

東京都高齢者保健福祉計画作成委員会
(第1回)

平成17年5月31日(火)
都庁第一本庁舎42階 特別会議室A

午後 2 時30分開会

杵山計画課長 時間でございますので、ただいまより第 1 回東京都高齢者保健福祉計画作成委員会を開催させていただきます。

委員の皆様には、ご多忙中にもかかわらず、本委員会の委員をご承諾いただきまして誠にありがとうございます。

私は、本委員会の事務局を務めます福祉保健局高齢社会対策部計画課長の杵山でございます。委員長が選任されるまで会議の進行を務めさせていただきますので、よろしく願いいたします。

各委員の机上に、本委員会の委員について委嘱状を配付させていただいております。本来ならば一人ひとりに福祉保健局長からお渡しすべきところでございますが、申しわけありませんが、時間の都合で省略をさせていただいております。どうぞご了承ください。

それでは、事務局から各委員のご紹介をさせていただきます。お手元の委員名簿をご覧ください。

浅尾文恵委員でございます。

五十嵐さち子委員でございます。

井上恵司委員でございます。

柏木洋子委員でございます。

加藤みほ委員でございます。

苅部尊也委員でございます。

川尻禮郎委員でございます。

鈴木隆雄委員でございます。

鈴木博之委員でございます。

高橋紘土委員でございます。

田島俊二委員でございます。

玉木一弘委員でございます。

寺田勝彦委員でございます。

永田久美子委員でございます。

中根厚夫委員でございます。

野村寛委員でございます。

原島博委員でございます。

丸山浩一委員でございます。

宮崎和加子委員でございます。

和気康太委員でございます。

和田行男委員でございます。

本日、所用により欠席されている委員は、真田正義委員と鈴木哲美委員でございます。また、本日、所用により出席が遅れますとご連絡をいただいている委員は蒲生七郎委員、石田亘委員でございます。

また、お手元の幹事名簿、委員名簿の裏面になりますけれども、こちらに幹事ということで、正面向かいて左側の席になりますけれども、事務局を補佐するための委員会の幹事として関係部署の課長が出席しております。よろしくお願いいたします。

では、本東京都高齢者保健福祉計画作成委員会の開会に当たり、東京都福祉保健局次長の帆刈祥弘よりご挨拶申し上げます。

帆刈福祉保健局次長 こんにちは。ただいまご紹介にあずかりました福祉保健局次長の帆刈でございます。東京都高齢者保健福祉計画作成委員会の開催に当たりまして、一言ご挨拶申し上げます。

本来ですと、この席に局長の幸田が参りまして挨拶をする予定でございましたけれども、今、100条委員会が終わったばかりでございまして、その後の調整に時間を取られております。したがって、私が代わりに挨拶をさせていただきます。

昨日から今日にかけてのマスコミ報道等でご存じだと思いますけれども、今、われわれのところは非常に大変な話になっておりまして、私のクビも明日飛ぶかどうかかわからないという状況になっておりますが、この会だけはきちりご審議いただきまして、将来の東京都の行く末を見据えた上でのきちんとした結論を出していただきたいと思っております。

話を戻しまして挨拶をさせていただきます。

このたびは、委員の皆様方におかれましては、ご多忙中にもかかわらず、快く委員をお引き受けいただきましたことにまずもって厚く御礼申し上げます。誠にありがとうございました。こうして皆様方の顔を拝見いたしますと、保健医療福祉の専門家の方々、在宅サービスや施設、グループホームなどの事業者の代表の方々、それから区市町村の代表の方々、それに委員公募にご応募いただいた3名の都民の方々など、これからの東京の高齢者施策を語り合うにふさわしい皆様にご参画をいただき、大変心強く思う次第でございます。

さて、介護保険制度が導入されて5年が経過いたしました。所期の目的でございました介護の社会化につきましては一定の成果が上がりつつあると考えております。しかし、その一方で軽度の要介護者が急増するとともに、認知症の高齢者が増えるなど、新たな課題も浮上してまいりました。今回の介護保険制度改正におきましては、介護予防を重視する仕組みへの転換をはじめ、認知症などに対応した新しいサービスの導入、地域における包括的なケア体制の整備など、極めて重要な改正が盛り込まれております。皆様ご案内のとおり、今から10年後、戦後生まれのいわゆる団塊の世代が高齢期を迎える2015年あたりには、この東京におきましても、都民のおよそ4人に1人が高齢者という本格的な超高齢社会が到来することとなります。こうしたことから、今回の介護保険制度の改正内容も十分に踏まえ、2015年の東京の高齢社会像を念頭に置きつつ、新たな施策の構築が求められているところでございます。

東京都は、現在、利用者本位の新しい福祉の実現を目指す福祉改革に全力で取り組んでおり、高齢者分野においては、介護が必要になっても、地域で安心して暮らし続けることができるよう、認知症グループホームの緊急整備などに重点的に取り組んでおります。また、本年度、介護予防と健康づくりを総合的に推進する観点から、従来、生活習慣病の早期発見を主眼として実施している基本健康診査と、今日、鈴木副所長もご出席でございますけれども、東京都老人総合研究所が開発しました「おたっしゃ21」を使用しました介護予防のための健診を一体的に実施し、早期に介護予防事業につなげていくための仕組みづくりを全国に先駆けて進めております。

今回の計画作成に当たりましては、こうした都独自の取組みをさらに一步も二歩も進め、高齢者の自立の支援と尊厳の保持を実現し、高齢者の方々が自分らしく、安心して、生き生きと暮らせる社会の構築に向けて、委員の皆様とともに全力で取り組んでまいりたいと心から希望しております。ぜひ皆様方それぞれのお立場からの忌憚のないご意見をちょうだいし、都民の誰もが希望の持てる計画が作成できますよう、切にご協力をお願い申し上げます。どうぞこれから1年間、よろしく願いいたします。

杵山計画課長 それでは、次に進めさせていただきます。

本委員会の運営に当たりまして、初めに委員会設置要綱第5に基づきまして、委員長と副委員長を選任させていただきたいと存じます。委員長は、要綱によりまして「委員の互選により定める」とされておりますが、委員長につきましては、どなたか立候補または推薦

がございましたらお願いをいたします。

川尻委員 大変僭越でございますが、高橋紘士先生に委員長をお願いしたらいかがかと存じます。ご提案申し上げます。

栢山計画課長 今、川尻委員から高橋委員をとというお声が上がりましたが、いかがでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

栢山計画課長 ご異議がなければ、拍手でご承認ということによろしいでしょうか。

(拍手)

栢山計画課長 ありがとうございます。それでは、高橋委員長、一言ご挨拶をお願いいたします。

高橋委員長 立教大学の高橋でございます。図らずも、この委員会の委員長を仰せつかりました。

考えてみますと、私の研究歴の振り出しというのが昭和46年にやりました、その当時は民生行政基礎調査という名前でしたが、東京都の高齢者の非常に包括的な実態調査をやらせていただきました。そのときは、時代でございますが、高齢者の対象が60歳が調査対象だった時代でございます。そのとき以来、折に触れて東京都の社会福祉、高齢者福祉、今は障害者福祉の仕事もさせていただいておりますが、いろいろなところで関わってまいりました。介護保険の問題は、実は国の介護保険の法律が目下、参議院にかかって、恐らく順調にいけば、この末には国会通過ということになるかと思いますが、この準備作業にもいろいろな意味で実は関わらせていただいております。そのときに、東京都でいろいろ前にやった検討が密かに密輸出と言ったらいいでしょうか、例えば地域包括支援センターというのは、東京都で地域福祉のあり方の懇談会を昔やったときに考えたことを、換骨奪胎して入れたというふうに私自身は位置づけております。そういうことも含めまして、そういう経験を踏まえまして、委員の皆様の実地、あるいは都民のお立場、それぞれのお立場を十分に踏まえたい計画ができることを、いかほどかでもお手伝いできればというふうに思っております。委員の皆様のご協力をいただきまして、ひとつこの任を務めさせていただきたいと思っております。よろしく願いいたします。(拍手)

栢山計画課長 それでは、次に副委員長を選任したいと思います。設置要綱第2の3で「委員長は副委員長を指名することができる」というふうになっておりますけれども、いかがでしょうか。

高橋委員長 それでは、私から。研究者で介護保険事業計画も含めまして、計画の問題で中堅クラスで私も非常に注目をしています和気康太明治学院大学助教授に副委員長をお願いしたいと思いますが、いかがでございましょうか。

栢山計画課長 ご異議がなければ、拍手をお願いいたします。

(拍 手)

栢山計画課長 ありがとうございます。それでは、和気先生に副委員長をお願いするということで、よろしくをお願いいたします。

ここで、所用によりまして、福祉保健局次長、帆刈は退席させていただきます。

帆刈福祉保健局次長 よろしく申し上げます。

(帆刈福祉保健局次長退席)

栢山計画課長 それでは、高橋委員長と和気副委員長には、中央の席へ移動をお願いいたします。

(高橋委員、和気委員、それぞれ委員長席、副委員長席に着席)

栢山計画課長 それでは、高橋委員長、今後の議事につきましてよろしく申し上げます。

高橋委員長 それでは、今日は第1回でございますので、この検討委員会が何をやるか、どういう課題があるかということについて、事務局のほうで資料を準備をいただいております。配付資料の確認をまずしていただいて、その後ご説明をお願いするという手順でひとつよろしく申し上げます。

栢山計画課長 それでは、私から資料について説明をいたします。次第の下に配付資料一覧を置いてございます。

資料1は、本委員会の名簿でございます。

資料2は、本委員会の設置要綱でございます。

資料3は、「高齢者保健福祉計画の作成の基本的な考え方」というふうにしておりますが、この資料は今回、委員の皆様にご覧いただき検討をお願いしている保健福祉計画のアウトラインと、これまでに国からございました通知をもとに、現時点において考えられる盛り込むべき事項を記載しております。事務局でたたき台として作成いたしました。

さらに、参考資料の1点目としまして、今回作成を予定する計画のもととなる平成15年度からの高齢者保健福祉計画でございます。

参考資料の2点目は、同じく都における介護サービス量の見込みなどを掲載しました15

年度からの第2期介護保険事業支援計画でございます。

参考資料の3点目は、「東京の介護保険を育む会報告書」でございます。育む会は、都市型介護を都民へ提案するなど、平成13年度に設置されまして、今年の3月をもって終了いたしました。今回の報告書では、「地域包括ケア」の実現に向けまして、区市町村が取り組んできた努力を中心に検討した内容をまとめております。

参考資料の4点目は、3ページの資料でございますが、「介護保険制度改革の概要」でございます。このたびの介護保険法改正に合わせまして、厚生労働省老健局が作成したもので、制度改革について簡単にまとめたものでございます。

参考資料の5点目は、「『東京の介護保険』の現状について」とございまして、これは本日机上に配付してあります「第2期東京都介護保険事業支援計画」の追補版ともいえるものでございます。「第2期東京都介護保険事業支援計画」は15年3月に発行されておりますので、この現状の中では、その中のデータを17年1月の時点のデータに変えて記載しております。

参考資料の6点目は、都の福祉保健局の各施策をわかりやすくまとめました福祉保健局発行の広報誌「東京の福祉保健」でございます。

以上です。

高橋委員長 ありがとうございます。どうぞご確認をいただいて、もし不足があれば事務局のほうにお申しつけをください。

それでは、事務局で、委員の皆様と検討していくべき高齢者保健福祉計画のアウトライン、あるいは作成に当たっての基本的な考え方というものにつきまして資料を用意いただいております。基本的には、われわれのミッションは第3期の東京都の高齢者保健福祉計画をつくるということでございますから、これを今のところどういう形で事務局は考えているかという、そういう基礎的な資料がございますので、スケジュール等も含めましてご報告をお願いいたします。

栞山計画課長 資料3の「東京都高齢者保健福祉計画の作成の基本的考え方」をご覧ください。

この資料の左側1、2、3につきましては、今回、委員の皆様にご覧いただきまして、福祉保健計画のアウトラインでございます。今回の計画作成は、団塊の世代が高齢者となる10年後の2015年を念頭に、目標とすべき政策目標と取組みを明らかにするものでありまして、老人福祉法、老人保健法、介護保険法の三つの法律に基づく法定計画で、計画

期間は18年度から20年度までの3カ年計画となります。

4番目の作成にあたり留意すべき背景といたしましては、まず1点目として、18年4月施行を目途に、現在、介護保険制度改革関連法案が国会において審議中であるということでございます。2点目は、都では自立支援と尊厳の確保など、利用者本位の新しい福祉を実現するために、地域選択、競い合いをキーワードに福祉改革を進めまして、地域のケア付き住まいの整備とか、福祉サービス第三者評価に積極的に取り組むなど、利用者の選択を支援する仕組みづくりを進めてきていますという点でございます。3点目として、大都市東京の高齢者介護のあり方を広く検討・協議するために都が設置した「東京の介護保険を育む会」から、地域包括ケアの実現に向けた提言を受けているということでございます。この報告書につきましては、ピンクの表紙でございますけれども、今日机上に配付しております。こちらにつきましては、後で所管の介護保険課長の角田から簡単に説明を付け加えさせていただきます。

資料の右側をご覧ください。こちらには、計画作成に関しまして、国からの通知をもとに計画に盛り込むことが想定されます事項について記載をさせていただいております。総論の部分は、今説明しました左側のアウトラインの部分のところでございます。各論につきましては、ここに記載してある事項以外につきましても検討いただきますようお願いいたします。

1番目の 介護予防・疾病予防の推進につきましては、健康寿命の延伸を目指しまして、都内において基本健康診査の機会に介護予防検診、「おたっしゃ21」といった取り組みも始まっております。

2番目の 、認知症高齢者支援対策につきましては、例えば都では今年度から区市町村における認知症予防の取り組み支援と人材養成を始めております。

3番目の 、高齢者の積極的な社会参加につきましては、シルバーパスや老人クラブはもちろん、就業支援が大きな課題となっております。

4番目の 、地域包括ケア体制の整備につきましては、このたびの介護保険法の改正におきまして、地域支援事業の核となる地域包括支援センターの整備が予定されており、また、それぞれの地域の実情に合った地域密着型サービス及び整備のための交付金制度が既に始まっております。

5番目の では、区市町村における訪問介護や通所介護などの介護保険対象サービスにつきまして、新たに新予防給付対象サービスや小規模・多機能通所介護などのサービス量

の見込みや、介護専用型特定施設などの居住系サービスの利用定員総数の設定など。特養、老健、療養型の広域施設の整備目標であるとか、個室・ユニットケア化につきまして。また、ケアマネジメントの充実であるとか、18年度から開始が予定されております介護施設等の介護情報の公表についてというところが課題であると思っております。

6番目の では、18年度以降、新たに予定されております地域支援事業に従事する人材の養成・確保についてでございます。スケジュールといたしましては、本計画につきましては、18年の4月から発行ということで、作成は今年度中ということで期限が定められております。時間的には厳しい日程になるかと思われましても、事務局としては、今年度6回程度開催をさせていただきまして、その間にパブリックコメントも2回程度実施したいというふうに考えております。

この資料につきましては以上ですが、最後に、先ほどお話ししました「東京の介護保険を育む会」からの報告書について簡単に説明をさせていただきます。

角田介護保険課長 介護保険課長でございます。お手元のピンクの冊子をご覧くださいと思います。

これは、先ほど申し上げましたとおり、16年度、育む会で、都内で地域包括ケアに向けた先進的な取り組みを行っております区市町村の事例報告などを受けながら検討してきた内容をまとめたものでございます。

3ページの目次をお開きいただけますでしょうか。四つの項目から構成されております。

1は、大都市東京の介護問題を地域から解決していくための課題を整理してございます。説明のほうは省かせていただきます。

2では、介護保険制度の見直しの方向ということで、このたびの制度改革の中で、地域包括ケアに関わります介護予防システムの地域密着型サービス、地域包括支援センターの概要等につきまして、9～12ページで紹介をさせていただいております。

3と4が中心になりますけれども、3の「地域包括ケア」に向けた区市町村の取り組みにつきまして簡単にご説明をさせていただきたいと思っております。

冊子の13ページをお開きいただけますでしょうか。ここでは、育む会で都内の5区市の先行的な取り組み事例を受けまして、「地域包括ケア」を実現するための五つのポイントを整理してございます。

次のページになります。第1のポイントといたしましては、まちづくりとしての「地域包括ケア」の推進でございます。「地域包括ケア」の実現には、まず第1に身近な地域で

の介護基盤の整備が必要でございますが、その地域、これは今度の改正法の中で日常生活圏域ということで中学校区等が示されてございますが、これをどのように設定するかが大きな課題ということを指摘しております。その上で、事例といたしまして、品川区におきましては、区内を13のコミュニティ単位に分けまして計画を進めているような事例を紹介してございます。これが第1のポイントでございます。

それから、次の15ページの(2)、二つ目のポイントでございます。これはサービスの中身でございますが、在宅での24時間、365日の安心の創造。必要なときに随時サービスを受けることができる仕組みや見守りや地域の支えが必要だということを指摘しております。事例といたしまして、世田谷区におけます取組みの紹介をさせていただいております。

続きまして、三つ目のポイントといたしまして、次の16ページでございます。今後増加いたします認知症に地域で対応できる介護の仕組みづくりの必要性でございます。このため、小規模・多機能型のサービスの必要性、あるいはグループホームやデイサービスなど、認知症に対応できますサービスの必要性というものを述べてございます。

それから、四つ目の柱が介護予防の取組みの強化でございます。徐々に生活機能が低下してしまう「廃用症候群」を防ぐための介護予防に重点的に取り組むことが重要だとしまして、府中市あるいは稲城市の先駆的な取組みのご紹介をさせていただいております。

最後に、五つ目の柱といたしまして、以上の三つのサービス内容を申し述べましたけれども、それらを含めまして、多様なサービスを調整する核としての機能の必要性を述べまして、それが現在の改正法の中では「地域包括支援センター」の創設に当たるということを指摘してございます。このような地域の中でサービスが適切に機能するためには、「地域包括支援センター」というものが地域ケアの実質的な連携のためのセンターとして有効に機能することが重要であるということを述べてございます。

以上、五つの「地域包括ケア」の実現のためのポイントを整理してございます。

そして、19ページの下に、4といたしまして、これからの東京都の役割。今度の改正法案の中身を見ますと、今以上に地方分権が前進することになります。そのような時代におけます東京都の役割といたしまして、三つの役割を提言してございます。

次のページになりますが、第1が区市町村への支援体制の強化でございます。分権が進む一方、これまで以上に区市町村への支援体制が求められます。それが第1でございます。

第2が、現場実態を踏まえまして積極的な国への提起機能でございます。今度の改正に向けまして、東京都では、16年の4月と17年の1月、2度にわたりまして国に提言をして

まいりました。このように、都民や事業者の声、保険者であります区市町村の意見等を踏まえました提案を現場の立場から行っていくのが東京都の役割ではないかというものでございます。

それから、三つ目の役割といたしまして、新しい仕組みに対応した専門人材の養成でございます。新しいニーズに対応するためには、何よりも人材の養成が重要だということをご述べて、例といたしましては、介護予防のマネジメント、それから介護予防プログラムの指導、こういったものを担う人材の養成の必要性を述べてございます。

そして、最後になりますけれども、「おわりに」の23ページの下の方の段落でございますが、先ほど申し上げましたように、「地域包括ケア」を実現するための5項目につきましては、第3期介護保険事業（支援）計画及び高齢者保健福祉計画の作成に当たり、その重要な柱立てとなり得るものと考えます、ということで報告のほうを結んでおります。

以上、簡単でございますけれども、育む会のまとめの報告を概括させていただきました。栞山計画課長 事務局からの説明は以上でございます。

高橋委員長 ありがとうございました。事務局からは、大まかに資料3に基づきまして、この計画がどんな内容になるのかということについて、粗々の項目でございますが、お示しをいただきました。一方で、内容が大変多岐にわたるにもかかわらず、来年の4月、一部はこの10月からになるわけですが、介護保険改革が具体的に動きますので、与えられた時間は相当きついということになるかと思っております。とりわけ、各区市町村のほうで今、第3期の介護保険事業計画の策定作業がまさに佳境に入っているところ、やっと始まったところ、相当進んでいるところ、これは足並みが多岐であろうかとは思いますが、その中で東京都としての広域的調整の仕事が相当あるようでございますが、そういうことを含めて、大変厳しいスケジュールでこの計画の策定をやらなければいけないということもご報告いただきました。大体6回ぐらいこの委員会が開かれるわけですが、そんな状況の中で、国のほうもこれから省令、通知等、あるいは、まだ法案だけでは明らかにならないいろいろなものがございまして、一番のものは介護報酬でございますが、介護報酬に関する分科会が動き出しておりますが、これは法律が通ってからでないとなかなか進みませんし、予算との関係でいえば、恐らくその全容がわかるのは相当後になってからで、これは例年のとおりでいつでもそうでございますが、そうなりますと、いろいろな意味でなかなか予測しづらい面を抱えながら計画策定をしなければいけないということがあるかと思っております。

それにしても、大きな筋ももう既に厚生労働省も、一昨年(2014年)の高齢者介護以来、いろいろな形でメッセージを出してきておりました。昨年の7月30日の介護保険部会の意見書等、そして、それが法律改正の中で今日ご用意をいただきました介護保険改革法案の概要の中で集約されるようないろいろな中身がここで出されておりますから、そういうものを東京という大都市、これは2015年の基本的なモチーフは、これから本格的に始まる都市型高齢化にどう対応するかということといえば、今まで国の考え方というのはオールジャパンを平均的に見ておりました。これに対して2015年の高齢者介護のモチーフは、それぞれの地域性を踏まえて、いろいろな高齢者ケアの施策展開をお願いしたいという考え方でございますから、東京都は、いわゆる急速に進む、しかしながら、一方でいえば、ある意味では地域的に大変成熟して高齢化が進行しているところと、急激にこれから高齢化が進行するところを抱えながら、文字どおり都心から多摩地域、そして島しょ部まで含む、東京都というのは大変多様な地域性を含んでいるわけで、その中で高齢者ケアをどういうふうに展開していかねばならないかというような、そんな議論をこれからしていきたいというふうに思っております。

今日はせっかく第1回でございます。これからの委員会の中では、事務局が相当大きな資料を出して、それを説明する、それに委員のご意見をいただくというようなことで、なかなかご発言の機会が取りにくいようなこともあります。今日は事務局はあえて軽めの説明にさせていただきます。委員の皆様から、この委員会の出発に当たって、高齢者保健福祉計画に期待するもの、課題提起、現場からこういうことを問題にしているのだというようなことで、課題等も含めてまして、いろいろご意見をお持ちで第1回に臨まれたかというふうに思いますので、時間の制約もございませぬけれども、スタートでございますので、できるだけ皆様全員からのご発言をいただきたいというふうに思っております。とはいえ、委員が23名おられますと、1人10分だとあつという間に230分になりますので、3分程度ということで大変申しわけございませぬ。また、お手をお挙げくださいと云うとあれなので、まずは第1回でございますので、先ほども委員の紹介はいたしましたが、自己紹介というよりは、もちろん課題提起を含めて、あいうえお順ということで恐縮でございますが、委員名簿に従いまして、まずは第1ラウンドのご発言のトップバッターを浅尾さんにまずはお願いをしたい。公募というお立場でこの委員会に期待するもの、メッセージをいただけるのではないかと思います。ひとつよろしくお願いいたします。

浅尾委員 浅尾でございます。公募で委員にならせていただきました。

私の場合は、実際に要介護4の母をもっておりまして、在宅で見ております。そうした観点からですので、とても狭い意味でしか私も全体を見られないので、とても個人的なことに走ってしまう場合もありますが、今、在宅で実際にヘルパーさんに来ていただいてお手伝いしていただいて、そしてまた、デイサービスに通うという日常生活を送っております。とてもよくしていただいているのはよくわかるのですが、デイサービスの職員の方もヘルパーさんたちも、どうしてもお世話型の介護になってしまって、本人の身体機能が、実際のことを言うてしまうと、だんだん弱くなってしまいます。ですから、そこでまた家族が体操のプランを入れたりしてやったり、散歩のプランを入れたりしてやっっていけないと、どうしても機能としては弱くなってしまおうというのが現状ありますので、その辺の身体機能をもう少し高めて、維持ということもそうですが、まだ高められる人も非常に多いと思いますので、そうしたことをもう少し充実していただきたいということと、それから、うちの母の場合は認知症ということは現時点ではないのですが、高齢者なので、やはり考える力というのは衰えがちだと思いますので、そういう精神的な面での刺激というか、一般的に今、音読とか、世間で騒がれているような計算問題を解くとか、そうしたものも今後もし入れていただければ、具体的にそういうものではなくていいのですが、精神面での考える力を向上・維持するという意味でも、身体と精神的な二つの観点から向上していくような、何かそういうものを皆さんで考えていただければ、介護しているほうの身としてはとてもうれしいと思いますので、よろしく申し上げます。

高橋委員長 ありがとうございます。大変大事なご指摘を冒頭からいただいたような気がいたします。介護予防というのはしばしば誤解を……。私は言葉が余りよくないなと個人的には思っておりまして、むしろ積極的介護とでも言うのでしょうか、そういうケアの思想、要するに受け身になって問題を解決する、「お世話型」というふうにキーワードでおっしゃった、それをどういうふうにポジティブな生活機能維持改善に資するような介護にしていくかというのは、単に要支援、軽度者の問題だけではないような気がいたします。大変大事なご指摘をスタートからいただきましてありがとうございます。ぜひ記録をしてというふうに思います。

それでは、引き続き五十嵐委員、お願いいたします。

五十嵐委員 有料老人ホーム協会の五十嵐と申します。よろしく申し上げます。

私は、社団法人の全国有料老人ホームという団体の立場から参加をさせていただいております。今回、介護保険であったり、老人福祉法の改正であったり、有料老人ホームとい

うのはある意味で脚光を浴びているというか、実は平成12年、介護保険ができるまで有料老人ホームというのは300ちょっとしかなかったのです。今は全国で1,400ぐらいあると言われていています。そのわりになかなか認知されないというか、民間のやっていることということで、なかなかこういう計画の中にきちんと位置づけられてこなかったかなというふうに思っているのですけれども、私、個人的には、それこそ先生がさっきからおっしゃっている団塊世代のど真ん中で、これは私どもの問題でもあるということで、ずっと協会のほうで仕事をしているのですけれども、協会の有料老人ホームの立場、特定施設での立場から言いますと、今かなり問題になるのは、前の報告書を読ませていただいたりしたのですけれども、特定の総量規制が特に自治体のほうでかかっておりまして、消費者ニーズはかなりあるけれども、その辺の問題点というのは、われわれのほうにおつくりになりたいというご相談もたくさんあるのですけれども、事業者さんのほうからもいただきます。

では、今後、公的なものはなかなかできないというのは自明だろうということで、民間をどうやって活性化し、利用していくのだろうというのが今後大きな内容になってくるかなということで、協会のほうとしても、いろいろな観点からいろいろな事業をやっているのですけれども、ぜひこの委員会で皆さんのお知恵をいただきながら、われわれの有料老人ホームの観点でも、もう少し質の向上であったり、情報開示であったり、今以上にもう少しがんばって、また、この計画の中で特定施設等を含めてぜひ展開をしていただいたらありがたいというふうに思います。特に有料老人ホームの場合は、介護保険で特定というところ、18年からの改正で、説明をどうやってやったらいいのだろうというぐらい範囲が広がるような原案が今国会に出ていますので、そういうことも含めて、ぜひご検討いただいたらありがたいというふうに思います。以上です。

高橋委員長 ありがとうございます。たしか厚生労働省の資料では、介護3施設の参酌標準は合計で大体3.2という数字を使っていますが、大体3%ぐらいですね。ところが、介護付きの住居の65歳以上人口比率が日本は0.8程度にすぎません。外国へ行きますと、4%とか、5%とか、3%ぐらいですから、逆に言うと、なぜ特養待機中が増えるかというところ、まさに介護付き住居が足りないから。ということは、逆に言うと、有料老人ホームという今までのビジネスモデルではない、今回、法律が変わりまして10人以上という定義が有料老人ホームは外れます。そうなりますと、逆になかなか難しい問題も含みつつ、ケア付き住居、とりわけ東京の場合は質のいいものをどう確保するかというのが課題かと思えます。先ほどの総量規制の話で、これはかなり大きなものができる、たちまち1号被

保険者にはね返るという問題があって、グループホームも含めまして、非常に慎重なスタンスを保険者はとる。しかしながら、ニーズはある。そこら辺をどういうふうに調整をしていくか。思想をどう変えていくかということも含めまして、ぜひ議論をしていただきたいと思います。

それでは、引き続きどうぞ。石田委員、お願いいたします。

石田委員 公募の石田と申します。実は72歳になりましたけれども、会社を辞める寸前におもしろい川柳を見たのです。どういう川柳かというと、「定年後、チャンネル片手に日が暮れる」というおもしろいものです。私は、そのとき笑い飛ばしたのです。というのは、私は前から世界の史跡を回る趣味がありまして、定年のときは、待ってましたとばかりに早速エジプトからずっと回ったのですが、どうも仕事が終わってから回ってみるとおもしろくないんですね。感動がないんですね。同じ仲間でも、現役の連中はみんな歓声をあげているわけです。そこで気がついたのは、やはり趣味で感動するというのは、仕事があってこそ感動するのだと。毎日時間をもてあましたサンデー毎日の状態ではだめだと。それに気がついてガッカリしてしまったのです。それで、先輩と回ってみると、かつての先鋭は全て話題は年金の話と病気の話ばかりで全然おもしろくない状態ですね。中には、もう介護保険のお世話になっている人もいたり、何か自分の将来を見るようで非常に憂鬱な気持ちになったのです。

そこで、何か仕事をしなければいけないなと思って、たまたま近くに介護保険のデイサービスができたので、そこの送り迎えを始めたのです。送迎ですね。これはボランティアみたいなものですが。でも、その結果、わずかな小遣いが貯まって、また海外旅行の趣味が始まったところ、前と同様にすばらしい感動があったわけです。そうすると、人間というのは、要するに何かしながら、よく定年後は趣味を持ってというけれども、それは無理ですよ。だから、地域に貢献するものを何か持たないと、個人の趣味なんて、こんなもので長い老後を過ごせる状態ではないですね。そんなことで朝晩、車で送り迎えしているのですが、私は72歳。利用者には60歳ぐらいの若い人がたくさんいますよ。私より若い人を後ろに乗せて運転していると複雑な気持ちになりますね。それを考えてみると、人間のいわゆる価値というのは、要するに仕事をしているときはみんな同じようなものなんですよ。問題は、仕事を終えてから死ぬまでの何年間をどうやって生きたか、これによって決まってしまうのではないかというような気がしてきました。

それで、私が非常に興味を持っているのは長野県です。長野県というのは、男が一番長

生きなんですよ。沖縄じゃないんです。長野県なんですよ。にもかかわらず、健康保険の使う量は北海道の半分。健康保険は日本一。もう一つの日本一は、みんな老人が何らかの形で仕事をしているのです。それは孫の世話もありますよ。とにかく何かしている。役割があるわけですね。だから、そう見ていくと、今の介護保険はいい制度だと思うけれども、どうも余り世話をやり過ぎると、ちょっと先ほども話が出たのですが、何か自分で生きようとする力を一部奪っているのではないかという気がしないでもないですね。全部じゃないですよ。ある場合においてはね。そういう趣旨から考えていくと、今後出てくるところの予防介護というような問題。あと、学習治療というのを最近始めましたね。やはりああいう形で取り組んでいかないと、悪くなりました、さあ看ましよう、看ましようでやると、人間というのは横着ですから、看てもらえば何もなくなりますよ。こういう状態を多少でも改善意欲を持っていくということはいい方向ではないかという気がいたしたということです。以上です。

高橋委員長 ありがとうございます。大変心強いご発言をいただきました。長野県は、ご承知のように、健康老人地域ということで介護保険料についてもあれですが、幾つか市区町村を見ておきますと、やはり意識的に継続的に高齢者のアクティビティというか、活動をきちんと位置づけながらやったところは、確かに一人当たり老人医療費は落ちている。そういう事例が幾つか私も昭和50年代からの実践を見たことがございます。まさに介護保険でも同じことが言えるはずで、これを都市で、地域がある意味で言えば多様でございませうけれども、コミュニティという意味ではなかなか成り立ちにくいところで、それをどう作り出すかという、これは多分、東京都のチャレンジかというふうに思います。ありがとうございます。

それでは、引き続き井上委員、お願いいたします。

井上委員 私は、東京都歯科医師会というグループにおりまして、歯医者でございますので、そういった観点でお話をさせていただきますと、まず現状、高齢者の約8割ぐらいが義歯を装着しているということで、当然、高齢者の福祉あるいは保健に関わっていかなければいけないというのが第1点ということ。

それと、昨今、生活機能の質の向上ということが言われております。これで考えますと、歯科という立場からは、やはり食生活の支援ということになるかと思えます。当然、食べるのに楽しく、それからおいしく、なおかつ安全にということのをわれわれはいつも考えております。といいますのも、お餅を喉に詰まらせたり、誤嚥・誤飲で年間約9,000人の

方が亡くなっております。これは、高齢者の方の口腔機能が低下しているという実態があるかと思えます。したがって、介護予防にもございますように、口腔機能の向上ということで、トレーニングをしながら、先ほど言いましたように、おいしく、楽しく、安全に食生活を支援できればというふうに考えております。以上です。

高橋委員長 ありがとうございます。介護予防のプログラムも口腔ケアが正式に入ることになりましたので、いろいろな形でひとつよろしく願いをいたします。

それでは、引き続き柏木委員、お願いいたします。

柏木委員 高齢者福祉部会のほうから参りました。私どもは、施設として介護保険に關しまして介護保険の地域格差が、全国規模と東京という大都市圏の中での格差という問題に大きく直面しております。それから、待機者指針によりまして、大都会という中でやはり待機者が全国規模の中でやはり東京都、大都市圏は多いということで、待機者指針によって特養に入所してまいりますときに、やはりその場合には4か5にならないと点数が上がりませんので、そういう方が入ってきますと、やはり重度化ということがございます。在宅が軽度の人への介護予防ということがあるかと思えますが、逆に施設では重度化の中で特養における医療の制限ということが、これはどういうわけか全国規模では問題になっていないのですが、特養における医療の制限というのが、重度化の人々を私どもがケアするときに、医療との接点をどのようにするかということが大変大きな問題になっております。この辺のところは今後、非常に大きく課題となって関わってくるのではないかと考えております。

それから、今日、都のご説明がありましたように、今まで福祉的に措置制度という中でやってまいりました制度の中で、在宅介護支援センターというものが福祉的機能を介護保険から外れた人々に対しての機能を大きく持っていたのですが、その機能がどのようになるかということが今年度の大きな課題となっています。地域包括支援センターがどのような形で機能していくのかということが私どもの行く末を見ているというのでしょうか、どうか包括支援センターで全体的に統合的に介護になる前、介護になってから、それからその先、看取りがきちんとできるような形につないでいくような形に機能していければいいなということを望みながら、ここに大きな着眼点を置いております。以上です。

高橋委員長 ありがとうございます。いずれもこれから議論しなければならない、入所申込者の待機状態も本当に深刻であることは東京都も大変頭を痛めているし、それぞれの保険者の皆さんの大変大きな課題でございます。これも具体的な議論がここで交わされる

ことかと思っております。それから、地域包括支援センターの問題、これもそれぞれの市区町村の取組みがこれから恐らくいろいろな意思決定をやらなければいけないということ。一方で、在宅介護支援センターがなくなるわけではございませんで、法律上は残ります。私は、在宅介護支援センターというのは、社会福祉法人、施設経営法人の地域コミュニケーション部門だというふうに積極的にもう一度位置づけ直していただきたい。例えば、病院はMSを持っているわけですね。MSの仕事は、単位計画なり、地域とのリレーションをどうやるかという、そういうものも施設経営法人は持たないと、実は、それこそ重度化の問題を含めるとこれからの仕事ができないという、そこら辺をどういうふうに考えていくかという議論もあろうかと思いますが、これも大変大事なご提起をいただきましてありがとうございます。

それでは、港区でお仕事をされています加藤さん、引き続きお願いいたします。

加藤委員 特別区の介護保険担当課長会から1名ということで参りました加藤と申します。ご紹介がありましたように、港区の保健福祉部のほうで副参事をしております。私ですけれども、都はこのような形ですが、港区で似たような委員会を主催として担当いたしました、港区の介護保険事業計画を策定するという仕事に取り組んでいるところでございます。つい昨日も、夜でございますけれども、こうした委員会を開きまして、私は、ここで言えばそちらに座って司会をしていたというところでございまして、本日は委員のほうに座らせていただくということで大変気恥ずかしい思いをしておりますけれども、お役に立てればと思います。

特別区の状況は、一枚岩ではございませんし、それぞれの地域性がございますけれども、港区のことで少しお話をさせていただきますと、今話題になっております地域包括支援センターの件でございますが、つい昨日も、まずは日常生活圏域をどうしていくかということとを議題にいたしまして、一応、一定の方向性につきましてはご議論いただいたというような状況でございます。その他、それをもとにして介護保険事業計画をどうしていくかにつきましては、法案がまだ不透明なところもございまして、これから区としても考えていくというような状況でございます。港区の場合は、地域包括支援センターでございますけれども、たまたまですが、在宅介護支援センターがほとんど区立でございます。4カ所が区立で、そのほか事業委託という形で委託料を全て区が負担して1カ所はやっていただいているということで5カ所ございますけれども、概ねその5カ所を日常生活圏域として地域包括支援センターを構築していくということで今のところは考えてございます。その程

度でございますけれども、中身をどうしていくかということは、まだ数が決まった状況でございますので、こちらの議論も踏まえ、また必要なものについては、港区の意見だけではなくて、特別区全体のご意見も少し代表として発言をさせていただきながら、よりよい東京都の支援計画ができるように努力してまいりたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

高橋委員長 ありがとうございます。地域包括支援センターの問題はいろいろですが、ご承知のように、法律は衆議院を通るときに修正されまして、地域包括支援センターは三つの必須機能というふうに考えられて、被保険者全体、これは60地域の総合相談機能、これは社会福祉士を想定しております。それから、包括的介護予防マネジメント、これは保健師さんによって、いわゆる地域支援事業である被該当者の介護予防と、要支援1、2が新しくできますが、これは介護予防マネジメントをやる。それから、主任ケアマネージャーが継続的包括ケアのサポートをする。それに権利擁護機能が加わって必須事業が四つになりました。権利擁護事業は恐らく社会福祉士の仕事で、総合相談とセットになってやる仕事ということになります。そうなりますと、これは専門職採用、専門性をコアにすることが基本的なモチーフで、保健師については保健師及び経験のある看護師という名前がつきまして、それから社会福祉士についてもどうするかという議論はあろうかと思えます。基本的には社会福祉士必置という考え方。それから、主任ケアマネはこれから概念が、一応提示されましたが、これは具体的に法案が通るとすぐ概念が出てくるはずでございますが、そういうことも含めて、これもそれぞれの日常生活圏レベルでというのも考え方が出されておりますが、これが市区町村でどういうふうに議論をされ、それを東京都としてどうサポートしていくか。それは、これからまた議論になろうかと思えますが、ひとつ今後とも経過をいろいろな形でご報告いただけたらありがたく思います。ありがとうございます。

それでは、老人クラブ連合会からお越しの蒲生委員、お願いいたします。

蒲生委員 今日私どもの総会がございまして、少し遅れまして申しわけございません。私も老人クラブの事務局という形で、昨年の6月からちょうど1年間、いろいろな活動を見させていただきました。今日は老人クラブの立場からという形でございますが、私も、この1年間の中で、各老人クラブの指導者研修なり、いろいろなところにお邪魔している中で、やはり各地域の老人クラブの会員さんをはじめ、皆様方が今一番懸念していると思いますが、興味のあるところは、やはり年金問題とか、それから今の話題でいえば介護保

険問題とか、医療保険問題とか、これらについて最近の状況は研修会の中でよくお話が出るところでございます。

ただ、そういう中で、今、老人クラブの活動されている役員さんなり、そういう中心の方々は、おかげさまで元気な方だから活動していらっしゃるわけです。そういう方たちがいかにほかの会員さんなり、ほかの人たちをサポートできるかというところで、元気な人自身は今、深刻ではないと言うとあれですけども、今後、いろいろな会員さんとほかの方々のためにという形で、東京都は、おかげさまで特別の活動費も出してもらっていますし、老人クラブの活動費の中で、友愛活動とか、それらの活動の中で今、会員さんを中心に元気な方たちがサポート見回り等を行っている。これらは、実績的にも年々活動が多くなってきております。そういう意味では、会員さんも非常に大変な認識を持ち、また、そのためには、いろいろな介護保険の制度改正とか、年金の改正とか、いろいろな面でもやはり研修会で勉強していかなくてはならない、こういうことも話題の中に出ておるわけでございます。

それと、介護保険の中で、今まさしく健康づくりという形がテーマになってまいりましたが、私ども老人クラブの中でも、健康づくり等というのは、筋力トレーニングをはじめとしたいろいろな角度でそれぞれの地域においても実施しておったところでございます。これからも、それらを中心に活動していく。それから、子育ての問題とか、最近、老人クラブに課せられた課題も非常に多くなっているわけでございます。そういう面では、各地域とも一生懸命がんばっているわけですが、都内といえども、55区市町村老連さんがそれぞれ活動をやられているのですが、もう一つ現状を申し上げますと、その55区市町村老連さんの中でも、理解度なり、研修度合いなり、進行度合いが地域によってかなり格差がある。というのは、何かなと思いますと、それを引っ張るリーダーなり役員さんなりの資質を含めた、そういう面で、今申し上げましたいろいろな介護保険にしても、大変勉強し一生懸命進んでいるところと、そうではなくて、また別の方向で進んでいるところとか、進まないところ、そういうところも少し都内においても波があるものですから、私どもが今後も課題としてあれしなくてはいけないのは、老人クラブは、残念ながら、こここの5～6年、会員さんの減少、クラブの減少となってきたおるわけです。そのために、先般、都にお願いしまして、昔は老連大学校と言ったのですが、今は健康づくり大学校というのが17年度から復活してきます。それで、若い人たちのリーダー養成とか、そういうカリキュラムで勉強していただいて、地域に帰ってリーダー養成として活動していただいて、お

いては、今言った介護保険を中心にした地域活動とか、会員増強、クラブ増強というものも併せて図っていくというのが17年度の新たな課題でございます。また、私どものほうでも地域からいろいろな話題が出たらまたお話し申し上げたいと思いますが、今、当面、私が感じられるところはそんなところでございます。

高橋委員長 老人クラブは、本当に老舗の当事者組織でございますが、これはさまざまな課題を抱えているというお話がございました。これもまたぜひ課題提起をいただきたいと思えます。

それでは、引き続き苅部委員、お願いいたします。

苅部委員 私どもは東社協の介護保険居宅事業者連絡会と申しまして、いわゆる介護サービス事業者の約 450事業者がともに、大企業から、それこそNPOでこじんまりしている事業所が加盟しているところでございます。そういった事業者側から見た場合、直接この会議に関連するかどうかわかりませんが、基本的には、事業者として、いわゆる利用者の皆様に提供するサービスの質をどう担保していくかということが非常に大事ではないかというふうに考えますが、一方、事業の継続性を維持するための必要な諸経費の確保ということも全く抜きに、質の担保だけを進められないのではないかと。私ども居宅介護支援事業所は二つございまして、ケアプランだけ基本的にやっていますが、二つの事業所で 800万円の赤が出たということでございまして、そこで、さらにきちんと健診も含めた質を高めていくというのは、実態的にいろいろ困難な問題もあるということもこの中でご提起させていただきたいと思えます。

それと、今回、老人福祉法、老人保健法、介護保険法が全体的に見直されるということで、これを縦割りではなく、できれば、ここの中でこれを有機的につなぎ合わせる形でのそれぞれの活用方法ということが提起できるようになるといいなと。例えば、いわゆる従来は健康診断というのは独自で医療機関がやって、その後が全然つながらないということで、できれば予防給付等もそういったことで有機的につながるようなシステムという方向での何らかの提起ができればいいなというふうに考えております。以上です。

高橋委員長 ありがとうございます。これも大事な課題で、介護サービス事業者の方々については、恐らく東京都としてもこれから取組みが進む、介護サービスの公表事業がございそうですね。東京都は福祉サービスの第三者評価制度をいち早く全国に先駆けて取り組んできたわけですが、これと違うコンセプトで今回、全ての事業所に定期的に情報開示を求めるといって、これは計画課で進められるというふうに伺っておりますが、この問題

についても、大変重要な、大きな制度改革で、そして、これを都民の方、高齢者の方、サービスを使われる方にどうわかりやすく提供していくかという課題がございますので、これについてもまた議論を事業者のお立場からもいただかなければいけないかなと思っております。よろしく願いをいたします。

それでは、川尻委員、お願いいたします。

川尻委員 川尻でございます。私は、東京都民生委員児童委員連合会のほうから参加をさせていただいているわけでございます。

東京都には、都内全域にわたりまして1万300名ほどの民生委員、児童委員が配置をされております。児童問題を専門にする主任児童員が約600名ほどおいででございますので、大体9,600人強ぐらいの地域の担当を持つ民生委員が配置をされております。介護保険制度が発足いたしまして、民生委員も地域の中での情報の把握といいますか、地域の中でのいろいろな情報を得るといことが昨今非常に厳しゅうございます。特に個人情報の問題も絡めまして、活動が大変しにくいという部分もあるわけでございますが、介護保険の一つの大きな地域の中での高齢者、介護保険すらまだ存じ上げない高齢者もいらっしゃるの現状ではないかというふうに思います。したがって、私どもが訪問しても、いろいろお話をすることで介護保険を話をしますと、保険は結構です、保険には入っておりますというような方も中にはまだおいででございます。したがって、私ども東京都全域の中で、こういった地域の中で介護保険にどうつなげていくか。必要とする方をどう在宅支援センター等につなげていくのかということが大きな課題として取り組んでまいったところでございますが、まだまだ十分とは言えませんので、今回の計画の中で、私たち民生委員としてどういうお手伝いができるのかということをはっきり見据えて今後の活動につなげていければというふうに思っているところでございます。

見守りという役割ということはあるのですが、「見守り」という言葉自体が非常にあいまいだというふうに私は思っております。見守り、見守りというのは簡単な言葉でございますが、この見守りを本当に言葉どおりに実施していくというのは非常に至難の業だというふうにも思います。そういったことを踏まえながら、この委員会の中で私たちの活動の場を見い出せればというふうに思っています。よろしく願いをいたします。

高橋委員長 ありがとうございます。民生委員さんの活動というのは、区市町村それぞれでいろいろな意味で頼りにしているわけですが、それだけに昨今の地域の状況の中で課題が大きいかと思っております。また現場のお話をぜひ承りたいと思っております。よろしく願い

いたします。

それでは、真田委員はご欠席のようでございますので、鈴木隆雄委員、よろしく願いいたします。

鈴木（隆）委員 東京都老人総合研究所の鈴木でございます。私は、これまで高齢者、特に地域で普通に暮らしておられる高齢者の方々がいつまでも自立して、生活機能を落とすことなく、自分らしく高齢期を過ごしていくためにはどのようなことが必要なのかというのを、15年近くずっと調査や研究をさせてきていただきました。そういう要因がわかると、逆に、ではどういう状況になると自分での自立した生活が立ち行かなくなるのか。もっと具体的に言うと、家族や周りの人の援助を必要としたり、あるいは介護保険を申請してそういうサービスをお受けになる。そういったような因果関係といいましょうか、どういう状況になったらというようなことをずっとやってきております。

そういったことは科学的には幾つかの部分ではかなりはっきりわかってきている部分があります。もちろん、わかっていないところもあります。しかし、そういったわかったことを、今度は、ではどういうふうにしたら広く広められるだろうか。やはりこれは行政とタイアップしてやっていかなければならないというようなこともございます。私どもの研究所というのは、東京都が委嘱をしているところでございますので、いろいろな形でできるだけ都民の皆様にもそういうことを還元しようとしてきました。現在は、先ほどから出ておりますけれども、国のほうでも介護保険の改正が進んでおりまして、特に予防重視ということが言われています。確かに、予防というのは、決して少なくない高齢者の方々に対して非常によく効くものでもございます。非常に効果のあるものであるということは間違いございません。そういったような情報をできればご提供していきたいというふうに思います。

それから、現在、国のほうでは、私たちが基本的に今まで健康であるための仕組みとして、私は大変評価していたのですけれども、老人保健法、あるいはそこに盛り込まれている基本健診というものが18年度以降、大きな見直しを受けていきます。恐らく18年度以降は介護予防健診という新しい健診の仕組みが出されることがほぼ間違いなくできております。現在、私も、そういうことでどういったことを研究すべきなのかということであるいろいろなお手伝いをさせていただいているのですけれども、いずれにしても、そういう面でも東京都というのは、私は先駆的にこの数年間やってこられた実績がございます。そういったことをさらに今後拡大していくことが大事だろうというふうに思っております。私

自身、多くの高齢者の方々を健診ですとか、あるいは外来の場ですとか、そういうところで拝見していますけれども、やはりその方々が安心して、本当にいつまでも自立して暮らしていけるような、そういう仕組みなり、あるいは科学的なエビデンスといったようなものを少しでも出していければというふうに思っております。以上です。

高橋委員長 ありがとうございます。本当に老人保健事業の大変な見直しの時期でございまして、これは一方で、がん検診が一般財源化されて検診率が落ちているような問題、この轍を高齢者領域では踏みたくないというのが一方であって、地域支援事業という、これはいろいろなことをおっしゃる方がいるのですが、地域支援事業という3%というのを使った考え方が出てきたという、そこら辺も今回の制度改正の大きなポイントで、それと予防の関係が非常に重要かと思いますので、これもぜひまたご発言をいただきながら深めていきたいと思えます。よろしくお願ひいたします。

では、鈴木博之委員、お願ひいたします。

鈴木(博)委員 私は、東京都介護支援専門員研究協議会というところから参加をさせていただきました。この団体は、主に都内で仕事をなさっている介護支援専門員、ケアマネージャーが個人で参加する団体で、研修活動等を含めて質の向上を目指しているということで、まだ800人ぐらいの会員の小さな団体ですけれども、そこで理事長をしております。ただ、本業という言い方がいいのかどうかわかりませんが、東村山の在宅介護支援センターで仕事をしております。先ほど地域包括支援センターについて何名かの方にお話しいただきましたので、それを除いて、私なりに今回この委員会で検討していくときに、これをポイントにして検討していけたらというふうに思っていることを三つほどお話をさせていただきます。

一つは、最近、いろいろな地域の高齢者の方の相談を受けている中で、高齢世帯であるとか、あるいはおひとり暮らしの高齢者の方で、寂しいとか、あるいは何かあったらどうしよう、不安で不安でたまらないという声がたくさん出てきます。こういった問題に関しては、既存のサービスをくっつけていくことで対応するというのは非常に難しいのです。そういう意味で、これから検討していく上で一つのポイントとなるのは、インフォーマルなサービスというか、サポート体制といいますか、以前、介護保険ができたときに、介護の社会化を目指すというようなことが盛んに言われて、最近どこにいったのかかわりませんが、地域全体で高齢者の生活を支えていくためにはどうしていったらいいのかということをお願ひいたします。

それから2点目ですけれども、これも20年も30年も前から、高齢者の方の生活だけではありませんけれども、高齢者の生活というのはやはり医療とか福祉とか保健の分野の方々が十分に連携を図りながら支えていく必要があるものだというので、保健・医療・福祉の連携ということがかなりいろいろなところで言われてきておりますけれども、ここは実はなかなかうまくいかないのです。例えば、ケアマネージャーということで考えていきますと、ケアマネージャーと担当している利用者さんの主治医の連携が果してうまくいっているかという、なかなかうまくいっていないという現状がございます。ですから、そういう意味で保健・医療・福祉、その他いろいろな分野の方がいらっしゃると思いますけれども、この連携というものを十分図っていくためにはどうしていったらいいのかというあたりが二つ目のポイントなのかなと。

三つ目は、私、主に介護保険の分野の仕事が多いものですから、今回の介護保険の改正案の内容などを見ていったときに、個別の改正の中身の是非はともかくとして、どう考えても利用する方々にとってわかりやすい制度ではないというふうに思っています。先ほどこの計画作成の基本的考え方の中に「利用者本位の新しい福祉を実現するために」というような言葉が出てきておりますけれども、やはり利用者本位とか利用者主体ということを考えてときに、都民といったらいいのでしょうか、あるいは利用者といったらいいのかよくわかりませんが、利用する側にとってわかりやすいものでなければ、利用者本位、利用者主体の原点というのは、理解をきちんとしていただくということだと思っております。ですから、そういう意味で、この計画作成に当たっては、誰が見ても十分理解ができるような形のをぜひつくれたらというふうに考えております。以上でございます。

高橋委員長 ありがとうございます。最後の問題は大変大事な問題かと思っております。いつも思いますのは、介護保険は難しいのです。わかりにくい。だからといって、健康保険がわかりやすいかということ、そうでもない。生活保護がわかるかということ、これも大変わかりにくい。福祉の制度というのは一体にそういうふうになっておりますから、言ってみれば、介護支援専門員というのはまさに利用者と事業と施策をつなぐ役割をお願いをしているわけですが、そこら辺の問題も含めて、代弁の問題があります。当事者の立場をどう代弁するかという話、ここら辺も課題としたいというふうに思います。何よりもわかりやすいということのレベルをいろいろな形で考えながら、単にイラスト入りにしたからわかりやすいわけでは全然ありませんので、そこら辺を含めて議論をしたいと思います。

それでは、田島委員、お願いいたします。

田島委員 23区の高齢福祉主管課長会から参加させていただいております。江東区保健福祉部の高齢事業課から参りました田島でございます。よろしくお願いいたします。

確かに、今、鈴木委員が介護保険制度は難しいとおっしゃいましたけれども、私も、福祉の関係の仕事に携わって日が浅いので、本当に難しいと思っています。なぜこの委員に選ばれたかといいますと、たまたま今年4月、順番で幹事になりまして、4月の課長会に欠席しましたら、欠席裁判で委員をやれということでここに来たわけでございます。よろしくお願いいたします。

私のところの高齢事業といいますのは、介護保険外、いわゆる法外の関係の仕事をたくさんやっているところでございまして、例えば福祉会館とか、老人センターとか、憩いの家の管理運営とか、それから、どの区もあると思うのですけれども、紙おむつの支給、緊急通報システム、福祉の電話、食事サービスとか、そういう介護保険の給付外、住宅改修もそうですが、そういうものももろもろっております。また、こちらに老人クラブの方、シルバー人材センターの方がいらっしゃいますけれども、その支援の関係もっております。あと、医療関係で老人医療もっております。どちらかといえば、いわゆる健康老人の関係の施策をやっているところでございます。

保健福祉計画、介護保険の事業計画ですけれども、中心は今回の介護保険制度の見直しを基盤として、それを、基本的に要介護高齢者をどう地域で支えていくかというシステムづくりが議論の中心になろうかと思うのですが、私、頭の中でもやもやしていますのは、よく団塊の世代がもうすぐ退職を迎える2007年問題と言われますけれども、これからもっと増える高齢者、退職される方々、その方々の受け皿といいますか、その方々を、お金の面だけでなく、社会のマイナス要因ではなくて、社会のプラス要因として、その方たちに後世に何か残していただくような仕組みづくりとか、きっかけづくりとか、そういうものを行政がやっていければと、具体的な案はないのですけれども、思っております。また、その辺をこの委員会でもご議論いただければ、私の仕事を助かると思っております。

実は、私、直接の福祉計画を作成する所管ではないのですが、江東区では先日19日にこの委員会と同じような推進会議を行いました。第1回目でしたので、まず委員さんの自己紹介に終わっていますが、先ほど港区の委員さんのほうが進まれていると思います。この本委員会でのご意見等を参考にして、私ども江東区もいい計画を策定したいと思っています。

よろしくお願いいたします。

高橋委員長 ありがとうございます。これも言わずもがなですが、これもなかなか難しい議論があるのですが、介護保険の個別給付の体系としてカバーできる範囲と、そうでない介護保険外の領域の話と、それから、財源の話はまた別ですが、言ってみれば、「地域包括ケア」ということで提起をした介護保険給付外でさまざまな対応が必要な課題、そこから辺の組み立て方というのは、市区町村のサービス体制を考えると、これから大変大きなテーマでございます。実は、これに21年、障害者の問題をある程度頭に置きながら議論をしたほうがいいだろうと私は思っております。これは言わずもがなで失礼をいたしました。

それでは、玉木委員、引き続きよろしくお願いいいたします。

玉木委員 私は、東京都医師会で介護保険とか地域福祉の担当をしているということでここに参加させていただいております。医師の集団でございますので、医療に関することについての意見が役割なのかもしれませんが、今日はそういった面も考えながら、総論的な感想、意見を言わせていただきたいと思います。

もう既にご存じのことと思えますけれども、日本は、平均寿命は世界一、健康寿命は世界一、乳幼児死亡率の低さが世界一ですね。3大指標を達成しています。これは、一面的に言えば、あるいはGDP比等でも、医療福祉ということで質の高い社会保障をある程度実現していると言えなくはない。保険証1枚で少なくともある意味で一定水準の平等なケアを受けることができます。ただ、では、誰もこれでいいのかとは思えないのかという問題があると思います。その三つのことを言えば、やはり健康寿命のことが高齢者に関わるのかもしれませんが、健康というのは、障害や疾病がなくという意味ではなくて、障害や疾病があっても、自分の生きたいところで自立して尊厳ある人生を死ぬまで全うできるということを言っているのだらうと思っております。

今のことがもし保健や福祉の質であるとすれば、このところ、国は、あるいは都は、ノーマライゼーションの理念と生活機能分類に基づく障害者モデルというものを基本にして、こうした委員会も含め、政策を形づくっていらっしゃると思えますし、私もそのとおりだと思います。そして、そこにコンプライアンスがくっつけば、例えば利用者本位だとか、安全の確保だとか、情報の保全や開示というようなものがくっついていけば、それなりに質が高まっていくのだらうと思えますし、そういうプロセスはこの時期なりのことをきちんとやっていかなければいけないというふうに思いますので、そういったことを一つ一つやるのもこの委員会の役割なのではないかと思っております。

では、何に重きを置いて考えていくかというのは、いろいろ考え方はあると思えますけ

れども、一つは、やはりシステム。北欧のような、あるいは小地域の包括ケアを実現するようなシステムをどうするかということは当然ここで議論しなければならないことだと思いますし、あるいは、米国のように、生活機能の低下を合理的に支援してしまうような高い技術を追求するということも重要だと思います。この方面は、まだ日本はある意味で十分ではないのかもしれませんが、でも、私が最近一番感じていることは、やはりマンパワーの育成ということに最も力を注がなければならないのではないかと考えています。それは、低コストで質の高い社会保障を実現するという意味においても、最も重要なことではないかと考えています。私のところも医療や介護の施設を持っておりますけれども、やはり最終的には人海戦術ということになるのではないかというふうに考えています。住みなれた地域で住むということ、あるいは地域社会にもう一度迎え入れるということについては、やはりボランティアが、それからコミュニティというものがどうしても必要になってきます。ボランティアは、例えば医療や福祉においては、できればトレーニングされた、あるいは一定の水準を満たしたボランティアが欲しい。でも、コミュニティというのは、例えば老老、あるいはひとり暮らしの世帯のごみ出しであってもいいし、そういったさまざまな生活支援であってもいい。そこに目が行き届き、それを支援できるかというボランティアであってもいいと思うし、徘徊をまちの中で見守って、危ないときだけ手を出してくださるボランティア、そういった全てのボランティアの方々をつくっていくことが、やはりこの国の福祉とか介護の質を上げていく最も重要なことではないかというふうに考えています。

私たちは医師でありますので、そういった意味も含めて、やはり最終的には、どこに住んでいても医療とケアの提供が受けられるという安心がないとだめだと。先ほど鈴木委員もおっしゃっておられましたけれども、本当にプリミティブな部分を満たせるかどうかということがあるだろうと思いますので、そのことに向けて、私自身も、あるいは医師会も取り組んでいきたいと思いますので、そういった意味から、また本委員会に意見を言わせていただきたいと考えております。以上です。

高橋委員長 ありがとうございます。医師の方々は、事業者としてもお関わりですし、認定審査会や意見書という形でも関わっております。とりわけ東京の場合は、いわゆる地域医療型医師集団という側面が非常に強い。これは医療法人、病院主体の医師会から東京はかなり違うなというふうに私かねてから思っております、そういう意味での医療と介護のご整理、あるいは関わりというのもぜひいろいろご提言をいただけたらと思います。ありがとうございました。

それでは、引き続き寺田委員、お願いいたします。

寺田委員 都民委員の寺田です。私は、世田谷区の砧に住んでいます。私は今サラリーマンですが、近く定年を迎えます。私が高齢者問題に関心を持ったきっかけというのは、一番大きいのは自分自身が高齢になってどうなるのだろうと。やはりそのところは自分自身、一番心配だということで、子どもに世話を受けたくないということがありまして、そういうことから、3年前に世田谷区と同じ高齢者事業計画、介護保険の改定委員会の区民委員ということで応募しました。そこで勉強というか、いろいろ提案もさせていただいたのですが、そこで一つ考えているのが、統計でも出ていますように、今の時点では高齢者が20%、20~64歳までが60%ぐらいですね。19歳以下の方が20%というような統計になっています。それで、10年後ぐらいになりますと、高齢者の方が25%、20~64歳までの方が54~55%ぐらいではないかという予測になっています。あと、20歳未満の方が15~16%ぐらいということで、高齢者と実際に働く方、高齢者の中でも結構働いている人もおられると思いますが、10年後には大体2倍強ぐらいの割合になってくるということになると、高齢者というのは、今までとは違った位置づけをする必要もあるのではないかとこのように考えたわけです。

一つは、先ほども都民委員の方が言われましたように、社会への貢献の役割という意味で、高齢者というのは、一つ考えられるのは、高齢者自身が高齢者のケアをするというか、そういう中心的な役割を果たしていくという側面、位置づけも今後必要になってくるのかなと。

それからもう一つは、これまでの知識とか経験を生かした形での社会貢献、あと、これはもう一つの要素かなと思うのですが、子育てへの側面支援といいますか、そういった意味での役割というのが考えられるのではないかと考えています。

それから、私、世田谷区の区民委員をやった後、自分も提案したということもありまして、自分自身で砧の近くの高齢者の方に呼びかけまして、これは、もともと組織は全くなかったのですが、呼びかけましたところ、かなり高齢者自身の方の関心が深くて、そういう地域での自分たちでどういうようにやっていったらいいのかということで、集まりを持つとうではないかということで懇談会をやってきました。これが既に2年余りになりますが、高齢者の方が80歳前後の方で、大体月2回やっているのですが、毎回10名前後の方が集まっています。内容としましては、健康づくりの問題ですとか、地域の話。当然、医療問題も、自分自身それぞれの方が病気を抱えながらやっている。確かに、そういう方は

元気な方です。ただ、75歳ぐらいまでの方とは体力的にはかなり落ちてきているのではないかなというような気がします。

そういう意味では、私、そういう活動をやってきた関係から言いますと、近くで気軽に利用できるような施設、それから設備ですとか、印刷機械ですとか、そういったことを気軽に利用できるような形というのは、今後、ボランティア的な活動をやっていくことを助成していくためには、そういうこともやっていく必要があるのではないかなということが一つです。

それから、高齢者の方の場合、活動範囲も75歳以上になってくると狭まってきますので、近くを散歩できるような形ということですね。車いすとか、近くを歩けるような形。そのためには道路環境ですとか、車の規制ですとか、歩行者専用道路といったところも必要になってくるのではないかなと思います。そういうようなことで、これからも具体的に提案させていただきたいと思います。よろしくをお願いします。

高橋委員長 ありがとうございます。お話を伺っていると、日野原重明先生は91歳で「新老人の会」というのをやっておりますが、老人のイメージを基本的に……。もちろん、認定率大体15%ですから、85%はもともと自立しておられる方だという議論の延長線上でいろいろな議論ができそうだと思います。ありがとうございました。

それでは、引き続き永田委員、お願いいたします。

永田委員 認知症介護研究・研修センターの永田です。今、高橋先生のほうから、お年寄りの方のイメージを変えようというお話がありましたけれども、同じように「痴呆症」という名称から「認知症」に変わったという、なぜ変わったかにも通じるのですけれども、今まで高齢者が増える、認知症が増える。この数が増えることが問題のかなり大きいというふうに言われていましたけれども、認知症の方が増えることがそもそも問題ではなくて、認知症の方へのイメージとか、認知症の方への正しい理解が広がっていないために、非常につくられた障害をおもちの方が余りにも多過ぎるということが今の一番の課題ではないかなと思います。

この20年ぐらいかけて、国内的にも世界的にも認知症の方をどう理解して、きちんとケアや環境を整えれば、認知症が進んでも、ご本人の底力を非常に発揮したり、その人らしい暮らし方が可能だということが明らかになっているにもかかわらず、なぜこれだけ多くの都民や人々、ご本人や家族が認知症の方と直面しながら大混乱の暮らしを送らなければならないのか。これは、ご家族の負担だけではなくて、介護者も今まだ理解が広がらない

ために、非常に厳しい介護の現状、また介護の虐待等も起きていますけれども、これは単に数が増えているとか、人手不足ではなくて、正しい理解が広がっていないことが一番の問題だと思えます。

そうした意味で、今回のこの計画の作成の盛り込むべき内容の各論の中で、認知症に関する理解の促進ということが盛り込まれていることは極めて重要なことだと思えます。ただし、何を理解していただくかの内容とか、どう理解を広めるのかという方法をよほど整備しない限り、またオールドカルチャーの今までの誤った理解がただ広がってしまえば、コストも無駄だし、本人も家族も周りの人も苦しみますので、正しい理解を本当の意味でどう広めるのかの進め方の体系的な整備が求められると思えます。認知症の方につきましては、2025年から2035年がピークということもわかっておりますし、今回の計画は一応20年度までの3カ年計画ですけれども、ぜひ東京都としては、最低27年度まで、可能ならば2025年度ぐらいまでを見通して、どう着実に理解を広め、また人材育成するかの東京都らしい大胆な計画をお願いしたいと思えます。

特に今、理解の促進では、かかりつけ医研修とか、ケアマネ研修とか、業種別の研修がやられていて、非常に焼け石に水のような研修がされていると思えますけれども、今進められようとしている地域密着の中で、それぞれの利用者を中心に、地域で、地元でどうチームとして理解をした人材を育成するのか。もっと地域密着型の人材育成のあり方や、プロだけではなく、先ほど市民のボランティアということもありましたけれども、もっと行政の方そのものですか、あと、ご本人や家族そのものに正しい理解をどう広めて、本人も家族も自分のこととして前向きに乗り越えていくための理解を広げる等の体系的な理解の広め方をしていく必要がある時期だと思えます。以上です。

高橋委員長 たしか国も、認知症の10年という、非常に大規模な理解を深めるプロジェクトが動いておるようでございますが、東京都は1割人口を抱えているということを含めまして、大変大事なテーマをありがとうございました。

それでは、引き続き中根委員、お願いいたします。

中根委員 私は、東京都市町村介護保険担当課長会の町村の代表として今回参加させていただいております。瑞穂町でございます。瑞穂町は、都知事が軍民共用化を提案している横田基地を抱えているまちでございます。まちとしては、都知事の提案については大変遺憾であるというようなことを再三申し上げている、そういった人口3万5,000人の大変小さなまちでございます。東京都の町村は、皆さん、ご承知かと思えますが、瑞穂町の

ほかに日の出町、奥多摩町、檜原村、この4団体がございます。4団体とも自治体的には大変小さい規模でございますが、区市と同様に介護保険事業については推進していかなければならないと思っております。また、今年度につきましては、介護保険法が改正される平成18年度に向けての準備の年ということで、平成12年度、介護保険法がスタートしたと同様の事務量があるのではないかと非常に重要な年度と思っております。このような時期にこの会の委員となりましたことは、東京における介護保険の動きを、あるいは情報をほかの町村、三つの団体に的確に伝えることによりまして、平成18年度からスタートする第3期介護保険事業計画がスムーズに行えるよう、介護保険の利用者の方、住民の方にわかりやすく実施できるようになること、そういったことを伝えることがこの委員の役目ではないかと思っております。どうぞよろしく願いいたします。

高橋委員長 ありがとうございます。町村部、あと島しょ部がございませぬ。小笠原村まで東京都の範囲でございますので、併せてまたご報告をぜひいただきたいというふうに思います。ありがとうございました。

野村、丸山委員は後でということにして、先にこちらに座っておられる委員にご発言をお願いいたします。次は、町田市からの原島委員。

原島委員 私のほうは、市部の介護保険、もう一つあるのですが、高齢者の担当課長会というところから出させていただいています。私は町田市の高齢者福祉課におりまして、町田市の現状をお話しさせていただきたいと思うのですが、今、人口が40万ちょっと超えています。高齢者につきましては、65歳以上が7万人ということで、最新の情報だと大体17.4%ぐらいになります。町田市の場合は、ちょうど介護保険が始まって2000年に14%ぐらいの高齢化率になったのです。それが、国は24年間かかったということですが、町田市の場合はその半分の12年で7%から14%になったということで、かなり急激に高齢化が進んでいる市なのかなと思っております。

それで、要介護者につきましても、たしか今、1号だけでも1万人を超えていまして、率的には全国レベルと同じ15%ぐらいの比率にはなっていると思うのですが、年々、認定申請につきましては、毎年3,500人前後の新規申請がございまして、委員会も実は20ほどございます。1委員会が5人ということで、委員だけでも100人おるのですが、保険法で言っている30日以内にできない場合もございまして、苦情もいただいているところですが、そういった形でとにかく高齢者が多いという状況がございませぬ。

今回、介護保険事業計画ということで、市のほうでも独自にそういう計画をつくってい

るのですが、実は今、国のほうの介護保険法の一部改正ということで、いろいろ担当課長
会とか、そういうところからの情報はいただいているのですが、細部の細かい情報がなか
ななくて、実はうちのほうの介護保険審査会のほうも新しい情報がなかなかいただけな
いので、結構足踏み状態というところで、先ほど港区さんとか、あるいは江東区さんでし
たか、区部の方もおっしゃっていましたが、うちのほうで今、計画の中ではっきり言える
ところについては、生活圈域の区分けくらいしかできていないかなというような状況です。
課題は本当にいろいろ山積しているのです。特に代表的なものと言えば、ひとり暮らしの
高齢者ですね。町田市の場合は、データは国勢調査が基礎になっているのですが、たしか9
5年が4,500人ぐらいで、その後の2000年のときが7,500人前後ぐらいだったと思うのです。
もう多分1万人は超えているのかなと。そういった中で、いかにひとり暮らしの実態把握
というか、あるいは、いわゆるひきこもりの方が、今回の介護保険法でも言っていますが、
介護予防という観点からは、できるだけ外に出ていただいて、どうしても一人でいると体
も弱りますし、だんだん生きがいもなくなってくると思いますので、できるだけ外に出そ
うということで、私のほうでもその辺のところをうちの内部の委員会のほうにもお諮りし
ようかなというようなことがあります。

それから、施設のことですが、今度は交付金になるということですが、従前から町田市
の場合は、ある程度交通の便もいいというところで、土地についても、まだ畑とか山とか、
そういうものが結構多く残ってございまして、事業者が施設をつくりたいというようなお
話を、特に介護保険になってからですが、多々いただいております。実は町田市の場合
は、ここに有料老人ホーム協会の方がおられるのですが、有料老人ホームのいわゆる規制
に関する要綱もつくってやっております。たまたま稲城市のほうで、特区のほうで有料老
人ホームのことが話題になりましたので、私どももそれに一緒に乗りまして、特区に参加
させていただいたというようなことがございます。ですから、今後についてですが、そう
いった施設全般の整備をどうしていくか、これも一つの大きな問題かなというような認識
を持っております。

いろいろ挙げれば切りがないので、一応今日はこういうことでご報告をさせていただきます。
本当にこういう会でいろいろ情報をいただいて、うちのほうの計画にも反映してい
きますし、できるだけうちのほうの情報もあればお話をしていきたいと思っておりますので、ど
うぞよろしく願いいたします。

高橋委員長 ありがとうございます。時間が押しておりますので、宮崎委員、引き続き

お願いいたします。

宮崎委員 東京訪問看護ステーション協議会の宮崎と申します。都内には約 500カ所の訪問看護ステーションがありまして動いております。介護保険の対象としている利用者さんが8割で、医療保険の対象者が2割という状況です。ステーションの事業所としての悩み等々ではありますが、一番大きな悩みは人が集まらない。看護師不足が非常に深刻でして、なかなか回ってきてくださらない。特に外回りですので、寒さ暑さやいろいろありますし、それが事業所としては非常に悩んでいるところです。ここでは事業所としての悩みというよりは、利用者さんたち、都民の方が今どんな状況に置かれているか、違った側面をお話ししたいと思います。三つの中身です。

一つは、医療ニーズの高い方が在宅で暮らす率が非常に高まっている。その方たちを支えていく仕組みとか、サービスの質・量が非常に少ないということです。具体的には、最近すごく多いのは、胃に穴をあけて管を外から入れるという胃ろうというもので、食べられなくなれば胃に穴をあけて管を入れて帰されるということが非常に多くなっていて、それをご家族とドクターと看護師たちがいろいろとお世話をしていくわけですが、それに限らず、さまざまなチューブ類が入ったまま在宅に帰っていらっやして、人口呼吸器のまま暮らしになるという方々を支えていく仕組みがまだまだ足りない。その辺をどんなふうに対応していくか、大きな課題ではないかと思えます。どの病院も入院期間が非常に短くなっておりまして、在宅に帰れないと結局は生涯、病院を転々としなければいけない。その方たちの生活のQOLが、ただちょっと管が入っているだけで帰ってこられない状況にどんなふうに対応するか、大きな課題だと思えます。

二つ目の課題は、ターミナルケアという人生の終末、介護予防ももちろんするわけですが、みんな死ぬわけですから、その死ぬところまでをどうやってどこで元気に生きていただくか。死ぬところをどんなふうに対応していくかということは、医療だけの問題では決してありません。福祉の問題、介護の問題でして、そのところが非常に論議が遅れている。ここをきちんと、どこでも安心して死ねるというような中身をつくるのが、さまざまなサービスもよくしていく中身につながっていくのではないかと思えます。若い方ががんも増えていますので、2号被保険者のがん問題も今の国会の論議でどうなるかわかりませんが、その方たちも、医療問題だけではなく、介護問題で家に帰ってこれないという方たちが非常に多くいらっやいます。

大きな三つ目の問題ですが、365日、24時間の在宅サービスを行って、家で暮らし続け

たい方が暮らしていけるようにすべきだということはずっとうたわれているのですが、都内で本当にそうなっているだろうかといえますと、決してそんなことはなくて、自分の意思には無関係に施設に入らざるを得ない。ほかの病院にい続けなければいけないという実態がすごく多いように思われます。本当に要介護5で、ひとり暮らしでも家にいたいという方がいられるような東京都としての施策が本当にできるかどうか。そこはすごく大きな勝負といいますが、その心構えで施策をつくっていくのかどうか非常に論議をしたいところであります。そんなことを論じていければと思っております。以上です。

高橋委員長 ありがとうございます。実は2015年の高齢者介護にそっとデータが入ってまして、65歳以上死亡数の推移というデータが入っていて、7割は必要なのですよね。本当は都道府県別のデータを出してくれと言ったのですが、時間が間に合わなくて出なかったのですが、当然、東京、埼玉、千葉というのは急激に65歳以上死亡数が増えるわけです。ということは、逆に言うと、施設死8割というのは確保できない時代になる。そういう意味では、次の改革は重度・ターミナルケア問題だと秘かに思っていて、そういう意味では宮崎委員の課題提起をまさに受けとめて、ぜひ都民の共通の認識にしていく必要があるなというふうにかねがね思っておりますので、ぜひ今後ともよろしく願いをいたします。

引き続き、和田委員からよろしく願いいたします。

和田委員 和田といいます。よろしく願います。私は、東京都内の認知症のグループホーム、全事業で今150 少しあるわけですけれども、80%を組織しています東京都グループホーム連絡会の事務局長として参加させていただきました。この場をお借りして、皆さんにちょっとゲームをやってみたいと思います。大変失礼なのですが、ちょっと肩書きを置いておいていただいて、一人の人間としてお手伝いしていただければ私としてはとてもうれしいのですけれども・・・。

子どものころに、大きくなったらできるだけ自分のことは他人にしてもらいなさいと教わったことのある方はいらっしゃいますでしょうか。

いらっしゃいませんか。最後の最後まで自分のことは自分でできて、コロッと死ねたらいいなと思っている方はどれくらいいらっしゃいますか。済みませんが、手を挙げていただいていいですか。最後の最後まで自分のことは自分でできて、コロッと死にたいと思っている方は・・・。(挙手多数)

ありがとうございます。私は、この計画作成委員会が目指す方向が今出たのではないか

とすごく思っているわけです。私たちは、人間として自分のことは自分で、そして互いに助け合って、社会とつながって生きているわけですが、そのことを願っている私たち自身が認知症になり、私たち自身が要介護状態になっていくわけです。最後の最後まで自分が自分であり続けたい。そのことを支えていくためにどうあるべきかということが大きな課題なわけですが、そういう意味では、自宅での生活を続けたいと願っても、それをサポートするには余りにもコストもかかるし、社会資源を整えるには大変だと。あるいは、そのことを支えるために家族等には余りにも無理がある。このバランスが崩れたときに私たちのような施設で働く人間の役割があるわけですが、いずれにしても、自宅での生活を続けていくにしても、あるいは私たちのようなグループホームや特養に入ってくるにしても、その生きる姿の目指すべき方向は、先ほども言いましたように、自立的な生活や社会的な生活、自分のことを一生懸命自分でする、互いに助け合っていける、そして社会とつながっていけるという、そこをきちんと私は生きる姿ですごく明確にしていくことが大事ではないかというふうに思っています。

そういう意味では、2015年であれ、25年であれ、私たち平成17年度の計画作成委員会が目指した生きる姿にそこでなり得なくても、やはり2世代、3世代にわたってローンを組んで家を建てるように、その課題を次の世代に渡してでも、そのことを実現できるような道筋をしっかりと残していくことがとても大事なことだというふうに思っています。

そういう意味では、私たちはグループホームですから、グループホームは24時間を通して面で支えていく支援を持っています。今、自宅では、元気になることを存分に喜べないような貧しい状態があるわけですが、私たちのところでは、どんどん元気になってもらった方がいいわけで、私たちのところへ来れば、自立的で社会的な生活をあきらめないで、最後まで、要介護5とか1とか、そんなことは関係なく、あきらめないでやっていただけのような、そういう方向を目指してがんばっています。よろしくお願ひしたいと思ひます。

高橋委員長 ありがとうございます。キーワードをいただいたような気がいたします。

それでは、東京都からの委員、野村さんは主管の部ですから、丸山委員に先に発言いただいて、野村さん。そして最後に副座長の和気委員にご発言いただくということで締めたいと思ひます。よろしくお願ひいたします。

丸山委員 区市町村の方、また事業者の話、本当にありがとうございました。うちの保健政策部は、今日も健康づくりの所管と高齢医療の所管と2人、そしてまた、庶務担も参

加させていただきます。数人の先生から、基本健診、その後の予防給付の話も出ました。鈴木先生からも、今後の65歳以上の老健がどうなるかというような話。我々保健政策部としては、いわゆる介護予防という側面よりも、もう少し疾病予防もしくは生活習慣病予防という側面で施策をつくりたい。とはいうものの、いわゆる健康づくりというのが、ある意味では区市町村、それから地域でのという主人公の中で、それをどう支えるかという間接話をどう効果的に生かせるかというようなことになろうかと思えます。過去にもいろいろな施策事業をやってまいりました。そしてまた、先ほど予防給付が云々というお話がありましたけれども、これも実は、会長がお話しになったように、東京都の場合には基本健診を9割の地域の医療機関の先生方が健診をやっていただいて、なおかつ結果説明までやっていただけると。とするならば、住民の方は、先生から指導を受けることに対する安心感というようなことも十分アンケートに出ていますので、その健診をやった先生にその後の事後指導ということの、ある意味では47都道府県で初めて立ち上げました予防給付事業みたいなことをやってまいりましたけれども、これも、いずれにしても、東京都が10分の10出すわけではなくて、なかなか新規事業という立ち上げをするということに対しては区市町村は非常に厳しい状況だと思えます。そういう中で、より効果的な方法を今模索をしているという段階でございます。

それからもう1点、これはある意味では個人的な話になろうかと思えますけれども、先ほどターゲットは見えたと。健康寿命をどう延伸させるか。これはわれわれのコンセプトでもあります。そしてまた、多分、主人公である都民の方が、いわゆる医療、福祉、在宅という面の部分を生活という意味で捉えますと、連続性がありますので、それをある意味ではどう支えられるかというようなこと。これは、区市町村と医師会、歯科医師会を含めまして、今日も老人クラブのお話も非常に元気づけさせていただきましたので、今後ともそういう意味での効果的な施策が何とかつくれるか。

それからもう1点、局も一緒になりましたので、縦割りがない部分で主人公に対してどう連携できるかということは、野村部長のところとまた連携していきたいと思えますので、よろしくお願いします。

高橋委員長 福祉保健局の初めての介護保険事業計画ですので、まさにそういう実を上げたいというふうに思います。合併したけれども、全然別だというのは中央官庁にたくさんございまして、困ったものだと思っているので、ひとつよろしく願いをいたします。

それでは、野村部長、お願いします。

野村委員 私は、この計画を所管しております高齢社会対策部長ということでございますので、話がちょっと皆様方の話とズレるかもしれませんが、私は、昔々の話で、福祉事務所の所長を3年やっておりました。そのころはまだ措置の時代でございましたので、ヘルパーも出せないという状況でございました。翻りまして、12年の4月から介護保険に入って、私の母も今使っておりますけれども、ある意味で、介護保険が入って社会資源的には提供部分が増えた。そういう意味では、供給量は非常に安定的に増えてきたということは非常に大きな要素だと思います。

また、先ほど五十嵐委員からもお話がありました、いろいろな提供手段が多様化してきているし、有料老人ホームが非常に増えているということで、かなり供給主体が増えているし、これは、私は非常にいいことではないかと。反面でいろいろな問題が起こりますけれども、基本的にはいいことではないかというふうに思っております。そうした背景を踏まえまして、今回の第3期の計画をお願いしているわけですが、かなり第2期の作成の時点と状況がかなり変わってきているのではないかとこのように思っております。

一つは、やはり第3期において、いろいろな介護予防も入ってきますし、それから認知症の高齢者の問題も入ってきます。これは非常に大きな問題がある。

あともう一つは、今日もお話で提案をさせていただきますけれども、「地域包括ケア」の推進ということで話をさせていただきました。これは、国のほうでも中心的なものとして扱っておりますけれども、先ほど宮崎委員のほうからもお話がありました、これは在宅と施設は、やはり私は施設は施設が必要だと思っております。役割分担が必要でございます、全部が全部、在宅で最終まで看られるかということになりますと、これはこれで非常に難しい問題があるので、そこら辺の切り分けは必要だろうと思っておりますけれども、基本的には、やはり在宅というのが徹底的に遅れていると思っております、そういう意味では、地域において365日、24時間、これは言葉では非常に簡単ですが、実際にこれをやるとなると非常に大変なことになります。

ただ、その中でもいろいろな手段が見えてきたら。例えば、先ほどお話がありましたグループホーム然り、それから小規模・多機能という、これも中身的には東京になじむのかどうかという問題もありますけれども、そういうふうな問題。それから、多様ないろいろな住まい方、こうしたいろいろなメニューが出てきたのかなと思っております。ただ、これで非常に難しいのは、これを東京にブレークダウンしていくときに、東京といっても、非常に広い範囲でございますので多様化がありますけれども、例えば都心区を考えてみま

すと、今のようなことがそのまま東京にはめ込まれるとはとても思えないので、やはりコミュニティが薄いか、土地代が非常に高いので施設が建てにくいとか、これは東京のいろいろな意味で抱えている問題性があります。ここら辺をクリアしながら、どういうふうにしてブレークダウンしていくかということ。これは正直申し上げまして、私どもも全くわからないというのが実情でございます。どういうふうにしていけば一番いいのかというのは誰も回答がないし、わからない。手探りで一步一步やっている状況でございます。そうした意味で、今日いろいろお話を伺っていただきまして、いろいろなお知恵を相当拝借できると思いますし、この中で私どもが思いもつかないようなことをいろいろご提言いただいて、そうした知恵をいただきながら、第3期の計画を、私どもはやはり最終的には介護保険制度というのは人を扱う制度ですから、やはり人の温もりのある、血の通った制度でなければだめだと。最終的には、一人ひとりの高齢者が地域の中、あるいは施設でもいいのですけれども、自分の尊厳をもって最後まで生きられるというのが最終形だろうと思っています。そういうような理想形はなかなか到達できませんけれども、少しでも、一歩でもそこに近づける手段がいろいろ出てきたのではないかと考えておりますので、ぜひ第3期の計画も、これは当然、完成形とか理想形はあるわけないので、一歩でもそういうふうなところへ近づけるようなご議論をいただきまして、私どもも議論に参加させていただいて、お知恵を拝借しながらやっていきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

高橋委員長 ありがとうございます。ちょっと時間が回ってしまいましたが、最後に締め括りを副委員長の和気委員にお話をいただいて一巡のご発言を終わらせていただきます。それでは、お願いします。

和気副委員長 締め括りの発言になるかどうかわかりませんが、私のほうからは、自分自身の専門の領域といたしますが、関心もありますので、三つほど挙げさせていただきたいと思っております。時間の関係がありますので、極めて簡単にお話をさせていただきたいと思っております。

一つは、この会議が介護保険と高齢者保健福祉ということがいわば合体して作成の作業が始まっているということは非常に大きな意味があるというふうに思っています。それはなぜかといいますと、私が一番最初に研究を始めたころは、高齢者保健福祉計画が非常に注目をされた時期でありますけれども、その後、介護保険制度ができ上がって、介護保険事業計画ができますと、残された高齢者保健福祉計画に対する関心が何か全体的に非常に低くなってしまった。しかしながら、介護保険が5年たってみて、改めて介護保険だけで

は高齢者の介護の問題は解決しない、あるいは高齢者を地域で基本的に支えていくことは非常に難しいということがだんだん明らかになってきましたので、また残りの高齢者保健福祉のところに改めて関心が非常に高まっているのではないかと。その意味で言いますと、一緒に文字どおり包括的に計画を立てていくということは非常に意味があるだろう。

それともう一つは、フォーマルなサービスとインフォーマルなサービスというのがありますけれども、やはりフォーマルなサービスだけでは解決ができないということもだんだん明らかになってきて、何人かの委員の方々からいろいろな意見が出ましたけれども、やはりインフォーマルなサービスも組み込んで、文字どおり包括的に、地域レベルで考えていくということが重要になってきていますので、そういう視点でこういう計画というものをつくっていく。私の専門は地域福祉でありますので、介護福祉と地域福祉の融合のような形で、地域福祉の視点で進めていくということが非常に重要になってきているのかなというふうに思います。

それから、2点目は、これは私の個人的な関心ですが、地域間格差の問題と社会的公正の問題というのがあると思います。これは東京都という視点から見ますと、やはり地域間の格差というのは、介護保険に関してはかなり平準化されるような方向へ基本的に動いていますけれども、それでも市区町村で見るとかなりの格差が生じてきてしまっている。どうしてもサービスそのもので言いますと、効果であるとか、効率であるとか、そういうことを社会福祉サービスの領域、とりわけ介護の領域では追求しているように思いますけれども、英語で言いますとソーシャル・ジャスティスと言いますけれども、社会的公正の問題。つまり、どこに住んでいても、どういう人でもサービスをきちんと受けられるというようなシステムをつくっていくということがやはり必要だろう。とりわけ東京都のような場合は、広域的な視点からそれを調整して実現していくということが非常に重要ではないかというふうに思いますので、そういうシステムづくりを提言できるといいですか、将来の構想としてつくり上げていくということが大事なかなと思っています。

それから、三つ目は、やはりサービスの質の問題だと思います。多分、私がここで今こうやって座らせていただいているのは、昨年、福祉サービスの第三者評価の検討協議会というか、委員会がありまして、その高齢分科会でお仕事をさせていただいたわけですが、やはり福祉サービスの第三者評価、国のほうは情報開示という方向で動いていますけれども、そこでいろいろと私なりに研究をさせていただいて、やはりサービスの質の問題が非常に重要になってくる。量もちろん大事ですけれども、量がある程度一定のと

ころまで行きますと、今度は中身といたしますか、質が非常に問われることとなりますので、介護サービスの質の問題。そして、それは表裏の関係で人材の問題に結局は行き着くのだろうというふうに思っています。社会福祉士、介護福祉士、ケアマネージャー、そして看護師、保健師というような多様な職種がいろいろな形でこの領域に関わってきますので、そういう人たちをどういうふうに養成するのか。そして、今日もご意見が出ていましたけれども、保健と医療と福祉とのいわば連携であるとか、統合であるとか、そういう中で人材がどういうふうにお互いの役割分担をして、総合的に進めていくのかというようなことが非常に重要になってくるのかなというふうに思っております。

余り時間ありませんので、極めて雑駁ですが、お話を伺っていて、それからまた、私自身の関心に引きつけて言いますと、この委員会の中でその三つぐらいのところを私なりに考えていきたいというふうに思っております。

高橋委員長 ありがとうございます。

第1回ということで時間が予定より15分ほどオーバーして申しわけございませんが、ようやく船出をいたしました。船出をして、どういう海図の中を航海するかというのは皆様のご発言の中に尽きているという気もいたしまして、実は事務局のほうでは、皆様のご発言を整理させていただいて、作業マップづくりのようなことを考えておるようでございます。また完成をいたしましたら委員の皆様に見ていただいてコメントをいただくというようなことになろうかと思えます。

それでは、今日の議事はこれで終わらせていただきますが、次回以降の日程について事務局からよろしく願いいたします。

栞山計画課長 次回の委員会を7月の下旬に予定しております。本日、机に日程調整表を配付してございます。若干時間が遅めで6時30分から8時30分という時間設定になっておりますが、都合の悪い日にバツをつけていただきまして席の上に置いていただければと思っております。また、本日記入が難しい場合につきましては、この後で事務局あてにファックスでお送りいただければと思っております。日程につきましては、できるだけ多くの委員の方にご出席がいただけるよう調整の上、改めてご連絡をさせていただきますので、次回もよろしく願いいたします。

高橋委員長 そうということで、本日の委員会はこれで終わらせていただきますが、この際、何か委員の皆様からご発言ございますでしょうか。

それでは、夜になりそうだということで大変恐縮でございますが、いろいろやり繰りの

関係でどうもそういうことになりそうでございます。申しわけございません。

今日は、予定より時間が15分ほどオーバーをしてしまいました。私の進行上の不手際もあつたことをお詫びをいたしまして、また次回お目にかかりたいと思います。どうもありがとうございました。

午後 4 時45分閉会