

第3分科会

日時 10/4(木) 15:30～17:30

会場 湖東信用金庫本店 5階ホール

定期巡回・随時対応サービス
～訪問介護のパラダイム転換～

コーディネーター

池田 省三 氏 (龍谷大学名誉教授)

パネリスト

時田 純 氏 (社会福祉法人小田原福祉会理事長)

対馬 徳昭 氏 (ジャパンケアグループ代表)

辻 哲夫 氏 (東京大学高齢社会総合研究機構特任教授)

オブザーバー

稲葉 好晴 氏 (厚生労働省老健局振興課課長補佐)

10/4
Thursday

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/5
Friday

開催市からの
メッセージ

分科会まとめ

パネル
ディスカッション

特別講演

閉会式

会場スタッフ
ショット



第3分科会

10/4(木) 15:30~17:30

定期巡回・随時対応サービス
~訪問介護のパラダイム転換~

コーディネーター

龍谷大学名誉教授 池田 省三氏

パネリスト

社会福祉法人小田原福祉会理事長 時田 純氏

ジャパンケアグループ代表 対馬 徳昭氏

東京大学高齢社会総合研究
機構特任教授 辻 哲夫氏

オブザーバー

厚生労働省老健局振興課課長補佐 稲葉 好晴氏





池田：それでは早速始めたいと思います。私は身体の調子が悪いので立ったり座ったりができません。先ほどご紹介の際も座ったままで大変失礼致しました。それからキザな格好をしておりますが、モチベーションを上げて、自己免疫力を上げるために敢えてキザと言われようがやっているということで、お見苦しいかもしれませんが我慢してやって下さい。

さて、介護保険の一つの目標は2025年でした。何故かといえば、団塊の世代が要介護世代になる、つまり75歳以上になってしまうからです。今年は介護保険が始まって13年目になりました。2025年まであと13年です、つまり、ちょうど折り返し地点なのです。ここで大きく介護保険が飛躍するかどうか、ある意味で団塊の世代の将来というものを決定する重要な時期だと私は思っています。そこで、私たちはどんな介護保険を作ったのかということをもう一度確認してみたいと思います。

こちらは在宅介護の支給限度額の国際比較でございます。上の赤い折れ線グラフが日本の支給限度額です。大体、要介護5で36万円まで使えます。真ん中の階段状の黄色い棒グラフが実際に使われている金額です。大体半分より少し上です。みなさんまだ使い切っていないのです。さらに3つ4つ、線が並んでおりますが、これがドイツ・フランス・韓国の支給限度額です。現在あまりにも円高が進んでおりますので、1ユーロ100円で換算するのも現実的とは言えないので、1ユーロ130円で換算しておりますし、ウオンについては1円で換算して高めにしております。それにもかかわらずグラフを見て

わかるように大体欧米のドイツ・フランスと比べて日本の支給限度額は2-3倍高い。韓国と比べれば5倍高い。こんなに贅沢な財政システムを作ったにもかかわらずサービスの評判がいまいちなんですよ。これって変だと思いませんか皆さん？

それからもう一つ日本の特徴は要支援1・要支援2・要介護1こういった人を対象にしている。そうした国は他にありません。北欧ぐらいですね。北欧でも日本程手厚く出してはいない。大変贅沢なのです、日本の介護保険は。ところがサービスがそれについてきていない不思議な国です。

次の図はドイツ・フランス・韓国・日本の施設を比較したものです。最も高額なものが療養型医療施設、介護保険が適用される病院です。その下に老人保健施設があり、階段状の棒グラフが特別養護老人ホームの4人部屋の給付であります。有料老人ホームが特養の9掛けで並んでおります。下の方に書いてあるのがドイツ・フランス・韓国です。簡単に言いますと日本は施設に入ったら施設の中のケアは完全給付なのです。すべてのケアをみてるのです。もちろん食費だとか居住費は別です、それはどの国でも同じです。ところが他の国は施設ケアについても部分給付なのです。フランス・ドイツに行ったらナーシングホームに入れば25万～30万かかります。そのうち15万、18万出してあげますと言う事です。残りはどうするかというと自分で払いなさいと言う事です。そこが日本とは違います。そういった意味から見ると日本の介護保険というのは財政システムがちょっと贅沢に出来過ぎているのではないのでしょうか。

介護保険給付は今年8兆円を超えましたね。それが実際的に使われている1割自己負担もいければ、9兆円～10兆円いきますよ。この1年分の介護保険のお金があったら東京から大阪間のリニアモーター新幹線が開通出来ます。それほど大きなお金なのです。それでこのお金の使い方というのが、今まであまりにも不合理とか不効率とか、在宅を支えられないじゃないですか。

10/4
Thursday

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/5
Friday開催市からの
メッセージ

分科会まとめ

パネル
ディスカッション

特別講演

閉会式

会場スタッフ
ショット

在宅サービスで、30分未満の身体介護を1日3回入れます。さらに45分未満の生活援助を1回入れて、計4回入れます。すると大体1万円飛んでしまいます。これではお風呂に入れません。お風呂に入るために通所介護に行きます。要介護5だと1日で1万2千円かかってしまう、これに福祉用具費がはいると36万円使い切ってしまうのです。それでひとり暮らしあるいは老夫婦のみの要介護者を支えられますか？ 支えられるわけがないです。この矛盾がずっと続いてきた。それに対して新たな試みが始まりました。それが巡回型の訪問サービスです。これがうまくいくかどうかはこれからの日本の介護保険に決定的な影響を与えます。これがどこまでうまくいくかはこれから1年2年の勝負であります。

そこで今日はその実践を推進しておられる時田さん、対馬さん、そしてまちづくりという面では柏市をフィールドに展開されておられます元厚生労働次官の辻さん、この滋賀県にもおなじみの方ですが。この皆さんから実践的なお話をまず聞いて、それに現状が行政的にどうなっているかと言う事については厚生労働省から稲葉さんに来て頂いておりますのでそれにお答えいただきたいと思います。それぞれ1時間差し上げても足りないくらいの論客が揃っているのですけれども、何しろまとめて2時間しかございませんので、最初は時田さん、対馬さん、そして辻さんの順番で15分ずつ全面展開していただきます。その後少し討論して具体的にこの24時間巡回というものをどう進めていくか、そのための克服すべき課題は何か、といったものを議論していきたいと思います。

それでは早速ですが時田さんからお願いします。時田さんは社会福祉法人の中でも私が最も敬愛する経営者というか事業者なのです。私、社会法人に関してはかなり厳しい批判も致しますが本当に尊敬できる社会福祉法人というのはいくつもあります。その中のひとつでございますけれども、時田さん宜しくお願い致します。



時田：池田先生ご紹介ありがとうございます。私は35年前に特別養護老人ホームを開設致しまして、半年立たぬうちに直ぐわかりました。それは施設というものの持っている意味でした。確かに受け皿として重要な役割は果たすのですが、特養ホームには辛い思いで入ってくるお年寄りが沢山いらしたのです。ご自分から入りたいと思ってお入りになったお年寄りはいないのです。

先ほど知事さんからお話がありましたが、皆死ぬ思いで入って来ます。それは家族に苦勞を掛けたくないということが第一です。そして老人福祉とは何だろう、これがお年寄りの福祉にふさわしいのだろうかと思いました。みんな住み慣れた家族や家で暮らしたいと思っている。それが出来ない。このデータはいくつかありますが、これは国民の期待する重点政策として平成15年7月に調査をしたものです。第1位は訪問介護・看護など自宅を訪問するサービスの充実と言っていたのです。次のデータも社会事業大学の児玉先生のところで調査したデータですが、やはり第1位は昼間のホームヘルプ、第2位は夜間のヘルプ。これをご覧になっていただくとニーズとして断トツです。まさにその通りだと思います。そしてこちらもまた自宅で介護して欲しい、希望者が介護を頼む相手についての調査です。もう家族に対しての期待は変わらないのですが、子供や子供の配偶者に対する期待は非常に薄れている。それに変わってホームヘルプサービスへの期待が高まって来ているわけであります。またそのご自宅に暮らしているお年寄りの約9割以上が現在の暮らしにつ

いて満足していると答えている。この実態を踏まえてみて、施設サービスとはまさに最後の受け皿であるべきだ。それまではどこまで家で暮らし続けられるかという所が我々の政策目標として立てるべき施策であろうと思います。どこで介護を受けたいかというそのニーズも全く同じであります。

そういう意味で現状を見直してみますとこれまでの訪問介護というのは、全国平均で0.6回です。皆さん1日0.6回で介護が出来ると思いますか？それで済むと思いますか？人間であれば普通1日5～6回お手洗いにいきます。介護の必要な人はこの0.6回でどうやって耐えているのでしょうか。当然不潔な状態でしょうしあるいはそれを補っているのはご家族であったり、その在宅介護の苦勞というのを表している数値ではないでしょうか。結局これまでの訪問介護では高齢者の在宅生活を支えられないと言う事なのです。これで自立支援なんて出来るでしょうか？結局、介護を受ける人を立ち上がらせてあげるだけの支えが無いのです。またこれまでの我が国に在宅サービスの基本のところ到最后まで家で支え続けるという理念も哲学も無かったと私は申し上げます。だから制度が作られてこなかったし、平成16年から訪問介護が非常に使いにくいサービスになりました。とりわけ生活支援の部分について厳しい指摘がございました。家政婦代わりに使われているのではないか、国民の貴重な財源をそういう所に使っているのかというご批判もありました。したがって介護保険制度が創設された時に通所サービスと訪問介護はほぼ同じ給付額だったんです。今約半分くらいになっている、それが実態です。だから在宅を支える上で訪問介護のない在宅支援なんて出来ないのです。

そういう意味で今回の4月から始まった定期巡回型訪問介護は今日お越しの堀田先生が究極のサービスだとおっしゃった、まさにそうだと思います、そしてそれが訪問介護のパラダイム転換につながるということを私は信じて実践をしている所でございます。介護度が重くなるほど訪問介護は、身体介護が

中心になってまいりますし、それから介護度が重くなるほど訪問介護は頻回な訪問が必要になってまいります。当然何回も訪問をしてその都度支援していくということが必要になるわけです。実際には身体介護ニーズというのはこのようにあるわけですがこれまでの訪問介護はわずか0.6回、この不足分を支えているのは家族であり、あるいはご本人の自身の努力だったり、あるいは不潔な状態で過ごしているのでしょうか。それを少なくともこのような必要な都度訪問をして援助をしようと考えた素晴らしい政策だと思います。

ただ残念ながら全国的に手を挙げる事業者が少ない。これには色々な理由があります。事業者として行いたいと思っても人員確保が難しい。私は全国的にかなり色々回ってみましたけれど自治体の中で今すぐ手を挙げて実践ができるという所は20万～30万都市で1か所か2か所です。それが実態なのです、というのはなぜかという訪問介護の質であります。ある意味では初期投資が要らない、もしくはご自分の生活のために仕事をされている事業者が多い。他者のための援助の仕事であれば、365日24時間になるのです。生活がまさにその通り続いて行く訳ですから、正月も暮れも土日もないわけです。それを支えるという人材を養成していなかったということなのです。24時間365日他人のために働くという人材を養成して来なかったところが問題であります。そういう色々な事情がありますが、現に手を挙げる所が少ないというのは、手を挙げたくても出来ないというのが実態なのです。

先程の補足をさせていただくと、マズローの自己実現にあるようにベースになる生理的欲求でさえ現状としては支えてはいないというのが介護保険のサービスなのです。このような貧しい実態になっている所で今回新しい政策を出していただいたということです。

施設サービスは24時間1人のお年寄りにケアワーカーが付いているわけではないのです。24時間、定期巡回しています。このスタイル、在宅で施

10/4
Thursday

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/5
Friday開催市からの
メッセージ

分科会まとめ

パネル
ディスカッション

特別講演

閉会式

会場スナック
ショット

設が行っているサービスを提供しましょう、一番やりやすいのは特養だと思います。実は特養は施設の中でやっていることを外でやれば良いんです。少し廊下が長いだけなのです。そう考えていただければ出来ないことはないのです。実は介護保険の定期巡回を始めてから3ヶ月くらいのデータの分析が出来ましたので皆様にご紹介致します。私共の在宅介護総合センターに訪問介護の事業所があります。またヘルパーの養成研修所もこの中で行なっております。2階は単独型のショートステイが40ベッド付いているので在宅の拠点となっています。訪問介護のサービス提供責任者の会議でさまざまな計画を組んでいます。24時間365日の訪問介護は地域包括ケアの決め手と私は認識しております。在宅で要介護3程度ですとほとんど支援を受けていて、また残念ながら男性の場合は生活能力がないのです。ご飯ひとつ作ることが出来ない。そういう意味では男性と女性の場合の支援というのはどうしても男性の方が手厚くならざるを得ないわけです。お手伝いをしますから一緒にやってみましょうよと言っても、「今更この年で何が出来んだ。」という事になります。ですからどうしてもサービス量が多くなってしまいますけれども、本当にゴミひとつ出すことができないわけです。当然ポータブルの整理から在宅酸素の設備の管理など全て行わなければならないという状況です。手元のペンダントでコールをしてもらうようにしています。夜間の訪問では、鍵はヘルパーとの約束の中で屋外のボックスに入れてあり、それで中に入るわけです。定期巡回というのは安心と安全を守る信頼の絆といっても良いと思います。このサービスには当然オペレーションサービスがついておりまして緊急通報に対して24時間対応するオペレーターがいます。これはまさに専門職です。ですからコールがあればすぐに応える事ができます。「転倒した。」「排泄に失敗してしまった。」「急に胸が苦しくなったので医者に連絡して欲しい。」などさまざまなコールが入ってきます。これがオペレーション設備といいますが、いろいろな設備が用意されている

ところでございます。かなり手厚い訪問が行われているのですが、その中身で圧倒的に多いのが排泄です。それから服薬の管理です。実は今までは短時間訪問による薬の管理は出来なかった。これは大変大きな影響を与えます。薬物の管理がしっかりとできるというのは非常に重大な在宅支援になっていくわけです。

それから、身体介護と家事援助別に見てみますと、当然これは身体介護が中心です。利用者の延べ人数がでております。実は訪問介護というのは一定規模の事業所であれば6種類の訪問介護を提供しているわけです。通常型、介護予防、夜間対応型、定期巡回、自立支援、それから自費負担によるご利用ということです。

訪問介護のさまざまなサービスのなかで事業者の方達がためらっているというのは、第一に経営の見通しが立たないというのがよく言われます。私はやらないほうがおかしいと思っています。どんな戦いでもさまざまな武器を持ったほうが強いわけですから、実は単独でサービスを考えると駄目なのです。さまざまなものを持つことによって複合的なサービスで相乗効果が非常に大きくなります。これはやってみないとわからない部分です。しかも経営の実態を申しますとかなり効果的で経営的にもかなり明るい見通しを持っています。是非躊躇っている方がいれば早速行政と御協議していただき事業を始められたほうが良いと思います。昨年と本年とで比べてみると大凡3割近い増収であります。それはどのサービスに対して効果があったと言う事ではなく、全ての事において効果があり、相乗効果が非常に大きいと言う事をご理解していただきたいと思います。具体的な提供サービスを個別でグラフに表してみるとこういう形になります。どうぞ躊躇いなくこのサービスに積極的に取り組んでいただきたいと思います。

池田：ありがとうございます、大変示唆に富む発表で少し時間超過しましたが途中で止められませんでした。色々沢山の問題を指摘いただいて後に議論していきますが、皆さんに1つだけお忘れになら

ないようにしていただきたいのですがホームヘルパー、訪問介護員の8割強は時間給です。つまりパートです。パートに専門性が無いと言い切るつもりはありませんが、明らかに130万円以下の主婦パートなのです。それが24時間対応できるのかという問題があり、これと新しいヘルパーが必要であるという問題がこれからでてくる。これはあとの議論にさせていただきたいと思いますが、24時間巡回型サービスというのは実は今出てきたものではなく、介護保険の前に実験されているのです。例えば摘発される前の旧コムスンですが、東京の杉並区や宮城県の登米地区でやってきているのですが、それが介護保険になった途端に消えてしまいました。

それを前からずっと注目して取り組まれてきた対馬さんからご報告いただきたいと思います。



対馬： 只今ご紹介いただきました、対馬です。本日のテーマは定期巡回随時対応サービス訪問介護のパラダイム転換です。

ノテ福祉会がこのサービスの開発実践を開始したのが今から18年前です。18年費やし4月に国の制度にさせていただいたわけですが、最初は平成6年の2月に札幌で冬の厳しい季節を敢えて選んで開発実践をしました。これは将来制度になる時に札幌だから出来たという話ではいけないと考えて、敢えて2月という厳しい季節を選んで開発実践しました。この頃の名称は24時間在宅ワープケア事業。ヘルパーさんが利用者さん宅を次から次へと瞬時に移動しながら巡回サービスを提供します。ワープというのはSF小説などで瞬時の移動という意味を示しま

す。

その後、東京の足立区で約3年間、区から委託をいただいてこのサービスを実践しました。3年間行なってみるとさまざまな課題が残りました。このサービスは万能サービスではありません。1日に123回ケアコールを鳴らした利用者さんがいらして、状態を調べると認知症の中度以上の方であったりして、サービスが必要で押している訳ではありませんので、このサービスはやはり認知症の方にはマッチングしないと云う事が1つです。2つ目は定期巡回以外でコールが鳴り利用者宅を訪問した所、自分でやれる事もヘルパーを呼んでやってもらう様になりました。本来このサービスの目的は利用者の自立を支援するためのサービスということで開発実践をしたわけですが、依存度を高めるサービスになってしまいました。

そのような課題を私が創業したジャパンケアサービスで受け継いで開発実践をしてきました。東京世田谷区と組んで約3年間、夜間の定期巡回随時対応サービスの開発実践させていただきました。それが平成18年に夜間対応型訪問介護として制度化されました。今では夜間のみならず高齢者の多くの方は日中起きて生活します。その生活する上で自分が出来ない所をヘルパーが支援するということでした。夜間からさらに時間を拡大し24時間サービスが制度になったのであります。

本日、堀田先生からもお話ありましたが、地域包括ケアは国の大きな施策であります、この要は定期巡回随時対応サービスです。

私は約25年間デンマークからさまざまなケアについて学んでいますが、デンマークにも多くの中重度の高齢者が在宅で暮らしています。そしてこの中重度の高齢者を支えているサービスは定期巡回随時対応型であります。日本の様な長時間のサービスはほとんどありません。1つだけ長時間のサービスがあるのは、ヘルパーさんが自宅へ行って掃除をするというのが唯一の長時間サービスでございます。昨年まではこの掃除サービスについては2週に1

10/4
Thursday

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/5
Friday開催市からの
メッセージ

分科会まとめ

パネル
ディスカッション

特別講演

閉会式

会場スナック
ショット

回税金で負担してくれました。それ以外で掃除が必要であればデンマークであっても自費でサービスを買っていました。今回行ってみますと3週に1回に変わっており、デンマークも経済状況が極めて厳しいため、給付の効率化・抑制という流れになっています。そういう意味では日本の介護保険は大変ありがたいと感じますし、継続させなければならないと思う次第です。日本の訪問介護は45分～60分という単位でサービスをしてきたわけですが、これでは支え切れません。今日イノベーションをして新しい取り組みを始めるべきだと思います。

先ほど時田先生からもお話がありました、世界の特別養護老人ホームで、日本の介護の質が一番高いと思っています。その質の高い特別養護老人ホームの介護を在宅に転換するべきであります。施設ケアも個別ケアということでユニット単位のケアになってきつつあります。まさしくそれを在宅に転換するものです。今、ノテ福祉会は特養を4か所運営しています。施設で提供されているサービスの分析をすると、朝9時に日勤者が出勤してきて夜勤者と申し送りをして、その後一斉に各部屋にまわっておむつ交換をしたり水分補給をするというような流れになっているわけです。まずは、施設の業務スケジュールに基いてサービスを提供している。これがいわば定期巡回サービスです。そして各特養のベッドにはナースコールがついておりますので、これが鳴るとスタッフがサービスする。まさに随時対応サービスです。

それから施設と在宅のサービス環境の違いとしては、施設は入所者から入所者の移動時間は短いです。在宅というのは利用者から利用者への移動に時間がかかります。これが大きな違いであります。そこで私どもの特養でタイムスタディをしました。この調査は職員が入所している人に対し1日に何回サービスを受けているかです。結果的には1日平均8回です。在宅で特養並みに1日に8回サービスすることは可能ですが、但し現状の報酬や仕組みで申しますと無理です。一時的に8回必要な人には8

回行きますが、全利用者に平均8回行くのは不可能であります。ちなみにデンマークの平均は1日7回といわれています。どうしてもサービス回数が少なくなりますので効果的にタイムリーにサービスを提供することが求められます。

在宅の高齢者に必要な時に必要なサービスを提供することが大切なことであります。その基になるのはやはりケアプランであります。在宅の中重度の高齢者はニーズが多様化していますので、的確にニーズをキャッチするためのアセスメントの方法を考える必要があります。利用者が本当にケアが欲しいという必要な時に必要なサービスを提供する時間の設定も大事なのではないかと考えています。これまでのケアプランの作成では不可能であると思います。やはり中重度になるとニーズは多様化していますので、このニーズをキャッチするのに1人のケアマネージャーに委ねるのは難しく、これは制度としてあまりにも酷ではないかと思っています。やはり多職種共同でアセスメントするべきであります。そして24時間の生活を把握するために短期間施設に入所して、どの時間にどんなサービスが必要なのかをしっかりとアセスメントするべきだと考えています。私どもはこの定期巡回随時対応サービスを提供するためにアセスメントチームによるケアマネジメントをして定期巡回サービスをより良くする試みをしているところであります。

次にその手法であります、病院や在宅から退院をして介護老人保健施設に30～50日間短期間入所してもらいさまざまな職種によるアセスメントチームによって、在宅に戻るための支障となる要因が何であるかを明確にするべきだと思います。それが明確になって在宅に復帰が難しいようであればその要因をリハビリをして減少させたり解消をさせます。また退所時には利用者さんとその家族、そして在宅でこのケースを担当するケアマネージャーの方にも参加してもらってアセスメントチームと一緒にケアプランを作って在宅復帰をするのです。ノテ福祉会が開発したアセスメントシートには医者専用のシートとり

ハのシートそれぞれ専門職ごとのアセスメントシートがあります。これが介護老人保健施設にアセスメント入所する前の要介護度3のケアプランと、アセスメント入所後のケアプランです。比較すると全く違うものになります。これで在宅で要介護度3の人が生活できるわけです。ノテ地域包括ケアではアセスしてケアプランをつくって在宅に戻るわけですが、そのプランにしたがってサテライトと呼ばれるサービス拠点から各種サービスを提供しています。身体介護中心の高齢者には定期巡回随時、そして訪問介護、認知症の方には小規模多機能3つのサービスをフルに活用して、さらにその支えでなければ母体の特養からのさまざまなサービスをして支援をするというものであります。これが小規模多機能の活用の方法です。しっかり認知症の人を支えていることが出来ているわけです。私どものノテのサテライトではひとつの屋根にこういったサービスをする機能を持っています。

そして私どものノテ地域包括ケアセンターの担当エリアは、札幌10区のうち2区を担当しています。基本的にはノテ地域包括ケア総合センターで在宅の高齢者の相談を受けまして、老健施設でアセスメントして在宅に戻られるのですが、その後サービス提供するサテライトはサ高住併設だとかグループホーム併設だとかさまざまなバリエーションがあります。そして最も重要なのは中度の要介護高齢者が住み慣れた地域で生活するには的確なケアマネジメントが大事です。そしてそれに基づいた24時間365日必要な時に必要なサービスの供給体制がやはり決め手になるのではないかと思います。私どもノテ福祉会は日本の介護を変えるために数々の開発実践をしてきました。アセスメントチームによるケアマネジメントと定期巡回随時対応型訪問介護・看護を開発実践しました。この2つを事業をもとに特別養護老人ホームを核とした地域包括ケアを実践しています。私どもが設置しているサービス拠点のサテライトが8か所ありますが今年度中に残り4か所作りますので12か所になります。札幌市豊平区、清田区の人

口が計31万人でありますので十分に支えることができると考えています。

最後に申し上げたいのがデンマークも定期巡回随時対応で在宅の中重度の高齢者を支えています。私どもが毎年研修に行っているデンマークは田舎です。今回もヘルパーさんに同行しました。夜80kmくらいのスピードで走って、3分でも5分でもサービスをして、また次の利用者に次から次へとサービスを提供している。デンマークの地方でも出来るわけありますので日本の地方で出来ないわけがない訳です。実際私どもは平成8年北海道の奈井江町1市5町中心とした地域で定期巡回随時対応をやっていました。ただしやはり1時間以上移動時間がかかる場所がありましたので、その町の役場のスペースを借りてそこを仮眠所にしてサービスの供給をやっていました。決してこのサービスは都市型ではなくて全国どこでもサービスが提供できます。是非とも中重度の在宅の高齢者を支えるために必要不可欠なサービスでありますので普及頂きたいと思います。

札幌の拠点であるアンデルセン福祉村です。デンマークからさまざまな学びをしましたので、デンマークといえば童話作家のアンデルセンという名称を借りました。今ここでノーマライゼーションの実践をやっておりまして高齢者だけでなく知的障害の方々を含めて一緒にここで共生をしています。是非お時間があればお寄り頂きたいと思います。

池田: ありがとうございます、いま対馬さんからの話でありました。私はアセスメントステイと言っているのですが、施設が言わば終の棲家ではなく、そこで1ヶ月アセスメントしてその間に在宅サービスを用意すればかなりのことができるのです。旧コムスがやったことですが宮城県の登米地区と東京の杉並区で24時間巡回をやったことがあります。その時の報告書を思い出しました。どちらが素早く移動できるかということですが、杉並では無く登米地区なのです。何故かというと杉並区は交通渋滞で動けないのです。ところが登米地区はあっという間に車で飛ばせば行けるのですね。そういう意味ではデン

10/4
Thursday開
会
式基
調
講
演第
1
分
科
会第
2
分
科
会第
3
分
科
会10/5
Friday開
催
市
か
ら
の
メ
ッ
セ
ー
ジ分
科
会
ま
と
めパ
ネ
ル
デ
ィ
ス
カ
シ
ョ
ン特
別
講
演開
会
式会
場
ス
テ
ッ
プ
シ
ョ
ッ
ト

マークの田舎でできて日本の田舎で出来ないのかという議論は非常にリアリズムがあると感じました。

さて次に今度は視野を広げると言いますか、地域というものをみて24時間巡回どう位置づけられるかということも含めてですが、一種の地域づくり、地域包括ケアというのは簡単に言えばコミュニティケアですが、そのコミュニティをどうやってつくって行くか、柏をフィールドにして展開されている辻さんからご報告頂きたいと思います。



辻: ご紹介いただきました、辻でございます。柏市にたまたまチャンスを得まして今は東京大学に居ますが、今から述べるような地域包括ケアをモデル的に在宅医療付きでやるという試みを行なっております。少しでも参考になればと思います。それを中心にお話します。

私は行政技術者ですので、現役の時から今後の高齢化の状況の厳しさに慄然としておりました。75歳以上人口が2030年に向けて倍増します。団塊の世代が83歳になっていますので2025年までにシステムをつくらないと間に合わないと確信します。その2025年に向けての増える分のボリュームに注目して頂きたいのですが、大都市圏なのです。2025年というのはあつという間ですが、どんどん例えば特養とか老健などの土地が出てくるというのは考えられないですし、それが解決方法とも言えない。イノベーションが本当に必要で、都市部だけではなくて日本の高齢者ケアのイノベーションを必然付けるものは都市の高齢化です。これをブレイクスルーしないと乗り切れません。日本のシステムは諸外国

に比べて介護保険が典型ですが国の制度が変われば全国が変わります。都市部だけの話ではなく日本全国の話であります。都市部からまず始まるという事でお話します。

大都市圏で75歳以上の伸び率が大きいのですが、地方も都市化が進んだ所は小さな規模ですが同じような事が起こるはず。周辺にたくさん団地ができてそこへ移り住んだ人達が一挙に老いるという現象が首都圏1都3県は大きな規模でやってくる、基本形は地方も同じです。柏市人口40万人であります。豊四季台団地といわれるものが、昭和39年にできましてここに最初に人が移り住んだのです。ここが物凄い勢いで高齢化が進んでおりまして高齢化率40%になっています。続いて周辺に次々人が移り住んで来ていますからこの10年20年で一挙に高齢化が進んで行くわけです。この最前線で私たちはモデルを作ろうとしています。中重度という事は、医療も通常必要で医療が無ければ在宅できない。そこで医療が必要になって入院すると寝たきり認知症となり帰れないことが多い。在宅医療支援診療所ひとつと点ですが、地域のかかりつけ医を基本にし、かかりつけ医が皆でグループを組めば在宅医療というものが面になります。これが1点。それから2点目がその在宅医療を含めた24時間のケアシステムと今話題のサービス付き高齢者向け住宅の組み合わせのモデルをやってみるという、この2つが柏プロジェクトのポイントです。もう1つは、今日は触れませんが高齢者の生きがい就労というものの本気で取り組もうとしています。それでかかりつけ医で往診の方が少ないので、私どもは開業医に在宅医療をやる気になる研修プログラムを開発しまして、これを市単位で行なっています。これが大きな効果が出ました。そのプログラムは医師会と一緒に行うのですが、かかりつけ医を往診する動機付けをした上で、医師会と市役所が話し合い、システムを検討しました。24時間対応できる在宅療養支援診療所が副主治医としてかかりつけ医をバックアップして、かかりつけ医は安心して自分の患者につ

いて在宅医療を診れるというシステムです。いっぽう在宅医療イコール多職種連携ですから、例えば病院から帰ってきて家に居たいという時に市役所が医師会館に設置した地域医療拠点が、まずこの主治医と副主治医の組み合わせをつくってそれと地域包括と連絡しながら看護介護のケアシステムをすべてパッケージでつくり上げるというシステムを現在試行作業中で、平成26年2月か3月に正式に開業致します。

もう少し論理化しますと在宅医療の枠組みは医師会が仕切らないとできません。医師会が仕切るバックアップのもとで地域医療拠点が担当主治医を決めて、そして次に多職種につなぐ、ここは介護保険の仕事です。

結論から申しますとこれからは、都市部は在宅医療なくして成り立ちません。一言で言えば地域を療養病床にするということです。したがって地域の療養病床の院長は医師会長です。そして療養病床の事務長が介護保険課長というようにシステム化していくことです。大きなポイントは地区医師会が本気になってこれを始めると歯科医師会、薬剤師会、訪問看護連絡会、ケアマネ連絡会、病院の地域連携室が俄然頑張ります。これを事務局として司るのが市役所の福祉部局です。そんな形でシステムが柏市でできつつあります。南地域に既に24時間対応在宅医療をやっている医師会のリーダーが居ますので、ここで主治医、副主治医のパッケージのつくり方、それから連携はどのように行うか、口腔ケアも歯科医師がきっちり入って欲しいというような試行作業を今行っております。建て替え予定の豊四季台のUR住宅の構想は、まず団地を建て替えて全てバリアフリー化、それから24時間対応の小規模多機能、訪問看護、訪問介護、在宅医療、こういうものをサービス付き高齢者向け住宅の1階にそろえていけば、ここで本人家族が望めば看取りまでできるということです。豊四季台は人口3万人程の地域ですが、真ん中の団地のまた真ん中の土地が空きますのでそこに医師会館を移しましてここに在宅医療を含む

連携調整拠点である地域医療拠点を置きます。その斜め向かいにそのサービス付き高齢者向け住宅があり、そこを地域全体の24時間ケアシステムの拠点にするという構想です。これはもう設計も終わりました、まもなく着工しまして平成26年の2月か3月に開業します。ポイントは少し規模が大きいのではという思いもありますが、まずこの24時間ケアシステムを成功させなくてはならない。1階にこの24時間ケアシステムを入れて、ケアシステムを成り立たせながら周辺地域の在宅の24時間対応もやるといのが公募の要件です。

もう一つのポイントが建物をつくる法人、介護系のサービスをする法人、看護系のサービスをする法人、この3つのコンソーシアムにもらった事です。これはどういう事かと申しますとどの地域でもこの3つのノウハウがあるわけでそれをジョイントして成功する仕組みのモデルを作りたいからです。そうすることで各地のやる気のある人たちがそれぞれのノウハウを持ち寄ってこういった総合的なものが出るというわけです。在宅医療は市役所と医師会が組んでくれるというシステムが必要です。国が在宅医療連携拠点105か所とって本気にやり始めているのと地域包括ケアというものを総合化してビジュアライズしてつくればこういう感じかなと提案しています。これができれば24時間型の在宅サービスが伸びて行って、周辺にはそんな大きな建物をつくる必要は無いです。これを今後は各地の市町村行政が展望しなければいけない。どこに拠点を誘致するか誘致行政です。市役所はサービス付高齢者向け住宅と各種在宅サービスに対して市単独財源は一銭も使っていない。URができる限り適正な価格で出した土地をコーディネートして公募で決めた訳です。公募という手法で自治体行政の色んな期待を要件に込めて、公募することによって地域の拠点を呼び込む行政手法がこれから大事だと思います。したがって各地域にそういう拠点をどうレイアウトしていくかを市町村が考える必要があります。介護保険保険者としてそのような行政展開をしなければ、合理的な

10/4
Thursday

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/5
Friday

開催市からの
メッセージ

分科会まとめ

パネル
ディスカッション

特別講演

開会式

会場スナック
シミュレーション

10/4
Thursday

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/5
Friday開催市からの
メッセージ

分科会まとめ

パネル
ディスカッション

特別講演

閉会式

会場スタッフ
ショット

地域にとって有益なシステムにならないと思います。そういう意味で介護保険を司る行政が地域にどういう展望を持つかあるいはジョイントシステムで如何に呼び込むか、それから在宅医療は市町村が医師会とどのように組むかということがポイントであります。いずれにしるモデルができて、見えてくれば都市圏特有の事では無いです。家族がいる介護は夜になかなか入りにくい事もあるので地域の住み替えモデルとして考えてもらい、地方の相当小さな集落でもこの様な形が合うのではないかとということで、まずは大都市圏で成功モデルをつくりたいという事でおこなっております。以上です。

池田：ありがとうございました。辻さんのご報告がありました。どうしても介護に目が向いていたのが、今年の4月から大きく変わったという事を皆さん感じますね。それは何かというと医療と住まいという問題と介護は絶対切り離せないという事だと思います。したがって今度の介護報酬改定をみても看護師はかなり高い引き上げをなされていますし、住宅のほうはサービス付き高齢者向け住宅というものが出てきます。これと24時間巡回が重なると何が起きるかというのがある意味でこれからの焦点だと思います。ただ、では一体その企画立案の責任象徴たる厚生労働省がどのような展望を持っているのか。現時点の到達点、といってもまだ6ヶ月ですから非常に短いのですが、そこを率直に稲葉さんの方からお話頂きたいと思います。宜しくお願い致します。

稲葉：只今ご紹介頂きました、厚生労働省老健局の稲葉でございます。今もう既に素晴らしい3名のパネリストの方から制度、今抱えている課題それと実践のお話がありました。定期巡回24時間この4月から始まりまして、8月末現在で50の保険者(市町村)、70の事業所が指定を受けて事業を運営して頂いております。そこで利用者さんが約570名いらっしゃいます。今年の4月以降、国会等でもこの事業が取り上げられ、期待値が大きかったため、現実には動いていないという事でかなり批判的な報道

もされました。ただ第5期の介護保険事業計画、これは各市町村の計画を積み上げたもので、24年度で189の保険者、約6千人の方が利用される見込みです。10月1日に政令市では初めて横浜市全区で事業が開始されたと聞いております。今後、時間とともに数がかなり増えてくるものと考えております。



そうは申しましてまだまだ課題も多くございます。よく言われるのがこれは都市型の事業ではないのかというものです。また、これは医療との連携を前提にしておりますから看護をどう確保するか。自前の同一の事業者で抱えてやっていただくのも結構ですし、地域の訪問看護事業所と連携してやっていただく手法もございます。ただ、ここはなかなか報酬的な問題もあり、事業がなかなかご理解いただけません。今年度この制度を広めていくため私も国の方で動いてきている現状を調べさせていただいて、その中で色々な取り組み、制度的な誤解を解く事。例えば都市型の事業ではないかという話、あるいはこれだけで全て在宅支援が賄えるのではないかという誤解もされている自治体もあります。ある事業者からは市町村に指定申請したけれども断られた、何故かというニーズが無い、前例が無い。それはこの4月からはじまった事業ですから当然前例は無いです。そういった声も現実の問題として聞こえてきます。ですから、我々としては、今既に取り組んでいただいている事業者のいくつか事例を紐解きながら今年度中にさらに広めるべく色々な形でお示しをして、制度の理解と現実の取り組みの手法、これは冒頭の基調講演で堀田先生からのお話もあり

ましたが、色々な仕組み、こうでなければいけない、こうであるべきだという話ではありませんので、それぞれ地域に応じた資源を活用しながら高齢者の方の在宅の支援をしていく。そうした中で今幾つかの事例が聞こえてきているのが、先程なかなか認知症の重度の方はかなり難しいのではないかという話がありましたが、軽度の方で高齢者世帯で認知症になられた方に対しては、服薬管理あるいは生活のリズムを整える事によってかなりの改善がみられている効果も現れてきています。それと事業者サイドから見れば今までケアマネジャーがつくられた訪問介護の計画によって定められた時間に入るのではなくて、個人の状態をみることに合わせて職員の配置、ヘルパーの配置といった事にも事業者主導で考えられるようになってきて、やり方が工夫できるという声も聞いております。そういうものも拾いながらさらに理解を深めていきたいと考えております。非常に簡単ですが行政側からの説明とさせていただきます。

池田：ありがとうございます。ただ2025年度で利用者が15万人分と書いてあるのは小さい数字だなと感じがします。その頃は500万人以上が利用されているのですから15万人というと3%以下なんです。もう少し大きいホラを吹いてもいいのではないかという感じがします。とは言え現実なかなか厳しくて確かに手を挙げる事業者が出てこない。保険者も二の足を踏んでいるのです。それは何故かと考えてみたいのですが、先程色々な話がありましたが、特に時田さんの方から、あるいはジャパンケアの対馬さんもそうですが、施設を持っている事業者は強いという言葉がありました。その通りだと思います。24時間ノウハウを知っている訳ですし、24時間人がいるのです。ところがそこが社会福祉法人を中心にしてなんです、二の足を踏んでいる感じがするんです。私はこれを警告したい感じがします。何故かということこれって大阪冬の陣です。要するに社会福祉法人の多くの人達は特別養護老人ホームに籠城しているのです、外へ出ようとしません。そこに有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向

け住宅というのが進出していくわけです。外堀だけではなく、総堀が埋められますよ、埋められて次に来るのが大阪夏の陣です。今更打って出ても真田幸村が奮戦するだけで全滅するのです。今そういう状態にあるとするならば、私は施設を持っている人達というのはもう少し真面目に考えたほうが良い。守りの体制ではなくて攻めの体制に入れというのはおっしゃるとおりだと思います。ただ介護保険のアキレス腱は2つありまして、1つは零細企業が乱立しているということです。零細企業に24時間というのは無理です。でも零細企業に全部やめてもらう事もできない訳です。そうすると連携だとか協同組合だとかそういう形でもってチームワークでやっていくしかないのではないのでしょうか。この問題をどう捉えるかこれは後で対馬さんにお答えいただきたいテーマでもあります。

もう一つは先程も申し上げた職員・パートがきわめて多い事。訪問介護員は82.5%が時間給です。時間給というのはつまり年間130万円以内の給与調整をやっている訳です。ここにお金をばら撒いたらどうなると思いますか。月1万5千円ばら撒いて年間で18万円行きます。そうしたらこの人達の収入が増えるのか？ 増えません。130万円で皆さん調整しますから。その結果何が起きるかということ18万円分の労働力供給が減るだけです。そういう馬鹿なことをやった。これは厚生労働省ではなく私は政治の責任だと思います。

それでこの職員の質をどうやって引き上げていくかというのが大きな問題でして、これに関して皆さんにご示唆いただければと思います。何故みんな二の足を踏んでいるのかということ、1つは24時間365日のサービス提供なんて出来るわけない、特に小規模事業所は無理だという意識がきわめて強い。しかし警察、消防、病院、施設で出来ているのです。零細で巡回はできないというのは事業者の都合です。そんな事業者は仕事に誇りが無いのではないですか。

もう1つは現在の介護報酬ではコスト的に事業と

10/4
Thursday

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/5
Friday開催市からの
メッセージ

分科会まとめ

パネル
ディスカッション

特別講演

閉会式

会場スタッフ
ショット

して成立しないのではないかと。特に設備投資も掛かるので経営的に無理ではないかということ、あと人材を確保できないという問題。つまり本当のプロの訪問介護員はどれだけいるのだろうかということなのです。という事は新しいプロの訪問介護員がこれからつくられていくと理解してもいいだろうと思います。

率直に言ってお金の問題は本当にリアルな問題です。介護事業というのは介護保険で動いている以上、保険料と税金から介護報酬が支払われています。そうすると今の包括報酬では限界があるのではないかと、何回できるのか。そうすると36万円が上限ですが、どうしてもそれを超えて自己負担の世界ができてしまいます。それが良いか悪いかという問題が疑問として出てきます。一体サービスを積み上げていく介護報酬が正しいのか包括払いが正しいのかは論争として残っているのです。これは次の介護報酬改定で決着を付けなければいけない。それまでに議論を深めていかなければいけないということです。

もう一つ事業者が怖がっているのが随時対応サービスはどんどん電話が来た時、それに対応できないと契約違反ではないかといわれるのではないかとことです。要するに1日20回も30回も電話来たらどうするのという話があります。この辺は対馬さんが一番詳しいと思うのでお聞きしたいと思います。そういう色々な問題についてそれをどう解決していくかこれについてそれぞれ皆さんにご意見ご助言をいただきたいと思っています。最初は対馬さんからお願いします。

対馬： 零細企業はこの事業をどう取り組むかという問題ですが、わたくし日本の在宅介護の団体の会長を2つやってきました。約22年間在宅協あるいは民介協の会長の立場で多くの仲間の事業者を見てきました。介護保険のスタートに合わせて訪問介護を始めた事業者が圧倒的に多いのですが、かなり経営的に苦しい状況の中で、その場面場面で報酬の状態をみながら利益の出る事業に、多角

化経営に取り組んできました。最初は奥さんと息子と三人で始めた会社を多角経営で非常に利益の出る会社にした。具体的にいえば通所介護が日本にこれだけ増えたのは報酬が高く、使いやすいためだと私は思いますが、そういった所にどんどん事業をシフトして訪問入浴などの多角化経営になってきたと思います。私2団体の会長をやってきた中で見ると団体に入っている事業者さんは零細から脱出して一定の規模になってきていて、そういう意味では充分体力的にもこの新しいサービスをやっていくという力は持ち合わせていると思っています。やはりこのサービスは大変です。先程先生がおっしゃっていた通りパートではできません。

私どもも今年の4月に就業規則を変えました。正社員は総合職だけだったのですが、総合職と一般職とで出来るだけ契約社員やパートをやめて若干総合職より安いヘルパーさん方を安定的に雇用していくということでもあります。今回雇用形態の変更に伴いましてトップセミナーとして求人説明会を何度か実施しています。近年中途採用は厳しかったのですが、何故か今回1回求人説明会をやると100名ずつ程、ヘルパーの資格を持っている方や無い方に応募してもらっています。そういった新しい打ち出しをしますと転職をする人を求められるのだと思っています。雇用をしっかり安定させないとやはり利用者さんに良いサービスができないと思います。頻繁にヘルパーさんの出入りがあると間違いなくサービスが低下していきます。そして新しいヘルパーさんを採用して研修して入れてみても、今まで居たヘルパーさんと比較すると一人前になるのには大変時間が掛かるわけですので、出来るだけ雇用を安定させるということがこのサービスをより質の高いものにできることだろうと考えています。ですので、就業規則あるいは給与規程を見直しながら出来るだけ契約やパートの形態をやめて拘束の8時間労働の形態に変えてきています。

今回この定期巡回随時対応型サービスには訪問看護ステーションの連携型と一体型があります。話

を聞くと訪問看護ステーションとの連携型がうまく行っていないと聞きます。私どもは当初から連携型はうまくいかないだろうと考えていて一体型をやっています。やはり私どものサービスを提供している利用者さんは介護ニーズだけでなく医療ニーズも持ち合わせています。実はこの制度が出来る前から看護師さんを配置して医療ニーズには看護師さんが対応できるような仕組みの一体型でやってきました。おそらく日本で一体型でやられているのは新潟の小山さんの所と私どもぐらいかなと思います。さらに私どもがサービスを提供している高齢者は中途障害の方が多いのです。ニーズとしては「元の身体に戻りたい。」「元気になりたい。」というものが非常に強いのです。ですから介護、看護、リハスタッフを配置して一度に3つのサービスをその利用者さんに必要な時に必要なサービス提供できる仕組みをつくらうとしています。

札幌、東京においてもリハスタッフの確保は大変なのですが、打ち上げ方によっては不足している看護師あるいはリハスタッフも確保が可能だと思います。やはり求人の方か会社としてのビジョンを示していく事によって厳しい採用状態も何とか打破出来るのではないかと考えております。

さて、デンマークの実例ですが1日にヘルパーがサービス提供する回数は7～8回ですが、これを日本の介護報酬の定額方式で置き換えると、とてもない金額になってしまいます。先ほどのほとんどん随時型の注文が来た時にどうするかという話ですが、そんなに深刻に考えるような問題ではありません。そこのところまたご説明お願いします。やはりこのサービスを提供するとき24時間のどの時間にどのサービスを提供するかというのは極めて大事です。したがって、1人のケアマネージャーがアセスをしてケアプランをつくってそして事業者がサービス計画を組むのは、私は難しいと思いました。それで、24時間住む施設に30日間入所して医者はじめ看護師、ソーシャルワーカーそして介護福祉士、で多職種のアセスをしてケアプランをつくる、そして結果

的には24時間のサービスの計画までつくるのであれば、的確なサービスになります。的外れだから随時コールが頻繁に鳴るのです。こういうアセスメントとケアプランとサービス計画を極めて的確に立てればその人の必要な時間に定期訪問でサービスが出来ます。どんどんケアコールが鳴るという事は決して悪いことではありませんが、鳴ってすぐさま対応をすると依存型サービスになります。私どもは、例えば1日100本コールが鳴っても実際にヘルパー看護師が対応しているのはその内の半分程です。ほとんどが話し合って解決できるような、つまり不安を解消するためにケアコールを鳴らしているケースが非常に多い訳です。本当に必要か必要でないかは専門職のオペレーターが判断して必要な場合についていくということにすれば、随時はそんなに恐れるものではないと思います。もとの定期巡回のサービス計画がしっかり組まれていないからそういった事になるのではないのでしょうか。その辺は特養をやっている方達は十分なノウハウをお持ちだと思いますので、随時サービスについて恐れることはないと思います。

池田：それを言っていたかかった訳です。確かにクレイマーはいますから、それは特別な扱いとして考えないといけないんですが、そうは怖がる話ではないと思います。もう一つ対馬さんの話を延長しますと実はケアマネジメントの大きな見直しにつながってくるんです。これは後で議論できればと思います。

それでは次に時田さんお願いします。

時田：一つは職員の質をどう高めるかという事、もう一つは人材の確保をどうすべきか。職員の質をどう高めるのかという問題は非常に大きな課題です。特に訪問介護の場合は零細事業者の方が多くて、まず教育は出来ていないだろうと思います。そんな意味である一定の規模が必要になるという事業だと思います。責任を持ってサービスを提供する事業者として、サービスを整えるということが事業を営むベースになると思います。

10/4
Thursday

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/5
Friday開催市からの
メッセージ

分科会まとめ

パネル
ディスカッション

特別講演

閉会式

会場スナック
ショット

それから人材確保で一番問題なのは教育だと思います。現在のヘルパーの養成システムはペーパードライバーを大量生産しているという状況でございます。私も平成4年から自分の法人で養成事業をおこなっております。社会福祉法人としてある一定規模を持つ事業体であれば、または多角化複合化しているサービスを持っている事業体であれば自ら養成するべきだと思います。それは即戦力が養成できますし、施設あるいは法人は専門職集団です。実務の経験を持つ教員がいます。これは専門学校の教員よりさらに質の高い教員が皆さんの施設の中にいらっしゃるわけです。その方達でチームを組んで自ら養成をするという事を私は20年間法人で養成研修をやって参りまして整える事ができております。それから人材確保については当然雇用の安定を図らなければいけません。訪問介護の歴史からみえますと、訪問介護につく人達というのは、ご自分の生活を大事になさいます。ご自分の生活主体に考えてお仕事をされるという方が非常に多いと思います。しかしそれを他者のために自分が献身をするというように意識を変えていくのは実は現場なのです。しかもその対象者に触れ合っていくなかで学んでいく中でマインドが高まっていく。こういう相乗効果が非常に大きいわけです。では質の高い人材をどう育てるかというのですが、ここであるお手紙を御紹介したいと思います。85歳を過ぎたご夫婦お二人のご家庭です。

「秋到来というのにはっきりしない天候の毎日でございます。24時間ホームヘルパーでは大変お世話になっております。皆様に来ていただく前は1人で本当に共倒れになってどうになってしまうのかと、心も体も本当に疲れ果てていました。夜中に何度も起きると朝フラフラで起きなくてはなりません。昼間、体を横にしてもなかなかゆっくりは眠ることも出来ず自分が死んでしまうのではないかと思いました。今、皆様のおかげでやっと夜ゆっくり安心して眠る事が出来るようになりました。本当に私の神様です。寝かせ方も優しく心を込めてくださり、本当に感謝

感謝でございます。他人をこんなに親切に優しく看護して下さいまして、どんな方がしてくださるのか顔を見たいと思いました。何人かの方には目が覚めた時にお会いできましたが、本当に清々しく優しい目をしていらっしゃいました。やはりこんな方だからこそ、こういう仕事が出来ると納得致しました。また皆様になかなか一人ひとりお礼をできませんが、心から感謝している人がいることをわかって下さい。本当にいつもありがとうございます。そっと来てきつと仕事をしてそっと帰って行ってしまいますが、病人も私も感謝で見送っております。どうぞ皆様もお体を大事にして下さい。」

この様なお年寄りからのお手紙でございました。このご夫婦お二人暮らしの高齢者です。遠方にご家族がいらっしゃるのですが、家族が心配でどうしても定期巡回を利用させて欲しいというご希望でした。最初訪問した時は、ご主人は朝の4時から13時まで、実は80歳過ぎて働いていらっしゃるんです。奥様はご自分のことはほとんど出来ませんでした。要介護3です。無理がないと思いましたが、実際にアセスメントをしっかりと、特にこの方の場合、服薬管理が非常に重要でした。重い難病でありまして医者からもこの薬は必ずこの時間に飲まして欲しいと言われております。しかしご自分では管理ができない、医者もそのように言って困ってました。訪問介護に入り実は今6ヶ月経ちまして、実際に介護度は変わらないんですがほとんどの日常動作が自立致しました。服薬管理の重要性というのもつくづくわかりましたが、先ほど申し上げた通り我が国のサービスがようやく自立を支援できるようになってきたと思っております。志のある民間の方達と一緒に仕事をさせていただいていますが、社会福祉法人がむしろ持てる力をもっと発揮出来るのではないのでしょうか。むしろ志の点で少し引いているのではないかと思われてなりません。特に社福の皆様方のこれからのご奮闘を心から期待したいと思っています。

池田：ありがとうございました。

人材育成の問題は2つ責任者がいるのではない

かと思えます。ひとつは専門学校と大学です。特に四年制大学のレベルは低い。私はそこに12年間いましたからよく知っています。結局体系がないのです。みなさん思い思い自分の言いたいことを言っているだけです。しかも多くは福祉関係の職場から出てきてらっしゃるから経験主義なのです。経験に裏打ちされたのではなく、自分の経験しかないのです。よくよく考えてみたら日本の職業教育というのは医療を除いては大学はやっておりません。結局どこがやるかというこれは会社がやっているのです。きっと介護の世界でも同じであって事業者がやらなければいけないのです。大学の教員や専門学校の講師よりも、もっと素晴らしい教育できる人間がおられると、先程、時田さんが言われました。

それからもう一つ、これは稲葉さんにぶつけるわけではないですが、はっきり言って研修がかなりデタラメなんです。私も研修へ出たことがあります、何人か「福祉」の横綱が出てきて、それぞれの思いを言い合うだけではっきり言って全然体系性がありません。何よりも介護保険制度を知らない。介護と福祉の区別もついていない。つまりカリキュラムが出来ていないのです。これは余り知られていない事かもしれませんが、ケアマネジャーの現任研修でいじめが多発したのはみなさん知っていますか？

これはどういういじめなのかと申しますと、受講者が先生をいじめるのです。しかも福祉系ではありません。看護師と保健師です。看護師と保健師って生意気ですよ、もちろんこれは冗談ですよ、誤解のないように。しかし、それなりに理詰めで質問します。そうすると福祉系の先生が教えていると結論がないものですから、どんどん詰めていくと先生のほうが泣いてしまうのです。それでお手上げになりもう二度と来ないとなってしまいます。そんな研修を積み重ねていっても絶対に人材を確保できない。ですので、私も事業者が本当に力を入れてやって欲しいなと言うことを言って欲しかったので本当に満足しています。

今度は、辻さんには別な観点から示唆いただければと思うのですが、ひとつは医療と介護の関係と

いうのは切っても切り離せないというのは間違いありません。ただ残念ながら、社会的な専門性だとか評価というのは大きな差があるわけです。という事は医療が全面的に出てくると介護の主体性というのが消えてしまう怖さが、介護保険が始まってからずっとあるわけです。そういった意味で医療と介護の良き関係というのはどういうイメージで掴めるのだろうか。非常に抽象的で答えにくいかもしれませんが、これがまず1点です。それからもうひとつは保険者の役割なんです。つまり市区町村つまり基礎自治体です。地方分権が語られてある意味で介護保険も別な意味で地方分権のパラダイムだと思いますが、どうも地方分権をみていると貧すれば鈍するというか市町村にはつきり言ってやる気が欠け始めている。市町村は何が一番怖いかというと、保険料が上がるのが怖いのです。それが怖いから何を規制するかというと施設を規制する、有料老人ホームを規制する。おそらく24時間巡回もはっきり言ってお金がかかります。保険料を押し上げるのです。そうすると非常に消極的にならざるを得ないのです。そういう時に保険者にどれだけの権限を与えれば良いのかが私の悩みでもあります。例えば柏市はやる気がある。したがって公募制をもって事業者をつくっていく。しかし、柏市では良いけれどもこれを別の自治体にやらせたらこれは措置になってしまう怖さがあるので、そこをどのように整理すれば良いのか。その所をやっぱり行政の達人という辻さんに何らかの示唆をいただければ有難いと思います。いかがでしょうか？

辻：医療と介護と看護の関係ですが、施設というのはひとつのピラミッド組織の中に特養の医師は嘱託ですが各職種は指揮命令系統で位置づけられているのです。在宅の連携の問題というのは在宅というフラットな組織です。施設は病院であれピラミッド組織で医療看護介護をやるシステムです。しかし在宅というのはいく時には、1人が基本で関わり連携していくという事はフラットです。そこでどちらかというと介護側が腰を引いているというのと医師の方は在

10/4
Thursday

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/5
Friday

開催市からの
メッセージ

分科会まとめ

パネル
ディスカッション

特別講演

閉会式

会場スナップ
シヨント

10/4
Thursday

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/5
Friday開催市からの
メッセージ

分科会まとめ

パネル
ディスカッション

特別講演

閉会式

会場スタッフ
ショット

宅を本当にやっている人は少ないというのが現実です。柏で研修プログラムを開発しまして、今度は柏市役所が事務局になって柏市医師会をはじめ各団体が共催でモデル研修を全国に示そうとしております。ポイントはグループワークです。柏の場合、医師は地区医師会から推薦してもらった6人です。どちらかというに関心はあるのだが、在宅医療はやった事がないか、少し経験がある程度。あとは歯科、薬剤師会、それから訪問看護、ケアマネ、病院地域連携室などの方各6人の多職種の6つのテーブルでグループワークをします。緩和ケアだったらオピオイドローテーションに入るような非常に重い所まで各シーンの事例の対応について語り合ってもらって発表してもらい最後に講評が入ります。認知症でしたらBPSDが出た時、あるいはもっと体力が落ちたシーンでそれをしてもらいます。非常に感動したのですが、雰囲気が変わっていくのです。特に医師の場合はこれから勉強しようかなという感じの方、あと各団体は一定レベルの人を推薦してもらいます。そうすると医師はすごく安心するというか、こんなにみんな知っているのだと力強く感じます。各職種の方も学ぼうとするお医者さん方にグッと親しみを感じるのです。

柏市単位で、各団体推薦でやったので各団体の信頼関係が湧いてきて雰囲気が変わってきたのです。それで医師会が顔の見える関係会議をやらうと言い出して、120名が集まりました。地区ごとに分けて1テーブル6～7人各職種で1回目は自己紹介と地域の在宅医療で何が課題かというような軽いものからやってみて、2回目は各職種の自分の仕事を紹介して議論する。すごく感じが変わってきます。結論は同じ課題に対して共にフラットに語るということです。保険者の役割の問題は地域をどう持っていくかという勉強をした人が必要です。私は政策大学院大学で1ヶ月コースの研修プログラム開発をしてもらいました。24人だったのですが3分の1が都道府県職員、3分の1が市町村職員、3分の1がシンクタンクでした。すぐれたモデルを学

ぶなど、本当に勉強になったとみんな言っています。やっぱりコツコツとある程度勉強した人を育てて増やして行くしかありません。これは政策大学院大学で開発したプログラムですが全国にどうトランスファーしてもらうかは今後議論したいと思います。こういう地道な事をやるしかないのです。本当に市民のためにビジョンを持って仕事をする楽しさを市町村職員が知れば、私は必ずやると思います。柏の職員は一所懸命勉強しているのも非常にモチベーションが上がってきています。そういう意味では最初の仕掛け方です。どうやれば市町村の職員が育つのかを考えるのは県庁の仕事です。だから県庁がビジョンを持っていないといけません。私も御指摘の2つの問題を重視していますがそういう形で一つ一つ取り組んでいます。



池田：ありがとうございました。考えてみたら介護保険が出来た平成12年前後には全国各地にカリスマ職員というのが存在しました。特に滋賀県というのはすごく面白かったのです。彦根を中心に火事が始まってここの近江八幡と八日市が結構ライバル意識があってここが燃え上がりました。それで県都の大津が、「県都である以上馬鹿にされてたまるか。」ということで燃え上がった。それが全県に広がりま

した。火付け人が何人かおりました、凄くここが面白かったのです。ところが13年たってルーティンワークになった。これって首長が悪いかという、その首長を選んだ住民が一番悪いと私は結論付けているんですが、これを変えないと変わらない。かつての地方分権といわれる自治体にあれだけの期待が集まったのに「何をやっているのだろう市町村は」という意識が私には強くある。それをもっと住民が声を挙げていくべきです。声を挙げなければそこは民度が低いと言うことになります。

さてまとめに入って行きたいのですが、幾つか残された問題があるような気がする、特に時田さんと対馬さんにお考えを聞かせて頂きたいのが、認知症のことです。

認知症ってBPSDで捉えてしまうところがあって、実は穏やかな認知症の方も沢山いらっしゃるわけです。それと極端に重度化すると身体の方も重度化しますので動けない、動けないと逆にケアが楽になるということもあります。そこで、認知症とこの24時間巡回の問題をどう捉えれば良いのかというのが質問のひとつです。

もうひとつは、ケアマネジメントの在り方で大きく変わってきます。私の発想としては24時間巡回とか重度だとか利用困難事例みたいなものは、本当にケアマネジメントをきちんとやらないといけなくて、それはその体制があるだろうと思います。もうひとつはサービスをチョイスして使う人というのは結構います。それは家族でかなり出来る部分もありまして、チョイスグループというのは今のケアマネジャーでもかなり対応出来るはずなのです。そういう使い分け方もあると思ってこの前、介護保険法を読み直したら、私はケアマネジャーに過大な要求をし過ぎていました。介護保険法を読むとケアマネジャーの業務は連絡調整なのです。それ以上の事を求めていた事がありまして、これはきちんと見直さないといけないです。その2つについてお考えがあれば現場として時田さん対馬さんからお伺いしたいと思っています。では時田さんからお願いします。

時田：介護保険で非常に大きなテーマは認知症だと思いますし、それから地域包括を絡めて定期巡回訪問ができる時に、認知症を抱える家族の方の会の方がかなり反対をされました。今までのように長時間慣れた人が来てくれないと駄目だというお話が大変印象的でした。実際に私も実践してみまして、訪問介護で認知症のないお年寄りの方がむしろ少ない実態です。しかも昔のようにBPSDで手に負えないというような人は、今はあまり見当たりません。施設の中にもそうはいらっしゃらない。また在宅にもそういう方達は大変少ないです。だから特別な例をあげて対応が云々というのは、私は間違いだと思います。しかも頻回な介護で訪れますので、ちゃんとわかって下さいます。そこが認知症の方をどう捉えるのかが根本的な問題だと思います。

私はいつも言っているのですがとにかく普通の人なのです。そしてそれが病気で、ご自分で出来無い事が増えてしまっているという中で服薬管理の問題がありました。私はさきほど相乗効果と申し上げましたが、定期巡回での頻回訪問介護というのはさまざまな相乗効果を生み出しています。そういう事を実践例としてたくさん重ねておりますので認知症対応を十分にできると考えています。あと対馬さんから少し補っていただきます。

対馬：先程も申し上げましたが定期巡回随時対応型サービスは万能では無い。認知症の中度以上には不向きだと私は思います。我々は各地域に開設しているサテライトの中に小規模多機能が設置されています。これであれば重度認知症の方でも在宅で支えることが出来ると思っています。ただ日本のおそらく小規模多機能は、通いと泊りは上手にやっているのですが、3つ目の機能の訪問サービスを余りやられていないのです。私はこの小規模多機能の3つのサービスで最も大切なサービスは訪問だと思います。特に見守りが必要ですので、私どもがやっている小規模多機能は数多くヘルパーが利用者宅を訪問しています。万が一、家で家族が対応できない状態になれば電話を下さいとあってあり、私どもが

10/4
Thursday

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/5
Friday開催市からの
メッセージ

分科会まとめ

パネル
ディスカッション

特別講演

閉会式

会場スナック
ショット

夜でも夜中でも駆け付けて対応しますとしています。こういう事でみれば小規模多機能で充分中・重度の利用者をみることが出来ると思っています。

それからケアマネジメントの話ですが、決して居宅支援事業所のケアマネージャーが駄目だとは思いません。先程述べたように、出来れば24時間のサービスをするときには、短期間24時間施設に入って多職種でアセスメントするべきだと思います。そのアセスメントのまとめる役割を、ケアマネージャーに担ってもらえれば大変ありがたいのではないかと考えております。せっかくつくったケアマネージャー資格制度でありますので、これをもっと推し進めるためにそういった多職種の中にケアマネージャーが入って1人の利用者について共にカンファレンスをする、かなりスキルが上がります。私も実践で、他の居宅支援事業者のケアマネージャーにもカンファレンスに参加してもらっています。まずは言語が共通になるとか、両者の色んな見えないところがケアマネージャーの情報を得て良いケアプランが出来る場合が非常に多いわけです。是非そういう力をつければより上手く進むのではないかと考えております。

池田：ありがとうございました。色々とお話でしたが厚生労働省としてお答えするような事はあまり触れて来なかったのですが、特に振興課というのは事業者を対象にし、事業者を大切にしないといけないですし、ある意味で逆に甘えさせてもいけないという非常に難しいところがあると思うのですが、そういった観点から稲葉さんに最後ご意見をいただければと思います。

稲葉：ずっとお話を伺いながら、やっぱり事業者に対し、言葉は悪いかもかもしれませんが、もっとプロ化していただく事が必要かと思えます。例えば看護介護の役割分担、これからどんどん人材の数を増やさなければいけない、だけれども質も一定の質を保たなければいけない。さらに質を向上させなければいけないという事があると思えます。それと事業者側からみればやはり経営面ですね。そこは切り分けて

いただいて小規模の事業所ですと経営の面からというのが不安な点になります。人材確保とか養成の話もありましたが、そういうマネジメントの部分では多角経営化を進めていただくなり、広い展開も考えていただく必要があると思えます。我々としてはやはりこうした新しい仕組みを、これからあつという間に過ぎる10年の先には、本当の超高齢化社会になります。そこまでに都市部はこれからかもしれませんが、今地方都市では地域によってはもう既にそういった状況が起きています。ですから手をこまねいている暇はありませんのでそういった支援、この仕組みは確かに万能ではありませんが、我々が出来る支援をしながら、適時動かしながらも必要な手直し、あるいは今後の報酬の中での見直しも含めて皆様方の意見を聞きながら、よりよい仕組みになるように進めたいと思っております。

池田：ありがとうございます。実は私、一昨年イタリアに行ったのですが、イタリアはみんな家族経営なんです。ゴッドファーザーの世界なのです。だから福祉系のものもほとんどが家族経営です。日本の特養と似たところがあります。ところがあそこは社会的協同組合というものを創りました。一つ一つのファミリー企業みたいなものは壊さないのですが、それがトータルにネットワークを組みます。そして一番優秀な人材がゴッドファーザーになる。これが経営の責任者です。そうすると回って行きます。こういった協同組合方式が日本の社会福祉法人に結構合うのではないかと気もしております。今京都で前に桃山の施設をやっていた山田さんがそれに近いことを挑戦されていて非常に興味をもっております。

最後に厚生労働行政、特に厚生行政だと思えますがそれをずっと眺められてきて、そして介護保険が始まって13年、辻さんは、厚生行政にある意味で生命をかけていらっしゃるわけですが、率直に今の介護保険の在り方について、助言というとならずいし、感想というとな曖昧なので、その辺をわかっていただいて一言お願いしたいと思います。

辻：本当に重要な時期です。結局在宅医療という

のを厚労省が本気でやり始めたのですが、これは介護保険で在宅というものが見えてきたからなのです。介護保険というのは私が言うのも変ですが、本当に良く出来た制度だと思います。ですから介護保険が軸足で本当の在宅に向かえるということになっているのです。そういう中でいよいよ施設の外、住まいという所にチャレンジして、地域包括ケアという形で今ようやく真の在宅ケアが見えるようになっており、本当にこれからが勝負時期だと思います。

それで2つ言いたいのは、ひとつは市町村行政がビジョンをしっかりと持たないといけないと言う事です。必要なら24時間在宅ケアでうまくいっているところはどうなっているのかと見に行けば良いのです。ビジョンをしっかりと持つためにそういう勉強をしてほしい。更に言うと在宅医療が必要なので地区医師会が消極的な時はなかなか難しいのですが、住民のために在宅医療が必要だということを行政が言うという姿勢が必要です。2つ目はしみじみ思い知ったのですが病院と施設は似ている。要するに困ったら来るのを待っている形です。外来も、ショートステイもそうです。したがって困って来れない人をどうしたのだろうと見に行ったらその人の生活を守ろうというモチベーションが両方弱いのです。高齢者は家

に居たいのです。その生活を守ろうというモチベーションをどう持つかです。私は在宅福祉は施設がこれから主役になれるかどうかの瀬戸際で、施設がそうならないと我々は精がないわけです。何のためにここまで施設をいっぱい作ってプロの集団を育てたのか。とにかく施設から現場に行きたくて欲しいということなのです。施設長が在宅現場に行きたくてどうしたらいいのだと言う事を考えることが大切だと私は思います。

池田：ありがとうございました。コーディネーターのまとめを辻先生に振ってしまって、なかなか上手い終わり方でした。

私も4週間、聖路加国際病院の個室に入院しましたが、本当にいい病院です。けれども個室の病室でも、やはり嫌でした。最高の特別室というのはどこにあるのでしょうか。自宅にあるのです、自宅の自分の部屋が最高の特別室であるとつくづく思いました。それをこの巡回型の訪問サービスでどこまで達成されるか、これはやっぱり夢ですし、ロマンです。それを実現するためにこれからみんなで頑張っていくというまとめで、この第3分科会をしめたいと思います。ありがとうございました。



10/4
Thursday

開会式

基調講演

第1分科会

第2分科会

第3分科会

10/5
Friday

開催市からの
メッセージ

分科会まとめ

パネル
ディスカッション

特別講演

閉会式

会場スタッフ
シヨット





**第13回 介護保険推進全国サミット
in ひがしおうみ**

第13回 介護保険推進全国サミット in ひがしおうみ
実行委員会 事務局
(東近江市長寿福祉課内)

〒527-8527 滋賀県東近江市八日市緑町10番5号
TEL:0748-24-1234 FAX:0748-24-1052
E-mail summit@city.higashiomi.shiga.jp
URL <http://www.city.higashiomi.shiga.jp/>