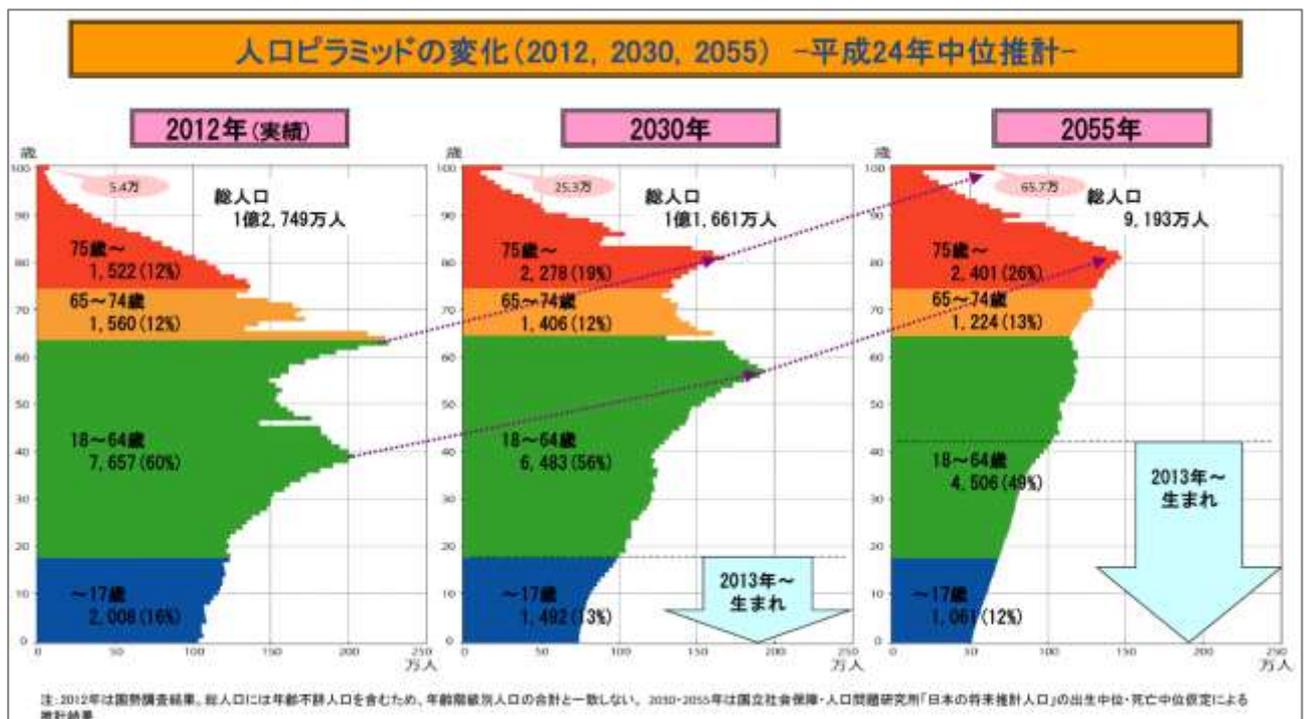


柏プロジェクトー住宅メーカーに期待するこれからの高齢期の住まい

東京大学高齢社会総合研究機構 辻哲夫特任教授

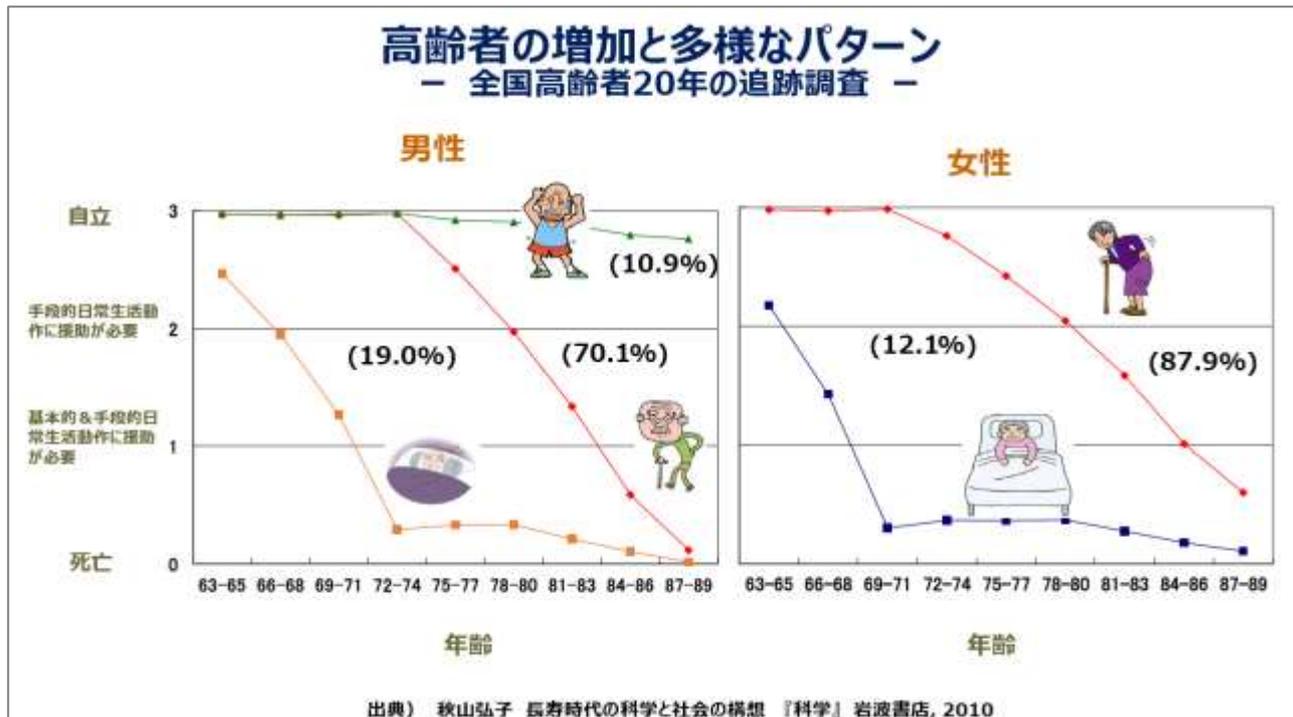
(1) 日本の高齢化—超高齢人口減少社会(未知の社会)に向かっている

- ・団塊の世代の高齢化により、2030年には日本の人口のおよそ5分の1、2055年にはおよそ4分の1が75歳以上になり、特に大都市圏で高齢者が急増すると予測されています。この超高齢人口減少社会をどう受け止めるかが日本の差し迫った大課題であり、思い切った政策を打っていくことが必要となっています。



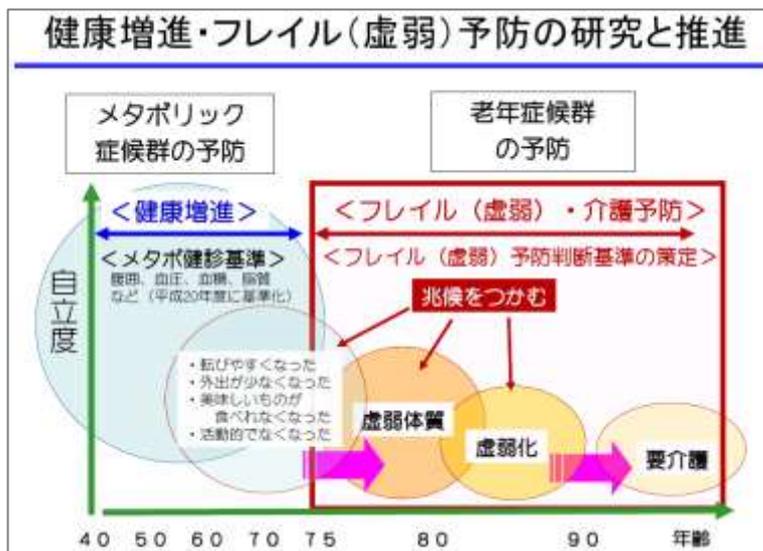
- ・団塊の世代は2030年には80歳以上の年齢になりますが、80歳以上高齢者における心身が弱った方の比率はとて高くなります。65歳以上の認知症有病率は5歳毎に累乗的に増加するものであり、90歳の認知症有病率は60%、95歳では80%になります。認知症高齢者は、介護保険制度が始まった2000年頃は、2025年に323万人になると予測されていましたが、現在は700万人から800万人になるのではとされています。“認知症仕様”の社会システムが必要になっております。
- ・さらに高齢者の多くは1人暮らしであり、1人暮らし高齢者が要介護になっても住み続けられる住まいづくりが必要になっています。大部分のサ高住における、要介護になると介護型居室に移すやり方も再検討が必要と考えています。
- ・次図の秋山弘子氏による貴重な研究データを見ますと、男性・女性ともに70歳を超えると、虚弱な、自立度の低い方の比率がとて高くなります。さらにピンピンコロリは実はまれで、多くの高齢者は「基本的及び手段的日常生活動作に援助が必要」な状態になります。援助が必要になった高齢者は医療のケアも必要で、医療と介護の連携によりいかに高齢者の生活を維持するかという、極めて難しい課題に対処していくことが必要になっています。またこの図で示されているように、病気がきっかけになって自立度が大きく下がる高齢者は男性で約2割、女性で約1割であり、多くの

高齢者は徐々に体が虚弱となり、自立度が下がっていきます。

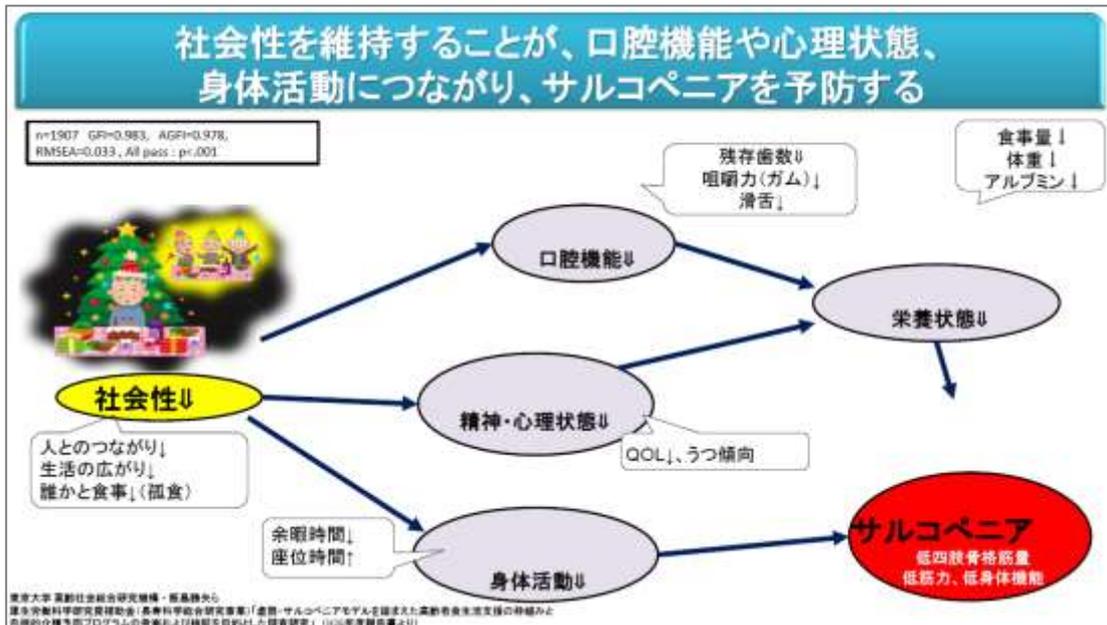


(2) 今後の医療介護政策の方向—地域包括ケアというまちづくりがベースに

生活習慣病予防はメタボ対策として進んでいますが、これからの大きなポイントは、フレイル（介護）予防です。筋肉が徐々に減少していく症候群をサルコペニアといいます。現在の介護予防事業は、筋肉の減少が進んでいる高齢者を対象に、さらなる虚弱化を食い止めようとするものとなっています。しかし、筋肉減少が進んでから、もとの身体に戻そうとするだけでは遅く、もっと早い段階の、筋肉減少が始まった段階で、減少をなるべく遅らせていくフレイル予防が最前線の課題となっています。



フレイル予防のためにやらなければならないことの1つは「食」に関することです。たんぱく質を中心に食べるということと、歯を守り、噛む、呑み込むという口腔機能を維持するということですが、口腔機能維持について日本はまだ弱く、徹底的にやっていくことが必要です。もう1つは「身体活動」で、運動しなければ筋肉はつきにくくなり、さらに運動しにくくなるという悪循環に陥ります。そして最後が「社会参加」ですが、「食べましょう」「運動しましょう」だけでは実行は難しいかも知れません。しかし IOG の飯島准教授が柏市で行った研究で、自立を維持している高齢者は社会との接点を持っているということがわかってきました。フレイルが始まる入口は、人とのつながりが減り、自分の生活の広がりが減ることであることが明確なデータで示されています。閉じこもらない住まい方を実践しなければ、フレイルにつながっていきます。



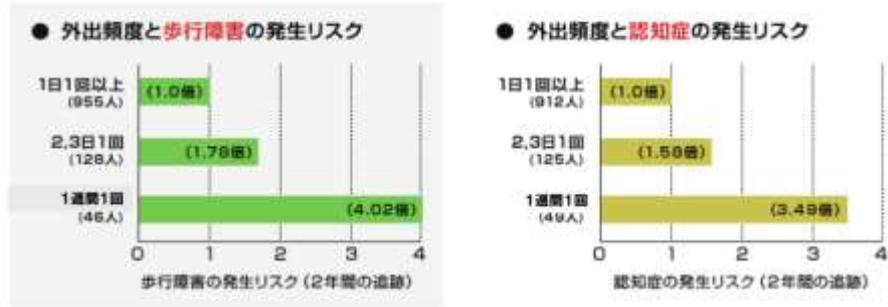
- ・ IOG の調査研究で、フレイルのチェック方法としては、両手の親指と人差し指で輪をつくり、ふくらはぎ一番太いところを囲んだ時に、隙間ができる人はサルコペニアになっている確率が高いというデータが出ています。筋肉減少をチェックする上でふくらはぎをメルクマールとすることは国際標準になっていますが、日本ではデータがありませんでした。
- ・ 柏市では IOG が介護予防事業の一環として、「サロンにおける健康増進の機運づくり」を進めています。介護予防の課題は、高齢者がなかなか来てくれないことですが、栄養(食/口腔)・運動・社会参加の三位一体で総合的に健康をチェックし、自分の健康に関心をもってもらう、「気づき」の活動を行っています。この「サロンにおける健康増進の機運づくり」を日本中に普及する政策を厚労省に提案する準備を、我々は進めています。

柏市 介護予防事業の一環としてスタート
【サロンにおける健康増進の機運づくり】

**『栄養(食/口腔)・運動・社会参加』の三位一体
複合型アプローチによる総合的な一次予防**

- ・ 1週間に1回しか外出しない人は、1日1回以上外出する人と比較しますと、歩行障害の発生リスクは 4.02 倍、認知症の発生リスクは 3.49 倍となります。

外出することは、健康予防、認知症予防にも効果あり！



新潟県Y市で65歳以上の高齢者を対象に2001年から2年間の追跡調査した結果
 ※両グラフとも、もともとの健康状態や社会的役割の差による影響を除いて比較
 (資料) 財団法人 東京都高齢者研究・福祉振興財団 東京都老人総合研究所(第93・95高齢者年会公開講演 第三のキーワード)より

「資料提供：社）東京都健康長寿医療センター 井藤英喜 センター長」

- 生活習慣病予防イコール介護予防イコール認知症予防と言われていますが、共通することは「閉じこもらないこと」、つまり社会性です。すまいとまちとの関係で言えば、出歩きやすい道路、木陰、ベンチ、出歩きたくなるイベントや地域社会が、個々の自立性を弱めない、高齢になっても安心なまちづくりになります。コンパクトシティ構想に見られるように、高齢者に安心して出歩ける地域構造がつけられたところが、地価が落ちないということになるのではないのでしょうか。
- ユニットケアを日本に導入した外山義氏による、6人部屋からユニットケアに移られた高齢者のタイムスタディによりますと、ユニットケアの個室に移ることで、かえって閉じこもりにはならず、歩く歩数と会話量が増えたというデータが出ています。これは高齢者の在宅を進める政策が正しいということの裏付けになりました。
- デンマークでは「生活の継続」「残存能力の活用」「自己決定」が高齢者ケア3原則になっていますが、その基本にあるものは「住まい」です。自分の住み慣れた住まいにおいて、生活が継続され、残存能力が活用され、最期まで住み続けたいという自己決定がなされます。
- 多くの高齢者は認知症となって、身の回りのことが自分でできなくなり、病気となって、最期を迎えるというプロセスをたどりますが、小規模多機能型居宅介護は、1人暮らし高齢者の近くに住む娘さんの役割を果たすようなものと考えています。高齢者が日頃よく訪ねて来られる、訪ねて来なくなったら様子を見に行く、具合が悪くなったらお泊りしていただき、体調を整え、生活を調整して、もとの暮らしに戻っていただくというものです。1人暮らしの重い認知症の方を小規模多機能で対応することはできないため、施設が不要ということはありませんが、小規模多機能は施設から在宅に転換する基本形と考えています。
- 下の写真の方は脳卒中で倒れられ、筋力があるにも関わらず、1年10ヶ月寝かせきりにされていました。それがリハビリを経て車いすに載って、座位を保ち、家具のついた自分らしい部屋で暮らすようになると、自分の社会的生活を取り戻し、いきいきした笑顔を見せるようになりました。

【日本】お年寄りの姿の変遷



1年10ヶ月「寝たきり」
だった



- ・地域包括ケアシステムとは、高齢者が自分の社会的生活を取り戻すことができるためのシステムですが、30分でかけつけられる圏域に住まいがあり、医療と介護や、見守り、相談、食事、困りごと対応といった生活支援のあることが必要です。介護が必要になる前の高齢者にも生活支援が必要で、生活支援がつけられた住宅がサ高住です。生活支援をどう考えるかが大きなポイントですが、さらに外に出やすい、閉じこもりにくい地域社会をつくる必要があります。

地域包括ケアシステム



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

①医療との連携強化

・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化。

②介護サービスの充実強化

・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
・24時間対応の在宅サービスの強化

③予防の推進

・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進。

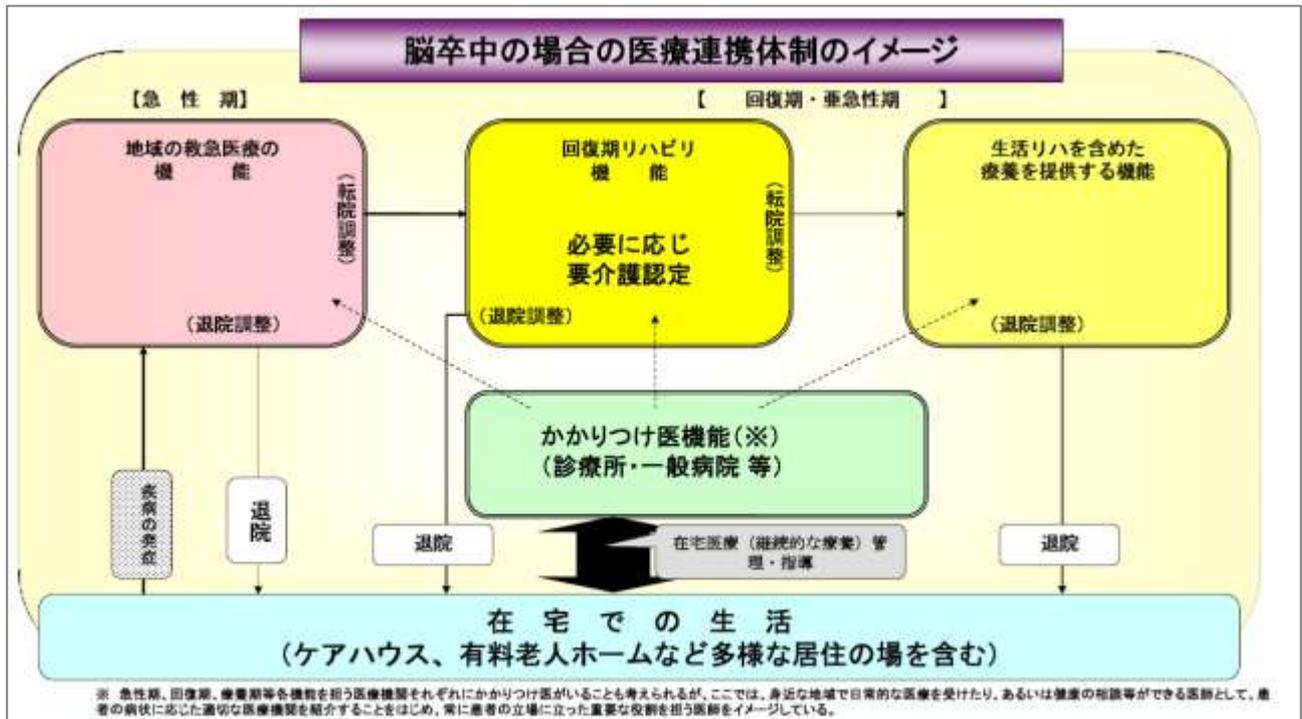
⑤高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備(国交省)

・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備、持ち家のバリアフリー化の推進

資料:2012年7月11日厚生労働省
在宅医療連携拠点事業説明会より

(3) 医療政策が問い直されている

- ・閉じこもりにくい地域社会をつくる上での大きなネックは、在宅医療の欠落した、これまでの医療です。
- ・現在の医療技術は素晴らしく発達しており、脳卒中で倒れられた方が、救急車で病院へ行き、手術を受け、リハビリで杖による歩行ができるまでに回復されて、自宅に戻ることが実現されるようになっていきます。しかし 80 歳代の方が肺炎になって、救急車で病院に行かれますと、多くの人が病院に寝かせきりになり、やがて認知症が発症するようになります。入所施設や療養型病床を探そうにも、大都市圏では施設や療養型病床が不足しています。



- ・問題は、病院が悪いというより、救急車で病院に行くしか手段がないということです。在宅医療があれば肺炎など自宅で管理できると医師の方々は言うておられます。足が痛いと言ったら、入院となり、そのまま自宅に帰ることができなくなり、有料老人ホームに移った方がおられますが、在宅医療があれば自宅で治療ができたと考えております。在宅医療があれば、自宅で看取りまでできます。
- ・現在日本人の3割はがんで亡くなっていますが、病院に行くと、ノーリターンと分かっているのに、病室で苦しいがん治療に向き合うしか選択肢はありません。同じ病状でも、在宅医療で痛みの管理を行うことができれば、自宅でペットと過ごしたり、好きな音楽を聴いたり、アルコールを飲んだりしながら過ごせます。訪問看護で有名な秋山正子氏も、末期がんで余命1ヶ月とされた方も、自宅に戻ると普通の生活者の表情に戻ることができることを言うておられます。
- ・「治す医療」から、在宅で「治し、支える医療」への大転換がなんとしても必要です。国は明確に、在宅医療の医療システムへの方向に動き始めていますが、後期高齢者が急増する前の 2025 年に在宅医療のシステムが整備されているかが“勝負どころ”と考えています。市町村と医師会が動けば、在宅医療の普及がかなり進むということを、皆様の頭に入れていただきたいと思います。

(4) 豊四季台地域における地域包括ケアシステムの具現化

- ・我々は柏プロジェクトとして、柏市の豊四季台団地におきまして、平成 21 年度に、地域包括ケアと在宅医療システムのモデル構築を進めてまいりました。当時は地域包括ケアという概念はありませんでしたが、エイジング・イン・プレイス、つまり「できる限り元気で、弱っていても安心して住み続ける」という、地域包括ケアと同じ理念で進めました。

＜プロジェクトの舞台＞



千葉県柏市

都心から30キロ圏。電車で3-40分。東京近郊都市として発展
昭和30年代後半より急激に人口増。現在人口約40万
高齢化率 2010年約20%→2030年約32%



豊四季台地域

JR柏駅の西側、徒歩約12-20分に位置する旧公団開発の大規模賃貸団地「豊四季台団地」(管理開始昭和39年)およびその周辺の住宅地でマンションや戸建てが混在。
豊四季台団地は高齢化率40%、周辺地域は20%弱。
団地は現在UR都市機構による建替えが進んでいる。





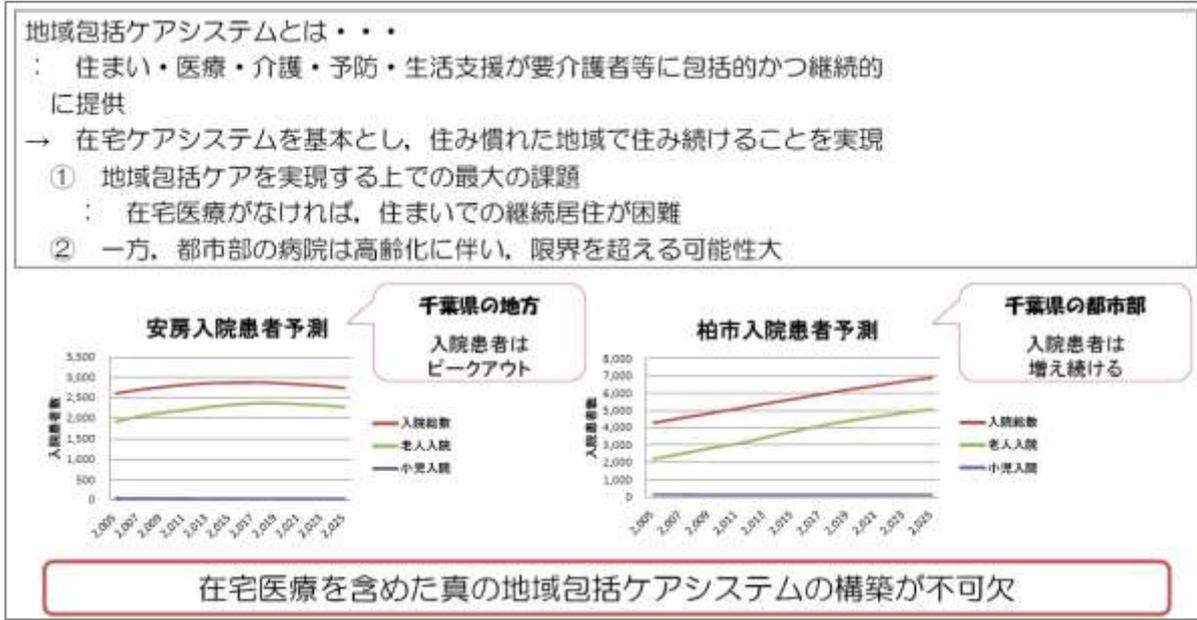
- ・豊四季台団地は UR が昭和 39 年につくった団地ですが、現在の高齢化率は 40%になっています。団地の特徴は同じ時期に同じ世代の方々が入居するため、一気に高齢化が起こることですが、豊四季台団地はその最前線の団地です。豊四季台団地を含む、人口2万数千人の豊四季地域において、出歩きしやすい地域づくりを進めました。



- ・ 出歩きする上でも最も有効なのは地域就労といえますが、「いきがい就労」と在宅での 24 時間ケアシステムの 2 つを地域の中に埋め込む取り組みを進めました。
- ・ 在宅医療で大事なことは「かかりつけ医」です。1 人の「かかりつけ医」が 365 日 24 時間の医療ケアにあたるのは、通常は難しいため、医師のグループを組んだり、24 時間対応の訪問看護のシステムをつくったりといった、合理的なモデルづくりに取り組みました。さらに特養や特定施設ではなく、サ高住で看取りまでできる、真の地域包括ケアシステムのモデルづくりに取り組みました。
- ・ 「いきがい就労」は、農業や子育て支援、地域の高齢者の生活支援、福祉施設のバックヤードなど、高齢者が地域社会に貢献するものです。基本的にブロック就労として、4～6 人で 2 人分の仕事を行うという、ワークシェアとも呼ばれているやり方です。例えば週 3 日午後だけ農業とか、放課後の学童をお預かりして、本の読み聞かせなどを専門の若い職員とうまくシェアリングしながら行うといったやり方で、モデルとして成功しています。

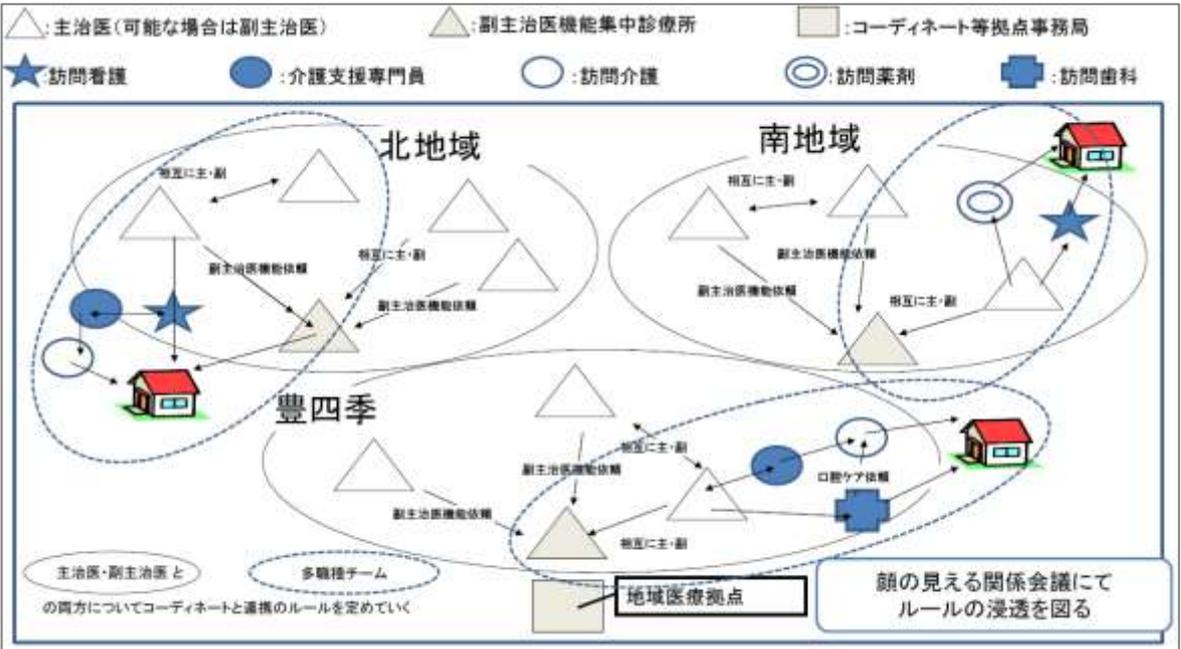


- ・ 地域包括ケアシステムに在宅医療は必須条件であり、柏市の場合は医師会が、入院患者が将来確実にオーバーフローするという問題意識を持ち、在宅医療に医師会として取り組むことを決定されました。柏市の医師会は、豊四季地域と北地域、南地域の 3 つの地域に分けて、地域毎に、各かかりつけ医をバックアップする医師のグループシステムづくりや、看護師との連携システムづくりを目指しておられます。そして医師を含む多職種連携のシステムを司り、土台をつくる場所は市町村です。柏プロジェクトが始められたころは、在宅医療・介護の連携を市町村が司るという法律にはなっていませんでしたが、法律改正により平成 30 年 4 月から、在宅医療・介護の連携を推進する取組みが市町村の義務となりました。



・在宅医療・介護の連携システムができれば、住まい方が大きく変わります。難しい取組みではありますが、国の政策はこの連携システムづくりに向かっています。連携システムづくりの第1段階は、まず医師会と市町村が話し合って方針を決めることで、日本中で現在進められています。第2段階は訪問看護連絡会、歯科医師会、薬剤師会、ケアマネ連絡会などの職種団体が話し合いに参加し、意思決定を行うことです。最終的な段階は、職種団体が協働して大きな部屋でグループワークを行い、多職種のチームプレイの進め方について学び合うことです。

・柏市では先行して多職種連携システムづくりを進めました。柏地域医療連携センターは、柏市医師会・柏歯科医師会・柏市薬剤師会と市役所が同じ建物に入り、豊四季台団地の中心部につくられたものです。さらに在宅医療を行う医師の不足の問題に関して、柏市では、在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会を行っておられます。これは、在宅医療をやったことがなく、在宅医療は大変で難しそうだと考えている医師に、グループワークを通して、訪問看護師や薬剤師と連携すれば在宅医療ができると理解していただくことにつながっています。



在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院等の役割(イメージ)



柏プロジェクトの連携の場

在宅医療を推進するためには、行政(市町村)が事務局となり、医師会をはじめとした関係者と話し合いを進めることが必要。

→ システムの構築を推進するために、以下の5つの会議を設置(事務局は柏市)。

(1) 医療WG

医師会を中心にWGを構成し、主治医・副主治医制度や病院との関係を議論

(2) 連携WG

医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院関係者、看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター等によるWGを構成し、多職種による連携について議論を行う。

(3) 試行WG

主治医・副主治医制度や多職種連携について、具体的なケースに基づく、試行と検証を行う。

(4) 10病院会議

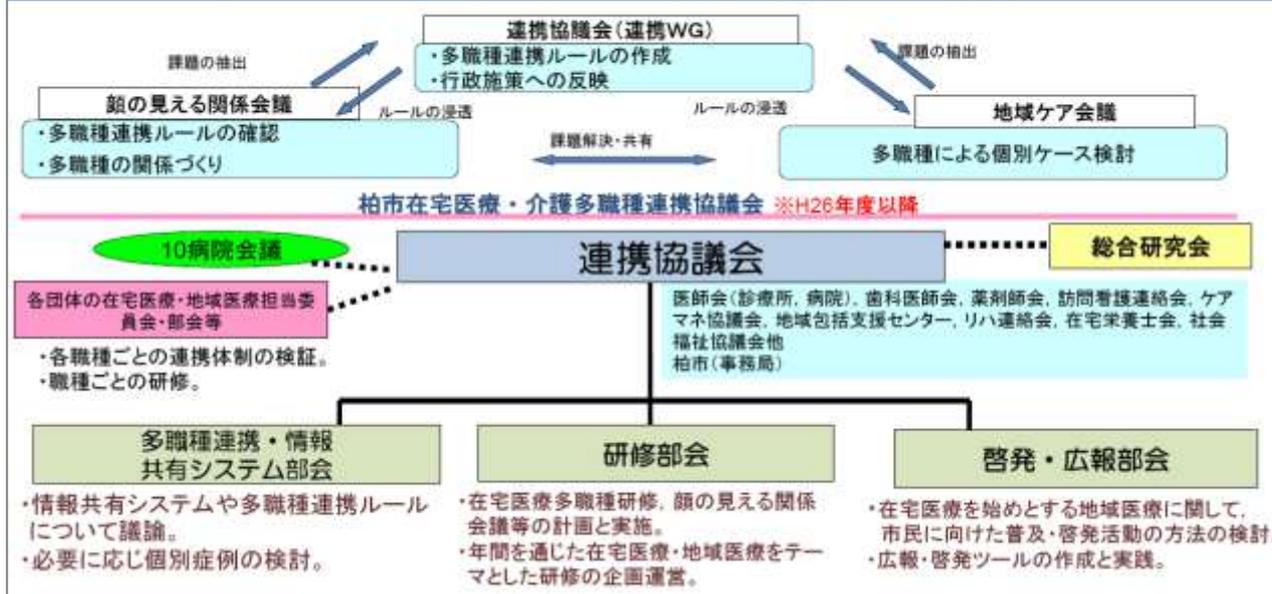
柏市内の病院による会議を構成し、在宅医療のバックアップや退院調整について議論。

(5) 顔の見える関係会議

柏市の全在宅サービス関係者が一堂に会し、連携を強化するための会議。



現在の在宅医療・介護多職種連携体制



柏市 在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会

主催： 柏市医師会、柏市
 共催： 柏市歯科医師会、柏市薬剤師会、柏市訪問看護連絡会、
 柏市介護支援専門員協議会、柏市在宅リハビリテーション連絡会
 後援： 国立長寿医療研究センター 協力： 東京大学高齢社会総合研究機構

1日目

- 午後半日で開催
- ※近年は1日
- 内容
- ・在宅医療が必要とされる背景(講義)
- ・地域資源マッピング(GW)
- ・領域別セッション(講義・GW)
- ・懇親会



多職種によるGW

実習

(医師のみ)

- 3時間×2回
- 以下のメニューから選択
- ・訪問診療同行
- ・訪問看護同行
- ・ケアマネジャー同行
- ・緩和ケア病棟回診



訪問診療同行

2日目

(1日目の1~1.5ヶ月後)

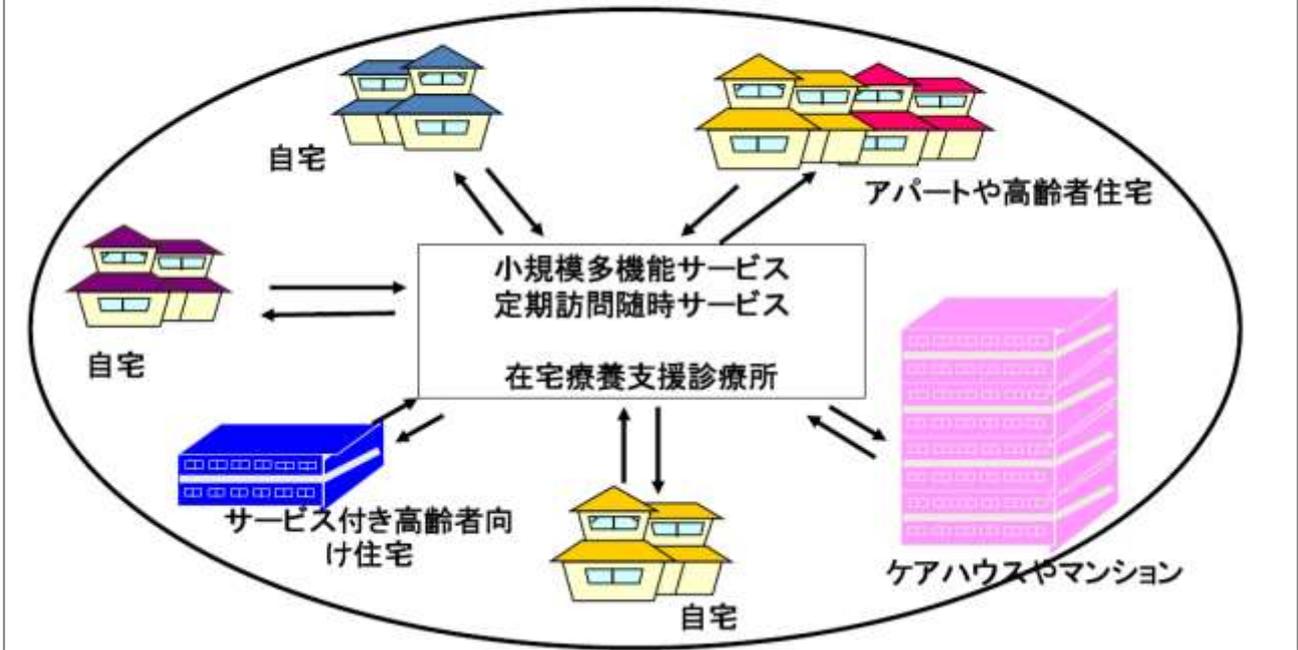
- 終日開催
- 内容
- ・在宅医療の導入(講義)
- ・多職種連携協働:IPW(講義)
- ・領域別セッション(講義・GW)
- ・実習振り返り(GW)
- ・在宅医療推進の課題とその解決策(GW)
- ・制度・報酬(講義)
- ・修了証書授与



受講者一同による集合写真

・総合ケアセンターこぶし園(長岡市)の施設長小山氏は、地域社会がひとつの施設・病院になるという構想を描かれました。下図のように小規模多機能サービス、定期訪問随時サービス、訪問看護ステーションから高齢者の住んでいる家に24時間対応でサービスに何うシステムを整備し、見守りや相談サービスの必要な人はサ高住に入居するというものです。これが理想形と考え、豊四季台地域では、地域の中央部に、1階部に24時間対応のサービス提供拠点を設けた、105戸のサ高住を誘致しました。高齢者の自立性低下は、多くの場合認知症を伴いますが、認知症が始まった段階では社会福祉法人による小規模多機能で対応し、来られなくなってくると24時間対応、訪問看護を組み合わせた対応を行います。医療が必要になった方には在宅療養支援診療所があたります。このようなシステムの下で、サ高住で住み続けることができます。そして、これらの在宅サービスは周辺地域にも及んでいくのです。

地域社会がひとつの施設・病院(こぶし園小山氏資料を基に作成)
介護付き住宅ではなく、介護付きの地域社会が可能



豊四季台地域における地域包括ケアシステムの具現化

サービス付き高齢者向け住宅と在宅医療を含めた24時間の真の地域包括ケアシステムを平成26年1月に豊四季台団地で具体的に構築
→ 直近の国の政策を具現化するモデルを実現する

■ 将来の豊四季台地域のイメージ

在宅で医療、看護、介護サービスが受けられる体制が整い、いつまでも在宅で安心して生活できる

■ 建替を進めている豊四季台団地内の土地利用計画

○ 子育て支援センター
○ 地域医療拠点

○ サービス付き高齢者向け住宅
○ 24時間対応の在宅医療・看護・介護サービス
○ 子どもの放課後の居場所

○ コミュニティ食堂
○ ミニ野菜工場

地域の中に多様な活躍の場があり、いつまでも元気で活躍できる

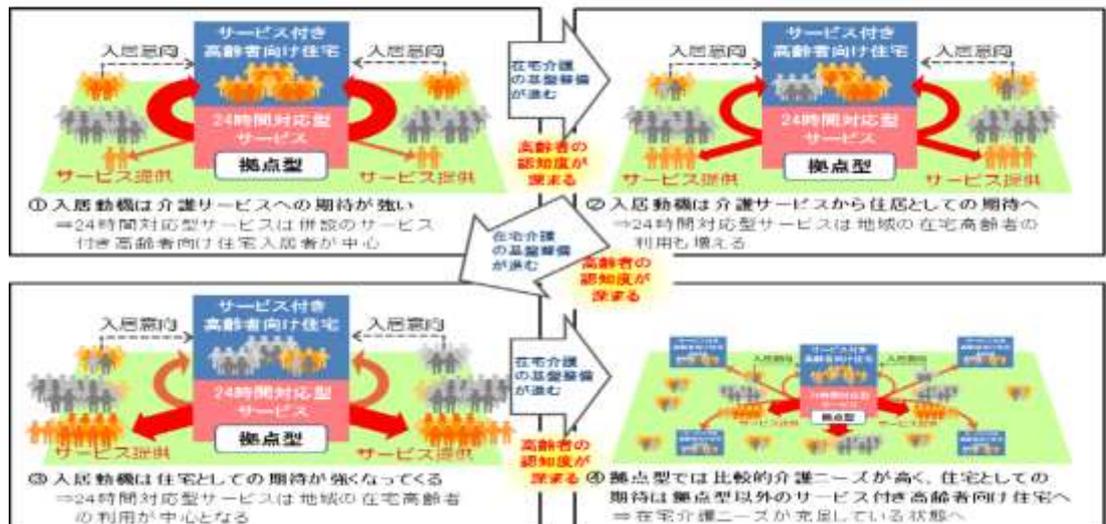


・同じような事業展開が、私の自宅に近くにおいても行われています。「かந்தき」（看多機）と略称されている、小規模多機能と訪問看護を1つにした事業所で、最期の看取りまで行っています。さらに「かந்தき」の隣のアパートに高齢者に住んでいただき、サービスに伺うということも行っています。アパートのオーナーは、1人暮らし高齢者に入居していただくことは不安だけれど、「かந்தき」のようなところが見守りや泊りでのケアをしっかりとやっていただくのであれば、安心して高齢者に部屋を貸すことができるということです。これからアパートの空き室も増加しますが、小規模多機能や訪問看護といったケアにより空き室が利用できることが分かりました。

(5) サ高住のこれからのあり方

・24時間対応の定期巡回介護サービスの普及はなかなか難しいことですが、このサービスが徐々に地域に根差すようになれば、大型のサ高住でなくとも、分散型サ高住において、看取りまでできます。大都市圏では大型のサ高住をこれから何力所かつくる必要もあるでしょうが、これから大量発生する空き室利用を進めることも必要です。

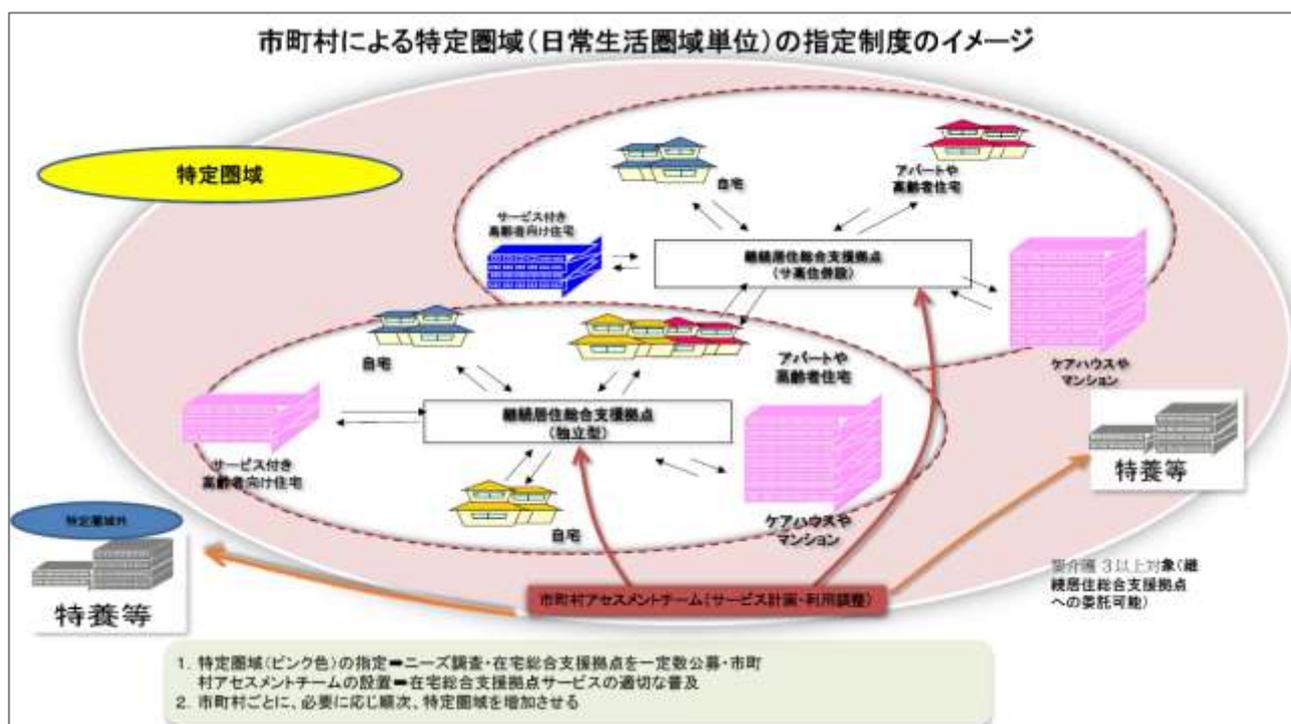
在宅介護基盤の整備と段階的なサービス付き高齢者向け住宅の役割変化



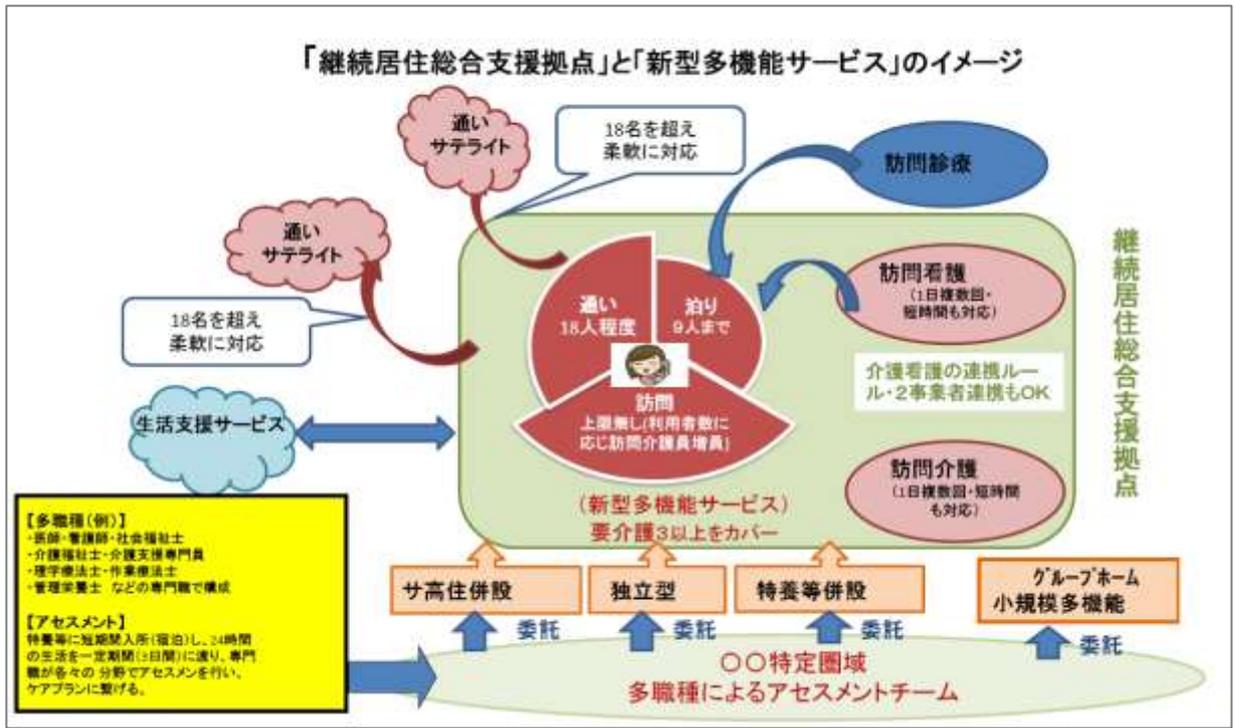
- ・サ高住としての管理体制をとったときは、高齢者が弱ってきた場合は消防署からスプリンクラーをつけることが求められますが、今はかなり低額で、天井にスプリンクラーと同じような、火災時には薬剤を撒く設備を設置することができます。空き家活用には有効でしょう。
- ・サ高住には、市町村単独による補助金はありません。柏市では、公有地を安く貸し出して、賃料の安いサ高住提供を進めることも検討しています。
- ・今のサ高住の7割は介護型居室です。これからは、より居室面積の広い普通の住まいに、地域の拠点からの24時間対応介護サービスを受けて住み続けることができるモデルを展開すべきと考えています。

(6) いかにして地域包括ケア体制をつくるか

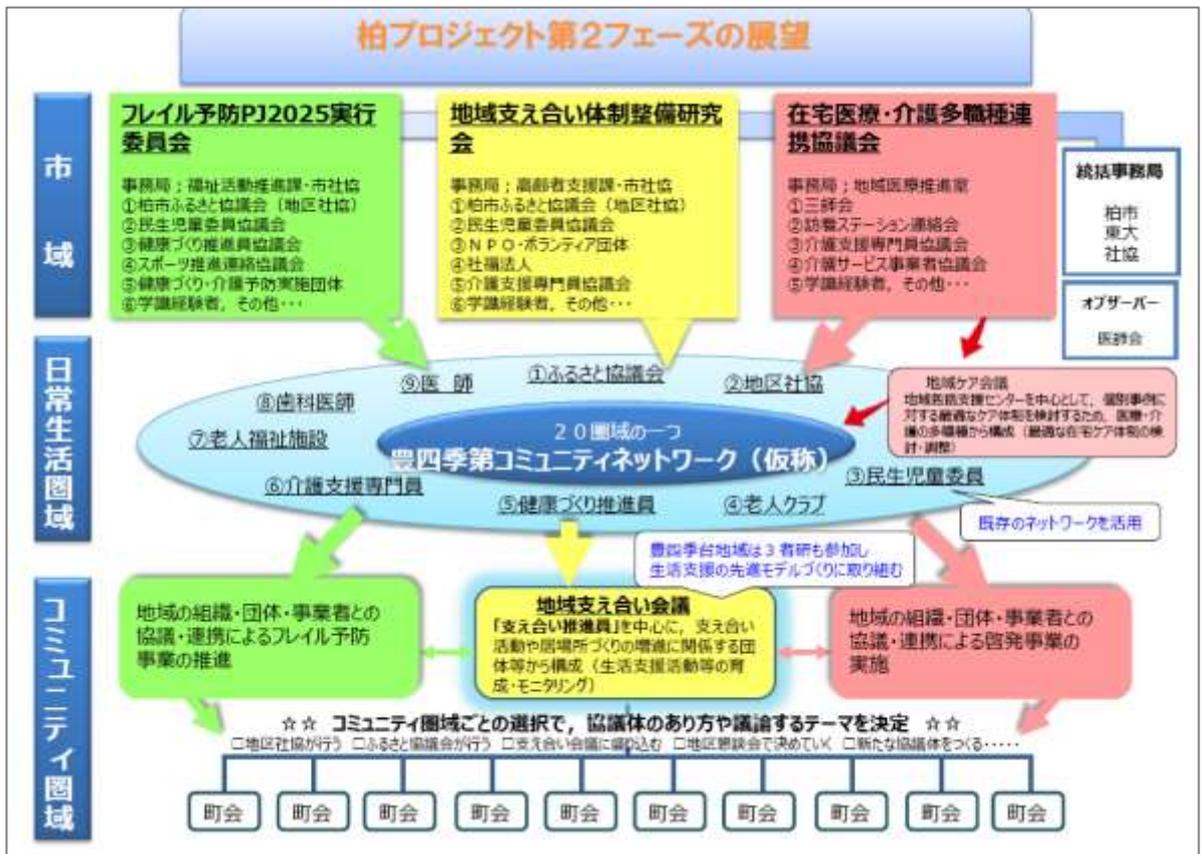
・いかにして、24時間対応サービス提供拠点を核とした地域包括ケア体制をつくるかについてですが、札幌市で柏プロジェクトの拠点運営開始の1年前から、特養を核とした、柏プロジェクトとほぼ同じ内容のサービスを行っている、社会福祉法人ノテ福祉会というところがあります。そのノテ福祉会を始め関係者が政策提言していることの1つは、市町村が、24時間対応サービスが提供される特定圏域を指定し、さらにサービス提供拠点の数も決めて、公募して下さいということです。24時間対応サービスはリスクを伴いますが、特定圏域のサービス提供拠点数が決まっていれば黒字展開が可能です。これは重要なことです。現在は介護施設や特定施設の施設数や入所者数を市町村が決めています、24時間対応サービス提供拠点数も同様に決めておくというものです。



- ・また小規模多機能における訪問サービスの必要回数が増えてきた段階で、定期巡回訪問介護としての介護保険の加算ができる仕組みを提言しています。当初から小規模多機能と定期巡回の2つの事業を進めていると、コストが高くなるため、両者を一本化できないかというものです。小規模多機能をベースにサービスを提供し、訪問サービスについては必要に応じて定期巡回訪問介護を加えていくという考えですが、さらに地区医師会主導の在宅医療を組み込むことが必須です。



・介護サービスが必要になる前の、見守り・相談を含む生活支援は、サ高住のみで行われるのにとどまることなく、地域全体に生活支援を埋め込むことが必要です。生活支援サービスを支えるためには、地域ごとのコミュニティネットワークが必要です。柏市においても日常生活圏内毎の組織づくりを始めています。これは国のいう地域支え合い体制にあたります。地域支え合い体制は、生活における困りごとの互助をコミュニティごとに進めるための土台です。さらに国は生活支援コーディネーターづくりを進めています。



- ・さらに我々は柏市で、地域のコンシェルジェによる生活支援コーディネートサービスを検討しています。国は地域互助の仕組みをつくらうとしていますが、柏市ではそれだけではなく、NPO や有料ボランティア、更には企業による、ビジネスとしての生活支援にもつなげるコンシェルジェを考えています。様々な生活支援担い手を全てネットワーク化し、ここに相談すれば様々な担い手につながるというシステムが必要です。必要に応じて ICT を組み込むことにもなるでしょう。
- ・多摩ニュータウンでは、ヤマト運輸グループが多摩市等と連携し、UR が提供する団地内に設置された拠点「ネコサポステーション」を活用して、一括配送や買い物代行など物流を活かした生活サービスを展開しています。

多摩ニュータウン 〔諏訪・永山・貝取・豊ヶ丘〕 **(UR提供資料)**
 ～行政・専門職・民間・市民との連携による健幸まちづくり～

ヤマトグループや多摩市等と連携し、URが提供する団地内の2施設（永山・貝取）に新たに設置された拠点「ネコサポステーション」を活用して一括配送や買い物代行など物流を活かした生活支援サービスを展開。
 URに関する情報も含む地域の情報発信等の拠点として活用し、地域医療福祉拠点化のためのコミュニティ形成を目指すもの。

【背景】

- ・ヤマト運輸株の「平成27年度地域を支える持続可能な物流ネットワークの構築に関するモデル事業」が国交省のモデル事業に選定。
- ・地元の関係団体を交えた協議体を設立、取組内容を検討。

【取組み概念図】

- ・コンシェルジェをだれがやるかについては、地域によって様々でいいと思います。地域住民の困りごとを市場システムで解決するという含め、色々なものを組み合わせることが大切です。高齢者の ICT リテラシーは期待できないことから、ICT とコンシェルジェをつなぐという発想で地域ごとに様々な形でつくること、そしてコンシェルジェと住まい開発とどうつなげるかを地域ごとにイメージすることが、難しいことではありますが、必要です。

【質疑応答・意見交換】

Q: 地域に認知症の方が増えると、地域内での事故が懸念されます。事故を防ぐためには、認知症に関する、自治会や商店街など地域の方々による適切な知識と対応が必要ではないでしょうか。

A: 認知症になられた方を閉じ込めるのではなく、地域で理解し、受け止めるという方向で、国の政策も動いています。先進的な地域では認知症サポーターの養成が進められています。フレイル予防とは閉じこもらないことであり、まちづくりにおいて認知症対応の環境を整える政策が無ければ、地域で認知症高齢者を受け止めることは難しいと思います。柏市では日常生活圏域で地域支えあい会議というネットワークをつくり、認知症についての勉強も行おうとしています。自治会や地区社

協も参加しています。支えあい会議のような組織が普遍的なモデルになるよう、国の政策も動いています。

Q：我々ハウスメーカーは、医師会との付き合いはあまりありませんが、医師会にこちらから提言する糸口はどのようなものになるのでしょうか。

A：それは結論からいうと、一義的には市町村の政策責任だと思います。柏市では、市役所が一所懸命に取り組んで、医師会と手を取り合って在宅医療・介護の連携が動き始めるという、モデルができました。法律において在宅医療・介護連携推進事業は市町村の責任となっており、市町村の研修プログラムの作成が進んでいます。住宅事業者が、在宅医療の必要な入居者と医師をつなげるために、市町村の仲介で医師会に相談に来ましたということは、今後は制度上の正当性があることで、今後の医師会と事業者の関係は、そうした相談ができるものになると思います。そのノウハウを事業者として蓄積して欲しいと思います。

Q：地域のコンシェルジュの担い手は、どのような方々がイメージされているのでしょうか。

A：地域のコンシェルジュの事業を、丸ごと税金等の公費で行うことは難しいと思います。介護保険事業でコンシェルジュ養成はできるかもしれませんが。地区社協だけでコンシェルジュを行うことは無理でしょう。コンシェルジュを誰がどこに置くかは、これからの我が国の高齢者政策の最大のポイントの1つです。サ高住には見守り・相談のスタッフがいるので、サ高住のスタッフが地域住民からの相談を無料で受けて、それがサ高住入居促進につながるというビジネスモデルや、多摩ニュータウンのヤマト運輸グループのようなモデル、生協や郵便局がコンシェルジュを行うといったモデルがあるかもしれません。様々なビジネスでの担い手と、市町村の低所得者向け対応施策などをネットワーク化していくことになるでしょう。地域ごとに新しいシステムにチャレンジしていくことが必要です。コンシェルジュの担い手やビジネスモデルについて、事業者の皆様がお持ちの情報があれば、教えていただきたいと思います。

Q：当社でも、小規模多機能と24時対応の介護事業を行っていますが、収益性の低いことが、なかなか普及しない理由だと思います。これからのビジネスモデルとして、普及を図る上で何が必要でしょうか。

A：2030年に危機的状況が来ようとしており、その前に在宅医療・地域包括ケアシステムが普及・定着されるよう、厚労省も必死に取り組んでいます。このサービスは賃金を上げるといった思い切ったことが必要になるでしょう。危機的状況を乗り切ることができるかは、財源の一層の投入も必要ですが、まずは、今日私がお話したような、今までの介護保険制度を集大成した在宅医療・地域包括ケアシステムのモデルが構築できるかにかかっていると思います。

以 上