

第4回東京都高齢者保健福祉計画作成委員会

平成21年1月22日

【小室幹事】 ただいまより第4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。委員の皆様におかれましては、ご多忙のところ、またお寒いところ、多数お集まりいただきまして大変ありがとうございます。

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小室と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

本会議は公開となっております。本日は傍聴の方がいらっしゃいますので、お知らせします。

続きまして、委員の出席の状況につきまして事務局よりお知らせします。本日、所用により鈴木委員、田辺委員が欠席とのご連絡をいただいております。それから、平岡副委員長が30分ほどおくれてお見えになるというご連絡をいただいております。阿部委員、日置幹事が所用によりおくれる予定と伺っております。以上でございます。

それでは、委員長、よろしくお願いいたします。

【市川委員長】 新年の会議でございまして、今明けましておめでとうと言うにはちょっと遅過ぎるかもしれませんが、天候の悪い中、皆様方にこれだけ来ていただきましてありがとうございます。それぞれのご意見を大切にしながら、迅速に進めていきたいと思っておりますので、どうぞご協力をお願いいたします。

それでは、議事に入ります。最初に、配布資料の確認について、事務局にお願いします。

【小室幹事】 それでは、配布資料を確認させていただきます。次第に記載されております配布資料のご確認をお願いしたいと思います。

資料1が東京都高齢者保健福祉計画の構成案、A3縦でございます。資料2、東京都高齢者保健福祉計画の中間のまとめ(案)本体でございます。資料3、東京都高齢者保健福祉計画作成委員会 委員意見への対応状況、A3横でございます。資料4、「地域活動の事例」選定方法等について、A4、1枚です。資料5、東京都高齢者保健福祉計画作成委員会等スケジュール、A4でございます。それから、参考資料1としまして「10年後の東京」への実行プログラム2009の冊子がございます。

お手元に全部そろっておりますでしょうか。万ーそろっていないものがございましたら、

挙手にてお知らせをお願いいたします。大丈夫でしょうか。

委員長、よろしく申し上げます。

【市川委員長】 では、全体スケジュールの確認をさせていただきます。

【小室幹事】 恐れ入りますが、資料5をごらんください。まず、本日の作成委員会の到達目標を明確にするために、全体のスケジュールについて確認させていただきます。

こちらは私どもの作成委員会のスケジュールでございますが、現在、1月22日、第4回の本委員会を行っております。こちらで審議を経て、中間のまとめとしてパブリックコメントに付するための計画、中間のまとめを確定いたします。

そして、1月29日から2月9日、パブリックコメントでご意見をいただきまして、その扱いにつきまして、2月20日の第5回本委員会で審議の場を設けさせていただきます。こちらが委員会としては最終回になります。こちらの委員会につきましては、一番右の、2月上旬に区市町村から介護サービスの見込量の算定の3回目の集計の機会がございますので、ここで得られました最新の数値を反映させて最終案としたいと思っております。

2月20日以降、本発表に向けまして、印刷等最終調整を経まして、3月下旬に発表と予定しております。

以上がスケジュールでございます。

【市川委員長】 ありがとうございます。

資料5にありますように、5月30日に第1回本委員会があり、2回があり、起草委員会が3回あり、6回の委員会の議論を踏まえてここに至っているわけでございます。それぞれ事前にいただいたご意見につきましては、今回、私と事務局等で打ち合わせをし、ここに提示してご理解いただくという段取りになっています。

事前に皆様のお手元にお届けしているかと思いますが、今日の委員会ではこの中間まとめ案について最終的な議論をし、中間のまとめを確定してパブリックコメントとして周知し、そしてそれに対する対応をしたいと思っておりますので、どうぞご協力をお願いしたいと思っております。

また、中間のまとめ(案)については、まず、12月18日の前回会議の際に示された中間のまとめ(素案)から変更されている部分を中心に事務局から報告をいただき、議論を進めたいと思っております。

課長さん、申し上げます。

【小室幹事】 では、資料の説明をさせていただきます。

まず、資料1の構成案をごらんください。こちらは12月28日にお示しした構成案から変更はございません。名称等の変更もございません。

それでは、本体につきまして変更されている部分を中心に説明いたします。まず、こちらにあります資料の下線等の扱いでございますが、12月18日時点でお示ししました資料から見え消し・下線部分でご了承いただいたものは今回、見え消しや下線は外してございます。今回ついている見え消しは、12月18日版から変更した部分、1月16日に委員の皆様には送付しておりますが、基本的にそれと同じものでございます。

さらに、1月16日に送付したものよりさらに変更したものについては、波線をつけてございます。基本的に波線のほとんどの部分は日本語として読みやすくするための修正でございます。記述としての文意、大意の変更等はほとんどないと考えております。

今回加えた変更の主な趣旨としては2点ございます。1点目は12月22日に発表いたしました「10年後の東京」実行プログラム2009 東京都でつくっております最も上位の計画ですが、先ほど参考資料1として福祉保健局関係、高齢部分の関係のところをおつけしましたけれども、そこの表記上の整合性をとったことが1点ございます。

もう1点は、1月16日発表の平成21年度東京都予算原案との整合でございます。予算査定により落ちた事業等は削除いたしました。二重取り消し線で記載しております。

では、本体の説明をいたします。変更がありました部分について、順に説明をします。

7ページをごらんください。こちらは計画の考え方を載せた部分でございます。8ページの上から4分の1ぐらいのところ、前回は平成18年度の数字を書いておりますが、こちらを19年度の数字に改めてございます。

9ページですが、先ほど申しました「10年後の東京」への実行プログラムについての記載を少し詳しく、下線部で挿入しております。

13ページをごらんください。こちらは、この計画の特徴的な重点的取り組みとして5点掲げてございます。こちらも「10年後の東京」実行プログラム2009に合わせて、大幅に修正しております。ただ、1つの項目で、3つの で編集するという編集方針は維持しまして、下線のように修正いたしました。

第2章に参ります。22ページをごらんください。65歳以上の要介護の原因や、要介護の原因の相違について、データとしては国民生活基礎調査を使っておりますが、総数を見え消しで消させていただきました。資料を再確認しましたところ、人口10万人に対する人数という形になっておりまして、このような形で総数表記をするのがあまりふさわし

くないデータであると判断しまして、総数は消すという対応にしました。

24ページですが、実は16日に送付したものに、欄外に数字の誤りがありましたので、修正いたしました。25ページも数字の誤りの修正でございます。

32ページは要介護度別認定者数の推移でございます。こちらの欄外の注記も、1月16日版で誤って落としてしまいまして、こちらで復活させております。申しわけございませんでした。

43ページ、第7節 介護人材をめぐる状況の上から6行目の表記です。原稿をつくりましたのが昨年秋からだったのですが、その後の金融危機等、経済状況が大きく変化したため、現在の経済状況を踏まえた、適切な表記に改める趣旨で、このように直させていただきました。

第3部に参ります。53ページ、第1章第1節、地域ケアの推進のパートでございます。下のほうにポンチ絵がございます。一番下の欄が12月18日版では共同住宅の見守りになっておりましたが、実行プログラム2009年を踏まえまして、高齢者住宅の普及促進の内容にかえております。

55ページの図の削除についてですが、当初、平成17年と12年の調査を比較した記述でスタートしたのですが、「現状と課題」の記述を現在改めて再確認しましたところ、この2カ年を経年で載せる必要は必ずしもないという考え方に立ちまして、平成17年度のデータのみ掲載することにいたしました。

57ページをごらんください。地域ケアの「東京モデル」の構築のところでも大きく書き直させていただきました。現在、私どもの高齢社会対策部で地域ケアを推進する会議というのをやっております。在宅生活を継続するための新たなサービスを検討する部会と、地域ネットワークを検討するための部会と2つございますが、それぞれの部会が1月、2月に議論の終結を迎えることで、12月の時点では必ずしも十分な書き込みができなかったという経過がございます。現在は1月でございますが、現時点でこういう記述にすることで、先日こちらの会議の委員長にも了解をとってまいりましたので、このような書き方で何とぞご了解をいただきたいと思います。

59ページは、地域包括支援センターについて先日、阿部委員からご指摘をいただいた部分ですが、委員の指摘を踏まえまして下線部の記載を加えております。

63ページをごらんください。見守りネットワークの話を書いております。主な施策で、前回書いていなかったのですが、予算事項として新たに追加になった部分がございます。

主な施策の1つ目の事業で「高齢者あんしんコミュニティ」という新規事業を来年度予算で要求しましたところ、確定いたしましたので、このような形で記載いたしました。

71ページ、先ほども少し触れましたけれども、医療介護連携型の高齢者専用住宅の箇所でございます。こちらも2009との整合をとりまして、下線部のような直しを入れさせていただきます。

77ページ、第2節 認知症対策の総合的推進です。囲みの中の記述と、先日永田委員からご指摘がありました面的に支える仕組みづくりということで、ポンチ絵の一番上の段の部分を少し直しております。

91ページ、介護予防の部分でございます。前川委員のご指摘だったかと思いますが、介護予防にもう少し積極的に取り組むべきとのご意見でした。こちらの趣旨を酌みまして91ページのような記述を少し加えさせていただきました。

121ページ、安全・安心の確保のパートでございます。先ほど少し触れましたが、高齢者あんしんコミュニティ事業という新しい事業を始めますので、そこに対応した形で、平時はもとより、災害時におけるひとり暮らし高齢者等の安全を確保するという趣旨で現状と課題、施策の方向、主な施策などを少し追加記述いたしております。

127ページ、最先端技術の活用のところ、ロボットのイメージ図を新しく入れました。

第2章に参りまして、131ページ以降をごらんください。131ページの囲みのところは、よりわかりやすい言い方に一部改めております。

135ページ、在宅サービスの充実のところでございます。真ん中あたりで、365日24時間の在宅介護のところ、二重線で取り消しになっております。こちらは、先ほどお話ししました地域ケアの会議でこの1年間を通じていろいろ議論した経過、この「365日24時間の在宅介護」はあまり現実的な言い方ではないとして、最近「365日24時間の在宅介護」という言い方はしなくなっていることを踏まえまして、それに合わせて記載を取り消した部分でございます。

なお、「365日24時間」という部分は、在宅医療のパートには救急医療などの対応もありませんが、その部分ではイキになっております。

136ページ、通所・短期入所サービスのところの上から4分の1ぐらいの取り消し線です。利用者の孤立感の解消や家族介護者の負担感の軽減を修飾語でつけたのですが、区市町村などで刊行しております介護保険のパンフレットなども参考にしたところ、このサ

ービスについてこのような修飾語をいろいろつけているところはあまりないことを踏まえまして、このような修飾語は控え、事実中心の記載にいたしました。

140ページ、施設整備関係の主な施策のところでございますが、上から3つ目のポチの、都有地活用の地域の福祉インフラ整備事業。都有地を活用した施設整備の事業なのですが、前は漏れておりました。それから、一番下の福祉施設耐震化促進事業というのは、新規という言葉が漏れておりますが、新規の事業でございます。東京都議会平成20年第四定例会で補正予算化された事業でございます、21年度以降も継続して実施する新しい事業です。これを入れております。

141ページ以降、施設の必要入所(利用)定員総数の表がいろいろと出てまいります。ここにつきましては、下の印の注記の、要するに最終報告の数値とは必ずしも一致しない暫定値であるということと、21年度、22年度の数値については調整中ですという注意書きを全部つけて掲載することにしました。

156ページ、認知症グループホームのところでございます。こちらはかなり書き直しをしておりますが、ただ、この部分を落としたということではなく、全体としてよりわかりやすい書き方にいたしました。

160ページの地域密着型サービスの夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護のところでございます。ここもかなり書き直した部分でございますが、趣旨は、調査結果など数字を入れられるところは積極的に入れて、前回の記述をよりわかりやすく書き直してございます。

161ページの小規模多機能型居宅介護の施策の方向のところでございます。前は数字は書いておりませんでした、平成23年度末までに都内に171カ所整備という目標値を入れさせていただきました。

164ページ以下、介護人材対策のところでございます。四角の中を大きく書き直しましたけれども、先ほどお示しました2009年の記述に合わせまして、都内で8,400人の育成、確保を支援するという内容にしております。

166ページ以下ですが、実は介護人材対策は今回21年度予算の中で新規予算が多数ついた部分でございます、その内容と主な施策、事業の概要の部分で、書き込み、書き直した箇所が多くなっております。

191ページ、介護保険の制度運営の章に移ります。東京の介護保険制度のこれからという困み記事ですが、当初ほかのページを引用する形で書いておりましたが、いろいろ書

き直し、修正を加えていくうちに、ほぼこのページをお読みになれば参照も必要ないということで、引用ページの箇所は外させていただきたいと思っております。

209ページ、第4章の多様な社会参加の促進のところ、高齢者の就労の箇所でございます。こちらは東京都しごとセンター事業の説明ですが、先ほどの2009年の抜粋との関係で、2009年実行プログラムの記述とより整合性をとった内容で書かせていただきました。

218ページは、地域を活性化するための仕組みづくりですが、こちらも団塊の世代、元気高齢者の事業等、2009年の実行プログラムに合わせた記述内容になっております。

それから、今回初出のパートでございますが、225ページ以下に第4部 施策一覧という索引のようなページがございます。こちらにつきましては、前回の第3期計画にならしまして、第2部第2節、施策展開の視点の4つの区分で分類して掲載のページを載せております。

第5部の資料でございますが、厚くて申しわけございません。給付見込みに関する介護保険関係のデータは、12月18日版とは基本的に変えておりません。数値の誤りが幾つか見つかりましたので、その修正程度でございます。

なお、地域支援事業に関するデータは、12月18日版とは数値を入れかえまして、9月に1回集計した数値から11月の集計数値に修正してございます。その他、若干の文字の修正がございます。

さらに、361ページに地域活動の事例一覧というものがございます。これは今回初出でございます。本文中でご紹介した事業につきましては網をかけてございます。

これの選定の仕方については、資料4をごらんください。前回、十分ご説明できなかった地域活動の事例の選定方法につきまして、簡単にまとめてございます。東京都高齢者保健福祉計画では、区市町村をはじめ、都民の方々に広く活用していただくために、都が実施している施策のみならず、区市町村において実施されている施策や地域における様々な活動を紹介したいと、事例紹介のページを設けております。

事例掲載はどのようにしたかでございますが、まず、東京都から区市町村にこのような趣旨をご説明しまして、地域活動の事例の推薦を依頼いたしました。その結果、16区11市から推薦がございました。それを東京都で予備審査にかけまして、推薦事例は全部で84件ございましたが、そのうち半数の42件を選定しております。

この方法につきましては、区市町村からいただいた審査の案件について、5つの指標を

設けまして、それぞれ点数化しております。そして、今回この計画に掲載する上で、私どもとしてはより先駆的な事業を紹介したいということで、若干のウエートづけをしました。その結果、上位30位を選びまして、そのほか構成案とのバランスを考えまして、幾つかつけ足し、42事例を選定いたしました。

その42事例から、今度は10月10日の第2回起草委員会におきまして、4名の委員及び幹事によりまして、これは点数ではなく、1事例ずつ審査した経緯がございます。審査につきましては、四角の から までの考え方に立ちまして、1件ずつ審査いたしました。その結果、16件選ばれたということでございます。

なお、このほかに、地域活動の事例11と介護人材の事業者の取り組みで2事例ございましたが、これにつきましては、この選考とは別に事務局で原稿を作成しまして、起草委員会の場でご了承いただいた経緯がございます。

本体の最後の部分で恐縮でございますが、367ページ以下に本委員会の審議経過、委員名簿、設置要綱等を掲載いたしております。こちらも今回初出の原稿でございます。

説明が長くなりましたが、以上でございます。

【市川委員長】 ありがとうございます。

資料4について、平岡先生、今の選定方法についてよろしいでしょうか。

【平岡副委員長】 ご説明のとおりです。

【市川委員長】 ありがとうございました。

さて、先日事務局と打ち合わせをした際に、各委員からいただいた意見に対するの対応策をつくってあります。今の修正とともに、委員の方からいただいた意見をどのように反映させたかについて、資料に基づいてご報告して、その後、全体的な討議に入らせていただくということでよろしいでしょうか。

つまり、訂正部分と意見の反映部分、両方を確認した上で全体像を明らかにしていきたいということでございます。よろしければ、資料3に入らせていただきます。

では、お願いします。

【小室幹事】 資料3をごらんください。12月18日の作成委員会の会議の場でいただきましたご意見、会議終了後に文書等でいただきました意見をまとめたものでございます。それぞれ委員からいただきましたご意見を左の欄、計画にどのように反映させたかということについて右の欄にまとめさせていただきました。

それでは順に説明させていただきます。まず1番のご意見でございます。認知症対策の

総合的推進で、永田委員からのご意見でした。内容につきましては、認知症の多岐にわたる各種取り組みを並列的に進めるのではなく、事業の総合的推進をめざしていることを構造的に示すと。それから、地域で面的に支える仕組みを作ることを強調した記載が必要であると。13ページでございます。

こちらにつきましては、私どもとして文章を加筆・修正した形で対応させていただいております。最初のパートが13ページで先ほどごらんいただいたような形で修正させていただきました。77ページに認知症対策のポンチ絵がございますが、この一番上に「『面的』に支える仕組みづくり」ということで、強調した記述とさせていただいております。

2番は介護保険の現状のところ、五十嵐委員からのご指摘、35ページです。訪問リハビリテーションや認知症グループホームの表記がグラフから読み取れないと。おっしゃるとおりでございます、こちらは文章を削除させていただきました。

3番は地域包括支援センターについて阿部委員からのご意見です。委員会終了後に文書でいただいております。地域包括支援センターごとに対応力にばらつきがある、区市町村によっても地域包括支援センターに対する考え方が異なっているというご指摘でございます。59ページです。

表記の仕方については私どもも苦しんでしまったのですが、このページには運営上の課題と業務上の課題ということで、私どもも地域包括支援センターの実態調査を今年行った経緯がございますので、その実態調査の経緯から見えてきた課題をまとめております。それぞれのセンターが直面している課題が違うためにばらつきがあるというご指摘にもつながるかと解釈いたしました、この下線部の箇所を加筆いたしました。

4番は、高齢者あんしんコールセンターの事業の内容がわかりにくいという笹井委員からのご指摘、63ページです。こちらにつきましては、文章を加筆・修正いたしまして、施策の対象者についての表現をつけさせていただきました。

5番は77ページで永田委員からのご意見です。認知症対策の総合的推進について、1番のご意見と重複いたしますが、第2部の重点的な取り組みと整合を図るということで直させていただきました。

6番も永田委員のご意見で、認知症対策の総合的な推進と認知症の人を支える人材の育成の内容の整合を図るということでございました。こちらは、各図表間の表現を修正したということで、先ほどの77ページの修正に加えまして、177ページにも修正をつけさせていただきます。

7番は、認知症について永田委員からのご意見でございます。「面的」に支える仕組みづくりと、区市町村や介護職を対象とした研修を行って高齢者の権利擁護を推進しますという事項は、むしろ面的に支える仕組みづくりに移動させたほうがよいというご意見だったと思います。こちらも77ページの図の修正で対応いたしました。なお、ご指摘の人材の記述につきましては、本節における記載内容の濃淡などから、前回提示の案のままにしております。

8番はご意見というよりご質問だったかと思うのですが、認知症高齢者が生活している場所の、その他の施設の内訳について、先日口頭でご説明させていただいたかと思いますが、このように改めて内容をお示しさせていただきました。

9番は81ページ、認知症対策として警察・消防との連携についての永田委員からのご指摘です。こちらにつきましては、都としても広域的な対応について課題があると認識しておりまして、81ページの主な施策の認知症支援ネットワーク事業の記述の中に、徘徊行方不明者の対応について記述したことでご了承願いたいと思います。

10番は認知症対策の総合的推進、永田委員からのご意見です。4点ほど盛り込む必要があるというご指摘をいただきました。の認知症対応力の向上策につきましては、地域包括支援センターの職員や介護支援専門員に対する研修で実施することで、本文の61ページ、172ページで記載しております。

のネットワーク支援策ですが、今年、予算査定によりまして、私どもも要求したのですが力及ばず予算化することができませんでした。本文記述上は、施策の方向のところ「地域における」というフレーズを加えまして、今後の施策展開を目指していくことでご了解願いたいと思います。今後も事業の予算化につきましては、引き続き努力してく所存でございます。

の相談体制の拡充につきましては、国の動向を踏まえつつ都の現状に基づき、対応を検討していくという対応にしたいと思います。の徘徊につきましては、練馬区、多摩市のモデル事業の他区市への展開を図っていくということで、81ページの文章を修正させていただきました。

11番は、第3節の介護予防のところ、前川委員からのご意見です。介護予防・健康づくりを掲げた前期の計画に比べ、今回の章立ては介護予防に関する取り組みが後退した懸念があるというご指摘です。

こちらは、基本的に節につきましては第3回の計画委員会提示の構成案のままとしたし

ました。介護予防については引き続き重要な取り組みとして対応するという認識はそのまままでございまして、前川委員のご意見の趣旨を踏まえまして、91ページに若干文章を追加させていただきました。

12番は、東京都健康プラン21の箇所でございますが、もっと踏み込んだ評価による施策展開が必要ではないかというご意見でございました。前回、所管の保健政策部の幹事からもご説明させていただきましたが、東京都健康プラン21の評価推進戦略会議でプランの進行管理や課題分析を行っておりますので、今回、私どもの計画の記述については現状のままにさせていただきたいと思っております。

13番は、第4節の高齢者の権利擁護と虐待等への対応のところ、悪質商法等による消費者被害対策の置き場所についての、蒲生委員からのご意見です。こちらは第3回の計画案を採用させていただいております。

14番は、在宅サービスの充実のところ、重点的な取り組みとして掲げられている「365日24時間の在宅介護」の具体的なイメージがわからないという笹井委員のご意見でございます。こちらは、先ほども地域ケアの会議で「365日24時間」という言い方があまり現実的ではないという議論もあることを踏まえまして、文章を削除したり修正したりという対応で、135ページと57ページの箇所を修正させていただいております。

15番は、同じく在宅サービスの充実で、135ページの訪問介護事業者数について、微減というとらえ方でよいかという鈴木委員からのご指摘です。こちらは委員のご指摘のとおりですので、微減を減少という言葉に修正いたしました。

16番、特養ホームの整備のところ、高原委員からのご意見です。地域の特性に応じたユニット型以外の整備についての記述が必要というご指摘でございました。こちらは139ページに記載しておりますが、既存施設の増改築等の場合はプライバシーに配慮するなど一定の条件のもと、ユニット型でない施設についても、来年度から東京都は補助対象とする方向を持っておりますので、そちらを明記するという形にしております。

17番は、特養ホームの整備ほかについて和田委員からのご意見で、3点ございました。1つは、ユニット化を進めるに当たり、人員、配置基準等を含めて対応を検討すべき、2点目が、365日24時間の自宅での生活の継続は緊急の課題であるが、在宅サービスは不十分である、3点目が、都において介護費用のコストを試算すべきというご意見でございました。

本質的なご指摘で、私どももつらかった部分があるのですが、1番につきましては施策

の問題点として認識して今後も国に提案、2番目は文章修正で、和田委員にもご協力いただいているところですが、東京都の地域ケアを推進する会議の検討を参考に文章を修正させていただきます。こちらが57ページです。介護費用のコスト試算はなかなか困難なところがございますので、今後の課題にさせていただきたいと思います。

18番は、特定施設の設置促進で笹井委員からのご意見です。必要利用定員総数の設定に当たって、保険者の意向等を踏まえていることを記載すべきというご指摘がございましたので、152ページで区市町村による利用者見込みに応じて設定していることを明記いたしました。

19番は、介護人材の育成のところ、阿部委員から委員会終了後に文書でいただいております。介護支援専門員について、「福祉サービスと保健・医療サービスを総合的・一体的に提供できるよう一定の医療知識を有した介護支援専門員を育成します。」とあるが、支援員の力量の底上げが必要である。さらに、単に医療知識を得るのみの研修ではなく、医療等が必要な場において適切に連携できるようにしていくことが必要だというご意見でございました。

介護支援の専門員の研修については、こちらの「主な施策」にもございますが、現在もいろいろ研修を行っております。それがきっと不十分なのだろうという認識を新たにされたわけでございますが、こちらについては引き続き取り組み、また、「単に医療知識を得るためのみでなく」という部分につきましては、この研修プログラムの内容として今後対応していきたいと考えております。記述自体は前回のままで対応させていただきたいと考えております。

それから、第2節の介護人材について、笹井委員と五十嵐委員から、当日及び委員会終了後にご意見としていただいております。お二人とも同趣旨でございまして、地域活動の事例について、固有名詞を記載するのはいかがかというご意見でございました。こちらは、170ページの有料老人ホームの取り組みについてのご指摘だったかと思いますが、このように複数の委員からご指摘賜りましたので、固有名詞を削除し、固有名詞は記載しないという対応にいたしました。

なお、この170ページをこのように直しましたが、そのほかにもこのような地域的な取り組みの中に固有名詞が入っている箇所が4カ所ほどございまして、170ページを含む5カ所につきまして、同じく固有名詞を記載しないことにいたしました。

22番は、高齢者の多様な社会活動の支援で、ボランティアポイントの付与制度を拡充

すべきというご意見と、それに関連して笹井委員から、各自治体のボランティアに対する考え方などがあって制度的な面から実施しないという判断もあるという、複数の委員から1つの事項についてご意見をいただきました。

これにつきましては前回も議論させていただいたところですが、おっしゃるとおり都としては、ボランティアに対する金品のやりとり等を一律に推進するというスタンスはとれないので、拡充していくべきという記載はできないという考え方であります。笹井委員からのご指摘につきましては、制度の導入の判断は各自治体が行うということがわかるように、213ページの注記の部分を若干修正いたしております。

24番は、田倉委員からのご意見でございます。高齢者による地域を活性化するための仕組みづくりのところ、218ページの施策の方向性に、より具体性を持たせるために、地域活動とのマッチング等の表現を持たせ、より具体的な記述をしてはいかがかというご趣旨のご意見だったかと思っております。

団塊世代・元気高齢者による地域活性化事業につきましては、先ほどもお話ししましたが、「10年後の東京」への実行プログラム2009の中でかなり詳しい記述をしております。その記述と整合性をとりました結果、例えば情報発信サイトの構築であるとか、より事業の内容を積極的に記載できるようになりましたので、このような形に直させていただきました。

以上が、各委員がこれまでに出されました意見の対応としての、事務局の考え方と修正等のご報告でございます。

【市川委員長】 説明は長くなりましたけれども、各ご意見を賜った方々に対しては、それぞれこういう対応でいかがかという、資料3がございます。また、全体的に、今までもご意見をお伺いしてきましたけれども、この進め方について確認し、第1部、第2部と順番にもう一度再確認して、中間報告をしていきたいと思っておりますが、当面、ご意見についての対応についてお伺いしたいと思います。いかがでしょうか。

【前川委員】 前川でございます。前回休みまして申しわけございませんでした。

11番ですけれども、前回ご説明があったようなのであえてあまり申し上げるべきじゃないかと思うんですが、実は、105ページの文章を読みますと、こういう形になっているんです。「東京都健康推進プラン21」。この健康推進プランが平成13年10月につくられたことは四、五ページ前に書いてあるのですが、ここの項の2行目、3行目のところに、「そのため、目標の達成状況を評価するとともに、その結果を踏まえ、推進方策の検討

等を行っていきます。」とあるのです。これを拝見して、もう7年もたっているのに評価も検討等も行っていらっしゃらないのかなと思って指摘させていただいた次第です。

今回の対応策のところ、実際にはやっていたらというお話のようなので、やっていたらということであれば結構でございますが、ただ、これを読みますと、そう誤解する人間が出てくるんじゃないかなという気持ちで書きました。そこだけご説明しておきます。

【小室幹事】 前回、保健政策部の健康推進課長から、この健康推進プラン21の評価戦略会議の進捗状況等については報告があったところでございます。議事録を再度読み上げるようで恐縮でございますが、平成17年度に161の目標指標につきまして中間評価を行った。一たん後期5カ年の戦略として策定した。平成19年度中に評価推進戦略会議の検討をいただきまして、新後期5カ年戦略として平成24年度までの計画として新たな目標指標を設定して進行管理をしており、必要あるからそのままということではございませんので、ご報告いたしました。

【前川委員】 その意味では、「行っています」ではなくて、「います」なんじゃないのかなと思って拝見した次第です。

【小室幹事】 ご指摘の点につきましては、保健政策部に伝えまして、修正可能であればそのように対応していきたいと思えます。

【前川委員】 お任せいたします。

【市川委員長】 そのほかいかがでしょうか。

よろしければ、順番に行きます。第1部と第2部のご意見はあるでしょうか。第1部は計画策定について、第2部は計画の考え方についてでございますが、いかがでしょうか。

ちなみに、次回の議論はここに載せられなかった部分に対するコメントも入るでしょうし、ご意見もあるでしょうし、また、パブリックコメントに対するご確認をいただくことになると思います。ですから、この部分をパブリックコメントにかけることになると思いますので、皆様方についてのご意見があれば言っていただき、ここで十分こたえられない部分、準備をする必要がある部分は委員長預かりとさせていただきます。

第1部、第2部、よろしいでしょうか。

【和気委員】 起草委員なので、ここで言っているのかどうかというのがありますが、第1部と第2部のところは特にご意見がなかったので、私から申し上げますと、1つは、計画の策定のところで、今お話が出てきたように、計画を策定するだけではなくて、進行管

理とか評価とかも視野に入れていきますということをどこかに入れたほうがいいんじゃないか。

策定しっぱなしではないと入れておくことと、あとは、10ページに、前回の計画では入っていなかった東京都の役割を入れましたので、これは非常に高く評価されるべきだと思いますけれども、サービスの直接の提供者からシステム全体の調整者へという基本的スタンスが出ています。私はこれは間違っていないと思うんですけれども、もしそうであれば、ネットワークの構築とかシステム全体の調整者というのは具体的にどういうことなのかを少し入れたほうがいい。

ネットワークについては、地域包括ケアや認知症対策、見守りネットワークのところで部分的にいろいろ出てきているわけですが、やはり一つの進め方として、そこにありますように民間の力、地域の力、行政の力と3つセクターがあるならば、それぞれのネットワークを構築するとか、あるいは各セクター間でのネットワーク、例えば東京都と区市町村のネットワークを推進していくんだというのを第1部のどこかに文言として入れたほうがいいと、読ませていただいてそういう所見を持ちました。

以上です。

【市川委員長】 起草委員会では、評価の議論は出てきたんですか。

【平岡副委員長】 多少は議論はあったかと思いますが、きちんとした形で、ここにこういう形で計画に盛り込んだらどうかというところまではいきませんでした。そこは反省点としてありますが、和気委員がおっしゃるように、たしかに評価のところはどうか。3年間ですから中間評価とか形式を整える必要はないんですけれども、どういう観点からこの計画の達成状況を見ていくのかということですか。

逆に言いますと、介護保険事業計画の部分はサービスの事業の見込み等がありますので、どのくらい見込みどおりになったかという数字が出るんですが、逆にサービス量だけに計画の達成状況が集中してしまうのもどうかということになります。むしろ在宅ケアの新しいシステムづくり、その他いろいろな対策が盛り込まれていますので、それがそれなりに実績が上がったときにきちんと明確に示せるものを入れておいたほうがいいとは思っているんですが、何分まだ具体的にこれを入れましょうということは申し上げられないんです。今、このような状況です。

【市川委員長】 そういう意味では、プロセス評価なのか数値の評価なのか、今の段階では例示を出して進行管理を図る形にしたほうがよろしいかと思います。細かくシステム

をつくるには時間的に議論が不十分になりますし、今後の課題でもあります。

それからもう一つ、地域の人たち、先生がよくおっしゃる面の議論ですが、現場におけるコーディネートする専門家の議論と、地方環境という部分でのいわゆる合意形成と、ややちょっと内容が違ってくる場合が多々あります。そこら辺は少し気をつけて議論していないと、制度上の問題、仕組みづくりの問題と地域のフィールドでの問題が両方あるので、そこは整理して議論をしていく、記載できるならば記載するという形に変えていくことが必要ではないかと思います。

それでよろしいですか。

あと、いかがでしょうか。

【香取委員】 今回、介護保険制度の改定によって、資格や要件を満たしているところに点数が多くつくようになっておりますけれども、介護支援専門員の主任ケアマネがいるところだとかなり点数が伸びそうなんです。自治体によって主任ケアマネの枠をどれくらい広げて講習を受けさせていただけるのか。

私どもも希望するんですけども、難しくてなかなか推薦を受けられない。主任にしたい、なりたいと思う人のだれもが主任の研修を受けることができないという状況が、もちろん5年以上という条件を満たしているケアマネージャーさんでも、公的なところから先ということで、地域包括支援センターをやっておられるところがたくさん受けておられると見えて、民間の事業者には受けるチャンスがなかなか少ないとなっております。そういう人材を育てる研修の制度はいかがになって……

【市川委員長】 確認なんですけれども、今の関連で行きますとその議論は出るんですけども、第1部と第2部の計画策定についてと計画の考え方というところの別の議論になりますね、それは。多分、人材養成のところとか。

【香取委員】 そうですね。でも、計画がそこに入っていなければ考えていただけないんじゃないかと思って。

【市川委員長】 わかりました。そうしたら具体的な展開について今から議論しますので、そのときに今の議論がどうなのかの話をさせていただくと、皆さんの意見が出てよろしいかと思います。よろしいですか。

【香取委員】 よろしく願いいたします。

【笹井委員】 13ページの重点的取組のところですが、後ろの具体的な施策とも関係してくるんですけども、一番最初の「365日24時間」は前は期待をしてお聞きし

たんですが、そういう整理をされたので仕方がないと思います。ただ、地域ケアの推進の3つ目の「高齢者が要介護状態になっても24時間安心して暮らすことができるよう医療・介護サービスを連携させた高齢者専用賃貸住宅の普及」、これは埼玉県のと光市などが事業化して小規模多機能などと一体になっているんですけども、この見え消しを削除するとなると、2番目の「介護が必要になっても高齢者が地域での暮らしを続けることができるよう、医療や介護を有機的に連携させた地域におけるネットワークの構築を推進します。」と、それぞれ地域の面的なネットワークの話がされているんですが、で、要介護状態になって24時間安心して暮らせるのが高専賃だけなのかなと。

何か、崇高な重点施策の地域ケアの推進から、24時間安心して暮らすためには高専賃なのと、そこが引かかるのと、最初の「通所介護の時間延長」と後ろとの関連があるんですが、委員長、この文言だけに限定したほうがよろしいでしょうか。後ろとの関連がどうしても出てきて、どうしようかと思っているんですが。

【市川委員長】 今の議論はどちらに重点が置かれていますか。

【笹井委員】 通所介護の延長による利用者の個別ニーズに柔軟に対応する新たなサービスを検討しますと、重点課題の主な取り組みの一番最初に出ているのですが、その具体的な記述は136、137あたりだと思うんですけども、確かにここでも通所介護のことに触れられていて、8時間以上の長時間デイサービスを実施している事業者はほとんどありませんという現状と課題があって、それに対する施策の方向の2つ目の「長時間のサービスを適用する通所介護を普及するため区市町村の取組を支援していきます」。

重点施策の一番最初に掲げられているのにちょっと具体策がなく、なおかつ「区市町村の取組を支援していきます」だけでいいのか。その2点、重点施策の考え方で発言させていただきます。

【市川委員長】 確認ですけども、要するに主な取り組みの中で高齢者専用賃貸住宅の普及促進を図りますというのは、あまりにもその中においては内容が具体的すぎて、理念・目標とはなりにくいと。もう一つは、1番であげた部分が後者に十分生かされた内容になっているかどうかについて疑問であるという2点ですね。

事務局、いかがでしょうか。

【小室幹事】 まず1点目、地域ケアの推進の重点的な取り組みの中に高専賃の普及促進がありますが、この重点的な取り組みは第4期で私どもが初めて挿入した、より具体的な今期の目玉と言える施策を中心につづった箇所でございます、そういう意味では理念

とは違うと考えております。具体的な取り組みをできるだけ書くようにした部分ですので、こちらは来年度の予算でも、先ほどお示ししました2009年の実行プログラムの中でも、東京都としては目玉として売り出していきたい事業ですので、こちらに記載させていただいております。

具体的に過ぎるというご指摘もあったのですが、現在このような取り組みをしているところは都内では1カ所程度です。埼玉県では和光市でやっていらっしゃるというのは存じ上げておりますが、東京都の例を言いますと、葛飾区にある高専賃なんですが、訪問看護の事業所が高専賃と併設してついている建物でございまして、住宅に住まいながらも1階にそのような事業所が入っていることで、利用者の方は24時間安心して暮らせるということを実体化している事業所がございまして、そこをヒントにこのような形で事業化していったものでございます。

2点目の部分ですが、通所介護の延長の部分で、136ページの通所短期入所系のサービスの記述とあまり合わないのではないかと趣旨のご指摘だったかと思えます。通所介護の延長という重点的な取り組みの部分につきましては、57ページの地域ケアの東京モデルの構築のところで書かせていただいたのが私どものスタンスでございます。これは東京の地域ケアを推進する会議の内容の、先ほど申しました2つある部会の、在宅生活を継続するための新たなサービスを模索する部会で議論になっているものでございまして、議論の方向としては来年度の取り組みとして長時間のデイサービス、長い時間利用できる通所介護の延長をモデル的にやってはどうかというご意見がございまして、現在その方向で準備を進めているところでございます。

136ページに記載されております「創意工夫を凝らした多様かつ個別性のあるプログラムや長時間のサービスを提供する通所介護」と、これはもしかしたら後段の長時間のサービスを提供する通所介護というところが、結果としてだぶる可能性はあります。136ページに記載してある事業は、別の枠組みでも取り組めるように今後検討していきたいということですので、136ページの記述と、重点的な取り組みについては、枠組みについては別物という位置づけにしております。

【市川委員長】 基本的に、第1の質問に関しては、東京都は、専用賃貸住宅の普及に力を入れたいという政策的なプライオリティが高いという意味で、主な施策にあえて取り組んだという認識だと思います。

もう一方は、笹井委員がおっしゃった2番目の議論ですけれども、すなわち、すぐ13

6ではなくて、全体の幾つかの項目の中でそれに回答しているという認識を持っているということです。

そういうことをご理解いただいてよろしいでしょうか。

【五十嵐委員】 もう一ついいですか。13ページの、24時間安心して暮らせるようにと高専賃が位置づけられているんですけども、今のお話ですと、下に訪問介護とかを置けば大丈夫でしょうと。ただ、高専賃側からのサービスも何かないと、24時間安心してそこでは暮らせない。高専賃側のサービスを何らかすれば、それはもう有料老人ホームであるという部分がありまして、その辺、70ページの表自体がそうなんです、ほんとうに賃貸だけ、建物だけという部分と、何らかのサービスがついていればそれはもう有料老人ホームの範囲、その辺の区分けがここだとちょっとよく見えないんです。いかがなんですか。

【小室幹事】 医療介護連携型高齢者専用賃貸住宅につきましては、現在私どもの部で事務局をつとめております高齢者の住まい方を検討する会議で、高専賃についての東京都の指針を作成中でございます。年度末までには策定したいのですが、こういった指針に定める要件を満たすものでございますので、高専賃であれば何でもいいということでは決してございません。

私のほうで十分説明できなかつたのが悪かつたのかと思うんですが、もちろん見守りとか安否確認とか緊急対応などが、管理人さんのな方が役割としてありまして、それはもちろんサービスとしての契約が前提となっているわけですが、そのほかに入居者の方に、例えば訪問介護とか、さらにオプションとしてサービスが選べることで、より重層的な仕組みで安心を確保していくというイメージで事業を構築していきたいと考えております。

【狩野委員】 1点だけ補足をすると、高専賃に訪問介護をつけて有料老人ホームと同じようなサービスを提供するのを東京モデルにする考えはありません。基本的には在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション等が併設されて、医療がきちんと24時間提供できる体制を整備した上で、付随的に介護サービスも同一建物内であれば介護も提供できるわけですから、要は医療と介護がセットになって提供するのを東京のモデルとしたいというのが我々の考え方です。

【五十嵐委員】 その辺をきちんとお書きいただかないと。事業者の人って高専賃のほうの方がたやすいし、変なふうに今、高専賃がすごく取りざたされていますので、きちんと東京モデルはこうだよというのを記載していただいたほうがありがたいです。

【市川委員長】 それでよろしいですか。

【小室幹事】 では、そのような方向で修正に向けまして対応していきたいと思います。

【市川委員長】 事務局もそのように説明なさっていたから、それを書ける内容で示してください。

あと、いかがでしょうか。では、次に行きます。

第3部1章、51ページから128ページ、地域における安心な生活確保ということでございます。

【蒲生委員】 125ページの高齢者施設等における感染症対策のところですが、現状と課題、施策の方向、主な施策が書いてございます。ちょうど今、時期が時期で、町田の施設でインフルエンザ等が発生していますが、それに対する方向づけ、施策がこの3行程度なんです。都の施策としまして、こういう対応についてもうちょっとあるのかないのか、現状なければこれだけかと思いますが、あれば書いていただければと思います。ちょうど時期でございましたので、気づいた点を申し上げました。

【市川委員長】 前の現状と課題のところと結びつきますが、いかがでしょうか。

【小室幹事】 現在実施しております施策としては、指導者養成研修になってしまうのですが、私ども、感染症が流行する秋口あるいは冬の頭ごろに毎年、特養それから老健、有料老人ホーム、その他養護、ケアハウス等の担当者の方を呼んで研修させていただいております。そのほかにも、最近、感染症関係で院内感染のような事例等がありますので、そのたびに注意喚起等の文書等を配付して、いろいろ対応しております。今後もさらに充実していかなければならないとは思いますが、回数の充実は必ずしもできるかどうかわかりませんが、内容を充実させて、毎年必ず実施するという形で対応していくと思います。

【市川委員長】 よろしいでしょうか。これは記載しますか。

【小室幹事】 記載については、現状の方向でご了承いただきたいと思います。

【市川委員長】 わかりました。

それと、この現状の中で、3行目に「東京都では、感染症予防対策について、実地検査を利用した指導を実施している」わけです。ですから、それを踏まえてこの議論が出ているとご理解いただいてもいいということですね。

あと、いかがでしょうか。はい、和田委員。

【和田委員】 この時点でこんなことを言ったらまた怒られるのかなという感じですが

れども、自分が認知症になって、自分はもう自宅で過ごしたいんだ、自宅ででの生活を続けたいんだということに、応え切れないんじゃないか。私、専門部会で何か新しいサービスの構築みたいなことを依頼していただいているんですけども、自宅で過ごしたいという人を東京都は本気になって応援するのかと。そのために、コストの問題とかいろいろ考えながらも、必要なものを開発していこうとするのかどうか、そこがものすごく疑問なんです。例えばデイサービスをどんなに時間延長しても本人の意思とは無関係なわけで、あるいはグループホームをたくさんつくっても、それは本人が入りたいと思って入るわけでも何でもなし。片方で自宅で過ごすとか自宅で暮らし続けるというところに着手しないで、片方で特養が足りてないとか特定施設が必要だとか言って掘り込んでいく施策をつくるというのが、何か自立と尊厳を得るみたいな、一番最初のお題目とどうなのか疑問があります。今ないわけだから、着手していくというか、ないものを築いていくところに踏み込むのか踏み込まないのかが、僕も専門部会に出ていて、どうも何かもどかしいと思うんですけども、その辺はどうなんですか。振り出しの議論に戻ってしまって、申しわけないんですけども。

【小室幹事】 認知症対策につきましては、予算化できなかったものもあって大変申しわけないのですが、都としてはもちろん今後もさまざまな取り組みをモデル的に実施するなどして、取り組みは続けていく所存でございます。ただ、量的な拡大につきましては、やはり新しいものをつくり出す、ゼロから1を生み出すには大変な手間ひまがかかるわけございまして、モデルとして、小さく産んで大きく育てるという手法にならざるを得ない。ですから、国が積極的に制度化する仕組みがあれば、一気に量的な拡大はできるのかもしませんが、時間がかかることもありまして、当面の間は2箇所なり3箇所なりのモデル事業のレベルからスタートせざるを得ないというところがございます。

ご本人の意思との関係なんですけど、確かにおっしゃるとおり、認知症になるとなかなか意思確認が難しいことは現実でございます。そのために、例えば成年後見制度の仕組みづくりとか、地域権利擁護事業などで社会福祉士さんなどによる援助の仕組みなり制度、利用の周知というものを、区市町村を中心として今後より進めていく必要は感じておりますので、権利擁護のパートにおいても、そのような記載はさせていただいております。

あと、いろいろサービスがあっても、それがご本人の意向に沿うものかどうかかわからないというご指摘がございました。これにつきましては、確かにご本人の意向とご家族の意向と、結果ご家族の意向がまさってそういうサービスを選択する形になっているという現

実は、私どもも多々目にするところではあるのですが、都としてはできるだけ都民の方が自分の選択がかなうように、選択肢の種類を多くすることが、このような高齢者施策のある意味での豊かさであり、自分の好きなサービスを選べるという選択肢の幅を広げることは重視しておりますので、いろいろなサービスの種類もふやしていく形で都民のニーズには応えていきたいというのが、基本的な考えでございます。

【狩野委員】 委員長、ちょっといいですか。

【市川委員長】 まず回答してください。

【狩野委員】 和田委員の意見が今ひとつよく理解できないんですけども、平成18年度の介護保険制度の改正で、何のために地域密着型サービスという新しいサービス類型を創設して、小規模多機能型居宅在宅介護や夜間対応型訪問介護をつくったかといえば、在宅での365日24時間、切れ目のないサービスを提供する体制をつくるという2015年の高齢介護研究会の報告を受けた制度改正があったと私は理解しているんです。ですから今の議論というのは、国も3期計画で制度改正という形で、一定の方向は出したと理解しています。ただし東京で、例えば小規模多機能居宅介護や夜間対応型訪問介護というのは、今回の現状と課題に書かせていただいていますけれども、箇所数も伸びないし利用者数も伸びない。なぜ伸びないのかという課題分析が必要なのはわかっておりますけれども、芽は出ているんじゃないのかな。これをどうやって発展させていくのかが、我々に課せられた課題だと認識していますけれども、在宅の施策が何も出てないかといったら、それはもう18年で、2015年の高齢介護研究会を踏まえた改正がされたと認識しています。

【和田委員】 部長、今自宅に来てくれるサービスというのは、訪問介護で2時間ぐらいです。小規模多機能居宅介護は、25人の登録で15人が通いに来ていたら、残り10人に対して介護保険制度は8時間でよいとされているわけです。自宅で過ごしたいということに応援するサービスはほとんど皆無なわけです。在宅というカテゴリーの中に来るんで、いろいろな言い方をされますけれども、自宅で過ごしたいということに応援することはできないから、僕はデイサービスに来ようが、帰りたいと言っても帰せないわけです。そんなところで尊厳も何も無いわけ。取りとめるしかないわけですから。いろいろなサービスを組み合わせてというけれども、自宅で過ごす、それを応援するサービスはこちら側にほとんどないんです。だから、そこのところに踏み込んでいくことが、その気があるのかというような話なわけです。

【狩野委員】 だから、そのために18年改正で小規模多機能居宅介護をつくって、通いと訪問と泊まりをセットとする事業をつくったわけでしょう。これをどうやって発展させて、居宅での生活を維持するかという議論は一定整理されたんじゃないですか。それが制度的に不十分だという議論だったら、国に制度改正を求めればいいんだと私は思っています。不十分な点があるのは確かですよ。何もないうという議論はおかしいんじゃないかな。

【和田委員】 すみません、部長。

小規模多機能居宅介護のことだけを言っているわけではなくて、自宅で過ごしたいということを応援する仕組みという話です。

【狩野委員】 そのためのサービスとして、小規模多機能という地域密着型サービスの類型をつくったんじゃないですか。そういう意味では、国の制度改正は評価していますけれども。

【和田委員】 そういう意味では、10人に対して8時間しかないんですよ。

【狩野委員】 ただ、それは制度論でしょう。

【和田委員】 制度論というか、そういう仕組みしかないんですよ。

【市川委員長】 どうぞ、玉木委員。

【玉木委員】 今の関連ですけれども、79ページに出ている図をごらんいただけますか。私は医療の側面から状況を申し上げます。

これは、認知症対策推進会議の医療支援部会で今議論中で、もうすぐまとまりますが、もともと平成19年8月に福祉保健局がおつくりになった医療ニーズに関する図ですが、すべて在宅で認知症の人をケアして、最終的にみとることを前提にした図です。今、少なくとも東京都の認知症医療に関するものは、この図の達成のためのことをずっと続けていますし、主として暮らしの場でみとるところまでいく。そうすると、これは、認知症には認知症医療と身体医療があると書いてありますが、今和田委員が言ったことを医療的に達成する条件は何かというと、早期発見と早期診断なんです。早く告知しなければリビングウイルが引き出せないわけですね。リビングウイルが引き出せなければ、ご本人の認知機能がある一定レベルに低下したときにはもう尊厳を保つこと自体が、今、和田委員の言ったようなことができなくなりますので、家族の意思が優先したりということになってしまう、あるいは社会の意思が優先するのかもしれませんが。本人の意思はどこにあるんだとすれば、認知症になる前のもっと社会的な取り組みか、認知症をできるだけ早期に発見して、

それに対してご説明して今後の意思を引き出すというのが、一つ医療的な側面になってきます。

あと、一番問題なのは、途中で周辺症状が非常に華やかになる時期がございます。これは在宅で対応し切れなくなることが、今一般的な時期なわけです。徘徊、妄想、せん妄、異食、さまざまなことで一般の介護者の方が見切れない、だから施設に入れたい、病院に入れたい、薬で何とか抑えてくれという議論になってしまうのが一般的なんですけども、これをいかに暮らしの場で見られるようにするかというのが、次の医療的な課題なので、我々のような普通の開業医が認知症を学ぶときのテキストの中にこれは入れていただきました。この表を見ながら、みんな勉強しています。暮らしの場で周辺症状を何とかケアしようと、すべてではありませんが、例えば100人の方が選ばれたらそのうちの半分は施設や病院に依存しないで、暮らしの中でそのままいけないうことを今つくろうとしているんです。これも薬の使い方やケアの仕方、さまざまな専門知識を持った医師や専門職が、今そのことを一般的な医師や看護師さん、ケアをやる方々に伝えようとしている段階です。それから、みとりをしていくには、リロケーションダメージを避けなければいけませんので、在宅で暮らすということはその人がいたいところにずっといてもらうことだから、できるだけ早く医療者がかわりを持っていかなければ最後にみとるところまでいかないわけです。そこも非常に課題です。もう一つは、認知症で自分の判断基準を失ってしまった方々が急に肺炎になったり、胆のう炎になったり、がんになったり、さまざまな合併症を持ったときに、一時的に入ってそこで治療して手術して、また在宅に帰るという医療基盤がまだ十分に整っていないところが次の問題です。

この3つの問題をクリアしないと、最後まで在宅、そこにいていただくということは、医療的側面から見るとかなり難しいのであります。ですから、そのことを達成するために、今ずっと努力しているし、私は、医療的側面から言うと、都は相当程度の努力をしてくださっていて、これを今度は、地域ケア構想の具体的な現場づくりをやっていきますけれども、ひとりの人を支えるネットワークの中で医療をどう提供していくか、その人がたまたま認知症であったらこういう医療が必要ですよという議論もしています。全然やっていないという認識は私にはなく、和田委員の言うところとちょっと違うかもしれませんが、医療に関してはそういう状況です。

【市川委員長】 ありがとうございます。

ここの議論は引き取らせていただきます。というのは、基本的な目標、現場としてはこ

う感じると、そしてまさに緊急な課題であると。全体の委員の方々からも緊急の課題であることは共通の項目になっている。では、本計画の中にそれをどう反映できるのか、またこの報告もしくは計画の性格は何なのか、実践として提言していくのかということも踏まえて、ここに書いてある「総合的な推進」という形でどこまで踏み込めるかは一度議論する必要がある。ただ、政策の判断の食い違いもあるのは事実です。ですから、今回の計画においてどの程度明確にできるのか、もしくはそれぞれの意見の帰着点を見出すか、預からせていただいて、少し冷静に議論していきたいと思います。共通認識は危機、大変だ、必要だということでこれは皆さん認識していると思います。医療的なアプローチもこうだという議論を出されましたから、さて私たちはどういう形でそれに組み込むのかということをもう一度、少し時間をいただきたいと思います。なお、議事録には記載されます。

あと、いかがでしょうか。

【井上委員】 90ページの「介護予防イメージ図」、この下の介護給付のところです。介護給付の中にも当然予防的な給付がありますし、また要介護者の1から2にならないように、2から3にならないようにという予防的なことが必要だと思います。これは節目のところなので、重度化防止が2つなんですけれども、その辺の反映はどうかと思いますけれども。

【市川委員長】 もう一度、言っていただけますか。この90ページの？

【井上委員】 すみません。「介護予防イメージ図」の右下の介護給付のところです。介護給付の中にも予防的な給付がございますので、なおかつ要介護者1から2にならないように、2から3にならないように、重度化防止ですよね。そういったことが考えられると思いますので、図に反映されれば良いという気がします。

【小室幹事】 私からお答えいたします。

こちらのイメージ図は、厚生労働省の資料などを参考にして作成させていただいたものですが、重度化防止につきましては、私ども東京都の実際の取り組みですが、97ページ以下に「介護予防事業の効果と検証」を記載したパートのうち、例えば98ページに特定高齢者を対象とした地域支援事業、それから、下に要支援者を対象とした予防給付サービス受給者の要介護度の変化、それぞれ改善、維持、悪化ということで、改善あるいは維持は重度化防止という目的を達成したものかと思っておりますので、このような記載をしております。効果は出ております。

【市川委員長】 第3次予防の議論をなさっているんですね。ですから、その項目がこ

こに出されていることの説明です。よろしいですか。

あと、いかがでしょうか。

では、次に第3部第2章「介護サービスの基盤整備」をごらんください。はい、どうぞ。

【園田委員】 まさに基盤のところですので、建築の立場から、何点か意見と修正の提案をしたいと思います。

まず139ページ、特別養護老人ホームのユニットケアをめぐるところで、すでに意見交換などもあったんですが、上が第3期以降の参酌標準で、国はユニット化率を特養については70%以上、それに対して東京都は低いということで、東京都の補助対象としては、新設の場合にはユニット型を中心にやっていく方向でいいかと思うんです。それで補助単価を上げることで推進していくというアンダーラインになっているわけですが、結局ユニットケアにかわったんですけれども、職員配置が常勤換算1対3ということで、9の4人室のままで据え置かれているわけです。建築の立場から申し上げますと、個室化、それからユニットケアでやる場合には、職員配置をその2倍にしないと、もともとどのようなケアの水準が維持されないというのが、最近出てきている建築側の数値なんです。ですので、インシヤルの部分で補助単価を上げればふえるかもしれないけれども、多分施設運営をなさっている方は、ランニングのほうで介護保険の手当てがないわけですから、結局それが次の節のところの職員の方の過重労働なり、あるいは低賃金なり経営の圧迫という形になっている。結局従来型のほうがいいという議論になっているので、都の方針としては国に提案していくというのですが、極端に言えば介護保険料を上げるか、あるいは自己負担をふやすかしない限り、だれもお金の手当てをしてくれないので、ユニットケアを推進してもその現実的な部分ができないというあたりを……。ですから、ここはこれ以上書けないと思うんですけれども、きちんと踏まえておく必要があるんじゃないかというのが1点です。

それから2点目は、143ページから150ページの老人保健施設についても、療養型病床群の廃止でいろいろな動きが出てきているんですが、老人保健施設について施策の方向を見ますと、今申し上げたユニット型のケアをしていくことについて、東京都は何も触れていないんですね。そうしますと、戻っていただいて139ページの上で、3期以降の国全体の参酌標準で、介護3施設でユニット化率を50%にしていくのが目標だとすると、東京都はこれからつくるものもユニット化について触れてなくて、今の達成状況から厳しく見ると、国全体の方針とは全く別の路線を歩むという見方もできかねないので、このあ

たりが書かれてない理由と、どうするのかを考える必要があるのではないかと思います。ただ、そうは言いながら、143ページを見ると、在宅生活への復帰を支援する施設、いわゆる本来的な中間施設として老人保健施設を位置づけるということであれば、何も絶対ユニット型がいいというわけではなくて、では在宅への復帰を支援する施設として、その空間がどういう形なのか。私が建築の立場で言えば、なるべく在宅環境に近い場を老健に用意しておいて、生活的なりハビリも含めて一刻も早く在宅に帰るとというのが本来的には建築としては一番いい状況ではないかと思うんですが、そこがどうなのかということが1点。

それから転換型の老健が147ページに出ている、療養型病床群から来るということであると、ひょっとすると老人保健施設に関しては、この部分はターミナルを含めた、悪く言えば第2特養というか、あるいは終の住まいに近いものになると思うんです。そうしますと、その中間的なものと老健の中にもう一つターミナル的なものの2種類ができるという可能性があるんですが、国はまだ何もそこまでは言っていないわけですね。そこで申し上げたいのは、147ページ、結局老健の整備費については、転換型は別にして、ほとんど都単の費用で整備について補助をしているので、この部分については逆に国の動きを見るよりも、東京都独自として今後どうしていくのかを決めなくてはいけないと私は思います。そういう意味で、148ページで今後の補助が書いてあって、これをすぐに今第4期でどうこうというのは難しいと思うんですが、今後の老健の施設整備に対しての補助のあり方について、次の第5期を検討するまでに、東京都独自としてきちんとした考え方を整理しておくことを、施策の方向なりどこになり書き込んでいただけたらというのが2点目です。

最後3点目、地域密着型のところですが、156ページのの見え消しも含めて上から5つ目、認知症高齢者グループホームがふえないということで、小規模な事業でスケールメリットがない。160ページのの小規模多機能型居宅介護のところも、小規模で約3分の2が赤字経営、それから161ページ上の小規模老健も、小規模経営のためスケールメリットが働かず、ふえませんと書いてあるんです。これが先ほど議論になったところで、言葉は適切ではないかもしれませんが、結局、地域密着型というのは、もう一つ、2006年の改正で打ち出された、運営する法人が日常生活圏の中である程度地域独占をする形で、多様な母体となる施設介護のものと、いろいろ地域密着型のものと、さまざまなものを総合的に動かしていく中でやっていけば、適切なスケールメリットの中で介護保険プラ

スアルファ程度で運営できるというのが、実は、先ほどおっしゃった2015年の、地方でそういう事例が出てきたものを踏まえたものだと思うんです。極端に言えば、地方は機関の母体となる法人があるエリアを面的に押さえているから、そういうことが成り立つわけですが、東京はそういうインフラが全くないわけですから、スケールメリットがないという形が出てくるんです。これもすぐには難しいと思うんですけれども、提案としては、もしほんとうにそういうことをやるのであれば、地域密着型のところは日常生活圏のことをきちんと全面的に打ち出して、その部分についての経営的、地域立地的なマネジメントを多分市町村がやっていくことになると思うんです。都の立場としてはそういうふうに市町村が取り組むように、日常生活圏域の設定と、経営主体と経営規模の関係について適切な供給が行われるよう区市町村がマネジメントすることを、東京都がお手本を示していないと、このスケールメリットの話は解決しないので、そのあたりを書いていただけたらと思います。最後に、ここの……。

【市川委員長】 先生、すみません、幾つ質問なさいましたか。

【園田委員】 3つです。

【市川委員長】 僕のだと4つなんですけれども。

【園田委員】 そうですか。

【市川委員長】 最後、どうぞ。

【園田委員】 最後は、131ページの冒頭、3つでまとめるというので、施設について整備水準の向上を図るというんですが、今のこの内容だと、確かに整備水準の量は拡充されるかもしれないけれども、質の充実というところまで踏み込むのか踏み込まないのか。踏み込んでないように私は思うので、整備水準の量と質としての充実とぜひ書いていただいて……。今、先生は4つとおっしゃって、私は3つのつもりだったんですが、その部分を検討していただけたらと思います。

【市川委員長】 今、私なりにまとめます。一つ整理です。間違いがあったら訂正してください。

【園田委員】 はい。

【市川委員長】 先生の最初のお話は、ユニットの問題点を触れられた。今回は述べられないかもしれないけれども、人件費等について厳しい状況であるから、そのことについても今後踏まえてほしいという意見ですね。2番目は、老健のことが出てきていて、とりわけ介護老人福祉施設のユニット化の議論と老健の一つのあり方がどうなっているのかを

知りたいということ。3番目は、医療用型を老健に持ってきたり等々している、つまり老健の拡充を図ろうとしている、その一つの整備方針を明らかにしてほしいということによろしいですか。そして4つ目は、特別養護老人ホーム、老健ですか、この138ページの目標値の設定をもう少し具体化したほうが良いという議論。それから最後、途中抜けましたけれども、地域密着型を日常生活圏域の中でもう一度とらえ直す必要があるんじゃないか。それは、東京においては必然的な議論だろうということによろしいですか。5点ですがよろしいですか。

【平岡副委員長】 5番目で重要な点は、市町村が計画的に事業の種類等々を整備していく、供給しないと、地域密着型が有効に機能しないのではないかと趣旨かと……。

【園田委員】 もっと生臭い話で、経営的な独占なのか何なのか、その部分をコーディネートしない限り、現行の介護保険の中と、あるいはプラスアルファの自己負担をとっても、25人規模とか認知症の18人、9人の2ユニットでは、そこだけしかやっていない事業者は、経営的にすごく不安定だと思うんです。そうすると、そういうところが経営するには、ほんとうに自己負担分をもっとふやす以外の選択肢しかないというやり方にするのか、まさに地域マネジメントですけれども、だれがどこを運営するのかという面的なところまで公として口を出すのかどうかという、かなりシビアな問題だと思うんですけれども。

【市川委員長】 経営的独占というのは、例えば市で建てた地域密着型については、市の住民を一つ対象にしますよね。さらに経営的独占というと、具体的にどういうことになりますか。

【園田委員】 例えば、こういう人は小規模多機能を利用していただくほうが良いとか、小規模多機能で難しくなったらうちの特養に入ってくださいとか、あるいは老健がありますよとか、ざっくりばらんに言うと、大きな法人であるエリアを押さえれば、そういう経営もやろうと思えばできるわけです。だけど、東京はそういうことはなかなか行いがたい状況の中で、スケールメリットがないから難しいというのが、現状としてわかってきているんですけれども、それをどう解くのかということまで、今回踏み込んではいないと思うんです。そこに踏み込まない限りは、地域密着型とか認知症のグループホームの運営はいつまでたっても安定した経営ができないので、参入がないか、あったとしても非常に不安定な状況ではないかと申し上げているんですけれども。

【市川委員長】 事務局、いかがでしょうか。

【小室幹事】 では、今ご指摘のありましたものに全部お答えできるかどうかわかりませんが、一度お答えしまして、漏れがありましたらまた適宜ご指摘いただきたいと思います。

まず1点目の特養のユニット型の議論でございますが、ユニット型は、同じようなレベルのケアを期待するのであれば、本来であれば人員を2倍にしないとなかなか難しいものがある。ただし、介護報酬上、それが実際的には実現しないので、施設としても対応のしようがないというご指摘だったと思います。それにつきましては、人員2倍とまではいきませんでしたけれども、現在東京都内の特養では、実質最低基準の1.4倍程度の人員が配置されている実態は、私どもの調査で把握しております。これは現在の状況ですので、昨年、介護報酬の引き上げについて、地域差、人員配置あるいは職員の経験年数等を踏まえた介護報酬のあり方を提言しました結果、先日、国はそれに対して一定の方向を出したということでございます。もちろんそれは現状から言うと、決して十分なものではないという認識は、事業者の方も東京都も同じでございますが、あるべきケアの水準を目指して今後引き続き国に提案していきたいと考えております。

2点目、老健の整備のあり方についてのご指摘だったと思うんですが、老健はユニット型の老健もあれば、いわゆる多床室型の老健もありまして、都としては同様に現在補助をしている実態があります。ユニット型のほうが望ましいという指摘も、審査会の中でこれまで出たことも問題提起されたこともあります。現在都の置かれている立場は、全国47都道府県中、老健については人口に対して最低の整備率ということがございまして、やはり都民のニーズに応えるために、まずは量的な拡大をある程度図らなくてはなかなか難しいという立場もありまして、ユニット型を補助の原則とするところまでは行き着いていない現状がございます。また、実際に事業をなさっている事業者の方からは、多床室のほうが利用者さん、あるいはご家族の方として利用しやすいということで、そちらのほうがニーズが高いという指摘も一方でございまして、これをユニット型中心に絞ってやるかどうかは、今後第5期以降の検討すべき課題ということで整備させていただきたいと思いません。

3点目、私どもお聞きして、日常生活圏域の地域のマネジメントのあり方として、介護サービスの資源のあり方を区市町村がうまくマネジメントすべきで、都がお手本を示すべきというお話もありました。地域密着型サービスなどの考え方から、マネジメントの主体である区市町村みずからが地域実情あるいはサービスの需要等を把握して、必要なサ

ービスを整備あるいはコントロールしていくのが本来の姿であるかと思っております。なお、今期第4期から、東京都は地域密着型サービスについて、区市町村に整備目標の設定をお願いしているサービスがございます。例えば、認知症高齢者グループホーム、それから小規模多機能につきましては、東京都の補助を前提とした整備であるならば、区市町村として整備目標の設定を今回お願いしましたところ、先ほど小規模多機能で171箇所整備するというのも、区市町村が積極的な目標をつくっていただいた結果、具体的な数字が出てきたものでございます。私どもとしては、第3期は区市町村としての目標が必ずしも明確でなかったこともありまして、整備が進まなかった部分があるかと思っておりますので、区市町村が積極的に目標を掲げて取り組んでいただけたということですので、第4期は第3期よりも積極的な整備が進むのではないかと考えております。

それから、4点目の施設整備の質と量という部分、整備についての質は、先ほど申しましたユニットか多床室か、古い施設とか新しい施設とか、住環境としての施設というのも難しい部分がございますが、ただ老朽化している施設などについては、改修が求められたり、あるいはほんとうに古い施設については耐震化の対応が必要なものもあります。そういった質という部分について、十分なお回答ではないかもしれませんが、改修のための経費とか耐震化対応ということでは今年度の予算化等で対応させていただいているところがございます。

【園田委員】 1つだけいいでしょうか。

建築の立場で、経済が右肩上がりのときには量優先大賛成ですが、昨今の金融の状況とか、実は建築がすごくよくないんですが、やり直しがきかないんです。そうすると、施設整備にかけるお金のけた数というのは、1つの施設に億というものすごい金額をかけてくるわけですが、そうするとここにいるメンバー全員が後期高齢者あるいは要介護状態になったときに利用する選択肢が、多床室型のものしかないという状況が、もうある意味やり直しがきかないので、それでよろしいんでしょうかというのを建築の側から申し上げておかないと、全部不良ストックになりかねない。建築というのは初期条件で決まってしまうので、補助をつけられるときにぜひその部分をよく考えて、何に補助をつけるのか、20年後、30年後、50年後を考えて補助金を使うべきではないかということで、質ということを申し上げました。

以上です。

【市川委員長】 これは前回も、3回目前に先生がおっしゃった内容であったと思いま

す。

ほかいかがでしょうか。

【酒井委員】 葛飾区の酒井です。

131ページですが、3番目が消してあって、4番目に先ほど議論になりました「特別養護老人ホーム等の介護保険施設」という文言になっているんですけども、2つありまして、今回の計画で東京都の役割を示して区市町村の役割も示してきた、その中で「区市町村と連携し」という文言をこの部分で消してあります。その理由をお聞きしたいということ。それともう1つ、これは園田委員と同じになるかと思うんですけども、「サービスの質の向上」という文言をわざわざ消して、それで「東京都全体の整備水準の向上を図ります」という、ある意味で言うと、1番目で言っている量の確保、2番目で言っているサービスの充実、それで整備水準全体の向上を図りますと。質の向上については、実は人材の確保とかでも結構触れてはいるんですけども、ここで文言から外していいのか。第3期の計画でも質の向上というのは、もともと柱で立てていた内容ですので、そういった文言を消してしまってもいいのかちょっと危惧しているんですけども。

以上です。

【笹井委員】 酒井委員と重複しないようにします。2点です。

161ページ、地域密着型サービスについては市町村の責任でございますので、先ほどの園田先生の議論にはなかなか面白いところがあるんですけども、夜間対応型訪問介護ですが、確かに現在東京都内のオペレーションセンターは統合が進んでおります。三多摩は府中、小平、武蔵野とございまして、7市ぐらいのエリアをカバーしてございましたけれども、多摩地域ではとうとう武蔵野1箇所になってしまいました。そういうこともあるんですけども、この文章の主語の問題ですけども、「複数の隣接する区市町村による共同利用を進めます」。だれがですかということなんですけども、基本的に地域密着型サービスは市町村ごとで決定するもので、私ども多摩地域の7市についても市長同士の協定書を締結して、オペレーションセンターの統合に着手したこともございますので、「区市町村による共同利用の推進を支援します」という形で、東京都的な役割を明確にしていきたい。共同利用するかどうかは、地域密着型の主体である区市町村がすべきだという見解でございます。

2点目でございます。まさに質の問題にかかわるところで、167ページ、168ページ、量と質の両方の確保の問題だと思うんですけども、特に168ページ「介護人材育成支援事業【新規】」なのですが、私どももヘルパー2級の取得費についての補助を考えて

いるんですが、これを読みますと、「ヘルパー等の資格取得を目指す低所得者に対して、講座の受講代金」と、見え消しで「生活費」、前回までは生活費になっていたんですが、「受講奨励金を支給し、あわせて採用施設に奨励金を支給することで」ということなんですけれども、なぜ低所得者限定なのか。低所得者に対して生活費に相当、あえて消してある受講奨励金を支給するというのは、介護サービスの量や質というよりも、むしろ低所得者対策としての生活支援の意味合いが強いのではないかという感じがするわけですが、そこら辺について、事業の思想性というか立案の趣旨について、ご説明いただければと思います。

以上2点でございます。

【市川委員長】 最初のところの共同利用云々というのは、これはまた後で検討してよろしいですね。ですから、質問は受けとめるということで、どうするかは回答はまた別途にします。それから、もう一つの笹井さんの低所得者対策については、少し今、低所得者対策としての側面が強くて、要するにヘルパーの確保という議論ではないのではないかと理解してよろしいですか。

【笹井委員】 はい。

【市川委員長】 それはどうなのかの説明であります。あと、ご指示いただいた市町村の共同、つまり131ページ、消されたこの2行、区市町村と連携とかサービスの質の向上という必要な部分が、基本的な理念といいますか、中心のところでは削除されているが、それはいかがなのかと、酒井委員よろしいでしょうか。

では、お願いします。

【小室幹事】 131ページの区市町村との連携、それからサービスの質の向上という部分が落ちてしまったというご指摘でございます。こちらは広域的な施設についての東京都の整備の考え方をよりストレートに、わかりやすくと考えて、このような記載にさせていただきましたが、ご指摘のように、どの施設整備に当たっても、区市町村と連携しております。補助金を出す特養老健などについては、必ず連携しており、有料老人ホームの整備などにおいても事前相談等で連携しているのが実際ですので、文言についてはより適切な書き方を再度検討したいと思います。サービスの質の向上についても、やや漠然と、ずっと言われていることではあるんですが、人材対策のように今回はかなりそれを具体的に書いてある場所もあるという認識もございましたけれども、ご指摘のようにこの表現を取ってしまうのかということとはごもっともでございますので、そちらのほうもあわせて検討したいと思います。161ページのオペレーションセンターを支援するという表記

の修正については、そういった方向で検討させていただきます。

167ページから168ページ、低所得者対策的な書き方がされているという指摘のありました介護人材育成支援事業ですが、これは実は生活福祉部所管の事業でございます、おっしゃるように低所得者対策としての側面と、介護人材の確保という二兎を追った事業といたしますか、2つの側面を持った事業でございます。ですので、人材確保につきましてはこのほかにも167ページに、一般所得というか、低所得者でない方に対する事業がほとんど中心になっているかと思いますが、昨今の経済事情なども踏まえまして、このような事業も新規で創設したということで、低所得者対策の一面を持っている事業であるのはそのとおりでございます。

【市川委員長】 では、オペレーションセンターもお答えになったからよろしいですね。

それと、12月25日、厚労省が人材確保の公表しました。あれはかなり具体的に出しております。そこの整合性がありますから、東京都は実施しなくても厚労省が出して、補正が通ればそれを東京が使ってさらに補充するという方法もあり得ますので、それもまた踏まえてください。よろしくをお願いします。

あと、いかがでしょうか。

【五十嵐委員】 表記の問題で、151ページ「特定施設」。前回申し上げればよかったんですが、最後の2つ目の で、ここだけ「契約をめぐる消費者トラブルも発生していません」という言い方なので、「に注意が必要です」くらいの表記に直していただいたほうが、ほかの文章との整合性もとれるんじゃないかと。トラブルは特定だけではなくて、いろいろありますので、特に契約、お金は別個にもらうから契約ということであるのであれば、大変申しわけない、そこを直していただくと非常にありがたい。

【小室幹事】 ご指摘の方向で検討させていただきます。

【五十嵐委員】 よろしくをお願いします。

【市川委員長】 先ほど香取委員の議論が、そろそろ登場してくることになります。これ以降は全部ひっくるめて対応します。時間が今ちょうど8時5分でございますが、できればポイントを明確にしてお伝えいただいて、今答えられるものは答えたい。そして、ある意味で文章を少し整理したいということであれば、簡潔に整理して出していただくことになると思います。

香取委員、いかがですか。こちらに入りますよということで先ほど言って、もう一度簡潔に言っていただいてもいいですか。

【香取委員】 今回の介護保険制度の改定、4月からの改定ですけれども、主任ケアマネジャーとか介護福祉士ですとか、要件を満たしたところは特定加算が取れるということで、満たしたいなと事業者は思うんですが、必ずしも働く人たちに受講の資格はあっても、講習のチャンスがなかなかいただけないというケースがそこらじゅうで起きていて、特別に私は、例えば地域包括の職員だと優先的でもございますけれども、支援事業所ですと、後になって……。そのように主任ケアマネでなければいけないとか、有利だということが今まであまりございませんでしたけれども、みんな結構受けたがるんです。そういうことに対しても、何人に1人ぐらいは受けられるのか、どれぐらいの研修で人材を養成する計画があるとか、きっと私以外の事業者はみんな一斉に具体的なことを聞いてくるんじゃないかと今回の改正で感じました。

【市川委員長】 ありがとうございます。そのことに対していかがでしょうか。

【小室幹事】 今回の介護報酬の改定によりまして、主任ケアマネの研修を受けたいという希望者がよりふえるのではないかという認識は、私どもも同じに持っております。講習のチャンスがもらえないというご指摘ですが、個々人の方の講習の機会が十分確保されているかどうかは、現場の方とか個人の方の問題もあるかと思しますので、一概には言えないところがございますが、都としては173ページとかそれ以降のページで、研修自体は今後も継続してやっていきたいと思しますので、事業者の連絡会などを通じて、研修機会の確保については今後も継続して理解を求めていきたいと考えております。

【市川委員長】 よろしいでしょうか。

【香取委員】 今まで以上に多くないと。研修を受けた方、受けたい人がふえるんじゃないかと……。

【市川委員長】 研修を受ける方の増加が見込まれるので、そこに対する政策的な配慮をしてほしいということでございます。いいですか。

あと、いかがでしょうか。

一応質問の方は手を挙げていただいて、その方々に一斉に質問をしていただきますけれども、あと何人くらい質問があるのか、ちょっと検討させてください。

では、お二人に質問をお願いします。

【安委員】 205ページからの第4章で、特に第2節の213ページ、高齢者の社会活動への参加を支援しましょうというところの、最初の括弧です。ここでは元気で意欲的な高齢者という人を、地域社会を支える担い手と位置づけ云々と、次がちょっと問題では

ないかと私は思うんですが、「『支えられる存在』から『社会を支え活性化する存在』へと、『高齢者像』を一新し」。これは最初の理念のところですか。だれもが住みなれた地域で暮らし、支え合う社会。つまり、高齢者を支えましょう、その中で元気な高齢者でもし意欲があるならば支えてくださいと。支えられ、支え合うというのが趣旨だったと思うんですが、ここで支えられる存在から何々へということは、移行を意味します。これは、「支える存在であるとともに」とか並列でいかないと、じゃあ、自分が何かあったとき何もしてくれないのではないかと受け取られかねない、そういう記述なんですね。だから、並列で「支えられるのだが、よくなる人は支える存在として応援していかないといけないのではないか」と書きかえたほうがいいのではないかということが、私の質問であります。

【市川委員長】 ありがとうございます。

【小室幹事】 こちらは高齢者像というものの修飾語をどうするかという問題かと思えます。委員のご指摘を踏まえまして、より適切な表現を工夫させていただきたいと思えます。

【市川委員長】 どうぞ。

【高原委員】 179ページ、全国一職員の採用が難しいと言われている東京で、外国人労働者に相当期待があってもいいはずなんですけれども、ほとんどないというのが実態でございます。その中で、この施策の方向に「日本語学習・資格取得について支援します」と書いてありますけれども、支援はどのような内容なんでしょうか。その辺のところを明確にしていただければと思います。

【市川委員長】 はい。

【小室幹事】 こちらの資格取得という言葉については、介護福祉士の資格を取得してその後も日本に住み続けることができるという意味の資格で、介護福祉士の国家資格のことでございますので、それがもう少しわかりやすくなるように表記は検討したいと思えます。

【市川委員長】 よろしいでしょうか。

皆様方のご意見が出され、私としてもできるだけ精いっぱい整理して回答いただき、もしくは課題として受けとめさせていただいたと思えます。そういう今のとらえ方、進め方でよろしいでしょうか。

では、一通り意見が出されましたけれども、パブリックコメントの実施に向けて、事務局から対応を説明してください。

【小室幹事】 長時間のご議論、大変ありがとうございました。本日いただきましたご意見は、委員長からもお話がございましたが、預らせていただきまして、必要な修正を加えて中間のまとめを公表し、パブリックコメントを実施したいと考えております。委員の皆様方には、1月29日に中間のまとめを送付させていただきますので、内容をご確認いただければと存じます。

【市川委員長】 では、最後に事務局から次回の開催予定をお伝えください。

【小室幹事】 次回の日程でございますが、2月20日、金曜日、17時30分からでございます。開催通知を机上に配付しております。出欠表もつけておりますので、本日も提出いただくか、追って1月29日までに事務局までお送りいただきますよう、お願いいたします。

【市川委員長】 よろしいでしょうか。

本日の委員会は以上でございます。これにて散会といたします。どうもありがとうございました。

了