4章

いつまでも住み慣れた地域社会で暮らし続けるために

―― 制度改革と意識改革と覚悟が必要 ――

社会福祉法人長岡福祉協会 理事・評議員・執行役員
高齢者総合ケアセンターこぶし園 総合施設長
小山剛

2014年1月9日講演

家庭内の介護力の変化

現在、家族構成が変化してきたことは、皆様おわかりの通りです。昔は、1家族6人×8世帯で48人＋親2人で50人程度が普通でした。また、職場と生活範囲が同じなので、家族介護で完結できました。これに対して現在の社会では、家族4人×4世帯で16人＋親2人で18人。核家族化や共働きで、しかも職場が家から遠くなり、家庭内での介護は困難になりました。その結果、地域社会の関係から離れた施設や病院での生活をしなければならないわけです。

団塊の世代が高齢化し、膨大な数になるのは目前だといわれていますが、実は層が薄いので、あっという間にいなくなります。これをハードで対応しようとすると、鉄筋50年の建物を造った場合、恐らく借金の大半は返せないし、利用者がいなくなるということをきちんと考えないといけません。

地方は、すでに人口減少が始まっており、長岡市は平成9年から人口が減り続けています。高齢者の人口は、実は、もう殆ど増加しません。今、年間１０００人くらいが増えていますが、十数年後に年間50人しか増えないのです。その後は減り続けます。

地方では、対象者が確実に目の前から消えてなくなり、都市部ではいきなり団塊の世代が高齢期を迎える。ものすごく格差がある状況なので、全国一律ではなく、地方と都市部とでは違う話として考えていかなければならないと思っています。

サポートセンター構想の理由

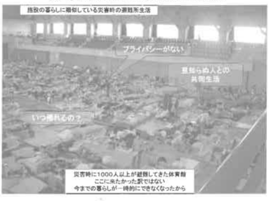
サポートセンター構想の中心になっている原点は何かというと、家族に依存しすぎた政策をいまだにやっているという失敗例をなんとかしなくてはいけないのではないか、ということです。

当初、家族介護が完結できない、いわゆる家族がいない人たちは仕方がないから国が面倒をみましょう、ということで施設は造られました。「65歳以上の者であって、身体上または精神上著しい欠陥があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な者を時に特別養護老人ホームに収容し……」と、昭和38年に作られた老人福祉法第11条2項（旧3項）に書いてあります。

つまり、施設は在宅で介護できない人を収容する所だと書いてあるわけです。今は収容するという言葉は使っていませんが、法律を作ったときは収容する場所だったのです。嫁が働きに出たとか、妻が高齢で介護できなくなったとか、本人の理由ではなく、介護者の理由で措置される所だったわけです。それなのに、今の時代に同じことをやろうということ自体に無理があります。

今は、家族が面倒をみられないのが普通の社会です。共働きのため、家族が介護できな

【図1】施設の暮らしと災害時の避難所生活


施設の暮らしに類似している災害時の避難所生活
プライバシーがない
見知らぬ人との共同生活
いつ帰れるの？
災害時に1000人以上が避難してきた体育館
ここに来たかった訳ではない
今までの暮らしが一時的にできなくなったから

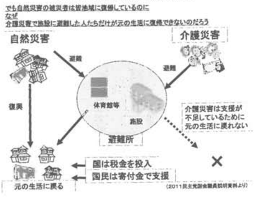
いのは当たり前になっています。そうだとするならば、昔の安全策で対応できるはずがない。方法を変えないといけないと思っています。

図1は災害時の避難所です。体育館に避難するわけです。決して体育館で生活したい人たちの集まりではない。隣同士は赤の他人です。

集団生活ですから、集団制約が働きます。たとえば、朝7時には、ご飯を食べなさい。午前10時には、風呂に入りなさい。午後9時には、電気を消しなさいといった具合で、老人ホームそっくりです。老人ホームは、避難所とまったく同じ構造になっていたということです。

ただ一つ違うのは、避難所に逃げた人たちは、やがて自宅に帰りますけれど、老人ホームに避難した人は帰せないということです。

【図2】自然災害と介護災害の違い


でも自然災害の被災者は皆地域に復帰しているのに
なぜ
介護災害で施設に避難した人たちだけが元の生活に復帰できないのだろう
自然災害
介護災害
避難
避難
復興
体育館等
施設
避難所
介護災害は支援が不足しているために元の生活に戻れない
×
国は税金を投入
国民は寄付金で支援
元の生活に戻る
（2011民主党国会議員説明資料より）

老人福祉法第11条旧3項に、「居宅において介護を受けるのが困難な者を特別養護老人ホームに収容する」と書いてありますが、確かに避難所だったのです。

隙間なくベッドを並べた8人部屋で、すべての生活は完結させられる。そういう仕組みでした。当時の8人部屋は、避難所の体育館と同じ、救済の仕組みそのものでした。

以前、民主党が政権を持っていたときに、議員会館に呼ばれて、おもだった方々を相手に話をしました。図2に書いてあるように、自然災害は必ず戻ります。国民の税金を投入して、あるいは寄付金を投入して戻すのです。当たり前の行為です。

それなのに介護災害は、どうして戻さないのか、政策が間違っているのではないか、と問いただしたものです。

介護災害の人たちに、いわゆる老人ホームに入っているお年寄りたちに3億円くらいずつ現金を渡したら、みんな帰ります。遠い親戚もたくさん現れます。そういうレベルだろうという話です。自然災害も同じで、たとえば中越地震で被災した山古志の人たちには多くの税金を使い、トンネルを掘って山を直して、みんな戻しました。同じようなやり方ができるのではないかと思っています。

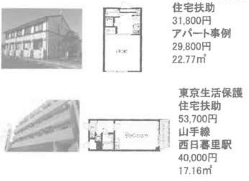
生活環境と投資の矛盾

２００６年の介護保険改正では、食費と居住費を自己負担にしています。２００５年10月の前倒し改正です。この段階で、日本では施設という概念はいらないのではないかと思いました。生活水準がどうなのか、介護の水準がどうなのか、という2本立てです。セットではないのに、相変わらずセットだと思っている方が沢山いて、施設が必要だという言い方をされるのだろうと思います。これは違います。

違っているというところで、大きな矛盾が起きた。どういうことかというと、憲法25条に「日本人として最低限度の生活を保障する」という項目があるのですけれど、これは生活保護で支えるのです。

長岡市の生活保護の場合、住宅補助として3万１８００円いわゆるアパート代が出ます。

【図3】長岡市と東京の生活保護



3万１８００円以内で使えるアパートはたくさんあります。

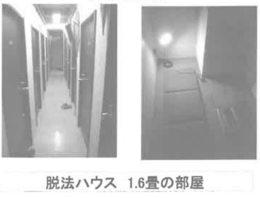
図3は一例ですが、バス・トイレ・キッチンは当然ついています。それから、生活保護だから4人で入りなさいという基準はありません。1人で使えます。また、このアパートは山の中にぽつんと立っているわけではありません。通常、町の中にあります。

町の中で、個室でバス・トイレ・キッチンがついている住環境を与えられるのを生活保護というわけです。

日本人として最低限度の生活とは、生活保護です。それにも満たない老人ホームは、何をしているのだと言いたい。

こうした住環境を自分で負担するという仕組みになっていながら、まともな住環境が提供されてない。こんな社会をどうするんだ、というのが大きな課題だということです。

【図4】脱法ハウス



皆さんは見たことがあるかどうかわかりませんが、この写真は脱法ハウスです（図4）。普通の家で、入ってみると戸がずらっと並んでいて、中は寝床が一つ用意されているだけです。

あまり大きな声で言いたくないのですが、私の老人ホームの中には、寝床しか用意していない所があります。老人ホームといいながら、脱法ハウスと同じわけですから、私は脱法ハウスを経営している立場でもある。非常に恥ずかしい話なのですが、そうした老人ホームがもっと必要だという発想をする人たちの気がしれません。

4人部屋がまだ必要だという自治体は結構ありますが、4人部屋と脱法ハウスと変わらないということを、しっかり理解してもらわないと困ります。

それで、サービス付き高齢者住宅（サ高住）が出てきたわけです。

都市部の場合は縦に伸びる社会なので、いわゆる今のURだとか賃貸のマンションでも段差があったり、あるいはURだとエレベーターがなかったりしますので、高齢を迎える人は生活しづらい。

では新しい建物に入れるのかというと、造るお金がない。そこで税金を安くするし、多少の補助金を出すから民間の人に造ってほしいといった話になったわけですが、そのやり方を真似して地方でやってしまったわけです。これは失敗例だと思います。

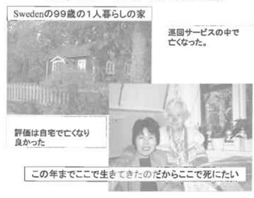
なるべく人が住んでいない安い土地を買って大きな建物を造り、サービスを入れるから、さぁ詰め込みましょう、というわけです。地方のサ高住の場合、施設の失敗例と同じことをしてはいけない。サ高住に対する考え方は違うだろうと思います。

やはり地域密着型サービスとか、地域単位の中で必要な数をきちんと整理するという発想を持って、地方は造っていかないと合わないだろうと思います。

死に方の合意

在宅で亡くなっている方が非常に減っているという社会の中で、医療費の負担が増えてくる。医療費の負担が大きくなると、若い人の給料は減り続けます。こうした社会をなんとか転換できないかと思います。

【図5】スウェーデンの一人死に対する理解


Swedenの99歳の1人暮らしの家
巡回サービスの中で亡くなった。
評価は自宅で亡くなり良かった
この年までここで生きてきたのだからここで死にたい

これは、私どもが長らく提携しているスウェーデンの町で、自宅で亡くなった99歳のおばあちゃんの写真です（図5）。亡くなる前に話を聞いたら、「私はこの年まで、ここで一人で暮らしてきたのだから、当然ここで死ぬわよ」と言われた。誰かが手を握って死んだわけではなく、訪問サービスの人が行った際に死んでいるのを見つけました。

このときの評価は、日本とは全然違います。

どういう評価になるかというと、「良かったね」という評価です。あなたは自分の人生を全うして、いい死に方をしたという評価になります。ところが日本の場合、同じことが起こると検死です。すぐに警察が飛んできて検死が始まり、次にマスコミが飛んできて家族批判や社会批判をします。家族が放っておくから、こんなことになるんだといった具合になるでしょうが、これは違うのではないだろうかと思います。

スウェーデンでは、朝・昼・晩・夜中と巡回します。巡回しながら継続的なケアの中で死を迎えるので、そのときに手を握ろうが握るまいが、自分の暮らしの中での一人死という点においては同じだというわけです。

日本の場合は、死後1週間後に見つかりましたとか、3日目にヘルパーが家に入ったら死んでいるのを見つけました、といった仕組みですから、事件性が問われてしまうのです。日本もスウェーデンと同じような連続的な介護をしていたら、そんなことを言われないだろうと思います。

在宅医療連携拠点事業の意味

私どもは数年前に、全国１０５ヵ所の在宅医療連携拠点の事業所指定を受けました。

どうやって在宅で死ねるか、どう支えられるのか、そのためにどんな人たちと、どんなふうに手を組むのかということを共に考え仕組みにチャレンジしました。

自宅で死ぬためには、安心を保障できるかかりつけの医師が必須ですが、医師一人で、24時間３６５日は困難です。ですから24時間３６５日の訪問看護と、家族に頼らなくても**支えることのできる一人暮らし**の住まい、24時間３６５日の介護と3食３６５日の配食が

必須。つまり、地域包括ケアが必要であり、そうでなければ意味がありません。

最近、少し気になっているのは、地域包括ケア会議だとか、会議が多いことです。テーブルを囲んで、椅子に座って、違う職種の人と話をしていると、それだけで地域包括ケアを実践しているように思う人がいるようですが、とんでもない勘違いです。実際のサービスが使えないような場所で、そんな会議をやっている暇があったらサービスやってくれと私は言っています。困っている人をきちんと支え続けなくてはいけないことを抜きに、関係者だけが話し合っていても何の役にも立たないだろうと思っている次第です。

2013年8月6日に出された社会保障制度改革国民会議報告書の中には、「医療から介護へ」「病院・施設から地域・在宅へ」という見出しとともに、そのために何がよいのかという内容が書かれています。

*

医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

「医療から介護へ」、「病院・施設から地域・在宅へ」という流れを本気で進めようとすれば、医療の見直しと介護の見直しは、文字どおり一体となって行わなければならない。

高度急性期から在宅介護までの一連の流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時に行われるべきものであり、また、川下に位置する在宅ケアの普及という政策の展開は、急性増悪時に必須となる短期的な入院病床の確保という川上の政策と同時に行われるべきものである。

今後、認知症高齢者の数が増大するとともに、高齢の単身世帯や夫婦のみ世帯が増加していくことをも踏まえれば、地域で暮らしていくために必要な様々な生活支援サービスや住まいが、家族介護者を支援しつつ、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に提供されることも必要であり、地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワーク、すなわち地域包括ケアシステムづくりを推進していくことも求められている。

この地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。

たとえば、介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が不可欠である。自宅だけでなく、高齢者住宅にいても、グループホームや介護施設、その他どこに暮らしていても必要な医療が確実に提供されるようにしなければならず、かかりつけ医の役割が改めて重要となる。

そして、医療・介護サービスが地域の中で一体的に提供されるようにするためには、医療・介護のネッワーク化が必要であり、より具体的に言えば、医療・介護サービスの提供者間、提供者と行政間など様々な関係者間で生じる連携を誰がどのようにマネージしていくかということが重要となる。

確かに、地域ケア会議や医療・介護連携協議会などのネットワークづくりの場は多くの市町村や広域圏でできているが、今のところ、医療・介護サービスの提供者が現場レベルで「顔の見える」関係を構築しサービスの高度化につなげている地域は極めて少ない。

成功しているところでは、地域の医師等民間の熱意ある者がとりまとめ役、市町村等の行政がその良き協力者となってマネージしている例が見られることを指摘しておきたい。

こうした地域包括ケアシステムの構築に向けて、まずは、2015（平成27）年度からの第6期以降の介護保険事業計画を「地域包括ケア計画」と位置づけ、各種の取組みを進めていくべきである。

具体的には、高齢者の地域での生活を支えるために、介護サービスについて、24時間の定期巡回・随時対応サービスや小規模多機能型サービスの普及を図るほか、各地域において、認知症高齢者に対する初期段階からの対応や生活支援サービスの充実を図ることが必要である。

*

ここまではっきり書き込まれているのは、すごいと思っています。

定期巡回と小規模多機能は、2つとも共通点があります。両方ともサービスは24時間365日休まないサービスであることと同時に一定額の料金です。定額制のサービスですので、出来高で1回いくらという使いづらいサービスではなく、施設と殆ど一緒のサービスです。定額制で休まないサービスがない限り、在宅では通用しないと思います。

また、すでにオレンジプランの中で5年間の整備目標数値まで掲げていますが、市町村の中には知らない人が多い。市町村は意外と読んでいないのが実状のような気がします。

◈——新たな認知症ケアの提案

認知症ケアの中で注意したいと思っているのは、ケアマネの方々についてです。今のケアマネたちの教育の中身は不足だらけです。請求書を作ることだけに燃えているというか、それしか覚えていないので、実際のサービスがどういうものかわからないという人が非常に多いのです。

確か、国内の4800万世帯の中で65歳以上の老齢世帯が1000万世帯を超えたはずです。老齢世帯が1000万世帯もあります。3000万人の高齢者のうちで予備軍も入れると20数%が認知症だと推計されています。そうした状況の中で認知症になったら、どういう対応をするのかが課題です。

たとえば、ご主人が認知症になっても大した社会問題にはならない。なぜなら私も含めてですけれど、退職したあとは友達もいないので家の中にこもっているだけだからです。

奥さんが相手にするしかない方が殆どですから、そういう人がボケようがボケまいが、大して問題にはならない。奥さんのほうが元気なので、介護ができるわけです。

問題は、奥様のほうが認知症になることです。ご主人の介護能力は殆どゼロですので、すぐ手を挙げて「助けてください」と言うわけです。この「助けてください」と言ったときに、ダメなケアマネはすり寄ってきて何をするかというと、奥様をグループホームに連れ込みます。つまり、夫婦生活をぶち壊す訳です。

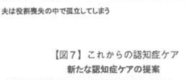
隣にいる顔なじみの方を消し去り、全然違う社会に一人だけ連れ込むということは、認知症患者に対して一番してはいけないことです。それなのに「困っているおじいちゃんを助けるために、おばあちゃんをグループホームに入れてきました」と言う。これは、とんでもない間違いです。

こうした場合、夫婦二人が社会の中で生き延びるために、どのように支えるかを考えるのがケアプランです。もしもサービスがなければ、組み立てるところまで引っ張って行くのが本来プロの仕事だと思うのですが、安易にどこかに置いてくる。あるいは、「家族が働いていて介護ができないので、おじいちゃんを○○に入れてきた」と言う。いわゆる特養の仕組みと一緒なわけです。

まったく本人のことを考えてない。本人または夫婦のことを考えたら、どうしたらよいのか、という視点が欠けているのです。夫婦二人がいかに長く生活を継続できるかを支えないといけませんし、もしも移動する必要があるなら一緒に移動するという仕組みがあるといいと思います。

【図6】これまでの認知症ケア

認知症になったとき


今までのサービスでは、別々に暮らすことになった
自宅
認知症の妻はグループホームに住み替え
夫は1人暮らし
グループホーム
自宅

老齢世帯が急増している中で、夫婦を別々にケアすることは必ずしも良い結果ではない

妻は知らない社会（グループホーム）に移動することで益々混乱

夫は役割喪失の中で孤立してしまう

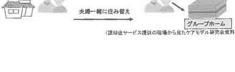
【図7】これからの認知症ケア

新たな認知症ケアの提案

夫婦が共に住み替える選択肢を提示することが重要

妻の介護はグループホームで提供し、夫は併設・隣接のバリアフリー住宅（在宅支援型住宅）で生活することで、認知症の妻には生活の安心を、夫には役割を、そして介護の責任はグループホームが担当する（あるいは共にグループホームで暮す）

加えて近隣に小規模多機能型居宅介護サービスがあれば、夫が要介護状態になってもそこでの生活は可能になり、夫婦の生活を最後まで保障できる



（認知症サービス提供の現場から見たケアモデル研究会資料より）

私は、1996（平成8）年からグループホームを開設しています。その中には夫婦で利用している人たちもいます。もともとグループホームは、夫婦で入っても問題ない制度なのですが、意外と一人分の場所と考えている人が多いようです。そうではなく、1つの住宅として使えるような転換をしなくてはいけないのではないかと思っています。

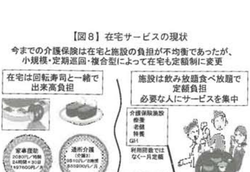
◈——地域包括ケアシステム

わかりやすいように、在宅サービスの内容を回転ずしの皿であらわしたのが図8です。入り口右側は施設で、5000円ぽっきりで飲み放題といったお店のようなものです。入り口で5000円払えば、ビールを何杯飲んでもかまわないわけです。

それに対して、回転寿司では1皿いくらです。通所介護の皿を15枚食べた、家事援助の皿を5枚食べた、訪問看護の皿を8枚食べた。さぁ、いくらになりましたかという、そういう世界なのですが、皿の料金が高め設定になっているので、とてもじゃないけれどそう食べられない、使えないというわけです。

非常に単純に説明しますと、身体介護の皿は、1時間4020円ですから、トイレに1日10回行くと、4万200円かかります。1ヵ月トイレに行くと120万円かかります。こんなお金を払える人がいますか？

【図8】在宅サービスの現状

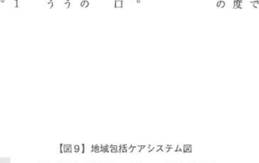


それに対して、一方は3万円で何回トイレに行ってもいいという仕組みになっているわけです。この矛盾点をなんとか直さないといけないだろうということで、2006年に小規模多機能型は定額になりました。複合型サービスと定期巡回も定額になりました。

慶應義塾大学の田中滋先生が作られた地域包括ケアシステムの図をもとに、東京大学の辻哲夫先生と一緒にやらせていただいている柏市の事例では、住宅系は学研ココファンさんにお願いし、健康予防関係はみんなで協力することになりました（206頁／図9）。

医療は柏市医師会やスギ薬局さんにお願いし、生活支援などの介護系は長岡福祉協会が担当して、マネジメントは行政がきちんとやる。こういう仕組みのことを地域包括ケアというのではないかと思います。箱を作りたいのではなく、ケアのある地域社会を作りたい。そのためのモデルを作ったわけです。一般に、住宅があると、箱に詰めてサービスをするのだろうと勘違いされるようですが、箱はおまけです。

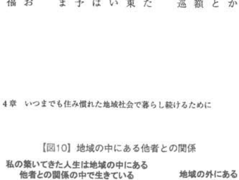
【図9】地域包括ケアシステム図



私は、5000人くらいの長岡市内の田舎町に住んでいます。保育園と小学校と中学校が一つしかないところに住んでいたので、同級生はものすごく仲がいい。長いこと一緒に暮らしていましたし、現在も一緒にいるわけです。この町に住んでいる限り、顔見知りだらけです。先輩後輩もいますから、ここから外に出たいと思ったことがない。

ただし、問題があります。私は妻が一人しかいないということです。

【図10】地域の中にある他者との関係



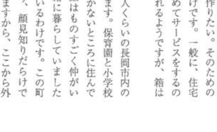
（厚生労働白書22年版掲載）

ひと昔前は、病院入院ですら、家族が介護しない患者は入院させてくれなかったので、親戚一同、交代でベッドの下にゴザを敷いて寝泊りし介護していたわけです。ですから「妻」ではなく「妻たち」と呼ぶグループで行うのが介護でした。ところが今は、妻は一人しかいないわけです。一人の妻で、介護なんかできっこない。

そうすると公的なサービスできちんと組まない限り、私は今住んでいる所から出なくてはいけない。それは、ごめんこうむりたい。また仮に1回はどこかの介護施設に避難することがあったとしても、災害時の避難所と同じなので、絶対戻ってくることを条件に避難する。これにチャレンジしているわけです。

感覚的には、街がサービスセンターなので、どこに住んでいるかはあまり関係ありません。1つのエリアの中であれば、自宅だろうがアパートだろうが、どこに住んでもいいわけです。サービスを提供する側がエリア内に行くだけですから、自宅が居室で、道路が廊下という感覚になってくるだろうと思います。

【図11】地域社会が1つの施設・病院



◈——在宅の生活支援

●24時間ケアを守る訪問介護

食事も含め休まないサービスを持っていないと生活できません。訪問看護や往診は、時々ですが、ご飯を食べたり、トイレに行ったりするサービスは、休んではいけないサービスなのです。

いろいろな場所で話を聞くと、この一番原点となるサービスを殆どしていません。どこの街に行っても、配食は3日に1回だとか、夜は放置しているとか、連続的なサービスになっていない。

原点の連続的なサービスがない限り、生活は成り立たない。この原点のサービスをきちんと考えなくてはいけないのではないかと思います。しかし、人手で全部できる仕事ではありません。

たとえば、見守りにしても、1000人が入居しているマンションが10棟もある場合、たった一人のスタッフがグルグル廻っても限界があります。

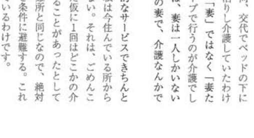
●ICTの活用

そこで地域医療連携に欠かせないのがICTです。定期巡回にも医療連携にもICTを活用しています。

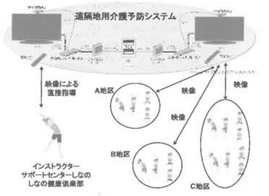
スタッフが持っている携帯電話と利用者宅にあるテレビ電話によって、スタッ

【図13】新たな介護予防システム

【図12】ICTの活用



【図14】高齢者総合ケアセンターこぶし園の事例



フも利用者も映像で確認できますので、業務量が相当改善されます。

　また、関係者にタブレットを配布し、誰かがデータを入力すると、それを全員が共有できますので、申し送りの時間がいらない、記録がいらない、介護保険に関しては請求事務までつなげるので請求書もいらない。これで業務量が格段に違ってきます。

　もう一つのチャレンジは、介護予防です。市町村で介護予防を充実させるのであれば、能力のある人を雇わねばなりませんが、それではお金がかかって仕方ありません。

　そこで、つくばウェルネスの久野譜也教授と一緒に健康倶楽部を作ってきたシステムを、映像機器を活用して遠隔地でもインストラクターが運動指導できる機械を開発していますので、一人のインストラクターが何地区かを一斉に指導できます。

使命(mission)は二つのCS
Customer Satisfaction　顧客の満足
Community Satisfaction　地域社会の満足

- ■在宅ケアのベースとしてショートステイを80ベッド整備
  （1982年からショートステイの拡充を続け、1997年に80ベッド）
- ■フルタイム　24時間365日連続するサービスの整備
  （1997年には介護・看護・食事がフルタイム）
- ■フルサービス　短期入所　訪問介護　配食サービス　訪問看護　通所介護　介護予防　グループホーム　小規模多機能　住宅
  （2004年にはサ高住のモデル在宅支援型住宅を整備）
- ■サポートセンターの創設と拡大
  （2002年に独自にモデルを創設、地域単位のニーズに対応した包括サービス）
- ■民間事業者との共同(ハードとソフトの分担)
  （土地・建物は民間、サービスはこぶし園）
- ■施設の分散と地域包括ケアシステムの構築
  （1982年の100人施設は2014年に0人になる）

サポートセンターの守備範囲は1～3km、15か所のセンターの対象は人口18万人

　たとえば、集落センターなどに住民に集まってもらい、スイッチを入れると「さぁ始めますよ」と指導が始まります。相互通信ですから、どこにいても「はい、3番目のおじいちゃん動きが悪いですよ」といった話ができます。

　介護予防は、こうした方法でやっていかないと、人手や指導内容の質の確保が大変だろうと思っています。

●コラボレート型サポートセンター

　私どものサポートセンターの守備範囲は1キロから3キロ範囲くらい、15ヵ所のセンターの対象は人口18万人です。使命（mission）として、2つのCSがあります（図14）。

　民間企業にとってCSは当たり前の話で、お客さんが満足しなかったら物は売れないわけです。お客さんが満足するから物が売れて商売が成り立ちます。ところが、福祉事業にはCSはありませんでした。お客さんが満足できなくても、並んでいる人にサービスを分け与えれば仕事として成り立っていた。並んだ順に配るだけで、相手方の満足度は問われてこなかったわけです。

　しかし、介護保険は本人の保険ですから、満足度を目指さなければいけないのは当然のことです。私は社会福祉法人、非課税団体ですから税金は払っていません。税金を払っていない人の仕組みとしては当然、地域貢献しかないわけですから、地域社会そのものに投資する。これは当たり前の行為だと思います。

　でもそれがなかなかできなくて、今、社会福祉改革で色々怒られているわけですけれど、怒られても仕方がないのは事実です。本来しなくてはいけないことをやってこなかった、という話です。

　人口が18万人の旧長岡市内は、左右は田んぼで、上下は山です。サービスセンターがある所に殆どの人が住んでいる。その中で1キロから3キロ範囲以内に届くサービスセンターを配置しています。14の中学校に15のセンターを造っている状態です。

　運営していくに当たり、民間との協同スタイルをとっています。土地は民間で、居住部分は通常のアパートとして民間事業者が担当する。介護部分はフルタイム・フルサービスを提供する私たち社会福祉法人が担当する。コラボレート型サポートセンターという仕組みです。単体型として、住まいがあって介護があるので施設と同様ですが、街のサービスという仕組みに変えていけるわけです。

【図15】ＰＦＩ事業

健康の駅ながおか

本体事業	高齢者センター(PFI)
	＋
付帯事業 （直営）	ケアハウス（定員40名） 通所介護（定員30名） 認知症型通所介護（定員10名） 訪問看護（365日夜間緊急対応型） 訪問介護（24時間365日） 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 居宅介護支援事業所 配食サービス（3食365日） 健康増進・介護予防センター
	＋
テナント	診療所（内科・歯科）

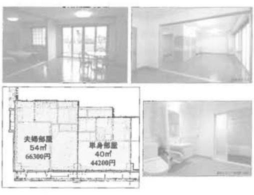
土地は市役所・サービスは一部PFI＋テナント＋社会福祉法人

　これはＰＦＩ事業という一例で、行政側の仕事を一部民間が受けてやっている仕事です。土地は市役所の土地なので全面無償で使わせていただいているので、私たちにとってはメリットです。

　診療所がほしいという地域の皆さんからの要望があり、テナントで入れてあります。サービスは、すべてあります。

　これも一つの多機能サービスの形態だと思っています。サービスは、すべてこの中に入っていて、地域に住んでいてもここに集まっていても、どちらであっても同じサービスを受けられるようになっています。

【図16】ケアハウス

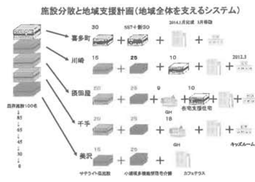


　老人センターは、確か一日の時間制限がなく、1日200円か250円です。

　老人センターは、全国の市町村がやらなくてはいけない老人福祉事業です。デイサービスとして送迎車両を使って、100人くらいきても何の問題もありません。今、レスパイトケア中心にデイに行っている人たちは、8000円とか1万円払って、椅子に座ってずっとお茶を飲んでいることもあるようですが、ここなら200円で済みます。

　図16はケアハウスで、単身部屋は4万4200円で40㎡です。現在、老人ホームは13・2㎡ですから3倍です。3倍で部屋代が安いのはどうしてかというと、市の土地で土地代がタダだからです。**要は、考え方を変えるといろいろなことができるのではないかという話です。**

【図17】地域全体を支えるシステム



施設分散と地域支援計画

　2014年2月末に完成するのですが、左側に縦に並んでいるのが昭和57年に造った4人部屋の老人ホームの全面分散です。それを地名の所に順次戻って行ってもらい、3月にはゼロになります。それぞれの出先に必要なサービスを組み立て、建物は民間に作ってもらうことになっています。

　つまり、私は10分の3の費用で建て替えができたと思っています。通常は、10分の10の費用で建て替えするでしょうけれど、10分の7は民間の人にやってもらっています。利用者の人たちは、部屋代を払うだけです。

　では、100人施設と分散とでは何が**違ったのだろうか。**

【図18】100人施設と分散の比較

施設の目的は効率　　人の暮らしは非効率

100人施設と分散の比較

1カ所の厨房・100人の定食	5カ所の厨房・15の共同キッチン 60部屋はキッチン付き、柔軟な対応
暮らしたことのない地域	自分の生活圏での暮らしの復活
家族・知人・友人から遠い	家族・知人・友人の近くで生活
知らない人たちとの同居	個人の暮らしを守る環境

基本はサイズではなく、地域社会で個人の暮らしを支えられるサービスと普通の生活環境が提供されること

都会は縦に、地方は横に広がるコミュニティ

　施設は、効率性を目指して造っていますので、個人は関係ありません。いろいろなサービスの名前をつけて「個別ケアを」と言っていますけれど、現実は効率性を高めるために作った仕組みです。「小山さん、なんでそんな非効率なことするの？」とよく言われます。そこで私は「皆さんが着ている服は、全員違うじゃないですか。こんな非効率な社会ないでしょ。みんなに同じものを着せて1種類にしてしまえば効率いいし、洗濯も楽だし、というふうになぜ考えないの」と言っています。

　人の暮らしは、そもそも非効率です。普通に暮らすというのは、非効率に暮らすという意味ですから、そういったものにしなくてはいけないんじゃないかということです。

【図19】サテライト型居住施設

施設の中も、周辺の地域も両方ケアするシステム（Swedenと同じ）

いずれも地域社会の要介護者を支えるフルタイム・定額サービス

★ポイント
土地・建物は全て民間所有
利用者も事業者も賃貸で利用
ハードに対する公的資金は0円

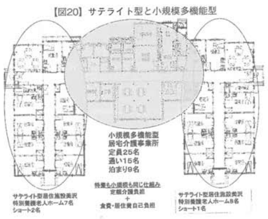
小規模多機能型と
サテライト型居住施設

　横に伸びたのが田舎のコミュニティで、縦にのびるのは都会のコミュニティですから、作り方はやはり変えないと対応できないのではないかと思います。

　たとえば、世田谷区などのように住宅がずらっと並んでいる所は、田舎と同じサービスセンターを造ればいいと思いますが、マンションで囲まれたような所は縦の社会を作らなければいけないだろうと思います。

　その典型的な例が図19のサテライトです。このときは構造改革特別区の制度で造りましたので、補助金はゼロです。土地建物は、すべて民間の負担です。利用者も事業者も部屋代を負担します。サービスをすれば特養です。特養は税金がなくても造ることができる仕組みだと、このときわかりました。平成18年の仕組みです。

【図20】サテライト型と小規模多機能型



　コミュニティとは、集合住宅という意味です。

　街に住んでいた人が1回、施設に収容されて山の中にいたのですが、もう街に戻っていいということで、その人たちがサテライト型居住施設に戻ってきた。小規模多機能は、地域の個別住宅に住んでいる方が使っているサービスです。定額制で食費や居住費は自己負担です。

　どちらも条件は一緒です。利用している人たちは、両方とも町内会の人、何の変わりばえもない住民たちです。

【図21】玄関付きの施設

複合型サービスの展開

　これも民間に作ってもらったものですが、玄関はすべて外にあります。アパートとしては、ごく当たり前の理屈ですけれども、施設はどういうわけか収容所っぽい。入口の事務員に「私は、○○の家内です」などと言って面会しに入ってくるというのは、なんだか恐ろしい社会だと思います。誰が来ても関係ないじゃないかと思います。

　私は、介護上の責任は持ちますが、プライバシーは勝手にしてほしいし、自分自身も触れられたくないと思っていますので、それぞれの家には玄関を付けてあります。

　地域の皆さんが共有する場所は、同じ町内会の人しか使わないわけですから、高齢者だったり、50代の人だったり、30代の人だったりするわけです。

【図22】カフェテラスやキッズルーム

　若い頃から使い続けられる場所を作ることを目指すために、子どものスペースと大人のスペースの両方を用意してあります。実際、これが意外と使われています。子どもたちは、学校帰りにゲームをやっていても親に怒られないからと、安心して遊んで帰ります。大人たちは、お酒を飲むのを楽しみにしておられます。

　また、複合型サービスは、大きな課題があります。看護師2・5人以上を内付けする仕組みになっていますけれど、看護師がいない。看護師がいないので非常に負担が大きいサービスになるわけで、これが広がらない理由だと思います。

　定期巡回のように外付けにできるかというと、訪問看護や往診は、本人が自宅にいなければできないサービスなので、医療法を改正していただかないと無理だと思います。どこにいようと本人の所に行けばいいのに、どういうわけか自宅に行けというわけです。それがこのサービスの欠点だと思います。

　また、サ高住も民間の方に、その街のサイズで造ってもらっていますし、施設も、たとえば新橋は小学校の跡地、和光市は消防署の跡地なので無償で使っています。地下鉄の月島駅の8番出口の上に建っているものは中央区の建て貸しです。

　2014年9月にオープンするのは、いわゆる牢屋敷跡に造る小伝馬町（東京都中央区）のケアサポートセンターです。2015年には、藤沢のパナソニックの跡地に、分譲住宅が600戸、マンションが400戸の中に**サービスセンターができる予定です。**

都市部と地方の違い

　都市部と田舎とでは、何が違ったんだろうと思い、いろいろ比較してみました。

●職場、職員の確保、職員の意識

　都市部では、職場は豊富な選択があり、田舎は選択が限られますが、職員は両方とも不足しています。これは労働人口が減っていますから当然です。マーケットが大きくなっている一方、労働人口が減り続けていますから、相対的に職員がいません。

　ただし、職員の意識が全然違います。なぜかというと、田舎は顔が見える社会で採用し

【図23】都市部と地方の違い

	都市部	地方
職　場	豊富な選択肢	増えてはいても生活圏が限定
職員の確保	不足 （社会全体の労働人口の減少と職場の拡大）	不足
職員の意識	組織への帰属意識低い （地域社会の関係性という制約の有無の差）	同意識は高い
職員の住宅	職場から遠い賃貸 （容易に移動できない地面の保有の有無）	職場に近い自宅
地域との関係	薄い （元気な時からサービス機関近くの住民か移民かの違い）	濃い
行　政	共に個体差大きい、ただ都市部は補助金負担の歴史からか行政指導が強いが中身はないことが多い また地方は全くわからない場合がある	
高齢者人口	しばらく増加 サービス増 長くは続かない いずれ減少	既に微増微減の段階 たたみ方を検討

ていますから、下手なことすると代々語り継がれかねない。地方では、それが制約になります。

●職員の住宅、地域との関係

　地方は自宅を持ちます。自宅を持っている所から半径何キロメートルの範囲で職場を選ぶので、さほど移動しないわけです。これに対して都市部は、自宅を持たないので、移動が簡単です。職場の近くに引っ越せばいいわけです。そういう生活だと、帰属意識が全然違うと思います。地方と都市部の両方で事業を行う中で、つくづく違いを感じました。

　住宅は、前述したように地域との関係性からみて、元気なときからずっとその地域にいたかどうかが問われるだけですから、当然、転々と暮らしていると地域との関係は薄いだろうし、反対に田舎は

どうしても濃くなります。

●行政

　行政については、恐らく個体差です。できる人とできない人の差が激しいというだけの話です。個人の能力だけに頼っているので、教育を受けていなければ大差があります。たとえば、補助金を出す場合は口もいっぱい出してくるので、正直いうと邪魔でしょうがないというのが都市部の仕事です。田舎は、制度自体を殆ど知らない人たちが圧倒的に多い。昨日まで土木部だった人が、今日から福祉にかかわる。勉強していませんので、過去はどうだったかも知りません。これはこれで困った話です。

●高齢者人口

　長岡はもう少しで高齢者自身が減ってきますので、サービスのたたみ方をどうしようかと真剣に考えています。どれからたたんでいき、どのサイズにしていこうか、ということを考えています。

　田舎は、20年くらい前に高齢化のピークを迎えていて、そのためのサービスをいろいろ組み立てて、社会の中に適合するように分散サービスができていますが、そういう仕組みが不要になってきたり減少することが必要になってくるのです。

　しかし、都市部は、これから団塊世代が高齢期を迎えると、1人2人ではなくて10万20万というサイズでドンと上がってくるわけです。だから大変だということになるのですが、団塊の世代は減るのも早い。ですから目の前にいる人の頭数でハードを作ると、

すぐに余ってしまいます。このたたみ方をどうするのか？

　その後、もう1回組み立て直して、団塊ジュニアの仕組みを作らないといけないのですが30年以上先の話になりますから、結構これは大変な作業だと思います。同じもので作っても、まず無理だというふうに思っています。

◈——地域で暮らすための仕組みづくり

　私は施設を運営していたので、施設を分散させる形をとりましたけれども、住宅でもいいし、サービスセンターでも何でもいいのです。要は、きちんとそのエリアに住んでいる人を支えられるサービスさえセットできれば、いいのです。たまたま特養の話を出しましたが、あえて特養である必要はないと思っています。

　また、便利な世の中になりまして、テレビ電話も活用しています。利用者宅にはテレビ電話があり、24時間ずっとつないであります。スタッフは携帯の映像で確認できますので、利用者の方に何かあったら、必ずスタッフが行って対応します。

　つまり、見守りは、お宅に行かなくてもできるわけです。スタッフのほうからスイッチを入れて起動することもできますので、寝たきりの一人暮らし、要介護度の高い一人暮らしの人たちにも対応できます。そういうことができる社会になりました。

　これまで私は、地域で暮らすための仕組みづくりに取り組んできました。正直なところ、簡単というと語弊があるかもしれませんが、大した話じゃない。老人ホームは24時間休まず仕事を延々とやり続けてきた職場です。そこにいた私たちからすると、夜間対応型とか定期巡回・随時というのは、それまで毎日してきた仕事です。

　そこで、箱の中だけしか提供してこなかった仕組みを地域社会の中に同じように提供しませんか、というふうに変わっただけで、やってきたことは変わっていません。新しい仕組みになったわけではなく、今まであるものをつないだだけですから、どこでも同じような仕組みはできているはずなんです。

　ただし、収益性は非常に悪い。ベンツは買えないけれど、自転車ぐらいはなんとかなるという世界で、非課税団体の役割でいいのではないかと思っています。皆さんがヤル気さえあれば、いつだって転換できる仕組みだと思っています。

　いずれにしろ、制度改革は終わっていると思っていますので、意識改革とヤル覚悟、使う人たちの覚悟が必要なんだろうと思っている次第です。

◈——質疑応答

——都市部の中で訪問看護や介護を展開していく中で、今いる人の頭数で数えていったら長続きしないうえ、子どもがどんどん少なくなっていったときに、これからも展開できる施設とは、どうのように考えていらっしゃいますか。

小山　基本的に施設である必要はなく、マンションでいいのではないか、集合住宅という呼び名でいいのではないかと思っています。ただし、住まいとしての基準を守って欲しい。そもそも人が生きる場所というのは、バス、トイレ、キッチンくらいは付いているアパートがスタンダードであり、そのように整備された所だと思うわけです。

　東京は狭い部屋での暮らしに慣れているかもしれませんけれど、それでもわずか1・6畳の脱法ハウスは、いやでしょうから、ちゃんとした面積を確保する。それが原則だと思います。上に伸びていようが、横に伸びていようが、戸建だろうが関係ないんです。住環境としての原則を守らなければいけないことが大事で、もう施設という呼び名にする必要がないのではないかと思います。

　自己負担ですから、どこだっていいわけです。あとは休まない介護を提供する仕組みとの兼ね合いです。同じ都会でも、横に伸びている一戸建て住宅のエリアでは、田舎と同じようにサービスセンターをその中にポツポツと置き、この区画はみます、この区画はみます、という仕組みでいいだろうと思います。都市部のど真ん中は、縦に伸びる社会しかないので、その縦の中にサービスを入れていけばいい。それを囲い込みとか、そんな言い方をする必要もないし、コミュニティに必要なサービスとして形態を考えて付ければいいだけの話です。すでに制度的に用意されているもので十分対応できると思っています。

——小規模特養か小規模多機能か、というわけですけれども、どういうふうに仕分けているのか教えてください。

小山　小規模多機能とか定期巡回とか、名前は違いますけれども、やっていることは同じなんです。その人の生活を休まないで定額でどう支えるかということしかしていません。さきほども言ったように、私は施設と在宅という区別もそんなに意識していません。

　たとえば長岡の場合、人口1万人に対して、要介護認定を受けている人は450人です。その中で使っている介護報酬は確か8億です。人口1万人のうちの450人が8億使っている。それなのに今の仕組みでは、たとえば地域報酬に職員が付いています。訪問看護ステーション立ち上げるために2・5人置きなさいとか、デイサービスをやるときに職員何人置きなさいとか。対象者の数は関係ないんです。

　私は、450人しかいないのであれば、450人に対して職員は何人必要なのかという考え方が妥当だと思っています。その人が集合住宅という老人ホームに入っていようが、個別住宅という家に住んでいる人だろうが、この町内に住んでいる人はまとめて面倒みますよ、だからそれに必要な職種は全部揃えますよ、ということです。

　そういう職種を揃えた事業者を行政がコンペで選択してくれればいいし、定期的な評価をして入れ替えも含めて検討されればいい。〝どういうサービスが〟でも〝事業者が〟でもなくて、使う人たちがどういうサービスを必要としているのかが重要です。どういうサービスをやろうとも〝提供側はすべて対応できる仕組みを持っているよ〟という塊で見ることができる形を定額でできないかなぁと思い、いろいろ作っているわけです。

　たとえば、訪問看護も訪問介護も、事業所として全部定額でいいのではないかと思います。デイサービスでも、軽い人でも重い人でも何をしてもお金になりますから、事業者が作った分だけお金は上がり続けます。

　一方で、労働人口が減り続けている社会で、マーケットは広げ続けていますから、人手不足は当たり前の話になっています。事業内容がどうのこうのという前に、頭数として絶対無理なんです。だったら、いらない事業所は排除して必要なサイズで、450人に対して職員何人という、そういう組み方をすると労働力も集約できるのではないかと期待しています。

——地方のほかに都市部で展開されている中で、何が衝撃というか、何が一番大変だと感じられますか。

小山　やはり職員の覚悟だと思います。先ほどもお話したように、帰属意識というか、どう見ても自分の将来のためにやろうという感覚が見えない。とりあえず選ぶ職場として転々とする。全員そういうわけではないですけれど、何かその辺の感覚が違うような気がします。

——事業者の覚悟なのでしょうか。もう少しお伺いできますか。

小山　事業者側の覚悟です。先ほども言いましたように、ベンツは買えませんよ、そういう利益を上げるのは本来の筋じゃないということです。だからといって薄給でいいという話でもないので、そこのバランスをうまく経営手腕でやらなければいけません。それを実行する際の事業者として、こういうスタンスで行くんだという覚悟です。チャレンジするには、いろいろ壁があります。ですから事業者側の覚悟が必要なのです。

　一方、利用者側も口あけて待っていたら、なんでも落ちてくる社会ではないので、自分も努力して生きていく一人です。その中で我慢しなくてはいけないこともあるし、サービスが届く距離が遠くなれば、それだけ時間かかるのも当たり前のことです。そういった所に住み続けるのであれば、サービスが頻繁に来る街のようにはいかない。これは利用者側の覚悟の一つです。

　それなのに、みんな平等だという発想を持つのが間違いです。自分が住宅を選ぶのであれば、住宅に対するサービスの距離だとか、全体を意識したうえで暮らさなければならないし、手を握られて亡くなるといった甘い発想を持ってもらったら困ります。一人で死んでいるのが普通だということに対する意識もしっかり持っていてもらわないといけない。

これは、家族も周りの人たちにも言えます。そうでないと、「あそこで孤独死したんだなぁ」という発想になるだけ。「あそこで死んでよかったね」という発想をみんなで持たなければいけないという話です。

——今日は医師のお話があまり出てきませんでしたけれど、医師の存在については、どうでしょうか？

小山　老人ホームに嘱託医がいるのは、おかしい。街に住んでいた人を山の中に連れ込んだときに、それまでのかかりつけの先生が来るのは大変だから、その代わりに一人責任ある者をホームの中に置いておく、というような世界ですが、地域に戻ってきた人たちは、かかりつけの医師が目の前にいます。町内会の皆さんそれぞれ、かかりつけ医を持っているんです。

　ですから、その医師に直接診てもらうのが一番正しいと思っています。これは、小規模多機能にしても小規模特養にしても同様で、地域の先生に診てもらうのが普通だと思いますが、残念ながら、ものすごいロスを出しながらやっているわけです。

　私どもが取り組んでいる所では、分散した所の一番近くにいる医師に嘱託医になってもらっている。それも複数の医師になってもらっています。ところが、その分の支払いは、どういうわけか、医師にかかっていない私が支払わなければいけない。本来は、保険でかかっている本人と医師との関係になるはずなのに、施設が払うことになっているんです。嘱託医は、間違いです。住宅なのですから、本人との直接契約でいいのではないかと思っています。

——地域密着で、定期巡回をやっていると、地域ごとにいろいろ状況が異なっていることがわかります。まだスタートして2、3年ですが、24時間人を配置して、オペレーターと一緒にやらせてほしいと言っても、地域密着だからダメなどと言われます。今、改革として、これはやるべきだというのは何か、教えてください。

小山　本当に不合理というか、不条理な世界だと思います。施設でいうと、風呂入れ要員は5人用意しなさい、食事介助要員は8人用意しなさい、おむつ替え要員は12人用意しなさい、といった仕組みなんです。利用者に合わせる努力をしていないのです。

　先ほど覚悟の話をしましたけれど、なかでも行政マンの覚悟はない。地方単位で、その地方のサイズに合わせて動かしてもいいという方向性に流れてくるはずなのに、それを受け止めて「私の責任で、私たちで頑張っていく」という発想にはならないのです。

　この間、ある地域でショックを受けたのですが、「私たちは、とりあえず、周りの皆さんがやるのを見てから動きたいと思います」と言う行政マンがいらっしゃった。行政マンは地元の人間なのですから、このサービスを使えるんだという認識を持ってくれたら、発想も変わるのだろうけれども、どうも政策を作る人間だということだけが頭にあって、使う側の立場を考えていない。

　当事者のはずなのに、当事者意識が抜けているのが一番弱いところではないかという気がします。

——サテライト化された形で住まい場所になっている場合、地域の看護師がどのようにそこをカバーするのか。看護師と介護職の協働というか、一緒に最後まで支えることになろうかと思いますけれども、その辺はどうなっているでしょうか。

　また、リハ職や管理栄養士さん、歯科医師や歯科衛生士、管理薬剤師さん、もちろん医師も、実際にどのように連動するのか。看護を中心とした多職種が地域に分散した場合に、どのような形で機能したり、連携したり、協働したりすればうまくいくのか、教えていただければと思います。

小山　私が職場の皆さんにお願いしているのは〝必ず資格にチャレンジしてください〟ということです。ラーメン屋だって調理師免許がいるのですから、介護職が免許なしでできるかという話です。人からお金をもらって仕事をしているわけですから。ちゃんとそれがわかるようにしましょう、と言っています。

　また、職種間の連携とかについては、正直あまり意識していません。サポートセンターという名称で職員集団という70人くらいのグループもあれば、10人とか15人くらいのグループのサポートセンターもあります。その中で誰がリーダーシップを取るかといえば、できる人が取るわけです。ある場所では看護師がリーダーをやっているし、ある場所では介護福祉士がリーダーをやっているし、ある場所では社会福祉士がリーダーをやっている。職種別にリーダーをやってもらっているのではなく、個別の能力でリーダーをできる人にやってもらっています。

　看護と介護の関係というのは、私どもの中では同じグループとして見ているので、どっちもどっちというか、あまり意識してはいない。グループ自体もそんな形で組まれているので、それを実行するために資格は皆さん持ってくださいと言っています。

　半分冗談ですが、「5年でケアマネの資格が取れない人は、初任給に戻す」と脅しをかけています。5年経っても研修を受けられないような人は「能力がないのだから、給料下げるぞ」という脅しをかけて、皆さん取っているという状況。要は、ただ勉強してほしいだけです。つまり、専門職間の関係ではなく、利用者Aさんが必要なサービスにグループで組むわけです。あるグループがあって、誰かのサービスをしているわけではなく、一人ひとりのサービス体系に合わせてグループを組んで提供するという話です。そうすると必然的に、職種間もあまり違和感がないんじゃないかというふうに思っています。

——サテライト5ヵ所に対して、たとえば看護師は複数の所にかかわっていたり、薬剤師さんや歯科医師など様々な専門職を揃えていたり、かかりつけ医は近所の医師が多いのでしょうが、人材がいるかどうかにも影響を受けると思いますが、いかがでしょう。

小山　平成24年度末に、だいたい6万人くらいのエリアで実際に始めた際、幸いにも往診

専門で、24時間体制で必ず飛んできていただける先生がいました。その中で一番近い開業医の先生に頼むのですが、その先生がいないときとか、夜とかはバックアップがある、そういうチームで診ていただいています。

うちの訪問看護ステーションは、最初から24時間型なので、平成9年から24時間で動いています。訪問介護は、平成7年から24時間で動いています。介護保険の前からフルで動いています。利用者の数でグループが決まるので、どこも何ヵ所か兼ねています。その人の所に行くグループを、必要に応じて組むという感じが強いかもしれません。この中には薬剤の先生たちもいますし、災害医療関係も組んでいますので、災害時に薬剤はどこに、どのくらいあるか、というのもデータ化されています。その責任は薬局の先生たちに頼みますとか、あるいは開業医の先生たちに、そういうときは誰が責任を持ってやってくれるのかといった話をいつもしています。

——地方でも都会でも、介護人材不足に絶対的になります。それに対して、今のサービス基準を含めて、小山モデルでできますか。

小山　これも覚悟の問題が絡んできます。私が和光市でサービスを作ったときに、初めてこの介護の職場に勤めたという72歳の方を採用しました。以前、大手の有名デパートの店長をされていた方なんですけれど、退職して余暇活動で介護の勉強をしたいと言うわけです。私が採用したとき、周りの人たちから「そんな年寄りを採用していいのか」と言われたので、大概どこの法人でも、それ以上の年の人が意地を張って仕事していますから大した話じゃないと言いました。ここで言いたいのは、高齢者だからという話ではなく、働けるのであれば90歳でもいいだろう、ということです。

以前、山の中でホームヘルプを組み立てているときに、地元のおばちゃんを雇おうと思っていた。80歳でも在宅介護をやっている人もいるので、そういう人に金払って隣のじいちゃんを一人みてもらったほうがよっぽど効率的だと思ったからです。そういうふうな発想をしていったら、実は労働力は確保できる。介護は若い子しかできない仕事ではないのですから。他の人でもできる仕事、組み合わせをうまく作ることをやっていったら、労働力としてかなりの数が期待できると思っています。

また、排除できる部分は局力排除して効率化を図るというのは、道具を入れることで賄うわけですけれど、その両方の考え方で行くべきです。いつまでも、人がいないから、できない、みたいな話をしていてもしょうがない。どこに誰がいるのかを探すほうが手っ取り早い方法だと思っています。

——誰かが主体になって見守りをしなければいけない。最近、医師の見守りシステムを売り込みに来る人が沢山いますが、医師ではないんじゃないかという思いがあります。どういう主体が見守るのがいいのか、ICTが主体となっていくのか伺いたいと思います。

小山　24時間動いているのは、介護の人たちが主力です。連続的な仕事なので、他はみんなパートで来ています。

介護も24時間、看護も24時間、往診の先生も24時間です。介護で廻っていて何かあると、全員共通のデータですので、関係者全員に飛びます。うちのメリットは全部持っていることで、何かあれば自分のグループのメンバーとして看護に連絡が行く、あるいはデータを見た看護師の判断で医師に連絡が行く。そういう順番です。その原点に介護の人が24時間、動き回っているのがベースです。

——制度がサービス単位になっているから、看護も介護もバラバラに配置されている中で、ケア管理して生活の中のサービスとして効率的に実行しなければなりません。小山先生は同一法人でやっていらっしゃるので、同じ釜の飯を食う仲間としてできることがあると思うのですが、私たちは訪問看護と介護とが連携して、どうやっていったらよいかということを3年間も話し合っていても、難しいと思うばかりです。

専門職同士がお互いに自分の考えを素直に吐き出せないというような状況について、どのようにお考えですか。

小山　完結型の企業1社でできますというのであれば、1社でいい。でも、それができない場合は、いろいろな会社10社ぐらいで手をつないで1つの会社組織にして運営していくというパターンにしたらいいのではないかと思います。

やはり財布を同じにしないと駄目なんです。うちはヘルプ事業をやるのでヘルプだけで稼ぎたいとか、うちはデイをやりたいのでデイの部分だけで稼ぎたいとか、そうするとエゴが働きます。これは仕方がない。でも、サービス提供の仕組みからすると、そんなのはどうでもいいことで、1社でやってもらったほうがいいわけです。共同出資の1社として、まとまってグループでコンペに臨むというのも方法だと思っています。

〝手をつなぐ〟とよく言いますけれど、実際に職員の給料払う立場の人たちの集まりは、そう簡単にはいかない。やはり共同出資の事業所だろうと思います。ただし、社会福祉法人は出資できない仕組みになっているので、それをちょっと緩めてもらえないのだろうか、という思いはあります。地方のキャリアアップもできないような小さい会社は沢山ありますから、人材とお金を中央に出資して東京法人みたいなのを立ち上げて、急激に増えてく都市部に対応するという方法も十分に可能性があるんじゃないかと思います。

——より良い方向に向かって努力しない社会福祉法人は許しがたい、ということには賛成なのですが、社会福祉法人でないとできないことは限定されてしまうと思うんです。先ほど儲からないと言っておられましたけれども、損をするわけではない。そこそこ地元スーパーみたいな程度で利益率がいいという所なら可能なのではないでしょうか?

小山　可能な部分と可能じゃない部分があります。1つは大きな課題というか、私は小規模を実際やっている側ですけれど、まったく誰も体験したことのない名前のサービスを使うというのは、それを知ってもらう準備がすごくかかります。

たとえば、海水浴場でナマコを見つけて、くちゃっとしたのを口に持ってきて美味しいぞと言われても大概の方は逃げます。こんなもん食えたもんじゃないと。でも、あれを立派なホテルで調理して、金箔の器に酢の物3切れくらい乗せて、綺麗なお姉さんが着物を着て持ってくると、誰もが美味しいと言って食べるんです。しかし、そのシチュエーションを作るまでの建物と人、その環境を作って知らしめるまでのタイムラグにかかるコストは入っていない。通常の民間会社だと、かけたコストを商品に乗せて売るわけです。

これに対して、介護保険は最初から「50円で売れ」というふうになっているから、そこまでの準備にかけたお金とハードを回収できない。民間が乗り出して来たら、かなり危ない橋を渡らないとやっていられないという話になっています。ですから私は、社福が非課税団体なのだから、非課税の部分でしっかり社会に事業モデルとして提示して、社会の人に知っていただいく。数を増やすには自分たちの能力では無理だから、民間の人に沢山入ってもらって広げてください、という仕組みだと思っていた。

それなのに蓋開いたら、社福の人が全員後ろ向いて逃げてしまい、お金にならないからタッチしないみたいなことを平気で言っていた。いや今でも言っています。そこで、もう社福はいらないという話をされても仕方がない。そういうレベルだと思うんです。その投資コストを非課税分で払うという部分が社福のメリットというか、役割でなければいけないのに、そこがうまく機能していなかったということが反省だと思います。