

東京都高齡者保健福祉計画作成委員会
(第4回)

平成17年11月10日(木)
都庁第一本庁舎42階特別会議室A

午前10時00分開会

栢山幹事 おはようございます。時間になりましたので、ただいまより、第4回東京都高齢者保健福祉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、お集まりいただき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ました委員は、蒲生委員、川尻委員、真田委員、鈴木隆雄委員、鈴木哲美委員、田島委員、玉木委員、宮崎委員でございます。

以上でございます。

それでは、よろしく願いいたします。

高橋委員長 まず、議事に入る前に、資料確認をよろしく願いいたします。

栢山幹事 進行次第を配付しておりますので、そちらもあわせてご覧ください。

はじめに、本日、議事の中で、認知症高齢者に対するケアについて、「ケアマネジメントの充実について」、「第5期東京都福祉のまちづくり推進協議会最終報告」と3つ書いてあるのですが、進行の都合上、最初に「福祉のまちづくり」をさせていただくようお願いいたします。

では、本日の配付資料ですが、資料1として「東京都高齢者保健福祉計画『検討の方向』」意見募集結果についてでございます。資料2「認知症高齢者に対するケアについて」、資料3「ケアマネジメントの充実について」、こちらはA3判1枚になります。資料4として、A3判1枚で「第5期東京都福祉のまちづくり推進協議会最終報告」の概要と、冊子で「ユニバーサルデザインの理念に基づく福祉のまちづくりの推進に向けて」。

参考資料といたしまして、参考資料1が東京都の「平成18年度主要事項予算見積概要」、参考資料2として「第3回委員会議事録」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。

それでは、まず「検討の方向」に関するパブリックコメントをすでに募集いたしまして、資料にもありますようにいろいろな意見をちょうだいいたしました。この状況について、事務局よりご説明をお願いいたします。

栢山幹事 資料1をご覧ください。

前回の委員会でお知らせしましたとおり、「検討の方向」につきましてパブリックコメントを実施し、10月12日から25日までの2週間、ご意見の募集をいたしました。概要につ

きましては、すでに委員の皆様へ寄せられたご意見を集約したものを「意見の概要」として送らせていただいております。今週8日の火曜日にさらに1件の意見が届きまして、そこで、本日の資料には、先のものに1件を加えまして、最終的な受付件数は26件とさせていただきます。

寄せられた26件の意見につきましては、多いか少ないかというご議論もあるかと思えますけれども、参考までに申し上げますと、11月14日を締め切りとしております。現在、福祉保健局で行っている「食品の安全を共に考えていく方法」に関するパブリックコメントでは、現時点で十数件寄せられていると聞いております。

表紙を1枚おめくりいただきまして、3の「意見の概要」でございます。このうちから幾つかご紹介したいと思います。1番目の「『東京都高齢者保健福祉計画』について」では、全体に関してのご意見を整理しております。その2番目の「『高齢者の自立と尊厳を支える社会』実現のため、今後高齢期を迎える人達に対しても『自助』『自己責任』を理念としてきちんと説明し、呼びかけていくことが重要である。」といった、現在の高齢者に対しては酷だが、これから高齢期を迎える40～50代の中高年の人たちを対象にしたご意見をいただいております。

次の「『介護予防・健康づくりの推進』について」以降は、5つの基本的視点に沿って整理させていただきます。まず、2番目の「介護予防・健康づくりの推進」では、またこの2番目になりますけれども、「介護予防には、介護度の改善に向けてインセンティブが働く仕掛けが必要である。現実には、介護度が改善されたらガッカリする人が多い。」のように、介護予防に継続して取り組んでいくためには、高齢者の意識について変革を促すような仕掛けの重要性を指摘するご意見であるとか、3番目の「介護予防は筋トレ以外のメニューを増やすべき。」といった、メニューに関してのご意見、4番目、5番目のように、介護予防を実施する場所の問題などに対してのご意見をいただいております。

次の3の「『地域における安心な生活の確保』について」では、多岐にわたりご意見をいただきました。2番目から5番目までは、住みなれた地域で生活を継続することを基本とするようにということをおっしゃっております。次のページになりますけれども、6番目から10番目までは、地域包括支援センターについてのご要望。11番目から15番目につきましては、住居に関して。16番目では、要介護高齢者に対する福祉施策の要望がございまして、まとめますと、高齢者が安心して地域で生活を送るためには、さまざまなサービスが身近な地域において整備されること、高齢期においても住んでいける住宅の確保といったとこ

るに集約できようかと思えます。

続いて、4の「『介護サービスの基盤整備と質の向上』について」では、人材に関してのご意見が多くありました。1番と4番は資格について、また、9番から11番のように、特別養護老人ホームなどについてのご意見もいただいております。

次の5の「『利用しやすい介護保険制度の運営』について」は、1番と2番では低所得者対策、4番では不正な介護サービスへの徹底した指導・改善を求めのご意見がございました。

最後になりますが、6の「『多様な社会参加の促進』について」では、2番、6番、7番、11番、12番のように、これまでの人生で培ってきた経験などを生かした就労をというご意見が寄せられております。

以上、簡単ですが、「検討の方向」に対するパブリックコメントの概要について説明させていただきました。

高橋委員長 ありがとうございます。

概要でしたが、それぞれを拝見しますと、なかなか興味深い、また、示唆に富むご意見もちょうだいしているようですので、これからの議論の中にもこういうご意見を生かしながら議論を進めていっていただけたら大変ありがたく思います。

それでは、ご報告でしたので、特別にご質問等はございませんね。

無いようでしたら、きょうも3つのテーマがありまして、時間の範囲で進行するのはなかなか大変かなと思いつつ、それぞれ個別に大事なテーマです。きょうは3人の方をお願いしております。

前回、時間切れになりまして、ご用意いただきながら先延ばしになってしまいました。まず、「福祉のまちづくり」の議論を先に始めたいと思います。その上で、「認知症高齢者に対するケア」、「ケアマネジメントの充実」という、それぞれ大変重い、しかも、大変大事なテーマですので、どういう形で進行できるかあれですが、ひとつよろしくご協力をお願いいたします。

それでは、福祉保健局生活福祉部の金森地域支援担当副参事から、「第5期東京都福祉のまちづくり推進協議会」の提言についてご報告をいただきたいと思えます。よろしくお願いをいたします。

金森幹事 地域支援担当の金森です。よろしくお願いをいたします。

では、お手元の資料に基づいてご説明させていただきます。

提言に入ります前に、東京都の「福祉のまちづくり」の現況について若干ご説明させていただきます。平成7年3月に「東京都福祉のまちづくり条例」が制定されまして、その条例の附属機関として推進協議会が設置されました。この間、推進協議会からはさまざまな提言をいただきまして「福祉のまちづくり」を進めてきたところですが、現在、第5期の意見具申をいただいたところでございます。この5期の前に、第4期の推進協議会のときに、「ユニバーサルデザインの推奨」ということが掲げられまして、今後は、高齢者や障害者などを含むすべての人が利用しやすい都市環境の創造や物品の製造が求められている状況から、ユニバーサルデザインの考え方を基本に福祉のまちづくりを進めていくことの重要性が、そのときに提言されました。

これを受けまして、今回の第5期の推進協議会では、昨年7月にユニバーサルデザインデザインの基本的な考え方を示すとともに、まちづくり、物づくりなどのユニバーサルデザインが関係する分野全般における取組の方向性などを中間のまとめしてとりまとめ、さらに、今回、ユニバーサルデザインの考え方を基本とした福祉のまちづくりを推進する具体策として、今回の提言では、建築物等の整備と公共交通における情報提供について、望ましい整備のあり方の目安として活用できる手引書が必要であろうということで、「ユニバーサルデザインガイドライン」というものが提言されたところでございます。

それでは、まずお手元の資料4ですけれども、1枚もののペーパーで、2つのガイドラインの概要でございます。まず「建築物等のユニバーサルデザイン」ですけれども、施設整備における、目的としましては、都民が利用するすべての施設を視野に入れ、ユニバーサルデザインの視点から、より使いやすい施設整備を図るための目安を示し、ユニバーサルデザイン導入の取組を支援するというものでございます。

この中で、東京都独自の「5つの視点」が示されました。これは、ユニバーサルデザインでは一般的によく「7つの原則」というものが使われているのですが、この推進協議会では、そこにさらにプラス2原則を入れました。ただ、それでは大きすぎてわかりづらいということで簡単にしたものが「5つの視点」です。「公平（だれもが同じように）」、「簡単（容易に）」、「安全（危険なく）」、「機能（使い勝手よく）」、「快適（気持ちよく）」、この「5つの視点」を具体的な事例に対してユニバーサルデザイン度の評価を4段階で示しました。

具体事例は、右側を見ていただきますと、多くの施設に共通する出入口やトイレなどと、子どもを育てやすい社会とするための子育て支援環境や憩いの空間としての公園など、6

カ所を取り上げまして「5つの視点」から評価するとともに、整備の留意点を示しております。

評価の基準ですけれども、整備基準を満たしていないと0、整備基準を満たしていると1、良い水準、優れた水準であれば2、3とあらわしております。この整備基準は、「福祉のまちづくり条例」や「ハートビル条例」などの整備基準のことを言っております。

このような形で6つの箇所について評価をし、これを活用していくということで示されたものでございます。

右側を見ていただきますと、「移動円滑化のための情報提供のユニバーサルデザインガイドライン」です。人が自由に、快適にまちを移動するためには、施設を中心としたハード面の整備と、公共交通を利用するときに必要な情報提供についての整備が必要ですが、今回のガイドラインでは、情報提供に焦点を当てまして、現状と望ましい整備について示しております。

まず、多様な受け手に対する視覚、音声、触覚情報ごとに、色使いや音色など配慮すべき事項について提示するとともに、公共交通を利用して、自宅から目的地に到達するまでの間で情報が必要となる6つの場面ごとに、「現状」、「課題」、「整備の方向」を整理いたしました。「多様な情報の受け手に対する情報提供のあり方」の概要と「移動の各場面における情報提供のあり方」の一場面について、この概要版には掲載してあります。

別冊で報告書がありますので、後ほど報告書をご覧になっていただきたいと思っております。

ただいま説明させていただきました報告書ですけれども、お手元に多少厚いものがありまして、3つの章から構成されております。一番後ろのページをご覧になっていただきたいのですが、ここに、平成17年度の福祉のまちづくりの事業予算の概要が載っております。福祉のまちづくりとしては、これらの提言を受けまして、今後の取組として、このガイドラインを周知していくとともに、例えば、我がまちチェックとか自己点検、自己評価など、いろいろな形で使っていただけるよう、都民の皆様や区市町村、事業者等へ普及啓発を図っていききたいということで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。大変膨大な内容の中身があるものを、非常にコンパクトに適切な形でご紹介いただいたかと思っております。

ユニバーサルデザインの問題というのは、広い意味で言えば、我々のテーマとなっております「多様な社会参加の促進」の基盤になるということもあろうかと思っておりますので、こ

ういう問題とも絡めまして、今のプレゼンテーションを踏まえて、少しディスカッションができればと思います。

どうぞ、委員の皆さんから、ご意見、ご質問等をいただけたらありがたく思います。

石田委員 私は、ボランティアのような形で、老人ホームを利用する老人の方を送り迎えをしています。今、どこでもそうだと思いますが、ハイエースのルーフの高い車は、老人があそこを乗り降りするとき、ステップを踏みながら、ちょうど頭がぶつかるんです。職員が老人の頭を押さえながら乗り降りさせています。もうこれだけ車が増えてくると、乗降口の上をカットした車が、昔、結婚式などで、島田に結った髪のために、あれは許可だと思いますが、上のほうまで開く車がありましたね。だから、ああいうものをちょっと考えれば非常に楽ではないかと思います。毎日のように頭をぶつけていますので。とにかく、一回乗ってみてください。頭をかがめながらステップを降りてくるということは、健康な人にも無理な姿勢で危ないです。

もし、そういうことで何か機会がありましたら、たまたま似たようなところがあったので、もうこれだけの台数が出てくれば、メーカーのほうも、専用車をつくっても十分にペイできるのではないかという気がしますので、参考までに。

以上です。

高橋委員長 ありがとうございます。

私がかねがね、タクシーのことでいつもそのことを考えます。ひどいタクシーは、個人タクシーでクーペなんかを使っているタクシーがあります。高齢の方はかがんだ場合。我々でもしょっちゅうぶつけますから。そういう意味で、今ワンボックスカーの話もそうです、全体をいろいろな形で点検しなければいけないし、世界に冠たるメーカーがたくさんありますのに、大規模組織であれですが、それなりの対応はしてくださっていますので、これは交通のユニバーサルデザインの大問題の一つであると。ありがとうございました。

いかがでしょうか。

これは、チェックリストをつくったと書いてありますが、具体的に、例えば西口でチェックしたとか、そういうことはどうなっていますか。日本の公共交通網は、サインプランニング（行き先）の出来がものすごく悪いと思います。とりわけ視覚障害、弱視の人もそうですし、大体、健常者にとってもものすごく不親切で、新しい駅に降りるたびに腹を立てている一人です。そういうことを含めて、実際に何が問題かというチェックはやりましたか。

金森幹事 6つの場面について、報告書の34ページあたりから、「自宅や外出先で」というところでの、現状と課題、それから、整備の方向としてはこういう方向がいいのではないかと。チェックリストという形でのチェックは、建築物についての考え方ですけれども、例えば情報提供については、まず現状がどうかというところではかなりわかりづらい部分とか、課題を浮き上がらせて、それと、整備の方向としてこういう方向がありそうではないかということを示しました。あと、先駆的に取り組んでいる事例を1例載せさせていただきます。

高橋委員長 逆に言うと、このチェックリストをこれからどう活用されるのかということがあります。ただつくただけではだめで。それから、今の時期は、によこによこいろいろできていて、例の六本木ヒルズの回転ドアもそうだけど、今、既存のものをどうしたらいいかという議論がものすごく大事なような気がしていて、そこら辺は、これからどういうお取組を東京都としておやりになるのでしょうか。

金森幹事 この報告書をもっとコンパクトにしたものでパンフレットをつくらうと今考えております。その中でも、特に建築物等につきましては、こういったユニバーサルデザイン度という評価をしよう。これは、こういう形でユニバーサルデザインを評価するという考え方は、今回の答申が全国でも初めてではないかと言われているものですが、ユニバーサルデザインを評価するというのはなかなか難しいところがあるのですが、一応、考え方を示しましたので、これを使えるような形のパンフレットにして、まず身近なところから使っていただきたいと考えております。

高橋委員長 ありがとうございます。

どうぞ。

和田委員 バリアフリーに関しては、僕も1980年代のはじめぐらいから、障害者のための運動とかをしながらいろいろと考えてきた経緯があります。今、グループホームとか高齢者のことをいろいろとやっているとやっていると思うのですが、こんなに便利な社会にしていけるのかということが一つあります。まちの中はみんなエスカレーターになって、エレベーターになって、筋力が落ちて、後でまた介護予防で筋力トレーニングをやっていくというのは、何かバカげた話だなと思っています。もともとバリアフリーというのはどういう概念か、もっと明確にしたほうがいいと思います。

そういう意味では、僕は、自分のところにグループホームをつくる時には、玄関には必ずカマチをつけて、階段をつけるということで、日常生活の中でそういうことを落とし

ないといいますが、使わないようにさせないといいますが、そういうことをやるのですが、例えば都のハートビルで言えば、高齢者のために、どこにも段差がない状態につくらないといけないということになるのですけれども、フレキシブルな考え方を認めるというか、そこは大事なことだと思いますが、どうでしょうか。

金森幹事 このユニバーサルデザインの議論のときには、例えば、駅などで階段を下りられない方とか、上れない方がいらっしゃると思いますが、既存の駅では、エレベーターやエスカレーターがつけられない場合に、今、エスカルという、階段の横につけるようなものがありますけれども、あれは車いすの方しか使えないということで、高齢者の方が使えないとかいうことがあります。そういう点では、どなたでも使えるようなものというところでの議論がありました。

それと、施設整備の中では、当然、階段もつけますけれども、一方で、車いすの方などが使えるようなスロープと両方併存するようなことだとか、今の階段の話でも、ある種これが理想ではないかと示されたのは、階段とエレベーターとエスカレーターが3点セットになっていて、自分が使いたいものを自由に使えることがある種の理想かなという議論がありました。

和田委員 もう一つは、身体能力が下がって、歩行能力を取り戻していく器具として平行棒というものがあります。平行棒の器具というのは、幅が65cmぐらいです。人間が安定して歩けるのは肩幅よりちょっと広いぐらいですから、やはり65cmぐらいです。そういう意味では、この社会福祉施設は、建築基準法では福祉施設の最低廊下幅は、いわゆるハートビルで1m40で、一般的に1m20になっていますが、歩行能力が落ちてきた人が広い廊下を歩きますと片側の手すりしか使いません。片側の手すりしか使えないということは、重心がぶれるので転倒を起こしやすい。だからみんな車いすにしてしまう。特養なども典型的ですけれども、そういうことも考えて、自立的な行動がとりやすい空間環境はどうあるべきかということも、ぜひ考えておいたほうがいいと思います。

高橋委員長 ありがとうございます。大変示唆的なご意見をいただきました。

ほかにどうぞ。

永田委員 だれも住みやすいということで、非常にわかりやすい内容で参考になる点が多いと思いますが、全体的に、身体的な障害とか体の側面からのバリアフリーが主なようで、例えば、認知症の方は、認知症になる前後のときにまちに出ると騒音が多いとか、スーパーや駅の中での放送のスピードの速さで大混乱して、そのまま行方不明になる原因に

なってしまうとか、特に早期の認知症の方の環境のあり方が、初期の対応とか引きこもり予防の大きな基盤になってくると思います。拝見すると、この評価基準の中では、認知症の方の「安心」という面がどこら辺に入ってくるのでしょうか。たぶん、この整備の段階では、認知症の方のデータとか工夫という点で、まだまだ途上だった面があると思いますので、今後はぜひそういう面の補強をしていっていただきたいと思います。

高橋委員長 ありがとうございます。

きょうは大江戸線に来て、都営地下鉄に文句を言いたいと思ったのは、あれは絶対にどこへ行っているのかわからなくなる。やはりサインプランニングとか、人間の誘導の仕方に対して、あれはかなり安上がりにしたいという意図が入ってつくった地下鉄なのでしょくない側面はあるけど、とても使いにくいなと、いつも大江戸線に乗るたびに思います。地下鉄というのは、大体、方向感覚を失わせる装置みたいなところがあって、これは単に認知症の方々にとどまらず、東京の都市デザインの難しさをいつも感じています。いずれにしても、これは、チェックリストをつくって、それを具体的な場面に適用しながら、これからどのようにしていったらいいかを考えようという意図かと思いますので、今までの考え方がもう一步前進したなという感じがいたしますが、いろいろな意味で、今ご指摘をいただいたことを受けとめて、いろいろな形でガイドラインの改善につなげていただくと大変ありがたいと思います。

なお何かご意見ございますか。

もし、よろしければ、これで終わります。大変ありがとうございました。本当は前回やっていただかなければいけなかったのに不手際で遅れました。

もし、お気づきのことがあれば、後でまとめたのときにご議論いただかせていただきたいと思います。

次のテーマに移らせていただきます。

「認知症高齢者に対するケア」ということで永田委員からお話をいただきますが、ご案内のとおり認知症ケアの議論は、昨年7月30日の介護保険部会の答申の中で、従来の身体介護モデルに加えて、認知症ケアを標準的なモデルとして考えるという考え方が示されて、いわば現場実践のアプローチと同時に、政策的にきちんと対応したいということで、今回の見直しの議論の中でも大変大きなテーマに挙げられたもので、たぶんお話しただけかと思いますが、当然のことながら、東京都は、大都市で、ボリューム的にも大変大きな認知症の高齢者が出てくるわけです。一方で、先ほど永田委員からご指摘がありましたよ

うに、大都市環境も島しょ部からさまざまな多様な地域を含んでいることは踏まえつつ、やはり都市型の社会での認知症ケアの議論を考えなければいけないので、各区市町村でもお取組をいただいておりますが、東京都としていろいろな考え方をこできちんと整理したいということもありまして、プレゼンテーションをお願いしております。

それでは、よろしくお願いいいたします。

永田委員 横長の資料2というホッチキスどめのものと、A3判の横長1枚をご覧くださいと思います。

1枚目をおめくりいただきまして、きょうの骨子ですけれども、「認知症ケアの動向からみた到達点と課題」、また、それを踏まえて、「認知症ケアに関する計画策定のキーワード」、「計画策定の中心課題」として考えているものをご報告させていただきたいと思っております。

次のページに行ってくださいまして、2005年1月現在ですけれども、都内の認知症の方は約24万人、全高齢者の11.1%。このデータは、要支援・要介護認定者のうちの認知症の日常生活自立度1以上の方ということですので、実際に都内には、未認定の方、あるいは、若年性ということで認知症の認定に至っていない方々がかなり潜在数がおられると思われるので、実際はもう少し多いと考えられます。

また、これが2015年には、この11.1%を基本数とすると、約33万人。ただし、10年後には、75歳以上の人が増えていますので、この33万人はもう少し情報修正が必要な数と思われます。単に数が増えるだけではなく、増加が確実なケースとして、独居の方。老夫婦、最近増えているのが老夫婦双方ともに認知症のケース。あと、就労中や社会的に活躍中の人の発症、これは発症というよりも、発見も早まっておりますので、まだ勤務中であったり、あるいは、リタイアしたけれども、いろいろな役割を持ちながら活躍している方たちの発症。あと、発見が早まったこと及びケアや医療の充実ということで、認知症になってから亡くなるまでの期間が非常に重度化されており、全体としての介護の長期化のケースが確実であるということ。あと、暮らしの中での危機が増えてきていて、運転しないと都市生活がなかなかできないということで、早期の方、中期までかけてまで運転し続けていらっしゃる方の課題。商品被害。家族あるいはプロの介護者も含めて無自覚な虐待が増えている面。

以上挙げたようなたくさんのこれらの課題は、実は、新しいようでありながら古くからの課題で、都の検討委員会の報告を見ますと、90年代の痴呆の方への対策の中でもすでにこ

うという問題が挙げられていて、施策的にも、実践的にも、これらをどうしたらいいかということ、これまでも積み上げがあったところだろうと思います。ぜひ、今までの積み上げを生かしながら、こういうものに新たにどう対応していくかの積み上げをもとにした議論が必要だと思います。

次のページは、ケアの介護実践のほうの進展がどうなのかをまとめたもので、縦軸が年代、一番左が全般的な国内状況、真ん中の縦列が介護最前線の状況、右側が行政の方針や施策になっております。70年代から順次発展してきているわけですが、近年の大きな変化は、90年代、利用者本位のケアの始まり、また、それが2000年から介護保険が導入され、利用者本位のケアということが一部の先駆的な事業者ではなく、すべての事業者が利用者本位のケアをやり、利用者や家族がそういうものを享受できる時代へという、そうした大きな質的な変化を伴いながら現在に至っていると思います。

2005年、前後の一番大きな変化は、単に介護保険の中だけでのケアというよりは、24時間の暮らしを守るために、まちづくりと一体の支援の展開、まちの人たちの力、これらが一体になりながらの支援展開ということが、都内でも少ないようですが、多くの区の中でもこうした支援の実践の成功例が生まれてきていると思います。

全般的には、きょうも何名かの現場の方がおられますが、現場の方たちの理念に基づく実践の成果を受けながら、制度もそれを後押しする形で進んできており、ぜひ、この介護最前線の取組と行政が車の両輪のように一体になりながら、今後、中・長期に向けて発展していく、今までの流れをさらに発展していくビジョンを描いていくことが非常に重要であると思われまます。

次のページに進みまして、ケア最前線の挑戦課題ですけれども、単に認知症の方の数に対応したケアをすればいいのではなく、今最大の課題は、新しい利用者本位のケアをしようということ。そして、一時的なその場限りのケアではなくて、本人と家族が自分らしく暮らし続けるための継続支援を地域密着でと。地域密着ということが、今、制度改正の中で制度的な言葉としてだけ置き換えられがちだと思いますが、もともとは、こうした理念先行の考え方であり、実践であったと思います。

この下の模式図ですけれども、これは国際的にも、また、国内でも、適切なケアがなされると、もともと自分らしい暮らしをしていた方が発病し、山場である症状多発期、身体症状複合期、週末期、死と、かなり自立度を保ちながら、周辺症状もそれほどたくさん出さずに、なだらかに低下していけることがわかってきております。残念ながら、早期から

の適切な支援がないために、本人と家族が苦闘し、必要以上に自立度を下げ、プロのほうも必要以上の介護負担を過剰に担ってしまっている、この急速に落ちてしまっている数が多いことは、つくられた障害の問題といたしますが、対応策が可能なところであり、新しいケアに取り組むことで症状の緩和、自立度の維持の向上、介護負担の軽減、介護費用、加えて薬等も含めての医療コストの削減が可能な時代に、最前線ではなっている。

そのことでもう少しケアの具体を書いたのが次のページになります。今現在の現場での大きな変革は、問題対処・あきらめのケアというこれまでのケアから、右側の、可能性や人間性を大事にした新しいケアという大きな大転換が起こってきている。ケアの細かいノウハウはもちろんですが、より大きなパラダイムといたしますが、どういう考え方を基盤にしながらの、また、個別の取組ではなく、チーム一体、右側の6番目、7番目にあるように、地域や自然、関係者の協働、これらを取り込みながら地域ぐるみでの認知症ケアということが、今大きくうねりだしている時代であろうと思います。

次のページをお開きいただきたいと思います。今の中で総括していきますと、現状としては、本人と介護家族の量的な増加に加え、さまざまな質的変容が起きている。当事者のリスクの増加といったマイナス面もありますけれども、一方では、近年、当事者本位の浸透が出てきている中で、苦情が多いということも一方では本人・家族の参画意識のあらわれとも捉えられる面があると思いますが、そうした参画意識の向上や地域支援の動き、プロの協働体制づくりの動き、これらも今大きく動いてきている現状であろうと思います。

現代の最大の課題は、認知症の本人と家族の安心感あるいは生活の質の格差が非常に開いてきてしまっている。これは、先ほど見ていただいた、新しいケアを実践している事業者の増加と、一方では、旧来のケアのままとどまっている、伸び悩んでいる事業者の増加。これは、新規の事業者はもちろんですが、歴史を持つ事業者も伸び悩んでいるところも多々見られている現状、この格差が多く、新しいケアを実践している事業者の質が高まれば高まるほど、むしろこのギャップが大きくなっている現状だと思えます。

また、この背景にあるのは、こうした新しいケアを理解し、導入・推進している自治体、地域が増加している。一方で、旧来型の意識でとどまったり、地域的に推進しようとする動きがない自治体、地域もまだかなり見られています。その背景としても、一番下にある「認知症ケアの地域支援について継続的に企画/推進していく人材」がその自治体にいるかどうか。こうした段階的な要素の中で、最終的には、都民の認知症に関する安心と生活の質の格差の地域差が非常に大きいことが、現在の一番大きな課題であろうと思います。

こうした中で、次のページに進んでいただきまして、今後の計画策定のキーワードとして、これは全体の流れの中で、徹底した利用者本位ということで、質の格差、いろいろなものを乗り越えていく最大の鍵が、利用者自身に立ち返ることが大きな点だと思います。これはさんざん言われていて基本的なことですが、利用者本位ということが各自治体の理念あるいは計画に盛り込まれていながら、理念倒れで形骸化しがちなことがますます強まっている面があると思いますので、都の計画の中においても、利用者本位ということをやより具体化した形でも盛り込んでいくことが必要であろうと思います。

また、2番目の大きなキーワードは、予防から介護、そしてターミナルケアまでの地域継続的な支援であろうと思います。今までの報告でも予防のことも大きなテーマになってきている点ではありますが、どんなに予防しても、認知症の方の場合は介護に移行したり、また、認知症になられたら、なったときからターミナルということ意識しながらの継続支援が不可欠なところであり、地域継続支援ということも90年代から都の施策で認知症の方については、家族の会からも要望が出ていたり、言われていることですが、現実には、まだなかなかない現状があると思いますので、今回の計画の中で明確にもう一度掲げながら、計画として具体的に展開していく必要があるかと思っています。

この2つのキーワードが支える、下のキーとしましては、新しいものをつくるよりも、現存している人々や資源の力を最大限に発揮していくような支援、その中でもコスト最小化も図られていくと思いますので、あるものをうまく生かして、むしろ、関係者が実情に即して、使われるパーツではなく、それぞれが主体的に継続的に活動を展開していけるような支援を都として盛り込んでいく必要があると思います。

今まではプロや周りの支援が中心でしたけれども、これからの時代は、当事者がどう力量を向上していくか、認知症になったことの状態を生かし、また、本人も家族も、それまで社会生活を営んでいた方ですので、本来は多くの資源を持っていらっしゃる方たちです。それらをどう生かして乗り越えていくかの当事者支援ということを、これから強力にやっていく必要があると思います。

後でもお話ししますが、幸いなことに、全国的に見ても東京都は認知症の方ご本人の活動が最も活発な地域であり、それを支える家族も今また新たな動きを見せておりますので、当事者の力量をどう支援していくかというところが、東京都ならではの鍵になるところだと思います。

あとは、地域住民の参画。これも、今まで言われていた住民というよりも、本人自身を

中心とした住民、特に生活関連領域であるスーパーや銀行、交通機関等、また、今まで働いていた職場、あとは、大人世代だけではなく、子どもや学生、そして都ならではの幅広い資源を生かしながらの参画を誘導していくこと。また、もちろん、プロの力量もあります。また、プロがそれぞれの縦割りの力量形成ではなくて、利用者を中心にプロが力を結集するための協働体制、これはケアマネジメントの強化とも直結していくことですが、現在は個々力量形成よりも、この協働体制づくりを基盤として力を入れていくべき時期だと思えます。

一番下の星印ですが、「地域全体をプロデュースする自治体の認知症対策担当者の力量向上」ということで、先ほども自治体の担当の方たちの力量が大きく現場に響いているということをお伝えしましたが、実際にお話をお聞きすると、担当者の方たちも非常にたくさん業務と、認知症に関する新しい情報がないために、がんばりたくてもなかなか活躍できないお立場の方が多く見受けられますので、ぜひ、こうしたキーパーソンになる方たちをきちんとバックアップしたり、情報提供するような、キーになる方への支援がこれからの大きな点であろうと思えます。

それらのことを具体的に中心課題として示したものが、最後の1枚ものとなります。認知症に関しても、予防とか、かかりつけ医の研修、権利擁護、ターミナル、非常に大きな課題が山積しており、それぞれで突っ込んでいくとそれぞれでたくさんの時間と労力が必要になり、詳しいガイドやいろいろなものがつくられて、現場に来て、それぞれがヘビーすぎて単独では機能しきれない状況が今は出てきてしまっていると思えます。ぜひ、部分的ではなく、中・長期を見据えた全体的ビジョンと基盤づくり、また、その中で、ぜひ優先順位の高い点にポイントを置いた即効性がある推進策を計画にという方向が必要ではないかと思えます。また、東京都ならではの資源を生かすということ。

そんな中でポイントになるのが、先ほどもお伝えした、地域密着の継続的支援を確実に推進していくコア人材の育成や確保という点が、すべての事業を展開する上でのキーのところだと思います。地域のコア人材、各自治体で認知症ケアを継続的に推進していくプランナー、推進役が、今はなかなか育っていないという現状があります。配置転換などがある中で、これだけ発展してきている認知症ケアの情報が途切れてしまって、またもう一度もとに戻ってのステップからの展開が始まったり、進んでいる事業者と特に行政の方とのギャップが、むしろ今は大きな課題になっている点があると思えますので、特に行政関係者の中でコア人材を配置しながら進めている地域の現場とタイアップしながらの効果的な

展開をしていけるように、行政関係者、たくさんのプロや地域の人の人材育成、相談、バックアップ役にもなっていく。地域包括支援センターの機能とも直結連動していく部分になると思います。

今、認知症ケアに関しては、各区から、都内の区市町村から大変多くの研修の依頼が当東京センターに来ております。特に一番多い要請が、区内で研修をするための講師不足、スーパーバイザー不足ということで、コア人材の育成ということも各自治体ではお考えのようですが、区の中にそういう中心人物がいないということ、そしてまた、その中心人物を育てる講師、スーパーバイザーもないという玉突き現象が起きています。ぜひ、これはもう、各自治体で取り組むのではなく、東京都全体として、都内の区市町村のキーパーソンがきちんと育ていけるためのバックアップ、特にケアマネジメント関係者を中心として、そういうものを育てていく必要があるかと思えます。

2番目、「地域の協働体制づくりの推進」。個々の事業者の努力を超えて、利用者中心のチーム協働を実践していくあり方ということで、今、認知症のケアについて、縦割りといえますか、医療関係、福祉関係、ケアマネ、施設、在宅と、認知症ケアの研修が乱立しています。私ども、同じ区から、同じ月に、別の主催者から3つぐらいの研修依頼が来たりということが起こっております。そうではなく、同じ区で、立場や職種を超えて、多職種一体型の研修がやれば、そこですぐにチームアプローチとか困難事例への対応策の検討、キャッチした情報を持ち寄っての予防形成の対応等に稼働していけますので、ぜひ、地域協働体制に向けた、地域一体型で取組を始めていこう。特に、ケアマネジメント研修をより効果的に生かして、ケアマネージャーだけではなく、関連事業者も含み込んで、ケアマネジメントというのはケアマネージャーだけでできるものではないことをベースに置いた一体型の研修を、企画・推進していく必要があるのではないかと思います。

すでにこうした取組を実践している区が増えてきておりまして、その要として、都内ではケアマネ連絡協議会が、このところ、認知症ケアについて非常に活発な動きを展開されています。ぜひ、都や行政だけではなく、こうした事業者の連絡会などの力を十分に生かし、それを支援する形で地域協働体制づくりを早急に進めていく必要があると思います。

3点目は、先ほど申し上げた当事者の力量形成ということです。認知症ケアがうまく展開している全国の自治体を見ますと、必ずあるのが、当事者の声をきちんと集約する機会、場づくりをしたり、調査を地域単位として、本人や家族の声をきちんと集めていらっしゃる。我が地域では今何が優先課題なのか、どこの人が早期支援を求めているのか。あと、

単に支援が必要な人だけではなく、本人や家族もお互い同士の支援の重要な資源、あるいは、これから認知症になる方への重要な教え手になるというような当事者の資源化、そういうことも見えてくる面があると思いますので、ぜひ、こうした調査なり声を聞く機会を計画づくりのベースとして、この東京都の計画もずっと家族の会とか当事者の声を大事にされてきていることをさらに進めたり、あるいは、各地域でもこれを盛り込んでいくことを一つの骨子とする必要があると思います。

あと、当事者がきちんと自立的に乗り越えようとしているモデルになるような当事者の会、若年性認知症の会、むしろケアプランを当事者がつくって、ケアマネやケア関係者を楽にしていこうというようなマイケアプランの会なども、全国に先駆けて都内では活発な活動を見せていますので、こういう力も生かしていく必要があるかと思っています。

4番目の「地域住民の参画」は、国のほうでも認知症サポーターの養成講座を展開していますが、この動きを受けて、都内でも独自にこうしたサポーター養成が始まっていますので、単に研修でおしまいではなく、まちの方々、職場の方々、子どもたち、サポーターとして養成できた方たちの活動の場づくりの推進、これも少し企画を出しながら、地域支援と言いながら、かなめになる認知症を早めに理解してサポーターする方たちが活躍できるような後押しが必要であると思います。

最後ですけれども、これはまだ議論が大いに必要なところだと思いますが、「公益通報のモデルを」ということを挙げさせていただきました。先ほど来、私、前向きには、順調にサービスの質を上げている事業者を主にお伝えしてきましたけれども、一方で、サービスの質が劣悪であったり、意図的にそうしたことを展開して利益誘導している事業者が多い、特に認知症の方を対象に多いことも紛れもない事実であろうと思います。

私ども東京センターでも、3年半にわたってグループホームの外部評価をさせていただきましたけれども、単発的あるいは何らかの事業として質の確保をしようというのは、非常に部分的な確認や権限もない中では、意図的に悪質なところに対応することは困難がつきまとうと思います。サービス評価等をやりながら一番驚いたのは、職員や家族あるいは一般の方からの公益通報が非常に多く寄せられるということです。

ただし、公益通報が寄せられても、調査あるいはその後の対応は相当な合意と仕組みがないとやっていけない。ここが確実に劣悪であることがわかってても対応が難しい、そういう歯がゆい実態がたくさんあり、これは都の方が監査等を通してたくさんの情報をお持ちだと思います。やはりこれからの劣悪な部分の対応策は、それを知った人が、持った情報

をできるだけ速やかに公益通報として出してもらい、それに対してきちんと動ける態勢をつくるのが、質の確保、劣悪な部分への対応の最も近道であり、網羅的な質の確保対策よりも、劣悪な部分については重要な点ではないかと思えます。

そのときに、当事者、ケアスタッフ、通報した方の安全を守ったり、どのように対応するかの確保づくりが非常に大きな点であると思えますので、これから国もこういうものが動くと思えますし、また、世界的にも、スウェーデンのサラ法とか、幾つか現場側からの公益通報をもとにした質の確保策は、いろいろと情報やモデルがあると思えますので、そういうものをいち早く取り入れて、東京都として、公益通報について先駆的な取組を今後進めていただければと考えております。

以上です。

高橋委員長 ありがとうございます。多面的にいろいろ柱建てをしながらお話しくさしました。

委員の皆様は、それぞれの現場で認知症ケアのお取組をされている委員もたくさんいらっしゃいますので、そこら辺の委員からのご発言をぜひ積極的にちょうだいしながら、今の議論を深めたいと思えます。どうぞよろしく。

質問ですが、基礎的な話で、24万1,659人という推計があるけれども、この方たちがどこでどのように生活しておられるかという中身まで、居住の場所まで突っ込んだ推計は、今、東京都ベースではありますか。

桧山幹事 このもととなった資料は、第2回のこの委員会で提出させていただきました。東京都の高齢者をめぐる現状の資料で、現在、この方々がどこにいらっしゃるかということまでのクロス集計はできておりません。

高橋委員長 逆に言うと、何らかのアプローチでそれをやってほしいです。例えば、私が今一番気にしているのは、精神病院の痴呆病棟が、今、郊外地区にものすごくできていて、東京から相当動いていると思っています。そういう話とか、多床室の特養で生活しておられる認知症の高齢者、個室で生活をしている人、グループホーム。グループホームも、本当はA、B、Cぐらいにランクづけしたいぐらいですが。それから、在宅等々を含めた、居住の場所で、どのくらいのボリュームがどういうふうになっているのかというのは、これはいろいろな過程があっても、かなり楽な数字でいいから、オーダーを粗くしてもいいから、それは何かの形で出せたらいいなど。

それがないと、在宅の認知症の議論と、それこそさっき不適切なケアという議論があり

ましたが、その問題と、それから、実は、今度、11月1日に通りました高齢者虐待防止法の中に、養護者と養介護施設と2つの柱を立てて、先ほど公益通報というお話がありましたが、通報義務が市町村の責任として、市町村が受け皿になることが法律に書かれましたので、これに対応したいろいろな議論は早急に区市町村に対応してもらわないといけない話になりますので、そういうことを含めて、基礎データは、粗い数字は少しありますが、具体的な数字がどうしても必要な局面になっているなと思いましたので。これは、大変難しい話であることを承知で言っております。

どうぞ、それぞれ現場でいろいろ課題を抱えながらいろいろな議論を、ご質問があればもちろん、委員の皆様も提言等がおありかと思っておりますので、どうぞご自由な角度で。

浅尾委員 「ケア最前線の調整課題」のところのグラフのことで質問させていただきたいのですが、このグラフに関して、「適切な支援がなし」の場合はこのように落ちてしまって、「適切な支援あり」の場合は向上していくということに関して、これは何かデータがあってこういうグラフになっているのかどうかをお聞きします。

というのは、私は家族に実際に要介護者を抱えていまして、母親ですが、うちの母の場合は、身体が能力低下しまして、一旦歩けなくなりました。そのときに、私自身はこういうグラフを自分の中に描いて、そのときは全く根拠なくでしたが、絶対によくなるのだという気持ちでした。そのときに、病院関係者とかケアマネージャーさんをはじめ皆さん否定的な言い方のみで、はっきりと、よくはならない、維持していきましょうということでした。しかし、実際にはよくなったので、自分のやり方で、よくなった時点では、こうなるんですねという形で周りはおっしゃるのですが。

そのときに、適切な支援とはどういうものかということで、自分で本を読んだりいろいろ探しましたが、本当に大変でした。そういうことが実際にある程度相談できる窓口がもっと情報を持っていただいていたら、どんなによかったかと思えます。やはり認知症の方もこういうグラフは当然あってしかるべきだと思います。こういうことをどんどん家族も知っていくと、やはりすごく力強いデータだと思いますので、そこを質問させていただきたいと思えます。

永田委員 認知症の方の場合、「よくなる」が何かということで、そこで専門家の方のコメントもずれていた面があると思えますが、認知症自体は、よくなることは難しくても、ほかの機能の面とか、ここの図が意味するところは、もともとよりもよくなるという意味ではなくて、本当はもっと力があるはずなのが、下がった状態になるのが、本来の力に近

づくという意味で、この点線は、治るとかよくなるというよりも、本当はそれだけの潜在力があつたものが、一見すると落ちた状態に見えていたものが、適切な支援があると本来の力を出していけるという模式図になります。

認知症の方の場合、継続的な調査が必要だったり、あるいは、見えにくいものをデータ化するの、実証データはなかなか少ないのですけれども、90年代後半から幾つか、グループホームや地域の中で取り組まれたシングルケーススタディとって、個別事例がどう変化したかという研究を積み上げたものを、あるいは、海外でもこうした研究がされていて、ほぼこの模式図のように、一たん落ちたものを、つくられた障害は本来の力に戻る面がある。そのために、この矢印のように、いつでも、どこでも、どんなに進んだところからでもプロは諦めないで、家族と一緒に、本来の力が出せるような支援をしていこうということと呼びかけているモデル図になっております。

高橋委員長 今の問題も含めまして、ご意見、ご質問をどうぞ。

柏木委員 この放物線をご覧になって、介護をしている方々がこういうことを知っていたらという今のご意見は、私たちにとっても非常に有意義でした。この形は本当に証明されていますので、それがご家族の方たちに通じていないことが私たちにはショッキングで、病気自体はなかなか治りにくいものですが、周辺症状とか、こんなにこの方たちが落ち着いてくるんだということは、施設でも何例も証明されていますので、それがもしご家族に届いていないとしたら、今のところはこういう方たちにはケアマネージャーさんがかかわりますので、やはりその辺の研修というか。まず、家族が救われたな、聞いてもらってよかったなとか、治らなかつたら、治らないと言うだけではなくて、この辺は、今のご発言で私たちが逆に、どうやってもっとアピールしていくかということをしごく感じましたし、信じていただきたいほどこの辺は証明されております。

高橋委員長 ありがとうございます。どうぞ。

鈴木(博)委員 今、いろいろなお話をお聞きしていて、自分も在宅介護支援センターというところで認知症の方々とかわることが非常に多いわけですが、実感しているのは、一つは、ご家族あるいは介護者と言われる方々、それから地域住民の方々の認知症に対する理解度が低いことによる問題がかなり起きているのかなと感じています。認知症イコール人間が壊れていってしまうという認識の中で、介護をしている方々がご本人の変化を受容できないわけです。その中で、何かをすると虐待の問題が起きるといふか、その理解の問題ということが一つ。

もう一つ、これは我々の問題でもあるのですけれども、認知症の方の認知症の状態が変化していく中でさまざまな問題が起きていくわけですね。我々専門家の側が、根本的な問題をきちんと見ていけない。例えば、徘徊をなさる高齢者の方で、しかも、ご家族がいないので日中は独居になってしまう。その日中の期間をどうやってつないでいくのかということで、では、通所のサービスに入れればいいたろうというような、これは自分の反省も含めて、いわゆる対症療法的な対応の仕方が非常に多いような気がします。

この問題の理解をどうやって深めていくのか、専門職側がケアの質をどう上げていくのかということ、それぞれの地域の中で実践していかなければいけないと思っております。その地域の特色がありますので、例えば古くからの家が多いようなところでは、認知症の方がご家族にいても、周りとの関係の中でなかなかサービスが利用できないとかいうこともあつたりしますので、地域の力、地域の中でどう取り組んでいくか。

これは認知症の取組だけではなくて、もちろんケアマネジメントのところに出てくると思いますが、地域の力をつけていく、あるいは、地域の中でネットワークをつくっていくときに、これは前回もちょっとお話ししたのですけれども、待っていても当然できないわけですね。例えば近所の方が認知症で、周りのご近所の方がチームを組んで、自然発生的に何かできていくということも当然あると思えますけれども、地域全体がかなり意図的な働きかけをしていかなければ、そういう仕組みはできないわけですから、それぞれの地域の中で、どういう見守りとかネットワークの仕組みをつくっていくのかということと、それをだれがつくって、だれが責任を持つのかということをきちんと明確にして取り組んでいかないと、なかなかいいものができるのではないかと、永田先生のお話をお聞きしたり、委員の方のご意見をお聞きして、痛切に感じました。

高橋委員長 ちょっと揶揄的な表現で怒られるかもしれませんが、素人もどきのプロが、この世界は結構多すぎるんですね。現実に身近なところでもそういうことが起こりました。それから、むしろ、玄人はだしの素人がたくさんいることも事実です。これはやはり経験ですから、そこをどうつなげて本当の知識にしていくか。プロはプロとしての知識を持っていただく。

実は、認知症ケアの最大の問題は、プロと称する人が障害を悪化させる原因になっている。これは、実は、寝たきり老人の初期にもそういうことがかなりあって、身体介護については、そこら辺が全体としてレベルアップして改善されたのですが、やはり認知症の問題は、プロと称する、これは医療も介護も福祉も共通だと思っていて、とりわけそこら辺

は、ある意味では、先ほどのお話はその象徴だと思います。そこら辺をどういうふうにするか。地域を上げるということは、実は、プロの力を一緒に上げておかないと。昔からよく言われるのは、開業のお医者さんに行ったときに、年のせいですねと一蹴されるか、ちょっと待てよとなるか。最近、物忘れ外来は病院にしかないのですが、実は地域にこそ欲しいものですが、そういうことを含めて。

そうすると、やはりこれは、きょうは東京都の医師会の先生はいらっしゃいませんが、開業の第一線で受けとめてくださるのは開業のドクターの方々ですから、そこら辺のレベルも、今、それは急速に変わりつつあるという印象です。きょう、鈴木委員がいらっしゃいませんけれども、例えば、東京都が老人総合研究所に長年、その道のエキスパートが資源としてありますので、それが急速に広がっていることは事実ですが、まだまだ広がっていない。やはり最低限持っていてほしいリテラシーと申しますか、痴呆に関する基礎的な知識がいろいろなところでまだまだで、プロの世界にも足りないの、地域の方々はまだまだそこら辺が行き届かないのは当たり前のことですが、事態はもっと先に進んでいて、ご承知のような事件がいろいろ起こってくる。

むしろ、逆に言うと、悪徳業者のほうがよくわかっているようなところがあるわけです。悪徳業者の情報共有ネットワークはすごいですから。個人情報保護だ何だと言っていられないような話だと僕はかねがね思っています。

そういうことを含めて、何をやるかということを経済のターゲットごとに整理しないと行けないと思っています。最大の問題は、今、家族が支えておられる認知症高齢者の方々をどう支えていくか。それから、病院や施設等で生活しておられる認知症の方々をどう支えていくか。そして、それも非常に適切なケアができていく力量があるところと、グループホームに象徴的に見られるように

東京都の第三者評価は全部終わりましたか。まだですか。成果が公表されますよね。そこら辺は全部できましたか。

永田委員 今まで、公表されて、どんどんアップされています。

高橋委員長 そうすると、そこら辺で、全体のサマリーみたいなもの、結果みたいなものはまとめておられますか。個別の評価結果だけではなくて、全体としてどういう評価であったかをまとめて、例えば、レーティングをして、どうだった、こうだったと。これについてはこのくらいだと。そこら辺の情報は、個別はここで議論すべきことではなくて、全体としてどうだったかという議論はわかっていますか。

栢山幹事 今のところは、福祉ナビゲーションというホームページのほうに個々でアップしております、全体を統合してということはまだ進んでおりません。

高橋委員長 計画の問題を考えたら、そういう議論をしないと政策にならないんです。個々の議論がどうだこうだということではなくて、もし、そういう評価があるとすれば、こういう評価がこういう形で分布していて、そこごとにどのようにしたらいいかという議論を、このグループホームは地域密着になりますから市町村が指定権限を持ちますから、ある意味では、そういう情報をきちんと出しながら、どう品質管理をしていただくかという議論が東京都の計画の役割かなと思っております。

我々は、個々ケースの話で議論をしすぎるところがあって、きちんとしたそこら辺のインフォメーションを 。これは、今回の計画でできることと、この次にきちんと情報を集める、考え方を整理しながら持っていくというそこら辺の議論をぜひしないといけない。

もう一つは、これから認知症になる方々が、要するに、いろいろな形で発生するわけで、これから起こる方々を、今まで我々はある意味ではさまざまな失敗を重ねてきたところがありますので、その失敗を繰り返さない形での対応、そういう筋の話と、認知症ケアの問題は、幾つかターゲットをきちんと分けて議論を、計画の中で提示するときは、そういう提示の仕方をしていただきたい。

私は、当然、その問題の周辺は非常に重要なポイントとして、先ほどご紹介した高齢者虐待防止法の中で起こってくるさまざまな手続き、これは、東京都は、さっきのパブリックコメントもそうですが、新聞でも厳しい意見がありましたが、それなりに権利擁護、後見制度の活用について積極的な施策を打っておられるので、そういうこととの絡みも含めて、全体の認知症ケア対策の見取り図みたいなものを都民の皆さんに理解していただけるようなまとめ方が大事かなと思います。

私から、ややくどくど申し上げました。

どうぞ。

柏木委員 第三者評価の点ですけれども、業者のいろいろなまとめはほとんどできてきています。それがどこまで皆さん方に言っているのかということが、委員としても悩むところですが、その第三者評価は、東京都からちょっと離れて、財団が東社協の12階でやっていますので、私がいつも思うことは、それがもう少し皆さんのところにフィードバックされて、認知症の方のアンケートをどのようにとったらいいかということですのでごく悩んでいます。栢本先生が委員長なのですが、東京都はやはり相当やっています、他県にはな

いということを経理長がしよちゅう言っています、だからそれを進めてほしいということを行っているのですが、そういうことはどうもここに出てこない。私は常々もったいないなと思っていますが、果たして、委員がここで言ってしまっていいものなのかどうか。やはり、もう言ってもいいよとなったことは東京都から言っていただいたほうがいいし、また、こういうところで当ててもらえればその内容等も言いますが、果たしてどこまで言っているのだろうかということが、今は非常に難しい境になってきていますので、それはぜひお願いしたいと思います。

高橋委員長 考えてみると、東京都は、認知症対策は大変早く手がけてきました。それをちゃんとレビューして、第三者評価も東京都として先駆的な取組としてやってこられました。それが計画の情報にきちんと位置づけられないと、いつもの計画になってしまう。要するに、美辞麗句と最近の流行語を集めた用語集みたいな計画は結構いろいろところで横行しています。そして、東京都としての仕事に限定しなければいけない。これの主役は区市町村ですから。そうしますと、区市町村の現場を励まし、現場にさまざまなメッセージが送れるような、そういう計画でなければいけません。

そして、先ほどご指摘いただいたコア職員の問題がものすごく大きくて、例えば、東京都の回答がどうであったかわかりませんが、最近、読売新聞が介護保険の全国調査をして、例の認知症の財産侵害問題のアンケートを取りましたら、ある意味で、関心が大変低調でした。逆に言うと、高齢者虐待防止法を施行するのは実に大変だという印象をもっていますが、23区ではどうなのかということは、そういう意味では、23区、多摩の市町村に、昔、高齢者の政策表のリストをつくっていて、市町村がどういう高齢者施策を実施しているかということの星取表をつくっていましたが、その痴呆ケア版みたいなものをつくっていただいて、さっき幾つかスペクトルがありましたよね、さまざまな家族会にサポートしているとか。その星取表をつくって、権利擁護についてちゃんとした取組をやっているとか、そういうものをつくって提示すれば、やはりそれぞれのところでがんばっていただく刺激にもなっていくのかという、そんなことを含めた、都としての認知症ケアに対するさまざまなサポート、政策支援をどのようにしていくかということ、ぜひ事務局でご検討をお願いしたい。これは、これから緊急の課題であり続けますので、ぜひ。

ということで、いかがでしょうか。

和田委員 東京都の高齢者保健福祉計画は、結局のところは、東京都民が安心して東京都民であり続けられるかどうかということ、どう示していくかということになると思

います。そういう意味では、ここに来ていらっしゃる、僕も含めた委員自身が東京都民であって、東京都民である僕らは、自分の自宅をベースにして暮らし続けたいと願っているのですが、都民である僕ら自身が認知症になっていくわけで、認知症になったときに自宅で生活を続けることを保障する仕組みの展望と伺いますか、それをどう示していくかはとても難しいことだと思えます。

認知症というのは、いつ、どこで、どんな形で生活に障害を来すかわかりませんから、24時間を通して面の支援が必要になってきます。身体に能力がなくて移動能力がなければがまんさせることができるのですが、そういう意味では、寝たきりの方が在宅での生活を続けやすいのは、がまんさせることができるから続けやすいわけで、認知症の方で移動能力があれば自分で動いてしまうわけですから、非常に難しくなってくる。

24時間の面の支援が必要になってきた認知症の人たちを支える仕組みは、介護保険の制度は全部点の仕組みですから、自宅での生活を面で支える仕組みがないわけです。ですから、社会資源が入れないところは全部家族にしわ寄せがいく。家族は、自分の生活を捨ててでもしわ寄せを担っていかねばいけません。そうすると、家族自身の生活の自立度も下がってしまうみたいな、そういう悪循環になっていると思えます。

では、それをどうやって支えていくかというときに、その展望をどうやって示していくかは非常に難しい。社会的なコストの問題が一つあると思えますし、そこは非常に難しいのですが、できることもある。例えば、デイサービスは、今、6時間以上8時間未満の単位がありますが、その社会的コストは、認知症の方では1万円ちょっとくらいですけども、同じコストで6時間以上、8時間未満のヘルパーを派遣するような仕組みがあれば、自宅での生活を面で少し支える仕組みができる。これは頭の切り換えだけでできるのですが、なぜやらないのか、よくわからない。どっちかを選択できるわけです。通うもよし、来てくれるもよし。

今度、小規模多機能の居宅介護が入るわけですけども、それは今でもできるのになと思います。できることとできないことがあって、できないことの中で、実は、本人の意思とは全く無関係に施設に移らざるを得なくなる。施設に移ったのですが、移るところによってまた違うわけです。

どれくらいご存じかわかりませんが、今、東京のグループホームは約200カ所。1ユニットと伺いますが、一つの生活住居単位は9人の定員になっています。厚生省の基準では、18人で1人の夜勤でいいとなっていますけれども、東京の事業者さんはほとんど9人のコ

ニットで夜勤をやっています。あるいは、夜勤もしくは宿直でよいとされていますから、職員が配置されているだけでよいというばかげた基準になっているのですけれども、少なくとも、グループホームの場合は、マックス18人に対して職員が1人いる。

ところが、最近、特養とかを歩く機会があって調べてみますと、特養では、28人の利用者に1人の夜勤というところが現実にあります。石川県の事件からもう約1年たちますけれども、やはりこの現実をどう考えるかということだと思えます。

それから、日中の職員で言えば、グループホームは9人の単位のところに、最低基準を満たすだけでよいとすれば、日中帯の5時間が6時間ぐらいだけ2人の職員でいいという基準で人員配置ができますけれども、特養の多くは、利用者8人あるいは9人に対して1人の職員しかいないような状況になっています。50人に対して、5人で10対1ですから、6人で

つまり、認知症という状態になった人から見れば、僕らが在宅での生活が難しくなって、施設に移らざるを得ないと。移っていった先で、職員が4人のうちの1人なのか、9人のうちの1人なのかという、ここの選択はできているわけですね。要するに、4分の1の利用者である僕なのか、9分の1の利用者である僕なのかということで、それが費用が2.5倍違うということだったらそれも理解できるのですが、その辺がどうも保健福祉計画をつくる中で、認知症の方の生活、生きることを支えるときに、上滑りな議論がものすごく多いのですが、現実的には非常に難しい問題がいっぱいある。現実的に難しい問題をどう指し示していくかみたいなことの中で、できることとできないことがあって、やはり長期的に考えていかなければいけないことは長期的にここで考えていきたいと思います。ビジョンがちっとも見えない中で議論していくというか、僕はそこがとても心配だなと思えます。

例えば、デイサービスに行くと認知症の方が元気になった、動きがとてもよくできるようになった、だから家での面倒が見れなくなって施設に入れざるを得ないと。つまり、元気になったことを素直に喜べない社会になってしまっている。ここがとても矛盾だなと思えます。

もう1点は、若年認知の問題を考えていかなければいけないのではないかと思います。僕も永田さんも、若年認知の方と少しかかわるようになってきているのですが、50歳台で認知症になったりする。僕が知っている人で一番若い人は39歳です。高齢者施設ではないのですが、高齢者施設と言われるような、介護保険事業所に行っても、デイに行っても、

特養に入っても、みんな70、80の高齢者ばかりで、どうもそぐわないわけです。行き場がない。

もう一つは、働き盛りの人が認知症になって働けなくなりますから、経済的な面がものすごく悪化していくということで、それも社会資源を使いたくてもなかなか使えないような状況になってくるみたいなことがあって、若年の認知の問題というのは、全国で15万人ぐらいとも言われていますが、これはかなり深刻な問題としてあると思います。東京都民で若年の認知症になったら人生終わりだというような、夢が描けない東京都では、保健福祉計画にならないのではないかと思いますので、認知症を語るときに、若年認知の問題は、やはりどこかで考えておかないといけないのかなと思います。

それからもう一つは、コミュニティの問題です。地域の問題というのは、実は、認知症の問題だけではなくて、犯罪の問題とか子育ての問題とかも全部絡んでいると思いますが、どのようなまちをつくっていくかみたいなことで、その「地域」は、どの範囲を「地域」と言うかみたいなことまで含めて、東京にはたくさんの町内会とかがありますけれども、その町内会の組織をいっぱい使って、どんなまちをつくっていくか。認知症になってもここで暮らし続けるためにはこういうことが必要とか、子どもの犯罪がなくなるためにはこういうことが必要みたいな、何かまちづくりの展望みたいなものがすごく大事だと思います。要するに、人と人の関係がつながるまちづくりがとても大事なことだと思います。

高橋委員長 ありがとうございます。大変示唆的な、多面的な、現場のさまざまな実践に即したお話がいただけたかと思います。

今の議論で、永田さんからコメントがあればよろしくお願いします。

私が、今、個人的に大変危惧しているのは、50階建てマンションです。あそこで認知症が起こったらどういうことになるのか。これは東京都の権限ではないので何とも言えないけれども、あれは、地域ということ言えば、実は、今、多摩市が、多摩ニュータウンの高齢化問題がものすごく深刻で、やはりいろいろな議論をしています。高層住宅に住む高齢者支援のモデルを、認知症と絡めていろいろ考えなければいけないなど、今のお話を伺いながら、地域ということでちょっと思いましたので、蛇足ですが、発言させていただきました。

永田さん、何かコメントがありますか。

永田委員 先ほど和田さんのお話もあったり、今の先生の、マクロ的というか、今の課題の中から地域づくりを考えていくことは本当に大事だと思いますけれども、実際に、今、

たくさんの方のケアマネジメントをケアプラン等を通してやっていると、本人も家族も相当資源を持っていらっしゃる。もともと暮らしていらっしゃるのが、むしろ、介護保険になって切れている方がいる。デイに行くから、近所の人や友達が来なくなってしまうみたいなケースが本当にたくさんあります。

どうやってもともと持っているつながりを大事に生かしていくかという発想とか、あと、独居の女性の方を、近くのコンビニの若い男性職員がごみ捨てのバックアップをしてくれるとか、「地域づくり」というのは、その地域としての地域づくりももちろん必要だけれども、当事者を中心とした地域、その人からの地域づくりみたいなものが積み上げられることで、本当の実践力を持った地域が1例、2例、さっき先生は、個別にはあまり陥らないようにという注意をいただきましたけれども、急がば回れで、個別ケースの積み上げの中で、本当の意味での具体的な地域実践力をつけていくことが非常に重要ではないかと思えます。

在宅のケースで、家族が継続困難と思っていた方も、丁寧にケアマネジメントをやると、相当地域の能力を生かして、本人が落ち着いたり、谷間の時間帯が埋まって、これならば、本当は施設にはやりたくなくて家でやりたかったという家族がすごく多くおられる。もうすぐそういうこともデータ化できていくと思いますけれども、ぜひ、地に根を生やしたというか、本人のところからの地域づくりみたいなものを、特にSOSの行方不明のリスクの高い方とか虐待の方とか、困難事例からでもそういう取組を積み上げることを、広域だと難しいと思うので、そういう意味でも市町村単位の、また、市町村の中でも広すぎたら、市区町村のエリア単位にでもそういう取組を広げていくことが必要ではないかと思えます。

高橋委員長 ありがとうございます。ちょうど次の議論にうまくつながるコメントをいただいたような気がします。

実は、ケアマネジメントの議論はそこと深くかかわります。きのうも、あるところでシンポジウムをしていたときに、ソーシャルワークの知識は要らないという発言があって愕然としました。僕は、ケアマネのテキストの中にちゃんとソーシャルワークをやりなさいと書いてあるので、読んだのかと言ったのですが。介護支援専門員の方々の中で、相当そういう感じで思っておられて、給付管理業務だけでいいとか何とかという感じの人たちもいらっしゃるようで、これは後で鈴木委員からも反論をしていただきたいと思えます。

というわけで、認知症高齢者の問題というのは、実はケアマネジメントの問題、さまざま、先ほど、既存13種類の給付を組み合わせるとい話はもうありませんので、そうい

うことも含めてケアマネジメントの課題が次に用意してありますので、これについて、角田さんからよろしくお願いいいたします。

角田幹事 介護保険課長の角田でございます。

お手元の資料3、A3判のペーパーでございます。「ケアマネジメントの充実に向け」というタイトルがついておりますが、それをご用意いただきたいと思えます。

このペーパーで、私どもの認識を見ますと、ケアマネジメントの実態、現在の取組、来年度以降はどうなっていくのかという点をご説明申し上げます。

まず、一番左の「状況と課題」でございます。私どもは、平成15年度に、都内の事業所、ケアマネージャーさんの協力を得まして実態調査を行いました。それ等をまとめた認識でございます。

まず一番上ですが、状況としましては、業務の負担感を抱えてやっております。それから、就労環境としてもよろしくない。それと、ケアマネ自身の力量を高める取組がまだ不十分ではないかという状況認識を持っております。

それから、課題として、一つは、公正・中立性の問題です。これは、この調査でも94%が併設の事業所を持っており、併設イコール公正・中立とは限りませんが、こういった問題があります。2つ目に、ケアプラン自体がまだ十分に作成できないというケアマネージャー自身の課題があります。これは、ケアマネージャーの力量の問題でございます。3番目の課題も力量の問題ですが、困難事例への対応が十分にできない。4番目として、主にケアマネジメントは居宅を中心に行いますけれども、施設の中のケアマネジメントの課題もあります。以上の視点に関する問題です。

それから、下のほうにあります。ケアマネージャーを取り巻く環境の問題があります。課題の5として、医療と福祉の連携の調整が十分にうまくいっていないということがあります。これは、サービス担当者会議の開催も十分に行われていないような面があります。6番目として、適切なケアマネジメントを行う上で、他の業務との兼務が必ずしも悪くないのですが、ケアマネジメントを阻害するような兼務は、今後考えていかなければいけないと思えます。7番目に、事業所は、1人ケアマネ、2人ケアマネのところが多いのですが、ケアマネになったときに相談相手がないということにつながる課題でもあります。8番目に、事業所の経営上の問題です。平成15年度に介護報酬の改正がなされたわけですが、その改正後も、なお経営状態が厳しいということでございます。こういう実態がありますから、併設するサービス事業所の経営に頼らざるを得ない実態があるのかなど。

最後に、使う側自身も、自立支援ということで介護保険を十分に活用しなければならないということでございます。今、ケアプランをつくる上での困難の第1に挙げておりますのが、事業者との調整でございます。

このような実態を踏まえまして、学経、ケアマネージャー等で構成する介護支援専門員支援会議を設けております。その中で整理した今後の改善の方向性を13の柱として整理しております。上が質に関する問題、下が環境の問題でございます。

まず、「質の向上」の1ですが、専門職としての位置づけの明確化。2点目が、質の問題に対応するための研修の充実。この中には、ケアプラン評価等の取組も入っております。3番目が公正・中立性の確保。この提言2と3の内容につきましては、今回の制度改革に向けまして、東京都として国に要望を申し上げているところでございます。それから提言4として、困難事例に対応できるようなケアマネージャーに対する支援体制の必要性。5として、施設におけるケアマネジメントの強化です。これにつきましては、この支援会議の中で議論して、こういったまとめは全国で初めてだと思いますけれども、施設における業務の手引を作成し、施設等に配布をしているところでございます。

それから、「環境整備」のほうです。6として、他職種連携です。これも重要な課題ですけれども、この流れの取組として、平成16年度に、ケアマネタイム等との連携モデルということで、主治医とケアマネージャーの連携を促進するモデル事業を行いました。ケアマネージャー関係の側から言うと、ドクターが非常に忙しくて敷居が高いという声があります。こういった両者の壁を崩すために、地区医師会に協力をいただきまして、ケアマネタイムというのはケアマネージャーからの相談を受けつける時間帯です。こうしたものを新設しまして、この時間帯には、ケアマネージャーのほうから遠慮なく相談できるというものでございます。その他、情報のやりとり、情報の共有化等のモデル事業を実施して、非常に有効であるという結論を得ております。このような取組を、今後広めていきたいと考えております。これが一つのきっかけで、究極的には、サービス担当者会議を通じまして、チームケアができるような形態をより進めていく必要があるかと思っております。

7つ目として、業務効率化。事務の煩雑さということもケアマネの業務負担になっておりますので、今後は、そうしたことの効率化も主にやっていく必要があるかと思っております。

8番目、兼務の問題。これは、先ほど申し上げましたとおりですが、この点につきましても、国に提案をしたところでございます。

9番目、就業の環境づくり。これにつきましては、東京都のケアマネの団体である研究

評議会のほうで、自主的なブラッシュアップ研修というものを行っております。これは未就業者も対象としたもので、こうしたもので就業していない方のブラッシュアップをして就業につなげたいという意図で取り組んでいただいております。

提言10で、一人で問題を抱え込まない体制づくりが必要であるということ。

11番として、包括ケアシステム、これは制度改革の新しい目玉ですけれども、こういった面から、取組ということで、平成16年度に「社会資源活用ハンドブック」というものを支援会議の中で検討して配布しております。これは、地域の中で包括ケアを行うためには、介護保険のサービスだけでは足りないので、年金をはじめ、先ほど永田委員からごみ出しの問題がありましたけれども、介護保険以外の生活支援サービスも組み立てて支援しようという趣旨のものでございます。

12番として、報酬体制の見直し。これは、適切なケアマネジメントを行うためには、また、時間的な問題、ケアマネジメントの独立性を担保するためには、現在の方針を見直す必要があるかと思っております。この内容は、国に都として要望したところでございます。

それから、利用者が賢く介護保険をご理解いただくために、都民向けに「介護保険活用読本」というものを策定いたしまして、区市町村と協働して都民に配布したところでございます。

以上が平成17年度までの取組でございます。

今後はどうなるのかということですが、上が今度のケアマネジメントにかかわる改正のポイントで、4つの柱がございます。都の要望も受け入れて案ができたものと理解しております。

1番目が「専門性の向上」で4点ございます。資格更新制ということで、現在は5年ごとに資格を更新して、更新の時期に更新研修を行っていただくことになっております。2つ目。主任介護支援専門員というものを創設しまして、スーパーバイズを行っていただくというもの。

それから、研修の義務化、体系化でございます。6カ月から1年程度の期間に、基礎的なものを研修を受けていただくことが義務になったわけです。体系化のほうでは、生涯にわたっての研修システムが今考えられておりまして、その義務化された研修に、さらに専門研修で専門性を高めていく。

もう一つ、その延長上で、キャリアアップにもなりますけれども、介護支援専門員とい

うものも体系化されます。全体をあわせて質の向上を図っていこうというものでございます。それから、義務の体系化ということで、公平・中立性、法令遵守、名義貸しの禁止、守秘義務、こういったものは、従来は省令等で示されていたわけですがけれども、その基本的なものが法で定められたというものでございます。

次の柱で、地域包括支援センターができるわけですが、この中に、主任介護支援専門員が配属されまして、地域におけるケアマネージャーが行います包括的、継続的なケアマネジメントを援助する、スーパーバイズをするという役割を担っています。困難事例等の相談も介護支援専門員が対応していきます。

それから、独立性・中立性の対応ということも今度の改正の柱になっておりまして、基準・報酬の面で見直しがされます。担当件数につきましては、今、標準は50件ですがけれども、担当件数を引き下げる方向で検討がなされているとお聞きしております。それから、ケアマネのプロセス、独立性を評価するということにつきましては、現在、給付分科会の中で検討が進められているところでございます。2つ目が二重指定制度の導入。事業所の指定と、ケアマネにつきましても登録はしているのですが、個別の把握が都のほうで十分にできていませんので、今後は個別に把握しまして、研修の受講履歴等を管理できるような形になるものでございます。それから、ケアマネージャーの罰則強化ということで、現在、不正行為、虚偽の申請等を行った方につきましては、政令で登録消去の根拠があるのですがけれども、これが明確に法で位置づけられたというものでございます。

それから、新予防給付の導入。これも地域包括支援センターが中心にマネジメントを行うわけですがけれども、委託という関係で、地域のケアマネージャーもこの新予防給付のマネジメントにかかわってきますので、そうしたかわりが出てくるという問題があります。

それから、東京都の来年度に向けた取組が一番右下に載せてあります。4点について簡単にご説明いたします。1つ目は、総合的な支援ということで、先ほども触れさせていただきましたけれども、支援会議を、学経、ケアマネージャー、保険者側等の代表で構成して、毎年、現場でケアマネージャーに役立つような、先ほどご紹介しましたハンドブック等を作成しております。また、都政運営における助言をいただいております。今年度から、都民代表の方にも参加いただきまして、ユーザー側の意見もちょうだいする形になっております。

2点目が資格の管理でございます。養成、名簿管理等は現在もやっておりますが、名簿管理につきましては、今後、研修受講の履歴等も管理することになってまいります。3番

目が新しい取組で、制度改革を受けて5年ごとの更新の研修も新たに東京都がやっていく形になります。

それから、資質の向上の柱ですが、現任研修というものを都で行っております。それから、新たに主任介護支援専門員の養成をやっていく形になります。

制度改革の円滑な実施といたしまして、包括支援センターの業務支援として、主任介護支援専門員がスーパーバイザーをやることになりますけれども、私ども、来年度は、まだプランですけれども、介護支援専門員の業務内容を作成しまして、この業務の支援の取組を行いたいと思っております。あと、ケアマネージャーに対しまして、新予防給付のマネジメント等を支援するような研修等の取組も行っていきたいと考えております。

あと、永田先生からお話がありました認知症とのかかわりでは、全体的には、このケアマネージャー全体の資質の向上を図っていくことと、主に主任介護支援専門員の力量に期待していきたいと思っております。現在の現任研修の中でも、認知症のケアということプログラムの中に織り込んであるわけですけれども、最近、新しい取組が順次生まれておりますので、そういったものを取り入れてまいりたいと思っております。

以上でございます。

高橋委員長 ありがとうございました。

ちょっと教えていただきたいのですが、政策担当者として、居宅介護支援業務とケアマネジメントをどう理解されていますか。

角田課長 ケアマネジメントといいますと、新たに介護保険制度ができたときに生まれたサービス提供の理念ですけれども、このケアマネジメントを行う業務を法律上「居宅介護支援」と表現されているものと。

高橋委員長 そういうことを申し上げたのは、要するに、ケアマネジメントという理解と、介護支援専門員が行う業務という理解が、実は必ずしも整合していません。僕は、略称「ケアマネ」が流布してしまったことが困った問題だと思っていて、要するに、介護支援専門員の仕事は、ケアマネジメント業務以外に給付管理業務があると僕は理解していて、それがしばしばごっちゃに議論されている。

それから、「ケアマネジメント」ということも、サービス計画をつくって調整すると理解されているのですが、先ほど言った居宅介護支援センターのテキストブックもそうだけど、それ以外に、先ほどの社会資源を活用したりすることも入ってくる。それを先ほどちょっと申し上げたのは、きのう、あるところでシンポジウムをしていて、フロアから質問

が出て、インフォーマルケアをケアプランに組み込むというのは、やったほうがいいですが、そうじゃないのでしょうかというおろかな質問が生まれて、あのテキストブックを読んだかと僕は言ってしまったのですが。

実は、そういうかなり大事な問題を含めて、「ケアマネジメント」という言葉があまりにも使われたためにものすごくわかりにくくなった。地域住民の方にもわかりにくくなった。そこはぜひ鈴木委員にご発言いただきたいのですが、そこら辺の整理をしないと、実は、この議論はこれからとてもやりにくい。

もう一つ。例えば、課題4で「施設ケアのマネジメントが確立されていない」というのは、柏木委員が大変違和感を持つ表現ではないかと思います。「施設ケアのマネジメント」というのは、施設における入居者のケアマネジメントですよ。施設ケアのマネジメントは、柏木さんのような施設長がおやりになる仕事ですから。

そういう言葉の概念が、実はものすごくいいかげんにこの世界では使われていて、これは行政も含めてですが、そこら辺は少し。そうしないと、利用者の方々がとてもわかりにくいです。これは、私が日頃常に思っていることを申し上げました。

そこら辺の整理を相当しておかないと、今回の地域包括支援センターの主任ケアマネージャーと言われている、主任介護支援専門員というのが正式な名称で、そこら辺の業務のこともわからなくなりますし、いろいろなことを含めて、施策を整理する上でも概念の整理を相当しておかないと、都民の皆様理解いただけるようなケアマネジメントの立て直し・改善の記述がなかなかできないと思ったものですから、申し訳ない言い方をして大変失礼ではありましたが、ちょっと言わせていただきました。

今の議論は、鈴木委員が直接東京都の介護支援専門員協議会のお立場ですので、今の課長のプレゼンテーションも含めまして、まず何かご発言をいただけないでしょうか。

鈴木(博)委員 そもそもケアマネジメントというのは、別に介護保険のサービスを組み合わせるためのものではありませんし、また、高齢者のための手法でもないと思います。ただ、意見ということでは、今、角田課長さんがおっしゃったのは、主に介護支援専門員を中心にしてご報告をされましたけれども、そのあたりに絞っていいのでしょうか。

高橋委員長 どうぞご自由にご発言をいただければと思います。

鈴木(博)委員 わかりました。

介護支援専門員ということでは、なかなか質が上がってこないことが指摘されております。実際に、東京都のケアマネの協議会をやっていても感じております。なぜなのかなと

いうことを、角田課長さんのお話も踏まえて、何点か考えていくと、一つは、今、介護支援専門員が置かれている環境的な要因が非常に大きい。それは、この課題のところにも書いてありますけれども、介護支援専門員が所属している居宅介護支援事業所自体が、単独ではなかなか経営ができない。全国の実態調査でも10%強ぐらいでしょうか、収支差額でやはり赤字が出ているという状況の中で、どうしても兼務になったり、あるいは、サービス事業所を併設したりという状況の中で、介護支援専門員の本来業務以外に、事業所から、自分の事業所のサービスにつなげてほしいとかという意向があったりというところで、かなり環境的な要因が大きいのだらうと思います。

もう一つは、これから研修の問題等もきちんと考えていかなければいけないと思いますけれども、介護支援専門員になるためのプロセスを見ていくと、当然、保険料、福祉に関する基礎資格があって、実務経験があって、試験を受けて、実務研修を受けてというパターンになっておりますけれども、経験もバラバラ、基礎資格もバラバラというところで、ある短期間の介護支援専門員の研修だけでは、なかなか質のレベルアップにつながっていかない。そういう意味で、先ほど先生もおっしゃっていましたが、シンポジウムの中で、介護支援専門員にはソーシャルワーク的な技術は必要ではないという意見が出たりとかいう状況が一つあるのだらうと思っております。

それから、介護支援専門員の相談などを受けていますと、一言で言うと、困難な利用者の方を担当していて、そのマネジメントがなかなかうまくできない。しかしながら、周りの事業所あるいはご家族の方からは、あなたは介護支援専門員だから何とかしなさいという形で、責任が非常に大きく、しかも、問題の解決になかなか結びつかずに苦しんでいるという実態があるということで、そういうところをどうしていくのかということが一つの大きな課題になるのかということ。

もう1点は、恐らく、国は、平成15年4月に、何とか介護支援専門員の質を上げていくという部分で、報酬の中で減算という仕組みをつくって、月に1回訪問ができないときは減算だよとか、あるいは、3カ月に1度のモニタリングができないと減算だよという仕組みをつくりました。また東京都などで行われる監査、指導もかなり徹底して厳しくされているという状況がありますけれども、これが必ずしも質の向上に結びついていかない。これも介護支援専門員の相談などを受けていますと、どうやったら監査を乗り切れるのかとか、あるいは、減算しないためには、とりあえずどういう書類をつくっておけばいいのかということが非常に多いです。だから、本来は、質を高めるために減算の仕組みとか指導

が行われるということでしょうけれども、これがなかなか質の向上につながっていかないという現状があるのではないかと考えています。

そういう意味では、これから何をしていかなければいけないかというところでは、一つは、介護支援専門員が仕事をしやすい環境をつくる。仕事をしやすい環境ということは、介護支援専門員の仕事をすることできちんと介護支援専門員の人たちが生活できるという環境をつくっていかねばいけないと考えています。

もう1点は、やはり研修だと思います。基礎資格、経験がバラバラな中でどういう研修を組み立てていけばいいのか、また、大変な利用者さんを抱えて困っていらっしゃる介護支援専門員が多い状況の中で、研修ということだけではなくて、地域の中でのスーパーバイズができるような人材をどうやって養成していくのか。

ですから、一つは、環境的なところをどう考えていくのかということと、研修の仕組みをどう考えていくのかというところが、質を上げていくという部分においては大きなことだと思っております。そういう意味で、来年の報酬改定がどのように行われていくのか、あまり明るい話は聞かないので、下手をすると、居宅介護支援事業所の中にはつぶれてしまうところも出てくるのかな、そういう厳しい状況をどう乗り切っていくのかなということが、自分自身の課題でもあり、また、状況を確認しながら見守っていかなければいけないところなのかなと考えています。

うまく整理できませんで、すみません。

高橋委員長 ありがとうございます。大変貴重な、現場からの大変大事な課題をご指摘いただいたような気がします。

これまたいろいろな形で介護支援専門員の業務とかかわっておられる委員の皆様がたくさんいらっしゃいますので、どうぞ。

荻部委員 今、鈴木委員からお話しいただいたのでダブる点もあると思いますが、補足の意味で。

私どもは、居宅介護全体の事業所の会ですので、その中で、介護支援専門員の問題につきましては、基本的に、資質向上にかかわるということの中で、そのケースをじっくり見つめる時間がありません。私どもの実態としましては、独立型となって2カ所持っております。前年は800万円の赤字、今年度は恐らく400万円ぐらいの赤字になるのではないかと考えて、単独でやるとどうしても、ベテランを配置するとそういう実態になってしまいます。

したがって、よその事業所はどうするかというと、いい悪いは別問題として、若い方、経験がない方を雇うという形の実態が出てきて、その中ではどうしても、十分な経験を積まれた方同士での相談ができないという実態が1点あります。

私どもで東京都の部分での調査をした場合、単独型は5%で、95%は何らかの介護事業所と同じところに所属している居宅という形になっています。それで、今度、平成18年からは、予防給付について、もし、地域包括支援センターから、要支援1、2、一部の要介護1などの委託がされた場合、2つの問題点がありまして、1点は、公正中立という居宅をどう見るかということで、今申しましたように、ほかの居宅のサービスと一緒にしているところが全体多数で、公正中立という意味で、単独型をそこに置いたら、恐らく委託場所はなくなってしまうのではないかと。そこにおける居宅の公正中立性はどうかという問題を検討していかなければならないだろうと思います。

2点目としましては、いわゆる予防給付が、これまた居宅へ委託される場合、その持つ人数については現在は規定されていません。したがって、ここで30から40にケースが限定されますが、予防給付で20、30持ったら、また同じ忙しさに追われて、ケースをきちんと追究できないということがありますので、その点は十分に留意して検討していかなければいけないだろうと考えております。

そして、実際、介護支援専門員が、サービス担当者という会議を持つこと自体、一定程度の規模のところでは可能ですが、そうではないところでは、その時間を確保することがなかなか難しいという実態がありまして、そういった意味では、いろいろな立場からの意見を、ケアマネージャー自体が十分に把握できない中で、ファックスや電話で大体済ませてしまうことが実態的には多いものですから、そういう形になって、いろいろな視点の意見が吸収できないというところで、質の向上も困難なのかなという点があります。

あと1点。先ほど、認知症の問題で、私たちは事業者としてサービスを提供する場合、認知症ということ視点を置いたサービスを十分に提供していないのではないかと。ということで、日常的な業務を遂行することがどうしても中心になっておりますので、その辺、私たち事業者が認知症にどう対応して、一人ひとりの利用者さんに対応していくかということの教育も含めて、十分に対応していかなければ、こういった問題の対応はできないなと感じました。

以上です。

高橋委員長 ありがとうございます。

ケアマネジメント及び居宅介護支援業務、介護支援専門員と3つぐらいあると思っ
ているのですが、一つは、国の制度設計と介護報酬に起因する問題が明らかにあります。これ
は、先ほどの資質の向上の議論で言えば、やはり基礎資格を乱発したとされていて、
この議論は、はっきり言って国の政策の失敗です。私はそう思っています。それを、今や
っておられる介護支援専門員の方々にしわ寄せをするような形で問題が出されているとい
うことは、実は大変申し訳なく思っております。

これから、はっきり言えることは、介護支援専門員の体質ということもあり得ると思っ
ています。それを進めるような政策が今回の介護報酬で出てくると思っておりますので、
そこら辺の情報提供をぜひしていただきたいのは、今の介護報酬部会で、ケアマネジメン
ト業務、介護支援業務の議論については、あらあらの議論はもう出始めていますから、そ
れは情報提供していただいたほうがいいと思います。要するに、国の仕掛けの議論をここ
でしても、ある意味では詮無いことがありますので、逆に言うと、国がこういう方向で変
わるとしたら、東京都としてはどういう形でこれから議論をしたらいいかという筋の話が
必要ですから、そこら辺の議論をぜひ。

それから、それとの関係で言えば、地域包括支援センターの包括的・継続的ケアマネジ
メント、これも実は、僕は最近、国に対して文句ばかり言っているのですが、主任ケアマ
ネージャーの議論がまだ表にちゃんと出ていません。あれは、大分前につくると言ってお
きながら、その内容が出てくるのは今年度末ぐらいで、実際にできるのは平成19年からだ
というばかなことを担当課が言っていて、あれは戦犯だと僕らは言っています。誰と
は言いませんけれども、そういうことをやらないでそのまま異動してしまった人がいま
るので。

これは、とりあえず地域包括支援センターは、ケアマネリーダー研修をやった人という
ことですが、あんな講座でいいのかという話があるので、そこら辺は、市町村が相当考え
て配置をしていただかなければいけなくて、在宅介護支援センターの延長ではだめで、従
来の地域型の在宅介護センターをそのまま委託替えするような発想でやっているところが
少しおありですが、それでは全く機能しないと思っておりますので、そこら辺を東京都とし
てどう考えるかということは議論しなければいけないと思います。

それから、それとの関係で、独立性・中立性確保の問題で言えば、先ほど苅部委員がご
指摘した、介護予防マネジメント業務の委託の問題ですが、国が示した例のマネジメント
は引っ込めます。引っ込めるということで、昨日ぐらいに新しい結論が出たはずですので、

そうなります。

もう一つは、介護予防ワーキングチームが、新予防給付の介護報酬の基本的な考え方をまとめます。それを見ますと、基本的には、給付管理業務は支援予防給付についてはなくなります。ほぼなくなるに近い。要するに、定額ですから、なくなるわけです。そうすると新予防給付については、8,500円の話ではない。逆に言うと、基本的には地域包括支援センターでやって、足りない部分を委託することになりますが、いわゆる新予防給付のケアマネジメントが相当軽くなります。逆に言うと、新予防給付でさまざまな生活困難な方もいらっしゃるわけで、それは社会福祉士の仕事だと思っています。ケアマネジメントというよりも、社会調整、家族調整ですよ。

それは、実は先ほどの話で言えば、困難ケースを介護支援専門員が抱え込まざるを得なかったのは、結局、区市町村の責任です。福祉事務所の五法業務がどんどん形骸化して、それを全部ケアマネに投げてくる。地域包括支援センターは、実は、市町村が責任主体をつくるというのは、そういうことなのだとご理解いただきたいのですが、区が五法業務で、要するに、区市町村の多くは、こういう困難ケースを扱うのに、必ずしも能力がある職員を配置するような人事配置をしていませんので、まず無理です。とすると、それをどういう形で再構築するか。そこら辺の東京都としての考え方は、せっかく東京都も成年後見制度にいろいろな仕掛けをつくろうとされているとしたら、市町村の虐待防止の責任と区市町村申立ての議論も含めて、体制の再構築を東京都として区市町村にお願いするという話だと思っています。それが先ほどのコア人材になる。

そうすると、介護支援専門員と行政との連携の話は、今では無理ですよ、はっきり言って。無理なところが多い。がんばっておられる区市町村もたくさんおありなので、一面的に言うわけにはいきませんが、そこら辺の関係を含めた議論。それから、医療との関係も、また、もう一つありますが。等々を含めて、少し課題整理を、国の動向の話と、当然、東京都としては、資質の向上のための現任研修、ケアマネ講習、主任ケアマネの地域包括支援センターの従事職員の研修は東京都の責務になりますから、その内容を充実する上で、今の現実を踏まえてどういうことに取り組むかという、そこら辺のところを東京都の取組として、平成18年度といわず、19年度、20年度、21年度まで見通して、その中で平成18年度には何を始めるかという展望で、ぜひお書きいただけたら大変ありがたく思っております。

気になっていることを思わずしゃべってしまいました。委員の皆様も、なおかつもう少

し何かございますか。

また、この問題はもう一度レビューをする機会に、介護保険、高齢者ケアの核になるテーマですので、もしご意見があれば、本日の3つのテーマも含めまして、事務局のほうにご意見をお寄せいただき、そしてまた、それを最終的なディスカッションの中で課題整理ができたらと思っております。

そんなところで時間切れですが、一応、今まで5つの基本的視点については一通りの意見交換を終えましたが、やや消化不良のところがたくさんあって、時間の制約があって、大変申し訳なく思っております。

その次の段階ということで、事務局からよろしく願いいたします。

炉山幹事 それでは、「その他」ということで2点のご連絡を差し上げます。

本日は、参考資料1として「平成18年度主要事項予算見積概要」を配付しておりますが、これは昨日東京都から発表されたものでございます。計画に関係するところもあるということで、参考のために配付しております。後でご覧いただければと思います。高齢社会対策部分のみ抜粋になっております。

もう1点は、今、委員長からもありましたように、次回の委員会についてでございます。先日、委員の皆様には日程調整をさせていただいておまして、12月20日、午後1時30分からを予定しております。次回の委員会では、今、委員長からございました点も踏まえまして、区市町村から出されているデータ、見込み値等も盛り込んで、「中間のまとめ」として案を提出したいと思っております、それをご検討いただく予定にしております。委員の皆様に向けては、あらかじめ12月中旬ごろには郵送いたしますので、何かとあわただしく恐縮ですけれども、よろしく願いしたいと考えております。

高橋委員長 今回は2時間で済みますか。今まで5つのトピックで、時間の制約があって未消化な議論がたくさんありましたので、もしあれでしたら、都からお示しいただく区市町村の基礎数値の話と同時に、今までの議論も含めまして、どんな議論が出たかということ事務局で整理していただいて、それを委員の皆様にご覧いただいて、それもディスカッションしておいたほうが、後のまとめのことを考える上では重要なのではないかと思います、いかがでしょうか。

炉山幹事 わかりました。

高橋委員長 そうすると、2時間でいけるかどうかということで、あらかじめ時間の余裕をいただきたいと思っております。いつも延びて恐縮ですが、2時間半ぐらいでお願いしたい

と思います。今、介護給付部会は1回3時間、それで2週間に1回ずつという猛烈なペースでやっております。次回は大事なポイントのとりまとめに向けての節目になる委員会だと思いますので、きちんと、皆さんとストンと落ちる議論ができればありがたいと思いますので、お時間のほうもそのおつもりでお越しいただくと大変ありがたいと思います。

それでよろしいでしょうか。

杢山幹事 わかりました。

高橋委員長 それでは、10分ほど予定をオーバーしてしまいましたが、本日は、永田委員、事務局の幹事のお2人、大変ありがとうございました。また引き続き、次回は暮れで繁忙期に当たりますけれども、ひとつよろしく願いいたします。どうも失礼いたしました。

午後12時11分閉会