

**【第2回大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会専門部会】**

### 【事務局】（介護支援課総括課長補佐）

ただ今から第2回大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会専門部会を開催させていただきます。私、本日の司会を務めます高齢介護室介護支援課の中村でございます。開会にあたりまして、大阪府福祉部福島医療監から、ご挨拶を申し上げます。

### 【医療監】

おはようございます。大阪府福祉部医療監の福島でございます。第2回大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会専門部会の開催にあたりまして、一言ご挨拶を申し上げます。委員の皆様におかれましては、日頃から本府高齢者保健福祉行政の推進に格別のご支援・ご協力を賜りまして、厚く御礼を申し上げます。

前回、7月1日に開催致しました第1回の専門部会では、非常に幅広い視点からのご意見を承りまして、誠にありがとうございました。そうした指摘事項を踏まえまして、現在、介護と医療・住まい等の関係について、分析・検証を進めているところでございます。また、先月には本部会に参加頂いております保険者及び大阪府国民健康保険団体連合会の皆様方と地域差の現状等にかかる勉強会を行いまして、問題意識の共有や今後の対応の方向性について意見交換を行ったところでございます。

本日は、そういった勉強会を踏まえての中間報告ということになるかと思いますが、まず、最初に大阪府の取り組み状況等についてご説明させていただきます。次に千葉大学教授の近藤克則先生より軽度の要支援・要介護者が多いという大阪府において、求められます地域づくりを通じての介護予防の取り組み等についてお話を伺います。さらに、大阪府医師会の中尾副会長、大阪介護支援専門員協会の濱田会長より、医療・介護の現場の視点から大阪の介護施策の現状と求められる対応策等につきましてお話を伺うことと致しております。なお、後ほどの大阪府の取り組み状況の説明の中でも触れさせていただきますが、9月23日に開催されました国の社会保障審議会・介護保険部会におきましても、この専門部会が地域差分析の取り組み事例として紹介されるなど、府内外からも注目頂いているところでございます。

本日の専門部会におきましても、自由闊達な意見交換をお願いし、また、頂いた貴重なご意見を踏まえながら、地域差のさらなる検証と今後の対応を検討して参りたいと考えております。本日は、どうぞ、よろしくお願い致します。

### 【事務局】（介護支援課総括課長補佐）

本日出席頂いております委員及び先生の皆様のご紹介をさせていただきます。本専門部会で部長をお願いしております関西大学教授の黒田委員でございます。続きまして、桃山学院大学教授の川井委員です。そして、今回初めてのご出席となります本専門部会委員の兵庫県立大学大学院経営研究科教授の筒井孝子委員でございます。続きまして、本専門部会のオブザーバーでございます、千葉大学予防医学センター教授並びに国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター部長の近藤克則様でございます。続きまして、本日、医療・介護現場における専門的見地からご意見を頂く2名の皆様をご紹介致します。一般社団法人 大阪府医師会副会長の中尾正俊様でございます。続きまして、公益社団法人 大阪介護支援専門員協会会長の濱田和則様でございます。なお、お二人には本部会の親会議である計画推進審議会の委員も兼ねて頂いております。

それでは、議事に入りたいと存じます。以降の進行につきましては、黒田部会長にお願い致します。よろしくお願い致します。

## 【黒田部会長】

さっそく議事に入って参りたいと思います。議題 1 ということで、専門部会を踏まえた大阪府の報告について、事務局よりご説明して頂くことになっております。どうぞ、よろしくお願い致します。

## 【事務局】（介護支援課長）

大阪府介護支援課長の菱谷でございます。それでは、15分間を目途に、かいつまんでご説明させていただきます。まず、最初に、前回、7月1日の専門部会を踏まえまして、事務局において指摘された事項を中心に分析を行いました。資料1でございます。前回の専門部会におきまして、大夙賀先生や黒田委員、また事前にご説明にあがった筒井先生から、医療との関係性についてよく分析すべきというご指摘がありましたので、その点について、分析を行いました。

3ページ目をご覧ください。65歳以上の一人あたり医療費と介護費をトータルで見た場合に、大阪府の位置付けがどうなっているかを見ております。65歳以上の被保険者という形で年齢調整をさせて頂いた一人あたり医療費と介護費の合算データでございますが、この結果、65歳以上被保険者一人あたり医療費と介護費の総額は115.3万円となりまして、全国で最も高いという結果が出ております。このうち、65歳以上の被保険者一人あたり医療費につきましては83.4万円で、全国で5番目の高さとなっております。なお、介護保険は65歳以上になれば、生活保護受給者の場合であっても、医療保険の加入の有無に関わらず、介護保険の第1号被保険者となりますが、医療保険は、医療保険に入っていない場合は、医療扶助の対象になります。このため、医療扶助受給者の医療費は、市町村国保や後期高齢者医療制度の医療費には計上されないということについても留意が必要かと思っております。

5ページ目をご覧ください。引き続きまして、65歳以上被保険者の医療費の内訳を見ております。先ほど、医療費総額では全国で5位だという話をしましたけれども、入院医療費につきましては12位、入院外・調剤医療費については2位、歯科医療費については1位となっております。施設系サービスが低くて、在宅サービスの多い大阪府の介護費の特徴とも、やや傾向が似ているかと思われれます。

9ページ目をご覧ください。入院医療費と施設居住系の介護費との関係性などを見ています。横軸が入院医療費、縦軸が施設居住系の介護費になりますが、入院費が高いほど施設居住系の介護費も高いということになっております。介護保険制度導入の際には、社会的入院を減らすというようなことも目的の一つだったはずなんですけれども、この結果からそういう目的は、あまり達成できていないということが分かります。

14ページ目をご覧ください。前回の会議資料でございますが、介護保険の中の在宅サービス類型別の受給率を、全国平均と比較した時に居宅療養管理指導については、全国平均の1.6倍ぐらいになっていたことを踏まえまして、川井委員より居宅療養管理指導につきましては、医師・歯科医師・薬剤師・歯科衛生士とか、いろんな職種な方々が対応しているので、その内訳を見られないかというご質問がございました。このため国保連のご協力も得ながら、分析を行ったところです。17ページ目をご覧ください。第1号被保険者一人あたりの給付月額という形で見ますと、大阪府は394円となっております。大体、全国の倍以上の高さとなっております。引き続きまして、19ページ目では、その内訳を見ております。利用実績の内訳を見ますと、被保険者一人あたり給付月額ベースでは、既に2倍程度のサービス受給をしているという前提にはなり

ますが、大阪府の構成比を見ますと医師が **27.5%**、歯科医師が **25.2%**、薬剤師が **37.8%**となっておりまして、全国平均と比較致しましても、歯科医師と薬剤師の割合が高いということがございます。また、これらの職種は同一建物居住者割合が非常に高いという傾向がございます。居宅療養管理指導のサービス受給率が高いこと自体は、在宅介護の臨界点を高めた結果という側面もありますので、その事自体は悪いと言うことは決してないと思っておりますけれども、一方で同一建物居住者の割合が高いということにつきましては、実態として医療ニーズが必要な方は自宅ではなく、住まい系サービスにより対応せざるを得ない実態があるのか、それともその事業主体側に要因があるのか、各保険者において必要に応じて必要な検証をして頂きたいと考えております。

引き続きまして、**27** ページ目をご覧ください。総合事業の大阪府内の取組み状況です。これにつきましては、前々から申し上げておりますように、**41** 保険者のうち、今年度中までに取り組む保険者は**5**に留まっているという状況でございます。その中でも**28** ページ目でございますけれども、**B** 型、いわゆる住民主体による支援の実施に向けては、既に取組みを行っている先進自治体におきましても、まだまだ苦労しているという実態がございます。難しさの原因は有償ボランティアに始まって無償ボランティア、体操教室、集いの為のサロンのような取組みまで、**B** 型とされているサービスの対象範囲が幅広いことや、地域の助け合い・互助といったインフォーマルサポートを創出していくことは、行政がこれまで取り組んできた取組みとは、異なるベクトルの対応が求められているということなどがありまして、社協等を含めて、各地域におきまして、必ずしもノウハウが十分には蓄積されていないからという側面もあるかと思っております。このため、現在検討中なのですが、住民主体の生活支援サービス創出事業として、府から市町村に対する何らかの広域的支援ができないかということを考えております。事業の柱としては、介護予防の重要性であるとか、住民主体の支え合い活動の必要性等に関する周知啓発、機運醸成であるとか、地域ニーズを具現化するための中間支援組織による伴走型支援の検討。例えば、事業立ち上げ期に先進 **NPO** から人材派遣を行いまして期間限定の集中的支援を実施するなどの取組み。それから各市町村の生活支援コーディネーターの横の連携の構築などを考えております。こうした支援策につきましては、具体的に市町村やボランティア協会・社協などの意見を聞きながら検討をしていくことが重要だと考えておりまして、この秋にも府主催の検討協議会を設置し、その検討を踏まえて、来年度当初予算要求をして参りたいと考えております。既にいくつかの市町村、それから関係団体にはお声かけをさせて頂いておりますが、参加自治体におきましては、是非、建設的な意見交換をお願いしたいと考えております。

少し戻りまして、**20** ページ目をご覧ください。そもそも介護が必要となる原因でございます。国民生活基礎調査の結果でございますけれども、大阪府で要支援 **1・2** が多いということは前回会議で説明させて頂きましたけれども、関節疾患、高齢による衰弱など、いわゆるフレイルが原因となっているということがそういった分析から分かっております。こういった軽度者に対する対応と致しましては、介護予防の取組みによって、ある程度は、未然防止は期待できるのではないかと考えております。一方で要介護 **4・5** といった、その重度者の原因というのは脳血管疾患が最多で、次いで認知症が原因となっております。若い頃からの生活習慣病対策は介護予防の観点からも重要と言うことが分かります。

そうしたことを前提に、ちょっと飛んで頂いて **31・32** ページをご覧ください。前期高齢者の **BMI** の平均値と要介護認定率の関係性を見ています。これは市町村国保と協会けんぽのデータを用いまして、**BMI** の平均値であるとか、**BMI25** 以上の方の割合と府内市町村の要介護認定率との関係性を見ていますけれども、これによりますときれいな相関が見られております。

続きまして、**33** ページでございますけれども、**40** 歳から **74** 歳の喫煙率と要介護認定率との関係性にもきれいな相関が見られました。また、男性のほうが、喫煙率が高いということもあって、男性のほうがより明確な関係性が見られております。さらに **34** ページ目でございますけれども、**40** 歳から **74** 歳の健診受診率、要介護認定率との間にも負の相関が見られております。それから **38** ページ目をご覧ください。それから健診受診率と **BMI** 平均値の関係性でも負の相関が見られております。すなわち、先ほど見ましたけれども、健診を受けているから健康になるというわけではないかと思いますが、健診を受けない層というものに固有の事情として、そもそも普段から健康を意識しない層なのではないかということが推測されます。以上のデータからは、介護予防の取組みにつきましては、軽度者への対応がもちろん重要になるわけですが、それだけではなく、一方では普段からの健康づくりも重要でございます、健康医療部局サイドとの連携も重要になるかと考えております。

引き続きまして、高齢者住まいの現状と課題ということで説明させていただきます。**43** ページ目をご覧ください。大阪府は、非常に在宅サービスが多くて、施設サービスが少ないという特徴がございます。実際、要介護 **2** から **5** までの高齢者に対する、施設・居住系サービスを見ますと、施設・居住系サービスというのは特養とかの介護保険三施設とグループホームなどでございますが、サ高住とか有料老人ホームは含まないわけですが、その割合は大阪府が全国で一番低い割合となっております。一方で少し評価が難しいところがございますが、**65** 歳以上に占める特養入所待機者数で見ますと、大阪府は人口が **800** 万人以上の非常に多い自治体であるのですが、割合で見ますともものすごく高いということはありません。要は、施設の入居者が少ないにもかかわらず、特養の待機者割合が全国的に見れば決して高い方ではないということにつきましては、何らかの原因があるのだろうということで、一つは、サ高住・有料が大変多いということが挙げられます。

**47** ページ目でございますけれども、府内の介護保険三施設の推移と有料・サ高住の推移を見ておりますけれども、これによりますと、近年、有料・サ高住の定員数というのは、介護保険三施設を上回る形で増加しております。

**50** ページ目でございますけれども、サ高住の入居者の要介護度というのを見ますと、要介護 **3** 以上の方が大阪府の場合、半分近く居られまして、全国平均よりも要介護度が高くなっているなど、かなり施設化の傾向が見られます。**51** ページ目でございますが、大阪府内では、全体の半数以上のサービス付き高齢者向け住宅で供用開始日以降に家賃の減額が実施されております。このうちの **8** 割の住宅では、家賃を生活保護の住宅扶助額に合わせることにより、生活保護受給者を受け入れている実態がございます。また、**3** 年前に実施致しました大阪府内における国の老健事業による調査によりますと、要介護認定を受けたサービス付き高齢者向け住宅入居者のうち生活保護受給者の割合は全体の **42.9%**にも及んでいることが分かっております。これは全国平均では大体 **8%**ぐらいと言われていまして、そういうことからすると、非常に高いということがございます。それから、**55** ページ目でございますけれども、同じく **3** 年前の国の老健事業による調査によりますと、大阪府の要介護 **4・5** のサ高住入居者は、特養などの施設サービスと同額か、それ以上のサービスを利用している実態がうかがわれます。従前より特養を作れば保険料が上がってしまうと思っている保険者が多いかと思うのですが、今や介護保険三施設以上の定員数となった有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅については、改めてその実態を分析していくことが重要ではないかと考えております。

**58** ページ目でございますけれども、こうした点を踏まえまして、今年度大阪府内では専門部会

参加 11 市町と国保連との連携によりまして、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、未届有料施設等の入居者の年齢、要介護度、生活保護の受給の有無、実際に利用しているサービス内容等については、改めて調査を行うこととしております。

有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅につきましては、民間活力を活用しつつ、高齢者の住まいニーズに対応するための重要な手段である一方で、単身率が高くなっていく中で、今後もその増加が見込まれる住まいニーズに対して、どのようにケアの質を担保致しまして、高齢者の QOL を維持していくのか、そのケアマネジメントのあり方が問われるとともに、一方で財政面での検証も不可欠になってくるかと思えます。

67 ページ目に行きます。最近、地域差の分析を一生懸命やっているわけですがけれども、一方で大阪の要介護認定率でございますけれども、横軸が高齢化率、縦軸が認定率ですがけれども、全国で見ると高齢化率が上がるほど認定率が高まるのですがけれども、大阪府内で見るとその関係性はよく分からないことになっていて、豊能町とか、千早赤阪村は、高齢化率は高いですがけれども認定率は高くなくてということをお踏まえると、供給側の要因も結構大きいのだなというのはこうして改めて分かります。そういった中で 68 ページ目でございますけれども、これは要介護認定率が 2010 年から 2015 年にかけてどう伸びているかが縦軸です。横軸は高齢化率がどう伸びたかを表しています。これによりまして、全国でも府内市町村でも、高齢化が進んでいない自治体は基本的にないのですがけれども、それに対して要介護認定率がどう反応したかは非常に差があって、これを見ますと、大分県とか、徳島県、大阪で言うと、和泉市とか、能勢町とか、箕面市とかは認定率が若干下がっている傾向がございます。こういったことを踏まえまして、やっぱり保険者による取組みも非常に重要になってくるのではないかと思います。

73 ページ目をご覧ください。このページは 9 月 23 日の厚生労働省の審議会資料を要約したものでございます。何が書かれているかと申しますと、高齢者の自立支援と介護の重度化防止といった介護保険の理念の実現と制度の持続可能性を確保していくためには、保険者等による地域の実態把握、課題分析を通じまして、具体的な計画を作成・実行する地域マネジメントの推進が求められていると。そのためには介護予防と保険者の具体的な取組みの成果に関するアウトカム指標やアウトプット指標を国が設定して、その取組みに応じて調整交付金等において財政的なインセンティブを付与しますよと。要介護認定率が高い府下の市町村におきましては、厳しい内容の検討とも言えますが、逆に言えば、保険者の努力を評価してもらえるようになるのであれば、これからの頑張りが問われていると言えるかと思えます。

それから、74 ページ目でございますけれども、地域マネジメント推進の具体事例として、本専門部会の取組みも取り上げられているところでございます。

以上のような取組みや、専門部会での議論を通じて、大阪府としては以下のような取組みを推進していくことが重要だと思っております。まず最初は、今年度取り組むこととしては、介護予防、自立支援に向けた取組みの推進と致しまして、国の介護予防普及展開事業を堺市、羽曳野市、泉南市において実施するという。それから総合事業の推進。特に、住民主体の支え合い活動の推進に向けた広域的支援策を来年度予算要求に向けて検討していくということ。ケアマネジメントの適正化に向けては、ケアマネ協会さんとの連携による対応を考えていきたいということ。認定がばらついているという話は前回の専門部会で説明させて頂いておりますけれども、それについては市町村の認定審査会を訪問させて頂くという取組みを実施しております。また、サ高住、有料老人ホーム等につきましては、実態把握を行っていきたく思っております。来年度以降に向けましては、住宅まちづくり部とか、健康医療部との連携の取組みも重要になってくると考え

ているところでございます。ちょっと早足でございましたけれども、大阪府からの説明は以上でございます。

### 【黒田部会長】

ありがとうございました。前回、若干議論になった医療との関連だとか、保健事業と介護の給付との関係も分析を加えて頂きました。それからサ高住との関連ということで、大阪府の特徴かもしれませんけれども、低所得の方、生活保護の方が多い、要介護3・4・5の方が多い。そして、そこで介護保険の費用もかなり使われているのだという分析をして頂きました。ここでこの内容についての議論の時間が取れないのですが、次の議題に入って、できれば最終的な総合討論ということができればと思います。今日は、3名の専門家の方にプレゼンテーションをお願いしております。いったんマイクを事務局にお返し致します。

### 【事務局】（介護支援課総括課長補佐）

では、次の議題に入ります。まず、最初にプレゼンを頂きますのは、本専門部会のオブザーバー委員をお願いしております近藤克則先生でございます。近藤先生は医学博士、社会福祉学の博士、日本リハビリテーション医学会専門医でいらっしゃいまして、現在は千葉大学予防医学センター社会予防医学研究部門で教鞭を執っておられます。また、今年の4月からは新たに国立長寿医療研究センター老年学評価研究部長を併任され、ご活躍中でございます。

7月の第1回専門部会では、介護予防の重要性について多く意見が出されました。本日は「地域づくりによる介護予防」について近藤先生よりお話を頂きたいと思っております。近藤先生におかれましては、本日、公務のために11時過ぎには退室予定になっておられます。このため、近藤先生のプレゼン終了後、近藤先生のプレゼンに対する質疑応答の時間を設ける予定となっておりますので、皆様、よろしくお願い致します。それでは近藤先生お願い致します。

### 【近藤克則氏】

皆さん、おはようございます。ただ今、ご紹介いただきました千葉大学並びに国立長寿医療研究センターの近藤です。今、事務局の報告がありましたがその中で要介護認定率が全国一であり、その内訳を分析してみると、軽度の人が多い。あるいは健康意識が低い人たちの認定率が高そうという特徴が見えて参りました。それを受けて、軽度の人たちが多いのだから、介護予防が進めば認定率が下がることが期待できるのではないかとということで、事務局から私のほうにご依頼がありました。介護予防について、ほかの地域での取り組みで、参考になりそうなものを紹介するように、というご依頼内容でした。

国の介護予防政策は、平成24年度に法改正がありまして、かなり大きな方向転換が起きております。それを一言で言うと、ハイリスク戦略からポピュレーション戦略への転換という言い方ができると思います。ハイリスク戦略と言いますのは、危険因子を持っている人を、基本チェックリストというのを全員に送って、高得点でそのままでは要介護になりそうな虚弱な人を探し出し、その人たちに介護予防教室に来てもらって元気になってもらおうという考え方です。しかし、このあと、ご紹介するように、それが上手くいきませんでした。いろいろ工夫したのですが、それでもダメそうだとということになり、やり方自体を見直そうという話になりました。代わりに新しく登場したのが、地域づくりによる介護予防というものです。そちらも絶対に上手くいくと確立したものではないのですが、なんとかいけそうだと手掛かりを示す研究を私どもはして

きましたので、それをご紹介します。以下、二部構成で話を進めさせていただきます。

まず、ハイリスク戦略が上手くいかなかったという話です。**2006**年に新しい介護予防重視の取り組みが始まりました。厚労省は高齢者人口のうち**5%**ぐらいの方に来て頂いて、元気になってもらおうとやり始めました。ところが、初年度が**0.14%**。そこから**8**年頑張っても、最終年度が**0.8%**。結局、目標の**5**分の**1**にも届かずどうもこのやり方は上手くいかないよだということが見えてきたわけです。

なぜか。背景に、健康格差といわれるものがあるとわかってきました。先ほどの言葉を借りて言い方を変えれば、健康意識の低い人たちが、結局、介護予防教室まで来てくれないということです。まず、最初は健診で対象者をチェックしていました。どういう人が健診に来ているのか、来ていないのか、を調べてみますと、背景に社会経済的な要因があるということが大変きれいに出て参りました。ここでは教育年数を示していますが、これは所得で見ても似たようなパターンになります。男性でも女性でも教育をしっかり受けるチャンスのなかった方、あるいは所得の低い方ほど健診には来ていないということです。健診じゃダメだということで、じゃあ郵送方式にすればどうだということで厚労省はやり方を変えたわけですが、郵送調査でも無回答の方が、どういふ方かと調べてみると、やはり低所得の方とか、教育を十分受けるチャンスがなかった人たちがほど答えてくれないということが分かりました。

追跡してみますと、実は、**25**問の基本チェックリストで高得点であるリスクを持つ人と並んで、答えない人も要介護認定を受けやすいということが分かってきました。**25**問に回答をつけてもらわなくても、はがきを返してもらうだけで分かるかもしれない。そんな実態があるということが見えてきたわけです。

では、教育を受けるチャンスのなかった方、あるいは所得の低い方たちはどういう健康状態なのかという、つい先日、**NHK**スペシャルで取り上げていただいたのですけれども、教育年数で見ると、教育年数が**13**年以上、大学まで行ったような人たちを基準として、教育を受けるチャンスがなかった方の死亡率で見ると、**1.5**倍命を落としやすい。低所得層と高所得層を比べてみますと、同じ学歴で見ても低所得層のほうが、死亡率が高い、あるいは要介護認定率で見ても同じような結果が出ます。さらに、同じ低所得の方の中でも教育年数が影響しているという実態が見えて参りました。

この二つの知見を組み合わせると、虚弱な人たちは、社会経済的地位が低い層に多いのだけれども、そういう人たちほど健診に来ない、あるいは郵送調査に答えない。となると、結局、介護予防教室には繋がらない。ハイリスク戦略を一生懸命やっても空回りしてしまう。来てほしい人たちに届かない政策だったのだということがはっきりしてきたわけです。

もう一つの理由はお金の側面です。来てくれない対象者を見つけるためにおよそ百億円使っていたのです。百億円使って、対象とすべき人だと分かって案内しても、「まだ歩けるからいいよ」などと言って、来てくれない。そのお金を対象者の把握に使うよりは、もっと、そういう人たちに届く政策があるのであれば、そちらに使ったほうが費用対効果もいいのではないのか。このような形でいくつかの面からハイリスク戦略はどうも上手くいかないよだとはっきりしてきた。実は、日本だけではなくて、国際的にも、ハイリスク戦略が上手くいく場合には、四条件がそろっていないといけない。しかし、メタボだとか、介護予防についてはこれらの条件を満たしていない。これでは理屈から考えても上手くいかないだろうということが分かってきています。

まず、一つ目は、ハイリスクの人が少数に限られていることです。二つ目は、質的に違うリスクを持つ人たちを見つける方法が確立していて、三つ目に、見つかったあと、非常に切れ味のい



い治療方法が確立していて、四つ目に、それを必要としている人たちすべてに提供できるという条件が整っていることです。

結核などのように、これらの条件を満たしている場合には、ハイリスク戦略は有効ですが、介護予防で言うと、ハイリスクの該当者が約**3割**ですから日本中に**1千万人**います。その人たちを見つける方法が、郵送調査でも肝心な人がつかまりません。さらに、その人たちに介護予防教室へ来てもらおうと効果が大きいかというと、ビフォーアフターで**3ヶ月**は成績良くなるのですが、介護予防教室を卒業した**1年後**に、もう一回追跡すると元の木阿弥であることが分かってきて、結局、有効性が確立した方法もない。なおかつ、それを**1千万人**に提供できるようなことを、試みたのだけれどもできなかった。介護予防の場合、四条件の全部を満たしていない。介護予防でハイリスク戦略が上手くいく条件がないことが関係者の間で徐々に共有されてきました。じゃあ、代わりにどうするのだ、という話になって登場したのが「地域づくりによる介護予防」です。

厚労省の介護予防マニュアルの改訂版でも、今言ったような問題点・課題が明らかになってきたので、もうそれはやめ、今後、地域づくりが重要だとなりました。しかし、どんな地域なのか。地域づくりという言葉は美しいですし、昔から社会福祉協議会などが頑張ってきていました。大阪府は、例えば、東京都に比べて地域づくりは進んでいるのか、遅れているのかってどうやって評価するのか。実際に地域づくりをやろうと思ってできるものなのか。かけ声だけじゃないのか。ばらまきに終わるのではないのか。そんな批判に対して具体的な方法を作り出す必要があったわけです。

まず地域づくりに可能性があるということを示す私どもの研究成果を、社会保障審議会でご紹介頂きました。北は北海道から南は九州、沖縄までの全国**30市町村**の**10万人**の高齢者からデータをご提供頂いて、いろいろ分析した結果です。例えば、縦軸は**1年間**に転んだことがある方の割合を、小学校区ごとに集計したものです。一番下にある小学校区は、その小学校区に暮らす高齢者の**11%**が転んだことあると答えていました。それに対して上にある小学校区は**34%**の高齢者が**1年間**に転んだと答えていました。ですから、**3倍**転びやすい小学校区があるのです。皆さんのお住まいの周りは、転びやすいか、転ぶ人が少ないかなんて考えたことはありますか。これが地域を診るということであり、地域診断ということです。**3倍**も違うのはなぜなのか。その地区は高齢化が進んでいるのではないのかというご質問をよく頂くのですが、実は、前期高齢者に限定しても**3倍**の差が残るのです。いろいろ分析していくと、一つは地域にあるいろんなスポーツの会、趣味の会、そういう所に、週に一回以上定期的に通っている高齢者が**4割**に迫るまちでは転んでいる人が少なく、そういう所に行っている人が**5%**にとどまるようなところで転んでいる人が多い。行政が税金使って転倒予防教室をやらなくても、地域でグラウンドゴルフだとか、歩こう会とか、そういうものがいっぱいあって、そこに参加している高齢者が多い地域は転ぶ人が少ない。転倒予防が進むのではないかという可能性が見えてきたわけです。

同じように、**10ページ**の下のグラフは、縦軸が鬱得点の平均点で、横軸が趣味の会参加率です。すると、男性でも女性でも前期高齢者でも後期高齢者でも定期的に趣味の会に通っている高齢者が多い地域では鬱得点が低い、つまりメンタルヘルスが良く見えてきました。もう一つの例は認知症リスクです。認知症リスク者の割合を調べてみますと、後期高齢者の**3割**が該当するという地域と、**6割**がリスクを持っていると判定される地域があります。ですから、認知症に**2倍**なりやすいまちというのがあるのです。どういうまちなのかと分析してみると、趣味の会、スポーツの会、町内会、ボランティア、そういう所に参加して繋がっている人が多いまちは認知症リスクを持っている人が少ないという関係が都市部でも農村的な地域でも出てきました。これら

から、地域づくりが進むことで、転倒、鬱、認知症など、いろいろな要介護リスクがいずれも下がる傾向がありそうだということが、まず観察研究で明らかになったわけです。

しかし、これは厳密に言うと逆の因果関係を含んでいます。転び始めているので、そういう所には行けないというのも入っています。逆の因果関係を取り除くためには、縦断研究、追跡研究が必要になります。そこで4年間追跡させて頂きました。出発時点で虚弱だった方は分析対象から外して、出発時点で健康だった方だけを取り出して、地域の会に一つも参加していなかった方が要介護認定を受ける確率を1としました。そして、例えば趣味の会だけ一種類、それにスポーツの会も行っているから二種類、さらにボランティアも行っているから三種類と、いろいろな地域組織に参加している人を4年間追跡させて頂きました。要介護認定を受ける率を比べたところ、ご覧の通り参加する種類が増えるにつれて、認定を受ける確率が下がることが確認できました。参加する組織の種類が増えるほど、要介護認定を受ける確率が下がるという関係は、因果関係を示唆する一つの必要条件といわれています。多くの地域組織に参加すればするほど介護予防に繋がるということまでは確認できたわけです。

これを厚労省に報告したら、認定率や保険料との関連を見てほしいと言われて、認定率を縦軸に取って検討しました。認定率で見てもご覧の通り、外れ値を外して見ても、参加率が高い市町村で認定率が低いという関係がきれいに出てきて、これは有望ではないかとなったわけです。もしそれが本当だとしたら、市町村レベルだけでなく、小学校レベルでも似たような現象が見られるだろうと、ご協力頂いたある自治体の10ほどの小学校区で分析した結果がこれです。それでもスポーツの会に定期的に参加している人が多い小学校区ほど新規要介護認定率が低いという関係がやはり出てきました。やはり地域に参加しやすい環境を作って、多くの人に参加してもらうことで、認定率は下がるのではないかという可能性が見えてきたわけです。これはどれぐらいのインパクトがあるかということ、参加する人の割合には、小学校区で言うと約10%から約30%まで3倍の地域差があるのですが、もし全国で10%増やすことに成功すれば、新規要介護認定率が全国で24万人減る。それぐらいのインパクトがある数字です。

地域づくりによって参加者が増えるとその人個人が元気になるだけなのか、そういう地域をつくることで参加していない閉じこもりがちの人にまで効果が及ぶのかというのが、公衆衛生の分野では議論になりました。そこで、マルチレベル分析という手法で、個人が参加しているかどうかの影響を差し引いて、その人が仮に参加していないとしても、周りが参加していて社会参加が活発な地域とそうじゃない地域で比べたのがこれです。これは歯で調べた結果です。歯は一度失うと戻ってこないという意味で非常にいい健康指標なのです。それで見ると、社会参加がアクティブな地域では、歯が3年間で減る率が少ないという関係が出てきました。いろいろな波及効果があるようで、ご本人が仮に参加していなくても、健康意識が乏しい人にもいろいろなものが回り回ってじわじわと効くらしいということをサポートする結果が出てきています。

その理由について、いろいろ裏を取るような分析を進めていますが、エピソードとして言われるのは、本人は閉じこもっているのだけれども、人々のつながりが豊かな地域には世話焼きおばさん、おじさんが居て、訪ねてきちゃうという話です。今度食事会があるから行こうって迎えに来てくれて、連れ出されちゃうみたいなことが、実際に起きていると聞いています。またスポーツをやれば、スポーツの会に行かなくても、一人でやってもいいだろうというご質問があります。たまにしかスポーツをやらない人に比べて頻繁にやっている人では認定率が低いので、確かに一人であってもやったほうが良いという結果でした。しかし、一人でやっている人とグループに入っている人を比べてみますと、同じ運動頻度の中で比べても、いずれも一人でやっている人のほ

うが、認定が受けやすいという結果が出たのです。皆さんの周りに、健康のためにと、夜10時ぐらいから走っているような方がいると思うのですけれども、そういう人たちは、スポーツ組織不参加の部分にあたります。ストイックに健康のためだと頑張っているのですけれども、そんなに頑張らなくても、たまにみんなと楽しくやったほうが、介護予防になるかもしれないというデータが出ています。グループに参加することには心理社会的な効果があるのではないかということが見えてきています。

心理社会的効果を示唆する一例が、笑うことは健康に良さそうだということを示唆する結果です。徐々に増えてきています。皆さんに思い浮かべてほしいのですが、この一週間ぐらいの間に笑っていないという方がいたら心配です。では、笑ったという方のうち、一人で居るときに笑ったという方どれくらいいますか。では誰かと居るときに笑ったという方、手を挙げてください。こちらの方が多くですね。すると、いろいろな人と交わることで人間は心が動き、笑いが起き、メンタル面にもいい。誘われたからまた行こうか、などとなります。独り暮らしの方で、もう三日間誰とも喋っていなかったけれど、ここに来て久しぶりに誰かと喋ったという話はよく聞きます。そういう独り暮らしの方が多地域こそ、交流の場を増やすことが大事ではないかということです。

こういう観察研究を重ねてきましたが、いろいろなご意見をいただきました。地域ごとに個性があって、引きこもりが多い地域はそういう地域だからで、簡単に変わるはずないじゃないかというようなご意見も頂きました。そこで、意図的な働きかけで、地域を変えられるのかどうか。武豊町でボランティアを募って、人が集まる拠点としてサロンと呼ばれる拠点を作って、来る人がどれぐらい増えるのか、来た人たちで健康が良くなるのかを調べる、地域介入研究をしました。

この地域、最初はボランティアが20人しか居なくて、保健師さんにボランティアを増やすのは簡単でないとされたのです。けれど、ちょっとやらせてくださいと、頑張ったらボランティアの数が9倍に増え、今では260人以上に増えています。何をやったのかというと、調査報告会をやらせて頂きました。その中で、ご紹介したような地域参加している人たちほど認知症とか、寝たきりになりにくいようです、とお伝えしました。そして、「皆さんの中で認知症になりたくないという方はどれぐらい居ますか」と聞くと、みんな手を挙げるわけです。「そのために自分にできることが分かったらやってもいいと思う方はどれくらいいますか」と聞くと、やはりみんな手を挙げるわけです。そこで、「皆さんは幸運です。今度、町がボランティアを募ることになりました。ボランティアやってもいいという方手を挙げてください」と言ったら、みんな手を挙げたわけです。

手を挙げた人たちに呼びかけて集まって話し合ってもらいました。「何をやればいいのか、答えを教えろ」と質問されたのですけれども、「いったい何をしたらいいかって、頭を使うから、認知症予防になるのです」と答えました。「会場の設営は誰がするのだ」と質問されたので、「転ばないように気をつけて、みなさんにやって頂くことが、ちょうどいい運動になります」と言って、ほとんどセルフサービスでやっていただいたわけです。みんなで話し合ってもらって、参加費は1回百円にしようとか、みんな忙しいから月1、2回からとか、毎回プログラムは違う方が良いとか、頭を使って考えてもらってやっています。講師役も地域のボランティアです。理学療法士の先生を呼ぶと、1回何万円かかかりますが、地域に居る人たち中から掘り起こすと、交通費ぐらいで済みます。地域で探してみると、結構、講師をできる方がいて、中には「人前でやらしてくれるのだったらタダでもやる」という人など、結構います。そういう人を掘り起こして繋げるのが大事だと思います。

こういうことをやっていたら参加者が毎年増え続けて、今では高齢者の1割以上が参加するようになってきました。どうやって参加者を増やすのか、町の職員やボランティアの人たちとデータ分析しながら考えました。その中で分かってきたのは、高齢者は歩いて行けるところでないと来ないということです。聞いてみると、年に1回の健診だったら嫁に頼んで連れて行ってもらえる。しかし、毎月のことになったら自分の足で行かなきゃいけない。最初、サロンは町の中央部に作るとその地域の人 came。その後、北と南に作ったらその近くの人が出てくるという関係が明らかなのです。町の保健師さんに中央公民館で36回やるぐらいだったら、町の12ヶ所で3回ずつやったほうが参加者数は増えるだろうと伝え、やってみると、実際に1割の人が来るようになったのです。拠点を初年度の3ヶ所から始めて、今では13ヶ所に増えています。

最初は月1、2回のサロン活動では効果がないのではないかと心配していましたが、波及効果があることが分かってきました。追跡調査をすると5%から1割、サロンに来ていない人でも、新しくいろいろな地域の会に参加して活動を増やしていました。それに対してサロンに来ている人たちは、その2倍から6倍、ほかの所にも行くようになっていく。サロンに行くと、「今度、老人会で旅行に行くから行かない？」と誘われたとか、「大会があるのだけれど選手足りないからちょっと来てよ」とか、いろいろな誘いがあるようです。サロンだけではなくて、ほかのところにも参加して繋がる効果があるということです。健康情報をどこで得ていますかというのを聞いてみると、テレビ、ラジオに次いで、サロンで得ているという人が多い。いろいろな情報がサロンで入りやすくなる。最近は「オレオレ詐欺に気をつけてください」などの周知もサロンでやると効率良く伝わると、サロンをやっている福祉課以外のセクションからも高齢者に伝えたいことがあると、サロンの場を使わせてという要望が寄せられるようになっていくそうです。

要介護認定率まで下がるのか。5年追跡させて頂いたら、参加群では非参加群に比べておよそ半分に減ることが確認できました。スライドは省きましたが、驚いたのは健康意識が低い低所得や低学歴の人ほど、サロンへの参加率が高いのです。なぜかと聞いてみると、お金持ちは、すでにゴルフクラブや1ヶ月8,000円を払ってフィットネスクラブに行っているのです。それが払えない低所得の人、あるいは車も持っていないで歩いて行くしかない低所得の人たち、低学歴の人たちにとって、歩いて行ける所に、1回100円でお茶菓子ついて、楽しい所ができた、ということで、そういう人たちに対して吸引力を発揮できていたということが分かってきました。

このような地域づくりをどうやって全国に広げるか。「見える化」システムでベンチマークするシステムを開発しています。まずは現状を見えるようにして、地域ごとの課題を設定して、手がかりを示して、実践して頂いて、効果検証するための地域マネジメントの支援ツールです。いくつかのまちで取り組んで、だいたいの手順が見えてきました。まず関係者の共通認識を形成して、運営主体を形成して、モデル地域からだんだん拡大していく。さらに、評価もきっちりやる。こんな四つの時期に分けて、手順を踏めば良さそうだということが見えてきています。

その中で分かってきたのは、最初にボランティアの人たちに、私たちや町、行政が支援するのは1年だけだと伝えることの大切さです。3ヶ月しか支援しないというところもあります。最初にそれを言うか言わないかで結果が全然違うということが分かりました。最初に言っておかないと、1年経ったのでボチボチいいですよと行政や地域包括支援センターが引こうとすると、「我々を見捨てるのか」みたいなことを言われて、なかなか支援をやめられない、手を離せなくなるという経験を多くの市町村がしています。市の全域に作らなきゃいけないので、ここはモデル地域です。最初の数ヶ月だけお手伝いをするので、その間にやり方を身につけて下さいね、と最初に言っておくと、じゃあ、急いでやり方を覚えなきゃとい

って頑張ってくれます。予定どおり数ヶ月あるいは**1年経ったので、次の地域に行きますが、困ったことがあったらいつでも応援に来ますから言って下さい、**と伝えると、開発チームが**1チームでも毎年何ヶ所かずつ作っていきける。**そうしないと、地域包括支援センターや保健師さんなど、担当する人が毎年世話をするところが増え続けて、もう身が持たないという話になってしまいます。あくまでも立ち上げ支援であり、間接的な支援であって、そのあとはボランティアの人たちに頑張ってもらい、それがとても大事だと思います。

各市町村が、これから日常生活圏域ニーズ調査を始めます。このニーズ調査データは、今まで市町村だけで分析をしていたので、ほかの地域と比べて、その地域の特性を見ることができなかった。私が国立長寿医療研究センターの老年学評価研究部長併任になりましたので、そこにデータをご提供頂ければ、大阪府の中にあるA市とB市で、たとえば地域の結びつきが強い地域であるとか、あるいは低所得の方が多いい地域であるとか、ボランティアをやってもいいという方が多い地域であるとか、そういうことを相対的に比較（ベンチマーク）して見える化した結果をお返しをする、そんな地域診断の支援事業をやりたいと思っています。その説明会もやろうと思っていますので、是非多くの市町村にご参加を頂けたらと思います。同じ調査票を使って、同じ調査方法で同じ方法で集計すると、いろいろな指標を多いほうから少ないほうに並べられるわけです。このスライドは、運動機能低下の例ですが、たとえば、ボランティアをやっている人の割合とか、週に**1回**スポーツの会に行っている人の割合も、こうやって並べられます。それを**5等分**してこれを**5色**で分けると、あなたの地域は転びやすいまちです、認知症になりにくいまちです、または社会参加が多い地域ですということを比較的簡単に示すことができる。ただし、それはデータをみんなでプールして同じ形で分析をしたときに、という条件付きです。ですので、データをご提供頂きたいということです。

さっきご紹介したサロンの取り組みについて、田舎だからできたのだろうとご質問を頂いたので、名古屋市内でもやってみました。いわゆる公団住宅です。そこで同じようなプロセスを踏んだら準備に**1年**掛かりましたけれども、サロンのオープンの日には**100名**の方が参加しました。都市部でもできるということが確認できています。都市部には都市部の資源があります。たとえば、宅配食事業者がいっぱいいるというのでボランティアの方が良いことを思いつきました。それは、試食会をやるから持って来て、と宅配食事業者に伝えたら持って来るのではないかとこのことです。数社に電話をしたら、最初何軒かは断られたそうですけども、**1社**が、「分かりました、出しましょう」と言ったので、断った事業者に電話をして、「**A社**が持って来ると言っているけれど、おたくは持って来なくていいのね」と言ったら、「持って来ます」となって、開所パーティーは、タダでできたそうです。そういう資源が都市部にはいっぱいあるので、資源の力を引き出しながらニーズと結びつける。そんなことが、地域づくりではあり得るということ、是非、大阪府内でも実証をして頂けたらなと思います。

まとめますと、二次予防では限界があることが明らかになり、替わる方法として社会参加のしやすい地域づくりはどうだろうか、となった。その手順書もできていて、それを「見える化」システムでマネジメントしながら進める。今後そういう地域づくりの事例を増やしたいので、大阪府下の市町村にも是非ご協力を頂きたいとお願いをして、私の話を終えたいと思います。どうも、ご静聴ありがとうございました。

#### 【事務局】（介護支援課総括課長補佐）

近藤先生、ありがとうございました。先ほどご説明致しましたように、ここで一旦質疑応

答に入らせて頂きたいと思います。マイクを部会長のほうにお返ししたいと思います。

### 【黒田部会長】

10分程度、質疑の時間を取りたいと思います。筒井委員、何かコメントはございますか。

### 【筒井委員】

厚労省の2005年からの介護予防施策の失敗について近藤先生から明確にいただきまして良かったと思います。

さて、この部会では地域包括ケアシステムにおいて介護予防に資する施策をどのように組み込むべきかということがテーマとなるのですが、大阪府は、ある意味で日本における地域包括ケアシステムモデルとしては、先駆的なものといえるかもしれません。先ほどの菱谷課長からのプレゼンで明らかになったのは、サ高住や有料を使ったビジネスモデルが確立しておりますので、後発の保険者が地域づくりですよとやっても、いわゆる民間企業との闘いに勝てるかということでしょうね。勝てそうな市町村が大阪府の中でどのくらいあるのか、近藤先生の手法で一体、いくつくらいあるのかなと思って興味深く聞かせていただきました。大阪府全体としては、医療扶助、介護扶助のデータが十分に検討されていませんので、正確なことは申し上げられませんが、今後、いわゆる生活保護世帯の方々に、どういうふうに関わり大阪府は対応をしていくかということは大きなポイントになるでしょう。

大都市部で所得が低く、学歴も低い方々に対して、近藤先生がやられてきたような地域づくりの手法でやっていけるのかということを試してみるというのは大きなチャレンジでしょうが、大阪で本格的にやるには、相当の覚悟がいるのではないかと聞いていただきました。今日は、大阪府医師会の先生とか、大阪ケアマネ協会の会長の方からもお話を聞けるということですので、また、あとでお話しをさせて頂ければなというふうに思います。

もし、この近藤先生の方法論を踏襲するのであれば、まずはこれができそうな市町村を、これまで成功した市町村の属性を分析した後で、慎重に選定するというのをやられたほうがよいと思います。そういう成功例を大阪府で最初に示しておかないとこれが失敗をしてしまうと、大阪府ではおそらく全く使えなくなってしまうことが予想されます。したがって、成功しそうな自治体を、これまでの分析結果から、最初にきちんと選ぶこと、戦略的にはそういうことをすべきと思いました。

### 【黒田部会長】

ありがとうございました。私も少し感想を言います。このポピュレーションアプローチによる介護予防事業というと、新しい総合事業が始まっていくわけだけど、新総合事業の中には、従来の要支援の方の訪問や通いのサービスなどが移行する介護予防・生活支援サービス事業と、一般の介護予防事業とが並んでいますよね。一般の介護予防事業の中で、こういうポピュレーションアプローチの取組みを進めていくということになってくるというわけですが、新しい総合事業の中でそういう一般の介護予防事業にどうアプローチをするかという議論があんまりされてないように思うのです。つまり、要支援の人には介護予防・生活支援サービス事業を届けるかというところが、かなり議論の中心になってしまっています。一般の介護予防事業そのもの、ポピュレーションアプローチそのものを進めて行くためのプロトコルもできているのだとおっしゃったのだけど、そのあたりを上手く事業化していく必

要があると思うのです。筒井委員のコメントもそういうことなのだと思いますが、そのところをモデル事業みたいに市町村をもう少し選んでというか、できるところから積極的にやってもらって効果を見ていったらどうかなというような議論だったかなと思います。近藤先生、ここまでの議論でなにかコメントはありますか。

### 【近藤克則氏】

その地域ごとに特性があるので、かなりアレンジはあるだろうなというふうに想像はしています。一つ、大事なことは、まあまあ上手くいった理由は、介護予防のために来ていると思っている参加者はほとんどいないということです。楽しいから来ているのです。「健康のためにも良さそうだし。」というのは、おまけなのです。大阪の資源といたら笑いでしょうから、楽しい場所を作りましょうと。それに成功すれば、来ている本人達は別に介護予防のためだとは思っていないなくても、結果として介護予防になればいいわけです。そこは是非、大阪流をやって頂きたいなと思います。

もう一つ、大阪の町を歩いていて感じるのは、お寺が多いことです。あれだけお寺が成り立つということは、檀家組織が機能しているのではないのでしょうか。お寺がブロックごとにあるという印象があります。地域によっては、公民館みたいな設備がないのでお寺の境内でやっているところなんかも出始めていますので、お坊さんに死んでからだけじゃなく、生きていた間も世話をしてほしいと言って、やってもらうのは、あり得ないのだろうかとお寺を歩いて、感じています。

あともう1つ、都市部ということで、あり得るなと思っているのは企業の力を使うということです。行政の場合は、サロンの数が増えれば増えるほど仕事が増えていく。私達、研究者もそんなにいくつも支援ができないのです。けれど、企業の論理というのは、増えれば増えるほど、規模の経済で儲かるのです。だから企業に、上手なモデルを作って頂いて、それが普及すれば喜んで増やしてくれるのではないだろうか。私の所に相談に来ている企業では、ドラッグストアのチェーン店とか、ショッピングモールのオープンスペースでできないだろうかとか。あとカラオケの会社、フィットネスクラブもあります。そういうところが、効果を検証してくれないか、と相談に来ています。例えばそこに来た100人のうち、認定を受けられる人が3人減ったら、1人あたりの給付費平均額は、今、200万円弱なので、年間約600万円弱の給付額が減るわけです。その600万円全部を返したら介護保険財政はメリットがないので、例えばそのうちの3割とか、一定額は返すから、その代わり拠点を増やしてほしい、というようなソーシャルインパクトボンド的な考え方も入れたりすると、企業の動機付けになって、儲けるためにガンガンやるのではないか。いわゆる貧困ビジネスで、困っている人を食べ物にするような、要介護者を増やしてビジネスにするというモデルじゃなくて、健康な人を増やすことで儲ける。そういうビジネスモデルを一緒になって作ったり、それをやりやすい環境の設計に成功すれば、一生懸命、商魂たくましくやってくれないだろうか、そんな可能性を追求されたらどうかなというふうに思います。

### 【黒田部会長】

川井委員、中尾先生、濱田先生から、なにか質問などがありましたら、どうぞ。

### 【川井委員】

質問はないのですが、実は **2005** 年に地域包括支援センターができた時、ハイリスクの人達をどう見つけ出して、どう予防を導入していくかということについての、研修に携わらせていただきました。しかし、なかなかこれまで効果が上がらなかったということで、非常に今回のものに期待をしています。地域の中で見ていると、生活支援コーディネーターの配置も進んでいますが、大阪の南の方ではこれまでサロン活動が非常に活発にやられているのです。ですから、そこをどう活用するか、そこで予防としていきいき百歳体操をやりませんか、などと声をかけたりするのですけれど、なかなか浸透しないところもあつたりします。だからそういうものと、どうコラボをしながら介護予防事業を進めるかというようなことも考えたりしております。以上です。

### 【黒田部会長】

地域にある資源をいかに介護予防に動員できるかという、そういう観点が要ります。今、近藤先生から指摘をして頂いたお寺だとか、ショッピングモールや商店街の空き店舗、あるいはフィットネスクラブなど、いろいろな資源は都市にもあるわけで、そういうものも介護予防の拠点、活動の場というような形で利用できるかもしれない。面白い指摘だと思いました。ありがとうございます。では、濱田会長、どうぞ。

### 【濱田和則氏】

本当にありがとうございました。大変勉強になりました。筒井先生のご意見も、まさに的をすごく射抜かれたような気持ちでございます。特定の自治体の名前を申し上げるのは、非常にはばかれるのですが、大阪市城東区さんが「いきいき百歳体操」を進めていらっしゃるって、もう集まる場所がないぐらい、ブームになっているように聞きました。大東市でも地域包括ケア事例が出ていますので、それで今のお話ですと失敗をすると、あとが続かないかなと思うのですが、すでに地域づくりが成功しているところに後ろから乗っかって行けばいいのかなと、個人的にはそういう気が致しました。実は、あとで言おうと思っていたのですが、民間との関係の中で、入居が決まって各種サービスと契約書もすべて整った状態で、あとはケアプランだけ作ってくれと言われる事例もあるようで、さすがのケアマネジャーも、しかも費用負担が発生しない例となると、せいぜいお断りするぐらいしかできません。しかし、その方がまたどこかへ行かれてということがあります。そういう印象を持ちました。

### 【黒田部会長】

ありがとうございました。時間が参りました。それでは、また事務局にお返しします。

### 【事務局】（介護支援課総括課長補佐）

ありがとうございます。近藤先生、貴重なお話をありがとうございました。

本専門部会で議論を進めるにあたりまして、医療・介護の現場の意見を聞いていくことが大変重要なものと考えてございます。そこで、本日は、医療の現場から見た大阪府の介護の現状と求められる対応につきまして、一般社団法人大阪府医師会副会長の中尾先生より、お話を伺いたいと思います。

それでは、中尾先生よろしく申し上げます。



## 【中尾正俊氏】

医療の現場の重要なものとして認知症施策と、在宅医療介護連携推進事業ということになると思うのですが、時間の関係で、今日は、認知症については省かせて頂いて、在宅医療介護連携推進事業を平成 30 年度から全市町村で行うという点について、今、医師会がどのように考えているのかということ等を中心に話をしていきたいと思えます。

まず、地域包括ケアシステムの医療介護の連携体制という、国の図でございますが、家で元気に過ごしておられた方が病気を発症されたときに、高度急性期病院で入院治療を受ける場合もあれば、急性期病院で入院治療を受けられる場合もあるということだろうと思うのですが、できるだけ速やかに高度急性期病院や急性期病院において入院治療を行い、できるだけ早く回復期病棟に転院し、慢性期の療養型病床への転院や自宅に戻るか。このところは、医療ができるだけ、地域医療構想等を踏まえながら、地域包括ケアシステムにおける医療の整備を進めていく。そして、自宅に戻り、通院できない場合は在宅医療を、通院手段がある場合は外来医療を行い継続した医療を続けていくという体制をつくっていく。在宅療養のところでどうしても生活支援が必要だということであれば、介護サービスと一緒に入ってくるという状況だろうと、今、地域包括ケアの医療と介護の提供体制は、このような方向で進んでいると大阪府医師会は考えています。

そこで、サービス提供体制としては、小学校区単位で多くの人材を確保しなければ、なかなか難しいと考えていますので、地域医師会では、できるだけ小学校区単位で研修会を開催し、健康づくりのみならず、顔の見える関係づくりに向けた取組みを行っていると思っていただければと思います。目指すべき提供体制構築というのは、顔の見える関係からできるだけインテグレーションのレベルまでもっていかないと多職種協働といっても難しいのではないかと考えています。しかし、介護部門から医師会への要望として、どういう要望があるかと言いますと、いま、医師会は在宅医療の推進を目指しましょうと言っていますが、地区医師会によっては、在宅医療推進に対して非常に温度差があり、協力が得られない地区医師会もある点です。これは市町村のほうからも言われています。

そして、市町村から医師会の在宅医療介護連携推進の取組みについて、情報提供がない状況もあり、地域連携が図れないという課題をもう少し明らかにしてほしいということでございます。昨日も在宅医療の地区医師会担当理事連絡協議会を開催しましたが、市町村と地区医師会とがあまり情報の共有ができあがっていないとの指摘がありました。現在各地域で取り組まれている地域包括ケアシステムを理想の形に近づけるためには、地区医師会を積極的に取組ませるためにどのような仕組みが必要かということが問題点に上がっています。地区医師会内に地域医療連携室を設置していただいて、そして、今まで、ひとりの担当理事にさせていた在宅医療と介護保険・地域包括ケアを、できるだけ分けて担当していただきたいと言っています。現在、地域医療介護総合確保基金を活用して大阪府医師会及び地区医師会が在宅医療推進事業を展開しているのですが、この事業は地区医師会内に地域医療連携室を設置し、在宅医療推進コーディネータを配置することによって、在宅医療担当理事に関しては、地域の医療資源をできるだけ把握し、会員に把握した情報を提供することにより、高度急性期病院等の基幹病院をはじめ入院医療機関と緊密な連携を地域で作ってほしい。介護保険担当理事に関しては、市町村や地域包括支援センターと緊密な連携、ケアマネジャーとの連携強化の役割を担ってほしいと言っております。

介護保険制度の改正によって、在宅医療介護連携推進事業は平成 30 年度から全市町村で実施されるので、できれば 57 全地区医師会が在宅医療推進コーディネータを配置し活用し平成 30 年度に向けて医療と介護の連携を作ってほしいというものでございます。そのための医療機関連携に

関する課題解決に向けて、地区医師会は、地域医療連携室を設置することによって、急性期医療を提供する病院と在宅医療を提供する会員医療機関との医療連携を推進していく。単に診療情報提供書の医療連携のみならず、**ADL** 等生活機能を含めた情報共有をきっちり急性期の病院と慢性期の在宅医療を展開する医療機関とかが連携をしていかなければならないと考えています。病院・医師とかかりつけ医は、退院前カンファレンスによる医療・生活情報を共有し、同時に病院の看護師と訪問看護師との看看連携なども推進していかなければならない。

医療側は患者の生活への理解が不足しており、介護側は医療に関する知識が不足していると言われます。そういう問題がありますので、インテグレーションレベルの多職種間での情報共有を進めていかなければならない。地区医師会は、市町村と協働して多職種を対象とした在宅医療研修を今後も実施していくこと等で、できるだけ相互理解に努めていくということを考えています。

医師会ではなくて医師への要望としては、地域ケア会議への出席率が悪く、在宅医療や介護に関して関心のない医師が多い。往診・訪問診療が可能な医師も少ない。ケアマネジャーにとって敷居が高い点を改善してほしいと言われています。

大阪府医師会が多職種連携に向けた「かかりつけ医」の役割として、ケアマネジャーが開催するサービス担当者会議に必ず出席をしてください、それから地域包括支援センターが開催する地域ケア会議に必ず出席してと言っております。サービス担当者会議やサービス担当事業者同士で話をする場や地域ケア会議も、なかなかかかりつけの先生方が集まれる時間帯に開催されていないことがありますけれども、単にかかりつけ医は、患者個人の医療的問題というだけではなくて、地域の医療的問題も提言できる能力を有しておりますと会員の先生方には言っておりますので、できるだけ能力が十分発揮されるような体制づくりをお願いしたいと思っています。

それから、地域医療連携を踏まえた医療提供体制ですが、退院調整が整備され、退院後の支援で病院からかかりつけ医に連絡が来ることも多くなりました。しかし、連携というより「在宅に戻るからあとはそちらで宜しくお願いします」というのがまだまだ現状です。

それから、人生の最終段階での在宅看取りが少ない現状があります。急変時に急性期病院に救急搬送され、病院での死亡確認がやはり多い。今後、独居高齢者が増えていくことから、在宅療養後の看取りの困難さを感じているということ等があります。

そして、病院と地区医師会の連携強化に関しては、できるだけ前方支援（病院内退院調整）と後方支援（病院外退院調整）による連携を整備し、退院調整システムの構築をしていこうと考えております。地区医師会に地域医療連携室を設置し、在宅医療推進コーディネータを配置して、地区医師会がその一役を担ってくれることにより、地域医療構想策定に向けた病院の機能分化と連携強化の一助になると考えているところです。

これは、介護施設における必要な医療・介護の調査研究でございますが、老健施設に入所されている方で、在宅医療が可能な方が **22.6%**、外来医療が可能な方は **32.6%** と言われています。地域に帰ってできるだけ住み慣れた地域でという部分に関しては、これだけの数の方々が施設入所している人でも可能であるということになりますが、帰る家がないなどの理由により、**65.7%**の方が施設介護が必要であるというようなこと等が言われており、介護施設から在宅への移行には、住まいの整備が望まれる。

先ほど大阪府の方から話がありましたけれども、サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）における医療連携の有無ということで、これは少し古いデータなのですが、たぶんこれが現

状ではないかと思えます。サ高住で協力医療機関が約半数、提携医療機関が約 4 割、グループ法人が 26.6%というようなことになっております。今後、このグループ法人による医療提供が非常に進んでいくのではないかと考えているところでございます。望まれる地域医療を目指していくという観点から、法人グループ内で医療が完結する、いわゆる囲い込で地域を守っていくことができるのかどうか。この点は、サ高住における医療機関との連携内容として、サ高住にお住まいの方に定期的な健診の実施、訪問診療、緊急時の受け入れ等があります。医療機関との連携をしているということになってはいますが、やはり動ける、通院が可能な人でも恐らく、訪問診療を提供しているというような状況もあり、サ高住に入所された時は要介護 1～3 であったのが、重度の要介護 4・5 の方へ進んでいっている方が増えている可能性も少し考えておかなければならないと危惧しています。医療内容別では、やはり酸素療法が一番多く、次に膀胱留置カテーテル、嚥下障がいや経管栄養をされているとか、喀痰吸引を実施されていると報告されています。

次に、特定施設での看取りの状況について、少しお話をさせていただきます。全国調査で申し訳ないのですが、死亡日より 4 日以上前に入院が 46%、そして死亡より 3 日以内に入院が 15% で約 60% の入居者が医療機関で亡くなっているのが現状です。現在、最期の場所は医療機関で看取られるというのが、特定施設での看取りの状況ではないかと考えています。

介護施設における看取りの対応の充実・強化ということですが、介護報酬改定により特別養護老人施設（特養）では、看取り介護加算、家族等への介護の情報提供を加える評価をしています。介護療養型医療施設でも、これは多分廃止になってしまうと思うのですが、ターミナルケアに係る計画の作成と多職種協働によるターミナルケアの実施に対して評価されています。そして、介護老人保健施設（老健）においては、退所後の生活を含めて人生の終末期までの支援計画を作るというようなこと等が言われているところでございます。介護施設における看取りでは、看取り期の負担が大であるとか、夜間休日の対応に苦慮しているとか、トラブル回避のため看取りに消極的な医師が多い、看護師は、時間外勤務が増えて精神的・肉体的な負担が増えると考えており、介護職員は、夜間の不安が大きくなり、看取りが非常に不慣れであるというような部分等が指摘されている。この点に関して、医師会としても、できるだけ介護施設に対する看取り対応に関するこれらの問題点を解決していかなければならないと考えています。その人らしい看取りとは、単に死亡診断書を作成するだけでは、不十分だとわれわれ医師は考えています。しかし、今のところ施設側は「亡くなりましたので、死亡診断書を書いて下さい」だけの医師との関わりというものも少なからずあると伺っています。

施設であろうが、自宅であろうが、かかりつけ医、訪問看護師、ケアマネジャー等が共働して緩和ケアを行いながら、本人・家族の意向を踏まえた終末期の療養と最期の看取りを行っていくという部分に関して、今後、考えていかなければならないと思っています。緩和ケアにおいて、がん診療連携拠点病院の院内緩和ケアチームが在宅緩和ケアとして、在宅のほうに最近出て来てくれるようになっており、これを推進することにより、緩和ケアの地域医療連携体制の構築をさらに進めていき、最終的には質の高い緩和ケアと看取りができるのではないかと考えています。

現在、国が動かしている在宅医療提供体制の充実として、病床機能報告制度と診療報酬改定と地域医療介護総合確保基金があります。そして地域支援事業があります。これは介護保険ですが、包括的支援事業の在宅医療介護連携推進事業があります。この部分に関しては、地域医療構想を策定していきながら同時に地域包括ケアシステムを構築していきましょうということになっています。地域医療介護総合確保基金では病床機能分化・連携強化に向けた施設に対する設備の整備を推進と在宅医療の充実等が今進められております。

地域医療介護総合確保基金の第2の柱である居宅における医療提供体制は、先ほど言いました在宅医療推進事業を、地区医師会が受託していると思っていただければ良いと思います。在宅医療推進コーディネータはどういう役割を担っているかということですが、まず在宅医療の連携強化と在宅医療の取組み促進ということで、できるだけ、かかりつけ医による在宅医療の質を高め提供量を増やし、患者が安心して在宅で療養できる医療提供体制を構築し、在宅看取りにも取組みやすい環境も整備していくことになります。

あともう一つ、地域支援事業である在宅医療介護連携推進事業に関連した医療計画の見直しでは、地域医療構想において各市町村の将来の在宅医療の必要量を示し、在宅医療を担う医療機関、訪問看護等の提供体制に対する目標を設定するとされています。そして、病床の今後の在り方等を医療計画に盛り込むということになっています。現在、地域医療構想に関しての調整会議等が各医療圏で行われていますけれども、なかなか十分な議論がされていない。その他、昨年のもので少し古い調査結果ですが、在宅医療・介護連携推進事業において、やはり相談支援の部分が医師会としても非常に弱いと思っております。それから広域の連携と言われる在宅医療・介護連携に関する関係市町村との連携も医師会として少し弱いなど考えているところでございます。

これは大阪市が実施しました在宅医療・介護連携相談支援のモデル事業でございます。東成区で行ったのですけれども、医療サイドの相談支援業務と介護サイドの相談支援の業務を整理して書かせて頂いています。退院後の在宅生活に向けた相談とか、介護資源、医療資源、入院の相談内容が多いと報告されております。質の高い在宅医療を確保することを目的に、今年度の診療報酬改定において在宅医療を専門に行う医療機関に関する評価がされました。在宅医療を担う「かかりつけ医」をバックアップするために積極的に地域医師会と協力して、地域医療を守って頂きたいという願いで専門医療機関に関しての評価がされたと思っております。4月から9月の6か月間において、なかなかこの部分に関しては進んでいないと言われております。

最後になりますが、要介護になること自体が、疾病や障がいを持っておられる。かかりつけ医は、外来医療の延長として、在宅医療を提供する。そして、地域に密着した医療・介護、その他の資源の活用を考える上では、今までのようなピラミッド型の縦の連携ではなくて、かかりつけ医を中心に病院も診療所も水平の連携をしながら、我々は医療と介護の水平の連携を行っていく方向でないと、なかなか地域包括ケアシステムは困難ではないかと考えています。ご清聴ありがとうございました。

#### 【事務局】（介護支援課総括課長補佐）

ありがとうございました。続きまして公益社団法人大阪介護支援専門員協会会長の濱田先生にお願いしたいと思います。介護の現場から見た大阪府の介護の現状と求められる対応につきましてお話を頂きたいと思っております。よろしく申し上げます。

#### 【濱田和則氏】

実はこのサービス付き高齢者向け住宅等の調査は、私が、審議会で最初にお願したのかと思いますので、本当に大阪府の高齢介護室の皆様、資料をまとめて頂きまして厚く御礼を申し上げたいと思っております。どうもありがとうございました。

それでは、前半のほうは、お手元の資料の主に協会の取組み等についてお話をさせて頂きまして、後半は本日の資料でお配りしておりませんが、あくまでも、私、濱田の私見ということで、少しご意見を申し上げたいと思っておりますので、よろしくお願い致します。

協会の概要は、現在 **3,000** 人弱の会員でございまして、主に事業としましては、介護支援専門員の研修事業の指定を受けまして進めているところでございます。研修センターという組織を作りまして、こういうテキストの編纂でありますとか、あるいは研修の事業なども進めているところでございます。これは、もうすでにご承知のとおり、今般の研修の改正であります、やはり更新研修を受けて頂いた介護支援専門員の研修プログラムは、かなり演習が主体になっておりまして、担当でブラッシュアップされているなどと思いますが、一方で、どうしてもこの初回の実務研修が **44** 時間、主にはケアプランの書き方が中心になっていました。基本的な内容だけで終わってしまいますので、最初の更新研修を受けるまでの間が、何かてこ入れが必要なのかなと思っています。今回実務研修の時間数が **2** 倍に増えまして、実習も **1** 日ですが、本来、臨床経験を持ったほうがいいとは思っていますが、なかなか毎年大阪府下では、**1,500** 人も合格をされるという中では難しいこともあるのかなというふうには思っております。あとは主任介護支援専門員も今回は更新制度ということで、図のような要件で法定研修以外に主任介護支援専門員の学会で発表、あるいは年 **4** 回以上は参加が必要な要件となりました。これは国の通知のものでありますけれども、こういうものがスタートいたしましたのでこれで更新する方、しない方でキャリアが少し分かれてくるのかなというふうに思っております。あと、法定研修ですが、これだけの数を協会のほうで行っており、年中研修・演習をやっています。逆に考えますと、必ず更新しないといけないものですので、伝えないといけない、あるいは重点的にケアマネジャー・介護支援専門員に視点を持ってもらう、今日的な課題も含めてということかもしれません、どうしても伝達が中心かと思っておりますので、今回のようなことも演習等を通じて、例えば、介護予防、自立支援に資するプランなどもカリキュラムで入ってくると、なおいいのかなと思っております。

それで、協会のほうでは、実は以前から市町村介護給付費適正化事業の受託を受けておりまして、現在、大阪府下、区域まで入れますと **63** 自治体中 **10** 自治体から受託しておりまして、協力員、これは会員の中でいわゆるベテランの会員で、主に研修の講師等に協力いただいております。法定研修等の講師をやっている **100** 数十名のうちの **25** 名を選びすぐり、お忙しい会員の方にお申しまして、いわゆるケアプランチェックをやって頂いております。昨年度、個別評価が **1,343** 件、地域評価 **13** 件ということで進めております。

それ以外にも協会のほうでは、以下の法定外研修、ケアプランチェックはあたらなかったけれども、やはり自分自身で点検していこうということでケアプランの自己点検研修の実施、それから課題分析表、評価表いわゆる総括表ですね。これはすでに出ておりますが、こういうものを書いてみよう研修、主任介護支援専門員フォローアップ研修、こういうものも実施しております。実は法定研修が増えておりましたので、昨年度まで参加者がなかなか伸びないということがありましたが、先程の主任介護支援専門員研修で更新要件が出ましたので、本来はやはり研修を受けて質をアップするというか、資質を向上させるという目的と手段が若干反対になっているという気もしないではないですが、非常に研修を受講する方が増えてきている状況でございます。ケアプランチェックは、これは詳しく説明は致しませんけれども、書いてあるとおりの資料でございまして、これは平成 **20** 年版ということで、若干年数が経っておりますが『ケアプラン点検支援マニュアル』を活用しております。少し見直されるということをお聞かせしておりますが、これをずっと活用しまして、たぶん、平成 **20** 年前後ぐらいは住宅改修が多いということで、こういうふうな項目が入ってきたのかなと。今度は、もしかすると住宅改修ではなくて、居宅系サービスのあり方など、そういうものも、大阪府域に

おいては若干必要なのかなと考えます。こういう形で対面指導と報告等も行っております。これも説明いたしません、こういう流れに沿って、公正・中立性の確保を目指して協会では取り組んでいるところでございます。ケアプランチェックをやりますと、なんとなくイメージとしてはチェックされると指導されるような印象を持たれがちではありますが、受けたご本人はこれまで悩んでいたこととか、そういうことも解消されまして、これは間違いなく資質向上に寄与している、意欲が出てくる活動になっているかなというふうに思っております。ただ、実は、量的には非常にごく一部でありますので、以前はチェックをして、給付費が劇的に適正化されたということもありましたが、どうしても限界があるということで、全体に行き渡らせるためには、もう少し大々的な組織化、勿論、これは市町村からの受託でございますので、各自治体の方針もあろうかと思っておりますが、これが必要なということをお思っております。

あと、それで出てくる重要事項について、集団指導等を以前のように行っていた。ただ、数が多く、何千人ですので、できればもう少しブロック単位、市町村単位で行う。そういうお話がありますと、私達介護支援専門員も、例えば、先程、契約関係の中でなかなか対処が難しいが、保険者からこういう指導があってというふうなことに注意するなど、もう少し1枚切れるカードが出てくるような気も致しております。

ということで、先程、中尾副会長からお話も頂戴しましたが、地域包括ケアを目指して、多職種連携を進めているつなぎ役として、地域でがんばっている介護支援専門員も協会内には少なからずいるということです。ただ先程も申し上げましたが、やはり進めていくためには保険者である市町村と地域包括支援センターあるいは大阪府のバックアップがありますと、より進めやすいかなというふうに思っております。

これはちょっと一例ということで、大阪市旭区の事例であります、「旭けあねっと」という多職種連携が進んだ事例が出ております。データの的にその連携がどれだけ進んだかというものまでは、私も把握はしておりませんが、表彰も受けられたりということもございまして、ちょっと一例としてご紹介させていただきます。包括支援センターの地域ケア会議ですが、対応困難事例の解決に、非常に取り組んでおられまして、いわゆるごみがたくさんある、利用者はお一人暮らしでとか、あるいは虐待予防とか、権利擁護については非常に進んでいるかなという気はしておりますが、先程の地域づくりにつきましては、なかなか人員が限られているということもありますし、今回は要支援・要介護1・要介護2ということですが、要支援の方の介護予防プランについても、やはり事業所へ委託される傾向が一般的にはちょっと多いのか。それは、あくまでも地域包括の業務が先程の資料でありましたように非常に忙しい。地域づくりほか含めた様々な機能が出て参りますので、これも、これも、これもと出て参りまして、なかなか限られた人数では大変だということがございまして、恐らくはそうなっているのかもしれませんが。一方で、すでに事業者さんと利用者さんが、例えば、住宅への入居等、お約束事をされて一緒に来てしまうというケースも、統計的資料はないのですけれども、そういう事例も、うかがい知るところでございます。このあたりをどうしていくかというのが少し課題かなというふうには思っております。

あとはちょっと個人的な資料、これはもうすでにご承知のとおり大阪府下では、高齢者向け住宅が多いということで、私も先程、大阪府の資料1のほうを拝見しましたがけれども、同じ人口規模の大阪府と神奈川県で2倍も違うというのは、少し驚きまして、この住宅型有料老人ホームを入れますとさらに4倍にはならないかも分かりませんが、増えたかなというこ

とを当然感じている次第でございます。ずっと私もこの仕事をしまして、昭和のころからありますので、**30** 数年やっておりますけれども、介護保険がスタートしたときには本当にサービスが利用できていいなと思っておりましたが、やはり当時は保険料との相関や施設の量をどうコントロールするかなど、教わったように記憶しておりまして、ずっと介護保険事業支援計画で調整されてきた。また平成 **18** 年には特定施設とグループホームも計画対象になったということで、以前、私も何かの論文で医療と介護で医療を抑えると介護のほうに吹き出て、介護を抑えると医療のほうにと、そういうことを何か読んだような記憶もあるのですが、ここに来て、その介護・医療それからこの住宅ということで、三者構造でどこかを抑えるとどこかに出てくるような。今回は医療・介護で、介護のほうを抑えたら医療にいかないで住宅に押し出されたような印象も若干持ってきております。これも個人的な印象でありますけれども。

このほかに届出のない集合住宅も多いかと思っております。都市部特有の課題かなというふうに思っております。私個人的には、サービス付き高齢者向け住宅にサービス事業所が併設される併設施設については、介護保険施設と同じ機能を十分持っているかなというふうに思っておりますが、先程ビジネスモデルという言葉もありましたけれども、やはり、訪問介護と通所介護併設が **50%** を超えていると、居宅介護支援も **40%** というところで、住宅型有料老人ホームでは、住宅型のほうでも同じ割合で併設されているということが出ておりますので、そうしますと、まさに先程の冒頭の住宅があって、事業所があってというようなモデルのケースが多いのかなというふうに思っております。

これは、実は本当は、訪問介護と住宅というクロスで調べようとしたのですが、ちょっと見つけられませんでしたので、訪問介護の定期巡回・随時対応、これを訪問介護に見立てて少し見てみますと、これが併設事業所、これが集合住宅と定期巡回事業所併設のサービス提供時間帯の表です。ここが、午前 **6** 時でありまして、これは午前 **5** 時ということですが、朝食・昼食、朝起きたときのモーニングケアがあって、お昼の食事介助があって、これは **5** 時ですので夕食ですね。あと、こちら地域展開との違いを少し見てみますと、やはりこの就寝前のイブニングケアで **9** 時ごろ山があって、さらにたぶん排泄介助とか、誘導、安否確認、その他かなと思うのですが、**0** 時ごろの深夜帯があって、**3** 時ごろの深夜帯。これは、たぶん排泄介助で例えばオムツ交換をしているのか、内容まで分かりませんが、**5** 時ごろからと言う、これが仮に居宅サービスのサービスでありますと、いわゆる今はもう減算も制度化されておりますが、早朝・夜間ですと **25%** 加算。深夜帯ですと **50%** 加算です。それは、地域展開する場合にやはり非常に負荷がかかるからというそんな状況があります。このあたりが実は先程資料 **1** で見せて頂いた **14** ページでしょうか。各サービスごとの需給率が出ております。さらに、住宅のことだけ申し上げて恐縮なのですが、例えばサービス付き高齢者向け住宅あるいは住宅型有料老人ホームの例えば実際の定員数とか、こういうものと居宅サービスのクロスができるともう少し明らかに分かってくるかと。さらにその内容です。深夜帯で、これはそれが出たあとにどのケアプラン、給付管理票レセプトが住宅での利用者かということが、恐らくその次の段階で分かるかと思っておりますので、そうしますと、どの時間帯でサービスが多いとか、早朝、夜間、深夜、一般、普通の時間帯ということで分かるかなと思っております。

あとそれから、次に先程と同じ資料 **1** の **55** ページで菱谷課長からご説明頂きました施設との比較のところ、ふと私思ひまして、もしかすると、この介護保険施設の給付のほうには

一部医療に関する費用も含まれていますので、そうしますともっと差が開くと言いますか、施設のほうは、これは医療費も一部含まれたものだ。居宅のほうは、ここにさらに医療が出てくるということで、そうしますともっと差が開くのかなという気がします。そう思いますと、昔、制度がスタートしましたときに、施設の利用者は**3分の1**なのに、給付は**3分の2**ということで在宅を伸ばしてバランスを取っていたというのがあって、ここにきて、ことこの住宅型に関しては逆転現象が出てきているような印象も少し持ったという次第であります。

これは、三井住友信託銀行の**2013**年の調査で、たまたま見つけたのですが、やはり収支を事業全体で見てということは、例えば住宅と介護事業と医療、その他の事業等の収支ではなくて、三つ足してということで、どちらかというとい異業種から参入される業種のケースは多いのかなと。それぞれそういう考え方はあると思うのですが、やはりすべての介護サービスも含めて収支が考えられているのかなというふうな気がしております。

ということで、データから恐らくどの地域、さらにもっと言いますと、どこの事業所、どなたということで重点的に自立支援型プランに関する研修を実施してはどうかと考えると、あくまで介護予防マニュアルができたということではありますが、思ったりも致します。これは、先程申し上げましたが少し傾向を示した資料で、集団指導あるいは伝達をして頂くことで一定効果があるかなと思っております。

それから、住宅の入居者の方とそこに関する介護サービスとクロスするためには、やはり、どなたが、例えば施設ですと今は住民票をわざわざ移さない。ただ、施設の場合は、レセプト、請求書で住所が施設でなくても利用するサービス種別で施設入居者と分かると思うのですが、私が素人考えで申し訳ないですが、住宅の方ですと住所を移さなければちょっと追いかけていけないのではないかなというふうに思っております。例えば居宅サービス計画書届出の際に、サービス付き高齢者向け住宅あるいは住宅型有料老人ホームあるいはそれ以外の住居に入居されている場合は、住居をナンバリングして頂いて、どの集合住宅に入居されているというのが届出の際に書けば、そこからそれとクロスして訪問介護、通所介護あるいは場合によりますと居宅療養管理指導とクロスして出てくるようになるのではないかなというふうに思っております。勝手に次の宿題を言ってしまって申し訳ありません。ただ、私が思っておりますのは、先程、訪問介護の定期巡回の資料でお見せしましたがけれども、実際には私も施設の管理者でありますので、やはり深夜帯とか、できるのであればやはり地域で暮らす方でもこういうことはしてあげたい。ですから必要な非常に行き届いたサービスの結果こうなっているのかなというふうにも思っておりますので、それが一概に過剰だということになるとちょっとまずいかなという気はしております。ただ、施設の場合ですと利用者のサービスの時間のかかる方、かからない方といらっしゃっても、かかる方でも、仮に要介護**6・7・8**の方でも、その中である程度、包括的に割ってなんとかサービス提供しているといったことが成り立ちますが、在宅ではどうなっているのかなという気もしております。そんなことで、明らかになって、もしさらにその相関関係があり、なにか対策がとれば、この資料を見ておまして、私も昔の老人保健法時代の特例許可老人病棟あるいは特例許可外老人病院のこの最初の特例許可は分かるのだけれども、許可外というのはなんだろうなということで、**60%**以上を超えると自動的に届出がなくてもそうなるということで、そうかということをおもってございましたけれども、外部特定あるいは小規模・多機能定期巡回、包括型にさらになっ



れませんし、電卓で計算はしておりませんが、そういうことも将来は、この大阪が先進地域で検討され、次にほかのところに波及していけばと思います。

私は先日、新潟県のある町へ参りましたけれども、実はサービス付き高齢者向け住宅が1ヶ所もないと、進出してほしいと、増やしてほしいんですということを知りました。そうすれば、地域包括ケアが完成するとおっしゃっているような県もあれば、大阪府下のように非常に普及が進んだところも様々でございます。ちょっと今日のお話がございましたので事例として申し上げさせて頂きました。大変恐縮でございます。どうぞ、よろしくお願い致します。以上でございます。ありがとうございました。

#### 【事務局】（介護支援課総括課長補佐）

濱田会長、ありがとうございました。それではプレゼンが終了しましたので、以降の進行につきましては、再び、部会長にお願いしたいと思います。どうぞ、よろしくお願いします。

#### 【黒田部会長】

中尾先生、濱田会長、ありがとうございました。総合討論もまた筒井委員に口火を切ってもらおうかと思うのですが、お二人の今の講演について、コメントがございませうか。

#### 【筒井委員】

ちょっといくつか質問をそれぞれさせて頂きます。中尾先生に伺いたいのですけれども、医師会で、例えば多職種連携ということではかかりつけ医の方が会議に出るということができるだけやってくれないかということをおっしゃっておられたと思うのですが、これの実際のなんか出席率みたいなデータはあるのでしょうか。

#### 【中尾正俊氏】

このデータしかありません。大阪府の独自のものは持っていません。地域ケア会議の部分ですね。サービス担当者会議はもうほとんどだめだと思います。地域ケア会議はすみません。国のデータぐらいしか言えないと思いますが。

#### 【筒井委員】

一般的に考えて、全国、これは同様の状況でしょうけど、医師が会議に出席することは困難であろうと予想します。そうなってくると、地域の医師と他の職種はどのように連携すべきか、どういった方法があるのかについては、府だけでなく市でも、医師が参加しやすい環境というか、そういうのを創る工夫が必要だと思うのです。「医師は来ないものと想定してやっています」という自治体も実は少なくないのですが、だいたいこういう地域での地域包括ケアシステムは見かけ倒しです。

もう少し、医師との連携について、できることがないのか、お互いに府と医師会、市と医師会というように、それぞれ少しずつ歩み寄ることをしてほしいと思います。

例えば、中尾先生の6ページで、医師間の連携に関する課題解決というので、診療情報提供書を介した医療情報とADLとか、生活機能とか、そういう情報がお互いに持ってなくて、問題になっているというお話なのですが、これは診療報酬の中では情報提供加算とい

うのがあります、ケアマネが医療機関に出せば加算が付くような仕組みがあります。ということは介護報酬はつかなくても診療報酬がつくわけですから、これを利用した、連携の在り方は工夫できるかもしれないわけです。少なくともひとつの提案にはなります。

これは濱田会長にお伺いをしようと思っていたのですけれども、大阪府ではこういった報酬請求はどれぐらい出されているのですか。

#### 【濱田和則氏】

私もそのデータを持っておりませんが、確か以前のデータでは、請求をされているパーセントが非常に低い。数パーセントだと記憶しております。

#### 【筒井委員】

千葉県では、県医師会が主導しておられて、ケアマネは、これは出すべきものだという意識があるのです。ケアマネが書けるような、そういう書式を医師会と一緒に作って、情報共有をやっています。在宅での医療と介護サービスの統合的な提供システムとして地域包括ケアシステムは位置付けられておりますので、大阪府で、そういった組織的な取り組みはやられたほうが良いと思いました。

それからケアマネの個人的な意見ということで濱田委員がおっしゃっておられましたけれども、自立支援型ケアプランも研修したらどうかという話ですが、そもそも、この **2,700** 人というのは、大阪府のケアマネの一体何パーセントぐらいにあたるのでしょうか。

#### 【濱田和則氏】

間違っていましたら、フォローをお願いしたいのですが。確か昔の資料では、施設も含めまして、実働者 **8,000** 人ぐらいだったように記憶しておりますので。施設の方を除外しますと、どうでしょう **5, 6,000** 人で合ってますでしょうかね。大体、そのぐらいだと思います。

#### 【筒井委員】

組織率が低いということですか。

#### 【濱田和則氏】

はい。全国の都道府県の協会では会員数が **2** 番目に多い都道府県なのですが、組織率はなかなか伸び悩んでおります。

#### 【筒井委員】

これは、結局のところ、研修に参加しない人が問題という話になりますね。

#### 【濱田和則氏】

今の数千人というのは、更新研修ですので、これは全員受ける。受けなければ、要は資格、介護支援専門員の更新ができませんので、更新研修は全員が **5** 年に **1** 度受けるということになっております。

### 【筒井委員】

その更新研修の中にセルフマネジメントとか、セルフケアの科目というのはあるのでしょうか。

### 【濱田和則氏】

今回の改正で、疾患別への重点的なことがありますので、本当にセルフケアだけに特化したというところはテーマとしてはなかったかなと思っておりませんが、ただ全体の方向性の中では、その中身に入れてということになってきているかと思います。

### 【筒井委員】

研修のカリキュラムについては、府が積極的に関与しながら、専門職能団体と相談してやっていかれるのでしょから、自立支援型ケアプランというよりは、すべての高齢者がセルフマネジメントについての技能を高めるためにケアマネができることは何かということを考えていく必要があります。

そうなるとケアマネに、少しセルフケアやセルフマネジメントの知識とか、技術が必要となりますが、現状は若干、低いのかなという感じがしますので、今後、これについても重点を置いていただければと思います。

また、現在、全国の入院外のデータが分析されており、これを基礎として、入院外の医療に関しての地域医療計画を出して頂くことになるのですが分析結果の中に大阪府の特徴と思われるものがいくつかあります。例えば、75歳以上の男女の在宅患者訪問診療料や患者1人あたり算定回数が、広島県について2位なのです。これは年齢調整しても2位です。つまり入院外での受診回数がかかなり高いということで、本日、菱谷課長からもご説明がありましたように、どうもサ高住や有料に入っている方々に対する回数が高い傾向があるようです。これは課長もおっしゃっておられましたが、実態をよく調査する必要があります。これは府ではなかなかできないので市町村でやるしかないと思います。実態に基づいて、どういう対策をとるべきかは、市によって異なるのでしょから、そういった対策について、できれば府が共通の指針を示して、市を支援できる体制をつくる必要があるかもしれません。

それから、もう1つ、生活習慣病の罹患率というのが、全国で1位、2位なのです。糖尿病ですとか、高値血圧症です。この結果からは、明らかに住民のセルフケア不足が疑われます。これらの状況に対して、府の方針としてはセルフケアの強化ということになるのでしょから、市はさらにこれを具体化するという方策が必要となってきます。そのためには、市の中でのターゲットをどこにおくか、具体的にどの地域を重点的にアプローチするか、そういった地域、おそらくは小学校区での対応が必要になってくると考えられます。

もう1つ、先程申し上げました戦略的ということ言えば、大阪府の分析データの2ページ目をご覧ください。ここでは65歳以上の被保険者1人あたり医療費と介護費が示されています。このグラフは年齢調整前のものですが、このデータを見ればターゲットにしなければいけない市町村ははっきりしています。これはどういう事を言っているのかというと、まずは全国平均よりも高い市町村と低い市町村というのが混在しているので、分類してみる。そして、介護費が高い市町村では、トレードオフの関係があるかを分析するといったことが必要になります。さらに入院医療費、医療費のほうが少ないかを分析する、しかし、これらのデータからは、ほとんどトレードオフの関係が見られません。特に、大阪市、岬町、泉佐野市、能勢町、このあた

りは、かなり高いだけでなく、比例関係にあります。大阪府には、多様な市町村がありますので、このように医療費や介護費の状況から、市町村を分類して、同じような傾向がある市町村ごとに戦略をたてるということをやるほうがよいと思います。

これから提出を求められる入院外医療費における大きな指針は、都道府県別の1人あたり医療費の差を半減させるということが目標です。大阪府の場合は、かなり削減をしなければならないということです。つまり、大阪府の医療費を削減するためには大阪府内の市町村の差をなくすところから始めるということですから、これまで申し上げてきたように、入院も介護も両方多いところをターゲットにするという方法が効果的ということになります。さらに、同時にやらなければならないことは、これらの市町村がなぜ、医療、介護費用の両方が多いのかという根本的な問題があるわけで、これを府民に明らかにしない限り、もしかすると地域が移るだけになってしまうかもしれません。例えば、サ高住の数、それから訪問療養費そういったものを市町村別に抽出して分析することを早急にやられたほうがよいと思います。

また、先ほど、濱田会長がおっしゃられたように、患者住所地ベースの分析をされるといいと思います。それをやって頂くと、二次医療圏別の特徴もみえてくるかもしれません。地域医療計画と介護事業計画は若干、地域としてはずれますので、こういった市を超えての分析について、府は支援をすべきで、こういったことも一緒にやっていかれるといいんじゃないかと思いました。以上です。

#### 【黒田部会長】

ありがとうございました。はい。いろいろご指摘頂きましたが、ケアマネジメントの在り方ということと、それからこの医療費の分析というのは、市町村間で更にもっと深めて調べたほうがいいんじゃないか。特にサ高住との関連で調べる必要があるというご指摘があったと思いますね。先程の濱田会長の話の中には、そのサ高住がいわゆる介護にせよ、医療にせよ、その出来高払いというか、サービスを提供するのに応じて収入が入ってくるということで、高くなっているんじゃないか、そこまでは言うておられないかもしれないですが、包括払いのアイデアを出された。包括払いのアイデアというのは、今の制度では、特定施設に指定をするとそのようになってくるわけです。だけど、大阪の場合に特定施設に指定されているサ高住はあまり多くないです。有料老人ホームでも、住宅型が増えてきたのは、特定施設も含めたその介護保険の居住系サービスの総量が参酌基準で規制されていたというようなことから、こういう状況になってきたと私は理解しています。だから先程の菱谷課長の報告の中でも、特定施設に指定していくということも1つの選択肢としてあげておられたと思うんですけど、包括払いにしていくというようなことをどう考えるか。それは、どうでしょう。濱田会長。

#### 【濱田和則氏】

外部サービス利用型特定施設ということで、ちょっと種類が違うかもしれません。

#### 【黒田部会長】

特定施設にすることによって、いわば介護サービスも、施設、法人の中で対応していくと、いうようなことにもなってくるわけです。そのあたり、筒井委員はどうお考えですか。サ高住のこれからの、より効率的なサービスという観点で、そういう政策をどう思われますか。

## 【筒井委員】

最初に申し上げました通り、大阪府は、日本における先駆的なモデルを提示しているかもしれませんが、療養系の病床は抑制されることが決まっております、すでに療養型 30 万床ぐらいが減ることになっていますので、そのあとの元患者の地域での生活支援は、それぞれの都道府県で考えてやっていってくださというものが地域医療ビジョンで示さなければならぬことといえます。そうすると病床はつくれないのでサ高住とか、有料系を増やすこと以外に都道府県や市町村が打てる手がないということになるわけです。それを大阪府は、まさに全国に先行してやっているという説明もできます。

ただし、サ高住や有料に限度一杯の介護費用が提供され、使えるだけの医療扶助が使われているという実態があるとしたら、こういうモデルで本当に大阪府がたっていけるのか、確かに、ビジネスモデルとしてはよくできていて、さすが大阪府だなと思うのですが、これで未来永劫やり続けられるかということ、大阪府は、他の都や道、県よりも先に真面目に考える時期にきているだろうと思います。もちろん特定施設に指定するという考え方ももちろんありますけど、私はその前に、サ高住等のサービスの実態をきちんと調査するべきだと思います。サ高住で本当にやられているサービスが適切かをきちんと見届けてから、特定施設云々という話をすべきということです。それがないと大阪は、あるべき姿がわからないままに地域づくりを適当にやっておしまいということになってしまうかもしれません。医療を含めた大阪に必要とされる地域包括ケアシステムのかたちはこんなものだという、府民に説明できるものをここでビジョンとして示すべきではないかと考えます。

全国で最も先駆的な市では、サ高住でやるべきサービスや、これを市がどのように提供できるかを明確にして建設を認可しています。市にとって、こういうサービスが必要なので、ここに建設してもよいという認可をおろすという考え方が市だけでなく、その土地を売却する側の市民にも通底しているのです。だから、無作為にサ高住が建つことはありません。大阪府では、これまで、そういった公の関与をほとんどやってこれなかったという経緯があると思うのですが、ビジョンを明確にすること、なぜ、それが必要かを府民や関係者に理解したうえで施策を実行することが大事だという、かなり基本的なことを思い出していただいて、そういうことを始めてみるという時期がきたと考えていただければと思います。

## 【黒田部会長】

サ高住を建てるときに、こういうサービスをやるか保険者がというのは、介護保険の保険者ということだけ、そこがサ高住の設立に関与する。そういうことができていなかったですね。つまり、住宅部分と介護保険の部分というのは、都道府県でも、市町村でも別なので、そここのところで、連携をしながら、そのサ高住に対しての施策を進めていくということが、これまで手薄だったと思いますね。現在でも手薄なんです。そここのところはどうか。今、筒井委員がおっしゃったように、サ高住の問題というのは、単にそれが多からとか、生活保護の受給者たくさん入っているから、それが問題だというわけじゃないんですね。大阪府の場合には、生活保護受給者多いです。一人暮らしが多いんだから、そして、居住系サービスの量が限定されれば、サ高住とか、あるいは、住宅型有料老人ホームを造って、そういうところで、居住サービスの提供していく。これは必要性があるから増えてきたとも言えると思うんですね。問題は、何でしょう。つまり、サ高住が十分「見える化」されていないというのが 1 つありますよね。そして、それに対して、入居している人が、例えば、地域に溶け込めないとか、あるいは、孤立化し

てしまうとか、本当のその人のニーズに沿った支援というよりか提供側の思惑で、支援が組み立てられてしまうとか、そういうことがあれば、おそらく問題だというわけです。そののところをどうやったら、本当にいいサ高住になってもらえるか。それを考えないといけないです。

それと、地域的な分布も問題じゃないかと思っています。地域密着型サービス、いろんな小規模多機能サービスだとか、グループホームだとか、それこそ生活圏域ごとの計画を作って整備していこうとするわけだけでも、サ高住は、似たような機能を持っていたとしても、全然、そういうことをしていない。どこにどれくらいあるかということも、十分、介護保険サイドでつかんでいないということもあると思うんですよね。いかがでしょう川井委員。

### 【川井委員】

先程も言われていましたけれども、やはり、市町村格差があるというところをやっぱりもう一度見直して頂いて、どうしてこの差があるのかというところを分析し課題を考えるという。ここは非常に重要なことというふうに思います。

あと、ちょっとこの話から離れますと、始めに大阪府のご報告がありまして、新規検討中の事業ということで、地域の担い手づくりの応援プロジェクトというご報告がございましたけれども、今、生活支援コーディネーター等を配置しながら、地域の中では進みつつはありますけれども、まだまだ個々が頑張っているところであろうと思いますので、こういうふうに短期集中で入って、サポートして頂けるというものがあるといいのではないかと思います。

もう1点、今度は、介護予防のところのお話ですけれども、さっきケアマネジャーの資質というか、そのためにセルフマネジメントの研修等をというお話がありましたが、今、地域包括支援センターから、委託されてケアマネのほうで予防的なプランを立てて頂いているというところがかなりあります。そのあたり、私ども地域包括支援センターができた当初は、介護予防マネジメントについての研修は、徹底していたというか初めてでしたから、全国的にそういうものを展開していきましてけれども、それが現状で今もどこかで行われているのか、ケアマネジャーに対してその介護予防ケアマネジメントのプログラムがどこかに入っているのか、気になりましたので、もし、なければそういうのも入れて頂ければいいかと思います。

### 【黒田部会長】

濱田会長、どうぞ。

### 【濱田和則氏】

入ってはいます。ただ、今日の近藤先生のお話ではありませんが、**2005**年改正の介護予防になっているかもしれませんが、地域で変わりつつありますけれども、劇的に完全に変わったわけではないということ。あと、もう一つは、その地域づくりということで、個々の介護支援専門員に教育をしても、なかなか個別にしか対応が難しいということがありますので、地域全体でどう取り組んでいくようにするかというのが、若干、課題かなと思っています。

### 【黒田部会長】

どうも、ありがとうございます。中尾先生、全体の議論聞いておられて、何か付け加えてコメントございませんか。

## 【中尾正俊氏】

皆さん方、ご存知のように、やはり、大阪府は生活習慣病罹患率が非常に高いという部分があり、ここをまずきっちりやっていないと、なかなか、虚弱高齢者や要介護認定率を減少させることはうまくいかないだろうと思うんです。だから生活習慣病の予防と治療をできるだけきっちりとした形にもっていくという健診及び医療機関受診の積極的に行っていく。その結果、入院外医療費を減らしていくという方向性が一番かなと私自身は思っています。

それから、不幸にして通院できなくなって、訪問診療を受けておられる方々に関して、できるだけ通院可能な手段として通院介助サービスを入れたり、家族の支援も受けたりしながら、訪問診療から通院の外来医療のほうへもっていく。また、要介護の重度化予防もきちんとやっていると、なかなか、医療費や介護費に関しては、下がっていかないのではないかと考えています。医師会としてできるだけ在宅医療として訪問診療を位置付けて頑張っていこうと考えていますが、これはあくまでも緊急的かつ一時的なもので、できれば通院にもっていきたい。先ほど、筒井先生がおっしゃっていた大阪府は入院外医療費を減らさないといけないという部分に関して、単に数字で減らすのではなくて、減らしていく方向性で、一緒に頑張っていきたいと思っています。

## 【黒田部会長】

本日は、ちょっと慌しい会議になりましたけれども、いろんな観点でご講演もして頂きましたし、議論もしてきたと思います。介護予防のため取り組み、保健事業、特定健康診断だとか、そういうのがとても重要だというデータを近藤先生が示された地域関連のグラフだったけれど、**BMI**との関連とか、受診率との関連。面白いなと思って、聞いておりました。

あと、サ高住のことが議論されまして、医療も併せて分析もしていく必要があるんだということも出て参りました。生活保護の方が多。その医療のところはまだ十分調べられていないということがございました。結局、介護保険の課題をいろいろ議論しているんだけど、保健予防だとか、医療だとか、住宅だとか、いろんな政策との関連が見えてきたというところだろうと思います。こういう機会を通じて、行政の内部でもそういう勉強を深めていただければと思います。大阪府におかれましては、引き続き、地域差の分析、検証ということも進めて頂けたらと思います。最後に、今後のスケジュール等について、事務局から説明お願いいたします。

## 【事務局】（介護支援課総括課長補佐）

それでは、今後のスケジュール等につきまして、簡単に説明を申し上げます。次回、第3回目の専門部会につきましては、12月ごろの開催を予定してございます。次の専門部会につきましては、一旦、1回目、2回目含めまして、取りまとめの部会になるというようなことを考えておりまして、議題としましては、第1回目と本日の専門部会を通じて出てきた宿題とか、課題への対応。それから、大阪府の介護行政の現状と課題について、取りまとめをしたいと考えております。また、具体的に今年度から、直ちに取り組むもの、来年度から当初予算で対応していきたいもの、第7期の計画に反映させるべきもの等に分けまして、求められる対応策をまとめていきたいと考えてございます。こういった取りまとめに先立ちまして、市町村との意見交換も必要になることから、11月上旬頃には、第2回目の市町村との勉強会も開催したいと考えてございます。専門部会、市町村との勉強会の開催にあたりましては、また、日程調整をさせていただきますので、引き続き、よろしくお願い致します。

**【黒田部会長】**

ありがとうございました。それでは、本日の議事は終了したいと存じます。また、事務局にマイクをお返しします。

**【事務局】（介護支援課総括課長補佐）**

本日は、どうもありがとうございました。これをもちまして、第2回専門部会を終了させていただきます。長時間に渡り、本当にありがとうございました。