

今後の地域創りのため、予測される将来について正しい情報提供が必要、先進地の取り組みの情報提供が必要
教育は必須

④地域包括ケアシステムの推進にあたって自治体が中心的役割を果たそうとする際にハードルになることがあるとすると、それは何ですか？

1) 所轄が不明な新たな課題、所轄がまたがる課題への対応の遅れ 2) 予算化されていない事業はできない(柔軟な対応は難しい)
自治体が積極的に動けるか否かは、財源が確保できるか否かによると考えます。
今は改善しているのかもしれませんが、自治体が縦割りのだとプロジェクトの大きなハードルになると思います。
鹿児島市においては地域包括支援センターと市職員の保健師との連携が図れていない為に「予防から万が一の支援」の体制が整っていない(一連性がない)ことが問題のような気がします。
事業者の協調性の欠如と住民の無関心だと思います。
お役所がお役所になっているからだと思う。自治体の方も住民になって考えればよいと思う。例えば、町内会の役員などなって地域の立場で考えてみる。週数回、地域包括支援センターや障害の施設や子どもの支援センターなどを拠点として地域に行って住民の声を聞いて一緒に考え、動いてみる。事件は、現場で起きているのだから、現場を大切にされた方が効率的で効果的だと思う。
地域の方・医療介護従事者の方の理解と意識の統一。何をどのような目的で成し遂げるのかという明確な目標とマネジメントが必要。また、自治体による地域差がある。自治体に所属する者の職歴や知識の幅によって全く異なる。財源を産む事、管理する事、そして何より人の力を合わせる事。
自治体があまりに関係者に依存をすると、なかなかデザインが難しくなると感じています(たとえばあまりに強力で、かつ基本的考え方が異なる組織)。
財政問題の解決。様々な組織や団体、個人に係わる利害の調整。年々進行する地域の人々のつながりの希薄さ。一部に存在する非協力者への対応。
自治体＝市町村と思われませんが、多くの場合、市町村職員には医師がおらず、医師会をはじめ医療関係者との適切な関係性を作り上げることが下手です。地域包括ケア、特に在宅医療を考えた場合には、そこがボトルネックとなっていることが多いです。
悪しき慣習。前々回のフォーラムでの発表のように、厚労省から職員が派遣され、積極的に取り組む自治体が活性化するのが例ではないかと思います。
地域包括ケアシステムは誰かが常にリーダとしてピラミッドの頂点に立って指示を出すものではないと思います。各患者さん、利用者さんに対応するチームにおいては、医療に関わるもの、介護に関わるもの、生活に関わるものもその他数多くの関係者の中でその場面場面において提案を出すリーダーは変化しなければ、本当の患者さん利用者さんの意思に即した対応にはならないですし、本人が言うに言われず隠れている想いを見つけ出す事もできないと思います。 あくまでも私的意見ですが、行政の方だけではないですが、本来の地域包括ケアシステムの目指すものではなく、従来の縦割り組織のピラミッドのような構成図が頭のなかにあるように思える方もいらっしゃると思います。たとえば地域包括ケアシステムの中心はケアマネであるのでこの資質向上をすればすべうまくいくと誤解していると思われることもあります。 また、十勝においては市町村間のばらつきが大きく、非常に熱心に取り組んでいる自治体もあれば、そうではないところもあり、二次医療圏として全国最大の面積をもつ十勝全体としてみると、住んでいる市町村による格差が生じることが危惧されます。他の自治体とも意見、情報交換を積極的に行い、十勝全体としてのケアの質をあげる活動を望みます。 十勝には十勝モンロー主義という言葉があります。悪く言うと排他的。ただおおざっぱに言うと、その人が十勝ためになる人、すなわち十勝の人だと認めたときは、どこまでも面倒をみる。十勝のためになる事であれば、それ以外のところが何と言おうと関係なく突き進む。(北海道ですら食料自給率195%ですが、十勝の食料自給率1100%。これらの事から北海道から離れて県としてでも十分やっていけると考える人も多くいます。) このようなところですので、市町村がどうこうより十勝としてどうなんだと言う事が重視される、ある意味特殊な生き特性がある所の意見ですので、片寄はあるかともいますが、ご勘弁いただければと思います。 ただ十勝モンロー主義は、目的とした案件ごとに構成員が変わる、第3の共同体、「使命共同体」から発達したものとされています。目的とした案件ごとに構成員が変わる・・・地域包括ケアシステムに通じるように思います。 地域包括ケアシステムは、「使命共同体」ではないかと思います。
財政・人材不足

<p>今までの「仕事の仕方」や、「関係者との既存の関係性」から方法や内容、考え方などを変革する事が難しく、現場の担当者、と、決裁権を持つ人との共同歩調が取れていない時にハードルになっているなあと、感じます。</p>
<p>①行政の縦割り②行政と地域住民との対話に行政が消極的であること③住民が行政が対話する場合、行政・住民ともに対立的スタンスから入ってしまうこと④「地域包括ケアシステム」の理解に、行政側と住民との間で乖離があること⑤「包括ケア」という概念と「地域システム」という概念が、地域住民、行政ともに結び付いていないこと</p>
<p>医療系への理解と協業の姿勢</p>
<p>わからない</p>
<p>地域の二一ズではなく、いわれたことをやろうとするとどうもいかないのではないかと思います。そのためにも地域のことを良くわかり、何のためにそれを実施するべきかを理解している人材の有無でしょうか。</p>
<p>自治体側にもハードルはあるのですが、最近感じているのは、それ以外側のハードルです。自治体が表立って中心になろうとすると、住民や関係者としてはつい「自分たちはしてもら側だ」「自治体がお膳立てしてくれるのを待てばいい」と思い込んでしまう気がします。それが意外に高いハードルになってしまう気がします。</p>
<p>◇地域包括ケアシステムの目指すトータル・シームレスケアを目指すためには、自治体組織である制度間、部署間の縦割りを超えた地域単位で関わる行政の姿勢が重要。 ◇制度間を超えた複数の課題を有している地域住民へアプローチ。 ◇制度間の狭間の人への対応する制度、担当部署がない。 ◇過去に市町村合併を行い大規模化したことにより、行政範囲内にいくつもの生活圏域が出来ており、課題も多様化している。それぞれの生活圏域に合わせたシステム構築をすることが困難。(当院の所在する生活圏域は中山間地域だが、行政範囲では中山間地から離島部、市街までである。)</p>
<p>利用する側が要望ばかり言う集団になりやすいこと</p>
<p>知りたいです。実態について。</p>
<p>自治体の方の意見が聞きたい</p>
<p>縦割り行政と、個人情報保護。</p>
<p>縦割りの考えでしょうか？ 地域包括ケアシステムは、医療、介護、福祉の分野が中心に描かれていますが、実際には都市計画やインフラ整備、防犯・防災等、様々な分野が絡みます。 地域包括ケアシステムの推進するために、そのアイデアを自治体内で共有し、様々な部署と一緒に動いていただけるといいのですが、実際には縦割りなので、なかなか連携が進んでいないと聞いていますし、都市計画などに「地域包括ケアシステム」という言葉を見ることがありません(私の勉強不足かもしれませんが)。</p>
<p>従事する職員の確保</p>
<p>自治体がビジョンを明確にもち、市民に対して丁寧に説明することができれば、中心的な役割を果たせるのではないのでしょうか。ただし、強いてハードルとなることがあるとすればと考えると、現時点で自主的に活動されているたくさんの市民団体を尊重せず、新たな仕組みを一から作り上げるかのようにはめ込もうとするようなことがあった際の自治体自身かもしれません。そのようなことは無いと思っておりますが。</p>
<p>「各ステークホルダーおける政治的しがらみ(特に医師会)」医師会が既得権益を守ろうとするあまり、行政が立ち上げた地域包括ケア協議会に対立したり、看護介護事業者との間に上下関係を作ろうとしたりすることが、多くの自治体で発生しています。ファクトベースでの動機づけと議論が重要だと考えます。</p>
<p>介護や医療の担当部署のほか、地域保健や地域福祉の担当部署にも、「地域包括ケアシステム」の構築という目標を共有させることが重要です。</p>
<p>どうしようかという思い。この思いに対しえ上司、組織の理解。許可。 どうしようか思おうとも思わなくてもとくに何も変わらないと思う気持ち。</p>
<p>もちろん自治体や自治体の職員によるとと思いますが、自治体や自治体の職員の顔が見えないこと、何でもすぐ現場に丸投げすること、現場のことをわかっていないこと(わかっていてもそのように思われていないこと)だと思います。</p>
<p>自治体には、豊かな発想がない、型にはまって物事を考えるところがあります。だから、自治体が中心にならない方がよいと思います。自治体は、ハード面はつくれても、ソフト面はつくれません。言い過ぎかも知れませんが(笑)市民の気持ちに寄り添って、見守り支援することが一番じゃないかと考えます。</p>
<p>自治体自身が提供するケア資源があるかないかで、ケアシステム内の当事者としての立ち位置の有無が変わる。無いとすれば、実際の活動の調整役にとどまる可能性が高く、中心的役割を果たすには、問題意識の共有やリーダーシップに欠けると思われます。</p>

自治体自身のシステム化、組織化、制度化していこうとする意識
活動の主体は地域住民だと思いますが、自治体が前面に出るとやらせられ感がでて、また自治体も役所的になり形式的なものになるのでは
地域の意見をどれだけ聞き入れることができるかではないでしょうか?そのためにも自治体の方は地域まわりをして欲しいです。
いわゆる「縦割り」と言われる、内部の関係する課内での調整不足や非協力的な対応かと思います。
地域住民への周知と理解。地域で包括ケアシステムの内容を正しく理解している方はほとんどいないような気がします。専門職の方でも名称は知っているが内容については何となくという方が多いようです。私も介護事業者の会議に出席いたしますが、残念ながら詳しく説明できる方にお会いしたことはありません。
自治体は地域、特に”個”に対しての対応がそれほど得意では無いのではないかと考えています。失礼ながら、予算ありきで業務を行っている中で地域の多数の”個”にたいしてサービスを提供するのはかなり難しいのではないのでしょうか?このようなサービスは民間企業やNPOのほうが向いていると考えます。自治体でしか対応できないことは自治体が、そうでないことは民間に委託ないし開放し、サービスを提供していく方向性のほうがスピード感をもって実行できるのではないかと思います。
質問の答としては、地域包括ケアの実務をいかに”手放せるか”がハードルとなると思います。
やはりステークホルダーの問題。特に地元医師会や中核病院など。具体的な利益や目に見える効果が無いと、本質的な連携に発展しない土壌は残念ながら一部に存在しています。医療者側の歩み寄りがより求められる中、そもそも当事者意識が乏しい(特に病院経営陣)。また、各自自治体と接する機会があり否応無く感じることで、自治体間、職員間でかなりの温度差を感じています。
「財源」と「既得権益」でしょうか。
「市民(住民)の理解」/東京の場合、「地域で協働してゆく」という発想や意気込みが弱い(意識の高い住民と低い住民の幅が大きすぎる)。 行政職員の意識改革/国・都道府県と市区町村の行政職の「医療・福祉」への知識・ノウハウのレベルの差が高いように考える。市区町村職員は、ジェネラリスト的であり、医療・福祉分野は苦手な領域であると考え、その中「地域包括ケア」に取り組むには、一層の努力が必要である。
地域包括ケアはそれぞれの立場の人たちが有機的につながることが大切です。自治体が中心的役割でそのつながりを創ればよいのですが、むしろ、今リーダー的な存在の機関・人たちに音頭をとってもらうように、自治体は黒子的な動きの方がうまくいくのではないのでしょうか。
担当職員の人事異動は無視できません。
何点か考えられますが、意外に高いハードルは組織連携体制の構築であると思います。まず、自治体内部として、地域包括ケアシステムの構築は介護保険担当課だけでは担いきれません。少なくとも、元気老人対策担当課、地域振興担当課、健康づくり担当課、生涯学習担当課は関わる必要がありますし、全庁的な横断体制がなければ推進力は強まりません。自治体外部としても、医師会、薬剤師会、民生委員連絡会、老人クラブ連合会、自治会組織、介護保険事業者などと、連携できる関係を構築していく必要があります。また、同じくらい高いハードルは、一般住民の主体的参加です。住民をマンパワーとしてシステムの各所にどのように活用・つなげるか、とりわけ、支え合いの地域社会づくりのためには、住民の巻き込みがないと絵に描いた餅になりかねません。
これまでの経験を通じ、地域包括ケアシステムの推進がなぜ必要なのか、に関して、関係者の方に説得力をもってどのように説明したらよいのか、その点が難しいと感じています。
既得権益者の保守思想。医療系と介護福祉系の対立。
・縦割りの部署 ・事業予算等の影響でそれぞれの所属の担当(活動)の範囲が限定されることがある。 ・上記のことから総合的な視点で推進する力が弱い ・インフォーマルな資源の活用が苦手 など
上意下達。殿様意識。
隣の市区町村の模倣・モデル事業のマネをして、地域資源やニーズを見ずに、進むリスクがある。
抵抗勢力はどのような場でも存在すると思います。そのようなセクトを乗り越えてどれだけ協調できるか、ということが重要ではないかと思います。
自治体の担当者の無知、人もの金の制約
医療者の価値観(医療者が病院で医療をとことん行おうとする考え)/利用者、地域住民の価値観(病院が全てを解決してくれるという期待、依存)
自治体内の縦割りな状況

【第 12 回ワークショップ】

地域包括ケアと住まい・住まい方

1. 日時：2015 年 12 月 4 日（金）18 時 30 分～20 時 30 分
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）
 - 園田真理子氏（明治大学理工学部建築学科 教授）
 - 牧嶋 誠吾氏（大牟田市都市整備部建築住宅課 課長）
 - 香取 幹氏（株式会社やさしい手 代表取締役社長）
 - 堂園 春衣氏（NAGOYA TOWER 事務局長）

「地域包括ケアと住まい・住まい方」

1. 講演

【園田】 こんにちは。今日私が皮切りということで、地域包括ケアシステムと住まい、まちづくりということに関して考えていることをお話ししたいと思います。

今、日本が直面している 3 つのファクトからお話したいと思います。すでにここにおいでの方皆さんはご存じのとおりですが、1 つ目のファクトは非常に激しい高齢化が進展していることです。特に大都市部で顕著です。しかしながら、スライドの青色と緑色が掛かっているのが日本の 75 歳以上人口ですが、日本の高齢化が本当に始まったのは 1990 年ごろです。実は日本のさしもの高齢化も実は 40 年で、残りはあと 15 年というのが 1 つ目のファクトです。

2 つ目のファクトはこれは世界のどの国も経験したことがない激しい高齢化です。しかも、人口が減少している中で進んでいるということです。下のグラフを見ると、なんと 1900 年の、今から 115 年前には、4000 万ぐらいだった人口が 100 年かかって 9000 万人にまで増えて 1 億 2800 万人でピークアウトしました。2000 年から 2100 年までの 100 年間でその 9000 万人が減って、もとの 4000 万にかえってしまいます。この人口減の中で高齢化が進むということが、私は大変な問題ではないかと思っています。

3 つ目のファクトは、財政難です。私は全然こういうことの専門ではありませんが、国民負担率を毎年財務省が発表してますけれども、日本の国民負担率はまだそれほど高くないというふうにいわれていますが、確かに実数で見ると 2015 年現在、43.4 パーセントです。アメリカを除くそれ以外の国は日本よりも国民負担率が高いので、日本にはまだ余裕があるのかなと思ってしまいますが、実はゼロのメモリの下ところに財政赤字の部分があります。これを含んで、潜在的な国民負担率を見ると、43.4 パーセントに 7.4 パーセントを足すと 50.8 パーセントということです。そうすると、なんとあのスウェーデンとそんなに違わない。ドイツとはあと 1 ポイントちょっとの差ということで、ある先生の推計によると、このまま何もしないでいくと、20 年後には日本の国民負担率は 60 パーセントを超える可能性があるそうです。これが 3 つ目のファクトです。

それに加えて、実は今日の文章にも書いていない 4 つ目の不都合な真実があります。地価の下落です。これは東京都の財務局が発表している公示地価なんですけれども、現在の地価額はなんと昭和 58 年、1983 年よりもある地区では下がっています。これが 4 つ目の不都合な真実だと思います。

じゃあ、私たちはどうすればいいのか。私は地域を再編していくしかないと思います。そのときに何を再編するのか。1 つ目は都市のインフラ、建物、住まい、そういったハードを再編することだと思います。

今見ていただいているのは実は東京都心から郊外に向かう、東京の場合にはたくさんの私鉄線が走っているわけですが、そういう電鉄会社の電車の線路沿いに戦後高度経済成長期以来延々と開発されてきた住宅地を示したものです。それが赤色とか青色で示されており、これは京王電鉄の例ですが何を言いたいかというと、都心から人口が同心円状に広がっているわけではないということです。皆さんは、都心から同心円状に街が広がっていると思われるかもしれませんが、実はそうではないんです。郊外に広がった町は虫食い状に開発された。その開発単位毎に道路がつけられ、宅盤が開発されて街ができていったんです。ですからある意味街は離散的に存在しています。これは某所のグーグルマップを拡大したところですが、今丸を付けている単位ごとにいっぺんに開発して、いっぺんに同じような人が入ってきているので、開発された順番どおりに事態が進展します。開発後大体 40 年ぐらい経つと、すごく高齢化が目立ち始めるのです。

そういう意味でいうと、私たちの高齢化の問題を考える上では地図で考えること、地図を見ることが大変重要なことです。郊外住宅地は開発された単位ごとに高齢化が進みます。高齢者は実は局所的にすごく偏在しているのです。これは当時高級だといわれた住宅地ですが、850 世帯 2500 人いて、ここでの経済的なポテンシャルというと、ここの土地・建物に対して皆さん 1 億円以上のお金を払っているわけです。850 世帯ということは 1000 億円のお金が投下されました。ここには厚生年金をきちっともらえるような方々がお住まいですので、仮に年金 1 世帯 300 万円だとす

ると、年間総収入は 25 億円から 30 億円。平均的な日本人の高齢者世帯の貯金額、他人のお財布をあてにしてではないんですが、仮に 1 世帯 2500 万円の金融貯金があるとされると、ここの住宅地の中に 200 億円のお金がたまっているわけです。バブル期以前に家を買われた方がほとんどですが、住宅ローンもすでに終わってるわけです。ここで皆さん住んでいて、最初のご主人のほうで、多分順調にいけば具合が悪くなって、最後奥様が一人残されると、いきなり 100 平米を超えるお屋敷から 18 平米ぎりぎりのサ高住を探して、お金が掛かるとか大変だって言っている奇妙な構図が出来上がっているということをぜひ今日はお話したいと思ったんです。

ここの住宅地ですと、この人数、高齢化率から想定すると、開発後 40 年経過で介護保険の総費用は年間約 5 億円、後期高齢者医療費は多分年間 8 億円ぐらい掛かります。こういうところが本当にスポットのように郊外の住宅地に存在している。そこに住んでいる方々は「家」はあるんです。土地と建物があるんです。日本の 65 歳以上高齢者の方は 20 世紀後半は本当に豊かな時代だったので、85 パーセントの方が持家・持地にたどり着いています。

ところが大きなうちに、先ほどお話ししたような高齢者のご夫婦とか、あるいは未亡人の方がお住まいになると、家はあるけれども、されど「生活支援」がないわけです。だから生活支援を求めて住み替わらざるを得ないところまで追い込まれている。これはとても奇妙なというか、何もしてないからこういう状態になっているのではないかということです。

もう一つ地域を再編するには、生活を支えるソフトの再編が必要です。そこで日常生活圏域で、24 時間 365 日切れ目のないネットワークを構築することによって、どこに住んでいても医療、介護、看護、それから生活支援が届けられて、安心して生活できるそういうソフトの再編をしようとしてるんだと思います。

ですから、今まで 20 世紀は全て一つの建物の中に集めて、画一的に大量に対して、集中的に対応してきたことを、地域にその支援を広げることによって、21 世紀は地域ケアとして、ケアネットワーク、エージング・イン・プレイス、ケア・イン・コミュニティを実現していこうとしているんだと思います。

ところが、私たちは今なかなかそこまでの道筋がはっきり見えてない状況にあるんだと思うんです。その原因は、都市・住宅・福祉分野の縦割りの弊害があるんだと思います。これに対して、最初に手をつけたのは住宅分野です。2009 年に高齢者住まい法を改正し、高齢者居住安定確保計画を作るんだ。需要をきちっと推定し、必要なサービス、施設をちゃんと考えて、適材適所置いていこう。その理念は崇高だと思うんです。

ところが、日本の住宅行政は今都道府県にしかハンドリングできるすべがないんです。ですから、高齢者居住安定確保計画をいくら都道府県で作ろうとしても、何かそれは隔靴搔痒というか、基礎自治体にとって、それが実際住んでいる人たちにとって、そんな計画あるの？という感じです。

それに遅れて、今度は 2011 年 10 月、震災の年に、サービス付き高齢者向け住宅が、名前が長いので、今日は「サ高住」と言わせていただきますが、これがスタートしたわけです。本来は、この制度は高齢者住まい法上ある一定の条件を満たしたものを登録してあげますっていう制度なんです。けれども、単年度予算ですが、国庫補助があるとか、それから住宅金融支援機構の融資があるということで、あれよあれよという間に、わずか 4 年間の間に 18.7 万戸も登録されたわけです。政策としてはすごく成功したというふうに、この数字を見ればいえるのかもしれませんが。しかし、皆さんもいろいろお聞きになってるかと思うんですが、実情は玉石混交、いろいろ問題があります。

これは昨年国交省が調べたんですけれども、サ高住の立地は地価の安いところに偏在しています。最低面積は 18 平米から 25 平米に届かないものが全体の 7 割を占めています。入居者の 87 パーセントは要支援 1 以上の要介護認定者です。なんと、入居者の 31 パーセントは要介護 3 以上です。このサ高住がスタートするときは、国交省は「これは健常自立の高齢者の方々の老後の住み替え先です」というふうにいったんで、かえって混乱が生じたのではないかと思うんです。結果としては要介護高齢者の住まいとして機能しているということです。しかしながら、このサ高住は全く地域包括ケアシステムと無関係のように野に放たれていて、いろんなところで増えているという状況です。

遅れて、本当は 2012 年にスタートしてたんですけれども、地域包括ケアシステムがより本格的に医療・介護・福祉分野、全部にまたがる形で展開されつつあります。医療介護総合確保推進法

という形で昨年の6月に制定され、この4月から本格的な地域包括ケアシステムの構築に向けて、各自治体が格闘しています。しかしながら、サ高住はほんの少し先に始まったが故だと私は思いたいのですが、全くこれとは無関係に、跋扈しています。

さらにそれに遅れて、2カ月遅れです。皆さんご存じのない方多いのではないかなと思うんですが、やっと都市分野も動きました。改正都市再生特別措置法ということで、これを改正することによって、人口減、これから世帯減が進む中で立地適正化計画というものを、各市町村が立てることになった。ここには住んでほしい、ここは住むのはちょっとやめてほしいという居住誘導区域を設定できるようになりました。

何を言いたいのか。順番が逆だったんです。最初に都市がちゃんと立地適正化計画を立てて居住誘導区域を定め、その次に地域包括ケアシステムが提案され、そこにサ高住が3番目に提案されれば、今のようなことも起きなかったと思うんです。しかし、全くその順序が逆になったがために、せっかく各分野いろんなことを考えているのに、現下はばらばらの状況というのが私は非常に残念です。

じゃ、何をすればいいのか。地域のネットワークのデザインが問われます。今まで人里離れた山のほうにあった大規模な老人ホームに押し込まれてた機能を、地域社会があたかも1つの施設になるように地域にその要素を適切に配置し、ネットワークしていくこと。それには居住の連続性の保障と町中居住の重要性ということです。郊外の住宅地で坂道が多い、宅盤と道路の間に1階分ぐらいのレベル差があると、やっぱり居住継続困難です。そうすると、すぐ人里離れた施設のほうに落ちてしまうのではなくて、その真ん中のよく知っている日常生活圏で住み慣れたところで、便利な、しかも快適なもう一つの住まいがあれば、ネットワークということも適切に可能ではないか。

それからもう一つ必要なのは、地域循環的な仕組みです。実は私の仲間の建築屋が非常に良くないことをしたわけですが、先ほどサ高住が18.7万戸増えたと申し上げたんですが、その中の一部と言いたいのですが、実はかなりの部分がどういうふうに建てられたかということ、郊外で地主さんとか、あるいはこれから相続が発生されようとしてる方に、もう若い人の住宅需要はないです。あるいは相続税対策として土地活用しませんかという非常に誤ったトークをして、本来の目的とは全く違う土地活用とか相続税対策でかなりの高齢者住宅、サ高住が建ってしまったという悲劇があります。

私は高齢者住宅というのは基本的には非営利の事業だと思います。そのための地域循環的な経済の仕組みが必要です。そのときに、サ高住が増えると、みんな介護保険を結構使ってます。医療保険も使っています。だから、実はサ高住というのは公的な負担と私的な負担の混合経済、古い言葉ですが、その上で成立しているものです。ですから日本の介護保険、医療保険、大変立派なものがあります。もう一つの住まい、自宅で生活が困難になったときにもう一つの居場所をどうやってつくったらいいのか。実はここに健全な資金の出し手がないというのが私たちの最大のジレンマです。誰かが投資をしてくれる。株を持ってるっていうのも、なんだかなと思います。相続税とか土地活用ではたまったものではありません。目的が違うのですから入居者にとって良い建物の建ちようがありません。であれば、未来の入居者、あるいは奥さんのための、あるいは自分のお母さんのためのそういうきちとしたもう一つの住まいを地域に設けていく共同出資、地域ファンドみたいなものがあればどうか。そこでは雇用が生まれます。そうすると、そういう地域に開かれた雇用というのは地域に根付いて、地域で誇りを持って働けるディーセント・ワーク、そういう可能性もあるのではないのでしょうか。

日本はその仕組みが全く考えられていません。これは一体誰がやるのかというのがあるのですが、アメリカはすごく弱肉強食のように思われるむきもあるかもしれませんが、ある意味経済合理的なそういう仕組みを持っています。NPOが日本でも定着しましたが、NPOの地域開発事業会社版をアメリカではCDC、コミュニティ・ディベロップメント・コーポレーションっていいです。そういうところが地域にきちとした資本投下を行って、住環境を整備していく、あるいは雇用をつくるということをやっているわけです。そのために自治体もお金を出したり補給したりします。知恵は大学とか研究機関が出します。それからいろんな人たちが寄付をします。インターメディアリという非営利の事業に金融的なこととかいろいろなノウハウを提供するそういう中間組織があります。

それから地域にお金が循環するコミュニティ再投資法、地域の人たちが銀行に預けたお金を投

資をして、地域の企業がもうかれれば、そこで得た利益のいくばくかはコミュニケティ・ディベロップメント・コーポレーションに再投資してもらうという、こういう法的な仕組みで経済循環を作って回しているわけです。

もう一つ、日本でもふるさと納税というのがありますけれども、例えばタックスクレジットで先ほどのインターメディアリを通してお金を回す仕組みがあると思います。

最後です。地域の福祉と経済の循環によって、私たちの今直面する課題を解けないかと思っています。21世紀のイノベーションは建物単位ではなくて、地域で仲間福祉、地域福祉でやっていくことではないかと思っています。以上です。

ちょっとお手元に小さなパンフレット、今日出来立てなんですけど、お配りさせていただきます。普通のマンションでもいろんなことができるということでバリアフリー&QOLガイドブックです。今年のグッドデザイン賞を頂いたので、皆さんにお届けしました。すいません。以上です。

【司会】 ありがとうございます。続きまして、自治体で実際に地域包括ケアの基盤としての住まい、住まい方についてどのような考え方で展開しておられるかということで、牧嶋さんをお願いしたいと思います。高橋紘士先生から、医療福祉と住まいの両方の部局を希望して経験なさった方ということでご紹介頂いており、両方の目からお話いただければと思います。よろしくお願いします。

【牧嶋】 皆さんこんばんは。大牟田から参りました牧嶋と申します。私は建築屋なんですけど、保健福祉部局に5年間おりました。最後の1年間、地域包括というところで係長をしていました。表紙に挙げている写真は、そのときに訪問したところの写真です。ある日電話掛かってきて、とにかく来てくれということで訪問したら、実はこういうゴミ屋敷状態のおうちだったのです。関係者からいろいろ話を聞いてみると、3年前までは地域の方と接触をされていていろんな交流があったんですが、3年ぐらい音沙汰なくこのような状態でした。認知症が進行して部屋の中片付けられなくなったとのことでした。大牟田のご紹介をします。大牟田は石炭で栄えた町ですが、人口は20万5000人をピークにして、今も減少しています。

最近では約20万5000人が今12万人を割り込んで、2025になると、10万人を割る状況にあります。

それから、財政の状況は、平成17年当たりぐらいから職員も減少し、その浮いた財源が社会保障費に充てられている状況です。

私が関係するのは普通建設事業費になりますが、は、この経費を平準化させる目的で各自治体で公共施設維持管理計画とか作っていますが、この社会保障費が財政的にも大きなウェイト占めることとなり、おそらく計画通りにはいかないだろうなって思っています。建物はどんどんボロボロになっていって。道路とか橋とか、危機的状況になるのではないかと心配しています。

このスライドは、大牟田のこれまでの取り組みを「地域包括ケア」というくくりで整理したのですが、介護保険制度が始まったのち、平成14年から「地域認知症・ケアコミュニティ推進事業」に取り組んでみました。なかでも徘徊模擬訓練などはまさに認知症の方を地域で支えることに主眼をおき、地域づくりを行ってきました。大牟田では、地域包括ケアという言葉に踊らされたわけでもなく、ごく自然に住民が住民を支える「住民力」だったり、「地域力」だったりっていうことを育てていったのが大牟田の取り組みだと思います。

また私が所属した平成18年度から22年度までは、ちょうど介護保険の改正があったあとで、地域密着型サービスというカテゴリーのなかに小規模多機能が整備されることになりました。この整備に携わりながら、このサービスの説明で地域に出前講座に出向き、80歳のばあちゃんを目の前に、「自分の終末期をどこで迎えたいですか？」って聞くと、「自宅がよかバイ！」とか、「自分の自宅で最期を終えたか！」などと応えられるのです。では私たちにはその人の願いをかなえることが本当に叶えることができるんだろうかということを考える中、きちんと在宅の環境を整えることが必要だと。その一つが介護保険サービスの小規模多機能サービスであり、そうした全体の仕組みを整理し、関係性をつくっていかなくてはならないだろうと思ってます。

一方で介護サービスだけではなく、住民自らがサービスの担い手として参画して、お互いの暮らしを支え合っていくことが必要だし。住み慣れた地域や自宅で暮らし続けるということは、在宅サービスと地域住民同士の補助によるコミュニティベースの支援体制づくりに必要と感じました。

そこで、大牟田では小規模多機能などを整備する際には、地域交流施設を併設することを義務付けました。（星印が小規模多機能で、青いマークが地域交流施設）。大牟田の場合はこうやって併設をせよということによって義務付けてます。建物（空間）を造るということは単に器をつくるのではなく、本当に地域の中でみんながお互いに支え合っていくという環境づくりをすることが大切であり、地域の人が元気なうちからこういう交流施設に関わることが大切です。そして、もしある日脳梗塞で倒れて後遺症が残っても、いろんな障害があっても、そして認知症が発生しても、地域で支えるといった環境があれば、在宅生活が可能なのかと考えています。地域で暮らすということは、本当に専門職に関わらなくても、実はできることがたくさんあるんじゃないかと思うし、専門職に関わる必要があれば、フォーマルサービスとしては小規模多機能を整備してきたところです。このほか地域交流施設の設置目的を具体的に書いてますが、後でお読みください。

地域包括ケアシステムの概念図を最近植木鉢で表現することが多いですが、植木鉢が出る前は、こういうふうな五輪の輪で表現されていました。このように住まいをベースにして考えると、今の太田の資源はどれぐらいあるのかを見ることができます。住まいを構成するサ高住はほっといてもどんどん建っていくんです。整備戸数が目標ではなく、サ高住は、むしろ運営のほうにちょっと手を入れなきゃいけないと思ってます。本市の福祉部局の人たちもサ高住は非常に不評で、サ高住はやめとけとかって言われるんですが、サ高住については市内に9カ所ある事業所で構成する連絡協議会をつくってお互いのサービスの質の向上を図ろうと目論んでいるところなんです。

ここからは、コミュニティベースの生活支援体制の整備について、住民が住民を支える仕掛けとして、どんなふうにやってくるかということをお話していきたいと思います。

国交省が所管する居住支援協議会というのがあります。この居住支援協議会では住宅確保要配慮者の人に住まいをきちんと提供する仕組みとして設置しているところです。太田の居住支援協議会では、住宅を単なるハードとして提供するだけではなく、そこに生活する人の暮らしの支援までセットで行っているところです。構成メンバーには介護サービスの事業者協議会や、行政、障がいなどの福祉関係者、不動産屋さん、あとは司法書士の皆さんなどで構成しています。こういう居住支援協議会は全国で約50ちょっとぐらいあるらしいんですが、実際に事務局を持っているところが住宅部局の人たちが行っていて、単なる空き家バンクみたいなことが行われているケースが多くありますが、私たちは、この住宅に困っている人たちの生活の支援をすることが目的であったこともあり事務局を社会福祉協議会に担ってもらい、住宅の相談を入口としながらも相談者の生活全般の支援をこの中で行っていくというようなことを取り組んでいます。

人口が減ってくるということは、空き家も年々増加している状況です。国の調査で「住宅・土地統計調査」が5年ごとに実施されていますが、あれってあんまり信用ならないんです。太田では空き家の現状や実態をきちんと把握することの必要性を感じ、本当の実数を得るために、民生委員さんに協力をいただいて、小学校区ごとの空き家を調査していきました。老朽危険家屋は補助で解体していく。一方、使える空き家についてはいろんな可能性があることから、学生とワークショップをやったりしながら、活用策の提案をしています。今取り組んでいるのが、空き家という居住空間に地域包括システムで言う医療や介護をとという関わりを持たせることによる再生方法などに取り組んでいるところです。

現在開設している交流サロンについては、空き家を提供いただき、有明高専（地元の建築学科の学生）と連携し、こういった空き家の改修に学生さんたちに関わらせ、地域のNPO法人のおばちゃんやおちゃんたちがここに関わってきて、いろんな人たちの関係性をつくっていく交流拠点として活用しているところです。

今度は住宅の空き家ナビシステムです。「住みよかネット」と、スマホとかで検索してもらうといいんですが、この情報システムは福祉系の住まい、居住系の住まいを一つの同じ土俵に乗せて、高齢社会に適した住情報の検索仕組みに取り組んでいるところです。言いかえると福祉施策と住宅施策における住まいに関する情報が同じ土俵の中で見れる仕組みです。例えば、太田の実家に残っているばあちゃんにアクシデントが発生したときを想定した場合、東京や関西などにいる息子・娘さんたちが、ばあちゃんの新たな住まいを確保しなければならなくなったときの住情報として役立ててもらえたらいいかなと思っています。

また太田では入居時の支援を行っています。一人暮らし高齢者が多くなるなか、賃貸者契約

をするときに、連帯保証人がいないために契約できないといったケースもあります。弁護士や司法書士とかの専門職が集まって NPO 法人をつくり、入居支援を行っているところです。もともとの発端は、私が関わっている市営住宅での入居手続きでのことでした。公営住宅は一般的に住宅セーフティーネットと言われますが、実際に連帯保証人がいないといった理由で入居をお断りしている現状でした。そこで、文字通りのセーフティーネットを構築するために NPO 法人で連帯保証の機能を担ってもらい本当のセーフティーネットとして提供し住宅確保ができればいいかなと思ってるところです。

余談になりますが、これは居住支援協議会の第一号パンフレットです。「地域包括ケアシステム」といった言葉を載せていいかなと思いつながら、あえてチャレンジして国交省に問題提起をしたのです。もう一つは、この言葉を書くことによって、うちの職員（建築系・設備系の技術系職員の集まり）に対して、こういうことをやるんだっていうことを明確に意志表示をしたことです。

最後に団地の事例を少しご紹介したいと思います。安心できる住まいっていうのは、これまでの建築屋や技術屋さんからすると、単なるバリアフリー化された住宅を完成させ、ハードを提供して終わってたんです。でも実際は市営住宅を管理している私たちと入居者との関係は、大家と店子との関係にありハード提供だけではなく、入居者との関係性が結構濃い関係となっています。これからの公営住宅のあり方は、ハード（箱モノ）提供だけではなく、完成後におけるコミュニティなどの仕掛けと仕込みが必要となり、そういった作業に市職員も関わるのが大事だなと思っています。

団地の中庭ではこういうふうな地域住民と一緒に入居者の皆さんと交流したり、また違う団地では建て替えて余った土地に福祉施設を誘致してきて、市営住宅と関係性をつくったり地域住民と関係性をつくったりして、集まって住むという安心感を提供できればいいかなと思っています。この団地の人たちにとって、さらに安心して住むためには、コミュニティの再生もやっぱりなきゃいけないだろうと思っており、現在こうしたコミュニティ支援にまで手を出しているところです。生活に困窮されてる方が多い中で、人の世話なんてというようなところも結構ありますが、地域包括の職員や隣接する福祉施設の職員さんたちに手伝っていただきながら、コミュニティ支援をしているところです。

これはこの市営住宅で取り組んでるスライドです。朝起きて元気だったらベランダにタオル掛けて。また、夕方生きていたら、タオル取り込んでねというふうなことをやっていて、自治会の役員さんたちが一人暮らしのお年寄りの人たちの安否確認をいただいているところです。

最後のスライドになりますが、日常生活圏域、全国的には中学校区を設定されていますけれども、大牟田では小学校区を設定しています。その中には子育てをしてる人、障がい者の方、高齢者では要支援、あるいは要介護を持っている方などたくさんいらっしゃいますが、私たちのアプローチは生活の基盤である住まいをきちんと整備することであり、こういう空き家がよりよく活用されるために取り組んでいきたいと考えています。空き家がが年寄りの人たちのシェアハウスや互助ハウスに活用したいと思っています。建築基準法上の問題などの課題もたくさんありますが、一つの地域の中でお互いに支え合える環境をつくれたらいいかなと思ってるところです。ご静聴ありがとうございました。

【司会】 続きまして、株式会社やさしい手の香取さんから、住まいとケアの組み合わせのさまざまなバリエーションということでお話し頂きたいと思います。

【香取】 株式会社やさしい手代表取締役社長の香取幹でございます。今日はお話させていただく機会を頂きまして誠にありがとうございます。本日は、高齢者の住まいと住まい方の選択、ご家族と利用者の意思決定支援についてお話しをします。高齢者の住まい方を議論するには意思決定支援というものがになってまいります。どこで住むのか、どうやって生きていくのか、何を重要視するのか、何に基づいて生きていくのか、何をよりどころにして生きていくのか。このようなことは、高齢者お一人お一人がお考えをしっかりとっていただき生きていくことが必要です。それをわれわれが支援していくという取り組みがあります。

その中の1つに重要な要素として住まいがあります。住まいの選択によっていろんな制約条件が課せられたり、ご高齢者さまが何かこだわりがあって、それによって住まいを変えることができなかったりと、いろいろな問題を抱えております。住まいの議論ではいつもハードウェアの議論がなされがちです。むしろ、その住まいを選ぶに当たって、ご本人、ご家族はどのように意思

決定するのかがむしろ重要なポイントだということをお話できればと思います。

株式会社やさしい手、非常に大きなテーマを頂きました。ずいぶんと素晴らしい会社なのかと思いきや、一般の営利企業でございます。そのうえにあまりご評判がよろしくないサービス付き高齢者住宅等の運営をしております。私どもは全国で20棟のサービス付き高齢者住宅を運営させていただいているという状況でございます。

ただ、私どもはサービス付き高齢者住宅が本業ではありません。本業は訪問介護事業でございます。全国に訪問介護をおおむね3万人のお客さまにご利用いただいております。それが私どもの収入の基礎でございます。訪問介護に対して通所介護や、いろいろな施設介護も発達してきていますので、訪問介護事業自体は全国的に減ってきています。「今頃訪問介護なのですか。」という問いには、「今だからこそ訪問介護です。」とお答えしています。多様な工夫をしながら訪問介護、定期巡回、および訪問看護を行っております。特に私どもがベースとするのは24時間の訪問介護でございます。私もかつて20代のころ。私も云々十年経ってもうじき50に差し掛かるところでございますが、その昔。20代の頃に始めたのが世田谷区の24時間巡回型の訪問介護、市区町村ホームヘルプサービス事業です。まだ介護保険が始まる前の時代から、いわゆる公的なホームヘルプサービスを受託し24時間型でスタートしたのが始まりです。それが現在20カ所で定期巡回随時対応型訪問介護看護を中心とした24時間の介護をさせていただいています。

現在、従来型の訪問介護のお客さまはどんどん減っております。一方で定期巡回随時対応型訪問介護看護を中心とした24時間の訪問介護に非常に大きなニーズを受けて利用者が増加しています。もしや中重度の方々が増えてきたのか。いえ、中重度の方々が増えてきたというよりむしろ、在宅復帰強化の診療報酬改定が行われ、それによって退院される患者さまの流れが変わったことが原因なのです。サービス付き高齢者住宅を作るやからが悪いのではなくて、診療報酬制度が変わり、そのおかげですごい勢いで退院患者様が在宅にお戻りになられているという現実があります。サービス付き高齢者住宅が退院患者様の在宅復帰を受け止めて、退院支援機能を果たしているという状況でございます。私が強調して申し上げたいことは、現在、在宅介護の利用者3万名をお受けさせていただきながら、退院支援、在宅復帰拡大の影響を受けて24時間体制の訪問介護やサービス付き高齢者向け住宅の運営に業態が遷移しつつあることです。

スライドをごらんください。弊社は東京建物様、ミサワホーム様、大和リビング様など賃貸事業者が事業主体のサービス付き高齢者住宅の運営を受託しています。長谷工ライブネット様も賃貸事業を行う会社です。賃貸事業を行う会社さんとしては大手の賃貸事業者様ばかりです。そういった方々とコラボレーションをしてサービス付き高齢者向け住宅の供給と運営をしております。

最近では、積和不動産の子会社の積和グランドマスト株式会社様物件の運営受託をさせていただいています。積和不動産株式会社さま、積水ハウス工業さまの職員さまおられず、基本的に中の運営は当社株式会社やさしい手の社員しかいないという中で、こういった建物が順次できてきております。

ポイントとするところとしては、土地オーナーさんが先ほど園田先生からもご案内あったとおり、いわゆる相続税対策としてよくいわれる場合があるんですけども、土地オーナーさまに土地活用のご提案を建設会社さまがされまして、それによって35年借りあげるからうちの集合住宅を建設していただきたいということで、長期借上げ契約がなされます。その借上げをおこなっている会社と連携している介護会社、これが株式会社やさしい手でございます。園田先生のおはなしにつながってまいります。在宅介護の会社はご利用者さまと介護サービス契約、その他に生活支援のサービスの契約を結んでいます。この生活支援、今日お話がございました生活支援というその単語こそがなんだかよく分からないわけです。その生活支援が重要だといいいながら、なんでそれが重要なのかも分からないわけです。ここが今最大のポイントになってくるところであります。

さらに私ども介護会社は地域住民にもお客さまを抱えております。先ほど申し上げたようにメインのお客さまは在宅なのです。現実の収支のことを申し上げますと、在宅のお客さまで私ども収益を確保しています。本業が在宅介護ですので当たり前なんですけども、その地域の皆さま方の収益によって、はじめて入居者さまの介護ができるということです。その中では住民活動を、私どもの介護会社として住民活動を支えていくという取り組みをさせていただいていますし、住民の皆さま方がいろんな世代がいらっしゃいますが、そういった地域交流のお支えも当社がさせていただいています。そのおかげで地域住民の方々が私どもの入居者さま、あるいは在宅にお住

いのご利用者さまで認知症の方が地域の住民の皆様にご迷惑をおかけすることがあっても、「まあいいか」ということで、その人が悪いんじゃないよ、認知症が悪いんだよっていつてくださり、お抱えいただくということでは、住民活動によって私どもの利用者さまが支えられえております。なにも働きかけずに放置しては、住民の方はその認知症のご高齢者さまや要介護のお客さまを支えることはありません。絶対に支えません。じゃ、何が必要なのかというと、地域交流の支援という形で私どもが住民の皆さま方を支えてこそ、住民の皆さま方にご理解いただいて、住民の皆さま方がその高齢者たちを、要介護の高齢者たちを支えていくというそういうビジネスモデル。そういうビジネスモデルこそが非常に重要な問題となってきたということを申し上げたいと思います。

今日非常に重要なスライドを掲げさせていただいたところですが、重篤な要介護者を抱えた家族は、あるいは要介護者ご本人はどのような選択の幅を主張し、そしてそれを許容するのだろうか。どうやってこの選択をしていくのかってことです。なんの選択なのか。自宅なのか、サ高住なのか、もしくは特養なのか、その療養型の医療施設なのか。これは全ての要介護を抱えるご高齢者さまが選択を迫られていきます。当然でございますと、自宅におきましては、在宅医療、介護サービス、そして昔ながら住んできた住まい。そして好きな食べ物。ご高齢者好きな食べ物だけを好きなだけ食べて生きていきたい人がすごく多いので、ご高齢者に特に多いと私は多いと思いますけども、そういった考え方でお住まいの方を支えなければいけません。その中で必要なのが生活支援サービスです。

生活支援っていうのはいろんなものがありまして。ご高齢者におきましてはまずは洗たく、掃除という形でいわゆる介護保険から切り出された、その領域についてどうしていただくのか。そしてその人それぞれに重要なこととして家族でございます。確かに家族は家族介護の中で、私に要介護者のことを支えてくれることについてはどうも怪しい。うちの娘、家族は私のことをちゃんと2世帯住宅で支えてくれる様子はないぞっていうようなことがあって、家族をどうとらえるかっていうところもなかなか難しい問題ですが、しかしながら重要な家族でございます。その家族との距離、家族との関係っていうものをどうとるのか。

そして重要なポイント、地域に住んでいく。地域に生き、地域に住んで、地域で亡くなっていく。その昔の仲間、地域の仲間、こういった仲間、これこそが私どもにとって重要な地域支援。住んでるご本人からすると仲間にすぎないんですけども、サービス付き高齢者住宅等高齢者住宅に移りますと、それが実は生活支援という名前に変わって、模擬的な、疑似的なサービスが展開されていて、その中で在宅、少なくとも特別養護老人ホームは生活支援という概念はございませんので、そういった生活支援という概念の中で、まずは中間体といえる機能もお持ちです。その方々はどこに住むのか。私はずっと好きな食べ物をずっと食べていきたいんだとご主張される方多いですし、どんなに要介護になっても毎日浴びるほどお酒飲むって方も多いんです。現実の問題。サービス高齢者住宅お住まいの中でしょう。毎日ものすごい量のお酒を飲みながら、ケアコール押して、大変だ、僕死んじゃうかもしれませんって、助けてくれってケアコール押される方おられるんです。

こういった問題を、私は何をよりどころとして生きていくのかというところのご質問の中で、何をこの中で好んで選んでいくのか。選択の幅が非常に広がる中で、私どもは考えなければいけません。

地域医療ビジョンと地域包括ケアの接続。今日お話ございましたとおり、地域医療構想というところで各都道府県がその中で合計131万床といわれる高度急性期、一般急性期、亜急性期、長期療養等の病床につきまして機能分化し、その中でいわゆる在宅復帰に向けた取り組みをしていくとございますが、実はそれを、上のこの地域、医療ビジョンにおきましては、ここの乳酸菌飲料型です。乳酸菌飲料型といわれているこの形だけで議論してるんですけど、違うんです。この下に土台があって、そこには地域包括ケア、そうです、在宅介護、そして生活支援、そして住まいも組み合わせによって、非常にお具合が悪い方を支えなければいけなかったり、非常にお元気な方は在宅において、お過ごしいただくことを進めていかなきゃいけません。ただ、それも2025年になるといっぱいおられるということで、合わせると700万人、800万人増えてくると。この人たちを誰が支えるのかっていうときに、金銭的な問題もあります。それはよく社会保障制度の中で議論されるんですけど。メンタル面や生活支援面、そして地域で支えていく人々は何万人必要なんでしょうか。私は少なく見積もっても、2000万人ぐらい必要なんじゃないかと考えて

おります。もしかして 5000 万人とか必要かもしれないのです。そういった方々が変わるがわる、要介護の方々を支えるような取り組みが必要になって。5000 万人というと、人口減社会においては国民全体という規模でございます。そういったところでこういった方々を支える仕組みこそが今後新しく必要なビジネスモデルでございますし。その乳酸菌飲料型だけ宙に浮いているようにみえますが、実は下に土台となる多くの在宅の要介護者がおり、全体で富士山型のモデルが実はあったということです。富士山モデルを私は今日ここで初めて皆さま方に主張させていただきます。

株式会社やさしい手は先ほど申し上げたとおり、高齢者住宅の棟内の中でビジネスをするだけではありません。地域に出て行って、自立者、軽度者、中度者のご自宅にお伺いして、介護をして帰ってくるというようなことも私どもの仕事としておりますので、こういった中で皆さま地域全体を支えていくというモデルこそが非常に必要なことでございます。

今日ご紹介させていただくこととして、柏市のモデル少しご案内させていただきます。柏市モデルは有名で、皆さんよくご存じでございますが、今日ご紹介させていただくのは、柏市モデルじゃないです。「裏」柏市モデルでございます。柏市の豊四季台の反対側に、駅の反対側ですよ、豊住という地域があります。そこにひそやかに私どもが実は「裏」柏市モデルをやっているということについて、皆さま方に報告させていただきます。これはミサワホームさまが土地活用のオーナーさまのおかげでこういった建物を建てていただいて、お住まいをさせていただいております。柏市モデルより 1 年早く柏市の定期巡回随時対応型訪問介護看護をスタートしております。こちらスライドをご覧ください。8 月末現在で全員で 80 名のお客さまを支えさせていただいております。おおむね 2 年ちょっとで 80 名までのお客さまに非常に増えてきたってことです。

ポイントとして、ご覧のとおり高齢者住宅の棟内にお住まいのお客さまと、棟外にお住まいのお客さまの数はほとんど差がない状況になっております。今年の 11 月になりますと、現状 100 名に近づいてきております。大変多くのお客さまにご支持いただきながらやっております。収支のことを申し上げますと、棟外、の訪問介護は私どもは得意です。高齢者住宅の棟外の一般の在宅で、稼いできて、その収益をもちまして、棟内の方々にサービスをご提供申し上げるというビジネスモデルです。ですからどうなるのかというと、棟内の方からすると非常にお得なモデルです。高齢者住宅棟内の皆さま方は、自費で生活支援サービス費を支払っておられます。しかし現実には地域の皆さま方のお支えによって、はじめて高齢者住宅棟内の利用者への介護体制が整備されて成立するビジネスモデルだということについても申し上げたいと思います。

スライドをご覧ください。こちらは大好きなお菓子をたくさん食べながら過ごされている事例です。時間の都合で詳しくお話できないですが、こちらのお話をいたします。誤嚥性肺炎が繰り返し行われています。大好きなお菓子などを召し上がって、そのまま寝てしまうが故に、それを原因として誤嚥性肺炎を繰り返し引き起こされておられます。こういった方の事例では、特別養護老人ホームや老人保健施設ですと、お菓子は原則禁止です。サービス付き高齢者向け住宅では、肺炎危険性があるので、お菓子は食べないでいただきたいとおねがいします。しかし、このお客さまはどうしてもお菓子が食べたいということで食べてしまいます。ご家族はお菓子が好きだからかわいそうって持ってきちゃって、ベッドの周りに大好きなお菓子に囲まれながら過ごされています。肺炎の危険性もある中で、在宅療養支援診療所は、急性期病院併設診療所の主治医です。誤嚥性肺炎がありましたら、緊急対応できるような体制を整えているという取り組みがなされています。現実にはそんなに何回も誤嚥性肺炎を引き起こしているということではないのですが、24 時間お部屋でお菓子を食べておられることのリスクについてはご家族さまにも一生懸命ご案内して、お客さまのご選択と意思決定の支援がなされているということご報告を申し上げます。

次に、定期巡回随時対応型訪問介護看護で認知症状があっても GPS を用いて、外出しておられる事例です。認知症状があるなかで、「いつてらっしゃい」GPS 機器をお渡しして、よしってということで、握りしめて、認知症の高齢者が一人旅立ってしまうという、非常に危険性の高いサービスでございます。このようなサービスもさせていただいております。そのいつてらっしゃいって見送ることにより、認知症状において不穏になることが減りまして、またいつでも行けることで落ち着くことが増えてきまして、外に出るということに関するチャレンジについては、お時間があまりないので、詳しくご説明ができないのですが、その中でサービス付き高齢者向け住宅コーシャハイム千歳烏山のご案内をします。認知症の方がたくさんお住まいです。入口は自動ドアで開いてしまいます。皆さまお好きなところにいらっちゃって、ちょっとお店にでかけてポケット

にお店の商品を入れちゃって怒られて帰ってくる場合に私どもがお迎えにいくというようなこともさせていただいています。こちらのサービス付き高齢者向け住宅におきましてはもともと都営住宅を建て替えまして、このような形に建て替えの中でサービス付き高齢者向け住宅が生まれてまいりました。ここはおおくの施設を併設させていただいています。居宅介護支援事業、定期巡回随時対応型訪問介護事業所や、訪問入浴、そしてデイサービスの事業所を構えさせていただいています。ただし、これ社会福祉施設の社会福祉事業ではないので、家賃を毎月 300 万円支払います。毎月 300 万円の家賃を払ながら事業収支を合わせるっていうのはサービス付き高齢者住宅棟内のお客さまの収入だけでは無理です。絶対に無理です。これはやはり地域のお客さまが介護サービスをご利用いただいてその収入があってはじめて成立するものだという事も申し上げたいと思います。

こちらでは、部屋は一番小さいお部屋でも 36 平米のお部屋でご用意させていただいています。ポイントとしては、このコミュニティカフェ「ななつのこ」という、多世代交流のスペースも設けております。高齢者住宅のご利用者さまが家賃として負担されて、その中でこの床の費用が賄われています。補助金でこの床面積が建設されたわけではありません。また、補助金でこの床が維持されているわけでもありません。ご入居者さまが家賃を多めに払って、ここにいる多世代交流コンシェルジェの人が配置されています。この方々の給料は、実はサービス高齢者住宅の高齢者の皆さま方の家賃によって賄われております。

次のスライドをご覧ください。地域の住民の支持により利用者個別支援が可能になります。基本的には急性期であろうと介護であろうと、地域住民の支持がなくては成立しないということを申し上げたいのです。私ども在宅介護の会社です。一番最も重要なのは地域の住民の皆さま方からの支持です。これなくしては事業が成立しません。その中で生活支援の形、自己決定支援、アドバンス・ケアプランニング、見守りと支え、その要介護状態像によって、生活支援の形の重要性っていうのは変わってまいります。そのような取り組みをお客さまに個別にさせていただく中で取り組みをすすめます。

まとめのスライドでございます。非常に広がった幅の中で重要なポイントとして、今日詳しくお話できなくて残念ですが、生活支援というものの幅の広がりによって、お客さま、ご家族、そうした皆さま方の選択の幅が広がってます。一方で広がる選択肢にはリスクが伴います。今日は誤嚥性肺炎のリスクが伴う事例もご紹介しました。リスクをよく理解した中で選択しなければいけません。

その中で互助を前提にした地域社会に意識を変化する中では、やはり地域に向けたリーダーシップが必要です。誰かのリーダーシップが必要なんです。そうです、私どものようなサービス事業者だけでなく地域の皆さま方が主体となるものがが必要です。重要なポイントとしては、地域包括ケア誰のもの？とといったときに、地域住民の皆さまのものだということについて気付かなければいけません。こういった取り組みの中で進んでいくことが必要です。その中で「家族と利用者さまの選択と心構え」がなされ、そしてその中で本人の意思に基づいた療養、そして本人の意思に基づいた死というものがご選択されて、地域包括ケアとしてのメリットをご本人が享受されているという取り組みを今申し上げる中でさせていただいているところです。

資料巻末のほうに GPS 機器の具体的なものと、地域の交流の皆さま方と取り組んでいる内容を書いてございますので、もしよろしければご覧いただければと思います。

【司会】 ありがとうございます。それでは最後に、鹿児島からお越しくださった堂園さんに、現代版長屋、3 歳から 95 歳が一緒に暮らす「とも暮らし」の場ということで、NAGAYA TOWER の理念と実践をご紹介いただきたいと思います。

【堂園】 皆さんこんばんは。今日はよろしくお願いします。香取さんみたいに面白い話ができませんけど、南の端っこで小さくこじんまりやっていますので、ご参考になるかどうか分かりませんが、ちょっと変わった賃貸住宅ということで、私たちはサ高住でもなくて、住んでも高齢者だけではない住宅、普通の住宅です。一般の賃貸住宅です。ちょっと変わった賃貸です。6 階建て 36 世帯で、新幹線の通ってる鹿児島中央駅から徒歩 5 分ぐらいの所にあります。私たちも、名刺の裏にも書いてるんですけど、「ほほ笑みを交わす人がいれば、人生は幸せ」ということで、館内ではほほ笑みが行き交うような場所をつくろうということをモットーに掲げて、スタッフ 3 名しかいないんですけど、日々がんばってます。

そして平成 23 年度の高齢者等居住安定化推進事業に選定されて、補助金を頂いてます。このときは高齢者等というふうになっていて、高齢者、障害、子育ての方々が入居する住宅を作るものに助成をするっていうふうに補助金でした。そして大家さんは父ですけれども、この NAGAYA TOWER のちょうど隣で堂園メディカルハウスという有床診療所をしています。がんの終末期医療が中心なですけれども、ここでホスピスで最期までみとりもしますし、在宅で片道 1 時間ぐらい掛かるところまで行って、訪問の看護だったりとかそういうことをしております。年間 100 人以上みとって、今 20 年ぐらい経ちました。

その他に特別養子縁組とって、生まれてすぐの子どもを実子として記載できるような養子縁組をしたりですとか、2 歳 3 歳のお子さんにもおじいちゃんおばあちゃんがこういう状態でもうすぐ死ぬんだよっていうことを、死ぬんだよっていうことダイレクトには言わないんですけども、ビデオを使ったり絵本を使ったりとかして、小さい子どもにも死というものをきちんと説明するというのがその子の先の人生にとって大きな影響を持つということ、亡くなってきた方々、ご高齢の方々を見て感じて、取り組んでまいりました。

その他に NPO 法人の「風に立つライオン」っていうのがあって。これはインドのマザーテレサの施設に医学生とか看護師さんとかを派遣してるんですけども、これは病だけを見る医療でいいのかという疑問がありまして。病を持った人を見るということを実際に何も無いインドで、病院もないし、汚い所で、道端で死にかかっている人を拾ってきて、その人が亡くなるまでの数時間、亡くなるまでの数日間をどういうふうにケアすることで、その人が納得して、または少しでも安らかに死ぬことができるのかっていうのを、体で感じてもらいたいと思って、その派遣をしております。なんでこれを言うかという、このハンセン氏病の人の村チタガールというのがインドにありまして、ここでハンセン氏病、社会から鼻つまみものとしてされた人々が自分たちのコミュニティを形成して、その中で血縁関係がない人々が子どものためのご飯を作るとか、お母さんたちが仕事をしている間子どもの面倒を見るとか、そういった自助コミュニティ、共助コミュニティができていて、そこを研修のときに訪れて、こんなものが日本にも必要なんじゃないんだろうかと。血縁にとらわれないコミュニティとか絆とかつながりとか、まさに先ほど言われてたような地域の住民の方々との絆、つながりが大事なんじゃないかということで NAGAYA TOWER を思いついたそうです。

この他に、社会福祉法人認可保育園を運営したりだとか、学校法人で幼稚園を運営したりしております。「NAGAYA TOWER 設立まで」というところは時間もないので、後で読んでいただければと思うんですけども、心身症の患者さんを多く見る中で、自分なんてどうせっていうものが多い。それからお年寄りに特に多いけれども、孤立を感じて引きこもっていつてしまうと。こんなこともあって、人間同士の絆の再生、希望の構築が必要なのではないかと。そこから NAGAYA TOWER 設立趣意はお時間あるときに読んでください。

そして NAGAYA TOWER の建物ですけれども、黄色と赤のちょっと派手なのが NAGAYA TOWER で。そのすぐ隣にある薄い黄色が堂園メディカルハウスです。この NAGAYA TOWER、アルファベットの V の形になっていて、真ん中のところがそれぞれ部屋が向き合っているんですけども。これは自分が部屋を出ると、相手の人のドアも見えるんですが、そうすることで、ちょっと顔が見えたりだとか、上から下の部屋の人が、あー、出てくなくてというのが見えたりだとか、そんな感じで、みんなこの建物の中の人と知り合いで顔と名前が一致するようなところまで、今 3 年目なんですけど、来たんす。もちろん入れ替わりもあるんですけども。そういったことで、あー、人がいるな。出ってたなっていう、お隣さん、隣人のこの建物の中の人々の生活の雰囲気が分かるっていうようなことを目指しているのと、後で出てきますけれども、共有スペースがたくさんあって。絵で見たほうが分かりやすいんですけど、中の赤で囲んであるところが空中庭園と呼んでいて、そこでこないだはみんなバーベキューをしたりとか、夏場は子どもたちがプールを出して、ここで遊んだりとかそんなことをしています。

隣にあるお風呂は、共同の岩風呂なんですけれども、ここは誰でも利用ができて、ヘルパーさんと一緒に入る方もいます。

お部屋の中です。シャワーがある部屋と、お風呂もある部屋もあるんですけども、ご高齢の方の場合はお風呂掃除も億劫だし、一人で入るには怖いしということで、手すりを付けたりとか、賃貸住宅ですけれども、基本的には相談してくれば OK で、そのまま現状復帰をするか、または合意の上で残していくというような形を取っています。

この設計をしたのがアメリカ人の設計士さんなんですけれども、屋久島に住んでいて、日本人というのはお風呂があれば、大体 8 割ぐらいは幸せな人たちなんだから、こんな狭いユニットバスじゃなくて、大きなお風呂で、入れ替わり制で入るので、他の人とは一緒にならないんですけれども、そういったお風呂があったほうがいいんじゃないかということで、部屋に風呂がない。風呂桶がない。シャワーしかないっていうのがどう受け取られるかなと思ったんですけれども、入ってきた方々はどうせシャワーしか浴びてなかったから、大きいお風呂があって、自分で掃除しなくてよくて、こんな手すりもあるんだったら、願ったりかなったりだと、今のところはそんなふうにおっしゃってます。

1 階には普通のテナントさんが入っていて。コンビニだとかネイルサロンだとか。さっき収支の話も出ましたが、賃収がないとやってけないので、こんなところも入ってます。それからカフェラカンというのは、地域の方々の交流の場にもなっていて、ここでいろんなイベントをお聞かせしたりだとか、健康塾とかそういったこともやっていこうと思っています。

お庭はぐるーっとあるんですけれども、そこはボランティアさんが来たり、地域の方がボランティアバンクの登録を見て、ちょっと手伝いますって言って来てくれたりとか。あとは児童発達支援事業所が入っていて。これは軽度発達障害のある子どもたちですとか、要保護児童のお子さんたちが通う所で、鹿児島県ではこれは利用料が無料なんですけれども、こういった子どもたちも通ってきています。これは通所です。

2 階が共有の、共同のリビングがとても広いがありまして。両サイド、V 字の両サイドにワンルームのお部屋があるんですけれども、その真ん中が全部広々とリビングスペースになっていて、上の階の方が誰でも降りてきて、ここでご飯を食べたり、お話をしたり、ピアノ聴いたり弾いたりっていうようなことをしています。テレビは置いてないです。

このお部屋の方はワンルームなので、お部屋の中にはお風呂もシャワーもなくて。同じ階に共同の台所、風呂場、コインランドリーなどがあります。この部屋で短期滞在が、冬の間だけちょっと鹿児島の遠いところに住んでいて、すごく築何十年のおうちが寒いので冬の間だけ住まわせてくださいだとか、隣の病院退院したんだけれども、まだおうちに帰るのが不安なので 2 週間ぐらいいいですかとか、そういった方とか。後期研修で来る研修医の先生が 1 カ月、今年は 4 名いらっしゃいました。1 カ月ずつ 4 名いらっしゃいました。

3 階から 6 階はお部屋の数と広さはこのとおりです。お部屋の中はこんな感じで、台所も調理ができるようにということで広めにしています。先ほどから申し上げているように、お風呂がなくシャワーだけのところもあって、トイレと洗面台のところは区切りも設けずにフラットに広めにしているので、歩行器を使うおばあちゃんたちもこれは割と使いやすく、若い人たちはこの辺に柵を置いたりしていろいろ工夫しています。

住人さんについては、今下 3 歳から上は 95 歳、子育て世代、それから高齢者、それからお医者さんもありますし、普通に学生さんもありますし、っていうような感じです。入居率は 8 割ぐらいで、事務所として健康サロンをしている方もいらっしゃいます。

NAGAYA TOWER の中に、特筆すべきはファミリーホーム富永さんちというのがあるんですけれども、これは小規模の児童養護施設と思ってくだされば分かりやすいんですが。今お父さんとお母さんが、里親さんで、実子、大学生と高校生の自分のお子さんとそれからなんらかの理由で、ネグレクトだとか虐待だとかということで、親御さんと暮らせないお子さんを 4 名預かってます。その子たちが今 3 歳、5 歳、8 歳、19 歳です。19 歳の子は、短大に受かったんで、20 歳まで、特別措置で今保護が延長されていて。この子が短大に行けるようにするためにみんなで募金活動したりとか、そんな感じでやっています。

この小さい子たちが遊んでるのがさっき 3 階で共有の庭があるって申しましたが、空中のスペースです。ここで遊んだりしています。

事務局、さっき 3 名いると申しましたが、この「ほほ笑みを交わす人がいれば、人生は幸せ」というのを掲げてやっています。何かあったらまず事務局に声を掛けてもらうようにというのを目指しています。本当にいろんなことが入ってきますけれども、入ってくれば入ってくるだけ、思い出してくれてありがとうっていうふうに思っています。介護に関する相談も受けますし、さっきの子どもたちを預かることもあるし、イベントの企画をすることもある。

生活支援、先ほど何やってるんだろうっていうことを香取さんおっしゃってましたけれども、2 万 5000 円を頂いています。大体 30 日と考えても、1 日 1000 円以下で、なんかあったら誰かが来

てくれたりだとか、なんかあったら相談できるっていうことは、やっぱり 70 歳以上の方はすごく安心感があるようで、おうちは鹿児島、この NAGAYA TOWER があるところから車で 1 時間ぐらいのところにあるんだけど、そこは残したまんま、そこは 1 カ月に 1 回とか 2 回とか帰って維持しながら、生活の拠点は NAGAYA TOWER に置くっていう方もいれば、東京のおうちを引き払って NAGAYA TOWER に引っ越してくるっていう方もいらっしゃいます。

配食サービス、健康管理、安否確認もします。生活支援費は 70 歳からいただきますが、70 歳は若いので必要なくなってとおっしゃった方もいらっしゃいました。、その方はご本人から申し出があって、1 日 1 回 facebook に投稿なかったらなんかあったということでちょっと連絡を頂戴。家族に連絡してっていうような感じで、それぞれどのような形での生活支援を望んでるかという話し合いはするようにしています。

実際に老人ホームから移ってきた方で、毎日安否確認と称して、今は嫌だっていうときもお部屋の中にずかずか入ってきて、顔を見るまで帰らないっていうのがすごく嫌だったっていう方もいらして。そういう方のためにはそこを聞きだした上で、どのような形で訪問したらいいですかっていうようなことを相談しています。担当者会議に代理で出席して、ご家族に連絡するっていう、これは皆さん遠方にご家族が福岡だとか東京だとかにいらっしゃる方には非常にありがたいられています。ご本人が 80 歳を超えて担当者会議に出ていても、何だったかよく分からなかったっていうことが多い。ご家族はお仕事があって来られないっていうときに私たち事務局が出て、こちらの私見を入れないように、こんな話し合いでした、こんなふうになりましたっていうことを説明して、ご質問があればケアマネージャーさんにこちらが聞いて報告するっていうようなことをしています。電話で報告するのも、工作中は取れないっていうことがあるので、できるだけメールでするようにしています。

もう一つは、先ほど申し上げましたけれど、NAGAYA TOWER 高齢者だけではないんです、住んでる方が。70 歳以下とはいえ、サポートが必要な方っていうのがいらっしゃいます。身体障害があらわれる方、精神障害があらわれる方、知的障害をお持ちの方というのも住んでいらっしゃいます。そんな方々に生活支援サポートをするというのも私たちの仕事の一部で、通帳を預かったりだとか、病院に一緒に行ったりだとか、障害年金受給するための手続きが大変ややこしいんですけれども、それをご家族に代わってしたりだとか、そんなことをしています。

NAGAYA TOWER 小さい事業所ですので、みんなが知り合いで、こんな感じでちょっと食べないってお菓子が集まってきたりだとか、なんかお手伝いするとありがたいって靴下もらったりだとか、そんなことをしています。本当に町の中心部にあるので、周りでいろんなイベントがあって、西郷隆盛に関連するイベントが今年が多いんですけれども、そういったところに皆さん徒歩で出掛けられるっていうところが地の利を生かすことができたのかなというふうに思っています。

あとは、3 年経ってコミュニティが徐々にできて、こういうイベントをするからというものもあるんですけれども、月に 1 回みんなで集まって、1 品持ち寄り 500 円ということで、晩御飯の会をしたり、絵手紙だったり歌の会だったりっていうことをしてるんですけれども、これで皆さんが知り合いになってきたということで、ある日、日曜日私が仕事に行っていない、スタッフは大体月から土曜日の 10 時から 7 時ぐらいまでしかいないんですけれども、日曜日家に居るときに、電気がつかないっておばあちゃんから NAGAYA TOWER の電話へ掛けてきて。私が 15 分掛けて NAGAYA TOWER に行くよりも住人さんが誰か行ってくれたほうが早いので、その中の方に電話して、かくかくしかじかなんだけど見に行ってくれる？って言ってたら、その方がいいですよと言って見に行ったら、結果ブレーカーが下がっていただけなので、それを上げて事なきを得たということがあるんですけれども。大事なのは事務局と住人さんの関係ができているということとは別に、住人さん同士の関係ができていますのでこういうことができるわけですその住人さんが行くのいいですよって言うても、その住人さんとおばあちゃんの関係ができてなければ、おばあちゃんはこの人を家に入れてくれないわけです。3 年間経ってそんなふうな住人同士の交流もできたり、テレビ見においでとか、そんな仲良しグループもできてみたいでよかったなと思っています。

イベントを通じた地域との交流も細々とやっています。下に来ている子どもたちとの発表会を通じての交流だとか、アートの展示会をやったりだとかそんなことをやっていますが、これもうちちょっと力を入れていきたいと思っていますところ。情報発信はいろんなところでやっています。こんなイベントやっていますよとか、私たち今こんな感じにこんなこと考えてますとか、そういう

ことを伝えて、NAGAYA TOWER っていうのはこういうところで、皆さん同士が仲良くなって、事務局が間に入らなくてもお手伝いし合えるようになってくださいねっていうことを事あるごとに伝えてます。NAGAYA 新聞っていうのを出してみたり、今月からはこの NAGAYA 新聞に川柳を書いてくれる人がいたり、そんな感じでやってます。

先ほどちょっと触れましたけれども、ボランティアの方、研修員の方、研修生の受け入れというのもししています。今年は大妻女子大から社会学部の専攻の方が2人来ました。この取り組みは住民さん同士のコミュニティをどういうふうにもう少し深めていくかということと、今も高齢・障害・子育て、いろんな方がいらっしゃるんですけども、それプラスもう少し社会が、ほんの少しの手助けがあることで、望んだ生活をできる人がたくさんいるということが、皆さんご存じだと思うんですけども、児童養護施設を卒業した若者ばかり、それからファミリーハウスばかりです。軽度発達障害があって、親との関係がうまくいかなくてっていうようなそういった方々がたくさんいることも皆さんご存じだと思うんですけども、そういった方々のサポートができたなというふうに思っています。

それと、NAGAYA TOWER を建てるときに24時間の保育所をやりたいと思っていたんですけども、そのときは待機児童がいなくて駄目と行政からいわれて。3年経つと、今度は中央地区がものすごく発展してきて、子どもが多くなってきた。今度は保育所が足りない。保育所を作ってくれというふうに私どもが経営してる社会福祉法人のほうにお声が来ているので、NAGAYA TOWER をどうにかこうにか活用して保育所をやったほうがいいのかなとか、そんなふうに時代のニーズに合わせて変わっていくことができたらいいなと思っています。

この2つの写真をNAGAYAの住人さんが知らないうちに用意しておいてくれたものなんですけれども、NAGAYAの皆さんありがとうっていうお花をくれたりとか、身体障害があって一人暮らしをしたことがなかった方なんですけれども、NAGAYAならスタッフがいるから安心だろうというご本人とご家族の意思で一人暮らしを始められた方が書いてくれたボードです。

こんな感じで小さく細々とやってますが、フェイスブックとかホームページもありますので、お時間ある方ぜひご覧ください。ありがとうございました。

2. ディスカッション

【田中】 皆さんありがとうございました。さっきの香取さんの話に出てきた、千歳烏山のテラス、うちから歩いて5分ぐらいのところでご飯食べに行ったりしています。当家も地元住民です。ではいつものようにご質問でも、触発されたご意見でも、どうぞ。

【発言者A】 香取さんに質問です。先ほど後で見ておいてくださいといわれたIoTを活用した生活リズムセンサーというのは、具体的にどういった動線に着目して設置をして、それをどういうふうを確認しているのかということと、あとちょっと面白そうだなと思った「いまどこちゃん」を使っている人たちが、どのくらいの行動範囲で動かれているのかという2点を教えていただけたらと思います。よろしくお願いいたします。

【香取】 IoT機器、IoTとは何か。Internet of Thingsです。洗濯機にSIMカードがくっついておりまして。私どもが働いてる間に洗濯機ちゃんがどういうふうに働いているかっていうのをスマホで見るというような機能を最近各家電メーカーも含めて取り組みが始まっているところです。このような技術を応用いたしまして、センサーにSIMカードがあって、それが遠隔で見れるという機能がまさにIoTと介護の連携において必要なもので。スライド34でございますが、いわゆる徘徊感知機器として、福祉用具レンタルの認可を受けましたこのサービスと連携して定期巡回随時対応型訪問介護看護を行います。この福祉用具をご利用いただくことによりまして、インターネット経由で私どもの定期巡回随時対応型訪問介護看護のオペレーターがその状態像を感知してまいります。その感知によって、きちんと夜、夜中どのように過ごされているのかとか、夜、特にトイレの前とかにセンサーを付けさせていただきます。人感センサーでございます。そのときに少し、そのまま倒れていたりとか、あるいはトイレに行って、おられなかったり。あるいは夜トイレに行かれてるかどうかを確認するということも含めまして、センサーを付けさせていただきます。サムターンのところにマグネットを使っています。外にガチャッと出たときにオペレーターの見ているシステムの中で「今出たよ、お客さん」みたいな形で理解ができるというような仕組みでございます。これちょっと詳しく書いておりませんが、まず人感センサーと

してのドーム型センサー、あるいはサムターンにつけるマグネットセンサー、その他多くの、私どもが提供する多くの機器類をデータとして Wi-Fi のルーターが受け止めてくれるような形の仕組みでご提供をさせていただいているところです。

こういったサービスをご提供申し上げることで、スライドの1つ2つぐらい前なんですけども、スライド 29 なんですけども、生活支援機能による地域居住。私どもはやはりおうちでお過ごしする方を支えることが重要だと思っています。このようにご自宅でお住まいになりたいというご要望に関してご支援させていただきたいと思います。

「いまだこちゃん」に関しましては、先ほどのサービス付き高齢者住宅等、あるいはご自宅でお住まいの夫婦で、こういった GPS のセンサーをご利用いただきます。特にサービス付き高齢者住宅でこのセンサー付きケアシューズは非常に良く、認知症の高齢者さま、寒い冬でございますが、みんな脱ぎ捨てて外に出掛けちゃう方も多くな、靴だけはちゃんと履いて出られるという傾向がありまして。きちんとこの靴を履いていただくことによりまして、お出掛けしても、きちんと私どものほうで居所が分かるというような取り組みでスタートしております。当然でございしますが、ご自宅におきましても GPS という形でございます。

いずれにいたしましても、地域居住の継続のためにこういった生活センサー、それ以外の生活センサーもスライドにお示しさせていただきました。いろいろな取り組みご紹介のスライドをつけておりますので、ぜひ後ほどご覧ください。例えばスライド 27 を見ていただくと「近日開講、シニアシェイプ」ってことで、かの有名な、コマーシャルで有名な結果にコミットメントしますというフィットネスクラブのインストラクターが、ご高齢者向けにコミットメントしていただけるということでごございまして。近日公開でございます。

【田中】 私と家内も参加しなくては駄目ですね。どうぞ。コンセプトレベルの質問でもいいと思います。

【発言者 B】 園田先生に質問します。コンサルティングをやっています。最後のほうでもお話をされましたし、先生の資料にも介護に関連する高齢者事業には非営利があってと書かれているんですが。この文脈でいうと、いわゆる住宅事業というふうに考えていいのか、少し読んでいくと、介護を利益目的の労働にしようとする結果 3K 事業になってしまうと。そうすると香取社長のところは 3K 事業で大変厳しいかなと。このあたり、どういうふうにお考えになってるのかお聞かせいただければと思います。

【園田】 私が非営利事業だと申し上げているのは、私なりに極めて厳密に言ってるつもりなんです。シュンペーターとかドラッカーが言ってるような意味で、価格に対して、それにかかったコストを引いた残りがプロフィットなんだけれども、そのプロフィットを単純に自分の事業に再投資するのは OK なんです。ところが、それでもうけを取って、ジェット機買っちゃいますとか、高級自動車買っちゃいますとかっていうのは、ちょっとそれは NG じゃないですか。それも極めて厳密に言えば、医療と、高齢者の最期どこでどういうふうになりたいたいのかということを経営事業として扱ってよいのか。私は、これらは本当の意味の人生のゴールだと思うので、その部分はちゃんとお金がかかるものはかかるし、かけていいんだけれども、要するにそこで得たプロフィットを別のものに投資するのはおかしいんじゃないですかと言ってるだけなんです。ですから株式会社もいちがいに悪いとは言っているわけではありませんが、だけど株式に投資をした人が利潤を目的としていて、そうした投資家への利益還元で日本以外のどっかにプロフィットがしてしまうようなことをするのはちょっとばかげていませんか。

先ほど時間がなくてあまり説明できなかったんですが、日本には、少なくともまだ現時点では自分のお財布の中はかなり資産とか資金とか持ってらっしゃる人がいる。ところが、そこのお財布をぎゅっと締めてしまって自分のために使おうとしない。一方で、全然違う人が営利目的でお金を投資して、株主利益を返してくれて言ってるのはおかしいでしょっていているだけなんです。だったら自分で身銭を切って、ケイマン諸島に投資するよりは、自分の地域の見える範囲で、その範囲が小さすぎてもいけないと思うんですけども、適正な範囲で投資をしたものがちゃんとリターンとして返ってくるという仕組みをつくれれば、何も 100 平米のお屋敷をどんどん空き家にして、みんな 18 平米のサ高住に入っちゃって、おまけに 100 平米のところは相続の争いになる。そんなばかな話はないでしょっていう意味です。

【発言者 B】 そうすると、自らの事業の拡大再投資も含んだ意味での非営利というふうを考えていいんですか。

【園田】　そうです。ですからもし将来そこに入る人とか、地域の人が投資すれば、当然それに見合ったリターンはあるわけです。もう一つ、すごく私がこうした考えを持つ理由はいわゆるクレマーを出さないためです。要するに自分が負担したことに対してのリターンであれば、そこで本当の意味でのコミュニティ、運命共同体になるので、そうすると「お客さまは神様の扱い」がいらなくなる。神様扱いになると、特に民間の事業だと、皆さん相当訴訟を抱えてらっしゃったりとか、法外な要求とかということがあると思います。そういうことの歯止めという意味でも経済的な仕組みが使えるんじゃないかと思っているのですが。

【発言者 C】　神奈川県横須賀市役所の〇〇と申します。よろしくお願いいたします。行政職員として、大牟田市の牧嶋さまにお伺いしたいことがございます。都市整備部建築住宅課というセクションが担当されているのは公営住宅、市営住宅の建築管理ということでしょうか。

【牧嶋】　市役所の公共施設の学校とかの耐震改修とかもやりますし、もう一つは市営住宅の建て替えと管理をやっています。

【発言者 C】　ありがとうございます。市営住宅の管理・建て替えということは、市営住宅はセーフティーネットというお話もありましたけれども、福祉的な要素がとても強くて、福祉部局との連携ですとか、あるいは市営住宅のセクションだけを福祉部に持っていきみたいな議論も最近が多いんですけれども、そういったお考えはおありでしょうか。

【牧嶋】　おっしゃるとおりで、公営住宅にはもともと２種類の住宅があり、住宅戸数が足りない戦後に住宅を大量に供給する目的の「第一種住宅」と福祉的な居住支援を目的とした「第二種住宅」ということで整備をされてきましたが、最近の入居者層を見ると、まさに福祉部局が所管してもいいような住宅なんだなというふうに思ってます。

【発言者 C】　牧嶋さんが地域包括ケアのセクションに異動されたっていうのは、そういう住宅政策と福祉政策を連携させるということも大牟田市は考えていらっしゃるんですか。

【牧嶋】　多分そこまで人事は考えていません。私の場合、住宅のバリアフリー相談を平成 12 年からやっていて、相談者の自宅へ現地調査にいくと、ものすごく劣悪な環境に住んでいるお年寄りの人がいました。でもそこが在宅なんです。「どこかに引っ越しますか？」とか「市営住宅が空いています！」といっても、「私はここがいい！」というのがその人の気持ちでした。われわれハードからのアプローチをしているけど、それだけでは片手落ちで、結局その人の暮らし、高齢者の暮らしのことをきちんと把握しなきゃ駄目だなという気持ちが強くなって、ちょうど仕事のきりがいいということもあり、ぜひ福祉部局に行かせてくださいと懇願して願いかなったところでした。

【田中】　はい、どうぞ。

【発言者 D】　大阪市の社会福祉法人で特養、老健、障害者施設等をみています〇〇です。香取さんに、例えば誤嚥性肺炎にならないように介護やリハビリをするということだったり、徘徊について、外出や帰宅要求が出てこないような症状緩和を図るにはどうしたらいいかといったことがあると思うんですが、どのようにお考えでしょうか。そういうところでも、私たちの場合はサ高住に入っておられる方、訪問介護で困難事例といわれる方々について、施設と連携して取り組もうという感じはありながら、なかなかうまくいっていないところがありまして。

【香取】　はい。それはやはりご利用者さま、あとご利用者さまご家族の選択というところの中で、その選択に関しての意思決定支援というところをどう充実させていくのか。それは当然のことながらリスクを含んでおりますので、リスクをそう簡単には理解されないとは思いますが、そこを繰り返し、その方の尊厳を保ちながら、お話を進めていくことがまずは在宅の介護を行う私どもとして必要なことだと思います。

誤嚥性肺炎の可能性があるお客さまについては、在宅医療がとても発達してきています。訪問リハビリによる言語聴覚士による訓練も行いますし、在宅の歯科診療もついておりますし、週 1 回歯科衛生士が口腔ケアをなされております。口腔ケアについては歯科衛生士さまから訪問介護員には教育訓練がなされております。その歯科衛生士さんとお話によると、口腔ケアに来られると、いつもお口の中はお菓子でいっぱいだという状況だそうです。「お菓子を食べていきたいの、私。」というご意思をどのように支えていくのかということが必要だと思っております。弊社は 3 万人のお客さまにサービスを提供しています。常に民事裁判で訴えられるリスクがありますので、リスクのご説明をおこない、できるだけリスクを減らす作業をおこないます。認知症による徘徊のご利用者につきましても大きなリスクを抱えております。ある利用者さまがサービス付き高齢