

東京都社会福祉審議会 検討分科会(第1回)会議録

I 会議概要

1 開催日時 平成25年5月16日(木)午前10時から

2 開催場所 第一本庁舎33階南側 特別会議室S6

3 出席者

分科会長	高橋 紘士	国際医療福祉大学大学院教授
副分科会長	小林 良二	東洋大学教授
委員	栃本 一三郎	上智大学教授
委員	平岡 公一	お茶の水女子大学教授
委員	森本 佳樹	立教大学教授
委員	野中 博	東京都医師会長
委員	伊佐 浩一	公募委員
委員	岩本 麻里	公募委員
委員	萬匠 範子	公募委員
臨時委員	秋山 正子	株式会社ケアーズ 代表取締役 白十字訪問看護ステーション統括所長
臨時委員	笹井 肇	武蔵野市健康福祉部部長
オブザーバー	三浦 文夫	日本社会事業大学名誉教授

(以上12名)

4 会議次第

1 開会

2 検討分科会委員紹介

3 議事

(1) 現在の福祉に関する課題について

(2) その他

5 議事録

○奈良部課長 おはようございます。そろそろお時間になりますので、ただいまから、東京都社会福祉審議会の第1回検討分科会を開会したいと思います。

本日は、お忙しい中ご出席いただきまして、どうもありがとうございます。

私は、当検討分科会の事務局の書記を担当しております奈良部と申します。よろしくお願ひいたします。

議論にお入りいただく前に、事務局より何点かご連絡をさせていただきます。

まず、委員の出欠について、園田委員と山本委員から、あらかじめ所用のため欠席というご連絡を頂戴しております。岩本委員が少し遅れていらっしゃるようですが、特にご欠席ということではありませんので、もうそろそろ到着されることかと思ひます。

続きまして、お手元に会議資料を配付してございますので、ご確認をお願いいたします。

まず、会議次第がございます。資料1として、1枚目が検討分科会の委員名簿、2枚目が幹事と書記の名簿となっております。資料2として、「会議の公開の基準について」がございます。資料3が、「意見具申までのスケジュール」になります。資料4から以降は、本日まで発表いただく委員の方々の発表資料となっております。本日、4人の方に発表していただきますので、資料4、5、6、7という形になりまして、最後に参考といたしまして、今年3月の60回審議会総会におきまして、三浦委員長からいただきました資料を添付させていただいております。

またそれとは別に、横でA4のサイズの資料を置いてありますが、高橋分科会長が今年お出しになりました地域包括ケア研究会の論点整理の概要版を置かせていただいております。申しわけございませんが、本編のほうは大部になりますので、参考までホームページのアドレスを書かせていただきましたので、こちらを、よろしければご覧いただければと思ひます。

引き続きまして、会議の公開についてです。当分科会は、審議会に準じまして公開となっておりますので、もう一度念のためにお話しさせていただきます。きょうは傍聴の方もいらっしゃいますので、ご了承をいただきたいと思ひます。

また、分科会の議事録につきましては、東京都のホームページに掲載して、インターネットを通じて公開させていただくこととなります。分科会終了後、議事録の確認等をお願いいたしますので、ご了承いただければと思ひます。

事務局からの連絡は以上になりますので、これから先の議事の進行につきましては、高橋分科会長をお願いしたいと存じます。よろしくお願ひいたします。

○高橋分科会長 第1回になりますので、委員の皆様のご紹介をさせていただきます。なお、分科会委員は、このたび委員長の指名に基づきご就任をいただいたものでございます。

それから、初めに、お願いをいたしましたことがございます。副分科会長の選任については、審議会規程第4条第3項に基づきまして、「分科会長があらかじめ指名する」ということになっておりまして、前期に引き続きまして、小林良二委員に副分科会長をお願いしておりますので、よろしく願いいたします。

それから、お手元の検討分科会の式次第の2枚目に、右肩に資料1-1とついている分科会委員名簿がございますが、委員のご紹介をさせていただきます。

園田真理子委員は、きょうはご都合でご欠席でございます。

引き続きまして、栃本一三郎委員でございます。

平岡公一委員。きょう、プレゼンテーションをお願いいたします。

森本佳樹委員。プレゼンテーションをお願いいたします。

野中博委員。プレゼンテーションをお願いいたします。

伊佐浩一委員でございます。

岩本麻里委員でございます。

萬匠範子委員でございます。

それから、今回の分科会につきまして、臨時委員という形で、とりわけ政策や現場の実践に参画、かかわっておられる委員の皆様にご参加をいただくことができました。

まず、秋山正子委員でございます。きょう、プレゼンテーションをお願いしております。

笹井肇委員でございます。

きょう欠席でございますが、山本繁樹委員をお願いしております。

三浦文夫審議会委員長にはオブザーバーとしてご参加いただくということになっておりますので、よろしく願いいたします。

それから、当分科会につきまして会議の公開でございますが、事務局から説明がございましたとおり、審議会に準じまして、原則公開となっております。公開の基準につきましては、資料2、「会議の公開の基準について」という資料が添付されてございますが、このルールに従いまして、原則公開、しかし、もし公開に不適切な事案を審議すること、この分科会の性格では多分そういうことはないと思っておりますが、非公開とすることができる等々でございますが、このとおりで進めさせていただきたいと思っております。よろしく願いいたします。

それから、1ページおめくりいただきますと、資料3がございます。ここに今後のスケジュールについて書いてございます。検討分科会及び起草委員会を開催して作業を進めた上で、年内をめどに審議会として意見具申の内容を取りまとめ、東京都に提出するということになってございます。委員の皆様のご意見、ご見識に頼りながらこの作業が進むわけでございますが、ひとつよろしく願いいたします。事務方とご相談して、大きくは資料3のような形で決めておりますが、審議の中身につきましては、臨機応変にということで、変更もあろうかと思えます。とりわけ起草委員会の審議は、このペースでうまくいくのかどうかなかなか難しゅうございますので、議論の進行の中で変更をさせていただくこともあろうかと思っておりますが、よろしく願いいたします。

それから、きょうの議事の進め方になりますが、第1回目では4人の委員の方に、それぞれのご専門、あるいは現場実践のお立場から、先日の総会で委員長から「メモ」というものが提出されましたが、それも念頭に置いていただきながら、委員の皆様のご現在時点での考えをレポートいただくということで、事前をお願いをしております。大変短い時間で恐縮でございますが、お一人20分程度でよろしく願いいたします。

全員の発表をいただきましてから、委員の皆様と意見交換をし、次回もそういう形で予定をしておりますが、皆様のご意見をいただきながら、この意見具申のベースになる素材をご提起いただくというのが、レポートをお願いした趣旨でございます。

きょうは、平岡、森本、野中、秋山と4人の委員の方々にご報告をお願いしてございます。トップバッターは平岡委員をお願いをしております。お手元の資料4をご用意いただきましたが、ひとつよろしく願いをいたします。

○平岡委員 それでは、お手元の資料4に要点をまとめさせていただいた、「地域包括ケア体制構築と福祉サービスの開発・評価」というテーマでお話をさせていただきます。

きょう、実際に主に取り上げたいのは、福祉サービス分野のプログラム評価というものを普及していくことの必要性ということでもあります。この評価の問題につきましては、前期の審議会の答申の中でも、評価への取組の重要性ということが触れられておりますが、この地域包括ケア体制の構築の課題を扱う今回も、そういう観点は入ってくるのかなと思うわけですが、その中で特に、新しい福祉サービスのプログラムを開発し、それを科学的な方法で評価をし、そしてその普及と定着を図っていくということについてどこまで議論を深めていけるかというのが、差し当たっての私の問題関心ということになります。

評価の問題というのは、今日現在では、行政の分野、あるいは、いろいろな福祉その他

の専門的なサービスの分野で仕事をする者にとっては身近なものになっておりまして、常にいろいろな形で評価を受けるという立場になっております。このように申し上げる私も、大学で仕事をしておりますと、個々の授業の学生による授業評価から始まって、組織としての大学の評価、あるいは研究者としての評価というものを受けるということが、日常的なものになっているわけでありまして。

その評価というものについては、二つの大きな流れがあるというふうに理解していいのではないかと思います。一つが、政策評価とか行政評価、そのような行政改革とか行政サービスの効率化という観点、あるいは、もう少し専門的に言えば、アカウンタビリティの問題の課題との関係で行われてきたもので、学問分野で言えば、行政学とか政策科学という分野がかかわるものだけということになるかと思います。

もう一つが、いわゆる対人サービス、ヒューマンサービス領域での評価ということで、これは福祉のほかにも、保健サービス、医療サービス、教育等の分野がとりわけかかわってくるということかと思えます。

アメリカなどでは、この保健、医療、福祉、教育の分野でのプログラム評価が、非常に大きな一つの研究分野であるとともに、その評価者がプロフェッショナルとして、専門職として確立しているというような状況があります。

日本では、政策評価・行政評価のほうはかなり定着してきているわけですが、ヒューマンサービスにおけるプログラム評価のほうは、今かなり広がってきているのは、ヘルスサービスの領域と、それから臨床心理学の分野ではテキストなどにそれが必ず書かれているというようなことで、定着しているかと思えます。日本の場合、教育の分野では非常に関心が薄いというのがアメリカと決定的に違うことかと思えますが、一方、福祉の分野では、実はプログラム評価というのは、1970年代から80年代にかけてかなり紹介されていて、社会福祉を専門的に学んだ人、研究者とソーシャルワーカーなどは、ある程度どういうものかということには理解するようになってきているのではないかと思います。

しかし、それがなかなか日本の福祉行政のシステムと合わないということもあって、定着していないということなのかなと思っておりますが、きょうお話することのより詳しいことは、実は、この裏のページをごらんいただきますと、最後に参考文献として挙げてありますが、「社会政策」という学会の雑誌に、政策評価とプログラム評価についての特集号が予定されておりまして、そこにまとめた論文で論じていることを、ここで幾つかご紹介するということになります。

この論文では、その二つの流れ、政策・行政評価の流れとヒューマンサービスの評価というものの流れを、どのように日本の社会政策の研究の中で統合していくかというようなことを中心に論じておりますが、しかし、きょうは、具体的な福祉サービスの課題との関係でということになります。

社会福祉分野で、評価というものがどのように取り組まれてきたかということについては、このページの下の方の3の「社会福祉分野の評価をめぐる動き」というところで触れております。

そこにありますように、福祉の分野の評価というのは、第三者評価制度を中心に展開してきているということが言えるかと思えます。また、国の政策評価制度、あるいは自治体の場合は、それぞれ名称はさまざまですが、政策評価とか行政評価と呼ばれる仕組みがあって、その一部分として福祉の分野が含まれているということかと思えます。

第三者評価制度というのは、ご案内のとおり、全国的にはまだ実施状況が不十分であるわけですが、東京都は、実質的に福祉施設には評価を受けることを義務づけるような形になっておりまして、東京都のみでむしろ定着しているといえますか、そういう状況であります。そういうことを前提にすると、東京に関しては、とりあえず第三者評価制度は定着してきているということになるかと思えます。

それで、第三者評価というものの特徴は、福祉施設あるいは在宅サービスの事業所というものが単位になって、そこで、その事業所の業績測定という側面がかなり強いのではないかと。一方、組織の評価という面と同時に重視されているといえますか、あるいは本来の目的とされてきたのは、サービスの質を高めていくということ、サービスの質に関する評価ですが、やはりこれも、その組織が提供するサービスの評価という組織単位の評価になっているという点が特徴かと思えます。

このようなことに重点が置かれてきた背景は、申し上げるまでもありませんが、最初のところに書きました社会福祉基礎構造改革の中で、福祉サービスの質の向上ということにかかわる条文が、2000年の改正で、社会福祉事業法が改称されて社会福祉法となった改正で盛り込まれたわけでありまして。ここで、社会福祉事業の経営者がまず自らそのサービスの質の評価を行うことによって、サービスの質を高めていくということが、努力義務として盛り込まれている。国がそれを支援し、その適切な評価が実施されるための措置を講ずるということもまた努力義務ということになっているということでもあります。

こういう基礎構造改革の中で福祉サービスの質の向上というものを、それぞれの福祉事

業の経営者による自己評価と申しますか、それぞれの提供するサービスについての適切な方法での評価ということを中心に行っていくという仕組みができてきたわけです。

そこで、通常、このこと的前提として理解されているのは、国が法律等によって定めたさまざまな事業があり、福祉サービスがある。既存の施設を初めとするサービスを、より適切に行い、サービスの質を高めていくというのが評価の役割という理解になるのではないかと思います。

その一方で、ここではプログラム評価というものの重要性について申し上げたいのは、今日の社会福祉においては、新しいプログラムを開発して、それを特定の地域なり施設なりで行って、その効果を検証して、それを普及・定着させていくということが、以前に増して重要になってきているのではないかと申しまして、そのための方法としてプログラム評価というのが重要だろうということ申します。

評価というのはいろいろなタイプのものがありまして、かつ、用語の使い方が必ずしも統一されていなくて、アメリカでもそうなんです、日本に入ってきたときに、また、それぞれいろんな論者が別の言葉の使い方をすることで、混乱が生じるという面があります。常にこの問題を論じるときには、概念の整理が必要になってくるわけですが、そのことが、この2の部分に書いてあることです。

ここでは時間がありませんのでごく簡単に申し上げますが、評価というものは、実は四つぐらいの観点から分類ができる。評価の方法と申しますか、仕組みについては、四つぐらいの観点から分類ができるということがわかってきました。つまり、(1)として「評価の方法による分類」、(2)として「評価の目的・対象による分類」、それから(3)として「評価の次元からみた分類」、(4)として「評価の目的・性格との関連」ということ申します。

ここでは、アンダーラインを引いた部分が、ここで取り上げたいプログラム評価が該当する部分ということで、(1)の部分では、プログラム評価を「公共政策またはヒューマンサービス実践の目標の達成を目指す社会的プログラムの実施と、その結果との因果関係を科学的方法によって確定するための手法、およびそれを基礎づける理論」というように私は定義しております。

このプログラム評価には、実験デザイン、もしくは実験デザインに準ずる「準実験デザイン」による評価が望ましいとされております。実験群と統制群を設定するというのですが、わかりやすく申しますと、例えばサービスの対象となる高齢者とか、子どもとかに

ついて、新しいサービスを受けるグループと、そのサービスを受けないグループを分けて、サービスを受けたグループにおいて、どういう望ましい効果が生じたのかということ、そのサービスを受けないグループとの比較で、その評価をするという考え方であり、評価の方法という点では、プログラム評価というのはそのような方法をとるということです。

それから、その評価の目的とか対象ということについては、これは、そのプログラムによって実現を目指す政策目標が達成されているかどうかということの評価ということになります。これと違うのは、「管理評価」、あるいは「マネジメント評価」とも言いますが、すなわち行政機関、福祉機関が、その組織として十分なパフォーマンスを達成しているかということの評価でありまして、例えば社会保障の分野でいうと、日本年金機構が年金の記録・管理等の業務を適切に行っているかであるとか、ハローワークが適切なサービスを提供しているかとか、そういうのがマネジメント評価ということになります。

それから、評価の次元ということと言いますと、最近よく言われていますアウトカムと効率性に関する評価を重視するというのがプログラム評価の特徴であります。

そして、そこで何を指すかということ、プログラム評価というのは、福祉、教育、保健、医療などの領域の専門的なサービスにおいて、その評価を行うことで、サービスの質の向上、プログラムの改善を目指すということが課題となっておりまして、これは行政評価などに見られるように、外部の視点でチェックをしていくという、アカウンタビリティの追求という観点とは少し違っているということになります。

さて、そのプログラム評価に関しては、実はアメリカでは1960年代から70年代ぐらいにその方法というのがほぼ確立しておりまして、それで日本にも紹介されてきていますが、その後の三、四十年間、特に90年代から2000年代にかけての20年間ぐらいの間に新しい展開がありまして、それは、医療のEBM、すなわち「根拠に基づく医療」の動きの影響を受けて、より厳密にその効果を検証し、その検証された結果をデータベース化して提供していくという方法であります。これはEBMと同じように、こういうヒューマンサービスの領域に科学、サイエンスの論理を持ち込んでいくという動きになっているということかと思えます。

これに対して、やはりそういうサイエンスの方法とは別に、むしろ工学的、エンジニアリング的な方法も重要だろうという観点も当然あり得るわけでありまして。その両方の分野について高橋先生はもう随分前から取り組んでおられるのですけれども、このエンジニア

リング的な方法という点でいえば、情報の管理と活用というようなものがありまして、森本先生も福祉情報論ということで取り組んでおられます。情報の管理と活用を初めとするエンジニアリング的な方法での発展というのもあったのではないかというふうに思っております。

さて、それでポイントを幾つか申し上げて終わりにしたいと思います。裏のほうのページですけれども、このプログラム評価が福祉の分野において重要視されなければいけない理由ということになります。

4のところでも五つの点を挙げております。一つは、一般的な社会動向として、やはりアカウンタビリティーの追求とか、費用対効果の改善ということが求められている。福祉の分野だからコストは度外視をしていいということにならない等々の問題があります。

それより重要な点は、コミュニケア（脱施設化）というものの進展ということがあるわけです。施設中心の福祉の時代というのは、先進諸国に見られるいろいろなタイプの福祉施設を日本に導入して定着をし、そして、予算を増やし、人員配置を改善して、専門性を高めるという手法で、福祉サービスの質を改善し、ニーズに対応していくということが可能であったわけでありまして。

しかし、コミュニケア中心の在宅サービスの整備に取り組み出して、それで今日では、いろいろな住宅を中心とした中間的なサービス領域を重視していくということになっていく中で、なかなか欧米で行われているものをそのまま導入して定着させていくという手法ではうまくいかなくなってきたということがあるかと思えます。そういうことに関して、アメリカに限らず、多くの国々で行われているのは、新しいプログラムを開発していく、すなわちNPOのような民間の組織、地方自治体等でサービスを開発していくということであるわけです。

それからもう一つは、社会福祉が対象とする問題の拡大、多様化ということで、つまり従来の社会福祉六法に盛り込まれたさまざまな事業では対応できないような多様な問題が起きてきているということがあるかと思えます。今日話題になっていることから言えば、高齢者の孤独・孤立の問題であるとか、ひきこもりの問題であるとか、外国人の問題等々で、そういう新しい問題に対して、NPO等の民間団体であるとか福祉の専門職がいろいろな新しいサービスの提供に取り組んでいるわけでありまして。そのときに、どのように効果的なものを選び出して、また、より効果的なプログラムを普及していくかということが課題になってきているということがあるかと思えます。

もう一つは、地方分権化という動きの一方で、全国的に一定の質と量を保つということが求められる。そうした矛盾した要求が世論の側からも出てきているということの対応の中で、それぞれの地方で取り組んできた事業を、より効果的なものとして全国的に普及させていくということの必要性が出てきているということかと思います。

もう一つは、EBMに関する動きということを先ほども申し上げました。

さて、続いて、プログラム評価を福祉分野の政策のプロセス、政策立案から政策決定、政策の実施、評価というプロセスの中にどう組み込んでいくかということであります。

これは実はやや抽象的な議論でありまして、論文の中で少し展開しておりますが、ここでは簡単に済ませることにいたします。一つは、そもそもが従来のいろいろなテキスト的なものに出ている政策過程のモデルというものの中に、ヒューマンサービスの領域のことが実際の問題が余り考慮されていないということが多いのではないかというふうに考えております。既に福祉の分野でもいろいろな政策事業を実施するときに、モデル事業を実施して、その効果を見て、本格的に事業化する、制度化するということが行われているわけでありまして、そのことをきちんと位置づけて議論する必要があるのではないかということが（1）の点です。

それから2番目には、アメリカではかなり広く行われておりますが、自治体や民間団体の補助金、あるいは助成金の条件として、評価を実施するということが義務づけられるということがしばしばあるわけです。しばしばというか、むしろ義務づけられるということが一般的になっています。日本の場合はまだ事業を適切に実施したかということが問われるという段階かと思いますが、アウトカムを客観的な方法で評価するということが、アメリカなどでは非常に一般的になってきているということがあるかと思います。法律の中にも、実験的な方法でその評価をしなければいけない等々の文言も含まれているというような状況があるかと思います。

それから3番目に、これも日本でも研究者の間では知られていることですが、アメリカの連邦補助プログラムの中に「ウェイバー条項」というのがあります。アメリカでも、補助金を受ける前提は、一定の実施要綱みたいなものに従って事業を実施することなんですが、客観的な評価を受けるということを前提に、この場合は州ですけれども、州が独自の方法でプログラムを実施をしてもいいという仕組みが、一部の分野で盛り込まれています。それが全国的に統一的な、全国的に一定の質、量のサービスを保証するというところへの要求と、それぞれの地方ごとの状況に合った方法でいろいろな事業を実施するべき

だという要求との間のバランスをとっていく方法でもありますし、それが一方で連邦政府の側から見ると、州に、独自の方法で新しいことを実験させて、それを全国的な制度の改善に生かしていく、そのためのツールともなっているということかと思います。

時間になりますので、不十分なところもありますが、このぐらいにさせていただきまして、後ほど足りない点は補足させていただければと思います。

○高橋分科会長 ありがとうございます。ディスカッションをすると、あと三、四十分欲しくなるような先生方のプレゼンテーションが続くかと思いますが、引き続き、お三方のレポートを伺ってからディスカッションができたかと思います。

それでは、引き続き、森本さん、お願いいたします。

○森本委員 パワーポイントに映すのは一瞬だけですので、ほとんどの時間はレジュメで説明をします。

立教大学の森本でございます。もともと社会福祉協議会の職員をしていた関係で、地域福祉とか地域福祉計画、それから先ほど平岡先生が少し触れられましたが、福祉情報などを専門としています。今、特に震災が起きてから、震災のことしかやっていなくて、前回は少しお話をしましたけれども、おとといまで、女川と石巻に行って、また少し活動の耕しをしていました。

震災になぜ関心があるかという、地域福祉から見たときに、やはり地域力とか住民力というのが相当失われていて、それをどうやって回復するか、それがもともと少子高齢化の地域ですから、そういう住民力、地域力というのをどうやって向上していくかが大きな課題で、それは言いかえると、20年後ぐらいのこの首都圏の高齢化、特に後期高齢者が激増する中での地域のつながりのなさを抱えた団地などの状況と今の仮設住宅の状況がダブるようなところがありまして、そういう意味も含めて関心を持っているということです。

きょうは、その中から、この間いろんな地域の計画づくりや、あるいは実践のお手伝いをしてきた中で、かなり重要ではないかと私が思っている、この前の第1回の審議会のときにも少しお話をしましたが、地域福祉コーディネーターの必要性と、それから前回は触れなかったと思いますが、小規模多機能型居宅介護についてお話をしたいと思います。

資料5のレジュメの1の地域包括ケアについては、もう既にここにいらっしゃる方はおおむねご存じだろうと思いますが、ただ、一般公募の委員さんもいらっしゃるので、少し整理をしてまとめてあるものです。これまでいろんな実践の場面を見てみると、(2)のところですが、地域包括ケアの必要条件として、要するに専門的なサービス、介護、福祉、

医療、看護、保健、リハ、そういうものが制度化されたサービスがきちっと連携をしているという、これはインテグレートドケアというような形で言えるのだらうと思いますが、そういう部分と、それからそうはいっても、それらのサービスは24時間、365日ずっとカバーしているわけではありませんから、その他の時間帯は、地域社会、あるいは家族や親戚、友人、知人といった、そういうインフォーマルなサポートで行われる部分があるわけですが、今、地域の結びつきが弱くなっているなかで、それがうまくできていない。だから、その②のところを少し強めていく。これがないと、①のほうも支えられないということだらうと思います。

そして③が、①と②が連動していないといけないということと、④が、それらの全体をマネジメントする必要があるということだらうと思っています。

これはケアという個別支援の場面での必要条件だと思いますが、それをシステム化した、(3)のほうでいうと、包括ケアシステムといった場合には、もう少し幾つかの構成要素が増えていくのだらうと考えています。

先ほど高橋先生が資料提供された国が出している研究会は五つの要素で整理されていますが、私は、もうちょっといろいろあるのではないかなと思って、こんな整理をしているということです。

特に、住民力、地域力を重視する立場で考えてきていますので、私の関心事は、(2)の②のところ、あるいは③のところをどうしていくかということで考えています。そのときに、地域福祉計画などで各地に配置されている地域福祉コーディネーターと、それから2005年の制度改正で、2006年からスタートした小規模多機能型居宅介護というものがかなり有効なのではないかと見えています。

次に2番ですが、「インフォーマル・サポートを支援するコーディネーター」について。必ずしも地域福祉コーディネーターの役割は、地域包括ケアを専門に取り組むというわけではなく、これも先ほど平岡先生からも出ていましたが、ひきこもりの方とか、あるいは若い人の就労なども、「育て上げネット」という組織がありますけれども、そういうようなところとも、当然、地域で起こるいろんな課題に対応するということなので一緒に動いているということです。

次の2ページ目になりますが、地域福祉コーディネーターというのは、そういう意味で、必ずしも地域包括ケア、介護や支援の必要な高齢者、障害者の支援だけではなくて、その地域のニーズを察知して、そして、それを解決するサービスや人につないでいく。特に

制度化されていないような部分について臨機応変に制度をつなぐ、あるいは組み立てる。そういう人がいることによって、先ほど言いましたインフォーマル・サポートというものがうまく機能していき、フォーマルサービスと連動していくことができるのではないかと考えています。

今、10か所ぐらいの自治体の地域福祉計画、あるいは社会福祉協議会の地域福祉活動計画のお手伝いをしています。その中で、半数以上のところで、「コミュニティワーカー」、「地域福祉コーディネーター」、あるいは「地域交流コーディネーター」、「コミュニティソーシャルワーカー」といろいろな呼び方をしていますが、その中で私がかかわっているところで一番わかりやすい図をつくっているのが市川市なので、それを少し見ていただきたいと思います。私のレジュメの一番最後、6ページです。

市川市は、国が定めた社会福祉法による地域福祉計画の策定を前倒して取り組んで、2002年度の末に第1期の地域福祉計画をつくっているわけですが、そのときに、どういう構造にしていくかということを検討してつくったのがこの絵です。地域福祉計画で新たに配置をした役割というのが、真ん中にあります「コミュニティワーカー」というのと、それからその上にあります「相談員」というものです。

これはどういうことかということ、半分のドーナツみたいな点線があると思いますが、それは地域社会を意味しています。そこには、子どもの活動や高齢者の活動、あるいは障害者の活動やそれをサポートする活動など、いろいろあるわけで、元気なときはそういうところに参加したり、あるいは、ちょっと何かあったら、そこから支援を受けるというようなものが通常にある。それから、自治体行政や、あるいは専門機関のほうには、何か非常に困ったときに、それを解決したり調整したりするような機能がそれなりにあります。

ところが実際には、ふだんの生活で、子ども会活動をやっていたり、あるいは高齢者クラブにいたりする人が、少し介護が必要になったりすると、地域から切り離されてしまって、例えば役所に相談に行くと、そのまま施設に行ってしまうとか、そういう形で、今度は地域と切り離されてしまう。そういう意味では、地域で支えるということと専門機関などが支えるということがうまく結びつく、あるいは、重篤化する前に早く見つけるというような役割を地域の中につくる必要があるのではないかと考えてみました。相談員というのは、これは市民の方に研修を受けていただいて、かなり数多く配置をする。そして、コミュニティワーカーは専門職として採用して、有給のスタッフとしてどこかに委託する。結果としては、最後、みんな社会福祉協議会に委託をすることになったのですが、

最初は、子育てのNPOなども手を挙げました。結局今は全部社協がやっていることになっていますが、そういう人を置くことによって、風通しや情報の流通がよくなるのではないかというふうに考えて、10年ぐらいやってきて、やっと地域の中で認知をされてきているかなと思います。

さて、2ページのほうに戻っていただいて、同じように横浜でも地域福祉計画のお手伝いをしていますが、もともと90年代の初頭に地域ケアプラザというのをつくって、そこに地域交流活動コーディネーターというのを配置していて、結果としては、市川ほど専門性が高いとは必ずしも言えませんが、そういう仕事をしている。それから、きょうお見えではないですが、臨時委員の山本さんがいらっしゃる立川市も地域福祉コーディネーターを配置して、これで7年目ぐらいですかね、かなりうまく動いているというふうに思っています。

そういう意味では、もちろん、例えば常盤平団地やいろんなところにいる住民リーダーの非常に優れた人が、その地域を引っ張って行って、インフォーマルな部分を組織化していくというようなこともないわけではありませんが、専門の有給のスタッフがそのようにやっていくということが非常に有効なのではないかと思っています。

次にちょっと話は変わりますが、3番目です。小規模多機能型居宅介護ということについて少しお話をしたいと思います。

小規模多機能型居宅介護も、ご存じの方も多いと思いますが、一般の方々の中にはなかなか知られていないというふうに思います。全国の事業者連絡会が出している図をここに持ってきています。どんなことをするところかという、要するに基本的には在宅ですね。自分の家において、そして通いと泊まりと訪問を適宜組み合わせるというサービスです。これはいわば入所施設で、自分の居室、食堂、風呂、あるいはアクティビティーをやる部屋、さらに廊下を行ったり来たりするのを、小さい地域の中で、自宅と、それから事業所の中にある食堂やお風呂というのを行ったり来たりして、そして、場合によっては、例えば介護をしている家族が急用でいないような場合には宿泊ができるというようなことを行うという、民間の実践の中から育ってきたもので、2006年に制度化されたものです。

包括報酬という一月で幾らという報酬なので、一月前からこのサービスを何曜日と何曜日に受けるというようなケアプランではなくて、その日その日で適宜プランを変えられるという、非常に利点があるというふうに思っています。ですから、きょうは本当は通いで来るはずだったんだけど、体調が悪いのでと言うと、じゃあ行きましょうということで訪

問をする。そういうような組み合わせで支えることができます。

それからもう一つ、3ページの(2)、(3)のところになりますが、小規模多機能型居宅介護は運営推進会議というのを設置することが義務づけられていて、その運営推進会議には、例えば自治体の担当とか、包括の担当とか、社協、あるいは民生委員、あるいは自治会や地域の住民、当事者・利用者の家族、そういう人がメンバーになっていて、おおむね2月に1回、その事業所の運営について話し合うわけです。4ページの上を見てください。3年ほど前に調査をしたのですが、運営推進会議がそれぞれの事業所によっていろんな形態で行われている。そして、それはおおむね開設してから日にちが新しいほどまだ未熟で、あるいは地域に開いているほどいろんなことをしているというようなことがわかってきました。仮に発展段階とすると、最初は、うちの事業所はこういうことをしていますという話をするだけですが、そのうち、利用者が何人とかいう報告になって、そしてその利用者や家族から要望とかが出てくる。そこまではどこでもいくんですが、そのうち、地域の自治会の人や民生委員さん、あるいは社協の人から、あなたの事業所があるこの地域にこういう課題があるとか、あるいはその事業所を利用していない認知症、あるいは介護が必要なお年寄りをちょっと見てきてくれないかというような依頼が出され、そして、優良な事業所ですと、地域と一緒にそういう問題を解決していく取組を始めています。

最終的には、3ページの三角形の図になるわけですが、事業所としては、まだ利用していないけれども、いずれその人たちは自分の事業所を利用するかもしれないという意味で、地域の中でそういう人がいることを把握しておいたり、あるいはその人たちに支援をしておくというようなことは、ある種のウィン・ウィンの関係になるということですし、それから、地域住民にとってみれば、そういう事業所が地域の中にあることによって、非常に安心して暮らしていける、ぎりぎりまで在宅でやれるというようなことになります。

それから、利用者と事業所との関係は、当然ながら、利用登録をすることで専門的な支援が受けられる。そして、そういう一体となった地域の中で、利用者はその地域から排除されることなく地域の生活を過ごす。そして、地域の住民は、そういう人たちに対して日常的な支援をするというような関係が生まれている。そんなにたくさんそういうことができる事業所が出てきているわけではありませんが、そうした事例が報告されています。

そして、地域との関係、今度は4ページの(4)ですけれども、徐々にそういう形で地域とのかかわりを持つことによって、今のような形ができ上がってきて、最終的には、その事業所が地域資源になっていくという展開がなされているところが幾つか見受けられた

ということです。

そして、今、私が把握をしている事例ですが、4ページの(5)のところ、例えば福岡県の大牟田市ですと、行政と地域包括が、小規模多機能を奨励して、そしてその小規模多機能を開設する際に必ず地域交流拠点を併設する。そして、その地域交流拠点が、その地域の自治会のいろんなイベントをする場になっていて、小規模多機能の職員がその交流拠点の世話をすることで、そこに通ってきていた方が、少し認知症が見られてきたというように早く気づいて包括に連絡をするという、そういうフォーマルとインフォーマルの部分がうまくつながるような結節点として機能する形になっています。

また、北海道の本別町や美瑛町は、社会福祉法人や社協がそういうことをしていますし、福井県の美浜町では、社協が地区割りをしたところに民家改修型の小規模多機能を置いて、そこでサロンをやる。社協自体が、その3か所の小規模多機能に社協財源で地域福祉コーディネーターを配置しているというような戦略的な展開をしています。

あと、去年の4月から訪問看護介護型のサービスができるようになってはいますが、医療との連携というのは、小規模のこれまでの弱点だったわけですが、訪問看護ステーションや在宅療養支援診療所と連携することによって、相当看取りをしている例もありますし、そういうものの完成形に近いかなと私が今思っているのは、広島県の福山市にあります鞆の浦・さくらホームという、小規模多機能型居宅介護の事業所です。

ここで、ちょっとスライドを見ていただきたいんですが、これが鞆の浦・さくらホームといって広島県の福山市にある小規模多機能型居宅介護事業所です。古い、江戸時代のお酢の醸造業の蔵を改修して事業所にしています。古くからの地域で、ほとんどその地域の人を利用者になっています。

ここを見ていただきたいんですが、小規模多機能の事業所の登録定員が24名ですが、22名が認知症です。そして、独居の人と高齢者のみの世帯が多い。つまり、独居で認知症の人をこの事業所が支えているわけですね。

それから、支え方ですが、泊まりというのは多くない。慣れてくると、職員が行って何とかするというのが多いので、だんだんと訪問回数が増えていく。そういうことをしています。この左下の写真は、行きつけのお好み焼き屋さんですが、ひとり暮らしの認知症の人がお好み焼き屋さんへ行っているのを、事業所の人はずっとフォローをし、お好み焼き屋さんにもお願いをしている。上の写真は魚屋さんですが、古くからのコミュニティがあるという意味では特殊な地域だと思いますけれども、そういうことが行われている。

そういう意味で、地域包括ケアを小地域単位で展開しようとしたときに、小規模多機能というのをそういうツールにしながら、そして、先ほど言いました地域福祉コーディネーターをもうちょっと広い単位で配置をするということで、相当程度インフォーマルな部分の動員といえますか、連結ができるのではないかと考えています。

ただ残念なことに、5ページの最後ですが、東京都の場合は小規模多機能がまだほとんどありません。それはなぜかという、一つは、介護報酬が、小規模多機能の場合は余り高くないので、事業所が渋るわけです。私は、武蔵野市の地域包括運営協議会の会長というのをさせていただいていますけれども、小規模多機能の募集をしてもなかなか手を挙げてくれる事業所がありません。

もう一つは、東京都の福祉施設に関する福祉のまちづくり指針の中で、例えば廊下の幅だとか、そういうものが、民家改修型だと全部却下されてしまいます。そうすると、一から全部新しいものをつくらなければならないので、介護報酬は低いし初期投資がかかるということになる。そして人件費も高いですから、東京都だとなかなか小規模に手を挙げる事業所がないというのが実情です。

隣の横浜市は、かなり市が積極的な支援をしているので随分展開されていて、5ページの上を書いてありますけれども、瀬谷区だとか金沢区ではいい実践をしているところも出てきています。結論的に言えば、民家改修型を取り入れ、自宅で過ごす取組としての小規模多機能と地域福祉コーディネーターを組み合わせさせてやっていくことが、これから非常に有効なのではないかと考えています。

以上です。

○高橋分科会長 ありがとうございます。最後の話は、非常に重要な話なんです。現実には、民家改修型、民家利用型の、僕は「ホームホスピスもどき」と言っていますが、それが猛烈に増え始めているんです。だから、制度の建前を通すおかげで、現実には非常に危ないもの、ホームホスピスは非常にレベルの高いものだから、それを「もどき」と言ったのは、抱え込みで、それを僕は実際に見てきましたが、まさにここでの議論として、非常に重要な議論をご提起いただき、大変ありがたく思いました。

要らぬコメントをしているとあっという間に時間がなくなりますので、引き続き、野中さん、大変ご多忙のところを恐縮でございます。よろしく。

○野中委員 皆さんの手元にある資料でお話します。

今、お話された地域の小規模多機能などの施設の問題は、まさに大きな問題です。東京

での医療の現場の実感からは、患者さん本人やご家族はまだまだ小規模多機能やサ高住などの施設に対しての知識が乏しく、すぐに特養や老健などの施設を思い浮かべられます。しかし、特養でも老健でも在宅復帰との命題があるはずですが、まだまだ施設側もこのことを十分に理解していない状況です。

私の診療所は、入院8ベッドの有床診療所で、非常に小さな施設です。食堂などを整備できないので、いまだ一般の有床診療所として活動していますが、今発表された小規模多機能施設の預かり機能が要望されます。患者さんの地域での生活を支えるためには必要なサービスと感じています。

きょうは、「人生を支える医療」と題してお話をさせていただきます。地域包括ケアについては、私も高橋先生と一緒に検討し勉強させていただきました。東京の医療については東京都保健医療計画がありますが、今までの計画作成は、医療提供側の論理が主体になって作成されてきたと考えます。しかし、地域包括ケアを考える視点では、地域に住まわれる生活者一人一人の人生のあり方に焦点を当てる必要があります。これからの医療は、病気を治すだけではなくて、その病気を抱えた人の個々の生活に着目して地域で支えるかが重要であり、私たち医療者にとっては、この支える医療を踏まえて活動することが必要です。

医学が進歩して、さまざまな疾病が克服されてきました。しかし、一方では、残念ながら、病気を抱えながら人生を歩む人たちも増えているのも事実です。その人たちの病気を的確に治すかも大事ですが、さらにその人たちが地域で人生を過ごされることを医療として支えることにも大きな役割があることを、医療者は改めて認識をすべきと思います。

この治す医療には、EBMすなわち根拠に基づいた医療が大切です。しかし、治す医療には限界があり、人が病気を抱えながら人生を暮らすときに、何を望まれているか例えば自分なりの自己実現とか、残された人生の過ごし方等の希望があるはずですが、そして、その際誰かに寄り添ってもらえることも大切です。同様に医療や福祉にも同じことが期待されていると思います。その寄り添うことは、医療者にとっては患者さんと一緒に物語をつくることであり、その姿勢こそが望まれます。すなわちナラティブとの視点が不可欠であり、すなわちこれが支える医療です。しかし、残念ながら多くの医療機関では、この支える医療について理解が不十分な現状もあります。

今回の福祉においては、「地域」がキーワードと考えます。地域の大切さを理解する際に、東京都の役割、そして区・市町村の役割について明確に理解する必要があると思いま

す。私は現在、東京都医師会長ですが、医師会においても東京都医師会の役割、そして区市町村の地区医師会の役割を明確にしていく必要性を常に感じています。東京都医師会から地域の特性を理解もせず地区医師会に要望しても、それらの要望は実現できません。そのため、その地域の特性を理解して地域の生活者を支える視点での提案こそが重要と考えます。東京都でも同様に様々な提案をされる場合には、区市町村の特性を踏まえることが、その実現に向けて重要と思います。

次の図は、今後の都道府県別の高齢者の増加状況を示しています。2025年に向けて超高齢化社会が東京、大阪、神奈川、愛知、埼玉、千葉などの大都市で著明に高齢人口が増えることを示しています。

その大都市の高齢者人口増加による課題を提示しました。特に大都市東京等の人口集中により老老介護、独居老人、孤立死、認知症、そして住まいなどの課題があります。先ほどの小規模多機能施設などについて今後速やかに検討する必要があると思います。本日は認知症について十分にお話できませんが、森本先生のお話のように小規模多機能施設でも24人中22人が認知症とのお話もあり、今後は認知症に対するケアが、なかでも最も重要と考えます。

認知症にはいろいろな段階がありますが、残念ながら医療では治すことはできません。認知症の人を医療や介護のケアで支えて、共に地域で暮らすことの大切さを理解すべきです。この認知症への対応こそが今地域に求められていることであり、地域の全ての人が認知症に対して誤解をせずに理解をして関わることで、認知症の患者さんの病状は安定します。私は認知症の専門家ではありませんが、患者さんやご家族に対して医療や介護のケアの大事さ、そして特にご家族に本人の不安な気持ちなどについて説明することによって、患者さんは落ち着き、地域でなんとか生活できることを幾度なく経験しました。

従来は認知症の人は徘徊、漏便、暴言など、様々な問題行動が多く困った存在とされてきました。今後は軽度の認知症の人を早期発見して、医療と共に介護などのケアを主体とした早期対応のシステムこそが期待されます。その際、患者さんの日常生活の維持あるいは確保することを大切にする必要があります。また様々な問題行動についても適切に対応する必要はありますが、これから増加が予測される軽度の認知症の方々への対応が今後の課題であり、これこそ区市町村の大きな課題です。

次の図は、介護保険制度が開始されてからの介護保険における第1号被保険者数と要介護認定者数の推移です。2000年の4月に介護保険は始まりました。その時点での第1

号被保険者は2, 165万人、そのうち要介護認定を受けた方は218万人、要介護認定を受けても実際に介護サービスを受けた人は約150万人でした。2012年12月には第1号被保険者数は3,059万人、要介護認定者は約550万人に増加しました。

昨年12月の要介護認定を受けた約550万人の内訳を見ますと、要支援1と2に認定された人は約150万人、そして要介護1から5に認定された方は約404万人。そのうち、要介護4、5と認定された方は約103万人です。実際、高齢者で在宅医療を受けられている方は、現在約100万人です。そして、この要介護認定を受けた約550万人から約100万人を除いた方々は、自分の家やあるいはさまざまな施設で生活されています。医療の本来の目的は病気を治すことですが、病状を悪化させないことも目的です。そして同様に介護の本来の目的は、単にお世話するだけではなく、今以上に介護が必要な状況にならない、あるいは介護を不要にできるようにすることです。すなわち要支援1、2の方々、要介護1から3の方々への介護の目的はそれ以上に進行を防ぐことに本来の目的があるはずです。その視点に今後改めて着目する必要があると考えます。約3,000万人の1号被保険者のうちの約550万人が要介護認定を受けましたが、残りの約2,500万人に対して、健康を保つあるいは介護を必要としない状況を維持することこそ、今後の2025年に向かって重要と考えます。それが地域包括ケアの本来の意義と認識します。

次は地域包括ケアの図です。左側は地域医療のあり方を示しています。まず左側の医療について説明します。かかりつけ医が日ごろの健康管理や日常病に対応します。そして病気が進行し専門医療を必要とすれば、地域の病院、あるいは急性期病院に紹介され、そして病状に応じて入院治療を受ける。そして治療を受け、なるべく早期に退院される。その際リハビリが必要であれば、集中的にリハビリを受け、病状が安定したらなるべく早期に地域に戻り必要な医療や介護を受けて生活をする。地域に戻る際、要介護が3、4、5に認定された方々には、施設に入られる方、小規模多機能施設を利用される方、あるいは自宅に戻られる方などがいます。どこに住まれようが、適切に医療や介護が提供され、そして適切な住まいを確保して、地域で生活を保障することを示していると考えます。この図においても、先ほど述べましたように生活支援と介護予防の施策が必要不可欠です。それは、主に区市町村の重要な役割と改めて認識すべきだと思います。この作業こそが地域を創ります。

従来、福祉はおおむね申請主義が主体です。早くこの申請主義から脱却をして、おせつ

かにならないように、早期に探して支援をする作業こそが重要と思います。それが提案されている日常生活圏域ニーズ調査であり、地域支援事業と考えます。この地域支援事業や日常生活圏域ニーズ調査は、実際には区市町村では真面目に取り組まれていないことが大きな問題だと思います。地域支援事業や介護予防の意義を本当に理解して実施している地域からは、成果を上げていることが報告されています。東京都は、そういう面では区市町村に対して、申請主義から脱却し地域住民の力を借りて早期から日常生活において支援を必要な人を探すことを普及させる取組が必要だと思います。

この地域包括ケアの実現には、「地域医療に必要な体制」が必要と考えます。

一つには、日ごろかかりつけ医の健康管理により病気を早期発見・早期対応することです。その際、治療を受けても改善が認められなく、病院での診断や入院治療が必要な場合もあります。病院で速やかに治療や入院治療を受けることも重要ですが、同様に病院から退院する際に、退院支援が適切になされることが、入院を受け持った病院の大切な役割ですが、その退院支援を病院が十分に実施していないことが大きな課題です。その課題克服には、病院にMSW、ソーシャルワーカー等、退院支援を行う職種がまだまだ少ないこと、そしてこの退院調整を受ける地域のケアマネや地域の医師、地域の介護従事者などの多職種協働が進展していないこともあります。病院の本来の役割は、病気の治療のみならず、退院後の医療と生活の安定の確保のほうです。入院していた病院において退院調整が適切に実施されれば、患者さんは、もっと地域に戻れると思います。地域の患者さんやご家族とお話をすると、「病院から出て行って欲しいと言われた」「なぜ病院に長く入院できないのですか？」といつも聞かれます。確かに、病院が平均在院日数短縮について求められる以前は、病状に応じて長期に入院は可能でしたように、今までの医療体制がそのような考え方を地域の生活者の方々に持たせてしまいました。その後、長期療養のため特養等の施設が整備されてきましたが、一方で利用者の病状も変化してきました。しかし、病気や障害を抱えた方も、本来は一日でも早く地域に戻りたいと思っている方もいます。その思いをどう実現するか、地域の多様な居宅を整備することも重要ですが、治療により病状が安定した際に、病院での退院支援など様々な支援により、退院後の生活のイメージが理解されれば、施設ではなく自宅に戻ることを選択される方もいると思います。このような退院支援によるアプローチが医療側には欠けていたと思います。そしてこの退院支援には病院と診療所の連携が重要です。

日常の療養支援は、病院からの退院支援を受けて、住み慣れた地域での生活を支えるこ

とです。病院での暮らしと地域での暮らしは全く違います。また病院での医療と地域での医療、すなわち在宅医療も異なります。患者さんは地域での生活が主体ですので、生活支援を主体とした医療機関の取組こそ重要になります。またその際には、地域のケアマネジャーをはじめとする訪問看護師や訪問介護の人々の多職種との連携が不可欠です。この多職種協働の実現にも病院での退院支援は重要なのです。

そして、地域で療養をする方々にとっても、病状が急変することがあります。その際、急変時の対応が大きな課題になります。若い患者さんの場合と同じように、救急車を利用して急性期の病院に行くのが現実の対応です。

しかし、急性期の病院は、患者さんの救命が目的の医療機関ですので、時にはご本人の意思が結果的には無視される対応もあります。高齢者の看取りは救命しなくて良いのかとの議論をするつもりはありませんが、日頃のご本人の意思を尊重する急変時の対応もありますので、その実現が現場での一つの課題です。東京には648の病院があります。そのうちの400病院が200床以下の病院です。今後この都内の200床以下の病院と地域の診療所が新たな連携をする高齢者に対する救急体制を構築する必要があると考えます。それには、日頃から患者さんやご家族と情報を共有し、そして幾度となく意思の確認をすることが重要です。

その様な体制の構築が必要ですが、患者さんが望む看取りと望まない看取りを実現しようと行動しても、残念ながら最後の状況によって患者さんやご家族の意思も変わることも、我々は理解をすべきだと思っています。そのためにも日頃から支える医療を多職種の皆さんと協働して患者さんの人生を物語るナラティブすなわちNBMの医療が必要なのです。

次の「地域での生活を支えるために」についてお話しますが、一つには医療との連携が不可欠です。医療が全てではありませんが、適切な医療の提供は欠かせません。従来の介護の様々な施設においても、今後はケアマネジメントに基づいた介護と同様に適切な医療の提供が求められます。

それから、24時間対応の在宅医療、訪問看護などの充実強化、介護サービスの充実強化等が不可欠です。さらに最も大事なのが介護予防の推進です。すなわちできる限り要介護状態にならないための予防や自立支援型介護が、全ての人たちに提供される必要があると思います。さらに多様な生活支援サービスの確保、いわゆる見守り、配食、買い物などです。これらのサービスは、要支援1、あるいは要介護認定で非該当と認定された方々に対して提供され、介護保険を利用しなくても済む状況を維持することも必要です。

それから、東京都の大きな問題には、住まいの問題もあります。私の住所は浅草ですが、浅草にもこの住まいについて地域の空き家を活用した取組もあります。

今まで様々お話ししてきましたが、最も大切なことは、やはり地域の生活者お一人お一人にかかりつけ医を持っていただきたい。今、巷で医療が語られる際、神の手の医療あるいは名医探しが、しばしば話題にされます。気持ちは理解できますが、これからの医療において、名医は地域の医療システムで対応すべきものです。日ごろ何でも気軽に自分のことが相談できるかかりつけ医を持つことが、適切な医療を受ける始まりと思います。そして医療にも、患者さんの日常生活を把握して、医療を提供することが望まれ、それがかかりつけ医の役割です。かかりつけ医は病気を治すとともに、患者さんへの生活支援が必要であれば、患者さんの住所地の地域包括支援センターに連絡をして生活支援の有無を判断して支援します。その際、申請主義ではなく、生活支援の必要な方を住民と協力して新たに発掘することも、かかりつけ医の大切な役割です。改めていつでも気軽に相談に応じるかかりつけ医を、認識をしていただきたい。

しかし、かかりつけ医は全ての疾患を治せるわけではありません。診察にてまず日常病であれば治療を開始します。治療を開始しても病状が悪化するようであれば、専門医に紹介します。また、診察により専門医の対応が速やかに必要と判断すれば、直ちに専門医に紹介します。それが一般的なかかりつけ医の行動です。このかかりつけ医の普及こそが改めて大切です。

そしてさらに病院で入院治療を受けて病状が安定すれば、病院の専門医と連携をして地域の診療所医師が支える、これもかかりつけ医の役割です。それらのかかりつけ医の役割を通じて、地域包括ケアを医療の面から、そして介護の面から支えることにより、住み慣れた地域で安心して生活できると考えております。

どうもありがとうございました。

○高橋分科会長 ありがとうございます。非常に刺激的なお話をいただきました。

引き続き、秋山さんのほうに、まさに接続するテーマでもありますので、よろしく願いいたします。

○秋山臨時委員 私は、もともとは訪問看護を二十数年やってきたもので、ヘルパーステーションも運営しながら、現在は、高齢化の非常に進む戸山ハイツの中で「暮らしの保健室」という相談の窓口を開いております。そこから見えることをお話ししたいのですが、準備してきた材料は非常に多いので、必要なところを、個別の対応の事例を基にお話をさ

させていただきます。

もう皆さんが話されましたので、飛ばしてご説明します。「在宅医療・介護あんしん2012」ということで、去年は在宅元年と呼ばれ、在宅推進は国を挙げて進めているということだと思います。これは野中先生が説明されたので飛ばしますが、これまでは、病院からの退院のところからスタートしましたが、「日常の療養支援」というのを真ん中に置いたということに、私はとても画期的だと思って、この図は大変いいなというふうに思いますので、これを取り上げております。

通常は、こういうふうに入院している病院から在宅生活へ向けての流れがある、これは新宿区が出しております在宅療養ハンドブックの中の絵柄です。ご参考にとり上げております。

実際はたくさんのネットワークがこのように働きながら、その中で、医療保険、介護保険同時に使えるサービスとしての訪問看護があります。現在、新宿区内には16か所、今17に増えておりますが、訪問看護ステーションはこのように機能しているということです。この辺は私どものステーションの利用状況等の紹介ですので、ちょっと見ておいてください。

現在の日本では、8割の方が病院で亡くなっております。少し前に、多摩地区の特養の相談員の方の看取りの研修に出ましたときに、自分たちのところはやっぱり医療体制が手薄なので、結局は死亡確認のために救急車に乗せざるを得ないという、相談員の方たちの悲痛な叫びみたいのを聞きました。この辺のところを本当にどうするかと、すごく大きな課題だと思います。

そして、救急隊員は、あそこから呼ばれたら、そういう人を運ばなきゃいけないということを自覚しながら運ばれるそうです。ちょっと問題ではないかなというふうに思って、この End of life care を考えるのには急性期病院も一緒に、つまり医療と一緒に考えないといけない。施設中での看取りを進めるためには、じゃ、どうしたらいいかというのも課題ではないでしょうか。

この辺も飛ばします。

もう一方、きょうは認知症の話題が結構出ておりますけれども、がんの方も高齢化とともに増えてきます。がんの治療の様相が非常に変わってきておりまして、最後のところ、最終コーナーを回ったところで、しかも超高齢の方も含めて、最後の1週間だけとか、3日間だけとかいって訪問看護につながってきます。それでは余りにその方の、それこそQ

OLは保たれないのではないかなという気がしております、早目からの相談が必要ではないか。

これは暮らしの保健室で相談をした、手術の前から相談を受けた方の、時系列に沿った相談の経過です。一番下、赤い丸のところ、暮らしの保健室のかかわりがあります。アウトリーチをしたのは、術後の病状説明を、家族の不安をとるために出かけていったというようなことです。後ろのほうには、緩和に移行するときに、また再び相談に乗っています。「ゆっくり話を聞いてもらいながら自分なりに整理ができた」、「本日はすぐにお会いでき、丁寧なお話だけではなく詳細な資料もいただけて心強く思いました。娘ともども落ち着いて考えることができました」、これが大事だと思いますけど、その結果、上のタイトル、「自己決定能力の回復」ができたということです。この方は、自分で物が考えていける方なので、身近なところでゆっくり話を聞き、そしてその方の考えがまとまるようにしていくという相談支援のあり方というのが非常に大事ではないかなというふうに思います。

がんのことも、直接この福祉の審議会というか、こういう中では、話題とは別だろうと思われるかもしれませんが、がんと認知症や、高齢化に伴うがん患者さんは非常に増加しております。やっぱりこれも医療とのかかわりでとても大事な観点ではないだろうかというふうに思って、出させていただいております。

現実的な実際は、本当に見放された思いを抱いて在宅につながってくる。家にいるということがそれほど見捨てられた状況なのか。いいや、そうじゃない。この間も、毎日新聞の若い記者が取材に来られまして、いろいろ聞いてもなかなかかみ合わないの、在宅っていったらどういう人を想像しますか」と言ったら、「認知症と寝たきりだ」と言う。余りのイメージの貧困さにびっくりして、ちょっと映像を見てもらい、こういう方もいらっしゃるんだというのを見ていただいて初めて、「ああ、わかりました」と言いました。やっぱり在宅のイメージは暗い。そうではない。もう少しQOLを高めた状態で在宅を過ごしていただきたいというふうに強く考えています。

ところが、実際、在宅で過ごしておられる方が、ちょっとしたことで救急搬送されます。その要因がこういうようなことです。実を言うと、その大もとが隠れた脱水。認知症の方は、口渇感がないので、知らず知らずのうちに脱水に陥り、食べたり飲んだりするものが少ないと低栄養になっています。ある意味この悪の循環に入っている。そこを予防しなきゃいけない。これは医療の前の状態ですよね。医療の前の状態でこういうこと

を早く見つけて、救急入院しない地域、それから医療へ本当に適切にアクセスできる人を育てることが大事ではないでしょうか。

そして、高齢者が入院すると、先ほど野中先生が言ったように、早く退院調整して家に帰す努力をしなきゃいけないというのは、一気に、病院は安全が第一義な体制です。必ずいろいろと抑制がかかります。そして、経口摂取「止め」になって、今度は再び開始になったときに、十分にケアが受けられないということがある。そうすると、胃瘻が勧められます。胃瘻も必要によっては非常に大事な治療の一つではありますが、そうではない状態で胃瘻がどんどんつくられています。そして、結局、胃瘻、腸瘻になると在宅は無理でしょうと言われていた。

逆に、胃瘻、腸瘻で在宅に戻ってきたら、今度はケアする体制に問題がある。デイサービス、ショートステイが使えない。ヘルパーさんではできないとか、今、改善されて、そういう体制が整いましたけど、それが追いついていないので、本当に在宅では混乱しております。そういう状態が起きてくる。そして、胃瘻になった方は、吸引の回数も増えるというこの図です。

救急車を呼ぶときに、地縁が切れ、いろんなところに相談ができないので、救急車はやっぱり呼ばざるを得ない。東京消防庁は「#7119」を整備していただき、非常にこれは効果が上がっています。でも、それを使うためにどうしたらいいか。これも新宿区版在宅療養ハンドブックの中の1ページです。救急車を呼ぶというのはどういうことか。救急車を呼ぶときの内容、「#7119」を使うためのこのガイド、こういうものをやっぱり都民というか、住民にちゃんとしないと、何でもかんでも救急車を利用していつています。救急搬送に1回出動17万というのを聞きましたけれども、もうちょっと高いところがあるかもしれません。

そんなことで、実は行政の中の仕組みの中に、急性期の病院の中の方のイメージを変えていただくために、看護師を在宅で研修できる仕組みを入れました。その辺がここに書いてあります。この図の下の方に、病院職員の訪問看護ステーションでの実習研修を、1年間に30人、3日間ずつ、16か所のステーションで受け入れるという仕組みを考えて、これで5年目になります。大変大きな効果を上げています。

それと、みんな病院志向です。何かあったら病院、ちょっとしたことで病院。それではない。どうやったら家で過ごせるのか、最期まで家でいれるのかということで、こういうシンポジウムを開催してまいりまして、これは2007年から続けております。看取りを

されたご家族の、つまり利用者目線というのか、平岡先生も先ほどシステムのプログラム評価の話がされましたが、やはり利用者評価というか、使う人たちの考え方、その目線で参画をしていただかないと、何も変わっていかないんじゃないかなと思い、こういうことをしてきました。そうしましたら、その中の聴衆の一人が、空き店舗のオーナーです。そして、この都営戸山ハイツ、新宿区は全体で20%弱ぐらいの高齢化率にもかかわらず、今年の2月1日で高齢化率48.3%、ここだけ断トツに上がっている団地の中で、暮らしの保健室をオープンしました。写真を見てください。

実を言いますと、このモデルにしたのが、イギリスの新しいがん相談の形、「マギーズ・キャンサー・ケアリング・センター」というところでした、このような形です。こんな感じでやっております。

一番右端、これは2年前にがんで手術を受けた方。その後リンパ浮腫が起こって、毎日の生活がづらいということで相談に来られました。こちら、ご家族の相談に乗っています。時には、保健室というので子どもも来ます。最近では、お子さんを連れのお母さんも来られます。つまり、ワンストップの機能がありますので、世代を超えて受け入れる。つまり、申請ではない、自然な形で来るということです。

ここに多くのボランティアが協力をされています。その協力者の内容は、これまで、在宅医療・訪問看護を利用してご家族を看取ってくださった方々です。これはある意味、先ほどから出ています「地域力」というか、そういうことの活用にもつながるかなというふうに思います。

平成23年度、平成24年度、在宅医療連携拠点事業という国のモデル事業を受託しまして、事業を展開しましたので、このようにさまざまな連携会議を開催し、勉強会を開いてきました。そういう意味では、この場で地域ケア会議を開くということにもつながっています。

ここにはさまざまな、分野を超えた方々がたくさん参画をしてくださっておりまして、さまざまな事例をこのように提示をし、連携というのは段階があるということが先ほどブレゼンの中に入っていましたけれども、具体的に見える形で進まないといけないので、連携の可視化というものを行っています。こういうご家庭も増えていると思いますが、単身の高齢者が、単身の兄弟を見る。そのときにさまざまな問題が生じる。病気に関する医療の問題だけではなく、介護の問題も、周りの家族関係の調整も含めて、そして、この大きな病院と地域のクリニックとの関係もある。これは、地域のクリニックの先生のところに情

報がきちんと戻り、地域のクリニックの先生が主治医意見書を作成して、介護申請ができるようにしたという、そういうアプローチの一つの事例です。

これもまたよくあることです。都会でもですが、全国的に、科別に、臓器別に分かれているので、なかなかこれが理解されない。半年遅れで食道がんが見つかり、そのときに、なかなか本人の意向が酌み取られにくく、難しいところを連携の組み替え、調整を行い、つまり、先ほどは福祉コーディネーターということがありましたが、医療の少し知識を持った者がコーディネートというか、相談の窓口にいることで、繋ぎ替えをしているということです。そういう意味で、地域の中のさまざまな医療、福祉、介護、さまざまな連携の中で、ハブの役割をする訪問看護というのを、活用してもらえればと思います。この事例は24時間体制がなかなかとれない中で、認知症で肝臓がんの方を、認認の状態のこの人たちを多くの機関を巻き込んで、最期を自宅で看取った、これもまた同じような例です。

つまりは、看取りもかなり意識してやってきましたけれども、もっと川上の予防からしていけないといけない。そういう意味で、今、暮らしの保健室をやっておりますが、その中で典型的な例をちょっと挙げさせていただきますと、これは80代のひとり暮らしの方です。この方は介護保険で要支援2の認定を受けている。ですが、この老人クラブ、これは地域支援事業です。この方は、ご主人を見送った後、お子さんがいないひとり暮らし。実は88歳で、遠くに親戚がいる。要支援2だと特養の申請ができない。年金暮らし10万以下の収入。一人で不安なので、どこか施設を探したいということなんです。その年金のレベルだと難しい。周り近所に、いろいろと不安があるとドンドンたたいて早朝から頼る形になった。でも、周り近所の人が高齢化している。だからいちいち来るなど、関係が悪化するわけですね。そうすると地縁が切れると、老人クラブの地域支援事業での大切な関係、ここは切りたくない。でも、要支援2が出ていると、介護保険のサービスを使わないといけないですね。そうすると、これが本当にいいかどうかわかりませんが、お金の出どころが違うということで、K館の老人クラブを使っている限り、支援の予防デイは行かれませんかと言うわけです。

そうすると、この方はいろんな不安があるので、社協のちょこっとサービスのヘルパーさんを頼みたい。それから、そういう地域包括にも何か相談があったら、単体でこうやって行くわけです。解決ができないので、具合が悪くなると救急車で大病院へいつも行っているオオカミばあさんの一人です。それが、施設をもう探したいというぐらいに切羽詰まった状態になり、9万以下で、生活費を外した状態でどこがあるかという相談を、いろ

いろ地域包括、社協等にするんですけど、堂々めぐりなために、時間をとってられないので、あそこへ行ったらよく聞いてくれますよということで、暮らしの保健室へ回されました。そのときは、有料のホームを探すためのパンフレットを6枚持っていた。有料ホームを紹介する窓口パンフレットが6枚、それを渡されて、うちに来ました。

この医療の関係、福祉の関係、ここのお互いにお互いに情報共有がされていないので、地域ケア会議を開き、医療との関係も少し整理をしていくことで、だんだん、例えば近所の友人との関係も、相談する窓口があることで気にならなくなる、むやみに救急車を呼ばないという状態になり、今、QOLが増進し、ひとり暮らしを続けていると。それこそ地域の見守り体制を強化しながら生活している状態です。

この暮らしの保健室を開設しまして、医療や行政サービスが必要ではない人、受けていない人も利用できる。つまり、外来以上在宅未満というのか、それよりもっと健康な状態、比較のお元気な状態ですね。そして、医療や、いろいろな行政サービスを利用していても問題解決に至らない人も利用していて、利用者中心の連携がなされ、問題解決に向けて、暮らしの保健室がコーディネートしているということだと思います。

最近の事例では、脳性麻痺を抱えたお子さんが40歳になり、親御さんが70歳。ちょっとした風邪で耳鼻科を受診させたいんだけど、耳鼻科の診察台に乗っていることができないので、全身麻酔をかけなければいけない。どこも診てくれない。ずっと診てくれた小児科医は、高齢になって頼れない。何かというと、大きな病院に行かなきゃいけない。そういう、40で、これから高齢化してくる、そういう障害を持ったお子さんを誰が診てくれるのかと、そういう相談です。

それから、やはり高齢になった親御さんが、施設に預けたけれども、その後の後見も含めての相談。そういう障害を持つ方々が高齢化している。それを誰が一体どう見るのか。地域の中でのネットワークはどうつながるのか。本当に悩ましい問題がたくさん、この相談の窓口に寄せられています。それも東京都の課題ではないでしょうか。

「つながる力を信じて歩む」ということで、私のプレゼンを終わらせていただきます。ありがとうございました。

○高橋分科会長 12時までということですが、本当にいろんなものが詰まったプレゼンテーションを4人の方から伺いました。これをどう整理していいかということはあるんですが、きょう、それから次回もプレゼンテーションをお願いしておりますが、全体を踏まえながら議論を方向づけしていく必要がございます。少しディスカッションの時間がござい

ますので、そういうことに向けた作業も含めまして、何かご意見をご自由に。

ちょっと順番を間違えたなと思っていて、平岡さんに一番最後にやっていただいたらよかったなと。というのは、それぞれの実践を、ある種の評価をして、プログラム評価をしていくという、まさに先ほどの救急車を呼ばなくなった事例なんてその典型で、ネットワークができていくと、救急車を使うという医療行動が変わってくるというのは、大変大きなプログラムの、アウトカムも含めたいろんなシステムの変化になるわけです。今のところは救急車を呼ぶと。これは1件当たり幾らというデータがあるはずですが、それがなくなることによって、明らかにさまざまなベネフィットが生まれて、それを実は今の時代は財布が全部違うので、秋山さんのところに入らないわけです。まさにそういう意味で、秋山さんのところが減ったから、ツーペイでお金をちゃんと入れるような仕組みができると、こういう活動というのはますます普及してくるんですが、それがあある種の一方的な負担でやらざるを得ない。しかし、それは制度化した途端に、みんな行かなくなるということがあるので、それは曰く言いがたい話が多々ありますが、そういう議論につながる話だなと思いつながら伺っていました。

これは私からちょっと要らずもがなのお話というか。どうぞ、ご感想やコメントを含めて。

○栃本委員 森本先生にお尋ねしたいんですが、先ほどの多くの自治体とのかかわりの中で、小規模多機能についてお話ししていただきましたが、4ページ目のところの福岡県大牟田市の小規模多機能に地域交流拠点が併設されているというお話でした。この場合、小規模多機能のところ併設した地域交流拠点における人件費はどうなっているんですか。

○森本委員 基本的には、地域交流拠点ということで人は置いていません。小規模多機能の職員が対応している。ただ、予防の体操等をやると、市から少しお金が出ますが、それ以外のところは、基本的には職員は誰もいない。地域の人が勝手に使っています。

○栃本委員 対象のときは自治体から出るんですか。

○森本委員 予防の対象については、その体操の委託費が少し出ます。それ以外は、建てるときに、交流拠点に対する建築の設備の補助が出ているはずですよ。

○栃本委員 そうですか。私は、横浜市青葉区の地域包括に2日に1回、行っているんですよ。かなり重篤というか、一番最後の段階まで見ているようなところでして、通いもあれば、ステイもあり、併設して認知症のグループホームがある。それで回転しているので、かなり業務量が多くて、僕の知っている限りのところだと難しいなというのと、その人の

手当というのはどうなっているのかなと思いました。

○森本委員 横浜の場合だと、地域ケアプラザ、人口370万で、最終的に145か所ぐらいで、大体2万8,000に1か所ぐらいのイメージです。大牟田は、10万5,000人ぐらいで23か所小規模があります。だから、1か所4,000か5,000ぐらいしか受け持たないので、本当に町内会の人たちが集まるような小さな拠点です。ですから大体見知った関係の人たちが、お茶会だとか、お花の会だとか、そういうのをやっていて、借りるときと返すときだけ小規模の人が少し見て、その中で調子が悪いとか様子が変わってきたような人をチェックしているというぐらいのことしか基本的にはやっていない。

○栃本委員 ちなみに、その大牟田市の小規模多機能の経営主体はどこですか。

○森本委員 医療法人だったり社会福祉法人だったり。やっぱりでこぼこはあるのですが、白川病院というところでは、病院のMSWが、サロンや拠点に介入しているので、かなり組織化してできています。

○栃本委員 ちなみに横浜市のカケアプラザは、青葉区に限って言いますと、小高い丘にあるんですよ。だから高齢者は行けないというのがありまして。

それともう一つは、5ページ目のところで、これは後日で結構ですが、広島県の福山の部分が興味深かったんですが、認知度の2のように程度のついた一覧表がありましたが、要介護度は書いてなかった。

○森本委員 そのことは向こうに聞かないとわからないので。

○栃本委員 結構軽い人が行っている。

○森本委員 軽い人は、本当に軽い要支援の人はいないですね。

○栃本委員 いないですよ。

○森本委員 ええ。だから、2から3ぐらいです。ただ、かなり認知症の重い人もいるし、認知症の利用者が認知症の利用者を支えているというようなこともたくさん行われています。

○栃本委員 それともう一つ、これは本質的なことでもあるんですが、森本先生のお話の部分で、全体の東京都として、ある意味、非常に特殊じゃないですか。地域包括ケアの中で小規模多機能のボリュームというのをどの程度考えるかは結構重要だと思うんですね。

あともう一つは、2006年の改正と2012年の改正で全く意味が異なります。地域包括の持つ意味が変わってしまっているのです。例えば野中先生が話されたような診療支援、診療所であるとか、そういう中でももう少しダイナミックに考えていかないといけない。東

京都がいろいろ提案するとしたら、その部分が重要だということと、地域包括ケアという2012年以降のモデルというか、発想が全然違うから、その中で小規模多機能のボリュームというのをどのくらいにしたらいいのかとか、そういう議論は必ず今回の検討分科会でしなくてはいけないなと思いました。

それともう一つ、平岡先生の一番最初のご発表の部分で、たしか地域包括ケア、要するに個々のサービス評価というのと、施設の中におけるサービス評価。2012年の介護報酬の改正の際に、医療サービスなどを基にして介護サービスの評価をして、介護報酬につなげようとしたんですが、やはり多職種というか、いろいろかかわりがあるので、どうやって判断するのか、現実的には難しかったというのがありますね。

それに変わり得るのは何かということで、2012年以降、先ほど「検証」という言葉も平岡先生は使われたわけですが、地域包括ケアの実施に関する評価指標を定めるというようなことがかなり重要になると思うんですよ。個々のサービスにはいろいろかかわっているから、それは秋山さんのところが9割方役割を果たしていますよとか、そういうのは難しいじゃないですか。

だから、そういうのとは違う形で、地域包括ケアシステムの中における実施に関する評価指標を定めるというようなものが、たしか老健局でも作業をするということになっていたと思うので、そこら辺もむしろ東京都のほうで先行するぐらいの形にしないといけないと思います。

少なくとも、今年4月から始まっている市町村介護保険事業計画は、端的に言うと失敗ですから。全然新しいものが盛り込まれていないし、認識も行政がしてなかったということがありますよね。だから、それを切り替えるぐらいの感じを、ちゃんとメッセージとして東京都として出さないと。その中で、さっきお話した個々の評価ということとは別に、地域包括ケアシステム自身の評価というものは、かなり議論しておかなくてはならない。

あと、秋山先生にも、それぞれあるんですが、せっかくですから次回ももう少しぐらい話をして、私の話はいいですから、むしろこれを深める話をしたほうがいいと思います。

以上です。

○高橋分科会長 本当は実はもう1時間ぐらいとりたいなと思っていたんですが、時間の関係もございまして。ありがとうございました。

何かコメントを、どうぞ。

○野中委員 私も、以前、東京都の仕事で特養や老健の評価事業に参加しました。個々の

施設の内容を評価する際、地域との関係すなわち地域の医療機関との連携、地域の他の施設との関係の評価することが大切だと思いますし、地域を評価する視点が必要だと思います。

○高橋分科会長 ちょっと笹井さんと目が合って、多分発言があるなと思いましたので、よろしく。

○笹井臨時委員 まず1点目は、栃本先生がおっしゃった地域包括ケアの評価なのですが、これは高橋紘士先生と一緒に研究をやったときに、国立保健医療科学院の筒井孝子先生と、地域包括ケアの評価という、地域包括支援センターだけの評価では面的なケアシステムは構築できない、地域包括ケアの推進のためには市町村の保険者機能が大きな要素となっているという観点から、それぞれの市町村がどういうふうコミットしているかということで、評価指標を出したことがあります。「地域包括ケア」が「地域崩壊ケア」になってしまわないように、保険者の「事業計画・政策立案の状況」「地域連携の仕組みづくり」「介護支援専門員支援」などを評価軸として保険者スコアを出すというもので、たしか高橋先生の研究会の後、厚生労働省老健局がその研究成果をもとに全国調査をしたエビデンスがあると思います。

それから2点目は、森本先生がおっしゃった小規模多機能の東京都展開をどうするかという問題ですが、武蔵野市は介護保険導入に伴い「テンミリオンハウス」という形で、地域の福祉団体や地域住民の方々が、市の補助を得て、地域密着型のデイサービスやショートステイなど施設ごとに特色ある事業を展開しています。どうしてテンミリオンかということ、年間1,000万円、テンのミリオンですから、年間1,000万円を市が補助して、住民支え合いの事業を自由な形でやっています。テンミリオンハウス自体には訪問事業の併設はないのですが、運営主体が系列のNPOの訪問事業をやっていると、泊まり、通いプラス訪問というような形でサービスを提供しているところもあります。そもそも、小規模多機能のサービスを創設するとき、当時、厚生労働省の方々と、「果たして大都市で展開できるのか」、都市で必要なのは、土地がないので、小規模でなくても大規模でも多機能性を持たせるべきではないのかと。24時間施設の中にいろんな機能を付加させた上で、施設なんだけど「通い」「泊り」「訪問」による在宅の拠点になるようなサービスモデルというのが必要なんじゃないかという議論をしたことを覚えています。

森本先生ご指摘のとおり、武蔵野市はずっと小規模多機能を誘致しておりますが、手を挙げる事業所がないので、今年度はグループホーム2ユニット併設型の複合サービスで公募させていただこうと思っておりますが、東京都独自の制度の検討も必要だと思います。

3点目は、医療と介護の連携もよく言われるんですけども、私どもは、武蔵野三鷹地域で、脳卒中地域連携パスを2008年につくりましたが、当初は関係者間で言葉がかみ合わなかったですね。医療者と介護側の言葉の相互理解がなかなかできなくて、机をたたかれたり、熱い議論を戦わす中で、当時の武蔵野赤十字病院の富田院長のご尽力でようやく合意に至りました。例えば在宅介護側が「そういう脳卒中の患者さんを在宅で受ける場合には『サ責』と相談しなきゃいけない」「『サ責』って何」とドクターが聞きます。それからドクターやリハビリ関係者は、「FIMの点数でいくところなんだけど」って、「FIMって何」というところから始まります。

そういう意味では、もう少し医療と介護の言語を相互に学び合うというか、共通言語をつくり出すということが必要かなというのが一点でございます。

それから、病院と在宅の連携といった場合は、秋山先生の取組はもう前々から共感をしておりますけれども、やっぱり病院側のナースやドクターの皆さんが、在宅での患者さんの生活がイメージできてないということが非常に難しい課題です。武蔵野市は認知症相談事業について、武蔵野赤十字病院と協定を締結して病棟や外来の看護師さんに同席をお願いしています。看護師さん側は、自分の病院の患者さんが、在宅で家族がどういうふうな苦悩をしているかというのがわかる、一方、相談する側も、我々だけが相談するよりも、日赤病院の看護師さんも自分たちの相談にのってくれている、と安心感が高まるという相乗効果を生み出しています。そういうふうな工夫をしながら、やっぱり単に医療と介護の連携だけじゃなくて、病院と在宅の連携というのも一つ大きな課題かなというふうに思っています。

○高橋分科会長 次回の予告編にもなりましたので。

○栃本委員 ちょっとよろしいですか。

○高橋分科会長 はい、栃本さん、コメントを。

○栃本委員 私が地域包括ケアシステム、地域包括ケア体制自身の評価と言ったのは、地域包括支援センターの機能というのとは全く別なんですよ。2006年の地域包括ケア云々というのは、実際は地域包括支援センターなんです。あれは、コンプリヘンシブなサービスを提供するとか、そういう意味だけなんだと。2012年はインクルーシブなんだと。だから、地域包括支援センターの評価をしても、これからは全然だめなんです。端的に言えば、そもそも2012年以降のモデルは、地域包括支援センターを中核になんか置いてませんから。

地域によって違いますが、そこら辺を認識しないと、本当に医療、看護の実質的な連携とか、そういうのはできないから、そこをよく考えなくてはいけないと思っています。

○高橋分科会長 これはまたシンポジウムをしなくてはいけないお話ですが、地域包括支援センターの政策意図と現実の明らかに離反があったんですね。東京都はそれを介護予防センターだと規定をしたと、公然と僕はどこかで批判したことがあります。あれは間違いだったんですが、残念ながら、そうとられるような現実があったということは事実なので、そこら辺はまたにします。

ご承知のように、今回の2012の議論でも、実は地域包括支援センターの話は一言も出ていないんです。出てないということの意味が非常に重要でありまして、実は2006年段階では、介護保険に障害を入れる話があったので、地域包括という議論になった。ところがそれが消えましたので、という非常に重要な事情があったのですが、それはちょっとまた別の議論で。

これは、高齢社会対策部ではなくて、福祉保健局の審議会でございますので、それはまさに福祉保健局の中で、きょうの議論のように、社会福祉が、ケアを通じて、医療、介護、看護、まさに野中先生のお話で言えば、支えるようになった途端に、生活支援という福祉サービスと言われているものの出番が実は要求されているにもかかわらず、何となく世の中の的に見ると、社会福祉のほうが嫌だ嫌だと言っている節がちょっとあって、実力不足もあると思っているんですが、そういうことを含めて、どう再構築するか。

それから、東京都の議論というのはまさに次回、笹井さんからお話ししていただけたと思いますが、僕は、あえて言いますが、都道府県が随分、今、市区町村の独自の動きを邪魔しているという側面が結構あるんです。東京都とは言いません。都道府県と言っておきますが、だけれども、一方で自治体のほうが、都道府県や国依存というか、やりたくない、やりたくないと言っているところがありますので、そういうことを含めて、東京都の議論としてそこら辺をどうするかという話はいろいろある。

それから、東京都は結構福祉サービスの評価については先導的な仕事をしているのですが、逆に、今それをもう一回見直しをする時期だ。長崎の例のグループホーム火災のときの評価指標と情報公開を全部調べたんです。実はめちゃくちゃだったという。これは朝日に若干コメントしたんですが、記者はよくわからなかったらしくて。あれは、評価と言われているものがものすごくいいかげんだということが、改めてあぶり出されてきたような気がします。

○平岡委員 すみません。二点だけ。地域包括ケアシステムの評価指標の話が出ましたが、それは、先ほどの分類で言うと業績測定に当たるもので、ちょっとプログラム評価とはまた違ったロジックが働いているんですが、それで、例えばイギリスでどういうことが行われているかということと言うと、秋山さんのご報告の中で、高齢者の救急搬送をいかに減らすかというお話があったんですけども、イギリスの在宅ケアの成果指標として、高齢者の緊急入院率というのがあって、要するに少ないほうがいいということなんですね。それがなぜ重要なのかということは、秋山さんのお話でよくわかったような気がしましたし、ですから、そういうケアシステムの評価の指標ということの背景に、そのようないろんな専門的な知識が詰まっているというか、いろんな議論の積み重ねがあって指標が出てくるということが重要じゃないか、ということが一点です。

それからもう一つは、暮らしの保健室が非常に地域の包括ケアのシステムの中で重要な役割を果たしているというお話がありましたが、やはりいろんな地域を見てみると、必ずしも公式的にここが中心になるというところではないような、ちょっとした相談窓口が非常に重要なネットワークの中心になっているというようなこともあって、ですから、それが本来行政がやるべきことをやっているということで、「行政がやるべき」というふうに捉えるのか、あるいは本来の地域包括支援センターが中心になるべきだというふうを考えるのか、それとも、それぞれの地域のやり方があるので自由にやってください、みたいに考えるか、例えば東京都として幾つかのモデルみたいのを設定して考えていくのか、というような議論もあったらいいのかなというふうに思いました。

○高橋分科会長 それでは、ちょっと時間になりましたので、最後にちょっと締めてください。

○小林副分科会長 まとめをするつもりはないのですが、きょうの皆様方のご発言を伺ってまして、これからの議論の前提にしたほうが良いと思ったことを幾つか申し上げたいと思います。

1番目は、「住民の側からみて」ということなのですが、今「アウトリーチ」という言葉が使われ始めています。「アウトリーチ」ということになると、住民がどのくらい支援のシステムにアクセスするかということが大きな問題になります。言い換えるとアクセスができない人がいるわけですから、当然専門機関の側が、何らかの形で、こういう情報がありますよというような利用支援の仕組みを地域で持ってないとうまくいかないだろうということで、このことを住民とどのように認識を共有するかということがあると思いま

す。

2番目は、東京都の地域にはいろいろなサービスや拠点があるということを前提にしていいと思います。ただ、決定的に問題になっているのは、それらのサービスの間の連携と、調整、コーディネーションのような仕組みが問題になっています。つまり、個々のサービスに任せてしまうとうまくいかないで、いろいろな情報を共有し調整する仕組みが必要です。もちろん、居宅介護支援事業所や介護支援専門員がいらっしゃるのですが、まだ十分ではないということなのではないでしょうか。もう少し地域において、いろいろな情報を調整して提供したり相談に乗るといった機能をどのようにするかが、東京の場合には重要だろうと思います。

地方の場合には、ある意味ではやりやすいかもしれませんね。地域住民や地域の機関、サービス、施設や病院等も組織化できるような地盤があるような気がします。大都市の場合はそれがないとしますと、意識的にその調整の仕組みをつくる必要があるだろうと思います。

これを実施するには、やはり行政が基本的に後押ししないと難しいだろうと思います。行政がどのようにして地域ごとに調整の仕組み・システムを設置していくかについては、やはり政策的な対応が必要なだろうと思います。

一応このようなメモは作ったのですが、簡単に言えば、インフォーマルな住民の連携の仕組みと、それからフォーマルな専門的な仕組みと、それをつなぐ連携の仕組みを整理していく観点から、今、東京でどのくらいそれらが進んでいるのか考えていったらいいのではないかと思います。

簡単ですが以上です。

○高橋分科会長 ありがとうございます。事務局で、議事録を踏まえてきょうのお話を整理して、論点を切り出す作業をしていただかなければいけません。今の小林さんのご発言の中で、切り出すキーワードを幾つかいただいたと思います。

やはり事態は切迫しています。2025年というのは、今年が2013年で、あと10年なんですよ。10年というのは、アナロジーで言うと、高齢者保健福祉10カ年戦略が1990年にできて、介護保険が10年という、そのスパンなんですね。そういう意味で、あのときよりはかなり状況は悪いなと思っていまして、そういうことを含めて、僕は、実は自治体の方々、とりわけ首長の方々に切迫感が本当におありにならないように思うのですが、そういうことを含めて。

これはどうしてかという、大体2020年から2030年ぐらいに僕が70を超えますので、自分のためにやっているところがあります。そういうことを含めて、そうしないとエネルギーは湧きませんので。自分のために、東京で、ターミナルを迎えるためにはどうしたらいいのか。意外とそういう視点を忘れて、かわいそうな人たちだから4人部屋の特養をつくろうという愚かな議論が、東京都でもそういう条例ができましたが、そういうことを含めて、当事者性を持って、これから議論をしたいなと思っておりますので、ひとつよろしく。私も1号被保険者になりましたので、時々、不規則発言をすることになっていますが、よろしく願いいたします。

それでは、事務局にお戻しします。

○奈良部課長 本日は大変ご熱心なご議論を本当にありがとうございました。

まず、次回の日程につきましては、現在、委員の皆様にご都合を確認させていただいている最中ですが、今のところお返事いただいている中では、6月18日の火曜日の午後2時ごろが一番出席率が高いようですので、それを目途に開催させていただきたいと考えております。

開催の場所等の詳細につきましては、また後日開催通知をお送りいたしますので、ご確認いただければと思います。

また、開催の時間につきましては、本日2時間で、やはり少し短目かなと思いましたが、次回は、分科会長ともご相談させていただいて、若干長目にとらせていただく方向で調整させていただきたいと思っております。

事務局からは以上でございます。

○高橋分科会長 どうもありがとうございました。