

## 第2回「超高齢化社会問題研究会」議事録

日時：平成19年8月6日（月）

場所：超高齢化社会問題研究会

報告：東京における高齢化問題

A 時間がまいりましたので、第2回「超高齢化社会問題研究会」を始めたいと思います。

暑い中ご出席いただきまして、大変ありがとうございました。今日は、お手元にお配りしました式次第に従って順次進めてまいりたいと思います。

最初に、「東京における高齢化問題」を世田谷の事例を踏まえてお話しいただきたいと思います。

**講師** 今日はお声をかけていただきどうもありがとうございます。

世田谷区では、21年4月に向けて「高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」を策定する予定で、今年の秋から着手していこうと思っておりますので、今日は、先生方からむしろいろいろなご意見やお考えを聞かせていただいて、勉強させていただこうかなと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

東京都における高齢化問題ということで、東京都全体のことはお話しできないので、世田谷区を例として、まず世田谷区の概況を1番で5つに分けてご説明させていただきます。2番では、世田谷区における取り組みの現状ということで、現在、こういう状況の中で取り組んではいるのですが、かなりたくさん課題があると思っております、この課題についてお話をしていきたいと思っております。

まず、世田谷区の人口です。資料1ですが、1枚目の資料を見ていただきますと、平成9年～平成19年までの世帯数、人口、男女別、対前年増加比ということになっています。いま、82万人を超えておりまして、このほかに外国人が

おりますし、それから、住民票がない人たち、学生さんで田舎に住民票を置いたまま東京都に来ている人たちもおりまして、現在、84万人を超えています。人口と言ったときに私たちは、この82万という規模を使わずに、大体84万人ですと申し上げております。大体どの辺まで伸びるのかという推計ですけれども、これはきちんと立てているわけではないのですが、まだもう少し伸びるだろうと思っています。85～86万人まで行くのではないかと想定しています。

もう一つ、同じページに資料2と書いてあります。これは、65歳以上の人口と75歳以上の人口が、平成15年～平成19年1月1日までどのように延びているかということを見ていく表になっています。65歳以上が平成15年はまだ16.6%の高齢化率だったものが、現在は17.5%になっています。65歳以上がそうなのですが、75歳以上が約半数。初めは15年が16.6%で、75歳以上が7.2%で、まだまだ半分以下が75歳以上ということだったのですが、いまは17.5%と8.2%です。半分の人たちが75歳以上になっているという現状がありまして、この75歳以上の高齢者の人たちに焦点を当てた対策が必要だと考えているところです。

次のページをめくっていただいて、資料3-1は、ひとり暮らしと高齢者のみ世帯の推移です。これから先、ひとり暮らしと高齢者のみ世帯（高齢者のご夫婦で暮らしている人たち）が増えていこうと言われていています。ひとり暮らしと高齢者のみ世帯の人口の推移ですから民生委員さんに調査をお願いしました。どういうふうをお願いしてきたかという、65歳以上の高齢者名簿を民生委員さんの持ち分の地域のところを、高齢者のみ世帯とひとり暮らし世帯にチェックを入れてお渡ししています。民生委員さんはペーパー（一覧表）を見ると、そのうちの誰がひとり暮らしで、どこが高齢者のみかというのが見えるようにして、いままでずっとその実態調査をしてきてもらっていました。

ところが、12、13、14年あたりから件数が増え、民生委員さんがとても実態把握はできないという話が持ち上がってきたのと、介護保険制度が入ってきて、ひとり暮らしや高齢者世帯にはケアマネージャーさんが入っているので、私たちがそこまでやる必要があるのかどうかと、いろいろ議論がありました。でも、

やはりこの調査は続けていきたいということで、3年に1回調査をさせていただくことにしたのと、もう一つ、対象を65歳以上から70歳以上にしました。統計的にはとても残念だったんですけども、諸般の事情でこうせざるを得なかったことはございます。

でも、17年のところを見ていただきますと、70歳以上でひとり暮らしの高齢者が1万1,868人で、平成11年の65歳以上を上回っている勢いですので、対象を70歳に下げたとしても、早晩もっともっと増えていくだろうなと想像しています。

ここから見えることを、次の資料の3 - 2以降で詳しくお話しさせていただこうと思ってピックアップしてきました。3 - 2の最初の第11図というところですけども、70歳以上のひとり暮らし高齢者の年齢別の割合です。70歳から84歳まで、それぞれ30%、20%。85歳くらいまでは同じような割合でひとり暮らしの高齢者の人たちが住んでいます。

その次のページをめくっていただきますと、棒グラフがあります。80~84歳・20.1%というところがありますけれども、これは、80~84歳の女性で5人に1人はひとり暮らしだということを意味しています。女性のひとり暮らしがものすごく増えている現状にありまして、これから、孤老死対策といいますが、孤独死対策といいますが、一人でいつの間にか亡くなられてしまうことに関して、一体どういう対策をとっていくのかというのが、一つ大きなポイントになるというか、その施策をしていかななくてはならないかなと思っています。

この人たちはどういう現状にあるかというのが、次のページ、健康状態です。健康状態については、四角で囲ってあります から を聞き取りをしています。例えば「バスや電車・自動車などを使って一人で外出できないですか」、できる・できないということで、この から までのうち1つでも該当する項目があれば何らかのリスクを伴うというふうに思っています。 から まで、全然ないですか、1つありますか、2つありますか、どれですか、というふうな聞き方をしている平均がそのページに書いてありますが、平均ではなくて年齢別に見てもらおうのが次のページです。

第17図になりますが、年齢層別のひとり暮らし高齢者の健康状態です。下の表で見ていきますと、 のところに「すべて該当しない」というのがあって、70～74歳の方は78.0%の人たちがお元気なんですね。元気に生活をしていて何も該当していません。75歳～79歳の方でも70.9%。7割以上の人たちは何も該当せずに元気に生活しています。年齢が上がるに従ってパーセンテージが少なくなっていっています。90歳以上の方になりますと32.0%ということで、言い方はどうなのか……、90歳になってもまだ3割以上の人たちは、何のリスクも持たずに、おひとり暮らしの場合は元気に生活していることがここから読み取れるわけです。よく、8割の人たちは介護保険を使わないで元気だと言われますが、このとおりの数字に近いものが挙がってくるかなと思っています。

次のページを開いていただきますと、70歳以上の高齢者のみ世帯、70歳以上で高齢者のご夫婦で生活をしている人たちの実態をここで見ています。年齢別でやっているのですが、次のページが、先ほど見た、同性・同年齢層別に占める高齢者のみ世帯人口の割合です。先ほどのひとり暮らしの場合は女性が80代でダントツに多かったのに比べて、高齢者のみの2人暮らしということになると、男性の割合のほうがずっと高くなっておりまして、75歳以上の男性は、ひとり暮らしというよりは妻と2人で暮らしている人たちのほうが多い。23.1%、25.3%、22.7%。75歳～89歳の2割～2割5分くらいまでの人たちは、妻と一緒に生活している現状が見えてくるかと思えます。

この人たちの健康状態をもう一度見てみますと、その次のページが全体像です。もう1枚めくっていただきますと、ひとり暮らしの高齢者よりもっとお元気で、「すべて該当しない」という人が70歳代では81.6%いらっしゃいます。84歳まではひとり暮らしの人たちより元気ですが、85歳を過ぎますと、ひとり暮らしの人たちよりはもうちょっと下がるというような現状がございます。

本当に8割以上の人たちは、介護保険を使わずに元気に生活できているので、介護保険制度の充実もさることながら、この元気な高齢者の人たちにいつまでもお元気でいていただくための施策が必要かなということで、18年4月に「介護予防」ということが大きく打ち出されたことには、意義があっ

たのではないかと考えています。

ここが、ひとり暮らしの高齢者と高齢者のみ世帯の世田谷区の現状です。

もう一つ、65歳以上の人たちの死亡と転入を少し比べてみました。65歳以上の人たちで転入や転出で、また、死亡や65歳到達で人口がどんなふうに変動したのか見たのが資料4ですが、すみません、間に合わなくて、持ってまいりましたもの(資料4)がそうです。

第1号被保険者というのが、65歳以上で外国人を含む第1号被保険者で、12年度からどんどん増えているわけですが、この増えた理由が、一番下の段に「増加理由」というのがあります。その増加理由を見ていただきますと、転入と転出というのが真ん中辺にありまして、例えば12年で見ますと、転入が1,360で転出が2,386となっております。この状態は、世田谷区の場合は65歳以上の人たちは転出していくほうが多いんです。

何が理由かというのを、入院とか、特別養護老人ホームに入ったとか、そういうことで追ってみたのですが、なかなかうまく数字は出てきませんでした。恐らく、地方にいる子供たちに引き取られたりとか、子供たちの近くに住居を構えるというようなことが多いのではないかと推定いたしております。転入と転出の差はいつもマイナスになっていますが、平成16年あたりからはマイナスが500~600人台になってきましたので、転入と転出の差は少し縮まってきているのかなという気がしています。

それから、65歳到達と死亡の差です。一番下の欄は、65歳になった人たちの人数と65歳以上の人たちで死亡した人数です。12年度は5,000人以上の差があったのですが、いまは3,000人台に落ちてきて、18年度はまた4,500人というふうに回復しています。65歳になっている人たちのほうが、当然、増えている。これは想像どおりだと思っておりますが、転入・転出と合わせて差し引いたものも当然ながら増え続けています。ですから、1号被保険者は増え続けているというのが現状です。これが資料4です。

次に介護の状況についてお話しさせていただきます。資料5になりますが、14年度から18年度までの要支援から要介護5までの人数を記したもので、19年

はまだ年度末が出ないので、19年5月末の数字をとってきました。左側が薄く黒になっていたりするのは、18年4月に介護保険制度改正がありまして、要介護1の人たちを要支援1・2に分けるということが18年から行われました。合計が見にくいので、この合計を再掲で右下に表にしてあります。右下に、要介護1以下と要介護2～5というふうに分けてありまして、要介護1以下の人たちがどういうふうに推移したかを再掲してございます。

実は、今日の「赤旗」にも出ていたのですけれども、国は18年4月の制度改正で要介護1以下の人たちをすごく絞っていると。世田谷でもパーセンテージでいくと、18年度は、要介護1以下の人たちがいままで順調に伸びていたものが、少し伸びは鈍りました。ですから、確かに要介護1の人たちの数が鈍ってきたというのは、事実として数字の上からでも感じています。それをグラフで見ると、白はずっと順調に伸びているのですけれども、要介護1以下、下のほうは17年度～18年度は少し緩やかになっているというか、下がっているというか、そこでおわかりになられるかと思います。

これはどうしてかということ、いままではサービスを受けるだけだったのですが、要介護1になって要支援相当だというふうに言われると、サービスを受けるとともに、自分で筋力向上トレーニング、口腔ケア、栄養改善等、あなたができることはやりなさいというふうに言われる。いままでサービスを受けるだけだと思っていた人たちは申請をしなくなったのかなというふうにも思います。これはあとで、もう少し見たいと思います。

次が資料6-1です。これから先、1号被保険者がどのくらい増えていくかというのを、平成15年の時点で推計したもので、いまとは少し合いませんが、1号被保険者13万6,784名（65歳以上の人たちです）、その人数がずっと来て、一応平成26年まで推計しました。平成26年には18万人まで増えていくだろう。

1号計のところには前期計・後期計と書いてあるのは、前期高齢者、後期高齢者の略で、75歳以上の後期高齢者の人数と前期高齢者65歳～74歳までの高齢者の人数を想定しています。初めは後期高齢者、75歳以上のほうが人数が少なか

ったのに、平成26年には、後期高齢者のほうが9万1,724人になるだろうというふうに想定しています。

次が資料6-2ですが、介護認定です。先ほど申し上げました要支援1とか2とか、要介護1とか、そういう人たちがいかに増えていくということを想定いたしました。要支援2が平成26年には2.0倍というふうに想定はしているのですが、これは18年4月の制度改正も盛り込んだつもりです。21年から再度予測しますので、この数字は変える必要があると思っていますところでは。

次は今日の追加資料です。6-3という追加資料を見ていただきますと、いま、認知症が増えている、増えているというふうに言われていますが、実際に認知症が増えているのだろうか。世田谷区民全体の「認知症あり」というのを見ることはできないので、要介護認定の高齢者の中から、認知症ありと認知症なしというのを引っ張り出してみました。

A以上というのは、認知症の重い人たちがどのくらいいるかというのが再掲であります。これで見えていきますと、平成12年のときは、総数と認知症ありのパーセンテージは66.02%だったので、多いなあというふうに思ったんですけども、少し落ち着いてきました。平成15年の数字、総数2万796に対し認知症あり1万3,014は62.58%ですので、大体この辺で推移しているかなと思っていたのですが、今年（平成19年）の4月1日は、2万7,573、1万9,049で69.2%に上がっています。

これは、ケアマネージャーさんたちの認知症の理解に少しブレがあったのではないかと思いながら、平成12、13、14年の数字をとりました。15年からは、着実にというか、確実にというか、認知症の高齢者は増えています。この認知症高齢者の対策も、これからの大きな区の課題になるのではないかとというところをえています。

次が施設の状況です。(3)で「施設の状況」と書いてありまして、資料7のを見ていただきますと、施設は特養ホーム、老健、介護療養型と3つほどありまして、実利用人数、延べ利用件数が出ております。これは1年間の実人数を統計でとったものですので、実際に月のある時点で何人入っているかという

数字はレジュメに書いてございます。19年2月の入居状況ということで、特別養護老人ホームは区内で1,161人、区外で633人、合計1,794人、老人保健施設が1,028人、療養型が577人。これは、ある一時期で何人入っているかということをとった数字ですので、何人と言われれば、こちらの数字のほうが確かではないかと思えます。

ところが、いま一番問題になっているのが特別養護老人ホームの入居希望者の人数です。その上に書いてありますが、19年7月現在で、2,000人以上の人が特別養護老人ホームを希望しています。実際に入れるスパンは1,794人ということで、1,800人くらいしか実際に世田谷区民が入れる特養ホームはないわけですが、2,100人以上の人が希望しているということは、いまの特養ホームを倍つくったとしても賄いきれないという現状があります。特養ホームの入居希望者を、これからどういうふうに住宅で過ごしていただくような対策を立てていくのかということとは大きな課題です。

特養ホームの入所希望者の数をうちが実数として把握しているのは、先ほどちょっと申し上げましたが、5つの総合支所に入所希望を出させております。本来、介護保険制度ですから、特別養護老人ホームに直接入居希望を出して、そこで審査をするというのが平成12年からの約束事だったのですが、それでは公平性が保てないということで、うちはいま一元的な管理をしております。必ず5つの総合支所のどこかに申請をしていただくことになっておりますので、この実人数を把握しているという現状がございます。

(4)番は給付費と療養費の状況についてです。資料8を見ていただきますと、上から2段目に給付費見込みというのがありまして、平成15年～平成26年まで、100万円の単位にしまして数字が並んでございます。例えば平成18年は351億円です。これは、世田谷区が介護保険の給付費として費やしているおDが351億円ということです。これはずっと増え続けて、平成26年には454億円にまでなるのではないかとこのときは推定しておりまして、この推定から、介護保険料を幾らにするかということについて計算をしています。かなりの金額が伸びるという現状でございます。

次が資料 9 - 1 です。これは、医療費を出したかったのですけれども、全体の医療費が出せなくて、国民健康保険のほうだけをピックアップしてきました。国民健康保険の真ん中辺に世帯数と世帯加入割合と被保険者数 D というのがありまして、被保険者数 D というのを見ていただきますと、ずっと伸び続けてきたのですが、平成 18 年は減りました。

これはどうしてだろうと。国民健康保険の被保険者数が平成 18 年度には減りまして、これは考えられなかったことなので、ほかの区にも聞いたのですが、ほかの区も軒並み減っていました。これは、国民健康保険ではなくて、健康保険に入っている人たちが恐らく増えてきたのではないか。だから景気回復が言われるのは、もしかすると、この国民健康保険の被保険者数からも見てとれるのかなという気がいたしております。ということは、ますます国民健康保険は、低所得者の人たちをフォローしていかななくてはいけないという現状が出てきているということでございます。

次に資料 9 - 2 を見ていただきますと、療養諸費と書いてありますが、国民健康保険の給付費です。右から 3 番目に一般 + 退職とあって、右から 2 番目に老人と書いてあって、右側が総額となっています。国民健康保険が、一般 + 退職が 523 億円かかっておりまして、老人が同じくらい、560 億円です。ですから、合計で 1,083 億円の医療費が 1 年間にかかっているという現状です。この医療費の伸びは、いま、国も頭を痛めているところですが、予算の中でも相当な部分を占めている現状がございます。

次が資料 10 です。地域包括支援センターが 18 年 4 月から国で制度化されました。これの内訳をここに書きました。世田谷区では、地域包括支援センターを「あんしんすこやかセンター」という呼び名にいたしまして、生活圏域をどういうふうに定めるかということをさんざん議論しました。生活圏域を世田谷区全体で一つとするのか。それから、世田谷区は 84 万人の人口で、5 つの総合支所を持っていますので、5 つに分けるか。27 というのは世田谷区の出張所の数ですが、出張所の数を生活圏域とするかということで議論をした上で、27 カ所を生活圏域にしようということで決めました。表の数字はこの 27 カ所の 65 歳以

上の人口とか、人口に占める高齢化率のパーセンテージです。

一番右側に高齢者基本台帳整備累計数と書いてありますが、これは、65歳以上の高齢者の方たちの一人ひとりの台帳をつくりたいと思っております、この台帳をどのくらいつくっているかということの数です。例えば、池尻は65歳以上は3,437人いるわけですけども、1,168人分の台帳ができ上がっている。この台帳はどうやってつくったかというと、累計ですので積み上げもあるのですが、18年度に247件は訪問して、電話や何かで205件はいろいろお聞きした。そういうようなことでこの数字を持っています。

これから先、21年4月に立てていく計画ではもう少し27の生活圈域に焦点を当てて、この圏域ごとに例えば地域密着型サービスを幾つつくるかとか、圏域に焦点を当てた計画づくりが必要かなというふうに思っています、圏域の人口を出してあります。

続いて、ここからが世田谷区における取り組みの現状と今後ということで、いま、どういう施策をやっていて悩み続けているかとか、問題があるかとか、そんなことを少しお話しさせていただこうかというふうに思います。

一つは、在宅生活を支えるためにということで、資料11は介護保険サービスです。介護保険サービスが、訪問介護から福祉用具の貸与まで、14年～18年度までどういう推移をしてきたかということを表にしました。際立っているのが、17年度まではいろいろ伸び続けていたのですが、18年度になってから下がっているものが随分あるということです。むしろ上がったのが訪問リハと通所介護と短期入所だけで、あとのものは下がっています。これはやはり、18年4月に行われた国の制度改正が大きく影響しているということを実感として感じています。

訪問看護が下がったのは人材不足のせいかなと。ほかのところは大きく制度改正だということ自信を持って言えるのですが、訪問看護だけがなぜ下がったのかということは、勘としては、人材不足なのではないかという危惧を抱いています。これから先、介護サービスの充実はますます図っていかなくてはならないと思っています。訪問看護とかそういうものについてはきちっとしてい

かなくてはならないと思っていますので、あとでまた、人材確保のこともお話ししたいと思っています。それが現状です。

次は、資料はないのですが、レジユメのほうに地域密着型サービスの現状というのがあります。ここは特に夜間対応型訪問介護のお話をさせていただこうと思います。資料7までちょっと戻っていただきますと、7の に、夜間対応型訪問介護とか、認知症対応型通所介護とか、そういうものが書いてありまして、延べ利用件数と実利用人員が入っています。これが地域密着型サービスの種類です。下2つはまだ世田谷にはないので、上4つがこのサービスです。

これについてはきちっと充実していきたいと思っていますが、なかなかうまく進んでいません。特に、夜間対応型訪問介護というのは18年4月から介護保険制度の中に取り入れられました。夜の10時から朝の7時まで、ナースコールのようなものを家に置きまして、コールボタンを押すとオペレーションセンターにつながりまして、オペレーションセンターでは、携帯電話のしくみと同じような形で、誰からかかってきたのかがすぐわかりまして、本人の状況がシステムの画面に出ます。どういう状況の人であるかが一目で把握できまして、ここはナースが電話に対応しています。国の条件は、介護福祉士以上であればいいのですけれども、うちの場合はナースにお願いしております。ナースが対応してどうしたのかを聞いて、その上で必要があれば訪問しますし、お話だけで間に合えばお話だけで終わります。家にいながら施設にいるのと同じような安心感を与えられるのではないかとということで、このサービスに力を入れてやるということではじめましたが、区民の反応はいまひとつです。

何が一番の原因かなと思っていますのですが、区民の人たちにお勧めしても、「いや、まだそこまではいいんです」というふうに言うおきながら、特別養護老人ホームの申請はするという現状があります。やはり家に入られることの抵抗感があるのかなとも思って、鍵を預けるのが嫌かとか、いろいろ聞いたのですが、アンケート調査でも「これだよね」というところが見えずにいます。どうしたらこの夜間対応型をきちっと区民のみんなに理解していただいて、特別養護老人ホームの入所希望者を少なくすることができるのかということは大

きな課題です。なかなかうまくいきません。

特別養護老人ホームの入所希望者だけに、夜間対応型のPRを入れるというようにやってみたのですが、反応があったのは2件とか3件だけです。やはり施設志向になってしまっているようです。在宅と迷いながら施設志向ではないという感じがするのと、夜間対応型訪問介護がちゃんと区民にイメージできるPRの仕方を、私たちがしていないのではないかと反省もありまして、ここはこれからの課題ではないかと思っています。

もう一つは、レジュメの一番下の行ですが、特別養護老人ホームでの取り組みです。在宅入所相互利用加算というものの加算をとりまして、区立の特別養護老人ホームで実験的に始めました。これはどういうことかといいますと、特養ホームは1つのベッドを1人で使ってしまったらそれだけですが、一人3カ月以内で、1つのベッドを4人以上で使いたいということで、2つのベッドから始めました。在宅で、特別養護老人ホームを希望したいという人がいましたら、いろいろお話を伺った上で3カ月以内で入っていただきます。

入っていただいて、ここでしっかりケアをする。特養ホームはケアについてはプロですから、例えば夜間の排尿で困っているというのだったら、できるだけ夜間の排尿をうまくコントロールできるように、おむつをとにかくはずしてしまおうと。プロならプロのやり方があるだろうということです。認知症で本当に困っているというのだったら、その認知症の症状を何とか改善できないかということで、3カ月以内お預かりをして、また在宅に戻っていただくという試みを昨年始めました。昨年の夏、8月下旬から取り組みを始めまして、今年の3月まで5人の方に対応いたしました。めざましい改善でした。一次判定だけですけれども、コンピュータなので逆に正確かなというふうにも思ったりするのですが、要介護5の人が1になったり、要介護3が1になった人が2人いたり、同じ3だったのですが介護の手間が全然違っていたり、4が3になったりということで、ものすごく症状の改善がありました。

この在宅入所相互利用加算は、もう少しこちらのほうとしても力を入れていきたいということで、今年の7月には、いまの事例のようなお話を特別養護老

人ホームの人たちにしました。ぜひこのシステムに取り組んでほしいというふうに話をしていますが、なかなかこれは難しく、あとで人材の話もしますが、その特別養護老人ホームは人がしっかり育成されているからそういうことが見えたということがありますが、いま、そこまでなかなか見られる人たちがいないという現状がございます。

もう一つは、在宅医療電話相談センターというところです。資料13を先に読んでいただきたいのですが、先ほどの介護療養病床はもう24年3月で廃止されることになっています。介護療養病床の病院は、あまり医療が必要ではない人たちにはどんどん出ていってほしいということがありまして、どうやって在宅を支えていったらいいのか、在宅に戻れるのか、それとも転院先を紹介してほしいとか、そういうことがございます。先ほど申し上げました、27のあんしんすこやかセンターでそういう相談も受けているのですけれども、27カ所のあんしんすこやかセンターにどうぞと言ってもPRが行き届かず区民は困っていました。今年の4月に、在宅医療電話相談センターをつくりますということでPRをやってみました。アンテナショップ的なことを考えました。いつまでもこのみでやっていこうというつもりはないのですが、こういうことをPRすることによってどんな問題が一番出てくるのかなという、アンテナショップ的な役割も果たせるのではないかと思ってこれをつくってみました。

それが資料13にあります電話相談センターの概要で、社会福祉士や看護師がさまざまな電話を受けています。2番の(2)に主な相談内容というところがありまして、入院先から退院を求められたらどうしたらよいかとか、在宅療養中であるが、介護者が病気のために入院先を紹介してほしいとか、そういうもろもろの相談が来まして、次のページには、担当の方がいろいろ感じたことも含めて書いてございます。在宅に戻りたくても、ひとり暮らしだから不安ですというようなお話とか、一たん入院してしまうと家族は入院の継続を望むケースがあって、やはり転院させてくださいというようなことだとか、いろいろお話をしても、高齢者自身は自分で整理して行動するという状況にはない、というような問題があったりする。

(2)番の「医療機関に関すること」では、24時間対応のかかりつけ医が不足していて、在宅でうまくやりたいといってもかかりつけ医が十分な状況にないとか、そういうようなことがあります。

(3)は「相談機関に関すること」です。これらの問題をどのように解決していくかというのが私たちの課題です。

資料12-1に戻っていただいて、区内の医療施設数、病床数です。病院の病床数は世田谷は減り続けています。施設数としては決して減ってはいませんが、病床数は減り続けています。参考に2番は、医療と介護の療養病床数です。

12-2ですが、いま申し上げました在宅療養支援診療所は世田谷区内では届出は89件あります。この89件については医師会さんからも、「いや、89件全部動いてなんかいないよ」と言われています。とりあえず出してみようとしたけれども、新しい患者は絶対受け入れなくて、いままでかかっている人だけしかやらないとか、そういうことがありまして、89件このまま受け入れられる現状にはないというところです。

下は、看護師が不足だということがあったものですから、世田谷区内の看護師学校のものを数字にあらわしました。

次が、多死時代への対応ということで書きました。ひとり暮らし高齢者とかそういう人たちの孤老死への対応ということで、ひとり暮らしの高齢者が増えている中で、匿名性の高い地域の世田谷の中で、どういうふうに対応していくかというのが私たちの大きな課題です。

あとは、ターミナルケアとか終末期医療について大病院志向があって、どういうふうにしてかかりつけ医を持っていただいて、在宅で看取っていくのかということが課題になっています。

(3)番は、住まいの確保ということで、資料14、まだ精査はしていないのですが、さまざま住まいの一覧表です。左側・介護療養型の医療施設から右側・コレクティブハウジングまでの間に、住まいというか、高齢者の行き場というのでしょうか、これが世田谷区内ではどんな状況になっているか。

一番下が区内整備数ということで、例えば療養型だったら、3カ所165人と書いてあるのが世田谷区内の整備数です。これだけの住まいがあるのですが、右側のほうに行くに従って、区内の整備数なし、なし、なしというところがありまして、いま問題なのは、住むところがなくてケアを受けられない人たちがいらっしやるので、住まいの確保というのは重要な課題です。

それから人材の確保ということで、看護師さんが少なくて困っていますし、介護の人材も不足してしまっていて、特別養護老人ホームは悲鳴に近い声を上げています。いま、東京都内の介護保険施設は例外なくどこでも人材不足だという現状がありまして、教育のあり方も問題かなと思っています。教育のあり方は、介護のきちっとした基礎学を教えずに、いいおむつの当て方なんていうのを教えていてももう時代遅れなのですが、なかなかそういう教育にはなっていないということがありまして、教育の仕方も含めて問題ではないかと思っています。

先ほど3つほどパンフレットをお渡ししたうちの1つは「世田谷区福祉人材育成・研修センター」ですが、これを今年の4月に立ち上げました。実は10月から実施予定ですと書いてあるところがあって、本格的に稼働するのは10月からなので、まだやっているとは言えないのですが、人材の育成も視野に入れていかななくてはならないと思っています。

急ぎ足ですません。(5)番が介護予防です。介護予防は18年4月から始めました施策ですが、特定高齢者の把握ということで、特定高齢者を把握して、その人たちを発見して、誘い出して、場の確保をして、特定高齢者がいつまでも元気であるようにという施策を打ち出していかななくてはなりません。資料16-1は、あんしんすこやかセンターで介護予防マネジメントをやるということで、特定高齢者をさまざまなおところから見つけてきていますよ、というものです。

16-2を見ていただきますと、それが掛け声だけで、なかなか実際は出てきてくれないということがわかると思います。基本健康診査を受けた人たちは3万6,899名いらっしやあって、保健師が全部見まして、「特定高齢者候補者」と「生活機能低下の疑いあり」、1,756名と1,910名と分けたのです。ここまでは

ペーパーを見て分けるだけですからできるのですが、その人たちを、運動器の機能低下とか、低栄養、口腔機能低下（803名）ということで分けました。介護予防の保健師によって全件アセスメントをして、この人たちに受けてほしいと思って、例えば口腔機能低下の800人のうちの171名に案内を個別送付したわけです。ところが、実際に参加したのは19名です。

運動機能の低下の人たちにも、訪問指導員による訪問のご案内を個別に送付して了解が得られた方に、じゃ出てらっしゃいといっても、33名です。いろいろ手を尽くして、この人たちにやってほしいというふうに思っている、現実問題としてそれはやれていない現状があります。いま、介護予防にも結構出てきてくださっているのですけれども、出てきてくださっている人たちは、一言声をかければ出てくる人たちなんですね。この方たちは、8割の「元気な人たち」に入っているのだと思います。誘っても嫌だという人たちを誘い出さなくてはいけないのが私たちの仕事なんだろうと思いつつ、でも、誘っても嫌な人たちは自己責任かなと思って、諦めようかなと思ったり、いま、いろいろ論争があるところです。それが介護予防です。

(6)番が地域での活動で、団塊の世代への対応ということです。これから団塊の世代の人たちが地域に戻ってきてくれますので、団塊の世代の人たちが生き生きと地域で活動できる場を見つけていきたいと思っています。

一つは成年後見制度で、いま、後見人となってくださる人たちを養成しています。今年は、家庭裁判所がようやく1人、素人 - - という言い方は申し訳ないのですが、いままでも弁護士さんとか、社会福祉士さんとか、司法書士さんとかはいくらでもいらっしゃるのですけれども、そういうものでなくて後見を認めていくというのは珍しいことで、育成した人を初めて1人を認めていただきましたので、団塊の世代の人たちへの対応、戻って活動していただくことの一つとしてあるのではないかと考えています。

それから、「あんしんコール事業」です。これはパンフレットの中で、もう一つ、「お困り事はありますか？」ということで、24時間365日、ここに電話をすればいつでも誰かが必ず対応することになっていまして、「何でもいいで

すよ」というふうにPRをしています。網戸が外れたから取り付けに来てくださいとか、電気の球の交換をしたいんですとか、何でもいいですということできいまPRをしています。

それから、高齢者虐待対策ということで、認知症の高齢者の人たちに対して虐待が起きているということがあるので、認知症に対する区民の理解を深めていこうということで、このパンフレットを区民向けにつくりました。まずは相談してくださいということで、認知症の高齢者の人たちをいかに地域で守っていくかが大きな仕事になるのではないかと考えていますが、まだ十分にできている状況ではありません。これから認知症の人たちに対する施策も、動かしていかななくてはならないかなというふうに思っています。

以上で終わらせていただきます。

A どうもありがとうございました。

大変行き届いたお話を伺って感銘が深いわけですが、ご出席の方々から、ご質問、ご意見をぜひいただきたいと思います。どうぞお願いします。

B 一つよろしいですか。人材確保というところで、私も現場でいろいろなところを拝見させていただいているのですが、景気が少しよくなって、介護福祉士である低俸給ではとてもじゃないけど勤められるはずがないだろうと思うんですね。かつ、非常に重労働です。若い子も随分やってくれていますけれども、特に男の高齢者というのは重たいですし、相当大変な職業ですね。そういう意味で人材の面の賃金を含め、どういうことをお考えになっているのでしょうか。

**講師** 東京都の介護報酬というのは10.48です。介護報酬は1点10円ですが、東京都の場合は大都市加算があって10.48なんです。この10.48というのはいくら何でも低過ぎると思っております、国の介護報酬の改定を、東京都を通してもう少し上げてほしいということを文書でもお願いしています。介護報酬自

体を上げるといふか、これを例えば11とか12にしていくということになると、それだけみんなの保険料が上がることになりまますから、区としてはいままで、10.48を上げてくださいと公式に言うことに関してはためらいもありましたが、この現状では、ためらってられないというふうに思っています。これをためらっていたらば、システムそのものが崩壊するのではないかという危機感を持っていますので、たとえ介護保険料が上がったとしても上げてほしいということを確認に出しました。

実はもう一つありまして、ここが難しいところなのですが、このお金については、例えば区で上乘せをするとかそういうことができないので、国にお願いをするしかない。

現場では、18年4月から介護予防のことが大々的に取り上げられるようになりましたけれども、「訪問介護の人たちが高齢者の要介護度を悪くしてしまった（重度化してきてしまった）」という言われ方をしています。それはある意味、事実かなと思っています。どうしてかということ、基礎を学んでいないので、例えば肺炎で入院をして退院して帰ってきた高齢者に、ただやさしく、「いまは大変よね、私が何でもやるからあなたは座っててくださいね」というのがいままでのホームヘルパーのやり方だったのです。それではやはり要介護度を悪くしていくだけですから、そこは医者と連絡を取りながら、歩きましょう、毎日一回は買い物に行きましょう、と。ある意味冷たいけれども、それは冷たいのではなくて、あなたのためで、あなたの日常生活をこれからも確保するためにはそのことが必要なんだ、ということが言えるヘルパーを私たちは育ててきていなかったのではないかという反省はあります。だから、教育のあり方も一つ大きいかなと思っています。

E 介護するときに責任問題が起こってきますね。やさしくしておけば何も問題は起こらないですけども、もし歩かせてそこで倒れてしまったらという形で、そのところが皆さん非常に不安があるのではないですか。介護のところのリスクと責任の分担というか、その辺は現場ではどうですか。

**講師** 確かに寝たきりにさせておけばリスクの問題はないわけです。これまで無理して歩かせるより、というような考え方もありました。私たちが接する人たちは、ものすごく重度という人たちよりは、肺炎で入院して家に戻ってきてという程度ですが、確かにその人たちも転ぶリスクは大きいだろうと思うのですが、不安もあったかも知れませんが、あまり議論はなかったですね。

F ヘルパーさんの上にケアマネージャーさんがいると。このケアマネージャーは十分供給されているのですか。

**講師** いえ、そんなことはないです。

F ときどき問題が起こったりしますね。とんでもない会社があったりするけれども、ケアマネージャーというのが一番コアにならないといけないですよ。

**講師** ヘルパーさんよりは、ケアマネージャーさんはものすごく研修は行き届いていると思いますが、ケアマネージャーさんもやはり何百人もいますと、それぞれ、随分差があります。いま、どういうふうにできるかなと思っているのですが、区が何百人もの人たちを一斉にレベルアップするというのはとても大変なので、核となる人たちを養成して行って、その人たちが見ていけるようなシステムをつくっていかないと、もう追いつかないなと感じている昨今です。

F あれは免許証のようなものがあるわけですね。

**講師** ケアマネージャーはあります。もう一つ、国が認定ケアマネージャーというのをこの上につくりました。認定ケアマネージャーも世田谷には何人かいますので、その人たちを核として、ここをもう少し広げていかないといけないのではないかと考えていますが、ヘルパーさんよりはシステム的にはな

っていると思っています。

C 世田谷区さんの場合は人口80万で、大きい自治体ということで、人材の育成のほかに、センターをいろいろつくったりしておられるのは結構なことですが、これは、本来は都道府県等がもう少しやらなければいけないのに、十分ではないので、区としては、やむをえずこういう形で取り組まれたのか。人材育成は、そもそも基礎的自治体より広域自治体、また認定ケアマネージャーのようによりグレードが高ければ、それは国の責任でやるべきなのではないでしょうか。人材の確保についてどのような点で区が頑張っておられるのか、また、この部分は都なり国なりでやってほしいという点はあるのか、そういう面での現場からのご意見をお伺いしたいのですが。

**講師** 人材について国や都に意見はあります。先ほど言ったように、10.48というのは国にお願いするしかないと思っていることが一つです。それから、人材の研修ももう少し広域的にできないかという話もあったのですが、東京都の研修が現場向きかと言われると、そこは申し訳ないのですけれども、現場で抱えている問題はもう少し違うかなというふうに思っています。東京都は東京都でやるべきことが、もしかするとあるのかもしれないのですが、私は人材の研修などは、80万ぐらいいると、区でいいなというふうに思っています。ただ、人口が少ないと区でやりきれないところがあるので、そこは都道府県単位でということも出てくるだろうとは思っています。

もう一つ、東京都にすごくやってほしいなと思っているのが、実は住まいの確保なんです。住まいの確保というのは、一つの自治体でいろいろなものをつくっていくことは困難で、つくりたいと思っているけれども、例えば補助金を出してほしいとか、援助してほしい、と。例えば、東京都はケアハウスについていままで補助金を出してくれていました。もともと元気な人から住み出して、介護が必要になってもずっとそこで住み続けられるというのがケアハウスなんですけれども、いま東京都は、元気な人相手ではなくて、介護の必要な人たち

だけを入れるケアハウスを補助の対象にすると来ています。そうすると、「特別養護老人ホームと何の違いが出てくるの？」という話にもなって、私たちとしては、できれば元気なうちからきちっと住まいを確保しておいて、高齢になっても安心して住み続けられるように援助をお願いしたいというふうな思いはあります。

もう一つは療養型病床の廃止の問題です。24年の3月には療養型病床がなくなっていきます。これは一つの自治体、世田谷区だけで何かしようと思っても、たぶん相当難しいことなのではないかと思っています。ここは国なり東京都なりをお願いしていかなくてはならないかと思っていますが、現在とにかく困っている区民を目の前にすれば、相談だけでも受けていかなくてはならないというふうに思って立ち上げたのが医療電話相談センターでした。ですから、ここは国とか東京都さんの力がない限りできないのではないかと思っています。

**B** それから、いわゆる地域の医療機関との連携というのはどうなっているのですか。

**講師** 医療電話相談センターを立ち上げて、「医療連携推進協議会」というのを医師会さんを含めて立ち上げました。ここで相談があったことを私たちは素人だからこういうふうにしてしまったけれども、お医者さんの目から見たらもう少し違うアドバイスがあったでしょうとか、お医者さんの目から見たら、ここに連絡してくれたほうがよかったとか、そういう困っていることがあったら、医者同士が少し連携をとってこういうふうにしたい、というようなことを言える場を立ち上げました。

実はお医者さんもすごく気にしてくださっていて、先ほどの医療チーム、24時間対応しますよというところが幾つかあったのですけれども、そこが、一人ではできないから、何人かのお医者さんが組んでああいうものをつくろうかというふうに言ってくださったり、医師会さんは医師会さんで、地域のお医者さん同士が連携を組んでやりましょうというふうに言ってくださっているのです

が、そこはお医者さんもお医者さん同士で、いや、あの人とは組むとか組まないとかいって、なかなかうまくいかないんだよ、というお話は聞いています。現実にはこの地域でやろうという地域を一つ限定したのですけれども、まだ動いていません。

B ケアマネージャーや核になる人と医者との連携というのは、どうもできていないのではないかという気がします。そこが在宅を非常に難しくしているのではないかという気がするのですが。

E これは全国的な傾向で、地方でも全然うまくいっていませんね。

B これができないと、いくら在宅を叫んでも、結局、病院に放り込むというのが一番安心するわけです。病院は介護の機関ではありませんから……。

E 病院は、病人になった人たちを私たちは治療します、その前は私たちの仕事ではないですよと、これは全国そうですね。

B あとは知らないよ、と。そうなんですよね。その意味で世田谷区でそういうような動きというのはありますか。

**講師** 医師会さんとケアマネージャーさんと連絡会をつくってしまして、研修会はやっています。とにかくケアマネと医者が顔見知りになろうということで、実は「ケアマネタイム」というのをお医者さんにつくってもらいました。これは何かというと、お医者さんは敷居が高すぎるから電話しにくいし、やりにくいというふうにケアマネージャーさんから言われたので、お医者さんのほうに言って、「先生が電話連絡をしてもいい時間帯というのを教えてください」、それから「ファックスがいいのか電話がいいのかというのを教えてください」と。ケアマネタイムといって、10時から11時までだったらいいよとか、電話だ

ったらいよいよとか、そういうお医者さんの一覧表までつくったんですね。300以上の医療機関に協力してもらいました。

それをケアマネさん全部に流して、お医者さんはこの範囲で相談にのってくれますからどうぞ、というふうにやりました。でも、さっき言ったうちの何人かのケアマネさんたちはすごくよかったとって利用するのですが、あとの多くの人たちは利用しないで終わってしまっています。それから、玉川医師会さんとケアマネさんの交流会も開いてもらったのですけれども、そこでも、すごくよかったと言う人たちと、行って顔見知りになってそれっきりという人たちもいて、やはり地道な活動が必要かなと思っています。

A 私の聞き違いかもしれませんが、先ほど、意外と元気な老人には手が行き届いているけれども、というお話がありましたね。本当に困っていて助けてやらなければならないのに、ここにあがってこないというのはどういうケースがあるのでしょうか。本当に困っているだろうと思うのだが、または症状が重いだろうと思うけれども、区でやっておいでになるこういった保障の体系に入ってこない。利用しない。

講師 もっとサービスを使えばいいのと思うケースは、妻を介護している夫。

A 老老介護ですね。

講師 そうですね。それから母を介護している息子。男性が介護している場合は、どうしても抱え込み型というか、自分で一生懸命、必死になって見てしまって、サービスを入れない傾向は多いです。

A 老母というのが90になってしまっているでしょう。そうすると息子は70ですね。これだって、嫁さんがいなければ自分で家事は処理できないかもし

れない。そうすると、いわば中途半端な健康な人と本当の老人とになってしまいますね。

**講師** 高齢者の実態把握で、認定を受けてサービスが入っていない人には必ずあんしんすこやかセンターが入っていくとか、ひとり暮らしとか高齢者のみ世帯には必ずあんしんすこやかセンターが入っていくというふうにはしています。そうすると、息子と母親の同居というのは、「必ず行きなさい」という世帯の中には入っていないんです。そこはちょっと気になる場所ですね。

**B** 具体的な話ですが、月1,000円出すと、夜、引っ繰り返ったときに助けに来てくれるサービスというのがありますね。あれはいつから始まったのですか。

**講師** 介護保険制度の制度上は18年4月です。うちはちょっと先に厚生労働省からお金を少しつけていただいていたいて、15年の12月から実験的に始めました。

**B** これはまだほとんど知られていませんね。

**講師** そうですね。

**B** 全く知られていない。これは、足が悪い、身体の悪い方に常に付き添いがいてくれればいいのですが、いない場合、転んでしまうと起きられなくなるんです。手すりがあるところであればいいのですが、要するに足が弱くなつて、特に男は体が重たいものですから、日常は平気でも、一たん手すりのないところで倒れると、立ち上がれないままその状態になってしまうんです。

**A** 電話かけられないじゃないですか。

**B** そうなんです。だから世田谷区には、携帯電話を持っていて携帯でやればできるサービスがあって、それは24時間可能なんです。

**E** それは月1,000円払わなければいけないのですか。

**B** 月1,000円だけ。

**E** でも、払わなくても、転んだ人は助けに来てくれるということはないんですか。

**B** ないです。みんな知らないんです。世田谷は前からかもしれませんが、どの区も18年4月からあるんですよ。ところが、知らない。携帯電話がだめならベル式のあるんです。

**講師** ボタンで。

**B** それも月1,000円でできるんです。

**A** 貸してくれるわけですか。

**B** そうです。ところが、たぶんほとんど知らないでしょう。介護の話というのは、何となく広報が届いてないなあという気がどうしてもするんです。

**講師** うち、特養ホームの入所希望者にいまのPRを含めて全部文書で送ったのですが、何の反応もなかったですから。

**B** そうでしょう。年寄りには読まないんです。

D それと、用語が難しいんじゃないですか。

B ただ、この頃は必ず区の介護の方が巡回指導で来られているから、そのことをひとこと言えばいいのだけれども、その方がたぶん説明しておられないと思うんです。

講師 この間は新聞折り込みをしたんですよ。一度、新聞折り込みをして全然反応がなかったので、言葉の使い方がまずいのではないかとってまた考えて、「ナースコールと同じです」と。でも、まだ私は大丈夫ですという人たちに、「施設は？」というと、施設に入れさせたい、希望しておきたいです、と。

B 不思議ですね。本人は必ずしも入りたくないんですよ。

G 冒頭でご説明いただいた75歳以上の単独世帯とか、夫婦2人ともが75歳以上になられるところというのは、介護の制度とか、制度に伴うサービスの内容の理解とか、そういったことを基本的にあまり理解できない方も多いし、新しいことに対する興味とか関心とか、それを取り入れようとかいうことはおできにならないと思います。若い方が同居なさっておられるところは、積極的に介護認定をしたりサービスを積極的に受けようとしましようけれども、ご本人たちはたぶんお出来にならないことのほうが多くて、実際の制度と、本当に受けなければいけない人たちの間にはギャップがあるのではないかというふうには思ったりします。で、地域の高齢者世帯をお回りになる方がいらっしゃいますね。

講師 民生委員さんですね。

G そういう方たちは、お話を詳しく聞いたり、接触したりすることを嫌

がる方もいらっしゃるみたいですし、まだ大丈夫ですからというふうに遠慮深くお答えになる方もいらっしゃる。でも、本当はそういう状態ではないことも多いのですが、その辺がいつも課題かなと思ったりするんですね。

**B** 社会保障制度の十分でなかった時代に成長された方々ですから、そういう制度が整っているということを知らない。自分たちは大家族の中で過ごしていたので、そういうものを必要としなかった時代のお年寄りなんですね。ですから、よもやそういうことがあるということを知らない。私も行政官でしたからわかりますけれども、権利の上に寝ているわけです。ところが、こういう方々はハンディキャップがあるので、単に寝ているのではない、起こしてあげないとどうしようもないんですね。

せっかくこれだけのものがあるとなれば、広報をしっかりとするには、ケアマネージャークラスの人が出向いて行って、こんなのもある、こんなのもあるというのをできるだけ言ってあげる。しかも、これはタダですよとか、幾らですよというのを併せて教えてあげないと、例えば、1カ月間1,000円しか取られないということを知らないんですね。

**D** これは23区、大体同レベルですか。というのはもう一つ伺いたいのは、医療過疎みたいな地域が、最近、顕在化してきていますね。その場合に、いまお話しになっていたような、介護の必要なものを掘り起こして対応する仕組みが普遍的に行われるのだろうかという問題がありますよね。

**講師** 23区でどうかと言われると、ほかの区の状況はちょっと詳細には把握していないのですけれども。

**D** 世田谷区というのは恵まれている地域ですからね。

**A** そうですね。1人当たりの所得で言うと、23区で高いほうですか。

**講師** 所得は高いほうです。

C ベスト5には入ると思います。

A 雇用者の割合も高いんじゃないですか。サラリーマン化している。

**講師** そうですね。自営業者さんとかそういうのは少ないですね。

A これから高齢化というのが一番早く起こってくるのは団地でしょう。ニュータウンですよ。共同体なんかないのだから、これは完全に一人ひとりがバラバラの地域ですね。そういうところで高齢化していったらどういう問題が起こるかというのは、いま伺った世田谷などである程度出ていると思うんですけど。

ただ、一番問題になるのは、老老の夫婦世帯と単身のひとり住まいの高齢者、これは行政の手が届いていない。そこにどうやってアプローチするかという問題がありますけれども、そこをきちっと詰めておかないと、せっかくある社会福祉の予算というのが空回りして効率が非常に悪くなっていると思うんです。どんどん社会保障費が増えて財政はたまらんというのはそのとおりだと思いますけれども、同じ金目で、中の効率を上げていくということも考えなければいけないだろうと思います。アクセスをよくするとかね。

B ただ、私は、社会保障費は切られ過ぎたと思います。

A でも、同じ金の中で言えば、もっとよく使う方法はある。

**講師** 来年の4月から健診制度が変わるわけですがけれども、74歳までの人たちはメタボを含めて特定健診をしていくわけです。65歳以上の人たちについては介護予防との接点が出てくるので、介護予防は25項目の聴き取り（アンケ

ート)をやらなければいけない。それで、65歳以上からは介護保険のお金を優先させて使ったらどうかということを出しています。介護保険のお金を65歳から74歳までの健診に優先して使うこととか言われているのです。

E ちょっと話は違うのですが、世田谷区に特養が17カ所あると。いま、待機者がいるわけですね。おつくりになると、もっと待機者は増えますね。

講師 そう思います。

E 世田谷で特養というのは、建設するほうがまたうるさいでしょう。だから、行政としても大変ではないかと思うんです。こっちのほうをやろうとすると、今度は住民のほうからのご意見があるということではないですか。

講師 いま1カ所計画がありますが、あとはどういうふうにするかといいますと、退所していった人について、できるだけ在宅入所相互利用加算をとって、1人の人を入れるのではなくて、在宅で利用していただいてまた在宅に戻っていただく。そういうシステムをとっていかうと思っています。

ただ、それは本当に力量がないとできないので、その力量をどうやってレベルアップしていくかというのが一番問題だと思います。力量がないままやってしまうと、入ったら入ったきりということになってしまいます。

E これからは特養も、入っても一定期間のあとは出るということを前提としてやるわけですか。

講師 はい。

E でも、出ていただくのは大変でしょう？

**講師** だから「約束」です。3カ月と。

**E** 最初から決めているんですか。

**講師** はい。でも、ただ3カ月の約束だけでは絶対だめで、いま在宅で何を困っていますかということを知って、ここまでレベルが上がったら - - 例えば一人でトイレまで行けるようになったらいいですかということで、特養で3カ月間お預かりして、一人でトイレまで行けるようにしてみましようとか、そういう目標を定めてお預かりして、目標に向かって職員は質の高いケアを行い、戻す。で、またきっと日常生活でレベルダウンしてくると思うので、何カ月後かにはまた3カ月と。

**E** 例えば足立区は、ずっと長期的にいい特養があるわけでしょうか？

**講師** もちろん、世田谷でもいまはそうです。制度上は、特養は終のすみかではありませんよと一応言っていますが、誰もそんなことは本気で思っていない。みんな終のすみかだと思っています。その考え方を変えていこうと思っています。

**B** いまのことで言うと、アルツハイマーの類いは治らないですね。

**講師** アルツハイマーと認知症については周辺症状は確実に改善します。確実に改善している事例は何十事例もあります。これがそうなんですけれども、(パンフレット「高齢者虐待を防ごう」参照)「新しいことを覚えられない」とか、「段取りや計画が立てられない」「品物を見ても何だかわからない」、これはもうだめです。

**B** 初期だからじゃないですか。食べたことを即忘れるという人も治って

いくのですか。

**講師** それはもう確実に改善しています。介護の仕方ですら確実に改善している事例は幾つもあります。

**A** そういう介護の能力のある人というのは、また限られているのでしょうか？ そっちのほうが問題になりますね。

**講師** そうですね。先ほど言ったように、特別養護老人ホームの中でそのことができるのは幾つあるかと言われると、17施設のうち本当に1つですかね。

**F** ヘルパーさんというのは、そういう介護の医学的知識はなくて、単にお風呂に入れてあげるとかそういうことだけですね。ケアマネージャーはあまり医学的知識はないでしょうか？

**講師** ないですね。ただ、看護師さんとか保健師さんがケアマネをやってる例もあるので、そういう人たちは少し持っていますが、介護の知識をしっかり持った上でケアしていける人たちというのは少ないですね。

**A** 人材というけれども、もう仕事をしなくなった看護師さんとか、OBの人たちをうまく使えば使える - - パートで使えるとか、ボランティアで使えるとかいうことはあるのでしょうか。供給源として。

**講師** そうですね。ケアマネージャーであったり、看護師さんはパートの看護師さんもありますので、そこは欲しいと思っています。

**A** 人材というのは増えっこないわけですね。だから、リタイアした人にもう一回やっていただきたいということをやらないと、年寄りが増えていくけ

れども若い人は減るわけですから、そのところの需給はよほどよく考えないといけないと思いますね。

**講師** 日中やったださる看護師さんは、子育て中であったりとか、まだ少しいらっしゃるのですが、夜勤を含めた交替勤務ということになると、やはりなかなか難しいところがあります。

**C** 今からほぼ10年ほど前、介護制度が始まる時に、東京都医師会のドクターたちが新しい介護制度、ケアマネージャー制度の勉強会を開催し、それに参加しました。もちろん、それはドクターだけではなくて、看護師をはじめ医療関係者もケアマネージャーの一翼を担うという、理念とビジネスと両面からやっておられたのでしょうけれども、先ほどのお話を伺っていると、そういった人たちが介護から離れているのでしょうか。

**E** 私の理解では、この10年間で病院のほうも随分変わってきた。10年前というのはお年寄りが収入源だったんです。いまは病院経営が苦しくなってきた、お年寄りが決して儲からない。要するに入院した人はなるべく早く戻す。例えば、お年寄りがいて3カ月間入院されるというのは、病院にとって一番儲からないわけです。とにかく入院していただいて早く出て行っていただくということだから、病院におけるお年寄り患者の位置づけが少し違っているのではないですか。

**B** 全くそうです。どちらかというとな治療を専らとする方々というのは、介護とかかわっても全く儲からない。

**講師** 現場では、在宅医療に熱意を持ってやったださっている先生ももちろんいらっしゃることはいらっしゃるのですが、じゃどれだけの先生たちがやったださっているかということ、その人数からはもっと少ないです。

D ちょっと違う問題ですけれども、最初のご説明のときに高齢者の転出入の表がありました。いま、大都市圏というか中核都市圏や何かの場合でも、高齢化すると、むしろ高齢者は都心に集中して住む傾向があるという話もたくさん聞いたのですけれども、先ほどの統計から見るとそういうことではないですね。そこは、いま一般に言われていることとギャップがあるなという感じがありますけれども、実態はどうですか。やはりそういうことですか。

講師 はい。平成12年に介護保険制度をつくる前の平成9年、10年頃は、呼び寄せ老人といって、都会で仕事をしている息子夫婦、娘夫婦のところに田舎から来るといった人たちが多かった。そういう呼び寄せ老人が認知症になっていったりという事例があったので、今回も転出入のことを調べてみようと思って出してみたのですが、やはり転出のほうが多いというので、ちょっとここは想像できなかったですね。

ただ、転入も1,000人とか2,000人いますので、その転入はもしかすると、分析はしていないのですけれども、息子のところ、娘のところという転入もあるかもしれないですね。

A 資料4はどういうふうにしておつくりになったのですか。

B これは住民票でしょうか？

講師 はい。住民票の異動があった人の65歳以上をピックアップしてもらって、それをつくってみました。

A 毎年やっている住民票の登録人口で、ある程度広くとれますか。

講師 その中の65歳以上です。65歳以下の人たちも含めてですか。

A いや、65歳以上の人であれば、世田谷だけではなくて例えば東京都とか、もっと広いところでとれますね。

**講師** たぶん、出ると思います。

C 今日、たまたま『週刊ダイヤモンド』を見ていましたら、医療等で一番人気のあるところは千代田区でした。千代田区とか港区、さらに中央区などでは病院などが増えているんですね。そういう意味では世田谷区にも、成育医療センターなどの病院もありますけれども、「老人にとって医療面で魅力があるのか」という点では課題もあるのかなと思います。

E 福祉というのは確かに地方行政の原点だということはわかりましたけれども、ものすごくお金を食いますね。その分だけいろいろな形で保険とかありますけれども、都は区に財政を配分するときに、こういう福祉の需要とかそういう形をちゃんと勘案して配布しているのか。いま、地方に比べると東京都の財政はすごく豊かだと、地方は今度の選挙でもものすごく問題にしていますよね。東京都の中でも、いまのいくとお金は十分ではないのかもしれないし、その辺の現場はいかがですか。

**講師** 財政は、金食い虫だというふうに福祉は言われていまして、結構厳しいですね。老人医療会計だけでも580億、介護で300何十億かかっていまして、世田谷区の場合は、一般会計の中で民生費が占める割合は30.7%なんです。2番が職員費で21.5%ですから、30.7%というのは本当にすごい数字だと思いますね。

A これは出ていく金ですね。

**講師** 歳出です。

A 30.7とおっしゃるのは給料以外ですか。

講師 そうです。一般会計で、民生費の職員とか環境費の職員とか職員費を割り振りすると、民生費は37.1%にはね上がるんです。だから、民生費の占める人件費の割合というのは本当に高いです。

F 民生委員というのと介護とはあまり関係ないのですか。

講師 いえ、民生委員さんは介護の現場の中でかなり動いてくださっています。例えば、ひとり暮らし高齢者の実態把握を含めて民生委員さんがやったださっています。

F ケアマネージャーと民生委員との関係も常時あるのですか。

講師 ケアマネージャーさんと民生委員の関係は、いま、あんしんすこやかセンターが結びつけています。あんしんすこやかセンターが地域の中で会議を持つときに、民生委員さんとか、ケアマネージャーさんとか、町会の人とか、そういう人たちを必ず呼ぶことにしてしまして、そこの中でようやく顔見知りになっているということで、ここの2つの直接的な結びつきというのはあまりないです。

D もう一点だけ、一般論みたいなことですが、いま景気が回復して労働力不足の問題が方々で言われ始めて、介護向けの労働力はもっと不足するという話がしょっちゅう言われています。外人労働者の雇用みたいな問題がその面でも言われているけれども、そういうものについてどういうふうにお考えですか。

講師 難しいですね。ただ、きちっとした研修をどこまでやれるのかとい

うことと、質も含めるとどのくらいできるかというのはまだ未知数なので、言葉がわからない中で、実際の介護の場で、高齢者に直接接する介護までできるかどうかというのは、まだ.....。

D 高齢者はそうなんだけれども、厚労省はそっちの方向に向かって。

講師 そうです。実際の介護までというふうに言っていますので。

D そこが実態はどうなっていくのかなという感じがしますね。

E あれは看護師のほうで反対しているのでしょうか。看護師法に触れるからといって、医師会とか看護師協会が反対しているのでしょうか？

D それをまた、ランクを変えようという話。

E 介護のほうにという話までまだ届いていないんですよ。入り口のところで反対されている。でも、フィリピンの看護師は世界で最も人気がある看護師らしいですね。キリスト教精神だし。

B アメリカもほとんどそうですね。

E 非常にやさしいといいますが、最も人気があるらしいですね。

B フィリピンの場合には英語がある程度できるので、従ってアメリカで喜ばれるということを聞いています。そういう意味で日本語をどうするかというのは、特にお年寄りの場合にはあるような気がしますね。

E さっきおっしゃったターミナルケアというのはどういうものですか。

**講師** ターミナルケア、終末期医療と書いたのですがけれども、実はガンで亡くなる人たちが結構いらっちゃって、ガンの末期をどういうふうに見ていくかというのが一つ課題になっています。いま、世田谷区内にはターミナルケアをやる病院がないんですね。というか、病院ですから必ずやってはくださるのですが、ターミナルケアと称して、急性期の治療は必要ないけれども、痛みをとるだけの治療をするために入院するとか、そういう医療施設はないです。

病院との連携も図って、ガンの末期の痛みをとるだけのために病院に長期間入院するというのではなくて、そこに入院していただいて何カ月間か痛みのケアをしていただいて、この薬をどのくらいやればいいということをここで教えていただいて、また在宅に戻っていただいて、地域のお医者さんに薬を処方をしていただく。そういう連携をとって、ガンの末期の患者さんも自宅で看取れないかと。

**E** それをどこか区でやっているところがありますか。

**講師** システムとしてはないです。

**B** そこがスウェーデンなどは、医師法の関係があるのですが、痛くない治療を自宅でやれるようにしてあるんです。ターミナルケアの医者は絶対助からないとわかったガン患者を、最期、麻酔の治療を施して自宅に帰すんです。ここが実は、日本が自宅死亡率が非常に低い最大の理由です。

**A** 医者でない人は注射してもいけないのでしょうか？

**B** いけないんです。スウェーデンは、点滴の中にそれを混ぜることで家に帰すということをやって、しかも、薬の交換は介護士のような方が可能になっているんです。だからだと思います。

E 訪問介護でそういう形はできないのですか。

**講師** まず入院して、どのくらいの薬の量とか、治療とか何かがわかってくる。で、その人が帰ると、主治医の先生と訪問看護ステーションの看護師さんとが - - もちろん、介護福祉士の人たちやヘルパーさんも入って、その周りのお手伝いをするにはあったとしても、基本的にはお医者さんと看護師さんが対応して、しばらく落ち着いて、また変動があってだめなときには、もう一回入院して診ていただいてというやり取りを、ターミナルケアでできないかなというところの模索です。

E 病院と福祉の現場の連携どころではなくて、その辺は全く切れていませんね。

**講師** そうですね。絶対在宅で亡くなる人たちを見ていかないと、病院で亡くなる人たちの人数はもう限界だろうと思っているので、亡くなるのは自宅ですというシステムをつくっていかなくてはいけないのではないかと考えています。

B いま、死亡が110万弱（1年）ですが、これが160万になるんです。少なくとも1.5倍。これはいまの病院では絶対カバーできない。

A 本日は大変ありがとうございました。（了）