

東京都高齡者保健福祉計画作成委員会
(第3回)

平成17年10月7日(金)

都庁第一本庁舎42階特別会議室A

午後 6 時30分開会

杵山幹事 時間になりましたので、ただいまより、第 3 回東京都高齢者保健福祉計画作成委員会を開催いたします。

委員の皆様には、ご多忙のところ、ご出席を賜りましてありがとうございます。

はじめに、本日の委員の出席状況につきまして、事務局よりお知らせをいたします。

本日、所用により欠席と連絡を受けております委員は、加藤みほ委員、杉村栄一委員、田島俊二委員、永田久美子委員。また、本日所用により出席が遅れるというご連絡をいただいている委員は、五十嵐さち子委員でございます。

それでは、委員長、よろしくお願いいたします。

高橋委員長 秋というのに、何だかまだ蒸し暑い感じでございます、どうも気候が定まらないところをお出ましいただきまして、大変ありがとうございました。

ご案内のとおり、介護保険の改正につきまして、今、国のほうでは介護給付費部会の作業が急ピッチで作業が進んでおりまして、そろそろ中間まとめの案が出始めております。最終的には12月までやりますので、細かい単位数の話などは12月の予算関係の段階でしか出てきませんが、考え方が相当出始めております。今日も後で鈴木先生に介護予防のお話をいただきますが、新予防給付のあり方についても、8月30日に介護予防のワーキングチームが中間報告を出しまして、それが介護費給付部会に出て、またやったり取ったりということでも来週もあります。

そんなことで、大分いろいろな形で、まだまだ見えないところがたくさんありまして、あれはまだか、これはまだかみたいな状況の中、柏木委員や介護施設を預かっておられる方は大変な状況で、ホテルコストを介護給付費から外す方向でのものが、10月1日から、介護保険改正の先触れとして導入されました。

そんなことで、各自治体でも、介護保険事業計画の改訂作業がこのところ急ピッチで進んでおりまして、そろそろ地域住民への投げかけということでいろいろなシンポジウム等も目下盛況な時期でございます。私どもの東京都の計画作成委員会も、いろいろな意味で掘り下げた議論をしなければいけない時期になっているかと思いますが、ひとつよろしくお願い申し上げます。

最初に、配付資料の確認をよろしくお願いいたします。

杵山幹事 では、私から配付資料の確認をさせていただきます。

本日の配付資料ですが、まず資料1が「東京都高齢者保健福祉計画『検討の方向』」の

リーフレットで、折り畳んでA4サイズの色刷りになっております。

資料2が「介護予防・健康づくりの推進について」。

資料3が「地域包括ケアシステムについて」。

資料4が「東京都高齢者住宅対策について」で、A3判の2枚の資料になっております。そのほかに、「あんしん入居制度」のパンフレット、「東京都住宅バリアフリー推進協議会」のパンフレットで「バリアフリー対応住宅にしよう」。

資料5が「東京都の高齢者就業施策について」、A3判で1枚でございます。そのほかに、「東京しごとセンター」のパンフレットと、「アクティブシニア就業支援センター」のパンフレット、「シルバー人材センター」のパンフレットがついてございます。

資料6は「第5期東京都福祉のまちづくり推進協議会最終報告」の概要で、これはA3判1枚でございます。「建築物等のユニバーサルデザインガイドライン」と書いてある資料です。そのほかに、同報告のホッチキスどめの冊子がついております。

さらに、参考資料といたしまして、参考資料1「今後の委員会の議題」で、これはA4判1枚でございます。参考資料2として「第2回委員会（平成17年7月28日）議事録」となっております。

以上でございます。

高橋委員長 ありがとうございます。

今、資料をご確認いただきまして、欠けるところがあれば事務局のほうにお申し付けいただきますように。

それでは、本日1番目の議題ですが、「計画の『検討の方向』とパブリックコメントについて」につきまして、事務局よりご報告をお願いいたします。

杵山幹事 私から報告をさせていただきます。資料1をご覧ください。

第2回作成委員会でご意見をお寄せいただくことをお願いいたしました計画の骨子、検討の方向についてでございます。これまでに皆様からいただきましたご意見を盛り込みまして、5つの基本的視点に沿って、たたき台の案を、過日9月2日付で委員あてにお送りいたしました。この案につきまして、委員の皆様から、お忙しい中ご意見を頂戴いたしまして、頂いた意見を踏まえまして、委員長、副委員長とも相談をしながら、リーフレットとしてまとめさせていただいております。

9月2日にお送りさせていただきました案を修正・追加しておりますので、その部分についてご説明いたします。

まず、表紙の表題の上に副題を持ってきております。副題の位置を移動しまして、わかりやすく表示をしたところでございます。また、表紙の一番下のところに、「今回お寄せいただいた御意見は、今後の検討に活用」ということと、「来年1月には、『中間のまとめ』としてとりまとめ、再度、都民の皆様から御意見をいただく予定です」ということをはっきり記入いたしました。

開いていただきまして見開きのページでございますが、右側の 印の2つ目、「要介護高齢者、認知症高齢者も増加していきます。」の2行目、「また、認知症の症状を持つ高齢者の増加が予想されます」ということで、「また、」でつないでおります。

また、その6行目につきましては、「社会全体の支援が求められています」の前に、「行政・都民も含めた」という言葉を追加させていただいております。

さらに開いていただきまして、一番左側の「介護予防・健康づくりの推進」のところでは、上の箱の中になりますけれども、1行目の「高齢者の閉じこもりを防止し、虚弱な高齢者」ということだけが前回の案では表示されていましたが、その後ろに「及び要介護高齢者」という言葉をつけ加えました。介護予防の対象者である要介護高齢者もつけ加えたということでございます。

「現状・課題」の2つ目になりますけれども、「生活習慣病に起因する身体の虚弱化や疾病などによって身体機能が低下し」というところにつきましては、詳しく書き込みを追加で入れております。

一番下のところですが、「地域と職場の連携の強化など、生活習慣病予防対策を効果的に推進します」という老人保健関係の言葉を追加しております。

2つ目の「地域における安心な生活の確保」のところですが、ここでは、「現状・課題」のところ、2行目から7行目までにつきましては、「インフォーマルサービス」という言葉がわかりにくいという指摘がございましたので、そこら辺も含めまして、「介護保険から提供されるサービスだけでは、高齢者やその家族が24時間365日の安心を得ることが必ずしも十分とは言えないのが現状です。高齢者の生活全般を地域で支えていくためには、介護保険サービスだけでなく、医療サービスや住民相互の助け合い活動など、様々なサービスが相互に補い合って提供される仕組みが必要になっています」ということを、前回のたたき台からは書き換えて、わかりやすく表示しております。

その10行目ですが、「認知症ケアの手法が十分に普及していないなど」というところは、前回の文言を修正しております。

それから、一番下のところで追加しております。「また、介護が必要となっても地域で暮らし続けられるケア付きの住まいの普及を進めます」ということで、ケアつき住まいは、具体的には、グループホーム、ケアハウス、有料老人ホームなどですが、この文言を追加しております。

それから、一番右側の「多様な社会参加の促進」のところで、「現状・課題」の1行目から4行目までにつきまして、ここは若干わかりにくいというご指摘がございましたので、「社会の第一線を退いて、これから地域での生活に軸足が移る現在の中高年の人たちは、現役時代の趣味や働き方にこだわりを持ち続けたり、地域で新しい生きがいを見つけ出すなど、高齢期における生活様式や価値観が今まで以上に多様化すると予想されます」と書き換えております。

それから、9行目のところで、これからの高齢者の役割を具体的に一つ、「次世代に対する経験や技術の継承につながるとともに」という文章をつけ加えております。

最後のところになりますけれども、「計画課パブリックコメント担当行き」というところは、パブリックコメントが出しやすいようにということで、表示の方法を若干変えております。このパブリックコメントにつきましては、本委員会終了後、来週になりますけれども、10月11日から福祉保健局のホームページに掲載し、区市町村の窓口にも、12日から、印刷物として置いてもらうようにということで、今準備を進めているところでございます。

以上でございます。

高橋委員長 ありがとうございます。

委員の皆様からのご意見をいろいろ整理していただきまして、こういう形で案ができました。

これは、これから印刷にかかるわけですか。

杵山幹事 印刷は終了しております。

高橋委員長 ということだそうで、このリーフレット及びパブリックコメントについて、何かコメントがございませうか。

僕がちょっと気になったのは、介護予防のところの「虚弱高齢者及び要介護高齢者」と書いてあるけど、新予防給付は「要支援」という概念で介護予防を提供しますよね。そうすると、これはそういう制度概念ではなくて、もっと広いというけど、ここら辺をちょっと見落としていました。そこら辺は大丈夫かな。

杵山幹事 正確に言うと、要支援1、要支援2という形になろうかと思います。

高橋委員長 それは、「要支援者」という概念が新予防給付の対象になるから。悪化予防ということ言えば、要介護者も対象になるので、それまで含めたという考え方であれば。そうすると、制度概念で言うと、要支援・要介護ですね。

杵山幹事 正確に書くとそういう形になるかと思います。

高橋委員長 そこら辺は、「要介護」の中に「要支援」も含めまして言えばそれでいいのですが、そのことだけ一応、それこそパブリックコメントで、これはというご指摘をいただいたら、そういうことで整理することを、後で事務局とご相談します。印刷が終わったということは今伺ったので、まさか貼りつけるわけにもいかないでしょうから。

ほかになければ、本題に入ります。

今までは、計画の骨子づくりという議論でしたが、今日は、次回もそうですが、検討の方向での基本的な視点の中身を深めるということで、さらに検討を深めたいと思っております。

すでに事務局のほうで基調説明ということをお願いしておりますので、それらについてお話をいただいた後、そのテーマについてディスカッションするという予定ですので、ひとつよろしく願いいたします。

結構盛りだくさんで、どういう形で進められるか、まずは、「介護予防・健康づくりの推進」について、東京都老人総合研究所の鈴木隆雄委員からご説明をお願いしたいと思います。

ひとつよろしく願いいたします。

鈴木（隆）委員 鈴木でございます。

それでは、「介護予防・健康づくりの推進」ということで、10分ほどお時間をいただきたいと思えます。

先ほど高橋委員長からお話がございましたように、国のほうでは、介護保険法の改定が着実に進んでいると思えます。ただ、今回柱となってくる介護予防という部分についても少しずつ明らかになってきておりまして、きょう、皆様のお手元に、資料2として用意されているものにかかれていきますように、9月26日に厚生労働省で行われました全国介護保険・老人保健事業担当課長会議資料に基づいて、今、介護予防の事業あるいは仕組みがどのようなになっているのかを中心にお話をさせていただこうと思っております。

介護保険法の中で、特に介護予防、中でも地域支援事業と呼ばれる部分での介護予防の推進は、現在、老人保健事業という枠とどのように整合性をとりながらやっていくかが非

常に大きな課題でもありました。現在のところは、65歳以上の高齢者に対しては、老人保健事業6事業の中の2つの事業、いわゆる健康診査と健康手帳の交付というところは少なくとも残して、平成18年度以降もやっていくことになります。それを踏まえた上で、今回の課長会議の資料の若干の説明をさせていただき、それから、2週間しかたっていないのですが、実は、その間にまたずいぶん動きがありまして、それについても多少お話をさせていただければと思います。

それでは、お手元の資料2をお開きいただきたいと思います。1枚目を開きますと、担当課長会議の資料の抜粋であるということが書いてあります。

3ページ目には、介護予防事業の円滑な実施ということ。3～8ページあたりは、かなり細かい文言で書かれております。私のおおよその説明の後、またお読みいただければと思います。

ここで特に私からご説明させていただきますのは9ページ以降でございます。9ページ以降は、この8ページまでの文言を相当わかりやすく表示した部分ですので、それでお話をさせていただきたいと思います。

10ページには、「介護予防指針のポイント(1)」として、「介護予防事業の基本的な考え方」。2番目として「介護予防指針の位置づけ」、特に今回、市町村は介護保険事業計画の中にこういった介護予防事業について盛り込みなさいということが明示されております。

11ページ目から少し詳しくお話をさせていただきますが、今回の介護予防では、先ほど申しましたけれども、老人保健法を見直した上で、今回の介護予防にかかわる施策を重視するということで、まず、ハイリスクアプローチという施策と、ポピュレーションアプローチという2つの大きな施策に分かれます。ハイリスクアプローチとは何かというと、まさにこれが、今後、介護の要支援あるいは要介護をお受けになる可能性が高い高齢者の把握をどのようにしていくかを定めたものです。

11ページに書いてありますけれども、ハイリスクアプローチと言って、法的な用語で言いますと「介護予防特定高齢者施策」と書いてありますが、要は、その(1)で、こういった介護予防がぜひ必要で、そうした予防なしには、やがては要支援や要介護といった状態になるであろうという方を、まずどのようにして把握するかということ。それから、どのようなサービスを提供していくかが書かれています。

特定高齢者の施策として、そこに書かれていますけれども、「市町村は、保健・医療・

福祉及びその他の関係部門が連携し、要支援、要介護状態となる可能性の高いと考えられる高齢者の実態を把握する」。この実態を把握する手法もおおよそ決まっています、いわゆる生活機能に関するチェックを、現在の老人保健法に基づく基本健診とあわせて実施することになっております。そのほかに、自治体が行う訪問活動あるいは老人クラブや民生委員さんといった方々からの情報、本人、ご家族、あるいは、近隣の方々などからの、少し虚弱が進んでいるのではないかという情報をもとにして、もちろん、要介護認定をお受けになって非該当になっておられる方々、そういうハイリスクの高齢者を選んでいく作業が一つ確定しております。

ただ、こういったチェックをしながら実態を把握するのかという具体的な方法については、今、基本チェックリストをつくりつつあります。一応ひな型はできていますけれども、それらについての整合性や何かを今きちんとチェックしている状況です。

そういった形で、地域の中におられて、虚弱が進行し、場合によっては、要支援や要介護になりやすい高齢者をできるだけ早く、いろいろなネットワークを通じて、まず特定をさせていただく。その上で、健診をお受けになっている方は、その健診の情報データなどを参考にしながら、地域包括支援センターのほうで、その方に適した介護予防のプログラムを提供していくという枠組みが大体決まってきました。

こういったハイリスクの高齢者に対しては、多くの場合は通所型の介護予防事業、すなわち介護予防のデイケア、介護予防型の通所リハといったものが、介護予防の実際のプログラムを提供する場面になっていこうと考えられております。

そのことが次の12ページに書かれています。対象者に対して確実かつ集中的に介護予防に関する支援を行うということ。それから、として、対象者は地域包括支援センターが作成する介護予防ケアプランに基づき、自らの意思に基づいて介護予防プログラムに参加する。この介護予防プログラムというのは、昨今よく言われておりますけれども、そこに書かれているように、からまでをメインにしております。中でも、運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上、この3つは、エビデンスもかなりしっかりしているということで、相当きちんと取り組まれるメニューになるだろうと思います。それ以外にも、閉じこもりの予防、認知症の予防、うつ予防といったプログラムも提供されることになることがほぼ確実となっております。

それから、一部は民間事業の参入も当然考えられているわけですがけれども、ここでは、事前にまずアセスメントをしっかりした上で、その後どこまで改善したのか、満足度がど

ここまで上がったのか、本人の生活をもう一度戻したいという希望をどこまでかなえることができたのかという事業評価が考えられております。

今までに申し上げたのは、大きく分けて、ハイリスクということで、リスクの高い方々に対するアプローチですけれども、13ページでは、もう一つ、そんなにリスクはないけれども、やはり介護予防は地域全体でつくらなければいけないということで、ポピュレーションアプローチというものも考えられておりました、たくさん書いてございます。日々の社会における活動、社会性を保ちながら自分の自立や尊厳をどのように、自己努力なり地域全体の力によって維持していくかということをやっていくかが書かれていると思います。

それらをまとめたものが、15ページと16ページの図でございます。非常に簡潔にまとまっているかと思えます。15ページですが、地域支援事業の中での介護予防事業部分ということで、市町村は、特定高齢者の把握事業を行う。なるべく早く、リスクの高い人をスクリーニングする。その場合には、その健診に合わせて、65歳以上の方々は、生活機能にフォーカスを合わせたチェックをしていく。それから、自治体が行う訪問活動あるいは要介護認定における非該当者、関係の医療機関や民生委員、高齢者福祉センターなどからの連絡、それから地域住民と家族・本人など。先ほど申し上げましたような基本チェックリストをやってみて、自分で、私はひょっとしたら危ないのではないかと思う方も出てくるわけで、そういう方は直接、自分がその、下に「生活機能の低下が疑われる者」として矢印がありますが、地域包括支援センターへ申し出るという道筋も開いています。

地域包括支援センターでは、もう一度該当するかどうかを確認した上で、該当する方に対しては、ハイリスクアプローチとして、その右下に書かれていますが、「通所型・訪問型・介護予防事業」を行っていくし、該当しない方については、ポピュレーションアプローチによって、いろいろな地域での様々な活動を通して、その方にできるだけ介護予防を正しく認識していただいて、それに役立てて頂くというようないろいろな普及啓発事業を行っていくこととなります。

その部分をさらに詳しく書いたものが16ページでございます。16ページの図は、私が今ざっと申し上げたことを詳しく書いてあるもので、もちろん、これには、今、基本的には地域支援事業をずっとお話し申し上げましたけれども、今回、要介護認定によって、要支援1あるいは要支援2という方は、その右端に書いてあります新予防給付による介護予防サービスをお受けになるわけです。そういうものも当然、このハイリスクアプローチの事業と連携しながら、要するに、同じプログラムを提供することができる場合には、集

団型としてサービスを提供していくということで、そこに新予防給付によるサービスと一緒に書かれている形になります。

これが、基本的には国の大きな枠組みでございます。まだまだ細かいところが決まっていますし、今もまだ鋭意日々細かい詰め作業が行われております。実際に健診の項目をどうするのかということも大変厳しい日々の中で議論が続いています。まだまだですけども、一応、こういう枠組みにまで来ています。

現在、東京都が、この国の枠を受けて、ご存じのように、東京都は平成15年から独自に介護予防事業を、いわゆる地域の中での取組として行ってきた経緯がございます。そういったものと今後どのように整合性を図っていくか、東京都の2年間にわたるいろいろな事業の成果も、あるいは、データも重なってきていますので、それをどのように国のものとうまく整合性をつけていくかということも、今、都のほうでご検討をいただいていると思います。都として、国に先駆けて、国以上に、もちろんこれは経済的な問題とも絡みますけれども、保健事業の中で手厚く展開していくことがいいのではないかと考えております。

そのような形で、国の大体の枠組み、それを受けて、現在、都が進めている介護予防事業の整合性と平成18年度以降のあり方が今進んでいると、その程度のことしかお話しできないのですけれども、紹介させていただきました。

以上でございます。

高橋委員長 大変膨大な話なのですが、それをコンパクトにわかりやすくお話しいただきまして、大変ありがとうございました。

私からちょっと補足させていただきますと、「地域支援事業」という言葉が出てまいりまして、これは何かということをご説明しておいたほうがよろしいかと思います。今までは、介護予防・地域支え合い事業という国庫補助金を通じて事業がされてきました。これが、ご案内のとおり、三位一体改革、補助金の廃止という大きな流れがありまして、これが一般財源化するという方向で、恐らくこれからいろいろな形で話が進むと思われます。これはすでにかん検診が一般財源化して、介護予防はなかなか難しくなっていますが、そんなことを含めまして、それを介護保険財源から地域支援事業をやって、これを介護予防事業その他のものに充てようというものでございます。

そのことで補足させていただきました。

それでは、今の鈴木委員のお話を出発点にしながら、介護予防・健康づくり、これらについて議論を深めさせていただけたら大変ありがたく思います。

石田委員 介護保険の要介護の対象になる以前ですね。要するに、介護保険は今関係ないわけで、これで探すのは大変ですね。

鈴木（隆）委員 それで、どうやって探すかというのが、先ほどありましたように、厚生労働省としては、今のところ、基本チェックリストというものをつくって、簡単に言うと、それを65歳以上の方々全員にやっていただく。それは、現在のところ、26の質問項目だけです。もう少し減るだろうと思われませんが。それを、簡単に言うと、3カ月とか半年に1回とか、ぜひご自身でやっていただいて、こんなに生活の不具合が出ているというときは、遠慮なく申し出ていただきたいという一つの考え方です。

それから、65歳以上の方ですと、いわゆる基本健診の受診率が60%ぐらいですので、そういうところで健診を受けますと、受けたときに、この基本チェックリストも活用されて、この方は少し虚弱があるから、ひょっとしたら予防サービスを受けたほうがいいのではないかとという方は、医師会とか、健診を受けたところから連絡が来る。

それから、自治体が独自にやる、例えば訪問調査とか、そういったルートからも、少し弱ってきた方をなるべく早く見つけて、病気であればもちろんお医者さんをお願いすることになるでしょうけれども、何となく体を動かさないでおっくうになってきたがために生活の機能が衰えているという場合には、ご本人の意思を確認した上で、できるだけ体がもう一回動くようなプログラムを提供しましょうということになるかと思います。

石田委員 それは具体的にどういう方法で取り組むかということまでも決まっていますか。

鈴木（隆）委員 はい。先ほど6つのプログラムがあると申しましたが、例えば運動機能向上ですと、よく筋トレとか言われますけど、別に筋トレだけではなくて、自分の体重とか自分の体そのものを使って、簡単に言うと、足をどうやって上げるのか、ひざをどうやって伸ばしていくのか、痛みがある人は、ひざの痛みをどうやって克服するために、治療も兼ねてでしょうけれども、ひざの回りの筋力をつけていくのかというようなことを指導していく。

それから、井上先生がおられますけれども、口の中が少し汚れている、あるいは、ものをのみ込むときに、いつも間違っただけで飲み込んでしまったり咳き込んでしまったり、食べこぼしが多いような場合には、やはりそれなりに口の回りの筋肉をつけてやるなど、かなり細かいプログラムまでマニュアル化されております。

石田委員 そういふことの予算的な裏づけはもう確保してありますか。

鈴木（隆）委員 もちろん、これは予算なしにはできない話ですので、予算がある程度確保されています。ただし、先ほどらい出ている地域支援事業は、少なくとも平成18年度は、介護保険にかかわる費用総額の2%という予算枠が設定されています。一応、平成20年には3%の枠まで拡大すると。その2%とか3%という枠のお金も、その中も結構決められた部分があるのですけれども、そういった形の予算です。2%とか3%で地域支援事業をやりなさいというと、実際に自治体は非常に困ってしまいます。今現在、似たような事業をやってはいますが、それだけではとても足りないです。その部分についてどうしようという問題も一つあります。

もう一つは、2%とか3%という限られた予算を使って、結局、対象者を絞り込む作業もなされています。ということはどういうことかということ、一応その地域の中で、そういった介護サービスを受けるリスクの高い人は、最初はまず地域の中の5%の方を選ぶ。そのようにして、対象者の数の枠をある程度制限する。それから、予算的な裏づけは、今申し上げましたように、介護保険費用総額の中の何%というように、ある程度の枠組みとして、予算と、それに対応する対象人数をある程度想定した形になっています。

高橋委員長 今のお話、私からちょっと補足しておきますと、3%あるいは2%というのは、介護保険財源を使っていい上限です。ですから、従来から1号被保険者の保険料を使った保健福祉事業あるいは区市町村の一般財源を使った事業はもともとあったわけですから、そういう意味では、そこでお金を出すことについては差し支えないと。要するに、「上限」という言い方ですが、介護予防は介護保険財源と全く同じですから、2号被保険者の保険料が使えますから、そういうものとして使う分はそこまで使ってよろしいという意味です。地域支援事業の全体総額の上限だと錯覚しておられる自治体が非常に多いのですが、実はそうではありません。厚生省の言い分では、補助金がなくなってゼロになるよりはいいでしょう、そこを手当てしましたという言い方ですが。

これは規模の問題があって、小規模自治体は、これで大変苦労します。地域包括支援センターをこれで作るとなると、人件費も出せないではないかという議論がありますので、そこら辺の問題はまだいろいろ議論がありますが、とりあえずそこから出発する。

裏話をしますと、これは財務省をだました制度です。要するに、保険財源は給付事業以外に使わないという信仰がありますので、そういうものを予防とか基盤整備に使うというスキームをつくりだしたというのは、逆に、いかななものかというご批判をされる、僕らは「保険原理主義者」と呼んでいますが、そういう方々もいらっしゃいますけれども、そ

うというようにいきさつがあることを補足させていただきます。

本筋とは離れた話をしてしまいましたけれども、問題は、介護予防・健康づくり、これは今回の介護保険のキーワードでありまして、予防重視型システムの転換。従来は、介護が必要になって、お困りになってからサービスを使うという組み立てでいろいろな形でサービスが使われていたものを、もう少し事前対応型の仕組みというか、あるいは、予測的対応型の仕組みというか、そういうものに変えていく。それは一方で言うと、地域づくり、地域の目といいましょうか、生活機能が低下して支援が必要だという方々を地域で支え合うということがなければ機能しないサービスでありまして、そこら辺のことは、どのようなやり方で進めていただくかについても、委員の皆様からご意見を聞かせていただくと大変ありがたいと思いますので、ひとつよろしく。

蒲生委員 老人クラブ連合会でございます。

今、健康づくりの問題がありましたが、老人クラブ連合会は、全国的展開の中で、従来から、全国3大運動の中に「健康」、「友愛」、「奉仕」があって、その中の健康づくりが、今回の介護予防の健康づくりにぴったりしてきたといいますが、なおいっそう力を入れるべきだと。従来、国の国庫補助もあり、また、東京都単独の事業の中でも、私どものほうに健康づくり予算をいただきましたので、子どもが中心となって、地域の老連の中で、筋トレとか棒体操、それらの健康づくりを行ってきました。

最近また、今回の介護予防の関係もありますから、先ほどの口腔ケアをはじめとした医療問題とか、こういうものを含めた講習会、講座、こういうものを重点的に徹底していかなければいけないと思っております。

それから、たまたま今年の介護保険改正とは連動しているかどうかわかりませんが、国の全老連からの話もありまして、体力測定の徹底をという話がありまして、国の全老連がみずほ財団の補助の中で、東京都も、とりあえずモデル指定を3カ所、子どもも、都から体力づくり、健康づくりの予算もいただいていますから、さらに2カ所で、計5カ所の地区を健康モデル地区にしまして。体力測定モデルですね。これと今のお話との関係ですが、もちろん、介護予防でいろいろなメニュー、チェック機能が健診に必要かと思いますが。

もう一つ。順天の武井先生でしたかが中心に、子どもも行ってもらっている体力測定、こういうものを日常の健康な高齢の方々が、先ほど鈴木先生がお話したように、自分は何が弱くて、今後はこれを鍛えて、単に鍛えればいいのではなくて、それぞれの鍛え方が違うでしょう。それらを、体力測定のデータをもって恒常的に、年に2回とか3回とか、

それをもって今後の健康づくりをやるべきだろう。そういうものもありまして、今、今年度のモデル地区を指定し、それらを徹底して、来年以降ももっともっと増やしていきたい。

あわせて、私のほうは、地区老連の役員さんというか、一部の方なものですから、地区老連が地域に帰って、さらに会員さんを、この体力測定で増やしていきたい。そのためには、体力測定ができる方を徹底的に講習したら、その人を指名し、その人が各地域なり地区なりでもっともっと活発化していただきたい。そういうものが始まったわけですが、それが、今後もまた介護予防の、高齢者の把握とともに、チェック機能と今後の介護予防の仕方が連動するのかなと思うのですが、そんな考え方でよろしいでしょうか。

鈴木（隆）委員 老人クラブさんのお取組、今拝聴しまして、全くそのとおりだと思います。やはり体力測定という一面ではありますが、日々の生活をきちんと自立して行っていくときに、どのくらいの体力が自分にはあるのかを知っておくことは、基本の基だと思っております。もちろんそれだけではなくて、例えば家族とのいろいろな問題であるとか、あるいは、経済的なこととかたくさんございます。しかし、その中で自立してやっていくときの一番の基本は、自分の体が本当にきちんと動いてくれているのかどうか。そこを確認することになりますので。しかも、地域の中でそういうものをつくっていく、指導員を養成していったって、元気な高齢者の方が同じ高齢期の中で少し弱ってきた方を助けてあげていくことは、地域づくりとしても非常によろしいのではないかと思います。

玉木委員 平成18年と19年においては、この老人保健事業の基本健康診査の枠組みを利用して、特定高齢者、ハイリスクグループをスクリーニングし、とりあえずしていくということで、このことは今まで、私たちも、結局、ハイリスクの方々というのは何らかの合併症を持っておられる後期高齢者の方が多いわけで、我々の医療機関の中で、成人病の予防とともにそういう生活機能の予防が行われていくことは望ましいと考えていました。これについては、東京都医師会としましても力を入れていかなければならないと考えております。

今ちょうど、昨年度来、このことを見越した上で、都のご尽力もあって、東京都の中で、今年、おたっしゅ健診と基本健康診査を組み合わせでやっているところが幾つかあります。私がいる福生市も、今まさにそれをやっているところで、3,000人の対象者ということで、ほぼ全員が受けることになるのですが、いろいろやっております。

やっていく中で、私も午前中はいつもその健診を今一生懸命にやっているのですが、生活機能にかかわる会話が、医師と患者さん、医師と高齢者、看護師と、あるいは、問診で

すからほかの職種もかかわります。PT、OTも。それから、患者さんや高齢者の方々自身も、そういう問診項目が入ってくると、それなりにご自身の生活を振り返っているということで、会話が生まれているなど感じましたので、有用な方向に行っているのではないかと実感しております。

こうしたあり方は、今後ともできるだけいろいろなチャンネルを使って、この特定高齢者をできれば漏れなく対策を講じていきたいと思うのですが、こういうことを論議しているといつも同じ議論になりまして、基本健康診査にいらっしゃる高齢者はまだいいほうで、健診にもおいでいただけない方々をすくい上げ、あるいは、トリアージについては、今回の厚労省が示している枠組みの中でも、具体的なものは何も出てきていないので、閉じこもっておられる方々をどうするかということの解決にはならないのかなど。そうすると、市区町村の、あるいは、職員の方々、訪問をなさる保健師の方々や民生委員の方々が、いかにふだんのチャンネルの中でそれを拾い上げてくださって、26項目を参考にしながら、それを地域包括支援センターにどう結びつけていくかという具体的な施策を講じておかないと、結局、5%といいながら、実際はその半分も拾い上げられない可能性が高いのではないかと危惧していますし、そのことをちょうど地域でいろいろ議論していたところです。その辺を、何か具体的に都として取り組んでいただければと思います。

高橋委員長 ほかにどうぞ。

寺田委員 今後、介護予防ということで地域包括支援センターが中心になって、そういう取組を進めていかれるということだと思います。私はたまたま、先日、介護予防の講習を受けまして、先ほどの筋肉トレーニングとか体力測定、口腔ケアなど、一通りの講習は受けました。そういう中で感じることは、実際問題、どこまで徹底できるのかということがあるのではないかと思います。

そういうことで考えると、私は世田谷区のほうでまちづくりの関係でも参加したりしているのですが、住民の意識が多様化していることもあると思いますし、いろいろな意味合いがあると思います。そういう自主的な参加の形は、結構積極的な方もおられるわけですから、そういう方をどのようにうまく協力をしていけるような形がとれるか。そのところをもうちょっと幅の広い視点で、地域の住民の協力を求めながら、やはり財源がないと思いますので、そういうボランティア的な住民の協力が不可欠だと思いますので、そのところを、もう少し協力が得られるような仕組みを検討していく必要があるのではないかと思います。

以上です。

鈴木（隆）委員 おふた方の委員のコメントはもっともで、玉木先生がご指摘になった非受診者をどうするのか、そっちのほうがもっと大きな問題を持っているだろうと。おっしゃるとおりでございます。ただ、私は東京都医師会さんには本当に感謝しておりまして、全国に先駆けて、こうした医療モデルから高齢者の生活機能モデルに変えた健診に十分に取り組んでいただく姿勢とご協力については、まず感謝したいと思います。

おっしゃるとおりで、来ない人はどうするか。先ほどちょっと申し上げましたけれども、65歳以上の高齢者で健診をお受けになる方は6割ぐらいしかいません。ただ、「6割ぐらいしか」ということが、「6割も」と言うべきなのか、「6割ぐらいしか」か、ちょっと議論の分かれるところですが、4割の方は現実として受けておられない。4割の中に一番問題が多い方がおられることは確かでございます。

ただ、この方々に対して、例えば厚労省は今どのように考えているかという点、先ほど申し上げましたように、身近な人たちからの何らかの連絡を待つ、あるいは、おひとりでお暮らしになっている場合には、民生委員さんなどがそうしたことをときどきチェックしていただいて、もし、そういう虚弱があらわれているようであればご連絡をいただくというような方策は、一応講じられるだろうと思います。

ただ、それで本当に効果が上がるかという点、それでもまだやはり1割、2割の方々は、しかも、一番問題が大きいであろうと思われる1割、2割の方々が落ちてしまう可能性がある。これを解決するのは訪問しかありません。自治体がある程度責任を持って、そういうリスクの高い方を適宜訪問する。それは、欧米などでは、「予防型家庭訪問（Preventive Home Visit）」として進めている国もありますが、これはコストパフォーマンスの面から言うと、大変大きなコストがかかるものです。ただ、放っておいて、もし介護保険などのサービスを受けると、ホームビジットでかかるコストよりもっと大きなコストが将来的に累積してかかってしまう。

これは、もっともっと国民的な議論の中できちんとしたコンセンサスを得た上でのホームビジットの制度を今後はつくっていかねばならないだろう。私は、今回の介護保険の改定による、こうした通報型であるとか、訪問型であるとか、あるいは、健診型、いろいろなところから情報を集めていくことが第一歩かなと思っております。

そういう意味では、玉木先生のご指摘は全くそのとおりですけれども、私が今わかっている範囲でお答えできるとすれば、そういう状況です。

それから、寺田委員がご指摘になられた、地域にどうそうした仕組みを定着させるのか、根強く根を張っていくのか。これは全くそのとおりです。

ただ、私は、今回東京都が進めている地域型のおたっしゃ健診は、イベントとか老人まつりとか、いろいろなチャンネルを通じて何度も重層的にたたみかけていくことの努力を怠ってはいけないうらうと思っています。歩みは遅いかもしれないけど、とにかく人々の人口に膾炙することが、恐らく、地域の中に根付いていく第一歩ではないかと思っています。そういう意味で、いろいろな地域のリソースを、口で言うのは簡単で実際には難しいことは私自身もたくさん実感しておりますけれども、何とかその辺を少しずつ努力していかなければいけないのではないかと考えております。

高橋委員長 ありがとうございます。やはりどうも、介護予防、健康づくりというのは、地域づくりと深く連動しているということ。一方で、一人である権利というか、他人から何だかんだ言われぬ権利があつて、介護保険というのは一般サービスですから、そういうものもあるわけで、そこら辺の問題はなかなか難しいのですが、地域包括支援センターが、保健師と社会福祉士とケアマネージャーがチームを組んで、しかも市町村が責任主体でやることが、中立公平性ということで、先ほどの訪問活動の根拠は、そういう専門性と市町村の関与、そういうことで可能になっていくわけですから、そこら辺のことを含めて、これは10年仕事、はっきり言えば2015年対策ですね。これから団塊の世代の方々が高齢者になり、75歳になっていく。その中で、地域をどういう形で、介護予防をキーワードにしながら地域づくりをしていくか、そんなことがテーマにならうかと思ひます。

実は、この問題は、和気さんのテーマである地域包括ケアシステムの議論と深くかかわりますので、そちらの議論をレポートしていただいてから、またこちらの問題にも返ってくることにならうかと思ひます。

和気副委員長から、「地域包括ケアシステムについて」ということでよろしくお願ひいたします。

和気副委員長 それでは、今お話がありました「地域包括ケアシステムについて」ということで、資料3をもとにご報告させていただきたいと思ひます。

きょうはスライドを使わぬで報告するということでしたが、最近、スライドがないと話ができないようになっていまして、多少、奇異な感じのレジユメになっておりますが、ご容赦いただきたいと思ひます。

最初のところですがけれども、「東京都の高齢者保健福祉計画の5つの柱」は、先ほどの

パンフレットでご説明があったと思いますが、その中の2番目に「地域における安心な生活の確保」という柱が挙げられております。その中で、1)から5)までありますが、この5つの柱がきちんと機能していく一つの必要条件が、地域包括ケアシステムの確立とっていいだろうと思います。

では、地域包括ケアシステムとは一体何かということで、実は、もうすでに厚生労働省から、きょうのお手元の資料には含めていませんけれども、地域包括支援センターのイメージが担当課長会議から出されております。私のほうは、事務局からの要請で、もう少し原理的といいますか、理論的なところを説明してほしいということでしたので、以下、そういう線で少しお話をさせていただきたいと思います。

それでは、「地域包括ケアシステムとは何か」ということで、そこに挙げられておりますけれども、「限られた保健・医療・福祉の資源を有効に活用し、地域住民（利用者も含む）の生涯にわたる自己決定と自己実現を保障し、健康で文化的な自立生活を送れるように、地域社会を基盤とした社会的支援によって、それを実現するシステム」ということです。

ここの最初のところになりますけれども、「限られた保健・医療・福祉の資源を有効に活用し」のところが、いわば地域包括ケアシステムの一つの条件といいますか、与件になっております。その上で、2番目の「地域住民の生涯にわたる自己決定と自己実現を保障し、健康で文化的な自立生活を送る」というところが、このシステムの理念といいますか、目的といいますか、そういうことになります。それから、その後の「地域社会を基盤とした社会的支援（ソーシャル・サポート）によって、それを実現する」のところが手段となっております。これは、埼玉県立大学の野川とも江先生の定義を引用させていただいて、一部私なりに多少改変させていただいております。

次のページになります。では、3番目に申し上げました、具体的な社会的支援の手段はどういうものかとなりますと、「したがって、身近で相互に密接な関連を持った市町村が主体となって、地域の関連諸機関と連携・協働し、一貫性、連続性のある包括的な社会サービス、住民ひとり一人の健康レベルや必要に応じて総合的に提供するための社会資源・サービスと地域住民の生活が有機的に統合されたもの」ということになります。

手段の中身としましては、そこにキーワードで挙げさせていただいたような、市町村が主体になるということと、いろいろな地域の諸機関と連携・協働する。そして、一貫性、連続性を持ったサービスを提供する。それから、利用者の個別性に応じて総合的なサービ

スを提供するという事です。そういうことが一つの大きな柱になっています。

それから、「社会サービス」という言葉がありますが、ここでは、医療・保健・福祉が前提になりますけれども、それ以外に、欧米的な考え方では、住宅、教育など幅広いものを含んで、実は、そういうものを総合的に提供していくことが地域包括ケアシステムとして必要になるということになります。

では、「地域包括ケアシステムの包括性」とは一体何かと考えます。そうしますと、私の理解に間違いがなければ、英語での表現で言いますと、community based total care systemが、この地域包括ケアシステムになると思います。「包括」という言葉ですけれども、基本的には、totality(全体性)というような意味で使われるのだらうと思います。

下の図1は見づらいなので、別紙として大きな図になっております。この図を参考にしていただくと、実は、「包括性」には5つぐらいの意味があるのではないかと思います。一つは、疾病が中心になりますけれども、急性期と慢性期、時間の経過を見ると何らかの形で要介護になった時期と、それが回復していくといいますが、慢性期になっていくときの包括性というものがあります。

それから、これは病院も含まれますけれども、施設と在宅、施設相互の包括性があります。特別養護老人ホームと老人保健施設、療養型病床群、そういった施設相互の包括性もあるだらう。それから、今度の介護保険法の改正で出てきましたけれども、従来型のそういう施設と、小規模多機能施設のようなものをいかにして包括していくのかということも、2番目の包括性の意味だと思います。

3番目に、これは昔からよく言われていますけれども、医療と保健と福祉の包括性ということで、欧米では、特にイギリスなどでは、ケアマネジメントの議論で、ケアのパッケージ、医療と保健と福祉のケアパッケージをまとめて全体的に提供していくことが、在宅生活を続けていく上で非常に重要だということで、こういう面での包括性もあるだらうと思います。

4つ目は、福祉の内部になりますけれども、福祉サービス自体の包括性もあります。実は、社会福祉のほうも、後でお話をさせていただくように、意外と縦割りになっておりまして、高齢者と障害者と児童に分けられています。その3つの分野の包括性もあるだらう。人の一生といいますが、生涯にわたったときに、児童から高齢までというライフスパンで包括していくこともあると思います。もちろん、ここでは、高齢者福祉のところ限定されますけれども、そういう包括性もあるだらうということです。

5つ目は、フォーマルとインフォーマル。先ほどのパンフレットで、フォーマルとインフォーマルの表現がわかりづらいということがありましたけれども、こういう、従来きちんとした形でサービスのプログラムとして提供される部分と住民が自主的に参加をして、サービスといいますか、支え合いをしていく。そういうインフォーマルなサービス、家族・親族が中心になりますけれども、地域住民も参加したそういうインフォーマルなサービスをどう組み合わせていくのか、どう包括していくのかということも、実は重要になるだろうと思います。

ですので、地域包括ケアシステムの包括性の意味は、実は、その5つぐらいが含まれているのではないかと考えております。

次のページになりますけれども、もう一つの「包括性」の意味です。今お話をさせていただいたのほうは、実は、サービスを提供する側の視点で述べたものとすれば、それを利用する側の視点から考えることも非常に重要ではないかと思えます。地域を基盤とした、つまりcommunity basedとはどういう意味だろうかということですが、地域包括ケアシステム自体は、地域社会、つまりコミュニティを基盤として構築されることになります。その意味で言いますと、今、介護保険事業計画が東京都内の区市町村で策定が進められていますが、その中でいろいろな圏域を設定する。つまり、エリアを設定して提供していくことが非常に必要になる。

そこに書かせていただきましたように、利用者の地域生活上のケアニーズは非常に多様ですけれども、それらは一定の圏域の中で充足されていることが望ましいことになります。東京都内ではあり得ませんが、例えばデイサービスを利用するのに車に乗って山を一つ越えていくとか、1時間も揺られていくとか、そういうことになると、要するに、ケアシステムとしては十分に機能していないだろう。

それから、先ほどのインフォーマルなサービスですけれども、例えば電球を取り換えるのに市町村をまたいでいくようなことは、やはりケアシステムとしては望ましくないもので、ある程度の一定の圏域、これは大体中学校区でしょうか、日常生活圏域で設定されることが多いわけですが、そういうような地域を基盤としたシステムになっていることが重要です。

ただし、広域圏で、より専門性の高い、例えば認知症のかなり重度などいいますが、そういう認知症の方のサービスなどは、より専門性が求められますから、必ずしも日常生活圏域で必要ではなく、そういうものは、より広域圏で対応する必要があるだろうというこ

とになります。

では、なぜその地域包括ケアシステムが必要なのかということです。3つの視点から見ていきます。そこに書きましたように、マクロといいますか、制度政策のレベルで言いますと、従来までの地域ケアサービスの提供システムというものは、医療と保健と福祉のいわば縦割り制度になっていたということになります。先ほどもお話ししたように、福祉の内部も実は縦割り制度になっていたということがありまして、これを包括していく必要がある。

それから、先ほどの図にもありましたように、すべてとは言いませんが、かなりの部分は、実は事後対応型の制度になっていた。つまり、何か介護サービスが必要になったときに初めて制度が起動していくことにはなりますが、今後は予防の視点を重視していく必要があるだろうということです。

それから、サービスを提供するところと制度政策の中間領域になりますが、これは私が専門にしている地域福祉と言われている領域だと思えますけれども、ちょうどその中範囲の領域になりますが、メゾの部分に関して言いますと、医療と保健と福祉、あるいは福祉内部でのサービス事業者相互の連携・協働が非常に弱かった。医療と保健とは縦割りの壁がありましたし、福祉の内部でも、語弊があるかもしれませんが、従来までは行政と社会福祉法人がそういうサービスを独占していたことにはなりますので、相互にネットワークを組んでいく視点が弱かったと思います。

個人的なことで大変恐縮ですが、私は、アメリカで研究をしていたときに、この問題にいろいろと研究をさせていただきましたが、日本と比べますと、アメリカはいろいろと賛否両論がありますが、半歩あるいは一歩ぐらい、民営化が進んでおります。そうしますと、実は、非常にタイトにこういうネットワークを組んで、そしてサービスを提供していこうという指向性が強いことを、リサーチしていて感じました。ですから、日本が必ずしもその後を追っていくとは思いませんが、民営化ということが進んでいけば、必然的に、こういう相互の連携とか協働、そういうことが非常に重要になっていくだろうと思います。

それから、3点目のミクロの部分、専門職制度、これは社会福祉の専門職制度は、十数年前に、社会福祉士と介護福祉士ができましたが、ほかの領域に比べると未成熟だった。それから、専門職の間の格差が、医療を中心とした格差があったらう、医療専門職のほうが専門職としては成熟度が高かったということで格差がある。それから、それに起因するところもありますが、専門職相互の連携・協働が欠如していたことがあるかと思えます。

表裏の関係になりますけれども、そういうものを、実は克服していくことが地域包括ケアシステムをうまく機能させていくために必要であろうということで、利用者のケアニーズを効果的・効率的に充足するには、そういう包括的なケアシステムが必要になるだろうということでもあります。

最後のところになります。時間がありませんので簡単にお話をさせていただきます。一つの私論として申し上げますと、今、なぜ地域包括ケアシステムなのかということで、ちょうど表裏の関係になりますが、何が課題になっているかといいますと、やはり制度政策のマクロレベルでは縦割り型のそういう組織構造をきちんと転換をしていく。これは、最近福祉保健局みたいな、東京都もこの間改組されまして、ようやく保健と福祉の壁をできるだけでなくそうという方向が出てきましたけれども、そういうものをより一層進めていくことが必要だろう。

それから、分権化を進めていく必要があります。これは、第三の分権と言われますが、国から都道府県、都道府県から市町村、さらには市町村からより身近な小地域へ分権化を進めていくことが、この包括ケアシステムを機能させるためには重要だろうと思われまます。イギリスでは、もうずいぶん前になりますが、パッチシステムということで、こういう方向での改革をすでに進めておりますので、日本も、これからは分権化をより進めていく必要があるだろう。

それから、メゾの部分ですが、ケアシステムの運営協議会を組織化していく。これは先ほど申し上げたとおりです。それから、ミクロな部分では何かといいますと、ケアマネジャーの資質の向上であるとか、チームアプローチ、医療と保健と福祉の専門職がチームでアプローチすることを進めていく必要があるでしょう。それから、コミュニティ・ソーシャルワーカーという、これは新しい概念で、そういう職種があるわけではありませんが、社会福祉の専門職が、より地域的な視点を持って、こういう地域包括ケアシステム全体を動かしていく、そういう職種といいますか、そういう人員を配置していくことが必要だろうと思います。

私が聞いているところによりますと、大阪をはじめとして幾つかの自治体で、すでにこういう名称で人員が配置されています。多分、地域包括支援センターの社会福祉士の仕事は、こういうところも大きな仕事になってくるのかなと思われまます。

それ以外には、あとは、ケアリングコミュニティを創造していくとか、あるいは、ローカル・ガバナンスという言葉が最近よく出てきますが、ガバメントからガバナンスへと

ということで、住民がいろいろな形で参加を協働するということがローカル・ガバナンスを実現していく。それから、行政の役割も、今までのような給付を中心としたものから、そういうシステムを設計して動かしていく、enablingという言葉は、日本語では条件整備・基盤整備という表現になりますけれども、行政の役割もまた変わっていくのだろうということで、こういうことが実現できれば、地域包括ケアシステムがうまく機能していくのではないかと個人的には思っております。

以上、非常に雑駁ではありますが、少し原理的な部分も含めてお話をさせていただきました。私の報告は以上です。

高橋委員長 大変オーガナイズされたご報告をいただきまして、いろいろな機会に言われている頭の整理も含めて、これからの議論のベースになるプレゼンテーションをしていただきました。

私から今の話に補足をさせていただきますと、そもそも地域包括ケアシステムの議論は、3年前に出ました「2015年の高齢者介護」の中で、コミュニティケアという議論は、1960年代のイギリスで、精神障害者の地域ケアから始まっています。そのときに、「コミュニティで」という議論と、「コミュニティが」、「コミュニティの中で」、そういう「コミュニティケア」という言い方で、地域住民が支えている側面、地域の中で専門職がサービスを提供する側面、いろいろな含みがあって、それを領域横断的にやる。日本では、福祉は福祉の措置ですから、低所得者対策でした。医療はその前にすでに一般制度としてすべての人々を対象にしていたのですが、保健・医療と福祉の連携といっても、低所得者対策と一般住民対策・市民対策が一緒になるはずがなかったのですが、それを、ある時期から

とりわけ、私は、地域包括ケアという考え方の始まりは、これを意識的にお使いになったのは広島県の御調町、今は尾道市になっていますが、その山口昇先生です。これは、寝たきり高齢者を福祉と保健を一体化してケアすることによって、いわばキュアとケア、ケアとウェルフェア、そういうものをどう結びつけるか。これは、医療機関がわりと単一的で、そこに、国民健康保険の病院ですから、福祉と一体化する素地があって、しかも、人口規模で言うと1万人から2万人程度、そのぐらいのところ、これはその後、「国保直診モデル」と呼んでいますが、そういう形で、保健・医療・福祉の統合が始まりました。

逆に言うと、それをどう普遍モデルにしていくかという議論を2015年の高齢者介護の中でやりました。実は、そのときに、あれは高齢者介護で書きましたけれども、すでにあの

ときは、仮に「成人ケア」と呼びますと、そのことは暗黙の前提でずうっと議論してまいりました。そういう意味で言えば、今回、地域包括支援センターをつくりますが、地域で、高齢者施策としてこなしていただきたくはありません。

先ほどおっしゃったように、日常生活圏におろしていけば、そこでは、障害と高齢を領域横断的にやっていただくことがすでに前提とあっていて、とりわけ高齢者ケアをやっておられる方、障害は別だと非常にかんこに主張される方が多いのですが、そこら辺は、そういう壁をこれからどう克服していくか。イギリス的な表現で言えば、ロングタームケアといって、すでに、高齢と精神と日本の身体障害、発達障害も含めて、一体的に概念としては使っています。こんなに細かく分けているところは日本だけです。

医療は、ある意味では、専門性としては老人とか、そういう分野はありますが、医学一般としては、カテゴリー別にはないわけです。専門性としてはあるけれども、そういう意味では、福祉も、専門性としてはそれぞれの領域の専門性があるけれども、制度的構造とかディスプリンの構造としては一体的であるはずで、そんなことを含めて、それを、実は地域で実現しようというのがみそで、そこで行政の方は頭を悩ませています、今までは、行政一本で何かをやるという考え方でした。それを、中を地域に分割して、生活圏、サービス圏を設定しながらやってくださいと。そこでおのずから、先ほどの予防の議論でも問題になりました、住民参加、市民参加がないと、恐らく。そういう意味で言えば、「コミュニティが」というのはそういうことです。「コミュニティで」というのは、専門サービスを地域で提供しますか、それを、「コミュニティがサポートする」という仕組み、そこら辺が地域包括ケアシステムの重要なポイントかと思えます。それぞれの地域で、いろいろな形でかかわっておられる方々から、現場からの視点で、どうぞコメントあるいはご意見をちょうだいしたいと思います。

和田委員 まちの主人公は、うちで言うと隣のおじさんやおばさんで、毎朝水をまいている小さいばあさんだったりするのですが、安心して暮らせるまちづくりは、わかった、いいなど。ところで、おれは何をしたらいいのか、そのメッセージがちっともない。難しいことはいっぱい並べていますが、そのまちの一人ひとりが、では、自分は一体何をしたらいいのかと。介護予防というのはよくわからないけど、何をしたらいいのか。これがとても大事なことだと思います。

僕は10年前ぐらいからいろいろなところでお話をさせていただくことが多くなってきたのですが、認知症の状態にある人の「生きることを支える」というのは、最終的にはどん

なまちをつくっていくか、そこに行き着くのだと、自分は全国各地で言ってきてはいるのですが、さて、自分は、自分のまちで住民として何をしているんだろうと。最近、ずいぶんとそこに行き着いています。

僕がしていることは、前に住んでいるおじいさんが95歳なので、毎朝、おはようと声をかけたりとか、あるいは、まちの中にちょっと見知らぬ人がいたら、杖をついているばあさんやじいさん、ちょっと変だなと思う人には声をかけてみるとか、おはようと言ってみるとか、そんなことぐらい。あとは、そこらで寝ころがっているおっさんがいたら、おっさん大丈夫かと声をかけて、ちょっと危なそうだったら警察に電話をすとか、そんなことぐらいしかできていません。

あちこちで講演会をやったり研修会をやったりしているけど、自分の町内会のまちの人に、認知症のことを勉強会しようかと言ったこともないし、それで本当にいいのかと。こうやって委員会で、このつくったものを、うちの隣の中華料理屋のおっさんに持っていったら、ようけ税金使ったんと言われるだけで、それでどないすんねん、それでしまいかなみたいな。

東京都にはたくさんの行政マンがいますし、その家族、それから、保健・医療・福祉の現場で実際に働いている人、その家族、消防士、警察、教育者から入ると、かなりの数がいいると思います。あるいは、在宅介護支援センターと言われるところが300あって、年間12回町内会を訪ねていたら全部で3,600の町内会が歩けるわけで、この1年何をするかということがものすごく大事なので、それがちっとも見えてこない。社会資源と言われるものはいっぱいあるし、恐らく、東京都民の大半は町内会、婦人会、老人クラブ、どこかの家族会とか施設の住人とか、いろいろなところが組織されている。あるいは、企業で言えば企業に属している。そんなところを十分に使って、コストをかけないで、簡単に言えば、自分のことは自分でやろうというメッセージを落としていくとか、便利はいけない、歩くんだとか、まちでは声をかけようとか、そんなことがビビビと1年間やり通したらだいぶ変わるのではないかと思っています。

現にグループホームなどでも、うちはグループホームです、認知症の人が暮らしていますなんて、僕なんかは全然やらないんですけど、毎日毎日そこで生活をしていると、あんなところのばあさん、あっちに行ったでとか声をかけてくれたりします。そういうまちをどうやって展望していくかということはすごく大事だと思います。

高橋委員長 ありがとうございます。大変示唆的なご発言をいただきました。

寺田委員 今の委員の方に関連するのですが、高齢者の会でそういう話をしています、昔、30年ぐらい前だと、東京都のそういうまちの中でも、近くの方同士が声をかけ合ったりとか、近くの人がぐあいが悪いと、あそこの方がぐあいが悪いからどうしようとか、そういうコミュニティがあったという話があります。ところが、最近、そういうものは全くない。むしろ、隣の方が何をしているのかわからない。挨拶もしないとか、そういうことが結構話がされています。

高齢者の会員の中で、秋田から来た方ですが、秋田にいと、ちょっとぐあいが悪くなっても、すぐに、近くの方が、医療機関なり介護保険の機関なりに連絡をしてくれて、すぐに来てくれるということでしたが、東京に来たらそういうことも全くないので不安だという話がありました。そのところをどう変えていくか。

ですから、町内会もいろいろがんばっておられるけど、そのところが社会の構造も変わってきて、そこがうまくいかない。だから、そういうところを、多様な価値観の中で、何かそういう集まりを持とうではないかということで、呼びかけて、何人かが積極的に参加されたと。

男性の方も、80歳前後の方ですが、何人が集まってきて、そういう会合を何回か2年半ぐらい続けています。そういう中で、近くの道で合っても声をかけあって挨拶ができるとか、ちょっとしたことですが、そういうことが、少しは大きな力になっていくのではないかと考えています。

高橋委員長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

鈴木（博）委員 いろいろお話をお聞きしていて、私は在宅介護支援センターに勤務しておりますので、今までの在宅介護支援センターの仕事の中で、地域のケアの仕組みをつくったり、ネットワークをつくったりという仕事が、形式上は在宅介護支援センターの業務の中にもあります。ところが、実態としてはなかなか機能していかない現状があります。

なぜ機能していかないのかと考えますと、いろいろな視点があると思いますが、例えば今、地域の中で、様々な形で住民活動をしている方がいらしたり、あるいは、民生委員の方がいらしたり、自治会等も含めて、そういう中をつないでいく作業がすごく重要だと思います。ところが、その作業というのは、地道に頻度高く取り組んでいかなければいけない。それができないんですね。それは、マンパワーの問題等も含めて。

ネットワークあるいはケアシステムというものが、ずいぶん昔から言われていながらな

なかなかできない一つの大きな問題は、絵は描けるけれども、実際の地道な活動ができない。今後、介護保険の改正の中で、いろいろな絵はたくさん出てくるとは思いますけれども、もう少しそこをきちんと議論していかないと、恐らく、絵に描いたもちで終わってしまう。

そういう意味では、具体的な仕組みをつくっていく作業を、だれが中心になってやるのかというところを明確にしないといけないと思います。今の現状で言うと、地域包括支援センターということになるとは思いますけれども、今言われている地域包括支援センターの業務、人員配置で、果たしてそういうことができるのか、きちんと検証していかなければいけないのかなと思っています。

高橋委員長 ありがとうございます。

東京というのはなかなか条件が難しいのですが、地方都市に行くと結構やっています。東京の中でも実はやっていて、それが押し並べて言うと今のような議論になってしまう。例えば有名な大牟田市に行くと、あれは市職組の副委員長がNPOを立ち上げていて、シャッター街をNPOが全部借りて、高齢者と障害者のたまり場をつくっています。ところが、そういうNPO活動をやっている東京都の区市町村の職員は、とりわけ職組副委員長のポジションの人がやれるかということ、東京ではなかなか忙しくてやれません。

また、生活の場と職住分離の話もあって、特殊東京事情はあるけれども、先ほど、老人クラブの方からのご発言にもありましたが、地域にはパワーがあるし、NPOは東京は日本で一番活動していますから、これを高齢者ケアあるいは障害者ももちろん、いろいろな自助組織も含めて地域で活動しているわけですから、それがどういう形で結びついているか。これは東京都ベースで話すよりは、区市町村が介護保険事業計画を立てている中でいろいろな議論をしていただかなければならないテーマです。東京都のこの計画の中で、そういう区市町村の地域の試みをできるだけ、それこそ先ほど基盤整備をするという言葉がありました。そこら辺のことをいろいろな形でここに盛り込まなければいけないということかと思っています。

地域包括支援センターでできるかとおっしゃられるのですが、それだったら社協があるじゃないかと。ところが、社協は何をしているのかという話もあります。社協は一応コミュニティワーカーということになっていますが、ちっともワーキングしていないと。ある人に言わせると、役所以上に役所的な社協だという人もいますし、そういうことも含めまして、地域の可能性はいろいろある、もちろん、地域医療ではいろいろな形で横に動いていらっしゃるドクターはたくさんいらっしゃいます。

そういうことを含めて、地域ということをもう一度テーマにして、恐らく、入口は認知症ケアの問題だろうと思っています。やはり在宅している認知症の方が非常に多く、全国で約25万人いらして、そのうち15万人は在宅だと。平たく言うと、徘徊をする認知症の高齢者が、要介護認定のデータで2015年には、1万人のまちに10～15人ぐらい、そういう方が在宅でいらっしゃるということですから、そこを支えられなくて何の地域包括ケアかと。

しかも、施設入所・不適切なケアによって二次障害が発生することがあるわけです。グループホームはまさにそこでできたもので、先ほどのお話もそうですが、グループホームも本当に多様で、軽度者しか入れないグループホームというのは何だという議論もあるぐらいです。そこら辺も含めて、これから議論を深めなければいけないテーマなのではないかと思っています。

なおご発言をどうぞ。

荻部委員 水をさすことで言うのではなくて、例えば私は居宅介護事業者ですが、そうではなくて、所属が医療生協です。例えば、地域の高齢者で不安な方がいらっしゃると声かけや何かをする。その情報は、支部・班でそういった声かけをするのですけれども、一つは、医療機関から依頼があったという要素がありました。今回、個人情報の問題で、一般の地域住民に、そうした善意であっても、そういう情報を流すことは当然できません。したがって、責任が持てる機関同士での連携も、今後、東京の場合は特にということになるのかもしれませんが、留意していかないと、コミュニティでの参加が難しい面も出てくるので、その点はどう考えていいかということの質問を含めまして、お願いします。

高橋委員長 例のリフォーム問題で僕が痛切に感じているのは、悪徳業者は情報共有をしているんです。要するに、リフォーム業者、ふとん屋、浄水器、何々、あれはみごとに情報を共有している。ここは一人暮らしの認知症でお金が引き出せるとなると、そこにラッシュのように次々とあらわれる。このシステムを僕はこの間やっと教えてもらったのですが、電気メーターのところにポッチを貼っておくそうです。そうすると、ここには商売になる人がいるよというサインになる。要するに、悪徳業者の情報共有ネットワークの前に個人情報保護なんて何にもならないと思っています。これは緊急避難です。一般市場社会ではそういうターゲットになっていますから。

それは、逆に言うと、地域包括支援センターがこれからどう機能するかはわかりませんが、地域包括支援センターというのは、要するに、市町村が責任主体で、公共性の機関として設定して、今、社会福祉全部がコミュニティ・ソーシャルワーカーとしてということ

は思っていないけど、コミュニティベースでそういう生活支援の必要な人を見つけて、ネットワークをつくっていくキーにはしたいと思っています。そうすると、そういうところに通報していただければ、そこで、そのルールは運営協議会等であれしますが、地域包括支援センターの重要な機能は権利擁護機能ですから、そういう意味で言えば、リフォーム業者から、認知症高齢者あるいは知的障害の人たちをどう守るかはテーマですから。

そうすると、個人情報保護法というのは、適切な形で情報を共有するために個人識別情報の扱いをルール化したというのが法律上の見方ですから、単に隠す話ではないです。そういう意味で、そこら辺の合意を地域社会でそういう形をつくっていくことがまた重要で、僕はもっと波風を立てないにだめだと思っています。

だって、あの話は、豊田商事事件以来ずうっと言われ続けてきて、それがコントロールできなかったわけでしょう。本当にそういうことを含めて、そこら辺の議論は、これはここでガイドラインを出せという話ではなくて、地域で取り組んでいただかなければならないし、そういう課題があるということは、一方で、今まで福祉サービス、介護サービスの段階で、個人の情報が、はっきり言えばいいかげんに扱われてきた。私もそういう現場を何回も見ております。

そういうことを含めて、きちんとしたガイドラインをつくり、なおかつ必要な形できちんと共有していく。これはぜひ東京都のレベルでも。これは特にドクターとの連携でもその問題は常に起こります。医師の場合は、医師という身分法上知り得た秘密の守秘義務が課されて、しかしながら、そこら辺をどういう形でルール化していくかということも、それぞれの専門職との関係がありますし、地域住民との関係もあります。ここら辺は、やはり地域包括ケアシステムを進める上での留意点という形で、議論は配慮しなければいけない。とりわけ過剰な個人情報保護が行われていると私は思っておりますので。私はちょうどガイドラインの委員でもありましたので、そのことを痛切に感じております。

そこら辺のことを含めて、これはこの先議論する一つのテーマであり、現場から常に悩みとして提起されますので、考えたいと思います。大変大事なご指摘をいただいたと思います。

私ばかりしゃべっていて反省しております。なおテーマが2つございますので。

住みなれた地域でとなりますと、ただちにそこに居住の場としての住まいの問題があり、これは避けて通れないし、これも従来もなかなかきちんと扱われてこなかったテーマでございます。今回の制度改正では、有料老人ホームが、法律が変わって「10人以上」が外れ

ます。それから、「特定施設」という概念が介護保険給付の対象としてあるわけですが、特定施設の概念が変わります。これは、従来のケアハウス、有料老人ホームだけではなくかなり広げようということになりますと、ケア付き住宅という議論も含めまして、住まいの問題をもう一度と議論しなければならない。ただ、これは、ケアとか福祉の立場からのアプローチと、住宅行政のアプローチと、そこら辺の整理がまだまだ未成熟な領域ですので、差し当たり、住宅行政を所管しておられます都市整備局のほうからご説明をいただきながら、この議論のとっかかりにしたいと考えております。

山口幹事、ひとつよろしく申し上げます。

山口幹事 都市整備局住宅政策推進部で民間住宅課長をしております山口と申します。よろしくお願いいたします。

私からは、ただいまご紹介にありましたように、東京都の高齢者住宅対策についてご説明をさせていただきたいと思えます。時間も詰まっているようですので、概略でご説明をさせていただきます。

資料を2枚ほど用意いたしました。1枚目のペーパーは、住宅対策全般について、一応3本の柱でまとめてみました。一つが「バリアフリー化の推進」、もう一つが「高齢者向け住宅の供給促進」、それから「居住の安定」です。

まず「バリアフリー化の推進」ですが、高齢者の方が安心して暮らしていかれるためには、住宅のバリアフリー化並びに地域のバリアフリー化が必要であるということで、一つは東京都バリアフリー推進協議会という正式名称ですが、こちらが普及啓発を主に実施しております。展示会、セミナー、相談会、これは住宅のバリアフリーリフォームなどの相談会でございます。普及啓発を主に実施しております。

右に移っていただきまして、上段の「マンション、賃貸住宅のバリアフリー化支援」は、端的に言いまして、補助金並びに利子補給をするための要件としてバリアフリー化を入れています。ですから、バリアフリー化をしなければ、この補助金並びに利子補給が受けられないというものでございます。

下の「地域のバリアフリー化」ですが、こちらは条例による規制でございます。ハートビル条例ということが書いてありますが、これの上位のものとしてはハートビル法がありまして、この法律と条例の違いは、条例で新たに加えているのは、学校とか保育所、地域の施設についてバリアフリー化を義務づけているところでございます。ちなみに、これは平成16年4月に施行されております。

下段に参ります。「高齢者向け住宅の供給促進」ということで、公的関与のある住宅、端的に言って、高齢者向け優良賃貸住宅制度、シルバーピア事業、両方とも入れてありますが、バリアフリー化並びに緊急時の通報措置等の対応、家賃補助、この3点がある住宅とお考えいただければと思います。

実績につきましては、高齢者向け優良賃貸住宅は通称「高優賃」と言っておりますが、こちらにつきましては、東京都の認定戸数としては平成16年度末で610戸ございます。それ以外に、地方公共団体、都市再生機構なども供給主体となっております。都市再生機構では、平成16年度末で3,400戸ほど供給しております。

それから、「シルバーピア事業」でございます。こちらは、供給主体としては、東京都、区市町村、都市再生機構で、公的団体が主になっております。シルバーピアは都営住宅に併設してつくっているものだけで表がつくられておりますが、約4,000戸になっております。都市再生機構、区市町村の分を含めると、全体で約9,000戸が供給されております。

それから、「居住の安定」でございますが、こちらは、主として、民間賃貸住宅をメインとしております。一番下に書いてある都営住宅は別ですが、ここの説明をさせていただく前に、一番左の「現状」をご覧いただきたいと思います。65歳以上の高齢者世帯の方がどこにお住まいかという状況です。単身世帯・夫婦世帯の合計で持ち家が約63%、借家が35%ということで、その中でも、公営の住宅も東京都には26万5,000戸ほどの都営住宅がありますが、それが全体の5%ぐらいに当たりますけれども、それよりも、民間借家にお住まいの方のほうが多くて、18.6%ほどお住まいだという形になっております。今後、高齢化社会がますます進展すると、この民間借家にお住まいの世帯の方もどんどん増えていくだろうと考えられています。

ちなみに、平成11年から15年までの5年間で、下に書いてありますが、毎年5,600世帯が民間賃貸住宅に新たに、65歳以上の高齢者世帯がお住まいになられているというデータがございます。

「居住の安定」の欄をご覧いただきたいと思います。「高齢者円滑入居賃貸住宅制度」と申しますのは、高齢者の入居を拒まない住宅として登録をするという制度でございます。今まで登録実績は、平成16年度末で約8,000戸となっております。それから、「あんしん入居制度」については後ほどご説明いたします。「終身建物賃貸借制度」は、高齢者円滑入居賃貸住宅制度と一緒に、高齢者居住安定法が平成13年に施行されておりますが、このときに一緒に入った制度です。これは、高齢者が賃貸住宅に終身にわたって住めるというこ

とで、都道府県知事の認定を受けてそういう契約を結んだ場合、終身にわたって家賃を一定程度お支払いになって住むという制度ですが、これは今まで実績がありません。

それから、先ほどちょっとお話ししましたが、都営住宅につきましては、26万5,000戸ほどの都営住宅を現在管理しております。その中で、高齢者につきましては、単身入居を50歳以上の方については認める、また、優遇抽選で入居しやすくしているという状況がございます。

1枚めくっていただきまして、民間賃貸住宅への入居ということで、「あんしん入居制度」についての説明がございます。もう1枚めくっていただきまして、「あんしん入居制度」というパンフレットが入っております。こちらをご覧ください。

これは、つい先日、制度改正をしてプレス発表しましたので、9月30日付の朝刊には結構載っていたのでご記憶の方もいらっしゃるかと思います。この「あんしん入居制度」は、民間賃貸住宅に高齢者の方がお住まいになるときに、「見守りサービス」、「葬儀の実施」、「残存家財の片づけ」とありますが、これを、入居者の方がご契約いただくことによって、民間賃貸住宅に入居しやすくする制度でございます。

「見守りサービス」というのは、室内に緊急通報装置を置いてご自分で押されるか、または、一定時間センサーの前を通らないと自動的に通報が行って、通報を受けたセンターのほうから、まず電話で確認をさせていただいて、連絡がつかない場合には、提携しているタクシー会社の乗務員が急行するシステムになっています。タクシー会社の乗務員については、救急処置を行う訓練を受けておりますので、緊急時の対応については困らないようになっております。

それから、「葬儀の実施」と「残存家財の片づけ」につきましては、身寄りのない単身の方につきましては、お亡くなりになられると、残存家財の片づけ、葬儀の実施が大家さんの負担になる例が多々あります。また、区市町村との連携が必要になってくることもありまして、ご自身のお金で契約をされるわけですが、亡くなった後に預かり金でこれを実施するという制度でございます。

料金は右のほうに書いてございますが、若干高いところはあるのですが、これでも今回は少し安くした制度でございます。

A3判の資料に戻っていただきまして、今回どういう制度改正をしたかということですが、「あんしん入居制度」を導入した背景、これを平成13年に導入しておりますが、これまでの課題と、今回新しくした内容が記載してあります。背景としましては、家主の6割

が高齢者の入居に消極的だと。その理由として、病気や事故が心配、死亡、孤独死の不安、身元面の保証がないと。これらに対応したものが「あんしん入居制度」とお考えください。

これまで利用実績は平成13年から150件しかありませんでした。その理由としては、申込み窓口がまちづくりセンター1カ所であったこと、周知度が低い、利用料金がちょっと高いのではないかという話がございました。そこで、今回、10月1日から、地域の不動産店で申込みができるようにいたしました。言うまでもなく、民間賃貸住宅を探しに行くのは不動産屋さんですから、そこでこの「あんしん入居制度」が同時に契約できれば、そのことによって高齢者は入居しやすくなる、家主さんは不安が解消されて空き家が埋まる。不動産さんは仲介がうまくいくので手数料が入る。三者がみんな喜ぶ制度と自負しておりますが、そういう仕組みがこの絵になっているところでございます。

今回、事務手数料や制度内容を若干見直しまして、利用料も最大10万円ほど引き下げております。現在、登録店は350店舗ほどですが、都内全体には2万3,000店の不動産店がございました。こちららの不動産店のうち賃貸の仲介をされているところは全部ではありませんので、少なくとも我々としては1,000店舗ぐらいに広げていきたいと考えております。この制度は、入居者ご自身の費用で管理していただく制度ですので、そういう費用負担能力がない方についてはどうするのかという課題は残りますが、それでもストックをお持ちの高齢者の方については、民間賃貸住宅に一步入居しやすくなったと考えているところでございます。

以上です。

高橋委員長 ありがとうございます。住宅行政としての高齢者住宅政策ということでございまして、直接供給促進の話と、「あんしん入居制度」の2本の柱、それからバリアフリー化という3つの領域について、東京都の施策をご説明いただきました。

ご意見、ご質問等がございましたら、どうぞ。

柏木委員 きょうは、皆様のご意見を聞いていて、この包括支援センターとか地域住民がいろいろなことを一生懸命に支えたいというようなことを聞きまして、皆さんはこのように考えているのだということは、私にとっては刺激的というか、そのように思っていました。

先ほど、在宅介護支援センターをやっているという鈴木さんがおっしゃいましたように、私たち特養をやっている者の全体は、東京の特養の施設長は今こんなに元気がないのだろうと現実には言われているのですが、新聞等の報道では、全体的に介護保険の収益率が何%

とか、全国規模でのことは出てきますが、本当の意味で東京の福祉施設が全国規模とは違うという形のことを、どこまで知られているのかなど。

きょう私がここに参加しているのは、東京都の計画ですよね。そのときに、全国規模で10.2%とか8.6%とか言われているときに、もしこのままいけば、東京都の施設は、来年3月で制度が変わって、今度の居住費と食費が介護保険から外れたということのまま行けば、50%以上の施設が赤字になるだろうと言われているようなことが、現実にも今まで、この中で言えませんでした。

なぜ言えないかというと、心が萎縮してしまっているんです。でも、私は、先生たちがおっしゃるこういう新しい考え方とか、だからといって新しい考え方を取り入れないわけにもいかない社会だろうと思っています。なぜなら、今までのように、東京都に助けてください、地域格差をしてくださいと言っても、無い袖は振れないということで、制度もわかりますし、三位一体という形の中でもわかりますが、果たして本当にこれだけのことをやるだけの状態に東京の施設はなっているのだろうか。

本当にそのようにしていきたいと思いますけれども、東京都の中にある76%の施設が、職員が辞めても補充が効かない、困ってしまったと言っている現実には、私どもは、感情的なことは抜きにして、今後、本当に福祉施設を維持していけるだろうか、どんなに自分がんばっても、財政的に何かしようと思っても、働いてくれる職員が来なければ、それをパートと常勤の両方をどのようにして維持していけばいいのだろうかということ、本当の意味で毎日毎日考えています。そうすると、それは特養が大変厳しいからということも自分たちで反省もします。

ですけれども、今は、どういう社会かといいますと、子どもの生活も変わってきているし、引きこもりの方たちもいるし、段階の世代の方々が500万人辞めたときに、働かないニートの方々もそれと同じような人数がいるというこの社会の中で、現実にもますます厳しくなってくる特別養護老人ホームとかの職員たちに、それだけのことを強いる強さがあるだろうか。ちょっと勉強して、もっと楽なところに行ったほうがいいというぐらいの、3Kどころか5Kぐらいになっているこの現場を、東京都が私たちと一緒にどのように考えていただけるかということ、今東京都とも話しておりますが、こういうことは余り言えませんでした。

でも、私はやはり、ここに参画している以上は、何とかして、現実にも東京都の介護とかこの制度を考えるならば、それは何かの意味で斟酌されて勘案されなければ、全国規模で

できる前に、施設がみんなお手挙げになってしまわないような、その辺のところは、やはり私はここで言わなければいけないと思ひまして言わせていただきました。

その辺のところは、先生たちがおっしゃるそういう社会が来ればいいなと思ひますけれども、その前に、介護をする人たちがいなくなってしまうと、結局は利用者が困るわけです。ですから、その辺のところも何かの形で入れていただければありがたいと思ひます。ただ人に何かしてくださいというだけのお願いではありません。私たちも精いっぱいやりますから、存続できるような制度にさせていただければと思ひます。よろしくお願ひいたします。

高橋委員長 再三のご協力を、とりわけホテルコストを外す段階でもいろいろな意味で、施設の課題、これは本当に全国規模の話と東京の話は、地域差をどう考えるか、介護報酬のあれをどう評価するかという議論を含めまして、東京は何しろ人件費がかかり、制度が想定している以上にかなりきついことは承知ですし、一方で、施設経営上で言うと、1法人1施設的なところが東京の場合は相当多いこともありまして、地方の場合は、かなり総合型福祉医療コンプレックスみたいなものもありますし、巨大法人がありまして、今や全国老協の会長のお膝元が1人当たり給付費日本一の県になってしまいましたけれども、あそこの議論で東京都は語れないわけで、そこら辺は大事な課題提供をいただきました。

やはり介護保険施設、とりわけ東京は老健施設も相対的に少ないですし、療養型についても同じ状況があって、それで全国ベースで言うと、居宅サービス比率1人当たり給付費ベースでは非常に高いという構造があります。逆に、そのことは、施設がやっていることの意味、施設過剰地域、施設不足地域における施設の機能の重要なところを引き受けていることは厳然たる事実でございまして、今の課題提起はぜひ受けとめさせていただくような場をぜひ考えさせていただきたいと思ひます。

同時に、東京では、逆に言うと、有料老人ホーム激战区、特定施設激战区でもあるわけで、とりわけ特養代替型の有料老人ホームが、世田谷の地図を見て愕然といたしました、本当にすごい勢いで、小規模の特定施設が急激に増大しております。これは一つに世田谷だけではありませんで、その中で、いわゆる居住と施設と共同居住と、今お話が出た住まい、そこらを、介護が必要になったときに、どういう形でそれを支えていくかという議論の中で解かなければいけない課題だと思ひます。ありがとうございました。

ほかにどうぞ。

宮崎委員 私は、住宅のことを考えるときに、ちょっと違った視点を加えなければいけ

ないのではないかとおっしゃっていることをお話しさせていただきます。

私は11月から新しいグループホームを開設する関係で、申込みがあった方のお宅を一軒一軒お訪ねしています。それがご自宅であったり、老健施設だったり、精神病院だったりしますが、そこを回っていて、最近とみに感じるのですが、持ち家に住んでいる方でも、ひとり暮らしの場合、さみしくて移りたいと。さみしいことと、すごく不安だと。ちょっとボケかかっていることも自分で自覚しているし、話す相手も少ないし、行ってもいいけど、何だかどうかなと。ということで家にいるけど、別に引きこもっているわけではないけど、何だかさみしいというような声がすごく耳に響きます。

あと、違う意味では、家族と同居しているけれども、家族が面倒をみきれないから、ちょっとした介護力なのに、老健施設に入っていて、行き場がないものだから、何年も老健を転々となさっている。これから先はどうするかといえば、どこにも入れなかったら、一生そうするとおっしゃるような方がいらっしゃいます。

私が見た感じで言うと、グループホームのような人員配置ではない、特養とか老健ほどではない、だけど一人で暮らしてもいけない、不安が募っているという方に、単なる緊急コールの見守りではなくて、何か違った形のものが必要な住宅、住み替えてもいいような住宅があるのではないかと思います。それが今の有料老人ホームではなかなかそうならない部分がありまして、違った要素かなと思います。

それは、グループホームで体験するとよくわかるのですが、認知症の方たちが9人お住まいになっていて、ただ放っておく、ただ生活をしていると、いい人間関係は何も生まれません。それを、その人間関係をちょっと調整する、うまい関係をつくれるプロといいですか、そのことを学んだ者たちがうまくかかわることによって、放っておいたらできない人間関係とか集団の関係性が出来上がっていく。そういうものを住宅にプラスするようなもの。空間も、みんなが集まれる空間も必要ですが、空間だけをつくってただ集まればいいといってもほとんど集まらない。そこをつなぐ役割のプロといいですか、違った存在が社会にはすごく必要なのではないかという感じがしています。

高橋委員長 ありがとうございます。今のご指摘は、ぜひ何かの形で形にしたい、大変いいアイデアをいただいたような気がします。

すでに事業モデルとしては幾つか、地震で有名になった長岡のこぶし園のサポートセンターとバリアフリー住宅のコンビネーションというのは、今のお話にかなりフィットするような事業モデルだろうと思います。バリアフリー住宅は、不動産業者が建てる、全部が

完全なバリアフリーです。その他にサポートセンターをつくって、そこに毎日通えるようにする。これは、港区にその法人が出てきますので、どういうことをやるか。あれはかなり巨大な建物なのでどうなるのかわかりませんが、そういうような考え方もあります。

それから、最近、実は、高齢化が進んだマンションで、管理組合がイニシアチブをとって、下の集会室を変えて、デイみたいなものを始めようかという議論を本気で考えている。それを先取りしたマンション業者が、埼玉県で、小規模の10人のデイですが、新築マンションの1階で始めた事例を知っています。

住宅政策というと、都営住宅の話で、それなりに一生懸命にやっておられるけど、巨大な高齢者群がこれからマンションで一人暮らしを始める。そうすると、自分の家は何とか自分のお金でバリアフリー化できるけれども、共用部分がバリアフリー化できないので、それを管理組合のテーマとしてバリアフリーにすると。だったら、そこにたまり場をつくらうよという発想が出始めているとか、何か大都市特有のアプローチをどういう形で。これも本当は市区町村できちんと拾っていただかなければいけないのですが、そういうものを何かの形で吸収しながら、そういうものがあれば、先ほどの「あんしん入居制度」だった、そういうものとの絡みで動いていけるとか、いろいろな仕掛けを何か考えたいと思います。

もしよろしければ、これもテーマとして。そして、きょうは住宅政策としての議論でしたが、高齢者住宅の対応は、所管的には国土交通省と厚生労働省、東京都言えば都市整備局と福祉保健局、そこら辺のジョイントで言えば、例えば有料老人ホームの問題、特定住宅が、多分、高優賃は特定住宅にして介護サービスを外付けにするような議論はたしか出てきたと記憶しております。そんなことを含めて、介護付き住まいと。今は、ライフサポートアドバイザーのレベル、見守りレベルですが、それに介護サービスを入れていく。一方で、非常に危なっかしい老人下宿的なぐあいの悪いものが、抱え込み型の低水準の老人下宿型住宅というものも結構いろいろな形で広まり始めているので、そこら辺のことも含めて、住宅と住まい、介護付き住まい、今ご提起がありました共同居住、そういうことを含めた検討はぜひ深めたいと思っております。

それと、先ほど提起された、いわゆる介護老人福祉施設の役割も含めて議論を深めたいと思います。

限られた時間の中でやらなければいけませんし、まだテーマが残っております。これは、多様な社会参加の促進ということで、これもレポートを用意しておられるようなのでよろ

しくお願いいたします。

大隈幹事さん、よろしくお願いいたします。

大隈幹事 産業労働局就業推進課長の大隈と申します。よろしくお願いいたします。

資料5をご覧くださいと思います。「東京都の高齢者就業施策」でございます。

まず「現状」でございます。人口が東京都全体で1,087万5,000人。うち括弧内が55歳以上で391万2,000人。ここでは高齢者を55歳以上として捉えておりますけれども、雇用就業施策におきましては、高年齢者雇用安定法という法律で、55歳以上は高齢者ということで、それに従って、55歳以上で区別しております。労働力につきましては、就業者が55歳以上では160万3,000人、完全失業者が6万6,000人でございます。失業率を見ますと、全年齢で5%、55歳以上で見ますと4%でございます。それから、有効求人倍率が、求職者1人当たりの求人数の比率ですが、全年齢で1.28倍。ただ、55歳以上は0.62倍と非常に低い状況でございます。量的に求人が少ない問題と、55歳以上の求人につきましては、例えば清掃業務あるいは警備の業務など、特定の職種の求人が多いということで、質的にもミスマッチという問題があるのが特徴的でございます。

それから、最近の制度改正ですが、高年齢者雇用安定法の改正が平成16年に行われました。高齢者の雇用就業施策は、機運的に、企業などでの雇用を確保していく方向と、企業などでの雇用を終えた方で、それ以外の雇用以外の形態の働き方を促進していくということで大きく2つございます。とが機運的に企業における雇用を進めていく施策でございます。が65歳までの雇用の確保ということで、企業において定年の引き上げ、あるいは、継続雇用制度の導入を義務化するということが、これは年金の支給開始年齢が段階的に65歳まで引き上げられることと連動して動いております。従来、65歳までの継続雇用は、企業においては努力義務でしたけれども、今回の法改正で義務化されるということでございます。

2番目に、中高年齢者の再就職の促進ということで、これは募集・採用のときに、例えば50歳以下の人のみを求むというような求人をつける場合には、その正当な理由を提示することを義務化したものでございます。

3番目が、企業等以外の多様な就業機会の確保ということで、後ほどご説明しますが、シルバー人材センターにおいて、労働者派遣事業の特例が、届出でできることになったという内容でございます。

機運的に、この法律の施行事務につきましては、雇用政策におきましては、国が直営で

すみずみまでハローワークというネットワークを張っていますので、そこがセーフティネットとしてこれらの取組をやりますが、それに加えて、東京都として上乘せの形で施策を展開しております。

左に行きまして、大きく分けて3つございますが、「雇用・就業の推進」ということで、その1つ目が東京しごとセンターにおける支援でございます。こちらは、平成16年7月にオープンした施設ですが、あらゆる年齢層の方に雇用就業関係のサービスを提供するというもので、高齢者の方もこちらに来ていただければ、相談をお受けした上で、すぐにお仕事をお探しになるということであれば職業紹介、あるいは、多少能力を身につけた上で就職するというのであればセミナー・能力開発という道があります。あるいは、雇用という形態以外の多様な働きかたをご指向されるということであれば、起業・創業、あるいは、NPO・ボランティアという働きかたについてアドバイス、情報提供も行っております。実績につきましては、ちょうど開業からおよそ1年間、55歳以上の方で新規利用者が2万1,000人余り、就職者数は4,500人余りという状況でございます。

この東京しごとセンターは、都内の飯田橋1カ所だけですが、もう少し地域に根を張った支援の拠点として、アクティブシニア就業支援センターを用意しております。こちらは、区市町村が公益法人などを活用してアクティブシニア就業支援センターを設置した場合に、東京都として補助という形での支援を行うものでございます。これは、運営主体は、社会福祉協議会、商工会議所、シルバー人材センターなどですが、こういうところが就業相談、職業紹介などのサービスを提供するというのでセンターを立ち上げた場合、東京都が区市町村に2分の1を補助するというものでございます。これも平成14年から始まりまして、この9月末現在、14区市に設置されております。

後ろにリーフレットをつけておりますけれども、2枚めくっていただきまして、「アクティブシニア就業支援センター」というピンク色の表紙のリーフレットの裏側に設置一覧がございます。設置順に書いてありますが、平成14年度から始まりまして、練馬区から日野市の「しごとサポートひの」まで14カ所設置されております。こちらにつきましても、就職者数が平成16年度で1,809人という状況でございます。

2つ目の柱ですが、「職業能力開発」ということで、東京都で、いわゆる職業訓練校ですが、都立の技術専門校で職業能力開発をやっております。こちらは、すぐに就職ということではなくて、必要な知識・技能を学んだ上での就職というコースでございます。高年齢者に特化した高年齢者技術専門校が都内に1カ所、先ほどの東京都しごとセンターの建

物の中に入っております。それから、一般の技術専門校7校の中にも、高齢者向けのコースを31コース用意しております。科目につきましては、比較的高齢者の雇用の機会が多い、建物リフォーム、ビル管理あるいは事務、施設警備などのコースを用意しております。

3つ目の柱で、「多様な就業・社会参加の促進」がございます。今までの2つは、どちらかといえば65歳まで、企業内で働くことが中心の施策ですが、こちらのシルバー人材センターにつきましては、60歳以上の高齢者の方が、フルタイムではなくて、生きがいの、臨時・短期的な仕事をする場合に支援を行う枠組みでございます。こちらは、会員の平均年齢も70歳程度となっておりますので、65歳以上の方が就業されることになると、この施策が一番大きな受け皿になるかと思えます。

仕組みといたしましては、各区市町村にシルバー人材センターがありまして、都内58区市町村でございます。こちらに、企業、家庭、行政から仕事が発注されて、シルバー人材センターの会員に仕事をセンターから提供するというところでございます。東京都の58カ所を束ねる役割として、東京しごと財団がシルバー連合本部として指定されておりまして、こちらが各拠点の後方支援の業務を行っております。東京都としては、この連合本部に対する補助、区市町村を通じて各シルバー人材センターの運営を補助しております。東京しごと財団では、各拠点の後方支援として、普及啓発活動、役職員の研修、各種技能講習などで公的支援をしております。設置状況につきましては、58区市町村に設置されておりまして、会員数は約7万9,000人、契約金額につきましても、1年間で307億円ということで、毎年増加の傾向にございます。

シルバー人材センターにつきましては、東京しごと財団の真田委員がいらっしゃいますので、その詳しい内容につきましては、真田委員からご説明をお願いできればと思います。私からは以上です。

高橋委員長　ここで議事進行ですが、実は、もう一つ「福祉のまちづくり」の議論が残っているのですが、これは次回に回してよろしいでしょうか。私の進行の勝手もございましたし、しゃべりすぎたと反省しておりますが、テーマもたくさんありましたので、次回回しにさせていただきたいと思えます。

それでは、しごと財団のご説明をお願いして、質疑応答も次回回しにさせていただくかもしれませんが、よろしく願いいたします。

真田委員　それでは、引き続きまして、私から手短かに説明いたします。

シルバー人材センターにつきましては、お手元にパンフレットがありますので、これを

ご覧いただきたいと思います。事業実績につきましては大隈幹事からありましたけれども、おかげさまで、契約金額、会員数とも増えており右肩上がりです。ただ、会員数のところを見ていただきますと、最近伸びが急激に止まっております。ここら辺が、魅力ある事業としてどう評価されているのか、我々としては懸念しているところでございます。

仕事の内容につきましては、次のページでご案内のとおり、植木の剪定と駐輪場の管理など、そういういろいろな仕事をしております。どちらかというと言語系の仕事が多いというのが実態でございます。

パンフレットは後で見ただけであればと思いますが、事業を預かっている立場として、最近いろいろな状況の変化がありますので、その関係を若干お話しさせていただきたいと思います。

今、事業を取り巻く環境は、先ほどの雇用の、例の高齢法の改正などもありまして大きく変化しております。そういう意味では、シルバー人材センター事業全体が今大きな転換期を迎えていると考えております。幾つかあるのですけれども、福祉との関係で言えば、この事業はもともと福祉と労働の共管ということで、働くことを通じて、生きがい、社会参加ということが目的で、当初は特に、生きがいとか社会参加など社会福祉的な側面が強かった事業ですが、最近では、例の年金制度の改革、段階世代の問題、そういう中で、高齢法もシルバーの派遣制度を導入するなど、労働施策的な色彩が強くなってきているという実態がございます。

それはやはり年金制度改正の中で、65歳までの所得をどう確保していくのかという中で、シルバーもその一翼を担うべきであろうという考え方の中で出てきたもの、あるいは、高齢者も、人口減少社会の中にあって、生産年齢人口も減っておりますが、一方で高齢者が増えているということは、高齢者を労働力としてこれから活用していかなければならないという全体の流れの中で、シルバー人材センターもそういう方向で、福祉の側面よりも労働の側面を強めていくべきだということなのかなと考えております。もちろん、もともとやっていた福祉の意味が全くなくなったということではありませんし、それもこれからも重要だと思いますけれども、今後ますますそれだけではやっていけないのかなというところが正直なところでございます。

もう一つは、団塊の世代の問題がございます。団塊の世代がこれから入ってきまして、当然、シルバーの対象にも入ってきます。団塊の世代は、ご案内のとおり、経験や価値観がいろいろな方が入ってきますが、今のシルバーでは受けきれませんので、それに対する

態勢をどのように整備していくかが重要な課題になってきております。さらに、ライバル団体ということで、ボランティアとかNPOなども結構活発な活動をしておりますので、そういう中でシルバーの独自性をどう発揮していくかということも、我々としては課題として抱えているところでございます。

いずれにしても、このシルバー事業は、元気高齢者対策として重要な事業でありまして、こちらの関係で言えば、介護予防、医療費の抑制、健康維持、そういった効果も付随的な効果としては非常に高いものがございます。そういう意味では、今回、特に介護予防などの観点から、労働との連携をどう図っていくか。特にシルバー人材センター等の活用をどう図っていくかは重要な課題かと考えております。

そういう意味で、先ほど、地域トータルケアシステムの話がありまして、福祉・医療・保健のトータルという話がありましたけれども、もう少し視野を広げて、特に介護予防の観点からは、労働との連携なども考えていく必要があるのかなと思っております。

時間もありませんので、以上といたします。

高橋委員長 ありがとうございます。シルバー人材センターの創設は1974年ですから、もう30年ですね。私の恩師の三浦文夫先生が、あの大河内一男先生と一緒に創設に携わったことを思い出しながら、そういう意味では、確かに、電池の入れかえの時期というか、新しく団塊の世代がシルバー化する段階でどうするか、そういう課題があるということは、これも掘り下げて議論しなければいけません。きょうは時間がかかってしまいまして、8時半終了の予定が延びておりますので、恐縮ですが、次回はこのディスカッションをちょっと思い出していただきながら、もう一つ残ったユニバーサルデザインガイドラインの話とあわせて次回に議論し、さらに、認知症の高齢者のケアの議論をしていただくということによろしいでしょうか。

栢山幹事 お願いいたします。

高橋委員長 ということ、次回またこの議論は続けさせていただきということで、よろしくをお願いいたします。

今までの議論、いろいろな角度から議論ができましたので、これは事務局のほうでまた整理していただくということで、本日の議論は次回に引き継ぐことにさせていただきます。

それでは、事務局にお返しいたします。

栢山幹事 最初のリーフレットの関係ですが、委員長から、要介護高齢者の件でご指摘がございました。資料2の4ページに、これは国の介護予防を図るための指針のところ、

真ん中より下のところですが、**「要支援状態又は軽度の要介護状態にある高齢者に対する介護予防まで」**というような、一連の一次予防、二次予防、三次予防の中でこういう表現も入っておりますので、この件につきましては、後で高橋委員長ともご相談をさせていただ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 正確には、要支援・要介護状態で、要介護状態も入れるとすればこれでもいいと。そこら辺は技術的な問題ですから。ありがとうございました。

栞山幹事 大変遅くなりまして申し訳ございません。一番下に、次回の予定表、日程の調整表をつけております。本日ご記入が難しい場合につきましては、後日ファックスでお送りいただければ結構でございます。また、11月だけではなくて、大変申し訳ないのですが、第5回の委員会につきましても日程調整をさせていただきたいと思っておりますので、ご記入の上、恐縮ですが、事務局までお寄せいただければと思います。

本日は遅くまで、どうもありがとうございました。

高橋委員長 議事進行の不便で遅くなりましたことをお詫び申し上げます。ありがとうございました。

午後 9 時00分閉会