

## 私たちは今「覚悟」を求められている

- 新たな共助
  - 覚悟：厚生労働省四局
  - 社会保険＋基金＋... ：イノベーション基盤
- 新たな公助
  - 覚悟：社会・援護局
  - 貧困・孤立・虐待・ネグレクト
- 統合：総合確保法と地域包括ケアシステム

## おわりに

- 施設(含む病院)と在宅対比概念からの脱却
- 「在宅ときどき施設」(在宅は広義)  
「在宅、最後は施設」(ケースによって)
- 目標：在宅限界引上・急性期医療機能確保
- 手段：施設にあって在宅にないものは
- 在宅生活の安心感を支える病院医療

地域包括ケアイノベーションフォーラム第8回ワークショップ（2015年6月19日）

事前質問：地域包括ケアシステム構築に向け、いま、それぞれのお立場でのチャレンジは何ですか？

専門職だけでなく、意識のある住民が役割を持って参加できるような機会や場をつくること。そのためには、住民の中でもリーダーとなれる中間的な存在のエンパワーメントが重要だと思っており、保健推進員や健康サポーター等が保健師等とともに楽しく学び、地域に戻って学びを還元していけるような場をつくることに取り組んでいます。

ケアマネジャーの立場としては、安易に施設を勧めるのではなく、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護などの新しいサービスを提案している。また、地域包括支援センターとの連絡会にまめに顔を出し、地域の介護保険以外の社会資源を開拓し、介護保険で賄えないニーズを満たすようにしている。

- ・地域包括ケアの入り口、地域の中で、ゆるやかに、さりげなく、老いや認知症や病気や障害や生きにくさを受けとめていける環境づくり『居場所とお互い様の仲間づくり』
- ・互助の中で自助が育まれていく見守りと 必要があれば、適切に共助につなぐコーディネーターとしての役割『コミュニティ・ケアマネジメント』
- ・講座、研修、視察の機会に、当事者である市民(高齢者も専門職も行政も)が、この国で、これから、どう生きて、生きて、逝きたいかを考えるきっかけづくり
- ・老若男女、子どもたちへ、認知症サポーター養成講座の出席
- ・サロン活動やオレンジカフェの機会に、認知症の人と共に時間と空間を共有する地域づくり

・地域包括ケアステーション実証開発プロジェクトに公益社団法人日本理学療法士協会がエントリーしてすすめる、『越前市多職種連携チームによる地域包括ケアの支援体制』事業に、越前市職員や市内の介護事業者と共に慢性期医療(入院・在宅)を実践する医師の立場で共同参加して、越前市の取り組みを全国に発信する。

- ・地域リハビリテーション広域サポートセンターを受託し、地域ケア会議等へのリハビリマインドの構築に寄与する。
- ・県医師会に新たに設立された「県在宅医療サポートセンター」の責任者として、県内の地域包括ケアシステムの推進に向けて、在宅医療を普及啓発し、医師自ら生活の視点を持って多職種連携を求める風土づくりに寄与する。

大阪市平野区で高齢者(主に介護保険事業)と障がい者(主に知的障がい者事業)を中心に展開している法人です。現在事業計画の目標として、私たちの地域におけるケアシステムの在り方について、積極的に関与していています。そのこと自体が、一社会福法人としては十分チャレンジだと感じていますが、そこから一步深化して、地域で本当に機能するシステムへと発展させていくことを目指しています。

地域包括ケアシステムが、各分野の連携や統合から各地域レベルで機能できる「ヘルスケアシステム」として発展するため、法人が果たすべき役割と構築すべき機能を創っていくことが、さらに大きなチャレンジです。

そのために、今期からの3か年計画の中に、サービスの構築や整理・整備だけでなく、事業者間のネットワークの再構築と発展など具体的な項目をあげ、いくつかは法人内のプロジェクトとして活動しています。そのうちのひとつとして、「地域活性化、ネットワークの構築及び地域貢献サービスの企画・開発と実務者の調整 企画・開発と実務者の調整」をテーマにチームを立ち上げて活動を開始しました。この成否も今年度のチャレンジの一つです。

通所介護事業で管理者をしています。課題として介護保険業界全体の不明確な目標設定。自立よりも維持を目標としてしまっている現状に対して以下のチャレンジを行っています。

担当者会議等で維持ではなく、リハビリから見た自立を視野に入れた明確な目標設定(リハプログラム)を行う／要介護認定者の介護度の改善／要支援者の介護保険に依存しない精神的な自立への支援と卒後のフォロー／地域のケアマネジャーとの連絡により、生活レベルの明確な目標設定を行う／地域ケアマネジャーの要望を聴取して目標設定についての講演会を実施。

<p>介護と医療における連携強化モデルを提案することです。医療は臓器別の専門医療で発展してきたため、まず専門医療間での連携モデルを患者手帳をベースに構築しました。現在はこの手帳を用いて「必要最小限」の情報を連携しつつ、介護やその他の社会サービスともゆるやかに連携していくあり方を模索しています。特に関心があるテーマは、糖尿病・脳卒中・心臓病(海外ではうつ病や認知症などのメンタルヘルス問題が含まれます)といった複数の慢性疾患の治療を受けている方をいかに地域で支えるのかです。地域包括ケアシステムでの関係者のご経験を学びつつ、有意義なコラボレーションが生まれることを願います。</p>
<p>地域包括ケアシステムにおける訪問看護の役割は何かについて考えています。</p>
<p>「地域包括ケア」という言葉に対して、私は以前から、超高齢化と人口問題を抱える今後日本の福祉の根幹を担う重要なシステムであるというイメージを抱いていました。しかし歯科医師として、どのようにそのシステムに係ればよいのか、また係わるべきであるのか、具体的なイメージがまったく浮かばずにおりました。というのも今まで私はそうした福祉活動に深く関与することなく、地域で一般の診療をおこなう歯科医師であったからかもしれません。しかし一国民として、また一歯科医師として、今後の地域福祉と医療に危機感を抱く思いは、つのるばかりです。そんなこともあり、お詳しくな先生方にお会いする折には、地域包括ケアシステムについてしばしばお尋ねしてきたのですが、私の不勉強もあって具体像をイメージできずじまいにおりました。少しでも地域包括ケアの全体像と具体像、とりわけ歯科医療の係わり方について理解を深めたく、私には議論ができる知識は皆無に等しいのですが、あえて勉強させていただければと思い、この度のワークショップへの参加を考えました。</p>
<p>24時間365日訪問看護モデルの構築／新卒新人看護師の訪問看護教育プログラム普及／中山間地域での訪問看護立ち上げ運営モデル構築</p>
<p>核となる国民の心構え、覚悟を医師会として発信し、自治体や保険者がつくりあげる規範的統合をサポートしたいと考えています。</p>
<p>専門職連携・地域住民との連携ができる人材育成</p>
<p>当院のような急性期医療を提供する総合病院が、地域包括ケアシステムの中でどのような立ち位置でどのような役割を担当するべきなのかを模索中です。(オレンジクロス財団の実証実験にも参加させて頂いています。)大きな役割の1つとして、急性期病院からの早期退院を図り、地域で早く通常の生活(介護状態を含めて)に移行できるよう、あたかも入院しているかのような医療・看護サービスを集中提供をすべきと考えて、症例を手掛けている状況です。地方都市で人口集中がまばらな地域でのスタッフの交通の問題や、他人(看護師やPTなど)が1日に何度も家に入るという患者や家族側の心情的(風土的な?)な問題などについて頭を悩ましています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・立場:情報共有システムの提案と構築</li> <li>・情報の共有は、”共有”自身が目的で有り、得られた情報から生まれる行動は、関係者それぞれ異なる。現場のニーズとして、”共有”に止まらず、行動した次のデータの記録にも活用し、ノウハウとして活用できるようなシステム作りをする事。</li> </ul>
<p>利用者と地域にとって良いモデルとなる組織(チーム)、仕組みを社内で作る事。 様々な職種のスタッフの連帯感を強化するため、利用者の情報や状態を共有、共感できる仕組みを構築(マネジメント)する。そして、より良い仕組みをより多くの人が共感できるように地域へ広げていく。</p>
<p>技術革新(介護ロボットの開発や、転倒機序の分析による介護手法の開発など)／経営革新(Buurtzorgの革新的な経営手法を、日本型にカスタマイズすること)</p>
<p>住民の主体的な参加の仕組みと住民の住民意識の涵養の方法をどのようにして定着させるか。</p>
<p>他職種との連携:顔の見える化を行っていきたいが、地域によっては職種により大きな壁を感じるが多い。</p>
<p>50年後の世代に残せる CARE 文化をつくること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者の社会保障で子どもや子育て世代が暮らしやすい地域社会のワンストップサービスの構築</li> <li>・だれもが出番がある地域の居場所づくり</li> <li>・マイノリティに対する自然な理解</li> <li>・CARE のトップゴールを「より良い関係の構築」とする</li> </ul>

<p>市医師会の医療ニーズ調査を担当。市内高齢者の医療・介護・福祉への意識調査を実施（第一段階終了、今年度は第二段階を予定）。今年度は更に同テーマについて高齢者へのインタビューによる質的調査を計画中。</p>
<p>医師会と市行政の間で、地域ケア会議のあり方等について、検討を重ねています。</p>
<p>・拠点となるステーションの構築の模索：地域の他の訪問看護ステーションと実践の場をつながり顔の見える関係／事例のノウハウの共有、トレーニングの場の提供等、地域の病院とのカンファレンス／往診医、セラピストとの合同カンファレンスの開催、多職種（ケアマネ、社会福祉士、介護士、SW、Dr等）との勉強会の参加・開催／行政へのご利用者に関する情報共有、地域での事例検討への参加</p>
<p>■地域（住民）のコミットメント（“規範的統合”）をどのような手法・アプローチによって、確立していくのか、が最大・最終の障壁ではないか。この克服こそがチャレンジになっているように感じる（「誰がリーダーシップをとるのか」、「多様な主体をどうやって動員していくのか」等も同じ課題）。</p> <p>&lt;問題意識&gt;</p> <p>・専門職サービス提供者の連携や協同の推進も大きな課題ながら、基本的な政策手法や地域へのアプローチ手法は徐々に整備されつつある。</p> <p>・一方で、サービス提供者全体と共同すべき受療者／利用者も、地域全体、社会全体、国全体（、地球全体）、としてシステムを支える側としての認識が伴ってはじめて全体が自律的に機能するところ、そのような認識（＝いわゆる「心構え」）が醸成されないままの地域集団において、公共政策としての地域包括ケアシステム構築を推進することには、限界が生じつつある。</p> <p>・社会の中で、一定のコミットメントを得ることが容易な集団にフォーカスを当てた成功事例（CCRC、特定の社会階層を前提としたコミュニティーモデル、特定の要件を備えた地域モデル）を参考にするだけでは、普遍性をもった公共政策として完結できないのではないだろうか？</p>
<p>地域や資源ごとに、いろいろなやり方があることを紹介しています。</p>
<p>①地域住民が主体の地域包括ケアの推進：ボランティアさんと包括が一緒に行うカフェ（多世代が交流するカフェ）</p> <p>②当事者・家族の思いを事業に取り入れる：パーキンソン病患者と一緒に学ぶと交流の取り組み 介護者支援</p> <p>③医療と介護の連携推進：ケアプラザの機能を有効活用、協力医と地域のケア関係者との座談会 「ピア・ミーティング」</p>
<p>病院で看護師といっている際、地域で安心して暮らしたいという患者の声を多く聞いた。しかし実際に地域で暮らすことは、家族の負担であったり、実際に地域で暮らすことをイメージできずうまく退院支援をできなかったことなどからスムーズにできないことが多かったように思う。また実際、地域においても、医療者の連携不足など多くの問題点がある。</p> <p>医療者提供者の立場でもない、患者の立場でもない身分として、現実を知り、広い視野で問題点を考えられるようになりたい。研究を通して新しい発見や取り組みを考えられるようにしていきたいと思う。</p>
<p>地域包括ケアシステムの持続可能かつ自発的取り組みによる発展（地域コミュニティの復活）</p>
<p>この秋、これまでそれぞれの場所で手掛けてきた小規模の障がい者向けの、働き・暮らし応援、社会参加支援関連事業と、同様、高齢者の居宅支援そして両方にまたがるホームヘルプ等諸事業を、一か所・一フロアに集めた、ゆたか会地域生活支援センター「ほろん」会館を開業する。一階は上記とユーティリティスペース、二階は就労支援事業、3階は集合研修、会議室を併せた建物である。</p> <p>ただスタッフは、それぞれ別の場所で与えられた事業目的を果たしてくれていたスタッフである。懸念は、法人内同僚職員とはいえ、業種間でのスムーズな連携を、原則ワンフロアのなかで、どのような体制でとれるかがまず大きな課題である。これをもって「諸サービスのコーディネートとよろず相談拠点設定」と「人の寄り合う地域サロン」の方向へ導くことができるか、が当面のチャレンジ目標。スタッフの、このことに関する理解と協力を得るため、連携体制を組める仕掛けと説明を必要とするが、今のところ良い知恵はなく、未達状態。</p> <p>地域医療を手掛ける医師とは別拠点の小規模多機能施設や小規模特養等での協力を得ているが、ここでは訪問看護等も含め先々の課題としている。</p>

900 近い郡市医師会が積極的に取り組めるように環境を整えながら働きかけること。
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療と介護の哲学と用語の違い</li> <li>○ サービス提供者間の情報伝達</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケア病棟、在宅療養後方支援病院(2014/4～)としての機能を果たすための、院内のシステム作りと運用</li> <li>・地域の医療・介護関係者の方々と顔の見える関係づくりのための医療・介護カフェ、デスカンファレンス等の企画</li> <li>・地域の医療・介護関係者の方々との連携強化として、当院でのトピックス(食支援・呼吸器リハビリ等)の院内システム及び連携方法の企画</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○財源の確保(これが目下の最大の課題)</li> <li>○理念と具体策の共有(国関係部局間、国と地方の間、行政と関係団体、関係団体間)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者医療と介護の棲み分けをどう進めるか。</li> <li>・介護保険の外付けとして「地域包括ケアシステム」の名の下に医療給付をたんに付加するのでは、問題の解決とならない。高いコストをかけた、地域の開業医の救済事業にしかすぎない。要介護状態の高齢者に対する医療のあり方を明確化し、医療を限定化する代わりに、介護を重点化する。具体的には医師を補完する看護師の役割の強化などをすすめるべきだ。</li> <li>・あわせ高齢・慢性期の病床のありかた、病院から介護施設・広義の在宅介護への道筋をどうつけるか。</li> <li>・まずは、このセミナーで「地域包括ケアシステム」が実現すべきことはなにか、パネリスト一人一人が明らかにしていただきたい。</li> </ul>
<p>正直に書きますと、まったく地域包括ケアシステムのことについてイメージができておらず、システムの構築にはまだ携わってない状況です。これから勉強してゆき、地域に一番マッチしたシステムを構築してゆきたいです。</p>
<p>個人的には、地域における自治体活動等を通じて、勉強会等を開き、地域の方々の参加を促して結束を高めるとともに、地域新聞や回覧板の作成を通じ、地域の高齢者の把握に努めています。私自身はまだ始めたばかりですが。業務的な話で言えば、病院経営等をされている知合いの先生方の、地域包括ケアへの取組みを勉強し、支援させていただくことも始めました。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●専門職・多職種の繋がりは、ある程度ですができてきたように思います。それに加え、</li> <li>●ちょっと面倒くさいところもある「近所付き合い、地域の繋がり」を→継続的に→少しは専門職の視点も交えて……支えたい、支える。→具体的には、上げ膳据え膳ではない高齢者サロン、元気な定年退職者飲み会などの開催支援など。</li> <li>●人口一万人規模のこのエリアで「チーム五個荘(ごかしょう)」始動しています。→社協、民生児童委員、自治会、福祉委員、居宅ケアマネ、薬剤師、病院MSW、リハセラピスト、薬剤師、特養など</li> </ul>
<p>自分の地域での課題の抽出→地域包括ケアステーションの開設と運営と発信→人材育成</p>
<p>在宅医療、訪問看護提供者の立場から、地域の病院や行政、医師会を含む多職種との連携や在宅ケアの質的向上を図るため、ICTを利用した地域連携システムの開発、構築と普及活動／地域ケアに関わる方々との勉強会、ワークショップの開催／病院医への在宅医療セミナーや在宅医療症例検討会の実施など。</p> <p>また地域住民への在宅医療や地域ケアへの認識や理解を深めるためのセミナーや相談会の開催。／行政や地域包括支援センターとの協業による認知症初期集中支援事業／地域介護施設スタッフや地域住民への認知症セミナー、認知症カフェの開催。介護施設デベロッパーとの協業による統合型介護施設の設計と運営への参画など。</p>

保険会社で医療介護分野の担当で、営業推進の任務を担っております。その為、多業種多職種の方に接する機会も多く、また異業種の事業会社との接点も多い立ち位置です。私のチャレンジはネットワークを構築すること、第一に立場の違う方々をご面談させ交流を図っていく 接着剤であり推進エンジンとなり動いたらあと自走いただき色々な連携軸を作っていくことがチャレンジです。例えば、特養と老健、老健と急性期病院、サ高住、地域包括支援センターと民間事業者 の人的ネットワーク を作ることに資することです。

私は鹿児島島の離島出身ですが島は生まれた時から助け合いの村社会であり地域包括ケアがあったし今もあると思うのですが、（医療施設は不足していますが）間違っているのかもしれませんがシステムを作らないとケアできないのが都会だと感じます。

鍼灸マッサージ師として、地域支援事業を市から委託されて10年目になります。地域の方の健康に対する意識改革と予防活動の推進に力を入れており、それによって要介護認定者の増加を、どの程度低減できるかチャレンジしています。市内の特定地域において（約6万人規模）地域支援事業の2次予防対象者に運動器機能向上講習を2箇所おこなっています。この地域は委託されて2年経過しています。講習の終了後に、住民主体の運動講習を開催。また、元気な一次予防高齢者も受け入れています。介護予防の必要性や健康長寿に関する講義等を専門職の講師（主に鍼灸師）によって話をしてもらい、同時にストレッチ、筋トレ等の運動講習も行っています。他の運動講習と差別化するため、また、参加者の興味や健康に対する意識を高めるため、講習中に必ずツボの説明をし、貼る鍼（皮膚を刺激する針の無いもの）を自分で貼ってもらいます。講習に参加した方、友達を紹介して下さった方、毎日積極的に水を飲んだり、口腔ケアを意識的に行っている方には、ポイントを差し上げています。ポイントは30ポイント溜まると、貼る鍼1パック（20ヶ入）又は、近所の商店で買い物できるお肉券と交換できるようにしてあります。今のところ、昨年11月から始めた講習の登録者は54名。講習の内容を包括支援センターや市の担当課にも連絡し、包括支援センターからの紹介にも対応しています。この2年間で市内全体で要介護（支援）認定者の増加割合は12.48%に対して、この地域は8.29%と低めですが、未だ6ヶ月の経過期間ですので、今後は現在より低減できるかが課題であり、チャレンジです。

都内の地域中核急性期病院に勤務し、地域医療連携業務に携わっております。都市部特有の顕在化している課題について、多職種連携を核とした医介連携及び地域包括ケアシステムの視座で今、何をすべきか具現化するべきかを思案していたのが2013年春頃でした。自院が立地する地域では医療と福祉、病院と地域医療の連携が名実共に充分進んでいるとは言えず、より柔軟性のある関係性の構築が必要でした。自院職員に於いても、医介連携の理解について温度差があるのも事実でした。

自院から地域に向けた新たなアクションをどうしていくか、当時の病院長と直接討議し、地域への貢献と協働について基本的なことから逐次協議を重ねた経緯があります。そんな中で、自院病院長により行政側へ非公式ながら「顔の見える連携」協議の場の必要性が提起され、行政の健康福祉事業部下に「医療連携検討部会」が設置されました。

参加メンバーは、医師会・歯科医師会・薬剤師会・大学病院・急性期病院・療養型病院・在宅訪問医・訪問看護師・ケアマネジャー・介護施設・保健所・行政各課など。多職種多分野の職員参加で2013年度から協議や情報交換の場が開かれてきました。私も自院を代表し全回参加し、忌憚なく発言させて頂きました。個人的には柏プロジェクトや「地域包括ケアイノベーションフォーラム」で紹介されたこと喧伝されたことを参考にさせて頂きました。まだ、取り組みとしては会議室から出ていない状況ですが、最初の一步に成ったと捉えております。

また、別立ての協議の場も2014年よりスタートしております。この会の発端は、私の持説を地元医師会へ提案させて頂き、特別事業として承認され「医療者連携協議会」の名称で発足しています。

2ヶ月に一度、様々な事を車座で話し合う実務に即した有益な会と成っています。これまた、会としては駆け出したばかりで、より効果的な実効性を伴う場に拡大していけるか未知数ですが、微力ながら係わっていったらと考えております。私の地域でも医療・介護・保健・福祉等の分野を包摂したシステム構築へ、より傾注した取り組みが様々な所から起きてきました。

○非常勤ではあるが在宅医療に継続的に関わることでまず自分自身の見識を広げ研鑽を積むこと  
 ○引き続き、急性期病院で働く仲間に「地域」「在宅」を「学ぶ」ことが急性期病院における医療・介護・リハビリなどの抜本的改善につながる、という「認識」を共有すること。（しかし、これは「そうは言ってもねえ」と受け入れられ難いこともある）  
 ○「医局」という組織を越えた人のつながりを草の根でつなげていく  
 ○歯科衛生士の勉強会における神経疾患のレクチャー  
 など、特に病院で働く仲間の「認識」「意識」を変えるべく、日々のコミュニケーション。

1. ある地域において、介護職・相談職を「その地域で育てる」研修センターに講師及び役員で関わっている。福祉職のスキルアップ、新たな福祉職の確保等が主なミッションであるが、一方で地域の専門職ネットワーク作りにも寄与する、介護保険事業所の種別毎の連絡会（例、通所介護事業所連絡会、福祉用具事業所連絡会、グループホーム事業所連絡会等）の事務局を担ってきている。この地域では、以前から専門職の「個」の連携は強かったが、地域の「システム」としての連携は不十分であったが、保険者からの専門職ネットワーク作りの強い要望、元来のネットワーク作りに意欲ある現場職の声等がある中、それらを繋ぐ「ハブ」のような役割を研修センターが担うようになっていく。専門職ネットワーク作りという新たな役割を担いつつ、我が地域の地域包括ケアシステム構築の下支えのような役割に取り組んでいる。

2. 元々「地域包括支援センター」の職員であったこともあり、地域包括支援センター誕生の2006年から「地域包括支援センターあり方検討会」という検討会に携わり、現在は「地域ネットワーク作り」「包括的・継続的マネジメント」の二つのチーム（検討会）に分かれ、地域包括ケアに地道に取り組む地域包括支援センターへアンケートやヒアリングを行い、時に冊子にまとめ発信している。まだまだ「微力」な活動であるが、時に開催する研修や冊子等に感心をもつ援助者もあり、ヒアリング時などの際「勇気付けられた」というようなコメントを援助者から頂くこともある。地域包括支援センターの厳しい業務の現状がある中、前向きな取組や成果を発信し、地域包括ケアを進めてゆく援助者（ソーシャルワーカー等）のモチベーションをサポート出来ればと考え、活動している。

滋賀県守山市にある指定障がい者支援施設「湖南ホームタウン」では、施設設置コンセプトが「街創り」であり、施設名もそのためのもので、「アットホームな街創り＝ホームタウン」です。地域支援の事業は、法人の基本命題で、定款の公益事業項目も在宅障がい児者ならびに家族の支援を中心に取り組んでいます。3年前から、「おたがいさんネットワーク」という組織を立ち上げ、地元の有志（民生委員、元議員、商工会役員他）と、地域社会に芽生えかけている福祉、子育て、環境、文化等の事業体ならびに個人の事業を支援するシステムを構築し、3年連続で会費・寄付金等を募り、助成する事業を実施しています。そのために、社会福祉法人の会計上の制約を取り除くため、県当局と協議を行い、定款の一部改正を行って、寄付者には社会福祉法人への寄付として所得控除が受けられ、支援を受ける団体へ、適法な資金還流ができるように工夫しました。ただし、市民的な事業としての発展を目指していますので、できるだけ法人の影を薄めて、援助先団体の選考も、市民代表が行うようにしました。徐々に輪が広がりつつあり、例年5月には先進地見学研修と、9月には守山市長を招く「おでかけ市長室」と合体で、街創りの市民フォーラムも開催し認知度が高まりつつあります。

- ・今後ますます限られていく医療資源の中で、「訪問看護師が、これまでの訪問サービスだけでなく、地域包括ケアシステムの中にかかっている、役割を果たせるか」の指針作り
- ・増える看取りを継続的に支えるために、病院の看護師と地域の看護師がいかにか相互理解と連携を深め、タグを組んで、地域包括ケアの中で役割発揮していくか（特に Advance Care Planning を継続的に行っていくこと の患者の QOL を高めること）の研究実施&成果作り
- ・「病院看護師がいかにか地域に出てもらい、訪問看護の人材確保につなげるか」の仕組みづくり

大都市圏で医療・介護度が最低と日本創成会議に指摘された船橋市在住です。現在、市では地域包括ケアシステムを進めており医療・介護の連携のための「船橋在宅医療ひまわりネットワーク」を作り、一歩一歩、確実に前進させている所です。ひまわりネットワーク役員として、最期まで暮らせるまちを目指します。

<p>現在、病院の地域医療連携室で病病連携や病診連携、介護保険関連事業所との連携等に関わりながら地域におけるネットワークづくりにも取り組んでいる。医師・歯科医師・看護師等の医療関係者、介護福祉士や介護支援専門員などの介護関係者、介護保険施設の職員等多職種による顔の見える関係づくりのための多職種連携会議の開催を年2～4回実施して現在4年目になる。タイムリーな情報を講演形式で情報共有したり、病院・施設・在宅サービス事業所間での連携のためのグループワーク等毎回頭を悩ましながら企画している。今年度は急性期病院・後方支援病院・地域の診療所・訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所間の連携強化を図ることを目的とした会議の開催を予定している。又、県の介護支援専門員協会に所属し、県内の地域包括支援センターや社会福祉協議会等と協働して「地域ケア会議」の開催に向けた研修会をどうしていけばよいか模索している。</p>
<p>○平成30年度までに県内全ての市町村において、「在宅医療・介護連携推進事業」が実施できるよう、郡市医師会に在宅医療・介護連携に関する拠点機能を担ってもらいたい。(郡市医師会のやる気を引き出し、市町村のモチベーションを高めたい！)</p> <p>○市町村と共に、それぞれの市町村における地域包括ケアシステムの姿&amp;システム構築に向けたロードマップを描いていきたい。</p>
<p>生活の質の向上に役立ちますということで、医師、看護師、ケアマネ、ヘルパーさんそれぞれに、リハビリテーションの実践への参加を呼びかけています。行政とのリハビリ事業、各種座学の研修会、多職種研修、などなど主催、あるいはお手伝いしておりますが、それぞれが主体的に活動していただけるような意識づけの困難さに再び直面しています。どうやったらそれが醸成できるのか、、、ヒントを探しています。また、継続性のあるよりよい在宅療養を、と思うに、急性期病院も含めて”よい入院”ということをあらためて考え直している次第です。</p>
<p>既得権益擁護団体の意識改革</p>
<p>一人の理事長(医師)の下で医療法人(19年目)と社会福祉法人(14年目)の2つの法人でグループを形成している私たちは、医療と福祉・介護のシームレスな連携を掲げて1つの区内でサービスを行っている。両法人共に訪問系、通所系の介護・看護サービスを展開し、社会福祉法人は、特養(ショートステイ込みの100床)を有し、医療法人は有床診療所を含め在宅往診クリニックを運営している。私たちの目的は区内住民のニーズさえあればグループ内サービスで人生を完結できる体制の構築である(=地域包括ケア?)。現時点では、在宅やターミナルケアを行える住宅施設と特養において年間100件以上の看取りを実践している。今後は、基幹病院ではできないサービスの受け皿事業所として特養のような大がかりな施設ではなく、小規模のサービス付き高齢者住宅に加え、在宅サービスの24時間365日化、できれば近い将来、特養のマンパワー(人的資源)を地域の在宅生活に開放できるようにしていきたい。また、グループで支援しているNPOによるフードバンク事業も一連の在宅サービスの流れの中に加えつつ、最終的には高齢者だけではなく障害者福祉サービスとの連携も図っていけるようになりたい。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括ケアステーション実証開発プロジェクトの浅草地域における取り組み。</li> <li>・地元ローカル新聞(台東区民新聞)に働きかけて、地域包括ケアステーション実証開発プロジェクトの地元への周知を計りつつある。</li> <li>・知人と協力して、行政に働きかけて、地域包括ケアシステムのあるべきようが地元において実現するよう働きかけ始めている。</li> </ul>
<p>現在の法人には、介護保険事業に携わる職員約120名、障がい事業に携わる職員約30名がおります。この職員で、特に中間管理職以上の職員と①地域包括ケアシステムに関する勉強。②構築に向けての取り組みの協議を行っています。また、近隣の特養施設長と施設間の、人事交流、合同災害対策研修など行い、日頃から関係性をもてるよう策を検討しています。</p>
<p>ICTを活用することにより、現在の居住地域の医療と介護の連携の質と効率を向上させること。</p>
<p>現在、高齢者の事故機序を明らかにすることに取り組んでいます。機序が明らかになると、事故を防ぐために必要なモノ(機器やサービス)は何か、事故はどのような状況で起きているかを予測できるようになり、未然に防ぐことで要介護状態になるのを予防することができると考えています。その波及効果の一つに、地域住民として地域包括ケアの中心となる虚弱高齢者が、ピンピンコロリを目指した前向きな生活者になるのではないかと推測しています。</p>



<p>地域包括ケアシステムの街が、発展的に継続的に運営されていくためのリスク管理について検討しています。新たなリスクは何か、どのようなリスクを低減し、どうしてもリスクが残る部分についてはどのような補償が必要なのか分析し、貢献することが自身に課した課題です。</p>
<p>ご利用者が積極的に、ご自宅を基盤として自立した生活を実現するため、まず、福祉用具と住宅改修を実施し、介護環境を整備する。その後で、マンパワーのサービスを導入する。これにより自立支援を可能にし、適正なサービス利用も実現させる。</p>
<p>地域包括ケアシステムの好事例から、いかに低廉かつ質の高い取り組みは何であるかを調査・研究している。良い事例であったとしてもコストがかかれば、財源には限りがあり、実現が難しい。また、その地域の実情にフィットしたものでなくては、実施してもうまく機能しない。好事例がその他の地域でも応用可能かどうか、コストと質の面から良い事例を調査・研究している。</p>
<p>人と人をつなげられるように機会をつくるをテーマにやらせていただいています。浦安市のリハビリの連携もそうですが、つなげたら面白いことが起きそうっという直感的なもので動いている感じです。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・シンクタンク研究員の立場として:国内で進めている地域包括ケアシステムの動きや先進事例をウォッチし情報発信していくこと。加えて、Buurtzorgのような組織があることをできるだけ多くの方にご紹介したいと思っています。</li> <li>・介護している当事者として:地域の中で、さまざまな職種の方と接する機会があります。在宅医療・ケアの現場では、何が課題となっているか、介護者として現場での経験は、いろいろ新しい発見や考えさせられることがあります。まだこの段階で、具体的なチャレンジには至っておりません。</li> </ul>
<p>住民と事業者が主体となってソーシャルイノベーションを起こす組織とサービスの創生。</p>
<p>多くの事例を学び、事業者などに伝える。住んでいる地域の福祉計画に関心を持ち、口を出す。家族、友人と自宅で死ぬことについて話をする。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者・利用者の価値観の尊重</li> <li>・マイナンバー制度の活用</li> <li>・地域包括支援センターの拡大</li> </ul>
<p>西村周三先生(社人研名誉所長)が研究代表者をされている厚生労働科研費PJ「都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究」に分担研究者として参加させて頂いています。この研究で、地域包括ケアシステムの導入が介護保険財政を安定化させる影響があることを、都道府県別の時系列データを用いて実証分析しました。この結果を日本日本経済学会や国際社会保障研究連盟(FISS)の国際コンファランスで報告し、地域包括ケアシステムの意義と役割を多くの研究者に知ってもらい、医学・公衆衛生学・福祉系以外の学会でも地域包括ケアシステムが広く理解され、これを応援してくれる学者の方々を増やす努力をしています。</p>
<p>通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションの報酬改定の仕事をしています。居宅サービスである通所・訪問リハビリテーションが地域包括ケアに貢献できるよう、様々な取り組みを導入したところ。今後どのように展開していくのか。とても楽しみにしています。</p>
<p>病院が地域包括ケアシステムに参画するモチベーション作り</p>
<p>介護保険だけでなく、地域保健や地域福祉でも、「地域包括ケアシステム」の構築という目標を共有させたいです。また、「地域包括ケアシステム」という我が国発祥の概念を世界に発信したいです。</p>
<p>(遅ればせながら)地域とのネットワーク作りと自分の所属する法人内の組織変革です。無事、指定サービス事業所の認可を得て、6月1日より訪問リハビリテーションが行えるようになったので、それをひとつの起爆剤にしながら、これまで内にこもって利用者が来るのを待っている傾向が強かった組織をもっと自ら外に、地域に出て行くような組織に変えて行くこと。個々の職員が、これまで以上に地域や在宅、そして、地域や在宅における利用者の生活に目や意識が向かうように働きかけていくこと。それが現在自分の立場で何人かの核になる職員と連携しながら取り組んでいることです。そのために、訪問リハをひとつのツールにしながら、地域の診療所や在宅ケアネットワーク組織とつながっていくこと、セクショナルリズムの強い組織の中に横のつながりを作っていくことなどにも取り組んでいます。自分が所属する組織が地域包括ケアに取り組めるようになること、それが今のチャレンジだと思います。</p>

【第9回ワークショップ】

地域マネジメントⅡ

地域包括ケア推進に向けた自治体の現状と課題・展望

1. 日時：2015年7月30日（木）18～20時
2. 場所：国立社会保障・人口問題研究所 第4・5会議室
3. 講師（講演順）
  - 服部 真治氏（厚生労働省老健局総務課・介護保険計画課・振興課、東京都八王子市から出向中）
  - 田中 謙一氏（厚生労働省大臣官房国際課、前三重県桑名市副市長）
  - 田井 祐二氏（大分県福祉保健部高齢者福祉課地域包括ケア推進班）
  - 五十嵐英明氏（千葉県船橋市健康福祉局福祉サービス部包括支援課課長）

「地域マネジメントⅡ 地域包括ケア推進に向けた自治体の現状と課題・展望」

1. 講演

【服部】 厚生労働省老健局の服部といいます。いつもお世話になっています。よろしくお願いいたします。

総合事業の担当は昨年4月から行っていますが、もともと八王子市の職員でして、自治体の立場から制度の構築に関わりました。今は全国で総合事業を説明させていただいているということで、数えてみましたら6月は19カ所に行っていました。

今回の総合事業は自治体に大きな発想の転換が求められていますが、きょうは私が全国の自治体を回っている中で見てきた総合事業の現状や課題についてお話をしたいと思っています。

新しい総合事業ですけれども、これは1月26日の調査ですが、27年度中の移行は114ということで、1割にも満たないという状況です。ただし、これは都道府県別に見るとずいぶん様子が違います。一番移行自治体が多い県は大分県で、きょうは田井さんがいらっしゃっていますけれども、10カ所ということですね。2位が東京都、それから神奈川、埼玉と、東京周辺となっています。さらに、各都道府県の総保険者数を見ると、また見え方が変わって、北海道は全部で156保険者があるうち7しか移行しないということですが、やはり大分県は18のうち10が移行するというので、大分県には何かがあるということ、それを後でお話しいただけるのではないかと思います。

総合事業は円滑に移行していただくために、ご案内のとおり、29年4月まで延期をすることができまして、各市町村には計画的に取り組んでいただくということになっています。移行して何が最も大きく変わるのかということですが、やはり決算主義から予算主義に変わることだと思います。今までは給付でしたから、事業計画の策定時はこれまでの推移から大体これくらいの利用のされ方だろうと見込みますが、それに縛られているわけではなく、実際には、利用されれば付き合っていくという制度です。それをこれからは事業ですから、予算で管理をしていくということになりまして、上限として移行前の実績額を確保しつつ、その後は、後期高齢者の伸び率で見えていこうということにしていますので、予防給付は、今、全国的に見ると後期高齢者の伸び率よりも給付額の伸び率の方が高いという状況にありますから、そこがかなり難しいと言われているということです。

端的に言えば、今、特に都市部ですが、コンビニがつぶれた後はだいたいデイサービスが入るといったことが起きていて、供給コントロールができない状況もあるわけですが、急に予算主義に移行してコントロールしていくことができるのか、その難しさがあるのだろうと思っています。

さて、総合事業は今まで予防給付として全国一律の基準であったところを、地域支援事業に移行することによって各市町村が基準を独自に決められることにしたということ、これまでの介護予防事業は一次予防、二次予防事業というように、高齢者を2つに分けるところに特徴があって、特に要支援・要介護になりやすい人に二次予防事業で集中的にプログラムを実施していくという方法でしたが、今後は一般介護予防事業として高齢者を分けずに全員を対象に予防事業を進めていくことが特徴です。その一般介護予防事業では、住民の方々が主体的に介護予防を行っていく、いわゆるサロンや体操教室のようなものを住民自身が行うことをどれだけ広げられるかという方向になっています。

また、今まで、高齢者は何か困ったことがあって窓口相談しにいくと、では、まず要介護認定申請をしてくださいと案内されてきました。これが総合事業に移行するとかかなり複雑な形になりまして、一般の高齢者の方については、ふらっと一般介護予防事業の通いの場、サロンに通って健康を保つことができるというルートができますし、要支援者も、予防給付に残るサービスは認定を受けて使いますが、事業に移行した訪問介護、通所介護については、基本チェックリストで確認して、迅速にサービスを使うことができるようになります。

そういった中で、厚生労働省として今回お願いをしていること、これは総合事業のガイドラインの第1という総則的なところに書いていることなのですが、地域をつくってくださいということを言っているのです。サービスづくりではなくて地域づくりだと。私も、総合事業というのはまちづくりである、地域づくりであるということをいろいろなところで言っています。

つまり、どういうことなのかということですが、厚生労働省としては総合事業のサービスの典型的な例として ABCD と考えられますとガイドラインの中で類型を示しているのですが、一番難しいと皆さんが思いになっているのはこの B 類型です。住民の方々が主体的に行うような支援を広げていくための補助事業です。これについて、私は少し誤解が広がっているのではないかと考えています。今、介護事業所が行っているサービスを市町村がボランティアを養成してやらせるものだ、市町村が補助要綱で縛ってその範囲で住民に動いてもらうものだととらえられているところがありますけども、実は、私どもとしてはその方法ではうまくいかないと思っています。

というのは、これはあくまでも行政主体ではなくて住民主体の支援なので、住民の方々が好きで、志で、人の役になりたくて行っているものなのです。今は特に補助もなく、本当に手弁当でやっているところに、補助をしていくことによって支援していきましょう、広げていきましょうということで、まず先に志があって、そこに支援していくということと、ボランティアを養成して、型にはめてやらせていくということでは全然違うのですね。つまり、単にサービスを作るという発想ではなく、もっと広く視野を持つ必要があるということです。

では、どうやってつくっていくのかということですが、それが生活支援体制整備事業です。今年度も、地域支援事業の中で公費 107 億円というかなり大きな予算を確保していますが、実は全国を回っても予算規模はほとんど知られていませんでした。これは市町村ごとに考えてみると、1 層 800 万円、2 層 400 万円×圏域数ということですから、圏域が例えばその市に 5 つあるとすれば 2,800 万円ですね。2,800 万円を毎年使って生活支援サービスを充実させていきましょうということですから、相当な金額ですよ。しかも、標準額ということにしていまして、各地域の実情に合わせて、例えば圏域の中に小圏域を設けていけば、その単位ごとに配置していくことも可能です。

その予算が今現在、ほとんど活用されていないですし、そもそも、この事業はどのように進めればいいのかとどこに行っても尋ねられます。私は、総合事業は本当に大きなことを目指していると思っていますが、要するに、今、高齢者の生活を支えているサービスはいろいろあって、自治会の声かけから、生協さんの食材配達みたいなものまでさまざまな主体が担っていると。そういう担い手の皆さんが集まって、地域に足りないサービスは何なのか、そして自分たちは何ができるのかということ議論して、担い手主体でサービスを構築していきましょうということです。その場として、生活支援体制整備事業で協議体というものを置くことにしました。

協議体は 1 層、2 層それぞれに置きますから、市町村全体で 1 つ、各圏域ごとに 1 つずつ協議体を置く。それぞれ協議体には生活支援コーディネーターがいて、その方が資源を発掘したり、ネットワーク構築をしてサービスを開発していく、それが、この事業の柱です。生活支援コーディネーターというのは、いわば、市町村の担当者が今、自分たちで、さあどうしよう、どうやって B をつくろう、A をつくろうと考えているところを、早く手放して、地域の皆さんで議論をし、生活支援コーディネーターにリードしてもらおうということなのですね。その他、生活支援コーディネーターがニーズ調査をするための経費やボランティアを養成する研修費も、この事業で実施することができます。

しかしながら、実際には市町村にとっては難しいことです。これまで、市町村で会議を行うとすれば、先に役所で結論の案を書いて、会議の前に委員の皆さんに見ていただいて、これでいいですかと。会議というのは承認をする場だと。そういうやり方で進めることに慣れています。その中で、今回の生活支援体制整備事業というのは、総合事業のサービスをつくるだけではなくて、任意事業とか、市町村が民生費で実施するもの、あるいは民間市場の市場サービス、あるいは地域でどこからもお金が入っていないけども気持ちで行っているような助け合いといったもの、全部を対象にして、それらを今後、どうしていくのか、高齢者をどのように支えていくのか、みんな考えて決めましょうということです。地域をどうつくっていくか、まさに規範的統合のもとに進めていこうということですから、これはかなりドラスティックな変化です。

とはいえ、もう始めているところはあって、これは山形県の寒河江市さんから頂いた、ものすごく字が小さくて読めない資料なのですが、地域包括支援センターやケアマネジャーの皆さんと協力して、地域で高齢者の方々を支えているサービスがどれくらいあるのか、まず調べてみたということです。そうするとさまざまな方々がさまざまなサービスで支えていることがわかりましたから、では、この皆さんで集まって協議体をつくって、何ができるか考えようという形で進めていってほしいです。

1 つ事例をご紹介します。これは秋田県小坂町役場の三政さんから頂いた資料です。秋田県は横手市と小坂町の2つだけが総合事業に移行していて、小坂町は5,592人の人口で高齢化率が既に40パーセントですが、介護保険料は5,300円でやっているという町です。ここは消滅可能性都市の1つでもあって、どんどん人口が減っています。小坂町は町民課というところで介護保険をやっているのですが、担当者はたった1人だそうです。つまり、三政さんが担当者なのですが、実は23歳です。23歳の職員が他の市町村が難しいと言っている総合事業を1人でやっているのですね。この間、厚労省のセミナーに来ていただいたのですが、皆さん何でやらないんですかねとまでおっしゃっていて、何が違うのかということです。

考え方としては、今、地域にあるサービスを活かして、総合事業で実施するところから入っています。訪問介護は現行の予防給付のサービスをそのまま事業で実施していて、通所介護は、現行の予防給付のサービスに加えて、地域資源を活用したミニデイサービスですね。「いきいき交流」もそうですが、今あるものをうまく使っています。一方で、一般介護予防事業を新しく始めましたが、ここには集中して取り組んで、1カ月で第1号被保険者の20パーセントが参加するような大事業になりました。そういった住民の皆さんの動機付けになるような事業を進めながら、生活支援コーディネーターと協議体の設置に注力していて、つまり、担当者としては、今あるサービスをうまく切り換えて総合事業を開始して柔軟に予算を活用できるようにし、今後のサービス構築については、協議体で議論して、その中でこういったサービスが必要だとなったら総合事業に組み込んでいく戦略です。

私は、小坂町の生活支援コーディネーターの選び方がとてもいいなと思っていて、1人は役場で40年以上保健師として活動してきて定年退職された方ですが、町内は、どここの誰々さんというのを全員知っている方だそうです。それから、もう1人、社協の事務的なこともできる方と合わせて2人体制を取りました。また、協議体についても、自治会の方々も含めて、そういった方々が地域の見守りを担っていくので、できる限り多くの方々に入っていて議論していく体制をとられるということです。

最後に、三政さんが今の感想を発表の資料に使っていたので持ってきたのですが、総合事業の実施における課題について三政主事23歳はどう考えているかということ、事業者側がまずこの制度についてあまり分かっていないと。それから多様なサービスをいきなり構築することはやはり難しいので徐々にやっていきましょうと。それから、地域包括支援センターは大変なので予算を増やしていかないとけない、あるいはマスコミで総合事業に移行すると質が低下するというのが報道されたので、その影響があったのではないかと、とても冷静に分析されていますね。

そして、小坂町としては早く移行してよかったとおっしゃっていて、地域包括ケアシステムの構築に早く取り組めたとし、第7期計画の策定も実績があるので見通しを立てられそうだということです。そしてなにより、住民の方々の意識が随分変わってきていると。総合事業を始めます、協議体を立ち上げますということだけで、住民の方々は、自分たちの声が届き、自分たちの欲しいサービスがつけられると期待されています。あるいは、自分たちがその中で役割を果たしていけるというふうな考え方が変わってきているというようなことです。

本当に小さな市町村の事例ですけども、各圏域で考えれば、それは大きい市町村でも同じだと思いますので、私としてはこういったことを全国で広げていけたらということで、私の発表を終わらせていただきたいと思います。

【司会】 服部さんは八王子市から出向して、今、老健局で活躍なさっていて、特に総合事業については伝道師として全国を巡っておられますけれども、次は厚生労働省から昨年まで三重県の桑名市に副市長として行っておられて、戻ってこられた田中さんに、桑名市の地域包括ケアシステムについて包括的にご紹介いただきます。

【田中（謙）】 皆さん、こんばんは。今日は、このような機会を頂きまして、ありがとうございます。今日のお話、本当は2時間位しゃべりたいんですが、15分ということなので、急いでやりたいと思います。2つですが、こういう構成でやりたいと思います。実は、今週と来週の『週刊社会保障』に文章を載せていただきました。今日話す内容を書いてありますので、ぜひ見ていただきたいなと思っています。

まず、結論を先ということで、『「地域包括ケアシステム」の構築に向けた市町村の役割』ということでお話しをしたいと思います。これは、私は、2年間行っていただけです。和光市の東内

さんの話を聞いて、最初はちょっと半信半疑でした。しかし、2年間やることによって、ここまで到達して、それは私の確信になりました。東内さんが言ったことに、更に自分なりの補足を加えたのが、この2枚ということになります。

地域包括ケアというのは「規範的統合」の推進ということで、これがなぜ必要かということ、いろいろな人がいろいろな役割を果たさなきゃいけない、そういうネットワークマネジメントなわけです。誰かが分かっているやればいいのかという話じゃない。したがって、市町村というのは、今までは、自分が良い仕事をするということだったのが、人に良い仕事をしてもらうというマネジメントが必要になります。そこが違います。そのために「規範的統合」の推進、つまり、目標を共有する、問題意識を共有することが必要になるということでもあります。

そのためのツールが2つあるということです。マクロのレベルでは、市町村介護保険事業計画ということになります。中身は後で説明します。ミクロのレベルでは、一つ一つの事例でケアマネジメントをしっかりとやっていくという意味で、地域ケア会議というのがあるということになります。これも詳しく後でお話しします。

そのためには、市町村として、自分で仕事をするのではなくて、人に仕事をしてもらうことになるわけですから、そうすると、いろいろと市町村の職員が変わらなければいけないということでもあります。介護保険の保険者として、保険者機能を発揮しなければいけません。良い事業者はいい、ダメな事業者はダメ、と言わなければいけません。

2つ目ですけれども、プレーヤーからマネジャーへということでもあります。市町村の職員、窓口業務をやっていますから、こう言ったらこういう反発があるとか、こういう要望があるからそれを何とか実現しなければとか、市長のところには要望があったからやらなければとか、そういうのは大得意です。大体、「抱え込み」をして自分ですべてサービスを提供してしまうか、ないしは、「丸投げ」で委託して中身に關心を持たず、お金の出し入れだけやっているとか、あとは、「御用聞き」でこういうことを要望されたからやる、あるいは、嫌がられることをやらない、ということでは、ダメなわけでありまして。働き掛けて意識を変える、行動を変えるということをしていかなければなりません。そのときに、狭い意味の医療・介護だけではなくて、地域保健とか地域福祉とかいうものも、変わっていかないといけない。ここを巻き込んでいかなきゃいけないということです。

地域保健の分野では、地区担当制とか、医療費適正化の文脈になりますけれども、データヘルスとか、こういった手段があります。それから、地域福祉の分野でも、コミュニティソーシャルワークという考え方があります。これらを地域包括ケアという目標に向けなければいけないということだと思えます。

地域保健の方は、先程、お話がありましたけれども、地域住民主体の活動・参加を働き掛ける、つまり、やる気を引き出すということですね。これを一番やっているのは、大東市の逢坂さんということになります。やる気を出して、自分たちで取り組むよう、側面支援をするということですね。

地域福祉の方は、私はこう言っているのですが、NHKで「サイレントプア」というドラマがありました。これはまさに、ごみ屋敷など、地域住民を巻き込んで意識を変えていくわけですね。要するに、その深田恭子さんのように仕事をしよう、と言っています。これをきちんとやっているのが伊賀市社協の平井さんということですね。

3点目。人材育成が必要です。まず1つ、「外を知ることは、中を見ること。」で、私は、ドイツへ行きましたので、ドイツへ行って初めて日本の社会保障を考えるようになりました。それまでは、明日の仕事を済ますだけの人間でありましたけれども、やはり人間は、自分だけで考えられることには限界があります。イノベーションのためには、外を知るということです。これは、桑名特有かもしれませんが、「井の中の蛙大海を知らず」なのですね。「桑名は桑名だ」と思っている。それが非常に誇らしいものであったら良いのですが、やはり良いところは見習わなければいけないと思います。ですから、私は、他の市町村、それこそ、和光や杵築に連れて行ったり、田中滋先生を始め、いろいろなシンポジウムに連れて行ったりしました。そういうことがとても大切です。

それから2つ目。現場と政策の架け橋ということです。私も厚生労働省から出向して本当に勉強になりましたけれども、政策から見ると、なぜ現場が政策の理念を理解していないのであろう、ということになります。しかし、現場から見ると、なぜ政策が現場の実態を理解していないので

あろう、ということになります。そこにミスコミュニケーションがあるわけです。

これは、実は非常に根深いものです。私は、構造が大体分かったんですけれども、ここで集まるように立派な全国の上位 1 割の方の問題意識で、厚生労働省が制度改正をするわけです。ところが、残り 9 割の方にとっては、何が問題であるか、分からないまま、ある日突然、制度改正がやって来る、ということになるわけです。市町村の職員はどうしているかということ、法律が変わったから仕方がないでしょう、という形で説明しているわけです。つまり、現場では、制度改正について、何が問題であり、なぜ必要であるか、だから、こうしなければいけない、ということが伝わっていないのです。これは、厚生労働省も、反省しなければいけないけれども、市町村含め、現場の方々も、全国レベルで何が議論されているかに関心を持ってもらわなければいけないと思います。それをつなぐのが実は地域ケア会議ではないかと思っています。

そのときに、実は、私が非常に勉強させられてある職員に言われたのは、「ねざらい」であります。私も、2 年間、桑名市に行った後、厚生労働省に戻り、改めて驚いたのですが、ある案を作り、幹部が揃った会議を開きました。みんなが文句ばかりをつけるのです。このように問題点ばかりを指摘するのは、ダメですね。まずは、やはり、現場の方々と同じく、普段からこういうことで大変ですね、本当に立派です、皆さんの仕事は素晴らしいです、しかし、こういう問題がありますね、ここをこのように変えていかなければいけないのではないですか、といった説明が必要です。ここは、厚生労働省の職員が不得手ではないか、と思います。

3 点目でありますけれども、マニュアルからガイドラインへということであります。私は、今まで桑名市に行って介護保険担当課の仕事を見ていたのですが、どこに職員の人数を割いているかということ、資格管理とか保険料徴収とか認定とかです。つまり、毎週ないし毎月、同じことを繰り返す、これをやらないと、仕事が回らないので、どうしてもそればかりになるわけです。それまでの計画というのは、業者に丸投げして作り、その後、誰も見ないような計画であったわけです。給付の適正化とかデータの分析とか計画とか事業者指導とかを担当する職員が 1 人しかいなかったりするわけですね。バランスがおかしいわけです。

先程、総合事業のお話がありましたけれども、これは、厚生労働省の皆さん全員で共有しなければいけないと思います。この総合事業というのは、大転換であります。先程、意外と簡単な部分もありますよ、というお話がありましたけれども、言ってみれば、単価を全部、市町村が決めるわけです。でも、そういう仕事に市町村は慣れていないのですよね。私も、直接に診療報酬や介護報酬の改定という仕事をしたことがないのですが、何となく分かりますよね。例えば、あるサービスを育てたかったら、他のサービスの単価と比べて高くするとか低くするとか、自然にやっていますよね。それがなかなかできないわけです。つまり、今まで厚生労働省で抱え込んでいた診療報酬改定や介護報酬改定と同じようなレベルのことを各市町村がやらなければいけない、ということです。ですから、平成 29 年 4 月に全市町村で総合事業に移行することは、大変なことです。厚生労働省の中の雰囲気を見ると、法律が成立し、ガイドラインを公表すると、ついつい、仕事が終わった気分になってしまいます。でも、これからですよ。私は、まさに大事業と考えて取り組まなければならないと思っています。

実は、現場に行って初めて知ったのですけれども、社会全体で介護を支えるため、介護保険ができて、施設で引き受けてきたではないか、何故今になって、施設から在宅へ戻すのか、という誤解があるのですよね。私は、昔、新ゴールドプランも担当していましたから、昔から在宅重視であったことは、当たり前でした。この説明も、結構大変なのですよね。それから、後で出て来ますけれども、できるだけ元気になって介護保険を「卒業」する、という説明も、なかなか難しいです。利用者・提供者のそれぞれの意識改革が必要なのです。要するに、生の要望をそのまま実現するのではなく、反発されるけれども、変えなければいけない、ということは、市町村にとっては、とても大変なのです。そうすると、そのバックアップにならなければいけないのは、市長のリーダーシップです。仮に市長室に苦情が来ても良いと職員に言わないといけない、ということかと思っています。

5 番目。縦割り行政の排除ということですが、医療と介護の連携は、もうここにいらっしゃる皆さんの共通認識かと思いますが、私が訴えたいのは、健康増進と介護予防の連携であります。先程、申し上げたとおり、地域保健という手段をしっかりと地域包括ケアという目的に使わないといけないと思います。いわば財源別・制度別に仕事をしてきたわけですね。データヘルスも、厚生労働省では、保険局が担当しているので、市町村では、国民健康保険担当課が担当していま

すが、これは、保健センターが担当すべきです。実は、例えば、ほとんど同じ料理教室を健康増進事業と介護予防事業とで別々に開催しています。こういうものを変えていかなければいけません。

【司会】 あと10分くらいで桑名のお話。

【田中（謙）】 はい、桑名は、山も川もあり、昔からの城下町もあれば、名古屋から近いので、新興住宅地もあります。そういう意味で、これは、全国の縮図であると思っています。ここでうまくいけば、結構、応用可能性があるのではないかと考えています。首都圏ばかりが目ざれますが、実は、桑名だけを見ると、2025年には、75歳以上人口が1.6倍になりますので、東京並みです。そういう危機感を訴えてきました。桑名は、子ども・子育て支援事業計画でも、こういう賞を頂いたということで、今日、その立役者である水野さんにも来てもらっていますけれども、彼は、非常に優秀なので、今度、介護保険を担当することとなりました。

今回、「桑名市地域包括ケア計画」を作りました。これは、一応500ページ以上であり、恐らく、調べていませんが、全国一でないかと思っています。これをどういう思いで作ったかという、分かりやすい説明の到達点を示したということです。今日のアンケートの中でも、どうやって地域包括ケアシステムを分かりやすく説明するか、というものがありませんでした。そういう悩みであります。意識を変える、行動を変える話ですからね。これは、いろいろと経験する中で、田中先生がいろいろなシンポジウムでおっしゃっていることをどうしたら一般市民に分かりやすく説明できるかをいろいろと工夫させていただいた到達点ということです。

例えば、施設か在宅かという選択ではありません、これからはもう、地域包括ケアシステムの構築は避けて通れない課題です、ということとか、それから、実は、これをお金の節約のためのものと思っている人がいますけれども、違います、幸せに生きて幸せに亡くなるための地域づくりです、ということとか、そういったことをどうやって説明していくか、その到達点を示しています。そのときに、勿論、対外的な説明を示すということもありますが、中の、すなわち、市町村、その委託を受けた準公的機関である地域包括支援センター、準公的団体である社会福祉協議会の職員にとっても、テキストブックとなるよう、こういうガイドラインを見て、こういう施策を考えようとか、こういう理由でこういう事業を実施しようとか、なぜか、どうやるか、ということがきちんと分かるようにしたということでもあります。

そして、私は、2年間、いろいろな現場を見せていただくとか、あちこちに行って話をするとか、そういうことを繰り返しまして、2日に一回は、見るか話すかしていました。私は、絶対に変わってきた、と思っています。職員の中でも、これは、ある課長が課員みんなに意識を持つように送ったメールです。これは、まさに「規範的統合」です。これにきちんと応えてくれて、こちらの係長は、市内の勉強会で課長から来たメールをみんなに紹介するわけです。こんなにうれしかったことはありません。

社協も、変わらなければいけません。これからは、会館の運営でもデイサービスでもない、「サイレントプア」の深田恭子さんのように働こう、ということで、部門ごとにQCサークルを行いました。最初は、副市長がまた変なことを言い出したと嫌がっていました。でも、最後にお別れのときに寄せ書きで頂いたのですが、やってみたら、良かった、ということで、これも、本当に嬉しかったですね。

次であります、実は、地域包括ケアシステムは、元来介護保険にあった「自立支援」をきちんと忠実に実行するということかと思っています。今、いろいろな介護保険の問題が指摘されていますけれども、その多くは、この「自立支援」という元来立派な介護保険制度の基本理念が現場で十分に共有されていないということに起因しているのではないかと考えています。特に、左側の介護予防の部分ですが、専門職ですから、生活機能を向上させて、要介護が要支援になり、要支援が非該当になれば、これは、サービスの成功のはずなのです。ハッピーなはずなのです。ところが、現場では、サービスを利用できないとか、苦情の原因になるわけです。これは、「自立支援」という概念を分かっていないために生じる問題です。私は、これを言うときに、医療で、もし病気が治りました、お医者さんに行かなくてよい、薬を飲まなくてよい、と言われて喜ばない人がいるのですか、保険料を払ったのに、何故サービスを利用できないのか、という苦情になりますか、と説明すると、かなりの人が分かってくれます。そこをしっかりと分かってもらうということが必要で、先程のようにあちこち地域に出向いたときとか、それから、職員が窓口で相談を受けたときとか、これを見せて説明し、しっかりと理解してもらうことを徹底しています。



それから、桑名の取組みについては、「3本の矢」と整理しています。順次、説明します。

「施設機能の地域展開」ということですが、これは、ほとんどの方がご承知かと思いますが、小山剛さんの資料が何枚かあるものを1枚で説明できるように工夫したものです。施設の中でナースコールを受けて駆けつけるのであれば、壁を越えて道路を一本隔てた向こうの一軒家に駆けつければよいのではないかと、こういうサービスがある、ということです。やはり、在宅では無理、施設でなければダメ、という一般市民の思い込みを打ち破っていかなければいけないと思います。こういう周知は、とても大事であります。ニーズがないのではなくて、サービスを知らないだけなのです。そういうことで、「回転寿司」・「飲み放題」という形で説明し、今は既にこういう新しい在宅サービスがあることをしっかりと周知しています。その関係で、桑名市の取組みで最も多く専門誌等で報道されたのは、これです。通所介護については、法律上、基本的には、基準に適合していれば、すべて、都道府県が指定する仕組みとなっていますが、例外がありまして、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等を育てたいために、都道府県が指定するときは、市町村に協議するよう、申し入れることができる仕組みとなっています。ところが、ほとんど実例がないと思います。要するに、大変な苦勞をして行われた制度改正がきちんと使われていないのです。桑名市は、せつかく認められた権限をしっかりと発動し、新規の指定を原則として認めないこととしました。何故かという、桑名市では、通所系サービスの利用が全国や三重県と比べて非常に多くなっています。その結果、訪問系サービスが育っていないのです。これは、これからの社会でとても大変になります。そういうことで、この権限を発動しました。これこそが保険者機能の発揮であると思います。

2つ目は、多職種協働によるケアマネジメントの充実です。これは、今日、田井さんと一緒に説明する非常に重要なところですが、これが肝であると思っています。結局、「自立支援」を実現するためには、抽象論だけでは、ダメです。個別事例のケアマネジメントで実践しなければいけません。それに取り組む場が地域ケア会議になります。こういう説明であります。1つは、今申し上げたように、「机上の空論」から「現場の実践」へということです。もう1つは、「個人プレー」から「チームプレー」へということです。どんなに優秀な人でも、1人で考えられることには、限界があります。保険者やその委託を受けた地域包括支援センターが関与する地域ケア会議において、みんなでケアプランを検討しましょう、ということです。

地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築の必要性が指摘されますが、自立支援に資するケアマネジメントを多職種協働で支援する地域ケア会議の手法は、どの市町村でも通用するのではないかと、思っています。

これは、和光市の東内さんが言っていることを絵にしたのですが、いつまでもサービスを継続するのではなくて、課題を明確にした上で、どうすればできないことができるようになるのかという発想で、サービスを提供しなければいけない、ということを周知しています。

これは、杵築市の江藤さんが言っているのですが、この資料では、「(困難事例等)」と書いている部分が問題です。しかし、和光市は、実は、全国第3位の要介護認定率の低さです。これだけのことを全国に先駆けて成し遂げたのです。和光市が始めたのは、要支援プラン全件を地域ケア会議にかけるということです。困難事例を地域ケア会議にかけるのは、基礎ができていないのに応用をやっているような状態なのです。これは、やはり、個々のケアマネジメントを支援する地域ケア会議に取り組まなければいけません。和光市の取組みについては、いろいろと批判もありますが、私たちがみんなで絶対に認めなければいけないのは、要介護認定率の低下という結果を出しているということです。だから、やはり、これを見習わなければいけないのではないかと、思います。

今日のアンケートでは、地域ケア会議の意義について、非常に肯定的な回答をたくさんありがとうございました。でも、これを見てもよく分かりましたが、地域ケア会議で何を検討するか、という理解が共有されていないようです。今、多くの市町村の地域ケア会議は、政策を議論する場とか、今申し上げた、困難事例を解決する場とかなのです。必要なのは、ケアプランを検討する会議です。そのときに大事なことは、一定の範囲に属するすべての事例を対象とすることです。今申し上げたように、我々は、新規に要支援と認定された方のケアプランをすべて地域ケア会議にかけることとしました。今、多くの市町村では、2か月に1回など、ケアマネジャーが事例を持ち寄っていますが、これでは、問題意識が高い人しか地域ケア会議に出て来ません。そういうところに出て来ない人こそ出て来なければいけないのです。ですから、これは、勿論、市町村の

実情に応じ、件数が多ければ、例えば、新規に要支援1と認定された方だけでも、あるいは、1年経っても介護保険を「卒業」しなかった要支援の方だけでも、良いかもしれませんが、そういう形で地域ケア会議に取り組みなければいけません。それから、桑名市では、保健センターの人材をしっかりと活用し、地域包括支援センターと一体になって連携して取り組んでいる、というところが、和光市や杵築市にない特徴ではないか、と考えています。このようなイメージで毎週開催しています。アセスメントが大変である、という声もありますので、何故取り組むのかを呼び掛けています。

実は、桑名市でも、着実に成果を出しています。去年の10月から「地域生活応援会議」を開始しましたが、高齢者の絶対数が増加しているにもかかわらず、認定者数の絶対数が減少しています。成功事例が介護保険の「卒業」を含めて出ています。

第3は、総合事業ですが、総合事業は手段です。先程申し上げたとおり、何故取り組むのか、何をを目指すのかを明確に示す必要があると思います。桑名市では、こういう説明をしています。専門職は、生活機能の向上を実現してください、できないことをできるようにしてください、そのためには、もし風呂掃除が必要であれば、シルバー人材センターでもいいでしょう、それから、いつまでも通所介護を利用するのではなくて、地域に戻していかなければいけません、サービスが提供されることによって、かえって地域のつながりを壊している事例があります、そうすると、生活機能を向上し、介護保険を「卒業」して地域活動に「デビュー」する、ということが「自立支援」です、そのためには、歩いて通える「通いの場」が必要になります、ということです。これは、既存資源の見える化ということになります。新たに創り出すというよりは、今頑張っている人たちを見つけるのです。今、市町村は、お金払っていないから、いろいろと頑張っている人たちを知らないだけなのです。それが見える化するため、この計画の中でも、いろいろな活動を紹介しています。

消費税のお陰で、介護保険でできることが増えました。これは、大変なことです。ただ、問題は、給付と違って、自動的にはお金が入って来ません。市町村が事業を実施しなければなりません。市町村がやる気にならないと、その住民は、8%の消費税を負担しても、その恩恵を受けられなくなります。そういうことで、地域支援事業をすべて実施することとしました。それに伴い、実は、地域包括支援センターに使うことができるお金も増えました。桑名市では、平成27年4月に総合事業を開始することにより、地域包括支援センターの職員を倍増することができました。

「受け皿がない」と指摘されます。でも、昔、「保険あってサービスなし」という言葉がありました。今、そのようなことはありません。私は、それと同じように、総合事業を実施することによって、いろいろな地域資源が発掘され、いろいろなサービスが育っていくのではないかと、思います。

ということで、総合事業を構成しています。

1点目は、短期集中予防サービスをしっかりと活用しようということです。訪問と通所とを組み合わせて6か月で介護保険の「卒業」を目指すサービスを作って動かしています。ある意味、実験ですが、6か月で介護保険を「卒業」し、その後、6か月間、地域活動につながって介護保険サービス利用しなかったときは、事業所・利用者・ケアマネジメント実施機関のそれぞれに「元気アップ交付金」を支給することにより、介護保険の「卒業」に向けた意識を促進しようとするものです。

2点目は、事業所の地域開放です。例えば、今でも、小規模多機能型居宅介護の事業所に併設されたカフェスペースを地域住民に開放しているような、問題意識が高いところもあります。このように、事業所の機能を地域住民に開放して集いの場にしていこうということで、そういうものを総合事業に位置付けています。これは、秋山正子さんが取り組んでいる「暮らしの保健室」のようなものを総合事業のメニューの一つにしていくという考え方です。

それから、最後ですが、この総合事業では、メニューが多様化しますから、それだけ、ケアマネジメントが難しくなります。だからこそ、みんなで考えなければいけないのです。私は、先程申し上げたケアマネジメントを多職種協働で支援する地域ケア会議が総合事業の前提であると、考えています。むしろ、私としては、すべての市町村で和光市型の地域ケア会議にしっかりと取り組んでもらうよう、例えば、アセスメントの様式をどうするかなど、そういうことを検討すべきではないか、と思っています。

ということで、是非、計画を見ていただきたいと思います。今日、参考資料も配布しています

が、桑名市ホームページ上に地域包括ケアシステムというコーナーを設け、あらゆる資料を公表していますので、是非、一度ご覧くだされば、大変幸いです。どうもありがとうございます。（拍手）

【司会】 ありがとうございます。きょうは桑名から、荒川さん、水野さん、お2人もお越しくださっています。子ども・子育て支援制度準備大賞おめでとうございます。もう一度お2人に拍手をお願いします。

ちょっと、今、地域ケア会議のお話をしてくださいましたので、当初の順番と変えて、それを引き取る形で、大分県の田井さんから、地域ケア会議と自立支援型マネジメントに焦点を当ててお話を頂きたいと思います。お願いいたします。

【田井】 大分県庁から参りました、田井と申します。大分県では平成24年度に地域包括ケア推進班という組織ができて、主には、まず和光方式の地域ケア会議を導入して、そこから地域包括ケアシステムをつくっていきこうということで取り組んできているところです。

私自身は23年度に今、服部さんがいらっしゃる厚労省の振興課に行かせていただいた後、県庁の高齢者福祉課で現在4年目ですので、介護保険自体は5年目というところです。よろしく願います。

大分県の概要ですが、本県は市町村合併が非常に進んだ県であります。58市町村あったものが、平成の大合併で18市町村になっています。総人口については現在、116万人ですが、2040年までには95万人ぐらいまで減る見込みになっています。高齢化率や要介護認定率を見ていただくと、全国平均より高い状況になっています。地域包括支援センターは、59カ所ありますが、このうち23カ所は大分市ということと、総人口の3分の1は大分市が占めているという状況です。

地域包括ケアシステムについては皆さんご存じかと思いますが、大分県が目指す地域包括ケアシステムというのは、「高齢者の介護予防や自立支援にしっかり成果を挙げる地域包括ケアシステム」をつくっていきこうということで取り組んでいます。その取組の核として位置づけているのが多職種で個別事例を検討する地域ケア会議です。

地域ケア会議については、先ほど、元三重県桑名市副市長の田中さんからもお話がありましたが、和光市の取り組みをモデルにしております。和光市の取り組みを取り入れることになった背景について、これからご説明いたします。大分県が取り組みを始める前までの状況が左側のスライドにありますのでご覧ください。介護保険創設当時から23年度までの状況は、高齢化が進み、それに伴って要介護認定率が上昇し、介護給付費が倍増し、介護保険料も倍増するというような状況になっています。何でこんな状況になっているのか、いろいろな実態を調査してみたところ、大分県の特徴として要支援者が非常に多いということがありました。第1号被保険者に占める要支援認定者の割合は全国で4番目の高さでした。一番高いのは長崎県でしたが、大分県も非常に高い状況にありました。新規要介護認定者を調べてみると、約半数は要支援でした。また、国の国民生活基礎調査によると、要支援者の約半数は廃用症候群ということになっています。これを大分県に当てはめてみると、要支援者は約2万人いますので、半数の約1万人は、骨折・転倒・高齢による衰弱等による廃用症候群の高齢者ということになります。

つまり改善可能性が高い人がこれだけ多くいるということです。では、その人たちが予防給付のサービスを受けてどうなっているのかについて、要支援者の約1万5,000人を対象に実態を調べてみました。年度当初に要支援認定を受けている方が、年度末に介護度がどう変化したかについて調べたところ、要支援の介護度が改善する方というのは全体の6.5パーセントしかいませんでした。さらに要支援1、2から予防給付を受けて自立まで改善する方は1.5パーセントしかいませんでした。改善可能性が高い廃用症候群の要支援者が約1万人いるにも関わらず、100人に1人しか自立になっていないという状況でした。そこに年間約70億円の予防給付費が投入されていますので、費用対効果の点からもサービスの在り方等について見直しの必要性があると思われました。一方で、和光市は自立になる方の割合が45.2パーセントもありました。要支援者の約半数の方が1年後に自立していくということです。これが、和光市の取り組みを学ぶ契機となりました。また、第4期から第5期の県平均の介護保険料が日本一上がった事も大きな出来事としてありました。上昇額で1,196円、上昇率では28.8パーセントの上昇です。3年間で県平均の介護保険料が約3割の値上がりになってしまった。そういった事もあり、和光市に学び、今までのやり方を見直して、介護保険制度の原点に立ち帰った取り組みをスタートすることになりました。

和光市では、個別事例を多職種で検討する地域ケア会議を介護保険制度が始まって早い時期から行っていました。しっかり高齢者の自立支援に資する、質の高い支援を行うとともに、介護予防事業を充実させ、介護保険から卒業した高齢者の受け皿をしっかり整備し、再び介護保険に戻らないように予防する仕組みを戦略的に整備し、成果を挙げるケアシステムを作っていました。また介護保険の第2条、第4条を見ますと、介護保険はそういう制度であるということがしっかり書かれており、それを介護保険の保険者の責務としてしっかり実践をしていました。そういった保険者に大分県内の市町村にも是非なってもらいたいと強く思いました。

大分県における取り組みのポイントは3点あります。これまでのやり方を変えていくので、いろんな研修を行いました。集合型の研修のほか、直接市町村に講師を派遣するような研修、時には事業所まで講師を派遣するような研修というのも行いました。また、地域包括ケアを進めていく上で一番重要なのは市町村です。首長さんの理解があるかどうかというのが、その後の取り組みのスピードや充実度に大きく影響しますので、県から首長さんにアプローチをかけていきました。また後ほど紹介しますが、リハ・栄養・口腔などの職能団体の強力なバックアップというのも大分県の特徴です。

24年度からの取り組みを説明していきますと、まず3つの市でモデル事業ということで、和光市の東内福祉保健部長に講師として来ていただいて研修会を行いました。その様子も資料に載っていますが、実際に模擬の地域ケア会議を行い、その際には、ほかの市町村も傍聴に来てもらって、これが地域ケア会議ですよと周知を行いました。地域ケア会議をしていくには、やはりリハ・栄養・口腔という専門職種の方が入っていないと事例検討が充実しないところがありますので、関係協会の支援をお願いして、派遣を行いました。

またこの取り組みをモデル3市の取り組みだけで終わらすのではなく、当初から全県下に広げていくことを前提として始めました。なぜかという、ある市は自立支援型、ある市はお世話型では県全体の成果はあがらないと考えたからです。介護保険の原点に立ち返って自立支援型サービスを全県下に浸透させるために、そのツールとして地域ケア会議を各市町村に広げていきました。具体的には、まず、担当レベルが市町村を回ってヒアリング等を行いました。加えて、県の福祉保健部の幹部職員が首長を訪問して、地域包括ケアや、地域ケア会議の必要性について話していきました。県が首長さんのところに行くといふことがあります。首長さんからすると何を話すためにわざわざ県が来るのかという話になりますので、県が首長のところに行くとなったら、だいたい市町村の部課長さんが首長さんに1回レクをしてくれることが多いのです。そしてレクのなかで地域包括ケアとか地域ケア会議の話をしてくれます。その後に県が行くので、結果として、首長さんに2回話ができることになります。地域ケア会議を実施することで、和光市というところでは、要支援者が改善して、元気な高齢者が増えて、その結果として要介護認定率や、介護保険料の上昇が抑えられることにつながっているというような話をすると、首長さんは介護保険料のことはすごく気にしますので、元気な高齢者が増えて、保険料が上がらないのならそれはいい取り組みなのでやってみたいという反応があり、各市町村での実施につながったところもありますので、首長さんへのアプローチはとてもよかったと思います。

その他にも、市町村を対象にいろんな研修会を開催したり、視察研修ということで、県が呼びかけて和光市に連れていったりしました。また、介護保険の開設者や管理者に対するトップセミナーも県主催で行っていきました。地域ケア会議については、事業所サイドがマイナスイメージを持っているということもありましたので、公開地域ケア会議を行い、実際の会議の様子を見てもらいました。決して給付抑制、ケアマネいじめの会議ではなく、高齢者のQOL向上にむけた質の高い支援策についてみんなで真剣に議論する場というのを、実際に生の地域ケア会議を見てもらって、理解を図りました。そうすると事業所の理解も得られたところもあり、この取り組みを全県下に広げることの際に事業所からの大きなハレーションというのはありませんでした。

そのほか、県民自身にも、大分県の危機的な状況を知ってもらって、介護予防の重要性や正しい介護保険の使い方について理解してもらわないといけないということで、地域包括ケア広報キャラバン隊というのを大分県が指定する県リハビリテーション支援センター等の医療機関と連携して県内各地で開催し、24年度と25年度で併せて9回開催しました。9回とも県からは私が出かけて行って、大分県の現状等について、計1,400人を超える県民に直接伝えさせていただきました。いろんな研修会で同じような話をしていますが、一番反応がよかったのは一般県民でした。大分県の高齢化がこんなに進んでいます、介護保険料はこんなに高くなっていますよといったら、