっております。実際、砂川市におきまして、独居の方、そして特に見守りが必要と判断した高齢者が950名いて、これまで760名を訪問いたしました。その結果、認知症が疑われる高齢者が四、五名ございました。独居でありますので、ご自身の自覚もあまりなくて、そして家族も気づいていなくて、介護保険にも医療にもつながっていないという四、五名が見つけられました。

この高齢者見守り事業の訪問によって認知症の方を早期発見した場合、その情報をどういう形で医療と介護につなげるかということが重要です。そのため、砂川市におきましては、本年の9月から、認知症疾患医療センターの看護師と医師、そして地域包括支援センターの介護福祉士の3人1組で初期集中支援チームをつくりました。まず、発見された情報をこちらに渡してもらって、そして、看護師と介護福祉士が訪問してアセスメントする。何回も行くわけです。そして、それを持ち帰って、私を含めて、この人は認知症だぞということになれば、何とか受診、そして介護サービスへつなげる。すなわち、ここで発見して、そしてここでまた訪問して、何とか医

療と介護につなげていくという両車輪で行っております。

当地域におきましては、ボランティア「ぼっけ」があって、そして高齢者見守り事業があって、そして初期集中支援チームがある。この三つによって、地域で高齢者を見守るとともに、何とかみずから生き生きと暮らし続けられる地域社会をつくるっていけたらなと思って、このような取り組みをしております。

以上です。ご清聴ありがとうございました。

村田:ありがとうございました。

見守りするときに、どれだけ地域に情報が出てるか、これは個人情報保護との関係で、どの地域社会も悩んでるところだと思うんですけども、砂川市の場合は、条例をつくってそういうことを可能にしたわけですね。

内海:そうです。

村田:その条例はすんなり通ったんですか。

内海:すんなり通りました。そういうニーズがあるんだということを皆さんわかっておられましたので、見守りのためならということで、条例はすんなり通りました。

村田:そういうことを支えようというボランティアさんも、手を挙げてやってみようとおっしゃる方が結構いらっしゃるんですか。

内海:そうです。この「ぼっけ」のボランティアさんはどんなメンバーかといいますと、元ケアスタッフをやっていて退職した方だと、あるいは認知症の家族の会の方たちが大半を占めていますが、それ以外にも、60歳になって定年退職したから何かお手

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま分
と科
め会

ディスカッショナル

開催市からの
メッセージ

特別講演

閉会式

会場スナップ

伝いきれないかといって入ってくださる男性もいらっしゃいます。

村田：そうすると、ボランティアの募集にはあまり困らないんですか。

内海：ボランティアの募集のために、毎年毎年ボランティア養成講座というものをやっています。そこに20名ぐらいはいらっしゃってくれます。そして、年に数名が新たな仲間として入ってくれます。北海道は広うございますので、遠いところから依頼があった場合には、ボランティアさんの居住地から車で行つても、優に30分はかかるてしまうんです。ですから、砂川市だけではなくて、近隣の市町村にも何人かボランティアさんをつくろうということで、近隣の市町村にも出向いていってボランティアを育成しているところです。

村田：ボランティア養成講座などは市が行っているんですか。

内海：いえ、私たちのNPO法人、認知症を支える会というのがやっておりましたが、自立してもらいたいということで、2年前からは、ボランティア「ぼっけ」が主催するようにしております。

村田：なるほど。その中で、内海先生はどういうお役目を果たしておられるんでしょうか。

内海：その養成講座におきましては、当センターの私のような医師だと精神保健福祉士だと看護師だと、あるいは地域包括支援センターの方で5回の講座をやります。各分野、多職種にわたっていて、もちろん無料です。

もう一つは、つくるのは勢いがあったら意外と簡単なんですけれども、維持するほうが難しいので、月に1回例会を開きます。当院のPSWは必ず参加しますが、私も時間のあるときは参加して、彼女たち、彼らたちの活動にはんとうに頭の下がる思いだということをお伝えします。そうすると、ボランティアさんたちがもっと頑張ろうというふうになる。需要がこんなふうに増えてきて、どんどん増やさなければいけない、じゃあ、自分たちでももっとボランティアを増やしていくこうと前進しているといいますか、成長しています。

村田：ただ講座をやるだけではなくて、アフターケアが大事。

内海：アフターケアのほうがうんと大切です。認知症の方というのは、ボランティアさんが来ても、「あんた誰?」と言って拒絶される場合があります。せっかく行つたのに拒絶されたら、普通の主婦の方は傷ついてしまうわけです。先ほど事例でボランティア「ぼっけ」から訪問した方は、実は、昔ながらのご近所さんで顔見知りだったんです。ですから、向こうもすごく抵抗がありましたし、本人も私ではないほうがいいのではないだろうかということを言っていたんですけども、回を重ねるごとに、昔話を共有できるということで、ほんとうにその方がずっと行って、見守って、傾聴してくれたんです。

村田：個人情報のことも含めて条例で定めて、みんな開示して、どこに誰がいるとわかるようにした。そういうことに対して、例えば、訪問したいと言っても、余計なことをしてくれるなとか、市民からそんな反応はありませんでしたか。

内海：実際の見守り事業で、地域包括支援センターの看護師さんや介護福祉課の職員が、先ほどのビデオのように訪問するわけですけれども、何で来たんだという形でけんもほろろにというのはあまりないようです。ただ、65歳以上の独居なので、65歳、あるいは70歳ぐらいのすごく元気な方たちも含まれています。そういう方においては、まだ私はそこまでいっていないから大丈夫だよ、情報を町内会に渡さないでくださいと言われる方がいらっしゃいます。

村田：こういうことをやって、何か地域が変わりましたか。

内海：まだ1年とちょっとですから、地域住民そのものが、こういう活動をやっているというのをあんまり知らないのではないでしょうか。今は、まず独居の方たちを回っているところなので、こういう活動があるんだということはNHKでも放映されましたけれども、砂川市の住民はまだあまりよく知らないかもしれません。

村田：じゃあ、これからさらにボランティアさんの

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま分
と科
め会ディスカッショナル
パネルメッセージ
開催市からの

特別講演

閉会式

会場スナップ
ショット

数を増やしたり、独居だけを回るのではなく広げていたりといふことも考えておられるんでしょうか。

内海：そうです。独居が1,000名近くですので、それが終わったら、今度は高齢者のみの世帯を回ることになります。多分来年になったら高齢者のみの世帯を回れるのではないかと思います。

村田：そうですか。ありがとうございました。

水谷さん、この活動をどういうふうにごらんになりましたか。

水谷：厚生労働省は、認知症初期集中支援事業を推進するんだ、早期診断・早期対応が重要だということでやっておりまして、平成30年度からは全市町村で実施することが法律で決まっています。

私は7月にこのポジションについたときに部下から説明を受けたわけですが、「初期の人はどうやって見つけるんだ」と聞くと、「うーん、それはかかりつけ医の人が変だと思ったら……」ということなんです。つまり、私なりに理解する初期集中支援のコンセプトというのは、あえて言えば、認知症になるかならないかぐらいのところから早期に気づいて、必要な診断を受けて、適切なサービスを受けることによって、進行をおくらせたり、その結果、地域でより生活できたりということだと思うんですが、一番重要なのは、それに早く気づくことだと思うんです。

かかりつけ医が異常に気づけばということだけが初期の人を見つけるすべてだとはちょっと思えなくて、そういった意味で、今おっしゃっていただいたような地域で独居の方を見守るという、ある意味、ちょっとパターナリストイックに入っていく中でそういうことを見つけることが初期の人を掘り出すことにつながって、それが初期集中をほんとうに意味あるものにしていくのではないかと感じました。

ただ一方で、今、認知症の方に地域で初期集中支援事業をやろうとすると、現実には、その初期の方に対応する前に、まさに困難事例と申しますか、とにかく困っている人がいるので何とかしなければということが多い。それは決して初期ではなくて、中重度の方もいらっしゃいます。今はその対応に追われてしまっているのかもしれません、目指すべ

き姿はそういうところにあるのかというのは、今日の話を聞いて思いました。

役所は初期集中支援チームをつくってくださいとお願いしているだけなんですが、それと、初期の人を見つける仕組みをどうやってつくっていくかということを両輪で考えていくことによって、初めて初期集中がほんとうに意味あるものになっていくということを感じました。

村田：ありがとうございました。

内海さんのほうに戻りますが、内海さんご自身、こういうボランティアを養成して、「ぼっけ」という組織が発足することにご尽力されたわけですが、どうしてお医者さんの立場からこういうことをされようと思われたんですか。

内海：地域で長く暮らしていくためには、家族の負担をいかに減らしていくかということが大切なんだなと思ったんです。最初にボランティアさんへのニーズを聞いたときに、声かけだけでいいとか、玄関挨拶だけでもいいから来てほしいと、まずそこに私自身は衝撃を受けました。ああ、一緒に住んでいる家族も、ほんとうは話を聞いてあげたくてもできないんだな、そこに苦悩があるなと思いました。

また、受診の付き添いは、介護保険の中では現実的にできないものです。付き添いというのはとても大切なことなのに、家族が仕事を休んでいかなければいけないと、もう無理という形で、施設に預けようということが起きてくるのではないかと思いました。

それで、高齢社会を支えるのは元気な高齢者であると思いますし、60歳過ぎの元気な奥様たちに声をかけていきました。

村田：女性がほとんどですか。

内海：女性がほとんどです。

村田：別に男性がいけないわけではないんですね。

内海：いけないわけではないんですけど、男性は今このところ4名です。

村田：そうですか。なかなか入ってこないですかね。

内海：そうです。でも、男性でしかできない役割というものもあるって、ああ、男性がいてくれてよかったな

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま分
と科
め会

ディスカッショナル

開催市からの
メッセージ

特別講演

閉会式

会場スナップ

と思いました。

村田：そうですか。ありがとうございました。

それでは、3人目、行政の立場から、和光市の東内さん、お願ひいたします。

東内：私は行政の立場からお話しします。いつも使う資料に少しプラスしてあるんですが、冒頭申し上げた地域包括ケアシステムというのは、どうしても理念とかが先行していく、どういう結果に我が町を持っていくんだという最終的な着地点が見えないままに進められているような気がします。そういう中で、今日は認知症に特化してお話をいたします。

これは認知症の方の地域包括ケアの研究会の報告書ですけど、冒頭から申していますように、ケアのニーズが拡大していくんだよと、これから単独世帯もやって、特に認知症を有する高齢者が多くなってくるというのが全国の問題で、特に都市部の問題が大きいという認識です。

私は、行政もお医者さんも市民の方も、互助という市民ご近所力の関係、共助という医療と介護、あとは自助で、例えば、本人の経済力や身体機能、そういう自助・互助・共助という意味をいま一度再認識することが重要だと思います。

今日は室長も来られておりますが、認知症に関しては、冒頭、村田コーディネーターが申しましたので、この辺は少し割愛させていただきます。

昨年、一昨年来ですか、認知症ケアパスという言葉が唐突に出てきました。多分皆さん、今まで医療連携バスとかいうような認識はあったと思います。私は認知症ケアパス作成のための検討委員会の委員長まで務めたんですけど、認知症ケアパスというのはなかなかなじまない名前ですよね。簡単に言うと、介護保険事業計画の中に認知症のことを特出して、その対策とかをきちんとやっていくという関係だとまずは思ったほうがいいです。認知症ケアパスというものはないんですよ。認知症のMC Iという軽度からBPSDの重度まで、レベルごとに地域においてそれを解決できるような仕組みがきちんと整っている、その地域の環境のことです。でも、そういうことをうたったとしても、実際グループホームが少

ないとか、疾患センターがないとか、認知症センターがないという状況になっては全く意味もありませんので、そういうものをしっかりとつくるべきなればいけないという課題を有しています。

この辺は、どういう状態でもきちんと認知症の方とその家族にケアパスを提示してねという言い方をしているんですが、私は、これこそがケアマネジメントなので、多制度、多職種共同で認知症の方とその家族の方をきちんと支援していくことが重要だと思っています。

この辺は資源の概念なの割愛します。

これは和光市役所の体制なんですが、保健福祉部に福祉政策課という新しい課をつくり、そこに、総合相談支援担当という、専門職を置いた、認知症もそうだし、障がい関係でも、全ての多制度多職種が連携するような担当を、ひとつの新しい課としてつくりました。そこに認知症の初期支援チームの基幹性を持たせています。

部の構成です。これは後で見てください。

高齢者でやってきた地域包括ケアの概念を、子どもとか障害でもずっとやっているんですが、例えば、世帯としては、認知症のおばあちゃんがいて、発達障害の子どもさんがいて、ママがいてというケースなんかもありますから、認知症の場合も、高齢者だけを見ていないで、ライフステージ全般で世帯を見ていくという視点を常に持つておかないと、なかなかケアを支援することはできないと感じています。

では、この辺から具体的に和光市の体制についてです。

今、砂川市のほうでもありましたが、まず、ニーズ調査をやらないということはあり得ないと私は思っています。我が町の課題もわからずに介護保険事業計画はつくれないし、認知症の施策もつくれないと思います。現象・事象として出てきた認知症の方に対応するだけで、それでは全然早期発見にはならないんです。だからこそニーズ調査みたいなのがあって、認知症に関する我が町の課題を知っていく。その課題を解決するために、事業計画をどうするのか、もしくは医療との連携をどうやっていくのか、

10/
30
(木)

開
会
式

基
調
講
演

第
1
分
科
会

第
2
分
科
会

第
3
分
科
会

10/
31
(金)

ま
分
と
科
め
会

ディ
ス
カ
ッ
シ
ョ
ン
パ
ネ
ル

メ
ッ
セ
ー
ジ
開
催
市
か
ら

特
別
講
演
閉
会
式

シ
ョ
ッ
ト
会
場
ス
ナ
ップ



住民の活動をどうやっていくのかを考える。そして、真ん中のところで、介護保険や住まいとか、他の生活支援とか、医療系サービス、福祉・権利擁護、そういうものについて、我が町はどういうものが必要で、どういう体制を組んでいくのか。それで初めて認知症に対応できるような体制が組めるわけです。

そこを下に落としていくんですけど、先ほどから出ている連携というのは、連携する場所がないと絶対できるわけがないんですよ。だから、地域ケア会議、和光市ではコミュニティーケア会議ですが、認知症に関して、例えば、BPSDになってケアマネジャーが困ったときにここに上がってき、どういったドクターにつなげてとかいうチームを編成する。いわゆる多職種・多制度の連結調整を行うんです。ケアマネジメントの調整とか治療計画と介護計画の連動とかですね。それを初期支援チームなんかの段階でもここでやっていくし、重度化していったときにも、この中で応援をしていく。その中で人材が育って、こういう場に持つてこなくても、自分で連携ができるような体制がつくられていきます。

今日のキーワードになるのかと思うんですが、日常生活圏域ニーズ調査はどこの市町村でもやれますか、いまだに無記名式でアンケートみたいなことをやって総量だけをカバーするというのは、ちょっと遅れているのかと私は思います。今の砂川市の例では、個人情報の関係までクリアする条例をつくっているわけです。和光市も記名式のニーズ調査を高齢者全員に送りました。それには同意書もあって、この調査は何と何と何に使われますという中に地域ケ

ア会議に上程することまで書かれています。

そういうことをやって、例えば、このグラフでいくと、真ん中の棒グラフで、高齢者人口のうちMCIレベルの軽度認知症が地区に何人いるんだろうということがわかるわけです。先ほど申しましたが、記名式でやっているから、個人台帳ができ上がっていて、それを積み上げたものがこのグラフです。

その個人台帳は保険者と地域包括支援センターが共有をして、そこからリスクの高い順に訪問をしていく。調査票を送って、回収して、未回収のところは全戸訪問する。未回収のところには、和光市でいう介護サポーターの研修を受けた民生委員とかサポートーの方が訪問するから、そこで早期発見とか、あかずの扉とか、接近困難の方ということが判明するわけです。そういうふうにやらなければ、医療機関だけで初期的な対応が必要な方を見つけ出すことは絶対に無理でしょうし、逆に言えば、これで量がわかるわけです。例えば、今日冒頭申し上げた、認知症で、おひとり暮らしで、借家住まい、低所得者的人が、この地域には何人いるんだということがわかるわけです。

対象を間違って介護の基盤整備をしたら、家賃の高いグループホームなんかつくったって誰も入れないわけです。そういう意味で、認知症ケアパスというのは、介護保険事業計画をきちんと認知症の方に對して機能させるためにつくっていく。その基礎として、ニーズ調査みたいなものが重要なんです。そこで見守りが必要だといったら、砂川市みたいに情報関係から見守りチームみたいなをつくる、その高齢者のところに行くというシステムなので、先ほどから言っているように、低所得者の認知症の方が我が町に何人ぐらいいるんだということも把握しないで介護保険事業計画をつくって、勝手に事業者が参入して、そこで市場原理のもとにやっていくというスタイルだけではだめだということです。我が町に必要なものをつくるという原点に返らないと、今回はなかなか厳しいと思います。

ちなみに、和光市では、これは自慢とかではないですよ、今回の1回目の保険料のワークシートの

試算関係では、市内に特養が60ベッドしかないという状況や、あと介護予防がきいているものもあるって、必然的に要介護4、5とかが少なくて、保険料が50円ぐらいマイナスになるんです。

私が言いたいのは、認知症施策をやっていったら、何を評価して成果のインパクトを見るのかもそろそろ発信をしていかないと、こういうことをやっても効果がほんとうに生まれているのかということになっていく。全体の政策の中で、介護保険でこういう状況にあった何百人の認知症の方がこういう状況に変わっているんだということも示していかないと、そういうことをやっていくんだと叫んでも、なかなか全般的な理解は得られないと思います。

高齢化の日本で認知症対策が遅れるというのは、先進国の中では恥ずかしいことだと私は思うので、そこは今日の池田先生の話、内海先生の話を聞いてすばらしいなと感じました。

ニーズ調査をやって個人の台帳とかもつくったんですが、例えば、ブルーが健常者だとしたら、赤が要介護認定の人で、そこが仮に認知症だとしましょう。和光市は小さい市だからとか都市部だからということではなくて、自分の町の中学校区とか日常生活圏域にそういう方が何人いるかということなんです。じゃあ、そういう方がいたら、我が町は特別養護老人ホームをつくって全て対応していく方針なのか、それとも、小規模多機能型居宅介護とか認知症サポート医等を整備して、在宅での認知症の方の限界点を高めるのか。この辺はもう自治体の政策と首長の覚悟ですよね。和光市は、この図にあるように、在宅の限界点を高めていくことを選びました。だから、小規模多機能型居宅介護とグループホームを連動してつくるというような地域密着のサービスをつくって、認知症の方の対応を行っています。

これは方針です。いつも言っていますけど、介護保険事業計画には、「青さみなぎる文化都市に高齢者の笑顔が集う」とか、何か標語みたいなことを書いてしまうことが多いんです。それでは何をやっていかわからないんです。先ほど言ったように、自治体の覚悟と官民共同で、例えば、私が和光市で、

池田先生が病院長で、内海さんがサポート医とかでいたら、スーパーコラボになると思います。その官民共同の中で、例えば、和光市は介護予防をやっていくんだとはっきりと言っているんです。青さみなぎる文化がどうこうとは言っていません。

そして、基本方針の最後にも、認知症を有する高齢者がどんな状態でも地域で対応していくんだということを明記しているから、市内の介護事業者も市民も行政も医療機関も同じ方向を向くわけです。最近の言い方で規範的統合というんですけど、その同じ目的に向かって医療職・介護職は連携するんです。目的が連携されていないんです。目的は統合されていないといけないんです。そこが認知症には一番重要なと思います。

今言った、和光市の保険料が前期同様か、50円、100円落ちるレベルというのは、認定率の関係です。高齢者人口が増える中、要介護認定者は減少もしくは鈍化ですから、認定率は落ちるわけです。だから、保険料はおのずと低減されるという構造で、これは介護予防のインパクトによるアウトカムです。

この辺は、砂川市であったように、要支援1とか2とかにはいかない認知症の方なんかにいろいろな地域支援事業をやっています。運動機能と能力アップをあわせてこんなふうにやっているんですが、アミロイドベータとタウがたまるということが解明され、長寿医療研究センターが行っているコグニサイズというプログラムを教わって、踏み台昇降をしながら100から3を引いていく体操とかをやったりしています。カジノとかもやっているんですけど、マネーディーラーは介護職の方で、Aさんはアルツハイマーで答えが言える人とかいう参加している人の状態を全部把握した中でゲームをやっていきます。

この少しほぼちちりのお母さんなんんですけど、この方は両膝の変形性皮質関節症から復活した介護予防サポーターのボスをやっている方で、その方たちが認知症カフェなんかを全部仕切ってくれているんです。

この辺が医療連携です。独立病院機構が市内にありますて、そこが認知症を一部診ています。そこ



と市内の精神科とが、垂直統合といって、カルナコネクトというICTでつながっていて、在宅のケアプラン情報が、Aさんが入院したときには病院に行って、病院で治療計画が終わると、今度はそれが在宅に戻ってくる。和光市は、そのデータを地域ケア会議で共有して、医療・介護の連携をやっています。

最後に、いつも見せるんですが、これは和光市内の整備計画です。特養が60ベッドしかないという状況で、大きいデイサービスセンターも今四つしかないんです。この図を見ていただけると、和光市の人口からいいたら、小規模多機能型居宅介護とグループホームの数がかなりあるということがわかると思います。これは、ニーズ調査と要介護3以上の給付分析をやって、そこから認知症の出現率等も勘案した上で整備を進めたんです。例えば、認知症になったらどこか遠くの施設に入ってしまうとかいうことではなくて、いわゆる面的な医療・介護の連携と垂直統合という入院と在宅の連携を強化した結果、今このような基盤整備が進んで、認知症の方に対しては、いわゆるケアパスみたいなものが成立しているという状況になっています。

以上です。

村田：ありがとうございました。

この資料を見ても、私老眼が進んでいるもので、今の図なんかはなかなか判読するのが容易ではないんですけども、今の東内さんのご報告で印象に残ったのは、とにかくニーズ調査をしないとダメだよということ。全ての施策は実態調査から始まるという言葉があるように、どんな施策をつくるにも、実態はどうか、何を求めているのかがわからなければ、机上の空論になってしまう。机上のプランをつくっても何にもならない。ニーズを把握するための実態調査に非常に力を入れておられて、和光市はそこからスタートしているんだということですね。

東内：そうです。スケールはいろいろあるんですが、一番簡易スケールでニーズ調査をやって、そこから初期対応が必要な箇所が出てきたら、家族がいる方にはCDRというのをやったりします。認知症にはスケールというのがあって、そういうのをやると、ど

んな状態なのかというのがわかります。

もう1点言いたいんですが、医療と介護の連携というのは、暮らしの場ということがぶれないことが基本ないとだめなんです。暮らしの場において、医療で何が必要かとか、介護で何が必要かということになるわけですね。だから、池田先生とかは違うけど、例えば、病院の先生というのは、診療で検査値などを見ますよね。でも、在宅でのその人のいろいろな情報は、家族からのあまり専門的ではない情報ではないですか。認知症の方が在宅でどんな生活で、どんなふうなときに調子が悪くなつてということを介護側がきちんと医療につなげるから、お医者さんのほうも、例えば、お薬の出し方とか治療の方針みたいなのがもっとより鮮明になるわけです。それが私は一番の医療と介護の連携だと思っているんです。その前段として、ニーズ調査みたいなもので、意向調査じゃなくて、課題を見つけることが必要だと。

村田：そのときに、記名式でやるのが大事ということですか。

東内：和光市も個人情報の関係をやっているんですが、記名式で同意をもらってしまうということです。自治体の方は、個人情報保護条例がどうだというふうに、すぐできない理由見つけるんです。そうじゃなくて、できるようにしていくには同意をもらえばいいわけです。同意をもらったら、条例をつくるなくたって、そこに書いてある事項はできるわけです。それをやったと。今では和光市も健康づくり基本条例をつくって、いろいろな意味で個人情報をクリアできるんですが、まず同意のために記名をもらうと。

村田：なるほど。その実態調査をした後どうするかというのを、もう一度ちょっとゆっくり詳しくお話しいただけませんか。早口だったので、私ちょっとのみ込みが悪くて。

東内：まず、委託のセンターとかがあるんですが、入力をして、Aさん、Bさんの個人台帳ができ上がります。その個人台帳には基本チェックリストも入っていまして、Aさんのリスクが全部スケール化されます。それを市役所のデータベースに入れて、地域包

10/
30
(木)

開
会
式

基
調
講
演

第
1
分
科
会

第
2
分
科
会

第
3
分
科
会

10/
31
(金)

ま
分
と
科
め
会

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

閉
会
式

シ
ョ
ッ
ト
会
場
ス
ナ
ップ

括支援センターと共有するわけです。その共有することに対しても同意をもらっているわけです。それで、包括支援センターは、そこから順位づけをして、アウトリーチに入るわけです。

村田：訪問は誰がするんですか。

東内：地域包括支援センターの職員です。ハイリスクな方とかが対象です。データを集めるために、未回収の方に訪問に行ってますよね。そのとき、既に要介護2レベルのおばあちゃんに会うこともありますよね。孤立死対応もできるし、早期発見もできるから、ニーズ調査の未回収訪問は絶対重要なんです。それで全部のデータを集め、地域包括支援センターも、さらにそのデータを分析した後に、優先度を持って訪問ができる。

一方で、行政は地域的に全部数字を積み上げて、先ほど言ったように、この地域には認知症で、おひとり暮らしで、低所得者で、借家住まいの方は何人いるんだろうとか、脳卒中で日中独居の人はどのくらいいるんだろうというのを調べて、私たちはそれを地図の上に表で出して見える化します。だからここに低額なグループホームをつくるんですとか、絶対ここに認知症サポート医の研修を終えた先生にいてもらいたいんですということを、政策きちんと示していくわけです。

村田：記名式でやれば、余計なお世話だとか、うちはそんなことに入り込んでもらいたくないとか言って拒否する人たちを防ぐことができて、その人たちもちゃんとキャッチできるということにつながるんですかね。

東内：そこがすごく重要です。先ほど内海さんも言っていたんですけど、要は、回収率が高くて、記名式でも60%、70%いくんです。残りの30%を訪問したときに、8割は元気な人なので、「こんな調査票をよこして、ばかにするな」と怒られます。

村田：なるほど。

東内：ただ、残りの2割の方は、既にMCIか、進んだ人は介護2レベルぐらいになっている。訪問調査も暑い夏と寒い冬にやるんです。だから、私はサポーターに「厳しい」と言われていて、人気がない

です。でも、それをやるから、いろいろなリスクのときにも対応できるんです。だから、怒られることは当たり前として行かないとだめです。

村田：なるほどね。

さあ、水谷さん、この和光市の取り組み、いかがでしょうか。

水谷：厚生労働省は、認知症ケアパスというのを地域ごとに作成して、それを反映した形で来年度からの第6期の介護保険事業計画を作成してくださいとお願いしています。ただ、「してください」と言っているだけで、今おっしゃっていただいた和光市のような取り組みを現実にやった上で、ちゃんと自治体で今その作業が進んでいるかというと、そうではないなと正直感じました。

そういう意味で、国としても、具体的にこうやっているんだということを逆に示してあげないと、なかなか自治体のほうも動きづらいのかということを私も反省しているところです。



もう一つ、医療と介護を連携しなさいと言うのは非常に簡単です。そして、規範的統合のためには目的を共有しなければいけないというのも、まさにおっしゃるとおりだと思います。しかし、それを達成するための手段として、共有する情報の言語が医療と介護で共有されていないと、いかに連携しなさいといつてもうまくいかないような気がしています。早期対応の地域で暮らす医療・介護連携をつくる場面で、医療側に必要な情報は何なのか、介護側に必要な情報は何なのか、そういうことを医療・介護の従事者が話し合って、そのフォーマットがある。

そういう共通言語ができれば、おのずと連携が進むし、その共通言語をつくる過程で、医療・介護の顔の見える関係ができ、連携が進む。

その早期診断・早期対応の場面と、あとは急性増悪——B P S Dとか身体合併症でどうしても医療が必要だというときでも、必ずまた地域に戻ってくることが前提になります。その場面でも、今までどういうふうに暮らしてきて、どういう医療を受けてきたという情報と、それが今回入院して、また戻ってくるときにどうなるか、そういう医療と介護の連携を具体的にやるためにには、まさに規範を示した上で、じゃあ、どういう情報を共有していれば、それがうまくスムーズにいくのかということを話し合う。地域ケア会議とか認知症地域支援推進員とかいろいろなツールは今ありますが、そういうものができるいくことが、より具体的に連携を進めていく一つの道かなと感じた次第です。

村田：ありがとうございました。お三方からそれぞれの取り組み事例をお話しいただきました。

それでは、残り時間が少なくなりましたけれども、今、最後に水谷室長からお話をありました連携です。いかにして連携していったらいいか。この言葉は随分長く言われておりますけれども、なかなか形が見えてこない。行政、それから医療や福祉、介護の専門職、地域住民、いろいろな方々が一緒にあって、地域社会で認知症の、特に独居の方、あるいはご家族を支えていく仕組みをつくり上げる上で、どうやったらお互い手を結び合えるだろうかということを最後に少し議論したいと思います。

例えば、池田先生のところは、連携はこれだけではないんですけども、医療と介護の連携というはどういう形でやっておられるんでしょうか。

池田：例えば、地域拠点型センターの精神科病院での外来の紹介をしますと、その地域は、私自身が8年間、週1回行っているところなので、かかりつけ医の先生方や介護職の皆さんとも、お互いほとんど顔が見えます。ひとり暮らしの方は、ほぼ100%ケアマネさんが受診についてこられます。これは私自身が頼んだわけではないです。けれども、同伴してく

ださり、意見交換もできるので、非常に助かります。

先ほどお話をありましたように、実際に家族あるいは介護職の方から情報を得ることが認知症医療のスタートですので、ひとり暮らしの方の初めての診察で、実際にふだんそばにおられるケアマネさん、あるいはヘルパーさんが同席してくださると、非常にスムーズに診察が進みます。逆に言うと、そういう方がおられずに、年に1回東京から帰ってこられる娘さんが一人ついてこられても、1回の診察ではなかなか核心の部分に迫れません。

診断がついて治療計画ができますと、私自身がお薬を出す場合も、かかりつけ医の先生に戻っていかれるわけです。そのときに、もちろん手紙は書きます。何の目的でこの薬を出したのか、あるいは、かかりつけ医の先生には申しわけないけど、この薬はやめてほしい、ということを書くわけですけれども、微妙なニュアンスがありますので、マネジャーさんがついてくださっていて、かかりつけ医の先生の受診にもついていかれたときに、私が言ったことを伝えてくださいると、手紙の10倍ぐらいスムーズに話がつながります。そういう意味で人のを介した連携というのが非常に大事かと思います。

村田：ケアマネさんが必ずついてこられるというのは、熊本県のケアマネ協会か何かがそんな決まりでつくっているんですか。それとも自主的にやってくださっているんですか。

池田：全く自発的だと思います。ただ、申しわけないんですけど、大学病院の場合は待ち時間が長くて、とてもふだんの業務の中では難しいので、同伴の率は下がります。地域拠点型のほうは比較的外来の待ち時間も短くて、ケアマネさんも大体私の外来がどのくらい混んでいるのかご存じなので、時間をうまく合わせて同伴してくださいます。

村田：なるほど。そうですか。

内海さんは、介護、医療、それから地域住民、行政、これらの連携をどういうふうにしてつくっていくべきだと思われますか。

内海：まず、ケアスタッフとの連携という部分では、先ほどのN P Oの支える会が、ケアスタッフ向けの

10/
30
(木)

開
会
式

基
調
講
演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)

ま
分
と
科
め
会

ディスカッショ
ナル

メッセージ
開催市からの

特
別
講
演

閉
会
式

シ
ョ
ッ
ト
会場スナップ

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま分
と科
め会ディスカッショ
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

講演会や研修会を年に数回開いております。それ以外に事例検討会も2カ月に1回やっておりますが、実は、私と精神保健福祉士の二人が、グループホームとかデイサービスとか特養とかに平日のアフターファイブに出かけていって、ケアスタッフの方たちと膝を交えて2時間ばかり話し合っています。

そうやってしおりゅうケアスタッフの方たちと顔を合わせていて、何に一番効果があるのかといいますと、例えば、グループホームの人が私の外来に利用者さんを連れてきた場合に、私自身、下手な診療はできないぞと、もう顔を知っているわけで、ぞんざいにばっぱっぱっとはできないぞと自分にたががはまるんです。そして、ついてきたケアスタッフの方も、この先生の前では下手なケアはできないぞと、お互いいい意味の縛りといいますか、そういうのがあると思っています。非常に小さい地域ですので、どこどこのケアマネさんがとかいうように、大体顔を知っているという形で連携をしています。

村田：それは先生の業務として行かれるんですか、それともボランティアとして行かれるんですか。

内海：ボランティアです。

村田：全然お金にならないわけですね。

内海：ええ、もちろん。車を運転していきますけれども、ガソリン代も出ないです。

村田：なるほど。まさに情熱で支えているわけですね。でも、情熱に頼っていたら、限界がありますよね。ある程度組織化するかとか、何か考えていかなないと、なかなか普及しないのではないかと思うんですが。

内海：先ほどのNPO法人の支える会などに参加しているメンバーには、私のように公立の医師だったり、保健師さんだったり、公務員もいるわけです。でも、その活動は、大体土日だったり、平日の5時過ぎだったり、話し合うのもそういう形でしか集まれないんです。職種としては保健師だけれども、個人として出てもらってるということです。出張の判断をもらわない形で動こうと。なぜならば、制度化した形でやると、どうしても硬直化してしまうというか。ネットワークはフットワークだと思うんです。こ

れをやろうと言って、ぱっと号令をかければ、ぱっと集まってきてやれるという自由度がとても大切だなと思っています。全くのボランティアなんすけれども、予算がつくとなると、いろいろな制約もありますので、それぐらいだったら、自分勝手に、勝手運のように、まずゲリラ的にやっていこうみたいな感じでやってきた10年間です。

村田：ああ、10年間やっておられる。

内海：はい。

村田：ネットワークはフットワークだというのは大変いい言葉だと思うですけれども、そういうところだけに任せておくと、地域によって、そういう情熱と志のある方がいらっしゃるところは大変よくなるけど、全然それと関係ないというところはできない。こういうのは全国津々浦々に張りめぐらされなければいけないわけとして、どこかに限界があると思うんです。でも一方で、制度的にやってしまうと、硬直化してしまって、何か決まりきったものになってしまふ。そのあんばいというのが非常に難しいですね。

内海：そうです。ジレンマです。

村田：ジレンマですね。

水谷さん、熱意だけに任せておくわけにはいかないと思うんですけども、厚生労働省としてはどういうことを考えておられるのか、何かありますでしょうか。

水谷：最初にも申し上げましたが、答えは一つではないと思うんです。こうやってやれば必ずうまくいくという全国に通用するような形があるとは正直思っていないくて、地域の資源の中でどう組み合わせていくか、何が足りないからこれを増やしていくとかということを地域ごとに考えていただく必要があると思うんです。

そういう意味で、制度化というより、我々はどうちかというと制度のツールを準備している。初期集中支援チームというのをやりなさいよ、地域支援推進員というのを置いてくださいよ、地域ケア会議で認知症のことちゃんとやってくださいよ、認知症ケアパスをつくって考えてくださいよという、考えるきっかけになる場面を政策のメニューとして幾つか用意



しているつもりで、その中で、この地域にフィットするこの形でこれをやっていくとかということは、それぞれの形があるのではないかと思います。そういう意味で、答えが一つというよりは、地域に見合った答えを探していただく。

それと、もう一つ、今日私が思ったのは、その答えを出すには、行政のパターンもあれば、医療側のパターンもあれば、NPOなんかを巻き込んだパターンもあれば、いろいろなパターンがある。

今ふと思い浮かんだのは企画力という言葉で、結局、認知症の問題が、よくも悪くもこれだけ盛り上がりっているという言い方がいいかどうかわかりませんが、世間からも注目を集め、実際に困っている方がたくさんいる中で、それを解決しようとして企画する声というのは、多分どこから上げてもよくて、しかも答えがないわけですから、どのツールを使ってその企画の声を上げてもいい。それがうまくフィットすれば、それが地域の形になっていくと思うので、今、ご家族の立場、本人の立場、行政の立場、医療の立場、介護の立場、それぞれが認知症の問題で困っているわけですから、何かを企画する声を上げることは、決して「いつやるの、今でしょ」ではないですけれども、ほんとうに今そういうタイミングになっているのではないか。そういう取り組みにインスピアイアされて、地域ごとに議論が進んでいけばいいのではないかと考えました。

村田：そうですね。盛り上がっているというよりも、むしろやまれない、もうどうしようもない、にっちもさっちもいかないで、とにかくやらなければという思いが全国的に充満していると感じるんです。この分

科会に一番参加者が多かったということも、そのあたりにあるのではないかと思うんですが、内海さんのところのような、要するに、個人のボランティアでやっている方たちが燃え尽きないように、何かできつちりと支えることも考えていかなければいけないなと思うんです。

東内さんのところは、ほんとうに和光市全域にいろいろなネットワークを張りめぐらせて、うまくいっているようなんですけれども、そのあたりはどのようにしてつくり上げてきたんですか。

東内：今室長が言われたように、企画力というのは重要ですよね。行政は、市民の方から、事業者の方からの企画提案を聞く耳を持つことが重要です。当たり前なんですけど、私は市役所だから官とは言えませんが、公民共同の視点というのがあって、どちらかにやる気が絶対あると思います。両方ないときは誰かががつくるしかないですね。その中でつくり上げるかですね。

私はお話を聞いていて、ボランティアで行く部分も多少はあるかと思いますけれども、行政政策でやったら、この部分は公費投入で、この部分は地域のものでとかいうことが重要ではないかと思います。

発表のときにも言ったんですが、今日私がお示した126ページのところに、「保険者（自治体）の底力を市民のために發揮する」と書いてあります。サミットに来ている首長さんは多いですから、来年の3月の議会には施政方針に認知症対策を入れるぐらいのことをやって、それで、役所がやる部分、さらには住民がやる部分、あとはNPOを育てるところとか市民協働推進課なんていうのが行政の中にありますから、そういうところの連携をやっていけば、私はどんどん市内全体に、チームケアというか、ネットワークを張っていくと考えています。

村田：和光市の場合、まずは、行政が主導して地域にいろいろ働きかけて、地域住民の意識を掘り起こして、協働できるような体制をつくっていったんですか。

東内：そうです。和光市の場合、その核として、先ほど村田さんが見えなかった、小規模多機能型居

10/
30
(木)

開
会
式

基
調
講
演

第
1
分
科
会

第
2
分
科
会

第
3
分
科
会

10/
31
(金)

ま
分
と
科
め
会

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

閉
会
式

シ
ョ
ッ
ト
会
場
ス
ナ
ップ

宅介護とかグループホームが地域にたくさんあるわけです。25名の認知症の方が小規模多機能に行くんだけど、そこに必ず100平米ぐらいのパブリックスペースという地域交流スペースをつくってあるんです。そこで地域の高齢者の事業をやっていて、地域で育成したサポーターが来ているんです。私は「システム化された互助」と呼んでいるんですけど、そういうふうにやって地域力のネットワークをつけていったんです。だから、私は、手法はいろいろあると思います。一例です。

村田：小規模多機能、グループホームに地域交流スペースをつける。

東内：そうです。いわゆる保険給付を使う要介護認定者の方たちが来ていないわけですよね。

村田：はい。

東内：そこを整備するときにパブリックスペースという交流スペースをつくって、そこで、例えば、和光市だったら地域支援事業で一次予防とか二次予防の事業を委託したり、さらに、事業者にいろいろな地域の高齢者の集まる事業とかを独自にやってもらう。その事業で集まるところに市が養成した地域のサポーターが協力する。市と民の両方が主導して地域をつくり上げていくわけです。その輪を広げていているんです。

村田：そのお金を出すのは、一方は事業者であり、一方は行政なわけですか。

東内：そうです。地域支援事業の経費で行っています。

村田：なるほど。わかりました。

地域包括ケアシステムという大きなくくりでいうと、その中で認知症をどう支えていくか、市町村行政の役割というのはとても大きいと思うんですが、市町村行政にどういうことを望むのか、池田さんと内海さんのお二方から聞かせていただけますか。

池田：ありがとうございます。今日は東内さんと水谷さんから行政のお話も聞けたのでよくわかったのですが、ニーズ調査が重要だということが改めてわかりました。

和光市のようにきちんとできていないかもしれません

ませんが、熊本県の九つの地域型の疾患センターというの、さまざまな独自のネットワークをつくっています。今日話題に出たように、確かに行政が引っ張っておられる地域もあります。医師会が全面的に出ておられる地域もあるし、どこもそれほど活発ではなかったので、疾患センターが前面に出ているところもある。私はそれでいいと思っています。それぞれの地域に存在する資源をいかに上手に使っていくかというのが一つのポイントで、行政がそれをきちんと把握して、その地域にある資源をうまく結びつけていただきたいということが一つです。

もう一つは、ある意味では、むしろ我々の現場を厳しく見ていただきたい。要するに、独自にいろいろなことをやるのはいいとは思うんですけども、前半ちょっと話題になったように、医療や介護の質に大きな地域差があってはいけません。取り組みは多様でも、ある水準のサービスをきちんと提供するということは非常に大事なので、きちんとアウトカムを見ていただきたいと思います。

熊本の場合は、今日ご紹介した2カ月に1回の事例検討会の前に、1時間、各センターの連携担当者と、行政だけの集まりがあります。私たち医師にもその内容はよくわかりません。10の疾患センターが何人の患者さんを訪問したかとか、何人の患者さんを治療したかという数字が全部出ています。それをきちんと査定していただいて、あなたのところはちょっとアクティビティが少ないのでないかとか、ちょっと入院が多過ぎるのではないかという指摘をする。あるいは、疾患センター同士も、隣の疾患センターは活発だなということを2カ月に一遍は知って、互いに刺激し合っています。そういう厳しいアウトカムの評価が必要です。

ですから、地域に合わせて柔軟に企画していくということと、ある水準できちんと実現できているかどうかを査定するという、その両方が要ると思います。

村田：では、内海さん。

内海：地域包括ケアという観点からすれば、住居の問題とかさまざまあると思うんです。確かに、先ほ



©2010 熊本県くまモン415003

どの和光市の取り組みを聞いていて、その地域で何が必要なのかというニーズをつかまえるということは、すごく大切なと思ったんですけれども、ちょっとお聞きしていいですか。

村田：どうぞ。

内海：小規模多機能プラスグループホームが各地域にものすごくたくさんあったんですけども、あれは民間なんですね。私自身は、現在の介護システムの施設としては、グループホームで穏やかに暮らしていけることが理想的で、一番いいなと思っています。我々の地域でも、市の行政として、ああいう形で多くのグループホームを点在させていくという視点がまだ足りなくて、じゃあ、特養をあと何床増やせばいいんだねという形です。

今後、地域ごとのニーズを捉えてグループホームをつくっていくべきなのか、あるいは、こういうサービスは当然もう提供されているわけですけれども、24時間の訪問介護のためのヘルパーさんの派遣、も

う一つ、今私自身は、デイサービスを365日やってもらいたいと考えています。日曜日にデイサービスが休みとなると、多様に働いている家族にとってみたら、なかなか難しい。そして、4時半ぐらいに帰つてこられても、まだ仕事から帰つてこられない。そういう形で考えていくれば、もう少しデイサービスの時間を延長したり、ずらしたり、365日やってもらえるようにしていただくことによって、より長く在宅をやってもらえると思っています。

ほんとうに地域でというのであれば、行政はそういうビジョンを立てて、市が運営していないということですので、民間業者にそこまで踏み込んだ指導をしていただければと思います。

村田：ありがとうございました。

そろそろ終了時間になりますけれども、どうしてもこの場でこの4人の方々にこれだけ聞いておきたいという方がいらっしゃいましたら、一つ二つお受けしたいと思いますが、いらっしゃいますでしょうか。



10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)

ま分
と科
め会

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

の際、このことについてこの方にどうしても伺っておきたいという方はいらっしゃいませんか。こちらはマイクの用意があるということです。お一方手が挙がりました。どうぞ。どなたに何かということを簡潔にお願いいたします。

臼杵：私は東京の日野市から参りました、認知症高齢者のグループホーム「ぶあそん」の代表の臼杵と申します。

いろいろ4人のお話を伺いさせていただきました。東京でも、日野市というのは非常におくれている市です。その中で、まず、内海さんからありました24時間365日のデイサービス、これは認知症だけではないんですよね。いわゆる一般型デイサービスの重度の高齢者の方に関しても、ご家族の方から要望があって、私も日野市役所、あるいは近隣の府中市役所等に話したことがあります。

それから、グループホームがあって、どうしてグループハウスがないんだろうという観点もありまして、認知症も確かに大事なんですけれども、要介護者のいわゆる一般型のグループハウスがあつてもいいのではないか。確かに、うちにも、じい様、ばあ様たちがおります。1ユニットですけれども……。

村田：済みません、ご質問を簡潔に。

臼杵：済みません。かいつまんでお話しします。

まず、内海さんに質問させていただきます。

認知症の方のデイサービスを24時間365日やっていただきたいというのは確かにあるんですが、内海さんが働く職員の側の立場として見たときにどう思われるかということに関して、ちょっと質問をさせていただきたいと思います。

村田：お願いいたします。

内海：デイサービスを24時間というのではないかと思っているんです。もう少し時間を延長したり変更したりすることで、もう少しニーズに合わせていただきたいということです。

そうしますと、そこに働いているケアスタッフの方たちも、帰りが9時だったり、あるいは出勤が朝の6時だったりということになって、2交代制みたいな形になって大変かとは思うんですが、これだけ在宅

を進めていこうというのであれば、そして本人さんも望んでいるのであれば、そういう柔軟なデイサービスが要るのではないかと私は考えております。

村田：ありがとうございました。

それでは、最後になりましたが、今日は全国から会場にお越しになっています。今後の認知症高齢者をどう支えていくか、特に独居の人たちを中心はどう支えるかに関して、厚生労働省側から一言よろしくお願ひいたします。

水谷：私、先ほど企画力と申し上げました。進んでいるところは確かにありますが、一方で、できていないところはたくさんあるわけです。そこについては、誰かがやってくれるではなくて、どんな立場であっても、みんながそれぞれこの問題について考えて、何か言っていくということ、地域の中でどういう形をつくっていくか、それぞれの立場から企画の声を上げることが、ほんとうにこの問題に日本の社会として向き合っていくことなのではないかと感じました。

村田：どうもありがとうございました。

2時間にわたりまして、お三方の事例を伺って、地域社会で認知症の高齢者とそのご家族をどう支えるかについて考えてまいりました。十分な議論は尽くせませんでしたけれども、さまざまなヒントがあつたのではないかと思います。

地域の中で誰もが当たり前に暮らせるようにする、これはごく真っ当な、当たり前のことだと思います。今日の取り組みの事例から、皆様方が少しでもヒントをお持ち帰りになり、地域社会で生かしていくたく、そして、安心して暮らせる地域社会をつくるためにご尽力いただけたらと思います。

時間が少々伸びてしまいました。これで認知症をテーマにした第3分科会を終了させていただきます。どうもありがとうございました。

分科会まとめ

日 時

10月31日(金) 9:00 ~ 9:40

会 場

市民会館崇城大学ホール

分科会まとめコーディネーター

東京大学名誉教授 大森 彌 氏

分科会コーディネーター

第1分科会 (代役) ▶ 介護予防・生活支援～脳卒中予防から今後の介護予防を考える～

厚生労働省老健局老人保健課長 迫井 正深 氏

第2分科会 ▶ 看取りのあるべき姿～あなたはどこで最期を迎えますか～

朝日新聞横浜総局記者 佐藤 陽 氏

第3分科会 ▶ 認知症の初期発見からケア推進まで～認知症独居高齢者をどう支えるか～

福祉ジャーナリスト 村田 幸子 氏

10/
30
(木)開
会
式基
調
講
演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま
分
と
科
め
会パ
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

分科会まとめ

10月31日(金) 9:00~9:40

分科会まとめコーディネーター

東京大学名誉教授 大森 弘 氏

分科会コーディネーター

第1分科会(代役) ▶ 介護予防・生活支援~脳卒中予防から今後の介護予防を考える~

厚生労働省老健局老人保健課長 追井 正深 氏

第2分科会 ▶ 看取りのあるべき姿~あなたはどこで最期を迎えますか~

朝日新聞横浜総局記者 佐藤 陽 氏

第3分科会 ▶ 認知症の初期発見からケア推進まで~認知症独居高齢者をどう支えるか~

福祉ジャーナリスト 村田 幸子 氏

10/
30
(木)

開
会
式

基
調
講
演

第
1
分
科
会

第
2
分
科
会

第
3
分
科
会

10/
31
(金)

ま
分
と
科
め
会

ディ
ス
カ
ッ
シ
ョ
ン
ル

メ
ッ
セ
ー
ジ
開催市からの

特
別
講
演
閉
会
式

会
場
ス
ナ
ップ
シ
ョ
ット



大森：おはようございます。皆さん方、熊本の夜を楽しめましたでしょうか。私はちょっと所用があつて夕方11時にここに着いたものですから特段に楽しめがなくて、今日の朝、演壇に立っているんですけども。この後、パネルディスカッションがございまして、そこで司会をやるという都合上、この最初の報告会の司会も務めることになっています。よろしくお願ひいたします。

昨日の分科会はそれぞれに盛り上がったそうでした、その雰囲気なども含めまして、お三人からご報告いただくことになっています。それでは、お一人10分以内で、第1分科会からお願ひ申し上げます。

では、迫井さんからお願ひします。

迫井：第1分科会コーディネーターの川越部長は所用があり、私、オブザーバーでございましたが、かわりにご報告をさせていただきます。

私、第1分科会のこの冊子の資料は非常によくできていますので、これも適宜参照していただきながらと思います。テーマいたしましては「介護予防・生活支援」でございまして、まず最初に、パネリストの皆様方が一通りご説明をされています。

繰り返しになりますが、資料が非常によくできおりまして、最初の今中雄一先生だけが残念ながらどうしても資料が間に合わなかったということもあって冊子はなかったのですけれども、今中先生のほうからは、これは一貫してテーマとして議論の中でも出てきましたが、医療から介護にどう橋渡しをしていくのかということが根底に流れていました。医療サイド、特に病院医療の情報の共有、標準化ということで、DPCのデータを活用した診療の内容とか

標準化、それからその情報を整理することで医療機関がそれぞれどういったことを考えていくかやいけないのかという気づきにつながっていく、そういう話がございました。

それから、それを受ける形で橋本部長、熊本市民病院で臨床を実際にやっておられる方でありますけれども、冊子でいきますと28ページから29ページ以降にスライドがございます。これは非常によくできていると私は思いますが、実際に診療、リハビリテーションを担当されている立場から、現場の話を交えながら非常にわかりやすいプレゼンテーションをしていただきました。

それから引き続きまして、川越部長に、コーディネーターではありますけれども、プレゼンをしていただきました。医療から介護につながる話ということで、17ページから、これも非常にわかりやすい説明をいただきました。医療での脳卒中関係の診療が実際には退院調整という形で、介護の現場、地域においていくという、その課題、問題点をひもといいただきました。

その後、最後に、「夢のみずうみ村」というサービスを実際にやっておられるお立場の藤原理事長から、これもまた非常にパンチのきいたわかりやすいプレゼンで、お聞きになった方にはわかっていただけると思います。今日、藤原理事長がおられないのは非常に残念です。資料でいきますと39ページからのプレゼンでございました。39ページは写真入りで、それから40ページ、41ページあたりは藤原理事長の解説とともに見ていただくとほんとうにわかるんですが、基本的には、過介護を防いで生活の場



を見ていくのが重要だというお話をしました。

議論といたしましては、主に四つの項目でしていただいたように思います。全体の流れから見ていただいたらわかると思います。医療・介護の提供体制、その中でのつなぎといいますか、在宅医療・介護の連携をどう進めていくのか。その話の中で私のほうからも国の取り組みをご紹介させていただきました。それから、もう二つ、三つ、共通する話になりますけれども、医療サイドの予防の話、これは主には橋本先生、それから、生活機能に着目したいわゆる介護予防、これは藤原理事長中心の話でございましたが、そういう視点でさまざまな議論をしていただきました。

第1分科会で聞かれた方はもちろんわかっておられると思いますが、残念ながら他の分科会で聞けなかったという方もおられると思いますので、印象に残る部分だけを幾つかかいつまんでご紹介させていただきます。

医療から介護にどうつないでいくのかという連携の話は、今まで議論がありましたし、永遠のテーマだらうと思いますが、橋本部長のお話の中で私が非常に印象を受けたのは、結局、連携というのはお互い相手の土俵を知らないことが問題なんだと自身が気づいたと。そこで、いろいろな他の施設を見に行って気づいたことがあったと。それは、それぞれの考え方方が違う、見ているものが違う。そうすると結局、連携というのは妥協の産物なんだと。妥協しなければいけないんだ、価値観が違うということを受け入れなきやいけないと。こういうお話を私は非常に印象的でした。

それから、データの話にも一部つながりました。DPCの話ですけれども、もともと今中教授からの医療の情報をまとめて、それが診療内容の見える化につながるという話でございました。橋本部長には熊本での取り組みをご紹介いただきながら、やはりデータをしっかりと集めていくことは大事だけれども、概して時間をかけないと、特にネガティブな情報は出てこないと。大体データをまとめて論文を書き始めると、初期にはいいデータしか出てこない。そこ

で論文を書きがちだけれども、そこはみんな我慢をして、ある程度情報が集まったときに、ネガティブのデータが出てくるのを待って、きちんと評価をすると。これはなかなかフェアな視点だなと思って、私は大変感銘を受けました。

それから、藤原理事長の話は、他の分科会を聞かれた方は機会を見つけてぜひライブで聞かれたらいいと思うんですけれども、やはり直接、生活行為を見て実践するということが非常に重要だと。そういう実際の生活がスライドで幾つかございまして、特にこれはぜひご紹介しておきたいんですが、ページでいきますと40ページ、あるいは41ページの写真です。介護でありがちなのは、すぐ手を出して、すぐお手伝いしてということだけれども、40ページの写真は、何ができるのか何ができないのかをずっと我慢をして見て、そこで初めて介護として何ができるか考えると。あるいは、41ページの写真で、不便さはあっても生活に支障がないと。脳卒中の方はどんなに重度であっても、最終的には生活に支障がないという形に持っていくんだと。こういう生活に着目、生活行為を見るということが特に作業療法士として大事なんだと熱弁を振るっておられましたのをあわせてお伝えしておきたいと思っております。

もう一言だけ追加でまとめさせていただくと、最後に川越コーディネーターがまとめられた中には、医療・介護の連携をまとめていくと、結局、個別のマネジメントをいかにうまくやっていくのかという部分と、それから地域のマネジメントをどうやっていくのかという部分に最後は突き当たると。

個別のマネジメントというのは、何がうまくいっていないのかということを煎じ詰めて、それでリハビリテーションとかケアとかにつないでいくんだけれども、その際、医療ニーズとかリスクがどうあるのかということを考えたら、やはり主治医のコミットメントが重要ではないのかというお話をございました。それから、システムづくりとしてそういうことを地域でどうマネジメントしていくのかという話に突き当たると。制度改正で今回、国が地域ケア会議というのを位置づけましたけれども、それは場が用意さ

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま分
と科
め会ディスカッショ
ナルメッセージ
開催市からの特別講演
閉会式会場スナップ
ショット

れただけなのであって、実際にどう動かしていくのかはやっぱり地域なんだということですので、今日、今からディスカッションされるであろうシンポジウムの話にもつながるんだろうなと。

もう一つ最後に、私が非常に印象に残ったのは、橋本部長がおっしゃったんですが、急性期医療、回復期、それから居宅というふうになって、ともすれば川上川下、上下という印象だけれども、実際は横など。医療中心の世界から生活中心の世界にいかに持っていくのかが大事なんだという視点、このご紹介は私も非常に印象に残りました。

他の分科会をごらんになっていた方々のために参考になればと思ってご紹介いたしました。以上でございます。(拍手)

大森:どうもありがとうございました。

それでは次に、第2分科会の佐藤さん、お願いします。



佐藤:第2分科会のコーディネーターを務めさせていただきました佐藤と申します。よろしくお願ひいたします。

第2分科会は、資料にあるとおり、「看取りのるべき姿～あなたはどこで最期を迎えますか～」という、どう考へても答えの出ない非常に壮大なテーマでございまして、どのように進行していくかと非常に悩みましたが、パネリストの皆さんのおかげで何とか無事終了しました。

テーマは「看取りのるべき姿」ですけれども、るべき姿というのは人それぞれ、個人個人の価値観によって違うものであります、これは当然、一つ

の答えを出せるものではないので、ディスカッションのメインとしては、どういう施策、あるいは医療者、あるいは介護者、あるいは一般市民が何をしていけば地域での看取りが広がっていくかという視点で議論を進めました。

パネリストの方は、まず救命救急医の奥本先生、看取りを積極的に施設で進めていらっしゃる横浜の特養、グリーンヒル泉の小山さん、皆さんご存じの熊本のホームホスピス「われもこう」の代表でいらっしゃる竹熊千晶さん、オブザーバーで厚労省の在宅医療推進室長の佐々木さん、このメンバーで議論を進めました。

資料をごらんになれば大体わかると思うので、それぞれの発表をかいづまんで言わせていただきます。

まず、奥本先生は救命救急センターにずっといらっしゃって、看取りとの関係で言いますと、自宅で看取とうと思っていた方が、ご家族が慌てて119番をしてしまって、救命救急センターに救急車で搬送されて、最後は心臓マッサージ、気管挿管をされて、結局、ある意味、本人の望んでいない亡くなり方をするというケースも幾つかあると聞きます。そういう意味で、望まれない救命、救急搬送という視点からちょっとお話しいただきました。あと、救命救急センターに行ったら何をされるのか、心臓マッサージ、気管挿管、人工呼吸、薬剤投与ということをお話しいただいて、当然ですけれども、運ばれてきたからには治療に対して全力を尽くさざるを得ないという救命救急医としての使命、ただ同時に、老衰に近いような方も運ばれてきて、そういう方に心臓マッサージをやり続けるということに対して非常にいろいろな思いが実は心の中にあるというお話をいただきました。

あと、看取りということから言うと、救命救急センターに搬送されるということはどちらかというとネガティブな印象で語られがちなんですけれども、救命救急センターで亡くなるということが全てネガティブなのではなくて、ご家族の中にはもちろん、救命救急センターに運ばれることでドクターが最後まで

きるところまでやってくれたと。また、突然倒れて亡くなるまでの間に、最後に家族に死を受け入れる時間を救命救急センターでつくるというようなポジティブな役割もあるんだということをおっしゃっていました。

なので、結論としては、救命救急センターに運ばれると当然、ドクターの使命として全力で治療しなきゃいけないという救命救急センターの役割を一般の人に知っていただいて、例えば、どんな薬を飲んでいるかのお薬手帳とか持病とか、あるいはリビングウイルみたいなのを持っているのであれば日ごろからそれをきっちり整理しておいてほしいとおっしゃっていました。

次が、特別養護老人ホームグリーンヒル泉の小山さんの発表です。小山さんは特養施設の中で積極的に看取りを進めていっていらっしゃる方です。なぜ看取りを開始したのかというお話の中で、最終的に亡くなるときにはそれこそ救命救急センターに運ばれてしまう、それはやっぱり介護職員のすごいストレスになっていると。看取りを開始した理由はほかにもいろいろあるんですけども、長い人だと何年、少なくとも何カ月、ずっとその入居者の方をケアしてきて、最期のときだけ病院に運ばれて病院で亡くなってしまうということは職員としても非常にむなしいというか、やっぱり最期を看取りたいという思いが職員さんの中にあったというのが一番大きいとおっしゃっていました。

看取りを実際に始める上でいろいろな苦労、書類作成の苦労とか、あと、配置医は看取りができないということで、外部の協力医師を探していくいろいろ奔走された話とかをお話しされていました。あと、施設の中での看取りだけにとどまらず、その看取りの経験を地域に還元するような努力もされているということで、病院やほかの介護施設との勉強会でもそういう取り組みを発表されたりとか、あと、施設にももちろんいつでも見学に来てくださいというような形で地域に開かれた看取りをされていました。

特養でいろいろな法律や縛りみたいなのがあります、その中で、例えば看取り介護同意書をとつて

いない段階で突然亡くなるというようなケースがあつたりして、ただ、その方がリビングウイルを持っているケースだとその看取り介護加算がつかないというようなこととか、その辺の制度上の問題も小山さんは幾つか指摘されていました。

なので、結論としては、施設の看取りということではあるんですけども、それは結局、在宅の看取りにもつながるし、病院の看取りにもつながるということで、施設の中にとどまらずに地域に広げていくということを一つ、ポイントとしておっしゃっていました。

それで、3人目が「われもこう」の竹熊さんです。竹熊さんはいわゆるホームホスピスということで、私も昨日お邪魔したんですけども、いわゆる普通の民家の中に5人から6人ぐらいの入居者の方が住まわれているというような形です。地域の中にはんとうに溶け込んでいて、地域の人がそれこそ野菜がとれたと持ってきたとか、イベントと一緒にやったりとか、あと、訪問者が通りやすいように角のところをちょっと丸く削ってくれたとか、地域の人のいろいろな気遣いが広がったということをすごくおっしゃっていました。

これも小山さんの特養と一緒になんですけれども、施設の中にとどまっているということではなくて、それを地域に広げていく、地域の中のホームホスピスというようなことをすごく意識されて自然にやつてしまつしやるということでした。

ホームホスピスのよさということで言いますと、いわゆる一軒家なので、通常の在宅での看取りに非常に近い環境であるということと、あと、ご家族もいつでも入りできるということで、ご家族との関係性、ずっと在宅だとやっぱり息が詰まってしまうこともあるんですけども、ちょっと離れて距離ができることによって逆に家族のきずなが強まることもあるとおっしゃっていました。

一つおっしゃっていたのは、いわゆるホームホスピスというのは、例えば特養とかグループホームみたいな制度上の枠組みに入っていないんですね。完全な民間でやっていらっしゃるのでやっぱり正直、

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま分
と科
め会ディスカッショ
ナルメッセージ
開催市からの特別講演
閉会式会場スナップ
ショット

財政的には厳しいとおっしゃっていました。ただ、逆に制度の枠組みがないからこそ、いろいろ自由にできると。その辺のメリット、デメリットとおっしゃっていましたけれども、やっぱり制度に入っちゃうと逆にいろいろ縛りが出てきちゃうので、できれば今の制度がない中でと。ただ、施設の基準づくりはホームホスピスの協議会の中で今やっていらっしゃるし、あと、「ホームホスピス」という言葉も商標登録されたということで、制度のない中でもホームホスピスの質を高めるために努力をされているとおっしゃっていました。

あと、最後に厚生労働省の在宅医療推進室の佐々木さんが、厚労省でされた終末期医療の検討会、ガイドラインの話、あと、リビングウイルに対する意識調査の結果とか、そういうものをいろいろ発表されました。

それで、議論についてですけれども、幾つか論点がありますて、大きく四つを論点にして話しました。まず1点目は、望まれない救急搬送を防ぐにはどうしたらいいかということと、2点目がリビングウイルの制度化についてどう考えるか、3点目が地域での看取りを広げていくまでの苦労、4点目が地域連携とか医療・介護の連携ということで議論を進めました。

ちょっと時間がないのでかいづまんで言いますと、リビングウイルについてはやっぱりなかなか、法制化というところまではどうなのかと。少し法制化はちょっとなじまない、つまり、例えば熊本県とか熊本市で統一の書式をつくるとか、そういうのが一つの手なのではないかというのが大体の皆さんとのコンセンサスでした。

それと、地域連携の話ですね。さっきの小山さんの話とか、介護と医療の話になったときに、介護職員が喀たん吸引とかいろいろできるようになって、介護者が看護師の下の看護助手みたいな役割になっているんじゃないかということを小山さんは問題提起されていて、その辺の医療と介護の関係の難しさみたいなことも最後に提示されました。

私も議論を最終的にまとめることができ

なかっただですが、やっぱり地域での看取りをじわりじわりと少しずつ広げていく、こういった場で看取りについてのディスカッションをするとか、あるいはご家庭とか学校教育の場、いろいろなところでそういう看取りについて話し合うことが大事なんじゃないかということをまとめさせていただきました。

大森:ちなみに、突然ですけれども、佐藤さんは最期はどこで迎えられるんですか。

佐藤:実は分科会でも最後にドクターの先生からまさにその質問が出して、私とパネリストの方は皆さん答えたんですけども、私は取材をしている経験から、やっぱり自宅で亡くなりたい。ただ、それに条件がありますて、私の妻と娘がそれに同意すれば自宅で亡くなりたいと思っていますが、難しければ、もちろんホームホスピスみたいなところがあれば、ホームホスピスなり……。

大森:それは日ごろから仲のいい関係であればそうならないですから、どうぞご随意になさっていただければ。(笑)

それでは、第3分科会の村田さん、お願いします。
村田:第3分科会を担当いたしました村田幸子です。佐藤さんは妻より先に亡くなるということを決めつけておられるようすけれども、そうとは限りませんので。

テーマは認知症で、「認知症独居高齢者をどう支えるか」と副題についておりますけれども、独居高齢者に限らず、広く認知症の方、それからそのご家族をどう地域で支えていくかという観点から話し合いました。参加者が536名と、三つの分科会の中では一番多いと伺いました。つまり、地域包括ケアシステムをつくる上で、やはりどの地域も認知症の方々をどう支えていったらいいのかということに大変苦惱し模索しておられる、そのあかしとしてこのテーマの分科会に関心が集まったのではないかと感じました。

パネリストは3人、熊本大学教授の池田学さん、精神医学の先生です。それから、北海道砂川市立病院から内海久美子さん、内海さんもやはり精神科のお医者さんです、そして、埼玉県和光市の保健福



祉部長の東内京一さん、行政のお立場です。それから、オブザーバーとして、厚生労働省の認知症・虐待防止対策推進室長の水谷忠由さん、この4人の議論です。

まず、熊本大学教授の池田学さんからのお話ですが、熊本県の認知症高齢者を支える仕組みを県内全域に張りめぐらせてネットワークを構築してきた様子をお話くださいました。その特徴は二層構造にあると言うんですね。どういうことかというと、一番中心となる基幹型の認知症医療疾患センターを熊本大学の中に置く、そして、全域9カ所に認知症を支援する拠点型の病院を置く。これは各地域の精神病院が担っているということで、基幹型が中心となって地域の拠点型の病院を支援していく仕組みをつくり上げておられます。認知症医療を、ある地域では受けられるけれども、ある地域では受けられないということがあってはならないということで、拠点型を満遍なく全県に張りめぐらされました。地域格差をなくそうというお考えからのようにです。

先生ご自身の認知症に関する問題意識として、認知症の患者さんを支える医療と介護の専門職の割合があまりにも介護職に偏っていて、医療を担う専門家人材育成が大変おくれている、これが急務であるという意識をお持ちのようで、基幹型の疾患センターが拠点型の医師を支援するために、1週間に1回、基幹型から拠点型に専門医を派遣して、勉強会などを開いて人材育成を支援しているとおっしゃっていました。つまり、地域拠点型スタッフのスキルアップを図ることが大変大事であるというお考えを持っておられます。

県内全域にこうした認知症医療を担うネットワークを構築することは、今のところ5年たっているわけですけれども、その間の取り組みで地域住民が積極的に医療機関を訪れるようになったということです。ただ、先生ご自身の認識としては、構築あるいは人材育成ということで言うと50%のできで、まだまだこれからだと。

熊本県内は認知症を支える仕組みがほんとうに全県に張りめぐらされて、住民が気軽に病院を訪れ、早期に診察を受けて、そしてその診察に基づいてケアを提供されるという仕組みが着々と構築されている大変うらやましい県であるということがよくわかりました。

これが池田先生のご報告です。

それから、お二人目の北海道からおいでくださいました砂川病院の内海久美子さんも精神科の先生でいらっしゃいますけれども、精神科の医師であると同時に、地域で認知症の方々を支えるNPO法人をつくり、暮らしの面から支援していく活動をなさっておられます。

その発端は、アンケート調査をしてみたら介護保険では埋められない支援を必要としている人たちがたくさんいるということがわかって、家族の負担を減らすためにもボランティア活動が必要だ、したがって、ボランティアを養成して制度では埋められないところを支援していくこと、認知症専門のボランティアを組織されました。そのためには、先生をはじめ、医療職、介護の専門家が無料でボランティアの養成講座を開いてこられました。

どんなことをボランティアの方々がやるかというと、制度にはない病院への付き添いとか安否確認、話し相手、買い物といった生活支援のようなことを中心にやっておられます。平成22年当初は230件ぐらいの依頼だったそうですが、平成25年度は2,087件と、右肩上がりに利用が増えている、ボランティアさんに来てほしいという依頼が増えている、そのぐらい当てにされる活動となっているようです。このご報告が1点。

もう一つは、行政がやっている砂川市独自の見守

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま分
と科
め会ディスカッショナル
ペネルメッセージ
開催市からの

特別講演

閉会式

会場スナップ
ショット

り事業をお話しくださいました。見守り事業をするためには、やはりどうしても個人情報等がかかわってきます。見守りをする方々と行政とが同じような情報を共有していかなければいけないということで、砂川市では「高齢者いきいき支え合い条例」という条例をつくったんですね。高齢者の個人情報を地域におろしていく、そして確実に見守りをしていくということをなさっておられます。つまり、個人情報の壁をいかに乗り越えていくかということで、どこでもこうしたことを悩んでおりますけれども、それを条例を定めて支援しているということです。

認知症を取り巻くいろいろな問題のある中で、先生ご自身の問題意識としては、介護職の人たちが現場で大変苦しんでいると。その苦しんでいるものは何かというと、医療の方々、つまり医師との連携が非常にうまくいかない。医療の敷居が高いとか、相談しにくいとか、そういうようなことで悩んでいるという現状を訴えられました。連携が大事だ、医療と介護の相互乗り入れで連携していくこということが言われて随分久しいんですけれども、相も変わらずいまだに介護側が医療職の壁が厚いということで悩んでいるという実態が出てきています。やはり医療サイドがもう少し自分たちの垣根を取っ払って、ヒエラルキーの中で仕事をするのではなくて、横並びで対等の仕事ができるような意識改革をしてほしいと強く思つたことです。

内海先生を中心とした砂川市の活動は、今は独居の認知症高齢者を中心にしているわけですけれども、来年からは高齢者世帯全体に広げていきたいとおっしゃっていました。

これが内海久美子さんのご報告です。

それから、最後は埼玉県和光市の保健福祉部長、東内京一さん、行政側からの発表です。

東内さんは、来年度から新たに3カ年の介護保険事業計画をつくりますが、その中に認知症を支える仕組みを特出しにして、きちんと支えることが大事だとおっしゃいました。資料で言いますと、126ページに「最後に」と書いてありますが、この中に、介護保険事業計画の策定年で、市の施政方針に位

置づけるような強い我がまちの認知症対策の発信が必要不可欠と書いてありますけれども、ここに力を込められました。保険者の底力を市民のために発揮する、それが行政の大きな役目だと強調されておられます。

和光市は、ご存じの方も多いと思いますが、認知症の方に限らず、さまざまな状態にある高齢者あるいは市民を支える仕組みをまさに市全体に張りめぐらせているわけですが、そういうことができた根底にあるのがニーズ調査であるということがわかりました。東内さんが強調されたのは、単なる無記名のアンケート調査をちょっとやったくらいでは自分のまちに必要な制度とか課題というものは浮かび上がらない、ニーズ調査というのはきちんと記名式でやることが大事だと。そのことによって初めて我がまちの課題、それから必要な施策が見えてくるんだとおっしゃっていました。ほんとうにそうだと思います。全ての施策は実態調査から始まる、実態調査をしてこそ初めて効力のある施策を打ち出すことができるんだということを改めて感じさせられる報告でした。

それから、厚生労働省の水谷室長は、この三つの取り組み事例というのは全国的に見てもほんとうにすばらしい先進的な事例だと思うと。それはあのまちだからできたんだ、自分のところではとても無理だと思うものではないし、また、その三つの取り組みのような形だけをよしとするのではなく、こうしたことを参考にしながら、どこからヒントを得て、全国でそれぞれのまちにふさわしい取り組みを生み出してほしいと。いろいろな取り組みがあつていい、それを実現するためのツールとしての制度はきっちりと国として用意するけれども、我がまちにふさわしい独自の支える仕組みを構築してほしいと強調されました。

以上が第3分科会の報告です。

大森:ちょうど予定の40分であります。これは3分科会のご報告をいただくだけになつていて、会場からご質問があるかもしれません、恐縮ですけれども以上をもってご報告会は終わることになります。お三人、ありがとうございました。(拍手)

パネルディスカッション

日 時 10月31日(金) 9:50～11:50

会 場 市民会館崇城大学ホール

新たな介護保険制度の実施に向けて

コーディネーター

東京大学名誉教授 大森 彌 氏

パネリスト

三重県名張市長 亀井 利克 氏

武藏野市健康福祉部長 笹井 肇 氏

慶應義塾大学名誉教授 田中 滋 氏

新地域支援構想会議発起人 堀田 力 氏

オブザーバー

厚生労働省大臣官房審議官 萩谷 秀信 氏

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま
分
と
科
め
会パ
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

10月31日(金) 9:50~11:50

コーディネーター

東京大学名誉教授 大森 彌 氏

パネリスト

三重県名張市長 亀井 利克 氏

武藏野市健康福祉部長 笹井 肇 氏

慶應義塾大学名誉教授 田中 滋 氏

新地域支援構想会議発起人 堀田 力 氏

オブザーバー

厚生労働省大臣官房審議官 茅谷 秀信 氏



大森：このパネルディスカッションは「新たな介護保険制度の実施に向けて」というタイトルで、11時50分までということでございます。

どうして我が国で介護保険制度が創設されたかというのは少し古い話でございますけれども、諸外国にないようなスピードで急速な高齢化がやってきたんですね。従来の制度は市町村が福祉の対象者を決め、あなたはこういうサービスを受けなさいと、しかもそれを予算主義でやっていた。そんな仕組みではとても追いつかない。家族形態がどんどん変わっていく。ひとり家族が増える、老々家族も増えるんですね。どうやったらこの新しく生まれてくるニーズに応じられるか、そう考えて新しい介護保険制度を創設したというのがいきさつでございます。

それで、我が国の介護保険制度は国際社会の中で非常に高い評価を受けていまして、最近の認知症に対する認知症サポーターのようなことも非常に評価が高い。国内でこうやって制度の運用をいろいろ見ていますと、あれやこれや気になりますし、改革すべきことはいっぱいあるんですけども、大きく見ると日本の基本的な社会のあり方を変えた介護保険制度でありますし、私は個人的にこの制度は我が国が誇っていいものだと。

この制度がどうやって出発したか、どうい理念に基づいているか。基本的に言うと、介護保険法に結集して、この理念が書き込まれています。どんなふうに改革しようが当初の理念を逸脱してはならない、この理念を実現するために改革を行うんだ。このことが忘れない限り、日本の介護保険制度は世界に冠たる制度として維持できますし、発展で

きると思っています。繰り返しそのことが大事ではないかと私自身としては考えています。

私はゆえあって介護保険制度の創設期にかかわりました。もともと行政学とか地方自治をやっていまして、この領域の専門家では全くないんですけども、人生さまざまとして、介護保険制度に若干コミットしたのですから、それで今日もここにいるということです。

介護のあり方は他人事ではなくて自分の問題でして、自分はどうありたいか、どういうケアを受けたいか、あるいは受けなくて済むか、そのことが何よりも重要であります。したがって、必ず自立から出発していて、どうしても自立は無理の場合は周辺の方々が手を差し伸べる、それでもどうしても難しい問題についてはやっぱり市町村を基盤にしてきちんとサービスを組んでいく、それでも大変だったら都道府県が頑張れ、それでもどうしてもだめなことは国がやれ、そういう構想になっていきます。もともとそういうふうにして自立、互助、共助、公助、そういう考え方方が打ち込まれた制度でございます。日数がたつとそういうことを忘れるがちになるんですけども、繰り返しそのことを確認しながら、今日行われようとしている制度改革についても私どもはきちんと理解すべきではないかと私自身は考えています。

本日、これからパネルディスカッションをさせていただきますけれども、これだけの方々ですから最初のご発言を10分以内におさめろというのは大変でございますが、テレビ感覚でいっていただいて。テレビで10分しゃべれたら相当の時間でございます。したがって、絶対に10分を超えないということでお願いしたいと思っています。私が時間の管理をいたしますので、恐縮です。先ほどちょっとご相談申し上げまして、次の順番でいきたいと思います。まず田中さん、笹井さん、それから堀田さん、亀井さん、そして亭谷さんという順番で最初に10分間のプレゼンテーションをしていただくことにしたいと思います。

それでは最初に、田中先生からお願いします。
田中：おはようございます。今、大森先生が言われましたけれども、介護保険は理念があり、さらに途

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)

ま分
と科
め会

パ
ネ
ル
ディスカッショ

メッセージ
開催市からの

特
別
講
演

閉
会
式

シ
ョ
ッ
ト
会場スナップ

10/30(木) 開会式 基調講演 第1分科会 第2分科会 第3分科会 10/31(金) ま分と科め会 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

中で尊厳ある自立などという理念を広げつつ進化してきました。今からちょうど20年前、介護保険制度をつくる議論をしていたときに、大森先生が座長でした。介護保険発足直後、実は世の中の要介護者の過半に認知症があることがわかり、介護保険制度の将来を考える高齢者介護研究会が2003年に行われました。そのときの座長が堀田先生です。その後、そのお二人の先輩を引き継いで介護保険の将来を考えるために地域包括ケア研究会を行ってまいりました。つまり、介護保険は理念があるだけではなくて、常に10年ぐらい前から先取りしてプランをつくってきました。

もう一つ、この介護保険のすごさは、今年で第15回になるこのサミットですね。ほかの医療保険の世界や年金保険の世界で、保険者、被保険者、市民、提供者、みんなが集まってこの世界をよくしようとやったたくさんの自治体の方、提供者、市民の方がおられて、昨日今日、日本の介護をよくしていこうと熱く語り合う、こういうのがあることはすばらしいと感じています。

最後は飛行機の中で書いてきたのでタイトルからしてお手元の資料とはちょっと違うんですけども、これを使ってまいります。

今、大森先生が言われたように、介護保険制度をつくった根幹の理由は、健康寿命後を生きる人たちが発生してきたからです。それまでの家族モデル、それから措置モデル、医療モデル、いずれも対応できませんでした。そこで、介護保険制度の特徴は、提供体制整備を先にしたことです。保険制度は突き詰めると、誰から保険料を取って、誰に保険を給付するかというお金側の仕組みですが、介護保険制度は医療と違って、お金の仕組みだけではなくて提供体制整備を常に先行させている点です。

このまま人口が変わらなければ介護保険制度のサービスのクオリティーだけを上げていけば済みます。新幹線は50年たっても車両が進化し、通信システムが進化し、レールも変わる、だけど新幹線は新幹線なんですね。ところが、介護の場合には人口



の大きな変化があります。もう一つ、消滅可能性自治体の話もあるので、新しいモデルが必要かもしれません。

2番目のほう、旧来の形の介護保険だけではなぜいけないか。人口の年齢構成の話は皆さんご存じですが、もう一つ、医療が変わっているんですね。それは、かつてのように単発のエピソードベースで、病院で完結していた医療というのはほとんどなくなって、急性期医療、地域包括ケア病棟、回復期病棟、療養病棟、老健、在宅というように、工業で言えば連続工程化してきた点です。そして、それが普遍的なあらわれ方をすることです。分科会の報告にもありましたように、医療と介護もまた連続工程化であり、重度者についてはかつてのように介護だけでは不可能で、疾患管理が入らなくてはいけない。

日本の介護はお医者さんも深くかかわっていることが特徴です。この点が不可分であり、進んだ介護事業者は疾患管理をベースにしておられます。軽度者は、今度は生活支援と介護は不可分であるという点です。介護にかかわるプロの介入だけではなくて、まちづくりが伴わなければ軽度者の生活は維持できないということも意識されています。どちらについても介護給付はかつてのようなお世話型ではなくて、本質的な目標は悪化予防であると。東内さんのモデルによれば要支援者の場合、改善する事例も多いでしょうが、要介護が重くなった場合に、改善はなかなか難しいとしても悪化予防は可能です。日常的なお世話をすることでも、上位目的は悪化予防であるというように介護保険制度の目的も変わってきてい



ます。

そして、サービス提供体制はこれまでの介護事業者による提供体制だけでは不可能で、もう少し広いスコープが不可欠であるということが意識されました。そのための研究会で最初に出したのがこの図です。この図自体が、高齢者の生活とは介護だけではない、その一言に尽きます。介護を真ん中に置きながらも、医療と生活支援と住まいと予防がかかわらなくては高齢者の生活は維持できないという図を2008年に発表しました。

5年間の研究会を経ると図は複雑化しまして、三つのプロフェッショナルサービス、つまり介護、医療、保健・予防の葉っぱが育つためには豊かな土壌が必要である、それが生活支援であり、社会福祉サービスです。土が流れないためにはしっかりとした箱が必要だから「すまいとすまい方」という植木鉢があり、植木鉢が欠けないためには「本人・家族の選択と心構え」というお皿が必要である。この葉っぱを育てるためには、地域ケア会議、それを支える地域包括支援センターが水やりをし、この葉っぱの使い方については、ケアマネジャーがケアマネジメントの土台に立って支援する。自治体は地域マネジメントに基づいてケアつきコミュニティーを構築していく、こういう図にしました。

今年、医療介護総合確保推進法、とても長い名前の法律ですが、短く言って推進法が通りました。第1条に「地域包括ケアシステムを構築」と書いてあります。これは画期的なことです。今年国会を通った一番大きな、そして一番分厚い法律案の中の第1条に「地域包括ケアシステム」と書かれました。これは介護の発展形ですね。さらに第2条には、地域で医療、介護、予防がセットになって、住まいと生活支援がベースであると。まさに先ほどの植木鉢図をそのまま文章化して書かれています。これが日本国の中策になったわけですね。

飛ばしまして、介護保険制度の将来です。介護保険制度はかつて、2000年のときにはどうしてもそれまで手おくれであった身体介護、寝たきり、褥瘡だらけ老人への手当てから始まりました。それはやむ

を得ないことですけれども、現在は悪化防止とリハビリテーションをメインに変えていかなくてはなりません。

2番目、福祉人材ですね。医療と違って介護の分野の人材というのはこれまで何となく一通りで語られてきましたけれども、福祉も中核人材とそれを支える人材、介護分野ではあるけれども介護をしない、わかりやすい例で言えば、例えば特養で配膳、下膳をする人が介護福祉士である必要は全くないわけですね。そこはボランティアでもいいかもしれないし、団塊の世代でちょっと働きたい人が手伝つたっていい。そういう福祉人材問題についても現在、社会保障審議会福祉部会で議論が進んでおります。コア人材の専門性を發揮させていくという科学性が求められます。

それから、多職種協働と言われてきましたけれども、これは多職種が介護職だけではなくて本人、家族も含めた協働に変わっていくでしょう。それに対する介護保険からの支払いは、今までのような個別の支払いから、だんだん圏域を支える事業、あるいは機能に応じた支払いという方向に変わっていかなくては、介護事業所もやっていけないし、利用者もわかりにくいです。

わかりやすい例でいくと、私たちは病院に入るときに、病院の看護部局、看護師、薬局、麻酔医、外科医と契約しません。病院との一括契約です。ところが介護だと、なぜかたくさんの事業者と契約しなくてはいけないんですね。これでは事業側もやりにくいし、利用者側もわかりにくいので、そういう方向に集約していくモデルを掲載しています。

もう一つは、介護はイノベーションできます。イノベーションしていかないと人材は足りなくなります。それを助ける保険制度にしていくべきです。

もう一枚で終わります。最後のページ。これから皆さんもお話しになりますが、まさにビジョンを共有することによって、このサミットに集まっているような地域を活性化していく。介護は自立支援から始まりましたけれども、互助を支援し、さらにまちの中の住民の共生支援に進化していくでしょう。どういう

10/
30
(木)

開
会
式

基
調
講
演

第
1
分
科
会

第
2
分
科
会

第
3
分
科
会

10/
31
(金)

ま
分
と
科
め
会

デ
ィ
ス
カ
ッ
シ
ョ
ン
ル

メ
ッ
セ
ー
ジ
開催市からの

特
別
講
演

閉
会
式

シ
ョ
ッ
ト
会場スナップ

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま
分
と
科
め
会パ
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

ふうに発達していくかは今日は語りませんが、地域ごとに違います。ローカルルールです。

最後、覚悟。2025年から2040年に向かって今、制度設計をしているところです。そこでのかなめは、今日も市長がいらしていますけれども、首長の覚悟だと思います。統合のかなめは首長です。こういうサミットに来ない市長は落としてしまっていいと思っています。(笑) それから、事業経営者の方々は事業管理だけではだめで、経営者としての意識が必要ですし、何よりも対象となる団塊の世代は、もちろん元気なときは遊んでいてもいいけれども、これから10年間、地域のために月に1回でも貢献していく。それによって地域を活性化してまいりましょう。

以上でございます。ありがとうございました。(拍手)
大森：ありがとうございました。池田省三さんという亡くなつた人がいるんですけども、彼が野武士風とすると、田中先生は紳士なんですが、たまにきついことをああやつておっしゃるんですね。パンチがきいたご発言をいただきました。大きなテーマ全体でございますので、ある種、私どもが議論する文脈というか、どういうコンテクストで議論すればいいかという問題提起であったと思います。

それでは、次は笹井さんですけれども、実は介護保険実施に入ったときに、全国の自治体職員の中から、後にカリスマ職員と言われるようなタイプの職員が生まれました。介護保険制度は当時の福祉畠の人たちだけではなくて、それまで関係なかった人たちが、どうやって自分たちで介護保険を実施に向かってきつと段取りを整えるかということを一生懸命やって、そのことが地方自治の試金石だと言われました。そのことに応えられるような職員をどうやって生み出すかということが持続的な課題であり続けています。したがって、市町村の現場では、きちんと介護保険について理解をし、これをうまく運営する職員がいれば、その首長さんはとても助かるはずなんです。笹井さんは私から見たらそういうタイプの人で、相当な人だと思います。この人が笹井さんです。よろしくお願ひします。

笹井：おはようございます。過分な紹介をありがと



うございました。時間がありませんので早速、発表に移させていただきたいと思います。

多くの市町村の皆さんがあらっしゃると思いますが、ちょうど今、介護保険事業計画の策定の真っ最中だと思います。この第6期介護保険事業計画は今までの事業計画の策定と大きく違うことが二つあります。単に今後3年間のサービスの提供量の見込みや保険料の推計をするということだけではなくて、2025年の、先ほど田中先生におっしゃっていたような地域包括ケアシステムの構築をどうやっていくかという課題が一つ目、そして二つ目は、おそらく介護保険制度発足以来の大幅な制度改正が今回出されておりますので、その制度改正にどう対応していくか。そういう意味では、事業計画と地域包括ケアと制度改正への対応を三位一体的に取り組まなければならぬというものが今の市町村の課題であろうと思っています。

そのためには、やはり現在の我がまちの給付の状況であるとかの分析をきっちりした上で、市民の皆さんと一緒に、2025年の我がまちの高齢者、あるいは我がまちの高齢者を取り巻く環境をどうしていくかという将来像を検討する必要があるでしょう。その分析の一環として、先ほど大森先生がお話しになりましたが、昨年4月に亡くなられた池田省三先生を中心としてつくられた介護保険政策評価分析システムによる分析があります。これは厚生労働省から全ての市町村に配信されており、武蔵野市だけがこういう分析をしているわけではありません。各保険者は毎月、月報というのを出してますが、それに基づいて全ての自治体で分析ができるもので



ございます。

さて、地域包括ケアシステムでございます。武蔵野市は介護保険が導入された平成12年に介護保険条例を制定しました。どこの自治体さんも2月議会、3月議会で制定されたと思います。それと同時に、高齢者福祉総合条例を制定いたしました。介護保険制度だけでは高齢者の介護の全てを担うことができないだろう、むしろ介護保険を補完し、それを取り巻くまちづくりの姿や目標といったものを体系的に整理すべきだろうという、そのころの問題意識でつくったのが高齢者福祉総合条例でございます。

そこに第2条に書かれている基本理念を書いておきましたが、まさに今、田中先生たちにご議論いただいている地域包括ケアシステムの理念と重なり合うものだろうと認識しているところでございます。概念図としてはこういうことでございまして、一番左の隅に介護保険条例がありますが、住まいであるとか健康増進、移送、そういう形でまちづくりの方向性と体系化を考えているところでございます。時間の関係がございますので、幾つか特徴的なことだけお話しします。

テンミリオンハウス。年間1,000万円を上限として地域での見守りや社会とのつながりが必要な方の生活を支援するミニデイサービスや緊急ショートステイです。これは空き家対策でもあります。空き家になっていた民家を市が借り上げたり、あるいは寄附していただいて、運営を住民の皆さんにお願いしているということです。①「川路さんち」と書いてあるのは、ほんとうに川路さんという庭つきのお宅だったんです。放っておけば空き家になって防犯上も防災上も問題になるところを、市がちょっと床を直して地域のグループに運営をお願いしている。運営をしていたているヤングオールドの皆さんもこの活動によって元気で長生きしていただいている、もちろん利用者もそこに来れば生きがいや社会参加ができる、空き家対策にもなるという、一石三鳥のような事業に平成11年から取り組んでいるところでございます。

次に、レモンキャブでございますが、これも地域の皆さんのお力をおかりしました。車椅子でも乗れ

るレモン色の車両は武蔵野市で用意をいたしまして、運行はまちのお米屋さん、酒屋さんにお願いしています。なぜか。お米屋さん、酒屋さんは高齢者にはお米を届けないといけない。ということは、外出が困難なお年寄りを地域で一番把握していらっしゃるのがお米屋さんや酒屋さんだったからでございます。

さて、認知症の取り組みと医療連携の話はそれぞれ分科会で昨日、議論がされましたので飛ばさせていただきます。

次に、制度改正について、幾つかポイントの課題だけお話をさせていただきたいと思います。この後、堀田先生のほうから地域住民の皆さんの互助の取り組みについてお話しされると思いますが、今回の制度改正の大きなキーワードの一つは、地域の多様な主体をいかに活用するかということが大きな課題になってまいります。ただ、その場合、保険者として注意しなければいけないことが1点ございます。総合事業の財源の上限設定という問題でございます。

従来の地域支援事業は、皆さんご案内のように、介護給付費全体の3%以内で市町村がある程度自由にメニューを組み込むことができましたけれども、今回からその算定式が変わります。ここに書いてありますように、前年の予防訪問介護、予防通所介護、予防ケアプランと予防事業に後期高齢者人口の伸びを掛ける、これが総合事業の基本的な上限設定になります。ただし、例外的に、初年度だけは②のところが10%まで認められるという話になっております。

武蔵野市の後期高齢者の伸びを見ますと、そこに書いてありますように、2%台や1%台。逆に、予防の伸びは5%から7%ぐらいでございます。そういう意味では、ここで問題なのは、その財源の問題も考慮しながら単価の設定や事業を選定していくなければならない。後期高齢者は人数としてはたくさん増えてきますけれども、新たに75歳になる方が少ないので2%、1%なんです。なぜか。昭和13年、14年、15年、16年にお生まれになった方が今、75歳到達をされているからです。太平洋戦争直前あるいは太平洋戦争中にお生まれになって、栄養失調にもならず、戦火もかいくぐってこられた方たちが今、75

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)

ま分
と科
め会

ディスカッショナル
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

10/30(木) 開会式 基調講演 第1分科会 第2分科会 第3分科会 10/31(金) ま分と科め会 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

歳に到達されようとしています。これが昭和21年以降になるとどっと団塊の世代になりますが、その前の段階はこういう数字になるというのが武蔵野市の現状でございます。

今、私どもがやっているのは、現在の介護予防事業あるいは地域支援事業を全部棚卸しといいますか、対象者と事業内容を見直しています。サービス類型は7月28日の課長会議資料でいろいろ出されました。訪問型AサービスだとかBサービス、それのどれに該当するかを検討しながら、予算規模も検討して、今後これは地域支援事業でいけるだろう、これは市町村の一般会計事業に振り分けようとか、そういう検討をやっていく必要があるということでございます。

次に、2割負担の問題です。2割負担を導入することの是非についてはいろいろ意見がありますけれども、ここではあえて触れません。来年の8月から導入されますが、このポイントは、サービスを受けていらっしゃる方の全員に、1割負担割合証と2割負担割合証を発行することになります。サービス提供事業者は被保険者証だけではなくて、その負担割合証に基づいてサービスの提供を行うということになります。

私どもが12月にした実態調査の結果がそこの丸い円グラフでございます。2割になつたらどうしますかと。「今までと変わらず利用する」が37.6%。しかし、「利用する回数を減らす」23.8%、「複数利用しているサービスの種類を減らす」2.7%、「介護保険サービスの利用をやめる」2.1%、合計約3割の方が何らかの形でサービスの見直しをされる可能性がある。そのためには事前にいろいろな周知が必要ですし、ケアマネジャーさんたちも来年の8月、9月はケアプランの修正が必要になってくるかもしれません。そういう課題がございます。武蔵野市はそういう制度改正についてこういう形で一つ一つ対応方針を検討しているところでございます。

今後の課題ですが、時間がなくなりましたので一つだけ申し上げますと、限られた財源と人材を、いかにして優先順位をつけて効果的に選択と集中を

行っていくかということだろうと思っています。

最後でございます。地域包括ケアシステムについて、私どもも市民説明会や、民生委員さん、介護サービス事業者さんに説明して歩いておりますけれども、なかなかわかつていただけない。そこで武蔵野市は翻訳をすることにいたしました。法律には「地域包括ケアシステム」と書いてありますが、「地域」を「まち」、「包括」を「ぐるみ」、「ケアシステム」を「支え合いの仕組み」と訳します。ですから、2025年に向けた武蔵野市の「まちぐるみの支え合いの仕組み」を市民の皆さんや事業者の皆さん、医療職の皆さん、みんなで考えていきましょうということです。課題山積でございますが、英知を出し合ってよりよいまちづくりを進めていきたいと考えているところでございます。

どうもありがとうございました。(拍手)

大森:田中先生、地域包括ケアシステムですけれども、今、武蔵野市では普通の人がわかる言葉に翻訳しているんですね。これは私はアイデアだと思うんですけども、先生からごらんになるとどんなふうに見えますか。

田中:大学の成績ではAクラスの翻訳ですね。(笑)

大森:ですよね。「まちぐるみの支え合いの仕組み」、こちらのほうが絶対わかりやすい。だから、これを公の言い方に変えられると一番いいんですね。「地域包括ケアシステム」はとてもわかりにくいんです。普通の人が聞いてもわからない。こちらのほうがずっとわかりやすいですね。これは笹井さんが考えたんですか。

笹井:いろいろと皆さんに議論してもらって。

大森:ああ、そうですか。いいアイデアだと僕は思います。ありがとうございました。

それでは、次は堀田先生にお願いしましょう。

堀田:さわやか福祉財団の堀田でございます。

今日は要支援者に対する生活支援を助け合いでやるということを中心に話します。まず、その助け合いで支えるということが、地域包括ケア、わかりにくいんですけど、この中でどういう位置づけを占めるのか。その点を前提として私の考えを申し上げます。



地域包括ケアというのは、介護を中心にサービスを組み合わせれば、田中先生の五つの葉っぱ、そういう形になるんですけれども、これを目的という観点からすれば、やはり全ての人が尊厳を持って、その人らしく自立して生きていく、それをみんなで支えるシステムということになるだろうと。そういう目的から考えると、いろいろな要素が5つありますけれども、一つ大きなのはやはり医療と介護の連携。これが連携して最後までおうちで、住みなれた場所で過ごせるように支えていく。尊厳を支えるというのはやはりその人らしく生きる、それは住みなれたところで最後まで暮らすということが絶対条件になります。それを実現する、そういう意味で医療と介護の連携が一つ大きな要素を持ちます。

それから、もう一つは生活支援だろうと。いかに体が支えられても、その人が自分らしく生きるためには、いろいろな生活の支援が入り精神的に支える。ご近所の仲間とかそういう方も入って、いろいろなことを楽しむ、自分の貢献できることはやる、そういう生き方を最後まですることが大切だろうと。それにはやはり生活を支え、精神的に支える仕組みがしっかりとでき上がるということが大切な要素だろうと。

そういう意味では、これは専門家ではありませんが、仲間の助け合い、ご近所の助け合い、NPOの助け合い、社協さんの助け合い、いろいろな助け合いがどんな状態になられた方のところにも入って、特にいろいろなことをやれる段階の方にはしっかりとその部分が入って、その人らしい生き方、生活を楽しんで暮らせる、それを実現することが大切だろう

と。そういう意味で、助け合いというのは地域包括ケアの中で大切な役割を果たすんだろうという前提であります。

前提で3分かかったんですが、では、助け合いについて何を申し上げたいか。今度、要支援者の生活支援、助け合いを中心としてやろうという仕組みになりました。いきさつはご存じのとおりです。今日はすばらしい首長さん方、そして自治体の方々にご参加いただいていますが、これはやはり自治体、市町村の担当者の強い覚悟が要るだろうと、このことを申し上げたい。

規範的統合という覚悟の基本が田中先生からご披露がありました。助け合いの関係で言えば、助け合い活動をやる人たちの力をうまく引き出していかなければいけない。ところが、助け合いというのは、事業者にやってもらうお金の給付の仕組みと違って、志でやるものですから、こうやりましょう、こういう仕組みになりましたと言ったって、決してそのとおりには動かない。動かないけれども、その気持ちになればすばらしいサービスを実現する。それが実現するように、上手に助け合い活動を引き出していかなければいけない。

そこで覚悟が要るのは、助け合い活動というのは志でやるもので、主体的に、自分がやりたい、こうしたいという気持ちが起こって初めてやるものですから、その気持ちを尊重しないとやれないということです。そこが仕組みをつくってすっと動くほかの今までの仕組みと決定的に違う。中には「行政がやれ。そっちが言うならやらないよ」なんてかえってひねくれちゃうような、おへその曲がったうるさい人ももちろん地域にはいます。でも、そういう人たちもやる気になればすばらしい力を發揮するから、上手に彼らのやる気を引き出す仕組みをつくり、立ててやっていくことが必要で、その覚悟が要るということです。

これはあまり行政の方はやりなれていないとか、これまであまりやったことがない。特に助け合いを中心とした仕組みは、介護、福祉に限らず、おそらく初めての仕組みだと思います。なぜなら、これは行政から見れば、頼りない、当てに

10/
30
(木)

開
会
式

基
調
講
演

第
1
分
科
会

第
2
分
科
会

第
3
分
科
会

10/
31
(金)

ま
分
と
科
め
会

デ
ィ
ス
カ
ッ
シ
ョ
ン
ル

メ
ッ
セ
ー
ジ
開催市からの
メッセージ

特
別
講
演

閉
会
式

シ
ョ
ッ
ト
会場スナップ

できない。何年までにやれと言ったって、そういうふうにはできません。やってもらうしかないわけですから、そこが非常に難しい。行政責任が簡単には果たせないから、そういう頼れないものに中核任せなんていうことは從来やっていませんでした。だけど、お金がなくなってきて、サービスをある程度削っていかなければいけない、しかし後退させてはいけない。助け合いでもっとやれる分野はどこなのか、それはやっぱり生活を支えるということだろうと。なぜなら、心を支える、相手のいいところを引き出すという、給付と違って、そういう志が非常に必要なのが助け合いだからです。助け合いのほうがいいサービスができる。その分野の支援が生活支援で、これを中核に任せようという仕組みになったわけです。これはお金では動かないで、これをうまく引き出す、そのところが大切です。そういう仕組みになります。

173ページは厚生労働省の資料です。その仕組みとして、生活支援コーディネーターというのをまず第1層の市町村レベルで1人、中学校区域、地域包括レベルでまたそれぞれ1人、行政の費用で置いて、この方々に助け合いを広めてもらおうと。そういう仕組みがつくられています。そして、協議体というのは誰が入ってもいいけれども、地域の助け合いで主体となっているリーダー、大事なのは地縁関係で、自治会、町内会、あるいは新しいいろいろな地縁協議会、それらのリーダーが入る。地縁組織が助け合いの基本です。それに、それよりも少し深いテーマ型のサービスをやるNPOとか、社協さんの有償ボランティアとか、そういったリーダーが入り、この方々が生活支援コーディネーターを支えて幅広い助け合い活動を広めていく。こういう仕組みが今度つくられましたので、覚悟を持った市町村はそういう生活支援コーディネーター及び協議体にどれだけ適任の人を選ぶか、これが当面の最大の課題になります。

これを上から目線で見て、あの人はこういう経歴だから、福祉が長い行政官だからあのOBにやってもらおうとか、社協の会長をしておられたからやっても

らおうとか、そういう発想ではこれは絶対にうまくいかない。実際に地域活動をやっている人たち、地縁活動の人もNPOの人も、そういう人たちが集まって、あの人にやってもらおうと自然に浮かび上がってきます。そういう人を任命する、これが非常に大事な決め手です。ですから、これは29年4月までとなっていきますけれども、今も任意事業でやれるとなっていますので、なるべく早く手を挙げて、そういう方を選ぶ、勉強会を始める、そこに取りかかることが最大の任務になるだろうということあります。

そういう基本精神をいろいろ考えるために助け合い側で協議をしました。その協議は174ページにあるように、民間団体が集まって新地域支援構想会議をつくり、175ページ、176ページにあるような基本的な考えをまず最初に申しました。これはぜひお読みいただきたい。この中には、助け合い活動は志でやるものだから縦割りではできない、高齢者だけとか、子供はダメとか、障害者はダメとか、そういう助け合いはやりません、困っている方がおられたら誰でも助けると。ここの特徴をしっかり認めて柔軟な仕組みをつくらないと、助け合い活動はうまく動かすことはできないといったような基本的なことを書いております。

177ページは、そういった考え方を全国の担当行政官や社協の方々、そういった方々と一緒に勉強するためにやりました、さわやか福祉財団のフォーラムです。今年3月からやり出しまして現在37回までやりましたけれども、皆さん、基本のところはご理解いただいたと。動いているなという感じがいたしております。

178ページは、その後、コーディネーターの方々に助け合いの本質を理解していただくためにつくりました私どものテキストブックで、さわやか福祉財団ホームページで上梓しております。ご自由にお使いいただいて結構です。いろいろご活用いただければと思います。

ということで、新しい覚悟を持って、新しい事業を。これはほんとうに画期的です。住民の力を使って新しいまちをつくっていくという、新しい事業に新

しいやり方で取り組む第一歩であります。そういう認識で、みんなでしっかりと取り組んでいきたいと願っております。

以上でございます。(拍手)

大森:ありがとうございました。

私も今、堀田さんが言われたようなことが全国的に行われればとてもいいと思うんですけれども、仮に今おっしゃったような覚悟を持たない自治体が出てきたときは、その自治体はどういうふうに考えればいいでしょうか。

堀田:これはやっぱり民主主義で、周りにいいモデルができて、その自治体の職員が生き生きとやり、その住民の方々にすばらしいことをやってもらっている、幸せだと、そういう姿がこれから出でてきまから、それを見たら、首長さんにも「うちのまちはこんな状態でいいのか」と思っていただきたいし、そう思わないならば落としていただきて、いい首長を選んでいただくということが大事かと思います。(笑)

大森:住民の皆さん方はそこから簡単に流出できませんからね。やっぱり先生おっしゃっているように、これほど世の中全体で新しい仕組みについて注目して頑張ったらどうですかとお説いていたるにもかかわらず、鈍感でほとんどそういうことに対応しなかつたら、絶対に次の選挙で落とすべきですよね。

堀田:そうですね。

大森:私も賛成します。皆さん方もご賛同いただければ、必ず地域はよくなるということだと思います。ちょっと今、言い過ぎています。済みません。(笑)

それでは、亀井市長さん、お願ひします。

亀井:先ほどから首長の覚悟について全ての先生方から申されました。日々、覚悟を持って仕事をいたしております三重県名張市長でございます。時間がございませんので早速お話をさせていただきますが、まず名張市のPR、置かれている環境についてだけ一、二分、お話を申し上げたいと存じ上げます。

1,300年前、奈良に都が置かれていたその当時、名張までが首都圏、畿内で、東大寺領に黒田荘という荘園が置かれておりました。古くからそういう首都との関係が深うございましたので、歴史、あるいは



はまた文化資源が大変豊富なまちでございます。一方におきまして、赤目四十八滝という滝がござりますけれども、山紫水明の地でございまして、奈良、京都、大阪に水を提供する水源の都市でもあります。さらには伊賀米コシヒカリ、そしてその上質の米からできる上質のお酒、世界のコンクールにおいても金賞をとるような「而今」、あるいは「瀧自慢」とかいう酒も名張でつくられています。伊賀牛等もございますし、ぜひ機会がございましたらお運びをいただければと思ってございます。

昭和40年代に入りまして住宅開発がどんどん進められました。そして、大阪のベッドタウンとして、3万人口が一挙に8万を超える人口となったわけでございます。人口のピークが平成12年、それ以降、微減をしてきております。その一挙に入居いただいた方というのは実は団塊の世代の方が大変多いですので、もう既にリタイアされています。これから一挙に高齢化が進んでいく、そんなまちでもございます。今、高齢化率が約26%ですので国の平均とほぼニアリーであるわけですけれども、国はこれから大体15年かけて33%、2人で1人を支える社会になってくるわけですが、実は名張市はあと7年ぐらいすれば33%になるんです。ですので、全国平均の倍のスピードで高齢化が進んでいる、そんなまちでございます。よって、大きく二つのテーマが出てまいりました。

一つは、人生90年時代を迎えて、健康で活力に満ちた、そんな一生涯を送っていただく、そのための生涯現役のまちづくり「名張ばりばり現役プロジェクト」を進めております。もう一つが、やはり支える人口がこれから極端に減ってくるわけでございます

10/
30
(木)

開
会
式

基
調
講
演

第
1
分
科
会

第
2
分
科
会

第
3
分
科
会

10/
31
(金)

ま
分
と
科
め
会

デ
ィ
ス
カ
ッ
シ
ョ
ン
ル

メ
ッ
セ
ー
ジ
開催市からの

特
別
講
演

閉
会
式

シ
ョ
ッ
ト
会場スナップ

10/30(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/31(金)

ま分と科め会

ディスカッションルーム

開催市からのメッセージ

特別講演

閉会式

会場スナップ

から、出生率等も上げていかなければならぬといふことで、「産み育てるにやさしいまちづくり」、この二つの柱をもって今まで取り組みをいたしてきたわけでございます。

健康づくり等につきましては実績もできてきております。実は、介護保険の認定の伸びもかなり抑制されておりまます。あるいはまた、国民健康保険の給付の額もどつと伸びていたんですけども、これもかなり抑制されています。そして何よりも数字であらわれてきたのは健康寿命です。今、全国平均の健康寿命は男性が70歳、女性が74歳です。平均寿命との差が、男性で10年間あって、女性で12年間あるわけですけれども、名張市民の健康寿命は今、男性で78歳、女性で80歳です。これを平均寿命に重ねていこうと、それを今、一生懸命やらせていただいている。

私が覚悟を持ったのは、平成12年に社会福祉法が改正になったんです。そのときに新たにこんな言葉が入りました。「地域福祉の推進」。今まで法律の中で「地域福祉」という言葉は出てきませんでした。これは何か。共助、互助、支え合いによる地域福祉を推進していくということで、先ほどから先生方もおっしゃっていますけれども、いろいろな地域資源が協働して、そういう福祉のまちをつくっていこうということでございました。私はこのときはまだ県会議員だったんですが、平成3年から県会議員をやらせていただいて、福祉をずっとテーマとしてやってきました。そのときに平成12年のこれが出了ので、これは覚悟を持たないといけないと。これは国のほうからもあるメッセージを発せられているんです。それで、これから2年後、平成14年に市長にしていただいて、今、4期目ですけれども、その覚悟を持って今までやってきたということでございます。

その覚悟というのは何かといいますと、少子高齢社会はどんどん進行しています。支える人口が減ってきて、支えられる人口がどんどん増えてきているわけでございますので、いずれこの日本の社会保障制度というのは限界が来ます。10%にしても15%にしても限界が来ると思っています。経済福祉というの

は限界が来ます。その限界を感じさせない、それをカバーしていくものは、何か。それは環境福祉です。この体制を強化していく。

「亀井市長、経済福祉とか環境福祉とか言うてるけども、辞書を見ても、ネットを調べてもこんな言葉あらへんわ」と言っています。それは、ないです、これは私だけが使っているんですから。まだこれは認められておりませんので、私だけが言っているんですが、環境福祉というのは、地域社会の中で多様な主体が助け合ってお互いに協力してやっていくことで醸成されてくるような力で、そういうものでカバーをしていくと。それはどうしてできるか。これは住民自治の熟度を高めて、そしてコミュニティーを再生させる、そういう中で醸成されてくるものでございます。

共助、互助、支え合いの社会の創造ということでございまして、この地域づくりを土台に、ここへ社会福祉であったり、防災であったり、防犯であったり、消費者保護であったりをのせていくということです。

それで、私、平成14年に名張市長にしていただいて、平成15年からこのコミュニティーを再生させるという取り組みをやってきました。ここに「ゆめづくり地域交付金」とありますが、私が市長にしていただいたのはあと2年か3年で財政破綻を来すというときだったんです。実は貧乏だったから、こんな取り組みもできたんです。お金があったらできなかったとも思っています。今でもまだ低空飛行をしています。開発公社がどれくらい借金を抱えていて、こんなに小さな自治体でも1億円ほど金利がある、これは何だということだったんですが、何とか一昨年に解散することができたんです。大きな山は越えたとは思っているんですが、まだまだ安心できません。

それがゆえに、住民の皆さんにこんな状況なんですよとお見せして、頑張ってくださいと補助金を全廃したんです。そして、交付金に変えて、これだけしかないから、これで自己決定して、自己責任で事業を起こして、そして自己実現を図ってくださいと。「市長、丸投げか」と言われました。「そうですね、済



いません」と言っているんですが。そんなのでこれがずっと進化、発展してきているんです。この部分をちょっと今からお話しします。

この部分をつくってきたんですよ。今まで区長制度とか自治会制度だったんですが、これを解散してもらいました。「市長、むちゃするな。解散しろってか」と言われたんですが、解散してもらいました。そして、地域が15地域あるんですが、この15地域というのは小学校区単位で、公民館単位と言いかえてもよろしいんですが、そこでこういう制度をつくってもらいました。これで一つの役所ができたみたいなものです。ここでいろいろな取り組みをやっていただくということでございまして、いろいろな団体がありましたが、これは各部会へ入っていただいている。この土台、プラットホームをつくるのに、今まで10年ぐらいかけてやってきたんですが、今かなりの部分ができてきました。

ここに健康福祉部会とあります。いろいろ言い方は違うんですが、「まちの保健室」というのがあるんです。15地域の公民館へ設置されていますが、「まちの保健室」とここが連携をして、今までいろいろな事業をしていただいている。例えば、地域によっては「ライフサポートチーム」であったり、「ねこの手」とか「ポパイ」、「おたがいさん」とか、そういうふうな名称で生活支援とかもやっていただいている。これはあと10ぐらいの地域で、そういうものをつくっていただく準備を今していただいているところでございます。

「まちの保健室、それ何だ?」となります。平成16年に厚生労働省老健局の総務課長が「亀井市長、モデルになるような何かいいアイデアないか」と。「私、いいアイデアを持ってる。」「ちょっと聞かせてくれるか。」「私、行けないので——議会中だったんですよ——ちょっと部長に行かせるから」と。「これはおもしろいな。よし、モデルでやってみて」と言われてやったんですが、この「まちの保健室」というのは実は地域包括のブランチです。地域包括は私のところは1カ所しかなく、市役所に置いてあるんです。ブランチとして、この「まちの保健室」を

身近なところ、15カ所へ置かせていただきました。資格は看護師であったり、社会福祉士であったり、ケアマネ、介護福祉士です。それをここへ2名から3名置いています。大きい地域は3名置いています。それで、この「まちの保健室」が地域づくりと連携したり、ボランティアと連携したりして、いろいろな事業をやってきたということです。

これが今、子育てでものすごく注目されているんですよ。フィンランドでネウボラという子育て相談室みたいのを使って、出生率を上げたりしている実績が出ているんですが、先般、当時の森少子化担当大臣が見えて、「亀井市長、フィンランドのネウボラはこれから高齢者をやると言っているんですよ」と。名張市は、これから子育てもこの「まちの保健室」でやっていくというふうにしているんです。それで、今もうしているんですが、市で研修会をして、チャイルドパートナーという資格を与えています。それでここがいろいろな団体と連携しながらやっているということでございます。

しかしながら、我々は何で二、三人でこんな大きな事業ができるかといいますと、まさに住民の皆さんの自発的な活動をサポートしていくという状況になってきているからでもあるわけで、これがかなり今、効果を発揮してきております。

それから、今年の6月18日、国会の場におきまして、地域医療・介護総合確保推進法という法律が成立を見ました。30年前から保健、医療、福祉の連携による地域医療、そして介護を推進していくんだということで、特に国診協の関係の方々が一生懸命やってこられたんですが、いよいよ法律で、よりそれを促進していくということです。それがこの法律でございます。介護にしても、地域医療にしても、新たなるステージを迎えたと私どもは思っているわけでございますが、今までつくってきた土台を使って、いろいろな展開をしていきたいと思っています。

それと、介護保険というものは今どんなことをしているかというと、要するに傾斜配分をどのようにしていくかという作業であるわけですね。これだけ対象者が増えてきたら、やっぱり軽度から重度にシフ

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)

ま分
と科
め会

ディスカッショナル
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

トしていかざるを得ない。そして、病院から在宅へ、あるいはまた、施設から在宅へという流れをより確かなものにしていかざるを得ないというか、それこそがまたそれぞれのご本人の希望もあるから、そういうことで進めているわけでございます。

普遍のものというのはどんなものかということで、平成18年にスタートした障害者自立支援法、私はあのときの政府の委員をさせていただいておりましたけれども、やはり将来的には介護と障害というのは合体していかなければならない。我々基礎自治体からしますと、年齢で分けていくというのはおかしいんですよ。やはり子供さんでも支援が必要なら、一つの法律できっちりサポートしていく。若者が単車事故を起こして半身不随になつたらサポートしていく、そういうことも一つの法律でかなっていくような、基礎自治体としてはそういう思いを強く持つてゐるわけでございます。それで、第3被保険者ということも出てくるわけですが、こういう方のご理解をいただくためには、やっぱり子供もそういう交付の対象にしていかなければならないと。こんなふうにも思つてゐるところでございます。

ちょっとこれは蛇足ですが、実は先進国の高齢者に対する給付をちょっと調べてみたんですが、日本はこれが突出して多いわけでございまして、48%です。アメリカは自己責任の国ですから比較になりませんが、例えばフランスが頑張っていると言ってもが38%ぐらい、そしてスウェーデン、北欧はかなり進んでいると言われているのに33%ぐらいです。それに比較しますと、支える人口をどうか頑張ってやつていこうと思っているんでしょうけれども、日本は子育て、家族支援というのは4%程度です。これをもっと強化していかないと、高齢者を支える人口がでけてこないということになります。そこは、フランスが9%ぐらい、スウェーデンは12%ということでございまして、こういう部分もこれからより強化をしていかなければ、この部分が大変な状況になると思っております。これは同時にやつていかなければならぬと思っております。

以上です。(拍手)

大森:ありがとうございました。全体としてニーズのある人たちは年齢で区別しないで、全体普遍的な制度をつくるべきだという議論は最初の出発点からあったんですけども、なかなかそう思うようにいっていません。大きな、将来的な制度構想の一端が述べられたと思います。非常に大事な問題提起だと思います。

名張市について悪口を言う人は「名張は名ばかり」と言うんですけども、実はそうではないんですね。今日、市長さんのお話を聞いていたら、実にいろいろなことを試みられていて、特に「まちの保健室」はいいですね。おそらく今後の新しい仕組みとしていろいろな方が注目しているんですけども、ほんとうにいい内容のご報告でした。ありがとうございました。

以上、4人の方からご報告がありました。今日は厚労省から審議官がお見えで、お聞きくださいましたので、現に今、制度改正で実施に入らなきやいけないものですから、いろいろなことがおありかもしれませんけれども、少しご発言いただきましょうか。

苧谷:本来ですと三浦局長がここでご説明するはずだったんですけども、国会業務等でちょっと来られませんので、私、審議官がかわりにお話をいたします。



その前に、この本の182ページに三浦局長の略歴がございます。平成11年に厚生省で介護保険制度実施推進本部の事務局次長をやられまして、まさに介護保険制度の創設期に携われたわけでございます。そのときに私は何をしていたかというと、ドイツの大

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま分
と科
め会ディスカッショナル
ペネル開催市からの
メッセー
ジ特別講演
閉会式会場スナップ
ショット

使館おりました。当時はドイツの制度を勉強しに行こうということで、厚生省、あるいはいろいろな介護の支援団体の方がいっぱいドイツに来られた時期でございます。私どもはそれをちょっと横目で見ていて、多少お手伝いをしたということでございます。

私自身は、どちらかというと労働関係のほうにいたものですから、介護とは直接関係していなかったんですが、昨年、国交省のほうで、離島ですか僻地、中山間地域の地域おこしの担当をさせていただき、いろいろな地域を回らせていただきました。そういう中、地域包括ケアシステムというのも聞いておりましたけれども、地域によってはこれをうまく地域おこしに使われているところもあるというような感じがしておりました。それからこっちに来るとは思っていなかったんですけども、皆さん、地域の方たちとこういう話をするのが、そういう意味では少し関係があるのかなと思っているところであります。

それで、いろいろなパネラーの方がお話になられましたので詳しいことはもう言うほどのことはないんですけども、まずおさらいでございますが……。

大森:済みません、おさらいはしなくて大丈夫です。今、この制度が新しい実施に入ろうとしているから、政策当局としては一番何が肝心で、どういうことに今、問題点を感じているかというのに絞ってくださいますか。

苧谷:はい。狙いは、この2025年という意味ですけれども、ここに書いてあります、団塊の世代の方全員が75歳以上になるということですが、実は2025年で人数がほぼ横ばいになると。ところが一方で、40歳以上の方はどんどん減っていくというところがポイントでございます。2025年以降のことまで考えて、たくさん施設をつくってしまいますと、それは過剰になると同時に、支え手が減ってしまうということで、保険料はどんどん上がってしまう。現在、月平均の保険料は約5,000円でありますけれども、2050年には8,200円、かなりいろいろな努力をした結果でも、そうなると。

それからもう一つ、少子化が非常に激しくなりまして、介護専門職の不足が今、100万人とか80万人

とか言われていますけれども、その辺の対処もしないといけないと。そういう中で、地域の中で重度要介護者となつてもちゃんと住み続けられるとということで地域包括ケアシステムを導入しようされました。ここがポイントかと思います。その概念図はこちらに書いてあるとおりでございます。

それから、先ほどいろいろな方がご説明されましたけれども、この制度の改正で唯一ちょっとご説明しておきたいのは、このサービスの中で要支援の方を介護給付からこういう事業のほうに移すという中で、ポイントはボランティアをうまく使えるようになるという話です。これは先ほど田中先生もおっしゃいましたが、身体介護はあくまでも介護専門職の方にやっていただきますが、例えば買い物支援ですか通院の支援、あるいはごみ出し等、そういうところはボランティアの方でも十分できるだろうという趣旨でございますので、そこはご理解いただきたいと。

それからもう一つ。先ほど負担が2割になったときに利用を控える方が増えるという話がございましたけれども、特に重度の方は月額上限がございますので、見直しの方全員が負担増になる、あるいは2倍になるわけではなくて、特に要介護度5の方ですとあまり変わらないということもあります。この辺のところも制度全体を見ていただいて、うまく制度を使っていただければと思うところでございます。

それから、次に行きまして、こちらのポイントは、今後は在宅医療、介護を進めていかなければいけないという中で、郡市区医師会の方の協力がやっぱり非常に必要になってきます。特に医療と介護ですから、病院に行かれてから介護施設に行かれたり、自宅に戻られる。また病院に戻ることもあります。時系列的に言いますと、まず病院に入られるということで、IT等を活用しまして、その情報をリハ職の方ですか介護職の方、看護師の方と共有することが重要でございます。そのポイントを押さえられるのはどうしても病院からということになりますので、そこをうまくやっていくと。これは先進地域でかなり実施されているところがございますので、そこをぜひ参考にしていただいて各市町村で実施していただ

10/30(木) 開会式 基調講演 第1分科会 第2分科会 第3分科会 10/31(金) ま分と科め会 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

ければと思います。

もう一つ。特に僻地ですか離島、中山間地の方だと、担当の課が国民健康保険と介護保険の両方を担当して二人しか職員がいない、こういうところでどうやってやるのかという話もございます。それは非常に厳しいのはわかりますけれども、外部のいろいろなサポートもございます。例えば、総務省ですと地域おこし関係の事業等もございます。地域おこし協力隊で若者を呼んできて、ボランティア、それから組織づくり、こういうのをそういう若い人にも一緒に入ってもらって、よく勉強してもらってやっていたらということもできます。そういうことも含めて私どものほうがいろいろ全面的に協力をいたします。

特に今回のこういう事業は部分的にも実施できます。例えば、地域を全体ではなく部分にするとか、あるいは今、要支援で予防給付を受けている人の中で希望する人だけ総合事業のほうに移るとか、あるいは今、介護給付を受けている人はそのままにするとか、いろいろな形で最初は小さくスタートができます。それで試行的に実施をしていただいて、3年の間に拡大していただくと。こういう工夫もございますので、そういうのを活用して進めていただければと思うところでございます。

できれば各都道府県で三つか四つぐらいは来年4月から実施していただければほんとうはありがたいので、私どもとしては、そういう市町村に関しましては、ご相談いただければ職員を派遣したりなどして直接ご相談に乗るということも考えておりますから、ご検討いただければと思います。

以上でございます。(拍手)

大森:ありがとうございました。ひとあたりざっとお話しいただきましたので、あと残っている時間で少しディスカッションをさせていただきたいと思います。

介護保険法第2条には、「介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態に関し、必要な保険給付を行うものとする」と書いてあります。今回の制度改革で、この条文は変えいませんので、依然として要支援状態にある被保険者に対して保険給付は行われるんですけども、その要支援状態

にある方の一部を基本的には保険給付の外に出しているんです。これがすぐには皆さん方の腑に落ちない可能性が非常にあります。厚労省はいろいろ理屈をつけて、何とかしてみんなに納得してもらいたいと言っているんですけども。

どういう話かさくっと言うと、もともと日本の介護保険制度が発展する前に「虚弱老人」と呼ばれている方々がいて、ある種のサービスが行われていたんです。そして、この虚弱老人の方々を介護保険の対象にしないで済むだろうかと悩み悩んで、入れたんですね。入れたから保険給付になっているんです。しかし、そういう国は日本しかありません。虚弱老人、今で言う要支援の人たちを介護給付の対象にしている国は日本しかないんですね。これがずっと懸案事項でした。

はっきり言うと、将来は明確に、今、要支援と言っている方々をきっちり精査した上で、これを全部、介護給付の外に出すというのが本筋なはずなんですけれども、そう簡単にはできないんですね。それで、現場からするとわかりにくいんだけれども、一部を出したんですね。しかし、保険法第2条には手をかけない。このことがわかりにくいのではないかと私は思っています。

まずこの点について皆さんで議論したいと思います。笹井さんからお願いします。

笹井:先生おっしゃるとおりでございます。資料の159ページのちょうど私のパワポの中の「介護保険法施行時の思想・哲学を再確認する!」というスライドの下のほうでございます。そもそも介護保険は何かというところですよね。要介護状態、要支援状態になった場合のリスクヘッジとして保険料を払って、認定を受けることによって保険給付を受ける、それが社会保険のインシュアランスの原則でございますが、先生ご指摘のように、要支援状態という形の要介護認定の結果は市町村長が決定通知を行政処分として出すにもかかわらず、保険給付ではなくて、税金を主体とする、あるいは市町村のコントロールによる市町村事業になるということは、おそらく介護保険制度が非常にドラスチック

クに変わってくる思想的な転換を今回はらんでいるだろうと思います。

ただし、今回の改正の流れとしては、限られた人材や財源を、今後増大するであろう中・重度の皆さんにシフトしていく、これはやむを得ない現実でございます。専門職、プロ職は中・重度の専門的なケアに、そして、軽度の皆さんについては、自分自身のご努力と地域の支え合いという形で軽い装いの中で展開をせざるを得ないという流れに、今、直面しているんだろうと思います。

ただし、平成18年の介護保険制度の改正で、新しい予防給付という形で「自立支援」という言葉を全面的に出されました、どうも今回の改正で腑に落ちないのは、多様な主体だと住民参加と強調されますが、総合事業の中では自立支援ということがあまり強調されていないんですね。おそらく地域包括支援センターの方は、要支援1、2の方のプランには、その方の自立に資するような協働的なサービスの提供みたいなものを一緒に組み立ててお考えいただいていると思うですが、総合事業になった途端、その方の自立支援だと潜在的な能力を引き出すとかということはあまり強調されないで、住民の皆さんのが家事援助をできます、買い物をできますということで、そこら辺が今回の制度のもう一つの質的な課題になっているのではないかと思います。

大森:亀井市長さん、この点は、保険者としては大事な論点ですけれども、どんなふうにお考えですか。
亀井:この3年のうちにみんな一斉にスタートできたらいいんですが、地域間格差が出てきたりするのは非常に残念なことでございます。今、3%のお話がございましたけれども、総合事業を含め、弾力ある対応を一定期間とっていただいたほうがいいのではないかかなと思っています。専門職に多くを委ねなければならないという地域もまたありますし、コミュニティを再生させて、みんなで支えていこうという醸成ができるにくい地域もあるわけでございます。しかし、そっちのほうへ持っていくかざるを得ないわけで、ある一定期間は弾力ある対応のできるような制度にしておいてほしいとは思っています。

大森:笹井さんがおっしゃっていることは、要するに、今まで介護給付の中に入れ込まれた介護支援のサービスが、ほんとうに自立支援に役立っているだろうかと。そのことが問われたんですね。そういうことが実現していないのに、どうして介護給付でやり続けるのかということが、きっと物を考えている自治体の職員の人たちから議論として出てきた。だから、これは一方的に国が外したのではなくて、本来、自立支援に役立たないような在宅の介護予防の介護とか、あるいはデイサービスが行われているじゃないか、これを放置できないじゃないかというのが基本的な論点だったと私は思っています。

これは田中先生はどんなふうに。お立場がございますので、お立場の範囲の中で。

田中:いや、おっしゃるとおりです。先ほど笹井さんがお示しになった159ページの介護保険法の第2条の一番下に何が書いてあるかというと、要介護になんでも、あるいは要支援も含まれるんでしょうね。けれども、自分の能力を使えと書いてあるんですね。この場合の能力とは、国際標準で言うと「残存能力」という言葉だと思うんですが、言葉の響きから「能力」となっています。あるいは最近、「自己能力」という言葉も使います。すごくわかりやすく言うと、右麻痺になって、医学的にその右麻痺は治らないとしたら、その時点で100%のお世話に移るのではなくて、左手で壁を使って歩く力、左手で自分の排せつの処理をする力を、プロの支援を経て使えるようにする。そういう支援の入ったモデルが要支援者について足りなかったという意識が、もう少し地域支援事業に移していくもとになったという大森先生のご指摘はそのとおりです。

ただし、それに加えて、堀田先生の言われた地域の助け合いみたいなものを入れていくことはより大きな広がりを持っていますが、保険給付云々で言うと、保険給付の本来の目的である自立支援、自分の能力を使って生きていく力を支援するのではなく、お世話型給付が多かったから議論し直さなければと考えられた、このプロセスは大森先生のおっしゃるとおりです。今回も、地域支援事業に移したと

きに要支援者がかわいそうだからというモデルでつくってしまうと、また見直しになってしまうので、要支援者の自分の力を周りが支えて引き出すという理念を忘れてはならないと感じます。

大森：堀田先生、今の論点について、ご発言がありますか。

堀田：大森先生が要支援を将来的には全部外すのが筋であるとおっしゃいました。その筋ということから考えてみたいんですけども、これは介護予防ですから、介護をするのではなく、介護を予防するという話だから、介護の予防ぐらいは自分たちでやれよ、何もみんなのお金や国の税金も入れた仕組みでやらなくていいだろうと、簡単に言えばそれが筋の考え方なんだろうと。

今回の改正で、社会保障制度改革国民会議が言って外すことになったんですが、大森先生おっしゃるように、一部、リハビリとか看護とかを残しました。これはどれだけ移せるか。筋に乗っかって移せば、みんなが介護予防を自分たちでやってくれれば問題がないんだけれども、やらない。みんながやらないから、そこが響いて介護のほうが悪化する、しようがないから国の仕組みで介護予防、要支援者を入れましょうというので、あのとききました。それでは、今、みんながやれそうなところはどこか。この要支援者に対するサービスのうち、では、看護、リハビリ、そういう体のことをみんなの助け合いでやれるのかというと、今の段階では難しいだろうと。みんなで集まって体操をしたり、いろいろ頑張ってはおりますけれども、今、みんなの助け合いでいきなりそこまでは難しいだろうと。そういう意味で、リハビリ等々のサービスは要支援の仕組みとして今回残したというのは、今の段階の措置としては正しいだろう、状況に合っているだろうと。ただ、生活支援は頑張ればみんなでやれる。みんなでやったほうが、やるほうにもやってもらうほうにもいい。これは当然、今の段階で移すべきだと。そういう意味での今回の法改正だと思います。

ですから、みんなの助け合いでやれるということをまずははっきり実態をつくっていかなければいけない。

そういう社会にしなきゃいけない。そういう社会にしていく過程の中で、リハビリとか、介護とか、虚弱老人の体のこと、あるいは認知症の方々の対応についても、みんなが少しは専門的な必要な知識を学んで、そういう部分もやれるようになれば、そちらに全部移せる時期が来るのではなかろうかと私は思っております。

大森：もう一カ所。介護保険の目的を実現するために、介護保険法は国民について述べているんですね。何と言っているかというと、「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努める」と書いてあるんですね。このことにもうちょっと徹すべきなんですね。

介護保険ができると、いろいろなことをやってくれるというふうに何となく思ってしまう。介護保険法の明確な理念は自立支援ですから、これは国民の自立を一生懸命説いているんです。これをさまざまな制度の構想及び運用にどうやって生かし切るかということになります。

今、堀田さんがおっしゃっているようなことが多分、現実的な対応策だと私も思います。しかし、なおかつ課題が残っていますので、将来の介護保険制度のあり方との関係で言うと、まだ宿題が残ったかなという感じです。

もう一つは笹井さんの提起がありました。介護保険が既にある程度実施に入ろうとしていますので、私はだめ出しをしているつもりはありません。積極的に前に進めろという議論をしているんですけども、それでも立ち返って検討すべきは、やっぱり負担の話だと思うんです。

私どもが介護保険制度をつくったときに、これは社会保障全体の基本的な考え方ですけれども、負担は能力に応じてやろうということですね。これは正しい。しかし、サービスはニーズに応じて受けら



れるようにしよう、それを普遍的な仕組みに変えよう。したがって、介護保険の利用料金は、どんな人でも全員1割と決めたんです。今回はこれを2割にする人たちが出始めますので、サービスを普遍的に平等に受けるという、一種の出口に差をつけようとしていますから、これは場合によると大きな理念変更に近いのではないかと。私はだめだと言いませんけれども、個人的には依然として釈然としていません。しかし、1回これをやりましたので。どういう理由でやっているかというと、金持ちは利用料金も余計負担しろと。これは介護保険制度の理念に反するなと思っているんですけれども。

これはどうしましょうか。亀井市長はこの点についてどうお思いでしょうか。

亀井:前段の部分ですけれども、筋論はよくわかるんですが、その自治体の力量によってサービスの内容とかが変わってきて、そして要介護の人が増えていくということは避けていかなければなりませんので、ある一定、弾力ある対応の期間がなければならぬと思っています。

それと、負担の問題ですけれども、これは先生のおっしゃることもよくわかるんですが、ただ、今の制度の枠の中で、いかに持続できるものにしていくのかということでは、これはやむを得ない措置だと私どもは思っているところでございます。

今、私も三重県の国保連合会の理事長であり、中央会の相談役理事をさせていただいておりますけれども、三重県は半分の自治体が法定外繰り入れをして何とかしのいでいるという状況でもあるわけです。第二の国保にしてはならない、そういう強い

思いもあるわけでございますけれども、その場合、やっぱり負担の部分についてもある一定、能力のある方にはご協力をいただかざるを得ないと、私ども自治体はそういう意見が多いということでござります。

大森:わかりました。これについてあまり深追いするつもりはないんですけども、もし財政上の問題があるなら、全員2割にすべきですよ。入り口は所得再分配をやっていますから、一定の所得の人は相当の保険料を払っています。標準額の倍以上払っているわけです。だから、もし出口でやるんだったら、全員2割負担にすることによって、介護保険制度を維持したいというのだったらわかりやすいんですけども、一定の所得がある人についてだけというのは、どう見ても納得が。

僕はちょっとこだわっているように見えますので、 笹井さんに発言してもらって、この問題は終わります。

笹井:ありがとうございます。全く同じ意見でございます。保険料は所得に応じた応能負担、サービスを受けるときには、お金持つの人だからこういうサービス、低所得だからこういうサービスということではございませんので、サービスは平等的に応益負担というのが原則だろうと思います。その原則から言うと、大森先生がおっしゃるように、全ての方を2割負担にして、低所得者に対しては軽減措置を設ける、これが制度上の本来あるべき姿だったろうと思います。

合計所得金額160万円以上の方は原則2割ということですが、先ほど審議官がおっしゃられたように、高額介護サービスにぶつかる人がいらっしゃいますので、丸々2倍ということにはなりませんけれども、私どものサービス受給者全体で2割負担になる方の割合が大体24.7%でございます。この2割負担をされたことによって給付費がどれだけ浮くのかということでございますけれども、2.6%の効果しかございません。全国平均ですると、2割負担を導入することで保険料的には約40円安くなります。

しかし、これがまた厚生労働省さんが、それまで合計所得金額160万円以上の方については2割負

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)

ま分
と科
め会

ディスカッショナル
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

担ですよ、それは個々の状況を見ますよと言っていたにもかかわらず、8月27日に、その同一世帯の1号被保険者の年金収入その他の合計所得金額、合計所得金額というのは給与収入だとか事業収入から控除を引いた金額が、単身で280万円、あるいは2人以上で346万円以下の方については1割負担に戻すと。ですから、市町村は大変ですね。1回、160万円かどうかを見て、それから世帯のその他の収入状況を見に行って、今言った、ご夫婦であれば346万円以下の方は1割にまた戻すという仕組みで、全然簡素明快ではない制度になってくるわけです。

そういう意味では、やはり今回の制度改正で原則に立ち返った議論がきっちりされたのかどうなのかというのは非常に後悔が残ることだと考えます。

大森：苧谷さん、やっぱり一言反論してもらったほうがいいと思うんですけど。

苧谷：合計所得金額160万円以上が後からという話がありました。これは国会でも、配偶者の方が全く無収入な場合どうするんだとかいう議論がございまして、そういう方については基礎年金の平均ぐらいはもらっている方の額までは認めましょうと。だから、2人いらっしゃる場合は三百四十何万円という話が議論の中でも出てきたと。

それから、160万円というのはあくまでも年金の場合の話でございまして、例えば事業収入が160万円で年金収入があまりないという方ですと不公平になりますので、実際収入の280万円で見ていくということでやったということです。ちょっとそこはご理解いただいて。これについては全部、税金のほうで把握できますので、それほどご負担がかかるないようというつもりでやっているものでございます。

あともう一つ。そもそもこの負担の話につきましては、申しわけございませんけれども、先ほど申し上げましたように、負担があまりにも大きくなるという中で、一定の所得のある方についての応能を少し見ていただきたいということで入れたものでございます。

大森：これ以上議論いたしませんので、今後どこかで念頭に置いてくださいといふうにいたしま

しょうか。

もう一つ、今日の議論で非常に重要で、これは地域包括ケア全体の話で田中先生がおっしゃったことですけれども、今回は地域医療と地域のケアがほんとうに結びつかなきゃいけない。そうすると、地域にそういうお医者さんたちがおられるることは知っているんですけども、なかなかお医者さんもお忙しくて、この議論をすると自分たちも忙しいからそう簡単にできないとよくおっしゃる人もおいでになります。医療と介護を地域において結びつけていくという困難さと、どうしてそれが大事なのかということをもう一回、ひとあたり繰り返したいと思います。

田中さんからお話ししていただけますか。

田中：日本の介護保険制度の独自の発達は、何のかんの言いながら、もともと医療を取り込んでいたことです。それがさらに、医療側の変化によって早く在宅に移ってきたり、早く違う介護の施設、老健などに移るようになってきています。当然、医療側もその意識を持たなくてはなりません。

今年の診療報酬改定で、地域包括ケア病棟という名前ができました。これまでの急性期医療の人たちは介護はあまり関係ないと思われていたけれども、自分が退院させた先の病院がさらに在宅にどう帰していくかによって、急性期医療の点数が変わる、つまり、一連の流れの中の一つが急性期医療ということを意識しないと急性期医療もできないというふうに診療報酬側も変わってきました。そのためには、急性期医療以外の病棟の人はもちろんだけども、在宅側も早目に引き受ける覚悟が必要です。

在宅医療の医師たちがサービスができるかできないかというときに、在宅医療もそうですし、定期巡回もそうですが、サービスに入ってこない人たちの一番のおそれは、24時間365日呼ばれてはかなわないというのが常にアンケートで一番上に来ます。一方、現実に在宅医療をなさっているお医者さんや定期巡回をなさっている介護事業者の方々は、ケアプランがきちんととして、そして1週間のうち適切な介入をしていると、救急車を呼ぶような事例は別とすれば、普通は24時間365日呼ばれないということが、

10/
30
(木)開
会
式基
調
講
演第
1
分
科
会第
2
分
科
会第
3
分
科
会10/
31
(金)ま
分
と
科
め
会デ
ィ
ス
カ
ッ
シ
ョ
ン
ルメ
ッ
セ
ー
ジ
開催市からの特
別
講
演閉
会
式シ
ョ
ッ
ト
会場スナップ

なれるとわかってきます。つまり、役所があんまり24時間365日と言い続けるものだから、この世界に入ると家族も何も持てないのではないかという誤解をお医者さんも介護事業者もお持ちですけれども、それはケアプランのよしあしという極めて科学的な介入によっていつでも対応できるという意味であって、めったに対応するような事態は起きないということを広めていくことが一つだと思います。

それからもう一つは、在宅医療とは医師がするものではなくて看護師がするものです。医師はその司令塔と言うとちょっと偉そうでよくないけれども、あくまで後ろで支えて安心させる役割であり、多くの在宅医療は看護師、歯科衛生士、薬剤師、それから栄養士等々のチームが行うものです。だから、そういうチームづくりを市役所が主導してもいいし、地域の医師会がつくってもいいけれども、在宅医療についてもまた多職種協働であるということをやっていかないと、在宅医師だけが一人、孤軍奮闘するような在宅医療は続かないで、やっぱり仕組みづくりが大切だと思います。

大森:市長さん、どこの首長さんもご苦労されていて、その点についてどんなふうに。

亀井:私どもは医師会がものすごく協力的でして、4年前に在宅医療支援センターというのを立ち上げて、この運営を医師会さんにお任せしています。そのときの条件として、在宅でやっていて、もし急変したとかいろいろなことがあれば、市立病院が24時間365日ウエルカムしますと。こういう条件のもとで、今、退院された方と開業医の先生とのマッチングを図って進めています。そういう患者さんに対しては24時間365日ウエルカムできる、きちんとサポートするその体制ができていなければ非常に難しい。

ただ、在宅というのはターミナルケアという意味合いもありますから、急変と言うか、要するに、看取りもおやりいただきなければならないわけでもございますので、それを病院へというよりも、その判断は開業の先生に委ねさせていただいているということです。

大森:武藏野市では医療、介護の結びつきはどんな

工夫が行われているんですか。

亀井:お手元の資料の150ページ、151ページをちょっとお開きいただきたいと思います。先ほどちょっと飛ばしましたけれども、特にここでは脳卒中の地域連携パスの一つの事例を出してあります。医療と介護の連携をするのは当たり前という時代でございます。上の図の急性期病院と回復期リハビリテーション病院は医療機関同士の話なので全国的にはどこも進んでいらっしゃると思いますが、回復期病院から在宅へお戻りになるときの連携をどのように円滑にしていくか。これは時間軸で考えると非常にわかりやすいので、下のスライドをごらんください。

ちっちゃくてごめんなさい、これは横軸が時間軸になっています。一番左側が急性期です。急性期の医療期間はこれだけ短いんです。せいぜい2週間あるかどうか。武藏野赤十字病院という市内の高度急性期病院の平均在院日数は11.4日です。

次に、回復期の病院に移ってリハビリをしていたらわけですけれども、これが1ヶ月から3ヶ月ぐらいでございます。その間に、ここに書いてありますか、介護保険の申請をしてください、要介護認定の調査を受けてください、ケアマネジャーさんと契約してください、それから、おうちに戻る直前、入院している間に、バリアフリーの工事が必要であれば住宅改修をしてくださいということですね。

在宅にお戻りになりますと、今度はケアマネジャーを中心にながら、一番上にかかりつけ医、田中先生がおっしゃった訪問看護、リハビリ、ベッドやつえや車椅子も必要でしょうから福祉用具のレンタル、もちろんヘルパーも必要です。症状が安定したら身体障害者手帳の申請も可能ですよと。

こういうオーバービューを考えると、いや応なく医療と介護が連携しないと、この脳卒中患者さんの生活を支えることができないということで、私どもはこの医療の連携の仕組みを、平成18年、19年から取り組んで、平成20年ぐらいに。簡単に医療と介護の連携と言いますけれども、なかなか難しいです。まず、急性期の先生と維持期の先生は仲が悪いです

よね。医師会の先生の「おい、君、病院の若い先生は在宅医療のことを何もわかっていないじゃないか」というふうな話から始まり、介護と医療の言葉も、ほとんど共通性がない。整形の先生やOT、PTさんは、身体状況についてはFIMの点数をお使いになりますけれども、介護職はFIMの点数を聞いても、その人がどういう状態像かイメージができない。それから、在宅におけるサービスをどこまで提供できるのかとケアマネに聞くと、ケアマネは「いや、それはサ担を開いて、サ責に聞いてみないとわかりません」と言う。医療の先生は「サ担」という言葉がわからないので、何で悪魔の会議を開かなければいけないんだと。(笑)「サービス担当者会議を開いて関係者を集めて、サービス提供責任者も交えた体制をつくらないと在宅での療養体制はできません」ということをそのケアマネジャーは言いたかったんですけども、そこにはまだまだ深くて暗い溝があります。

これは、顔の見える関係と、それから共通の言語、共通の目標、この人の予後がどうなるかという目的を関係者がきっちと共有化することが、医療と介護の連携の基盤ではないかと考えます。

大森：茅谷さん、今のことなどなんふうに。医療と介護の問題は言うほど簡単なことではないんですよ。

あ、堀田さんどうぞ。

堀田：東日本大震災が起こってから、私ども地域包括ケアのあるまちへの復興という旗印を掲げまして、九つの地域に入って、最初から地域包括ケアを考えたまちづくりの設計を含めて働きかけをしているんですが、やっぱりこれを一番推進する力を持っておられるのはお医者さんなんですね。

そのお医者さんも地元のお医者さんではなくて、例えば長野県あたりで緊急時のいろいろな支援活動をやっているようなお医者さんが現地に入って、これからは地域包括ケアだから地域包括ケアのある形の医療を提供していきましょう、だから介護とも連携しましょうと、そういう形でそのお医者さんが動いてくれると、介護のほうもそれについていきます

し、介護のほうはもともと連携を拒む体質はそんなないですから、介護のほうもついていくし、行政も非常にやりやすくなります。逆に、お医者さんが、在宅医療を一切やりません、そんなものは無理ですと言ってしまうと、ほかのほうが頑張っても、なかなか進行しない。それが地域包括ケアに向けての連携を進めていての実感です。

それで、七つの被災地の市町で、在宅介護をやっているお医者さん方に仙台に集まってもらって、フォーラムをやりました。何が問題で、どう進めればいいのか。彼らはもともとは進めている人たちですから、片道30分あれば行きます、夜中でも行きます、ただ、何人かの体制はやっぱりつくってくださいよと。その体制を組もうにも、過疎地ですから、そもそも医者がなかなかいないという問題があります。そこについては行政がしっかり入って、市立病院とか緊急的な病院もありますし、市立系とか国の系統とか、いろいろな系統の病院があります。それがばらばらにあるからなかなか医者の連携ができないので、系統を超えて、病院、在宅を超えて、在宅でやるんだという体制をしっかり組んで、そしてネットワークをつくってくれれば、過疎地でもカバーできます。そういう体制ができれば、その医者をもとに介護と組んで、医療・介護連携ができるんだと。簡単に言えば、方向としてはそういう方向が出てきました。

それと同時に、医療・介護連携で在宅ケア、地域包括ケアを実現していくには、患者、住民の側にも覚悟してほしいことがあるということで幾つかきました。一番強烈だったのは、死にそうなときに医者を呼ぶなど。これは在宅ケアをやっている7人のお医者さんが全員おっしゃいました。看取りが問題になっていますけれども、看取りに医者は要らんだろう、もうすることはないと。危ないからといって、夜中に引き出されてずっと一緒におれということをされると、疲れてやれなくなる。だから、医者はほんとうに要るときにしっかり呼んでやってくれというメッセージがありました。ですから、住民側も、医療体制側も、それをつくる行政側も、同じ目的

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま分
と科
め会ディスカッショナル
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

を持って、それぞれの覚悟を持って、力を合わせてやっていくことが大事かなと感じております。

大森:ということは、死にそうなときは呼ばないで、死んだら呼ばないと。死亡診断書を書いてもらわないと不審死になるから困るので、間違なく死んだなと思ったら「お医者さん、来て」と言えばいいのかな。(笑)

堀田:そうですね。警察も、明白に自然死がわかっているのは、あんなに全部、検死しなくてもいいんですね。

大森:そうですね、僕もそう思うんですけど。

堀田:これは法改正でえていかなきやいけないところですね。

大森:僕も死ぬときはそうしたいと思います。死亡診断書が必要だから、死んだらおいでいただく、死にそうなときは呼ばない。それから、倒れて運ばれていっても生命維持装置は絶対つけない。高齢者は末期に医療費を高めはいけないんですよ。どうせもう治りませんから、そのときは。(笑) それこそ今日、みんながおっしゃった覚悟です。覚悟を決めれば大丈夫だと僕は思っています。まあ、私がここで倒れたらご迷惑をかけますので、今日は頑張らなきやいけないんですけど。(笑)

医療と介護の連携は難しい、これは大事なことですので、茅谷さんに一言。

茅谷:郡市区の医師会にとにかくご協力いただきな

ければいけないですけれども、幸い医師会の方々には非常にご理解をいただいておりまして、かなり協力していただけるということですので、私どもはその方向で頑張りたいと思っております。

それから、介護専門職の方は確かに医療用語がわからないと非常に言われていますので、ここにつきましては研修をどんどんやっていきたいと考えております。

大森:堀田先生が新しいタイプの地域支援を組んでいこうと頑張っておられます。私もそんなにたくさん回っていませんけれども、実は現場の方々は最近はみんな地域だ、地域だと言うんですね。基本的に市町村で、現場というのは地域ですが、地域と言つたって、いっぱいあるわけではなくて一つしかないのにもかかわらず、いろいろなことがあると地域が受け取るとおっしゃって、地域のほうは生活困窮者の話も消費者相談の話も来ますので、いっぱいになっています。

だから、名張市がおやりになっているのは、1本で受け取れるようなタイプの地域づくりが必要だったと思うんですね。先生は実際にこの事業を展開され始めて、この問題についてはどんなふうにお考えでしょうか。

堀田:まさに大森先生ご指摘のとおりで、地域は一つです。その地域に去年から今年にかけて、今回のこの要支援では苦しいし、子ども・子育てが来ま



した。地域の子育て拠点をつくると。それから、障害者は自立支援法から総合支援法に去年変わって、これも第1条、頭から、地域の共助でと地域がしっかりと頼まれています。認知症のオレンジプランも地域が七つの項目の中に入っています。それと、おっしゃった生活困窮者支援、これもなかなか難しい。地域が動かないと究極の方、特に引きこもりの方を上手に引き出すなんていうようなのは行政の力ではできない、民生委員でもできない、ほんとうにやわらかい地域の力を使わないとできない。全部、地域に来ています。

それぞれが縦割りで、拠点とかコーディネーターとかができているんですけども、地域から見ればみんな困っている方々で、やれることをやりますというのが地域ですから、縦割りで拠点ができたりコーディネーターがばらばらにやられたって、地域がそんなにうまく動くはずがないと思うんですね。だから、特に地域の助け合いの基盤づくりはどこかで一つに絞らなきゃいけないと。

そう見たときに、どこに基盤をつくってもらうのが一番いいか。これはやっぱり高齢者、今回の介護保険のこの仕組みだろうと。ほかのところは全部、貧乏ですけれども、ここは介護保険があるから、まあまあちょっとお金があるというのが現実問題でありますし、それから、ウイークデーの昼間にバスに乗っていただくとわかりますが、地域を見たときに高齢者ばかりですよ。皆さんお元気で、ルンルンお出かけになっている。地域というのはやっぱり高齢者が一番たくさん住んでいて、基盤だろうと。その方々のためのお金で高齢者のための基盤をつくれば、ほかだって全部助け合いですから、全部ひっくるめてやることになります。今回のこの要支援者の移管を一つの契機として、縦割りでなく、それこそ包括的にそういう地域をつくるという方向にこの制度が進めばいいなと私は願っております。

大森:時間が押してきましたので最後でございます。

現に今回の改正で現場のほうはいろいろなことをやっていかなきゃいけません。それはそれとしていろいろな問題があることはわかったんですけど

も、田中先生が少し中長期的な将来展望をお示しになりましたので、今回のことときちんとやりつつ、将来の介護保険制度、もうちょっと広げれば社会保障の制度について、それぞれのご意見を最後に一言ずつ簡単にお話しいただきたい。

亀井市長からお願ひします。市長さんは実は普遍的な制度にしろという非常に大きな提案がございますので、それ以外に何かございましたら。

亀井:普遍的な制度にしていくためには、施設を、年齢で分けるというのもおかしいんですが、地域の施設にしていかなければならない。これは特養の方、これは老健の方ということではなく、子供の施設も含めて、地域の施設として活用できるようなことをしていかなければならない。療育の方も80歳がいっぱいいらっしゃいますから、特養みたいな機能を持たなければならないわけでもございます。

それからもう一つは、これから広域でいろいろな運営をしていかなければなりません。都市部と地方との広域も始まつてくるわけですので、そんなことがかなえられるような普遍の仕組みをこれからつくっていかなければならないということです。またお知恵をいただければと思っています。

大森:では、笹井さん、一言お願ひします。

笹井:私のペーパーで言うと160ページですが、限られた財源と人材でどういうふうに選択と集中をしていくかということは日本の社会保障制度全体にかかわることだと思います。今日の議論で触れられていなかった点を2点だけ申し上げたいと思います。

ひとり暮らし高齢者が今後ますます増加するということでございます。武藏野市では65歳以上の4人に1人がひとり暮らし、2025年の推計で言うと、ひとり暮らしと高齢者のみ世帯で約50%から60%ぐらいの比率になる。そういうまちの中でどうやってひとり暮らしの方の安全安心を守っていくか。そこにちょっと書いてありますが、おそらく2025年はオートロックのマンションが多くなって、一戸建てもセキュリティー対策で防犯カメラとかいろいろあって、フェイス・ツー・フェイスの見守はなかなか難しくなってくるのが都市部の実態ではないかと。そういうとこ

10/
30
(木)

開
会
式

基
調
講
演

第
1
分
科
会

第
2
分
科
会

第
3
分
科
会

10/
31
(金)

ま
分
と
科
め
会

デ
ィ
ス
カ
ッ
シ
ョ
ン
ル

開
催
市
か
ら
メ
ッ
セ
ー
ジ

特
別
講
演
閉
会
式

会
場
ス
ナ
ップ
シ
ョ
ット

ろで今年から始めたのは、おひとり暮らしの高齢者に電話で安否確認をするということで、高齢者安心コール事業だとか高齢者なんでも電話相談を現在やっていますが、ここは介護保険制度や地域包括ケアの大きなポイントになると思います。

それから2点目は、触れられていませんが、実は2025年に向けた最大の課題は介護人材と看護人材の確保だと思います。どんなにすばらしい事業計画をつくったとしても、それを実際にサービスの現場で支えていただくような人材を養成しない限り、絵に描いた餅でございますので、ここはやはり厚生労働省さんだけではなくて、まちぐるみで。例えば、介護保険が始まったときには、私は夢と希望を抱いてこの業界に入ったのに、今はわけがわからないと思っていらっしゃる現場の方は多くいらっしゃると思うので、もう一度、介護のすばらしさや看護のすばらしさを国民みんなで共有できるというキャンペーンを張りながら、介護人材、看護人材の確保に取り組むべきだろうと考えています。

大森:田中先生、さっきちらっと人口減少に触れられたんですけども、何かあれば。

田中:それは私自身が政策を考えているというよりは、日本社会は人口減少問題、つまり子供のことになるとエネルギーを注がなくてはならない。先ほどの市長と同じ意見です。そのためには、地域包括ケアシステムは大体基本設計はでき上がっているので、あとはロードマップと工程図です。早く実務の世界にてしまいたいと。新幹線は設計段階で、どこに線路をつくるかとか駅をどこにするかというのが決まつくると、あとは具体的な運用に入り、試運転をして動き始めます。そのプロセスで言うと、地域包括ケアシステムは大体基本設計はでき上がっているし、もう少し先まで進んでいるかもしれません。早く基本設計をして、改めて国を挙げて取り組まなくてはいけないのが人口減少問題、子育て問題だと考えているので、危機（3）と書いておきました。

大森:では、堀田先生も一言どうぞ。

堀田:目の前のことと大きなことを一言、1分以内で言いたいと思います。

まず目の前のこととは、新地域支援事業、助け合いの事業は、サボったほうが楽をしてやっていける仕組みになっています。ここが最大の欠点です。つまり、一生懸命助け合いを広めたところは、それでそれなりにいいサービスができる住民は幸せになりますが、やらないところはどうかというと、A型という従来に似たような給付のサービスがでて、お金もたくさん来て、楽をしてやれるという構造になっています。これはおかしいので、何とか助け合いのB型、あるいは一般予防がしっかり広がるように頑張ることが当面の課題だろうと。

それから、大きなことで言えば、この介護保険制度は選択と集中とかいろいろありますけれども、お金だけで考えれば選択し、集中して切り捨てていかなきゃいけない。しかし、切り捨てないで、住民はみんな力を持っていて力を出しますから、住民のエネルギー、力、ボランティア参加、助け合い、そういうものを組み入れて、トータルでよい仕組みにするように努力していくことが大事だらうと。これが2点です。

大森:苧谷さん、覚悟のほどをどうぞ。（笑）

苧谷:頑張りますとしか申し上げようがないんです。いずれにしましても、この制度は持続可能にしないといけませんし、今、直した制度で完璧だと思っているわけでは全くございませんので、皆さんのご意見をまた承りながら、反省しながら進めていきたいと思います。

大森:ちょうど与えられた時間いっぱいでございますので、以上でございます。特に私からまとめはございません。会場でお聞きくださった皆様が、現場で、あまり混乱が起こらないように今回の改正について着実に取り組まなきゃいけませんので、国と自治体が協力しながら一歩でも二歩でも前進させたいと思ってお聞きしていました。

会場の皆さん方からの質問が聞けなくて大変ごめんなさいと言うしかございませんけれども、以上をもってパネルディスカッションといたします。ありがとうございました。（拍手）

開催市からのメッセージ

日 時

10月31日(金) 13:00 ~ 14:00

会 場

市民会館崇城大学ホール

これからのお題
『地域包括ケア』が目指すものとは
～誰もがいつまでも自分らしく生きるために～

コーディネーター

熊本県医師会理事 金澤 知徳 氏

発 表 者

城西校区自治協議会事務局長 梅田 敏文 氏

熊本県看護協会 木下 弘子 氏

熊本在宅ドクターネット（ひまわり在宅クリニック院長） 後藤 慶次 氏

熊本市中央5地域包括支援センター（ささえりあ水前寺）センター長 谷口千代子 氏

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま
分
と
科
め
会パ
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31日(金) 13:00 ~ 14:00

コーディネーター

熊本県医師会理事 金澤 知徳 氏

発表者

城西校区自治協議会事務局長

熊本県看護協会

熊本在宅ドクターネット (ひまわり在宅クリニック院長)

熊本市中央5地域包括支援センター(ささえりあ水前寺)センター長

梅田 敏文 氏

木下 弘子 氏

後藤 慶次 氏

谷口千代子 氏

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま分
と科
め会ディスカッショナル
ペネル開催市からの
メッセージ

特別講演

閉会式

会場スナップ
ショット

金澤：皆さん、こんにちは。ただいまから、開催地熊本市からのメッセージということも含めまして、このセッションを開催いたします。

時間が1時間でございますので、それぞれのパネリストの方々に約7分、前半30分ぐらいを費やして、後半は皆さん方のご意見も含めまして、少しディスカッションをしたいと思っております。

テーマは、今後の地域包括ケア。言葉としては非常によく耳にするようになりましたが、どういうイメージで皆さん方が各地にお戻りいただけるか、それを熊本市からのメッセージとしてお届けいたします。

それでは、早速まいりましょう。熊本市の西のほうにございます城西校区、高齢化が非常に進んだところですが、その自治協議会事務局長の梅田様からご発題いただきます。よろしくお願ひします。

梅田：皆様、こんにちは。城西校区は熊本市の西区、西部にございますが、人口約1万2,500人、約5,800世帯の小学校区でございます。本日、この城西校区で実施・展開いたしました二つの事業についてご紹介したいと思います。

一つ目は「健康まちづくり事業」、二つ目に「高齢者見守り支援事業」、私どもでは通称「地域ケア計画」と呼んでおります。

皆様のお手元にございます本日の資料では186ページから196ページまででございますが、特に私が述べたい内容を詳しくまとめましたものが193ページから196ページの4ページにわたって書かれております。ここでは、さらに要約した形でご説明したいと思いますので、よろしくお願ひいたします。

また、会場の入り口には、本日の説明に有効かと

思いましたので、私どもで年間1回つくっております自治協議会報を掲示させていただいております。また、後ほど触れますけれども、災害時一時支え合い避難所の看板も展示しておりますので、ごらんになっていただければと思います。

それでは早速、1番目の「健康まちづくり事業」について、パワーポイントはございませんが、口頭で皆様のほうにご紹介したいと思います。

「健康まちづくり事業」につきましては、城西校区の働き盛りの30歳代、40歳代の方々を主体に、生活習慣病対策の一環として、平成24年2月に自治協議会を母体として、小中学校のPTA、子供会連合会、社会体育協会、老人クラブ連合会など、12の団体で部会を設立しまして、健康チェック、また医療講演会などを実施しております。実は、城西校区地域ケア計画よりも後に発足した団体でございますので、来年から先は、二つを同時進行しながら進めてまいりたいと思っているところです。

今年の4月と5月には、がん検診と特定健診の推進PRを行いました。これにつきましては、がん撲滅のための検診ということで、今後もさらに展開を進めてまいりたいと思っております。

今後の課題といたしましては、城西校区という小学校区単位では、平成26年10月現在、30歳代から40歳代の方々は3,100人お住まい、全体で申しますと24.7%になりますが、こういった行事・企画につきまして、依然として参加者が不足気味でございます。なるべく3,000人以上の方々が参加されて、これに対してのデータが出せれば、城西校区自体でもっと深い展開ができるものと思っております。あとは、來



年度につきましても詳しい年次計画を綿密に立てて、校区で展開してまいりたいと思っております。

これで、健康まちづくり部会についての概略のご説明を終わらせていただき、2番目の、城西校区で取り組みました「高齢者見守り支援事業」、通称「城西校区3ヵ年地域ケア計画」についてご説明したいと思います。

皆様の資料では187ページからということになっております。パワーポイントで説明してまいりたいと思います。

この「高齢者見守り支援事業」は、一人でも多い伝道師、協力者の方々を校区全体でつくり上げていくことを目指して取り組んだ事業でございます。よって、下のほうに書いておりますが、「1人で100歩より、100人で1歩」と。一人でも多くの協力者が集まることによって、城西校区に住んでほんとうによかつたという校区にしたいということでございます。

日本が直面しております、まさに高齢化社会問題。これが城西校区では一体どんな状況であるのかということをまず調べたかったということで、熊本県、熊本市、どんどんと狭めてまいりました。平成25年度のデータで、熊本県では27.2%、熊本市に至りましては23.1%という率を示しております。熊本市には5つの区がございますが、西区ではどういった現状を示しているかというと、27.6%とさらに増えてまいります。私どもが住んでいる城西校区では、何と28.5%——皆様のお手元の資料では28.2%と書いてございますが、28.5%でございます。

こういった高齢化社会というものが、現に私たちの目の前にあるということから、城西校区が取り組むテーマとしては、熊本市包括支援センターの「ささえりあ井芹」と協働で、平成23年度の地域ケア計画書というものを作成いたしました。こういったデータを見ますと、熊本市西区が取り組むべき課題は、城西校区が取り組むことによって、さらに西区全体が考えるべき課題ではなかろうかということを狙いといたしました。住みよい安全・安心な校区づくりを目指すには、やはり現状を把握し、課題を見つけ、その解決に取り組むための想像力と判断力と統率力

が校区全体で必要だなということから、これを習得するために、こういった一連の動きをやらせていただきました。

そのためにまず実施しましたのが、校区全体で統一された実態調査を行うことです。皆様のお手元の資料の195ページに町内名簿というものがございます。これを完備することによって、自分の町内自治会では、どれだけ、どんな方が住んでいらっしゃるのかということを、まず実態調査をしようということございました。

並行して、校区の幹事会を開きまして、事業計画を策定し、取り組みやすい、地域住民の目に見える具体的な方策として、「命のバトン」というものを63歳の方々の世帯へ配布しようという取り組みを校区一丸となって行いました。

これにつきましては、各自治会の役員さん、各町内の老人会の役員さん、民生委員さんを集めますと約100名ほどになりますので、私どもでは100人会議と申し上げておりますが、これを年2回行っています。実績と、それから、上期と下期に分かれますが、次期——上期であれば、下期にはどういった展開をしていくんだということを報告し合いながら、ほかの町内とうちはどこが違うんだ、おくれてるな、進んでいるなということを認識し合い、次の期に進んでいくということを取り組ませていただきました。

そして、次にありますのが、一目でわかる町内高齢者の実態です。一体、自分の町内にはどれくらいの高齢者が住んでおられるのかということが一目でわかる一覧表を作成し、これを校区全体でチェックし合いました。もちろんこれはマル秘資料でございます。中身を見ますと、65歳以上のひとり暮らしの方はどれくらいいらっしゃるのかというのは、お名前、年齢、性別、どの隣保に住んでいるらっしゃる方で、65歳のひとり暮らしである方は、ここに丸がつくわけです。同じようにしていきまして、後期高齢者の二人暮らし、災害時要援護者として登録が済んでいるかどうか、要援護者を介護する方についてのお名前、そして4番目には、認知症サポーターの講演会を実施いたしましたので、ここに参加されたか

10/
30
(木)開
会
式基
調
講
演第
1
分
科
会第
2
分
科
会第
3
分
科
会10/
31
(金)ま
分
と
科
め
会ディ
ス
カ
ッ
シ
ョ
ン
パ
ネ
ルメ
ッ
セ
ー
ジ
開
催
市
か
ら
の特
別
講
演閉
会
式シ
ョ
ッ
ト
会
場
ス
ナ
ップ

どうか。また、この方がシルバーヘルパーの有資格者であるかどうか。そして、高齢者を対象にしている表でございますので、老人クラブに加入しているかどうかということが一目でわかる資料をつくり上げました。

このほかにも、「命のバトン」に続く具体的な推進計画を、有識者でもって幹事会で立案いたしました。

災害時一時支え合い避難所の看板を設置いたしました。

そして、認知症サポーターの養成講座を2年半ほど行いました、実人数で535名の受講者を記録いたしました。熊本市ではオレンジリングを配布しておりますけれども、延べ人数はとても数え切れることでございませんが、実人数に直しましたら535名の受講者がいらっしゃいました。

また、先ほどの資料にありましたように、シルバーヘルパーの見直しを行いました。有資格者が高齢に達しておられますので、入れかえを行ったり、組織力を強化するために分析と改善を行いました。

また、災害時の迅速な情報収集に備えて、熊本市と、おそらく県でもそうだと思いますが、城西校区では初めて、トランシーバーを23台備えまして、定期交信の訓練を毎月行っているところでございます。このトランシーバーにつきましては、コーディネーターの金澤理事長からも提案がございまして、連絡や情報の入手が非常に困難であるような状態ではトランシーバーが一番有効であろうということで実現できたものでございます。

そして、災害時要援護者と支援者を設定し、毎年開催しております校区合同防災訓練では、安否確認をするために、安否状況を町内の各代表から発表していただいております。

いずれも計画期間の3年間を終了いたしましたが、現在でも継続中でございます。城西校区では、高齢者対策は当たり前という風土をつくり上げてきたつもりでございます。

今後の課題といたしまして、3点ばかり申し上げたいと思います。企画力と推進力、推進者づくり、

どうやって啓蒙していくかということ。そして、ただ単に自治会長さんや自治会の役員さんだけが知っていればいいというものではなくて、老人会と民生委員さんを束ねた形での情報の共有化、これをこれから先も一つの課題としてやっていきたいと思っております。

具体的に申し上げますと、買い物弱者への支援、ひきこもりをどうしようか、認知症への取り組み、シルバーヘルパーのさらなる活動の拡充、災害時の対応、こういうものを城西校区のこれから課題としても残していくつもりでございます。

最後に、一つのプラン、一つの決断、一つのリーダーシップ、これで我々の校区も充実してまいりたいと思います。

以上で発表を終わらせていただきます。ありがとうございました。(拍手)

金澤:ありがとうございました。ご意見、ご質問は後ほど伺いましょう。

次に、谷口さんです。地域包括支援センターで長年努力されている一人として発表していただきます。地域活動の中身でございます。よろしくお願いします。



谷口: ご紹介いただきました谷口です。よろしくお願いいたします。

私の資料は198ページからになります。今日は二つの大きな事業の内容をスライドでつくるのですが、まとめたスライドを使用いたしますので、このテキストのほうの資料を参考にしていただければと思います。

まず、きのう、今日で水前寺公園行かれた方がいらっしゃるかもしませんが、その水前寺公園の周囲の「中央5」という地域を私たちは担当させていただいております。

高齢化の状況は200ページ以降に資料を載せておりますので、そちらをごらんいただきたいと思います。

現在、3校区、7,465名の高齢者の方を担当しております。職員は、事務職員を入れて10名という体制で活動をしているところです。

私たちの活動図というのを描かせていただいております。資料の201ページをごらんいただきたいと思います。

まず、地域運営協議会、これは熊本市独自のものと聞いております。この地域運営協議会を柱として、専門部会を設置しながら活動しています。地域運営協議会というのは、市内の全地域包括支援センターに設置が義務づけられておりますが、私たちの業務の中立性・公正性を検証する場ということと、地域ケア会議の場になっているところでございます。その中で、介護予防支援部会とか、今日お話しします連携会、認知症予防支援部会、地域ケア会議、地域包括の業務をさせていただいております。

この地域包括ケアというケアシステムを考えたときに、何を目標にしていこうかということで、地域の人と一緒に、地域の人のための地域包括ケアシステムを目標に、「15分続けて歩こうプロジェクト」と「連携会と医療と介護の連携シート」を二つの切り口として活動しておりますので、今日はそれをご紹介していきたいと思います。

まずは、「健康」をキーワードに「地域のつながり・きずな」を深め、「地域力」を高めることを目標に、「15分続けて歩こうプロジェクト」を紹介させていただきます。

内容・経過については201ページから詳しく書いておりますので、そちらのほうをごらんいただきたいと思います。

なぜこのプロジェクトをしようと思ったかということですが、平成24年度の第1回介護予防支援部会

において話し合いをしました。その中で、地域の老人クラブの会長さん方から、なかなかサロンのほうに人が集まらないとか、また、社協長さんの方から、健康寿命を延ばすためのテーマとして健康づくりということをしていったらいいんじゃないかというようなご意見をいただきました。また、校区の保健師さんから、熊本市が平成24年度に校区単位の健康まちづくりというのを提唱されましたので、それを住民とともに進めようという提案が来まして、そこで、この「15分続けて歩こうプロジェクト」を始めることになりました。

若い世代も含めての生活習慣病の予防、また高齢者生きがいづくり、地域のつながり・きずなを深める、健康まちづくりの推進ということを狙いとして、活動部隊としては、地域の方と関係団体、また校区の保健師さんと一緒に活動をしております。

内容としては、研修会を年2回。3校区を担当しておりますので、年2回ずつの6回です。あと、健康づくり支援者研修会は若い世代にも呼びかけております。お互いが支え合う地域のつながりをつくるということを目的にやっております。それから「江津湖歩いとランド」は子供と地域の方、高齢者の方と一緒に世代間交流をしていこうということで、これは既存でずっとやっている一つの校区と一緒に活動しようということになりました。それとグッズの製作、協賛金。どうしても活動にはお金がかかります。初年度は助成金をいただきましたので、大々的にいろいろできたのですが、次年度はそれがなくなりましたので、何とか継続したいということで、医療機関とか事業所を回りまして、何とか50カ所の協力を得て、協賛金をいただいて活動を進めたということになります。

一部を紹介していきたいと思います。

まず、グッズ作製です。今日、何で私がこんなピンクの服を着ているのかなと思っていらっしゃると思います。ちょっと立たせていただきますが、このTシャツをつくりまして、今日はうちのスタッフも着て、応援団として来ております。（拍手）失礼いたしました。これは地域の役員さん、また事業所の方にも

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま分
と科
め会ディスカッショナル
パネルメッセージ
開催市からの特別講演
閉会式会場スナップ
ショット

配布しております。活動を一体化したいという思いでつくりさせていただきました。

それと「わくわく手帳」というのは、歩いた歩数や外出した回数を記録する手帳です。これは歩くことを継続する一つのツールとしてつくりさせていただいております。

これは研修会の活動風景です。地域の役員の方々に、このピンクのTシャツを着ていただいております。

これは、民生委員さんや事業所の皆さんに、受け付けや設営など、いろいろなことを手伝っていただいておりますので、そのスライドと、下のほうは、毎回の研修会のときに事業所のケアマネさんを紹介している風景です。

これは支援者研修会の風景です。体育館でしました。昨年度から始めたんですが、100名ぐらいの方が集まってやっております。

これは、先ほど言いました「江津湖歩いとランド」の風景です。子供さん、高齢者の方たちが触れ合うということで、ハイタッチをしたり、スタンプラリーをして楽しんだところでございます。

このプロジェクトの効果を書いております。まずは生活習慣病の予防を掲げましたが、血圧や血糖値が安定して体重が減少したというような効果を書いていただいて、若い世代にも健康づくりの意識づけができたかなと思っています。そして住民同士が声をかけ合うなど、お互いが支え合う環境づくりができてきたと思っております。いろいろな研修会でも声をかけていただいたり、声をかけ合い、歩く町内が増えております。こういう効果が出てきております。

活動の狙いを上げさせていただきましたが、それが徐々に達成してきているのではないかということを実感しております。

次に、地域と他職種が連携する活動として、連携会と「医療と介護の連携シート」の活動を紹介させていただきたいと思います。

地域と多職種の連携活動ということで、「医療・保健と介護・福祉の連携会」というちょっと長い名

前ですが、この会を立ち上げました。企画担当は研修会等の内容を決めていくんですが、五つの柱をつくるって、今、進めているところです。

資料の211ページから、発足会から詳しく書いておりますので、お読みいただければと思います。

私たちが連携会の中で話し合って進めている「医療と介護の連携シート」について少し説明をしたいと思います。連携会の会議で、地域の中でその人を支えるための情報の共有のツールが必要ではないか、それも簡単なものが必要ではないかというような話が出ました。そこで、2番目に書いておりますが、比較的高齢者に普及している「お薬手帳」を活用し、簡単な医療情報・介護情報などを記載したシートを作成することになりました。「お薬手帳」に関しては、本人が管理をするため、個人情報保護条例には問題がないというのを確認しております。このシートの狙いとしては、地域の方にもこの活用を勧めています。この連携シートが「お薬手帳」に張つてあり、例えば本人がその内容を見せてくれば、そこでわかるのではないかということで、地域の方にも紹介をしております。

高齢者一人に対して、誰、どこの施設がかかわっているかをみんなが把握することで地域住民の生活を支援する。医療機関、ケアマネ、事業所だけではなく、地域の方も活用できるようにする。連携シートを活用し、多職種間で気軽に連絡をとり合える環境をつくることを狙いとして進めております。

これが連携シートになります。これも資料の中に載せております。「お薬手帳」の最後のページにのりをつけて張ります。これは、ほとんど薬剤師さんに頑張ってつくっていただいたものです。まずこれを広めるに当たって、要介護認定を持っていらっしゃる方が3校区で1,600人ちょっといらっしゃいますので、そこに包括の職員とケアマネと一緒にになって進めてるところでございます。

この連携会と連携シートの効果をまとめております。資料としては214ページから215ページに書かせていただいております。

とても簡潔な共有ツールなので活用しやすいとい

うお声をいただいております。また、連携の意識づけができたということです。それと、関心が高かった自治会連合会の会長さんが、ぜひとも自分のところの校区の自治会長さん方に、この連携シートの説明をしてほしいと言われまして、お伺いしました。地域への周知ができたと思っております。また、地域住民と多職種が協働して地域づくりをする意識づけができたと思っております。また、「命のバトン」との活用で、緊急時の対応がより可能となり、安心につながったというお声をいただいております。

最後になりますが、「健康」をキーワードに「地域のつながり・きずな」を深め、「地域力」を高める活動として「15分続けて歩こうプロジェクト」を進めています。また、先ほど言いました地域と多職種が連携する活動として連携会と「医療と介護の連携シート」、この両方とも地域の方と一緒に、また事業所も巻き込んで、事業所も医療機関も一緒に地域の顔が見える関係づくりということを進めながら、地域の人のための地域包括ケアシステムの構築を今後も続けていきたいと思っております。

以上でございます。(拍手)

金澤：ありがとうございました。ほんとうに顔の見える地域活動のご報告でした。

それでは続きまして、医師の立場から、特に在宅における医療に長年取り組んでおられる後藤先生、よろしくお願ひいたします。



後藤：後藤といいます。私からは、事前指定書の取り組みと、看取りをテーマにした多職種連携という2点をご説明したいと思います。

熊本には、熊本在宅ドクターネットといいまして、在宅医療に取り組む医師約60名がつくっているネットワークがあります。その中で、さまざまな問題があつていろいろな取り組みをしているんですけども、まず、事前指定書というものに対して、みんながどんなふうに思っているんだろうということを、昨年の1月にアンケート調査しています。そうすると、9割が必要を感じると言っているけれども、実際、何か取り組みをしているかというと、80%からしていないという答えが返ってきました。じゃあ、運用したいと思いますかという問いには8割の医師が運用したいと答えました。

その結果を捉えまして、我々としては、やはり何らかの指針となるものをつくるべきだろうということになり、事前指定書の作成部会を昨年の夏、検討会を計3回開きました。医師だけでつくるのは問題もあるだろうということで、オブザーバーとして弁護士の方2名にも加わっていただきまして、いろいろなことを検討していきました。

検討した結果、まず、事前指定書とは一体どういうものかという説明が要るであろう。それから、その中身で出てくる語句の説明がないと、一般の方にはわかりづらいのではないかということと、実際の記入用紙という構成でつくってみようということになりました。

いろいろ検討をしてでき上がったものは後でお示しますが、これは熊本在宅ドクターネットのホームページに公開されています。自由にダウンロードして、その所々で内容を改変したければ自由に改変していただいて使っていただこうという形で、今、「熊本在宅ドクターネット」で調べていただければ、ホームページに公開させていただいている。

内容についての説明ですけれども、「事前指定書(私の医療についての希望)」という内容にしています。「どこでどのような終末を迎えたいかを自分でしっかりとと考え、その意志、希望を書いておく書面を事前指定書といいます。」と載せています。

それから、心臓マッサージとか気管切開とか、さまざまな語句について、できるだけわかりやすくとい



うことで、それぞれの説明を載せています。

それから、「私の医療についての希望」の内容は、こういった形で、終末期を迎える場所、そのほかの希望、終末期になったときの希望として、救急車での搬送、心臓マッサージ、気管内挿管や人工呼吸、胃ろうによる栄養、鼻のチューブによる栄養、点滴、透析、その他自由にというところで記載をしまして、これは基本的にどういう使い方もできますけれども、かかりつけ医の医療者とその患者さんとの間で取り交わすということを基本としています。

その後に、キーパーソンですね。自分が判断ができなくなったとき、主治医が誰に相談したらいいかということをご自身で指定していただくということと、かかりつけの先生、それから患者さん自身の署名、一緒に書いた方の確認者の署名といったものを書いてでき上りです。できれば、これは一定の期間ごとに更新したほうがいいかなというところもあります。

そういった内容を、ページごとに1ページ、2ページ、3ページ、4ページと、こういうつくりになっていまして、これをそれぞれでダウンロードしていただいて、それぞれのところで活用していただくという形をとっています。

実際、まだ始まってそれほど期間がたっていないまでも、私のところでは、老人ホームであったり患者さんであったり、そういうところで、いざ急に何か様子が変わった場合にどういう選択をしたらいいかということを、本人とお話しできる方は本人、ご家族としかお話ができない方はご家族と、事前にお話し合いをするという形で、こういったものを活用している途中です。まだ数が十分集まっていませんので、以後、こういったものの検討も必要かと考えています。

もう一つは、地域包括支援センターと協働で取り組んでいる多職種連携についてお話をします。

地域包括支援センターでは、多職種が連携した専門部会がつくれられていて、私が所属する地域包括支援センターの地域でも、こういった冊子の配布とか、多職種向けの勉強会をやったり、施設とか

スキルアップのための勉強会をやったりといった取り組みをしているところです。

その中で、地域ケア会議の③多職種合同カンファレンスですけれども、看取りを考えた模擬事例を用いまして、多職種が集まってカンファレンスを行うというようなことをやってみました。

皆さんのレジュメの中にはありませんし、簡単に飛ばしていきますけれども、大腸がんの術後肝転移という方を想定しまして、奥さんと二人暮らしで子供は離れている。在宅療養を開始して、介護度はこんな感じで、訪問を開始して、だんだん経過を経ていって、痛み止めを使いながらという感じなんですけれども、その経過の中で、まず医師が中心になって、病状に関する変化などを予測しながらカンファレンスをやる。続いて、ケアマネジャーがいろいろなご家族の状況等を踏まえて、ケアの方針について話し合う。さらに病状が悪化し、進んでいったところで、いろいろな思いを聞きながら、看取りの時期が近くなると、最後、退院するときに、ケアマネジャーさんは家族の負担軽減策について話し合い、さらに、看取りまでの意思決定にかかる支援や治療、亡くなるまでのケアについて検討を行う。

なかなか、看取りまで行くというのが難しい現状にあって、開業医の先生やいろいろな方に参加していただいて、亡くなる直前の方の支援をどうしていったらいいかということも、ここで話題に出す形で取り組みをしてきました。

これが実際の活動をやっている場面です。

いずれにしましても、さまざまな活動を通して、それぞれの地域で、医師も含めた多職種の方——皆さん方の中には、なかなか先生と垣根があって難しいというような話もたくさん聞きますけれども、そうでない先生たちもたくさんいますので、できるだけ積極的に出かけていって、地域での連携の輪を広げていくという取り組みを紹介させていただきました。

以上で私の話を終わります。どうもご清聴ありがとうございました。(拍手)

金澤:ありがとうございました。

10/
30
(木)

開
会
式

基
調
講
演

第
1
分
科
会

第
2
分
科
会

第
3
分
科
会

10/
31
(金)

ま
分
と
科
め
会

デ
ィ
ス
カ
ッ
シ
ョ
ン
ル

メ
ッ
セ
ー
ジ
開
催
市
か
ら

特
別
講
演

閉
会
式

シ
ョ
ッ
ト
会
場
ス
ナ
ップ

それでは4番目に、今度は訪問看護の立場で、木下さんに課題と今後の展望といいますか、夢を語っていただきたいと思います。よろしくお願ひします。



木下: こんにちは。熊本県看護協会の木下と申します。よろしくお願ひいたします。

病気や障害を持っても在宅で生活するためには在宅医療が重要で、生活者を支える医療には多職種の連携が必要になります。在宅医療の提供体制の確保が求められますが、その中で、医療と介護、在宅での生活がわかる訪問看護は重要となります。

私のほうからは、訪問看護の現状や熊本県看護協会での取り組みなどを通して、これから地域包括ケアの中の訪問看護のあり方について考えたいと思います。

まず、熊本県の訪問看護の現状と課題です。

訪問看護ステーションは、平成25年10月現在で県内に136カ所あり、その3割が熊本市内に集中しています。2点目、訪問看護師が5人未満の小規模ステーションが全体の7割を占めています。それから、県下の訪問看護利用率は、全国平均の9.5%に比べ、7.8%と低いです。一方では、訪問看護師の確保が十分ではありません。それから、訪問看護について、関係者や住民の方の理解が得られておらず、ほんとうに訪問看護が必要な人の利用がまだ進んでいないというのも現状です。今後は、要介護認定者の重度化や認知症高齢者の増加など、ニーズ拡大が予測されます。

これは平成25年10月現在の訪問看護の畠内の設

置状況です。県内にステーションが136カ所あると言いましたけれども、その中で熊本市内に46カ所あります。グレーの部分のところが、訪問看護の提供が困難と言われている地域になります。県の周辺部に多いと言えます。熊本県では訪問看護、在宅医療を推進されていますけれども、県下全域で訪問看護が受けられるよう支援され、数年前に比べましたら、事業所数も少しづつ増えているところです。

これは、都道府県別の訪問看護の利用状況と自宅死亡の割合を見たものです。訪問看護の利用者数が多いところほど在宅で死亡する人が多い傾向がわかるグラフになっております。熊本県の場合は、赤い三角のところに位置していますが、訪問看護利用者は人口1,000人当たり10.5人で、自宅死亡の割合は9.3%となっており、全国平均よりも、かなり下回っているほうに位置しています。つまり、熊本県は自宅死亡も少なく、訪問看護の利用も少ない傾向にあるということが言えます。

これは、訪問看護事業所の規模別に見た年間の自宅での看取り数の状況です。一番下ですけれども、看護職員数が3人未満の小規模のところでは、年間の看取り数0人が32%で最も多く、一番上の看護職員数が7.5人以上のところでは、看取り数0人は8%で最も少なく、逆に年間20人以上の看取りを行っているというところが11%となっております。事業所の規模が大きいほど、在宅での看取り数が多いと言えます。

次に、熊本県看護協会での多職種連携の取り組みの主なものです。

まず、「在宅ケア移行情報シート」をつくっておりますが、先ほど「介護と看護の連携シート」をつくっているというお話がありましたけれども、こちらのほうでは、病院から在宅に移行するときに、在宅に必要な情報のシートが必要だというところでつくりまして、医療機関に活用してもらうように進めているところです。

二つ目が、研修会の開催についてですけれども、多職種連携や協働を目的に、毎年テーマを変えて行っており、職種間のお互いの立場の理解を深めて

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま分
と科
め会ディスカッショナル
パネルメッセージ
開催市からの特別講演
閉会式会場スナップ
ショット

いるところです。

3点目が、医療機関看護職の訪問看護ステーションの実習を行っておりまして、在宅での生活や訪問看護の実際を医療機関の看護師さんに見てもらって、意見交換などで顔の見える連携とか、いろいろ食い違いなどなく、スムーズな連携を図るように行っています。

このように、まだまだですけれども、地道な活動をしているところです。

これは在宅移行情報シートの一例ですけれども、これは小児版のほうを使っております。退院時に病院から訪問看護ステーションがもらったもので、病状の説明の内容とか、現在の医療処置はどうか、排せつや食事内容はどうかなど、より具体的な内容が書かれております。在宅ですぐ使えるものになっております。

次に、訪問看護が開始となりまして、入院が回避できている事例を紹介します。

訪問看護でフットケアや生活指導などを行って、合併症が予防できている事例です。糖尿病性腎症で血液透析をされている方ですけれども、平成18年2月に糖尿病の合併症で左の下腿を切断して、退院時に介護認定を受けて、介護保険での訪問看護が開始になった方です。

これは、退院されて少し皮膚の状態が改善したときに撮ったものです。左下肢を切断されましたけれども、右側の皮膚とか、足の指に陷入爪のひどいものがあつて、炎症を起こしやすい状態で、足全体の血行がよくない状態でした。この方は、フットケアや生活指導、リハビリなどを中心に行っております。少しでも変化があったときは、主治医やケアマネジャーと連携をとりまして、一時的に訪問回数を増やしたりなど、早目の対策・対応をしております。退院後、今まで入院はされておりません。その方もとても感謝しております。

ただし、私たちとしては、もっと早く訪問看護を利用していたら、もしかしたら左の足は切断にならずに済んだのではないかと思うところです。糖尿病や合併症である腎機能障害は増加しております。

合併症を来す前に予防的に訪問看護を使ってもらえると、もっと効果的ではないかなと思います。例えば、外来通院のときに、自己管理ができないような患者さんがいれば、外来看護師さんから直接訪問看護に連携がとれるような仕組みがもっと必要ではないかなと思います。

次は、平成21年から厚生労働省老健局事業による訪問看護支援事業が開始になっておりまして、その一環で、熊本県からの委託を受け、熊本県看護協会が訪問看護推進の目的で、訪問看護ステーションサポートセンターを平成23年9月に開設しております。

主に取り組んできた事業は、スライドのとおりですけれども、訪問看護に関する相談や県民の方への訪問看護の周知広報などを行っておりまして、訪問看護ステーションを後方から支援しているところです。

これは、訪問看護をもっと活用してもらうためにサポートセンターでつくったものですけれども、向かって左側のブルーのものが、病院など関係機関の方への訪問看護のしおりで、制度などが少し詳しく載っているものです。右側のほうが一般の方用に作成したもので、リーフレットになっております。いろいろなところに配布しております。

これは、訪問看護を一般の方に知ってもらうために、今年の2月に30分のテレビ番組を放映した後、DVDにしたもので、関係機関にかなりたくさん配布しております。また、熊本県看護協会のホームページにもアップしておりますので、興味のある方はご覧いただければと思います。

これはよく見るものですけれども、熊本県が作成された地域包括ケアのイメージになります。私たち住民が地域や施設など、どこに住んでも安心して生活できる体制や地域づくりが急務だと言われております。それぞれの職種間の役割分担や連携も大事ですけれども、地域住民の方が、どこに相談したらいいのかということがわかりやすくて、敷居の低い相談窓口も必要だと思います。その一端を担っております訪問看護に今後求められる役割を、最後にま

とめてみました。

まず、小規模事業所では訪問看護サービス提供が十分にできないというところで、大規模化、多機能化が必要になってきております。

2点目、今後は、24時間対応や在宅での看取り、重度な方への対応のための体制が必要となります。

3点目、多職種の連携のためには、情報の共有が必要となります。また、訪問看護が医療と介護の橋渡し役になることが重要です。

また、どの地域でも在宅医療及び訪問看護が受けられる体制づくりも必要だと思います。

以上になります。ご清聴ありがとうございました。

(拍手)

金澤：ありがとうございました。

それでは、残り少ない時間ですけれども、どうでしょう、今の4人の方々のお話で、それぞれ全国の自治体、あるいはもっと小さな町内で、こんな活動をしているんですけれどもというご発題、あるいはご質問はございませんでしょうか。

もしなければ、私のほうから二、三。4人それぞれに伺いたいところですけれども、時間も十分ございませんので、まず梅田さんに。谷口さんがいろいろな活動をお話しなさいました。梅田さんの自治会の事務局という立場で、谷口さんに何か教えていただきたいこと、つまりリーダーシップとかまとめるという意味で、いかがですか。ご苦労のほどを。

梅田：城西校区という私どもが住んでおる校区で、何か一つ展開をしていこうとプランを立てたときに、誰がどういうふうにリーダーシップをとって、まとめていって、協力者づくりをどのようにやっていかれたのか。同じような立場で私もご説明を聞いておりましたけれども、どのようにすれば、一つの校区——谷口さんの場合には三つの校区を束ねていらっしゃいますので、束ね方の難しさというんですかね。

金澤：いかがでしょう、谷口さん。どうぞ。ご苦労されている現状でもいいですよ。

谷口：そうですね。3校区を担当しておりますが、この事業は3校区一緒にやっております。なぜかというと、お互いの校区のいいところをとったり、自分

のところの校区はこうしようということを、現場の話し合いの中でお互い気づかれて、競争をしていかれる。例えば研修会の参加者にしても、自分のところ頑張ろうという刺激がある、そういう場が一つあるということだと思います。あとは、ほんとうに足しげく、もうスタッフ全員で、自治会長さん方とか医療機関、事業所に何回も何回も顔を出しながら、私たちが一生懸命頑張っている姿を地域の方たちに見ていただいて、「あ、頼もう」とか「一緒にについていこう」と言っていたくように、何とか頑張っている姿を見せているというようなことだと思います。

金澤：このお二方の活動は非常に参考になると思いました。特に、谷口さんの立場は地域包括支援センターで、全国の市町村におきまして展開されていますけれども、熊本は「ささえりあ」というニックネームをつけて、「ささえりあ何々」として市内に27カ所ございます。そして、特徴は、今日もありましたが、一つ一つの包括支援センターに、実は運営協議会を設けているんです。市町村に1カ所じゅありません。そして、3カ月に1回は必ずミーティングを行いなさいと。それぞれの包括支援センターで地域の方々が年に4回は集まって、予算の報告であったり、あるいはケアマネジャーとのマネジメントのぐあいだったり、中身を地域の方々に知っていただくということも含めまして、地域の方々とのつながりの担い手になっているというのが熊本市の包括の特徴かと思います。今後もお二方の活動をご期待申し上げます。

後半のお二人の先生方、先ほど事前指定というのがありましたけれども、この事柄というのは、訪問看護の場面において、例えば訪問看護をなさっていて、やはり急変をしたり、いろいろなぐあいで、どうしましょうかと悩むことが多いと思うんですけれども、片や訪問診療・往診、片や訪問看護という、一つのチームですよね。こういった事前指定書というものに対する期待といいますか、実感として、今、看護ステーションとして何かございますか。あるいは、まだ普及していないということで、まだまだということでも結構ですが、いかがでしょう。何かござ

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま分
と科
め会ディスカッショナル
パネルメッセージ
開催市からの

特別講演

閉会式

会場スナップ
ショット

見ございますか。

木下:今までの経験の中では、もう何もしないよと言われて、みずからそういうものを書いておきたいと言われた方が一、二名はおられます、徐々に悪くなっている方とかターミナルの方とかは、ご家族の気持ちとかも変わられるので、段階を追って、どういうお考えかということを折に触れて確認するようにしております。徐々に悪くなられるような方の場合は、その都度説明を加えていくようにしておりますので、改めて指定書というのは、訪問看護の現場では、まだあまり使っていません。

金澤:なるほど。自宅療養の場合には、ご家族のご苦労ももちろんですけれども、ご家族の気持ちとともに、病状が進んでまいりますよね。ですから、比較的ご自宅で天国に行くという場面に私もよく遭遇するんですけども、先ほど先生のほうからおっしゃった施設の方々とか、この辺は、その必要性といいますか、どうでしょうか。

後藤:先ほどは時間がなかったのであまり詳しくは述べませんでしたけれども、この事前指定書の必要性というのは、今、木下さんがおっしゃったような、在宅でしっかりとした人間関係を持ちながら、徐々に変化していく方に対しては、わざわざこの書面をとらなくても、その都度の説明でいいと思うんですね。

逆に、外来とかに来ている、まだ要介護状態までなっていない方、そういう方に、特に、自分の将来を自分で考えていただく一つのツールとして、こういったものを、できれば外来の場で考えていただく。例えば、認知症になって自分でわからないよとか、あるいは寝たきりになってしまって、もう時間がそんなにないかもしれないという方たちに対してということでは、逆にないのかなと思います。

ただ、施設の場合は、施設に入られて、認知症もあって、ご自分ではわからない。家族が離れたところにいて、連絡はとれるけれども、しおりゅう来てくれるわけでもない。施設の職員としては、なかなか簡単に、こういうときどうするのか、急な変化があったときはどうだというような意思確認が常にタイムリーにとれるわけではないということがありま

すから、逆に老人ホームやいろいろな施設においては、一番最初に入られるときとか、入られてちょっとたって落ちつかれたころに、ご家族に対してこういったものを提示して、どうしますかという意思確認の一つのツールには非常に役に立つものではないかなと考えています。

金澤:ありがとうございました。

残り時間はあと一、二分でございますので、まとめではございませんが、フロアには熊本市あるいは熊本県内の方々も大勢おられます、熊本県外の方々に熊本弁で言いますと、それぞれの病院の先生方も看護師さん方も介護の現場の方々も、あるいはケアマネジャーも包括も、意外と熊本は、いらっしゃる世話が多かとですよ。つまり、ほっておけない。要するに見て見ぬふり、知らないふりをできない人々が結構多くございます。ですから、熊本の特徴に、一つ、医療の充実というのがありますけれども、実は救急医療の充実はもちろん、医療・看護・介護も含めた広い意味での医療が熊本の非常なる特徴です。つまり、優しい人たちが非常に多いなど私は実感しています。つまり、ほっておけない人たちがいらっしゃる世話をする。

そのような意味で、今回のサミット、そして11年後の2025年、つまり超高齢社会がどんどん、どんどん進んでいく時代に向けてのまちづくり、準備を、今日ご発題いただいたような地域の方々、そして、そこで医療を展開する、看護師としてご自宅のご家族を支えていく人たちが、これから先、もっともつと全国で増えていくことを願って、熊本市からの、現場からのメッセージとして皆さん方にお届けいたしました。

それでは、最後にもう一度4の方々に温かい拍手をいただきたいと思います。どうもありがとうございました。(拍手)

特別講演

日 時

10月31日(金) 14:10~15:10

会 場

市民会館崇城大学ホール

高齢者の急増に対応した地域づくり

講 師

株式会社日本総合研究所調査部主席研究員 藻谷 浩介 氏

10/
30
(木)開会式
基調講演

第1分科会

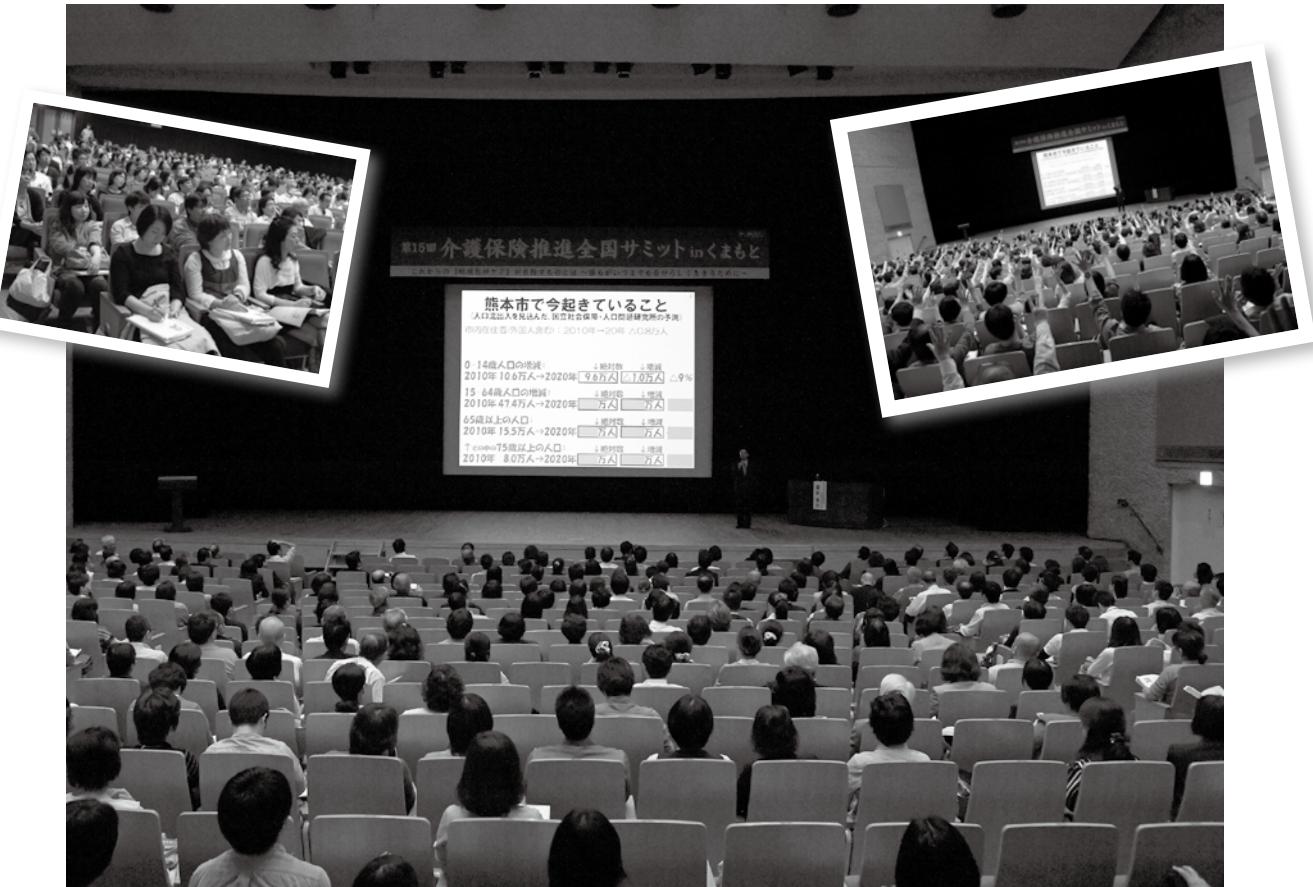
第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま
分
と
科
め
会パ
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

特別講演

10月31日(金) 14:10~15:10

講 師

株式会社日本総合研究所調査部主席研究員 藻谷 浩介 氏

閉会式

日時

10月31日(金) 15:10~15:40

会場

市民会館崇城大学ホール



閉会式

10月31日(金) 15:10～15:40

◆閉会挨拶 熊本市長 幸山 政史

◆次回開催地紹介 鹿児島県日置市介護保険課 牧瀬 裕美

◆「転ばぬ先の杖」引継式

◆次回開催地市長挨拶 日置市長 宮路 高光

10/
30
(木)開会式
基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま
分
と
科
め
会パ
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



閉会挨拶

熊本市長 幸山 政史



それでは、閉会に当たりまして、ご挨拶を申し上げます。

今回、第15回目のサミットを熊本で開催させていただきましたけれども、最初、心配しておりました。といいますのも、担当している職員からのどれぐらい参加があるのかの報告だと、最初ちょっと出足が悪かったものですから。しかし途中から、おかげさまでぐんぐんご応募をいただきまして、最後はお断りをするような状況だったと聞いております。改めまして、ご来熊、ご来場いただきました皆様方に心から感謝を申し上げたいと存じます。まことにありがとうございました。(拍手)

それから、ただいまの藻谷さんの講演、また、きのうから今日にかけまでの講演、分科会、パネルディスカッション、そして熊本からのメッセージ等々、プログラム満載だったわけありますけれども、ご登壇いただき、ご協力いただきました皆様方に対しましても、心から感謝を申し上げたいと存じます。大変お世話になりました。ありがとうございました。(拍手)

今回のこの15回目のサミット、大変意義深いサミットになったのではないかと感じているところでございます。といいますのも、これまで何度も出ておりますけれども、今回は介護保険制度が大幅な見直しが行われている時期でのサミット開催であったということ。それからもう一つ、熊本市にとりましては、

熊本からのメッセージでお聞きいただいたかと思いますけれども、政令指定都市に移行して3年目を迎えておりますが、地域における健康づくり、あるいは地域包括ケアの構築に向けて、さまざまな取り組みを本格的に進めようとしている時でもあり、熊本にとりましても、大変意義深いサミットになったと感じているところでございます。改めまして、この熊本での開催にご協力いただきました全ての皆様方に心から感謝を申し上げたいと存じます。

そして、改めて感じたのは、この介護保険制度を通して、人の生き方そのものについて考える、そして、これは地域のまちづくりそのものにも直結するテーマでもあるんだと。そして、この介護保険制度が抱えております課題、それを解決に導き、持続可能な制度にしていくことは、少子高齢化から人口減少などが叫ばれていますけれども、そういう時代背景なども見据えました上で、やはりこれは全員で取り組んでいかなければならぬものであると感じたところであります。

冒頭、たしか田中先生だったと思いますけれども、唯一の場だとおっしゃいましたが、このサミットは、行政である国、県、市町村、そして介護サービスの提供をされる方々、あるいは市民、NPOの皆様方などなど全ての方々が集まって、この介護保険制度の問題について考える場です。そして繰り返しですけれども、地域のまちづくりや人の生き方について考える場であり、改めまして、大変意義深いサミットであると感じた次第でございます。

昨年、南砺市さんから私ども引き継がせていただきました。先ほど紹介にもありましたように、次はお隣の鹿児島県の日置市さんに引き継がせていただきたいと思っております。

この介護保険制度が大きな変革の時を迎えておりますけれども、着実に定着し、そして人々の暮らしが少しでも豊かなものになっていきますことを願いながら、閉会にあたりましてのご挨拶にかえさせていただきたいと存じます。

皆様方、まことにありがとうございました。(拍手)

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)

ま分
と科
め会

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

日置市紹介

日置市介護保険課 牧瀬 裕美



皆さん、こんにちは。鹿児島県日置市から来ました日置市役所介護保険課の牧瀬と申します。よろしくお願いします。(拍手)

それでは、ここからは、次期開催市であります日置市のPRを、日置市の市民歌のメロディーに乗せて、映像に合わせてご紹介してまいりますので、前の画面をごらんになりながら日置市をイメージしていただけたらと思います。

まず本市は、熊本の南に位置する鹿児島県にございます。鹿児島といって有名なのは、桜島、そして芋焼酎、黒豚や黒牛、そして黒糖や黒酢など「おいしい黒」がたくさんございます。そんな鹿児島県鹿児島市から電車で約20分、車で40分のところにありますのが日置市です。薩摩半島のほぼ中央部にございます。

本市は、2005年5月、伊集院町、東市来町、吹上町、日吉町の4町が合併して誕生した市です。人口はおよそ5万人、高齢化率は30%ですが、元気で生き生きとした高齢者が日置市を支えています。

また、本市の市章は、「ひ・お・き」の頭文字、平仮名の「ひ」をイメージしたもので、赤色の丸は南国の太陽を、青色の曲線は豊かな自然と悠久の歴史や文化を象徴し、本市が歴史や自然との調和を生かし未来へ羽ばたこうとする躍動感をあらわしています。

市章にイメージされているような日置市の魅力を、

本日は少しご紹介いたします。

まずは、雄大な自然。

本市の西側は、日本三大砂丘の一つで「日本の渚百選」にも選ばれた吹上浜を有する東シナ海に面し、美しい自然、残したい自然が多く広がる町です。中でも有名な吹上浜は約47キロメートル、日本一の長さを誇る砂丘海岸であり、一年を通して潮干狩りや釣り、また、マリンスポーツ、そして新鮮な魚がとれる漁業も盛んな恵み豊かな浜となっています。

また、絶滅の危機にあると言われるウミガメの産卵地としても有名です。ごみなどの障害物のないきれいな砂浜にしか卵を産まないとされているこのウミガメは、毎年5月から7月、吹上浜へ産卵のため訪れます。よい環境のシンボルであるウミガメや、吹上浜をはじめとする雄大な自然環境を守ろうと、子供から大人まで、環境意識を高めるための取り組みも盛んに行われています。

平成25年には、自然について考える環境自治体会議「ひおき会議」を開催し、全国から多くの方においでいただきました。自然を守る強い思いを次世代へつなぐ取り組みも積極的に行ってています。

そして、日置市といえば、欠かせない歴史と文化。

400年以上の歴史を誇る薩摩焼や、すぐれた泉質を誇る温泉など、情緒と安らぎに満ちた貴重な資源を数多く有しています。皆さんがお越しの際は、疲れた体を、きっと心身ともにいやすことができるかと思います。

また、伝統行事には、鹿児島三大行事の一つ「妙円寺詣り」がございます。関ヶ原の戦いにおいて敵中突破を敢行した島津義弘公を祭る徳重神社にお参りする行事です。毎年10月、よろいに身を固めた勇壮な武者行列のほか、市内を代表する民俗芸能などが披露され、県内外から多くの観光客でにぎわいを見せる行事です。

では、ここで、歴史・文化をPRするCMを2本ご覧いただきます。

(CM上映)

10/
30
(木)

開
会
式

基
調
講
演

第
1
分
科
会

第
2
分
科
会

第
3
分
科
会

10/
31
(金)

ま
分
と
科
め
会

ディ
ス
カ
ッ
シ
ョ
ン
バ
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

ただいまごらんいただきましたのは、鹿児島県で毎年1回開催される「ふるさとCM大賞」というイベントにて、本市が準優勝、そして優勝したときの作品です。鹿児島県内で1年間CMが上映されるため、よいPRの機会だと、日置市の職員を中心に住民と一緒に毎年出場しています。

このほかにも、約400年ほど前から地域に伝わるといわれるお田植え祭りの一つ「せっぺとべ(精いっぱい飛べ)」、地域活性化を目的に手づくりで始まったイベント「やまんかん(山神)の饗炎」、また、薩摩焼のイベントとしては最大のお祭り「美山窯元祭り」など、家族連れや多くの観光客でにぎわう多彩な行事があり、本市のよさを多くの方へ知ってもらえるようにと、交流や出会いを大切に、住民と行政が一体となりPR活動に励んでいます。

このように、郷土を愛し、資源や伝統を大切にしながら、地理的特性と歴史や自然との調和を生かし、触れ合いあふれる元気で魅力あふれる地域づくりを進めている、それが日置市です。

そんな日置市にて、来年度10月1日、2日、この介護保険推進全国サミットが開催されます。本市は決して大きい市ではありませんが、おいで際は、市長をはじめ、日置市からの心を込めた精いっぱいのおもてなしをさせていただきたいと思っております。

では、最後に、これまで本市のPRを「からいも標準語」で話してまいりましたので、最後は鹿児島弁に戻ってご挨拶をし、次期開催市PRの言葉とかえさせていただきます。

それでは。皆さん、おやつとさごわした。今日はこげんなふっとか会場で宣伝をさせてもらって、ほんのこて、あいがとさげもした。来年は、鹿児島県日置市で皆さんとお会いできるのを楽しみにしておりますので、ぜひ、お気をつけておじゃったもんせ。

以上、日置市でした。(拍手)

「転ばぬ先の杖」引継式



「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との願いが、この杖に込められています。熊本県熊本市幸山政史市長から、次回開催地の鹿児島県日置市宮路高光市長に引き継ぎが行われました。

次回開催地挨拶

日置市長 宮路 高光



ただいま紹介賜りました日置市長の宮路でござります。

15回の介護サミット、2日間、皆さんほんとうにご苦労さまでございました。大変すばらしい実のあ

10/30(木) 開会式 基調講演 第1分科会 第2分科会 第3分科会 10/31(金) ま分と科め会 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

る大会であったと感じております。

私たちの職員のほうから先ほど日置市のPRをさせていただきました。来年10月1日、2日、鹿児島の日置市で開催させていただきます。この熊本は人口74万、私たちのところは5万ということで、ほんとうに小さい町でございますけれども、介護という仕事は大きな市も小さいところも一緒であると思っております。また、皆様方にとっていい思い出の場所になりますよう、来年、来ていただければありがたいと思っております。

特に来年は、鹿児島県の国民文化祭がございまして、ちょうどその月間にも入っております、ぜひ

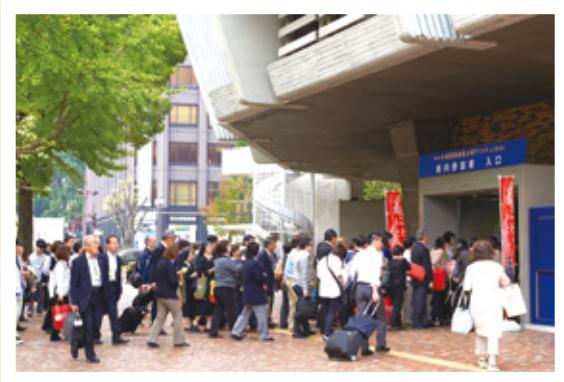
鹿児島のほうにおいでいただき、焼酎もうまかし、きびなごもおいしいし、さつまあげもあります、食にも大変凝ったものがいっぱいございますので、介護保険のサミットもございますけれども、いやしの町でもございますから、お風呂に入りながら、酒を飲みながらゆっくりさせてください。全国津々浦々から皆様方がぜひおいでいただき、大層なことはできないと思っておりますけれども、心温まるおもてなし、対応をやっていきたいと思っておりますので、来年ぜひおいでいただけるよう、心からお願い申し上げまして、市長の言葉にかえさせていただきます。

本日は、どうもありがとうございました。



会場スナップショット



開会式前の
風景10/
30
(木)開会式
基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま
分
と
科
め
会パ
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/
30
(木)

開
会
式

基
調
講
演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)

ま
分
科
会
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



10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま
と
科
め
会パ
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/
30
(木)

開
会
式

基
調
講
演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)

ま
と
め
会
合

バ
ネ
ル
ディスカッショニ

メッセージ
開催市からの

特
別
講
演

閉
会
式

会場スナップ
ショット

オープニング





第15回 介護保険推進全国サミット in くまもと

これからの『地域包括ケア』が目指すものとは ~誰もがいつまでも自分らしく生きるために~

交流会

10/30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/31
(金)

ま
と
科
め
会

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



会場風景



10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)

まとめ

パネル
ディスカッション

メッセージ
開催市からの

特別講演

閉会式

会場スナップ
ショット

10/
30
(木)

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/
31
(金)ま
と
科
め
会パ
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

昼食風景



次回開催地





第15回介護保険推進全国サミット in くまもと実行委員会名簿

(敬称略、順不同)

No.	団体名	役職等	氏名
1	公益社団法人熊本県精神科協会	会長	相澤 明憲
2	熊本市老人福祉施設協議会	会長	跡部 尚子
3	公益社団法人熊本県栄養士会	会長	石井 孝文
4	一般社団法人熊本県介護福祉士会	会長	石本 淳也
5	一般社団法人熊本県社会福祉士会	会長	甲斐 國英
6	熊本市地域包括支援センター連絡協議会	会長	金澤 知徳
7	公益社団法人熊本県理学療法士協会	会長	北里 堅二
8	熊本県介護支援専門員協会 熊本市支部	支部長	坂本 昌明
9	社会福祉法人熊本市社会福祉協議会	会長	潮谷 愛一
10	一般社団法人熊本県作業療法士会	会長	島崎 一也
11	熊本市民生委員児童委員協議会	会長	城生 昌隆
12	一般社団法人福祉自治体ユニット	事務局長	菅原 弘子
13	熊本市訪問看護ステーション連絡会	会長	園田 寛
14	公益社団法人熊本県看護協会	会長	高島 和歌子
15	熊本在宅ドクターネット	事務局長	田島 和周
16	熊本市老人クラブ連合会	会長	徳永 悟
17	一般社団法人熊本市医師会	会長	福島 敬祐
18	公益社団法人熊本県歯科衛生士会	会長	福本 厚子
19	熊本県	健康福祉部長	松葉 成正
20	一般社団法人熊本市歯科医師会	会長	宮本 格尚
21	一般社団法人熊本市薬剤師会	会長	村瀬 元治
22	一般社団法人熊本県老人保健施設協会	会長	山田 和彦
23	公益社団法人認知症の人と家族の会 熊本県支部	顧問	米満 淑恵
24	熊本市	市長	幸山 政史

平成 27 年 3 月
第 15 回介護保険推進全国サミット in くまもと実行委員会事務局
(熊本市高齢介護福祉課内)
〒860-8601 熊本市中央区手取本町 1-1
TEL 096-328-2347