

日本計画行政学会 東北支部だより

No. 31

2006.9発行

ニュースレター

「私の研究関心」 齋藤 義博 氏 東北学院大学経済学部教授・・・1頁

活動報告

・第17回研修集会について・・・5頁



・第22回理事会および支部大会について・・・69頁

お知らせ

・第29回全国大会について・・・78頁

・第11回計画賞について・・・79頁

・日本健康科学学会第22回学術大会（仙台大会）について・・・80頁

編集後記・・・81頁

“ニュースレター”

私の研究関心

—東北地方社会事業史研究—

東北学院大学経済学部
教授 齋藤 義博

私の現在の研究関心は、明治以降における東北地方の社会事業史を分析することである。戊辰戦争敗北後、東北地方とは奥羽越列藩同盟下の東北七州、新潟県を含む東北七県をさすが、法律上、東北という呼称が初めて使われたのは、1868（明治元）年10月16日の法令850号、軍務官から出兵諸藩に出された通達においてであった。その後も奥羽という呼称は時折使われたが、1870（明治3）年5月以降になると奥羽という呼称は使われなくなる。岩本由輝氏によると、薩長政府が東北という呼称を初めて使ったのは、1868（明治元）年7月17日頃で、木戸孝允の『東北諸県儀見込書』という建議書であったと指摘されている。意味は東夷北狄である。

一般的に社会事業とは、現在の社会福祉事業と大体同義で使用されるが、私は、1899（明治32）年7月発表の「社会政策学会趣意書」に則って考察したいと考えている。現在の社会福祉事業概念では、我が国の貧困救済施策としての社会事業は理解し切れないという理解があるからである。したがって私の社会事業概念は、曖昧、且つ広範囲な概念で始まる。「趣意書」は、次のように述べている。

近時我邦の実業は、長足の進歩をなし国富の増進誠に著しきものあり。……然れども之れが為に貧富の懸隔梢々其度を高め、従て社会の調和次第に破れんとするの兆しあり。……今にして之れが救済の策を構ぜざれば、後日臍を噛むも其れ或は及ぶこと無けん。……余輩の主義する所は、現在の私有経済組織を維持し、其範囲内に於て、箇人の活動と国家の権力とに由って階級の軋轢を防ぎ、社会の調和を期するにあり。……

（『社会政策学会史料』御茶の水書房37頁）

この趣意書は、資本主義経済の発達をもたらす貧困の格差拡大、さらには階級軋轢を「個人の活動」と「国家の権力」とによって防ぎ、社会の調和を確保しようとする考え方であった。自由放任主義でも社会主義でもない中道路線主義のように考えられるが、そこには、個人主義の否定、人民相互の情誼、警察国家の3つの概念が入り込んで、政府の政策路線を後押していることに注意を要するが、具体的な分析になると、当時の社会政策学会員の報告を見ると一目

瞭然であるように、各人の関心事にしたがって個々ばらばらな研究で、統一性を持っていない。それは、イデオロギー優先で、科学的研究の視点や方法論が確立していなかったことが一因であった。

現在の研究では、さすがにイデオロギーにはこだわらなくなったが、そのかわり専門分化が取って代わった。それだけで、基本的には変わっていない。そこで、社会事業史研究に求められることは、池田敬正氏が述べているように、「人権史の一環」として、総合的に、科学的に分析されること、そのために必要な統一した方法論を確立することである。そのためには既定の社会事業史分析を超えて、社会福祉史・労働政策史・社会政策史・農業政策史・公衆衛生史・日本経済史などを参考にして総合的に統一する社会事業史方法論が確立されていく必要がある。

我が国の社会事業史分析では、通常、明治以降前期を、慈善事業時代（＝1880年代まで）、感化救済事業時代（＝1910年代まで）、社会事業時代（＝第二次大戦前まで）、厚生事業時代（＝戦時中）の四つに時期区分している。あくまで便宜上の区分である。

この四つの時期を貫徹する基本的な法的制度は、1874（明治7）年の恤救規則であり、その改正法であった1929年の救護法である。それに枝葉のように特別な個別法制度が若干制定された。そして、この四つを繋ぐ政府の政策基本方針は、一貫して「人民相互の情誼」（＝隣保相扶ともいう）であった。政府は、基本的には「済貧恤救」の責任を取らないという立場であった。しかし、「人民の情誼」からもれた「無告の民」だけは、厳格な審査の下に貧弱な救済を行った。政府は、明治以降資本主義経済が発達してくるとともに、処理し切れなくなった貧困問題に対処するために、組織的・制度的に解決しようとする諸措置を徐々に採用していった。とくに1920年代前後から貧農救済のための救農土木事業が登場し、30年代に入ると大規模に実施されていった。資本主義経済のより一層の発達による体制的矛盾と広範囲な貧困問題の出現に対して、これまでとは違った高度な制度・政策が必要とされたからである。なお最後の厚生事業は、戦時体制下の健民健兵政策の一環であるが、救貧への関心は戦意高揚のもとに埋れていった。

こういう時代推移の中で、東北地方の社会事業史分析を行うためには、前述の総合的、統一的分析が不可欠であると考えられる。私は、とくに農業政策史で扱われてきた救農土木事業と伝染病対策（＝感染症対策）としての公衆衛生事業を含めて分析したいと考えている。

しかも私は、隅谷三喜男氏が「日本の社会事業の多くはキリスト者によって先鞭をつけられ支えられてきたのである」と述べているように、東北地方の社会事業史の中にキリスト教の役割を位置付けて分析したいと考えている。具体

的には、東奥義塾、弘前学院、東北学院などの学校の教職員・学生・卒業生の果たした役割である。

例えば、東奥義塾教師、後に黒石教会牧師であった珍田捨巳は、1884（明治17）年外務省に入るまでは、佐藤愛鷹などとともに弘前の被差別住民などに熱心な伝道をしたり、温かい手を差し伸べていた。すでに彼らは人権思想を持っていたと考えられる。また、札幌農学校出身の鐸木近吉は、鐸木三郎兵衛の養子になった人である。彼は、札幌農学校で、佐藤昌介、宮部金吾、新渡戸稲造に指導を受けた人で、1891（明治24）年に卒業してすぐに東北学院の理科専修部の理科・植物担当の先生、さらに福島中学校の校長をした人だが、彼は、福島教会の信徒として、青年の指導にもあたった。その中に福島で最初に訓盲学校を設立した渋木重庵がいた。渋木重庵は、現在の新潟県北蒲原郡出身の人であるが、1878（明治11）年頃から「盲人たりとも人にして、心を有する者なり。たとえ目無くとも、心だに有すれば、すでに人の資格は充分なり」という人権精神で、訓盲学校設立運動をしてきたが成功しなかった。1898（明治31）年2月になってようやく、福島町長鐸木三郎兵衛、福島第二小学校訓導渡辺りか、第三尋常中学校の校長猪狩勝直、第一小学校校長宇田三郎、大原病院院長大原一、副院長鈴木一衛などの協力も得て、私立福島訓盲学校が設立された。ここでも人権思想が大きな意味をもった。

しかし、我が国は、1889（明治22）2月11日の大日本帝国憲法の公布、翌年の10月30日に発布された「教育に関する勅語」によって、「忠君愛国の精神」が、「献身犠牲の精神」や人権思想を抑圧する時代に入ってしまった。例えば、1891（明治24）年に宮城県知事から熊本県知事に転任した松平正直（＝東華学校の校主であった）は、1892（明治25）年、「耶蘇教は外国の教である。決して信じてはならない。小学校教員は宜しく教育勅語を守るべし。小学校教員にして耶蘇教を信ずる者あらば猶予無く処分する」といった訓示をしている。

さらに1899（明治32）年7月27日の内務省令第41号「宗教取締令」と、同年8月3日の文部省訓令第12号によって、キリスト教に対する抑圧は、より一層露骨になっていった。

1921（大正10）年に東北学院神学部を卒業して、山形県の新庄教会や秋田県の本庄教会の牧師をした結城国義は、1939年のクリスマス会の自作劇が反戦劇であるとして内務省警保局の要注意人物として迫害された。また青森県五所川原の教員で熱心な五所川原教会の信徒であった光井文武は、1931（昭和6）年に広島女学院女学部長に招聘されたが、当地の憲兵隊に信仰の放棄を求められ迫害された。だが、それに応じなかったために教育界から放逐された。

このように人権思想、あるいは献身犠牲の精神が忠君愛国の精神に抑え込ま

れていったが、この両者の関係を特に戦前期社会事業史の中で、どのように分析するかは大きな問題である。しかも、重要な論点であると思われる。

“第17回研修集会”

基調講演

新介護保険制度の論点と市町村・介護保険事業者の計画と戦略対応

東北大学大学院経済学研究科教授

医療福祉講座医療福祉システム分野



関田 康慶 氏

年度末で大変にお忙しい中、お集まりいただき、ありがとうございます。市町村にとっても事業所にとっても年度末は大変なことです。加えて、4月からの新介護保険制度に対する準備があります。今頃やっていたら、手遅れかもしれませんが、そんな仕事が多量にたまっている中、お越しいただいて、大変に感謝申し上げます。

平成12年度の介護保険制度導入のときには、市町村も事業所も初めてのことでしたから、頭の切り替えをしたり、介護保険課のような組織をつくったり、契約方式が入ってきたり、新しいチャレンジがたくさんあったことと思いますが、4月からの新しい介護保険制度については、「これは新しいではない、前から言っているのであって、ちょっと手直ししただけだ」という人もいます。でも、僕が目から見ると、かなり違う要素があると思います。

ひとつは、市町村が地域包括センターをつくって、日常生活の中での介護サービスを充実させるという、より重い責任を持たせられるようになります。需要計画についても、その結果に対する責任をとらなければなりません。

今回の第3期の計画は、団塊の世代の人たちをどう受け入れるかという準備期間になります。その人たちが現実に入ってきてから制度をつくっても間に合わないですから、その準備をするための期間という意味が、とても大きい。

さらに、医療との連携が強く言われています。介護事業所にも深く関わってくることで、病院の入院期間の短縮化がどんどん進行しています。本来ならば病院にいる人たちが、在宅や介護施設に移っているのです。その受け皿をどう整備するかということも、非常に大きな問題です。

今回の介護報酬の改訂にもありましたが、高齢者住宅が特定施設として認められるようになります。これまでは要介護者の集団がいる施設にしか適用されなかったものが、何人かがいるだけで適用できるようになるなど、非常に弾力的な対応を図っています。ケアと

住宅の機能分離を進めているわけです。

ユニットケアは非常に中途半端なものですが、もっと先んじた動きがあります。地域密着型の小規模多機能施設も同様ですが、施設分解が進行しています。事業所も、そういう認識を持って対応しないと事業運営が難しくなると思います。

介護全体でやっかいなのは、介護給付が低くて事業運営が厳しいということです。医療も福祉も社会保障の財源を使っていますから、収益率を高くするのは難しいのですが、常勤職員の割合を減らすなどして事業所も努力しています。ところが最近、景気がデフレ傾向から回復期に入り、企業も新規の採用を増やすなど常勤職員の割合が徐々に増えています。これがもし継続的な動きになれば、市町村や事業所が福祉関係の人たちを確保するのが難しくなるかもしれません。

最近ヘルパーを介護福祉士に移行といっていますが、その職種に就くには、それなりの教育研修期間とお金がかかります。これから経済が活性化して、ほかの職種の給与が上がっていくと、福祉産業に人が回ってこないということにもなりかねません。病院もまた、診療報酬が変わったので、看護師不足が起きる可能性があります。例えば、今までは病棟単位で診療報酬が看護師対患者の比率で決まっていたのですが、全部丸めていくらか、わけの分からない方法になってしまいました。そういうことが引き金になって、人手不足が起きたりします。

地域医療計画が導入されたときにも、ひどい看護師不足が起きました。これは石油ショックの時のパニックと同じで、何かが少ないと、皆一斉に買いに走ります。同様に、この労働市場になかなか人が入れなくなると、市町村にとっても事業所にとっても、大変にやっかいな課題を抱えることとなります。かといって外国人労働力を入れるとなると大変な問題も起きます。ヘルパーから介護福祉士へという流れも、外国人労働力に対するバリアーになっているような気がします。

そういう状況の中で、4月から新しい介護保険制度が始まろうとしています。とくに市町村にとって重要なのは、自己責任が増えることです。逆に言うと、コミュニティづくりをやらないと、市町村が介護保険制度を運用できないという事態に陥る可能性があります。また、介護保険事業所にとっても、相互の連携関係をうまく保たないとやっていけなくなります。そういう新しい制度だと思えます。

ということで、今日はシンポジウムもあるので、とりあえず論点を並べてみました。

全体概要について、まずお話ししたいと思います。それから、なぜ新しい介護保険制度ができたのかという制度背景についてお話ししたいと思います。個別には、今回、新しく登場した仕組みである介護予防、これは特徴をもって制度設計されていますので、それを中心にお話しします。

それから、今後、重要な機能を持つことになる地域包括支援センターについてです。地域包括支援センターは、従来の在宅介護センターのようなものではなく、医療福祉をはじめ、福祉全般に関する調整をする施設として、コミュニティづくりの拠点となります。そ

れは一朝一夕にできるものではないので、どう育てていくかという問題があります。

それから、市町村の生活圏の中で地域包括センターと連携した密着型の多機能サービス。つまり、利用者にとって便利なサービスを、どう提供するか。今までは、自分の生活圏を離れて施設に行きサービスを受けるようになっていました。ユニットケアも同じことですね。自分の生活空間を離れて、個人の空間をとるのであります。そうではなくて今後は、自分の生活圏の中にケアユニットを持って来る。それが、密着型の多機能システムです。しかも、個別化したサービスを組み合わせて、近いところで受けられる。そういう設計になってはいるのですが、いろいろと問題があります。

また、介護保険だけでケアを充実させることは難しいですから、介護を受けなければならなくなる前に身体機能を改善できるように、介護予防を重視する。介護に陥らないためのポピュレーションサービス、全体を対象にした地域支援事業などが盛り込まれています。このへんから介護保険の枠はずれています。

地域包括支援センターも、実はその枠からはずれています。これは、介護保険で行うには無理があります。例えば、要介護3以上の人たちの原因疾患の4割近くは脳卒中です。もし、障害を予防することを考えるなら、脳卒中のリスクファクターである高血圧や糖尿病などを減らせば脳卒中の罹患率は下がるわけです。そうすると、障害者も要介護者も減ることになります。そうしたことは介護保険の枠の中でやっても限界があります。新しい介護保険の基本的な考え方でも、医療と介護の連携ということをしきりに言っていますが、その背景には、こうした考え方があるわけです。

今、認知症の人は、病院になかなか入れません。精神科がある病院は別ですが、普通の病院なら即退院です。そうした人たちを、地域の訪問看護ステーションやお医者さんたちが一生懸命カバーしてパニック状態です。今後は認知症の人がものすごく増えてきます。そうした人たちに、どう対応していくのか、という問題もあります。

それから、保険料や利用者の負担割合を上げるというなら、介護の質やケアマネジメントが適正であるかどうか、きちんと評価していかないといけません。そのためにも情報の公開が必要であるとされていますし、ケアマネジメントに対する改革・是正も今回の制度には組み込まれています。それを推進するために、介護報酬という給付・評価をエンジンとするわけですが、その改定が行われます。同時に、医療の診療報酬の改定も連動して行われます。従って、4月の制度改正というのは、介護と医療でエンジン部分が変わることです。僕の間からは歯車が逆戻りしているように見えますが、そのエンジンで新しい制度を動かすこととなります。

今回の制度の特徴は予防重視で、その中には新予防給付と地域支援事業の2つが位置づけられています。予防給付をすることによって、要介護のレベルが進行する可能性のある人と、放って置くと要介護の状態になるという人とを、どうにか予防したいという考えです。それをきちんと明確にして、結果が出たかどうか、アウトカムを評価する。これはもともと介護保険の最初の導入時に検討されたことで、それが入っています。これはどちら

かという、これまで老人保健事業でやっていた部分とリンクさせ、一体化して動かすということです。保健と介護を連動させて動かす。さらに介護だけでなく、保健・医療・福祉をどう連携させて動かすか、そのコンセプトが、この中に入っています。

施設給付の見直しは昨年10月に行われましたが、基本的には施設の給付の中に今までは、介護ケアと生活の給付が入っていました。一方で入居者は、年金ももらっているわけです。そうすると、施設の生活給付の支援と年金の給付をダブルにもらっていることになります。それはおかしいのではないか、という社会保障制度の中での議論があり、それを調整することになりました。つまり、居住費用や食費は施設に入っていないなくても掛かっていたわけですから、施設に入っても払ってください。しかし、低所得の人には、それなりの対応をしましょうということです。

今までは、在宅で介護を受ける人の自己負担のほうが、施設に入所している人の自己負担よりも高かった。経済的な面からいえば、施設に入ったほうが安いわけです。その費用を家族が負担しているのだとすれば、施設に入れてしまったほうが、体力的にも経済的にも楽になるということで、そうした施設は入居待ちになるほどでした。ところが4月の改定で、そのウエイティング・リストが減っていると聞きました。ユニットケアにしても、自己負担の割合が増えますから、だったら家で介護したほうが良いという人が出てきているようです。

また、介護を生活圏の中で行う、地域密着型のサービス、地域包括センターを拠点とするサポートシステムが入ってきました。そして、サービスの質の向上ということで、情報開示を行う。介護保険事業所は、自分たちの行っているサービスの内容、結果について公表するという制度づくりが行われました。

今までは、暴力団関係者が事業所に進出したり、ある県で問題を起こした事業所が他の県に移動しても分からないということがありましたが、今後は監督強化によって締め出すことができるようにしようということで、市町村の権限強化も図られています。

高齢化の中で保健財源をカバーするのが難しくなって、保険料を上げざるを得なくなります。そうすると低所得者の負担が大きくなります。とくに今回は税制の改正があり、今まで暫定的に控除の対象になっていた人たちが、課税されることになります。つまり、所得が増えていなくても保険料の段階が上がることになり、それに対する是正が行われます。

そもそも、なぜこのような改正が行われなければならなかったのか。そのひとつの大きな理由は人口構成です。65歳以上の高齢者の変化をグラフで見ると、あと15年ぐらいは増えるのですが、やがて頭打ちになります。今までの高齢者の人口の推移は、徐々に増加する形でした。ところがこれからの問題は高止まりになることです。ある年度から団塊の世代の高齢者が塊となって入ってきます。その10年後には塊で後期高齢者に入ってきます。認知症や要介護度の高い世代が塊になって入ってくるわけです。

高齢化率のスピードが高いことは問題なのですが、それ以上に、塊として入ってくるのが問題です。例えば、1万人の人がこの部屋から徐々に出て行くような状況と、一斉に出

て行くのとでは訳が違います。そのへんの難しさが、市町村にも介護事業者にもあります。市町村がその準備をするためには、第3期に考えておかないと、第4期には間に合わなくなります。事業所も同じです。事業所の戦略は5年ではなくて、団塊の世代をにらんだ戦略の中で動いていかないと失敗するし、競争にも勝てません。

例えば、2015年の高齢者は約3500万人になります。これは北欧の3つの国の人口を合わせたぐらいの数です。そして、高齢者人口の7~8%が認知症になると言われていますから、約250万人になります。要介護認定者のほぼ半数に認知症の症状があると言われていますから、認知症の人がどこでも見られる時代になるわけです。これはとても重要なことで、サービスを提供する側も、要介護者がどういう人なのかということを見定めなければなりません。そうしないと、サービスを受けているのに「私は受けていません」とか「食事もらっていません」とか「お金をとられた」などということになりかねません。最近では高速道路を逆走して衝突したという事故がたくさんあり、免許証の交付をどうするかという問題が起こっています。病院や施設でも、認知症の人の妄想や徘徊に対し、どうするのかを考えなければなりません。

北欧やスイスなどではキッチンなどの熱源に電気を使っていますから火事を起こすことは少ないのですが、日本の家屋ではガスなどの火を使っていますから非常に怖い。鍋などを火に掛けっ放しにして忘れてしまうのですね。それで火事になっているところもあります。要するに、コミュニティにとって、心配事が増えるという状況です。

それから、1人暮らしが570万世帯になります。家族の誰かが介護をしているなら家の中でなんとかなりますが、1人暮らしがこれほど多くなると、自立できなければどこかに行かなければなりません。ところが施設は遠くて、生活圏を離れたくないということもあるでしょう。それに、これだけの人々を入所させる施設なんてあり得ません。やればできるかもしれませんが、保険料がどのくらい上がるか分かりません。20年ほど前に試算したことがあるのですが、このまま高齢化が進めば、考えられないほどたくさんの施設を造らなければなりません。そんな財源などありませんから、家をベッド代わり、施設代わりにしないと無理なのです。

日本の家屋はヨーロッパの家屋と違い、車椅子では入れません。人生40年とか50年の家屋に、人生80年の人たちが住めるわけがありません。といっても、住宅改修をすればお金が掛かるばかりです。ですから、介護専用のユニットを造って家の横や中に置くとか、あるいは、お風呂のようにユニットごと交換できるようなシステムにすれば、要介護者も快適な生活ができるようになります。それが難しければ、小規模多機能の仕組みをつくれれば良いわけです。

介護サービスは保険料で支えられています。その保険料が増えなければいいのですが、要介護者の数が増えているので、スタート当初に3兆6000億円だったものが、2005年には7兆円近くになっています。保険方式と税方式の違いですが、保険方式は利用料に見合った保険料にするというのが基本的な考え方です。民間でも同じで、事故が多ければ保険

料は上がります。ところが、税金の方式は予算が最初にありますから、無い袖は振れませんという発想になります。どんなに介護が必要であっても、お金がありませんから民間でやってください、ということになります。ですから保険方式というのは、利用者には一見、いいように見えるのですが、保険料が上がっていくという構造を持っています。

保険料が上がるのは、誰でも嫌なわけですが、それに、高齢者のすべてが要介護になっているわけでもありません。大体、要介護者は13～15%程度です。それ以外の元気な高齢者は、なぜ自分が保険料を払うのかという不満があります。若い人も同じで、自分の親が介護されていれば別ですが、元気な自分がなぜ負担しなければならないのかと考えます。ですから、保険料を簡単には上げられません。

もうひとつ、やっかいな問題があります。この介護保険の財源の半分が税金なのです。税金は先ほど言ったように、無い袖は振れない世界ですから、お金が無ければ終わりということになります。ですから、保険料を上げて保健財源を増やしたくても、税金のほうでストップが掛かります。

今は財政構造改革を行っていますから、聖域なき抑制が掛かっています。そうすると、医療でも介護でも厚生労働省の予算が何%減となれば、その中で割り振りをしなければならなくなります。もし、介護に手厚く予算を配分すると、そのほかのところは削られていくという非常に厳しい世界です。そうすると、予算編成の段階でストップが掛かってしまう。国の予算が決まってしまうと、それ以上に財源は増やせない。逆にいうと、その範囲の中で介護報酬をつくらなければならないわけです。

医療報酬も4月の改定で3.16%のマイナスです。要するに財源がないから全部削っていくことになります。ということで、何もサービスを受けていない人にとっては保険料が上がらないのでハッピーということになりますが、市町村や事業者は大変な思いをしていくことになります。そこで、厚生労働省だけではありませんが、どうすればいいのだろうということになります。高齢化は進む。でも財源はない。だとすると、どこにお金が掛かっているのかを発見して、それを効率的に押さえ込めばいいということになります。

基本は、要介護にならない、あるいは、要介護度が進まないようにするということです。予防的な対応です。保健・医療・福祉の中の保健のコンセプトですね。それを介護保険の中で再確認しようということになりました。

「要介護度の認定者数」のグラフ(別添スライド図1参照)を見ると、「要介護1」が最も多くなっています。2000年4月末からの増加率は、「要介護1」が127%。1.27倍になっています。要支援はそれほど増えていません。それで、「要介護1」を何とかすればいいのではないか、ということになりました。

次に、「要介護度別の認定率」のグラフ(別添スライド図2参照)を見ると、全国、宮城県、仙台市のいずれも「要介護1」の認定率が一番高くなっています。このことから「要介護1」の動きが介護費用に反映しているのではないかと思いつくわけです。「要介護1」の人に掛かる費用は、要介護度の高い人に比べて大きくはないのですが、変化はしているの、

それを押さえ込みたいということだと思います。

その背景には、車椅子やベッドは要らないのに無理やり貸し付けるなどの問題もあります。たまには悪徳業者がいて、本来なら1割負担をしてベッドを借りなければなりません。利用者に負担させないで給付から取るというようなこともあります。介護タクシーなども、そうした傾向がありました。タクシーのメーター料金は請求せずに、身体介護で介護報酬を受けるという方法です。そうしたことを過度に行くと、悪徳事業者になっていくわけです。信頼感を失うそのような状況もあって、「要介護1」がどう動いていくかについて関心を持っているわけです。

要支援から要介護5まで2年間でどう変わったかという「要介護度の経年変化」のグラフ(別添スライド図3参照)を見ると、2年間で、要支援だった人の多くは結構、重くなっています。要介護1の人は改善が少なく、維持が多いようですが、よく見るとあまり変わっていません。むしろ、要介護5のほうが改善が多いくらいです。その背景には、脳卒中を起こした人が病院で認定を受けて、自宅に帰って急速に良くなったケースもあると思います。

こういうデータを比較して簡単に結論づけるのは危険だと思います。もっと背景を良く調べなければいけません。いずれにしても、それらの理由で、「要介護1」への新しい対応が設計されたわけです。

もうひとつは、さきほど言ったとおり、これからはものすごい勢いで認知症の人が増えます。「2002年の認知症高齢者の推計」グラフ(別添スライド図4参照)を見ると、居宅にいる認知症の高齢者が一番多く、次に特別養護老人ホームとなっています。300万人の高齢者のおよそ半分が認知症で、居宅にいる高齢者の約3分の1が認知症。特別養護老人ホームや老人保健施設にいたっては、ほとんどが認知症といってもいい状況です。従って認知症も対応をどうするかが、これから極めて重要になります。ただ、今回の設計の中には入っていますが、具体的なものは何もなく、これからつくっていかねばなりません。重要でありながら、まだできていない。しかし、団塊の世代をにらんで今やっておかなければいけない。制度設計にはそういう気持ちが入っています。

平成12年度の制度は脳卒中モデルと言われています。脳卒中や骨折を原因疾患として急性的に生活機能が低下するタイプです。こういうケースは大体、要介護3以上の重度の人が多い。一方、今回、議論の対象になった要支援とか要介護1の人たちは、廃用症候群モデルに適合するという考え方です。

骨関節疾患のように徐々に生活機能が低下したり、歯が悪くて噛めないなど栄養の管理が悪くて寝たきりになってしまうという人たちが結構います。その人たちに脳卒中モデルはあまり合わないということで、廃用症候群というモデルができました。何もしないで寝たきりになる人たちに対し、新しい介護予防的な対応の仕方を設計したのが4月の改定です。

もうひとつ、認知症のモデルがありますが、これは、さきほども言ったように、実態は

何もありません。結局、どうするのかというと、あとから申し上げる地域包括センターに全部舞い込むのですね。権利擁護や保健師の対応など、主任ケアマネージャーが全部その話を受けて、対応しなければなりません。認知症モデルは今回の改訂で言えば、地域包括支援センターモデルと言い換えてもいいですね。

次のグラフ（別添スライド図5参照）は、脳卒中モデルと廃用症候群モデルを比較したものです。脳卒中モデルは、ある日突然、機能低下が起こって、治療とかりハビリをすることによって回復していきます。

廃用症候群モデルは、機能低下が徐々に進む中で、風を引いたり、歯が悪くなったりといったきっかけから栄養状態が悪化して行く。そこで、その落ち込みを、その都度、医療と連携しながら元の状態に戻す。あるいは栄養改善をする。あるいは筋肉トレーニングをして日常生活のアクティビティを高める。そうしたことで、生活機能の低下を防ぎます。平成12年度のモデルに、今回、これを加えたわけです。

その根拠となるデータが、「要介護度別介護が必要となった原因割合」のグラフ（別添スライド図6参照）です。要支援から要介護5までの原因疾患の割合が書いてあります。要支援と要介護1の原因疾患は、骨折や転倒、関節リウマチ。あるいは高齢による機能低下です。そうしたものを放っておくと要介護度が高くなっていくので、急速に悪化しないようにしようということです。それで今回は、介護に予防や認知症という考えを入れたわけです。

あとは、同居家族の割合が急速に下がり、独居の高齢者がどんどん増えています。その理由には2つあって、1つは、高齢長寿化。女性は生命力が強いので、大体、男性のほうが先に死にます。それで女性が残ってしまう。独居になる確率が非常に高いのですね。もう1つは、結婚しない世代が非常に増えています。これは最初から独居ですね。

一昨年、スウェーデンに行ったときに面白い所を見せてもらいました。独居の人たちが住居を共にしている施設があります。独居の人たちが集まって家族的なコミュニティをつくっているのですね。その施設の中にはキッチンがあって、交代で食事を作ったりしています。日本でいえば昔の長屋みたいなものですね。日本でもそういうものを考えなければいけないのではないかと思います。高齢者住宅を含めて家族のモデルが変わってきているので、団塊の世代の頃には、こういうものをつくっておかないといけません。

今回は、要介護1を要支援2と要介護1に分けることになりました。これが介護予防の代表になる人たちです。どういう人たちが対象になるかは難しい問題です。それ以外の人たちは従来どおりの要介護になります。今後は要支援の人たちに市町村が責任を持って対応することになりますが、市町村は人を雇ってサービスを行うような財政状況にはありませんから、民間に委託せざるを得なくなるでしょう。ただ、制度上の設計は、市町村が行うようになっています。

それをもう少し分かりやすいグラフにしたのが「介護予防の全体像」（別添スライド図7参照）です。

今までは、軽度・中重度の介護のサービスを行っていましたが、この中で、より軽度の要支援・要介護1の人たちを対象に「新予防給付」を創設する。介護予防を重点的に行うような対象者に対して、介護予防給付を行うという仕組みです。そして、要支援・要介護1の認定を受けていない人たちには「地域支援事業」を導入する。これは今まで、老人保険事業の中で行われていましたが、介護の事業とリンクさせてスムーズに継続的に利用しようというわけです。非該当の人たちが要支援などにならないように、要支援の人たちが良くなったら非該当になるように、持続性・一貫性のあるシステムをつくらうというのが介護予防の狙いです。

対象者の選定では、原則として「要支援」または「要介護1」の中から、「新予防給付の適切な利用が見込まれる」人々で、どこがそれを判断するかというと「介護認定審査会」です。ここがやっかいなところで、認知症の判定にしても介護予防給付が適切かどうか、この審査会でやらなければならない。しかし、細かいガイドラインをつくっても、結構判定が難しい。それでもある程度、やらなければ仕方ありませんが…。

では、適用にならないのはどういう人たちかというと、疾病や外傷によって心身の状態が安定していない人。認知症のある人も対象になりません。要するに、きちんと話をして、介護予防が理解できて、自分でできる人たちです。

介護認定審査会では、今までどおりの審査が行われますが、要介護の認定の部分が変わってきます。状態のいい、改善の可能性がある人たちについては新しい予防給付をして、そうでない人たちには今までどおりの対応をするということになり、審査会の中での役割が少し細かくなりました。

これからは、審査会の研修など市町村は結構、やっかいな問題を抱えることになります。とくに認知症などは、どう判定してどう対応するか、大変に難しい問題になります。たとえば今まで、車椅子やベッドを借りていた人たちが心臓疾患などの病気がある場合、それをどこまで認めるのか。使っていたベッドを取り上げるとか、自己購入しなさいとか、その判断する際に、ひともめもふたもめもあると思います。それらのもめごとが、これからはすべて地域包括センターに来るわけです。大変ですよ。

介護予防の現状を、もう少し詳しく説明したものです（別添スライド図8参照）。要介護になった原因は何か、ということから判定する考え方です。今のやり方を見ると、転倒や骨折などの原因があって、それで要介護の状態になり、単品サービスの組み合わせをしている。だけど結果的に、それほど効果を上げていません。原因が違うのに十把一絡げにして集団でリハビリなどをやっているから効果が上がらない。既往疾患、原因疾患別、あるいは状況に応じて個別のプランニングをする。それで予防しないと効果がないと考えたわけです。

それぞれに原因を調べるという個別対応は、とても手間がかかります。個別の背景・原因を調べる。たとえば配偶者との死別によって食欲低下が起こり、やがて筋力低下が起こる。そういうループが起こっていたり、尿失禁のために外に出られなくなっているとか、

個別のケースがあるわけですから、個別のプランニングをしなくてはならないということです。栄養状態が悪くなっている場合には、栄養状態の改善とか社会参加に関するプログラムを加えるなど個別の対応をしなければ、結局、悪化するばかりになってしまいます。ですから、従来のケアマネジメントと大きく違うのは、ケースのマネジメントをよりしっかりするということです。

実は認定の場合でも、この議論が起こり、認定審査会の時間が伸び、夜中になっても終わらないという事態も起こり得ます。これまでの認定審査会は重度に対する判定に時間を使っていたのですが、個別の判定が加わることで、さらに時間が掛かるようになってしまいます。

介護予防は重要なのでケアマネジメントの確立をしましょうということで、地域包括支援センターが、それをサポートすることになります。地域包括支援センターが介護予防の中心的な機能を基本的には担う。もちろんそれは委託しなければやれない話です。市町村によっては、地域包括支援センターと同時に、市町村直営の介護予防をやっているところもありますが、そういう市町村はほとんどありません。個別のアセスメントをして、どういう支援をすると生活自立ができるのか。それができない問題点をアセスメントで課題分析してサービス目的をつくり、それをやっていきたいと思います。

何で今頃、こんなことを言うかということ、今のケアマネジメントのやり方は最初の設計とは全然違ったレベルで行われています。たとえば、お金がないからこれにしてくださいとか、利用者の要望に対して単品のメニューを付けているケースが極めて多い。

地域包括支援センターは非常に重要な拠点で、スタッフは社会福祉士と保健師とスーパービジョンのできるケアマネージャーです。この人たちは役割分担ではすまなくて、この3者が保健・医療・福祉の分野の理解ができていないとだめなのです。なぜかということ、社会福祉士には保健・医療・福祉の問題のすべてが窓口として入ってきます。保健師も介護だけやっていけばいいというわけではなくて、家の事情や疾患など、もろもろの情報を処理しなければいけません。ですから、今までの在宅サービスセンターとはだいぶ機能が違ってきます。

主任ケアマネージャーも医療機関に対してどうするかなどの問題が入ってきますから大変です。この人たちの努力だけでは、絶対にできません。ではどうするか。この人たちは、自分たちを支えてくれるコミュニティをつくっていかないと無理です。民間の事業所と信頼関係を持って、民間の事業所に委託できるものは、どんどん委託する。そして、自分たちでコミュニティづくりをやっていく。そういう能力がないとできないですね。

仙台市も地域包括支援センターを選んだのですが、きちんと要求水準で選びました。落ちたところも結構あり、厳しい条件です。そうした人を支えるものとして密着型のサービスがあって、今までのシステムに加えて、認知症のデイや夜間対応、グループホーム、居宅介護など小規模のサービスができるようになりました。

ただし、小規模密着型のサービスは、そこの市民しか利用できません。それが問題で、

良い面と悪い面とがあります。小さい収容施設も入り、今までは生活圏を離れて施設に行かなければならなかったのが、自分の生活圏の中で入所もできるし通いもできるし、自分の生活する基盤を多様に選択できるようになりました。

もうひとつは、ケアマネジメントの見直しです。最初の基本的な考え方をもう少し充実させ、資質の向上をさせようということです。

次は事業の規制の問題で質の管理です。次はその整備をするための補助金を付けようということです。療養病床も介護保険のものを取り払い、老健施設やケアハウスに転換するなど、介護のほうでの市町村整備の中で交付金を出すということです。ここで大事なことは、交付金がどこも同じように出るのではなくて、実績を上げないと下りて来ないということです。今は大学でもそうになっています。実績を示さないと下りてきません。ですから、実績の上がっているところは、どんどん交付金の下りてきて、上がらないところはいつまでもこない、削減されるということです。

介護報酬の改訂では施設分も含めて0.5%削減されています。施設は10月改定も含めて0%。在宅では軽度が落ちて重度に重点的に評価された、そういう特徴があります。軽度のほうは介護予防のほうに回ったわけです。

エンジンのほうの特徴は中重度者への支援強化、介護予防、リハビリテーションの推進、地域包括ケア、認知症ケアの確立などが挙げられています。

あとひとつだけ言っておきますが、ケアマネジメントの過程で、ケアマネジメントを充実させるためにどうするか。介護予防に対しての新しい役割も出てきたので、介護支援専門員の標準取り扱い件数を35件にしました。今まで50件とか70件とか持っていた人たちも、件数を落とさなければなりません。ということは、ケアマネージャーが足りなくなります。それで、介護予防も含めて40件を超えると減算対象になり、6割しか支払われなくなります。さらに60件を超えると、4割しか支払われなくなります。では35件になって、ケアマネージャーが不足したらどうするのですかと言うと、地域包括支援センターでやってください。これは大変なことです。ですから、なかなか回らないと思います。在宅介護支援センターとは全然違うという意味は、そういうことなのです。

もうひとつは、介護支援専門員、ケアマネージャーの報酬が、独立性を高めるために8500円から高くなっています。要介護1、2、3、4、5に対して。そういう対応がなされていて、特定の事業所にサービスが集中していると減算対象になります。そういうことも含めて、ケアマネージャーの独立性と質の向上を図るといって誘導が報酬の改定で行われています。

最後にまとめると、日常の生活圏をつくった。その中で介護するという仕組みに市町村誘導の形にした。その中で地域包括支援センターが拠点として働くということです。それで、介護予防を入れた。そして、成果評価を導入した。つまり、どこまで良くなったかということによって加算されるようにしました。

また、地域のサービスに多機能小規模を入れました。この報酬は市町村が決定できるものです。今までは国が中心にやっていたのを、市町村が決定できる。また、介護事業者の

情報の公表をして監督強化ができるようになった。それから、老健事業とのリンク、支援事業と老健事業とのかかわりを密にするというか、きちんと対応するようになりました。ここで言えるのは、市町村の地域分権化が大きくなっていて、責任範囲が拡大したということです。しかし、よくやるところは交付金がたくさん出るし、よくやらないところはなかなか回ってこない。余計に悪くなるということです。そして、社会保障制度の見直しを行って、給付の調整を行った。住宅政策を重点的に行ったということです。

以上、私の話が導入で、あとはシンポジウムで、これらの問題を、フロアの皆様にも参加いただきながら、さらに深めて議論したいと思えます。どうもありがとうございました。

新介護保険制度の論点と市町村・介護保険事業者の計画と戦略を探る

東北大学大学院経済学研究科
医療福祉講座 医療福祉システム分野
関田康慶

検討課題

- 1 新介護保険制度の概要
- 2 介護予防システム
- 3 地域包括支援センター
- 4 地域密着型小規模多機能システム
- 5 地域支援事業
- 6 介護の質、ケアマネジメント評価
- 7 介護報酬改定の特徴
- 8 新介護保険制度の特徴と課題

介護保険制度改革の主な内容

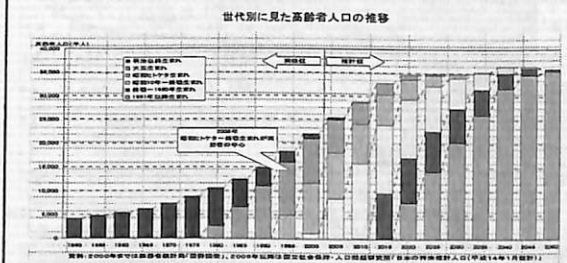
[具体的内容]

- 予防重視型システムへの転換** 新予防給付の創設、地域支援事業の創設
- 施設給付の見直し** 居住費用・食費の見直し、低所得者等に対する措置
- 新たなサービス体系の確立** 地域密着型サービスの創設、地域包括支援センターの創設、居住系サービスの充実(有料老人ホームの見直し等)、医療と介護の連携の強化、地域介護・福祉空間整備等交付金の創設
- サービスの質の向上** 情報開示の標準化、事業者規制の見直し、ケアマネジメントの見直し
- 負担の在り方・制度運営の見直し** 第1号保険料の見直し、市町村の保険者機能の強化、要介護認定の見直し、介護サービスの適正化・効率化
- 被保険者・受給者の範囲** 社会保険制度の一体的見直しの中で検討・結論

※施行：平成18年4月(但し施設入所費用の見直しについては平成17年10月施行)

高齢者人口の将来推計

- ベビーブーム世代：2015年の前期高齢者
2025年の後期高齢者
- 本格的な介護予防システムの整備に早急に取り組む必要



2015年の高齢者像

2015年は本格的な超高齢社会の「入り口」

○ 高齢者人口の「ピーク前夜」へ

→ 2015年には「ベビーブーム世代(第1次)」が前期高齢者(65~74歳)に到達し、その10年後(2025年)には高齢者人口がピーク(約3500万人)を迎える。

○ 認知症高齢者が「250万人」へ

→ 現在は認知症高齢者が約150万人と見込まれるが、今後急速に増加し2015年には250万人になると推計される。

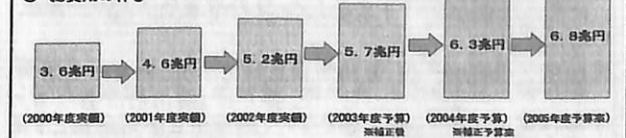
○ 高齢者の一人暮らし世帯が「570万世帯」へ

→ 2015年には、高齢世帯は約1,700万世帯に増加し、そのうち一人暮らし世帯は約570万世帯(約33%)に達する。

介護保険財政の現状

- 介護保険の総費用、給付費は、年10%を超える伸び
- 1号保険料も第1期(H12~14)から第2期(H15~17)で13%増

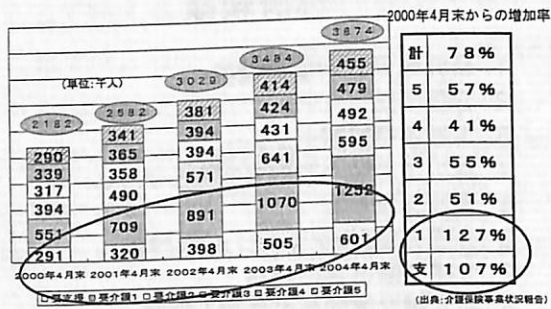
○ 総費用の伸び



○ 1号保険料(全国平均)(月額・加重平均)

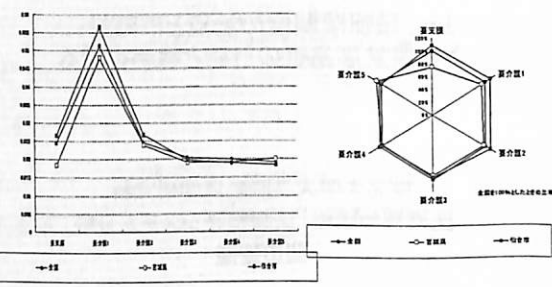


要介護度別の認定者数推移 図1

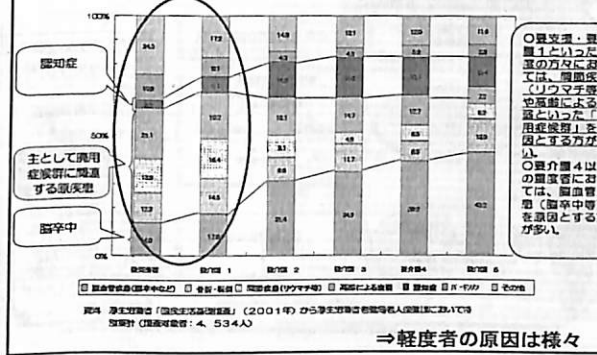


軽度者が増加
⇒自立支援に資するサービスが提供されているか?

(1)要介護度別要介護認定率 図2



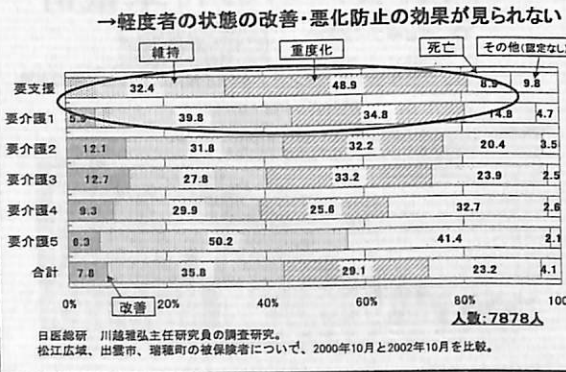
要介護度別介護が必要となった原因割合 図6



サービスモデルの転換

- 1 「介護」モデル→「介護+予防」モデル
- 2 「身体ケア」モデル
→「身体ケア+認知症ケア」モデル
- 3 「家族同居」モデル
→「家族同居+独居」モデル

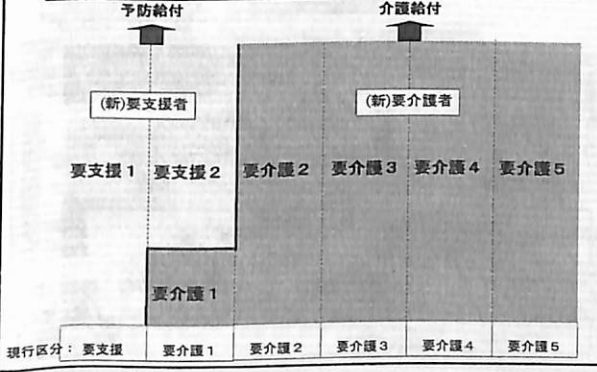
要介護度の経年変化(2年間) 図3



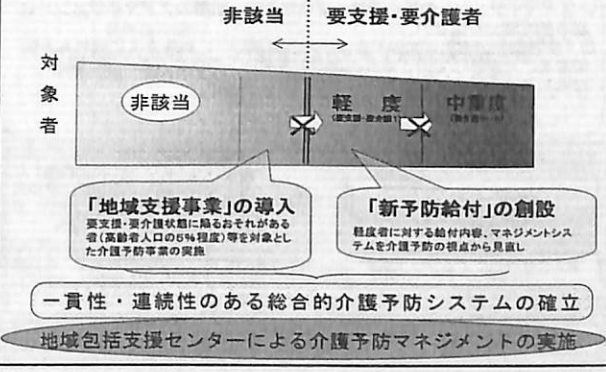
要介護(要支援)認定者における認知症高齢者の推計 図4

再掲	要介護(要支援)認定者	認定申請時の所在(再掲)					
		居宅	特別養護老人ホーム	老人保健施設	介護療養型医療施設	その他の施設	
総数	314	210	32	25	12	34	
再掲	自立度II以上	149	73	27	20	10	19
再掲	自立度III以上	79 (25)	28 (15)	20 (4)	13 (4)	8 (1)	11 (2)

保険給付と要介護状態区分のイメージ 図5



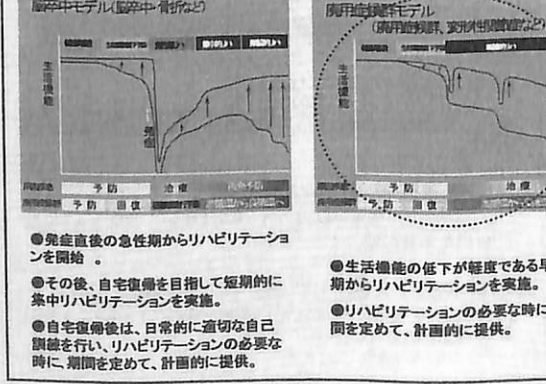
介護予防の全体像 図7



要介護高齢者の状態像 ~3つのモデル~

- <要介護高齢者の状態像として、大きく以下の3つが指摘>
- ①脳卒中モデル: 脳卒中や骨折等を原因疾患とし、急性的に生活機能が低下するタイプ。要介護度3以上の中重度者に多い。
 - ②廃用症候群モデル: 骨関節疾患等のように徐々に生活機能が低下するタイプ。要支援、要介護1等の軽度者に多い。
 - ③認知症モデル: 上記に属さない、痴呆等を原因疾患とする要介護者のタイプ。
- ⇒これまでは「脳卒中モデル」中心の対応であり、「廃用症候群モデル」「認知症モデル」に対する対応は不十分。

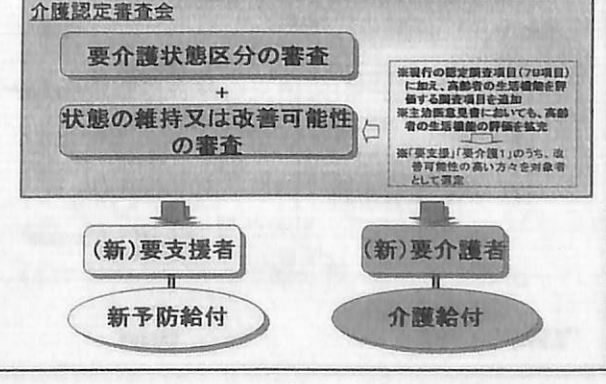
脳卒中モデル ⇔ 廃用症候群モデル 図8

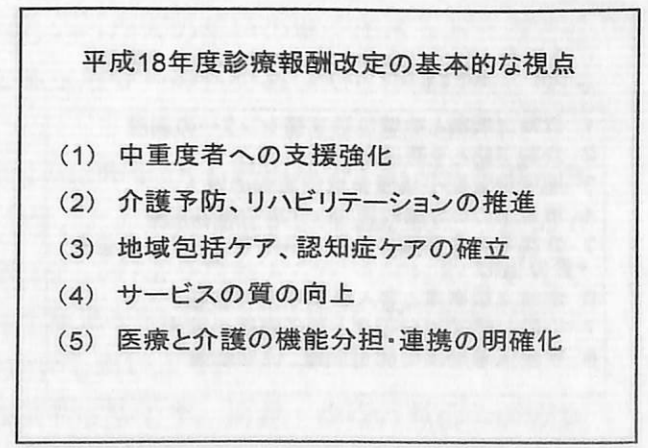
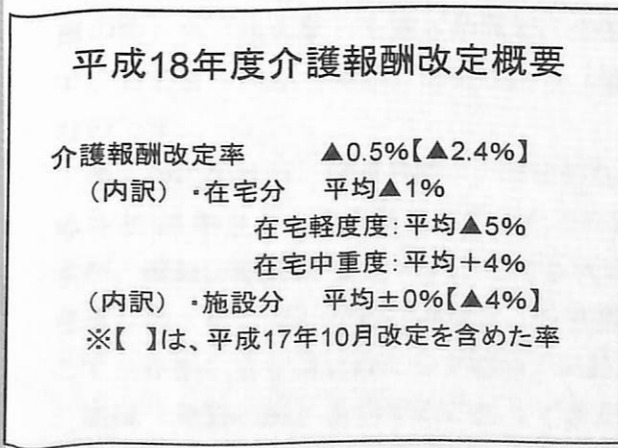
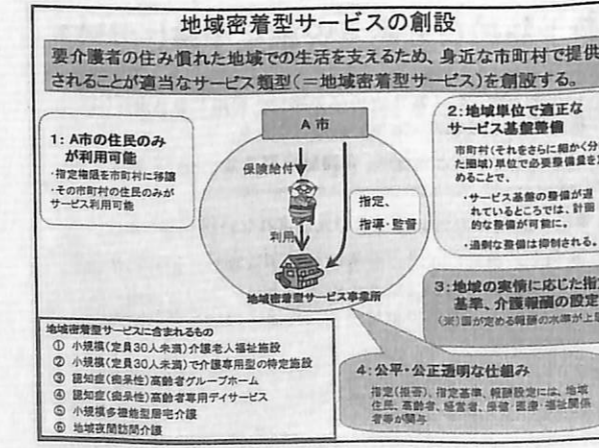
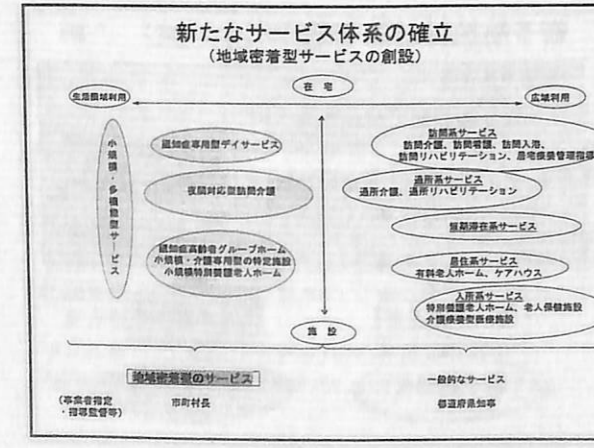
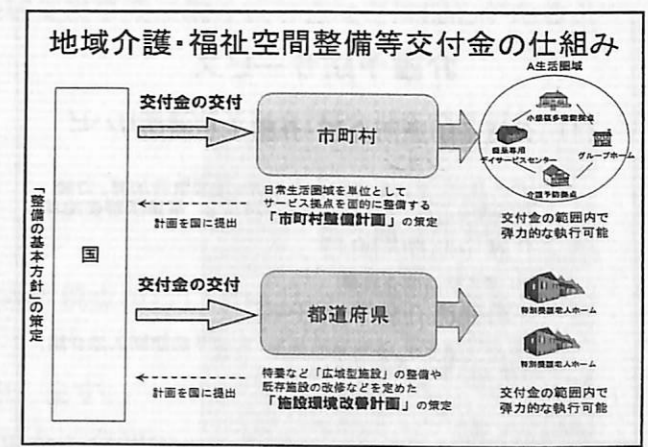
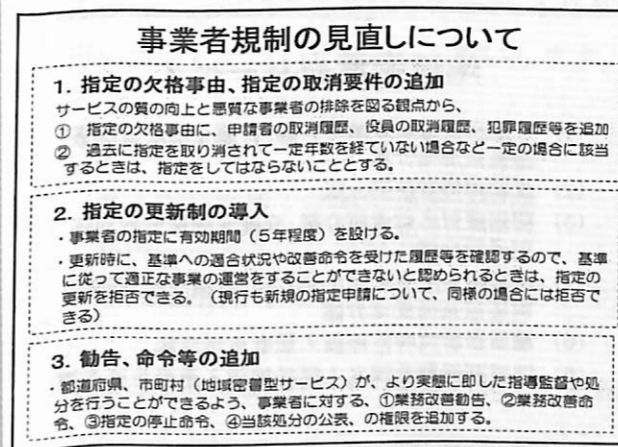
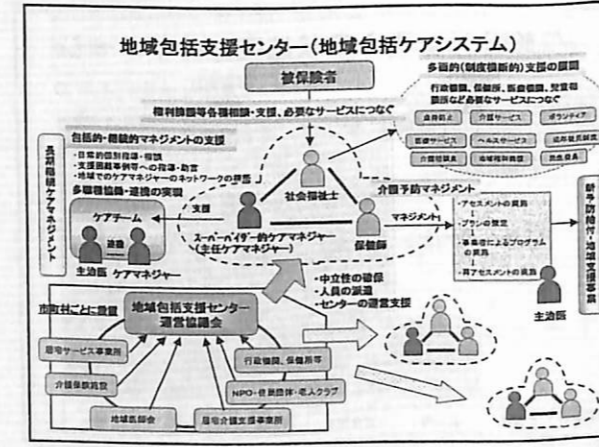
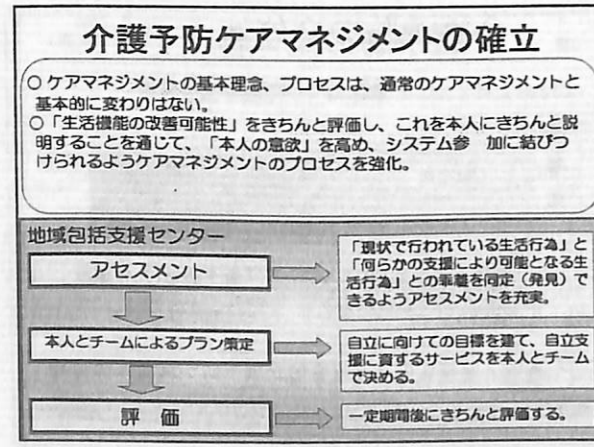
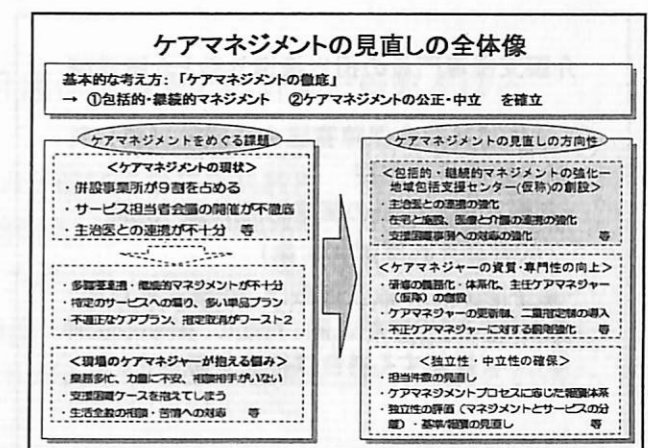
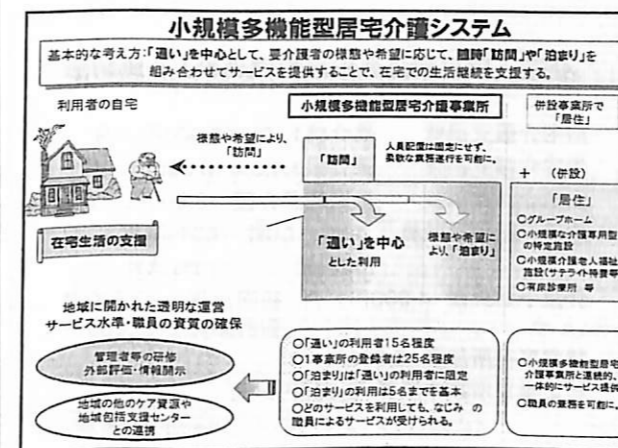
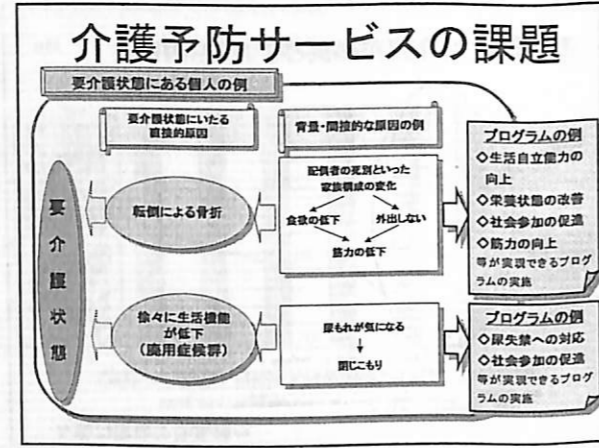
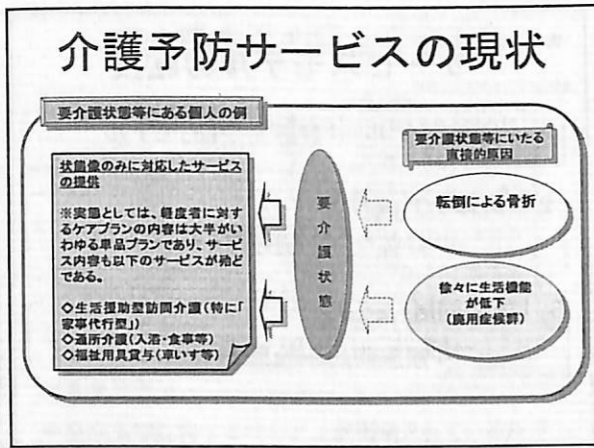


新予防給付対象者の選定手法について

- 新予防給付の対象者は、原則として、「要支援」又は「要介護1」の方々のうち、「新予防給付の適切な利用が見込まれない状態像」を有する方々を除いた方々とする。
 - 対象者は、現行と同様に、介護認定審査会において選定する。
- ◆新予防給付の適切な利用が見込まれない状態像
- ①疾病や外傷等により、心身の状態が安定していない状態
 - ②認知機能や思考・感情等の障害により、十分な説明を行ってもなお、新予防給付の利用に係る適切な理解が困難である状態
 - ③その他、心身の状態は安定しているが、新予防給付の利用が困難な身体状況にある状態

新予防給付対象者選定のイメージ 図9





介護支援専門員の担当標準件数と介護報酬

- 1月26日社会保障審議会介護給付費分科会の諮問答申内容
- ・介護支援専門員の標準取扱件数 35件 (40件超えれば減算対象)
- ・新予防給付の取扱件数は、介護支援専門員1人当たり8件が上限。ただし、標準取扱件数として換算する場合は取扱件数×1/2

介護支援専門員の担当標準件数と介護報酬

- 居宅介護支援費 要介護1、2=10,000円/月
- 居宅介護支援費 要介護3、4、5=13,000円/月
- 居宅介護支援費 経過的要介護=8,500円/月
- 取扱件数超過減算 40件~60件=60%減算
- 60件超 =40%減算
- 介護予防支援 4,000円/月 初回加算Ⅰ 2,500円
- 初回加算Ⅱ 6,000円
- 特定事業所加算 5,000円/月
- 特定事業所集中減算 2,000円/月

介護予防サービス

- (1) 介護予防通所介護・介護予防通所リハビリテーション
基本単位、運動器機能向上加算、栄養改善加算、口腔機能向上加算、アクティビティ実施加算、事業所評価加算
- (2) 介護予防訪問介護
介護予防訪問介護費
- (3) その他の介護予防サービス
居宅介護支援・介護予防支援、介護予防訪問入浴介護、介護予防福祉用具貸与・販売

地域密着型サービス

- (1) 小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護
- (2) 夜間対応型訪問介護
- (3) 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護
- (4) 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護
- (5) 地域密着型特定施設入居者生活介護
- (6) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

新介護保険制度の特徴と課題

- 1 日常生活圏と地域包括支援センターの創設
- 2 介護予防と予防成果評価の導入
- 3 地域密着型小規模多機能施設の導入
- 4 市町村のこの施設認可と介護報酬決定権
- 5 介護事業者情報の公表と事業者に対する指導監督の強化
- 6 地域支援事業と老人保健事業の移転
- 7 市町村の地域分権化と責任範囲の拡大
- 8 社会保障制度の給付調整、住宅政策

シンポジウム

新介護保険制度に向けた市町村・介護保険事業者の計画と戦略を探る

○コーディネーター：関田康慶氏 東北大学大学院経済学研究科教授

さらに深く掘り下げて、いろいろな課題、問題点、どうあるべきかという提言等含めて、議論していただきたいと思います。4人のシンポジストの方に、それぞれの視点から一人15分程度のお話を伺います。いったん5分程度の休憩をとった後、フロアの関係者の方も加わって総合討論を行います。ここでは仕切りがありませんので、みなさんでいろいろな意見をどんどん言ってください。

最初の報告者は佐藤学氏。横手市役所の地域局福祉保健課健康の駅チーフをされています。4月からの介護保険制度で地域支援制度、新介護給付とともに位置づけられているのですが、横手市はそれにいち早く取り組んだ地域です。今回は取り組んだときのご苦労などを伺うことができるということで、4月から地域支援事業に取り組む方などは関心があると思います。では、よろしくお願いします。

○シンポジスト：佐藤 学氏

横手市役所横手地域局保健福祉課
健康の駅チーフ、保健師主任

『健康の駅』事業における介護予防への取組みの視点から



皆さん、こんにちは。横手市役所の佐藤と申します。よろしくお願いします。「健康の駅」という言葉をご存知の方、挙手をお願いします。

お一人ですね。ありがとうございます。

では、「道の駅」をご存知の方、挙手をお願いします。ありがとうございます。実は、「健康の駅」も「道の駅」も同じ仲間、全国でいろいろな人の集いの場を作ろうということで、そのテーマが「健康」であったり「道」であったり「海」であったり、実は同じ仲間なのです。

横手市における「健康の駅」の本格的な取り組みは今年の4月からで、モデル事業を含めると16年度からの開始2年そこそこの事業です。この事業は横手市長の公約だったので、職員の配属は2人です。この2人の職員で、このような壮大なテーマに取り組んできました。そこで、今日はみなさんから貴重なご意見を伺って、これからの「健康の駅よこて」を膨らませていけたらと思いますのでお話ししたいと思います。

実は「健康の駅」を横手市に持ってきたのは横手市長です。提言・実践首長会の医療福祉部会に当市が所属しており、その中で健康の駅実践プロジェクトという組織が立ち上が

りました。全国の9つの自治体がこのプロジェクトに入っており、新潟県見附市や静岡県磐田市などの市町と連携を取りながら進めております。そのプロジェクトの最初のテーマが介護予防であり、自治体が取組み戦略を共同研究するために「健康の駅」という事業が始まりました。

こちらが健康の駅実践プロジェクトに参加している9つの自治体です（別添スライド図1参照）。この9つの自治体でどのように取り組んでいくかを研究したわけですが、地域性や社会資源等、様々な事情が各自自治体毎に異なるため、共通したツールを開発していくのは大変困難でした。そこで横手市民が必要としている、横手市独自の「健康の駅」を先行して作ろうということになりました。現在は、「健康の駅よこて」を市民の意向なども含めて、まだ完成ではありませんが試行錯誤しながら進めている状況です。健康をテーマにした健康交流拠点ということで、横手市が取組み「健康の駅よこて」は子どもから高齢者まですべての市民を対象にしております。高齢者だけではなく、子どもやさまざまな世代の人たちが集まる場所が「駅」です。駅に「健康」というテーマ、冠をつけて、さまざまな世代の人たちが入りやすい、敷居の低い「健康の駅」を作りましょう、ということで立ち上げました。その中で、「住民自ら保健力を身につける」という言葉をキーワードに掲げてきました。「保健力」という言葉をご存知の方もいらっしゃると思います。私たち保健師が集まる全国保健師活動集会の場で、立命館大学の篠崎先生から「保健力」という言葉がありました。日常生活における健康のあり方は人それぞれです。こうした個人にあった健康づくりのサポートを「健康の駅」で行い、市民一人ひとりが自分の健康管理をする能力を高めていける拠点づくりをしようと、「保健力」をキーワードに進めています。

活動方針は、こちらに掲げた4つです。（別添スライド図2参照）
2つ目は私たちが最も大切にしていることです。

今日の参加者の中で、行政の保健師の方がいらっしゃると思いますが、これまでの保健事業はセンター方式であり、さまざまな健康相談や健康教育などを中心部であるの保健センターで実施してきました。保健センター事業だけでなく公民館事業にもいえることですが、毎年のように同じ人たちが保健サービスの恩恵を受けており、なかなか裾野を広げられないというのが現状でした。そこで、老人会のような地域の身近な集いの場に「健康の駅」をつくれれば、いわゆる交通弱者の方でも健康づくりに参加できます。そのようなことを大事にしたいと考えております。

こうした健康づくり活動を医療保健福祉等の専門家がサポートし、また、地域ボランティアとの協働で事業を育てていくという4つの方針を掲げて活動しております。

事業展開のイメージは、地域全体の健康度を向上する活動です。「地区会議」という言葉は耳慣れないと思いますが、小学校区にひとつずつ設けています。横手市も昨年10月に市町村合併し、8つの地域局で地域協議体という母体を立ち上げ、さらに地区会議という小学校区単位の組織があります。この地区会議のメンバーは、民生委員や地区の福祉員、PTAや婦人会の役員、交通安全協会など、さまざまな地域の人たちで構成されています。地区

会議は地域活動を行ううえでの重要なマンパワー、組織と位置づけ、市民と行政が協働して進めることを今後の事業展開のキーワードとしています。

先述しましたように、事業対象者を子どもから高齢者まですべての市民としていますが、現在は介護予防を主なテーマに事業を進めています。しかし、今後は子育て支援や子どもたちの心とからだの健康づくり、働き盛りの人たちの生活習慣病予防など、さまざまな世代が集える「健康の駅」づくりを進めたいと思います。

こちらが「健康よこて21」です（別添スライド図3参照）。市町村合併をして、平成18年度に新たな「健康の駅よこて」をつくる予定でいます。おそらくさまざまな市町村で、障害者計画や児童育成計画などが立てられていると思いますが、そのような計画を盛り込んだ「新健康の駅よこて計画」が絵に描いた餅にならないように、実践部隊として「健康の駅」を位置づけ、進めていきたいと思っています。

ここで、「健康よこて21」と「健康の駅よこて」の整合性についてお話しします。「健康よこて21」は「健康日本21」の横手市版なのですが、さまざまな健康課題を整理して市民の自発的活動を促し、サポートすることで、設定した目標値に向かって事業を進めていくということです。

「健康の駅」では、健康課題の整理として特徴的なのが、地域密着型のニーズ調査を青森大学社会学部と連携して進めているということです。市民が「健康の駅」にどのようなことを望んでいるのかを整理・実践するプロセスです。市民の自発的活動という点においては、地域で支えあい活動する場として、地区会議や4月に募集した30名ほどの市民サポーターである「健康の駅サポーター」に協力していただいています。サポーターについては、小学校区単位の小規模駅での活動を期待しており、介護保健事業所やJA、保育所・幼稚園、小中学校など地域の関係団体・機関とのネットワークを構築していこうということで進めています。こうして「健康よこて21」と「健康の駅よこて」の整合性を図りながら事業を進めています。

「健康の駅」の全体図です（別添スライド図4参照）。地域で、敷居の低い、誰でも立ち寄れるような「健康の駅」を目指し、現在「健康の駅よこて」は、このような全体図のもとで進めています。

現在は町内会館を借りて「健康の駅の小規模駅」という事業を進めています。また、小学校区単位の拠点である中規模駅として地区公民館を想定しています。大規模駅と地域密着型の中小規模駅の連携については、中規模駅の位置づけを確立しなければならないと思っています。

実は、以前の議会の中でも「1公民館1保健師」ということを提案していただいたことがありました。つまり、保健師が地域の健康サポートをしっかりと担っていくことが大切だということです。地域の健康の駅事業を進めるために、このような全体像を掲げています。

現在、「健康の駅よこて」で取り組んでいるテーマは「運動」です。健康の駅トレーニングセンターは、昨年7月から実施しています。健康の駅トレーニングセンターの場所をい

ろいろ探していたのですが、さすがにすんなり施設を貸していただくのは困難なことで、最終的に介護保険事業所の中にある地域交流スペースを借りて、開設することになりました。昨年7月から3月14日まで4,500名に利用していただきました。下は高校生、上は82歳の方まで通っています。高校生と70代80代の高齢者が同じ場所で運動することに最初は私自身も戸惑いましたが、なぜか1回2回と顔をあわせるたびに自分の孫と話しをするような感覚になり、世代の違う人たちが同じ空間で運動することに抵抗がなくなりました。いい方向で世代間交流が深まり、トレーニングセンターが賑わっていることを実感しています。

トレーニングセンターの内容については、各種健康運動教室として平成16、17年度に実施した介護予防の高齢者筋力向上トレーニング事業、現役高齢者のシニアパワーアップ教室、軽度肥満を対象にした生活習慣改善教室の3本立てで行いました。ほかにも、60歳以上限定や高校生以上のフリートレーニングの時間、子育て中の母親たちの健康づくり支援ということで、託児付きのトレーニング時間も設けています。こちらがトレーニングセンター・すこやかよこての地域交流スペースです。

こちらのトレーニングセンターには、健康運動指導士が2~3名常駐しています。利用者には必ずカルテを作っておき、その人にとって効果的な健康運動の仕方をサポートしています。時には市立病院から理学療法士が来て、膝や腰などの整形外科的な疾患の個別的な指導をしてもらっており、また一人スタッフとして係わっております。

託児サポートをしている人たちは、現在は無償のボランティアということで、託児ボランティア3団体と子育て支援センターのファミリーサポート会員の方に、ローテーションで毎週土曜の午前中に来ていただいています。

こちらが小学校区単位で行っている小規模健康の駅の動きです(別添スライド図5参照)。実はこの学会で発表することが決まってから駅が3箇所増えました。現在計6箇所で行っています。これらの会場は、6箇所のうち4箇所で町内会館を使っています。そのほかに、1箇所は自宅を開放して、もう1箇所は養護老人ホームで行っています。場所によって開催状況はさまざまですが、共通しているのが「健康の駅体操」という体操の時間です。健康運動指導士を小規模駅に派遣して、30~45分間行っています。基本的には週1回です。

こちら(別添スライド図6参照)は市民に説明する際のスライドなのですが、実際に自分の町内に健康の駅ができたときに、どのような活動をするのか具体的なイメージを持っていただくために作っています。一つ目は健康の駅体操。廃用症候群や閉じこもりを予防するためにを行っています。

体操と聞くと、「膝や腰が痛いから遠慮する」と言う高齢者が結構います。そこで私たちは、運動や体操という言葉なるべく使わないようにして、「体を手入れしましょう」という言葉を使っています。例えば肩こりがひどかったり、足腰が痛かったりする人の痛みを和らげるために手入れしましょうということです。そのためにはどうしたらよいかを、健康の駅のスタッフがサポートするのです。秋田県で「ドンパン体操」を普及させる動きが

ありますが、「健康の駅よこて」では、その人に合った運動の仕方、症状に合った体の手入れの仕方を踏まえて「健康の駅体操」に取り組んでいます。

二つ目が、子どもの安全と健全育成です(別添スライド図7参照)。私にも小学生の子どもがいますが、「子どもの見守り隊」というものが最近小学校で増えています。2年前に作成したスライドで見守り隊が地域に必要だと訴えてきました。最近では核家族も増えて地域の子どもの顔が見えません。その中で、地域でのふれあいを多くするためにも、子どもの見守りをするだけでなく、登下校に地域の高齢者が同伴して交流できればいいな、という思いで提案しました。

こちらが発達段階における健康運動事業です(別添スライド図8参照)。秋田県の子どもたちは、体格は良いが体力がないという結果が出ています。では、実際に保育所や小学校の子どもたちがどのような運動・生活をすれば体力が向上するのか。それを健康の駅でサポートしたいと思っています。

最後は町の保健室です(別添スライド図9参照)。これは、日本看護協会(看護師の職業団体)の協力を得て進める事業です。こちらは先ほどお話しした「健康の駅サポーター」の皆さまです。さまざまな職種の約30名の方が登録しています。

今後の課題です。まずはじめに、「健康の駅ネットワークの構築」です。地域の中核となる中規模健康の駅を確立することです。次は、「市民行政協働型健康の駅への取り組み」です。4月から全市展開に向けて、私たちの位置づけ・名称も変わります。今までの横手地域局内4万人から人口10万人の健康づくりを考えていかなければならないですし、地区会議も先月に立ち上げて動いている状態です。今後、市民と行政との協働型の取り組みをどうするのかも含めまして大きな課題のひとつになっています。

3つ目が「全てのライフステージにおける健康の駅」。関田先生のお話にもありましており、より前向きな介護予防でもそうですし、生活習慣病を予防するために働き盛りの人たちがより健康な状態で仕事ができる、小さい子どもたちがより元気な子どもたちになれるような、すべてのライフステージにおける取り組みにも挑戦したいと考えています。

最後になりますが、地域ぐるみの健康の駅活動を推進していくために、このようなまとめをしました。事業の根底には地域住民の支えあい活動があり、人間生活に大事な家族・地域の絆、健康を守っていこうというものです。横手市も、農村部の良さである、自然の形での人と人とのつながりを再認識し、大切にしながら、市民の保健力を高める場所として健康の駅が地域に根付くように今後も進めたいと思います。

それでは、私の発表を終わります。ご清聴ありがとうございました。

横手市「健康の駅」事業における 介護予防への取り組み

横手市役所 横手地域局福祉保健課健康の駅担当
佐藤学 松川敬 願法廣典

取り組みの経緯 「提言・実践首長会」からの提言

- 2003年4月、提言・実践首長会の医療・福祉部会が健康増進拠点としての「健康の駅」設置の提案を厚生労働大臣へ行った。
- (提案の要点): 「各地の既存の健康増進施設を有機的に機能させる施策として、これらの施設を活用し、住民と専門家が気軽に健康情報を交換できる健康増進交流拠点(健康の駅)づくりを検討すべきである。」

事業対象者

- 地域に住んでいる子どもから高齢者まで、すべての市民を対象とします。

「子育て支援」「幼児・学童の健全育成」「働き盛り世代の生活習慣病予防」「介護予防」 etc...

すべてのライフステージにおける「健康」をテーマとした活動に取り組むことを基本姿勢とします。



共同検討プロジェクトの推進体制

- 推進メンバー: 座長=鈴木望 静岡県磐田市市長 ※「健康の駅」検討賛同市町村、各種専門家
- 事務局: 静岡県磐田市
- 調整事務局: NPO法人 地域交流センター

「健康の駅実践プロジェクト参加自治体(9自治体)」
秋田県横手市 茨城県友部町 埼玉県草加市
新潟県見附市 福井県丸岡町 京都府綾部市
静岡県磐田市 愛知県犬山市 鹿児島県伊集院町

横手市が目指す「健康の駅」のイメージ

コンセプト: 「健康をテーマにした健康交流拠点」
(対象) 子どもから高齢者まですべての市民

「住民自ら保健力を身につける」
※保健力とは、自然治癒力と同様に、本来、人それぞれが潜在的に保有しているものである。健康になる力とでもいうか、毎日できる限りいきいきと過ごす。不健康な状況を改善しようとする力。
(福岡県「構造改革」と健康増進法より引用)

健康よこて21とは

健康よこて21は、「今から未来へ 自分らしく輝くまち」を基本理念として、命の延伸と早世(早死)の減少をめざして、住民参加型によってつくられた計画です。
市民の一人ひとりが主体的に健康づくりに参加することによって健康の大切さを学び、心豊かに人生を送ることを目指します。
達成するために、様々な関係者が連携し、市民の健康づくりを支援していきます。

「健康よこて21」と「健康の駅」の整合性

- 子どもから高齢者まで、全てのライフステージにおける健康づくり活動を支援する。

健康よこて21	健康の駅
健康課題の整理	地域密着型ニーズ調査 ※健康の駅実践プロジェクト、青森大学との共同研究
市民の自発的活動	地域で支え合い、活動する場
サポート体制	健康の駅ネットワークの構築
目標値の設置(事業効果)	上記、共同研究事業まとめ

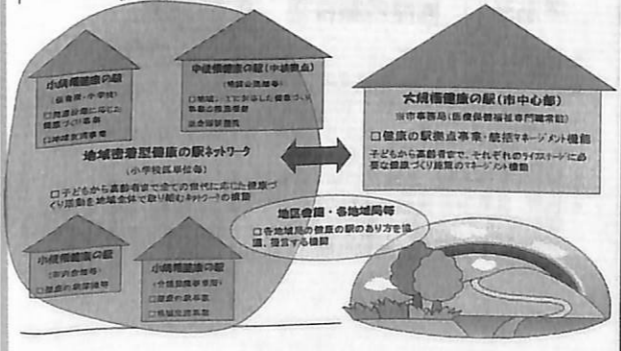
活動方針

1. 小さなお子さんから高齢者の方まで、すべての人を対象にした健康交流拠点とします。
2. 誰でも気軽に、かつ日常的に活用できる健康交流拠点とします。
3. 医療保健福祉の専門家や生涯学習等の専門家、健康の駅サポーター(市民ボランティア)が健康づくりのサポートをします。
4. したがって、「健康の駅」は地域のたくさんの人に支え、育てられることで、地域が元気になるような健康交流拠点とします。

事業展開のイメージ

- 地域が明るく、元気になるような活動に日常的に取り組み、地域全体の健康度向上を目指す事業展開を行います。
- 主たる活動母体は地区会(住民が主体的に地域づくり及び自治活動を実践するコミュニティ組織)等を中心とする地域住民であり、市民行政協働型の健康の駅づくりができるよう、事業展開していきます。

健康の駅の全体像



健康の駅トレーニングセンター

- 利用実績(17年7月11日~18年3月14日)
 - 総利用者数 **4,508名**
- ◎事業1: 各種健康運動教室 ※健康運動の効果測定
1. 「高齢者筋力向上トレーニング教室」: 介護予防
 2. 「シニアパワーアップ教室」: 元気高齢者の健康増進
 3. 「生活習慣改善教室」: 壮年期のセルフケア能力向上
- ◎事業2: フリートレーニング
1. 「シニアタイム(60歳以上限定)」: 元気高齢者の健康増進
 2. 「フリートレーニング(高校生以上)」: 幅広い世代の健康増進
 3. 「レディースタイム(60歳未満女性限定)」: 子育て中の母親の運動不足・ストレス解消
- ※1. ライフステージ毎にトレーニング時間を設定し、コミュニケーションが取りやすい環境を整えることで、運動継続の大切な要因となる仲間づくりを促すことに配慮している。
※2. レディースタイムの時間帯は、子育て支援の一環として託児サポートを兼ねている。

健康の駅トレーニングセンター



健康の駅トレーニングセンター



地域密着型健康の駅(中小規模駅) 活動案2) 子どもの安全と健全育成



- 小学生の登下校時、地域の大人(シニア世代)が同伴することで、次のような効果を期待します。
- 目的
- ①児童が交通安全マナーを学ぶ機会となると同時に、児童が巻き込まれる事件を未然に防ぐような地域環境を作ること(市担当課、地区駐在所、学校、PTA等との連携必須)。
- ②登下校時の児童の何気ない仕草や発言を同伴するシニアが受け入れ、児童の思いを学校や家庭と共有し合うことによって、子どもたちの心の健全育成を地域全体で支え合うこと。

地域密着型健康の駅(中小規模駅) 活動案3) 発達段階に応じた健康運動事業

- 目的: 乳幼児、学童の各運動発達段階に応じた適切な健康運動を日常生活(集団生活活動)の中に取り入れることによって、健康的な身体づくりと基礎体力の向上を図ること。
- 場所: 保育所、幼稚園、小学校等



- 内容
- ①乳幼児: ベビーマッサージや遊びを通じた健康運動
- ②児童: エアロビクスダンス、ボールや縄跳び等を使った健康運動(スポーツ少年団指導員への介入等も含む)。
- 人材: 健康の駅担当専門スタッフ(健康運動指導士等)、健康の駅サポーター(エアロビクスインストラクター等)。

教室の様子

理学療法士の丁寧な個別指導 専門スタッフの声がけで安全に運動



託児サポート



地域密着型健康の駅(中小規模駅) 活動案4) まちの保健室



- 目的: 普段着のままでも構えず、自分の健康について医療専門職に相談できる場を設定することで、適切に自己の健康管理ができるような支援体制を図ること。
- 場所: 地区公民館や町内会館等、地域巡回します(今後は、大規模駅にて常駐のまちの保健室開催予定)。
- 内容: 健康相談、簡易な健康チェック(血圧・血流測定、体重・体脂肪測定等)
- 人材: 看護協会(現役看護師)、各地域局保健師、健康の駅サポーター等

健康の駅を支えるマンパワー

コンテンツ	マンパワー	対象者
フィットケア	健S柔道整復師	全年齢
食育(アレルギーマネジメント)	健S栄養士	乳幼児・学童とその家族
エアロビクス	健S170kcalインストラクター	全年齢
30体操	健S30体操指導員	全年齢
アロマセラピー	健Sアロマセラピー指導員	全年齢
ADL体操・リハビリ	健SADL体操指導員	中高年者
ベビーボウリングケア	健Sベビーボウリング指導員	乳幼児とその家族
その他健S:	平産科看護学生 保育士 英会話指導 スパニッシュ指導	
まちの保健室	看護協会	全年齢
託児サポート	携手地域内託児ボランティア団体	託児サービス利用者

現在の小規模健康の駅の動き

地区	開始時期	開催頻度	会場
1. 上真山	H16.10.12	毎週月曜午前	上真山町内会館
2. 神巻・牛柳	H17.11.4	毎週金曜午前	神巻・牛柳生活協同センター
3. 咲月荘	H17.11.10	月1~2回(不定期)	養護老人ホーム
4. 鶴谷地	H18.1.16	毎月第3日曜午前	民家
5. 上和野	H18.3.20	毎週月曜日午前	上和野会館
6. 田町	H18.3.22	毎週水曜日午前	田町会館

地域密着型健康の駅(中小規模駅) 活動案1) 健康の駅体操



- 目的
- ①自分の体にあった運動習慣(身体の手入れ)を身につけることで、雇用症候群を予防すること。
- ②運動を介した集いの場に定期的に足を運び、仲間と語り合うことで閉じこもりを予防を図ること。
- 場所: 町内会館、地区公民館、空き家、老人福祉施設等
- 内容: 自重負荷運動やストレッチを中心とした運動。開催日には運動指導員を派遣し、個々の身体状況に合わせた運動の仕方をサポートしている。運動時間は1回当たり約45分間。

今後の課題

- 1. 健康の駅ネットワークの構築
- より地域に密着した健康の駅づくりを推進するため、地域の中核拠点である中規模駅機能(公民館等)の確立を図ること(1公民館1保健師体制の検討)。

今後の課題

- 2. 市民協働型健康の駅への取り組み
- 市民主体の地域づくりや自治活動を実践する組織「地区会議」や健康の駅サポーター等の市民ボランティアとの協働型健康の駅を確立すること。

今後の課題

- 3. 全てのライフステージにおける健康の駅
- 17年度は介護予防を主体とした活動に取り組んできたが、働き盛り世代や幼児・学童等の心と体の健康づくりをどのようにサポートするか（企業や保育所・小学校等の関係機関・団体との連携事業のあり方）。

まとめ

- 健康の駅よこては「地域ぐるみの健康づくり活動」を目指している。事業の根底には「地域住民の支え合い活動」があり、人間生活に大事な「家族・地域の絆」、そして「健康」を守っていこうというもの。農村部のまちのよさである「自然な人と人との繋がり」を再認識し、市民の保健力を高める場所として健康の駅が地域に定着するよう今後も事業展開を図っていききたい。

○コーディネーター：関田康慶氏

ありがとうございました。ご質問が多々あると思いますが、4人の報告が終わった段階で承りたいと思います。それでは、「せんだんの杜ものう」の柿沼氏から小規模多機能施設の視点について、設計あるいは運営に関する評価等を伺いたいと思います。

柿沼氏は「せんだんの杜ものう」で、数年前から小規模多機能福祉施設の設計・運営に取り組んでおり、もともと運営していた特別養護施設から機能分化したモデル事業の成果が、4月からの介護予防制度によって、明確になったと思います。ではお願いいたします。

○シンポジスト：柿沼利弘氏

せんだんの杜ものう施設長
「小規模多機能施設の視点から」



こんにちは。ただいまご紹介に預かりました、せんだんの杜ものうの柿沼です。

今日は、まず小規模多機能福祉システムの整備をした経緯、2つ目に実際に小規模多機能福祉施設を運営しての経営状況、3つ目に今後の経営形態についての考察の3点を報告いたします。

介護保険制度が2000年に導入され5年経過した今、当初の介護サービス利用者を含め介護サービスを必要とする要介護者が増えているのは、関田先生の講演でも資料にも含まれています。制度の導入後、利用者が増加したこと、利用者のニーズも変化していることは、当初から予測されていました。2000年に介護保険制度が開始された直後に私たちは制度のメニューを見て、措置時とほぼ同じだったため、これからは新たなサービスが求められることは間違いないと考え、この地域に密着した新たなサービスを考えていこうと構築計画を立てました。

最初に、高齢者人口ならびに要介護高齢者人口の増加、家族機能の低下など地域社会・コミュニティの変容が大きな背景としてあることを捉え、このままの状態ではおそらく要介護者も困ってしまうのではないかと、当然、受け皿となる大規模な施設も不足するに違いない、同時に施設と在宅の二極化のサービス体系では、これまでの介護を支える仕組みでは不足してしまうのではないかと考え、新たな住民ニーズに対応できる計画・システムをつくることになりました。

私が所属している法人において2000～2009年の10カ年計画を作成し、事業所が立地している自治体の高齢者保健福祉計画に、地域分散型システムを計画化しました。町も法人も新しい介護サービスシステムをつくらうという方向性を共有したことが底辺にあります。そこで取り組んだ事業が、いわゆる社会実験的な要素を強くしたものでした。

最初に紹介しておかなくてはならなかったのですが、私のフィールドは宮城県石巻市です。人口は約17万人。私が現在勤めている事業所は、地区人口が約8,500人、高齢者人口

が 27%弱の石巻市桃生町という場所にありまして、今お話したような取り組みをここでやってきました。

小規模多機能システムの計画において、住民のニーズ調査あるいは実際の需要調査、人口推計などさまざまなデータを集めました。第一に住民ニーズ調査では、この事業をシステム化する上で、住民側から自宅の近くという回答が非常に多かったのです。7割ぐらいの人が、自分の家族が利用する事業所が目の届くところ、地区内にあること。また、実際に利用する高齢者の回答もほとんどが「すぐに行けるところ（近場）」だったので、アクセスが住民にとって重要なポイントであるとわかりました。二つ目は私たち事業者が事業を実施する際、どの程度の需要が確保できるかが条件になりました。

運営方針としては、この 2 つをシステム作成のコンセプトにしようと思えました。一つ目が包括型のサービスを提供すること。包括型のサービスとは、それまでデイサービスやホームヘルプなど一つ一つのサービスをケアプランに基づいた利用方法で行っていたものを、1 の事業所ですべてのニーズを充足させるサービスが提供できる仕組みにすることです。二つ目は、地域福祉機能の統合です。介護保険制度だけでなく、インフォーマルな地域に豊富にある地域資源を有効に活用しようと思えました。

小規模多機能システムを考えた場合、小規模とは 1 日の利用者が 20~25 人程度、多機能とは人を支援するために必要なサービスがいろいろあることだと当初は思っていたのですが、「さまざまな機能を持つ」ということは介護機能を一つ一つ組み合わせるといよりも、すべてを統合したシステムにすることが必要だと考え、「統合化」に着目しました。つまり、介護機能ユニットの統合というのは、1 つの統合されたサービスによって大きな効果を発揮する「シナジー効果」があるのではないかと考えたのです。

介護機能の統合と地域分散のスタイルをとることになりましたが、介護機能ユニットについては地域社会も 1 つのユニットとして含めるようになりました。特別養護老人ホームなどの既存の大きな施設が持つ機能を小さな施設に分散し、地域に必要とされる機能ユニットの統合を図るところからスタートしました。トータルで考えると、包括型サービス体系に近づくために、見直しながら今日ある施設整備に取り組んでいます。介護保険ユニットに関しては、シナジー効果が得られることは、一つ一つの機能ユニットよりも大きな効果を引き出すことができることから、「統合化」が大きな役割を果たすと思っています。

小規模多機能施設は 2 分類しています。類型 1 は、特別養護老人ホームなどの既存施設の機能を分化する、そして地域に分散するというものです。もう一つの類型は、地域の宅老所やグループホームなどの小さな施設が、通所や訪問などの事業を後からつけているものです。

この構想図は類型 1 をベースに 2000 年につくった構想です（別添スライド図 10 参照）。この小学校区にサブセンター（小規模多機能施設）を設けて、通うことも、泊まることも、住むこともできる、といった一人用の施設を自宅近くのサブセンターで支援できる仕組みをつくらうというものです。これは厚労省のホームページなどでご覧の方もいると思いま

すが、2003 年に開所した「せんだんの杜ものう・なかつやま」の平図面です（別添スライド図 11 参照）。左下の部分が訪問・通所介護の事業所です。ここが一時的に滞在する事業所、こちらが住むことができる事業所です。大きく介護機能をいくつか組み合わせた統合的な小規模の事業所です。中ほどの部分は、泊まることもできるし、一時的に滞在もできる、いわゆるショートステイのスペースです。基準該当制度を利用して、自治体に認めてもらい運営しています。まだ宮城県には 3 箇所しかありません。3 箇所のうち 2 箇所は私たちが運営しているものなのですが、先日初めて基準該当制度の監査を受けました。

次の写真は、「せんだんの杜ものう・なかつやま」です（別添スライド図 12 参照）。もともとここには幼稚園がありました。隣には小学校があり、学童保育の場にも利用されています。お年寄りだけではなく、時間になると子どもたちがバタバタと帰ってきて、デイサービスを受けているお年寄りとおやつを食べたり、漫画を読んだり、グループホームのお年寄り 10 人ほどの子どもたちがふれあっています。

2 箇所あると申し上げましたが、もう 1 箇所はもともと設計事務所だった建物です。写真のように改修して、設計室をグループホームの居室にしました（別添スライド図 13 参照）。たまたま中柱がなかったため非常に改修しやすかったのですが、このように小規模多機能施設をつくることができました。

小規模多機能の整備費ですが、2004 年に宮城県で整備された大規模施設とグループホーム 14 施設の平均を示したものです。真ん中に「せんだんの杜ものう・なかつやま」の整備費を入れています。（別添スライド図 14 参照）

特養では平米当たり約 25 万円、単体のグループホームで約 17 万 5000 円、なかつやまでは約 19 万 7000 円です。グループホームが安いのは、あくまでもグループホームの機能しかないからです。しかし、なかつやまでは、多機能の事業が実施できて、この費用で整備できました。木造建ての新築です。平米数はグループホームは約 326 平米ですが、なかつやまは約 550 平米あります。特養の場合には比較にはなりません、単価で見るとこれだけの安い整備費で済むということで、参入する事業者が増えるのではないかと期待しています。

次に、事業所の収入・経営についてですが、入所系事業所の収入は徐々に減少しています。一方、居宅系事業所の収入は徐々に増加しています。小規模多機能を整備したのが 2003 年ですが、この時期から入所系の収入は全体収入の半分以下になっています。逆に言えば、居宅系の収入が増えているのは、それだけ市場は地域にあるということです。

これは小規模多機能施設を開始した際の通所介護事業所の利用者の推移です。（別添スライド図 15 参照）2002 年はほとんどおりませんでした、2003~2005 年にかけて相当増加していることがわかると思います。これまでの事業所だけでは、地域ニーズの掘り起こしも充分にはできませんでしたが、新たに小規模多機能施設を整備したことによって掘り起こしができたので、サービス利用者の増加につながったと考えます。

次は、通所事業所の移動コストを見たものです（別添スライド図 16 参照）。2002 年の小

規模多機能施設を始める前と昨年 4 月では数値に変化が見られます。移動コストが下がっています。一人一人の移動時間も職員の負担も減っています。地域分散しているため当然ですが、それだけの効果が得られているということです。

次は、事業所全体の損益分岐と収入支出の割合を示したものです（別添スライド図 17 参照）。損益分岐が増えていますが、これは 2005 年度には新たな改修型の事業所を整備したためです。収入はこれだけ増加しています。

次のグラフは、2003～2005 年の小規模多機能施設の収支と損益分岐です（別添スライド図 18 参照）。2003 年の「なかつやま」ですが、410 万円の赤字でした。運営面で 1 年目は地域に馴染むことに努力しまして、グループホームの定員である 9 名に達するのは 12 カ月後で、翌年 3 月まではスロースタートでした。しかし、2005 年上半期は 700 万円の黒字に転じております。これは地域のマネジメントができたということです。デイサービスなどのサービスが利用者に直接つながるようになったといえます。よって、これだけの収入をあげることができました。そして、損益分岐も百数十万円減少しており、安定経営しています。

これからのサービスのあり方は、包括支援サービスを中心に進めていくことになります。これからの介護施設の経営は、「市場分析」「地域密着」「多機能性」「費用抑制」の 4 点が大きなポイントになると思います。（別添スライド図 19 参照）

○コーディネーター：関田康弘氏

ありがとうございました。「なかつやま」には私も行きましたが、普通の施設とは違い小学生がドタバタギャーギャーと賑やかで明るかったですね。こんなに賑やかで利用者はどのようにしているのか聞いたら、楽しくやる人もいれば部屋にこもっている人もいました。

遊びに行くときも特定のユニットだけでなく、違うユニットからも参加できるなど、まさにシナジー効果を発揮していると思います。この内容は、昨年できた「介護経営学会」という学会誌の 1 月号に載っています。しっかりした根拠もできましたので、厚生労働省のホームページにも掲載されています。

それでは、藤里町社会福祉協議会事務局長の菊池氏から、これからの新しい介護保険制度に向けて社会福祉協議会が準備されてきた先駆的な事業のこと、事業所として社会福祉協議会としてのあり方などを伺えたらと思います。ではよろしくお願いします。

小規模多機能福祉施設の概要と論点

～石巻市桃生町の小規模多機能福祉施設運営を事例として～

報告の要旨

- 1 小規模多機能福祉システムの整備
- 2 介護サービスの利用と経営の状況
- 3 これからの介護施設経営の形態

小規模多機能福祉施設の整備計画フロー

<背景>

- 高齢者人口の増加と要介護高齢者人口の増加
- 家族構成の変化に伴う介護機能の低下
- 介護サービス事業所の不足
- 介護理念の変化

住民ニーズ → 介護が必要となっても自宅で暮らしたい
 ↓
 自宅の近く(歩いていける距離に)利用できる介護サービス
 法人の事業計画 } 新しい介護サービスシステム
 自治体の福祉計画 } 社会的実験(先駆性・開拓性)

小規模多機能システムの設計(計画)

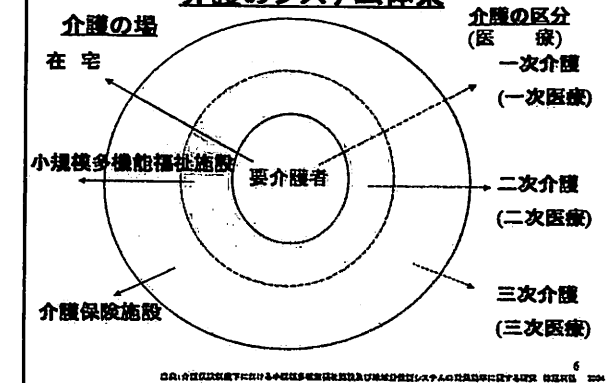
- 地域整備の条件
 - ア 歩いていける距離(自宅の近く) = アクセス ... 住民
 - イ 介護需要の確保・供給資源の確保 = 需要 ... 事業者
- 運営方針
 - ア 小規模な介護機能ユニットの統合 = 包括型サービスの提供
 - イ 地域のサービス拠点 = 地域福祉機能の統合
 - ウ 要介護者及び地域のマネジメント

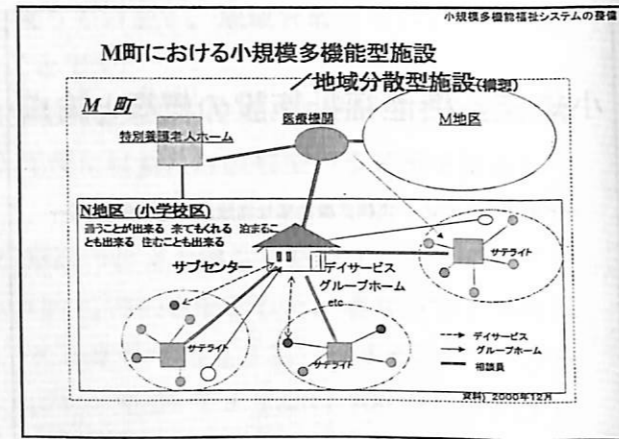
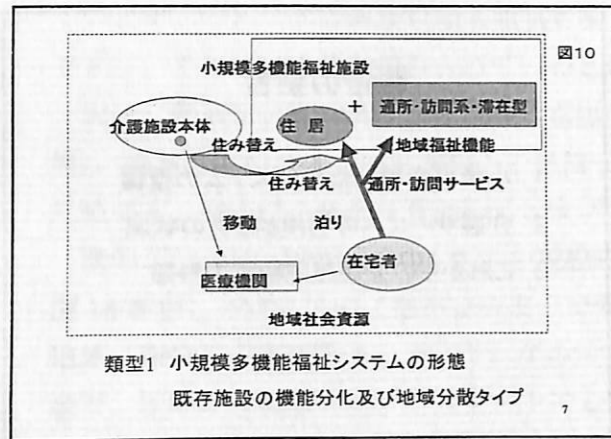
小規模多機能福祉施設事業の概要

- 介護機能ユニットの統合 → 経営・運営効果を導き出す目的
- 1 相談・マネジメント機能ユニット
 - 2 通所介護機能ユニット
 - 3 短期入所介護機能ユニット
 - 4 認知症高齢者共同生活介護機能ユニット
 - 5 地域福祉機能ユニット

介護施設の介護機能ユニット分化と地域分散
 介護機能ユニットの統合
 + 地域福祉事業

介護のシステム体系

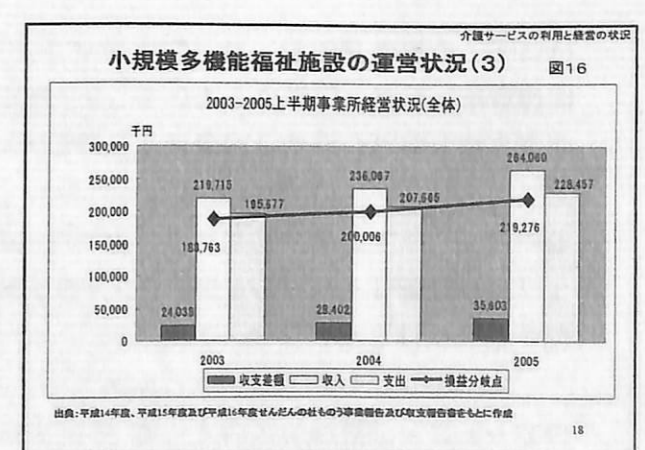
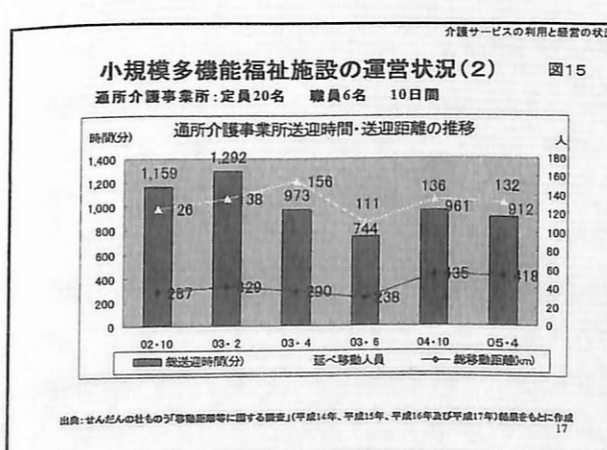
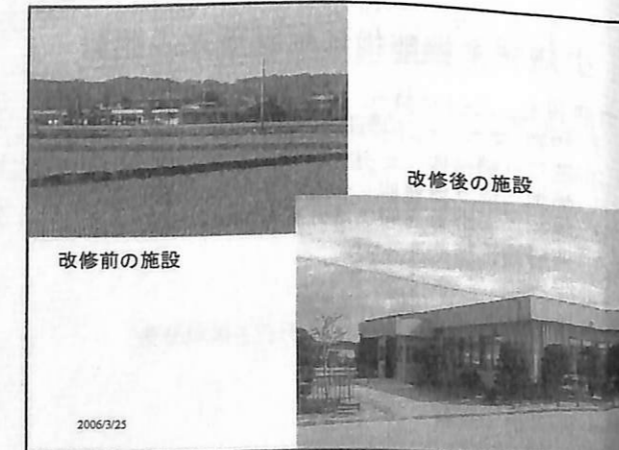
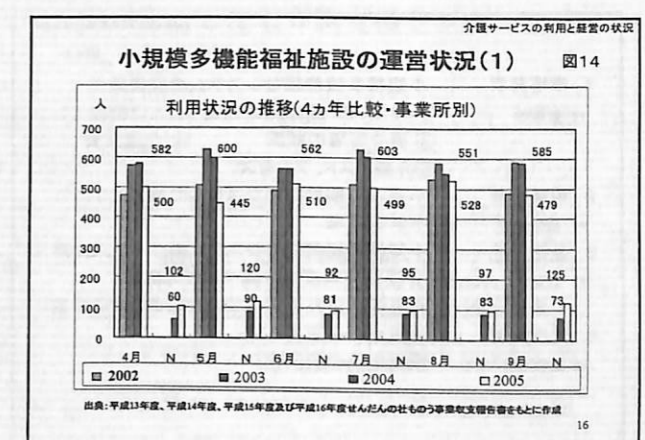
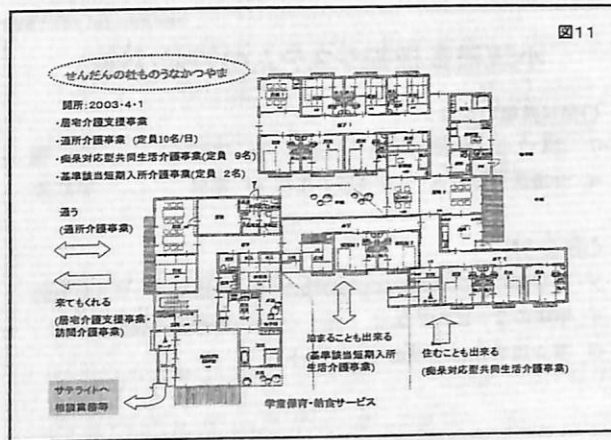


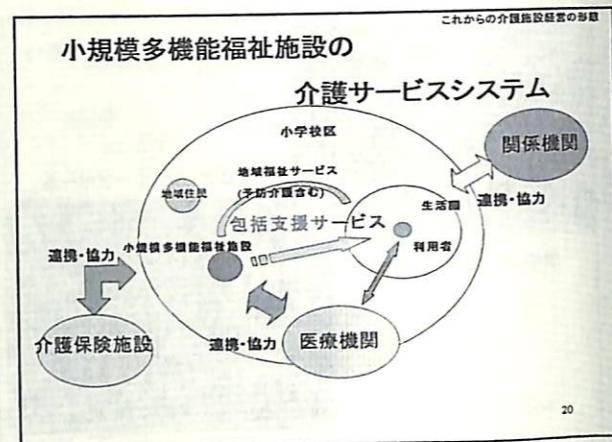
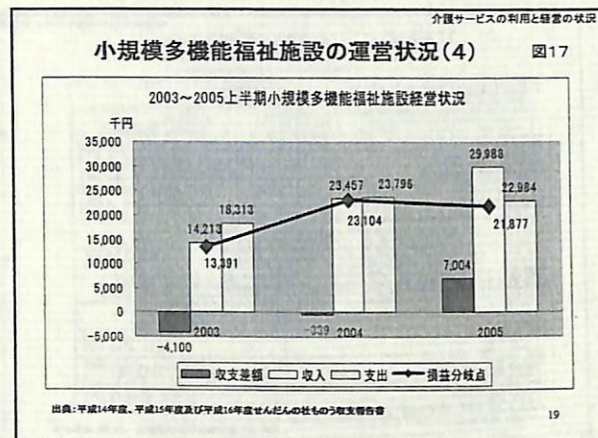


介護サービス施設整備費

特別養護老人ホーム(2施設)	2004
面積	4170.71㎡
総事業費	1,053,057千円
㎡単価	251,914円
* 新築、増築費及び㎡単価は平均である	
せんだんの杜ものう(新築・木造)	197,255円
認知症高齢者グループホーム(14施設)	2004
面積	326.26㎡
総事業費	56,980千円
㎡単価	174,649円
* 新築、増築費及び㎡単価は改修と新築を合算した平均	

出典: 宮城県介護施設整備費調査 2004年 特別刊行





- これからの介護施設経営の形勢
- 図18
- 市場分析 ... 小規模多機能福祉システムの整備条件
 - ⇒ 計画性 ①住民の介護意識の把握 ②人口密度 ③要介護者の状況 ④介護需要 ⑤介護コスト、アクセス
 - 地域密着 ... 小規模多機能福祉システムの事業エリア
 - ⇒ 機能分散 小学校区域
 - 多機能性 ... 小規模多機能福祉システムのサービス機能
 - ⇒ 機能ユニット統合 介護保険制度の介護サービス機能 介護保険以外の地域福祉を目的とする事業
 - 費用抑制 ... 建設コスト、運営コスト
 - ⇒ 競争環境 投資規模の選択性

○シンポジスト：菊池まゆみ氏
 藤里町社会福祉協議会事務局長
 「社会福祉協議会の視点から」



藤里町役場の菊池と申します。
 よろしくお願いたします。

今日は社会福祉協議会の視点からといわれておりますが、あくまでも現場の人間の意見として言わせていただきます。そのため、少し乱暴な話になるかもしれませんが、どうぞよろしくお願いたします。

まず介護予防の考え方と方法ということで、藤里町の社協で平成17年4月から「元気の源さんクラブ」事業をお試し事業ということで始めました。

事業展開の経緯ですが、平成16年度地域包括支援センター構想、介護予防構想が厚生労働省から出たときに、役場や周囲の人に言われたのが「社協で在宅介護支援センターを持っているから」ということでした。

介護予防事業に関しても、その頃は筋トレがモデル事業としてもはやされていて、「筋トレの器具を購入しないといけないのか」という話がきたり、デイサービスのレベルアップということで、デイサービスで何かをやるという発想でしか言われていませんでした。ですが、現場の人間としては構想そのものを見たときに、縦から見ても横から見ても斜めから見ても社協が太刀打ちできるものではないという感想でした。あくまでも介護保険とは介護を要する方のためのものだとして最初から謳ってきた大前提の目的が、介護予防が必要だと目的そのものが変わってしまった。目的が変わってしまったということは、安易な気持ちで取り組んではいけないと思いました。できれば今まで取り組んでいた「生きがいデイサービス」の平成17年度の事業費全額を、試行事業（お試し事業）ということで使わせてもらえないかとお願いしました。やはりそう簡単にはいきませんでした。何とか17年度に取り組むことができました。

まず、きちんと取り組むほど間抜けな役回りになりそうでした。藤里町の場合、人口が5,000人もいません。小規模多機能そのままの規模です。そのような規模の地域で事業展開をすると住民の反応が即来ますので、例えば「65歳以上を対象にした総合相談体制事業をやります」と掲げると、住民から「何のために」と言われてしまいます。

要支援要介護1とは、認定調査の中から身体や認知症の項目は見ていますが、気力や体力低下に伴う認定はありません。100歳の方が要支援1になったから「筋トレ頑張りましょう」と勧めた場合、私たちがバカだと言われます。このように、最初に出された介護予防事業構想を見た時、65歳以上の人に必要なメニューだとはとても思えませんでした。

健康づくりなどさまざまな視点で考えると、本当に65歳以上の人に必要なメニューなのか、それとももっと若い人たちが始めたら良いメニューなのか、その段階から、わからな

いまま始めたくありませんでした。もっと大きな問題は、介護予防事業や地域包括支援センター構想の中に、「制度を横断的に地域で考えましょう」といった項目があります。そこで考えるのは、例えば老人保健事業や生涯教育などの補助金はそのうちなくなるのではないか、介護予防事業とか地域支援事業と言いながら、結局地域の中でどれが必要かという結論が出せないと始められない。社協に「やれ」という前に行政・地域の中で整理してから委託していただかないと始められないということです。

かなり（行政に）言ってみたのですが、「社協がそこまで口出すことじゃねえべ」とも言われました。地域に必要なものをはっきりさせるためにも、まず構想事業を進めて具体的なイメージをつかもうとしました。それが「元気の源さんクラブ」です。

介護予防メニューをいろいろ考えてみました。例えば、歯科医師の方に聞いたところ、「痴呆予防には何よりもブラッシングや口腔ケアが大切」だそうです。栄養士団体側では「低栄養が何年も続くと痴呆になる。栄養不足が痴呆の一番の原因だ」という報告もあるそうです。事業のよし悪しは私たち現場の人間が決められないわけです。ただ、固定したメニューではなく、良いと言われる事業はいろいろ取り入れましょう、自分に適したメニューを見つけるためのお手伝いをしましょう、福祉というのはそれくらいのことしかできないので、私たちはそのような形で取り組もうと決めました。

「元気の源さんクラブ」事業の考え方です。まず本当は40歳以上にしたかったのですが、60歳以上の人を限定にしました。その当時の在宅介護支援センターの高齢者実態把握表で、実態把握した上で「元気の源さんクラブ」につながる介護予防プランを作成しました。失禁予防パッケージ、口腔ケアシリーズ、手先や考える力を強化する教室、転倒予防などがあります。しかし、筋トレは入っておりません。

筋トレは設備費などが結構かかるので、試行事業のためにはお金のかからない事業ということで入れませんでした。そして、3月に1回、町民生活課福祉担当、社協、生涯学習担当、保健師で、この事業はその人に適しているか、定着しそうな事業かなど、データをとって来年度に活かせるように評価会議を行うことになりました。

これが、月間のメニューです（別添スライド図 19 参照）。バイタル測定や下肢筋力などと、転倒予防や口腔ケア、アクティビティ、栄養改善を組み合わせ、その人に適したメニューを見つける事業でした。下肢筋力や柔軟度、バランス（片足立ち）などいろいろなデータをとりました。アンケートも随時とっていて、例えばバランスマット運動についての感想などを聞いています。

バランスマット運動に関しては理学療法士や作業療法士に来てもらっていますが、「ぜひまたやってほしい」という意見が97%くらいです。担当者はとても得意気ですが、2週間後に同じアンケートを行うと、「一度やったからもういい」という反応があるそうです。それを聞くとがっかりしますが、2ヵ月後に同じように聞くと、「前にやった記憶はあるけど、もう覚えていないからまたやってみたいな」と言われるそうです。ですから、その人に定着することが私たちのお手伝いだと思って、いろいろなアンケートをとって定着しそうな

ものを探しています。

例えば、口腔ケアに関して言うと、私たちは毎回ブラッシングをしてもらおうと考えていましたが、入れ歯の人が多く、やりたくないとの意見がありました。しかし、「忘れた頃にもう一度やってもらうと大変参考になる」というのが正直な意見だそうです。「元気の源さんクラブ」事業では柔軟度や下肢筋力測定などいろいろな方法を実施しておりますが、例えば毎週良い数値だった人が、腰痛になると数値がどんと下がります。しかし、これは治療目的の事業ではないので、「現在数値が下がっていますので、気をつけてくださいね」としか言えませんが、お役に立てればと思ひ事業を展開しています。

来年度の介護予防に活かすための考え方です。実は試行事業ということで1年で終了したかったのですが、来年度の体制が不十分とのことでそのまま社協に委託することになってしまいました。新予防給付などの細かい規定など詳細がまだわからない状態です。介護予防給付、地域支援事業としてどれが認められるかがわからないので、来年度もこれまでと同じように進めたいと思います。

デイサービス事業ですが、正直デイサービス要支援1の利用者を考えた場合、介護予防メニューがどこまで受け入れられるのか怪しいところです。「元気の源さんクラブ」にも90歳近くの人たちがいますが、その人たちが良いと言ってくれる事業をデイサービスのメニューに取り入れたいと思っています。

ヘルパー事業に関しては、要支援1、2に認定と想定される人には、体は元気で痴呆症はなくても、アルコール依存症や抗うつ剤を服用した「うつ傾向」の強い人など、いろいろな形があり、自立支援法の調査で少しは拾えないかと思っています。精神身障者手帳を持っていない軽度の人や薬を飲んでる人を、どのようなかたちで拾うのかは、まだはっきりしていませんが、できるだけ拾えるよう頑張るつもりです。ヘルパーが派遣できなくなった場合、食事を届ける配食や送迎サービスなど、ボランティアのサービスも展開しながら生活に支障がない程度に進めていきたいと思っています。

最後に「地域包括支援センターの機能と課題」ですが、介護予防地域支えあい事業の中から平成18年度包括支援センター構想においてやらなければならないと思われるものすべてを平成17年度にやってみました（別添スライド表1参照）。その検証と課題ですが、すべて話すと長くなってしまうので「元気の源さんクラブ」についてだけお話して終わりにいたします。

○コーディネーター：関田康慶氏

ありがとうございました。市町村によっては社協に丸投げというところがあるようですが、藤里町では以前からそのような試みをしていました。介護保険の先駆的な実験をされたと思いますが、後ほどそのことに関して議論したいと思います。では、最後になりますが、アウトカム・マネジメント代表の渡辺氏に、介護保険事業者調査の視点からお話していただきたいと思っています。では、よろしく願いいたします。

日時	1000	1100	1200	1300	1400	来週予定
8月3日	バイタル	おためし体験日 (2クールはじまります) 測定 下肢筋力、柔軟	休憩	バイタル	おためし体験日 (2クールはじまります) 測定 バランス	来週予定
8月10日	バイタル	転: ADL体操・測定(菊地) ・ストレッチ ・バランスマット ・マッサージ	休憩	バイタル	ア: やまとなでしこ七変化 アイデア、ひらめき、工夫、 秘めた個性を發揮 (局長)	来週予定
8月24日	バイタル	転: 歩けメロス(菊地) コース で昼食～		休憩	転: ストレッチ(菊地) ア: 笑う勝ち組講座 "藤山寛美" から学ぶ	来週予定
8月31日	バイタル	転: ストレッチ(菊地) 栄: "かしこく5ハン" ～知・作・友・楽・食～ (菊地)	休憩	バイタル	ア: 眠れる森の美女 (快眠講座1) (佐々木久長先生)	来週予定

介護予防の考え方と方法
～「元気の源さんクラブ」事業の
試行とその課題から～

藤里町社会福祉協議会
菊池 まゆみ

**地域包括支援センターって何？
介護予防事業って何？
～平成17年度計画策定に至るまで～**

- ・地域包括支援センター機能は「在宅介護支援センターのレベルアップ」？
- ・介護予防事業は「筋トレの実施」？
「デイサービスのレベルアップ」？

**藤里社協の場合
きちんと真面目に取り組むほど
間抜けの役回りになりそうです**

- ・総合相談体制を掲げて 65歳未満はお断り？
- ・気力体力低下の百歳に筋トレを勧める？
- ・介護予防事業は65歳以上に必要で65歳未満には不必要？
- ・保健師さん事業や教育委員会事業はそのまま、新たな事業を始める？

**だから
「元気の源さんクラブ」事業の試行です**

- ・固定したメニューはありません(参照2)
自分自身で自分に適したメニューを見つけるお手伝いです
- ・保健師さんも教育委員会さんも関わって頂きます。(参照1)
- ・評価会議資料を参考にして、それぞれの事業展開に活かして頂きます。(参照3)

**今後の事業展開の見通し
～社協の体力では、3年が限界です～**

1) 「元気の源さんクラブ」事業。
新予防給付・地域支援事業の対象外の方や対象外の事業は、社協の持ち出し(県社協・トータルケア事業助成)です。

2) デイサービス事業
・「元気の源さんクラブ」事業から、高齢者に無理のないメニューを選んで、新予防給付事業を開始

3) ヘルパー事業
・アルコール依存の方や、抗うつ剤服用の方等は、自立支援法の適用を探るが、単独事業として必要なサービスの提供は継続(3年が限界)
・配食サービスや送迎サービス等の自主運営の新サービスを提供することで、ヘルパー派遣回数が減っても、生活に支障がでない方策を

地域包括支援センターの機能と課題

藤里町社会福祉協議会 菊池まゆ

平成 17 年度 の 取 組 み	検 証 と 課 題	平成 18 年度 以 降 の 取 組 み 課 題
社会福祉士が担うべき機能 1) 総合相談支援業務 ・ 月 1 回の専門相談所の開設 司法書士・社会福祉士・保健師の 3 人体制 ・ 総合相談システムの構築 民生委員・行政相談員・身体障害者相談員・知的障害者相談員等の地域の相談員が互いの業務を知る為の勉強会等を開催 2) 権利擁護業務	⇒法律・福祉・保健医療の組み合わせで対応することにより、殆どの相談に対応出来る 65 歳以上と未満の分け方は不可能 ⇒相談員の名称をもつ方々のそれぞれの認識や理解度の違いの大きさは、予想をはるかに越えていた。個々の相談員の資質を高めるための勉強会には至らず、互いの役割・業務を覚えることが優先となった。 ⇒社協の地域権利擁護事業の推進や金銭等管理支援事業の強化を図っているが、地域包括支援センターとして成年後見制度支援等にどう関わるべきかのイメージは出来ていない	・ 月 1 回の専門相談所の開設（継続） 社協のトータルケア事業との組み合わせにより、実績で 65 歳以上・未満を分けが、年齢内容で窓口を狭くはしない 自立支援法の相談業務との組み合わせを図る ・ 勉強会の継続および連絡体制図等の整備 ・ 行政 3 係長（福祉担当・児童担当・生活全条例担当との連絡体制整備 実際にシステムとして機能する為には、強会や事例検討会等も検討
3) 高齢者虐待防止ネットワークの構築 ・ 各行政区に社協委託で配置している 50 人の福祉員の研修（早期発見・見守り活動） ・ 各団体等の理解協力体制整備 ・ 広報・啓発活動 4) 地域におけるネットワークの構築 ・ 地域ケア会議の開催 A 層 各福祉サービスの申請で判断に迷うケースは、各受け付け担当が判断しないで、地域ケア会議で判断する。申請者又は代弁者を入れて随時開催 B 層 実務者会議。月 1 回開催で事例検討、情報交換等を行う C 層 年 2 回開催。実務者会議からの提言を受けて、政策等に反映可能かどうかの判断も行う。	⇒予防の為の見守り活動のいきすぎの懸念 「高齢者虐待防止」が周知されるほどに潜在化する懸念 「虐待は特別な家庭で特別な事情で起こる」という認識は、早期発見・早期解決を阻害する要因となる。 ⇒A 層は、利益の相反する者と第三者とが必ず同席する形をとり、極力公正な判断を行うため、機能している。B 層は、情報交換が主になり、実務者レベルで「地域のニーズを把握し・政策提言に結びつける」には至っていない。	・ 緊急かつ具体的な介入が必要な場合は、措置権を持つ行政が、社協は早期発見早期対応に務める。 ・ 地域ケア会議の開催（継続）
主任ケアマネが担うべき機能 ・ ケアマネジメントリーダー活動支援事業の実施 （平成 15 年度より） ・ サービス事業所振興事業の実施（新規） ・ サービス事業等評価事業（新規）	⇒地域の連携体制の整備が主になっている	・ これまでの事業を継続。 ・ 高齢者施策評価事業については、見直し継続

○シンポジスト：渡辺正見氏

アウトカム・マネジメント代表

「介護保険事業者の視点から」



アウトカム・マネジメントの渡辺でございます。

よろしくお願ひいたします。

今日は、昨年 11 月に行われた東北 6 県の 1,200 の訪問介護事業所の調査票調査の一部を使つての発表です。

調査の際には、今日こちらに来られている事業所の方にもご返答いただいたかと思ひます。秋田では 50 件弱の事業所の方々にご返答いただきました。この場を借りて御礼申し上げます。

この調査のメインテーマは経営評価指標の開発というものです。その調査項目の一部に、介護保険制度についての意見という項目を作り、調査を行ったものです。

回答は 256 事業所からいただきました。今回の発表は、介護予防に関する取り組み、介護保険制度の運営に対する評価などで構成しています。また、回答の分析では、①訪問介護事業所全体②積極的に介護予防に関わっている事業所③営利・非営利に区別した事業所の 3 つに分けています。

「介護予防に関する取り組み」については、去年の 11 月の段階ではほとんどがまだ未決定で、どうするかわからない状況でした。その中でも 7%、大体 23 事業所が「積極的に行なう」回答しています。また、介護予防に取り組まない理由としては、「定額払いの様子見」や、「投資額が非常に高い」「新予防給付対象の利用者獲得に努力する」などを挙げています。

具体的な介護予防サービスは、特に「筋トレ」「口腔ケア」「転倒骨折防止」が挙がっています。

「介護予防に積極的に対応する」と回答したのは 23 事業所ですが、その 23 事業所の中で目立ったのが筋肉トレ、口腔ケアで、全体とあまり変わりません。特に口腔ケアが多かったという感じです。

全体の「介護予防の取り組みについてのまとめ」です。50%が検討中ということでした。取り組まない理由としては、新予防給付の対象者以外の利用者獲得に努力する、定額払いについて様子を見る、投資額が高く様子を見ている、などが挙がっています。介護予防に積極的に対応する 23 事業所では、筋トレ、口腔ケアが目立っているといった状況です。

次は、「介護保険制度の運営の評価」ということで、介護保険制度についての事業所の意見をいただきました。この評価については、訪問介護事業者全体の場合、介護予防に積極的に対応する事業所の場合、営利・非営利別の場合の 3 つに分けて分析しています。

「現状の介護保険のメリットをどこに見るか」という質問では、65%が「家族介護者の

負担が減った」、62%が「介護に関する社会の関心が高まった」という点を挙げています。

「現状の介護保険のデメリットをどう考えるか」という質問に対しては、52%が「介護保険の変化が激しく振り回されている」。それから、「介護報酬の額が少ない」「介護サービスの提供事業所の数が増えて他の事業所との競争が激しくなった」などが目立っています。

次は、「現状の介護保険制度の問題点」についてです。45%が「現在の介護保険制度では訪問介護事業所の経営が難しい」。41%が「介護保険制度の急激な変化に対する不信感を感じる」。39%が「休養が十分でなく常勤職員の確保が困難」と答えています。

次は、「介護保険制度に望む点」についてです。63%が「常勤介護職員の確保の為に介護報酬の増額」。75%が「介護保険制度が財政状況で変化するのは困るので安定した制度にして欲しい」となっています。

事業所全体における「介護保険制度の運営評価に対するまとめ」です。メリットとしては「介護保険制度への社会的関心が高まった」「家族介護者の負担が減った」。デメリットとしては、「制度変化が激しく振り回されている」「介護報酬が少ない」「他の事業所との競争が高まった」といったことが挙げられています。

介護保険制度の問題点としては、「現在の制度では事業所の経営が難しい」「急激な制度変化へ不信感が持たれる」「給与不十分で常勤職員の確保が困難」。そういったことが挙がっています。

介護保険制度に対する全体の要望としては、「財政状況で変化するのは困るので安定した制度にして欲しい」「常勤確保のための介護報酬の増額」「わかりやすい介護保険関係情報の提供」ということが挙がっています。

次は、介護予防に積極的に関わろうとして事業所が「介護保険制度のメリットについてどう考えているのか」という点についてです。特に目立っているのは、「介護に関する社会の関心が高まった」「利用者が適切なサービスを必要な量・回数を受けられるようになった」ということで、全体とあまり変わらない結果といえるかと思えます。

「積極的事業所が介護保険制度のデメリットとして何を考えるか」ということについては、「介護保険制度の変化が激しく振り回されている」「介護資源の偏在などにより地域によってサービスの格差がある」。そういったことが目立っています。

「介護保険制度の問題点」についてです。「現在の介護保険制度では訪問介護事業所の経営が難しい」「急激な介護保険制度の変化への不信感」が挙げられています。それから目立っていた回答の中には、「訪問予定の利用者からのドタキャン」というものもありました。

「介護保険制度への要望」については、最も多いのが、「介護保険制度が財政状況で変化する存在では困るので安定した制度にして欲しい」「サービスの質に応じた介護報酬の決定」ということです。

介護予防に積極的に関わろうとして事業所が考える「介護保険制度への運営評価のまとめ」についてです。メリットとして挙がっているのは、「介護者の負担が減った」「介護に

関する社会的関心が高まった」「利用者が適時適量の介護サービスを受けられる」。一般とあまり変わらない結果です。

デメリットとしては「制度変化が激しく振り回されている」「介護資源が偏在で地域によってサービスの格差がある」「他の事業所との競争が激しくなった」「介護報酬の額が少ない」。

問題点としては、「給与が不十分で常勤職員の確保が困難」「訪問予定利用者からのドタキャン」「急激な制度変化への不信感」「現在の介護保険制度では事業所の経営が難しい」といった点が挙げられています。

要望としては、「財政状況で変化するのは困るので安定した制度にして欲しい」「常勤確保のための介護報酬の増額」「ケアマネージャーの報酬増額」といったところです。

積極的に介護予防に関わろうという23事業所の結果は、一般と変わらない結果になったといえるのではないのでしょうか。

最後に、「営利・非営利の法人の区別による違い」です。

「介護保険制度のメリット」については、ざっと見てもさほど変わりがないように見えます。「家族介護者の負担が減った」「利用者・家族の意思表示が積極的になった」を非営利のほうが挙げています。

「介護保険制度のデメリット」については、非営利では「介護報酬の額が少ない」。営利では、「介護サービスの事業所が増えて他の事業所との競争が激しくなった」がより多くなっています。「介護資源の偏在などによって地域サービスの格差がある」これは非営利のほうが多かった。

「介護保険制度の問題点」では、ざっと見てあまり変わりはありません。少し違うのは、「教育が不十分で介護職者の能力が低い」という点で営利、「急激な介護保険制度への不信感が持たれる」で非営利が多くなっています。

「介護保険制度への要望」では、営利が「わかりやすい介護保険関係情報の提供」。「介護サービス従事者の養成の拡大」についても、営利が割合的に多くなっています。

「介護保険制度の運営評価へのまとめ」です。メリットとして営利事業所がより多く挙げているのは「家族介護者の負担減」。一方非営利事業所がより多く挙げているのは「利用者・家族の意思表示が積極的」です。

営利、非営利の区別では、資料には出ていませんが、地域差があり、特に営利の方は都市部により多く、非営利は郡部に多くなっています。そうした点も含めて考えていただければと思います。

デメリットとしては、営利事業所では「介護保険徴収が国民に負担」「他事業所との競争が激しくなった」が多く挙げられています。一方非営利事業所では「介護報酬の額が少ない」「介護資源偏在等で地域サービスの格差が出ている」といったことがより多く挙げられています。

問題点としては、営利事業所が「介護職員の能力が低い」、非営利事業所が「急激な介護保険制度への不信感」「介護サービスの評価が不十分」を多く挙げています。

要望としては、非営利事業所が「常勤介護職員確保のための介護報酬の増額」「サービスの質に応じた介護報酬の決定」、営利事業所が「わかりやすい介護保険関係情報の提供」、「介護サービス従事者の養成拡大」を多く挙げています。

非営利事業所は介護報酬関係で要望が多かった点が目立っているように思います。

「全体のまとめ」です。「介護保険制度に対して評価する面」としては、「介護資源の充実など社会的な側面から介護が充実した」ことを挙げられるのではないかと思います。

「介護保険制度に対して評価できない面」としては、「介護保険制度の急激な変化」「介護報酬の不足」「競争が激化した」など事業に直に影響するものが多くなっています。

「介護保険制度に対する要望」としては、「安定した介護保険制度の確立」「わかりやすい介護情報の提供」「介護報酬の上昇」など、「社会的な観点、身近な状況に対する改善」などが要望として挙がっています。

今日の参加者の皆さんは訪問介護事業所でないところの人が多いと思いますが、ぜひ、こういったことと重ね合わせて考えていただければと思います。

以上で終わらせていただきます。

介護保険制度に対する 訪問介護事業所の評価と要望

～「訪問介護事業所の経営評価指標の開発」に関する研究より～

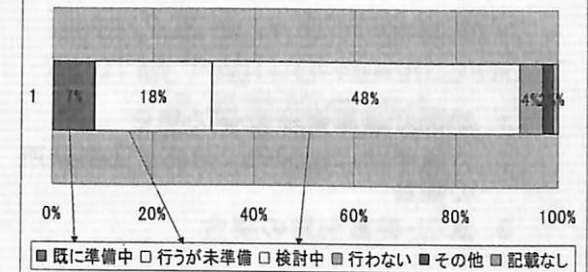
渡辺正見
㈱アウトカム・マネジメント

本発表の概要

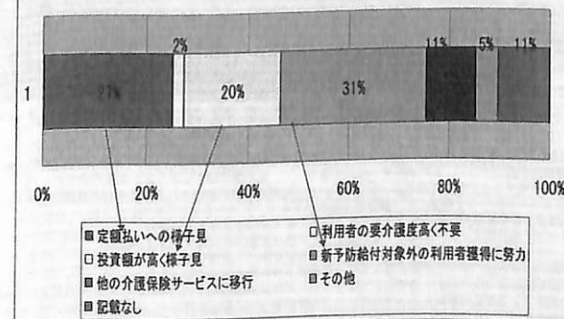
- ・「訪問介護事業所の経営評価指標の開発」に関する研究の一部
- ・東北6県1200事業所に対する調査票調査
平成17年11月実施。256事業所より回答を得た。回答者は訪問介護事業所 所長または訪問介護事業部の責任者。
- ・本発表の内容
 1. 介護予防に関する取組み
 2. 介護保険制度の運営に対する評価
 - 1) 訪問介護事業所が考える介護保険制度に対するメリットとデメリット
 - 2) 訪問介護事業所が考える介護保険制度の問題点
 - 3) 訪問介護事業所が介護保険制度に対して望む点

介護予防に関する取組み

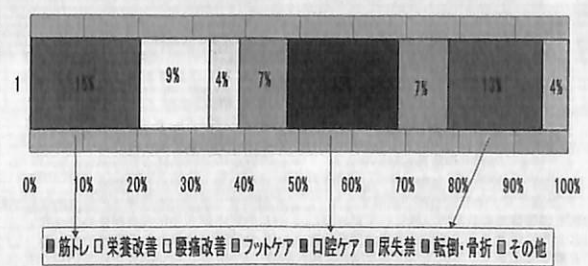
介護予防に関する取組み



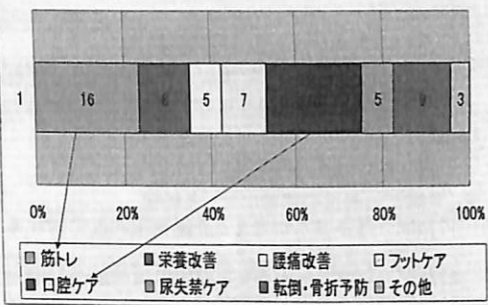
まだ介護予防に取組まない理由



具体的な介護予防サービス

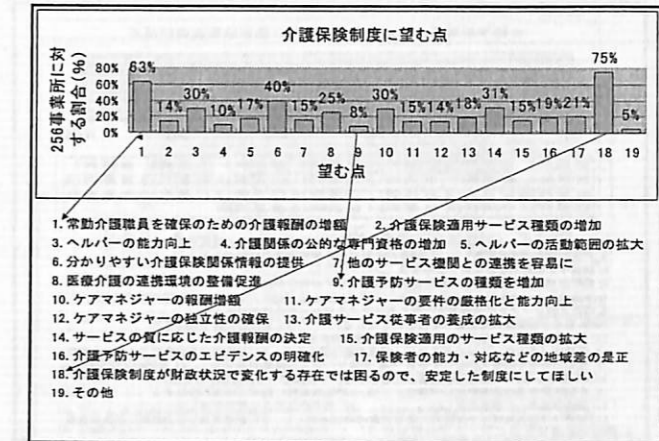
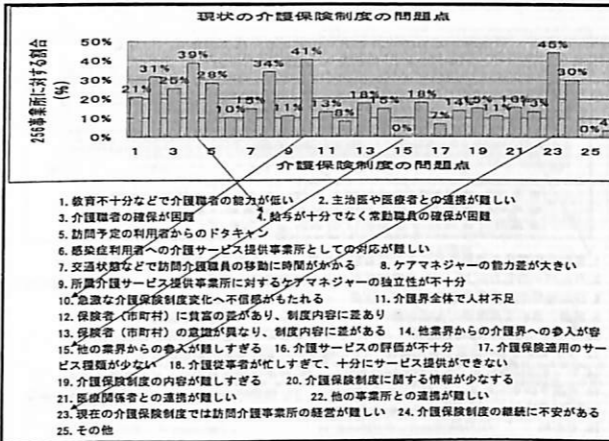


介護予防積極対応事業所の具体的サービス(23事業所)



「介護予防への取組み」のまとめ

- 17年11月の段階で、25%の事業所が介護予防に取り組むことを決定。約50%が検討中。他に取組まないとする事業所など。
- 取組まない理由として「新予防給付対象以外の利用者獲得に努力する」「定額払いについて様子を見て」「投資額が高く様子を見ている」
- 介護予防に積極的に対応する事業所では、「筋トレ」「口腔ケア」が目立っている。



介護保険制度の運営の評価

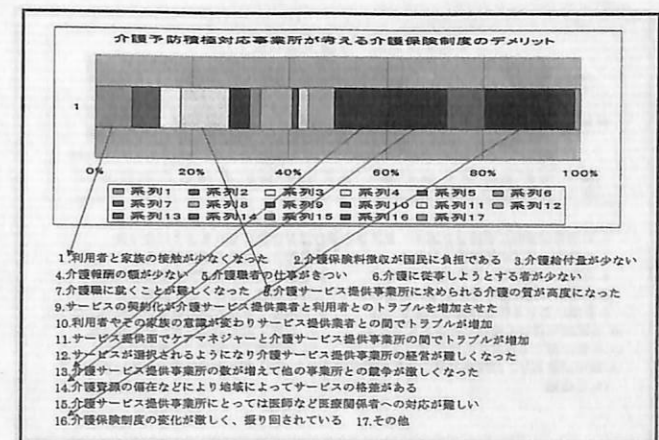
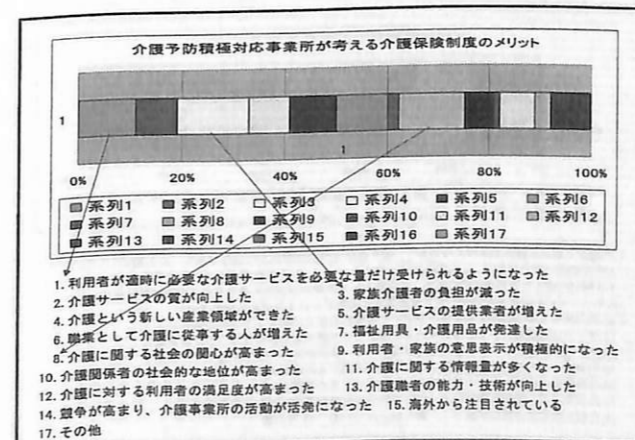
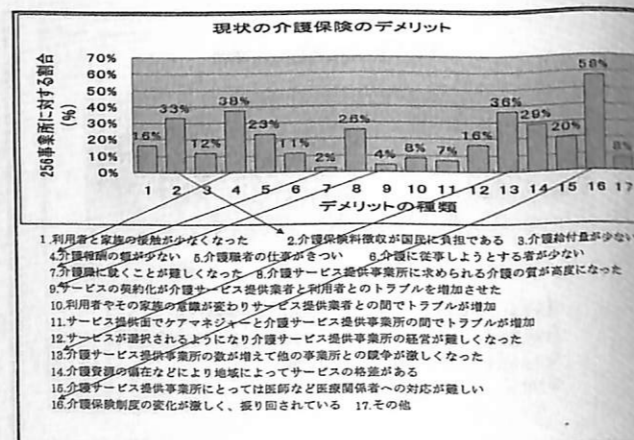
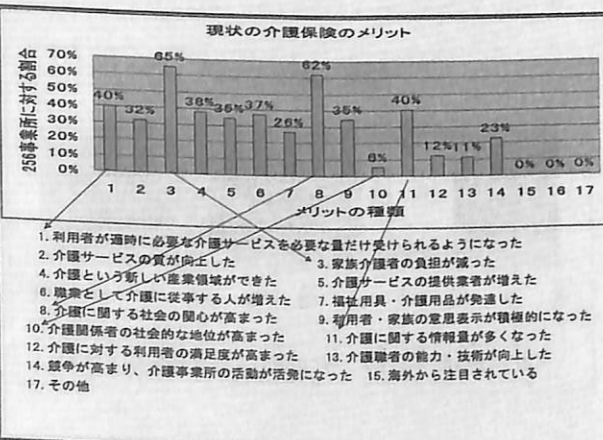
- 訪問介護事業所全体の状況
- 介護予防に積極的に対応する事業所の状況
- 営利・非営利別の状況

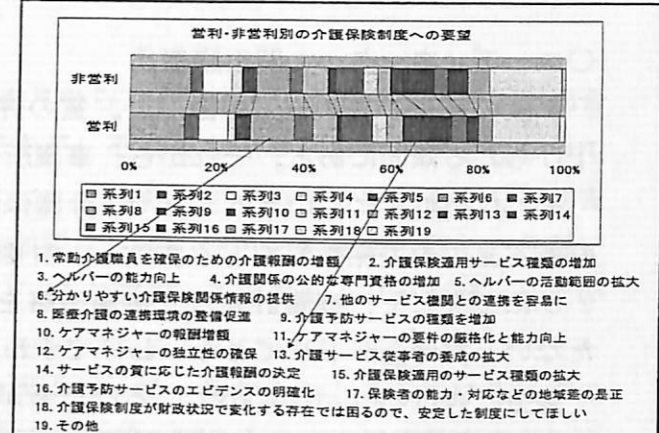
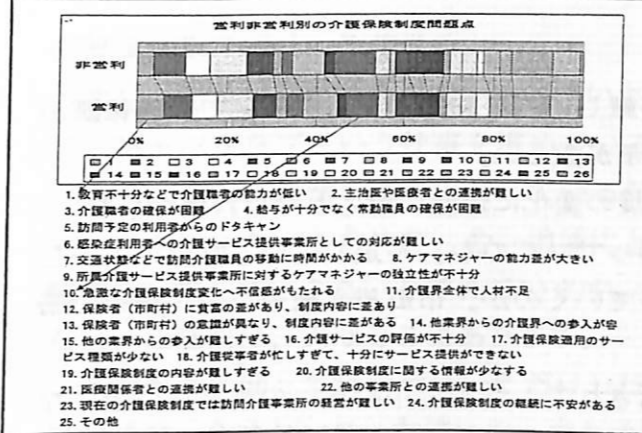
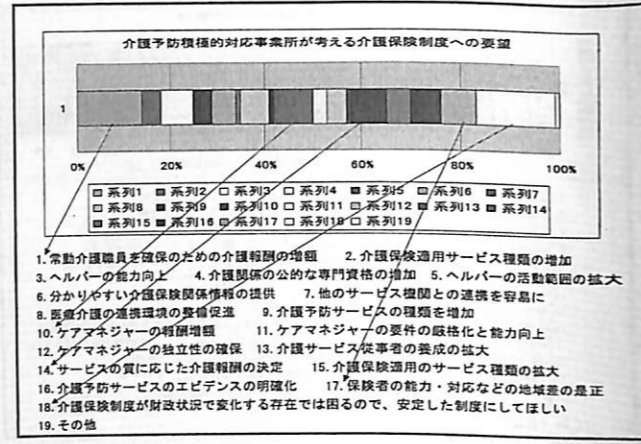
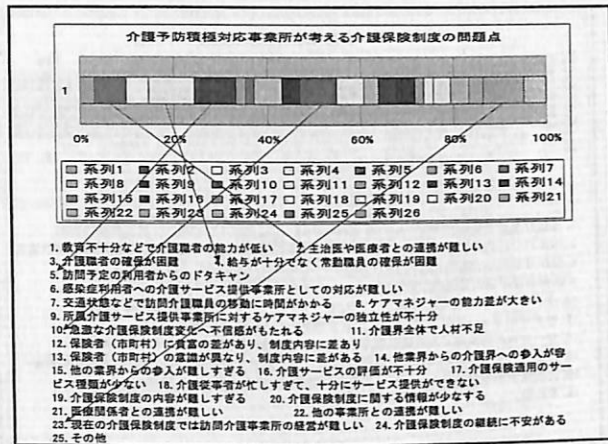
1. 訪問介護事業所全体の状況

事業所全体における介護保険制度に対する運営評価のまとめ

- メリット: 「介護へ社会的関心が高まった」「家族介護者の負担減」。
- デメリット: 「制度変化が激しく、振り回されている」「介護報酬が少ない」「他事業所と競争が高まった」。
- 問題点: 「現在の制度では事業所の経営が難しい」「急激な制度変化へ不信感もたれる」「給与不十分で常勤職員確保が困難」。
- 要望: 「財政状況で変化するのは困るので、安定した制度にしてほしい」「常勤確保のための介護報酬増額」「分かりやすい介護保険関係情報の提供」。

2. 介護予防に積極的に対応する事業所の状況





介護予防積極対応事業所が考える介護保険制度の運営評価のまとめ

- ・メリット:「家族介護者の負担減」「介護に対する社会関心の高まり」「利用者が適時適量な介護サービスが受けられる」
- ・デメリット:「制度変化が激しく、振り回されている」「介護資源偏在で地域によってサービス格差がある」「他の事業所との競争が激しくなった」「介護報酬の額が少ない」
- ・問題点:「給与不十分で常勤職員の確保が困難」「訪問予定利用者からのドタキャン」「急激な制度変化への不信感」「現在の介護保険制度では事業所の経営が難しい」
- ・要望:「財政状況で変化するのでは困るので、安定した制度にしてほしい」「常勤確保のための介護報酬増額」「ケアマネジャーの報酬増額」

営利・非営利別の場合

営利非営利別の場合の介護保険制度運営評価のまとめ

- ・メリット:「家族介護者の負担減」非<営、「利用者・家族の意思表示が積極的」非>営。
- ・デメリット:「介護保険料徴収が国民に負担」非<営、「介護報酬の額が少ない」非>営、「他事業所との競争が激しくなった」非<営、「介護資源偏在で地域にサービス格差」非>営。
- ・問題点:「介護職者の能力が低い」非<営、「急激な制度変化への不信感」非>営、「介護サービスの評価が不十分」非>営。
- ・要望:「常勤介護職員確保のための介護報酬の増額」非>営、「分かりやすい介護保険関係情報の提供」非<営、「介護サービス従事者の養成の拡大」非<営、「サービスの質に応じた介護報酬の決定」非>営。

全体のまとめ

評価する面

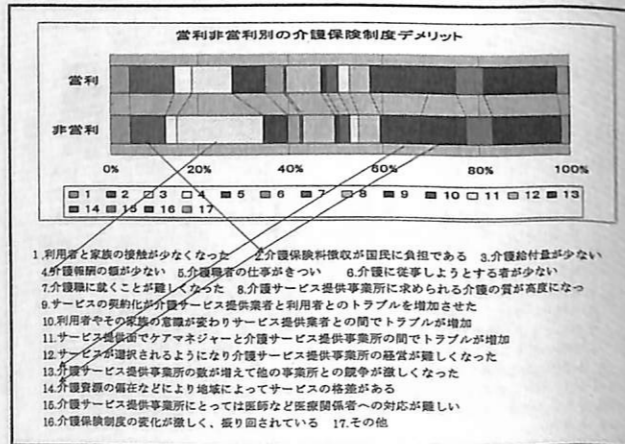
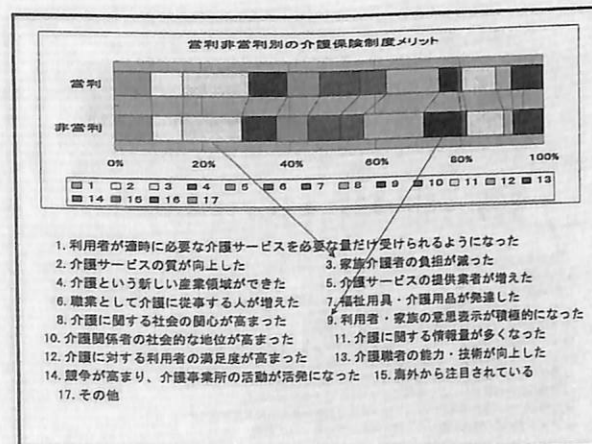
- ・介護資源の充実など、社会的な側面から介護が充実したことを評価。

評価できない面

- ・介護保険制度の急激な変化、介護報酬の不足、競争の激化が強くなったなど、事業に直に影響する部分。

要望

- ・安定した介護保険制度の確立、分かりやすい介護情報の提供、介護報酬の上昇など、社会的な観点、身近な状況に対する改善。



全体討論（質疑応答含む）

○コーディネーター：関田康慶氏

制度の変化のスピードが激しい。質の評価が厳しい。なおかつ、財源不足で介護報酬が下げられる傾向にある。それから、事業所の競争が激しい。

それは市町村にもいえることで、介護保険制度の変化に迅速に対応しなければならない。財源不足の中で保険料をどう決定し、計画を作っていくのか。不足している財源の中からいかに工夫して、事業計画なり事業戦略を作っていくのか。市町村も競争です。競争で勝たないと交付金が下りてこないわけですね。

多分、今はバラバラに出ている交付金が統括されて、やがて市町村への一括交付金になる可能性があります。その中で、保健・医療・介護・福祉にどう分配するのか。都道府県にしる、市町村にしる、自分たちで決定することになるはずですが。その動きが今、始まっているところです。そのためには、評価の仕組みができないといけません。情報が上がってこないと評価できないわけで、その動きが、この4月から始まっているわけです。

そういうことで、これから、各報告者に対するご質問をいただきたいと思います。その後、論点を絞って徹底討論したいと思います。

その後の討論では、例えば、地域包括センターをどのように設計して、どのように機能を向上させればいいのかとか、どういう課題があるのかとか、あるいは介護予防を実際に行っていく上で、新認定審査会でどのように判定するのかとか、実際の地域包括支援センターがどのように関わっていくとか、その予防のマネージメントをどうするかとか、細かい計画や戦略があると思うんですが、どうするんですか、とかですね。地域支援事業の中身をどうするのか、老人保健事業との住み分けをどうするのかとか、これを発展させるため、来なさいといっても来ない人をどのように連れてくるのか、あるいは行くのかですね、その辺の問題などもあると思います。それに、密着型のサービスをどのように整備すればいいのか。下手をすると利用者の利用権を制限してしまうことになるかもしれない、という問題点もあります。質の評価のところでの、事業所とか市町村の関係のマネージメントでの情報公開、評価をどのように活用していけばいいかなど様々あります。

そこでまずは、報告に対するご質問を受けて、その後でこういう議論をしたいと思えます。どなたかご質問どうぞ。気軽をお願いします。何でも結構です。どんどんぶつけて下さい。

○質問者

横手市の佐藤さんにお伺いしたいんですが、「健康の駅」が健康交流拠点となると、例えば教育委員会の体育課とか、生涯学習課とか、あるいは町内会活動との関係で、自治振興課と市役所で言っているかどうか知りませんが、そういう他の課との連携というかむしろ、今までやっている事業との兼ね合いから、その事業をやってもらっては困る、と言われる

ようなことはないのですか？

○健康の駅チーフ：佐藤学氏

実は、そういったせめぎ合いはございます。4月からNPO法人化に向けて、横手市総合型スポーツクラブという仕事を進めているのですが、そことも先日打ち合わせを行なっています。また、保健事業を担当している保険センターとも、かぶる部分がたくさんあります。そういった点も含めて、今、地域にとって必要な仕事の仕方を、健康の駅という形で整理し、担っていきたくと考えています。先ほど、1公民館、1保健師と私がお話させていただいた意味は、実はそこにあります。

保健事業に関して言わせていただければ、地域にとって一番身近なところにいるはずの保健師が、今はセンター方式になってしまっていて、400~500人の方に健康教室の通知を出して、来られる方が5、6人というのが実態です。このような状況で、本来の保健事業がきちんとやれているのかと、私自身疑問を抱いていました。そういったところもきちんと整理・検証して、本当に市民にとって必要な保健活動や、健康づくり支援をしていきましょうというのが「健康の駅」の役割だと思っています。そうしたことを庁内の委員や各部署と協議すべく組織を立ち上げようと準備している最中です。

いずれにしても市長の公約事業ですから、地域の方々から積極的に意見をいただければと思います。本当に力が入っているとある程度の体制になりますが、職員が2人という理由もそこにあります（他の部署との調整が難しい）。これからは、そうした面についても検討を重ねながら進んでいきたいと考えています。

○質問者

ただ、国の行政改革だけではなく、地方でも同じですが、30年も50年も経って、すでにいらぬ事業もあると思います。例えば、市民憲章とか、豊かな明日を創造する新生活運動とか、そうしたことをやめて、新しい事業に切り替えるというのなら分かりますが、これはやめませうというのではありません。それでは、行政全体としては効率的にならないと思うのですが。

○コーディネーター：関田康慶氏

実は介護保険制度が実は引き金になって、行政組織の再編も考えなければいけなくなるようなことをつきつけられているのですよね。先ほど僕の話でも出ましたが、例えば地域包括支援センターや地域支援事業は、介護保険制度の枠の外まではみ出しています。そこで既存の事業や担当課とぶつかるんです。そこをどう整理するかというのが、各市町村に問われています。自分たちで考えろということです。それがまさに戦略です。

課の再編統合もひょっとしたら、しなきゃいけない。今まではセンター方式で行政が中心になり、来た人だけ、あるいは予算の範囲内という発想が多かったのが、選択できる

とか、市民中心型に今切り替わっているわけですね。そうすると生活密着型の方に移行しなければいけないわけで、行政の組織自体が、そのような変化にしなければいけないのではないかと。そういうことを問われているわけです。政策についても市民評価が入り、双方向の評価のシステムに切り替えなければなりません。

○質問者

4月から始まる小規模多機能型居宅介護について質問させていただきます。居住の部分は最初の考えと違ってはざされていますが、小規模多機能施設と小規模多機能居宅介護とは、少し違うものではないかと私は認識しています。その点、柿沼さんは小規模多機能施設の経済的視点から、小規模多機能居宅介護をどのようにとらえているのか。また、サービスが制限されている小規模多機能型居宅介護に事業を移行されるおつもりなのか、という点についてお聞きしたいと思います。

○せんだんの社ものう施設長:柿沼利弘氏

まず後の方の質問から先にお答えします。今、私のところでは小規模多機能居宅介護に移行する考えはありません。なぜかという、経営の視点からシミュレーションすると、現行の報酬体系の方が収益につながりやすいという点があります。それが一番大きな理由ですね。

二つ目は、私どもで実施している小規模多機能と、4月から実施される制度の違いです。仕組みの違いですが、新しく始まる制度では、市町村が事業所を指定します。その事業所のサービスを利用できる住民が限定されます。しかし、私どもの事業所は、近くに住んでいても、隣の町に住んでいても、私どもの事業所が良ければ利用していただけるわけで、利用者側にも選択権があります。そういう部分で大きな違いがあるのではないかと思います。

それから、居宅介護の新しい制度を利用すると、それ以外のサービスを利用することができなくなります。それでは利用者は、非常に狭まったサービスしか利用できなくなります。介護保険制度がスタートする前の措置時代のサービス体系に、また戻ってしまうような面があるのではなすかと感じております。それで、できるだけ私どもでは、現行のまま事業を継続して、必要な人に、必要な時に利用していただけるようなサービス事業所として運営していきたいと考えています。

○コーディネーター:関田康慶氏

居宅介護の新しい考え方は、泊まりと通いの機能を統合させたという点で、すごく選択肢を広げています。在宅からいきなり施設というのではなくて、ちょっとショートステイに行くような感じで、その中間的な機能を持たせた。それはいいのですが、制度設計がおかしかったわけですね。

利用者の選択の多様性を認めると制度設計で言っておきながら、全然多様性を認めてないんです。学校と同じように地域を限定して、その地域にいとその施設に行かなければいけませんよと、いうようになっていきます。すぐ隣に学校があっても、学区が違うから行けません、というのと同じことをやっているわけですね。

多様性、多様性と言っても、こんな制度設計では、全然多様ではありません。制約ばかり入れているんですね。せっかくいいものを作るのだったら、余計な制約や縛りは入れなければ良かったんです。

市町村だって大変ですね。一旦、小規模多機能を認めると、変な施設が入った場合、よほどひどいことをしない限り、止めてくれとは言えないんですね。選択権を奪って競争をなくしてしまったら、そういう制度設計になってしまったのです。次回はいろいろ言われて変わると思います。本当は、市町村に権利を委譲して、地域の限定も選択も公益も、一切市町村が自分でできるという仕組みを作ればいいんです。その範囲をどこまでにするか、というのが問題ですね。

それともう一つは、生活圏を小学校のようなエリアにするか、中学校のようなエリアにするか、ということです。それぞれに範囲が違ってきますから。それもまた、市町村の制度設計ですね。

○せんだんの社ものう施設長:柿沼利弘氏

今、関田先生が最後におっしゃっていた点も大きな理由なんです。国の制度をよく読んでいくと、地域密着ということについては、そういうところは国は精一杯出したのではないかと思います。それよりも、もっと小学校区域の方が地域密着としては生活圏域を共有化できる、住民同士のつながりも十分に考慮できます。

それともう一つ、小規模多機能を運営していく上で、地域のマネジメントが非常に重要になってくると思います。そのマネジメントというのは、先ほどもちょっと話しましたが、地域の資源を、一人の人間を支えていく材料として、どれほど我々が取り組むことができ、それを利用者にとどうつないでいくか。そうしたことをマネジメントしやすい、あるいはケアプランを作成していく上での材料として、有効にどれだけ活用できるかというところも含めて意思決定をしています。

○コーディネーター:関田康慶氏

日常生活圏の設計の仕方によっては、何でもかんでも日常生活圏の設計でやってしまうと、非常に地域密着で、町単位のそういうサービスが可能になる反面、選択の多様性がなくなって終わってしまうということもありえるわけです。それをどうするか。小さい町の単位にしてしまうと、密着型のサービスの事業所をいくつも置くわけにはいきません。かといって広域になると、今度はさっき言ったようなセンター型に近くなってしまいます。そのへんのバランス、どういうサービスを、どういう生活圏でやるか、多様性という

か、その重層的な圏域で考えていかないとうまくいかないのではないかと思います。そのへの工夫が必要ですね。

そもそも、小学校とか中学校とかいうこと自体が本当はおかしいんです。高齢者の生活圏の単位のことを議論しているのに、なぜ少子化で子供が少なくなる中学校のような生活圏でやっているのでしょうか。結局は、今の小学校も中学校も学童の人数で圏域を作っているんですね。そもそも合わないんです。

仙台市のケースでも随分と議論したのですが、新しいことをすると、結局は裏づけとなるデータがなくなってしまうんです。過去のデータがないと整合性もなくなってしまう。高齢化が過ぎ去っていくと、次に何かやるとまた変わっていく。これはもうデータの継続性も一貫性も何もなくなってしまうので、とにかく小学校区なりをユニットとして考え、それを積み上げて、そこである種の生活圏を考えようというわけです。従って、生活圏の面積が全然違うんですね。それはもう、仕方がないです。だから一つの生活圏といっても、ある地域は都市型で非常に狭い範囲であるところと、ものすごく遠くまで行かなければいけないということが起こりますね。それは地域特性です。

○質問者

柿沼さんにお伺いしますが、事業者としてはどちらがいいですか。

○せんだんの社ものう施設長:柿沼利弘氏

一概には言えません。ただ、小規模ということにあくまでもこだわっていけば、できるだけ生活者に近いという点が、最終的には選択決定要因になると思います。

○コーディネーター:関田康慶氏

ある意味では本当に小規模だとたくさんサテライトを作れます。それが母艦みたいになると、例えば、東京の大きな学校とかになるとたくさんは作れません。今回も30人未満の小さな入所施設のようなものも認めています。あまり小さすぎると事業所も経営が大変になります。その辺が統合してマネジメントしやすいといえますか。

だからさっきの小規模多機能システムもそうですけど学童をやったりですね。学童をやっていると高齢者、認知症の人が話しをするのに誰かが話し相手になりますから、子供は結構いいわけですね。ショートの人とかデイの人とかも一緒に議論するというコミュニティができるわけです。特別な人だけを収容するとか、特別な人だけに作用するっていうような発想にはない、小さいコミュニティができます。そこで壊れたコミュニティを再生しているようなところがありますよね。

○せんだんの社ものう施設長:柿沼利弘氏

よろしいですか。まさにですね、コミュニティづくりということが小規模分散配置する

というところでの我々の二つ目の大きな狙いなんですね。今、小規模事業所を二箇所持っているんですが、二箇所とも運営委員会というのを設けて、前からですね、居宅ではたぶん必置になっていると思うのですが、地域の民生委員さんであるとか、世話役の方とか、あるいは一般の利用者の家族の方とかに運営委員になっていただいています。14、15名ずつですけれども、利用者のニーズと我々が提供するサービスのギャップを埋める、それを地域から吸い上げてもらう、地域から発言してもらう、そういう取り組みを行っています。一つの例を申し上げれば、認知症って、もう一般化していると我々は考えているのですが、実際にそのお年寄りを抱えている家族の中でも、介護にあっている奥さんは認知症についてある程度理解しているんだけど、旦那さんが全く理解していないとか、娘さんたちも理解してないとか、そういった現実がたくさんあるわけです。そういう声を委員から上げてもらいまして、それなら認知症について広く地域の皆さんに理解してもらえるような講習会とか講座とかやりましょう、っていうことで新年度早速取り組むようなことも企画しています。小規模事業所の運営は地域密着ですので、地域の皆さんの生活と一体的に事業所が運営できる、いわば柔軟な運営方針を持たないとならないということもあるかと思っています。

○コーディネーター:関田康慶氏

それではですね、まだご質問あるかもしれませんが、ちょっと論点を定めながら議論をする過程でまたご質問いただきたいと思います。今回の4月からの新しい制度で非常に重要なのは地域包括支援センターです。これは今まで似たような機能として在宅介護支援センターというのがあったんですけども、機能の重要さであるとか、発展性であるとか、そのボリュームであるとか、それを考えると全く違うものだと考えていいんじゃないかと、思うんですね。この辺を菊池さんの方からですね、実験的にいろいろされて、包括支援センターを設計していくときにどんな点が問題になってきたのかというようにそこを少しお話いただければと思います。

○藤里町社会福祉協議会事務局長:菊池まゆみ氏

17年度の取り組みからということになりますと、ちょっといろんな話になってきますけれども、例えば総合相談支援業務というふうな形でのっております。それから権利予防業務という形でのっております。在宅介護支援センターのところにも相談業務というのは確かにあったんです。ただ、在宅介護支援センターの職員、その一人がやるのだという発想になりますと総合相談体制整備というのは全くできない状態だと思います。相談業務に行くことと、総合相談体制を作るというのは全く違うものだと思って取り組みたいです。ただ、今まで在宅介護支援センターとか、介護保険事業指定法人さんとかいろんな方々の施設長さん、病院長さんの話を聞きますと、認識していらっしゃる方が多くて。現場の職員がやるんだっていうふうな形でしか思ったださらない。その状態では何一つできな

いと思います。

例えば民生委員さんとの連絡体制。一言でいって「連絡体制をとりました」というのは簡単です。「システムは作りました」というのは簡単です。それをどう機能させるかっていうのはとっても難しい問題です。民生委員さんとずっといろいろ一年間やってきましたけれども、「地域の相談に応じています」というのが民生委員さんで、「連絡する体制です」というのはとっているんですよ、今までもずっととってきました。ですけれども、民生委員さんそのものの認識の仕方が全然違うレベルのところ、連絡するのがどこからなのか、何を連絡すればいいのか、どこに連絡すればいいのか分からない、というのが現状でありまして、それは建前とは違うのです。そこに、今、力を注がなければならぬのではないかなと思いつつ、四苦八苦しなげらやっております。

○コーディネーター：関田康慶氏

地域包括支援センターはですね、介護保険の枠の大きな核なんですけれども、同時に外との接点の境界の頭脳とか目の役割を果たしているんですね。中にある機能というのは人も3人しかなくて、ものすごく弱体なわけです。それで、じゃあどうやってやるかという要するに人間の目や頭脳でもって動いている訳じゃなくて、筋肉とか骨格とか神経とか、いっぱいあるわけですね。結局はその支援センターっていうのはそのネットワーク、神経網とか動いてくれる人とか、リンクのシステム化を図るところなわけです。だから支援センターが全部やるっていうのは全くありえないわけで、支援センターが計画して戦略プランを持って、地域のコミュニティのエネルギー、協力を得て。そういうような支援体制っていうのがたぶん、支援センターの機能だと思うんですね。そうするとセンターだけができたから何かできるっていうのは全くありえないわけで、センターと結びつくライン、お互いがラインを作れるってことは、お互いが目的を共用して何をすれば一番いいかっていう情報網を作り上げていかないとできないわけです。それをその地域にあったコミュニティの中で自分たちで作っていかなくちゃいけないわけですね。そういった能力が求められる。だから、3人いるんですけれども、例えば社会福祉士は医療のことや、保険のことがわかりませんじゃ全然話にならないわけで、全員がケアマネジャーぐらいの能力を持たないと絶対動かないです。カンファレンスもできないし、意味もわかんない。連携もできません。社会福祉士のところを見ると権利擁護から医療まで、ものすごく幅広い窓口になっていて、目の役割を果たしているんです。そうすると、その社会福祉士っていうのはすごく重いんですね。もう資格を持っているでは全く使いものにならないし。主任、ケアマネにしても、ただのケアマネじゃ全く使いものにならない。だいたいあの人が主任、ケアマネだったら相談なんかに行かないわ、なんていう人では、たぶん動かないわけですから。その地域で一目置かれているケアマネがならないと相談なんかに行くわけがないですよ。自分でやった方がいいわ、とこうなりますから。

そういう非常に機能が重くて、能力が問われているんですね。ところが実態としてみる

と、在介からスライドしたところがほとんどであって、どこまで意識改革とか研修とかできるか、それは市町村の役割ですよ。地域包括支援センターを作りあげていき、一番重要な子供をどうやって育てていくかということ市町村がやらないきゃいけないわけで、それはいろんなやり方がある、そこが頭を使うところなわけですよ。地域によって事情が違いますし、いろんなやり方あると思うんですけど、それが競争になって、モデルになって世の中でいいものが残っていくと思いますけど。だから在介とは全然機能が違うんですよ。そこが大変重要。

基本的には市町村ですね。例えば国が権限委譲でサービスを市町村に委譲していても、介護保険では大きな枠組みなり、考え方なり、根拠を集めていくのは、やっているわけですね。都道府県もやっぱりその役割やっているわけで。そういう意味ではこういうやり方がいいですよとか、こういう事例がありますよとか、そういうデータベースを作りますよとか、講習会一緒にやりましょうねとか、そういうやり方は可能ですよね。それは今の介護保険の仕組みの中でも都道府県の役割とか国の役割は決まっていますので。市町村だけポーンと投げて、やりないさいとこういうわけではありませんが。そのへん逆に言えば市町村と県の間でどういう役割分担するかとか、国と都道府県どうするか、そういうのをもう一回やらなくちゃいけないわけで。だから、4月の新しい仕組みというのは今までとは違う重みが出てきたということだと思いますよね。地域包括についてシンポジストの方でどなたかご意見ございますか。

地域支援事業と包括支援はかなり関係がありますよね。包括支援センターは介護予防の担当、介護ケアマネジメントもされるわけですよ。一方において、地域支援事業もやっていて。健康の駅がかかるとすると、4月からどの範囲まで関われるわけでしょうか？

○健康の駅チーフ：佐藤学氏

非常に苦しい答弁になるんですけれども、その辺の枠組みがまだうちの市では明確になっていないというのが現状なんです。つい先日内示が出まして、うちの保健師が包括支援センターに行くことになったんですけれども、まだそのへんの議論は全くなされていないというのが正直なところです。例えば地域支援事業を行おうとしたときに、担当課のところで実際に具体的なイメージがわからない。そこで先行してうちの町で、健康の駅がやっていた、じゃあそれを健康の駅でお願いします、という形になっているんです、実は。そういう意味では非常に私たちも、そういった意味ではどういうふうな形で地域支援事業を健康の駅で担っていくのかっていう部分をすごく悩んでいるところです。

○コーディネーター：関田康慶氏

包括支援センターとの関わりで、支援事業を推進することにたぶんなるとは思いますから、包括支援センターとのネットワークというのはすごく大事なことだと思いますよね。

その上で、行政の中の仕組みとしては、せっかく健康の駅があるので、そこは老健事業

の再建も含めてそこを担当されて、中ではうまく連携できるような仕組みにするとか。

包括支援センターの方は両方から関わりを持つというような形になるんじゃないでしょうか。包括支援センター自体は介護保険制度のみではなく、他の領域にまたがって将来的には福祉の関係、知的障害も含めて、福祉の統合化に対する窓口を担う、多分そういうことに方向付けされると思います。場合によっては、健康を中心としたコミュニティづくりの一種の頭脳になる可能性もあるわけですよ。それぞれの包括支援センター自体が特色を持ってモデルを作っていくということになってきますから、そこにつながるルートは非常に意味があるわけで、健康の駅がそこに大きく関わっている。そういった特色のモデルができるっていうか、今からの市町村は健康の駅を作っていかなきゃならないんですよ。

ほかにどなたか質問はありませんか。小規模多機能と包括支援センターの関わりというのはどうなんでしょうか？

○せんだんの社ものう施設長・柿沼利弘氏

実は、私のところも包括支援センターを設けることになっています。石巻市という町は人口 17 万人です。地域包括支援センターは全部で 15 箇所整備されます。そのうちの 1 箇所が私のところですよ。今、小規模多機能を整備して運営しているところとからめて申し上げれば、小規模多機能の事業所というのは小学校区を一つの活動エリアにしていますので、介護サービスの地区担当制というのをとっています。その小学校区を一つのエリアにして、そこに住んでいる人たち、利用者全てサービスを提供できる事業所になっていくということが目標としてあります。地域包括支援センターの機能をリンクして、現在いるソーシャルワーカーと、配置しなければならない 3 名の職員との連携というのは、同じ組織の中ですので十分に図ることができるし、全く別な事業体との連携についても、先ほど先生がお話のように、地域包括支援センターが司令部として、実働部隊ではなくて司令部としての位置づけを図って、実働部隊はあくまでも、その地区担当をしているソーシャルワーカーであったり、あるいはケアワーカーであったり、というような捉え方を私のところではしようということでフローは作っております。

○コーディネーター：関田康慶氏

そうはいってもですね、地域包括支援センターを全部自前でやれというのは、なかなか大変なことなので、制度上の運営協議会というのを作るようになっています。ただし、制度上では一つ作れと書いているんですが、仙台市では実行性がないし、地域密着型の機能を損なうから、それぞれの地域包括支援センターに、それぞれの運営協議会を置いてその上で全体を見るということにしましょうということになっています。そういう二つの面からの対応が必要じゃないかと思うんですね。

もう一つ渡辺さんの報告で出てきたんですが、介護報酬が抑制気味で常勤の割合もどんどん減っているんですよ。結局、事業者にとって収入が減ってきたら費用を抑制するし

かなくて。しかもこの事業っていうのは労働集約型で人件費が多いわけですよ。直行直帰にするとか、常勤を減らすとかになってきます。一方において介護のサービスの質をよくするケアマネジメントが求められています。社協の事業系とお二人いかがでしょう？ 菊池さんの方から。

○藤里町社会福祉協議会事務局長・菊池まゆみ氏

はい、大変厳しい経営になります。おととい予算の理事会評議委員会をやりました。基金の取り崩しです。ただ、人相手のサービス、福祉サービスなんですよ。「事業の儲けがなくなりました、あなたお断りです」。社協の場合は言えません。見栄をはっても、やせ我慢でも事業所の都合のみで、あっちいけ、またお願い。そういうやり方では、地域に根を張ってサービス展開するのは難しい話です。ですから都市部とは違い、地域に根を張って仕事するっていうのは、そういうことです。報酬単価が今 1 万円きていたのが、2 千円になって。経営にならないから、あなたは明日から来ないで下さい。それだと今年度だけはいいです。来年度、再来年度、長い目で見た場合の運営のために。やせ我慢できるところはやせ我慢していきます。以上です。

○コーディネーター：関田康慶氏

そうですね。大手はですね、適当に撤退したりできるんですけども、地域密着の事業所っていうのは、そこしかやっていないから逃げようがないんですよ。だから血を流してまでやらなきゃいけないという悲愴なところがあるんじゃないかと思います。柿沼さんいかがでしょう？

○せんだんの社ものう施設長・柿沼利弘氏

施設と居宅とは、またずいぶん報酬が変わっています。それは介護費用の抑制ということが目的だとは思いますが、特養の場合、ユニット、個室、準個室型ですね、介護費用の報酬は、去年 4 月を 100 とした時に、去年の 10 月改正で 85 ぐらいまで下がったんですね。それでまた今年の 4 月から 93 まで上がります。それは事業者にとって大変ありがたいんですけども、しかしながらですね、各種加算が非常に増えました。ご存知だと思いますけど。たくさんお金がいただけるだろうというふうに思ったんですが、あれはマイナス加算であって、どちらかというときできない人にはお金あげませんよ、これをクリアしないとお金あげませんよ、ということで先ほどからお話の質の確保を早急になさないと 100 分の 70 まで報酬が落とされてしまうというような現実がもう目の前にあるんですね。先ほどお話のようにマンパワーの確保というと、マンパワーはただ人を雇い入れるだけではなくて、資格者を入れなきゃいけないということが、非常に難しくなっていますね。

例えばグループホームには必ずケアマネジャーの配置ですね。配置されないと 70 まで

落とすよというようなものが、どんどん来るわけです。質を確保するというのは当然我々も務めなければならないんですけれども、そこのところだけを突かれちゃうと経営上厳しくなるなあというところも。私も移動させられる立場ですけれども、人を移動させなきゃいけないというところで、なじみの関係性っていうものが崩されてしまうといったことも、費用だけの問題ではなくて、様々な運営上の問題、トラブルまで派生させるような、そういう改正になるのではないかというふうには思ったりはしています。

○コーディネーター：関田康慶氏

ありがとうございます。それでは時間もだんだんなくなってきました。渡辺さんはいろんな問題調査や分析をされておられるんですけど、一体その市町村がどういう戦略計略を持っていけばいいか。もともと事業計画が義務付けられているんですが、非常にテンポが速くなっていて、どんどん先を見てやらないといけないですね。団塊の世代が待ち構えていると。そうすると早く手を打って、横手市のように、もうその制度がきたときには、できていますというぐらいのスピードでやらないと間に合わなくなっているわけですよ。一方において、介護事業所の方は介護報酬を下げられている、質を要求されて、競争が激化して、どうするのかと。地域密着で逃げようにも逃げられないと。これはどうすればいいんですかね、ご意見を下さい。アウトカム・マネジメントなので結果を出してみして下さい。

○アウトカム・マネジメント代表：渡辺正見氏

先生がそういうふうにも、どうすればいいかわからない状況で私もどうすればいいかって言われても非常に困るんですけれども。2月に仙台で福祉経営研究会という会のフォーラムをやったときに厚生労働省の担当者がこられていて、そこで感じたことは、データというか、現場の声をずいぶん求めていらっしゃったということです。それが非常に印象深かったですね。現状をきちんと評価して、明確に訴えるというか、表すということが重要だと思います。地元の人に対しても、国に対しても明確に訴える。それが近道ではないかと思えます。

もう一つは、たぶん皆さんも感じてらっしゃると思うんですけれども、高齢化社会が来ることはわかっていながら、なぜこういう混乱状況になったんだろうって、非常に疑問なんですよね。少子化が来るのはもう10年も前からわかっていながら、なぜこういう状況になるのか。これから予想される将来的状況に対する政策が全然見られなかったように思います。それは一体何なんだろうっていう感じがしますよね。これ非常に素朴な疑問で、国民みんなが持っている疑問ではないかと思えます。このことに対しては全然声になっていないのですが、しょうらいの問題に対して国は動かないならば、この学会は、政策評価も行う計画行政学会というような名称もあるわけですから、ぜひそこらへんのことを学会としてやっていくべきではないかと私は思うんですけどね。以上です。

○コーディネーター：関田康慶氏

ありがとうございます。少子化とか高齢化とか、予測はずれっぱなしですけどね。どれだけ合計特殊出生率が予測されるか非常に難しくてわからないんですよ。子供の数っていうのは、ただ高齢者は分かっているんですよ、死ぬ確率も大体分かっているし。10年経ったら20年経ったら、どうなるかも分かっているわけですから。ずっと昔に手を打たなきゃいけないわけです。それをやっと昨年、年金もやっと、限度額を設けてなんとかっていう話ですから。日本の体質かもしれないですけど、追い詰められないとやらない。常に若い世代につけ回して、という人が日本の社会なのかどうか分かりませんが、もう逃げられなくなりました。逃げられない時によそ様のところの領域まで手を突っ込んで財源を引っ張ってこなきゃ出来ないわけですよ、財政上はですね。ということは、いかに大変かっていう説明の資料があるんですよ。だから昨年の介護講習会で施設の額がかなり下げられたんですけど、それに対してもう大変だ、大変だといってデータ出していったら、今度の改定ではかなり元に戻っているわけですね。それは根拠があるから、厚生労働省としては財務省に対して説明しなきゃいけないので、厚生労働省が財務省に対して説明できる資料を介護保険分野が集めないといけないことです。

いろんな計画やっていますけど、計画だけでは是正にも改善にもならなくて、その情報を集めて、それを活かせるようなシステムをつくっていかなきゃいけないんじゃないかと思うんですよ。こういう学会もそういうことをお手伝いをしなければいけないわけで。政策を作るにしても計画を作るにしても根拠となる資料、データが必要で、それは現在のデータも必要だし、将来の予測も必要です。結局、予測が難しいために子供の数なんて当たらない。そこがちょっと問題なわけですけれども。非常に変化のインターバルが短くなっています。昔は10年、20年のスパンでやってた予測が当たらないからと言っていましたけども、5年とかの間隔でやらないと間に合わないですから。

そういう意味で計画行政の役割も、あるいは市町村、事業所のデータを提供していただく仕組みもすごく大事です。

実は渡辺さんが、無作為に東北6県の在宅介護事業者から1,200の事業所を抽出して調査したわけですよ。その目的の中に、こういう新しい制度設計に使わせていただきますということまで書いているんですが、返ってきたのは256ですよ。4分の1以下の回答率です。自己主張がないんですね。自分たちが困っていたら、困っているということを調査に反映すればいいのにしないんですよ。だからそれは、自己責任じゃないかと思うんだけど。ただ、面倒くさい調査なんですよ、経営指標をどうするかまで入っています。ただ、なんでそんなことまで入れたかという、どんなに大変かということを反映する為には、共通の指標とか尺度が必要であって、それにのっけて全国のデータを入れないと厚労省は対応してくれないですね。秋田県の指標とか、宮城県の指標というのはバラバラですね。統合すると一体何って聞かれたとき、説明できなければ資料にならないわけです。

そういうこともこれから学会ではしますので、ぜひ市町村の皆様方、事業所の皆様、ぜひ

ひご協力をお願いします。持ちつ持たれつの関係で、学会で料理して国に出したりしますから。ぜひそういうことでご協力いただきたいと思います。

それでは、皆様も活発なご討論ありがとうございました。

これでシンポジウムを終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

第22回理事会および支部大会について

1. 第22回理事会

開催月日：平成18年6月15日（木）12：00～

開催場所：仙台市戦災復興記念館

出席者：理事15名のうち 本人出席6名

代理出席2名

委任出席5名 支部規則第10条により成立

議案：第1号議案 平成17年度事業報告（案）について

第2号議案 平成17年度決算（案）について

第3号議案 平成18年度事業計画（案）について

第4号議案 平成18年度予算（案）について

第5号議案 役員補選（案）について

各議案は全会一致で可決されました。各議案の内容は別紙参照

2. 第22回支部大会

○総会

上記理事会と同時開催。各議案は全会一致で可決されました。

○研究集会

開催月日：平成18年6月15日（木）13：30～

開催場所：仙台市戦災復興記念館 2階記念ホール

参加者：約60名

開催内容

テーマ：東北の地に健康産業をどう育成・支援できるか

基調講演、シンポジウムおよび参加者を含めた総合討論を行った。

研修集会の詳細は次回の支部だよりに掲載いたします。

第1号議案

平成17年度事業報告(案)
(平成17年4月1日～平成18年3月31日)

1. 第21回支部大会

(1) 理事会・総会の開催

開催日時：平成17年5月24日(火) 11:30～

開催場所：仙台市戦災復興記念館

出席者：14名(委任出席5名)

鴨池支部長が挨拶の後、議長となり議事を進め第1号議案から第4号議案が審議され満場一致で可決、承認。

第1号議案：平成16年度事業報告の件

第2号議案：平成16年度決算報告の件

第3号議案：平成17年度事業計画の件

第4号議案：平成17年度予算の件

(2) 研究集会

上記、理事会・総会終了後シンポジウム開催した。

シンポジウムテーマ：環境共生時代を考える

基調講演

テーマ：環境社会配慮のためのパブリックインボルブメント
～戦略的環境アセスメント～

講師：原科幸彦氏 東京工業大学大学院総合理工学研究科教授

パネルディスカッション

テーマ：環境共生時代を展望する

パネリスト：原科幸彦氏 東京工業大学大学院総合理工学研究科教授

林山泰久氏 東北大学大学院経済学研究科教授

木谷忍氏 東北大学大学院農学研究科助教授

コーディネーター：工藤啓 東北福祉大学助教授

参加者：51名

2. 第17回研修集会

開催日時：平成18年3月25日(土) 13:30～

開催場所：秋田市文化会館

プログラム

テーマ「新介護保険制度に向けた市町村・介護保険事業者の計画と戦略を探る」

○総合司会：日下輝美 福祉経営研究会・宮城県柴田町社会福祉協議会

○開会挨拶：鴨池 治 日本計画行政学会東北支部長

○基調講演 13:40～14:20

テーマ：新介護保険制度の論点と市町村・介護保険事業者の計画と戦略対応

講師：関田 康慶 東北大学大学院経済学研究科教授

医療福祉講座 医療福祉システム分野

○休憩

○シンポジウム 14:30～17:00(質疑応答含む)

テーマ：新介護保険制度に向けた市町村・介護保険事業者の計画と戦略を探る

シンポジスト

・「健康の駅」事業における介護予防への取り組みの視点から

佐藤 学氏 横手市役所横手地域局福祉保健課
健康の駅チーフ、保健師主任

・小規模多機能施設の視点から

柿沼 利弘氏 せんだんの杜ものう施設長

・社会福祉協議会の視点から

菊池まゆみ氏 藤里町社会福祉協議会事務局長

・介護保険事業者調査の視点から

渡辺 正見氏 アウトカム・マネジメント代表

コーディネーター：関田 康慶 東北大学大学院経済学研究科教授

○閉会挨拶：工藤 啓 日本計画行政学会東北支部副支部長

○参加費：無料

○定員：60名 介護保険関係者および一般市民

○主催：日本計画行政学会東北支部

日本計画行政学会介護保険制度運用評価研究専門部会

○共催：(財)東北開発研究センター・福祉経営研究会

○後援：秋田県・秋田市・秋田県社会福祉協議会・秋田魁新報社・NHK秋田
放送局・ABS秋田放送・AKT秋田テレビ・AAB秋田朝日放送

3. 支部幹事会開催について

第14回幹事会

開催日時：平成18年3月15日(水) 18:00～

開催場所：(財)東北開発研究センター会議室

議事：1. 第22回理事会・支部大会について

(1) 理事会・総会付議事項

- ・平成17年度事業報告(案)について
- ・平成17年度決算報告(案)について
- ・平成18年度事業計画(案)について
- ・平成18年度予算(案)について
- ・役員改選(案)について

(2) 第22回研究集会について

2. その他

4. 臨時幹部会の開催

○開催日時：平成17年12月14日(水) 15時

開催場所：(財)東北開発研究センター会議室

出席者：鴨池支部長・工藤副支部長・関田副支部長
釜田事務局長・山川・関根

会議報告：常務理事・常任幹事合同会議について

検討事項：第17回研修集会について

○開催日時：平成18年2月22日(木) 16時

開催場所：(財)東北開発研究センター会議室

出席者：鴨池支部長・工藤副支部長・関田副支部長
釜田事務局長・山川・関根

会議報告：常務理事・常任幹事合同会議について

検討事項：1. 第17回研修集会について

2. 機関会員増強キャンペーンについて

5. 東北支部だよりの発行について

・No. 29 平成17年9月発行

6. 共催・後援関係

- ・福祉経営研究会主催「平成17年度第1回研究会報告」 17.09.24 東北大学
- ・(財)東北開発研究センター主催「第85回東北開発セミナー」 17.11.21 盛岡市
- ・(財)東北開発研究センター主催「20周年記念シンポジウム」 17.11.25 仙台市
- ・福祉経営研究会主催「フォーラム どうなる?介護保険 18.02.21 東北大学
どうする市町村・介護保険事業所の経営!」

7. 会員の状況について(平成18年3月31日現在)

個人会員54名・学生会員3名・機関会員6機関・特別会員2機関 計65名/機関

以上

第2号議案

平成17年度決算(案)

(平成17年4月1日~平成18年3月31日)

1. 収入の部

項目	金額	摘要
前年度繰越	502,519	
活動費	232,005	本部からの交付金
会費	150,000	特別会員会費 (東北電力株式会社、日本政策投資銀行東北支店)
雑収入	5	預金利息
合計	884,529	

(注) 交付金は、固定支給額と会費納入率および新入会員数により算定(15年度改正)

2. 支出の部

項目	金額	摘要
会議費	31,913	理事会・総会・研究集会・研修集会 会場費等
消耗品費	87,864	理事会・総会・研究集会・研修集会・支部だよりの等
印刷費	0	
通信費	69,260	理事会・総会・研究集会・研修集会 開催案内郵送代等
旅費	100,500	研究集会・研修集会 講師旅費
雑費	187,991	理事会他食事代 研究集会・研修集会講師謝礼等
小計	477,528	
次年度繰越	407,001	
合計	884,529	

以上

第3号議案

平成18年度事業計画(案)
(平成18年4月1日～平成19年3月31日)

1. 会議の開催について

(1) 第22回理事会・総会の開催

開催日時：平成18年6月15日 12:00～

開催場所：仙台市戦災復興記念館 4階研修室

(2) 幹事会の開催について

定期的に開催していく。

2. 研修集会の開催について

開催日時：平成18年秋予定

開催場所：宮城県

3. 第29回全国大会について

平成18年9月15日～16日、大阪大学において開催される第29回全国大会における「研究報告・ワークショップ企画」等への積極的な応募および参加を促す。

シンポジストの派遣。

4. 共催・後援関係

・(財)東北開発研究センター第86回東北開発セミナー後援

開催日時：平成18年6月7日

開催場所：福島市 福島ビューホテル

・日本健康科学学会第22回学術大会への共催および周知

開催日時：平成18年10月27日(金)・28日(土)

開催場所：仙台国際センター

・(財)東北開発研究センター第87回東北開発セミナー後援

開催日時：平成18年秋予定(11月10日に決定)

開催場所：新潟市(ホテル新潟に決定)

5. 会員の加入拡大について

会員増強キャンペーンの展開にあたり本部と連携した活動を行う。

4月10日・11日 岩手県・秋田県・山形県・福島県を訪問

6. 東北支部だよりの発行について

会員相互のコミュニケーション誌として、研究報告・論文等を主に掲載し、年2回程度発行する。

(研究報告・論文等はリレー方式で学会の会員で次回の執筆者を推薦する方式。字数2,400字程度)

第4号議案

平成18年度決算(案)
(平成18年4月1日～平成19年3月31日)

1. 収入の部

項目	金額	摘要
前年度繰越	407,001	
活動費	261,767	本部からの交付金
会費	150,000	特別会員会費 (東北電力株式会社、日本政策投資銀行東北支店)
雑収入	1,502	預金利息
合計	820,270	

(注) 交付金は、固定支給額と会費納入率および新入会員数により算定(15年度改正)

2. 支出の部

項目	金額	摘要
会議費	200,000	理事会・総会・研究集会・研修集会 会場費等
消耗品費	100,000	理事会・総会・研究集会・研修集会・支部だより等
印刷費	50,000	研究集会・研修集会 チラシ印刷等
通信費	70,000	理事会・総会・研究集会・研修集会 開催案内郵送代等
旅費	100,000	研究集会・研修集会 講師旅費
雑費	200,000	理事会他食事代 研究集会・研修集会講師謝礼等
予備費	100,270	
合計	820,270	

以上

第5号議案

日本計画行政学会東北支部役員名簿(案)
(平成16年4月1日改選、5月28日総会承認 任期:3年)平成18年4月1日現在

(敬称略)

役員	氏名	所属機関・団体	備考
支部長	鴨池 治	東北大学大学院教授	
副支部長	小柴 徹修	東北学院大学教授	
	工藤 啓	東北福祉大学助教授	
	関田 康慶	東北大学大学院教授	
理事(青森)	関 格	青森県企画政策部長	
(岩手) (宮城)	藤田 正一	弘前大学人文学部教授	
	松田 恒蔵	(財)青森地域社会研究所副理事長	*
	伊藤 孝次郎	(財)岩手経済研究所副理事長	
	小林 伸一	宮城県企画部長	*
	平井 俊之	仙台市企画市民局長	*
	遠藤 芳雄	(社)東北経済連合会常務理事	
	釜田 正榮	(財)東北開発研究センター常務理事	
(秋田)	近藤 剛	秋田経済法科大学教授	
	進藤 利文	(財)秋田経済研究所専務理事	*
監事	関谷 登	東北学院大学副学長	
	井上 毅	日本政策投資銀行東北支店長	*1
顧問	佐藤 栄佐久	北海道東北自治協議会会長	
	八島 俊章	(社)東北経済連合会名誉会長	*

横澤三男氏(理事:山形)は今回をもって退任されました。

永い間のご労苦に対して、心から感謝申し上げます。(鴨池支部長)

* 今回交替

*1 18.06.23 渡部速夫氏に交代

以上

第29回全国大会について

開催日時 平成18年9月15日(金)～16日(土)
開催場所 大阪大学コンベンションセンター(吹田キャンパス)
テーマ 環境社会マネジメントと新しい計画行政
大会役員 大会会長 小森 星児 (ひょうごボランティアプラザ所長)
組織委員長 加藤 恵正 (兵庫県立大学教授)
プログラム委員長 若井 郁次郎 (大阪産業大学教授)
運営委員長 木田 道弘 (大阪大学助教授)
事務局長 森脇 宏 ((株)地域計画建築研究所取締役計画部長)

大会趣旨

3年にわたる学会共通テーマ「環境社会配慮の計画行政」の中間年にあたる、2006年研究大会テーマは、下記のような主旨で提案します。

現在、わが国をはじめ世界においては、これまでの大量生産・消費・廃棄を前提とした工業社会から脱却するとともに、現世代や次世代の要求をみとめ自然環境の修復・再生、環境に配慮した新しいライフスタイルの確立とそれにふさわしい社会づくりが急務とされています。また、地域環境づくりやコミュニティ形成には、従来の政府中心と異なり、関係する企業や住民が参画し、計画づくりから行動まで三者が相互に連携するパートナーシップによる方法が盛んになりつつあります。

こうした自然及び都市・地域環境の修復・再生への積極的な取り組みに加え、創造される環境を良好に維持するためのマネジメント・システムや適切に対応しうる計画行政の確立が必要であり、両社が連動することにより21世紀にふさわしい環境社会への道が開かれると考えられます。

本大会は、こうしたことをふまえて、都市や地域で取り組まれている環境や社会づくりとそのマネジメントに焦点をあて、多様で実り多い議論を活発に行うことをねらいとします。

また、研究報告や議論の成果が、国土形成計画法への新たな情報として寄与できるよう視野に含めたいと思います。

東北支部からは

9月15日 研究発表セッションⅢ

第1会場(コミュニティビジネス(2))において木谷忍先生(東北大学大学院)、第3会場(福祉政策)において工藤啓先生(東北福祉大学)が座長を務められました。

9月16日 研究発表セッションⅣ

第1会場(環境コミュニケーション)において関田康慶先生(東北大学大学院)が発表を行う予定でしたが急用で欠席となりました。

また、記念講演後のパネルディスカッションでは木伏良明先生にパネリストとして参加していただきました。

日本計画行政学会 第11回計画賞(2006-7年度)事業計画案(抜粋)

1. 開催スケジュール

2006年10月 2日 応募登録開始
2006年12月 2日 応募締め切り
2006年12月12日 予備審査開始
2007年 2月 月上旬 最終審査対象計画決定
2007年 2月23日(予定) 最終審査会・表彰式
2007年 9月15日 受賞記念発表会(第30回全国大会にて)

2. 審査委員

1) 審査委員(交渉中)

伊藤 達雄(名古屋産業大学学長) 黒川 和美(法政大学教授)
熊田 禎宣(千葉商科大学教授) 小林 実((財)地域活性化センター理事長)
斎田 一路(共同通信社社長) 伴 襄(都市基盤整備公団総裁)
廣松 毅(東京大学教授) 前田 耕一((株)時事通信社相談役)
坂本 春生((財)流通システム開発センター会長)
松行 康夫(学術委員長 東洋大学教授) 他若干名

2) 予備審査委員 日本計画行政学会の各分野の専門家

3. 審査方法

1) 第一次審査

学会員約50名からなる予備審査員が、昨年と同様書類審査を行う。

幹事会が、審査結果を基に、10件程度の審査通過案を作成し、常務理事会で決定。

2) 公開プレゼンテーション+学会員による投票

第一次通過者による公開プレゼンテーションを行い、参加学会員により投票を行う。

3) 最終審査

続いて、同会場にて最終審査会を開催。投票結果を加味して、最終順位を決定する。

4. 幹事会メンバーの構成

黒川 和美(法政大学教授) 熊田 禎宣(千葉商科大学教授)
樹下 明(東北文化大学教授) 廣松 毅(東京大学教授)
根元 敏則(一橋大学教授) 坂野 達郎(東京工業大学助教授)
中井 道夫(山梨学院大学教授) 松井 啓之(京都大学助教授)
小竹 裕人(群馬大学助教授) 古倉 宗治(水資源開発公団用地部部長)
細野 助博(中央大学教授) 佐藤 哲也(静岡大学講師)
堂免 隆浩(東京工業大学助手)

5. その他

各支部から最低2件推薦を義務化。

日本健康科学学会第22回学術大会（仙台大会）について（抜粋）

本大会は、10月27日（金）、28日（土）に仙台国際センターにおきまして開催いたします。

日本健康科学学会は、健康に関する学問領域の拡大と健康の概念の変化に対応するために、1985年に設立され、22年の歴史をもつ学会です。本学会では、広い分野の健康専門領域の方々や、この分野に関心のある方に参加していただき、様々な角度から健康にアプローチすることによって、健康を科学的に捉えるとともに、異なる専門分野のコミュニケーションを活発に行い、健康産業の発展に寄与することを目的としています。

第22回学術大会では、「健康のマネジメントを考える—個人、組織（会社）、自治体、国の健康資源選択とシステム・産業の対応」をメインテーマに、特別講演、シンポジウム（市民公開シンポジウムを含む）、ワークショップ（市民参加型を含む）、指定課題・一般演題発表、学会非会員の講演（市民公開、宮城県、仙台市との共催）等を予定しております。

学術大会長 関田康慶（東北大学 日本計画行政学会東北支部副支部長）

開催日 平成18年10月27日（金）9:00～20:00

28日（土）9:00～17:00

会場 仙台国際センター 仙台市青葉区青葉山 Tel 022-265-2211

大会HP <http://www.econ.tohoku.ac.jp/~kenkou22/>

委員会 学術大会準備・運営委員長 関田康慶

プログラム委員会委員長 吉田勝美 聖マリアンナ医科大学教授

展示委員会委員長 稲田紘 兵庫県立大学大学院教授

広報委員会委員長 大滝精一 東北大学大学院教授

実行委員会委員長 日野秀逸 東北大学大学院教授

組織委員会委員長 吉本高志 東北大学総長

プログラム 上記、大会HPをご覧ください。

詳細は同封致しましたチラシをご覧ください。

編集後記

第29回全国大会は大阪大学で9月15日～16日に開催されたが、「福祉政策」セッションの座長を務めたので研究発表の一部を紹介したい。

介護保険など高齢化社会に対応した安全、安心の制度設計に関するものが報告された。日本の高齢者人口比率は今年度中に21%に達すると考えられるが、欧米先進国では高齢者人口比率が14%から21%に達するのに60年を要するのに対して、日本は15年という4倍の速さで駆け抜けてしまう。年金や介護保険の混乱ぶりに象徴されるように、急激な高齢化社会へ突入した日本の政策的対応は全っく不十分である。

集中豪雨や地震のたびに高齢者の悲劇が報道されるが、日本では高齢者を含めた災害弱者を支援するための社会システムはほとんど構築されていない。兵庫県立大学グループの研究発表によれば、災害弱者を支援するための防災システムを地域社会は必要としているが、GIS（地理情報システム）の活用がそのシステム設計には不可欠であるという。有馬教授の研究目的は、災害（特に風水害）が迫っている場合の緊急避難情報システムの伝達と要援護者支援のためにGISの活用の可能性を示すことにある。防災活動には自助、共助（互助）、公助の地域における一体化が必要であり、災害弱者の支援のためには災害に関するデータ、情報、知識の明確な流れを地域社会が把握していなければならない。

発表者は兵庫県新宮町（昨年10月より「たつの市」へ移行）と共同でGISを活用したハザードマップ（たとえば、デジタル化した浸水想定区域図や危険箇所図）などの作成を行い、地域社会における防災システムのプロトタイプ的设计・構築を実現した（2005年9月27日、読売新聞）。ここで重要なのは、関係機関共有情報方式による要援護者の居住場所等の表示に関して、GISを活用した可視化を行い、関係者間で情報の共有を図ることが出来たということである。

個人情報保護の問題やセクショナリズムなどのために、自治体はシステム構築の検討すら困難な状況にあったからである。地球温暖化は風水害を激化させると予測されており、近年の日本の集中豪雨や昨夏の超大型ハリケーン「カトリナ」が災害弱者の問題をクローズアップさせた。有馬教授達と新宮町の試みが、GISを活用した要援護者支援システムの開発・構築につながり、風水害多発地域の防災に役立つことを期待したい。

GISは多面的な可能性を有しており、都市計画、交通行政、環境分野などで大いに貢献すると思われるが、民間の営業活動などでも積極的に活用されて

いる。第28回全国大会における「環境マネジメント」セッションでも、地域住民の参加を前提として、多分野にわたる横断的な環境情報共有をGISを活用して行うというプロジェクトが発表されている（島根県中山間地域研究センター）。有馬教授とは研究発表の翌日、GISの計画行政分野での今後の可能性について議論する機会を得たので、多くのソフトを検討している彼に提案してみた。たとえば地域住民の側に立って、GISを活用した高齢化社会にふさわしい医療や介護に関する「保健福祉マップ」を作成できないものであろうか。本格的な地方分権の時代を迎えて、住民の意識とニーズは高まりをみせ、地方自治体は的確な対応を迫られることになるが、計画行政学会も地方行政分野での役割を負わなければならない。

工藤 啓

☆☆

日本計画行政学会東北支部

「支部だより」 編集責任者 工藤 啓

事務局 平沢 宏治（18年7月より）

関根 斉

〒980-0804

仙台市青葉区大町 2-15-31 大町電力ビル別館

（財）東北開発研究センター内

TEL 022-222-3394

FAX 022-222-3395

☆☆